

# بررسی تأثیر برنامه القای امید و گوش دادن فعال بر سلامت روان سالمندان بستری در آسایشگاه خیریه کهریزک ۱۳۹۴

اصغر دالوندی<sup>۱</sup>، علیرضا معماری<sup>۲\*</sup>، مسعود فلاحي خشکناپ<sup>۱</sup>، فرحناز محمدی شاهبلاغي<sup>۱</sup>، علیرضا بستامی<sup>۲</sup>، معصومه بستامی<sup>۳</sup>، لادن فتاح مقدم<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران  
<sup>۲</sup> کارشناس ارشد، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران  
<sup>۳</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران  
<sup>۴</sup> گروه روانپرستاری، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران  
 \* نویسنده مسئول: علیرضا معماری، کارشناس ارشد، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران. ایمیل:

Memari5640@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۱۲/۲۷

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۸/۱۹

## چکیده

**مقدمه:** با توجه به افزایش طول عمر سالمندان، بهبود رضایت روانی اجتماعی، کیفیت زندگی، حفظ سلامت در افراد سالمند اهمیت زیادی پیدا می‌کند. از آنجایی که سالمندان از نظر سلامت روانی بسیار آسیب پذیرند به نظر می‌رسد کار برد روشهای ارزان و کارا و ایمنی مانند القای امید و گوش دادن فعال، می‌تواند بر سلامت روان افراد سالمند مؤثر واقع گردد. لذا این مطالعه با هدف بررسی تأثیر القای امید و گوش دادن فعال بر سلامت روان سالمندان مقیم آسایشگاه خیریه کهریزک انجام گردید.

**روش کار:** این مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه شاهد می‌باشد، ۹۰ نفر از سالمندان واجد شرایط مقیم آسایشگاه خیریه کهریزک از طریق نمونه گیری غیر تصادفی مبتنی بر هدف به دو گروه مساوی مداخله و شاهد تقسیم شدند. مداخله القای امید و گوش دادن فعال روزانه به مدت ۹۰ روز برای آزمودنی‌های گروه مداخله انجام شد. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت روان بودند. داده‌ها پس از جمع آوری با استفاده از نسخه ۲۰ نرم افزار SPSS و آزمون‌های کای اسکوتر، تی مستقل، واریانس یکطرفه، ضریب همبستگی پیرسون، آزمونهای تی زوجی، کوواریانس و آزمون تعقیبی بنفرونی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** بعد از انجام مداخله میانگین و انحراف معیار نمره سلامت روانی در گروه مداخله و شاهد به ترتیب  $10/23 \pm 20/44$  و  $11/9 \pm 23/56$  شده بود که حاکی از وجود تفاوت آماری معنی داری بین آن‌ها بود به طوری گروه مداخله از میانگین نمره بهتری نسبت به آزمودنی‌های گروه شاهد در سلامت روانی برخوردار بود ( $P < 0/01$ ). در مقایسه‌های درون گروهی مشخص شد که قبل از انجام مداخله، تفاوت آماری معنی داری بین نمرات سلامت روانی در گروه مداخله و شاهد وجود نداشت ( $P > 0/05$ ). اما بعد از انجام مداخله میانگین نمره سلامت روانی گروه مداخله افزایش معنی داری داشت ( $P < 0/05$ ) این در حالی بود که میانگین نمره سلامت روانی گروه شاهد تغییر معنا داری نداشت ( $P > 0/05$ ).

**نتیجه گیری:** مطالعه حاضر نشان داد که اجرای برنامه القای امید و گوش دادن فعال، سبب ارتقاء سلامت روان در گروه مداخله می‌شود. بنابراین به نظر می‌رسد اجرای برنامه القای امید و گوش دادن فعال می‌تواند در کنار سایر روش‌های مراقبتی و توانبخشی به عنوان یک تکنیک ساده، ایمن، ارزان و قابل اجرا در ارتقای سلامت روان و کاهش علائمی که منجر به بروز اختلالات روانی در سالمندان می‌شود کاربرد داشته باشد.

**کلیدواژه‌ها:** سالمند، القای امید، گوش دادن فعال، سلامت روان، آسایشگاه سالمندان

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

## مقدمه

مساله سالمندی یا اواخر بزرگسالی، معمولاً به مرحله ایی از دوره زندگی که از ۶۵ سالگی شروع می‌شود اطلاق می‌گردد (۱). سازمان بهداشت جهانی بین فرآیند سالمندی و روند سالمند شدن تفاوت قائل شده و این تفاوت را مهم می‌داند. فرآیند سالمندی (سالمندی نرمال) به تغییرات عمومی و کلی اشاره دارد که با افزایش سن اتفاق می‌افتد و ناشی از تأثیرات محیطی و اختلالات و بیماری‌ها نیست. در مقابل، روند سالمند شدن به طور قوی از تأثیرات محیطی، شیوه زندگی و حالت‌های بیماری ناشی شده که به همراه سالمند شدن و تغییرات آن ایجاد می‌شود اما ناشی از خود سالمندی نیست (۲). با توجه به افزایش طول عمر سالمندان حفظ سلامت افراد سالمند اهمیت زیادی پیدا می‌کند (۳). در کشورهای در حال توسعه همچون ایران با وجود اینکه جمعیت سالمندان رشد قابل توجهی داشته است ولی به جنبه‌های سلامت روانی هنوز پاسخ مناسبی داده نشده است (۴). عدم برنامه ریزی مناسب و صحیح جهت مراقبت و تأمین سلامت روانی سالمندان باعث ایجاد مشکلات فراوانی در آینده از قبیل هزینه بالای مراقبت، نگهداری و درمان، بروز انزوا، افسردگی و اضطراب در سالمندان خواهد شد (۵). سالمند به علت فرآیند سالمندی، با مسائل و مشکلات متعددی همچون کاهش توانایی، بروز بیماری‌های مزمن و اختلالات روان شناختی، افسردگی، نیاز به بستری شدن‌های مکرر، کاهش امید به زندگی، از دست دادن عزیزان و کاهش استقلال مواجه هستند که همین خود زمینه ساز بیماری‌های روانی در سالمندان را ایجاد خواهد نمود (۶). سلامتی به عنوان رفاه جسمی، روانی، اجتماعی، تعریف می‌شود و فقط عدم وجود بیماری و ناتوانی نمی‌باشد (۷). انسان دارای ابعاد مختلفی می‌باشد که بعد روانی انسان همانند سایر ابعاد جسمی، اجتماعی از اهمیت خاصی برخوردار است (۸). سلامت روانی تعادل بین اعضا و محیط در رسیدن به خود شکوفایی می‌باشد، همچنین سلامت روانی وضعیتی از بلوغ روان شناختی که عبارت است از حداکثر اثربخشی و رضایت به دست آمده از تقابل فردی و اجتماعی که شامل احساسات و بازخوردهای مثبت نسبت به خود و دیگران می‌شود (۹). بهداشت روانی یک زمینه تخصصی در محدوده روانپزشکی است و هدف آن ایجاد سلامت روان به وسیله پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های روانی، کنترل عوامل مؤثر در بروز بیماری‌های روانی، تشخیص زود رس بیماری‌های روانی، پیشگیری از عوارض ناشی از برگشت بیماری‌های روانی و ایجاد محیطی سالم برای برقراری روابط صحیح انسانی است (۱). Norton و همکاران (۲۰۱۲) بر اساس فرهنگ روانپزشکی کمپیل، بهداشت روان را "احساس رضایت و بهبود روانی و تطابق کافی اجتماعی با موازین مورد قبول هر جامعه تعریف کرده‌اند" و این امر با داشتن ارتباط مثبت با دیگران و یا با نیرویی برتر تقویت شده و خود پایه و اساس امید در این قشر می‌باشد (۱۰). در متون و منابع پرستاری مداخلات متعدد و بسیار متنوعی برای انجام مراقبت معنوی ذکر شده است که بالغ بر بیش از ۴۰ مداخله می‌باشند (۴، ۵). Chen & Crewe (۲۰۰۹) معتقدند که مداخلات معنوی، اعمال و آیین‌هایی هستند که پیروان دین از قرن‌ها پیش به اشکال مختلف آن را اجرا می‌کرده‌اند این اعمال مذهبی مورد قبول همه ادیان مذهبی بزرگ دنیا است زیرا به روش‌های مختلف به عمیق‌ترین نیازهای افراد و دغدغه‌های فکری و مسائل

مختلف ایشان پاسخ می‌دهند و نوعی راهبرد معنوی را مطرح می‌کنند. فهرست کلی این مداخلات شامل:

حضور حمایت گرانه شامل توجه کردن، گوش دادن فعال، القای امید، ملاقات، حمایت تشریفات مذهبی بیمار شامل خواندن کتاب مقدس، توجه، بخشش، نیایش، کمک به عبادت، ارجاع به مشاور مذهبی استفاده از سیستم‌های مذهبی شامل حضور خانواده و دوستان، حفظ حریم و خلوت مددجو، فعالیت‌های گروهی و غیره (۱۱).

با توجه به موارد گفته شده سالمندان نیازمند مداخلاتی که باعث ایجاد معنی در زندگی، افزایش قدرت فرد در رویارویی با مشکلات زندگی و افزایش بهداشت روانی آنها شوند دارند (۴). در این میان سلامت معنوی می‌تواند نقش موثری را ایفا نماید. سلامت معنوی باعث ارتباط هماهنگ و یکپارچه در بین نیروهای درونی فرد می‌شود و به روش‌های سازگاری افراد با خود، جامعه و محیط تمرکز دارد (۱۲، ۱۳). افرادی که از سلامت معنوی برخوردار هستند، افرادی توانمند، قوی و دارای قدرت خود کنترلی و حمایت اجتماعی بیشتری می‌باشند (۱۴). القای امید یکی از عناصر اصلی و بسیار مهم در مداخلات معنوی است که خود یک مداخله مجزا بوده و در عین حال رد پای آن در سایر مداخلات نیز قابل مشاهده است. در واقع بر روی عناصر کلیدی معنویت همچون یافتن معنی و هدف در زندگی در خلال روابط و الگوهای رفتاری سالم و سازگاری با خود، دیگران، محیط و طبیعت و قدرتی برتر از خود تاکید می‌ورزد (۱۵). مداخله القای امید به معنی تسهیل و القای نگرش مثبت نسبت به موقعیت‌های مختلف در زندگی است که مشتمل بر مواردی مانند آگاهی دادن به مددجو در رابطه با پویا بودن حالات مختلف سلامتی و بیماری، آموزش مهارت‌های سازگارانه، کمک به مددجو در شناسایی نقاط امیدواری، تسهیل نیایش و غیره است (۱۵).

گوش دادن فعال نیز یکی از انواع مداخله معنوی است که پرستاران به کار می‌برند و در خلال این مداخله پرستار باید توجه کامل به مددجویان مبذول داشته و تعاملات مناسب با آنان برقرار نماید و همچنین پرستار با روشن ساختن هدف تعامل با استفاده از سؤالات و عبارات تشویق کننده از مددجویان جهت تسهیل بیان افکار، احساسات و نگرانی‌های ایشان استفاده می‌نماید (۱۶). Tziraki و همکاران (۲۰۱۳) در یک مقاله مروری با عنوان مراقبت معنوی در پارادایم مراقبتی و یک نقشه راه برای سالمندی فیزیولوژیک و بیماری‌های مزمن به بررسی مقاله‌های مرتبط با مراقبت معنوی برای سالمندان و بیماری‌های مزمن از سال ۲۰۰۸ لغایت ۲۰۱۳ پرداخته و نتایج نشان داد که معنویت و مداخلات معنوی با افزایش سن سالمندان و در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن می‌تواند سیستمی یکپارچه ایجاد نماید که در تمام طول عمر به کار گرفته شود و می‌تواند باعث بالا رفتن کیفیت زندگی و عوامل اجتماعی و اقتصادی افراد شود (۹). Wallace و همکاران (۲۰۰۷) پژوهشی با هدف بررسی درک معنویت و مراقبت معنوی در بین سالمندان مقیم خانه سالمندان انجام دادند بررسی بر روی ۲۶ سالمند مقیم خانه سالمندان در ایالات متحده انجام شد، آمارها نشان داد معنویت و جنبه‌های مراقبت معنوی مثل دیدار و محبت با روحانی، محبت کردن، گوش دادن فعال به مددجو، احترام گذاشتن به نیازهای مددجو باعث افزایش معنویت و بهبود وضعیت روانی در زندگی سالمندان می‌شود

سلامت با در نظر گرفتن نقطه برش در امتیاز ۲۳ سالمندان به دو دسته سالم (کمتر از ۲۳) و مشکوک به اختلالات روانی (۲۴ و بالاتر) طبقه بندی می‌گردد، به طوری که امتیاز بالاتر نشان دهنده سلامت عمومی کمتر است (۱۹).

این پرسشنامه در سال ۱۹۷۹ توسط گلدبرگ و هیلر تدوین شده و سؤال‌های آن بر اساس روش تحلیل عاملی فرم ۶۰ سؤالی اولیه استخراج گردیده است و شامل چهار مقیاس جسمانی، اضطراب، اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی می‌باشد و هر مقیاس آن حاوی ۷ سؤال است (۲۰). در این آزمون نمرات بالا نشان دهنده وجود اختلال و نمرات پایین نشان دهنده عدم وجود بیماری و داشتن سلامت روانی است (۲۱). همچنین ملکوتی و همکاران طی یک پژوهش با عنوان "بررسی اعتبار، روایی و تحلیل عاملی مقیاس ۲۸ سؤالی سلامت روان در سالمندان ایرانی" ضریب آلفای کرونباخ ابزار را ۹۴ درصد و میانگین همبستگی سؤالات با یکدیگر را ۳۵ درصد بدست آورده است و روایی ابزار را به روش تحلیل عاملی و روایی تشخیصی بررسی نمودند که ضریب آلفای افسردگی ۸۹ درصد عملکرد اجتماعی ۸۹ درصد اضطراب ۸۵ درصد و علائم جسمانی ۷۱ درصد بدست آمد (۲۲). در این تحقیق برای تعیین پایایی ابزار از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که میزان آلفای کرونباخ ۰/۹۴ محاسبه گردید که نشانگر پایایی مناسب ابزار است.

پژوهشگر پس از ارائه توضیحات روشن و ساده در خصوص اهداف مطالعه و نحوه اجرای آن و تضمین محرمانه ماندن اطلاعات، رضایتنامه آگاهانه را از آنها اخذ نموده و پس از تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش، بسته خدمتی مراقبت معنوی را اجرا نمود، لازم به ذکر است در صورتی که آزمودنی‌ها به دلیل نداشتن سواد قادر به تکمیل پرسشنامه نبودند پژوهشگر با قرائت پرسشنامه به زبان ساده و رضایت سالمندان، آن را پر می‌نمود. در این پژوهش با طراحی بسته خدمتی مراقبت معنوی مشتمل بر گوش دادن فعال و القای امید که از مداخلات مراقبت معنوی در زمینه پرستاری است به صورت روزانه و به مدت ۹۰ روز برای هر سالمند به صورت فردی در بخش بستری استفاده و اثر بخشی آن را بر سلامت روان سالمندان مورد ارزیابی قرار داد. که بدین منظور سه همکار طرح بعد از دریافت آموزش‌های لازم پژوهشگر را همراهی و کمک نمودند. در تحقیق حاضر، پژوهشگر به منظور اجرای مداخله گوش دادن فعال، ابتدا با مطالعه کامل پرونده و مصاحبه با سالمندان به طور کامل با آن‌ها آشنا شده و روزانه به مدت نیم ساعت در دسترس آن‌ها بوده و به صحبت‌ها و نگرانی‌های آن‌ها گوش فرا می‌داد. به منظور اجرای مداخله القای امید اقداماتی انجام شد که عبارت بودند از: در نظر گرفتن فضایی در بخش به عنوان نمازخانه تا آزمودنی‌ها در هر ساعت از شبانه روز به این مکان دسترسی داشته باشند، همچنین آزمودنی‌ها در هر سه شنبه صبح و پنجشنبه شب جهت شرکت در مراسم دعا و نیایش به نمازخانه مرکزی آسایشگاه مراجعه می‌کردند، علاوه بر این از آن‌ها درخواست گردید تا جهت افزایش امیدواری و تاکید بر نقاط قوت خود، روزانه خاطرات خوشایند مرتبط با وقایع مثبت و موفق در زندگی خود (موفقیت‌های شغلی، احساسی، خانوادگی و غیره) را یادداشت نماید و در مورد آزمودنی‌هایی که بی سواد بودند پژوهشگر و همکارانش مواردی را که آزمودنی‌ها گزارش می‌کردند را یادداشت می‌نمودند. این گزارشات در نزد آزمودنی‌ها نگهداری شده و در روز بعد مجدداً توسط آزمودنی‌ها

(۱۷). طبق مطالعات متعدد انجام شده در داخل و خارج از کشور گزارش شده است که با افزایش سن سلامت روان در سالمندان کاهش می‌یابد لذا با توجه به اهمیت و ضرورت موضوع سلامت روانی و تأثیر آن بر دستیابی به سالمندی سالم و موفق، لزوم انجام تحقیقاتی جهت تعیین میزان سلامت روان سالمندان و همچنین مراقبت‌هایی که بتوانند این بعد از سلامتی را ارتقا ببخشند، اهمیت می‌یابد. از این رو با توجه به موارد مطرح شده و همچنین جهت تبیین الگوی بالینی اجرای مراقبت روان در افراد مقیم آسایشگاه اجرای تحقیقات در این زمینه ضرورت می‌یابد. لذا این مطالعه به منظور تأثیر برنامه القای امید و گوش دادن فعال بر سلامت روان سالمندان مقیم آسایشگاه خیریه کهریزک در سال ۱۳۹۴ انجام گرفت.

## روش کار

مطالعه حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون و پس آزمون و با گروه شاهد می‌باشد. جامعه پژوهش آن را سالمندان آسایشگاه خیریه کهریزک تهران تشکیل می‌دهد، حجم نمونه براساس فرمول حجم نمونه با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصدی و توان آزمون ۸۰ درصدی و نیز حداکثر واریانس مشترک ۴۵ واحدی بین دو گروه مداخله و شاهد ۶۰ نفر محاسبه گردید که باتوجه به ریزش احتمالی نمونه‌ها، ۹۰ نفر در نظر گرفته شد که ابتدا با استفاده از نمونه گیری غیر تصادفی مبتنی بر هدف از میان ۱۰۰۰ آزمودنی، ۵۴۰ نمونه واجد شرایط مشخص و سپس با استفاده از تخصیص تصادفی تعداد ۹۰ نفر از این افراد در دو گروه مساوی مداخله و شاهد تقسیم شدند به طوری که در هر گروه ۴۵ نفر قرار گرفتند. لازم به ذکر است برای انجام این کار اسامی آقایان و خانم‌ها با شماره گذاری آنها، کد بندی شده و شماره‌ها روی کاغذ نوشته و به داخل کیسه مجزا ریخته شد به این صورت که یکی از کیسه‌ها در گروه مداخله و یک کیسه گروه شاهد بودند. ۲ نفر از گروه مداخله به دلیل انتقال به بیمارستان و یک نفر نیز به علت فوت از مداخله خارج شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل سن بیشتر از ۶۰ سال، گذشت حداقل ۳ ماه از زمان بستری در آسایشگاه، عدم وجود اختلالات شناختی مانند دمانس و آلزایمر می‌باشد. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم تمایل آزمودنی‌ها به ادامه شرکت در مطالعه، بروز هر نوع اختلال شناختی و سایر بیماری‌های حاد جسمی در حین مطالعه که منجر به بستری سالمند در بیمارستان گردد. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش، دو پرسشنامه دموگرافیک و پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت روان بود. پرسشنامه دموگرافیک در این مطالعه سن، جنس و وضعیت تأهل آزمودنی‌ها را مورد بررسی قرار می‌داد. پرسشنامه ۲۸ سؤالی برای ارزیابی سلامت روان سالمندان استفاده شد. این پرسشنامه یک پرسشنامه غربالگری مبتنی بر روش خودگزارش دهی است که با هدف بررسی سلامت روان افراد و شناسایی اختلالات روانی خفیف تهیه شده و مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱۸). نمره دهی به روش لیکراتی است گزینه‌ها بصورت (۱-۲-۳) نمره داده می‌شوند که مناسب‌ترین و بهترین روش نمره گذاری برای گزینه‌ها می‌باشد، در این روش برای پاسخ "به هیچ وجه" نمره صفر، به پاسخ "نه بیش از معمول" نمره ۱ و به پاسخ "بیش از معمول" نمره ۲ و به پاسخ "بسیار بیش از معمول" نمره ۳ داده می‌شود. پس از نمره گذاری سؤالات پرسشنامه، طبقه بندی

۲۰ نرم افزار SPSS و آزمون‌های کای‌اسکوئر، تی مستقل، واریانس یکطرفه، کلموگروف-اسمیرنوف، ضریب همبستگی پیرسون، آزمونهای تی زوجی، کوواریانس و آزمون تعقیبی بنفرونی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

### یافته‌ها

نتایج نشان داد که میانگین سنی و انحراف معیار گروه مداخله و شاهد به ترتیب  $10/4 \pm 72/76$  و  $8/62 \pm 75/06$  می‌باشد همچنین میانگین و انحراف معیار مدت زمان بستری در گروه مداخله و شاهد نیز به ترتیب  $4/09 \pm 11/92$  و شاهد  $4/26 \pm 2/01$  و ( $P = 0/677$ ) و میانگین تعداد داروی مصرفی در گروه مداخله و شاهد به ترتیب  $2/62 \pm 5/72$  و  $2/64 \pm 6/48$  و ( $P = 0/094$ ) می‌باشد. همچنین تفاوت آماری معنی داری در توزیع جنسیت، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، سابقه بیماری اعصاب و روان در گروه مداخله و شاهد مشاهده نگردید ([جدول ۱](#)).

مرور می‌گردید و در صورت یادآوری خاطرات خوشایند دیگر مجدداً موارد گزارش شده ثبت می‌شد. همچنین در این بسته مداخله‌ای جهت القای امید از خانواده‌های سالمندان گروه مداخله و یا ملاقاتی‌های نیکوکار که از واحد مدیریت بدین منظور هماهنگی و معرفی شده بودند درخواست گردید که جهت ملاقاتی آزمودنی‌ها هفته‌ای یک بار به مرکز مراجعه نمایند. علاوه بر این در طول هفته یک جلسه یک ساعته با همکاری روحانی مرکز جهت آزمودنی‌ها برگزار گردید تا آن‌ها سوالات مذهبی/ معنوی خود را با یک مقام روحانی در میان بگذارند و ابهامات خود را مورد پرسش قرار دهند. لازم به ذکر است که آزمودنی‌های گروه شاهد هیچ نوع مداخله‌ای دریافت نکردند و در صورت اجرای برنامه‌های تفریحی و مناسبتی، آزمودنی‌های هر دو گروه به طور یکسان در این برنامه‌ها شرکت داشتند. همچنین پژوهشگر به کلیه آزمودنی‌های متعهد گردید که پس از اتمام پژوهش، مداخله مراقبت معنوی (گوش دادن فعال و القای امید) را برای آن‌ها نیز اجرا نماید. بلافاصله پس از اتمام مداخله آزمودنی‌های هر دو گروه پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت روان را تکمیل نمودند. داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از نسخه

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان در این مطالعه

| وضعیت                     | گروه مداخله |      | گروه شاهد |      | مقدار احتمال |
|---------------------------|-------------|------|-----------|------|--------------|
|                           | تعداد       | درصد | تعداد     | درصد |              |
| جنسیت                     | P = ۰/۹۸۹   |      |           |      |              |
| مرد                       | ۲۰          | ۴۶/۵ | ۲۱        | ۴۶/۷ |              |
| زن                        | ۲۳          | ۵۳/۵ | ۲۴        | ۵۳/۳ |              |
| وضعیت تأهل                | P = ۰/۳۱۱   |      |           |      |              |
| مطلقه                     | ۵           | ۱۱/۶ | ۱۳        | ۲۸/۹ |              |
| متأهل                     | ۱۰          | ۲۳/۳ | ۶         | ۱۳/۳ |              |
| مجرد                      | ۴           | ۹/۳  | ۵         | ۱۱/۱ |              |
| همسر فوت شده              | ۲۴          | ۵۵/۸ | ۲۱        | ۴۶/۷ |              |
| وضعیت تحصیلات             | P = ۰/۱۹۸   |      |           |      |              |
| بیسواد                    | ۲۳          | ۵۳/۵ | ۲۴        | ۵۳/۴ |              |
| ابتدایی                   | ۷           | ۱۶/۴ | ۶         | ۱۳/۳ |              |
| سیکل                      | ۴           | ۹/۳  | ۶         | ۱۳/۳ |              |
| دیپلم                     | ۶           | ۱۴   | ۶         | ۱۳/۳ |              |
| دانشگاهی                  | ۳           | ۷    | ۳         | ۶/۷  |              |
| وضعیت اشتغال              | P = ۰/۸۷۳   |      |           |      |              |
| بازنشسته                  | ۱۰          | ۲۳/۲ | ۱۱        | ۲۴/۴ |              |
| آزاد                      | ۱۵          | ۳۴/۹ | ۱۲        | ۲۶/۷ |              |
| خانه دار                  | ۱۸          | ۴۱/۹ | ۲۲        | ۴۸/۹ |              |
| سابقه بیماری اعصاب و روان | P = ۰/۹۹    |      |           |      |              |
| دارد                      | ۹           | ۲۰/۹ | ۱۹        | ۴۲/۲ |              |
| ندارد                     | ۳۴          | ۷۹/۱ | ۲۶        | ۵۷/۸ |              |

اختلاف نمرات پیش و پس آزمون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که قبل از انجام مداخله میانگین و انحراف معیار سلامت روانی گروه مداخله و شاهد به ترتیب  $15/16 \pm 37/41$  و  $11/34 \pm 22/84$  بود و

در مقایسه‌های بین گروهی بعد از انجام آزمون کلموگروف-اسمیرنوف و اثبات نرمال بودن توزیع نمرات سلامت روانی در دو گروه، تأثیر مداخله بر سلامت روانی سالمندان توسط تحلیل واریانس یکطرفه برای

که قبل از انجام مداخله هیچ تفاوت آماری معنی داری بین نمرات سلامت روانی آزمودنی‌های گروه مداخله و شاهد قبل از انجام مداخله وجود ندارد ( $P > 0/05$ ). اما بعد از انجام مداخله میانگین نمره سلامت روانی آزمودنی‌های گروه مداخله افزایش معنی داری داشت ( $0/05 < P$ ) و این در حالی بود که میانگین نمره سلامت روانی آزمودنی‌های گروه شاهد کاهش داشته که البته این تغییر معنادار نبوده است ( $0/05 > P$ ) (جدول ۲ و ۳).

این در حالی بود که بعد از انجام مداخله، میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت روانی در آزمودنی‌های گروه مداخله و شاهد به ترتیب  $10/23 \pm 20/44$  و  $11/9 \pm 23/56$  شده بود که حاکی از وجود تفاوت آماری معنی داری بین آن‌ها بود به طوری که آزمودنی‌های گروه مداخله از میانگین نمره بهتری در سلامت روانی نسبت به آزمودنی‌های گروه شاهد برخوردار بودند ( $P < 0/001$ ). تفاوت آماری معناداری در میانگین نمرات پیش‌آزمون سلامت روان گروه مداخله اول و گروه شاهد وجود ندارد ( $P = 0/951$ ). در مقایسه‌های درون گروهی مشخص شد

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس در بررسی تأثیر برنامه القای امید و گوش دادن فعال بر سلامت روانی سالمندان

| مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F      | مقدار احتمال | اندازه اثر | مقایسه دو گروه در آزمون تعقیبی بنفرونی | مقدار احتمال |
|---------------|------------|-----------------|--------|--------------|------------|----------------------------------------|--------------|
| سلامت روانی   |            |                 |        |              |            |                                        |              |
| پیش‌آزمون     | ۱          | ۹۳۲۳/۹۹         | ۳۷۵/۹  | ۰/۰۰۰۱       | ۰/۴۷۹      | ۱۲/۹۱                                  | ۰/۰۰۰۱       |
| گروه          | ۲          | ۴۴۱۳/۹۷         | ۸۸/۹۷۵ | ۰/۰۰۰۱       | ۰/۵۸۵      |                                        |              |
| خطا           | ۱۲۶        | ۳۱۲۵/۳۶         | ۲۴۸    |              |            |                                        |              |

جدول ۳: مقایسه میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون سلامت روانی سالمندان برحسب دو گروه مداخله و شاهد

|             | قبل     | بعد          | آزمون تی زوجی |              |
|-------------|---------|--------------|---------------|--------------|
|             | میانگین | انحراف معیار | میانگین       | انحراف معیار |
| گروه مداخله | ۳۷/۴۱   | ۱۵/۱۶        | ۲۰/۴۴         | ۱۰/۲۳        |
| گروه شاهد   | ۲۲/۴۸   | ۱۱/۳۴        | ۲۳/۵۶         | ۱۱/۹۰        |
|             |         |              | آماره تی      | p-value      |
|             |         |              | ۱۵/۸۷         | ۰/۰۰۰۱       |
|             |         |              | ۰/۷۲۸         | ۰/۴۷۱        |

## بحث

نتایج نشان داد که مقایسه میانگین نمرات سلامت روان گروه مداخله در پس‌آزمون بیشتر از گروه شاهد بود، همچنین پس از کنترل آماری تفاوت میانگین نمرات سلامت روان گروه‌ها در پیش‌آزمون، مداخله مراقبت معنوی (القای امید و گوش دادن فعال) بر میانگین نمرات متغیر وابسته (سلامت روان) در پس‌آزمون اثر گذاشته است. که با توجه به اندازه اثر می‌توان گفت که تغییرات متغیر وابسته در پس‌آزمون ناشی از انجام مداخله بوده است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که انجام مراقبت معنوی میزان سلامت روان سالمندان را افزایش می‌دهد. Goh و همکاران (۲۰۱۴) یک مطالعه توصیفی تحلیلی گذشته نگر با عنوان مراقبت معنوی در سالمندان روانپزشکی بر روی ۲۹۷ نفر از افراد سالمند بالای ۶۵ سال در بازه زمانی ۱۶ ماه در استرالیا انجام دادند. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که ۶۸ درصد از بیماران توسط مراقبین معنوی ویزیت و تحت مراقبت معنوی قرار گرفته بودند. ۶۶ درصد تحت ارزیابی مراقبت معنوی قرار گرفته بودند، ۳۲ درصد تحت حمایت‌های هیجانی، و ارائه خدمات خدمات و ۱۰ درصد تحت مراقبت معنوی از نوع عبادت قرار گرفته بودند. سایر مداخلات معنوی (مشاوره و آموزش، مداخله در موقعیت‌های بحرانی و حمایت در هنگام سوگواری) چندان رخ نداده بود. هیچ ارتباط معنی داری بین گروه‌های مذهبی و مراقبت معنوی وجود نداشت. جنس، مذهب، وضعیت مذهبی، وضعیت قانونی، کشور محل تولد، زبان، محل زندگی، نیازهای مراقبین و میزان تحصیلات با مراقبت معنوی هیچ ارتباط معنی داری نداشتند. بیمارانی که تحت مراقبت معنوی قرار می‌گرفتند بیشتر در فعالیت‌های مذهبی

درگیر شده و مدت زمان اقامت بیشتری در بیمارستان داشته و نیز تحت ارزیابی کاردرمانی، مددکار اجتماعی و مغز و اعصاب بیشتری قرار داشتند (۲۳). مطالعه فوق تفاوت‌هایی با مطالعه حاضر دارد، مطالعه فوق یک مطالعه گذشته نگر توصیفی تحلیلی بوده که به بررسی مراقبت معنوی انجام شده در سالمندان پرداخته است و از لحاظ جامعه پژوهش و متغیرهای مورد مطالعه با پژوهش حاضر همخوانی دارد اما از لحاظ نوع پژوهش، ابزار مورد استفاده، محیط پژوهش متفاوت از تحقیق حاضر بوده و از این لحاظ قابل مقایسه نمی‌باشند.

Koslander و Arvidsson (۲۰۰۷) در یک مطالعه کیفی که تحت عنوان درک بیماران از چگونگی استفاده از بعد معنوی در مراقبت‌های سلامت روان انجام دادند نتیجه گیری کردند که بیماران آرزو دارند که نیازهای معنوی آنها برآورده شود و به دنبال دریافت کمک بوده و اهمیت معنویت را درک می‌کنند و هنگامی که تحت مراقبت‌های معنوی توسط پرستاران قرار می‌گیرند از سلامت روان بهتری برخوردار می‌باشند (۲۴). نتایج مطالعه فوق همسو با مطالعه حاضر می‌باشد و تفاوت آن در نوع مطالعه و جامعه پژوهش می‌باشد و در مطالعه مذکور بیماران مبتلا به سرطان شرکت کرده بودند اما در مطالعه حاضر سالمندان مورد مطالعه قرار گرفتند. فخار و همکاران (۱۳۸۷) در تحقیقی از نوع نیمه تجربی پیش و پس‌آزمون با عنوان تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد معنا درمانی بر سطح سلامت روان زنان سالمند، ۱۶۰ سالمند بالای ۶۵ سال بستری آسایشگاه کهریزک را با پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی، بررسی نموده که نتایج نشان داد کاربرد گروه درمانی با رویکرد معنا درمانی

به عنوان یک تکنیک ساده، ایمن، ارزان و قابل اجرا در حفظ و تأمین سلامت سالمندان در کلیه مراکز بستری و نگهداری از سالمندان مورد استفاده قرار گیرد و می‌تواند در ارتقای سلامت روان و کاهش علائم منجر به بروز اختلالات روانی در سالمندان کاربرد داشته باشد. لذا با توجه به اینکه در پرستاری بالینی هدف اصلی مراقبت صحیح از بیماران و کمک به بهبود آنها به ویژه در سالمندان است. پرستاران می‌توانند با معرفی و آموزش اصول و انواع مراقبت معنوی و تشویق به شرکت سالمندان در این برنامه هابه خصوص در مراکز مراقبتی و آسایشگاهها، بیمارستان‌ها، این مداخله نسبتاً جدید پرستاری را در ارائه مراقبت به این قشر عظیم و آسیب پذیر جامعه به کار ببرند تا ضمن ارتقای سلامت سالمندان از عوارض جسمانی، روانی، معنوی و اجتماعی این دوره جلوگیری نموده و استقلال و عدم وابستگی آنها را افزایش دهند. دراین پژوهش محقق بامحدودیت هایی ازقبیل بی سوادی اکثر سالمندان و احتمال درک ناصحیح سالمندان از سؤالات آزمون و عدم امکان ارزیابی همزمان سالمندان مقیم منزل مواجه بود، لذا پیشنهاد می‌شود با توجه به نتایج مطالعه حاضر، در مطالعات بعدی تأثیر القای امید و گوش دادن فعال بر سلامت روان سالمندان مقیم منزل، در سایر گروه‌های سنی، در افراد مبتلا به بیماریهای مزمن و در بیماران بستری در بیمارستان انجام شود.

### سپاسگزاری

این مطالعه دارای کد اخلاق USWR.REC.1393 و نیز کد IRCT2016070928854N1 می‌باشد که در پایگاه کارآزمایی بالینی ایران ثبت گردیده است. همچنین نویسندگان بدینوسیله مراتب سپاس خودرا از کلیه اساتید، کارشناسان و کمیته اخلاق دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مسئولین و کارکنان آسایشگاه خیریه کهریزک و کلیه سالمندان و خانواده آن‌ها و نیکوکاران گرمی که با صبرومنتان خودرا هکشی این مطالعه بودند اعلام نموده و صمیمانه تشکروقدردانی می‌نماید.

### References

1. Darvishpour Kakhaki A, Abed Saeedi J, Delavar A, Saeedalzakerin M. [The Measurement tools of the elderly's health status and quality of life]. Res Med. 2009;33:162-73.
2. Alahbakhshian M, Jafarpour Alavi M, Parvizi S, Haghani H. [A Survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients]. Zahedan J Res Med Sci. 2010;12(3):29-33.
3. Skoog I. Psychiatric disorders in the elderly. Can J Psychiatry. 2011;56(7):387-97. DOI: 10.1177/070674371105600702 PMID: 21835102
4. Saydhohadai M, Heshmat S, Seidfatem N, Haghani H, Mehrdad N. [The Spiritual Health of Seniors Living in Sanitarium and Home Residents]. Iran J. 2013;20(26):533-40.
5. Baraz S, Rostami M, Farzianpor F, Rasekh A. [Effect of Orem Self Care Model on ederies' quality of life in health care centers of Masjed Solaiman in 2007-2008]. Arak Univ Med Sci J. 2009;12(2):51-9.

می‌تواند در ارتقای سطح سلامت روان زنان سالمند ساکن آسایشگاه اثر بخش می‌باشد (۲۵). نتیجه مطالعه فوق همسو با پژوهش حاضر می‌باشد و این مطالعه از نظر نوع مداخله، نوع پژوهش، جامعه پژوهش، ابزار مورد استفاده، محیط پژوهش با پژوهش حاضر همخوانی دارد اما در مطالعه فوق فقط زنان به عنوان جامعه پژوهش مورد مطالعه گرفته، در حالی که در تحقیق حاضر هر دو گروه آقایان و خانم‌ها تحت مطالعه قرار گرفتند.

بطور کلی مطالعه حاضر نشان داد که انجام برنامه القای امید و گوش دادن فعال در سالمندان، بعد از اجرای مداخله، سبب ارتقاء سلامت روان در گروه مداخله شد اما در گروه شاهد اثرات فوق دیده نشد. لذا این مطالعه فرضیه تأثیر القای امید و گوش دادن فعال بر سلامت روان سالمندان بستری در خانه سالمندان را حمایت می‌نماید، به این معنی که انجام مداخله القای امید و گوش دادن فعال روی سلامت روان سالمندان مؤثر بوده است. به این ترتیب با توجه به رشد فزاینده جمعیت سالمندان در جهان و ایران و تأثیرات نامطلوب اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی آن به نظر می‌رسد توجه به نیازهای جسمانی، روانی، معنوی و اجتماعی این قشر از اهمیت خاصی برخوردار است (۴). در مطالعه مروری انجام شده توسط هاموند و همکاران (۲۰۰۳) ذکر شده است که در اغلب مطالعات مرتبط با سلامت، مذهب و معنویت باعث به دست آمدن نتایج بهتری شده است و همچنین یافته‌ها نشان داد که مراقبت معنوی با ارتقاء سلامت روان سالمندان ارتباط مستقیم و معنی داری دارد که این مطالعه با پژوهش حاضر همخوانی داشت (۲۶).

### نتیجه گیری

یافتن راه حل مناسبی برای مقابله و پیشگیری از ایجاد عوارض سالمندی و داشتن سالمندی سالم جزء اولویتهای پرستاری محسوب می‌شود و پرستاران می‌توانند با انجام اقدامات و مداخلات مؤثر در سالمندان باعث ارتقاء سلامت روان و در نهایت پیشگیری از کاهش ناتوانی، ارتقاء کیفیت زندگی و افزایش رضایتمندی در سالمندان گردند (۵). این مراقبت می‌تواند در کنار سایر روش‌های مراقبتی و توانبخشی

6. Meraviglia M, Sutter R, Gaskamp CD. Providing spiritual care to terminally ill older adults. J Gerontol Nurs. 2008;34(7):8-14. PMID: 18649819
7. Koslander T, Lindstrom UA, Barbosa da Silva A. The human being's spiritual experiences in a mental healthcare context; their positive and negative meaning and impact on health--a hermeneutic approach. Scand J Caring Sci. 2013;27(3):560-8. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2012.01067.x PMID: 22928656
8. Omidvari S. [Spiritual health, its nature and the instruments used. In: Abstracts of the 10th Consecutive Annual Meeting of the Iranian Psychiatric Association]. Iranian J Psychiatr Clin Psychol. 2010;16(3):274.
9. Tziraki C, Santana S, Lausen B, Lionis C. Spiritual care in the integrated care paradigm: a road map for physiological aging and chronic illness. Int J Integr Care. 2013;13(5).
10. Norton J, Ancelin ML, Stewart R, Berr C, Ritchie K, Carriere I. Anxiety symptoms and disorder predict

- activity limitations in the elderly. *J Affect Disord*. 2012;141(2-3):276-85. DOI: [10.1016/j.jad.2012.04.002](https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.04.002) PMID: 22560597
11. Chen R, Crewe N. Life satisfaction among people with progressive disabilities. *J Rehabil*. 2011;75(4):50-8.
12. Hemati Almdarlu G, Dehshiri G, Shojaee S, Hakimi Rad E. [Health and loneliness Status of the Elderly Living in Nursing Homes Versus Those Living with Their Families]. *Salmand*. 2008;3(8):557-64.
13. Moeini M, Momeni Ghale Ghasemi T, Yousefi H, Abedi H. [The effect of spiritual care on spiritual health of patients with cardiac ischemia]. *Iranian J Nurs Midwifery Res*. 2012;17(3).
14. Faraji J, Fallahikhoshknab M, Khankeh H. [Effectiveness of Poetry therapy on Depression in Elderly residents of a nursing home in Arak-Iran]. *Iranian J Psychiatr Nurs*. 2013;1(1):55-62.
15. Bastani F, Pourmohamadi A, Haqqani H. [Perceived stress and its relationship to spiritual health, prevention and control of diabetes in the elderly members of Babol]. *J Tehran Univ Med Sci*. 2013;3(20):18-26.
16. Mauk MD, Ohya T. Extinction as new learning versus unlearning: considerations from a computer simulation of the cerebellum. *Learn Mem*. 2004;11(5):566-71. DOI: [10.1101/lm.83504](https://doi.org/10.1101/lm.83504) PMID: [15466310](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15466310/)
17. Wallace M, O'Shea E. Perceptions of spirituality and spiritual care among older nursing home residents at the end of life. *Holist Nurs Pract*. 2007;21(6):285-9; quiz 90-1. DOI: [10.1097/01.HNP.0000298611.02352.46](https://doi.org/10.1097/01.HNP.0000298611.02352.46) PMID: 17978630
18. Asadi M, Bagheri Z. The mental health of elderly social relationship Sochial health in Elderly. *Q Monitor*. 2013;12(4):345-53.
19. Barati M, Fathi Y. [The status of mental health and health promoting behaviors in older people living in 9.hamedan]. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery*. 2011;20(3):12-22.
20. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*. 1979;9(1):139-45. PMID: 424481
21. Ghanbary A. [Lifestyle and general health status of the elderly in Tehran]. *Tehran Tehran University of Social Welfare Rehabilitation*; 2013.
22. Malakuti K. [The Study a scale factor of 28 questions divine validity and credibility of public health in Iranian elderly]. *Iranian J Age*. 2006;1(1):1-21.
23. Goh AM, Eagleton T, Kelleher R, Yastrubetskaya O, Taylor M, Chiu EA, et al. Pastoral care in old age psychiatry: addressing the spiritual needs of inpatients in an acute aged mental health unit. *Asia Pac Psychiatry*. 2014;6(2):127-34. DOI: [10.1111/appy.12018](https://doi.org/10.1111/appy.12018) PMID: 23857591
24. Koslander T, Arvidsson B. Patients' conceptions of how the spiritual dimension is addressed in mental health care: a qualitative study. *J Adv Nurs*. 2007;57(6):597-604. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2006.04190.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04190.x) PMID: 17346318
25. Fakhar F, Navabinejad S. The effect of group counseling with logo-therapeutic approach to mental health among Iranian women. 2008;3(7):58-67.
26. Hsieh HF, Wang JJ. Effect of reminiscence therapy on depression in older adults: a systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2003;40(4):335-45. PMID: 12667510

# Impact of Instilling Hope and Active Listening Program on Mental Health of Elderly Residents of Kahrizak Nursing Home, During Year 2015

Asghar Dalvandi <sup>1</sup>, Alireza Memari <sup>2,\*</sup>, Masoud Fallahi <sup>1</sup>, Farahnaz Mohammadi <sup>1</sup>, Alireza Bastami <sup>2</sup>, Masoumeh Bastami <sup>3</sup>, Ladan Fatah Moghadam <sup>4</sup>

<sup>1</sup> Associate Professor, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup> MSc, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

<sup>3</sup> MSc Student, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Ilam university of Medical Sciences, Ilam, Ilam, Iran

<sup>4</sup> Department of Psychiatric Nursing, Tehran Medical Sciences Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

\* **Corresponding author:** Alireza Memari, MSc, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. E-mail: Memari5640@gmail.com

**Received:** 09 Nov 2016

**Accepted:** 17 Mar 2017

## Abstract

**Introduction:** Due to the increasing longevity of the elderly, improvement of psycho-social satisfaction, quality of life, and protection of health is important in the elderly. Since the elderly are very vulnerable in terms of mental health, use of cheap, efficient and safe methods, such as instilling hope and active listening program for the mental health of older people, is recommended. This study aimed at investigating the effect of instilling hope and active listening program on mental health of elderly residents of Kahrizak nursing home.

**Methods:** In this semi-experimental study with pre and posttests, 90 elderly residents of Kahrizak nursing home, which fulfilled the inclusion criteria participated in 2 groups; one case group and one control group, which were divided by randomized permuted block. The case group received 90 days of hope facilitation and active listening intervention. Data was gathered using demographic test information questionnaire and a 28-question mental health. SPSS version 20 was applied for data analysis.

**Results:** After the intervention, the mean and standard deviation of mental health in the intervention and control groups were  $23/10 \pm 44/20$  and  $9/11 \pm 56/23$ , respectively. There was a significant difference between the mental health of the 2 groups so that the average score had improved in the intervention group when compared to the control group ( $P < 0.001$ ). Within group analysis indicated that before the intervention there was no statistically significant difference between the scores of mental health in the intervention and control groups ( $P > 0.05$ ). However, after the intervention, the average of mental health score in the intervention group increased significantly ( $P < 0.05$ ), while the mental health score in the control group did not change significantly ( $P > 0.05$ ).

**Conclusions:** This study showed that the effect of instilling hope and active listening program cause the promotion of mental health in the intervention group. Thus it seems instilling hope and active listening program can be applicable along with other methods of care and rehabilitation as a simple, safe, inexpensive, and effective technique in promotion of mental health, and reduce the symptoms of mental disorders in the elderly.

**Keywords:** Elderly, Mental Health, Instilling Hope and Active Listening, Nursing Home