

Examining the Relationship Between Quality of Life, Hope, and Loneliness in Young Individuals

1. Shabnam Niknejad¹*: MA, Department of Psychology, West Tehran Branch, Islamic Azad University, West Tehran, Iran
2. Rasoul Abolhasani²: MA, Department of Clinical Psychology, Medical Sciences Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran

*Corresponding Author's Email Address: awesomeshn777@gmail.com



Received: 11 April 2024
Revised: 23 April 2024
Accepted: 14 May 2024
Published: 18 May 2024



Copyright: © 2024 by the authors.
Published under the terms and conditions of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

Abstract:

Objective: This study aims to examine the relationship between quality of life, hope, and the feeling of loneliness in young individuals.

Methods and Materials: In this correlational-descriptive study, the statistical population consisted of 2132 individuals, from which a sample of 325 was selected using Krejcie and Morgan's table. For field data collection, three questionnaires were used: the World Health Organization Quality of Life–Brief Form (WHOQOL-BREF) comprising 26 items, the Dehshiri Loneliness Scale developed by Dehshiri and colleagues (1999) containing 38 items, and the Miller Hope Scale with 48 items—all based on a Likert scale. After collecting the questionnaire data, the obtained information was first subjected to descriptive and inferential analyses, followed by hypothesis testing.

Findings: The findings of this study, based on the proposed hypotheses, indicate a significant relationship between quality of life and hope with loneliness in individuals.

Conclusion: Therefore, it can be concluded that quality of life may serve as a predictor of hope and loneliness in young individuals.

Keywords: Quality of Life, Hope, Loneliness.

How to Cite: Niknejad, S., & Abolhasani, R. (2024). Examining the Relationship Between Quality of Life, Hope, and Loneliness in Young Individuals. *Quarterly of Experimental and Cognitive Psychology*, 1(1), 52-67.

بررسی رابطه میان میزان کیفیت زندگی و امید به زندگی و احساس تنهایی در افراد جوان

۱. شبنم نیک نژاد*؛ کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، غرب، ایران، (نویسنده مسئول)

۲. رسول ابوالحسنی*؛ کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی بالینی، واحد علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران

*پست الکترونیک نویسنده مسئول: awesomeshn777@gmail.com

چکیده

هدف: این پژوهش به منظور بررسی رابطه میان میزان کیفیت زندگی و امید به زندگی و احساس تنهایی در افراد جوان می‌پردازد.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش توصیفی-همبستگی جامعه آماری ۲۱۳۲ نفر می‌باشند که با استفاده از جدول مورگان کرسی، تعداد نمونه ۳۲۵ نفری انتخاب شد. برای جمع‌آوری اطلاعات میدانی از ۳ پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی- فرم کوتاه شامل ۲۶ سوال و احساس تنهایی دهشیری و همکاران (۱۳۷۸) شامل ۳۸ سوال و امید به زندگی میلر شامل ۴۸ سوال، براساس مقیاس لیکرت استفاده شد. پس از جمع‌آوری داده‌های پرسشنامه‌ها، اطلاعات بدست آمده، ابتدا مورد تحلیل توصیفی و استنباطی و سپس فرضیه‌ها بررسی شدند.

یافته‌ها: نتایج بدست آمده از این پژوهش بر پایه فرضیات نشان می‌دهد که بین کیفیت زندگی و امید به زندگی با احساس تنهایی در افراد رابطه معناداری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که کیفیت زندگی می‌تواند اساس امید به زندگی و احساس تنهایی در افراد را جوان پیشبینی کند.

کلیدواژگان: کیفیت زندگی، امید، تنهایی.

نحوه استناددهی: نژاد، شبنم. و ابوالحسنی، رسول. (۱۴۰۳). بررسی رابطه میان میزان کیفیت زندگی و امید به زندگی و احساس

تنهایی در افراد جوان. فصلنامه روانشناسی تجربی و شناختی، ۱(۱)، ۵۲-۶۷.



تاریخ دریافت: ۲۳ فروردین ۱۴۰۳

تاریخ بازنگری: ۴ اردیبهشت ۱۴۰۳

تاریخ پذیرش: ۲۵ اردیبهشت ۱۴۰۳

تاریخ انتشار: ۲۹ اردیبهشت ۱۴۰۳



مجوز و حق نشر: © ۱۴۰۳ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

Extended Abstract

Introduction

In recent years, there has been growing scholarly interest in examining psychological constructs that influence the well-being and mental health of young individuals. Among these constructs, quality of life, hope, and loneliness have received significant attention due to their reciprocal and often complex interrelationships. Quality of life is recognized as a multidimensional construct encompassing physical, psychological, social, and environmental aspects of a person's life. It reflects not only external living conditions but also subjective evaluations of these conditions (Fan et al., 2023; Soleimani et al., 2022). Hope, defined as a cognitive-motivational construct involving goal-directed determination and planning to meet those goals, has been identified as a key protective factor in mental health, enhancing resilience and life satisfaction across various populations (Moradi et al., 2021; Paloutzian & Ellison, 1982).

Simultaneously, loneliness—conceptualized as a perceived discrepancy between desired and actual social relationships—has been documented as a critical risk factor undermining both psychological and physical well-being. A growing body of evidence suggests that loneliness can significantly reduce quality of life and elevate psychological distress (Fan et al., 2023; Freak-Poli et al., 2022; Zhang et al., 2021). Research also indicates that low levels of hope are associated with increased feelings of loneliness and reduced psychological adaptability (Rasheed, 2022; Sohrabi, 2019). Furthermore, studies conducted in the context of chronic illness and public health emergencies such as the COVID-19 pandemic have shown that quality of life and hope serve as vital buffers against loneliness and its negative health consequences (Bagheri Sheykhangafshe et al., 2021; Nourian et al., 2022).

While these relationships have been explored extensively in older adults, patients with chronic diseases, and populations facing extreme adversity, less is known about

how these variables interact among healthy youth. Given the increasing prevalence of mental health issues among young individuals, and the unique developmental challenges they face, it is imperative to understand how quality of life and hope relate to their experience of loneliness. Therefore, the present study aims to investigate the relationships among quality of life, hope, and loneliness in a sample of young individuals, thereby filling a critical gap in the literature and offering insights for future psychological interventions (Hassanzadeh & Talebi, 2023; Samin & Akhlaghi Kohpaei, 2019).

Methods and Materials

The study employed a descriptive-correlational design to explore the relationships among the three target variables: quality of life, hope, and loneliness. The statistical population included 2132 young individuals. Based on Krejcie and Morgan's sampling table, a sample size of 325 participants was selected through stratified random sampling. Data were collected using three standardized instruments. The WHOQOL-BREF, a 26-item short form developed by the World Health Organization, was used to assess participants' quality of life across four domains. Hope was measured using the 48-item Miller Hope Scale, which evaluates participants' beliefs about their capacity to create and sustain positive future outcomes. Loneliness was assessed through the 38-item scale developed by Dehshiri and colleagues, which captures both emotional and social dimensions of loneliness. All instruments used a five-point Likert scale ranging from "strongly disagree" to "strongly agree." Data were analyzed using descriptive statistics to determine means and standard deviations, and inferential statistics including Pearson correlation coefficients and regression analysis to test the study's hypotheses.

Findings

Descriptive statistics revealed that the participants reported moderate levels of quality of life and hope, alongside varying degrees of loneliness. The Pearson correlation analysis indicated a significant positive correlation between quality of life and hope. Additionally,

both quality of life and hope were found to be negatively correlated with loneliness. Specifically, individuals who reported higher quality of life also reported greater levels of hope and lower levels of loneliness. Similarly, those with higher hope scores tended to experience less loneliness.

Regression analysis further demonstrated that both quality of life and hope significantly predicted loneliness levels in young individuals. Quality of life was found to be a strong negative predictor of loneliness, indicating that higher perceived quality of life was associated with a lower likelihood of experiencing loneliness. Hope also emerged as a significant negative predictor, although to a slightly lesser degree compared to quality of life. Together, these two variables accounted for a meaningful proportion of the variance in loneliness scores among the participants. These results support the primary hypotheses of the study and confirm the existence of significant and meaningful associations among the three psychological constructs under investigation.

Discussion and Conclusion

The findings of this study underscore the crucial role of quality of life and hope in predicting and potentially mitigating loneliness in young individuals. The positive association between quality of life and hope suggests that individuals who experience a higher degree of satisfaction with various domains of life are more likely to possess optimistic outlooks and motivational resources to pursue future goals. Furthermore, the inverse relationship between both quality of life and hope with loneliness highlights the

protective nature of these constructs in preserving social and emotional well-being.

The results align with previous empirical studies indicating that individuals with enhanced quality of life and stronger hope tendencies are better equipped to navigate social challenges and experience reduced psychological distress. These findings have important implications for the development of preventative and therapeutic interventions targeted at youth. Psychological interventions aiming to increase life satisfaction, meaning-making, and goal setting may not only elevate hope but also buffer against the detrimental effects of loneliness. Enhancing perceived quality of life through social support, access to mental health resources, and opportunities for meaningful engagement could also contribute to reducing loneliness in this population.

This study contributes to the broader literature by emphasizing the significance of quality of life and hope as interconnected yet distinct factors influencing emotional experiences such as loneliness. Given the growing concerns about mental health challenges among youth, particularly in the post-pandemic era, these findings provide a foundation for both future research and clinical application. By targeting modifiable psychological resources like hope and quality of life, practitioners may help reduce loneliness and foster resilience in young people, promoting overall psychological well-being.

مقدمه

تنهایی می‌تواند تأثیرات منفی بر سلامت روانی و جسمانی داشته باشد، از جمله افزایش خطر ابتلا به افسردگی، اختلالات خواب، و کاهش کیفیت زندگی (Fan et al., 2023; Freak-Poli et al., 2022). در همین راستا، پژوهش‌ها به بررسی میانجی‌گری احساس تنهایی در ارتباط بین سایر عوامل روانشناختی و کیفیت زندگی پرداخته‌اند و نشان داده‌اند که احساس تنهایی می‌تواند به‌طور قابل توجهی رابطه بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی را تضعیف کند (Zhang et al., 2021).

در شرایط بحران‌های اجتماعی و جهانی مانند همه‌گیری کووید-۱۹، اهمیت توجه به کیفیت زندگی و مؤلفه‌های مرتبط با آن بیش از پیش آشکار شده است. برای مثال، مطالعه‌ای نشان داد که در دوران همه‌گیری، احساس تنهایی و اضطراب روانی به‌طور محسوسی افزایش یافته و تأثیر منفی بر کیفیت زندگی داشته است (Bagheri Sheykhangafshe et al., 2021). همچنین در همین دوران، سبک‌های دلبستگی نیز به عنوان عوامل تأثیرگذار بر تجربه تنهایی و کیفیت زندگی مورد توجه قرار گرفتند و پژوهشی دریافت که سبک‌های دلبستگی ناایمن می‌توانند میزان تنهایی و کیفیت زندگی بزرگسالان را به‌طور مستقیم تحت تأثیر قرار دهند (Nourian et al., 2022).

علاوه بر این، یافته‌های حاصل از بررسی کیفیت زندگی در سالمندان و افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن نشان می‌دهند که سطح امید و کیفیت روابط اجتماعی نقش کلیدی در بهبود وضعیت روانی و کاهش احساس تنهایی ایفا می‌کنند (Keramati, 2021; Niknam et al., 2016). در واقع، امید می‌تواند هم به‌طور مستقیم کیفیت زندگی را ارتقاء دهد و هم از طریق کاهش احساس تنهایی، به بهبود رفاه ذهنی منجر شود (Sohrabi, 2019). مطالعاتی نیز نشان داده‌اند که امید و کیفیت زندگی به طور متقابل یکدیگر را تقویت می‌کنند و فقدان یکی می‌تواند زمینه‌ساز ضعف در دیگری باشد (Soleimani et al., 2022).

در دهه‌های اخیر، توجه به کیفیت زندگی به عنوان یکی از مؤلفه‌های اساسی سلامت روان و رفاه ذهنی، افزایش چشمگیری یافته است. کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی است که شامل ارزیابی ذهنی فرد از وضعیت فیزیکی، روانی، اجتماعی و محیطی زندگی خود می‌شود (Fan et al., 2023). پژوهشگران بر این باورند که کیفیت زندگی نه تنها بازتابی از شرایط عینی زندگی افراد است، بلکه به شدت تحت تأثیر عوامل روانشناختی نظیر امید و احساس تنهایی قرار دارد (Rasheed, 2022; Soleimani et al., 2022). با توجه به بافت جمعیتی جوانان و چالش‌های فزاینده‌ای که این گروه با آن مواجه هستند، بررسی ارتباط میان کیفیت زندگی، امید و احساس تنهایی در این قشر اهمیت ویژه‌ای دارد.

امید به عنوان یک سازه روانشناختی مثبت، نقش مهمی در کنار آمدن با استرس‌ها و چالش‌های زندگی ایفا می‌کند. نظریه‌پردازان روانشناسی مثبت‌نگر، امید را توانایی فرد برای برنامه‌ریزی برای آینده و تلاش برای رسیدن به اهداف تعریف می‌کنند (Paloutzian & Ellison, 1982). پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که سطوح بالای امید با بهبود کیفیت زندگی، رضایت از زندگی، و کاهش مشکلات روانی نظیر اضطراب و افسردگی همراه است (Moradi et al., 2019; Samin & Akhlaghi Kohpaei, 2021). به ویژه در جمعیت جوان، که با دوره‌های گذار مهمی چون انتخاب شغل، ازدواج و استقلال مالی روبرو هستند، امید می‌تواند به عنوان عامل حفاظتی در برابر ناملایمات عمل کند (Hassanzadeh & Talebi, 2023).

در مقابل، احساس تنهایی یکی از مهم‌ترین عوامل تهدیدکننده سلامت روان در جمعیت‌های جوان به شمار می‌آید. احساس تنهایی نه صرفاً به معنای کمبود روابط اجتماعی، بلکه به تجربه ذهنی فرد از فاصله عاطفی از دیگران اشاره دارد (Zhang et al., 2021). تحقیقات نشان می‌دهند که احساس

در حوزه سلامت روان، بررسی همزمان سه متغیر کیفیت زندگی، امید و احساس تنهایی، به درک عمیق‌تری از چالش‌های روانی در جوامع انسانی کمک می‌کند. به‌ویژه، پژوهش‌هایی که به مدل‌سازی علی و پیش‌بینی‌گر می‌پردازند، حاکی از آن‌اند که امید نقش واسطه‌ای میان منابع روانی مانند سرمایه روانشناختی و کیفیت زندگی ایفا می‌کند (Moradi et al., 2021). به‌علاوه، یافته‌های دیگر نشان می‌دهند که برنامه‌های مداخلاتی نظیر درمان مبتنی بر کیفیت زندگی می‌توانند به‌طور مؤثری منجر به کاهش احساس تنهایی و ارتقاء امید شوند (Rezaiee & Farhadi, 2018).

در همین زمینه، مطالعه‌ای در ژاپن نشان داد که امید مرتبط با سلامت (health-related hope) می‌تواند با افزایش کیفیت زندگی در بیماران دریافت‌کننده خدمات مراقبت در منزل، رابطه مستقیم داشته باشد (Yasunaka et al., 2023). این یافته‌ها نشان می‌دهند که امید نه تنها یک سازه روانی، بلکه ابزاری عملی برای بهبود تجربه زیسته افراد در شرایط خاص می‌باشد. همچنین، رابطه دوسویه میان امید و کیفیت زندگی نشان می‌دهد که ارتقاء یکی از این دو عامل می‌تواند به‌طور خودکار منجر به بهبود دیگری شود، به‌ویژه در بسترهای پزشکی و روان‌درمانی (Rasheed, 2022).

نکته مهم دیگر در مطالعات اخیر، جداسازی مفهومی احساس تنهایی از حمایت اجتماعی و انزوای اجتماعی است. پژوهشی در سال ۲۰۲۲ به‌طور مشخص نشان داد که این سه مفهوم باید به‌صورت مستقل در تحلیل‌ها لحاظ شوند و هر یک تأثیر متمایزی بر کیفیت زندگی دارند (Freak-Poli et al., 2022). این تمایز مفهومی، به ارتقاء دقت در مطالعات تجربی کمک کرده و امکان طراحی مداخلات روانشناختی دقیق‌تری را فراهم می‌آورد.

با توجه به تمامی این مطالعات، خلأیی در ادبیات پژوهشی به چشم می‌خورد و آن، تمرکز محدود بر جمعیت جوان به‌ویژه در زمینه بررسی توانمندی کیفیت زندگی، امید و احساس تنهایی است. اغلب مطالعات گذشته بر

گروه‌های خاص نظیر سالمندان، بیماران مزمن یا افراد در معرض بحران متمرکز بوده‌اند، در حالی که جمعیت جوان نیز با بحران‌های روانی و اجتماعی متعددی روبرو است که می‌تواند کیفیت زندگی آنان را به‌طور جدی تحت تأثیر قرار دهد. به همین دلیل، مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه بین کیفیت زندگی، امید و احساس تنهایی در افراد جوان انجام شد.

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر در بررسی کیفیت زندگی، احساس تنهایی و امید به زندگی بود. به این منظور نمونه‌ای ۳۲۵ نفری از بین اعضای ۲۱۳۲ نفری به صورت نمونه‌گیری در دسترس و آنلاین با استفاده از روش مورگان کرسی انتخاب شدند. افراد حاضر در این پژوهش به ۳ پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی - فرم کوتاه، تنهایی اجتماعی و عاطفی بزرگسالان - فرم کوتاه، امید به زندگی میلر، پاسخ دادند. داده‌های به دست آمده هم به کمک نرم افزار SPSS هم به صورت دستی جمع‌بندی و تحلیل شد. روش پژوهش توصیفی و طرح همبستگی از نوع رگرسیون چندگانه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل افراد شامل ۲۱۳۲ نفر بودند و از این جامعه یک نمونه‌گیری ۳۲۵ نفره انجام دادیم. روش نمونه‌گیری ما از نمونه‌گیری در دسترس بود و برای تعیین حجم نمونه با نظر پژوهشگر و طبق فرمول کوکران نمونه ۳۲۵ نفری تعیین شد و به وسیله ۳ پرسشنامه به جمع‌آوری اطلاعات پرداختیم. پژوهشگر به هر فرد درگیر در فرآیند پژوهش به طور اخلاقی احترام می‌گذارد و از تبعیض اجتناب می‌کند. آزمودنی‌هایی که جمع‌آوری اطلاعات از گروه نمونه گرفته شد به شرح زیر است:

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی - فرم کوتاه: کیفیت زندگی برداشت هر فرد از وضعیت سلامتی خود و میزان رضایت او از این وضعیت می‌باشد (حمیدی زاده و همکاران، ۱۳۸۷). سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را درک فرد از جایگاهش در زندگی در بافت سیستم فرهنگ

و ارزش‌هایی که او در آن‌ها زندگی می‌کند، می‌داند که در ارتباط با هدف‌ها، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌های اوست. سازمان بهداشت جهانی به منظور وجود انسجام در پژوهش‌ها و سنجش کیفیت زندگی، گروهی را برای ساخت پرسشنامه مأمور کرد. حاصل کار این گروه پرسشنامه کیفیت زندگی ۱۰۰ سوالی بود. چند سال بعد برای استفاده آسان‌تر از این پرسشنامه فرم کوتاهی از آن تهیه شد. پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی WHOQOL-BREF پرسشنامه ۲۶ سوالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را در آن می‌سنجد. این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی به منظور وجود انسجام در پژوهش‌ها و سنجش کیفیت زندگی، گروهی را برای ساخت پرسشنامه مأمور کرد. حاصل کار این گروه پرسشنامه کیفیت زندگی ۱۰۰ سوالی بود. چند سال بعد برای استفاده آسان‌تر از این پرسشنامه فرم کوتاهی از آن تهیه و با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سوالی این پرسشنامه ساخته و دارای ۴ زیر مقیاس و ۱ نمره کلی می‌باشد. پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی یک پرسشنامه ۲۶ سوالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. این مقیاس با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سوالی این پرسشنامه ساخته شد. زیر مقیاس‌ها عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف و یک نمره کلی. در ابتدا یک نمره خام برای هر زیر مقیاس 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. برای بررسی روایی و پایایی این پرسشنامه پژوهش نجات و همکاران در سال ۱۳۸۵، نیز بر روی ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران انجام گرفت. شرکت کنندگان به ۲ گروه دارای بیماری مزمن و غیرمزمن تقسیم شدند. پایایی آزمون بازآزمون برای زیرمقیاس‌ها به صورت: سلامت جسمی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵، سلامت محیط ۰/۸۴ به دست آمد. سازگاری درونی نیز با

استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد. پایایی آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ و همبستگی درون خوشه‌ای حاصل از آزمون مجدد سنجیده شد. سلامت جسمی گروه سالم آلفای کرونباخ ۰/۷، سلامت جسمی گروه بیمار آلفای کرونباخ ۰/۷۲، سلامت روانی گروه سالم آلفای کرونباخ ۰/۷۳، سلامت روانی گروه بیمار آلفای کرونباخ ۰/۷، روابط اجتماعی گروه سالم آلفای کرونباخ ۰/۵۵، روابط اجتماعی گروه بیمار آلفای کرونباخ ۰/۵۲، سلامت محیط گروه سالم آلفای کرونباخ ۰/۸۴، سلامت محیط گروه بیمار آلفای کرونباخ ۰/۷۲، بود. روایی تمایز این آزمون با اختلاف امتیاز افراد سالم و بیمار در حیطه‌های مختلف نشان داده شد که با معنی دار بودن ضریب گروه پس از کنترل عوامل مخدوش کننده بالقوه با استفاده از رگرسیون خطی تأیید گردید (Ali Sari, Nasirlo et al., 2024).

پرسشنامه احساس تنهایی دهشیری و همکاران (۱۳۸۷): پرسشنامه احساس تنهایی توسط دهشیری و همکاران (۱۳۸۷) طراحی و اعتباریابی شده است، این پرسشنامه شامل ۳۸ گویه بسته پاسخ بر اساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت می‌باشد، این مقیاس از ۳ عامل تنهایی ناشی از روابط خانوادگی، تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان و نشانه‌های عاطفی تنهایی تشکیل شده است، این پرسشنامه توسط شریعت (۱۳۹۲) اعتباریابی شده است. شیوه نمره گذاری: طیف مورد استفاده در پرسشنامه بر اساس طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت، شامل، خیلی کم ۱، کم ۲، تا اندازه‌ای ۳، زیاد ۴ و خیلی زیاد ۵ می‌باشد. تحلیل بر اساس میزان نمره پرسشنامه: بر اساس طیف لیکرت با روش جمع خرده مقیاس‌ها و مؤلفه‌ها، از تحلیل نمرات به دست آمده جمع و بعد نمره گذاری و حد نمرات انجام می‌شود. به منظور بررسی اعتبار مقیاس احساس تنهایی و سه خرده مقیاس آن از روش آلفای کرونباخ و روش بازآزمایی استفاده کرده اند. ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱، برای خرده مقیاس ناشی از ارتباط با خانواده ۰/۸۰، برای خرده مقیاس تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان

۰/۸۸ و برای خرده مقیاس نشانه‌های عاطفی تنهایی ۰/۷۹ بوده است. این مقادیر نشان می‌دهد که مقیاس احساس تنهایی و خرده مقیاس‌های آن از همسانی درونی قابل قبولی برخوردار است. به منظور بررسی اعتبار بازآزمایی مقیاس، این مقیاس بر روی ۳۷ نفر از دانشجویان (آزمودنی‌ها) با فاصله زمانی دو هفته اجرا شده است و همبستگی بین نمرات دو بار اجرا محاسبه شده است. ضریب اعتبار باز آزمایی برای کل مقیاس ۰/۸۴، برای خرده مقیاس ناشی از ارتباط با خانواده ۰/۸۳، برای خرده مقیاس تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان ۰/۸۴ و برای خرده مقیاس نشانه‌های عاطفی تنهایی ۰/۷۶ بوده است. این ضرائب بیانگر ثبات نمرات مقیاس تنهایی در طول زمان است. در مطالعه شریعت (۱۳۹۲) پایایی پرسشنامه ۰/۸۹ محاسبه شد (Asadi et al., 2023).

پرسشنامه امید به زندگی میلر: ساختارهای منسوب به امید در متون روانشناختی از سال ۱۹۵۰ به بعد ظاهر شدند و اهمیت امید را در تغییرات درمانی، یادگیری و بهزیستی عمومی خاطرنشان ساختند. فرد دارای امید کسی است که انرژی و انگیزه لازم را برای رسیدن به هدف‌های منطقی دارد و می‌داند که چه چیزی می‌خواهد و همچنین می‌داند که چگونه و از چه راهی می‌تواند به هدف‌های خود برسد. چنین شخصی اگر دریک مسیر به مانع برخورد کرد از مسیرهای دیگری اهداف خود را دنبال می‌کند. با توجه به نظریات بسیار ارائه شده در زمینه امید و امیدواری، ابزارهای بسیاری نیز برای سنجش آن ابداع شده است. هدف پرسشنامه امید به زندگی، سنجش میزان امیدواری در افراد می‌باشد. پرسشنامه امید به زندگی میلر MHS، Miller Hope Scale، در سطح روانشناختی به بررسی میزان امیدواری و انرژی فرد برای رسیدن به اهداف مورد نظر می‌پردازد. هدف این پرسشنامه، سنجش میزان امیدواری در افراد است. در واقع افرادی که سطح امید به زندگی بالاتری نسبت به سایرین دارند اغلب از انگیزه بالاتری برخوردار هستند و رضایت از زندگی بیشتری را نیز در طول عمر خود تجربه می‌کنند. این پرسشنامه توسط

میلر و پاورز در سال ۱۹۸۸ ساخته شده است. پرسشنامه اولیه دارای ۴۰ سوال بود که در نسخه‌های بعدی به ۴۸ سؤال افزایش یافت. این پرسشنامه در طیف لیکرت از بسیار مخالف نمره ۱ تا بسیار موافق نمره ۵ نمره گذاری می‌شود. نمره گذاری پرسشنامه امید میلر به این صورت است که ابتدا باید در هر ماده به پاسخ بسیار مخالف نمره ۱، مخالف نمره ۲، نظری ندارم نمره ۳، موافق نمره ۴ و بسیار موافق نمره ۵ بدهیم. ۱۴ سوالات ۱۱-۱۳-۱۶-۱۸-۲۵-۲۷-۲۸-۳۱-۳۳-۳۴-۳۸-۳۹-۴۷-۴۸ به صورت وارونه نمره گذاری می‌شوند. با توجه به اینکه این پرسشنامه زیرمقیاس ندارد، در پایان تمامی ماده‌ها را جمع کرده و نمره کل را به دست می‌آوریم. نمره هر فرد بین ۴۸ تا ۲۴۰ خواهد بود. این پرسشنامه نمره برش ندارد و هر چه نمره فرد بالاتر باشد، امیدواری بیشتری دارد. بر اساس این روش از تحلیل، نمره‌های به دست آمده را جمع و بر اساس جدول زیر قضاوت می‌کنیم. میزان امتیازهای زیر برای یک پرسشنامه است در صورتی که به طور مثال ۱۵۰ پرسشنامه داشته باشیم باید امتیازات زیر را ضربدر ۱۵۰ کنیم. این پرسشنامه برای اولین بار در ایران توسط سمیعی (۱۳۶۸) بر روی ۳۰ نفر از دانشجویان پسر رشته پرستاری اجرا و به منظور تعیین پایایی از روش «آزمون مجدد» با فاصله یک هفته استفاده شد. ضریب همبستگی پیرسون بین ۲ سری از نمرات آزمون $R = 0.75$ برآورده و میانگین ۱۵۱/۳ محاسبه گردیده است. در پژوهشی نیز به منظور اطمینان از پایایی، این پرسشنامه بر روی تعداد ۱۵۲ نفر از دانشجویان دختر و پسر مراکز تربیت معلم تهران اجرا شد و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱/۵ و میانگین ۱۹۶ به دست آمد. گزینه‌های آزمون در یک مقیاس ۵ درجه‌ای از بسیار مخالف ۱ تا بسیار موافق ۵ نمره گذاری می‌شود، اما ۱۲ شماره از پرسشنامه میلر از ماده‌های منفی تشکیل شده که در نمره گذاری این شماره‌ها بر عکس نمره می‌گیرند و عبارتند از: ۱۱-۱۳-۱۶-۱۸-۲۵-۲۷-۲۸-۳۱-۳۳-۳۴-۳۸-۳۹ و سوالات شماره ۴۱ تا ۴۸ مخصوص بیماران

دوره اول، شماره اول

از اعضاء به هر ۳ پرسشنامه پاسخ دادند. در انتها به نمره گذاری و تحلیل پرسشنامه‌ها پرداخته شد. ابتدا توسط کلید پرسشنامه‌ها نمره گذاری صورت گرفت و سپس توسط نرم افزار SPSS تحلیل توصیفی و استنباطی داده‌ها انجام شد.

یافته‌ها

جمعیت افراد نمونه در جنسیت، مردان ۵۷/۲۳٪ از زنان ۴۲/۷۶٪ بیشتر است. در معیار سن افراد بین ۲۱ تا ۳۰ سال با ۶۶/۱۵٪ بیشترین تعداد افراد و در معیار تحصیلات افراد کارشناسی با ۵۱/۰۷٪ بیشترین تعداد افراد نمونه آماری پژوهش را تشکیل می‌دهند.

مزمّن است. سوال ۴۹: «میزان امیدواری خود را در حال حاضر با انتخاب یکی از شماره‌های زیر مشخص کنید». آزمودنی بایستی مقدار امیدواری خود را با انتخاب یکی از اعداد ۱ تا ۱۰ مشخص کند که در آن ۱ حداقل امیدواری و ۱۰ حداکثر امیدواری را نشان می‌دهد. حسینی (۱۳۸۵) برای تعیین روایی این پرسشنامه از نمره ملاک استفاده کرد. به این ترتیب که نمره پرسشنامه با نمره ملاک همبسته و مشخص شد که بین این ۲ رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. برای تعیین پایایی نیز از ۲ روش آلفای کرونباخ و تصنیف استفاده شد که ضرایب آن برابر با ۹۴٪ و ۸۹٪ می‌باشد (Samin & Akhlaghi, 2019).

ابتدا با هماهنگی افراد پرسشنامه‌ها که بصورت لینک الکترونیکی ساخته شده بودند در گروه تلگرام اعضاء قرار داده شد. سپس از میان ۲۱۳۲ نفر، ۳۲۵ نفر

جدول ۱. توصیف آماری نمرات جمعیت کل متغیرهای پژوهش

میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
سلامت جسمی	۸۰/۴۹	۱۱/۳۷	-۰/۰۹۶
سلامت روان	۷۰/۶۲	۱۳/۳۲	-۰/۰۶۲
روابط اجتماعی	۷۶/۶۱	۱۳/۱۸	۰/۰۳۷
سلامت محیط	۷۱/۹۱	۱۸/۰۸	-۰/۱۸۵
سلامت کلی	۸۱/۷۷	۱۰/۸۳	-۰/۱
کیفیت زندگی	۷۶/۱۴	۱۱/۵۹	۰/۰۵۲
احساس تنهایی	۱۱۹/۳۵	۱۰/۹۴	-۰/۵۸
امید به زندگی	۱۳۳/۳	۱۳/۱۹	-۰/۰۱۴

به منظور بررسی رابطه بین کیفیت زندگی با احساس تنهایی و امید به زندگی، از ضرایب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج به دست آمده در ادامه ارائه شده است.

در جدول فوق توصیف آماری نمرات مربوط به کیفیت زندگی، احساس تنهایی و امید به زندگی شامل چولگی و کشیدگی، حداقل و حداکثر به همراه شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد نمرات ارائه شده است. با توجه به اینکه مقادیر چولگی و کشیدگی داده‌ها بین ۲+ و ۲- می‌باشد داده‌ها در سطح ۰/۰۵، از توزیع به هنجاری برخوردار می‌باشند.

جدول ۲. ماتریس ضرایب همبستگی بین کیفیت زندگی بیماران با احساس تنهایی و امید به زندگی

فصلنامه روانشناسی تجربی و شناختی

متغیرها	سلامت جسمی	سلامت روان	روابط اجتماعی	سلامت محیط	سلامت کلی	کیفیت زندگی	احساس تنهایی	امید به زندگی
۱. سلامت جسمی	۱							
۲. سلامت روان	۰/۸۳ **	۱						
۳. روابط اجتماعی	۰/۶۹ **	۰/۸۴ **	۱					
۴. سلامت محیط	۰/۶۵ **	۰/۵۶ **	۰/۴۹ **	۱				
۵. سلامت کلی	۰/۷۳ **	۰/۵۴ **	۰/۴۸ **	۰/۸۲ **	۱			
۶. کیفیت زندگی	۰/۸۸ **	۰/۸۴ **	۰/۸۲ **	۰/۸۵ **	۰/۸۴ **	۱		
۷. احساس تنهایی	-۰/۶۸ **	-۰/۵ **	-۰/۴۶ **	-۰/۸ **	-۰/۹۷ **	-۰/۸۲ **	۱	
۸. امید به زندگی	۰/۷۲ **	۰/۵۲ **	۰/۴۴ **	۰/۷۸ **	۰/۹۵ **	۰/۷۹ **	-۰/۹۱ **	۱

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

در جدول فوق نتایج همبستگی متغیرهای پژوهش، بین کیفیت زندگی با احساس تنهایی و امید به زندگی نشان داده شده است. تمامی ضرایب همبستگی محاسبه شده در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی دار می‌باشند ($p < ۰/۰۱$). بر اساس نتایج بدست آمده رابطه بین کیفیت زندگی با احساس تنهایی منفی و رابطه بین کیفیت زندگی با امید به زندگی در افراد مثبت می‌باشد. به منظور بررسی رابطه بین کیفیت زندگی با احساس تنهایی در افراد، از آزمون رگرسیون چندگانه استفاده شد.

جدول ۳. خلاصه آماره‌های مربوط به برازش مدل فرضیه اول

R	مجذور R	خطای استاندارد برآورد	تغییر F	تغییر معنی داری	آماره دوربین-واتسون
۰/۹۷	۰/۹۴	۲/۶۷	۱۰۱۹/۱۹	۰/۰۰	۱/۹۵

در جدول فوق خلاصه آماره‌های مربوط به برازش مدل نشان داده شده است. با توجه به نتایج جدول، ضریب همبستگی چندگانه بین متغیر مستقل احساس تنهایی و متغیر وابسته کیفیت زندگی برابر با ۰/۹۷ می‌باشد. مقدار ضریب تعیین یا مجذور R نیز برابر با ۰/۹۴ می‌باشد که نشان دهنده میزان تبیین واریانس و تغییرات احساس تنهایی توسط کیفیت زندگی است. برای بررسی استقلال باقی مانده‌ها از آماره دوربین-واتسون استفاده شد. براساس نتایج جدول مقدار آماره دوربین-واتسون برابر با ۱/۹۵ است که با توجه به اینکه مقدار آن در فاصله ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد، می‌توان گفت پیش فرض استقلال خطا یا باقی مانده‌ها رعایت شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس فرضیه اول

مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
۳۶۵۵۷/۸۴	۵	۷۳۱۱/۵۷	۱۰۱۹/۱۹	۰/۰۰۰

رگرسیون

دوره اول، شماره اول

باقیمانده	۲۲۸۸/۴۵	۳۱۹	۷/۱۷
کل	۳۸۸۴۶/۳	۳۲۴	

در جدول فوق نتایج آزمون تحلیل واریانس برای بررسی مدل رگرسیونی ارائه شده، بررسی شده است. بر اساس نتایج جدول، مقدار F بدست آمده ۱۰۱۹/۱۹ است که در سطح آلفای کوچکتر از ۰/۰۱ معنی دار و نشان می‌دهد کیفیت زندگی می‌تواند تغییرات مربوط به احساس تنهایی را به خوبی تبیین و نشان دهنده مناسب بودن مدل رگرسیونی ارائه شده است.

جدول ۵. تحلیل رگرسیون پیش بینی احساس تنهایی از طریق کیفیت زندگی

B	خطای استاندارد	Beta	t	سطح معناداری	Tolerance	VIF
ثابت	۳۹/۸	۰/۴۳۱	۲۸/۵۷	۰/۰۰۰		
سلامت جسمی	-۰/۰۲۵	۰/۰۳	-۰/۸۳	۰/۰۰۰	۰/۱۹	۵/۲۳
سلامت روان	-۰/۰۵۳	۰/۰۲	-۱/۸۸	۰/۰۳	۰/۱۵	۶/۴۲
روابط اجتماعی	-۰/۰۴۵	۰/۰۲	-۱/۱۳	۰/۰۰۵	۰/۲۸	۳/۵۸
سلامت محیط	-۰/۰۱۳	۰/۰۱	-۲/۱	۰/۰۰۰	۰/۳	۳/۳۶
سلامت کلی	-۰/۰۹۹	۰/۰۲	-۳۴/۸	۰/۰۰۰	۰/۲۳	۴/۲۸

در جدول فوق نتایج مربوط به تحلیل رگرسیون چندگانه برای پیش بینی احساس تنهایی از طریق کیفیت زندگی، آورده شده است. با توجه به اینکه مقدار آماره تحمل از مقدار برش ۰/۱ بیشتر و آماره تراکم عاملی VIF از مقدار برش ۱۰ کمتر است، نتیجه گرفته می‌شود که مفروضه دارای هم خطی می‌باشند. مقدار ضریب رگرسیونی استاندارد شده Beta برای سلامت جسمی ۰/۰۲۶-، سلامت روان ۰/۰۶۵-، روابط اجتماعی ۰/۰۵۴-، سلامت محیط ۰/۰۲۲- و برای سلامت کلی ۰/۰۹۸- می‌باشد که با توجه به مقدار آماره t بدست آمده که در سطح آلفای ۰/۰۵ معنی دار است، نتیجه گرفته می‌شود که کیفیت زندگی به شکل منفی و معنی داری احساس تنهایی را در افراد پیش بینی می‌کند. به منظور بررسی رابطه بین کیفیت زندگی با امید به زندگی در افراد، از آزمون رگرسیون چندگانه استفاده شد.

جدول ۶. خلاصه آماره‌های مربوط به برازش مدل فرضیه دوم

R	مجذور R	خطای استاندارد برآورد	تغییر F	تغییر معنی داری	آماره دوربین-واتسون
۰/۹۵	۰/۹	۴/۰۱	۶۳۶/۵۵	۰/۰۰	۱/۸

در جدول فوق خلاصه آماره‌های مربوط به برازش مدل نشان داده شده است. با توجه به نتایج جدول، ضریب همبستگی چندگانه بین متغیر مستقل و متغیر وابسته ۰/۹۵ و مقدار ضریب تعیین مجذور R برابر با ۰/۹ می‌باشد که نشان دهنده میزان تبیین واریانس و تغییرات امید به زندگی توسط کیفیت زندگی است. برای بررسی استقلال باقی مانده‌ها از آماره دوربین-واتسون استفاده شد. براساس نتایج جدول مقدار آماره دوربین-واتسون برابر با ۱/۸

است که با توجه به اینکه مقدار آن در فاصله ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد، می‌توان

گفت پیش فرض استقلال باقی مانده‌ها رعایت شده است.

جدول ۷. نتایج آزمون تحلیل واریانس فرضیه دوم

مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
۵۱۲۴۱/۰۷	۵	۱۰۲۴۸/۲۱	۶۳۶/۵۵	۰/۰۰۰
۵۱۵۳/۷۶	۳۱۹	۱۶/۱		
۵۵۶۳۷۶/۸۴	۳۲۴			
کل				

در جدول فوق نتایج آزمون تحلیل واریانس به منظور بررسی مدل رگرسیونی ارائه شده آورده شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول، مقدار F بدست آمده برابر با ۶۳۶/۵۵ می‌باشد که در سطح آلفای کوچکتر از ۰/۰۱ ارائه شده است. معنی دار است که نشان می‌دهد کیفیت زندگی می‌تواند تغییرات مربوط به امید به زندگی را به خوبی تبیین و نشان دهنده مناسب بودن مدل رگرسیونی

جدول ۸. تحلیل رگرسیون برای پیش بینی امید به زندگی از طریق کیفیت زندگی

B	خطای استاندارد	Beta	t	سطح معنی داری	Tolerance	VIF
۳۹/۵۲	۲/۰۸		۱۸/۹۳	۰/۰۰۰		
۳/۳۶	۰/۰۴۵	۰/۰۵۱	۱/۳۱	۰/۰۰۰	۰/۱۹	۵/۲۳
۰/۸۳	۰/۰۴۲	۰/۰۸۱	۱/۸۸	۰/۰۳	۰/۱۵	۶/۴۲
۰/۲۳	۰/۰۳۲	۰/۱۱	۳/۶۲	۰/۰۰۵	۰/۲۸	۳/۵۸
۱/۵۵	۰/۰۲۳	۰/۰۰۱	۰/۰۳۱	۰/۰۰۰	۰/۳	۳/۳۶
۲/۶۳	۰/۰۴۳	۰/۰۹۳	۲۶/۵	۰/۰۰۰	۰/۲۳	۴/۲۸

در جدول فوق نتایج مربوط به تحلیل رگرسیون چندگانه برای پیش‌بینی امید به زندگی از طریق کیفیت زندگی، آورده شده است. با توجه به اینکه مقدار آماره تحمل از مقدار برش ۰/۱ بیشتر و آماره تراکم عاملی VIF از مقدار برش ۱۰ کمتر است، بنابراین نتیجه این که از مفروضه هم خطی، تخطی صورت نگرفته است. مقدار ضریب رگرسیونی استاندارد شده Beta برای سلامت جسمی ۰/۰۴۵، سلامت روان ۰/۰۴۲، روابط اجتماعی ۰/۰۳۲، سلامت

بحث و نتیجه‌گیری

میانجی‌هایی مهم در ارتباط بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی هستند (Zhang et al., 2021). چنین یافته‌هایی از اهمیت روابط اجتماعی و روانی در تعیین کیفیت زندگی پرده برمی‌دارند و نتایج پژوهش حاضر را تأیید می‌کنند.

در خصوص نقش امید نیز، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که افراد با سطوح بالاتر امید، میزان کمتری از احساس تنهایی را تجربه می‌کنند. این یافته با مطالعاتی چون تحقیق Moradi و همکاران هم‌راستا است که نشان دادند امید به واسطه سرمایه روانشناختی، کیفیت زندگی را در زنان مبتلا به نارسایی قلبی ارتقاء می‌دهد و به کاهش احساسات منفی منجر می‌شود (Moradi et al., 2021). Rasheed نیز در پژوهش خود بر روی مادران دارای فرزند با نیازهای ویژه، تأکید کرده است که امید عاملی کلیدی در مقابله با احساس انزوا و ارتقاء کیفیت زندگی آنان است (Rasheed, 2022). همچنین، مطالعه Sohrabi نیز با ارائه مدلی مبتنی بر حمایت اجتماعی و سرسختی روانی، نقش امید را در پیش‌بینی کیفیت زندگی و کاهش احساس تنهایی در پناهندگان ایرانی بررسی کرده است (Sohrabi, 2019).

مطالعه حاضر همچنین با پژوهش Yasunaka و همکاران همخوانی دارد که نشان دادند امید مرتبط با سلامت (health-related hope) در بیماران دریافت‌کننده مراقبت در منزل، رابطه مستقیمی با کیفیت زندگی دارد (Yasunaka et al., 2023). این یافته اهمیت کاربردی امید در ارتقاء رفاه ذهنی را به‌ویژه در شرایط خاص و بحرانی تأیید می‌کند. در حوزه جمعیت سالم نیز، مطالعه Freak-Poli و همکاران نشان داد که احساس تنهایی به عنوان یک سازه مجزا از حمایت اجتماعی و انزوای اجتماعی، می‌تواند به طور مستقیم بر کیفیت زندگی تأثیر منفی داشته باشد (Freak-Poli et al., 2022). این تفکیک مفهومی از تنهایی، یافته‌های پژوهش حاضر را دقیق‌تر می‌سازد و

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین کیفیت زندگی و امید، و همچنین بین این دو متغیر با احساس تنهایی در افراد جوان، رابطه معناداری وجود دارد. نتایج تحلیل‌های آماری حاکی از آن است که کیفیت زندگی با افزایش سطوح امید در افراد رابطه مستقیم دارد و هر دو متغیر می‌توانند به شکل معکوس، احساس تنهایی را پیش‌بینی کنند. این یافته‌ها تأییدی است بر اهمیت سازه‌های روان‌شناختی مثبت در تبیین وضعیت روانی جوانان و بر لزوم توجه به مداخلات روانی-اجتماعی در این حوزه دلالت دارد.

در تفسیر یافته‌ها می‌توان گفت که کیفیت زندگی به عنوان یک متغیر جامع، ابعاد مختلفی از زندگی فرد را شامل می‌شود؛ از وضعیت جسمانی و روانی گرفته تا روابط اجتماعی و محیطی. زمانی که فرد در این ابعاد احساس رضایت و کارآمدی داشته باشد، احتمال بیشتری دارد که امید به آینده در وی تقویت شود و احساس تنهایی کاهش یابد. پژوهش‌های پیشین نیز ارتباط مستقیم میان کیفیت زندگی و امید را تأیید کرده‌اند. به عنوان مثال، مطالعه‌ای که توسط Soleimani و همکاران انجام شد نشان داد که بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن قلبی، در صورتی که از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار باشند، سطوح امید بالاتری را تجربه می‌کنند (Soleimani et al., 2022). این یافته با نتایج مطالعه حاضر هم‌راستا بوده و نشان می‌دهد که این رابطه نه تنها در گروه‌های بیمار بلکه در جمعیت سالم جوان نیز برقرار است.

همچنین یافته‌های پژوهش حاضر مؤید این است که افراد با کیفیت زندگی پایین‌تر، بیشتر دچار احساس تنهایی می‌شوند. این یافته با نتایج مطالعات متعددی تطابق دارد. به عنوان مثال، Fan و همکاران در مطالعه‌ای طولی دریافتند که احساس تنهایی در بیماران قلبی نه تنها به طور مستقیم با کیفیت زندگی پایین‌تر همراه است، بلکه با گذشت زمان نیز تأثیر منفی آن پایدار می‌ماند (Fan et al., 2023). در مطالعه‌ای دیگر، Zhang و همکاران دریافتند که در میان مراقبان بیماران روانی، بار مراقبتی و احساس تنهایی

به‌طور کلی، یافته‌های پژوهش حاضر از نظر نظری با مبانی روانشناسی مثبت‌نگر هم‌خوان است که تأکید دارد سازه‌هایی مانند امید و کیفیت زندگی می‌توانند نقش حفاظتی در مقابل آسیب‌های روانی ایفا کرده و بستر رشد روان‌شناختی افراد را فراهم آورند (Paloutzian & Ellison, 1982). همچنین، با توجه به هم‌راستایی یافته‌ها با پژوهش‌های بین‌المللی، می‌توان نتیجه گرفت که رابطه میان کیفیت زندگی، امید و احساس تنهایی، پدیده‌ای جهانی است که در بسترهای فرهنگی و اجتماعی مختلف نیز تکرار می‌شود. یکی از محدودیت‌های اصلی این پژوهش، استفاده از روش خودگزارشی برای جمع‌آوری داده‌ها بود که ممکن است تحت تأثیر سوگیری پاسخ یا تمایل به ارائه پاسخ‌های اجتماعی مطلوب قرار گرفته باشد. همچنین، پژوهش تنها بر روی گروهی از جوانان در محدوده سنی خاصی متمرکز بود و نتایج ممکن است به سایر گروه‌های سنی یا جمعیت‌های با ویژگی‌های فرهنگی متفاوت تعمیم‌پذیر نباشد. علاوه بر این، با وجود استفاده از ابزارهای استاندارد، داده‌ها به‌صورت مقطعی گردآوری شده‌اند که مانع از استنباط‌های علی دقیق می‌شود. پیشنهاد می‌شود که مطالعات آتی از طرح‌های طولی استفاده کنند تا بتوانند تغییرات متغیرهای مورد بررسی در طول زمان را بررسی نمایند و رابطه‌های علی را با دقت بیشتری تحلیل کنند. همچنین، بررسی تفاوت‌های جنسیتی یا نقش عوامل میانجی مانند حمایت اجتماعی یا سبک‌های دلبستگی در رابطه میان کیفیت زندگی، امید و احساس تنهایی می‌تواند غنای بیشتری به یافته‌ها ببخشد. استفاده از روش‌های کیفی مانند مصاحبه‌های عمیق نیز می‌تواند ابعاد تجربه زیسته جوانان از این متغیرها را روشن‌تر سازد. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده، می‌توان توصیه کرد که برنامه‌های آموزشی و مشاوره‌ای برای تقویت امید در جوانان طراحی و اجرا شوند. همچنین، ایجاد بسترهایی برای ارتقاء کیفیت زندگی از طریق بهبود خدمات سلامت روان، اشتغال‌زایی، و تقویت مشارکت اجتماعی جوانان می‌تواند نقش مؤثری در

تأیید می‌کند که صرف وجود روابط اجتماعی، تضمین‌کننده احساس عدم تنهایی نیست، بلکه کیفیت ادراک‌شده این روابط است که اهمیت دارد. از سوی دیگر، پژوهش Niknam و همکاران نیز با بررسی سالمندان، رابطه میان حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی و احساس تنهایی را تحلیل کرده و به نتایجی مشابه دست یافته‌اند که تأکید دارد افراد دارای روابط اجتماعی کیفی‌تر، سطوح پایین‌تری از تنهایی را گزارش می‌کنند (Niknam et al., 2016). یافته‌های Nourian نیز حاکی از آن بود که سبک‌های دلبستگی افراد در دوران بحران کرونا، کیفیت زندگی و میزان تنهایی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، به‌گونه‌ای که سبک‌های دلبستگی ایمن با کیفیت زندگی بالاتر و احساس تنهایی پایین‌تر مرتبط بودند (Nourian et al., 2022). در حوزه مداخلات روان‌شناختی، پژوهش Rezaiee نیز نشان داد که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی می‌تواند به‌طور معناداری احساس تنهایی را کاهش داده و خودارزشمندی را افزایش دهد، که این خود مؤید امکان مداخلات هدفمند بر سازه‌های بررسی‌شده در این مطالعه است (Rezaiee & Farhadi, 2018). به‌طور مشابه، مطالعه Hassanzadeh نیز نشان داد که رویکردهای درمانی مانند "درمان زندگی" منجر به ارتقاء امید، شور زندگی و بهبود کیفیت زندگی می‌شوند (Hassanzadeh & Talebi, 2023). یافته‌های مطالعه حاضر همچنین با مطالعه Keramati مطابقت دارد که نشان داد فعالیت جسمانی به عنوان بخشی از سبک زندگی سالم، با افزایش کیفیت زندگی و رضایت شغلی در اعضای هیئت علمی همراه است (Keramati, 2021). این یافته می‌تواند بر اهمیت نقش عوامل سبک زندگی در تنظیم امید و احساس تنهایی دلالت کند. همچنین مطالعه Samin نیز نشان داد که کیفیت زندگی، استرس ادراک‌شده و خستگی می‌توانند طول عمر ادراک‌شده را در بیماران مبتلا به ام‌اس پیش‌بینی کنند و نقش امید را در این میان برجسته ساخت (Samin & Akhlaghi Kohpaei, 2019).

- Distress in Diabetic Patients During the Covid-19 Pandemic: A Systematic Review Study [Review of Article]. *Journal of Diabetes Nursing*, 9(4), 1752-1765. <http://jdn.zbmu.ac.ir/article-1-501-en.html>
- Fan, Y., Ho, M. H. R., & Shen, B. J. (2023). Loneliness predicts physical and mental health-related quality of life over 9 months among patients with coronary heart disease. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 15(1), 152-171. <https://doi.org/10.1111/aphw.12403>
- Freak-Poli, R., Ryan, J., Tran, T., Owen, A., McHugh Power, J., Berk, M., Stocks, N., Gonzalez-Chica, D., Lowthian, J. A., Fisher, J., & Byles, J. (2022). Social isolation, social support and loneliness as independent concepts, and their relationship with health-related quality of life among older women. *Aging & mental health*, 26(7), 1335-1344. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1940097>
- Hassanzadeh, R., & Talebi, F. (2023). The effectiveness of life therapy on passion for life, hope for life and quality of life in infertile women. *Quarterly Journal of Applied Research in Counseling*, 6(20). https://www.jarci.ir/article_705015.html?lang=en
- Keramati, M. R. (2021). A Comparison of Health-Related Quality of Life and Job Satisfaction in Physically Active and Sedentary Faculty Members. *International Journal of Education and Cognitive Sciences*, 2(3), 23-32. <https://doi.org/10.22034/injoeas.2021.160725>
- Moradi, F., Salehi, M., Kochak Entezar, R., & Eizanlou, B. (2021). Developing a Predictive Model for Hope Based on Psychological Capital and Cognitive Emotion Regulation Mediated by Quality of Life in Women with Heart Failure. *Social Psychology Journal*, Fall 2020(56). <https://psychologicalscience.ir/article-1-409-fa.html>
- Niknam, F., Homayouni, A., & Mohammadi, A. K. (2016). Relationship among social support, quality of life and loneliness of the elderly. *International Journal of Advanced Biotechnology and Research*, 7(3), 1365-1373. <https://www.academia.edu/download/78889898/201603160Alireza.pdf>
- Nourian, Z., Pakdaman, S., & Mirzaei, S. A.-S. (2022). The Role of Attachment Styles in the Dimensions of Loneliness and Quality of Life in Adults During the COVID-19 Crisis. *Journal of Developmental Psychology*, 19(74), 32-54. <https://civilica.com/doc/2058492/>
- Paloutzian, R., & Ellison, C. (1982). Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. In D. Peplau & P. D. (Eds.), *Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy*. <https://doi.org/10.1037/t00534-000>
- Rasheed, A. (2022). Hope, Quality of Life, and Self-Efficacy Among Mothers With Special Needs Children. *Inspira Indonesian Journal of Psychological Research*, 3(1), 1-7. <https://doi.org/10.32505/inspira.v3i1.3850>
- Rezaiee, S., & Farhadi, H. (2018). Effectiveness of Quality of Life Therapy on Internet Addiction, Loneliness, and Self-esteem of Female Second Grade High School Students. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 19(1), 37-49. <https://doi.org/10.30486/jsrp.2018.540477>
- Samin, T., & Akhlaghi Kohpaei, H. (2019). Prediction of Life Expectancy based on Quality of Life, Perceived Stress and Fatigue in Patients with Multiple Sclerosis (MS). *Health Psychology*, 8(29), 101-118. <https://doi.org/10.30473/hpj.2019.38195.3857>

کاهش احساس تنهایی ایفا کند. در مراکز مشاوره دانشگاهی و اجتماعی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و تقویت نگرش‌های مثبت به زندگی نیز باید مورد توجه قرار گیرد تا زمینه‌های رشد روانی جوانان فراهم شود.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافع وجود ندارد.

حمایت مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

مشارکت نویسندگان

این مقاله مستخرج از رساله دکتری است. در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در طی مراحل این پژوهش به حاضر یاری رساندند تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

- Ali Sari Nasirilo, K., Naderi, F., Homaei, R., & Makvandi, B. (2024). Efficacy of Mentalization-Based Treatment on the Self-Conscious Affect and Quality of Life among Mothers of Children with Intellectual Developmental Disorder. *Journal of Applied Psychological Research*, 14(4), 285-300. <https://doi.org/10.22059/japr.2023.336809.644157>
- Asadi, L., Seirafi, M., & Ahadi, M. (2023). Evaluation of the effectiveness of painting therapy on health anxiety, loneliness and death anxiety in the elderly. *Applied Family Therapy Journal (AFTJ)*, 4(2), 395-413. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.4.2.25>
- Bagheri Sheykhgangaeshe, F., Saeedi, M., Ansarifard, N., Jalili, P., & Savabi Niri, V. (2021). Quality of Life and Psychological

- Sohrabi, A. (2019). Predicting the Quality of Life of Iranian Refugees Based on Psychological Hardiness and Perceived Social Support with Hope Mediation. *Sociology of Education*, 5(1), 123-132. <https://doi.org/10.22034/ijes.2019.43755>
- Soleimani, M. A., Zarabadi-Pour, S., Chan, Y. H., Allen, K. A., & Shamsizadeh, M. (2022). Factors Associated With Hope and Quality of Life in Patients With Coronary Artery Disease. *Journal of Nursing Research*, 30(2), e200. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000476>
- Yasunaka, M., Tsugihashi, Y., Hayashi, S., Iida, H., Hirose, M., Shirahige, Y., Kurita, N., & group, Z. (2023). Relationship of life expectancy with quality of life and health-related hope among Japanese patients receiving home medical care: The Zaitaku Evaluative Initiatives and Outcome Study. *PLoS One*, 18(12), e0295672. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0295672>
- Zhang, B., Conner, K. O., Meng, H., Tu, N., Liu, D., & Chen, Y. (2021). Social support and quality of life among rural family caregivers of persons with severe mental illness in Sichuan Province, China: mediating roles of care burden and loneliness. *Quality of Life Research*, 30(7), 1881-1890. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02793-6>