

Research Paper

Demoralization Syndrome in Elderly People Living in Nursing Homes, Community-Dwelling Elderly People and Those Receiving Day Care Services from Rehabilitation Centers

Roya Marsa¹, *Bahman Bahmani², Somaye Barekati¹

1. Department of Counseling, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

2. Iranian Research Center On Aging, Department of Counseling, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.



Citation: Marsa R, Bahmani B, Barekati S. [Demoralization Syndrome in Elderly People Living in Nursing Homes, Community-Dwelling Elderly People and Those Receiving Day Care Services from Rehabilitation Centers (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2020; 14(4):436-449. <https://doi.org/10.32598/sija.13.10.490>

<https://doi.org/10.32598/sija.13.10.490>



Received: 19 May 2018

Accepted: 22 Dec 2018

Available Online: 01 Jan 2020

Key words:

Demoralization syndrome, elderly, nursing homes, day care centers

ABSTRACT

Objectives Demoralization Syndrome (DS) leads to an inability to cope effectively with stressful events. Elderly people experience existential issues such as meaningless of life, fear of death and regret of missed opportunities and feel inadequate if they are unable to meaningfully and effectively respond to them. Considering the significant effect of living environment on different aspects of mental health, this study aims to investigate the DS and its relationship with housing status in the elderly people.

Methods & Materials This is a descriptive comparative study conducted on 325 elderly people in Tehran (110 nursing home residents, 100 day-care receivers, and 115 community dwellers) who were selected using a non-probability sampling method. Data collection tool was the Demoralization Scale of Kissane (2004) which was completed by researchers through face-to-face interviewing with participants. Collected data were analyzed in SPSS V. 20 software using one-way ANOVA.

Results The mean overall level of DS in the residents of nursing homes (69.60 ± 17.41) was higher compared to the community dwellers (45.40 ± 21.47), and those receiving day care services from the rehabilitation centers (31.90 ± 17.59), and this difference was significant ($P \leq 0.05$). The observed differences in DS among three groups and its subscale scores were statistically significant ($P \leq 0.05$).

Conclusion Having DS is associated with housing status and lifestyle of the elderly people. Thus, establishing elderly day care centers and supporting family caregivers to achieve a higher level of mental health for the elderly people can be effective.

Extended Abstract**1. Introduction**

One aspect of old age is existential anxiety. Although it is a sincere response to ignorance and a consequence of consciousness, if one fails to give a meaningful response, it can lead to Demoralization Syndrome

(DS) [1, 2]. This syndrome can cause mental distress, reduced quality of life and even severe depression. The formation of adaptive or maladaptive responses to existential anxieties is influenced by several factors, including living place. Most seniors prefer to stay at home rather than moving to a nursing home [3]. However, the increase in the elderly population along with social, economic, personal and family lifestyle changes have increased the number of nursing homes [4]. The purpose of this study was to inves-

*** Corresponding Author:**

Bahman Bahmani, PhD.

Address: Iranian Research Center On Aging, Department of Counseling, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (912) 5223778

E-mail: ba.bahmani@uswr.ac.ir

tigate the association between place of residence and the incidence of DS in the elderly. The main question is whether there is a difference in DS prevalence among elderly residents of nursing home, community-dwelling elderly people, and the elderly receiving day care services from rehabilitation centers.

2. Materials and Methods

This is a descriptive comparative study. The study population consisted of all elderly residents of nursing home, community-dwelling elderly people, and the elderly receiving day care services from rehabilitation centers in Tehran, Iran in 2017. Given that the population variance was not available for estimating the sample size, the method of minimum sample size estimation for variance analysis tables 2×3 (two genders and three groups) was used which was obtained 25 for each group [5], but in all groups, more samples were taken. In the end, by using a convenience sampling method, 110 nursing home residents, 100 day-care receivers, and 115 community dwellers were selected. Inclusion criteria were having age 60-80 years, ability to speak and willingness to answer the questions. On the other hand, exclusion criteria were having severe and disabling physical and motor disorders, severe mind and brain problems such as Parkinson's and dementia diseases, and inability to perform the personal tasks that make them in need of a permanent nurse. In order to ensure the absence of cognitive impairment in participants, Abbreviated Mental Test was used [7].

Data collection tool was a demographic form (for surveying age, sex, and place of residence), and the Demoralization Scale of Kissane (2004). It has 5 subscales of loss of meaning (5 items), dysphoria (5 items), disheartenment (6 items), helplessness (4 items), and sense of failure (4 items). Kissane et al. reported a Cronbach's alpha of 0.94. The psychometric properties of its Persian version was examined by Naghiy et al. [6]. They reported a Cronbach's alpha of 0.86. The questionnaires were completed by researchers through face-to-face interviewing with participants. Collected data were analyzed in SPSS V. 20 software using descriptive statistics (mean and standard deviation) and one-way ANOVA.

3. Results

Participants were 325 older adults aged 60-80 years, 110 nursing home residents with a mean age of 73 years, 100 day-care receivers with a mean age of 69 years, and 115 community dwellers with a mean age of 70 years. The mean overall level of DS in the residents of nursing homes (69.60 ± 17.41) was higher compared to the commu-

nity dwellers (45.40 ± 21.47), and those receiving day care services from the rehabilitation centers (31.90 ± 17.59), and this difference was significant ($P \leq 0.05$). In terms of DS dimensions, the mean DS level in nursing home residents was 21.96 for loss of meaning, 16.39 for dysphoria, 17.66 for disheartenment, 9.09 for helplessness, and 6.64 for sense of failure. For the community dwellers, these mean values were 11.99, 12.78, 11.06, 6.36, and 4.62, and for the day-care receivers, they were 7.5, 10.96, 8.46, 3.59, and 2.56, respectively. As can be seen, the elderly residents of nursing homes had the highest ES level and the day-care receivers had the lowest level.

According to Table 1, there was significant difference between three groups in terms of overall ES level and its five dimensions, where the highest mean difference was observed between community dwellers and day-care receivers (-37.70), and the lowest difference between residents of nursing homes and day-care receivers (-13.50). Regarding ES dimensions, the highest mean difference between residents of nursing homes and day-care receivers was related to the loss of meaning (-14.46), and the lowest difference was related to the sense of failure (-4.08). Moreover, the highest difference between community dwellers and day-care receivers was related to the loss of meaning (-4.49), and the lowest difference was related to dysphoria (-1.82). Finally, the highest mean difference between residents of nursing homes and community dwellers was related to the loss of meaning (9.97), and the lowest difference was related to the sense of failure (2.02).

4. Conclusion

This study aimed to investigate the relationship between ES level and housing status among the elderly people. The results showed that the overall ES level was higher among residents of nursing homes, followed by community dwellers and day-care receivers. Obviously, staying away from home and family, reduced emotional communication, and problem in the evaluation of past life have made it more difficult for seniors living in nursing homes to rebuild the meaning and have positive outlook on the future, compared to other two groups. Moreover, the elderly people who live at home and receive day care from the rehabilitation centers can have better psychological/social conditions than the elderly living at home and receive no health care services. In terms of variables affecting ES, the elderly 'primary need is to be present in a psychologically, socially, emotionally active context in which feelings of being efficient, respectful, and belonging are daily confirmed.

Table 1. Scheffe's test results for three elderly groups

ES component	Groups	Mean Difference	SD	Sig.
Loss of meaning	Residents of nursing homes/ Day-care receivers	-14.46	1.02	0.000
	Day-care receivers / Community dwellers	-4.49	0.958	0.000
	Residents of nursing homes/ Community dwellers	9.97	0.931	0.000
Dysphoria	Residents of nursing homes/ Day-care receivers	-5.43	0.666	0.000
	Day-care receivers / Community dwellers	-1.82	0.622	0.014
	Residents of nursing homes/ Community dwellers	3.60	0.605	0.000
Disheartenment	Residents of nursing homes/ Day-care receivers	-9.20	0.841	0.000
	Day-care receivers / Community dwellers	-2.60	0.786	0.004
	Residents of nursing homes/ Community dwellers	6.59	0.764	0.000
Helplessness	Residents of nursing homes/ Day-care receivers	-5.50	0.366	0.000
	Day-care receivers / Community dwellers	-2.77	0.342	0.000
	Residents of nursing homes/ Community dwellers	2.72	0.332	0.000
Sense of failure	Residents of nursing homes/ Day-care receivers	-4.08	0.391	0.000
	Day-care receivers / Community dwellers	-2.06	0.366	0.000
	Residents of nursing homes/ Community dwellers	2.02	356.	0.000
Total	Residents of nursing homes/ Day-care receivers	-37.70	2.66	0.000
	Day-care receivers / Community dwellers	-13.50	2.48	0.000
	Residents of nursing homes/ Community dwellers	24.20	2.41	0.000

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study has an ethical approval (Code: IR.USWR.REC.1396.371).

Funding

This study was extracted from a research proposal approved by Iranian Research Center On Aging of the University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences.

Authors' contributions

All authors contributed equally to this study.

Conflicts of interest

According to the authors, there is no conflict of interest between them.

Acknowledgements

We are grateful to the respected personnel of the Center under review and to the appropriate assistance provided by the Welfare Organization of Tehran. From Tohid, Mehrgol, Omid, Mehraban and Kamal elderly homes for their well-deserved assistance in accessing samples, from the Yas Elderly Rehabilitation Center for their relentless and good-natured assistance in providing opportunities for interviewing the elderly and to all the elderly participants Thanks for reading.

نشانیان افت روحیه در سالمندان ساکن آسایشگاه، ساکن منزل و بهره‌مند از خدمات مرکز توان بخشی روزانه

رؤیا مرسا^۱، بهمن بهمنی^۲، سمیه برکتی^۱

۱. کارشناس ارشد مشاوره توان بخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی، تهران، ایران.
۲. دانشیار، مرکز تحقیقات سالمندی ایران، گروه مشاوره، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی، تهران، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۲۹ اردیبهشت ۱۳۹۷

تاریخ پذیرش: ۰۱ دی ۱۳۹۷

تاریخ انتشار: ۱۱ دی ۱۳۹۸

اهداف: نشانیان افت روحیه، باعث ناتوانی فرد برای مقابله مؤثر با یک رویداد پرفشار می‌شود. سالمندان نیز با مسائلی وجودی‌ای مانند بی‌معنایی زندگی، مرگ، احساس از دست دادن فرصت‌های گذشته مواجه و درگیر چالشی برای معنابخشی به رویدادهای زندگی‌شان می‌شوند و در صورت ناتوانی در معنا بخشیدن و پاسخ‌دهی مؤثر به آن‌ها، احساس بی‌کفایتی می‌کنند. با در نظر گرفتن اهمیت تأثیر محیط زندگی بر جنبه‌های مختلف سلامت روان، هدف پژوهش حاضر بررسی نشانیان افت روحیه و ارتباط آن با وضعیت اسکان در سالمندان است.

مواد و روش‌ها: در مطالعه توصیفی مقایسه‌ای حاضر، تعداد ۳۲۵ سالمند (۱۱۰ سالمند ساکن آسایشگاه، ۱۱۵ سالمند ساکن منزل و ۱۰۰ سالمند استفاده‌کننده از خدمات مرکز توان بخشی روزانه) در تهران، با روش نمونه‌گیری غیر تصادفی انتخاب شدند و مقیاس نشانیان افت روحیه کیسان (۲۰۰۴) توسط پژوهشگران به صورت رودرو تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۰ نرم‌افزار SPSS برای محاسبه تحلیل واریانس یک‌راهه پردازش شدند.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار نشانیان افت روحیه سالمندان ساکن آسایشگاه ($17/41 \pm 69/60$)، بیش از سالمندان ساکن منزل ($45/40 \pm 21/47$) و این دو بیش از مراجعین به مرکز توان بخشی روزانه ($31/90 \pm 17/59$) و این تفاوت‌ها در سطح ($P \leq 0/05$) معنی‌دار است. علاوه بر این بین خرده‌مقیاس‌ها نیز در هر سه گروه تفاوت معنادار نشان داده است.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که نشانیان افت روحیه با محل اسکان و سبک زندگی سالمندان رابطه دارد. بنابراین ایجاد مراکز مراقبتی و خدمت‌رسانی روزانه و حمایت از مراقبت‌کنندگان خانوادگی برای رسیدن به سطح بالاتری از بهداشت روان در این گروه می‌تواند مؤثر واقع شود.

کلیدواژه‌ها:

نشانیان افت روحیه، سالمند، آسایشگاه، مرکز توان بخشی روزانه

مقدمه

برآوردها حاکی از آن است که تا سال ۲۰۳۰ میلادی، جمعیت سالمندان در دنیا از ۹ درصد به ۱۶ درصد و در ایران از ۵/۶ به ۱۷/۵ درصد افزایش خواهد یافت [۱].

افزایش روزافزون جمعیت سالمندان و از سوی دیگر، تغییرات اجتماعی، اقتصادی، فناوری و شیوه زندگی فردی و خانوادگی باعث افزایش تعداد مؤسسات نگهداری از سالمندان شده است [۲]. بیشتر سالمندان اقامت در منزل را به رفتن به آسایشگاه ترجیح می‌دهند و تمایل دارند تا نیازهایشان را با اخذ خدمات مبتنی بر جامعه مرتفع کنند [۳]. خدمات مراقبتی روزانه^۱ در

مراکز مراقبتی روزانه^۲ روش مناسبی برای بهبود روابط اجتماعی، کیفیت زندگی، افزایش تحرک، شادی و امید به زندگی و نیز کاهش افسردگی [۴] در عین حفظ ارتباط عاطفی و اجتماعی با خانواده است.

سالمندان تبعات مختلفی را در ابعاد جسمانی، اجتماعی، اقتصادی، خانوادگی، روان‌شناختی و هستی‌مندی (وجودی) تجربه می‌کنند. در بُعد جسمانی سالمندان با مسائل و مشکلات فراوانی روبه‌رو می‌شوند، از جمله بیماری‌های مزمن جسمی، مانند فشارخون بالا و بیماری‌های قلبی عروقی و دیابت؛ کاهش توانایی‌هایی مانند بینایی و شنوایی؛ بیماری‌های عصبی و روان‌شناختی، مانند دمانس، آلزایمر و افسردگی [۵].

1. Day Care Service

2. Day Care Center

* نویسنده مسئول:

بهمن بهمنی

نشانی: تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی، مرکز تحقیقات سالمندی.

تلفن: ۵۲۲۳۷۷۸ (۹۱۲) +۹۸

پست الکترونیکی: ba.bahmani@uswr.ac.ir

به پرسش‌های بنیادینی ختم می‌شود که در صورت ناتوانی در معنابخشیدن و پاسخ‌دهی مؤثر به آن‌ها، این پرسش‌ها می‌توانند به نقطه پایانی، یعنی افت روحیه ختم شوند؛ بنابراین می‌توان گفت اختلال در فرایند معنایابی، مشخصه اصلی نشانگان افت روحیه است [۲۰].

کیسان و همکاران (۲۰۰۱) «افت روحیه» را به عنوان تشخیص روان‌پزشکی آزرده‌گی و رنج وجودی توصیف می‌کنند و ملاک‌های زیر را برای تشخیص آن پیشنهاد می‌کند: ۱. ناامیدی، فقدان معنا و هدف در زندگی؛ ۲. نگرش و افکار مرتبط با بدبینی، درماندگی، احساس در تله افتادن (گیرکردن)، شکست و ناکامی شخصی و یا فقدان آینده درخشان؛ ۳. فقدان انگیزه یا محرک برای مقابله متفاوت؛ ۴. ویژگی‌های مرتبط با انزوای اجتماعی و از دست دادن حمایت؛ ۵. استمرار آن برای بیش از دو هفته؛ ۶. عدم وجود افسردگی مزمن یا سایر اختلالات روان‌پزشکی [۲۰].

کیسان (۲۰۱۱) معتقد است که علی‌رغم برخی شباهت‌های پدیداری بین افسردگی و نشانگان افت روحیه، هر دو اساساً مفاهیم متفاوتی هستند [۲۱]. فرد افسرده، از گذشته خود ناخرسند بوده، از زمان حال لذت نبرده و نسبت به آینده ناامید است و حتی زمانی که مسیر عمل مناسب، مشخص باشد، ممکن است توانایی تجربه لذت کلی و همین‌طور انگیزه و پشتکار اقدام مفید را از دست داده و دچار بی‌لذتی فراگیر^۳ شود. در صورتی که فرد دچار نشانگان افت روحیه، با گذشته خود مشکل جدی ندارد، اگرچه ممکن است بتواند از زمان حال لذت ببرد، اما به واسطه سردرگمی (ندانستن اینکه چه باید می‌تواند بکند)، عملاً احساس درماندگی، بی‌کفایتی و بازداری کرده و دچار بی‌لذتی پیش‌گرایانه^۴ شده و آینده در نظرش بی‌ارزش خواهد آمد [۲۲].

سالمندان ممکن است در کنار سایر پیامدهای مسن شدن با مسائل وجودی مانند مرگ، احساس پوچی و بی‌معنایی زندگی، احساس از دست دادن و فقدان زندگی و فرصت‌های گذشته مواجه شوند و درگیر چالشی برای معنابخشی به رویدادهای زندگی شان شوند [۱۷].

کیسان (۲۰۰۰) از اصطلاح نشانگان افت روحیه برای توصیف تجربه پریشانی روانی افرادی که با مرگ قریب‌الوقوع مواجه می‌شوند استفاده می‌کند و پیشنهاد می‌کند که چنین وضعیتی از آزرده‌گی اغلب با احساس‌های پشیمانی، ناتوانی و ضعف و پوچی و بیهودگی و احساس بی‌معنایی زندگی همراه است [۲۳].

تا کنون نشانگان افت روحیه در جمعیت‌های مختلفی نظیر سرطان [۲۴-۲۶]، ایدز [۲۷]، بیماری‌های پیشرفته [۲۸]، بیماران با ناراحتی فیزیکی شدید [۲۹]، معتادان وابسته به مواد افیونی [۳۰]، خانواده‌های ساکنان خانه سالمندان [۳۱] و

در بُعد اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی مواردی همچون افت وضع مالی، از دست دادن شغل و موقعیت اجتماعی، همچنین مرگ یا مهاجرت نزدیکان، دوستان و همسالان [۶] و نیز تنهایی بیشتر، ناشی از ضعف بدنی و کاهش تحرک نیز گزارش شده است [۷].

در بُعد مشکلات روان‌شناختی سالمندان، مواردی نظیر احساس تنهایی [۸] کم‌حوصلگی، عصبانیت، احساس پوچی، دلهره و نگرانی، بی‌خوابی، خستگی و کوفتگی به عنوان عمده‌ترین مشکلات گزارش شده است [۹].

علاوه بر این، زندگی در سرای سالمندان نیز پیامدهای روان‌شناختی خاص خود را نیز ممکن است تحمیل و یا مشکلات رایج را تشدید کند. زندگی در آسایشگاه با فقدان روابط نزدیک و معنادار با اعضای خانواده، احساس تنهایی، احساس طردشدن، احساس بی‌کفایتی و بی‌ارزشی، فقدان معنا و عدم تسلط بر امور زندگی همراه است و از انگیزه سالمند برای تلاش کردن می‌کاهد. این امر موجب می‌شود سالمند خود را منفعل و ناتوان دریابد [۱۰-۱۳].

از دیگر ابعاد دوران سالمندی می‌توان به اضطراب‌های وجودی اشاره کرد. نشانه‌هایی که به طور مستقیم یا غیرمستقیم مرگ و از دست دادن‌های مهم زندگی را به سالمند یادآوری می‌کنند، حاکی از ورود به آخرین مرحله زندگی است. بیماری‌هایی مانند سرطان و بیماری‌های قلبی در بین دوستان و آشنایان هم‌سال، فرد را از واردشدن به این مرحله آگاه می‌کند. فرد به این می‌اندیشد که زمان محدودی در اختیار دارد، در حالی که پروژه‌های ناتمام فراوانی دارد. این آگاهی از محدودبودن زمان می‌تواند دلیلی برای تغییر منش و سبک زندگی فرد باشد و در عین حال باعث برانگیختن اضطراب‌های وجودی در او شود [۱۴-۱۶].

بر اساس دیدگاه وجودی، رویارویی هر انسانی با مسلمات هستی و دلواپسی‌های غایی که از ویژگی‌های درونی قطعی و گریزناپذیر هستی انسان در جهان آفرینش به شمار می‌آیند، اضطراب‌زاست. سازه‌های عمیقی (مرگ و نیستی، مسئولیت و آزادی، معنا و پوچی و تنهایی) که ریشه در هستی انسان دارند، حقایق زندگی را می‌سازند. هریک از ما سخت نیازمند جاودانگی، استواری، همزیستی و الگویی برای سرمشق قرار دادنیم و با وجود این، همگی باید با مرگ ناگزیر، بی‌پایگی، تنهایی و پوچی روبه‌رو شویم [۱۷].

در حالی که اضطراب‌های وجودی پاسخی صادقانه به نیستی محسوب شده و پیامد هوشیاری است. اما چنانچه فرد نتواند بدان معنا و پاسخی اصیل ببخشد، می‌تواند دچار رنج و در نتیجه نشانگان افت روحیه شود [۱۸، ۱۹].

نقطه آغازین تجربه نشانگان افت روحیه، احساس بی‌کفایتی و خودناکارآمدی در مواجهه با وضعیت ناتوان‌کننده‌ای است که

3. Pervasive anhedonia

4. Anticipatory anhedonia

روش مطالعه

این پژوهش از نوع مطالعات توصیفی مقایسه‌ای است. جامعه مورد مطالعه شامل سالمندان ساکن در منزل، سالمندان ساکن آسایشگاه‌ها و سالمندان استفاده‌کننده از خدمات مرکز توان‌بخشی روزانه مستقر در شهر تهران در سال ۱۳۹۶ بوده است. با توجه به اینکه برای برآورد حجم نمونه، واریانس جامعه در متغیر مورد نظر در دسترس نبود، از قاعده برآورد حداقل حجم نمونه برای جداول تحلیل واریانس 2×3 (دو جنس و سه گروه) که در این مطالعه حداقل تعداد نمونه معادل ۲۵ نمونه برای هر مقایسه برآورد شده بود [۴۴]. اما عملاً در کلیه گروه‌ها تعداد بیشتری نمونه گرفته شد. در انتها بر اساس روش نمونه‌گیری در دسترس ۱۱۰ سالمند ساکن آسایشگاه، ۱۱۵ سالمند ساکن منزل و ۱۰۰ سالمندی که از خدمات مرکز توان‌بخشی روزانه استفاده م‌کردند انتخاب شدند.

در این پژوهش پرسش‌نامه مشخصات جمعیت‌شناختی، برای بررسی متغیرهای سن، جنس، وضعیت اسکان و مقیاس ۲۴ سؤالی نشانگان افت روحیه (کیسان، ۲۰۰۴) استفاده شد. این ابزار دارای پنج خرده‌مقیاس فقدان معنا (پنج سؤال)، ملالت (پنج سؤال)، دل‌سردی (شش سؤال)، درماندگی (چهار سؤال) و احساس شکست (چهار سؤال) است و هر سؤال دارای مقیاس لیکرت پنج‌گزینه‌ای است و از صفر تا چهار نمره‌گذاری می‌شود. کیسان و همکاران ضریب پایایی آن را ۹۴ درصد گزارش کرده‌اند. ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار برای اولین بار توسط نقیایی و بهمنی بررسی شده است و روایی این پرسش‌نامه بر اساس آزمون آلفای کرونباخ ۸۶ درصد گزارش شده است [۲۵].

نمونه‌گیری بر اساس طرح پژوهش این مطالعه، که شامل سه جمعیت آماری سالمندان ساکن آسایشگاه شبانه‌روزی، سالمندان ساکن منزل، سالمندان بهره‌مند از خدمات مرکز توان‌بخشی روزانه است، انجام شد.

نمونه‌گیری از بین سالمندان ساکن آسایشگاه‌های شبانه‌روزی شهر تهران و سالمندان مراجعه‌کننده به تنها مرکز توان‌بخشی روزانه شهر تهران بر اساس روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انجام شد. در نمونه‌گیری از بین سالمندان ساکن منزل با استفاده از روش تصادفی خوشه‌ای چهار پارک عمومی در چهار سمت جغرافیایی اصلی تهران انتخاب و سپس در هر پارک به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف سالمندانی که واجد معیارهای شمول و مایل به همکاری بودند، انتخاب شدند.

از بین ۲۸۴ سالمند ساکن پنج آسایشگاه سالمندان ۱۱۰ نمونه، از بین ۱۵۰ سالمند مراجعه‌کننده به مرکز توان‌بخشی روزانه شهر تهران ۱۰۰ نمونه که معیارهای شمول و عدم شمول این طرح را داشتند و برای مشارکت در مصاحبه‌ها اعلام آمادگی کردند، به عنوان آزمودنی انتخاب شدند. برای انتخاب نمونه از بین سالمندان ساکن منزل نیز به محل تجمع روزانه سالمندان

سالمندان [۳۲-۳۴] مورد بررسی قرار گرفته است.

کیسلی و شانون (۱۹۹۹) در مطالعه خود گزارش کردند که بین ناتوانی فیزیکی، روحیه پایین و پریشانی روان‌شناختی سالمندان ارتباط نزدیکی وجود دارد [۳۳].

کیسان (۲۰۰۱) بیان می‌کند که در نظر گرفتن مفهوم افت روحیه به عنوان یک نشانگان، علاوه بر اینکه باعث توجه بیشتر متخصصان به آن خواهد شد. به توسعه مراقبت‌های تسکینی و به بهبود کیفیت ارائه خدمات به سالمندان خواهد انجامید [۳۴].

ویسل (۲۰۱۴) گزارش کرد که ۱۴ درصد سالمندان مبتلا به سرطان دریافت‌کننده طب تسکینی، دارای نشانگان افت روحیه هستند و شیوع نشانگان افت روحیه در افراد مسن دو برابر میزان افسردگی است [۳۲].

مطالعات قبلی گزارش کردند که سالمندان ساکن در سرای سالمندان از وضعیت روانی و عاطفی نامطلوب‌تر [۱۳]، احساس تنهایی بیشتر [۱] و سالمندان مقیم خانه، از حرمت خود و شادکامی مطلوب‌تری نسبت به سالمندان مقیم مراکز شبانه‌روزی برخوردار هستند [۳۵].

نتایج مطالعات قبلی حاکی از این است که استفاده از خدمات مراکز توان‌بخشی روزانه موجب افزایش معنادار کیفیت زندگی [۲۶]، کاهش افسردگی [۴]، بهبود فعالیت‌های روزمره زندگی [۳۷، ۳۸] کاهش ناتوانی و محدودیت‌های جسمی و افزایش عزت نفس [۳۹]، تأثیر مثبت بر برقراری ارتباط، فعالیت‌های روزمره زندگی و وضعیت شناختی [۴۰]، افزایش تحرک مفاصل و قدرت تفکر [۴۱] سالمندان شده است. همچنین در مطالعه الیا (۲۰۰۷) نتایج نشان از تأثیر خدمات مراکز توان‌بخشی روزانه بر کاهش علائم مربوط به دمانس در سالمندان حکایت داشت [۴۲].

بامگارتن، لیب و همکاران (۲۰۰۲) در مطالعه‌ای نشان دادند که استفاده از خدمات مراکز روزانه سالمندان تأثیر مثبتی روی نشانه‌های اضطراب، افسردگی و عملکرد آنان نداشته است [۴۳].

از این رو با توجه به اهمیت دوره سالمندی به عنوان عامل برانگیزنده اضطراب‌های وجودی و نیز شیوع نسبی نشانگان افت روحیه مرتبط با آن در طی دوره مذکور و در عین حال نقش تأثیرگذار محیط زندگی سالمندان بر متغیرهایی که با احساس مفیدبودن، مستقل‌بودن و ارزشمندبودن ارتباط مؤثر دارند، تلاش برای درک روابط متقابل این پدیده‌ها ضروری و کاربردی به نظر می‌رسد. این پژوهش به دنبال فهم ارتباط بین سالمندان با نشانگان افت روحیه و محل اسکان آن‌ها بوده است. و به این منظور این سؤال پاسخ‌یابی شد: «آیا تفاوتی بین نشانگان افت روحیه سالمندان ساکن در منزل، سالمندان ساکن در سرای سالمندان و سالمندان استفاده‌کننده از خدمات مرکز توان‌بخشی روزانه سالمندان وجود دارد؟».

برخوردار هستند. تأثیر محل سکونت بر نشانگان افت روحیه مشهود است و سالمندان ساکن آسایشگاه بیشترین میانگین در نشانگان افت روحیه و خرده‌مقیاس‌های آن و سالمندان استفاده‌کننده از مرکز خدمات توان‌بخشی روزانه کمترین میانگین در نشانگان افت روحیه و خرده‌مقیاس‌های آن را داشته‌اند.

همان‌طور که مشاهده می‌شود بین نشانگان افت روحیه سالمندان ساکن آسایشگاه، سالمندان ساکن در منزل و استفاده‌کننده از خدمات مرکز توان‌بخشی روزانه سالمندان ($F=104/96$ در سطح معناداری $P<0/05$) تفاوت معنادار آماری وجود دارد.

مطابق با جدول شماره ۲، بین میانگین نشانگان افت روحیه و نیز کلیه خرده‌مقیاس‌های پنج‌گانه یعنی بی‌معنایی، ملالت، یأس، احساس شکست و درماندگی سه گروه، تفاوت معنی‌دار آماری وجود دارد و بیشترین تفاوت میانگین‌ها در نشانگان افت روحیه و خرده‌مقیاس‌های بین سالمندان ساکن آسایشگاه و استفاده‌کننده از خدمات مرکز توان‌بخشی روزانه است و در بین خرده‌مقیاس‌ها، بی‌معنایی بیشترین تفاوت میانگین و ملالت کمترین تفاوت میانگین را داشت.

بحث

این مطالعه به بررسی تفاوت بین نشانگان افت روحیه سالمندان ساکن در منزل، ساکن در سرای سالمندان و استفاده‌کننده از خدمات مرکز توان‌بخشی روزانه سالمندان پرداخته است و به دنبال بررسی رابطه نشانگان افت روحیه با وضعیت اسکان سالمندان بوده است. همان‌طور که قبلاً ذکر شد، یافته‌ها حاکی از آن است که بین میانگین نشانگان افت روحیه و نیز کلیه خرده‌مقیاس‌های پنج‌گانه یعنی بی‌معنایی، ملالت، یأس، شکست و درماندگی این سه گروه تفاوت معنادار آماری وجود دارد.

میانگین نشانگان افت روحیه سالمندان ساکن آسایشگاه $69/60$ ، سالمندان ساکن منزل $45/40$ و سالمندان بهره‌مند از خدمات مرکز توان‌بخشی روزانه $31/90$ گزارش شد و بیانگر این است که نشانگان افت روحیه سالمندان ساکن آسایشگاه بیش از سالمندان ساکن منزل و این دو بیش از مراجعین به مرکز

در چهار پارک عمومی شهر تهران مراجعه شد و از بین داوطلبین، ۱۱۵ سالمند که با معیارهای شمول و عدم شمول همخوانی داشتند انتخاب شدند و مورد مصاحبه قرار گرفتند.

ملاک‌های ورود در انتخاب افراد عبارت بودند از: ۶۰ تا ۸۰ساله بودن، دارای توانایی صحبت کردن و علاقه به همکاری با مصاحبه‌گر. ملاک‌های خروج نیز عبارت بود از: داشتن اختلالات شدید و ناتوان‌کننده جسمی - حرکتی، مشکلات شدید ذهن و مغز نظیر پارکینسون و دمانس و ناتوانی در انجام امور شخصی که فرد را نیازمند پرستار دائمی کند. به منظور اطمینان از عدم وجود مشکل شناختی از آزمون کوتاه‌شده شناختی فروغان (۱۳۹۳) استفاده شد [۴۵].

مقیاس‌ها در یک جلسه و در پارک‌ها و آسایشگاه‌ها به وسیله مصاحبه‌رودررو با هریک از آزمودنی‌ها توسط پژوهشگران تکمیل شدند. کلیه آزمودنی‌ها در ابتدا در مورد میزان تحصیلات و تخصص محقق و اهداف و ویژگی‌های پژوهش اطلاعات کافی دریافت و در صورت تمایل، در پژوهش شرکت می‌کردند. همچنین به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که هویت آن‌ها محرمانه باقی‌مانده و هر وقت که بخواهند، می‌توانند از پژوهش خارج شوند، داده‌ها برای محاسبه شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل واریانس) وارد نسخه ۲۰ نرم‌افزار SPSS شد.

یافته‌ها

نتایج آمار توصیفی و نیز تحلیل واریانس و مقایسه‌های بین‌گروهی برای گروه نمونه شامل ۳۲۵ نفر از مردان و زنان سالمند در سه گروه مقایسه ۱۱۰ سالمند ساکن آسایشگاه، ۱۱۵ سالمند ساکن منزل و ۱۰۰ سالمندی که از خدمات مراکز توان‌بخشی روزانه استفاده می‌کردند در جداول شماره ۱، ۲، ۳، و ۴ آمده است.

مطابق با جدول شماره ۲، میانگین نشانگان افت روحیه سالمندان ساکن آسایشگاه $69/60$ ، سالمندان ساکن منزل $45/40$ و سالمندان بهره‌مند از خدمات مرکز توان‌بخشی روزانه $31/90$ است و بیانگر این است که سالمندان ساکن آسایشگاه از دو گروه دیگر سالمندان از نشانگان افت روحیه بسیار بالایی

جدول ۱. خصوصیات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها بر اساس جنس و سن

میلگین سن	تحصیلات (درصد)				تعداد کل	جنسیت		گروه
	لیسانس و بالاتر	دیپلم و فوق دیپلم	زیردیپلم	بی‌سواد		مرد	زن	
۷۳	۷/۳	۲۳/۶	۳۰/۹	۳۸	۱۱۰	۵۵	۵۵	سالمندان ساکن آسایشگاه
۷۰	۱۲/۷	۱۹/۳	۳۲	۳۶	۱۱۵	۵۷	۵۸	سالمندان ساکن در منزل
۶۹	۳۲	۳۰	۲۷	۱۱	۱۰۰	۵۰	۵۰	سالمندان بهره‌مند از خدمات مرکز توان‌بخشی روزانه

جدول ۲. خرده‌مقیاس‌های نشانگان افت روحیه بر اساس وضعیت استقرار

نوع سکونت	میانگین \pm انحراف معیار	سالمندان ساکن در منزل	سالمندان بهره‌مند از خدمات مرکز توان‌بخشی روزانه
بی‌معنایی	۲۱/۹۶±۶/۲۱	۱۱/۹۹±۸/۳۸	۷/۵۰±۷/۱۰
ملالت	۱۶/۳۹±۳/۷۹	۱۲/۷۸±۵/۳۳	۱۰/۹۶±۵/۱۷
یأس	۱۷/۶۶±۵/۹۴	۱۱/۰۶±۶/۳۵	۸/۴۶±۵/۸۴
شکست	۶/۶۴±۳/۹۶	۴/۶۲±۲/۶۳	۲/۵۶±۱/۰۹
درماندگی	۹/۰۹±۲/۳۸	۶/۳۶±۳/۱۹	۳/۵۹±۱/۹۳
نشانگان افت روحیه	۶۹/۶۰±۱۷/۴۱	۴۵/۴۰±۲۱/۴۷	۳۱/۹۰±۱۷/۵۹

سالمند

جدول ۳. نتایج حاصل از تحلیل واریانس

مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	P
بین گروه‌ها	۲	۳۸۹۳۶/۰۵۶	۱۰۴/۹۶۵	/۰۰۰
درون گروه‌ها	۳۲۲	۳۷۰/۹۴۵		
کل	۳۲۴			

سالمند

داشتن نقش‌های اجتماعی مثبت و مفید در ارتباط با همسر، فرزند، داماد و عروس و نوه‌های سالمندانی که با خانواده زندگی می‌کنند در کنار منافع حضور در موقعیت اجتماعی گسترده‌تر مرکز توان‌بخشی روزانه نظیر فعالیت و حضور بیشتر در اجتماع از طریق مشارکت در برنامه‌های تفریحی، آموزشی (آموزش بهداشت و مراقبت‌های فردی) و ورزشی مرکز توان‌بخشی روزانه که تحرک، کارایی فیزیکی و قدرت عضلات را افزایش می‌دهد، داشتن ارتباطات حمایتی از طریق مراد به سایر سالمندانی که مسائل مشابه دارند، داشتن فرصت و انگیزه بیشتر برای پرورش اهداف تازه فردی، یافتن معنای جدید زندگی، فعال نگه‌داشتن نقش‌های قبلی خانوادگی و پیدا کردن نقش‌های اجتماعی جدید می‌تواند زمینه‌ساز افزایش شادی و امید بیشتر به زندگی در سالمندان مراجعه‌کننده به مرکز توان‌بخشی روزانه بشود که به نوبه خود در ایجاد تفاوت مشاهده‌شده در بین گروه‌های مقایسه سهم بسزایی ایفا کرده‌اند.

به نظر می‌رسد که این حضور توأمان در محیط خانواده و فضای فعال اجتماعی بیرون خانواده، می‌تواند به طرق گوناگون در کاهش نشانگان افت روحیه که بنا به تعریف، به‌شدت تحت تأثیر امید به آینده، ادراک فرد از میزان اثربخشی فعلی و ادراک او از ارزشمندی کنونی قرار دارد، تأثیر بگذارد.

این تعبیر و تفسیر به طور غیر مستقیم به وسیله یافته‌های

خدمات توان‌بخشی روزانه است. این یافته را می‌توان به معنی تعامل وضعیت محل سکونت سالمندان با وضعیت نشانگان افت روحیه در آن‌ها دانست.

اگرچه بررسی‌ها تا زمان تهیه این گزارش هیچ یافته مستقیم دیگری را در مورد ارتباط بین نشانگان افت روحیه با محل سکونت در هیچ رده سنی در اختیار قرار نمی‌دهد، یافته‌های این پژوهش را می‌توان به طور ضمنی همسو با مطالعات قبلی دانست که حاکی از آن است که نشانگان افت روحیه در بیماران مبتلا به سرطان (مولن و همکاران، ۲۰۰۹؛ لی و همکاران، ۲۰۱۲؛ وهلینگ و همکاران، ۲۰۱۲؛ نقیایی و همکاران، ۲۰۱۳) و ایدز (فرمانی شهرضا و بهمنی، ۱۳۹۴) در مقایسه با جمعیت عادی از میانگین بالاتر و قابل توجهی برخوردار است [۲۴، ۲۵، ۲۷، ۴۶].

در عین حال یافته‌های این مطالعه همسو با مطالعه لی (۲۰۰۱) است که نشان می‌دهد محیط زندگی سالمندان، عاملی بسیار مهم و تأثیرگذار در سلامت و طول عمر آنان نیز هست [۱۲].

پرسش اصلی این است که تفاوت‌های یافته‌شده در بین گروه‌های مقایسه این پژوهش را به چه عواملی می‌توان نسبت داد؟ به نظر می‌رسد که متغیرهای روانی اجتماعی موجود در بافت زندگی مرتبط با محل سکونت نظیر احساس تعلق و پذیرفته‌شدن، احساس مفید و مؤثر بودن، احساس حمایت‌شدن

جدول ۴. نتایج آزمون پیگیری شفه مربوط به سه گروه سالمندان

مقاراداری	تفاوت میانگین \pm انحراف معیار	وضعیت سکونت سالمندان	خرده‌مقیاس
/۰۰۰	-۱۴/۴۶ \pm ۱/۰۲	ساکن سرای سالمندان	بی‌معنایی
/۰۰۰	-۴/۴۹ \pm ۹/۵۸	استفاده‌کننده از خدمات مرکز توان‌بخشی روزانه - ساکن در منزل	
/۰۰۰	۹/۹۷ \pm ۹/۳۱	ساکن سرای سالمندان - ساکن در منزل	
/۰۰۰	-۵/۴۳ \pm ۶/۶۶	استفاده‌کننده از خدمات مرکز توان‌بخشی روزانه - ساکن سرای سالمندان	ملالت
/۰۱۴	-۱/۸۲ \pm ۶/۳۲	استفاده‌کننده از خدمات مرکز توان‌بخشی روزانه - ساکن در منزل	
/۰۰۰	۳/۶۰ \pm ۶/۰۵	ساکن سرای سالمندان - ساکن در منزل	
/۰۰۰	-۹/۲۰ \pm ۸/۴۱	استفاده‌کننده از خدمات مرکز توان‌بخشی روزانه - ساکن سرای سالمندان	دلسردی
/۰۰۴	-۲/۶۰ \pm ۷/۸۶	استفاده‌کننده از خدمات مرکز توان‌بخشی روزانه - ساکن در منزل	
/۰	۶/۵۹ \pm ۷/۶۴	ساکن سرای سالمندان - ساکن در منزل	
/۰۰۰	-۵/۵۰ \pm ۳/۶۶	استفاده‌کننده از خدمات مرکز توان‌بخشی روزانه - ساکن سرای سالمندان	درماندگی
/۰۰۰	-۲/۷۷ \pm ۳/۴۲	استفاده‌کننده از خدمات مرکز توان‌بخشی روزانه - ساکن در منزل	
/۰۰۰	۲/۷۲ \pm ۳/۳۲	ساکن سرای سالمندان - ساکن در منزل	
/۰۰۰	-۴/۰۸ \pm ۳/۹۱	استفاده‌کننده از خدمات مرکز توان‌بخشی روزانه - ساکن سرای سالمندان	شکست
/۰۰۰	-۲/۰۶ \pm ۳/۶۶	استفاده‌کننده از خدمات مرکز توان‌بخشی روزانه - ساکن در منزل	
/۰۰۰	۲/۰۲ \pm ۳/۵۶	ساکن سرای سالمندان - ساکن در منزل	
/۰۰۰	-۳/۷۰ \pm ۲/۶۶	استفاده‌کننده از خدمات مرکز توان‌بخشی روزانه - ساکن سرای سالمندان	نشانه‌گان افت روحیه
/۰۰۰	-۱۳/۵۰ \pm ۲/۴۸	استفاده‌کننده از خدمات مرکز توان‌بخشی روزانه - ساکن در منزل	
/۰۰۰	۲۴/۲۰ \pm ۲/۴۱	ساکن سرای سالمندان - ساکن در منزل	

سالمند

حکایت دارد (سیل و همکاران، ۲۰۰۳ و همتی علمدارلو و همکاران، ۲۰۰۸). برای این تفاوت نیز دلایل متعددی پیشنهاد شده است [۴۷، ۱].

نصیری و همکاران (۱۳۹۱) به عهده گرفتن نقش‌هایی در خانواده و مشارکت در اجتماع و روابط اجتماعی، احساس خودکفایی و توانمندی بیشتر و حرمت خود و شادکامی مطلوب‌تر را دلیل وضعیت بهتر سالمندان مقیم خانواده نسبت به سالمندان مقیم مراکز شبانه‌روزی می‌دانند [۳۵].

رضایی و منوچهری (۱۳۸۷) نیز مرادوات اجتماعی بهتر، وضعیت عاطفی و احساس محترم‌بودن بیشتر را به عنوان پارامترهای مثبت زندگی سالمندان در خانواده معرفی کرده‌اند [۱۳].

علاوه بر آنچه در بخش مربوط به مزیت‌های حضور در خانه بیان شد مطالعاتی نیز وجود دارد که به تأثیر منفی حضور سالمندان در آسایشگاه پرداخته است. می‌توان به یافته‌های

نصیری، فروغان و همکاران (۲۰۱۶) مبنی بر افزایش معنی‌دار کیفیت زندگی، یافته‌های رحیمی و همکاران (۱۳۹۲) مبنی بر بهبود فعالیت‌های روزمره زندگی، یافته‌های گل‌کرمی و همکاران (۱۳۹۱) مبنی بر کاهش افسردگی، یافته‌های اندرسون و همکاران (۲۰۰۸) مبنی بر کاهش ناتوانی و محدودیت‌های جسمی و افزایش عزت نفس و بالاخره یافته‌های هانتر (۱۹۹۲) مبنی بر افزایش تحرک مفاصل و قدرت تفکر سالمندان بهره‌مند از خدمات مراکز توان‌بخشی روزانه، تأیید می‌شود [۴۱، ۳۹، ۳۶، ۴۰]. بدیهی است از بخشی از استدلال پیش‌گفته می‌توان برای توجیه تفاوت مشاهده‌شده بین وضعیت نشانه‌گان افت روحیه سالمندان ساکن خانه نسبت به ساکنین آسایشگاه‌ها نیز بهره جست.

درواقع سهم مهمی از این تفاوت متأثر از عدم بهرمندی سالمندان ساکن آسایشگاه از مزایای حضور در محیط خانواده است.

نتایج پژوهش‌های پیشین، از وضعیت سلامت روان بهتر سالمندان ساکن خانه نسبت به سالمندان ساکن سرای سالمندان

بی‌معنایی نسبت به زندگی، در میان سالمندان ساکن آسایشگاه از میانگین بالاتری نسبت به سالمندان ساکن در منزل و سالمندان بهره‌مند از خدمات مرکز توان‌بخشی روزانه برخوردار است. به نظر می‌رسد که در ایجاد این تفاوت نیز عوامل چندگانه‌ای مؤثر هستند. دی پائولا و ایبرسول (۱۹۹۵) بیان کردند که مهم‌ترین عامل در معنای زندگی ساکنان خانه‌های سالمندان روابط انسانی است [۵۲]. برودی و سمل (۲۰۰۵) اشاره کردند افراد ساکن در خانه سالمندان به خاطر فقدان ارتباط صمیمی با خانواده خود دچار افسردگی و بی‌معنایی می‌شوند و زندگی سالمندان در آسایشگاه با ناامیدی و فقدان معنا همراه است [۱۰]. تاکنین و روپیلا (۲۰۰۱) داشتن یک حس انسجام و میل و رغبت برای زندگی را از عوامل مربوط به معنا در زندگی می‌دانند [۵۳]. همانطور که ونگ (۲۰۰۰) اشاره کرده است، داشتن معنای شخصی در زندگی که یکی از مفاهیم وجودی است بهترین پیش‌بینی‌کننده شادی، رفاه، عدم وجود آسیب و افسردگی در میان سالمندان است [۵۴].

احساس شکست و درماندگی سالمندان ساکن آسایشگاه بیش از سالمندان ساکن منزل و مراجعین به مرکز خدمات توان‌بخشی روزانه است. این تفاوت را می‌توان ناشی از عوامل مختلفی دانست. هرچه افراد در زندگی با بحران بیشتری روبه‌رو شوند، بیشتر احساس درماندگی و شکست می‌کنند. به نظر می‌رسد موقعیتی که فرد در آن به طور مداوم با مشکلات جسمی پیش‌رونده، بیماری‌ها و مرگ‌ومیر دوستان و آشنایان هم‌سن و سال، پروژه‌های ناتمام فراوان در زندگی، از دست دادن‌های بزرگ و مرگ روبه‌رو شود، در صورت عدم پاسخ مناسب به اضطراب‌های وجودی (وهلینگ و همکاران، ۲۰۱۲)، می‌تواند فرد را مستعد فعال شدن نشانگان افت روحیه کند [۵۵].

از آنجایی که هسته مرکزی نشانگان افت روحیه، خطاهای شناختی حاکی از درماندگی و احساس شکست فردی ناشی از حس گیر افتادن در یک موقعیت بدون راه‌حل است، بنابراین احساس ناامیدی و نیز «فقدان معنا و هدف» را می‌توان از تبعات طبیعی آن محسوب کرد. علاوه بر این، باور به فقدان آینده‌ای ارزشمند ناشی از فقدان احساس ارزش و خودکارآمدی برای به دست آوردن آن، فرد دچار نشانگان افت روحیه را از انگیزه مقابله جدید و متفاوت، محروم می‌کند (وهلینگ و همکاران، ۲۰۱۲). به نظر می‌رسد مؤلفه‌های زمینه‌ساز بروز نشانگان افت روحیه در سالمندان با ماهیت احساس از دست دادن، فقدان زندگی، فرصت‌های گذشته و چالش برای معنابخشی به رویدادهای زندگی که برانگیزاننده اضطراب‌های وجودی (اضطراب مرگ، تنهایی و معنا و غیره) این دوران است، درهم تنیده باشند [۵۵].

نتیجه‌گیری نهایی

پژوهش حاضر نشان داد که نشانگان افت روحیه سالمندان

وارتمن (۱۹۹۳) که به کمبود افراد نزدیک و صمیمی در دسترس، احساس انزوا و تنهایی، از دست دادن همسر، از دست دادن استقلال فردی در سالمندان ساکن آسایشگاه، یافته‌های زامیت و فیورینی (۲۰۱۵) مبنی بر کاهش توان عملکرد، عدم فعالیت جسمی حرکتی، رویارویی اجتناب‌ناپذیر با روند مرگ و مردن، یافته‌های وینینگام (۲۰۰۷) مبنی بر تجربه مکرر فقدان‌های اجتماعی و نارسایی‌ها در شبکه حمایت اجتماعی، یافته‌های اش و پاکویوت (۲۰۰۳)، مبنی از دست دادن تسلط بر زندگی، ناتوانی در تصمیم‌گیری و انتخاب‌های مستقل که موجب می‌شود سالمندان در این شرایط خود را ناتوان، منفعل و کاملاً وابسته ارزیابی کنند اشاره کرد که می‌توانند بخشی از تفاوت‌های مشاهده‌شده در بین این دو گروه را تبیین کنند [۶]. ۴۸-۵۰]. در واقع همان‌طور که لی (۱۹۹۷) بیان کرده است اکثر ساکنان دائمی سرای سالمندان، این مکان را جایی می‌دانند که باید وقتشان بیهوده بگذرد و منتظر مرگ باشند [۵۱].

به نظر می‌رسد متغیرهایی همچون دور بودن از خانه به عنوان محلی که یادآور خاطرات گذشته است، احساس طردشدن از سوی فرزندان، کمبود توجه و محبت دریافت‌شده از سوی عزیزان، احساس حسرت ناشی از این ایده که گذشته و آنچه در ارتباط با خانواده و فرزندان انجام داده‌اند نفعی به حال امروزشان نداشته است و تبعات محدودکننده ناشی از کاهش و یا از دست دادن نسبی سلامت جسمی و افزایش وابستگی به دیگران برای انجام امور فردی را می‌توان از جمله سایر عوامل مؤثر بر شکل‌گیری تفاوت‌های یافته‌شده بیان کرد.

بدین ترتیب محرومیت از حضور در خانواده، استفاده از فرصت‌های مطلوب که سالمندان مستقر در آسایشگاه از فقدان آن رنج می‌برند، در کنار وجود عوارض منفی که در مطالعات فوق به آن اشاره شد، می‌تواند توجیه‌کننده وضعیت نامطلوب‌تر ساکنین آسایشگاه نسبت به دو گروه دیگر باشد.

بررسی نتایج حاصل از مقایسه خرده‌مقیاس‌های نشانگان افت روحیه نیز حاوی یافته‌های مفیدی بوده است. سالمندان ساکن آسایشگاه در خرده‌مقیاس ناامیدی و ملالت نسبت به سالمندان ساکن در منزل و سالمندان بهره‌مند از خدمات توان‌بخشی مرکز روزانه از وضعیت نامطلوب‌تری برخوردار بوده‌اند. این تفاوت را به چه عواملی می‌توان نسبت داد؟ الهی و همکاران (۱۳۹۳) معتقدند احساس نزدیک‌شدن به زمان مرگ و این فکر که دیگر کار مفیدی برایشان باقی نمانده و هدف ارزشمندی برای تلاش روزمره ندارند، می‌تواند در کاهش احساس مفید و کارآمد بودن فردی تأثیر داشته باشد. آن‌ها معتقدند به نظر می‌رسد افراد سالمندی که در محیط خانه زندگی می‌کنند به دلیل مراددهای اجتماعی صمیمانه‌تر و مسئولیت زندگی روزمره بیشتر، نسبت به ساکنین سرای سالمندان از امید به زندگی و احساس ارزشمندی بیشتری برخوردارند [۱۱].

از آسایشگاه‌های شبانه‌روزی امکان مصاحبه با سالمندان را فراهم نکردند، تعمیم یافته‌ها باید با احتیاط انجام شود.

در عین حال با توجه به ارتباط گزارش شده بین سلامت روان عمومی افراد با متغیرهای وضعیت اقتصادی-اجتماعی [۵۶] و میزان تحصیلات [۵۷، ۵۶، ۴۸] هرگونه تعمیم یافته‌ها در مورد نوع رابطه مشاهده شده بین استفاده از خدمات مراکز توان بخشی روزانه سالمندان با نشانگان افت روحیه به دلیل اینکه تنها مرکز توان بخشی روزانه مورد بررسی در این مطالعه در یکی از مناطق اقتصادی-اجتماعی بالاتر از سطح متوسط تهران قرار داشته و میانگین تحصیلی خدمات گیرندگان آن نیز بالاتر از میانگین جامعه بوده است (جدول شماره ۱) باید با احتیاط انجام شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این پژوهش نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب مرکز تحقیقات سالمندی دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی با کد رهگیری ۱۴۵۰ است. همچنین این مطالعه کد اخلاقی (IR.USWR.) REC.1396.371 از دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی و مجوزهای لازم از سازمان بهزیستی شهر تهران را اخذ کرد.

حامی مالی

این پژوهش از دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی حمایت مالی دریافت کرده است.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان در این پژوهش سهم یکسانی داشته اند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان هیچ تعارض منافی بین آنها وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از پرسنل محترم مرکز مورد بررسی و همچنین از مساعدت‌های شایسته سازمان بهزیستی استان تهران در صدور مجوزهای لازم کمای تشکر را داریم. از سراهای سالمندان توحید، مهرگل، امید، مهربان و کمال به خاطر کمک‌های شایسته‌شان در دسترسی به نمونه‌ها، از مرکز روزانه توان بخشی سالمندان یاس به خاطر کمک بی دریغ و با حسن نیتی که در فراهم کردن امکان مصاحبه با سالمندان داشتند و از کلیه سالمندان شرکت کننده در این مطالعه کمال تشکر را دارم.

ساکن آسایشگاه از سالمندان ساکن منزل و این دو بیش از مراجعین به مرکز خدمات توان بخشی روزانه است.

بدیهی است دوری از محیط خانه و خانواده شرایطی را برای سالمندان ساکن آسایشگاه فراهم می‌کند که آن‌ها را نسبت به مشکلات روان شناختی آسیب پذیرتر از دو گروه دیگر این مطالعه کرده است. از آن سوی حضور آن دسته از سالمندان ساکن منزل که در فعالیت‌های روزمره مرکز روزانه شرکت کرده‌اند نیز باعث شده تا شرایط روانی - اجتماعی آن‌ها حتی از سالمندانی که فقط در منزل ساکن هستند بهتر باشد. از این رو به نظر می‌رسد که از منظر متغیرهای مؤثر بر نشانگان افت روحیه، اصلی ترین نیاز سالمندان، حضور در یک بافت روانی، اجتماعی و عاطفی فعال است که در آن احساس‌های کارآمد بودن، محترم بودن و متعلق بودن به طور روزمره تأیید شوند.

پیشنهاد می‌شود تا سیاست‌گذاران در برنامه‌ریزی‌های آینده از طریق توسعه پوشش خدمات بیمه‌ای کارآمدتر برای سالمندان، گسترش کمی و کیفی مراکز مراقبتی و خدمت‌رسانی روزانه سالمندان (مراکز توان بخشی روزانه) و تلاش هدفمند و سازمان یافته برای توسعه ارائه خدمات رفاهی، روان شناختی و اجتماعی به مراقبت دهندگان خانوادگی که زمینه‌ساز افزایش امکانات و مقدمات حضور سالمندان در محیط خانواده‌ها می‌شود، تلاش کنند تا از نیاز به اسکان دائم سالمندان در مراکز شبانه‌روزی سرای سالمندان کاسته شود.

همچنین افزایش حضور اثربخش سالمندان در محیط و برنامه‌های اجتماعی نظیر مهد کودک‌ها، مدارس و حتی دانشگاه‌ها به عنوان کمک‌مربی، مربی، مشورت‌دهنده و یا هر نقش حمایتی و هدایتی متناسب با توانایی‌ها و علایقشان و ایجاد فرصت حضور و استفاده سالمندان ساکن آسایشگاه‌ها از مراکز روزانه توان بخشی سالمندان که فرصت مناسبی را برای آنان جهت توسعه تحرک بدنی، مرادوات اجتماعی و تنوع در گذران ایام در اختیارشان می‌گذارد و نیز تأکید بر محروم نکردن آنان از حضور در برنامه‌های اجتماعی نظیر فعالیت‌های کودک‌پاری مهدکودک، مدارس ابتدایی و حتی حضورهای یاورانه روانی عاطفی برای دانش‌آموزان دبیرستانی و دانشگاهی و یا انجمن‌های زوج‌های جوان و والدین جوان می‌تواند نقش مؤثری در بهبود احساس کفایت و کارآمدی سالمندان ایفا کند. همچنین خانه‌های سالمندان می‌توانند برای کاهش نشانگان افت روحیه و ایجاد فضای شادتر از مداخلات روان شناختی مثل خاطره‌گویی و معنادرمانی استفاده کنند.

همان‌طور که یافته‌های این پژوهش نشان داد لزوم توجه به دایر کردن مراکز خدمات روزانه سالمندان با توجه به افزایش جمعیت سالمندی در ایران امری ضروری است. از آنجایی که نمونه مورد بررسی این مطالعه شامل، جمعیت‌های سالمند دارای نیازهای ویژه نظیر افراد مبتلا به دمانس، مشکلات جسمی حرکتی شدید، آلزایمر و پارکینسون نبوده است و نیز به دلیل اینکه برخی

References

- [1] Hemmati Alamdarlou Gh, Dehshiri GR, Shojaie S, Hakimi Rad E. [Health and loneliness status of the elderly living in nursing homes versus those living with their families (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2008; 3(2):557-64. <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-90-en.html>
- [2] Nouhi E, Karimi T, Iranmanesh S. [Comparing fear of death of the elderly settled in elderly's home and inhabited in city houses of Isfahan (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2014; 8(4):24-31. <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-543-en.html>
- [3] Halter J, Ouslander J, Tinetti M, Studenski S, High K, Asthana S. *Hazzard's geriatric medicine and gerontology*. New York: McGraw-Hill; 2009. <https://books.google.com/books?id=yjr9TUORAQYC&dq>
- [4] Gol Karami Sh, Mobaraki H, Kamali M, Farhodi F. [The effect of empowerment programs on geriatric depression in daily rehabilitation Farzanegan Center of Khorramabad City (Persian)]. *Journal of Modern Rehabilitation*. 2013; 6(4):65-70. <http://mrj.tums.ac.ir/article-1-20-en.html>
- [5] Duberstein P, Pálsson S, Waern M, Skoog I. Personality and risk for depression in a birth cohort of 70-year-olds followed for 15 years. *Psychological medicine*. 2008; 38(05):663-71. [DOI:10.1017/S0033291707002620] [PMID]
- [6] Wurtman JJ. Depression and weight gain: The serotonin connection. *Journal of Affective Disorders*. 1993; 29(2-3):183-92. [DOI:10.1016/0165-0327(93)90032-F]
- [7] Mussen PH, Conger JJ, Kagan J, Houston AC. *Child development and personality*. Tehran: University Publication Center; 2002.
- [8] Heravi Karimloo M, Anoosheh M, Foroughan M, Sheykhi MT, Hajzade E, Maddah SB, et al. [Loneliness from the perspectives of elderly people: A phenomenological study (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2008; 2(4):410-20. <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-53-en.html>
- [9] Kaldi AR, Akbari Kamrani AA, Foroghian M. [Physical, social & mental problems of elderly in district 13 of Tehran (Persian)]. *Social Welfare*. 2004; 4(14):222-44. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?ID=12118>
- [10] Brody CM, Semel VG. *Strategies for therapy with the elderly: Living with hope and meaning*. New York: Springer Publishing Company; 2005. <https://books.google.com/books?id=5V1mRU0fGc&dq>
- [11] Elahi T, Khosravi R, Rashidi Rashtabadi S, Akhavan A. [Hopefulness and mental disorders in the elderly (Persian)]. *Journal of Advances in Medical and Biomedical Research*. 2014; 22(92):119-25. <http://zums.ac.ir/journal/article-1-2684-en.html>
- [12] Lee DT. Transition to residential care: experiences of elderly Chinese people in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing*. 1999; 30(5):1118-26. [DOI:10.1046/j.1365-2648.1999.01196.x] [PMID]
- [13] Rezayi S, Manouchehri M. [Comparison of mental disorders between home owner residents and nurse homes elders (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2008; 3(1):16-25. <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-79-en.html>
- [14] Barekati S, Bahmani B, Naghiyaaee M, Afrasiabi M, Marsa R. The effectiveness of cognitive-existential group therapy on reducing existential anxiety in the elderly. *Middle East Journal of Family Medicine*. 2017; 7(10):75. [DOI:10.5742/MEWFM.2017.93059]
- [15] Marsa R, Bahmani B, Naghiyaaee M, Barekati S. The effectiveness of cognitive-existential group therapy on reducing demoralization in the elderly. *Middle East Journal of Family Medicine*. 2017; 7(10):42. [DOI:10.5742/MEWFM.2017.93136]
- [16] Vincent J. *Old age*. London: Psychology Press; 2003. [DOI:10.4324/9780203449929]
- [17] Yalom ID. *Existential psychotherapy*. Tehran: Ney Pub; 1980.
- [18] Blinderman CD, Cherny NI. Existential issues do not necessarily result in existential suffering: Lessons from cancer patients in Israel. *Palliative Medicine*. 2005; 19(5):371-80. [DOI:10.1191/0269216305pm1038oa] [PMID]
- [19] Leung D, Esplen M. Alleviating existential distress of cancer patients: Can relational ethics guide clinicians? *European Journal of Cancer Care*. 2010; 19(1):30-8. [DOI:10.1111/j.1365-2354.2008.00969.x] [PMID]
- [20] Kissane DW, Clarke DM, Street AF. Demoralization syndrome—a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *Journal of Palliative Care*. 2001; 17(1):12-21. [DOI:10.1177/082585970101700103] [PMID]
- [21] Kissane DW, Maj M, Sartorius N. *Depression and cancer*. Hoboken: John Wiley & Sons; 2011. [DOI:10.1002/9780470972533] <https://books.google.com/books?id=0oMml2wZET4C&dq>
- [22] Clarke DM, Kissane DW. Demoralization: Its phenomenology and importance. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2002; 36(6):733-42. [DOI:10.1046/j.1440-1614.2002.01086.x] [PMID]
- [23] Kissane DW. Psychospiritual and existential distress. The challenge for palliative care. *Australian Family Physician*. 2000; 29(11):1022-5. [PMID]
- [24] Lee CY, Fang CK, Yang YC, Liu CL, Leu YS, Wang TE, et al. Demoralization syndrome among cancer outpatients in Taiwan. *Supportive Care in Cancer*. 2012; 20(10):2259-67. [DOI:10.1007/s00520-011-1332-4] [PMID]
- [25] Naghiy M, Bahmani B, Alimohammadi F, Dehkhoda A, editors. *Demoralization in Women with Breast Cancer: A Comparative Study*. Proceedings of the Third National Congress of Psychology; 2013 March 18-20; Shiraz: Marvdasht.
- [26] Vehling S, Mehnert A. Symptom burden, loss of dignity, and demoralization in patients with cancer: A mediation model. *Psycho-Oncology*. 2014; 23(3):283-90. [DOI:10.1002/pon.3417] [PMID]
- [27] Bahmani B, Farmani Shahreza Sh, Amin Esmaeili M, Naghiy M, Ghaedniay Jahromi A. [Demoralization syndrome in patients with human immunodeficiency virus (Persian)]. *Journal of Neyshabur University of Medical Sciences*. 2015; 3(1):19-27. <http://journal.nums.ac.ir/article-1-108-en.html>
- [28] Julião M, Nunes B, Barbosa A. Prevalence and factors associated with demoralization syndrome in patients with advanced disease: Results from a cross-sectional Portuguese study. *Palliative & Supportive Care*. 2016; 14(5):468-73. [DOI:10.1017/S1478951515001364] [PMID]
- [29] Clarke DM, Kissane DW, Trauer T, Smith GC. Demoralization, anhedonia and grief in patients with severe physical illness. *World Psychiatry*. 2005; 4(2):96-105. [PMID] [PMCID]

- [30] De Jong CA, Kissane DW, Geessink RJ, van der Velden D. Demoralization in opioid dependent patients: A comparative study with cancer patients and community subjects. *The Open Addiction Journal*. 2008; 1:7-9. [DOI:10.2174/1874941000801010007]
- [31] Grau L, Teresi J, Chandler B. Demoralization among sons, daughters, spouses, and other relatives of nursing home residents. *Research on Aging*. 1993; 15(3):324-45. [DOI:10.1177/0164027593153004]
- [32] Holland JC, Wiesel TW, Nelson CJ, Roth AJ, Alici Y, editors. *Geriatric psycho-oncology: A quick reference on the psychosocial dimensions of cancer symptom management*. Oxford: Oxford University Press; 2014. [DOI:10.1093/med/9780199361465.001.0001]
- [33] Kisely SR, Shannon P. Demoralisation, distress and pain in older Western Australians. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 1999; 23(5):531-3. [DOI:10.1111/j.1467-842X.1999.tb01312.x] [PMID]
- [34] Kissane D. Demoralisation - a useful conceptualisation of existential distress in the elderly. *Australasian Journal on Ageing*. 2001; 20(3):110-1. [DOI:10.1111/j.1741-6612.2001.tb01770.x]
- [35] Nasiri Z, Dadkhah A, Khodabakhshi Koulai A. [Investigate and comparison self-esteem and happiness among residential and non-residential old people (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2012; 7(2):18-25. <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-621-en.html>
- [36] Nasiri M, Foroughan M, Rashedi V, Shahbazi MR. [The impact of rehabilitation module of Iran welfare organization among older adults (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2016; 11(1):110-7. [DOI:10.21859/sija-1101110]
- [37] Habibi Sola A, Nikpoor S, Rezaei M, Haghani H. [Health promotion behaviours and level of activities of daily living and instrumental activities of daily living among elderly people in west region of Tehran: A cross-sectional survey (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2007; 2(3):331-9. <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-44-en.html>
- [38] Rahimi M, Fadayee Vatan R, Davatgaran K, Biglarian A, Shirazikhah M, Boroomandpoor M, et al. [Effectiveness of day care services of Karaj Kahrizak Rehabilitation Center on activities of daily living among older people, 2010 April-2011 March (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2013; 8(3):7-16. <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-671-en.html>
- [39] Andersson M, Hallberg IR, Edberg AK. Old people receiving municipal care, their experiences of what constitutes a good life in the last phase of life: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*. 2008; 45(6):818-28. [DOI:10.1016/j.ijnurstu.2007.04.003] [PMID]
- [40] Law M, Stewart D, Letts L, Pollock N, Westmorland M, Bosch J, et al. Effectiveness of activity programs for older persons with dementia [Internet]. 1999 [Updated 1999 February]. Available from: <https://srs-mcmaster.ca/wp-content/uploads/2015/04/Activity-programmes-for-older-persons.pdf>
- [41] Hunter S. Adult day care: Promoting quality of life for the elderly. *Journal of Gerontological Nursing*. 1992; 18(2):17-20. [DOI:10.3928/0098-9134-19920201-06] [PMID]
- [42] Femia EE, Zarit SH, Stephens MAP, Greene R. Impact of adult day services on behavioral and psychological symptoms of dementia. *The Gerontologist*. 2007; 47(6):775-88. [DOI:10.1093/geront/47.6.775] [PMID]
- [43] Baumgarten M, Lebel P, Laprise H, Leclerc C, Quinn C. Adult day care for the frail elderly: Outcomes, satisfaction, and cost. *Journal of Aging and Health*. 2002; 14(2):237-59. [DOI:10.1177/089826430201400204] [PMID]
- [44] Ali HH. *Statistical inference in behavioral research*. Tehran: Samt; 2014.
- [45] Bakhtiyari F, Foroughan M, Fakhrazadeh H, Nazari N, Najafi B, Alizadeh M, et al. [Validation of the Persian version of Abbreviated Mental Test (AMT) in elderly residents of Kahrizak charity foundation (Persian)]. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*. 2014; 13(6):487-94. <http://ijdl.tums.ac.ir/article-1-5271-en.html>
- [46] Mullane M, Dooley B, Tiernan E, Bates U. Validation of the demoralization scale in an Irish advanced cancer sample. *Palliative and Supportive Care*. 2009; 7(3):323-30. [DOI:10.1017/S1478951509990253] [PMID]
- [47] Kang YS, Kim ES, Gu MO, Eun Y. [A study on the health status and the needs of health-related services of female elderly in an urban-rural combined city (Korean)]. *Journal of Korean Public Health Nursing*. 2003; 17(1):47-57. <http://www.koreascience.or.kr/article/JAKO200302612928994.page>
- [48] Akhtar-Danesh N, Landeen J. Relation between depression and sociodemographic factors. *International Journal of Mental Health Systems*. 2007; 1(1):4. [DOI:10.1186/1752-4458-1-4] [PMID]
- [49] Winningham RG, Pike NL. A cognitive intervention to enhance institutionalized older adults' social support networks and decrease loneliness. *Ageing & Mental Health*. 2007; 11(6):716-21. [DOI:10.1080/13607860701366228] [PMID]
- [50] Zammit P, Fiorini A. Depressive illness in institutionalised older people in Malta. *Malta Medical Journal*. 2015; 27(3):22-5. <https://www.um.edu.mt/library/oar/handle/123456789/5668>
- [51] Lee DT. Residential care placement: Perceptions among elderly Chinese people in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing*. 1997; 26(3):602-7. [DOI:10.1046/j.1365-2648.1997.t01-22-00999.x] [PMID]
- [52] Depaola SJ, Ebersole P. Meaning in life categories of elderly nursing home residents. *The International Journal of Aging and Human Development*. 1995; 40(3):227-36. [DOI:10.2190/TMNQ-JBGT-9MLE-YKQM] [PMID]
- [53] Takkinen S, Ruoppila I. Meaning in life in three samples of elderly persons with high cognitive functioning. *The International Journal of Aging and Human Development*. 2001; 53(1):51-73. [DOI:10.2190/WBUG-NRKM-XJ7A-5QWP] [PMID]
- [54] Wong PTP. Meaning of life and meaning of death in successful aging [Internet]. 2000 [Updated 2000]. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/74fb/f4337fb65410bcc64fa8b05f372e-504aeef.pdf>
- [55] Vehling S, Lehmann C, Oechsle K, Bokemeyer C, Krüll A, Koch U, et al. Is advanced cancer associated with demoralization and lower global meaning? The role of tumor stage and physical problems in explaining existential distress in cancer patients. *Psycho-Oncology*. 2012; 21(1):54-63. [DOI:10.1002/pon.1866] [PMID]
- [56] Najafi B, Arzaghi SM, Fakhrazadeh H, Sharifi F, Shoaee Sh, Alizadeh M, et al. [Mental health status and related factors in aged population: Urban health equity assessment and response tool (Urban-HEART) study in Tehran (Persian)]. *Iranian Journal of*

Diabetes and Metabolism. 2013; 13(1):62-73. <http://ijdd.tums.ac.ir/article-1-5093-en.html>

- [57] Park SJ, Jeon HJ, Kim JY, Kim S, Roh S. Sociodemographic factors associated with the use of mental health services in depressed adults: results from the Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES). BMC Health Services Research. 2014; 14(1):645. [DOI:10.1186/s12913-014-0645-7] [PMID]