

## نقش سبک زندگی، سرمایه‌های روانشناختی و رفتارهای خودمراقبتی در پیش‌بینی بهزیستی

## ذهنی سالمندان دیابتی

\* زیبا برقی ایرانی<sup>۱</sup>، مسلم رجبی<sup>۲</sup>، محسن ناظمی<sup>۳</sup>، محمدجواد بگیان کوله‌مرز<sup>۴</sup>

۱. استادیار روان‌شناسی پیام نور تهران، ۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه زاهدان، ۳. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی دانشگاه

آزاد اسلامی بیرجند، ۴. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی دانشگاه رازی کرمانشاه

(تاریخ وصول: ۹۵/۰۹/۰۳ - تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۷/۰۵)

**The role of lifestyle, psychological capital and self-care behaviors in predicting subjective well-being of diabetic elderly peoples**\* Ziba Barghi Irani<sup>1</sup>, Moslem Rajabi<sup>2</sup>, Mohsen Nazami<sup>3</sup>, Mohammad Javed Bagiyani Koulemarz<sup>4</sup>

1. Associate Professor in Psychology, University of Payam Noor Tehran, 2. M.A. in Clinical Psychology, Zahedan University of Medical Sciences, 3. Ph.D. student in General Psychology, Islamic Azad University of Birjand, 4.

Ph.D. student in General Psychology University of Razi, Kermanshah

(Received: Nov. 23, 2016 - Accepted: Sep. 27, 2017)

**Abstract**

**Introduction:** Identifying factors associated with psychological well-being of the elderly, is one of the topics of interest to aging psychology. The aim of this study was to investigate the role of lifestyle, psychological capital and self-care behaviors in predicting mental well-being in elderly peoples with type 2 diabetes. **Method:** This research is descriptive and correlational. In this study, 350 in Kermanshah were selected from various parts of the city using randomized sampling and clustering method to participate in the study. To collect information, the Basic Adlerian Scales for Interpersonal Success-Adult Form Kern and etal (1933), psychological capital Mac Gee (2011), Summary Of Diabetes Self - Care Activities (SDSCA) Tobert and etal (2000) and Adult Subjective well-being questionnaire Keyes & Magyar-Moe (2003) were used. The collected information was analyzed using software Spss21 and statistical tests such as Pearson correlation coefficient and stepwise multivariate regression. **Results:** The bivariate relationship of life style with any component of social ( $r=0.412$ ), emotional ( $r=0.427$ ) psychological well-being ( $r=0.461$ ), and mental well-being ( $r=0.403$ ), is positive and significant ( $P \leq 0.001$ ) the relationship between psychological capital and mental well-being ( $r=0.410$ ) is significant and positive ( $P \leq 0.001$ ), there is also a significant and positive relationship between self-care ( $r=0.497$ ), and mental well-being ( $P \leq 0.001$ ). The results of multivariate regression showed that 78 percent of the variance in mental well-being of the elderly people is explained by social interest-belonging, responsibility, gentleness, self-efficacy, toleration, optimism, hope and self-care. **Conclusion:** The results of this study have important implications about the importance of lifestyle, psychological capital and self-care behaviors in maintaining emotional, social and psychological well-being of elderly people.

**Keywords:** lifestyle, psychological capital, self-care, well-being, elderly, diabetes.

**چکیده**

**مقدمه:** شناسایی عوامل مرتبط با بهزیستی روانی سالمندان، یکی از موضوعات مورد علاقه حوزه روانشناسی سالمندی است. هدف این پژوهش، بررسی نقش سبک زندگی، سرمایه روانشناختی و رفتارهای خودمراقبتی در پیش‌بینی بهزیستی ذهنی سالمندان مبتلا به بیماری دیابت نوع ۲ بود. روش: روش این پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی است. در این مطالعه ۳۵۰ سالمند به روش نمونه‌گیری تصادفی و به صورت خوشه‌ای از مناطق مختلف شهری جهت شرکت در پژوهش انتخاب شدند برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌های مقیاس اصلی آدلری برای موفقیت بین فردی (نسخه بزرگسالان) کرن و همکاران (۱۹۳۳)، سرمایه روانشناختی مک‌گی (۲۰۱۱)، رفتارهای خودمراقبتی دیابت توبرت و همکاران (۲۰۰۰) و بهزیستی ذهنی کی یز و مارگامیو (۲۰۰۳) استفاده شد. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار Spss21 و آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیری به شیوه گام به گام مورد تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها: رابطه سبک زندگی با هر یک از مؤلفه‌های بهزیستی اجتماعی ( $r=0/412$ )، هیجانی ( $r=0/427$ )، روانشناختی ( $r=0/461$ ) و بهزیستی ذهنی ( $r=0/403$ ) مثبت و معنی‌دار است ( $P \leq 0/001$ )، رابطه‌متغیرهای سرمایه روانشناختی با بهزیستی ذهنی ( $r=0/410$ ) مثبت و معنی‌دار است. همچنین بین خودمراقبتی و بهزیستی ذهنی ( $r=0/497$ ) ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود دارد ( $P \leq 0/001$ ). نتایج رگرسیون چندمتغیری نشان داد که ۷۸ درصد از واریانس بهزیستی ذهنی سالمندان توسط تعلق-علاقه اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، ملایمت، خودکارآمدی، تاب‌آوری، خوش‌بینی، امیدواری و خودمراقبتی تبیین می‌شود. نتیجه‌گیری: نتایج این تحقیق تلویحات مهمی در خصوص اهمیت سبک زندگی، سرمایه روانشناختی و رفتارهای خودمراقبتی در حفظ بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی سالمندان داشت.

**واژگان کلیدی:** سبک زندگی، سرمایه روانشناختی، خودمراقبتی، بهزیستی، سالمند، دیابت.



## مقدمه

که افراد سالخورده با انتقال تجربه، نقش مهمی در خانواده و جامعه ایفا می‌کنند، لزوم توجه به این قشر بیش از پیش مشهود است (جعفری، حاجلو، فغانی و خزان، ۱۳۹۱). همزمان با آغاز سالمندی، افراد به تدریج برخی از کارکردهای فیزیولوژیک و روانی اجتماعی خود را از دست می‌دهند (آخوندزاده و آخوندزاده، ۱۳۹۳). از جمله بیماری‌های ناتوان کننده و شایع در سالمندان، بیماری دیابت است که هزینه‌های هنگفتی را به دولت تحمیل می‌نماید. دیابت بیماری متابولیکی است که با هیپرگلیسمی مزمن مشخص شده و منجر به صدمه به ارگان‌های مختلف فرد مبتلا و کاهش طول عمر وی می‌گردد (ویلد، روکلیچ، گرین، سیسری و کینگ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴). مطالعات نشان داده‌اند که با افزایش سن، شیوع دیابت به طور متوسط ۱۰ تا ۲۰ درصد افزایش می‌یابد. بنابراین میزان شیوع دیابت در جمعیت سالمند جهان بسیار بیشتر می‌باشد. طول عمر افراد سالمند دیابتیک به طور متوسط ۷/۵ تا ۸/۲ سال کمتر از افراد غیر دیابتیک سالمند می‌باشد (فرانکو، استی‌برگ، هو، ماکن بیچ و نوسلدر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷).

امروزه پژوهش درباره بهزیستی ذهنی<sup>۴</sup>، توانمندی‌های انسانی و روانشناسی مثبت به طور روزافزون در حال رشد است (اوزمت<sup>۵</sup>، ۲۰۱۱). بهزیستی ذهنی به معنای قابلیت یافتن تمام استعدادهای فرد است و از تعادل میان عاطفه مثبت و منفی، رضایت‌مندی زندگی ناشی می‌شود (دورایاپا<sup>۶</sup>، ۲۰۱۱). بهزیستی ذهنی به ارزیابی و درک شخصی افراد از کیفیت زندگی‌شان (شامل کیفیت کنش‌های

افزایش جمعیت سالمندان در عصر حاضر تا آن اندازه مهم است که سازمان بهداشت جهانی متذکر گردیده که امروزه در سطح جهان، انقلابی در جمعیت‌شناسی در شرف وقوع است (حاتمی، رضوی، افتخار کرمانشاهی، مجلسی، ۱۳۹۲). پروفیسور بلانشر، عضو انجمن سالمند شناسی فرانسه بیان کرده که در حال حاضر، جمعیت از شرایط انفجاری جمعیت کودکان به سوی وضعیت انفجاری جمعیت زنان پیر تغییر حالت داده است (تانگ وانگ، سون تورنداد<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱). با نگاهی به آمار و ارقام، عمق، شدت و اهمیت این مسأله نمایان تر می‌شود، به طوری که امروزه حدود ۶۰۰ میلیون فرد سالخورده بالای ۶۰ سال در سطح جهان وجود دارد که این رقم تا سال ۲۰۲۵ به دو برابر خواهد رسید و در سال ۲۰۵۰ به دو میلیارد نفر افزایش می‌یابد (حاتمی و همکاران، ۱۳۹۲) و این افزایش در کشورهای در حال توسعه بسیار شدیدتر از کشورهای توسعه یافته خواهد بود و کشور ما، ایران نیز از این نظر مستثنی نیست و در صورت عدم برنامه ریزی و توجه به این مسأله، در آینده‌ای نه چندان دور، مشکلات ناشی از افزایش جمعیت سالمندان گریبان گیر کشور ما می‌شود (دشمنگیر، تقدیسی، دشمنگیر و دهداری، ۱۳۹۱). جمعیت افراد بالای ۶۰ سال در ایران بر اساس آخرین سرشماری عمومی در سال ۱۳۹۰، ۶۱۵۹۶۷۶ نفر است که ۸/۱ درصد کل جمعیت را تشکیل می‌دهد و در مقایسه با نتایج سرشماری سال ۱۳۸۵ روند افزایشی داشته است (محمودی، نیازآذری و صنعتی، ۱۳۹۱) این امر نشان دهنده سرعت پیر شدن جمعیت ایران می‌باشد. با توجه به این روند رشد سریع و این

2 . Wild, Roglic, Green, Sicree & King  
3 . Franco, Steyerberg, Hu, Mackenbach & Nusselder  
4 . Subjective well-being  
5 . Ozmete  
6 . Durayappah

1 . Thanakwang & Soonthorndhada

اجتماعی، روان‌شناختی و عاطفی آنها اطلاق می‌شود (برجعلی، بگیان‌کوله‌مرز، بختی و عباسی، ۱۳۹۲). افراد با احساس بهزیستی بالا، هیجان‌های مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند. از گذشته، آینده خودشان، دیگران و رویدادها و حوادث پیرامون‌شان ارزیابی مثبتی دارند و آنها را خوشایند توصیف می‌کنند. در حالی که افراد با احساس بهزیستی پایین، موارد مذکور را نامطلوب ارزیابی کرده و هیجان‌های منفی مانند اضطراب و افسردگی بیشتری را تجربه می‌کنند (گلستانی بخت، ۱۳۸۶). از سوی دیگر بهزیستی ذهنی شامل اصول مهمی است که از طریق تأثیر بر احساسات بر همه ابعاد رفتار انسان و پیشرفت او (شامل سلامت فیزیکی و روانی، پیشرفت مهارتی و آموزشی، صلاحیت اجتماعی و ایجاد روابط مثبت اجتماعی قابل شناسایی است (بریدیچ، ماریچ و زاف<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸). بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که خلق‌های شاد، توانایی تفکر برای حل مسایل به شیوه‌های جدید را تسهیل می‌کنند. احساسات منفی، از توانایی تفکر انعطاف‌پذیر جلوگیری می‌کند (گاسپر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹). هوگه<sup>۳</sup> (۲۰۱۲) معتقد است در حالت شادی، مردم با هم همکاری می‌کنند (برای مثال آنها به شکلی مذاکره می‌کنند که بیشترین نتیجه برای طرفین حاصل می‌شود) در نتیجه رفتارهای انعطاف‌پذیر، حل مسئله و درک بهتر مسائل ایجاد می‌شود.

یکی از عواملی که نقش ویژه‌ای در مراقبت از بیمارهای دوران سالمندی دارد رفتارهای خودمراقبتی است (دیکسون، دیاتریک و ریجدل<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳).

خودمراقبتی شامل اعمالی است آموخته شده، آگاهانه و هدفدار که مردم برای خود، فرزندان و خانواده‌شان انجام می‌دهند تا تندرست بمانند، از سلامت خوب ذهنی و جسمی خود نگهداری کنند، نیازهای اجتماعی و روانی خود را برآورده سازند، از بیماری یا حوادث پیشگیری کنند، ناخوشی‌ها و وضعیت‌های مزمن را مراقبت کنند و نیز از سلامت و عافیتشان بعد از بیماری حاد یا ترخیص از بیمارستان نگهداری کنند (لوسی و مارتی<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰). البته خودمراقبتی شامل اقداماتی چون ارتقای سلامت، اصلاح شیوه زندگی، پیشگیری از بیماری، ارزیابی علایم، حفظ سلامت، درمان بیماری و توان‌بخشی خودمراقبتی جایگزین مراقبت تخصصی و سازمانی نیست بلکه مکمل آن و یکی از عوامل تعیین‌کننده میزان و چگونگی استفاده از آن می‌باشد. خود مراقبتی بر جنبه‌هایی که تحت کنترل فرد هستند، تمرکز دارد. مهمترین دستاوردهای تقویت خودمراقبتی این است که شرکت‌کنندگان تصمیمات درستی درباره استفاده صحیح از مراقبت‌های بهداشتی بگیرند و رفتارهای مراقبت از خود را به طور مناسب انتخاب و اجرا کنند (جارسلو، کری لیک، وزنیاکا، سیسا و ارکوس زکا<sup>۶</sup>، ۲۰۱۱).

متغیر دیگر این پژوهش سرمایه‌ی روانشناختی است. ریشه مفهوم سرمایه روانشناختی را باید در کارهای مارتین سلیگمن (۱۹۹۸؛ ۲۰۰۶) که او را به عنوان پدر روانشناسی مثبت‌گرا می‌شناسند، جستجو کرد (هاجزس و تیموتی<sup>۷</sup>، ۲۰۱۰). سرمایه‌ی روانشناختی جنبه مثبت زندگی انسان‌ها است و مبتنی بر درک شخصی خود، داشتن هدف برای رسیدن به

1 . Bridges, Margie & Zaff

2 . Gasper

3 . Hooghe

4 . Dickson, Deatrick & Riegel

5 . Luci & Marti

6 . Jaroslaw, Kurylek, Wozniacka, Sysa & Arkuszewska

7 . Hodges & Timothy

ادلر از بین روان‌شناسان سبک زندگی را مطرح کرد، سپس توسط پیروان او گسترش یافت. آنان سبک زندگی، شکل‌گیری آن در دوران کودکی، نگرش‌های اصلی سبک زندگی، وظایف اصلی زندگی و تعامل آنها با یکدیگر را به تفصیل بحث کرده و آن را در قالب درخت سبک زندگی نشان داده، مفاهیم ارزشی و انسان‌شناختی و فلسفی را مطرح کرده و تمام زندگی را به صورت یک پارچه به تصویر کشیدند (به نقل از کاترین و دومینیک<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۸). بورديو سبک زندگی را نتیجه قابل رویتی از ابزار عادت می‌داند از نظر او همه چیزهایی که انسان را احاطه کرده است مثل، مسکن، اسباب و اثاثیه، کتاب‌ها، سیگارها، عطرها، لباس‌ها و غیره بخشی از زندگی او می‌باشند (پالومتس، ۱۹۹۸ به نقل از مومنی، بگیان‌کوله‌مرز، محمدی و زارعی، ۱۳۹۴). سبک زندگی شامل ۱۰ مؤلفه که شامل پنج خرده‌مقیاس اصلی شامل: تعلق-علاقه اجتماعی<sup>۱۲</sup> که به ارزیابی احساس تعلق فرد به جامعه می‌پردازد. افرادی که در این مقیاس نمره بالا می‌گیرند گرایش به برون‌گرایی داشته و تعاملات گروهی را ترجیح می‌دهند. و افرادی که نمره پایین می‌گیرند، متمایل به درون‌گرایی بوده و تعاملات فردی با دیگران را بیشتر می‌پسندند، کنار آمدن<sup>۱۳</sup> این مقیاس برآورد می‌کند که فرد تا چه اندازه در سه حیطه مربوط به تکالیف زندگی یعنی، ارتباطات اجتماعی، کار و صمیمیت، از روندی قاعده مند پیروی می‌کند. نمره بالا در این مقیاس اغلب تبعیت از قانون و سازمان و نمره پایین معمولاً نادیده گرفتن قانون و یا عملکرد خلاف آن را نشان می‌دهد،

موفقیت و پایداری در برابر مشکلات تعریف می‌شود. تا کنون چهار مؤلفه اصلی یعنی خودکارآمدی<sup>۱</sup>، با تاکید بر تعهد و تلاش برای موفقیت در کارها و وظایف چالش برانگیز، خوش‌بینی<sup>۲</sup>، یا مثبت‌نگری مبتنی بر اسناد خوشبینانه درباره‌ی موفقیت‌های حال و آینده، امیدواری<sup>۳</sup>، مقاومت در مسیر اهداف و در صورت لزوم تغییر مسیر رسیدن به هدف برای دستیابی به موفقیت و تاب‌آوری<sup>۴</sup>، انعطاف‌پذیری و مقاومت در زمان مواجهه با سختی‌ها و مشکلات برای دستیابی به موفقیت برای این پدیده معرفی شده است (آوی، لوتانس، جنسن<sup>۵</sup>، ۲۰۰۹؛ آوی، لوتانس و یوسف<sup>۶</sup>، ۲۰۱۰). پژوهش‌های گذشته‌نگر نشان داده‌اند که سرمایه روانشناختی، با طیف متنوعی از متغیرها، نظیر عملکرد در موقعیت‌های کاری و اجتماعی، تعهد و رضایت، اضطراب، فشار ادراک شده، توانایی مقابله با فشارها و مشکلات، رفتارهای جستجوگرانه، شادکامی و بهزیستی دارای رابطه است (پترسون و بایرون<sup>۷</sup>، ۲۰۰۷؛ آکول-کانیرون<sup>۸</sup>، ۲۰۱۲).

یکی از عوامل دیگری که بهزیستی ذهنی سالمندان را تحت تأثیر قرار می‌دهد سبک زندگی<sup>۹</sup> است. سبک زندگی، شیوه‌ای نسبتاً ثابت است که فرد اهداف خود را به وسیله آن پی می‌گیرد. این شیوه‌ها، حاصل زندگی دوران کودکی فرد است. به عبارت دیگر، سبک زندگی، بعد عینی و کمیت‌پذیر شخصیت افراد است (وارن و مالچی<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۶). اولین بار آلفرد

- 1 . self efficacy
- 2 . optimism
- 3 . hope
- 4 . resiliency
- 5 . Avey, Luthans & Jensen
- 6 . Youssef
- 7 . Peterson & Byron
- 8 . Ucol-Ganiron
- 9 . Life style
- 10 . Warren & Malachy

11 . kattryn & Dominic

12 . Belonging Social- Interest (BSI)

13 . Going Along (GA)

به خود دیدگاهی منفی دارد یا نه، مستحق بودن<sup>۶</sup> ارزیابی اینکه آیا فرد ترجیح می‌دهد که در موقعیت‌های اجتماعی با او به عنوان فردی استثنایی و منحصر به فرد رفتار شود یا خیر، مورد علاقه همه بودن<sup>۷</sup> برآورد اینکه آیا فرد به تأیید و تمجید دیگران نسبت به خود اهمیت می‌دهد یا خیر، کوشش برای رسیدن به کمال<sup>۸</sup> به ارزیابی سطح ساختارگرایی، حل مسأله و مهارتهای رویارویی با فشار روانی در یک شخص می‌پردازد و ملایمت<sup>۹</sup> که به ارزیابی سطح خوش بینی فرد در مورد خود و جهان اطراف مورد استفاده قرار می‌گیرد (مومنی و همکاران، ۱۳۹۴).

کالاقان<sup>۱۰</sup> (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای با عنوان رفتارهای سلامتی، خودکارآمدی، خودمراقبتی و عامل‌های محیطی اساسی در سالمندان پرداخت. نتایج نشان داد که بین رفتارهای سلامتی با خودکارآمدی و خودمراقبتی در سالمندان ارتباط وجود دارد. لوسی و مارتی<sup>۱۱</sup> (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای با عنوان اضطراب، افسردگی و روان‌رنجورخویی پیش‌بینی کننده‌های خودمراقبتی بیماران دیابتی نشان داد که اضطراب، افسردگی و روان‌رنجورخویی می‌توانند ۴۷ درصد از واریانس خودمراقبتی در بیماران دیابتی را پیش‌بینی می‌کنند. بندیکت، پرایور، میلر، منوسچر و جکوبسون<sup>۱۲</sup> (۲۰۱۰) در پژوهشی با عنوان مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و سبک زندگی در بیماران دیابتی و افراد عادی دریافتند که ویژگی‌های شخصیتی (روان رنجورخویی بالا) فشار روانی و سبک زندگی ناسالم در بیماران مبتلا به دیابت باعث

مسئولیت‌پذیری<sup>۱</sup> به ارزیابی اینکه تا چه اندازه هدایت و رهبری دیگران برای فرد خوشایند و قابل قبول است (جودیت، دیانا، استیفن، برنادت<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴). کسانی که در این مقیاس نمره بالا کسب می‌کنند، معمولاً در گروه‌های اجتماعی واجد جایگاه برتر و تسلط بر دیگران هستند و تمایل به هدایت دیگران دارند، افراد با نمره پایین، ترجیح می‌دهند که افراد دیگری در کنارشان بوده و مسئولیت رهبری آنها را در موقعیت‌های اجتماعی به عهده بگیرند، نیاز به تأیید<sup>۳</sup> ارزیابی اینکه فرد تا چه اندازه به نظر دیگران اهمیت می‌دهد. افراد با نمره بالا در این مقیاس معمولاً خواستار تأیید مکرر و یا بازخورد مثبت دیگران در کاری که انجام می‌دهند، هستند و افراد با نمره پایین، معمولاً ارزش چندانی برای بازخورد مثبت دیگران قائل نبوده و تا زمانی که احساس می‌کنند وظایف خود را با موفقیت انجام می‌دهند، اظهار نظر منفی دیگران را چندان مهم نمی‌شمارند و محتاط بودن<sup>۴</sup> برآورد اینکه فرد تا چه اندازه در موقعیت‌های بین فردی احساس امنیت و اعتماد می‌کند. نمره بالا در این مقیاس نشان دهنده فردی است که معمولاً متمایل به سوء تعبیر اعمال دیگران بوده و در کل فردی بدبین و شکاک است. در حالی که، کسانی که در این مقیاس نمره پایین کسب می‌کنند، معمولاً در برخورد اول با دیگران احساس اعتماد و پذیرش از خود نشان می‌دهند. مقیاس‌های حمایتی که با سرواژه مخفف (HELPS) از آنه یا می‌شود عبارتند از: سخت‌گیری<sup>۵</sup> ارزیابی اینکه آیا فرد مایل است نسبت

6 . Entitlement (E)

7 . Liked by All (L)

8 . Striving for Perfection (P)

9 . Softness (S)

10 . Callaghan

11 . Luci & Marti

12 . Bendict, Priore, Miller, Munschauer & Jacobs

1 Taking charge (TC)

2 . Judith, Diana, Stephanie & Bernadet

3 . Wanting Recognition (WR)

4 . BEING Cautious (WR)

5 . Harshness (H)

شرکت می‌کردند، نگرش‌های مثبت‌تری نسبت به سالمندی داشتند که با میزان بالاتر شادی در میان آنان رابطه داشته است. جان و همکاران<sup>۴</sup> (۲۰۱۵) در مطالعه‌ای به بررسی ارتباط چاقی با نشانه‌های افسردگی و سبک زندگی بی‌تحرك در زنان میانسال مبتلا به دیابت پرداختند. نتایج نشان داد که بین چاقی و سبک زندگی بی‌تحرك زنان میانسال با نشانه‌های افسردگی در زنان دیابتی ارتباط وجود دارد.

با توجه به اهمیت موضوع بهزیستی ذهنی، خودکارآمدی، تاب‌آوری، خوش‌بینی و امیدواری در سالمندان مبتلا به دیابت و از طرفی مطالعات اندکی که در این زمینه این متغیرها در ایران انجام شده است، با توجه به پیشنهادات مطالعات قبل انجام مطالعات گسترده‌تر در این زمینه ضروری به نظر می‌رسید. به همین جهت این مطالعه با هدف بررسی نقش سبک زندگی، سرمایه‌های روانشناختی و رفتارهای خودمراقبتی در پیش‌بینی بهزیستی ذهنی سالمندان مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شده است.

#### روش

روش این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بوده در این پژوهش سبک زندگی، سرمایه‌های روانشناختی و خودمراقبتی به عنوان متغیر پیش‌بین و بهزیستی ذهنی متغیر ملاک مطالعه محسوب می‌شود. در این مطالعه ۳۵۰ سالمند بالاتر از ۶۰ سال شهر کرمانشاه که مبتلا به بیماری دیابت نوع ۲ بودند به روش نمونه‌گیری تصادفی و به صورت خوشه‌ای از مناطق مختلف شهری جهت شرکت در پژوهش انتخاب شدند. در این پژوهش ابتدا کل جمعیت سالمندان مبتلا به بیماری دیابت نوع ۲ شهر کرمانشاه

تشدید علائم بیماری می‌گردد. بروس و لانچ<sup>۱</sup> (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای با عنوان نقش ویژگی‌های شخصیتی در پیش‌بینی آسیب‌پذیری روانشناختی بیماران دیابتی به این نتیجه دست یافتند که افسردگی و اضطراب بیماران دیابت نمایانگر روان‌رنجورخویی بیشتر، همراه با پایین بودن برون‌گرایی (تعلق اجتماعی) و مسئولیت‌پذیری نسبت به جمعیت نرمال می‌باشد.

چارسلو، کری لیک، وزنیاکا، سیسا و ارکوس زکا<sup>۲</sup> (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای مقایسه سبک زندگی و ویژگی‌های شخصیتی در بیماران دیابتی، مولتیل اسکلروزیس و عادی دریافتند که بیماران دیابت در مقایسه با افراد عادی در تعلق-علاقه اجتماعی، کنارآمدن، مسئولیت‌پذیری، برون‌گرایی، دلپذیر بودن و ملایمت نمرات پایین‌تر و در محتاط بودن، نیاز به تأیید، سخت‌گیری، روان‌رنجورخویی و مستحق بودن نمرات بالاتری کسب می‌کنند. لولا، شاو-فانگ گو و یانک-هیوهسی<sup>۳</sup> (۲۰۱۴) در تحقیقی با عنوان خودکارآمدی، نگرش مثبت به سالمندی و سلامتی در میان سالمندان چینی پرداخت. نتایج تحقیق نشان داد که سالمندانی که از خودکارآمدی بالای برخوردار بودند عموماً نگرش‌های مثبتی نسبت به سالمندی داشته‌اند. اما در این میان سالمندانی که از خودکارآمدی و حمایت اجتماعی کمتری برخوردار بودند، نگرش مثبت کمتری نسبت به سالمندی داشتند که با نشانه‌های افسردگی در ارتباط بود و نیز سالمندان جوانتر که خودکارآمدی و حمایت اجتماعی بیشتری دریافت می‌کردند و در اجتماعات بزرگتر

1 . Bruce & Lynch

2 . Jaroslaw, Kurylek, Wozniacka, Sysa & Arkuszewska

3 . Luo Lu, Shu-Fang Kao & Ying-Hui Hsieh

4 . Juan and etal

جهت بررسی ساختار جمعیت شناختی، پرسشنامه-های سبک زندگی، سرمایه‌های روانشناختی، رفتار خودمراقبتی و بهزیستی ذهنی بود.

#### ابزار

پرسش‌نامه بهزیستی ذهنی بزرگسالان گی‌پرز و مارگامیو<sup>۱</sup>(۲۰۰۳): منظور از بهزیستی ذهنی نمره‌ای است که شرکت کنندگان از پرسشنامه بهزیستی ذهنی گی‌یز و مارگامیو (۲۰۰۳) به دست می‌آورند این پرسش‌نامه دارای سه مؤلفه است و ابعاد هیجانی، روانشناختی و اجتماعی بهزیستی را ارزیابی می‌کند. مؤلفه بهزیستی هیجانی این مؤلفه با ۱۲ سؤال، هیجان‌های مثبت و منفی افراد را در یک ماه منتهی به مطالعه ارزیابی می‌کند و نمره‌ای است که فرد در مقیاس فرعی بهزیستی هیجانی به دست می‌آورد. آنها احساس کلی خود را در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (تمام مدت) تا ۵ (هیچ وقت) رتبه‌بندی می‌کنند. ۱ به معنی بدترین حالت و ۵ به معنی بهترین حالت هیجانی است (گلستانی بخت، ۱۳۸۶). مؤلفه بهزیستی روانشناختی این مؤلفه دارای ۱۸ سؤال و شامل ۶ مؤلفه پذیرش خویش، رشد شخصی، هدف در زندگی، تسلط بر محیط، خودمختاری و روابط مثبت با دیگران است. پاسخ‌گویان ارزیابی روانشناختی کلی از خود را در مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت از ۱ (بسیار زیاد مخالفم) تا ۷ (بسیار زیاد موافقم) رتبه‌بندی می‌کنند (گلستانی بخت، ۱۳۸۶). مؤلفه بهزیستی اجتماعی بهزیستی اجتماعی عبارت است از نمره‌ای که فرد در این مقیاس فرعی به دست می‌آورد. این مقیاس دارای ۱۵ سؤال و شامل ۵ مؤلفه مقبولیت و پذیرش اجتماعی، واقع‌گرایی اجتماعی،

که در مراکز درمانی این شهر تشکیل پرونده داده بودند و تعداد آنها بر اساس گزارش دانشگاه علوم پزشکی (N= ۷۰۰۰) به عنوان جامعه پژوهش انتخاب شدند سپس با توجه به جمعیت سالمندان تحت پوشش مراکز بهداشتی و درمانی و به صورت خوشه-ای، نمونه پژوهش از بین جامعه پژوهش انتخاب شدند. بر اساس فرمول کوکران تعداد حجم نمونه تحقیق ۳۸۲ مشخص گردید اما در زمان گردآوری اطلاعات، با در نظر گرفتن احتمال عدم بازگشت برخی پرسش‌نامه‌ها با در نظر گرفتن احتمال عدم بازگشت برخی پرسش‌نامه‌ها و یا ناقص بودن اطلاعات آنها، تعداد ۴۰۰ پرسشنامه توزیع گردید و از این تعداد ۳۵۰ پرسشنامه مورد استفاده قرار گرفت. روش جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه بود. پژوهشگر با نامه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه به مراکز بهداشتی درمانی شهر کرمانشاه معرفی گردید. شرایط شرکت در پژوهش برای نمونه‌ها، سن بالای ۶۰ سال، داشتن سواد کافی برای پاسخگویی به سوالات پرسشنامه، فقدان اختلال شناختی، تشخیص بیماری دیابت نوع ۲ توسط متخصص غدد، گذشتن حداقل یک‌سال از تشخیص دیابت، عدم ابتلا به سایر بیماری‌های مزمن بجز بیماری‌های مرتبط با عوارض دیابت و تمایل جهت ورود به مطالعه بود. سالمندان شرکت کننده در صورت داشتن بیماری ناتوان کننده از نمونه خارج می‌شدند. به شرکت کنندگان اطمینان داده شد پرسشنامه‌ها فاقد مشخصات شخصی بوده و در صورت نیاز نتایج پژوهش در اختیارشان قرار می‌گیرد. قبل از پر کردن پرسشنامه توسط شرکت کنندگان، فرم رضایت‌مندی به آنها داده شد. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک

که در هفت روز گذشته، در هیچ روزی رفتارهای خودمراقبتی در زمینه‌های ذکر شده را نداشت، نمره صفر و به فردی که در تمام هفت روز مراقبت‌ها را به صورت روزانه و کامل انجام داده بود نمره ۷ تعلق می‌گیرد. و سایر افراد بر اساس تعداد روزهایی که اقدامات خودمراقبتی را انجام داده بودند، امتیاز بین ۰ تا ۷ را کسب نمودند. جهت تعیین سطح مطلوبیت وضعیت خودمراقبتی علاوه بر مقایسه میانگین نمرات کسب شده که بین ۰ تا ۷ است. بیماری که نمره خودمراقبتی آنها بین ۰ تا ۲۳ است به عنوان وضعیت نامطلوب، بین ۲۴ تا ۴۷ به عنوان نیمه مطلوب و نمرات بین ۴۸ به بالا به عنوان وضعیت مطلوب در نظر گرفته می‌شود. روایی و پایایی این ابزار، در مطالعات قبلی بررسی و تأیید شده و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۶۸ برآورد شده است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه خودمراقبتی در بیماران دیابتیک در مطالعه‌ای ضاربان، نیک‌نامی، حیدریان، رخشانی، کریمی و کوهپایه زاده (۲۰۱۴) ۰/۸۹ گزارش شده است.

پرسش‌نامه سرمایه روانشناختی: برای سنجش سرمایه روانشناختی از پرسشنامه ۲۶ سوالی معرفی شده توسط مک‌گی<sup>۳</sup> (۲۰۱۱) بهره گرفته شد. گل‌پرور، جعفری و جوادیان (۱۳۹۲) نسخه‌ای از این پرسشنامه را در ایران ترجمه و آماده اجرا نموده است. مقیاس پاسخگویی این پرسشنامه شش درجه‌ای (کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۶) است. این مقیاس دارای چهار خرده مقیاس است که شامل خودکارآمدی، تاب‌آوری، خوش‌بینی و امیدواری است. دو نمونه از سوالات پرسشنامه به این شرح است: من توانسته‌ام به اهدافی که برای خودم در کارم

مشارکت اجتماعی، پیوستگی اجتماعی و همبستگی اجتماعی است. پاسخ گویان ارزیابی کلی خود را در مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت از ۱ (بسیار زیاد مخالفم) تا ۷ (بسیار زیاد موافقم) رتبه‌بندی می‌کنند (گلستانی بخت، ۱۳۸۶). این پرسشنامه توسط گلستانی بخت (۱۳۸۶) روی ۵۷ آزمودنی اجرا و اعتباریابی شده است. وی ضریب همبستگی پرسش‌نامه بهزیستی ذهنی را ۰/۷۸ و مقیاس فرعی آن شامل بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی و بهزیستی اجتماعی را به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۶۴ و ۰/۷۶ گزارش کرده است. ضریب همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۰ و برای مقیاس‌های فرعی آن شامل بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی و اجتماعی را به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۰ و ۰/۶۱ به دست آمده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و خرده مقیاس بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی و اجتماعی برابر با ۰/۸۲، ۰/۸۴، ۰/۸۹ و ۰/۸۶ به دست آمد.

مقیاس رفتارهای خودمراقبتی<sup>۱</sup>: رفتارهای خودمراقبتی با استفاده از مقیاس خودمراقبتی دیابت توبرت، هامپسون و گلاسکو<sup>۲</sup> (۲۰۰۰) مورد سنجش قرار گرفت. پرسش‌نامه، خلاصه‌ای از رفتارهای مراقبت از خود برای افراد دیابتی جهت سنجش شاخص رفتار مراقبت از خود است. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی معتبر ۱۲ سوالی است که در نسخه جدید پنج جنبه (رژیم غذایی، ورزش، آزمایش قند خون، مراقبت از پا و سیگار کشیدن) را طی هفته گذشته مورد بررسی قرار می‌دهد. نحوه امتیازدهی به سوالات این مقیاس به این صورت بود که به فردی

1 . Summary Of Diabetes Self – Care Activities (SDSCA)  
2 . Tobert, Hampson & Glasgow

مقیاس لیکرت است. این گزینه‌ها عبارتند از: کاملاً موافق، موافق، بی نظر، مخالف و کاملاً مخالف. هر ۶۲ جمله با عبارت وقتی بیچه بودم شروع می‌شود و از آزمودنی می‌خواهد که خاطره‌ای را به یاد آورد و با گزینه‌های فوق ارزیابی کند. این پرسشنامه دارای پنج خرده مقیاس اصلی شامل: تعلق-علاقه‌ی اجتماعی، کنارآمدن، مسئولیت پذیری، نیاز به تأیید و محتاط بودن و پنج خرده مقیاس فرعی شامل: سخت گیری، مستحق بودن، مورد علاقه همه بودن، کوشش برای رسیدن به کمال و ملایمت است. در مورد روایی و اعتبار پرسشنامه سازندگان فرم اصلی آن گزارش کرده‌اند که هماهنگی درونی سؤالات آن در دامنه‌ای بین ۰/۸۲ تا ۰/۸۷ و همچنین ضریب اعتبار بازآزمایی در پیوستاری از ۰/۶۶ تا ۰/۸۷ متغیر بوده است. همچنین، آنها مطرح کرده‌اند که روایی محتوا، روایی سازه و همچنین روایی ملاک آن در گروه‌های مختلف تأیید شده است (مومنی، بگیان‌کوله‌مرز، محمدی و زارعی، ۱۳۹۴). در ایران بشیری، علیزاده و کرمی آن را هنجاریابی کرده و از لحاظ ویژگی‌های روانسنجی مورد بررسی قرار داده‌اند. در پژوهش آنها ضریب آلفای محاسبه شده در خرده مقیاس‌ها برای مقیاس‌های اصلی در طیفی بین ۰/۶۵ تا ۰/۷۸ گزارش شد (بشیری، علیزاده و کرمی، ۱۳۸۶). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای مولفه‌های اصلی بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۰ و برای مؤلفه‌های فرعی ۰/۶۴ تا ۰/۷۶ بدست آمده است.

از کل افراد مورد مطالعه، ۲۵۰ نفر مرد و ۱۰۰ نفر زن بودند. ۱۵۰ نفر دارای تحصیلات سیکل، ۱۰۰ نفر دارای تحصیلات دیپلم، ۸۰ نفر دارای تحصیلات فوق دیپلم و ۲۰ نفر نیز دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر بودند. ۲۸۰ نفر از افراد مورد مطالعه ۶۵-۶۰

تعیین کرده‌ام برسم (خودکارآمدی) و من پرنرژی اهدافم را در کارم دنبال می‌کنم. مک‌گی (۲۰۱۱) روایی و پایایی این پرسشنامه را همراه با فرم‌های ۲۵ و ۱۲ سوالی سرمایه روانشناختی به طور گسترده و وسیعی بررسی نموده و شواهد متقنی از روایی و پایایی آن ارائه نموده است. در این پژوهش روایی صوری و محتوایی این پرسشنامه توسط تنی چند از متخصصین بررسی و تأیید گردید. گل‌پرور (۱۳۹۲) تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش واریماکس بر روی ۲۶ سوال این پرسشنامه، روایی سازه این پرسشنامه را مستند ساخته و آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۵ را به دست داده است. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در یک نمونه ۳۰ نفری به صورت مقدماتی برابر با ۰/۹۵ به دست آمد و همبستگی سؤالات و نقش سؤالات در آلفای کرونباخ حاکی از مناسب بودن وضعیت این پرسشنامه برای سنجش سرمایه روانشناختی بود. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲ و برای خرده مقیاس‌های خودکارآمدی، تاب‌آوری، خوش‌بینی و امیدواری برابر با ۰/۸۴، ۰/۸۶، ۰/۷۸ و ۰/۸۲ به دست آمد.

مقیاس اصلی آدلری برای موفقیت بین فردی (نسخه بزرگسالان)<sup>۱</sup>: این پرسشنامه بر اساس روانشناسی فردنگر آدلر و توسط کرن، ویلر و کارلت در سال ۱۹۳۳ تهیه شد. سازندگان آن اذعان داشته‌اند که این ابزار برای سنجش ویژگی‌های شخصیتی متعدد به منظور پی بردن به سبک زندگی افراد و کشف نقش و اثربخشی فرد در اجتماعی، شغل و روابط صمیمی و نزدیک به کار می‌رود (کرن، وهلر و کورلیت، ۱۹۹۷). پرسشنامه دارای ۶۲ عبارت بسته پاسخ ۵ گزینه‌ای در

سال سن داشتند، ۷۰ نفر ۶۵-۷۰ سال سن داشتند. میانگین سنی نمونه مورد مطالعه ۶۵/۴۲ و انحراف معیار آن ۳/۸۱ بود.

#### یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۱ آورده شده است. برای بررسی توزیع نرمال هر یک از متغیرها، نتایج آزمون کالموگراف-اسمیرنف<sup>۱</sup> یک بعدی مورد توجه قرار گرفت.

با توجه به این که مقدار Z این آزمون در تمامی متغیرها (سبک زندگی، سرمایه روانشناختی، رفتارهای خودمراقبتی و بهزیستی ذهنی، بین ۱/۹۶+ و ۱/۹۶- قرار داشت، از این رو می‌توان گفت که توزیع نمرات کلیه متغیرها مورد مطالعه دارای شکل نرمال بود (جدول ۱).

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد و پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات برای متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
تعلق-علاقه اجتماعی	۲۴	۳/۷۴
کنار آمدن	۳۰/۴۴	۴/۸۱
مسئولیت پذیری	۲۶/۴۴	۴/۶۸
نیاز به تأیید	۲۳/۹۹	۴/۱۹
محتاط بودن	۱۹/۹۴	۳/۶۹
سخت گیری	۲۱/۰۲	۲/۸۷
مستحقق بودن	۲۰/۴۸	۳/۲۱
مورد علاقه بودن	۱۰/۱۹	۲/۶۸
کوشش برای رسیدن به کمال	۲۰/۵۶	۲/۵۳
ملایمت	۱۷/۲۹	۲
سبک زندگی	۲۱۴/۳۹	۱۴/۹۵
خودکارآمدی	۱۴/۲۳	۲/۲۳
تاب‌آوری	۱۵/۴۸	۱/۸۹
خوش‌بینی	۱۶/۳۶	۲/۴۵
امیدواری	۱۷/۲۳	۲/۲۳
سرمایه روانشناختی	۶۳/۳	۴/۱۲
خودمراقبتی	۳۴/۴۵	۱۰/۳۶
بهزیستی ذهنی	۱۴۷/۴۵۶	۱۷/۳۶

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین (و انحراف استاندارد) مولفه‌های سبک زندگی، سرمایه‌های روانشناختی، نمره کلی خودمراقبتی و بهزیستی ذهنی در سالمندان دیابتی آمده است. با توجه به نتایج جدول ۱ میانگین نمره کلی سبک زندگی ۲۱۴/۳۹ و انحراف استاندارد آن ۱۴/۹۵، میانگین نمره کلی سرمایه روانشناختی ۶۳/۳ و انحراف استاندارد آن ۴/۱۲، میانگین نمره رفتار خودمراقبتی ۳۴/۴۵ و انحراف استاندارد آن ۱۰/۳۶ و میانگین نمره کلی بهزیستی ذهنی ۱۴۷/۴۵۶ و انحراف استاندارد آن ۱۷/۳۶ می‌باشد.

جدول ۲. ضریب همبستگی سبک زندگی (و مولفه‌های آن)، سرمایه روانشناختی و خودمراقبتی با مولفه‌های بهزیستی ذهنی

متغیر	بهزیستی اجتماعی	بهزیستی هیجانی	بهزیستی روانشناختی	بهزیستی ذهنی
تعلق - علاقه اجتماعی	**۰/۳۴۵	**۰/۳۴۱	**۰/۳۸۷	**۰/۳۵۷
کنار آمدن	**۰/۳۱۸	**۰/۳۲۷	**۰/۳۶۲	**۰/۳۰۳
مسئولیت پذیری	**۰/۴۱۲	**۰/۳۴۵	**۰/۳۶۲	**۰/۳۴۷
نیاز به تأیید	**۰/۳۱۷	**۰/۳۶۱	**۰/۳۴۰	**۰/۳۲۱
محتاج بودن	**۰/۳۵۱	**۰/۳۱۲	**۰/۳۲۱	**۰/۳۲۱
سخت گیری	**۰/۳۴۱	**۰/۳۷۷	**۰/۳۴۷	**۰/۳۳۱
مستحقق بودن	**۰/۳۱۸	**۰/۳۴۷	**۰/۳۵۵	**۰/۳۲۷
مورد علاقه بودن	**۰/۲۸۴	**۰/۳۰۳	**۰/۲۵۱	**۰/۲۸۹
کوشش برای رسیدن به کمال	**۰/۳۵۵	**۰/۳۶۱	**۰/۳۴۲	**۰/۳۳۴
ملایمت	**۰/۳۵۰	**۰/۴۰۳	**۰/۴۲۱	**۰/۳۷۲
سبک زندگی	**۰/۴۱۲	**۰/۴۲۷	**۰/۴۶۱	**۰/۴۰۳
خودکارآمدی	**۰/۴۳۷	**۰/۵۱۰	**۰/۵۰۳	**۰/۴۶۳
تاب‌آوری	**۰/۵۱۱	**۰/۴۷۱	**۰/۴۱۹	**۰/۴۰۳
خوش‌بینی	**۰/۴۵۵	**۰/۴۵۳	**۰/۵۱۲	**۰/۴۲۱
امیدواری	**۰/۴۸۸	**۰/۴۸۷	**۰/۴۸۹	**۰/۴۲۳
سرمایه روانشناختی	**۰/۴۷۰	**۰/۴۶۵	۰/۴۸۸	**۰/۴۱۰
خودمراقبتی	**۰/۵۱۷	**۰/۴۹۷	۰/۵۳۷	**۰/۴۹۷

\* $P \leq 0.05$  \*\* $P \leq 0.001$

برای آزمون روابط چندمتغیره سبک زندگی، سرمایه روانشناختی و خودمراقبتی با بهزیستی ذهنی از ضریب همبستگی پیرسون<sup>۱</sup> استفاده شد نتایج این تحلیل‌ها در جدول ۲ آورده شده است.

برای تعیین مقدار واریانس تبیین شده بهزیستی ذهنی توسط مؤلفه‌های سبک زندگی، سرمایه روانشناختی و خودمراقبتی، از رگرسیون چندگانه به روش گام به گام استفاده شد (جدول ۳). قبل از اجرای تحلیل رگرسیون، یک تحلیل اولیه برای بررسی مفروضه‌های رگرسیون اجرا شد و نتایج حاکی از برقراری نرمال بودن چندگانه نمرات متغیرها بود (باقیمانده‌ها به طور نرمال در اطراف نمرات پیش‌بینی شده بهزیستی ذهنی توزیع شده بودند)، روابط بین متغیرها خطی بود (باقیمانده‌ها یک رابطه مستقیم با نمرات پیش‌بینی

اطلاعات جدول ۲ نشان می‌دهد که رابطه‌ی مؤلفه‌های سبک زندگی (تعلق - علاقه اجتماعی، کنارآمدن، مسئولیت‌پذیری، کوشش برای رسیدن به کمال و ملایمت) با مؤلفه‌های بهزیستی ذهنی و معنی‌دار بود ( $P \leq 0/001$ )، و رابطه‌ی مؤلفه‌های سبک زندگی (نیاز به تأیید، محتاط بودن، سخت‌گیری و مستحقق بودن) با مؤلفه‌های بهزیستی ذهنی منفی و معنی‌دار بوده است ( $P \leq 0/001$ )، همچنین رابطه‌ی متغیرهای سرمایه روانشناختی و خودمراقبتی با بهزیستی ذهنی مثبت و معنی‌دار بود ( $P \leq 0/001$ ) (جدول ۲)

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه برای پیش‌بینی بهزیستی ذهنی از طریق متغیرهای سبک زندگی، سرمایه روانشناختی و رفتارهای خودمراقبتی

متغیر پیش‌بین	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> تعدیل شده	R <sup>2</sup> تغییر یافته	F	Sig	دوربین - واتسون
تعلق - علاقه اجتماعی	0/791	0/625	0/624	0/625	580/47	$P \leq 0/001$	
مسئولیت‌پذیری	0/846	0/716	0/714	0/091	110/54	$P \leq 0/001$	
ملایمت	0/860	0/740	0/738	0/024	32/33	$P \leq 0/001$	
خودکارآمدی	0/857	0/766	0/763	0/026	37/93	$P \leq 0/001$	
تاب‌آوری	0/878	0/771	0/767	0/005	7/25	$P \leq 0/007$	1/81
خوش‌بینی	0/880	0/774	0/770	0/003	4/63	0/032	
امیدواری	0/882	0/778	0/773	0/004	6/37	0/012	
خودمراقبتی	0/883	0/780	0/775	0/003	3/99	0/046	

ذهنی را تبیین کرد، در گام‌های بعدی با اضافه شدن هر یک از متغیرهای پیش‌بین میزان واریانس تبیینی به ۷۸ درصد رسید.

با توجه به مقادیر بتا تعلق - علاقه اجتماعی (Beta=۰/۳۲۴)، مسئولیت‌پذیری با ضریب بتا (Beta=۰/۴۸۵)، ملایمت با ضریب بتا (Beta=۰/۲۰۷)، تاب‌آوری با ضریب بتا (Beta=۰/۳۲۷)، خوش‌بینی با ضریب بتا (Beta=۰/۱۲۲)، امیدواری با ضریب بتا (Beta=۰/۰۷۵)، خودکارآمدی با ضریب بتا (Beta=۰/۰۸۱) و خودمراقبتی با ضریب بتا (Beta=۰/۰۸۲) به عنوان قوی‌ترین متغیرها برای پیش‌بینی بهزیستی ذهنی سالمندان دیابتی می‌باشند. همچنین با توجه به نتایج جدول ۴ که نشان می‌دهد مقادیر آماره تحمل برای همه متغیرهای پیش‌بین پژوهش از ۰/۱ بزرگتر و مقادیر آماره عامل افزایش واریانس نیز برای همه آن‌ها از ۱۰ کوچکتر می‌باشد. بنابراین مطابق با معیارهای دیدگاه کلاین (۲۰۰۵؛ به نقل از جعفری و همکاران، ۱۳۹۱) در این پژوهش هم‌خطی چندگانه مشاهده نشد (جدول ۴).

بهزیستی ذهنی داشتند)، هم خطی چندگانه وجود نداشت (همبستگی بین متغیرهای مستقل یعنی سبک زندگی، سرمایه روانشناختی و خودمراقبتی کمتر از ۰/۷ بود)، یکسانی پراکندگی وجود داشت (واریانس باقیمانده‌ها در اطراف نمرات پیش‌بینی شده برای همه نمرات پیش‌بینی شده یکسان بود) و نمرات پرت وجود نداشت. نتایج آزمون دوربین - واتسون نیز نشان داد که فرض استقلال متغیرها برقرار است. پس از اجرای رگرسیون چندگانه، مقدار  $R^2$  به دست آمده نشان داد که ۷۸ درصد از واریانس کل بهزیستی ذهنی سالمندان دیابتی توسط متغیرهای وارد شده در مدل، تبیین گردیده است. بدین دلیل کوهن<sup>۱</sup> (۱۹۸۸) معتقد است که مقادیر  $R \geq ۰/۵۰$  (یعنی  $R^2 \geq ۰/۲۵$ ) بیانگر ارتباط بسیار قوی بین متغیرهای مورد مطالعه است (جدول ۳). در این مطالعه نیز  $R^2 = ۷۸$  بود که حاکی از ارتباط چند متغیره قوی بین متغیرهای پیش‌بین و بهزیستی ذهنی است. تحلیل واریانس<sup>۲</sup> روی همین مدل نیز حاکی از معنی‌داری مدل کلی بود: ( $F_{(۸, ۳۴۱)} = ۱۵۱/۴۸۱, P \leq ۰/۰۰۱$ ). برای اطلاع از سهم هر یک از متغیرهای پیش‌بین در تبیین واریانس بهزیستی ذهنی، ضرایب Beta بررسی شد. که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

برای تعیین تاثیر هر یک از مؤلفه‌های، سبک زندگی، سرمایه روانشناختی و خودمراقبتی به عنوان متغیرهای پیش‌بین و بهزیستی ذهنی به عنوان متغیر ملاک، با تحلیل رگرسیون چند متغیره به روش گام به گام تحلیل شدند. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که وقتی متغیر بلوک اول (تعلق - علاقه اجتماعی) وارد مدل شدند، مدل کلی ۶۲ درصد واریانس متغیر بهزیستی

1 . Cohen

2 . Analysis of variance (ANOVA)

جدول ۴. خلاصه نتایج ضرایب استاندارد و غیراستاندارد برای پیش‌بینی بهزیستی ذهنی از طریق مؤلفه‌های سبک زندگی، سرمایه روانشناختی و خودمراقبتی

متغیر پیش‌بین	B	SE	Beta	T	Sig	مقدار تحمل	عامل افزایش واریانس (VIF)
تعلق - علاقه اجتماعی	۰/۴۶۰	۰/۰۷۸	۰/۳۲۴	۵/۸۸	P<۰/۰۰۱	۰/۲۱۲	۴/۷۱
مسئولیت پذیری	۰/۸۷۴	۰/۰۷۲	۰/۴۸۵	۱۲/۰۹	P<۰/۰۰۱	۰/۴۰۰	۲/۴۹
ملایمت	۰/۳۶۹	۰/۰۸۰	۰/۲۰۷	۴/۵۹	P<۰/۰۰۱	۰/۳۱۶	۳/۱۶
خودکارآمدی	۰/۶۷۶	۰/۰۹۰	۰/۳۲۷	۷/۴۷	P<۰/۰۰۱	۰/۳۳۷	۲/۹۶
تاب‌آوری	۰/۱۹۴	۰/۰۸۷	۰/۱۲۲	۲/۲۳	P<۰/۰۰۶	۰/۲۱۵	۴/۶۵
خوش‌بینی	۰/۲۵۰	۰/۰۹۴	۰/۰۷۵	۲/۶۷	P<۰/۰۰۸	۰/۸۰۸	۱/۲۳
امیدواری	۰/۲۱۳	۰/۰۸۵	۰/۰۸۱	۲/۵۱	P<۰/۰۱۳	۰/۶۱۴	۱/۶۲
خودمراقبتی	۰/۱۸۹	۰/۰۹۵	۰/۰۸۲	۱/۹۹	P<۰/۰۴۶	۰/۳۸۵	۲/۵۹

#### نتیجه‌گیری و بحث

در سال ۲۰۲۵ به ۷۵ درصد خواهد رسید. از سوی دیگر توانایی‌های بدنی (جسمی) و روانی سالمندان با افزایش هر چه بیشتر سن به تدریج کاهش می‌یابد و این امر احتمال مواجهه آن‌ها با انواع بیماری‌ها و مشکلات روانی را بیشتر می‌کند (ژو، اندرسون و کوانتری، ۲۰۱۱). مناسب‌ترین شیوه برای کاهش مشکلات مربوط به دوران سالمندی اتخاذ سبک زندگی سالم در این دوران و چه بسا پیش از آن می‌باشد. مفهوم سبک زندگی بر اساس الگوی قابل تشخیص رفتارهای به نمایش گذاشته مردم پایه‌ریزی شده است و اصطلاح سبک زندگی سالم بر این اساس می‌باشد که فعالیت‌های روزانه افراد را می‌توان به دو دسته سالم و ناسالم تقسیم بندی نمود. به طور کلی سبک زندگی سالم به عنوان یک مشخصه زندگی متعادل است که به انتخاب‌های آگاهانه منجر می‌گردد (لی، کو و لی، ۲۰۰۶). فرد در مقابل انتخاب الگوهای رفتار سبک زندگی و حفظ سلامت خود مسئول بوده

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش سبک زندگی، سرمایه روانشناختی و خودمراقبتی در پیش‌بینی بهزیستی ذهنی سالمندان دیابتی بود. نتایج پژوهش نشان داد که بین سبک زندگی و بهزیستی سالمندان رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. این نتایج با مطالعات دیگر برای مثال (کالاقان، ۲۰۱۰؛ بروس و لانچ، ۲۰۱۱؛ جارسلو و همکاران، ۲۰۱۱؛ لولا و همکاران، ۲۰۱۴ و جان و همکاران، ۲۰۱۵) همخوانی دارد. جهان در سایه پیشرفت‌های علمی به ویژه پزشکی شاهد افزایش جمعیت سالمندان است. براساس آمار منتشر شده، در سال ۲۰۰۰ حدود ششصد میلیون نفر افراد ۶۰ سال و بالاتر در جهان وجود داشتند. این رقم در ۲۰۲۵ به یک میلیارد و دوست میلیون نفر (۱۴ درصد از کل جمعیت جهان) و در ۲۰۵۰ به دو میلیارد نفر (۲۱/۸ درصد) خواهد رسید. به علاوه، امروز حدود دوسوم افراد سالمند در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند که این رقم

و با این اعمال در جهت حفظ و ارتقای بهزیستی خود و پیشگیری از بیماری‌ها تلاش می‌کند (لیاو، لی، لاین، وانگ، چن، یان و همکاران، ۲۰۱۱). لذا می‌توان انتظار داشت سالمندانی که نمره پایین در مؤلفه‌های (تعلق - علاقه اجتماعی، کنارآمدن، مسئولیت‌پذیری، کوشش برای رسیدن به کمال و ملایمت) می‌گیرند تمایل به درون‌گرایی دارند و تعاملات فردی با دیگران را نمی‌پسندد. از سوی دیگر سالمندان برون‌گرا نگرش خوش‌بینانه نسبت به خود، دیگران و آینده دارند، در شاخص‌های ارتباطات اجتماعی، کار و صمیمیت نمره بالا می‌گیرند که این عوامل تأییدی بر نظریه‌ی آدلر است که علاقه‌ی اجتماعی را شاخصی برای سلامت روانشناختی می‌داند.

همچنین می‌توان گفت که سبک زندگی به نحوه تربیت و جایگاه افراد در خانواده مربوط می‌شود و بر کیفیت زندگی از نظر روحی، جسمی و محیطی تأثیر می‌گذارد، بدین گونه که نوع شیوه زندگی افراد با توجه به شرایط بومی و فرهنگی افراد، باعث ایجاد نوع زندگی متفاوتی می‌شود و سبک زندگی سالمتر به کیفیت زندگی بهتر و در نتیجه بهزیستی بهتری منجر می‌شود. همچنین فطرت خداجوی انسان و زمینه و بافت مذهبی و فرهنگی و قومی در کشور ما و وجود ریشه‌های عمیق معنویت و باورهای مذهبی از جمله منابع حمایتی برای سالمندان به شمار می‌آیند که تأمین‌کننده بهزیستی اجتماعی، هیجانی و روانشناختی و حفظ آرامش فردی است و توانایی افراد را برای مقابله با شرایط سخت زندگی افزایش می‌دهد. لذا این آمیختگی فطرت معنوی با یک سبک زندگی سالم می‌تواند بر بهزیستی ذهنی تأثیرگذار باشد (مومنی و همکاران، ۲۰۱۴).

همچنین نتایج نشان داد که بین سرمایه روانشناختی و بهزیستی ذهنی سالمندان دیابتی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. همان‌طور که انتظار می‌رفت، سرمایه روانشناختی و بهزیستی ذهنی همبستگی درونی بالایی با هم داشتند. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که مؤلفه‌های (خودکارآمدی، تاب‌آوری، خوش‌بینی و امیدواری) به طور معنی‌داری بهزیستی ذهنی سالمندان را پیش‌بینی می‌کند. این نتایج با پژوهش‌های دیگر برای مثال (کالافان، ۲۰۱۰؛ بندیکت و همکاران، ۲۰۱۰؛ بروس و لانچ، ۲۰۱۱؛ جارسلو و همکاران، ۲۰۱۱؛ لولا و همکاران، ۲۰۱۴ و جان و همکاران، ۲۰۱۵) همخوانی دارد. از لحاظ نظری توان پیش‌بینی خودکارآمدی، تاب‌آوری، امیدواری و خوش‌بینی برای بهزیستی ذهنی، با تأکید و توجه به نقش‌های شناختی و عاطفی متصور برای مؤلفه‌های سرمایه روانشناختی به خوبی قابل تبیین و توضیح است. خودکارآمدی و تاب‌آوری و در حد کمتری خوش‌بینی و امیدواری متغیرهای انتظاری با بار شناختی و عاطفی مثبت هستند (اوی و همکاران، ۲۰۱۰؛ کاترین و همکاران، ۲۰۱۱). به این مفهوم که نوعی پیش‌نگری مثبت در هر یک از آنها نهفته است (کیاروچی و دنکی، ۲۰۰۶). این بار عاطفی و شناختی مثبت برای مؤلفه‌های سرمایه روانشناختی، هر یک را در جایگاهی قرار می‌دهد تا بتوانند خود به تنهایی یا در تعامل با متغیرهای دیگر (بولینگ، ۲۰۱۱) بر رفتارها، حالات، تصمیمات و بر سلامتی و بهزیستی (در ابعاد مختلف روانشناختی، هیجانی، شناختی، اجتماعی و معنوی) انسان‌ها تأثیر بگذارند و بر آنها نفوذ کنند. از طرف دیگر بهزیستی ذهنی چه در قالب کلی و چه در قالب مؤلفه‌ای (فیشر، ۲۰۱۳) پیوندی نزدیک با حالات عاطفی و شناختی مثبت دارد. این

باشد. شاید بتوان حمایت عاطفی خانواده، خودکارآمدی، سواد سلامتی، خودآگاهی و خودمدیریتی را از دلایل این مسئله دانست. بالا بودن خودمراقبتی سالمندان ساکن خانواده ممکن است ناشی از حمایت اجتماعی، خودکارآمدی سالمندان باشد که این حمایت آنها را قادر می‌سازد که با کاهش کارکردهای جسمی و روانی بهتر کنار آیند (گوپر، بوت و گیل، ۲۰۰۸). همچنین محیط زندگی سالمندانی که با خانواده زندگی می‌کنند، برقراری تعامل و ارتباطات اجتماعی لازم را تسهیل می‌کند و بدین طریق به افراد کمک می‌کند به توانایی‌های خویش پی برده و خودمراقبتی خود را حفظ کنند (جارسلو و همکاران، ۲۰۱۱). از سوی دیگر تصورات اخیر حاکی از همراهی خودمراقبتی با خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و خودمتمکی بودن با انتظارات مطلوب می‌باشد که یکی از مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی شده برای درمان پذیری است (فرهادی، برازنده چقائی، مختارپور، کرمی و دارایی‌زاده، ۱۳۹۴). خودکارآمدی به انسان اجازه می‌دهد که بر موقعیت‌های استرس‌زا غلبه کند و او را قادر سازد تا تلاش ثابتی برای رسیدن به اهداف خود داشته باشد. انسان‌هایی که خودکارآمدی بیشتری دارند تلاششان را صرف کسب اهداف مشکل‌تر می‌کنند، اهدافشان را با اطمینان بیشتری به دست می‌آورند و آنها را با اهداف سخت‌تر دیگری ارزیابی می‌کنند. اما کسانی که خودکارآمدی کمتری دارند این گونه نیستند (ویلارد، رینی و کینگ، ۲۰۰۸).

نتایج رگرسیون چندمتغیری نشان داد که ۷۸ درصد از واریانس بهزیستی ذهنی توسط مؤلفه سبک زندگی، سرمایه روانشناختی و رفتارهای خودمراقبتی تبیین می‌شود. ۲۲ درصد از واریانس باقی‌مانده توسط

توان مؤلفه‌های سرمایه روانشناختی به تغذیه و تقویت حالات عاطفی و شناختی مثبت (شادی، آرامش، نشاط، احساس توانمندی و سرزندگی) و پیوند بهزیستی ذهنی با سازه‌هایی مشابه، ساز و کار اصلی پیوند میان خودکارآمدی، تاب‌آوری، خوش‌بینی و امیدواری با بهزیستی‌ذهنی در سالمندان و حتی در گروه‌های جمعیت شناختی دیگر است.

همچنین نتایج نشان داد که بین خودمراقبتی و بهزیستی ذهنی سالمندان دیابتی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. همان‌طور که انتظار می‌رفت، خودمراقبتی و بهزیستی ذهنی همبستگی درونی بالایی با هم داشتند. این نتایج با پژوهش‌های دیگر برای مثال (کالاقان، ۲۰۱۰؛ بندیکت و همکاران، ۲۰۱۰؛ بروس و لانج، ۲۰۱۱؛ جارسلو و همکاران، ۲۰۱۱؛ لولا و همکاران، ۲۰۱۴ و جان و همکاران، ۲۰۱۵) همخوانی دارد.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت یکی از اهداف برنامه خودمراقبتی، افزایش دانش و آگاهی بیماران از ماهیت بیماری‌شان است. دانش بیماران درباره بیماری و نحوه کنترل آن اهمیت بسزایی دارد و بر کنترل بیماری اثرگذار است (اسپر، جکسون و پترسون، ۲۰۰۱). هیچ‌یک از بیماری‌ها به اندازه دیابت به مداخله شخصی و سعی و تلاش خود فرد بستگی ندارد. هدف از خودمراقبتی در فرد مبتلا به دیابت است که بیمار قادر باشد با آگاهی و امیدواری فراوان و با مشارکت کامل خود در درمان و مراقبت از بیماریش کوشا بوده و در این راه مداومت داشته باشد (آردن، پاز-پاچیگو، جیمنو، لانتیون-آنگ، پاترون و جوبان، ۲۰۱۰). از سوی دیگر بدیهی است عوامل متعددی در افزایش خودمراقبتی سالمندان دخالت دارد و لزوم توجه بیشتر به این عوامل حائز اهمیت می-

نگرش مثبت به خود، دنیا و دیگران، خودکارآمدی و توان تحمل رویدادهای استرس‌زا و سپس خوش‌بینی نسبت به دنیای اطراف خود تکیه داشته باشند. این تبیین چنانکه به ترکیب اعضای نمونه این پژوهش توجه شود، بهتر قابل درک است.

با توجه به مسایل فوق درمی‌یابیم که عدم رعایت سبک زندگی سالم و رفتارهای خودمراقبتی، با افزایش مرگ و میر به هم‌هی علل، همراه است و سالمندانی که سبک زندگی سالم را پیشه خود کنند، امید به زندگی بالاتر و کیفیت زندگی بهتری دارند. از طرفی بیماری‌های شایع دوران سالمندی، بیماری‌های هستند که با رعایت سبک زندگی سالم و رفتارهای خودمراقبتی قابل پیشگیری می‌باشند. بنابراین ارزیابی سبک زندگی و رفتارهای خود مراقبتی سالمندان دیابتی جهت آموزش صحیح آن‌ها به منظور پیشگیری از بیماری‌ها و بهبود کیفیت زندگی و وضعیت سلامتی‌شان نتیجه‌ای بود که از این پژوهش جهت تدوین برنامه‌های مداخله‌ای مبتنی بر سالمند پراثری، شاد و فعال مبتنی بر سبک زندگی ایرانی اسلامی می‌توان تدوین نمود.

در نهایت روش پژوهش (توصیفی) باعث شد که نتوانیم بین متغیر ملاک بهزیستی ذهنی و متغیر پیش-بین سبک زندگی، سرمایه روانشناختی و خودمراقبتی رابطه علت و معلولی در نظر گرفته شود، لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی به این امر توجه شود، به دلیل بالا بودن سن نمونه‌ها پرکردن پرسشنامه وقت‌گیر بوده و از حوصله سالمندان خارج بوده است، عدم همکاری بعضی از سالمندان هم از محدودیت‌های پیش روی تحقیق بوده است از محدودیت‌های دیگر استفاده از صرف از پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی بود که اختصاصاً برای سنین

سایر ویژگی‌های زیستی، شخصیتی و محیطی تبیین می‌شود. سبک زندگی، سرمایه روانشناختی و خودمراقبتی علاوه بر رابطه مستقیمی که با هم دارند، قادرند به‌طور مستقل بهزیستی ذهنی سالمندان را پیش‌بینی کنند. این امر، نشان می‌دهد که سبک زندگی، سرمایه روانشناختی و خودمراقبتی علاوه بر اثرات مشترکی که می‌توانند بر بهزیستی ذهنی سالمندان داشته باشند، ویژگی‌های خاصی نیز دارند که بر بهزیستی ذهنی اثرگذار است. نگاهی جزئی‌تر به ضرایب به دست آمده، نیز برخی حقایق جزئی‌تر را آشکار می‌سازد. ضرایب علاقه-تعلق اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، ملایمت و رسیدن به کمال، خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودمراقبتی برای پیش‌بینی بهزیستی ذهنی در نگاه اول نشان می‌دهد که در درجه اول علاقه و تعلق اجتماعی و خودکارآمدی از میان مؤلفه‌های سبک زندگی و سرمایه روان‌شناختی دارای بالاترین ضریب برای پیش‌بینی بهزیستی ذهنی هستند. علی‌رغم جستجوهای مکرر برای یافتن پژوهشی که از آن طریق بهزیستی ذهنی از طریق مؤلفه‌های سبک زندگی، سرمایه روان‌شناختی و خودمراقبتی پیش‌بینی شده باشد، پژوهشی در این خصوص در دسترس قرار نگرفت. بنابراین در این قسمت امکان ارائه همخوانی یا ناهمخوانی یافته‌های این پژوهش با پژوهش‌های دیگر پژوهشگران فراهم نشد. توان بالای علاقه-تعلق اجتماعی، مسئولیت‌پذیری و ملایمت، خودکارآمدی و تاب‌آوری برای پیش‌بینی بهزیستی ذهنی از لحاظ نظری به این دلیل است که سالمندان باید بیش از پیش در سازگاری با وضعیت سالمندی خود بر توانایی‌های فردی خود شرکت در فعالیت‌های اجتماعی، قبول مسئولیت‌های روزانه و

حمایت از سالمندان تأسیس شود. با راه‌اندازی سازمان‌ها و کانون‌ها و گردهمایی‌ها برای سالمندان میزان تماس و ارتباط میان آنان افزایش خواهد یافت. فرزندان و نسل جوان شرایطی را فراهم کنند که سالمندان در آن احساس امنیت خاطر کنند و احساس با ارزش بودن داشته باشند. سمینارها و کارگاه‌هایی توسط سازمانهای ذیربط (شهرداری‌ها، سازمان بهزیستی و ...) برای آموزش خانواده‌ها برگزار شود.

سالمندی نبود. در رابطه با پیشنهادات جهت مطالعات بعدی بهتر است در راستای طراحی و توسعه ابزارهای متکامل‌تر سبک زندگی، سرمایه روانشناختی و خودمراقبتی که مختص سالمندان است، مطالعات بیشتری انجام شود. در مجموع با توجه به ویژگی‌های سالمندان و مشکلات دوران سالمندی این گروه سنی به برنامه‌ریزی و خدمات حمایتی چه از سوی دولت و چه از سوی خانواده‌ها و سایرین نیاز دارند. بنابراین ضروری است که در کشور ما انجمن‌های

## منابع

- آخوندزاده، گ، آخوندزاده، ج. گ (۱۳۹۳). اثر بخشی مرورخاطرات بر حافظه بالینی سالمندان. *فصلنامه پرستاری سالمندی*، ۱ (۱)، ۶۴-۷۲.
- برجعلی، م؛ بگیان کوله مرز، م. ج؛ بختی، م و عباسی، م (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش دلگرمی مبتنی بر رویکرد آدلری بر بهبود بهزیستی هیجانی و اجتماعی دانش آموزان مدارس شبانه روزی. *فصلنامه خانواده و پژوهش*، ۱۰ (۴)، ۸۳-۱۰۰.
- بشیری، م؛ علیزاده، ح و کرمی، ا. (۱۳۸۶). بررسی ویژگی های روانسنجی و هنجاریابی پرسشنامه شیوه زندگی (BASIS-A) بر روی جوانان ۱۸ تا ۴۰ ساله. تازه ها و پژوهش های مشاوره، ۶ (۲۱)، ۶۹-۹۲.
- جعفری، ع؛ حاجلو، ن؛ فغانی؛ ر و خزان، ک. (۱۳۹۱). رابطه بهزیستی معنوی و سرسختی روان-شناختی با سلامت روانی سالمندان. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۰ (۶)، ۴۳۱-۴۴۰.
- حاتمی، ح؛ رضوی، س. م؛ افتخار کرمانشاهی، ح؛ مجلسی، ف. (۱۳۹۲). کتاب جامع بهداشت عمومی. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. تهران: انتشارات ارجمند. ۱۸-۳۸.
- دشمنگیر، پ؛ تقدیسی، م. ج؛ دشمنگیر، ل و دهداری، ط. (۱۳۹۱). عوامل تأثیرگذار بر سبک زندگی سالم از دیدگاه سالمندان: مطالعه کیفی. *مجله سالمندی ایران*، ۷ (۲۷)، ۴۷-۵۸.
- فرهادی، ع، برازنده چقایی، س؛ مختارپور، ح؛ کرمی، خ و دارایی زاده، علی. (۱۳۹۴) نقش حمایت اجتماعی، بهزیستی معنوی و خودکارآمدی در پیش بینی بهزیستی معنوی سالمندان. *مجله روانشناسی*، ۱ (۲)، ۴۸-۳۵.
- گل پرور، م و مصاحبی، م. ر. (۱۳۹۴). پیش بینی بهزیستی معنوی سالمندان از طریق مؤلفه های سرمایه روانشناختی. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۶ (۳)، ۴-۱۲.
- گل پرور، م؛ جعفری، م و جوادیان، ز. (۱۳۹۲). پیش بینی سرمایه روانشناختی از طریق مؤلفه های معنویت در پرستاران. *فصلنامه روان پرستاری*، ۱ (۳)، ۴۴-۳۵.
- گلستانی بخت، ط. (۱۳۸۶). ارائه الگوی بهزیستی ذهنی و شادمانی در جمعیت شهر تهران. پایان نامه دکتری روانشناسی عمومی. دانشگاه الزهرا.
- محمودی، ق؛ نیازآذری، ک و صنعتی، ط. (۱۳۹۱). ارزیابی سبک زندگی در سالمندان. *فصلنامه سلامت خانواده دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری*، ۱ (۳)، ۴۵-۵۰.
- مومنی، خ؛ بگیان کوله مرز، م. ج؛ محمدی، ا و زارعی، ف. (۱۳۹۴). مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه و سبک زندگی در بیماران افسرده، مولتیپل اسکلروزیس و عادی. *دوماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*، ۱۹ (۶)، ۳۴۳-۳۵۲.
- ضاربان، ا؛ نیکنما، ش. ا؛ حیدریان، ع. ر؛ رخشانی، ف؛ کریمی، م؛ کوهپایه زاد اصفهانی، ج و برادران، ح (۱۳۹۲). پیشگویی کننده های خودمراقبتی و عوامل

(2010). Knowledge, attitudes and practices of persons with type 2 diabetes in a rural community: phase I of the community-based Diabetes Self-Management Education (DSME) Program in San Juan, Batangas, Philippines. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 90(2): 160-6.

- Callaghan D. (2010). Healthy Behaviors, Self-Efficacy, Self-Care, and Basic Conditioning Factors in Older Adults. *Journal of Community Health Nursing*. 22(3), 169-178.

- Cohen J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2nd ed. London, UK: Routledge.

- Cooper H, Booth K, Gill G. A trial of empowermentbased education in type 2 diabetes--global rather than glycaemic benefits. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 82(2): 165-71.

- Durayappah, A. (2011). The 3P Model: A general theory of subject well-being. *Journal of Happiness Studies*, 12(4), 681-716.

- Fisher, J. (2013a). You can't beat relating with God for spiritual well-being: Comparing a generic version with the original spiritual well-being questionnaire called SHALOM. *Religions*, 4(3), 325-335.

- Franco OH, Steyerberg EW, Hu FB, Mackenbach J, Nusselder W. (2007). Associations of diabetes mellitus with total life expectancy and life expectancy with and without cardiovascular disease. *Archives of Internal Medicine Journal Impact & Description* . 167(11): 1145-51.

- Gasper, K. (2009). When necessity is the mother of invention: Mood and problem solving. *Journal of Experimental Social Psychology* , 39(1), 248-262.

مؤثر بر آن در میان بیماران زن دیابتی زاهدان بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی. مجله تحقیقات نظام سلامت، ویژه نامه آموزش بهداشت: ۱۷۹۷-۱۸۰۵.

## References

- Ardena GJ, Paz-Pacheco E, Jimeno CA, Lantion-Ang FL, Paterno E, Juban N.

- Avey JB, Luthans F, Youssef CM. (2010). The additive value of positive psychological capital in predicting work attitudes and behaviors. *Journal of Management*. 36(2): 430-452.

- Avey JM, Luthans F, Jensen SM. (2009). Psychological capital: A positive resource for combating employee stress and turnover. *Human Resource Management*. 48(5): 677-93.

- Bendict RH, Priore RL, Miller C, Munschauer F, Jacobs L. (2010). Personality disorder in MS correlates with cognitive impairment. *Journal Neuropsychiatry Clinical Neurosci*. 13(1): 70-76.

- Bowling, A. (2011). Do older and younger people differ in their reported well-being? A national survey of adults in Britain. *Family Practice*, 28(2), 145-155.

- Bridges, L.J., Margie, N.G., & Zaff, J.F. (2001). Background for community-level work on emotional well-being in Adolescence: *Reviewing the literature on contributing factors*. New York: Child Trends. Available at: <http://www.chilrends.org/files/Kemotiona1.pdf>

- Bruce JM, Lynch SG. (2011). Personality Traits in multiple Sclerosis: Association with mood and anxiety disorders. *Journal of Psychosomatic Research* . 70 (5): 479-485.

- Kathrin, M., Tannir, N.M. & Cohen, L. (2011). Treatment-related optimism protects quality of life in phase II clinical trial for metastatic renal cell carcinoma. *Annals of Behavioral Medicine*, 42(3), 313-320.
- kattryn, T., Dominic, U. (2008). The Psychology of lifestyle, london, Routledge. *International Journal of Behavioral Development*. PP 31-48.
- Kern, R. M., Wheeler, M. & Curlette, W. (1997). BASIS - A inventory Interpretative Manual .Highlands, NC: TRT Associates.
- Keyes, C. L. M. & Magyar-Moe. Jeana.L. (2003). The measurement and utility of adult subjective well-being .p.411-425 in positive psychological assessment: Handbook of models and measures, edited by S.J.Lopez and .R. Snyder. Washington, DC: *American Psychological Association*.
- Lee TW, Ko IS, Lee KJ. (2006). Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*. 43(3): 293-300.
- Liao WC, Li CR, Lin YC, Wang CC, Chen YJ, Yen CH, et al. (2011). Healthy behaviors and onset of functional disability in older adults: Results of a national longitudinal study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 59(2): 200-6.
- Luci A, Marti JA. (2010). Ethnicity and type d personality as predictors of heart rate variability. *Journal Psychology*, 76(2):118-21.
- Luo Lu, Shu-Fang Kao, Ying-Hui Hsieh. (2014). «Positive Attitudes
- Hodges, Timothy .D (2010). *An Experimental study of the impact of psychological capital on performance, engagement, and the contagion effect*. Dissertations and Theses from the College of Business Administration. University of Nebraska- Lincoln Year 2010 School principals, PhD dissertation.
- Hooghe, M. (2012). Is sexual well-being part of subjective well-being? An empirical analysis of Belgian (Flemish) survey data using an extended well-being scale. *Journal of Sex Research*, 49 (2-3), 264-273.
- Jaroslaw B, Kurylek A, Wozniacka A, Sysa A, Arkuszewska C. (2011). Personality traits and demographic variables influence on quality of life in systemic Sclerosis. *Journal Psychosom Reserch*. 30(1): 2-16.
- Juan E. Blümel, Peter Chedraui, Sócrates Aedo, Juan Fica, Edward Mezones-Holguín, Germán Barón, Ascanio Bencosme, Zully Benítez, Luz M. Bravo, Andrés Calle, Daniel Flores, María T. Espinoza, Gustavo Gómez, José A. Hernández-Bueno, Fiorella Laribezcoa, Mabel Martino, Selva Lima, Alvaro Monterrosa, Desiree Mostajo, Eliana Ojeda, William Onatra, et al. (2015). Obesity and its relation to depressive symptoms and sedentary lifestyle in middle-aged women. *Original Research Article Maturitas*. 80 (1), 100-105.
- Judith O, Diana J, Stephanie K, Bernadette MM. (2014). Relationships Among Factors Related to Body Mass Index, Healthy Lifestyle Beliefs and Behaviors, and Mental Health Indicators for Youth in a Title 1 School. Original Research Article. *Journal of Pediatric Health Care*. 28 (3) 234-240.

- Thanak wang K, Soonthorndhada K. (2011). Family relations and health-promoting behavior among older people in Nan Province. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 91 (7), 1102-8.
- Toobert, DJ, Hampson SE, Glasgow RE. (2000). The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care*. 23(7): 943-950.
- Ucol-Ganiron T. (2012). The additive value of psychological capital in predicting structural project success and life satisfaction of structural engineers. *International Journal of Social Science and Humanity*. -2 (4): 291-295.
- Warren, R., Malachy, B. (2006). Adlerian Lifestyle Counseling, New York, Routledge, *Adults Public Health*, PP206-212.
- Wellard SJ, Rennie S, King R. (2008). Perceptions of people with Type 2 diabetes about self-management and the efficacy of community based services. *Contemporary Nurse*. 29(2): 218-26.
- Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. (2004). Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*. 27(5): 1047-53.
- Xo Q, Anderson D, Country M. (2011). A longitudinal study of the relationship between lifestyle and mental health among midlife and older women in Australia. *Health Care for Woman International*. 13(12): 1082-96.
- Toward Older People and Well-being Among Chinese Community Older Adults» , *Journal of Applied Gerontology*, 29, (5) 622-639.
- Mac Gee, E.A. (2011). An examination of the stability of positive psychological capital usin frequencybased measurement. *Unpublished Doctoral Dissertation, University of Tennessee*. [http:// trace.tennessee. edulatk-graddiss/999](http://trace.tennessee.edu/atlak-graddiss/999).
- Ozmete, E. (2011). Subjective well-being: A research on life satisfaction as cognitive component of subjective well-being. *International Journal of Academic Research*, 3(4), 55-61.
- Peterson SJ, Byron K. (2007). Exploring the role of hope in job performance: Results from four studies. *Journal of Organizational Behavior*. 29(6): 785-803.
- Seligman, M. E. P. (1998). *Learned Optimism: How to change your mind and your life*. New York: Pocket Books.
- Seligman, M. E. P. (2006). *Learned Optimism: How to Change Your Mind and Your Life* (3rd Ed. First E, 1990. 2nd Ed, 1998). *The New York Times Book Review: Vintage Books*.
- Speer PW, Jackson CB, Peterson NA. (2001). The relationship between social cohesion and empowerment: support and new implications for theory. *Health Education & Behavior*. 28(6): 716-32.