

مقایسه سلامت روانی سالمندان مقیم و غیرمقیم سرای سالمندان شهر کرمانشاه

خدامراد مؤمنی^{1*}؛ حسن کریمی¹

چکیده

زمینه: افزایش روزافزون جمعیت سالمندان از یک طرف و تغییرات اجتماعی-اقتصادی، شیوه زندگی فردی و خانوادگی از طرف دیگر باعث افزایش تعداد مؤسسات نگهداری سالمندان شده است. در تحقیق حاضر هدف، بررسی مقایسه‌ای سلامت روانی و شاخصه‌های آن در سالمندان مقیم سرای سالمندان و جامعه در شهر کرمانشاه بود.

روش‌ها: این مطالعه از نوع مقطعی است. شرکت‌کنندگان در این پژوهش 254 نفر سالمند بودند که 127 نفر مقیم سرای سالمندان (83 نفر مرد، 44 نفر زن) و 127 نفر مقیم جامعه (83 نفر مرد و 44 نفر زن) بودند. شرکت‌کنندگان به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. مقیاس سلامت روانی (GHQ-28) که دربرگیرنده سلامت روانی و چهار خرده‌مقیاس اضطراب، افسردگی، نشانه‌های جسمانی و کارکرد اجتماعی است برای جمع‌آوری اطلاعات مورد استفاده قرار گرفت. داده‌ها به وسیله آزمون T و ANOVA مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: میانگین نمرات سالمندان مقیم سرای سالمندان در سلامت روانی و همه خرده‌مقیاس‌های آن از میانگین نمرات سالمندان مقیم جامعه بیشتر بود. آزمون T برای گروه‌های وابسته نشان داد که تفاوت مشاهده‌شده در میانگین‌ها برای سلامت روانی و خرده‌مقیاس‌های افسردگی، نشانه‌های جسمانی و اختلال در کارکرد اجتماعی از لحاظ آماری معنادار است. اختلال در کارکرد اجتماعی زنان مقیم آسایشگاه بیشتر از مردان بود.

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که سالمندان مقیم سرای سالمندان در مقایسه با سالمندان مقیم جامعه، افسردگی، نشانه‌های جسمانی و اختلالات کارکرد اجتماعی بیشتری را تجربه می‌کنند. باتوجه به غیرقابل اجتناب بودن گسترش مؤسسات نگهداری سالمندان در آینده، لزوم توجه هرچه بیشتر به شرایط محیط زندگی در این مؤسسات مورد تأکید قرار می‌گیرد.

کلیدواژه‌ها: سالمندان، سلامت روانی، افسردگی، نشانه‌های جسمانی اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی.

«دریافت: 1388/9/3 پذیرش: 1389/3/4»

1. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی

*عهده‌دار مکاتبات: کرمانشاه، دانشگاه رازی، دانشکده علوم اجتماعی، گروه روان‌شناسی، تلفن: 09181323767

Email: khmomeni2000@yahoo.com

مقدمه

اندام می‌شود. سالمندی به‌هیچ‌وجه بیماری تلقی نمی‌شود، بلکه ضرورتی اجتناب‌ناپذیر در گذرگاه زندگی و مسیر طبیعی رشد است (1).

برای تعریف سالمندی از نظر سنی، نقطه برشی که مورد توافق همه باشد وجود ندارد. در کشورهای توسعه‌یافته سن 65 سالگی که در آن فرد شرایط دریافت حقوق بازنشستگی را پیدا می‌کند به‌عنوان سن سالمندی در نظر می‌گیرند. در برخی از کشورهای دیگر جهان سن

سالمندی را می‌توان از دیدگاه‌های متعددی تعریف کرد. به‌نظر روان‌شناسان، سالمندی دوره‌ای از زندگی است که معمولاً از 60-65 سالگی آغاز می‌شود. در این دوره تغییراتی در شکل و عملکرد اندام‌های درونی و بیرونی بدن ایجاد می‌شود که سازگاری فرد با محیط را مشکل می‌سازد. تغییرات در سوخت و ساز بدن، باعث کاهش فعالیت‌های عضلانی-عصبی و دگرگونی در وضع ظاهری

در میان مشکلات سالمندان، افسردگی به‌طور ویژه‌ای شایع است. افسردگی اختلالی است که دوام کافی و نشانه‌های ویژه دارد و بر عملکرد شخص تأثیر نامطلوب گذاشته و پریشانی ایجاد می‌کند. در یک مطالعه گسترده حدود 17/8 درصد از زنان و 9/4 درصد مردانی که بالای 60 سال سن داشتند، براساس معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM4) افسرده تشخیص داده شدند (6). وقوع اختلالات روانپزشکی در سالمندان مقیم مراکز نگهداری سالمندان حدود 80 درصد است. 12-18 درصد از سالمندان این مراکز نشانه‌های تشخیصی افسردگی را تجربه می‌کنند (7). مطالعات اپیدمیولوژیک شیوع افسردگی را در بیمارستان‌ها و آسایشگاه‌های سالمندان بررسی کرده‌اند. نتایج این مطالعات نشانگر این است که شیوع افسردگی در بیمارستان‌ها 10-30 درصد و در خانه‌های سالمندان 45-30 درصد است (6).

تحقیقات نشان می‌دهد که محیط زندگی سالمندان، عاملی بسیار مهم و تأثیرگذار در سلامت و طول عمر آنان است (7). تقریباً تمام سالمندان به‌ویژه آن‌هایی که مقیم مؤسسات هستند، تعداد بسیار زیادی از فقدان‌های اجتماعی و نارسایی‌ها در شبکه حمایت اجتماعی را تجربه می‌کنند (8). نتایج پژوهش‌های زیادی از بالا بودن سطح سلامت روانی در بین سالمندانی که در محیط خانواده زندگی می‌کنند در مقایسه با سالمندانی که در سرای سالمندان زندگی می‌کنند حکایت می‌کند (8-10). یافته‌هایی نیز به اثر مثبت نگهداری در مراکز سالمندان بر سلامت روانی و جسمی افراد سالخورده اشاره کرده و معتقدند که حضور این افراد در این مکان‌ها باعث غلبه بر محدودیت‌هایشان می‌شود. همچنین اشاره شده که اقامت در محیط سالمندان، انتخابی در جهت تطابق با فقدان‌های احتمالی در منابع تأمین جنبه‌های مختلف زندگی سالمند است. براساس این دیدگاه مؤسسات و مراکز نگهداری سالمندان می‌تواند فقدان

60 سالگی مقبول افتاده است. سازمان ملل متحد سن 60 سالگی را به‌عنوان نقطه برش پذیرفته است (2).

در سال 2000 حدود 600 میلیون نفر در سن 60 سالگی و یا بیشتر قرار داشته‌اند. تا سال 2025 این آمار به 1/2 میلیارد و تا سال 2050 به 2 میلیارد نفر خواهد رسید. امروزه حدود دوسوم کل سالمندان در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند و تا سال 2025 این آمار به 75 درصد خواهد رسید. در جهان توسعه‌یافته، افراد خیلی پیر (80 ساله و بالاتر) گروهی هستند که سریع‌ترین رشد جمعیتی را دارند (2).

ایران در حال حاضر با پشت‌سر گذاشتن تغییر ساختار جمعیتی، طبق سرشماری سال 1385 با داشتن بیش از 7/27 درصد افراد بالای 60 سال به کشوری سالمند تبدیل شده و تا 15 سال آینده این رقم به 10/7 درصد خواهد رسید. بر اساس تعریف سازمان ملل وقتی جمعیت بالای 60 سال در کشوری به بیش از 7 درصد برسد، کشوری سالمند خواهد بود (3).

به موازات افزایش نسبت جمعیتی سالمندان، مشکلات سلامتی آنان به‌ویژه مشکلات مربوط به سلامت روانی بیشتر اهمیت می‌یابد. مشکلات سلامتی سالمندان به‌طور کلی در دو حوزه جسمی و روانی مورد بررسی قرار می‌گیرد. بیماری‌های جسمی همانند سرطان، بیماری‌های قلبی و اختلال انسداد مزمن ریوی (COPD= Chronic Obstructive pulmonary Disease) در جمعیت سالمندان نسبت به جمعیت جوان، شیوع خیلی بیشتری دارد و مشکلات شایع روانشناختی سالمندان شامل افسردگی، اضطراب و دمانس است (4). تخمین‌ها حاکی از آن است که شیوع اضطراب در سالمندان از 6-4 درصد در نوسان است. اضطراب می‌تواند غیراختصاصی باشد مانند آنچه که در اضطراب منتشر وجود دارد و می‌تواند اختصاصی باشد مانند آنچه که در فوبیا و وسواس فکری عملی و حملات وحشتزدگی دیده می‌شود (5).

تجربه حداقل یکسال سکونت در مرکز سالمندان و داوطلب بودن برای شرکت در پژوهش در نظر گرفته شد. شرایط خروج، وجود بیماری جسمانی یا روانی شدید (سایکوتیک) بود. موارد اینچنینی به وسیله پزشکان مراکز، کنترل و غربال شدند. سالخوردهگان غیرمقیم نیز در سطح جامعه به صورت تصادفی از منازل، مساجد و پارکها با در نظر گرفتن ملاکهای ورود و خروج و همتاسازی در جنس و سن با سالمندان مقیم سرای سالمندان انتخاب شدند. با توجه به این که تعدادی از آزمودنیها بی سواد بودند برای همه آزمودنیها تک تک سؤالات توسط پرسشگر آموزش دیده واحد خواننده و براساس پاسخ، پرسشنامه توسط پرسشگر علامت گذاری شد.

پرسشنامه سلامت روانی (GHQ-28) توسط گلبرگ (Kohlberg) (1979) ساخته شده است. این پرسشنامه 28 سؤال دارد که سلامت روانی عمومی و چهار خرده مقیاس آن، نشانههای جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی را میسنجد. ملکوتی و همکاران (1385) پژوهشی را با عنوان بررسی اعتبار، روایی و تحلیل عاملی مقیاس سلامت روانی فرم 28 سؤالی در سالمندان ایرانی انجام دادند. طبق نتایج این تحقیق برای نسخه ایرانی مقیاس سلامت روانی، ضرایب پایایی آلفای کرونباخ (94%)، تنصیف (86%) و بازآزمایی (60%) به دست آمد. تحلیل عوامل، چهار عامل افسردگی، عملکرد اجتماعی، اضطراب و علایم جسمانی را مشخص نمود. با انجام آزمون ROC، با حساسیت 83 درصد و ویژگی 70 درصد، بهترین نقطه برش 19/20 به دست آمد. سؤالات پرسشنامه دارای 4 گزینه در طیف لیکرتی از 0-3 نمره گذاری می شود (12). مجموعه 28 عبارت سلامت روانی را ارزیابی می کند که 9 عبارت آن اضطراب، 6 عبارت اختلال کارکرد اجتماعی، 9 عبارت افسردگی و 4 عبارت نشانههای جسمانی را میسنجد.

دادههای حاصل از تحقیق، با استفاده از نرم افزار SPSS و با به کارگیری آزمونهای آماری توصیفی و استنباطی با هم مقایسه شد.

ظرفیت عملکردی و عدم استقلال را برای فرد، قابل تحمل و به گونه ای جبران نماید (11).

از آنجا که افزایش جمعیت سالمندان، جامعه را با مشکلات و مسایل جدی مربوط به آنها روبرو خواهد ساخت، بنابراین سالمندی و شرایط ویژه افراد سالمند و تأمین بهداشت روانی و جسمانی آنها از جمله مسایلی است که توجه ویژه ای را می طلبد. شناخت ویژگیهای جامعه سالمندان با توجه به موقعیت های زندگی متفاوت آنها (زندگی در خانواده یا در سرای سالمندان) می تواند مقدمه ای در جهت ارتقاء کیفیت زندگی برای آنها باشد، چرا که ارزیابی وضعیت سلامت در بین گروهی از افراد جامعه برای تعیین نوع مداخله و پیش بینی نیازهای اجتماعی، بهداشتی و روانی بسیار مهم است. از سوی دیگر ضرورت این پژوهش با توجه به این که فضاهای نگهداری سالمندان روز به روز بیشتر و فرهنگ سپردن پیران به سرای سالمندان تقویت می شود بیشتر احساس می شود. بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه سلامت روانی سالمندان مقیم و غیرمقیم سرای سالمندان شهر کرمانشاه انجام شد.

مواد و روشها

طرح این پژوهش از نوع مقطعی-مقایسه ای بود. بدین صورت که دو گروه سالمندان (مقیم سرای سالمندان و غیرمقیم) از نظر سلامت روانی و خرده مقیاسهای چهارگانه آن براساس مقیاس سلامت روانی سالمندان (GHQ-28) (General Health Questionnaire) مورد مقایسه قرار گرفتند. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه افراد بالای 60 سال مقیم و غیرمقیم سرای سالمندان در شهر کرمانشاه تشکیل می دادند. نمونه این پژوهش 254 نفر بود که از این تعداد 127 نفر مقیم سرای سالمندان (83 نفر مرد و 44 نفر زن) و 127 نفر مقیم جامعه بودند (83 نفر مرد و 44 نفر زن).

شرکت کنندگان مقیم سرای سالمندان، کلیه افراد مقیم در مراکز سالمندان (4 مرکز) شهر کرمانشاه بودند. ملاکهای ورود برای پژوهش، سن بیشتر از 60 سال،

یافته‌ها

نمونه پژوهش شامل 254 نفر بودند که از این تعداد 50 درصد مقیم سرای سالمندان و 50 درصد مقیم جامعه بودند. در هر گروه 65 درصد مرد و 35 درصد زن بودند. در بین گروه سالمندان مقیم، 57 درصد در زمان اقامت هیچ ملاقات‌کننده‌ای نداشتند و 43 درصد دارای هفته‌ای یکبار تا ماهی یکبار ملاقات‌کننده بودند. همچنین در بین هر گروه 41 درصد 60-70 سال، 31 درصد 70-80 سال و 27 درصد دارای سن بالای 80 سال بودند. نمرات آزمون‌ها در سلامت روانی و مؤلفه‌های چهارگانه پس از تأیید برابری واریانس‌ها توسط آزمون لون به وسیله آزمون t مستقل در دو گروه مورد تحلیل قرار گرفت (جدول 1).

سلامت روانی سالمندان غیرمقیم (23/59) به طور معناداری بیشتر از سلامت روانی سالمندان مقیم سرای سالمندان (30/05) است ($P < 0/001$). همچنین در مؤلفه‌های سلامت روانی، تفاوت دو گروه در افسردگی، نشانه‌های جسمانی و اختلال کارکرد اجتماعی معنادار است (به ترتیب $P < 0/001$ ، $P < 0/01$ و

$P < 0/001$). به این ترتیب میزان افسردگی، نشانه‌های جسمانی و اختلال در کارکرد اجتماعی گروه سالمندان مقیم سرای سالمندان بیشتر از سالمندان غیرمقیم است. در خصوص مؤلفه اضطراب، بین میانگین‌های نمرات حاصله در گروه مقیم (8/34) و غیرمقیم (7/82) تفاوت معناداری ملاحظه نشد ($p=0/333$). در مورد شاخصه‌های سلامت روانی در سالمندان مقیم از نظر جنس آن‌ها پس از تأیید برابری واریانس‌ها از آزمون t مستقل استفاده شد (جدول 2).

تفاوت بین زنان و مردان سالمند مقیم تنها در شاخص اختلال در کارکرد اجتماعی در سطح $P < 0/01$ معنادار است. جهت تفاوت میانگین‌ها به صورتی است که نشان می‌دهد میانگین نمرات زنان (9/95) بیشتر از میانگین نمرات مردان (7/73) دچار اختلال کارکرد اجتماعی است. برای بررسی تأثیر متغیر ملاقات از افراد سالمند مقیم سرای سالمندان از طرف خانواده و آشنایان در ارتباط با خرده‌مقیاس‌های چهارگانه، آزمون t و پس از تأیید برابری واریانس‌ها برای گروه‌های آزمون t مستقل انجام گرفت (جدول 3).

جدول 1- مقایسه دو گروه سالمندان مقیم و غیرمقیم سرای سالمندان در میزان سلامت روانی و مؤلفه‌های چهارگانه آن

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری
سلامت روانی	مقیم آسایشگاه	30/05	11/47	0/001
	مقیم جامعه	23/59	12/14	
افسردگی	مقیم آسایشگاه	9/74	5/05	0/001
	مقیم جامعه	6/00	4/74	
نشانه‌های جسمانی	مقیم آسایشگاه	3/47	5/05	0/006
	مقیم جامعه	2/66	3/27	
اضطراب	مقیم آسایشگاه	8/34	4/27	0/332
	مقیم جامعه	7/82	4/25	
اختلال کارکرد اجتماعی	مقیم آسایشگاه	8/50	3/38	0/001
	مقیم جامعه	7/11	3/25	

جدول 2- مقایسه مؤلفه‌های سلامت روانی در سالمندان مقیم سرای سالمندان بر حسب جنس

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری
افسردگی	مرد	9/10	5/16	0/05
	زن	10/95	4/64	
نشانه‌های جسمانی	مرد	3/24	2/27	0/124
	زن	3/90	2/39	
اضطراب	مرد	8/1	4/00	0/252
	زن	8/97	4/72	
اختلال کارکرد اجتماعی	مرد	7/73	3/46	0/004
	زن	9/95	2/71	

جدول 3- برای مقایسه مؤلفه‌های سلامت روانی سالمندان مقیم بر حسب چگونگی ملاقات

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری
افسردگی	ملاقات کننده دارد	9/26	4/37	0/23
	ملاقات کننده ندارد	10/38	5/80	
نشانه‌های جسمانی	ملاقات کننده دارد	3/22	1/95	0/18
	ملاقات کننده ندارد	3/80	2/73	
اضطراب	ملاقات کننده دارد	8/11	3/78	0/49
	ملاقات کننده ندارد	8/65	4/85	
اختلال کارکرد اجتماعی	ملاقات کننده دارد	8/04	3/14	0/7
	ملاقات کننده ندارد	9/10	3/61	

نمرات سالمندان مقیم سرای سالمندان در شاخصه‌های سلامت روانی در گروه دارای ملاقات کننده و گروه بدون ملاقات کننده تفاوت معناداری نداشت. برای بررسی تأثیر متغیر سن بر شاخصه‌های سلامت روانی در شرکت کنندگان مقیم، سالمندان به سه گروه 70-70، 60-70، 80-80 و بالاتر از 80 سال با استفاده از آزمون تعقیبی شفه، میانگین‌های نمرات سه گروه مقایسه شدند. میانگین گروه سنی بالای 80 سال نسبت به دو گروه دیگر تفاوت معنادار داشت به این معنا که اختلال در کارکرد اجتماعی در گروه سالمندان بالای 80 سال (10/9) به طور معناداری ($P < 0/01$) بیشتر از گروه سنی 60-70 سال (7/74) بود. تفاوت معنادار آماری بین گروه بالای 80 سال و گروه 70-80 سال وجود نداشت.

نمرات سالمندان مقیم سرای سالمندان در شاخصه‌های سلامت روانی در گروه دارای ملاقات کننده و گروه بدون ملاقات کننده تفاوت معناداری نداشت.

برای بررسی تأثیر متغیر سن بر شاخصه‌های سلامت روانی در شرکت کنندگان مقیم، سالمندان به سه گروه 70-70، 60-70 و 80 به بالا تقسیم شدند و از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه (ANOVA) برای مقایسه میانگین نمرات آن‌ها در مؤلفه‌های سلامت روانی در گروه‌های سنی استفاده شد (جدول 4).

آن‌طور که در جدول 4 نشان داده شده است تنها خرده‌مقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی تحت تأثیر متغیر

جدول 4 - مقایسه شاخص‌های سلامت روانی در سالمندان مقیم سرای سالمندان برحسب گروه‌های سنی

مؤلفه	سن (سال)	میانگین	انحراف معیار	F	سطح معناداری
افسردگی	60 - 70	9/14	4/2	2/75	0/07
	71 - 80	9/83	4/18		
	> 80	10/01	4/35		
نشانه‌های جسمانی	60 - 70	3/13	2/07	0/09	0/63
	71 - 80	3/80	1/95		
	> 80	4/01	2/80		
اضطراب	60 - 70	8/11	3/9	0/03	0/89
	71 - 80	7/92	4/11		
	> 80	8/71	4/03		
اختلال کارکرد اجتماعی	60 - 70	7/74	3/17	3/65	0/04
	71 - 80	8/46	3/40		
	> 80	10/09	3/32		

بحث

براساس یافته‌ها میزان سلامت روانی در بین سالمندان غیرمقیم در سرای سالمندان بیشتر از سالمندان مقیم بود. این نتیجه در راستای یافته‌های مطالعات دیگران است (8، 9، 13 و 14). در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت سالمندانی که به سرای سالمندان سپرده می‌شوند چتر حمایتی و عاطفی خانواده را از دست می‌دهند. روابط اجتماعی گذشته کاهش می‌یابد و در روش زندگی تغییر ایجاد می‌شود. فرد سالخورده در سرای سالمندان، کنترل کمی بر سبک زندگی خود دارد. از لحاظ گذراندن اوقات شبانه‌روز حتی ساعات خواب و بیداری محدود می‌گردد و از همه مهم‌تر ارتباط آنان با جامعه عادی قطع می‌شود. ارتباط این سالمندان محدود به سرکشی‌های گاه و ناگاه افراد خویشاوند می‌شود که آن‌هم در بسیاری موارد نامنظم و محدود است. همچنین رابطه سالمندانی که به هر دلیلی در سرای سالمندان مستقر می‌شوند با دوستانشان قطع می‌گردد (7). این شرایط و محدودیت در خروج از سرای سالمندان و اجبار در ماندن در محل، خودبه‌خود

فشارزا خواهد بود. اجبار به ماندن تا زمان دریافت اجازه دیگران، چیزی شبیه به محکومیت حبس را در ذهن تداعی می‌کند که می‌تواند درماندگی و عدم استقلال در سالمندان مقیم آسایشگاه را تشدید نماید به گونه‌ای که در نهایت سلامت روانی آن‌ها را به مخاطره اندازد.

هرچند یافته اشاره شده با دیدگاهی که سلامت روانی بیشتر را در سالمندان مقیم مورد اشاره قرار می‌گیرد (15) مغایرت دارد ولی در تفسیر این دیدگاه باید جنبه احتیاط را نگه‌داشت، زیرا در جامعه ما هنوز مفهوم سرای سالمندان برای تمام مفاهیم خانه مسکونی، خانه پرستاری، خانه مراقبت و ... به کار برده می‌شود. این در حالی است که هر یک از این مکان‌ها شرایط ویژه و خاص خود را دارند و شرایط و امکانات آنان در مقایسه با مواردی که در کشورهای صنعتی وجود دارد قابل مقایسه نیست.

یافته‌های پژوهش نشان داد که افسردگی، نشانه‌های جسمانی و اختلال در کارکرد اجتماعی پیران مقیم در سرای سالمندان بیشتر از افراد غیرمقیم است. این مسأله در راستای یافته‌هایی است که بر این نتیجه تأکید دارد (8)

نشان می‌دهند. یافته دیگر پژوهش نشان داد که در مؤلفه‌های سلامت روانی، ملاقات از افراد سالمند مقیم سرای سالمندان اثرگذار نبوده است و شاخص‌های سلامت روانی افرادی که در مورد ملاقات قرار گرفته‌اند با افرادی که در طی مدت زندگی در سرای سالمندان هیچ‌گونه ملاقات‌کننده‌ای نداشته‌اند یکسان است. بنابراین ملاقات‌های گاه‌گاهی که در سرای سالمندان صورت می‌گیرد نمی‌تواند در جهت تأمین سلامت روانی سالمندان مؤثر باشد. لازم به ذکر است که سالمندان مقیم سرای سالمندان غالباً افرادی هستند که از همسر خود جدا شده و یا او را از دست داده‌اند. همچنین ممکن است این افراد در برخی از ویژگی‌های دیگر با هم متفاوت باشند. ممکن است این شرایط بر کاهش سلامت روانی و مؤلفه‌های آن در جامعه سالمندان مقیم سرای سالمندان نسبت به سالمندان غیرمقیم تأثیرگذار بوده باشد.

نتیجه‌گیری

سلامت روانی سالمندان مقیم خانواده به‌طور معنادار بیشتر از گروه مقیم سرای سالمندان بود. لازم است ساز و کارهایی برای تقویت فرهنگ زندگی سالمند همراه با خانواده مورد توجه قرار گیرد. در این زمینه می‌توان از ظرفیت‌های دینی و ملی که به نگره‌داری و پاسداشت پیران در درون خانواده تأکید دارند بهره گرفت. از طرف دیگر اقدامات و تسهیلات لازم در جهت ارتقاء سلامت روانی و عمومی برای ساکنین مراکز نگهداری سالمندان باید مورد توجه قرار گیرد.

و 15). طبعاً ساکنین مقیم در محل سرای سالمندان به دلیل قطع ارتباطات اجتماعی قبلی، از دست دادن و یا کاهش چتر حمایتی خانواده، بیکاری و تنهایی بیشتر از سالمندانی که در خانواده زندگی می‌کنند در معرض افسردگی قرار می‌گیرند. برعکس سالمندانی که در خانواده خود یا بین فرزندان خود زندگی می‌کنند در مقایسه با افرادی که در خانه سالمندان روزگار می‌گذرانند خویشتن‌پنداری مثبت‌تری دارند و از افسردگی کم‌تری برخوردارند.

یافته‌های پژوهش نشان داد در افراد مقیم سرای سالمندان، بین زنان و مردان از نظر مؤلفه‌های افسردگی، نشانه‌های جسمانی و اضطراب تفاوت معناداری وجود ندارد. این نتیجه همسو با بعضی از تحقیقات قبلی (7 و 15) و مغایر با یافته‌های دیگر (6، 18 و 19) مبنی بر افسردگی بیشتر در زنان یا مردان است (20). میزان افسردگی برابر در زنان و مردان سالمند می‌تواند این‌گونه تبیین گردد؛ هرچند که منابع عواملی که باعث افسردگی می‌شوند برای دو جنس متفاوت است ولی اثر آن خواه‌ناخواه بر میزان افسردگی در زنان و مردان برابر است. این نکته‌ای است که می‌تواند مؤلفه نشانه‌های جسمانی و اضطراب برابر در دو جنس را نیز تبیین نماید. نمره پایین کارکرد اجتماعی در سالمندان مرد مقیم سرای سالمندان نسبت به زنان می‌تواند نشانگر این واقعیت باشد که عموماً در ساختار خانواده، مردان مدیر خانواده بوده و اکثر تصمیمات مهم خانواده با نظر آن‌ها به اجرا درآمده است. بنابراین با سکونت در خانه سالمندان، مردان اختلال در عملکرد بیشتری را از خود

References

1. Urbach A. Counseling with older adults. Khodabakhshi A. (Persian translated). 1sted. Tehran: Jangal publication company 2008; 7-8.
2. World Health Organization. Aging and life course [cited Sep 10 2009]. Available at: URL: <http://www.who.int/ageing/en/>.
3. Dadkhah A. [Review of aged rendered services in USA and Japan and Guidelines for Iran aging strategic plan (Persian)]. *Salmand Journal* 2007; 2(3): 166-76
4. Hill A. Counseling older people: Information for practitioners and policy makers [cited Sep 10 2009] Available at: URL: <http://www.bacp.co.uk>.
5. Fuintes K, Cox JB. Prevalence of anxiety disorders in elderly adults: a critical analysis. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1997; 28(4): 269-79.

6. Jones ED, Beck-Little R. The use of reminiscence therapy for the treatment of depression in rural-dwelling older adults. *Issues Ment Health Nurs* 2002; 23(3): 279-90.
7. Wittingham RG, Pike NL. A cognitive intervention to enhance institutionalized older adults' social support networks and decrease lone lines. *Aging Ment Health* 2007; 11(6): 716-21.
8. Hemati Alamdarlo Gh, Ddhshiri GhR, Shojae S, Hakimirad E. [Health and loneliness status of the elderly living in nursing homes versus those living with their families (Persian)]. *Salmad Journal* 2009; 3(8): 557-63.
9. Kwang YS, Gu MO. A study on the health statue and the needs of health- related services of Female elderly in an urban- rural combined city Korea. *J Community Health Nurs Acad Soc* 2003; 17: 47-57.
10. Sun WP. State and policy issues of home aged welfare service. *J Korean Deontolog Soc* 2001; 4: 29-33.
11. Asakawa K, Feeny D, Senthilselvan A, Johnson JA, Rolfson D. Do the determinants of health differ between people living in the community and in institution? *Soc Sci Med* 2009; 69(3): 345-53.
12. Malakouti SK, Mirabzadeh A, Ftholahi P, Salavati M, Kahali Sh, Afkham Ebrahimi A, et al. [Validity and reliability of factor analysis of 28-item general health questionnaire (GHQ-28) (Persian)]. *Salmad* 2008; 1(1): 11-12.
13. Pasha G, Safarzadeh S, Mashak R. [Comparison of general health and social support among elderly sited in family (Persian)]. *Research of Family* 2008; 3(9): 503-17.
14. Han GH. Living arrangements and psychological well- being of the rural elderly in Korea. *J Korean Deontology Soc* 2001; 24: 578-84.
15. Sohrabi NB, Zolfaghari P, Mehdizadeh F, Aghayan M, Ghasemin M, Shariati Z, et al. [Evaluation and comparison of cognitive with elderly sited in personal home (Persian)]. *Knowledge and Health* 2008; 3(2): 27-31.
16. Riley MW, Foner A. Aging and peer relation in children. *Current Directions in psychological Science* 2003; 12: 75 -18
17. Karel MJ, Ogland - Hand S, Gatz M, Vnutzer J. *Assessing and treating late - life depression. New York: Scorebook and resource guide. 2002; 105-9.*
18. Yazd Khahasti F. [A study on cognitive and depressive disorders in the elderly and their correlation with each other (Persian)]. *Advance in Cognitive Sciences* 2010; 11(4): 12-7
19. Asher SR, Paquette JA. Loneliness and peer relations in childhood. *Current Directions in Psychological Science* 2003; 12: 75-8.
20. Cacioppo JL. Loneliness with anomologicalnet: an evolution and perspective. *J Res Pers* 2006; 40: 1054- 8.