PRIFYSGOL BANGOR / BANGOR UNIVERSITY

PRIFYSGOL
BANGOR
UNIVERSITY

Mental health and related factors in old population in Tehran 2014-2015

Alavi, Manijeh; Jorjoran Shushtari, Zahra; Noroozi, Mehdi; Mohammadi Shahboulaghi, Farahnaz

Journal of Mazandaran University of Medical Sciences

Published: 01/03/2018

Publisher's PDF, also known as Version of record

Cyswllt i'r cyhoeddiad / Link to publication

Dyfyniad o'r fersiwn a gyhoeddwyd / Citation for published version (APA):
Alavi, M., Jorjoran Shushtari, Z., Noroozi, M., & Mohammadi Shahboulaghi, F. (2018). Mental health and related factors in old population in Tehran 2014-2015. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, *27*(158), 112-122.

Hawliau Cyffredinol / General rights
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy
If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

12. Oct. 2024

ORIGINAL ARTICLE

Mental Health and Related Factors in Old Population in Tehran 2014-2015

Manijeh Alavi[1],
Zahra Jorjoran Shushtari[1],
Mehdi Noroozi[2],
Farahnaz Mohammadi Shahboulaghi[3]

[1] PhD Student in Social Determinants of Health, Social Determinants of Health Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
[2] Assistant Professor, Substance Abuse and Dependence Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
[3] Associate Professor, Social Determinants of Health Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

(Received November 19, 2016 Accepted September 26, 2017)

Abstract

Background and purpose: The pace of population aging is fast, so maintenance of mental health in elderly is an important issue. This study aimed to assess mental health in older adults and some relating factors.

Materials and methods: In a cross sectional study, 400 old people were selected by multi-stage sampling in Tehran 2014-15. Data was collected using General Health Questionnaire (GHQ-28) and the lifestyle questionnaire. Multiple linear regression model was used to determine the adjusted association between demographics and underlying factors with mental health.

Results: The mean age of participants was 67.7±7.63 years and mean score for their mental health was 21.82±11.37. According to regression model after adjusting other covariates, some variables, including gender, age, education, employment, life satisfaction, motor-physical limitations, and using rehabilitation instruments were the predictors of participants' mental health ($P< 0.05$).

Conclusion: This study revealed that physical health in elderly has a key role in their mental health. Motor-physical disability is one of the main predictors of mental health among old people. Physical activities and health and also employment situation should be considered in interventions designed to promote mental health in older population.

Keywords: mental health, old population, Tehran

J Mazandaran Univ Med Sci 2018; 27 (158): 112 - 122 (Persian).

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و هفتم شماره ۱۵۸ اسفند سال ۱۳۹۶ (۱۲۲ - ۱۱۲)

وضعیت سلامت روان سالمندان و عوامل مرتبط با آن در شهر تهران در سال ۹۴-۹۳

منیژه علوی[۱]
زهرا جرجران شوشتری[۱]
مهدی نوروزی[۲]
فرحناز محمدی شاهبلاغی[۳]

چکیده

سابقه و هدف: امروزه با توجه به روند سالمند شدن جامعه، حفظ سلامت روان سالمندان یکی از امور مهم و اساسی می‌باشد. هدف مطالعه حاضر، تعیین وضعیت سلامت روان و بررسی عوامل مرتبط در سالمندان شهر تهران بوده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی طی سال های ۹۴-۹۳ بر روی ۴۰۰ نفر از سالمندان شهر تهران به روش نمونه‌گیری چند مرحله ای و با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی و پرسشنامه سبک زندگی انجام گرفت. برای تجزیه تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آنالیز واریانس یک‌طرفه، T مستقل، ضریب همبستگی و مدل رگرسیونی خطی چندگانه استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین سنی افراد شرکت کننده در مطالعه حاضر ۷/۶۳± ۶۷/۷ سال بود. میانگین نمره کل سلامت روان آن‌ها ۱۱/۳۷± ۲۱/۸۲ بود. بر اساس نتایج مدل رگرسیونی متغیرهای جنس، سن، تحصیلات، شغل، رضایت از زندگی، محدودیت جسمی-حرکتی و استفاده از وسایل کمکی بازتوانی به طور معناداری به عنوان متغیرهای پیش‌بینی کننده سلامت روان سالمندان مورد مطالعه در مدل باقی ماندند ($P<0/05$).

استنتاج: کلید اصلی سلامت روان سالمندان، سلامت جسمی آنان است. ناتوانی جسمی- حرکتی یکی از پیش بینی کننده‌های مهم سلامت روان سالمندان است و توجه به وضعیت شغلی، فعالیت فیزیکی و سلامت جسمانی می‌تواند در بهبود مداخلات پیشگیرانه و برنامه‌ریزی جهت ارتقای سلامت روان سالمندان کمک کننده باشد.

واژه های کلیدی: سلامت روان، سالمندان، تهران

مقدمه

در طی دو دهه اخیر، جمعیت سالمندان در کشورهای مختلف به سبب بهبود شاخص‌های امید زندگی و کاهش مرگ و میر در جهان رو به افزایش است(۱). بر اساس شواهد، تعداد سالمندان از ۹/۲ درصد جمعیت جهان در سال ۱۹۹۰ به ۱۱/۷ درصد در سال ۲۰۱۳ افزایش یافته است و پیش بینی می‌شود که این تعداد از سال ۲۰۱۳ تا ۲۰۵۰ به بیش از دو برابر افزایش یافته و از حدود ۸۴۱ میلیون به دو میلیارد نفر برسد(۲). در ایران نیز طبق گزارش مرکز آمار، جمعیت سالمندان به طور قابل توجهی رو به افزایش بوده و از ۱/۶ میلیون بالای ۶۰ سال در سال ۱۳۴۵ به ۶/۲ میلیون در سال ۱۳۹۰ رسیده است (حدود چهار برابر)(۳). در

مولف مسئول: فرحناز محمدی شاهبلاغی- تهران، اوین، کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مرکز عوامل اجتماعی موثر بر سلامت Email: f.mohammadi@uswr.ac.ir
۱.دانشجوی دکتری تخصصی پژوهشی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
۲.استادیار، مرکز تحقیقات سوء مصرف مواد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
۳.دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۵/۸/۲۹ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۳۹۶/۲/۲۲ تاریخ تصویب : ۱۳۹۶/۷/۴

سالمندی، کاهش ظرفیت عملکرد و ظهور بیماری های مختلف سبب بروز ناخوشی‌های متعدد جسمی و روانی می‌شود که بر یکدیگر نیز تاثیر می گذارند(۴). بر اساس شواهد در طی سال‌های اخیر، بیماری‌های مزمن در سالمندان در حال افزایش است که می‌تواند به صورت توام شدن دو یا چند بیماری مزمن باشد(۵). نتایج مطالعه بیماری‌های مزمن در سالمندان شمال ایران در سال ۲۰۱۱ نیز نشان داد که حدود یک سوم سالمندان از بیماری قلبی عروقی رنج می‌برند(۶).

محدودیت حرکت و سندروم کهنسالی نیز نقش بسیار برجسته‌ای در پیش آگهی سلامت سالمندان دارد(۷). با افزایش سن، احتمال بروز محدودیت حرکتی بیش‌تر می‌شود. بر اساس شواهد، شیوع بیماری ساییدگی مفصل در سن بالای ۶۵، حدود ۴۷ درصد گزارش شده است و در سن بالای ۷۶ سال، تقریباً نیمی از سالمندان از محدودیت حرکت رنج می‌برند که این می‌تواند سلامت روان آنان را تحت تاثیر قرار دهد. بنابراین کهنسالی با تغییراتی پیوسته و تدریجی همراه است که علاوه بر محدودیت‌های فیزیکی، سلامت روان آنان را نیز متاثر می‌سازد(۸). به طوری‌که برخی اختلالات روان مانند افسردگی در سالمندان به فراوانی دیده می‌شود(۹). نتایج برخی مطالعات نشان داده‌اند که ابتلا به بیماری‌های مزمن در سالمندان، رابطه معکوسی با وضعیت سلامت روان آنان داشته است(۱۱، ۱۰). در برخی مطالعات نیز به رابطه مستقیم ناتوانی و بیماری‌های جسمی با سلامت روان و افسردگی سالمندان اشاره شده است(۱۳، ۱۲، ۹).

مطالعات اندکی به بررسی هم‌زمان عوامل جمعیت شناختی و زمینه‌ای از جمله ابتلا به بیماری‌های مزمن و محدودیت حرکتی با سلامت روان سالمندان پرداخته‌اند. مطالعه حاضر به بررسی وضعیت سلامت روان سالمندان شهر تهران پرداخته و عوامل مرتبط با آن را بررسی نموده است. نتایج این مطالعه می‌تواند به بهبود درک وضعیت سلامت روان سالمندان و ارتباط آن با بیماری‌های مزمن و محدودیت حرکتی کمک کرده و اطلاعات قابل توجهی را در اختیار سایر محققین و سیاستگذاران سلامت در جهت طراحی و به کارگیری مداخلات پیشگیری مناسب در حوزه سالمندان قرار دهد.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی توصیفی تحلیلی است که در طی سال‌های ۹۴-۱۳۹۳ بر روی ۴۰۰ نفر از سالمندان شهر تهران انجام شد.

نمونه‌گیری با استفاده از روش چند مرحله‌ای صورت گرفت، بدین ترتیب که ابتدا شهر تهران به پنج محدوده جغرافیایی شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز تهران تقسیم شده و از هر محدوده به طور تصادفی یک منطقه شهرداری (به ترتیب مناطق ۲، ۱۹، ۸، ۵ و ۶) انتخاب و در هر منطقه یک خانه سلامت تعیین گردید و از هر خانه سلامت، به طور تصادفی یک محله انتخاب شد و طبق نقشه هر محله، آدرسی به طور تصادفی انتخاب و سرخوشه مشخص گردید و نمونه‌گیری با مراجعه به خانه‌های بعدی از سمت راست کوچه تا تکمیل سهم نمونه آن منطقه ادامه یافت. به منظور در نظر گرفتن اثر خوشه‌ای بودن در حجم نمونه، اثر طرح (Design Effect)، معادل ۲ در نظر گرفته و حجم نمونه ۴۰۰ نفر تعیین شد. با توجه به جمعیت سالمندان که در آمار شهرداری مناطق موجود بود، نسبت سالمندان در هر منطقه به این ترتیب مشخص شد: ۸۰ نمونه در منطقه ۲، ۶۰ نمونه در منطقه ۱۹، ۸۸ نمونه در منطقه ۸، ۶۰ نمونه در منطقه ۵ و ۱۱۲ نمونه در منطقه ۶ که وارد مطالعه شدند.

سن بالای ۶۰ سال، برخورداری از سلامت شناختی بر اساس توان انجام مصاحبه هدفمند مبتنی بر پرسشنامه وضعیت شناختی و برقراری ارتباط منطقی، عدم ابتلا به اختلال گفتاری و شنیداری معیارهای ورود به مطالعه را تشکیل می‌دادند. افراد مقیم در مراکز سالمندان یا

بیمارستان‌ها و سالمندان بیمار و آسیب پذیر وابسته به مراقبت دیگران، از مطالعه خارج شدند.

جهت سنجش سلامت روان سالمندان مورد مطالعه از پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی [General Health Questionnaire, GHQ(28)] استفاده گردید. روایی و پایایی این پرسشنامه در سال ۱۳۷۹ توسط نوربالا و همکاران ارزیابی شده است(۱۴). برای تعیین پایایی اختصاصی از روش آزمون- بازآزمون استفاده شده که میزان همبستگی گزارش شده در سطح اطمینان ۰/۹۹ معنادار بوده است (r= ۰/۸۵) نمره‌گذاری سلامت روان به صورت (۰-۱-۲-۳) با نقطه برش ۲۳ به صورت معکوس می‌باشد، به گونه‌ای که نمره بالاتر نشان دهنده سلامت روان بدتر می‌باشد.

هم‌چنین پرسشنامه سبک زندگی اجرا گردید که دارای ۴۶ سوال است (۱۵ سوال در حیطه پیشگیری، ۵ سوال در حیطه فعالیت جسمی، ورزش، تفریح و سرگرمی، ۱۴ سوال در حیطه تغذیه سالم، ۵ سوال در حیطه مدیریت تنش و ۷ سوال در حیطه روابط اجتماعی و بین فردی). این پرسشنامه در سال ۱۳۸۸ توسط اسحاقی و همکاران روا و پایا شده است(۱۵).

اطلاعات جمعیت شناختی و زمینه‌ای سالمندان مورد مطالعه شامل سن، جنس، تعداد فرزندان، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، وضعیت اشتغال، وضعیت مسکن، نمایه توده بدنی، سلامت خودابراز، ابتلا به بیماری‌های مزمن، محدودیت حرکتی، استفاده از وسایل کمکی بازتوانی، رضایت از زندگی و امید به آینده، نیز با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی و چک لیست مشخصات جمعیت شناختی و زمینه‌ای جمع‌آوری گردید.

برای محاسبه نمای توده بدنی، وزن و قد فرد اندازه‌گیری شد. برای اندازه‌گیری وزن از ترازوی وزن کشی دیجیتالی بیورر Beurer استفاده شد. این ترازو با باتری ساعتی ۳ ولتی کار می‌کرد. حداکثر ظرفیت اندازه‌گیری ترازو ۱۸۰ کیلوگرم و دقت اندازه‌گیری دستگاه ۱۰۰ گرم بود. این ترازو بر اساس واحدهای کیلوگرم، پوند و استون قابل تنظیم بود که در این مطالعه بر اساس کیلوگرم تنظیم شد. فرد با پوشش معمول بر روی دستگاه می‌ایستاد و وزن روی ال سی دی بزرگ آن نمایش داده می‌شد. پس از پایین آمدن ترازو به صورت خودکار خاموش می‌شد. برای اندازه‌گیری قد، فرد مماس با دیوار می‌ایستاد. سپس با استفاده از وسیله‌ای که از دو سطح قائم بر هم تشکیل شده که یکی از این دو سطح مماس با دیوار محل و دیگری مماس با سر فرد بود، علامتی روی دیوار گذاشته می‌شد و فاصله تا زمین با متر نواری اندازه‌گیری می‌شد.

برای تکمیل پرسشنامه‌ها، سلامت یاران خانه‌های سلامت که بدین منظور آموزش دیده بودند، با مراجعه حضوری به درب منازل و پس از اخذ رضایت افراد، به تکمیل پرسش نامه‌ها پرداختند.

کلیه اقدامات با تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و اخذ معرفی نامه از آن دانشگاه و موافقت سازمان فرهنگی اجتماعی شهرداری تهران و رضایت افراد مورد مطالعه انجام شد.

در این مطالعه جهت انجام تحلیل‌های دو متغیره از آزمون‌های آنالیز واریانس یک‌طرفه، T مستقل و ضریب همبستگی استفاده شد. پس از تحلیل دومتغیره، متغیرهایی که دارای سطح معنی‌داری کم‌تر از ۰/۲ بودند، وارد مدل رگرسیونی خطی چندگانه شده و عوامل پیش‌بینی کننده سلامت روان سالمندان تعیین شدند. سطح معناداری ۵ درصد در نظر گرفته شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-19 تجزیه و تحلیل گردید.

یافته ها

میانگین سنی افراد شرکت کننده در مطالعه حاضر ۶۷/۷±۷/۶۳ سال بود. ۵۶ درصد از افراد شرکت کننده،

زن و ۴۴ درصد مرد بودند. اکثریت افراد دارای تحصیلات دیپلم (۲۹ درصد) بودند.

از میان افراد مورد مطالعه، ۳۱۳ نفر (۸۱/۱ درصد)، حداقل به یکی از بیماری‌های مزمن مبتلا بودند. ۶۸/۹ درصد از افراد شرکت کننده در مطالعه از هیچ وسیله کمکی بازتوانی استفاده نمی‌کردند. اکثریت افراد مورد مطالعه، وضعیت سلامت (۶۰/۳ درصد) و رضایت از زندگی (۴۵/۴ درصد) خود را متوسط ابراز کردند.

خصوصیات جمعیت شناختی و زمینه‌ای افراد شرکت کننده به جزییات در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی ویژگی‌های جمعیت شناختی و زمینه‌ای افراد شرکت کننده در مطالعه حاضر (N= ۴۰۰)

متغیر	فراوانی (درصد معتبر)	میانگین (انحراف معیار)
وضعیت تاهل		
متاهل	۳۳۶ (۸۵/۳)	
مجرد	۵۸ (۱۴/۷)	
شغل		
دولتی	۱۸ (۴/۶)	
آزاد	۵۳ (۱۳/۵)	
خانه دار	۱۴۶ (۳۷/۲)	
بازنشسته	۱۴۴ (۳۶/۸)	
کار داوطلبانه	۱۷ (۴/۳)	
بی کار	۱۴ (۳/۶)	
وضعیت مسکن		
استیجاری	۵۶ (۱۴)	
شخصی	۳۱۴ (۷۸/۵)	
خانه اقوام	۵ (۱/۳)	
خانه فرزندان	۳ (۰/۸)	
سایر	۱۱ (۲/۸)	
وضعیت بیمه		
بیمه اصلی	۱۵۴ (۴۰/۳)	
بیمه تکمیلی	۱۵۳ (۴۰/۱)	
بیمه خویش فرما	۱۲ (۳/۱)	
کمیته امداد	۳ (۰/۸)	
بدون بیمه	۶۰ (۱۵/۷)	
ناتوانی جسمی-حرکتی		
دارای ناتوانی	۸۱ (۲۱)	
عدم ناتوانی	۳۰۴ (۷۹)	
استفاده از وسایل کمکی بازتوانی		
عصا	۷۰ (۲۵/۶)	
صندلی چرخ دار	۷ (۲/۶)	
واکر	۸ (۲/۹)	
رضایت از زندگی		
خیلی زیاد	۳۱ (۷/۹)	
زیاد	۱۳۰ (۳۳/۲)	
متوسط	۱۷۸ (۴۵/۴)	
کم	۳۸ (۹/۷)	
خیلی کم	۱۵ (۳/۸)	
سلامت خودابراز		
خیلی خوب	۱۱ (۲/۸)	
خوب	۹۴ (۲۴/۲)	
متوسط	۲۳۴ (۶۰/۳)	
بد	۴۴ (۱۱/۳)	
خیلی بد	۵ (۱/۳)	
تعداد فرزندان		۳/۷۷ (SD=۲/۰۷)
نمایه توده بدنی		۲۶/۷۲ (SD=۴/۴۵)
امید به آینده		۱۳/۷ (SD=۱۲/۸۸)

تعداد ۱۴۱ نفر از شرکت کنندگان در مطالعه (۳۵/۳ درصد) نمره بالای ۲۳ را از پرسشنامه سلامت عمومی کسب کردند و به عبارتی دچار مشکل بودند.

میانگین و انحراف معیار سلامت روان افراد شرکت کننده در مطالعه در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار سلامت روان افراد شرکت کننده

ابعاد سلامت روان	میانگین	انحراف معیار
اضطراب	۸/۰۴	۴/۲۶
افسردگی	۵/۶	۴/۵۰
عملکرد اجتماعی	۴/۱۷	۲/۲۳
عملکرد جسمی	۴	۲/۱۷

میانگین نمره کل سلامت روان افراد شرکت کننده در مطالعه حاضر ۲۱/۸۲±۱۱/۳۷ بود. از میان ابعاد سلامت روان، میانگین بعد اضطراب ۸/۰۴±۴/۲۶ از سایر ابعاد بیش‌تر بود.

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی سالمندان حاضر در مطالعه برحسب ابتلا به انواع بیماری مزمن

نوع بیماری مزمن	فراوانی	درصد
دردهای مفصلی	۲۱۰	۵۴,۵
پرفشاری خون	۱۱۳	۲۹,۵
چربی خون بالا	۱۱۴	۳۰,۱
کمر درد	۱۸۹	۴۹,۱
پوکی استخوان	۱۲۹	۳۳,۹
افسردگی	۴۱	۱۰,۸
بیماری قلبی عروقی	۶۵	۱۶,۹
بیماری هاو اختلالات گوارشی	۶۰	۱۵,۵
اضطراب	۶۰	۱۵,۷
سکته قلبی	۹	۲,۴
دیابت نوع ۲	۷۲	۱۸,۸
بیماری های مزمن تنفسی	۴۲	۱۰,۹
سرطان	۱۰	۲,۶
بی خوابی	۸۹	۲۳,۲
بی اختیاری دفع ادرار و مدفوع	۳۰	۷,۹
یبوست	۳۹	۱۰,۲
سرگیجه	۴۷	۱۲,۲
مشکلات حافظه	۴۰	۱۰,۵

از نظر ابتلا به بیماری‌های مزمن، اکثریت سالمندان در مطالعه حاضر ۵۴/۵ درصد) ۲۱۰ (N=از دردهای

مفصلی رنج می‌بردند. بیش‌ترین نوع بیماری مزمن که سالمندان حاضر در مطالعه به آن مبتلا بودند، به ترتیب شامل دردهای مفصلی (۵۴/۵ درصد)، کمردرد (۴۹/۱ درصد)، پوکی استخوان (۳۳/۹ درصد)، چربی خون بالا (۳۰/۱ درصد)، پرفشاری خون (۲۹/۵ درصد) و بی‌خوابی (۲۳/۲ درصد) بود.

جدول شماره ٤: مدل رگرسیونی خطی چندگانه شده عوامل پیش بینی کننده سلامت روان افراد شرکت کننده در مطالعه

متغیر	ضریب رگرسیونی استاندارد شده (بتا)	فاصله اطمینان	
سن	۰/۲۲**	-۰/۰۱	۰/۴۴
جنس	۷/۷۹**	۳/۱۷	۱۲/۴۱
وضعیت تاهل			
متاهل			
مجرد	-۳/۸۲	-۸/۸۷	۱/۲۲
سطح تحصیلات			
بی سواد*			
در حد خواندن و نوشتن	-۱۳/۹۴**	-۱۹/۴۲	-۸/۴۵
ابتدایی	-۶/۳۱**	-۱۲/۸۹	۰/۰۲۶
سیکل	-۲/۷۰	-۹/۷۰	۴/۲۹
دیپلم	-۱۲/۷۲**	-۱۷/۸۵	-۷/۵۹
بالاتر از دیپلم	-۸/۰۷**	-۱۳/۸۷	-۲/۲۸
شغل			
دولتی*			
آزاد	-۱۴/۹۹**	-۲۵/۷۷	-۴/۲۱
خانه دار	-۱۵/۲۲**	-۲۶/۶۷	-۳/۷۶
بی کار	۰/۲۷	-۱۵/۶۴	۱۶/۲۰
مستمری بگیر	-۸/۸۱	-۲۰/۹۵	۳/۳۲
بازنشسته	-۱۰/۸۱**	-۲۱/۰۱	-۰/۶۱
کار داوطلبانه	-۱۶/۴۲**	-۲۷/۹	-۴/۹۵
ناتوانی جسمی- حرکتی	۷/۵۰**	۳	۱۲/۰۱
استفاده از وسایل کمکی بازتوانی			
هیچ وسیله کمکی*			
عصا	۰/۷۳۰	-۳/۲۴	۴/۷۰
صندلی چرخ دار	۸/۲۷	-۰/۵۰	۱۷/۰۴
واکر	۱۴/۴۷**	۳/۳۰	۲۵/۶۴
رضایت از زندگی			
خیلی زیاد*			
زیاد	۵/۷۸**	۰/۱۵	۱۱/۴۱
متوسط	۱۲/۱۸**	۶/۹۲	۱۷/۴۴
کم	۲۱/۷۶	۱۴/۳۱	۲۹/۲۲
خیلی کم	۲۴/۵۵	۱۶/۴۸	۳۲/۶۳
نمایه توده بدنی	۰/۱۰	-۰/۲۶	۰/۴۶
امید به آینده	-۰/۱۳	-۰/۲۸	۰/۰۱

*پایه در نظر گرفته شده است

**سطح معنی داری P<۰/۰۵

همان‌طور که جدول شماره ۴ نشان می‌دهد، بر اساس نتایج مدل رگرسیونی متغیرهای جنس، سن، تحصیلات، شغل، رضایت از زندگی، محدودیت جسمی-حرکتی و استفاده از وسایل کمکی بازتوانی به طور معناداری به عنوان متغیرهای پیشگویی کننده سلامت روان سالمندان مورد مطالعه در مدل باقی ماندند. این متغیرها ۴۷ درصد از واریانس متغیر سلامت روان در سالمندان مورد مطالعه را تبیین کردند.

بحث

این مطالعه با هدف بررسی عوامل مرتبط با سلامت روان سالمندان شهر تهران طراحی گردید.

در مطالعه حاضر، اکثریت سالمندان (۸۱/۱ درصد) حداقل از یک بیماری مزمن رنج می‌بردند که با مطالعه Wang و همکاران در چین (۷۶/۴ درصد) مطابقت دارد(۱۶). بر اساس نتایج مطالعه حاضر، میانگین نمره سلامت روان سالمندان مورد مطالعه ۱۱/۳۷±۲۱/۸۲ بود. این یافته با نتایج نگهبان و همکاران در شهر تهران هم‌خوانی دارد(۱۷).

نتایج مطالعه نشان داد که جنس یکی از عوامل پیش بینی کننده سلامت روان سالمندان می‌باشد؛ بدین ترتیب که زنان در مقایسه با مردان از سلامت روان پایین‌تری برخوردار بودند. این یافته با نتایج مطالعات تاج ور (۱۸) و مرتضوی (۱۹) در ایران و Taqui (۲۰) در پاکستان هم‌خوانی دارد. به نظر می‌رسد سلامت روان پایین‌تر زنان سالمند نسبت به مردان سالمندان به دلیل شیوع بیش‌تر افسردگی و اضطراب در زنان ایرانی نسبت به مردان، در تمامی سنین باشد(۲۶، ۲۱، ۱۷).

هم‌چنین بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، سن رابطه مستقیمی با سلامت روان نشان داد. بدین ترتیب که با افزایش سن، سلامت روان سالمندان ضعیف‌تر می‌شود. این امر می‌تواند به علت محدودیت در حرکت و انجام فعالیت‌های معمول روزمره و لزوم استفاده از وسایل کمکی با بالا رفتن سن باشد. این یافته با نتایج دیگر مطالعات انجام شده در این زمینه هم‌خوانی

دارد(۲۹، ۲۷). هم راستا با نتایج مطالعات قبلی(۲۰، ۱۸)، یافته‌های مطالعات حاضر نیز نشان داد که تحصیلات از دیگر عوامل پیش بینی کننده سلامت روان سالمندان مورد مطالعه بود، به طوری‌که افراد دارای سطح تحصیلات پایین‌تر از میانگین سلامت روان کم‌تری برخوردار بودند. در توضیح این یافته می‌توان به نقش سواد سلامت اشاره نمود به این ترتیب که احتمالا افرادی که تحصیلات بالاتری دارند، سواد سلامتشان هم‌بیش تر است. بنابراین از طرفی در سنین پایین‌تر، با انتخاب سبک زندگی سالم تر و تقویت شبکه ارتباطی شان بهتر می‌توانند از مشکلات دوران سالمندی پیشگیری کنند و از سوی دیگر در دوران سالمندی نیز بهتر می توانند مشکلات مربوط به این دوره از زندگی هم‌چون مشکلات سلامت روان، ضعف جسمانی، محدودیت‌های حرکتی و غیره را مدیریت کنند(۳۰).

هم‌چنین بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، شغل سالمند از دیگر عوامل مرتبط و پیش‌بینی کننده سلامت روان سالمندان بود که با نتایج مطالعه Kang در کشور کره و Tan در سنگاپور هم‌خوانی دارد(۳۲،۳۱). بدین ترتیب که داشتن وضعیت شغلی امن و استاندارد با سلامت روان بهتری در سالمند همراه بود. در توضیح این یافته‌ها می‌توان بیان نمود که سالمندان شاغل از سلامت جسمانی بهتر و از طرفی احساس اعتماد به نفس و استقلال و امنیت بیش‌تر در زمینه تامین معیشت و سرپناه برخوردارند که خود می‌تواند سلامت روان آنان را بهبود بخشد.

محدودیت جسمی حرکتی و هم‌چنین متغیر استفاده از وسایل کمکی بازتوانی مثل عصا و واکر و صندلی چرخدار نیز به طور معنی‌داری با سلامت روان رابطه داشتند. محدودیت جسمی و حرکتی به دلیل ایجاد اختلال در عملکرد روزانه فرد، نیاز به داشتن مراقبت بیش‌تر و غیره به نوبه خود سلامت روان افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهد، اما از آن‌جا که فرد ناتوان به دلیل محدودیت جسمی- حرکتی نیازمند استفاده از وسایل کمکی هم‌چون عصا و واکر و صندلی چرخدار است، لیکن در برخی از موارد ممکن است به دلیل هزینه‌های بالای مربوط به تهیه این وسایل کمکی و از طرف دیگر نبود زمینه‌های لازم برای استفاده راحت از این وسایل و حمل و جا به جایی با آن‌ها، وضعیت سلامت افراد را دو چندان تحت تاثیر قرار دهد و اثر تجمعی بر سلامت روان سالمندان داشته باشد. اگرچه هم راستا با یافته مطالعه حاضر در متون مرتبط، مهم‌ترین عامل پیش بینی کننده اختلالات افسردگی و سلامت روان سالمندان، عدم توانایی در انجام فعالیت‌های روزمره و محدودیت حرکتی گزارش شده و تشخیص و درمان زودرس بیماری‌های مزمن خصوصا مواردی که سبب ایجاد محدودیت حرکتی می‌شود، توصیه شده است(۳۳)، لیکن در این زمینه شواهد متناقضی نیز دیده می‌شود. این یافته از یک سو با نتایج مطالعه Chang و همکاران در تایوان (۳۴) و Benedetti در برزیل (۳۵) هم‌خوانی دارد. آن‌ها عنوان کرده بودند افراد دارای عدم محدودیت حرکتی و قادر به انجام تحرکات بدنی و ورزش، کم‌تر به افسردگی دچار شده و از سلامت روان بالاتری برخوردار هستند(۳۴). در همین راستا پور آذر و همکاران نیز در مطالعه خود دریافتند که سالمندانی که سطوح فعالیت جسمانی و ورزشی در آن‌ها متوسط یا بالا است، از سلامت روان بهتری برخوردارند(۸). هم‌چنین نتایج مطالعه حاضر با مطالعه Rote و همکاران بر مکزیکی تبارها در امریکا هم‌خوانی دارد(۳۳). اما با نتایج با مطالعه Conradsson و همکاران (۳۶) که در میان افراد سالمند مقیم خانه سالمندان انجام شد، هم‌خوانی ندارد. علت این عدم هم‌خوانی ممکن است مربوط به جامعه آماری باشد زیرا در مطالعه حاضر، افراد مقیم در مراکز نگهداری سالمندان وارد مطالعه نشده‌اند. به علاوه Conradsson ارتباط تغییر در ظرفیت عملکرد

یا وابستگی افراد مسن بر وضعیت سلامت روان آن‌ها را تا سه ماه دنبال کرده است، در حالی‌که مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی می‌باشد که در میان سالمندانی که در خانه زندگی می‌کنند، انجام شده است.

هم‌چنین، رضایت از زندگی از دیگر عوامل پیش‌بینی کننده سلامت روان بود، به این ترتیب که هرچه رضایت از زندگی در سالمندان بیش‌تر بود، سلامت روان مطلوب‌تری داشتند که با مطالعه الهی و همکاران در ایران (۳۷) و Lai در کانادا هم‌خوانی دارد(۳۸). احتمالاً افرادی که رضایت بیش‌تری از زندگی دارند، دید مثبت‌تری نسبت به رویدادها و مدیریت مشکلات و محدودیت‌های مربوط به دوران سالمندی دارند که می‌تواند در بهبود سلامت روان نقش داشته باشد.

در پایان می‌توان نتیجه گرفت که کلید اصلی سلامت روان سالمندان، سلامت جسمی در آنان است. ناتوانی جسمی- حرکتی یکی از پیش بینی کننده‌های مهم سلامت روان سالمندان در مطالعه حاضر بود. یافته‌های مطالعه حاضر، شواهد قابل توجهی را در زمینه نقش وضعیت شغلی، سطح تحصیلات، فعالیت فیزیکی و سلامت جسمانی خصوصا پیشگیری از عواملی که می تواند سبب محدودیت حرکتی و ناگزیر استفاده از وسایل کمک حرکتی شود، در ارتقای سلامت سالمندان ارائه می‌دهد که می تواند در بهبود مداخلات پیشگیرانه و برنامه ریزی جهت ارتقای سلامت سالمندان کمک کننده باشد.

سپاسگزاری

نویسندگان مراتب قدردانی و سپاس خود را از تمامی سالمندان شرکت کننده در مطالعه و مسئولین مناطق شهرداری و سلامت یاران خانه‌های سلامت شرکت کننده در مطالعه و دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و کلیه عزیزانی که در این مطالعه ما را یاری نمودند، اعلام می‌نمایند.

References

1. Saeed BI, Xicang Z, Yawson AE, Nguah SB, Nsowah-Nuamah NN. Impact of socioeconomic status and medical conditions on health and healthcare utilization among aging Ghanaians. BMC Public Health. 2015;15 :276
2. Joe W, Rudra S, Subramanian S. Horizontal Inequity in Elderly Health Care Utilization: Evidence from India. J Korean Med Sci.2015;30(Suppl 2):S155-S66.
3. Statistical Center of Iran. Results of the 2011 National Population and Housing Census 2011.
4. Weber P, Prudius D, Meluzínová H. Geriatric multimorbidity-one of the key problem of contemporary medicine. Vnitr lek. 2015;61(12):1042-1048.
5. McDaid O, Hanly MJ, Richardson K, Kee F, Kenny RA, Savva GM. The effect of multiple chronic conditions on self-rated health, disability and quality of life among the older populations of Northern Ireland and the Republic of Ireland: a comparison of two nationally representative cross-sectional surveys. BMJ open. 2013;3(6):e002571.
6. Hosseini S, Cumming R, Sajjadi P, Bijani A. Chronic diseases among older people in Amirkola, northern Islamic Republic of Iran. East Mediterr Health J. 2011;17(11):843 -849

7. Koroukian SM, Schiltz N, Warner DF, Sun J, Bakaki PM, Smyth KA, et al. Combinations of Chronic Conditions, Functional Limitations, and Geriatric Syndromes that Predict Health Outcomes. J Gen Intern Med. 2016: 31(6):630-637.
8. Pourazar M, Sheikh M, Sohbatiha M, Mohamadnia S. Comparison of mental health in senior male citizens with different levels of weekly exercise. J Res Rehabil Sci. 2013;9(5):852-860.
9. Verhaak P, Dekker J, de Waal M, van Marwijk H, Comijs H. Depression, disability and somatic diseases among elderly. J Affect Disord. 2014;167:187-191.
10. Linardakis M, Papadaki A, Smpokos E, Micheli K, Vozikaki M, Philalithis A. Peer Reviewed: Association of Behavioral Risk Factors for Chronic Diseases With Physical and Mental Health in European Adults Aged 50 Years or Older, 2004–2005. Prev Chronic Dis. 2015;12:E149.
11. Ferro M. Major depressive disorder, suicidal behaviour, bipolar disorder, and generalised anxiety disorder among emerging adults with and without chronic health conditions. Epidemiol Psychiatr Sci. 2016 Oct;25(5):462-474.
12. Mortazavi SS, Shati M, Ardebili HE, Mohammad K, Beni RD, Keshteli AH. Comparing the effects of group and home-based physical activity on mental health in the elderly. Int J Prev Med. 2013;4(11):1282 -1289.
13. Mortazavi SS, Mohammad K, Ardebili HE, Beni DB, Mahmoodi M, Keshteli AH. Mental disorder prevention and physical activity in Iranian elderly. Int J Prev Med. 2012 Mar; 3(Suppl1): S64–S72.
14. Noorbala AA, Bagheri yazdi SA, Mohammad K P. The Validation of General Health Questionnaire- 28 as a Psychiatric Screening Tool. Hakim Health Sys Res. 2009;11(4):47-53. (persian)
15. Eshaghi SR, Farajzadegan Z, Anahita B. Healty lifestyle assessment questionnaire in elderly: translation, reliability and validity. Payesh. 2010;9(1):91-99.
16. Wang R, Yan Z, Liang Y, Tan EC, Cai C, Jiang H, et al. Prevalence and Patterns of Chronic Disease Pairs and Multimorbidity among Older Chinese Adults Living in a Rural Area. PloS one. 2015;10(9):e0138521.
17. Negahban Z, Arab M, Tajvar M, Rahimi Foroshani A, A. R. To Investigate the Association between Social Capital and Mental Health in the Ageing Population of Tehran . Journal of Healthcare Management 2015;6(1):79-88. (persian)
18. Tajvar M, Arab M, Montazeri A. Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. BMC Public Health. 2008;8: 323
19. Mortazavi SS, Eftekhar Ardebili H, Mohamad K, Doralibeni R. Assessing the mental health status of elderly in Shahrekord and relationship with sociodemographic factors. Payesh. 2011;10(4):485-492. (persian)
20. Taqui AM, Itrat A, Qidwai W, Qadri Z. Depression in the elderly: Does family

system play a role? A cross-sectional study. BMC Psychiatry. 2007; 7:57.

21. Sajjadi H, Kamal SHM, Rafiey H, Vameghi M, Forouzan AS, Rezaei M. A systematic review of the prevalence and risk factors of depression among Iranian adolescents. Glob J Health Sci. 2013;5(3):16 -27.
22. Dejman M, Ekblad S, Forouzan AS, Baradaran-Eftekhari M, Malekafzali H. Explanatory model of help-seeking and coping mechanisms among depressed women in three ethnic groups of Fars, Kurdish, and Turkish in Iran. Arch Iran Med. 2008;11(4):397-406.
23. Dejman M, Forouzan A, Assari S, Malekafzali H, Nohesara S, Khatibzadeh N, et al. An explanatory model of depression among female patients in Fars, Kurds, Turks ethnic groups of Iran. Iranian J Publ Health. 2011;40(3):79 -88.
24. Saneei P, Hajishafiee M, Keshteli A, Afshar H, Esmaillzadeh A, Adibi P. Adherence to Alternative Healthy Eating Index in relation to depression and anxiety in Iranian adults. Br J Nutr.2016: 116(2):335-342.
25. Mohammadi F, Mirabzadeh A, Setareh Forouzan A, Dejman M, Baradaran Eftekhari M. Seeking comfort: women mental health process in IR Iran: a grounded theory study. Int J Prev Med. 2013;5(2):217-223.
26. Mirabzadeh A, Forouzan AS, Mohammadi F, Dejman M, Eftekhari MB. How Iranian Women Conceptualize Mental Health: An Explanatory Model. Iran J Public Health. 2014;43(3):342- 348.(persian)
27. Vasconcelos-Rocha S, Almeida MM, Araújo TMd, Medeiros-Rodrigues WK, Barreto-Santos L, Virtuoso-Júnior JS. Prevalence of common mental disorders among elderly residents county in northeast of Brazil. Revista de Salud Pública. 2012;14(4):620-629.
28. Suwanmanee S, Nanthamongkolchai S, Munsawaengsub C, Taechaboonsermsak P.. Factors influencing the mental health of the elderly in Songkhla, Thailand. J Med Assoc Thai. 2012;95(6):S8-S15.
29. Inder KJ, Lewin TJ, Kelly BJ. Factors impacting on the well-being of older residents in rural communities. Perspectives in Public Health. 2012;132(4):182-191.
30. Huang X, Yang H, Wang HH, Qiu Y, Lai X, Zhou Z, et al. The association between physical activity, mental status, and social and family support with five major non-communicable chronic diseases among elderly people: a cross-sectional study of a rural population in Southern China. Int J Environ Res Public Health. 2015;12(10):13209-13223.
31. Kang M-Y, Kang Y-J, Lee W, Yoon J-H. Does long-term experience of nonstandard employment increase the incidence of depression in the elderly? J Occup Health.. 2016; 58(3):247-254.
32. Tan ME, Sagayadevan V, Abdin E, Picco L, Vaingankar J, Chong SA, et al. Employment status among the Singapore elderly and its correlates. Psychogeriatrics. 2017;17(3):155-163.
33. Rote S, Chen NW, Markides K. Trajectories of Depressive Symptoms

in Elderly Mexican Americans. J Am Geriatr Soc. 2015;63(7):1324-1330.

34. Chang S-H, Chien N-H, Chen M-C. Regular Exercise and Depressive Symptoms in Community-Dwelling Elders in Northern Taiwan. J Nurs Res. 2016;24(4):329-336.
35. Benedetti TRB, Borges LJ, Petroski EL, Gonçalves LHT. Physical activity and mental health status among elderly people. Revista de Saúde Pública. 2008;42(2):302-307.
36. Conradsson M, Littbrand H, Boström G, Lindelöf N, Gustafson Y, Rosendahl E. Is a change in functional capacity or dependency in activities of daily living associated with a change in mental health among older people living in residential care facilities? Clin Interv Aging.. 2013;8:1561 -1568.
37. Elahi T, Khosravi R, Rashidi Rashtabadi S, A A. Hopefulness and Mental Disorders in the Elderly. ZUMS Journal. 2014;22(92):119-125.(persian)
38. Lai DW. Depression among elderly Chinese-Canadian immigrants from Mainland China. Chin Med J (Engl). 2004;117(5):677-683.