

## رابطه سرمایه‌های روان‌شناختی، معنوی و اجتماعی با نشانگان بالینی سالمندان

✉ دکتر رضوان صالحی  
دانشگاه شهرکرد

معصومه محمدی  
دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد

پذیرش: ۱۳۹۶/۰۸/۲۵

دریافت: ۱۳۹۶/۰۵/۲۵

امروزه در جهان، سالمندی به عنوان مفهومی پویا مطرح است و با افزایش کمیت جمعیت سالمند، کیفیت زندگی آنها نیز باید مورد توجه قرار گیرد. بنابراین هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه ساده و چندگانه سرمایه‌های روان‌شناختی، معنوی و اجتماعی با نشانگان بالینی سالمندان مقیم مراکز بهزیستی استان چهارمحال و بختیاری بوده است. به این منظور ۲۰۰ نفر از سالمندان به شیوه تصادفی ساده انتخاب و به پرسش‌نامه‌های پژوهش پاسخ دادند. ابزار پژوهش شامل پرسش‌نامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز، سرمایه معنوی کینگ، سرمایه اجتماعی انیکس و نشانگان بالینی بود. نتایج نشان داد همبستگی بین سرمایه‌های روان‌شناختی، معنوی و اجتماعی با اختلال شکایت جسمانی، وسواس، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، پاراناایا، روان‌پریشی و نمره کل نشانگان بالینی معکوس و معنی‌دار در سطح کمتر از ۰/۰۱ می‌باشد. علاوه بر این نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که سرمایه‌های روان‌شناختی پیش‌بینی کننده سلامت‌روان در همه ابعاد نشانگان بالینی سالمندان بوده و سرمایه معنوی و اجتماعی از معادله خارج می‌شوند. روی هم رفته سرمایه‌های روان‌شناختی ۳۴ درصد از واریانس سلامت‌روان سالمندان را تبیین می‌کند. و از چهار مؤلفه آن به ترتیب امید، خوش‌بینی و تاب‌آوری پیش‌بینی کننده سلامت‌روان بوده که در مجموع ۳۳ درصد از واریانس سلامت‌روان را تبیین می‌کنند. بنابراین با توجه به نتایج بدست آمده می‌توان گفت برنامه‌ریزی جهت افزایش سرمایه‌های روانی چون امید، خوش‌بینی، تاب‌آوری و خودکارآمدی در دوران جوانی و میانسالی می‌تواند در کاهش ابتلا به انواع اختلالات روانی و در نتیجه افزایش سلامت‌روان انسان در دروان کهنسالی کمک نماید.

کلیدواژه‌ها: سرمایه روان‌شناختی، سرمایه معنوی، سرمایه اجتماعی، نشانگان بالینی، سالمندان

زندگی با دامنه گسترده‌ای از تغییرات فیزیولوژیک و روان‌شناختی مرتبط است که به از دست رفتن استقلال و پایین آمدن کیفیت زندگی و سلامت‌روان منجر می‌شود (ستوده، پورآقا، کافی، پورنسائی، ۱۳۹۱).

افراد سالمند در نتیجه ضعف بینایی، شنوایی و دیگر تغییرات جسمانی، همچنین فشارهای بیرونی نظیر محدودیت منابع مالی، احساس می‌کنند کنترل خویش را بر زندگی از دست داده‌اند. این قبیل مسائل و مشکلات، منجر به ایجاد هیجانات منفی مثل غم، اضطراب، عزت‌نفس پایین، انزوای اجتماعی و یأس و دل‌مردگی در فرد سالمند می‌شود و افسردگی، بزرگترین

سالمندی مرحله‌ای از زندگی انسان است که به طور معمول به افراد بالای ۶۵ سال اطلاق می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۰) که به طور طبیعی با کاهش توانایی‌های جسمانی و روانی همراه است. این مرحله از

---

دکتر رضوان صالحی، استادیار گروه مشاوره، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهرکرد، ایران؛ معصومه محمدی کارشناس ارشد روان‌شناسی، سازمان بهزیستی چهارمحال و بختیاری، شهرکرد، ایران.  
✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به دکتر رضوان صالحی، استادیار گروه مشاوره، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهرکرد، ایران باشد.

پست الکترونیکی: salehi1353r@yahoo.com

اشپار می‌کنند شواهد بسیاری وجود دارد که نشان می‌دهد بر خلاف تصور گذشته، پیری بدنی تحت تأثیر ژنها نیست، بلکه عناصر مربوط به شیوه زندگی (که می‌توانند تغییر کنند) نیز به همان نسبت تأثیر قدرتمندی بر پیری دارند. بنابراین بسیاری از عوامل پیش‌بینی کننده سلامت و عملکرد بهتر سالمندان، جنبه اجتماعی، روان‌شناختی و رفتاری داشته که می‌توان با سرمایه‌گذاری روی آنها سطح زندگی سالمندی را ارتقاء داد (سیمن و آدلر، ۱۹۹۸). تحقیقات انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۱۴) نیز نشان می‌دهد که عملکرد بسیاری از سالمندان با رعایت عوامل مربوط به سلامتی، سبک زندگی، ایجاد تناسب بین تواناییها و تقاضاهای محیط، فراتر از سن آنها، قابل پیش‌بینی است. بنابراین به نظر می‌رسد نقش سرمایه‌های روانی، اجتماعی و معنوی در آماده‌سازی افراد جوان و میانسال برای ورود به این مرحله مهم از زندگی، مهم و اساسی است. اصطلاح سرمایه روان‌شناختی<sup>۱</sup> اولین بار توسط لوتانز (۲۰۰۲) مطرح شده و سازه‌ای ترکیبی و بهم پیوسته است که شامل چهار مؤلفه امید<sup>۲</sup> (دید مثبت به آینده و توانایی ایجاد گذرگاه‌هایی برای رسیدن به اهداف)، خوش‌بینی<sup>۳</sup> (داشتن انتظارات مثبت در شرایط مختلف)، خودکارآمدی<sup>۴</sup> (احساس اعتماد، کفایت و اثرمندی در انجام کارها)، و تاب‌آوری<sup>۵</sup> (سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار) است. این چهار سرمایه به زندگی افراد معنا بخشیده و آنان را برای مقابله با موقعیت‌های فشارزا آماده نموده (اریز و جاجی، ۲۰۰۱)، آنان را برای ورود به صحنه‌های عملی زندگی آماده کرده (جاجی و بونو، ۲۰۰۱) و مقاومت و سرسختی را در تحقق اهدافشان تضمین می‌کنند (پارکر و همکاران، ۲۰۰۳).

تحقیقات در جامعه غیر سالمند نشان می‌دهد که سرمایه‌های روان‌شناختی پیش‌بینی کننده سلامت روان (سلوراج، ۲۰۱۵)، بهزیستی روان‌شناختی (هاشمی، باباپور و بهادری، ۱۳۹۰)، کیفیت زندگی (حیدری، ۱۳۹۳)، عملکرد و رضایت (لوتانز و اولو، ۲۰۰۷)، عملکرد شغلی (دیانت‌نسب، جاویدی و بقولی، ۱۳۹۳)، تعهد سازمانی (معمارزاده، ختائی و عباس‌زاده، ۱۳۹۱)، کاهش استرس‌های شغلی (اوی، لوتانز و جنسن، ۲۰۰۹) و فرسودگی شغلی (نظامی و گیوریان، ۱۳۹۵) است.

مشکل روانی و پیامد جدی و خطرناک این‌گونه عواطف است (گرری، فازیو و سارو، ۲۰۰۲).

گرچه مطالعات زیاد و همه‌گیرشناختی از رایج‌ترین مشکلات هیجانی سالمندان در اواخر عمر انجام شده و اطلاعات مهمی به دست آمده، اما تفسیر و تحلیل آنها دشوار به نظر می‌رسد. در این بین، رایج‌ترین مشکلات هیجانی اختلالات اضطراب‌زا مانند ترس‌های مرضی با میزان شیوع ۴/۸ درصد شاخص‌تر است. شیوع اختلالات خلقی مانند افسردگی مزمن ۱/۸ درصد تخمین زده شده و افسردگی حاد در کمتر از یک درصد گزارش شده است (لازاروس و لازاروس، ۲۰۰۲/۱۳۹۳).

پژوهشگران نشان داده‌اند که یک سوم سالمندان دچار اختلالات روانی بوده و افسردگی، اختلال شناختی و اضطراب به ترتیب فراوان‌ترین اختلال در این افراد به شمار می‌رود که باعث کاهش کارایی و افزایش مرگ و میر آنها می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۰). همچنین برآورد شده است که از ترکیب سه آشفتگی هیجانی رایج پریشانی و آشفتگی‌های شیدایی، وسواس فکری و عملی و ترس‌های مرضی ۵/۷ تا ۳۳ درصد سالمندان را در بر می‌گیرند. علاوه بر این، گزارش‌ها حاکی از آن است که ترس‌های مرضی در زنان سالمند رایج‌تر است (لازاروس و لازاروس، ۲۰۰۲/۱۳۹۳).

برخی مطالعات در ایران نشان می‌دهند شیوع مشکلات و اختلالات روانی در افراد سالمند بیش از ۳۰ درصد است (نگهبان، عرب، تاجور، رحیمی و رشیدیان، ۱۳۹۴). الهی، خسروی، رشیدی و اخوان (۱۳۹۳) شیوع اختلالات روانی در سالمندان ساکن سرای سالمندان زنجان را ۸۷ درصد گزارش داده‌اند. براتی، فتحی، سلطانیان و معینی (۱۳۹۱) نیز دریافته‌اند که ۴۲ درصد سالمندان شهر همدان مشکوک به طیفی از اختلالات روانی هستند. شیوع برخی اختلالات در سالمندان شهر قم نیز به ترتیب، نشانه‌های جسمانی ۸۷٪، اضطراب ۸۶٪، افسردگی ۴۸٪ و اختلال عملکرد اجتماعی ۹٪ گزارش شده است (نجاتی، ۱۳۸۸). میزان اختلالات روانی در شهرکرد نیز ۵۷٪ بوده است (مرتضوی، افتخار و درعلی، ۱۳۹۰).

این گزارشات نشان می‌دهد سالمندان یکی از آسیب پذیرترین گروه‌ها از نظر سلامت روان به‌شمار می‌روند و پژوهش‌ها نیازمند توجه به عوامل مرتبط با سلامت روان و یا اختلالات روانی سالمندان می‌باشند. رو و کان (۱۹۹۹)

<sup>1</sup> psychological capital

<sup>2</sup> hope

<sup>3</sup> optimism

<sup>4</sup> self-efficacy

<sup>5</sup> resiliency

۲۰۱۶). نتایج پژوهش شریفی (۱۳۸۶) نیز همبستگی مثبت بین تجربه‌های معنوی و مذهبی با افزایش سن را نشان می‌دهد. این موضوع در بین سالمندان ملموس‌تر است چرا که سالمندی دوره دگرگونی و از دست دادن است. تعداد کمی از آنان می‌توانند خود را با این تغییرات سازگار کنند و بیشتر آنان دچار حس درماندگی و افسردگی می‌شوند و سرمایه معنوی می‌تواند منجر به کاهش استرس و افسردگی و افزایش تاب‌آوری در سالمندان شود (سرتیپ زاده، علی‌اکبری و طبائیان، ۱۳۹۵). علاوه بر اینکه تجارب معنوی روزانه سالمندان رابطه مثبت و معنی‌داری با سلامت روان آنان دارد (آلن و همکاران، ۲۰۰۸). برخی تحقیقات نیز نشان داده‌اند که سرمایه معنوی نقش بیشتری نسبت به سرمایه روان‌شناختی در رضایت زندگی افراد سالمند داشته است (جعفری و حسام‌پور، ۱۳۹۶).

سومین سرمایه دوران سالمندی سرمایه اجتماعی است. مفهوم سرمایه اجتماعی<sup>۲</sup> نیز یک مفهوم بین‌رشته‌ای است که طی دو دهه اخیر مورد توجه پژوهشگران زیادی قرار گرفته است. سرمایه اجتماعی در روابط میان افراد تجسم می‌یابد و موقعی بوجود می‌آید که روابط میان افراد به شیوه‌ای دگرگون شود که کنش را تسهیل کند (کلمن، ۱۹۹۸) و شامل سه جزء روابط اجتماعی، همیاری و اعتماد است (پانتام، ۲۰۰۰، به نقل از کیامرثی و مومنی، ۱۳۹۲).

مفهوم سرمایه اجتماعی را به طور کلی می‌توان منابعی تعریف کرد که میراث روابط اجتماعی‌اند و فعالیت‌های جمعی را تسهیل می‌کنند. این منابع که از طریق اجتماعی شدن حاصل می‌شوند در برگیرنده اعتماد، هنجارهای مشارکتی و شبکه‌هایی از پیوندهای اجتماعی است که موجب گرد آمدن افراد به صورتی منسجم و با ثبات در داخل گروه به منظور تأمین هدفی مشترک می‌گردد (زاهدی‌مازندرانی، ۱۳۹۳). بنابراین آنچه از تعاریف سرمایه اجتماعی بر می‌آید این است که این مفهوم دربردارنده مفاهیمی همچون اعتماد، همکاری و روابط به نحوی که گروه را به سمت دستیابی به هدفی که بر مبنای ارزش‌ها و معیار رایج در جامعه مثبت تلقی شود هدایت می‌کند.

مطالعات مختلفی در سراسر جهان مثل چین (بیپ و همکاران، ۲۰۰۷)، انگلیس (روتین، گودوین و استنفلد، ۲۰۱۱)، آمریکا (هندریکس و اهرن، ۲۰۰۱)، فنلاند (کاونن، ۲۰۰۸)، کره (لی، کاسکه و سالس، ۲۰۰۴) و ایران

بر این مبنا برخی تحقیقات نشان داده‌اند که امید یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی است که قادر به پیش‌بینی تأثیر مداخلات پزشکی، سلامت روانی، شوخ‌طبعی بالا، اجتناب از موقعیتهای استرس‌زا، شادکامی، توانایی حل مسأله و کارآمدی (مقدم، برجلی و سهرابی، ۱۳۹۲) و رضایت زندگی (جعفری و حسام‌پور، ۱۳۹۶) سالمندان می‌باشد. تاب‌آوری نیز که یکی از سرمایه‌های مهم روان‌شناختی است، می‌تواند سلامت روان و کیفیت زندگی (فرجاد، ۱۳۹۴) و رضایت از زندگی (کریمی، کریمی و سنجابی، ۱۳۹۶) سالمندان را به خوبی پیش‌بینی کند و منجر به کاهش افسردگی در آنان شود (وایت، دریور و وارن، ۲۰۱۰). گل پرور و مصاحبی (۱۳۹۴) نیز در مطالعه‌ای نشان دادند از میان چهار مؤلفه سرمایه روان‌شناختی، خودکارآمدی و خوش‌بینی بیشترین اهمیت را در ارتقای سطح بهزیستی سالمندان دارا هستند. الهی و همکاران (۱۳۹۳) نیز نشان دادند امید در سالمندان به ترتیب با اختلال خصومت، افکار پارانوئید، جسمانی‌سازی و افسردگی رابطه منفی معنی‌دار دارد.

از دیگر سرمایه‌های دوران سالمندی سرمایه معنوی است. یکی از شاخص‌های سلامت روان در دوره سالمندی معنویت می‌باشد چرا که وقتی افراد پیر می‌شوند می‌توانند تجربیات و افکار گذشته را برای درک بیشتر عالم سازمان‌دهی کنند. اصطلاح سرمایه معنوی<sup>۱</sup> توسط کینگ (۲۰۰۸) نیز در سال‌های اخیر توجه زیادی به خود جلب کرده است. سرمایه معنوی دربرگیرنده نوعی سازگاری و رفتار حل مسأله است که بالاترین سطوح رشد را در حیظه‌های مختلف شناختی، اخلاقی، هیجانی و بین‌فردی شامل می‌شود و فرد را در جهت هماهنگی با پدیده‌های اطراف و دستیابی به یکپارچگی درونی و بیرونی یاری می‌کند. این سرمایه به فرد دیدی کلی در مورد زندگی و همه تجارب و رویدادها می‌دهد و او را قادر می‌سازد به چهارچوب‌بندی و تفسیر مجدد تجارب خود پرداخته، شناخت و معرفت خویش را عمق بخشد (سیسک، ۲۰۰۰، به نقل از گودزی و همکاران، ۱۳۸۹). مرور تحقیقات مختلف نشان داده است که ارتباط مثبتی بین سرمایه‌های معنوی و سلامت روان وجود دارد (کینگ، ۲۰۰۸). در واقع سالمندانی که از سطوح بالاتری از معنویت برخوردارند از سلامت و بهزیستی روان‌شناختی بالاتری نیز برخوردارند (تیواری، سنیق و چند،

<sup>2</sup> social capital

<sup>1</sup> spiritual capital

این اساس، ۲۰۰ نفر به عنوان نمونه آماری در نظر گرفته شد. از این تعداد ۳۳/۷ درصد مرد و ۶۶/۳ درصد زن بوده که دامنه سنی آنان بین ۵۵ تا ۷۵ سال بوده است. همچنین ۴۸/۷ درصد از سالمندان، بیوه یا مجرد و ۵۱/۳ درصد متأهل بودند. روش انتخاب افراد نمونه نیز به صورت تصادفی ساده بوده است. در مرحله بعد پس از برقراری رابطه با هر یک اعضای نمونه و جلب اعتماد آنان، به صورت فردی هر یک از سؤالات پرسش‌نامه‌ها برای سالمند خوانده شده و گزینه مورد نظر علامت زده می‌شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل (۱) دامنه سنی ۵۵ تا ۷۵ سال، (۲) عدم وجود مشکلات شنوایی، بینایی و گفتاری، (۳) آگاهی نسبت به مکان، زمان، اشیاء و اشخاص، (۴) عدم سابقه بستری در بیمارستان روانی، (۵) عدم سابقه درمان روانی و تجربه سوگ در ۶ ماه گذشته، (۶) عدم دریافت هرگونه درمانی عامل اختلال در توانایی ذهنی، حافظه یا تفکر و (۷) نداشتن سابقه بیماری روانی بودند. معیارهای خروج نیز شامل (۱) پیدایش بحران جدی یا بیماری در زندگی شرکت‌کننده یا اعضای خانواده آن و (۲) انصراف یا عدم تمایل به شرکت در مطالعه در طول مطالعه بودند.

### ابزار

**پرسش‌نامه سرمایه روان‌شناختی.** این پرسش‌نامه توسط لوتانز در سال ۲۰۰۷ ساخته شده است. پرسش‌نامه ۲۴ سؤالی و شامل چهار خرده مقیاس امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی است که در آن هر خرده مقیاس شامل ۶ گویه است و شرکت‌کنندگان به هر گویه در مقیاس ۶ درجه‌ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) لیکرت پاسخ می‌دهند. روایی پرسش‌نامه در مطالعات مختلف مورد تأیید قرار گرفته است. لوتانز (۲۰۰۷) با استفاده از تحلیل عاملی و معادلات ساختاری نسبت‌خیزی دو این آزمون را ۲۴/۶ و آماره‌های CFI و RMSEA این مدل را ۰/۹۷ و ۰/۰۸ گزارش کرده است که روایی عاملی آزمون مورد تأیید قرار گرفته است. پایایی پرسش‌نامه در ایران توسط بهادری خسروشاهی، هاشمی و بیرامی (۱۳۹۱) بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش شده است. در پژوهش حاضر روایی سؤالات از طریق همبستگی هر سؤال با نمره کل محاسبه شد و همه سؤالات همبستگی معنی‌داری با نمره کل آزمون داشتند. ضریب پایایی آزمون نیز از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۴ بدست آمد.

(لهسایی‌زاده و مرادی، ۱۳۸۶؛ هزارجریبی و مهری، ۱۳۹۱؛ هاشمی و همکاران، ۱۳۹۰) بر روی ارتباط سرمایه اجتماعی و سلامت‌روان انجام شده اما این موضوع در جامعه سالمندان توسط پژوهشگران اندکی مورد پژوهش واقع شده است. برای مثال والش (۲۰۱۳) در پژوهشی روی سالمندان نشان داد که سرمایه‌های اجتماعی ۲۷ درصد واریانس بهزیستی روان‌شناختی آنان را پیش‌بینی می‌کند. از طرفی بین سرمایه اجتماعی و مؤلفه‌های سلامت‌روان (شجاع، نبوی، کسائی و باقری، ۱۳۹۰؛ نگهبان و همکاران، ۱۳۹۴) نیز رابطه معنی‌داری گزارش شده است.

با توجه به رشد روز افزون افراد سالمند در جهان و ایران و شیوع اختلالات روانی به ویژه افسردگی در بین آنان (ابراهیمی، ۱۳۷۶؛ انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۰) لزوم توجه به عوامل پیش‌بینی‌کننده سلامت‌روان آنان احساس می‌شود. سالمندان این گنجینه‌های سرشار تجربه و خرد مادامی که در سنین کهولت و از کارافتادگی قرار می‌گیرند مشکلات و بیماری‌های متعددی را تجربه می‌کنند. بنابراین پژوهش‌ها نیازمند بررسی و شناخت ابعاد مختلف زندگی سالمندان است تا جامعه بتواند بر اساس آن جوانان و میانسالان را برای ورود به این مرحله مهم زندگی آماده سازد.

با توجه به اینکه تحقیقات انجام شده تاکنون به نقش سرمایه‌های معنوی، اجتماعی و روان‌شناختی به طور همزمان در پیش‌بینی کاهش نشانگان بالینی یا سلامت‌روان سالمندان نپرداخته‌اند پژوهش حاضر در جهت پر کردن این خلأ انجام شده است. بنابراین فرضیه‌های پژوهش عبارت از اینکه (۱) بین سرمایه‌های روان‌شناختی، معنوی و اجتماعی با نشانگان بالینی سالمندان رابطه ساده وجود دارد و (۲) بین سرمایه‌های روان‌شناختی، معنوی و اجتماعی با نشانگان بالینی سالمندان رابطه چندگانه وجود دارد هستند.

### روش

#### طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است که رابطه میان متغیرها بر اساس اهداف پژوهش مورد بررسی قرار می‌گیرد. جامعه پژوهش کلیه سالمندان مقیم خانه سالمندان سازمان بهزیستی استان چهارمحال و بختیاری بوده که تعداد آنان ۵۱۲ نفر در سال ۱۳۹۵ بوده است. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران محاسبه شد. بر

**پرسش‌نامه سرمایه معنوی.** پرسش‌نامه سرمایه‌های معنوی کینگ در سال ۲۰۰۸ توسط کینگ طراحی و ساخته شد. این پرسش‌نامه دارای ۲۴ گویه است و چهار مؤلفه دارد که عبارت از تفکر وجودی انتقادی، تولید معنای شخصی، آگاهی متعالی و بسط حالت هشیاری هستند. طیف نمره‌دهی آن بر اساس لیکرت پنج گزینه‌ای بوده که از گزینه کاملاً نادرست تا کاملاً درست بوده و نمره‌گذاری آن از صفر تا چهار می‌باشد. در پژوهش رقیب و نجفی (۱۳۸۸) 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 بناب، غلامعلی لواسانی و محمدی (۱۳۸۴) به طور همزمان استفاده شده که ضرایب همبستگی این دو پرسش‌نامه ۰/۶۶ به دست آمده است. برای محاسبه‌ی روایی سازه مقیاس از تحلیل عامل اکتشافی و تحلیل عامل تأییدی مرتبه‌ی اول استفاده شد. نتیجه‌های به‌دست آمده نشان داد که این مقیاس ابزاری پایا برای سنجش سرمایه معنوی است. در پژوهش حاضر روایی سؤالات از طریق همبستگی هر سؤال با نمره کل محاسبه شد و همه سؤالات همبستگی معنی‌داری با نمره کل آزمون داشتند. ضریب پایایی آزمون نیز از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۸ بدست آمد.

**پرسش‌نامه سرمایه اجتماعی.** پرسش‌نامه سرمایه اجتماعی اونیکس و بولن (۲۰۰۰) یک پرسش‌نامه ۳۶ سؤالی است که سرمایه اجتماعی را در سه سطح شناختی، ساختاری و ارتباطی مورد سنجش قرار می‌دهد. بعد شناختی سرمایه اجتماعی در رابطه با مشارکت، اعتماد نگرش‌ها و تعهدات موجود بوده، بعد ساختاری در خصوص تصمیم‌گیری، ساختارها و فعالیت‌های گروهی در جامعه بوده و بعد ارتباطی در مورد ارتباطات درون‌گروهی و برون‌گروهی، کمیت و کیفیت آنها می‌باشد. سؤالات به صورت طیف لیکرت چهار گزینه‌ای و به صورت بسیار کم، تا بسیار زیاد پاسخ داده می‌شوند که به ترتیب نمره‌ای ۱ تا ۴ می‌گیرند. روایی و پایایی پرسش‌نامه با اجرا بر روی ۱۲۰۰ نفر در ۵ ایالت استرالیا توسط اونیکس و بولن در سال ۲۰۰۰ انجام گرفته است. مطالعه تحلیل عاملی توسط هاشمی (۱۳۸۹) که به روش واریماکس انجام گرفته، ضریب همبستگی را بین ۰/۵۲ تا ۰/۸۷ و ضریب پایایی را ۰/۸۴ گزارش نموده است. پایایی این پرسش‌نامه نیز به

روش آلفای کرونباخ برای بعد شناختی ۰/۵۴، ساختاری ۰/۷۹ و ارتباطی ۰/۷۷ بود. در پژوهش حاضر روایی سؤالات از طریق همبستگی هر سؤال با نمره کل محاسبه شد و همه سؤالات همبستگی معنی‌داری با نمره کل داشتند. ضریب پایایی آزمون از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۸ بدست آمد.

**چک‌لیست نشانگان بالینی<sup>۱</sup>.** این آزمون توسط دروگاتیس، ریکلز و راک در سال ۱۹۷۳ ساخته شد و بر اساس تجربیات بالینی و تجزیه و تحلیل‌های روان‌سنجی از آن، مورد تجدید نظر قرار گرفته و فرم نهایی آن در سال ۱۹۷۶ منتشر شد که شامل ۹۰ سؤال پنج درجه‌ای از صفر تا چهار است. محتوای این آزمون ۹ بعد شکایت جسمانی، وسواس، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان پریشی را می‌سنجد. پژوهش‌های مختلف بیشترین همبستگی را برای بعد افسردگی ۰/۷۳ و کمترین همبستگی را برای بعد ترس‌های مرضی ۰/۳۶ گزارش کرده اند. علاوه بر این پرسش‌نامه دارای روایی همزمان و روایی سازه نیز می‌باشد (به نقل از فتحی‌آشتیانی، ۱۳۹۱). ساعتچی، کامکاری و عسگریان (۱۳۸۹) نیز پایایی بازآزمایی آزمون را بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ گزارش داده‌اند. در پژوهش حاضر نیز روایی سؤالات مورد بررسی قرار گرفت که همه سؤالات همبستگی معنی‌داری با نمره کل آزمون داشتند. پایایی آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ محاسبه شد.

### روش اجرا

پس از کسب مجوزهای لازم جهت انجام پژوهش، با مراجعه به مرکز بهزیستی استان، لیست سالمندان مقیم مرکز تهیه شد. سپس اسامی آنان روی برگه‌های جداگانه-ای نوشته شده و فرایند انتخاب نمونه‌گیری تصادفی اجرا شده که نهایتاً ۲۰۰ نفر انتخاب شدند. پژوهشگران در محل مرکز مشاوره بهزیستی حاضر و پس از ارتباط یاورانه با سالمندان انتخاب شده، سؤالات هر سه پرسش‌نامه را برای آنان خوانده و پاسخ مطابق با نظر آنها را علامت می‌زدند. پس از اجرای پرسش‌نامه‌ها، داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ شده و نتایج با استفاده از شاخص‌های همبستگی و رگرسیون همزمان تحلیل شدند.

<sup>1</sup> Symptom Checklist-90-Revised

**یافته‌ها**

در بررسی رابطه بین متغیرهای مستقل و وابسته از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱

همبستگی بین سرمایه‌های روان‌شناختی، معنوی و اجتماعی با نشانگان بالینی

متغیرها	سرمایه روان‌شناختی	سرمایه معنوی	سرمایه اجتماعی
شکایت جسمانی	-.۰/۴۵**	-.۰/۳۸**	-.۰/۳۶**
وسواس اجبار	-.۰/۴۵**	-.۰/۴۱**	-.۰/۳۵**
حساسیت در روابط	-.۰/۴۴**	-.۰/۳۶**	-.۰/۲۸**
افسردگی	-.۰/۵۲**	-.۰/۴۲**	-.۰/۳۶**
اضطراب	-.۰/۴۵**	-.۰/۳۵**	-.۰/۳۲**
پرخاشگری	-.۰/۴۹**	-.۰/۳۵**	-.۰/۲۸**
ترس مرضی	-.۰/۳۶**	-.۰/۲۸**	-.۰/۲۸**
پارانویا	-.۰/۴۸**	-.۰/۳۴**	-.۰/۳۰**
روان پریشی	-.۰/۴۱**	-.۰/۲۸**	-.۰/۲۷**
کل نشانگان بالینی	-.۰/۵۳**	-.۰/۴۰**	-.۰/۳۶**

\*\*P<۰/۰۱

همانطور که نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد بین متغیرهای سرمایه روان‌شناختی، معنوی و اجتماعی با همه ابعاد نشانگان بالینی و نمره کل آن رابطه معکوس و معنی‌دار در سطح کمتر از ۰/۰۱ وجود دارد. جهت بررسی رابطه چندگانه بین متغیرهای پژوهش و تعیین مهم‌ترین متغیرهای پیش‌بینی کننده هر یک از نشانگان بالینی سالمندان، از تحلیل رگرسیون استفاده شده است. ابتدا فرض نرمال بودن داده‌ها از طریق آزمون کولموگروف-اسمیرونوف بررسی شد که نتایج نشان داد توزیع داده‌ها نرمال است ( $p>۰/۰۰۵$ ). اساس این آزمون بر اختلاف بین فراوانی تجمی مشاهدات با مقدار مورد انتظار تحت فرضیه صفر می‌باشد. به منظور تشخیص هم‌خطی چندگانه نیز از دو شاخص تولرانس<sup>۱</sup> و شاخص تورم واریانس<sup>۲</sup> استفاده شد. تولرانس نسبتی از یک متغیر مستقل است که توسط سایر متغیرهای مستقل تبیین نشده است. ضریب تولرانس که بین صفر تا ۱ نوسان دارد نشان می‌دهد که متغیرهای مستقل تا چه اندازه رابطه خطی با همدیگر دارند. بنابراین،

هر چه مقدار تولرانس بیشتر باشد (نزدیک به عدد ۱) میزان هم‌خطی کمتر است. و بر عکس، هر چه مقدار تولرانس کمتر (نزدیک به عدد صفر) باشد نشان می‌دهد که میزان هم‌خطی بالاست و خطای استاندارد ضرایب رگرسیون از تورم بالایی برخوردار خواهند بود. شاخص دیگر، عامل تورم واریانس است که از تقسیم عدد ۱ بر مقدار تولرانس حاصل می‌شود. هر چه قدر میزان عامل تورم واریانس از عدد ۲ بیشتر باشد میزان هم‌خطی بیشتر است. به طور کلی، در آزمون تورم واریانس مقدار به دست آمده نباید بالای ۱۰ باشد. با توجه به قرینگی دو شاخص نتایج شاخص تولرانس در جدول ۳ گزارش شده است. همانطور که ملاحظه می‌گردد نتایج دو آزمون یاد شده نشان می‌دهد که از مقادیر ملاک، تخطی صورت نگرفته و احتمال هم‌خطی چندگانه رد می‌شود. در ادامه خلاصه مدل و نتایج تحلیل واریانس برای همه ابعاد نشانگان بالینی و همچنین نمره کل آن در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲

خلاصه مدل و نتایج تحلیل واریانس به تفکیک ۱۰ متغیر ملاک (ابعاد نشانگان بالینی و نمره کل)

متغیرهای ملاک	مدل R	R <sup>2</sup>	اصلاح R <sup>2</sup> شده	F
شکایت جسمانی	۰/۴۸	۰/۲۳	۰/۲۲	۱۸/۲۵**
وسواس اجبار	۰/۴۸	۰/۲۳	۰/۲۲	۱۸/۱۳**
حساسیت در روابط	۰/۵۲	۰/۲۷	۰/۲۶	۲۲/۹۳**
افسردگی	۰/۵۳	۰/۲۸	۰/۲۷	۲۴/۰۴**
اضطراب	۰/۴۶	۰/۲۲	۰/۲۰	۱۶/۶۵**
پرخاشگری	۰/۵۰	۰/۲۵	۰/۲۴	۲۰/۱۶**
ترس مرضی	۰/۳۸	۰/۱۴	۰/۱۳	۹/۹۶**
پارانویا	۰/۴۹	۰/۲۴	۰/۲۳	۱۹/۱۵**
روان پریشی	۰/۴۱	۰/۱۷	۰/۱۶	۱۲/۵۱**
کل نشانگان بالینی	۰/۵۴	۰/۲۹	۰/۲۸	۲۴/۹۳**

\*\*P<۰/۰۱

نتایج مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهد که رگرسیون برای همه متغیرها در سطح ۰/۰۰۰۱ معنی دار است و تنها متغیری که وارد مدل شده است یک متغیر (سرمایه‌های روان‌شناختی) می‌باشد که این متغیر ۲۳٪ از واریانس شکایات جسمانی، ۲۳٪ وسواس، ۲۷٪ از حساسیت در روابط متقابل، ۲۸٪ از افسردگی، ۲۲٪ از اضطراب، ۲۵٪ از

<sup>1</sup> Tolerance

<sup>2</sup> VIF

پرخاشگری، ۱۴٪ از ترس مرضی، ۲۴٪ از پارانوئا، ۱۷٪ از روان‌پریشی و ۲۹٪ از کل نشانگان بالینی را تبیین می‌کند.

جدول ۳

ضرایب رگرسیون بر اساس روش همزمان

هم‌خطی چندگانه Tolerance	t	ضریب استاندارد بتا	ضرایب غیر استاندارد		متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک
			B	خطای استاندارد		
۰/۶۲	-۳/۸۹**	-۰/۳۲۱	۰/۰۰۳	-۰/۰۱۲	سرمایه روان‌شناختی	شکایت جسمانی
۰/۴۷	-۱/۲۵	-۰/۱۱۹	۰/۰۲۷	-۰/۰۳۳	سرمایه معنوی	
۰/۵۲	-۱/۲۵	-۰/۱۱۳	۰/۰۰۳	-۰/۰۰۴	سرمایه اجتماعی	
۰/۶۲	-۳/۵۶**	-۰/۲۹۵	۰/۰۰۳	۰/۰۱۲	سرمایه روان‌شناختی	وسواس اجبار
۰/۴۷	-۱/۸۹	-۰/۱۷۹	۰/۰۲۹	-۰/۰۵۵	سرمایه معنوی	
۰/۵۲	-۰/۸۶	-۰/۰۷۸	۰/۰۰۳	-۰/۰۰۳	سرمایه اجتماعی	
۰/۶۲	-۵/۹۲**	-۰/۴۷۵	۰/۰۰۳	-۰/۰۲۰	سرمایه روان‌شناختی	حساسیت در روابط
۰/۴۷	-۱/۲۸	-۰/۱۱۸	۰/۰۲۸	-۰/۰۳۶	سرمایه معنوی	
۰/۵۲	۰/۵۹	۰/۰۵۲	۰/۰۰۳	۰/۰۰۲	سرمایه اجتماعی	
۰/۶۲	-۴/۹۳**	-۰/۳۹۳	۰/۰۰۳	-۰/۰۱۵	سرمایه روان‌شناختی	افسردگی
۰/۴۷	-۱/۶۱	-۰/۱۴۷	۰/۰۲۵	-۰/۰۴۰	سرمایه معنوی	
۰/۵۲	-۰/۶۷	-۰/۰۵۹	۰/۰۰۳	-۰/۰۰۲	سرمایه اجتماعی	
۰/۶۲	-۴/۲۵**	-۰/۳۵۵	۰/۰۰۳	-۰/۰۱۴	سرمایه روان‌شناختی	اضطراب
۰/۴۷	-۱/۰۱	-۰/۰۹۷	۰/۰۲۷	-۰/۰۲۷	سرمایه معنوی	
۰/۵۲	-۰/۷۵	-۰/۰۶۹	۰/۰۰۳	-۰/۰۰۲	سرمایه اجتماعی	
۰/۶۲	-۵/۳۷**	-۰/۴۳۹	۰/۰۰۳	-۰/۰۱۷	سرمایه روان‌شناختی	پرخاشگری
۰/۴۷	-۱/۲۳	-۰/۱۱۵	۰/۰۲۶	-۰/۰۳۳	سرمایه معنوی	
۰/۵۲	۰/۳۰	۰/۰۲۷	۰/۰۰۳	۰/۰۰۱	سرمایه اجتماعی	
۰/۶۲	-۳/۱۱**	-۰/۲۷۲	۰/۰۰۴	-۰/۰۱۲	سرمایه روان‌شناختی	ترس مرضی
۰/۴۷	-۰/۷۰	-۰/۰۷۰	۰/۰۳۱	-۰/۰۲۲	سرمایه معنوی	
۰/۵۲	-۰/۸۹	-۰/۰۸۵	۰/۰۰۴	-۰/۰۰۳	سرمایه اجتماعی	
۰/۶۲	-۵/۱۹**	-۰/۴۲۶	۰/۰۰۳	-۰/۰۱۸	سرمایه روان‌شناختی	پارانویا
۰/۴۷	-۰/۶۷	-۰/۰۶۴	۰/۰۲۸	-۰/۰۱۹	سرمایه معنوی	
۰/۵۲	-۰/۴۳	-۰/۰۳۹	۰/۰۰۳	-۰/۰۰۱	سرمایه اجتماعی	
۰/۶۲	-۴/۲۰**	-۰/۳۶۰	۰/۰۰۳	-۰/۰۱۴	سرمایه روان‌شناختی	روان‌پریشی
۰/۴۷	-۰/۱۷	-۰/۰۱۷	۰/۰۲۸	-۰/۰۰۵	سرمایه معنوی	
۰/۵۲	-۰/۷۶	-۰/۰۷۱	۰/۰۰۳	-۰/۰۰۲	سرمایه اجتماعی	
۰/۶۲	-۴/۰۵**	-۰/۳۴۹	۰/۰۰۳	-۰/۰۱۴	سرمایه روان‌شناختی	نشانگان بالینی (کل)
۰/۴۷	۰/۴۲	۰/۰۴۲	۰/۰۲۹	۰/۰۱۲	سرمایه معنوی	
۰/۵۲	-۱/۳۸	-۰/۱۳۰	۰/۰۰۳	-۰/۰۰۵	سرمایه اجتماعی	

\*\* $P < 0.01$

از طریق آزمون کوموگروف-اسمیرنوف بررسی شد که نتایج نشان داد توزیع داده‌ها نرمال است ( $p > 0.005$ ). به منظور تشخیص هم‌خطی چندگانه نیز از شاخص تولرانس استفاده شد. همانطور که ملاحظه می‌گردد نتایج شاخص تلورنس نشان می‌دهد که از مقادیر ملاک، تخطی صورت نگرفته و احتمال هم‌خطی چندگانه رد می‌شود. در ادامه خلاصه مدل و نتایج تحلیل واریانس برای همه ابعاد نشانگان بالینی و همچنین نمره کل آن در جدول ۵ گزارش شده است.

جدول ۵

خلاصه مدل و نتایج تحلیل واریانس به تفکیک ۱۰ متغیر ملاک (ابعاد نشانگان بالینی و نمره کل)

متغیرهای ملاک	مدل	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> اصلاح شده	F
شکایت جسمانی	۱	۰/۵۰	۰/۲۵	۰/۲۳	۱۵/۱**
وسواس اجبار	۱	۰/۵۱	۰/۲۶	۰/۲۵	۱۶/۳۶**
حساسیت در روابط	۱	۰/۵۷	۰/۳۳	۰/۳۱	۲۱/۹۳**
افسردگی	۱	۰/۵۶	۰/۳۲	۰/۳۰	۲۱/۱۲**
اضطراب	۱	۰/۵۲	۰/۲۷	۰/۲۵	۱۶/۵۳**
پرخاشگری	۱	۰/۵۵	۰/۳۰	۰/۲۸	۱۹/۳۱**
ترس مرضی	۱	۰/۴۳	۰/۱۸	۰/۱۷	۱۰/۲۸**
پارانویا	۱	۰/۵۳	۰/۲۸	۰/۲۶	۱۷/۴۹**
روان پریشی	۱	۰/۴۶	۰/۲۱	۰/۱۹	۱۲/۰۲**
کل نشانگان بالینی	۱	۰/۵۹	۰/۳۴	۰/۳۳	۲۳/۸۴**

\*\* $P < 0.01$

نتایج مندرج در جدول ۵ نشان می‌دهد که رگرسیون برای همه متغیرها در سطح  $0.0001$  معنی‌دار است. نتایج مندرج در جدول ۶ بیانگر سهم مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی در پیش‌بینی هر یک از نشانگان بالینی است.

خلاصه نتایج گزارش شده در جدول ۳ بیانگر آنست که مقدار  $t$  متغیرهای سرمایه‌های معنوی و اجتماعی برای همه متغیرهای ملاک، معنی‌دار نیست. از طرفی نتایج جدول ۱ نشان داد همبستگی بین همه ابعاد نشانگان بالینی و هر سه سرمایه معنی‌دار است. مهم‌ترین دلیل این نامعنی‌داری در اینجا هم خطی چندگانه می‌باشد. بر اساس نتایج حاصله از تحلیل رگرسیون متغیرهای ذکر شده از معادله رگرسیون خارج می‌شوند. بنابراین متغیر سرمایه روان‌شناختی بیشترین اهمیت را در تبیین نشانگان بالینی سالمندان یا سلامت‌روان آنان دارد. جهت تعیین اینکه کدامیک از مؤلفه‌های سرمایه‌های روان‌شناختی بیشترین سهم را در تبیین نشانگان بالینی سالمندان دارند خلاصه نتایج همبستگی ساده و چندگانه بین متغیرهای ذکر شده در جداول ۴ تا ۶ آمده است.

جدول ۴

همبستگی بین مؤلفه‌های سرمایه‌های روان‌شناختی و نشانگان بالینی

متغیرها	خودکارآمدی	امید	تاب‌آوری	خوش-بینی
شکایت جسمانی	۰/۲۸**	۰/۴۷**	۰/۳۹**	۰/۳۵**
وسواس اجبار	۰/۲۷**	۰/۴۷**	۰/۳۴**	۰/۴۰**
حساسیت در روابط	۰/۳۳**	۰/۵۵**	۰/۴۶**	۰/۳۳**
افسردگی	۰/۳۰**	۰/۵۲**	۰/۴۸**	۰/۳۷**
اضطراب	۰/۲۴**	۰/۴۵**	۰/۴۲**	۰/۳۷**
پرخاشگری	۰/۲۹**	۰/۴۷**	۰/۴۵**	۰/۴۱**
ترس مرضی	۰/۱۷**	۰/۳۶**	۰/۳۵**	۰/۳۱**
پارانویا	۰/۳۱**	۰/۵۰**	۰/۴۳**	۰/۳۳**
روان پریشی	۰/۲۳**	۰/۳۹**	۰/۳۹**	۰/۳۳**
کل نشانگان بالینی	۰/۳۰**	۰/۵۳**	۰/۴۸**	۰/۴۱**

\*\* $P < 0.01$

همانطور که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد بین مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی با همه ابعاد نشانگان بالینی و نمره کل آن رابطه معکوس و معنی‌دار در سطح کمتر از  $0.01$  وجود دارد. جهت بررسی رابطه چندگانه بین متغیرهای پژوهش و تعیین مهم‌ترین متغیرهای پیش‌بینی کننده هر یک از نشانگان بالینی سالمندان، از تحلیل رگرسیون استفاده شده است. ابتدا فرض نرمال بودن داده‌ها



جدول ۶  
ضرایب رگرسیون بر اساس روش همزمان

هم‌خطی چندگانه Tolerance	t	ضریب استاندارد بتا	ضرایب غیر استاندارد		متغیرهای پیش‌بین	متغیرهای ملاک
			خطای استاندارد	B		
۰/۵۲	۱/۳۰	۰/۱۲	۰/۰۱	۰/۰۱	خودکارآمدی	شکایت جسمانی
۰/۳۴	-۳/۴۱**	-۰/۳۸	۰/۰۱	-۰/۰۵	امید	
۰/۵۱	-۱/۵۱	-۰/۱۳	۰/۰۰۹	-۰/۰۱	تاب‌آوری	
۰/۷۳	-۱/۹۹*	-۰/۱۵	۰/۰۱	-۰/۰۳	خوش‌بینی	
۰/۵۲	۱/۵۶	۰/۱۴	۰/۰۱	۰/۰۲	خودکارآمدی	وسواس اجبار
۰/۳۴	-۳/۹۲**	-۰/۴۳	۰/۰۲	-۰/۰۶	امید	
۰/۵۱	-۰/۴۲	-۰/۰۴	۰/۰۱	-۰/۰۰۴	تاب‌آوری	
۰/۷۳	-۲/۹۱**	-۰/۲۲	۰/۰۲	۰/۰۴۶	خوش‌بینی	
۰/۵۲	۱/۴۲	۰/۱۲	۰/۰۱	۰/۰۱	خودکارآمدی	حساسیت در روابط
۰/۳۴	-۴/۶۱**	-۰/۴۸	۰/۰۱	-۰/۰۷	امید	
۰/۵۱	-۱/۹۲*	-۰/۱۶	۰/۰۱	-۰/۰۲	تاب‌آوری	
۰/۷۳	-۱/۰۰	-۰/۰۷	۰/۰۲	-۰/۰۱	خوش‌بینی	
۰/۵۲	۱/۶۱	۰/۱۴	۰/۰۰۹	۰/۰۲	خودکارآمدی	افسردگی
۰/۳۴	-۳/۵۲**	-۰/۳۷	۰/۰۱	-۰/۰۵	امید	
۰/۵۱	-۲/۷۲**	-۰/۲۳	۰/۰۰۹	-۰/۰۲	تاب‌آوری	
۰/۷۳	-۲/۰۸*	-۰/۱۵	۰/۰۱	-۰/۰۳	خوش‌بینی	
۰/۵۲	-۲/۰۳*	۰/۱۸	۰/۰۱	۰/۰۲	خودکارآمدی	اضطراب
۰/۳۴	-۳/۰۳**	-۰/۳۳	۰/۰۱	-۰/۰۴	امید	
۰/۵۱	-۲/۴۲*	-۰/۲۱	۰/۰۰۹	-۰/۰۲	تاب‌آوری	
۰/۷۳	-۲/۵۲**	-۰/۱۹	۰/۰۱	-۰/۰۴	خوش‌بینی	
۰/۵۲	۱/۳۷	۰/۱۲	۰/۰۱	۰/۰۱	خودکارآمدی	پرخاشگری
۰/۳۴	-۲/۵۰**	-۰/۲۷	۰/۰۱	-۰/۰۳	امید	
۰/۵۱	-۲/۸۲**	-۰/۲۴	۰/۰۰۹	-۰/۰۳	تاب‌آوری	
۰/۷۳	-۳/۱۳**	-۰/۲۳	۰/۰۱	-۰/۰۴	خوش‌بینی	
۰/۵۲	-۱/۹۵*	۰/۱۸	۰/۰۱	۰/۰۲	خودکارآمدی	ترس مرضی
۰/۳۴	-۲/۲۶*	-۰/۲۶	۰/۰۲	-۰/۰۴	امید	
۰/۵۱	-۲/۱۱*	-۰/۱۹	۰/۰۱	-۰/۰۲	تاب‌آوری	
۰/۷۳	-۲/۱۹*	-۰/۱۷	۰/۰۲	-۰/۰۴	خوش‌بینی	
۰/۵۲	۱/۱۳	۰/۱۰	۰/۰۱	۰/۰۱	خودکارآمدی	پارانویا
۰/۳۴	-۳/۷۴**	-۰/۴۰	۰/۰۱	-۰/۰۵	امید	
۰/۵۱	-۱/۸۹	-۰/۱۶	۰/۰۱	-۰/۰۲	تاب‌آوری	
۰/۷۳	-۱/۳۱	-۰/۰۹	۰/۰۱	-۰/۰۲	خوش‌بینی	
۰/۵۲	۱/۲۳	۰/۱۱	۰/۰۱	۰/۰۱	خودکارآمدی	روان‌پریشی
۰/۳۴	-۱/۷۸	-۰/۲۰	۰/۰۱	-۰/۰۲	امید	
۰/۵۱	-۲/۶۷	-۰/۲۵	۰/۰۱	-۰/۰۳	تاب‌آوری	
۰/۷۳	-۰/۳۲	-۰/۱۸	۰/۰۱	-۰/۰۳	خوش‌بینی	
۰/۵۲	۱/۸۹	۰/۱۶	۰/۰۸	۰/۱۵	خودکارآمدی	نشانگان بالینی(کل)
۰/۳۴	-۳/۸۰	-۰/۳۹	۰/۱۲	-۰/۴۵	امید	
۰/۵۱	-۲/۵۷	-۰/۲۲	۰/۰۸	-۰/۲۰	تاب‌آوری	
۰/۷۳	-۲/۷۲	-۰/۱۹	۰/۱۲	-۰/۳۳	خوش‌بینی	

\*\*P&lt;۰/۰۱ \*P&lt;۰/۰۵

نمود (کیم و کاواچی، ۲۰۰۷). از طرف دیگر رضایت از زندگی به موازات دوران سالمندی تحت تأثیر نگرش‌ها و باورهای معنوی رشد می‌کند و سالمندانی که تجارب معنوی روزانه دارند از سلامت‌روان بیشتر برخوردار بوده و علائم اختلالات روانی کمتری گزارش می‌دهند (آلن، ۲۰۰۸). در یک نگاه می‌توان گفت با بالا رفتن سرمایه معنوی در فرد سالمند، درک آنان از ناتوانی‌های خود و مشکلاتی چون تنهایی و یا بیکاری تغییر یافته و با ارتباط معنوی با منبعی تمام ناشدنی به حفظ سلامت خود کمک می‌کنند. همچنین سالمندانی که از سلامت معنوی بالاتری برخوردارند درک‌شان از بیمار بودن خود کمتر شده و احساس سلامت می‌کنند (راهلم و همکاران، ۲۰۰۴). علاوه بر آنچه گفته شد، تحقیقات نشان داده‌اند بزرگسالانی که از سطوح بالای سرمایه‌های روانی چون امید، تاب‌آوری و خودکارآمدی برخوردارند، در زندگی خود به اندازه سایرین شکست و فقدان را تجربه کرده‌اند اما این باور را پرورش داده‌اند که می‌توانند با چالش‌ها سازش کرده و با نامایمات کنار بیایند. این افراد وقتی در رسیدن به هدف‌های ارزشمند با موانعی روبرو می‌شوند، هیجان‌های منفی و با شدت کم را تجربه می‌کنند و در نتیجه از سلامت روانی بیشتری برخوردارند و علائم مرضی روان‌شناختی در آنها کمتر خواهد بود (فرهادی و همکاران، ۱۳۸۸).

نتایج فرضیه دوم نشان داد که از بین متغیرهای مذکور، سرمایه‌های روان‌شناختی پیش‌بینی‌کننده کاهش نشانگان بالینی در سالمندان است که از بین چهار مؤلفه آن، امید، خوش‌بینی و تاب‌آوری نقش بیشتری در سلامت‌روان سالمندان داشته‌اند.

این یافته‌ها با پژوهش‌های فرهادی و همکاران (۱۳۸۸)، الهی و همکاران (۱۳۹۳)، فرجاد (۱۳۹۴) و سیمون و آدلر (۱۹۹۸) همسو می‌باشد. سؤالی که می‌توان مطرح کرد اینست که چگونه سرمایه‌های روان‌شناختی به کاهش نشانگان بالینی کمک می‌کند؟ نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد بیشترین همبستگی معکوس بین سرمایه‌های روان‌شناختی و افسردگی ( $r = -0.52$ ) وجود دارد. یکی از ویژگی‌های مهم افسردگی از دست دادن امید می‌باشد. از طرفی سرمایه‌های روان‌شناختی کارکردی با افزایش امید را به همراه دارد که توانسته از طریق کاهش افسردگی اثربخشی خود را نشان دهد. سالمندان در حالت ناامیدی ممکن است دست از تلاش بکشند و دچار یأس شوند و

خلاصه نتایج گزارش شده در جدول ۶ بیانگر آنست که مقدار  $t$  مؤلفه امید برای همه متغیرهای ملاک، معنی‌دار است. مقدار  $t$  مؤلفه خوش‌بینی برای متغیرهای ملاک شکایت جسمانی، وسواس، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی و روان‌پریشی معنی‌دار است. مقدار  $t$  مؤلفه تاب‌آوری برای متغیرهای ملاک حساسیت در روابط، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و ترس مرضی معنی‌دار است. مقدار  $t$  مؤلفه خودکارآمدی برای متغیرهای ملاک اضطراب و ترس مرضی معنی‌دار است. علاوه بر این مقدار  $t$  مؤلفه امید، خوش‌بینی و تاب‌آوری برای نمره کل نشانگان بالینی، معنی‌دار است. بنابراین امید، خوش‌بینی و تاب‌آوری به ترتیب بیشترین سهم را در پیش‌بینی نشانگان بالینی (سلامت‌روان) سالمندان دارند که روی هم رفته ۳۳ درصد از واریانس آنها تبیین می‌کنند.

### بحث و نتیجه‌گیری

سالمندی مرحله‌ای از تکامل انسان می‌باشد که با ضعف توانایی‌های جسمی، مهارت‌های شناختی و تجربه فقدان‌ها همراه است. این عوامل می‌توانند آنها را نسبت به مسائل و مشکلات روان‌شناختی آسیب‌پذیرتر نماید. نتایج فرضیه اول در این پژوهش نشان داد بین سرمایه‌های روان‌شناختی، معنوی و اجتماعی با همه ابعاد نشانگان بالینی همبستگی معکوس و معنی‌دار وجود دارد. به عبارتی با افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی، معنوی و اجتماعی از شدت نشانگان بالینی کاسته می‌شود. این نتایج با تحقیقات الهی و همکاران (۱۳۹۳)، فرهادی و همکاران (۱۳۸۸)، مقدم و همکاران (۱۳۹۲)، وایت و همکاران (۲۰۱۰) در زمینه رابطه سرمایه‌های روان‌شناختی و سلامت‌روان سالمندان؛ سرتیپ زاده و همکاران (۱۳۹۵)، آلن (۲۰۰۸)، تیواری و همکاران (۲۰۱۶) در خصوص سرمایه‌های معنوی و سلامت؛ لهسایی‌زاده و همکاران (۱۳۸۶)، شجاع و همکاران (۱۳۹۰)، نگهبان و همکاران (۱۳۹۴)، روتان و همکاران (۲۰۱۱) و والش (۲۰۱۳) در ارتباط با سرمایه اجتماعی و سلامت‌روان سالمندان همخوانی دارد.

بر این اساس هر اندازه که سالمند از سرمایه اجتماعی بیشتری برخوردار باشد، یعنی مجموعه‌ای ارزشمند از حمایت‌های اجتماعی، حس تعلق، همبستگی و مشارکت در جنبه‌های مختلف، از سلامت‌روان بیشتری نیز برخوردار خواهد بود. علاوه بر این سلامت روانی به توانایی پذیرش مسئولیت‌ها و نقش‌های اجتماعی کمک شایانی خواهد

شانس و شرایط محیطی، افراد خوش‌بینی نیستند و در معرض افسردگی و بدبینی قرار دارند. همچنین افراد خوش‌بین مشکلات را گذرا تبیین می‌کنند و آنها را حاصل اتفاق می‌دانند نه اینکه یک پدیده دائمی باشد (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۶). سرمایه‌های روان‌شناختی از طریق تأثیر بر سبک اسنادی سالمندان و از طرفی گذرا بودن مشکلات می‌تواند به بهداشت روانی سالمندان کمک نماید. از طرف دیگر به صورت مختلفی خوش‌بینی با پارانویا که به معنای سوء ظن داشتن به دیگران می‌باشد، همبستگی منفی و معکوس دارد.

خوش‌بینی باعث می‌شود سالمندان بهترین برداشت را از دیگران داشته باشند و رفتارهای آنان را تهدیدآمیز تفسیر ننمایند. این خوش‌بینی می‌تواند به بهبود روابط اجتماعی با دیگران کمک کند و افزایش ارتباطات اجتماعی به کاهش افسردگی و افزایش خلق کمک می‌کند و در مجموع نقش مهمی در کاهش نشانگان بالینی داشته باشد.

جدول ۱ نشان می‌دهد سرمایه‌های روان‌شناختی بعد از افسردگی بیشترین همبستگی را با پرخاشگری دارد. می‌توان چنین استدلال کرد که خوش‌بینی کمک کرده افراد نسبت به خود، محیط و دیگران جنبه‌های مثبت را ببینند و دیدن جنبه‌های مثبت به کاهش ناکامی کمک کرده و منجر به کاهش پرخاشگری شود. در واقع می‌توان گفت که خوش‌بینی کمک کرده افراد سالمند نسبت به خود، محیط و دیگران جنبه‌های مثبت را ببینند و دیدن جنبه‌های مثبت به کاهش ناکامی کمک کرده و منجر به کاهش پرخاشگری شود.

یکی دیگر از متغیرهای سرمایه‌های روان‌شناختی، تاب‌آوری است. تاب‌آوری توانایی سازگاری مثبت با مصیبت و آسیب، یک موضوع روان‌شناختی است که در ارتباط با پاسخ فرد به تنش‌های آسیب‌زا و موقعیت‌های مشکل‌آفرین زندگی است. تاب‌آوری بازگشت به تعادل اولیه یا رسیدن به تعادل سطح بالاتر در موقعیت تهدید کننده است و باعث سازگاری موفق افراد با موقعیت‌های زندگی می‌شود (اسکافیلد و بیک، ۲۰۰۵). نگاهی به ویژگی‌های افراد تاب‌آور می‌تواند تبیین‌های مهمی در چرایی ارتباط سرمایه‌های روان‌شناختی و کاهش نشانگان بالینی به همراه داشته باشد. افراد تاب‌آور دارای هدف در زندگی هستند، توانایی جذب و استفاده از حمایت اجتماعی را دارند. تاب‌آوران افرادی خلاق و مبتکر هستند، توانایی در کمک

این منشأ بسیاری از مشکلات روانی از جمله افسردگی شود. در سالمندی تنها ایجاد طول عمر مد نظر نمی‌باشد بلکه ایجاد آرامش و سلامت جسمی و روانی نیز اهمیت دارد که این امر از طریق تقویت سرمایه‌های روان‌شناختی پژوهشگر شده است. همچنین سرمایه‌های روان‌شناختی می‌تواند تبیین‌کننده مهمی برای کاهش اضطراب باشد. در اضطراب معمولاً افراد نگاه نگران‌کننده به آینده دارند. امید می‌تواند از طریق تغییر نگاه و کاهش اضطراب نسبت به آینده از اضطراب بکاهد و به کاهش این نشانه بالینی کمک کند. در واقع افراد سالمندی که با یک گفتگوی درونی مثبت مداوم به خود امیدواری می‌دهند که می‌توانند از عهده کارها برآیند و هرگز تسلیم نمی‌شوند، هیجان‌های منفی کمی را تجربه می‌کنند و احتمال ابتلا به اختلالات روانی در آنان کاهش می‌یابد. آنان پس از هر شکست می‌دانند چگونه مسیر افکار خود را به سمت امیدواری و خوش‌بینی سوق دهند تا بتوانند بر افسردگی و ناامیدی غلبه کنند.

یکی دیگر از مؤلفه‌های مهم سرمایه‌های روان‌شناختی، خوش‌بینی است. از آنجا که باز هم بیشترین همبستگی معکوس بین سرمایه‌های روان‌شناختی با افسردگی وجود دارد و تحقیقات (برای مثال انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۰) گزارش کرده‌اند یک سوم سالمندان از افسردگی رنج می‌برند، خوش‌بینی می‌تواند از طرق مختلف به کاهش نشانگان بالینی خصوصاً افسردگی، اضطراب، افکار پارانویید و حساسیت در روابط بین فردی کمک کند. در مورد خوش‌بینی، تحقیقات اولیه سلیگمن مبتنی بر درماندگی آموخته شده نشان داده که مهم‌ترین علت افسردگی، درماندگی آموخته شده می‌باشد که می‌تواند منجر به احساس ناتوانی در تغییر شرایط شود. بعدها سلیگمن واژه خوش‌بینی آموخته شده را جایگزین درماندگی آموخته شده کرد (سلیگمن، راشیید و پارکس، ۲۰۰۶). اما معنای خوش‌بینی چیست؟

خوش‌بینی داشتن انتظارات مثبت در شرایط مختلف است. وقتی سالمندان انتظارات مثبت محیط، اطرافیان و شرایط دارند به بهبود وضعیت روان‌شناختی آنان کمک می‌نمایند. در مفهوم خوش‌بینی سلیگمن، سبک اسنادی افراد اهمیت زیادی دارد. برای مثال آیا علت یک مشکل را به خود نسبت می‌دهند یا به دیگران؟ افرادی که علت شکست‌ها را به خود نسبت می‌دهند و موفقیت‌ها را به

بیشتر باشد میزان افسردگی کاهش می‌یابد. از سوی دیگر به این دلیل که افراد خودکارآمد به وسیله خودگوئی مثبت می‌توانند اضطراب را کنترل کنند، این امر به کاهش اضطراب سالمندان نیز کمک کرده است.

یکی از نکات جالب توجه در این پژوهش همبستگی بالای منفی بین سرمایه روان‌شناختی و پرخاشگری است ( $r = -0.49$ ). پرخاشگری در سالمندان می‌تواند مشکلات زیادی برای آنها ایجاد کند، باعث کاهش ارتباط با دیگران شده، نگرش مراقبان نسبت به آنها را منفی کند و همچنین ممکن است باعث مشکلات جسمانی نیز بشود. با بالا بودن میزان خودکارآمدی، سالمندان احساس می‌کنند توانایی کنترل احساسات منفی از جمله خشم را دارند و از این طریق به کاهش علائم بالینی این حیطة کمک نموده است. همچنین می‌توان استدلال نمود با افزایش خودکارآمدی افراد از عهده‌نگهداری و مراقبت جسمی خود بیشتر بر می‌آیند و از این طریق از میزان شکایات جسمانی آنها کاسته می‌شود و این امر باعث می‌شود که از شدت نشانگان بالینی شکایات جسمانی کاسته شود.

با توجه به آنچه بیان شد و نظر به اهمیت سالمندی و مسائل روان‌شناختی آن و با توجه به نتایج این مطالعه می‌توان به منظور کمک به حل مشکلات بالینی سالمندان و افزایش سلامت روان آنان از سرمایه‌های مهم روان‌شناختی خصوصاً سرمایه امید، بهره‌جست و جهت افزایش این سرمایه‌های عظیم، برنامه‌های جامعی از میانسالی تا کهنسالی در غالب آموزش، راهنمایی و مشاوره‌های فردی و گروهی به افراد سالمند و خانواده‌های آنان تدارک دید.

### سپاسگزاری

از تمامی سالمندان مقیم خانه سالمندان سازمان بهزیستی استان چهارمحال و بختیاری که صبورانه در پاسخگویی به سؤالات پرسش‌نامه‌های پژوهش همکاری نمودند تشکر می‌کنیم. از مسئولین ذی‌ربط در سازمان بهزیستی استان نیز که امکان اجرای این پژوهش را فراهم نمودند کمال تشکر را داریم.

### منابع

ابراهیمی، ا. (۱۳۷۶). بررسی رابطه میزان افسردگی سالمندان مقیم خانه سالمندان با نگرش و عملکردهای دینی آنان (طرح پژوهشی). اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی.

به دیگران دارند، دارای منبع کنترل درونی هستند، آگاهانه و هشیار عمل می‌کنند، از مهارت حل مسأله برخوردارند، ارتباطات محکم اجتماعی دارند، قادرند متناسب با موقعیت درخواست کمک کنند. این افراد دارای قدرت بالائی برای همدلی هستند و احساس ارزشمندی می‌کنند.

حمایت اجتماعی در تاب‌آوری می‌تواند به کاهش حساسیت در روابط بین فردی منجر شود و نشانگان بالینی را کاهش دهد. احساس حمایت اجتماعی می‌تواند از طریق کاهش افسردگی به کاهش نشانه‌های بالینی منجر شود. همچنین چون افراد تاب‌آور خلاق هستند و خلاقیت با شادی همبستگی مثبت دارد (اسکافیلد و بیک، ۲۰۰۵) می‌تواند به صورت عکس به کاهش افسردگی کمک کند. همچنین افراد تاب‌آور به علت داشتن ارتباطات محکم اجتماعی به سمت برون‌گرایی تمایل دارند (اسکافیلد و بیک، ۲۰۰۵) و برون‌گرایی به کاهش اضطراب و افسردگی کمک شایانی می‌کند و این مسأله نیز به کاهش نشانگان بالینی کمک کرده است.

یافته دیگر پژوهش حاضر همبستگی معکوس و معنی‌دار بین خودکارآمدی و نشانگان بالینی بوده است ( $r = -0.30$ ). به عبارتی هر چه احساس خودکارآمدی سالمندان بالاتر بوده میزان و شدت نشانگان بالینی پایین‌تر بوده است. خودکارآمدی باور فرد به توانایی خویش در انجام وظیفه خاص می‌باشد. سالمندان خودکارآمد به عملکرد گذشته خویش توجه کرده و اعمالی را قبلاً نمی‌توانسته‌اند انجام دهند و بعدها توانسته‌اند از عهده آن برآیند را مورد توجه قرار داده و احساس توانمندی می‌کنند. همچنین سالمندان خودکارآمد خود را منحصر به فرد دانسته و خود را با دیگران مقایسه نمی‌کنند و از این طریق احساس ارزشمندی می‌کنند. تحقیقات نشان می‌دهد این افراد دارای خودگوئی مثبت بوده، خود را تصدیق می‌کنند. همچنین از طریق ایجاد حالات عاطفی مثبت و ایجاد آرامش استرس‌های رایج روزمره زندگی خود را کاهش می‌دهند (لنت و براون، ۲۰۰۵). در پژوهش حاضر می‌توان اینگونه تبیین کرد سالمندانی که دارای سرمایه روانی خودکارآمدی هستند به دلیل این احساس باور دارند که می‌توانند از عهده اعمال شخصی خود برآمده و میزان وابستگی آنها به دیگران کاهش یابد. همچنین این احساس که می‌تواند از عهده برخی اعمال و تکالیف برآیند به افزایش سطح فعالیت منجر می‌شود و بر اساس تحقیقات هر چه فعالیت

- الهی، ط.، خسروی، ر.، رشیدی، س.، و اخوان، ا. (۱۳۹۳). امیدواری و مشکلات روان‌شناختی در سالمندان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی زنجان*، ۲۲(۹۲)، ۱۲۵-۱۱۶.
- براتی، م.، فتحی، ی.، سلطانیان، ع.، و معینی، ب. (۱۳۹۱). بررسی وضعیت سلامت روانی و رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی در سالمندان شهر همدان. *مجله علمی دانشکده پرستاری و مامائی همدان*، ۳۹، ۱۹-۱۲.
- بهادری خسروشاهی، ج.، هاشمی، ت.، و بیرامی، م. (۱۳۹۱). رابطه سرمایه روان‌شناختی و ویژگی‌های شخصیتی با رضایت شغلی در کتابداران. *نشریه پژوهنده*، ۱۷(۶)، ۳۱۸-۳۱۲.
- جعفری، ا.، و حسامپور، ف. (۱۳۹۶). پیش‌بینی رضایت از زندگی بر اساس هوش معنوی و سرمایه روان‌شناختی در سالمندان. *مجله سالمند*، ۱۲(۱)، ۱۰۳-۹۰.
- حیدری، و. (۱۳۹۳). نقش سرمایه روان‌شناختی در ارتقای شاخص‌های کیفیت زندگی. *فصلنامه علمی پژوهشی و بین‌المللی انجمن جغرافیای ایران*، ۱۲(۴۲)، ۲۵۵-۲۳۹.
- دیانت‌نسب، م.، جاویدی، ح.، و بقولی، ح. (۱۳۹۵). نقش واسطه‌گری استرس شغلی در رابطه بین سرمایه روان‌شناختی با عملکرد شغلی کارکنان. *روشها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۱۵، ۷۵-۸۹.
- رقیب، م.، و نجفی، م. (۱۳۸۸). نقش هوش معنوی در تربیت دینی. *مجموعه مقالات همایش تربیت دینی*. قم: انتشارات مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی.
- زاهدی مازندرانی، م. (۱۳۹۳). *توسعه و نابرابری*. تهران: نشر مازیار.
- ساعتچی، م.، کامکاری، ک.، و عسکریان، م. (۱۳۸۹). *آزمون‌های روان‌شناختی*. تهران: نشر ویرایش.
- ستوده، ا.، پورآقا، ف.، کافی، م.، پورنسایی، غ. (۱۳۹۱). اثربخشی خاطره‌گویی به شیوه گروهی بر سلامت‌روان مردان سالمند. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۲۳(۸۵)، ۶۷-۶۱.
- سرتیپ‌زاده، ا.، علی اکبری، م.، و طبائیان، ر. (۱۳۹۵). اثربخشی معنویت درمانی بر تاب‌آوری سالمندان شهر اصفهان. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۴(۱)، ۶۳-۵۶.
- شجاع، م.، نبوی، ح.، کسانی، ع.، و باقری، ع. (۱۳۹۰). تحلیل عاملی سرمایه اجتماعی و رابطه آن با سلامت‌روان سالمندان شهر تهران. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۳، ۹۰-۸۱.
- شریفی درآمدی، پ. (۱۳۸۶). *هوش هیجانی و معنویت*. اصفهان: انتشارات سپاهان.
- غباری بناب، ب.، غلامعلی لواسانی، م.، و محمدی، م. (۱۳۸۴). ساخت مقیاس تجربه معنوی دانشجویان. *مجله روانشناسی*، ۳(۳)، ۲۶۱-۲۷۸.
- فتحی‌آشتیانی، ع. (۱۳۹۱). *ارزشیابی شخصیت و سلامت‌روان*. تهران: چاپ بعثت.
- فجراد، ا. (۱۳۹۴). *مقایسه تاب‌آوری، سلامت‌روان و کیفیت زندگی سالمندان شهر نورآباد* (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت.
- فرهادی، م.، احمدی، ط.، سلطانی، م.، رضانی، و.، قره‌خانی، احمد. (۱۳۸۸). سلامت‌روان سالمندان، نقش بهزیستی معنوی و امیدواری. *پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۳(۸)، ۵۰-۴۳.
- کریمی، ج.، کریمی، پ.، و سنجابی، ا. (۱۳۹۶). پیش‌بینی رضایت از زندگی بر اساس تاب‌آوری و شادکامی در سالمندان. *مجله روانشناسی پیری*، ۲(۴)، ۲۳۶-۲۲۹.
- کیامرثی، آ.، و مؤمنی، س. (۱۳۹۲). بررسی ارتباط سرمایه اجتماعی با شادکامی و موفقیت تحصیلی. *مجله روان‌شناسی مدرسه*، ۲(۱)، ۱۳۰-۱۱۹.
- گل پرور، م.، و مصاحبی، م. (۱۳۹۴). پیش‌بینی بهزیستی معنوی سالمندان از طریق مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۶۱، ۱۲-۴.
- گودرزی، ک.، بهرامی، ف.، فرخی، ن.، و جمهری، ف. (۱۳۸۹). اثربخشی تعاملی هوش معنوی و آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روانی. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، ۱(۱)، ۵۱-۴۱.
- لازاروس، آر. اس.، و لازاروس، بی. ان. (۱۳۹۳). *دوران سالمندی و کنار آمدن با آن* (ترجمه ش. آتشین). تهران: نشر اوحدی. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۲)
- لهسایی‌زاده، ع.، و مرادی، گ. (۱۳۸۶). رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت‌روان در مهاجران. *مجله رفاه اجتماعی*، ۷(۲۶)، ۱۸۰-۱۶۱.
- مرتضوی، ص.، افتخار، ح.، و درعلی، ر. (۱۳۹۰). سلامت‌روان سالمندان شهرکرد و ارتباط آن با عوامل جمعیت‌شناختی و اجتماعی. *فصلنامه پایش*، ۱۰(۴)، ۴۹۲-۴۸۵.
- معمارزاده، غ.، ختائی، م.، و عباس‌زاده، ش. (۱۳۹۱). رابطه بین مؤلفه‌های روان‌شناختی و تعهد سازمانی. *آینده پژوهشی مدیریت*، ۹۶، ۱۰-۱.
- مقدم، ف.، برجعلی، ا.، سهرابی، ف. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش شادکامی بر افزایش امید در سالمندان. *سالمند (مجله سالمند ایران)*، ۱(۳۱)، ۷۲-۶۷.
- نجاتی، و. (۱۳۸۸). بررسی وضعیت سلامت سالمندان استان قم. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، ۱۳(۱)، ۷۲-۶۷.
- نظامی، ع.، و گیوریان، حسن. (۱۳۹۵). بررسی تأثیر سرمایه روان‌شناختی بر فرسودگی شغلی پرستاران. *فصلنامه علمی پژوهشی ابن‌سینا*، ۱۸(۱)، ۵۲-۴۴.

- Judge, T., & Bono, J. (2001). Relationship of core self-evaluation traits- self-esteem, generalized self-efficacy, Locus of control and emotional stability- with job satisfaction and job performance: A meta-analysis. *Journal of applied psychology*, 86, 80-92.
- Kim, D., Kawachi, I. (2007). U.S. state-level social capital and health-related quality of life: multilevel evidence of main, mediating, and modifying effects, *Annals of epidemiology*, 17(4), 258-269.
- King, D. B. (2008). *Rethinking claims of spiritual intelligence: A definition, model and measure* (Master thesis). Trent University, Peterborough.
- Kouvonen, A., Tuula Oksanen, T., Vahtera, J., Stafford, M., Wilkinson, R., Schneider, J., ... Pentti, J. (2008). Low Workplace Social Capital as a Predictor of Depression: The Finnish Public Sector Study, *American Journal of Epidemiology*, 167(10), 1143-1151.
- Lee, J. S., Koeske, G. F., & Sales, E. (2004). Social Support Buffering of Acculturation Stress: A Study of Mental Health Symptoms among Korean International Students, *International journal of Intercultural Relations*, 28, 399- 414.
- Lent, R. W., & Brown, S. D. (2005). *Career development and counseling: putting theory and research to work*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Luthans, F. (2002). The need for and meaning of positive organizational behavior. *Journal of organizational behavior*, 23,695-706.
- Luthans, F., & Avolio, B. J. (2007). Positive psychological capital: measurement and relationship whit performance and satisfaction. *Personnel psychology*, 60(3), 541-572.
- Onyx, J., & Bullen, P. (2000). Measuring Social Capital in Five Communities. *Journal of Applied Behavioral Science*, 36(1), 23-42.
- Parker, C., Baltes, B., Yong, S., Huff, J., Altman, R., locust, & H., Robert, J. (2003). Relationship between psychological climate perception and work outcomes: a Meta analytic review. *Journal of organizational behavior*, 24, 389-416.
- Raholm, M., Eriksson, K., Lindholm, L., & Santavirta, N. (2004). Perspectives of coronary bypass surgery in terms of نگهبان، ز، عرب، م، تاجور، م، رحیمی، ع، و رشیدیان، آ. (۱۳۹۴). بررسی سلامت روانی سالمندان شهر تهران و ارتباط آن با سرمایه اجتماعی آنان. مدیریت بهداشت و درمان، ۶(۱)، ۷۹-۸۸.
- هاشمی، ت، باباپور، ج، و بهادری، ج. (۱۳۹۰). نقش سرمایه روان‌شناختی در بهزیستی روانی با توجه به اثرات تعدیلی سرمایه‌های اجتماعی. پژوهش‌های روان‌شناختی اجتماعی، ۱(۴)، ۱۳۳-۱۴۴.
- هزار جریبی، ج، و مهری، ا. (۱۳۹۱). تحلیل رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی و اجتماعی. فصلنامه علوم اجتماعی، ۵۹، ۸۸-۴۱.
- Allen, R. S., Phillips, L. L., Roff, L. L., Cavanaugh, R., & Day, L. (2008). Religiousness/Spirituality and Mental Health among Older Male Inmate. *The Gerontological Society of America*, 48(5), 692-697.
- American Psychological Association. (2000). *Annual Rerport of the American Psychological Association*. Washington, DC: Author.
- American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the Psychological Association* (6<sup>th</sup>Ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychological Association. (2014). *Annual Rerport of the American Psychological Association*, Washington, 70(5).
- Avey, J. B., Luthans, F., & Jansen, S. M. (2009). Psychological capital: A positive resource for combating employee stress and turnover. *Human resource management*, 48(5), 677-693.
- Colman, J. (1998). Social capital in the creation of human capital. *American of sociology*, 94, 95-120.
- Erez, A., & Judge, T. (2001). Relationship of core self-evaluation to goal setting, motivation, and performance. *Journal of applied psychology*, 86(6), 1270-1279.
- Gareri, P., Fazio, D. P., & Sarro, D. G. (2002). Neuropharmacology of depression in aging and age-related diseases. *Ageing Research Review*, 1(1), 113-34.
- Hendryx, M. S., & Ahern, M. M. (2001). Access to mental health services and health sector social capital, *Administration and Policy in Mental Health*, 28(3), 205-218.

- gender, age, previous myocardial infarction and spirituality. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 22(1), 18-23.
- Rothon, C., Goodwin, L., & Stansfeld, S. (2011). Family social support, community "social capital" and adolescents' mental health and educational outcomes: a longitudinal study in England, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 47(5), 697-709.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1999). The future of aging. *Contemporary Longterm Care*, 22(2), 36-38.
- Schofield, G., & Beek, M. (2005). Risk and resilience in long-term foster care. *British Journal of Social Work*, 35(8), 128-301.
- Seaman, I. E., & Adler, N. (1998). Older Americans: who will they be? *National forum*, 78(2), 22-26.
- Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A., C. (2006). Positive psychotherapy, *American psychologist*, 61(7), 774-788.
- Selvaraj, P. R. (2015). *Using positive psychological capital to predict mental health in college student: Impacting for counseling and higher education* (Doctoral dissertation). Ohio University.
- Tiwari, S., Singh, R., & Chand, H. (2016). Spirituality and Psychological Wellbeing of Elderly of Uttarakhand: A Comparative Study Across Residential Status. *Journal of psychology*, 7(2), 112-118.
- Walsh, S. E. (2013). *Predicting mental well-being in assisted living communities: the roles of social capital and the built environment* (Doctoral dissertation). Louisville University.
- White, B., Driver, S., & Warren, A. M. (2010). Resilience and indicators of adjustment during rehabilitation from a spinal cord injury. *Rehabilitation psychology*, 55(1), 23-32.
- Yip, W., Subramanian, S. V., Mitchell, A. D., Lee, D. T. S., Wang, J., & Kawachi, I. (2007). Does social capital enhance health and well-being? Evidence from rural China. *Social Science & Medicine*, 64, 35-49.