

بررسی و مقایسه اختلالات روانی سالمندان ساکن در خانه و سالمندان ساکن در سرای سالمندان در شهر تهران (مقاله پژوهشی)

سعید رضایی^۱، مهشید منوچهری^۲

چکیده

هدف: پدیده سالمندی یک مسیر و روند طبیعی می‌باشد. سالمندی در واقع تغییرات بیولوژیکی است که در نحوه زیست ارگانیزم و وضعیت روانی - اجتماعی فرد در طول زمان ظاهر می‌شود. این تغییرات با کاهش نیروی حیاتی و تطبیقی یعنی کاهش قابلیت انطباق فرد با تغییر شرایط ناگهانی و ناتوانی در ایجاد تعادل مجدد و به تدریج دگرگونی‌هایی را در ساختمان و عمل اعضاء مختلف فرد به وجود می‌آورد و عموماً به افراد بالای ۶۰ سال اطلاق می‌شود(۱). پژوهش حاضر براین بوده است که تبعات روانی و عاطفی جدایی سالمندان از خانه و خانواده را مورد بررسی قرار دهد.

روش بررسی: این تحقیق، یک مطالعه مقایسه‌ای بین سالمندان ساکن در خانه و سالمندان ساکن در سرای سالمندان (کهریزک تهران) می‌باشد بدین منظور، از بین کلیه سالمندان ساکن در سرای سالمندان کهریزک و سالمندان ساکن در خانه (در دسترس)، تعداد ۵۰ سالمند ساکن در سرای سالمند (۲۵ زن و ۲۵ مرد) و ۵۰ سالمند ساکن در خانه (۲۵ زن و ۲۵ مرد) مجموعاً ۱۰۰ نفر از سالمندان بالای ۶۵ سال از کل جامعه هدف در قالب نمونه آماری انتخاب گردید. ابزار این پژوهش، پرسش‌نامه اختلالات عصبی، فکری و عاطفی SCL ۹۰ می‌باشد. فرضیه این پژوهش، مقایسه اختلالات روانی سالمندان ساکن در خانه با سالمندان ساکن در سرای سالمندان است.

یافته‌ها: با توجه به تحلیل‌های آماری انجام شده، نشان داده شد که بین وضعیت عاطفی و روانی سالمندان ساکن در خانه و سالمندان ساکن در سرای سالمندان در هر دو گروه زن و مرد در سطوح الفای ۵٪ و ۱٪ تفاوت معنی داری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این مطالعه استنباط می‌شود که سالمندان ساکن در سرای سالمندان از وضعیت روانی و عاطفی نامطلوب تری نسبت به سالمندان ساکن در خانه برخوردارند.

کلید واژه‌ها: اختلالات روانی، سالمندان ساکن در خانه، سالمندان ساکن در سرای سالمندان

۱- سعید رضایی- مدرس دانشگاه پیام نور

Email:
Saeed_psycho@hotmail.com

تلفن: ۰۹۱۲۴۵۴۴۴۹۹

۲- مهشید منوچهری: دانشجوی دکتری

روانشناس

مقدمه:

در پی آن تکریم سالمندی و ارزش‌های جامعه انسانی در زیر چرخ‌های جامعه صنعتی خرد شده و تا به امروز که هر لحظه شاهد شکاف و گسلس معنادار بین تکریم، شان منزلت، ارج و قرب بخشیدن به سالمند و محیط خانواده و اجتماع انسانی هستیم عوامل متعددی روی هم رفته باعث شکاف و گسلس عاطفی بین نسل‌ها و شانه‌خالی کردن از زیر بار خدمت به سالمند در جوامع مختلف شده است که غالب آنها محصول همین صنعتی شدن و رواج افکار ماشینی و زندگی در قالب هسته‌ای است. می‌بینیم که در اغلب جوامع خانواده‌هایی که به ندای ماشینیم

امروزه پدیده سالمندی ۱ با همه ابعاد روانی، اجتماعی، فرهنگی، اعتقادی و اقتصادی از جمله مسائل جدی و چالش‌زا برای خانواده‌ها به طور اخص و برای جامعه به طور اعم، در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته شده است. پدیده تخریب جایگاه سالمندی در جامعه از اوایل انقلاب صنعتی در اروپا شروع شده و رفته رفته به سایر جوامع نیز تسری پیدا کرده و

رو، اطرافیان باید ابتدا رفتارهای سالمندان را درک کنند و سپس با ایجاد تفاهم و رابطه حسنه با آنان، در صدد رفع مشکلات برآیند. تفاوت‌های بارزی در برخورد با این تغییرات در سالمندان وجود دارد. به چند مورد از این برخوردها به طور اختصار اشاره می‌گردد:

- برخی از سالمندان با تغییرات ناشی از فرایند سالمندی به طور سازنده^۲ برخورد می‌کنند. این گروه آن دسته از افراد سالمندی هستند که از ارتباط‌های خود لذت می‌برند، از سازگاری خوبی برخوردارند و با شادی و آرامش وضعیت کهنسالی را قبول می‌کنند.

- برخی دیگر جنبه وابسته^۳ گرفته و نقش انفعالی را بازی می‌کنند. تنها به خود می‌اندیشند و از برخورد با وضعیت‌های نوین می‌هراسند و از آنها دوری می‌جویند.

- گروهی دیگر حالت دفاعی^۴ به خود می‌گیرند. با مشکلات به صورت سخت و غیرقابل انعطاف برخورد می‌کنند. آنها کوشش می‌کنند که زندگی فعالی مثل دوران جوانی را همیشه داشته باشند آن چنانکه خود را از سالمندی دور نگه بدارند.

- برخی از سالمندان با فرایند سالمندی با پرخاشگری^۵ برخورد می‌کنند. این خشونت را ممکن است به افراد خانواده و دوستان خود نشان دهند و سبب بروز مشکلات بین فردی گردند.

- گروهی دیگر حس خود انتقادی^۶ دارند و نسبت به خود احساس نفرت می‌کنند و از خویش‌تر خویشتن ناراضی هستند. این سالمندان در زندگی زناشویی ناخشنودند و از روابطشان با بستگان و دوستان احساس رضایت نمی‌کنند^۵.

تغییراتی که در وضعیت‌های جسمانی و روان‌شناختی فرد سالمند ایجاد می‌شود ارتباط نزدیکی با عوامل جامعه‌شناختی دارد. مقام سالمندان در اکثر کشورهای صنعتی و پیشرفته به ارزش آنها برای اجتماع وابستگی دارد و در نتیجه از قدر و منزلت نسبتاً پایینی برخوردار هستند. با ماشینی شدن شهرهای بزرگ و جایگزین شدن خانواده‌های هسته‌ای به جای خانواده گسترده پاره‌ای از مشکلات جوامع صنعتی نیز در شهرهای بزرگ دیده می‌شود. در دو دهه اخیر جامعه‌شناسان و روان‌شناسان اجتماعی، بر اثرات عوامل محیطی - اجتماعی بر بهداشت روانی، تأکید بسیار داشته‌اند. نقش رویدادهای مهم زندگی در شکل‌گیری بیماری‌های روانی و عود آنها اثبات شده است. این رویدادهای مهم زندگی مانند بازنشستگی، مرگ

لیکک گفته‌اند، پدر و مادر خود را در آستانه پیری و سالمندی رهسپار خانه‌های تنهایی و جدایی (سالمندان) می‌کنند و این مسئله تبعات سوء و نامطلوب روانی - عاطفی زیادی را برای سالمندان، به دنبال داشته به طوری که تقریباً ۴۰ درصد از مجموع بستری‌های بیمارستان های روانی را سالمندان تشکیل می‌دهند^۲). سالمندی را می‌توان از چهار نقطه نظر مورد مطالعه قرار داد: زمانی، روانی - زیستی، روانی - عاطفی و اجتماعی و ...

(ساده‌ترین راه برای تعریف سالمندی عبارتست از شمردن تعداد سالهایی که از بدو تولد طی شده است.

تغییرات روان‌شناختی سالمندی: با توجه به برخی پارامترهای زندگی، مردم بیشتر از گذشته عمر می‌کنند و شانس یا امید به زندگی^۱ بیشتر شده و به تبع آن شاهد افزایش تعداد افراد سالمند هستیم. بدین منظور می‌بایستی خدمات روان‌شناختی، پزشکی و توانبخشی هر چه بیشتر در اختیار بزرگسال‌ترها قرار بگیرد و متخصصان بهداشت روانی و فیزیکی بیشتر از پیش در جهت تامین نیازهای عاطفی - روانی و جسمی در گستره پیری باشند. شخص مسن بیشتر مسائل را معطوف به درون می‌کند، دچار مشغولیات هیپوکندریاک و هذیان بخصوص درباره کار دستگاهها و کاردیواسکولر می‌شود تنهایی را احساس می‌کند، علاقه و خبرگی حرفه خود را کم کم از دست می‌دهد و در یک دایره معیوب قرار می‌گیرد که همان عوارض سالمندی است خودکشی در سالمندان که اکثراً غافل‌کننده و با روشهای خطرناک انجام می‌گیرد در ۰/۰۸۰ موارد به علت افسردگی در بقیه موارد به علت ابتلاء به بیماریهای صعب‌العلاج، مسأله اقتصادی، تنهایی و ... می‌باشد^۳). فعالیت روانی - حرکتی در سالمندان به موازات افزایش سن، متدرجاً کاهش می‌یابد. کم شدن سرعت فرایندهای ادراکی و حرکتی همراه با افزایش سن، آشکارترین پدیده در زمینه روان‌شناسی سالمندی دانسته می‌شود. چنانچه آسیب‌شناسی بارز دیگری به سبب بیماریهای روانی - عضوی در کار نباشد، سایر عملکردهای شناختی در سالمندان تغییرات مختصری نشان می‌دهد. سالمندان مشکلات عاطفی و روانی خاصی از جمله احساس تنهایی و بی‌کسی، میل به جلب توجه اطرافیان و تملک دارند. چنانچه سالمندان نتوانند به طور عادی توجه و محبت اطرافیان را جلب کنند به رفتارهایی نظیر تمارض متوسل می‌شوند^۴). سالمندان برای ابراز وجود و کاهش فشارهای روانی ممکن است بخواهند محیط را به کنترل خود درآورند و دیگران را وادار به اطاعت از خود کنند. از این

^۲ - Constructive

^۳ - Dependent

^۴ - Defensive

^۵ - Hostility

^۶ - Self-hate

^۱ - Life expectancy

روانی ۲ ناشی از اختلالات عروقی، کمبود اکسیژن و از بین رفتن فعالیتهای عادی مغز که با کم شدن روابط اجتماعی، بازنشسته شدن و از دست دادن نزدیکان و اطرافیان توأم می گردد(۴)

روش بررسی:

پژوهش حاضر از نوع تحقیقات توصیفی - پیمایشی می باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه سالمندان بالای ۶۵ سال (زن و مرد) ساکن در سرای سالمندان کهریزک و مناطق مختلف تهران می باشد. حجم نمونه شامل ۱۰۰ سالمند بالای ۶۵ سال که ۵۰ نفر آن سالمندان ساکن در خانه (۲۵ نفر زن و ۲۵ نفر مرد سالمند به صورت نمونه در دسترس و ۵۰ نفر سالمندان ساکن در سرای سالمندان کهریزک (۲۵ نفر زن و ۲۵ نفر مرد سالمند) به صورت تصادفی انتخاب شدند.

ابزار مورد استفاده، پرسشنامه اختلالات عصبی، فکری و عاطفی "SCL۹۰" که دارای ۹۰ گویه پنج درجه ای در مقیاس لیکرت می باشد و دارای روایی ۳ و پایایی ۴ (۰/۸۶) می باشد (۸) که برآورد کلی از وضعیت روانی را با توجه به زیر مقیاسهای زیر ارائه می دهد. ترس مرضی (۷ سؤال)، پرخاشگری (۶ سؤال)، اضطراب (۱۰ سؤال)، وسواس فکری - عملی (۱۰ سؤال)، حساسیت میان فردی (۹ سؤال) علائم بدنی شکل (۱۲ سؤال)، روان پریشی (۱۰ سؤال)، پارونئیدی (۶ سؤال)، افسردگی (۱۳) و سئوالات اضافی (۷ سؤال).

داده های بدست آمده ابتدا کدگذاری و سپس توسط نرم افزار SPSS مورد تحلیل و ارزیابی قرار گرفتند. و نتایج آنها با توجه به اهداف و فرضیه پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس یکطرفه استخراج شدند. و نهایتاً فرضیه این پژوهش در سطح معنی داری $p < 0/05$, $0/01$ مورد تایید قرار گرفت

همسر، محدودیتهای اقتصادی در سالمندان بیشتر است و تأثیر مستقیمی بر بهداشتی روانی آنها می گذارد. افراد مسن سالم، معمولاً سطح فعالیت اجتماعی خود را تا حدی که فقط تفاوت جزئی با سالهای قبل دارد حفظ می کنند. برای خیلی ها، سن سالمندی دوره تداوم رشد هوشی، هیجانی و روانی است. معهداً، در بعضی موارد بیماری جسمی یا مرگ دوستان ممکن است مانع ادامه تعادل اجتماعی گردد. به علاوه وقتی احساس انزوای اوج بگیرد، افسردگی را نیز به دنبال می آورد (۶). امروزه افسردگی، رایج ترین نابسامانی سلامت روانی افرادی است که عمری بیش از ۶۵ سال دارند. احساس بی ارزشی، درماندگی و یاس علائم افسردگی هستند. افسردگی یک واکنش غیرانطباقی در مقابل فقدان است. که در افراد سالمند ممکن است به صورت دمانس جلوه کند. علاوه بر نشانه های کلاسیک افسردگی نظیر اختلال خواب و اشتها، بی علافگی به جریانات دنیای خارج، اشارات حاکی از خواری شماری خویش، و اندیشه این که دیگر زندگی ارزش زیستن ندارد، شخص ممکن است اختلال حافظه، اشکال در تمرکز، ضعف قضاوت و تحریک پذیرش نیز نشان دهد. به طور کلی می توان ادعا داشت که افسردگی از جمله شایع ترین مشکلات بهداشت روانی سالمندان است (۳)

متخصصان بهداشت روانی، معتقدند که بازنشستگی و بیکاری سالمندان که منجر به انزوای آنان و دور شدن از کار مورد علاقه شان می شود تأثیرات بسیار نامطلوبی در روحیه و سلامتی آنان می گذارد و از طرفی جامعه از انبوه تجارب، دانسته ها و پختگی های سالمندان محروم می شود. بر اساس تحقیقات بعمل آمده، خانه نشینی سالمندان و انزوای آنها در مرگ زودرس آنها، بی تأثیر نیست. سالمندانی که درون خانواده و اجتماع هستند و رفت و آمد دارند از وضعیت عاطفی و احترام و بزرگداشت خاصی برخوردارند، سرحال و با نشاط هستند. در افرادی که هنوز قادر به ادامه فعالیتهای ذهنی، به طور تقریباً عادی هستند حتی پس از بازنشسته شدن می توان در همان شغل قبلی یا ساده تر به طور نیمه وقت استخدام شوند. این روش به خصوص در مورد سالمندانی که از نظر مالی در مضیقه هستند قابل توجه است. (۷) با تحلیل رفتن قدرت بدنی، عملکرد و فعالیتهای یک فرد مسن محدود می شود، و ابتلا به یک بیماری توانکاه ممکن است سبب شود که شخص روحیه اش را بیازد و احساس درماندگی کند. دوران سالمندی از نظر بهداشت روانی بسیار با اهمیت است و از نظر پیشگیری باید به خاطر داشت که معمولی ترین بیماریهای روانی در افراد پیر عبارتند از: پسیکوزهای ۱ سالمند، اختلالات

^۲ - Mental disorders

^۳ - Validity

^۴ - Reliability

^۱ - Psychosis

جدول (۱) توصیف توزیع نمرات سالمندان ساکن در خانه و سالمندان ساکن در سرای سالمندان در مقیاس (SCL90)

گروه	آمار	Pho	Agg	Anx	Ob-co	Int.s	Som	Psy	Par	Dep	Ext۲	جمع
سالمندان مرد ساکن درخانه	میانگین	۴	۴۸۰/	۸۰/۴	۹	۲۰/۹	۸/۳۰	۴/۵۰	۵/۴۰	۱۱/۱۰	۵/۶۸	۶۶/۸۴
	انحراف استاندارد	۳/۷۱	۴/۶۰	۴/۶۷	۴/۴۳	۴/۹۱	۸/۳۶	۴/۳۶	۵/۰۴	۸/۲۵	۴/۴۰	۳۹/۲۲
	درصد کل	۱۱/۶	۱۶	۱۰/۲	۱۳/۳	۱۳/۲	۱۲/۲	۸/۵	۱۳/۲	۱۱/۳	۱۲/۸	۱۲/۱
سالمندان زن ساکن درخانه	میانگین	۷/۰۴	۵/۰۸	۹/۴۰	۱۳/۴۸	۱۲/۴۴	۱۲/۳۶	۷/۱۲	۶/۶۴	۱۷/۵۲	۸/۳۶	۹۹/۴۴
	انحراف استاندارد	۷/۶۸	۴/۲۱	۸/۰۵	۶/۶۸	۷/۴۸	۱۰/۳۱	۴/۶۹	۵/۸۴	۱۰/۳۹	۵/۰۹	۵۲/۴۵
	درصد	۲۵/۵	۱۶/۸	۲۰	۱۹/۹	۱۷/۹	۱۸	۱۳/۳	۱۶	۱۸	۱۸/۸	۱۸
سالمندان مرد ساکن درسرای سالمندان	میانگین	۱۰/۲۴	۷/۹۲	۱۳/۷۶	۲۲/۲۰	۲۴/۴۴	۱۷/۸۸	۱۹/۸۰	۱۳/۲۰	۳۴/۴۰	۱۳/۱۶	۱۷۷
	انحراف استاندارد	۴/۷۶	۳/۰۴	۴/۸۳	۹/۲۰	۵/۳۳	۵/۲۲	۹/۵۸	۴/۴۷	۲/۹۲	۳/۱۴	۲۳/۷۹
	درصد	۲۹/۸	۲۶/۲	۲۹/۴	۳۲/۸	۳۵	۲۶/۳	۳۷	۳۱/۹	۳۵	۲۹/۶	۳۲
سالمندان زن ساکن درخانه سالمندان	میانگین	۱۳/۱۲	۱۲/۴۰	۱۸/۸۴	۲۲/۹۶	۲۳/۴۸	۲۹/۴۸	۲۱/۹۲	۱۶/۰۸	۳۵/۰۸	۱۷/۲۴	۲۱۰/۶۰
	انحراف استاندارد	۴/۸۸	۴/۶۶	۹/۲۰	۷/۹۳	۶/۱۶	۹/۶۱	۷/۰۶	۴/۹۲	۸/۰۳	۳/۶۵	۵۳/۶۰
	درصد	۳۵/۸	۳۸/۹	۴۱	۴۳/۴	۳۳/۸	۳۳/۹	۴۰	۴۱	۳۸	۳۸/۸	۳۸
جمع	میانگین	۸	۷/۵۶	۱۱/۶۹	۱۶/۹۱	۱۷/۳۹	۱۷	۱۳/۳۴	۱۰/۳۴	۲۴/۵۳	۱۱/۱۱	۱۳۸/۴۷
	انحراف استاندارد	۶/۱۱	۵/۳۸	۵/۵۵	۸/۵۲	۸/۹۷	۱۲/۲۴	۲۹/۹	۶/۵۲	۱۳/۲۰	۶/۰۴	۷۲/۴۰
	درصد	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

در جدول بالا میانگین و انحراف استاندارد و درصد نمرات چهار گروه از سالمندان ساکن در خانه و سالمندان ساکن در سرای سالمندان را به تفکیک جنسیت در هریک از آیتم های مربوط به مقیاس SCL90 آورده شده است

۱) Pho = phobia disorder اختلال هراس

جسمانی شکل

۲) agg = aggression disorder پرخاشگری

روانشناختی

۳) Ob- co = obsessive-compulsive وسواس فکری - عملی

اظطراب

۴) Int.s = interaction disorder حساسیت میان فردی

افسردگی

۹) Par = paranoid disorder (اختلال سوء ظن)

۵) Som = somatic form disorder اختلال

۶) Psy = psychological disorder اختلال

۷) Anx = anxiety disorder تشویش و

۸) Dep = depression disorder اختلال

۱۰) (سئوال های اضافی)

جدول شماره (۲)، بررسی وضعیت سالمندان ساکن در خانه و سالمندان ساکن در سرای سالمندان با توجه به زیر مقیاس (Pho) و (Agg)

مقدار P	F	میانگین مجذورات	df	مجموع مجذورات	Pho
۰/۰۰۱	۱۴/۸۰	۳۸۹/۲۸۰	۳	۱۱۶۷/۸۴۰	بین گروهی
		۲۶/۲۹۳	۹۶	۲۵۲۴/۱۶۰	درون گروهی
			۹۹	۳۶۹۲	کل
مقدار P	F	میانگین مجذورات	df	مجموع مجذورات	Agg
۰/۰۰۱	۱۵/۳۰	۳۰۹/۲۰۰	۳	۹۲۷/۶۰۰	بین گروهی
		۲۰/۱۵۷	۹۶	۱۹۳۵/۰۴۰	درون گروهی
			۹۹	۲۸۶۲/۶۴۰	کل

جدول فوق، مجموع مجذورات، میانگین مجذورات و df بین گروهی و درون گروهی دو گروه سالمندان ساکن در خانه و سالمندان ساکن در سرای سالمندان را در زیر مقیاس (Pho) با نمرة F= ۱۴/۳۸ در سطح P < ۰/۰۱ و زیر مقیاس (Agg) با نمرة F= ۱۵/۳۰ در سطح P < ۰/۰۱ را نشان می دهد به این معنی که بین نمرات سالمندان ساکن در خانه و سالمندان ساکن در سرای سالمندان در هر دو مقیاس تفاوت معنا دار وجود دارد.

جدول شماره (۳)، بررسی وضعیت سالمندان ساکن در خانه و سالمندان ساکن در سرای سالمندان با توجه به زیر مقیاس (Anx) و (Ob-co)

مقدار P	F	میانگین مجذورات	df	مجموع مجذورات	Anx
۰/۰۰۱	۱۳/۸۰	۹۰۵/۶۰۰	۳	۲۷۱۶/۹۰۰	بین گروهی
		۶۵/۸۰۰	۹۶	۶۳۱۲/۵۰۰	درون گروهی
			۹۹	۹۰۲۹/۳۹۰	کل
مقدار P	F	میانگین مجذورات	df	مجموع مجذورات	Ob-co
۰/۰۰۱	۳۰	۱۱۵۷/۶۶۰	۳	۳۴۷۲/۹۹۰	بین گروهی
		۳۸/۶۰	۹۶	۳۷۰۷/۲۰۰	درون گروهی
			۹۹	۷۱۸۰/۱۹۰	کل

نمره $F=30$ در سطح $P < 0/01$ را نشان می دهد به این معنی که بین نمرات سالمندان ساکن در خانه و سالمندان ساکن در سرای سالمندان در هر دو مقیاس مذکور تفاوت وجود دارد

جدول بالا، مجموع مجدورات، میانگین مجدورات و df بین گروهی و درون گروهی دو گروه سالمندان ساکن در خانه و سالمندان ساکن در سرای سالمندان را در زیر مقیاس (Anx) با نمره $F=13/80$ در سطح $P < 0/01$ و زیر مقیاس (Ob-co) با

جدول شماره (۴)، بررسی وضعیت سالمندان ساکن در خانه و سالمندان ساکن در سرای سالمندان با توجه به زیر مقیاس (Int.s) و (Som)

مقدار P	F	میانگین مجدورات	df	مجموع مجدورات	Int.s
0/001	40/600	1486/400	3	4459/200	بین گروهی
		36/600	96	3512/600	درون گروهی
			99	7971/800	کل
مقدار P	F	میانگین مجدورات	df	مجموع مجدورات	Som
0/001	23/990	2117/440	3	6352/300	بین گروهی
		88/270	96	8473/700	درون گروهی
			99	14826	کل

معنی که بین نمرات سالمندان ساکن در خانه و سالمندان ساکن در سرای سالمندان در هر دو مقیاس تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول بالا، مجموع مجدورات، میانگین مجدورات و df بین گروهی و درون گروهی دو گروه سالمندان ساکن در خانه و سالمندان ساکن در سرای سالمندان را در زیر مقیاس (Som) با نمره $F=23/990$ در سطح $P < 0/01$ و در زیر مقیاس (ints) با نمره $F=23/990$ در سطح $P < 0/01$ را نشان می دهد به این

جدول شماره (۵)، بررسی وضعیت سالمندان ساکن در خانه و سالمندان ساکن در سرای سالمندان با توجه به زیر مقیاس (Psy) و (Par)

مقدار P	F	میانگین مجذورات	df	مجموع مجذورات	Psy
۰/۰۰۱	۶۷/۶۰۰	۱۹۳۱/۹۱۰	۳	۵۷۹۵/۷۰۰	بین گروهی
		۲۸/۵۷۰	۹۶	۲۴۴۲/۷۰۰	درون گروهی
			۹۹	۸۵۳۸/۴۰۰	کل
مقدار P	F	میانگین مجذورات	df	مجموع مجذورات	Par
۰/۰۰۱	۲۸/۲۶۰	۶۵۶/۸۹۰	۳	۱۹۷۰/۷۰۰	بین گروهی
		۲۳/۲۵۰	۹۶	۲۲۳۱/۸۰۰	درون گروهی
			۹۹	۴۲۰۲/۵۰۰	کل

جدول بالا، مجموع مجذورات، میانگین مجذورات و df بین گروهی و درون گروهی دو گروه سالمندان ساکن در خانه و سالمندان ساکن در سرای سالمندان را در زیر مقیاس (psy) با نمرة $F = ۶۷/۶۰۰$ در سطح $P < ۰/۰۱$ و در زیر مقیاس (par) با نمرة $F = ۲۸/۲۶۰$ در سطح را نشان می دهد به این معنی که بین نمرات سالمندان ساکن در خانه و سالمندان ساکن در سرای سالمندان در هر دو مقیاس تفاوت وجود دارد.

جدول شماره (۶)، بررسی وضعیت سالمندان ساکن در خانه و سالمندان ساکن در سرای سالمندان با توجه به زیر مقیاس (Dep) و (Ext.)

مقدار P	F	میانگین مجذورات	df	مجموع مجذورات	Dep
۰/۰۰۱	۵۵/۴۵۰	۳۶۴۷/۴۰۰	۳	۱۰۹۴۲/۱۹۰	بین گروهی
		۶۵	۹۶	۶۳۱۴/۷۰۰	درون گروهی
			۹۹	۱۷۲۵۶/۹۰۰	کل
مقدار P	F	میانگین مجذورات	df	مجموع مجذورات	Ext.۲
۰/۰۰۱	۳۸/۳۳۰	۶۵۶/۹۰۰	۳	۱۹۷۰/۷۰۰	بین گروهی
		۱۷/۱۴۰	۹۶	۱۶۴۵/۱۰۰	درون گروهی
			۹۹	۳۶۱۵/۸۰۰	کل

جدول بالا، مجموع مجذورات، میانگین مجذورات و df بین گروهی و درون گروهی دو گروه سالمندان ساکن در خانه و سالمندان ساکن در سرای سالمندان را در زیر مقیاس (Dep) با نمرة $F = ۵۵/۴۵۰$ در سطح $P < ۰/۰۱$ و در زیر مقیاس (Ext۲) با نمرة $F = ۳۸/۳۳۰$ در سطح $P < ۰/۰۱$ را نشان می دهد به این معنی که بین نمرات سالمندان ساکن در خانه و سالمندان ساکن در سرای سالمندان در هر دو مقیاس تفاوت وجود دارد.

آموخته شده^۱ در سالمندان به جهت برخی ناتوانیهای جسمی، ذهنی و بعضاً محیطی خیلی بیشتر است (۱۰). دو روانشناس به نام-های لانگر و رودین، در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که سالمندان ساکن در سرای سالمندان که در شرایطی زندگی میکنند که کنترل کمی بر آن دارند، همانند آزمودنیهای آزمایشگاهی یاد می‌گیرند که در مانده هستند. برای انجام این تحقیق لانگر و رودین^۲ (۱۹۷۶)، به ساکنان یک طبقه از سرای سالمندان اجازه تصمیم‌گیری درباره زندگی‌شان را دادند. به طور مثال از انتخاب نوع صبحانه گرفته تا مراقبت از گلدانهایشان و چیدن مبلمان اتاقهایشان. حتی به آنها گفته بودند که از بسیاری جهات مسئولیت مراقبت از خودشان را بر عهده بگیرند و بسیاری از اموری که قبلاً توسط کادر مسئول انجام می‌گرفت خودشان انجام دهند. اما به ساکنان طبق دوم، فرصت تصمیم‌گیری و اختیار را ندادند و تحت کنترل و مراقبت کادر مسئول قرار گرفتند. همه امورات از جمله اقامتگاه، غذا و فعالیت‌های تفریحی این طبقه شبیه طبقه اول بود با این تفاوت که طبقه دوم کمترین کنترل را بر آن داشتند. به طور مثال هر سالمند گلدان یا میزی در اتاقشان داشتند اما کارکنان آن را انتخاب می‌کردند و یا جا به جا می‌کردند این دو پژوهشگر ظرف چند هفته تفاوت‌های آشکاری را در هر دو گروه (طبقه) سالمندان مشاهده کردند. به طوریکه سالمندانی که کنترل و مسئولیت اعمالشان را داشتند، خوشحالت‌تر و از نظر روانی و جسمانی فعال‌تر بودند و بیشتر وقتشان را با دیگران صرف می‌کردند و حدود ۹۳ درصد از اینها سازگاری اجتماعی و شخصی و همیمنطور شادکامی را نشان دادند. اما سالمندان طبقه دوم کمترین تغییرات مثبت را از خودشان نشان دادند (۱۱). همانطور که نتایج این تحقیق هم نشان داد، در اغلب موارد از جمله وضعیت جسمی، ذهنی، روانشناختی، رفتاری و ارتباطی - تعاملی بین سالمندان ساکن در خانه و سالمندان ساکن در سرای سالمندان به تفکیک جنسیت تفاوتی معنی‌دار اکثراً در سطح ($p < 0.01$) مشاهده شد. پژوهشی مشابه مطالعه حاضر توسط زاریات و همکاران (۲۰۰۳) در لندن انگلستان، همبستگی کم و بیش بالایی را در برخی از آیت‌های این پژوهش به خصوص اختلال افسردگی و کفایت فردی نشان می‌دهند (۱۲). و همچنین نتایج این بررسی با یافته‌های رابرت سی بلداوین و همکاران (۲۰۰۲) در میزان تشدید مشکلات جسمی و نابسامانی‌های عاطفی سالمندان ساکن در سرای سالمندان همسو می‌باشد (۱۳).

با نمره $F = 38/330$ در سطح $P < 0.01$ را نشان می‌دهد به این معنی که بین نمرات سالمندان ساکن در خانه و سالمندان ساکن در سرای سالمندان در هر دو مقیاس تفاوت وجود دارد.

یافته‌ها:

با توجه به نتایج حاصل از مدل تحلیل واریانس که به منظور بررسی میانگین‌های گروه‌های مورد مطالعه (سالمندان ساکن در خانه و سالمندان ساکن در سرای سالمندان به تفکیک جنسیت) انجام گرفته نشان داده شده که در همه متغیرهای مربوط به اختلالات روانی مستخرج از آزمون SCL90 (همانطوری که در جداول هم نشان داده شده) همواره تفاوت معناداری در سطوح $P < 0.01$ دیده می‌شود.

بحث:

سالمندی فصل زدودن غبار خستگی یک عمر تلاش و تکاپو و هنگامه بهره‌گیری از ثمرات سالهای متمادی کار و کوشش است، با این وجود کاهش روابط اجتماعی، کم شدن درآمد، ایجاد ساعت‌های طولانی و ملال‌آور بیکاری موجب می‌شود که فرد سالمند با احساس دلنگی به این دوره دشوار بنگرد، تا جائیکه با تحلیل قوای فکری و جسمی و هجوم افکار ناراحت‌کننده و حسرت‌بار، از مهمترین و مشخص‌ترین عوامل به خطر افتادن سلامت و بهداشت روانی سالمندان و در نهایت منجر به ابتلای او به ناراحتی روحی مانند افسردگی می‌شود، خدشه دار شدن احساسات و عواطف و شنیدن صدای پای پیک مرگ، بقایای روانی و شخصیتی فرد سالمند را به خطر می‌اندازد، طبق آماري که اخیراً گرفته شده، تقریباً پنج میلیون نفر از جمعیت کشور را سالمندان تشکیل می‌دهند که بازنشستگان در زمره آنانند که اکثریت قریب باتفاق این عده در تهیدستی به سر می‌برند (۹). به باور روانشناسان، در دوران سالمندی وضع بهداشت روانی فرد سالمند در آفرینش دقیق خوب و بد تأثیر فراوانی دارد و در واقع باید پذیرفت که رعایت بهداشت روانی سالمندان و ایجاد شرایط زیست محیطی برای آنان جز به یاری بررسی دقیق رویدادهای زندگی‌شان و درک صحیح شرایط و معضلات موجود امکان‌پذیر نیست. توجه و تأکید دوران کهولت است که در نقطه اوج خود، منجر به آغاز و یا تشدید حالت افسردگی می‌شود. تنهایی و بی‌پناهی و توقعات و انتظارات برآورده نشده سالمند از اطرافیان، اضطراب و نگرانی‌های ناشی از قرار گرفتن در وضع نامطلوب، بحران، ناامیدی، ترس از سپرده شدن به سرای سالمندان و احساس بی‌کفایتی و بی‌ارزشی از دیگر مسائل استرس‌زای دوران کهولت است. از طرفی تحقیقات متعددی نشان داده‌اند که درماندگی

^۱ - Learned helplessness

^۲ - Langer & Rodin

نتیجه گیری:

نتایج حاصل از این پژوهش به منزله این نیست که سالمندان ساکن در خانه مصون از هر نوع مشکلات جسمی و روانی هستند. کاستی‌های قابلیت بدنی، شناختی و تحلیل بن مایه‌های عاطفی و روانی در گستره پیری به جهت حضور منظومه‌ای از شرایط سبب ساز اجتناب ناپذیر است (۱۴) بلکه بدین معنی است که سالمندان ساکن در خانه، به جهت برخورداری از پارامترهای مثبت زندگی و حضور شرایط کیفی مطلوب، در "مقیاس‌های اختلالات روانی" نسبت به سالمندان ساکن در سرای سالمند بهتر هستند و از سطح مقاومت بالایی برای کنار آمدن با متغیرهای توان گاه گستره پیری برخوردارند. دلایل تحلیلی زیادی می‌تواند نتایج این پژوهش را توجیه کند به هر حال شایسته و بایسته آن است که همه ما احترام به سالمند و ارج و قرب بخشیدن به مقام سالمند را سر لوحه زندگی خود قرار بدهیم و مثل سنت قدیم در احترام به سالمند بر همدیگر سبقت بگیریم.

تشکر و قدردانی:

از همه کارکنان مرکز نگهداری سالمندان کهریزک به ویژه مدیریت محترم و همینطور سالمندان ارجمند و بزرگوار که انجام این پژوهش را میسر نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منابع:

- ۱- خزایی، کامیان (۱۳۸۱) روانشناسی سالمندان و نقش حمایت اجتماعی از آنان. تهران: انتشارات آشنا
- ۲- بووار، سیمون دو. دوران کهسالی، ترجمه طوسی، محمدعلی. تهران: انتشارات شبابویز.
- ۳- آزاد، حسین (۱۳۸۰). آسیب شناسی روانی. تهران: انتشارات بعثت.
- ۴- میلانی فر، بهروز (۱۳۷۹). بهداشت روانی. تهران: انتشارات قومس.
- ۵- استورانت، مارتا و اندون، بوس و گرای آی. روانشناسی سالمندی. ترجمه خدایی، سیامک (۱۳۷۶). مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی
- ۶- کاپلان، هارولد و سادوک، بنیامین. خلاصه روانپزشکی. ترجمه پورافکاری، نصرا. (۱۳۷۸). تهران: انتشارات، نشر آزاد
- ۷- اسکینر، بی. اف. و ان. م. ای. از سالخوردگی لذت ببرید. ترجمه آرام، احمد (۱۳۶۶) تهران: انتشارات دریا.
- ۸- کدخدای، حسین (۱۳۷۷). عملکرد مادران مصروع در پاسخ به آزمون SCL۹۰ پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تهران. سرمد، زهره. بازرگان، عباس و حجازی، الهه. (۱۳۸۴). روشهای تحقیق در علوم رفتاری (چاپ یازدهم). تهران: انتشارات آگاه.
- ۹- Gualtre, Castillon. steinbuchel.sendion, A.R. Differences in quality of life between women and men in the older population Spain. Social science&medicine. ۲۰۰۵, ۶۰, ۱۲۲۹-۱۲۴۱
- ۱۰- Langer, E. Rodin, J. (۱۹۷۶). the effect s of choice and enhanced personal responsibility for the aged: a field experiment in an institutional setting. Journal of personality and social psychology, ۳۴, ۱۹۲-۱۹۸.
- ۱۱- Zariat, H.S. pxtul, Z, F. (۲۰۰۳). elder ness and mental disorders in specific situations. Londen Maxmillian publisher.
- ۱۲- Jan, S, F. N. Sørensen, T. and Odd Steffen, D. (۲۰۰۶ Return of depressed men: Changes in distribution of depression and symptom cases in Inger Norway between ۱۹۹۰ and ۲۰۰۱) Journal of Affective Disorders ۲۱, ۲۴۴- ۲۵
- ۱۳- Robert C Baldwin. Edmund, C. Kernolos, K. Nori, G. (۲۰۰۲). Guidelines on depression in older person. Londen: Dunitz publisher
- ۱۴- منصور، محمود (۱۳۸۱). روانشناسی ژنتیک، تحول روانی از تولد تا پیری (چاپ سوم). تهران: انتشارات سمت.