

The relationship between resilience and hope with depression in the elderly

Moradi Sh^{1*}, Ghodrati Mirkohi M²

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.

رابطه تاب آوری و امیدواری با افسردگی در سالمندان

شهرزاد مرادی^{*}، مهدی قدرتی میرکوهی^۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۹/۱۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۱۲/۱۵

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 تاب آوری در آنان است و نقش مهمی در مقابله با تبیه‌گاه‌ها و تهدیدهای زندگی و آثار نامطلوب آن دارد. بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه تاب آوری و امیدواری با میزان افسردگی در سالمندان صورت گرفت.

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

یافته‌ها: نتایج نشان داد، بین تاب آوری و افسردگی و همچنین بین امیدواری و افسردگی در سالمندان، همبستگی معکوس و معنادار وجود دارد. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیونی نشان داد تاب آوری و امیدواری می‌توانند روی هم رفته ۵۱ درصد از واریانس افسردگی در سالمندان مورد مطالعه را پیش‌بینی نمایند.

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه تاب آوری 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 واژه‌ها: تاب آوری، امیدواری، افسردگی، سالمندان

۱- کارشناسی ارشد مشاوره توابخشی، 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.

مقدمه

مطالعات جهانی شیوع افسردگی در میان افراد سالمند بین ۱٪ تا ۳۵٪ تخمین زده شده 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 علائق خود، در تصمیم‌گیری با دشواری مواجه می‌شود، نمی‌تواند به چیزی علاقه‌مند شود و در احساس بی‌کفایتی و بی‌ارزشی غوطه‌ور می‌شود و امید به زندگی اش را کم کم 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، تمايل 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 لئونتوبولو نشان داد که مداخلات روانشناصی سطوحی از امید، توانایی مقابله با استرس‌های اجتماعی را در افراد بالا می‌برد که به تبع آن به کاهش تنش‌ها و افسردگی منجر می‌شود (۱۷). استنایدر در پژوهشی به این نتیجه

یکی از پیامدهای جوامعی که شرایط زندگی و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی بهبود و طول عمر و امید به زندگی افزایش می‌باشد، 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 در حال توسعه 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). به موازات افزایش نسبت جمعیتی سالمندان، مشکلات سلامت آنان به‌ویژه مشکلات مربوط به سلامت روانی بیشتر اهمیت می‌یابد (۴). سالمندانی که روابط اجتماعی شان محدود و گاهی شاید منفی است، این گونه افکار آن‌ها را وامی دارد 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 عمد 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، به جای آنکه سعی در دیدن عوامل مختلف در ایجاد یک رویداد یا مشکل بنمایند، آن را فقط تقصیر خود یا فرد دیگری اندخته و به ملامت خود و دیگری می‌پردازند (۸). در

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

با توجه به اینکه مسئله تاب آوری 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 تاب آوری با افسردگی در سر بازان (بهشتی و خرغام حاجبی، ۱۳۹۷)، دانشجویان (طهماسبی، ۱۳۹۱) مورد بررسی قرار گرفته است (۲۸-۲۶). 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 (آجریز، آقاجانی، مرصعی و زابلیان (۱۳۹۵)، سالمدانان مبتلا به بیماری قلبی (قدم پور، عباسی و حجتی، ۱۳۹۱)، سالمدانان ساکن سرای سالمدان (الهی، خسروی، رشیدی رشت آبادی و اخوان، ۱۳۹۳) صورت گرفته است (۳۰-۲۹-۳۱-۳۲-۳۳). لیکن مطالعه‌ای که به بررسی رابطه این دو مؤلفه مهم با افسردگی در سالمدانان فاقد مشکلات حاد روان‌شناختی و جسمی پردازد تا کنون در ایران انجام نشده است.

بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه تاب آوری و امیدواری با میزان افسردگی در سالمدانان صورت گرفت. در این پژوهش دو فرضیه مورد بررسی قرار گرفت. فرضیه‌های مطالعه عبارت‌اند از: (۱) تاب آوری میزان افسردگی در سالمدان را پیش‌بینی می‌کند (۲) امیدواری، پیش‌بینی کننده افسردگی در سالمدان است.

رسید که امیدواری پایین یا کم، نشانه‌های افسردگی را پیش‌بینی می‌کند (۱۸). چیونز، فلدمن، گام، میشائل و اسنایدر (۱۹) در مطالعه‌ی خود دریافتند که امید درمانی در افزایش امید، معنای زندگی، اعتماد به نفس 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 سالمدان، تاب آوری است. به طور بنیادی تاب آوری به سازگاری مثبت، یا توانایی حفظ کردن و به دست آوردن مجدد سلامت روانی علی‌رغم تجربه مصیبت و سختی اشاره دارد (۲۱). افراد با تاب آوری بالا در مقابل رویدادهای استرس‌زا با خوش‌بینی، ابراز وجود و اعتماد به نفس برخورد می‌کنند. در تیجه این رویدادها را قابل کنترل 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 از لیچت و همکاران (۲۰۰۶)، تاب آوری و سرسختی باعث کاهش اضطراب و افسردگی می‌شود (۲۴). تاب آوری 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 تاب آوری با پیامدهای مطلوبی مانند کاهش اضطراب و افسردگی همراه است که به ارتقاء سلامت روان می‌انجامد (۲۶).

مواد و روش‌ها

۱. پرسشنامه امید به زندگی میلر (MHS)^۱: این پرسشنامه که توسط میلر (۱۹۸۸) طراحی شده است، شامل ۴۸ جنبه از حالت‌های امیدواری و درمانگی می‌شود که ماده‌های قیدشده در آن بر مبنای تظاهرات آشکار یا پنهان رفتاری در افراد امیدوار یا نامید برگزیده شدند. نمره‌گذاری بر اساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای 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. به این ترتیب که نمره کل پرسشنامه با نمره سؤال ملاک همبسته شده است و مشخص شد که بین این دو رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0.01$) و ($r = 0.68$). همچنین برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده گردید که ضرایب آن به ترتیب برابر با 0.90 و 0.89 گزارش شد (۳۵). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ محاسبه گردید و 0.89 بدست آمد.

۲. پرسشنامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون (CD-RISC)^۲: 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 به خوبی 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 برد کند. این پرسشنامه ۲۵ گویه دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. سامانی، جوکار و صحرائگرد (۳۷) در پژوهشی روایی و

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 محاسبه شده با استفاده از روش کوکران برابر با ۳۵۷ نفر برآورد شد که بر اساس روش نمونه‌گیری خوشای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. ابتدا از بین مناطق سه‌گانه شهر و ۳۴ مرکز تحت پوشش مرکز بهداشت شهر خرم‌آباد، ۱۵ مرکز به طور تصادفی انتخاب شدند، به طوری که 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 به صورت در دسترس نمونه‌گیری صورت گرفت. بدین ترتیب از بین ۳۵۷ پرسشنامه، با احتساب ریزش شرکت‌کنندگان و پرسشنامه‌های مخدوش، ۳۱۹ پرسشنامه قابل تحلیل 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.

ابزار‌های جمع‌آوری داده‌ها

در مطالعه حاضر از سه پرسشنامه جهت جمع آوری داده استفاده

گردید که شامل موارد زیر بودند:

¹. Miller Hope Scale

². Connor-Davidson Resilience Scale

گیری آغاز شد. به این منظور، با بیان اهداف مطالعه و کسب رضایت شخصی از آن‌ها و نیز حفظ رازداری در مورد مسائل شخصی پرسشنامه‌های قاب آوری، امیدواری و افسردگی در اختیار سالمدان قرار داده شد. همچنین پرسشنامه‌ها بدون نام تکمیل گردید و پاسخگویی به سؤالات به شکل انفرادی و در حضور پرسشگر بود. چنانچه سالمدن توانایی خواندن و نوشتن را به هر دلیلی نداشت، سؤالات به صورت شفاهی و به روش مصاحبه‌ای، برای آن‌ها قرائت می‌شد و سؤالات پرسشنامه بر اساس نظر و انتخاب آن‌ها تکمیل گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش آمار توصیفی از گزارش فراوانی، میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی از آزمون ضریب همبستگی پرسون و تحلیل رگرسیون همزمان در نسخه ۲۱ نرم افزار SPSS استفاده شد.

یافته‌ها

طبق یافته‌های پژوهش شرکت کنندگان در محدوده سنی ۶۰-۹۳ سال قرار داشتند. میانگین سنی شرکت کنندگان 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 سالمدان شهری و ۷۲ نفر ساکن روستا بودند. همچنین ۲ نفر مجرد و ۳۱۷ نفر از سالمدان متاهل بودند و تعداد ۶۵ نیز همسران آن‌ها فوت شده بود. از مجموع ۶۵ نفر از سالمدانی که همسرانشان فوت کرده بودند، ۲۶ نفر تنها و ۴۱ نفر با فرزندان زنده‌گی می‌کردند. همچنین از مجموع ۲۵۲ نفر از سالمدانی که همسرانشان در قید حیات بودند، ۱۱۳ نفر با همسر و ۱۴۱ با همسر و

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 دامنه‌ای 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 سالمدان (GDS)^۱: برینک و همکاران در سال ۱۹۸۳ پرسشنامه افسردگی سالمدان را تهیه کردند این مقیاس با ۳۰ عبارت برای سنجش افسردگی افراد سالخورده طراحی شده است. هدف اصلی از تهیه مقیاس افسردگی سالمدان تست غربالگری بین جمعیت سالمند بود. به نحوی که برای اجرای آن به آموزش زیادی نیاز نداشته باشند. مقیاس افسردگی سالمدان با موفقیت روی نمونه سالمدان سالم و بیمار اجرا شده است و در مطالعات بالینی و غربالگری به طور وسیعی استفاده می‌شود. فرم اولیه آن ۳۰ سؤال داشت که پس از بررسی ویژگی‌های روان‌سنجه‌ی آن به ۱۵ سؤال کاهش یافت (۳۸). ملکوتی و همکاران (۳۹) در ایران پرسشنامه افسردگی سالمدان را هنجاریابی کرده‌اند. این آزمون در تحقیقات مختلفی در داخل و خارج از کشور استفاده شده و اعتبار زیادی را نشان داده است. در آن مطالعه پایایی مقیاس بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد و تحلیل عاملی شرایط تک عاملی را تأیید کرد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ 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

¹. Geriatric Depression Scale

این جدول، میانگین افسردگی (۵/۴۸) و انحراف معیار آن (۱/۱۷)، میانگین تابآوری (۶۶/۸۳) و انحراف معیار آن (۰/۶۶) همچنین میانگین امیدواری (۱/۶۵) و انحراف معیار آن (۰/۶۵) بوده است.

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

جدول ۱. اطلاعات توصیفی متغیرها

متغیر	میانگین	انحراف معیار	تعداد	max	min
افسردگی	۵/۴۸	۰/۱۷	۳۱۹	۲۲	۰
تابآوری	۶۶/۸۳	۰/۷۵	۳۱۹	۱۰۰	۱۵
امیدواری	۱/۶۵	۰/۶۶	۳۱۹	۲۳۳	۸۴

وجود دارد. همبستگی بین تابآوری و افسردگی -0.48 ، همبستگی بین امیدواری و افسردگی -0.71 است که این یافته‌ها بیانگر آن است بین تابآوری و امیدواری با افسردگی همبستگی منفی و معنادار وجود دارد.

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 ($p < 0.001$)

جدول ۲. ماتریس همبستگی تابآوری و امیدواری با افسردگی

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

پیش‌بین نشان می‌دهد که تابآوری با مقادیر -0.57 و -0.13 Beta= و در $t = 13/44$ و سطح معناداری 0.001 واریانس افسردگی را دارند و روی هم 0.51 واریانس افسردگی را پیش‌بینی می‌کنند.

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

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

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

موفقیت‌آمیز فرد در برابر موقعیت‌های تهدیدآمیز و چالش‌برانگیز

عمل می‌کند. افرادی که دارای تاب آوری هستند، چاره‌ساز و انعطاف‌پذیر بوده، مطابق تغییرات محیطی خود را وفق می‌دهند و بعد از برطرف شدن عوامل فشارزا به سرعت به حالت بهبود بازمی‌گردند. افرادی که در سطح پایین تاب آوری 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 تاب آوری به فرد کمک می‌کند از عواطف و هیجان‌های مثبت به منظور پشت سر گذاشتن تجربه‌های نامطلوب و بازگشت به وضعیت مطلوب استفاده کند. بنابراین مطالعه و شناخت عوامل مرتبط با تاب آوری می‌تواند به عنوان منبعی برای بالا بردن کیفیت زندگی سالمدان و کاهش مشکلات افسردگی در آن‌ها باشد (۴۳).

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

بحث و نتیجه گیری

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

فرضیه اول پژوهش مبنی بر اینکه تاب آوری قادر به پیش‌بینی افسردگی در سالمدان است، تأیید شد که این یافته با یافته‌های پژوهش طهماسبی و همکاران (۱۳۹۱)؛ بهشتی و ضرغام حاجی (۱۳۹۷)؛ قدم پور، عباسی و حجتی (۱۳۹۶) همسویی دارد (۲۶-۲۸-۳۲). در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، وارد شدن به سالمدان و به دنبال آن محدودیت فعالیت جسمانی و روانی، می‌تواند مقدمه ابتلا به هیجان‌های ناخوشایندی مانند افسردگی باشد. همچنین از عواملی که می‌تواند به عنوان یکی از متغیرهای مهم در پیشگیری از افسردگی، توان سازگاری افراد با موقعیت‌های زندگی را بالا برده و همچنین حل مشکلات زندگی را آسان تر می‌کند، تاب آوری است (۴۰-۴۱). بنابراین داشتن این ویژگی امر مهمی است که کاهش افسردگی سالمدان از طریق سازگاری و کنار آمدن با موقعیت را فراهم می‌کند. چرا که افرادی که تاب آوری بیشتری دارند در مقابله با مشکلات مقاوم‌تر هستند و کمتر تحت تأثیر مشکلات قرار می‌گیرند و چنین چیزی باعث می‌شود که پستی و بلندی‌های زندگی تاثیر کمتری روی آن‌ها بگذارد. تاب آوری به عنوان مقاومت

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 پژوهشی مشابه 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 تعیین‌پذیری 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.

نزدیک شدن به دهه‌های پایانی زندگی در سالمندی، فشارهای خاصی بر افراد سالمند تحمل می‌شود و سلامت جسمی و روانی آن‌ها تحت تأثیر قرار می‌گیرد. با از دست دادن توانایی‌ها و احساس کفایتی که در افراد در جوانی احساس می‌کردند، دلسردی و نالمیدی 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 اعتماد به نفس و معنا در زندگی و کاهش اضطراب و نشانه‌های افسردگی می‌شود. بنابراین سالمندانی که امید را به عنوان 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.

در مجموع به دلیل محدودیت‌های خاصی که 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

▪ 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 Depression 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)

11. Yohannes. A. Depression in survival following acute infection. *Journal of psychosomatic research*. 2016; 90(2):82-96.
12. Mackenbach J. P, Hu Y, Loosman 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.

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 resilience 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)

31. Mirbagher-Ajorpaz N, Aghajani M, Morsaei 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 an instrument 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 Individual Differences*, 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.

- 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, Basic 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.