MEJDS. 2020; 10:170.

Published online 2020 Nov. **Research Article**

Comparing Psychological Capitals between the Healthy Elderly and Those with Diabetes and Hypertension

Baradari E[1], *Kasir S[2], Amani K[3], Senobar A[4]

Author Address
1. MA in Rehabilitation Counseling, Department of Counseling, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran;
2. MA in Educational Counseling, Department of Counseling, AllamehTabataba'i University, Tehran, Iran;
3. MA in Family Counseling, Department of Counseling, Tehran University, Tehran, Iran;
4. PhD Student of Educational Psychology, Department of Educational Psychology, Lorestan University, Lorestan, Iran.
***Corresponding author Email**: sadegh.kasir68@gmail.com

Received: 2019 May 18; **Accepted:** 2019 Jun 20

Abstract

Background & Objectives: Diabetes mellitus and hypertension play a significant role in the mental health of the elderly. The present study aimed to compare the psychological capital between the elderly with diabetes and hypertension and their healthy counterparts.

Methods: This was a descriptive and comparative study. The population of this study included all the elderly living in the villages of Shavar section in Shoush City, Iran (N=1500). Of this population, 400 elderly with diabetes and hypertension whose diagnosis were approved by the specialist physician of the health center as well healthy elderly were selected; for the recruitment of samples in this study, a simple random sampling method was used. From 1100 healthy elderly and 400 elderly patients, 95 healthy and patient elderlies (33 diabetics, 25 with hypertension, & 27 healthy individuals) were selected as the study samples and according to Krejsi–Morgan sampling table. To collect the necessary information, in specific days and hours coordinated with the village health centers (10 villages), the psychological capital questionnaire was distributed among the elderly with diabetes and hypertension and the healthy subjects in almost identical situations. There was no time limit for the collection of questionnaires, they were collected and categorized at specific hours with the presence of a researcher in the health centers, the villages, or at the study subjects' home. The data collection tool was Luthanz's Psychological Capital Inventory (2007). This questionnaire was designed to measure the psychological capital of individuals. It consists of 4 subscales of hope, optimism, resilience, and self–efficacy; each subscale consists of 6 items responded on a 6–point Likert–Type scale (completely disagree to completely agree). To analyze the obtained data, we used descriptive statistical methods (mean and standard deviation) and inferential statistics [Kolmogorov–Smirnov test for testing the normal distribution of data, Multivariate Analysis of Variance (MANOVA), and one–way Analysis of Variance (ANOVA)] in SPSS. The inclusion criteria of the present study included being diagnosed with diabetes mellitus or hypertension, and having physical health, being aged >50 years, the lack of psychological disorders, non–use of psychiatric medications, and completing the questionnaire. Additionally, the exclusion criterion of the study was providing incomplete questionnaires. Following the selection of samples at a meeting, the study participants were informed of the research goal, and they were assured that the analysis of the questionnaires would only be general in line with the research objectives and that the principle of confidentiality would have been respected. Furthermore, all necessary permitions for the implementation of this research have been obtained and any research action has been reported to the Shawoor Health Center.

Results: Obtained data suggested a significant difference in self–efficacy, hope, resilience, and optimism between the studied elderly with diabetes and hypertension and the healthy ones (p<0.001). In other words, healthy elderly enjoyed higher levels of self–efficacy, hope, resilience, and optimism, compared to the elderly with diabetes and hypertension.

Conclusion: According to the current study findings, the elderly with diabetes and hypertension were more prone to be exposed to psychological damages, induced by due to these conditions. In other words, the elderly with diabetes and hypertension have lower levels of self–efficacy, hope, and resilience, and optimism, compared to their healthy counterparts.

Keywords: Psychological capital, Diabetes, Elderly, Hypertension.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.123.2]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۱۷۰.

انتشار برخط آبان‌ماه ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ سرمایه‌های روان‌شناختی (خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی) سالمندان مبتلا به دیابت و فشارخون با سالمندان سالم

ابراهیم برادری[۱]، *صادق کثیر[۲]، کاظم امانی[۳]، عباس صنوبر[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناس ارشد مشاورهٔ توان‌بخشی، گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران؛

۲. کارشناس ارشد مشاورهٔ تحصیلی، گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران؛

۳. کارشناس ارشد مشاورهٔ خانواده، گروه مشاوره، دانشگاه تهران، تهران، ایران؛

۴. دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** sadegh.kasir68@gmail.com

تاریخ دریافت: ۲۸ اردیبهشت ۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۳۰ خرداد ۱۳۹۸

چکیده

هدف: بیماری‌های فشارخون زیاد و دیابت نقش به‌سزایی در سلامت روان‌شناختی سالمندان ایفا می‌کنند؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر مقایسهٔ سرمایه‌های روان‌شناختی سالمندان مبتلا به دیابت و سالمندان دارای فشارخون با سالمندان سالم در مرکز بهداشتی‌درمانی روستاهای بخش شاوور بود.

روش‌بررسی: روش پژوهش مطالعه توصیفی از نوع مقایسه‌ای بود. جامعهٔ آماری تمامی سالمندان ساکن در روستاهای بخش شاوور از توابع شهرستان شوش (۱۵۰۰ نفر) بودند. از این جامعه تعداد ۴۰۰ نفر سالمند دیابتی و سالمند دارای فشارخون که توسط پزشک متخصص مرکز بهداشت بیماری آن‌ها تأیید شده، در جامعهٔ مطالعه‌شده قرار داشتند. برای تعیین نمونه‌ها در این پژوهش از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده شد. از جامعهٔ مطالعه‌شده (۱۵۰۰ نفر) ۹۵ سالمند (۳۳ نفر دیابتی، ۲۵ نفر فشارخونی، ۲۷ نفر سالم) براساس جدول نمونه‌گیری کرجسی‌ـ مورگان به‌عنوان نمونهٔ تحقیق به‌روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامهٔ سرمایهٔ روان‌شناختی لوتانز (۲۰۰۷) بود. به‌منظور تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون کولموگروف‌اسمیرنوف برای بررسی توزیع نرمال، تحلیل واریانس چندمتغیری و تحلیل واریانس تک‌متغیری) و نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ استفاده شد. برای آزمون سطح معناداری α=۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که بین میزان خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی سالمندان مبتلا به دیابت و فشارخون با سالمندان سالم تفاوت معناداری وجود دارد (p<۰/۰۰۱). به‌عبارتی میانگین خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی در سالمندان سالم بیشتر از سالمندان دیابتی و فشارخونی است.

نتیجه‌گیری: باتوجه به یافته‌ها به‌نظر می‌رسد که سالمندان دیابتی و سالمندان فشارخونی بیشتر درمعرض آسیب‌های روان‌شناختی حاصل از این بیماری‌ها قرار دارند.

کلیدواژه‌ها: سرمایهٔ روان‌شناختی، دیابت، سالمندان، فشارخون.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.123.2]

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

۱ مقدمه

یکی از مسائل شایع جمعیتی در کشورهای جهان، مسئلهٔ سالخوردگی جمعیت و پیامدهای ناشی‌از آن است. سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است که طی آن افراد درمعرض تهدیدات بالقوه نظیر افزایش ابتلا به بیماری‌های مزمن، تنهایی، انزوا و برخوردارنبودن از حمایت اجتماعی قرار می‌گیرند و به‌دلیل ناتوانی‌های جسمی و ذهنی در بسیاری مواقع استقلال فردی‌شان تهدید می‌شود؛ بنابراین به‌علت کهولت سن و کاهش توانایی‌هایشان و اینکه از اقشار آسیب‌پذیر جامعه محسوب می‌شوند، باید به آن‌ها توجه گردد. آمارها نشان می‌دهد که در حال حاضر کشور ایران نیز مرحلهٔ انتقال ساختار سنی جمعیت را از جوانی به سالخوردگی تجربه می‌کند (۱). سالمندی به‌عنوان دوره‌ای از زندگی بوده که با آسیب عملکردی تدریجی و عمومی و درنتیجه کاهش پاسخ انطباقی به استرس و خطر رشد بیماری‌های مرتبط با سن همراه است (۲)؛ بنابراین توجه به سرمایه‌های روان‌شناختی سالمندان حائز اهمیت است.

سالمندان پیوسته درمعرض ابتلا به بیماری‌های مزمنی همچون دیابت و فشارخون هستند. فشاری که خون در هر انقباض عضلهٔ قلب به‌شکل غیرطبیعی به دیوارهٔ سرخرگ‌ها وارد می‌کند به بیماری فشارخون موسوم است (۳). فشارخون دارای میزانی ماکزیمم (فشارخون سیستولی) و میزانی مینیمم (فشارخون دیاستولی) است. مبتلایان به دیابت اغلب فشارخون و سطح کلسترول بیشتری دارند که سبب افزایش احتمال ابتلا به بیماری‌های قلبی‌عروقی می‌شود. وجود توأم فشارخون بیشتر و افزایش کلسترول خون همراه با دیابت، سبب افزایش بیشتر خطر ایجاد بیماری قلبی درمقایسه با حالتی می‌شود که هریک به‌تنهایی وجود دارد (۴). دو عامل در میزان فشارخون اثر می‌گذارد: ۱. نیروی انقباضی قلب؛ ۲. مقاومت سرخرگ‌ها درمقابل جریان خون (۵). شیوهٔ زندگی غیرفعال فشارخون را در اکثر افراد افزایش می‌دهد (۶). در بیماری دیابت نیز اختلال خونی ایجاد می‌شود. بیماری دیابت در اثر ناتوانی بدن در تولید انسولین یا کاهش یا تأثیرنداشتن انسولین در سوخت‌وساز مواد قندی پدید می‌آید. امروزه، دیابت از مشکلات بسیار مهم بهداشتی‌ـ درمانی و اجتماعی‌ـ اقتصادی جهان محسوب می‌شود؛ به‌گونه‌ای‌که بیش از ۱۵۰ میلیون نفر در دنیا مبتلا به این بیماری هستند (۵). شواهد نشان می‌دهد که در بیماری‌هایی چون دیابت و فشارخون زیاد، سلامت روانی چندان مساعد نیست و به‌نظر می‌رسد که بین بیماری دیابت و بیماری فشارخونی با سرمایهٔ روان‌شناختی رابطه وجود دارد. سرمایهٔ روان‌شناختی مفهومی است که به‌تازگی با الهام از روان‌شناسی مثبت‌گرا و در چارچوب ملاک‌های رفتار سازمانی مثبت‌گرا مطرح شده است. براساس نظر لوتانز سرمایهٔ روان‌شناختی فراتر از سرمایهٔ اجتماعی و سرمایهٔ انسانی است. ظرفیت‌های روان‌شناختی ازقبیل امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی در کنار هم عاملی را به‌عنوان سرمایه‌های روان‌شناختی تشکیل می‌دهند (به نقل از ۶). پژوهش‌ها حاکی‌از آن است که ارتباط نیرومندی بین بیماری‌های جسمانی مزمن همچون فشارخون و دیابت با سلامت روان‌شناختی افراد وجود دارد. یافته‌های پژوهش رهنما و همکاران در ارتباط بین کیفیت زندگی مراقبان خانوادگی با سرمایهٔ روان‌شناختی بیماران مبتلا به فشارخون و دیابت نشان داد که بین سرمایه‌های روان‌شناختی این بیماران و کیفیت زندگی آنان رابطهٔ مثبت و معناداری وجود دارد (۳). شهدادی و همکاران به بررسی ارتباط بین سلامت روان و خودکارآمدی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو پرداختند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین سلامت روان با خودکارآمدی همبستگی معناداری وجود دارد. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد که سلامت روان ۳۴درصد از تغییرات خودکارآمدی را پیش‌بینی می‌کند (۷). هنزن در پژوهش خود در زمینهٔ بیماران مبتلا به دیابت بزرگسال به این نتیجه رسید که سلامت روانی مبتلایان به دیابت ازجمله عوامل تهدیدآمیز برای این دسته از بیماران به‌شمار می‌آید (۸). مانسیا و همکاران در مطالعهٔ خود به علائمی از خودکارآمدی ضعیف و خوش‌بینی و امیدواری کم در بیماران مبتلا به فشارخون زیاد، دست یافتند (۹). براساس تحقیقات مارسچین از شروط سلامت در بیماران دیابت نوع دو، حمایت اجتماعی و برخورداری از سرمایهٔ روان‌شناختی گزارش شد (۱۰). گالری و همکاران با بررسی دانشجویان دیابتی به این نتیجه رسیدند که آن‌ها دارای خودکارآمدی تحصیلی ضعیفی درمقایسه با دیگر هم‌کلاسی‌های سالم خود هستند. نتایج دیگر این پژوهش نشان داد که خودکارآمدی درک‌شده، عاملی مهم برای انجام موفقیت‌آمیز عملکرد و مهارت‌های اساسی لازم برای انجام آن است. خودکارآمدی درک‌شده معیار داشتن مهارت‌های شخصی نیست؛ بلکه، یعنی فرد به این باور رسیده باشد که می‌تواند در موقعیت‌های مختلف با هر نوع مهارتی که داشته، وظایف را به نحو احسن انجام دهد (۱۱). دی‌اون و همکاران در پژوهشی دریافتند، بیماران دارای فشارخون زیاد، درجات کمی از امیدواری و خوش‌بینی را به‌همراه دارند که از عوامل تهدیدکننده برای امراض آنان است. نتایج دیگر این تحقیق نشان داد که احساسات منفی‌گرایانه و بدبینی مزمن را باید به‌عنوان عاملی در افزایش بیماری‌های قلبی‌عروقی و مشکلات روان‌شناختی در نظر گرفت (۵). براساس مباحث مطرح‌شده، توجه به اهمیت بیماری دیابت و بیماری فشارخون، فقدان پژوهش در این رابطه و نیز اینکه آمار مبتلایان به دیابت و بیماران فشارخون در جهان به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه به‌خصوص ایران رو به افزایش است (۱۲) و این بیماری بر جسم و روان بیماران تأثیر زیادی بر جای می‌گذارد؛ تلاش برای بررسی جنبه‌های روان‌شناختی این دسته از بیماران امری مهم به‌نظر رسید؛ همچنین با شناخت زمینه‌های روان‌شناختی سالمندان مبتلا به دیابت و سالمندان دارای فشارخون، می‌توان خلأهای پژوهشی را در این زمینه تکمیل کرد؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر مقایسهٔ سرمایه‌های روان‌شناختی سالمندان مبتلا به دیابت و سالمندان دارای فشارخون با سالمندان سالم بود.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر به‌روش توصیفی از نوع مقایسه‌ای بود و به مقایسهٔ سرمایه‌های روان‌شناختی سالمندان مبتلا به دیابت و فشارخون و سالمندان سالم پرداخت. جامعهٔ مطالعه‌شده تمامی سالمندان ساکن در روستاهای بخش شاوور (از توابع شهرستان شوش) به تعداد ۱۵۰۰ نفر بود. از این تعداد نفرات، ۴۰۰ نفر سالمند دیابتی و سالمند دارای فشارخون که بیماری آن‌ها توسط پزشک متخصص مرکز بهداشت تأیید

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.123.2]

شده بود، در جامعهٔ مطالعه‌شده قرار داشت. برای تعیین نمونه‌ها در این پژوهش از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده شد. از تعداد ۱۱۰۰ نفر سالمند سالم و ۴۰۰ نفر سالمند بیمار، ۹۵ نفر سالمند سالم و بیمار (۳۳ نفر دیابتی، ۲۵ نفر فشارخونی، ۲۷ نفر سالم) براساس جدول نمونه‌گیری کرجسی‌ـ مورگان[1] به‌عنوان نمونهٔ تحقیق به‌روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. به‌منظور گردآوری اطلاعات در روزها و ساعات مشخصی با هماهنگی مراکز بهداشت روستاها (ده روستا)، پرسشنامهٔ سرمایهٔ روان‌شناختی بین سالمندان مبتلا به دیابت و سالمندان دارای فشارخون و سالمندان سالم در موقعیت تقریباً یکسانی توزیع شد؛ سپس بعد از پاسخ‌گویی توسط افراد حاضر در نمونهٔ پژوهشی تکمیل و جمع‌آوری گردید. معیار ورود به مطالعه شامل ابتلا به بیماری دیابت (سالمندان دیابتی) یا فشارخون زیاد (سالمندان مبتلا به فشارخون زیاد) و سلامت جسمانی (سالمندان سالم)، داشتن سن بیشتر از پنجاه سال، مبتلانبودن به بیماری‌های روان‌شناختی، مصرف‌نکردن مواد روان‌گردان و تکمیل پرسشنامه‌ها به‌صورت کامل بود. همچنین معیار خروج از مطالعه شامل تکمیل‌نکردن یا تکمیل پرسشنامه‌ها به‌طور ناقص بود. لازم به‌ذکر است که پس از انتخاب نمونه‌ها در جلسه‌ای، شرکت‌کنندگان از هدف پژوهش آگاه شدند و این اطمینان خاطر به آن‌ها داده شد که تجزیه‌وتحلیل پرسشنامه‌ها تنها به‌صورت کلی و در راستای اهداف پژوهش بوده و اصل رازداری دربارهٔ آن‌ها رعایت می‌شود. همچنین تمامی مجوزهای لازم جهت اجرای پژوهش حاضر اخذ شد و مراتب جهت هرگونه اقدام به اطلاع مرکز بهداشت مرکزی بخش شاوور رسید.

ـ پرسشنامهٔ سرمایهٔ روان‌شناختی لوتانز (۲۰۰۷): این پرسشنامه ۲۴ سؤالی است و در سال ۲۰۰۷ توسط لوتانز جهت سنجش سرمایهٔ روان‌شناختی افراد ساخته شد (۱۳). پرسشنامه شامل چهار خرده‌مقیاس امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی است که در آن هر خرده‌مقیاس شش گویه دارد. آزمودنی به هر گویه در مقیاس شش‌درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) پاسخ می‌دهد. لوتانز (۲۰۰۷) با استفاده از تحلیل عاملی و معادلات ساختاری نسبت خی‌دو این آزمون را ۲۴/۶ و آماره‌های CFI و RMSEA این مدل را ۰/۹۷ و ۰/۰۸ گزارش کرده و روایی عاملی آزمون تأیید شده است (۱۳). پایایی پرسشنامه در ایران توسط آرام نادریان (۱۳۹۴) براساس آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به‌دست آمد (۱۴). در پژوهش حاضر پایایی خرده‌مقیاس خودکارآمدی با آلفای کرونباخ ۰/۹۱، امیدواری با آلفای کرونباخ ۰/۸۰، تاب‌آوری با آلفای کرونباخ ۰/۷۹، خوش‌بینی با آلفای کرونباخ ۰/۷۹ و سرمایهٔ روان‌شناختی با آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به‌دست آمد که از پایایی مناسب برخوردار است و به مناسب‌بودن ابزار اشاره دارد. برای محاسبهٔ نمرهٔ سرمایهٔ روان‌شناختی ابتدا نمرهٔ هر خرده‌مقیاس محاسبه شده و از جمع نمرات خرده‌مقیاس‌ها نمرهٔ سرمایهٔ روان‌شناختی حاصل می‌شود.

به‌منظور تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون کولموگروف‌اسمیرنوف[2] برای بررسی توزیع نرمال، تحلیل واریانس چندمتغیری[3] و تحلیل واریانس تک‌متغیری[4]) استفاده شد. پیش‌فرض‌های به‌کارگیری آزمون تحلیل واریانس[5] با آزمون لوین و ام‌باکس با کمک نرم‌افزار تحلیلی SPSS نسخهٔ ۲۲ بررسی شد. همچنین برای آزمون سطح معناداری α=۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

در این پژوهش تعداد ۹۵ سالمند به‌عنوان نمونه حضور داشتند که ۳۳ نفر آن‌ها دیابتی و ۳۵ نفر آن‌ها دارای فشارخون و ۲۷ نفر سالمند سالم بودند.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی خرده‌مقیاس‌های سرمایهٔ روان‌شناختی

مؤلفه‌ها	نمونه	میانگین	میانه	دامنه	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
خودکارآمدی	دیابتی	۱۷/۵۷	۱۸	۱۳	۶/۸۴	۹	۲۲
	فشارخونی	۱۵/۸۵	۱۴	۶	۵/۱۷	۱۲	۱۸
	سالم	۲۷/۸۵	۱۶	۹	۴/۵۷	۲۷	۳۶
	مجموع	۱۹/۸۶	۴۸	۲۸	۷/۵۸	۴۸	۷۶
امیدواری	دیابتی	۱۸/۳۹	۱۸	۸	۷/۲۰	۱۰	۱۸
	فشارخونی	۱۵/۷۴	۱۴	۱۱	۳/۵۴	۶	۱۹
	سالم	۲۷/۸۱	۲۵	۱۸	۲/۶۳	۱۸	۳۶
	مجموع	۲۰/۰۹	۵۷	۳۷	۷/۵۱	۳۴	۷۳
تاب‌آوری	دیابتی	۱۹/۱۲	۱۹	۹	۷/۰۰	۷	۱۶
	فشارخونی	۱۵/۳۱	۱۴	۱۱	۴/۰۶	۶	۱۷
	سالم	۲۹/۱۸	۲۷	۲۰	۴/۹۲	۱۶	۳۶
	مجموع	۲۰/۵۷	۶۰	۳۹	۷/۳۸	۲۹	۶۹

[1]. Kerjce-Morgan
[2]. Kolmogorov-smirnov test
[3]. Multivariate analysis of variance
[4]. Univariate analysis of variance
[5]. MANOVA

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.123.2]

خوش‌بینی	دیابتی	۱۷/۰۰	۱۸	۸	۶/۷۸	۱۱	۱۹
	فشارخونی	۱۵/۳۱	۱۴	۱۰	۴/۱۹	۷	۱۷
	سالم	۲۷/۸۵	۲۴	۱۸	۴/۰۴	۱۸	۳۶
	مجموع	۱۹/۴۶	۵۶	۳۸	۷/۴۳	۳۶	۷۲
سرمایهٔ روان‌شناختی	دیابتی	۷۲/۰۹	۷۲/۱۲	۳۸	۲۴/۰۴	۳۷	۷۵
	فشارخونی	۶۲/۲۲	۵۶	۳۸	۹/۹۰	۳۱	۷۱
	سالم	۱۱۲/۷۰	۹۲	۶۳	۱۱/۴۷	۷۹	۱۴۴
	مجموع	۸۰/۰۰	۲۲۰	۱۳۹	۲۶/۷۴	۱۴۷	۳۰۰

باتوجه به نتایج جدول ۱ ملاحظه می‌شود که در تمام خرده‌مقیاس‌ها، سالمندان سالم میانگین بیشتری درمقایسه با سالمندان مبتلا به دیابت و سالمندان دارای فشارخون دارند.

جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از آزمون تجزیه‌وتحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. به همین منظور برای بررسی پیش‌فرض همگنی ماتریس واریانس‌ـ کوواریانس متغیر سرمایهٔ روان‌شناختی در سالمندان مبتلا به دیابت و سالمندان دارای فشارخون و سالمندان سالم، آزمون ام‌باکس و آزمون لون به‌کار رفت. براساس نتایج آزمون باکس که برای هیچ متغیری معنادار نبود، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس‌ـ کوواریانس رعایت شد؛ همچنین براساس آزمون لوین و معنادارنبودن آن برای متغیرها، شرط برابری واریانس‌های بین‌گروهی رعایت شد.

جدول ۲. نتایج کلی تحلیل واریانس چندمتغیرهٔ (MANOVA) سرمایهٔ روان‌شناختی

نوع آزمون	ارزش	F	فرضیهٔ df	خطا df	مقدار *p*
اثر پیلایی	۰/۷۴	۲۷/۳۲	۴/۰۰	۱۸۴/۰۰	<۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۲۶	۴۳/۰۲	۴/۰۰	۱۸۲/۰۰	<۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۲/۷۵	۶۱/۸۶	۴/۰۰	۱۸۰/۰۰	<۰/۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشهٔ روی	۲/۷۳	۱۲۵/۸۷	۲/۰۰	۹۲/۰۰	<۰/۰۰۱

همان‌طورکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود نتایج حاصل از تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) نشان داد که بین گروه‌ها حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۳. نتایج کلی تحلیل واریانس تک‌متغیرهٔ (ANOVA) سرمایهٔ روان‌شناختی

متغیرها	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار *p*
سرمایهٔ روان‌شناختی	۴۱۹۹۵/۴۷	۲/۰۰	۲۰۹۹۷/۷۳	۷۶/۴۷	<۰/۰۰۱
خودکارآمدی	۲۴۵۷/۴۶	۲/۰۰	۱۲۲۸/۷۳	۳۸/۲۷	<۰/۰۰۱
امیدواری	۳۰۴۰/۰۲	۲/۰۰	۱۵۲۰/۰۱	۶۱/۶۸	<۰/۰۰۱
تاب‌آوری	۲۳۶۷/۵۰	۲/۰۰	۱۱۸۳/۷۵	۳۹/۴۲	<۰/۰۰۱
خوش‌بینی	۲۷۰۲/۶۷	۲/۰۰	۱۳۵۱/۳۳	۴۹/۷۲	<۰/۰۰۱

یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد که در واریانس تک‌متغیرهٔ سرمایهٔ روان‌شناختی و مؤلفه‌های خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی در بین سالمندان مبتلا به دیابت و سالمندان فشارخونی با سالمندان سالم تفاوت معنادار است (*p*<۰/۰۰۱).

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی شفه برای مقایسهٔ گروه‌ها

					مقدار *p*
سرمایهٔ روان‌شناختی	دیابتی	فشارخونی	۹/۸۶*	۴/۰۲	۰/۰۱۶
		سالم	۴۰/۶۱ـ*	۴/۳۰	<۰/۰۰۱
	فشارخونی	دیابتی	۹/۸۶ـ*	۴/۰۲	۰/۰۱۶
		سالم	۵۰/۴۷ـ*	۴/۲۴	<۰/۰۰۱
	سالم	دیابتی	۴۰/۶۱*	۴/۳۰	<۰/۰۰۱
		فشارخونی	۵۰/۴۷*	۴/۲۴	<۰/۰۰۱

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.123.2]

برای تحلیل بیشتر و تشخیص اینکه بین کدام گروه‌ها تفاوت وجود دارد، از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد که نتایج در جدول ۴ ارائه شده است.

براساس جدول ۴ نتایج دقیق‌تر تفاوت سرمایهٔ روان‌شناختی در بین سالمندان مبتلا به دیابت و سالمندان دارای فشارخون با سالمندان سالم مشاهده می‌شود؛ بنابراین سرمایهٔ روان‌شناختی در بین سالمندان مبتلا به دیابت، سالمندان دارای فشارخون با سالمندان سالم تفاوت معناداری دارد.

۴ بحث

یافته‌ها نشان داد که سرمایهٔ روان‌شناختی در بین سالمندان مبتلا به دیابت و سالمندان دارای فشارخون با سالمندان سالم تفاوت معناداری دارد. نتایج پژوهش حاضر همانند مطالعات پیشین یعنی رهنما و همکاران (۳) و دی‌اون و همکاران (۵) و هنزن (۸) و مارسچین (۱۰) و گالری و همکاران (۱۱)، تفاوت سرمایه‌های روان‌شناختی را در افراد دارای بیماری جسمانی با افراد سالم بیان می‌کند. طبق یافته‌های گالری و همکاران افراد سالم به‌لحاظ جسمانی، سطح بیشتری از خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی را دارا هستند؛ درحالی‌که افراد بیمار سطح ضعیف خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی را از خود نشان می‌دهند (۱۱). افراد برخوردار از سرمایهٔ روان‌شناختی ارزش‌مند قدرت متعهدشدن و انجام تلاش لازم برای موفقیت در کارها و وظایف چالش‌برانگیز، اعتمادبه‌نفس، خودکارآمدی، داشتن استناد مثبت دربارهٔ موفقیت‌های حال و آینده، خوش‌بینی، پایداری در راه هدف و در صورت لزوم تغییر مسیر رسیدن به هدف برای دستیابی به موفقیت، امیدواری و پایداری هنگام مواجهه با سختی‌ها و مشکلات برای دستیابی به موفقیت را دارا هستند (۵).

براساس نتایج حاصل از پژوهش حاضر سالمندان دارای بیماری دیابت و فشارخون سطح ضعیفی از خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی را در مواجهه با مشکلات و مسائل روزمرهٔ خود نشان می‌دهند که این یافته با نتایج پژوهش دی‌اون و همکاران (۵) و گالری و همکاران (۱۱) همسوست. دی‌اون و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بیماران دارای فشارخون زیاد، درجات کمی از امیدواری و خوش‌بینی را دارا هستند که این عامل می‌تواند در تشدید بیماری آن‌ها نقش به‌سزایی ایفا کند (۵). گالری و همکاران در بررسی خود بر دانشجویان دیابتی دریافتند که این افراد خودکارآمدی تحصیلی ضعیفی درمقایسه با دانشجویان برخوردار از سلامت جسمانی دارند (۱۱). در تأیید نتایج پژوهش حاضر می‌توان به تحقیق مانسیا و همکاران (۹) نیز استناد کرد. مانسیا و همکاران در پژوهش خود به علائمی از خودکارآمدی ضعیف و خوش‌بینی و امیدواری کم در بیماران مبتلا به فشارخون زیاد، دست یافتند (۹). یافته‌های مطالعهٔ شهدادی و همکاران (۷) مشخص کرد که بین سلامت روان با خودکارآمدی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو همبستگی معناداری وجود دارد. همچنین یافته‌های دیگر پژوهش شهدادی و همکاران نشان داد که سلامت روان ۳۴درصد از تغییرات خودکارآمدی را پیش‌بینی می‌کند (۷). هنزن نیز در مطالعهٔ خود دربارهٔ بیماران مبتلا به دیابت بزرگسال به این نتیجه رسید که سلامت روانی مبتلایان به دیابت ازجمله عوامل تهدیدآمیز برای سلامت روان این دسته از بیماران به‌شمار می‌آید (۸) که این یافته نیز با نتایج پژوهش حاضر همسو و هم‌جهت است.

باتوجه به نتایج پژوهش حاضر و یافته‌های مطالعات پیشین به‌نظر می‌رسد، بهره‌مندی از سرمایهٔ روان‌شناختی در بهداشت تن و جسم نیز اثرگذار باشد. افرادی‌که از سرمایهٔ روان‌شناختی مثبتی برخوردارند بدون تردید از نظر جسمانی نیز می‌توانند موفقیت حاصل کنند (۱۵)؛ به‌عنوان مثال اگر در بیمار دیابتی و بیمار فشارخونی، خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی تقویت شود مسلماً می‌تواند بر ناراحتی خود تا اندازهٔ بسیار زیادی فائق آید؛ بنابراین نتیجه‌ای‌که متوجه این موضوع و یافتهٔ پژوهش حاضر می‌شود این است که زمینه‌های تقویت سرمایهٔ روان‌شناختی در بیماران مبتلا به دیابت و بیماران فشارخونی و دیگر بیماران با فعالیت‌های درمانی‌ـشناختی فراهم شود.

در این پژوهش به‌اقتضای موضوع بررسی‌شده، محدودیت‌هایی وجود داشت؛ ازجمله فقدان پیشینهٔ پژوهشی دربارهٔ سرمایه‌های روان‌شناختی در سه گروه سالمندان دیابتی و فشارخونی و سالم در داخل و خارج از کشور و همچنین مشکلات تکمیل پرسشنامه‌ها برای افراد کم‌سواد و بی‌سواد که تنها ازطریق خواندن پرسش‌ها ارتباط با آنان ممکن بود.

۵ نتیجه‌گیری

به‌طورکلی برحسب یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که سالمندان سالم درمقایسه با سالمندان مبتلا به دیابت و فشارخون دارای میزان سطح خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی بیشتری هستند. ازآنجاکه این مطالعه پس‌رویدادی بود دقیقاً نمی‌توان نتیجه‌گیری کرد که بیماری‌های دیابت و فشارخون سالمندان مبتلا به این بیماری‌ها باعث کاهش سطح خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی آن‌ها درمقایسه با سالمندان سالم شده باشد. به عبارتی دیگر نمی‌توانیم بگوییم که این بیماری‌ها در سالمندان سبب افت سطح خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی شده است. بر همین اساس نیاز است آموزش‌های ویژه‌ای به سالمندان مبتلا به دیابت و فشارخون داده شود تا بتوان سطح خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی آن‌ها را بهبود بخشید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.123.2]

References

1. Nikdel F, Arabzadeh M, Ghazanfari N. The survey of relationship between Memory Self-efficacy and Hope with Quality of Life in Older Adults of Kohgiluyeh and Boyer-Ahmad in 2016. Journal of Gerontology. 2016;1(2):19–26. [Persian] doi: 10.18869/acadpub.joge.1.2.19
2. Sedaghati A, Amani M. The relationship between happiness and specific domain of hope and the amount of using urban spaces among the elderly. Aging Psychology. 2016;2(2):81–90. [Persian] https://jap.razi.ac.ir/article_583_4f0ebe0ddf3410759b238c2567d3e298.pdf
3. Rahnema S, Baghersad Z, Shirazi M, Chitsaz A, Etemedifar M. Association between family caregivers' quality of life and psychological capital of the patients with multiple sclerosis. Journal of Isfahan Medical School. 2016;34(377):335–40. [Persian] http://jims.mui.ac.ir/index.php/jims/article/view/5746/7441
4. Haghrangbar F, Ahadi H, Tagdisi M, Sarrami G. Rabete beyn stress edrak shode va feshar khun bala ba naghsh mianjigari behzisti zehni [The relationship between stress perceived and blood pressure with mediating subjective welfare]. In: International Human Sciences Conference Psychology and Social Sciences [Internet]. Tehran, Iran: Iliya Inistitute of Thinker Managers of Capital; 2015. [Persian] https://www.civilica.com/Paper-HPSCONF01-HPSCONF01_190.html
5. Dionne JM, Abitbol CL, Flynn JT. Hypertension in infancy: diagnosis, management and outcome. Pediatr Nephrol. 2012;27(1):17–32. doi: 10.1007/s00467-010-1755-z
6. Fisher ND, Williams GH. Hypertensive Vascular Disease. In: Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J, editors. Harrison's Principles of Internal Medicine. 16th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2005, pp:1463–81.
7. Shahdadi H, Mansuri A, Khammari M, Ghorbani-Dindarlu F. An Investigation of the relationship between mental health and self- efficacy in diabetic patients referring to Ali Asghar Clinic of Zahedan. Journal of Diabetes Nursing. 2016;4(1):85–94. [Persian] http://jdn.zbmu.ac.ir/article-1-159-en.pdf
8. Henzen C. Monogenic diabetes mellitus due to defects in insulin secretion. Swiss Med Wkly. 2012;142:w13690. doi: 10.4414/smw.2012.13690
9. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redón J, Zanchetti A, Böhm M, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens. 2013;31(7):1281–357. doi: 10.1097/01.hjh.0000431740.32696.cc
10. Maraschin J de F. Classification of diabetes. Adv Exp Med Biol. 2012;771:12–9. doi: 10.1007/978-1-4614-5441-0_2
11. Galleri L, Sebastiani G, Vendrame F, Grieco FA, Spagnuolo I, Dotta F. Viral infections and diabetes. Adv Exp Med Biol. 2012;771:252–71. doi: 10.1007/978-1-4614-5441-0_20
12. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. Diabetes Res Clin Pract. 2010;87(1):4–14. doi: 10.1016/j.diabres.2009.10.007
13. Luthans F, Youssef CM, Avolio BJ. Psychological Capital: Developing the Human Competitive Edge. Rezaiemanesh B, Taghizadeh A, Kahe M. (Persian translator). Tehran: Elmi Publication;2012, pp:153–61.
14. Naderian A, Bijade M. Barrasi rabete sarmaye ravanshenakhti va bahrevari karkonan ba dar nazar greftan moteghayer mianji etemad sazmani mored motale'e: karkonan marakez shabake behdasht shahr Marivan [Investigating the relationship between the psychological capital and employee productivity by considering the mediating variable of organizational trust: The personnel of health centers in Marivan city]. In: The 4th International Accounting and Management Conference and the First Conference on Entrepreneurship and Innovations [Internet]. Tehran, Iran: Connoisseurs of Mehr Ishraq; 2015. [Persian] https://www.civilica.com/Paper-MOCONF04-MOCONF04_207.html
15. Luthans F. Psychological capital: Implications for HRD, retrospective analysis, and future directions. Human Resource Development Quarterly. 2012;23(1):1–8. doi: 10.1002/hrdq.21119

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.123.2]