

بررسی سن شروع و علل ناتوانی سالمندان بستری در آسایشگاه معلولین و سالمندان رشت

دکتر فردین مهربابیان (PhD)^۱ - دکتر محمد رضا امینیان (MD, MPH)^۲ - دکتر آبتین حیدرزاده (PhD)^۳

* نویسنده مسئول: MPH دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

پست الکترونیک: Dr.Aminian@jahanibehtar.com

تاریخ دریافت مقاله: ۹۵/۰۲/۰۴ تاریخ ارسال: ۹۵/۰۸/۲۸ تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۰/۲۸

چکیده

مقدمه: سالمندی و ناتوانی ناشی از آن در دنیای امروز از مهمترین دغدغه‌ها به شمار می‌رود، با افزایش سلامت عمومی و بهداشت، امید به زندگی افزایش یافته و درصد افرادی که به سن سالمندی می‌رسند افزوده می‌شود. این واقعیت، توجه به سالم ماندن و در سلامت گذراندن دوره سالمندی را به یک اولویت تبدیل نموده است. تعیین سن شروع ناتوانی و علل ناتوان شدن افراد در سالمندی، به متولیان امر این کمک را می‌کند که در جهت به عقب انداختن سن شروع ناتوانی و نیز از بین بردن علل آن تلاش‌های هدفمند داشته باشند.

هدف: تعیین سن شروع و علل ناتوانی سالمندان بستری در آسایشگاه معلولین و سالمندان رشت.

مواد و روش‌ها: پژوهش توصیفی، تحلیلی و مقطعی و در دی تا اسفند سال ۱۳۹۳ انجام شد. جامعه و محیط پژوهش ۲۰۱ نفر از افراد بستری در بخش سالمندان آسایشگاه سالمندان و معلولین رشت و نمونه‌گیری از طریق سرشماری انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه و انجام مصاحبه بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS18 و شاخص‌های آمار توصیفی و استنباطی انجام شد.

نتایج: در دو مورد، داشتن تحرک و متاهل بودن، اختلاف معنی‌داری بین افراد دارای این خصوصیت‌ها با افراد بدون آن در سن شروع ناتوانی وجود داشت، به طوری که در این پژوهش، میانگین سن شروع ناتوانی در افراد با تحرک کم و خیلی کم ۶۹/۵ سال و در افراد با تحرک زیاد و خیلی زیاد ۷۶/۱ سال و نیز میانگین سن شروع ناتوانی در افراد مجرد ۶۸/۹ و در افراد متاهل با فرزند ۷۵/۷ سال بود. در سایر خصوصیات نیز اختلاف سن شروع ناتوانی وجود دارد که اگرچه معنی‌دار نیست ولی به راحتی نیز نمی‌توان از آنها گذشت.

نتیجه‌گیری: باید در خصوص مزایای تحرک و تاهل و منافع فعالیت‌های جسمانی و نقش آن در کاهش ناتوانی دوران سالمندی به خانواده‌ها اطلاع‌رسانی شده و سازمان‌های ذیربط نیز در راستای توانمندسازی و آموزش به افراد برنامه‌ریزی نمایند.

کلیدواژه‌ها: سالمندان/ناتوانی/آسایشگاه معلولین و سالمندان

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیست و شش، شماره ۱۰۱، صفحات: ۵۷-۶۶

مقدمه

سالمندی بخشی از فرایند زیستی است که تمام موجودات زنده از جمله انسان را دربر می‌گیرد (۱). فرایند زندگی روندی طبیعی محسوب می‌شود که از زمان جنینی شروع و تا زمان مرگ انسان ادامه می‌یابد. به طور طبیعی این روند با کاهش تدریجی عملکرد بافت‌های بدن تا پایان زندگی همراه می‌باشد. عواملی مانند ژنتیک، شرایط محیط اجتماعی و اقتصادی، نوع ارتباطات و وضعیت بهداشتی و سلامت فرد، بر سرعت این کاهش تاثیر می‌گذارند (۲). تحقیقات زیادی که در کشورهای مختلف انجام شده نشان داده است که دوران سالمندی مرحله‌ای حساس از زندگی محسوب می‌شود و باید به مسائل و نیازهای این دوران از عمر به عنوان یک ضرورت

اجتماعی توجه ویژه نمود (۳). براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت (WHO) افراد ۶۰ سال و بالاتر سالمند محسوب شده و به سه زیرگروه یعنی سالمندان ۶۰ تا ۷۴ ساله به عنوان سالمند جوان، سالمندان ۷۵ تا ۹۰ ساله به عنوان سالمند و سالمندان ۹۰ سال و بالاتر به عنوان خیلی سالمند تقسیم می‌شوند (۴). این در حالی است که جمعیت جهان در حال پیر شدن است (۵). طبق تعریف هرگاه نسبت جمعیت ۶۰ سال و بالاتر در یک جمعیت از ۱۰ درصد کل آن جمعیت فراتر برود، آن جمعیت پیر در نظر گرفته می‌شود. هم‌اکنون این نسبت در کشورهای در حال توسعه حداکثر ۵ درصد و در کشورهای صنعتی تا ۱۶ درصد می‌رسد (۶). در ایران نیز با

۱. دانشیار دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

۲. پزشک عمومی، MPH پزشک خانواده، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

۳. دانشیار دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

کشورهای در حال توسعه برنامه فراگیری در این زمینه ندارند لذا با مشکلات زیادی مواجه هستند (۱۳). یکی از شاخص‌های مهم که جهت هر گونه تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری مورد نیاز است، وضعیت ناتوانی در سالمندان یک جامعه است. براساس تعاریف، ناتوانی در افراد سالمند، وجود محدودیت یا از دست دادن توانایی در انجام نقش‌های اجتماعی و فعالیت‌های مرتبط با شغل و یا ادامه زندگی مستقل در انجام فعالیت‌های خاص یا دشوار می‌باشد (۱۴). در تعریفی دیگر، ناتوانی را که یکی از پیامدهای سالمندی است به صورت اختلال در فعالیت‌های روزانه (۱۵) یا نیاز به کمک در یکی از فعالیت‌های روزمره زندگی بیان کرده‌اند (۱۶). بروز ناتوانی ناشی از مجموعه‌ای از عوامل است ولی به طور کلی عوامل اجتماعی، فردی و محیطی، فرایند ایجاد ناتوانی را تعیین می‌کنند (۱۷). بعلاوه در ناتوانی سالمندان، جنس، سطح تحصیلات، شبکه اجتماعی حمایتی و هم ابتلائی بیماری‌ها بسیار حائز اهمیت است (۱۰). حمایت‌های اجتماعی و ویژگی‌های جغرافیائی منطقه در کاهش یا افزایش ناتوانی سالمندان تاثیرگذار است و این تجدید نظر در برنامه‌های سیستم‌های مراقبت بهداشتی سالمندان را ضروری می‌سازد. یکی از راه‌های دستیابی به این سیاست‌ها، بررسی و مطالعه پیوسته و جمع‌آوری داده‌های اپیدمیولوژی گروه از جمعیت از نظر وضعیت سلامتی، بیماری، رفتارهای بهداشتی و دسترسی به خدمات می‌باشد (۱۸). بعد از سن میانسالی هر ساله به طور میانگین ۱/۵ درصد از کارائی عملکرد جسمی و ذهنی افراد کاسته می‌شود (۱۹). این ناتوانی‌ها هم هزینه‌های مراقبت و فشار اقتصادی وارد بر سیستم بهداشتی و درمانی را افزایش می‌دهد و هم کیفیت و کمیت زندگی سالمندان و خانواده‌های شان را تحت تاثیر منفی قرار می‌دهد (۲۰). مطالعه در زمینه عوامل مرتبط با ناتوانی‌های عملکردی در افراد سالمند برای برنامه‌ریزی بهتر و سیاست‌گذاری مناسب در زمینه بهداشت عمومی ضروری است (۲۱). سازمان جهانی بهداشت برای اندازه‌گیری سلامت و ناتوانی در افراد پرسشنامه‌های مختلفی را طراحی و پیشنهاد کرده است که دو پرسشنامه SF-36 و WHODAS-2 از معروف‌ترین و کاربردی‌ترین آنها می‌باشند (۲۱). از آنجا که علیرغم اهمیت موضوع، تاکنون

توجه به کاهش میزان مرگ و میر، و از طرفی کاهش باروری در سال‌های اخیر جمعیت به سمت سالمند شدن می‌رود (۷). روند پیر شدن به عوامل مختلفی بستگی دارد که تعدادی از این عوامل فیزیولوژی و تعدادی از آنها پاتولوژیک می‌باشد. عوامل فیزیولوژیک پیری شامل آن دسته از تغییرات بدن انسان است که بدون دخالت بیماری‌ها و عوامل محیطی و فقط به دلیل گذشت زمان ایجاد می‌شود اما عوامل پاتولوژیک موجد پیری همان بیماری‌ها و عوامل محیطی مانند سیگار، الکل، تغذیه نامناسب، آلودگی هوا، خاک و آب و... هستند (۸). فراوانی بیماری‌هایی نظیر فشارخون بالا، بیماری‌های قلبی-عروقی، سکنه، دیابت، سرطان، بیماری‌های تنفسی، بی‌اختیاری ادرار، کاهش قدرت بینایی و شنوایی و ضعف‌های استخوانی و عضلانی در سالمندی بالاست (۹). این روند موجب کاهش تصاعدی و پیش رونده در توانایی‌های حرکتی و عملکرد حافظه، کاهش استقلال، افزایش وابستگی سالمند به دیگران و نیز افزایش هزینه‌های مراقبت و فشار اقتصادی بر سیستم‌های بهداشتی و درمانی شده و کیفیت زندگی سالمند و خانواده‌های او را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۱۰). بعلاوه سالمندان به علت کاهش اعتماد به نفس، نقصان فعالیت و تحرک، از دست دادن دوستان و نزدیکان، کاهش استقلال مادی و جسمانی و ابتلا به بیماری‌های مزمن، در معرض افسردگی و اضطراب قرار دارند (۱۱). کاهش ظرفیت عملکردی بدن را می‌توان به کاهش پیشرونده سلول‌های فعال بافت‌ها در اثر بالا رفتن سن نسبت داد. روند کاهش ظرفیت عملکردی آهسته و تدریجی بوده و به گونه‌ای اتفاق می‌افتد که در شرایط استراحت اکثر اعمال فیزیولوژیک در افراد به میزان کافی انجام می‌شود. ولی وقتی فرد مسن در معرض یک استرس مانند عفونت، تغییرات شدید دمای محیط و یا ورزش سنگین قرار می‌گیرد، این کاهش ظرفیت عملکردی خود را نشان داده و سبب می‌شود که مکانیسم‌های ثبات بدن در جهت برقراری وضعیت تعادل موثر نباشند (۲). سالمندی و موقعیت ویژه افراد سالمند و تامین بهداشت روانی و جسمانی آنان از جمله مسائلی است که توجه ویژه‌ای را می‌طلبد (۱۲). سلامت و بهداشت سالمندان یکی از مسائل بسیار با اهمیت در بیشتر جوامع می‌باشد و این در حالی است که بیشتر

پژوهش‌های جامع‌تری که سن شروع و علل ناتوانی سالمندان را تا حدودی روشن سازد، در داخل کشور انجام نشده لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی سن شروع سالمندی و عوامل ناتوان کننده در سالمندان بستری در آسایشگاه معلولین و سالمندان رشت، طراحی و اجرا شده است. امید است که نتایج حاصل از آن بتواند مورد استفاده سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان این بخش قرار بگیرد.

مواد و روش‌ها

پژوهش از دسته مطالعات توصیفی و مقطعی و بصورت سرشماری جهت تعیین سن شروع ناتوانی در سالمندان بستری در آسایشگاه معلولین و سالمندان رشت و همچنین علل این ناتوانی‌ها انجام شده است. دامنه زمانی پژوهش، دی ماه لغایت اسفند ۱۳۹۳ بوده است. جامعه پژوهش شامل کلیه افراد بستری در بخش سالمندان آسایشگاه سالمندان و معلولین شهر رشت به تعداد ۲۰۱ نفر بود. معیارهای ورود شامل امضای رضایت‌نامه کتبی و تشکیل پرونده پذیرش و پرونده پزشکی بودند. معیارهای خروج شامل ناتوانی در تکمیل پرسشنامه به دلیل ناتوانی ارتباط با سالمند و نداشتن هیچ فرد سببی یا نسبی که بتوان با مصاحبه پرسشنامه را تکمیل نمود و انتقال سالمند به مرکزی دیگر در طی مدتی که مصاحبه‌گرها در محل آسایشگاه مستقر بودند، بود. پژوهش بصورت سرشماری انجام شد و برای تمام افراد مستقر در بخش سالمندان آسایشگاه پرسشنامه تکمیل شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در بخش مطالعات کتابخانه‌ای، کارت فیش و در مرحله میدانی، توزیع و تکمیل پرسشنامه و انجام مصاحبه با جامعه پژوهش بود. پرسشنامه مورد استفاده در این پژوهش با مشورت اساتید و با الگوگیری از پرسشنامه استاندارد WHODAS2 (۲۲) تدوین شد. جهت تعیین روائی آن پرسشنامه در اختیار ۵ نفر از اساتید و متخصصان دانشگاه قرار گرفت و از آنها درخواست گردید که نظر خود را در ارتباط با تناسب بخش‌های پرسشنامه با اهداف پژوهش بیان کنند و با توجه به نظرات اساتید آخرین اصلاحات در پرسشنامه صورت گرفت. برای تعیین پایایی پرسشنامه، ابتدا لیست کامل سالمندان مستقر در آسایشگاه به تعداد ۲۰۱ نفر از

پذیرش آسایشگاه دریافت شد و در اولین مرحله، ۱۰٪ سالمندان یعنی بیست نفر از لیست به صورت تصادفی و به شکل افرادی که رقم سمت راست شماره آن‌ها در لیست عدد ۸ باشد تعیین و تکمیل پرسشنامه از طریق مصاحبه با جامعه پژوهش آغاز شد. این کار پس از اخذ رضایت از هر سالمند و طی پنج روز کاری توسط دو نفر، هم با استفاده از پرونده‌های پزشکی و مددکاری و هم با مصاحبه و گاه معاینه سالمند (در مورد سالمندانی که پرونده پزشکی‌شان ناقص بود) انجام گرفت. پس از این کار ضمن مذاکره حضوری و یا تلفنی با بستگان درجه یک سالمند، تکمیل و بعضاً تصحیح نهائی پرسشنامه انجام و پرسشنامه‌های تکمیل شده جهت محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در اختیار کارشناس آمار قرار گرفت. با توجه به این که ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۷۲ اعلام شد، پایایی پرسشنامه مورد تایید قرار گرفت. با هماهنگی مسئولین آسایشگاه، محل کار روابط عمومی به عنوان محل استقرار مصاحبه کنندگان مشخص گردید و برای هر روز ۸ سالمند را به ترتیب لیست ۲۰۱ نفره همراه با پرونده پزشکی و پرونده مددکاری با کمک یک بیماربر به آن اطاق آورده و با انجام مصاحبه و مراجعه به پرونده‌ها پرسشنامه‌ها طی ۲۵ روز کاری تکمیل گردید. در پایان این مرحله تعداد ۳۹ پرسشنامه به دلایل مختلف به شرح زیر ناقص ماند و در نتیجه از طرح خارج شد و در آخر ۱۶۲ پرسشنامه کامل جهت تجزیه و تحلیل آماری در اختیار کارشناس ذیربط قرار گرفت.

- ۱) سالمند اخیراً فوت کرده ولی پرونده او باطل نشده بود: ۷ نفر
 - ۲) سالمند به مرکز دیگر منتقل شده و یا مرخصی رفته بود: ۸ نفر
 - ۳) سالمند هیچگونه ارتباطی برقرار نمی‌کرد و منسوب در دسترس هم نداشت: ۱۲ نفر
 - ۴) سالمند در جوانی یا میانسالی به‌عنوان معلول در بخش معلولین بستری شده و پس از سالمند شدن به بخش سالمندان منتقل شده بود: ۱۲ نفر
- داده‌های جمع‌آوری شده، کدگذاری شدند و با نرم‌افزار SPSS18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. به‌منظور تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی (شامل میانگین، میانه و انحراف معیار) و استنباطی (شامل همبستگی، آزمون T و آزمون توکی) استفاده شد.

نتایج

حرکتی نسبت به ناتوانی ذهنی و روانی بیش از سه برابر (۶۵ نفر یعنی ۴۰/۲٪ در مقابل ۲۱ نفر یعنی ۱۲/۹٪) موثر بوده است. ۸۸/۹٪ سالمندان بستری در آسایشگاه در دوران از سالمندی، در حد متوسط تا خیلی زیاد، میوه جات و سبزیجات مصرف می کردند، ۷۹ درصد آنان در حد متوسط تا خیلی زیاد، گوشت و سایر مواد پروتئینی استفاده می نمودند، ۸۵/۸٪ آنان مصرف لبنیات شان در حد متوسط تا خیلی زیاد بوده است، ۶۵/۵٪ آنان غذای پرچرب مصرف می کردند بطوری که مصرف غذای پرچرب شان متوسط تا خیلی زیاد بوده است، همچنین ۸۰/۹٪ مصرف غذاهای شیرین و نشاسته ای شان در حد متوسط تا خیلی زیاد و مصرف نمک ۸۶/۴٪ این سالمندان، در حد متوسط تا خیلی زیاد بوده است (جدول ۱). ۶۶٪ این سالمندان در دوران های زندگی قبل از سالمندی، بهداشت فردی و استحمام را رعایت کرده، ۶۷/۳٪ به بهداشت مواد غذایی توجه کافی داشتند و ۵۳/۱٪ از آنان بموقع جهت رفع نیاز بهداشتی و درمانی شان به مراکز مربوطه مراجعه می کردند (جدول ۲).

یافته های تحقیق نشان داد که ۶۷/۳٪ سالمندان بستری در بخش سالمندان آسایشگاه معلولین و سالمندان رشت را زنان و ۳۲/۷٪ آنان را مردان تشکیل می دادند، ۵۱/۲٪ سالمندان بستری، بالای ۸۰ سال سن داشتند، ۸۲/۱٪ آنان بی سواد، ۸۵/۸٪ آنان، کارگر، کشاورز و خانه دار بودند، ۷۲/۹٪ سالمندان بستری، درآمد متوسط و پایین داشتند، ۶۰/۵٪ آنان در روستا زندگی می کردند، ۷۳/۵٪ آنان متاهل دارای فرزند بودند، ۴۸/۸٪ درصد آنان وضعیت بدنی متناسب داشتند و ۸۳/۳٪ آنان هیچ گونه معلولیت قبل از سالمندی نداشتند. همچنین ۱۳/۶٪ از بستری شدگان (۲۲ نفر) در سن زیر ۶۰ سال، ۲۳/۵٪ (۳۸ نفر) بین ۶۰ تا ۷۰ سال، ۲۸/۴٪ (۴۶ نفر) بین ۷۰ تا ۸۰ سال و ۳۴/۶٪ (۵۶ نفر) نیز بالای هشتاد سالگی ناتوان شده بودند. ۴۶/۹٪ سالمندان آسایشگاه (۷۶ نفر) هم از نظر جسمی و حرکتی و هم از نظر ذهنی و روانی دچار ناتوانی هائی شده بودند. البته در مقایسه علل ناتوان کننده، ناتوانی جسمی و

جدول ۱. توزیع فراوانی و درصد کیفیت و کمیت تغذیه سالمندان بستری در آسایشگاه در دوران های زندگی قبل از سالمندی

تغذیه	فراوانی (درصد)
مصرف میوه جات و سبزیجات تازه	
خیلی کم	۶ (۳/۷)
کم	۱۲ (۷/۴)
متوسط	۲۲ (۱۳/۶)
زیاد	۴۶ (۲۸/۴)
خیلی زیاد	۷۶ (۴۶/۹)
مصرف گوشت و سایر مواد پروتئینی	
خیلی کم	۱۷ (۱۰/۵)
کم	۱۷ (۱۰/۵)
متوسط	۳۹ (۲۴/۱)
زیاد	۴۴ (۲۷/۲)
خیلی زیاد	۴۵ (۲۷/۸)
مصرف لبنیات	
خیلی کم	۶ (۳/۷)
کم	۱۷ (۱۰/۵)
متوسط	۳۶ (۲۲/۲)
زیاد	۳۴ (۲۱)
خیلی زیاد	۶۹ (۴۲/۶)
مصرف غذای پر چرب	
خیلی کم	۱۶ (۹/۹)
کم	۴۰ (۲۴/۷)

متوسط	۳۲ (۱۹/۸)
زیاد	۴۱ (۲۵/۳)
خیلی زیاد	۳۳ (۲۰/۴)
مصرف غذاهای نشاسته ای و شیرین	
خیلی کم	۸ (۴/۹)
کم	۲۳ (۱۴/۲)
متوسط	۳۵ (۲۱/۶)
زیاد	۲۹ (۱۷/۹)
خیلی زیاد	۶۷ (۴۱/۴)
مصرف نمک	
خیلی کم	۶ (۳/۷)
کم	۱۶ (۹/۹)
متوسط	۳۸ (۲۳/۵)
زیاد	۴۳ (۲۶/۵)
خیلی زیاد	۵۹ (۳۶/۴)
مجموع	۱۶۲ (۱۰۰)

جدول ۲. توزیع فراوانی و درصد پاسخ رعایت بهداشت مواد غذایی و بهداشت فردی توسط سالمندان بستری در این آسایشگاه در دوران‌های زندگی قبل از سالمندی

بهداشت	فراوانی (درصد)
رعایت بهداشت محیط، شستشو و استحمام	
خیلی کم	۲۹ (۱۷/۹)
کم	۲۶ (۱۶)
متوسط	۳۱ (۱۹/۱)
زیاد	۴۲ (۲۵/۹)
خیلی زیاد	۳۴ (۲۱)
رعایت ضد عفونی مواد غذایی	
خیلی کم	۲۳ (۱۴/۲)
کم	۳۰ (۱۸/۵)
متوسط	۴۱ (۲۵/۳)
زیاد	۵۹ (۳۶/۴)
خیلی زیاد	۹ (۵/۶)
رعایت مراجعه به موقع به پزشک و مراکز بهداشتی و درمانی	
خیلی کم	۳۹ (۲۴/۱)
کم	۳۷ (۲۲/۸)
متوسط	۲۸ (۱۷/۳)
زیاد	۴۸ (۲۹/۶)
خیلی زیاد	۱۰ (۶/۲)
مجموع	۱۶۲ (۱۰۰)

۱۳/۶٪ سالمندان بستری در این آسایشگاه، بخاطر نوع شغل‌شان در دوران‌های زندگی قبل از سالمندی، تحرک خیلی کم، ۱۱/۱٪ تحرک کم، ۲۷/۸ درصد تحرک متوسط، ۳۲/۱٪ تحرک زیاد و ۱۵/۴٪ تحرک خیلی زیاد داشتند. در مورد تحرک اختیاری مانند ورزش، ۸۴/۶٪ تحرک خیلی کم و فقط در ۵/۵٪ آنان تحرک اختیاری، متوسط تا زیاد بوده است.

۷۲/۸٪ این سالمندان در دوران‌های زندگی قبل از سالمندی یا سیگار مصرف نکرده و یا خیلی کم مصرف می‌کردند، همچنین ۸۴٪ آنان مصرف مواد مخدر نداشتند و فقط ۸/۶٪ آنان مصرف الکل از کم تا خیلی زیاد داشتند (جدول ۳).

جدول ۳. توزیع فراوانی و درصد مصرف دخانیات، مواد مخدر و الکل توسط سالمندان بستری در آسایشگاه

نوع مصرف	فراوانی (درصد)
مصرف دخانیات	
هیچ یا خیلی کم	۱۱۸ (۷۲/۸)
کم	۹ (۵/۶)
متوسط	۶ (۳/۷)
زیاد	۲۱ (۱۳)
خیلی زیاد	۸ (۴/۹)
استعمال مواد مخدر یا محرک یا هر دو	
هیچ یا خیلی کم	۱۳۶ (۸۴)
کم	۴ (۲/۵)
متوسط	۱۱ (۶/۸)
زیاد	۸ (۴/۹)
خیلی زیاد	۳ (۱/۹)
مصرف الکل	
هیچ یا خیلی کم	۱۴۸ (۹۱/۴)
کم	۶ (۳/۷)
متوسط	۵ (۳/۱)
زیاد	۱ (۰/۶)
خیلی زیاد	۲ (۱/۲)
مجموع	۱۶۲ (۱۰۰)

سبزی کم و خیلی کم داشتند دیرتر ناتوان شده‌اند (۷۶/۸ سال در مقابل ۷۴/۲ سال)، افرادی که مصرف مواد پروتئینی زیاد و خیلی زیاد داشتند دیرتر از افرادی که مصرف پروتئین کم و خیلی کم داشتند ناتوان شده‌اند (۷۶ سال در مقابل ۷۱/۵ سال)، افراد با مصرف لبنیات زیاد و خیلی زیاد نیز دیرتر از افراد با مصرف لبنیات کم و خیلی کم ناتوان شده‌اند (۷۵/۸ سال در مقابل ۷۲/۶ سال)، کسانی که مصرف چربی کم و خیلی کم داشتند دیرتر از آنهایی که مصرف چربی زیاد و خیلی زیاد داشتند ناتوان شده‌اند (۷۶/۳ سال در مقابل ۷۴ سال)، افرادی که مصرف مواد شیرین و نشاسته‌ای کم و خیلی کم داشتند نسبت به افرادی که زیاد و خیلی زیاد از این مواد استفاده می‌کردند دیرتر ناتوان شده‌اند (۷۸/۷ سال در مقابل ۷۳/۵ سال) و در نهایت مصرف کم و خیلی کم باعث دیرتر ناتوان شدن افراد نسبت به مصرف زیاد و خیلی زیاد نمک شده است (۷۷/۵ سال در مقابل ۷۴/۲ سال) (جدول ۵).

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که میانگین سن شروع ناتوانی در سالمندان بستری در این آسایشگاه، ۷۵ سال بود. این شاخص در خانم‌ها کمی از آقایان کمتر است (۷۴/۲ سال در مقابل ۷۶/۶ سال)، افراد بیسواد دیرتر از میانگین ناتوان شده بودند (۷۶/۲ سال)، افراد پرتحرک بخاطر شغل مانند کشاورزان دیرتر از میانگین ناتوان شده بودند (۷۷/۴ سال)، افراد با درآمد کم زودتر از میانگین ناتوان شده بودند (۷۴/۲ سال)، ساکنین روستا دیرتر از ساکنین شهر ناتوان شدند (۷۵/۷ سال در مقابل ۷۳/۹ سال)، متاهلین دیرتر از مجردها ناتوان شده بودند بطوری که متاهلین بدون فرزند در سن ۷۶/۳ سال، متاهلین با فرزند در سن ۷۵/۷ سال و مجردها در سن ۶۸/۹ سال ناتوان شدند، کسانی که وضعیت بدنی قبل از سالمندی متناسب داشتند (۷۵/۵ سال) و کسانی که هیچ معلولیتی نداشتند (۷۵/۲ سال) نیز دیرتر از میانگین ناتوان شدند (جدول ۴). یافته‌ها نشان می‌دهد که کسانی که در دوران‌های زندگی قبل از سالمندی، مصرف میوه و سبزی زیاد و خیلی زیاد داشتند در مقایسه با کسانی که مصرف میوه و

جدول ۴. تعیین میانگین سن شروع ناتوانی سالمندان آسایشگاه به تفکیک مشخصات دموگرافیک

گروه های پاسخ دهندگان	فراوانی	مجموع سن ناتوانی	میانگین سن شروع	
			میانگین سن شروع ناتوانی هر گروه	میانگین سن شروع ناتوانی کل افراد
جنسیت				
مرد	۵۳	۴۰۶۲	۷۶/۶	
زن	۱۰۹	۸۰۹۰	۷۴/۲	۷۵
میزان تحصیلات				
بیسواد	۱۳۳	۱۰۱۳۵	۷۶/۲	
ابتدایی	۱۸	۱۲۸۸	۷۱/۶	
متوسطه	۱۰	۶۶۸	۶۶/۸	۷۵
دانشگاهی	۱	۶۱	۶۱	
شغل				
کارگر و کشاورز	۸۶	۶۶۵۰	۷۷/۴	۷۵
مابقی مشاغل	۷۶	۵۵۰۲	۷۲/۴	
درآمد ماهیانه				
کم	۵۲	۳۸۵۶	۷۴/۲	
متوسط	۶۶	۴۹۷۵	۷۵/۴	۷۵
خوب	۴۰	۳۰۰۳	۷۵/۱	
عالی	۴	۳۱۸	۷۹/۵	
محل زندگی				
روستا	۹۸	۷۴۲۳	۷۵/۷	۷۵
شهر	۶۴	۴۷۲۹	۷۳/۹	
وضعیت تاهل				
مجرد	۱۹	۱۳۰۹	۶۸/۹	۷۵
متاهل بدون فرزند	۲۴	۱۸۳۲	۷۶/۳	
متاهل دارای فرزند	۱۱۹	۹۰۱۱	۷۵/۷	
وضعیت بدنی قبل از سالمندی				
لاغر و متناسب	۱۰۵	۷۹۲۱	۷۵/۵	۷۵
چاق و خیلی چاق	۵۷	۴۲۳۱	۷۴/۳	
معلولیت بدنی قبل از سالمندی				
بدون معلولیت	۱۳۵	۱۰۱۴۳	۷۵/۲	۷۵
با معلولیت	۲۷	۲۰۰۹	۷۴/۴	

جدول ۵. تعیین میانگین سن شروع ناتوانی سالمندان آسایشگاه به تفکیک موارد تغذیه

تغذیه	فراوانی	مجموع سن ناتوانی	میانگین سن شروع ناتوانی هر گروه	
مصرف میوه جات و سبزیجات تازه	۱۸	۱۳۳۶	۷۴/۲	
خیلی کم و کم				
زیاد و خیلی زیاد	۱۲۲	۹۳۶۳	۷۶/۸	
مصرف گوشت و سایر مواد پروتئینی	۳۴	۲۴۳۲	۷۱/۵	
خیلی کم و کم				
زیاد و خیلی زیاد	۸۹	۶۷۶۲	۷۶	
مصرف لبنیات	۲۳	۱۶۶۹	۷۲/۶	
خیلی کم و کم				
زیاد و خیلی زیاد	۱۰۳	۷۸۰۷	۷۵/۸	
مصرف غذای پر چرب	۵۶	۴۲۶۹	۷۶/۳	
خیلی کم و کم				
زیاد و خیلی زیاد	۷۴	۵۴۷۸	۷۴	
مصرف غذاهای نشاسته‌ای و شیرین	۳۱	۲۴۴۰	۷۸/۷	
خیلی کم و کم				
زیاد و خیلی زیاد	۹۶	۷۰۵۵	۷۳/۵	
مصرف نمک	۲۲	۱۷۰۵	۷۷/۵	
خیلی کم و کم				
زیاد و خیلی زیاد	۱۰۲	۷۵۶۷	۷۴/۲	

معیارهای پژوهش نشان می‌دهد که رعایت بهداشت محیط، استحمام و بهداشت فردی به مقدار زیاد و خیلی زیاد در مقایسه با کم و خیلی کم، سبب تاخیر در ایجاد ناتوانی می‌شود (۷۸/۹ سال در مقابل ۷۲/۵ سال)، همچنین رعایت ضدعفونی مواد غذایی به مقدار زیاد و خیلی زیاد باعث می‌شود که در مقایسه با کم و خیلی کم فرد دیرتر ناتوان شود (۷۵/۱ سال در مقابل ۷۲/۲ سال)، در ضمن رعایت مراجعه بموقع به مراکز بهداشتی و درمانی به مقدار زیاد و خیلی زیاد ناتوان شدن را نسبت به کم و خیلی کم به تاخیر می‌اندازد (۷۶/۷ سال در مقابل ۷۲/۲۵ سال).

یافته‌های پژوهش بیانگر این مفهوم است که داشتن تحرک بخاطر شغل به مقدار زیاد و خیلی زیاد در مقابل کم و خیلی کم سن ناتوانی را به تاخیر انداخت (۷۶/۱ سال در برابر ۶۹/۵ سال)، تحرک اختیاری نیز در مقایسه زیاد و خیلی زیاد با کم و خیلی کم باعث دیرتر ناتوان شدن شد (۶۲ سال در برابر ۷۵/۲ سال).

یافته‌ها نشان می‌دهد که مصرف دخانیات به مقدار کم یا خیلی کم با مصرف زیاد و خیلی زیاد تفاوتی در سن ناتوانی ایجاد نکرد (۷۴/۹ سال برای هر دو حالت)، اما استعمال مواد مخدر به مقدار زیاد و خیلی زیاد در مقایسه با کم و خیلی کم سن ناتوانی را به جلو انداخت (۷۲ سال در مقابل ۷۴/۸ سال)، مصرف الکل به مقدار زیاد و خیلی زیاد سن ناتوانی را در مقایسه با کم و خیلی کم به تاخیر انداخت (۷۸/۴ سال در برابر ۷۴/۸ سال).

در ادامه به جهت بررسی بیشتر جامعه آماری تحت مطالعه، سن شروع ناتوانی سالمندان بر حسب معیارهایی از قبیل جنسیت، محل زندگی، وضعیت تاهل و درآمد آنها مورد مقایسه قرار گرفت. در واقع هدف، بررسی این موضوع است که آیا براساس داده‌های بدست آمده از هر دو نمونه مستقل می‌توان به برابری میانگین‌های آن دو نمونه از جامعه آماری دست یافت؟ به این منظور از آزمون t دو نمونه‌ای مستقل استفاده شده که برابری میانگین وضعیت سالمندان را براساس

جدول ۶. نتایج آزمون t برای مقایسه سن شروع ناتوانی بر حسب وضعیت تاهل افراد

وضعیت تاهل	تعداد	میانگین سن شروع ناتوانی	انحراف استاندارد	مقدار t	درجه آزادی	سطح معنی‌داری اختلاف میانگین
مجرد	۱۹	۶۸/۸۹	۲/۹۷۲	-۱/۸۶۵	۴۱	۰/۰۶۹
متاهل بدون فرزند	۲۴	۷۶/۳۳	۲/۶۵۷			-۷/۴۳۸

۲/۹۷۲	۶۸/۸۹	۱۹	مجرد
-۲/۲۴۲	۷۵/۷۲	۱۱۹	متاهل دارای فرزند
۱۳۶	۷۶/۳۳	۲۴	متاهل بدون فرزند
۰/۰۲۷	۷۵/۷۲	۱۱۹	متاهل دارای فرزند
-۶/۸۲۷			
۰/۰۲۲۱			
۱۴۱			
۰/۸۲۶			
۰/۶۱۰			

بهداشت محیط، شستشو و استحمام، رعایت ضد عفونی مواد غذایی و رعایت مراجعه به موقع به پزشک و مراکز بهداشتی و درمانی) بیشتر از ۰/۰۵ بوده و فرض صفر پذیرفته می‌شود. به عبارت دیگر تفاوت معنی‌داری بین رعایت موارد بهداشتی در دو گروه سن شروع ناتوانی زیر ۶۰ سال و بالای ۸۰ سال وجود ندارد. نتایج آزمون توکی در سطح اطمینان ۰/۹۵ برای مقایسه بازه‌های سن شروع ناتوانی بر مبنای موارد سوء مصرف مواد بیان می‌کند که سطح معنی‌دار بدست آمده برای هر یک از موارد مصرف دخانیات، مواد مخدر و الکل بیشتر از ۰/۰۵ بوده که نشان دهنده عدم وجود تفاوت معنی‌دار بین میانگین گروه‌های سن شروع ناتوانی زیر ۶۰ سال و بالای ۸۰ سال از لحاظ موارد سوء مصرف مواد می‌باشد. جدول شماره ۷ بیانگر نتایج آزمون توکی در سطح اطمینان ۰/۹۵ برای مقایسه بازه‌های سن شروع ناتوانی بر مبنای موارد تحرک است. براساس آزمون انجام شده، سطح معنی‌دار حاصل برای متغیر تحرک بخاطر شغل (۰/۰۰۹) کمتر از ۰/۰۵ بوده که نشان دهنده وجود تفاوت معنی‌دار بین میانگین این متغیر در گروه‌های سن شروع ناتوانی زیر ۶۰ سال و بالای ۸۰ سال می‌باشد. طبق جدول، میانگین متغیر تحرک بخاطر شغل در گروه بالای ۸۰ سال به میزان قابل توجهی بیشتر از گروه زیر ۶۰ سال است که دیرتر ناتوان شدن افراد با تحرک شغلی بیشتر را نشان می‌دهد. در رابطه با متغیر تحرک اختیاری می‌توان گفت که به دلیل سطح معنی‌دار حاصل (۰/۹۹۷) بیشتر از ۰/۰۵، تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های سن شروع ناتوانی از لحاظ این متغیر وجود ندارد.

همچنین براساس آزمون t انجام شده بر روی سن شروع ناتوانی در سطوح درآمد "کم، متوسط، خوب، عالی" که به طور دو به دو مورد بررسی قرار گرفته است، در سطح اطمینان ۰/۹۵، سطح معنی‌دار بدست آمده بین دو گروه کم و خوب (۰/۷۲۵) با درجه آزادی ۹۰ بیشتر از ۰/۰۵ بوده و بنابراین تفاوت معنی‌داری از لحاظ سن شروع ناتوانی بین آنها وجود ندارد. همچنین مقایسه گروه‌های کم و عالی با درجه آزادی ۵۴ و گروه‌های متوسط و عالی با درجه آزادی ۶۸ به ترتیب با سطح معنی‌دار حاصل (۰/۴۱۴) و (۰/۵۳۹) بیانگر عدم وجود تفاوت معنی‌دار بین گروه‌های ذکر شده براساس سن شروع ناتوانی می‌باشد.

در قسمت پایانی تحلیل، سن شروع ناتوانی سالمندان در دو گروه زیر ۶۰ سال و بالای ۸۰ سال از لحاظ متغیرهای مربوط به عادات تغذیه‌ای، بهداشت، تحرک و سوء مصرف مواد مورد بررسی قرار گرفته است. بدین منظور از آزمون توکی در سطح اطمینان ۰/۹۵ استفاده شده که وجود یا نبود تفاوت معنی‌دار به صورت دو به دو بین گروه‌های مختلف متغیر را نشان می‌دهد. نتایج آزمون توکی برای مقایسه بازه‌های سن شروع ناتوانی بر مبنای عادات تغذیه‌ای نشان می‌دهد که سطح معنی‌دار بدست آمده برای هر یک از موارد تغذیه‌ای بیشتر از ۰/۰۵ بوده که نشان دهنده عدم وجود تفاوت معنی‌دار بین میانگین گروه‌های زیر ۶۰ سال و بالای ۸۰ سال از لحاظ عادات تغذیه‌ای می‌باشد. همچنین نتایج آزمون توکی در سطح اطمینان ۰/۹۵ برای مقایسه بازه‌های سن شروع ناتوانی بر مبنای رعایت موارد بهداشتی نشان می‌دهد که سطح معنی‌دار حاصل برای هر سه متغیر بهداشتی (رعایت

جدول ۷. نتایج آزمون توکی برای مقایسه بازه‌های سن شروع ناتوانی بر مبنای موارد تحرک

متغیر	سن شروع ناتوانی	میانگین نظرات	اختلاف میانگین	انحراف استاندارد	سطح معنی‌داری
میزان تحرک بخاطر شغل	زیر ۶۰ سال	۲/۳۵	-۱/۳۲۲	۰/۴۱۱	۰/۰۰۹
	بالای ۸۰ سال	۳/۶۷			
میزان تحرک اختیاری	زیر ۶۰ سال	۱/۱۴	-۰/۰۲۳	۰/۱۱۶	۰/۹۹۷
	بالای ۸۰ سال	۱/۱۶			

بحث و نتیجه گیری

علل ناتوانی در مشاغل مختلف، درآمدهای متفاوت، محل‌های سکونت مختلف و سطوح تحصیلات متفاوت مورد پژوهش قرار گیرد و مطالعه تطبیقی در مورد علل ناتوانی در سالمندان کشورهای مختلف انجام شود.

براساس یافته‌های پژوهش ما، گرچه فقط در دو مورد یعنی دیرتر ناتوان شدن متاهلین نسبت به مجردها و نیز دیرتر ناتوان شدن افراد با تحرک شغلی نسبت به افراد بدون تحرک، تفاوت معنی‌دار به اثبات رسیده است، ولی از کنار سایر تفاوت‌های موجود نیز نبایستی به راحتی گذشت. اینکه میانگین سن شروع ناتوانی در سالمندان بستری در آسایشگاه در مردان کمی بیشتر یعنی ۷۶/۶ سال و در زنان کمی کمتر یعنی ۷۴/۲ سال می‌باشد باید متولیان را در رابطه با زنان نسبت به مردان حساس‌تر کند. تاثیر وضعیت اقتصادی خوب در به تاخیر انداختن سن ناتوانی می‌تواند به این نکته که هرچه برای بهبود وضعیت اقتصادی جامعه هزینه شود در برابر کاهش هزینه‌های ناتوانی آحاد آن جامعه جبران می‌شود، رهنمون گردد. همچنین یافته‌های پژوهش، تاکید بر خروج نشدن از روستا و ساکن نشدن در شهر را توجیه می‌نماید چرا که سن شروع ناتوانی در روستاها بیشتر است، در مورد تاهل به دلیل وجود اختلاف معنی‌دار بین سن شروع ناتوانی متاهلین نسبت به مجردها، توصیه به متاهل شدن جهت ناتوان شدن دیرتر را کاملاً توجیه می‌کند، مصرف میوه‌جات و سبزیجات تازه، مواد پروتئینی و لبنیات بایستی برای تمام طول عمر توصیه شود، چراکه میانگین سن شروع ناتوانی در افرادی که در طول عمر خود این مواد را به مقدار کافی مصرف می‌کردند از افرادی که این مواد را کم مصرف کرده‌اند بیشتر می‌باشد، حذف چربی، نمک و شیرینی‌جات از جیره غذایی افراد تا آنجا که ممکن است، باید مورد تاکید قرار گیرد زیرا مصرف کنندگان زیاد این مواد زودتر ناتوان شده‌اند، رعایت بهداشت محیط، بهداشت فردی، بهداشت مواد غذایی و مراجعه بموقع به مراکز بهداشتی و درمانی به دلیل تاثیر مثبت در به تاخیر انداختن ناتوانی، باید به مردم و متولیان جامعه گوشزد شود، در مورد داشتن تحرک کافی، وجود اختلاف معنی‌دار بین سن شروع ناتوانی در افراد با تحرک نسبت به افراد بدون تحرک، ثابت می‌کند که تاکید فراوان برای داشتن

در بررسی‌های پژوهشگر، پژوهشی که میانگین سن شروع ناتوانی در سالمندان و عللی که سبب ناتوانی شده‌اند را بررسی کند به دست نیامد و فقط در برخی موارد مانند ناتوانی شدیدتر و با درصد بیشتر در زنان نسبت به مردان، یافته‌های پژوهش ما با یافته‌های پژوهش‌های قبلی مانند پژوهش ادیب حاج باقری در سال ۱۳۸۶ در شهر کاشان (۱۰) و پژوهش ملزر و همکاران در سال ۱۹۹۹ میلادی در انگلستان (۲۰) همخوانی دارد. البته زمانه وفائی و همکاران نیز در پژوهش خود (۱۸) به این نتیجه رسیدند که سن از عوامل موثر بر ناتوانی به ویژه در زنان است که این یافته توسط پژوهش حاضر نیز مورد تایید قرار گرفته است. پژوهش فوق عمده‌ترین بیماری‌هایی که در سالمندان ایجاد ناتوانی می‌کند را اختلالات عضلانی، اسکلتی و افسردگی می‌داند که تا حدودی با نتایج پژوهش ما همخوان است. همچنین ادیب حاج باقری در پژوهش خود (۱۰) رابطه معنی‌داری میان شدت ناتوانی، سن، جنس، شیوه زندگی، نیاز به کمک، وضعیت تاهل، محل سکونت، اعتیاد، توانایی کارکردن، فعالیت منظم بدنی، و سطح سواد را نشان داد که در پژوهش ما نیز برخی از موارد فوق تایید شد که در ادامه خواهد آمد. میرزائی و همکاران نیز در پژوهش خود (۷) آورده‌اند که افراد با سطح درآمد و سطح تحصیلات پایین‌تر نسبت به افراد از طبقه اجتماعی بالاتر که درآمد بیشتر و سطح تحصیلات بالاتری دارند، سلامت خود ادراک را پایین‌تر گزارش داده‌اند. به نظر می‌رسد که این یافته می‌تواند بر نتیجه‌گیری از یافته‌های پژوهش ما تا حدودی تاثیر بگذارد، لذا بایستی در پژوهش‌هایی که در آینده در این زمینه انجام می‌گیرد مورد توجه بیشتری قرار بگیرد. در پژوهش شهبازی و همکاران (۱۷)، بین ناتوانی و افزایش سن رابطه معنی‌داری به دست آمده است پس اقدامات پیشگیرانه، درمان بموقع و موثر و توانبخشی بهنگام را پیشنهاد داده‌اند و این مورد نیز با نتیجه‌گیری و پیشنهادات پژوهش حاضر همخوانی دارد. در مجموع می‌توان گفت که به دلیل این که در پژوهش حاضر موضوع نسبتاً جدیدی مورد بررسی قرار گرفته است مقایسه نتایج آن با نتایج پژوهش‌های قبلی اطلاعات زیادی در اختیار قرار نمی‌دهد. در پایان پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی

سپاسگزاری و سپاسداری

از کلیه مسئولین، کارکنان و سالمندان آسایشگاه و همچنین از حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گیلان که در انجام و اتمام طرح ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌گردد. نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

تحریک کافی هم به آحاد جامعه و هم به مسئولین امر، کاری بس مهم و ضروری است، جلوگیری از مصرف مواد مخدر با تاکید بر اینکه مصرف این گونه مواد باعث می‌شود که سن ناتوانی بصورت میانگین حدود ۳ سال کاهش یابد، بسیار حیاتی و لازم است. لازم به توضیح است که این مطالعه مربوط به استان گیلان بوده و با توجه به وجود عوامل تاثیرگذار محیطی و جغرافیایی متفاوت در سایر مناطق، بهتر است در استان‌های دیگر نیز مطالعات مشابه انجام گیرد.

منابع

1. Kaldi AR, Akbari kamrani AA, Foroughan M. physical, social and mental problems of 13 areas of Tehrans elders. *Journal of community wellbeing*, 2002; 17: 233-243
2. Maghsoudnia SH. Primary Health Care among Iranian Elders, Tehran; University of Social Welfare and Rehabilitation publication, 2005. 8-8 [persian]
3. Vahdaninia MS, Gashtasbi A, Montazeri A, Maftoon F. Health-Related quality of life in healthy people: population survey. *payesh* 2005; 4 (2): 113-12. [Text in Persian]
4. Tavakoli Ghouchani H, Arman M. Active aging. Mashhad; Mashhad University of Medical Sciences, 2003. [Text in Persian]
5. Abedi HA, Shariari M, Alimohamadi N. Geriatric Nursing, Esfahan; Orouj publication, 2003. [Text in Persian]
6. Mehrabian F. Demography & Family planning. Tehran; Arjmand publisher, 2012. [Text in Persian]
7. Mirzaee M, Shams gahfarokhe M. Demographics of the elderly in Iran according to census report 1335-1385. *Salmand Iranian Journal of Ageing*. 2007; 2(3): 326-331.
8. Majd M. Natural aging, the health department, the Office of Family Health and Population. Tehran; Ministry of Health and Medical Education, 2010. [Text in Persian]
9. Chalise HN, Saito T, Kai I. Functional disability in activities of daily living and instrumental activities of daily living among Nepalese Newar elderly. *European Journal of Public Health*. 2008; 122: 394-6.
10. Adib M. Evaluation of disability and its related factors in elderly Kashan, *Iranian Journal of Aging*, 2008; 3 (8): 547-553.
11. Chop W. Social aspect of aging. Farrell G, Miller WC Nursing care of older person. Philadelphia; McGraw Hill Company, 2001: 1115-29.
12. Winningham RG, Pike NL. A cognitive intervention to enhance institutionalized older adults' social support networks and decrease lone lines. *Aging Ment Health*. 2007; 11 (6): 716-21.
13. Khoshbin S, Ghoshi A, Farahani A, Motlagh MS. Help improve healthy life styles in old age. Tehran; Tandis Publications, 2012. [Text in Persian]
14. Mendes Leon EF, Glass TA, Berkman LF. Social engagement and disability in a community population older adults: the new Haven EPESE. *American Journal of Epidemiology* 2003; 157 (7): 42.
15. Gill TM, Desai MM, Gahbauer EA, Holford TR, Williams CS. Restricted activity among community – living older persons, precipitants, and health care utilization. *Ann Intern Med*. 2001; 135 (5): 313-21.
16. Ng TP, Niti M, Chiam PC, Kua EH. Prevalence and correlates of functional disability multiethnic elderly Singaporeans. *J Am Geriatric Soc* 2006; 54: 21-29.
17. Shahbazi MR, Mirkhani M, Hatamizadeh N, Rahgozar M. disability Assessments in Tehranian elderly. *Iranian J of Ageing* 2008; 3 (3&4): 84-91
18. Vafaei Z, Haghdoost A, Alizadeh M, Dortaj E. Prevalence of Disability and Relevant Risk Factors In Elderly Dwellers in Isfahan Province-2012. *Iranian Journal of Ageing*. 2014; 8 (4) : 32-40.
19. Victor Minichiello. *Conterhmporary issues in gerontology*. Newyork; Routledge, 2005.
20. Melzer D, McWilliams B, Bragne C, Johnson T, Bond J. Profile of disability in elderly people: estimates from a longitudinal population study. *BMJ* 1999; 318: 1108-1111.
21. Hosseini S R, Moslehi A, Hamidian S M, Taghian S A. The Relation Between Chronic Diseases and Disability in Elderly of Amirkola. *Salmand*. 2014; 9 (2) : 80-87.
22. Disability Assessment Schedule. WHODAS-2. Training manual a guide to the administration. WHO Geneva. 2000 Tubergen, A Van, at el. Assessment of disability with the World Health Organization. Disability Assessment Schedule 2 in patients with Ankylosing Spondylitis. 2003

Study of age at Onset and Causes of Disability of Elderly People in Hospice (Nursing home) of Disabled and Elderly People of Rasht

Mehrabian F (PhD)¹ - * Aminian M (MD,MPH)² - Heidarzadeh A (PhD)³

*Corresponding Author: Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

Email: Dr.Aminian@jahanibehtar.com

Received: 23/Apr/2016 Revised: 18/Nov/2016 Accepted: 17/Jan/2017

Abstract

Introduction: Nowadays aging and disability arising from it, is considered as one of the most important concerns of human societies because life expectancy has increased due to increasing public health and hygiene and the percentage of people who reach to old age is extremely going up. On the other hand, the percentage of elderly population to total population with falling birth rate and thus reducing the population growth has increased. According to this fact, considering to stay healthy and having a healthy old age has become a priority, otherwise high costs arising from disability and treatment of it, would be imposed on society. This study, aimed to determine the age of onset of disability and causes of it in elderly people, was done to help the custodians of hygiene and public health to do targeted efforts to delay the age of onset of disability and eliminate its causes.

Objective: This study, aimed to determine the age of onset of disability and causes of it in elderly people, was done to help the custodians of hygiene and public health to do targeted efforts to delay the age of onset of disability and eliminate its causes.

Materials and methods: In this descriptive, analytical and cross-sectional study all elderly people of Hospice of disabled and elderly people of Rasht (201 persons) were counted and investigated in March 2015. Receipts card in library studies and questionnaire and interview in the field part were data gathering tools. Data were analyzed by statistical software SPSS 18 and descriptive and inferential statistics indicators.

Results: this study showed that in both mobility and marital status there were significant differences in age at onset of disability between individuals with or without these features as the average age of onset of disabled people with low and very low mobility were 69.5 and in people with high and very high mobility were 76.1, and the average age of onset of disability in singles (celibates) were 68.9 and in married with children were 75.7. There were also differences in age of onset of disability in other features, although not significant, they could not be easily ignored.

Conclusion: According to the result of this study, all individuals in the society must be informed with clear proposals particularly in the fields of mobility and marital status about the benefits of physical activity and its role in reducing disability during old age by custodians of relevant organizations.

Conflict of interest: none declared

Keywords: Elderly people/Disability/Hospice of disabled and elderly people

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 101, Pages: 46-57

Please cite this article as: Mehrabian F, Aminian M, Heidarzadeh A. Study of age at onset and causes of disability of elderly people in Hospice (Nursing home) of disabled and elderly people of Rasht. J of Guilan Univ of Med Sci 2017; 26(101):46-57. [Text in Persian]

1. Associate professor, School of Health, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran
2. MD, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran
3. Associate professor, Medical school, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran