سلامت روان سالمندان شهرکرد و ارتباط آن با عوامل جمعیتی و اجتماعی

سیده صالحه مرتضوی: کارشناس ارشد آموزش بهداشت، گروه ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت و انستیتوی تحقیقات بهداشتی دانشگاه علـوم پزشـکی تهران
حسن افتخار اردبیلی: استاد، گروه ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت و انستیتوی تحقیقات بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران
کاظم محمد: * استاد، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت و انستیتوی تحقیقات بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران
رضا درعلی بنی: پزشک عمومی

فصلنامه پایش
سال دهم شماره چهارم پاییز ۱۳۹۰ صص ۴۹۲-۴۸۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۳/۱۶
[نشر الکترونیک پیش از انتشار-۱۰ مهر ۱۳۸۹]

چکیده

گزارش اخیر سازمان بهداشت جهانی حاکی از آن است که اختلالات روانی حدود ۱۰ درصد از افراد بالغ، جوامع را گرفتار کرده است و بروز آن رو به افزایش است [۱]. از سویی مطالعات متعدد بیانگر آن است که با افزایش سن، اختلالات روانی افزایش می‌یابد. به منظور بررسی وضعیت سلامت روان سالمندان و ارتباط آن با عوامل جمعیتی و اجتماعی، مطالعه‌ای توصیفی بر روی۴۰۰ سالمند ساکن شهرکرد، که به طور تصادفی انتخاب شدند انجام شد. وضعیت سلامت روان، به وسیله پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) که برای سالمندان ایرانی استاندارد شده است [۲]، مورد ارزیابی قرار گرفت. متغیرهای جمعیتی و اجتماعی از طریق پرسشنامه‌ای حاوی ۱۰ سؤال جمع آوری شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و آزمون مجذور کای و رگرسیون لجستیک به وسیله نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

نتایج این بررسی نشان داد، ۵۶/۸ درصد از سالمندان تحت مطالعه مشکوک به اختلال کلی بودند و ۵۳ درصد جسمانی سازی علائم (Somatization)، ۵۳/۵ درصد اضطراب (Anxiety)، ۳۷/۸ درصد اختلال عملکرد اجتماعی (Social dysfunction) و ۴۵ درصد افسردگی (Depression) داشتند. در بررسی ارتباط هر یک از متغیرهای وابسته با تک تک متغیرهای مستقل بین متغیرهای جنس، وضعیت تأهل، وضعیت زندگی، وضعیت تحصیلی و شرکت در فعالیت اجتماعی با مشکوک بودن به اختلال کلی، ارتباط آماری معنی‌داری به دست آمد ($P<0/05$)؛ ولی اختلاف معنی‌داری بین دو گروه سنی ۶۰ تا ۶۹ سال و ۷۰ سال به بالا، ملاحظه نشد. مطابق نتایج حاصل از انجام مدل رگرسیون، تنها رابطه جنس و وضعیت تحصیلی با اختلال کلی، معنی‌دار بود. بر اساس نتایج این پژوهش، اختلالات روانی از جمله معضلات مهم در سالمندان بوده و بیش از ۵۰ درصد از این افراد به نوعی با این معضل روبه رو هستند و این مشکل در زنان بیش از مردان به چشم می‌خورد و با وضعیت‌هایی از قبیل بدون همسر بودن، تنها زندگی کردن، بی سوادی و عدم فعالیت‌های اجتماعی افزایش می‌یابد. مشکلات فوق در تمام گروه‌های سنی سالمندان تقریباً به طور یکنواخت مشاهده می‌شود.

کلیدواژه‌ها: سلامت روان، سالمند، GHQ-28

* نویسنده پاسخگو: خیابان انقلاب، خیابان قدس، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشگده بهداشت، گروه آمار و اپیدمیولوژی
تلفن: ۸۸۹۸۹۱۲۳ نمابر: ۸۸۹۸۹۱۲۷
E-mail: mohamadk@tums.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.4.9.0]

مقدمه

در بسیاری از کشورها، افراد ۶۰ سال و بالاتر به عنوان افراد سالمند شناخته می‌شوند. مطابق تقسیم بندی سازمان بهداشت جهانی، سالمندان به سه گروه ۶۰ تا ۷۴ سال تحت عنوان «سالمند جوان»، ۷۵ تا ۹۰ سال «سالمند» و ۹۰ سال و بالاتر سالخورده (Old Old) تقسیم می‌شوند. امروزه جمعیت افراد ۶۰ ساله و بالاتر در جهان تقریباً با جمعیت کودکان زیر ۵ سال برابری می‌کند و پیش بینی می‌شود تا سال ۲۰۵۰، جمعیت سالمندان چندین برابر جمعیت کودکان زیر ۵ سال شود. برآورد کنونی از جمعیت افراد ۶۰ سال و بالاتر در سطح جهان حدود ۶۰۰ میلیون نفر است که این میزان تا سال ۲۰۲۵ دو برابر شده و تا سال ۲۰۵۰ به دو میلیارد نفر نیز خواهد رسید. از طرفی حدود ۶۰ درصد از افراد سالمند در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند. این در حالی است که گذار جمعیتی در کشورهای توسعه یافته طی ۱۰۰ سال رخ داده است؛ ولی به دلایل متعدد این تغییرات در کشورهای در حال توسعه در عرض ۲۵ سال رخ خواهد داد؛ در نتیجه کشورهای فقیرتر زمان کمتری برای برنامه ریزی جهت سالمندی جمعیت خود دارند [۳، ۴].

در حال حاضر نرخ رشد جمعیت در کشور ما ۱/۶ درصد است و این در حالی است که نرخ رشد جمعیت سالمندی ۲/۵ درصد است [۵]. بر اساس اطلاعات سرشماری عمومی نفوس و مسکن ایران در سال ۱۳۸۵، بیش از ۵ میلیون نفر سالمند ۶۰ سال و بالاتر موجود در کشور ۷/۳ درصد از جمعیت کل کشور را شامل می‌شوند و تخمین زده می‌شود طی ۲۵ سال آینده این رقم به حدود ۱۰ درصد برسد [۶]. بنابر این کشور ما نیز در زمره کشورهای دارای جمعیت سالخورده قرار گرفته است؛ چرا که طبق تعریف سازمان ملل متحد اگر نسبت جمعیت سالمند در کشوری بیشتر از ۷ درصد باشد، آن کشور دارای جمعیت سالخورده است و این مهم با توجه به مشکلات این گروه سنی و نیز روند روز افزون سرعت رشد آن، لزوم برنامه ریزی آینده نگر برای کنترل مسائل مربوط به این گروه از جمعیت را می‌طلبد.

سالمندی جمعیت در حالی که از بزرگترین موفقیت‌های بشری است، یکی از اساسی ترین مشکلات جهان امروز نیز به شمار می‌رود. این پدیده با ورود به قرن ۲۱ نیازهای اجتماعی، اقتصادی، پزشکی و بهداشتی همه کشورها را افزایش داده است، چراکه افراد سالمند در معرض خطر بسیاری از بیماری‌ها و ناتوانی‌ها هستند. بیماری‌های قلبی ـ عروقی، استئو ارتریت، دیابت، فشار خون و بسیاری از بیماری‌های دیگر در سال‌های پایانی عمر افزایش می‌یابند. اختلالات روحی و روانی، نظیر دمانس و افسردگی نیز در افراد سالمند شایع است و دومین علت از دست دادن سال‌های زندگی با ناتوانی (DALY) به شمار می‌آید [۸، ۷]. اختلالات روانی با نشانه‌های جدی نظیر افسردگی، اضطراب، کاهش حافظه، تغییر الگوی خواب، احساس تنهایی و انزوای اجتماعی، ۱۵ تا ۲۵ درصد از افراد بالای ۶۵ سال را مبتلا می‌سازد [۹]. مطالعات متعددی در دنیا افسردگی را از علل ناتوانی در سنین بالا ذکر کرده‌اند و عواملی نظیر از دست دادن همسر، زندگی تنها و طولانی مدت در منزل یا در مؤسسات ویژه بازنشستگی، را در بروز افسردگی در سالمندان مؤثر دانسته‌اند [۲].

بر اساس یافته‌های موجود و با توجه به بار جهانی بیماری‌های منتسب به اختلالات روانی که پیش بینی شده از ۱۰/۵ درصد در سال ۱۹۹۶ به ۱۵ درصد در سال ۲۰۲۰ افزایش خواهد یافت، سازمان بهداشت جهانی بهبود بخشیدن سلامت روان را از جمله اولویت‌های کشورهای با درآمد کم و متوسط معرفی کرده است [۱۰].

در این مطالعه بر آن شدیم وضعیت سلامت روان سالمندان را مورد بررسی قرار داده و ارتباط عوامل جمعیتی را با آن روشن سازیم تا اطلاعات لازم برای انجام مداخلات ضروری در این زمینه فراهم گردد.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی ـ تحلیلی است که به منظور بررسی سلامت روان و شیوع اختلالات روانشناختی، بر روی ۴۰۰ سالمند ساکن شهرکرد انجام شده است. محیط این پژوهش شامل مراکز بهداشتی ـ درمانی شهرکرد است، که سالمندان تحت پوشش این مراکز دارای پرونده بهداشتی در مراکز مذکور بودند. ابتدا هماهنگی‌های لازم با مسئولان مربوطه به عمل آمده، سپس از بین مراکز بهداشتی ـ درمانی و پایگاه‌های بهداشتی شهرکرد، ۱۰ مرکز به طور تصادفی انتخاب شده و از بین جمعیت سالمند تحت پوشش این مراکز، از هر مرکز به طور تصادفی ۴۰ نفر انتخاب گردید.

جمع آوری داده‌ها به کمک پرسشنامه اطلاعات فردی حاوی ۱۰ سؤال (در بر گیرنده اطلاعات جمعیتی شامل: سن، جنس، میزان

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.4.9.0]

تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت زندگی و شرکت در فعالیت اجتماعی) و همچنین پرسشنامه استاندارد سلامت عمومی (GHQ-28)، انجام شد.

تا کنون ابزارهای متعددی برای غربالگری اختلالات روانپزشکی در سالمندان معرفی شده است که از این میان GHQ-28 ابزاری است که به طور وسیع در جمعیت عمومی به کار رفته و برای سنجش وضعیت سلامت روانی به منظور غربالگری در سطح مراقبت‌های اولیه توسط گلدبرگ و همکاران (۱۹۷۸) طراحی شده است. در فرم ۲۸ سؤالی، خرده مقیاس‌هایی برای حیطه‌های آسیب شناسی روانی وجود دارد و علاوه بر نمره کلی، نمره‌هایی برای چهار مقیاس جسمانی سازی علائم (Somatization)، اضطراب (Anxiety)، اختلال عملکرد اجتماعی (Social dysfunction) و افسردگی (Depression)، هر یک با ۷ سؤال اختصاصی به دست می‌دهد. به علاوه پایایی و روایی آن برای سالمندان ایرانی مورد بررسی قرار گرفته است [۲].

نمره گذاری پرسشنامه سلامت عمومی در این بررسی به شیوه سنتی بود. برای تعیین این که فردی دارای اختلال روانی است یا خیر، از تعیین نقطه برش استفاده شد، که در این پژوهش بر اساس طرح بررسی سلامت روان در ایران، که در سال ۱۳۷۸ توسط دکتر احمد علی نور بالا و همکاران انجام شد [۱۱]، از نقطه برش ۶ استفاده شده است و افرادی که از مجموع نمره کل ۲۸ سؤال پرسشنامه، نمره ۶ یا بیشتر داشته باشند به عنوان «مشکوک به اختلال روانی» و نیز افرادی که از مجموع نمرات ۷ سؤال هر یک از حیطه‌های ذکر شده، نمره ۲ و یا بیشتر داشتند به عنوان «دارای اختلال» قلمداد شدند.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و آزمون مجذور کای و رگرسیون لجستیک استفاده شد. در آزمون‌های انجام شده ضریب اطمینان ۹۵٪ استفاده شده و سطح زیر ۰/۰۵ معنی‌دار تلقی شده است.

یافته‌ها

از ۴۰۰ سالمند ۶۰ سال و بالاتر در این پژوهش، ۱۴۸ نفر (۳۷ درصد) مرد و ۲۵۲ نفر (۶۳ درصد) زن بودند. میانگین سنی آنها ۸/۴ ± ۷۱/۹ (۷۱/۱-۷۲/۷ :CI ٪۹۵) بود.کمترین سن ۶۰ سال و بیشترین سن ۹۴ سال بود. از این تعداد ۴۳ درصد در گروه سنی ۶۰-۶۹ سال و ۵۷ درصد در گروه سنی ۷۰ سال و بالاتر قرار داشتند. ۴۸/۵ درصد از آنها دارای همسر بودند. ۲۸ درصد از آنها تنها زندگی می‌کردند و ۷۲ درصد با همراه (همسر یا فرزندان یا یکی از بستگان) زندگی می‌کردند. ۶۸ درصد از افراد تحت مطالعه بی سواد بودند و تنها ۱۴ درصد از آنها در فعالیت‌های اجتماعی شرکت داشتند.

وضعیت سلامت روانی بر اساس نمره حاصل از پرسشنامه GHQ-28 با احتساب نمره ۲۸ برای بدترین حالت سلامت روانی و نمره صفر برای بهترین حالت، از این قرار بود: ۵۶/۸ درصد از سالمندان تحت مطالعه مشکوک به اختلال کلی بودند، ۵۳ درصد از ایشان دارای اختلال جسمانی سازی علائم (Somatization) بوده و ۵۳/۵ درصد اضطراب (Anxiety)، ۳۷/۸ درصد اختلال عملکرد اجتماعی (Social dysfunction) و ۴۵ درصد افسردگی (Depression) داشتند. در جدول شماره ۱ مقایسه بر اساس اختلاف نسبت‌ها به صورت تک متغیره، برای هر یک از چهار حیطه سلامت روان و نیز به طور کلی، انجام شده است. متغیرهای مستقل جنس، سن در دو گروه سنی ۶۰ تا ۶۹ سال و ۷۰ سال و بیشتر، وضعیت تأهل در دو گروه دارای همسر و بدون همسر، وضعیت زندگی در دو گروه تنها و با همراه (همسر، فرزندان و یا یکی از بستگان)، وضعیت تحصیلی در دو گروه باسواد و بی سواد و مشارکت در فعالیت اجتماعی در دو گروه دارای فعالیت اجتماعی و بدون فعالیت اجتماعی، در این جدول مورد بررسی قرار گرفتند.

به غیر از متغیر سن و وضعیت زندگی، سایر متغیرها با جسمانی سازی علائم، اختلاف آماری معنی‌داری نشان دادند ($P<0/05$) که شاخص‌ترین آن در مورد متغیر جنس است، که در مردان ۳۸/۵ درصد و در زنان ۶۱/۵ درصد است. در مورد اضطراب، تنها متغیر وضعیت تحصیلی اختلاف معنی‌دار نشان داد که در بی سوادها ۵۷ درصد و در سالمندان با سواد ۴۶/۱ درصد بود.

در حیطه اختلال عملکرد اجتماعی تقریباً همه متغیرهای جمعیتی و اجتماعی معنی‌دار بودند و بیشترین اختلاف را شرکت در فعالیت اجتماعی نشان داد که در افراد دارای فعالیت اجتماعی ۱۴/۳ درصد و در افرادی که فعالیت اجتماعی نداشتند ۴۱/۶ درصد بود. در حیطه افسردگی تنها متغیر سن اختلاف معنی‌داری نشان نداد و در بین سایر متغیرها شاخص‌ترین متغیر جنس بوده که در زنان ۵۲/۸ درصد و در مردان ۳۱/۸ درصد بود. در اختلال کلی به جز سن که در حاشیه معنی‌دار شدن است، سایر متغیرها همگی اختلاف معنی‌دار و قابل توجهی را نشان دادند و اختلاف شاخص در

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.4.9.0]

درجه اول مربوط به شرکت در فعالیت اجتماعی بود که در افراد دارای فعالیت اجتماعی ۳۹/۳ درصد و در افراد بدون فعالیت اجتماعی ۵۹/۶ درصد بود. این اختلاف در درجه دوم مربوط به جنس بوده، که در زنان ۶۳/۱ درصد و در مردان ۴۵/۹ درصد بود.

در جدول شماره ۲ و ۳ برای بررسی رابطه بین متغیرهای مستقل و وابسته از مدل رگرسیون لجستیک (Backward Wald) استفاده شد. در جدول شماره ۲، کل ۶ متغیر مستقل مورد بررسی را، به طور هم زمان در نظر گرفته و ORها به طور شرطی، یعنی هنگامی که سایر متغیرهای مستقل نیز در معادله منظور شود، نشان داده شده است.

مطابق جدول شماره ۳، در حیطه جسمانی سازی، فقط متغیر جنس، در حیطه اضطراب فقط متغیر وضعیت تحصیلی، در حیطه اختلال عملکرد اجتماعی متغیر سن، وضعیت زندگی و شرکت در فعالیت اجتماعی، در حیطه افسردگی متغیر جنس و در مورد اختلال کلی، متغیر جنس و وضعیت تحصیلی، ارتباط آماری معنی‌داری را نشان دادند.

جدول شماره ۱- شیوع (درصد) مشکوک به اختلالات روانی بر حسب متغیرهای جمعیتی و اجتماعی در سالمندان شهرکرد

متغیر مورد بررسی	تعداد	مشکوک به اختلال									
		جسمانی سازی علائم		اضطراب		عملکرد اجتماعی		افسردگی		کلی	
		درصد	P	درصد	P	درصد	P	درصد	P	درصد	P
جنسیت			<۰/۰۰۱		۰/۰۸۳		۰/۰۵۷		<۰/۰۰۱		۰/۰۰۱
مرد	۱۴۸	۳۸/۵		۴۸/۶		۳۲/۴		۳۱/۸		۴۵/۹	
زن	۲۵۲	۶۱/۵		۵۶/۳		۴۰/۹		۵۲/۸		۶۳/۱	
سن (سال)			۰/۱۲۶		۰/۱۸۰		<۰/۰۰۱		۰/۱۶۰		۰/۰۷۴
۶۰-۶۹	۱۷۲	۹۴/۴		۵۰/۶		۲۶/۷		۴۱/۹		۵۲/۳	
>۷۰	۲۲۸	۵۵/۷		۵۵/۷		۴۶/۱		۴۷/۴		۶۰/۱	
تأهل			۰/۰۱۹		۰/۱۴۴		۰/۰۰۴		۰/۰۰۹		۰/۰۰۳
دارای همسر	۱۹۴	۴۷/۴		۵۰/۵		۳۰/۹		۳۸/۷		۴۹/۵	
بدون همسر	۲۰۶	۵۸/۳		۵۶/۳		۴۴/۲		۵۱/۰		۶۳/۶	
وضع زندگی			۰/۲۴۲		۰/۳۷۵		<۰/۰۰۱		۰/۰۲۱		۰/۰۱۲
تنها	۱۱۲	۵۶/۳		۵۱/۸		۵۴/۵		۴۹/۱		۶۶/۱	
با همراه	۲۸۸	۵۱/۷		۵۴/۲		۳۱/۳		۳۳/۳		۵۳/۱	
تحصیلات			۰/۰۲۲		۰/۰۲۷		۰/۰۵۶		۰/۰۰۴		۰/۰۰۱
بی سواد	۲۷۲	۵۶/۶		۵۷/۰		۴۰/۱		۴۹/۶		۶۲/۱	
با سواد	۱۲۸	۴۵/۳		۴۶/۱		۳۱/۳		۳۵/۲		۴۵/۳	
شرکت در فعالیت اجتماعی			۰/۰۰۹		۰/۱۵۹		<۰/۰۰۱		۰/۰۰۲		۰/۰۰۴
دارد	۵۶	۳۷/۵		۴۶/۴		۱۴/۳		۲۶/۸		۳۹/۳	
ندارد	۳۴۴	۵۵/۵		۵۴/۷		۴۱/۶		۴۸/۰		۵۹/۶	

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.4.9.0]

جدول شماره ۲– برآورد نسبت برتری (OR) اختلالات روانی بر حسب متغیرهای جمعیتی و اجتماعی بر اساس مدل رگرسیون لجستیک در سالمندان شهرکرد

متغیر مورد بررسی	مشکوک به اختلال									
	جسمانی سازی علائم		اضطراب		عملکرد اجتماعی		افسردگی		کلی	
	نسبت برتری (OR)	P	نسبت برتری (OR)	P	نسبت برتری (OR)	P	نسبت برتری (OR)	P	نسبت برتری (OR)	P
جنسیت	۲/۴۸۴	<۰/۰۰۱	۱/۲۱۷	۰/۴۲۷	۱/۱۸۲	۰/۵۳۰	۲/۰۴۰	۰/۰۰۵	۱/۵۷۰	۰/۰۷۱
سن	۱/۴۵۴	۰/۰۹۰	۱/۲۳۱	۰/۳۳۴	۲/۲۴۳	۰/۰۰۱	۱/۳۱۲	۰/۲۲۰	۱/۳۰۸	۰/۲۲۱
تأهل	۱/۰۸۱	۰/۷۷۹	۱/۲۷۸	۰/۳۶۹	۰/۸۹۱	۰/۶۹۵	۱/۱۵۸	۰/۵۹۴	۱/۱۰۰	۰/۷۳۰
وضع زندگی	۱/۲۱۱	۰/۵۰۳	۱/۵۰۸	۰/۱۴۵	۰/۴۲۵	۰/۰۰۳	۱/۱۷۵	۰/۵۶۷	۰/۷۹۷	۰/۴۳۴
تحصیلات	۰/۹۳۰	۰/۷۶۳	۰/۷۳۲	۰/۱۸۷	۱/۴۶۶	۰/۵۵۶	۰/۷۸۹	۰/۳۱۶	۰/۶۹۰	۰/۱۲۰
شرکت در فعالیت اجتماعی	۱/۳۹۴	۰/۲۹۸	۱/۱۵۰	۰/۶۵۰	۳/۸۳۵	۰/۰۰۱	۱/۷۱۸	۰/۱۱۱	۱/۶۰۴	۰/۱۳۳

جدول شماره ۳- ارتباط اختلال روانی (مشکوک) با متغیرهای جمعیتی و اجتماعی بر اساس مدل رگرسیون لجستیک در سالمندان شهرکرد

متغیر مورد بررسی	مشکوک به اختلال									
	جسمانی سازی علائم		اضطراب		عملکرد اجتماعی		افسردگی		کلی	
	نسبت برتری (OR)	فاصله اطمینان ٪۹۵	نسبت برتری (OR)	فاصله اطمینان ٪۹۵	نسبت برتری (OR)	فاصله اطمینان ٪۹۵	نسبت برتری (OR)	فاصله اطمینان ٪۹۵	نسبت برتری (OR)	فاصله اطمینان ٪۹۵
جنسیت	۲/۷۰۱	۱/۷۶۶-۴/۱۳۰	–	–	–	–	۲/۱۲۸	۱/۳۶۷-۳/۳۱۱	۱/۵۷۹	۱/۰۰۹-۲/۴۷۱
سن	–	–	–	–	۲/۱۳۰	۱/۳۶۹-۳/۳۱۳	–	–	–	–
تأهل	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
وضع زندگی	–	–	–	–	۰/۴۴۹	۰/۲۸۳-۰/۷۱۲	–	–	–	–
تحصیلات	–	–	۰/۶۴۵	۰/۴۲۳-۰/۹۸۵	–	–	–	–	۰/۶۲۳	۰/۳۹۶-۰/۹۷۸
شرکت در فعالیت اجتماعی	–	–	–	–	۳/۸۳۰	۱/۷۲۶-۸/۴۴۹	–	–	–	–

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.4.9.0]

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه حاضر ۵۶/۸ درصد از سالمندان تحت مطالعه مشکوک به اختلال کلی بودند. در مطالعه WHO در ۱۴ کشور توسعه یافته و در حال توسعه این برآورد در کلمبیا ۱۷/۸ درصد، فرانسه ۱۸/۴ درصد، آلمان ۹/۱ درصد، ایتالیا ۸/۲ درصد، لبنان ۱۶/۹ درصد، ژاپن ۸/۸ درصد و چین ۴/۳ درصد بوده است [۱۲]. در کشور ما نیز بر اساس مطالعه دکتر نوربالا و همکاران میزان شیوع اختلالات روانی در مناطق روستایی ۲۱/۳ درصد و در مناطق شهری ۲۰/۹ درصد ذکر شده است [۱۱]. در استان کردستان نیز مطالعه انجام شده در سال ۷۸ بر روی جمعیت عمومی شیوع عدم سلامت روان ۳۵/۷ درصد ذکر گردیده است [۱۳]. اختلاف مشاهده شده در نتایج این بررسی و مطالعات مذکور، می‌تواند به جمعیت مورد مطالعه مربوط باشد؛ به این ترتیب که مطالعه حاضر بر روی سالمندان انجام شده و مطالعات مذکور بر روی جمعیت عمومی صورت گرفته است و تحقیقات متعدد بیانگر افزایش اختلالات روانی با افزایش سن هستند [۱۸-۱۴]. به علاوه در برخی از مطالعات فوق ابزاری غیر از GHQ-28 استفاده شده است. بر اساس نتایج این پژوهش، شیوع جسمانی سازی علائم (Somatization) در سالمندان ۵۳ درصد بوده و این اختلال در زنان بیش از مردان بوده است (نسبت برتری: ۲/۷)، که این ارتباط هم در تحلیل تک متغیره (جدول شماره ۱) و هم در مدل لجستیکی (جدول‌های شماره ۲ و ۳) معنی‌دار بود. در مطالعه نوربالا میزان شیوع این اختلال در افراد ۱۵ سال به بالا ۱۷/۹ درصد بیان شده که در زنان بیشتر از مردان بوده است [۱۱]. این رقم در مطالعه وحید نجاتی بر روی سالمندان استان قم ۸۶/۶ درصد بیان شده که در مردان بیشتر از زنان بوده است [۱۹]. از آنجا که در این بررسی نشان داده شد، تنها زندگی کردن، بی سوادی و بدون همسر بودن می‌تواند بر اختلالات روانی اثر گذار باشد و این عوامل نیز در زنان بیشتر دیده شد، شیوع بیشتر اختلالات روان در زنان می‌تواند با عوامل مذکور در ارتباط باشد. شیوع اضطراب (Anxiety) در این بررسی ۵۳/۵ درصد بود و تنها با متغیر وضعیت تحصیلی ارتباط معنی‌داری را نشان داد. در مطالعه نوربالا این رقم ۲۰/۸ درصد بوده و با متغیر جنس ارتباط معنی‌دار داشت. در مطالعه نجاتی شیوع اضطراب ۸۶/۷ درصد بوده و در مردان بیشتر از زنان دیده شده است. در پژوهش حاضر ارتباط جنس و اضطراب در بررسی تک متغیره در حاشیه معنی‌داری است، ولی با در نظر گرفتن اثر سایر متغیرها، که در مطالعات مذکور در نظر گرفته نشده است، این ارتباط معنی‌دار نیست. مطابق یافته‌های این پژوهش، شیوع اختلال عملکرد اجتماعی (Social dysfunction) ۳۷/۸ درصد بود و در گروه سنی ۷۰ سال و بالاتر بیشتر از گروه سنی ۶۰ تا ۶۹ سال (نسبت برتری: ۲/۱)، در سالمندانی که با همراه زندگی می‌کردند کمتر از سالمندانی که تنها زندگی می‌کردند (نسبت برتری: ۰/۴) و در افرادی که فعالیت اجتماعی نداشتند، بیشتر از سالمندان دارای فعالیت اجتماعی (نسبت برتری: ۳/۸) بوده است. در مطالعه نوربالا این رقم ۱۴/۲ درصد بوده که در این تفاوت می‌توان گروه سنی جمعیت مورد مطالعه را مد نظر قرار داد.

در بررسی حاضر، شیوع افسردگی (Depression) در سالمندان ۴۵ درصد بوده و در زنان بیشتر از مردان مشاهده شده است (نسبت برتری: ۲/۱)، که با نتایج مطالعه دکتر نوربالا هم خوانی دارد و این رقم در کل کشور ۲۱ درصد بوده و در زنان بیشتر از مردان است (۲۴/۶ درصد در مقابل ۱۶/۴ درصد) [۱۱]. رجبی زاده نیز در مطالعه خود نشان داد که افسردگی در زنان سالمند بیشتر از مردان است [۲۰]. مطالعات متعدد دیگری نیز در ایران و دنیا نشان می‌دهند شیوع افسردگی در زنان بیشتر از مردان است [۲۴-۲۱].

مطابق نتایج حاصل از این بررسی بیشترین اختلال مشاهده شده، اضطراب و کمترین آن، اختلال عملکرد اجتماعی بود که با نتایج مطالعه دکتر وحید نجاتی بر روی سالمندان استان قم هم خوانی دارد. Laortip Jetiyavuwart در مطالعه خود در ژاپن نشان داد که بیشترین اختلال، جسمانی سازی علائم و کمترین آن، افسردگی است [۲۵]، که این تفاوت می‌تواند در اثر تفاوت در جمعیت تحت مطالعه و تأثیرات محیط زندگی حاصل شده باشد.

همان طور که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌گردد، اختلال کلی با جنسیت ارتباط معنی‌دار داشته و در زنان بیشتر از مردان بوده (نسبت برتری: ۱/۵)، به علاوه متغیر فوق با وضعیت تحصیلی نیز ارتباط معنی‌دار داشته و در افراد با سواد کمتر از بی سوادان بوده است (نسبت برتری: ۰/۶). شریعتی و همکاران نیز در مطالعه خود نشان دادند که شیوع اختلالات روانی با جنسیت و سطح تحصیلات ارتباط معنی‌دار دارد [۲۶]. بررسی‌های انجام گرفته در ایران اغلب دلالت بر بالا بودن شیوع اختلالات روانی در افراد بی سواد داشته است و سواد از جمله عوامل پیشگیری کننده اختلالات روانی به شمار می‌رود [۲۹-۲۷].

بنابر این بر اساس نتایج این مطالعه، سالمندان از جمله گروه‌های در معرض خطر برای ابتلا به انواع اختلالات روانی هستند و این

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.4.9.0]

مهم با توجه به روند رو به رشد جمعیت سالمندی لزوم برنامه ریزی جهت پیشگیری از این اختلالات را از سنین پایین‌تر می‌طلبد تا بتوان راه را برای سالم پیر شدن و برخورداری از سلامتی در این دوران هموار نمود. به علاوه می‌توان با آموزش‌های برنامه ریزی شده به سالمندان و خانواده‌ها وضعیت کنونی را تا حدودی بهبود بخشید.

سهم نویسندگان

سیده صالحه مرتضوی: تدوین مقاله

حسن افتخار اردبیلی: ویرایش علمی مقاله

کاظم محمد: تحلیل داده‌ها

رضا درعلی بنی: جمع‌آوری داده‌ها

منابع

1. Saberian M, Aghajanee SH, Ghorbani R, Behnam B, Madah S. Mental health status of Semnan University of Medical Sciences' staff. Journal of Semnan University of Medical Sciences 2006; 8: 85-92 [Persian]

2. Malakooti K, Zad AM. Validity, reliability and factor analysis of General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) in Iranian elderly. Iranian Journal of Ageing 2006; 1: 11-21 [Persian]

3. Khoshbin S, Eshrati B, Farahani AA, Ghosi A, Motlagh ME. Report of Elderly Health Survey: Ministry of Health; 2002 Contract No.: Document Number [Persian]

4. Khoshbin S, Rahimi AD, Nvayyan N. Iran's population prediction 2000-2050. 1 st Edition, Ministry of Health and Medical Education: Tehran, 2004 [Persian]

5. Hatami H. Textbook of Public Health. 1st Edition, Arjmand: Tehran, 2004 [Persian]

6. Statistical Center of Iran, the detailed results of the General Population and Housing census. Available at http://www.amar.org.ir/ [cited in 2011]

7. Kinsella K, Velkoff VA. US Census Bureau, Series P95/01-1, An Aging World: 2001. Washington, DC, US Government Printing Office, 2001

8. Van Der Weyden M. The burden of disease and injury in Australia: time for action. The Medical Journal of Australia 1999; 171: 581-82

9. Navabi Nejhad SH. Psychological methods of promoting mental health in elderly. The first international conference of elderly in Iran. Tehran; 2000

10. Martin P, Vikram P, Shekhar S, Mario M, Joanna M. No health without mental health. The Lancet 2007; 370: 19

11. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Yasamy MT, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. British Journal of Psychiatry 2004; 184: 70-3

12. Goldman RD, Fisher LJ, Hawthorne G. WHO survey of prevalence of mental health disorders. The Journal of the American Medical Association 2004; 292: 2467-8

13. Kheirabadi G, Yusefi F. Mental health of people over 15 years and associated factors in Kordestan. Journal of Kordestan University of Medical Sciences 2002; 24: 35-8 [Persian]

14. Van Iersel MB, Munneke M, Esselink RA, Benraad CE, Olde Rikkert MG. Gait velocity and the Timed-Up-and-Go test were sensitive to changes in mobility in frail elderly patients. Journal of Clinical Epidemiology 2008; 61: 186-91

15. Fulton JP, Katz S, Jack SS, Hendershot GE. Physical functioning of the aged. Vital and Health Statistics 1989; 167: 1-48

16. Williams ME, Hadler NM. The illness as the focus of geriatric medicine. The New England Journal of Medicine 1983; 308: 1357-60

17. Fries JF. Aging, natural death and the compression of morbidity. The New England Journal of Medicine 1980; 30: 130-5

18. Shneider EL, Guralnik JM. The aging of American: impact of health care cost. The Journal of the American Medical Association 1990; 263: 2335-40

19. Nejati V. Health status of elderly people in Qom in 1386. Journal of Qazvin University of Medical Sciences 2009; 50: 52-67 [Persian]

20. Rajabizade G, Ramezani A. The prevalence of depression in elderly people in Kerman in 1381. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences 2003; 3: 58-66 [Persian]

21. Beekman AT, Deeg DJ, Bream AW, Smit JH. Consequences of major and minor depression in later life: a study of disability, well-being and service utilization. Psychological Medicine 1997; 27: 1397-1409

22. Crowell BA, George LK, Blazer D, Landerman R. Psychosocial risk factors and urban/rural difference in prevalence of major depression. The British Journal of Psychiatry 1986; 149: 307-14

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.4.9.0]

23. Kendler KS, Gardner CO Jr. Boundaries of major depression: an evaluation of DSM-IV criteria. The American Journal of Psychiatry 1998; 155: 172-77
24. Tannock C, Katona C. Minor depression in the aged. Concepts, prevalence and optimal management. Drugs Aging 1995; 6: 278-92
25. Jetiyavuwart L. Factors relating to mental health status of public health personnel: case study in Kanchanaburi province. Faculty of Graduate Students: Mahidol University, 2003
26. Shariati M, Kaffashi A, Ghalebandi MF, Fateh A, Ebadi M. Evaluation of mental health and related factors in Iranian medical students. Payesh 2002; 1: 29-37 [Persian]
27. Noorbala AA, Mohamad K, Yazdi SAB. Prevalence of psychiatric disorders in Tehran. Hakim Medical Journal 1999; 2: 212-23 [Persian]
28. Shams Alizade N, Bolhari J, Shahmohamadi D. Epidemiology of mental disorders in rural areas of Tehran. Andisheh va Raftar 2001; 25: 19-21 [Persian]
29. Omidi A, Tabatabaee A, Sazvar S. Epidemiology of mental disorders in Natanz, Isfahan. Andisheh va Raftar 2003; 31: 20-5 [Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.4.9.0]