

وضعیت سلامت روان سالمندان ساکن خانه‌های سالمندان مشهد و عوامل مرتبط با آن

هادی طهرانی^۱، محمد واحدیان شاهرودی^۲، رضا فدای وطن^۳، آیدا ابوصالحی^۴، حبیب‌الله اسماعیلی^۵

چکیده

مقدمه: کشور ایران با پدیده سالمندی مواجه شده و لزوم توجه به این قشر آسیب‌پذیر احساس می‌شود. هدف این تحقیق بررسی وضعیت سلامت روان و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر مشهد می‌باشد.

روش‌ها: مطالعه مقطعی حاضر در سال ۱۳۹۴ به شیوه سرشماری بر روی ۲۰۳ فرد بالای ۶۰ سال ساکن خانه‌های سالمندان مشهد انجام گردید. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه اطلاعات زمینه‌ای و پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-۲۸) بود. داده‌ها به وسیله نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ و با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های تی مستقل، من ویتنی، کای دو و رگرسیون لجستیک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: میانگین نمره کلی سلامت روان سالمندان $27/24 \pm 9/94$ بود. مطابق با نقطه برش پرسشنامه سلامت عمومی ۱۳۰ نفر از سالمندان (۶۴٪) سلامت روانی مناسبی نداشتند. ارتباط بین سلامت روان با ابتلا به بیماری مزمن ($P=0/005$) و دفعات ملاقات معنادار ($P=0/03$) معنادار و با دفعات بازگشت به منزل نزدیک به معناداری ($P=0/05$) بود؛ اما بین سلامت روان سالمندان با متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت تحصیلی، تعداد فرزندان، داشتن درآمد یا حقوق مستقل و مدت اقامت در خانه سالمندان رابطه معناداری یافت نشد ($P>0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری: سالمندان ساکن خانه‌های سالمندان شهر مشهد از وضعیت روانی خوبی برخوردار نیستند. با توجه به این که دفعات ملاقات، دفعات بازگشت به منزل و ابتلا به بیماری مزمن از مهم‌ترین عوامل تعیین کننده سلامت روان آنان است بایستی خانواده‌ها و سیاست‌گذاران توجه بیشتری به این مسائل داشته باشند.

واژگان کلیدی: سلامت روان، سالمندان، خانه سالمندان، مشهد

مقدمه

تقریباً در تمام کشورها به دنبال افزایش امید زندگی و کاهش نرخ زاد و ولد، افراد بالای ۶۰ سال سریع‌ترین رشد را نسبت به هر گروه سنی دیگری به خود اختصاص داده‌اند (۱). به طوری که پیش‌بینی می‌شود بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۵۰ نسبت افراد بالای ۶۰

سال جهان از حدود ۱۱ درصد به ۲۲ درصد برسد (۲). در ایران نیز نسبت جمعیت سالمند از ۷/۲۲٪ در سال ۲۰۰۶ به ۸/۲۰٪ در سال ۲۰۱۱ رسیده است و پیش‌بینی می‌شود به ۱۰/۵٪ در سال ۲۰۲۵ و ۲۱/۷٪ در سال ۲۰۵۰ برسد (۳). کیفیت زندگی بیماران مسن علاوه بر بیماری‌های

۱- استادیار آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۲- دانشیار آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۳- استادیار، مرکز تحقیقات سالمندی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

۴- مربی، گروه بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی نیشابور، نیشابور، ایران

۵- کارشناس ارشد، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۶- استاد آمار زیستی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

Email: aida_abusalehi@yahoo.com

نویسنده‌ی مسئول: آیدا ابوصالحی

آدرس: خراسان رضوی، نیشابور، خیابان فرحبخش غربی، ستاد مرکزی شماره ۲، دانشگاه علوم پزشکی نیشابور تلفن: ۰۵۱-۴۲۲۵۴۱۷۶ فاکس: ۰۵۱-۴۲۲۵۵۰۴۳

جسمی تحت تأثیر منفی ناتوانی‌های شناختی، افسردگی و سایر اختلالات روانی می‌تواند باشد (۴). اختلالات عصبی-روانی ۱۴٪ از بار جهانی بیماری را به خود اختصاص داده‌اند (۵) و در میان افراد مسن منشأ ۶/۶ درصد ناتوانی‌های کلی هستند (۶). البته شیوع اختلالات روان در سالمندان ساکن خانه‌های سالمندان بسیار رایج‌تر از سالخورده‌گان ساکن جامعه است (۷، ۸) و نسبت بالایی از آنان به اختلال روانی قابل توجهی مبتلا هستند (۹). به عنوان مثال طبق جدیدترین مطالعات، میزان شیوع افسردگی در سالخورده‌گان ساکن جامعه ۴۰-۲۳٪ و در سالمندان خانه‌های سالمندان ۸۰-۲۵٪ گزارش می‌شود و ۵۱/۴٪ این سالمندان حداقل یکی از اختلالات روانی شامل افسردگی (که رایج‌ترین است)، اختلال دو قطبی عاطفی و عقب‌ماندگی ذهنی را تجربه می‌کنند (۸). در مطالعه دیگری نیز که بر روی سالمندان ساکن خانه‌های سالمندان تهران انجام گرفت؛ میزان افسردگی ۳۲/۵٪، اضطراب ۱۸/۳٪، اختلالات جسمانی ۲۷/۵٪ و اختلالات وسواسی ۱۹/۱٪ گزارش شد (۱۰). در واقع، اقامت در خانه سالمندان عاملی مستقل و معنادار برای افزایش شیوع بیماری‌های روانی محسوب می‌شود (۱۱). علاوه بر این شیوع بالاتر بیماری‌های مزمن در سالمندان (۱۷-۱۲)، می‌تواند منجر به افزایش شیوع ناخوشی‌های روانی در این قشر و هم‌چنین بدتر شدن علائم بیماری‌های جسمانی آنان گردد که مطالعات بسیاری گواه این موضوع است. به عنوان مثال ثابت شده است زمانی که افسردگی همراه با بیماری‌های مزمنی هم‌چون آرتروز بروز پیدا می‌کند، به جای اثر جمعی، اثر ضربی بر هم گذاشته و یکدیگر را تقویت می‌کنند (۱۸). اغلب، ناخوشی‌های روانی در بیماران

جسمی تشخیص داده نمی‌شوند و این دقیقاً می‌تواند منجر به بدتر شدن نتیجه هر دو نوع بیماری گردد (۱۹)؛ بنابراین توجه به تشخیص و درمان اختلالات روانی در سالمندان بسیار حائز اهمیت است. از طرفی اختلالات روانی همچون افسردگی در صورت عدم درمان، درمان ناکافی و یا مقاومت به درمان می‌تواند به آشنایی از دیگر پیامدهای نامطلوب بهداشتی مانند سوء تغذیه، ضعف جسمانی، کاهش عملکرد، کاهش کیفیت زندگی و در نهایت مرگ منجر گردد (۲۰). یافته‌های مطالعه Tiwari و همکاران نیز که با هدف تعیین میزان شیوع ناخوشی‌های همراه (Morbidity) اختلالات روانی در سالمندان هندی انجام گرفت نشان داد میزان شیوع این ناخوشی‌ها در سالمندان ۱۷/۳۴٪ می‌باشد که تعداد قابل توجهی از آن‌ها، ناراحتی‌های جسمانی هستند. ناخوشی‌های همراه اختلالات روان به ندرت یک رویداد واحد را در بر می‌گیرد؛ بلکه در واقع حداقل دو تا سه تشخیص بالینی یک قانون و قاعده محسوب می‌شود (۲۱). این‌ها همه گویای لزوم توجه به امر تشخیص زود هنگام و درمان مناسب و شایسته اختلالات روانی است.

صرف‌نظر از این موارد، الزامات اخلاقی و منطقی نیز مراقبت بدون سلامت روان را خارج از عدالت می‌داند. با این همه به طور میانگین در کشورها کمتر از ۴٪ بودجه کل مراقبت بهداشتی به سلامت روان اختصاص می‌یابد (۶). در حالی که ارائه خدمات زیست‌پزشکی گسترش یافته است، تحویل و واگذاری حمایت‌های روحی و روانی به عقب رانده می‌شود (۲۲).

با توجه به اهمیت و لزوم آگاهی از شیوع ادواری اختلالات روان‌پزشکی به منظور برنامه‌ریزی برای

اقامت در خانه سالمندان، دفعاتی که مورد ملاقات قرار می‌گیرند و همچنین دفعات بازگشت به منزل بود که به صورت خودگزارش‌دهی از هر یک از سالمندان پرسیده می‌شد و در صورت عدم اطلاع سالمند و یا عدم اطمینان محقق از پاسخ سالمند از پرستاران و پرونده‌های موجود کمک گرفته می‌شد.

وضعیت سلامت روانی سالمندان با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی مورد سنجش قرار گرفت. این پرسشنامه حاوی ۲۸ سؤال و ۴ زیر مقیاس است. موارد ۱ الی ۷ علائم جسمانی، موارد ۸ الی ۱۴ علائم اضطرابی و اختلال خواب، موارد ۱۵ الی ۲۱ علائم کارکرد اجتماعی و نهایتاً موارد ۲۲ الی ۲۸ علائم افسردگی را می‌سنجد (۲۳). نوربالا و همکاران پایایی و روایی این ابزار را برای جامعه فارسی زبان ایران تأیید و نمره برش آن را برای تشخیص اختلالات روانی ۲۳ ذکر کرده‌اند (۲۴). شیوه نمره‌گذاری لیکرت (۰-۱-۲-۳) و نمره برش ۲۳ است. بدین ترتیب حداقل نمره کسب شده هر فرد ۰ و حداکثر نمره ۸۴ بود. کسب نمرات بالاتر از ۲۳ اختلال در سلامت روانی فرد را نشان می‌دهد (۲۵).

ملاحظات اخلاقی شامل ارائه معرفی‌نامه کتبی و کسب اجازه از اداره کل بهزیستی مشهد به منظور انجام پژوهش، معرفی کردن خود به هر یک از واحدهای پژوهش و تشریح اهداف و ماهیت پژوهش، اطمینان دادن به واحدهای پژوهش در خصوص محرمانه بودن اطلاعات، دریافت رضایت نامه آگاهانه، رعایت کردن امانت‌داری و صداقت در بررسی متون و تجزیه و تحلیل اطلاعات، رعایت شد. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، اطلاعات این مطالعه به وسیله نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ و با استفاده از آمار توصیفی، آزمون‌های آماری کای دو، تی مستقل، من

درمان اختلالات روانی و حتی جسمانی موجود و همچنین پیشگیری از بروز اختلالات جدید و نیز نبود مطالعه‌ای مشابه که معرف تمامی سالمندان خانه‌های سالمندان شهر مشهد باشد؛ پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان سلامت روان سالمندان ساکن خانه‌های سالمندان شهر مشهد و عوامل مرتبط با آن انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش مقطعی، از نوع توصیفی-تحلیلی بود. جامعه مورد مطالعه، تمامی سالمندان ساکن خانه‌های سالمندان شبانه‌روزی شهر مشهد در سال ۱۳۹۴ بود. نمونه‌های این پژوهش نیز شامل تمامی سالمندان واجد شرایط ورود به مطالعه از کلیه خانه‌های سالمندان شهر مشهد می‌شد و از میان تمام خانه‌های سالمندان (۲۰ مرکز و بالغ بر ۷۰۰ سالمند) ۲۰۳ نفر مطابق با معیارهای ورود و به شیوه سرشماری وارد مطالعه شدند.

معیارهای ورود به این مطالعه شامل رضایت برای شرکت در مطالعه، سن بالای ۶۰ سال، اقامت حداقل سه ماهه در خانه سالمندان و نداشتن اختلالات شناختی ادراکی بود.

ابزار اندازه‌گیری مطالعه پرسشنامه اطلاعات زمینه‌ای و پرسشنامه سلامت عمومی (General Health -28 Questionnaire) GHQ بود. محقق با مراجعه مستقیم به هر یک از خانه‌های سالمندان و مصاحبه میانگین زمانی ۱۵ دقیقه با هر یک از ۲۰۳ نفر نمونه پژوهش، پرسشنامه‌ها را بر مبنای پاسخ شرکت کنندگان، تکمیل و جمع‌آوری کرد. اطلاعات زمینه‌ای شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت تحصیلی، تعداد فرزندان، داشتن یا نداشتن درآمد یا حقوق مستقل، مبتلا بودن یا نبودن به بیماری مزمن، مدت

ویتنی یو و مدل رگرسیون لجستیک در سطح معنی داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

مشخصات افراد مورد مطالعه در جدول ۱ نشان داده شده است. بر این اساس میانگین سنی افراد تحت مطالعه $76/38 \pm 9/63$ بود که به طور میانگین $21/95 \pm$

۲۱/۱۷ ماه در خانه‌های سالمندان اقامت داشتند. همچنین بیش‌تر آن‌ها بی‌سواد ($64/7\%$)، همسر فوت شده (67%)، بدون درآمد ($61/1\%$) و مبتلا به بیماری مزمن ($63/4\%$) بودند. به علاوه غالب افراد ($59/7\%$) حداقل هفته‌ای یک‌بار ملاقاتی داشته و در طول مدت اقامت هرگز بازگشتی به منزل نداشتند ($69/8\%$).

جدول ۱: مشخصات کلی شرکت کنندگان مطالعه

P-Value	مرد N=66	زن N=137	تعداد کل N=203	
0/276*	75/31(9/73)	76/77(9/64)	76/38(9/63)	سن (سال)، میانگین (انحراف معیار)
0/933**	3/14(3/25)	2/95(2/37)	2/98(2/67)	تعداد فرزند، میانگین (انحراف معیار)
0/979**	21/95(22/73)	20/89(22/00)	21/17(21/95)	مدت اقامت (ماه)، میانگین (انحراف معیار)
<0/01***	28(43/1)	102(75/0)	130(64/7)	سطح تحصیلات
	14(21/5)	19(14)	33(16/4)	تعداد (درصد)
	4(6/2)	5(3/7)	9(4/5)	راهنمایی
	13(20/0)	8(5/9)	21(10/4)	متوسطه و دیپلم
	6(9/2)	2(1/5)	8(4/0)	بالا تر
<0/01***	6(9/1)	11(8/0)	17(8/4)	وضعیت تأهل
	16(24/2)	6(4/4)	22(10/8)	تعداد (درصد)
	30(45/5)	106(77/4)	136(67/0)	همسر فوت شده
	14(21/2)	14(10/2)	28(13/8)	همسر جدا شده
0/102***	31(47/0)	48(35/0)	79(38/9)	درآمد یا حقوق مستقل
	35(53/0)	89(65/0)	124(61/1)	تعداد (درصد)
0/05***	48(72/7)	80(58/8)	128(63/4)	بیماری مزمن
	18(27/3)	56(41/2)	74(36/6)	تعداد (درصد)
0/06***	32(49/2)	88(64/7)	120(59/7)	تعداد ملاقات
	17(26/2)	24(17/6)	41(20/4)	تعداد (درصد)
	4(6/2)	12(8/8)	16(8/0)	ماه‌های ۱-۳ بار
	12(18/5)	12(8/8)	24(11/9)	کمتر از یک‌بار در ماه
				هرگز
0/619***	4(6/1)	10(7/4)	14(6/9)	دفعات بازگشت به منزل
	4(6/1)	12(8/8)	16(7/9)	تعداد (درصد)
	13(19/7)	17(13/2)	32(15/3)	ماه‌های ۱-۳ بار
	45(68/2)	96(70/6)	141(69/8)	کمتر از یک‌بار در ماه
				هرگز

*آزمون تی **من ویتنی ***کای دو

که بین نمره کلی سلامت روان و نمره هر یک از ابعاد پرسشنامه GHQ با جنسیت افراد، تفاوت معناداری وجود ندارد (جدول ۲).

در این مطالعه میانگین نمره کلی سلامت روان افراد تحت پژوهش $27/24 \pm 9/94$ بود؛ به طوری که $35/96\%$ سالمندان سلامت روانی مطلوب و $64/04\%$ آن‌ها اختلال روانی داشتند. همچنین نتایج نشان داد

جدول ۲: نمره کلی سلامت روان و هر یک از زیر مقیاس‌ها بر اساس جنسیت

P-Value	مرد N=۶۶	زن N=۱۳۷	کل سالمندان N=۲۰۳	
۰/۵۹۴*	۷(۰-۱۳)	۷(۰-۱۴)	۷(۰-۱۴)	مقیاس علائم اضطرابی و اختلال خواب میانه (حداقل-حداکثر)
۰/۸۲۳*	۹(۶-۱۸)	۹(۵-۱۷)	۹(۵-۱۸)	مقیاس کارکرد اجتماعی میانه (حداقل-حداکثر)
۰/۰۶۲*	۶(۰-۱۵)	۷(۱-۱۷)	۷(۰-۱۷)	مقیاس علائم جسمانی میانه (حداقل-حداکثر)
۰/۶۹۳*	۴(۰-۱۸)	۴(۰-۱۵)	۴(۰-۱۸)	مقیاس علائم افسردگی میانه (حداقل-حداکثر)
۰/۹۷۷**	۲۷/۲۱(۷-۵۸)	۲۷/۲۵(۷-۵۱)	۲۷/۲۴(۷-۵۸)	نمره کلی سلامت روان میانگین (حداقل-حداکثر)

*آزمون من ویتنی
**آزمون تی

یافت شد ($P=0/05$)؛ اما وضعیت درآمد ($P=0/16$)، تحصیلات ($P=0/97$) و مدت اقامت ($P=0/60$) با شیوع اختلالات سلامت روان ارتباط معناداری نداشتند (جدول ۳).

براساس یافته‌های پژوهش متغیرهای تعداد ملاقات ($P=0/03$) و بیماری مزمن ($P=0/005$) با شیوع اختلالات سلامت روان ارتباط معناداری داشتند. همچنین ارتباط نزدیک به معناداری بین دفعات بازگشت به منزل و شیوع اختلالات سلامت روان

جدول ۳: شیوع اختلالات سلامت روان به تفکیک متغیرهای زمینه‌ای

متغیر	گروه	سلامت روانی تعداد (درصد)	اختلال روانی تعداد (درصد)	نتایج آزمون کای دو P-Value
سطح تحصیلات	بی سواد	۴۶(۳۵/۴)	۸۴(۶۴/۶)	۰/۹۷
	ابتدایی	۱۳(۲۹/۴)	۲۰(۶۰/۶)	
	راهنمایی	۴(۴۴/۴)	۵(۵۵/۶)	
	متوسطه و دیپلم	۷(۳۳/۳)	۱۴(۶۶/۷)	
	بالتر	۳(۳۷/۵)	۵(۶۲/۵)	
مدت اقامت	کم‌تر از ۲۴ ماه	۴۷(۳۵/۱)	۸۷(۶۴/۹)	۰/۶۰
	۲۴ ماه و یا بیش‌تر	۲۶(۳۸/۸)	۴۱(۶۱/۲)	
تعداد دفعات ملاقات	حداقل ۱ بار در هفته	۵۲(۴۳/۳)	۶۸(۵۶/۷)	۰/۰۳
	حداقل یک‌بار در ماه	۱۱(۲۶/۸)	۳۰(۷۳/۲)	
	به ندرت	۵(۳۱/۲)	۱۱(۶۸/۸)	
	هرگز	۴(۱۶/۷)	۲۰(۸۳/۳)	
تعداد دفعات بازگشت به منزل	حداقل ۱ بار در هفته	۹(۶۴/۳)	۵(۳۵/۷)	۰/۰۵
	حداقل یک‌بار در ماه	۴(۲۵)	۱۲(۷۵)	
	به ندرت	۱۴(۴۵/۲)	۱۷(۵۴/۸)	
	هرگز	۴۶(۳۲/۶)	۹۵(۶۷/۴)	
درآمد	دارد	۳۳(۴۱/۸)	۴۶(۵۸/۲)	۰/۱۶
	ندارد	۴۰(۳۲/۳)	۸۴(۶۷/۷)	
ابتلا به بیماری مزمن	دارد	۳۷(۲۸/۹)	۹۱(۷۱/۱)	۰/۰۰۵
	ندارد	۳۶(۴۸/۶)	۳۸(۵۱/۴)	

سالمندانی که در طول مدت اقامت خود هرگز ملاقات کننده‌ای نداشته‌اند شانس وجود اختلالات روانی ۳/۳۷ برابر بیشتر از سالمندانی بود که حداقل ۱ بار در هفته ملاقات کننده داشتند ($P=0/04$) (جدول ۴). همچنین سالمندان مبتلا به بیماری مزمن نسبت به سالمندانی که بیماری مزمن نداشتند ۲/۸۰ برابر شانس ابتلا به اختلالات روانی داشتند ($P=0/002$) (جدول ۴).

برای تعیین تأثیر متغیرهای زمینه‌ای بر سلامت روان از مدل رگرسیون لجستیک چندگانه و روش اینتر استفاده شد. به همین منظور از آنجا که معنی‌داری متغیرهای تعداد ملاقات، بازگشت به منزل، درآمد و بیماری مزمن بر حسب نمره سلامت روانی کم‌تر از ۰/۲ بودند؛ وارد مدل شدند. نتایج نشان داد متغیرهای دفعات ملاقات و بیماری مزمن از سایر متغیرها تأثیرگذارتر بوده است؛ به طوری که با کاهش دفعات ملاقات، سلامت روانی سالمندان کاهش می‌یافت و

جدول ۴: ارتباط بین سلامت روان و متغیرهای زمینه‌ای در مدل رگرسیون لجستیک چند گانه

متغیر	نسبت شانس خام (فاصله اطمینان ۹۵٪)	P-value	نسبت شانس تعدیل شده (فاصله اطمینان ۹۵٪)	P-Value
تعداد دفعات ملاقات	حداقل ۱ بار در هفته	-	۱	-
	ماهی ۱-۳ بار	۰/۰۶	۱/۵۴(۰/۶۷-۳/۵۳)	۰/۳۰
	به ندرت	۰/۳۶	۲/۳۵(۰/۷۰-۷/۸۰)	۰/۱۶
	هرگز	۰/۰۲	۳/۳۷(۱/۰۲-۱۱/۱۳)	۰/۰۴
دارا بودن درآمد یا حقوق مستقل	بلی	۰/۱۶۹	۰/۷۸(۰/۴۱-۱/۴۹)	۰/۴۶
ابتلا به بیماری مزمن	بلی	۰/۰۰۵	۲/۸۰(۱/۴۵-۵/۴۱)	۰/۰۰۲
بازگشت به منزل	حداقل ۱ بار در هفته	-	۱	-
	۱-۳ بار در ماه	۰/۰۳	۴/۶۵(۰/۹۱-۲۳/۵۶)	۰/۰۶
	به ندرت	۰/۲۳	۲/۰۳(۰/۵۳-۷/۷۸)	۰/۳۰
	هرگز	۰/۰۲	۳/۲۵(۰/۹۷-۱۰/۸۷)	۰/۰۵

بحث

خانه‌های سالمندان، اما پژوهش نامبرده بر روی سالمندان ساکن خانه‌های خودشان انجام گرفت. همچنین یافته‌های این مطالعه با نتایج مطالعه مختاری و همکاران (۲۷) که نشان داد میانگین نمره سلامت روانی سالمندان خانه‌های سالمندان شهر شیراز ۸/۰۸ \pm ۵۴/۰۵ می‌باشد اختلاف قابل توجهی داشته و حاکی از وضعیت بسیار مطلوب‌تر سالمندان خانه‌های سالمندان شهر مشهد نسبت به شیراز می‌باشد؛ اما مطالعه حاضر نزدیکی بالایی با یافته‌های پژوهش مؤمنی و همکاران (۲۸) که میانگین نمره سلامت روانی سالمندان خانه‌های سالمندان شهر کرمانشاه را ۱۱/۴۷ \pm ۳۰/۰۵ گزارش داد؛ دارد.

مطابق نتایج این بررسی میانگین نمره کلی سلامت روان سالمندان ساکن خانه‌های سالمندان شهر مشهد $27/24 \pm 9/94$ و ۶۴٪ افراد تحت مطالعه از سلامت روانی مناسبی برخوردار نبودند. پژوهش نجفی و همکاران (۲۶) نیز که به بررسی وضعیت سلامت روانی سالمندان تهران پرداخته بود میان نمره کلی سلامت روان را ۲۴ درصد سالمندان دچار مشکل روانی را ۵۰/۲ گزارش نمود. اختلاف مشاهده شده در نتایج بررسی حاضر و مطالعه مذکور می‌تواند به تفاوت میان جمعیت مورد مطالعه مربوط باشد؛ به این ترتیب که مطالعه حاضر در میان سالمندان ساکن

در پژوهش حاضر نمره کلی سلامت روان و هر یک از زیر مقیاس‌های آن بر حسب جنسیت هیچ‌گونه اختلاف آماری معناداری نشان نداد؛ که همسو با مطالعه Drageset و همکاران (۲۹)، ناظمی و همکاران (۱) و قنبری هاشم‌آبادی و همکاران (۳۰) است. در مطالعه مؤمنی و همکاران نیز تنها بین نمره زیر مقیاس اختلال اجتماعی با جنسیت رابطه معناداری یافت شد (۲۸). البته نتایج پژوهش نجفی و همکاران حاکی از ارتباط معنادار سلامت روانی و تمام زیر مقیاس‌های آن با جنسیت بود (۲۶).

در مطالعه حاضر ارتباط معناداری میان داشتن نداشتن درآمد با نمره سلامت روانی مشاهده نشد که از این جهت با نتایج مطالعه منظوری و همکاران همسو بود (۳۱). با این همه ۶۷/۷٪ افرادی که درآمد نداشتند دارای اختلال روانی بودند و فقط ۳۲/۳٪ افراد دارای درآمد از سلامت روانی کامل برخوردار نبودند که گویای اهمیت درآمد در وضعیت سلامت روان سالمندان می‌باشد. به نظر می‌رسد فقر از بزرگ‌ترین موانع آسایش و امنیت افراد سالمند می‌باشد. به علاوه سالمندان فقیر شانس بالاتری برای ابتلا به بیماری‌ها دارند که خود می‌تواند منجر به اثرات سوء بر سلامت روان شود (۳۲). در واقع مشکلات اقتصادی که افراد چه در زمان گذشته و چه در زمان حال با آن رو به رو می‌شوند با بروز اختلالات روانی مرتبط هستند (۳۳).

در این پژوهش ارتباط معناداری میان سطح تحصیلات با سلامت روان یافت نشد؛ که از این نظر با پژوهش ناظمی و همکاران (۱) همسو و با یافته پژوهش نجفی و همکاران (۲۶) در تضاد بود که می‌تواند ناشی از آن باشد که افراد تحصیل کرده این پژوهش به جهت سکونت در محیط بسته خانه

سالمندان نمی‌توانند همچون هم‌تایان ساکن جامعه از سواد و تحصیلات خود بهره کافی ببرند و به همین خاطر احساس سرشکستگی می‌کنند.

پژوهش‌های متعددی گواه نقش حمایت اجتماعی در حفظ و بهبود سلامت روان سالمندان است؛ چرا که در دوره سالمندی به علت افزایش ناتوانایی‌ها، وابستگی‌ها شایع‌تر و اجتناب ناپذیر می‌گردد (۳۴) و رویدادهای پراسترسی همچون کم شدن ارتباطات با همسر، اقوام و دوستان می‌تواند اثرات مخربی بر سلامت روانی سالمندان ساکنان خانه‌های سالمندان داشته باشد (۲۹). نتایج این مطالعه نیز حاکی از ارتباط معنادار تعداد ملاقات با سلامت روان سالمندان بود. به طوری که افرادی که هیچ‌گاه ملاقات کننده‌ای نداشتند در مقایسه با کسانی که حداقل یک‌بار در هفته ملاقات داشتند از شانس بیشتری برای بروز اختلالات روانی برخوردار بودند؛ زیرا یکی از راه‌هایی که سالمند می‌تواند ارتباط خود را با دوستان و آشنایان تداوم بخشد و از انزوا بگریزد به دست سایرین و با ملاقات از او میسر می‌شود؛ اما یافته‌های مطالعه مؤمنی و همکاران در این خصوص متفاوت است چرا که بیان می‌دارد سالمندانی که ملاقات کننده داشته‌اند با افرادی که در طی یک سال اخیر زندگی در سرای سالمندان هیچ‌گونه ملاقات کننده‌ای نداشته‌اند از نظر زیر مقیاس‌های سلامت روانی یکسان‌اند (۲۸).

در این پژوهش، دفعات بازگشت به منزل نیز به عنوان یکی از متغیرهای تأثیرگذار بر وضعیت سلامت روانی سالمندان شناسایی شد. به طوری که ۶۷/۴٪ کسانی که در طی مدت اقامت هرگز به منزل خود مراجعت نکرده بودند سلامت روان نامناسبی داشتند و شانس وجود اختلالات روانی در آن‌ها ۳/۳۷

سالمندان مسن تر و کم سوادتر اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی محققین به سنجش میزان و کیفیت خدمات بهداشتی - درمانی که به این قشر آسیب‌پذیر در خانه‌های سالمندان ارائه می‌گردد؛ پردازند.

نتیجه‌گیری

این پژوهش نشان داد سالمندان ساکن خانه سالمندان مشهد از وضعیت سلامت روانی خوبی برخوردار نبودند. در صورتی که سپردن سالمند به خانه سالمندان بهترین انتخاب باشد، باید برای بهبود کیفیت خدمات ارائه شده به آنان چاره‌ای اندیشیده شود. همچنین توجه به حمایت عاطفی سالمند با ملاقات از او و نیز توجه به سلامت جسمانی برای پیشگیری و درمان بیماری‌های مزمن در امر سلامت روان سالمند باید بیش از این‌ها مورد توجه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاری صمیمانه دانشگاه علوم پزشکی مشهد، اداره کل بهزیستی و تمامی سالمندان ساکن خانه‌های سالمندان مشهد که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، کمال تشکر و سپاس را داریم.

References

1. Nazemi L, Skoog I, Karlsson I, Hosseini S, Hosseini M, Hosseinzadeh MJ, et al. Depression, prevalence and some risk factors in elderly nursing homes in Tehran, Iran. *Iran J Public Health*. 2013;42(6):559-69.
2. World Health Organization (WHO). Ageing and life-course; 2016. [cited 2016 Apr 28] Available from: <http://www.who.int/ageing/about/facts/en/>
3. Danial Z, Motamedi MH, Mirhashemi S, Kazemi A, Mirhashemi AH. *Lancet*. 2014;384(9958):1927.
4. Saraçlı Ö, Akca AS, Atasoy N, Önder Ö, Şenormancı Ö, Kaygısız İ, Atik L. The relationship between quality of life and cognitive functions, anxiety and depression among hospitalized elderly patients. *Clin Psychopharmacol Neurosci*.

برابر بیشتر از سالمندانی که حداقل یک‌بار در هفته ملاقات کننده‌ای داشتند؛ بود. همسو با این نتیجه مطالعه Drageset و همکاران نیز نشان داد از دست دادن خانه از جمله عواملی است که بر سلامت روانی سالمندان خانه‌های سالمندان اثر نامطلوبی می‌گذارد (۲۹).

همچنین مطالعه حاضر ارتباط معناداری را میان مدت اقامت و سلامت روان نشان نداد؛ اما در مطالعه‌ای که توسط Tiong و همکاران انجام شد مدت اقامت بیش از ۲ سال به عنوان یکی از فاکتورهای مهم و تأثیرگذار بر اختلالات روانی سالمندان خانه سالمندان شناسایی شد (۳۵). همچون مطالعه حاضر پژوهش‌های بسیاری ارتباط معنادار میان بیماری مزمن و سلامت روانی را گزارش کرده‌اند. به عنوان مثال ثابت شده است افسردگی (به عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی سالمندان) در ۱۷٪ بیماری‌های قلبی - عروقی، ۲۳٪ بیماری‌های عروق مغزی، ۲۷٪ موارد دیابتی و بیش از ۴۰٪ افراد سرطانی بروز پیدا می‌کند (۳۶).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به عدم توانایی نمونه‌های پژوهش در پر کردن پرسشنامه و همچنین مشکل بودن تفهیم سؤالات به بعضی از

2015;13(2):194-200.

5. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *Lancet*. 2007;370(9590):859-77.

6. World Health Organization (WHO). Mental health and older adults; 2016. [cited 2016 May 1] Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>

7. Jongenelis K, Pot AM, Eisses AM, Beekman AT, Kluiters H, Ribbe MW. Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *J Affect Disord*. 2004;83(2-3):135-42.

8. Lampert MA, Rosso ALP. Depression in elderly

- women resident in a long-stay nursing home. *Dement Neuropsychol.* 2015;9(1): 76-80.
9. Grabowski DC, Aschbrenner KA, Rome VF, Bartels SJ. Review: quality of mental health care for nursing home residents: a literature review. *Med Care Res Rev.* 2010; 67(6): 627-56.
10. Etemadi A, Ahmadi K. Psychological Disorders of Elderly Home Residents. *Journal of Applied Sciences.* 2009; 9: 549-54. Persian
11. Vila-Corcoles A, Aguirre-Chavarria C, Ochoa-Gondar O, de Diego C, Rodriguez-Blanco T, Gomez F, et al. Influence of chronic illnesses and underlying risk conditions on the incidence of pneumococcal pneumonia in older adults. *Infection.* 2015;43(6):699-706.
12. Marengoni A, Winblad B, Karp A, Fratiglioni L. Prevalence of chronic diseases and multimorbidity among the elderly population in Sweden. *Am J Public Health.* 2008;98(7):1198-200.
13. Wu F, Guo Y, Kowal P, Jiang Y, Yu M, Li X, et al. Prevalence of major chronic conditions among older Chinese adults: the Study on Global AGEing and adult health (SAGE) wave 1. *PLoS One.* 2013;8(9):e74176.
14. Bhattacharya J, Choudhry K, Lakdawalla D. Chronic disease and severe disability among working-age populations. *Med Care.* 2008;46(1):92-100.
15. Jagger C, Matthews RJ, Matthews FE, Spiers NA, Nickson J, Paykel ES, et al. Cohort differences in disease and disability in the young-old: findings from the MRC Cognitive Function and Ageing Study (MRC-CFAS). *BMC Public Health.* 2007;7:156.
16. Hajivandi A, Amiri M. World kidney day 2014: Kidney disease and elderly. *Journal of Parathyroid Disease.* 2014;2(1):3-4.
17. Vrdoljak D, Pavlov R. Diabetes in elderly. *Collegium Antropologicum.* 2014;38(2):243-6.
18. Myer L. The Relationship between Depression and Arthritis; 2014 [cited 2015 May 4]. Available from: <http://brainblogger.com/2014/08/08/the-relationship-between-depression-and-arthritis/>
19. Sinclair JM, Patel MX. No health without mental health: core competencies for all doctors. *Medicine.* 2012;40(11):567.
20. Tehrani H, Rakhshani T, Shojaee Zadeh D, Hosseini SM, Bagheriyan S. Analyzing the relationship between job stress to mental health, personality type and stressful life events of the nurses occupied in Tehran 115 emergency. *Iran Red Crescent Med J.* 2013; 15(3): 272-3.
21. Tiwari SC, Tripathi RK, Kumar A, Kar AM, Singh R, Kohli VK, et al. Prevalence of psychiatric morbidity among urban elderlies: Lucknow elderly study. *Indian J Psychiatry.* 2014;56(2):154-60.
22. Strasser S, Gibbons S. The development of HIV-related mental health and psychosocial services for children and adolescents in Zambia: The case for learning by doing. *Children and Youth Services Review.* 2014;45:150-7.
23. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med.* 1979;9(1):139-45.
24. Noorbala AA, Bagheri yazdi SA, Mohammad K. The Validation of General Health Questionnaire-28 as a Psychiatric Screening Tool. *Hakim Health Sys Res.* 2009; 11(4):47-53.
25. Sharifi N, Jalili L, Najar S, Yazdizadeh H, Haghhighizadeh MH. Survey of general health and related factors in menopausal women in Ahvaz city, 2012. *Razi Journal of Medical Sciences.* 2015;21(128):59-65. Persian
26. Najafi B, Arzaghi M, Fakhrzadeh H, Sharifi F, Shoaie S, Alizadeh M, et al. Mental health status and related factors in aged population: Urban health equity assessment and response tool (Urban-HEART) study in Tehran. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism.* 2013; 13(1):62-73. Persian
27. Mokhtari F, Ghasemi N. Comparison of Elderlys Quality of life and mental health living in nursing homes and members of retired club of Shiraz city. *Salmand.* 2011;5(18):53-63. Persian
28. Momeni K, Karimi H. The comparison of general health of the residents/non residents in the elder house. *Salmand.* 2010;5(3):25-7. Persian
29. Drageset J, Dysvik E, Espehaug B, Natvig GK, Furnes B. Suffering and mental health among older people living in nursing homes. a mixed-methods study. *Peer J.* 2015;3:e1120.
30. Ghanbari Hashem Abadi BA, Mojarrad Kahani AM, Ghanbari Hashem Abadi MR. The relationship between older people's mental health with their family support and psychosocial well being. *J Res Rehabil Sci.* 2013; 8(6): 1123-31.
31. Manzouri L, Babak A, Merasi M. The depression status of the elderly and its related factors in Isfahan in 2007. *Salmand.* 2010;4(14):27-33. Persian
32. Barati M, Fathi Y, Soltanian AR, Moeini B. Mental Health Condition and Health Promoting Behaviors among Elders in Hamadan. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty.* 2012;20(3):12-22. Persian
33. Lahelma E, Laaksonen M, Martikainen P, Rahkonen O, Sarlio-Lähteenkorva S. Multiple measures of socioeconomic circumstances and common mental disorders. *Soc Sci Med.* 2006;63(5):1383-99.
34. Nabavi SH, Alipour F, Hejazi A, Rabani E, Rashidi V. Relationship between social support and mental health in older adults. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences.* 2014;57(7):841-6. Persian
35. Tiong WW, Yap P, Huat Koh GC, Phoon Fong N, Luo N. Prevalence and risk factors of depression in the elderly nursing home residents in Singapore.

Aging Ment Health 2013;17(6):724-31.

36. Centers for Disease Control and Prevention. Mental Health and Chronic Diseases. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion-Division of Population Health; 2012

[cited 2015 May 4]. Available from: <https://www.cdc.gov/workplacehealthpromotion/tools-resources/pdfs/issue-brief-no-2-mental-health-and-chronic-disease.pdf>

Mental Health Status and its Related Factors in Elderly People Residing in Nursing Homes of Mashhad, Iran

Hadi Tehrani¹, Mohammad Vahedian Shahroodi², Reza Fadayevevan³, Aida Abusalehi^{4,5},
Habibollah Esmaeili⁶

Abstract

Background: Iranian society is facing the phenomenon of aging and attention to this vulnerable group is necessary. The aim of this study was to assess mental health status and its related factors among elderly people living in nursing homes in Mashhad.

Methods: This cross-sectional study was conducted in 2015 on 203 over 60 years old elderly people living in Mashhad nursing homes. Data were collected through a demographic information questionnaire and general health questionnaire (GHQ-28). Data analysis was performed through SPSS19 and using Chi-square, Independent t-test, Mann-Whitney and Logistic Regression.

Results: The mean of the GHQ-28 score was 27.24 ± 9.94 . Based on the GHQ-28 cut off-point, 130 (%64) of the participants had mental health problems. Mental health had a significant relationship with having chronic diseases ($P=0.005$), the number of their visitings ($P=0.03$) and somehow with the number of returnings to home ($P=0.05$). But, there was no significant relation between mental health score and age, gender, marital status, education, number of children, having an independent income or salary and length of stay in nursing homes ($P>0.05$).

Conclusion: The elderly people living in nursing homes of Mashhad do not have a good mental health status. Since having chronic diseases, the number of their visitings and returnings to home are the most important determinants of their mental health, their families and health policy makers should pay more attention to these items.

Key words: Mental health, Elderly, Nursing homes, Mashhad

1- Assistant Professor of Health Education & Health Promotion, Social Determinants of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

2- Associated Professor of Health Education & Health Promotion, Social Determinants of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

3- Assistant Professor, Aging Research Center, The University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences (USWR), Tehran, Iran

4- Lecturer, Department of Public Health, Neyshabur University of Medical Sciences, Neyshabur, Iran

5- MSc in Health Education and Promotion, Faculty of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

6- Professor of Biostatistics, Social Determinants of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Corresponding Author: Aida Abusalehi **Email:** aida_abusalehi@yahoo.com

Address: Central office No.2 of Neyshabur University of Medical Sciences, Neyshabur, Razavi Khorasan Province

Tel: 051-42254176 **Fax:** 051-42255043