

## پیش‌بینی سرسختی روان‌شناختی بر اساس میزان تمایز یافتگی و تحمل ناکامی در سالمندان

نسیم رحیمی

دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرمانشاه



دکتر کریم افشاری‌نیا

دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرمانشاه

دریافت: ۱۳۹۶/۰۴/۱۰

پذیرش: ۱۳۹۶/۰۹/۰۵

افزایش جمعیت سالمندان سبب شده است محققان و متخصصان رفته‌رفته بر اهمیت توجه به سلامت سالمندان صحه گذاشته و فراهم آوردن امکانات لازم را برای خدمات ویژه در این زمینه توصیه کنند. از رویکردهای مهمی که کیفیت زندگی سالمندان را تبیین می‌کنند، تمایز یافتگی و ناکامی می‌باشند. بنابراین هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی سرسختی روان‌شناختی بر اساس میزان تمایز یافتگی و تحمل ناکامی در سالمندان است. روش این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری مطالعه شامل کلیه سالمندان بالای ۶۰ سال تحت پوشش اداره تأمین اجتماعی شهر کرمانشاه بود. نمونه آماری نیز با استفاده روش نمونه‌گیری دردسترس تعداد ۱۹۵ نفر از سالمندان انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسش‌نامه سرسختی روان‌شناختی اهواز، تمایز یافتگی اسکورون و فریدلندر و تحمل ناکامی هارینگتون بودند. یافته‌ها با استفاده از روش همبستگی پیرسون و مدل رگرسیون چندراهه نشان داد که بین تمایز یافتگی با سرسختی روان‌شناختی سالمندان رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. بین تحمل ناکامی با سرسختی روان‌شناختی سالمندان رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد. متغیرهای تحمل ناکامی، تمایز یافتگی در زمینه هم‌آمیختگی با دیگران و تمایز یافتگی در زمینه واکنش‌پذیری عاطفی به‌ترتیب پیش‌بینی کننده سرسختی روان‌شناختی سالمندان می‌باشند. بنابراین می‌توان گفت که مسائل و مشکلاتی که موجب یأس در سالمندان می‌شوند، اگر به موقع و به طور منطقی حل نگردند باعث ناراحتی‌ها و تنش‌های بسیاری می‌شوند که نتیجه آن اختلال در شخصیت و رفتار فرد می‌شود و در صورت پیشرفت، فرد را به سوی بیماری‌های روانی سوق می‌دهد.

کلیدواژه‌ها: سرسختی روان‌شناختی، تمایز یافتگی، تحمل ناکامی، سالمندان

سالمندی دوره‌ای از زندگی است که از ۶۵ سالگی شروع می‌شود. فرایند سالمندی عبارت است از کاهش تدریجی عملکرد سیستم‌های بدن سالمند که یک فرد بالغ سالم را به فردی ضعیف با کاهش در ظرفیت‌های فیزیولوژیک و افزایش استعداد ابتلا به بسیاری از بیماری‌ها و مرگ

تبدیل می‌کند. اما با وجود تغییراتی که از نظر جسمی و سلامتی در این دوره از زندگی بوجود می‌آید، سالمندان از نظر نیازهای روانی و اجتماعی به میانسالان شباهت دارند (سروندیان و حسن‌پور، ۱۳۹۴). سالمندان در بیشتر موارد همچنان علاقمند به ادامه‌ی فعالیت‌های پیشین خود هستند، ولی کاهش تعامل اجتماعی در دوران سالمندی به این علت است که اجتماع از سالمندان برخلاف میل بیشتر آنها دل می‌کند (الهپاری و تهرانی، ۱۳۹۳). آمار بهداشت جهانی نشان می‌دهد ۲۴ تا ۲۸ درصد افراد بالای ۶۵ سال تنها زندگی می‌کنند و معمولاً بازنشسته شده‌اند که بازنشستگی اجباری می‌تواند احساسات منفی نسبت به

---

نسیم رحیمی، کارشناس ارشد مشاوره، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران؛ کریم افشاری‌نیا، گروه روان‌شناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.  
✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به کریم افشاری‌نیا، گروه روان‌شناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران باشد.  
پست الکترونیکی: k.afsharineya@iauaksh.ac.ir

که بسیاری از مردم رویارویی با حوادث زندگی را خسته کننده، ملال‌آور یا حتی تهدیدآفرین تلقی می‌نمایند. افراد سرسخت نسبت به رویدادهای زندگی احساس کنترل بیشتری می‌نمایند و رویدادهای محیط را به گونه‌ای معنادار ارزیابی می‌کنند در حالی که افراد غیرسرسخت نسبت به رویدادهای زندگی دچار احساس از خود بیگانگی، ناتوانی و تهدید می‌کنند، یقیناً چنین نگرشی در شیوه ارزیابی شناختی نقش عمده‌ای ایفا می‌کند (بیاض، ۱۳۹۱).

به عقیده بوئن<sup>۳</sup> (۱۹۶۰)، تمایز یافتگی<sup>۴</sup> مهم‌ترین مفهوم نظریه سیستم‌های خانواده است و بیانگر میزان توانایی فرد در تفکیک فرآیندهای عقلانی و احساسی از یکدیگر است. به عبارتی دیگر، رسیدن به حدی از استقلال عاطفی که فرد بتواند در موقعیت‌های عاطفی و هیجانی، بدون غرق شدن در جو عاطفی آن موقعیت‌ها، به صورت خودمختار و عقلانی تصمیم‌گیری کند. افراد تمایز یافته تعریف مشخصی از خود و عقایدشان دارند، می‌توانند جهت خویش را در زندگی انتخاب نمایند و در موقعیت‌های عاطفی شدید که در بسیاری از افراد منجر به بروز رفتارهای غیرارادی و تصمیمات نافرجام می‌شود، کنترل خود را از دست ندهند و با در نظر گرفتن عقل و منطق تصمیم‌گیری کنند. در مقابل، افراد تمایز نیافته که هویتی تعریف شده برای خود ندارند، در تنش‌ها و مسائل بین‌فردی، همراه با موج عاطفی خانواده حرکت می‌کنند. در نتیجه، اضطراب مزمن بالایی را تجربه می‌کنند و مستعد بروز انواع بیماری‌ها هستند (به نقل از تیموری آسفیچی، لوسانی و بخشایش، ۱۳۹۱).

ناکامی<sup>۵</sup> احساسی است که در نتیجه ایجاد مانع بر سر راه رسیدن به هدفی که فرد آن را مطلوب می‌شمارد پدید می‌آید. این هدف می‌تواند ذهنی باشد، یعنی این که فرد گمان کند که در حال رسیدن به هدف دلخواهش است و لذت‌های آن را پیش‌بینی کند و یا ممکن است در رفتار ظاهری تجلی یابد (سمیعی، ۱۳۹۳). در هر حال، چنانچه مانعی سد راه تحقق اهدافی که فرد انتظار دستیابی به آن را دارد شود، می‌توان گفت که وی ناکام شده است. ویژگی این تعریف، تمایز ناکامی از محرومیت است. افراد فقط به خاطر نداشتن چیزی ناکام فرض نمی‌شوند. ناکامی زمانی رخ می‌دهد که فرد در دستیابی به هدفی که انتظار رسیدن به آن را دارد با شکستی پیش‌بینی نشده مواجه می‌شود.

موقعیت بوجود آورد و این احساسات قادرند مشکلات جسمی و روانی ایجاد کنند. با وجود اینکه دوران سالمندی می‌تواند زمینه‌ساز مشکلات برای سالمندان اعم از مرد و زن باشد، فشارهای ناشی از دگرگونی‌های جسمی، روانی، اجتماعی نقشی عمده در افسردگی سالمندان دارند و نه تنها موجب ناامیدی، زوال روانی-اجتماعی، ناخوشی جسمانی، از دست رفتن منابع اقتصادی و افزایش مدت نگهداری آنها در سرای سالمندان می‌شود بلکه خودکشی را به میزان زیادی افزایش می‌دهد (سریع‌القدم، ۱۳۹۵).

همچنین سالمندی دورانی است که دارای برخی ویژگی‌های جسمی، اجتماعی و روانی است، از جمله کاهش نسبی قوای جسمی به طوری که از ۶۰ سالگی به بعد هر چه سن بالاتر می‌رود نیروی جسمی فرد رو به کاهش می‌گذارد. بازنشستگی و از دست دادن شغل یکی دیگر از چالش‌های این دوران است که باعث کاهش مسئولیت‌ها و توانایی‌های اجتماعی این افراد می‌شود. همچنین فرد سالخورده هر چند وقت یکبار شاهد از دست دادن یکی از دوستان یا بستگان نزدیک خود است و لذا هر روز بیش از پیش احساس تنهایی و انزوا می‌کند. بهیاری از افراد سالخورده به‌ویژه آنهایی که با پست‌های بالا بازنشست شده‌اند توان و امکان کار را از دست می‌دهند، احساس کنترل بر زندگی و اقتدار خود را از دست می‌دهند و به گونه‌ای افسردگی و انزوا دچار می‌شوند که به همین دلیل خیلی از سالمندان به دشواری می‌توانند خود را با دوران از کار افتادگی تطبیق دهند (شریفی، ۱۳۹۴).

مفهوم سرسختی روان‌شناختی<sup>۱</sup> ریشه در فلسفه وجود دارد. در اواخر دهه ۱۹۷۰ برخی از روان‌شناسان فلسفه وجودی در تبیین نظریه تحول از این دیدگاه به مفهوم سخت‌رویی رسیدند. سخت‌رویی که از نظر فلسفی کم و بیش با واژه‌های چون شهود، جسارت، بی‌پروایی، شهامت و پایداری وجه اشتراک دارد توسط کوباسا<sup>۲</sup> (۱۹۹۷) معرفی و توسط همکارانش گسترش یافت (به نقل از شاملو، ۱۳۸۹). در واقع سرسختی روان‌شناختی نوعی سبک شخصیتی است که از مجموعه‌ای از صفات روانی تشکیل شده است. برای افراد سرسخت حوادث و فعالیت‌های روزمره، چالش‌انگیز هستند، آنها تجربه‌های زندگی را سرشار می‌دانند و برخورد با آنها را آموزنده تلقی می‌کند. این در حالی است

<sup>3</sup> Bowen<sup>4</sup> differentiation<sup>5</sup> failure<sup>1</sup> psychological hardiness<sup>2</sup> Kobassa

دریافتند که هنگام وجود احساس ناراحتی و فقدان شادکامی، عزت نفس افراد کاهش می‌یابد، به عبارتی دیگر، بین شادکامی و عزت نفس ارتباط متقابل وجود دارد. جعفری، حاجلو و خزان (۱۳۹۱) نشان دادند سلامت‌روانی سالمندان توسط متغیرهای بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی، سرسختی روان‌شناختی و سن به خوبی قابل پیش‌بینی است. نتایج این پژوهش تلویحات مهمی در خصوص اهمیت بهزیستی معنوی و سرسختی روان‌شناختی در حفظ سلامت‌روانی سالمندان داشت با توجه به اینکه تمایز یافتگی و تحمل ناکامی و ابعاد مختلف آنها در شکل‌گیری سرسختی روان‌شناختی سالمندان مؤثر هستند و همچنین سرسختی روان‌شناختی در جلوگیری از جذب سالمندان به عوامل ناکامی نقش مهم و اساسی را ایفا می‌کند و از آنجایی که سرسختی روان‌شناختی سالمندان در دهه‌های گذشته مورد توجه نبوده، بنابراین در این پژوهش سعی بر این بود که سؤال اصلی پژوهش را مورد بررسی قرار دهیم که آیا تمایز یافتگی و تحمل ناکامی توان پیش‌بینی سرسختی روان‌شناختی سالمندان را دارند؟

### روش

#### طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر باتوجه به روش توصیفی و شیوه اجرا از نوع همبستگی است. در این پژوهش جامعه آماری کلیه سالمندان بالای ۶۰ سال تحت پوشش اداره تأمین اجتماعی شهر کرمانشاه بودند، که به گزارش اداره تأمین اجتماعی، تعداد آنها حدود ۴۵۰ نفر اعلام شد. شرکت‌کنندگان شامل افراد بازنشسته اداره تأمین اجتماعی بودند و بصورت داوطلبانه و اختیاری تمایل به همکاری در پژوهش را داشتند. نمونه آماری نیز با استفاده روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۲۰۰ نفر از سالمندان انتخاب شد. به دلایل مختلف از بین ۲۰۰ نفر شرکت‌کننده تعداد ۵ نفر ریزش داشت و سپس تعداد نمونه این پژوهش به ۱۹۵ نفر رسید. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت از (۱) عدم وجود نقایص شناختی مانند نقص حافظه و بیماری آلزایمر، (۲) عدم وجود معلولیت جسمانی، (۳) عدم وجود بیماری‌های خاص و مزمن جسمانی (۴) عدم وجود بیماری‌های سایکوتیک (مانند اسکیزوفرنی) و (۵) رضایت شخصی برای شرکت در مطالعه بودند. همچنین ملاک‌های خروج از مطالعه عبارت از (۱) ضعف بینایی و ناتوانی در تکمیل صحیح پرسش‌نامه، (۲) ضعف شنوایی و توانایی ارتباط کلامی مناسب با

افزایش جمعیت سالمندان سبب شده است محققان و متخصصان رفته‌رفته بر اهمیت توجه به سلامت سالمندان صحنه گذاشته و فراهم آوردن امکانات لازم را برای خدمات ویژه در این زمینه توصیه کنند. پیر شدن با خود یکسری تغییرات قطعی را به همراه می‌آورد که فراتر از مسئله زمان و عمر است. چندین عامل خطر آفرین روانی-اجتماعی مانند فقدان نقش‌های اجتماعی، از دست دادن استقلال، مرگ دوستان و بستگان، افزایش انزوا، محدودیت‌های مالی، کاهش سلامت جسمی و روانی، ترک خانه بوسیله فرزندان، مرگ همسر، معلولیت، بازنشستگی، کم شدن روابط اجتماعی و سازگار شدن با زندگی جدید، می‌توانند باعث کم‌شدن امید به زندگی، شادکامی و تجربه احساس تنهایی در سالمندان شوند، شناسایی این‌گونه مشکلات و پیشگیری از آنها در افزایش کیفیت زندگی سالمندان نقش مهمی ایفاء می‌کنند (چنگیزی و پناه‌علی، ۱۳۹۵). نتیجه بررسی شین و شوکیا (۲۰۱۰) که در پژوهشی در جوامع گوناگون مخصوص سالخوردگان انجام داد، نشان داده شد که جوامع گوناگون تأثیر مثبتی بر سلامت جسمی و سلامت روانی این افراد دارند و به سالمندان کمک می‌کنند تا بر محدودیت تحرک خود غلبه کنند و مشارکت اجتماعی بیشتری داشته باشند با این حال اجتماع سالخوردگان تعیین‌کننده راحتی و خشنودکنندگی نیست. اوکابایاشی (۲۰۱۴) در مطالعه خویش به بررسی تأثیر حمایت اجتماعی و تعامل منفی بر بهداشت روان سالمندان ژاپن پرداختند که یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد تأثیر منابع مختلف حمایت اجتماعی و تعاملات منفی بر بهداشت روان به ماهیت شبکه‌های اجتماعی نیز بستگی دارد. پژوهش وونگ (۲۰۱۴) نیز که بر زنان سالمند انجام شده است نشان می‌دهد که حمایت عاطفی که یکی از انواع حمایت اجتماعی است، بیشترین تأثیر را بر سلامت جسمی و روانی دارد. همچنین پژوهش هاین و بروینگ (۲۰۱۴) نشان داد که بسیاری از عوامل پیش‌بینی‌کننده‌ی سلامت و عملکرد بهتر سالمندان، جنبه‌ی اجتماعی، روان‌شناختی و رفتاری داشته و بالقوه قابل تغییر هستند. این یافته‌ها نشان می‌دهند که موفقیت در سالمندی تحت تأثیر عوامل تغییرناپذیری همچون وضعیت ژنتیکی فرد نیست بلکه بیشتر عواملی چون سطح فعالیت بدنی فرد، تعاملات اجتماعی و نگرش به زندگی بر سلامت سالمندان مؤثر خواهند بود. براون و مک‌گیل (۲۰۱۱)، در پژوهش خود

پژوهشگر و (۳) عدم دقت در تکمیل پرسش‌نامه و (۴) خستگی و انصراف آنان از اجرای آزمون بودند. باقی افراد پس از توضیحات در ارتباط با نحوه تکمیل پرسش‌نامه وارد مطالعه شدند. تعداد شرکت‌کنندگان ۱۹۵ نفر بود که از این تعداد ۱۱۰ مرد و ۸۵ زن؛ و تعداد ۲۴ دیپلم، ۳۳ فوق دیپلم، ۴۱ لیسانس و ۱۲ فوق‌لیسانس بودند.

## ابزار

**پرسش‌نامه سرسختی روان‌شناختی اهواز.** این پرسش‌نامه به وسیله تحلیل عوامل نجاریان، کیامرثی و مهرابی‌زاده هنرمند (۱۳۷۷) اعضای هیأت علمی گروه روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز ساخته شده است. در سال ۱۳۷۷ بر روی یک نمونه ۵۲۳ نفری از دانشگاه آزاد اسلامی اهواز اعتباریابی شد که سرسختی را مورد سنجش قرار می‌دهد. این آزمون یک نمره کل از سرسختی افراد می‌دهد و فاقد مؤلفه‌های تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی است. شیوه نمره‌گذاری این پرسش‌نامه ۲۷ ماده‌ای به این صورت است که شرکت‌کنندگان به یکی از چهار گزینه هرگز، بندرت، گاهی اوقات و اغلب اوقات پاسخ گفته و بر اساس مقادیر صفر، ۱، ۲، ۳ نمره‌گذاری می‌شود. نجاریان و همکاران (۱۳۷۷) برای سنجش پایایی این مقیاس از دو روش بازآزمایی و همسانی درونی استفاده کرده‌اند. ضریب همبستگی بین آزمون و آزمون مجدد با فاصله زمانی ۶ هفته در نمونه ۱۱۹ نفری برای شرکت‌کنندگان دختر و پسر به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۵ گزارش شد و در روش همسانی درونی پرسش‌نامه سرسختی روان‌شناختی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید که برای کل شرکت‌کنندگان ۰/۷۶ بدست آمد.

**پرسش‌نامه تمایزیافتگی خود.** این پرسش‌نامه توسط اسکورون و فریدلندر (۱۹۹۸) طراحی و دارای ۴۶ سؤال است که برای سنجش تمایزیافتگی افراد به کار می‌رود. تمرکز این ابزار بر ارتباط‌های مهم زندگی و روابط جاری افراد با خانواده اصلی است. این پرسش‌نامه دارای ۴ خرده مقیاس واکنش‌پذیری عاطفی، جایگاه من، گریز عاطفی، و هم‌آمیختگی با دیگران است. پرسش‌نامه تمایزیافتگی خود در ایران توسط اسکیان (۱۳۸۴) بر روی یک نمونه ۲۶ نفری از دانش‌آموزان سال اول دبیرستان اجرا شد. ضریب آلفای کرونباخ گزارش شده توسط اسکورون و فریدلندر برای «پرسش‌نامه تمایزیافتگی خود» ۰/۸۸ است. همین ضریب آلفا در پژوهش پلج-پوپکو که در سال ۲۰۰۴ صورت گرفت

۰/۸۶ گزارش شده است. در پژوهش اسکیان (۱۳۸۴) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد. ضریب آلفای این پرسش‌نامه در پژوهش شکیبایی به روش بازآزمایی نیز ۰/۸۱ بوده است. همین ضریب در پژوهش استوار ۰/۷۷ و در پژوهش خزاعی (۱۳۸۶) ۰/۹ به دست آمد که پایایی بالای این پرسش‌نامه را نشان می‌دهد.

## مقیاس تحمل ناکامی<sup>۱</sup>. هدف این مقیاس سنجش

میزان تحمل ناکامی فرد در رسیدن به اهداف می‌باشد. این مقیاس دارای ۳۵ سؤال است که به صورت طیف لیکرت ۵ امتیازی نمره‌گذاری می‌شود. مجموع نمرات پایین نشانه تحمل ناکامی بالای شرکت‌کنندگان و مجموع نمرات بالا نشان دهنده تحمل ناکامی کم شرکت‌کنندگان می‌باشد. در مطالعه بابارئسی و علیمهدی (۱۳۹۳) مقیاس تحمل ناکامی توسط ۴۵۴ دانشجویان (۲۵۰ پسر و ۲۰۴ دختر) که به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شده بودند تکمیل گردید. از ضریب آلفای کرونباخ برای بررسی پایایی و از روش تحلیل عاملی تأییدی و همبستگی مؤلفه‌ها با نمره کل مقیاس برای بررسی روایی پرسش‌نامه استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ نشان داد که پایایی برای کل شرکت‌کنندگان ۰/۸۴، برای مؤلفه عدم تحمل عاطفی ۰/۵۰، عدم تحمل هیجانی ۰/۶۱، پیشرفت ۰/۵۲، و استحقاق ۰/۷۱ می‌باشد. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد شاخص‌های مقیاس تحمل ناکامی دانشجویان بر روی عوامل از قبل طراحی شده توسط هارینگتون (۲۰۰۵) بار عاملی بالاتر از ۰/۳۰ دارند و ریشه خطای میانگین مجذورات تقریباً برابر ۰/۰۴ است. بنابراین پرسش‌نامه با چهار عامل از برازش قابل قبولی برخوردار است. همچنین همبستگی خرده مقیاس‌های تحمل ناکامی با نمره کل مقیاس بالاتر از ۰/۳۸ و در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشند.

## روش اجرا

پس از هماهنگی‌های لازم با اداره تأمین اجتماعی شهر کرمانشاه، ارائه‌ی توضیحات لازم، تنظیم پرسش‌نامه‌ها و انتخاب شرکت‌کنندگان، پرسش‌نامه‌ها در این مرکز در اختیار سالمندان قرار گرفت. سپس توضیحات لازم از سوی پژوهشگر در مورد نحوه تکمیل پرسش‌نامه‌ها به آنها ارائه شد. از شرکت‌کنندگان خواسته شد اگر در فرآیند تکمیل پرسش‌نامه با مشکلی مواجه شدند از پژوهشگر درخواست

<sup>1</sup> Frustration tolerance scale

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و فراوانی) و شاخص‌های آمار استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون و مدل رگرسیون گام‌به‌گام چندراهه) در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام شد.

### یافته‌ها

تجزیه و تحلیل اطلاعات پژوهش شامل اطلاعات توصیفی و آزمون فرضیه‌های پژوهش است. در قسمت اول اطلاعات توصیفی از جمله میانگین و انحراف معیار و در قسمت استنباطی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است.

توضیح بیشتری داشته باشند. سالمندان انتخاب شده پس از اعلام رضایت جهت شرکت در پژوهش و دریافت تضمین لازم مبنی بر اینکه اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی خواهد ماند، اقدام به تکمیل پرسش‌نامه‌ها کردند. پرسش‌نامه‌ها پس از تکمیل توسط پژوهشگر جمع‌آوری شد. لازم به ذکر است که تعدادی از سالمندان به علت لرزش دست، قادر به پاسخگویی به پرسش‌نامه‌ها نبودند؛ از این رو پژوهشگر پرسش‌نامه‌ها را برای این گروه قرائت می‌کرد و گزینه‌ی مدنظر آنها را علامت‌گذاری می‌کرد. در پایان تعداد ۵ پرسش‌نامه که ناقص بودند از مطالعه کنار گذاشته شدند و تعداد ۱۹۵ پرسش‌نامه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

### جدول ۱

اطلاعات روان‌سنجی برای متغیرهای پژوهش

متغیرها	سالمندان مرد		سالمندان زن		کولموگروف اسمیرونوف	سطح معنی‌داری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
تمایز یافتگی	۱۳۷/۶۳	۲۱/۶۹	۱۵۳/۱۳	۲۴/۷۹	۱/۶۲	۰/۰۸
واکنش‌پذیری عاطفی	۲۹/۸۷	۶/۵۵	۳۴/۲۰	۸/۵۴	۰/۹۸	۰/۲۵
جایگاه من	۲۵/۵۶	۵/۳۸	۳۱/۸۲	۷/۸۰	۰/۶۹	۰/۳۹
گریز عاطفی	۳۵/۷۸	۶/۸۷	۳۹/۷۰	۸/۵۰	۱/۵۲	۰/۱۵
هم‌آمیختگی	۲۶/۰۸	۶/۳۱	۳۳/۶۲	۸/۳۶	۱/۰۱	۰/۱۸
تحمل ناکامی	۶۱/۸۶	۱۱/۹۲	۶۳/۹۴	۱۲/۵۴	۰/۷۸	۰/۳۵
سرسختی روان‌شناختی	۴۸/۸۲	۱۱/۴۹	۵۳/۵۹	۱۳/۲۶	۱/۰۵	۰/۱۹

نرمال بودن توزیع متغیرها رعایت شده است. در قسمت آمار استنباطی و برای آزمون فرضیه‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شد.

جدول ۱ اطلاعات توصیفی را برای متغیرهای و زیرمقیاس‌های آنها نشان می‌دهد. همان‌گونه که در جدول مشاهده می‌شود. سطح معنی‌داری آزمون کولموگروف-اسمیرونوف از مقدار ۰/۰۵ بیشتر است، لذا پیش‌فرض

### جدول ۲

همبستگی زیر مقیاس‌های تمایز یافتگی و تحمل ناکامی با سرسختی روان‌شناختی سالمندان

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱. تمایز یافتگی	-						
۲. واکنش‌پذیری عاطفی	۰/۳۱**	-					
۳. جایگاه من	۰/۲۳*	۰/۲۵**	-				
۴. گریز عاطفی	۰/۰۹	۰/۳۶**	۰/۲۹**	-			
۵. هم‌آمیختگی با دیگران	۰/۴۲**	۰/۱۳*	۰/۳۱**	۰/۳۸**	-		
۶. تحمل ناکامی	۰/۵۲**	۰/۱۲*	۰/۳۳**	۰/۴۲**	۰/۴۵**	-	
۷. سرسختی روان‌شناختی	۰/۴۳**	۰/۳۱**	۰/۲۳*	۰/۰۹	۰/۴۲**	۰/۵۲**	-

۰/۳۰- همبستگی مثبت و معنی‌داری و منفی و معنی‌داری با سرسختی روان‌شناختی دارند. با وجود این بین مؤلفه‌های گریز عاطفی با سرسختی روان‌شناختی همبستگی معنی‌داری مشاهده نشد.

طبق نتایج جدول ۲ تحمل ناکامی با مقدار ۰/۵۲ قوی‌ترین همبستگی را با ذهن‌خوانی دارد. هم‌آمیختگی با دیگران از زیرمقیاس‌های تمایز یافتگی، جایگاه من و واکنش‌پذیری عاطفی به ترتیب با ضرایب ۰/۴۲، ۰/۲۳ و

جدول ۳

گام	متغیر	F	R	R <sup>2</sup>	$\beta$	B
۱	تحمل ناکامی	۳۳/۳۹	۰/۵۲	۰/۲۷	۰/۵۲	۰/۱۵
۲	تحمل ناکامی تمایز یافتگی در زمینه هم‌آمیختگی با دیگران	۳۶/۳۶	۰/۵۵	۰/۳۵	۰/۴۳	۰/۱۳
۳	تحمل ناکامی تمایز یافتگی در زمینه هم‌آمیختگی با دیگران تمایز یافتگی در زمینه واکنش‌پذیری عاطفی	۳۹/۶۷	۰/۵۸	۰/۴۳	۰/۳۴	۰/۱۰
					۰/۳۲	۰/۹
					۰/۳۰	-۰/۸

در نتیجه این یافته‌ها می‌توان گفت هر سه فرضیه پژوهش تأیید می‌شود.

### بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش به منظور پیش‌بینی سرسختی روان‌شناختی بر اساس میزان تمایز یافتگی و تحمل ناکامی در سالمندان انجام گرفت. پس از تحلیل فرضیه‌ها، نتایج تحلیل فرضیه اول نشان داد بین تمایز یافتگی با سرسختی روان‌شناختی سالمندان رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، هر چه تمایز یافتگی در سالمندان بالاتر باشد به همان اندازه سرسختی روان‌شناختی در آنان بیشتر خواهد بود. همچنین بین تمایز یافتگی در زمینه‌های واکنش‌پذیری عاطفی، جایگاه من، گریز عاطفی و هم‌آمیختگی با دیگران با سرسختی روان‌شناختی سالمندان رابطه مثبت معنی‌داری مشاهده می‌شود. در تبیین نتیجه این فرضیه می‌توان گفت که سالمندان تمایز یافته تعریف مشخصی از خود و عقایدشان دارند، می‌توانند جهت خویش را در زندگی انتخاب نمایند و در موقعیت‌های عاطفی شدید که در بسیاری از افراد منجر به بروز رفتارهای غیرارادی و گرفتن تصمیم‌های نافرجام می‌شود، کنترل خود را از دست ندهند

جدول ۳ خلاصه تحلیل رگرسیون گام به گام سرسختی روان‌شناختی را از طریق تمایز یافتگی در زمینه‌های واکنش‌پذیری عاطفی، جایگاه من، گریز عاطفی و هم‌آمیختگی با دیگران و تحمل ناکامی نشان می‌دهد. در این جدول مقادیر F، R و R<sup>2</sup> برای معنی‌داری مدل‌های رگرسیونی به همراه مقادیر B و  $\beta$  برای هر یک از متغیرهای حاضر در مدل ارائه شده است. طبق این جدول مقدار F در گام اول ۳۳/۳۹، در گام دوم ۳۶/۳۶ و در گام سوم ۳۹/۶۷ بدست آمده است که هر دو معنی‌دار هستند. در واقع مدل کلی رگرسیون در هر دو گام معنی‌دار است. همچنین ضریب تبیین در گام اول ۰/۲۷، در گام دوم ۰/۳۵ و در گام سوم ۰/۴۳ حاصل شده است. همچنین از جدول مشخص است که در اولین گام سرسختی روان‌شناختی بر اساس بیشترین همبستگی با تحمل ناکامی وارد معادله شده است و ضریب معنی‌دار و مثبت (۰/۵۲) دارد. در دومین گام تمایز یافتگی در زمینه هم‌آمیختگی با دیگران نیز به متغیر اول اضافه شده است و تأثیر معنی‌داری برای آن بدست آمده است (۰/۳۳) و در سومین گام تمایز یافتگی در زمینه واکنش‌پذیری عاطفی نیز به متغیر اول اضافه شده است و تأثیر معنی‌داری برای آن بدست آمده است (۰/۳۰).

و با در نظر گرفتن عقل و منطق تصمیم‌گیری کنند (تیموری آسفیچی و همکاران، ۱۳۹۱).

از سوی دیگر افراد تمایز یافته می‌توانند سرسختی روان‌شناختی بیشتری داشته باشند. که روان‌شناسان سلامت به دنبال شناسایی تجربیات و رفتارهایی بودند که سلامت را ترویج می‌دادند ولی گاهی منجر به بیماری می‌شدند (علی‌پور، سجادی، فروزان و بیگلریان، ۱۳۸۸).

همچنین روان‌شناسان سلامت تصمیم دارند که رفتارهای سلامت را برای اهداف کمک به سالم ماندن افراد و نیز کمک به اصلاح رژیم غذایی بیماران تغییر دهند. درمان رفتاری شناختی و اصلاح رفتار فنونی هستند که اغلب برای دستیابی به این هدف مورد استفاده قرار می‌گیرند (گیسون، ۲۰۰۷). نتیجه این فرضیه با نتایج تحقیقات علی‌پور و همکاران (۱۳۹۰)، رشیدی‌نژاد (۱۳۹۳)، پورمردان (۱۳۹۳)، علیزاده اصلی (۱۳۹۳)، پارپوچی (۲۰۱۳) همسو و همخوان است.

نتایج تحلیل فرضیه دوم نشان داد بین تحمل ناکامی با سرسختی روان‌شناختی سالمندان رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، هر چه تحمل ناکامی سالمندان بیشتر باشد، میزان سرسختی روان‌شناختی آنان نیز بیشتر خواهد بود. در تبیین نتایج این نتیجه می‌توان گفت از آنجایی که بین تحمل ناکامی با سرسختی روان‌شناختی سالمندان رابطه مثبت وجود دارد لذا به نظر می‌رسد که هر چه سرسختی روان‌شناختی بیشتر باشد، تحمل ناکامی هم بالاتر است و هر چه سرسختی روان‌شناختی کم باشد تحمل ناکامی هم کمتر است. در تبیین این یافته بایستی گفت که سرسختی روان‌شناختی نه فقط در سلامت جسمانی و روانی بلکه در ابعاد دیگری از قبیل انگیزش، یادگیری، پیامدهای یادگیری و برنامه‌ریزی‌های آموزشی تأثیرگذار است از طرف دیگر چن<sup>۱</sup> (۲۰۰۶)، به نقل از افشون، (۱۳۹۰) معتقد است که سرسختی می‌تواند به عنوان یک عامل کلی جهت مقابله با پیامدهای نامطلوب بهداشتی مورد استفاده قرار گیرد. در همین رابطه نتایج مطالعه موری<sup>۲</sup> (۲۰۰۹)، به نقل از کیارش، (۱۳۹۱) نیز حاکی از این است که افراد دارای سطوح پایین سرسختی برای ابتلا به ویژگی‌های شخصیتی ناسالم و آشفته‌گی‌های روانی که در شرایط استرس‌زا بیمار می‌شوند دارد.

<sup>1</sup> Chen<sup>2</sup> Murray<sup>3</sup> Harris

افشون، م. (۱۳۹۰). بررسی رابطه تمایز یافتگی با سلامت روان و خودشکوفایی دانشجویان دانشگاه آزاد شهر دهدشت (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه آزاد اسلام، مرودشت.

الهیاری، ط.، و تهرانی، م. (۱۳۹۳). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر افسردگی در زنان سالمند ساکن آسایشگاه کهریزک (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.

ایزدی، س.، (۱۳۸۸). روانشناسی شخصیت از دیدگاه مکاتب. تهران: انتشارات دهخدا.

باباریسی، م.، و علیمهدی، م. (۱۳۹۳). اعتباریابی پرسشنامه تحمل ناکامی. مؤسسه آزمون‌یار پویا، تهران.

بیاض، ح.، (۱۳۹۱). بررسی ارتباط بین تیپ‌های شخصیت، سخت رویی، استرس و بیماری کرونر قلب (پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، منتشر نشده). دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام.

پورمردان، ز.، (۱۳۹۳). بررسی رابطه بین سرسختی روان‌شناختی با استرس ادراک شده در جانبازان شهر اردبیل. نخستین همایش ملی علوم تربیتی و روان‌شناسی، مرودشت: شرکت اندیشه‌سازان مبتکر جوان.

تیموری‌آسفیچی، ع.، غلامعلی‌لوانسانی، م.، و بخشایش، ع.، (۱۳۹۱). پیش‌بینی رضایت‌ناشویی بر اساس سبک‌های دلبستگی و خودتمایزسازی. فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۱۰(۳۲)، ۴۶۳-۴۴۱.

جعفری، ع.، حاجلو، ن.، و خزان، ک.، (۱۳۹۱). رابطه بهزیستی معنوی و سرسختی روان‌شناختی با سلامت روانی سالمندان. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۰(۶)، ۴۴۰-۴۳۱.

چنگیزی، ف.، و پناه‌علی، ا.، (۱۳۹۵). اثربخشی روایت‌درمانی گروهی بر میزان امید به زندگی و شادکامی سالمندان شهر تبریز. فصلنامه آموزش و ارزیابی، ۹(۳۴)، ۷۶-۶۳.

خزایی، س. (۱۳۸۶). بررسی تأثیر آموزش تمایز یافتگی بر میزان صمیمیت و سطح تمایز یافتگی زوجها (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده) دانشگاه تربیت معلم، تهران.

رشیدی‌نژاد، ز.، (۱۳۹۳). مقایسه سرسختی روان‌شناسی در بیماران اچ آی وی مثبت با بیماران سرطانی و افراد سالم. اولین همایش علمی پژوهشی علوم تربیتی و روانشناسی آسیب‌های اجتماعی و فرهنگی ایران. تهران: مرکز مطالعات و تحقیقات اسلامی سروش حکمت مرتضوی-انجمن علمی توسعه و ترویج علوم و فنون بنیادین.

سروندیان، ن.، و حسن پور، ن.، (۱۳۹۴). مقایسه احساس تنهایی و ترس از مرگ در زنان و مردان سالمند سرای

همچنین می‌توان گفت که مسائل و مشکلاتی که موجب یأس می‌شوند اگر به موقع و به طور منطقی حل نگردند باعث ناراحتی‌ها و تنش‌های بسیاری می‌شوند که نتیجه آن اختلال در شخصیت و رفتار فرد می‌شود و در صورت پیشرفت فرد را به سوی بیماری‌های روانی سوق می‌دهد. برخی از این مسائل با اندک توجه و کوشش حل می‌شوند، اما برخی دیگر به آسانی حل‌شدنی نیستند. وظیفه روان‌شناسان این است که بدانند ناکامی چگونه به وجود آمده است و علل اصلی آن چه می‌باشد و در صورت لزوم تلاش نماید دریابد که چگونه می‌توان از بروز یأس جلوگیری نمود و یا آن را درمان کرد.

با توجه با اینکه پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی سرسختی روان‌شناختی بر اساس میزان تمایز یافتگی و تحمل ناکامی در سالمندان انجام گرفت، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به رابطه علت و معلولی این متغیرها در قالب طرح‌های آزمایش و همچنین به رابطه سایر متغیرهای شناختی با سرسختی روان‌شناختی توجه شود. پیشنهاد می‌شود پژوهش در سطح کلی‌تر و با توجه به شرایط فرهنگی و اجتماعی، اقتصادی افراد و گروه‌های مختلف جامعه انجام پذیرد و همچنین توصیه می‌شود که محققان این پژوهش را در گروه‌های مختلف و در سطحی گسترده‌تر انجام دهند. پیشنهاد می‌شود که مطالب مربوط به ویژگی‌های شخصیتی مثبت مانند سرسختی روان-شناختی که نقش بسزایی در تداوم تمایز یافتگی و تحمل ناکامی دارد و همچنین ویژگی‌های شخصیتی منفی مانند کمال‌گرایی که نقش مهمی در ایجاد اختلالات روانی را بازی می‌کند از طرق گوناگون به سالمندان معرفی و زمینه‌های رشد و توسعه یا تضعیف آنها آموزش داده شود.

### سپاس‌گزاری

بدینوسیله از تمامی عزیزانی که ما را در انجام این مطالعه یاری داده‌اند تشکر و قدردانی می‌شود.

### منابع

احمدوند، م.، (۱۳۸۸). بهداشت روانی، تهران: انتشارات پیام نور.  
اسکیان، پ. (۱۳۸۴). بررسی تأثیر روان‌نمایشگری بر افزایش تمایز یافتگی فرد از خانواده اصلی در دانش‌آموزان دختر دبیرستانی منطقه ۵ تهران (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه تربیت معلم، تهران.



- نجاریان، ب.، مهرابی‌زاده هنرمند، م.، و کیامرثی، آ. (۱۳۷۷). ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش سرسختی روان‌شناختی. *مجله روانشناسی*، ۲(۷)، ۲۸۴-۲۷۱.
- Antonovsky, A., & Vingerhoest, A. (2011). Attachment and well-being: The mediating role of emotion regulation and resilience. *Personality and Individual Differences*, 53(7), 821-826.
- Brown, C., & McGill, S. (2011). Resilience enhancing well-being through the positive cognitive triad. *Journal of Counseling Psychology*, 58(4), 610-617.
- Gibson, J. L. (2007). Organizational ethics and the management of health care organizations. *Healthcare Management Forum*, 20(1), 38-41.
- Harrington, N. (2005). The Frustration Discomfort Scale: development and psychometric properties. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12(5), 374-387.
- Judge, T., & Watanabe, S., (2005). Look at the job satisfaction-life satisfaction relationship. *Journal of Applied Psychology*, 78, 939-948.
- Mirgain, S., & Cordova, J. (2007). Emotion skills and marital health: The association between observed and self-reported emotion skills, intimacy, and marital satisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(9), 983-1009.
- Okabayashi, H., Liang, J., Krause, N., Akiyama, H., & Sugisawa, H. (2014). Mental health among older adults in Japan: do sources of social support and negative interaction make a difference? *Social Science & Medicine*, 11, 2259-2270.
- Parpvy, A. (2013). The relationship between attributional style, gender and the Five-Factor Model of personality. *Personality and Individual Differences*, 33, 1185-1201.
- Skowron, E. A., & Friedlander, M. L. (1998). The Differentiation of Self Inventory: Development and initial validation. *Journal of Counseling Psychology*, 45, 235-246.
- Wong, S. T., Gregorich, S., & Pérez-Stable, E. J. (2014). What type of social support influences self-reported physical and mental health among older women? *Journal of Aging and Health*, 26(4), 663-678.
- سالمندان شهرستان اهواز. (پایان‌نامه کارشناسی چاپ نشده) دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
- سریع‌القدم، ز.، (۱۳۹۵). مفهوم سلامت روان‌شناختی. مشهد: انتشارات جاودان فرد.
- سمعی فر، م.، (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی *CBM-I* بر کاهش سوگیری تفسیر منفی در برابر ناکامی و شاخص‌های سوءمصرف مواد (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه آزاد اسلامی، ساوه.
- سوابی، ز.، (۱۳۸۸). بررسی رابطه‌ی سلامت و سرسختی روان‌شناختی دانشجویان (پایان‌نامه کارشناسی چاپ نشده). دانشگاه پیام نور، اسلام آباد غرب.
- شاملو، س.، (۱۳۸۹). روانشناسی سلامت، تهران: انتشارات رشد.
- شریفی، ف.، (۱۳۹۴). بررسی راه‌های برون رفت مشکلات و سیاستگذاری برای بهبود وضعیت بازنشستگان. مجموعه مقالات برتر موضوع بازنشستگی چهارمین جشنواره شهید رجایی، تهران: نشر سازمان بازنشستگی.
- صالحی، ا.، و بشارت، م. (۱۳۸۹). رابطه انعطاف‌پذیری و مقاومت در برابر موفقیت در ورزش و سلامت‌روان در یک نمونه از ورزشکاران. *مجله علوم اجتماعی و رفتاری*، ۵، ۶۳-۷۵.
- علی‌پور، ا.، صحرائیان، م.، علی‌اکبری، م.، و حاجی‌آقابائی، م. (۱۳۹۰). ارتباط میان حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سخت‌رویی با سلامت‌روان و وضعیت ناتوانی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی*، ۱(۳)، ۱۱۰-۱۳۳.
- علی‌پور، ف.، سجادی، ح.، فروزان، آ.، و بیگلریان، ا. (۱۳۸۸). نقش حمایت‌های اجتماعی در کیفیت زندگی سالمندان. *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، ۸(۳۳)، ۱۶۷-۱۴۹.
- علیزاده اصلی، ا.، (۱۳۹۳). رویکرد مدل‌یابی معادلات ساختاری در تبیین تأثیر سرسختی روان‌شناختی بر کیفیت زندگی با میانجیگری تمایز یافتگی. کنفرانس بین‌المللی علوم انسانی و مطالعات رفتاری. تهران: موسسه مدیران ایده پرداز پایتخت ویرا.
- کیارش، ع.، (۱۳۹۱). بررسی رابطه بین سرسختی روان‌شناختی و منبع کنترل در دانشجویان (پایان‌نامه کارشناسی چاپ نشده). دانشگاه پیام نور، سرپل ذهاب.
- ناخدا، ه. (۱۳۷۷). ارتباط ساده و چندگانه از اشتیاق و حمایت اجتماعی با سلامت روان و سلامت زنان در شوستر (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه اهواز.

Heine, C., & Browning, C. J. (2014). Mental health and dual sensory loss in older adults: a systematic review. *Frontiers in Aging Neuroscience, 14*, 68-83.

Singh, P., Shukla, A., & Singh, P. A. (2010). Perceived Self Efficacy and Mental Health among Elderly. *Delhi Psychiatry Journal, 13*(2), 312-321.