



Research Paper

Relationship of Social Participation with Mental Health and Cognitive Function of the Older People with Chronic Disease

Najmeh Dokoohaki ¹ , Akram Farhadi ² , Rahim Tahmasebi ³ , Maryam Ravanipour ^{4,*}

¹ Master of Nursing Graduated, School of Nursing and Midwifery, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran

² Assistant Professor, School of Nursing and Midwifery, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran

³ Professor, School of Health and Nutrition, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran

⁴ Professor, the Persian Gulf Tropical Medicine Research Center, The Persian Gulf Biomedical Sciences Research Institute; And School of Nursing and Midwifery, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran

* **Corresponding author:** Maryam Ravanipour, Professor, the Persian Gulf Tropical Medicine Research Center, The Persian Gulf Biomedical Sciences Research Institute; And School of Nursing and Midwifery, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran. E-mail: ravanipour@bpums.ac.ir

How to Cite this Article:

Dokoohaki N, Farhadi A, Tahmasebi R, Ravanipour M. Relationship of Social Participation with Mental Health and Cognitive Function of the Older People with Chronic Disease. *Iran J Rehab Res Nurs*. 2020;7(2):29-39.

DOI: [10.29252/ijrn.7.2.29](https://doi.org/10.29252/ijrn.7.2.29)

Received: 05 Aug 2020

Accepted: 25 Dec 2020

Keywords:

Chronic Disease

Cognition

Aged

Psychiatric Rehabilitation

Social Participation

© 2020 Iranian Journal of Rehabilitation
Research in Nursing

Abstract

Introduction: Despite the increasing prevalence of chronic diseases with increasing age and the impact on different activities of the older people, there are still conflicting results regarding the relationship between social participation, cognitive functioning, and mental health of the older people. This study aimed to determine the relationship between social participation with mental health and cognitive function of older people with chronic disease in Bushehr city, 2018.

Methods: In this descriptive-analytical study, 278 older people covered by Bushehr Comprehensive Health Centers with chronic disease and at least 60 years old were studied by stratified random sampling. Demographic data collection, Canadian Social Participation Questionnaire, 28-item General Health Questionnaire, and Abbreviated Mental Test Questionnaire were used for data collection. Data were analyzed by SPSSv.18 using descriptive and analytical statistical tests at the significant level of 0.05.

Results: The mean age of the older people was 67.45 ± 6.6 years. Visual disorders, cardiovascular disease, and musculoskeletal disorders were the most common diseases in older people. Most of the barriers to social participation of the participants were related to diseases and health problems, and impatience. Increasing social participation improved the mental health of the elderly ($P=0.001$), but social involvement was not associated with the cognitive function of the elderly ($P=0.54$). Increasing age was also associated with a decrease in social participation ($p=0.001$) and cognitive function ($P=0.003$) in the elderly, but it was not related to mental health ($P=0.90$). By logistic regression analysis, only age was identified as the most critical cognitive function determinant ($P=0.002$).

Conclusions: Considering the role of age on cognitive function disorders, it is recommended that special nursing care be developed and implemented to strengthen the cognitive function and prevent cognitive function destruction in the elderly with chronic diseases. Also, the conditions for social activities of the older people with chronic diseases should be provided.

Extended Abstract

OBJECTIVE

The prevalence of chronic diseases in older people increases with age; It also affects the quality of life, increases disability, and reduces their social participation (5, 6). In addition to the effect of reduced social participation on physical health, it can also affect the mental health of the elderly and cause depression and forgetfulness in some older people (8). Mental disorders are common in the older people suffering from chronic illness (7). In addition, cognitive impairment in the elderly can be a risk factor for loss of independence and disability (6). Despite numerous researches at the international level and very limited in Iran, there is still

no clear result and a single model on the relationship between social participation and mental health and cognitive function of the older people. On the other hand, the status of chronic disease has been studied in a few studies. As a result, the present study was conducted to determine the relationship between social participation with mental health and cognitive function of the older people with chronic disease.

MATERIALS AND METHODS

In this descriptive-analytical study, 278 older people covered by Bushehr Comprehensive Health Centers

with chronic disease and at least 60 years old were studied by stratified random sampling. Demographic data collection, Canadian Social Participation Questionnaire (5), 28-item General Health Questionnaire(22), and Abbreviated Mental Test Questionnaire(23) were used for data collection. The data were then analyzed in SPSS software version 18 using independent t-test, chi-square, linear regression, logistic regression, Pearson correlation coefficient, and one-way analysis of variance post hoc test at a significance level of 0.05.

RESULTS

The mean age of the older people was 67.45 ± 6.6 . Visual disorders with 45.3%, cardiovascular diseases with 40.3%, and musculoskeletal disorders with 35.6% were the most common diseases of older people. The most barriers to social participation of the participants were related to diseases and health problems (43.5%), impatience (31.7%), and travel problems (30.2%). The mean of social participation was 8.72 ± 5.40 , the mean of general health was 20.90 ± 9.79 , and the mean of the older people's cognitive function was 9.25 ± 1.35 . Findings showed that increasing age was directly related

to decreased social participation ($p = 0.001$) and cognitive function ($p = 0.003$) in the older people but had no relationship with mental health ($p = 0.90$). Also, increasing social participation was directly related to mental health ($p = 0.001$). Still, it was not related to the older people's cognitive function ($p = 0.541$), and only age was the most important determinant of cognitive function.

CONCLUSION

Social participation is an essential factor related to older people's mental health with chronic disease but has nothing to do with their cognitive function. Considering the consequences of mental health problems, it is recommended to provide the conditions for the older people's social activities with chronic diseases by removing the main obstacles to social participation and studying more related causes in the field of cognitive functions of the older people. Also, since age is one of the factors affecting mental function disorders, it is necessary to develop and implement special nursing care to strengthen cognitive function and prevent cognitive function destruction in older people with chronic diseases (Table 1).

Table 1. The relationship between social participation and cognitive function with controlling the age variable in older people with chronic disease in Bushehr in 2018 based on logistic regression analysis

	Cognitive Function					
	Beta Coefficient	Odds Ratio EXP (B)	Wald Index	95% Confidence Interval Odds ratio	P-Value	Cox & Snell R2
Social Participation	0.038	1.039	0.374	(0.919, 1.175)	0.541	0.030
Age	0.121	1.128	9.146	(1.043, 1.220)	0.002	0.030

Ethical Considerations

The present study is based on the Master's thesis of nursing in School of Nursing and Midwifery, Bushehr University of Medical Sciences, supported by the Research Council of Bushehr University of Medical Sciences (grant number: 2017.595) and was approved with the code of ethics IR.BPUMS.REC.1396.167. All participants in this study have completed the written informed consent form to participate in this study. All the objectives of the study have been fully explained to the participants.

Funding or Support:

The present study is the result of a master's thesis in nursing with the support of the Vice-Chancellor for Research and the cooperation of the Vice Chancellor for Health and the officials of Bushehr University of Medical Sciences.

Authors' Contribution

The authors' contribution to the research was: Research design by ND, AF, RT, MR; data collection by ND; data analysis by RT; draft manuscript by ND, MR; documentation by ND, AF, RT, MR. All authors have read and approved the final manuscript.

Conflict of Interest

The authors have expressed no conflict of interest.

Applicable Remarks

Aging was the most important determinant of cognitive dysfunction. It is necessary to develop and implement special nursing care to prevent the destruction of cognitive functions in older people with chronic diseases and cognitive functions of older people to investigate other related causes. Older people with chronic illness also need to promote social participation and prevent the effects of low participation.

Acknowledgments

The present manuscript is extracted from the Master's thesis, the Faculty of Nursing and Midwifery, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran. The study was approved in 2017 and financially sponsored by the Deputy of Research of Bushehr University of Medical Sciences. We want to express our gratitude and appreciation to the respective authorities, the dear elderly participants, and Bushehr Health Service Centres staff.



ارتباط مشارکت اجتماعی با سلامت روان و عملکرد شناختی سالمندان مبتلا به بیماری مزمن

نجمه دوکوهکی^۱، اکرم فرهادی^۲، رحیم طهماسبی^۳، مریم روانی پور^{۴*}

^۱ کارشناسی ارشد پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

^۲ استادیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

^۳ استاد گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

^۴ استاد گروه پرستاری، مرکز تحقیقات طب گرمسیری و عفونی خلیج فارس، پژوهشکده علوم زیست پزشکی خلیج فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

* نویسنده مسئول: مریم روانی پور، استاد گروه پرستاری، مرکز تحقیقات طب گرمسیری و عفونی خلیج فارس، پژوهشکده علوم زیست پزشکی خلیج فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران. ایمیل: ravanipour@bpums.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۰۹/۰۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۰۵/۱۵

چکیده

مقدمه: با وجود افزایش بیماری های مزمن بدنبال افزایش سن و تاثیر آن بر فعالیت های مختلف سالمندان، همچنان در خصوص ارتباط مشارکت اجتماعی، عملکرد شناختی و سلامت روان سالمندان یافته های متناقضی وجود دارد. هدف مطالعه حاضر تعیین ارتباط مشارکت اجتماعی با سلامت روان و عملکرد شناختی سالمندان مبتلا به بیماری مزمن شهر بوشهر در سال ۱۳۹۷ بود.

روش کار: در این مطالعه توصیفی- تحلیلی، ۲۷۸ نفر از سالمندان تحت پوشش مراکز جامع سلامت بوشهر مبتلا به بیماری مزمن و با حداقل سن ۶۰ سال، به صورت تصادفی طبقه ای بررسی شدند. به منظور گردآوری اطلاعات از فرم جمع آوری اطلاعات جمعیت شناختی، پرسشنامه های روا پایای مشارکت اجتماعی کانادا، سلامت عمومی و پرسشنامه عملکرد شناختی استفاده شد. داده ها در نرم افزار SPSS v.18 با استفاده از آزمون های آماری توصیفی و تحلیلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: میانگین سن سالمندان $67/45 \pm 6/6$ سال بود. اختلالات بینایی، بیماری قلبی- عروقی و اختلالات اسکلتی- عضلانی بیشترین بیماری های سالمندان مورد پژوهش بودند. بیشترین موانع مشارکت اجتماعی افراد مورد پژوهش مربوط به بیماری ها و مشکلات سلامتی و بی حوصلگی بودند. با افزایش مشارکت اجتماعی، سلامت روان سالمندان بهتر شد ($P = 0/001$) ولی مشارکت اجتماعی با عملکرد شناختی سالمندان رابطه ای نداشت ($P = 0/54$). همچنین افزایش سن، با کاهش مشارکت اجتماعی ($P = 0/001$) و کاهش عملکرد شناختی ($P = 0/003$) سالمندان رابطه مستقیمی داشت، ولی با سلامت روان رابطه ای نداشت ($P = 0/90$). با تحلیل رگرسیون لجستیک تنها سن به عنوان مهم ترین عامل تعیین کننده عملکرد شناختی مشخص گردید ($P = 0/002$).

نتیجه گیری: با توجه به تاثیر سن بر اختلالات عملکرد شناختی، توصیه می شود مراقبت های پرستاری خاص برای تقویت عملکرد شناختی و پیشگیری از تحلیل عملکردهای شناختی در سالمندان مبتلا به بیماری های مزمن تدوین و اجرایی شود. همچنین تا جای ممکن زمینه فعالیت های اجتماعی سالمندان مبتلا به بیماری های مزمن فراهم آید.

کلیدواژه ها: بیماری مزمن، توانبخشی روان، سالمند، شناخت، مشارکت اجتماعی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

عمر را تبدیل به یک چالش جدید در سیستم بهداشت و درمان در سراسر دنیا کرده است. بین سالهای ۲۰۱۵ تا ۲۰۵۰ نسبت جمعیت

در چند دهه گذشته پیشرفت های اجتماعی، اقتصادی و علوم پزشکی تغییرات مهمی در سلامتی و طول عمر افراد ایجاد کرده و افزایش طول

بالای ۶۰ سال در دنیا تقریباً دو برابر خواهد شد و از ۱۲ درصد به ۲۲ درصد خواهد رسید [۱]. براساس سرشماری سال ۱۳۹۵، ۹/۳ درصد جمعیت ایران را افراد ۶۰ ساله و بالاتر تشکیل می دهند که نسبت به پنج سال گذشته یک درصد افزایش یافته است و براساس برآوردهای بین المللی نیز تا سال ۱۴۲۴ از میانگین رشد جمعیت سالمند جهان و ۵ سال بعد، از آسیا نیز پیشی خواهد گرفت [۲]. براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، سالمند در کشورهای پیشرفته به سنین بالای ۶۵ سال اطلاق می گردد، در حالی که در کشورهای در حال توسعه به افراد بالای ۶۰ سال گفته می شود [۳].

با افزایش سن، شیوع بیماری های مزمن نیز افزایش می یابد و به بیانی بیماری های مزمن عامل بیش از دو سوم ناتوانی های رایج در سالمندان هستند. نتایج تحقیقات نشان می دهد که هشتاد درصد از سالمندان در آمریکا، حداقل دارای یک بیماری مزمن و پنجاه درصد آنان حداقل دارای دو یا چند بیماری مزمن هستند که این افراد حدود یک سوم از هزینه های مراقبت سلامت را صرف می نمایند [۴]. با وجود اینکه بیماری های مزمن در سالمندان شایع، پرهزینه و ناتوان کننده هستند اما با حمایت های اجتماعی و مداخلات بالینی مناسب، قابلیت پیشگیری، شروع دیرتر و یا کوتاه شدن طول مدت بیماری را دارند [۵]. مشارکت اجتماعی از عوامل مهم و اثرگذار بر سلامت جسمی و روانی افراد مسن می باشد [۶]. سازمان جهانی بهداشت توانایی شرکت در فعالیت های اجتماعی را به عنوان یکی از پیامدهای مستقیم سلامت به رسمیت می شناسد [۷]. مشارکت اجتماعی دربرگیرنده انواع کنشهای فردی - گروهی به منظور دخالت در تعیین سرنوشت خود و جامعه و تأثیر نهادن بر فرآیندهای تصمیم گیری درباره امور مربوطه است که در دو سطح ذهنی که تمایل به مشارکت است و سطح عینی که به صورت عضویت و اجرا و تصمیم گیری است بروز می کند [۸]. بیماری های مزمن اغلب بر فعالیت های شخصی و اجتماعی افراد مسن تأثیر می گذارند و باعث کاهش کیفیت زندگی و افزایش ناتوانی شده و مشارکت اجتماعی آن ها را نیز کاهش می دهد [۹، ۱۰]؛ از طرفی سالمندان مبتلا به بیماری مزمن در مقایسه با سالمندان غیر مبتلا به بیماری مزمن، علائم بیشتری از اختلالات روانی نشان می دهند [۱۱]. علاوه بر تأثیر کاهش مشارکت اجتماعی بر سلامت جسمی، این مسئله در مواردی بر سلامت روان سالمندان نیز اثرگذار عنوان و بروز افسردگی و حتی فراموشی در افراد سالمند را باعث شده است [۱۲]. یکی از راهکارهای مقابله با مشکلات روانی ناشی از بیماری های مزمن انجام فعالیت های اجتماعی و مشارکت داشتن در اجتماع بوده و توجه به تعیین کننده های اجتماعی سلامت همچون مشارکت اجتماعی نقش قابل توجهی در ارتقای سلامت روان سالمندان دارد [۱۳، ۱۴].

یکی دیگر از مهم ترین اختلالاتی که افراد سالمند مبتلا به بیماری های مزمن جسمی به دلیل وضعیت دشوار و ناکام کننده بیماری خود با آن روبرو می شوند، مشکلات شناختی است. هرچند اختلال شناختی در افراد سالمند خود نوعی بیماری مزمن می باشد که می تواند عامل خطری برای از دست دادن استقلال فرد و بروز ناتوانی در وی باشد [۱۰]. به نظر می رسد مداخلات اجتماعی روی ساختار مغز اثر می گذارند و منجر به استفاده موثر از شبکه مغز می شود و کاهش روابط

اجتماعی خوب می تواند یک عامل خطر مهم و بالقوه در بروز اختلالات شناختی به خصوص دمانس باشد [۱۵]. از طرفی در خصوص تأثیر بیماری های مزمن جسمی و روانی بر مشارکت اجتماعی یا عملکرد شناختی سالمندان، نتایج متناقضی وجود داشته، برخی مطالعات وجود بیماری مزمن را باعث کاهش مشارکت اجتماعی [۱۰] یا عملکرد شناختی [۱۵] دانسته در حالیکه مطالعات دیگری ارتباطی بین ابتلا به بیماری و وضعیت شناختی نیافتند [۱۶] و یا رابطه بسیار اندکی بین محدودیت های جسمی با اختلال شناختی [۱۰] گزارش کردند. در رابطه با ارتباط مشارکت اجتماعی با سلامت روان در سالمندان نیز نتایج متناقضی در مطالعات مختلف وجود دارد؛ بگونه ای که مطالعات متعددی مشارکت اجتماعی را موجب افزایش سلامت روان سالمندان و عمدتاً بصورت کاهش خطر افسردگی [۱۳، ۱۷]، بویژه بر سلامت روان سالمندان زن [۱۸] دانسته اند؛ در حالی که مطالعات دیگری هم به بی تأثیر بودن مشارکت اجتماعی بر سلامت عمومی [۱۹] و یا حتی کاهش سلامت روان زنان بدلیل ایجاد استرس [۲۰] اشاره کرده اند. از طرفی در خصوص نقش مشارکت اجتماعی بر عملکرد شناختی سالمندان نیز توافق وجود نداشته، عمده مطالعات داشتن مشارکت اجتماعی را باعث افزایش عملکرد شناختی در سالمندان دانسته اند [۲۱-۲۳] مطالعاتی نیز فعالیت های اجتماعی بیشتر را عامل افزایش خطر ابتلا به اختلالات شناختی دانسته اند [۲۴]. بنابراین با وجود تحقیقات متعدد در سطح بین المللی و بطور بسیار محدود در داخل کشور، که در پی یافتن رابطه ای بین دو متغیر مشارکت اجتماعی با سلامت روان و عملکرد شناختی برآمده اند، ولیکن کماکان نتیجه مشخص و الگوی واحدی در این باره بدست نیامده است. از طرفی در نظر گرفتن وضعیت ابتلا به بیماری مزمن در مطالعات اندکی مورد بررسی قرار گرفته است. بعلاوه هم انواع بیماری های مزمن در سالمندان و هم تعداد سالمندان دارای بیماری مزمن رو به افزایش است. بسیاری از این بیماری ها درمان قطعی و بهبودی کامل ندارند. بعلاوه، این بیماری ها بر عملکرد سالمند در اجتماع و وضعیت جسم و روان آنان تأثیر گذار هستند؛ هرچند مطالعات متعدد نتایج واحد و یکسانی هم نداشته اند. در ایران نیز تاکنون مطالعه ای که به بررسی وضعیت مشارکت اجتماعی در سالمندان مبتلا به بیماری مزمن و همچنین ارتباط آن با سلامت روان و عملکرد شناختی آنان بپردازد انجام نشده است؛ و در سطح جهانی نیز مطالعات بسیار کمی در زمینه بررسی هر سه متغیر صورت گرفته است. بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط مشارکت اجتماعی با سلامت روان و عملکرد شناختی سالمندان مبتلا به بیماری مزمن در شهر بوشهر سال ۱۳۹۷ انجام شد.

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی - تحلیلی از نوع همبستگی می باشد که به منظور تعیین ارتباط مشارکت اجتماعی با سلامت روان و عملکرد شناختی در سال ۱۳۹۷، بر روی ۲۷۸ نفر از سالمندان مبتلا به بیماری مزمن جسمی ساکن شهر بوشهر انجام شد. محیط این پژوهش مراکز خدمات جامع سلامت شهر بوشهر بود. جامعه پژوهش سالمندانی بود که دارای حداقل یک بیماری مزمن بوده و در این مراکز دارای پرونده

پس از آن فرم اطلاعات جمعیت شناختی و پرسش نامه ها توسط پژوهشگر از سالمند به صورت شفاهی پرسیده و تکمیل گردید. ابزار جمع آوری داده ها در این پژوهش فرم بررسی اطلاعات جمعیت شناختی، پرسشنامه مشارکت اجتماعی، پرسشنامه اختلالات شناختی و پرسشنامه سلامت روان بود که توسط پرسشگر و طی مصاحبه شفاهی تکمیل شد. جهت تکمیل اطلاعات جمعیت شناختی با توجه به موضوع تحقیق، ۱۶ سوال در رابطه با سن، جنس، میزان تحصیلات، نوع بیماری مزمن و مدت زمان ابتلا به آن، استفاده از وسایل کمک حرکتی، همراهان زندگی، وضعیت اقتصادی- اجتماعی، وضعیت بومی بودن، وضعیت تاهل، تعداد فرزندان و نوع بیمه درمانی پرسیده شد.

به منظور بررسی مشارکت اجتماعی پرسشنامه مشارکت اجتماعی طرح بررسی سلامت جامعه کانادا استفاده شد. این پرسشنامه دارای دو قسمت است؛ قسمت اول دربرگیرنده ۸ سوال درباره شرکت در کارهای جمعی می باشد که دامنه نمرات از صفر تا چهار در مقیاس لیکرت بوده و پاسخ ها به صورت هرگز (نمره صفر)، حداقل یکبار در سال (نمره یک)، حداقل یکبار در ماه (نمره دو)، حداقل یکبار در هفته (نمره سه) و حداقل یکبار در روز (نمره چهار) طبقه بندی شده است. همچنین یک سوال از قسمت اول در خصوص تمایل بیشتر فرد سالمند برای شرکت در فعالیت های گروهی، تفریحی یا اجتماعی طی یکسال گذشته به صورت پاسخ بلی و خیر می باشد. قسمت دوم این پرسشنامه شامل ۱۵ سوال بسته در خصوص موانع مشارکت اجتماعی سالمندان می باشد که سالمندان در قالب پاسخ بلی و خیر به هر یک از موانع مشارکت اجتماعی پاسخ می دهند. نحوه محاسبه نمره قسمت اول این پرسشنامه در برگیرنده محاسبه نمره میانگین مجموع عبارات این قسمت می باشد. نمره بالاتر از نمره میانگین این قسمت از پرسشنامه بیانگر مشارکت اجتماعی بهتر سالمندان می باشد. محاسبه نمره قسمت دوم این پرسشنامه نیز براساس شمارش فراوانی پاسخ های بلی هر یک از موانع مشارکت اجتماعی سالمندان می باشد. این پرسشنامه در مطالعه درویش پور و همکاران پس از ترجمه به زبان فارسی و تایید روایی محتوا توسط ده صاحب نظر در حوزه سالمندی و مشارکت اجتماعی و محاسبه پایایی (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶) مورد استفاده قرار گرفته است [۹]. در مطالعه حاضر نیز برای پرسشنامه مشارکت اجتماعی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ برآورد شد. از پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (۱۹۷۲) برای سنجش وضعیت سلامت روانی در جمعیت عمومی استفاده شد. طبق بررسی سازمان جهانی بهداشت این پرسشنامه قابل استفاده در فرهنگ های مختلف و کشورهای در حال رشد می باشد. در سال ۱۳۸۵ ملکوتی و همکاران اعتبار، روایی و تحلیل عاملی مقیاس سلامت عمومی (GHQ) Questionnaire فرم ۲۸ سوالی بر روی ۲۰۴ سالمند شهر اکباتان تهران که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند را سنجیدند. در فرم ایرانی تغییراتی در طبقه بندی سوالات ایجاد شد و ضرایب پایایی مطلوبی اعم از آلفای کرونباخ (۰/۹۴)، تنصیف (۰/۸۶)، آزمون - باز آزمون (۰/۶) بدست آمد. با انجام آزمون ROC، با حساسیت ۰/۸۳ و ویژگی ۰/۷۶ بهترین نقطه برش ۱۹/۲۰ بدست آمد یعنی به هر میزان که نمره کل آزمون از ۱۹/۲۰ بیشتر باشد سلامت عمومی آزمودنی، در

باشند. معیارهای ورود عبارت بودند از: داشتن حداقل سن ۶۰ سال، داشتن حداقل یکی از شایعترین بیماری های مزمن بر اساس آمار اداره بیماری های غیر واگیر کشور شامل بیماری قلبی-عروقی، بیماری ریوی، دیابت، اختلالات بینایی، اختلالات شنوایی، آرتریت، سکنه مغزی، سرطان، آسم، مشکلات تناسلی-ادراری، اختلالات عضلانی-اسکلتی، بیماری های گوارشی، مشکلات مربوط به امراض پوستی و مشکلات هماتولوژیک مورد تایید پزشک، که حداقل شش ماه از شروع آن گذشته باشد [۲۵]، تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت شهر بوشهر بودن، توانایی برقراری ارتباط کلامی و نداشتن اختلالات گفتاری و توانایی پاسخگویی به سوالات به صورت کتبی یا شفاهی. معیار خروج نیز عبارت از عدم تکمیل کامل پرسشنامه ها بود.

با توجه به یافته های مطالعه راشدی و همکاران [۱۳] که همبستگی بین مشارکت اجتماعی و ابعاد ۴ گانه سلامت عمومی را به ترتیب برای نشانه های جسمی، اضطراب و بی خوابی، اختلال عملکرد اجتماعی و استرس شدید به ترتیب ۰/۵۶، ۰/۲۶، ۰/۷۱ و ۰/۳۱ گزارش نموده بودند؛ بر اساس فرمول حجم نمونه جهت برآورد همبستگی دو صفت کمی؛ که در زیر آمده است، در سطح خطای نوع اول ۰/۰۱ و توان آزمون ۰/۹۰ بیشترین حجم نمونه قابل قبول برای کمترین میزان همبستگی ۰/۲۶ بدست آمد که برابر با ۲۱۴ نفر بود. با توجه به اینکه ممکن بود برخی پرسشنامه ها پاسخ داده نشود یا برگشت نگردد، با احتساب ۳۰٪ بیشتر، حجم نمونه لازم حدود ۲۷۸ نفر برآورد شد.

$$n \geq \left(\frac{Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta}}{\frac{1}{2} \ln \left(\frac{1+r}{1-r} \right)} \right)^2 + 3$$

نمونه گیری به صورت تصادفی طبقه ای انجام شد. بدین صورت که پس از تصویب طرح در شورای پژوهش دانشگاه علوم پزشکی بوشهر با شماره گرانت ۵۹۵ و سپس اخذ کد اخلاق به شماره IR.BPUMS.REC. ۱۳۹۶، ۱۶۷ و کسب مجوز جهت ورود به محیط پژوهش و جمع آوری داده ها از معاونت پژوهشی دانشگاه؛ به منظور نمونه گیری به همه ده مرکز خدمات جامع سلامت شهر بوشهر مراجعه شد و با توجه به نسبت تعداد سالمندان تحت پوشش هر مرکز به تعداد کل نمونه ها، سهم هر مرکز مشخص گردید. سپس با روش نمونه گیری تصادفی براساس پرونده های موجود در سامانه ثبت اطلاعات هر مرکز، مشخصات فردی سالمندانی که دارای شرایط ورود به مطالعه بودند استخراج و اقدام به تهیه لیست افراد واجد شرایط هر مرکز شد. از لیست افراد واجد شرایط هر مرکز از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ به تعداد مورد نظر نمونه به تصادف انتخاب و وارد مطالعه گردید. سپس با سالمندان انتخاب شده تماس گرفته شد و در صورت داشتن سایر معیارهای ورود که ممکن بود در پرونده ذکر نشده باشد از آن ها برای مشارکت در مطالعه دعوت به عمل آمد. در صورت عدم رضایت فرد جهت شرکت در مطالعه سالمند دیگری جایگزین بصورت تصادفی از همان مرکز از لیست تهیه شده انتخاب شد. برای هر مرکز در حدود یک هفته کاری و به صورت جداگانه جهت جمع آوری اطلاعات از افراد اقدام گردید و در صورت عدم توانایی سالمند برای مراجعه به مرکز با کسب اجازه از ایشان به درب منزلشان مراجعه شد.

بیشترین موانع مشارکت اجتماعی افراد مورد پژوهش به ترتیب مربوط به بیماری ها و مشکلات سلامتی، بی حوصلگی و مشکلات رفت و آمد بودند. حدود ۶۰ درصد از سالمندان تمایل به مشارکت در اجتماع داشتند (جدول ۳).

میانگین نمره مشارکت اجتماعی سالمندان مورد پژوهش $8/72 \pm 5/40$ بود که نشان دهنده میزان مشارکت اجتماعی پایین سالمندان مورد پژوهش است. میانگین نمره سلامت عمومی $20/90 \pm 9/79$ بود. بر اساس نقطه برش پرسشنامه سلامت روان که $19/6$ است سلامت روان سالمندان مورد پژوهش در محدوده خطر می باشد. همچنین میانگین نمره عملکرد شناختی سالمندان $9/25 \pm 1/35$ بود که با توجه به نقطه برش ۶ در پرسشنامه کوتاه شده عملکرد شناختی نشان می دهد سالمندان مورد پژوهش از عملکرد شناختی خوبی برخوردار بودند. یافته های مطالعه بر اساس آزمون های تی و تحلیل واریانس یک طرفه نشان داد، میانگین نمره مشارکت اجتماعی در مردان بیشتر از زنان و در سالمندان دارای همسر بیشتر از سالمندانی بود که بدون همسر بودند. همچنین بین مشارکت اجتماعی سالمندان با بیماری های سکتی مغزی، مشکلات ادراری- تناسلی و مشکلات اسکلتی- عضلانی اختلاف آماری معنی داری وجود داشت ($P < 0/05$). یافته ها نشان داد با افزایش سطح تحصیلات و درآمد، مشارکت اجتماعی نیز افزایش می یابد ($P < 0/05$) و سالمند با شغل آزاد از مشارکت اجتماعی بالاتری نسبت به سایرین برخوردار است ($P < 0/05$).

یافته های مطالعه بر اساس تفسیر نتایج آزمون های تی و تحلیل واریانس یک طرفه نشان داد، بین سلامت روان و ویژگی هایی نظیر جنسیت، داشتن مشکلات اسکلتی- عضلانی و مشکلات گوارشی ارتباط معنی داری وجود دارد ($P < 0/05$)؛ عبارتی مردان و سالمندان فاقد بیماری اسکلتی- عضلانی و مشکلات گوارشی از سلامت روان بهتری برخوردار بودند و با افزایش سطح تحصیلات و درآمد سلامت روان مشارکت کننده بهتر شده است ($P < 0/05$). همچنین سلامت روان سالمندان بازنشسته و کسانی که از وسایل کمک حرکتی استفاده نمی کنند بهتر بود ($P < 0/05$).

نتایج آزمون های کای-دو نشان داد، بین عملکرد شناختی سالمندان دارای بیماری مزمن و سبک زندگی، مشکلات ادراری- تناسلی و مشکلات اسکلتی- عضلانی اختلاف معنی دار آماری وجود دارد ($P < 0/05$). اختلال شناختی در سالمندان دارای زندگی بدون همسر و در سالمندان دارای مشکلات ادراری- تناسلی و مشکلات اسکلتی- عضلانی و سالمندان دارای مسکن شخصی بیشتر مشاهده شد. به عکس در سالمندان با سطح تحصیلات بالا اختلال شناختی کاهش یافته است. بعلاوه، بین عملکرد شناختی سالمندان دارای بیماری مزمن با سایر متغیرهای جمعیت شناختی رابطه معنی دار آماری وجود نداشت ($P > 0/05$).

بر اساس یافته های تحلیل رگرسیون، مشارکت اجتماعی یکی از عوامل تعیین کننده سلامت روان بود. از آنجا که نمره بالاتر سلامت روان نشان دهنده وضعیت بدتر سلامت روان است، بنابراین با افزایش مشارکت اجتماعی سلامت روان سالمندان بهتر شده، بطوریکه مشارکت اجتماعی تعیین کننده $3/7$ درصد تغییرات سلامت روان بوده است. ($R^2 = 0/37$, $P < 0/01$).

معرض خطر بیشتر است. نتایج نشان داد این پرسشنامه ابزار مناسبی برای انجام مطالعات غربالگری و بالینی در سالمندان می باشد [۲۶]. در مطالعه حاضر نیز برای پرسشنامه سلامت روان آلفای کرونباخ $0/90$ برآورد گردید. پرسشنامه کوتاه شده شناختی (AMT) Abbreviated Mental Test نیز ابزاری مهم جهت غربالگری و شناسایی اختلالات شناختی است. این پرسشنامه با ۱۰ سوال اولین بار توسط هادکینسون (۱۹۷۲) از تست ۳۷ سوالی Roth-Hopkins که امتیاز آن همبستگی خوبی با بیماری های پاتولوژیک مغز در اتوپسی داشت، استخراج شد. این آزمون نسبت به پرسشنامه های مشابه نظیر معاینه مختصر وضعیت شناختی (Mini Mental State Examination) از این مزیت برخوردار است که وابستگی کمتری به میزان تحصیلات آزمودنی دارد. مطالعه ای در ایران بر روی ۱۰۱ سالمند بالای شصت سال عضو انجمن آلزایمر ایرانیان نشان داد میزان حساسیت و ویژگی بر اساس معیارهای چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانپزشکی به ترتیب برابر 99 و 85 با نقطه برش ۶ و با آلفای کرونباخ ($0/90$) بود و از روایی و پایایی خوبی در سالمندان ایرانی برخوردار بود. در این ابزار برای هر پاسخ صحیح یک امتیاز داده می شود و در پایان مجموع امتیازات محاسبه می شود. اخذ امتیاز ۶ و بیشتر از ۶ نشانه عدم اختلال شناختی و امتیاز کمتر از شش نشان دهنده اختلال شناختی است [۲۷].

به منظور تجزیه و تحلیل داده ها اطلاعات جمع آوری شده توسط پرسشنامه ها، کدگذاری و پس از ورود به کامپیوتر توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در تحلیل داده ها از آزمونهای آماری T مستقل، کای دو، تحلیل واریانس یک طرفه، تحلیل همبستگی پیرسون و رگرسیون لجستیک استفاده شد. سطح معنی داری آزمون های آماری $0/05$ در نظر گرفته شد.

این مطالعه در شورای پژوهش دانشگاه علوم پزشکی با شماره گرانت ۵۹۵ و با کد اخلاق IR.BPUMS.REC. ۱۳۹۶، ۱۶۷ از کمیته اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر مورد تایید و ثبت قرار گرفته است. به منظور جمع آوری داده ها کلیه مجوزهای لازم اخذ و از سالمندان جهت مشارکت رضایت آگاهانه کتبی کسب گردید.

یافته ها

از میان ۲۷۸ سالمند بالای ۶۰ سال مورد پژوهش، $51/1$ درصد معادل ۱۴۲ نفر زن و مابقی مرد بودند. میانگین سن سالمندان $67/45 \pm 6/6$ سال بود. حدود $86/7$ درصد شرکت کنندگان بومی بودند (منظور از بومی بودن در این پژوهش افرادی بودند که به مدت بیش از ۵ سال در شهر بوشهر سکونت داشتند [۲۸]). اکثر پاسخ دهندگان بی سواد و نزدیک به ۸۵ درصد از افراد مورد پژوهش دارای همسر بودند. (جدول ۱).

توزیع فراوانی بیماری های مزمن سالمندان نشان می دهد که اختلالات بینایی، بیماری قلبی- عروقی و اختلالات اسکلتی- عضلانی بیش ترین بیماری ها بودند. تعداد ۱۰۳ نفر ($37/1$ درصد) از سالمندان مبتلا به تنها یک بیماری مزمن بودند و کمی بیشتر از ۴ درصد شرکت کنندگان از سمعک استفاده می کردند (جدول ۲). بر اساس یافته های مطالعه،

دوگوهکی و همکاران

جدول ۱. توزیع فراوانی مشخصات جمعیت شناختی سالمندان دارای بیماری مزمن شهر بوشهر در سال ۱۳۹۷

شاخص های جمعیت شناختی	فراوانی	درصد
جنسیت		
زن	۱۴۲	۵۱/۱
مرد	۱۳۶	۴۸/۹
وضعیت بومی بودن		
بومی	۲۴۱	۸۶/۷
غیر بومی	۳۷	۱۳/۳
وضعیت تاهل		
متاهل	۲۳۶	۸۴/۹
مجرد	۴۲	۱۵/۱
وضعیت تحصیلی		
بی سواد	۷۲	۲۵/۹
سواد خواندن و نوشتن	۴۰	۱۴/۴
ابتدایی	۴۲	۱۵/۱
راهنمایی	۳۰	۱۰/۸
دیپلم	۵۶	۲۰/۱
دانشگاهی	۳۸	۱۳/۷
همراهان زندگی		
مستقل در منزل خود همراه با همسر یا فرزندان مجرد	۲۱۰	۷۵/۵
مستقل در منزل خود همراه با فرزندان متاهل	۳۶	۱۲/۹
سایر	۳۲	۱۱/۵
تعداد فرزندان		
کمتر و مساوی ۳ فرزند	۶۹	۲۴/۸
۴-۷ فرزند	۱۷۳	۶۲/۲
مساوی و بزرگتر ۸ فرزند	۳۱	۱۱/۲
وضعیت اشتغال		
شاغل	۳۲	۱۱/۵
بازنشسته	۱۳۶	۴۸/۹
بیکار	۱۰۷	۳۸/۵
میزان درآمد ماهیانه		
کمتر از یک میلیون	۳۱	۱۱/۲
۱-۲ میلیون	۱۳۳	۴۷/۸
بیشتر از دو میلیون	۷۰	۲۵/۲
بدون پاسخ	۴۴	۱۵/۸
وضعیت مسکن		
شخصی	۲۴۳	۸۷/۴
رهن- اجاره	۱۸	۶/۵
سایر	۹	۳/۲
نوع بیمه درمانی		
خدمات درمانی	۸۸	۳۱/۷
تامین اجتماعی	۱۳۰	۴۶/۸
نیروهای مسلح	۳۰	۱۰/۸
سایر	۲۷	۹/۷
بیمه تکمیلی		
دارد	۱۵۱	۵۴/۳
ندارد	۱۲۱	۴۳/۵

جدول ۲. توزیع فراوانی ابتلا به انواع بیماریها و استفاده از ابزار کمکی در بین سالمندان دارای بیماری مزمن شهر بوشهر در سال ۱۳۹۷

ابتلا به بیماری و استفاده از ابزار کمکی	فراوانی	درصد
نوع بیماری مزمن		
بیماری قلبی- عروقی	۱۱۲	۴۰/۳
بیماری ریوی	۱۷	۶/۱
دیابت	۷۲	۲۵/۹
اختلالات شنوایی	۲۶	۹/۴
اختلالات بینایی	۱۲۶	۴۵/۳
آرتريت	۲۲	۷/۹
سکته مغزی	۱۰	۳/۶
سرطان	۳	۱/۱
مشکلات تناسلی- ادراری	۳۰	۱۰/۸
اختلالات عضلانی- اسکلتی	۹۹	۳۵/۶
بیماری های گوارشی	۴۳	۱۵/۵
مشکلات مربوط به امراض پوستی	۴	۱/۴
سایر بیماری ها	۶	۲/۲
عینک		
دارد	۱۲۹	۴۶/۴
ندارد	۱۴۹	۵۳/۶
سمعک		
یک گوش	۸	۲/۹
دوگوش	۴	۱/۴
وسایل کمک حرکتی		
اشکال در یک پا	۳۰	۱۰/۸
اشکال در دو پا	۲۲	۷/۹

جدول ۳. توزیع فراوانی موانع مشارکت اجتماعی سالمندان دارای بیماری مزمن شهر بوشهر در سال ۱۳۹۷

موانع مشارکت اجتماعی	فراوانی	درصد
هزینه ها	۵۴	۱۹/۴
مشکلات رفت و آمد	۸۴	۳۰/۲
موجود نبودن فعالیت در محله	۴۵	۱۶/۲
عدم دسترسی فیزیکی	۱۰	۳/۶
خارج از دسترس بودن	۲۷	۹/۷
بیماری ها و مشکلات سلامتی	۱۲۱	۴۳/۵
نامناسب بودن فعالیت از نظر زمانی	۱۴	۵
عدم تمایل بر تنها رفتن	۲۴	۸/۶
مسئولیت های خانوادگی یا شخصی	۴۷	۱۶/۹
مشکل در برقراری ارتباط	۶	۲/۲
مشغله زیاد	۵۲	۱۸/۷
ترس یا نگرانی در خصوص ایمن بودن	۲	۰/۷
بی حوصلگی	۸۸	۳۱/۷
بی برنامه بودن	۵۳	۱۹/۱
سایر	۲	۰/۷

جدول ۴. ارتباط مشارکت اجتماعی با اختلال عملکرد شناختی با کنترل متغیر سن در سالمندان دارای بیماری مزمن شهر بوشهر در سال ۱۳۹۷ بر اساس تحلیل رگرسیون لجستیک

ضریب بتا	نسبت شانس (EXP(B)	شاخص Wald	فاصله اطمینان ۹۵٪ نسبت شانس	P-value	Cox & snell R2
۰/۰۳۸	۱/۰۳۹	۰/۳۷۴	(۰/۹۱۹ , ۱/۱۷۵)	۰/۵۴۱	۰/۰۳۰
۰/۱۲۱	۱/۱۲۸	۹/۱۴۶	(۱/۰۴۳ , ۱/۲۲۰)	۰/۰۰۲	

همچنین بر اساس یافته های تحلیل رگرسیون لجستیک، در ارزیابی ارتباط مشارکت اجتماعی با عملکرد شناختی به جهت اینکه سن از عوامل مرتبط با عملکرد شناختی شناخته شد، اثر متغیر سن در مدل مورد لحاظ قرار گرفته و کنترل گردید. طبق یافته ها، متغیرهای مشارکت اجتماعی و سن تنها ۳ درصد از تغییرات عملکرد شناختی را تبیین کردند. بطوری که مشارکت اجتماعی تأثیری روی عملکرد شناختی سالمندان نداشته، و تنها سن به عنوان مهم ترین عامل تعیین کننده عملکرد شناختی محسوب می گردد (جدول ۴).

بحث

این مطالعه با هدف تعیین ارتباط مشارکت اجتماعی با سلامت روان و عملکرد شناختی سالمندان مبتلا به بیماری مزمن شهر بوشهر در سال ۱۳۹۷ صورت پذیرفته است. نتایج این مطالعه نشان داد سالمندان مبتلا به بیماری مزمن از مشارکت اجتماعی پایینی برخوردارند. با کاهش مشارکت اجتماعی، سلامت روان نیز کاهش یافته اما تأثیری بر عملکرد شناختی آنان ندارد.

در این مطالعه بیشتر شرکت کنندگان زن، متاهل، بی سواد، بومی و بازنشسته بودند. اختلالات بینایی، بیماری قلبی-عروقی و اختلالات اسکلتی-عضلانی بیش ترین بیماری های سالمندان بودند. شیوع زیاد بیماری های قلبی-عروقی و اختلالات اسکلتی عضلانی در مطالعات دیگر نیز تایید شده است [۲۹، ۱۰]. غیر همسو با این نتایج در مطالعه مقصودی و همکاران ارتباطی بین بیماری مزمن و وضعیت تاهل اصلاً یافت نشد. در مطالعه شه میرزاده و همکاران نیز اگرچه این ارتباط وجود داشت ولی تعداد افراد متاهل مبتلا به بیماری مزمن کمتر بود [۳۰]. [۳۱]. بر اساس نتایج یک بررسی آماری توسط موسسه قلب انگلستان درصد ابتلای بیشتر بی سوادان به بیماری مزمن می تواند ناشی از عدم استفاده بهینه از سلول های مغزی و ارتباطات DNA باشد که باعث می شود سلول های بدن این افراد سریعتر از همسالان خود به پیری زودرس دچار شوند، این در حالی است که در افراد دارای تحصیلات دانشگاهی، فرآیند پیری با سرعت کمتری اتفاق می افتد و علائم و نشانه های پیری و کهولت سن دیرتر نمایان می شود. همچنین تحصیلات می تواند مهارت حل مسئله را افزایش دهد و منجر به کاهش استرس شود و اثرات مطلوبی برای پیری بیولوژیکی داشته باشد [۳۲]. مشارکت اجتماعی پایین سالمندان در مطالعه حاضر و مهم ترین عامل کاهش مشارکت که بیماری ها و مشکلات سلامتی بود با نتایج برخی مطالعات دیگر همخوانی دارد [۳۳-۳۵، ۹، ۱۰]. بنابراین می توان نتیجه گرفت بیماری های سالمندان باعث محدودیت هایی در زندگی آن ها شده که به طور مستقیم و غیر مستقیم بر مشارکت اجتماعی آنان اثر می گذارد و حضور آنان در اجتماع را کمرنگ می کند. همچنین پایین بودن میزان مشارکت اجتماعی سالمندان شرکت کننده در این مطالعه می تواند مربوط به شرایط زندگی، اجتماعی، فرهنگی و شرایط آب و هوایی در بوشهر و محدودیت های احتمالی در این شهر باشد؛ چرا که مشارکت اجتماعی همانگونه که به قصد و تمایل فرد بستگی دارد به شرایط محیط و امکانات، دانش و مهارت نیز بستگی دارد [۳۵]. از دیگر نتایج مطالعه حاضر میانگین نمره مشارکت اجتماعی بالا در مردان

متاهل، سالمندان دارای سطح تحصیلات بالاتر، سن کمتر، درآمد بیشتر، شغل آزاد و زندگی مستقل بود. در سالمندان دارای فرزند بیشتر، استفاده کنندگان از وسایل کمک حرکتی و سالمندان مبتلا به بیماری های مزمن از جمله سکتة مغزی، مشکلات ادراری-تناسلی و مشکلات اسکلتی-عضلانی مشارکت اجتماعی پایین نشان داده شد. در مطالعه گرفتگی و همکاران (۲۰۱۶) پنج بیماری آرتریت، افسردگی، دیابت، بیماری های قلبی و بیماری های چشمی بیشترین بیماری های مرتبط با کاهش مشارکت اجتماعی در سالمندان و میانسالان گزارش شد و همچنین محدودیت مشارکت اجتماعی در زنان بیشتر از مردان گزارش شد [۱۰]. همچنین، دو مطالعه در ایران نشان داد با افزایش سن، میزان مشارکت اجتماعی کاهش می یابد. افزایش درآمد و افزایش سطح تحصیلات باعث افزایش مشارکت اجتماعی سالمندان می شود. زنان مشارکت اجتماعی پایین تری داشتند و سالمندان دارای همسر و سالمندان شاغل از مشارکت اجتماعی بالاتری برخوردار بودند [۹، ۳۵]. سالمندان متأهل به دلیل وجود همراه و همدم در زندگی که می تواند باعث گسترش تعاملات اجتماعی و ارتباطات بیش تر وی شود از مشارکت اجتماعی بیشتری برخوردار است [۳۶]. بعلاوه فرد سالمند دارای شغل بدلیل اینکه خود شغل باعث تعاملات بیشتر و حضور بیشتر در اجتماع می گردد مشارکت اجتماعی بیشتری از خود نشان می دهد. یکی دیگر از عوامل موثر بر مشارکت اجتماعی سالمندان داشتن منزل شخصی و زندگی مستقل بود که این خود می تواند نشان دهنده طبقه اجتماعی اقتصادی بیشتر فرد و در نتیجه مشارکت اجتماعی بیشتر وی باشد. از طرفی افزایش تعداد فرزندان، بیش از ۴ فرزند می تواند باعث کاهش مشارکت اجتماعی فرد سالمند گردد که این می تواند به دلیل مشکلات خانوادگی و درگیری های ذهنی بیشتر و مشغله بیشتر فرد سالمند گردد [۹].

در مطالعه حاضر میانگین سلامت روان سالمندان مبتلا به بیماری مزمن نشان دهنده وضعیت در مرز پرخطر سلامت روان آنان می باشد. این یافته با نتایج مطالعات دیگر مبنی بر وجود اختلالات روان چه در سالمندان مبتلا به بیماری مزمن (۱۱) و چه در کلیه سالمندان همخوانی دارد [۱۹، ۳۷]. اما با مطالعه راشدی و همکاران (۲۰۱۴) که نشان داد سالمندان دارای سلامت روانی خوبی بودند، همخوانی ندارد البته این محققان وضعیت بیماری مزمن که از شایعترین مشکلات سالمندان در این دوران عمر است را در بررسی هایشان منظور نکرده اند [۱۳]. از دیگر نتایج مطالعه می توان به سلامت روان بهتر در جنسیت مذکر، سالمندان فاقد بیماری اسکلتی-عضلانی و مشکلات گوارشی، افراد دارای سطح تحصیلات بیشتر، درآمد بالاتر و همچنین بازنشستگان و سالمندانی که از وسایل کمک حرکتی نیز استفاده نمی کنند اشاره کرد. برخی مطالعات دیگر تأثیر منفی بیماری های مزمن و سطح تحصیلات پایین بر سلامت روان را تایید می کنند [۱۱، ۳۷].

همچنین مطالعه حاضر نشان داد سالمندان مبتلا به بیماری مزمن شهر بوشهر از عملکرد شناختی خوبی برخوردارند. این مطالعه با مطالعه ای دیگر که به بررسی وضعیت شناختی سالمندان در شهر رشت انجام شده بود همخوانی دارد [۱۶]. اما با مطالعه انجام شده توسط سهرابی و همکاران (۱۳۸۷) همخوانی ندارد [۳۸]. این امر می تواند به دلیل

اجباری علاوه بر ایجاد استرس باعث می شود شرکت کنندگان ارتباطات قوی با دیگر افراد ایجاد نکنند [۱۸].

یافته های مطالعه حاضر در نهایت نشان داد بین مشارکت اجتماعی با سلامت روان سالمندان ارتباط وجود دارد ولی بین مشارکت اجتماعی با عملکرد شناختی سالمندان مبتلا به بیماری مزمن ارتباط وجود ندارد. مطالعه راشدی و همکاران (۲۰۱۴) نیز نشان داد که سالمندان از سلامت روانی خوبی برخوردارند و مشارکت اجتماعی با سلامت روان رابطه مستقیم دارد. همچنین شرکت در فعالیت های اجتماعی و گروهی می تواند علائم جسمی افراد سالخورده را کاهش دهد [۱۳]. غیر همسو با مطالعه حاضر اسبورن و همکاران در مطالعه خود نتایج منفی مشارکت اجتماعی بر سلامت روان زنان را مطرح و بیان کردند مشارکت اجتماعی به دلیل ایجاد استرس تأثیر منفی بر سلامت روان آنان دارد [۲۰]. همچنین بر خلاف نبود ارتباط بین مشارکت اجتماعی با عملکرد شناختی در مطالعه حاضر، در مطالعه ای سیستماتیک توسط کوپیر نشان داده شد، ریسک ابتلا به دمانس در افراد با مشارکت اجتماعی پایین افزایش می یابد و در توضیح آن آمده است که مشارکت اجتماعی و فعالیت های فیزیکی روی ساختار مغز تأثیر می گذارد و باعث تحریک و فعالیت مغز می شود [۲۱]. از طرفی دیگر مطالعه ای که لام و همکاران در نه منطقه آسیای شرقی انجام دادند به این نتیجه رسیدند که فعالیت های اجتماعی بیشتر باعث افزایش خطر ابتلا به اختلالات شناختی می شود [۲۴].

نتیجه گیری

یافته ها نشان دادند سالمندان مبتلا به بیماری مزمن از مشارکت اجتماعی پایینی برخوردار بودند. نتایج این مطالعه بر خلاف اکثر مطالعات نشان داد که عملکرد شناختی سالمندان مبتلا به بیماری مزمن شهر بوشهر تحت تأثیر مشارکت اجتماعی نیست و در عین حال سن از مهم ترین عوامل تأثیر گذار بر آن است. بنابراین می توان اینگونه استنباط نمود که مشارکت اجتماعی پایین به خودی خود یک عامل خطر برای اختلال شناختی سالمندان مبتلا به بیماری مزمن نمی باشد. اگرچه این ناهمخوانی با برخی مطالعات می تواند ناشی از روش ارزیابی اختلال شناختی و یا نقطه برش پرسشنامه باشد که جای بررسی های بیشتر و دقیق تر دارد. بعلاوه، بررسی دقیق و جامع یافته ها نشان داد میانگین مشارکت اجتماعی سالمندان بوشهری مبتلا به بیماری های مزمن پایین است و ارتباط تنگاتنگی با سلامت روان آنان دارد. بنابراین می توان توصیه نمود تمرکز مداخلات مختلف از جمله مراقبت های پرستاری بر پیشگیری از بروز بیماری های مزمن و درمان به موقع و صحیح این بیماری ها قبل از بروز عوارض جسمی، روحی و روانی در سالمندان باشد تا بتواند نتایج بسیار کاراتری حاصل شود. مطالعه حاضر دارای محدودیت های دیگری مانند جمع آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه و گرد آوری اطلاعات فقط از سالمندان شهر بوشهر بوده است. از طرف دیگر احتمال عدم درک مفاهیم و محتوای سؤالات پرسشنامه و بروز ابهام برای پاسخگو وجود دارد که می تواند باعث بروز اشتباه در پاسخ دادن به سوالات گردد. از نقاط قوت این پژوهش، مطالعه بر سالمندان با بیماری مزمن به شیوه تصادفی بود اگرچه مقایسه یافته ها با سالمندان بدون بیماری مزمن می توانست اطلاعات قویتری حاصل نماید. از آنجایی که

م تفاوت بودن پرسشنامه ها باشد. در مطالعه سهرابی از پرسشنامه MMSE استفاده شده است که وابسته به سواد می باشد در حالی که در این مطالعه از پرسشنامه کوتاه شده شناختی (AMT) استفاده شده است. در مطالعه حاضر اختلال شناختی در سالمندان مسن تر، دارای زندگی مجردی، سطح تحصیلات پایین و مشکلات ادراکی-تناسلی و مشکلات اسکلتی-عضلانی بیشتر مشاهده شد. ارتباط بین افزایش سن، مجرد بودن و کم بودن سطح تحصیلات با افزایش شانس ابتلا به اختلالات شناختی در مطالعه ای دیگر مورد تأیید قرار گرفته است [۳۹]. در حالی که در مطالعه گریفیت و همکاران ارتباطی بین بیماری های مزمن و اختلالات شناختی پیدا نشد [۱۰]، و در مطالعه ای در تایوان نیز نشان داده شد شیوع اختلالات شناختی با سن معنادار نبود که دلیل این موضوع افزایش سطح سواد مردم تایوان پس از جنگ جهانی دوم بیان شده است [۴۰]. افراد دارای تحصیلات بالاتر به طور موثر و کارآمدی از توانایی های مغزی استفاده می کنند. فعالیت های درگیر کننده ذهن مانند تحصیلات نقش موثری در حفظ بهبود حافظه و ذخایر ذهنی دارد و روش مناسبی برای کاهش ابتلا به دمانس در افراد سالمند است [۳۹]. ارتباط میان سطح تحصیلات و عملکرد شناختی می تواند مربوط به سبک زندگی هم باشد. افراد با سطح تحصیلات بالاتر ممکن است سبک زندگی سالم تر که با عملکرد شناختی خوب مرتبط است داشته باشند. از طرف دیگر سطح تحصیلات بالاتر باعث افزایش ظرفیت حافظه و پیشرفت عملکرد شناختی می شود. همچنین شیوع کمتر اختلالات شناختی در سالمندان متاهل می تواند نشانگر نقش احتمالی ازدواج در کاهش بروز اختلالات شناختی در سنین پیری باشد [۳۹، ۴۱]. همچنین می توان گفت احتمالاً افراد متأهل شرایط روحی بهتر و شیوه زندگی بهتری دارند و زندگی مشترک با فردی دیگر در تحریک فعالیت های مغز و رشد نوروها تأثیر گذار است [۴۰]. شیوع اختلالات شناختی در سالمندان با سنین بالاتر می تواند به دلیل تنهایی و وجود بیماری های مزمن بیشتر در گروه های سنی بالاتر باشد [۳۹].

یافته ها نشان داد بین سن و مشارکت اجتماعی همبستگی آماری معنی داری وجود دارد در حالیکه بین سن و سلامت روان همبستگی آماری معنی داری مشاهده نشد. بعبارت دیگر با افزایش سن مشارکت اجتماعی کاهش می یابد ولی تأثیری بر سلامت روان ندارد. همچنین یافته ها نشان داد، سن از عوامل تأثیرگذار روی عملکرد شناختی در سالمندان می باشد و رابطه آماری معنی داری بین سن و عملکرد شناختی وجود دارد. همسو با مطالعه حاضر، در مطالعه گریفیت و همکاران نشان داده شد شرایط مزمن روانی و جسمی به تنهایی و با یکدیگر باعث کاهش مشارکت اجتماعی می شود. افسردگی به تنهایی و همراه با بیماری های مزمن بخصوص آرتریت باعث کاهش مشارکت اجتماعی به خصوص در زنان می شود [۱۰]. مطالعه تومیوکا و همکاران در سال ۲۰۱۷ نشان داد تأثیر مثبت مشارکت اجتماعی بر سلامت جسمی و روانی زنان حتی بیشتر از مردان بود. همچنین در این مطالعه نشان داده شد مشارکت های اجباری باعث کاهش سلامت روان نسبت به مشارکت های اختیاری می شود به این دلیل که مشارکت های

کلیه نویسندگان در طراحی مطالعه دخیل بودند. خانم نجمه دو کوهکی، جمع آوری داده ها، دریافت اولیه مقاله و تکمیل آن را برعهده داشتند. آقای رحیم طهماسبی در آنالیز داده ها و تکمیل مقاله دخیل بودند. خانم مریم روانی پور دریافت اولیه مقاله را تهیه و در تکمیل آن مشارکت نمودند. خانم اکرم فرهادی مقاله را تکمیل نمودند. همه نویسندگان دریافت نهایی را مطالعه نموده و تأیید کرده اند.

تضاد منافع

هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

کاربرد عملی مطالعه

افزایش سن مهم ترین عامل تعیین کننده اختلالات عملکرد شناختی می باشد. ضروری است مراقبت های پرستاری خاص برای پیشگیری از تحلیل عملکردهای شناختی در سالمندان مبتلا به بیماری های مزمن تدوین و اجرایی شود و در زمینه عملکردهای شناختی سالمندان به بررسی علل مرتبط بیشتر پرداخته شود. همچنین سالمندان مبتلا به بیماری مزمن نیازمند ارتقاء مشارکت اجتماعی و پیشگیری از عوارض ناشی از مشارکت ضعیف آنان می باشند.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران مراتب سپاس و قدردانی خود را از مسئولین محترم به واسطه همکاری و حمایت مالی از این پژوهش و کلیه سالمندان عزیز مشارکت کننده در این مطالعه که در جمع آوری اطلاعات همکاری نمودند، به عمل می آورند.

مطالعه حاضر در جمعیت محدودی از سالمندان مبتلا به بیماری مزمن در زمان و مکان خاصی صورت گرفته است، از تعمیم پذیری یافته های این مطالعه به کل جامعه سالمندان دارای بیماری مزمن کشور می کاهد. با اینحال نتایج حاصل از این مطالعه بیانگر نیاز جامعه به برنامه های جامع تر اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، رفاهی و خدمات بهداشتی درمانی خاص گروه سالمندان جهت ارتقاء مشارکت اجتماعی آنان و پیشگیری از عوارض ناشی از عدم مشارکت آنان می باشد. همچنین با توجه به اهمیت عملکرد شناختی پیشنهاد می شود مطالعات بیشتری برای بررسی سایر عوامل موثر بر وضعیت شناختی سالمندان صورت پذیرد.

ملاحظات اخلاقی

مطالعه حاضر حاصل از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری در دانشکده پرستاری و مامایی بوشهر می باشد که با شماره گرانت ۱۳۹۶،۵۹۵ و کد اخلاق ۱۳۹۶،۱۶۷ IR.BPUMS.REC. مصوب و صورت گرفت. همچنین تمامی شرکت کنندگان در این مطالعه فرم رضایت نامه آگاهانه کتبی شرکت در این مطالعه را تکمیل کرده و تمامی اهداف مطالعه برای شرکت کنندگان به طور کامل شرح داده شده است.

حمایت مالی

مطالعه حاضر حاصل از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری می باشد با حمایت معاونت محترم پژوهشی و نیز همکاری معاونت محترم بهداشتی و مسئولین محترم مراکز جامع سلامت دانشگاه علوم پزشکی بوشهر صورت گرفت.

سهم نویسندگان

References

- Abbasi Tashnizi M, Joudi M, Izanloo A, Soltani G, Hasanazadeh R, Fathi M. Three Cases of a Rare Association: Double Aortic Arch. *Int J Pediatr*. 2016;4(2):1319-21.
- Organization WH. Cardiovascular diseases (CVDs)[Fact Sheet] 2017 [updated Retrieved September 27, 2017]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en>.
- Saadatnia M, Najafi M. Plasma Levels of Brain Natriuretic Peptide: A Comparison between Vascular Dementia Patients and Stroke Patients without Dementia J Isfahan Med School. 2012;30(177):98-104.
- Haxton JE. An examination of caregiving dyads: community dwelling chronically ill older adults and their caregivers. *Electronic Theses and Dissertations* [An examination of caregiving dyads: community dwelling chronically ill older adults and their caregivers]: University of Denver; 2010.
- Bauer UE, Briss PA, Goodman RA, Bowman BA. Prevention of chronic disease in the 21st century: elimination of the leading preventable causes of premature death and disability in the USA. *Lancet*. 2014;384(9937):45-52. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60648-6
- Adams KB, Leibbrandt S, Moon H. A critical review of the literature on social and leisure activity and wellbeing in later life. *Ageing Soc*. 2011;31(4):683-712. doi: 10.1017/S0144686X10001091
- Van Lerberghe W. The world health report 2008: primary health care: now more than ever: World Health Organization. 2008.
- Mozafari A. The role of mass media in student social participation. *J Iran Soc Develop Stud*. 2017;9(1):55-68.
- Darvishpoor Kakhki A, Abed Saeedi Z. Social participation, barriers, and related factors in older people in Tehran Health Promot Manage. 2014;3(4).
- Griffith LE, Raina P, Levasseur M, Sohel N, Payette H, Tuokko H, et al. Functional disability and social participation restriction associated with chronic conditions in middle-aged and older adults. *J Epidemiol Communit Health*. 2017;71(4):381-9. doi: 10.1136/jech-2016-207982 pmid: 27754857
- Chen C, Lee I, Su Y, Mullan J, Chiu H. The longitudinal relationship between mental health disorders and chronic disease for older adults: a population-based study. *Int J Geriatric Psychiatry*. 2017;32(9):1017-26. doi: 10.1002/gps.4561 pmid: 27546556
- Etman A, Kamphuis CBM, Van der Cammen TJM, Burdorf A, Van Lenthe FJ. Do lifestyle, health and social participation mediate educational inequalities in frailty worsening? *Europe J Pub Health*. 2014;25(2):345-50. doi: 10.1093/eurpub/cku093 pmid: 25061232
- Rashedi V, Gharib M, Yazdani AA. Social participation and mental health among older adults in Iran. *Iran Rehabilitat J*. 2014;12(1):9-13.

14. Shoja M, Nabavi SH, Kassani A. Factor analysis of social capital and its relations with mental health of older people in 9 districts of Tehran. *J North Khorasan Univ Med Sci*. 2012;3(5):81-90. **doi:** 10.29252/jnkums.3.5.S5.81
15. Eftekhari Ardebili H, Khattai Deizabadi F, Batebi A, Shojaezadeh D, Yazdani Cherati J. Frequency of Functional and Cognitive Impairment and Relevant Factors in Aging
J Mazand Univ Med Sci 2012;22(96):113-22.
16. Masomi N, Gafroodi Sh. Cognitive status of the elderly and its related factors in Rasht. *Nurs Res*. 2013;8(29):80-6.
17. Roh HW, Hong CH, Lee Y, Oh BH, Lee KS, Chang KJ, et al. Participation in physical, social, and religious activity and risk of depression in the elderly: a community-based three-year longitudinal study in Korea. *PloS one*. 2015;10(7):e0132838. **doi:** 10.1371/journal.pone.0132838 **pmid:** 26172441
18. Tomioka K, Kurumatani N, Hosoi H. Positive and negative influences of social participation on physical and mental health among community-dwelling elderly aged 65–70 years: a cross-sectional study in Japan. *BMC Geriatric*. 2017;17(1):111. **doi:** 10.1186/s12877-017-0502-8 **pmid:** 28525988
19. Yazdani AA, Fekrazad H, Sajadi H, Salehi M. Relationship between social participation and general health among the elderly. *J Kermanshah Univ Med Sci*. 2015;18(10):599-606. **doi:** 10.22110/jkums.v18i10.2298
20. Osborne K, Baum F, Ziersch A. Negative consequences of community group participation for women's mental health and well-being: Implications for gender aware social capital building. *J Community Appl Soc Psychol*. 2009;19(3):212-24. **doi:** 10.1002/casp.988
21. Kuiper JS, Zuidersma M, Voshaar RCO, Zuidema SU, van den Heuvel ER, Stolk RP, et al. Social relationships and risk of dementia: a systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Age Res Rev*. 2015;22:39-57. **doi:** 10.1016/j.arr.2015.04.006 **pmid:** 25956016
22. Bourassa KJ, Memel M, Woolverton C, Sbarra DA. Social participation predicts cognitive functioning in aging adults over time: comparisons with physical health, depression, and physical activity. *Aging Mental Health*. 2017;21(2):133-46. **doi:** 10.1080/13607863.2015.1081152 **pmid:** 26327492
23. Fu C, Li Z, Mao Z. Association between social activities and cognitive function among the elderly in China: a cross-sectional study. *Int J Environ Res Pub Health*. 2018;15(2):231. **doi:** 10.3390/ijerph15020231 **pmid:** 29385773
24. Lam LCW, Ong PA, Dikot Y, Sofiatin Y, Wang H, Zhao M, et al. Intellectual and physical activities, but not social activities, are associated with better global cognition: a multi-site evaluation of the cognition and lifestyle activity study for seniors in Asia (CLASSA). *Age Ageing*. 2015;44(5):835-40. **doi:** 10.1093/ageing/afv099 **pmid:** 26271049
25. Karimi S, Javadi M, Jafarzadeh F. The Economic Burden and the Cost of Health Diseases Caused by the Chronic Worlds. *Health Inform Manage*. 2012;8(7):984-95.
26. Malekooti SK, Mirabzadeh A, Fathollahi P, Salavati M, Kahali S, Afkham Ebrahimi A. Reliability, Validity and Factor Structure of the GHQ-28 in Iranian Elderly. *Salmand*. 2006;1(1):11-21.
27. Bakhtiari F, Froghan M. Validation of the Persian version of abbreviated mental test (AMT) in elderly residents of Kahrizak Charity Foundation. *Iran J Diabete Metabol*. 1393;13(6):487-94.
28. Atracknews. Native and non-native 2014 2014. Available from: <http://www.rahatrack.ir>.
29. Peyman H, Yaghobi M. The Prevalence of Chronic Illness in Elderly People in Ilam. *Salmand J*. 2012;6(22):7-13.
30. Maghsoudi A, Abedi K. The study of prevalence of chronic diseases and its association with quality of life in the elderly of Ewaz (South of Fars province), 2014. *Mashhad J Sci*. 2014;18(61):35-42.
31. Esmaeili Shahmirzadi S, Shojaezadeh D, Azam K, Salehi L, Tol A, Moradian Sorkhkolaei M. The impact of chronic diseases on the quality of life among the elderly people in the east of Tehran. *J Payavard Salamat*. 2012;6(3):225-35.
32. Steptoe A, Hamer M, Butcher L, Lin J, Brydon L, Kivimäki M, et al. Educational attainment but not measures of current socioeconomic circumstances are associated with leukocyte telomere length in healthy older men and women. *Brain Behav Immun*. 2011;25(7):1292-8. **doi:** 10.1016/j.bbi.2011.04.010 **pmid:** 21536122
33. Borhaninejad VR, Nabvi SH. Relationship between Social participation and life satisfaction among older people. *J North Khorasan Univ Med Sci*. 2016;8(4):701-11.
34. Goll JC, Charlesworth G, Scior K, Stott J. Barriers to social participation among lonely older adults: the influence of social fears and identity. *PloS One*. 2015;10(2):e0116664. **doi:** 10.1371/journal.pone.0116664 **pmid:** 25706933
35. Mansouri T, Farhadi A. Factors and Barriers Affecting the Social Participation of Older People North Khorasan J Med Sci. 2018;9(4):65-72.
36. Teymoori F, Dadkhah A, Shirazikhah M. Social welfare and health (mental, social, physical) status of aged people in Iran. *Middle East J Age Ageing*. 2006;3(1):39-45.
37. Mortazavi S, Eftekhari Ardebili H. Mental health of the elderly in Shahrekord and its relation with demographic and social factors. *Payesh J*. 2011;10(4):485-92.
38. Sohrabi M, Zolfaghari P. A comparative study of cognitive status and depression among elderly residents of the elderly and residents of private homes. *J Knowledge Wellness*. 2008;3(2):27-31.
39. Kheyrikhah F, Hoseini S. Prevalence of cognitive impairment in the elderly in Amir Kola. *Psychiatr Clin Psychol*. 2014;19(4):247-54.
40. Wu MS, Lan TH, Chen CM, Chiu HC, Lan TY. Socio-demographic and health-related factors associated with cognitive impairment in the elderly in Taiwan. *BMC Pub Health*. 2011;11(1):22. **doi:** 10.1186/1471-2458-11-22 **pmid:** 21223555
41. Rashid AK, Azizah AM, Rohana S. Cognitive impairment among the elderly Malays living in rural Malaysia. *Med J Malaysia*. 2012;67(2):186-9.