

Research Paper

Predicting Psychological Well-being of the Elderly Based on Cognitive Impairment and Negative Emotions Mediated by Coping Self-efficacy and Social Support

Azam Mohammadi¹ , *Mohammad Hossein Abdollahi² , Robabe Noury² , Hadi Hashemi Razini⁴ , Mahnaz Shahgholian⁴

1. Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Science, Kharazmi University, Tehran, Iran.



Citation Mohammadi A, Abdollahi M H, Noury R, Hashemi Razini H, Shahgholian M. [Predicting Psychological Well-being of the Elderly Based on Cognitive Impairment and Negative Emotions Mediated by Coping Self-efficacy and Social Support (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2023; 17(4):536-555. <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2022.3286.1>

<http://dx.doi.org/10.32598/sija.2022.3286.1>

**ABSTRACT**

Objectives This study aim to investigate whether psychological well-being of the elderly can be predicted by cognitive impairment and negative emotions mediated by coping self-efficacy and social support.

Methods & Materials This is a correlational study using structural equation modeling (SEM). Participants were 450 older adults, including 247 men (54.9%) and 203 women (45.1%), aged 60-80 years in Tehran, Iran who were selected by a convenience sampling method based on the entry and exit criteria. The demographic variables (age, marital status, number of children, education level and income level) and the history of physical diseases were recorded. The research tools included Ryff's psychological well-being scale, Positive and Negative Affect Scale, Mini-Mental State Examination, Coping Self-Efficacy Scale, and Social Provisions Scale. Fitness of the study model was estimated using SEM in LISREL software. The mediating relationships in the proposed model was tested using the bootstrap procedure.

Results The Mean±SD age of male participants was 66.34±5.34 years and the mean age of female participants was 65.57±6.08 years. The results showed that the proposed model had good fit. The four indirect pathways were statistically significant. Cognitive impairment with standard coefficients of -0.57, -0.60, and -0.27 had an impact on social support, coping self-efficacy, and psychological well-being, respectively. Negative emotions also had an effect on social support, coping self-efficacy and psychological well-being with coefficients of -0.28, -0.34 and -0.11, respectively. The effect of coping self-efficacy on psychological well-being had a standard coefficient of 0.15, and the effect of social support on psychological well-being had a standard coefficient of 0.57.

Conclusion These findings highlight the importance of coping self-efficacy and social support in improvement of psychological well-being and consequently prevention of adverse outcomes due to cognitive impairment in the elderly. It is recommended to develop comprehensive and practical strategies to strengthen the internal and external resources of older people and improve their health.

Keywords Psychological well-being, Cognitive impairment, Negative affect, Coping self-efficacy, Social support, Aged

Article Info:

Received: 15 Aug 2021

Accepted: 31 Oct 2021

Available Online: 01 Jan 2023

*** Corresponding Author:****Mohammad Hossein Abdollahi, PhD.**

Address: Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Science, Kharazmi University, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 86072738

E-mail: abdollahimh@yahoo.fr

Extended Abstract

Introduction

Aging is an inevitable process during which the functioning of various body organs gradually declines and the elderly person is exposed to many injuries [1]. In recent years, studies have shown great interest in psychological well-being, especially in the elderly. The psychological well-being in old age has a significant positive relationship with short-term and long-term health outcomes and quality of life (QoL) [2]. It is important to identify the factors affecting psychological well-being. One of the important variables that can be considered a serious threat to psychological well-being is cognitive impairment [3]. Studies show that cognitive deficits, especially dementia, are among the main causes of disability and decline in QoL among the elderly, and it is expected that with the increasing growth of the elderly population, they will be among the most serious challenges in health care [4]. Emotions can be among other factors affecting psychological well-being. Research shows that negative emotions cause a decrease in life satisfaction and psychological well-being [5]. Coping self-efficacy is another factor that can play an important role in improving the psychological well-being of the elderly by strengthening or maintaining their independence [6]. Social support is another effective factor that has attracted the attention of many researchers. Many studies have confirmed its positive and significant effects on psychological well-being, especially in the elderly [7]. Cognitive deficits and negative emotions have negative effects on coping self-efficacy and social support, and lead to a significant decline in psychological well-being of the elderly [8-11]. In the present study, an attempt was made to investigate the effects of cognitive deficits and negative emotions on psychological well-being with the mediation of coping self-efficacy and social support. In this regard, we aim to answer the question: Is it possible to predict psychological well-being in the elderly based on cognitive deficits and negative emotions mediated by coping self-efficacy and social support?

Methods

In this study, participants were 450 older adults, including 247 men (54.9%) and 203 women (45.1%), aged 60-80 years who were selected by a convenience sampling method. Entry criterion was no any acute physical or psychiatric disease. The data collection tools were Ryff's Psychological Well-Being Scale, Positive and Negative Affect Scale, Mini-Mental State Examination, Coping

Self-Efficacy Scale, and the Social Provisions Scale. Due to the limitations caused by the COVID-19 pandemic, the questionnaires were administered via WhatsApp or Skype. The questionnaires were completed in two stages (to avoid the possible fatigue of the elderly). The collected data were analyzed in SPSS version 23 and LISREL version 8.80 software using descriptive statistics (Mean±SD and No.) and inferential statistics (Pearson's correlation test, structural equation modeling, and Bootstrap method).

Results

The mean age of male participants was 66.34±5.34 years and the mean age of female participants was 65.57±6.08 years. The correlation matrix showed that psychological well-being had a significant negative relationship with cognitive impairment ($r=-0.662$) and negative emotions ($r=-0.627$) and a significant positive relationship with coping self-efficacy ($r=0.764$) and social support ($r=0.835$). The assumptions of structural equation modeling including univariate normality, multivariate normality, multiple collinearity and outliers were examined and confirmed. Moreover, before selecting the indicators, using the confirmatory factor analysis method, their ability to measure the latent variables was evaluated. The results of the structural equation modelling indicated a good fit of the model (NFI=0.95, IFI=0.96, RFI=0.94, TLI=0.95, CFI=0.96, SRMR=0.07). The results of the bootstrap test showed that all four mediating paths were significant. Cognitive impairment with standard coefficients of -0.57, -0.60, and -0.27 had an impact on social support, coping self-efficacy, and psychological well-being, respectively. Negative emotions also had an effect on social support, coping self-efficacy and psychological well-being with coefficients of -0.28, -0.34 and -0.11, respectively. The effect of coping self-efficacy on psychological well-being had a standard coefficient of 0.15, and the effect of social support on psychological well-being had a standard coefficient of 0.57. The final study model is presented in Figure 1.

Discussion

The variables of cognitive impairment and negative emotions had a significant effect on the psychological well-being of the elderly when were mediated by coping self-efficacy and social support. The direct effects of cognitive impairment and negative emotions on psychological well-being were less than their indirect effects. This confirms the importance of the role of mediating variables. It seems that the study model has a good theoretical coherence and can partially compensate for the previous theoretical gaps. From a practical point of view, the results of this study can be helpful in the field of geriatric health and in the design

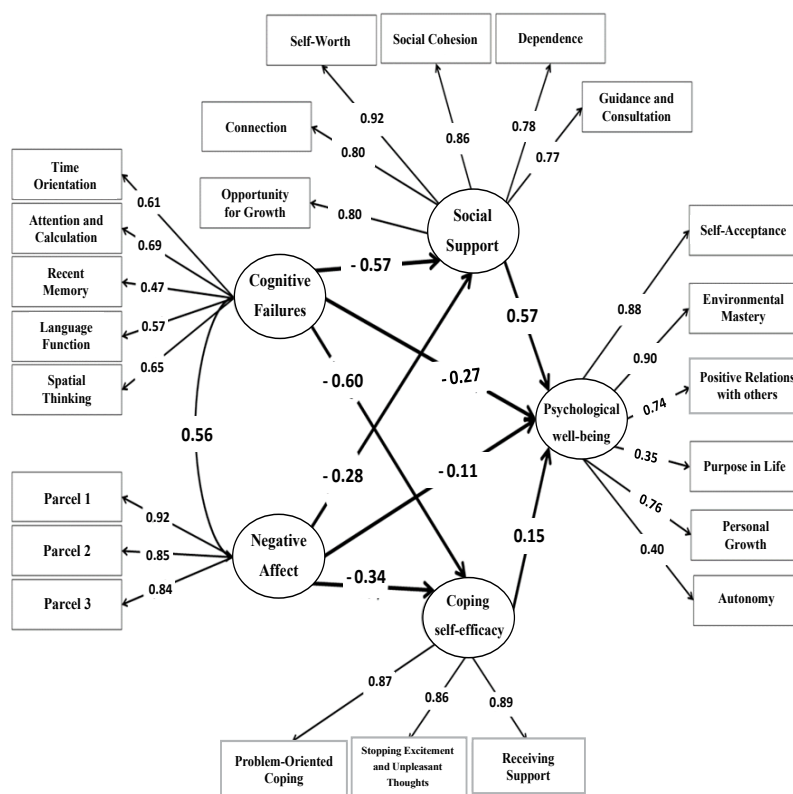


Figure 1. The conceptual model of the study

of educational packages and treatment protocols for the elderly. In overall, the results of this study highlighted the importance of coping self-efficacy and social support in promoting psychological well-being and subsequently preventing the occurrence of adverse consequences caused by cognitive deficits in the elderly. In this regard, it is recommended to develop comprehensive and practical strategies to strengthen the internal and external resources of the elderly and improve their health.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the ethics committee of [Kharazmi University](#). After explaining the study objectives to the participants and assuring them of the confidentiality of their information, informed consent was obtained from them.

Funding

This study did not receive any financial support from government, private and non-profit organizations.

Authors' contributions

The authors had equal contribution to the preparation of this article.

Conflicts of interest

The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgements

The authors would like to thank all seniors participated in the study for their cooperation.

مقاله پژوهشی

پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی براساس نارسایی‌های شناختی و عاطفه منفی با میانجی‌گری خودکارآمدی مقابله‌ای و حمایت اجتماعی در سالمندان

اعظم محمدی^۱، *محمدحسین عبداللهی^۱، ربابه نوری^۱، هادی هاشمی رزینی^۱، مهناز شاهقلیان^۱

۱. گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

Use your device to scan and read the article online



Citation Mohammadi A, Abdollahi M H, Noury R, Hashemi Razini H, Shahgholian M. [Predicting Psychological Well-being of the Elderly Based on Cognitive Impairment and Negative Emotions Mediated by Coping Self-efficacy and Social Support (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2023; 17(4):536-555. <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2022.3286.1>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2022.3286.1>



اهداف: هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی براساس نارسایی‌های شناختی و عاطفه منفی با نقش میانجی‌گر خودکارآمدی مقابله‌ای و حمایت اجتماعی در سالمندان بود.

مواد و روش‌ها: این تحقیق به لحاظ روش از نوع همبستگی بود و به منظور ارزیابی روابط بین متغیرهای مکنون و اندازه‌گیری شده در مدل مفهومی پیشنهادی، از الگویابی معادلات ساختاری استفاده شد. جامعه آماری در این پژوهش را ۴۵۰ سالمند (۲۴۷ نفر سالمند مرد، ۹/۵۴ درصد و ۲۰۳ سالمند زن، ۴۵/۱ درصد) تشکیل داده بودند. دامنه سنی بین ۶۰ تا ۸۰ سال به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود و خروج و متغیرهای جمعیت‌شناختی، از جمله سن، وضعیت تأهل و تعداد فرزندان، میزان تحصیلات و سطح درآمد و نیز سابقه ابتلا به برخی از بیماری‌های جسمانی در نظر گرفته شد. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از: پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی ریف، پرسش‌نامه عاطفه مثبت و منفی، آزمون بررسی حالت روانی مختصر، مقیاس خودکارآمدی مقابله‌ای و مقیاس حمایت اجتماعی. برازش مدل مفروضه از طریق مدل‌یابی معادلات ساختاری و با نرم‌افزار لیزرل برآورد شد. تخمین روابط واسطه‌ای در الگوی مفروضه نیز به کمک تحلیل بوت استرپ مورد آزمون قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سنی شرکت‌کنندگان مردان ۶۶/۳۴ سال با انحراف معیار ۵/۳۴ و در زنان ۶۵/۵۷ سال با انحراف معیار ۶/۰۸ بود. نتایج مدل معادلات ساختاری حاکی از برازش مطلوب مدل بود. نتایج نشان داد هر ۴ مسیر واسطه‌ای در این پژوهش معنادار بودند. نارسایی شناختی با ضرایب استاندارد ۰/۵۷، -۰/۶۰ و -۰/۲۷ به ترتیب بر حمایت اجتماعی، خودکارآمدی مقابله‌ای و بهزیستی روان‌شناختی تأثیر داشته است. عاطفه منفی نیز با ضرایب -۰/۲۸، -۰/۳۴ و -۰/۱۱ به ترتیب بر حمایت اجتماعی، خودکارآمدی مقابله‌ای و بهزیستی روان‌شناختی تأثیر گذار بوده است. اثر خودکارآمدی مقابله‌ای بر بهزیستی روان‌شناختی دارای ضریب استاندارد ۰/۱۵ و اثر حمایت اجتماعی بر بهزیستی روان‌شناختی دارای ضریب استاندارد ۰/۵۷ بود.

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش حاضر، اهمیت خودکارآمدی مقابله‌ای و حمایت اجتماعی را در ارتقای بهزیستی روان‌شناختی و متعاقب آن پیشگیری از بروز پیامدهای ناگوار ناشی از نارسایی‌های شناختی در سالمندان برجسته کرد. در این راستا، تدوین راهبردهای جامع و کاربردی به منظور تقویت منابع درونی و بیرونی افراد سالمند در زمینه ارتقای سلامت سالمندی توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: بهزیستی روان‌شناختی، نارسایی شناختی، عاطفه منفی، خودکارآمدی مقابله‌ای، حمایت اجتماعی، سالمندی

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۲۴ مرداد ۱۴۰۰

تاریخ پذیرش: ۰۹ آبان ۱۴۰۰

تاریخ انتشار: ۱۱ دی ۱۴۰۱

* نویسنده مسئول:

دکتر محمدحسین عبداللهی

نشانی: تهران، دانشگاه خوارزمی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه روانشناسی.

تلفن: ۸۶۰۷۲۷۲۸ (۲۱) ۹۸+

پست الکترونیکی: abdollahimh@yahoo.fr

مقدمه

بهبودی روان‌شناختی را تلفیقی از احساس خوب و عملکرد مؤثر می‌دانند که براساس تعریف ریف ۶ بُعد پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط، خودگردانی، هدفمندی در زندگی و رشد شخصی را دربرمی‌گیرد [۶]. براساس مطالعات متعدد، بهبودی روان‌شناختی سازه‌ای مهم به شمار می‌آید که علاوه بر حوزه فیزیولوژیک، حوزه‌های روان‌شناختی و اجتماعی را نیز دربر گرفته و رابطه مثبت مشخصی بین بهبودی روان‌شناختی و پیامدهای سلامت کوتاه‌مدت و طولانی‌مدت و نیز کیفیت زندگی به چشم می‌خورد [۷]؛ بنابراین شناسایی عوامل اثرگذار بر بهبودی روان‌شناختی که می‌تواند سالمندان را با پیامدهای جدی ناشی از افت آن مواجه کند، همواره مورد توجه محققان در حوزه سالمندی است. یکی از متغیرهای بسیار مهم که می‌تواند تهدیدی جدی برای بهبودی روان‌شناختی به شمار آید، نارسایی شناختی است [۸].

نارسایی شناختی، به ناتوانی فرد در تکمیل کردن تکالیفی که به طور طبیعی قادر به انجام آن است، اطلاق شده و حواس‌پرتی، مشکلات مربوط به حافظه، اشتباهات سهوی و عدم یادآوری اسامی را شامل می‌شود [۹]. کند شدن سرعت اجرای شناختی^۲ یا سرعت پردازش وابسته به سن، معمولاً نتایج نارسایی سالمندان را در آزمون‌های نوروسایکولوژیک در مقایسه با افراد جوان‌تر نشان می‌دهد. مطالعات تأثیر سن بر عملکرد شناختی نشان داده است که در سالمندی، نه تنها کاهش در حافظه کوتاه‌مدت و سرعت روانی حرکتی^۳ به چشم می‌خورد، بلکه عملکرد فضایی دیداری و کارکردهای ادراکی دیداری نیز دچار افت می‌شوند [۱۰].

به نظر می‌رسد که تجمع آمیلوئید، موجب نارساگرکردی سیناپتیک، افزایش تائو مایع مغزی نخاعی^۴، تغییرات ساختاری ظریف در حجم هیپوکامپ، نازک شدن قشر مخ و سرانجام نارسایی شناختی می‌شود [۱۱]. امروزه نارسایی شناختی‌های در جمعیت سالمند به سرعت به یک اولویت مراقبت از سلامت تبدیل شده است، به‌ویژه آن که در حال حاضر هیچ‌گونه درمان قطعی برای آن وجود ندارد. نتایج بررسی‌های متعدد حاکی از آن است که نارسایی‌های شناختی، به‌ویژه دمانس‌ها، از جمله دلایل اصلی ناتوانی و افت کیفیت زندگی بین سالمندان بوده و انتظار می‌رود با رشد فزاینده جمعیت سالمند، در زمره جدی‌ترین چالش‌های پیش رو در مراقبت از سلامت و سیستم‌های پزشکی در کل دنیا به شمار آید [۱۲].

پیشینه مطالعاتی حاکی از آن است که بهبودی روان‌شناختی در سالمندان مبتلا به نارسایی‌های شناختی، افت کرده و برخی از ابعاد آن، از جمله هدفمندی در زندگی و رشد شخصی، نسبت به کاهش‌های شناختی حساس‌تر هستند [۱۳]. نتایج پژوهش‌ها

سالمندی یک فرایند اجتناب‌ناپذیر است که در طی آن، کارکرد سیستم‌های مختلف بدن به تدریج دچار افت شده و فرد سالمند در معرض آسیب‌های متعددی قرار می‌گیرد. شیوع پاتولوژی‌های مغز، از جمله آتروفی قشری، انباشت آمیلوئید که نشانه برجسته آسیب‌شناسی بیماری آلزایمر هستند و نیز صدمات عروقی، تا حد زیادی وابسته به سن هستند [۱].

از سوی دیگر، با افزایش امید به زندگی در طی ۱۵۰ سال اخیر و کاهش نرخ زادوولد، جمعیت سالمند در سراسر جهان با رشد قابل‌ملاحظه‌ای روبه‌روست؛ بنابراین زیستن در سلامت مطلوب برای افراد مسن، امروزه به اولویت مهمی در همه جوامع تبدیل شده است، چراکه هزینه‌های اقتصادی سنگین ناشی از بیماری‌های مزمن را در افراد مسن کاهش می‌بخشد. با وجود مطالعات گسترده‌ای که در سال‌های اخیر در این حوزه انجام شده است، همچنان دیدگاه منفی نسبت به پدیده سالمندی وجود داشته و افراد سالمند غالباً خود را از فرصت‌های پیش‌رو در جهت ارتقای سلامت و سالمندی زایا و بهینه محروم می‌دانند. با این حال، پژوهش‌های زیادی در زمینه سالمندی موفق در حال انجام بوده و محققان می‌کوشند تا حد امکان از اثرات منفی سالمندی بکاهدند [۲].

از نظر مفهومی، سالمندی موفق براساس مطالعات هاوی گرت و نیز رو و کان ساخته شده است. مدل پیشنهادی آن‌ها که افراد را به سمت سالمندی مطلوب‌تر هدایت می‌کند، ۳ مؤلفه حفظ کاهش خطر ابتلا به بیماری‌ها و ناتوانی‌ها، حفظ عملکرد جسمانی و روان‌شناختی و درگیر شدن در زندگی^۱ را شامل می‌شود. چنین پارادایم‌های سالمندی موفق، گفتمان سالمندی را به عنوان یک فرایند طبیعی کاهش، به سمت تمرکز یافتن بر سلامت و بهبودی معطوف می‌دارند [۳].

در سال‌های اخیر علاقه‌مندی زیادی به مطالعه در زمینه بهبودی، به‌ویژه در حوزه سالمندی از سوی پژوهشگران به چشم می‌خورد. افراد سالمند نسبت به دیگر گروه‌های سنی، با احتمال بیشتری در معرض موقعیت‌های مخاطره‌آمیز برای سلامت روبه‌رو هستند که می‌توان به مواردی چون فقدان عزیزان و یا مشکلات اقتصادی به دنبال بازنشستگی و یا ازکارافتادگی اشاره کرد [۴]. با این حال، بسیاری از سالمندان قادرند با چنین تغییراتی خود را تطبیق داده، اهدافشان را بازآفرینی کرده و با تنظیم توانایی‌های جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی خود، به سطوح بالایی از بهبودی دست یابند. به نظر می‌رسد ظرفیت‌های بالقوه انسانی در سراسر گستره عمر رو به گسترش هستند و بهبودی روان‌شناختی در تکمیل شدن و اعتلای این توانمندی‌ها نقش بسزایی ایفا می‌کند [۵].

2. Cognitive Performance
3. Psychomotor Speed
4. Cerebrospinal Fluid (CSF)

1. Engaging in Life

پژوهش‌ها حاکی از آن است که عاطفه منفی سبب کاهش رضایت از زندگی و اُفت بهزیستی روان‌شناختی می‌شود. محققان بر این باورند که افراد با بهزیستی روان‌شناختی بالاتر که عاطفه منفی در آن‌ها پایین است، نه تنها طولانی‌تر زندگی می‌کنند، بلکه از کسانی که بهزیستی روان‌شناختی پایین‌تری دارند، سالم‌ترند [۱۷]. همچنین مطالعات به عمل آمده از ارتباط عواطف و شناخت حکایت دارد. بررسی‌ها نشان داده است که عاطفه منفی بالاتر، با شکایات حافظه‌ای ذهنی زیاد در سالمندان سالم و نبود عاطفه مثبت نظیر بی‌تفاوتی^{۲۵} با خطر افزایش یافته کاهش شناختی همراه است [۱۷].

از دیگر سو، نارسایی شناختی با عدم توانایی در انجام موفقیت‌آمیز تکالیف روزمره زندگی ناشی از مشکلات حافظه و حواس‌پرتی است (نظیر فراموش کردن قرار ملاقات‌ها، بدون پاسخ گذاشتن رایانامه‌ها، ناتوانی در توجه به علائم در خیابان‌ها و خواندن مکرر بندهای داخل متن و غیره) که بیانگر نوعی سبک شناختی نشخوارشونده بوده و آسیب‌پذیری افراد را نسبت به عاطفه منفی افزایش می‌دهد [۱۸]. یکی از سازه‌های مهم دیگر که از طریق تقویت کردن خودتکایی و حفظ استقلال سالمندان می‌تواند در ارتقای بهزیستی روان‌شناختی نقش مهمی ایفا کند، خودکارآمدی مقابله‌ای است. در این راستا، پیشینه مطالعات در حوزه سالمندی نشان می‌دهد که شیوه مقابله افراد در مواجهه با بحران‌ها و چالش‌های ناشی از دوره سالمندی می‌تواند بر بهزیستی روان‌شناختی اثرگذار باشد [۱۹].

خودکارآمدی مقابله‌ای، یک اندازه اختصاصی از حوزه خودکارآمدی است که به خودکارآمدی ادراک‌شده برای مقابله با چالش‌ها یا تهدیدها مربوط است. می‌توان گفت خودکارآمدی مقابله‌ای براساس مدل‌های مرسوم مقابله و استرس و نیز مفهوم‌سازی خودکارآمدی شکل گرفته و به باورهای مربوط می‌شود که در استراتژی‌های حل مسئله، سرکوب افکار منفی و جست‌وجوی حمایت اجتماعی افراد مؤثر است. به طور کلی سازه خودکارآمدی مقابله‌ای، براساس عقیده‌ای شکل می‌گیرد که افراد نیازمند این باورند که می‌توانند در عملکردهای تنظیمی تطابقی درگیر شوند تا به طور مؤثری آن کار را انجام دهند [۲۰].

به نظر می‌رسد خودکارآمدی مقابله‌ای می‌تواند افراد را به سمت غلبه بر کاهش استقلال در دوره سالمندی سوق دهد. همچنین نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که خودکارآمدی مقابله‌ای از طریق کمک به تطابق بیشتر با موقعیت‌های استرس‌زا به بهبود بهزیستی روان‌شناختی موجب می‌شود [۲۱]. از سوی دیگر، تحقیقات انجام‌شده در حوزه شناخت سالمندی نشان داده است که نارسایی‌های شناختی بر خودکارآمدی مقابله‌ای تأثیرات منفی دارند. در سالمندان سالم، متغیر خودکارآمدی مقابله‌ای در قیاس با افراد جوان‌تر، دچار اُفت می‌شود. با این حال، این

نشان می‌دهد مشکلات حافظه‌ای ناشی از نارسایی‌های شناختی که از جمله شکایات سالمندان بوده و به میزان زیادی با عملکرد روزانه و شناختی افراد در ارتباط است، موجب اُفت بهزیستی روان‌شناختی شده و افراد سالمند را با پیامدهای ناگوار ناشی از این کاهش روبه‌رو می‌کند [۱۴].

از دیگر عوامل تأثیرگذار بر بهزیستی روان‌شناختی، می‌توان به هیجانات اشاره کرد. اصطلاح عاطفه به هر موضوع هیجانی، از جمله احساسات^۵، ترجیحات^۶، هیجانات^۷، خلق‌ها^۸ و رگه‌های عاطفی^۹ اطلاق می‌شود. در سال‌های اخیر، تحقیقات در زمینه هیجانات افزایش یافته است. درحقیقت، مطالعه ساختار عاطفه^{۱۰} در افزودن دانش آسیب‌شناسی روانی و بالینی در زمینه بیماری‌های روانی نقش مهمی ایفا می‌کند [۱۵].

می‌توان گفت عاطفه، بر تجربه ذهنی حالات هیجانی مثبت یا منفی در پاسخ به محرک‌های محیطی اثر گذاشته و معمولاً به عنوان ۲ بُعد مجزا، مثبت و منفی، مفهوم‌سازی می‌شود. این ابعاد ممکن است الگوهای عاطفی صفت (رگه) یا حالت^{۱۱} را منعکس کنند. عاطفه منفی شامل احساسات پریشانی ذهنی^{۱۲} و حالات خلقی بیزارکننده^{۱۳} نظیر احساس گناه^{۱۴}، ترس^{۱۵}، خصومت^{۱۶}، حقارت^{۱۷}، تنفر^{۱۸} و عصبی بودن^{۱۹} است. عاطفه مثبت شامل احساساتی چون شور و شوق داشتن^{۲۰}، قطعیت داشتن^{۲۱}، اعتماد به نفس^{۲۲}، هیجان، الهام‌پذیری^{۲۳} و هوشیاری^{۲۴} است. در اهمیت نقش هیجانات می‌توان گفت انسان‌ها از طریق هیجانات علاوه بر معنا دادن به تجربشان، از طریق سازمان‌دهی خود و افرادی که در تعامل با آنان هستند، به زندگی خود نیز معنا می‌دهند [۱۶].

5. Feelings
6. Preferences
7. Emotions
8. Moods
9. Affective Traits
10. Affect
11. Trait or State
12. Distress
13. Mood States Aversive
14. Guilt
15. Fear
16. Hostility
17. Contempt
18. Disgust
19. Nervousness
20. Enthusiasm
21. Determination
22. Self-Confidence
23. Inspiration
24. Alertness

25. Anhedonia

در همین راستا، مطالعات بسیاری بر تأثیرات مثبت و قابل توجه حمایت اجتماعی بر بهزیستی روان‌شناختی، به‌ویژه در سالمندان صحنه گذاشته‌اند. به نظر می‌رسد برخورداری بیشتر افراد از حمایت اجتماعی آنان را با پیامدهای مثبتی چون عزت نفس بالاتر، نشانه‌های افسردگی کمتر و در کل کارکردهای جسمانی و روان‌شناختی بهتری روبه‌رو ساخته و به ارتقای بهزیستی روان‌شناختی آنان منتهی می‌شود [۲۷]؛ بنابراین باتوجه‌به نقش مهم حمایت اجتماعی در سالمندی، شناسایی عوامل اثرگذار بر این متغیر مهم امری ضروری به نظر می‌رسد. یکی از سازه‌های مهم که در فرایند تحولی گسترده عمر دچار افت شده و از طریق تأثیرات ناگوار بر حمایت اجتماعی می‌تواند موجب افت قابل ملاحظه بهزیستی روان‌شناختی افراد شود، متغیر شناخت است.

پژوهش‌ها نشان داده است بین شناخت و حمایت اجتماعی رابطه وجود دارد. انسان‌ها به منظور عملکرد موفقیت‌آمیز در پیوندهای اجتماعی نیازمند بررسی دانش، اهداف و ارزش‌های دیگران هستند. فرایندهای شناختی مرتبه بالاتر به ما امکان می‌دهد که از اهداف، قصدمندی و عقاید دیگران آگاه شده و بتوانیم در جهت تقویت تعاملات اجتماعی پیش برویم. به نظر می‌رسد، عملکرد شناختی بالاتر، مدیریت مؤثر در روابط بین‌فردی را ارتقا بخشیده و فرد را به سمت ادراکات مثبت از تبادلات اجتماعی سوق می‌دهد. این در حالی است که پیری شناختی ناشی از سالمندی بر حمایت اجتماعی اثرات منفی داشته، به دلیل مشکلات حافظه‌ای و افت کارکردهای اجرایی، افراد سالمند در حفظ شبکه‌های اجتماعی خود دچار مشکل می‌شوند [۲۷].

از سوی دیگر، توجه به اثرات نامطلوب هیجانات منفی بر حمایت اجتماعی موضوعی مهم است. نتایج چند پژوهش نشان داد عاطفه منفی در درون تعاملات گروه‌های کاری گسترش یافته و می‌تواند به کاهش باند‌های اجتماعی و افت حمایت اجتماعی در میان گروه‌ها منجر شود. همچنین حمایت اجتماعی می‌تواند تحت تأثیر آمادگی عاطفه منفی^{۳۲} در افراد سالمند کاهش یافته و فرد با پیامدهای منفی در سلامت روان‌شناختی مواجه شود [۲۸].

در مجموع، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که براساس پیشینه پژوهش در زمینه بهزیستی روان‌شناختی سالمندان، مؤلفه‌های هیجانی، شناختی و اجتماعی بر بهزیستی روان‌شناختی سالمندان اثرات قابل ملاحظه‌ای دارند؛ بنابراین پژوهش حاضر سعی کرد تا در قالب طراحی یک مدل مفهومی، به بررسی تأثیرات متغیرهای شناختی و هیجانی با واسطه‌گری خودکارآمدی مقابله‌ای و حمایت اجتماعی مبادرت کند. در حقیقت، مدل مفهومی پژوهش حاضر با استناد به ۲ مدل مفهومی جانکر و همکاران [۲۹] که یک مدل سلسله‌مراتبی ۳ سطحی از کیفیت زندگی با بهزیستی روان‌شناختی بوده و به منظور بهبود پیامدهای درمان دمانس

کاهش در قیاس با کسانی که دچار آسیب‌های خفیف شناختی^{۲۶} یا بیماری آلزایمر هستند، به مراتب کمتر است؛ بنابراین می‌توان بیان کرد که تغییرات ناشی از آسیب‌شناسی عمدتاً مرتبط با حافظه در بیماران مبتلا به نارسایی‌های شناختی، تأثیرات مهمی بر مهارت‌های مقابله‌ای آنان می‌گذارد [۲۲].

همچنین یافته‌های پژوهشی، از تأثیرات عاطفه منفی بر خودکارآمدی مقابله‌ای خبر می‌دهند. نتایج یک تحقیق نشان داد افراد با عاطفه منفی بالا به دلیل خود انتقادی و خلق افسرده، باور کمی به توانایی‌ها و منابع مقابله‌ای خود داشته و نسبت به رویدادهای پیرامون خود حس کنترل پایینی دارند [۲۳].

در بررسی دیگر عوامل تأثیرگذار در دوره سالمندی، عامل حمایت اجتماعی توجه پژوهشگران بسیاری را به خود معطوف داشته است. افراد سالمند به دلیل افت عملکردهای جسمانی و شناختی، در فعالیت‌های خود با محدودیت روبه‌رو شده و به منظور حفظ سلامت خود، به حمایت دیگران وابستگی بیشتری پیدا می‌کنند. آن‌ها خواهان عشق و حمایت اجتماعی و هیجانی بوده و در این مرحله از زندگی خود به مراقبت بیشتری نیاز دارند [۲۴].

همچنین سالمندان به دنبال مواجهه با شرایطی چون بازنشستگی، از دست دادن عزیزان و افت وضعیت اقتصادی و اجتماعی، آسیب‌پذیری بیشتری نسبت به شرایط محیطی ناگوار داشته، مخاطرات سلامت در آنان افزایش می‌یابد [۲۵]. در این راستا، مطالعات بسیاری نشان می‌دهد که روابط حمایت‌گرانه، افراد را در برابر مشکلات متعدد مرتبط با سلامت روانی، به‌ویژه در دوره سالمندی محافظت می‌کند. حمایت اجتماعی، بخشی از منابع روان‌شناختی و مادی^{۲۷} افراد است که در محافظت از سلامت روان نقش مهمی ایفا کرده و می‌تواند تأثیرات روان‌شناختی ناگوار ناشی از رویدادهای منفی زندگی بر سلامت روان افراد را کاهش بخشد.

بر اساس چشم‌انداز روابط بین‌فردی، حمایت اجتماعی به انواع حمایت هیجانی، حمایت وسیله‌ای، حمایت اطلاعاتی و حمایت ارزیابی طبقه‌بندی شده [۲۶] و در بررسی اثرات حمایت اجتماعی ۲ مدل مد نظر قرار می‌گیرد، مدل محافظت‌کننده در برابر استرس^{۲۸} (بافرینگ)، که براساس این مدل حمایت اجتماعی در نقش میانجی عمل کرده و از طریق کم کردن فشار از موانع و مشکلات، از جمله تنهایی و اضطراب و نیز از طریق بهبود بخشیدن ارزش خود^{۲۹} و حس کامل بودن خود^{۳۰}، به بهبود سلامت جسمانی و روان‌شناختی کمک می‌کند و مدل اثر مستقیم^{۳۱} که بیانگر اثرات سودمند ارتباط افراد با دیگران و خوشحالی آنان در صورت برخورداری از حمایت خانواده و جامعه است [۲۴].

26. Mild Cognitive Impairment (MCI)

27. Material

28. Stress-Buffering Model

29. Self-Worth

30. Self-Fulfillment

31. Direct Effects

32. Disposition

جامعه آماری، نمونه آماری و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری پژوهش حاضر شامل همه سالمندان زن و مرد ۶۰ تا ۸۰ سال شهر تهران بود. کلاین برای حجم نمونه پژوهش‌های مبتنی بر مدل‌یابی معادلات ساختاری [۳۱]، تعداد ۵ تا ۱۰ شرکت‌کننده به ازای هر پارامتری که باید تخمین زده شود را پیشنهاد می‌کند. تعداد پارامترهای مدل فرضی پژوهش برحسب مسیرهای اثرگذاری و نشانگرهای انتخاب‌شده برابر ۵۵ پارامتر بود؛ بنابراین نمونه انتخابی باید بین ۲۷۵ تا ۵۵۰ شرکت‌کننده باشد. با در نظر گرفتن این موضوع حجم نمونه حاضر که برابر ۴۵۰ نفر بود، کفایت لازم برای انجام مدل‌یابی معادلات ساختاری را داشت. پس از حذف داده‌های پرت حجم نمونه نهایی برای تحلیل مدل‌یابی معادلات ساختاری به ۴۳۸ نفر رسید.

روش نمونه‌گیری به دلیل محدودیت ناشی از بیماری کرونا و تعطیلی فرهنگسراها و عدم امکان ملاقات با سالمندان روش در دسترس بود. نداشتن بیماری جسمانی یا روان‌پزشکی حاد و محدوده سنی ۶۰ تا ۸۰ سال، از جمله شرایط ورود به نمونه بود. ابتدا در گروه‌های مختلف تلگرامی و واتس‌آپی هدف از اجرای این مطالعه به طور دقیق اطلاع‌رسانی شد. سپس با خانواده سالمندانی که مایل بودند داوطلبانه سنجش شوند، هماهنگی‌های لازم به عمل آمد و با حفظ اصول اخلاقی پژوهش، از جمله رضایت آگاهانه آزمودنی‌ها و اطمینان‌بخشی به آنان از محرمانه ماندن اطلاعاتشان، از جمله عدم درج نام و نام خانوادگی، شرکت‌کنندگان هر یک در زمان مشخصی که اظهار تمایل می‌کردند از طریق واتس‌آپ یا اسکایپ به صورت انفرادی سنجش شدند.

به دلیل تعداد زیاد سؤالات و به منظور اجتناب از خستگی آزمودنی‌ها، پرسش‌نامه‌ها در ۲ مرحله تکمیل شدند و در تمام مراحل تلاش شد با حوصله و اطمینان از صحت پاسخگویی شرکت‌کنندگان، روند اجرا با موفقیت انجام شود. ابتدا پرسش‌نامه

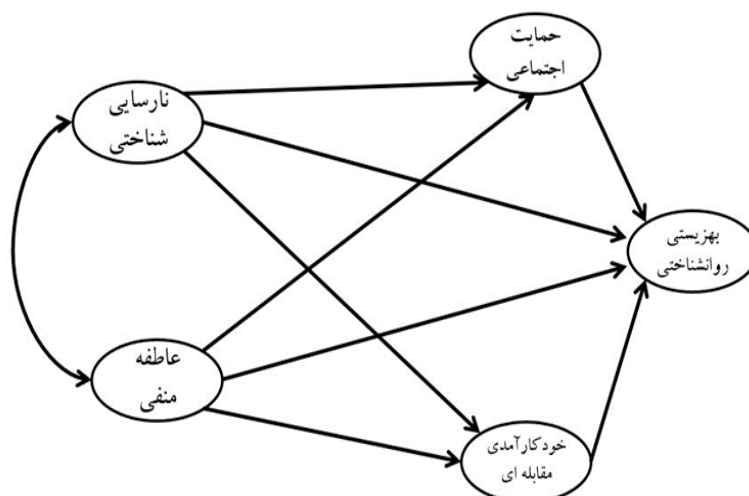
تدوین شده بود و مدل دیگر با عنوان مدل ارتقای بهزیستی روان‌شناختی^{۳۳} که براساس تئوری سیستم نیومن^{۳۴} و تئوری بهزیستی روان‌شناختی ریف و کیز^{۳۵} بهبود یافته و هاردینگ و همکاران [۳۰] آن را مفهوم‌سازی و طراحی کرده‌اند.

پس از بررسی‌های به‌عمل‌آمده روی متغیرهای مطالعه‌شده در هر دو مدل، کاستی‌های موجود در آنان شناسایی شد. در مدل مفهومی جانکر، مطالعه اختصاصاً روی سالمندان مبتلا به آسیب خفیف شناختی^{۳۶} انجام شده بود. حال آنکه در پژوهش حاضر، طیف سالمندان مد نظر قرار گرفته است. همچنین در مدل ارتقایافته بهزیستی روان‌شناختی، ۲ متغیر مهم شناخت و هیجان نادیده گرفته شده بود. این در حالی است پیشنهاد تحقیق نشان می‌دهد هر دو متغیر مذکور، هم بر منابع درونی و هم منابع بیرونی افراد، به‌ویژه سالمندان تأثیرات مهمی دارند. پژوهش حاضر سعی دارد به این سؤال اساسی پاسخ دهد که آیا می‌توان براساس نارسایی‌های شناختی و عاطفه منفی با واسطه‌گری خودکارآمدی مقابله‌ای و حمایت اجتماعی، بهزیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی کرد؟ (تصویر شماره ۱).

روش مطالعه

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از نظر هدف بنیادی و از نظر رویکرد نظری، کمی بوده و از لحاظ روش، از نوع توصیفی همبستگی است. به منظور ارزیابی روابط بین متغیرهای مکنون و اندازه‌گیری‌شده در الگوی مفهومی پیشنهادشده از الگویابی معادلات ساختاری استفاده شده است.

33. PWB Promotion Model
34. Neuman System Theory
35. Ryff & Keyes' Psychological Well-Being Theory



تصویر ۱. مدل مفهومی پژوهش

همکاران [۳۵] که روایی هم‌زمان این آزمون را از طریق همبستگی آن با مقیاس هوش بزرگسالان و کسلبه اثبات رسانده و پایایی آن را ۰/۸۸۷ محاسبه کرده‌اند.

درباره روایی و پایایی این آزمون باید گفت که سیدیان و همکاران [۳۶]، روایی آن را بررسی کرده‌اند و پایایی آزمون مختصر معاینه وضعیت روانی به روش بازآزمایی در فاصله زمانی ۱۰ روز برابر با ۰/۷۳ محاسبه شده است. این پرسش‌نامه در مطالعات داخل کشور، روی نمونه‌های سالمند نیز از جمله پژوهش فروغان و همکاران [۳۷] اجرا شده است. در پژوهش حاضر، ضریب همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ مربوط به خرده‌مقیاس‌های این پرسش‌نامه برای خرده‌مقیاس جهت‌یابی زمانی ۰/۵۲۹، خرده‌مقیاس جهت‌یابی مکانی ۰/۲۹۵، خرده‌مقیاس ثبت ۰/۴۶۴، خرده‌مقیاس توجه و محاسبه ۰/۷۵۹، خرده‌مقیاس حافظه اخیر ۰/۴۸۲ و خرده‌مقیاس عملکرد زبانی ۰/۵۰۵/۰ بود.

۳. پرسش‌نامه عاطفه مثبت و عاطفه منفی^{۳۸}: این مقیاس، ابزار خودسنجی ۲۰ آیتمی بوده و برای اندازه‌گیری ۲ بُعد خلقی، یعنی عاطفه منفی و مثبت طراحی شده‌اند [۳۸]. هر خرده‌مقیاس ۱۰ آیتم دارد. آیتم‌ها روی ۱ مقیاس ۵ نقطه‌ای (۱- بسیار کم، به هیچ وجه تا ۵- بسیار زیاد)، از سوی آزمودنی رتبه‌بندی می‌شوند. مقیاس عاطفه مثبت و عاطفه منفی، یک ابزار خودسنجی است. ضریب آلفای کرونباخ رضایت از زندگی ۰/۸۷، عاطفه مثبت ۰/۹۰ و عاطفه منفی ۰/۸۷ گزارش شده است.

نتایج پژوهشی که بخشی‌پور و دژکام [۳۹] انجام دادند، بر ویژگی‌های روان‌سنجی مناسب مقیاس عاطفه مثبت و عاطفه منفی دلالت دارد. «اعتبار» و «روایی سازه» این ابزار که از طریق تحلیل عاملی تأییدی انجام شد، مؤید مناسب بودن این ابزار بوده و اعتبار خرده‌مقیاس‌های آن برابر با ۰/۸۷ بود. این پرسش‌نامه در مطالعات سالمندی نیز استفاده شده است (از جمله پژوهش ضابط و همکاران) [۴۰]. در مورد پژوهش حاضر، ذکر این نکته حائز اهمیت است که باتوجه به اینکه ۱۰ آیتم عاطفه منفی در عامل‌های مختلف گروه‌بندی نمی‌شود؛ بنابراین از روش تقسیم‌بندی موارد^{۳۹} [۴۱] برای انتخاب نشانگرها استفاده شد. در این روش، آیتم‌ها براساس بار عاملی در ۳ گروه (گروه اول شامل آیتم‌های ۲، ۱۳ و ۱۵؛ گروه دوم شامل آیتم‌های ۶، ۷ و ۲۰ و گروه سوم شامل آیتم‌های ۴، ۱۱ و ۱۸) تقسیم شدند. آیتم شماره ۸ به علت بار عاملی کم در گروه‌ها جای‌گذاری نشد. پایایی این پرسش‌نامه در این پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹۴ به دست آمد.

متغیرهای جمعیت‌شناختی شامل سن، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، میزان تحصیلات، وضعیت درآمد و نیز سوابق برخی بیماری‌های جسمانی و همچنین میزان فعالیت فیزیکی تکمیل و سپس به منظور سنجش متغیرهای اصلی و میانجی‌گر، از ۵ پرسش‌نامه استفاده شد.

۱. پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی ریف: این مقیاس را کارول ریف [۱۵] طراحی کرد که ۱۸ گویه دارد. این پرسش‌نامه ۶ خرده‌مقیاس پذیرش خود، تسلط محیطی، روابط مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد فردی و استقلال دارد. در این مقیاس، هر ۳ گویه یک عامل را می‌سنجند. برای پاسخ دادن به هر سؤال، مقیاس ۶ ارزشی از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۴ (کاملاً موافق) در نظر گرفته شده است. ریف [۳۲] در یک بررسی ضریب همسانی درونی را بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی پس از ۶ هفته را بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۶ به دست آورد.

در پژوهش بیانی و همکاران [۳۳]، ضریب پایایی به روش بازآزمایی مقیاس به زیستی روان‌شناختی ریف ۰/۸۲ و خرده‌مقیاس‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۷۱ و ۰/۷۸ به دست آمد که از نظر آماری معنادار بود ($P < 0.001$). همبستگی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی با مقیاس رضایت از زندگی، پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد و پرسش‌نامه عزت نفس روزنبرگ به ترتیب ۰/۵۸، ۰/۴۷ و ۰/۴۶ به دست آمد ($P < 0.001$). این پرسش‌نامه در حوزه سالمندی نیز استفاده شده است، از جمله می‌توان به پژوهش معتمدی و همکاران [۳۴] اشاره کرد. در پژوهش حاضر، پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷۷ به دست آمد. همچنین ضریب همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ مربوط به خرده‌مقیاس‌های این پرسش‌نامه در این مطالعه برای خرده‌مقیاس پذیرش خود، ۰/۸۴۷، خرده‌مقیاس تسلط محیطی، ۰/۷۴۱، خرده‌مقیاس رابطه مثبت با دیگران ۰/۷۰۲، خرده‌مقیاس داشتن هدف در زندگی ۰/۳۰۹، خرده‌مقیاس رشد فردی ۰/۸۰۶ و خرده‌مقیاس استقلال ۰/۳۸۰ بود.

۲. آزمون مختصر معاینه وضعیت روانی فولشتین و همکاران^{۳۷}: فولشتین و همکاران این پرسش‌نامه را [۳۵] ساخته‌اند که ۱۱ پرسش و ۴ زیرمقیاس دارد. کل پرسش‌نامه ۳۰ نمره دارد. نمره زیر ۲۵ در این آزمون آسیب احتمالی مغزی یا دمانس خفیف و نمره زیر ۲۰ آسیب قطعی شناختی یا دمانس شدید را مطرح می‌کند. حداکثر نمره اکتسابی ۳۰ است. که نمره بالاتر از نقطه برش تا ۳۰، افراد نرمال را مشخص می‌کند و نمره پایین‌تر از نمره برش، افراد مبتلا به دمانس را مشخص می‌کند. نقطه برش ۱۸ برای مردان و نقطه برش ۱۷ برای زنان است. مطالعه فولشتین و

38. Positive-Negative Affect Scale (PANAS)

39. Item Parceling

37. Mini Mental State Examination (MMSE)

زیرمقیاس‌های مقیاس کاترونا، راسل [۴۴] بین ۰/۶۵ تا ۰/۷۶ و برای کل مقیاس ۰/۹۲ گزارش شده است. روایی سازه نیز با مقیاس‌های رضایت اجتماعی در پژوهش زکی [۴۵]، روایی این مقیاس ۰/۵۰ و پایایی این ابزار ۰/۷۵ گزارش شد. این پرسش‌نامه در مطالعات سالمندی نیز در پژوهش‌هایی مانند وونگ و همکاران به کار رفته است. پایایی این پرسش‌نامه در این پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵۱ به دست آمد. ضریب همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ مربوط به خرده‌مقیاس‌های این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر برای خرده‌مقیاس وابستگی ۰/۷۲۹، خرده‌مقیاس انسجام اجتماعی ۰/۸۲۰، خرده‌مقیاس خودارزشمندی ۰/۸۷۰، خرده‌مقیاس وصلت و پیوند ۰/۸۵۲، خرده‌مقیاس فرصت برای رشد و تربیت ۰/۷۸۹ و خرده‌مقیاس راهنمایی و مشورت ۰/۸۲۱ بود.

در تحلیل داده‌های این پژوهش، در بخش آمار توصیفی از شاخص‌های آماری میانگین، انحراف معیار و جدول توزیع فراوانی استفاده شد. در بخش استنباطی باتوجه به ماهیت فرضیه‌ها و اهداف پژوهش، داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و مدلیابی معادلات ساختاری تجزیه و تحلیل شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آمارهای SPSS نسخه ۲۳ و لیزرل نسخه ۸/۸۰ استفاده شد.

یافته‌ها

نمونه پژوهش حاضر را ۲۴۷ نفر سالمند مرد (۵۴/۹ درصد) و ۲۰۳ سالمند زن (۴۵/۱ درصد) تشکیل دادند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان مرد ۶۶/۳۴ سال با انحراف معیار ۵/۳۴ و میانگین سنی شرکت‌کنندگان زن ۶۵/۵۷ سال با انحراف معیار ۶/۰۸ بود. اطلاعات تکمیلی مربوط به متغیرهای جمعیت‌شناختی به تفکیک جنسیت در جدول شماره ۱ آمده است.

همچنین یافته‌های توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره، کشیدگی و چولگی متغیرهای مورد پژوهش در جدول شماره ۲ ارائه شده است

همبستگی بین متغیرهای پژوهش در جدول شماره ۳ آورده شده است. پیش‌فرض‌های مدلیابی معادلات ساختاری، از جمله نرمال بودن تک‌متغیری، نرمال بودن چندمتغیری، هم‌خطی چندگانه و داده‌های پرت بررسی و تأیید شدند و بر مناسب بودن کاربرد این روش آماری برای پژوهش حاضر صحت گذاشت. پیش‌فرض نرمال بودن تک‌متغیری در پژوهش حاضر با استفاده از شاخص‌های چولگی و کشیدگی نشانگرها بررسی شدند. در مدل فرضی چولگی نشانگرها در دامنه ۰/۶۳- تا ۲/۷۴ و کشیدگی آن‌ها در دامنه ۰/۸۱۷- تا ۷/۷۳ قرار داشته و مقادیر به‌دست‌آمده حاکی از تحقق پیش‌فرض نرمال بودن تک‌متغیری است.

۴. پرسش‌نامه خودکارآمدی مقابله‌ای: چسنی و همکاران [۴۲] این پرسش‌نامه را ساخته‌اند. این مقیاس، مقابله مثبت و سازنده را اندازه‌گیری کرده، بر اعتماد یک فرد نسبت به توانایی خویش جهت مقابله مؤثر متمرکز بوده و باتوجه به نظریه خودکارآمدی بندورا تدوین شده است. نمرات این مقیاس نشان‌دهنده میزان اعتماد فرد برای مقابله مؤثر و مدیریت در بحران‌ها و چالش‌های زندگی است. مقیاس خودکارآمدی مقابله‌ای با سطح پایین‌تری از استرس ادراک‌شده رابطه دارد و به‌خصوص افراد با خودکارآمدی مقابله‌ای بالا، احتمال کمتری وجود دارد که به رفتارهای غیرانطباقی و ناسازگارانه (شکست در مدیریت استرس و مدیریت رفتار هنگام مواجهه با بحران) و همچنین رفتارهای اجتنابی و فرار شناختی (مصرف الکل و مواد مخدر و اجتناب از پرداختن به مسئله) اقدام کنند.

مقیاس خودکارآمدی ۲۶ ماده رافرآمی گیرد، خودگزارشی است و شیوه نمره‌گذاری مقیاس مذکور، ۳ درجه‌ای لیکرتی است، این پرسش‌نامه، ۳ خرده‌مقیاس دارد که عبارت‌اند از: ۱. توقف هیجان و افکار ناخوشایند^{۴۰}، ۲. مقابله مسئله‌مدار، ۳. دریافت حمایت از خانواده و دوستان^{۴۱} که ۴ گویه دارد. چسنی و همکاران [۴۲] پایایی مقیاس را به روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های توقف هیجان و افکار ناخوشایند، مقابله مسئله‌مدار و دریافت حمایت از خانواده و دوستان به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۳ و ۰/۹۱ گزارش کردند. همچنین روایی آن را به روش تحلیل عامل تأییدی مطلوب $GFI=0/91$ و $RMSEA=0/05$ به دست آورده‌اند.

در پژوهشی که مروتی و همکاران [۴۳] انجام دادند، روایی سازه پرسش‌نامه با استفاده از آزمون تحلیل عاملی در ۳ مقیاس نام برده‌شده تأیید شد. همچنین پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ ارزیابی شد که برای خرده‌مقیاس توقف هیجان و افکار ناخوشایند ۰/۸۰، راهبرد مسئله‌مدار ۰/۶۳، دریافت حمایت از خانواده و دوستان ۰/۷۱ و نمره کل ۰/۸۸ به دست آمد. این پرسش‌نامه در پژوهش هالدک و همکاران روی سالمندان نیز استفاده شده است. پایایی این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴۴ به دست آمد. ضریب همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ مربوط به خرده‌مقیاس‌های این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر برای خرده‌مقیاس مقابله مسئله‌مدار ۰/۸۶۶، خرده‌مقیاس توقف هیجان و افکار ناخوشایند ۰/۹۰۱، خرده‌مقیاس دریافت حمایت از خانواده و دوستان ۰/۸۴۰ بود.

۵. پرسش‌نامه حمایت اجتماعی: مقیاس حمایت اجتماعی کاترونا، راسل [۴۴] به منظور ارزیابی میزان اعتقاد به حمایت اجتماعی ساخته شده است. این مقیاس ۶ خرده‌مقیاس وابستگی، انسجام اجتماعی، خودارزشمندی، وصلت و پیوند، فرصت برای رشد، تربیت، راهنمایی و مشورت را اندازه‌گیری می‌کند. پایایی

40. Stop Unpleasant Emotions and Thoughts

41. Get Support From Friends and Family

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان پژوهش به تفکیک جنسیت

تعداد(درصد)		متغیر	سطوح متغیر
مردان	زنان		
۴(۱/۶)	۱۸(۸/۹)	تحصیلات	بی‌سواد
۸(۳/۲)	۱۲(۵/۹)		سواد خواندن و نوشتن
۱۴(۵/۷)	۱۵(۷/۴)		ابتدایی
۱۹(۷/۷)	۱۸(۸/۹)		راه‌نمایی
۶۵(۲۶/۳)	۶۸(۳۳/۵)		دیپلم
۵۴(۲۱/۹)	۴۰(۱۹/۷)		کارشناسی
۴۰(۱۶/۲)	۱۳(۶/۴)		کارشناسی ارشد
۳۳(۱۷/۴)	۱۹(۹/۴)	دکتری	
۳(۱/۲)	۲(۱)	وضعیت تأهل	مجرد
۲۲۵(۹۱/۱)	۱۱۷(۵۷/۶)		متاهل
۱۰(۴)	۲۲(۲۲)		متارکه
۹(۳/۶)	۶۲(۳۰/۵)		همسر فوت‌شده
۱۲۲(۴۹/۴)	۳۸(۱۸/۷)	وضعیت شغلی	شاغل
۷(۲/۸)	۸۴(۴۱/۴)		بیکار
۱۱۰(۴۴/۵)	۴۸(۲۳/۶)		بازنشسته
۸(۳/۲)	۳۳(۱۶/۳)	تعداد فرزندان	تحت پوشش سازمان‌های حمایتی
۷(۲/۸)	۸(۳/۹)		فاقد فرزند
۱۷۶(۷۱/۳)	۱۲۰(۵۹/۱)		۱ تا ۳ فرزند
۵۷(۲۳/۱)	۵۸(۲۸/۶)		۴ تا ۶ فرزند
۶(۲/۴)	۱۷(۸/۴)		۷ تا ۹ فرزند
۱(۰/۴)	۰(۰)	۱۰ تا ۱۲ فرزند	
۳۳۵(۹۵/۱)	۱۵۹(۷۸/۳)	نوع اقامت	با خانواده
۱۲(۴/۹)	۴۴(۲۱/۷)		تنها

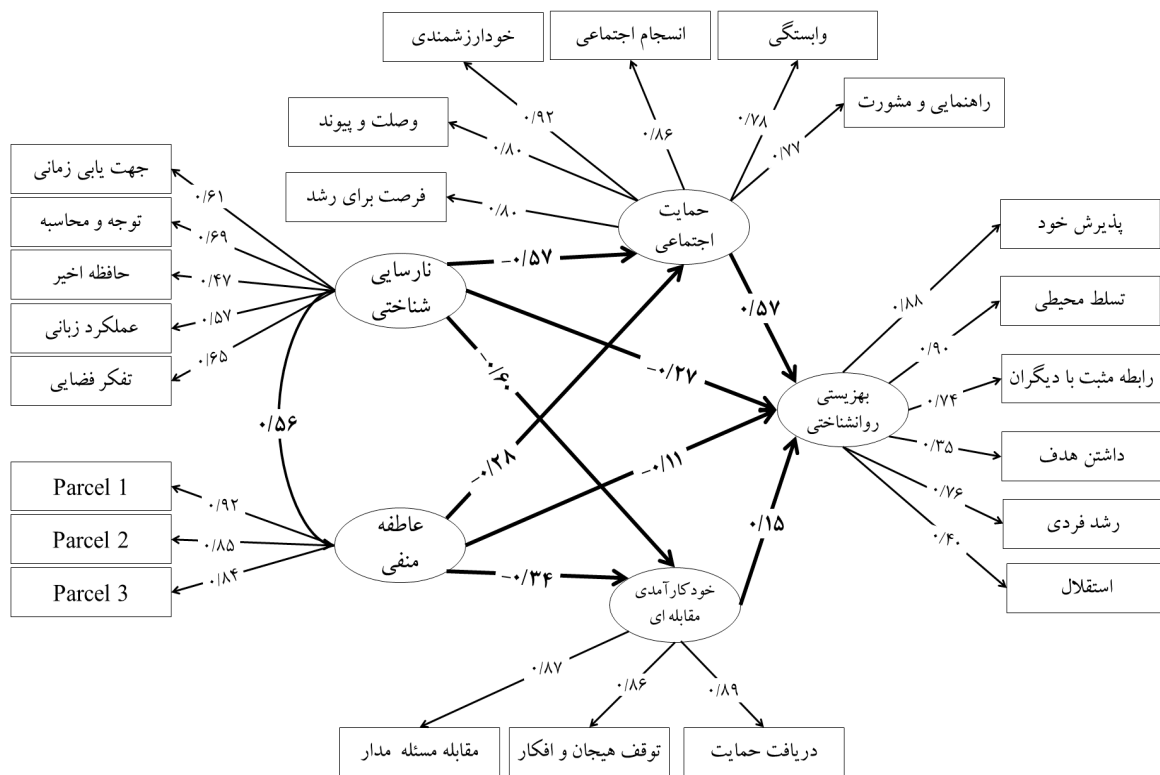
سالمند

۰/۶۴۰- تا ۰/۸۰۷ قرار دارند. ضرایب همبستگی که بالای ۰/۸۵ باشند، با ایجاد مسئله هم‌خطی چندگانه، در تخمین صحیح مدل مشکل ایجاد می‌کنند [۳۱].

بنابراین فرض عدم وجود هم‌خطی چندگانه نیز محقق شده است. در پژوهش حاضر برای شناسایی داده‌های پرت از نمودار جعبه‌ای استفاده شد که در نتیجه ۱۲ نفر از شرکت‌کنندگان از تحلیل حذف شدند و حجم نمونه نهایی برای تحلیل مدل‌یابی معادلات ساختاری برابر ۴۳۸ نفر شد. داده‌های گمشده در

در این مطالعه، فرض نرمال بودن چندمتغیری با محاسبه شاخص کشیدگی چندمتغیری نسبی^{۴۲} بررسی شد که مقدار آن برای مدل فرضی برابر ۱/۱۷۱ به دست آمد. بنتلر و چو [۴۶] معتقدند در صورتی که ارزش این شاخص بیشتر از ۳ نباشد، نرمال بودن چندمتغیری محقق شده است. بررسی این ماتریس همبستگی حاکی از عدم وجود هم‌خطی چندگانه بین آن‌ها بود. ضرایب همبستگی برای مدل فرضی پژوهش حاضر در دامنه

42. Relative Multivariate Kurtosis



تصویر ۲. مدل نهایی پژوهش

پژوهش حاضر کمتر از ۱ درصد داده‌ها را تشکیل می‌داد. از این رو، برای مدیریت داده‌های گمشده از روش جایگزینی داده‌های گمشده با میانگین استفاده شد.

همچنین انتخاب نشانگرهای مناسب در مدل‌یابی معادلات ساختاری بسیار حائز اهمیت است؛ بنابراین پیش از انتخاب نشانگرها، با استفاده از روش تحلیل عاملی تأییدی، توان آن‌ها برای اندازه‌گیری متغیرهای مکنون زیربنایی ارزیابی شد. برای اندازه‌گیری نارسایی‌های شناختی در پژوهش حاضر از ابزار مختصر معاینه وضعیت روانی استفاده شد. این ابزار ۷ خرده‌مقیاس شامل جهت‌یابی زمانی، جهت‌یابی مکانی، ثبت، توجه و محاسبه، حافظه اخیر، عملکرد زبانی و تفکر فضایی دارد. نتایج CFA برای انتخاب نشانگرهای مناسب نشان داد که خرده‌مقیاس جهت‌یابی مکانی به علت داشتن بار عاملی پایین توان اندازه‌گیری متغیر زیربنایی نهایی را ندارد.

از سویی، خرده‌مقیاس ثبت به علت چولگی و کشیدگی زیاد از تحلیل کنار گذاشته شد. ۵ خرده‌مقیاس باقی‌مانده به عنوان نشانگر برای نارسایی‌های شناختی در نظر گرفته شدند. خرده‌مقیاس عاطفه منفی شامل ۱۰ آیتم است که هر کدام یکی از هیجان‌های منفی را اندازه‌گیری می‌کند. با توجه به اینکه این ۱۰ آیتم در عامل‌های مختلف گروه‌بندی نمی‌شود؛ بنابراین از روش Item Parceling [۴۱] برای انتخاب نشانگر استفاده شد.

سالمند

در این روش، آیتم‌ها براساس بار عاملی در ۳ گروه (گروه اول شامل آیتم‌های ۲، ۱۳ و ۱۵؛ گروه دوم شامل آیتم‌های ۶، ۷ و ۲۰؛ گروه سوم شامل آیتم‌های ۴، ۱۱ و ۱۸) تقسیم شدند. آیتم شماره ۸ به علت بار عاملی کم در گروه‌ها جای‌گذاری نشد. در پژوهش حاضر برای اندازه‌گیری خودکارآمدی مقابله‌ای از مقیاس خودکارآمدی مقابله‌ای چسنی و همکاران [۴۲] استفاده شد.

این ابزار ۳ خرده‌مقیاس مقابله مسئله‌مدار، توقف هیجان و افکار ناخوشایند و دریافت حمایت از خانواده و دوستان را شامل می‌شود. هر ۳ خرده‌مقیاس در نتایج تحلیل عاملی تأییدی بار عاملی بالایی روی عامل نهفته زیربنایی داشتند؛ بنابراین هر ۳ به عنوان نشانگر برای متغیر خودکارآمدی مقابله‌ای انتخاب شدند. در پژوهش حاضر از مقیاس حمایت اجتماعی استفاده شد. این مقیاس ۶ خرده‌مقیاس وابستگی، انسجام اجتماعی، خودارزشمندی، وصلت و پیوند، فرصت برای رشد و تربیت و راهنمایی و مشورت را اندازه‌گیری می‌کند. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد هر ۶ عامل بار عاملی بالایی روی عامل نهفته خود دارند؛ بنابراین به عنوان نشانگرهای مناسب برای حمایت اجتماعی انتخاب شدند.

در جدول شماره ۴، یافته‌های تکمیلی برای مسیرهای مدل ساختاری شامل ضرایب استاندارد، خطای استاندارد، مقادیر بحرانی I و سطوح معناداری گزارش شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی برای متغیرهای پژوهش. شاخص‌های گزارش شده شامل حداقل مقدار، حداکثر مقدار، میانگین، انحراف معیار، چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش

متغیر	حداقل مقدار	حداکثر مقدار	میانگین ± انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
نارسایی‌های شناختی	۰	۱۳	۲/۸۷±۳/۱۹	۱/۴۵	۱/۵۲
خرده‌مقیاس جهت‌یابی زمانی	۰	۴	۰/۶۷۵±۰/۲۸۹	۲/۷۴	۷/۷۳
خرده‌مقیاس جهت‌یابی مکانی	۰	۳	۰/۲۳۰±۰/۰۴۱	۷/۳۱	۷۰/۱۳
خرده‌مقیاس ثبت	۰	۳	۰/۳۶۶±۰/۰۹۸	۴/۵۳	۲۴/۳۳
خرده‌مقیاس توجه و محاسبه	۰	۵	۱/۴۸±۱/۱۹	۱/۰۸	-۰/۰۱
خرده‌مقیاس حافظه اخیر	۰	۳	۰/۸۶۹±۰/۷۰	۰/۸۵۵	-۰/۴۸۵
خرده‌مقیاس عملکرد زبانی	۰	۴	۰/۷۳۶±۰/۳۳۳	۲/۴۱	۵/۶۱
خرده‌مقیاس تفکر فضایی	۰	۱	۰/۴۰۴±۰/۲۰۶	۱/۴۵	-۰/۱۳۴
عاطفه منفی	۱۰	۳۳	۲۳/۸۳±۸/۱۰	۰/۳۶۲	-۰/۵۹۵
حمایت اجتماعی	۳۳	۱۲۰	۸۹/۲۶±۱۹/۰۴	۰/۶۸۹	-۰/۰۶۲
خرده‌مقیاس وابستگی	۶	۲۰	۱۶/۱۷±۲/۸۰	-۰/۶۳۲	-۰/۰۱۷
خرده‌مقیاس انسجام اجتماعی	۴	۲۰	۱۴/۴۲±۳/۵۴	-۰/۶۴۹	-۰/۰۱۷
خرده‌مقیاس خودارزشمندی	۴	۲۰	۱۵/۱۵±۲/۹۳	-۱/۰۱	-۰/۴۳
خرده‌مقیاس وصلت و پیوند	۴	۲۰	۱۴/۶۰±۴/۰۹	-۰/۱۸۹	-۰/۰۱۵
خرده‌مقیاس فرصت برای رشد و تربیت	۴	۲۰	۱۴/۷۰±۳/۵۸	-۰/۸۵۵	-۰/۴۶۱
خرده‌مقیاس راهنمایی و مشورت	۴	۲۰	۱۴/۱۹±۴/۲۳	-۰/۴۰۹	-۰/۷۷۴
خودکارآمدی مقابله‌ای	۵۸	۲۴۲	۱۶۰/۱۳±۴۱/۲۸	-۰/۴۵۱	-۰/۵۰۴
خرده‌مقیاس مقابله مسئله‌مدار	۳۶	۱۱۴	۷۹/۸۰±۱۷/۵۶	-۰/۵۲۷	-۰/۳۷۲
خرده‌مقیاس توقف هیجان و افکار ناخوشایند	۱۰	۸۷	۵۲/۳۳±۱۷/۰۷	-۰/۳۸۷	-۰/۵۱۵
خرده‌مقیاس دریافت حمایت از خانواده و دوستان	۴	۵۰	۲۷/۹۸±۱۰/۳۵	-۰/۲۲۴	-۰/۷۳۱
بهبودی روان‌شناختی	۳۴	۹۸	۷۷/۳۱±۱۴/۲۶	-۰/۸۲۵	-۰/۲۳۴
خرده‌مقیاس پذیرش خود	۳	۱۸	۱۳/۱۷±۳/۹۴	-۰/۸۹۲	-۰/۱۸۵
خرده‌مقیاس تسلط محیطی	۳	۱۸	۱۳/۸۹±۳/۴۲	-۱/۰۶	-۰/۶۱۰
خرده‌مقیاس رابطه مثبت با دیگران	۵	۱۸	۱۴/۱۳±۳/۱۴	-۰/۶۶۰	-۰/۵۵۲
خرده‌مقیاس داشتن هدف در زندگی	۴	۱۷	۱۱/۷۴±۲/۳۴	-۰/۲۹۹	-۰/۶۳۶
خرده‌مقیاس رشد فردی	۴	۱۸	۱۲/۹۹±۳/۸۰	-۰/۵۳۳	-۰/۸۱۷
خرده‌مقیاس استقلال	۶	۱۷	۱۱/۳۷±۱/۹۸	-۰/۰۷۹	-۰/۰۰۶

جدول ۳. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱ نارسایی‌های شناختی							
۲ عاطفه منفی	۰/۴۷۶***						
۳ حمایت اجتماعی	-۰/۵۰۹***	-۰/۵۴۵***					
۴ خودکارآمدی مقابله‌ای	-۰/۶۱۲***	-۰/۶۱۴***	۰/۶۷۳***				
۵ بهزیستی روان‌شناختی	-۰/۶۶۲***	-۰/۶۲۷***	۰/۸۳۵***	۰/۷۶۴***			

*** $P < 0.001$, ** $P < 0.01$, * $P < 0.05$

سالمند

خودکارآمدی مقابله‌ای و بهزیستی روان‌شناختی تأثیر می‌گذارد. عاطفه منفی نیز با ضرایب -0.28 ، -0.34 و -0.11 به ترتیب بر حمایت اجتماعی، خودکارآمدی مقابله‌ای و بهزیستی روان‌شناختی اثر می‌گذارد. اثر حمایت اجتماعی بر بهزیستی روان‌شناختی دارای ضریب استاندارد 0.57 و اثر خودکارآمدی مقابله‌ای بر بهزیستی روان‌شناختی دارای ضریب استاندارد 0.15 است. کوارینانس بین نارسایی شناختی و عاطفه منفی نیز ضریب استاندارد 0.56 را داراست.

بحث

همان‌طور که بیان شد، پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی براساس نارسایی شناختی و عاطفه منفی با میانجی‌گری خودکارآمدی مقابله‌ای و حمایت اجتماعی روی 450 نمونه سالمند زن و مرد در محدوده سنی 60 تا 80 سال انجام شد. نتایج این تحقیق نشان داد مدل فرضی از برازندگی مناسبی برخوردار است. یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از آن است که متغیرهای نارسایی‌های شناختی و عاطفه منفی با

شاخص‌های برازش مدل ساختاری در جدول شماره ۵ نشان داده شده است. همان‌گونه که مندرجات این جدول نشان می‌دهد به جز شاخص ریشه دوم برآورد واریانس خطای تقریب، بقیه شاخص‌های برازش مدل ساختاری در دامنه قابل پذیرش مدل قرار دارند. همانند مدل اندازه‌گیری، مقادیر ریشه دوم برآورد واریانس خطای تقریب در مدل ساختاری نیز به محدوده قابل پذیرش نزدیک است. در مجموع، براساس مقادیر به‌دست‌آمده برای شاخص‌های برازش می‌توان بر برازندگی مدل فرضی پژوهش صحه گذاشت.

در مطالعه حاضر به منظور ارزیابی روابط واسطه‌ای از آزمون بوت استرپ استفاده شد. مسیر مورد نظر در سطح $P < 0.05$ معنادار است.

جدول شماره ۶، نتایج آزمون بوت استرپ را برای ۴ مسیر واسطه‌ای نشان می‌دهد. مندرجات این جدول نشان می‌دهد که هر ۴ مسیر واسطه‌ای معنادار هستند.

تصویر شماره ۲، مدل ساختاری فرضی را به همراه ضرایب استاندارد به تصویر می‌کشد. نارسایی شناختی با ضرایب استاندارد 0.57 ، 0.60 و 0.27 به ترتیب بر حمایت اجتماعی،

جدول ۴. ضرایب استاندارد، خطای استاندارد، مقادیر بحرانی T و سطوح معناداری

مسیر	ضریب استاندارد	خطای استاندارد	مقادیر بحرانی T	P
نارسایی شناختی ← حمایت اجتماعی	-۰/۵۷	۰/۰۸۱	-۹/۷۴	<۰/۰۰۱
نارسایی شناختی ← خودکارآمدی مقابله‌ای	-۰/۶۰	۰/۰۸۳	-۱۱/۱۸	<۰/۰۰۱
نارسایی شناختی ← بهزیستی روان‌شناختی	-۰/۲۷	۰/۰۶۵	-۴/۵۸	<۰/۰۰۱
عاطفه منفی ← حمایت اجتماعی	-۰/۲۸	۰/۰۸۷	-۵/۳۹	<۰/۰۰۱
عاطفه منفی ← خودکارآمدی مقابله‌ای	-۰/۳۴	۰/۰۸۹	-۶/۹۴	<۰/۰۰۱
عاطفه منفی ← بهزیستی روان‌شناختی	-۰/۱۱	۰/۰۴۲	-۳/۴۰	<۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی ← بهزیستی روان‌شناختی	-۰/۵۷	۰/۰۴۵	۱۲/۵۵	<۰/۰۰۱
خودکارآمدی مقابله‌ای ← بهزیستی روان‌شناختی	-۰/۱۵	۰/۰۵۹	۲/۹۴	<۰/۰۰۱
نارسایی شناختی ← عاطفه منفی	۰/۵۶	۰/۰۵۷	۱۲/۸۷	<۰/۰۰۱

سالمند

جدول ۵. شاخص‌های برازش مدل ساختاری

مقدار	دامنه قابل پذیرش	شاخص برازندگی
۰/۹۵	بزرگ‌تر از ۰/۹۰	شاخص برازندگی هنجار شده (NFI)
۰/۹۵	بزرگ‌تر از ۰/۹۰	شاخص توکر / لوییس (TLI)
۰/۹۶	بزرگ‌تر از ۰/۹۰	شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)
۰/۹۶	بزرگ‌تر از ۰/۹۰	شاخص برازندگی فزاینده (IFI)
۰/۹۴	بزرگ‌تر از ۰/۹۰	شاخص برازندگی نسبی (RFI)
۰/۰۷۰	کمتر از ۰/۱	ریشه میانگین مربعات باقی‌مانده استاندارد شده (SRMR)
۰/۱۱	کمتر از ۰/۰۸	ریشه دوم برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA)

سالمند

دیک و نیز اوکلی و دیری [۴۷] همسو است.

همچنین یافته‌ها نشان داد علاوه بر اثرات مستقیم، نارسایی شناختی از طریق واسطه‌گری خودکارآمدی مقابله‌ای، اثرات غیرمستقیم بر بهزیستی روان‌شناختی دارد. نتایج این مطالعه با پژوهش‌های لانگر و همکاران [۴۸] و میوردوما و همکاران [۴۹] همسو است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند افراد مبتلا به نارسایی‌های شناختی، به‌ویژه آسیب خفیف شناختی و بیماری آلزایمر، نسبت به سالمندان سالم در به‌کارگیری مهارت‌های مقابله‌ای و راهبرد حل مسئله دچار افت قابل ملاحظه هستند که این امر به دلیل مشکل بودن در دسترسی به حافظه‌های اتوبیوگرافیک^{۳۳} (سرگذشتی) خاص است که در کاهش‌های شناختی، به تدریج روی می‌دهد. نارسایی‌های شناختی از طریق تأثیرات منفی بر خودکارآمدی مقابله‌ای که تأثیر بسزایی در ایجاد تطابق لازم در مواجهه با تغییرات پیش روی سالمندان داشته و آنان به کمک استراتژی‌های مقابله‌ای خود قادر به ادراک منابع و توانایی‌های خویش می‌شوند و این امر به آنان در دستیابی به اهداف‌شان و غلبه بر موانع‌شان یاری می‌رساند و موجب افت بهزیستی روان‌شناختی می‌شود.

43. Autobiographical Memories

میانجی‌گری خودکارآمدی مقابله‌ای و حمایت اجتماعی بر بهزیستی روان‌شناختی سالمندان اثر معناداری داشته و بدین ترتیب فرضیه‌های این پژوهش تأیید شدند.

نتایج این پژوهش نشان داد نارسایی‌های شناختی اثر مستقیم بر بهزیستی روان‌شناختی دارد. نارسایی‌های شناختی، به‌ویژه دمانس‌ها، از جمله دلایل اصلی ناتوانی و افت کیفیت زندگی بین سالمندان هستند. مشکلات حافظه‌ای که در نارسایی‌های شناختی، از جمله شکایات سالمندان است و به میزان قابل ملاحظه‌ای با عملکرد روزانه و شناختی افراد در ارتباط است، بر بهزیستی روان‌شناختی اثرگذار بوده و موجب افت آن می‌شود. شواهد حاکی از آن است که افراد مبتلا به نارسایی شناختی، در پاسخ‌دهی به تقاضاهای زندگی روزانه که تأثیرات مهمی بر بهزیستی روان‌شناختی‌شان می‌گذارد، مشکلات بسیار جدی دارند.

به خوبی ثابت شده که تغییرات وابسته به سن که در حافظه و کارکردهای اجرایی حادث می‌شود و نیز ساختار عصبی آن‌ها (یعنی قشر پیش پیشانی و هیپوکامپ)، موجب افت شناختی جنبه‌های چالش‌برانگیز بهزیستی روان‌شناختی، از جمله حفظ کردن هدفمندی در زندگی، در سالمندی می‌شود. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های گیتس و همکاران [۱۴]، ماسال جیه و [۱۰]، هالر و همکاران [۱۱]، لگدیور و همکاران [۱]، اوروک، لوگان و

جدول ۶. نتایج آزمون بوت استرپ برای اثرات واسطه‌ای

متغیر مستقل	متغیر واسطه‌ای	متغیر وابسته	ضریب استاندارد	خطای استاندارد	سطح معناداری	دامنه پایین ۹۵ درصد	دامنه بالای ۹۵ درصد
نارسایی شناختی	حمایت اجتماعی	بهزیستی روان‌شناختی	-۰/۳۲۱	۰/۰۴۳	۰/۰۰۱	-۰/۴۰۶	-۰/۲۳۵
نارسایی شناختی	خودکارآمدی مقابله‌ای	بهزیستی روان‌شناختی	-۰/۰۹۱	۰/۰۳۵	۰/۰۰۹	-۰/۱۵۹	-۰/۰۲۳
عاطفه منفی	حمایت اجتماعی	بهزیستی روان‌شناختی	-۰/۱۶۰	۰/۰۵۳	۰/۰۰۳	-۰/۲۶۵	-۰/۰۵۶
عاطفه منفی	خودکارآمدی مقابله‌ای	بهزیستی روان‌شناختی	-۰/۰۵۲	۰/۰۲۶	۰/۰۴۸	-۰/۱۰۴	-۰/۰۰۰۱

سالمند

ادراک شده توسط فرد و به تبع آن اتخاذ مقابله اجتنابی به جای رویکرد حل مسئله، در عملکرد او در مقابله با عوامل استرس‌زا اختلال ایجاد کرده و بر بهزیستی روان‌شناختی افراد تأثیرات نامطلوب می‌گذارند.

همچنین یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است که عاطفه منفی از طریق واسطه‌گری حمایت اجتماعی، به طور غیرمستقیم بر بهزیستی روان‌شناختی اثر می‌گذارد. این نتایج با یافته‌های خان، هسلینگ و راسل [۲۸]، هان و همکاران [۵۴] و کارابابا [۵۵] همسو است. نتایج پژوهش‌ها حاکی از اثرات نامطلوب عاطفه‌پذیری منفی روی حمایت اجتماعی (به‌ویژه از نوع عاطفی) است. به نظر می‌رسد افراد با عاطفه‌پذیری منفی در روابط بین فردی و رفتار صمیمانه دچار مشکل بوده و به‌ویژه به دلیل عدم ثبات هیجانی در آنان، روابط خانوادگی و دوستانه آنان دستخوش مشکلات فراوان می‌شود. نتایج یک پژوهش نشان داد که عاطفه منفی بالا در افراد، موجب برخوردار نشدن آنان از مهارت در تعاملات بین‌فردی و به تبع آن ناکامی در جلب حمایت از سوی دیگران شده و از این طریق از اثرات مثبت حمایت اجتماعی بر بهزیستی افراد می‌کاهد [۵۶].

نتیجه‌گیری نهایی

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد نارسایی‌های شناختی و عاطفه‌منفی از طریق واسطه‌گری خودکارآمدی مقابله‌ای و حمایت اجتماعی بر بهزیستی روان‌شناختی سالمندان اثر معناداری دارند. این در حالی است که مقادیر ضرایب استاندارد در مدل ساختاری مفروضه حاکی از آن بود که اثرات غیرمستقیم ۲ متغیر نارسایی‌های شناختی و عاطفه‌منفی با واسطه‌گری خودکارآمدی مقابله‌ای و حمایت اجتماعی بر بهزیستی روان‌شناختی سالمندان به مراتب بیشتر از اثرات مستقیم آن‌هاست. در این میان، نقش میانجی‌گر حمایت اجتماعی از خودکارآمدی مقابله‌ای بیشتر به چشم می‌خورد.

این یافته از آن جهت حائز اهمیت است که می‌توان از طریق تقویت این ۲ متغیر مهم میانجی‌گر، از تأثیرات نامطلوب نارسایی شناختی و عاطفه‌منفی بر بهزیستی روان‌شناختی سالمندان به میزان قابل ملاحظه‌ای پیشگیری کرد، چراکه کاهش شناخت در فرایند سالمندی امری اجتناب‌ناپذیر بوده و حوزه‌های متعددی (از جمله حافظه، سرعت پردازش، کارکردهای اجرایی و غیره) حتی در نبود بیماری‌های تحلیل‌برنده عصبی، با افزایش سن دچار افت می‌شوند. این در حالی است که تاکنون هیچ‌گونه درمان قطعی برای بهبود عملکرد شناختی ناشی از سن وجود ندارد و بدین علت است که امروزه نارسایی شناختی در جمعیت سالمند، به سرعت به یک اولویت مراقبت از سلامت تبدیل شده است.

همچنین نتایج این پژوهش نشان داد نارسایی شناختی از طریق واسطه‌گری حمایت اجتماعی بر بهزیستی روان‌شناختی اثر غیرمستقیم دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های لیو و همکاران، لیاو و اسکولز، ابوت و همکاران [۲۷] و فریت [۲۴] همسو است. بررسی‌های بسیاری نشان داده‌اند حمایت اجتماعی در محافظت از سلامت روان نقش مهمی ایفا کرده، تأثیرات روان‌شناختی ناگوار ناشی از رویدادهای منفی زندگی بر سلامت روان افراد را کاهش می‌بخشد.

پژوهشگران دریافته‌اند عملکرد شناختی، از طریق تأثیر بر کیفیت رفتار، بر کیفیت تعاملات اجتماعی افراد اثر می‌گذارد. کارکردهای اجرایی شامل طیفی از مهارت‌های شناختی مرتبه بالاتر^{۴۴} است، به‌ویژه در تنظیم توجه و رفتار به شمار می‌آیند، می‌توان نتیجه گرفت که عملکرد شناختی بر کیفیت تعاملات بین فردی اثرگذار است. در این راستا مطالعات نشان داده‌اند وجود نارسایی‌های شناختی از طریق اُفت تشخیص پیشایندهای رفتاری و نیز اشکال در به‌کارگیری راهبردهای شناختی مناسب در تنظیم هیجانی که در کنترل رفتار افراد نقش بسزایی دارند، حمایت اجتماعی را تحت تأثیر قرار داده و به اُفت بهزیستی روان‌شناختی منجر می‌شوند.

یافته‌ها نشان داد عاطفه‌منفی بر بهزیستی روان‌شناختی اثر مستقیم دارد. این یافته با پژوهش‌های ژرونیموس و همکاران [۵۰] و سعاده و همکاران [۷] همراه است. در اهمیت نقش هیجانات می‌توان گفت، انسان‌ها از طریق هیجانات علاوه بر معنا دادن به تجارب‌شان، از طریق سازمان‌دهی خود و افرادی که در تعامل با آنان هستند، به زندگی خود نیز معنا می‌دهند. بدین ترتیب تنظیم هیجان، افراد را قادر می‌کند تا روابط سالم خود را با محیط از طریق مدیریت حالات هیجانی خود حفظ کنند [۱۶].

درحقیقت، عاطفه‌پذیری منفی که با نوعی سوگیری منفی همراه بوده و به عنوان توجه افراطی و داشتن حافظه زیاد درباره اطلاعات هیجانی منفی و نیز تمایل برای تفسیر اطلاعات مبهم به عنوان موقعیت‌های منفی مفهوم‌سازی می‌شود، موجب تداوم خلق منفی و درنهایت، اُفت بهزیستی روان‌شناختی می‌شود [۵۱].

یافته‌های پژوهش حاضر همچنین نشان داد علاوه بر اثر مستقیم، عاطفه‌منفی با واسطه‌گری خودکارآمدی مقابله‌ای اثرات غیرمستقیمی بر بهزیستی روان‌شناختی دارد. این یافته‌ها با پژوهش‌های دانکلی و همکاران [۲۳]، عباسی و همکاران [۵۲]، پیه چورسکا کوسیل [۵۳] همسو است. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد افراد با عاطفه‌منفی بالا به دلیل خودانتقادی و خلق افسرده، باور کمی به توانایی‌ها و منابع مقابله‌ای خود داشته و نسبت به رویدادهای پیرامون خود، حس کنترل پایینی دارند. به نظر می‌رسد عاطفه‌منفی از طریق تأثیرات منفی بر کنترل

در این راستا، طراحی آزمایشاتی به منظور تقویت حمایت اجتماعی سالمندان در مراکز نگهداری سالمندان، فرهنگسراها و اماکن مذهبی توصیه می‌شود. مشارکت دادن سالمندان در برنامه‌ریزی و نیز اجرای فعالیت‌های گروهی، از جمله گذران اوقات فراغت، سفرهای سیاحتی و زیارتی، برگزاری دوره‌های آموزشی نظیر اصلاح سبک زندگی و ترغیب آنان به تعقیب اهداف و رشد شخصی به منظور دستیابی به سالمندی موفق می‌تواند با افزایش خودآگاهی سالمندان، موجبات ارتقای کیفیت زندگی و سلامت روان‌شناختی آنان را فراهم کند. همچنین تدوین برنامه‌های بین نسلی به منظور تعامل هرچه بیشتر جوانان و افراد سالمند با یکدیگر و نیز معرفی توانمندی‌ها و تجارب سالمندان به جامعه می‌تواند با تقویت احساس ارزشمندی و رضایت از زندگی در آنان به ارتقای سلامت سالمندی کمک کند.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی روبه‌رو بوده است. در این مطالعه، تنها به ۲ متغیر واسطه‌ای مهم پرداخته شد. این در حالی است که عوامل دیگری نیز در کاهش تأثیرات منفی ناشی از سن نقش دارند. از آنجا که این مطالعه روی سالمندان شهر تهران انجام شده است، تعمیم نتایج را به سالمندان دیگر شهرها تا حدی محدود می‌کند. خود گزارش دهی سالمندان برای پاسخ به سؤالات پرسش‌نامه از دیگر محدودیت‌های این مطالعه بود، چرا که برخی از سالمندان ممکن است علیرغم تأکید بر محرمانه بودن به دلایلی از پاسخ‌دهی صحیح به سؤالات اجتناب ورزند.

باتوجه به محدودیت‌های پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود دیگر منابع واسطه‌ای درونی و بیرونی تأثیرگذار بر بهزیستی روان‌شناختی سالمندان در مطالعات آتی بررسی شود. همچنین به منظور امکان تعمیم یافته‌ها در سطح کلان، مطالعات مشابه در سایر شهرهای کشور پیشنهاد می‌شود.

این پژوهش یک مطالعه مقطعی بود؛ بنابراین انجام مطالعات طولی به منظور بررسی روند تحولی کاهش‌های شناختی در گستره عمر می‌تواند مفید واقع شود. همچنین در راستای ارتقای سلامت سالمندان در جمعیت رو به رشد سالمندی در کشور توصیه می‌شود همه نهادهای دولتی و غیردولتی، تدوین سیاست‌گذاری‌های جامع و راهبردی در راستای تقویت ظرفیت‌های عملکردی و حفظ استقلال سالمندان برای پیشگیری از پیامدهای نامطلوب ناشی از سن را در اولویت برنامه‌های خود قرار دهند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

ملاحظات اخلاقی در این پژوهش مورد تأیید کمیته اخلاق دانشگاه خوارزمی قرار گرفته است. بیان اهداف پژوهش، حصول اطمینان شرکت‌کنندگان از محرمانه ماندن اطلاعات‌شان و نیز رضایت آگاهانه آنان لحاظ شد.

این امر می‌تواند زندگی مستقل فرد سالمند را تحت تأثیر قرار داده و فشارهای اقتصادی، اجتماعی و شخصی قابل‌ملاحظه‌ای به او تحمیل کند. از این رو، حفظ کارکردهای شناختی مطلوب در سال‌های پایانی، امری حیاتی است تا سالمندان بتوانند از استقلال، کاهش ناتوانی، بهبود کیفیت زندگی و دستیابی به طول عمر قابل‌ملاحظه برخوردار باشند.

در مدل مفهومی پژوهش حاضر، از بُعد نظری، برای اولین بار به بررسی هم‌زمان اثرات ۲ متغیر شناختی و هیجانی بر بهزیستی روان‌شناختی پرداخته شد و نیز مطالعه متغیرهای واسطه‌ای خودکارآمدی مقابله‌ای و حمایت اجتماعی به عنوان ۲ منبع بیرونی و درونی مهم، درک ما را از سازوکارهای واسطه‌ای میان متغیر نارسایی‌های شناختی و بهزیستی روان‌شناختی و نیز میان عاطفه منفی و بهزیستی روان‌شناختی در سالمندان فزونی بخشید.

به نظر می‌رسد این مدل به لحاظ نظری از انسجام خوبی برخوردار بوده و می‌تواند تا حدی خلأهای تئوریک پیشین را جبران کند. از بُعد عملی نیز پژوهش حاضر می‌تواند دستاوردهای مثبتی در زمینه سلامت سالمندی به همراه داشته باشد. نتایج این مطالعه که حاکی از اهمیت سازه‌های خودکارآمدی مقابله‌ای و حمایت اجتماعی در ارتقای بهزیستی روان‌شناختی سالمندان بود، می‌تواند بر اعتبار راهبردهای آزمایشی درمان‌گران حوزه سلامت سالمندی افزوده و در طراحی بسته‌های آموزشی و پروتکل‌های درمانی مد نظر قرار گیرد.

از فواید کاربردی این مدل می‌توان اشاره کرد که خودکارآمدی مقابله‌ای به عنوان یک منبع درونی قوی در سالمندان، از طریق اعتماد کردن فرد به توانایی‌های خود در مواجهه با مشکلات و نیز با افزایش استقلال و خودگردانی، نقش مهمی در زمینه دستیابی به اهداف و نیز رشد شخصی ایفا کرده و سبب می‌شود سالمندان در مواجهه با چالش‌های جدید، سازگاری بیشتری از خود نشان دهند.

توصیه می‌شود خودکارآمدی مقابله‌ای در سالمندان ارزیابی دقیق شده و در تاریخچه سلامت اولیه‌شان ثبت شود. همچنین، آزمایشات تقویت‌کننده این سازه مهم در برنامه ارتقای سلامت کلی سالمندان گنجانده شود. از جمله این اقدامات می‌توان به بهره‌گیری از تجارب آنان در زمینه‌های مختلف، به‌ویژه فعالیت‌های داوطلبانه و عام‌المنفعه اشاره کرد. همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد بر خورداری از حمایت اجتماعی به عنوان یک منبع بیرونی نیز در بهزیستی روان‌شناختی سالمندان نقش مهمی دارد. تقویت حمایت اجتماعی در سالمندان، فرصت‌هایی به منظور همراهی و درگیر کردن آنان در فعالیت‌های اجتماعی میسر می‌کند که موجب می‌شود افراد سالمند، هوشیارانه رفتارهای سلامت‌یکدیگر را اصلاح کرده و به تدریج هنجارهای رفتار سلامت در سالمندان، درونی شود.

حامی مالی

این پژوهش هیچ‌گونه کمک مالی از سازمان‌های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت‌نویسندگان

تمام نویسندگان در مراحل اجرای پژوهش مشارکت داشته‌اند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

در پایان از همکاری همه سالمندان عزیزی که داوطلبانه در اجرای این پژوهش ما را یاری کردند، صمیمانه سپاس‌گزاری می‌کنیم.

References

- [1] Legdeur N, Tijms BM, Konijnenberg E, den Braber A, Ten Kate M, Sudre CH, et al. Associations of brain pathology cognitive and physical markers with age in cognitively normal individuals aged 60-102 years. *The Journals of Gerontology: Series A*. 2020; 75(9):1609-17. [DOI:10.1093/gerona/glz180] [PMID] [PMCID]
- [2] Hwang YK, Lee CS. Relationship between body image, growth mindset, grit, and successful aging in Korean elderly: Moderated mediation effect of hope. *Medico Legal Update*. 2020; 20(1):2196-202. [Link]
- [3] Jønsson AR, Reventlow S, Guassora AD. How older men with multimorbidity relate to successful aging. *The Journals of Gerontology: Series B*. 2020; 75(5):1104-12. [DOI:10.1093/geronb/gbz019] [PMID]
- [4] Sugisawa H, Harada K, Sugihara Y, Yanagisawa S, Shinmei M. Socioeconomic status disparities in late-life disability based on age, period, and cohort in Japan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2018; 75:6-15. [DOI:10.1016/j.archger.2017.11.001] [PMID]
- [5] Ryff C. Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2014; 83(1):10-28. [DOI:10.1159/000353263] [PMID] [PMCID]
- [6] Páez Gallego J, De-Juanas Oliva Á, García Castilla FJ, Díaz Santiago MJ. A study about social values and psychological well-being in young people: Implications for educational social work. *Social Work Education*. 2020; 39(6):721-36. [DOI:10.1080/02615479.2020.1793935]
- [7] Saadeh M, Welmer AK, Dekhtyar S, Fratiglioni L, Calderón-Larrañaga A. The role of psychological and social well-being on physical function trajectories in older adults. *The Journals of Gerontology: Series A*. 2020; 75(8):1579-85. [DOI:10.1093/gerona/glaa114] [PMID] [PMCID]
- [8] Dumitrache CG, Rubio L, Rubio-Herrera R. Perceived health status and life satisfaction in old age, and the moderating role of social support. *Aging & Mental Health*. 2017; 21(7):751-7. [DOI:10.1080/13607863.2016.1156048] [PMID]
- [9] Wallace JC. Confirmatory factor analysis of the cognitive failures questionnaire: Evidence for dimensionality and construct validity. *Personality and Individual Differences*. 2004; 37(2):307-24. [DOI:10.1016/j.paid.2003.09.005]
- [10] Massaldjieva RI. Differentiating normal cognitive aging from cognitive impairment no dementia: A focus on constructive and visuospatial abilities. *Gerontology*. 2018; 9:167-90. [DOI:10.5772/intechopen.73385] [PMID]
- [11] Haller S, Montandon ML, Lilja J, Rodriguez C, Garibotto V, Herrmann FR, et al. PET amyloid in normal aging: Direct comparison of visual and automatic processing methods. *Scientific Reports*. 2020; 10(1):16665. [DOI:10.1038/s41598-020-73673-1] [PMID] [PMCID]
- [12] Babulal GM, Quiroz YT, Albeni BC, Arenaza-Urquijo E, Astell AJ, Babiloni C, et al. Perspectives on ethnic and racial disparities in Alzheimer's disease and related dementias: Update and areas of immediate need. *Alzheimer's & Dementia*. 2019; 15(2):292-312. [DOI:10.1016/j.jalz.2018.09.009] [PMID] [PMCID]
- [13] Nakanishi M, Yamasaki S, Nishida A, Richards M. Midlife psychological well-being and its impact on cognitive functioning later in life: An observational study using a female British birth cohort. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2019; 72(3):835-43. [DOI:10.3233/JAD-190590] [PMID] [PMCID]
- [14] Gates N, Valenzuela M, Sachdev PS, Singh MAF. Psychological well-being in individuals with mild cognitive impairment. *Clinical Interventions in Aging*. 2014; 9:779-92. [DOI:10.2147/CIA.S58866] [PMID] [PMCID]
- [15] Díaz-García A, González-Robles A, Mor S, Mira A, Quero S, García-Palacios A, et al. Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Psychometric properties of the online Spanish version in a clinical sample with emotional disorders. *BMC Psychiatry*. 2020; 20(1):56. [DOI:10.1186/s12888-020-2472-1] [PMID] [PMCID]
- [16] Kara A, Gök A. Positive and negative affect during a pandemic: Mediating role of emotional regulation strategies. *Journal of Pedagogical Research*. 2020; 4(4):484-97. [DOI:10.3390/JPR.2020064452]
- [17] Korthauer LE, Goveas J, Espeland MA, Shumaker SA, Garcia KR, Tindle H, et al. Negative affect is associated with higher risk of incident cognitive impairment in nondepressed postmenopausal women. *The Journals of Gerontology: Series A*. 2018; 73(4):506-12. [DOI:10.1093/gerona/glx175] [PMID] [PMCID]
- [18] Payne TW, Schnapp MA. The relationship between negative affect and reported cognitive failures. *Depression Research and Treatment*. 2014; 2014:396195. [DOI:10.1155/2014/396195] [PMID] [PMCID]
- [19] Hladek MD, Nersesian PV, Cudjoe TK, Gill JM, Szanton SL. Higher coping self-efficacy associated with low self-perceived loneliness in older adults with chronic disease. *Innovation in Aging*. 2019; 3(S 1):S58-9. [DOI:10.1093/geroni/igz038.228]
- [20] Midkiff MF, Lindsey CR, Meadows EA. The role of coping self-efficacy in emotion regulation and frequency of NSSI in young adult college students. *Cogent Psychology*. 2018; 5(1):1520437. [DOI:10.1080/23311908.2018.1520437]
- [21] Mazaheri M, Bahramian SH. [Prediction of psychological well-being based on the positive and negative affection and coping self-efficacy (Persian)]. *Positive Psychology Research*. 2016; 1(4):1-14. https://ppls.ui.ac.ir/article_21047.html?lang=en
- [22] Bai Y, Bian F, Zhang L, Cao Y. The impact of social support on the health of the rural elderly in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17(6):2004. [DOI:10.3390/ijerph17062004] [PMID] [PMCID]
- [23] Dunkley DM, Lewkowski M, Lee IA, Preacher KJ, Zuroff DC, Berg JL, et al. Daily stress, coping, and negative and positive affect in depression: Complex trigger and maintenance patterns. *Behavior Therapy*. 2017; 48(3):349-65. [DOI:10.1016/j.beth.2016.06.001] [PMID]
- [24] Frith CD. The role of metacognition in human social interactions. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. 2012; 367(1599):2213-23. [DOI:10.1098/rstb.2012.0123] [PMID] [PMCID]
- [25] Lahdenperä M, Virtanen M, Myllyntausta S, Pentti J, Vahtera J, Stenholm S. Psychological distress during the retirement transition and the role of psychosocial working conditions and social living environment. *The Journals of Gerontology: Series B*. 2022; 77(1):135-48 [DOI:10.1093/geronb/gbab054] [PMID] [PMCID]
- [26] Mai Y, Wu YJ, Huang Y. What type of social support is important for student resilience during COVID-19? A latent profile analysis. *Frontiers in Psychology*. 2021; 12:646145. [DOI:10.3389/fpsyg.2021.646145] [PMID] [PMCID]
- [27] Abbott KM, Bettger JP, Hampton KN, Kohler HP. The feasibility of measuring social networks among older adults in assisted living and dementia special care units. *Dementia*. 2015; 14(2):199-219. [DOI:10.1177/1471301213494524] [PMID]

- [28] Kahn JH, Hessling RM, Russell DW. Social support, health, and well-being among the elderly: What is the role of negative affectivity? *Personality and Individual Differences*. 2003; 35(1):5-17. [DOI:10.1016/S0191-8869(02)00135-6]
- [29] Jonker AA, Comijs HC, Knipscheer KC, Deeg DJ. The role of coping resources on change in well-being during persistent health decline. *Journal of Aging and Health*. 2009; 21(8):1063-82. [DOI:10.1177/0898264309344682] [PMID]
- [30] Harding T, Lopez V, Klainin-Yobas P. Predictors of Psychological well-being among higher education students. *Psychology*. 2019; 10(04):578-94. [DOI:10.4236/psych.2019.104037]
- [31] Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. New York: Guilford Publications; 2015. https://books.google.com/books/about/Principles_and_Practice_of_Structural_Eq.html?id=Q61ECgAAQBAJ
- [32] Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989; 57(6):1069-81. [DOI:10.1037/0022-3514.57.6.1069]
- [33] Bayani AA, Mohammad K, Ashour B. [Validity and reliability of the Reef psychological well-being scale (Persian)]. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2008; 14(2):146-51. [Link]
- [34] Moatamedy A, Borjali A, Sadeqpur M. [Prediction of psychological well-being of the elderly based on the power of stress management and social support (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2018; 13(1):98-109. [DOI:10.21859/sija.13.1.98]
- [35] Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*. 1975; 12(3):189-98. [DOI:10.1016/0022-3956(75)90026-6] [PMID]
- [36] Seyedian M, Falah M, Nourouzian M, Nejat S, Delavar A, Ghasemzadeh H. [Validity of the Farsi version of mini-mental state examination (Persian)]. *Journal of Medical Council of I.R.I*. 2008; 25(4):408-14. [Link]
- [37] Foroughan M, Jafari Z, Shirin BP, Ghaem MFZ, Rahgozar M. [Validation of mini-mental state examination (MMSE) in the elderly population of Tehran (Persian)]. *Advances in Cognitive Science*. 2008; 10(2):29-37. [Link]
- [38] Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1988; 54(6):1063-70. [DOI:10.1037/0022-3514.54.6.1063] [PMID]
- [39] Bakhsipour A, Dejhkam M. [Confirmatory factor analysis of positive and negative emotion scale (Persian)]. *Journal of Psychology*. 2006; 9(4):351-65. [Link]
- [40] Zabet M, Momeni K, Karami J. [The effectiveness of quality of life therapy on positive and negative affect in elderly women (Persian)]. *Journal of Aging Psychology*. 2015; 1(2):73-80. [Link]
- [41] Matsunaga M. Item parceling in structural equation modeling: A primer. *Communication Methods and Measures*. 2008; 2(4):260-93. [DOI:10.1080/19312450802458935]
- [42] Chesney MA, Neilands TB, Chambers DB, Taylor JM, Folkman S. A validity and reliability study of the coping self-efficacy scale. *British Journal of Health Psychology*. 2006; 11(Pt 3):421-37. [DOI:10.1348/135910705X53155] [PMID] [PMCID]
- [43] Morovati Z, Yadegari R. [Comparison of loneliness and coping self-efficacy in cell phone addicted and normal female college students (Persian)]. *Journal of Psychological Achievements*. 2019; 26(2):243-62. [DOI:10.22055/psy.2019.28423.2270]
- [44] Cutrona C, Russell D, Rose J. Social support and adaptation to stress by the elderly. *Psychology and Aging*. 1986; 1(1):47-54. [DOI:10.1037/0882-7974.1.1.47] [PMID]
- [45] Zaki MA. [Reliability and validity of the Social Provision Scale (SPS) in the students of Isfahan University (Persian)]. *Iranian Journal of psyChiatry and Clinical Psychology*. 2009; 14(4):439-44. <https://ijpcp.iuums.ac.ir/article-1-614-.pdf>
- [46] Bentler PM, Chou CP. Practical issues in structural modeling. *Sociological Methods & Research*. 1987; 16(1):78-117. [DOI:10.1177/0049124187016001004]
- [47] Okely JA, Deary IJ. Associations between declining physical and cognitive functions in the Lothian Birth Cohort 1936. *The Journals of Gerontology: Series A*. 2020; 75(7):1393-402. [DOI:10.1093/geron/glaa023] [PMID] [PMCID]
- [48] Langer K, O'Shea DM, De Wit L, DeFeis B, Mejia A, Amofa P, et al. Self-efficacy mediates the association between physical function and perceived quality of life in individuals with mild cognitive impairment. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2019; 68(4):1511-9. [DOI:10.3233/JAD-181020] [PMID]
- [49] Mayordomo T, Viguer P, Sales A, Satorres E, Meléndez JC. Resilience and coping as predictors of well-being in adults. *The Journal of Psychology*. 2016; 150(7):809-21. [DOI:10.1080/00223980.2016.1203276] [PMID]
- [50] Jeronimus BF, Riese H, Sanderman R, Ormel J. Mutual reinforcement between neuroticism and life experiences: A five-wave, 16-year study to test reciprocal causation. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2014; 107(4):751-64. [DOI:10.1037/a0037009] [PMID]
- [51] Neta M, Brock RL. Social connectedness and negative affect uniquely explain individual differences in response to emotional ambiguity. *Scientific Reports*. 2021; 11(1):70. [DOI:10.1038/s41598-020-80471-2] [PMID] [PMCID]
- [52] Abbasi M, Mirderikvand F, Adavi H, Hojati M. [The relationship between personality traits (neuroticism and extraversion) and self-efficacy with aging depression (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2018; 12(4):458-66. [DOI:10.21859/sija.12.4.458]
- [53] Piechurska-Kuciel E. Mediation effect of self-efficacy in the relationship between neuroticism and L2 attainment. *Journal of Multilingual and Multicultural Development*. 2021; 42(3):262-74. [DOI:10.1080/01434632.2019.1684929]
- [54] Han J, Leng X, Gu X, Li Q, Wang Y, Chen H. The role of neuroticism and subjective social status in the relationship between perceived social support and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*. 2021; 168:110356. [DOI:10.1016/j.paid.2020.110356]
- [55] Karababa A. The relationship between trait anger and loneliness among early adolescents: The moderating role of emotion regulation. *Personality and Individual Differences*. 2020; 159:109856. [DOI:10.1016/j.paid.2020.109856]
- [56] Chang CF, Hsieh HH, Huang HC, Huang YL. The effect of positive emotion and interpersonal relationships to adaptation of school life on high school athletic class students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17(17):6354. [DOI:10.3390/ijerph17176354] [PMID] [PMCID]