



بررسی ارتباط افسردگی و کیفیت زندگی در سالمندان مقیم و غیرمقیم سرای سالمندان شهرستان شاهرود

مهدی صادقی^۱، میلاد بازقلعه^{۲*}

۱- دانشگاه علوم پزشکی شاهرود- کارشناسی ارشد پرستاری- مری.

۲- دانشگاه علوم پزشکی شاهرود- دانشکده پرستاری و مامایی- گروه پرستاری- عضو هیئت علمی.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۵/۲۴، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱/۲۰

چکیده

مقدمه: افزایش سریع تعداد سالمندان در کشور مسأله نگران‌کننده‌ای برای تأمین نیازهای این گروه سنی در زمینه‌های بهداشت، سلامت و رفاه آنان به حساب می‌آید. در این میان اقامت سالمندان در سراهای سالمندان نیز پدیده‌ای است که رو به افزایش بوده و اثرات این پدیده بر سلامت جسمی و روانی سالمندان غیرقابل انکار است. هدف از این مطالعه تعیین ارتباط افسردگی و کیفیت زندگی سالمندان مقیم و غیرمقیم سرای سالمندان می‌باشد.

مواد و روش‌ها: در مطالعه تحلیلی- مقطعی حاضر تعداد ۳۱۵ نفر از سالمندان انتخاب شدند بدین صورت که ۸۰ نفر از ساکنان خانه سالمندان شهرستان شاهرود (۲۵/۳۹٪) و همچنین ۲۳۵ نفر سالمندان غیرمقیم (جامعه) (۷۴/۶۱٪) به شیوه نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس در سال ۱۳۹۳ انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، فرم کوتاه افسردگی سالمندان (GDS) جهت تعیین افسردگی و پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 (فرم کوتاه) برای مقیاس کیفیت زندگی بود که از طریق مصاحبه چهره به چهره با سالمندان تکمیل گردید. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS انجام گرفت.

نتایج: میانگین سن سالمندان مورد پژوهش در گروه سالمندان مقیم سرای سالمندان (۶۷/۳۸) و غیرمقیم (۶۶/۱۷) بود. همچنین سطح نمره افسردگی هر دو گروه در حد متوسط قرار داشت. ارتباط معنادار و همبستگی مثبت بین ابعاد جسمی و روانی و نمره کل کیفیت زندگی با نمره افسردگی سالمندان مقیم سرای سالمندان وجود داشت ($P=0/003$) ولی در سالمندان غیرمقیم و همچنین در مجموع سالمندان ارتباط معنادار بین متغیرهای ذکر شده وجود نداشت ($P=0/33$).

نتیجه‌گیری: باتوجه به نتایج این مطالعه تأثیر منفی سکونت سالمندان در مراکز نگهداری بر بسیاری از جوانب زندگی این افراد مشخص شد و تشویق هر چه بیشتر خانواده‌های دارای سالمند به نگهداری آنان تحت حمایت خود به‌عنوان بهترین راه پیشگیری از بسیاری از مشکلاتی که ممکن است برای آنها رخ دهد، پیشنهاد می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، افسردگی، سرای سالمندان، سالمندان.

*نویسنده مسئول: شاهرود، میدان هفتم تیر، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شاهرود، تلفن: ۰۹۱۹۳۹۳۸۲۷۰، نامبر: ۰۲۳-۳۲۳۹۴۸۰۰ Email:

moz1756_1791@yahoo.com

ارجاع: صادقی مهدی، بازقلعه میلاد. بررسی ارتباط افسردگی و کیفیت زندگی در سالمندان مقیم و غیرمقیم سرای سالمندان شهرستان شاهرود. مجله دانش و تندرستی ۱۳۹۶؛ ۱۲(۱): ۸-۱۵.

مقدمه

برای تعریف سالمندی باید علاوه بر سن تقویمی، توانمندی‌های ذهنی و وضعیت اقتصادی-اجتماعی به مسایل دیگری نظیر فیزیولوژیک، ژنتیک و پویایی روانشناختی نیز اهمیت داد. به همین جهت برای تعریف سالمندی نمی‌توان صرفاً به سن اتکا نمود (۱). جمعیت سالمندان جهان به‌خصوص در کشورهای در حال توسعه در حال افزایش است. امروزه حدود دوسوم کل سالمندان در این کشورها زندگی می‌کنند و تا سال ۲۰۲۵ این آمار به ۷۵ درصد خواهد رسید (۲). با توجه به افزایش جمعیت این گروه سنی، سازمان بهداشت جهانی، قرن حاضر را برای سالمندان نامگذاری کرده است. حتی شعار سال ۲۰۱۲ را "سلامت و سالمندی" قرار داده است و در کشورهای پیشرفته بیشترین مشکلات روبروی سیستم‌های بهداشتی، مربوط به این قشر از جامعه است (۳ و ۴).

ایران نیز از این رشد جمعیت گروه سالمندان بی‌بهره نیست و طبق آمار سازمان ملل در سال ۲۰۰۶ تعداد افراد سالمند بالای ۶۰ سال در ایران شش درصد از کل جمعیت این کشور را تشکیل می‌دادند یعنی جمعیتی معادل چهار میلیون و ۵۶۲ هزار نفر و براساس پیش‌بینی این سازمان این رقم تا سال ۲۰۵۰ به ۲۶ میلیون و ۳۹۳ هزار نفر خواهد رسید که جمعیتی معادل ۲۶ درصد از کل جامعه می‌باشد (۵). با توجه به افزایش سریع تعداد سالمندان، مسأله بهداشت، سلامت و تأمین آسایش و رفاه آنان در جامعه، هر روز ابعاد تازه و گسترده‌تری پیدا می‌کند. چرا که امروزه دیگر تنها زنده ماندن مهم نیست بلکه زندگی کردن با کیفیت بهتر است و سلامت در کیفیت زندگی نقش تعیین‌کننده‌ای دارد. به عبارتی شاید بتوان گفت مهمترین عامل تعیین‌کننده کیفیت زندگی افراد سالمند، سلامتی است. سلامت براساس ابعاد خاصی تحلیل شده که عبارت از سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی می‌باشد (۶-۸).

بیماری‌های روانپزشکی بیش از هر چیز دیگر سلامت انسان را در بعد روانی مورد تهدید قرار داده‌اند و از میان اختلالات روانی، افسردگی شایع‌ترین مشکلی است که در سالمندان دیده می‌شود (۹). شیوع افسردگی به‌صورت فزاینده‌ای در بین سالمندان در حال گسترش است و تهدیدکننده سلامت سالمندان است و علی‌رغم این شیوع بالا، در اغلب موارد به آن توجه لازم نمی‌شود و در صورت عدم درمان و پیشگیری از آن عواقب شدیدی به همراه خواهد داشت. به‌عنوان مثال اختلالات خلقی بالاخص افسردگی از عوامل خطر در خودکشی سالمندان به حساب می‌آیند (۱۰).

در ایران مطالعات محدودی بر روی سلامت روان سالمندان صورت گرفته است. مطالعات انجام شده در این زمینه نشان می‌دهد که بیش از یک سوم از سالمندان ساکن در خانه‌های سالمندان در تهران به انواع

افسردگی مبتلا هستند و در اصفهان این رقم به بیش از ۸۰ درصد می‌رسد (۱۱). همچنین در بوشهر بیش از دو سوم سالمندان به این اختلال مبتلا می‌باشند (۱۲). لازم به ذکر است که در مطالعات اخیر نیز باز هم میزان افسردگی در سالمندان ایرانی نسبت به کشورهای یونان، هنگ کنگ و چین بالاتر گزارش شده است (۱۱ و ۱۲).

نیازی به توضیح نیست که محل زندگی یکی از عوامل اصلی تعیین‌کننده وضع سلامت روانی بوده و به این جهت محل زندگی سالمندان چه خانه و چه مرکز نگهداری نقش غیرقابل انکاری در کیفیت زندگی آنها دارد. عقیده عموم بر این است که زندگی در مراکز نگهداری عاملی جهت افت سطح کیفیت زندگی می‌باشد. به این جهت لازم است کیفیت زندگی سالمندان ساکن در خانه‌های خود و آنهایی که در سرای سالمندان زندگی می‌کنند مورد بررسی بیشتری قرار گیرد (۱۳). به‌خصوص که در کشور ما سرای سالمندان از نگاه عموم جامعه به‌عنوان نشانه‌ای از انزوا می‌باشد و از دید سالمندان بیانگر تمایل جامعه به طرد آنان است (۱۱).

سالمندانی که در آسایشگاه‌های شبانه‌روزی زندگی می‌کنند اغلب با مسائلی مانند دل‌تنگی، تنهایی، بی‌پناهی و ناامیدی دست و پنجه نرم می‌کنند و این مسائل، اصلی‌ترین عوامل خطر ایجاد اختلال روانی می‌باشد بنابراین بجاست اگر عنوان شود که سالمندی و محیط خانه‌های سالمندان، مسئول ایجاد و تشدید اختلالات روانی بالاخص افسردگی هستند (۱۴ و ۱۵).

با توجه به اهمیت موضوع و مطالب گفته شده و اثر غیر قابل انکار این افسردگی بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی سالمندان بالاخص سلامت روان تلاش شد تا با انجام این مطالعه میزان بروز افسردگی در سالمندان مقیم و غیرمقیم سرای سالمندان تعیین و ارتباط آن با کیفیت زندگی مورد بررسی قرار گیرد.

مواد و روش‌ها

در مطالعه تحلیلی-مقطعی حاضر تعداد ۸۰ نفر از سالمندان ساکن در تنها خانه سالمندان شهرستان شاهرود و همچنین ۲۳۵ نفر سالمندان غیرمقیم (جامعه) به شیوه نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس و براساس مشخصات مورد نظر پژوهشگر از میان جامعه پژوهش که سالمندان شهر شاهرود می‌باشند، مطابق فرمول زیر و با توجه به این که در مطالعه انجام شده توسط قرنجیک میزان بروز افسردگی در سالمندان ۶۵ درصد بیان شده بود (۱۶) حجم نمونه انتخاب شد و مورد بررسی قرار گرفتند ($d=0/05$, $\alpha=0/05$, $P=0/65$). انتخاب شدند و مورد بررسی قرار گرفتند.

$$n = \frac{(z_{1-\alpha/2})^2 P(1-P)}{d^2}$$

درمانی و بهداشتی، پارک‌ها و مساجد جهت سالمندان غیرمقیم سرای سالمندان انتخاب شدند. روش میانگین سن در سالمندان مقیم سرای سالمند $67/38 \pm 5/18$ و در سالمندان غیرمقیم $66/17 \pm 4/66$ بود. باتوجه به نتایج حاصل از پژوهش حاضر، سن اکثر سالمندان مورد پژوهش در هر دو گروه سالمندان مقیم سرای سالمندان ($73/8\%$) و غیرمقیم ($80/9\%$) در محدوده بین ۶۰ تا ۷۰ سال بود و آزمون T مستقل نشان داد که تفاوت آماری معنی‌داری در میانگین سن واحدهای مورد پژوهش در دو گروه وجود ندارد ($P=0/88$)، بنابراین این دو گروه از نظر سنی همگن بودند. همچنین، از لحاظ جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت شغلی، وضعیت درآمد، وضعیت بیمه، مصرف دخانیات و وضعیت تحرک نیز دو گروه با یکدیگر تفاوت معنی‌دار نداشتند (جدول ۱). در این مطالعه نمرات کیفیت زندگی سالمندان در ابعاد جسمی و روانی در سالمندان مقیم سرای سالمندان به‌طور معنی‌داری با سالمندان غیرمقیم تفاوتی نشان نداد.

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک و ویژگی‌های فردی سالمندان به تفکیک محل زندگی

P.V	گروه سالمندان		مشخصات دموگرافیک
	مقیم سرای سالمندان	غیرمقیم	
			جنسیت
			مرد
۰/۷۰	۱۰۷(۴۵/۵۳)	۳۹(۴۸/۷۵)	زن
			میانگین سن
۰/۰۶	۱۲۸(۵۴/۴۷)	۴۱(۵۱/۲۵)	وضعیت تأهل
			متأهل
۰/۶۹	۶۶/۱۷	۶۷/۳۸	بیوه
			تحصیلات
			زیر دیپلم
۰/۷۶	۱۷۷(۷۵/۳۲)	۴۳(۵۳/۷۵)	دیپلم و بالاتر
			اشتغال
			شاغل
۰/۳۴	۵۸(۲۴/۶۸)	۳۷(۲۵/۴۸)	بیکار، خانه‌دار، بازنشسته
			درآمد
			کفایت
۰/۲۴	۱۳۵(۵۷/۴۵)	۴۵(۵۶/۲۵)	عدم کفایت
			وضع بیمه
			دارد
۰/۲۵	۲۲۷(۹۶/۵۹)	۷۷(۹۶/۲۵)	ندارد
			مصرف دخانیات
			دارد
۰/۸۰	۸(۳/۴۱)	۳(۳/۷۵)	ندارد
			وضعیت تحرک
			نرمش ورزش منظم
۰/۲۳	۲۸(۱۶/۱۷)	۱۳(۱۶/۲۵)	تحرک شغلی و خانگی
			بی‌تحرک
	۷۳(۳۱/۰۶)	۲۰(۲۵/۰)	
	۱۳۳(۵۶/۶۰)	۵۰(۶۲/۵)	
	۲۹(۱۲/۳۴)	۱۰(۱۲/۵)	

معیار ورود افراد به مطالعه در این پژوهش شامل: نداشتن بیماری شناخته شده مزمن جسمی و روانی، سن بالای ۶۰ سال، توانایی برقراری ارتباط، تمایل و رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه بودند. در مطالعه حاضر، پژوهشگر با آگاهی از ماهیت مطالعه، به محیط‌های پژوهش جهت نمونه‌گیری (خانه سالمندان جهت سالمندان مقیم سرای سالمندان و مراکز درمانی و بهداشتی، پارک‌ها و مساجد جهت سالمندان غیرمقیم سرای سالمندان) مراجعه نمود. پس از تشریح اهداف مطالعه برای سالمندان و کسب اطمینان جهت محرمانه ماندن اطلاعات آنان، از طریق مصاحبه چهره به چهره، پرسشنامه‌ها تکمیل گردید. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل متغیرهای سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت شغلی، سطح درآمد، وضعیت بیمه، مصرف دخانیات و وضعیت تحرک بود.

جهت تعیین افسردگی از فرم کوتاه افسردگی سالمندان (Geriatric GDSdepression scale) استفاده گردید. که شامل ۱۵ سؤال است و بین صفر تا ۱۵ امتیاز نمره‌دهی می‌شود و امتیاز کمتر یا مساوی ۵ بیانگر وضعیت طبیعی، بین ۵ تا ۱۰ بیانگر افسردگی متوسط و بیشتر از ۱۰ نشان‌دهنده افسردگی شدید می‌باشد. روایی و پایایی این فرم توسط ملکوتی و همکاران در سال ۱۳۸۵ تعیین شده است (ضریب آلفا کرونباخ برابر ۰/۹۲ بود) (۱۶).

برای بررسی کیفیت زندگی از پرسشنامه کیفیت زندگی SF36 (فرم کوتاه) استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۳۶ آیتم مربوط به ۸ بعد: (۱) عملکرد فیزیکی (۱۰ آیتم)، (۲) عملکرد اجتماعی (۲ آیتم)، (۳) محدودیت نقش به‌علت مشکلات فیزیکی یا جسمی (۴ آیتم)، (۴) محدودیت نقش به‌علت مشکلات روحی-روانی (۳ آیتم)، (۵) وضعیت ذهنی (۵ آیتم)، (۶) انرژی/زنده‌دلی (۴ آیتم)، (۷) درد جسمانی (۲ آیتم) و (۸) درک سلامت عمومی (۵ آیتم) و یک آیتم جداگانه مربوط تغییرات سلامتی نسبت به سال گذشته می‌باشد. پایایی این ابزار در ایران توسط منتظری و همکاران با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ ۹۰-۷۷٪ گزارش شده است (۱۷).

اطلاعات موردنظر پس از جمع‌آوری، طبقه‌بندی و سپس با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (آزمون‌های آماری کای مجذور، تی مستقل، ضریب همبستگی پیرسون، واریانس یکطرفه) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. آزمون‌های مذکور توسط نرم‌افزار SPSS انجام شد.

نتایج

از تعداد ۳۱۵ نفر سالمند شرکت‌کننده در تحقیق تعداد ۸۰ نفر (۲۵/۴۰٪) از سالمندان مقیم سرای سالمندان و تعداد ۲۳۵ نفر (۷۴/۶۰٪) و سالمندان غیرمقیم که به‌صورت غیر تصادفی از مراکز

گروه سالمندان غیرمقیم بین بعد روانی کیفیت زندگی و افسردگی رابطه معنی‌دار آماری به چشم می‌خورد ($P=0/005$) ولی در سالمندان این گروه میان بعد جسمانی و همچنین در مجموع سالمندان، ارتباط معنادار بین متغیرهای ذکر شده مشاهده نگردید ($P=0/33$).

بحث

در مطالعه حاضر تفاوت معنادار از لحاظ نمره کیفیت زندگی در ابعاد کلی جسمی و روانی در دو گروه مقیم و غیرمقیم سرای سالمندان، وجود نداشت. مطالعات مختلف انجام شده در ایران نشان داده است که کیفیت زندگی در سالمندان گروه ساکن نسبت به گروه غیر ساکن خانه سالمندان مطلوب‌تر بوده و بین آنها تفاوت معنی‌دار وجود دارد (۱۸). در مطالعه جدیدی که در آسایشگاه کهریزک انجام شده میانگین امتیاز کیفیت کلی زندگی با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی SF36 برابر با ۵۵/۳ بود که از این بابت مشابه میانگین سالمندان مقیم در مطالعه حاضر (میانگین ۵۲/۵) بوده است (۱۹). این در حالی است که در استان زاهدان که از لحاظ اقتصادی اجتماعی در سطح پایین‌تری قرار دارد، این میانگین به ۴۱/۷ می‌رسد (۲۰). در روستاهای استان بوشهر نیز که مانند استان زاهدان در سطح رفاهی پایین قرار دارد نمره کیفیت زندگی سالمندان به ۳۳/۸۸ می‌رسد (۲۱).

نمرات برخی از ابعاد کیفیت زندگی در این مطالعه با برخی مطالعات در سایر کشورها قابل مقایسه است. به‌عنوان مثال در مطالعه‌ای که در کشور نروژ انجام شد عملکرد اجتماعی و عاطفی سالمندان مقیم به‌ترتیب ۷۳ و ۷۱ بود. در حالی که در این مطالعه ۵۴ و ۵۱ گزارش شده است. البته تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی و اقتصادی در این دو مطالعه قابل توجه است (۲۲).

در مطالعه حاضر، اگرچه سطح کلی کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری نداشت اما هر دو گروه سالمندان در بعد روانی و جسمانی کیفیت زندگی، امتیاز کمتر از ۶۰ کسب کردند و این مسأله اهمیت پرداختن به وضعیت کیفیت زندگی سالمندان را بیش از پیش نمایان می‌سازد. ارتقاء سلامت با حفظ استقلال در فعالیت‌های روزانه و فعالیت‌های شناختی مطلوب آنها و ادامه زندگی به‌صورت فعال مربوط می‌شود. با افزایش سن، اختلال عملکرد جسمانی بیشتر می‌گردد و اثرات منفی آن بر توانایی حفظ استقلال، در کاهش کیفیت زندگی سالمندان تأثیرگذار می‌باشد و این کاهش استقلال در خانه‌های سالمندان مشهودتر است (۲۳).

سالمندانی که در خانه‌های خود زندگی می‌کنند از کیفیت زندگی و سلامت روان مطلوب‌تری نسبت به سالمندان آسایشگاه‌ها برخوردارند. این افراد توانایی عملکرد ذهنی بهتری دارند و مشکلات کمتری در فعالیت‌های روزمره زندگی خود گزارش کرده‌اند. سالمندان ساکن منزل به‌دلیل برخورداری از شبکه اجتماعی غنی‌تری از نظر ارتباطات

جدول ۲- مقایسه میانگین نمره افسردگی و کیفیت زندگی در سالمندان مقیم و غیرمقیم سرای سالمندان

گروه	مقیم (mean±SD)	غیرمقیم (mean±SD)	P.V
نمره افسردگی	۸/۵۰±۳/۲۱	۷/۷۱±۲/۹۴	t=-۱/۹۳ p=۰/۰۶
بعد جسمانی کیفیت زندگی	۵۳/۲۵±۱۳/۲۸	۵۶/۵۴±۱۳/۴۲	t=۱/۹۱ p=۰/۰۶
بعد روانی کیفیت زندگی	۵۵/۵۵±۱۸/۶۷	۵۱/۶۱±۱۶/۲۳	t=۱/۳۱ p=۰/۰۷

جدول ۳- نمرات افسردگی در سالمندان مقیم و غیرمقیم سرای سالمندان

نمره افسردگی	غیرمقیم تعداد (درصد)	مقیم تعداد (درصد)	کل (درصد)
خفیف	۹۲ (۳۹/۱)	۴ (۵/۰)	۹۶ (۳۰/۴۷)
متوسط	۱۲۲ (۵۱/۸)	۵۲ (۶۵/۰)	۱۷۴ (۵۵/۲۴)
شدید	۲۱ (۸/۹)	۲۴ (۳۰/۰)	۴۵ (۱۴/۲۹)

جدول ۴- ارتباط افسردگی و کیفیت زندگی در سالمندان مقیم و غیرمقیم سرای سالمندان

ضریب همبستگی پیرسون (نمره کیفیت زندگی)	افسردگی	
	مقیم (n=۸۰)	غیرمقیم (n=۲۳۵)
بعد جسمانی کیفیت زندگی	r=۰/۴۸ P=۰/۰۰۱	r=-۰/۰۶ P=۰/۰۳۳
	بعد روانی کیفیت زندگی	r=۰/۳۳ P=۰/۰۰۳
نمره کل		r=۰/۴۱ P<۰/۰۰۱

باتوجه به جدول ۲، سطح نمره کیفیت زندگی و سطح نمره افسردگی سالمندان آورده شده است که در خصوص میزان افسردگی در سالمندان مقیم ۸/۵۰±۳/۲۱ و در سالمندان غیرمقیم ۷/۷۱±۲/۹۴ بود. به عبارت دیگر سالمندان مورد مطالعه از افسردگی متوسط رنج می‌برند.

همچنین در مطالعه حاضر (۹۶/۳۰٪) از سالمندان دچار افسردگی خفیف و (۴۵/۱۴/۳٪) از سالمندان به افسردگی شدید دچار بودند. اما تفاوت چشمگیر میزان افسردگی شدید در دوگروه قابل توجه است. بدین صورت که (۲۴) ۳۰٪ از سالمندان مقیم سرای سالمندان دچار افسردگی شدید هستند. اما این میزان برای سالمندانی که در خانه خود زندگی می‌کنند به کمتر از (۲۱) ۹٪ می‌رسد (جدول ۳).

جدول ۴، نشان می‌دهد که ارتباط معنادار و همبستگی مثبت بین ابعاد جسمی و روانی و نمره کل کیفیت زندگی با نمره افسردگی سالمندان مقیم سرای سالمندان وجود دارد ($P=0/001$) همچنین در

افسردگی که بزرگ‌ترین مشکل روانی و پیامد جدی و خطرناک اینگونه عواطف است می‌شوند. سالمندان افسرده معمولاً از کیفیت زندگی خود راضی نیستند و نمره پایینی را در کیفیت زندگی می‌کنند (۴۴). در مطالعات دیگری نیز ارتباط منفی و معنی‌داری بین کیفیت زندگی کلی با مقیاس افسردگی وجود داشت (۱ و ۲). این نتایج نشان می‌دهد که باید اقداماتی جهت افزایش سطح نشاط و شادابی در زندگی سالمندان صورت گیرد تا به این ترتیب کیفیت زندگی این قشر از جامعه ارتقاء یابد.

سالمندانی که در خانه‌های خود زندگی می‌کنند به‌خاطر بهره‌مندی از عملکرد مستقل، انجام فعالیت‌های روزمره اجتماعی، داشتن احساس ذهنی مثبت و نگرش بهتر نسبت به فرآیند سالمندی، از سلامت روان بهتری نسبت به سالمندان آسایشگاه‌ها برخوردارند. سالمندان ساکن در منزل از نظر احساس ذهنی و تعداد مشکلات موجود در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی نسبت به سالمندان ساکن سرای سالمندان، توانایی عملکرد بهتر و شبکه اجتماعی غنی‌تری داشته و از نظر ارتباطات اجتماعی رضایتمندی بیشتری دارند (۲۴ و ۴۷-۴۹).

علاوه بر این سالمندان ساکن سرای سالمندان مشکلات بهداشتی بیشتری دارند و توانایی آنها در مراقبت از خود محدودتر می‌شود، نبودن همسر و سایر اعضای خانواده که می‌توانند حمایت‌های غیررسمی را برای سالمندان فراهم آورند و نیازهای او را برطرف کنند یکی از مهمترین عوامل سکونت سالمندان در مراکز نگهداری است (۴۵، ۴۶ و ۵۰).

به هر جهت، جمعیت سالمندان کشور روبه افزایش است و این افزایش جمعیت با بیماری‌های خاص این دوران همراه بوده و علاوه بر آن نباید از تغییرات بنیادی ساختار جامعه و خانواده‌ها غافل شد و این مسائل اهمیت بررسی و پایش ابعاد مختلف سلامتی این گروه از جامعه را نشان می‌دهد. تغییراتی که امروزه در ساختار خانواده‌ها به چشم می‌خورد باعث شده است که خانواده نتواند نقش اساسی حمایتی خود را ایفا کند و در نتیجه نیاز به خدمات سازمان‌های دولتی و غیردولتی بیش از پیش احساس گردد. اگر نیاز است که زندگی سالمند در مراکز غیر از خانواده ادامه پیدا کند باید اقداماتی در جهت بهبود کیفیت این مراکز و جنبه‌های مختلف زندگی سالمندان مقیم آن صورت گیرد.

باتوجه به نتایج مطالعه حاضر، تأثیر منفی سکونت سالمندان در مراکز نگهداری بر بسیاری از جوانب زندگی این افراد مشخص گردید و مسلماً تشویق هر چه بیشتر خانواده‌های دارای سالمند به نگهداری آنان تحت حمایت خود، یکی از بهترین راه‌های پیشگیری از بسیاری از مشکلاتی است که ممکن است برای آنها رخ دهد. لذا لازم است که ساز و کارهای موردنیاز جهت چنین امری توسط مسئولین ذیربط در

اجتماعی، رضایتمندی بیشتری دارند (۲۴ و ۲۵). بسیاری از مطالعات تصریح می‌کنند که حمایت اجتماعی یک عامل تأثیرگذار در کیفیت زندگی سالمندان می‌باشد (۲۶ و ۲۷). به‌طور قطع همسر، فرزندان، دوستان و خویشاوندان، منبع غیرقابل انکار حمایت اجتماعی می‌باشند و سالمندانی که نمی‌توانند به تنهایی زندگی کنند و در عین حال از حمایت‌های خانواده نیز بی‌بهره هستند، کیفیت زندگی بسیار پایینی دارند (۲۸ و ۲۹).

در مطالعه حاضر، بین دو گروه سالمندان مقیم و غیرمقیم از لحاظ نمره افسردگی، اختلاف معنی‌دار آماری وجود نداشت. هرچند نتایج مطالعه حاضر از بالاتر بودن نمره افسردگی در سالمندان مقیم نسبت به غیرمقیم سرای سالمندان حکایت دارد. در سایر مطالعات نیز مشخص شده است که سالمندان مقیم مراکز مراقبتی به‌طوری معنی‌دار کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به سالمندانی که در محیط خانواده زندگی می‌کنند، دارند (۱۹، ۳۰ و ۳۱). نتایج این مطالعه به نوعی با مطالعه مرادی (۱۳۸۹) در شیراز قابل مقایسه می‌باشد که در آن بیش از نیمی از سالمندان دچار افسردگی خفیف و نزدیک ۲۰ درصد نیز دچار افسردگی شدید بودند (۳۲). در مطالعه مرور نظام‌مند جوادپور (۲۰۱۳) هم شیوع افسردگی از ۴/۰ تا ۳۵ درصد در سالمندان در نوسان بود (۳۳). در سایر کشورها نیز در مطالعاتی که در بین سال‌های ۲۰۰۴ تا ۲۰۱۱ انجام شد، نشان‌دهنده شیوع افسردگی بین ۱۶ تا ۲۳ درصد بود (۳۴-۳۹). شایان ذکر است، در کشورهای با سطح اقتصادی پایین‌تر، میزان شیوع بیشتر افسردگی به‌طور محسوسی افزایش می‌یابد. در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۳ در سودان انجام شد، بیش از ۵۰ درصد سالمندان مقیم مرکز سالمندی از افسردگی شدید رنج می‌بردند (۴۰). مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۲ در کشور اردن که فرهنگ تقریباً مشابهی با ایران دارد انجام شده است نیز نشان داد که نزدیک ۶۰ درصد از سالمندان مقیم مرکز نگهداری از سالمندان از افسردگی رنج می‌برند. و میانگین نمره افسردگی (معیار GDS) در آنان ۱۳/۸۹ بود که از نمره سالمندان مقیم در این مطالعه نیز بیشتر است (۴۱ و ۴۲).

البته با در نظر گرفتن عوامل فرهنگی و اجتماعی، در مطالعه علیزاده که در سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۰۷ به بررسی سالمندان ایرانی مقیم استرالیا که شرایط فرهنگی مشابه با مردم ساکن ایران دارند پرداخت، مشخص گردید که ۱۶ درصد از سالمندان نشانه‌های شدید و ۴۴ درصد دچار نشانه‌های متوسط اضطراب و افسردگی بودند (۴۳).

مطالعه حاضر همچنین نشان داد که افسردگی باعث کاهش کیفیت زندگی سالمندان می‌گردد. افسردگی از عمده‌ترین اختلالات دوران سالمندی است که در نتیجه عوامل مختلف مربوط به این مرحله از زندگی رخ می‌دهد. هیجانانگ منفی مثل غم، اضطراب، عزت‌نفس پایین، انزوای اجتماعی و یأس در فرد سالمند، همگی منجر به

14. Jackson DL. Effects of pet-facilitated-therapy on depression of elders in long-term care facilities [dissertation]. 410 Neville St: Mountain State Univ.;2006.
15. Karimi H, Dolatshahee B, Momeni K, Khodabakhshi A, Rezaei M, Kamrani AA. Effectiveness of integrative and instrumental reminiscence therapies on depression symptoms reduction in institutionalized older adults: An empirical study. *Aging Ment Health* 2010;14:881-7.[Persian]. doi: 10.1080/13607861003801037
16. Malakouti SK, Fatollahi P, Mirabzadeh A, Zandi T. Reliability, validity and factor structure of the GHQ-28 used among elderly Iranians. *Int Psychogeriatr* 2007;19:623-34.[Persian]. doi: 10.1017/S1041610206004522
17. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The short form health survey (sf-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res* 2005;14:875-82.[Persian].
18. Mokhtari F, Ghasemi N. Comparison of Elderly Quality of life and mental health living in nursing homes and members of retired club of Shiraz city. *Salmand* 2011;5:0.[Persian].
19. 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. *IJN* 2011;24:48-56.[Persian].
20. Ahmadi F, Salar A, Faghizadeh S. Quality of life in Zahedan elderly population. *Hayat* 2004;10:61-7.[Persian].
21. Farhadi A, Foughan M, Mohammadi F. The quality of life among rural elderly; a cross-sectional study. *Salmand* 2011;6:0.[Persian].
22. Langeland E, Wahl AK. The impact of social support on mental health service users sense of coherence: A longitudinal panel survey. *International Journal of Nursing Studies* 2009;46:830-7 .doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.12.017
23. Barry PP. An overview of special considerations in the evaluation and management of the geriatric patient. *Am J Gastroenterol* 2000;95:8-10 .doi: 10.1111/j.1572-0241.2000.01697.x
24. Albokordi MRM, Orayzi F. The elderly life quality in Shahinshahr city in 2003. *General Physician* 2005;4.
25. Glaesmer H, Riedel-Heller S, Braehler E, Spangenberg L, Luppá M. Age-and gender-specific prevalence and risk factors for depressive symptoms in the elderly: a population-based study. *Int Psychogeriatr* 2011;23:1294-300 .doi: 10.1017/S1041610211000780
26. Fortin M, Bravo G, Hudon C, Lapointe L, Almirall J, Dubois MF, et al. Relationship between multimorbidity and health-related quality of life of patients in primary care. *Qual Life Res* 2006;15:83-91 .doi: 10.1007/s11136-005-8661-z
27. Gallegos-Carrillo K, Mudgal J, Sánchez-García S, Wagner FA, Gallo JJ, Salmerón J, et al. Social networks and health-related quality of life: a population based study among older adults. *Salud Publica Mex* 2009;51:6-13.
28. Drageset J, Eide GE, Ranhoff AH. Anxiety and depression among nursing home residents without cognitive impairment. *Scand J Caring Sci* 2013;27:872-81 .doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01095.x
29. Sato S, Demura S, Kobayashi H, Nagasawa Y. The relationship and its change with aging between ADL and daily life satisfaction characteristics in independent Japanese elderly living at home. *J Physiol Anthropol Appl Human Sci* 2002;21:195-204.
30. Crespy SD, Van Haitsma K, Kleban M, Hann CJ. Reducing depressive symptoms in nursing home residents: evaluation of the pennsylvania depression collaborative quality improvement program. *J Healthc Qual* 2016;38:e76-88 .doi: 10.1097/JHQ.000000000000009
31. Volicer L, Frijters DH, Van der Steen JT. Relationship between symptoms of depression and agitation in nursing home residents with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2012;27:749-54 .doi: 10.1002/gps.2800
32. Moradi F, Joulaei H, Saffari M, Zare N, Zadeh MHF. Prevalence of depression symptoms among the elderly population of southern Iran. *Journal of Health Sciences and Surveillance System* 2013;1:14-8 . [Persian].

نظر گرفته شود و بایستی بیش از مداخلات جسمی به مداخلات روانی پرداخت. به عنوان مثال عواملی مانند زیبایی ظاهری این مراکز یا نزدیکی آنها به شهرها جهت تسهیل دیدار اعضای خانواده با عضو سالمند می‌تواند بسیار مؤثر باشد. با توجه به کمبود حجم نمونه در مطالعه حاضر، انجام مطالعات مشابه با حجم نمونه بیشتر و به خصوص در مناطق روستایی، پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی شاهرود می‌باشد که بدین وسیله از معاونت پژوهشی این دانشگاه به دلیل حمایت مالی و معنوی، مسئولین محترم محیط پژوهش و در نهایت از تمامی سالمندان گرمی که در این طرح ما را یاری فرمودند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

References

1. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and sadocks synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;2011.
2. Ageing WHO, Unit LC. WHO global report on falls prevention in older age: World Health Organization; 2008.
3. Netz Y, Dwolatzky T, Zinker Y, Argov E, Agmon R. Aerobic fitness and multidomain cognitive function in advanced age. *Int Psychogeriatr* 2011;23:114-24 .doi: 10.1017/S1041610210000797
4. Depp CA, Jeste DV. Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006;14:6-20 .doi: 10.1097/01.JGP.0000192501.03069.bc
5. Mirzaei MM, Ghahfarokhi,. The population of the elderly in Iran based on the 1385-1335 censuses. *Elder* 2006;331:6.[Persian].
6. Netz Y, Wu MJ, Becker BJ, Tenenbaum G. Physical activity and psychological well-being in advanced age: a meta-analysis of intervention studies. *Psychol Aging* 2005;20:272-84 .doi: 10.1037/0882-7974.20.2.272
7. Niknam M. Geriatric health an international Issue. Ministry of Health & Medical Education 2012; Available from: www.webda.ir. [Persian].
8. Varricchio CG, Ferrans CE. Quality of life assessments in clinical practice. *Semin Oncol Nurs* 2010;26:12-7 .doi: 10.1016/j.soncn.2009.11.003
9. Stokes A, Preston SH. Population Change among the Elderly: International Patterns. *Popul Dev Rev* 2013;38:309-21 .doi: 10.1111/j.1728-4457.2013.00566.x
10. Areal PA, Mackin S, Vargas-Dwyer E, Raue P, Sirey JA, Kanelopoulos D, et al. Treating depression in disabled, low-income elderly: a conceptual model and recommendations for care. *Int J Geriatr Psychiatry* 2010;25:765-9 .doi: 10.1002/gps.2556
11. Nejati V, Izadi-najafabadi S, Shoja O, Javadi M, Rezaei F. Cognitive and general health status in elderly with and without history of falling. *Salmand* 2013;8:7-15.[Persian].
12. Manzouri L, Babak A, Merasi M. The depression status of the elderly and its related factors in Isfahan In 2007. *Salmand* 2010;4:0.[Persian].
13. Akamatsu K, Saito A, Wada T, Ishine M, Roriz-Cruz M, Okumiya K, et al. Analysis of comprehensive geriatric assessment of elderly residents in a social welfare home for the aged compared with those in a residential care home in an urban area in Japan. *Geriatrics & Gerontology International* 2005;5:53-8 .doi: 10.1111/j.1447-0594.2005.00270.x

33. Javadpour A, Mehri, E. Depressive symptoms among iranian elderly inpatients: prevalence and correlates. *Indian Journal of Gerontology* 2013;27:29-37.[Persian].
34. Blay SL, Fillenbaum GG, Marinho V, Andreoli SB, Gastal FL. Increased health burden associated with comorbid depression in older Brazilians with diabetes. *J Affect Disord* 2011;134:77-84 .doi: 10.1016/j.jad.2011.05.012
35. Blay SL, Andreoli SB, Fillenbaum GG, Gastal FL. Depression morbidity in later life: prevalence and correlates in a developing country. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007;15:790-9 .doi: 10.1097/JGP.0b013e3180654179
36. Rozzini R, Trabucchi M. Depressive symptoms, their management, and mortality in elderly people. *J Am Geriatr Soc* 2012;60:989-90 .doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.03930.x
37. Vinkers DJ, van der Mast RC. Temporal course of depressive symptoms during the development of Alzheimer disease: blowing hot and cold over depression and cognitive impairment. *Neurology* 2011;76:1531-2 .doi: 10.1212/WNL.0b013e318210e7d5
38. Vinkers DJ, Gussekloo J, Stek ML, Westendorp RG, Van Der Mast RC. The 15-item geriatric depression scale (GDS-15) detects changes in depressive symptoms after a major negative life event. The leiden 85-plus study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004;19:80-4 .doi: 10.1002/gps.1043
39. Dalle Carbonare L, Maggi S, Noale M, Giannini S, Rozzini R, Lo Cascio V, et al. Physical disability and depressive symptomatology in an elderly population: a complex relationship. The Italian longitudinal study on aging (ILSA). *Am J Geriatr Psychiatry* 2009;17:144-54.
40. Choulagai P, Sharma C, Choulagai B. Prevalence and associated factors of depression among elderly population living in geriatric homes in Kathmandu Valley. *Journal of Institute of Medicine*. 2013;35:39-44 .doi: 10.3126/joim.v35i1.8896
41. Almomani FM, McDowd JM, Bani-Issa W, Almomani M. Health-related quality of life and physical, mental, and cognitive disabilities among nursing home residents in Jordan. *Qual Life Res* 2014;23:155-65 .doi: 10.1007/s11136-013-0461-2
42. Almomani F, Hamasha AA, Williams KB, Almomani M. Oral health status and physical, mental and cognitive disabilities among nursing home residents in Jordan. *Gerodontology* 2015;32:90-9 .doi: 10.1111/ger.12053
43. Alizadeh-khoei M, Khosbin S, Khavarpour F. Assessing quality of life, well being and depression among Iranian elderly in Australia. *Salmad* 2010;4:0.[Persian].
44. Orley J, Herrman H. Quality of life and mental illness: reflections from the perspective of the WHOQOL. *British J Psych* 2008;172:291-3 .doi: 10.1192/bjp.172.4.291
45. Payahoo L, Khaje-bishak Y, Pourghasem.B, Asghari Jafarabadi M, Kabir alavi M. The survey of the relationship between quality of life of elderly with depression and physical activity in Tabriz. *J Rehab Med* 2013;2:39-46.
46. Chang YS, Liang SC, Chen MC, Lu MR. Quality of life in elderly with depressive disorder. *Taiwan Geriatr Gerontol* 2006;2:21-31.
47. Langeland E, Wahl AK. The impact of social support on mental health service users sense of coherence: a longitudinal panel survey. *Int J Nurs Stud* 2009;46:830-7.
48. Lee LY, Lee DT, Woo J. Predictors of satisfaction among cognitively intact nursing home residents in Hong Kong. *Res Nurs Health* 2005;28:376-87 .doi: 10.1002/nur.20092
49. Lee TW, Cho SY, Jang YK. Predictors of nursing service need for nursing homes residents. *J Korean Acad Nurs* 2009;39:95-106 .doi: 10.4040/jkan.2009.39.1.95
50. Linton AD, McConnell ES, Matteson MA, Lach HW. *Matteson & McConnells gerontological nursing: concepts and practice*. 3rd ed. Philadelphia: Saunders, an Imprint of Elsevier;2007.



The Relationship between Depression and Quality of Life among Elderly of Nursing Home Residents and Non-Residents in Shahroud City

Mehdi Sadeghi (M.Sc.)¹, Milad Bazghaleh (M.Sc.)^{2*}

1- Nurse Educator, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran.

2- Dept. of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran.

Received: 14 August 2016, Accepted: 9 April 2017

Abstract:

Introduction: The rapid increase in the number of elderly in the country is a concerning subject for supplying the needs of this group in the fields of health, hygiene and well-being. Nursing homes residency is a phenomenon that has been increasing and its effects on the physical and mental health of the elderly are undeniable. The aim of this study was to determine the relationship between depression and quality of life among nursing home residents and non-residents.

Methods: In the present cross-sectional study, 315 elderly ones including 80 (25.39%) nursing home residents and 235 (74.61%) non-residents were selected by convenience sampling method from Shahroud City. Data collection tools including the demographic information questionnaire, short form of the geriatric depression scale and quality of life questionnaire SF-36 (Short form) questionnaires were completed through face to face interviews. After completing the questionnaire, the data analysis was performed using the SPSS Version 16 software.

Results: According to the results of this study, the majority of the elderly in both groups of nursing homes residents (73.8%) and non-nursing home residents (80.9%) were 60-70 years old. The depression scores of both groups were in the middle range. Among nursing home residents, a significant positive correlation between physical- mental aspects and total quality of life scores with depression scores was seen, but there was not a significant relationship between the variables in non-resident elderly as well as all the elderly.

Conclusion: The results showed the negative impact of residency at nursing homes on many aspects of elderly lives and it is suggested to encourage families to keep supporting the elderly as the best way to prevent many of the problems.

Keywords: Elderly, Nursing homes, Quality of life, Depression.

Conflict of Interest: No

*Corresponding author: M. Bazghaleh, Email: moz1756_1791@yahoo.com

Citation: Sadeghi M, Bazghaleh M. The relationship between depression and quality of life among elderly of nursing home residents and non-residents in Shahroud city. Journal of Knowledge & Health 2017;12(1):8-15.