



Predicting Quality of Life of the Elderly based on Life Expectancy and Resilience

Saleh Salehi¹, Anis khoshlahjeh Sedgh²

1. MA in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Medical Sciences, Qom, Iran.
2. PhD Psychology Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Qom Medical Sciences, Islamic Azad University, Qom, Iran. anissedg@yahoo.com

ABSTRACT

Received: 16/04/2022 - Accepted: 24/02/2023

Aim: Aging is an inevitable period of every person's life. With the advancement of science and the improvement of health conditions, the number of elderly people in different societies is increasing, and the correct recognition and response to this period of life can improve the quality of life. The current research was conducted with the aim of predicting the quality of life of the elderly based on life expectancy and resilience. **Methods:** The current research method was a correlational-descriptive and the statistical population of the current research consisted of the elder individuals living in Tehran's nursing homes full-time in 1400, who were selected by cluster random sampling. To collect data, Snyder's life expectancy questionnaire, World Health Organization's short quality of life scale, and Connor and Davidson's resilience scale were used. The data were analyzed using stepwise regression analysis. **Findings:** The results of stepwise regression analysis showed that life expectancy explains up to 30.6% and resilience up to 37.5% of the variance of quality of life. **Conclusion:** It can be said that in order to increase the quality of life of the elderly, the growth and improvement of the level of life expectancy and resilience of this segment of the society should be provided.

Keywords: Quality of life, Elderly, Hope for life, Endurance



فصلنامه علمی پژوهش‌های مشاوره
انجمن مشاوره ایران
جلد ۲۲، شماره ۸۵، بهار ۱۴۰۲
مقاله پژوهشی

e-issn:4018-2717

p-issn:400-2717X

DOI: 10.18502/qjcr.v22i85.12543

پیش‌بینی کیفیت زندگی سالمندان بر اساس امید به زندگی و تاب‌آوری

صالح صالحی^۱، انیس خوش‌لهجه صدق^۲

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. واحد علوم پزشکی. دانشگاه آزاد اسلامی. قم، ایران.
۲. نویسنده مسئول، دکتری روان‌شناسی، استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی. واحد علوم پزشکی. دانشگاه آزاد اسلامی. قم،
anissedg@yahoo.com
ایران.

(صفحات ۲۶۶-۲۸۵)

چکیده

هدف: سالمندی دوره‌ی اجتناب‌ناپذیری از زندگی هر فرد است که با پیشرفت علم و بهبود شرایط بهداشتی، تعداد سالمندان در جوامع مختلف رو به افزایش است و همچنین شناخت و واکنش صحیح نسبت به این دوره از زندگی می‌تواند موجب بهبود کیفیت زندگی شود. پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی کیفیت زندگی سالمندان بر اساس امید به زندگی و تاب‌آوری انجام گرفت. **روش:** روش پژوهش حاضر، توصیفی از نوع همبستگی بود و جامعه آماری تحقیق حاضر را سالمندان خانه‌های سالمندان تمام وقت شهر تهران در سال ۱۴۰۰ تشکیل می‌داد که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای ۲۵۰ نفر انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه امید به زندگی اشنایدر، مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت و مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون استفاده می‌شد. **یافته‌ها:** نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد که امید به زندگی تا ۳۰/۶ درصد و تاب‌آوری تا ۳۷/۵ درصد از واریانس کیفیت زندگی را تبیین می‌کنند. **نتیجه‌گیری:** می‌توان گفت به منظور افزایش کیفیت زندگی سالمندان، زمینه رشد و ارتقا سطح امید به زندگی و تاب‌آوری این قشر از جامعه فراهم شود.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، سالمندان، امید به زندگی، تاب‌آوری

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۱/۲۷ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۲/۰۵

مقدمه

پدیده افزایش سالمندی جمعیت یکی از مهمترین مسائل اقتصادی، اجتماعی و پزشکی عصر حاضر است (مارسواو همکاران^۱، ۲۰۱۹). جمعیت جهانی افراد مسن (بیشتر از ۶۰ سال) از ۳۸۲ میلیون نفر در سال ۱۹۸۰ به ۹۶۲ میلیون نفر در سال ۲۰۱۷ افزایش یافته است و پیش بینی می شود تا سال ۲۰۵۰ به ۲/۱ میلیارد نفر برسد (مارزو و همکاران^۲، ۲۰۲۲). همچنین جمعیت سالمندان در ایران از ۱۱۷۳۶۷۹ نفر در سال ۱۳۳۵ (۶/۲۵٪ جمعیت کشور) به ۷۴۱۴۰۹۱ نفر در سال ۱۳۹۵ (۹/۳٪ جمعیت کشور) رسید و مطابق با تخمین های صورت گرفته پیش بینی می شود تا سال ۱۴۲۹ به ۲۵۹۱۲۰۰ نفر (۲۴/۶۲٪ جمعیت کشور) برسد (خزائی پول و نقیبی، ۲۰۲۲). دوره سالمندی با کاهش عملکردهای فیزیکی، محدودیت در حرکت، افزایش مشکلات سلامتی و وابستگی به فرد دیگر همراه است (سن موریس و همکاران^۳، ۲۰۱۹). بنابراین، این مشکلات می تواند بر کیفیت زندگی سالمندان تأثیر منفی بگذارد (خاتمی نسب، شاهمیری و زمانی، ۲۰۱۹). سازمان بهداشت جهانی (WHO^۴ کیفیت زندگی را به عنوان ادراک از آنچه با اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق فرد در زمینه فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می کند مرتبط است، تعریف می کند. کیفیت زندگی همچنین به عنوان یک مفهوم گسترده توضیح داده می شود که سلامت جسمی و روانی، استقلال، روابط اجتماعی و محیط اعتقادی شخصی را در بر می گیرد. در نهایت می توان گفت که کیفیت زندگی یک مفهوم بسیار مهم در درک موفقیت زندگی یک فرد است زیرا تأثیر مستقیمی بر دستیابی به اهداف زندگی فرد دارد. علاوه بر این، ارزیابی های ذهنی مهم تر از ارزیابی های عینی هنگام ارزیابی کیفیت زندگی یک فرد است (کیم و هوانگ^۵، ۲۰۲۲).

1. aresova, p & et al

2. arzo;R. R & et al

3. aint-Maurice, P. F & et al

4. World Health Organization

5. Kim, B. R; & Hwang, H. H

مفهوم تازه‌ای که بر کیفیت زندگی افراد به ویژه سالمندان تأثیر می‌گذارد، امید به زندگی می‌باشد (ندایی و عین‌علی هرموشی، ۲۰۲۰) که یکی از پیامدهای سالمندی کاهش امید به زندگی است (راشیدی و همکاران، ۲۰۲۰). امید به زندگی معیاری آماری از تعداد سال‌هایی است که فرد بر اساس سن فعلی و سایر عوامل جمعیت شناختی انتظار دارد زندگی کند و یک شاخص کلیدی است که برای ارزیابی روند مرگ و میر، بار بیماری، وضعیت سلامت کلی یک جمعیت و نظارت بر روند مراقبت‌های بهداشتی در طول زمان توسط سازمان بهداشت جهانی استفاده می‌شود (لیو و همکاران^۱، ۲۰۲۱). بر اساس گزارش‌های جهانی، در کمتر از ۲۵ سال، امید به زندگی از ۶۴ به ۷۱ از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۳ افزایش یافته است، همچنین بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، امید به زندگی در ایران از ۵۷ سال در سال ۱۹۸۰، به ۷۶ سال در سال ۲۰۱۵ افزایش یافته است (کوشکستانی و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین مطالعات نشان داده‌اند که سطوح بالای امید به زندگی با سلامت جسمی و روانی، ارزش خود بالا، تفکر مثبت و روابط اجتماعی خوب مرتبط است (راشیدی و همکاران، ۲۰۲۰).

از دیگر عوامل مرتبط با کیفیت زندگی سالمندان، تاب‌آوری است. تاب‌آوری توانایی بازگشت به زندگی عادی و سالم ماندن ذهنی در مواجهه با رویدادهای نامطلوب زندگی است. این متغیر عملکرد فیزیکی و روانی را در بر می‌گیرد، روابط بین افراد، خانواده و جامعه را منعکس می‌کند و به نقاط قوت شخصی، سبک زندگی و پس‌زمینه اجتماعی - فرهنگی بستگی دارد. به عبارت دیگر تاب‌آوری شامل فرآیندی سیال است که در آن رفتارها، افکار و اعمال می‌تواند توسط هر کسی در هر زمانی آموخته و توسعه یابد (منیرات، ایثارمالایی و بونیاسوپون^۲، ۲۰۱۹). از آنجا که مشکلات دوران سالمندی همچون بیماری‌های جسمانی و روان‌شناختی می‌تواند کیفیت زندگی این گروه از افراد را تحت تأثیر قرار دهد، مطالعات نشان داده است که افزایش تاب‌آوری، کاهش مشکلات

1. iu, L & et al

2. Maneerat, Isaramalai & Boonyasopun

هیجانی را به همراه خواهد داشت، همچنین موجب افزایش رضایت از زندگی و افزایش سلامت روان خواهد شد (عندلیب کورایم و محمودی نیا، ۱۴۰۰). نتایج پژوهش لی و همکاران^۱ (۲۰۱۶) نشان داد که حمایت، امید و تاب‌آوری به طور کلی ۳/۳۰ درصد از واریانس کیفیت زندگی را توانسته‌اند تبیین کنند.

در راستای مطالب بیان شده مرادی و قدرتی میرکوهی (۱۳۹۹) با هدف پیش‌بینی رضایت از زندگی بر اساس تاب‌آوری و امیدواری در سالمندان و میزان ارجحیت نقش امیدواری در پیش‌بینی رضایت از زندگی نشان دادند که تاب‌آوری و امیدواری قادر به پیش‌بینی رضایت از زندگی در سالمندان خواهند بود. در عین حال متغیر امیدواری از همبستگی بیشتری با رضایت از زندگی در سالمندان برخوردار است و بطور قابل ملاحظه‌ای رابطه معنادار و مثبت بین این دو متغیر وجود دارد. عندلیب کورایم و محمودی نیا (۱۴۰۰) نیز با هدف پیش‌بینی کیفیت زندگی سالمندان بر اساس تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی نشان دادند که هم ذهن‌آگاهی و هم تاب‌آوری به عنوان متغیرهای پیش‌بین قادر به تبیین کیفیت زندگی در سالمندان است. یوسفی افراشته و مرادی (۱۴۰۱) نیز با هدف مدلیابی کیفیت زندگی بر مبنای سلامت معنوی و حمایت اجتماعی از طریق نقش میانجی تاب‌آوری و امید در سالمندان نشان دادند که حمایت اجتماعی و سلامت معنوی بواسطه امید و تاب‌آوری، توان لازم برای پیش‌بینی کیفیت زندگی در بین سالمندان را دارد. شهابی فام و لطفی نیا (۱۴۰۱) نیز با هدف تعیین اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کیفیت زندگی، راهبردهای مقابله‌ای و سلامت روان سالمندان مهر تبریز نشان دادند که آموزش تاب‌آوری بر افزایش کیفیت زندگی، تعدیل راهبردهای مقابله‌ای و ارتقاء سلامت روان سالمندان تأثیرگذار بود. دو گروه شرکت‌کننده در کیفیت زندگی، راهبردهای مقابله‌ای و سلامت روان، تفاوت معنی‌داری داشتند.

با نگاهی موشکافانه به مطالعات انجام شده در زمینه پیش‌بینی کیفیت زندگی

سالمندان بر اساس امید به زندگی و تاب‌آوری و با در نظر گرفتن محدودیت‌های پژوهش مذکور مانند داده‌هایی که با استفاده از ابزارهای خود گزارش دهی تهیه شده‌اند که ممکن است سوگیری‌های پاسخ‌دهی در آنان وجود داشته باشد، عدم همکاری برخی از سالمندان برای تکمیل پرسشنامه، نمونه محدود و احتیاط در تعمیم نتایج، انتخاب نمونه تصادفی در مرحله اول پژوهش، مطالعات از نوع مقطعی با محدودیت‌های خاص خود و همچنین نبود پژوهش صرفاً در رابطه با پیش‌بینی کیفیت زندگی سالمندان بر اساس دو متغیر مذکور و با توجه به اینکه مفهوم کیفیت زندگی از زمینه‌های بهداشتی، زیست محیطی و روان‌شناختی صرف به مفهومی چندبعدی ارتقا یافته و مورد توجه تعداد زیادی از حوزه‌های مطالعاتی قرار گرفته است، به گونه‌ای که به منزله‌ی عنصری کلیدی در سیاست‌گذاری‌ها مورد بحث قرار گرفته و از آن به عنوان شاخص توسعه نام می‌برند، می‌توان گفت نقص در بهبود آن باعث حجم وسیعی از مشکلات زیستی، روانی، اجتماعی، معنوی و رفتاری می‌شود.

به همین جهت مسئولین و دست‌اندرکاران بهداشت سلامت باید در جهت ارتقای کیفیت زندگی جامعه تلاش‌های زیادی به عمل بیاورند. در نتیجه بررسی عوامل اثرگذار بر روی کیفیت زندگی از اهمیت بسزایی برخوردار است. بنابراین پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی کیفیت زندگی سالمندان بر اساس امید به زندگی و تاب‌آوری انجام شد و فرضیه‌های پژوهش به این صورت مطرح می‌شود که (۱) بین امید به زندگی و کیفیت زندگی سالمندان رابطه وجود دارد و (۲) بین تاب‌آوری و کیفیت زندگی سالمندان رابطه وجود دارد.

روش پژوهش

از آنجایی که هدف پژوهش تعیین رابطه میان امید به زندگی و تاب‌آوری با کیفیت زندگی می‌باشد، پژوهش حاضر از نظر هدف بنیادی و از نظر نحوه گردآوری اطلاعات توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری تحقیق حاضر را سالمندان ساکن

خانه‌های سالمندان تمام وقت شهر تهران در سال ۱۴۰۰ تشکیل می‌داد. ۲۵۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. برای انتخاب تصادفی آزمودنی‌ها، ابتدا شهر تهران به پنج ناحیه شمال، جنوب، غرب، شرق و مرکز تقسیم شد و در مرحله بعد، با استفاده از قرعه‌کشی از هر ناحیه، ۳ خانه سالمندان انتخاب شد. سپس محقق با مراجعه به هر مرکز و با کسب توافق و رضایت آگاهانه، اقدام به تکمیل پرسشنامه‌ها نمود.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه امید به زندگی

پرسشنامه امید به زندگی اسنایدر^۱ (۲۰۰۱) دارای ۱۲ آیتم می‌باشد که ۸ آیتم آن مورد استفاده قرار می‌گیرد و ۴ آیتم دیگر دروغ سنج هستند که در نمره‌گذاری به حساب نمی‌آیند. از این ۸ آیتم، چهار آیتم آن مربوط به تفکر عاملی (مؤلفه کارگذار) (۲، ۹، ۱۰، ۱۲) و چهار آیتم آن مربوط به تفکر راهبردی (مؤلفه گذرگاه) (۱، ۴، ۶ و ۸). هدف این پرسشنامه، ارزیابی میزان امید به زندگی در افراد می‌باشد. شیوه نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای از ۰ تا ۴ می‌باشد. اما این شیوه نمره‌گذاری در مورد سؤالات شماره ۳، ۷ و ۱۱ معکوس شده است. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات تک تک سؤالات را با هم محاسبه نمائید. امتیازات بالاتر، نشان دهنده امید به زندگی بیشتر در فرد پاسخ دهنده خواهد بود و برعکس (کاظمی و نامداری، ۱۳۸۷). پایایی این مقیاس از طریق روش بازآزمایی پس از سه هفته، برای کل مقیاس ۰/۸۵، برای خرده مقیاس تفکر عامل ۰/۸۱ و برای خرده مقیاس مسیره‌ها ۰/۷۴ گزارش شده است (اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۱). به منظور سنجش روایی این مقیاس، هماهنگی سوال‌های این مقیاس با نظریه اسنایدر، بیانگر روایی محتوایی خوب آن می‌باشد (گروال و پورتر^۲،

1. Snyder
2. Grewal & Porter

۲۰۰۷). همچنین اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱) روایی واگرای مقیاس را با پرسشنامه افسردگی بک و کلازک^۱ (۱۹۸۸) برابر با ۰/۴۴- و پایایی آن را با روش بازآزمایی ۰/۸۰ گزارش کردند. در ایران نیز ایزدپناه کاخک، ثمری و توزنده جانی (۱۳۹۸) پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش کردند. کرمانی، خدائپناهی و حیدری (۱۳۹۰) به بررسی روایی سازه با استفاده از تحلیل عاملی پرداختند.

مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت^۲ (WHOQOL - BREF):

معرفی: این مقیاس دارای ۲۶ سوال است که به ارزیابی ۴ حیطه از کیفیت زندگی افراد می‌پردازد. این حیطه‌ها شامل سلامت جسمانی، سلامت روان‌شناختی، محیط زندگی و روابط با دیگران هستند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۲ نقل از نجات، منتظری، هلاکوئی نائینی، محمد و علیزاده، ۱۳۸۵). این پرسشنامه دارای ۴ زیرمقیاس و یک نمره کلی است. این زیرمقیاس‌ها عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف و یک نمره کلی. در ابتدا یک نمره خام برای هر زیرمقیاس به دست می‌آید که باید از طریق یک فرمول به نمره‌ای استاندارد بین ۰ تا ۱۰۰ تبدیل شود. نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بیشتر است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۲ نقل از نجات و همکاران، ۱۳۸۵). پایایی این پرسشنامه برای خرده مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس بر اساس آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ و ۰/۸۹ گزارش شده است و همچنین روایی آن در دامنه‌ای بین ۰/۴۶ و ۰/۶۷ است (اسکینگتون، اوکانل و لطفی^۳، ۲۰۰۴). روایی و پایایی این مقیاس توسط نجات و همکاران (۱۳۸۵) انجام شد و نتایج حاکی از آن بود که تمام خرده مقیاس‌ها همسانی درونی بالای ۰/۷ داشته‌اند.

1. Beck & Clark
2. World Health Organization Quality Of Life-BRIEF
3. Skevington, O'Connell & Lotfy

مقیاس تاب‌آوری^۱ (CD-RISC)

مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ حوزه تاب‌آوری طراحی شد. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس تاب‌آوری در شش گروه، جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روانپزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران استرس پس از سانحه انجام شده است. تهیه‌کنندگان مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون بر این باورند که این مقیاس به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از غیرتاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی بوده و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون شامل ۲۵ عبارت می‌باشد. نمره‌گذاری مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون، بر اساس یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای بین صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) می‌باشد. تفسیر مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون بدین صورت است که هر چه فرد نمره بالاتری کسب نماید، دارای تاب‌آوری بیشتری است. هدف مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون، سنجش میزان تاب‌آوری افراد و مقایسه سطح تاب‌آوری گروه‌های پژوهشی مختلف می‌باشد (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، پایایی آزمون-بازآزمون این پرسشنامه روی ۲۴ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و استرس پس از سانحه را ۰/۸۷ گزارش کردند. روایی هم‌گرای این پرسشنامه با استفاده از پرسشنامه سرسختی کوباسا روی ۳۰ نفر از بیماران روان‌پزشکی انجام شده و نتایج نشان داد که پرسشنامه تاب‌آوری با پرسشنامه سرسختی کوباسا ۰/۸۳ ارتباط دارد، ولی با استرس ادراک شده ۰/۷۶- رابطه دارد و نشان می‌دهد که سطح بالای تاب‌آوری با استرس تجربه شده پایین ارتباط دارد (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). پرسشنامه تاب‌آوری در ایران توسط محمدی (۱۳۸۵) هنجاریابی شده است و نتایج نشان داد که این پرسشنامه از آلفای کرونباخ

1. Connor- Davidson, Resilience Scale (CD-RISC)

۰/۸۹ برخوردار است. در پژوهش جوکار (۱۳۸۶) به جهت بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس در نمونه ایرانی، مقدار ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹۳ گزارش شده است و روایی مقیاس به شیوه تحلیل عاملی، مطلوب ارزیابی شده است. در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۹ به دست آمد.

یافته‌ها

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که از ۲۵۰ سالمندی که در مطالعه شرکت کردند ۳۸ نفر (۱۵/۲ درصد) در بازه سنی ۲۵ تا ۳۵ سال، ۱۶۸ نفر (۶۷/۲ درصد) در بازه سنی ۳۵ تا ۴۵ سال و ۴۴ نفر (۱۷/۶ درصد) در بازه سنی ۴۵ تا ۵۵ سال بودند. بیش‌ترین فراوانی مربوط به بازه سنی ۳۵ تا ۴۵ سال با ۱۶۸ نفر معادل ۶۷/۲ درصد و کمترین فراوانی مربوط به بازه سنی ۲۵ تا ۳۵ سال با ۳۸ نفر معادل ۱۵/۲ درصد بوده است.

جدول ۱. اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش

ردیف	ابعاد متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف معیار	خطای استاندارد
۱	کیفیت زندگی	۳/۶۲۱	۰/۴۱۱۴	۰/۰۲۶۰
۲	امید به زندگی	۳/۲۳۳۸	۰/۵۴۰۵۷	۰/۰۳۴۱۹
۳	تاب‌آوری	۳/۱۲۹۱	۰/۳۵۷۲۹	۰/۰۲۲۶۰

همانگونه که اطلاعات جدول ۱ نشان می‌دهد، بیشترین میانگین (۳/۶۲۱) مربوط به کیفیت زندگی و کمترین میانگین (۳/۱۲۹۱) مربوط به تاب‌آوری می‌باشد. همچنین بیشترین انحراف معیار (۰/۵۴۰۵۷) مربوط به امید به زندگی و کمترین انحراف معیار (۰/۳۵۷۲۹) مربوط به تاب‌آوری می‌باشد.

جدول ۲. رابطه بین امید به زندگی و تاب آوری با کیفیت زندگی

کیفیت زندگی		امید به زندگی	۱
ضریب همبستگی پیرسون	سطح معنی داری		
۰/۵۵۳**	۰/۰۰۰		
** P<۰/۰۱	* P<۰/۰۵		
کیفیت زندگی		تاب آوری	۲
ضریب همبستگی پیرسون	سطح معنی داری		
۰/۵۲۱**	۰/۰۰۰		
** P<۰/۰۱	* P<۰/۰۵		

چنان که در جدول ۲ مشاهده می شود، امید به زندگی با کیفیت زندگی دارای همبستگی معنادار است ($P<۰/۰۱$). بنابراین فرضیه دوم مبنی بر این که بین امید به زندگی با کیفیت زندگی رابطه وجود دارد، به این صورت مورد تأیید قرار می گیرد که امید به زندگی با کیفیت زندگی دارای همبستگی معنادار است.

همچنین تاب آوری با کیفیت زندگی دارای همبستگی معنادار است ($P<۰/۰۱$). بنابراین فرضیه دوم مبنی بر این که بین تاب آوری با کیفیت زندگی رابطه وجود دارد، به این صورت مورد تأیید قرار می گیرد که تاب آوری با کیفیت زندگی دارای همبستگی معنادار است.

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام پیش بینی کیفیت زندگی از طریق امید به زندگی و تاب آوری

متغیر ملاک: کیفیت زندگی										
P	F	مقدار ضریب همبستگی گام به گام	R2	R	P	T	B	SE	B	مقدار ثابت
۰/۰۰۰	۱۰۹/۱۸۰	۰/۳۰۳	۰/۳۰۶	۰/۵۵۳	۰/۰۰۰	۱۷/۱۲۱	۰/۱۳۲	۲/۲۶۰	۰/۴۲۱	مقدار ثابت
					۰/۰۰۰	۱۰/۴۴۹	۰/۵۵۳	۰/۰۴۰	۰/۴۲۱	امید به زندگی
					۰/۰۰۰	۸/۳۹۲	۰/۱۸۵	۱/۵۵۲	۰/۴۲۱	مقدار ثابت
۰/۰۰۰	۷۳/۹۸۷	۰/۳۷۰	۰/۳۷۵	۰/۶۱۲	۰/۰۰۰	۶/۳۷۷	۰/۳۸۲	۰/۰۴۶	۰/۲۹۱	امید به زندگی
					۰/۰۰۰	۵/۲۱۹	۰/۳۱۳	۰/۰۶۹	۰/۳۶۰	تاب آوری

* P<۰/۰۵

** P<۰/۰۱

چنانچه در جدول ۳ مشاهده می شود، نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد که، امید به زندگی و تاب آوری قادر به پیش بینی کیفیت زندگی هستند ($P < 0/01$). یافته ها بر اساس تحلیل رگرسیون گام به گام نشان دهنده این است، که امید به زندگی توانسته تا $30/6$ درصد و تاب آوری توانسته تا $37/5$ درصد از واریانس کیفیت زندگی را تبیین کنند. بنابراین می توان گفت، که امید به زندگی و تاب آوری، کیفیت زندگی را پیش بینی می کنند.

بحث و نتیجه گیری

فرضیه اول: چنانچه در یافته ها مشاهده می شود، می توان براساس امید به زندگی و تاب آوری، کیفیت زندگی را پیش بینی کرد. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد که طی دو گام، امید به زندگی و تاب آوری قادر به پیش بینی کیفیت زندگی هستند ($P < 0/01$). یافته ها بر اساس تحلیل رگرسیون گام به گام نشان دهنده این است، که امید به زندگی توانسته تا $30/6$ درصد و تاب آوری توانسته تا $37/5$ درصد از واریانس کیفیت زندگی را تبیین کنند. امید به زندگی و تاب آوری، کیفیت زندگی را پیش بینی می کنند، به این صورت مورد تأیید قرار گرفت. این نتایج با یافته های لیو (۲۰۱۷)، لی و همکاران (۲۰۱۶)، ریستوسکا - دیمیتروسکا (۲۰۱۵) و نوری ثمین و نوری (۱۳۹۶) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می توان گفت از یک سو، طبق یافته الکینز (۲۰۰۴) امید به زندگی موجب می شود که فرد در برابر رویدادها و حوادث زندگی با صبر و تحمل و بینشی عمیق از سختی های زندگی نترسد و ضمن به کارگیری راهبردهای مثبت برای مواجهه با مشکلات، راه حل های منطقی برای آن ها بیابد. چنین راهبردهایی می تواند به سلامت روانی و جسمی فرد منجر شود. افزون بر این، به نظر می رسد که افراد با امید به زندگی بالاتر، به علت داشتن قابلیت شناخت خود و دیگران، مهارت تعیین هدف و چرایی حضور خود در جهان، میزان بالایی از ارزش هایی مانند مسئولیت پذیری، دلسوزی و مدیریت هیجان ها را به نمایش می گذارند. بنابراین، می توان انتظار داشت

که کیفیت زندگی بالایی را گزارش کنند. می‌توان گفت که توانایی فرد در یافتن معنای رویدادها و همچنین افزایش باور به نیروی برتر و مقدس در درون خویش، می‌تواند به فرد کمک کند به راحتی با مشکلات رو به رو شود و در جهت حل آن قدم‌های مؤثرتری بردارد (الکینز، ۲۰۰۴) و از سویی دیگر، ماستن (۱۹۹۸) به نقل از حیدری شرف و همکاران، (۱۳۹۴) تاب‌آوری افراد عامل توانمندی افراد در راستای تغییر پیامدهای پیش آمدهای ناگوار در جهت مثبت و کمک به حفظ بهزیستی جسمی و روانی خود می‌داند. در نتیجه می‌توان گفت، طلائی که به خدا ایمان دارند در مقابل سختی‌های و مشکلات زندگی و کاری تاب‌آوری بیشتری دارند، در نتیجه از زندگی با کیفیت تری برخوردار هستند.

فرضیه دوم: در پیش‌بینی کیفیت زندگی براساس امید به زندگی می‌توان براساس امید به زندگی چنان‌که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، امید به زندگی با کیفیت زندگی دارای همبستگی معنادار است ($P < 0/01$). بنابراین فرضیه اول مبنی بر این که بین امید به زندگی با کیفیت زندگی رابطه وجود دارد، به این صورت مورد تأیید قرار گرفت. این نتایج با یافته‌های بوورو، لثومبرونی، مینیتوی، روکا و تورتا (۲۰۱۶)، پانت و اسریواستاوا (۲۰۱۴)، یانگ (۲۰۱۲)، سلیمانی و همکاران (۱۳۹۴) و زمانی و همکاران (۱۳۹۴) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت، امید به زندگی در جهت حل مسئله در زندگی روزانه و فرایند دستیابی به هدف می‌باشد که عبارتند از ظرفیت رشد، توانایی آراستن فعالیت‌ها، حوادث و روابط زندگی، توانایی استفاده از منابع در جهت حل مسائل زندگی و ظرفیت درگیری در رفتار حل مساله (امونز، ۲۰۰۰). بنابراین با این اهداف و خصوصیات، کمتر دچار کشمکش‌های درونی، بی‌هدفی، پوچی، یاس، نارضایتی و ناامیدی در برابر بحران‌ها خواهند شد، محرومیت‌ها و ناملایمات را تحمل می‌کنند و نگرش مثبتی در پیشگیری و بهبود بیماری‌های جسمی و روانی و افزایش کیفیت و رضامندی از زندگی دارند (سهیلی زاد و همکاران، ۱۳۹۵). در نتیجه می‌توان گفت

تقویت امید به زندگی سالمندان و همچنین ترغیب و توجیه آنها به انجام دادن اعمال مرتبط با آن می‌تواند کیفیت زندگی را در آنها افزایش دهد. همچنین نهادینه شدن باورهای امید در سالمندان موجب می‌شود که آنها مشکلات زندگی را بیشتر پذیرا باشند. همچنین خودباوری و عزت نفس خود را افزایش دهند و این موارد در نهایت موجب بهبود کیفیت زندگی سالمندان می‌شود.

فرضیه سوم: می‌توان بر اساس تاب‌آوری، کیفیت زندگی را پیش‌بینی کرد.

چنان‌که در جدول (۴-۹) مشاهده می‌شود، بنابر نتایج جدول ۳ تاب‌آوری با کیفیت زندگی دارای همبستگی معنادار است ($P < 0/01$). بنابراین فرضیه دوم مبنی بر این که می‌توان این مفروضه را که بین تاب‌آوری با کیفیت زندگی رابطه وجود دارد، به این صورت مورد تأیید قرار گرفت. را پذیرفت. این نتایج با یافته‌های کاویانی و همکاران (۱۳۹۳)، سهیلی زاد و همکاران (۱۳۹۵)، ریستوسکا - دیمیتروسکا (۲۰۱۵) و لی و همکاران (۲۰۱۶) همخوانی دارد. در تبیین این یافته از یک سو می‌توان گفت، از طریق تاب‌آوری بالا، افراد احساسات خود را تشخیص می‌دهند و معنی ضمنی آن را درک می‌کنند و به‌گونه موثرتری تجربه هیجانات خود را تنظیم می‌کنند، در سازش یافتگی با تجربه‌های منفی زندگی موفقیت بیشتری خواهند داشت و در مقایسه با افرادی که از تاب‌آوری پایینی برخوردار هستند، مشکلات بین فردی کمتری را تجربه می‌کنند، ضمن این که مهارت بیشتر در ادراک درست، فهم و همدلی با هیجانات دیگران، شبکه حمایت اجتماعی قوی‌تری را برای آنان ایجاد می‌کند، در نتیجه کیفیت زندگی نیز حفظ می‌شود و حتی ممکن است بهبود یابد (ماروکین^۱، ۲۰۱۱؛ پو، ریغه، استوکمن و گادو^۲، ۲۰۱۳). بنابراین می‌توان گفت این‌گونه افراد با تاب‌آوری می‌توانند برای دستیابی به اهداف و آرزوهای خود تلاش کنند و در برابر نامایمات زندگی تسلیم نشوند. در نتیجه دچار بی‌ارزشی نمی‌شوند، از پیگیری همه‌ی هدف‌هایشان باز نمی‌مانند و کیفیت زندگی‌شان افزایش

می‌یابد و از سوی دیگر می‌توان گفت، تاب‌آوری نیز به عنوان یک فرآیند یا نیرویی تعریف می‌شود که تحمل فرد در شرایط ناگوار و هنگام نگرانی را افزایش می‌دهد (ریچاردسون و وایت^۱، ۲۰۰۲). در واقع تاب‌آوری نوعی حالت قابل توسعه در فرد که بر اساس آن قادر است در رویارویی با ناکامی‌ها، مصیبت‌ها و تعارض‌های زندگی و حتی رویدادهای مثبت، پیشرفت‌ها و مسئولیت بیشتر به تلاش افزون‌تر ادامه دهد و برای دستیابی به موفقیت بیشتر، از پای ننشیند (لوتانز، ووگلگزانگ و لستر^۲، ۲۰۰۶)، در نتیجه طبق نظریه ذهنیت کیفیت زندگی (ارزیابی خود فرد از موقعیت زندگی اش) افراد با تاب‌آوری بالا نگرش و باور مثبتی برای رویارویی با مشکلات دارند (وین هوون، ۲۰۰۱؛ حسین پور، ۱۳۸۸ نقل از تمیزی، ۱۳۸۸).

محدودیت‌های پژوهش

از جمله محدودیت‌های این پژوهش این بود که صرفاً در میان سالمندان شهر تهران انجام پذیرفته است. لذا در تعمیم یافته‌های این پژوهش به سایر گروه‌ها، باید جوانب احتیاط را رعایت نمود. ضمناً اگرچه در این پژوهش متغیرها با استفاده از معتبرترین آزمون‌ها ارزیابی شده‌اند، اما این آزمون‌ها نیز از انتقادهایی که متوجه همه مقیاس‌های خود گزارش‌دهی هستند، مبرا نیستند.

پیشنهادات: و در آخر پیشنهاداتی ارائه می‌گردد که امید است مورد توجه قرار گیرد. از آنجایی که سالمندان الگویی برای جامعه هستند باید به مهارت‌های امید به زندگی و تاب‌آوری آنها توجه شود. همچنین طرح‌های منظم و برنامه‌ریزی شده برای مباحث روان‌شناسی مثبت (تاب‌آوری) برای سالمندان ارائه شود. با توجه به نقش غیر قابل انکار متغیر جنس در قلمرو مطالعاتی کیفیت زندگی، پیشنهاد می‌شود که روابط منتخب در دو جنس با یکدیگر مقایسه شوند. پژوهش حاضر صرفاً به رابطه بین متغیرها پرداخته

1. ichardson & Waite
2. Luthans, Vogelgesang & Lester

است. این رابطه ممکن است تحت تأثیر متغیرهای دیگری باشد. پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی نقش امید به زندگی و تاب‌آوری را بر کیفیت زندگی در قالب پژوهش‌های مداخله‌ای و آموزشی مدنظر قرار دهند.

منابع

- ایزدینا کاخک، م.، ثمری، ع.؛ و توزنده جانی، ح. (۱۳۹۸). بررسی نقش احساس تنهایی و فراهیجان مثبت در پیش‌بینی امید به زندگی مردان سالمند. نشریه روان پرستاری، ۷ (۴)، ۳۱-۲۵. کرمانی، ز.، خداپناهی، م.؛ و حیدری، م. (۱۳۹۰). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس اسنایدر. روان‌شناسی کاربردی، ۳ (۱۹)، ۲۲-۷.
- جوکار، ب. (۱۳۸۶). نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین هوش هیجانی و هوش عمومی با رضایت از زندگی. روان‌شناسی معاصر، ۲ (۲)، ۱۲-۳.
- حسین دخت، آ.، فتحی آشتیانی، ع.، و تقی زاده، م. (۱۳۹۲). رابطه هوش معنوی و بهزیستی معنوی با کیفیت زندگی و رضایت زناشویی. روان‌شناسی و دین، ۶ (۲)، ۷۴-۵۷.
- داوودی، ح.، پاشاشریفی، ح.، شفیع‌آبادی، ع.، و فرزاد، و. (۱۳۹۳). پیش‌بینی کیفیت زندگی براساس خصیصه‌های شخصیتی و انواع هوش در زنان. مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت، ۱ (۳)، ۱۱۵-۱۰۳.
- رضایی، ز.، دهقانی، م.، و حیدری، م. (۱۳۹۶). کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده: نقش تاب‌آوری و کارکرد خانواده مبتنی بر مدل مک مستر. فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۱۳ (۵۱)، ۴۲۱-۴۰۷.
- زمانی، ن.، بحرینیان، ع.، اشرفی، س.، و مقتدری، ش. (۱۳۹۴). اثربخشی هوش معنوی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی سالمندان ساکن آسایشگاه در بندرعباس. فصلنامه پرستاری سالمندان، ۱ (۴)، ۹۴-۸۲.
- سلیمانی، الف.، نجفی، م.، بشرپور، س.، و شیخ‌الاسلامی، ع. (۱۳۹۴). اثربخشی هوش معنوی بر کیفیت زندگی و شادکامی دانشجویان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره). فرهنگ در دانشگاه اسلامی، ۵ (۴)، ۵۵۸-۵۳۸.
- سهیلی زاد، م.، یاحقی‌امجد، ع.، امینی، د.، و غلامعلی‌ئی، ب. (۱۳۹۵). رابطه بین عزت نفس، تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ شهر همدان. مجله علمی پژوهان، ۱۵ (۱)، ۸-۱.
- شهابی فام، ل.؛ لطفی‌نیا، ح. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کیفیت زندگی، راهبردهای مقابله‌ای و سلامت روان سالمندان ساکن در سرای سالمندان شهر تبریز. فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، ۱۷ (۶۵)، ۱۸۱-۱۷۴.
- عندلیب کورایم، م.؛ محمودی‌نیا، س. (۱۴۰۰). کیفیت زندگی در سالمندان: نقش تاب‌آوری و ذهن آگاهی. مجله روان‌شناسی پیروی، ۷ (۲)، ۱۶۹-۱۶۷.

- فریش، مایکل. بی. (۲۰۰۶). روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی (ترجمه خمسه، اکرم. ۱۳۸۹). تهران: انتشارات ارجمند. چاپ اول، ۸۰-۱۷.
- کاویانی، ز؛ حمید، و عنایتی، م. (۱۳۹۳). تأثیر درمان شناختی رفتاری مذهب محور بر تاب‌آوری زوجین. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۵ (۳)، ۳۴-۲۵.
- مرادی، الف. و یوسفی، ن. (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین پنج عامل شخصیتی و کیفیت زندگی در زوج‌های در آستانه طلاق. فصلنامه شخصیت و تفاوت‌های فردی، ۲ (۳)، ۱۳۷-۱۲۱.
- مرادی، ش؛ قدرتی میرکوهی، م. (۱۳۹۹). مقایسه نقش امید و تاب‌آوری در پیش‌بینی رضایت از زندگی سالمندان. نشریه سالمند شناسی، ۵ (۲)، ۸۱-۷۱.
- نجات، س. منتظری، ع. هلاکوئی نائینی، ک. و مجدزاده، ر. (۱۳۸۵). مقایسه‌ی کیفیت زندگی افراد مبتلا به اسکروز چندگانه با افراد سالم، فصلنامه دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۲ (۳)، ۱۲-۱.
- نصیری، ح. (۱۳۸۵). بررسی روایی و پایایی مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت و تهیه‌ی نسخه‌ی ایرانی آن. سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. تهران: دانشگاه علم و صنعت. نوری ثمرین، ش. و نوری، ع. (۱۳۹۶). رابطه‌ی بین ابعاد کیفیت زندگی با هوش معنوی و مؤلفه‌های آن در پرستاران زن شاغل در بیمارستان‌های اهواز. زن در فرهنگ و هنر، ۹ (۴)، ۵۴۰-۵۲۹.
- یوسفی افراشته، م؛ مرادی، م. (۱۴۰۱). سلامت معنوی و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی در سالمندان روستایی: نقش میانجی تاب‌آوری و امید. مجله روان‌شناسی پیری، ۸ (۳)، ۲۶۶-۲۵۱.

- Beck, A. T., & Clark, D. A. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Research*, 1 (1), 23-36.
- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of life Research*, 13, 299-310.
- Conroy, D., & Elliot, A. (2004, September). Fear of Failure an Achievement Goals in Sport: Addressing the Issue of the Chicken and the Egg. *Anxiety, Stress & Coping*, 17 (3), 271-285.
- Elkins, M., & Cavendish, R. (2004). "Developing a plan for pediatric spiritual care", *Holistic Nursing. Practice*, 18 (4): 179-186.
- Frisch, M.B. (2006). *Quality of life therapy: applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. Wiley and Sons, Hoboken, NJ.
- Grewal, P. K., & Porter, J. E. (2007). Hope theory: A framework for understanding suicidal action. *Death studies*, 31 (2), 131-154.
- Hanestad B. (2002). *Quality of life and Insulin dependent diabetes mellitus*. Bergen: Department of public Health and Primary Health Care. Davison for Nursing Science University of Bergen.
- Hosaini M, Elias H, Eric Krauss S, Aishah S.A. (2010). Review Study on Spiritual Intelligence, Adolescence and Spiritual Intelligence, Factors that May

- Contribute to Individual Differences in Spiritual Intelligence, and the Related Theories. *International Journal of Psychological Studies*, 179: 121-188.
- Khatmi Nasab, N., Shamshiri, M., & Zamani, U. (2019). The study of oral health status and its related quality of life in elderly people supported by welfare organization in Ardabil city. *Journal of Health and Care*, 21 (4), 308-318.
- KhazaePool, M., & Naghibi, S. A. (2022). Correlates and barriers of social participation in elderly living in Mazandaran, Iran. *Payesh (Health Monitor)*, 21 (2), 183-196.
- Kim, B. R., & Hwang, H. H. (2022). Analysis of Major Factors Affecting the Quality of Life of the Elderly in Korea in Preparation for a Super-Aged Society. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19 (15), 9618.
- Kosnes, L., Whelan, R., O, Donovan, A., McHugh, L, A., (2013). Implicit measurement of positive and negative future thinking as a predictor of depressive symptoms and hopelessness. *Consciousness and Cognition*, 22, 898-912.
- Kushkestani, M., Parvani, M., Moghadassi, M., & Ebrahimpour Nosrani, S. (2020). Investigation of life expectancy in community-dwelling elderly men in iran and its related factors. *J Aging Sci*, 8 (4), 1-10.
- Li, M.Y., Yang, Y.L., Liu, L., and Wang, L. (2016). Effects of social support, hope and resilience on quality of life among Chinese bladder cancer patients: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14 (73), 9- 2.
- Liu, E., Killington, M., Cameron, I. D., Li, R., Kurrle, S., & Crotty, M. (2021). Life expectancy of older people living in aged care facilities after a hip fracture. *Scientific Reports*, 11 (1), 20266.
- Liu, L. (۲۰۱۷). “Quality of life as a social representation in China: A qualitative study”, *Social Indicators Research*, 75, 217 - 240.
- Lopez, S. J., & Kerr, B. A. (2006). An open source approach to creating positive psychological practice: A comment on Wong.s strengths-centered therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43 (2), 147-150.
- Lopez, S. J., Ciarlelli, R., Coffman, L., Stone, M., & Wyatt, L. (2000). Diagnosing for strengths: On measuring hope building blocks. In C. R. Snyder (Ed.), *Handbook of hope: Theory, measures and applications* (pp. 57-85). San Diego, CA: Academic Press.
- Lyubomersky, S., Sheldon, K. M. & Schkade, D. (2005). Pursuing Happiness: the architecture of sustainable change. *Review of general psychology*, 2, 111-131.
- Malkina-Pykh, I. G & Pykh, Y. Q. A, (2008). “Quality-of-life indicators at different scales: Theoretical background”, *Ecological Indicators*, 8, 854-862.
- Man, F. Nygard, R., & Gjesme, T. (1994). The achievement motives scale (AMS): Theoretical basis and results from a first try-out of a Czech form. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 38, 209-218.
- Maresova, P., Javanmardi, E., Barakovic, S., Barakovic Husic, J., Tomsone, S., Krejcar, O., & Kuca, K. (2019). Consequences of chronic diseases and other limitations associated with old age—a scoping review. *BMC public health*, 19, 1-17.

- Marroquín, B. (2011). Interpersonal emotion regulation as a mechanism of social support in depression. *Clinical psychology review*, 31 (8), 1276-1290.
- Marzo, R. R., Khanal, P., Ahmad, A., Rathore, F. A., Chauhan, S., Singh, A., ... & Su, T. T. (2022). Quality of life of the elderly during the COVID-19 pandemic in Asian countries: a cross-sectional study across six countries. *Life*, 12 (3), 365.
- Nedaei, T., & Harmooshi, Z. E. A. (2020). Modeling the Types of Physical Activity on Quality of Life, Life Expectancy and Life Satisfaction in Female Teachers; a Case Study of Qom City. *Journal of Education and Community Health*, 7 (3), 213-220.
- Pant, N., & Srivastava, S. K. (2014). "Effect of spiritual intelligence on mental health and quality of life among college students", *Zenith International Journal of Multidisciplinary Research*, 4, 8, PP 208-215.
- Pinquart M. Moderating effects of dispositional resilience on associations between hassles and psychological distress. *J Appl Dev Psychol*. 2009; 30 (1): 53-60.
- Pouw, L. B., Rieffe, C., Stockmann, L., & Gadwo, K. D. (2013). The link between emotion regulation, social functioning, and depression in boys with ASD. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7 (4), 549-556.
- Ramachandran, V.S. and S. Blakeslee, S. (1996). *Phantoms in the Brain: Probing the Mysteries of the Human Min*. New York: William Morrow.
- Rashedi, V., Ebrahimi, B., Mohseni, M. S., & Hosseini, M. (2020). Death anxiety and life expectancy among older adults in Iran. *Journal of Caring Sciences*, 9 (3), 168.
- Reeder. C. M. (2010). The role of trait achievement motivation and ability in predicting academic performance trajectories. Doctoral Dissertation, Michigan State University.
- Richardson, G., Waite, P. (2002). Mental Health Promotion through Resilience and Resiliency Education. *Emergency Mental Health*, 4, 65-75.
- Rieger, E., Van Buren, D. J., Bishop, M., Tanofsky-Kraff, M., Welch, R., & Wilfley, D. E. (2010). An eating disorder-specific model of interpersonal psychotherapy (IPTED): Causal pathways and treatment implications. *Clinical Psychology Review*, 30 (4), 400-410.
- Ristevska-Dimitrovska G, Filov I, Rajchanovska D, Stefanovski P, Dejanova, B. (2015). Resilience and quality of life in breast cancer patients. *Macedonian J Med Sci*. 3 (4): 727-732.
- Saint-Maurice, P. F., Coughlan, D., Kelly, S. P., Keadle, S. K., Cook, M. B., Carlson, S. A., ... & Matthews, C. E. (2019). Association of leisure-time physical activity across the adult life course with all-cause and cause-specific mortality. *JAMA network open*, 2 (3), e190355-e190355.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421.
- Seybold, K.S., & Hill, P.C. (2001). The role of religion and spirituality in mental and physical health. *Current Directions in Psychological Science*; 24, 10-21.

- Snyder, C.R., Irving, L.M., & Anderson, J. (1991). Hope and health. In C.R. Snyder & D.R. Forsyth (Eds.), *Handbook of social and clinical psychology* (pp. 285-305). Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Snyder, M & Omoto, A.M . (2001). *Basic research and practical problems: volunteering and psychology of individual and collective action*, In W.
- Yao, G., Wu, C., & Yang, C. (2008). Examining the content validity of the WHOQOLBREF from respondents' perspective by quantitative methods. *Social Science and Medicine*, 85 (3), 483–498.

