

Research Paper**The Relationship between Disability and Variables of Depression, Cognitive Status, and Morale among Older People**Mohammad Reza Shahbazi¹, *Mahshid Foroughan², Reza Salman Roghani³, Mehdi Rahgozar⁴

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.



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 in SPSS version 16.

Results About 34% (n=31) of the participants were male and 65.6% (n=59) were females. The mean (SD) age of the sample was 72.39 (6.75) years. There were significant differences between men and women with regard to age, marital status (P<0.001), and income. The number of single women was 15 times more than that of the single men, and the men's income was 2 times more than the women's income. 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 Bld., Evin, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 2280004

E-mail: m_foroughan@yahoo.com

ارتباط ناتوانی با افسردگی، وضعیت شناختی و روحیه در سالمندان

محمد رضا شهبازی^۱، مهشید فروغان^۲، رضا سلمان روغنی^۳، مهدی رهگذر^۴

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

حکیده

تاریخ دریافت: ۱۷ آبان ۱۳۹۴

تاریخ پذیرش: ۱۵ بهمن ۱۳۹۴

اهداف: 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 به‌کار گرفته 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 مورد بررسی 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 نسخه ۱۶ نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های χ^2 -تی، من-ویتنی، کروسکال-والیس و همبستگی اسپیرمن تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: ۳۴/۴ درصد (۳۱ نفر) از مشارکت‌کنندگان را مردان و ۶۵/۶ درصد (۵۹ نفر) را زنان تشکیل می‌دادند و میانگین سنی آنان $72/1 \pm 6/66$ بود. زنان مجرد ۱۵ برابر مردان مجرد بودند و درآمد مردان تقریباً دو برابر زنان بود. مردان و زنان از نظر سن ($P=0/008$)، تأهل ($P<0/001$) و میزان درآمد ($P=0/025$) اختلاف معناداری نداشتند. میانگین نمره ناتوانی سالمندان $20/13 \pm 6/166$ بود و بین زنان و مردان اختلاف معناداری ($P=0/001$) وجود داشت. نمره ناتوانی زنان بیشتر از مردان بود. در شش حوزه مورد بررسی 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. علاوه بر این، 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؛ بدین معنا 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 ناراضی‌تی 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 درمانی به‌موقع در افسردگی، تقویت حافظه، به تأخیر انداختن 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، سالمندی، شناخت، ناتوانی

مقدمه

تکنولوژی‌پیک در تمامی زمینه‌ها از جمله افزایش شاخص‌های بهداشتی، کنترل و درمان بیماری‌ها، بهبود وضعیت تغذیه و به‌طور کلی ارتقا و توسعه سطح رفاه، این دوره در زندگی انسان در چند دهه اخیر طولانی‌تر شده است [۳ و ۴]. سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر

سالمندی را می‌توان دوره‌ای از زندگی نامید که تملی موجودات زنده بالقوه آن را تجربه می‌کنند [۱ و ۲]. به کمک پیشرفت‌های علمی و

* نویسنده مسئول:

دکتر مهشید فروغان

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

تلفن: ۰۲۱-۲۲۸۰۰۰۴ (۲۱) ۰۹۸

پست الکترونیکی: m_foroughan@yahoo.com

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

بعضی از مطالعات ارتباط معناداری بین ناتوانی با وضعیت سلامت روان، اختلالات شناختی، افسردگی و وضعیت روحیه افراد نشان داده‌اند [۱۹-۲۲]. 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 شده یک پژوهش مقطعی توصیفی-تحلیلی بود و جامعه آن را تمام سالمندان دریافت‌کننده خدمات از مرکز روزانه سالمندان آسایشگاه خیریه کهریزک استان البرز تشکیل می‌دهد. 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- خدمات 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.

است که در این دوران انسان بیشتر در معرض تهدیدات بالقوه نظیر بیماری‌های مزمن، تنهایی و انزوا قرار می‌گیرد و به دلیل ناتوانی‌های جسمی و ذهنی، در مواقع زیادی استقلال فردی او تهدید می‌شود. براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت در دسته‌بندی ICF^۱، ناتوانی مقوله‌ای چندبُعدی با ویژگی‌های نظیر وجود اختلال^۲، کاهش یا فقدان عملکرد در یک یا چند ارگان یا دستگاه بدن، محدودیت در فعالیت‌ها^۳ و وجود موانعی برای مشارکت^۴ فرد در جامعه.

«ناتوانی»، حاصل تعامل و ارتباط بین وضعیت سلامت فرد^۵، شرایط محیطی^۶ و عوامل فردی^۷ است که به‌عنوان عوامل زمینه‌ساز^۸ 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 [۷-۹] و در بررسی‌های مختلف شیوع اختلالات شناختی در سالمندان، ۲۲-۱۸ درصد ذکر شده است [۱۰-۱۲]. در بررسی‌های مختلف شیوع افسردگی اساسی در جمعیت عمومی، ۱۶-۱ درصد ذکر شده است. در حالی که ۲۴ درصد سالمندان از افسردگی بالینی رنج می‌برند. در حقیقت، پیرشدن جمعیت با شیوع بیشتر افسردگی همراه است [۹].

یکی دیگر از مهم‌ترین جنبه‌های سلامت روان افراد «روحیه» است که نشانه‌ای بارز از سازگاری موفقیت‌آمیز فرد با تفسیر موقعیت زندگی به‌شمار می‌آید. این^{۱۰} 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 تفسیرات 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

1. International Classification of Functioning, Disability and Health
2. Impairment
3. Activity limitation
4. Participation restriction
5. Health condition
6. Environment condition
7. Personal factors
8. Contextual factors
9. Morale
10. Lin

بررسی روحیه از مقیاس سنجش روحیه لاوتن (PGC)^{۲۱} استفاده شد. این مقیاس در سال ۱۹۷۲ توسط لاوتن طراحی شد و شامل ۲۲ آیتم بود. لاوتن بعدها آن را بازبینی کرد و نسخه ۱۷ آیتمی آن را ساخت. این مقیاس با سه عمل تهیهی^{۲۲}، نگرش به پیری خود^{۲۳} و ناراضیاتی از تنهایی^{۲۴} به‌عنوان 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 گروسکال-والیس و در نهایت، برای بررسی رابطه ناتوانی با افسردگی، وضعیت شناختی، روحیه سن و درآمد ضریب همبستگی اسپیرمن به کار رفت. طبقه‌بندی 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

ابزار مطالعه برای سنجش ناتوانی سالمندان، نسخه ۳۶ سوآلی پرسشنامه ارزیابی ناتوانی سازمان بهداشت جهانی بدون احتساب زمان^{۱۱} بود. این پرسشنامه ناتوانی فرد را در شش حوزه برقراری ارتباط و درک مطلب^{۱۲}، تحرک و جابه‌جایی^{۱۳}، مراقبت از خود^{۱۴}، سازش و زندگی با دیگران^{۱۵}، وظایف مرتبط با زندگی روزمره^{۱۶} و مشارکت^{۱۷} 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^{۱۸} استفاده شد. این آزمون ۱۰ سؤال دارد که حداکثر ۳۰ ثانیه 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^{۱۹} فرم کوتاه به کار رفت. این آزمون توسط ملکوتی و همکارانش در سال ۱۳۸۵ هنجاریابی شده است [۹]. سوآلات این مقیاس به صورت بلی و خیر است که امتیازهای صفر و یک دریافت می‌کنند. برای

11. WHODAS II-36 items without time code
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

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

احتمال	آماره آزمون	کل	زنان	مردان	میانگین	انحراف معیار
		۹۰	۵۹	۳۱	۷۲/۶۵	۶/۳۶
۰/۰۰۸	۲/۷۴	۷۲/۱۰	۷۰/۷۶	۳۹/۲۱/۵	% (n)	متأهل
< ۰/۰۰۱	۶/۱۳۵	۶/۶۵	۳۵	۲(۶/۵)	% (n)	متاهل
		۵۹(۶۵/۶)	۳۰(۵۰/۸)	۱۶(۵۱/۶)	% (n)	بی‌سواد
		۳۱(۳۴/۳)	۲۹(۳۹/۲)	۳(۱۲/۹)	% (n)	کم‌سواد
۰/۸۰۷	۰/۳۳۵	۱۲(۱۳/۳)	۸(۱۳/۶)	۱۱(۳۵/۵)	% (n)	باسواد
۰/۰۲۵	۸۳۷/۵۴	۳/۲۵	۲/۷۸	۴/۶۵	میانگین	درآمده
		۳/۲۸	۳/۲۴	۳/۶۰	انحراف معیار	

سالمندان

۵۰ آزمون تی، ۵۰ کای اسکور، ۳۰ آزمون من-ویتنی، که درآمد برحسب میلیون ریال.

جدول ۲. مقایسه میانگین نمرات ناتوانی، روحیه، سردگی 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*	۰/۰۵۰
	زن	۱۸/۶۱	۱۶/۶۲		
تحرک و جابه‌جایی	مرد	۲۳/۶۷	۲۶/۳۹	۳/۶۵	۰/۰۰۱
	زن	۲۵/۲۵	۲۶/۹۵		
مراقبت‌های خود	مرد	۶/۶۸	۱۱/۱۳	۸۱۱/۵*	۰/۴۰۶
	زن	۹/۳۹	۱۳/۵۴		
ناتوانی سازش و زندگی با دیگران	مرد	۲/۸۳	۶/۷۶	۸۹۶/۵*	۰/۹۷۳
	زن	۵/۶۷	۸/۸۰		
وظایف خانه و خانواده	مرد	۱۷/۷۸	۳۴/۸۹	۵۱۸/۰*	۰/۰۰۱
	زن	۳۲/۴۱	۳۳/۹۶		
مشارکت	مرد	۱۹/۷۱	۱۷/۸۹	۲/۹۵	۰/۰۰۵
	زن	۳۱/۳۲	۱۸/۳۳		
کل ناتوانی	مرد	۱۴/۲۰	۱۱/۴۲	۳/۳۵	۰/۰۰۱
	زن	۳۳/۸۱	۱۳/۶۳		
تهدیه	مرد	۳/۰۷۰	۱/۳۰	۶۳۷/۰*	۰/۰۷۷
	زن	۳/۵۴	۱/۲۲		
نگرش به پیری	مرد	۳/۵۴	۰/۹۹	۶۸۱/۰*	۰/۹۷۳
	زن	۳/۱۵	۱/۱۹		
روحیه ناراضی	مرد	۳/۶۳	۰/۸۷	۵۵۱/۵*	۰/۰۰۹
	زن	۳/۰۰	۱/۰۳		
کل	مرد	۱۲/۲۵	۱/۹۹	۵۰۹/۰*	۰/۰۰۳
	زن	۱۰/۶۹	۲/۲۲		
سردگی	مرد	۶/۳۷	۱/۹۸	۷۱۹/۰*	۰/۱۱۸
	زن	۷/۲۵	۲/۵۳		
وضعیت شناختی	مرد	۸/۵۳	۲/۴۴	۷۱۴/۵*	۰/۰۲۹
	زن	۸/۰۵	۱/۸۳		

سالمند

فد من-ویتنی، * $P < 0.05$

(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 دو برابر زنان بود (جدول شماره ۱).

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

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 بی‌سواده ۱۳/۳ درصد در حد خواندن و نوشتن و خواندن قرآن و ۳۱/۱ درصد در حد ابتدایی (دلاری مدرک) یا بیشتر سواد داشتند (جدول شماره ۱).

نسبت مردان و زنان در گروه‌های سنی اختلاف معناداری داشت ($P=0/008$)، علاوه بر این، بین وضعیت تأهل و جنسیت نیز در دو جنس اختلاف معناداری دیده شد ($P < 0/001$)، تعداد زنان مجرد

جدول ۳. مقایسه میانگین نمرات ناتوانی با جنسیت، وضعیت تاهل و تحصیلات سالمندان دریافت کننده خدمات.

متغیر	ناتوانی	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	آماره آزمون	P-value
جنس	مرد	۱۴/۳۰	۱/۱۲	۸۸	۳/۳ ^{***}	<۰/۰۰۱
	زن	۲۳/۸۸	۱/۳۶			
تاهل	متاهل	۱۸/۹۱	۱۴/۳۰	۸۸	۱/۵ ^{**}	<۰/۰۰۴
	مجرد	۲۳/۸۴	۱/۱۹۰			
تحصیلات	بی سواد	۲۳/۳۷	۱۷/۷۱	۲	۹/۳ ^{***}	<۰/۰۰۹
	کم سواد	۱۷/۲۳	۷/۹۰			
	باسواد	۱۴/۲۸	۱۰/۲۹			

سند

ت.ی، د. کروسکال والیس.

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

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

سند

وجود نداشت. نمره وضعیت شناختی نیز بین زنان و مردان اختلاف معناداری را نشان داد ($P=۰/۰۲۹$)، درحالی که نمرات کسب شده افسردگی، اختلاف معناداری را نشان نداد (جدول شماره ۲).

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 خرده مقیاس روحیه و تهییج ($P<۰/۰۰۱$)، نگرش به پیری ($P<۰/۰۰۱$) و نارضایتی 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،

ناتوانی و همچنین نمره ناتوانی در حوزه های تحرک و جابه جایی، وظایف خانه و خانواده و مشارکت اجتماعی در زنان بیشتر از مردان بود (جدول شماره ۲).

میانگین نمرات ناتوانی در گروه های تحصیلی نیز اختلاف معناداری را نشان داد ($P=۰/۰۰۹$)، بیشترین نمره ناتوانی در گروه بی سواد و کمترین آن در گروه باسواد بود. این درحالی است که میانگین نمرات ناتوانی با وضعیت تاهل 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 خرده مقیاس های نارضایتی از تنهایی، بین زنان و مردان اختلاف معناداری مشاهده شد ($P=۰/۰۰۹$)، ولی در خرده مقیاس های نگرش به پیری و تهییج اختلاف معناداری

حوزه‌های تحرک و جابه‌جایی، وظایف خانه و خانواده و مشارکت اجتماعی بود که نتایج به‌دست‌آمده در برخی از مطالعات پیشین را تأیید می‌کند [۳۴ و ۳۳].

نتیجه‌گیری‌نهایی

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 تممیم 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 کهر بزرگ استان البرز برای همکاری در انجام این مطالعه کمال تشکر و قدردانی را به‌صصل می‌آورند.

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 معناداری را در آنان نشان نداد.

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 داشته به این معنا که با افزایش میزان افسردگی، میزان ناتوانی سالمندان افزایش می‌یافت. برخی از مطالعات قبلی، نتایج مشابهی را گزارش داده بودند [۳۰ و ۲۹ و ۱۸، ۱۷]. 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 نداشته در حالی که مطالعات قبلی اختلاف معناداری را بین افسردگی زنان و مردان نشان داده و افسردگی زنان را بیشتر از مردان گزارش کرده‌اند [۳۱ و ۹].

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^۵ 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 ناراضی‌ت 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 ناراضی‌ت از تنهایی، اختلاف معناداری داشتند. درحقیقت می‌توان گفت مردان از روحیه بالاتری نسبت به زنان، به‌ویژه در خرده‌مقیاس ناراضی‌ت از تنهایی، برخوردار بودند.

این مطالعه نشان داد که بیشترین میزان ناتوانی سالمندان در

References

- [1] Delavar B. [Elderly situation in Iran (Persian)]. Paper presented at: The 1st 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.
- [3] Wilmoth JM, Ferraro KF. *Gerontology: Perspectives and Issues*. 4th ed. New York: Springer; 2013.
- [4] Minichiello V. *Contemporary issues in gerontology*. New York: Routledge Publishing; 2005.
- [5] Najafi B, Arzaghi M, Fakhrzadeh 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 1st 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] Nejati 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. [Prevalence 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 Sciences, 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, Fakhrzadeh 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 Hajbagheri 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.