

Original Article

Factors Affecting Coping Self-Efficiency of Elderly Living in Nursing Homes

Alireza Zadegan¹ , Sepideh Zamani² , Hossein Alikhah^{3*} 

¹Department of Social Psychology, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

²Department of Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran.

³Emergency Medicine Team, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

*Corresponding author; E-mail: Alikhah@tbzmed.ac.ir

Received: 9 March 2017 Accepted: 18 June 2017 First Published online: 22 September 2018
Med J Tabriz Uni Med Sciences Health Services. 2018 October-November; 40(4):38-45

Abstract

Background: Due to the growing number of elderly population, evaluation of the mental health problems of this group of people is important and identification of factors affecting coping self-efficiency is helpful in this age group. The study was aimed to assess the effective factors on “coping self-efficiency” of the elderly living in nursing homes.

Methods: A total of 110 elderly aged >60 year is selected randomly with multi stage method from East Azerbaijan nursing homes. Data collecting process was done using World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREEF), Coping Self Efficiency Scale (CSES), Nuremburg’s Social Support Scale Questionnaire (NSSQ) and Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS). Analysis of variance, Spearman and Pierson correlation coefficients and regression analysis was implemented for data analysis.

Results: The age and educational attainment of the elderly were associated with the quality of life variables, social support and coping self-efficiency. Females achieve higher scores in mindfulness and coping self-efficiency (problem solving and stopping unpleasant emotions) in comparison with males ($P<0.05$). There aren’t significant differences in quality of life variables, social support, seeking support from relatives and friends between males and females. There is a positive correlation (0.37 to 0.81) between coping self-efficiency and the quality of life ($P<0.01$). There is a positive correlation of 0.62 between coping self-efficiency and mind awareness and it was 0.36 for social support ($P<0.01$). Based on the results of the stepwise regression analysis, psychological health of the quality of life, mindfulness and environmental health of the quality of life variables were meaningful predictor of the coping self-efficiency.

Conclusion: Based on the results of the present primitive study, the quality of life and mindfulness were the predictors of the coping self- efficiency in the elderly.

Keywords: Mindfulness, Quality Of Life, Social Support, Coping Self-Efficiency, Elderly

How to cite this article: Zadegan A, Zamani S, Alikhah H. [Factors Affecting Coping Self-Efficiency of Elderly Living in Nursing Homes]. Med J Tabriz Uni Med Sciences Health Services. 2018 October-November;40(4):38-45. Persian.

مقاله پژوهشی

عوامل موثر بر خودکارآمدی مقابله‌ای سالمندان ساکن در سرای سالمندی

علی‌رضا زادگان^۱، سپیده زمانی^۲، حسین علیخواه^{۳*}

^۱گروه روانشناسی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
^۲گروه روانشناسی، دانشگاه شهیدمدنی آذربایجان، تبریز، ایران
^۳تیم تحقیقاتی طب اورژانس، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
 * نویسنده مسؤل؛ ایمیل: Alikhah@tbzmed.ac.ir

دریافت: ۱۳۹۵/۱۲/۱۹ پذیرش: ۱۳۹۶/۳/۲۸ انتشار برخط: ۱۳۹۷/۶/۳۱
 مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تبریز. مهر و آبان ۱۳۹۷؛ ۴۰(۴): ۳۸-۴۵

چکیده

زمینه: با توجه به افزایش آمار سالمندان ایران بررسی مشکلات روانی این گروه از افراد جامعه اهمیت می‌یابد و شناسایی عوامل موثر بر خودکارآمدی می‌تواند در کمک به این گروه سنی مورد استفاده قرار گیرد. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف تعیین عوامل موثر بر خودکارآمدی مقابله‌ای سالمندان ساکن در سرای سالمندی صورت گرفته است.

روش کار: ۱۱۰ سالمند بالای ۶۰ سال از مراکز نگهداری سالمندان استان آذربایجان شرقی، ایران بصورت تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب گردید. از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF)، مقیاس خودکارآمدی مقابله‌ای (CSES)، پرسشنامه مقیاس حمایت اجتماعی نوربرگ (NSSQ) و مقیاس ذهن آگاهی (MAAS) برای جمع‌آوری داده‌های تحقیق استفاده شد. از روش‌های آماری تحلیل واریانس مانوا، ضریب همبستگی اسپیرمن و پیرسون و تحلیل رگرسیون برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: سن و سطح تحصیلات سالمندان با متغیرهای کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی، خودکارآمدی مقابله‌ای ارتباط داشت. زنان نسبت به مردان سالمند از میانگین نمرات بالاتری در متغیرهای ذهن آگاهی، خودکارآمدی مقابله‌ای (حل مساله و توقف هیجان ناخوشایند) برخوردار بودند ($P < 0/05$). در متغیرهای کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی، حمایت خواهی از دوستان و آشنایان تفاوت آماری معنی‌داری بین زنان و مردان وجود نداشت. خودکارآمدی مقابله‌ای با کیفیت زندگی همبستگی مثبت ۰/۸۱ الی ۰/۳۷ داشت ($P < 0/01$). خودکارآمدی مقابله‌ای با ذهن آگاهی همبستگی مثبت ۰/۶۲ و با حمایت اجتماعی همبستگی ۰/۳۶ داشت ($P < 0/01$). بر اساس نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون گام به گام متغیرهای سلامت روانی از کیفیت زندگی، ذهن آگاهی و سلامت محیط از کیفیت زندگی پیش‌بینی کننده معنی‌دار خودکارآمدی مقابله‌ای سالمندان بودند.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این مطالعه مقدماتی، کیفیت زندگی و ذهن آگاهی پیش‌بینی کننده خودکارآمدی مقابله‌ای سالمندان هستند.

کلید واژه‌ها: ذهن آگاهی، کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی، خودکارآمدی مقابله‌ای، سالمندان

نحوه استناد به این مقاله: زادگان ع، زمانی س، علیخواه ح. عوامل موثر بر خودکارآمدی مقابله‌ای سالمندان ساکن در سرای سالمندی. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تبریز. ۱۳۹۷؛ ۴۰(۴): ۳۸-۴۵

حق تألیف برای مؤلفان محفوظ است.

این مقاله با دسترسی آزاد توسط دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تبریز تحت مجوز کرییتیو کامنز (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه

لحظه زندگی و هوشیاری روشن و بدون تفسیر از محرکهای درون و بیرون جاری بخشی از خلق سالم در مراحل مختلف زندگی و از جمله سالمندی گفته می‌شود که پیوند عمیقی با سلامت جسمی و روانی و بویژه افسردگی و اضطراب سالمندان دارد (۱۳) و حتی بر افزایش طول عمر تاثیر مثبتی دارد (۱۴). لذا نمی‌توان ارتباط بین ذهن آگاهی و خودکارآمدی را نادیده گرفت و در ارتقای خودکارآمدی به آن توجهی نکرد.

از یک طرف، افزایش آمار سالمندان ایران و از طرف دیگر، شیوع بالای افسردگی حاکی از نیازهای مبرم بهداشتی و روانی به این گروه از افراد جامعه است. با توجه به اینکه مفهوم خودکارآمدی در مقابله با مشکلات روانی - بویژه افسردگی - ارائه شده است، لذا شناسایی عوامل موثر بر خودکارآمدی می‌تواند در تنظیم برنامه‌های مداخله‌ای مورد استفاده قرار گیرد. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف تعیین عوامل موثر بر خودکارآمدی مقابله - ای سالمندان ساکن در سرای سالمندی صورت گرفته است.

روش کار

پژوهش حاضر مقطعی است. ۱۱۰ نفر از سالمندان بالای ۶۰ سال سن ساکن در مراکز نگهداری سالمندی در استان آذربایجان - شرقی، شمال غرب ایران، در سال ۱۳۹۳ انتخاب گردید. حجم نمونه بر اساس مطالعات قبلی برآورد شده است. نمونه‌گیری به روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای از بین تمام مراکز نگهداری سالمندان استان آذربایجان شرقی انتخاب شد. معیارهای ورود و خروج از مطالعه: رضایت آگاهانه سالمند و خانواده آنها جهت شرکت در مطالعه، داشتن سن بالاتر از ۶۰ سال، اقامت در سرای سالمندی حداقل به مدت ۶ ماه، از معیارهای ورود و ابتلا به اختلالات روانپزشکی ماژور مثل دمانس و بیماری دوقطبی و بیماری‌های صعب‌علاجی مانند سرطان و نقص عضو و تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها از معیارهای خروج از مطالعه بودند.

ابزارهای پژوهش عبارت بودند از:

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF)

World Health Organization Quality of Life-BREF دارای ۲۶ آیت می‌باشد. WHOQOL-BREF چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را می‌سنجد. نمره‌گذاری WHOQOL-BREF بر اساس مقیاس رتبه‌ای صفر تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. نسخه فارسی WHOQOL-BREF از نظر روایی سازه تایید شده و پایایی زیرمقیاس‌های آن بالاتر از ۰/۷۰ گزارش شده است (۱۵).

با وجود آمار بالای سالمندان مشکلات خلقی در دوره سالمندی یکی از مسائل مهم در این دوران است. با این حال در سالمندان مبتلا به دمانس شیوع افسردگی ۸۶ درصد و شیوع افسردگی شدید ۳۱ درصد (۱)، شیوع افسردگی در سالمندان بیمارستانی ۷۹ درصد (۲) و در نمونه سالمندان ساکن در خانه شخصی تقریباً ۵۰ درصد بوده است (۳). شیوع علائم افسردگی در سالمندان ساکن در خانواده شهری ایران ۸۶ درصد گزارش شده است (۴).

مطابق با نظریه خودکارآمدی بندورا (۵) افسردگی ناشی از خودکارآمدی ضعیف در مقابله با استرس است که به باورها یا قضاوت‌های فرد به توانایی‌های خود در انجام وظایف و مسئولیتها اشاره دارد. مطالعات انجام شده تاثیر خودکارآمدی بر کاهش افسردگی در افراد مختلف اجتماعی و سالمندان را تایید کرده‌اند (۶، ۷). بدین ترتیب، پژوهش‌ها در جهت شناسایی عوامل موثر بر خودکارآمدی و کاهش افسردگی سالمندان اهمیت زیادی پیدا کرده است.

کیفیت زندگی در دوران سالمندی جنبه‌های مختلفی از زندگی روانی و فیزیکی را نشان می‌دهد و می‌تواند بر خودکارآمدی سالمندان تاثیرگذار باشد. سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را به درک افراد از موقعیت زندگی خود با توجه به فرهنگ، سیستم ارزش‌ها، اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌های فرد تعریف کرده است (۸). اساساً با این جهت‌گیری به کیفیت زندگی، سازه خودکارآمدی بخشی از کیفیت زندگی است. زیرا در هر دو سازه کیفیت زندگی و خودکارآمدی، احساس مثبت فرد از خود مطرح شده است. به طوری که درک افراد از موقعیت زندگی در راستای درکی است که خودشان دارند. بنابراین انتظار می‌رود ارتباط زیادی بین دو متغیر فوق وجود داشته باشد. مطالعه قبلی نیز نشان می‌دهد که ارتباط پیش‌بینی کننده بین خودکارآمدی و کیفیت زندگی وجود دارد (۹، ۱۰).

مطابق با نظریه بندورا احساس خودکارآمدی در ارتباط با دیگران شکل می‌گیرد (۵). همچنین در دوران سالمندی بواسطه از دست دادن برخی از بستگان و مشکلات جسمی ناشی از سالمندی، حمایت اجتماعی اهمیت بیشتر می‌یابد. چنانچه گزارش شده است حمایت‌های عاطفی و ساختاری در سالمندان پیش‌بینی کننده سلامت روانی است و افزایش به خودکارآمدی و کاهش افسردگی کمک می‌کند (۱۱). حتی مطالعه نشان داده است سالمندانی که به شبکه‌های اجتماعی فعال متصل می‌شوند و حمایت اجتماعی غیر رسمی را دریافت می‌کنند، سلامت ذهنی و جسمی بهتری در مقایسه با سایر سالمندان دارند (۱۲).

امروزه در توسعه احساس مثبت درونی سالمندان به ذهن آگاهی توجه شده است. ذهن آگاهی، توجه آگاهانه به لحظه به

اطمینان حاصل گردید. برای تعیین رابطه سن و سطح تحصیلات با متغیرهای «حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی، ذهن آگاهی» (که داده‌ها در سطح فاصله‌ای یا نسبی بودند) از ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد. برای تعیین رابطه بین متغیرهای «حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی، ذهن آگاهی» با خودکارآمدی مقابله‌ای (که داده‌ها به صورت رتبه‌ای بودند) از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده گردید. در این تحقیق سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار تلقی گردید.

یافته‌ها

تعداد ۱۱۰ سالمند در مطالعه حاضر حضور داشتند. ۴۰ نفر (۳۶/۴ درصد) مرد و ۷۰ نفر (۶۳/۶ درصد) زن بودند. میانگین سنی ۷۳/۶۵ سال با انحراف معیار ۸/۹۱ بود. حداقل سن ۶۰ و حداکثر آن ۹۱ سال بود. همه سالمندان همسر خود را از دست داده بودند. ۶۴ نفر (۵۸/۱۸) از سالمندان بازنشسته و ۴۶ نفر (۴۱/۸۱) فاقد هر گونه درآمد بودند. هزینه نگهداری از طرف فرزندان یا سازمان بهزیستی تامین می‌شد. سایر ویژگی‌ها دموگرافیک شرکت کنندگان در جدول ۱ ارائه شده است. همان‌طور که در جدول ۲ ارائه شده است، بر اساس نتایج حاصل از ضریب همبستگی اسپیرمن بین سن و متغیرهای کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی و خودکارآمدی مقابله‌ای همبستگی منفی بین ۰/۲۳ الی ۰/۳۸ وجود داشت ($P < 0/05$). اما بین سن و ذهن آگاهی ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت ($P > 0/05$). همچنین بین سطح تحصیلات و متغیرهای کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی و خودکارآمدی مقابله‌ای همبستگی مثبت بین ۰/۲۴ الی ۰/۴۳ وجود داشت ($P < 0/01$). همان‌طور که در جدول ۳ ارائه شده است، تحلیل واریانس مانوا نشان داد که میانگین متغیرهای ذهن آگاهی، خودکارآمدی مقابله‌ای و دو زیرمقیاس (حل مساله، توقف هیجان ناخوشایند) در مردان سالمند بیشتر از زنان سالمند بودند ($P < 0/05$). در متغیرهای کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی و حمایت خواهی از دوستان و آشنایان، تفاوت آماری معنی‌داری بین زنان و مردان وجود نداشت. همان‌طور که در جدول ۴ ارائه شده است، نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که خودکارآمدی مقابله‌ای با کیفیت زندگی (سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط) همبستگی مثبت ۰/۸۱ الی ۰/۳۷ داشت ($P < 0/01$). خودکارآمدی مقابله‌ای با ذهن آگاهی همبستگی مثبت ۰/۶۲ و با حمایت اجتماعی همبستگی ۰/۳۶ داشت ($P < 0/01$). بر اساس نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون گام به گام متغیرهای سلامت روانی از کیفیت زندگی، ذهن آگاهی و سلامت محیط از کیفیت زندگی پیش بینی کننده معنی‌دار خودکارآمدی مقابله‌ای سالمندان بودند که در مجموع ۷۰ درصد از واریانس خودکارآمدی مقابله‌ای سالمندان را پیش‌بینی می‌کنند.

مقیاس خودکارآمدی مقابله‌ای (CSES) توسط Chesney و همکاران (۱۶) ساخته شده است. CSES ابزار ۲۶ آیتمی است که خودکارآمدی مقابله‌ای فرد را در برابر چالش‌ها و تهدیدات می‌سنجد. نمره گذاری مقیاس مذکور بر اساس مقیاس لیکرت ۱۱ درجه‌ای (۰= «اصلاً مرا توصیف نمی‌کند» تا ۱۰= «کاملاً می‌توانم انجام دهم») صورت می‌گیرد. CSES دارای سه زیر مقیاس توقف تفکر و هیجانات ناخوشایند (۹ آیتم)، استفاده از مقابله متمرکز بر مساله (۱۲ آیتم)، حمایت خواهی از دوستان و خانواده (۵ آیتم) می‌باشد. سازندگان این مقیاس روایی سازه آنرا به کمک تحلیل عاملی تایید کرده‌اند و پایایی ضریب آلفای کرونباخ را برای هر کدام از زیرمقیاس‌ها بالاتر از ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند (۱۶) در مطالعه عبدی (۱۷) نسخه فارسی CSES را از نظر روایی سازه تایید و پایایی ضریب آلفای کرونباخ برای هر کدام از زیرمقیاس‌ها را بالاتر از ۰/۸۰ گزارش کرده است.

پرسشنامه مقیاس حمایت اجتماعی نوربریک (Norbeck (NSSQ) Social Support Questionnaire (NSSQ) (۱۸) دارای ۹ آیتم می‌باشد که درباره رفتارهای حمایتی ارائه شده در پرسشنامه توسط همسر یا دوستان سؤال شده است. نمره‌گذاری ۸ آیتم اول بصورت لیکرت ۵ درجه‌ای (۱=خیلی کم الی ۵=خیلی زیاد) و آیتم نهم به صورت بلی/ خیر صورت می‌گیرد. در مطالعه Gigliotti (۱۹) روایی سازه NSSQ تایید شده است. در مطالعه حاضر پایایی نسخه فارسی NSSQ به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ بدست آمد. مقیاس ذهن آگاهی به حال (Mindfulness Attention Awareness Scale) توسط Brown & Ryan در سال ۲۰۰۳ (۲۰) ساخته شده است و از ۱۵ ماده تک عاملی تشکیل یافته است. نمره‌گذاری به صورت مثبت و با مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای (۱= تقریباً همیشه تا ۶= تقریباً هرگز) صورت می‌گیرد. حداقل و حداکثر نمره‌ی هر فرد در این مقیاس ۱۵ تا ۹۰ می‌باشد. Brown & Ryan همسانی درونی این مقیاس را در نمونه دانشجویی ۰/۸۲ ذکر کرده‌اند (۲۰). پایایی و روایی این مقیاس در ایران توسط عبدی (۱۳۸۷) صورت گرفته است، که در آن برای بررسی اعتبار سازه از روش تحلیل عاملی و برای بررسی همسانی درونی آن از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده بود. نتیجه‌های تحلیل عاملی تأییدی به روش مؤلفه‌های اصلی نشان داد که نسخه فارسی مقیاس MAAS در میان دانشجویان از روایی خوبی برخوردار است و همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) آن ۰/۷۶ می‌باشد (۲۱). تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS.17 صورت گرفت. از روش‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار- فروانی درصد) برای توصیف متغیرهای تحقیق استفاده شد. قبل از تحلیل آماری استنباطی ابتدا آیتم‌های مربوط به هر مقیاس و زیرمقیاس جمع گردید و سپس از پیش فرض‌های نرمال بودن توزیع داده‌ها و همگنی واریانس در گروه‌ها

جدول ۱: توصیف ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت کنندگان در مطالعه

| متغیرها | گروه | فراوانی | درصد |
|-------------|-----------------------------|---------|-------|
| سطح تحصیلات | بی سواد | ۳۲ | ۲۹/۶ |
| | ابتدائی | ۵۸ | ۵۳/۷ |
| | دبیرستان / دیپلم | ۱۸ | ۱۶/۷ |
| محل اقامت | تبریز | ۶۲ | ۵۶/۴ |
| | میانه | ۱۱ | ۱۰ |
| | آذرشهر | ۲۲ | ۲۰ |
| سطح درآمد | مراغه | ۱۵ | ۱۳/۶ |
| | زیر ۵۰۰ هزار تومان | ۹ | ۸/۱۸ |
| | ۵۰۰ هزار الی ۱ میلیون تومان | ۴۱ | ۳۷/۲۷ |
| | بالاتر از ۱ میلیون تومان | ۱۴ | ۱۲/۸۲ |
| | فاقد درآمد | ۴۶ | ۴۱/۸۱ |

جدول ۲: رابطه بین سن و سطح تحصیلات با کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی، ذهن آگاهی و خود کارآمدی مقابله‌ای

| متغیرها | سن | سطح تحصیلات |
|-----------------------|---------------------|---------------------|
| | ضریب همبستگی پیرسون | ضریب همبستگی اسپرمن |
| کیفیت زندگی | -۰/۲۸** | ۰/۲۵** |
| سلامت جسمانی | -۰/۳۸** | ۰/۲۵** |
| سلامت روانی | -۰/۲۳* | ۰/۴۳** |
| رابطه اجتماعی | -۰/۱۶ | ۰/۰۳ |
| سلامت محیط | -۰/۱۳ | ۰/۰۹ |
| حمایت اجتماعی | -۰/۲۳* | ۰/۲۴** |
| ذهن آگاهی | -۰/۱۴ | ۰/۲۸** |
| خودکارآمدی مقابله‌ای | -۰/۲۹** | ۰/۴۲** |
| حل مساله | -۰/۲۳* | ۰/۴۲** |
| توقف هیجان ناخوشایند | -۰/۳۵** | ۰/۳۸** |
| حمایت خواهی از دیگران | -۰/۱۷ | ۰/۲۴** |

* P<0.05, ** P<0.01

جدول ۳: نتایج t-test جهت مقایسه میانگین متغیرهای پژوهشی در زنان و مردان

| متغیرها | انحراف استاندارد ± میانگین | |
|-----------------------|----------------------------|-------------|
| | مرد (۷۰ نفر) | زن (۴۰ نفر) |
| حمایت اجتماعی | ۲۰/۵۶±۷/۱۷ | ۲۲/۵۰±۷/۲۸ |
| ذهن آگاهی | ۶۹/۱۷±۹/۲۹ | ۶۲/۲۸±۱۲/۳۱ |
| خودکارآمدی مقابله‌ای | ۶۱/۱۲±۱۸/۵۳ | ۴۹/۷۲±۲۶/۰۴ |
| حل مساله | ۲۹/۱۵±۸/۶۶ | ۲۱/۲۰±۱۴/۶۸ |
| حمایت خواهی از دیگران | ۱۴/۵۵±۵/۶۴ | ۱۲/۶۵±۷/۰۲ |
| توقف هیجان ناخوشایند | ۱۷/۴۲±۶/۲۹ | ۱۲/۸۷±۸/۴۴ |
| کیفیت زندگی | ۴۵/۵۹±۲۱/۴۵ | ۴۴/۱۴±۲۱/۴۷ |
| سلامت جسمانی | ۱۳/۴۳±۷/۱۸ | ۱۱/۵۰±۷/۸۷ |
| سلامت روانی | ۱۱/۸۷±۵/۲۴ | ۹/۹۵±۵/۷۲ |
| رابطه اجتماعی | ۳/۵۹±۲/۶۰ | ۴/۵۸±۲/۵۷ |
| سلامت محیط | ۱۲/۶۹±۶/۰۷ | ۱۴/۴۹±۶/۳۵ |

جدول ۴: ماتریکس ضریب همبستگی پیرسون رابطه بین متغیرهای خودکارآمدی مقابله‌ای، کیفیت زندگی، ذهن آگاهی و حمایت اجتماعی

| متغیرها | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ |
|----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|------|
| خودکارآمدی مقابله‌ای | ۱ | | | | | | |
| سلامت جسمانی | ۰/۶۵** | ۱ | | | | | |
| سلامت روانی | ۰/۸۱** | ۰/۷۹** | ۱ | | | | |
| رابطه اجتماعی | ۰/۳۷** | ۰/۵۹** | ۰/۵۷** | ۱ | | | |
| سلامت محیط | ۰/۴۱** | ۰/۶۳** | ۰/۶۲** | ۰/۷۹** | ۱ | | |
| کیفیت زندگی | ۰/۶۷** | ۰/۹۲** | ۰/۸۸** | ۰/۸۸** | ۰/۸۶** | ۱ | |
| ذهن آگاهی | ۰/۶۲** | ۰/۴۴** | ۰/۵۷** | ۰/۲۳* | ۰/۳۲** | ۰/۴۵** | ۱ |
| حمایت اجتماعی | ۰/۳۶** | ۰/۵۱** | ۰/۴۳** | ۰/۵۷** | ۰/۶۱** | ۰/۶۱** | ۰/۱۵ |

*P<0.05, **P<0.01

بحث

پژوهش حاضر که با هدف بررسی عوامل موثر بر خودکارآمدی مقابله‌ای سالمندان ساکن در سرای سالمندی صورت گرفت نشان داد که سن و سطح تحصیلات سالمندان و با متغیرهای کیفیت زندگی، خودکارآمدی مقابله‌ای با کیفیت زندگی ارتباط داشت. اما بین سن و ذهن آگاهی ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت.

از آنجائی که با افزایش سن جنبه‌های مهمی از سلامت جسمی سالمندان تحت تاثیر قرار می‌گیرد لذا افزایش سن عاملی مهم در افزایش اختلالات روانپزشکی، کاهش سلامت روانی و افزایش اختلال شناختی در سالمندان است. لذا می‌توان استنباط کرد که الگوی کیفیت زندگی در سالمندان با افزایش سن کاهش می‌یابد. از آنجائی که خودکارآمدی مقابله‌ای به منظور تبیین افسردگی ارائه شده است لذا کاهش خودکارآمدی مقابله‌ای به نوعی موجب افزایش افسردگی می‌شود. در همین راستا گزارش شده است که شیوع افسردگی سالمندان با افزایش سن بیشتر می‌شود (۲۲ و ۲۳).

بخش دیگری از یافته‌های تحقیق نشان داد که سطح تحصیلات با متغیرهای کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی و خودکارآمدی مقابله‌ای رابطه وجود دارد. اساساً ارتقاء سطح تحصیلات نه تنها عاملی برای درک بهتر مسائل است بلکه به توانایی افراد در ایجاد زمینه‌های مناسب سلامت روانی کمک می‌کند (۲۴). گزارش دیگری نیز نشان می‌دهد که سطح بالای تحصیلات با کاهش علائم افسردگی و مشکلات سلامت در سالمندان ارتباط دارد (۲۵).

بخش دیگری از یافته‌های این تحقیق نشان داد که میانگین متغیرهای ذهن آگاهی، خودکارآمدی مقابله‌ای در مردان سالمند بیشتر از زنان سالمند بودند. در متغیرهای کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی، حمایت خواهی از دوستان و آشنایان تفاوت آماری معنی داری بین زنان و مردان وجود نداشت. مفهوم ذهن آگاهی از همبستگی‌های اختلالات شناختی است. مرور مطالعات درباره شیوع اختلال شناختی در سالمندان حاکی از شیوع ۷ درصدی آن

است که شیوع در مردان ۴/۲ درصد و در زنان ۸/۷ درصد بود (۲۳). اما در مطالعه دیگر گزارش شده است که مرد بودن با افزایش افکار خودکشی در سالمندان ارتباط دارد (۲۶). به نظر می‌رسد جنسیت در جنبه‌های مختلف کارکرد شناختی و عاطفی تاثیرات متفاوتی بر جای می‌گذارد.

یافته‌های تحقیق نشان داد که بین خودکارآمدی مقابله‌ای با کیفیت زندگی، ذهن آگاهی و حمایت اجتماعی رابطه مثبتی وجود داشت. بر اساس نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون گام به گام متغیرهای سلامت روانی از کیفیت زندگی، ذهن آگاهی و سلامت محیط از کیفیت زندگی پیش‌بینی کننده خودکارآمدی مقابله‌ای سالمندان بودند.

کیفیت زندگی ناشی از درک افراد از موقعیت زندگی خود با توجه به فرهنگ، سیستم ارزش‌ها، اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌های فرد است (۸). لذا کاهش کیفیت زندگی سالمندان بر احساس پایین از خودکارآمدی کمک می‌کند که در نهایت به افزایش مشکلات روانی مختلفی مانند افسردگی و اضطراب منجر می‌شود (۲۷). از طرفی خودکارآمدی مقابله‌ای نقش تعیین کننده‌ای بر خود انگیزشی (Self-Motivation) افراد دارد. زیرا باور خودکارآمدی مقابله‌ای بر انتخاب اهداف، کسب نتایج یا پیامدهای مورد انتظار، اجرای اهداف، میزان تلاش، میزان استقامت و پشتکار، استرس و فشار روانی، خودتنظیمی اثر می‌گذارد (۵). لذا خودکارآمدی مقابله‌ای بخش مهمی از ساختار کیفیت زندگی سالمندان است.

حمایت اجتماعی از طرف اعضای خانواده و دفعات تعامل با خانواده، با خودگزارشی وضعیت سلامت مرتبط بوده است (۲۸). همچنین مطالعه در استرالیا حاکی از ارتباط حمایت اجتماعی همسالان با افکار خودکشی سالمندان می‌باشد (۲۶).

بنظر می‌رسد حمایت اجتماعی با ایجاد تعهدات متقابل ضمن آنکه سلامت فرد را تضمین می‌کند به عنوان یک تعدیل کننده در وقایع استرس آور عمل می‌کند (۲۹). لذا توانایی خودکارآمدی فرد

سالمندان هستند. از آنجائی که سالمندان در مراکز نگهداری به صورت گروهی حضور دارند. توجه به گروه درمانی یا آموزش گروهی مبتنی بر ارتقاء خودکارآمدی مبتنی بر کیفیت زندگی و ذهن آگاهی می‌تواند مفید باشد. لذا مطالعات تکمیلی نیاز است تا بتوان به طراحی به برنامه مداخله‌ای موثر دست یافت.

قردانی

این مقاله پژوهشی از رساله دکتری روانشناسی برگرفته شده است. از همه شرکت کنندگان در این تحقیق صمیمانه سپاسگزاری می‌گردد.

ملاحظات اخلاقی

پروتکل این مطالعه در کمیته پزشکی استان آذربایجان- شرقی به تایید رسیده است.

منابع مالی

حمایت مالی از این تحقیق بانجام نشده است.

منافع متقابل

مؤلفان اظهار می‌دارند که منافع متقابلی از تالیف و یا انتشار این مقاله ندارند.

مشارکت مؤلفان

ع ز، س ز و همکاران، همگی طراحی، اجرا و تحلیل نتایج مطالعه را بر عهده داشتند. همچنین مقاله را تالیف نموده و نسخه نهایی آن را خوانده و تایید کرده‌اند.

را افزایش می‌دهد. از طرفی نمی‌توان تاثیرات توجه عاطفی، یاری رسانی، اطلاعات، ارزیابی، جامعه‌پذیری حمایت اجتماعی را نادیده گرفت. بنابراین حمایت اجتماعی به عنوان متغیر روانی- اجتماعی مهمی برای سالمندان محسوب می‌شود (۳۰) که در ارتقاء احساس کارآمدی در مقابله با استرس نقش مهمی دارد.

براساس یافته‌های این تحقیق، ذهن آگاهی پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی سالمندان بود. همسو با این یافته پژوهش‌های قبلی نیز نشان داده‌اند که ارتقاء ذهن آگاهی می‌تواند در جنبه‌های مختلف جسمی و روانی سالمندان مفید واقع گردد (۳۰). در کل بنظر می‌رسد ذهن آگاهی با ارتقاء هشیاری فرد به خودآگاهی فرد می‌تواند به افزایش خودکارآمدی فرد منجر شود.

یافته‌های هر پژوهشی با توجه به محدودیت آن قابل استفاده است. یافته‌های این تحقیق با استفاده از ابزار خودگزارشی که به صورت مصاحبه کاملاً ساختار یافته جمع‌آوری شده است و این موضوع، از محدودیت‌های این مطالعه است. از طرفی مراکز سالمندی در ایران عمدتاً با هدف نگهداری از سالمندان بی سرپرست و سالمندانی که نگهداری آنها در خانواده‌ها دشوار است انجام فعالیت می‌کنند لذا یافته‌ها متأثر از جامعه آماری تحقیق که در ایران صورت گرفته می‌باشد. محدودیت‌های فوق ضرورت انجام مطالعات تکمیلی را یادآوری می‌کند.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر که با هدف بررسی عوامل موثر بر خودکارآمدی مقابله‌ای سالمندان ساکن در سرای سالمندی صورت گرفت نشان داد که بعد سلامت روانی و سلامت محیط از کیفیت زندگی و ذهن آگاهی پیش‌بینی کننده خودکارآمدی مقابله‌ای

References

- Kim J P, Hyun M Y. Depression and suicidal ideation in elders with dementia. *J Korean Acad Nurs* 2013; **43**(2): 296-303. doi: 10.4040/jkan.2013.43.2.296
- El Kady HM, Ibrahim HK. Depression among a group of elders in Alexandria, Egypt. *East Mediterr Health J* 2013; **19**(2): 167-174. doi: 10.19070/2332-3000-1500028
- Thakur R, Banerjee A, Nikumb V. Health problems among the elderly: a cross-sectional study. *Ann Med Health Sci Res* 2013; **3**(1): 19-25. doi: 10.4103/2141-9248.109466
- Nejati V. Assessing the health status of elderly people in the province of Qom (2007). *JQUMS* 2009; **13**(1): 67-82. doi: 10.1093/oxfordjournals.pubmed.a042721
- Bandura A. "Cultivate self-efficacy for personal and organizational effectiveness". Handbook of principles of organization behavior. Oxford, Blackwell. PP: 120-139. doi: 10.1002/9781119206422.ch10
- Caserta M T, Wyman P A, Wang H, Moynihan J, O'Connor TG. Associations among depression, perceived self-efficacy, and immune function and health in preadolescent children. *Dev Psychopathology* 2011; **23**(4): 1139-1147. doi: 10.1017/s0954579411000526
- Neissaar I, Raudsepp L. Changes in physical activity, self-efficacy and depressive symptoms in adolescent girls. *Pediatr Exerc Sci* 2011; **23**(3): 331-343. doi: 10.1123/pes.23.3.331
- Divanon F, Delamillieure P, Lehaguez A, Vasse T, Morello R, Gourevitch R. Comparative evaluation of quality of life in patients with schizophrenia treated with conventional versus atypical neuroleptics: results of a transversal study. *Encephala* 2006; **32**(4): 459-465. doi: 10.1016/s0013-7006(06)76187-5
- Adegbola M. Spirituality, Self-Efficacy, and Quality of Life among Adults with Sickle Cell Disease. *South*

- Online J Nurs Res* 2011; **11**(1). doi: 10.1093/geront/gnv288.04
10. Weng L C, Dai Y T, Huang H L, Chiang Y J. Self-efficacy, self-care behaviors and quality of life of kidney transplant recipients. *J Adv Nurs* 2010; **66**(4): 828-838. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05243.x
 11. Paukert A L, Pettit J W, Kunik M E, Wilson N, Novy D M, Rhoades H M, et al. The roles of social support and self-efficacy in physical health's impact on depressive and anxiety symptoms in older adults. *J Clin Psychol Med Settings* 2010; **17**(4): 387-400. doi: 10.1007/s10880-010-9211-6
 12. Gallagher L P, Truglio- Iondrigan M. Community support, older Adult's perceptions. *J Clin Nurs Res* 2004; **13**(1): 3-23. doi: 10.1177/1054773803259466
 13. Palta P, Page G, Piferi R L, Gill J M, Hayat M J, Connolly A B, et al. Evaluation of a mindfulness-based intervention program to decrease blood pressure in low-income African-American older adults. *J Urban Health* 2012; **89**(2): 308-316. doi: 10.1007/s11524-011-9654-6
 14. Crane-Okada R, Kiger H, Sugerman F, Uman G C, Shapiro S L, Wyman-McGinty W, et al. Mindful movement program for older breast cancer survivors: a pilot study. *Cancer Nurs* 2012; **35**(4): E1-13. doi: 10.1097/ncc.0b013e3182280f73
 15. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Sjsph* 2006; **4**(4): 1-12. doi: 10.1007/s00038-010-0174-z
 16. Chesney M A, Neilands T B, Chambers D B, Taylor J M, Folkman S. A validity and reliability study of the coping self-efficacy scale. *Br J Health Psychol* 2006; **11**(Pt 3): 421-437. doi: 10.1348/135910705x53155
 17. Abdi S, Sadegh fard M. Psychometric properties of coping self-efficacy. Library of Tabriz University of medical sciences, Razi hospital, Tabriz. 2008.
 18. Norbeck J S, Lindsey A M, Carrieri V L. Further development of the Nor beck Social Support Questionnaire: Normative data and validity testing. *Nurs Res* 1983; **32**(1): 4-9. doi: 10.1097/00006199-198301000-00002
 19. Gigliotti E. A confirmatory factor analysis of situation-specific Norbeck Social Support Questionnaire items. *Nurs Res* 2006; **55**(3): 217-222. doi: 10.1097/00006199-200605000-00008
 20. Brown K W, Ryan R M. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* 2003; **84**(4): 822-848. doi: 10.1037/0022-3514.84.4.822
 21. Abdi S, Babapour J, Saderi Oskouei E. Relationship of personality factors and psychological health with mindfulness of students. *The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health* 2009; **10**: 281-288. doi: 10.7748/mhp.15.5.10.s4
 22. Olivera J, Benabarre S, Lorente T, Rodríguez M, Pelegrín C, Calvo JM, et al. Prevalence of psychiatric symptoms and mental disorders detected in primary care in an elderly Spanish population. The PSICOTARD Study: preliminary findings. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008; **23**(9): 915-921. doi: 10.1002/gps.2004
 23. Yao Y H, Xu R F, Tang H D, Jiang G X, Wang Y, Wang G, et al. Cognitive impairment and associated factors among the elderly in the Shanghai suburb: findings from a low-education population. *Neuroepidemiology* 2010; **34**(4): 245-252. doi: 10.1159/000297751
 24. Adeniyi A F, Idowu O A, Ogwumike O O, Adeniyi C Y. Comparative Influence of Self-Efficacy, Social Support and Perceived Barriers on Low Physical Activity Development in Patients with Type 2 Diabetes, Hypertension or Stroke. *Ethiop J Health Sci* 2012; **22**(2): 113-119. doi: 10.1177/1742395312468012
 25. Zivin K, Llewellyn D J, Lang I A, Vijan S, Kabeto M U, Miller E M, Langa K M. Depression among older adults in the United States and England. *Am J Geriatr Psychiatry* 2010; **18**(11): 1036-1044. doi: 10.1097/jgp.0b013e3181dba6d2
 26. Almeida O P, Draper B, Snowdon J, Lautenschlager N T, Pirkis J, Byrne G, et al. Factors associated with suicidal thoughts in a large community study of older adults. *Br J Psychiatry* 2012; **201**: 466-472. doi: 10.1192/bjp.bp.112.110130
 27. Daly E J, Trivedi M H, Wisniewski S R, Nierenberg A A, Gaynes B N, Warden D, et al. Health-related quality of life in depression: a STARD report. *Ann Clin Psychiatry* 2010; **22**(1): 43-55. doi: 10.4088/jcp.v67n0203
 28. White A M, Philogene G S, Fine L, Sinha S. Social support and self-reported health status of older adults in the United States. *Am J Public Health* 2009; **99**(10): 1872-1878. doi: 10.2105/ajph.2008.146894
 29. Kubzansky L D, Berkman L F, Seeman T E. Social conditions and distress in elderly persons: Finding from the MacArthur studies of successful aging. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 2011; **55B**, 238-246. doi: 10.1093/geronb/55.4.p238
 30. Drageset J, Kirkevold M, Espehaug B. Loneliness and social support among nursing home residents without cognitive impairment: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2011; **48**(5): 611-619. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.09.008