

## ارتباط ویژگی‌های شخصیتی (روان‌رنجور خویی و برون‌گرایی) و خودکارآمدی با افسردگی سالمندی

\* محمد عباسی<sup>۱</sup>، فضل‌اله میردریکوند<sup>۱</sup>، حمیده اداوی<sup>۱</sup>، محمد حجتی<sup>۲</sup>

۱- گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

۲- واحد فناوری و نیروی انسانی، سازمان آموزش و پرورش، هرسین، کرمانشاه، ایران.

## چکیده

تاریخ دریافت: ۱۶ اردیبهشت ۱۳۹۶

تاریخ پذیرش: ۲۲ مرداد ۱۳۹۶

**اهداف:** پژوهش حاضر ارتباط ویژگی‌های شخصیتی (روان‌رنجور خویی و برون‌گرایی) و خودکارآمدی را با افسردگی دوران سالمندی در معلمان مرد بازنشسته شهر هرسین بررسی می‌کند.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش نوعی مطالعه توصیفی همبستگی بود که به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۵ انجام شد. شرکت‌کنندگان پژوهش شامل ۱۷۳ نفر از معلمان مرد بازنشسته بودند که با روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل مقیاس افسردگی سالمندان (GDS)، پرسش‌نامه شخصیتی نفو (NEO-FFI) و پرسش‌نامه خودکارآمدی عمومی (GSE) بود.

**یافته‌ها:** داده‌های حاصل از اجرای پرسش‌نامه‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون برای بررسی نقش پیش‌بینی‌کننده ویژگی‌های شخصیتی (روان‌رنجور خویی و برون‌گرایی) و خودکارآمدی در پیش‌بینی افسردگی دوران سالمندی تحلیل شدند. نتایج نشان داد که بین افسردگی دوران سالمندی با برون‌گرایی ( $r=0/01$ ،  $P<0/001$ ) و خودکارآمدی ( $r=0/01$ ،  $P<0/001$ )، رابطه منفی معنی‌داری و بین روان‌رنجور خویی و افسردگی دوران سالمندی رابطه مثبت معنی‌داری ( $r=0/54$ ،  $P<0/001$ ) وجود دارد. همچنین یافته‌های حاصل از رگرسیون نشان داد که متغیرهای مستقل در مجموع ۵۰ درصد افسردگی دوران سالمندی را پیش‌بینی می‌کنند.

**نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج می‌توان بیان کرد که روان‌رنجور خویی می‌تواند باعث افزایش و برون‌گرایی و خودکارآمدی موجب کاهش افسردگی دوران سالمندی شود.

## کلیدواژه‌ها:

افسردگی سالمندی،

روان‌رنجور خویی،

برون‌گرایی،

خودکارآمدی

سالمند شدن جمعیت، در ایران نیز آغاز شده است، به گزارش مرکز اطلاعات سازمان ملل متحد در تهران، تعداد سالمندان ایران در سال ۲۰۵۰ به رقم ۲۶ میلیون و ۳۰۳ هزار نفر یعنی ۲۶ درصد از کل جمعیت خواهد رسید. طبق آمار مذکور می‌توان بیان کرد ایران در شرایط فعلی در حال گذر از جمعیت جوان به جمعیت میان‌سال است و به زودی به جمع کشورهای با ترکیب جمعیت پیر خواهد پیوست [۴].

از سوی دیگر، مجموعه تغییراتی که با افزایش سن به خصوص با نزدیک شدن به دوره سالمندی به وقوع می‌پیوندد، از قبیل مرگ نزدیکان، از دست‌دادن قدرت، اهداف زندگی، مهارت‌های جسمانی و موقعیت اجتماعی مسائل خاص این دوره تحولی را به وجود می‌آورد که نیازمند توجه ویژه‌ای است. در این میان افسردگی<sup>۱</sup> قابل توجه است. افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روان‌پزشکی است، به طوری که عده‌ای آن را

1. Depression

## مقدمه

امروزه جمعیت سالمند به پدیده مهم جهانی تبدیل شده است؛ زیرا به علت افزایش امید به زندگی و مسائل بهداشتی، طبق آمار سازمان بهداشت جهانی، تعداد این گروه افزایش یافته است. اما به رغم رشد جمعیت سالمندان هنوز درباره نیازهای ایشان تدابیر کافی اندیشیده نشده است. بنابراین، تأمین بهداشت روانی و جسمانی سالمندان به عنوان یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه، توجه ویژه‌ای را می‌طلبد [۱]. پدیده سالمندی که معمولاً از دیدگاه سن تقویمی بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی از ۶۰ سالگی به بعد اطلاق می‌شود، نتیجه سیر طبیعی زمان است که به تغییرات فیزیولوژیکی، روانی و اجتماعی در سالمندان منجر می‌شود [۲]. سازمان ملل در سال ۲۰۰۶ تعداد کل سالمندان جهان را ۶۸۷ میلیون و ۹۲۳ هزار نفر اعلام کرد که این تعداد در سال ۲۰۵۰ به رقم ۱ میلیارد و ۹۶۸ میلیون و ۱۵۳ هزار نفر خواهد رسید [۳]. شاخص‌های آماری نشان می‌دهند که روند

\* نویسنده مسئول:

دکتر محمد عباسی

نشانی: خرم‌آباد، دانشگاه لرستان، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه روانشناسی.

تلفن: ۷۷۶۹۷۴۹ (۹۱۷) +۹۸

پست الکترونیکی: abbasi.mohammad@hotmail.com

روان‌رنجور خوبی<sup>۳</sup> (یا نالاستواری هیجانی) که اساس آن را تجربه هیجان‌نا مطلوب و فرضی تشکیل می‌دهد؛ افراد روان‌رنجور ویژگی‌هایی از قبیل خشم و کینه‌ورزی، افسردگی، هوشیاری به خویشتن و آسیب‌پذیری دارند. بعد دیگر برون‌گرایی<sup>۴</sup> (یا شادخویی) است که این شاخص دربرگیرنده ویژگی‌هایی از قبیل اجتماعی بودن، قاطع بودن، فعال بودن و دوستدار دیگران بودن است [۱۷].

کمپب‌سیلس، کوهن و استین<sup>۵</sup> [۱۸] خاطرنشان کرده‌اند که آسیب‌پذیری به تنش یکی از صفات افراد روان‌رنجور است. از آنجا که افراد با نمره بالای روان‌رنجور خوبی به دلیل ارزیابی‌هایی شناختی غلط به خود فرصت اندیشیدن و مرور مسئله رانمی‌دهند و موقعیت را درست درک نمی‌کنند، در نتیجه از سبک مقابله‌ای ناکارآمد مثل هیجان‌مداری استفاده می‌کنند [۱۹]. از طرفی برون‌گرایی موضوعی است که دربرگیرنده سبک عاطفی مثبت و هیجان‌های مثبت، روابط بین‌فردی صمیمی و سطوح بالای تعامل و فعالیت اجتماعی است [۲۰]. داشتن تفکر انعطاف‌پذیری بیشتر و گزینه‌های رفتاری وسیع‌تر به عنوان پیامد عاطفه مثبت، مقابله افراد برون‌گرا را در طول رویارویی با تنش افزایش می‌دهد [۲۱].

علاوه‌براین، میزان زیاد برون‌گرایی در رویارویی با مصیبت‌ها سازگارانه است؛ زیرا افراد برون‌گرا بیشتر به دنبال کمک‌طلبی از دیگران هستند و در این کار موفق خواهند بود [۲۲]. هارکنس و همکاران [۲۳] رابطه پنج‌عامل بزرگ شخصیتی و افسردگی جزئی را بررسی کرده‌اند و دریافتند که روان‌رنجور خوبی با افسردگی جزئی ارتباط مثبت معنی‌دار دارد. همچنین، پترسون و همکاران [۲۴] نشان دادند که افسردگی با روان‌رنجور خوبی رابطه مثبت دارد. مآلوف و همکاران [۲۵] نیز در فراتحلیلی نشان دادند که اختلال‌های خلقی با الگوی مشخصی از صفات شخصیتی مرتبط است. به‌طور کلی این اختلال‌ها با میزان بیشتر روان‌رنجور خوبی و میزان کمتر برون‌گرایی و همچنین با اندازه‌های اثر بزرگ برای روان‌رنجور خوبی و برون‌گرایی مرتبط بود. ارتباط روان‌رنجور خوبی با افسردگی در اغلب پژوهش‌ها نشان داده شده است [۲۶، ۲۷]. در برخی از پژوهش‌ها افسردگی با نوزدگرایی بیشتر و برون‌گرایی کمتر رابطه داشت [۲۸، ۲۹].

از طرف دیگر، در میان عوامل روانی اجتماعی، خودکارآمدی<sup>۶</sup> به‌عنوان عاملی کلیدی در افسردگی بیان شده است [۳۰، ۳۱]. اولین بار بندورا [۳۲] این مفهوم را مطرح کرد [۳۳]. خودکارآمدی ارزیابی فرد از توانایی خود در انجام تکلیف و درک رفتاری است که احتمال التزام به برنامه کاری و رفتارهای ارتقا سلامت را افزایش می‌دهد [۳۴] و ممکن است به عنوان منبعی شخصی،

سرماخوردگی روان‌پزشکی می‌نامند [۵]. افسردگی در صدر ۱۰ علل مهم ناتوانی و از کارافتادگی در جهان است [۶] و میزان وقوع آن در طول عمر ۱۵ درصد خواهد بود [۷]. ویژگی اصلی اختلال افسردگی شامل دوره زمانی دو هفته‌ای است که هم‌زمان با آن رفتاری افسرده یا تمایل نداشتن یا فقدان احساس لذت تقریباً در همه کارها وجود دارد. همچنین فرد باید حداقل چند نشانه دیگر از جمله تغییر در اشتها یا وزن، خواب و کارهای روانی حرکتی، کاهش نیرو، احساس بی‌ارزشی یا گناه، مشکل در تفکر، عدم تمرکز در تصمیم‌گیری، افکار عودکننده درباره مرگ و خودکشی، طرح نقشه یا اقدام به خودکشی را داشته باشد [۸]. افراد افسرده خلق خود را به صورت غمگین یا گرفته توصیف می‌کنند و از زندگی لذت نمی‌برند، به شدت احساس بی‌ارزشی می‌کنند و خود را به علت ناتوانی ملامت می‌کنند. برخی از افراد افسرده دائماً در انتظار بحران هستند. آن‌ها از هر مورد، بدترین صحنه احتمالی را در نظر می‌گیرند و انتظار فاجعه دارند؛ زیرا خود را بدشانس و بیچاره می‌دانند [۹].

پژوهشگران شیوع افسردگی را در سال‌های ۵۵ تا ۶۴ سال نشان داده‌اند و گروهی دیگر اوج افسردگی را در سال‌های ۶۰ تا ۶۹ سال گزارش کرده‌اند. تشخیص شاخص‌های خلق افسرده در سالمندان بسیار دشوار است؛ زیرا علائم افسردگی در سالمندی با دوره جوانی متفاوت است. ریشه این تفاوت‌ها می‌تواند در تجربه‌های افسرده‌ساز مانند داغداری، بیماری‌های دردناک یا منتج از اختلالات شناختی مانند نقص حافظه باشد [۱۰]. افسردگی دوره سالمندی، دومین علت ناتوانی‌های این دوره، بعد از علل جسمانی است که ۶ میلیون از افراد ۶۵ ساله آمریکا را تحت‌تأثیر قرار داده است. افرادی که در طول زندگی، تاریخچه‌ای از افسردگی داشتند، در دوره سالمندی افسردگی مضاعف از خود نشان می‌دهند [۱۱]. افراد افسرده بیشتر از افراد غیرافسوده با افکاری درباره ناخشنودی شخصی، انتظارات منفی، عزت‌نفس کم و درماندگی درگیر هستند [۱۲].

یکی از عوامل روانی که به نظر می‌رسد در افسردگی نقش بسزایی داشته باشد، ویژگی‌های شخصیتی<sup>۲</sup> است [۱۳، ۱۴]. شخصیت مجموعه‌ای از ویژگی‌های روانی است که براساس آن می‌توان افراد را طبقه‌بندی کرد. این ویژگی‌های شخصیتی به صورت پایدار بر رفتار فرد تأثیر می‌گذارند و براساس آن می‌توان رفتار افراد را در موقعیت‌های گوناگون تعیین کرد. در واقع شخصیت از طریق تأثیر در میزان رویارویی با تنش، تأثیر در نوع واکنش به آن یا تأثیر در هر دو زمینه بر فرایندهای مرتبط با تنش تأثیر می‌گذارد [۱۵]. یکی از برجسته‌ترین مدل‌های شخصیتی، مدل پنج‌عامل بزرگ شخصیت است [۱۶]. براساس این مدل، دو بعد از مهم‌ترین ابعاد وجود دارد که یک بعد آن عبارت از

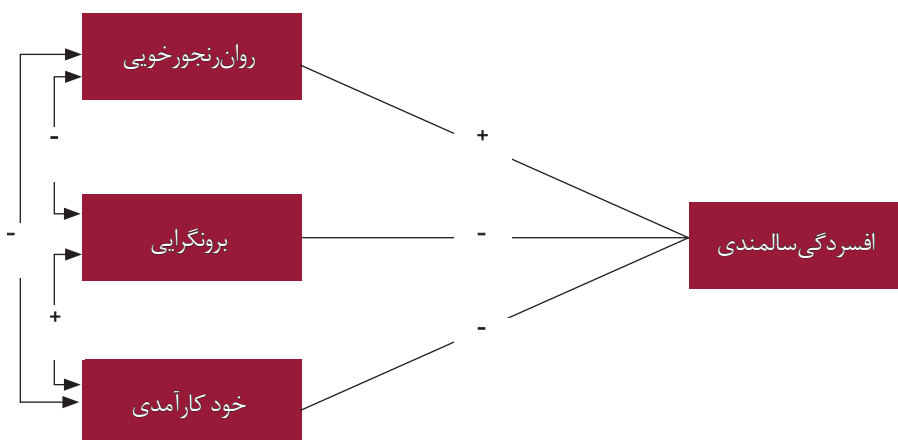
3. Neuroticism

4. Extraversion

5. Campbell-Sills, Cohan, and Stein

6. Self-efficacy

2. Personality traits



تصویر ۱. نگاره روابط مفروض بین متغیرهای پژوهش

سالمند

اضطراب را در فرد برمی‌انگیزاند [۳۶]. درباره رابطه افسردگی و خودکارآمدی مشخص شده است که افسردگی با باورهای ضعیف خودکارآمدی همبستگی دارد [۳۸، ۳۹].

با توجه به مطالب مطرح شده و اینکه سالمندان سرمایه‌ای برای دیگر افراد خانواده و اجتماع هستند، سرمایه‌گذاری در بهداشت روانی آن‌ها فوایدی را برای جامعه دربر خواهد داشت. هدف پژوهش حاضر بررسی این موضوع است که آیا روان‌رنجور خوبی، برون‌گرایی و خودکارآمدی می‌توانند افسردگی سالمندی را پیش‌بینی کنند؟ (تصویر شماره ۱).

### روش مطالعه

پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی از نوع همبستگی است که آموزش و پرورش شهرستان هرسین استان کرمانشاه به شماره ۱۹۹/۶۴۰ آن را تأیید کرده است. جامعه تحت پژوهش شامل تمام معلمان مرد بازنشسته شهر هرسین کرمانشاه در سال ۱۳۹۵ است که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده ۱۷۳ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. دامنه سنی این افراد بین ۵۲ تا ۶۸ سال بود. شایان ذکر است در پژوهش حاضر ۲۰۰ پرسش‌نامه توزیع شد که پرسش‌نامه‌های قابل تحلیل ۱۷۳ مورد بود.

### ابزار پژوهش

#### مقیاس افسردگی سالمندان (GDS) ۷

این مقیاس، آزمونی خودگزارشی است که ۱۵ پرسش دارد. این مقیاس را یسویچ و همکاران در سال ۱۹۸۲ برای اندازه‌گیری افسردگی سالمندان طراحی کردند. این پرسش‌نامه دو عامل افسردگی و فعالیت‌های روانی اجتماعی دارد. در ایران نیز این ابزار به فارسی ترجمه شد و پس از استانداردسازی در جمعیت ایرانی مناسب تشخیص داده شد. این پرسش‌نامه پایایی و روایی مطلوبی دارد. ضریب

7. Geriatric Depression Scale (GDS)

سازگاری را تسهیل کند [۳۵].

نظریه خودکارآمدی بیان می‌کند که قضاوت فرد در کارآمدی و کفایت خود برای اجرای موفقیت‌آمیز اعمالی که برای رسیدن به پیامدهای مطلوب نیاز است، همچنین واسطه‌ای برای شرکت در آن اعمال است. عقاید مرتبط با خودکارآمدی، بر اهداف و آرزوها اثر می‌گذارد و تشکیل‌دهنده پیامدهای رفتار انسان است. خودکارآمدی مشخص می‌کند افراد چگونه موانع را بررسی خواهند کرد. افرادی که خودکارآمدی ضعیفی دارند، به آسانی در روبه‌رو شدن با مشکلات متقاعد می‌شوند که رفتار آن‌ها بی‌فایده است و سریع دست از تلاش برمی‌دارند؛ اما افرادی که خودکارآمدی خوبی دارند، موانع را با بهبود مهارت‌های خودمدیریتی و پشتکار بر می‌دارند و در برابر مشکلات ایستادگی دارند [۳۶].

مطابق نظریه شناختی-اجتماعی [۳۶] باور اثرمندی، اساس و مایه فعالیت انسان است و زندگی افراد با باور اثرمندی شخصی هدایت می‌شود. تمام کارکردهای روان‌شناسی متأثر از انتظارات خودکارآمدی است. باور خودکارآمدی تعیین می‌کند که فرد فعالیتی را شروع می‌کند یا خیر [۳۶]. خودکارآمدی نقش محوری در خودگردانی حالت‌های هیجانی و سلامت روان افراد دارد. افراد با خودکارآمدی قوی، استقامت و پشتکار بیشتری دارند و کمتر مضطرب و افسرده هستند. آن‌ها بیشتر موفق هستند و کمتر مستعد آسیب‌های اجتماعی روانی مانند اعتیاد یا اختلال‌های نوروتیک هستند. هنگامی که افراد خود را برای به دست آوردن پیامدهای باارزش ناتوان می‌بینند، افسرده می‌شوند. قضاوت‌های فرد در کارایی خود، هسته اصلی احساس بی‌کفایتی افراد افسرده است که هنگام ناتوانی در تأثیرگذاری بر رویدادها و نارضایتی از حوادث پیرامونی تجربه می‌کنند.

نظریه خودکارآمدی چارچوبی مفید در تبیین افسردگی ایجاد کرده است [۳۷]. قضاوت درباره خودکارآمدی بر وقایع و شرایطی که به‌طور معنی‌دار در زندگی فرد باارزش هستند و توانمندی برای دریافت تقویت‌کننده‌های محیطی، احساس غم، ناامیدی و

جدول ۱. ماتریس ضرایب همبستگی، میانگین، انحراف استاندارد، کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش

متغیر	افسردگی دوران سالمندی	روان رنجورخویی	برون گرایی	خودکارآمدی
افسردگی دوران سالمندی	۱			
روان رنجورخویی	۰/۵۴**	۱		
برون گرایی	۰/۶۵**	۰/۵۹**	۱	
خودکارآمدی	۰/۶۶**	۰/۶۰**	۰/۷۵**	۱
میانگین	۷/۸۳	۳۱/۷۳	۳۶/۵۵	۴۱/۵۳
انحراف استاندارد	۳/۶۵	۱۰/۱۰	۷/۸۸	۱۱/۴۸
کجی	۰/۱۷	۰/۶۴	۰/۲۸	۰/۲۱
کشیدگی	-۱/۶۴	-۰/۶۴	-۰/۰۸	-۱/۲۱

\*\* P < ۰/۰۰۱

سالمند

روی یک مقیاس لیکرت که دامنه‌ای از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) دارد، پاسخ می‌دهند. شکل سنتی برای سنجش خودکارآمدی به این صورت است که برای ارزیابی اهمیت خودکارآمدی، با توجه به تکلیف خاص، سوالات بله - خیر می‌پرسیدند، سپس برای سنجش شدت خودکارآمدی این سوال مطرح می‌شد که چند درصد به پاسخ خود اطمینان دارید؛ اما شکل لیکرتی یک روش کاملاً روا و پایا برای سنجش خودکارآمدی است. در نمره‌گذاری این آزمون به هر ماده از ۱ تا ۵ امتیاز تعلق می‌گیرد و ماده‌های ۳، ۸، ۹، ۱۳ و ۱۵ از چپ به راست، امتیازشان افزایش می‌یابد [۴۱]. ضریب پایایی این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به دست آمد.

### یافته‌ها

در این قسمت به بررسی یافته‌های پژوهش پرداخته می‌شود. یافته‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و ماتریس ضرایب همبستگی مربوط به متغیرهای پژوهش به ترتیب در جدول شماره ۱ آمده است. افزون بر این، مقدار کجی و کشیدگی نیز که در جدول شماره ۱ آمده است. مقدار کجی و کشیدگی افسردگی دوران سالمندی، روان رنجورخویی، برون گرایی و خودکارآمدی به ترتیب عبارت بود از (۰/۱۷، ۰/۶۴، ۰/۶۶)، (-۰/۶۴، ۰/۲۸، ۰/۲۱)، و (۰/۲۱، ۰/۲۱، ۰/۲۱)، که حاکی از عادی بودن داده‌ها بود. به علاوه، قبل از انجام تحلیل در بررسی پیش فرض استفاده از رگرسیون چندگانه، برای سنجش استقلال متغیرهای پیش‌بین، فرض هم‌خطی بودن چندگانه بررسی شد. هنگامی که متغیرهای پیش‌بین با یکدیگر همبستگی مطلوبی در حد ۰/۹۰ دارند، با شرایطی مواجه هستیم که هم‌خطی چندگانه نامیده می‌شود. با توجه به ضرایب همبستگی به دست آمده بین متغیرهای پیش‌بین (جدول شماره ۱ و تصویر شماره ۲ مشاهده

پایایی آن ۰/۹ و روایی آن به روش تحلیل عاملی مناسب بوده است [۴۰]. در این پرسش‌نامه نمره ۴-۰ به منزله نداشتن افسردگی، نمره ۵-۹ به منزله افسردگی متوسط، نمره ۱۰-۱۵ نشان‌دهنده افسردگی شدید و امتیاز کل بیشتر از ۷ به معنای خطر ایجاد افسردگی شدید است. ضریب پایایی این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

### پرسش‌نامه شخصیتی نئو (NEO-FFI)<sup>۸</sup>

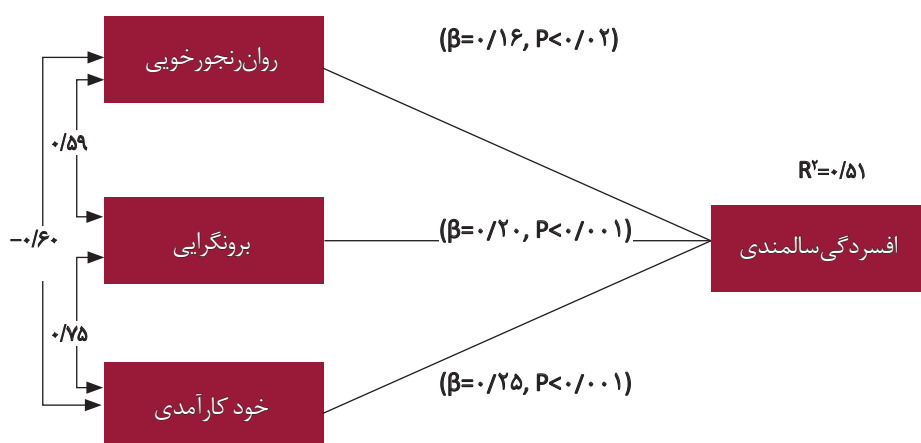
در این پژوهش از فرم کوتاه پرسش‌نامه نئو که NEO-FFI نامیده می‌شود و شامل ۶۰ سؤال است، استفاده شده است. در این فرم برای اندازه‌گیری هر کدام از عوامل شخصیت، ۱۲ ماده اختصاص یافته است. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه بر روی مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی انجام می‌گیرد که از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) درجه‌بندی شده است. یک مورد از سؤال‌هایی که هر یک از ابعاد روان رنجورخویی و برون گرایی را نشان می‌دهد، به ترتیب عبارتند از معمولاً ترجیح می‌دهم کارها را به تنهایی انجام دهم، دوست دارم همیشه افراد زیادی در اطراف (یا کنارم) باشند. مک‌کری و کاستا در پژوهشی روایی و پایایی پرسش‌نامه ویژگی‌های شخصیتی نئو را تأیید و ضریب پایایی آن را بین ۰/۶۸ تا ۰/۸۳ گزارش کردند. ضریب پایایی این خرده مقیاس‌های روان رنجورخویی و برون گرایی در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۸۱ به دست آمد.

### پرسش‌نامه خودکارآمدی عمومی (GSE)<sup>۹</sup>

این مقیاس برای بررسی باورهای خودکارآمدی استفاده شد. مقیاس خودکارآمدی شامل ۱۷ ماده است که شرکت‌کنندگان

8. NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI)

9. General Self-Efficacy Scale (GSE)



## سالمند

تصویر ۲. ضرایب رگرسیون و سطح معنی داری آن‌ها برای پیش‌بینی افسردگی سالمندی از طریق متغیرهای روان‌رنجور خوبی، برونگرایی و خودکارآمدی

شود) که همگی پایین‌تر از ۰/۹۰ است، از هم‌خطی چندگانه اجتناب شده است.

## بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی ارتباط ویژگی‌های شخصیتی (روان‌رنجور خوبی و برونگرایی) و خودکارآمدی با افسردگی دوران سالمندی است. نتایج نشان داد که متغیرهای شخصیتی (روان‌رنجور خوبی و برونگرایی) و متغیر خودکارآمدی توانستند افسردگی دوران سالمندی را پیش‌بینی کنند. روان‌رنجور خوبی با بتای ۰/۱۶ و برونگرایی با بتای ۰/۳۰- اثر معنی داری بر افسردگی دوران سالمندی داشتند. این یافته با پژوهش‌های هارکنس و همکاران [۲۲۳]، پترسون و همکاران [۲۴]، مالوف و همکاران [۲۵]، فروکجر و همکاران [۲۶]، روزلینی و همکاران [۲۷]، کرستن و همکاران [۲۸] و کوروار و همکاران [۲۹] هم‌خوانی داشت.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان کرد که تمایل عمومی به عواطف منفی مانند غم و اندوه، احساس گناه، نفرت و اضطراب از مجموعه ویژگی‌های عامل روان‌رنجور خوبی است که این ویژگی در افراد افسرده قابل مشاهده است. به نظر می‌رسد عامل روان‌رنجور خوبی از عوامل مهم و اساسی در شخصیت است که فرد را به سمت افسردگی سوق می‌دهد. به‌طور کلی، این یافته مطابق با این فرضیه است که بی‌ثباتی هیجانی و ناسازگاری نقش بسیار مهمی در رشد و ثبات خلق منفی ایفا می‌کند و افراد با روان‌رنجور خوبی زیاد محرک‌های منفی ناچیز را درست همانند فشارهای منفی شدید ارزیابی می‌کنند [۴۰]. روان‌رنجور خوبی از طریق ارتباط با خلق پایین و عاطفه منفی می‌تواند بر میزان روابط بین فردی، تفریحات و فعالیت‌های لذت‌بخش تأثیر بگذارد.

همان‌طور که گفته شد آسیب‌پذیری به تشش یکی از صفات افراد روان‌رنجور است. افراد روان‌رنجور به دلیل ارزیابی‌های شناختی غلط به خود فرصت اندیشیدن و مرور مسئله را نمی‌دهند و موقعیت را درست درک نمی‌کنند، در نتیجه از سبک مقابله‌ای ناکارآمد مثل هیجان‌مداری استفاده می‌کنند و واضح است که این افراد گرایش بیشتری به سمت افسردگی داشته

بر اساس نتایج جدول شماره ۱ میانگین افسردگی سالمندی، روان‌رنجور خوبی، برونگرایی و خودکارآمدی به ترتیب عبارت بود از: ۷/۸۳ (و ۳/۶۵)، ۳۱/۷۳ (و ۱۰/۱۰)، ۳۶/۵۵ (و ۷/۸۸) و ۴۱/۵۳ (و ۱۱/۴۸). از طرفی، ضریب همبستگی محاسبه‌شده برای ویژگی روان‌رنجور خوبی با افسردگی دوره سالمندی ( $P < 0/001$ )، برونگرایی با افسردگی دوره سالمندی ( $P < 0/001$ )،  $r = 0/65$  و خودکارآمدی با افسردگی دوره سالمندی ( $P < 0/001$ )،  $r = 0/66$ ، به دست آمد که همگی در سطح  $P < 0/001$  معنی دار بودند. این روند به این معناست که با هر گونه افزایش یا کاهش ویژگی شخصیتی روان‌رنجور خوبی، افسردگی دوره سالمندی نیز افزایش یا کاهش می‌یابد. همچنین، با توجه به حاصل شدن رابطه منفی و معنی‌دار بین ویژگی شخصیتی برونگرایی و خودکارآمدی با افسردگی دوره سالمندی، هرگاه این ویژگی‌ها افزایش یابند، افسردگی دوره سالمندی کاهش می‌یابد و با کاهش آن‌ها افسردگی دوره سالمندی بیشتر می‌شود. علاوه بر این، از تحلیل رگرسیون با استفاده از نرم‌افزار ایموس ۲۴ برای پیش‌بینی نقش ویژگی‌های شخصیتی (روان‌رنجور خوبی و برونگرایی) و خودکارآمدی برای افسردگی دوران سالمندی استفاده شد که نتایج آن در تصویر شماره ۲ آمده است.

همان‌طور که در تصویر شماره ۲ مشاهده می‌شود ضریب بتای روان‌رنجور خوبی ۰/۱۶، مقدار ضریب بتای برونگرایی ۰/۳۰- و ضریب بتای خودکارآمدی ۰/۳۵- است که همگی در سطح  $P < 0/001$  معنی‌دار هستند. به این ترتیب، خودکارآمدی، برونگرایی و روان‌رنجور خوبی بیشترین تأثیر در پیش‌بینی افسردگی دوران سالمندی را دارند. در مجموع نیز این سه متغیر ۵۱ درصد از واریانس افسردگی دوران سالمندی معلمان مرد را تبیین می‌کنند.

اغلب سالمندان با آن درگیرند، بنابراین پژوهش‌های بیشتری در خصوص عوامل مؤثر بر افسردگی دوران سالمندی پیشنهاد می‌شود. واضح است که شناخت این عوامل به خانواده‌ها برای کاهش افسردگی افراد سالمند خانواده کمک خواهد کرد. در نهایت در ارتباط با محدودیت‌های پژوهش می‌توان بیان کرد با توجه به دامنه محدود مشارکت‌کنندگان در این پژوهش از نظر سنی، جنسی و جغرافیایی، باید در تعمیم نتایج به دیگر مناطق جانب احتیاط را رعایت کرد. همچنین، به دلیل اینکه پژوهش از نوع همبستگی بود، نمی‌توان از آن استنباط علی کرد.

#### تشکر و قدردانی

در پایان، از تمام معلم‌های بازنشسته محترم که ما را در انجام این پژوهش حمایت کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود. این مقاله حامی مالی ندارد.

باشند. از سوی دیگر، برون‌گرایی دربرگیرنده سبک عاطفی مثبت و هیجان‌های مثبت، روابط بین‌فردی صمیمی و میزان زیاد تعامل و فعالیت اجتماعی است [۲۰]. داشتن تفکر انعطاف‌پذیری بیشتر و گزینه‌های رفتاری وسیع‌تر به عنوان پیامد عاطفه مثبت، مقابله افراد برون‌گرا را در طول رویارویی با تنش افزایش می‌دهد [۲۱].

علاوه بر این، میزان زیاد برون‌گرایی در رویارویی با مصیبت‌ها سازگاران است؛ زیرا افراد برون‌گرا به احتمال بیشتری به دنبال کمک‌طلبی از دیگران هستند و در این کار موفق هستند. همچنین، برون‌گرایی ویژگی‌هایی را دربرمی‌گیرد که بین فردی است، یعنی نشان می‌دهد که افراد با یکدیگر و برای همدیگر چه کاری انجام می‌دهند. این عامل با مردم‌آمیزی، معاشرت‌پذیری، سرزندگی و شادابی، خونگرایی، خوش‌بینی و مهربانی مشخص می‌شود. مطالب گفته شده حاکی از این موضوع است که وقتی فردی در برون‌گرایی نمره خوبی می‌گیرد، گرایش منفی او به سمت افسردگی قابل پیش‌بینی خواهد بود.

از طرفی، خودکارآمدی با بتای ۰/۳۵- اثر منفی و معنی‌داری بر افسردگی دوران سالمندی داشت. کیم [۳۹] در مطالعه خود گزارش می‌کند که افسردگی با باورهای ضعیف خودکارآمدی رابطه دارد. مطابق نظریه بندورا [۱۶] خودکارآمدی در بافت یک نظریه کارگزاری شخصی و جمعی قرار دارد که به همراه دیگر عوامل شناختی-اجتماعی در تنظیم موفقیت و سلامت آدمی مؤثر است. خودکارآمدی مشخص می‌کند، افراد چگونه موانع را بررسی می‌کنند. افرادی که خودکارآمدی ضعیفی دارند، به‌آسانی در روبه‌رو شدن با مشکلات متقاعد می‌شوند که رفتار آن‌ها بی‌فایده است و سریع دست از تلاش برمی‌دارند. در مقابل، افرادی که خودکارآمدی خوبی دارند، موانع را با بهبود مهارت‌های خودمدیریتی و پشتکار برمی‌دارند و در برابر مشکلات ایستادگی دارند [۱۶]. بنابراین، می‌توان گفت که افراد دارای باورهای خودکارآمدی ضعیف، به‌جای برخورد با موانع از آن‌ها اجتناب می‌کنند و به‌صورت غیرواقعی بینانه‌ای معیارهای بالایی برای خود برمی‌گزینند، در نتیجه با شکست‌های پیاپی مواجه می‌شوند و این شکست‌ها به احساس بی‌ارزشی و افسردگی منجر می‌شوند [۱۶].

#### نتیجه‌گیری نهایی

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر شواهدی را برای عوامل دخیل و تأثیرگذار (روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی و خودکارآمدی) بر افسردگی سالمندی ارائه می‌دهد. با توجه به شیوع افسردگی در سالمندان، آموزش علائم افسردگی و راه‌های پیشگیری از آن، آموزش راه‌های شاد زیستن، فراهم کردن مراکز نگهداری روزانه و مراکز تفریحی-رفاهی مختص سالمندان می‌تواند تأثیر بسزایی در بهبود روابط و کیفیت زندگی آن‌ها و ارتقای سطح بهداشت روانی‌شان داشته باشد.

با توجه به اینکه افسردگی یکی از مسائل عمده‌ای است که

## References

- [1] Aliakbari Dehkordi M, Peymanfar E, Mohtashami T, Borjali A. [The comparison of different levels of religious attitude on sense of meaning, loneliness and happiness in life of elderly persons under cover of social welfare organisation of Urmia city (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2015; 9(4):297-305.
- [2] Shahbazzadegan B, Farmanbar R, Ghanbari A, Atrkar Z, Adib M. [The effect of regular exercise on self-esteem in elderly residents in nursing homes (Persian)]. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences & Health Services*. 2007; 4(8):387-93.
- [3] Sajadi H, Biglarian A. [Quality of life among elderly women in Kahrizak charity foundation, Tehran, Iran (Persian)]. *Payesh*. 2007; 6(2):105-8.
- [4] Riahi ME. [Comparative study on the status of elderly in the traditional and modern societies. (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2009; 2008; 3(3 and 4):10-21.
- [5] Maleki Pirbazar, M, Nouri R, Sarami G. [Social support and depression symptoms: The mediating role of self-efficacy (Persian)]. *Contemporary Psychology*. 2012; 6(2):26-34.
- [6] Lane R, McDonald G. Reducing the economic burden of depression. *International clinical psychopharmacology*. 1994; 9(4):229-44. doi: 10.1097/00004850-199400940-00002
- [7] Ashoori J. [Comparing the effectiveness of meta-cognitive therapy and schema therapy on decrease symptoms of anxiety and depression in nursing and midwifery students (Persian)]. *Arak Medical University Journal*. 2015; 18(2):50-61.
- [8] Imel ZE, Malterer MB, McKay KM, Wampold BE. A meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia. *Journal of Affective Disorders*. 2008; 110(3):197-206. doi: 10.1016/j.jad.2008.03.018
- [9] Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. Philadelphia, Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins; 2011
- [10] Nejati V, Ashayeri H. [Evaluation of relationship between depression and cognitive impairment in elderly (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2007; 1(2):112-18.
- [11] Norton MC, Singh A, Skoog I, Corcoran C, Tschanz JT, Zandi PP, et al. Church attendance and new episodes of major depression in a community study of older adults: The cache county study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2008; 63(3): 129-137. doi: 10.1093/geronb/63.3.p129
- [12] Kleinke CL. Coping with life challenges. [SH. Mohamadkhani, Persian Trans]. Tehran: Resane-ye Takhasosi Press; 2007.
- [13] Qiu F, Akiskal HS, Kelsoe JR, Greenwood TA. Factor analysis of temperament and personality traits in bipolar patients: Correlates with comorbidity and disorder severity. *Journal of Affective Disorders*. 2017; 207: 282-90. doi: 10.1016/j.jad.2016.08.031
- [14] Berg JM, Kennedy JC, Dunlop BW, Ramirez CL, Stewart LM, Nemeroff CB, et al. The structure of personality disorders within a depressed sample: Implications for personalizing treatment. *Personalized Medicine in Psychiatry*. 2017; 1-2:59-64. doi: 10.1016/j.pmp.2016.12.005
- [15] Leandro PG, Castillo MD. Coping with stress and its relationship with personality dimensions, anxiety, and depression. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2010; 5:1562-73. doi: 10.1016/j.sbspro.2010.07.326
- [16] McCrae RR, Costa Jr PT. A five-factor theory of personality. In: John OP, Robins RW, Pervin LA, editors. *Handbook of personality: Theory and research*. New York: Guilford Press; 1999.
- [17] McCrae RR, Costa Jr PT. Personality trait structure as a human universal. *American Psychologist*. 1997; 52(5): 509-16. doi: 10.1037//0003-066x.52.5.509
- [18] Campbell-Sills L, Cohan SL, Stein MB. Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy*. 2006; 44(4):585-99. doi: 10.1016/j.brat.2005.05.001
- [19] Watson D, Clark LA. On traits and temperament: General and specific factors of emotional experience and their relation to the five-factor model. *Journal of Personality*. 1992; 60(2):441-76. doi: 10.1111/j.1467-6494.1992.tb00980.x.
- [20] Tugade MM, Fredrickson BL. Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2004; 86(2):320-33. doi: 10.1037/0022-3514.86.2.320.
- [21] Fredrickson BL. The role of positive emotion in positive psychology: the broaden-and-build theory of positive emotion. *American Psychologist*. 2001; 56(3):218-26. doi: 10.1037/0003-066x.56.3.218
- [22] Deater-Deckard K, Ivy L, Smith J. Resilience in gene-environment transactions. In: Goldstein S, Brooks RB, editors. *Handbook of Resilience in Children*. Berlin: Springer; 2005.
- [23] Harkness KL, Michael Bagby R, Joffe RT, Levitt A. Major depression, chronic minor depression, and the five-factor model of personality. *European Journal of Personality*. 2002; 16(4):271-81. doi: 10.1002/per.441
- [24] Petersen T, Papakostas GI, Bottonari K, Iacoviello B, Alpert JE, Fava M, Nierenberg AA. NEO-FFI factor scores as predictors of clinical response to fluoxetine in depressed outpatients. *Psychiatry Research*. 2002; 109(1):9-16. doi: 10.1016/s0165-1781(01)00359-6
- [25] Malouff JM, Thorsteinsson, EB, & Schutte NS. The Relationship between the Five-Factor Model of Personality and Symptoms of Clinical Disorders: A Meta-Analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2005; 27(2):101-114. doi: 10.1007/s10862-005-5384-y
- [26] Frokjaer VG, Mortensen EL, Nielsen FÅ, Haugbol S, Pinborg LH, Adams KH, et al. Frontolimbic serotonin 2A receptor binding in healthy subjects is associated with personality risk factors for affective disorder. *Biological Psychiatry*. 2008; 63(6):569-76. doi: 10.1016/j.biopsych.2007.07.009
- [27] Rosellini AJ, Lawrence AE, Meyer JF, Brown TA. The effects of extraverted temperament on agoraphobia in panic disorder. *Journal of Abnormal Psychology*. 2010; 119(2):420-26. doi: 10.1037/a0018614
- [28] Karsten J, Penninx BW, Riese H, Ormel J, Nolen WA, Hartman CA. The state effect of depressive and anxiety disorders on big five personality traits. *Journal of Psychiatric Research*. 2012; 46(5):644-50. doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.01.024
- [29] Koorevaar AM, Comijs HC, Dhondt AD, van Marwijk HW, Van Der Mast RC, Naarding P, Voshaar RO, Stek ML. Big Five personality and depression diagnosis, severity and age of onset

- in older adults. *Journal of Affective Disorders*. 2013; 151(1):178-85. doi: 10.1016/j.jad.2013.05.075
- [30] Heerman WJ, Taylor JL, Wallston KA, Barkin SL. Parenting self-efficacy, parent depression, and healthy childhood behaviors in a low-income minority population: A cross-sectional analysis. *Maternal and Child Health Journal*. 2017; 21(5):1156-65. doi: 10.1007/s10995-016-2214-7
- [31] Cheung SK, Sun SY. Effects of self-efficacy and social support on the mental health conditions of mutual-aid organization members. *Social Behavior and Personality: an international journal*. 2000; 28(5):413-22. doi: 10.2224/sbp.2000.28.5.413
- [32] Zimmerman BJ. Self-efficacy: An essential motive to learn. *Contemporary Educational Psychology*. 2000; 25(1):82-91. doi: 10.1006/ceps.1999.1016
- [33] Rigotti T, Schyns B, Mohr G. A short version of the occupational self-efficacy scale: Structural and construct validity across five countries. *Journal of Career Assessment*. 2008; 16(2):238-55. doi: 10.1177/1069072707305763
- [34] Abdel-Khalek AM, Lester D. The association between religiosity, generalized self-efficacy, mental health, and happiness in Arab college students. *Personality and Individual Differences*. 2017; 109:12-6. doi: 10.1016/j.paid.2016.12.010
- [35] Schwarzer R, Boehmer S, Luszczynska A, Mohamed NE, Knoll N. Dispositional self-efficacy as a personal resource factor in coping after surgery. *Personality and Individual Differences*. 2005; 39(4):807-18. doi: 10.1016/j.paid.2004.12.016
- [36] Bandura A. Swimming against the mainstream: The early years from chilly tributary to transformative mainstream. *Behaviour Research and Therapy*. 2004; 42(6):613-30. doi: 10.1016/j.brat.2004.02.001
- [37] Muris P. Relationships between self-efficacy and symptoms of anxiety disorders and depression in a normal adolescent sample. *Personality and Individual Differences*. 2002; 32(2):337-48. doi: 10.1016/s0191-8869(01)00027-7.
- [38] Ehrenberg MF, Cox DN, Koopman RF. The relationship between self-efficacy and depression in adolescents. *Adolescence*. 1991; 26(102):361-74. PMID: 1927668
- [39] Kim YH. Correlation of mental health problems with psychological constructs in adolescence: Final results from a 2-year study. *International Journal of Nursing Studies*. 2003; 40(2):115-24. doi: 10.1016/s0020-7489(02)00037-8.
- [40] Malakouti K, Fathollahi P, Mirabzadeh A, Salavati M, Kahani S. [Validation of Geriatric Depression Scale (GDS-15) in Iran. Research in Medicine (Persian)]. 2006; 30(4):361-369.
- [41] Smith HM, Betz NE. Development and validation of a scale of perceived social self-efficacy. *Journal of Career Assessment*. 2000; 8(3):283-301. doi: 10.1177/10690727000800306
- [42] Mak AS, Blewitt K, Heaven PC. Gender and personality influences in adolescent threat and challenge appraisals and depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*. 2004; 36(6):1483-96. doi: 10.1016/s0191-8869(03)00243-5