

## تأثیر سمک بر افسردگی در سالمندان دچار افت شنوایی در مراکز سالمندان شهر تهران

رضا حسین آبادی، خسرو گورابی، حسین شاره (M.Sc)

### چکیده:

**هدف:** آسیب شنوایی متوسط و شدیدتر در دوره سالمندی می تواند بر سلامت جسمی و روانی - اجتماعی افراد تأثیر بگذارد. این افراد ممکن است دچار ضعف خودباوری، زودرنجی، انزوا طلبی، ناامیدی، افسردگی و احتمالاً اختلال فراموشی شوند. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر سمک بر افسردگی سالمندان دچار افت شنوایی در مراکز سالمندان شهر تهران صورت گرفته است.

**روش بررسی:** در این مطالعه مقطعی، افسردگی در ۳ گروه از سالمندان شامل ۳۰ سالمند با شنوایی هنجار، ۳۰ سالمند با افت شنوایی بیش از حد متوسط و بدون سمک و ۲۰ سالمند با افت شنوایی بیش از حد متوسط و با سمک مورد بررسی قرار گرفت. برای سنجش افسردگی از پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) استفاده شد و داده ها از طریق آنالیز واریانس یکراهه (ANOVA) مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

**یافته ها:** میانگین نمرات افسردگی برای ۳ گروه به ترتیب ۱۱/۴۳، ۲۱/۵۳ و ۱۶/۴۰ بود که موید اختلاف معنی دار بین ۳ گروه بود. همبستگی بین سن و افسردگی در گروه با کم شنوایی و بدون سمک دیده نشد، اما در ۲ گروه دیگر این همبستگی مشهود بود.

**نتیجه گیری:** به نظر می رسد استفاده از سمک در کاهش افسردگی سالمندان کم شنوا موثر باشد. **کلید واژه ها:** افسردگی، سالمندان، سمک، کم شنوایی

رضا حسین آبادی - دانشجوی کارشناسی ارشد شنوایی شناسی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران  
خسرو گورابی - عضو هیئت علمی گروه شنوایی شناسی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران  
حسین شاره - دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران  
آدرس کامل پستی: تهران، خیابان فلسطین شمالی، کوچه فیروز دهقان، پلاک ۲۰.  
پست الکترونیک: reza.hoseinabadi@gmail.com

### مقدمه

کم شنوایی سومین اختلال جسمی شایع در افراد با سن بیش از ۶۵ سال است (۱). این اختلال یکی از مهم ترین ضایعات مزمن است که منجر به ناتوانی در انجام فعالیتهای روزمره و برقراری ارتباط می گردد. شیوع کم شنوایی به طور چشمگیری با افزایش سن افزایش می یابد (۱). در حالیکه بالغین در محدوده سنی ۱۸ - ۴۴ سال فقط ۵/۴٪ اختلال شنوایی دارند، ۳۰٪ افراد بالای ۶۵ سال کم شنوا هستند (۱). کم شنوایی در سالمندان معمولاً در فرکانسهای بالا که برای درک گفتار ضروری هستند دیده شده و میزان آن به طور تدریجی با افزایش سن بیشتر می شود. میزان افت شنوایی در مردان بیشتر از زنان است و در سنین پائین تری آغاز می شود (۱). مطالعات نشان می دهند در صورتی که کم شنوایی های بیشتر از حد متوسط درمان نشوند منجر به افسردگی،

گوشه گیری و احتمالاً دمانس می گردند (۲).

در خانه های سالمندان میزان کم شنوایی به طور چشمگیری بیشتر از جامعه عادی است (۱). مطالعات مختلف نشان دهنده شیوع ۸۵ - ۷۰٪ کم شنوایی در خانه های سالمندان است. این مطالعات لزوم به کارگیری روشهای مختلف غربالگری شنوایی و تجهیزات ارتباطی کمک شنوایی جهت تسهیل ارتباط و همچنین آموزش پرسنل این مراکز را الزامی می نماید. آسیب شنوایی مانند هر ناتوانی دیگری سلامت روانشناختی افراد را نیز متأثر می سازد. یکی از آسیب های روانشناختی که در سالمندان در نتیجه کم شنوایی ایجاد می شود افسردگی می باشد (۷،۹،۵،۲ و ۴).

افسردگی دومین اختلال روانشناختی شایع در سالمندان است (۳). علائم افسردگی در سنین بالای ۶۵ سال شامل کاهش فعالیت فیزیکی، کاهش روابط اجتماعی، خلق و

در این مطالعه، سالمندان با سن بیش از ۶۵ سال و کم شنوایی بیش از حد متوسط که حداقل ۸ ماه از سمک یکطرفه استفاده کرده بودند مورد بررسی قرار گرفتند. تمام افرادی که سابقه بستری شدن در بیمارستان روانپزشکی داشته و یا به یکی از بیماری های آلزایمر، پارکینسون و یا تومورهای سیستم عصبی مرکزی مبتلا بودند از این مطالعه کنار گذاشته شدند. بررسی وضعیت طبی و روانشناختی نمونه پژوهش توسط روانشناس بالینی این مطالعه و همچنین پزشکان مراکز انجام شد.

پس از انتخاب افراد واجد شرایط، تاریخچه گیری، اتوسکوپی و ادیومتری انجام شد. بر اساس نتایج ادیومتری و همچنین استفاده از فرمول میانگین بهترین آستانه های دو گوش (BBA)<sup>۱</sup> (۱۴)، سه گروه این پژوهش مشخص شدند. گروه اول شامل ۳۰ سالمند با BBA کمتر از ۴۰ دسی بل بود، گروه دوم ۳۰ سالمند با BBA بیش از ۴۰ دسی بل که سمک نداشتند و گروه سوم ۲۰ سالمند با BBA بیش از ۴۰ دسی بل که از سمک استفاده می نمودند.

جهت بررسی وضعیت افسردگی نمونه پژوهش از پرسشنامه افسردگی بک<sup>۲</sup> استفاده شد. این پرسشنامه خودارزیاب ۲۱ آیتم دارد و جهت بررسی وجود و شدت علائم افسردگی بر مبنای معیارهای DSM-IV طراحی شده است. این پرسشنامه به عنوان یکی از پرسشنامه های مورد استفاده جهت ارزیابی افسردگی سالمندان معرفی شده است که در سال ۱۹۸۸ توسط بک و همکاران در آمریکا و در سال ۱۳۸۴ توسط فتی و همکاران در ایران هنجاریابی شده است. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و ضریب ثبات درونی ۰/۹۲ در جمعیت آمریکایی (۱۵) و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و ضریب پایایی ۰/۹۴ در نمونه ایرانی (۱۶) محاسبه شده است. پس از جمع آوری داده ها، میانگین گروههای پژوهشی با آنالیز واریانس یکراهه (ANOVA) مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت.

### یافته ها

در این مطالعه ۸۰ سالمند مذکر بالای ۶۵ سال با میانگین سنی ۷۸ سال مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین نمرات پرسشنامه افسردگی بک در گروه اول ۱۱/۴۳ با انحراف معیار ۵/۲۱، در گروه دوم ۲۱/۵۳ با انحراف معیار ۵/۸۶ و در

خوی به هم ریخته، تمرکز پایین، کاهش سلامت عمومی و نقایص شناختی است (۶). این اختلال روانی نتایج نامطلوب خانوادگی، اجتماعی و مالی داشته، برای افراد و خانواده هایشان مشکل ساز بوده و باعث ناتوانی می شود. همچنین افزایش احتمال خودکشی را به همراه دارد (۴). اما افسردگی به راحتی قابل کنترل و درمان است بنابراین خیلی مهم است که تشخیص داده شود، درمان شده و زمینه های ایجاد کننده آن برطرف شوند. (۱۱).

مطالعات اپیدمیولوژیک هم شیوع افسردگی را در بیمارستانها و آسایشگاههای سالمندان بررسی کرده اند. نتایج این مطالعات نشانگر این است که شیوع افسردگی در بیمارستانها ۳۰-۱۰٪ و در خانه های سالمندان ۴۵-۳۰٪ است (۴). این مطالعات نشان می دهند که شیوع افسردگی بسته به میزان ناتوانی و وابستگی بیشتر می شود (۸). Lupsakko T و همکاران در سال ۲۰۰۲ تأثیر اختلال شنوایی و بینایی را بر افسردگی در ۴۷۰ سالمند بررسی نمودند. در این مطالعه، افسردگی توسط پرسشنامه زونگ<sup>۱</sup> مورد سنجش قرار گرفت. نتایج این پژوهش نشان داد که علائم افسردگی در افراد با اختلال حسی ترکیبی دیده می شود (۱۰). Cynthia D. Mulrow و همکاران نیز در سال ۱۹۹۲ تأثیر سمک را بر افسردگی و دیگر شاخصه های روانی-اجتماعی در ۱۹۲ سالمند بررسی نمودند. نتایج این پژوهش نشان داد که پس از ۸ ماه استفاده از سمک، افسردگی به طور قابل ملاحظه ای کاهش می یابد (۱۲). Sugiura M. نیز در سال ۲۰۰۰ تأثیرات روانشناختی استفاده از سمک را در ۳۱ سالمند بررسی نمودند. مقیاس پاسخهای استرس روانشناختی<sup>۲</sup> و رضایت شنیداری<sup>۳</sup> در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. نتایج این پژوهش نشان داد که اضطراب، افسردگی و خشم پس از استفاده از سمک، کاهش محسوسی نشان می دهد. البته کاهش افسردگی نسبت به اختلالات روانشناختی دیگر بیشتر بود (۱۳).

### روش بررسی

پژوهش حاضر توصیفی از نوع عملی - مقایسه ای است که در ۱۳ مرکز شبانه روزی سالمندان (دولتی - خصوصی) تحت نظارت سازمان بهزیستی شهر تهران از خرداد تا آبان ۱۳۸۵ انجام شد.

1- Best Binaural Average

2- Beck Depression Inventory 2<sup>nd</sup> edition

جدول ۳- مقایسه های چندگانه میانگین نمرات افسردگی در آزمودنی های کم شنوای بدون سمعک، کم شنوای با سمعک و گروه نرمال به وسیله آزمون شفه

افسردگی (I)	افسردگی (J)	تفاوت میانگین ها (I-J)	خطای استاندارد اندازه گیری	سطح معناداری
کم شنوای بدون سمعک	کم شنوای با سمعک نرمال	۵/۱۳*	۴/۰۱	۰/۸۰۰
کم شنوای بدون سمعک	نرمال	۰/۰۱*	۳/۱۴	۰/۱۰۰
کم شنوای با سمعک	نرمال	۴/۹۶*	۳/۹۱	۰/۱۱۰

x تفاوت میانگین ها در سطح  $0.05 > P$  معنادار است.

به منظور بررسی رابطه بین سن و افسردگی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. در جدول ۴ ضریب همبستگی پیرسون بین سن آزمودنی های هر گروه با نمرات افسردگی آنها مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج حاکی از وجود رابطه معنادار بین سن و افسردگی در گروه های اول و سوم است ( $P > 0.05$ ) اما در گروه دوم همبستگی معنادار بین سن و افسردگی مشاهده نشد.

جدول ۴- ضریب همبستگی پیرسون بین سن آزمودنی های هر گروه با نمرات افسردگی

ضریب همبستگی با افسردگی	متغیر
-۰.۲۵/۰	کم شنوای بدون سمعک
*۰/۰۰۴	نرمال
۰/۸۰	کم شنوای با سمعک
۰/۲۸۶*	کل

x ضریب همبستگی در سطح  $P > 0.05$  معنادار است.

### بحث

در مطالعات مختلف ذکر شده است که کم شنوایی احتمال افسردگی در سالمندان را بالا می برد (۴، ۲، ۹). با توجه به تحقیقات گذشته می توان علت احتمالی رخ دادن افسردگی و یا افزایش شدت آن را محرومیت های ارتباطی در نظر گرفت (۴). نتایج به دست آمده و تحلیل های آماری در این پژوهش نیز نشان می دهد که کم شنوایی باعث

گروه سوم ۱۶/۴۰ با انحراف معیار ۵/۵۵ بود. این نتایج در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱- تعداد، میانگین و انحراف استاندارد آزمودنی ها در متغیر افسردگی

گروهها	تعداد	میانگین (انحراف استاندارد)
کم شنوای بدون سمعک (گروه ۲)	۰۳	۱۲/۳۵ (۵/۶۸)
کم شنوای با سمعک (گروه ۳)	۰۲	۶۱/۰۴ (۵/۵۵)
نرمال (گروه ۱)	۰۳	۱۱/۳۴ (۵/۱۲)

برای مقایسه معناداری میانگین نمرات افسردگی در گروه های فوق از آنالیز واریانس یکراه استفاده شد. نتایج آنالیز واریانس یکراه در جدول ۲ آمده است. نتایج نشان می دهد که میانگین نمرات افسردگی در سه گروه آزمودنی ها تفاوت معناداری با یکدیگر دارند ( $P > 0.01$ ).

جدول ۲- مقایسه ی میانگین نمرات افسردگی در آزمودنی های کم شنوای بدون سمعک، کم شنوای با سمعک و گروه نرمال

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه ی آزادی	میانگین مجدورات	آزمون F	سطح معناداری
افسردگی	بین گروهی	۲۵۴/۱۵۳۰	۲	۱۲۷/۷۶۵	۸۲۱/۲۴	۰۰۱/۰
	خطا	۶۳۳/۲۳۳۳	۷۷	۸۲۶/۳۰		

نتایج آزمون شفه در جدول ۳ آمده است. این نتایج بیانگر آن است که میانگین نمرات افسردگی در گروه های اول و دوم، اول و سوم و همچنین دوم و سوم به طور معناداری با یکدیگر متفاوت است. به عبارت دیگر، افراد کم شنوای بدون سمعک نسبت به آزمودنی های بهنجار و کم شنوای با سمعک افسرده ترند و آزمودنی های بهنجار از هر دو گروه کم شنوای افسردگی کمتری را تجربه می کنند. همچنین میزان افسردگی در آزمودنی های کم شنوای با سمعک به طور معناداری کمتر از افسردگی آزمودنی های کم شنوای بدون سمعک و بیشتر از افسردگی آزمودنی های بهنجار است.

و همکاری ارزشمند جناب آقای دکتر رحیمی تقدیر و تشکر فراوان می‌گردد.

افزایش میزان افسردگی شده است و در گروه دوم که کم شنوایی بیشتر از متوسط داشته و از سمعک استفاده ننموده اند افسردگی بیشتری نسبت به گروه اول مشاهده شد که با توجه به شرایط مشابه نمونه‌ها، می‌توان افسردگی بیشتر را ناشی از کم شنوایی دانست.

به نظر می‌رسد که استفاده از سمعک باعث کاهش افسردگی شود. به طور کلی، سمعک بر اضطراب، افسردگی، خشم و کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد اما تأثیر آن بر افسردگی شاخص‌تر از موارد دیگر است (۱۲). مطالعات دیگر نیز نشانگر چنین تأثیراتی بوده‌اند (۱۰، ۱۲، ۱۳).

در این مطالعه با وجود آن که استفاده از سمعک باعث کاهش افسردگی شده بود اما به حداقل میزان خود نرسیده بود، یعنی بازهم افسردگی از گروه با شنوایی نرمال بیشتر بود. دلایلی که می‌توان برای این مسئله ذکر نمود استفاده از سمعک یکطرفه وعدم مشاوره و پیگیری مداوم در رابطه با وضعیت ارتباطی سالمندان و همچنین عدم مراجعه به متخصصین بهداشت روان برای بررسی مسائل روحی-روانی می‌باشد.

به نظر می‌رسد که با افزایش سن افسردگی نیز بیشتر شود (۴). در این مطالعه در گروه‌های یک و سه همبستگی بین سن و افسردگی مشهود بود اما در گروه دوم که بدون سمعک بودند این همبستگی مشاهده نشد و در نتیجه در این گروه تأثیر کم شنوایی بر افسردگی بیش از تأثیر سن بر افسردگی بود.

### نتیجه‌گیری

از این مطالعه چنین بر می‌آید که کم شنوایی و اختلالات ارتباطی ناشی از آن باعث ایجاد و یا تشدید افسردگی می‌شوند. همچنین، استفاده مداوم و مطلوب از سمعک منجر به کاهش افسردگی در سالمندان می‌گردد. بنابراین با تشخیص به موقع و استفاده از وسایل کمک شنوایی می‌توان از اختلالات ارتباطی و روانشناختی جلوگیری نموده و یا آنها را کاهش داد.

### تشکر و قدردانی

از آزمودنی‌هایی که با صبر و حوصله در انجام این پژوهش همکاری نموده‌اند قدردانی می‌شود و همچنین از تلاش

## REFERENCES

## منابع

Barbara E. Weinstein. Geriatric Audiology. New York: Thieme; 2000

Gates GA, Mills JH. Presbycusis. 2005; 366(9491):1111-20

سادوک، بنیامین ج. سادوک ویرجینیا آ. خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری/روانپزشکی بالینی، ترجمه حسن رفیعی و خسرو سبحانیان، جلد سوم، تهران: ارجمند، ۴۰۰

Robert C Baldwin, Edmond Chiu, Cornelius Katona, Nori Graham, Guidelines on depression in older people. London: Martin Dunitz; 2002, page 102

Gilhome Herbst KR, Meredith R, Stephens SD. Implications of hearing impairment for elderly people in London and Wales. Acta Otolaryngol Suppl. 1990; 476: 209-14.

Robert C Baldwin, Edmond Chiu, Cornelius Katona, Nori Graham, Guidelines on depression in older people. London: Martin Dunitz; 2002 page 19

Bade PF. Hearing impairment and the elderly patient. Wis Med J. 1991; 90(9): 516-9

Robert C Baldwin, Edmond Chiu, Cornelius Katona, Nori Graham, Guidelines on depression in older people. London: Martin Dunitz; 2002, page 31

Cacciatore F, Napoli C, Abete P, Marciano E, Triassi M, Rengo F. Quality of life determinants and hearing function in an elderly population: Osservatio Geriatrico Compano study group. Gerontology. 1999; 45(6): 323-8.

Lupsakkot T, Mantigarvi M, Kautianen H, Sukava R. Combined hearing and visual impairment on depression in population aged 75 years and older. Int J Geriatric Psychiatry. 2002; 17(9): 808- 13.

Mullins T. Depression in older adults with hearing loss. The ASHA Leader, pp. 12-13, 27.

Cynthia D Mulrow, Michael R. Tuley, Christine Aguilar. Sustained benefits of hearing aids. Journal of Speech and Hearing Research. 1992; 35(6): 1402- 3

Sugiora M, Ohmae Y, Niina R, Ikeda M. Assessment of psychological stress experienced before and after the use of a hearing aid in early patients. Nippon Jibinkoka Gakkai Kaiho. 2000; 103(8): 922- 7

گورابی خسرو. ضروریات شنوایی شناسی. تهران: بهنام فر، ۱۱۸

Beck A.T, Steer RA, Garbin M.G, Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. Clinical Psychology Review. 1988; 8: 77-102

فتی، لادن؛ بیرشک، بهروز؛ عاطف وحید، محمد کاظم؛ دابسون، کیت استفان. ۱۳۸۴. ساختارهای معناگذاری حالت های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی: مقایسه دو چارچوب مفهومی. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال یازدهم، شماره ۳،

۳۱۲-۳۲۶