

April-May 2021, Volume 9, Issue 1

Predicting Coping Strategies based on Spiritual Health and Resilience in the Elderly in Tehran

Ladan Bahrami¹, Farahnaz Mohammadi-Shahboulaghi^{2*}, Abolfazl Rahgoy³,
Akbar Biglarian⁴

1- MSc of Geriatric Nursing, Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

2- Full Professor of Iranian Research Center on Aging, Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. 3- Assistant Professor, Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

4- Full Professor, Biostatistics Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

Corresponding author: Farahnaz Mohammadi-Shahboulaghi, Full Professor of Iranian Research Center on Aging, Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

E-mail: mohammadifarahnaz@gmail.com

Received: 28 Jan 2021

Accepted: 14 April 2021

Abstract

Introduction: Elderly people use various strategies called coping strategies to deal with the stresses of old age, such as facing the challenge of health-disease process and finding a better quality of life and well-being, and determining its predictors is very important in geriatric nursing. The aim of this study was to predict coping strategies based on spiritual health and resilience in the elderly in Tehran.

Methods: The present study was a descriptive correlational study that the research community consisted of the elderly referring to the parks of Tehran in the first half of 2020. According to the statistical formula, 100 eligible elderly were included in the study through available sampling. To collect data, demographic information form and questionnaires of spiritual health of Iranian elderly, resilience and coping strategies were used. The researcher entered the study daily by referring to the parks intended for the elderly and completed the questionnaires through interviews. Data were analyzed using SPSS software version 20 using descriptive and inferential statistical tests.

Results: The mean age of the samples was 69.90 ± 6.61 years. 61% of them were men, 80% were married, and 42% were retired. The level of spiritual health of the elderly (72.64 ± 3.61) was high; resilience (48.96 ± 8.32) was moderate to low. The score of problem-oriented strategy was 61.22 ± 3.33 , emotion-oriented strategy was 54.61 ± 4.17 and avoidance strategy was 59.31 ± 5.15 , and problem-oriented strategy was predominant in the elderly. The relationship between spiritual health and resilience was significant and direct with all coping strategies and The components of spiritual health and resilience explained %32 and %2.5 of the variance of problem-oriented coping strategy, %38.4 and %6.6 of emotion-centered coping strategies and %45.5 and %16.5 of avoidance coping strategies in the elderly, respectively.

Conclusions: Given the importance of using coping strategies in the elderly and the relationship between spiritual health and resilience, promoting their spiritual health and resilience can be one of the effective suggestions to promote the use of coping strategies in them.

Keywords: Resilience, Elderly, Spiritual health, Coping strategies.

پیش بینی راهبردهای مقابله ای بر اساس سلامت معنوی و تاب آوری در سالمندان شهر تهران

لادن بهرامی^۱، فرحناز محمدی شاهبلاغی^{۲*}، ابوالفضل ره گویی^۳، اکبر بیگلریان^۴

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، تهران، ایران.
 ۲- استاد، مرکز تحقیقات سالمندی، گروه آموزشی پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، تهران، ایران.
 ۳- مربی، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، تهران، ایران.
 ۴- استاد، گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، تهران، ایران.
نویسنده مسئول: فرحناز محمدی شاهبلاغی، استاد، مرکز تحقیقات سالمندی، گروه آموزشی پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، تهران، ایران.
ایمیل: mohammadifarahnaz@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۱/۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱/۲۵

چکیده

مقدمه: سالمندان برای رویارویی با استرس های دوره سالمندی مانند مواجهه با چالش سلامتی- بیماری و یافتن کیفیت زندگی و رفاه بهتر از راهبردهای مختلفی تحت عنوان راهبردهای مقابله ای استفاده می کنند که تعیین پیش بینی کننده های آن در پرستاری سالمندی بسیار حائز اهمیت است. هدف از مطالعه ی حاضر پیش بینی راهبردهای مقابله ای بر اساس سلامت معنوی و تاب آوری در سالمندان شهر تهران بود.

روش کار: مطالعه ی حاضر یک مطالعه ی توصیفی از نوع همبستگی بود که جامعه ی پژوهشی آن را سالمندان مراجعه کننده به پارک های شهر تهران در نیمه ی اول سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. بر اساس فرمول آماری ۱۰۰ نفر از سالمندان واجد شرایط از طریق نمونه گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. جهت جمع آوری داده ها از فرم اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه های سلامت معنوی سالمندان ایرانی، تاب آوری و راهبرد های مقابله ای استفاده شد. محقق روزانه با مراجعه به پارک های مدنظر سالمندان را وارد مطالعه نموده و از طریق مصاحبه پرسشنامه ها را تکمیل نمود. داده ها با نرم افزار آماری SPSS نسخه ی ۲۰ و با استفاده از آزمون های آماری توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: میانگین سنی نمونه ها $69/90 \pm 6/61$ سال بود. ۶۱ درصد آن ها مرد، ۸۰ درصد متاهل، ۴۲ درصد بازنشسته بودند. میزان سلامت معنوی سالمندان ($72/64 \pm 3/61$) در حد بالا، تاب آوری ($48/96 \pm 8/32$) در حد متوسط رو به پایین بدست آمد. نمره ی راهبرد مساله مدار $3/33 \pm 6/22$ ، راهبرد هیجان مدار $4/17 \pm 5/61$ و راهبرد اجتنابی $5/31 \pm 5/15$ بود و راهبرد مساله مدار در سالمندان غالب بود. ارتباط سلامت معنوی و تاب آوری با تمام راهبردهای مقابله ای معنی دار و مستقیم بود و مولفه سلامت معنوی و تاب آوری به ترتیب ۳۲ و ۲/۵ از واریانس راهبرد مقابله ای مساله مدار، ۳۸/۴ و ۶/۶ درصد راهبرد مقابله ای هیجان مدار و ۴۵/۵ و ۱۶/۵ درصد راهبرد مقابله ای اجتنابی را در سالمندان تبیین می نمود. **نتیجه گیری:** با توجه به اهمیت استفاده از راهبردهای مقابله ای در سالمندان و ارتباط سلامت معنوی و تاب آوری، ارتقای سلامت معنوی و تاب آوری آنان می تواند به عنوان یکی از پیشنهاد های موثر برای ارتقای استفاده از راهبردهای مقابله ای در آنها باشد.

کلیدواژه ها: تاب آوری، سالمند، سلامت معنوی، راهبردهای مقابله ای.

مقدمه

پدیده سالمندی که معمولاً از دیدگاه سن تقویمی بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی از ۶۰ سالگی به بعد اطلاق می‌شود، نتیجه سیر طبیعی زمان است که به تغییرات فیزیولوژیکی، روانی و اجتماعی در سالمندان منجر می‌شود (۱). در طی پنجاه سال گذشته افزایش چشمگیری در جمعیت سالمندان جهان اتفاق افتاده است. جمعیت و ویژگی‌های مرتبط با آن زیربنای هرگونه سیاست‌گذاری بهداشتی است (۲). افزایش جمعیت سالمندان، واقعیت انکارناپذیر جوامع کنونی است. پیش بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰، تعداد افراد ۶۰ سال به بالا که در سال ۲۰۱۹ تعداد آنها یک میلیارد نفر بود، با ۳۴ درصد افزایش به ۱/۴ میلیارد نفر برسد (۳). تعدد و تنوع استرس‌هایی که افراد در دوران سالمندی با آن روبرو می‌شوند، بسیار زیاد بوده و اگرچه افراد به صورت هدفمند به مشکلات خود پاسخ می‌دهند اما آن‌ها لزوماً بهترین پاسخ را انتخاب نمی‌کنند (۴). سالمندان برای رویارویی با استرس‌های دوره سالمندی مانند مواجهه با چالش سلامتی-بیماری و یافتن کیفیت زندگی و رفاه بهتر از راهبردهای مختلفی تحت عنوان راهبردهای مقابله‌ای استفاده می‌کنند (۵). راهبردهای مقابله‌ای، روش‌های رفتاری-شناختی هستند که افراد به منظور کاهش و مدیریت استرس به کار می‌گیرند (۶). در مطالعات مختلف، استفاده موثر و بکارگیری انواع مختلف راهبردهای مقابله‌ای با متغیرهایی مورد بررسی قرار گرفته است به گونه‌ای که هر چه فرد راهبرد مقابله مساله مدار را بیشتر به کار بگیرد از سلامت بالاتری برخوردار است و بالعکس راهبرد هیجان مداری سبب افزایش علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی می‌شود (۷، ۸). یکی از عوامل مهمی که همراه با راهبردهای مقابله‌ای در مقابله با مشکلات مطرح بوده است سلامت معنوی می‌باشد (۹). مطالعات نشان داده‌اند که نیروهای معنوی در سالمندان به آرامش، نیرو و نشاط وصف‌ناپذیر منجر می‌شود (۱۰) و سالمندان بیماری که اعتقادات مذهبی و معنوی بیشتری دارند با مشکلات شناختی کمتری روبه‌رو هستند (۱۱). ارتقای تاب‌آوری افراد و مخصوصاً سالمندان از دیگر مفاهیمی است که برای سازگاری این افراد با مشکلات دوران پیری مطرح بوده است (۱۲). تاب‌آوری به فرایند پویای انطباق و سازگاری مثبت باتجربه‌های تلخ و ناگوار گفته می‌شود و شامل مهارت‌ها و خصوصیات و توانایی

هایی است که فرد را قادر می‌کند با سختی‌ها، دشواری‌ها و چالش‌های زندگی سازگار باشد (۱۳). سالمندان زمانی تاب‌آور در نظر گرفته می‌شوند که نه تنها در مقابل مشقت و سختی تسلیم نشوند، بلکه ظرفیت سازگاری موفق را که با مدیریت وقایع استرس‌زا امکان‌پذیر است را کسب نمایند و سطوح قبلی یا اولیه از بهزیستی عینی یا ذهنی را پس از قرار گرفتن در معرض یک اتفاق ناگوار مجدداً کسب نمایند (۱۴). با تغییرات در زندگی سالمندان و بیشتر شدن مشکلات آنان، باید تغییراتی به صورت متقابل در حیطه‌ی مراقبت از آنان هم ایجاد شود و مراقبان سلامت بتوانند پاسخگوی نیازهای آنان باشند. اما این مهم میسر نخواهد بود مگر اینکه پرستاران متخصص در حیطه‌ی سالمندی به صورت اختصاصی به تمام جنبه‌های زندگی و مباحث روانشناختی آنان توجه نموده و علاوه بر تحقیق و پژوهش در این زمینه‌ها از نتایج آنها در بالین و حین مراقبت از سالمندان استفاده نمایند (۱۵).

کدیور و همکاران ارتقای سلامت معنوی را در استفاده از راهبرد مساله مدار در مادران دارای نوزاد بستری موثر می‌دانند (۱۶). مظلوم بفرولی و همکاران با مطالعه بر روی بیماران دیابتی اعلام نمودند که افراد تاب‌آور از راهبرد مناسب تری در شرایط مختلف استفاده می‌نمایند (۱۷). باوجود اهمیت بالای سلامت معنوی، تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای در کنترل و سازگاری با مشکلات در تمام طول زندگی اما این عوامل در سالمندان به خاطر ابتلا به انواع بیماری‌های مزمن، از دست دادن استقلال و افزایش عوامل استرس‌زا اهمیت بالاتری دارد (۱۸). با وجود آسیب‌پذیری سالمندان اما در زمینه بررسی ارتباط مفاهیم سلامت معنوی و تاب‌آوری با راهبردهای مقابله‌ای در این افراد تا کنون مطالعه‌ای انجام نشده است. لذا انجام مطالعاتی که منجر به شناخت و شفاف‌سازی بیشتری در رابطه با هرکدام از این مفاهیم و چگونگی ارتباط آنها با هم شود، می‌تواند گام موثری در کمک به بهبود وضعیت زندگی سالمندان باشد. شناخت اینکه چگونه این متغیرها می‌توانند بر راهبردهای مقابله‌ای اثر بگذارند برای تسهیل توسعه و طراحی برنامه‌های مداخله‌ای، جهت افزایش استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مثبت در سالمندان به عنوان خلا بوده و لذا محقق بر آن شد تا مطالعه‌ای با هدف تعیین ارتباط بین سلامت معنوی و تاب‌آوری با راهبردهای مقابله‌ای در سالمندان شهر تهران انجام دهد.

نظرگرفتن ضریب اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و رابطه‌ای برابر با ۰/۴۱ بین سلامت معنوی با راهبردهای مقابله‌ای در مطالعه‌ی مظلوم بفرویی و همکاران (۱۷) و احتمال ریزش، حجم نمونه‌ای برابر با ۱۰۰ نفر تعیین شد.

$$n = \left(\frac{Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta}}{\frac{1}{2} \ln \left(\frac{1+r}{1-r} \right)} \right)^2 + 3 = \left(\frac{1.96 + 0.84}{\frac{1}{2} \ln \left(\frac{1+0.41}{1-0.41} \right)} \right)^2 + 3 \approx 45$$

طبقه‌ای برای کل مقیاس ۰/۹۱۸ بود، لذا این مقیاس از ثبات زمانی مناسبی برخوردار است (۱۹). در مطالعه‌ی حاضر به روایی انجام شده توسط محققان دیگر استناد شده اما برای پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که میزان آلفای کرونباخ برای پرسشنامه سلامت معنوی ۰/۷۶ بدست آمد. برای سنجش راهبرد های مقابله‌ای از پرسشنامه‌ی اندلر و پارکر (۱۹۹۰) بهره گرفته شد. این مقیاس سه سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتناب‌مدار (هر کدام ۱۶ گویه و دامنه‌ی نمره بین ۸۰-۱۶) را ارزیابی می‌کند. سبک غالب هر فرد با توجه به نمره او در هر یک از ابعاد سه‌گانه سبک‌های مقابله‌ای تعیین می‌شود. شامل ۴۸ گویه بوده که گویه‌های آن بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت (از اصلا (نمره ۱) تا همیشه (نمره ۵) نمره‌گذاری می‌شوند (۵). اگر آزمودنی تعداد ۵ سؤال یا کمتر از ۵ سؤال را جواب نداده باشد در زمان نمره‌گذاری پژوهشگر می‌تواند برای این سؤالات گزینه ۳ را علامت بزند (۲۰). روایی و پایایی این ابزار توسط قریشی راد (۱۳۸۹) انجام و تایید شده است (۲۱). هاشمی زرنی و همکاران (۱۳۹۶)، آلفای کرونباخ راهبردهای اجتنابی، هیجان‌مدار و مسئله‌مدار به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۸۲ و ۰/۷۹ محاسبه نمودند (۵). در مطالعه‌ی حاضر میزان آلفای کرونباخ راهبردهای اجتنابی، هیجان‌مدار و مسئله‌مدار به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۹ و ۰/۷۷ بدست آمد. برای سنجش تاب‌آوری از پرسشنامه‌ی کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) که ۲۵ گویه در یک مقیاس ۵ نقطه‌ای از صفر تا ۴ دارد استفاده شد. حداکثر نمره ۱۰۰ و حداقل نمره صفر می‌باشد و نمره‌ی هر آزمودنی برابر مجموع نمرات از هر یک از سؤالات است. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، روایی آن را تایید و پایایی آزمون _ باز آزمون این پرسشنامه را ۰/۸۷ گزارش کردند (۲۲). روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران توسط محمدی (۱۳۸۵) تایید شده است (۲۳). در مطالعه‌ی حاضر میزان آلفای کرونباخ

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد که جامعه‌ی آماری آن را تمام سالمندان شهر تهران در نیمه‌ی اول سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. حجم نمونه با در

روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بوده و به منظور نمونه‌گیری از هر یک از مناطق شمال جنوب غرب و شرق تهران یک پارک که بر اساس اطلاعات شهرداری محل تجمع سالمندان بود انتخاب شد. محقق به همراه یک پژوهشگر دیگر روزانه با مراجعه به پارک های تهران سالمندان واجد شرایط را پس از توضیح اهداف پژوهش و اخذ رضایت نامه‌ی کتبی وارد مطالعه می‌نمود. معیارهای ورود به مطالعه عدم ابتلا به بیماری های روانی و اختلالات شناختی، سن بالای ۶۰ سال، عدم بستری در بیمارستان یا ساکن سراهای سالمندان، برخورداری از سلامت شناختی و معیارهای خروج هم شامل تکمیل ناقص پرسشنامه ها و انصراف از ادامه‌ی همکاری بود. جهت جمع‌آوری داده‌ها از یک فرم و سه پرسشنامه استفاده شد. فرم مشخصات دموگرافیک سالمندان شامل متغیرهای سن، جنس، وضعیت تاهل، تحصیلات، شغل قبلی، درآمد ماهیانه، تعداد فرزندان، وضعیت همزیستی، بیماری زمینه‌ای، سلامت شناختی و داشتن رضایت از حمایت خانواده و اطرافیان بود. پرسشنامه سلامت معنوی سالمندان ایرانی عجم زبید و همکاران (۱۳۹۵) شامل ۲۰ گویه می‌باشد که به صورت لیکرت ۵ نمره‌ای از ۱ تا ۵ نمره دریافت می‌نمایند به این صورت که گزینه‌ی خیلی زیاد نمره ۵، زیاد=۴، متوسط = ۳، کم = ۲ و خیلی کم = ۱ را دریافت می‌نمایند. مجموع نمرات بین ۲۰ تا ۱۰۰ بوده و نمره‌ی بالاتر نشانگر سلامت معنوی بالاتر است. از ویژگی‌های این مقیاس این است که بر اساس دیدگاه سالمندان درباره‌ی سلامت معنوی طراحی شده و منحصر در جمعیت سالمندان به کار برده می‌شود نتایج روانسنجی نشان داد که مقیاس سلامت معنوی سالمندان ایرانی از همسانی درونی خوبی برخوردار است (۰/۸۹۳). همچنین نتایج نشان داد که ضریب همبستگی پیرسون بین دو آزمون ۰/۸۴۷ و در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار است. مقدار ضریب همبستگی درون

یافته ها

پرسشنامه ی تمام ۱۰۰ نفر شرکت کننده قابل تجزیه و تحلیل بود. ۶۱ درصد از نمونه های پژوهش مرد، ۸۰ درصد متاهل، ۴۲ درصد بازنشسته با میانگین سنی آنها $69/90 \pm 6/61$ سال بودند. ۶۵ درصد درآمد ماهیانه تاحدی کافی داشته و اکثرا با همسر زندگی می کردند. ۹۰ درصد نمونه ها هم از حمایت خانواده و اطرافیان رضایت داشتند (جدول ۱).

برای پرسشنامه تاب آوری $0/78$ بدست آمد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار آماری SPSS نسخه ی ۱۹ و آزمون های آماری استفاده شد. جهت رعایت اخلاق در پژوهش، محقق ضمن تایید انجام پژوهش از طرف کمیته ی اخلاق دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی با کد اخلاق USWR. REC.1399.132 و کسب مجوز اجرا، اهداف پژوهش را برای نمونه ها تشریح کرده و یادآور شد که شرکت در مطالعه کاملا اختیاری است و اطلاعات شرکت کنندگان محرمانه می ماند. همچنین محقق در هنگام پرکردن پرسشنامه در کنار بیماران بوده و به سوالات آنان پاسخ داد.

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک سالمندان شرکت کننده در مطالعه

متغیر	دسته بندی	مرد		زن		کل
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
سن	۶۰-۷۰ سال	۲۸	۲۸	۳۳	۳۳	۶۱
	۷۱-۸۰ سال	۲۳	۲۳	۵	۵	۲۸
	۸۱-۹۰ سال	۱۰	۱۰	۱	۱	۱۱
وضعیت تاهل	متاهل	۴۷	۷۷	۳۳	۸۴/۶	۸۰
	بیوه	۱۳	۲۱/۳	۴	۱۰/۳	۱۷
	مطلقه	۱	۱/۶	۲	۵/۱	۳
تحصیلات	زیردیپلم	۲۳	۳۷/۷	۴	۱۰/۳	۲۷
	دیپلم	۱۷	۲۷/۹	۱۹	۴۸/۷	۳۶
	دانشگاهی	۲۱	۳۴/۴	۱۶	۴۱	۳۷
شغل	بیکار	۷	۱۱/۵	۵	۱۲/۸	۱۲
	ازکارافتاده	۱۰	۱۶/۴	۰	۰	۱۰
	بازنشسته	۲۵	۴۱	۱۷	۴۳/۶	۴۲
وضعیت همزیستی	خانۀ دار	۰	۰	۱۷	۴۳/۶	۱۷
	آزاد	۱۹	۳۱/۱	۰	۰	۱۹
	کافی	۸	۱۳/۱	۳	۷/۷	۱۱
رضایت از حمایت خانواده و اطرافیان	تاحدودی کافی	۳۸	۶۲/۳	۲۷	۶۹/۲	۶۵
	ناکافی	۱۵	۲۴/۶	۹	۲۳/۱	۲۴
	تنها	۹	۱۴/۸	۹	۲۳/۱	۱۸
وضعیت همزیستی	باهمسر	۳۸	۶۲/۳	۲۷	۶۹/۲	۶۵
	باهمسر و فرزندان	۱۴	۲۳	۳	۷/۷	۱۷
	بله	۵۶	۹۱/۸	۳۴	۸۷/۲	۹۰
	خیر	۵	۸/۲	۵	۱۲/۸	۱۰

لادن بهرامی و همکاران

۳/۳۳ ± ۶۱/۲۲، راهبرد هیجان مدار ۴/۱۷ ± ۵۴/۶۱ و راهبرد
اجتنابی ۵/۱۵ ± ۵۹/۳۱ بود و راهبرد مساله مدار در سالمندان
غالب بود (جدول ۲).

میانگین و انحراف معیار سلامت معنوی در سالمندان ۳/۶۱ ±
۷۲/۶۴ یعنی در حد بالا و تاب آوری ۸/۳۲ ± ۴۸/۹۶ در حد
متوسط رو به پایین بدست آمد. نمره ی راهبرد مساله مدار

جدول ۲. ویژگی های توصیفی سلامت معنوی، تاب آوری و راهبردهای مقابله ای در سالمندان

متغیر	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار	نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف
باور معنوی	۱۶	۲۵	۲۱/۲۳	۱/۸۶	$Z = ۰/۱۴ \quad p < ۰/۰۰۱$
خدا محوری	۱۵	۲۳	۱۸/۸۴	۱/۷۳	$Z = ۰/۱۳ \quad p < ۰/۰۰۱$
دیگرخواهی	۱۰	۱۹	۱۴/۳۱	۱/۷۴	$Z = ۰/۱۴ \quad p < ۰/۰۰۱$
سلوک معنوی	۸	۱۶	۱۱/۷۹	۱/۸۶	$Z = ۰/۱۴ \quad p < ۰/۰۰۱$
معناداری زندگی	۴	۹	۶/۴۷	۱/۱۵	$Z = ۰/۱۹ \quad p < ۰/۰۰۱$
کل سلامت معنوی	۶۳	۸۳	۷۲/۶۴	۳/۶۱	$Z = ۰/۱۲ \quad p < ۰/۰۰۱$
تاب آوری	۳۰	۸۷	۴۸/۹۶	۸/۳۲	$Z = ۰/۰۷ \quad p = ۰/۱۶$
راهبرد های مساله مدار	۵۳	۷۱	۶۱/۲۲	۳/۳۳	$Z = ۰/۰۷ \quad p = ۰/۱۴$
راهبرد های هیجان مدار	۴۴	۶۳	۵۴/۶۱	۴/۱۷	$Z = ۰/۰۸ \quad p = ۰/۰۵$
راهبرد های اجتنابی	۴۹	۷۱	۵۹/۳۱	۵/۱۵	$Z = ۰/۰۸ \quad p = ۰/۰۵$

راهبردهای مقابله ای مساله مدار، ۳۸/۴ درصد از واریانس
متغیر راهبردهای مقابله ای هیجان مدار و ۴۵/۵ درصد از
واریانس متغیر راهبردهای مقابله ای اجتنابی سالمندان را
تبیین می کند (جدول ۳).

با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون، ارتباط سلامت
معنوی با تمام راهبردهای مقابله ای در سالمندان شهر
تهران معنی دار و مستقیم بدست آمد. با توجه به میزان
 R^2 موجود می توان نتیجه گرفت که مولفه سلامت معنوی
در مدل ارایه شده در حدود ۳۲ درصد از واریانس متغیر

جدول ۳. نتایج ضرایب رگرسیون خطی انواع راهبردهای مقابله ای سالمندان از روی سلامت معنوی

متغیر ملاک	پیش بین	ضرایب غیر استاندارد		ضرایب استاندارد بتا	t	P	ضریب همبستگی پیرسون	
		خطای استاندارد	برآورد ضرایب				P	Z
راهبرد مساله مدار	اثر ثابت		۲۱/۲۹	-	۳/۵۹	۰/۰۰۱		
	سلامت معنوی		۰/۵۵	۰/۵۶	۶/۷۵	< ۰/۰۰۱	۰/۵۰۲	< ۰/۰۰۱
	R		۰/۵۶	R^2			۰/۳۱	
راهبرد هیجان مدار	اثر ثابت		۰/۴۱	-	۰/۰۵	۰/۹۵		
	سلامت معنوی		۰/۷۵	۰/۶۲	۷/۸۱	< ۰/۰۰۱	۰/۵۵۶	< ۰/۰۰۱
	R		۰/۶۲	R^2			۰/۳۸	
راهبرد اجتنابی	اثر ثابت		۱۴/۵۹	-	۱/۷۸	۰/۰۷		
	سلامت معنوی		۱/۰۱	۰/۶۷	۹/۰۴	< ۰/۰۰۱	۰/۶۳۷	< ۰/۰۰۱
	R		۰/۶۷	R^2			۰/۴۵	

می توان نتیجه گرفت که مولفه تاب آوری در مدل ارایه
شده در حدود ۲/۵ درصد از واریانس متغیر راهبردهای مقابله
ای مساله مدار، ۶/۶ درصد از واریانس متغیر راهبردهای

با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون، ارتباط تاب آوری با
تمام راهبردهای مقابله ای در سالمندان شهر تهران معنی
دار و مستقیم بدست آمد. با توجه به میزان R^2 موجود

مقابله ای هیجان مدار و ۱۶/۵ درصد از واریانس متغیر
راهبردهای مقابله ای اجتنابی سالمندان را تبیین می کند.
(جدول ۴).

جدول ۴: نتایج ضرایب رگرسیون خطی انواع راهبردهای مقابله ای سالمندان از روی تاب آوری

متغیر ملاک	پیش بین	ضرایب غیر استاندارد		ضرایب استاندارد بتا	t	P	ضریب همبستگی پیرسون	
		خطای استاندارد	برآورد ضرایب				P	Z
راهبرد مساله مدار	اثر ثابت	۱/۹۸	۵۸/۰۹	-	۳۹۱/۳	۰/۰۰۱		
	تاب آوری	۰/۰۴	۰/۰۶	۰/۱۵	۱/۵۹	۰/۱۱	۰/۲۵۶	<۰/۰۰۱
	R		۰/۱۵	R ²		۰/۰۲۵		
راهبرد هیجان مدار	اثر ثابت	۲/۴۳	۴۸/۳۱	-	۱۹/۸۷	۰/۰۰۱		
	تاب آوری	۰/۰۴	۰/۱۲	۰/۲۵	۲/۶۲	۰/۰۱	۰/۳۸۳	<۰/۰۰۱
	R		۰/۲۵	R ²		۰/۰۶		
راهبرد اجتنابی	اثر ثابت	۲/۸۳	۴۶/۹۹	-	۱۶/۵۷	۰/۰۰۱		
	تاب آوری	۰/۰۵	۰/۲۵	۰/۴۰	۴/۴۰	<۰/۰۰۱	۰/۱۸	۰/۰۰۱
	R		۰/۴۰	R ²		۰/۱۶		

بحث

براساس نتایج حاصل از مطالعه، ارتباط سلامت معنوی با تمام راهبردهای مقابله ای در سالمندان شهر تهران معنی دار و مستقیم بدست آمد و مولفه سلامت معنوی در مدل ارائه شده در حدود ۳۲ درصد از واریانس متغیر راهبردهای مقابله ای مساله مدار، ۳۸/۴ درصد از واریانس متغیر راهبردهای مقابله ای هیجان مدار و ۴۵/۵ درصد از واریانس متغیر راهبردهای مقابله ای اجتنابی سالمندان را تبیین می نمود. امیری راد و امیری (۱۳۹۷) در یک مطالعه به این نتیجه رسیدند که سلامت معنوی ۸۶ درصد و معنایابی ۱۷ درصد از واریانس متغیر اضطراب مرگ سالمندان را تبیین می نمودند (۲۴). گلی و همکاران (۱۳۹۵) هم نشان دادند که به ازای یک واحد تغییر در انحراف معیار متغیر سلامت معنوی در رابطه با خود و دیگران، انحراف معیار متغیر سالمندی موفق ۱۷ درصد و ۲۱ درصد تغییر می کرد (۲۵). مطالعه ای توسط جعفری پور و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد که بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی در سالمندان رابطه ی مستقیم و مثبت و معنی داری وجود دارد (۲۶). افراسیابی و همکاران (۱۳۹۶) رابطه بین سلامت معنوی با کیفیت زندگی سالمندان را معنی دار گزارش نمودند (۲۷). نتایج حاصل از مطالعه ی رضایی و همکاران (۱۳۹۵) نشان داد که سلامت معنوی و نگرش مذهبی تأثیر بسزایی در تأمین رضایت

از زندگی سالمندان سرطانی دارد (۲۸). جدیدی و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه ای تحت عنوان بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی سالمندان مقیم آسایشگاه کهریزک، نشان دادند که سلامت معنوی همبستگی معنی داری با کیفیت زندگی سالمندان دارد (۲۹). از آنجا که هیچ مطالعه ای یافت نشد تا ارتباط معکوس یا نداشتن ارتباط بین این دو متغیر را نشان دهد لذا با احتمال بالا می توان ذکر نمود که سلامت معنوی همطور که بر بسیاری از مولفه های دوران زندگی موثر و مفید است در سالمندان و بر روی راهبردهای مقابله ای آنان هم موثر بوده و می تواند پیش بینی کننده آن باشد. در گذشته اثرات سلامت معنوی بر راهبردهای مقابله ای با مشکلات کمتر مورد توجه بوده است و مخصوصاً در سالمندان به آن توجه چندانی نشده است اما به خاطر شرایط حاکم بر وضعیت زندگی در سالمندی، ابتلا به انواع بیماری های مزمن، کاهش عملکرد، استقلال و حمایت اجتماعی و همچنین مشکلات مادی می توان به اهمیت استفاده از راهبردهای مقابله ای پی برد. از طرفی با وجود یک نیروی محرک و موثر به نام سلامت معنوی با وجود اثبات رابطه ی آن با راهبردهای مقابله ای می توان با تاکید بر سلامت معنوی و ارتقای آن و برنامه ریزی در جهت اجرای مداخلات موثر می توان گام بلندی را در این راستا برداشت. از دیگر نتایج مطالعه ی حاضر این بود که ارتباط تاب

لادن بهرامی و همکاران

انسان ها و مخصوصا در زمان سالمندی است. حتی می توان گفت متغیر تاب آوری به عنوان متغیر واسطه عمل می نماید و سلامت معنوی علاوه بر اثر مستقیم بر روی خود راهبردهای مقابله ای می تواند از طریق ارتقای تاب آوری سالمندان به مقابله ی آنها با استرسورها کمک نماید. از محدودیت های این مطالعه می توان به انجام مطالعه مقارن با ایام اپیدمی وسیع کرونا در شهر تهران اشاره کرد که این امر دسترسی به نمونه های پژوهش را با چالش جدی روبرو ساخت. یکی دیگر از محدودیت های پژوهش حاضر تعداد زیاد سوالات بود که ممکن بود باعث خستگی سالمند شده و بر نتایج اثر گذاشته باشد لذا محقق سعی نمود زمان کافی برای پاسخگویی به سوالات در اختیار ایشان قرار گیرد.

نتیجه گیری

یافته های پژوهش حاضر ضمن تایید و حمایت از فرضیه تحقیق نشان داد که رابطه ی بین سلامت معنوی و تاب آوری با انواع راهبردهای مقابله ای در سالمندان شهر تهران مستقیم و معنی دار بوده یعنی با افزایش سلامت معنوی و تاب آوری، این افراد از همه انواع راهبردهای مقابله ای بیشتر استفاده می نمایند. استفاده از راهبردهای مقابله ای مفید و کمک کننده است اما این که بتوان در شرایط مختلف از راهبرد متناسب استفاده نمود مهم است. همچنین بر اساس تحقیقات استفاده از راهبرد مساله مدار اهمیت بیشتری در کنترل مشکلات دارد لذا باید علاوه بر ارتقای سلامت معنوی و تاب آوری سالمندان تدابیری برای ارتقای استفاده ی بیشتر از راهبرد مساله مدار اندیشیده شود.

سیاسگزاری

این مطالعه بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد مصوب در تاریخ ۹۹/۰۴/۲۵ در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران با شماره ثبت ۹۳۱۶۹۹۰۰۴ می باشد که در پارک های ملت، ولایت، چیتگر، لویزان و دانشجو شهر تهران انجام گردید. لذا از تحصیلات تکمیلی دانشگاه و همکاری صمیمانه ی سالمندان محترمی که بدون همکاری آنها این تحقیق ممکن نبود نهایت سپاسگزاری به عمل می آید.

تضاد منافع

بین نویسندگان مقاله حاضر هیچ تضاد منافی وجود ندارد.

آوری با تمام راهبردهای مقابله ای در سالمندان معنی دار و مستقیم است و مولفه تاب آوری حدود ۲/۵ درصد از واریانس متغیر راهبردهای مقابله ای مساله مدار، ۶/۶ درصد از واریانس متغیر راهبردهای مقابله ای هیجان مدار و ۱۶/۵ درصد از واریانس متغیر راهبردهای مقابله ای اجتنابی سالمندان را تبیین می کند. مرادی و همکاران (۱۳۹۹) در مطالعه ی خود به این نتیجه رسیدند که تاب آوری قادر به پیش بینی رضایت از زندگی در سالمندان خواهد بود (۳۰). نتیجه ی مطالعه ی بی طرفان و همکاران (۲۰۱۸) حاکی از این بود که تاب آوری بالا و ارتباط با خدا به صورت معنی داری در کاهش اضطراب مرگ سالمندان موثر می باشد (۴). بر اساس نتایج حاصل از پژوهش Sampedro-Piquero و همکاران (۲۰۱۸) مشخص شد که افراد با تاب آوری بالا در مقابله با شرایط استرس زا بهتر عمل می کنند (۳۱). Gerino و همکاران (۲۰۱۷) با انجام مطالعه بر روی سالمندان ایتالیایی نشان دادند که برخورداری سالمندان از سطح بالای تاب آوری در ارتقای کیفیت زندگی و کاهش افسردگی و اضطراب همراه است (۳۲). نتایج مطالعه ی مروری MacLeod و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد که برخورداری از میزان تاب آوری بالا اثرات مثبتی به دنبال دارد که از جمله ی آنها می توان به بهره مندی از یک سالمندی موفق با طول عمر بالا و پایین بودن میزان افسردگی اشاره کرد (۳۳). مطالعه ی مظلوم بفرولی و همکاران (۱۳۹۲) هم که تحت عنوان رابطه ساده و چندگانه تاب آوری و سرسختی با سبک های مقابله هیجان مدار و مساله مدار در بیماران مبتلا به دیابت شهر یزد انجام شد متغیر تاب آوری فقط یک درصد راهبرد مساله مدار را پیش بینی می نمود (۱۷). تحقیقات در مورد تاب آوری با این واقعیت شروع می شود که افراد با وجود تجربه خطرات و مشکلات و اثرگذاری منفی بر زندگی آنها اما در برخورد با مشکلات دیگر عملکرد مناسبی از خود نشان دهند (۳۴). اما مورد قابل توجه سن افراد و میزان مشکلات و عوامل استرس زاست. انسان در هر دوره ای از زندگی با مسایل و مشکلات خاص آن دوره مواجه است اما شدت مشکلات و استرس ها از یک طرف و بهره مندی از حمایت و استفاده از راهکارهای مقابله و داشتن ابزار مناسب از طرف دیگر در سالمندی نسبت به سایر دوران ها متفاوت بوده و این مساله ی تاب آوری را بیشتر نمایان می سازد. یافته های مطالعه و تاییداتی که توسط مطالعات مشابه بدست آمده است، موید یکی دیگر از اثرات مفید سلامت معنوی در زندگی

References

1. Segal DL, Qualls SH, Smyer MA. Aging and mental health: John Wiley & Sons; 2018. <https://doi.org/10.1002/9781119133186>
2. Miri N, Maddah M, Raghfar H. Aging and Economic Growth. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2019;13(5):626-37. <https://doi.org/10.32598/SIJA.13.Special-Issue.626>
3. Ghiai MM, Khodae Z. Analysis of Factors Affecting the Growth of Elderly Life Expectancy; Case Study: Nursing homes in Karaj. *Social Welfare Quarterly*. 2019; 19 (73):301-39. <https://doi.org/10.29252/refahj.19.73.301>
4. Bitarafan L, Kazemi M, Yousefi Afrashte M. Relationship between styles of attachment to god and death anxiety resilience in the elderly. *Iranian Journal of Ageing*. 2018;12(4):446-57. <https://doi.org/10.21859/sija.12.4.446>
5. Hashemi Razini H, Baheshmat Juybari S, Ramshini M. Relationship between coping strategies and locus of control with the anxiety of death in old people. *Iranian Journal of Ageing*. 2017;12(2):232-41. <https://doi.org/10.21859/sija-1202232>
6. Baqutayan SMS. Stress and coping mechanisms: A historical overview. *Mediterranean Journal of Social Sciences*. 2015; 6 (2 S1):479. <https://doi.org/10.5901/mjss.2015.v6n2s1p479>
7. Livarjani S, Najarpourostadi S, Zafaranchizadehm M, Esmkhani H. Investigating the relationship between public health and coping strategies and identity styles. *Journal of Women and Family Studies*. 2016;7(28):93-113.
8. Zyga S, Mitrousi S, Alikari V, Sachlas A, Stathoulis J, Fradelos E, et al. Assessing factors that affect coping strategies among nursing personnel. *Materia socio-medica*. 2016; 28 (2):146. <https://doi.org/10.5455/msm.2016.28.146-150>
9. Reis LAd, Menezes TMdO. Religiosity and spirituality as resilience strategies among long-living older adults in their daily lives. *Revista brasileira de enfermagem*. 2017;70(4):761-6. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0630>
10. Khoshbakht Pishkhani M, Mohammadi Shahboulaghi F, Khankeh H, Dalvandi A. Spiritual health in iranian elderly: a concept analysis by walker and avant's approach. *Iranian Journal of Ageing*. 2019;14(1):96-113.
11. Zamani S, Bahrainian S, Ashrafi S. Impresment Spiritual Intelligence on the Quality of life and Psychological well being among the elderly living nursing home in bandar abbas. *Iranian Journal of Geriatric Nursing*. 2015;1(4):82-94.
12. Ghezelsefloo M, Saadati N, Yousefi Z, Zamanpour M. Study the Effect of Resilience Training on Reducing Stress and Communication Problems in the Primary Caregivers of the Elderly With Alzheimer Disease. *Iranian Journal of Ageing*. 2019;14(3):284-97.
13. Taherkhani Z, Hossein KM, Arash M, Leila G. A Survey on the Positive Relationship, Resilience and Life Satisfaction in Elderly People in Shiraz. *Journal of Motor and Behavioral Sciences*. 2019; 2 (3):255-61.
14. Talavera-Velasco B, Luceño-Moreno L, Martín-García J, García-Albuerne Y. Psychosocial risk factors, burnout and hardy personality as variables associated with mental health in police officers. *Frontiers in psychology*. 2018;9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01478>
15. Harris J. Geriatric Trends Facing Nursing with the Growing Aging. *Critical Care Nursing Clinics*. 2019; 31 (2): 211-24. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2019.02.007>
16. Kadivar M, Seyyedfatemi N, Shojaeijashoghani S, Cheraghi M, Haghghani H. Exploring the relationship between spiritual well-being and stress and coping strategies in the mothers of infants hospitalized in the neonatal intensive care units. *DMed*. 2015;22(118):67-76.
17. Mazlum befruei N, Afkhamiardakani M, Shamsesfandabadi H, Jalali M. Investigating the Simple and Multiple Resilience and Hardiness with Problem-Oriented and Emotional-Oriented Coping Styles in Diabetes Type 2 in Yazd Cit. *J Diabetes Nurs*. 2014;1(2):39-49.
18. Solaimanzadeh F, Mohammadinia N, Solaimanzadeh L. The relationship between spiritual health and religious coping with death anxiety in the elderly. *Journal of religion and health*. 2020;59(4):1925-32. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00906-7>
19. Ajamzibad H, Foroughan M, Shahboulaghi FM, Rafiey H, Rassouli M. Development and validation of the elder's spiritual health scale. *Educational Gerontology*. 2018;44(12):786-95. <https://doi.org/10.1080/03601277.2019.1565138>
20. Mahmoudalilu M, Khanjani Z, Bayat A.

- Comparing the coping strategies and emotion regulation of students with symptoms of anxiety-related emotional disorders and normal group. *Journal of Child Mental Health*. 2016;3(1):41-51.
21. Ghoreishirad F. Validation of Endler & Parker coping scale of stressful situations *Journal of Behavioral Sciences* 2010;4(1):1-7.
 22. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*. 2003;18(2):76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
 23. Rezaei Z, Dehghani M, Heydari M. Quality of Life of Women Heading Family: the Role of Resiliency, and Family Functioning Based on Mc Master Model. *Journal of Family Research*. 2017;13(51):407-21.
 24. Emami Rad A, Amiri H. The relationship between spiritual health and meaning in life with death anxiety in the elderly. *Journal of Aging Psychology*. 2018; 4 (3): 251-61.
 25. Goli M, Maddah SB, Dalvandi A, Hosseini MA, Rahgozar M. The relationship between successful aging and spiritual health of the elderly. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2017;4(5):16-21. <https://doi.org/10.21859/ijpn-04053>
 26. Jafaripoor H, Safarabadi M, Pourandish Y, Khanmohammadi A, Mohammad Aghaiepoor S, Rahbarian A, et al. The Elders' Spiritual Well-Being and Their Quality of Life: A Cross-Sectional Study. *Journal of Client-Centered Nursing Care*. 2018; 4 (3): 145-54. <https://doi.org/10.32598/jccnc.4.3.145>
 27. Afrasiabi M, Khorsand M, M M. Spiritual health and quality of life in the elderly. *Contemporary Psychology*. 2018;12(Suppl):185-8.
 28. RezaieShahsavarloo Z, Taghadosi M, Mousavi M, Lotfi M, Harati K. The relationship between spiritual well-being & religious attitudes with life satisfaction in elderly cancer patients. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2016; 4 (1):47-55.
 29. Ali J, Marhemat F, Sara J, Hamid H. The relationship between spiritual well-being and quality of life among elderly people. *Holistic nursing practice*. 2015; 29 (3):128-35. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000081>
 30. Moradi S, GhodratiMirkoji M. Comparing the role of hope and resilience in predicting life satisfaction in older adults. *Journal of Gerontology*. 2020;5(1).
 31. Sampedro-Piquero P, Alvarez-Suarez P, Begega A. Coping with stress during aging: the importance of a resilient brain. *Current neuropharmacology*. 2018; 16 (3):284-96. <https://doi.org/10.2174/1570159X15666170915141610>
 32. Gerino E, Rollè L, Sechi C, Brustia P. Loneliness, resilience, mental health, and quality of life in old age: A structural equation model. *Frontiers in psychology*. 2017;8:2003. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02003>
 33. MacLeod S, Musich S, Hawkins K, Alsgaard K, Wicker ER. The impact of resilience among older adults. *Geriatric Nursing*. 2016;37(4):266-72. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.02.014>
 34. Huisman M, Klokgieters S, Beekman A. Successful ageing, depression and resilience research; a call for a priori approaches to investigations of resilience. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2017; 26 (6): 574-8. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000348>