

میزان افسردگی در سالمندان کانون بازنشستگان دانشگاه علوم پزشکی گیلان

پژوهشگران: نعیم خدادادی^۱، فرزانه شیخ الاسلامی^۲، شادمان رضا ماسوله^۳،

محمد علی یزدانی^۴

(۱) کارشناس ارشد روانپرستاری دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت

(۲) عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت

(۳) عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت

(۴) کارشناس آمار

چکیده:

مقدمه: پیری واژه ای است که برای کاستیهای قابلیت زندگی با کاهش کارسازی زیست شناختی همراه با سالخوردگی بکار گرفته می شود. اختلالات عاطفی و هیجانی دسته ای از اختلالات روانی سالمندان را تشکیل می دهد، شایعترین اختلال روانی در سالمندان افسردگی است. اطلاعات آماری نشان میدهد که در حدود ۲۰ درصد از سالمندان آمریکایی دچار افسردگی هستند، که اغلب بخوبی تشخیص داده نشده و تحت درمان مناسب قرار نمی گیرند و این عدم درمان در فرآیند زندگی سالمند اختلال ایجاد می نماید. شناخت عوامل فردی - اجتماعی و افسردگی این سالمندان می تواند کمک نماید تا پرستاران نیازهای آنان را بهتر مورد بررسی و شناخت قرار دهند و توجه بیشتری به سالمندان افسرده مبذول دارند.

هدف: هدف تعیین میزان افسردگی و ارتباط بین افسردگی در سالمندان با مشخصات فردی - اجتماعی آنان در شهر رشت در سال ۱۳۸۶ است.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه توصیفی از نوع همبستگی بوده، که با روش نمونه گیری تصادفی در دسترس بر روی تعداد ۱۰۰ نفر آزمودنی از افراد سالمند کانون بازنشستگان دانشگاه علوم پزشکی استان گیلان انجام گردیده است. ابزار گرد آوری داده ها در این پژوهش پرسشنامه و مشتمل بر دو بخش بود که بخش اول مربوط به مشخصات فردی با ۲۰ سؤال و مشخصات اجتماعی با ۱۱ سؤال و بخش دوم آزمون استاندارد شده افسردگی DVYSS با ۳۰ سؤال بود که این آزمون دو نقطه ای و در دو سطح بلی و خیر بود. امتیاز 5 ± 4 معرف طبیعی 6 ± 15 معرف افسردگی خفیف و 5 ± 23 معرف افسردگی شدید بود. در نهایت داده های این پژوهش با استفاده از روشهای آماری توصیفی و استنباطی و نرم افزار SPSS مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

نتایج: یافته ها نشان داد که $45/3$ درصد از واحدهای مورد پژوهش دچار افسردگی خفیف و شدید بودند و افسردگی در سالمندان با وضعیت تاهل ($P < 0/007$)، رضایت از محل زندگی ($P < 0/000$)، مصرف دارو ($P < 0/006$)، در کنار همسر و فرزندان بودن ($P < 0/0005$)، حمایت عاطفی افراد فامیل ($P < 0/01$)، حمایت عاطفی دوستان ($P < 0/01$)، حمایت عاطفی سایرین ($P < 0/04$)، احساس رضایت از ارتباط ($P < 0/0013$)، رضایت از حمایت کلی ($P < 0/01$) ارتباط معنی دار داشت.

نتیجه گیری: پژوهش حاضر نشان می دهد میزان قابل توجهی از سالمندان دچار افسردگی بوده و مصرف دارو، عدم رضایت از محل زندگی، تنهایی، حمایت عاطفی کم فامیل، دوستان و سایرین، عدم رضایت از ارتباط و حمایت می تواند در ایجاد افسردگی تاثیرگذار باشد.

کلید واژه ها: افسردگی، سالمندی، کانون بازنشستگان

مقدمه

شایعترین اختلال روانی (۲) و مشکل عمومی زندگی بشر را (۳) به یک معضل عمده در امر سلامتی سالمندان تبدیل نموده است (۴). افسردگی را می توان شایعترین (۵) و مهمترین عامل آسیب به عملکرد روانی - اجتماعی فرد سالمند دانست که هنوز متاسفانه بخوبی تشخیص داده نشده و درمان نمی شود (۶). در همین رابطه هاتمن و همکاران بیان می دارند،

هرچند سالمندی فرآیندی مداوم در زندگی انسان است، ولی اینکه دقیقاً از چه سنی آغاز می شود و چه وقت می توان فردی را سالخورده تلقی نمود دقیقاً مشخص نمی باشد. چرا که هر کس ممکن است در سن خاصی پیر شود. همراه با پیر شدن ملتها مشکلات سالمندان روز افزون گشته (۱) و افسردگی،

علت مرگ و میر عمومی و هجدهمین علت مرگ و میر در سالمندان ایالات متحده بوده است (۱۳). افسردگی در سالمندان سایر علل مرگ و میر را نیز زیاد می کند (۸).

برآورد شده است که در ۲۹-۱۰ درصد سالمندان افسرده، افسردگی با اختلال شناختی همراه میشود، در نتیجه افتراق این نوع افسردگی با دمانس مشکل است سالمندان افسرده اغلب تظاهراتی مثل دمانس دارند (۱۰) و در آزمونهای روانی ضعیف عمل می کنند (۱۲).

سالمندان به منزله نیروی جدیدی در راه توسعه هستند و در جهانی که سریعاً رو به پیر شدن می رود افراد سالخورده به طور روز افزونی نقش اساسی در انجام کارهای داوطلبانه، انتقال تجربه و دانش، کمک به اعضاء خانواده با ایفاء نقش مراقبتی به عهده خواهند داشت (۱).

اکثر مراجعات سالمندان افسرده به مراکز خدمات دهی غیر روانپزشکی است و عمده ترین بخش تشخیص توسط پزشکان غیر متخصص انجام می شود (۱۴). چندین مطالعه نشان داده اند که سالمندانی که اقدام به خودکشی نموده اند ۲۰ درصد در همان روز و ۴۰ درصد در یک هفته قبل به پزشکان عمومی مراجعه نموده بودند (۹) و این امر اهمیت تشخیص را روشن می سازد، غربالگری افسردگی به حفظ و ارتقاء سلامتی و عملکرد این افراد کمک می نماید (۸) از طرفی بررسی و تشخیص اختلالات روانی در سالمندان چالش زا است به دلیل اختلافی که در علائم آنها با جوانان وجود دارد (۱۵) و یا به این علت است که افسردگی قسمتی از فرآیند پیری تلقی می شود (۵). غربالگری افسردگی از طرف پرستاران و سایر کارکنان حرفه ایی که با سلامت خانواده و اجتماع سر و کار دارند بسیار با ارزش است. زیرا سالمندان شاد توانایی کار کردن بیشتری داشته و کمتر طالب خدمات

افسردگی یک بیماری خطرناک است زیرا که معتقدند خطر ابتلا و مرگ و میر ناشی از بیماریها را افزایش داده (۷) و از کیفیت زندگی می کاهد (۳ و ۴). با افزایش نیاز به خدمات بهداشتی و بالا بردن میزان ناتوانی (۲) در نتیجه یک اختلال هزینه بر شناخته می شود (۸ و ۴).

افسردگی یک بیماری جدی است (۹) و شایعترین نوع اختلال خلقی در سالمندان افسردگی است. میزان شیوع آن در پژوهش های مختلف متفاوت و از ۱/۵ تا ۲۵ درصد برآورد شده است (۱۰). کاپلان و سادوک می نویسند، ۱۴/۱ درصد زنان و ۸/۶ درصد مردان سالمند از آن رنج می برند (۱۱). این رقم در خانه سالمندان بیشتر و بین ۵۰ تا ۷۰ درصد نیز برآورد شده است (۱۲) این تفاوت در آمار گزارش شده بیشتر ناشی از آن است که تعداد زیادی از این سالمندان افسرده در آسایشگاهها بسر می برند و از نظرها پنهان می مانند (۹).

نظریات موجود عوامل روانی، محیطی، فیزیکی، داروها و ویژگی های شخصیتی را از عوامل سبب ساز این افسردگی می دانند (۷). کاپلان و سادوک عواملی چون تنهایی، بیوه بودن، آسیب به حمایت اجتماعی، کاهش توانایی کار کردن فرد، کاهش سلامت جسمی، سابقه افسردگی در خانواده را از عوامل خطر ساز قوی و پایین بودن سطح تحصیلات، زندگی در حوالی شهر، داشتن یک یا چند بیماری مزمن جسمی، آسیب شناختی، حوادث فشار زای روانی اخیر را از عوامل خطر ساز خفیف افسردگی میدانند (۱۱).

از پیامدهای افسردگی در سالمندان اختلال در عملکرد فردی، شغلی، خانوادگی و اجتماع است. افسردگی همچنین باعث خودکشی می شود و میزان خودکشی در سالمندان بالاتر از همه گروههای سنی است و این مسئله در مردان سالمند (۲) سفید پوست که تنها زندگی می کنند، بوضوح پیدا است (۱۲). افسردگی در سالمندان سایر علل مرگ و میر را نیز زیاد می کند (۸). خودکشی سالمندان غم انگیز است ولی نادر نیست، در سال ۲۰۰۳ خودکشی یازدهمین

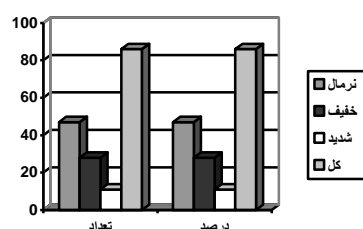
مورد سؤال قرار گرفته است و در بخش دوم با طرح ۱۱ سؤال مشخصات اجتماعی واحدهای مورد پژوهش در سه حیطه تعاملات اجتماعی، شرکت در فعالیتهای اجتماعی و نحوه برخورداری از حمایت اجتماعی نظیر حمایت شبکه های اجتماعی غیر رسمی مثل فرزندان، افراد خانواده، افراد فامیل و دوستان و شبکه های اجتماعی رسمی مانند سازمانهای بیمه تکمیلی و کمیته امداد تعیین شده است و پرسشنامه دوم آزمون استاندارد شده افسردگی DVYSS با ۳۰ سؤال و در دو سطح بلی و خیر بود به نحوی که امتیاز 4 ± 5 معرف طبیعی، امتیاز 6 ± 15 معرف افسردگی خفیف و امتیاز 5 ± 23 معرف افسردگی شدید بود (۲۱).

برای تعیین اعتبار علمی پرسشنامه از روش اعتبار محتوی و جهت تعیین اعتماد علمی از روش آلفا کرو نباخ استفاده شد که ۹۰ درصد بود. نحوه به کارگیری ابزار بدین شرح بوده که ابتدا با استفاده از پرسشنامه اول مشخصات فردی- اجتماعی واحدهای مورد پژوهش مورد سؤال قرار گرفته و سپس با استفاده از پرسشنامه افسردگی، افسردگی مورد بررسی قرار گرفت.

نتایج

یافته های تحقیق در مورد تعیین میزان افسردگی در سالمندان نشان داد که اکثر واحدهای مورد پژوهش یعنی ۴۷ درصد طبیعی، ۲۸ درصد افسردگی خفیف و ۱۱ درصد به افسردگی شدید مبتلا بودند (نمودار شماره ۱).

نمودار شماره ۱: امتیازات افسردگی



در ارتباط با تعیین مشخصات فردی واحدهای مورد پژوهش، بطور خلاصه یافته ها گویای آن بودند

بهداشتی هستند (۱۶) و هزینه اقتصادی کمتری را در مقایسه با افراد افسرده به جامعه تحمیل می نمایند.

پرستاران نقش بسیار مهمی در جستجوی نشانه های افسردگی در سالمندان و ارائه مداخلات پرستاری داشته و می توانند کیفیت زندگی سالمندان را بالا برند (۶). لذا با توجه به این امر لازم است مطالعات گسترده ای در مورد افسردگی در سالمندان انجام شود، اینگونه مطالعات می تواند شناخت ما را از متغیرهای مرتبط با افسردگی در سالمندان آگاه سازد تا بتوانیم افراد افسرده را شناسایی نموده و پیشگیری سطح دوم را اجرا کنیم. با این امید که پرستاران ضمن بررسی و شناخت نیازهای مددجویان خود به مشخصه های فردی- اجتماعی موثر بر افسردگی در سالمندان توجه بیشتری مبذول داشته و بتوانند به کاهش افسردگی سالمندان کمک نمایند.

اهداف ویژه این پژوهش براساس تعیین میزان افسردگی، تعیین مشخصات فردی- اجتماعی و تعیین ارتباط بین این مشخصات و افسردگی در سالمندان شهر رشت بوده است.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه توصیفی از نوع همبستگی است که به منظور مطالعه رابطه افسردگی سالمندان شهر رشت با مشخصات فردی- اجتماعی آنان انجام گردید. جامعه پژوهش کلیه سالمندان ۶۰ سال و بالاتر ساکن رشت، عضو کانون بازنشستگان دانشگاه علوم پزشکی گیلان بود.

نمونه این پژوهش ۱۰۰ نفر و محیط پژوهش کانون بازنشستگان دانشگاه علوم پزشکی گیلان شهر رشت می باشد.

ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش دو پرسشنامه، پرسشنامه اول مربوط به مشخصات فردی- اجتماعی سالمندان که توسط پژوهشگر تنظیم شده و مشتمل بر دو بخش بود بخش اول در برگیرنده ۲۰ سؤال که طی آن مشخصات فردی نمونه های پژوهش

سؤال که آیا در کانون باز نشستگان امکاناتی برای سرگرمی و اوقات فراغت شما وجود دارد؟ ۹۵ درصد نمونه ها پاسخ خیر را ذکر کردند. در پاسخ به این سؤال که آیا از طریق شبکه های اجتماعی رسمی نظیر بیمه های تکمیلی، کمیته امداد حمایت می شوید؟ ۳۳ درصد نمونه ها پاسخ مثبت دادند. در زمینه نوع حمایت دریافتی از شبکه های رسمی بیشترین درصد نمونه ها (۶۷٪) هیچ نوع حمایتی را دریافت نکرده بودند و ۳۳ درصد برخورداری از حمایت مالی را ذکر نمودند ۱۰ درصد واحدهای مورد پژوهش از طریق فرزندان، ۳ درصد از سوی فامیل، ۶ درصد توسط سایرین و ۳ درصد از طرف دوستان حمایت مالی می شدند. در ارتباط با حمایت عاطفی بیشترین درصد (۷۶٪) واحدهای مورد پژوهش حمایت فوق را از سوی فرزندان کسب کرده بودند و سپس به ترتیب ۵۱ درصد از طرف افراد فامیل، ۴۴ درصد از سوی دوستان، ۳۸ درصد از سوی همسایگان و ۳۳ درصد از حمایت عاطفی سایرین برخوردار بودند.

در بررسی ارتباط بین افسردگی و مشخصات فردی- اجتماعی سالمندان، ۲۸ درصد از واحدهای مورد پژوهش که از محل زندگی خود راضی نبودند به افسردگی مبتلا بودند و از طریق آزمون آماری من ویتنی- یو این ارتباط معنی دار بود ($P < 0/000$).

در مورد بررسی ارتباط بین حمایت عاطفی افراد فامیل و افسردگی، یافته ها نشان داد که واحدهای مورد پژوهش بدون دریافت حمایت عاطفی از افراد فامیل ($P < 0/01$) و بدون دریافت حمایت عاطفی از دوستان ($P < 0/01$) دچار افسردگی بودند، از طرف دیگر زندگی نکردن با همسر و فرزندان ($P < 0/005$)، عدم احساس رضایت از ارتباط ($P < 0/01$) و مصرف دارو ($P < 0/006$) نیز با افسردگی تفاوت معنی دار آماری گزارش گردید (جدول شماره ۱).

که ۹۰ درصد نمونه ها در گروه سنی ۶۰- ۷۲ سال قرار داشتند. میانگین سن ۶۴/۶۵ و انحراف معیار ۵/۰۵ سال بود. در پژوهش حاضر ۵۴ درصد نمونه ها زن و ۴۵ درصد بقیه مرد، ۸۶ درصد متأهل و ۸ درصد آنها بیوه، ۳ درصد بیسواد اما اکثریت آنها (۴۴٪) دارای تحصیلات دیپلم بودند، ۲۸ درصد دارای تحصیلات ابتدایی ۱۳ درصد متوسطه و ۱۲ درصد درگروه دارای تحصیلات عالی قرار داشتند. ۹۲ درصد دارای فرزند، ۶۱ درصد از واحدها با همسر و فرزندان، ۲۴ درصد با همسر، ۹ درصد از آنها تنها، ۳ درصد با فرزندان و ۱ درصد با خواهر و برادر خود زندگی می نمودند. ۸۸ درصد نمونه ها در زمان پژوهش اشتغال به کار نداشتند و فقط ۱۲ درصد آنها شاغل بودند. ۹۲ درصد از نمونه های مورد پژوهش از میزان درآمد خود ناراضی و ۸۸ درصد از نمونه ها به غیر از حقوق ماهیانه خود درآمد دیگری نداشتند. از نظر وضعیت مسکن ۸۵ درصد دارای منزل شخصی و ۱۵ درصد دارای منزل استیجاری، ۹۳/۸ درصد نمونه ها از عینک و ۶/۲ درصد از سایر وسایل کمکی استفاده می کردند.

در ارتباط با تعیین مشخصات اجتماعی واحدهای مورد پژوهش، سه بخش تعاملات اجتماعی، شرکت در فعالیتهای اجتماعی و حمایت شبکه های اجتماعی (رسمی و غیر رسمی) را شامل می شد که یافته ها در این مورد حاکی از آن بود که ۶۵ درصد با فرزندان، ۵۰ درصد با فامیل و ۳۳ درصد با دوستان و ۲۸ درصد با همسایگان دید و بازدید هفتگی داشتند. برحسب نتایج حاصله ۶۸ درصد واحدها در هیچگونه فعالیت اجتماعی شرکت نداشتند و فقط ۲۹ درصد نمونه ها در فعالیتهایی مثل انجمن خوش نویسان و ورزشهای گروهی شرکت داشتند و ۷۲ درصد نمونه ها به مجالس مذهبی می رفتند.

همچنین یافته ها نشان داد که اکثریت واحدهای مورد پژوهش ۹۵ درصد از حمایتهای محل خدمت قبلی خود برخوردار نبودند. در پاسخ به این

جدول شماره ۱: آزمونها و نتایج ارتباط متغیرهای پژوهش با افسردگی در سالمندان

متغیر	نوع آزمون	P-value
رضایت از محل زندگی	من ویتنی-یو	$P < 0.000$
حمایت عاطفی افراد فامیل	من ویتنی-یو	$P < 0.01$
حمایت عاطفی دوستان	من ویتنی-یو	$P < 0.01$
حمایت عاطفی سایرین	من ویتنی-یو	$P < 0.04$
وضعیت تاهل	کای-دو	$P < 0.007$
درکنار همسر و فرزندان بودن	کای-دو	$P < 0.005$
احساس رضایت از ارتباط	کای-دو	$P < 0.01$
رضایت از حمایت	کای-دو	$P < 0.01$
مصرف دارو	من ویتنی-یو	$P < 0.006$

بحث و نتیجه گیری

با توجه به اینکه تنهایی، مجرد بودن بیشترین ارتباط را با افسردگی سالمندان دارد (۱۱) در تحقیق حاضر نیز وضعیت تاهل ارتباط معنی دار با افسردگی نشان داده است ($P < 0.007$).

همچنین بین رضایت از محل زندگی و افسردگی ارتباط معنی دار مشاهده گردید ($P < 0.000$) و کسانی که از نظر محل زندگی در آسایش و رفاه بودند کمتر افسرده بودند. در پژوهش بعمل آمده توسط علیرمانی و نزاریان (۱۳۸۴) نیز بین نوع مسکن (استیجاری یا شخصی) با افسردگی ارتباط معنی دار آماری مشاهده گردید (۱۷).

از طرفی بین مصرف دارو و افسردگی ارتباط معنی دار آماری مشاهده شد ($P < 0.006$). رقم قابل توجهی از مددجویان دارو مصرف میکردند (۵۷٪). در پژوهش های بعمل آمده بین سلامتی جسمانی و شروع علائم افسردگی در سالمندان رابطه وجود دارد (۱۸). از یک طرف هر ۵ نفر سالمند ۴ نفر به یک بیماری مزمن مبتلا است (۱۹). سالمندان افسرده در موقع مراجعه به پزشک بیشتر علائم فیزیکی نظیر سردرد، بی خوابی، خود را مطرح می کنند و بدین منظور دارو دریافت می کنند (۹) بسیاری از داروهای که بطور معمول تجویز می شوند افسردگی را زیاد می کنند (۵). در واقع افسردگی در سالمندان با بیماری های داخلی، افزایش ناتوانی و درد رابطه دارد (۳). تحقیقات

دیگر بیانگر ارتباط قوی بین افسردگی و آسیبهای جسمی در سالمندان می باشد (۱۸).

در پژوهش ما به ترتیب بین حمایت عاطفی از سوی فامیل ($P < 0.01$) دوستان ($P < 0.01$) و سایرین ($P < 0.04$) و افسردگی در سالمندان ارتباط معنی داری مشاهده شد و این مبین اهمیت پیوندهای عاطفی و تاثیر آن بر وضعیت روحی سالمندان است. فریدمن (۲۰۰۷) بیان می دارد در این گروه سنی داغ از دست دادن همسر از دست دادن دوستان و همکاران و ایزوله اجتماعی ناشی از آن می تواند خطر افسردگی را افزایش دهد (۸). در این تحقیق ۷۶ درصد از سالمندان از طرف فرزندان حمایت عاطفی دریافت می کردند که با توجه به نوع فرهنگ ملی دور از انتظار نبود. مددجویانی که در کنار همسر و فرزندان خود زندگی می کردند کمتر افسرده بودند و بین این دو متغیر ارتباط معنی دار آماری مشاهده شد. تنهایی و انزوای اجتماعی متعاقب آن می تواند خطر افسردگی را بدنبال داشته باشد ($P < 0.005$) (۱۱). مددجویانی که از ارتباطات خود احساس رضایت کمی داشتند بیشتر به افسردگی مبتلا بودند و آزمون آماری کای دو این ارتباط را معنی دار نشان داد ($P < 0.013$). از سویی سالمندان بدلیل مرگ یا ناتوانی دوستان و وابستگان و بی میلی برای داشتن ارتباط جدید، در معرض خطر بروز تنهایی هستند (۱۹) و از سویی دیگر بی میلی سایرین برای شرکت دادن سالمندان در فعالیتهای روی رضایت آنها از ارتباطات و در نهایت انزوای اجتماعی آنها تاثیر گذار است. در پژوهش ما ۱۵ درصد از مددجویان از ارتباط خود رضایت کم داشتند. از دست دادن ارتباطات مهم می تواند شروع کننده افسردگی باشد (۲۰).

مددجویانی که از حمایت خود رضایت کمی داشتند بیشتر به افسردگی مبتلا بودند و این ارتباط از طریق آزمون آماری کای دو معنی دار بود ($P < 0.01$). در پژوهش ما ۲۰ درصد از مددجویان از حمایت خود رضایت کم داشتند، که میزان قابل توجهی است. وجود

- 10- Elder, Ruth. Evans, Katle.Nizette, Debra .Psychiatric and mental Health nursing. London: Mosby.2005.
- 11-Kaplan, H.Sadok, Benjamin. Text Book of psychiatry. Philadelphia: lippincott.2005.
- 12- Black, M.Joyce.Hawks. Hokanson, Jane. Medical-surgical nursing .Philadelphia: Elsevier saunders.2005.pp:57
- 13- Steffens, David C. Spiritual considerations in suicide and depression among the elderly. Southern medical association.VOL (100.)NO. (7)2007.
- 14- Alexandrowicz.J,Wancata & etall. The criterion validity of the geriatric depression scale: a systematic review. Journal compilation .2006.pp: 398-410.
- 15- DiehlTracy. Goldberg, Kathy. Psychiatric nursing. Philadelphia: Lippincott.2004.
- ۱۶- شریفی، مریم و همکاران. بررسی ارتباط احساس تنهایی سالمندان با مشخصات فردی- اجتماعی آنان در شهر رشت. سال یازدهم. شماره ۴۱ و ۴۰. تابستان و پاییز ۱۳۸۰.
- ۱۷- علیرماني، نسرين. نزاریان، سیمین. بررسی میزان افسردگی در کارکنان بازنشسته سالمند شهر سنندج. سمینار سراسری ارتقاء سلامت در گروههای آسیب پذیر. دانشکده پرستاری و مامایی سنندج. ۱۳۸۶.
- 18- Steunenber, Bas&etall.personality and the onset of depression in late life. Journal of affective disorders. 92.2006.pp:243-251
- 19- Bruner&Sudarth.Medical surgical nursing. Philadelphia: Lippincott.2004.
- ۲۰- اولریج، سوزان بادریا. مراقبتهای پرستاری اولریج. ترجمه اعضاء هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی. تهران: گلبان. ۱۳۸۴.
- 21- mental health touches. Looking out for depression in older adults.2007.

سیستم حمایتی ناکافی از مشکلات سالمندان است(۱۸) زیرا این سالمندان اغلب بدنبال مرگ عزیزان و اطرافیان سیستم حمایتی خود را از دست می دهند(۳). از طرفی مسئله تنفر از پیری یا عدم علاقه به سالمندان در بیشتر فرهنگها وجود دارد افراد جوان ممکن است سالمند را بعنوان فردی در نظر بگیرند که در اجتماع مسئولیتی نداشته و منابع تهی اقتصادی هستند(۱۸) و این عقیده منفی آنچنان در جامعه آمریکا رایج است که خود سالمندان هم غالباً به آن معتقدند که خوشبختانه در فرهنگ ایرانی اینچنین نیست(۱).

اهمیت غربالگری افسردگی و پیشگیری ثانویه از آن توسط پرستاران و کارکنان بهداشتی از اهمیت به سزایی برخوردار می باشد چرا که بالا بودن میزان ناتوانی در آن، تاثیر روشهای درمانی بر آن و وجود پیامدهای ناگوار ناشی از آن در سالمندان شامل خودکشی و سایر موارد مهم تلقی می گردد.

منابع:

- ۱- حاتمی، حسین و همکاران. بهداشت عمومی. تهران: ارجمند. ۱۳۸۳.
- 2- Scogin, Forrest. Depression and suicide in older adult's resource guide. American psychological Association. Online. washington.2007.
- ۳- تاجور، مریم. بهداشت سالمندان. تهران: نسل فردا. ۱۳۸۲.
- 4- Horton-deutsch, Sara L. &ET al.The plus intervention: A pilot test with caregivers of depressed older adults. Psychiatric nursing .vol.XVI...No. 2002.PP 61-71.
- 5- stuart, Gaile.Laraia, Michele.Psychiatric nursing. Philadelphia: Mosby. 2005.
- 6- Miller A .carol. Nursing for wellness in older adults.lippincott:philadelphia.2004.
- 7- Hut man, Sheila.Jaffe Jaelline, Depression in older adults and the elderly: 2005.
- 8- Friedman, Bruce &et al. psychometric properties of the 15-item Geriatric depression Scale in functionally Impaired, Cognitively Intact, community-Dwelling Elderly primary care patients.VOL (53).ISSUE (9).2005.PP:1570-1576.
- 9- Sponsored by nurse competence in aging: deression.Nurse competence in aging Declaimers. GeronurseOn line. Org. 2007.

Rate of depression in late-life in superannuated government employed center of Guilan University of medical sciences

By: Khodadadi. N. MSN, Sheikholeslami. F. MSN, Reza Masouleh. SH. MSN, Yazdani. M.

Abstract:

Introduction: Aging is a word used for decreased life abilities with diminished biological morbid. Emotional disorders make up a group of late - life mental disorders. The most common disorder in elderly is depression. Statistical data show that about 20% of American elderly have depression who are usually misdiagnosed and don't receive proper treatment and this disturbs their life process knowing socio - demographic factors and elderly depression can help nurses to better assess their needs and pay more attention to elderly depression.

Objective: The aim is to determine the level of depression and its relationship with socio - demographic characteristics in Rasht city in 2007.

Methods: This is a correlational descriptive study and 100 samples were randomly chosen from elderly of superannuated government employed center. The data collection instrument consisted of a two part questionnaire. The first part included twenty personal demographic questions and 11 questions regarding social characteristics. The second part included DVYSS standard depression scale with 30 questions, which is a two point test in two levels of "Yes" and "No" response and 5 ± 4 score indicates normal, 15 ± 6 show mild depression and 23 ± 5 is sever depression. Finally, the study data were analyzed by descriptive - analytic statistics and SPSS software.

Results: Finding showed that 45.3% of samples had mild and sever depression. Depression is elderly had a significant relationship with married statues ($p < 0.007$), satisfaction with place of living ($p < 0.000$), use of medicine ($p < 0.006$), living with spouse and children ($p < 0.0005$), emotional support of family, members ($p < 0.01$), emotional support of friends ($p < 0.01$), emotional support of others ($p < 0.04$), satisfaction with relations ($p < 0.001$) and satisfaction with overall support ($p < 0.01$).

Conclusion: Current study demonstrates that a significant number of elderly suffer from depression and factors such as drug use, lack of satisfaction with place of living, loneliness, low family, friends and others, emotional support, lack of satisfaction with communication and support are effective in establishing depression.

Key words: Aging, Depression, Superannuated government employed center