The relationship between resilience and hope with depression in the elderly

Moradi Sh[1*], Ghodrati Mirkohi M[2]

Abstract

Introduction and purpose: Depression is one of the most common mental disorders and a major problem in the lives of the elderly. One of the factors that counteracts depression in the elderly is the issue of hope and resilience in them. It plays an important role in combating the stresses and threats of life and its adverse effects. The present study aimed to investigate the relationship between resilience and hope with the rate of depression in the elderly.

Materials and Methods: In this descriptive - correlational study, the statistical population included all elderly people in Khorramabad in 1398. The study involved 357 participants selected through multi-stage cluster random sampling. Data collection tools included the Elderly Depression Questionnaires (Brink et al., 1983), Miller's Hope Questionnaire (1988), and Connor and Davidson's Resilience Scale (2003). The data obtained from the questionnaires were analyzed using the Pearson correlation and simultaneous regression analysis in the 21st version of SPSS software to evaluate the predictive influence of resilience and hope on the level of depression in the elderly.

Findings: The results showed that there is a significant correlation between resilience and depression and hope and depression. This means that resilience and hope have the potential to predict depression in the elderly, and together they predict 51% of the variance in depression.

Conclusion: Considering that resilience and hope in the elderly are subject to change for various reasons, it seems necessary to develop suitable interventions to increase the level of these two important components and thus reduce depression in the elderly in old age.

Keywords*: resilience, hope, depression, the elderly*

Received: 2022/12/6 *Accepted: 2023/03/6*

Copyright © 2018 Quarterly Journal of Geriatric Nursing.This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License(http://creativecommons.org/licenses/by /4.0/) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

1 - M.A in rehabilitation counseling , Payame Noor University, Qazvin , Iran.
(**Corresponding Author):E-mail:** Shahrzad.moradi1397@gmail.com
2 - Assistant Professor,Department of Psychology ,Payame Noor University, Tehran, Iran.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-12]

رابطه تاب‌آوری و امیدواری با افسردگی در سالمندان

شهرزاد مرادی*[1]، مهدی قدرتی میرکوهی[2]

تاریخ دریافت مقاله: ۰۹/۱۵ /۱۴۰۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۵ /۱۴۰۲/۱۲

چکیده

مقدمه و هدف: امروزه افسردگی از شایعترین اختلالات روانی و معضل قوی در زندگی سالمندان است. از عوامل مقابله‌گر با افسردگی در سالمندان مسئله امیدواری و تاب‌آوری در آنان است و نقش مهمی در مقابله با تنیدگی‌ها و تهدیدهای زندگی و آثار نامطلوب آن دارد. بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه تاب‌آوری و امیدواری با میزان افسردگی در سالمندان صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی همبستگی است که جامعه آماری آن را کلیهٔ سالمندان شهرخرم آباد در سال ۱۳۹۸ تشکیل می دادند. حجم نمونه ۳۵۷ نفر تعیین و انتخاب نمونه‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای صورت گرفت. ابزار جمع آوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌های افسردگی سالمندان (برینک و همکاران، ۱۹۸۳)، پرسشنامهٔ امیدواری میلر (۱۹۸۸) و مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) بود. داده‌ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون همزمان به منظور بررسی توان نقش پیش‌بینی کنندگی تاب‌آوری وامیدواری در میزان افسردگی سالمندان در نسخه ۲۱ نرم افزار spss تحلیل گردید.

یافته ها: نتایج نشان داد، بین تاب‌آوری و افسردگی و همچنین بین امیدواری و افسردگی در سالمندان، همبستگی معکوس و معنادار وجود دارد. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیونی نشان داد تاب‌آوری و امیدواری می توانند روی هم رفته ۵۱ درصد از واریانس افسردگی در سالمندان مورد مطالعه را پیش‌بینی نمایند.

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه تاب‌آوری و امیدواری در سالمندان به دلایل مختلفی دستخوش تغییر قرار می‌گیرد، تدوین مداخله‌های مناسب برای افزایش سطح این دو مؤلفه مهم و در نتیجه کاهش افسردگی در سالمندان ضروری به نظر می‌رسد.

کلید واژه ها: تاب‌آوری، امیدواری، افسردگی، سالمندان

۱- کارشناسی ارشد مشاوره توانبخشی، دانشگاه پیام نور قزوین، قزوین، ایران.
(**نویسنده مسؤول**). **پست الکترونیکی:** Shahrzad.moradi1397@gmail.com
استادیار، عضو هیئت علمی دانشگاه پیام نور تهران، تهران، ایران.
۲- استادیار، عضو هیئت علمی دانشگاه پیام نور تهران، تهران، ایران.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-12]

مقدمه

یکی از پیامدهای جوامعی که شرایط زندگی و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی بهبود و طول عمر و امید به زندگی افزایش می‌یابند، پدیده سالمندی است (۱). در حال حاضر حدود ۱۰ درصد جمعیت جهان را سالمندان (افراد بیشتر از ۶۵ سال) تشکیل می‌دهند که بیش از ۶۰ درصد این افراد در کشورهای درحال‌توسعه زندگی می‌کنند (۲). بر اساس آمارها جمعیت سالمندان ایران از سال ۱۴۱۹ رشد سریع‌تری نسبت به سایر نقاط و حتی میانگین جهان خواهد یافت و تا سال ۱۴۲۴ نیز از میانگین رشد جمعیت سالمند جهان و ۵ سال بعد، از آسیا پیش خواهد گرفت (۳). به‌موازات افزایش نسبت جمعیتی سالمندان، مشکلات سلامت آنان به‌ویژه مشکلات مربوط به سلامت روانی بیشتر اهمیت می‌یابد (۴). سالمندانی که روابط اجتماعی‌شان محدود و گاهی شاید منفی است، این‌گونه افکار آن‌ها را وامی‌دارد از تماس با دیگران بگریزند و این موضوع باعث می‌شود تا افکار منفی آنان درباره خودشان افزایش یابد (۵). این فشارهای روانی و رویدادهای تنیدگی می‌تواند موجب هیجان‌های ناخوشایندی مانند اضطراب، افسردگی و همچنین بیماری‌های جسمی عمده و کوچک شود (۶).

افسردگی شایع‌ترین اختلال عاطفی در سالمندان است (۷). علت افسردگی را می‌توان در افکار منفی نسبت به خود، تجربه جاری و آینده دانست. افراد افسرده تنها جنبه‌های منفی رویدادها را در نظر می‌گیرند. آن‌ها بدون داشتن دلایل و شواهد کافی به ارزیابی و قضاوت در مورد خود، دیگران و پدیده‌ها می‌پردازند. علاوه بر این، به‌جای آنکه سعی در دیدن عوامل مختلف در ایجاد یک رویداد یا مشکل بنمایند، آن را فقط تقصیر خود یا فرد دیگری انداخته و به ملامت خود و دیگری می‌پردازند (۸). در مطالعات جهانی شیوع افسردگی در میان افراد سالمند بین ۱٪ تا ۳۵٪ تخمین زده‌شده است (۹). همچنین در یک مطالعه شیوع احساس افسردگی در سالمندان ایرانی ۲۲/۴ درصد گزارش گردیده است (۱۰). نکته حائز اهمیت این است که ناامیدی و غمگینی دو مشخصه اصلی افسردگی هستند. فرد افسرده به دلیل احساس رکود در فعالیت‌ها و علایق خود، در تصمیم‌گیری با دشواری مواجه می‌شود، نمی‌تواند به چیزی علاقه‌مند شود و در احساس بی‌کفایتی و بی‌ارزشی غوطه‌ور می‌شود و امید به زندگی‌اش را کم‌کم از دست می‌دهد (۱۱).

امید به زندگی یک شاخص آماری است که نشان می‌دهد متوسط طول عمر در یک جامعه چقدر است و یا به عبارت دیگر هر عضو آن جامعه چند سال می‌تواند توقع زندگی داشته باشد (۱۲). امید در تمام مراحل زندگی و به خصوص دوران سالمندی، مفهومی پراهمیت است. امید شامل مجموعه‌ای از شرایط است که عبارت است از دارا بودن اهداف ارزشمند شخصی و ادراک توانایی برای تولید راهبردها در تعقیب اهداف (۱۳). افراد دارای سطوح امیدواری بالا وقتی در زندگی بزرگ‌سالی با مسائلی مواجه می‌شوند، تمایل پیدا می‌کنند که مسائل مهم و بزرگ را به مسائل کوچک و روشن و قابل اداره تجزیه کنند (۱۴). ناامیدی از خصوصیات و مظاهر اصلی افسردگی است (۱۵) که می‌تواند خود را به شکل از دست رفتن امید به آینده نشان دهد. در این شرایط فرد احساس می‌کند نامطبوع خواهد بود و در موارد شدید فرد احساس می‌کند که آینده برایش وجود ندارد (۱۶). نتایج پژوهش لئونتوپولو نشان داد که مداخلات روانشناسی سطوحی از امید، توانایی مقابله با استرس‌های اجتماعی را در افراد بالا می‌برد که به‌تبع آن به کاهش تنش‌ها و افسردگی منجر می‌شود (۱۷). اسنایدر در پژوهشی به این نتیجه

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-12]

رسید که امیدواری پایین یا کم، نشانه‌های افسردگی را پیش‌بینی می‌کند (۱۸). چیونز، فلدمن، گام، میشائیل و اسنایدر (۱۹) در مطالعه‌ی خود دریافتند که امید درمانی در افزایش امید، معنای زندگی، اعتمادبه‌نفس و کاهش علائم افسردگی و اضطراب مؤثر است. ولز (۲۰) پی برده است که ۲۷ درصد واریانس افسردگی توسط امید پایین، تبیین می‌شود و آموزش امید، منجر به کاهش افسردگی در افراد شده و باعث می‌شود آن‌ها از زندگی خود رضایت بیشتری داشته باشند.

از دیگر متغیرهای تأثیرگذار بر میزان افسردگی در سالمندان، تاب‌آوری است. به‌طور بنیادی تاب‌آوری به سازگاری مثبت، یا توانایی حفظ کردن و به دست آوردن مجدد سلامت روانی علی‌رغم تجربه مصیبت و سختی اشاره دارد (۲۱). افراد با تاب‌آوری بالا در مقابل رویدادهای استرس‌زا با خوش‌بینی، ابراز وجود و اعتمادبه‌نفس برخورد می‌کنند. درنتیجه این رویدادها را قابل‌کنترل می‌بینند. نگرش‌های خوش‌بینانه پردازش اطلاعات را مؤثرتر می‌سازد و فرد راهبردهای مقابله فعال بیشتری را به کار می‌گیرد و توان کنار آمدن با شرایط دشوار افزایش می‌یابد (۲۲). احتمال ضعیفی وجود دارد که افراد تاب آور به افسردگی مزمن مبتلا شوند (۲۳). در بررسی انزلیچت و همکاران (۲۰۰۶)، تاب‌آوری و سرسختی باعث کاهش اضطراب و افسردگی می‌شود (۲۴). تاب‌آوری با بروندادهای مثبتی مانند سلامت جسمانی، سلامت روانی و محافظت در برابر ابتلا به اختلال‌های روانی (مانند اختلال استرس پس از سانحه) ارتباط پیدا می‌کند (۲۵). نتایج پژوهش دیگری که در ایران انجام شد، حاکی از آن بود که ارتقاء تاب‌آوری با پیامدهای مطلوبی مانند کاهش اضطراب و افسردگی همراه است که به ارتقاء سلامت روان می‌انجامد (۲۶).

همچنین مطالعه هوگ و همکاران (۲۷) نشان داد، افرادی که تاب‌آوری کمتری دارند، احتمال بیشتری دارد که به علائم اضطراب و افسردگی مبتلا شوند.

با توجه به اینکه مسئله تاب‌آوری و امیدواری از مؤلفه‌هایی است که هنگام رویارویی با شرایط بحرانی و تجربه‌های نامطلوب زندگی همچون بیماری، دستخوش آسیب قرار می‌گیرد، در مطالعات گذشته رابطه تاب‌آوری با افسردگی در سربازان (بهشتی و ضرغام حاجبی، ۱۳۹۷)، دانشجویان (طهماسبی، ۱۳۹۱) مورد بررسی قرار گرفته است (۲۶-۲۸). همچنین در زمینه ارتباط امید و افسردگی، مطالعاتی در بیماران سرطانی (صدوقی، مهرزاد و محمدصالحی، ۱۳۹۶)، بیماران کلیوی (اورکی، بیات، نجفی و نورمحمدی، ۱۳۹۷)، بیماران همودیالیزی (آجرریز، آقاجانی، مرصعی و زابلیان (۱۳۹۵)، سالمندان مبتلا به بیماری قلبی (قدم پور، عباسی و حجتی،۱۳۹۱)، سالمندان ساکن سرای سالمندان (الهی، خسروی، رشیدی رشت آبادی و اخوان، ۱۳۹۳) صورت گرفته است (۲۹-۳۰-۳۱-۳۲-۳۳). لیکن مطالعه‌ای که به بررسی رابطه این دو مؤلفه مهم با افسردگی در سالمندان فاقد مشکلات حاد روان‌شناختی و جسمی بپردازد تا کنون در ایران انجام نشده است.

بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه تاب‌آوری و امیدواری با میزان افسردگی در سالمندان صورت گرفت. در این پژوهش دو فرضیه موردبررسی قرار گرفت. فرضیه‌های مطالعه عبارت‌اند از: (۱) تاب‌آوری میزان افسردگی در سالمندان را پیش‌بینی می‌کند (۲) امیدواری، پیش بینی‌کننده افسردگی در سالمندان است.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-12]

مواد و روش‌ها

روش مورداستفاده در پژوهش حاضر، توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری تحقیق شامل کلیه سالمندان شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۸ بود. حجم نمونه محاسبه‌شده با استفاده از روش کوکران برابر با ۳۵۷ نفر برآورد شد که بر اساس روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. ابتدا از بین مناطق سه‌گانه شهر و ۳۴ مرکز تحت پوشش مرکز بهداشت شهر خرم آباد، ۱۵ مرکز به طور تصادفی انتخاب شدند، به‌طوری‌که نماینده کلیه طبقات افراد از محله‌های مختلف شهر باشند. در مرحله بعد با مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی منتخب، از بین سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز به‌صورت در دسترس نمونه‌گیری صورت گرفت. بدین ترتیب از بین ۳۵۷ پرسشنامه، با احتساب ریزش شرکت‌کنندگان و پرسشنامه‌های مخدوش، ۳۱۹ پرسشنامه قابل‌تحلیل بود.

ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: (۱) ساکن شهر خرم‌آباد بودن، (۲) سن بالای ۶۰ سال، (۳) قادر بودن به برقراری ارتباط کلامی، (۴) توانایی پاسخگویی مستقل به پرسشنامه، (۵) سکونت در منزل، (۶) عدم داشتن بیماری‌های جسمی و روانشناختی حاد و (۷) رضایت شخصی برای شرکت در مطالعه می‌شدند و ملاک‌های خروج از مطالعه عبارت از (۱) عدم رضایت شخصی برای شرکت در پژوهش، (۲) عدم مشارکت و همکاری در ادامه فرایند پژوهش، (۳) ضعف شنوایی و عدم توانایی ارتباط کلامی مناسب با پژوهشگر و (۴) عدم دقت در تکمیل پرسشنامه بودند.

ابزار های جمع‌آوری داده‌ها

در مطالعه حاضر از سه پرسشنامه جهت جمع آوری داده استفاده گردید که شامل موارد زیر بودند:

۱. پرسشنامه امید به زندگی میلر (MHS)[1]: این پرسشنامه که توسط میلر (۱۹۸۸) طراحی شده است، شامل ۴۸ جنبه از حالت-های امیدواری و درماندگی می‌شود که ماده‌های قیدشده در آن بر مبنای تظاهرات آشکار یا پنهان رفتاری در افراد امیدوار یا ناامید برگزیده شدند. نمره‌گذاری بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای انجام می‌گیرد (۱: بسیار مخالف، ۵: بسیار موافق). دامنه امتیازات کسب شده از ۴۸ تا ۲۴۰ متغیر است. ۱۲ جمله از پرسشنامه میلر از ماده‌های منفی تشکیل شده‌اند که در ارزشیابی و نمره‌گذاری برعکس نمره می‌گیرند (۳۴). حسینی (۳۵) برای تعیین روایی این پرسشنامه، از نمره سؤال ملاک استفاده کرد. به‌این‌ترتیب که نمره کل پرسشنامه با نمره سؤال ملاک همبسته شده است و مشخص شد که بین این دو رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد ($P< ۰/۰۱$) و ($r= ۰/۶۸$). همچنین برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده گردید که ضرایب آن به ترتیب برابر با ۰/۹۰ و ۰/۸۹ گزارش شد (۳۵). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ محاسبه گردید و ۰/۸۹ بدست آمد.

۲. پرسشنامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون (CD-RISC)[2]: این مقیاس توسط کانر و دیویدسون جهت اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید، تهیه شده است (۳۶). سازندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسشنامه به‌خوبی می‌تواند افراد تاب آور را از غیر تاب آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی جدا کند و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی به کار برده شود. این پرسشنامه ۲۵ گویه دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملا نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. سامانی، جوکار و صحراگرد (۳۷) در پژوهشی روایی و

[1]. Miller Hope Scale
[2]. Connor- Davidson Resilience Scale

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-12]

پایایی این مقیاس را در فرهنگ ایرانی بررسی و با استفاده از روش تحلیل عاملی، روایی و پایایی آن را تأیید نمودند. ضریب پایایی همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ این مقیاس در دامنه ای از ۰/۷۶ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ محاسبه گردید و ۰/۹۱ بدست آمد.

۳. پرسشنامه افسردگی سالمندان (GDS)[1]: برینک و همکاران در سال ۱۹۸۳ پرسش‌نامه افسردگی سالمندان را تهیه کردند این مقیاس با ۳۰ عبارت برای سنجش افسردگی افراد سال‌خورده طراحی شده است. هدف اصلی از تهیه مقیاس افسردگی سالمندان تست غربالگری بین جمعیت سالمند بود. به نحوی که برای اجرای آن به آموزش زیادی نیاز نداشته باشند. مقیاس افسردگی سالمندان با موفقیت روی نمونه سالمندان سالم و بیمار اجرا شده است و در مطالعات بالینی و غربالگری به‌طور وسیعی استفاده می‌شود. فرم اولیه آن ۳۰ سؤال داشت که پس از بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی آن به ۱۵ سؤال کاهش یافت (۳۸). ملکوتی و همکاران (۳۹) در ایران پرسش‌نامه افسردگی سالمندان را هنجاریابی کرده‌اند. این آزمون در تحقیقات مختلفی در داخل و خارج از کشور استفاده‌شده و اعتبار زیادی را نشان داده است. در آن مطالعه پایایی مقیاس بر اساس آلفای‌کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد و تحلیل عاملی شرایط تک عاملی را تأیید کرد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای‌کرونباخ محاسبه گردید و ۰/۸۰ بدست آمد.

روش اجرا

در ابتدا ضمن اخذ مجوز از دانشگاه علوم پزشکی لرستان و مرکز بهداشت شهرستان خرم‌آباد، با مراجعه به مراکز بهداشتی انتخاب شده و معرفی پرسشگر به واحدهای مورد پژوهش نمونه گیری آغاز شد. به این منظور، با بیان اهداف مطالعه و کسب رضایت شخصی از آن‌ها و نیز حفظ رازداری درمورد مسائل شخصی پرسشنامه های تاب‌آوری، امیدواری و افسردگی در اختیار سالمندان قرار داده شد. همچنین پرسشنامه‌ها بدون نام تکمیل گردید و پاسخگویی به سؤالات به شکل انفرادی و در حضور پرسشگر بود. چنانچه سالمند توانایی خواندن و نوشتن را به هر دلیلی نداشت، سؤالات به‌صورت شفاهی و به روش مصاحبه‌ای، برای آن‌ها قرائت می‌شد و سؤالات پرسشنامه بر اساس نظر و انتخاب آن‌ها تکمیل گردید. برای تجزیه‌وتحلیل داده ها در بخش آمار توصیفی از گزارش فراوانی، میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون همزمان در نسخه ۲۱ نرم افزار SPSS استفاده شد.

یافته‌ها

طبق یافته‌های پژوهش شرکت‌کنندگان در محدوده سنی ۶۰-۹۳ سال قرار داشتند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۶۸ سال بود که از این تعداد ۱۴۸ نفر مرد و ۱۷۱ نفر زن بودند. در زمینه میزان تحصیلات، تعداد ۱۵۱ نفر بی‌سواد،۶۰ نفر دارای تحصیلات ابتدایی،۱۲ نفر سیکل، ۵۴ نفر دیپلم و تعداد ۴۲ تحصیلات دانشگاهی داشتند. ۲۴۷ نفر از سالمندان شهری و ۷۲ نفر ساکن روستا بودند. همچنین ۲ نفر مجرد و ۳۱۷ نفر از سالمندان متأهل بودند و تعداد ۶۵ نیز همسران آن‌ها فوت شده بود. از مجموع ۶۵ نفر از سالمندانی که همسرانشان فوت کرده بودند، ۲۴ نفر تنها و ۴۱ نفر با فرزندان زندگی می کردند. همچنین از مجموع ۲۵۲ نفر از سالمندانی که همسرانشان در قید حیات بودند، ۱۱۳ نفر با همسر و ۱۴۱ با همسر و

[1]. Geriatric Depression Scale

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-12]

فرزندانشان زندگی می‌کردند. ۶۶ نفر از سالمندان سه فرزند و کمتر و ۲۵۳ نفر بیش از سه فرزند داشتند.

در جدول ۱ آماره‌های توصیفی متغیرهای پیش‌بین (تاب‌آوری و امیدواری) و متغیر ملاک (افسردگی) آورده شده است. بر اساس این جدول، میانگین افسردگی (۵/۴۸) و انحراف معیار آن (۴/۱۷)، میانگین تاب‌آوری (۶۶/۸۳) و انحراف معیار آن (۱/۷۵)، همچنین میانگین امیدواری (۱/۶۵) و انحراف معیار آن (۲/۶۶) بوده است.

جدول ۱.اطلاعات توصیفی متغیرها

متغیر	میانگین	انحراف معیار	تعداد	max	min
افسردگی	۵/۴۸	۴/۱۷	۳۱۹	۲۲	۰
تاب‌آوری	۶۶/۸۳	۱۷/۵۳	۳۱۹	۱۰۰	۱۵
امیدواری	۱/۶۵	۲/۶۶	۳۱۹	۲۳۳	۸۴

در جدول ۲ ضریب همبستگی و سطح معناداری بین متغیرهای پیش‌بین و متغیر ملاک آورده شده است. این جدول نشان می‌دهد بین متغیرهای پیش‌بین (تاب‌آوری و امیدواری) و متغیر ملاک (افسردگی) همبستگی منفی معناداری ($p< ۰/۰۰۱$) وجود دارد. همبستگی بین تاب‌آوری و افسردگی ۰/۴۸ -، همبستگی بین امیدواری و افسردگی ۰/۷۱- است که این یافته‌ها بیانگر آن است بین تاب‌آوری و امیدواری با افسردگی همبستگی منفی و معنادار وجود دارد.

جدول ۲.ماتریس همبستگی تاب‌آوری و امیدواری با افسردگی

متغیر	۱	۲	۳
۱. افسردگی	۱		
۲. تاب‌آوری	۰/۴۸ -	۱	
۳. امیدواری	۰/۷۱ -	۰/۶۳	۱

در ادامه به منظور بررسی اینکه آیا می‌توان افسردگی سالمندان را از طریق تاب‌آوری و امیدواری پیش‌بینی کرد، از تحلیل رگرسیون چندگانه به روش همزمان استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ بیان شده است. در جدول ۳ نتایج تحلیل رگرسیون همزمان برای پیش‌بینی افسردگی آورده شده است. با توجه به نتایج به دست آمده در جدول ۳ ضریب رگرسیون متغیرهای پیش‌بین نشان می‌دهد که تاب‌آوری با مقادیر ۰/۵۷ - =Beta و در t= ۱/۱۳ و امیدواری با ۰/۶۸ - =Beta و با t= ۱۳/۴۴ و سطح معناداری ۰/۰۰۱ توان پیش‌بینی افسردگی را دارند و روی‌هم ۰/۵۱ واریانس افسردگی را پیش‌بینی می‌کنند.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-12]

جدول ۳.نتایج تحلیل رگرسیون همزمان برای پیش‌بینی افسردگی بر اساس تاب‌آوری و امیدواری

متغیر ملاک	R	R^2	F	متغیر پیش‌بین	B	Std	Beta	t	sig
افسردگی	۰/۷۱	۰/۵۱	۱۶۸/۶۳	تاب‌آوری	-۰/۰۱۴	۰/۰۱۲	- ۰/۵۷	-۱/۱۳	۰/۰۰۱
				امیدواری	-۰/۱۰۷	۰/۰۰۸	- ۰/۶۸	-۱۳/۴۴	۰/۰۰۱

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه تاب‌آوری و امیدواری با افسردگی در سالمندان بود. نتایج پژوهش نشان داد که بین امیدواری و تاب‌آوری با میزان افسردگی در سالمندان رابطه منفی و معناداری وجود دارد. بدین معنی که امیدواری و تاب‌آوری پیش‌بینی کننده افسردگی در سالمندان است.

فرضیه اول پژوهش مبنی بر اینکه تاب‌آوری قادر به پیش‌بینی افسردگی در سالمندان است، تائید شد که این یافته با یافته‌های پژوهش طهماسبی و همکاران (۱۳۹۱)؛ بهشتی و ضرغام حاجبی (۱۳۹۷)؛ قدم پور، عباسی و حجتی (۱۳۹۶) همسویی دارد (۲۶-۲۸-۳۲). در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، وارد شدن به سالمندی و به دنبال آن محدودیت فعالیت جسمانی و روانی، می‌تواند مقدمه ابتلا به هیجان‌های ناخوشایندی مانند افسردگی باشد. همچنین از عواملی که می‌تواند به‌عنوان یکی از متغیرهای مهم در پیشگیری از افسردگی، توان سازگاری افراد با موقعیت‌های زندگی را بالا برده و همچنین حل مشکلات زندگی را آسان‌تر می‌کند، تاب‌آوری است (۴۰-۴۱). بنابراین داشتن این ویژگی امر مهمی است که کاهش افسردگی سالمندان از طریق سازگاری و کنار آمدن با موقعیت را فراهم می‌کند. چرا که افرادی که تاب‌آوری بیشتری دارند در مقابله با مشکلات مقاوم‌تر هستند و کمتر تحت تأثیر مشکلات قرار می‌گیرند و چنین چیزی باعث می‌شود که پستی‌وبلندی‌های زندگی تاثیر کمتری روی آن‌ها بگذارد. تاب‌آوری به‌عنوان مقاومت موفقیت‌آمیز فرد در برابر موقعیت‌های تهدیدآمیز و چالش‌برانگیز عمل می‌کند. افرادی که دارای تاب‌آوری هستند، چاره‌ساز و انعطاف‌پذیر بوده، مطابق تغییرات محیطی خود را وفق می‌دهند و بعد از برطرف شدن عوامل فشارزا به‌سرعت به حالت بهبود بازمی‌گردند. افرادی که در سطح پایین تاب‌آوری هستند به مقدار ناچیزی خودشان را با موقعیت‌های جدید وفق می‌دهند، این‌ها به‌کندی از موقعیت‌های فشارزا به حالت عادی و طبیعی بهبود می‌یابند (۴۲). سطوح بالای تاب‌آوری به فرد کمک می کند از عواطف و هیجان‌های مثبت به‌منظور پشت سر گذاشتن تجربه های نامطلوب و بازگشت به وضعیت مطلوب استفاده کند. بنابراین مطالعه و شناخت عوامل مرتبط با تاب‌آوری می‌تواند به‌عنوان منبعی برای بالا بردن کیفیت زندگی سالمندان و کاهش مشکلات افسردگی در آن‌ها باشد (۴۳).

با توجه به یافته‌های پژوهش، بین امیدواری و افسردگی در سالمندان، رابطه منفی و معناداری وجود دارد، بدین معنا که میزان امیدواری در سالمندان، قادر به پیش‌بینی افسردگی در آنان است. بنابراین فرضیه دوم این مطالعه مبنی بر رابطه بین امیدواری و افسردگی در سالمندان تأیید شد که این یافته‌ها، با نتایج پژوهش صدوقی و همکاران (۱۳۹۶)، اورکی و همکاران (۱۳۹۷)، آجرریز و همکاران (۱۳۹۵)، الهی و همکاران (۱۳۹۳)؛ قدم پور و همکاران (۱۳۹۶) همسویی دارد (۲۹-۳۰-۳۱-۳۲-۳۳). در تبیین نتایج این فرضیه می‌توان گفت، با توجه به

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-12]

نزدیک شدن به دهه‌های پایانی زندگی در سالمندی، فشارهای خاصی بر افراد سالمند تحمیل می‌شود و سلامت جسمی و روانی آن‌ها تحت تأثیر قرار می‌گیرد. با از دست دادن توانایی‌ها و احساس کفایتی که در افراد درجوانی احساس می‌کردند، دلسردی و ناامیدی نسبت به ابعاد مختلف زندگی در آن‌ها نمود می‌یابد. این عامل به عنوان یک عنصر شناختی حاصل انتظارات منفی است و منجر به تضعیف اراده فرد و گریز از موقعیت‌ها می‌شود و سهم مهمی در افسردگی دارد (۴۴). تمرکز بر افزایش امید باعث افزایش اعتمادبه‌نفس و معنا در زندگی و کاهش اضطراب و نشانه‌های افسردگی می‌شود. بنابراین سالمندانی که امید را به‌عنوان منبع مهمی در زندگی خود درک کنند می‌توانند بر موانع و مشکلات برای ادامه مبارزه با شرایط نامطلوب غلبه کنند (۴۵). با توجه به اینکه بین امیدواری و هیجانات مثبت همبستگی معنی‌داری وجود دارد، امیدواری در سالمندان می‌تواند مقادیر بالایی از افسردگی را در آن‌ها تبیین کند.

درمجموع به دلیل محدودیت‌های خاصی‌که سالمندان با آن مواجه هستند، اضطراب و افسردگی بالایی را تجربه می‌کنند که آن‌ها را در معرض خطر کاهش شدید سلامت روانی قرار می‌دهد. برخورداری از امید و داشتن تاب‌آوری می‌تواند به کاهش اضطراب و افسردگی بینجامد. بنابراین توجه داشتن به ارتباط افسردگی با تاب‌آوری و امیدواری، ضرورت تدوین مداخله‌های مناسب برای آموزش سالمندان جهت ارتقا این دو مؤلفه مهم در سالمندی را نشان می‌دهد. همچنین نتایج مطالعه اخیر، می‌تواند به هدایت جهت‌گیری مطالعات آینده در زمینه راهکارهای افزایش امیدواری و تاب‌آوری در سالمندان منجر شود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به روش پژوهش از نوع پرسشنامه و خود گزارش دهی اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده، از ابزارهای دیگر همچون مصاحبه و مشاهده استفاده شود تا قابلیت اعتماد نتایج افزایش یابد. با توجه به اینکه، پژوهش تنها بر روی سالمندان شهر خرم‌آباد انجام شده، پیشنهاد می‌شود پژوهشی‌مشابه این پژوهش روی سالمندان در شهرهای دیگر انجام گیرد و یافته‌های آن با یافته‌های پژوهش حاضر مقایسه شود. همچنین مطالعه از نوع مقطعی بوده است، می‌توان با انجام مطالعات طولی که امکان بررسی اطلاعات گذشته فرد فراهم می‌شود، بررسی دقیق عوامل مؤثر بر افسردگی را انجام داد و بدین صورت تعمیم‌پذیری یافته‌ها افزایش می‌یابد. در مطالعات آینده، بررسی عوامل مختلف محیطی، فرهنگی و اجتماعی در پژوهش می‌تواند نتایج جدیدی درخصوص افسردگی سالمندان به دست دهد. پیشنهاد می‌شود پژوهش در جامعه آماری غیر از سالمندان نیز انجام شود تا نتایج از قابلیت و اعتبار بیشتری برخوردار شود.

تشکر و قدردانی

از سالمندانی که در مطالعه شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-12]

References

1.Hekmati Pour N, Hojjati H, Sharif Nia H, Akhondzade G, Nikjou AR, Mir Abolhasani M. Effect of exercise on depression in elderly. Iran J Health Educ Health Promot. 2013; 1(3):23-32. (Persian)

2.Sharifi M, Mohammad-Aminzadeh D, Soleimani sefat E, Sudmand N, Younesi J. Relationship of Deterministic Thinking With Loneliness and Depression in the Elderly. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2017; 12 (3):276-287. (Persian)

3. Rashedi V, Rezaei M, Gharib M, Nabavi S. Social support for the elderly: Comparison between home and nursing home. JNKUMS. 2013; 5 (2):351-356. (Persian)

4. Shiri Mohammadabadi A, Yazdkhasti F, Dadgari A. Determining the Major Stressful Events in Elderly People and their Relation with Depession and Cognitive Decline. *Toloo-e-Behdasht.* 2015; 13(6):139-151. (Persian)

5.Ghazi Mohseni M, Soleimanian A A, Heidarnia A. Examining the Effectiveness of Hope-Based Group Training on the Life Quality of the Elderly People. *Salmand: Iranian Journal of Ageing.* 2016; 11(2):300-309. (Persian)

6. ousefi Afrashteh, M., Sharifi, K. The Relationship Between Depression, Perceived Stress and Social Support with Quality of Life in Elderly with Alzheimer's Disease. *Aging Psychology*, 2015; 1(2): 1-10. (Persian)

7. Anderson A. J.Treatment of depression in older adults. *International Journal of Psychosocial and rehabilitation*. 2002; *6*: 69-78.

8. Kakavand A. The Effectiveness of Mindfulness on Dysfunctional Attitudes and Depressive Symptoms among Elderly Women with Major Depressive Disorder. *Aging Psychology*, 2016; 2(2): 101-91. (Persian)

9. Frazer C. J, Christensen H, & Griffith K. M. Effectiveness of treatments for depression in older people. *Medical Journal of Australia*.2005; *182*(12): 627-632

10. Sajadi H, Mohaqeqi Kamal H, Vameghi M, Forozan A S, Rafei H, Nosratabadi M. Systematic Review of Prevalence and Risk Factors Associated With Depression and Its Treatment in Iranian Elderly. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2013; 7 (4):7-15. (Persian)

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-12]

11 .Yohannes. A.Depression in survival following acute infection. *Journal of psychosomatic research*. 2016; *90*(2):82-96.

12. Mackenbach J. P, Hu Y, Looman C. W. N. Democratization and life expectancy in Europe, 1960–2008. *Social Science & Medicine.2013; 93*: 166- 175

13. Zahed babelan, A., Ghasempour, A., Hasanzade, S. The Role of Forgiveness and Psychological Hardiness in Prediction of Hope. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 2017; 12(45): 12-19. (Persian)

14. Snyder C. R, Lopez S. J. *Positive psychology: the scientific and practical explorations of human strengths*. New York: Sage; 2007.

15. Heidari M, Ghodusi M, Shahbazi S. Correlation Between body esteem and hope in patients with breast cancer after mastectomy. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2015; 4 (1):8-15. (Persian)

16. Shoa Kazemi M, saadati M.The study of effective logo therapy training on reduction hopelessness in breast cancer Women's in Tehran city. *Iranian Journal of Breast Diseases*. 2010; 3 (1 and 2):40-48. (Persian)

17. Leontopoulou S, Triliva S. Explorations of Subjective Wellbeing and Character Strengths among a Greek University Student Sample. *International Journal of Wellbeing*.2012; 2(3): 251-270 .

18. Khaledian M, Sohrabi F. Effectiveness of Group Logotherapy on Reducing Depression and Increasing Hope in Elderly with Empty Nest Syndrome. *Clinical Psychology Studies*, 2014; 4(15): 79-104. (Persian)

19. Cheavens J. S, Feldman D. B., Gum A., Michael S. T, Snyder C. R. Hope therapy in a community sample: A pilot investigation. *Social Indicators Research*. 2006; 7(1): 61-78

20. Wells, M. (2005). *The effects of gender, age, and anxiety on hope differences in the expression of pathway and agency thought*. Texas A&B University-Commerce.

21. Herrman H, Stewart D.E, Diaz-Granados N, Berger E.L, Jackson B, Yuen T. What is resilience? *Canadian journal of psychiatry*, 2011; 56(5): 258-265.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-12]

22. Larkin G. What good are Positive emotions in Crises? A prospective Study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September11th, *Journal of Personality and Social Psychology*.2001; 84(2): 365- 376.

23. Waugh CE, Fredrickson BL, Taylor SF. Adapting to Life, Slings and arrows: Individual differences in resilince when recovering from an anticipated threat. *Journal of research in personality*.2008; 42(4): 1031-1046.

24. Rahimian Boogar E, Asgharnejad Farid A A. The Relationship between Psychological Hardiness also Ego-resiliency and Mental Health in Adolescent and Adult Survivors of Bam Earthquake. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2008; 14 (1):62-70. (Persian)

25. Kong F, Wang X, Hu S, Liu J. Neural correlates of psychological resilience and their relation to life satisfaction in a sample of healthy young adults. *Neuroimage*. 2015; 123: 165-172.

26.Tahmasebi M. The relationship between spirituality and resilience with anxiety and depression in students a University of Medical Sciences Ilam. [MSc Dissertation]. Ilam: University of ilam; 2012. (Persian)

27.Deblinger E, Runyon MK, Steer RA. Profiles of personal resiliency in youth who have experienced physical or sexual abuse. *Journal Psychoeducation Assess*.2014; 32(6): 558-566.

28. Beheshti E, Zarqam Hajabi M. The Relationship between Resiliency and Practice of Religious Beliefs with Anxiety and Depression among Soldiers. *Journal of Military Medicine*. 2018; 20 (3):333-341. (Persian)

29.Sadoughi M, Mehrzad V, Mohammad Salehi Z. The Relationship between Anxiety, Depression, and Quality of Life among Breast Cancer Patients in Seyedoshohada Hospital in Isfahan in 2016: The Mediating Role of Resilience. *Journal of Rafsanjan University of Medical science.* 2017; 16 (5):395-408. (Persian)

30.Oraki, M., Bayat S, Najafi M, Noor Mohammadi A. The Relationship between Metacognition Beliefs, Life Expectancy, and Quality of Life and Hospital Depression in Kidney Patients Undergoing Hemodialysis in the City of Karaj. *Sadra Medical Journal*, 2018; 6(2): 87-100. (Persian)

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-12]

31.Mirbagher-Ajorpaz N, Aghajani M, Morsaee F, Zabolian Z. The Relationship between Hope and Depression-Anxiety in Patients Undergoing Hemodialysis. *Journal of Health & Community*. 2016; 18(1):55-62. (Persian)

32. hojati, M., Ghadampour, E., Hojati, M. The Role of Self-care, Resilience and Despair on depression in the elderly with Heart Diseases. *Aging Psychology*, 2017; 3(3): 181-188. (Persian)

33. Elahi T, Khosravi R, Rashidi Rashtabadi S, Akhavan A. Hopefulness and Mental Disorders in the Elderly. *Journal of Advances in Medical and Biomedical Research*. 2014; 22 (92):119-125 .(Persian)

34. Miller J. F & Powers M. J. (1988). Development of annstrument to measure hope. Nurs Res, 37(1): 6-10. Ong, A. D., Edwards, L. M. and Bergeman, C. S. (2006). Hope as a source of resilience in later adulthood, *Journal of Personality and IndividualDifferences*, 41: 1263-1273.

35. Hosseini, SM. [Relationship of life expectancy and psychological hardiness in male and female students] [MSc. thesis].Gachsaran: Islamic Azad University of Gachsaran Branch; 2006. (Persian)

36. Conner, K. M., & Davidson, J. R. T.Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson resilience scale (CDRISC). *Depression and Anxiety. 2003; 18*(2): 76-82.

37.Samani S, Jokar B, Sahragard N. Effects of Resilience on Mental Health and Life Satisfaction. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2007; 13(3):290-295.

38.Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of psychiatric research*. 1983 Dec 31; 17(1):37-49.

39.Malakouti K, Fathollahi P, Mirabzadeh A, Salavati M, Kahani S.(2006). [Validation of Geriatric Depression Scale (GDS-15) in Iran (Persian)]. *Research in Medicine*, 30(4), 361-369. (Persian)

40. Chan I. W, Lai J. C, & Wong K. W.Resilience is associated with better recovery in Chinese people diagnosed with coronary heart disease. *Psychology & Health. 2006; 21*(3):335-349.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-12]

41.Tak, Y. R., & McCubbin, M. Family stress, perceived social support and coping following the diagnosis of a child's congenital heart disease. *Journal of advanced nursing*.2002;*39*(2):190-198.

42.Robinson J, Rasic A, Bolton D, Bienvenu J, Joseph O, Jitender S. Longitudinal relationships of religious worship attendance and spirituality with major depression, anxiety disorders, and suicidal ideation and attempts: Findings from the Baltimore epidemiologic catchment area study Original Research Article. *Journal of Psychiatric Research*.2011;45(6):848-854.

43.Carr, A. Positive psychology: *The science of happiness and human strength*. New York: Brunner-Routledge; 2004.

44. Singh M, Kaur S, & Srivastava P. Relationship between Hopelessness and Depression among Persons with Disabilities and their Parents. *Journal of Disability Management and Rehabilitation*.2017; *1*(1): 32-34.

45. Kenne Sarenmalm E, Ohlen J, Oden A, GastonJohansson F. Experience and predictors of symptoms, distress and health-related quality of life over time in postmenopausal women with recurrent breast cancer. *Psychooncology*.2008; 17(5): 497-505.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-12]