

مقایسه افسردگی و اضطراب مرگ در سالمندان مقیم و غیر مقیم در سرای سالمندان

جواد خدادادی سنگده^۳

مجتبی حقانی زمیدانی^۲

*مصطفی زراعتی^۱

چکیده

زمینه و هدف: کیفیت زندگی سالمندان تحت تاثیر عوامل فیزیکی و اجتماعی گوناگونی قرار دارد. مطالعه حاضر با هدف بررسی و مقایسه افسردگی و اضطراب مرگ در سالمندان مقیم و غیر مقیم در سرای سالمندان در شهر تهران انجام شد. روش بررسی: پژوهش حاضر مطالعه توصیفی - مقایسه‌ای بود که ۲۵۰ سالمند مقیم و غیر مقیم در سرای سالمندان در شهر تهران در آن شرکت کردند. نمونه گیری با روش در دسترس انجام شد. ابزار جمع آوری داده‌ها شامل پرسشنامه افسردگی سالمندان (Geriatric Depression Scale) و پرسشنامه اضطراب مرگ (Lester و Collet) بود. داده‌ها به صورت خودگزارش دهی جمع آوری شد و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و انجام آزمون آماری تی مستقل تجزیه و تحلیل شد. یافته‌ها: افسردگی و اضطراب مرگ در بین سالمندان مقیم سرای سالمندان به طور معنی داری بیشتر از سالمندان غیر مقیم بود ($P=0/05$). نتیجه گیری کلی: به نظر می‌رسد توجه به شرایط زندگی سالمندان مقیم سرای سالمندان، انجام معاینات دوره‌ای روانپزشکی و بهره گیری از مداخلات روان شناختی با هدف درمان افسردگی و تسکین اضطراب و همچنین ارتقا کیفیت زندگی سالمندان امری ضروری است.

کلید واژه‌ها: افسردگی، اضطراب مرگ، سالمندان.

تاریخ دریافت: ۹۵/۴/۲۹

تاریخ پذیرش: ۹۵/۸/۱

^۱ کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی تهران، تهران، ایران. (*مؤلف مسئول)

Email: MostafaZeraati_top@yahoo.com

شماره تماس: ۰۹۰۱۵۱۳۹۴۴۵

^۲ کارشناسی ارشد مشاوره شغلی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

^۳ دکتری مشاوره، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی تهران، تهران، ایران

مقدمه

سالمندی، مرحله‌ای از زندگی انسان است که به طور طبیعی با کاهش توانایی‌های جسمی و روحی همراه است^(۱). گذر از دوره سالمندی، البته به شرط بقا، برای انسان‌ها اجتناب ناپذیر می‌باشد^(۳،۲).

با بهبود شرایط بهداشتی و خدمات پزشکی و افزایش امید به زندگی، جمعیت سالمندان رو به رشد است^(۴،۵) که از آن به عنوان انقلاب ساکت (Silent revolution) یاد می‌شود^(۶). مطالعات نشان داده است که در ۴۰ سال آینده جمعیت بالای ۶۵ سال دنیا دو برابر خواهد شد و ۵۲ درصد این میزان در کشورهای آسیایی و ۴۰٪ آن در کشورهای پیشرفته مقیم خواهند بود^(۷). کشور ما نیز به عنوان یکی از کشورهای در حال توسعه از این امر مستثنی نبوده و روند پیر شدن در کشور از رشد جمعیت سالمندان در آن حکایت دارد^(۸). بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۰ بیش از ۶ میلیون (۸/۲٪) نفر از جمعیت ایران را افراد ۶۰ ساله و بالاتر تشکیل می‌دهند. بر اساس برآوردهای بین‌المللی، از سال ۱۴۱۹ جمعیت سالمند ایران نسبت به سایر نقاط و حتی میانگین جهان رشد سریع‌تری خواهد داشت. همچنین تا سال ۱۴۲۴ از میانگین رشد جمعیت سالمند جهان و در طی ۵ سال پس از آن نیز از آسیا پیشی خواهد گرفت^(۹).

به موازات افزایش جمعیت سالمندان، مشکلات حوزه سلامتی و به ویژه سلامت روانی اهمیت بیشتری می‌یابد. نتایج پژوهش‌ها نشان داد حدود ۱۵ تا ۲۵ درصد افراد مسن دچار مشکلات روانی مهمی هستند^(۱۰) و از اختلالاتی مانند افسردگی، اختلالات شناختی، اضطراب، ترس و اعتیاد رنج برده و دست به خودکشی می‌زنند^(۱۴).^(۱۱) افسردگی شایع‌ترین مشکل سالمندان بوده^(۱۵) و علت اصلی ایجاد ناتوانی در جهان است و پیش‌بینی شده تا سال ۲۰۲۰ به دومین بیماری دارای بار اقتصادی و انسانی، تبدیل شود^(۱۶). این اختلال با مجموعه‌ای از نشانگان که عنصر اصلی آن ناامیدی و غمگینی است، شناخته شده است. گزارش‌ها حاکی از آن است که حدود ۱۵٪

سالمندان دچار افسردگی هستند^(۱۷). در کنار این مسایل، مشکلاتی مانند تغییرات جسمی، ضعف در برابر بیماری‌ها، معلولیت و از دست دادن خویشاوندان و دوستان (سوغ و فقدان) شواهد بیشتری برای اندیشیدن به مرگ و اضطراب ناشی از آن را در دوران سالمندی فراهم می‌کند^(۱۸). اضطراب مرگ (Death Anxiety) مشتمل بر افکار، ترس‌ها و هیجانات مرتبط با پایان زندگی است که در آن فرد دلهره، نگرانی و یا ترس مرتبط با مرگ و مردن را تجربه می‌کند^(۱۹). شیوع اضطراب مرگ در این دوره بیشتر از سایر گروه‌های سنی گزارش شده است^(۲۰،۲۱).

از سوی دیگر، تغییر ساختار خانواده از گسترده به هسته‌ای و پذیرفته نشدن سالمندان در خانواده‌ها، تغییراتی را در سبک زندگی سالمندان به وجود آورده و این امر موجب افزایش تقاضا برای مراقبت دراز مدت از سالمندان در مراکز نگهداری آن‌ها، تحت عنوان خانه سالمندان در دهه‌های اخیر شده است^(۲۲). تغییراتی که در وضعیت جسمی و روان شناختی فرد سالمند ایجاد می‌شود ارتباط نزدیکی با مسایل محیطی، خانوادگی، بسترهای فیزیکی و اجتماعی زندگی از جمله زندگی در سرای سالمندان و یا حتی منزل شخصی دارد. نتایج مطالعات نشان داد افراد ساکن در خانه سالمندان دارای اختلالات بیشتری بوده و سلامت عمومی و کیفیت زندگی پایین‌تری را در مقایسه با سالمندان مقیم منزل تجربه می‌کنند^(۲۳-۲۶). یافته‌های برخی از پژوهش‌ها نیز به اثر مثبت نگهداری در سرای سالمندان بر سلامت روانی و جسمی افراد سالخورده اشاره کرده و معتقدند که حضور این افراد در این مکان‌ها موجب فایده‌آمدن بر محدودیت‌هایشان می‌شود^(۲۳،۲۷).

مطالعات بسیار اندکی در زمینه‌ی وضعیت روان شناختی سالمندان مقیم سرای سالمندان و منزل وجود دارد. به دلیل اهمیت فوق‌العاده دوران سالمندی، مطالعه‌ی حاضر با هدف مقایسه افسردگی و اضطراب مرگ در سالمندان مقیم سرای سالمندان و منزل انجام شد.

روش بررسی

پژوهش حاضر مطالعه توصیفی-مقایسه‌ای بود. جامعه پژوهش شامل کلیه سالمندان مقیم سرای سالمندان و منزل شهر تهران بود. سالمندان مقیم منزل با روش در دسترس، جهت شرکت در مطالعه انتخاب شدند و تعداد ۲۵۰ نفر از سالمندان مقیم سرای سالمندان تحت پوشش بهزیستی و مکان‌های عمومی (از جمله مسجد، پارک و...) از دو جنس زن و مرد در مطالعه شرکت کردند.

محقق پس از اخذ مجوزهای لازم جهت انجام مطالعه و انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولین سرای سالمندان، اقدام به نمونه‌گیری کرد. پیش از جمع‌آوری داده‌ها، هدف از مطالعه برای شرکت‌کنندگان به طور روشن توضیح داده شد و پس از اخذ رضایت کتبی از سالمندان مقیم سرای سالمندان و منزل اقدام به جمع‌آوری داده‌ها شد. سن بالای ۶۴ سال، نداشتن مشکل شنوایی، نداشتن مشکل در برقراری ارتباط، گویش به زبان فارسی، نداشتن مشکلات متعدد جسمی و مبتلا نبودن به افسردگی قبل از ورود به دوره سالمندی از معیارهای ورود به مطالعه بودند.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل سه بخش بود. بخش نخست شامل سوالات مربوط به اطلاعات جمعیت شناختی مانند سن، جنس و تحصیلات بود. در بخش دوم، سوالات مربوط به افسردگی سالمندان قرار داشت. جهت ارزیابی افسردگی سالمندان از مقیاس افسردگی سالمندان (Geriatric Depression Scale; GDS) استفاده شد. این آزمون شامل ۱۵ سؤال است که به صورت بلی (نمره صفر) و خیر (نمره یک) جواب داده می‌شود و دامنه‌ی نمرات بین صفر تا ۱۵ است. این مقیاس توسط Yesavage و همکارانش برای اندازه‌گیری افسردگی سالمندان ساخته شده است^(۲۸). در این پرسشنامه سوالات یک، پنج، هفت، ۱۱ و ۱۳ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند و وجود داشتن یا نداشتن افسردگی در فرد بر حسب پاسخ‌هایی که به سوالات داده و نمراتی که کسب کرده است، ارزیابی می‌شود. اگر نمره فرد در کل

پرسشنامه پنج باشد، احتمال دارد وی دچار افسردگی باشد. اگر فرد نمره ۱۰ اخذ نماید نشانه این است که وی دچار افسردگی است. ضرایب آلفای کرونباخ این پرسشنامه توسط Yesavage و همکارانش ۰/۹۰ گزارش شده است^(۲۸) و در مطالعات مختلف از ۰/۷ تا ۰/۹ متغیر بوده است^(۲۹). در ایران ملکوتی و همکارانش در پژوهشی به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه پرداختند. پایایی فرم ۱۵ سؤالی این آزمون در جامعه‌ی سالمندان ایران از طریق آلفای کرونباخ، دو نیمه کردن و بازآزمایی به ترتیب ۰/۹، ۰/۸۹ و ۰/۸۵ گزارش شد. به منظور گزارش روایی از تحلیل عاملی استفاده شد و تحلیل عاملی سوال‌های آزمون حاکی از آلفای ۰/۹۲ است. همچنین همبستگی مقیاس کوتاه با مقیاس بلند این آزمون حاکی از (r=۰/۸۵) است^(۳۰). بخش سوم شامل سوالاتی در مورد اضطراب مرگ بود. جهت ارزیابی اضطراب مرگ از پرسشنامه اضطراب مرگ Collet و Lester استفاده شد. این مقیاس در سال ۱۹۶۹ توسط Collet و Lester تهیه شد. مقیاس حاضر به صورت لیکرتی و از یک تا پنج نمره‌گذاری شده است؛ نمره یک به معنای نبود اضطراب (اصلاً) و نمره پنج به معنای اضطراب زیاد است. نمره کلی هر فرد در طیفی از ۳۲ تا ۱۶۰ در نوسان است. این پرسشنامه دارای چهار خرده‌مقیاس بوده که هر خرده‌مقیاس دارای هشت عبارت است و در مجموع مقیاسی با ۳۲ سؤال را دارا می‌باشد. Collet و Lester در سال ۱۹۹۰ پایایی این مقیاس برای هر یک از خرده‌مقیاس‌های «مرگ خود»، «مردن خود»، «مرگ دیگران»، و «مردن دیگران» را به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۹، ۰/۷۲، و ۰/۸۷ به دست آمد. این خرده‌مقیاس‌ها احساساتی را که در فرد از مرگ خودی یا دیگران به صورت کلی و ایستا (تصور مرگ خود و دیگران) و تصور مردن خود در طی یک فرآیند تدریجی، از جمله پیر شدن، زوال عقلی و... (مردن خود یا دیگران) مورد سنجش قرار می‌دهد. در ایران برای اولین بار فرم تجدید نظر شده این مقیاس روی نمونه‌ای ۲۰۰ نفری از دانشجویان اجرا شد و ضریب

آزمودنی‌ها ۱۰۰ نفر (۴۰٪) مقیم سرای سالمندان بودند که از این تعداد نیز ۴۷ نفر زن (۴۷٪) و تعداد ۵۳ نفر (۵۳٪) مرد بودند. ۱۵۰ نفر مقیم منزل بودند که از این تعداد ۶۸ نفر (۴۵٪) زن و تعداد ۸۲ نفر (۵۵٪) مرد بودند (جدول شماره یک). تعداد ۴۹ نفر (۱۹/۶٪) از سالمندان بی‌سواد، تعداد ۵۲ نفر (۲۰/۸٪) از آنان دارای تحصیلات ابتدایی، تعداد ۲۰ نفر (۸٪) دارای تحصیلات راهنمایی، تعداد ۶۵ نفر (۲۶٪) دیپلم و تعداد ۶۴ نفر (۲۵/۶٪) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند (جدول شماره دو). میانگین افسردگی سالمندان مقیم سرای سالمندان نیز $0/26 \pm$ و سالمندان غیر مقیم نیز $0/27 \pm$ بوده است. همچنین یافته‌های تحقیق نشان دادند میانگین و انحراف معیار اضطراب مرگ برای سالمندان مقیم سرای سالمندان $3/93 \pm 0/57$ و برای سالمندان غیر مقیم $3/35 \pm 0/56$ بوده است (جدول شماره یک).

اعتبار آن از طریق همبسته کردن با مقیاس اضطراب مرگ تمپلر ۰/۵۷ در سطح معنی داری $P < 0/05$ به دست آمد؛ و پایایی آن نیز از طریق آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۶۸ گزارش شده است^(۳۱). داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی و نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به منظور مقایسه متغیرها (افسردگی و اضطراب مرگ) در دو گروه سالمندان مقیم سرای سالمندان و منزل از آزمون آماری independent T-test استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج نشان داد میانگین سنی سالمندان حدود $8/26 \pm$ سال و حداقل سن ۶۵ و حداکثر ۹۲ سال بود. از مجموع ۲۵۰ نمونه پژوهش، تعداد ۱۱۵ نفر (۴۶٪) زن و تعداد ۱۳۵ نفر (۵۴٪) مرد بودند. همچنین از مجموع کل

جدول شماره ۱: توصیف متغیر افسردگی، اضطراب مرگ سالمندان مقیم سرای سالمندان و منزل

| انحراف معیار | میانگین | تعداد | ابعاد متغیر | |
|--------------|---------|-------|-----------------------------|--------------|
| ۰/۵۷ | ۳/۹۳ | ۱۰۰ | سالمندان مقیم سرای سالمندان | میانگین کل |
| ۰/۵۶ | ۳/۳۵ | ۱۵۰ | سالمندان مقیم منزل | (اضطراب مرگ) |
| ۰/۲۶ | ۰/۵۲ | ۱۰۰ | سالمندان مقیم سرای سالمندان | افسردگی |
| ۰/۲۷ | ۰/۳۰ | ۱۵۰ | سالمندان مقیم منزل | |

مقیم بیشتر است، بنابراین می‌توان گفت افسردگی در سالمندان مقیم سرای سالمندان به طور معنی داری بیشتر از سالمندان غیر مقیم است ($P=0/05$). (جدول شماره دو).

با توجه به اینکه مقدار آزمون تی بدست آمده در مقایسه افسردگی سالمندان مقیم و غیرمقیم سرای سالمندان ($t = 6/24$) در جدول شماره دو در سطح اطمینان ۰/۹۹ معنی دار است و از آنجایی که میانگین افسردگی در سالمندان مقیم سرای سالمندان نسبت به سالمندان غیر

جدول شماره ۲: آزمون t مستقل: مقایسه میانگین افسردگی سالمندان مقیم سرای سالمندان و منزل

| مقدار P | درجه آزادی | مقدار t | اختلاف میانگین‌ها | انحراف معیار | میانگین | گروه‌ها |
|---------|------------|---------|-------------------|--------------|---------|-----------------------------|
| ۰/۰۰۰ | ۲۴۸ | ۶/۲۴ | ۳/۴۵ | ۰/۲۶ | ۷/۹۵ | سالمندان مقیم سرای سالمندان |
| | | | | ۰/۲۷ | ۴/۵ | سالمندان مقیم منزل |

مقیم و غیر مقیم سرای سالمندان تفاوت معنی داری وجود دارد و با توجه به اینکه میانگین ابعاد اضطراب مرگ در سالمندان مقیم سرای سالمندان بیشتر از سالمندان غیر مقیم است، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که در مجموع اضطراب مرگ در سالمندان مقیم سرای سالمندان بیشتر است (جدول شماره سه).

نتایج آزمون آماری تی مستقل جهت مقایسه میانگین اضطراب مرگ و ابعاد آن برای سالمندان مقیم سرای سالمندان و مقیم منزل نشان داد تمامی مقادیر آزمون برای اضطراب مرگ (۷/۳۶)، بعد مرگ خودتان (۶/۰۵)، مردن خودتان (۴/۳۳)، مرگ دیگران (۶/۷۷) و بعد مردن دیگران (۴/۰۸) در سطح معنی داری ۰/۹۹، معنی دار است. با توجه به این نتیجه بین اضطراب مرگ سالمندان

جدول شماره ۳: آزمون t مستقل: مقایسه میانگین ابعاد اضطراب مرگ سالمندان مقیم سرای سالمندان و منزل

| متغیر | سالمندان مقیم سرای سالمندان | | سالمندان مقیم منزل | | اختلاف میانگین‌ها | مقدار t | درجه آزادی | مقدار P |
|-------------|-----------------------------|--------------|--------------------|--------------|-------------------|---------|------------|---------|
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | | | | |
| مرگ خودتان | ۰/۷۶ | ۳/۰۹ | ۰/۸۱ | ۲/۴۳ | ۰/۶۶ | ۶/۰۵ | ۲۴۸ | ۰/۰۰۰ |
| مردن خودتان | ۱/۱۹ | ۴/۴۱ | ۰/۷۷ | ۳/۸۱ | ۰/۶ | ۴/۳۳ | ۲۴۸ | ۰/۰۰۰ |
| مرگ دیگران | ۰/۶۶ | ۴/۳۴ | ۰/۸۳ | ۳/۶۳ | ۰/۷۱ | ۶/۷۷ | ۲۴۸ | ۰/۰۰۰ |
| مردن دیگران | ۰/۴۹ | ۳/۸۸ | ۰/۶۶ | ۳/۵۴ | ۰/۳۴ | ۴/۰۸ | ۲۴۸ | ۰/۰۰۰ |
| اضطراب مرگ | ۰/۷۵ | ۳/۹۳ | ۰/۵۶ | ۳/۳۵ | ۰/۵۸ | ۷/۳۶ | ۲۴۸ | ۰/۰۰۰ |

بحث و نتیجه‌گیری

خانه‌ی خودشان بمانند، به خانه‌ی خود به عنوان محلی برای یادآوری خاطرات گذشته، دلبستگی زیادی دارند و برای استقلال، زندگی خصوصی و شبکه‌ی دوستان و همسایگان دور و نزدیک ارزش قایل هستند. سالمندانی که در کنار خانواده خود زندگی می‌کنند در مقایسه با سالمندان مقیم سرای سالمندان، از افسردگی کمتر و وضعیت تغذیه‌ای بهتری برخوردارند^(۳۲). علاوه بر این، حمایت اجتماعی موجود در محیط‌های خانوادگی، نقش قدرتمندی در کاستن احساس بی‌معنی بودن و تنهایی دارد و موجبات تقویت سلامت جسمانی و روانی را فراهم کرده^(۱۵) و اضطراب و افسردگی را در آن‌ها کاهش می‌دهد^(۳۳-۳۸). افراد غیر تنها با حفظ روابط خود، به انجام فعالیت‌های سازنده می‌پردازند. حس اثربخش بودن در جامعه، باعث افزایش حرمت خود و کاهش افسردگی در آن‌ها می‌شود^(۳۹). چشم اندازی که افراد در دوران سالمندی پیش روی خود دارند، مرگ است و احساس می‌کنند کارهایی که باید انجام می‌دهند را انجام داده‌اند و هدفی برای تلاش کردن ندارند^(۳۶). بودن در کنار خانواده و برخورداری از احترام و توجه آن‌ها می‌تواند

هدف پژوهش حاضر مقایسه افسردگی و اضطراب مرگ در سالمندان مقیم سرای سالمندان و منزل بود. بر اساس یافته‌های به دست آمده، بین میزان افسردگی این دو گروه سالمند تفاوت معنی داری وجود داشت؛ به گونه‌ای که سالمندان مقیم سرای سالمندان از میزان افسردگی بالاتری برخوردار بودند. این یافته مشابه با نتایج پژوهش‌های بسیاری است^(۲۶-۲۳) که نشان داده‌اند افراد ساکن سرای سالمندان اختلالات روانی و جسمانی بیشتری، سلامت عمومی و کیفیت زندگی پایین‌تری را در مقایسه با سالمندان مقیم منزل دارند. همچنین میزان اضطراب مرگ در تمامی ابعاد آن (مرگ خودتان، مردن خودتان، مرگ دیگران و مردن دیگران) در بین سالمندان مقیم سرای سالمندان بیشتر از سالمندان مقیم منزل بود که این یافته نیز با یافته‌های پژوهش عزیزه و همکارانش^(۲۱) مشابهت دارد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت محیط زندگی سالمندان، عاملی بسیار مهم و تأثیرگذار در سلامت و طول عمر آنان است. سالخوردگان اغلب دوست دارند در

از این رو پیشنهاد می‌شود حمایت‌های خانوادگی در جهت تدارک رفاه و آسایش روانی سالمند فراهم شود. همچنین فعالیت‌هایی از قبیل اجرای مراسم مذهبی، ابداع نقش‌های جدید برای آن‌ها و اختصاص سهمی از درآمد خانواده به سالمندان در جهت حمایت اقتصادی، می‌تواند مفید باشد^(۴۳). از سوی دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های مادی و معنوی سالمندان مقیم سرای سالمندان و بهبود وضعیت محیطی سراهای سالمندان تاثیر بسزایی در زندگی آنها داشته و از اهمیت خاصی برخوردار است. یکی از مسائل مهم موفقیت در جلوگیری و درمان بیماری‌های روانی سالمندان ارائه خدمات به این گروه در قالب تیم توانبخشی متشکل از پزشک متخصص، روانپزشک سالمندان، مددکار اجتماعی، پرستار، فیزیوتراپیست و روانشناس است. همچنین به نظر می‌رسد نیاز به اطلاعات اپیدمیولوژیک در مورد سالمندان باید به عنوان یکی از برنامه‌های ملی در نظر گرفته شود و دستورالعمل سازمان بهداشت جهانی برای ارائه خدمات بهداشتی بهینه در سالمندان در قالب برنامه‌های ملی بکار گرفته شود.

از جمله محدودیت پژوهش حاضر می‌توان به مختص بودن نمونه‌ها به سالمندان شهر تهران اشاره کرد که تعمیم یافته‌ها به سایر شهرها را با محدودیت مواجه می‌کند. همچنین در این مطالعه بسیاری از متغیرهای جمعیت شناختی تاثیر گذار بر کیفیت زندگی سالمندان مانند وضعیت اجتماعی-اقتصادی و وضعیت تاهل و غیره مورد مطالعه قرار نگرفته است، از این رو پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به آن‌ها نیز پرداخته شود.

تقدیر و تشکر

این مقاله از پایان نامه مقطع کارشناسی رشته مشاوره دانشگاه خوارزمی تهران استخراج شده است. نویسندگان مقاله مراتب تشکر و قدردانی خود را از مسئولین محترم سازمان بهزیستی به خاطر انجام هماهنگی‌های لازم با سرای سالمندان اعلام می‌دارند. همچنین از تمامی افرادی

حس مفید و کارآمد بودن را در افراد پیر حفظ نموده، همچنان امید به زندگی را در آنها تقویت کند. اما به نظر نمی‌رسد چنین وضعیتی برای سالمندان مقیم سرای سالمندان وجود داشته باشد^(۱۵). گرچه بعضی سالمندان به دلیل گرفتن مراقبت و یا فرار از مشکلات خانوادگی به صورت داوطلبانه و یا اجباری و با تمایل مراقبین خانوادگی، در سرای سالمندان اسکان می‌یابند^(۳۸). در هر صورت اسکان در سرای سالمندان اثرات خود را بر سلامت این افراد خواهد گذاشت. زمانی که افراد سالمند از خانه‌های خود رانده می‌شوند، تصور می‌کنند که بی ارزش شده‌اند و خود را به قبرهایشان نزدیکتر احساس می‌کنند و امید خود را به زندگی از دست می‌دهند^(۳۹). سالمندان مقیم سرای سالمندان در محیطی خشک و رسمی زندگی می‌کنند که خود کنترل اندکی بر شرایط آن دارند و از این رو یاد می‌گیرند در مانده و در نتیجه افسرده شوند. بابامیری و همکارانش^(۱۰) همبستگی بالایی را بین برخی متغیرهای روان شناختی موجود در سرای سالمندان مانند کنترل اندک بر زندگی، افسردگی و کاهش کفایت فردی گزارش کردند. افراد مقیم سرای سالمندان در مقایسه با سالمندانی که در کنار خانواده و یا به تنهایی زندگی می‌کنند، به دلیل قطع ارتباط‌های اجتماعی قبلی و از دست دادن یا کاهش حمایت خانواده، بیکاری و تنهایی، بیشتر در معرض آسیب‌های روانی مانند از دست دادن حمایت عاطفی خانواده، کاهش فعالیت‌های اجتماعی گذشته، تغییر در روش زندگی و کاهش قدرت اداره زندگی خود قرار گرفته و سلامت روانی آن‌ها کاهش می‌یابد. با وجود سبک زندگی نامطلوب و افزایش میزان افسردگی و اضطراب مرگ، از سلامت روانی خوبی برخوردار نیستند. اگر گذشته و اقدامات آن‌ها نیز پیامد مفیدی به همراه نداشته باشد، این احساس آن‌ها تقویت می‌شود^(۴۰-۴۲). یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که افسردگی در سالمندانی که در سرای سالمندان نگهداری می‌شوند بیشتر از سالمندانی است که در خانواده‌ها زندگی می‌کنند،

که به عنوان شرکت کننده در این پژوهش مشارکت داشته‌اند علی‌الخصوص سرکار خانم مهندس ارمغان اردلانی که قوت قلبی برای انجام این پژوهش بودند، قدردانی می‌گردد.

فهرست منابع

1. Mirzaei M, Shams-Ghahfarkhi M. [Demographic characteristics of the elderly population in Iran according to the census 1976-2006]. *Iran J Ageing*. 2007;2(5):326-31. Persian
2. Saydshohadai M, Heshmat S, Seidfatem N, Haghani H, Mehrdad N. [The spiritual health of seniors living in sanitarium and home residents]. *Iran Journal of Nursing*. 2013;26(81):11-20. Persian
3. Moumeni KH, karimi H. [Comparison of Mental Health between elderly admitted in sanitarium with elderly in sited.in person home]. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*, 2011;14(4): 328-35. Persian
4. Lashkarboloki F, Aryaei M, Djazayery A, Eftekhar-Ardebily H, Minaei M. [Association of Demographic, Socio-economic Features and Some Health Problems with Nutritional Status in Elderly]. *Iranian Journal of Nutrition Sciences & Food Technology*. 2015;9(4):27-34. Persian
5. Motih Haghshenas N. [Sociological aspects of aging populations and Active aging challenges in Iran]. *J of sociological studies*. 2011;1(2):133-47. Persian.
6. Azadchehr M, Rahgozar M, Karimloo M, Adib Haj Bageri M. [To identify some factors effective on survival of the elderly living in nursing home using Copula Competing Risk Model: Bayesian approach]. *Journal of Health Promotion Management* 2014, 3(4): 46- 55. Persian
7. WHO. Ageing and Life Course. 2014. Available at: <http://www.who.int/ageing/en>. Accessed Apr 4, 2014.
8. Statistical Center of Iran. General Population and Housing Census. Available at: <http://www.amar.org.ir/Default.aspx?tabid=133>. Accessed Apr4, 2014.
9. Ahrari S, Moshki M, Bahrami M. [The relationship between social support and adherence of dietary and fluids restrictions among hemodialysis patients in Iran]. *Journal of caring sciences*. 2014;3(1):11. Persian
10. BaBamiri M, Vatankhah M, Masumi Jahandizi H, Nemati M, Darvishi M. [The Relationship between Coping Styles, Negative Automatic Thoughts, and Hope with Happiness in Addicts of Ahvaz Drug Abuse Rehabilitation Clinics in 2011]. *ZUMS Journal*. 2013;21(84):82-91. Persian
11. Habibi A, Nikpour S, Seiedshohadaei M, Haghani H. [Quality of life and status of physical functioning among elderly people in west region of Tehran: a cross-sectional survey]. *Iran Journal of Nursing*. 2008;21(53):29-39. Persian
12. Towhid B, Reza S, Farhad B, Fatemeh M, Fraiba S. [Prevalence of depression, anxiety and stress disorders in elderly people residing in Khoy, Iran (2014-2015)]. 2016. Persian
13. Gustavson KA, Alexopoulos GS, Niu GC, McCulloch C, Meade T, Areán PA. Problem-solving therapy reduces suicidal ideation in depressed older adults with executive dysfunction. *Am J Geriat Psychiatry*. 2016;24(1):11-7.
14. Mobasheri M, Moezi M. [The prevalence of Depression among the elderly population of shaystegan and Jahandidegan nursing homes in Shahrekord]. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2010;12(2):89-94. Persian.
15. Elahi T, Khosravi R, Rashidi RS, Akhavan A. [Hopefulness and Mental Disorders in the Elderly]. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences & Health Services*. 2014;22(92):116-125. Persian
16. Shojaeimotlagh V, Lazari N, Ghalenoe M, Saleh Abadi S, Parizad N, Ghanei Gheshlagh R. [Relationship between Metabolic Syndrome and Depression in elderlies with Cardiovascular Disease]. *Iran Journal of Nursing*. 2015;27(92):65-72. Persian

17. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
18. Goldzweig G, Baider L, Andritsch E, Rottenberg Y. Hope and social support in elderly patients with cancer and their partners: an actor-partner interdependence model. *Future Oncology*. 2016;12(24):2801-9.
19. Saini P, Patidar AB, Kaur R, Kaur M, Kaur J. Death Anxiety and Its Associated Factors among Elderly Population of Ludhiana City, Punjab. *Indian Journal of*. 2016;30(1):101-10.
20. Momtaz YA, Haron SA, Ibrahim R, Hamid TA. Spousal death anxiety in old age: gender perspective. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. 2015;72(1):69-80.
21. Azaiza F, Ron P, Shoham M, Gigini I. Death and dying anxiety among elderly Arab Muslims in Israel. *Death Stud*. 2010;34(4):351-64.
22. Jadidi A, Farahaninia M, Janmohammadi S, Haghani H. [The relationship between spiritual well-being and quality of life among elderly people residing in Kahrizak senior house]. *Iran Journal of Nursing*. 2011;24(72):48-56. Persian
23. Mohammadpour RA, Yousefi Z. [Factor Analysis of SF-36 Persian Version Health-Related Quality of]. *World Applied Sciences Journal*. 2008;3(4):548-54. Persian
24. Abdollahi F, Mohammadpour RA. [Health related quality of life among the elderly living in nursing home and homes]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2013;23(104):20-5. Persian.
25. Toriki Y, Hajikazemi E, Bastani F, Haghani H. [General self efficacy in elderly living in rest-homes]. *Iran Journal of Nursing*. 2011;24(73):55-62. Persian
26. Heidari M, Shahbazi S. [Effect of self-care training program on quality of life of elders]. *Iran Journal of Nursing*. 2012;25(75):1-8. Persian
27. Alldred DP, Kennedy MC, Hughes C, Chen TF, Miller P. Interventions to optimise prescribing for older people in care homes. *The Cochrane Library*. 2016.
28. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1983;17(1):37-49.
29. Mui AC. Geriatric Depression Scale as a community screening instrument for elderly Chinese immigrants. *Int Psychogeriatr*. 1996;8(03):445-58.
30. Malakouti K, Fathollahi P, Mirabzadeh A, Salavati M, Kahani S. [Validation of geriatric depression scale (GDS-15) in Iran]. *Journal of Research in Medical Sciences*. 2006;30(4):361-9 Persian.
31. Esmaeli E, Naderi F. [Relationship between subjective feelings of life satisfaction and depression with suicide ideation between students of Islamic Azad University in Ahvaz]. National Conference on Psychology and its application in society, Islamic Azad University, Marvdasht, 2008 [Persian].
32. Shamsi A. [Risk Factors of Co ronary Artery Disease in Residents and Non-Resid Entsof Elderly Care Homes in Tehran]. *Iranian Journal of Ageing*. 2011;6(1): 13-22. Persian
33. Pardal A, Espirito-Santo H, Lemos L, Matreno J, Amaro H, Guadalupe S, et al. Social suport, mental health, and satisfaction with life in institutionalized elderly. *Psychopathology*. 2013;5:6.
34. Mhaske RS. Spiritual Beliefs and Mental Health among Institutionalized Aged. *Journal of Psychosocial Research*. 2013;8(1):71.
35. Mhaske R, Ram U. Gender differences in coping ways and mental health among the institutionalized aged. *Indian Journal of Gerontology*. 2009;23(3):358-78.
36. Dirik A, Cavlak U, Akdag B. Identifying the relationship among mental status, functional independence and mobility level in Turkish institutionalized elderly: gender differences. *Arch Gerontol Geriatr*. 2006;42(3):339-50.

37. Ma X-Z, Pan Z-Y, Xu R-M, Han Z-Q, Song Q-H. Treatment of elderly patients with anxiety order by psychological counseling combined with auricular plaster therapy. *Int J Clin Exp Med*. 2016;9(3):6669-74.
38. Salarvand S, Abedi H. [Experiences of social support in the elderly nursing home]. *Iran Journal of Nursing*. 2007;52:40-50. Persian.
39. Al Saeed MK, Abulsaad KA, Al Mahmoud MA, Sweed HS. Depression Among Elderly Patients Admitted to a Sub-Acute Medical Care and Rehabilitation Center in Bahrain. *Int Arch Med*. 2016;9(1).
40. Mathew MA, George LS, Paniyadi N. Comparative study on stress, coping strategies and quality of life of institutionalized and noninstitutionalized elderly in Kottayam district, Kerala. *Indian Journal of Gerontology*. 2009;23(1):79-87.
41. Bekhet AK, Zauszniewski JA. Mental health of elders in retirement communities: is loneliness a key factor? *Arch Psychiatr Nurs*. 2012;26(3):214-24.
42. Mhaske R, Ram U. Gender differences in coping ways and mental health among the institutionalized aged. *Indian Journal of Gerontology*. 2009;23(3):358-78.
43. Hsu Y-C, Wang J-J. Physical, affective, and behavioral effects of group reminiscence on depressed institutionalized elders in Taiwan. *Nurs Res*. 2009;58(4):294-9.

The Comparison of Depression and Death Anxiety among Nursing Home Resident and Non-Resident Elderlies

*Zeraati M. MS.¹

Haghani Zemeidani. M. MS.²

Khodadadi Sangdeh J. PhD³

Abstract

Background & Aim: Different physical and social contexts can be affecting the various aspects of life in elderly people. The aim of present study was to investigate and compare of depression and death anxiety among nursing home resident and non-resident elderlies.

Material & Method: The research was a descriptive comparative study and 250 nursing home resident and non-resident elderlies were participated. The sampling was done by available sampling method. The research instruments were Geriatric Depression Scale and Collet& Lester death anxiety test. Data gathering was based solely on self-reports. Data were analyzed via SPSS (V. 16) using independent t-test

Result: Depression and death anxiety were significantly greater in nursing home resident elderlies respect to non-resident elderlies (P=0.05).

Conclusion: According to our results, it is necessary to improve quality of life in elderly by attention to living conditions of nursing home resident elderlies, periodic psychiatric examinations and using psychological interventions in depression and anxiety.

Keywords: Depression, Death Anxiety, The Elderly.

Received: 19 Jul 2016

Accepted: 22 Oct 2016

¹. MS student in family counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Khwarizmi University of Tehran, Tehran, Iran. (*Corresponding Author). Tel:09015139445 E-mail: MostafaZeraati_top@yahoo.com

². MS student in career counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabai University of Tehran, Tehran, Iran.

³. PhD graduate Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Khwarizmi University of Tehran, Tehran, Iran.