

وضعیت سلامت روانی و میزان استفاده از خدمات و مراقبت های سالمندی در بین سالمندان ایرانی مقیم استرالیا

مهتاب علیزاده^{۱*}، مارک متیوس^۲ سیده زکیا حسین^۳

چکیده

هدف: این مطالعه به بررسی ارتباط وضعیت سلامت روانی (اضطراب و افسردگی و احساس خوب بودن روانی) افراد سالمند با میزان استفاده از خدمات و مراقبت های اساسی و حمایتی سالمندی و خدمات و مراقبت های پزشکی در بین سالمندان ایرانی مقیم استرالیا می پردازد.

روش ها: این مطالعه مقطعی، توصیفی-تحلیلی، بر روی ۳۰۲ سالمند ۶۵ سال و بالاتر ایرانی ساکن استرالیا به روش تصادفی ساده در طی سال های ۷-۲۰۰۵ انجام شد. روش گردآوری داده ها به شکل مصاحبه چهره به چهره، مصاحبه تلفنی و ارسال پرسشنامه از طریق پست و بوده است. ابزار گردآوری داده ها بر اساس بررسی های سالیانه وزارت بهداشت کشور استرالیا " بررسی وضعیت سلامت سالمندان در سال ۲۰۰۰" تدوین شده است. برای تعیین سلامت روانی از پرسشنامه های استاندارد اختلالات اضطراب و افسردگی (K6) و ابزار احساس خوب بودن روانی (Yeild) استفاده شده است. ابزارهای استاندارد تعیین میزان استفاده از خدمات و مراقبت های سالمندی شامل خدمات و مراقبت های اساسی و حمایتی سالمندی و نیز خدمات و مراقبت های پزشکی بوده اند. در تجزیه و تحلیل داده ها از روش های آماری T Test و ANOVA و مدل رگرسیون خطی و رگرسیون چند متغیره استفاده شد. آنالیز داده ها توسط نرم افزار SPSS ویرایش ۱۵ انجام شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که اکثریت سالمندان مورد مطالعه در مدت ۴ هفته قبل از پرسشگری احساس غمگینی و اضطراب داشتند. بیشتر سالمندان مهاجر ایرانی حد متوسطی از مشکلات روانی (اضطراب و افسردگی) را داشتند. در حدود ۲۵٪ از سالمندان مورد بررسی حد پایینی از احساس خوب بودن روانی را در مدت ۴ هفته قبل از پرسشگری داشتند. میزان استفاده از خدمات و مراقبت های پزشکی و نیز خدمات و مراقبت های پایه و اساسی سالمندی عامل تعیین کننده وضعیت سلامت روانی در سالمندان بودند. در حالی که متغیرهای سلامت روانی (اضطراب و افسردگی و احساس خوب بودن روانی) عامل تعیین کننده در استفاده از خدمات و مراقبت های حمایتی سالمندی در بین سالمندان مورد مطالعه نبودند.

نتیجه گیری: در این مطالعه میزان استفاده از خدمات و مراقبت های سالمندی پایه و اساسی که در برگیرنده برآورده کردن نیازهای روزانه زندگی می باشد، عامل تعیین کننده وضعیت سلامت روانی در سالمندان ایرانی بودند. لذا دست آوردهای این مطالعه می تواند خلا آگاهی از وضعیت سلامت روانی سالمندان مهاجر را در مطالعات سالمندشناسی پر نموده و همچنین به سیاست گذاری های بهداشتی، عدالت اجتماعی، افزایش برابری حقوق سالمندان ایرانی مهاجر و دسترسی بیشتر آنان به خدمات و مراقبت های سالمندی کمک نماید.

واژگان کلیدی: سالمند، خدمات و مراقبت های اساسی و حمایتی سالمندی، احساس خوب بودن روانی، اضطراب و افسردگی

۱- مرکز تحقیقات سلامت سالمندان، پژوهشکده علوم جمعیتی غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲- گروه سالمندی و پیری شناسی، دانشکده علوم بهداشتی - دانشگاه سیدنی، استرالیا

۳- گروه علوم بهداشتی جامعه نگر و بهداشت عمومی - دانشگاه سیدنی، استرالیا

* **نشانی:** تهران، خیابان انقلاب - استاد نجات الهی، پلاک ۴، مرکز تحقیقات سلامت سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تلفن و

فاکس: ۸۸۸۰۸۰۸۲، پست الکترونیک mahtabalizadeh@yahoo.com

مقدمه

سلامت روان یک شاخص مهم در وضعیت سلامت افراد سالمند می باشد و اهمیت زیادی در دستیابی به سالمندی موفق آمیز و برخورداری از کیفیت زندگی در بین سالمندان جوامع و حتی فرهنگ های مختلف دارد [۱]. تنهایی، عدم وجود ارتباطات اجتماعی و وضعیت اقتصادی از عوامل مهم تعیین کننده وضعیت روانی به ویژه در بین افراد سالمند می باشد [۲]. در بسیاری از مطالعات، سن و جنس از جمله عوامل اصلی تاثیرگذار بر وضعیت سلامت روان ذکر شده است و شرایط نامطلوب وضعیت تاهل و سطح تحصیلات باعث وضعیت روانی نامطلوب به ویژه در افراد سالمند می شوند [۳، ۱۰]. در برخی مطالعات بیان شده است که علائمی نظیر برقراری ارتباط کمتر با دوستان و اعضای خانواده در زنان سالمند بیشتر از مردان سالمند دیده می شود [۴]. به علاوه میزان افسردگی مردان سالمند بیشتر تحت تاثیر سلامت جسمانی و مشکلات حرکتی آنان بوده است. همچنین زنان سالمند بدلیل برخورداری کمتر از حمایت های اجتماعی و خانوادگی، علائم بیشتری از افسردگی و احساس اضطراب را نشان می دهند [۵] که این خود منجر به مراجعه بیشتر به پزشکان و مصرف بیشتر داروها می شود [۵].

افراد سالمند مسن تر، گروه های سنی ۸۵ سال و بالاتر، به خصوص مبتلایان به بیماری آلزایمر در معرض ابتلای بیشتری به بیماری های روانی هستند و هزینه های مالی و عاطفی زیادی را بر خانواده های خود تحمیل می کنند، به طوریکه حدود ۷۰ درصد این افراد خانه نشین شده و مسئولیت مراقبت آنها برعهده اعضا خانواده آنان است [۷]. از طرفی بررسی وضعیت افسردگی در افراد سالمند به دلیل ارتباط زیاد آن با میزان خودکشی در افراد سنین ۷۵ سال و بالاتر از اهمیت بالایی برخوردار است [۸]. افسردگی یکی از شایع ترین اختلالات روانی به عنوان یک بیماری ناتوان کننده است که سبب بروز بیشترین میزان گزارشات مرگ ناشی از

خودکشی، حوادث و سوانح و بیماری های قلبی و عروقی و دیگر مشکلات سلامتی در افراد سالمند می شود [۹]. بر اساس نتایج مطالعات میدانی، سالمندانی که تنها زندگی می کنند از سطح پایین تری از امنیت برخوردارند؛ به طوریکه میزان اضطراب آنها در طی زندگی روزمره بیشتر بوده و این سالمندان، ترس از طرد شدگی از سوی فرزندانشان را بیشتر گزارش نموده اند و سالمندانی که با فرزندان خود زندگی می کنند از حمایت های روحی و روانی بیشتری برخوردارند [۱۰]. انزوای اجتماعی و تنها ماندن از جمله عوامل موثر در میزان بروز افسردگی و فراموشی در افراد سالمند است و مشارکت در فعالیت های اجتماعی، خطر مرگ و میر و ادامه زندگی این افراد در مراکز نگهداری را کاهش می دهد [۱۱]. سالمندانی که از خدمات جامعه محور سالمندی استفاده می کنند، در فعالیت های اجتماعی شرکت دارند و دسترسی به خدمات و مراقبت های سالمندی، دارند؛ اغلب از وضعیت سلامت بهتری به خصوص از نظر چاقی، پوکی استخوان و ناتوانایی های جسمی دارند [۱۲].

مهاجرت و تغییر محیط، می تواند بر وضعیت سلامت روان سالمندان اثرگذار باشد؛ احساس تنهایی، غربت، متفاوت بودن کشور جدید، نگرانی های جدایی از فرهنگ و بستگان در بین سالمندانی که به کشورهای دیگر مهاجرت نموده اند بسیار شایع است [۱۳]. در گزارشی ایرانیانی که در دوران سالمندی به سوئد مهاجرت نموده اند بیان داشتند که پس از مهاجرت و زندگی در کشور جدید از روابط اجتماعی محدودی برخوردار هستند، غربت فرهنگی و اجتماعی را تجربه می کنند و این جدایی به علت اختلافات شدید فرهنگی و عدم آشنایی و تسلط به زبان کشور میزبان سبب بروز مشکلات روانی در آنها شده است [۱۴].

در ارتباط با مقوله مهاجرت و نقش فرهنگ پذیری در بین گروه سنی افراد سالمند، نتایج یک مطالعه [۱۵] نشان داد که مهاجرین سالمند آسیایی از قبیل چینی های مهاجر که فرهنگ کشور میزبان را به خوبی جذب کرده بودند، از وضعیت سلامت روانی بهتری برخوردار بودند تا آنهایی که

نموده‌اند بسیار رایج است [۲۰]. به‌طوریکه ایرانیان سالمندی که در سال‌های پیری به سوئد مهاجرت نموده‌اند می‌گویند که پس از مهاجرت و زندگی در کشور میزبان از شبکه اجتماعی جزئی و محدودی برخوردار هستند و غربت فرهنگی و اجتماعی را تجربه می‌کنند و این جدایی به علت اختلافات شدید فرهنگی و عدم آشنایی و تسلط به زبان کشور میزبان است [۲۱]. در مورد ایرانیان مهاجر به آمریکا نیز گرچه دارای درجات تحصیلی بالایی هستند و از درآمدهای خوبی بهره‌مند هستند ولی آمار نشان می‌دهد که ۳۱٪ از ایرانی‌ها از تسلط کمتری به زبان انگلیسی برخوردارند. در واقع ۱۶/۴٪ در محله‌هایی زندگی می‌کنند از نظر زبان انگلیسی از دیگران جدا مانده‌اند. بنابراین شناخت بیشتر ارتباط فرهنگ پذیری با افسردگی، بیماری‌های روانی و سلامت جسمانی و نیز تاثیر آن در میزان استفاده از خدمات و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی می‌تواند عامل طراحی بررسی‌های موثرتر و برنامه‌ریزی در ارائه خدمات به سالمندان مهاجر به‌ویژه سالمندان ایرانی باشد. با توجه به مطالعات مطرح شده برای روان‌پزشکانی که با افراد سالمند کار می‌کنند توجه به ویژگی‌های فرهنگی و قومیتی سالمندان جهت تشخیص علائم و برخی از مداخلات درمانی یک ضرورت است [۲۲]. و دست آوردهای این مطالعه می‌تواند به سیاست‌گذاری‌های بهداشتی ملیت‌های مختلف از جمله سالمندان ایرانی در کشورهای مهاجر پذیر و همچنین عدالت اجتماعی و افزایش برابری حقوق سالمندان ایرانی مهاجر و دسترسی بیشتر آنان به خدمات و مراقبت‌های سالمندی کمک خواهد نمود.

روش‌ها

بر اساس آمار سال ۲۰۰۱ وزارت بهداشت و رفاه استرالیا حدوداً ۱۲۰۹ نفر مهاجر سالمند که ۶۵ سال و بالاتر ایرانی الاصل در سیدنی استرالیا زندگی می‌کنند که از این

در پذیرش فرهنگ جدید کمتر تلاش نموده بودند؛ و آنهایی که کمتر با فرهنگ کشور میزبان آمیخته بودند از بیماری‌های روانی بیشتری رنج می‌بردند. بنابراین نقش و اهمیت فرهنگ پذیری در میزان و شدت بروز بیماری‌های روانی در افراد سالمند به‌نظر تعیین کننده می‌رسد، به‌طوریکه نتایج بررسی دیگری در مورد مهاجرین سالمند روسی به کشور سوئد نشان داده است که به علت عدم پذیرش فرهنگ جدید سالمندان روسی در کشور میزبان، سالمندان مهاجر با ناهنجاری‌های روانی و افسردگی دست به گریبان هستند [۱۶]. در تایید این موضوع می‌توان به گزارش دیگری استناد کرد که افسردگی در میان سالمندان اسپانیایی که به آمریکا مهاجرت کرده و به خوبی فرهنگ جدید را نپذیرفته بودند بیشتر از آنانی بود که خود را با فرهنگ آمریکایی وفق داده بودند [۱۷]. علائم عدم فرهنگ پذیری در میان نشانه‌های مرتبط با افسردگی در بین گروه‌های اقلیت مهاجر سالمند عبارت‌اند از کوتاه بودن زمان سکونت در کشور میزبان، سطح پایین وضعیت سلامت، فشارهای زندگی، مشکلات مالی، ضعف تسلط به زبان انگلیسی، تحت تکفل فرزندان بودن، غربت و عدم حمایت گروهی یا اجتماعی [۱۸]. افسردگی در بین سالمندان مهاجر ممکن است مربوط به فشارها و نگرانی‌های مهاجرت، دشواری در قبول شرایط جدید، فقر مالی، بیماری و کمبود حمایت‌های فامیلی و خانوادگی باشد [۱۹]. همچنین فرهنگ‌پذیری برای مهاجران سالمند در قبول شرایط زندگی جدید می‌تواند بسیار طاقت فرسا باشد. زیرا آنها معمولاً به علت مهاجرت از حمایت‌های کمتری برخوردار می‌شوند؛ این حمایتها می‌تواند شامل: سطح درآمد، میزان تحصیلات و میزان تسلط به زبان کشور میزبان باشد [۱۸]. در این بین وضعیت سلامت سالمندان ایرانی مهاجر نیز چندان مستثنی نیست زیرا احساس تنهایی و غربت و متفاوت بودن در کشور جدید، نگرانی‌های جدایی از فرهنگ فامیلی، عدم اعتماد و عصبانیت از اوضاع جاری در بین ایرانیان سالمند که به کشورهای غربی مهاجرت

تعداد تقریباً ۲۵٪ کل جامعه آماری فوق الذکر که شامل ۳۰۲ نفر بودند به طور تصادفی ساده انتخاب شدند. گردآوری داده‌ها به صورت مصاحبه‌های چهره به چهره، پر کردن پرسشنامه‌های ارسالی و برگرداندن آن به وسیله پست و مصاحبه تلفنی انجام گردید. به‌طور کلی روش اصلی بر اساس مصاحبه‌های تلفنی بوده که در آن از لیست موجود شماره تلفن ایرانیان مقیم با استفاده از روش نمونه‌گیری اعداد تصادفی استفاده گردید و پس از انجام مصاحبه اولیه در صورت نیاز و یا درخواست موافقت طرفین ادامه پرسشگری به‌صورت چهره به چهره و یا از طریق پست انجام گرفت. این بررسی یک مطالعه مقطعی بوده که از سال ۲۰۰۵ تا ۲۰۰۷ انجام شد. سوالات این تحقیق بر اساس مطالعه وزارت بهداشت ایالت نیوساوت ویلز استرالیا با عنوان "بررسی وضعیت سلامت سالمندان در سال ۲۰۰۰" تهیه گردید.

پرسشنامه انتخاب شده در این تحقیق توسط دو نفر که به زبان فارسی و انگلیسی تسلط داشتند ابتدا به زبان فارسی برگردانده شد و سپس در یک جلسه مشاوره‌ای با هم مقایسه و تفاوت‌های ترجمه‌ای رفع شد و پرسشنامه‌ای واحد پدید آمد. اطلاع رسانی به جامعه ایرانیان مقیم سیدنی از طریق درج آگهی شرکت در پرسشگری در روزنامه‌های فارسی زبان که به صورت هفتگی منتشر می‌شدند و نیز برنامه‌های فارسی زبان رادیو در سیدنی انجام شد. برای دستیابی به نمونه‌های مورد بررسی، پرسشنامه‌ها در محل‌های گردهمایی ایرانیان، مطب‌های پزشکان ایرانی، فروشگاه‌ها، مساجد و کتابخانه ایرانیان توزیع گردید. سوالات زمینه‌ای شامل متغیرهای دموگرافیک، اقتصادی و اجتماعی و همچنین سوالاتی در مورد فرهنگ‌پذیری (زبانی که در منزل تکلم می‌کنند، میزان تسلط به زبان انگلیسی و مدت زمان سکونت در استرالیا) بودند.

در این تحقیق همچنین سوالاتی در مورد استفاده از خدمات و مراقبت‌های پزشکی و پیراپزشکی و استفاده از خدمات و مراقبت‌های اساسی و حمایتی سالمندی پرسیده شد.

اختلالات اضطراب و افسردگی با استفاده از تست Kessler-K6 [۲۳]، به روش خود ارزیابی سالمند مورد مصاحبه و پرسشگری قرار گرفت. تست K6 پرسشنامه ۶ سؤالی است که در مقیاس لیکرت سطح علائم و نشانه‌های اضطراب و افسردگی را در ۴ هفته قبل از پرسشگری در مورد احساسات غم، عصبی بودن، بیقراری، ناامیدی، تلاش و بی‌ارزشی می‌سنجد. امتیاز حاصل از این پرسشنامه در حد فاصل ۶ تا ۳۰ بوده و در سه سطح اضطراب و افسردگی شدید (نمرات: ۱۴-۶)، متوسط (نمرات: ۲۲-) و خفیف (نمرات: ۳۰-۲۳) طبقه‌بندی می‌شود. میزان روایی و پایایی این ابزار (۲۴)، با آلفا کرونباخ، (Cronbach's Alpha=.803) Mean = 20.42, and SD = 5.67 در حد $P \leq .01$ معنی دار بوده است. برای سنجش احساس خوب بودن روانی (Psychological wellbeing) از پرسشنامه yeild که به بررسی مفهوم شاد بودن و رضایت از زندگی می‌پردازد، استفاده شده است. این پرسشنامه ۵ سؤالی، حس شادی، آرامش، کسالت، تنهایی افسردگی و به‌طور کلی سطح احساس خوب بودن روانی در ۴ هفته اخیر را می‌سنجد [۲۵]. و پاسخ‌ها در ۳ سطح امتیازبندی می‌شود. این امتیازبندی بر حسب حس عاطفی مثبت (شادی و آرامش) و یا حس عاطفی منفی (کسالت، تنهایی و افسردگی) می‌باشد. امتیازبندی عواطف مثبت و منفی به‌شکل امتیاز ۳ برای پاسخ "اکثر اوقات"، امتیاز ۲ برای پاسخ "بعضی اوقات" و امتیاز ۱ برای پاسخ "هیچ وقت" در نظر گرفته شد. جمع امتیازات در سه سطح به صورت احساس خوب بودن روانی زیاد (۱۵-۱۳)، متوسط (۱۲-۹) و کم (۸-۵) تعیین می‌گردد. میزان روایی و پایایی این ابزار [۲۶]، با آلفا کرونباخ، (Cronbach's Alpha=.801), Mean = 10.42, and SD = 2.48 در حد $P \leq .01$ معنی دار بوده است.

خدمات و مراقبت‌های سالمندی (Aged care services) با سه سوال در مورد استفاده از خدمات و مراقبت‌های پایه و اساسی (Community basic aged care services) سالمندی شامل (کمک در انجام کارهای منزل، مراقبت و بهداشت

۶۹ سال بیشترین درصد (۴۹٪) را تشکیل می‌داد. ۲۱٪ از شرکت کنندگان بین ۷۴-۷۰ سال داشتند. ۱۶٪ دارای سن ۷۹-۷۵ سال و ۱۷٪ بالای ۸۰ سال بودند. تقریباً کلیه شرکت کنندگان دارای حداقل یک فرزند در استرالیا بودند (۹۳٪). از نظر زندگی با فرد همراه، ۴۵٪ سالمندان با همسران خود زندگی می‌کردند، ۲۸٪ با فرزندان، ۷٪ با فامیل و ۲۱٪ نیز تنها زندگی می‌کردند. از نظر سطح تحصیلات ۱۷/۵٪ سالمندان مورد مطالعه تحصیلات دانشگاهی داشتند و ۹٪ آنها بی‌سواد بودند.

۷۴٪ از سالمندانی که در این تحقیق شرکت داشتند دارای مشکل زبان انگلیسی بودند، ۲۸٪ اصلاً انگلیسی نمی‌دانستند و ۴۶٪ نمی‌توانستند به خوبی به زبان انگلیسی محاوره کنند. بیشتر شرکت کنندگان (۸۵٪) در خانه به فارسی صحبت می‌کردند. نتایج میزان‌های وضعیت سلامت روان در سالمندان مورد مطالعه نشان داد که ۱۸/۹٪ آنها احساس نیاز به انجام سعی و تلاش را در انجام کارها داشتند و ۱۷/۲٪ آنها احساس غم و اندوه را در طی ۴ هفته قبل از پرسشگری داشتند.

نتایج علائم و نشانه‌های اضطراب و افسردگی بر اساس ابزار K6 نشان داد که ۴۴٪ سالمندان مورد بررسی در حد متوسطی از اختلالات اضطراب و افسردگی قرار داشتند، ۴۰٪ آنان در حد پایین و تنها ۱۶٪ آنها نشانه‌های شدید اختلالات روانی را ذکر کرده بودند. از نظر وضعیت احساس خوب بودن روانی بیشتر از نصف (۵۸٪) از سالمندان مورد بررسی در سطح متوسطی از رفاه روانی بودند در حالی که ۲۱/۲٪ آنها اصلاً احساس رفاه روانی نداشتند و بقیه سالمندان (۲۱٪) در سطح بالایی از احساس رفاه روانی قرار داشتند. براساس یافته‌های توصیفی ۲۲/۲۲٪ سالمندان احساس تنهایی، ۱۹/۹٪ احساس کسالت و خستگی و ۱۷/۵٪ آنان احساس افسردگی را در بیشتر اوقات داشتند و فقط ۱۱/۶٪ احساس خوشحالی و ۱۲/۶٪ احساس آرامش و راحتی در اکثر اوقات داشتند.

فردی، خرید و پخت و پز غذا) در هفته گذشته بود که جمع امتیازات بین ۱-۶ بود که بیشترین امتیاز نشانگر کمترین میزان استفاده و بالعکس بود. همچنین پنج سوال در مورد استفاده از خدمات و مراقبت‌های حمایتی (Community supportive aged care services) سالمندی شامل (سرویس ایاب و ذهاب (Special transportation)، مراکز نگهداری روزانه سالمندان (Day care)، مراکز نگهداری موقت (Respite services)، پرستاری در منزل (Home care) و ارائه غذا در درب منزل (Meals on wheels) در یک ماه گذشته مورد بررسی قرار گرفت. جمع امتیازات بین ۱-۱۰ بود که بیشترین امتیاز نشانگر کمترین میزان استفاده از خدمات حمایتی سالمندی و بالعکس بود. میزان روایی و پایایی این ابزار [۲۷]، با آلفا کرونباخ (Cronbach's Alpha=.870), Mean = 5.87, and SD = 4.88 در حد $P \leq .01$ معنی دار بوده است.

میزان استفاده از خدمات و مراقبت‌های پزشکی (ویزیت پزشک، فیزیوتراپی، رادیولوژی، داروخانه... و یا حداقل یک شب بستری در بیمارستان) در طی یک سال گذشته، نیز مورد بررسی قرار گرفت. جمع امتیازات بین ۰-۶ در دو سطح بیشترین و کمترین میزان استفاده از انواع خدمات بود که امتیاز بیشتر نشانگر میزان استفاده بیشتر از انواع خدمات و بالعکس بود. میزان روایی و پایایی این ابزار [۲۷]، با آلفا کرونباخ (Cronbach's Alpha=.803), Mean = 2.32, and SD = 1.26 در حد $P \leq .05$ معنی دار بوده است. برای آنالیز داده‌ها از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۵ استفاده شد. جهت تعیین متغیرهای پیش‌بینی کننده از روش‌های آماری T-Test و ANOVA و مدل رگرسیون خطی و چند متغیره استفاده شد.

یافته‌ها

تعداد زنان و مردان سالمند شرکت کننده در این بررسی تقریباً یکسان بود (۴۹٪ مرد و ۵۱٪ زن). گروه سنی ۶۵-

داشتند، اختلالات اضطراب و افسردگی بیشتری داشتند ($M = 18/63$) و سالمندانی که نیاز به خدمات و مراقبت های حمایتی سالمندی (رسیدگی به امور خانه، مراکز نگهداری روزانه، ارائه غذا در درب منزل، بازدید منزل، مراقبت در منزل، مراکز نگهداری موقت و سرویس حمل و نقل) داشتند نیز اختلالات اضطراب و افسردگی بالاتری داشتند ($M = 19/62$).

اختلالات اضطراب و افسردگی ارتباط معنی داری ($p = 0/013$) با میزان استفاده از خدمات و مراقبت های اساسی و پایه و نیز حمایتی سالمندی داشت (جدول شماره ۱)، به طوریکه تحلیل داده ها در مورد سالمندانی که خود قادر به انجام امور منزل و مراقبت از خود نبودند نشان داد، سالمندانی که نیاز به خدمات و مراقبت های پایه و اساسی سالمندی (امور خانه داری، مراقبت فردی، تهیه غذا)

جدول شماره ۱ - آنالیز واریانس یک طرفه برای مقایسه میزان استفاده از خدمات و مراقبت های سالمندی و اختلالات اضطراب و افسردگی در سالمندان ایرانی مقیم استرالیا در سال ۲۰۰۷

اجزاء خدمات و مراقبت های سالمندی جامعه			انحراف معیار	میانگین فراوانی	محور	
P	F	df				
استفاده از خدمات و مراقبت های سالمندی						
0/013	6/47	1			جامعه محور شامل:	
			حد پایین - حد بالا		مترجم زبان انگلیسی	
			20/71 - 18/02	5/21	19/36	60
			18/41 - 14/36	5/71	16/39	33
						خدمات جامعه محور
نیاز به انواع خدمات و مراقبت های سالمندی						
						شامل:
$p < 0/001$	10/46	2				عدم نیاز به خدمات و مراقبت های سالمندی
			22/54 - 20/91	5/27	21/73	163
			19/72 - 17/54	5/26	18/63	104
			21/73 - 17/52	6/13	19/62	35
						خدمات و مراقبت های اساسی و پایه سالمندی ^۱
						خدمات و مراقبت های حمایتی سالمندی ^۲

۱- خدمات و مراقبت های اساسی و پایه سالمندی شامل: کارهای منزل، مراقبت های فردی، تهیه و پخت غذا

۲- خدمات و مراقبت های حمایتی سالمندان شامل: سرویس ایاب و ذهاب، مراکز نگهداری روزانه سالمندان، مراکز نگهداری موقت، امور منزل

احساس خوب بودن روانی نیز ارتباط معنی دار قوی ($P < 0/001$) با میزان استفاده از خدمات و مراقبت های اساسی و پایه و حمایتی سالمندی داشت (جدول شماره ۲)، به طوریکه تحلیل داده ها در مورد سالمندانی که خود قادر به انجام امور منزل و مراقبت از خود نبودند نشان داد، سالمندانی که نیاز به خدمات و مراقبت های پایه و اساسی سالمندی داشتند از سطح پایین تری از احساس خوب بودن روانی برخوردار بودند ($M = 9/63$) و سالمندانی که نیاز به

همچنین ارتباط معنی داری بین اختلالات اضطراب و افسردگی در سالمندان مورد مطالعه با میزان استفاده از سایر خدمات سالمندی جامعه محور مانند (پرستاران جامعه، و مترجمین) وجود داشت. به طوریکه سالمندانی که بدلیل مشکل زبان انگلیسی از مترجمین استفاده می کردند از سطح بالاتری از اختلالات اضطراب و افسردگی برخوردار بودند ($M = 19/36$).

پرستاران جامعه، و مترجمین) وجود داشت. به طوریکه سالمندانی که به دلیل مشکل زبان انگلیسی از مترجمین استفاده می کردند از سطح پایین تری از احساس خوب بودن روانی برخوردار بودند ($M = 9/93$).

خدمات و مراقبت های حمایتی سالمندی داشتند نیز از سطح پایین تری از احساس رفاه روانی برخوردار بودند ($M = 10/05$). همچنین ارتباط معنی داری بین احساس خوب بودن روانی در سالمندان مورد مطالعه با میزان استفاده از سایر خدمات سالمندی جامعه محور مانند

جدول شماره ۲- آنالیز واریانس یک طرفه برای مقایسه میزان استفاده از خدمات و مراقبت های سالمندی و احساس خوب بودن روانی در سالمندان ایرانی مقیم استرالیا در سال ۲۰۰۷

اجزاء خدمات و مراقبت های سالمندی جامعه محور		انحراف		فراوانی میانگین	
P	F	df	حد پایین - حد بالا	معیار	
استفاده از خدمات و مراقبت های سالمندی جامعه محور شامل:					
۰/۰۲۳	۵/۳۷	۱			
			۱۰/۴۷ - ۹/۳۹	۲/۰۹	۹/۹۳
			۹/۷۰ - ۷/۸۷	۲/۵۸	۸/۷۸
نیاز به انواع خدمات و مراقبت های سالمندی شامل:					
$p < 0/001$	۱۰/۷۹	۲			
			۱۱/۳۸ - ۱۰/۶۲	۲/۴۴	۱۱/۰۰
			۱۰/۰۹ - ۹/۱۶	۲/۳۸	۹/۶۳
			۱۰/۸۲ - ۹/۲۸	۲/۲۳	۱۰/۰۵

۱. خدمات و مراقبت های اساسی سالمندی شامل: کارهای منزل، مراقبت های فردی، تهیه و پخت غذا

۲. خدمات و مراقبت های حمایتی سالمندان شامل: سرویس ایاب وذهاب، مراکز نگهداری روزانه سالمندان، مراکز نگهداری موقت، امور منزل

نتایج مطابق جدول ۳، ابعاد مختلف سلامت روان شامل اختلالات اضطراب و افسردگی ($\beta = 0/293$) و احساس خوب بودن روانی ($\beta = 0/289$) در سالمندان ایرانی متغیرهای معنی دار تعیین کننده در میزان استفاده از خدمات و مراقبت های پزشکی و پیراپزشکی هستند. تحلیل داده های فوق نشانگر ارتباط معکوس بین این متغیرهاست.

جهت تبیین متغیرهای سلامت روانی تعیین کننده بر میزان استفاده از خدمات و مراقبت های پزشکی و نیز خدمات و مراقبت های سالمندی، تحلیل آزمون های رگرسیون انجام شد و متغیرهای تعیین کننده معنی دار مطابق آزمون رگرسیون خطی در مدل رگرسیون چند متغیره لحاظ شدند که با توجه به حجم زیاد مطالب تنها به ارایه نتایج جداول رگرسیون چند متغیره بسنده شده است که بر اساس این

جدول شماره ۳- آنالیز رگرسیون چند متغیره استفاده از خدمات و مراقبت های پزشکی و متغیر های سلامت روان سالمندان ایرانی مقیم استرالیا

معیار	پیشگویی کننده	ضریب B	F	واریانس پیشگویی کننده
متغیرهای سلامت روان	K6/ اختلالات اضطراب و افسردگی	-۰/۲۹۳	۲۸/۰۹	۸/۶٪
	احساس خوب بودن روانی	-۰/۲۸۹	۲۷/۳۷	۸/۴٪

F=۳۴/۴۴
P=۰/۰۰۱ <
R²= ۳۱/۷%

می باشد ($\beta = ۰/۴۲۳$) بدین معنا که سالمندانی که بیشتر از خدمات و مراقبت های پزشکی استفاده کرده بودند به میزان بیشتری هم از خدمات و مراقبت های پایه و اساسی سالمندی استفاده می کردند.

استفاده از خدمات و مراقبت حمایتی سالمندی متغیر تعیین کننده معنی داری در وضعیت سلامت روانی سالمندان مورد مطالعه نبود. ولی میزان استفاده از این متغیر تعیین کننده معنی داری برای استفاده از خدمات و مراقبت های پزشکی بود ($\beta = ۰/۴۱۵$). همچنین تحلیل داده ها نشان داد که سالمندان دچار مشکلات روانی و با احساس کمتری از رفاه روانی به میزان بیشتری از خدمات مترجم، مراقبت در منزل، تحویل آماده غذا درب منزل و نیز خدمات پرستاری استفاده کرده بودند.

مطابق نتایج بیان شده در جدول شماره ۴، ابعاد مختلف سلامت روانی شامل اختلالات اضطراب و افسردگی ($\beta = ۰/۱۵۴$) و احساس خوب بودن روانی ($\beta = ۰/۱۹۰$) در سالمندان ایرانی متغیرهای معنی دار تعیین کننده در میزان استفاده از خدمات و مراقبت های سالمندی جامعه محور بودند. آنالیز تحلیلی داده ها نشان داد سالمندانی که علائم و نشانه های بیشتری از اختلالات اضطراب و افسردگی داشتند و احساس کمتری از رفاه روانی داشتند، به میزان بیشتری از خدمات و مراقبت های پایه و اساسی سالمندی در طی یک هفته قبل از پرسشگری استفاده کرده بودند. در زمینه میزان استفاده از خدمات و مراقبت های پزشکی و پیراپزشکی تحلیل داده ها نشان داد که خدمات و مراقبت های پایه و اساسی سالمندی متغیر تعیین کننده

جدول شماره ۴- آنالیز رگرسیون چند متغیره خدمات و مراقبت های سالمندی جامعه محور و متغیر های سلامت روان سالمندان ایرانی مقیم استرالیا

معیار	پیشگویی کننده	ضریب B	F	واریانس پیشگویی کننده
خدمات و مراقبت های اساسی و پایه سالمندی:	K6	-۰/۱۵۴	۷/۲۷	۲/۴٪
استفاده از خدمات و مراقبت های پزشکی	استفاده از خدمات و مراقبت های پزشکی	۰/۴۲۳	۶۵/۴۵	۱۷/۹٪

ادامه جدول در صفحه بعد

ادامه جدول صفحه قبل

احساس خوب بودن روانی	احساس خوب بودن روانی	۰/۱۹۰	۱۱/۲۹	٪ ۳/۶
[F = ۱۵/۳۹, P < ۰/۰۰۱ , R ² = ۲۰/۶%]				
خدمات و مراقبت های حمایتی^۲ سالمندی:				
استفاده از خدمات و مراقبت های پزشکی	استفاده از خدمات و مراقبت های پزشکی	۰/۴۱۵	۶۲/۴۷	٪ ۱۷/۲
[F = ۱۴/۵۸, P < ۰/۰۰۱ , R ² = ۱۹/۸%]				
مترجم و خدمات و مراقبت های سالمندی				
جامعه محور: *				
K6	اختلالات اضطراب و افسردگی k6	۰/۲۵۸	۶/۴۷	٪ ۶/۶
احساس خوب بودن روانی	احساس خوب بودن روانی	۰/۲۳۶	۵/۳۷	٪ ۵/۶
استفاده از خدمات و مراقبت های پزشکی	استفاده از خدمات و مراقبت های پزشکی	۰/۵۰۸	۳۱/۷۰	٪ ۲۵/۸
[F = ۶/۷۲, P < ۰/۰۰۱ , R ² = ۲۷/۹%]				

* خدمات و مراقبت های سالمندی جامعه محور: مراقب

بحث

بودند. احساس روانی سالمندان در حدود ۴۰٪ موارد، در سطح خوب و مناسب قرار داشت [۲۸]. میزان استفاده از خدمات و مراقبت های پزشکی متغیر تعیین کننده معنی داری برای تعیین وضعیت سلامت روانی سالمندان می باشد؛ به طوریکه سالمندان با علائم و نشانه های مشکلات روانی و با احساس کمتری از رفاه روانی به میزان بیشتری از خدمات و مراقبت های پزشکی استفاده می کردند. نتیجه این تحقیق با نتایج مطالعات سایر کشورها از جمله سالمندان مکزیکی مهاجر به کشور آمریکا نیز هماهنگ و همسو می باشد که سالمندان مکزیکی نیز به دلیل مشکلات اضطراب و افسردگی مراجعات بیشتری به بخش های اورژانس بیمارستان ها داشته و یا از کلینیک های روان پزشکی و مراقبت های درمانی بیشتری استفاده می کردند [۲۹].

نتایج حاصل از این تحقیق نشان داد که اکثریت سالمندان مهاجر ایرانی حد متوسطی از مشکلات روانی (اضطراب و افسردگی) را داشتند. و در حدود یک چهارم از سالمندان مورد بررسی حد پایینی از احساس خوب بودن روانی را ابراز می کردند. این نتایج با بررسی وضعیت سلامت روانی سالمندان شهر تهران در سال ۱۳۹۰ کاملاً همخوانی دارد که بر اساس آن اکثر سالمندان در سطح متوسطی از نظر اختلالات اضطراب و افسردگی قرار داشتند و تقریباً از هر ده سالمند یک نفر همیشه یا اکثر اوقات از نظر اضطراب و افسردگی در سطح بالایی قرار داشت. و احساس خوب بودن روانی، احساس کسالت، اظهار تنهایی و احساس افسردگی به ترتیب شایع ترین شکایات سالمندان شهر تهران

کردن پرسشنامه و مصاحبه تلفنی) استفاده شد، به علاوه حجم زیاد تعداد سوالات پرسشنامه (۱۸۸) منجر به خستگی پاسخ دهندگان شده که مجبور به موکول کردن مصاحبه تلفنی به جلسات بعدی بودیم. در مواردی که پرسشگری به صورت تکمیل پرسشنامه و پست آن بود، تعداد ۵۶ پرسشنامه به صورت ناقص تکمیل شده بود که منجر به جایگزین نمودن نمونه های دیگر شدیم.

نتیجه گیری

سلامت روان سالمندان مهاجر ایرانی از جمله عوامل تعیین کننده استفاده از خدمات و مراقبت های اساسی و حمایتی سالمندی و نیز خدمات و مراقبت های پزشکی و پیراپزشکی در بین آنان است. در این بین نقش عواملی چون عدم تسلط به زبان انگلیسی جهت برقراری ارتباط و افزایش آگاهی و اطلاعات از خدمات موجود و نیز تفاوت های فرهنگی نباید نادیده گرفته شود. بنابراین به طور کلی راه های برقراری ارتباط کلامی یا به عبارتی برخورداری از زبان مشترک یک متغیر اصلی در سنجش میزان اختلالات روان در بین سالمندان مهاجر و بالطبع سالمندان ایرانی مهاجر است که با افزایش راه های برقراری ارتباط کلامی از طریق زبان مشترک امکان استفاده از انواع خدمات و مراقبت های سالمندی و نیز مراقبت های پزشکی افزایش می یابد که به دنبال آن میزان بروز اختلالات اضطرابی و افسردگی نیز کاهش خواهد یافت.

سپاسگزاری

این پژوهش با حمایت مالی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تسهیلات فراهم شده دانشگاه سیدنی و مشاوران علمی دپارتمان بهداشت، ایالت نیوساوت ویلز، استرالیا انجام گرفته است.

میزان استفاده از خدمات و مراقبت های پایه و اساسی سالمندی متغیر تعیین کننده معنی داری در وضعیت سلامت روانی سالمندان می باشد؛ به طوریکه سالمندان دچار مشکلات روانی که احساس رفاه روانی خوبی هم نداشتند غالباً به میزان بیشتری از خدمات و مراقبت های اساسی و حمایتی سالمندی استفاده می کردند. این یافته نظریه وزارت بهداشت و رفاه کشور استرالیا (سال ۱۹۹۷) را تایید می کند که سالمندان مهاجر مبتلا به مشکلات روانی یا دیگر ناتوانی ها غالباً به میزان کمتری از خدمات جامعه محور موجود مانند پرستاری در منزل یا مراکز نگهداری استفاده می کنند [۳۰]. در حالیکه بررسی که به منظور میزان شیوع دمانس و افسردگی در سالمندان بالای ۶۵ سال ساکن در خانه های سالمندان استان تهران انجام شد نشان داد که افسردگی با مدت اقامت در خانه های سالمندان رابطه معنی داری ندارد [۳۱].

استفاده از مترجم و عدم تسلط به زبان انگلیسی یکی از عوامل تاثیر گذار در استفاده از خدمات و مراقبت های پزشکی در بین ایرانیان سالمند مهاجر بوده است. این یافته ها نظریه Benham [۳۲] را تایید می کند که تسلط به زبان انگلیسی یکی از متغیرهای تطابق فرهنگی است که با میزان استفاده از خدمات بهداشتی ارتباط دارد. McMaugh در سال ۲۰۰۱ در یافته های خود اظهار می دارد که مهاجرین سالمند کشورهای غیر انگلیسی زبان ساکن کشور استرالیا از میزان بسیار کمتری از خدمات و مراقبت ای سالمندی استفاده می کردند [۳۳].

از محدودیت های این مطالعه عدم وجود لیست کامل آدرس و یا شماره تلفن های ایرانیان مقیم کشور استرالیا در بین کانون ایرانیان مقیم آن کشور به دلیل ترس ایرانیان مهاجر یا پناهنده از یکدیگر بود که به دلیل مشکل دسترسی به نمونه های واجد شرایط و استفاده از تکنیک یکسان پرسشگری از متد ترکیبی (مصاحبه چهره به چهره، پست

ماخذ

- 1- Khavarpour, F. & Hosseinpour, S.M. 2003. *Mental Health and Service Utilisation among the Iranian Community in Metropolitan Sydney*. Town, State: Transcultural Mental Health Centre
- 2- Orb, A. 2002. *Health Care Needs of Elderly Migrants from Culturally and Linguistically Diverse (CALD) Backgrounds: A Review of the Literature*. Perth, WA: Freemasons Centre for Research into Aged Care Services, Curtin University of Technology
- 3- Ekblad, S. 1996. *Health and Disease Among Refugee And Immigrants*. Geneva: Psychosocial Center, World Health Organisation, Geneva.
- 4- Paivarinta, A., Verkkoniemi, A., & al, e. The Prevalence and Associations of Depressive Disorders in the Oldest-old Finns. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1999; 24(7), 352-359.
- 5- Patrick, J. H., Cottell, L. E., & Barnes, K. A. Gender, Emotional Support and Well-being among the Rural Elderly. *Journal of ProQuest Social Science* 2001, 45(1/2), 18-22.
- 6- Lyons, K., & Zarit, S. H. 1999. Formal and Informal Support: The great divide. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 183-192.
- 7- Alzheimer's Association. *Alzheimer's Disease and U.S. Population Trends are on a Collision Course* 2001; Retrieved Sep 5, 2006, Available from: <http://www.alz.org/Media/newsreleases/2Q01/071301collision.asp>
- 8- Australian Institute of Health and Welfare. *Projections of Older Immigrants: People From culturally and linguistically 1996-2026*. Canberra: AIHW, Canberra, Australia, 200.
- 9- Mackinnon, A., Jorm, A. F., & Hickie, I. B. A National Depression Index For Australia. *Medical Journal of Australia*, 2004; 181(7), 52-56.
- 10- NG, C. Y., Phillips, D. R., & Lee, K. M. Persistence and Challenges to Filial Piety and Informal Support of Older Persons In A Modern Chinese Society. *Journal of Aging Studies* 2004; 16(2), 135-153.
- 11- Henderson, M. J. *In-Home Preventive Health Assessment And Telephone Case Management For Over 75s Living Alone In Independent Living Units: A Cluster Randomised Controlled Trial*. Centre for health research-Nursing, University of Technology, Queensland; 2005.
- 12- National Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. *Health Aging: Preventing Disease and Improving Quality Of Life among Older Americans*. 2004; Retrieved Feb 2, 2007, from: http://www.cdc.gov/nccdphp/aag/aag_agin g.htm
- 13- Barnes, D. *Asylum Seekers and Refugees In Australia: Issues Of Mental Health And Wellbeing*. Transcultural Mental Health Centre, Sydney, Australia, 2003.
- 14- Emami A. & Torres S. Making sense of illness: Late-in-life migration as point of departure for elderly Iranian immigrants' explanatory models of illness. *Journal of Immigrant and Minority Health* 2005; 7 (3), pp. 153-164.
- 15- Stokes SC, Thompson LW, Murphy S, Gallagher-Thompson D. Screening for depression in immigrant Chinese-American elders: results of a pilot study. *Journal of Gerontological Social Work* 2001; 36(1/2):27-44.
- 16- Blomstedt Y. Self- Reported Health Among Immigrants From The Former Soviet Union: Quantitative And Qualitative Studies In Sweden. Stockholm, Sweden: Karolinska Institutet; 2007.
- 17- Gonzalez HM, Hann MN, Hinton L. Acculturation and the Prevalence of Depression in Old Mexican Americans: Baseline results of the Sacramento area Latino study on aging. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2001; 49(7):948-53.
- 18- Casado BL, Leung P. Migratory Grief and Depression Among Elderly Chinese American Immigrants. *Journal of Gerontological Social Work*. 2001; 36(1-2):5-26.
- 19- Mui AC, Burnette D, Chen LM. Cross-cultural assessment of geriatric depression: a review of the CES-D and the GDS. *Journal of Mental Health and Aging* 2001; 7(1):137-64.
- 20- Barnes D. *Asylum Seekers And Refugees In Australia: Issues Of Mental Health And Wellbeing*. Transcultural Mental Health Centre, Sydney, Australia; 2003.
- 21- Emami A, Ekman S-L. Living In A Foreign Country In Old Age: Life in Sweden as Experienced by Elderly Iranian Immigrants. *Journal Health Care in Later life*, CNRS ISSN 1358-7390. 1998; 3(3):183-98.
- 22- Perez Foster, R. When Immigration is Trauma: Guidelines for the Individual and family clinician. *American Journal of Orthopsychiatry* 2001; 71, 153-170.

- 23- Furukawa TA, et al. The performance of the K6 and K10 screening scales for psychological distress in the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological Medicine* 2003; 33, pp. 357-362.
- 24- Cairney J, et al. Evaluation of two measures of psychological distress as screeners for depression in the general population. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2007; 52 (2), pp. 111-121.
- 25- MM. RM. Elders' depression, anxiety and apprehension. *HAKIM RESEARCH JOURNAL* 2008; 2.113-03.
- 26- Xie BO. *Growing Older in the Information Age: Civic Engagement, Social Relationships, and Well-being among Older Internet Users in China and the United States*. New York: Rensselaer Polytechnic Institute, University of Troy Press, 2006.
- 27- Alizadeh M. Assessing health factors and utilization of aged care services in Iranian elderly in Metropolitan Sydney. Thesis, faculty of health science The Sydney University. 2008.
- 28- Rahimi A. Assessing mental health status and relevant components in household dwellers elderly in Tehran Metropolitan area. Thesis, faculty of public health, Tehran Medical Sciences University. 2011.
- 29- Gonzalez, H. M., Hann, M. N., & Hinton, L. Acculturation and the Prevalence of Depression in Old Mexican Americans: Baseline results of the Sacramento area Latino study on aging. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2001; 49, 948-953.
- 30- Australian Institute of Health and Welfare. *Community Aged Care Packages: How do they compare?* : Commonwealth Department of Health and Family Services, Canberra, 1997.
- 31- Sadeghi M. Incidence of dementia & Depression among nursing homes elders in Tehran. *Psychological Iranian Journal*. 2004; 9 (36) 49-55.
- 32- Benham C, et al. *Independence in Ageing: The social and financial circumstances of older overseas-born Australians*. Canberra: Department of Immigration and Multicultural Affairs and the Australian Institute of Health and Welfare, 2000.
- 33- McMaugh K. *Access to Home and Community Care Services by the NESB Frail Aged, Younger People with Disabilities and their Carers: A Review of Literature and an Examination of Data for the Northern Sydney Region*. North Ryde, NSW: Northern Sydney Multicultural Health Service, 2001.

Assessing mental health status and utilization of aged care services among Iranian elderly migrants in Australia

Mahtab Alizadeh Khoei^{1*}, R Mark Mathews², Seyeda Hossain Zakia²

1. *Elderly Health Research Center, Endocrinology and Metabolism Population sciences Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

2. *Faculty of Health Sciences, University of Sydney, Sydney, Australia*

Abstract

Objective(s): The purpose of the present study is to better understand relationships between mental health components (Psychological distress, Psychological wellbeing) and utilization of health services and community aged care services among the Iranian elderly living in Sydney metropolitan area. These findings will, in part, fill the gap in gerontological knowledge and also help to health policy makers, social fairness, increasing fairness to the Iranian elderly migrants, and also increasing their more access to the aged care services.

Material & methods: In this cross sectional study 302 old people were selected via a random sample among 1209 Iranian aged people 65 years old and over migrated in Australia. In this study 302 old people 65 years old and over participated who lived in Sydney state's of Australia for at least 6 months prior to the survey. This study has done in 2005-7. Multiple methods were utilized to collect data including telephone interviews, face to face interviews, or a written survey instrument by mail. The tools used were based on the "annual elderly health survey in 2000" through Australian ministry of health. The mental health instruments applied were psychological well being (Yeild), and psychological distress (K6). The service utilization tools included utilization of aged care services (basic and supportive), and use of health services. T test, ANOVA and liner regression applied to predict of mental health components by SPSS ver.15 soft wear.

Results: demonstrated that the majority of respondents reported feeling so sad and nervous most of the time in the last four weeks. The bulk of respondents had moderate level of psychological distress. About one quarter of respondents had lower level of feeling of wellbeing in the last four weeks preceding this study. Use of health services and community basic aged care services are predicted by mental health status of Iranian elderly respondents. However, mental health status could not predict utilization of community supportive aged care services.

Conclusion: Generally, use of interpreters and organized community services were predicted with mental health components among the Iranian elderly migrants.

Key words: Elderly, Community basic and supportive aged care services, Psychological wellbeing, Psychological distress

* Floor 4th, Block 4, Nejatollahi Street, Enghelab Avenue, Tehran, Iran, Post code: 1599666615, Telfax: +98(21)88808082

Email: Mahtabalizadeh@yahoo.com