

مقایسه سلامت عمومی سالمندان مقیم/ غیر مقیم سرای سالمندان

(مقاله پژوهشی)

خدامراد مؤمنی^{۱*}، حسن کریمی^۲

چکیده:

هدف: تحقیق حاضر با هدف مقایسه سلامت عمومی و شاخصه‌های آن در سالمندان مقیم و غیرمقیم سرای سالمندان انجام شد.

روش بررسی: مطالعه از نوع مقطعی مقایسه‌ای و شرکت کنندگان در پژوهش شامل ۲۵۴ سالمند (۱۲۷ نفر مقیم سرای سالمندان و ۱۲۷ نفر مقیم جامعه) بودند. شرکت کنندگان به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و در هر گروه ۸۳ زن و ۴۴ مرد به تناسب سهم جنسیت در جامعه قرار گرفتند. مقیاس سلامت عمومی (GHQ-28) که در برگیرنده سلامت عمومی و چهار خرده مقیاس اضطراب، افسردگی، نشانه‌های جسمانی، و کارکرد اجتماعی است برای جمع‌آوری اطلاعات مورد استفاده قرار گرفت. از آزمون‌های χ^2 و تحلیل واریانس برای تحلیل نتایج استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد میانگین نمرات سلامت عمومی سالمندان مقیم سرای سالمندان از میانگین نمرات سالمندان مقیم جامعه بیشتر (نمره بالا نشانه سلامت روان پایین) بود و تفاوت مشاهده شده در میانگین‌ها برای سلامت عمومی و زیرمقیاس‌های نشانه‌های افسردگی و جسمانی و اختلال در کارکرد اجتماعی از لحاظ آماری معنادار به دست آمد. 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 نشانه‌های افسردگی، جسمانی و اختلالات کارکرد اجتماعی بیشتری را تجربه می‌کنند. از سویی گسترش مؤسسات نگهداری سالمندی در آینده غیر قابل اجتناب است بنابراین، توجه هرچه بیشتر به شرایط محیط زندگی سالمندان مقیم مؤسسات ضروری به نظر می‌رسد.

کلید واژه‌ها: سالمندان، سلامت عمومی، نشانه‌های افسردگی، نشانه‌های جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی

۱- دکترای روانشناسی و استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی کرمانشاه
* پست الکترونیک نویسنده مسئول: khmomeni2000@yahoo.com
۲- کارشناسی ارشد مشاوره توانبخشی، کارشناس مرکز مشاوره دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه رازی کرمانشاه

مقدمه

(۱). ایران در حال حاضر با پشت سر گذاشتن تغییر ساختار جمعیتی، طبق سرشماری سال ۱۳۸۵ با داشتن بیش از ۷/۲۷ درصد سالمند بالای ۶۰ سال به کشوری رو به سالم‌خوردگی تبدیل شده است و تا ۱۵ سال آینده این رقم به ۱۰/۷ درصد خواهد رسید (۳).

به موازات افزایش نسبت جمعیتی سالمندان مشکلات سلامتی آنان به ویژه مشکلات مربوط به سلامت روانی بیشتر اهمیت می‌یابد. مشکلات سلامتی سالمندان به طور کلی در دو حوزه جسمی و روانی مورد بررسی قرار می‌گیرد. بیماریهای جسمی مانند سرطان، بیماریهای قلبی و اختلال انسداد مزمن ریوی^۱ (COPD) در سالمندان نسبت به جمعیت جوان شیوع بیشتری دارند. مشکلات شایع روانشناختی سالمندان، افسردگی، اضطراب و دمانس است (۴). شیوع اضطراب در سالمندان از ۴ تا

سالمندی دوره‌ای از زندگی است که معمولاً از ۶۰ تا ۶۵ سالگی آغاز می‌شود (۱) تغییراتی که در شکل و عملکرد اندامهای درونی و بیرونی بدن ایجاد می‌شود، سازگاری فرد و محیط را با مشکل مواجه می‌کند. تغییرات در سوخت و ساز بدن باعث کاهش فعالیت‌های عضلانی - عصبی و دگرگونی در وضع ظاهری اندامها می‌شود. سالمندی به هیچ وجه بیماری تلقی نمی‌شود، بلکه ضرورتی اجتناب ناپذیر در گذرگاه زندگی و مسیر طبیعی رشد است (۲).

امروزه حدود دو سوم کل سالمندان در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند و تا سال ۲۰۲۵ این آمار به ۷۵٪ خواهد رسید. در جهان توسعه یافته، افراد خیلی پیر (۸۰ ساله و بالاتر) گروهی هستند که سریعترین رشد جمعیتی را خواهند داشت

1- Chronic Obstructive pulmonary Disease

تعیین آن نقشی ندارد گاهی از نظر جسمی، روانی، عاطفی و حتی اقتصادی وابسته می‌شود، به گونه‌ای که اگر این وابستگی تداوم یابد می‌تواند سلامت روانی آنها را تهدید کند.

یافته‌های محدودی به تأثیر نگهداری در مراکز سالمندان بر سلامت روانی و جسمی افراد سالخورده پرداخته‌اند و نشان می‌دهند که حضور سالمندان در مراکز باعث غلبه بر محدودیت‌هایشان می‌شود. اقامت در محیط سالمندان انتخابی در جهت تطابق با فقدان‌های احتمالی در منابع و تأمین جنبه‌های مختلف زندگی سالمند است. مؤسسات و مراکز نگهداری سالمندان می‌توانند فقدان ظرفیت عملکردی و عدم استقلال را برای فرد، قابل تحمل و به گونه‌ای جبران نمایند (۱۱). یافته‌ها به این نکته اشاره دارند که مزایای زندگی در سرای سالمندان، ارتباط با همسالان و هم‌تاهای، دسترسی به امکانات پرستاری، بهداشتی، درمانی و دور شدن از تنهایی و افسردگی است که خود می‌تواند در حفظ سلامت روانی سالمندان مؤثر باشد (۱۱).

پژوهش حاضر با هدف مقایسه میزان سلامت عمومی سالمندان مقیم و غیرمقیم سرای سالمندان صورت گرفت تا برنامه‌ریزی برای تأمین سلامت سالمندان در آینده باشناختی دقیق‌تر انجام شود.

روش بررسی

طرح پژوهش حاضر از نوع مقطعی مقایسه‌ای بود. دو گروه سالمندان (مقیم سرای سالمندان، و غیرمقیم) از نظر سلامت عمومی و خرده مقیاس‌های چهار گانه آن براساس مقیاس سلامت عمومی سالمندان (GHQ-28) مورد مقایسه قرار گرفتند. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه افراد بالای ۶۰ سال مقیم و غیر مقیم سرای سالمندان در شهر کرمانشاه تشکیل دادند. نمونه پژوهش شامل ۲۵۴ نفر (براساس جدول حجم نمونه گیری)، ۱۲۷ نفر مقیم سرای سالمندان (۸۳ مرد و ۴۴ زن) و ۱۲۷ نفر مقیم جامعه (۸۳ مرد و ۴۴ زن) بودند.

شرکت کنندگان مقیم سرای سالمندان از بین افراد ساکن در مراکز سالمندان (۴ مرکز) شهر کرمانشاه با دارا بودن ملاک‌های ورود انتخاب شدند. داشتن سن بیشتر از ۶۰ سال، تجربه حداقل یک سال سکونت در مرکز و داوطلب شرکت در پژوهش، ملاک‌های ورود بود. شرایط خروج شامل ابتلا به بیماری‌های جسمی یا روانپزشکی (سایکوتیک) بود که توسط پزشکان مراکز، کنترل و غربال شدند. سالخورده‌گان غیرمقیم در سطح جامعه به صورت تصادفی از منازل، مساجد و پارکها با در نظر گرفتن ملاک‌های

۶ درصد در نوسان است. اضطراب می‌تواند غیر اختصاصی باشد مانند آنچه که در اضطراب منتشر وجود دارد و یا می‌تواند اختصاصی باشد مانند آنچه که در فوبیا، وسواس فکری عملی و حملات وحشتزدگی وجود دارد (۵).

در بین مشکلات سلامت روانی سالمندان، افسردگی از شیوع بالایی برخوردار است. در مطالعه‌ای گسترده، حدود ۱۷/۸٪ از زنان و ۹/۴٪ مردانی که بالای ۶۰ سال سن داشتند بر اساس معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM IV) مبتلا به افسردگی تشخیص داده شدند (۶). وقوع اختلالات روانپزشکی در سالمندان مقیم مراکز نگهداری سالمندان حدود ۸۰ درصد است. ۱۲-۱۸ درصد از سالمندان این مراکز نشانه‌های تشخیصی افسردگی را تجربه می‌کنند (۷). مطالعات اپیدمیولوژیک، شیوع افسردگی را در بیمارستانها و آسایشگاه‌های سالمندان بررسی کرده‌اند و نتایج این مطالعات نشان می‌دهد که شیوع افسردگی در بیمارستانها ۳۰-۱۰ درصد و در خانه‌های سالمندان ۴۵-۳۰ درصد است (۶).

سلامت جسمی و روانی در دوران پیری نسبت به سایر دوره‌های زندگی با خطر بیشتری روبروست. از سویی دگرگونی ساختارهای اجتماعی در دهه‌های اخیر و تغییر نظام خانواده سنتی از شکل گسترده که به حفظ و نگهداری سالمند در درون خانواده تأکید داشت به نظام خانواده هسته‌ای که سعی در کوچک نمودن واحد خانواده دارد و والدین، جدا از فرزندان زندگی می‌کنند، باعث رونق گرفتن هر چه بیشتر خانه سالمندان و فرهنگ سپردن سالمندان به مراکز نگهداری شده است. این سؤال مطرح می‌شود که در کدام شرایط و موقعیت زندگی، سالمندان از سلامت بهتری برخوردارند؟ چرا که تحقیقات نشان می‌دهد که محیط زندگی سالمندان فاکتوری بسیار مهم و تأثیر گذار در سلامت و طول عمر است (۷)، ولی در یافته‌های پژوهشی همسانی وجود نداشته و نتایج، چالش برانگیز است.

تحقیقات متعددی نشان می‌دهد سالمندانی که با خانواده زندگی می‌کنند از سلامت بیشتر برخوردارند (۸-۱۰)، چرا که حضور در کنار خانواده از سویی با چتر حمایتی و عاطفی افراد خانواده همراه است و از سوی دیگر سبب روابط اجتماعی مفید و مؤثر فرد سالمند با افراد خانواده، دوستان و افراد جامعه می‌شود که این شرایط در حفظ سلامت روانی افراد سالمند مؤثر و کارآمد است. در مقابل، قرار گرفتن سالمند در مراکز نگهداری، مشکلات زیادی را به دنبال خواهد داشت، سالمند وقتی در خانه سالمندان قرار می‌گیرد جدا از تغییر سبک و روش زندگی که در

مشخص کرد. با انجام آزمون ROC، با حساسیت ۸۳٪ و ویژگی ۷۰٪، بهترین نقطه‌ی برش ۱۹/۲۰ بدست آمد. سوالات پرسشنامه ۴ گزینه‌ای، از صفر تا ۳ نمره گذاری شد (۱۲). داده‌های حاصل از تحقیق، با استفاده از نرم افزار SPSS و با به کارگیری آزمونهای t و تحلیل واریانس تحلیل شدند.

یافته‌ها

نمونه پژوهش شامل ۲۵۴ نفر، ۵۰٪ مقیم سرای سالمندان و ۵۰٪ مقیم جامعه که در هر گروه ۶۵٪ زن و ۳۵٪ مرد بودند. در گروه سالمندان مقیم، ۵۷٪ در زمان اقامت هیچ ملاقات کننده‌ای نداشتند و ۴۳٪ هفته‌ای یکبار تا ماهی یکبار ملاقات کننده داشتند. ۴۱٪ شرکت کنندگان ۶۰-۷۰ سال، ۳۱٪ ۷۰-۸۰ سال و ۲۷٪ سن بالاتر از ۸۰ سال داشتند. نمرات آزمون سلامت عمومی و مؤلفه‌های ۴ گانه پس از تأیید همسانی واریانس گروه‌ها با آزمون t مورد تحلیل قرار گرفت (جدول ۱).

ورود و خروج و از نظر سن و جنس با نمونه سالمندان مقیم مراکز همتا شدند. با توجه به اینکه تعدادی از آزمودنی‌ها بی‌سواد بودند پرسشگر آموزش دیده تک تک سوالات را برای تک تک آزمودنی‌ها خوانده و پرسشنامه‌ها تکمیل شد.

به منظور سنجش سلامت عمومی از مقیاس سلامت عمومی (GHQ-28) استفاده شد. پرسشنامه سلامت عمومی توسط گلبرگ (۱۹۷۹) ساخته شده است. این پرسشنامه، دارای ۲۸ سؤال بوده، سلامت عمومی را در چهار خرده مقیاس شامل نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی، و نشانه‌های افسردگی بررسی می‌کند. ملکوتی و همکاران (۱۳۸۵) در پژوهشی به بررسی پایایی، روایی، و تحلیل عامل مقیاس سلامت عمومی فرم ۲۸ سؤالی در سالمندان ایرانی پرداختند. طبق نتایج این تحقیق برای نسخه ایرانی مقیاس سلامت عمومی، ضرایب پایایی: آلفای کرونباخ (۰/۹۴)، تنصیف (۰/۸۶) و باز آزمایی (۰/۶۰) بدست آمد. تحلیل عوامل چهار عامل نشانه‌های افسردگی، عملکرد اجتماعی، اضطراب، و علائم جسمانی را

جدول ۱: نتایج آزمون t را برای مقایسه سلامت عمومی و زیر مقیاس‌ها دو گروه سالمندان مقیم و غیر مقیم سرای سالمندان

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	t	سطح معناداری
سلامت عمومی	مقیم سرای سالمندان	۳۰/۰۵	۱۱/۴۷	۲/۰۸	۰/۰۰۱*
	مقیم جامعه	۲۳/۵۹	۱۲/۱۴		
افسردگی	مقیم آسایشگاه	۹/۷۴	۵/۰۵	۶/۰۷	۰/۰۰۱**
	مقیم جامعه	۶/۰۰	۴/۷۴		
نشانه‌های جسمانی	مقیم آسایشگاه	۳/۴۷	۵/۰۵	۲/۷۷	۰/۰۰۶*
	مقیم جامعه	۲/۶۶	۳/۲۷		
اضطراب	مقیم آسایشگاه	۸/۳۴	۴/۲۷	۰/۹۷۲	۰/۳۳۲
	مقیم جامعه	۷/۸۲	۴/۲۵		
اختلال کارکرد اجتماعی	مقیم آسایشگاه	۸/۵۰	۳/۳۸	۳/۴۴	۰/۰۰۱*
	مقیم جامعه	۷/۱۱	۳/۲۵		

*P<0/01 **P<0/001

نشانه‌های افسردگی، نشانه‌های جسمانی و اختلال کارکرد اجتماعی را نشان داد. به این معنی که نشانه‌های افسردگی، جسمانی و اختلال در کارکرد اجتماعی در گروه سالمندان مقیم سرای سالمندان بیشتر از سالمندان جامعه است. در زیرمقیاس اضطراب، بین میانگین نمرات دو گروه مقیم (M=۸/۳۴) و جامعه (M=۷/۸۲) تفاوت معنی داری ملاحظه نشد. زیرمقیاس‌های سلامت عمومی سالمندان مقیم در دو جنس پس از تأیید برابری واریانس‌ها با آزمون t بررسی شد (جدول ۲).

مقایسه سلامت عمومی در دو گروه مقیم و غیرمقیم سرای سالمندان، حاکی از تفاوت معنادار سلامت عمومی در دو گروه بود. میانگین سلامت روانی سالمندان جامعه (M= ۲۳/۵۹) کمتر از میانگین سلامت روانی سالمندان مقیم سرای سالمندان (M=۳۰/۰۵) بود (نمره بالا نشانه پایین بودن سلامت عمومی است)، به عبارتی سلامت روان سالمندان جامعه وضعیت بهتری از هم‌تایان سالمند در سرای سالمندان داشت. مقایسه زیر مقیاس‌های سلامت عمومی، تفاوت دو گروه در

جدول ۲: مقایسه‌ی زیر مقیاس‌های سلامت عمومی در سالمندان مقیم سرای سالمندان بر حسب جنسیت

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری
افسردگی	مرد	۹/۱۰	۵/۱۶	۰/۰۵
	زن	۱۰/۹۵	۴/۶۴	
نشانه‌های جسمانی	مرد	۳/۲۴	۲/۲۷	۰/۱۲۴
	زن	۳/۹۰	۲/۳۹	
اضطراب	مرد	۸/۱	۴/۰۰	۰/۲۵۲
	زن	۸/۹۷	۴/۷۲	
اختلال کارکرد اجتماعی	مرد	۷/۷۳	۳/۴۶	۰/۰۰۴
	زن	۹/۹۵	۲/۷۱	

P < ۰/۰۱

سالمندان بود. به منظور بررسی تأثیر متغیر ملاقات از افراد سالمند مقیم سرای سالمندان در ارتباط با زیر مقیاس‌های سلامت عمومی، پس از تأیید برابری واریانس‌ها آزمون t انجام شد.

تفاوت بین زنان و مردان سالمند مقیم، صرفاً در زیر مقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی در سطح $P < ۰/۰۱$ معنادار بود و با توجه به میانگین نمرات زنان ($M=9/95$) که بیشتر از میانگین نمرات مردان ($M=7/73$) است، می‌توان نتیجه گرفت اختلال در کارکرد اجتماعی مردان کمتر از زنان سالمند مقیم سرای

جدول ۳: نتایج آزمون t برای زیر مقیاس‌های سلامت عمومی بر اساس وضعیت ملاقات از سالمندان مقیم سرای سالمندان

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	t	سطح معناداری
نشانه‌های افسردگی	ملاقات کننده دارد	۹/۲۶	۴/۳۷	۱/۱۹	۰/۲۳
	ملاقات کننده ندارد	۱۰/۳۸	۵/۸۰		
جسمانی	ملاقات کننده دارد	۳/۲۲	۱/۹۵	۱/۳۳	۰/۱۸
	ملاقات کننده ندارد	۳/۸۰	۲/۷۳		
نشانه‌های اضطراب	ملاقات کننده دارد	۸/۱۱	۳/۷۸	۰/۶۸	۰/۴۹
	ملاقات کننده ندارد	۸/۶۵	۴/۸۵		
اختلال کارکرد اجتماعی	ملاقات کننده دارد	۸/۰۴	۳/۱۴	۱/۷۷	۰/۷
	ملاقات کننده ندارد	۹/۱۰	۳/۶۱		

گروه ۶۰ تا ۷۰، ۷۰ تا ۸۰ و ۸۰ به بالا) پس از تأیید برابری واریانس، از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه (ANOVA) استفاده شد (جدول ۴).

میانگین نمرات سالمندان مقیم سرای سالمندان در زیر مقیاس‌های سلامت عمومی بر اساس داشتن یا نداشتن، ملاقات برابر بود (جدول ۳). برای بررسی تأثیر متغیر سن بر زیر مقیاس‌های سلامت عمومی در شرکت کنندگان مقیم سرای سالمندان (سه

جدول ۴: نتایج آزمون (ANOVA) برای مقایسه زیر مقیاس‌های سلامت عمومی به تفکیک گروه‌های سنی در سالمندان مقیم سرای سالمندان

متغیر	مجموع مجزورات	مجدور میانگین	F	سطح معناداری
نشانه‌های افسردگی	۱۳۶/۶۰	۶۸/۳۰	۲/۷۵	۰/۰۷
نشانه‌های جسمانی	۱/۰۴	۰/۵۲	۰/۰۹	۰/۶۳
نشانه‌های اضطراب	۲/۱۰	۱/۱۰	۰/۰۳	۰/۸۹
اختلال کارکرد اجتماعی	۸۰/۳۰	۴/۱۵	۳/۶۵	۰/۰۴ *

* $P < 0.05$

نتایج حاکی از تأثیر سن بر زیر مقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی بود. که به منظور بررسی دقیق‌تر از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد (جدول ۵).

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی شفه برای مقایسه میانگین اختلال کارکرد اجتماعی در سالمندان مقیم به تفکیک گروه‌های سنی

گروه	سال ۶۰-۷۰ (۱)		سال ۷۰-۸۰ (۲)		سال ۸۰ و بالاتر (۳)		مقایسه شفه
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
اختلال کارکرد اجتماعی	۷/۷۴	۳/۱۷	۸/۴۶	۳/۴۰	۱۰/۰۹	۳/۳۲	$3^* > 1=2$

* $P < 0.01$

مقیم سرای سالمندان را بیشتر گزارش کردند (۱۵). به نظر می‌رسد در تفسیر این نتایج احتیاط بیشتری لازم است، چرا که در ایران مفهوم سرای سالمندان برای تمام مفاهیم آن، نظیر خانه مسکونی، خانه پرستاری و خانه مراقبت و... به کار برده می‌شود، که هر یک از این مکان‌ها شرایط ویژه و خاص خود را داراست و شرایط و امکانات آنان در مقایسه با مواردی که در کشورهای صنعتی وجود دارد، قابل مقایسه نیست.

یافته‌های پژوهش نشان داد که نشانه‌های افسردگی، نشانه‌های جسمانی و اختلال در کارکرد اجتماعی سالمندان مقیم در مراکز نگهداری بیشتر از سالمندان جامعه است. نتایج در راستای یافته‌های مطالعاتی است که براین نتیجه تأکید دارد (۸، ۱۵). ساکنین مقیم در سرای سالمندان به دلیل قطع ارتباطات اجتماعی قبلی و 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 و برعکس سالمندانی که در خانواده خود یا بین فرزندان زندگی می‌کنند در مقایسه با افرادی که در خانه سالمندان روزگار می‌گذرانند، خویشتر پنداری مثبت‌تر و نشانه‌های افسردگی کمتری دارند.

اختلال در کارکرد اجتماعی در گروه سالمندان بالای ۸۰ سال ($M=10/9$) به طور معناداری بیشتر ($P < 0.01$) از گروه سنی ۶۰-۷۰ سال ($M=7/74$) بود. تفاوت معنادار آماری بین گروه بالای ۸۰ سال و گروه ۷۰ الی ۸۰ سال وجود نداشت.

بحث

براساس یافته‌های پژوهش، میزان سلامت عمومی در بین سالمندان جامعه، بیشتر از سالمندان مقیم سرای سالمندان بود. در راستای یافته‌های پژوهشی همتی و همکاران (۱۳۸۸)، کوانگ و یانگ (۲۰۰۳)، پاشا و همکاران (۱۳۸۶) و هان و یون (۲۰۰۱) است که سلامت عمومی سالمندان مقیم سرای سالمندان را نسبت به هم‌تایان خود که در خانواده زندگی می‌کنند، کمتر بدست آوردند (۱۴، ۱۳، ۹، ۸). در تبیین این یافته‌ها، می‌توان به از دست دادن چتر حمایتی و عاطفی خانواده، کاهش در روابط اجتماعی گذشته و تغییر در روش زندگی سالمندانی اشاره کرد که به سرای سالمندان سپرده می‌شوند و کنترل کمی بر زندگی خود دارند (۷).

سهرابی و همکاران (۱۳۸۷) در پژوهش خود به نتایجی مغایر با نتیجه پژوهش حاضر دست یافتند و سلامت عمومی سالمندان

نتیجه گیری

جامعه ایران رو به سالمندی است و سپردن سالمندان به مؤسسات، هر روز بیش از گذشته مورد پذیرش قرار می‌گیرد. اما نتایج پژوهش‌ها حاکی از سلامت عمومی بیشتر سالمندانی است که در خانواده زندگی می‌کنند، بنابراین پیشنهاد می‌شود 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 نگهداری و پاسداشت سالمندان در خانواده تأکید دارند، بهره گرفت. و نیز اقدامات و تسهیلات لازم در جهت ارتقاء سلامت روانی و عمومی برای سالمندان ساکن مراکز باید مورد توجه قرار گیرد.

از آنجا که سالمندان مقیم مراکز نگهداری غالباً افرادی هستند که همسرانشان فوت کرده یا از آنها جدا زندگی می‌کنند، اثر این عامل می‌تواند بر کاهش سلامت عمومی و زیر مقیاس‌های آن در جامعه سالمندان مقیم سرای سالمندان تأثیرگذار باشد، که این مسئله از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بود.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد در سالمندان مقیم مراکز نگهداری بین زنان و مردان از نظر نشانه‌های افسردگی، نشانه‌های جسمانی و اضطراب تفاوت معنی داری وجود ندارد که همسو با یافته‌های وینینگ هام و پیک (۲۰۰۷) و سهرابی و همکاران (۱۳۸۷) است (۱۵، ۷). برابری نشانه‌های افسردگی و اضطرابی در مردان و زنان مقیم سرای سالمندان، شاید به دلیل اثرگذاری یکسان منابع متفاوت اضطراب آور و افسرده ساز در دو جنس باشد. نتایج برخی پژوهش‌ها حاکی از وجود تفاوت در میزان نشانه‌های افسردگی در مردان و زنان سالمند است (۱۹، ۱۸، ۶).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که ملاقات از افراد سالمند مقیم مراکز نگهداری بر زیرمقیاس‌های سلامت عمومی، اثر گذار نبوده است و سالمندانی که ملاقات کننده داشته‌اند با افرادی که در طی یک سال اخیر زندگی در سرای سالمندان هیچ گونه ملاقات کننده‌ای نداشته‌اند از نظر زیرمقیاس‌های سلامت روانی یکسان بودند. در تبیین این نتیجه می‌توان اشاره کرد که ملاقات‌های گاه گاهی که در سرای سالمندان صورت می‌گیرد، نمی‌تواند در جهت تأمین سلامت روانی سالمندان مؤثر باشد.

Archive of SID

REFERENCES

منابع

1. WHO. Aging and life course. 2008. Available From: <http://www.who.int/ageing/en/>.
۲. اورباج آ. مشاوره با سالمندان. خدابخشی کولانی آ. چاپ اول. تهران: انتشارات جنگل. ۱۳۸۷.
۳. دادخواه ا. سیستم خدمات ویژه سالمندی در کشورهای امریکا و ژاپن و آرایه‌ی شاخص‌هایی جهت تدوین برنامه راهبردی خدمات سالمندی در ایران. فصلنامه سالمند ۱۳۸۶؛ (۳) ۲: ۱۷۶-۱۶۶.
4. British association for counseling and psychology and psychotherapy 2006.
5. Fuintes k, Cox JB. prevalence of anxiety disorders in elderly adults: A critical analysis. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry 1997; 28: 269-279.
6. Jones ED, Beck-Little R. The use of reminiscence therapy for the treatment of depression in rural-dwelling older adults. Issues in Mental Health Nursing 2002 ; 23: 279-290.
7. Winingham RG, Pike NL. A cognitive intervention to enhance institutionalized older adults' social support networks and decrease loneliness. Aging & Mental Health 2007; 11(6): 716-721.
۸. همتی علمدارلو ق، دهشیری غ، شجاعی س، حکیمی راد ا. مقایسه احساس تنهایی و سلامت عمومی در سالمندان ساکن خانواده و سرای سالمندان مناطق شمال شهر تهران. فصلنامه سالمند ۱۳۸۸؛ (۸) ۳: ۵۶۳-۵۵۷.
9. Kwang YS, yung GM. A study on the health statue and the needs of health- related services of Female elderly in an; urban – rural combined city korea. Community Health Nursing Academic Society 2003; 17: 47-57.
10. Sun WP. State and policy issues of home aged welfare service. Journal of the Korea Deontological society 2001; 4: 29-33.
11. Asakawa K, Feeny D, Senthilselvan A, Johnson J A, Rolfson D. Social Science & Medicine 2009; 69, 345-353.
۱۲. ملکوتی س، میراب زاده آ، فتح الهی پ، صلواتی م، کهنانی ش، افخم ابراهیمی ع و دیگران. بررسی اعتبار، روایی، تحلیل عاملی مقیاس سلامت عموم (GHQ) فرم ۲۸ سوالی در سالمندان ایرانی. فصلنامه سالمند ۱۳۸۵؛ ۱ (۱): ۱۱-۱۲.
۱۳. پاشا غ، صفرزاده ص، مشاک ر. مقایسه سلامت عمومی و حمایت اجتماعی بین سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان ساکن در خانواده. فصلنامه خانواده پژوهی ۱۳۸۶؛ (۹) ۳: ۵۱۷-۵۰۳.
14. Han GH, yoon SD. Living arrangements and psychological well- being of the rural elderly in Korea. Journal of the Korea Deontological Society 2001; 24: 578.
۱۵. سهرابی م، ذولفقاری پ، مهدی زاده ف، آقایان س، قاسمیان آق مشهدی م، شریعتی ز و همکاران. بررسی مقایسه‌ای وضعیت شناختی و افسردگی سالمندان مقیم سرای سالمندان و ساکن منازل شخصی. مجله دانش و تندرستی ۱۳۸۷؛ (۲) ۳: ۳۱-۲۷.
16. Riley MW, Foner A. Aging and peer relation in children. Current Directions in psychological science 2003; 12: 75-18
17. Karel MJ, Oland – Hand S, Gatz M, Vnutzer j. Assessing and treating late – life depression: A core book and resource quid. New York ; 2002.
۱۸. یزدخواستی ف. بررسی اختلالات افسردگی و شناختی سالمندان و ارتباط آنها با یکدیگر. تازه‌های علوم شناختی ۱۳۸۸؛ (۴) ۱۱: ۱۲-۱۷.
19. Asher SR, Paquette JIA. Loneliness and Peer relations in childhood. Current Directions in psychological Science 2003; 12: 75-78.
20. Cacioppo JT. Loneliness with anemologicalment: An evolution any perspective. Journal of research in personality 2006 ; 40: 1054- 1058.