

مقایسه خودکارآمدی در سالمندان ساکن آسایشگاه و منزل

احمد بخشی^۱، زهرا محمد صالحی^۲، مهشید شرفی^۳

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی عمومی (نویسنده مسئول)

^۲ دانشجوی کارشناس ارشد تربیتی

^۳ پژوهشگر

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه خودکارآمدی در سالمندان ساکن آسایشگاه و منزل بود. این پژوهش توصیفی از نوع علی مقایسه ای است. جامعه پژوهش شامل کلیه ۷۱ سالمندان شهر تهران در سال ۱۳۹۳ بود. نمونه پژوهش شامل ۶۰ سالمند (۳۰ سالمند ساکن در آسایشگاه، ۳۰ سالمند ساکن در منزل) بود که به صورت در دسترس انتخاب شدند. برای سنجش متغیرهای مورد مطالعه از پرسشنامه خودکارآمدی شرز، استفاده شد. داده های پژوهش با روش آماری واریانس چند متغیره مانوا تجزیه و تحلیل شدند ($P < 0/001$). نتایج پژوهش نشان داد خودکارآمدی در سالمندان ساکن آسایشگاه و منزل تفاوت معناداری وجود دارند، همچنین خودکارآمدی، شادی و آرامش در سالمندان ساکن منزل به صورت معنادار در سالمندان ساکن منزل بالاتر از سالمندان ساکن آسایشگاه هست.

واژه های کلیدی: سالمند، خودکارآمدی، آسایشگاه

۱- مقدمه

سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است و توجه به مسایل و نیازهای این مرحله یک ضرورت اجتماعی می باشد. در نظر داشتن نیازهای خاص این دوران و توجه به رفتارهای ارتقاء دهند سلامت امر بسیار مهمی است که به طور عمده مورد غفلت قرار می گیرد. سالم پیر شد حق هم افراد بشر است و این امر بر اهمیت پدید سالمندی و پیشگیری از مشکلات آن می افزاید. بیش از نیمی از جمعیت سالمند جهان (۵۹ درصد) در حال حاضر در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند و تخمین زده شده است تا سال ۲۰۳۰ این میزان به ۷۱ درصد برسد. در حدود ۶۰ درصد از هزینه های مراقبت های بهداشتی، ۳۵ درصد از ترخیص های بیمارستان و ۴۷ درصد از روزهای بستری در بیمارستان ها را سالمندان به خود اختصاص می دهند (سیمونتی و فریرا، ۲۰۰۸).

۲- بیان مسئله

سالمندی پدیده ای شگفت انگیز است، آنچنان که اغلب نمی توانیم باور کنیم روزی به سراغ ما هم خواهد آمد زیرا گذر از دوران جوانی به پیری آنچنان تدریجی صورت می گیرد که هیچ گاه تغییرات آن برای ما محسوس نیست در بررسی هایی که بوسیله جامعه شناسان، روانشناسان و زیست شناسان و محققان علوم رفتاری در مورد مراحل و مقاطع مختلف زندگی صورت گرفته در تشریح سالمندی آمده است: پیری به عنوان یکی از دوران های عمر انسان با نوعی بلوغ و کمال زیستی، جسمی و روانی و به عبارتی یک سرنوشت زیست شناختی است که واقعیت طولانی تری از تاریخ دارد. معمولاً سالخوردگی در بسیاری از کشورها برابر مقررات از حدود سن بازنشستگی (۶۰ تا ۶۵ سالگی) آغاز می شود. (مویین، قلادزل، ۲۰۰۶ به نقل از شریفی در آمدی و پناه علی، ۱۳۹۰).

یکی از مسائلی که به نظر می رسد با سالمندان ارتباط تنگاتنگی داشته باشد، خودکارآمدی پایین است که در پژوهش حاضر نیز مدنظر پژوهشگران قرار گرفته است. خودکارآمدی به داشتن مهارت یا مهارتها مربوط نمی شود، بلکه به داشتن باور به توانایی انجام کار در موقعیت های مختلف شغلی اشاره دارد. مهارتها می توانند به آسانی تحت تأثیر تردید به خود قرار گیرند، در نتیجه افراد خیلی مستعد در شرایطی که باور ضعیفی نسبت به خود داشته باشند، از توانایی های خود استفاده کمتری می کنند. خودکارآمدی در تمام دوره های سنی به ویژه در سالمندان به لحاظ شرایط سنی و تغییرات فیزیولوژیک و آسیب پذیری آنها، بحث وسیعی را در بین متخصصین ایجاد کرده است. خودکارآمدی ریشه در نظریه شناختی- اجتماعی دارد. بندورا (۲۰۰۲) در نظریه خود تصویری از رفتار انسان را ترسیم می کند که مهمترین عنصر آن خودکارآمدی است. او در تعریف خودکارآمدی می گوید: خودکارآمدی درجه ای از احساس تسلط فرد درباره توانایی انجام عملکردهای مورد نظر می باشد. به عبارت دیگر، خودکارآمدی اطمینانی است که شخص، رفتار خاصی را با توجه به موقعیت معین به اجرا گذاشته و انتظار نتایج مورد نظر را دارد. به نظر بندورا، خودکارآمدی، پیش شرط اصلی و مهم در تغییر رفتار، از جمله رفتارهای عدم برخورداری از سلامت و بروز بیماری های مزمن است. عدم برخورداری از سلامت و بروز بیماریهای مزمن با افزایش سن، سبب محدود شدن فعالیت های فرد سالمند می گردد که برای پیش گیری از وابستگی و زمین گیر شدن، احتیاج به برنامه های توانمندسازی حس می گردد. بنابراین با توجه به پژوهشهای انجام شده پژوهش حاضر در پی پاسخ به این سؤال است که آیا بین خودکارآمدی در سالمندان ساکن آسایشگاه و منزل تفاوت معنادار وجود دارد؟

۱-Aged

۲-Simonetti and feereira

۳-moien

۴-feladrel

۵-Bandura

۳- اهمیت و ضرورت پژوهش

سالخوردگی جمعیت، پدیده ای است که برخی از جوامع با آن روبرو شده و برخی دیگر نیز در آینده نزدیک با آن روبه رو خواهند شد (مجد، دلاور، ۲۰۰۲؛ به نقل از باقری نسامی و همکاران، ۱۳۹۱). امروزه پدیده سالمندی با همه ابعاد روانی، اجتماعی، فرهنگی، اعتقادی و اقتصادی از جمله مسائل جدی و چالش زا برای خانواده ها به طور اخص و برای جامعه به طور اعم، در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته شده است. سالمندی دوران حساسی از زندگی است و توجه به مسایل و نیازهای این مرحله یک ضرورت اجتماعی است (مسعودی، سلیمانی، هاشمیان، ۲۰۱۰؛ به نقل از باقری نسامی و همکاران، ۱۳۹۱) در ایران جمعیت بالای ۶۰ سال تا سال ۲۰۲۰ حدود ۱۰ میلیون نفر و تا سال ۲۰۵۰ به بیش از ۲۶ میلیون نفر خواهد رسید (علی پور، سجادی، فروزان، ۲۰۱۸؛ به نقل از باقری نسامی و همکاران، ۱۳۹۱) افزایش نرخ سالمندی در ایران، هرچند هنوز به میزان کشورهای پیشرفته نرسیده، ولی با توجه به عوامل یاد شده و نیز تغییر در ساختار خانواده از گسترده به هسته ای، زندگی ماشینی، مهاجرت در پی تلاش معاش، اشتغال و ازدواج، مخصوصاً در شهرها، عنقریب سبب افزایش کم توجهی خانواده ها به سالمندان و در نتیجه برآورده نشدن نیازهای اساسی، انزوای اجتماعی و اختلالات روانی و رفتاری در آنها می شود. با توجه به رشد روزافزون سالمندی در جهان و ایران که مطابق آمار سال ۱۳۹۵، ۷/۰۶٪ از کل جمعیت کشور را شامل می شود (صالحی، ۲۰۱۷؛ رسول زاده، پهلوانیان، عموزاده خلیلی و صفوی فرخی، ۱۳۹۷) ضرورت دارد تا مسئولان مرتبط با این گروه سنی در برنامه ریزیهای بهداشتی، درمانی و مراقبتی خود به فعالیت های فردی آنان توجه خاصی بنمایند (حیدرنیا، ۱۹۹۹؛ رسول زاده و همکاران، ۱۳۹۷) لذا انجام پژوهش حاضر حائز اهمیت به شمار می رود.

۴- فرضیه تحقیق

۱- بین خودکارآمدی در سالمندان ساکن آسایشگاه و منزل تفاوت معنادار وجود دارد.

۵- روش پژوهش

روش تحقیق انتخاب شده در این مجموعه از نوع علی-مقایسه ای است. در این روش پژوهشگر به دنبال کشف بررسی روابط عوامل و شرایط خاص یا نوع رفتار که قبلاً وجود داشته یا رخ داده از طریق مطالعه نتایج حاصل از آنهاست. در تحقیق علی-مقایسه ای هدف این است که از معلول (متغیر وابسته) به علت احتمالی (متغیر مستقل) برسیم و بدین لحاظ این تحقیق گذشته نگر می باشد. این طرح تحقیق زمانی مورد استفاده قرار می گیرد که تغییر مستقل به دلیل خصیصه ای بودن یا غیراخلاقی و غیرانسانی بودن غیرقابل دستکاری است و محقق می خواهد با مطالعه متغیر وابسته (معلول) به متغیرهای مستقل تأثیرگذار (علت) دست یابد. در این پژوهش متغیرهای (خودکارآمدی، خودافشایی هیجانی و بهزیستی روانشناختی) متغیرهای وابسته و (محل سکونت سالمندان) به عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شده است (دلاور، ۱۳۸۷).

۶- جامعه آماری

جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه سالمندان (ساکن در منزل و آسایشگاه) شهر تهران تشکیل خواهند داد که به گزارش بهزیستی شهرستان تهران در سال ۱۳۹۳، حدوداً (۵۲۰۰۰ و ۱۸۳) نفر برآورد می شوند.

۷- حجم نمونه و روش نمونه گیری

که به روش نمونه گیری در دسترس استفاده شد، و با توجه به اینکه در تحقیقات علی-مقایسه ای باید هر زیر گروه حداقل ۱۵ نفر باشد (دلاور، ۱۳۸۷) برای اینکه نمونه انتخاب شده نماینده واقعی جامعه باشد و اعتبار بیرونی بالایی داشته باشد تعداد نمونه ۶۰ نفر (۳۰ نفر برای هر گروه) در نظر گرفته شد.

۸- ابزارهای پژوهش

در راستای اندازه گیری متغیرهای مورد مطالعه از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسشنامه ی خودکارآمدی عمومی شرر: آزمون خودکارآمدی عمومی توسط شرر و همکاران با هدف تهیه ی ابزاری تحقیقات بعدی و مشخص کردن سطوح متفاوت خودکارآمدی عمومی افراد جامعه در سال ۱۹۸۲ ساخته شده است. شیوه ی نمره گذاری پرسش نامه ی خودکارآمدی به این صورت است که به هر ماده از ۱ تا ۵ امتیاز تعلق می گیرد. روایی این پرسشنامه در تحقیق انجام شده توسط مقیمی فام (۱۳۷۹)، ۰/۸۲ گزارش شده است و آلفای به دست آمده رضایت بخش می باشد. در تحقیق براتی در سال ۱۳۷۵، ضریب پایایی این آزمون از طریق روش اسپیرمن- براون با طول برابر ۰/۷۶ و با طول نابرابر ۰/۷۶ و از روش دو نیمه کردن گاتمن برابر ۰/۷۶ به دست آمد. طباطبائی (۱۳۷۶) ضریب پایایی این آزمون را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۰ اعلام کرد. میزان پایایی این آزمون در تحقیق حاضر نیز با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ برآورده شده است. در تحقیق طباطبائی در سال ۱۳۷۶، به منظور ارزیابی روای سازه ای این آزمون نتایج حاصل از این وسیله مطابق روش مورد استفاده توسط گیسون و همکاران در سال ۱۹۲۹، با استفاده از روش تحلیل عاملی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و به این نتیجه رسید که فرم فارسی این وسیله با فرم انگلیسی و اصلی آن از لحاظ سازه کاملاً همخوانی دارد و از روایی سازه ای خوبی برخوردار است (ابوالقاسمی و نربمانی، ۱۳۸۴). این پرسشنامه دارای ۲۳ ماده است که ۱۷ ماده ی آن مربوط به خودکارآمدی عمومی و ۶ ماده ی دیگر مربوط به تجارب خودکارآمدی در موقعیت های اجتماعی است (نجفی و فولادچنگ، ۲۰۰۸). در پژوهش حاضر از مقیاس ۱۷ ماده ای استفاده شده است. پرسشنامه ی خودکارآمدی عقاید فردی، توانایی فرد برای غلبه بر موقعیت های مختلف را اندازه گیری می کند. این پرسشنامه بر پایه ی مقیاس پنج رتبه ای لیکرت تنظیم شده است، بدین صورت که به پاسخ کاملاً مخالف نمره ۱، و به پاسخ کاملاً موافق نمره ۵ تعلق می گیرد. نمرات بالا، نشان دهنده احساس خودکارآمدی بالا در فرد است در نمره گذاری این پرسشنامه، سوال های ۳، ۸، ۹، ۱۳ و ۱۵ در جهت موافق و مابقی سوال ها به صورت وارونه نمره گذاری می شوند (داود حیاتی و همکاران، ۱۳۹۱) این مقیاس دارای حداکثر نمره ۸۷ و حداقل نمره ۱۷ می باشد. پایانی این مقیاس در پژوهش عبدی نیا (۱۳۷۷). ۸۵٪ و در پژوهش اعرابیان و همکاران (۱۳۸۳)، ۰/۹۱ بدست آمد. در پژوهش وقری (۱۳۷۹) برای بررسی پایانی خودکارآمدی، آلفای کرونباخ ۰/۸۵ بدست آمده است. نجفی (۱۳۸۰) نیز ۳۰ نفر از آزمودنیها را به صورت تصادفی جدا کرده و آزمون خودکارآمدی را برای آنها اجرا نمود و آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۳ بدست آمد و از طریق روش اسپیرمن- براون نیز ۰/۸۳ بدست آمد در پژوهش گنجی و فراهانی (۱۳۸۸) به روش آلفای کرونباخ ضریب پایانی ۰/۸۱ بدست آمد.

۹- روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

برای تحلیل داده های این پژوهش از ابزارهای آمار توصیفی از جمله جداول فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد برای توصیف داده ها همچنین برای بررسی فرضیه ها از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) استفاده شد.

جدول (۱۲-۴) نتایج آزمون لوین در سالمندان ساکن در منزل و ساکن در آسایشگاه

P	Df2	Df1	F	
۰/۱۴۶	۵۸	۱	۲/۱۶۷	خودکار آمدی
۰/۰۰۱	۵۸	۱	۱۲/۱۸۶	افسردگی
۰/۰۱۳	۵۸	۱	۶/۵۵۸	شادی
۰/۴۴۴	۵۸	۱	۰/۵۹۴	حسادت
۰/۸۹۲	۵۸	۱	۰/۱۶۲	اضطراب
۰/۱۷۱	۵۸	۱	۱/۹۱۹	آرامش
۰/۲۳۵	۵۸	۱	۱/۴۴۰	بی حسی
۰/۸۷۶	۵۸	۱	۰/۰۲۴	ترس
۰/۰۵۸	۵۸	۱	۰/۰۲۴	خود افشایی
۰/۷۲۶	۵۸	۱	۳/۷۳۶	خودمختاری
۰/۴۵۵	۵۸	۱	۰/۵۶۵	تسلط محیطی
۰/۰۴۰	۵۸	۱	۴/۴۱۰	رشد شخصی
۰/۱۲۵	۵۸	۱	۲/۴۱۹	ارتباط مثبت با دیگران
۰/۷۰۸	۵۸	۱	۰/۱۴۲	هدف در زندگی
۰/۰۱۲	۵۸	۱	۶/۶۸۱	پذیرش خود
۰/۴۱۶	۵۸	۱	۰/۶۷۱	بهبودی روانشناختی

نتایج جدول (۴-۱۲) نشان می‌دهد که آزمون لوین معنی دار نیست. براساس این نتایج پیش فرض همگنی واریانس‌ها در متغیرهای فوق در دو گروه تایید شد. این آزمون برای هیچ کدام از متغیرها معنی دار نبود، در نتیجه استفاده از آزمون‌های پارامتریک بلامانع است. برای بررسی فرضیه‌های تحلیل واریانس از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد و سپس نتایج تحلیل واریانس متغیرهای مورد مطالعه در در سالمندان ساکن در منزل و ساکن در آسایشگاه مورد بررسی قرار گرفت.

جدول (۴-۱۳) نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیری (خودکار آمدی) در سالمندان ساکن در منزل و ساکن در آسایشگاه

نتایج	نام آزمون	مقدار	F	فرضیه df	خطا df	سطح معنی داری	مجذور اتا
محل	اثر پیلاپی	۰/۹۹۵	۳۹۳۷/۸۵۱	۳	۵۶	۰/۰۰۰	۰/۹۹۵
	لامبداویلکر	۰/۰۰۵	۳۹۳۷/۸۵۱	۳	۵۶	۰/۰۰۰	۰/۹۹۵
	اثر هتلینگ	۲۱۰/۹۵۶	۳۹۳۷/۸۵۱	۳	۵۶	۰/۰۰۰	۰/۹۹۵
	بزرگترین ریشه خطا	۲۱۰/۹۵۶	۳۹۳۷/۸۵۱	۳	۵۶	۰/۰۰۰	۰/۹۹۵
گروه	اثر پیلاپی	۰/۳۳۳	۹/۳۲۹	۳	۵۶	۰/۰۰۰	۰/۳۳۳
	لامبداویلکر	۰/۶۶۷	۹/۳۲۹	۳	۵۶	۰/۰۰۰	۰/۳۳۳
	اثر هتلینگ	۰/۵۰۰	۹/۳۲۹	۳	۵۶	۰/۰۰۰	۰/۳۳۳
	بزرگترین ریشه خطا	۰/۵۰۰	۹/۳۲۹	۳	۵۶	۰/۰۰۰	۰/۳۳۳

*** $(P < 0.001)$

نتایج جدول (۴-۱۳) نشان می‌دهد که سطوح معناداری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهند که در گروه‌های مورد مطالعه از نظر متغیرهای وابسته در مجموع معناداری وجود دارد ($P < 0.001$)، $f = 9.329$ ، $f = 0.667$ = لامبدا ویلکر). مجذور اتا نشان می‌دهد تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت ۳۳ درصد است یعنی ۳۳ درصد واریانس مربوط به اختلال بین دو گروه ناشی از تاثیر متاثر متقابل متغیرهای وابسته می‌باشد.

جدول (۴-۱۴) آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) در سالمندان ساکن در منزل و ساکن در آسایشگاه

متغیر وابسته	SS	DF	MS	F	Sig	مجدوراتا
مدل	۱۶۴۳۲۶/۶۶۷	۱	۱۶۴۳۲۶/۶۶۷	۴/۲۷۹	۰/۰۰۰	۰/۹۸۵
	۷۷۳۱۶۲/۰۱۷	۱	۷۷۳۱۶۲/۰۱۷	۱۱/۷۹۶	۰/۰۰۱	۰/۹۸۰
	۲۴۱۱۶۱۴/۰۱۷	۱	۲۴۱۱۶۱۴/۰۱۷	۱۱/۶۰۲	۰/۰۰۰	۰/۹۹۰
گروه	۱۸۷/۲۶۷	۱	۱۸۷/۲۶۷	۳۷۵۵/۱۹۹	۰/۰۴۳	۰/۰۶۹
	۳۲۴۱/۳۵۰	۱	۳۲۴۱/۳۵۰	۲۸۱۳/۶۸۰	۰/۰۰۱	۰/۱۶۹
	۴۷۷۰/۴۱۷	۱	۴۷۷۰/۴۱۷	۵۸۵۵/۰۷۴	۰/۰۰۱	۰/۱۶۷
خطا	۲۵۳۸/۰۶۷	۵۸	۴۳/۷۶۰		۰/۰۴۳	
	۱۵۹۳۷/۶۳۳	۵۸	۲۷۴/۷۸۷			
	۲۳۸۴۸/۵۶۷	۵۸	۴۱۱/۱۸۲			

نتایج جدول (۴-۱۴) نشان می دهد که میانگین نمرات خودکار آمدی ($F=3755/199$) هست. بنابراین می توان گفت بین این دو گروه از سالمندان در مولفه های یاد شده تفاوت معناداری وجود دارد.

۱۱- بحث و نتیجه گیری

فرضیه اول پژوهش

"بین خودکارآمدی در سالمندان ساکن آسایشگاه و منزل تفاوت معنادار وجود دارد".

نتایج نشان داد بین خودکارآمدی در سالمندان ساکن آسایشگاه و منزل تفاوت معنادار وجود دارد. لذا فرضیه اول مورد تایید قرار می گیرد. این فرضیه بایافته های پژوهشهای پیشین همسو می باشد، از جمله با پژوهش سهرابی و همکاران (۱۳۹۰)، وارنس (۲۰۰۰)، اندرسون و پوگارد (۲۰۰۸)، ساواندرا نایاگام و پترسون نیز در سال (۲۰۱۰) اسکنیر و کرافت (۲۰۰۹)، آکونین و همکاران (۲۰۰۹)، کوسلوسکی و همکاران (۲۰۰۹)، جینگسونگ ژائو و همکاران (۲۰۰۸)، مدرکی (۱۳۸۶)، پاستورلی و همکارانش (۲۰۰۱)، آدامز (۲۰۰۲)، طلا پناهی (۱۳۹۰) علی مصفایی (۱۳۸۸)، سارا بهرام غفاری (۱۳۸۸)، نصرتی (۱۳۸۷)، قاضی طباطبایی و طرخانی (۱۳۸۹) و پاشا و همکاران (۱۳۸۵)، به نقل از شریفی درآمدی و همکاران، (۱۳۹۰) نشان داد که بین سالمندان ساکن سرای سالمندان و ساکن در خانواده ها از نظر احساس تنهایی تفاوت معناداری وجود دارد، به این صورت که نمرات خودکارآمدی سالمندان ساکن خانه سالمندان به طور معناداری کمتر از سالمندان ساکن خانواده ها بود علاوه بر این یافته های تحقیق نشان داد که بین احساس خودکارآمدی زنان و مردان تفاوت معناداری وجود دارد. بدین صورت که احساس تنهایی مردان به طور معناداری بیشتر از زنان بود نتایج پژوهش نشان داد که زندگی با سایر اعضای خانواده بر سلامت جسمانی و روانی سالمندان تأثیر مثبت دارد بنابراین با توجه به موقعیت روانی- فرهنگی سالمندان در ایران بهترین مکان برای برآورده شدن نیازهای روانشناختی آنان خانواده است. باقری نسامی و همکاران (۱۳۹۱) به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی و خودکارآمدی رابطه مستقیم دارد لذا از طریق تقویت حمایت، استقلال و حرمت گذاری به سالمندان و به

تبع آن با بهبود وضعیت حمایت اجتماعی و خودکارآمدی می توان رضایت مندی سالمندان را افزایش داد. از سوی دیگر یافته های گوناگونی در مورد ارتباط بین خودکارآمدی با سلامت روانی سالمندان ساکن در منزل و خانه سالمندان گزارش شده است. پولسکا^۷ (۲۰۰۰) در پژوهشی نشان دادند سالمندانی که از حمایت های اجتماعی بیشتری برخوردارند و در منزل نگهداری می شوند نسبت به سالمندانی که در خانه سالمندان هستند و از حمایت های اجتماعی کمتری برخوردارند اعتماد به نفس بالاتری داشته، از سلامت روانی، بالاتری برخوردارند و طول عمر بیشتری دارند. یوسف ترکی و همکاران (۱۳۹۰) طی پژوهشی دریافتند با افزایش سن، خودکارآمدی سالمندان کاهش یافته بود. همچنین خودکارآمدی عمومی مردان ساکن سرای سالمندان بیش از زنان بود و تفاوت به دست آمده در این زمینه معنی دار بود به این صورت که زنان بطور معنی داری خودکارآمدی کمتری از مردان دارد، خودکارآمدی عمومی با سطح تحصیلات ساکنین سرای سالمندان نیز ارتباط معنادار دارد به این صورت که کمترین نمره خودکارآمدی مربوط به افراد بیسواد و بالاترین نمره خودکارآمدی مربوط به افرادی بود که تحصیلات دیپلم و بالاتر داشتند. ناکا و همکاران (۲۰۰۲) طی مطالعه ای نشان دادند، عوامل عملکرد فیزیکی، فعالیت های معمول روزانه و توانایی ورزش کردن باید در برنامه های حمایتی مورد توجه قرار گیرند. آنها نشان دادند که سالمندان نیاز به توانمندسازی دارند و باید به آنها در زمینه های گوناگون توجه گردد (به نقل از لیلی ربیعی و همکاران، ۱۳۹۰). نتایج پژوهش حسام زاده (۱۳۸۳) نشان داد که از نظر وضعیت جسمانی، رضایت از زندگی و عملکرد شناختی تفاوت معنی داری بین سالمندانی که در خانه نگهداری می شدند با سالمندان مقیم سراهای سالمندان وجود دارد. همچنین بین کیفیت زندگی در کل و وضعیت اجتماعی اختلاف معنی داری بین سالمندان مقیم خانه و سالمندان مقیم سراهای سالمندان وجود دارد. مطالعات ارتباط مثبت خودکارآمدی عمومی سالمندان مقیم برای سالمندان با سازگاری موفق با سرای سالمندان و همچنین شرکت در فعالیت های برنامه ریزی شده در سرای سالمندان را نشان داده اند (اندرسون و پوگارد، ۲۰۰۸). بهپیندر و راخی (۲۰۰۹) در پژوهشی نشان دادند که سالمندانی که تحت برنامه ارتقاء خودکارآمدی قرار گرفته بودند، عملکرد فیزیکی بهتر و رضایت بالایی از زندگی دارند. از سوی دیگر یافته های گوناگونی در مورد ارتباط بین خودکارآمدی با سلامت روانی سالمندان ساکن در منزل و خانه سالمندان گزارش شده است (به نقل از نیلوفر میکائیلی و دیگران، ۱۳۹۱). میکائیلی و دیگران (۱۳۹۱) دریافتند که بین سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان ساکن خانواده ها از لحاظ احساس تنهایی تفاوت معنی داری وجود دارد. به این صورت که نمرات احساس تنهایی سالمندان ساکن خانه سالمندان به طور معنی داری بیشتر از سالمندان ساکن خانواده ها است. همچنین نتایج پژوهش (حسام زاده، ۱۳۸۳؛ رینولدز و همکاران، ۲۰۰۸) نشان داد که بین سالمندان ساکن در سرای سالمندان و خانواده از نظر سلامت روانی و خودکارآمدی تفاوت معنی داری وجود دارد. نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر ضمن تأیید تحقیقات دیگر منطبق است و حاکی از آن است که بین سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان ساکن خانواده ها از لحاظ خودکارآمدی تفاوت معنی داری وجود دارد. به این صورت که خودکارآمدی سالمندان ساکن آسایشگاه به طور معنی داری کمتر از سالمندان ساکن خانواده ها بود. این یافته ها را می توان اینگونه تبیین کرد که بالا بودن خودکارآمدی سالمندان ساکن خانواده ها ممکن است ناشی از حمایت خانواده از سالمندان باشد که این حمایت ها آنها را قادر می سازد که با کاهش کارکردهای جسمانی و روانی شان بهتر کنار آیند. همچنین محیط زندگی سالمندانی که در خانواده ها زندگی می کنند، برقراری تعامل و ارتباطات اجتماعی لازم را تسهیل می کند و بدین طریق به افراد کمک می کند تا سلامت روانی خود را حفظ کنند.

منابع و مأخذ

منابع فارسی

- ابوالقاسمی، عباس و نریمانی، محمد. (۱۳۹۴). *آزمون های روان شناختی*. اردبیل: انتشارات باغ رضوان.
- ابراهیمی اردی، یوسف. (۱۳۹۶). نقش مکانیسم های دفاعی و تاب آوری در پیش بینی آسیب پذیری روانی مبتلا یا به آسم. پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل.
- ابراهیمی اردی، یوسف. (۱۳۹۸). نقش مکانیسم های دفاعی و تاب آوری در پیش بینی آسیب پذیری روانی مبتلا یا به آسم. پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل.
- استورانت، مارتا؛ ترجمه روان شناسی سالمندی. سامک خدا رحیمی، مشهد، استان قدس رضوی. (۱۳۹۳). چاپ اول، ص ۱۳۵ و ۱۳۶.
- احمدوند، محمدعلی. (۱۳۹۲). *بهداشت روانی*. تهران، انتشارات پیام نور.
- انجمن روانپزشکی امریکا ۲۰۱۰ قابل دسترس در سایت [motaghed 12, mihanblog.com](http://motaghed12.mihanblog.com)

منابع انگلیسی

- Abbot, r.a ploubidis, g.b Huppert f.a kuh d. wadsworth, m.e.j. & croudece t.j.(2006). *psychometric evaluation and predictive validity women*. Health and quality of life outcomes, 4 ۷۶
- Aguers w. etal b.(2003). *health needs of Hispanic elderly*. Journal of the ameican- geriatrics society: 32 (3): 231-245.
- Appellbaum s.h. hare, a. (1996). *self efficacy as a mediator of goal setting and performance, some human resource applications*. Journal of Mangaerial psychology (II) (3), 33-4۷.
- Andresen, m & puggaard, L. (2008). *autonomy physically frail older people in nursing home settings: a sudy protocol for an intervention study*. BMC geriatr. 8, 32.
- Byrne, Elizabeth. (1993). *The formation of relationships on IRC*, [www. Irchelp](http://www.Irchelp).