

Investigating mental health status and life satisfaction of retired elderly referred to retirement's centers of the Jundishapur University of medical sciences and shahid Chamran University in Ahvaz

Salimi E¹, Dashtbozorgi B², Mozafari M^{*3}, Tabesh H⁴

Abstract

Introduction and purpose: Increasing elderly population and problems of elderly, especially mental health status require special attention .The purpose of this study was to assess and compare mental health status and life satisfaction in retired elderly of the JundiShapur University of medical sciences and Shahid Chamran University in Ahvaz.

Materials and methods: In this analytic descriptive study, life satisfaction and mental health status of a randomized sample including 210 retired elderly of the JundiShapur university of medical sciences and Shahid Chamran University in ahvaz was investigated using GHQ-28, LSI-Z questionnaires in 2013. Data were analysed using descriptive statistics, Pearson correlation coefficient as well as the Chi-squared test by SPSS Software edition 20.

Findings: The results of this study showed that the mean of age was 66.6 (SD=7.2), 87.1% of the elderly were male, 87.6% were married and 99% lived with their family. According to the results, 29% of elderly were suspicious for mental disorders with social dysfunction ranked as the highest disorder at 24.8%. Only 15.2% of elderly were highly satisfied with their life. The results of the correlation analysis showed that mental health was significantly correlated with life satisfaction, education, pension levels and exercise ($P < 0.05$).

Conclusions: Due to the correlation between mental health status and demographic variables such as education, pension levels, exercise as well as life satisfaction, it is essential to develop and promote health policies targeted at mental-health care needs of elderly.

Keywords: Mental Health, Life Satisfaction, aged, Retirement, GHQ-28, LSI-Z

Received: 11 August 2013

Accepted: 16 December 2013

Copyright © 2018 Quarterly Journal of Geriatric Nursing. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License(<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

1 - MSc in Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Ahvaz jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

2 - Lecturer, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Ahvaz jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

3 - Assistant Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

(Corresponding Author). E-mail: mozafaric@yahoo.com

4 - Assistant Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Health, Ahvaz jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

بررسی سلامت روان و رضایت از زندگی سالمدان بازنیسته مراجعه کننده به کانون بازنیستگی دانشگاه‌های علوم پزشکی جندی شاپور و شهید چمران اهواز

ابراهیم سلیمی^۱، بهمن دشت بزرگی^۲، مصیب مظفری^{*۳}، حامد تابش^۴

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۵/۲۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۹/۲۵

چکیده

مقدمه و هدف: افزایش جمیعت سالمدان و مسائل و مشکلات این دوره به ویژه وضعیت سلامت روان آنها توجه و بررسی ویژه ای را می‌طلبد. هدف از انجام این پژوهش بررسی و مقایسه سلامت روان و رضایت از زندگی سالمدان بازنیسته دو دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور و شهید چمران اهواز می‌باشد.

مواد و روش ها: در این مطالعه توصیفی تحلیلی، وضعیت سلامت روان و رضایت از زندگی نمونه ای تصادفی شامل ۲۱۰ سالمدان بازنیسته دانشگاه علوم پزشکی و دانشگاه شهید چمران اهواز با استفاده از دو پرسشنامه GHQ-28 و LSI-Z در سال ۱۳۹۲ مورد بررسی قرار گرفت. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰، و با استفاده از آمار توصیفی و آزمون های ضریب همبستگی پیرسون و کای دو مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته ها: طبق نتایج، میانگین سنی سالمدان برابر $(\bar{x} = ۴۶ \pm ۷)$ و $۸۷/۱$ آنها مذکور بودند. $۸۷/۶$ درصد متاهل و ۹۹ درصد با خانواده زندگی می‌کردند. نتایج نشان داد که از نظر سلامت روان ۲۹ درصد مشکوک به اختلال کلی بودند و بالاترین میزان مربوط به اختلال در عملکرد اجتماعی با $۲۴/۸$ درصد بود. فقط $۱۵/۲$ درصد سالمدان رضایت از زندگی بالا را گزارش کردند. سلامت روان با رضایت از زندگی دارای همبستگی مثبت و معنی دار بود ($p < 0.05$). سطح تحصیلات و میزان مستمری و فعالیت ورزشی دارای ارتباط معنی دار و مثبت با سطح سلامت روان بودند ($p < 0.05$).

نتیجه گیری: با توجه به وجود همبستگی مثبت بین سلامت روان و برخی متغیرها مانند سطح تحصیلات، فعالیت، رضایت از زندگی و میزان مستمری با سلامت روان لازم است در سیاست های حوزه سلامت راهکارها و بسترهای لازم مورد توجه قرار گیرند.

کلید واژه ها: سلامت روان، رضایت از زندگی، سالمدان، بازنیستگی، LSI-Z، GHQ- 28

-۱- کارشناس ارشد آموزش روانپرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، اهواز، ایران

-۲- مری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، اهواز، ایران

-۳- استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

(نویسنده مسؤول). پست الکترونیکی: mozafaric@yahoo.com

-۴- استادیار، گروه آمار و ایدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، اهواز، ایران

مقدمه

توجه به مشکلات این گروه سنی و نیز روند روز افزون سرعت رشد آن، لزوم برنامه ریزی آینده نگرانه برای کنترل مسائل مربوط به این گروه از جمعیت را می طلبد. سالمندی جمعیت در حالی که نشانه ای از بزرگترین موفقیت های بشر در حوزه سلامت است، یکی از اساسی ترین مشکلات جهان امروز نیز به شمار می رود. این پدیده با ورود به قرن ۲۱، نیازهای اجتماعی، اقتصادی، پزشکی و بهداشتی همه کشورها را افزایش داده است(۶،۷).

از دلایل ضرورت و اهمیت بررسی وضعیت سالمندان آن است که این افراد در اثر رویداد هایی مانند پایان دوران اشتغال و بازنشستگی، تنها بی، طرد شدگی و همچنین فشار ناشی از صنعتی شدن جوامع که به جدایی عاطفی و روانی منجر می شود، در معرض خطرات فزاینده ای قرار دارند(۸). بازنشستگی و سالمندی اغلب پدیده های مرتبی هستند که در یک تقارن زمانی با یکدیگر پدید می آیند. به بیانی ساده تر، اغلب افراد در دوره پایانی میان سالی و آغاز دوره ای سالمندی، پس از سالها تلاش و کوشش، به ویژه در مشاغل غیر آزاد که معمولاً فرد در استخدام یک نهاد یا سازمان کاری بوده، بازنشسته می شوند(۹). واریس در سالهای آغازین دهه ۲۰۱۰ با مطالعات گسترده و وسیعی که انجام داد به مجموعه علائم و نشانه هایی رسیده که آن را به عنوان نشانگان بازنشستگی مشتمل بر مجموعه نشانه هایی شامل احساس به پایان خط رسیدن، پوچجی و بی هدفی، اضطراب، افسردگی، ترس از طرد شدن و نگرانی هایی از این دست تعریف کرده است که پس از بازنشستگی، افراد به اشکال مختلف با آن دست به گریبان هستند(۹،۱۰).

سالمندی را می توان از دیدگاه های متعددی تعریف کرد. در بسیاری از کشور ها افراد ۶۰ سال و بالاتر به عنوان افراد سالمند شناخته می شوند. مطابق تقسیم بندی سازمان بهداشت جهانی، سالمندان به سه گروه ۶۰ تا ۷۴ سال تحت عنوان (سالمند جوان)، ۷۵-۹۰ سال (سالمند) و ۹۰ سال و بالاتر سالخورده تقسیم می شوند(۱،۲). امروزه با توجه به بهتر شدن تغذیه و بهداشت و درمان، عمر انسان ها طولانی تر شده بنابراین روز به روز بر تعداد سالمندان افزوده می گردد(۳). جمعیت افراد ۶۰ ساله و بالاتر در جهان تقریباً با جمعیت کودکان زیر ۵ سال برابر می کند و پیش بینی می شود تا سال ۲۰۵۰ جمعیت سالمندان چندین برابر جمعیت کودکان زیر ۵ سال شود. برآورد کنونی از جمعیت افراد ۶۰ سال و بالاتر در سطوح جهان حدود ۶۰۰ میلیون نفر است که این میزان تا سال ۲۰۲۵ دو برابر شده و تا سال ۲۰۵۰ به دو میلیارد نفر نیز خواهد رسید(۴).

در حال حاضر نرخ رشد جمعیت کشور ما ۱/۶ درصد است و این در حالی است که نرخ رشد جمعیت سالمندی ۲/۵ درصد است(۴). براساس اطلاعات سرشماری عمومی نفوس و مسکن ایران در سال ۱۳۸۵، بیش از ۵ میلیون نفر سالمند ۶۰ سال و بالاتر، ۷/۳ درصد از جمعیت کشور را شامل می شوند و تخمین زده می شود طی ۲۵ سال آینده این رقم به حدود ۱۰ درصد برسد(۵). بنابراین کشور ما نیز در زمرة کشورهای دارای جمعیت سالخورده قرار خواهد گرفت؛ چرا که طبق تعریف سازمان ملل متعدد اگر نسبت جمعیت سالمند در کشوری بیشتر از ۷ درصد باشد، آن کشور دارای جمعیت سالخورده است و این پدیده با

است که باید به آن پرداخته شود(۱۷)، زیرا رضایت از زندگی یکی از عوامل مهم مطرح در رفاه است. بررسی رضایت از زندگی در سیستم های مراقبت بهداشتی از این جنبه مهم است که بر اساس تحقیقات انجام شده، این مفهوم در تعامل کامل با سلامت است و ارتباط تنگاتنگی بین سلامت جسم و روان و رضایت از زندگی وجود دارد(۱۹). ارزیابی رضایت از زندگی به عنوان اقدامی معتبر در ارزیابی بازتوانی افراد سالمدن و تعیین اثر بخشی ارائه خدمات مراقبت بهداشتی به آنها مورد تایید است(۲۰).

در مطالعه نیکنامی و همکاران(۲۰۱۰) مشخص شد که تنها ۴۶/۶ درصد از سالمدان از زندگی خود رضایت داشتند. عدم رضایت از زندگی با وضعیت سلامتی ضعیف تر، عالیم افسردگی، مشکلات شخصیتی، رفتارهای نامناسب بهداشتی و وضعیت ضعیف اجتماعی همبسته است(۲۱). از طرفی وضعیت سلامتی همراه با عوامل مختلف، اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و شخصیتی، از جمله عوامل موثر بر میزان رضایت از زندگی فرد است(۲۲). بنابراین ارزیابی وضعیت سلامت گروه های هدف از جمله سالمدان در یک جامعه برای تعیین نوع مداخله و پیش بینی نیازهای اجتماعی و بهداشتی بسیار مهم است. شناخت نیازهای واقعی این قشر آسیب پذیر، برنامه ریزان را در جهت انجام مداخلات موثر یاری خواهد نمود. این مقاله به بررسی وضعیت سلامت روان و رضایت از زندگی سالمدان بازنیسته دو دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور و شهید چمران شهر اهواز و ارتباط این دو متغیر با یکدیگر و برخی متغیرهای دموگرافیک پرداخته است.

این نشانگان سلامت روان سالمدان را تحت تاثیر قرار می دهد. در میان مسائل بهداشتی سالمدان، مشکلات سلامت روان جایگاهی ویژه دارد(۱۱).

سلامت روان حالتی است که درآن، فرد از توانایی های خود آگاه است و می تواند از عهده استرس های طبیعی زندگیش برآید و همچنین می تواند کار کند و با جامعه خود ارتباط برقرار کند(۱۲). سلامت روان شاخص مهمی در وضعیت سلامت افراد سالمند است و اهمیت زیادی در دست یابی به سالمدان موقفيت آميز و برخورداری از کیفیت زندگی در بین سالمدان جوامع مختلف دارد(۱۳). برخورداری از سلامت روان و مشارکت فرد سالمند در فعالیت های اجتماعی در کنار خانواده از جمله شرایط شیوه زندگی سالم فرد سالمند هستند(۱۴).

در مطالعه مرتضوی و همکاران(۱۳۹۰) که بر روی سلامت روان سالمدان و ارتباط آن با عوامل اجتماعی و جمعیتی در شهرکرد انجام شد، نتایج نشان داد اختلالات روانی از جمله معضلات مهم در سالمدان بوده و بیش از ۵۰ درصد از این افراد به نوعی با این مشکل روبه رو هستند که با وضعیت هایی از قبیل بدون همسر بودن، تنها زندگی کردن، بی سوادی و عدم فعالیت اجتماعی افزایش می یابد(۱۵). شایع ترین نشانه های روانی گزارش شده در سالمدان ایرانی (به ویژه سالمدان بازنیسته) افسردگی، اضطراب، نشانه های روان تنی، احساس بیهودگی و انزوای اجتماعی بوده است. اختلالات روانی با نشانه هایی مانند افسردگی، اضطراب، کاهش حافظه، تغییر الگوی خواب، احساس تنہایی و انزوای اجتماعی ۱۵ تا ۲۵ درصد از افراد بالای ۶۵ سال را مبتلا می سازد(۱۶). به موازات تلاش برای افزایش طول عمر، باید به کیفیت زندگی و رفاه سالمدان نیز توجه شود. از این رو مفهوم رضایت از زندگی از موارد مهمی

مواد و روش‌ها

مقیاس بین صفر تا ۲۱ با نقطه برش ۷ خواهد بود. اعتبار و پایایی این پرسش نامه برای سالمدان ایرانی در مطالعات مختلف تأیید شده است(۲۵، ۲) .

ابزار دیگری که جهت سنجش رضایت از زندگی سالمدان عمومیت دارد مقیاس ۱۳ سوالی رضایت از زندگی^۵ است که برای اولین بار در سال ۱۹۶۱ با همکاری دانشگاه شیکاگو طراحی شده است(۱-۵). این پرسشنامه در سال ۱۹۶۹ مورد تجدید نظر قرار گرفته است(۲۶ و ۲۷) و در بسیاری از مطالعات مورد استفاده قرار گرفته است(۲۸ و ۳۴ و ۹۶ و ۸۰). در این مقیاس معمول ترین روش نمره دهی روش ۰-۱-۲ است که نمره کسب شده در این مقیاس ۰-۲۶ می باشد(۲۶ و ۲۷). نمره بالاتر نشان دهنده رضایت بیشتر است(۲۸-۲۶). طراحان نمرات ۱۲ و ۲۱ و ۲۲ و ۱۳ را به ترتیب نشان دهنده رضایت کم، متوسط و زیاد تلقی نموده اند(۲۷ و ۲۶). اعتبار و پایایی این ابزار در سالمدان ایرانی در سال ۱۳۸۶ توسط تقریبی و همکاران تأیید شده است.

داده‌ها پس از جمع آوری وارد سیستم رایانه شده و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. جهت توصیف داده‌ها از آمار توصیفی شامل فراوانی، میانگین و رسم جداول و جهت تحلیل داده‌ها از آمار استنباطی، آزمونهای ضریب همیستگی پیرسون و کای دو استفاده شده است. کلیه ملاحظات و اصول اخلاقی شامل اصل محروم‌انگی نمونه، رضایت شفاهی و اخذ معرفی نامه و مجوزهای رسمی و تأییدیه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور رعایت شده است.

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی- تحلیلی است که به منظور بررسی وضعیت سلامت روانی و رضایت از زندگی سالمدان بازنیسته مراجعه کننده به کانون های بازنیستگی دانشگاه های علوم پزشکی جندی شاپور و شهید چمران اهواز انجام شده است. نمونه مطالعه شامل ۲۱۰ سالمدان ۶۲ بازنیسته(۱۴۸ از دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور و نفر از دانشگاه شهید چمران) بود که به صورت تصادفی ساده از بین ۴۰۰ سالمدان بازنیسته انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از سه پرسشنامه اطلاعات فردی، پرسشنامه های استاندارد سلامت عمومی(GHQ-28) برای سنجش سلامت روان سالمدان و رضایت از زندگی(LSI-Z) جمع آوری شدند.

تا کنون ابزار های متعددی برای غربال گری اختلالات روان پزشکی در سالمدان معرفی شده که از این میان GHQ-28 ابزاری است که به طور وسیع در جمعیت عمومی به کار رفته و توسط گلدبرگ و همکاران(۱۹۷۸) طراحی شده است. در فرم ۲۸ سوالی خرد مقیاس هایی برای حیطه های آسیب شناسی روانی وجود دارد و در چهار مقیاس ۷ گویه ای، ۴ حیطه شامل جسمانی سازی علائم^۱، اضطراب^۲، اختلال عملکرد اجتماعی^۳ و افسردگی^۴ را مورد بررسی قرار می دهد. سوال ها دارای ۴ گزینه و به روش لیکرت نمره گذاری می شود به این صورت که بهترین وضعیت نمره صفر و بدترین وضعیت نمره سه می گیرد. بدین ترتیب هر چه نمره کسب شده پایین تر باشد نشان دهنده سلامت روان بالاتر است. نمرات سلامت روان کلی بین صفر تا ۸۴ با نقطه برش ۲۳ می باشد. به همین ترتیب نمره هر خرد

1 - Somatization

2 - Anxiety

3 - Social dysfunction

4 - Depression

یافته ها

سلامت روان است. همچنین در خصوص ارتباط بین میزان رضایت از زندگی سالمندان بازنیسته و مولفه های سلامت روان یعنی وجود افسردگی، اضطراب، جسمانی سازی علائم و اختلال در عملکرد اجتماعی، نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین مولفه های سلامت روان و رضایت از زندگی نیز همبستگی مستقیم وجود دارد($p < 0.05$). (جدول شماره ۳) با مولفه ای افسردگی بیشتر است($p = 0.76$). (جدول شماره ۳) نتایج آزمون آماری کای دو نشان می دهد که بین سلامت روان کلی سالمندان بازنیسته و نوع دانشگاه، تحصیلات، میزان مستمری و ورزش کردن($p < 0.05$) ارتباط معنی دار آماری وجود دارد ولی سالمندان بازنیسته زن و مرد از نظر سلامت روان کلی تفاوتی ندارند($p = 0.15$).

نتایج تحقیق نشان می دهند که با استفاده از آزمون آماری کای دو بین دو مولفه افسردگی و میزان مستمری ارتباط معنی دار آماری وجود دارد($p < 0.05$) ولی بین افسردگی و سایر متغیرهای دموگرافیک ارتباط وجود ندارد. بین مولفه اضطراب و جنسیت و میزان مستمری ارتباط معنی دار آماری($p < 0.05$) وجود دارد ولی اضطراب با سایر متغیرهای دموگرافیک ارتباطی ندارد.

آزمون کای دو نشان داد که بین مولفه اختلال در کار کرد و ورزش($p < 0.05$) ارتباط معنی دار آماری وجود دارد ولی با سایر متغیرهای دموگرافیک ارتباطی ندارد. همچنین بین مولفه جسمانی سازی علائم و متغیرهای جنسیت و ورزش($p < 0.05$) ارتباط معنی دار آماری وجود دارد ولی مولفه جسمانی سازی علائم با سایر متغیرهای دموگرافیک ارتباطی ندارد.

۲۱۰ سالمند با میانگین سنی (40.4 ± 6.6) در دامنه سنی ۶۰-۷۴ سال بررسی شدند. ۱۸۳ نفر(۱۸۷ درصد) مرد و ۲۷ نفر(۹۱ درصد) زن بودند. اکثریت آزمودنی ها متاهل بودند(۶۸٪ درصد)، ۴ نفر(۱٪ درصد) از آزمودنی ها از همسران خود جدا شده بودند و ۲۲ نفر(۵٪ درصد) از آنها همسر فوت شده بودند. اکثریت آزمودنی ها به همراه خانواده خود زندگی می کردند(۹۹٪ درصد)، ۲۰۸ نفر(۹۹٪ درصد) از سالمندان مورد مطالعه باسواند بودند که در این میان اکثریت دارای دیپلم بودند(۹٪ درصد) و درصد مدرک دانشگاهی در سالمندان بازنیسته دانشگاه شهید چمران بیشتر بود(۳۵٪ درصد). ۴۲٪ آزمودنی ها حقوق ماهانه کمتر از ۱۰ میلیون ریال دریافت می کردند. ۱۵ نفر(۸٪ درصد) هیچگونه فعالیت ورزشی نداشتند و فقط ۲۶ نفر(۴٪ درصد) از سالمندان به طور روزانه ورزش می کردند.

میانگین نمره کلی سلامت روان برابر $5/35 \pm 3/2$ و ۲۹ درصد از سالمندان تحت مطالعه مشکوک به اختلال کلی بودند. نتایج بررسی مولفه های سلامت روان در جدول شماره ۱ ذکر شده است. از نظر رضایت از زندگی نتایج نشان داد که فقط در ۲/۱۵ درصد از سالمندان بازنیسته رضایت از زندگی در حد زیاد است. اکثر سالمندان بازنیسته دارای رضایت در حد متوسط هستند(۱۱۶ نفر، $2/55$ درصد). (جدول شماره ۲)

در خصوص ارتباط بین سلامت روان و میزان رضایت از زندگی نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین این دو متغیر ارتباط مستقیم وجود دارد($r = -0.05$, $p < 0.05$). عدد منفی همبستگی به دلیل نحوه نموده گذاری ابزار سنجش

جدول ۱: فراوانی اختلالات سلامت روان و مولفه های تشکیل دهنده آن در سالمندان بازنشسته

جسمانی سازی	اختلال عملکرد اجتماعی		اضطراب		افسردگی		سلامت روان (وضعیت سلامت عمومی)	
	درصد	فراآنی	درصد	فراآنی	درصد	فراآنی	درصد	فراآنی
۷۹/۵	۱۶۷	۷۵/۲	۱۵۸	۸۲/۴	۱۷۳	۹۱	۱۹۱	۷۱
۲۰/۵	۴۳	۲۴/۸	۵۲	۱۷/۶	۳۷	۹	۱۹	۲۹
۵/۴۵		۶/۹۰		۴/۷۶		۲/۲۳		۱۹/۳۵
								میانگین

جدول ۲: فراوانی میزان رضایت از زندگی در سالمندان بازنشسته

درصد	فراآنی	متوسط		کم		رضایت از زندگی
		درصد	فراآنی	درصد	فراآنی	
۱۵/۲	۳۲	۵۵/۲	۱۱۶	۲۹/۵	۶۲	
≥ ۲۲		۱۳ - ۲۱		≤ ۱۲		۱۴/۹۶
						میانگین

جدول ۳: فراوانی اختلال روانی بر حسب میزان رضایت از زندگی در سالمندان بازنشسته

درصد	تعداد	اختلال در سازی عالئم اجتماعی		اختلال اضطرابی		اختلال افسردگی		اختلال سلامت روان		رضایت از زندگی
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۶۵/۱	۲۸	۷۱/۲	۳۷	۷۳	۲۷	۸۹/۵	۱۷	۶۸/۹	۴۲	کم
۳۴/۹	۱۵	۲۸/۸	۱۵	۲۷	۱۰	۱۰/۵	۲	۳۱/۱	۱۹	متوسط
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	زیاد
-۰/۵۹		-۰/۶۰		-۰/۶۶		-۰/۷۰		-۰/۷۶		ضریب همبستگی
*۰/۰۰		*۰/۰۰		*۰/۰۰		*۰/۰۰		*۰/۰۰		معنی داری

*در سطح ۰/۰۵ از نظر آماری معنی دار است

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان می دهد که اکثر سالمدان بازنشسته دو دانشگاه که از نظر سلامت روان در شرایط ناسالم به سر می برند، عملکرد اجتماعی ضعیفی دارند و وقت خود را بیشتر در خانه به سر می برند و مشارکت اجتماعی کمی دارند که این امر اهمیت توجه به رفع نیازهای اجتماعی سالمدان را دو چندان می کند.

در رابطه با رضایت از زندگی، نتایج نشان می دهد که اکثر واحدهای مورد پژوهش از رضایت متوسط برخوردارند و ۵/۴۶ درصد از آنها رضایت کمی از زندگی خود دارند. در مطالعه کریمی(۱۳۹۰) وضعیت رضایت از زندگی سالمدان نامطلوب گزارش شده که با مطالعه حاضر همسو است(۲۷). همچنین در مطالعه نیکنامی مشخص شد که تنها ۴۶/۶ درصد از سالمدان از زندگی خود رضایت داشتند که بیان گر این است که ۵۰ درصد از سالمدان از زندگی خود رضایت نداشته اند(۲۱). در مطالعه تقریبی، ۴۳ درصد سالمدان رضایت از زندگی کم را گزارش کرده اند و اکثراً رضایت از زندگی در حد متوسط داشته که با مطالعه حاضر همسو می باشد(۲۸).

نتایج پژوهش حاضر در خصوص رابطه سلامت روان و رضایت از زندگی نشان می دهد که بین رضایت از زندگی و سلامت روان کلی و معیارهای ۴ گانه آن رابطه مستقیم وجود دارد. به طوری که هرچه درک از سلامت روان سالمدان بالاتر می رود، رضایت از زندگی او نیز افزایش می یابد. بیشترین همبستگی رضایت از زندگی با خرد مقیاس افسردگی می باشد که رابطه ای مستقیم و منطقی است، چرا که افسردگی سبب احساس پوچی و نارضایتی از زندگی می شود. یافته های این پژوهش با یافته های دونالد و پایتریک(۲۰۰۹) هماهنگ است

پژوهش حاضر به بررسی وضعیت سلامت روان و رضایت از زندگی سالمدان بازنشسته مراجعه کننده به کانون های بازنشستگی در دانشگاه های علوم پزشکی چندی شاپور و شهری德 چمران اهواز و رابطه برخی ویژگی های دموگرافیک سالمدان با سلامت روان و رضایت از زندگی آنها پرداخته است.

از نظر وضعیت سلامت روان با میانگین ۱۹/۳۵، سالمدان بازنشسته مورد پژوهش از وضعیت سلامت روان متوسط برخوردارند و ۲۹ درصد از آنها مشکوک به نوعی اختلال روانی بودند. وجود اختلال روانی در دوران سالمدانی در بسیاری از پژوهش ها به اثبات رسیده است که مقادیر بین ۱۵ تا ۵۶ درصد را گزارش کرده اند(۲۵،۲۳،۲۴). از بین معیارهای ۴ گانه سلامت روان، اختلال در عملکرد اجتماعی و جسمانی سازی علائم دارای بیشترین میزان و اضطراب و افسردگی دارای کمترین میزان بودند. تأثیر خرده مقیاس های ۴ گانه سلامت روان در مطالعات مختلف مورد سنجش قرار گرفته که نتایج حاصل از برخی از آنها با پژوهش حاضر همسو است. در مطالعه براتی و همکاران (۱۳۹۱)، افسردگی و اختلال در عملکرد اجتماعی بیشترین و اضطراب و جسمانی سازی علائم دارای کمترین تأثیر بوده اند (۲۳). مومنی و کریمی(۱۳۸۹) در پژوهش خود در کرمانشاه نیز نشانه های افسردگی و اختلال در عملکرد اجتماعی را دارای بیشترین تأثیر گزارش کرده اند که با نتایج مطالعه حاضر همسو نیست (۲۶). در مطالعه نجاتی(۱۳۹۲) اختلال در عملکرد اجتماعی بالاترین و افسردگی کمترین تأثیر را در درک سالمدان در مورد سلامت روان خود داشته اند که با نتایج پژوهش حاضر همسو است(۲۵).

مستقیم بین سطح تحصیلات و سلامت روان است که با مطالعه حاضر همسو هستند(۳۱). می توان گفت که سالمدان بازنشته که سطح سواد بالاتری دارند سرگرمی های متنوع تر و لذت بخش تری را برای اوقات فراغت استفاده می کنند. و همچنین پذیرش نقش های اجتماعی موثرتر و مهم تر نیز بر روی سلامت روان آنها تاثیر مثبت می گذارد.

در این مطالعه بین میزان مستمری و سلامت روان رابطه مثبت وجود دارد. همچنین بین میزان مستمری و نشانه های اضطراب و افسردگی رابطه وجود دارد. این یافته ها توسط نتایج مطالعه علیزاده و همکاران(۱۳۹۱) حمایت می شود(۳۰). نتایج پژوهش حاضر در خصوص ارتباط بین سلامت روان و ورزش سالمدان، بیانگر وجود ارتباط مستقیم بین این دو متغیر است. ورزش باعث کاهش اختلال در عملکرد اجتماعی و جسمانی سازی علائم می شود.

نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش مرتضوی مبنی بر تاثیر مثبت فعالیت بدنی بر سلامت روان سالمدان همسو است(۳۲). McAuley در بررسی خود نشان داد که ورزش در سلامت روان نقش مثبتی دارد ولی در بعد اضطراب و افسردگی اثر گذار نیست که با نتایج پژوهش حاضر همسو است(۳۳).

بر اساس نتایج این پژوهش در خصوص سلامت روان سالمدان بازنشته که بیانگر وجود اختلالات روانی در این افراد می باشد، توصیه می شود که مراقبت و پیگیری وضعیت سلامت روان سالمدان به ویژه آنها که دارای اختلال هستند، به شکلی مناسب نهادینه شده و در قالب تشکیل نظام جامع سلامت سالمدان انجام شود. در این ساختار عوامل موثر بر سلامت روان سالمدان بررسی و شناخته شده و راهکارهای مناسب به کار گرفته شود.

که طی مطالعه ای دریافتند سالمدان بازنشته ای که از وضعیت سلامت روان بهتری برخوردارند، سطح رضایت از زندگی بالا تری را نشان می دهند. نتایج حاصل از پژوهش کیان پور و همکاران(۱۳۸۹) نیز با نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد(۲۹).

یافته های پژوهش در خصوص ارتباط سلامت روان با ویژگی های دموگرافیک و عمومی واحد های مورد پژوهش بیانگر این است که از نظر سلامت روان بین زنان و مردان سالمدان بازنشته تفاوتی وجود ندارد. اما از نظر خرده مقیاس های اضطراب و جسمانی سازی علائم در میان زنان و مردان تفاوت وجود دارد و بیانگر این است که زنان علائم اضطراب و جسمانی سازی بیشتری از خود نشان می دهند. نتایج مطالعه حاضر با مطالعه مومنی و همکاران(۱۳۸۹) همخوانی ندارد چرا که در این مطالعه سالمدان زن و مرد از نظر نشانه های افسردگی، اضطراب و جسمانی علائم متفاوتی نداشتند(۲۶). یافته های پژوهش حاضر در زمینه نشانه های اضطراب با یافته های پژوهش علیزاده و همکاران همسو می باشد ولی در خصوص نشانه های افسردگی همسو نیست(۳۰).

در خصوص ارتباط بین سلامت روان و معیارهای ۴ گانه آن با نوع دانشگاه، نتایج نشان می دهد که سالمدان بازنشته دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز از سلامت روان کلی بهتری برخوردار هستند. ولی از نظر خرده مقیاسهای ۴ گانه سلامت روان بین دو دانشگاه تفاوتی وجود ندارد.

نتایج پژوهش در خصوص ارتباط بین سلامت روان و تحصیلات سالمدان بازنشته مورد پژوهش نشان دهنده ارتباط مستقیم بین سلامت روان و سطح سواد می باشد. نتایج پژوهشهای صابران و هادیان فر(۱۳۸۱)، بیانگر وجود ارتباط

تشکر و قدردانی

در پایان، پژوهشگران بر خود لازم می دانند مراتب قدردانی و تشکر خود از معاون پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی اهواز به خاطر حمایت های بی دریغ، مسئولین کانون بازنیستگان دانشگاه علوم پزشکی و دانشگاه شهید چمران اهواز به خاطر همکاری مسئولانه و سالمدنان شرکت کننده در مطالعه را اعلام نمایند. ضمناً این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد مصوب دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اهواز می باشد.

■ *References*

- 1- Khoshbin S, Eshrat B, Farahani AA, Ghosi A, Motlagh ME. Report of Elderly Health Survey: Ministry of Health. 2002 .54-62
- 2- Khoshbin S, Rahimi AD, Nvayyan N. Iran's population prediction 2000-2050. 1 st Edition, Ministry of Health and Medical Education: Tehran. 2004.137- 141
- 3- Lawton MP. The varieties of well-being. Experimental Aging Research. 1983; 9(2):65-72.
- 4- Hatami H. Textbook of Public Health. 1st Edition, Arjmand: Tehran. 2004. 178-182
- 5- Statistical Center of Iran, the detailed results of the General Population and Housing census. Available at <http://www.amar.org.ir/> 2011
- 6- Chatters LM, Bullard KM, Taylor RJ, Woodward AT, Neighbors HW, Jackson JS. Religious participation and DSM-IV disorders among older African Americans: findings from the National Survey of American Life. Am J Geriatric Psychiatry. 2008; 16(12): 957-65.
- 7- Van Der Weyden M. The burden of disease and injury in Australia: time for action. The Medical Journal of Australia. 1999; 171: 581-82.
- 8- Azazi sh. Sociology with an emphasis on the role of family structure and family functioning in contemporary. Tehran Publishers, intellectuals and women's studies. 1998. [Persian]
- 9- Bozorgmehri K .Assessment the retirement and beginning to retirement syndrome and relation between beginning retirement syndrome with workaholics in Esfahan city. [MA Thesis]. Esfahan, Islamic Azad University (Khorasgan Branch). 2007.45-53.. [Persian]

- 10- Butterworth P, Gill SC, Rodgers B, Anstey KJ, Villamil E, Melzer D. Retirement and mental health:Analysis of the Australian national survey of mental health and well-being. Social Science and Medicine. 2006; 62(5):1179–1191.
- 11- Cahill KE, Giandrea MD, Quinn JF. Retirement patterns from career employment. The Gerontologist.2006; 46(4):514–523.
- 12- Saffari M, Shojaeizadeh D, Ghofranipour F, Heydarnia A, Pakpour A. [Health education & promotion: Theories, models & methods]. 1st ed. Tehran: Sobhan Publisher. 2010: 7-9 .
- 13- Milanifar B, mental health, First edition, publishing Ghomes, Tehran. 1991.
- 14- Khavarpour F, Hosseinpour S. Mental health and service utilization among the Iranian community in Metropolitan Sydney the needs. Sydney: Transcultural Mental Health Centre, Iranian Mental Health Sub-Committee. 2003.
- 15- Mortazavi SS, Eftekhar Ardebili H, Mohamad K, Dorali Beni R. Assessing The Mental Health Status Of Elderly In Shahrekord And Relationship With Sociodemographic Factors. Payesh Health Monitor.2011; 10(4): 485-492.
- 16- Navabi Nejhad SH. Psychological methods of promoting mental health in elderly. The first international conference of elderly in Iran. Tehran. 2000.
- 17- Ozer MA. Study on the Life Satisfaction of Elderly Individuals Living In Family Environment and Nursing Homes.Turkish Journal of Geriatrics. 2004; 7(1): 33-36
- 18- Pavot W, Dienner E, Suh E. The temporal satisfaction with life scale. Journal of Personality Assessment. 1998, 70, 340- 354.
- 19- Melendez JC, Tomas JM, Oliver A, Navaro E. Psychological And Physical Dimensions Explaining Life Satisfaction Among The Elderly: A Structural Model Examination .Archives Of Gerontology And Geriatrics. 2009; (48) 291-95.
- 20- Subasi F, Hayran O. Evaluation of Life Satisfaction Index of the Elderly People Living In Nursing Homes. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2005; (41)23: 29.
- 21- Niknami M, Namjo A, Baghie Lake M, Atrkar Roshan Z. The relationship between health behaviors and life satisfaction in elderly patients with foci of active retirees. Journal of Gilan University of medical sciences. 2010; 19(73); 46-54. [Persian]
- 22- maltaby J, Day L, Mccutcheon LE, Gillett R, Houran J, Ashe DD. Personality and coping: A context for examining celebrity worship and mental health. British Journal of Psychology, 2004, 411-28.

- 23- Barati M, Fathi Y, Soltanian A, Moini B. Health-promoting behaviors and health status of the elderly in the city of Hamadan. Journal of Hamadan Nursing & Midwifery faculty.2012; 20(2); 12-19. [Persian]
- 24- Pasha GH, Safarzade S, Mashak R. Comparison between health and social support for elderly people in nursing homes and elderly people living in the household. Journal of Family Research.2007; 90: 503-517.
- 25- Nejati V, Izadi-Najafabadi S, Javadi M, Rezaei F, Shoja O. Cognitive and General Health Status in Elderly With and Without History of Falling.2013; 8(28); 13-24
- 26- Momeni KH, Karimi H. Comparing the general health of the resident / non-resident sanitarium Iranian Journal of Ageing.2010; 17; 23-29. [Persian]
- 27- Karimi T. Satisfaction with life and fear of death in elderly people living in the homes of elderly residents in a house in Esfahan [Msc thesis]. Kerman University of Medical Sciences and Health Services, 2011. [Persian]
- 28- Tagharobi Z, Tgharobi L, Sharifi KH, Soki Z. Form Z psychometric questionnaire of life satisfaction among elderly Iranians. Payesh journal.2010; 10: 5-13. [Persian]
- 29- Kianpur Ghahfarokhi F, Zandian KH. Health indicators of pensioners living in Ahwaz. Scientific medical Journal of Ahvaz University of medical sciences. 2010. 63-70. [Persian]
- 30- Alizade M, Hosini M, Shojaizade D, Rahimi A, Arshinchi M, Rohani H. Status of anxiety, depression and psychological well-being in elderly in city area covered by Shahid Beheshti University of Medical Sciences in Tehran. Iranian Journal of Ageing.2012; 26:66-73. [Persian]
- 31- Saberian M, hadianfar A. Evaluation of mental health and related factors in Iranian medical students. Payesh 2002; 1:29-37.[Persian]
- 32- Mortazavi S, Eftekhar Ardebili H, Eshaghi R, Dorali Beni R, Shahsiah M, Botlani S. The Effectiveness of Regular Physical Activity on Mental Health in Elderly. Journal of Isfahan Medical School. 2012; 29(161): 1519-1528.
- 33- McAuley E, Marquez DX, Jerome GJ, Blissmer B, Katula J. Physical activity and physique anxiety in older adults: fitness, and efficacy influences. Aging Ment Health 2002; 6(3): 222-30.

