

## Hospital Anxiety and Depression in the Elderly with Chronic Heart Failure

Pouya Farokhnezhad Afshar<sup>1</sup>, Farideh Bastani<sup>2</sup>, Hamid Haghani<sup>3</sup>, Oldouz Valipour<sup>4</sup>

### Abstract

**Background & Aims:** Chronic heart failure (CHF) is one of the most common physical problems in the elderly that causes numerous disabilities. In addition, it is the main reason for elderly's referral to medical centers. Overall, experiencing CHF and its complications, as well as entering the medical environment can exacerbate psychological pressure on patients, including depression and anxiety, thereby increasing heart rate and decreasing patients' desire to continue the treatment. In fact, this is one of the unfavorable consequences of hospitalization. Moreover, depression and anxiety are the most common complications of cardiac diseases, especially in the elderly hospitalized in coronary care units (CCUs), which threaten the lives of these individuals. Since patients are considered the customers of the health system, and assessing their views is an important factor for improving their psychological and physical health, attention to their psychological and physical needs can increase their satisfaction and decrease issues such as depression and anxiety during their hospitalization. Ultimately, this technique can result in faster recovery of patients and shorter hospitalization period. This study aimed to determine hospital depression and anxiety in the elderly with CHF hospitalized in Firoozabadi Hospital during 2018-2019.

**Materials & Methods:** This cross-sectional study was performed on 250 elderly with CHF hospitalized in Firoozabadi Hospital. The research population included all elderly with CHF in various cardiac wards (CCU1, CCU2, Post CCU), and the participants were selected by a continuous sampling method among those who met the inclusion criteria. Data were collected using a demographic characteristics questionnaire (age, gender, marital status, occupational status, level of education, insurance status, history of hospitalization, accompanying diseases, smoking, and family history of cardiac diseases), abbreviated mental test, and hospital anxiety and depression scale. The research tools were completed during 15 to 20-minute in-person interviews with the researcher. Sampling started February 19<sup>th</sup>, 2018, and ended on June 20<sup>th</sup>, 2019 after four months. Data analysis was performed in SPSS version 16 using descriptive statistics, such as setting frequency distribution tables, estimating numerical indicators, and inferential statistics, independent t-test, and analysis of variance. Notably, a P-value of below 0.05 was considered statistically significant.

**Results:** In this study, the participants were in the age range of 60-74 years, having the highest frequency (64.8%) among the elderly. According to the world health organization's classification, this group of elderly is considered young old. Overall, 52% of the participants were male and the rest (48%) were female. More than half of the elderly were married and in terms of educational status, only 33.6% of the subjects were illiterate while the rest were literate and educated. Regarding the occupational status, only 4.4% of the elderly were unemployed, and more than half of them received a retirement salary. In addition, 78.8% of the participants had health insurance. According to the results of the anxiety and depression scale, the mean score of anxiety in the elderly was 1.52 with a standard deviation of 1.14 and the mean score of depression was 2.18 with a standard deviation of 1.51. It is notable that anxiety and depression were below eight in all participants. Findings on numerical indicators of anxiety and depression in the elderly with CHF showed a significant relationship between anxiety (P=0.024) and depression (P=0.027) and only the variable of gender, in a way that anxiety and depression were significantly higher in female elderly, compared to male elderly.

**Conclusion:** According to the results of the present study, none of the participants had an extreme and abnormal level of hospital anxiety and depression. In addition, the elderly with CHF had a low level of hospital anxiety and

---

<sup>1</sup>. Assistant Professor, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

<sup>2</sup>. Professor, Department of Community Health and Geriatrics, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding author) Tel: 02143651800 Email: bastani.f@iums.ac.ir

<sup>3</sup>. Instructor, Department of Biostatistics, School of Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>4</sup>. MS in Geriatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

depression. This can be due to the educational and academic nature of the hospital in question and launching the process of clinical governance and accreditation and improving the quality of services and care to patients. Clinical governance is an inclusive and powerful mechanism used to ensure adherence to the highest levels of standards for providing medical services with the least complications and unfavorable consequences. The evaluation and treatment of anxiety and depression in patients are crucial since their frequency in cardiac patients is relatively high and they can have negative impacts on the functional status, quality of life, length of hospital stay, and even treatment outcome of these individuals during hospitalization. In general, serious and acute diseases lead to the sudden and unalarmed hospitalization of individuals in intensive care units. In this regard, some of the patients, who fail to comply with the situation, experience psychological damages, including hospital anxiety and depression. Since the provision of care with proper quality in the field of nursing is a priority in the healthcare system, attention to and evaluation of mood and psychological disorders in different groups of patients admitted to a hospital or training center, which is associated with several factors, is of paramount importance. Desirable outcomes can be achieved such as promoting the health and recovery of elderly patients and their participation in the treatment process, especially in elderly women, by decreasing hospital anxiety and depression and increasing satisfaction and quality of care. Given the fact that even low levels of depression and anxiety in the elderly can disrupt the interaction and participation between the elderly patient and caregivers, data and information based on scientific evidence can be used in the development of planning to create elderly-friendly hospitals for care managers and policy makers in order to improve the quality of standard nursing care.

**Keywords:** Anxiety, Depression, Heart Failure

**Conflict of Interest:** No

**How to Cite:** Farokhnezhad Afshar P, Bastani F, Haghani H, Valipour O. Hospital Anxiety and Depression in the Elderly with Chronic Heart Failure. *Iran Journal of Nursing*. 2019; 32(120):87-97.

Received: 29 Jul 2019

Accepted: 23 Oct 2019

## اضطراب و افسردگی بیمارستانی در سالمندان مبتلا به نارسایی مزمن قلبی

پویا فرخ نژاد افشار<sup>۱</sup>، فریده باستانی<sup>۲</sup>، حمید حقانی<sup>۳</sup>، اولدوز ولی پور<sup>۴</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** بیماری‌های مزمن از جمله بیماری‌های عروق کرونر قلب در سالمندان در حال افزایش می باشد که با عوارض روانشناختی از جمله "اضطراب و افسردگی بیمارستانی" همراه است. هدف مطالعه حاضر تعیین اضطراب و افسردگی بیمارستانی در سالمندان مبتلا به نارسایی مزمن قلبی در مرکز آموزشی درمانی فیروزآبادی در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۸ بود.

**روش بررسی:** در این مطالعه مقطعی، ۲۵۰ بیمار سالمند مبتلا به نارسایی مزمن قلبی بستری در مرکز آموزشی درمانی فیروزآبادی، به روش نمونه گیری مستمر در سال ۱۳۹۸ انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل فرم مشخصات جمعیت شناختی، فرم کوتاه شده‌ی آزمون شناختی و مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی بود که برای هر نمونه به صورت مصاحبه حضوری توسط پژوهشگر در مدت زمان ۱۵ الی ۲۰ دقیقه تکمیل شد. داده‌ها با آمار توصیفی و آمار استنباطی همچون آزمون تی مستقل و آنالیز واریانس در نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ در سطح معنی داری  $P \leq 0/05$  مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد بیشتر (۶۴/۸٪) سالمندان مورد مطالعه در محدوده سنی بین ۶۰ تا ۷۴ سال قرار داشتند و ۵۲ درصد نمونه‌ها مرد و ۴۸ درصد زن بودند. میانگین نمره اضطراب ۱/۵۲ با انحراف معیار ۱/۱۴ و افسردگی ۲/۱۸ با انحراف معیار ۱/۵۱ بوده است، که اضطراب و افسردگی بیمارستانی را در سطح نرمال نشان می‌دهد اما اضطراب و افسردگی بیمارستانی با متغیر جنسیت ارتباط معنی‌دار آماری داشت به طوری که اضطراب و افسردگی در سالمندان زن به طور معنی‌داری بالاتر از سالمندان مرد بود ( $P=0/024$ ).

**نتیجه‌گیری کلی:** یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که اضطراب و افسردگی بیمارستانی سالمندان مبتلا به نارسایی مزمن قلبی در سطح پایینی بود. از آنجا که اضطراب و افسردگی سالمندان در سطوح پایین هم می‌تواند در تعامل و مشارکت بین بیمار سالمند و مراقبین، خلل وارد نماید، در راستای ارتقاء کیفیت مراقبت‌های پرستاری استاندارد، داده‌ها و اطلاعات مبتنی بر شواهد علمی می‌تواند در تدوین برنامه ریزی جهت ایجاد بیمارستان‌های دوستدار سالمند برای مدیران و سیاست‌گذاران مراقبتی کاربرد داشته باشد.

### کلید واژه‌ها: اضطراب، افسردگی، نارسایی قلبی

تعارض منافع : ندارد

تاریخ دریافت: ۹۸/۴/۲۹

تاریخ پذیرش: ۹۸/۸/۲

۱. استادیار، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۲. استاد، گروه پرستاری سلامت جامعه و سالمندی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
- شماره تماس: +۹۸۴۳۶۵۱۸۲۰ Email: bastani.f@iums.ac.ir
۳. مربی، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۴. کارشناس ارشد پرستاری سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

## مقدمه

سالمندی از پدیده‌های مطرح سال‌های اخیر در عرصه بهداشت و سلامت جهانی محسوب می‌شود و یک دوره غیرقابل اجتناب و غیرقابل برگشت است که ویژگی‌های زیستی، فیزیولوژیکی، روانی و اجتماعی و اقتصادی خاص خود را دارد<sup>(۱)</sup>. در حال حاضر تعداد سالمندان سراسر جهان حدود ۶۰۰ میلیون نفر تخمین زده می‌شود که پیش بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۵ این تعداد دو برابر شده و تا سال ۲۰۵۰ به رکورد دو میلیارد نفر برسد<sup>(۲)</sup>. با افزایش سن و در دوران سالمندی سیستم‌های مختلف بدن تحلیل می‌رود و در عمل توانایی‌های انسان کاهش می‌یابد، تغییراتی در تمام اندام‌ها و همچنین در سیستم قلبی و عروقی ایجاد می‌شود که غیرقابل توقف و برگشت است<sup>(۳)</sup>. یکی از شایع‌ترین مشکلات جسمی که باعث بسیاری از ناتوانی‌ها در دوران سالمندی می‌شود، بیماری نارسایی مزمن قلبی است که از شایع‌ترین علل مراجعه‌ی افراد سالمند به مراکز درمانی است. این بیماری شرایطی را توصیف می‌کند که قلب قادر به پمپ کردن خون کافی به بافت‌های بدن در جهت تأمین نیازهای اساسی بدن نیست<sup>(۴)</sup>. نارسایی قلب مرحله انتهایی همه بیماری‌های قلبی و عروقی است که درصد قابل توجهی از این موارد را سالمندان تشکیل می‌دهند<sup>(۵)</sup> که نیاز به مراجعه مکرر به مراکز درمانی و بستری شدن‌های متعدد دارند.

در بین مراقبت‌های ارایه شده در محیط‌های درمانی، مراقبت‌های پرستاری کل نگر (holistic) از اهمیت بیشتری برخوردار است زیرا مراقبت، واقعیت اساسی و محوری رشته پرستاری است که به همه ابعاد سلامتی منجمله سلامت روان توجه دارد<sup>(۶)</sup>. مراقبت پرستاری نه تنها با نتایج بالینی و اثرات خدمات درمانی و منافع اقتصادی، بلکه با مسایل روانشناختی نیز عجین است. بنابراین در مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی درمانی، ارزیابی ترس و اضطراب بیماران سالمند بستری در مراکز درمانی و افزایش اعتماد به نفس و آرامش آنان در طول مدت درمان و به دنبال آن رضایتمندی از خدمات دریافتی، کاهش طول

مدت بستری و نیز هزینه‌های درمان‌های تهاجمی و غیرتهاجمی با اهمیت تلقی می‌شود<sup>(۷-۹)</sup>. نارسایی مزمن قلبی و پیامد و عوارض ناشی از آن و ورود به محیط درمانی می‌تواند فشارهای روانی بیماران مانند اضطراب و هیجان و افسردگی را تشدید کند و تأثیرات خطرناکی بر روی سیستم قلبی و عروقی ایجاد نماید و منجر به افزایش کار قلب، افزایش مرگ و یا کاهش عملکرد فرد و تمایل بیماران در روند درمان گردد که از پیامدهای نامطلوب بستری در بیمارستان می‌باشد<sup>(۱۰)</sup>. همچنین اضطراب و افسردگی از شایع‌ترین عوارض بیماری‌های قلبی، به ویژه در سالمندان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلب است که یک عامل تهدید کننده برای زندگی این افراد به شمار می‌رود<sup>(۱۱)</sup>. اضطراب و افسردگی در حیطه‌های مختلف زندگی انسان وجود دارد که در بعضی از مواقع از جمله بستری شدن در بیمارستان تشدید می‌یابد. زیرا محیط بیمارستان یک عامل تنش‌زا است که سبب افزایش بروز واکنش‌های روانی می‌گردد که ممکن است به نا آرامی فرد منجر شود و می‌تواند به عنوان پیامد منفی در هنگام بازتوانی قلب بیماران نیز تظاهر پیدا کند<sup>(۱۲)</sup>.

از آن جایی که بیماران به عنوان مشتریان (Consumers) نظام سلامت تلقی می‌شوند و ارزیابی و دیدگاه آنان عامل مهمی در جهت ارتقای سلامت جسمانی و روانی آنان محسوب می‌شود، توجه به نیازهای جسمی و روانشناختی می‌تواند در رضایتمندی بیشتر آنان و کاهش مسائلی همچون اضطراب و افسردگی در طول مدت بستری منجر به بهبودی سریع‌تر بیماران و کاهش طول مدت بستری گردد<sup>(۱۳)</sup>. در تحقیق Moradian و همکاران به بروز بالای اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر اشاره شده است که می‌تواند همراه با عوارض جدی در بهبودی، افزایش مرگ و پیامدهای قلبی مضر باشد<sup>(۱۴)</sup>. در این خصوص، Rouhi Balasi و همکاران نیز طی پژوهش خود، نتیجه گرفتند که افسردگی و اضطراب بیماران بعد از آنژیوپلاستی کرونر بر کیفیت زندگی آنان اثرگذار است که نیازمند مداخلات مشاوره‌ای

دانشگاه علوم پزشکی ایران (با کد IR.IUMS.REC.1397.1047 مورخ بهمن ماه ۱۳۹۷) و توضیحات لازم به مسئولین ذیربط و تکمیل فرم رضایت نامه کتبی، اقدام به نمونه‌گیری به روش مستمر نمود. برای تعیین حجم نمونه در سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و با فرض این که ضریب تعیین اضطراب و افسردگی بیمارستانی در سالمندان مبتلا به نارسایی قلبی حداقل سه درصد باشد، حجم نمونه ۲۵۰ نفر برآورد گردید.

جهت گردآوری اطلاعات، ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه شامل فرم ویژگی‌های جمعیت شناختی (شامل اطلاعاتی از قبیل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، شغل، تحصیلات، وضعیت بیمه، سابقه بستری شدن، بیماری همراه، استعمال دخانیات، سابقه خانوادگی بیماری قلبی) بود که از طریق مصاحبه و با استفاده از پرونده سالمند در ابتدای ورود به مطالعه تکمیل شد. برای ارزیابی شناختی سالمندان از فرم آزمون شناختی (Abbreviated Mental Test) که حاوی ده سؤال است استفاده شد. نمره کل آزمون ۱۰ و کسب نمره مساوی و یا بالاتر از ۷ در این آزمون به معنی نداشتن اختلال شناختی بود. روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران مورد تأیید قرار گرفته است که ضریب آلفای کرونباخ آن مساوی ۰/۷۶ بوده است<sup>(۱۸)</sup>. پرسشنامه اضطراب و افسردگی بیمارستانی (HADS)، یک ابزار خود گزارشی ۱۴ سؤالی می‌باشد که برای تعیین وجود و شدت نشانه‌های افسردگی و اضطراب در بیماران طراحی شده است. این مقیاس توسط Zigmund و Snaith در سال ۱۹۸۳ طراحی شده و مدت زمان اجرای آن حدود ۱۰ دقیقه است<sup>(۱۹)</sup>. این ابزار یک زیرمقیاس افسردگی هفت جزیی و یک زیرمقیاس اضطرابی هفت قسمتی دارد که یک ابزار معتبر برای ارزیابی اضطراب و افسردگی در بیماران در بیمارستان عمومی و برای برآورد شدت اختلال هیجان است. هر جزء آزمون بر روی یک مقیاس صفر تا سه (۳-۰) نمره گذاری می‌شود. بنابراین نمرات زیرمقیاس‌های افسردگی و اضطراب پرسشنامه (HADS)، در دامنه‌ی صفر

و حمایت‌های روانشناختی طی انجام این پروسیجر در بیمارستان و بعد از آن می‌باشد<sup>(۱۵)</sup>. به نظر می‌آید این دو متغیر روانشناختی به عنوان یک عامل واسطه‌ای با پدیده‌های مربوط به سلامتی انسان‌ها مطرح‌اند که از این لحاظ بررسی آن را حائز اهمیت می‌نماید. برای مثال، Ypsilanti و همکاران به این نتیجه رسیدند که افسردگی و اضطراب افراد جامعه دارای فراوانی قابل ملاحظه است که به عنوان یک متغیر واسطه‌ای در خودانزجاری و اختلال خواب نقش ایفا می‌کنند که در سطح سلامتی افراد تعیین کننده است<sup>(۱۶)</sup>. هم چنین نتایج مطالعه Milajerd و همکاران در خصوص افسردگی و اضطراب افراد ایرانی نشان داد که ۹۴۳ نفر (۲۸/۶٪) دارای افسردگی در حد مرز بوده و از نظر اضطراب نیز ۴۴۸ نفر (۱۳/۶٪) در سطوح مرزی قرار داشتند<sup>(۱۷)</sup>. بنابراین این مطالعه با هدف تعیین اضطراب و افسردگی بیمارستانی در سالمندان مبتلا به نارسایی مزمن قلبی در مرکز آموزشی درمانی فیروزآبادی انجام گردید.

### روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه مقطعی بود. محیط پژوهش در این مطالعه مرکز آموزشی درمانی فیروزآبادی شهرستان ری بود. جامعه پژوهش را تمام سالمندان مبتلا به نارسایی مزمن قلبی بستری در بخش‌های مختلف قلبی (CCU1, CCU2, Post CCU) با شرایط تعیین شده برای نمونه‌های پژوهش تشکیل می‌دادند. معیارهای ورود به مطالعه شامل سالمندان مبتلا به نارسایی مزمن قلبی بستری در لیست ترخیص، مبتلا نبودن سالمندان مورد مطالعه به اختلال شناختی (با کسب نمره وضعیت شناختی ۷ و بالاتر در مقیاس AMT)، مصرف نکردن داروهای ضد اضطراب، ضد افسردگی و مواد مخدر، توان برقراری ارتباط با دیگران، و نداشتن بیماری جدی روانی خاص همچون اختلالات اضطرابی و افسردگی شناخته شده (بر اساس اظهارات خانواده یا پرونده‌ی پزشکی بیمار) بود. پژوهشگر پس از اخذ مجوز از مسئولین و تأییدیه کمیته اخلاق

معرفی نامه و ارایه آن به ریاست و معاونت پژوهشی مرکز آموزشی درمانی فیروزآبادی، ضمن توضیح اهداف مطالعه، روش اجرا و اطمینان دادن به سالمندان جهت محرمانه ماندن اطلاعات، اقدام به گرفتن رضایت‌نامه کتبی نموده و سپس اقدام به تکمیل ابزار گردآوری داده‌ها (فرم مشخصات فردی سالمند، پرسشنامه AMT و مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی (HADS) نمود. تکمیل پرسشنامه‌ها به صورت مصاحبه حضوری توسط پژوهشگر در مدت زمان حدود ۱۵ الی ۲۰ دقیقه انجام گرفت. نمونه‌گیری از اوایل اسفند سال ۱۳۹۷ تا پایان خرداد سال ۱۳۹۸ و تقریباً به مدت چهار ماه به طول انجامید. بعد از گردآوری پرسشنامه‌ها، تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ در سطح معنی داری  $P \leq 0/05$  و با استفاده از روش‌های آمار توصیفی مانند تنظیم جداول توزیع فراوانی، محاسبه شاخص‌های عددی و آمار استنباطی و آزمون‌های تی مستقل و آنالیز واریانس انجام گردید.

#### یافته‌ها

در این مطالعه محدوده سنی بین ۶۰ تا ۷۴ سال با  $64/8$  درصد بیشترین فراوانی را در بین گروه سنی سالمندان داشت (دامنه سنی نمونه‌های پژوهش ۶۰ تا ۹۵ سال بود). سایر مشخصات فردی در جدول شماره ۱ نمایش داده شده است.

تا ۲۱ قرار می‌گیرد. به طوری که نمرات در دامنه‌ی ۰ تا ۷ عادی یا طبیعی، ۸ تا ۱۰ خفیف و ۱۱ تا ۲۱ شدید در نظر گرفته می‌شود. استفاده از این مقیاس برای پیش بینی استرس و اضطراب در بیماران قلبی مفید است. این مقیاس با روایی و پایایی قابل قبول جهت استفاده در تمام بیماران بستری در بخش‌های بیمارستانی (با سنجش پایایی آلفای کرونباخ  $0/83$ ) مورد توصیه قرار گرفته است. روایی و پایایی آن در ایران در سال ۱۳۸۳ توسط منتظری و همکاران در مرکز تحقیقاتی سرطان سینه بررسی و تأیید شده است  $(P=0/78)^{(20)}$ . پایایی و روایی از نوع صوری و محتوای این پرسشنامه در سال ۱۳۸۸ در مطالعه‌ای توسط کاویانی ارزیابی شده است. پایایی پرسشنامه را با آلفای  $0/70$  در خرده مقیاس افسردگی و آلفای کرونباخ  $0/85$  را در خرده مقیاس اضطراب بررسی و گزارش نمودند<sup>(۲۱)</sup>. در مطالعه حاضر پژوهشگر پیش از انجام نمونه‌گیری، جهت تعیین پایایی ابزارها اقدام به تکمیل پرسشنامه‌ها از ۲۰ سالمند واجد شرایط ورود به مطالعه نمود که خارج از نمونه‌های پژوهش بودند. ضریب پایایی برای کل مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی  $0/73$  به دست آمد که از  $0/7$  بالاتر بوده و می‌تواند قابل قبول باشد.

به منظور انجام این مطالعه پژوهشگر پس از تصویب پروپوزال و اخذ اجازه از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران، با کسب مجوز اجرای پژوهش از دانشکده پرستاری و مامایی و دانشگاه علوم پزشکی ایران، با در دست داشتن

جدول شماره ۱: ویژگی‌های فردی نمونه‌ها و شاخص‌های عددی اضطراب و افسردگی بیمارستانی بر حسب آن‌ها

مشخصات فردی	فراوانی (درصد)	اضطراب		افسردگی	
		انحراف معیار $\pm$ میانگین	نتیجه آزمون	انحراف معیار $\pm$ میانگین	نتیجه آزمون
۶۰-۷۴	۱۶۲ (۶۴/۸)	$1/5 \pm 1/22$	$F=0/028$	$2/05 \pm 1/8$	$F=1/241$
سن (سال)	۷۵-۹۰	$1/52 \pm 1/13$	$P=0/998$	$2/5 \pm 1/53$	$P=0/294$
۹۰ و بالاتر	۳۳ (۱۳/۲)	$1/57 \pm 0/93$		$2/18 \pm 1/3$	
جنسیت	مرد	$1/36 \pm 0/96$	$t=2/278$	$1/98 \pm 1/43$	$t=2/229$
زن	۱۲۰ (۴۸)	$1/69 \pm 1/28$	$df=219/024$	$2/4 \pm 1/56$	$df=219/7$
وضعیت تأهل	مجرد	$1/5 \pm 0/37$	$F=2/111$	$2/43 \pm 2/44$	$F=0/899$
متاهل	۱۳۷ (۵۴/۸)	$1/2 \pm 0/1$	$P=0/099$	$2/18 \pm 1/47$	$P=0/442$

	۲/۲۵ ± ۱/۳۹		۰/۹۶ ± ۰/۱۱	۷۸ (۳۱/۲)	بیوه	
	۱/۶۸ ± ۱/۲۴		۰/۸۷ ± ۰/۲	۱۹ (۷/۶)	مطلقه	
	۱/۹۲ ± ۱/۳۵		۱/۰۵ ± ۰/۲	۲۷ (۱۰/۸)	شاغل	
وضعیت		F=۰/۶۹۴	۰/۹۳ ± ۰/۲۸	۱۱ (۴/۴)	بیکار	
اشتغال	F=۰/۶۷۴		۱/۱۵ ± ۰/۱	۱۲۸ (۵۱/۲)	بازنشسته	
	P=۰/۵۶۹	P=۰/۵۵۷	۱/۱۷ ± ۰/۱۲	۸۴ (۳۳/۶)	خانه دار	
	۲/۳۵ ± ۱/۵۹					
	t= ۰/۵۱۴	t= ۱/۴۱۸	۱/۴۶ ± ۱/۱۲	۱۹۷ (۷۷/۸)	دارد	
	df= ۲۴۸	df=۲۴۸	۱/۷۱ ± ۱/۱۸	۵۳ (۲۱/۲)	ندارد	بیمه
	P=۰/۶۰۸	P=۰/۱۵۷				
	۲/۲۷ ± ۱/۳۷		۱/۵۱ ± ۱/۱	۸۴ (۳۳/۶)	بیسواد	
	۲/۲ ± ۱/۵۶	F=۰/۳۵	۱/۵۸ ± ۱/۲۴	۶۸ (۲۷/۲)	ابتدایی	
تحصیلات	F=۰/۹۳۷		۱/۵ ± ۱/۰۶	۵۱ (۲۰/۴)	سیکل	
	P=۰/۴۴۳	P=۰/۸۴۴	۱/۵۴ ± ۱/۲۲	۳۵ (۱۴)	دیپلم	
	۲/۳۱ ± ۱/۶۹		۱/۱۶ ± ۰/۹۳	۱۲ (۴/۸)	بالتر از دیپلم	
	۱/۴۱ ± ۰/۹					

### بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه، یافته‌ها نشان داد که سالمندان شرکت کننده در این پژوهش در محدوده سنی بین ۶۰ تا ۷۴ سال بودند که با ۶۴/۸ درصد بیشترین فراوانی را در بین گروه سنی سالمندان دارا بودند که طبق طبقه بندی سازمان بهداشت جهانی به اصطلاح سالمند جوان اطلاق می شدند که با ۶۴/۸ درصد گروه سنی سالمندان مورد مطالعه با بیشترین فراوانی بودند. از کل نمونه‌های پژوهش، ۵۲ درصد بیماران مرد و ۴۸ درصد بیماران زن بودند. بیش از نیمی از سالمندان متأهل بوده و از نظر وضعیت تحصیلی تنها ۳۳/۶ درصد از سالمندان بی سواد و بقیه با سواد و تحصیل کرده بودند. از نظر وضعیت شغلی فقط ۴/۴ درصد سالمندان بیکار بوده و بیش از نیمی از آنان از حقوق بازنشستگی بهره مند بودند و ۷۸/۸ درصد آن‌ها دارای بیمه سلامت نیز بودند. از آن جا که رایه مراقبت‌ها با کیفیت مناسب در زمینه خدمات پرستاری به عنوان یک اولویت در نظام خدمات بهداشتی مطرح شده است<sup>(۲۲)</sup>، توجه و ارزیابی اختلالات خلقی و روانشناختی در افسردگی بیماران بستری در یک بیمارستان یا مرکز آموزشی درمانی که با عوامل متعددی در ارتباط است، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است گر چه این گونه ارزیابی‌ها در خصوص

داده‌های جمع آوری شده از مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی نشان داد که میانگین نمره اضطراب سالمندان مورد پژوهش ۱/۵۲ با انحراف معیار ۱/۱۴ و میانگین نمره افسردگی ۲/۱۸ با انحراف معیار ۱/۵۱ است. لازم به ذکر است که اضطراب و افسردگی تمام واحدهای مورد پژوهش در سطح نمره کمتر از ۸ بود (جدول شماره ۲).

### جدول شماره ۲: شاخص‌های عددی اضطراب و افسردگی بیمارستانی در سالمندان مورد مطالعه

اضطراب (۰-۲۱)	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار
۰	۶	۱/۵۲	۱/۱۴	اضطراب (۰-۲۱)
۰	۷	۲/۱۸	۱/۵۱	افسردگی (۰-۲۱)

یافته‌ها در مورد شاخص‌های عددی اضطراب و افسردگی سالمندان مبتلا به نارسایی مزمن قلب بر حسب مشخصات فردی نشان داد، اضطراب (P=۰/۰۲۴) و افسردگی (P=۰/۰۲۷) بیمارستانی تنها با جنسیت ارتباط معنی دار آماری داشت به طوری که اضطراب و افسردگی در سالمندان زن به طور معنی داری بالاتر از سالمندان مرد بود (جدول شماره ۱).

آموزشی این متغیر (اضطراب و افسردگی) را مورد ارزیابی قرار داده بودند، مشابه است ولی با نتایج کار پژوهشی Cosanso و همکاران<sup>(۳۷)</sup>، Shujaat و همکاران<sup>(۱۱)</sup> و Moradian و همکاران<sup>(۲۸)</sup> همسو نمی‌باشد. نتایج مطالعات غیر همسو نشان از افزایش اضطراب و افسردگی بیمارستانی در بیماران بستری در بخش‌های قلبی داشته است که یکی از دلایل آن بستری شدن طولانی‌تر این بیماران متعاقب علائم و عوارض قلبی وسیع‌تر ذکر شده است. به طور کلی، اضطراب و استرس واکنشی است در برابر تهدید و نگرانی مبهم و درونی با منشأ ناخودآگاه که عوامل گوناگونی در آن دخیل است. در این میان انواع خاصی از اضطراب بر اساس منبع آن شناخته و نام‌گذاری شده‌اند که اضطراب بیمارستانی یکی از آنهاست. در پژوهشی که توسط Rabie siah kali در افراد خانواده ۱۳۰ بیمار بستری در بخش مراقبت ویژه در مراکز آموزشی درمانی پورسینا و رازی انجام شد و از ابزار اضطراب و افسردگی بیمارستانی (HADS) نیز استفاده کرده بودند، نتایج نشان داد که ۷۵/۵ درصد از افراد خانواده بیماران بستری در آن بخش‌ها دچار اضطراب شده بودند<sup>(۲۵)</sup>.

نتایج مطالعه کنونی گرچه نشان داد که میانگین اضطراب و استرس بیمارستانی سالمندان مورد مطالعه در حد نرمال بود لیکن از نظر توصیف نمونه‌ها و نمره کسب شده در خصوص این متغیرها و در ارتباط با مشخصات جمعیت شناختی، بیانگر آن بود که تنها متغیر جنسیت ارتباط معنی‌دار آماری با اضطراب و افسردگی داشته است به طوری که نمره اخذ شده اضطراب و افسردگی در سالمندان زن به طور معنی‌داری بالاتر از نمره سالمندان مرد بود. قابل ذکر است که سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش حاضر در محدوده سنی بین ۶۰ تا ۷۴ سال بودند که با ۶۴/۸ درصد بیشترین فراوانی را در بین گروه سنی سالمندان داشتند و به اصطلاح سالمند جوان به شمار می‌آیند. Boehlen و همکاران در سال ۲۰۲۰ که بر روی عوامل پیش‌بینی کننده جنسیتی اختلالات اضطرابی سالمندان در هنگام رانندگی تحقیق انجام داده‌اند، به این نتیجه رسیدند که زنان سالمند

سالمندان ایرانی حتی در بیمارستان‌های آموزشی بعد از اجرای حاکمیت بالینی به طور اندک صورت گرفته است. گرچه ارزیابی اضطراب و افسردگی بیمارستانی از سایر جهات نیز دارای اهمیت بسزایی می‌تواند باشد که از آن جمله ارتباط این متغیرها و عوامل با میزان شناخت سالمندان بستری است. به گونه‌ای که در مطالعه Martinussen و همکاران نشان داده شد که اختلال اضطرابی عملکرد عمومی شناختی را که با ابزار Mini Mental Status Examination (MMSE) بررسی شده بود، را کاهش می‌دهد<sup>(۳۳)</sup>. با توجه به این که در بیماری‌های جدی و وخیم، افراد به طور ناگهانی و بدون هشدار قلبی در بخش‌های مراقبت‌های ویژه مراکز درمانی بستری می‌شوند، گاهاً بیماران را که با شرایط پیش‌آمده قادر به انطباق نیستند، دچار آسیب‌های روانشناختی می‌شوند که یکی از این آسیب‌ها اضطراب و استرس بیمارستانی است<sup>(۲۴)</sup>.

یافته‌های مطالعه کنونی در خصوص اضطراب و افسردگی بیمارستانی نشان داد که هیچ یک از واحدهای مورد پژوهش در سطح شدید و غیرطبیعی دارای این وضعیت روانشناختی در مرکز آموزشی درمانی فیروزآبادی نبودند (با کسب نمره کمتر از ۸ در هر یک از زیرمقیاسها). از آن‌جا که اضطراب و افسردگی احتمالاً می‌تواند در طول مدت بستری، وضعیت عملکرد، کیفیت زندگی، مدت بستری و حتی نتیجه درمانی بیماران قلبی تأثیر منفی بگذارد و فراوانی اضطراب و افسردگی در بیماران قلبی نسبتاً بالاست، ارزیابی و درمان این دو اختلال در این بیماران حایز اهمیت است. با توجه به این که در بیماری‌های جدی و وخیم، افراد به طور ناگهانی و بدون هشدار قلبی در بخش‌های مراقبت‌های ویژه مراکز درمانی بستری می‌شوند، گاهاً بیماران را که با شرایط پیش‌آمده قادر به انطباق نیستند، دچار آسیب‌های روانشناختی می‌کند که یکی از این آسیب‌ها اضطراب و استرس بیمارستانی است<sup>(۲۵)</sup>. این نتایج با یافته‌های مطالعه Polikandrioti و همکاران<sup>(۱۰)</sup> و Orujlu و همکاران<sup>(۳۶)</sup> که عمدتاً در بیمارستان‌های



بالای ۷۰ سال دارای میزان اضطراب بالاتری نسبت به مردان بوده‌اند<sup>(۲۹)</sup>. یافته‌های مطالعه کنونی در این باب، با نتایج تحقیق Cosanso و همکاران<sup>(۳۷)</sup>، Polikandrioti و همکاران<sup>(۱۰)</sup> Shujaat و همکاران<sup>(۱۱)</sup> و Orujlu و همکاران<sup>(۳۶)</sup> که در مورد بیماران مبتلا به عروق کرونر بود همسو می‌باشد. در پژوهش حاضر، اضطراب و افسردگی بیمارستانی در سطح پایینی بود که این امر می‌تواند به دلیل آموزشی و دانشگاهی بودن بیمارستان مورد نظر و راه اندازی فرآیند حاکمیت بالینی و اعتباربخشی و ارتقای کیفیت خدمات و مراقبت‌ها به بیماران باشد حاکمیت بالینی مکانیسمی فراگیر و قدرتمند برای حصول اطمینان از رعایت بالاترین استانداردهای ارائه خدمات درمانی با کمترین عارضه و پیامدهای نامطلوب است. سازمان‌های متولی سلامت همواره به نحوی به دنبال حصول اهداف ارتقای سلامت (در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی) در بیماران سرپایی و بستری از طریق ارتقای کیفیت خدمات و افزایش پاسخگویی ارائه دهندگان مراقبتی و رضایتمندی مشتریان و از جمله سالمندان و ایجاد بیمارستان‌های دوستدار سالمند و نیز کاهش هزینه‌های عود مجدد بیماری هستند که به مراقبت ایمن و توسعه اقتصادی در بعد سلامت کمک می‌کند<sup>(۳۰،۳۱)</sup>. گرچه بنا به اظهار Vodermaier و همکاران شناسایی و غربالگری اختلالات روانشناختی بیمارستانی نیازمند بررسی بیشتر در نمونه‌هایی با حجم بالا و مشکلات بالینی و ویژگی‌های جمعیت شناختی با طیف متنوع و متفاوت می‌باشد<sup>(۳۲)</sup>.

در راستای ایجاد "بیمارستان‌های دوستدار سالمند" و تحقق مفهوم "سالمندی سالم و فعال و موفق" هنوز نیاز به مطالعات و مداخلات بیشتر در حوزه سلامت روان به ویژه در زنان سالمند بستری در بیمارستان می‌باشد<sup>(۳۳-۳۵)</sup>. بنابراین، با افزایش صد درصدی کاهش اضطراب و افسردگی بیمارستانی و افزایش رضایتمندی و کیفیت مراقبت‌ها می‌توان به پیامدهای مطلوبی همچون ارتقاء سلامت و بهبودی بیماران سالمند و نیز مشارکت آنان در روند درمان به ویژه در زنان سالمند دست یافت. ذکر این

نکته ضروری است که در پژوهش حاضر، محدودیت‌هایی نیز وجود داشت. نخست آن که این مطالعه در مرکز آموزشی درمانی فیروزآبادی انجام شد و از آنجایی که نمونه‌ها لزوماً نماینده کلی جامعه نیستند، بهتر است جهت دستیابی به نتیجه‌ای که کل جامعه را در برگیرد، این مطالعه در وسعت بیشتر مکانی و در جامعه بزرگتر صورت پذیرد. نکته دوم آن که این مطالعه در سالمندانی انجام شد که حداقل نمره‌ی هفت را در آزمون AMT کسب نمودند و در واقع فاقد هرگونه اختلال شناختی بودند. به نظر می‌رسد بررسی متغیر اضطراب و افسردگی بیمارستانی در سالمندانی که اختلال شناختی دارند نتایج دیگری را به همراه داشته باشد. محدودیت بعدی، این که پژوهش حاضر به صورت مقطعی انجام شده است. به منظور درک کامل اضطراب و افسردگی بیمارستانی، پیشنهاد می‌گردد مطالعات روندی (trend study) صورت گیرد تا ارزیابی دقیقی از متغیر اضطراب و افسردگی بیمارستانی در مرور گذشت زمان، در مراحل مختلف بستری در بیمارستان و به عبارتی از بدو ورود و پذیرش بیمار تا ترخیص از بیمارستان انجام گیرد تا با اطلاعات به دست آمده مداخلات حمایتی و آموزشی- مشاوره‌ای مناسب صورت گیرد. هم چنین برای درک و شناخت دقیق‌تر این مؤلفه روانشناختی در بیمارستان، پیشنهاد می‌گردد مطالعات آتی بر پژوهش‌هایی با رویکرد کیفی در حوزه سلامت روان، به ویژه در زنان سالمند بستری در بیمارستان تمرکز یابند.

**تعارض منافع:** هیچ گونه تعارض منافع از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

#### تقدیر و تشکر:

مطالعه حاضر بخشی از طرح پژوهشی پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران با کد 97-4-13855-3 است. از سالمندانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند کمال تشکر را داریم. هم‌چنین از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی و

خدمات بهداشتی درمانی ایران که حامی ما در این طرح بودند قدردانی می گردد.

## References

1. Statistical Center of Iran. Selected Findings of the 2016 National Population and Housing Census . Vice Presidency Plan and Budget Organization. 2016. Available at: [https://www.amar.org.ir/Portals/1/census/2016/Census\\_2016\\_Selected\\_Findings.pdf](https://www.amar.org.ir/Portals/1/census/2016/Census_2016_Selected_Findings.pdf) . Accessed: 3 Dec 2019.
2. Statistical Center of Iran. Islamic Republic of Iran. Vice Presidency for Strategic Planning and Supervision Statistical Centre of Iran, Selected Findings of National Population and Housing Census. 2011. Available at: <https://www.amar.org.ir/Portals/1/Iran/90.pdf>. Accessed :3 Dec 2019.
3. Miller CA. Nursing for wellness in older adults. 8<sup>th</sup> ed Lippincott Williams & Wilkins; 2018.
4. North BJ, Sinclair DA. The intersection between aging and cardiovascular disease. *Circulation research*. 2012;110(8):1097-108.
5. Guerra F, Brambatti M, Matassini MV, Capucci A. Current therapeutic options for heart failure in elderly patients. *BioMed Res Int*. 2017;(8):1-11 .
6. Celik GO. The relationship between patient satisfaction and emotional intelligence skills of nurses working in surgical clinics. *Patient Prefer Adherence*. 2017;11:1363-8.
7. Banaei A, Hashemi B, Bakhshandeh M, Mofid B. Trade-off between the conflicting planning goals in correlation with patient's anatomical parameters for intensity-modulated radiotherapy of prostate cancer patients. *J Radiother Pract*. 2019;18(3):232-8.
8. Karaca A, Durna Z. Patient satisfaction with the quality of nursing care. *Nursing open*. 2019;6(2):535-45.
9. Banaei A, Hashemi B, Bakhshandeh M, Mofid B. Evaluation of various common prostate IMRT techniques based on estimated tumor control and normal tissue complication probabilities in correlation with patients anatomical parameters derived from the CT scans. *Polish Journal of Medical Physics and Engineering*. 2019;25(1):35-41.
10. Polikandrioti M, Koutelekos I, Vasilopoulos G, Gerogianni G, Gourni M, Zyga S, Panoutsopoulos G. Anxiety and depression in patients with permanent atrial fibrillation: prevalence and associated factors. *Cardiol Res Pract*. 2018;(4):1-9 .
11. Khan SA, Azhar S, Asad SM, Iqbal A, Kousar R, Ahmad M, Taha A, Murtaza G. Assessment of anxiety and depression in hospitalized cardiac patients of Faisalabad Institute of Cardiology, Pakistan. *Trop J Pharm Res*. 2016;15(11):2483-8.
12. Sharma Dhital P, Sharma K, Poudel P, Dhital PR. Anxiety and depression among patients with coronary artery disease attending at a cardiac center, Kathmandu, Nepal. *Nursing Research and Practice*. 2018;2018: 4181952.
13. Xesfingi S, Vozikis A. Patient satisfaction with the healthcare system: assessing the impact of socio-economic and healthcare provision factors. *BMC Health Serv Res*. 2016;16(1):94.
14. Moradian ST, Ebadi A, Saeid Y, Asiabi M. Hospital anxiety and depression in patients with coronary artery disease. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN)*. 2013; 1(2):54-61. [Persian]
15. Rouhi Balasi L, Salari A, Nourisaeed A, Moaddab F, Shakiba M, Givzadeh H. Anxiety and Depression in Patients Undergoing Coronary Angioplasty. *Journal of Client-Centered Nursing Care*. 2016;2(4):231-8. [Persian]
16. Ypsilanti A, Lazuras L, Robson A, Akram U. Anxiety and depression mediate the relationship between self-disgust and insomnia disorder. *Sleep Health*. 2018;4(4):349-51.
17. Milajerdi A, Keshteli AH, Afshar H, Esmailzadeh A, Adibi P. Dietary total antioxidant capacity in relation to depression and anxiety in Iranian adults. *Nutrition*. 2019;65:85-90.
18. Bakhtiyari F, Foroughan M, Fakhrzadeh H, Nazari N, Najafi B, Alizadeh M, Arzaghi M, Sharifi F, Shoae S, Mostafa Q. Validation of the persian version of Abbreviated Mental Test (AMT) in elderly residents of Kahrizak charity foundation. *Iranian journal of Diabetes and Metabolism*. 2014;13(6):487-94.

19. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67(6):361-70.
20. Montazeri A, Vahdaninia M, Ebrahimi M, Jarvandi S. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): translation and validation study of the Iranian version. *Health Qual Life Outcomes.* 2003;1(1):14.
21. Kaviani H, Seyfourian H, Sharifi V, Ebrahimkhani N. Reliability and validity of anxiety and depression hospital scales (HADS): Iranian patients with anxiety and depression disorders. *Tehran University Medical Journal.* 2009;67(5):379-85. [Persian]
22. González-Martín S, Becerro-de-Bengoa-Vallejo R, Angulo-Carrere MT, Iglesias ME, Martínez-Jiménez EM, Casado-Hernández I, López-López D, Calvo-Lobo C, Rodríguez-Sanz D. Effects of a visit prior to hospital admission on anxiety, depression and satisfaction of patients in an intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs.* 2019;54:46-53.
23. Martinussen LJ, Benth JS, Almdahl IS, Borza T, Selbæk G, Mcpherson B, Korsnes MS. The effect of anxiety on cognition in older adult inpatients with depression: results from a multicenter observational study. *Heliyon.* 2019;5(8):e02235.
24. Choi J, Tate JA, Rogers MA, Donahoe MP, Hoffman LA. Depressive symptoms and anxiety in intensive care unit (ICU) survivors after ICU discharge. *Heart & Lung.* 2016;45(2):140-6.
25. rabie S, khaleghduost T, paryad E, atrkar ruoshan Z. Family and anxiety in intensive care units. *J Holist Nurs Midwifery.* 2007;17(2):1-8. [Persian]
26. Orujlu S, Hemmati-Maslakpak M. Effect of nursing interventions on anxiety and vital signs in patients undergoing endoscopy: a randomized clinical trial study. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery.* 2014;3(3):36-43. [Persian]
27. Cosansu K, Ureyen CM, Yılmaz S. Effect of novel oral anticoagulants on Hospital Anxiety and Depression Scale scores. *Herz.* 2019;44(8):743-9.
28. Moradian ST, Msc FF. Comparison of hospital anxiety and depression among patients with coronary artery disease based on proposed treatment. *Iranian journal of critical care nursing.* 2011;4(2):97-102. [Persian]
29. Boehlen FH, Herzog W, Schellberg D, Maatouk I, Schoettker B, Brenner H, Wild B. Gender-specific predictors of generalized anxiety disorder symptoms in older adults: Results of a large population-based study. *J affect disord.* 2020;262:174-81.
30. Marshall M, Sheaff R, Rogers A, Campbell S, Halliwell S, Pickard S, Sibbald B, Roland M. A qualitative study of the cultural changes in primary care organisations needed to implement clinical governance. *Br J Gen Pract.* 2002;52(481):641-5.
31. Haxby E, Hunter D, Jaggar S. An introduction to clinical governance and patient safety. OUP Oxford; 2010 Sep 16.
32. Vodermaier A, Millman RD. Accuracy of the Hospital Anxiety and Depression Scale as a screening tool in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer.* 2011;19(12):1899-08.
33. Bastani F, Hidarnia A, Montgomery KS, Aguilar-Vafaei ME, Kazemnejad A. Does relaxation education in anxious primigravid Iranian women influence adverse pregnancy outcomes?: a randomized controlled trial. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2006;20(2):138-46.
34. Bastani F. Effect of acupressure on maternal anxiety in women with gestational diabetes mellitus: a randomized clinical trial. *Clin Nurs Res.* 2016;25(3):325-41.
35. Abolhasani F, Bastani F. Successful Ageing in the Dimensions of Life Satisfaction and Perception of Ageing in the Iranian Elderly Adults Referring to the Health Center in the West of Tehran, Iran. *Iran Journal of Nursing.* 2019;31(116):61-74. [Persian]