

لَسْنَا نَعْبُدُكَ اللَّهُمَّ غَيْرًا  
مِمَّا عَابَدُوا آبَاءَنَا وَإِجْرَارًا  
وَكُنَّا نَحْنُ الْجَائِدِينَ



گروه پرستاری

پایان نامه کارشناسی ارشد

رشته پرستاری

عنوان:

"بررسی تاثیر شعردرمانی گروهی برافسردگی سالمندان مقیم در سرای سالمندان شهر اراک

در سال ۱۳۹۱"

نگارنده:

جمشید فرجی

استاد راهنما:

دکتر مسعود فلاحی خشکناز

استاد مشاور:

دکتر حمیدرضا خانکه

شماره ثبت:

۵۰۰-۲۵۵

تیرماه ۱۳۹۲



دانشگاه علوم پزشکی و توانبخشی

دانشگاه علوم پزشکی و توانبخشی  
تأییدیه اعضای هیات داوران

آقای جمشید فرجی

دانشجوی رشته: پرستاری مقطع: کارشناسی ارشد به شماره دانشجویی: ۸۹۱۶۸۴۰۰۳ از پایان نامه خود تحت عنوان: "بررسی تأثیر شعر درمانی گروهی بر افسردگی سالمندان مقیم در سرای سالمندان مقیم در سرای سالمندان ابراهیم آباد اراک در سال ۱۳۹۱" در تاریخ: ۹۲/۰۴/۰۸ در حضور هیات داوران دفاع نموده و بر اساس مصوبات شورای تحصیلات تکمیلی نمره ۱۹,۵ ( )

به ایشان تعلق گرفت.

(نورده و شرح)  
کمالی

هیات داوران

جناب آقای دکتر مسعود فلاحی

۱. استاد راهنما:

جناب آقای دکتر حمید رضا خانکر

۲. اساتید مشاور:

سرکار خانم دکتر فرخناز محمدی شاهبلاغی

۳. اساتید داور:

سرکار خانم دکتر رباب صحاف

۴. مدیر گروه آموزشی:

جناب آقای دکتر اصغر دلاوندی

۵. کارشناس تحصیلات تکمیلی:

سرکار خانم



## تعهد نامه چاپ مطالب و مقالات مستخرج از پایان نامه / رساله دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی و توانبخشی

با عنایت به اینکه هر گونه مقاله استخراج شده از پایان نامه یا رساله و/ یا چاپ و انتشار بخشی یا تمام مطالب آن مبنی بر قسمتی از فعالیتهای علمی- پژوهشی دانشگاه می باشد، بنابراین اینجانب **جمشید فرجی دانتش** آموخته رشته **پرستاری** متعهد می شوم که موارد ذیل را کاملاً رعایت نمایم:

۱. در صورت اقدام به چاپ هر مقاله ای از مطالب پایان نامه/رساله، خود را بعنوان دانش آموخته دانشگاه علوم پزشکی و توانبخشی و مقاله را برگرفته از پایان نامه دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی و توانبخشی معرفی نموده و از درج نام و آدرس دیگر خودداری کنم.

۲. در صورت اقدام به چاپ بخشی از /یا تمام پایان نامه یا رساله خود، مراتب را قبلاً به طور کتبی به اطلاع "انتشارات" و "دفتر تحصیلات تکمیلی" دانشگاه علوم پزشکی و توانبخشی برسانم.

۳. در صورت اقدام به چاپ هر گونه متن علمی اعم از مقاله، کتاب، مپفلت و ... مستخرج از تمام یا بخشی از پایان نامه/ رساله خود، حتماً اسامی کلیه افرادی را که در انجام آن به صورت راهنما، مشاور، مشاور آمار و افتخاری بطور رسمی همکاری داشته اند، ذکر می کنم.

۴. در صورت اقدام به چاپ پایان نامه یا رساله در صفحه سوم کتاب (پس از برگ شناسنامه) عبارت ذیل را درج نمایم:

" کتاب حاضر حاصل پایان نامه/رساله کارشناسی ارشد آقای **جمشید فرجی** در رشته **پرستاری** می باشد که در سال **۱۳۹۱** در **دانشگاه علوم پزشکی و توانبخشی** به راهنمایی **جناب آقای دکتر مسعود فلاحی** و مشاوره **جناب آقای دکتر حمیدرضا خانکه** انجام و در سال **۱۳۹۲** از آن دفاع شده است."

۵. به منظور جبران بخشی از هزینه های انتشارات دانشگاه، تعداد یک درصد شمارگان کتاب (در هر نوبت چاپ) را به انتشارات دانشگاه علوم پزشکی و توانبخشی اهداء نمایم. (دانشگاه می تواند مازاد نیاز خود را به نفع مرکز نشر در معرض فروش قرار دهد).

۶. در صورت عدم رعایت بند ۵، ۵۰٪ بهای شمارگان چاپ شده را به عنوان خسارت به دانشگاه علوم پزشکی و توانبخشی، تادیه می کنم.

۷. قبول می کنم که در صورت خودداری از پرداخت بهای خسارت، یا عدم رعایت هر یک از مواد این تعهدنامه دانشگاه علوم پزشکی و توانبخشی می تواند مورد را از طریق دفتر حقوقی دانشگاه مطالبه و پیگیری قانونی نماید.

اینجانب **جمشید فرجی دانشجوی رشته پرستاری** مقطع کارشناسی ارشد **کلیه مفاد تعهد فوق و ضمانت اجرایی آن را بدون قید و شرط قبول می نمایم**، و به انجام آن ملتزم می شوم.

نام و نام خانوادگی

امضاء و تاریخ

۱۲/۵/۹۲

**تقدیم به:**

**همه پدران و مادران مهربان ایران  
زمین؛**

**تقدیم به همسر و فرزند مهربانم که  
برای نگارش این پژوهش از لحظه  
لحظه زندگی آنان خرج بسیار کردم.**

**قدردانی و تشکر:**

**برخود واجب می دانم. از جناب آقای دکتر مسعود فلاحی خشکناز استاد راهنما و جناب آقای دکتر حمید رضا خانکه استاد مشاور و جناب آقای دکتر اصغر دالوندی. که در این پژوهش از راهنمایی های استادانه و دلسوزانه آنان برخوردار بودم تشکر و قدردانی نمایم.**

**چرا که به فرموده شاعر (مولوی):**

**هر که گیرد پیشه ای بی اوستا**

**ریشخندی شد به شهر و روستا**

## چکیده:

**عنوان :** بررسی تاثیر شعردرمانی گروهی برافسردگی سالمندان مقیم در سرای سالمندان شهر اراک در سال ۱۳۹۱.

**مقدمه :** با توجه به رشد جامعه سالمندی و شیوع افسردگی در این گروه سنی، به ویژه در خانه های سالمندان، توجه به راهکارهای روان درمانی، به خصوص از لحاظ سهولت و فقدان عوارض دارویی، ضروری است. هدف این مطالعه بررسی تأثیر شعردرمانی گروهی بر میزان افسردگی سالمندان است.

**مواد و روش ها:** این مطالعه از نوع نیمه تجربی بوده، که در آن ۷۲ نفر از سالمندان مقیم سرای سالمندان که دارای خصوصیات نمونه پژوهش بودند، به طور تصادفی در دو گروه مداخله (۳۹ نفر) و شاهد (۳۳ نفر) جای گرفتند. برای گروه مداخله، برنامه شعردرمانی گروهی طراحی و طی ۱۲ جلسه ۹۰-۶۰ دقیقه ای به مدت ۶ هفته اجرا گردید. گروه شاهد بدون مداخله خاصی، در جلسات گروهی روزانه شرکت کردند. ابزار اصلی گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و آزمون افسردگی سالمندان بود. برای تجزیه تحلیل داده ها از آماره کای اسکوئر و تی مستقل و همچنین برای بررسی روابط بین متغیرها از آزمونهای تی مستقل و زوجی و آنالیز واریانس با معنی داری ۰/۰۵ استفاده شد.

**یافته ها:** نتایج نشان داد که میانگین نمره افسردگی سالمندان گروه مداخله از ۷/۶ قبل از مداخله به ۶/۵ بعد از مداخله کاهش یافت و نتایج اختلاف معناداری را در گروه مداخله نشان داد ( $P < 0/004$ ). بدین معنا که با استفاده از تکنیک شعر درمانی افسردگی کاهش می یابد، این درحالی است که در گروه شاهد قبل و بعد از مداخله تفاوت معناداری مشاهده نشد ( $P > 0/87$ ).

**نتیجه گیری:** با توجه به این مطالعه می توان گفت که شعردرمانی گروهی بر کاهش افسردگی سالمندان مؤثر است. لذا پیشنهاد می گردد، از این مهارت آسان و کم هزینه در خانه های سالمندان و حتی در منازل در جهت ارتقاء سلامت روان و بهبود علائم افسردگی استفاده گردد.

**کلید واژه ها :** افسردگی، سالمندان، شعردرمانی گروهی.

## فهرست:

ردیف	موضوع	صفحه
۱	فصل اول کلیات تحقیق	۱
۲	۱-۲- مقدمه و بیان مسئله	۲
۲	۱-۳- اهمیت و ضرورت	۱۴
۴	۱-۴- تعریف واژه	۱۷
۵	۱-۵- اهداف پژوهش	۱۹
۶	۱-۶- سئوال های پژوهش	۲۰
۷	فصل دوم چهار چوب پنداشتی و پیشینه تحقیق	۲۱
۸	۲-۱- چهار چوب پنداشتی تحقیق	۲۲
۹	روش ها و تکنیک ها	۳۳
۱۰	۲-۲- مروری بر مطالعات انجام شده	۴۰
۱۱	فصل سوم -روش شناسی تحقیق	۵۲
۱۲	۳-۱- نوع مطالعه	۵۳
۱۳	۳-۲- جامعه پژوهش	۵۳
۱۴	۳-۳- محیط پژوهش	۵۳
۱۵	۳-۴- نمونه و حجم آماری و روش نمونه گیری	۵۴
۱۶	۳-۵- معیارهای ورودی و خروجی	۵۴
۱۷	۳-۶- حجم نمونه	۵۵
۱۸	۳-۷- روش جمع آوری داده ها	۵۶
۱۹	۳-۸- روایی و پایایی ابزارها	۵۹



۶۰	۹-۳ - روش اجرای پژوهش	۲۰
۶۴	۱۰-۳ - تجزیه و تحلیل داد ها	۲۱
۶۵	۱۱-۳ - متغیرها	۲۲
۶۷	۱۲-۳ - ملاحظات اخلاقی	۲۳
۶۹	<b>فصل چهارم - یافته های پژوهش</b>	۲۴
۷۱	۱-۴ - یافته های مربوط به متغیرهای زمینه ای	۲۵
۷۹	۲-۴ - یافته های مربوط به متغیرهای اصلی	۲۶
۸۷	<b>فصل پنجم - بحث و نتیجه گیری</b>	۲۷
۸۸	۱-۵ - بررسی یافته های پژوهش	۲۸
۸۹	۲-۵ - بحث	۲۹
۹۶	۳-۵ - نتیجه گیری نهایی	۳۰
۹۸	۴-۵ - پیشنهادات	۳۱
۹۹	۵-۵ - تشکر و قدردانی	۳۲
۱۰۰	<b>فهرست منابع:</b>	۳۳
۱۱۹	مجوز و کد IRCT	۳۴
۱۲۰	مقاله چاپ شده در مجله علمی پژوهشی طب مکمل (تأثیر شعردرمانی گروهی بر وضعیت شناختی سالمندان مقیم در سرای سالمندان)	۳۵
۱۳۲	مقاله چاپ شده در مجله علمی پژوهشی روان پرستاری (تأثیر شعردرمانی گروهی برافسردگی سالمندان مقیم در سرای سالمندان شهر اراک)	۳۶

## فهرست جداول و نمودارها:

ردیف	موضوع	صفحه
۱	جدول ۱-۳ : جدول متغیرها	۶۵
۲	شکل ۱-۳ : دیاگرام روش کار و نمونه گیری	۶۸
۳	جدول ۱-۱-۴-۱- جدول توزیع فراوانی جنس نمونه های پژوهش	۷۱
۴	نمودار ۱-۱-۴:۱: توزیع فراوانی جنسیت در گروه درمانی بر حسب درصد	۷۲
۵	جدول ۱-۴-۲: مقایسه میانگین سنی گروههای مداخله و شاهد	۷۳
۶	جدول ۱-۴-۳: ارزیابی همسانی وضعیت تأهل در دو گروه مداخله و شاهد	۷۴
۷	جدول ۱-۴-۴: مقایسه میانگین مدت اقامت در دو گروه مداخله و شاهد	۷۵
۸	جدول ۱-۴-۵: مقایسه میزان تحصیلات در دو گروه مداخله و شاهد	۷۶
۹	جدول ۱-۴-۶: ارزیابی همسانی سایرمتغیرهای دموگرافیک در دو گروه مداخله و شاهد	۷۷
۱۰	جدول ۱-۲-۴ : میانگین میزان افسردگی در گروه مداخله و گروه شاهد قبل و بعد از شعردرمانی	۷۹
۱۱	جدول ۲-۲-۴- مقایسه میانگین اجزای GDS قبل از شعردرمانی در دو گروه مداخله و شاهد	۸۰
۱۲	جدول ۳-۲-۴- مقایسه میانگین اجزای GDS بعد از شعردرمانی در دو گروه مداخله و شاهد	۸۲
۱۳	جدول ۴-۲-۴-:مقایسه میانگین نمرات کسب شده از اجزای GDS درگروه مداخله و شاهد قبل و بعد از شعردرمانی گروهی.	۸۴
۱۴	جدول شماره ۴-۲-۵- جدول مقایسه میانگین افسردگی سالمندان قبل و بعد و یک ماه بعد از شعردرمانی	۸۵
۱۵	جدول ۴-۲-۶: نتایج آزمون آنالیز واریانس متواتر بین گروه ها	۸۶
۱۶	نمودار ۱-۲-۴ : مقایسه میانگین نمرات افسردگی سه مرحله گروه مداخله و شاهد قبل از مداخله، بعد از مداخله و یک ماه پس از مداخله.	۸۶

# فصل اول

## کلیات تحقیق

امروزه سالمندی به عنوان یک پدیده مهم جهانی است. این امر به دلیل افزایش جمعیت سالمندان جهان می باشد، به گونه‌ای که طبق آمار سازمان بهداشت جهانی تعداد سالمندان در کشورهای آسیای جنوب غربی (از جمله ایران) در سال ۲۰۰۰ حدود ۷٪ کل جمعیت بوده است و این رقم تا سال ۲۰۳۰ به ۱۵٪ خواهد رسید(۱).

در میان مشکلات سالمندان، افسردگی به طور ویژه‌ای شایع است. افسردگی اختلالی است که دوام کافی و نشانه‌های ویژه دارد و ضمن تأثیر نامطلوب بر عملکرد شخص، پریشانی ایجاد می‌کند(۲).

حفظ و بهبود وضعیت سلامت در دوران سالمندی نه تنها باعث پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های مزمن می‌گردد، بلکه به استقلال و شرکت سالمندان در فعالیت‌های خانوادگی و اجتماعی کمک قابل توجهی می‌کند(۳).

افزایش جمعیت سالمندان و شیوع افسردگی در این گروه سنی، جامعه را با مشکلات و مسائل جدی روبرو خواهد ساخت، بنابراین سالمندی، شرایط ویژه افراد سالمند و تامین بهداشت روانی آنها از جمله مسائلی است که توجه ویژه‌ای را می‌طلبد.

## ۲-۱ - بیان مسئله :

سالمندان با افزایش امید به زندگی، دارای سریع‌ترین رشد در بین گروه‌های جمعیتی در جهان هستند. حدود ۱۰ درصد از جمعیت جهان را سالمندان (افراد بالای ۶۵ سال) تشکیل می‌دهند. در بعضی جوامع این رقم به ۳۰ درصد می‌رسد. افزایش رو به رشد جمعیت سالمندان در جهان پدیده‌ای است که از آن به عنوان خاکستری شدن جمعیت نام برده می‌شود. شیوع بیشتر بیماری‌های مزمن

گوناگون موجب گردیده است که بخش عمده‌ای از منابع بهداشتی و درمانی به سالمندان اختصاص یابد  
(۴).

در سراسر جهان جمعیت افراد بالای ۶۰ سال نسبت به سایر گروه‌های سنی از رشد سریعتری برخوردار می‌باشد. رشد جمعیتی بین سال‌های ۱۹۷۰ تا ۲۰۲۵ به میزان ۶۹۴ میلیون یا ۲۲۳٪ مورد انتظار است. در سال ۲۰۲۵ انتظار می‌رود جمعیت بالای ۶۰ سال در دنیا، ۱/۲ میلیارد باشد و در سال ۲۰۵۰ حدود ۲ میلیارد نفر خواهد بود که ۸۰٪ آنها در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند (۵).  
امروزه پدیده سالمندی 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 است و در پی آن تکریم سالمندی و ارزش‌های جامعه انسانی در زیر چرخ‌های جامعه صنعتی خرد شده است. تا به امروز که هر لحظه شاهد شکاف و گسل معنادار بین تکریم، شان و منزلت، ارج و قرب بخشیدن به سالمند، محیط خانواده و اجتماع انسانی هستیم، عوامل متعددی روی هم رفته باعث شکاف و گسلس عاطفی بین نسل‌ها و شانه خالی کردن از زیر بار خدمت به سالمند در جوامع مختلف شده است که غالب آنها محصول همین صنعتی شدن و رواج افکار ماشینی می‌باشد. می‌بینیم که در اغلب جوامع امروزه سالمندان راهی سرای سالمندان می‌شوند و این مساله پیامد نامطلوبی برای سلامت روانی و جسمانی سالمندان داشته است  
(۶).

جمعیت ایران در سال ۱۳۸۵ دارای ۲۵ درصد زیر ۱۵ سال و ۷/۳ درصد بالای ۶۰ سال است که می‌تواند نشان دهنده گذار ساختمان سنی جمعیت از جوانی به سالخوردگی باشد. طی سالهای ۸۵-۱۳۷۵، رشد جمعیت سالمندان ۷۰ سال و بالاتر، نشان دهنده سالمند شدن جمعیت می‌باشد (۷).

جمعیت سالمندان در بسیاری از کشورهای توسعه یافته به طور پیشرونده‌ای افزایش یافته است. ایران در دهه ۵۰ یکی از جوان‌ترین کشورهای جهان بود، ولی شاخص‌های آماری و جمعیت‌شناسی نشان می‌دهد که روند سالمند شدن در ایران هم آغاز شده و رو به گسترش است. با ادامه این روند در کشور، در حوالی سال ۱۴۱۰ پدیده انفجار سالمندی رخ خواهد داد و بین ۲۵ الی ۳۰ درصد جمعیت در سنین بالای ۵۰ سالگی قرار خواهند گرفت. در ایران نیز طبق آمار سال ۱۳۸۵ سالمندان ۷/۲۶ درصد (بیش از ۵ میلیون نفر) از کل جمعیت بوده و تا سال ۱۴۰۰ به میزان بیش از ۱۰٪ خواهد رسید. به دلیل بهبود شرایط بهداشتی متوسط طول عمر افراد بالا رفته و برای اولین بار در تاریخ در سال ۲۰۵۰ جمعیت زیر ۱۵ سال برابر جمعیت بالای ۶۰ سال خواهد شد (۸).

بر اساس سرشماری‌های عمومی نفوس و مسکن، جمعیت سالمندان کشور طی سال‌های ۱۳۴۵ تا ۱۳۹۰، نزدیک به ۴ برابر شده است. متوسط رشد سالیانه جمعیت در افراد سالمند در ۱۳۸۵-۱۳۹۰ حدود ۳.۹٪ درصد برآورد شده است، درحالی که این نسبت برای جمعیت کل کشور حدود ۱.۲۹ درصد به دست آمده است. در مناطق شهری تعداد سالمندان از حدود ۶۰۰ هزار نفر در سال ۱۳۴۵ به حدود ۴.۴ میلیون نفر در سال ۱۳۹۰ رسیده است. به عبارت دیگر طی یک دوره ۴۵ ساله جمعیت سالمندان حدود ۷.۴ برابر شده است. طی همین دوره تعداد سالمندان مناطق روستایی با آهنگ افزایشی کندتر از نقاط شهری از حدود یک میلیون نفر در سال ۱۳۴۵ به حدود ۱.۸ میلیون نفر در سال ۱۳۹۰ رسیده است، که نشانگر افزایشی معادل ۱.۷ برابر می‌باشد. جمعیت سالمندان در مناطق شهری و روستایی نشان می‌دهد نسبت سالمندان در مناطق روستایی بیشتر از مناطق شهری است این در حالی است که امید زندگی در مناطق روستایی معمولاً کمتر از مناطق شهری است. علت اصلی بالاتر بودن نسبت سالمندان در مناطق روستایی نسبت به مناطق شهری، مهاجرت جمعیت روستایی به مناطق شهری است که این مهاجرت در بین جوانان خیلی بیشتر از سالمندان است. مهاجرت جوانان روستایی به شهرها باعث کاهش جمعیت جوانان و افزایش نسبت سالمندان مناطق روستایی

میشود. در نهایت متذکر می شود که کاهش سریع موالید در طی دهه هفتاد باعث افزایش سریع سالمندان در آینده دورتر خواهد شد (۹).

از نظر سنی، در کشورهای توسعه یافته سن ۶۵ سالگی را که در آن فرد شرایط دریافت حقوق بازنشستگی را پیدا می کند به عنوان شروع سالمندی در نظر می گیرند و در برخی از کشورها سن ۶۰ سالگی مقبول می باشد. سازمان ملل متحد نیز سن ۶۰ سالگی را به عنوان شروع سالمندی پذیرفته است (۱۰).

با توجه به تحقیقات انجام شده، به نظر می آید که فقدان استقلال، خود مختاری و انجام فعالیت های روزانه منجر به زوال و کاهش سریع سطح هوشیاری و فعالیت سالمندان می شود. زمانی که فرد سالمند کنترل خود را بر اتفاقاتی که در پیرامون وی در جریان است از دست می دهد، احساس بی یابوری و کاهش اعتماد به نفس پیدا کرده و بدین ترتیب انگیزه زندگی کردن را از دست می دهد و دچار اختلالات شناختی، افسردگی و ناامیدی می شود. محیط خانه سالمندان می تواند مسئول ایجاد چنین اختلالاتی شود (۱۱).

در میان مشکلات سالمندان، افسردگی به طور ویژه ای شایع است. افسردگی اختلالی است که دوام کافی و نشانه های ویژه دارد و بر عملکرد شخص تأثیر نامطلوب گذاشته و پریشانی ایجاد می کند (۱۲).

از اختلالات شایع روانپزشکی در دوران سالمندی، اختلالات خلقی به ویژه افسردگی می باشد که شیوع آن در سالمندان ساکن در خانه های سالمندان ۳۰ تا ۵۰ درصد گزارش شده است. افسردگی بیماری است که بنا بر آمار جهانی در سال های نه چندان دور دومین علت ناتوانی بشر خواهد بود و جامعه سالمندان نیز از ابتلا به آن در امان نیست. گر چه افزایش سن به تنهایی عاملی برای بروز افسردگی به شمار نمی آید اما از دست دادن عزیزان به ویژه همسر، دوری از فرزندان به ویژه در جوامع امروزی حتی در کشور ما که خانواده های گسترده جای خود را به خانواده های هسته ای داده اند، ابتلا به بیماری های جسمی مزمن، مصرف داروهای مختلف، افت قوای شناختی، همگی یک فرد سالمند را مستعد ابتلا به

افسردگی می‌کند. شایع‌ترین علائم افسردگی در سالمندان به شکل بی‌حالی، خستگی، عدم تمرکز، بی‌حوصلگی، دل و دماغ نداشتن، بیدار شدن مکرر از خواب، کاهش اشتها و دردهای جسمی است. افسردگی دوره‌ی سالمندی، دومین علت ناتوانی‌های این دوره برآورد شده است. افرادی که در طول زندگی، تاریخچه‌ای از افسردگی داشته‌اند، در دوره‌ی سالمندی افسردگی مضاعف را تجربه می‌کنند. از سوی دیگر، نتایج برخی از پژوهش‌ها بیانگر آن است که بعد از ۶۵ سالگی سرعت افسردگی با افزایش سن افزایش می‌یابد. افسردگی پیری با انزوای فرد افسرده از فعالیت و ارتباط‌های اجتماعی آنان همپوشی دارد (۱۳).

ازدیاد بیش از حد سالمندان در دهه‌های گذشته باعث افزایش توجه به روان‌درمانی و مداخلات روانشناسی بالینی و افزایش بودجه تحقیقاتی برای این قشر شده است. بیشترین عوارض روانی در افراد ۶۵ سال به بالا را دمانس و افسردگی تشکیل می‌دهد. میزان شیوع دمانس در افراد بالای ۶۵ سال حدود ۵ درصد، در افراد بالای ۸۰ سال ۲۰ درصد و در افراد بالای ۹۰ سال حدود ۳۰ درصد می‌باشد. افسردگی اساسی در این گروه سنی حدود ۵ تا ۱۰ درصد افراد را در بر می‌گیرد از این گذشته اختلالات رایج دیگری نیز در دوره سالمندی گریبان گیر افراد می‌شود. نرخ خودکشی در سالمندان ۴۰ در ۱۰۰۰۰۰ است یعنی چیزی حدود دو برابر جوان‌ترها و این امر بخصوص در بین مردان شایع‌تر از زنان است. تشخیص اختلالات خواب حدود ۲۰ درصد اختلالات سالمندان را شامل می‌شود و به طور کلی می‌توان حدس زد که حدود ۲۵ درصد افراد بالای ۶۵ سال یک یا بیشتر از یک اختلال روانشناختی دارند (۱۴).

افسردگی بازتابی عاطفی است که برخی افراد در سالمندی تجربه می‌کنند. افسردگی در بین حدود ۱۲ تا ۱۶ درصد افراد سالمند غالباً ظاهر می‌شود، هرچند بین ۲۰ تا ۳۰ درصد آنها گاه علائمی از افسردگی را نشان می‌دهند. متداولترین بیماری روانی برای افراد بالای ۶۰ سال افسردگی است. تقریباً ۱۵٪ آمریکایی‌های سالمند از افسردگی رنج می‌برند. با وجود آگاهی عمومی از افسردگی و ترتیب درمان‌های



مؤثر، باز افسردگی تشخیص داده و یا درمان نمی شود. سه عامل وجود دارد که تشخیص افسردگی را در سالمندان پیچیده می کند: ۱- بیماریهای جسمی همراه ۲- آسیب شناختی ۳- رخ دادهای ناسازگار زندگی (۱۵).

شایعترین مشکل بهداشت روانی در سالمندان، افسردگی است که کیفیت زندگی را مختل، خطر خودکشی و هزینههای مراقبت بهداشتی و احتمال ابتلا به مشکلات پزشکی را در اثر استرسهای روان شناختی افزایش می دهد. فشار خون بالا در سالمندان افسرده، سه برابر بیشتر از غیر افسردهها می باشد و حملات قلبی، شکستگی لگن، پنومونی<sup>۱</sup>، عفونت ها و ... در آنها زیادتر است (۱۶).

این بی تفاوتی و بی حوصلگی توأم با بی توجهی به محیط گاهی چندان شدید می شود که اطرافیان تصور می کنند فرد دچار بیماری زوال عقل یا آلزایمر شده است. بسیاری از سالمندان افسرده به جای اینکه از علائم روانی افسردگی شاکی باشند بیشتر شکایات جسمانی را مطرح می کنند که باعث مراجعات مکرر آنان به پزشکان مختلف و در صورت عدم تشخیص درست منجر به درمان های نابه جا می شود (۱۷).

افراد سالمند از قدیم الایام توسط اعضای خانواده مراقبت می شدند. اما پس از تغییرات اخیر، نگرشی در جهت حمایت خانوادگی و مراقبت از خانواده به آسایشگاههای مخصوص سالمندان انتقال یافته است که آغازی برای تنهائی سالخورگان است. در سالمندان ساکن در سرای سالمندان، احتمالاً به علت ناهمگونی جامعه سالمند و همچنین وجود عوامل استرسزای مختلف (همچون بیماری و ناتوانی های جسمانی، بازنشستگی، بیکاری، تنهائی و عدم توجه دیگران)، شیوع اختلالات روان پزشکی بیشتر از سالمندان خارج از سرای سالمندان می باشد (۱۸).

افسردگی برای هرکس معنایی دارد و می تواند یک نشانه و یا یک اختلال قابل تشخیص باشد. منظور از افسردگی، اختلالی است که دوام کافی و نشانه های ویژه دارد و بر عملکرد شخص تاثیر نامطلوب می گذارد و پریشانی ایجاد می کند. ساکنان خانه های سالمندان ریسک بیشتری برای افسردگی دارند. در

---

<sup>۱</sup> pnoumonia

این مکانها، افسردگی می تواند به طور مقطعی به علت بیماریهای مزمن و مشاهده ناتوانی افراد مقیم دیگر و همین طور بالا بودن میزان مرگ به وجود آید. از این گذشته می تواند به علت مشخصات سازمانی آسایشگاه نیز باشد. وابستگی آموخته شده به علت پذیرایی طولانی مدت از سالمند هم می تواند باعث شود افسردگی همچنان باقی بماند. فرد سالخورده در سرای سالمندان، کنترل کمی بر سبک زندگی خود دارد. از لحاظ گذراندن اوقات شبانه روز حتی ساعات خواب و بیداری محدود می گردد و از همه مهمتر ارتباط آنان با جامعه عادی قطع می شود. ارتباط این سالمندان محدود به سرکشی های گاه و ناگاه افراد خویشاوند می شود که آن هم در بسیاری موارد نامنظم و محدود است. همچنین رابطه سالمندانی که به هر دلیلی در سرای سالمندان مستقر می شوند با دوستانشان قطع می گردد (۱۹).

نتایج پژوهش سهرابی و همکاران (۱۳۸۷) بر ۴۶ سالمند مقیم آسایشگاه خانه سالمندان و ۹۰ نفر از سالمندان ساکن در منازل شخصی، با استفاده از پرسشنامه بررسی وضعیت شناختی و فرم کوتاه بررسی افسردگی نشان داد که اختلال شناختی و شدت افسردگی در سالمندان مقیم خانه سالمندان به طور معناداری بیشتر است. آنها نتیجه گرفتند با برنامه ریزی مناسب، سالمندان می توانند از دوران سالخوردگی شاد و مولد، لذت برده و به عنوان یک جزء یکپارچه با جامعه تلقی شوند. از بین این برنامه ریزی ها می توان به انواع روش های روان درمانی اشاره کرد. هدف از روان درمانی در سالمندان فراهم کردن حمایت، کاهش اضطراب و افزایش اجتماعی شدن است (۱).

لانگر و رودین<sup>۲</sup> در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که سالمندان ساکن در آسایشگاه که در شرایطی زندگی می کنند که کنترل کمی بر آن دارند، همانند آزمودنی های آزمایشگاهی یاد می گیرند که درمانده هستند. ازدیاد بیش از حد سالمندان در دهه های گذشته باعث افزایش توجه به روان درمانی و مداخلات روانشناسی بالینی و افزایش بودجه تحقیقاتی برای این قشر شده است. بیشترین عوارض روانی در افراد ۶۵ سال به بالا را دمانس و افسردگی تشکیل می دهد (۶).

---

<sup>۲</sup> Langer & rowdHin

رابطه بین مشکلات سلامت جسمانی و روانی می توانند تبدیل به دور باطلی شود که هر یک دیگری را تشدید می کند. گاهی تحلیل رفتن سریع یک سالخورده بیمار نتیجه یاس و ناامیدی و دست کشیدن از تلاش است. این سیر قهقرایی می تواند با حرکت به سمت خانه سالمندان شتاب بگیرد که در این صورت فرد سالخورده باید با جدایی از خانواده و دوستان خود با وصفی تازه با عنوان « فردی که فقط در خانه سالمندان می تواند زنده بماند» سازگار شود. خیلی از ساکنان خانه سالمندان یک ماه بعد از پذیرش به سرعت تحلیل می روند و بصورت شدید افسرده می شوند (۲۰).

به دلیل اینکه جامعه در آینده نزدیک با جمعیت زیادی از افراد سالمند مواجه خواهد شد، که بالطبع بخشی از آنان می بایست به این مراکز سپرده شوند، انجام اقدامات لازم به منظور فراهم آوردن زمینه‌های ارتقای سلامت روانی برای ساکنان این مراکز ضروری به نظر می‌رسد. لذا ممکن است شیوع اختلال روان پزشکی در این افراد بیش از جامعه عادی باشد و همین مسأله باعث شود میزان شیوع این اختلالات در جامعه سالمندان ساکن سرای سالمندان بیشتر از جامعه عادی به نظر آید (۱۹).

از اینرو حفظ و بهبود وضعیت سلامت و کیفیت زندگی در دوران سالمندی بیش از گذشته اهمیت پیدا می‌کند. حفظ و بهبود وضعیت سلامت در دوران سالمندی نه تنها باعث پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های مزمن می‌گردد، بلکه به استقلال و شرکت سالمندان در فعالیت‌های خانوادگی و اجتماعی کمک قابل توجهی می‌کند (۲۱).

مراقبت‌کنندگان از سالمندان، همیشه شاهد تجویز داروهای بسیاری برای این گروه سنی بوده‌اند، به دنبال دارو درمانی در سالمندان، به علت تحولات پیری، ممکن است، با افزایش عوارض جانبی زیان بخش دارو یا کاهش تدریجی اثر مطلوب دارو روبرو شوند. درمان روان پزشکی در کشور ایران، تاکنون عمدتاً داروئی بوده است، دارو در جای خود نقش بسیار مهم و ضروری در روان پزشکی دارد ولی نمی تواند پاسخگوی همه نیازهای درمانی باشد (۱۶).

درمان داروئی افسردگی سالمندان بواسطه عوارض جانبی با شرایط فیزیکی و رژیم پزشکی آنها تداخل داشته و کفایت درمان داروئی در این شرایط مشخص نیست (۲۲).

علاوه بر دارودرمانی روشهای درمانی مختلفی در افسردگی سالمندان کاربرد دارند، که می توان از، روان درمانی، درمان با الکترو شوک، نور درمانی، موسیقی درمانی، ورزش درمانی، داروهای گیاهی، درمان با تحریک عصب واگ<sup>۳</sup> و درمان با تحریک مغناطیسی ترانس کرانیال<sup>۴</sup> نام برد. از بین روشهای مختلف فوق الذکر داروهای ضد افسردگی، الکتروشوک تراپی و روان درمانی با روش شناختی رفتاری و بین فردی بالاترین شواهد را از نظر اثربخشی درمانی دارند. شناخت درمانی و روان درمانی بین فردی نیز مؤثرترین روش های روان درمانی در افسردگی سالمندان می باشد که در پاره ای از مطالعات در موارد خفیف تا متوسط افسردگی به اندازه دارو مؤثر بوده اند (۲۳).

روان درمانی برای سالمندان افسرده می تواند، بیش از آنچه تاکنون به کار رفته است مورد استفاده قرار گیرد. روان درمانی گروهی، یکی از شیوه های درمانی است که امروزه به طور فزاینده ای در درمان بیماران، به خصوص بیماران افسرده به کار می رود. پرستاران به دلیل درک بالائی که از فرآیند گروه دارند، می توانند رهبران گروه مؤثری برای گروه ها باشند (۲۴).

گروه درمانی یا روان درمانی گروهی، به معنای به کار بردن روش های روان درمانی بر روی یک گروه، به منظور بهره گیری از تاثیر متقابل اعضای گروه بر همدیگر است. گروه درمانی ممکن است به تنهایی یا توأم با روان درمانی فردی و سایر انواع درمان های روان پزشکی مورد استفاده قرار گیرد. گروه ها از انواعی که بر حمایت و بالا بردن مهارت های اجتماعی تاکید می کنند، تا آن ها که بر رفع علائم خاص تاکید می کنند و آن هایی که به تعارض های درون روانی حل نشده می پردازند، تفاوت می کنند. تمرکز ممکن

---

<sup>۳</sup> Vagus Nerve stimulation

<sup>۴</sup> Transcranial Magnetic stimulation