

**Research Paper****The Relationship between Disability and Variables of Depression, Cognitive Status, and Morale among Older People**Mohammad Reza Shahbazi<sup>1</sup>, \*Mahshid Foroughan<sup>2</sup>, Reza Salman Roghani<sup>3</sup>, Mehdi Rahgozar<sup>4</sup>

1. Department of Ageing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
2. Iranian Research Center on Ageing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
3. Department of Clinical Sciences, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
4. Department of Statistics, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

**Citation:** Shahbazi MR, Foroughan M, Salman Roghani MR, Rahgozar M. [The relationship between disability and depression, cognitive status and morale among older persons (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2016; 11(4):132-141. <http://dx.doi.org/10.21859/sija-1101132>

**doi:** <http://dx.doi.org/10.21859/sija-1101132>

Received: 08 Nov. 2015  
Accepted: 04 Feb. 2016

**ABSTRACT**

**Objectives** This study aimed to assess disability and its relationship with depression, cognitive status, and morale in older people.

**Methods & Materials** This descriptive-analytic research was conducted in a day-care rehabilitation center of Kahrizak charity foundation. A total of 90 older adults were selected by total enumeration sampling method. For the evaluation of study participants, we used The World Health Organization Disability Assessment 2.0 (WHODAS II) (36 items). This questionnaire examines the person's disability in 6 domains of cognition, mobility, self-care, getting along, life activities, and social participation. The depression status was determined by Geriatric Depression Scale (GDS-15), cognitive status by Abbreviated Mental test (AMT), and morale of older people by Lawton's Philadelphia Geriatric Center Morale Scale. The Chi-square test, Independent t-test, Mann-Whitney U-test, Kruskal-Wallis, and the Spearman correlation coefficient were carried out to analyze the data.

**Results** The mean (SD) score of older adults' disability was 20.61 (13.66) indicating a significant difference between men and women ( $P=0.001$ ). The women's mean disability score was higher than that of men. With regard to 6 domains of disability, the highest disability was seen in domains of mobility, life activities, and participation. There were also significant differences between men and women with regard to the mean disability scores of mobility ( $P=0.001$ ), life activities ( $P=0.001$ ), and participation ( $P=0.005$ ), i.e., the mean disability scores of women were higher than those of men. However, there were no differences between men and women with regard to domains of getting along, cognition, and self-care. Furthermore, there were no significant differences between various educational groups with regard to mean scores of disabilities. There were significant associations between disability scores and depression ( $P<0.001$ ), cognitive status ( $P<0.001$ ), and morale of older people ( $P<0.001$ ). This association was direct in depression and reverse in cognitive status, and morale, i.e., with an increase in depression scores and a decrease in cognitive status and morale, the disability of older people increases. There were significant and reverse associations between disability and 3 subscales of spirit of agitation ( $P<0.001$ ), attitudes to aging ( $P<0.001$ ), and dissatisfaction with loneliness ( $P<0.001$ ).

**Conclusion** Disability in older people had a significant relationship with their depression, cognitive status, and morale. Thus, the degree of their disability can be lowered by prevention and early treatment of depression, promotion of memory, delaying cognitive disorders, as well as providing morale enhancement programs, creating a positive attitude toward old age, and increasing life satisfaction in older people.

**Key words:**

Cognition, Depression, Disability, Morale, Older adults, World health organization

\* **Corresponding Author:**  
Mahshid Foroughan, PhD

**Address:** Iranian Research Center on Ageing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Kodakyar Ave., Daneshjo Blv., Evin, Tehran, Iran.

**Tel:** +98 (21) 2280004

**E-mail:** m\_foroughan@yahoo.com

## ارتباط ناتوانی با افسردگی، وضعیت شناختی و روحیه در سالمندان

محمدرضا شهبازی<sup>۱</sup>، مهشید فروغان<sup>۲</sup>، رضا سلمان روغنی<sup>۳</sup>، مهدی رهگذر<sup>۴</sup>

۱- گروه سالمندی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۲- مرکز تحقیقات سالمندی ایران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۳- گروه علوم بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۴- گروه آمار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

## چکیده

تاریخ دریافت: ۱۷ آبان ۱۳۹۴

تاریخ پذیرش: ۱۵ بهمن ۱۳۹۴

**هدف:** هدف این مطالعه بررسی میزان ناتوانی و ارتباط آن با افسردگی، اختلال شناخت و روحیه در سالمندان بود.

**مواد و روش‌ها:** در این مطالعه توصیفی-تحلیلی که در مرکز روزانه سالمندان مؤسسه خیریه کهریزک استان البرز (تنها مرکز این استان) به روش نمونه‌گیری تمام‌شماری انجام شد، تعداد ۹۰ نفر در مطالعه مشارکت کردند. برای بررسی ناتوانی، ابزار سنجش ناتوانی سازمان بهداشت جهانی نسخه دومپ به‌کارگرفته شد. این پرسشنامه ناتوانی فرد را در شش حوزه: برقراری ارتباط و درک مطلب، تحرک و جابه‌جایی، مراقبت از خود، سازش و زندگی با دیگران، وظایف مرتبط با زندگی روزمره و مشارکت اجتماعی موردبررسی قرار می‌دهد. وضعیت افسردگی با مقیاس افسردگی سالمندان، وضعیت شناختی با آزمون کوتاه شناختی و روحیه سالمندان با آزمون سنجش روحیه سالمندان فیلدلفیا مورد ارزیابی قرار گرفت. داده‌ها با آزمون‌های  $\chi^2$ -تی، من-ویتنی، کروسکال-والیس و همبستگی اسپیرمن تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** میانگین نمره ناتوانی سالمندان  $13/66 \pm 20/61$  بود و بین زنان و مردان اختلاف معناداری ( $P=0/001$ ) وجود داشت. نمره ناتوانی زنان بیشتر از مردان بود. در شش حوزه موردبررسی با ابزار سنجش ناتوانی سازمان بهداشت جهانی نسخه دومپ، بیشترین ناتوانی در حوزه‌های تحرک و جابه‌جایی، وظایف خانه و خانواده و مشارکت اجتماعی مشاهده شد. علاوه‌براین، میانگین نمره ناتوانی در حوزه‌های تحرک و جابه‌جایی ( $P=0/001$ )، وظایف خانه و خانواده ( $P=0/001$ ) و مشارکت اجتماعی ( $P=0/005$ ) در بین زنان و مردان اختلاف معناداری داشت؛ بدین‌معنا که نمره ناتوانی زنان بیشتر از مردان بود. در حوزه‌های برقراری ارتباط و درک مطلب، سازش و زندگی با دیگران و مراقبت از خود اختلاف معناداری بین مردان و زنان مشاهده نشد. همچنین میانگین نمرات ناتوانی در گروه‌های تحصیلی اختلاف معناداری نداشت. بین میانگین نمره ناتوانی و وضعیت افسردگی ( $P<0/001$ )، وضعیت شناختی ( $P<0/001$ ) و روحیه سالمندان ( $P<0/001$ ) رابطه معناداری وجود داشت. این رابطه در افسردگی مستقیم و در وضعیت شناختی و روحیه، معکوس بود؛ یعنی با افزایش نمره افسردگی و کاهش نمره وضعیت شناختی و روحیه، میزان ناتوانی سالمندان افزایش می‌یافت. بین ناتوانی و هر سه خره مقیاس روحیه، تهییج ( $P<0/001$ )، نگرش به پیری ( $P<0/001$ ) و نارضایتی از تنهایی ( $P<0/001$ )، رابطه معنادار و معکوس بود.

**نتیجه‌گیری:** ناتوانی سالمندان با افسردگی، وضعیت شناختی و روحیه آنان ارتباط معناداری دارد. بنابراین، با اقدامات پیشگیرانه و درمان به‌موقع در افسردگی، تقویت حافظه، به تأخیرانداختن اختلالات شناختی با اجرای برنامه‌های تقویت روحیه، ایجاد نگرش مثبت به پیری و افزایش رضایتمندی از زندگی در سالمندان، می‌توان میزان ناتوانی آنان را کاهش داد.

## کلیدواژه‌ها:

افسردگی، روحیه، سازمان بهداشت جهانی، سالمند، شناخت، ناتوانی

## مقدمه

سالمندی را می‌توان دوره‌ای از زندگی نامید که تمامی موجودات زنده بالقوه آن را تجربه می‌کنند [۱ و ۲]. به کمک پیشرفت‌های علمی و تکنولوژیک در تمامی زمینه‌ها از جمله افزایش شاخص‌های بهداشتی، کنترل و درمان بیماری‌ها، بهبود وضعیت تغذیه و به‌طورکلی ارتقا و توسعه سطح رفاه، این دوره در زندگی انسان در چنددهه اخیر

طولانی‌تر شده است [۳ و ۴]. سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است که در این دوران انسان بیشتر در معرض تهدیدات بالقوه نظیر بیماری‌های مزمن، تنهایی و انزوا قرار می‌گیرد و به‌دلیل ناتوانی‌های جسمی و ذهنی، در مواقع زیادی استقلال فردی او تهدید می‌شود. براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت در دسته‌بندی ICF<sup>۱</sup>، ناتوانی

1. International Classification of Functioning, Disability and Health

\* نویسنده مسئول:

دکتر مهشید فروغان

نشانی: تهران، اوین، خیابان دانشجو، بن‌بست کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مرکز تحقیقات سالمندی ایران.

تلفن: ۰۲۲۸۰۰۰۴ (۲۱) ۹۸+

پست الکترونیکی: m\_foroughan@yahoo.com

کاهش رضایتمندی از زندگی و کاهش کیفیت زندگی افراد را به دنبال دارد [۱۸-۱۴].

بعضی از مطالعات ارتباط معناداری بین ناتوانی با وضعیت سلامت روان، اختلالات شناختی، افسردگی و وضعیت روحیه افراد نشان داده‌اند [۲۲-۱۹]. این مطالعات بیان می‌کنند که با افزایش میزان اختلالات روانی، اختلالات شناختی و افسردگی، میزان ناتوانی افزایش می‌یابد. این در حالی است که برخی مطالعات دیگر ارتباط معناداری بین عملکرد جسمی، افسردگی و روحیه سالمندان نشان ندادند [۲۳]. مطالعه‌ای دیگر نیز بیان داشت که وضعیت سلامت و بهداشت روانی سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن دستگاه حرکتی، پایین‌تر از وضعیت روانی سالمندانی است که مبتلا به بیماری‌های حرکتی نیستند [۲۴].

مطالعات مذکور نشان می‌دهند که هنوز درباره ارتباط متقابل ناتوانی و مشکلات روانی، نکات مبهم بسیاری وجود دارد که نیازمند بررسی بیشتر است؛ بنابراین، با توجه به تناقضات موجود، این پژوهش با هدف بررسی ارتباط بین میزان ناتوانی با وضعیت شناختی، افسردگی و روحیه سالمندان به انجام رسید تا شاید بتواند پاسخگوی برخی از ابهامات موجود باشد.

### روش بررسی

این مطالعه که در سال ۱۳۹۳ انجام شد، یک پژوهش مقطعی توصیفی-تحلیلی بود و جامعه آن را تمام سالمندان دریافت‌کننده خدمات از مرکز روزانه سالمندان آسایشگاه خیریه کهریزک استان البرز تشکیل می‌داد. روش نمونه‌گیری این پژوهش، نمونه‌گیری تمام‌شماری بود و از میان ۱۰۰ نفر سالمندی که از مرکز روزانه سالمندان آسایشگاه خیریه کهریزک استان البرز به‌عنوان تنها مرکز روزانه سالمندان استان- خدمت دریافت می‌کردند، ۹۰ نفر برای شرکت در مطالعه انتخاب شدند.

از جمله شرایط ورود به مطالعه، اعلام رضایت کتبی برای شرکت در پژوهش و داشتن ۶۰ سال و بیشتر بود. شرایط خروج از مطالعه نیز انصراف فرد از مشارکت یا خروج از برنامه خدمات روزانه مرکز به دلیل بیماری‌های حاد، فوت و دیگر موارد بود. قبل از آغاز کار، اهداف پژوهش برای سالمندان شرح و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات آنان به‌صورت محرمانه خواهد ماند و در صورت عدم رضایت می‌توانند از مشارکت انصراف دهند که ۱۰ نفر از سالمندان در مدت زمان پژوهش از شرکت در مطالعه انصراف دادند.

ابزار مطالعه برای سنجش ناتوانی سالمندان، نسخه ۳۶ سؤالی پرسشنامه ارزیابی ناتوانی سازمان بهداشت جهانی بدون احتساب زمان<sup>۱۱</sup> بود. این پرسشنامه ناتوانی فرد را در شش حوزه برقراری ارتباط

مقوله‌ای چندبعدی با ویژگی‌های نظیر وجود اختلال<sup>۲</sup>، کاهش یا فقدان عملکرد در یک یا چند ارگان یا دستگاه بدن، محدودیت در فعالیت‌ها<sup>۳</sup> و وجود موانعی برای مشارکت<sup>۴</sup> فرد در جامعه.

«ناتوانی»، حاصل تعامل و ارتباط بین وضعیت سلامت فرد<sup>۵</sup>، شرایط محیطی<sup>۶</sup> و عوامل فردی<sup>۷</sup> است که به‌عنوان عوامل زمینه‌ساز<sup>۸</sup> بر تمامی فرایندهای ناتوانی شامل عملکردها و ساختارهای بدن، فعالیت‌ها و مشارکت فرد تأثیر می‌گذارد. از این تعریف می‌توان استنباط کرد که وضعیت سلامت، از جمله سلامت روان، می‌تواند تأثیر بسزایی بر ناتوانی داشته باشد [۳۵].

با افزایش سن، شیوع برخی از اختلالات و ناتوانی‌های روانی افزایش می‌یابد [۵]. اختلالات روانی در ۲۵-۱۵ درصد افراد بالای ۶۵ سال دیده می‌شود که با نشانه‌هایی نظیر افسردگی، اضطراب، تغییر الگوی خواب، تنهایی و انزوای اجتماعی همراه است [۶]. این در حالی است که شایع‌ترین اختلالات روانی در سالمندان، اختلالات شناختی و افسردگی هستند [۹-۷] و در بررسی‌های مختلف شیوع اختلالات شناختی در سالمندان، ۲۲-۱۸ درصد ذکر شده است [۱۲-۱۰]. در بررسی‌های مختلف، شیوع افسردگی اساسی در جمعیت عمومی، ۱۶-۱ درصد ذکر شده است، درحالی‌که ۲۴ درصد سالمندان از افسردگی بالینی رنج می‌برند. درحقیقت، پیرشدن جمعیت با شیوع بیشتر افسردگی همراه است [۹].

یکی دیگر از مهم‌ترین جنبه‌های سلامت روان افراد، «روحیه»<sup>۹</sup> است که نشانه‌های بارز از سازگاری موفقیت‌آمیز فرد با تغییر موقعیت زندگی به‌شمار می‌آید. لین<sup>۱۰</sup> معتقد است روحیه دورنما و چشم‌انداز ذهنی فرد به زندگی محسوب می‌شود و روحیه خوب و مثبت نتیجه سازگاری و انطباق مؤثر، تقلا و کشمکش بین تغییرات ایجادشده در زندگی، تنهاشدن و خوب زندگی کردن است [۱۳]. روحیه، احساس و نظر کلی فرد درباره محیط و جامعه‌ای است که در آن زندگی می‌کند.

روحیه به‌عنوان شاخص و تعیین‌کننده مفهوم رضایت از زندگی در مطالعات مختلف معرفی شده است. بررسی روحیه از این نظر در سیستم مراقبت‌های بهداشتی اهمیت دارد که براساس تحقیقات متعدد، این مفهوم در تعامل کامل با سلامت است و ارتباط تنگاتنگی بین سلامت جسم، روان و روحیه وجود دارد [۱۳]. اختلالات روان‌شناختی و افسردگی، منجر به ناتوانی افراد سالمند و ناتوانی،

2. Impairment
3. Activity limitation
4. Participation restriction
5. Health condition
6. Environment condition
7. Personal factors
8. Contextual factors
9. Morale
10. Lin

11. WHODAS II-36 items without time code

ساخت. این مقیاس با سه عامل تهییج<sup>۲۲</sup>، نگرش به پیری خود<sup>۲۳</sup> و نارضایتی از تنهایی<sup>۲۴</sup> به عنوان نشانگر، ابعاد روحیه را می‌سنجد [۲۷]. این ابزار به فارسی ترجمه و روایی و پایایی آن در سالمندان تأیید و استانداردسازی شده است [۲۸].

برای مقایسه متغیر سن در بین زنان و مردان از آزمون تی مستقل، برای متغیرهای تأهل و تحصیلات از آزمون خی-۲، برای متغیر درآمد از آزمون من-ویتنی و برای مقایسه ناتوانی و حوزه‌های آن در دو گروه زنان و مردان از آزمون تی و من-ویتنی استفاده شد. علاوه بر این، برای مقایسه ناتوانی با وضعیت تأهل آزمون تی و برای مقایسه آن با طبقه‌های تحصیلی از آزمون کروسکال-والیس و در نهایت، برای بررسی رابطه ناتوانی با افسردگی، وضعیت شناختی، روحیه، سن و درآمد ضریب همبستگی اسپیرمن به کار رفت. طبیعی بودن تمامی متغیرها با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف بررسی شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز نسخه ۱۶ نرم‌افزار SPSS مورد استفاده قرار گرفت.

### یافته‌ها

تعداد سالمندان دریافت‌کننده خدمات از مرکز روزانه سالمندان ۱۰۰ نفر بود (۳۶ درصد مرد و ۶۴ درصد زن) که از این عده ۹۰ نفر در مطالعه مشارکت کردند. ۳۴/۴ درصد (۳۱ نفر) از سالمندان مشارکت‌کننده مرد و ۶۵/۶ درصد (۵۹ نفر) زن بودند که میانگین و انحراف معیار سن آنان  $72/10 \pm 6/65$  بود. ۶۵/۶ درصد از سالمندان متأهل و بقیه مجرد بودند و ۵۵/۶ درصد از آنان بی‌سواد، ۱۳/۳ درصد در حد خواندن و نوشتن و خواندن قرآن و ۳۱/۱ درصد در حد ابتدایی

22. Agitation  
23. Attitude toward qwn aging  
24. Lonely dissatisfaction

و درک مطلب<sup>۱۲</sup>، تحرک و جابه‌جایی<sup>۱۳</sup>، مراقبت از خود<sup>۱۴</sup>، سازش و زندگی با دیگران<sup>۱۵</sup>، وظایف مرتبط با زندگی روزمره<sup>۱۶</sup> و مشارکت<sup>۱۷</sup> مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این پرسشنامه به فارسی ترجمه و روایی و پایایی آن برای سالمندان ایرانی تأیید شده است [۲۵].

برای بررسی وضعیت شناختی، از آزمون کوتاه شناختی<sup>۱۸</sup> استفاده شد. این آزمون ۱۰ سؤال دارد که هادکینسون<sup>۱۹</sup> در سال ۱۹۷۲ آن را برای ارزیابی جهت‌یابی و حافظه سالمندان طراحی کرده است. در ایران، بختیاری و همکارانش در سال ۱۳۹۳، روایی و پایایی این آزمون را بررسی و تأیید کردند [۲۶].

برای بررسی وضعیت افسردگی، آزمون مقیاس افسردگی سالمندان<sup>۲۰</sup> فرم کوتاه به کار رفت. این آزمون توسط ملکوتی و همکارانش در سال ۱۳۸۵ هنجاریابی شده است [۹]. سؤالات این مقیاس به صورت بلی و خیر است که امتیازهای صفر و یک دریافت می‌کنند. برای بررسی روحیه از مقیاس سنجش روحیه لاوتن (PGC)<sup>۲۱</sup> استفاده شد. این مقیاس در سال ۱۹۷۲ توسط لاوتن طراحی شد و شامل ۲۲ آیم بود. لاوتن بعدها آن را بازبینی کرد و نسخه ۱۷ آیمی آن را

12. Understanding and communication  
13. Getting around  
14. Self care  
15. Getting along with people  
16. Life activities  
17. Participation  
18. Abbreviated mental test  
19. Hodkinson  
20. Geriatric depression scale  
21. Lawton's PGC morale scale

جدول ۱. مشخصات جمعیت شناختی و همسانی زنان و مردان سالمند دریافت‌کننده خدمات از مرکز روزانه سالمندان.

احتمال	آماره آزمون	کل	زنان	مردان		
		۹۰	۵۹	۳۱		
۰/۰۰۸	۲/۷ <sup>a</sup>	۷۲/۱۰	۷۰/۷۶	۷۴/۶۵	میانگین	سن
		۶/۶۵	۴۵	۶/۳۶	انحراف معیار	
<۰/۰۰۱	۶۱/۴ <sup>b</sup>	۵۹(۶۵/۶)	۳۰(۵۰/۸)	۲۹(۹۳/۵)	%(n)	متأهل
		۳۱(۳۴/۴)	۲۹(۴۹/۲)	۲(۶/۵)	%(n)	مجرد
		۵۰(۵۵/۶)	۳۴(۵۷/۶)	۱۶(۵۱/۶)	%(n)	بی‌سواد
۰/۸۰۷	۰/۳ <sup>c</sup>	۱۲(۱۳/۳)	۸(۱۳/۶)	۴(۱۲/۹)	%(n)	کم‌سواد
		۲۸(۳۱/۱)	۱۷(۲۸/۸)	۱۱(۳۵/۵)	%(n)	باسواد
۰/۰۲۵	۸۴۷/۵ <sup>c</sup>	۳/۴۵	۲/۷۸	۴/۶۵	میانگین	درآمد <sup>d</sup>
		۳/۴۸	۳/۲۴	۳/۶۰	انحراف معیار	

سالمند

a: آزمون تی، b: کای اسکور، c: آزمون من-ویتنی، d: درآمد برحسب میلیون ریال.

جدول ۲. مقایسه میانگین نمرات ناتوانی، روحیه، افسردگی و وضعیت شناختی در مردان و زنان سالمند دریافت‌کننده خدمات.

موضوع	جنس	میانگین	انحراف معیار	آماره آزمون	P-value
برقراری ارتباط و درک مطلب	مرد	۱۲/۷۷	۱۱/۹۲	۶۷۳/۵ <sup>a</sup>	۰/۰۵۰
	زن	۱۸/۶۱	۱۶/۶۲		
تحرک و جابه‌جایی	مرد	۲۳/۶۷	۲۶/۲۹	-۳/۶ <sup>b</sup>	۰/۰۰۱
	زن	۴۵/۲۵	۲۶/۹۵		
مراقبت‌ازخود	مرد	۶/۶۸	۱۱/۱۴	۸۱۱/۵ <sup>a</sup>	۰/۴۰۶
	زن	۹/۳۹	۱۴/۵۴		
ناتوانی سازش و زندگی با دیگران	مرد	۴/۸۳	۶/۷۶	۸۹۶/۵ <sup>a</sup>	۰/۹۷۳
	زن	۵/۶۷	۸/۸۰		
وظایف خانه و خانواده	مرد	۱۷/۷۸	۲۴/۷۹	۵۱۸/۰ <sup>a</sup>	۰/۰۰۱
	زن	۳۲/۴۱	۲۳/۹۶		
مشارکت	مرد	۱۹/۷۱	۱۷/۷۹	-۲/۹ <sup>b</sup>	۰/۰۰۵
	زن	۳۱/۳۷	۱۸/۳۴		
کل ناتوانی	مرد	۱۴/۲۰	۱۱/۴۲	۳/۳ <sup>b</sup>	۰/۰۰۱
	زن	۲۳/۸۱	۱۳/۶۳		
تهییج	مرد	۴/۰۷۰	۱/۳۰	۶۳۷/۰ <sup>a</sup>	۰/۰۷۷
	زن	۳/۵۴	۱/۲۲		
نگرش به پیری	مرد	۳/۵۴	۰/۹۹	۶۸۱/۰ <sup>a</sup>	۰/۱۷۳
	زن	۳/۱۵	۱/۱۹		
روحیه نارضایتی	مرد	۴/۶۴	۰/۸۷	۵۵۱/۵ <sup>a</sup>	۰/۰۰۹
	زن	۴/۰۰	۱/۰۳		
کل	مرد	۱۲/۲۵	۱/۹۹	۵۰۹/۰ <sup>a</sup>	۰/۰۰۴
	زن	۱۰/۶۹	۲/۴۲		
افسردگی	مرد	۶/۲۷	۱/۹۸	۷۱۹/۰ <sup>a</sup>	۰/۱۱۸
	زن	۷/۲۵	۲/۵۳		
وضعیت شناختی	مرد	۸/۵۳	۲/۴۴	۷۱۴/۵ <sup>a</sup>	۰/۰۲۹
	زن	۸/۰۵	۱/۸۳		

سالمند

a: من-ویتنی، b: تی.

میانگین نمره ناتوانی سالمندان بین زنان و مردان اختلاف معناداری را نشان داد ( $P=0/001$ ) و مقایسه میانگین نمرات ناتوانی در حوزه‌های شش‌گانه نشان داد که بین زنان و مردان در حوزه‌های تحرک و جابه‌جایی ( $P=0/001$ )، وظایف خانه و خانواده ( $P=0/001$ ) و مشارکت اجتماعی ( $P=0/005$ )، اختلاف معناداری وجود دارد. میانگین نمره ناتوانی و همچنین نمره ناتوانی در حوزه‌های تحرک و جابه‌جایی، وظایف خانه و خانواده و مشارکت اجتماعی در زنان بیشتر از مردان بود (جدول شماره ۲).

دارای مدرک) یا بیشتر سواد داشتند (جدول شماره ۱).

نسبت مردان و زنان در گروه‌های سنی اختلاف معناداری داشت ( $P=0/008$ ). علاوه‌براین، بین وضعیت تأهل و جنسیت نیز در دو جنس اختلاف معناداری دیده شد ( $P<0/001$ ). تعداد زنان مجرد (شامل مطلقه، متارکه‌کرده و همسر فوت‌شده) ۱۵ برابر مردان مجرد بود. همچنین، میزان درآمد مردان و زنان اختلاف معناداری داشت ( $P=0/025$ ) و درآمد مردان تقریباً دوبرابر زنان بود (جدول شماره ۱).

جدول ۳. مقایسه میانگین نمرات ناتوانی با جنسیت، وضعیت تأهل و تحصیلات سالمندان دریافت‌کننده خدمات.

متغیر	ناتوانی	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	آماره آزمون	P-value
جنس	مرد	۱۴/۲۰	۱/۱۲	۸۸	۳/۳ <sup>a</sup>	۰/۰۰۱
	زن	۲۳/۸۸	۱/۳۶			
تأهل	متأهل	۱۸/۹۱	۱۴/۳۰	۸۸	۱/۶ <sup>a</sup>	۰/۱۰۴
	متاهل	۲۳/۸۴	۱۱/۹۰			
تحصیلات	بی‌سواد	۲۴/۴۷	۱۷/۷۱	۲	۹/۴ <sup>b</sup>	۰/۰۰۹
	کم‌سواد	۱۷/۳۳	۷/۹۰			
	باسواد	۱۴/۲۸	۱۰/۲۹			

a: تی، b: کروسکال‌والیس.

جدول ۴. ارتباط نمرات ناتوانی با افسردگی، وضعیت شناختی، روحیه، سن و درآمد در سالمندان دریافت‌کننده خدمات.

متغیر	ضریب همبستگی اسپیرمن	P-value
افسردگی	۰/۶۱	<۰/۰۰۱
وضعیت شناختی	-۰/۵۱	<۰/۰۰۱
روحیه	تهییج	-۰/۴۲
	نگرش به پیری	-۰/۴۰
	ناراضیاتی	-۰/۴۲
	کل	-۰/۶۱
سن	۰/۱۰	۰/۳۶۳
درآمد	-۰/۰۱	۰/۹۳۰

## سالمند

بین ناتوانی با وضعیت افسردگی ( $P < ۰/۰۰۱$ )، وضعیت شناختی ( $P < ۰/۰۰۱$ ) و روحیه سالمندان ( $P < ۰/۰۰۱$ )، رابطه معناداری وجود داشت. این رابطه در افسردگی، مستقیم و در وضعیت شناختی و روحیه، معکوس بود. بین ناتوانی با هر سه خرده‌مقیاس روحیه و تهییج ( $P < ۰/۰۰۱$ )، نگرش به پیری ( $P < ۰/۰۰۱$ ) و ناراضیاتی از تنهایی ( $P < ۰/۰۰۱$ )، رابطه معنادار و معکوس وجود داشت (جدول شماره ۴).

## بحث

نتایج این پژوهش نشان داد که ناتوانی با وضعیت افسردگی، وضعیت شناختی و روحیه سالمندان رابطه معناداری دارد. همچنین بین ناتوانی با خرده‌مقیاس‌های وضعیت روحیه سالمندان نیز رابطه معناداری مشاهده شد. وضعیت شناختی و روحیه سالمندان در زنان و مردان اختلاف معناداری داشت، اما وضعیت افسردگی اختلاف

میانگین نمرات ناتوانی در گروه‌های تحصیلی نیز اختلاف معناداری را نشان داد ( $P = ۰/۰۰۹$ ). بیشترین نمره ناتوانی در گروه بی‌سواد و کمترین آن در گروه باسواد بود. این درحالی است که میانگین نمرات ناتوانی با وضعیت تأهل سالمندان اختلاف معناداری را نشان نداد (جدول شماره ۳).

در نمره روحیه، بین زنان و مردان اختلاف معناداری داشت ( $P = ۰/۰۰۴$ ). علاوه بر این در خرده‌مقیاس‌های ناراضیاتی از تنهایی، بین زنان و مردان اختلاف معناداری مشاهده شد ( $P = ۰/۰۰۹$ )، ولی در خرده‌مقیاس‌های نگرش به پیری و تهییج اختلاف معناداری وجود نداشت. نمره وضعیت شناختی نیز بین زنان و مردان اختلاف معناداری را نشان داد ( $P = ۰/۰۲۹$ )، درحالی که نمرات کسب‌شده افسردگی، اختلاف معناداری را نشان نداد (جدول شماره ۲).

معناداری را در آنان نشان نداد.

### نتیجه‌گیری نهایی

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که بین میزان ناتوانی در سالمندان با برخی متغیرهای مرتبط با سلامت روان آنان از جمله وضعیت افسردگی، وضعیت شناختی و روحیه رابطه وجود دارد. براساس این یافته‌ها می‌توان موارد ذیل را توصیه نمود:

- انجام اقدامات پیشگیرانه و درمان به‌موقع افسردگی در سالمندان، تقویت حافظه و به‌تأخیر انداختن اختلالات شناختی در آنان برای کمک به کاهش میزان ناتوانی آنان؛
- اجرای برنامه‌های تقویت روحیه، ایجاد نگرش مثبت به پیری و تقویت رضایتمندی آنان از زندگی؛
- توسعه مراکز روزانه سالمندی و توسعه خدمات درمانی و توانبخشی و همچنین برگزاری برنامه‌های ورزشی و تفریحی برای سالمندان به‌منظور کاهش و به‌تأخیر انداختن ناتوانی و ارتقای وضعیت سلامت روان آنان؛

• انجام پژوهش‌های بیشتر و وسیع‌تر در گروه‌های مختلف سالمندان برای بررسی دقیق‌تر رابطه ناتوانی با وضعیت سلامت روان شناختی آنان.

این پژوهش با محدودیت‌هایی روبه‌رو بود که سبب شد در تعمیم نتایج آن تا حدودی محتاط باشیم. نخست اینکه نمونه مورد مطالعه به‌طور مستقیم از جامعه گرفته نشده‌اند، بلکه از میان دریافت‌کنندگان خدمات مرکز روزانه انتخاب شده‌اند. دوم اینکه به‌دلیل بی‌سوادی و کم‌سوادی سالمندان، موفق نشدیم از آزمون‌های دقیق‌تری برای ارزیابی وضعیت شناختی سالمندان استفاده نماییم.

### تشکر و قدردانی

در پایان، پژوهشگران از مدیران و کارکنان آسایشگاه خیریه کهریزک استان البرز برای همکاری در انجام این مطالعه کمال تشکر و قدردانی را به‌عمل می‌آورند.

مقایسه ناتوانی سالمندان در زنان و مردان، اختلاف معناداری داشت و مقایسه ناتوانی در حوزه‌های شش‌گانه ناتوانی بین آنان نشان داد که در حوزه‌های تحرک و جابه‌جایی، وظایف خانه و خانواده و مشارکت اجتماعی، بین زنان و مردان اختلاف معناداری وجود دارد.

همان‌طور که قبلاً اشاره شد، بین ناتوانی سالمندان و وضعیت افسردگی آنان رابطه معنادار و مستقیم وجود داشت؛ به این معنا که با افزایش میزان افسردگی، میزان ناتوانی سالمندان افزایش می‌یافت. برخی از مطالعات قبلی، نتایج مشابهی را گزارش داده بودند [۲۹ و ۳۰]. [۱۷، ۱۸]. اگرچه اسکات و همکارانش ارتباط معناداری بین عملکرد جسمی، افسردگی و وضعیت روحیه سالمندان پیدا نکردند [۲۱]. میانگین نمره افسردگی بین زنان و مردان اختلاف معناداری نداشت، در حالی که مطالعات قبلی اختلاف معناداری را بین افسردگی زنان و مردان نشان داده و افسردگی زنان را بیشتر از مردان گزارش کرده‌اند [۹ و ۳۱].

در این پژوهش، نبود اختلاف در وضعیت افسردگی بین زنان و مردان اختلافی وجود نداشت. دلیل این امر می‌تواند ناشی از آن باشد که سالمندان مورد مطالعه برای مدت زمانی طولانی از خدمات پزشکی، توانبخشی، روان‌شناسی و برنامه‌های مختلف آموزشی و فعالیت‌های گروهی از جمله ورزش و اردوهای زیارتی و سیاحتی بهره‌مند شده بودند. این موضوع می‌تواند با افزایش سطح سلامت فیزیکی و مشارکت اجتماعی، سبب کاهش میزان افسردگی در زنان مورد مطالعه شده باشد.

بین ناتوانی سالمندان و وضعیت شناختی آنان رابطه معنادار و معکوس وجود داشت؛ یعنی با کاهش نمره کسب‌شده وضعیت شناختی، میزان ناتوانی افزایش پیدا می‌کرد. مطالعه سوسا<sup>۲۵</sup> نیز نتایج مشابهی را نشان داد [۳۲]. بین ناتوانی سالمندان و وضعیت روحیه آنان نیز رابطه معنادار و معکوس بود. با کاهش نمره کسب‌شده سنجش روحیه سالمندان، میزان ناتوانی آنان افزایش پیدا می‌کرد. این حالت در خرده‌مقیاس‌های روحیه شامل تهییج، نگرش به پیری و نارضایتی از تنهایی نیز مشاهده گردید. میانگین نمره کل و نمرات خرده‌مقیاس‌ها در زنان کمتر از مردان بود، ولی این مقادیر فقط در نمره کل و نارضایتی از تنهایی، اختلاف معناداری داشتند. در حقیقت می‌توان گفت مردان از روحیه بالاتری نسبت به زنان، به‌ویژه در خرده‌مقیاس نارضایتی از تنهایی، برخوردار بودند.

این مطالعه نشان داد که بیشترین میزان ناتوانی سالمندان در حوزه‌های تحرک و جابه‌جایی، وظایف خانه و خانواده و مشارکت اجتماعی بود که نتایج به‌دست‌آمده در برخی از مطالعات پیشین را تأیید می‌کند [۳۳ و ۳۴].

## References

- [1] Delavar B. [Elderly situation in Iran (Persian)]. Paper presented at: The 1<sup>st</sup> Congress of Ageing Issues in Iran and Other Countries; 1999; Tehran, Iran.
- [2] Ghaisarian A. [Assessment of social and economic dimensions of aging phenomena in Iran (Persian)]. Population. 2009; 69-70:1-27. Available from: [www.sabteahval.ir/Upload/Modules/Contents/asset0/jma069-.pdf](http://www.sabteahval.ir/Upload/Modules/Contents/asset0/jma069-.pdf).
- [3] Wilmoth JM, Ferraro KF. Gerontology: Perspectives and Issues. 4<sup>th</sup> ed. New York: Springer; 2013.
- [4] Minichiello V. Contemporary issues in gerontology. New York: Routledge Publishing; 2005.
- [5] Najafi B, Arzaghi M, Fakhrazadeh H, Sharifi F, Shoaee 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 (Persian)]. Journal of Diabetes and Metabolism. 2013; 13(1):62-73.
- [6] Nabavinejad H. [Mental health promoting models in elderly (Persian)]. The 1<sup>st</sup> Congress of Ageing Issues in Iran and Other Countries; 1999; Tehran, Iran.
- [7] Esperanza A, Miralles R, Rius I, Fernández B, Digon A, Arranz P, et al. Evaluation of functional improvement in older patients with cognitive impairment, depression and/or delirium admitted to a geriatric convalescence hospitalization unit. Gerontology & Geriatrics. 2004; 9:149-53.
- [8] Nejadi V, Ashayeri H. [Evaluation of relationship between depression and cognitive impairment in elderly (Persian)]. Iranian Journal of Aging. 2006; 1(2):112-18.
- [9] Malakouti K, Fathollahi P, Mirabzadeh A, Salavati M, Kahani Sh. [Validation of geriatric depression scale (GDS-15) in Iran (Persian)]. Research in Medicine. 2006; 30(4):361-368.
- [10] Kheirkhah F, Hoseini SR, Fallah R, Bijani A. [Prevalance of cognitive disorder in elderly people of Amirkola (2011-2012) (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2013; 19(4):247-254.
- [11] Graham JE, Rockwood K, Beattie BL, Eastwood R, Gauthier S, Tuokko H, et al. Prevalence and severity of cognitive impairment with and without dementia in an elderly population. Lancet. 1997; 349(9068):1793-1796.
- [12] Rait G, Fletcher A, Smeeth L, Brayne C, Stirling S, Nunes M, et al. Prevalence of cognitive impairment: Results from the MRC trial of assessment and management of older people in the community. Age and Ageing. 2005; 34(3):242-248.
- [13] Lin LC, Ou M, Wu SC. Factors influencing morale among the elderly in long-term care. Kaohsiung Journal of Medical Sciences. 1998; 14(6):357-66.
- [14] Donmez L, Gokkoca Z, Dedeoglu N. Disability and its effects on quality of life among older people living in Antalya city center, Turkey. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2005; 40(2):213-23.
- [15] Leonardi M, Raggi A, Pagani M, Carella F, Soliveri P, Albanese A, et al. Relationships between disability, quality of life and prevalence of nonmotor symptoms in Parkinson's disease. Parkinsonism & Related Disorders. 2012; 18(1):35-9.
- [16] Memarian R. [Self relainment and improving quality of life (Persian)] [Internet]. 1999. Available from: <http://ganj.irandoc.ac.ir/articles/335259>.
- [17] Hashizume Y, Kanagawa K. Correlates of participation in adult Day care and quality of life in ambulatory frail elderly in Japan. Public Health Nursing. 1996; 13(6):404-415.
- [18] Ara S, Foroughan M, Hatamizadeh N, Rahgozar M. [Evaluation of participation impact of elderly people in adult day center-Kanoone Jahandidegan Fars center-on quality of life and general health of elderly people (Persian)] [MA thesis]. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Scinces; 2008.
- [19] Arun M, Bharath S, Pal P, Singh G. Relationship of depression, disability, and quality of life in Parkinson's disease: A hospital-based case-control study. Neurology India. 2011; 59(2):185-189.
- [20] Banerjee A, Kumar S, Kulhara P, Gupta A. Prevalence of depression and its effect on disability in patients with age-related macular degeneration. Indian Journal of Ophthalmology. 2008; 56(6):469-474.
- [21] Scott KM, Von Korff M, Alonso J, Angermeyer MC, Bromet E, Fayyad J, et al. Mental-physical co-morbidity and its relationship with disability: Results from the world mental health surveys. Psychological Medicine. 2009; 39(1):33-43.
- [22] Sousa RM, Ferri CP, Prince MJ. The relative impact of dementia on disability among older people in low and middle income countries. Alzheimer's and Dementia. 2008; 4(4):175-6.
- [23] Conradsson M, Littbrand H, Bostrom G, Lindelof N, Gustafson Y, Rosendahl E. Is a change in functional capacity or dependency in activities of daily living associated with a change in mental health among older people living in residential care facilities? Clinical Interventions in Aging. 2013; 8:1561-1568.
- [24] Hadianfard MJ, Hadianfard H. [Mental Status of Geriatric Patients with Chronic Locomotor Diseases (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2004; 9(32):75-83.
- [25] Arjmandhesabi M, Mahmoudi M, Kamali M, Zeraati H. [Translation and standardize of World Health Organization disability assessment schedule II- 36 items in Iranian elderly (Persian)] [MA thesis]. Tehran: University of Tehran; 2007.
- [26] Bakhtiyari F, Foroughan M, Fakhrazadeh H, Nazeri N, Najafi B, Alizadeh M, et al. [Validation of the Persian version of abbreviated mental test (AMT) in elderly residents of Kahrizak charity foundation (Persian)]. Iranian Journal of Diabetes and Metabolism. 2014; 13(6):487-494.
- [27] Lawton M. Lawton's PGC morale scale. Gerontology. 1975; 30(1):85-89.
- [28] Foroughan M, Shakeri F, Farzad V. P478: Psychometrical features of Philadelphia Morale Scale in Iranian elderly. European Geriatrics Medicine. 2014; 5(1):233.
- [29] Penninx BW, Leveille S, Ferrucci L, Van Eijk JT, Guralnik JM. Exploring the effect of depression on physical disability: Longitudinal evidence from the established populations for epidemiologic studies of the elderly. American Journal of Public Health. 1999; 89(9):1346-1352.
- [30] Beekman AT, Penninx BW, Deeg DJ, Beurs ED, Geerlings SW, Tilburg WV. The impact of depression on the well-being, disability and use of services in older adults: A longitudinal perspective. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2002; 105(1):20-27.



- [31] Kessler RC, McGonagle KA, Swartz M, Blazer DG, Nelson CB. Sex and depression in the National Comorbidity Survey I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *Journal of Affective Disorders*. 1993; 29(2-3):85-96.
- [32] Sousa RM, Dewey ME, Acosta D, Jotheeswaran AT, Castro-Costa E, Ferri CP, et al. Measuring disability across cultures – The psychometric properties of the WHODAS II in older people from seven low and middle-income countries: The 10/66 Dementia research Group population-based survey. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2010; 19(1):1-7.
- [33] Shahbazi MR, Mirkhani M, Hatamizadeh N, Rahgozar M. [Disability Assessment in elderly people in Tehran city (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2008; 3(3-4):84-92.
- [34] Adib Hajbageri M. [Geriatric Disability Related Factors (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2008; 3(2):547-555.
- [35] World Health Organization. *International classification of functioning, disability and health*. Geneva: World Health Organization Publication; 2002.

