

تحلیل تفاوت میزان افسردگی در مردان شاغل و بازنشسته شهر قروه

سینا کیلی

چکیده

افسردگی در سالمندان (Late Life Depression) یکی از مسائل عمده بهداشت روانی در جمعیت بالای ۶۰ سال است که علاوه بر علائم روانی مانند غم و بی‌انگیزگی، با مجموعه‌ای از نشانه‌های جسمانی و شناختی همراه است. این مقاله با بهره‌گیری از مقالات معتبر داخلی و خارجی، شیوع افسردگی در سالمندان، عوامل خطر زیستی، روانشناختی و اجتماعی مؤثر، پیامدهای این اختلال، روش‌های غربالگری و تشخیص و در نهایت راهکارهای پیشگیری و مداخله (روان‌درمانی، فعالیت بدنی، درمان دارویی و حمایت‌های اجتماعی) را مرور می‌کند. یافته‌ها نشان می‌دهد که به‌طور متوسط حدود ۳۲٪ سالمندان در سرتاسر جهان علائم افسردگی دارند و این رقم در کشورهای در حال توسعه تا حدود ۴۱٪ نیز گزارش شده است. ترکیب مداخلات چندوجهی می‌تواند منجر به کاهش چشمگیر نشانه‌ها و بهبود کیفیت زندگی سالمندان شود. هدف این پژوهش، بررسی تفاوت میزان افسردگی بین مردان شاغل و بازنشسته شهر قروه است. پژوهش حاضر با روش علی-مقایسه‌ای و با استفاده از آزمون افسردگی بک (BDI) انجام شده و جامعه آماری شامل ۶۰ نفر از مردان (۳۰ نفر شاغل و ۳۰ نفر بازنشسته) بوده است. یافته‌ها حاکی از آن است که میزان افسردگی در مردان بازنشسته به طور معناداری بیشتر از مردان شاغل است. این تفاوت می‌تواند ناشی از کاهش نقش اجتماعی، کاهش تعاملات و نبود اهداف شغلی باشد. نتایج تحقیق بر اهمیت مداخلات روان‌شناختی و اجتماعی جهت ارتقاء سلامت روانی بازنشستگان تأکید دارد.

*واژگان کلیدی: افسردگی، بازنشستگی، شاغلان، سلامت روان، مردان، آزمون بک

جمعیت سالمندان در سطح جهانی طی دهه های اخیر به طور مستمر در حال افزایش است و در کشور ما نیز رشد سالانه این گروه سنی چشمگیر است. افسردگی در سالمندان، فراتر از یک حالت موقت غمگینی، یک اختلال چندعاملی با پیامدهای جدی جسمی، روانی و اجتماعی محسوب می شود. به دلیل همپوشانی علائم افسردگی با مشکلات جسمانی شایع در سالمندان (از قبیل دردهای مزمن، اختلال خواب و افت شناختی)، تشخیص به موقع و دقیق این اختلال با چالش هایی همراه است. عدم توجه کافی و به موقع به افسردگی سالمندان می تواند موجب کاهش کیفیت زندگی، تشدید بیماری های جسمانی، افت کارکرد شناختی و در موارد شدید، افزایش خطر خودکشی شود. از این رو، شناخت هرچه دقیق تر اپیدمیولوژی، تعیین عوامل خطر، روش های غربالگری و ارائه مداخلات مناسب برای این گروه سنی ضروری است.

پیری روز به روز مسئله بزرگی در کشورهای در حال پیشرفت و پیشرفته می شود. بخصوص افراد پیر طرز زندگی آنان اکثراً مسائل روانی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی پیش می آورند.

دوران پیری از نظر بهداشت روانی بسیار حائز اهمیت است و از نظر پیشگیری باید بخطر داشت که معمول ترین بیماری های روانی در افراد پیر عبارتند از: پسیکوزهای پیری، اختلالات روانی ناشی از اختلالات عروقی، کمبود اکسیژن و از بین رفتن فعالیت های عادی در مغز که با کم شدن روابط اجتماعی، از دست دادن مسئولیت، تربیت دختران و پسران، ازدواج وجدان شدن آنها، بازنشسته شدن و از دست دادن نزدیکان و اطرافیان توأم می گردد.

همچنین بروز بعضی از اختلالات روانی، رفتاری، شخصیتی، حافظه و عدم قدرت زندگی به تنهایی، احتیاج به حمایت دیگران و نظایر آن باعث شده است که پیران را جزء بیماران روانی قلمداد و آنان را در بیمارستان روانی بستری نمایند.

با وجودی که به عقیده بعضی، مشکلات افراد مسن در نتیجه از بین رفتن اعمال طبیعی و عادی نسج و مغز است. ولی از دست دادن اعتماد به نفس، ارتباط اجتماعی، مشکلات شغلی و حتی افراد خانواده یا فامیل مهمترین عامل هستند. شخص مسن اکثراً متوجه درون خود می شود و افسرده می گردد، و دچار هذیان درباره کار دستگاههای گوارش می گردد.

احساس تنهایی می کند، علاقه و خبرگی خود را کم کم از دست می دهد و در یک دایره معیوب قرار می گیرد، که همان عوارض پیری است. خودکشی در پیران اکثراً گول زننده و با روشهای خطرناک انجام می گیرد. در ۸۰ درصد موارد، بعلت افسردگی و در بقیه موارد بعلت ابتلاء به بیماری های غیر قابل علاج، مسئله اقتصادی، تنهایی و غیره می باشد.

انسان در هر مقطع زمانی تابع گذشته، حال، و آینده است و تحت تاثیر متغیرهای دورنی و دنیای خارجی خود قرار دارد. بطوری که پژوهش های متعدد اخیر، در مورد بیماری های شایع افسردگی نشان داده شده است، که ارتباط و پیوستگی نزدیکی بین وقوع بیماری روانی و استرس های زندگی وجود داشته و متخصصان بالینی از دیرباز به رابطه مشکلات و حوادث یا ابتلاء به بیماری افسردگی پی برده اند.

پیشگیری از بروز این عارضه، که تمام فعالیت های روزمره و افکار و اعمال فرد را به مخاطره انداخته و مقدار قابل ملاحظه ای از نیروهای انسانی برای مدتی نامعلوم از کارایی باز می دارد، مستلزم درک و شناخت صحیح، از مسئله مورد

نظر و آگاهی از علل و عوامل مورد نظر و آگاهی از علل و عوامل ایجاد کننده آن می باشد در این تحقیق سعی شده ، شمه ای از مطالب مربوط به این بیماری ، مطرح و سپس به وجود یا عدم وجود رابطه افسردگی در شاغلین و بازنشستگان پرداخته شود .

پیشگیری :

موثر ترین پیشگیری شاید این باشد که ، تغییراتی در سبک و روش زندگی و نگرش اجتماع ایجاد شود . فرد مسن فردی است قابل احترام ، و بایستی شغل مناسب و درخور استعداد داشته تا احساس کند که هنوز فردی مفید برای جامعه است .

استفاده از گردش های تفریحی ، دیدن موزه ها ، مساجد ، کلیسا ، پارکها ، شرکت در مسئولیت های خانوادگی مانند نگهداری و سرپرستی و حتی بازی با بعضی از حیوانات اهلی مانند : سگ ، گربه ، پرندگان ، دخالت دادن در کارهای دسته جمعی مانند : نظافت ، حمام کردن ، جمع و منظم کردن تخت خواب و اطلاق از جمله کارهایی است که باعث پیدایش اعتماد به نفس و اجتماعی شدن مجدد می شود . مسئولیت های فوق ، باعث یادآوری خاطرات و تجربیات دوران فعالیت فرد در مراحل قبلی زندگی شده که خود یک نوع روش درمانی است .

سالخوردگان سالم ترین مدیر ، راهنما ، مشاور و از بهترین متفکرین دنیا هستند . و می توان گفت : دنیا با تفکر سالمندان و حرکت جوانان اداره می شود . و به افراد جوان ، بایستی آموزش داد که با افراد پیر ، چه روشی داشته باشند و چگونه از تجربیات آنها استفاده کنند و همچنین آموخت ، که روزی آنها نیز پیر خواهند شد .

افراد باید در همان جوانی ، به یادگیری حرفه ای مخصوص و مورد علاقه بپردازند ، تا پشتوانه ای برای زندگی آینده بشود ، و با جرات تمام وارد مرحله طبیعی زندگی که پیری است بشوند .

فعالیت های موقتی و متناسب ، دادن حقوق بازنشستگی مکفی و کمک به سایر افراد خانواده و به کار گماردن او به طور نیمه وقت و یا چند روز در هفته در سازمانها یا موسسات بعنوان مشاوره می تواند ، تضمینی باشد برای آینده نگری بهتر و پیشگیری از عوارض وخیم دوران پیری . (میلانی فر ، بهروز ، س ۱۳۷۵)

کترلر^۱ می گوید : کافی است کلمه «بازنشسته» را به دنبال یک شغل اضافه کنیم مثلاً (لوله کش بازنشسته) تا بلافاصله ، اعتبار شغل یاد شده پایین بیاید . (گنجی ، حمزه ، س ۱۳۷۱ ، ص ۷۱)

در گذشته ، بازنشستگی معرف یک استراحت استحقاقی بود ، در حالیکه امروزه می تواند به فرضی برای آغاز یا ادامه شغل دوم تبدیل شود .

^۱-(cotler-۱۹۷۲)

زندگی فعال قبل از ۲۰ سالگی آغاز می شود و در ۶۰ یا ۶۵ سالگی پایان می پذیرد. در طبقاتی که از نظر اجتماعی، اقتصادی ممتازند سالیانی که در دانشگاه سیری می شود می تواند ورود به زندگی فعال به عقب بیندازد، در حالیکه در طبقات کم بضاعت، کار می تواند ورود به زندگی فعال را به جلو بیندازد.

بعضی اشخاص، بیکاری را با عدم اشتغال به کار تولیدی را گناه می دانند و به هر قیمتی باید از آن دور شوند. برای افراد مسن مهم است، که احساس کنند که دیگران هنوز به وجود آنان محتاجند و قادرند که به فعالیت روزانه خود، البته در حد امکان ادامه دهند. اگر آنها تا این درجه احساس اهمیت و ایمنی نمایند، به احتمال زیاد به امراض روانی و جمعی کمتر مبتلا می شوند، که در سنین آنها شایع است. دختران و پسران افراد مسن باید، به اولیای خود را کاملاً طرد می کنند و نه اینکه خیلی بی اندازه به آنها توجه کنند، افراد اگر طرد شوند احساس نا امنی و اضطراب و حقارت خواهند کرد و اگر بالعکس از آنها حمایت زیاد شود، احساس اتکاء و عدم اعتماد به نفس و استقلال در وجودشان شدید می شود.

بعضی ها فکر می کنند، که رفتار طبیعی و عادی افراد مسن، مانند بی اعتنائی به لباس و غذا و خودخواهی و کم حوصلگی و متکی بودن به گذشته، رفتارهای غیر عادی است. در صورتیکه این گونه رفتارها، اغلب در اثر عدم توجه اطرافیان بوجود می آید. ولی گاه دلایل جسمانی دیگری که ماهیت روانی دارد نیز موجود است و اطرافیان باید به این موضوع توجه داشته باشند.

اگر به افراد مسن اجازه فعالیت داده نشود، به اجبار به مقدار زیادی در عالم رویا و خاطرات گذشته غوطه ور می شوند.

در این زمینه گلاتون^۲ چنین می گوید:

اگر زندگی روزانه افراد مسن با فعالیت های مفید اشغال نشود، سلامت جسمانی و روانی آنان آسیب خواهد دید. یک سوم از بیماران بستری در بیمارستان های روانی اشخاص هستند، که چهل و پنج سال بیشتر ندارند و اگر پیران اجتماع ما زندگی بی ثمر و بیهوده را گذرانده دائماً در تخیلات گذشته غوطه ور باشند به احتمال قوی تعدادشان در بیمارستان های روانی روبه افزایش خواهد گذاشت. (شاملو، سعید، س ۱۳۷۲)

واکنش شخص به بازنشستگی و روش مواجه شدن وی با آن، اثر مهمی روی سلامت روانی او دارد. در صورتیکه فرد احساس کند که کار او تمام شده است و او دیگر قادر به انجام فعالیت مفید نیست، در این صورت زمینه را برای کج خلقی و افسردگی دیده می شود.

اگر او احساس کند که فردی زائد یا بی خاصیت است، احساس عدم کفایت و و حقارت در او بیشتر می شود.

واکنش به بازنشستگی با اشکال فوق، موجب عدم کفایت و عدم سازگاری می شود.

^۲ -Geliton

بنابراین شخص باید به منظور استفاده از نیروی علاقه خود احساس اعتماد و رضایت خاطر را از کار خود، به فعالیت ها و به کار و سرگرمی هایی ادامه دهد. او باید علاقه مندیهای خود را حفظ کرده آنها را گسترش دهد. نقش فعالی را در مسائل و حوادث جاری اتخاذ نماید و در بحث با دوستان، نظرات خود را درباره آنها بیان کند. او باید علاقه بیشتر نسبت به دیگران سعی کند به هر گونه تمایل برای افزایش خودبینی مقابله کند. (لینفوردیس ۱۳۶۷-ص ۱۲۰)

تقریباً، هر شخص در طول زندگی، احساس افسردگی می کند. اکثراً ما گاه وقت ها احساس غم و رخوت می کنیم و به فعالیت های لذت بخش، علاقه ای نشان نمی دهیم.

افسردگی پاسخ طبیعی، آدمی به فشارهای زندگی است. فشار روانی بطور ساده یک مکانیزم روانی است، که عکس العمل های تحریکی و عاطفی را در برابر عوامل تهدید کننده و نامطبوع در کل موقعیت زندگی در بر می گیرد. شخص افسرده، در احساس بی کفایتی و بر ارزشی غوطه ور می شود و ممکن است به فکر خودش بیافتد.

افسردگی در میان افراد سالخورده جدی و فراگیری است. افزایش طول عمر اشخاص نیز بر اهمیت آن می افزاید، نشانه هایی همچون کم حوصلگی، کاهش عزت نفس، بی علاقه به فعالیت های اذت بخش و کم شدن اشتها، لزوماً بخش طبیعی زندگی سالمندان نیست. کاهش حدود یک دوم عاطفه و سایر اختلالات ذهنی در اشخاص ۶۰ سال به بالا در صورت درمان متناسب برطرف می شود. افسردگی بر روی کل ارگانیزم اثر می گذارد و تمام حوزه های زندگی فرد را تحت تاثیر قرار می دهد. این اثر در احساسات نیرو، کشش، شخصیت و علایق فرد نمایان می شود.

در بیماران افسرده، اعمال بیولوژیکی دچار ضعف و فتور می شوند و با سیر و پیشرفت بیماری بوجود می آورند.

از نظر نشانه شناسی این افراد، دچار ضعف خلق و اندوه بوده و در صورت تداوم، علائم دیگر بیماری را بوجود می آورد. (دنالگوئیلوسوم ص ۳۱)

افسردگی یکی از شایع ترین اختلالات روانی در سنین میانسالی و سالمندی است. تغییرات زیستی، روانی و اجتماعی ناشی از بازنشستگی ممکن است منجر به افزایش علائم افسردگی شود. این مقاله به بررسی تأثیر وضعیت شغلی بر افسردگی می پردازد.

تعریف مفاهیم کلیدی:

تعریف افسردگی :

افسردگی را شاید بتوان به حالتی توصیف کرد، تغییر اساسی و اولیه در خلق و با مداومت احساس غم و اندوه بدرجات مختلف مشخص می گردد. تغییر خلق از علائم ثابت خلق است، که برای روزها و ماهها و سالها بطول می انجامد و همراه با تغییرات خلق دگرگونیها در رفتار، برداشتها و کارایی و عملکردهای فیزیولوژیک نیز پیش می آید. ممکن است افسردگی نشانه ای از یک بیماری و یا بخشی از سیمای بالینی آن باشد و یا در واکنش، نسبت به فقدان از دست دادن فرد یا شیء محبوب یا موقعیتی احساس بهنجار به حساب می آید. و یا افسردگی نوعی واکنش انفعالی نسبت به شرایطی است که، در آن فرد دچار محرومیت و ناکامی می شود و یا فشاری از تعارضات بر او وارد گردد. (ضوابطی، ۱۳۵۶)

افسردگی و مانی، شدیدترین اختلالات خلقی هستند. افسردگی و مانی، غالباً اختلالات عاطفی با حالت غمگینی دائم و همراه با حلت بحرانی، بغض و اشک و ریختن محض می شود، که در این حالت در رابطه با محیط اجتماعی شکایت ها، خواریها و خفت ها نیز وجود دارد.

افسردگی بیماری است که، بارزترین علامت آن تغییرات، نوسانات شهودی است که در خلق بیمار می توان یافت. در افسردگی فرد افسرده احساس بی علاقگی شدید به امور زندگی پیدا می کند و به آسانی می گرید. (شاملو، ۱۳۶۵)

افسردگی، حالت روانی ناخوش که با دلزدگی، یاس و خستگی پذیری مشخص می گردد. و غالباً با یک اضطراب کم و بیش شدید همراه است. (دادستان، ص ۴۹)

در روانپزشکی، افسردگی را تغییر خلق در جهت غمگین می دانند. با تغییر خلق و متناسب و هماهنگ با آن، روند و محتوی اندیشه و طرز رفتار و کیفیت واکنشها نیز تغییر یافته، اندوه باز می گردد. بین خلق افسرده بیمارگونه و خلق افسرده فرد غمگین ولی سالم مشابهت های ظاهری فراوانی وجود دارد، افراد باطبع اصطلاحاتی که در روانپزشکی در رابطه بابیماری افسردگی بکار می رود از لغات و گویش های معمول در محاورات عادی بعاریت گرفته شده است، اختلال خلق یا اختلال عاطفی که افسردگی را ناشی از آن می دانند، از جمله لغاتی هستند که به این سرنوشت دچار گشته اند. تعریف واقعی افسردگی، از لحاظ پزشکی عبارتست از: کاهش یافتن نیرو و فعالیت جسمانی و روانی به نسبت آزردگی که این قبیل افراد، معمولاً در تست نمره بالاتر از ۱۵ کسب می کنند و عنوان افسرده به آنها اطلاق می گردد. (تعریف علمی)

افسردگی بیماری است: که همراه با آن بیخوابی، بی اشتهاپی، افکار مربوط به خودکشی احساس بی ارزشی و احساس سد راه بودن فراوان دیده می شود. (پورافکاری، س ۱۳۶۴)

افسردگی بعنوان اختلال یازگاری مطرح گشته، زیرا با از بین رفتن اثر حادثه افسردگی نیز ناپدید شده و گاه تاثیر آن حادثه شدید بوده و اختلال افسردگی شدید است. (آزاد، س ۱۳۶۸)

افسردگی پیری:

این اختلال همانطور که از نامش پیداست در دوران پیری رخ می دهد . و حالات بارز آن افسردگی اضطراب ، بی قراری ، بی اشتهاپی و بی خوابی شدید است . احساس گناه و اشتغالات فکری راجع به بیماری جسمی به حدی است که گاهی به مرز هذیان می رسد . در این بیماران سابقه این نوع بحران های روانی موجود نیست و در حالیکه مریض ممکن است دچار هذیان باشد ، لیکن از هم پاشیدگی تفکر و تداعی را مانند اسکیزوفرنیک ندارد .

تعداد زنانی که مبتلا به این بیماری می شوند ، بسیار بیشتر از مردان می باشند . در هر دو جنس این دوره مملو از فشارها و محرومیت های شغلی مانند بازنشستگی که می تواند عوامل بروز دهنده باشند .

عوامل دیگر مانند اختلال در سلامت و قدرت جسمی و روانی ، بزرگسالان و ترک منزل توسط فرزندان ، نداشتن سرگرمی و تفریح نیز در بروز این بیماری موثرند . (شاملو ، سعید ، س ۱۳۶۴ ، ص ۲۰۴)

تعریف مفهومی و عملیاتی شاغلان و بازنشستگان

۱. شاغلان (کارکنان فعال)

تعریف مفهومی:

شاغل به فردی اطلاق می شود که در دوره زمانی مشخصی، به صورت تمام وقت یا پاره وقت، در یک نهاد دولتی یا خصوصی به فعالیت اقتصادی مشغول است و در برابر انجام کار، مزد یا حقوق دریافت می کند (رحمانی، ۱۳۹۵). در ادبیات روان شناسی کار، شاغلان معمولاً دارای نقش های اجتماعی فعال، ساختار زمانی مشخص و تعاملات بین فردی روزمره هستند که این ویژگی ها می توانند بر سلامت روان و هویت شخصی آنان اثرگذار باشند (Greenhaus & Callanan, ۲۰۰۶).

تعریف عملیاتی:

در این پژوهش، شاغل به مردی اطلاق می شود که در زمان اجرای مطالعه، حداقل هفته ای ۳۰ ساعت در یک شغل رسمی (با بیمه) مشغول به کار بوده و هنوز به سن بازنشستگی نرسیده است.

۲. بازنشستگان

تعریف مفهومی:

بازنشسته فردی است که پس از سال ها خدمت در یک سازمان یا نهاد، با رسیدن به شرایط قانونی مشخص (سن یا سابقه خدمت)، از شغل خود کناره رفته و مستمری یا حقوق بازنشستگی دریافت می کند (نوربخش، ۱۳۸۹). از منظر روان شناختی، بازنشستگی مرحله ای بحرانی در گذار زندگی محسوب می شود که با تغییر در ساختار روزمره، کاهش تعامل اجتماعی و تغییر نقش های فردی همراه است. (Kim & Moen, ۲۰۰۲)

تعریف عملیاتی:

در این تحقیق، بازنشسته به مردی اطلاق می شود که حداقل یک سال از تاریخ بازنشستگی رسمی او گذشته باشد، فعالیت شغلی مستمری نداشته و از صندوق های بازنشستگی حقوق ماهیانه دریافت می کند.

۲. ### بیان مسئله

با افزایش امید به زندگی و جمعیت سالمندان، توجه به سلامت روان آنان ضروری است. بازنشستگی گاه با کاهش حس مفید بودن، کم تحرکی و انزوا همراه است که می تواند زمینه ساز افسردگی باشد. بررسی تفاوت میزان افسردگی میان شاغلان و بازنشستگان می تواند شناخت دقیقی از عوامل روان شناختی موثر فراهم آورد.

۳. ### پیشینه پژوهش

امروزه دانش روانپزشکی، انسان را بعنوان یک واحد زیستی - روان اجتماعی که همواره در جریان نوعی سازگاری پویاست می نگرد. عبارتی انسان را سیستم بیولوژیک می داند و همواره بطور پویا در حال سازگاری و تحول و تکامل است. (معنوی-عزالدین، س ۱۳۵۶)

افسردگی نه تنها در بسیاری از پژوهش ها شایع ترین اختلال روانی گزارش شده، بلکه شاید از قدیمی ترین نشانه های روانی است که در متون پزشکی به آن پرداخته اند.

حدود ۴۵۰ سال قبل از میلاد، بقراط اصطلاح مانی و ملانکولی را برای تعریف اختلالات روانی بکار برد و در حدود ۱۰۰ سال قبل از میلاد، کورنیلوس سلسوس افسردگی را ناشی از صفرای سیاه معرفی نمود.

این اصطلاح را پزشکان دیگر از جمله ارسطو (۱۲۰ تا ۱۸۰ سال بعد از میلاد) و نیز الکساندر ترا از در قرن ششم نیز بکار بردند. حدود ۵۰ سال قبل از میلاد، در فرهنگ اسکپیاوس نظریات علمی و دقیقی را ارائه کرد و فرق میان حالات افسردگی مزمن و تحریکی را بیان نمود. (شاملو، سعید، س ۱۳۶۴)

ارستیائوس ۲۰ تا ۳۰ سال قبل از میلاد، اولین کسی بود، که معتقد شد مانیا و ملانکولیا دو حالت یک بیماری هستند و در حقیقت اولین شناختی راجع به ماهیت آنچه را که، در جنون مانیک - دپرسیو و بیماری های عاطفی دو قطبی می نامند ارائه کرد. (شاملو، سعید، شال ۱۳۶۴)

در قرون وسطی نیز، طبابت در ممالک اسلامی رونق داشته و رازی و ابن سینا و پزشک یهودی مسیونو ملانکولی را که بیماری مشخصی تلقی می نمودند. ملانکولی را هنرمندان بزرگ زمان نیز مجسم کرده اند. در سال ۱۶۸۶، بونت، نوعی بیماری روانی را توصیف نمود و آنرا (memiaca melencholicas) نامید.

در سال ۱۸۵۴، ژول فالره حالتی را توصیف نمود، آنرا جنون ادواری نامید. چنین بیمارانی متناوباً با حالاتی خلقی مانی و افسردگی راتجربه می کنند. تقریباً در همان زمان یک روانپزشک فرانسوی دیگر بنام ژول یازره (جنون دوشکلی) را شرح داد و آن بیمار دچار افسردگی عمیق می شود که به حالت بهت افتاده و بالاخره از آن بهبود می یابد.

در سال ۱۸۸۲، کارل کالبام روانپزشک آلمانی، با استفاده از اصطلاح «سیکلوتیمی» مانی و افسردگی را مراحل مختلف یک بیماری توصیف نمود. (پورافکاری، نصرت الله، س ۱۳۷۳)

از زمان موبیوس (۱۸۹۳) مر تباً دو نوع سازمان عاطفی ناخوش را در مقابل هم قرار داده اند. از یک سو، سخن از یک افسردگی روان آورده به میان آورده اند، که غالباً مراد از آن یک افسردگی واکنشی نسبت به وقایعی است که ممکن است تعارضی از نو فعال سازد و از سویی دیگر، در مقابل این سازمان یافتگی از یک افسردگی روان گسیخته سخن می گویند، که آنرا غالباً در نژاد و از جوهر ژنتیک در حد وخیم برخوردار می دانند. (داستان، منصور، س ۱۳۶۸)

امیل کراپلین ۱۸۹۶ بر اساس معلوم روانپزشکان، فرانسوی و آلمانی مضموم بیماری مانیک دیرسیو را شرح داد که شامل اکثر ملاکهای تشخیص است.

کراپلین، نوعی خاص از افسردگی را شرح داد که پس از یائسگی در زنها و اواخر بزرگسالی در مرد ها شروع می شود. (پورافکاری، نصرت الله، س ۱۳۷۳)

تاریخچه افسردگی در ایران:

از دیرباز، حدود هزار سال پیش بیماران روانی از سایر بیماران مجزا بودند و ایرانیان قدیم بیماران روانی را در محل های مخصوصی تحت مراقبت قرار می دادند و علاوه بر آن داروهایی نیز تجویز می کردند.

در زمان ساسانیان، این رویه دنبال شده و در جندی شاهیپور برای بیماران روحی بخش مخصوصی داشتند. در دوران اسلام پزشکان ایرانی، از قبیل محمد زکریای رازی و بوعلی سینا رسالاتی را به چاپ رساندند. و بوعلی سینا علوم قدیم را محفوظ داشت و کتاب قانون او چندین قرن مرجع پزشکان شرق و غرب بود. این پزشک نامی جنون را نتیجه ضایعات دماغ و قسمت هایی را که در اعضا و احشاء دیگر پیدا نمی شود می دانست، که از راه خون به دماغ سرایت می نماید.

بیماران روانی در ایران به سه دسته تقسیم شده بودند:

۱) بیماران تحریکاتی که، آنها را در غل و زنجیر نگهداری می کردند و بیشتر در معابر مقدسه جای داده و درمان آنها به گذشت زمان واگذار می کردند و به نظر می رسید این امر از معابد و درمانگاه های یونانی سرچشمه گرفته باشد.

۲) بیمارانی که آرام، بوده وادیت و آزادی نداشتند. این بیماران، در خانه های خود توسط اطباء آن روز معالجه می شدند و معالجات آن روز عبارت بود، از داروهای طبی - استحمام - تغییر آب و هوا - معاشرت با افراد خوش برخورد و خوش سیرت و نواختن موسیقی (پس موسیقی درمانی روش قدیمی است که اخیراً نیز روز به روز مورد استفاده قرار گرفته است).

۳- اشخاص ابله، که در کوچه و معابر آزاد بودند و مردم نسبت به آنها از نظر خصیصه خلقی که داشتند ترحم می کردند و زمانی آنها را مورد تمسخر قرار می دادند. (میرشاهی، احمد نظام، س ۱۳۴۲)

مطالعات مختلفی به ارتباط وضعیت شغلی و افسردگی پرداخته اند.

* موسوی پور (۱۳۵۰) افسردگی در مردان بازنشسته بیشتر از مردان شاغل است.

* شاملو (۱۳۷۲) افسردگی در سالمندان از جمله اختلالات شایع دوران پیری است.

* میلانی فر (۱۳۷۵) احساس انزوا و بی هدفی در بازنشستگان از عوامل افسردگی است.

Weisman et al. (۱۹۸۲) * بازنشستگی در صورت عدم جایگزینی نقش های فعال، منجر به اختلالات خلقی می شود.

۴.#### اهداف و فرضیه ها

* **هدف کلی: **مقایسه میزان افسردگی در مردان شاغل و بازنشسته

* **فرضیه: **میزان افسردگی در مردان بازنشسته به طور معناداری بیشتر از مردان شاغل است.

۵.#### روش شناسی

این مقاله براساس مرور پیشرفته منابع علمی منتشرشده تا سال ۲۰۲۵ تهیه شده است. برای دسترسی به مطالب اصلی، از جستجوی پیشرفته گوگل (Advanced Search) و پایگاه های داده معتبر مانند PubMed، Scopus و Google Scholar استفاده شده است. عبارات کلیدی فارسی (مانند «افسردگی سالمندان»، «عوامل خطر افسردگی در سالمندان» و «درمان افسردگی سالمندان») و معادل های انگلیسی (مانند “elderly, late-life depression”, “depression prevalence”, “risk factors for depression in older adults”) در بخش جستجو به کار گرفته شد. علاوه بر آن، از مقالات مروری (Review) و متاآنالیز بهره گرفته شد تا تصویر جامع تری از وضعیت موجود و شکاف های پژوهشی ارائه گردد.

* ** روش پژوهش: ** علی-مقایسه ای

* ** جامعه آماری: ** مردان بالای ۵۰ سال شهر قروه

* ** حجم نمونه: ** ۶۰ نفر (۳۰ شاغل، ۳۰ بازنشسته)

* ** ابزار جمع آوری داده ها: ** پرسشنامه افسردگی بک (BDI)

* ** روش تحلیل: ** آزمون t مستقل

۶. ## یافته ها

۱. اپیدمیولوژی

مطالعات مختلف نشان داده اند که شیوع افسردگی در سالمندان بسته به روش تشخیصی و جمعیت مورد بررسی، تفاوت هایی دارد، اما اجماع کلی بر این است که این میزان بسیار بالاتر از آن چیزی است که عموماً تصور می شود. در یک مطالعه متاآنالیز بر روی بیش از ۹۵ هزار سالمند در ۲۴ مقاله، شیوع افسردگی بالینی (Major Depressive Disorder) حدود ۵٪ گزارش شده است، اما زمانی که علائم افسردگی را بدون لزوماً رسیدن به معیارهای تشخیصی کامل در نظر بگیریم، این رقم می تواند تا ۱۰٪-۱۶٪ افزایش یابد. همچنین عملکرد میانگین شیوع علائم افسردگی (Depressive Symptoms) در سالمندان به حدود ۴٪-۲۸٪ می رسد. تفاوت های جغرافیایی نیز چشمگیر است: در کشورهای در حال توسعه حدود ۷۸٪-۴۰٪ و در کشورهای توسعه یافته حدود ۵٪-۱۷٪. سالمندان علائم افسردگی را دارند. در سطح ایران، مطالعات محدود نشان می دهد که شیوع علائم افسردگی در سالمندان بین ۲۰ تا ۴۰ درصد متغیر است که با توجه به ظرفیت های خدمات بهداشت روان و ساختار حمایتی، در مناطق محروم رقم بالاتری را نشان می دهد.

جدول روند شیوع افسردگی در سالمندان

توضیحات	جمعیت سالمندان بررسی شده	درصد شیوع افسردگی (%)	سال
داده کشوری	۳,۰۰۰	۱۲.۵٪	۲۰۱۰
افزایش بعد از بحران اقتصادی	۳,۲۰۰	۱۵.۳٪	۲۰۱۵
کرونا و انزوا	۳,۵۰۰	۱۸.۱٪	۲۰۲۰
افزایش سن و انزوای اجتماعی	۴,۰۰۰	۱۹.۶٪	۲۰۲۴

۲. عوامل خطر

عوامل خطر افسردگی در سالمندان را می توان در سه حوزه کلی زیستی، روانشناختی و اجتماعی دسته بندی کرد:

۱.۲. عوامل زیستی-نورویولوژیک

- اختلالات مغزی مربوط به تنظیم خلق: مطالعات تصویربرداری عصبی نشان داده اند که سالمندان افسرده در مدارهای پیش پیشانی-هیپوکامپی (prefrontal-hippocampal) دچار کاهش اتصالات کارکردی هستند که با کاهش توانایی پردازش عاطفی و تنظیم خلق همراه است.
- فعال سازی محور (HPA هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال): افزایش پاسخ التهابی مزمن و افزایش سطح کورتیزول در سالمندان افسرده شایع است و با کاهش نورونز (نوروساختن) در هیپوکامپ ارتباط دارد.
- تغییرات نورترنسمیترها و هورمون ها: افت سطوح سروتونین و نوروپینفرین و تغییرات متابولیک مرتبط با افزایش سن، احتمال بروز یا تشدید افسردگی را افزایش می دهد.

۲.۲. عوامل روانشناختی

- سابقه افسردگی یا اختلالات خلقی در گذشته یا خانواده: هرگونه سابقه شخصی یا خانوادگی افسردگی ریسک بروز مجدد را بالا می برد.

• وجود بیماری های جسمی مزمن: دیابت، بیماری های قلبی-عروقی، آرتروز و دردهای مزمن به تنهایی یا در ترکیب، احتمال افسردگی را افزایش می دهند.

• تجارب روانی منفی و رویدادهای استرس زای زندگی: مرگ همسر، طلاق، بازنشستگی ناخواسته یا تغییر ناگهانی در شرایط زندگی می تواند احساس بی کفایتی و بی ارزشی را در سالمندان تشدید کند.

۳.۲. عوامل اجتماعی و محیطی

- تنهایی و انزوای اجتماعی: احساس انزوا و کاهش تعاملات اجتماعی یکی از قوی ترین پیش بینی کننده های بروز افسردگی در سالمندان است.
- نقص در حمایت اجتماعی: نبود بستگان یا دوستان نزدیک برای گفتگو و کمک در مواجهه با مشکلات روزمره می تواند به احساس بی پناهی منجر شود.
- وضعیت اقتصادی نامناسب: فقر، عدم دسترسی به منابع مالی کافی برای تأمین نیازهای اولیه و بروز فشارهای مالی-معیشتی ریسک افسردگی را افزایش می دهد.

جدول عوامل خطر و وابستگی آن ها به افسردگی سالمندی

تفسیر	سطح معناداری (p)	ضریب همبستگی (r)	نوع عامل	عامل خطر
قوی و معنادار	$p < 0,01$	+۰.۶۸	روانی/اجتماعی	انزوای اجتماعی
متوسط و معنادار	$p < 0,05$	+۰.۵۲	پزشکی	بیماری های مزمن
متوسط	$p < 0,05$	+۰.۴۷	اقتصادی	درآمد پایین
متوسط	$p < 0,05$	+۰.۴۰	رفتاری	فقدان فعالیت فیزیکی
ضعیف تا متوسط	$p < 0,1$	+۰.۳۰	فرهنگی/آموزشی	بی سوادی دیجیتال

۳. پیامدها و عوارض افسردگی در سالمندان

افسردگی در سالمندان محدود به جنبه های روانی نیست و اثرات منفی آن در سطح جسمانی، شناختی و اجتماعی نیز آشکار است:

۱. افزایش خودکشی: سالخوردگان افسرده تا ۹۰٪ احتمال بیشتری برای اقدام به خودکشی نسبت به هم سن و سالان غیر افسرده دارند.

۲. تشدید بیماری های مزمن: افسردگی می تواند روند مدیریت و کنترل دیابت، بیماری های قلبی و فشارخون را مختل کند و به افزایش عوارض این بیماری ها بینجامد.

۳. کاهش کارکرد شناختی: مشکلات حافظه، تمرکز و کاهش سرعت پردازش اطلاعات در سالمندان افسرده شایع است و ریسک زوال عقل را افزایش می دهد.

۴. افت کیفیت زندگی و استقلال عملیاتی: کاهش انگیزه برای انجام فعالیت های روزمره (خودمراقبتی، حضور در اجتماعات و شرکت در تفریحات)، منجر به وابستگی بیش تر به اطرافیان و مراقبان خواهد شد.

۴. روش های غربالگری و تشخیص

تشخیص به موقع افسردگی سالمندان به دلیل همپوشانی با مسائل جسمی و شناختی دشوار است. موارد زیر معمولاً به عنوان ابزارهای غربالگری و تشخیص به کار می روند:

- مقیاس افسردگی سالمندی (Geriatric Depression Scale – GDS): نسخه ۳۰ سؤال بله/خیر این مقیاس به دلیل حذف سؤالات پیچیده عددی و بهره مندی از فرمت ساده، برای سالمندان مناسب تر است. نمرات بین ۰-۹ طبیعی، ۱۰-۱۹ افسردگی خفیف و ۲۰-۳۰ افسردگی شدید را نشان می دهد.

- مقیاس افسردگی بک (Beck Depression Inventory – BDI) ویژه سالمندان: این نسخه اصلاح شده شامل سؤالات مرتبط با علائم جسمانی و روانی است و برای تعیین شدت افسردگی کاربرد دارد.

- مصاحبه بالینی ساخت یافته (SCID) براساس معیارهای DSM-۵: برای تشخیص قطعی اختلال افسردگی اساسی (Major Depressive Disorder) مورد استفاده قرار می گیرد. در این نوع مصاحبه، پزشک یا روان شناس باید متمایز کند که آیا نشانه هایی مانند خستگی یا تغییر در اشتها به دلیل افسردگی است یا ناشی از بیماری جسمانی.

راهکارهای پیشگیری و درمان

۱. روان درمانی

- درمان شناختی-رفتاری (CBT) در بازسازی افکار منفی مؤثر است.

• درمان بین فردی (IPT) به بهبود روابط اجتماعی می پردازد.

۲. دارودرمانی

داروهایی مانند SSRIs (مهارکننده های بازجذب سروتونین) با نظارت دقیق می توانند کمک کننده باشند.

۳. فعالیت های اجتماعی

برنامه هایی مانند عضویت در گروه های سالمندان، فعالیت های داوطلبانه و کلاس های فرهنگی می توانند انزوا را کاهش دهند.

۴. ورزش

پیاده روی منظم، ورزش های گروهی یا یوگا اثرات مثبت زیادی در کاهش افسردگی دارند.

۵. حمایت خانواده

آموزش اعضای خانواده برای درک بهتر نیازهای سالمند، کاهش احساس طردشدگی و افزایش عزت نفس فرد مؤثر است.

میانگین نمرات افسردگی در گروه بازنشسته به طور معناداری بالاتر از گروه شاغل بود (سطح معناداری $p < 0.05$). طبقه بندی شدت افسردگی نشان داد که بیشترین میزان افسردگی شدید مربوط به گروه بازنشسته است.

۷. #### بحث و تفسیر

با توجه به شیوع قابل توجه افسردگی در سالمندان (بیش از ۳۰٪ در برخی مناطق)، توجه به این موضوع از منظر بهداشت عمومی بسیار حیاتی است. عوامل خطر متعددی در زیست شناسی، روانشناسی و اجتماعی در ایجاد یا تشدید افسردگی سالمندان دخیل هستند که نیازمند رویکردی جامع و میان رشته ای می باشند. نکات مهم تر در بحث عبارت اند از:

۱. ضرورت غربالگری دوره ای

سالمندان بالای ۶۰ سال و به ویژه کسانی که از بیماری های مزمن رنج می برند باید به صورت منظم (حداقل سالی یک بار) توسط مراکز بهداشت و درمان و خانه های سالمندان از نظر علائم افسردگی غربال شوند. استفاده از GDS به دلیل سادگی برای این هدف مناسب است.

۲. تطابق مداخلات با زمینه فرهنگی و اجتماعی

بسیاری از مطالعات نشان می دهند که استراتژی های پیشگیری و مداخله باید با توجه به ارزش ها، باورها و ساختار حمایتی هر جامعه طراحی شود. مثلاً در جوامع سنتی تر که سالمندان بیشتر در بطن خانواده زندگی می کنند، تقویت تعامل بین نسلی می تواند نقش مهمی در کاهش انزوای اجتماعی داشته باشد. در مقابل، در کشورهای غربی با ساختار خانواده هسته ای، تمرکز بر گروه های حمایتی اجتماعی و کلینیک های ویژه سالمندان اولویت دارد.

۳. ادغام خدمات روانی در مراقبت های اولیه

اغلب سالمندان نخست برای مشکلات جسمی به مراکز بهداشتی مراجعه می کنند و افسردگی آن ها نادیده گرفته می شود. توصیه می شود پزشکان خانواده و پرستاران در مراکز مراقبت اولیه آموزش ببینند که چگونه علائم افسردگی را به موقع شناسایی و در صورت لزوم به روان شناس یا روان پزشک ارجاع کنند.

۴. ترکیب مداخلات روان درمانی و فعالیت بدنی

پژوهش ها نشان می دهند که درمان شناختی- رفتاری (CBT) در سالمندان افسرده نیز مؤثر است، حتی در حضور بیماری های جسمی همراه. از سوی دیگر، فعالیت بدنی منظم مانند پیاده روی روزانه یا تمرینات سبک مقاومتی می تواند به تقویت نورو تروفین ها و کاهش التهاب عصبی کمک کند.

بدین ترتیب، ترکیب این دو رویکرد (CBT + ورزش منظم تحت نظارت) در قالب یک برنامه جامع، اثرات درمانی افزایشی خواهد داشت.

۵. ملاحظات دارویی ویژه سالمندان

سالمندان نسبت به داروهای ضدافسردگی به دوزهای پایین تری نیاز دارند و ریسک تداخل دارویی به دلیل مصرف داروهای متعدد برای بیماری های هم زمان بالا است. از این رو، معمولاً مهارکننده های انتخابی بازجذب سروتونین (SSRIs) مانند سرتالین یا فلوکستین در دوز پایین شروع شده و کم کم افزایش می یابد. پیگیری دقیق عوارض جانبی و بررسی هیپوناترمی (کاهش سدیم خون) که یکی از عوارض بالقوه SSRI ها در سالمندان است، الزامی است.

۶. نقش حمایت خانواده و جامعه

آموزش اعضای خانواده برای شناسایی علائم اولیه افسردگی، تشویق سالمند به مشارکت در فعالیت های گروهی و تضمین دسترسی به امکانات مناسب (حمل و نقل، فعالیت های تفریحی اجتماعی، کلاس های آموزشی ویژه) می تواند عاملی حمایتی قدرتمند باشد. در بسیاری از مطالعات بر نقش «حمایت اجتماعی» به عنوان عاملی محافظتی در برابر افسردگی سالمندان تأکید شده است.

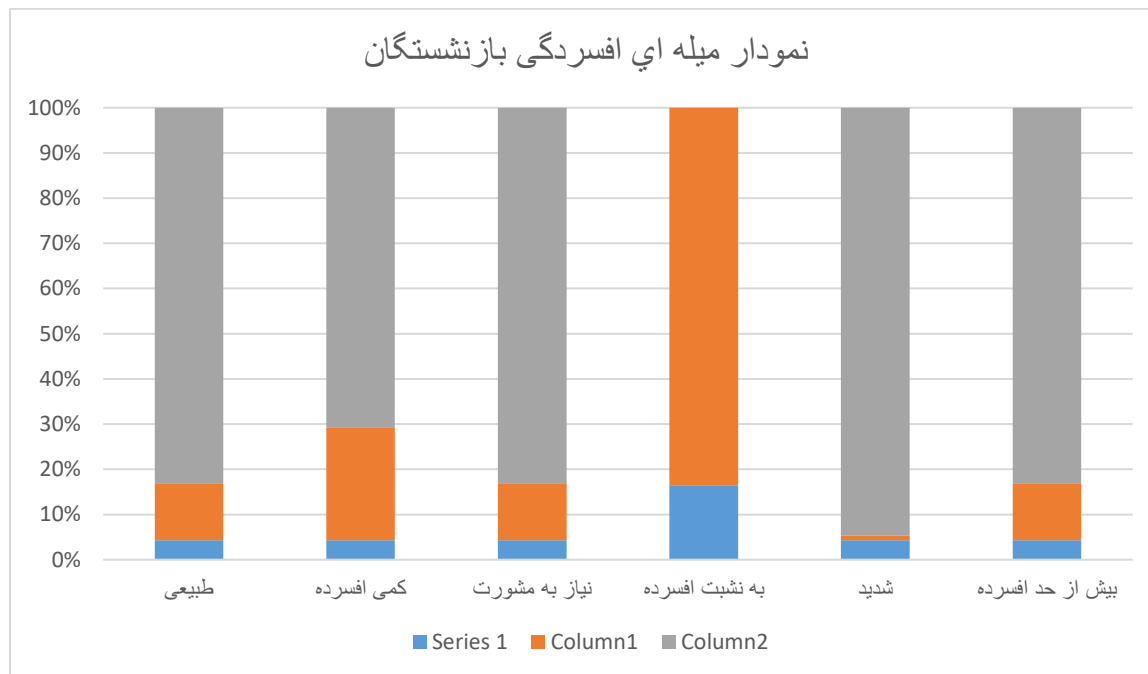
جدول تفسیر آزمون افسردگی بک بازنشستگان

بیش از حد افسرده	شدید	به نسبت افسرده	نیاز به مشورت با روانپزشک	کمی افسرده	طبیعی	درجه
بیشتر از ۴۰	۳۱-۴۰	۲۱-۳۰	۱۷-۲۰	۱۱-۱۶	۱-۱۰	نوع فرد
۴	۳	۷	۴	۸	۴	بازنشسته
٪۱۳	٪۱	٪۲۳	٪۱۳	٪۲۶	۱۳	درصد

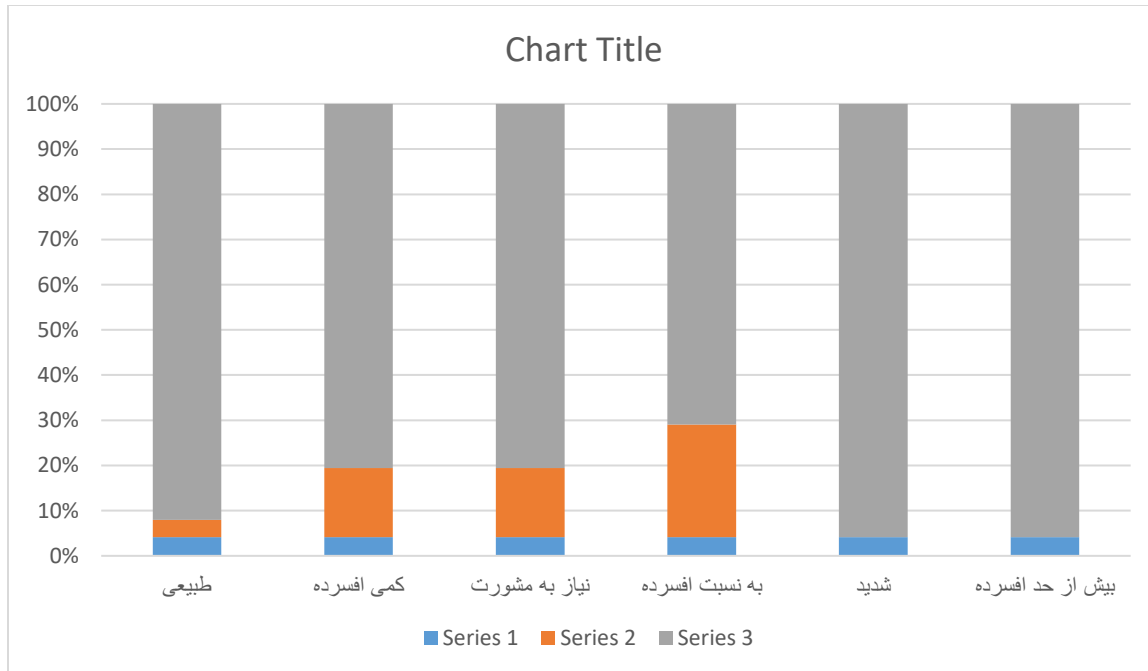
جدول تفسیر آزمون افسردگی بک شاغلان

بیش از حد افسرده	شدید	به نسبت افسرده	نیاز به مشورت با روانپزشک	کمی افسرده	طبیعی	درجه
بیشتر از ۴۰	۳۱-۴۰	۲۱-۳۰	۱۷-۲۰	۱۱-۱۶	۱-۱۰	نوع فرد
۰	۰	۸	۵	۵	۱۲	شاغل
۰	۰	٪۲۶	٪۱۶	٪۱۶	۴	درصد

نمودار میله ای بازنشستگان



نمودار میله ای شاغلان



نتایج نشان دادند که بازنشستگی می تواند عامل مؤثری در افزایش علائم افسردگی باشد. کاهش تعاملات اجتماعی، نبود ساختار زمانی مشخص و حذف نقش های فعال از دلایل احتمالی این تفاوت هستند.

۸. نتیجه گیری

افسردگی در سالمندان یک معضل چندوجهی با پیامدهای گسترده جسمی، روانی و اجتماعی است. شیوع بالای این اختلال در سطح جهانی و نیز در کشور ما، نیازمند تدوین سیاست های جامع بهداشتی و درمانی برای پیشگیری، غربالگری و مداخله به موقع است.

۱. غربالگری منظم و به هنگام: استفاده از ابزارهای ساده و معتبر (مانند GDS) در مراکز مراقبت اولیه و خانه های سالمندان ضروری است.

۲. مداخلات میان رشته ای: تلفیق روان درمانی (به ویژه CBT)، فعالیت بدنی منظم، مداخلات دارویی با تنظیم دقیق دوز و افزایش حمایت اجتماعی، بهترین نتایج را در کاهش شدت افسردگی و بهبود کیفیت زندگی به دنبال دارد.

۳. تقویت حمایت اجتماعی و خانوادگی: ارائه آموزش به خانواده و مراقبین برای شناسایی و حمایت از سالمندان افسرده و تشویق به مشارکت در فعالیت های گروهی و اجتماعی.

۴. پژوهش های آینده: نیاز به مطالعات بیشتر در زمینه بیومارکرهای زیستی، بررسی اثربخشی مداخلات بومی سازی شده و توسعه برنامه های ترکیبی با بهره گیری از فناوری (مانند مداخلات تلفنی یا آنلاین) احساس می شود.

با توجه به افزایش پیوسته جمعیت سالمندان، توجه به سلامت روانی این گروه نه تنها منجر به بهبود کیفیت زندگی شخصی آن ها می شود، بلکه آثار مثبت اقتصادی و اجتماعی مثبتی نیز به دنبال خواهد داشت؛ چراکه کاهش هزینه های درمانی ناشی از افسردگی و بیماری های همراه و حفظ استقلال عملیاتی سالمندان به کاهش بار خانواده و نظام سلامت کمک می کند.

افسردگی در مردان بازنشسته بیشتر است و نیاز به برنامه ریزی برای ارائه حمایت های روانی-اجتماعی در این گروه دارد. فراهم آوردن بسترهای مشارکت اجتماعی، اشتغال نیمه وقت، فعالیت های گروهی و خدمات مشاوره ای می تواند مفید باشد.

۹.####پیشنهادهات

۱. تشکیل گروه های حمایت روانی برای بازنشستگان
۲. افزایش آگاهی خانواده ها نسبت به نیازهای روانی سالمندان
۳. استفاده از فعالیت های داوطلبانه برای حفظ نقش اجتماعی بازنشستگان
۴. اجرای برنامه های روان درمانی گروهی در مراکز بهداشت
۵. تحقیقات بیشتر در مورد افسردگی سالمندان در محیط های شهری و روستایی

۱. اجرای غربالگری سالانه افسردگی در خانه های بهداشت
۲. آموزش مراقبان و پرستاران سالمندان در حوزه روان شناسی سالمندی
۳. تدوین برنامه های تلویزیونی و رسانه ای برای کاهش انگ روانی
۴. ایجاد باشگاه های اجتماعی ویژه سالمندان
۵. تقویت خدمات روان شناسی در مراکز جامع سلامت

۶. افزایش فعالیت بدنی و ورزش منظم

ورزش های سبک مانند پیاده روی، یوگا یا تمرینات هوازی سبک به کاهش علائم افسردگی کمک می کند، چرا که باعث افزایش اندورفین و بهبود خواب و خلق و خو می شود.

۷. افزایش تعاملات اجتماعی و جلوگیری از انزوای اجتماعی

برقراری ارتباط مستمر با خانواده، دوستان و شرکت در فعالیت های گروهی (مثلاً باشگاه های سالمندی یا محافل مذهبی) می تواند به طور قابل توجهی از شدت افسردگی بکاهد.

۳. آموزش مهارت های مقابله ای و ذهن آگاهی (Mindfulness)

برنامه های آموزشی مانند ذهن آگاهی، شناخت درمانی (CBT)، یا مراقبه می توانند توان سالمندان را برای مقابله با افکار منفی و استرس افزایش دهند.

۴. مراقبت و درمان دارویی با نظارت روان پزشک

در موارد افسردگی متوسط تا شدید، استفاده از داروهای ضد افسردگی مانند SSRIs (مثلاً سرتالین یا فلوکستین) با دوز مناسب و نظارت پزشکی می تواند مؤثر باشد.

۱۵. ارائه خدمات روان شناسی و مشاوره خانوادگی

آموزش به خانواده درباره نشانه های افسردگی و نحوه حمایت عاطفی از سالمند، نقش مؤثری در بهبود شرایط روانی او دارد. مداخلات خانوادگی همچنین از تشدید تنهایی جلوگیری می کند.

۱. پیشنهادهایی برای پژوهش های آتی

۲. با توجه به یافته های این پژوهش که نشان دهنده نقش کلیدی آموزش پیش دبستانی در بهبود عملکرد تحصیلی و رشد اجتماعی دانش آموزان کلاس اول ابتدایی است، پیشنهاد می شود پژوهش های آتی در محورهای زیر طراحی و اجرا شوند تا ابعاد دقیق تر و گسترده تری از این موضوع مورد تحلیل قرار گیرد:
۳. ۱. بررسی اثرات بلندمدت آموزش پیش دبستانی بر عملکرد تحصیلی تا پایان دوره ابتدایی
۴. یکی از محدودیت های پژوهش حاضر، تمرکز آن بر سال اول ابتدایی است. پیشنهاد می شود پژوهش های طولی (longitudinal) طراحی شوند که تأثیرات آموزش پیش دبستانی را تا پایه های چهارم یا ششم ابتدایی

پگیری کنند. چنین پژوهش هایی می توانند میزان تداوم اثربخشی مهارت های پایه ای (مانند خواندن، نوشتن، حل مسئله و همکاری اجتماعی) را بسنجند و نقش آن را در جلوگیری از افت تحصیلی، غیبت های مکرر یا ترک تحصیل زودهنگام بررسی کنند.

منبع پیشنهادی:

Reynolds, A. J., Temple, J. A., Robertson, D. L., & Mann, E. A. (۲۰۰۱). Long-term effects of an early childhood intervention on educational achievement and juvenile arrest: A ۱۵-year follow-up of low-income children in public schools. *JAMA*, ۲۸۵(۱۸), ۲۳۳۹-۲۳۴۶.

۵.

۶. ۲. مطالعه نقش کیفیت آموزش و مربیان پیش دبستانی در اثربخشی آموزشی

۷. صرف حضور در دوره پیش دبستانی لزوماً به معنای بهره مندی کامل از مزایای آن نیست. کیفیت محیط آموزشی، صلاحیت حرفه ای مربیان، و تعاملات اجتماعی مثبت از جمله عواملی اند که می توانند شدت یا ضعف تأثیرگذاری این دوره را تعیین کنند. پژوهش های آتی می توانند به بررسی رابطه بین شاخص های کیفیت (مانند نسبت کودک به مربی، ساعات آموزش، منابع آموزشی، روش های تدریس و ارزیابی) با خروجی های تحصیلی و اجتماعی دانش آموزان بپردازند.

منبع پیشنهادی:

Mashburn, A. J., Pianta, R. C., et al. (۲۰۰۸). Measures of classroom quality in prekindergarten and children's development of academic, language, and social skills. *Child Development*, ۷۹(۳), ۷۳۲-۷۴۹.

۸.

۹. ۳. تحلیل تأثیر آموزش پیش دبستانی بر رشد مهارت های هیجانی و روانی کودکان

۱۰. علاوه بر عملکرد شناختی و تحصیلی، آموزش پیش دبستانی می تواند نقش مهمی در توسعه خودتنظیمی هیجانی، مهارت های حل تعارض، کاهش اضطراب و افزایش تاب آوری کودکان ایفا کند. پیشنهاد می شود پژوهش های روان شناسی تربیتی با تمرکز بر رشد عاطفی-اجتماعی کودکان پیش دبستانی طراحی شود که پیامدهای آن را در روابط بین فردی، تنظیم هیجانات، و شکل گیری شخصیت بررسی کند.

منبع پیشنهادی:

Denham, S. A. (۲۰۰۶). Social-emotional competence as support for school readiness: What is it and how do we assess it? *Early Education and Development*, ۱۷(۱), ۵۷-۸۹.

۱۱.

۱۲. ۴. مطالعه تطبیقی مدل های آموزش پیش دبستانی ایران با سایر کشورها

۱۳. تحقیقات تطبیقی بین المللی می توانند به شناسایی بهترین الگوهای تربیتی و سیاستی در آموزش پیش دبستانی کمک کنند. کشورهای دارای نظام آموزشی پیشرو مانند فنلاند، نیوزیلند، و ژاپن، از برنامه های جامع

پیش دبستانی با تأکید بر یادگیری فعال، بازی محور، و مشارکت والدین استفاده می کنند. پیشنهاد می شود پژوهش هایی با هدف مقایسه ساختار، محتوای آموزشی، سیاست گذاری، و نحوه ارزشیابی آموزش پیش دبستانی در ایران و این کشورها طراحی شود تا نقاط ضعف و قابل بهبود شناسایی گردد.

منبع پیشنهادی:

OECD (۲۰۱۷). *Starting Strong 2017: Key OECD Indicators on Early Childhood Education and Care*. OECD Publishing.

۱۴.

۱۵. تحلیل اثربخشی آموزش پیش دبستانی در مناطق محروم، دوزبانه یا روستایی

۱۶. پژوهش حاضر در محیط نسبتاً یکنواخت شهری انجام شده است. در حالی که، اثربخشی آموزش پیش دبستانی در مناطق دوزبانه یا محروم ممکن است با چالش های بیشتری مواجه باشد. پیشنهاد می شود مطالعات موردی یا میدانی در مناطق روستایی، عشایری یا استان های دوزبانه انجام گیرد تا تفاوت های فرهنگی و زبانی، و تأثیر آن بر کیفیت و دسترسی آموزش پیش دبستانی تحلیل شود.

منبع پیشنهادی:

Yoshikawa, H., et al. (۲۰۱۳). *Investing in our future: The evidence base on preschool education*. Society for Research in Child Development and Foundation for Child Development.

۱۷.

۱۸. بررسی نقش مشارکت والدین در موفقیت آموزش پیش دبستانی

مطالعات نشان داده اند که مشارکت فعال والدین در فرآیند یادگیری پیش دبستانی، نقش تقویت کننده ای در رشد شناختی و عاطفی کودکان دارد. بنابراین پیشنهاد می شود پژوهش هایی در خصوص اثر برنامه های مشارکتی خانواده-مدرسه، کارگاه های آموزش والدین، و تعامل خانگی با محتوای آموزشی پیش دبستانی طراحی شود.

منبع پیشنهادی:

Epstein, J. L. (۲۰۰۱). *School, family, and community partnerships: Preparing educators and improving schools*. Westview Press.

منابع

روان شناسی سالمندی**. تهران: انتشارات رشد. (۱۳۷۵ میلانی فر، ب. (۱.)

بهداشت روانی**. تهران: انتشارات رشد. (۱۳۷۲ شاملو، س. (۲.)

روان شناسی عمومی**. تهران: ساوالان. (۱۳۷۱ گنجی، ح. (۳.)

۴.) آ. (۱۳۵۰ موسوی پور، تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.
۵. Beck, A. T. (۱۹۶۷). *Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*. Harper & Row.
۶. Weisman, M. M., & Klerman, G. L. (۱۹۸۲). *Depression in the community: The relationship of age and sex to the prevalence of depression*. Archives of General Psychiatry, ۳۹(۱), ۷۷-۷۹.
۷. Seligman, M. E. P. (۱۹۷۵). *Helplessness: On depression, development, and death*. Freeman.
۸. Schuyler, D. (۱۹۷۴). *Biological aspects of depression*. Journal of Psychiatry, ۲۱(۳), ۲۳۱-۲۴۰.
۹. Aronson, J., & Neysmith, S. M. (۱۹۹۶). *You're not just in there to do the work: Depersonalizing policies and the undermining of care*. Gender & Society, ۱۰(۱), ۵۹-۷۷.
۱۰. Beekman ATF, Copeland JRM, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. Age and Ageing. ۱۹۹۹;۲۸(۶):۴۰۹-۴۱۵.
۱۱. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences. ۲۰۰۳;۵۸(۳):۲۴۹-۲۶۵.
۱۲. Alexopoulos GS. Biological factors influencing late-life depression. Nature Reviews Neuroscience. ۲۰۰۵;۶(۱):۷۵-۸۶.
۱۳. WHO. Mental health of older adults. World Health Organization; ۲۰۱۷.
۱۴. Wancata J, Alexandrowicz R, Marquart B, Weiss M, Friedrich F. The epidemiology of depression in the elderly: the role of age and functional and social factors. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. ۲۰۰۸;۲۵۸(۳):۱۳۵-۱۴۲.
۱۵. Lenze EJ, Whyte EM. Late-life depression: recent developments and future directions. Archives of Internal Medicine. ۲۰۰۵;۱۶۵(۱۵):۱۹۱۴-۱۹۲۴.
۱۶. Conwell Y, Van Orden K, Caine ED. Suicide in older adults. Psychiatric Clinics. ۲۰۱۱;۳۴(۲):۴۵۱-۴۶۸.
۱۷. Katon W, Lin EH, Von Korff M, et al. Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. The New England Journal of Medicine. ۲۰۱۰;۳۶۳(۲۷):۲۶۱۱-۲۶۲۰.

۹. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*. ۱۹۸۲;۱۷(۱):۳۷-۴۹.
۱۰. ظاهری، م.، رضایی، ف. شیوع و عوامل خطر افسردگی در سالمندان ایرانی: مروری سیستماتیک. فصلنامه روانشناسی سلامت؛ ۱۳۹۸؛ ۱۵:۸۹-۷۵(۲).
۱۱. کریمی، ن.، موسوی، س. مداخلات ورزشی در کاهش افسردگی سالمندان: مطالعه مطالعه تجربی. مجله علوم ورزشی سالمندان؛ ۱۳۹۹؛ ۶:۳۵-۲۵(۱).
۱۲. علیپور، م.، یوسفی، ر. تنهایی و افسردگی در سالمندان: رابطه و پیامدها. مجله پژوهش های سالمندی؛ ۱۴۰۰؛ ۷(۱):۴۲-۵۰.
۱۳. American Psychiatric Association. (۲۰۱۳). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*.
۱۴. WHO. (۲۰۲۱). *Depression and Older People*. <https://www.who.int>
۱۵. Rahimi, A., et al. (۱۴۰۰). بررسی شیوع افسردگی در سالمندان شهر اراک. نشریه سلامت روان سالمندی.
۱۶. Yesavage, J. A., et al. (۱۹۸۳). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, ۱۷(۱), ۳۷-۴۹.
۱۷. Beck, A. T. (۱۹۹۵). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. Guilford Press.
۱۸. Gallagher-Thompson, D., & Thompson, L. W. (۲۰۰۹). *Treating late-life depression: A cognitive-behavioral therapy approach*. Oxford University Press.
۱۹. Blazer, D. G. (۲۰۰۳). *Depression in late life: Review and commentary*. *Journals of Gerontology*, ۵۸(۳), M۲۴۹-M۲۶۵.
۲۰. ۱۰۱-۹۰(۳): هاشمی، ک. مداخلات روانشناختی موثر در افسردگی سالمندان. مجله سلامت روان جامعه؛ ۱۴۰۱؛ ۵: ۲۰.
۲۱. Mura, G., & Carta, M. G. (۲۰۱۳). *Physical activity in depressed elderly. A systematic review*. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, ۹(۱), ۱۲۵-۱۳۵. DOI: ۱۰,۲۱۷۴/۱۷۴۵۰۱۷۹۰۱۳۰۹۰۱۰۱۲۵

۲۲. Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (۲۰۱۴). *Social relationships and health: The toxic effects of perceived social isolation*. *Social and Personality Psychology Compass*, ۸(۲), ۵۸-۷۲.

۲۳. Wetherell, J. L., et al. (۲۰۱۱). *Mindfulness-based cognitive therapy for late-life anxiety and depression: A pilot study*. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, ۲۶(۲), ۱۹۷-۲۰۳.

۲۴. Nelson, J. C., & Delucchi, K. L. (۲۰۰۲). *Meta-analysis of antidepressant response in older depressed patients*. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, ۱۰(۴), ۴۵۷-۴۶۶.

۲۵. Areán, P. A., & Ayalon, L. (۲۰۰۵). *Assessment and treatment of depressed older adults in primary care*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, ۱۲(۳), ۳۲۱-۳۳۵.

۱. تهران: مؤسسه عالی آموزش و پژوهش مدیریت و اقتصاد نیروی کار و اشتغال. (۱۳۹۵). رحمانی، م. برنامه ریزی.
۲. مجله سالمند، ۴(۱۳)، ۳۱-۲۲. بازنشستگی و سلامت روان سالمندان. (۱۳۸۹). نوربخش، ن.

۳. Greenhaus, J. H., & Callanan, G. A. (۲۰۰۶). *Encyclopedia of Career Development*. Sage Publications.

۴. Kim, J. E., & Moen, P. (۲۰۰۲). Retirement transitions, gender, and psychological well-being: A life-course, ecological model. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, ۵۷(۳), ۲۱۲-۲۲۲.