

اثر مستقیم و غیرمستقیم عواطف بر اضطراب و افسردگی سالمندان: نقش میانجی دشواری در نظم‌جویی هیجان

تاریخ دریافت: ۹۴/۲/۵

تاریخ پذیرش: ۹۵/۳/۲۵

الهه مجدآرا*، ایمان ا... بیگدلی**، محمود نجفی***، شهرزاد رشن****

چکیده

مقدمه: اضطراب و افسردگی غالباً بصورت اختلالات همبود در سالمندان خود را نشان می‌دهند و با پیامدهای منفی در سلامت جسمی و روانی سالمندان و همچنین پاسخ ضعیف‌تر به درمان‌های دارویی و روانشناختی مرتبط هستند. پژوهش حاضر با هدف آزمون مدل ساختاری عواطف مثبت و منفی با اضطراب و افسردگی سالمندان با نقش میانجی دشواری در نظم‌جویی هیجانی طرح ریزی و اجرا شد.

روش: پژوهش حاضر از نوع همبستگی بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۱۷۳ سالمند از بین جمعیت سالمندان شهرستان مینودشت انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان در این پژوهش پرسشنامه‌های دشواری در نظم‌جویی هیجان، عاطفه مثبت و منفی و اضطراب و افسردگی را تکمیل کردند. به منظور آزمون الگوی اثرات مستقیم و غیرمستقیم از تحلیل مسیر استفاده گردید.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد داده‌ها برازش مناسبی با مدل دارد. اثر مستقیم عاطفه مثبت بر افسردگی و اثر مستقیم عاطفه منفی بر اضطراب معنادار بود. تأثیر غیرمستقیم عاطفه مثبت بر اضطراب و افسردگی از طریق دشواری در نظم‌جویی هیجان معنادار بود. اثر غیرمستقیم عاطفه منفی بر اضطراب و افسردگی از طریق دشواری در نظم‌جویی هیجان نیز معنادار بود. همچنین تأثیر مستقیم عاطفه منفی بر افسردگی معنادار نبود. علاوه بر این، یافته‌ها نشان می‌دهد که اثر مستقیم عاطفه مثبت بر افسردگی در مقایسه با سایر متغیرها شدت بیشتری دارد. در نهایت ۵۷ درصد واریانس افسردگی و ۵۳ درصد واریانس اضطراب در این مدل توسط متغیرهای دشواری در نظم‌جویی هیجان، عاطفه مثبت و عاطفه منفی تبیین می‌شود. عاطفه مثبت، عاطفه منفی و دشواری در نظم‌جویی هیجان بطور معناداری می‌توانند اضطراب و افسردگی در سالمندان را پیش‌بینی نمایند.

نتیجه‌گیری: در مداخلات درمانی یا پیشگیری از اضطراب و افسردگی در سالمندان سبک عاطفی و همچنین دشواری در نظم‌جویی هیجان باید مورد توجه قرار گیرد. تلویحات نظری یافته‌ها مورد بحث قرار گرفته است.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، اضطراب، عاطفه مثبت، عاطفه منفی، نظم‌جویی هیجان، سالمند

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

majd.elah@gmail.com

ibigdeli@um.ac.ir

m_najafi@semnan.ac.ir

shahzad.rashn@gmail.com

* نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

** دانشیار، گروه روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

*** استادیار، گروه روانشناسی بالینی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

**** دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

مقدمه

اضطراب و افسردگی اختلالات شایعی در سالمندان هستند که اغلب بصورت اختلالات همبود خود را نشان می‌دهند و در غیاب درمان‌های موثر، پیامد‌های زیان‌بخشی از قبیل کاهش کیفیت زندگی و مرگ و میر بیشتر در سالمندان را به همراه دارند [۱]. پژوهش‌ها هم‌پوشانی قابل ملاحظه‌ای را در عوامل خطر ساز [۲] و عوامل ژنتیکی، بخصوص برای اختلال اضطراب فراگیر و اختلال افسردگی عمده [۳] نشان داده‌اند. عوامل خطر ساز بسیاری در دوره سالمندی از قبیل بیماری‌های جسمی مزمن، استفاده از داروها، ناتوانی و عادات نامناسب (مانند سیگار کشیدن و شرب افراطی مشروبات الکلی)، وجود تصویر منفی از خود و کاهش عزت نفس می‌تواند سبب بروز نشانگان افسردگی در سالمندان گردد [۲]. علیرغم شیوع بالای اضطراب در دوره سالمندی دانش ما در این زمینه در مقایسه با افسردگی، اندک است [۴]. برای مثال، پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند که با وجود شواهدی که نشان می‌دهد اختلالات اضطرابی در سالمندان متداول‌تر هستند، دانش ما از اختلال افسردگی در قیاس با اختلالات اضطرابی بیشتر است [۵ و ۶]. پژوهش‌ها در زمینه تاثیرات اضطراب در سالمندی نشان داده‌اند که اضطراب در کاهش سلامت جسمانی، رضایت از زندگی و کیفیت زندگی سالمندان نقش دارد [۷ و ۸]. همچنین مطالعات متعددی نشان دادند سالمندانی که علائم اضطراب را تجربه می‌کنند در قیاس با سالمندانی که اضطراب کمتری دارند، به احتمال بیشتری اختلالاتی در بخش‌های مختلف عملکرد شناختی نشان خواهند داد [۹]. علاوه بر موارد فوق، از دیگر عواملی است که در پژوهش‌ها به نقش آن در شروع، هم‌پوشانی و تداوم اضطراب و افسردگی تاکید شده است، سبک عاطفی می‌باشد [۱۰ و ۱۱]. در واقع عواطف یکی از جنبه‌های رفتار انسان است که نقشی اساسی در زندگی افراد دارد. واتسون، کلارک و تلگان [۱۲] عواطف را به دو بعد عاطفی پایه تقسیم‌بندی نموده‌اند که شامل "عاطفه مثبت" و "عاطفه منفی" می‌باشد. عاطفه مثبت حالتی از انرژی بالا، تمرکز زیاد و اشتغال به کار لذت بخش است که در برگیرنده طیف گسترده‌ای از حالات خلقی مثبت از جمله شادی، احساس

توانمندی، شور و شوق، تمایل، علاقه و اعتماد به نفس است. بعد عاطفی دوم عاطفه منفی است و میزان احساس ناراحتی درونی و اشتغال ناخوشایند را نشان می‌دهد و حالات خلقی ناخوشایندی مانند خشم، نفرت، بی‌زاری، گناه، ترس و عصبیت را شامل می‌شود. این دو بعد عاطفی به نحو متفاوتی با اضطراب و افسردگی در ارتباط هستند. به گونه‌ای که اضطراب و افسردگی هر دو قویا با عاطفه منفی در ارتباط می‌باشند و در مقابل عاطفه مثبت با خلق افسرده و علائم مرتبط با آن، همبستگی منفی بالایی دارد، اما با اضطراب و علائم آن همبستگی ندارد [۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶ و ۱۷]. در پژوهش چلسی، ویلسون، وودارد و کلمری [۱۸] از عاطفه منفی به عنوان عامل خطری برای پیش‌بینی اضطراب در دوره سالمندی نام برده شده است. همچنین نارسا کنش‌وری هیجانی^۳ متغیر دیگری است که احتمالا در اضطراب و افسردگی موثر است. گراس [۱۹] معتقد است که هیجان دامنه وسیعی از پاسخ‌ها، از خفیف تا شدید، از ساده تا پیچیده و از خصوصی تا عمومی را در بر می‌گیرد و نظم‌جویی هیجان به نحوه شکل‌گیری هیجان‌ات یک فرد و چگونگی تجربه یا بیان هیجان‌ها اشاره دارد [۱۹]. بطور خلاصه، نظم‌جویی هیجان بررسی می‌کند که افراد چگونه هیجان‌اتشان را مدیریت، تجربه و بیان می‌نمایند [۲۰]. نظم-جویی هیجانی سه ویژگی اصلی دارد که عبارتند از: ۱) هدف: آنچه مردم در تلاش برای رسیدن به آن هستند، ۲) راهبرد: فرایند خاصی که به منظور رسیدن به هدف خاص مورد استفاده قرار می‌گیرد و ۳) پیامد: نتایج ناشی از تلاش برای رسیدن به هدف خاص با استفاده از راهبرد خاص [۱۹]. توانایی نظم‌جویی هیجان در سالمندی مفهوم جدیدی در مطالعات کهنسالی نیست. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد با افزایش سن انگیزه بیشتری در نظم‌جویی تجارب و بیان هیجان‌ات خود دارند [۲۱] و تلاش آن‌ها در نظم‌جویی هیجان با به حداکثر رساندن عواطف مثبت و به حداقل رساندن عواطف منفی همراه است [۲۲]. نظم‌جویی هیجان که شامل وفق دادن خود به صورت سازگارانه در یک موقعیت معین است، در بهزیستی روانی افراد دارای اهمیت است [۲۳] همچنین شواهد رو به افزایشی اهمیت

2- Chelsey, Wilson, Woodard, & Calamari

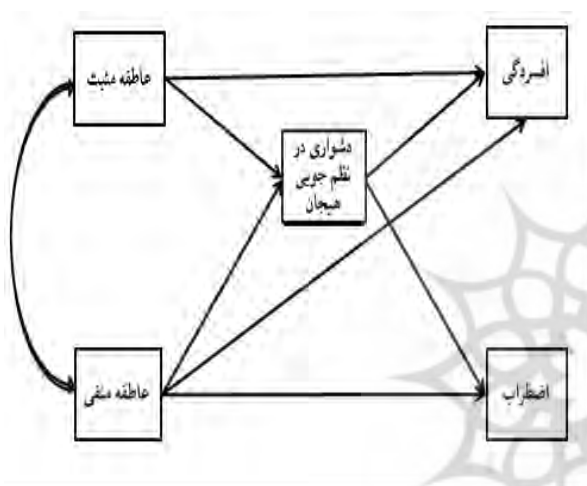
3- Emotion dysregulation

4- Gross

1- Watson, Clark & Tellegen

فرض شد عاطفه منفی تاثیر مستقیم بر اضطراب و افسردگی و عاطفه مثبت تاثیر مستقیم بر افسردگی دارد. همچنین، عاطفه مثبت و منفی از طریق دشواری در نظم-جویی هیجان بر اضطراب و افسردگی اثر غیرمستقیم دارند (شکل ۱). با توجه به آنچه ذکر شد سوال اصلی این پژوهش این بود که آیا مدل ارائه شده در مورد روابط بین عواطف مثبت و منفی، دشواری در نظم جویی هیجان با اضطراب و افسردگی از برازش مطلوب برخوردار است؟

شکل ۱) مدل ساختاری اولیه بین متغیرهای عاطفه مثبت و منفی، دشواری در نظم جویی هیجان، افسردگی و اضطراب



روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از نوع همبستگی می باشد. **آزمودنی ها:** جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه افراد سالمند، بالای ۶۰ سال شهرستان مینودشت بود که در بازه زمانی مهر تا بهمن سال ۱۳۹۳ به پرسشنامه ها پاسخ دادند. بنتلر^۲ توصیه می کند که نسبت حجم نمونه به تعداد پارامترهایی که در یک مدل برآورد می شود باید حداقل پنج به یک یا ترجیحا ده به یک یا پنجاه به یک باشد تا آزمون های معناداری آماری معتبر باشند [۳۳] از آنجا که تعداد پارامترها در مدل فرضی این پژوهش ۱۱ عدد بود، که به تفکیک ۲ پارامتر مختص به بتا (B) ماتریس ضرایب ساختاری میان متغیرهای درون زاد، ۴ پارامتر مختص به گاما (GA) ماتریس ضرایب ساختاری از متغیرهای برون زاد به متغیرهای درون زاد، ۲ پارامتر مختص به فای (PH)

استفاده انعطاف پذیر از راهبردهای نظم جویی هیجان را در انطباق سالم و تاب آوری نشان داده اند [۲۴]. از سوی دیگر، نارسا کنش وری هیجانی به روش های ناسازگارانه که شخص به حالات هیجانی پاسخ می دهد یا آن را تجربه می نماید اشاره دارد [۲۵]. پژوهش های پیشین نقش نارسا کنش وری هیجان را در تجربه نشانه های اضطراب و افسردگی نشان داده اند [۲۶، ۲۷ و ۲۸]. به طور مثال، پژوهش ها اختلالات افسردگی و اضطرابی را به عنوان بدکارکردی در نظم جویی هیجان دانسته اند [۲۶ و ۲۹]. همچنین نشان داده اند افرادی که نشانه های اضطراب را تجربه می کنند به احتمال بیشتری تکانه های هیجانی منفی و واکنش منفی به پاسخ های هیجانی از خود نشان می دهند [۳۰]. هافمن، ساویر، فنگ و آنواسانی [۳۱] بیان نمودند که برای بررسی بهتر اختلالات هیجانی در قالب یک مدل فرضی، نارسا کنش وری هیجانی می تواند در رابطه بین سبک های عاطفی و اختلالات هیجانی قرار گیرد و اینگونه تبیین نموده است که اختلالات هیجانی نارسا کنش وری عواطف منفی می باشد که با نقص در عواطف مثبت همراه است و نارسا کنش وری هیجانی یک مکانیسم احتمالی است که از طریق آن عواطف منفی آسیب شناسی روانی را به طور عموم تحت تاثیر قرار می دهد [۳۲]. با توجه به این یافته ها می توان فرض کرد که دشواری در نظم جویی هیجان در رابطه ساختاری عاطفه مثبت و منفی با افسردگی و اضطراب نقش میانجی ایفا می نماید. علیرغم شواهد بالینی و تئوریک مفهوم نظم جویی هیجانی [۲۸]، مطالعات اندکی استفاده و سودمندی راهبردهای نظم جویی هیجان در اضطراب و افسردگی سالمندان را مورد مطالعه قرار داده اند. مشخص نمودن مکانیسم های مؤثر در اضطراب و افسردگی در قالب مدل باعث فهم بهتر و افزایش برنامه های پیشگیرانه و مداخله ای خواهد شد. در پژوهش حاضر چندین عامل (عاطفه مثبت، عاطفه منفی و دشواری در نظم جویی هیجان) که در تعامل با یکدیگر افسردگی و اضطراب سالمندان را تحت تاثیر قرار می دهند مورد بررسی قرار داده شد. هدف این پژوهش ارائه مدلی از نقش عاطفه مثبت و منفی با میانجگری دشواری در نظم جویی هیجان بر نشانگان اضطراب و افسردگی سالمندان بود. در این مدل

شده است. آیت‌ها از روی یک مقیاس پنج نقطه ای (۱= بسیار کم، به هیچ وجه تا ۵= بسیار زیاد) رتبه بندی می شود که در آن از آزمودنی ها خواسته می شود تا احساسات خود را در چهار بعد: گذشته، آینده، حال و به طور کلی مورد ارزیابی قرار دهند. دامنه تغییرات برای هر خرده مقیاس ۱۰ تا ۵۰ است. این ابزار در مطالعات متعددی به کار گرفته شده است و معلوم گردید که از همسانی درونی و روایی همگرایی تفکیکی خوبی برخوردار است [۳۶]. ضرایب همسانی درونی (آلفا) برای خرده مقیاس عاطفه مثبت ۰/۸۸ و برای خرده مقیاس عاطفه منفی ۰/۷۸ است. در اعتبار آزمون از راه بازآزمایی با فاصله ۸ هفته ای برای خرده مقیاس عاطفه مثبت ۰/۶۸ و برای خرده مقیاس عاطفه منفی ۰/۷۱ گزارش شده است [۳۷]. ابوالقاسمی [۳۸] ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۵۶، ۰/۶۸، ۰/۴۹، ۰/۵۹ را برای مقیاس عاطفه مثبت و منفی به ترتیب در زمان های گذشته، حال و آینده و به طور کلی به دست آورده است. در پژوهش حاضر مقادیر آلفای کرونباخ برای عاطفه مثبت و منفی به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۷ به دست آمده است.

۳- پرسشنامه اضطراب و افسردگی بیمارستانی^۳: نشانه های اضطراب و افسردگی با این پرسشنامه اندازه گیری شد. براساس با پژوهش های پیشین این پرسشنامه به عنوان مناسبترین ابزار برای سنجش اضطراب و افسردگی در سالمندان تعیین شده است. پرسشنامه اضطراب و افسردگی بیمارستانی یک پرسشنامه ۱۴ آیتمی برای سنجش اضطراب و افسردگی در جمعیت غیربالینی است. پژوهش های اخیر نشان داد که نمره گذاری جداگانه این ابزار برای دو زیر مقیاس اضطراب و افسردگی، در جمعیت غیر بالینی زنان و مردان سالمند مناسب است [۳۹]. این پرسشنامه نحوه ای که فرد در طول هفته گذشته احساس می کند، در دو زیر مقیاس هفت آیتمی، که هر کدام از ۰ تا ۳ نمره گذاری می شود را اندازه گیری می نماید (۰ تا ۲۱). این مقیاس قابلیت استفاده در جمعیت عمومی، گروه های خاص همچون سالمندان و بیماران بستری شده در بیمارستان را دارد. روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران توسط منتظری، وحدانیان، ابراهیمی و جاروندی [۴۰] مورد ارزیابی قرار گرفت و ضرایب آلفای کرونباخ برای اضطراب و

ماتریس واریانس-کوواریانس متغیرهای برونزاد و ۳ پارامتر مختص به سای (PS) ماتریس واریانس-کوواریانس جمله های خطای متغیرهای درونزاد است. حداقل حجم نمونه ۵۵ و با ترجیح یک به پانزده ۱۶۵ نفر می باشد. با توجه به این موضوع شرکت کنندگان در این پژوهش شامل ۱۷۳ سالمند بالای ۶۰ سال بود که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود و خروج به مطالعه عبارت بودند از: داشتن سن بالای ۶۰ سال، تحصیلات حداقل دیپلم، تحت درمان نبودن برای اختلالات شدید روانی و اختلال شخصیت و نداشتن بیماری های مزمن جسمی.

ابزار

۱- مقیاس دشواری در نظم جویی هیجان^۱: این مقیاس [۳۴] چندین جنبه از نظم جویی هیجانی را می سنجد، از قبیل "آگاهی هیجانی"، "پاسخ های هیجانی غیرقابل قبول"، و "دسترسی محدود به نظم جویی هیجانی" (مثل: "هنگامی که آشفته هستم، از خودم به خاطر این احساس، خجالت میکشم" و "هنگامی که آشفته هستم، کنترل رفتارم را از دست می دهم"). شرکت کنندگان میزانی که هر آیتم در مورد آن ها صدق می کند را در مقیاس پنج درجه ای لیکرت رتبه بندی می کنند. یک به معنای تقریباً هرگز، دو به معنای گاهی اوقات، سه به معنای نیمی از مواقع، چهار به معنای اکثر مواقع و پنج به معنای تقریباً همیشه می باشد. نمره بالاتر نشان دهنده دشواری بیشتر در نظم جویی هیجان است. پژوهش های پیشین [۳۵] گزارش دادند که این مقیاس برای سنجش دشواری هیجان در سالمندان مناسب است، پایایی بالا (از ۰/۸۰ تا ۰/۸۹) و روایی سازه و پیش بین قابل قبولی برای این مقیاس گزارش شده است [۳۴]. در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمده است.

۲- مقیاس عاطفه مثبت و منفی^۲: این مقیاس یک ابزار خودسنجی ۲۰ آیتمی است و برای اندازه گیری دو بعد خطی، یعنی عاطفه منفی و عاطفه مثبت تهیه و ارائه شده است [۱۲]. هر خرده مقیاس ۱۰ آیتم دارد که در آن ۱۰ احساس مثبت و ۱۰ احساس منفی در قالب کلمات مطرح

1- Difficulties in emotion regulation scale

2- Positive and Negative Affect Schedule

3- Hospital and anxiety depression scale

از نرم‌افزارهای آماری SPSS19 و LISREL ۸،۸۰ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. برای بررسی ارتباط متغیرهای پژوهش از آماره‌های توصیفی و همچنین برای مدل‌یابی معادلات ساختاری از روش تحلیل مسیر استفاده گردید. جهت برآورد مدل مفروض روش بیشینه درست-نمایی مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها

دامنه سنی شرکت‌کنندگان این پژوهش بین ۶۰ تا ۸۱ سال بود. میانگین سنی آزمودنی‌ها ۶۷/۷۳ سال با انحراف استاندارد ۵/۷۹۷ می‌باشد. آزمودنی‌ها در رده سنی بین ۶۵-۶۰ (۴۸/۸٪)، ۶۵-۷۰ (۲۳/۷٪)، ۷۰-۷۵ (۱۲/۵٪)، ۷۵-۸۰ (۱۳/۸٪) و ۸۰-۸۵ (۱/۲٪) قرار داشتند. در جدول ۱ آماره‌های توصیفی و ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

افسردگی به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۸۶ گزارش شده است و روایی خرده مقیاس افسردگی بین ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ و خرده مقیاس اضطراب ۰/۴۷ تا ۰/۸۳ بدست آمده است. در پژوهش حاضر مقادیر آلفای کرونباخ برای دو مؤلفه اضطراب و افسردگی به ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۷۹ به دست آمده است.

روند اجرای پژوهش: بدلیل دسترسی دشوار به سالمندان و نبود مراکز نگهداری در شهرستان مینودشت نمونه‌گیری پژوهش بصورت در دسترس بود. شرکت‌کنندگان در پژوهش پرسشنامه‌های عاطفه مثبت و منفی، دشواری در نظم‌جویی هیجان و اضطراب و افسردگی را تکمیل نمودند. شیوه تکمیل پرسشنامه‌ها توسط سالمندان بصورت انفرادی بود. همچنین در ارتباط با اهداف تحقیق، محرمانه بودن اطلاعات افراد و آزادی شرکت در پژوهش توضیحات کافی به سالمندان ارائه گردید. داده‌ها با استفاده

جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد و ماتریس همبستگی متغیرهای مشاهده شده

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	۱	۲	۳	۴	۵
۱. دشواری در نظم‌جویی هیجان	۲/۳۷	۰/۶۵	۰/۹۱				
۲. عاطفه مثبت	۳/۶۵	۰/۷۹	-۰/۴۸**	۰/۸۷			
۳. عاطفه منفی	۲/۳۶	۰/۸۴	۰/۵۸**	-۰/۵۰**	۰/۸۷		
۴. اضطراب	۰/۹۵	۰/۶۱	۰/۶۷**	-۰/۴۹**	-۰/۵۸**	۰/۸۰	
۵. افسردگی	۰/۹۰	۰/۶۰	۰/۶۴**	-۰/۶۴**	-۰/۴۸**	-۰/۶۵**	۰/۷۸

**P < ۰/۰۱

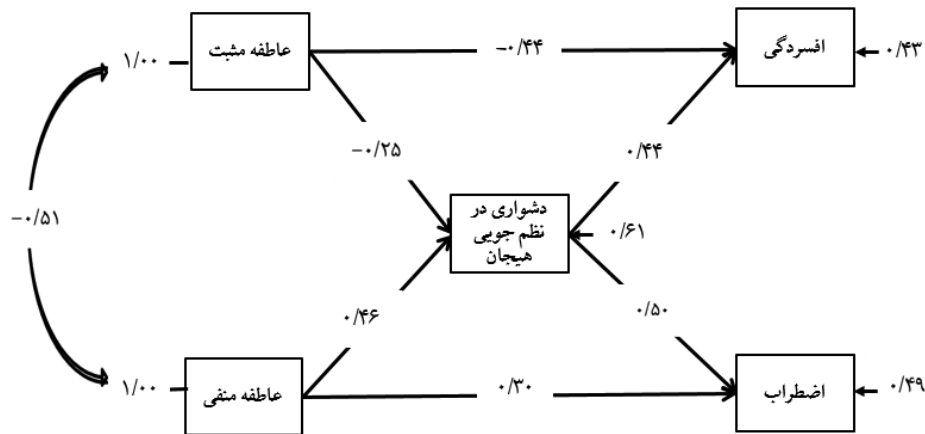
*ضرایب اعتبار بر روی قطر فرعی گزارش شده اند

مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای واسطه‌ای درون‌زاد روی افسردگی و اضطراب در شکل ۲ نشان داده شده است. نخست یافته‌ها نشان می‌دهد شاخص‌های برازش مدل نهایی (شکل ۲) در دامنه مطلوب قرار دارند (جدول ۲). از مجموعه آماره‌های برازش چهار شاخص آن دارای اهمیت بیشتری هستند، که شامل AGFI، GFI، RMSEA و Chi-Square می‌باشند. شاخص‌های AGFI=۰/۹۲ و GFI=۰/۹۷ هر اندازه به یک نزدیکتر باشند برازش کامل الگو را بهتر نشان می‌دهند و کم بودن شاخص ۰/۰۸ RMSEA= به منزله مطلوبیت برازش الگو می‌باشد. در نهایت، مقدار $df=2/42$ کمتر از ۵ نشان دهنده برازش مناسب است. برای این مدل ضرایب ساختاری مسیر گزارش شد.

بررسی همبستگی‌ها نشان می‌دهد جهت روابط بین متغیرها مطابق با پیش‌بینی نظری اولیه بود. یافته‌ها نشان می‌دهد دشواری در نظم‌جویی هیجان بیشترین رابطه را با اضطراب و افسردگی دارد. علاوه بر آن، رابطه اضطراب و افسردگی با یکدیگر نیز قوی است. شدت همبستگی افسردگی با متغیر عاطفه مثبت بیشتر از شدت همبستگی اضطراب با عاطفه مثبت است، اما در ارتباط با متغیر عاطفه منفی عکس این حالت صدق می‌کند، در واقع شدت همبستگی اضطراب با متغیر عاطفه منفی بیشتر از شدت همبستگی افسردگی با آن است (جدول ۱). الگوی روابط درونی متغیرها در قالب یک مدل ساختاری آزمون شد. برای تعیین سهم هر یک از مؤلفه‌ها و اثر مستقیم و غیرمستقیم آن‌ها، از روش تحلیل مسیر استفاده گردید. مدل مسیر روابط ساختاری متغیرها و ضرایب مسیر بر اساس مسیرهای

جدول ۲) شاخص‌های برازش مدل‌ها

RMSEA	CFI	AGFI	RFI	NFI	GFI	2/df	df	2	
۰/۰۸	۰/۹۹	۰/۹۲	۰/۹۵	۰/۹۸	۰/۹۷	۲/۴۲	۴	۹/۶۸	مدل نهایی
۰/۰۵-۰/۰۸	ع۰/۹۵	ع۰/۹۵	ع۰/۹۰	ع۰/۹۵	ع۰/۹۵	<۵	-	-	مقادیر قابل قبول



شکل ۲) مدل نهایی نقش میانجی دشواری در نظم‌جویی هیجان در روابط ساختاری عاطفه مثبت و عاطفه منفی با اضطراب و افسردگی

عاطفه منفی بر افسردگی با نقش میانجی دشواری در نظم-جویی هیجان ۰/۲۰ است، این درحالی است که علیرغم فرض اولیه، اثر مستقیم عاطفه منفی بر افسردگی معنادار نیست. این یافته نشان می‌دهد عاطفه منفی بر افسردگی صرفاً از طریق متغیر دشواری در نظم‌جویی هیجان اثر غیر مستقیم دارد (جدول ۳ و ۴). اثرهای استاندارد کل متغیرها بر یکدیگر در جدول ۵ گزارش شده است.

جدول ۳) مقادیر اثرات مستقیم متغیرها بر یکدیگر در مدل نهایی

مقدار t	مقدار برآورد	اثر مستقیم متغیرها
-۷/۶۰*	-۰/۴۳	عاطفه مثبت بر افسردگی
-۳/۶۲*	-۰/۲۵	عاطفه مثبت بر دشواری در نظم‌جویی هیجان
۶/۵۸*	۰/۴۵	عاطفه منفی بر دشواری در نظم‌جویی هیجان
۴/۵۰*	-۰/۲۹	عاطفه منفی بر اضطراب
۷/۵۳*	۰/۴۹	دشواری در نظم‌جویی هیجان بر اضطراب
۷/۵۹*	۰/۴۳	دشواری در نظم‌جویی هیجان بر افسردگی

*P ۰/۰۵

برای تشخیص معناداری اثرهای غیر مستقیم و کل از آزمون t استفاده شده است، همچنین نتایج آزمون معناداری t نشان داد که ضریب مسیر برای متغیر عاطفه منفی روی افسردگی معنادار نیست، بنابراین این مسیر در مدل حذف شد. اثر مستقیم عاطفه مثبت بر افسردگی ۰/۴۴- و اثر غیر مستقیم آن از طریق دشواری در نظم‌جویی هیجان ۰/۱۱- می‌باشد. به عبارت دیگر، عاطفه مثبت بر افسردگی بیشتر اثر مستقیم دارد. دشواری در نظم‌جویی هیجان در رابطه ساختاری عاطفه مثبت با افسردگی نقش میانجی ایفا می‌کند. یافته‌ها نشان می‌دهد اثر غیرمستقیم عاطفه مثبت بر اضطراب با نقش میانجی دشواری در نظم‌جویی هیجان ۰/۱۲- است. همان‌طور که مشاهده می‌شود اثر مستقیم عاطفه مثبت بر متغیر افسردگی بیشتر از سایر اثرها است. یافته دیگر این مطالعه در مورد اثر متغیر برونزاد عاطفه منفی است. اثر مستقیم عاطفه منفی بر اضطراب ۰/۳۰ و اثر غیرمستقیم آن از طریق نقش میانجی دشواری در نظم-جویی هیجان ۰/۲۳ می‌باشد. دشواری در نظم‌جویی هیجان در رابطه ساختاری عاطفه منفی با افسردگی نیز نقش میانجی ایفا می‌کند. یافته‌ها نشان می‌دهد اثر غیرمستقیم

جدول (۴) مقادیر اثرات غیر مستقیم متغیرها بر یکدیگر در مدل نهایی

مقدار t	مقدار برآورد	اثر غیر مستقیم متغیرها
-۳/۲۶*	-۰/۱۲	عاطفه مثبت بر اضطراب
-۹/۰۷*	-۰/۱۱	عاطفه مثبت بر افسردگی
-۴/۹۶*	۰/۲۰	عاطفه منفی بر افسردگی
-۸/۱۴*	۰/۲۲	عاطفه منفی بر اضطراب

*P ۰/۰۵

جدول (۵) مقادیر اثرات کلی در مدل نهایی

مقدار t	مقدار برآورد	اثر کلی متغیرها
-۹/۰۷*	-۰/۵۴	عاطفه مثبت بر افسردگی
-۳/۶۲*	-۰/۲۵	عاطفه مثبت بر دشواری در نظم‌جویی هیجان
-۳/۲۶*	-۰/۱۲	عاطفه مثبت بر اضطراب
۶/۵۷*	-۰/۴۵	عاطفه منفی بر دشواری در نظم‌جویی هیجان
۸/۱۴*	-۰/۵۲	عاطفه منفی بر اضطراب
۴/۹۶*	۰/۲۰	عاطفه منفی بر افسردگی
۷/۵۲*	۰/۴۹	دشواری در نظم‌جویی هیجان بر اضطراب
۷/۵۸*	۰/۴۳	دشواری در نظم‌جویی هیجان بر افسردگی

*P ۰/۰۵

قوی‌تری است. همچنین عواطف مثبت پیش‌بینی کننده قوی‌تری برای افسردگی در مقایسه با عواطف منفی برای اضطراب در سالمندان است و دشواری در نظم‌جویی هیجان نقش میانجی بین عواطف مثبت و منفی با اضطراب و افسردگی دارد.

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که عاطفه مثبت تاثیر مستقیم معناداری بر افسردگی سالمندان دارد. این یافته‌ها با پژوهش‌های ارین و اسکات^[۱۳]، جوینر و لونگان^[۱۴] و لونگان و همکاران^[۱۶] هم‌سو می‌باشد. می‌توان اینگونه تبیین کرد که در دوره سالمندی وقتی عواطف مثبت در حد پایینی است، افراد خوشبینی، نشاط، پرانرژی بودن، لذت بردن از زندگی و مواردی از این قبیل را تجربه نمی‌کنند و این امر ممکن است سبب بروز نشانگان افسردگی در سالمندان شود. پژوهش حاضر فرضیه تلگان^[۳۷]، و همچنین کلارک و واتسون^[۱۷] را تایید می‌نماید که عاطفه مثبت عامل اختصاصی افسردگی است اما

در نهایت ۵۷ درصد واریانس افسردگی در این مدل توسط متغیرهای دشواری در نظم‌جویی هیجان، عاطفه مثبت و عاطفه منفی تبیین می‌شود، همچنین ۵۳ درصد واریانس اضطراب توسط تغییرپذیری سه متغیری که فرض می‌شود آن را تحت تاثیر قرار می‌دهند در این مدل تبیین می‌شود و ۳۹ درصد تغییر پذیری دشواری در نظم‌جویی هیجان نیز قابل استناد به متغیرهای عاطفه مثبت و عاطفه منفی است.

بحث

در این پژوهش اثر مستقیم و غیرمستقیم عواطف مثبت و منفی با میانجگری دشواری در نظم‌جویی هیجان بر اضطراب و افسردگی سالمندان مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصل از تحلیل نشان داد که برازش مناسبی بین داده‌ها با مدل وجود دارد. نتایج پژوهش شواهدی برای حمایت از نارسا کنش‌وری هیجانی به عنوان مکانیسم زیربنایی اضطراب و افسردگی فراهم آورد. یافته‌های پژوهش نشان داد که دشواری در نظم‌جویی هیجان در رابطه بین عواطف منفی با اضطراب و افسردگی در مقایسه با عاطفه مثبت با اضطراب و افسردگی پیش‌بینی کننده

1- Erin & Scott

2- Joiner & Lonigan

همچنین نتایج این پژوهش نشان می‌دهد عواطف مثبت و عواطف منفی تاثیر غیرمستقیم معنادار از طریق دشواری در نظم‌جویی هیجان بر افسردگی و اضطراب دارند. این یافته‌ها همسو با پژوهش هافمن و همکاران [۳۱] می‌باشد. میتوان اینگونه تبیین کرد که پایین بودن سطوح عواطف مثبت و بالا بودن عواطف منفی با کاهش منابع جسمی، اجتماعی و هوشی سالمند، باعث کاهش تنوع رفتاری در یک موقعیت و گرایش‌های کناره‌گیری و اجتناب می‌شود. علاوه بر این، سبب می‌شود که فرد به اطلاعات منفی بیش از اطلاعات مثبت پاسخ دهد. در واقع، کمبود عواطف مثبت و استفاده فرد از راهبردهای ناسازگارانه باعث نارسا کنش-وری عواطف می‌شود که در نهایت منجر به نشانگان اضطراب و افسردگی می‌گردد.

در نهایت نتایج پژوهش نشان داد که دشواری در نظم‌جویی هیجان با اضطراب و افسردگی رابطه مستقیم معنادار دارد. این یافته‌ها با پژوهش‌های مینن و همکاران [۲۶] و بارلو و همکاران [۲۷] همراستا می‌باشد. در واقع، می‌توان اینگونه تبیین نمود که عناصر اصلی نارسا کنش‌وری هیجانی از قبیل افزایش شدت هیجانات منفی، درک ضعیف هیجانات و واکنش منفی نسبت به حالت‌های هیجانی (مثل ترس از پیامدهای هیجانات) می‌تواند منجر به نشانگان اضطراب و افسردگی در دوره سالمندی گردد. این اختلالات می‌توانند بصورت اثربخشی با بهبود راهبردهای نظم‌جویی هیجان در درمان‌های روان‌شناختی مورد توجه قرار گیرند [۳۱].

یافته‌های این پژوهش همسو با شواهد نظری و تجربی است که در چندین سال گذشته نقش نارسا کنش‌وری هیجانی و عاطفی را در پریشانی روان‌شناختی و آسیب-شناسی روانی به خصوص در اضطراب و افسردگی نشان داده‌اند [۲۶ و ۳۱]. این مدل با اتخاذ رویکرد فرا تشخیصی نشان می‌دهد که عواطف مثبت پایین می‌تواند همبودی بین اختلالات اضطرابی و افسردگی را تا حدودی تبیین نماید. همچنین، مدل پیشنهاد می‌کند که مؤثرترین شیوه برای درمان اضطراب و افسردگی در دوران سالمندی به وسیله (۱) هدف قرار دادن نارسا کنش‌وری هیجانی از طریق بهبود راهبردهای نظم‌جویی هیجانی انطباقی، (۲) کاهش عواطف

با اضطراب رابطه ای ندارد و در واقع می‌توان از طریق عاطفه مثبت این دو هیجان را از هم متمایز نمود [۱۵]. پایین بودن عاطفه مثبت ممکن است همبودی بین اضطراب و افسردگی را نیز تبیین نماید [۳۱]. درمانی مثل ذهن آگاهی که علاوه بر افزایش آگاهی نسبت به لحظه حال باعث افزایش عواطف مثبت نیز می‌شود، می‌تواند در درمان نشانگان افسردگی در سالمندان موثر واقع شوند.

بر اساس یافته‌های پژوهش عواطف منفی تاثیر مستقیم معنادار بر اضطراب دارد. این یافته‌ها همسو با پژوهش‌های ارین و اسکات [۱۳] و بخشی پور و دژکام [۱۵] و کلارک و واتسون [۱۷] می‌باشد. چلسی و همکاران [۱۸] اینگونه تبیین می‌کنند که افراد سالمند با سطوح بالاتر عواطف منفی، تغییرات ایجاد شده در کارکردهای شناختی‌شان را حتی اگر در دامنه مورد انتظار بر حسب سن باشد، به دلیل دید منفی که نسبت به خود دارند، بصورت منفی‌تری ارزیابی مینمایند. این ارزیابی منفی باعث افزایش اضطراب در سالمندان میشود. در واقع عواطف منفی به عنوان یک آمادگی، و عامل خطر برای اضطراب مطرح است و مداخلاتی که مبتنی بر ارزیابی سطوح عاطفه منفی باشد می‌تواند در پیشگیری از بروز اضطراب در سالمندان موثر باشد و درمان‌هایی مانند درمان شناختی رفتاری و رویکردهای تحلیلی که بر روی کاهش عواطف منفی تمرکز دارند [۳۱] در بهبود اضطراب و افسردگی سالمندان می‌توانند اثربخش باشند.

یافته‌های دیگر این پژوهش نشان داد که عواطف منفی تاثیر مستقیم معناداری بر افسردگی ندارد. این یافته‌ها با پژوهش‌های واتسون و همکاران [۱۲]، کلارک و همکاران [۱۷] و لوتیگان و همکاران [۱۶] ناهمسو است. یک تبیین احتمالی می‌تواند حجم نمونه ($n=173$) باشد که باعث عدم معناداری روابط بین متغیرهای مذکور گردیده و در صورت افزایش حجم نمونه این مسیر نیز معنادار شود. از دیگر سو این روابط بر روی جامعه آماری سالمندان مورد بررسی قرار نگرفته است و این احتمال وجود دارد که پژوهش‌های بیشتر روابط متفاوتی را در این گروه سنی نشان دهند.

2- Mennin & et al.

3- Barlow & et al.

1- diathesis

- 6- Wolitzky-Taylor KB, Castriotta N, Lenze EJ, Stanley MA, Craske MG. Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. *Depress Anxiety J.* 2010; (27): 190-211.
- 7- Schulz R, Martire LM. Family caregiving of persons with dementia: prevalence, health effects, and support strategies. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2004; (12): 240-49.
- 8- Fuentes K, Cox B. Assessment of anxiety in older adults: a community based survey and comparison with younger adults. *Behav Res Ther.* 2000; (38): 297-309.
- 9- Kizilbash A, Vanderploeg R, Curtiss G. The effects of depression and anxiety on memory performance. *Arch Clin Neuropsychol.* 2002; (17): 57-67.
- 10- Brown TA. Temporal course and structural relationships among dimensions of temperament and DSM-IV anxiety and mood disorder constructs. *J Abnorm Psychol.* 2007; (116): 313-28.
- 11- Ekman P. *Emotions revealed.* New York, NY: Times Books. 2003; 90-180.
- 12- Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of a brief measure of positive and negative affect: The PANAS scales. *J Personal Soc Psychol.* 1988; 54 (6): 1063-70.
- 13- Erin LM, Scott CR. Modeling trait and state variation using multilevel factor analysis with PANAS daily diary data. *J Res Personal.* 2011; (45): 2-9.
- 14- Joiner TE, Lonigan CJ. Tripartite model of depression and anxiety in youth psychiatric inpatients: Relations with diagnostic status and future symptoms. *J Clin Child Psychol.* 2000; (3): 372-82.
- 15- Bakhshpur A, Dezhkam M. Confirmatory factor analysis of Positive and Negative Affect Scales. *J Psychol.* 2005; (36): 351-65. [Persian]
- 16- Lonigan CJ, Carey MP, Finch AJ. Anxiety and depression in children and adolescents: Negative affectivity and the utility of self-reports. *J Consult Clin Psychol.* 1994; (62): 1000-8.
- 17- Clark LA, Watson D, Mineka S. Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *J Abnorm Psychol.* 1994; (103): 103-16.
- 18- Chelsey MW, Wilson HW, Woodard JL, Calamari JE. Do negative affect characteristics and subjective memory concerns increase risk for late life anxiety? *J Anxiety Disord.* 2013; 27: 608-18.
- 19- Gross JJ. *Handbook of Emotion Regulation*, 2nd ed. New York: Guilford Press. 2014; P. 3-15.
- 20- Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Rev Gen Psychol.* 1998; (2): 271-99.
- 21- Kunzmann U, Kupperbusch CS, Lenenson RW. Behavioral inhibition and amplification during emotional arousal: a comparison of two age groups. *Psychol aging.* 2005; (20): 144-58.

منفی و افزایش عواطف مثبت و ۳) بهبود سبک‌های عاطفی انطباقی سالمندان می‌باشد.

این پژوهش با محدودیت‌هایی روبرو بود که ذکر آن‌ها برای نتیجه‌گیری در مورد اطلاعات حاصله مفید خواهد بود. نخستین محدودیت مربوط به طرح آن است. روابط بدست آمده بین متغیرها از نوع همبستگی است لذا نمی‌توان از آن‌ها استنباط علی به عمل آورد. محدودیت دوم مربوط به جامعه مورد مطالعه است که در این پژوهش شامل سالمندان شهرستان مینودشت بود از اینرو روابط به دست آمده صرفاً قابل تعمیم به جامعه مورد نظر می‌باشد. همچنین روش نمونه‌گیری پژوهش که بعلت دسترسی مشکل به سالمندان، بصورت نمونه‌گیری در دسترس بود از دیگر مواردی است که یافته‌های پژوهش را با مشکل تعمیم‌پذیری روبرو می‌کند. بر اساس این محدودیت‌ها پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران در مطالعات آتی از طرح‌هایی استفاده نمایند که بتوان روابط بدست آمده را بطور علی مورد آزمایش قرار داد. همچنین مطالعه بر روی سالمندان سایر نقاط کشور جهت بدست آوردن شواهدی برای بسط روابط ساختاری مفید خواهد بود. استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی باعث خواهد شد که در تعمیم‌پذیری داده‌های پژوهش با مشکلات کمتری روبرو شویم.

منابع

- 1- Charney DS, Reynolds CF, Lewis L, Lebowitz BD, Sunderland T, Alexopoulos GS, et al. Depression and Bipolar Support Alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in late life. *Arch Gen Psychiatry.* 2003; (60): 664-67.
- 2- Vink D, Aartsen MJ, Schoevers RA. Risk factors for anxiety and depression in the elderly: a review. *J Affect Disord.* 2008; (106): 29-44.
- 3- Kendler KS, Gardner CO, Gatz M, Pedersen NL. The sources of comorbidity between major depression and generalised anxiety disorder in a Swedish national twin sample. *Psychol Med.* 2007; (37): 453-62.
- 4- Kogan JN, Edlestein BA, McKee DR. Assessment of anxiety in older adults: current status. *J Anxiety Disord.* 2000; (14): 109-32.
- 5- Bryant C, Jackson H, Ames D. The prevalence of anxiety in older adults: methodological issues and a review of the literature. *J Affect Disord.* 2008; (109): 256-30.

- 37- Tellegen A. Structure of Mood and Personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report. In AH. Tuma & D Maser, editor. *Anxiety and the anxiety disorder*. Hillsdale, NJ: Erlbaum. 1985; 681-706.
38. Abolghasemi F. Normalization of Positive and Negative Scale and its concurrent validity comparing with mental health and vitality of Isfahan University students. [Dissertation]. Isfahan: University of Isfahan; 2003. 100-15. [Persian].
- 39- Cale CR, Allerhand M, Sayer AA, Cooper C, Dennison EM, Starr JM. The structure of the hospital anxiety and depression scale in four cohorts of community-based, healthy older people: the HALCyon program. *Int Psychogeriatr*. 2010; (22): 559-71.
- 40- Montazeri A, Vahdaninia M, Ebrahimi M, Jarvandi S. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): translation and validation study of the Iranian version. *Health Qual Life Outcomes*. 2003; (1): 14-24.
- 22- Mather I, Knight M. Goal-directed memory: the role of cognitive control in older adults' emotional memory. *Psychol aging*. 2005; (20), 554-70.
- 23- Mayer JD, Salovey P, Caruso DR. Emotional intelligence: Theory, findings, and implications. *Psychol Inq*. 2004; (15): 197-215.
- 24- Bonanno GA, Papa A, Lalande K, Westphal M, Coifman K. The importance of being flexible: the ability to both enhance and suppress emotional expression predicts long-term adjustment. *Psychol Sci*. 2004; (15): 482-87.
- 25- Werner K, Gross JJ. Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. In AM. Kring & DM. Sloan, editor. *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. New York: Guilford Press. 2010; 13-37.
- 26- Mennin DS, Holaway RM, Fresco DM, Moore MT, Heimberg RG. Delineating Components of Emotion and its Dysregulation in Anxiety and Mood Psychopathology. *Behav Ther*. 2007; (38); 284-302.
- 27- Barlow DH, Allen LB, Choate ML. Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behav Ther*. 2004; (35): 205-30.
- 28- Gross JJ, Munoz RF. Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology. Sci Pract*. 1995; (2): 151-64.
- 29- Kring AM, Bachorowski J. Emotions and psychopathology. *Cogn Emot*. 1999; (13): 575-99.
- 30- Mennin DS, Heimberg RG, Turk CL, Fresco DM. Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther*. 2005; (43): 1281-310.
- 31- Hofmann SG, Sawyer AT, Fang A, Asnaani A. Emotion dysregulation model of mood and anxiety disorders. *Depress Anxiety*. 2012; (29): 409-16.
- 32- Donahue JJ, Goranson AC, McClure, KS, Van Male LM. Emotion dysregulation, negative affect, and aggression: A moderated, multiple mediator analysis. *Personal Individ Differ*. 2014; (70): 23-8.
33. Mueller RO. Basic principles of structural equation modeling: an introduction to LISREL and EQS. Talepasand S. (Persian translator). Semnan: Semnan University press. 2011; 73- 80. [Persian]
- 34- Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopathol Behav*. 2004; (26): 41-54.
- 35- Orgeta V. Specificity of age differences in emotion regulation. *Aging Ment Health*. 2009; (13): 818-26
- 36- Crawford JR, Henry JD. The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *Br J Clin Psychol*. 2004; (43): 245-65.

Direct and Indirect Impact of Effects on Anxiety and Depression in Elderly: The Mediating Role of Difficulty in Emotion Regulation

Majad-Ara, E. *Ph.D student, Bigdeli, I. Ph.D., Najafi, M. Ph.D., Rashn, Sh. Ph.D student.

Abstract

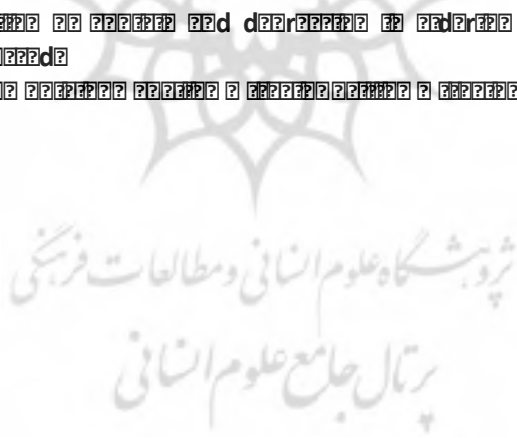
Introduction: The present study investigated the direct and indirect effects of emotion regulation difficulties on anxiety and depression in elderly people. Results showed that emotion regulation difficulties were associated with higher levels of anxiety and depression. The study also found that emotion regulation difficulties mediated the relationship between age and anxiety/depression.

Method: The present study was a cross-sectional study. The sample consisted of 150 elderly people. Data were collected using standardized measures of anxiety, depression, and emotion regulation difficulties.

Results: The results of the study showed that emotion regulation difficulties were significantly associated with anxiety and depression. The study also found that emotion regulation difficulties mediated the relationship between age and anxiety/depression. Specifically, older age was associated with higher levels of emotion regulation difficulties, which in turn were associated with higher levels of anxiety and depression.

Conclusion: The findings of the study suggest that emotion regulation difficulties play a mediating role in the relationship between age and anxiety/depression in elderly people. Therefore, interventions aimed at improving emotion regulation skills may be beneficial for reducing anxiety and depression in this population.

Keywords: elderly, anxiety, depression, emotion regulation difficulties, mediating role.



*Correspondence E-mail: majd.elahe@gmail.com