



مدل ساختاری نقش ویژگی‌های شخصیت بر سلامت جسمانی با میانجی‌گری امید به زندگی و کنش‌های شناختی در زنان سالمند

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران
استادیار، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران
استادیار، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

فرح جعفری ^{id}
محمد حسن غنی‌فر ^{id}*
قاسم آهی ^{id}

ghanifar@iaubir.ac.ir

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۹/۲۱

دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۲۵

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده‌درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰

<http://Aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۴ پیاپی ۱۳ | ۵۲۴-۵۴۰

زمستان ۱۴۰۱

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(جعفری، غنی‌فر و آهی، ۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

جعفری، ف.، غنی‌فر، م. ح.، و آهی، ق. (۱۴۰۱).
مدل ساختاری نقش ویژگی‌های شخصیت بر
سلامت جسمانی با میانجی‌گری امید به زندگی
و کنش‌های شناختی در زنان سالمند. *خانواده
درمانی کاربردی*, ۳(۴), ۵۲۴-۵۴۰.

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش ویژگی‌های شخصیت بر سلامت جسمانی با میانجی‌گری امید به زندگی و کنش‌های شناختی در زنان سالمند بود. **روش پژوهش:** پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی است و به روش مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه زنان سالمند مراجعه‌کننده به سراهای محله شهر تهران بین ماه‌های اردیبهشت تا خرداد ماه سال ۱۴۰۰ بود. نمونه پژوهش شامل تعداد ۳۸۴ نفر از زنان سالمند مراجعه‌کننده به سراهای محله شهر تهران بود که با روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه ویژگی‌های شخصیتی پنج‌عاملی نتو (مک‌کری و کاستا، ۱۹۸۰)، پرسشنامه توانایی‌های شناختی نجاتی (۱۳۹۲)، پرسشنامه امید به زندگی (هزاروسی، ۱۳۸۵) و پرسشنامه سلامت جسمی (اسپنس، هلمریچ و پرد، ۱۹۸۷) به دست آمد. داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی، ماتریس همبستگی پیرسون، رگرسیون چندگانه و مدل‌سازی معادلات ساختاری تحلیل شد. همچنین کلیه محاسبات آماری با استفاده از نرم‌افزار Lisrel 8.80 و SPSS.22 انجام گرفت. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد ضرایب استاندارد و غیر استاندارد مسیر مستقیم مدل فرضی از ویژگی‌های شخصیت به کنش‌های شناختی ($\beta = 0/48$; $P < 0/01$)، ویژگی‌های شخصیت به امید به زندگی ($\beta = 0/58$; $P < 0/01$)، کنش‌های شناختی به سلامت جسمی ($\beta = 0/20$ ؛ $P < 0/01$)، امید به زندگی به سلامت جسمی ($\beta = 0/30$ ؛ $P < 0/01$) معنی‌دار شده است. بررسی شاخص‌های برازش مدل حاکی از آن است که مدل مورد نظر برازش مطلوبی با داده‌ها دارد. که امید به زندگی و کنش‌های شناختی اثر غیرمستقیم بر سلامت جسمانی داشته است، بنابراین وجود رابطه غیرمستقیم بین متغیرهای پژوهش با ۹۵ درصد اطمینان تایید می‌شود ($P < 0/05$). **نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه گرفت مدل ویژگی‌های شخصیت بر سلامت جسمانی با میانجی‌گری امید به زندگی و کنش‌های شناختی در زنان سالمند برازش دارد.

کلیدواژه‌ها: ویژگی‌های شخصیت، سلامت جسمانی، امید به زندگی، کنش‌های شناختی، سالمندی.

مقدمه

تجارب استرس آور در طول زندگی می‌تواند موجب بروز مشکلات جسمانی در سنین مختلف شود (قربانی باجگیرانی، سجادیان، و تمیزی‌فر، ۱۳۹۸). تجارب آسیب‌زا و عوامل مرتبط با آن که باعث تغییرات هیجانی می‌شوند، به طور عمیقی استرس‌زا می‌باشند. طلاق، مرگ یک دوست عزیز، از دست دادن شغل و بیماری‌های مزمن می‌توانند دنیای فرد را در گستره زندگی اش آشفته سازند (ژائو و همکاران، ۲۰۱۵). گرچه بعضی در برابر تجربیات آسیب‌زا به خوبی عمل کرده و بر آن چیره می‌شوند، بعضی دیگر ممکن است به مشکلات روانشناختی و جسمانی متعددی دچار شوند که ماهها و یا حتی سالها در آن گرفتار بمانند (مارکر، بروین، بریانت، کلیتور، رید و همکاران، ۲۰۱۳). در واقع، برداشت افراد از تجارب فشار‌زا، می‌تواند تحت تاثیر ویژگی‌های شخصیتی و شناختی آنها باشد و میزان آسیب‌های حوادث استرس‌زا، تعدیل و یا تشدید شود (عبدی، چلبیانلو و پاک، ۱۳۹۵). نتایج پژوهش طولی ریزوتو، موسلم، فراتیگلیونی، سانتونی و وانگ (۲۰۱۷) در طول یازده سال، نشان داده است که بین برونگرایی و رفتارهای سبک زندگی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد و تجربه رفتارهای برونگرایانه در طول زندگی، مرگ و میر را کاهش می‌دهد. به طور کلی، نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که سبک زندگی و رفتارهای فرد در طول زندگی بر شرایط جسمی و روانی سالمندی اثرگذار است.

بخش دیگری از ویژگی‌های فردی در سالمندان که بر سلامت جسم و روان آنها اثرگذار است، ویژگی‌های شخصیتی آنهاست. پژوهش‌ها در مورد نقش عوامل شخصیتی در بروز بیماری‌های جسمانی در سالمندان آشکار ساخته‌اند. عواطف منفی یعنی تمایل به تجربه عواطف غیر مثبت، در موقعیت‌های مختلف با سه عامل شخصیتی برون‌گرایی، دلپذیری و مسئولیت‌پذیری رابطه منفی و با نوروگرایی رابطه مثبت دارند (شبابی، ۱۳۹۵). عوامل شخصیتی به عنوان عامل خطر ساز غیرمستقیم برای مشکلات جسمی هستند. عامل شخصیتی نوروگرایی باعث بروز علائم قلبی شده و عوامل شخصیتی سازگاری و وظیفه‌شناسی تأثیر منفی بر این علائم دارند (سیدآبادی، ۱۳۹۸). اهمیت اثرگذاری ویژگی‌های شخصیتی در دوره سالمندی از آن رو دوچندان می‌شود که در دوره سالمندی ممکن است برخی از ویژگی‌های شخصیتی دستخوش تغییر و تحول شده و این از احساس یکپارچگی یا ناامیدی نشات می‌گیرد (مونلر، تانپسل، هاروود و بگشاو و بوردن، ۲۰۱۷). لذا، بروز برخی ویژگی‌های شخصیتی ناسازگارانه در دوره سالمندی می‌تواند مشکلات جسمی در این دوره را تشدید نماید.

ویژگی‌های شخصیتی بر شاخص امید به زندگی در سالمندان نیز مؤثر است. امید به زندگی، یک شاخص آماری است که نشان می‌دهد متوسط طول عمر در یک جامعه چقدر است و به عبارت دیگر هر عضو آن جامعه چند سال می‌تواند توقع زندگی داشته باشد (ماکن باچ، هو و لمان، ۲۰۱۳). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که برونگرایی و گشودگی به تجربه می‌تواند سطح امید و شادکامی را ارتقا دهند (خاوری، مختاری مصیبی و حاج‌علیزاده، ۱۳۹۳) و در مقابل، روان‌رنجوری می‌تواند موجب کاهش امید به زندگی شود (حسین ثابت و فائزی‌پور، ۱۳۹۲). امید می‌تواند از سالمندان در برابر رویدادهای تنش‌زای زندگی حمایت کند (پورعبدل، عباسی، پیرانی و عباسی، ۱۳۹۴).

به علاوه، ویژگی‌های شخصیتی می‌تواند تعیین‌کننده فرایندهای شناختی در افراد باشد و این فرایندهای شناختی می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای در سلامت جسم و روان سالمندان داشته باشند. ویژگی‌های

شخصیتی بر انعطاف شناختی افراد در درک از موقعیتهای استرس زا مؤثر است (ویلیمز، ساچی و کرایبیل، ۲۰۱۰). به عنوان مثال، گشودگی نسبت به تجربه منجر به فراخ اندیشی و انعطاف پذیری شناختی می‌شود (سلیمانی فرد و همکاران، ۱۳۹۳) و افزایش انعطاف پذیری می‌تواند تاب آوری فرد در تجربه استرس زا را افزایش دهد و پیامدهای منفی این تجارب را کنترل نماید (فاربر و روزندال، ۲۰۱۸). نتایج مطالعه وست و همکاران (۲۰۰۸) نیز، نشان می‌دهد که باز بودن به تجربه با مهارتهای فکری و هیجانی رابطه دارد. ویژگی‌های شخصیتی مؤثر در حفظ توانایی‌های شناختی در سطح بالا، از اهمیت خاصی برخوردارند زیرا به صورت طبیعی، تواناییهای شناختی در سالمندی تحلیل می‌یابند. تواناییهای شناختی عبارت از فرایندهای عصبی درگیر در اکتساب، پردازش، نگهداری و کاربست اطلاعات است (شتلورث، ۲۰۱۰). سالمندان دچار کاهش زمان عکس العمل، سرعت حرکات، حافظه کاری، قدرت حل مساله و فعالیتهای پردازشی چندگانه می‌شوند. تغییرات وابسته به سن در تواناییهای شناختی از اوایل قرن حاضر مستدل شده است، ولیکن هنوز اختلاف نظرهایی در این زمینه وجود دارد که آیا تواناییهای شناختی به طور عمومی در همه زمینه‌های شناختی روی می‌دهد یا اینکه محدود به دامنه خاص از فعالیت شناختی می‌شود و سؤال دیگر این است که چه عوامل فردی در سالمندان بر افت کنش‌ها شناختی اثرگذار است و چگونه می‌توان سرعت این افت را کاهش داد (پنگپید و همکاران، ۲۰۱۹). تواناییهای شناختی رابط بین رفتار و ساختار مغز بوده و گستره وسیعی از تواناییها (برنامه ریزی، توجه، بازداری پاسخ، حل مسئله، انجام همزمان تکالیف و انعطاف پذیری شناختی) را در بر می‌گیرد. این موارد فقط شامل بخشی از تواناییهای شناختی می‌شود که پایه آن منطقی است. این تواناییها شناخت سرد نامیده می‌شوند. پایه بخشی دیگر از تواناییهای شناختی که به شناخت گرم معروف اند و در تجربه پاداش و گزند، تنظیم رفتارهای اجتماعی و تصمیم‌گیری در حالت‌های هیجانی نقش دارند، خواسته‌ها، باورها و هیجانها هستند (نجاتی، ۱۳۹۲).

سیستم‌های مغزی رفتاری، رابطه‌ی نزدیکی با عواطف و هیجانات افراد دارند. براساس مدل دوبعدی عاطفی سیستم‌های مغزی رفتاری در ایجاد حالت‌های عاطفی مثبت و منفی مؤثرند (خداپناه و همکاران، ۱۳۹۶). نقص در کارکردهای شناختی می‌تواند رفتارهای فرد را در زندگی روزانه مختل سازد. نقص در کارکردهای شناختی با اثر منفی بر عملکردهای روزانه، موجب افت کیفیت زندگی می‌شود (امیری، ۱۳۹۶). طبق پژوهش‌های انجام شده بین تنظیم هیجان و ابعاد مختلف سیستم‌های مغزی رفتاری رابطه‌ی نیرومندی وجود دارد (احدیان فرد و همکاران، ۱۳۹۶). حساسیت بالای سیستم فعالسازی رفتاری در مغز، احتمالاً با مشکلاتی همچون دشواری تنظیم هیجان و راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگار، خصومت و پرخاشگری، مشکلات کنترل تکانه و دشواری درگیر شدن در رفتارهای هدفمند در زمان تجربه‌ی پریشانی هیجانی رابطه دارد (خداپناه و همکاران، ۱۳۹۶). بنابراین، نقص در تواناییهای شناختی می‌تواند منجر به نقص در عملکرد فرد برای تنظیم هیجان شود. زیرا مفهوم تنظیم هیجان، فرایندها و راهبردهای تنظیمی بی‌شماری را در بر می‌گیرد که دارای ابعاد شناختی، اجتماعی و رفتاری است. از جمله این راهبردها می‌توان به بازاریابی، نشخوار فکری، خوداظهاری، اجتناب و بازداری اشاره کرد (گراس، ۲۰۱۲). مشکل در تنظیم هیجانها، زیر بنای بیشتر ناخوشی‌های انسان است و در تمام گستره اختلال‌های روانی از نوروها گرفته تا پسیکوزها مسئله شایعی است. انسان بیشتر از سایر گونه‌ها از گنجینه هیجانی خود سود می‌برد و بیش از بقیه از آن

متضرر می‌شود. ارتباط نقص تنظیم هیجانها و اختلال‌های بالینی شامل اختلال اضطراب فراگیر و اختلال تنیدگی پس از ضربه و اختلال شخصیت مرزی مشخص شده است (گارنفسکی، کوپمن، کراج و کیت، ۲۰۰۹)، ضمن اینکه مشکلات اضطراب و افسردگی که مرتبط با مهارتهای هیجانی هستند در سالمندان شیوع بالایی دارد (جوادزاده مقتدر و همکاران، ۱۳۹۷).

از طرفی، کنش‌ها و توانایی‌های شناختی می‌توانند بر سلامت جسمی بیماران مؤثر باشند و نتایج تحقیقات حاکی از اختلال در کنش‌های شناختی بیماران است (لتو و فیلا، ۲۰۱۴). کنش‌های شناختی ناسازگارانه می‌تواند موجب بروز و یا تشدید نشانه‌های جسمانی در افراد شود (سیدآبادی، ۱۳۹۸). در فراتحلیلی که والترز و همکارانش در سال (۲۰۱۸) انجام دادند، دریافتند که بیماری‌های قلبی-عروقی و نارسایی قلبی با مشکل در کارکردهای شناختی در ارتباط هستند. بنابراین ضروری است که در بررسی سبب شناسی مشکلات هیجانی و جسمانی سالمندان، رویکردی چند بعدی در پیش‌رو قرار داد. بر این اساس مداخلات درمانی غیردارویی در کنار درمانهای دارویی مورد استفاده قرار گیرد. اصولاً درمان‌های غیر دارویی در این بیماران در جهت حذف عوامل زمینه‌ای و تغییرات سبک زندگی می‌باشد (رادکلیفو همکاران، ۲۰۱۰). لذا، پژوهش حاضر به دنبال بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی با مشکلات جسمانی در سالمندان می‌باشد، ضمن اینکه نقش واسطه کنش‌های شناختی و امید به زندگی در این رابطه مورد بررسی قرار گرفت. پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به سوال زیر بود:

۱- آیا مدل ویژگی‌های شخصیت بر سلامت جسمانی با میانجی‌گری امید به زندگی و کنش‌های شناختی در زنان سالمند از برازش برخوردار است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی است و به روش مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه زنان سالمند مراجعه‌کننده به سراهای محله شهر تهران بین ماه‌های اردیبهشت تا خرداد ماه سال ۱۴۰۰ بود. نمونه پژوهش شامل تعداد ۳۸۴ نفر از زنان سالمند مراجعه‌کننده به سراهای محله شهر تهران بود که با روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب شدند. حجم نمونه توصیه شده برای تحلیل ساختاری حدود ۲۰۰ نمونه توصیه شده است اما با این حال در پژوهش حاضر برای اطمینان بیشتر از ۳۸۴ نفر نمونه استفاده شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارتند از: سن بالای ۶۵ سال؛ جنسیت: زن؛ حداقل تحصیلات: پایان ابتدایی؛ مراجعه به سرای محله از اردیبهشت ماه تا خرداد ماه ۱۴۰۰؛ عدم سابقه بیماری‌های روانی (بر اساس پرونده پزشکی)؛ عدم دریافت مداخلات همزمان روان‌شناختی؛ عدم برخورداری از بیماری آلزایمر. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل عدم تکمیل پرسشنامه‌ها و پاسخ به تمامی سؤالات پرسشنامه‌های پژوهش بود.

ابزار پژوهش

۱. **ویژگی‌های شخصیتی:** پرسشنامه NEO یکی از پرسشنامه‌های مربوط به ارزیابی ساخت شخصیت بر اساس دیدگاه تحلیل عاملی است. این آزمون به لحاظ انعکاس ۵ عامل اصلی امروزه به عنوان یک مدل فراگیر بر اساس تحلیل عوامل محسوب می‌شود و گستردگی کاربرد آن در ارزیابی شخصیت افراد سالم و نیز در امور بالینی می‌تواند یکی از مناسب‌ترین ابزار ارزیابی شخصیت باشد. پرسشنامه شخصیتی-NEOPI

R جانشین تست NEO است که در سال ۱۹۸۵ توسط مک کری و کاستا تهیه شده بود. این پرسشنامه ۵ عامل اصلی شخصیت و ۶ خصوصیت در هر عامل یا به عبارتی ۳۰ خصوصیت را اندازه می‌گیرد. این پرسشنامه دارای دو فرم یکی برای گزارش‌های شخصی است و شامل ۲۴۰ سؤال پنج درجه‌ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف است. به علاوه، این پرسشنامه فرم کوتاهی نیز به نام (NEO-FFI) نیز دارد که یک پرسشنامه ۶۰ سؤالی است و برای ارزیابی ۵ عامل اصلی شخصیت به کار می‌رود. در حال حاضر آزمون ۵ عاملی NEO کاربردی جهانی دارد و به منظور تحقیق به زبان‌های چک و اسلواکی، عربی، هلندی، فرانسوی، آلمانی، ژاپنی، نروژی، لهستانی و سوئدی ترجمه شده است. پرسشنامه شخصیتی NEO-FFI توسط مک کری و کاستا روی ۲۰۸ نفر از دانشجویان آمریکایی به فاصله سه ماه اجرا گردید که ضرایب اعتبار آن بین ۰/۸۳ تا ۰/۷۵ به دست آمده است. اعتبار درازمدت این پرسشنامه نیز مورد ارزیابی قرار گرفته است. یک مطالعه طولانی ۶ ساله روی مقیاس‌های روان‌نژندی، درون‌گرایی و تجربه‌گرایی، ضریب‌های اعتبار ۰/۶۸ تا ۰/۸۳ را در گزارش‌های شخصی و نیز در گزارش‌های زوج‌ها نشان داده است. ضریب اعتبار دو عامل توافق‌پذیری و مسئولیت‌پذیری به فاصله دو سال به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۶۳ بوده است (مک کری و کاستا، ۱۹۸۳) به نقل از گروسی فرشی، (۱۳۸۰). در هنجاریابی آزمون NEO که توسط گروسی فرشی (۱۳۸۰) روی نمونه‌ای با حجم ۲۰۰۰ نفر از بین دانشجویان دانشگاه‌های تبریز، شیراز و دانشگاه‌های علوم پزشکی این دو شهر صورت گرفت ضریب همبستگی ۵ بعد اصلی را بین ۰/۵۶ تا ۰/۸۷ گزارش کرده است. ضرایب آلفای کرونباخ در هر یک از عوامل اصلی روان‌نژندی، درون‌گرایی، تجربه‌گرایی، توافق‌پذیری و مسئولیت‌پذیری به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۷۳، ۰/۵۶، ۰/۶۸ و ۰/۸۷ به دست آمد. جهت بررسی اعتبار محتوایی این آزمون از همبستگی بین دو فرم گزارش شخصی (S) و فرم ارزیابی مشاهده گر (R)، استفاده شد، که حداکثر همبستگی به میزان ۰/۶۶ در عامل برون‌گرایی و حداقل آن به میزان ۰/۴۵ در عامل سازگاری بود (گروسی فرشی، ۱۳۸۰).

۲. پرسشنامه کنش‌های شناختی: برای اندازه‌گیری کنش‌های شناختی از پرسشنامه توانایی‌های شناختی نجاتی (۱۳۹۲) استفاده خواهد شد. این پرسشنامه مشتمل بر ۳۰ سؤال است. هر سؤال در طیف پنج درجه‌ای از تقریباً هرگز (امتیاز ۱) تا تقریباً همیشه (امتیاز ۵) نمره گذاری می‌شود. نجاتی (۱۳۹۲) شاخص‌های روایی و پایایی این ابزار را مورد بررسی قرار داده است. تحلیل عاملی اکتشافی، هفت عامل: حافظه، کنترل مهاری و توجه انتخابی، تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی، توجه پایدار، شناخت اجتماعی و انعطاف‌پذیری شناختی را از آزمون استخراج کرد. آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۳ و همبستگی پیرسون دو نوبت آزمون در سطح ۰/۰۱ معنادار بود. تمامی مقیاس‌های آزمون (به جز شناخت اجتماعی) در سطح ۰/۰۱ با معدل همبستگی داشتند.

۳. پرسشنامه امید به زندگی: جهت سنجش امید به زندگی از پرسشنامه ۷۰ سؤالی هزاروسی (۱۳۸۵) استفاده خواهد شد. این مقیاس براساس مفاهیم معنا‌درمانی فرانکل تنظیم شده است و دارای پاسخ چهار دامنه‌ای می‌باشد. در این پرسشنامه علاوه بر امید به زندگی در مقیاس M (معناداری) و R (مسئولیت‌پذیری) که به ترتیب هر کدام ۲۸ و ۱۹ سوال به خود اختصاص داده‌اند نیز مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. بین نمرات پایین در مقیاس M و R پرسشنامه امید به زندگی و نمرات بالای مقیاس D در پرسشنامه MMPI

همبستگی وجود دارد (هزاروسی، ۱۳۸۵). روایی صوری پرسشنامه در پژوهش هزاروسی مورد تایید قرار گرفته است. همچنین براساس اجرای پرسشنامه بر روی جامعه ۶۲ نفری از طریق آلفای کرونباخ، ضریب پایایی این مقیاس ۰/۸۹ به دست آمد (هزاروسی، ۱۳۸۵).

۴. پرسشنامه سلامت جسمی: پرسشنامه PHQ، توسط اسپنس، هلمریچ و پرد در سال ۱۹۸۷ تدوین شد و پس از آن مورد تجدید نظر قرار گرفت. آنها در مطالعه خود ۳۲ ماده ای پیشنهاد دادند که ۴ حوزه اختلال خواب، مشکلات گوارشی، سردرد و مشکلات تنفسی در برمی گرفت. سپس بر اساس همبستگی کلی بین ماده ها، ۳۲ ماده به ۲۲ ماده کاهش یافت و همبستگی درونی برای چهار خرده مقیاس در دامنه ۰/۱۷ تا ۰/۴۳ قرار گرفت و ضریب آلفا کرونباخ برابر ۰/۷۵ به دست آمد. در پژوهش اسکات و کلووی سال ۲۰۰۳ یک مقیاس ۱۴ ماده ای بر اساس ماده‌های به کار رفته توسط اسپنس و همکاران (۱۹۸۷) جهت اندازه گیری سلامت جسمی در ۴ بعد (سردرد، اختلال خواب، مشکلات گوارشی و تنفسی) تدوین شد. همسانی درونی در این پژوهش برای پرسشنامه PHQ برابر ۰/۸۶ به دست آمد. اگر چه تحقیقاتی که ای مقیاس را به کار گرفتند، نشان دادند که نسخه اصلی و اصلاح شده مقیاس از همسانی درونی لازم برخوردار است، با این وجود ارزیابی جامع تری از روان سنجی آن در مطالعه اسکات، کلووی و دسماری سال ۲۰۰۵، صورت گرفت و طبق نتایج آن پرسشنامه PHQ، ۱۴ ماده را شامل می‌شد که ۴ بعد سلامت جسمانی شامل سردرد، اختلال خواب، مشکلات گوارشی و تنفسی، مورد اندازه گیری قرار می‌داد. پس از آن پرسشنامه PHQ در پژوهش‌های متعددی به کار گرفته شد و به عنوان یک مقیاس مناسب برای بررسی سلامت جسمی معرفی گردید. عباسی و همکاران (۱۳۹۶) این پرسشنامه را در ایران هنجاریابی نمودند. همسانی درونی پرسشنامه PHQ بر حسب ضریب آلفا کرونباخ محاسبه شد و با ضرایب همبستگی از ۰/۶۱ تا ۰/۸۱ مورد تایید قرار گرفت. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی، چهار عامل را برای پرسشنامه PHQ تایید کرد. روایی همگرا پرسشنامه PHQ با بعد روان شناختی SF ۳۱- محاسبه شد و ضریب همبستگی به دست آمده از نظر آماری معنادار بود. روایی ملاکی همزمان همبستگی منفی و معناداری بین پرسشنامه PHQ با بعد جسمانی SF ۳۱- نشان داد.

روش اجرا

پس از انتخاب جامعه آماری و تهیه ابزار پژوهش، پژوهش‌گر در روزهایی که سراهای محله شهر تهران برقرار است، با مراجعه به این سراهای محله، از بین زنان سالمند مراجعه‌کننده به این مراکز، افرادی برحسب معیارهای پژوهش انتخاب شدند (براساس ملاک‌های ورود به پژوهش). پژوهش‌گر پس از توضیح در مورد پژوهش و کسب موافقت شرکت‌کنندگان برای شرکت در آن، پرسشنامه‌ها را به طور همزمان به آنها داد. جهت رعایت اصول اخلاقی، پژوهش‌گر به شرکت‌کنندگان تأکید کرد که اطلاعات آنها محرمانه می‌ماند و به صورت گروهی تحلیل می‌شوند. قبل از اجرا، هدف از انجام پژوهش و سایر شرایط برای شرکت‌کنندگان تشریح شد مانند اینکه شرکت در پژوهش کاملاً اختیاری است و عدم مشارکت، تاثیری بر روند مراقبت بهداشتی آنها نخواهد داشت و اطلاعات نیز نزد پژوهش‌گر محرمانه باقی ماند. سپس فرم رضایت از آنها گرفته شد و همه پرسشنامه‌ها توسط افراد پر و ثبت گردید. جهت بررسی و تجزیه و تحلیل آماری، اطلاعات خام به دست آمده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در آمار توصیفی فراوانی مطلق، درصد

فراوانی، درصد فراوانی تجمعی، میانگین، انحراف استاندارد، کجی و کشیدگی مورد بررسی قرار گرفت. ضریب همبستگی، ماتریس همبستگی پیرسون، رگرسیون چندگانه و مدل سازی معادلات ساختاری استفاده شد. همچنین کلیه محاسبات آماری با استفاده از نرم افزار Lisrel 8.80 و SPSS.22 انجام گرفت.

یافته‌ها

میانگین (انحراف معیار) سن شرکت کنندگان در این پژوهش، ۶۹/۷۰ (۲۲/۶۱) بود. در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه ارایه شده است.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه	تعداد
ویژگی - روان نژندی	۳۲/۰۸	۱۱/۹۸	۱۴	۳۶	۳۸۴
های شخصیتی	۲۷/۸۳	۸/۲۹	۱۲	۳۲	۳۸۴
بازبودن به تجربه	۲۲/۸۲	۷/۵۳	۱۲	۲۸	۳۸۴
توافق پذیری	۲۳/۵۰	۶/۹۶	۱۲	۲۶	۳۸۴
مسئولیت پذیری	۲۴/۳۱	۸/۲۷	۱۳	۳۰	۳۸۴
سلامت جسمی	۱۳/۷۵	۴/۱۰	۷	۱۸	۳۸۴
اختلال خواب	۱۱/۷۱	۳/۴۴	۶	۱۶	۳۸۴
مشکلات گوارشی	۹/۶۷	۲/۰۴	۴	۱۴	۳۸۴
مشکلات تنفسی	۸/۴۵	۱/۵۴	۵	۱۱	۳۸۴
امید به زندگی	۵۳/۶۹	۱۵/۲۱	۲۹	۷۱	۳۸۴
مسئولیت پذیری	۳۹/۷۵	۱۲/۸۴	۲۰	۴۵	۳۸۴
کنش‌های شناختی	۷۷/۳۴	۲۴/۱۶	۳۰	۱۲۶	۳۸۴

ضرایب کجی و کشیدگی مربوط به توزیع نمرات متغیرهای پژوهشی نشان می‌دهد که با توجه به نرمال بودن، متغیرهای پژوهش همگی دارای قدر مطلق ضریب کجی کوچکتر از ۳ و قدر مطلق ضریب کشیدگی کوچکتر از ۱ هستند و لذا تخطی از نرمال بودن داده‌ها قابل مشاهده نیست. لذا می‌توان گفت که توزیع متغیرهای پژوهش نرمال می‌باشد. همچنین ارزش‌های تحمل به دست آمده برای متغیرها، بالای ۰/۱۰ هستند و نشان‌دهنده عدم وجود هم‌خطی چندگانه بین متغیرها می‌باشند. همچنین مقدار عامل تورم واریانس به دست آمده برای متغیرها کوچکتر از ۱۰ هستند و این نشان می‌دهد که بین متغیرها، هم‌خطی چندگانه وجود ندارد.

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱
روان												
نژندی												
برون-گرایی	۰/۳۶**											
بازبودن به تجربه	۰/۶۲**	۱										
توافق پذیری	۰/۶۶**	۰/۵۳**	۱									
مسئولی	۰/۳۹**	۰/۴۶**	۰/۳۰**	۱								
ت	-											
پذیری												
سردرد	۰/۳۶**	۰/۴۷**	۰/۳۰**	۰/۱۶*	۱							
اختلال خواب	۰/۳۸**	۰/۶۹**	۰/۲۳**	۰/۵۰**	۰/۳۲**	۱						
مشکلات گوارش	۰/۲۲**	۰/۱۶*	۰/۱۷*	۰/۲۳**	۰/۴۸**	۰/۴۹**	۱					
مشکلات تنفسی	۰/۴۲**	۰/۱۸*	۰/۲۳**	۰/۲۲**	۰/۳۷**	۰/۳۶**	۰/۴۱**	۱				
معنادار	۰/۲۷**	۰/۲۵**	۰/۳۳**	۰/۲۴**	۰/۴۸**	۰/۳۶**	۰/۵۹**	۰/۶۱**	۱			
مشکلات	۰/۳۶**	۰/۳۳**	۰/۱۵**	۰/۴۹**	۰/۵۶**	۰/۵۸**	۰/۶۹**	۰/۷۷**	۰/۸۱**	۱		
ت	-											
پذیری												
کنش-های شناختی	۰/۲۷**	۰/۲۵**	۰/۳۳**	۰/۲۴**	۰/۴۸**	۰/۳۶**	۰/۵۹**	۰/۶۱**	۰/۴۳**	۰/۵۶**	۱	

**P 0/01

بر اساس جدول ۲، ضرایب همبستگی بین خرده مقیاس‌های ویژگی‌های شخصیتی، سلامت جسمی، امید به زندگی، و کنش‌های شناختی از نظر آماری معنادار بود ($P < 0/05$). نتایج مربوط به اجرای مدل اولیه در حالت استاندارد به همراه برخی از مهمترین شاخص‌های برازش مدل در شکل و جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. ضرایب مستقیم استاندارد و غیر استاندارد مدل ویژگی‌های شخصیت بر سلامت جسمانی، امید به زندگی و کنش‌های شناختی

مسیرها	نوع اثر	ضریب استاندارد نشده	β استاندارد شده	آماره معنی‌داری	P
ویژگی‌های شخصیت به کنش‌های شناختی	مستقیم	۰/۳۹	۰/۴۸	۸/۵۵	<۰/۰۰۱
ویژگی‌های شخصیت به امید به زندگی	مستقیم	۰/۴۶	۰/۵۸	۱۰/۶۰	<۰/۰۰۱
کنش‌های شناختی به سلامت جسمی	مستقیم	۰/۱۳	۰/۲۰	۴/۷۵	<۰/۰۰۱
امید به زندگی به سلامت جسمی	مستقیم	۰/۲۶	۰/۳۰	۷/۱۱	<۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، ضرایب استاندارد و غیر استاندارد مسیر مستقیم مدل فرضی از ویژگی‌های شخصیت به کنش‌های شناختی ($\beta = 0/48$; $P < 0/01$)، ویژگی‌های شخصیت به امید به زندگی ($\beta = 0/58$; $P < 0/01$)، کنش‌های شناختی به سلامت جسمی ($\beta = 0/20$; $P < 0/01$)، امید به زندگی به سلامت جسمی ($\beta = 0/30$; $P < 0/01$) معنی‌دار شده است.

جدول ۴. شاخص‌های برازندگی مدل پیشنهادی رابطه ویژگی‌های شخصیت بر سلامت جسمانی، امید به زندگی و کنش‌های شناختی

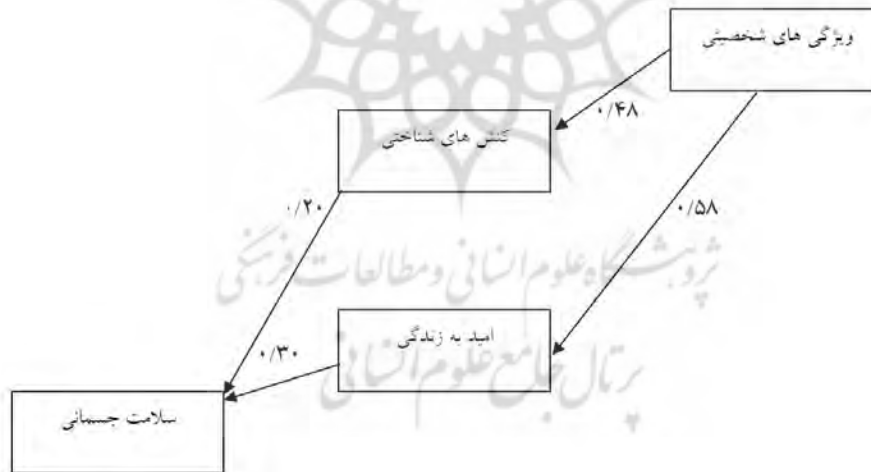
مدل	Chi square	Df	P-value	RMSEA	GFI	CFI	AGFI	TLI	NFI
مدل نهایی	۳/۷۸	۵	۰/۶۶	۰/۰۴	۰/۹۵	۰/۹۶	۰/۹۶	۰/۹۷	۰/۹۷

نتایج آماره χ^2 دو نشان داد که مقدار این آماره برابر با ۳/۷۸ است که با درجات آزادی ۵، مقدار سطح معنی‌داری آن ۰/۶۶ به دست آمد که بیان‌گر برازش مدل با داده‌ها می‌باشد. مقادیر (NFI) و (CFI) در پژوهش حاضر به ترتیب برابر با ۰/۹۷ و ۰/۹۶ است. براساس ملاک ۰/۹۵ و بالاتر، این مقادیر مدل را تعیین می‌کنند و مقدار (RMSEA) برای پژوهش حاضر ۰/۰۴ به دست آمد که بیان‌گر برازش خوب مدل با داده‌ها می‌باشد. بررسی شاخص‌های برازش مدل حاکی از آن است که مدل مورد نظر برازش مطلوبی با داده‌ها دارد. اگر مجذور χ^2 از لحاظ آماری معنادار نباشد، دال بر برازش بسیار مناسب است. اگر شاخص‌های CFI، AGFI، GFI بزرگ‌تر از ۰/۹۵ و شاخص RMSEA کوچک‌تر از ۰/۰۵ باشد بر برازش بسیار مطلوب و بسیار خوب دلالت دارد و اگر شاخص‌های CFI، AGFI، GFI بزرگ‌تر از ۰/۹۰ و شاخص‌های RMSEA کوچک‌تر از ۰/۰۸ باشد بر برازش مطلوب و خوب دلالت دارد (بنترلر و همکاران، ۱۹۹۰؛ فیدل و تاباچنیک، ۲۰۰۶) در نتیجه شاخص‌های TLI، AGFI، GFI، RMSEA و NFI بر برازش مطلوب و مناسب دلالت دارد (جدول ۴).

جدول ۵. ضرایب و معناداری اثر غیر مستقیم ویژگی‌های شخصیت بر سلامت جسمانی

متغیر پیش‌بین	متغیر میانجی	متغیر ملاک	ضریب استاندارد نشده	β استاندارد شده	آماره سوبل	P
ویژگی‌های شخصیت	امید به زندگی	سلامت جسمی	۰/۶۲	۰/۵۸	۱۰/۶۴	<۰/۰۰۱

جهت بررسی اثر متغیرهای میانجی امید به زندگی و کنش‌های شناختی از آزمون سوبل استفاده شد (جدول ۵). یک روش مورد استفاده برای سنجش معنی‌داری اثر متغیر واسطه آزمون سوبل (۱۹۸۲) است که مستقیماً معنی‌داری ab را نسبت به توزیع بهنجار Z با استفاده از خطای استاندارد متغیر میانجی می‌سنجد. بدین ترتیب که پس از تقسیم حاصل ضرب دو ضریب غیراستانداردی که مسیرهای متغیر واسطه را تشکیل می‌دهند بر خطای استاندارد این حاصل ضرب، نسبت به دست آمده با جدول توزیع بهنجار مقایسه می‌شود؛ اگر نسبت به دست آمده بزرگتر از ۱/۹۶ باشد نتیجه گرفته می‌شود که اثر متغیر میانجی معنی‌دار است. آنچه از نتایج جدول ۵ بر می‌آید این است که امید به زندگی و کنش‌های شناختی اثر غیرمستقیم بر سلامت جسمانی داشته است، بنابراین وجود رابطه غیرمستقیم بین متغیرهای پژوهش با ۹۵ درصد اطمینان تایید می‌شود ($P < ۰/۰۵$).



شکل ۱. مدل ویژگی‌های شخصیت بر سلامت جسمانی، امید به زندگی و کنش‌های شناختی (در حالت استاندارد)

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های به دست آمده ملاحظه شد که ضرایب استاندارد و غیر استاندارد مسیر مستقیم مدل فرضی از ویژگی‌های شخصیت به کنش‌های شناختی، ویژگی‌های شخصیت به امید به زندگی، کنش‌های شناختی به سلامت جسمی، امید به زندگی به سلامت جسمی معنی‌دار شده است. نتایج این پژوهش با

پژوهش قربانی باجگیری و همکاران (۱۳۹۸)؛ عبدی و همکاران (۱۳۹۵)؛ فستیم و همکاران (۲۰۱۸)؛ ریزوتو و همکاران (۲۰۱۷)؛ ویلیامز، ساچی و کرایبیل (۲۰۱۰) همسو بود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که داشتن احساسات منفی همچون ترس، آشوب، خشم، احساس گناه، احساس کلافگی مبنای روان رنجورخویی را تشکیل می‌دهد. از آنجا که هیجان مخرب در سازگاری فرد و محیط تاثیر دارند در سالمندانی که دارای نمره‌های بالا در روان رنجورخویی باشند، قدرت کمتری در کنترل تکانه‌ها داشته و درجه‌های انطباق ضعف تری با دیگران و شرایط فشار روانی را نشان می‌دهند. بنابراین می‌توان انتظار داشت که روان رنجورخویی با امید به زندگی و سلامت جسمانی پایین رابطه داشته باشد (مئونکس و همکاران، ۲۰۱۷). کاگلین و همکاران (۲۰۰۰) با انجام پژوهش طولی به مدت سیزده سال بر روی افراد به این نتیجه دست یافتند که الگوهای تعاملی منفی بین افراد ناشی از میزان بالای روان رنجورخویی در آنان است. هر چقدر میزان روان رنجورخویی در هر یک از سالمندان بیشتر باشد رفتارهای تعاملی منفی بیشتری نسبت به اطرافیان نشان می‌دهد و چنین رفتارهایی امید به زندگی را کاهش می‌دهد که این خود یکی از دلایل کاهش سلامت جسمانی است. با توجه به نقش میانجی کنش شناختی در این فرضیه می‌توان گفت که بین کنش شناختی و سلامت جسمانی و امید به زندگی سالمندان ارتباط معنی داری دیده شد و هر چه میزان روان رنجورخویی در افراد بیشتر باشد کنش شناختی در سالمندان کاهش می‌یابد و کاهش کنش شناختی میزان سلامت جسمانی و امید به زندگی سالمندان نیز کاهش می‌یابد.

برون گرایی از اهمیت فراوانی در شکل دهی کیفیت روابط اجتماعی خصوصا سالمندان را دارد و این عامل شخصیتی به طور عمده با تاثیرگذاری اجتماعی همبستگی مثبت دارد. افراد برون‌گرا به دلیل پرنرزی بودن، شاد و معاشرتی بودن، جرات طلبی و صمیمی بودن و قاطع بودن بیشتر از اشکال سازگارانه مقابله مانند جستجوی حمایت اجتماعی، تفکر مثبت و راهبرد مقابله ای مساله مدار استفاده می‌کنند که خود موجب بهبود امید به زندگی و سلامت جسمانی می‌شود (وایت و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین می‌توان گفت که بین کنش شناختی و سلامت جسمانی و امید به زندگی سالمندان ارتباط معنی داری دیده شد و هر چه میزان برون گرایی در افراد بیشتر باشد کنش شناختی در سالمندان افزایش می‌یابد و با افزایش میزان کنش شناختی، سلامت جسمانی و امید به زندگی سالمندان نیز افزایش می‌یابد.

همچنین هماهنگی با یافته‌های کوهن و ویلیامسون (۱۹۹۱) می‌توان گفت که درون گرایی و روان رنجورخویی دو ویژگی مهم شخصیتی هستند که افراد را در معرض بیماری و کاهش امید به زندگی و سلامت جسمانی قرار می‌دهد، به عقیده آنان بیشترین موارد بیماری و پایین بودن امید به زندگی و سلامت جسمانی در بین افراد درون‌گرا و افرادی که فاقد مهارت‌های اجتماعی هستند، مشاهده می‌شود. بسیاری از پژوهشگران عقیده دارند مسئولیت پذیری یک فرایند درون شخصی است که تاثیر مهمی بر کیفیت روابط بین شخصی نزدیک دارد (تیسو و همکاران، ۲۰۲۰). مسئولیت پذیری به عنوان یک عامل شخصیتی دربرگیرنده صفاتی مانند همکاری، هماهنگی اجتماعی، همدردی با دیگران، صمیمیت و بخشندگی است. افرادی با مسئولیت پذیری بالا، تمایل بسیار دارند که به دیگران کمک کنند. سالمندانی که دارای مسئولیت پذیری بالایی باشند بدون شک در زندگی خود موفق ترند و احساس رضایت از زندگی را تجربه می‌کنند که همین سبب افزایش امید به زندگی و سلامت جسمانی می‌شود.

در این پژوهش، به دلیل زیاد بودن نمونه و تعداد پرسشنامه‌ها، معیار دیگری جهت غربالگری و تشخیص این که آیا شرکت کنندگان به سایر مشکلات روانشناختی مبتلا بودند یا نه، انجام نگرفت، بنابراین اثرهای همبودی اختلالات حذف نگردید و ممکن است بر نتایج پژوهش اثر داشته باشد. عدم بررسی ویژگی‌های شخصیتی، سطح تحصیلات و وضعیت اجتماعی-اقتصادی زنان سالمند به عنوان متغیرهای تعدیل‌گر جزو محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. این پژوهش تنها بر روی جمعیت زنان سالمند شهر تهران صورت گرفته و در تعمیم نتایج به دیگر مناطق و شهرهای دیگر باید جانب احتیاط را رعایت نمود. محدودیت دیگر این پژوهش وجود محدودیت‌های ویروس کرونایی در کشور که باعث شد جمع‌آوری داده‌ها در بین زنان سالمند به سختی انجام گردد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده جهت غربالگری و تشخیص این که آیا شرکت کنندگان به سایر مشکلات روان-شناختی مبتلا بودند یا نه معیار دیگری استفاده شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده ویژگی‌های شخصیتی، سطح تحصیلات و وضعیت اجتماعی-اقتصادی زنان سالمند مورد بررسی قرار گیرند. پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در سایر شهرها نیز صورت گیرد و نتایج آن مورد ارزیابی قرار گیرد. استفاده از یک جامعه وسیع‌تر از زنان سالمند برای افزایش تعمیم‌پذیری در جهت بهبود ویژگی‌های شخصیت، رویدادهای استرس‌زا، سلامت جسمانی، تنظیم هیجان، امید به زندگی و کنش‌های شناختی در زنان سالمند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش آینده پس از اتمام دوره شیوع کرونا با تعداد نمونه بیشتری انجام گردد.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر حاصل اقتباس از طرح پژوهشی نویسنده اول بود که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند به تصویب رسیده است. نویسنده این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش داشت.

تشکر و قدردانی

نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم دانستند که از کلیه افرادی که در پژوهش شرکت نمودند، کمال تشکر و سپاس خود را ابراز نمایند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

احدیان فر، پ؛ اصرنژاد فرید، ع.ا؛ لوسانی، ف؛ عاشوری، ا (۱۳۹۶). نقش مؤلفه‌های فراشناختی و فراهیجانی در پیش‌بینی پریشانی هیجانی در دانشجویان، مجله روانشناسی بالینی ایران. ۲۳(۲): ۱۹۱-۱۷۸.

امیری، س. (۱۳۹۶). بررسی حافظه گذشته نگر و آینده نگر و توانایی شناختی بر اساس ابعاد شخصیتی نظریه حساسیت به تقویت‌گری: گرایش رفتاری و بازداری رفتاری، فصلنامه روانشناسی شناختی. ۵ (۴): ۶۶-۵۸.

پورعبدل، س؛ عباسی، م؛ پیرانی، ذ؛ عباسی، م. (۱۳۹۴). رابطه امید به زندگی و بهزیستی روان شناختی با کیفیت زندگی در سالمندان. روانشناسی پیری. ۱۱(۱): ۵۷-۶۵ .

جوادزاده مقتدر، آ؛ سالاری، ا؛ شاد، ب؛ حسندخت، ط؛ سعید، ا. (۱۳۹۷). افسردگی و اضطراب در بیماران تحت عمل قلب باز: تفاوت‌های سنی و جنسی. فصلنامه افق دانش. ۲۴ (۳): ۲۳۸-۲۳۱.

حسین ثابت، ف؛ فائزی پور، م. (۱۳۹۲). بررسی ارتباط ابعاد شخصیتی با امید به زندگی. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی. ۴ (۱۶): ۱-۱۴ .

خاوری، م؛ مختاری مصیبی، م؛ حاج‌علیزاده، ک (۱۳۹۳). رابطه ویژگی‌های پنج‌عاملی شخصیت با شادکامی و امیدواری در دانش‌آموزان، دومین کنفرانس ملی روانشناسی و علوم رفتاری .

خدایانه، م؛ سهرابی، ف؛ احدی، ح؛ تقی‌لو، ص. (۱۳۹۶). نقش واسطه‌ای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین سیستم‌های مغزی- رفتاری با رفتارهای خوردن در افراد دارای اضافه وزن و چاقی، فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی. ۱۱ (۴): ۲۱-۳۱.

سیدآبادی، ف (۱۳۹۸). مدل‌سازی معادلات ساختاری کارکردهای اجرایی، افسردگی، پیروی درمانی و ریسک فاکتورهای قلبی در بیماران کرونر قلبی: بررسی نقش واسطه‌ای شخصیت (سن و جنسیت). رساله دکترا، رشته روانشناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج .

شبابی، م. (۱۳۹۵). نقش عوامل پنج‌گانه شخصیت در کیفیت زندگی بیماران قلبی. فصلنامه مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی. ۲(۷): ۹۹-۱۰۸ .

عبدی، ر؛ چلبیانلو، غ؛ پاک، ر. (۱۳۹۶). نقش تعاملی رویدادهای استرس‌زای زندگی، حساسیت به تقویت و صفات شخصیت در پیش‌بینی شدت علائم بیماری مولتیپل اسکلروزیس. مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا. ۱۷(۱): ۳۵-۴۴ .

قربانی‌باجگیرانی، ز؛ سجادیان، ا؛ تمیزی‌فر، ب. (۱۳۹۸). ارتباط بین رویدادهای استرس‌زای زندگی، تیپ شخصیت، فاجعه‌پنداری و درماندگی روانشناختی با شدت علائم بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر. نشریه روان‌پرستاری. ۷ (۳): ۶۲-۵۵ .

نجاتی، و. (۱۳۹۲). پرسشنامه توانایی‌های شناختی: طراحی و بررسی خصوصیات روانسنجی. فصلنامه تازه‌های علوم شناختی. ۱۵ (۲): ۱۱-۱۹.

References

- Gross JJ. (2012). Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiol*; 39 (3): 281 -91.
- Leto L, Feola M (2014). A review Cognitive impairment in heart failure patients, *Journal of Geriatric Cardiology*, 11: 316-328.
- Mackenbach, J. P., Hu, Y., & Looman, C. W. N. (2013). Democratization and life expectancy in Europe, 1960–2008. *Social Science & Medicine*, 93, 166- 175.
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Reed, G. M., van Ommeren, M. & Rousseau, C. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *The Lancet*, 381(9878), 1683-1685.

- Mueller, C., Thompsell, A., Harwood, D., Bagshaw, P., & Burns, A. (2017). Mental Health in Older People A Practice Primer. Available at: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/09/practice-primer.pdf>.
- Pengpid, S., Peltzer, K., Susilowati, I.H. (2019). Cognitive Functioning and Associated Factors in Older Adults: Results from the Indonesian Family Life Survey-5 (IFLS-5) in 2014-2015, Current Gerontology and Geriatrics Research, Volume 2019.
- Rizzuto, D., Mossello, M.D. E., Fratiglioni, M.D., Santoni, G., Wang, H.X., (2017). Personality and Survival in Older Age: The Role of Lifestyle Behaviors and Health Status, The American Journal of Geriatric Psychiatry, 25 (12), 1363-1372.
- West, R. F., Toplak, M. E., & Stanovich, K. E. (2008). Heuristics and biases as measures of critical thinking: Associations with cognitive ability and thinking dispositions. Journal of educational psychology, 100(4), 930.
- Williams, P. G., Suchy, Y., & Kraybill, M. L. (2010). Five-factor model personality traits and executive functioning among older adults. Journal of Research in Personality, 44(4), 485-491.
- Wolters, F. J., Segufa, R. A., Darweesh, S. K., Bos, D., Ikram, M. A., Sabayan, B., ... & Sedaghat, S. (2018). Coronary heart disease, heart failure, and the risk of dementia: A systematic review and meta-analysis. Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association.

فرم کوتاه NEO-FFI- پرسشنامه شخصیتی پنج عاملی

ردیف	عبارات	کاملاً مخالفم	مخالفم	نظری دارم	موافقم	کاملاً موافقم
۱	من اصولاً شخص نگرانی نیستم.					
۲	دوست دارم همیشه افراد زیادی دور و برم باشند.					
۳	دوست ندارم و قتم را با خیال پردازی تلف کنم.					
۴	سعی می‌کنم در مقابل همه مودب باشم.					
۵	وسایل متعلق به خودم را تمیز و مرتب نگه می‌دارم.					
۶	اغلب خود را کمتر از دیگران حس می‌کنم.					
۷	زود به خنده می‌افتم.					
۸	هنگامی که راه درست کاری را پیدا کنم آن روش را همیشه ادامه می‌دهم.					
۹	اغلب با فامیل و همکارانم بگو مگو دارم.					
۱۰	به خوبی می‌توانم کارهایم را طوری تنظیم کنم که درست و سر زمان تعیین شده انجام شوند.					
۱۱	هنگامی که تحت فشار روحی زیادی هستم گاه احساس می‌کنم دارم خرد می‌شوم.					
۱۲	خودم را فرد سرحال و زنده ای نمی‌دانم.					
۱۳	نقش‌های موجود در پدیده‌های هنری و طبیعت مرا مبهور می‌کنند.					
۱۴	بعضی مردم فکر می‌کنند که من شخصی خودخواه و خود محورم .					
۱۵	فرد خیلی منظم و مرتبی نیستم.					
۱۶	به ندرت احساس تنهایی و غم می‌کنم.					
۱۷	واقعا از صحبت کردن با دیگران لذت می‌برم.					
۱۸	فکر می‌کنم گوش دادن دانشجویان به مطالب متناقض ، فقط به سر در گمی و گمراهی آنها منجر خواهد شد.					
۱۹	همکاری را بر رقابت ترجیح می‌دهم.					

۲۰	سعی می‌کنم که همه کارهایم را با احساس مسئولیت انجام دهم.
۲۱	اغلب احساس عصبی بودن و تنش می‌کنم.
۲۲	همیشه برای کار آماده‌ام.
۲۳	شعر تقریباً اثری در من ندارد.
۲۴	نسبت به قصد و نیت دیگران حساس و مشکوک هستم.
۲۵	دارای اهداف روشنی هستم و برای رسیدن به آنها طبق برنامه کار می‌کنم.
۲۶	گاهی کاملاً احساس بی‌ارزشی می‌کنم.
۲۷	غالباً ترجیح می‌دهم که کارهایم را به تنهایی انجام دهم.
۲۸	اغلب غذاهای جدید و خارجی را امتحان می‌کنم.
۲۹	معتقدم اگر به مردم اجازه دهید، اکثر آنها از شما سوء استفاده می‌کنند.
۳۰	قبل از شروع هر کاری وقت زیادی تلف می‌کنم.
۳۱	به ندرت احساس اضطراب یا ترس می‌کنم.
۳۲	اغلب احساس می‌کنم که سرشار از انرژی هستم.
۳۳	به ندرت به احساسات و عواطفی که محیط‌های متفاوتی به وجود می‌آورند، توجه می‌کنم.
۳۴	اغلب آشنایانم مرا دوست دارند.
۳۵	برای رسیدن به اهدافم شدیداً تلاش می‌کنم.
۳۶	اغلب از طرز برخورد دیگران با خودم عصبانی می‌شوم.
۳۷	فردی خوشحال و بشاش و دارای روحیه خوبی هستم.
۳۸	معتقدم که هنگام تصمیم‌گیری در مسئله اخلاقی باید پیرو مراجع مذهبی باشیم.
۳۹	برخی فکر می‌کنند من فردی سرد و حسابگر هستم.
۴۰	وقتی قول یا تعهدی می‌دهم همواره می‌توانم برای عمل به آن روی من حساب کرد.
۴۱	معمولاً وقتی کارها درست پیش نمی‌رود دلسرد شده و از کار منصرف می‌شوم.
۴۲	شخص یا نشاط و خوش بینی نیستم.
۴۳	بعضی اوقات وقتی شعری می‌خوانم یا یک کار هنری را تماشا می‌کنم، یک احساس لرزش و یک تکان هیجانی را حس می‌کنم.
۴۴	در روش‌هایم سرسخت و بی‌انعطاف هستم.
۴۵	گاهی آنطور که باید و شاید قابل اعتماد و اتکا نیستم.
۴۶	به ندرت غمگین و افسرده هستم.
۴۷	زندگی و رویدادهای آن برایم سریع می‌گذرد.
۴۸	علاقه‌ای به تامل و تفکر جدی درباره سرنوشت و ماهیت جهان یا انسان ندارم.
۴۹	عموماً سعی می‌کنم شخصی با ملاحظه و منطقی باشم.
۵۰	فرد مولدی هستم که همیشه کارهایم را به اتمام می‌رسانم.
۵۱	اغلب احساس درماندگی می‌کنم و دنبال کسی می‌گردم که مشکلاتم را بر طرف کند.
۵۲	شخص بسیار فعالی هستم.
۵۳	من کنجکاوی فکری فراوانی دارم.
۵۴	اگر کسی را دوست نداشته باشم، می‌گذارم متوجه احساسم بشود.
۵۵	فکر نمی‌کنم هیچ وقت بتوانم فردی منطقی بشوم.
۵۶	گاهی آنچنان خجالت زده شده‌ام که فقط می‌خواستم خودم را پنهان کنم.
۵۷	ترجیح می‌دهم برای خودم کار کنم تا رهبر دیگران باشم.
۵۸	اغلب از کلنجار رفتن با نظریه‌های انتزاعی لذت می‌برم.
۵۹	اگر لازم باشد می‌توانم برای رسیدن به اهداف دیگران را به طور ماهرانه‌ای به بازی بگیرم.
۶۰	تلاش می‌کنم هر کاری را به نحو احسن انجام دهم.

PHQ پرسشنامه

هرگز	به ندرت	هر از چند گاهی	برخی اوقات	نسبتاً زیاد	خیلی زیاد	همیشه
طی یک سال گذشته						
هر چند وقت یکبار، شب موقع به خواب رفت دچار مشکل شده اید؟						
هر چند وقت یکبار، در طول شب از خواب بیدار شده اید؟						
هر چند وقت یکبار، دچار کابوس یا خواب‌های آشفته شده اید؟						
هر چند وقت یکبار، خواب آرام و بدون آشفتگی داشته اید؟						
هر چند وقت یکبار، دچار سردرد شده اید؟						
هر چند وقت یکبار، به دلیل فشار کاری دچار سردرد شده اید؟						
هر چند وقت یکبار، به دلیل "ناامیدی از اینکه مسائل طبق روال عادی خود پیش نمی‌روند" و یا "رنجیدن از دیگران" دچار سردرد شده اید؟						
هر چند وقت یکبار، دچار ناراحتی معده (سوء هاضمه) شده اید؟						
هر چند وقت یکبار، مجبور بوده اید که با کنترل رژیم غذایی از ناراحتی معده جلوگیری کنید؟						
هر چند وقت یکبار، دچار حالت تهوع شده اید؟						
هر چند وقت یکبار، دچار یبوست یا اسهال شده اید؟						
چند بار دچار سرماخوردگی جزئی شده اید (که به دلیل آن اذیت شدید، اما باعث نشده که در بستر بمانید یا روز کاری خود را از دست بدهید)؟						
چند بار دچار عفونت دستگاه تنفسی شدیدتر از سرماخوردگی (مثل برونشیت، سینوزیت و ...) شده اید؟						
معمولاً وقتی مبتلا به سرماخوردگی شدید یا آنفولانزا می‌شدید، چه مدت این بیماری طول می‌کشید؟						

پروژه نگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

Structural model of the role of personality traits on physical health mediated by life expectancy and cognitive functions in older women

Farah Jafari¹, Mohammad Hassan Ghanifar^{2*}, Qasem Ahi²

Abstract

Aim: The aim of this study was to investigate the role of personality traits on physical health mediated by life expectancy and cognitive functions in elderly women. **Method:** The present study is a descriptive-correlational study and was performed by structural equation modeling. The statistical population included all elderly women who referred to the neighborhoods of Tehran between May and June 2021. The research sample consisted of 384 elderly women referring to neighborhoods in Tehran who were selected by voluntary sampling method. Data were collected using the NEO Five Factor Personality Traits Questionnaire (McCurry and Costa, 1980), the Cognitive Reserve Abilities Questionnaire (2013), the Life Expectancy Questionnaire (Hazarousi, 2006) and the Physical Health Questionnaire (Spence, Helmrich). And Perd, 1987). Data were analyzed using correlation coefficient, Pearson correlation matrix, multiple regression and structural equation modeling. Also, all statistical calculations were performed using Lisrel 8.80 and SPSS.22 software. **Results:** The results showed that standard and non-standard coefficients of the direct path of the hypothetical model from personality traits to cognitive actions ($\beta = .444$; $P < .000$), personality traits to life expectancy ($B = .555$; $P < .11$), cognitive functions to physical health ($\beta = .555$; $P < .000$), life expectancy to physical health ($\beta = .555$; $P < .000$) has become meaningful. Examination of model fit indices indicates that the model has a good fit with the data. That life expectancy and cognitive functions have had an indirect effect on physical health, so the existence of an indirect relationship between research variables is confirmed with 95% confidence ($P < 0.05$). **Conclusion:** It can be concluded that the model of personality traits fits on physical health through the mediation of life expectancy and cognitive functions in older women.

Keywords: personality traits, physical health, life expectancy, cognitive functions, aging.

1. PhD student, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran
Email: ghanifar@iaubir.ac.ir

2. *Corresponding author: Assistant Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran