

Comparison of Depression and General Health among Victims of Domestic Violence among the elderly and their peers in Savojbolagh-Iran

Maryam Yekefallah¹, Saeed Imani², Mitra Borji³, Maryam Sadighpour⁴, Bahram Gheitarani¹, Mehdi Kheradmand¹, Shahrbanoo Ghahari^{5,6*}

1. Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Tonekabon Branch, Tonekabon, Iran.
2. Assistant Professor of Clinical Psychology, Department of Clinical and Health Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
3. Master Student of Mental Health, School of Behavioral Sciences and Mental Health, Center of Excellence in Psychiatry (Tehran psychiatry Institute), Iran University of Medical Sciences (IUMS), Tehran, Iran.
4. Master Student of Clinical Psychology, School of Behavioral Sciences and Mental Health, Center of Excellence in Psychiatry (Tehran psychiatry Institute), Iran University of Medical Sciences (IUMS), Tehran, Iran.
5. Assistant Professor of Clinical Psychology, Department of Mental Health, School of Behavioral Sciences and Mental Health, Center of Excellence in Psychiatry (Tehran Psychiatry Institute), Iran University of Medical Sciences (IUMS), Tehran, Iran.
6. Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Addiction Institute, Department of Psychiatry, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

***Corresponding Author:** Shahrbanoo Ghahari. Department of Mental Health, School of Behavioral Sciences and Mental Health, Center of Excellence in psychiatry (Tehran Psychiatry Institute), Iran University of Medical Sciences (IUMS), Tehran, and Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Addiction Institute, Department of Psychiatry, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

Email: ghahhari.sh@iums.ac.ir

Received: 15 October 2017

Accepted: 29 March 2018

Published: 23 April 2018

How to cite this article:

Yekefallah M, Imani S, Borji M, Sadighpour M, Gheitarani B, Kheradmand M, Ghahari Sh. Comparison of Depression and General Health among Victims of Domestic Violence among the elderly and their peers in Savojbolagh-Iran. Community Health. 2018; 5(2):132-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.22037/ch.v5i2.17635>.

Abstract

Background and Objective: Old age is an inevitable stage of natural life cycle which has become a significant economic, social, and health challenge for most countries in 21st century due to the increasing population of the elderly. Considering the importance of mental health and its role in quality of life of the elderly, the aim of this study was to investigate depression and general health of victims of domestic violence among the elderly and compare it with their peers in Savojbolagh, Iran.

Materials and Methods: This causal-comparative descriptive study was conducted in 2017 in Savojbolagh city, located in Alborz province, Iran. The study population included elderly people who were referred to rural and urban healthcare centers to receive healthcare services within the Primary Healthcare System. Participants were selected via convenience sampling method and included 150 victims of domestic violence and 150 controls that were matched according to age range, gender, and literacy. Ghahari's Elder Abuse Inventory, General Health Questionnaire (GHQ-28), and Elder Depression Inventory were used for data collection. Data were analyzed in SPSS-22 Software using Pearson correlation coefficient and Multivariate Analysis of Variance (MANOVA).

Results: The prevalence of emotional abuse was 50 (31%), physical abuse 19 (13%), neglect 59 (40%), religious abuse 13 (9.3%), financial abuse 8 (6%), and sexual abuse 1 (0.66%). The mean (SD) general health score was significantly lower among victims of domestic violence in than the control group: 23.8 (9.8) versus 18.9 (5.6), $P < 0.05$. The mean (SD) depression score was significantly higher among victims of domestic violence than the control group: 3.8 (3.5) versus 1.6 (2.5), $P < 0.05$.

Conclusion: Study showed abused elders had lower general health and higher depression compared to non-abused elders.

Keywords: Elder Abuse, Depression, General Health.

Conflict of Interest: None of the authors has any conflict of interest to disclose.

مقایسه افسردگی و سلامت عمومی در سالمندان عادی و سالمندان قربانی انواع خشونت خانگی شهرستان ساوجبلاغ- ایران

مریم یکه فلاح^۱، سعید ایمانی^۲، میترا برجی^۳، مریم صدیق پور^۴، بهرام قیصرانی^۱، مهدی خردمند^۱، شهربانو قهاری^۵ و *^۶

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن، ایران.

۲. استادیار روانشناسی بالینی، دپارتمان روانشناسی بالینی و سلامت، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد بهداشت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روان پزشکی تهران) قطب روان پزشکی و روانشناسی بالینی کشور، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۴. دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روان پزشکی تهران) قطب روان پزشکی و روانشناسی بالینی کشور، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۵. استادیار گروه سلامت روان دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روان پزشکی تهران) قطب روان پزشکی و روانشناسی بالینی کشور، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۶. مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

* **نویسنده مسئول:** گروه سلامت روان دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روان پزشکی تهران) قطب روان پزشکی و روان شناسی بالینی کشور، دانشگاه علوم پزشکی ایران و مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

Email: ghahhari.sh@iums.ac.ir

تاریخ پذیرش: فروردین ۱۳۹۷

تاریخ دریافت: مهر ۱۳۹۶

چکیده

زمینه و هدف: سالمندی، مرحله ای اجتناب ناپذیر از سیر طبیعی زندگی انسان بوده و با توجه به افزایش روزافزون جمعیت سالمندی، یکی از مهم ترین چالش های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی برای بسیاری از کشورها در قرن ۲۱ به حساب می آید. با توجه به اهمیت موضوع سلامت روان و نقش آن بر کیفیت زندگی سالمندان، مطالعه حاضر با هدف مقایسه سلامت عمومی و افسردگی سالمندان آزاردیده و آزار ندیده در شهرستان ساوجبلاغ انجام شد.

روش و مواد: این مطالعه از نوع توصیفی و مقایسه ای بود. جامعه آماری کلیه سالمندان تحت پوشش مراکز بهداشتی و درمانی شهری و روستایی شهرستان ساوجبلاغ در استان البرز در سال ۱۳۹۵ بودند. ۱۵۰ سالمند آزاردیده با پرسشنامه غربالگری سالمندآزاری قهاری انتخاب و با ۱۵۰ سالمند غیر قربانی از نظر سلامت روان و افسردگی مقایسه شدند و دو گروه از نظر سن، تعداد فرزند، جنس و تحصیلات با هم همتا بودند. از پرسشنامه های سلامت عمومی (GHQ-28) و پرسشنامه افسردگی سالمندان برای جمع آوری داده ها استفاده شد. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-22 با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و روش تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: سالمندآزاری عاطفی ۵۰ (۳۱٪) نفر، سالمندآزاری جسمی ۱۹ (۱۳٪) نفر، سالمندآزاری از نوع غفلت ۵۹ (۴۰٪) نفر، سالمندآزاری مذهبی ۱۳ (۹/۳٪) نفر، سالمندآزاری مالی ۸ (۶٪) نفر و سالمند آزاری جنسی یک (۰/۷٪) نفر بود. میانگین (انحراف معیار) سلامت عمومی گروه سالمندان آزار دیده (۹/۸) ۲۳/۸ کمتر از گروه سالمندان آزار ندیده (۵/۶) ۱۸/۹ ($P < 0.05$) و میانگین (انحراف معیار) افسردگی گروه سالمندان آزار دیده (۳/۵) ۳/۸ بیشتر از گروه سالمندان آزار ندیده (۲/۵) ۱/۶ ($P < 0.05$) بدست آمد.

نتیجه گیری: مطالعه نشان داد سالمندان آزار دیده در مقایسه با سالمندان آزار ندیده سلامت عمومی پایین تر و افسردگی بیشتری دارند.

واژگان کلیدی: سالمند آزاری، افسردگی، سلامت عمومی

مقدمه

سالمندان یکی از گروه های آسیب پذیر جامعه هستند و سالمند آزاری یکی از معضل های اجتماعی و بهداشتی به شمار می رود (۱ و ۲). بر اساس آمار سازمان جهانی بهداشت در حال حاضر حدود ۶۵۰ میلیون نفر از جمعیت جهان را افراد بالای ۶۰ سال تشکیل می دهند و تا سال ۲۰۵۰ میلادی پیش بینی می شود این رقم به دو میلیارد برسد. هم اکنون ۶۰٪ از کل سالمندان دنیا در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند که این رقم تا سال ۲۰۵۰ میلادی به ۸۰٪ خواهد رسید یعنی تا حدود ۳۰ سال آینده یک میلیارد و ۶۰۰ میلیون نفر از کل دو میلیارد نفر در کشورهای در حال توسعه از جمله ایران ساکن خواهند بود. جمعیت سالمندی در کشور ما رو به افزایش است و پیش بینی می شود که جمعیت آنها از ۸/۲٪ در سال ۱۳۹۰ به ۱۰٪ در سال ۱۴۰۰ افزایش یابد (۳ و ۴).

از همین روی افزایش جمعیت سالمندان یکی از مهم ترین چالش های اقتصادی اجتماعی بهداشتی جوامع در قرن حاضر به شمار می آید که از جمله پیامدهای آن در خانواده ها عدم توجه کافی به سالمندان و غفلت از آنها می باشد. در ادبیات مسائل اجتماعی زمانی که از خشونت های خانگی صحبت به میان می آید بیش از همه کودک آزاری و همسرآزاری مورد توجه قرار می گیرد در حالی که سالمند آزاری و عدم توجه به افراد سالخورده در ساختار خانواده نیز از جمله رفتارهای ضداجتماعی و خشونت محسوب می گردد. با توجه به فرهنگ و ساختار خانواده های ایرانی، سالمندان از جایگاه ویژه ای در میان افراد خانواده برخوردار بوده اند ولی تغییر وضعیت اجتماعی نظیر شهرنشینی، تغییر ارزش ها در جامعه و به طبع خانواده و شرایط سخت اقتصادی و مشغله افراد خانواده در بیرون از خانه، فرزندان را از ایفای مناسب نقش و وظایف خود در قبال سالمندان غافل کرده است در چنین شرایطی ممکن است سالمند در معرض سوء رفتار توسط اعضای خانواده و پیامدهای ناشی از آن قرار گیرند و در نتیجه آن بدرفتاری نسبت به افراد یکی از مشکلات بهداشت عمومی است که با ورود افراد به دنیای سالمندی افزایش پیدا می کند (۵).

سازمان جهانی بهداشت سالمندآزاری را این گونه تعریف می کند: یک عبارت عمومی است که شامل انجام یا عدم انجام یک رفتار منفرد یا تکرار شده است که باعث اذیت یا آسیب رساندن و صدمه به یک فرد می شود و از جانب فردی اعمال شود که از طرف او مورد اطمینان باشد مانند خانواده و فرزندان و به طور کلی بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، بدرفتاری نسبت به سالمندان شامل اعمال هر نوع خشونت جسمی، جنسی، عاطفی، مالی، مذهبی، اقتصادی، غفلت و تبعیض است (۶). محققان سالمند آزاری را به انواع مختلف تقسیم می کنند که شامل: سالمندآزاری جسمانی که صدمات و آسیب های جسمی را شامل می شود مانند سیلی زدن، سوزاندن، پرت کردن، کتک زدن و محرومیت های بهداشتی و تغذیه ای. سالمندآزاری روانی، آزارهای روانی را شامل می شود مانند ناسزا گویی، تمسخر و استهزاء سالمند، نادیده گرفتن او در جمع، بی توجهی به نیاز عاطفی، تهدید، سرزنش، از بین بردن اعتماد به نفس، بی احترامی لفظی مداوم، غفلت، نوعی از سالمندآزاری است که فرد سالمند دچار بی توجهی و فراموشی می شود. سالمند آزاری مالی نوع دیگری از سالمندآزاری است که سوء استفاده از اموال و اندوخته های فرد سالمند را شامل می شود. خشونت اجتماعی و انزوای اجتماعی نیز از دیگر آزارهایی است که در مورد سالمندان مطرح می شود و مانع از برقراری روابط اجتماعی سالمند می گردد. سالمندآزاری به عنوان یکی از رفتارهای منافی با حقوق بشر یکی از مشکلات رو به رشد جهانی است که به اشکال مختلف در کشورها و فرهنگ های مختلف شایع است (۸ و ۷). مطالعات زیادی در ایران نشان می دهند که سوء رفتار با سالمندان شایع است (۹ و ۱۰) و از بین آنها غفلت بیشترین شیوع و سوء رفتار جسمی کمترین شیوع را دارد (۱۱).

بر اساس تقسیم بندی فوق سالمندان که زمانی به عنوان افراد ارزشمند و قابل احترام در خانواده ها جایگاه ویژه ای داشتند امروزه به دلیل تغییر ساختار خانواده و شرایط اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی نه تنها مورد احترام نمی باشند بلکه مورد غفلت فرزندان و نزدیکانشان قرار می گیرند. بی تردید پایبندی به ارزش های اخلاقی از سوی مراقبت کنندگان سالمندان می تواند نقش تعیین کننده ای در زمینه پیشگیری از سالمند آزاری داشته باشد اما نباید فراموش کرد که ارائه خدمات اجتماعی مناسب و حمایت های قانونی از سالمندان از جمله ضرورت های جامعه امروز است. در کشور ما هیچ حمایت

قانونی در زمینه آزار وجود ندارد و لازم است که سیاست‌گزاران و برنامه ریزان اجتماعی در جهت پر کردن خلاهای قانونی قدم های اساسی بردارند. از جمله راهکارهای دیگر در پیشگیری از سالمندآزاری آگاهی به خانواده ها در خصوص انواع سالمندآزاری و تقبیح سالمندآزاری و احیاء هویت فرهنگی است. از سوی دیگر استفاده از تجربیات سالمندان در زمینه های مختلف و توانایی بخشیدن به سالمندان با تکیه بر برنامه های فرهنگی و توانمند سازی می تواند در خودباوری سالمندان و افزایش اعتماد به نفس آنها تأثیر بسزایی داشته باشد. همچنین آگاه سازی سالمندان از خدمات اجتماعی موجود در جامعه جهت اعلام سالمند آزاری توسط سالمندان از دیگر راهکارهای مفیدی است که می تواند مانع از گسترش و شدت آزارها در سالمندان شود.

به موازات افزایش نسبت جمعیت سالمندان، مشکلات مربوط به سلامتی سالمندان در دو حوزه جسمی و روانی قابل بررسی است که در حوزه روانی، افسردگی شیوع بالاتری دارد (۱۲). مطالعات انجام شده نشان می دهد که آزار سالمندان با اختلالات روانی از جمله اضطراب و افسردگی، پریشانی روانی و کاهش کیفیت زندگی رابطه دارد (۱۳-۱۵). همچنین مطالعات زیادی نشان داده اند که بین خشونت نسبت به سالمندان و مشکلات مربوط به سلامت عمومی مانند آسیب های جسمی، شکستگی استخوان ها، سوء تغذیه و مشکلات خواب رابطه وجود دارد (۱۶ و ۱۷). Dong طی مطالعه ای نشان داد سالمندانی که مورد آزار قرار می گیرند در مقایسه با دیگر سالمندان افسردگی بیشتری را تجربه می کنند (۱۸).

جمعیت سالمندآزاری رو به افزایش است و این معضل در حال حاضر و نیز در آینده یکی از چالش های نظام سلامت کشور محسوب می شود و جمعیت آن رو به افزایش است لذا پرداختن به مشکلات آنان که خشونت یکی از انواع آن است ضروری است این مطالعه به بررسی پیامد خشونت خانگی بر سالمندان آزار دیده اختصاص یافته است در این راستا مطالعه حاضر با هدف مقایسه سلامت عمومی و افسردگی سالمندان آزار دیده و آزار ندیده در شهرستان ساوجبلاغ انجام شد.

روش و مواد

مطالعه از نوع توصیفی مقایسه ای و به روش نمونه گیری در دسترس انجام شد. جامعه آماری این مطالعه، شامل کلیه سالمندان تحت پوشش مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان ساوجبلاغ در استان البرز در سال ۱۳۹۵ بودند که از نظر سن، تعداد فرزند، جنس و تحصیلات همتا شده بودند. که پرسشنامه سالمندآزاری قهاری را تکمیل کردند (از پرسشنامه سالمند آزاری قهاری برای غربال سالمندان آزار دیده و ندیده استفاده شده است). به این صورت که ابتدا بر اساس پرسشنامه سالمندآزاری، سالمندان از نظر وجود خشونت خانگی غربال می شدند. سپس تعداد ۱۵۰ نفر سالمند آزار دیده با ۱۵۰ سالمند غیر قربانی که با هم همتا بودند پرسشنامه های سلامت عمومی (GHQ-28) و پرسشنامه افسردگی سالمندان را تکمیل کردند. تعداد نمونه بر اساس فرمول تعیین تعداد نمونه برای مطالعات همبستگی $N=(z2pq)d2$ محاسبه شد (۱۹). پرسشنامه ها توسط روان شناسان و کارشناسان بهداشتی آموزش دیده شاغل در مراکز بهداشتی درمانی شهری روستایی تکمیل شدند. به این صورت که سالمندان باسواد خودشان زیر نظر پرسشگرها، پرسشنامه ها را تکمیل کردند و برای سالمندان کم سواد یا بی سواد پرسشنامه توسط پرسشگر خوانده می شد و آنها پرسشنامه را تکمیل می کردند. در رابطه هدف از انجام مطالعه برای سالمندان توضیح داده می شد و سالمندانی که برای شرکت در مطالعه اعلام آمادگی می کردند ابتدا پرسشنامه سالمندآزاری قهاری را برای غربالگری خشونت تکمیل کرده و سپس پرسشنامه افسردگی و سلامت عمومی را تکمیل می کردند. کلیه افراد شرکت کننده در پژوهش ابتدا رضایت نامه تحقیق را با آگاهی از اهداف مطالعه، مشارکت داوطلبانه، رعایت حریم خصوصی، حفظ اسرار، عدم ثبت مشخصات شناسایی، حق انصراف از ادامه در همه مراحل جمع آوری داده ها مطالعه می کردند و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت می کردند.

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28): این پرسشنامه دارای ۲۸ سوال و چهار خرده مقیاس (نشانه های جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکردهای اجتماعی و افسردگی) است در نمره گذاری آن از روش امتیاز دهی لیکرت استفاده شد به طوری که برای پاسخ به گزینه اصلاً نمره صفر، در حد معمول نمره یک، بیش از حد معمول نمره دو و خیلی بیشتر از حد معمول نمره سه تعلق می گیرد. پس از نمره دهی به سوالات پرسشنامه، نمره کل از جمع نمرات مربوط به سوالات محاسبه

گردید. نمره ۲۷-۰ به عنوان سلامت عمومی در حد مطلوب، ۵۰-۲۸ تا حدی مطلوب و نمره بین ۸۴-۵۶ سلامت روانی نامطلوب در نظر گرفته شد (۲۴). Goldberg و Williams اعتبار متوسط ۰/۸۳ و پایایی متوسط ۰/۸۷ را گزارش کرده اند. در ایران نیز تقوی در سال ۱۳۸۰ پایایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی را بررسی کرده اند. بر اساس این پژوهش، پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و اعتبار پرسشنامه نیز نتایج قابل قبولی داشته است (۲۰).

پرسشنامه افسردگی سالمندان (GDS-15): این پرسشنامه دارای ۱۵ سوال است و حداکثر نمره در این پرسشنامه ۱۵ می باشد. جهت تعیین شدت افسردگی نمره کمتر یا مساوی ۳ وضعیت طبیعی، بین ۳ تا ۱۰ افسردگی متوسط و نمره بیشتر از ۱۰ نشان دهنده افسردگی شدید می باشد. این پرسشنامه توسط ملکوتی و همکاران در سال ۱۳۸۵ در ایران هنجاریابی شد. ضریب آلفای این پرسشنامه ۰/۹ بود که با مطالعات مشابهی که در چین، انگلستان و مالزی انجام گرفته از ۰/۷ تا ۰/۹ متغیر است. پایایی آزمون-بازآزمون آن از ۷۰ تا ۰/۸۴ و به روش تصنیف ۰/۸۲ بود (۲۱).

پرسشنامه سالمندآزاری قهاری: یک پرسشنامه ۴۶ سوالی است که انواع خشونت نسبت به سالمند اعم از آزار جسمی، جنسی، غفلت، عاطفی، مالی و مذهبی را می-سنجد. نمره گذاری این پرسشنامه به صورت طیف لیکرتی (هرگز = ۰، گاهی = ۱، اغلب = ۲، همیشه = ۳) می باشد. ماده های پرسشنامه سالمندآزاری قهاری براساس علایم و نشانه های بدرفتاری و آزار سالمندان از منابع و ادبیات روانپزشکی و روانشناسی استخراج شد و از طریق مصاحبه عمیق با شش سالمند مرد و مصاحبه گروه مدار با ۱۰ سالمند زن در تهران توسط سازنده پرسشنامه نهایی شد. اعتبارصوری آن توسط ۱۰ استاد روانپزشکی و روانشناسی بالینی کشور تأیید شد. ضریب پایایی آن با روش آزمون-آزمون مجدد و با استفاده از آلفای کرونباخ بر روی یک نمونه ۷۰ نفره از سالمندان تهرانی ۰/۷۶ گزارش شد (۲۲). داده ها با استفاده از آزمون تی مستقل و روش تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) به وسیله نرم افزار SPSS-22 تجزیه و تحلیل گردید.

یافته ها

میانگین (انحراف معیار) سن سالمندان (۷/۳) ۷۱/۶ سال بود. نتایج یافته های مطالعه نشان داد که شیوع سالمندآزاری عاطفی ۵۰ (۳۱٪)، سالمندآزاری جسمی ۱۹ (۱۳٪)، سالمندآزاری از نوع غفلت ۵۹ (۴۰٪)، سالمندآزاری مذهبی ۱۳ (۹/۳٪) نفر و سالمندآزاری مالی ۸ (۶٪) نفر و سالمند آزاری جنسی یک (۰/۷٪) نفر بود.

جدول شماره ۱- مقایسه نمره کلی سلامت عمومی با ابعاد پرسشنامه سالمند آزاری

در دو گروه سالمندان آزار دیده و ندیده ساوجبلاغ

نوع سالمندآزاری	نمره سلامت عمومی (انحراف معیار) میانگین	P
عاطفی	دارد (۱۱/۱) ۲۵/۷	۰/۰۰۱
	ندارد (۶/۷) ۲۰/۵	
جسمی	دارد (۱۲/۳) ۲۷/۲	۰/۰۰۱
	ندارد (۸/۳) ۲۱/۹	
غفلت	دارد (۹/۷) ۲۴/۴	۰/۰۰۱
	ندارد (۷/۲) ۱۹/۵	
جنسی	دارد (۱۰/۱) ۲۳/۵	۰/۰۰۸
	ندارد (۸/۴) ۲۱/۸	
مذهبی	دارد (۱۰/۱) ۲۴/۲	۰/۰۰۱
	ندارد (۷/۶) ۲۰/۹	
مالی	دارد (۹/۲) ۲۴/۸	۰/۰۰۲
	ندارد (۹/۱) ۲۲/۵	
جمع	دارد (۹/۸) ۲۳/۴	۰/۰۰۱
	ندارد (۵/۶) ۱۸/۹	

جدول شماره ۱ میانگین (انحراف معیار) نمره سلامت عمومی سالمندان را در حیطه های مختلف سوءرفتار (عاطفی، جسمی، غفلت، جنسی، مذهبی و مالی) نشان می دهد. همان گونه که مشاهده می شود، سالمندانی که خشونت را تجربه کرده بودند از نظر سلامت عمومی در مقایسه با سالمندان غیر قربانی وضعیت نامطلوب تری داشتند. مقایسه میانگین های سالمندان آزار دیده و ندیده نشان می دهد که نمره سلامت عمومی سالمندان آزار دیده بیشتر بوده است یعنی با توجه به اینکه نمرات بالاتر در مقیاس سلامت عمومی نشانه وضعیت نامطلوب و نمرات پایین تر نشانه وضعیت مطلوب می باشد در نتیجه نتایج نشان دهنده تجربه مشکلات بیشتری از نظر مولفه های سلامت عمومی در سالمندان قربانی خشونت می باشد.

جدول شماره ۲- مقایسه میانگین نمرات افسردگی در سالمندان آزار دیده و ندیده ساوجبلاغ

نوع سالمندآزاری	افسردگی (انحراف معیار) میانگین	P
عاطفی	دارد (۴/۱) ۴/۹	۰/۰۰۱
	ندارد (۲/۰۷) ۲/۵	
جسمی	دارد (۴/۲) ۵/۸	۰/۰۰۱
	ندارد (۳/۳) ۳/۱	
غفلت	دارد (۳/۷) ۱/۴	۰/۰۰۱
	ندارد (۳) ۲/۳	
جنسی	دارد (۳/۷) ۳/۸	۰/۰۰۳
	ندارد (۳/۳) ۳	
مذهبی	دارد (۳/۹) ۴/۲	۰/۰۰۱
	ندارد (۳) ۲/۶	
مالی	دارد (۴/۱) ۵/۲	۰/۰۰۲
	ندارد (۳/۵) ۳/۳	
جمع	دارد (۳/۵) ۳/۸	۰/۰۰۱
	ندارد (۲/۵) ۱/۶	

همان گونه که در جدول شماره ۲ مشاهده می شود، نتایج حاکی از آن است که مشکلات افسردگی سالمندان آزار دیده نسبت به سالمندان آزار ندیده بیشتر است.

نتایج تحلیل واریانس بین شاخص افسردگی سلامت عمومی و سالمند آزاری در مقایسه با گروه سالمند آزار ندیده تفاوت معناداری بدست آمد، ($P < 0/001$ ، $F = 298$ و $df = 1$ ، $F = 11/80$)، بین شاخص نشانه های جسمانی سلامت عمومی و سالمند آزاری در مقایسه با گروه سالمند آزار ندیده تفاوت معناداری بدست آمد، ($P < 0/003$ ، $F = 298$ و $df = 1$ ، $F = 4/18$) بین شاخص اضطراب سلامت عمومی و سالمند آزاری در مقایسه با گروه سالمند آزار ندیده تفاوت معناداری بدست آمد، ($P < 0/001$ ، $F = 298$ و $df = 1$ ، $F = 6/91$)، بین شاخص اختلال در کارکردهای اجتماعی سلامت عمومی و سالمند آزاری در مقایسه با گروه سالمند آزار ندیده تفاوت معناداری بدست آمد، ($P < 0/005$ ، $F = 298$ و $df = 1$ ، $F = 7/21$) (جدول شماره ۳).

بحث

مطالعه نشان داد که میزان افسردگی و مشکلات سلامت روان در سالمندان قربانی خشونت خانگی نسبت به سایر سالمندان بالاتر است. این یافته با مطالعه منوچهری و همکاران (۲۳) که شیوع سوء رفتارسبب به سالمند را ۸۷/۸٪ گزارش کردند، همخوانی دارد. از دیگر یافته های مطالعه شیوع بالای غفلت به عنوان یکی از انواع خشونت نسبت به سالمند بوده است این یافته نیز با مطالعه Acierno و همکاران (۲۴) در رابطه با شیوع بالای غفلت در سالمندان آزار دیده در امریکا همسو بوده

جدول شماره ۳- نتایج حاصل از تحلیل واریانس چند متغیره بر روی میانگین های متغیرهای سلامت عمومی

در سالمندان آزار دیده و ندیده

متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	P
افسردگی	بین گروهی	۱	۸۲/۲۱	۱۱/۸۰	<۰/۰۰۱
	درون گروهی	۲۹۸	۱۴/۲۲		
	جمع	۲۹۹			
نشانه های جسمانی	بین گروهی	۱	۴۶/۳۱	۴/۱۸	۰/۰۰۳
	درون گروهی	۲۹۸			
	جمع	۲۹۹			
اضطراب	بین گروهی	۱	۲۱/۲۰	۶/۹۱	<۰/۰۰۱
	درون گروهی	۲۹۸			
	جمع	۲۹۹			
اختلال در کارکردهای اجتماعی	بین گروهی	۱	۳۲/۱۱	۷/۲۱	۰/۰۰۵
	درون گروهی	۲۹۸			
	جمع	۲۹۹			

است. مطالعه حاضر همچنین نشان داد که سالمندان قربانی خشونت در مقایسه با سالمندان غیر قربانی افسردگی بیشتری را تجربه می کردند. این یافته با مطالعات Chokkanathan و همکاران (۲۵) و نیز با مطالعات Dong و همکاران (۲۶) و نیز با مطالعات Dong و همکاران (۲۷) و Vahdaninia و همکاران (۲۰۰۵) و نیز با مطالعه Newton (۲۸ و ۲۹) مبنی بر سلامت عمومی کمتر و مشکلات روانی بیشتر به ویژه افسردگی در سالمندان آزار دیده همسو است.

در تبیین نتایج می توان به این نکته اشاره داشت با افزایش سن سالمندی، میزان اختلالات اضطراب و افسردگی نیز افزایش می یابد و سالمندانی که در معرض خشونت و آزارهای مختلف قرار می گیرند به عنوان یک عامل تسریع کننده در تشدید وضعیت نامطلوب آنها در نظر گرفت. مطالعه Ingersol و همکاران نیز نشان داد با هر دهه افزایش سن اختلالات افسردگی زیاده تر می شود. در تبیین کلی این مطالعه می توان ذکر کرد که دوره سالمندی به عنوان یکی از دوره های بحرانی زندگی محسوب میشود و سالمندان در مقایسه با دیگر گروه های سنی به دلیل از دست دادن تدریجی توانایی های جسمانی و شناختی و بیماری ها نسبت به مشکلات روان شناختی آسیب پذیری بیشتری دارند. این آسیب پذیری با تحارب ناخوشایندی مانند خشونت خانگی تشدید یافته و آنها را در معرض ابتلا به مشکلات روان پزشکی از جمله افسردگی قرار می دهد بنابر این لازم است مراقبت کنندگان و اطرافیان سالمندان از آسیب پذیری این گروه و نیز از انواع خشونت نسبت به سالمند آگاه باشند چه بسا بسیاری از رفتارها مانند عدم تماس تلفنی، بی توجهی نسبت به درمان، محل سکونت و... که به نوعی غفلت تلقی می شود از نظر اطرافیان خشونت نیست. به نظر می رسد آموزش علائم و نشانه های انواع خشونت و پیامدهای منفی آن مانند بیماری های روان پزشکی به مراقبت کنندگان و اطرافیان می تواند در نقش عامل بازدارنده عمل کند و از بروز خشونت به سالمندان بکاهد و رفتارهای مراقبتی بیشتری را به همراه داشته باشد.

از جمله محدودیت های این مطالعه محدود بودن مطالعه تنها به یک منطقه کوچک از ایران، تعداد نمونه های کمتر سالمندان مرد در مقایسه با سالمندان زن، عدم دسترسی به سالمندانی که به هر دلیلی به مراکز بهداشتی درمانی رجوع نمی کردند و عدم دسترسی به سالمندان بیمار جسمی یا معلولی بود در خانه ها بودند.

سالمندی به عنوان یک مرحله طبیعی ولی حساس رشد وقتی با تجربه خشونت همراه باشد دوره ای بحرانی خواهد بود و سالمندانی که انواعی از خشونت خانگی را تجربه می کنند سلامت عمومی کمتری داشته و مستعد ابتلا به مشکلات روان

پزشکی خواهند بود. بنابراین آموزش اطرافیان سالمندان و آگاه ساختن آنها از علایم و نشانه های خشونت ضروری است و می تواند گام مهمی در پیشگیری از خشونت و مشکلات روانی در سالمندان باشد.

برای برقراری ارتباطی سالم با سالمندان باید به نکات زیر توجه ویژه ای داشته باشیم: نخستین اصلی که در ارتباط با سالمند باید رعایت شود ارزش و احترام به اوست که به او و حق او برای فکر کردن و سخن گفتن احترام بگذاریم. همدلی با سالمند یعنی علاقه و تلاش فردی برای فهمیدن دنیای خاص او و خود را در جایگاه او قرار دهیم و بفهمیم که او در موقعیت های مختلف چه فکر یا احساسی دارد. مراقبت واقعی از سالمند مستلزم آن است که توجه خود را به کلیت سالمند معطوف کنیم، نه صرفاً به خدمتی که همان لحظه به او ارائه می دهیم. باید به پیام هایی که سالمند از طریق بدن ارسال می کند توجه کنیم. چهره انسان توانایی بالایی دارد. محبت، تفاهم، اعتماد و امید را می توان با قرار دادن دست بر روی شانه، نوازش کردن پیشانی، یا نگهداشتن دستی لرزان در دستی استوار و قویتر به دیگری انتقال داد. باتوجه به اینکه سالمندان برای جمع کردن افکارشان به زمان بیشتری نیاز دارند در این گونه مواقع گفتن هیچ واژه ای لازم نیست. در هنگام سوگ، درد، اضطراب صرف حاضر بودن بدون گفتن واژه ای یا انجام کاری، بهترین فرم ارتباط خواهد بود "هیچ نگفتن نیز چیزی گفتن است. سالمند احتیاج به امنیت روانی و جسمی دارد و باید در طراحی فضاهای مرتبط با سالمند این مسئله مورد توجه قرار گیرد. سالمند باید مطمئن گردد که در موقع ضرورت به کمکش خواهند شتافت و یا در موقع بیماری امکانات معالجه وی فراهم خواهد شد و در فضایی که پا می گذارد آرامش دارد و مورد آزار قرار نخواهد گرفت.

نتیجه گیری

مطالعه نشان داد سالمندان آزار دیده در مقایسه با سالمندان آزار ندیده سلامت عمومی پایین تر و افسردگی بیشتری دارند. نتایج این مطالعه همچنین بیانگر اهمیت و ضرورت ارائه خدمات بهداشتی، حمایتی و مراقبتی در جهت شناسایی سالمندان قربانی خشونت خانگی و پیشگیری و مداخله برای این معضل اجتماعی و روان شناختی است.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله از کارشناسان بهداشتی مراکز بهداشتی شهرستان ساوجبلاغ و سالمندانی که با همکاری خود امکان انجام این پژوهش را میسر داشتند، صمیمانه سپاسگزاریم.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

REFERENCES

1. Haghighiyan M, Fotoohi M. Sociocultural Factors affecting Elderly Abuse in Isfahan. Journal of Research in the health system. 2012;7:1117-26. (Full Text in Persian)
2. World Health Organization. Facts on Ageing and the Life Course. [Cited 12 Jun. 2014]. Available from: <http://www.who.int/topics/ageing/en/htm>.
3. Moshfeghi G, Rezabaakhsh H, Danesh A. Effectiveness of horticulture therapy on depression among older adults in nursing homes. Advances in Nursing & Midwifery. 2014;24(86):17-26. (Full Text in Persian)
4. Statistical Center of Iran. Implementation of the 2011 Iranian Population and Housing Census; 2011. Available from: http://www.who.int/kobe_centre/ageing/en-2011.
5. Pérez-Rojo G, Izal M, Montorio I, Penhale B. Risk Factors of Elder Abuse in a Community Dwelling Spanish Sample. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2009;49(1):17-21.
6. Dong X, Simon M A, Evans D. Cross-sectional study of the Characteristics of Reported Elder Self-neglect in a Community-dwelling Population: Findings from a Population-based Cohort. Gerontology. 2009;56(3): 325-40.

7. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, and Lachs M. Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *The Gerontologist*. 2016;56(S2):194–205.
8. Dong X, Simon M, Leon C, Fulmer T, Beck T, Hebert L, et al. Elder Self-neglect and Abuse and Mortality Risk in a Community-Dwelling Population. *JAMA*. 2009;302(5):517-26.
9. Heravi-Karimooi M, Anoosheh M, Froughan M, Sheikhi MT, Hajizadeh E. Elder Abuse by Family Members: An Exploration in the Lived Experiences of Older People. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2010;5(18):6–17. (Full text in Persian)
10. Amirsadri A, Soleimani H. Elderly phenomena and its outcomes in Iran. *Journal of Hygin and Health*. 2005;1(2):19-35. (Full text in Persian)
11. Heravi-Karimooi M. Elder Abuse Rates Family in Members of Senior Social Clubs in Tehran City. *Iranian Journal of Ageing*. 2012;6(4):37-50. (Full text in Persian)
12. Momeni KH.M, Karimi H. Mental Health of Elderly Nursing Home Resident and Non-resident Kermanshah. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*. 2010;4:335-28.
13. Dong X, Simon MA. A Descriptive Study of Sex Differences in Psychosocial Factors and Elder Mistreatment in a Chinese Community Population. *International Journal of Gerontology*. 2008; 2(4):206-14.
14. Wu L, Chen H, Hu Y, Xiang H, Yu X, Zhang T, et al. Prevalence and Associated Factors of Elder Mistreatment in a Rural Community in People's Republic of China: a Cross-Sectional Study. *PloS One*. 2012;7(3):e33857.
15. Laumann E, Leitsch S, Waite L. Elder Mistreatment in the United States: Prevalence Estimates from a Nationally Representative Study. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*. 2008;63(4): 248-54.
16. Anetzberger G. *The Clinical Management of Elder Abuse*. New York: Hawthorne press. 2004.
17. Lindbloom EJ, Brandt J, Hough L, Meadows SE. Elder Mistreatment in the Nursing Home: a Systematic Review. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2007;8(9):610-46.
18. Dong XQ, Simon M, Evans D. Cross-sectional Study of the Characteristics of Reported Elder Self-neglect in a Community-dwelling Population: Findings from a Population-based Cohort. *Gerontology*. 2010;56(3):325-34.
19. Schofield MJ, Mishra GD. Three Year Health Outcomes Among Older Women at Risk of Elder Abuse: Women's Health Australia. *Quality of Life Research*. 2004;13(6):1043-52.
20. Taghavi SMR. Validity and Reliability of General Health Questionnaire. *Journal of Psychology*. 2002;4(20):381-98. (Full text in Persian)
21. Malakoti SK, Fatollahi P, Mirabzadeh ardekani A, Salavati M, Kahani SH. Validation of Geriatric Depression Scale (GDS-15) in Iran. 2006;30(4):361-68. (Full text in Persian)
22. Ghahari, Sh., & Yeke Fallah, M. Elder abuse in Savojbelogh -Iran. *Pharmacophore*, 2017.8(6S):5-9.
23. Manouchehri E, Ghorbi B, Hosseini M, Nasiri Oskouei N, Karbkhsh M. Degree and types of domestic abuse in the elderly referring to Tehran's parks. *Advances in Nursing & Midwifery*. 2008;18(63):43-50. (Full text in Persian)
24. Acierno Ron, Hernandez MA, Amstadter AB, Resnick HS, Steve K, Muzzy W, et al. Prevalence and Correlates of Emotional, Physical, Sexual, and Financial Abuse and Potential Neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study. *American Journal of Public Health*. 2010; 100(2): 292-97.
25. Chokkanathan S, Lee AE. Elder mistreatment in urban India: a community based study. *Journal of Elder Abuse and Neglect*. 2005;17(2):45-61.
26. Dong X, Simon MA, Evans DA. Prevalence of Self-Neglect across Gender, Race, and Socioeconomic Status: Findings from the Chicago Health and Aging Project. *Gerontology*. 2012; 58(3):258–68.
27. Dong XO, Simon MA, Beck TT, Farran C, McCann JJ, Mendes de Leon CF, et al. Elder Abuse and Mortality: The Role of Psychological and Social Wellbeing. *Gerontology*. 2011; 57(6):549-58.
28. Vahdaninia M, Goshtasbi A, Montazeri A, Maftoun F. Health related Quality of Life in an Elderly Population in Iran: a population based study. *Payesh* 2005;4(2):113-20. (Full Text in Persian)
29. Newton JP. Abuse in the Elderly: a Perennial Problem; *Gerontology* 2005;22(1):1-2.

پرسشنامه سالمندآزاری

این پرسشنامه در مورد رفتار بستگان و اطرافیانتان با شما می باشد. سپاسگزار می شویم اگر مقداری از وقتتان را به ما بدهید و به آنها پاسخ دهید.

اطلاعات مربوط به این پرسشنامه کاملاً محرمانه خواهد بود و صرفاً جهت پژوهش از آن استفاده خواهد شد.

هرگز	گاهی	اغلب	همیشه	هر یک از عبارات های زیر تا چه اندازه در موردتان صادق است؟
				۱. آیا شما را تحقیر و تمسخر می کنند؟
				۲. آیا بدون دلیل موجه و منطقی شما را از رفت و آمد با اعضای خانواده، دوستان و آشنایان منع می کنند؟
				۳. آیا شما را مجبور به رفت و آمد با اعضای خانواده، دوستان و آشنایان می کنند؟
				۴. آیا با شلوغ کردن دو رو برتان موجب سلب آسایش شما می شوند؟
				۵. آیا به شما توهین می کنند؟
				۶. آیا مدام شما را با دیگران مقایسه می کنند؟
				۷. آیا بر سرتان فریاد می کشند؟
				۸. آیا شما را به انجام کاری که مایل نیستید مجبور می کنند؟
				۹. آیا وسایل شخصی شما را می گردند؟
				۱۰. آیا شما را از اشتغال به کار موردعلاقه تان باز داشته اند؟
				۱۱. آیا شما را برای رفتارهای گذشته مورد سرزنش قرار می دهند؟
				۱۲. آیا موقع اظهار نظر تو ذوق شما می زنند؟
				۱۳. آیا با شما مشاجره می کنند؟
				۱۴. آیا شما را نفرین می کنند و آرزوی مرگتان را دارند؟
				۱۵. آیا در نظر خواهی ها شما را نادیده می گیرند؟
				۱۶. آیا به شما دروغ می گویند و شما را فریب می دهند؟
				۱۷. آیا شما را به سکوت مجبور می کنند؟
				۱۸. آیا اغلب به وعده هایی که به شما می دهند عمل نمی کنند؟
				۱۹. آیا مجبورتان می کنند علیرغم میل باطنی تان بچه های اطرافیان تان را نگهداری کنید؟
				۲۰. آیا بخاطر کاری که قبلاً همسرتان انجام داده است، شما را سرزنش می کنند؟
				۲۱. آیا تاکنون شما را تهدید به کتک زدن کرده اند؟
				۲۲. آیا کتک خوردن باعث شده که بعضی از قسمت های بدنتان آسیب ببیند؟
				۲۳. آیا تا کنون شما را کتک زده اند؟
				۲۴. آیا اغلب روزها تنها هستید و کسی سراغتان را نمی گیرد؟
				۲۵. آیا برای تامین نیازهای مادی خود باید مکرراً از آنها خواهش کنید؟
				۲۶. آیا به دلیل بی توجهی، در مضیقه مالی هستید؟
				۲۷. آیا به دلیل بی توجهی آنها از سوء تغذیه رنج می برید؟

هرگز	گاهی	اغلب	همیشه	هر یک از عبارت های زیر تا چه اندازه در موردتان صادق است؟
				۲۸. آیا از نظر پوشاک و لوازم زندگی در مضيقه هستيد؟
				۲۹. آیا از نظر استحمام و بهداشت شخصی در مضيقه هستيد و کسی به شما کمکی نمی کند؟
				۳۰. آیا برای تامین داروی مورد نیازتان در مضيقه هستيد؟
				۳۱. آیا واقعیت ها را از شما پنهان می کنند؟
				۳۲. آیا تا کنون پیش آمده که شما را در جایی ناشناس رها کرده باشند؟
				۳۳. آیا بستگان یا اطرافیان تان سعی می کنند محیط زندگی مناسبی را برایتان فراهم کنند؟
				۳۴- آیا اتفاق افتاده که زمانی که مریض بودید و یا نیاز به کمک داشتید، از کمک به شما خودداری کرده باشند؟
				۳۵- آیا به دلیل عدم حمایت، از یک بیماری درمان نشده رنج می برید؟
				۳۶- آیا کسی شما را از نظر جنسی تحقیر می کند؟
				۳۷. آیا کسی به شما دشنام های رکیک جنسی می دهند؟
				۳۸. آیا کسی به قصد لذت جنسی شما را مجبور می کند، لخت شوید؟
				۳۹. آیا مورد سوء استفاده جنسی آشنایان یا غریبه ها قرار دارید؟
				۴۰. آیا کسی شما را مجبور می کنند با آنها فیلم مستهجن تماشا کنید؟
				۴۱. آیا اختیار حقوق و درآمد ماهیانه ی خودتان را دارید؟
				۴۲. آیا اختیار دارید برای خودتان پول خرج کنید؟
				۴۳. آیا شما را مجبور کرده اند علیرغم میل تان امضا کنید و از اموال تان بگذرید؟
				۴۴. آیا اختیار دارید برای خرید و فروش اموال تان برنامه ریزی کنید؟
				۴۵. آیا کسی شما را از انجام مناسک مذهبی باز می دارد؟
				۴۶. آیا بخاطر انجام مناسک مذهبی و یا باورهای مذهبی مورد تحقیر قرار می گیرید؟

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)

می خواهیم درباره کسالت و ناراحتی های پزشکی و این که سلامت عمومی شما در طی یک ماه گذشته تا به امروز چگونه بوده است اطلاعاتی بدست آوریم. لطفا در تمامی سوالات زیر، پاسخی را که فکر می کنید با وضع شما بیشتر مطابقت دارد، مشخص کنید. به خاطر داشته باشید که ما می خواهیم درباره ناراحتی های اخیر (یک ماه گذشته) شما اطلاعاتی بدست آوریم، نه مشکلات و ناراحتی هایی که در گذشته داشته اید. سعی کنید به تمامی سوالات پاسخ دهید و جواب خود را در محل مربوط، با علامت ضربدر مشخص نمایید. از همکاری شما بسیار سپاسگزارم.

هر یک از عبارت های زیر تا چه اندازه در موردتان صادق است؟	اصلا	در حد معمول	بیشتر از حد معمول	خیلی بیشتر از حد معمول
۱- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز کاملا احساس کرده اید که خوب و سالم هستید؟				
۲- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که به داروهای تقویتی نیاز دارید؟				
۳- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس ضعف و سستی کرده اید؟				
۴- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که بیمار هستید؟				
۵- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز سردرد داشته اید؟				
۶- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که سرتان را محکم با چیزی مثل دستمال بسته اند یا این که فشار به سرتان وارد می شود؟				
۷- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که بعضی وقت ها بدنتان داغ یا سرد می شود؟				
۸- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز اتفاق افتاده که بر اثر نگرانی دچار بی خوابی شده باشید؟				
۹- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز شب ها وسط خواب بیدار می شوید؟				
۱۰- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که دائما تحت فشار هستید؟				
۱۱- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز عصبانی و بد خلق شده اید؟				
۱۲- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز بدون هیچ دلیل قانع کننده ای، هراسان یا وحشت زده شده اید؟				
۱۳- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز متوجه شده اید که انجام هر کاری از توانایی شما خارج است (آیا با سختی و فشار هر کاری را انجام می دهید؟)				
۱۴- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که در تمامی مدت، عصبی هستید و دلشوره دارید؟				
۱۵- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز توانسته اید خودتان را مشغول و سرگرم نگه دارید (آیا می توانید مانع هدر رفتن وقتتان شوید؟)				
۱۶- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز برای انجام کارها بیش از گذشته وقت صرف کرده اید؟				
۱۷- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز به طور کلی احساس کرده اید که کارها را به خوبی انجام می دهید؟				
۱۸- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز از نحوه انجام کارهایتان احساس رضایت می کنید؟				
۱۹- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که نقش مفیدی در انجام کارها به عهده دارید؟				
۲۰- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز توانایی تصمیم گیری درباره مسائل را داشته اید (آیا برای تصمیم گیری دچار تردید و بلا تکلیفی می شوید؟)				
۲۱- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز قادر بوده اید از فعالیت های روزمره زندگی لذت ببرید؟				

هر یک از عبارات های زیر تا چه اندازه در موردتان صادق است؟	اصلا	در حد معمول	بیشتر از حد معمول	خیلی بیشتر از حد معمول
۲۲- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز فکر کرده اید که شخص بی ارزشی هستید؟				
۲۳- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که زندگی کاملا ناامید کننده است؟				
۲۴- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که زندگی ارزش زنده بودن را ندارد؟				
۲۵- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز به این مسئله فکر کرده اید که ممکن است دست به خودکشی بزنید؟				
۲۶- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که چون اعصابتان خراب است نمی توانید کاری انجام دهید؟				
۲۷- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز به این نتیجه رسیده اید که ای کاش مرده بودید و کلاً از شر زندگی خلاص می شدید؟				
۲۸- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز این فکر به ذهنتان رسیده است که بخواهید به زندگیتان خاتمه دهید؟				

مقیاس افسردگی سالمندان (GDS)

مراجعه کننده محترم، سوالات زیر مربوط به وضعیت روانی شما طی یک هفته گذشته می باشد. لطفا پاسخ هر یک از سوال ها را با بلی یا خیر مشخص سازید. دقت کنید برای انتخاب یکی از گزینه ها بیشتر روزها و بیشتر اوقات در طی روز را در نظر بگیرید.

عبارت ها	بلی	خیر
۱- آیا از زندگی خود راضی هستید		
۲- آیا بسیاری از فعالیت ها و علائق خود را کم کرده اید؟		
۳- آیا احساس می کنید که زندگی شما پوچ و بی معنی است؟		
۴- آیا اغلب کسل هستید؟		
۵- آیا اغلب اوقات وضع روحی خوبی دارید؟		
۶- آیا می ترسید اتفاق بدی برای شما بیفتد؟		
۷- آیا در اغلب مواقع احساس سر حالی می کنید؟		
۸- آیا اغلب احساس درماندگی می کنید؟		
۹- آیا خانه ماندن را به بیرون رفتن و کارهای دیگری انجام دادن ترجیح می دهید؟		
۱۰- آیا احساس می کنید مشکل حافظه تان بیشتر از سایر مشکلاتتان است؟		
۱۱- آیا فکر می کنید زنده بودن لذت بخش است؟		
۱۲- آیا در وضعیت فعلی خود احساس بی ارزشی زیادی می کنید؟		
۱۳- آیا احساس با انرژی بودن می کنید؟		
۱۴- آیا احساس می کنید موقعیت شما نا امید کننده است؟		
۱۵- آیا فکر می کنید حال و روز اکثر آدم ها از شما بهتر است؟		

نمره =