

بررسی خودکفایی در انجام عملکرد روزانه و عوامل مرتبط با آن در افراد مقیم خانه سالمندان گلابچی کاشان.

۱۳۸۶

زهرا تقریبی^۱، لیلا تقریبی^۲، خدیجه شریفی^۱، زهرا سوکی^۱

۱. مربی، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

۲. پایگاه بهداشتی کارگر، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

افلاک / سال سوم / شماره ۶ و ۷ / بهار و تابستان ۱۳۸۶

چکیده

مقدمه و هدف: یکی از معیارهای مهم در تعیین نیازهای بهداشتی افراد سالمند، سطح توانایی آنها در انجام فعالیت‌های روزمره می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین سطح خودکفایی سالمندان مقیم خانه افراد گلابچی کاشان در انجام عملکرد روزانه و عوامل مرتبط با آن در سال ۱۳۸۶ انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی مقطعی کلیه افراد ۵۰ سال به بالای واجد شرایط ساکن در مرکز مذکور (۱۰۰ نفر) انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از شاخص بارتل - ۱۰۰ جمع آوری گردید. جهت تجزیه تحلیل وضعیت عوامل مرتبط نمرات ۹۰-۰ به عنوان سطح خودکفایی ضعیف (گروه ناتوان) و نمرات ≥ 91 به عنوان سطح خودکفایی متوسط به بالا (گروه توانمند) منظور گردید و از آزمون‌های آمار تی تست، کای اسکوئر، تست دقیق فیشر، من ویتنی یو و درصد تفاوت جهت تجزیه تحلیل نتایج استفاده شد.

یافته‌ها: بیشترین سطح وابستگی به ترتیب مربوط به استحمام، نظافت فردی و بالا و پایین رفتن از پله بود. غذا خوردن از بیشترین سطح خودکفایی برخوردار بود. شیوع ناتوانی حداقل در یکی از ابعاد عملکرد روزانه در ۸۶٪ موارد گزارش شد. ۲۹٪ از سطح خودکفایی متوسط به بالا برخوردار بودند. تعداد بیماری در گروه ناتوان 0.77 ± 1.58 و در گروه توانمند 0.56 ± 1.10 بود ($p = 0.03$). بین میزان اعتقادات مذهبی و ناتوانی ارتباط معنی‌دار گزارش شد ($p = 0.005$ و $OR = 6.89$).

نتیجه‌گیری: شیوع ناتوانی در انجام عملکرد روزانه در افراد مقیم خانه سالمندان زیاد است. لذا لازم است تعیین سطح خودکفایی در انجام عملکرد روزانه جهت شناسایی سالمندان نیازمند، اقدامات حمایتی و ارائه خدمات مطلوب تر به آنها همواره مد نظر باشند.

واژه‌های کلیدی: عملکرد روزانه، سالمند، ناتوانی، خانه سالمندان، خودکفایی

مقدمه

به دلایل مختلف با افزایش امید به زندگی، جمعیت سالمند جهان روبه فزونی است (۱). نزدیک ۷٪ جمعیت کشور ایران را سالمندان تشکیل می دهند و پیش بینی می شود در سال ۱۴۰۰ به ۱۲٪ برسد (۲). در حال حاضر نرخ رشد جمعیت ۶۰ سال به بالا در مقایسه با نرخ کلی رشد جمعیت ۲/۵ در برابر ۱/۶٪ است. چنین روندی برای کشوری نظیر کشور ما بسیار چالش برانگیز است چراکه هر چند سالمندی بیماری نیست، اما بار بیماریها در آن بسیار چشمگیر است (۳). با افزایش جمعیت سالمند شیوع ناتوانی های جسمی به عنوان یک مشکل جدی بهداشت عمومی از سیر صعودی برخوردار بوده و خواهد بود (۴). در دوره سالمندی وضعیت عملکردی با مشخص ساختن وضعیت کلی سلامتی فرد، منعکس کننده درجه استقلال و میزان نیازفرد به استفاده از خدمات بهداشتی است (۵). ناتوانی جسمی سالمندان اغلب حاصل بیماری بوده و پیامدهای فردی، اجتماعی و اقتصادی آن زندگی فرد، خانواده، سایر افراد درگیر و حتی جامعه را تحت تاثیر قرار می دهد (۶). به دلایل متعدد از جمله شیوع زیاد بیماری بخشی از جمعیت سالمند جهت تامین نیازهای شخصی، امنیت و احتیاجات جسمانی به مراکزی که بدین منظور تجهیز شده اند سپرده می شوند. هم اکنون ۸٪ سالمندان کشور در خانه های سالمندان بسر می برند و انتظار می رود ظرف چند سال آینده این آمار از افزایش قابل توجه برخوردار باشد (۷). ناتوانی یکی از عوامل خطر عمده اقامت در خانه سالمندان است (۸). افرادی که از نظر فیزیکی ناتوانتر هستند، بیشتر در معرض خطر انتقال به خانه سالمندان می باشند (۱). ناتوانی دائمی در استحمام به عنوان یک بعد از ابعاد عملکرد روزانه، خطر سپردن طولانی مدت به خانه سالمندان را افزایش می دهد (۹). برخی از تحقیقات نیز مبین آنند که شیوع ناتوانی در انجام عملکرد روزانه بخصوص ناتوانیهای شدید در سالمندان مقیم خانه سالمندان بیشتر است (۱۰).

لذا به منظور فراهم ساختن شرایط لازم جهت ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان، ارزیابی و جمع آوری اطلاعات در ارتباط با وضعیت جسمانی آنها به عنوان یکی از مصرف کنندگان عمده خدمات بهداشتی درمانی از ضروریات است. چراکه فقدان اطلاعات کافی در این موارد می تواند مانع از سیاستگذاری، برنامه ریزی و ارائه خدمات شایسته از سوی متولیان امور گردد. شناسایی نیازهای سالمندان در امر مراقبت و ارتقاء سطح سلامت آنها از جایگاه ویژه برخوردار است. یکی از معیارهای نسبتا مهم در تعیین نیازهای بهداشتی این قشر، سطح توانایی آنها در انجام فعالیت های روزمره می باشد (۱۱). در ارتباط با وضعیت ناتوانی در انجام عملکرد روزانه در سالمندان بخصوص سالمندان ساکن در منازل تحقیقات متعددی در خارج از کشور انجام شده است. که نتایج متفاوت، اما غالب آنها نشان دهنده شیوع نسبتا بالای ناتوانی می باشد (۴، ۵، ۱۰، ۱۲، ۱۹). در ایران، بررسیهای انجام شده در این خصوص محدود است (۱۱، ۲۱، ۲۰). در مطالعه عالیپور روی سالمندان مقیم سرای سالمندان صادقیه اصفهان، هیچ سالمندی از نظر عملکرد روزانه از وضعیت خوب برخوردار نبود و سطح توانمندی ۹۸٪ آنها در حد بسیار ضعیف گزارش شد (۲۱). در تحقیقات مختلف تاثیر عواملی همچون سن، جنس، تحصیلات، درآمد، محل زندگی، نژاد، ابتلا به بیماری جسمی یا شناختی، نوع بیماری، استفاده از الکل، شاخص توده بدنی، استفاده از دارو، وضعیت تاهل، تعداد بیماری، وضعیت خود گزارش دهی سلامتی، چاقی، مذهب، برخورداری از بیمه های درمانی، ورزش، تعاملات اجتماعی، محل سکونت و محل تولد، طول مدت اقامت و نوع اقامت در خانه سالمندان و ... بر توانمندی افراد سالمند در انجام عملکرد روزانه مورد بررسی قرار گرفته است (۱، ۴، ۵، ۸، ۱۰، ۱۳، ۱۵، ۱۹، ۱۶، ۳۱-۲۱) که در برخی از موارد نتایج تا حدی متناقض می باشند. بنابراین، با توجه به شرایط خاص سالمندان مقیم خانه های سالمندان، تناقضات موجود، در ارتباط با عوامل تاثیرگذار بر توانمندی سالمند در انجام عملکرد روزانه و نظر به عدم انجام

میزان اعتقادات مذهبی و تمایل به شرکت در مراسم مذهبی با مصاحبه و به شیوه خودگزارش دهی تکمیل گردید.

جهت بررسی وضعیت خودکفایی در انجام عملکرد روزانه^۲ از شاخص بارتل -۱۰۰ استفاده شد. این پرسشنامه در سال ۱۹۸۸ توسط کولین^۳ و همکاران طراحی شده و توانمندی فرد را در دو حیطه تحرک و فعالیتهای خودمراقبتی می سنجد و جهت ارزیابی تاثیر مداخلات درمانی و یا تعیین مقدار مراقبتهای پرستاری مورد نیاز، قابل استفاده است و مشتمل بر ۱۰ سوال است که سطح خودکفایی فرد را در ارتباط با کنترل ادرار و مدفوع، استفاده از دستشویی، غذا خوردن، انتقال از صندلی یا صندلی چرخدار به تخت و برعکس، راه رفتن، لباس پوشیدن، بالا و پایین رفتن از پله، نظافت فردی و استحمام نشان می دهد. در سوالات مرتبط با کنترل ادرار، مدفوع، استفاده از دستشویی، غذا خوردن، لباس پوشیدن، بالا و پایین رفتن از پله که به صورت سه گزینه ای طراحی شده اند به گزینه استقلال کامل نمره ۱۰، نیمه مستقل نمره ۵ و وابستگی نمره صفر اختصاص داده شد. در سوالات مرتبط با نظافت فردی و حمام کردن که دو گزینه ای می باشند برای گزینه استقلال نمره ۵ و برای گزینه وابستگی نمره صفر منظور گردید. در سوالات مرتبط با انتقال از صندلی یا ویلچر به تخت و برعکس، و راه رفتن که چهار گزینه ای طراحی شده اند به گزینه استقلال کامل نمره ۱۵، وابستگی جزئی نمره ۱۰، وابستگی عمده نمره ۵ و عدم توانایی نمره صفر اختصاص داده شد. لذا در کل، وضعیت خودکفایی در عملکرد روزانه با نمره ۰-۱۰۰ مشخص می شود. که نمره بالاتر نشان دهنده درجه استقلال بیشتر و در واقع، وضعیت مطلوبتر می باشد (۳۲). در این پرسشنامه، نمرات ۱۰۰، ۹۹-۹۱، ۹۰-۰ به ترتیب نشان دهنده سطح خودکفایی خوب، متوسط و ضعیف می باشند (۲۱). بعلاوه نمره کمتر از ۱۰۰ به منزله ناتوانی در انجام حداقل یکی از ابعاد عملکرد روزانه می باشد. اعتبار این

تحقیقی در این زمینه در مرکز سالمندان گلابچی کاشان، مطالعه ای با هدف تعیین سطح خودکفایی در انجام عملکرد روزانه و عوامل مرتبط با آن در سالمندان مذکور در سال ۱۳۸۶ انجام شد. باشد که ارائه تصویر روشنی از وضعیت موجود دست اندرکاران سازمانهای مربوطه را در تامین نیروی انسانی، ارائه برنامه های آموزش حین خدمت و تامین امکانات و تجهیزات توانبخشی جهت مراکز نگهداری از سالمندان یاری دهد.

مواد و روشها

در این مطالعه توصیفی مقطعی، کلیه افراد ۵۰ سال به بالایی که در تابستان ۱۳۸۶ ساکن خانه سالمندان گلابچی بودند و به بیماری حاد عمده ای مبتلا نبوده و در پاسخ به سوالات همکاری نمودند (۱۰۰ نفر)، به صورت سرشماری انتخاب شدند. پس از جلب موافقت آگاهانه آنها اطلاعات توسط یکی از کارشناسان آموزش دیده مرکز با استفاده از پرسشنامه ای مشتمل بر اطلاعات دموگرافیک و عوامل مرتبط با ناتوانی و شاخص بارتل -۱۰۰^۱ جمع آوری گردید. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و عوامل مرتبط با ناتوانی مشتمل بر ۱۶ سوال و در برگیرنده سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، نوع انتقال، برخورداری از بیمه های درمانی، مدت اقامت، محل سکونت قبلی، نوع اقامت، تعداد فرزند، فواصل ملاقات با نزدیکان، میزان فعالیت بدنی در زمان اشتغال، وجود بیماری جسمی یا روانی شناخته شده، تعداد بیماریهای شناخته شده، میزان اعتقاد به مسائل مذهبی و میزان تمایل به شرکت در جلسات مذهبی بود. روایی صوری این پرسشنامه به تأیید تعدادی از اعضاء هیات علمی رسید و پایایی آن از طریق آزمون مجدد روی ۱۵ نمونه به فاصله ۷۲-۴۸ ساعت بررسی شد. لازم به ذکر است، سوالات مرتبط با سن، مدت و نوع اقامت، بیماری و تعداد آن، وضعیت تاهل، تحصیلات و بیمه بر اساس مندرجات پرونده و سوالات مرتبط با نوع انتقال، محل سکونت قبلی، تعداد فرزند، فواصل ملاقات، میزان فعالیت،

1. Barthel Index -100

2. Activities of Daily Living (ADL)

3. Collin

وضعیت خودکفایی در ارتباط با هریک از ابعاد ده گانه شاخص بارتل در جدول شماره ۱ آورده شده است. کمترین مشکلات به ترتیب مربوط به غذا خوردن و راه رفتن، و بیشترین مشکلات به ترتیب در ارتباط با استحمام، نظافت فردی و پس از آن بالا و پایین رفتن از پله بود.

جدول شماره ۲ توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش را برحسب وضعیت توانایی در عملکرد روزانه و به تفکیک عوامل مرتبط نشان می دهد و گویای آن است که شیوع توانمندی ضعیف در انجام عملکرد روزانه افرادی با جنس مذکر، بیسواد، افراد ازدواج کرده، انتقال اجباری و افرادی که تحت پوشش بیمه های درمانی نبودند، فواصل ملاقات با نزدیکانشان حداکثر یک ماه بود، محل سکونت قبلیشان روستا بود، میزان فعالیتشان در زمان اشتغال کم گزارش شده بود، مبتلا به بیماری بودند، افراد با اقامت موقت و دارای فرزند؛ بیشتر بود ولی این تفاوتها از نظر آماری معنی دار نبودند.

بین تعداد بیماری و سطح توانمندی در انجام ADL با درصد تفاوت ۴۳/۶۳- رابطه معنی دار وجود داشت ($p=0/003$)؛ به گونه ای که تعداد بیماری در گروه ناتوان (۴۳/۶۳٪) بیشتر بود. بین سن و سطح توانمندی با درصد تفاوت ۲۱/۱۳٪ رابطه معنی دار مشاهده شد ($p<0/0001$)؛ در گروه ناتوان سن بیشتر بود. طول مدت اقامت در سرای سالمندان و تعداد فرزند در گروه ناتوان بیشتر بود ولی این تفاوتها معنی دار نبودند. بین سطح توانمندی با میزان اعتقادات مذهبی رابطه معکوس معنی دار وجود داشت ($OR= 6.89$ و $p=0/005$) بین میزان تمایل به شرکت در جلسات مذهبی و سطح توانمندی در ADL رابطه معنی دار وجود نداشت؛ با اینحال نمره بارتل در افراد با تمایل در حد متوسط به پایین جهت شرکت در جلسات مذهبی

پرسشنامه در مطالعات متعدد در سالمندان بررسی شده است (۲۲، ۳۵-۳۳). برخی مطالعات نشان داده اند که اگر این ابزار تنها از طریق مصاحبه تکمیل شود، اعتبار آن کاهش می یابد (۳۵). در مطالعه حاضر اطلاعات براساس مشاهده تکمیل گردید. پایایی این ابزار در ایران توسط اویس قرن^۱ در گروهی از افراد مبتلا به سکته یا خونریزی مغزی در اصفهان با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ مسجل گردیده است (۲۰) و توسط عالیپور نیز در سالمندان ساکن خانه سالمندان مورد استفاده قرار گرفته است (۲۱). اعتبار آن نیز با روش ترجمه مستقیم و بالعکس^۲ انجام شد و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد ($r=0/95$).

پس از تعیین وضعیت خودکفایی در عملکرد روزانه در مقیاس ۱۰۰-۰ و توصیف وضعیت موجود با استفاده از آمار توصیفی؛ بر اساس نمره بارتل افراد به دو گروه تقسیم شدند. نمرات ۹۰-۰ یعنی افرادی که دارای سطح خودکفایی ضعیف بودند به عنوان گروه ناتوان و نمرات ≥ 91 یعنی افرادی که دارای سطح خودکفایی متوسط به بالا بودند به عنوان گروه توانمند منظور شدند. با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمونهای آمارتی تست، کای دو، آزمون دقیق فیشر، من ویتنی یو، مجذور کای، ییتس- کای اسکوتر، OR و درصد تفاوت^۳ وضعیت عوامل مرتبط مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در کلیه تحلیلها سطح معنی داری ۰/۰۵ منظور شد.

یافته ها

میانگین و انحراف معیار نمره بارتل در مقیاس ۱۰۰-۰ واحدهای مورد بررسی $36/94 \pm 63/85$ بود. شیوع ناتوانی در انجام حداقل یکی از ابعاد ۸۶٪ بود.

سطح خودکفایی در انجام عملکرد روزانه در ۷۱ نفر (۷۱٪) ضعیف، ۱۵ نفر (۱۵٪) متوسط و در ۱۴ نفر (۱۴٪) خوب برآورد شد.

1. Oveisgharan

2. Back & Forward

3. میانگین گروه نامطلوب - میانگین گروه مطلوب

میانگین گروه مطلوب

×۱۰۰

مذکور بیشتر می باشد. صرفنظر از فاکتورهای دموگرافیک واحدهای مورد بررسی، نوع ابزار استفاده شده و تعریف عملی ارائه شده از ناتوانی در مطالعات، محل سکونت سالمندان که در این مطالعات بیشتر در جامعه است و منزل است می تواند علت این تفاوت مشهود باشد چرا که بنظرمی رسد ناتوانی خود یکی از عوامل خطر سپردن سالمند به خانه سالمندان می باشد؛ لذا بدیهی است که انتظار می رود شیوع آن در سالمندان مقیم خانه های سالمندان بیشتر باشد. پژوهش فعلی نشان داد که کمترین مشکل در ارتباط با غذا خوردن و بیشترین مشکل به ترتیب در ارتباط با استحمام، نظافت فردی و بالا و پایین رفتن از پله بود. یامادا^۴ مشکل در حمام کردن و بالا و پایین رفتن از پله را به عنوان معمولترین ناتوانی ها در سالمندان بستری کشور ژاپن گزارش کرد (۲۴). در مطالعه جاگر روی سالمندان انگلیسی الگوی شروع ناتوانی در ارتباط با عملکرد روزانه را به ترتیب ناتوانی در حمام کردن، تحرک، استفاده از دستشویی، لباس پوشیدن، جابجایی در تخت و صندلی و غذا خوردن گزارش کرد (۱۳). گیل^۵ میزان بروز ناتوانی دائمی در استحمام را ۴۴/۲٪ (۳۶)، و نیک^{۱۰} ۳۱٪ محاسبه کرد و معمولترین علت آن را اشکال در تعادل، شکایات مفصلی و ترس از سقوط گزارش کرد (۱۲). در بررسی انجام شده توسط سرانیو سالمندان ایتالیایی مبتلا به کانسر ۱۱/۸٪ در لباس پوشیدن، ۱۰/۵٪ در استحمام، ۱۰/۴٪ در تحرک، ۸/۹٪ در استفاده از دستشویی، ۸٪ در کنترل ادرار و مدفوع و ۶/۶٪ در غذا خوردن مشکل داشتند (۵). در حالیکه، در مطالعه چن روی در سالمندان سنگاپوری معمولترین مشکل بی اختیاری ادراری بود (۱۶). بهر حال در اکثر مطالعات اشاره شده ناتوانی در استحمام جزء اولین ابعاد عملکرد روزانه

بود و در گروه با تمایل در حد زیاد و بالاتر ۶۸/۶۳±۳۴/۵۶ بود که آزمون من ویت نی یو این تفاوت را معنی دار نشان داد (p=۰/۰۰۵).

بحث

در مطالعه حاضر شیوع ناتوانی در انجام حداقل یکی از ابعاد عملکرد روزانه در واحدهای مورد بررسی ۸۶٪ بود. در ۷۱٪ سطح خودکفایی در انجام عملکرد روزانه ضعیف برآورد گردید. در مطالعه عالیپور روی سالمندان ساکن خانه سالمندان صادقیه اصفهان سطح توانمندی در ۹۸٪ ضعیف بود در مطالعه جغتایی ۹٪ سالمندان به علت مشکلات جسمانی قادر به انجام فعالیتهای روزمره خود نبودند (۱۱). در بررسی جاگر^۱ شیوع ناتوانی در انجام عملکرد روزانه در سالمندان ساکن جامعه کشور انگلیس ۴۷/۶٪ گزارش شد (۱۳). در پژوهشی روی سالمندان ساکن جامعه نیو هاون میزان بروز ناتوانی شدید ۶۵/۲٪ گزارش گردید (۱۴). در مطالعه ای در روتردام با استفاده از پرسشنامه^۲ HAO شیوع ناتوانی^۳ ۳۱/۸٪ برآورد گردید که از بین آنها ۵۲/۴٪ به ناتوانی شدید مبتلا بودند (۱). ناتوانی در انجام حداقل یکی ابعاد عملکرد روزانه در سالمندان ساکن جامعه کشور سنگاپور ۱۷٪ گزارش شد (۱۶). در پژوهش والترگینز برگ^۳ روی سالمندان ساکن منزل یا خانه سالمندان فلسطین اشغالی ۲۱٪ (۱۰)، مطالعه ان جی^۴ روی سالمندان کشور سنگاپور ۶/۶٪ (۱۷) و در مطالعه چن^۵ روی سالمندان چینی ساکن جامعه ۸/۲۸٪ گزارش شد (۱۸). در یک مطالعه کوهورت سه ساله روی سالمندان ۶۵ سال به بالای تایوانی، میزان بروز ناتوانی مزمن ۱۱٪ بیان شد (۱۹). سرانیو^۶ شیوع ناتوانی عملکردی را در سالمندان مبتلا به سرطان کشور ایتالیا ۱۷٪ تخمین زد (۵). شیوع ناتوانی در عملکرد روزانه در مطالعه گراسیانی^۷ روی سالمندان ساکن جامعه کشور اسپانیا ۱۹/۱٪ محاسبه شده (۴). در کل، شیوع ناتوانی در انجام عملکرد روزانه در مطالعه حاضر در مقایسه با غالب مطالعات

1. Jagger
2. Health assessment Questionnaire
3. Walter-Ginzburg
4. Ng
5. Chen
6. Serraino
7. Graciani
8. Yamada
9. Gill
10. Naik

است که در انجام آن فرد دچار مشکل می شود و این مورد با یافته های پژوهش فعلی مطابقت دارد.

در پژوهش حاضر شیوع توانمندی ضعیف در مردان بیشتر بود، البته این ارتباط معنی دار گزارش نشد. در مطالعه دیوین^۱ شیوع ناتوانی در سن ۸۰ سال به بالا در جنسیت مذکر بیشتر گزارش شده است (۸). در بررسی هاچی سوکا^۲ در بیماران سالمند مبتلا به سکتته مغزی تفاوت معنی داری در نمره بارتل بین دو جنس گزارش نشد (۳۷). مطالعه دیگری که همین محقق در سالمندان ساکن جامعه در ژاپن انجام داد مبین آن بود که در دو بخش تحرک و خودمراقبتی، بین دو جنس تفاوت معنی دار وجود نداشت (۳۳). بعضی مطالعات به شیوع بیشتر ناتوانی در امر حمام کردن در زنان اشاره کرده اند (۱۳). در مطالعه عالیپور نیز نمره بارتل در مردان بطور معنی دار بالاتر از خانمها بود (۲۱). سایر مطالعات نیز جنسیت مونث را بعنوان فاکتور خطر در بروز ناتوانی گزارش کرده اند (۱، ۳۰، ۲۹، ۱۷، ۱۶، ۱۰، ۴). بنظر می رسد سن از جمله عوامل مهمی است که تاثیر جنسیت را تحت تاثیر قرار می دهد.

در این پژوهش شیوع توانمندی ضعیف در افراد بیسواد بیشتر بود؛ البته این اختلاف معنی دار گزارش نشد. در مطالعه گراسیانی شیوع ناتوانی در انجام فعالیتهای روزانه در افرادی که از تحصیلات کمتری برخوردار بودند بیشتر بود (۸، ۴). در این مورد نیز مسائلی مثل تفاوت در سطح آگاهی، درآمد، دسترسی بهتر و بیشتر به تسهیلات بهداشتی و ... می تواند توجیه کننده یافته فوق باشند.

در مطالعه حاضر شیوع توانمندی ضعیف در افراد ازدواج کرده، و دارای فرزند، بیشتر بود؛ تعداد فرزند نیز در گروه ناتوان بیشتر بود اما این اختلافها معنی دار نبودند. در مطالعه گراسیانی شیوع ناتوانی در بویه ها بیشتر بود ولی این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود (۴). در مطالعه دیوین گزارش شد که تاهل خطر بروز ناتوانی را افزایش می دهد (۸). احتمالاً مسائل و مشکلات زندگی زناشویی و فشار زندگی در کسب این نتیجه بی تاثیر نیست.

در تحقیق حاضر شیوع توانمندی ضعیف در افرادی که محل سکونت قبلیشان روستا بود بیشتر گزارش شد، البته این اختلاف معنی دار نبود. در بررسی توکر^۳ مشخص شد که شیوع ناتوانی عملکردی در سالمندان ساکن مناطق مختلف ماساچوست متفاوت بود (۱۵). مطالعه والترگینزبرگ نیز نشان داد شیوع ناتوانی در متولدین کشورهای مختلف متفاوت است (۱۰). تفاوتهای فرهنگی، تفاوت در سبک زندگی و ... می تواند در توجیه تاثیر عامل محیط کمک کننده باشد.

در مطالعه حاضر شیوع توانمندی ضعیف در افرادی که فعالیتشان در زمان اشتغال کم بود بیشتر گزارش شد، البته این تفاوت معنی دار نبود. در مطالعه گراسیانی مشخص شد که فعالیت فیزیکی کم یک عامل خطر در بروز ناتوانی می باشد (۴). وو^۴ نیز نشان داد بروز ناتوانی در عملکرد روزانه با ورزش منظم ارتباط معکوس دارد (۱۹).

در پژوهش فعلی شیوع توانمندی ضعیف در افراد مبتلا به بیماری بیشتر بود ولی این اختلاف از نظر آماری معنی دار نبود. در مطالعه عالیپور بین وضعیت خودگزارش دهی سلامت با ناتوانی رابطه معنی دار گزارش شد (۲۱). یافته های مطالعات مشابه تأیید کننده ارتباط ابتلا به بیماری اعم از روانی ذهنی و جسمانی با ناتوانی می باشند (۳۰، ۲۹، ۲۶، ۲۵، ۲۳، ۱۸، ۱۷، ۱۵، ۸، ۴، ۱). در مطالعه یامادا نیز بین نمره بارتل و نوع بیماری رابطه وجود داشت (۲۴).

همچنین در این بررسی بین نوع اقامت و ناتوانی ارتباط معنی دار وجود نداشت در حالیکه، در مطالعه عالیپور در موارد اقامت موقت وضعیت توانمندی بهتر گزارش شده بود (۲۱). در این بررسی تعداد بیماری در گروه ناتوان بطور معنی دار بیشتر بود. مطالعات مشابه بیانگر تاثیر تعداد بیماری بر ناتوانی می

1. Davin
2. Hachisuka
3. Tucker
4. Wu

ارتباط ندارد (۲۷). بنظر می رسد صرفنظر از مشخصات نمونه ها علت یافته پژوهش فعلی این است که احتمالاً سالمندان ناتوان از مذهب به عنوان یک شیوه مقابله استفاده نموده اند؛ یعنی به علت ناتوانی و رویارویی با استرسهای جسمی و روحی متعدد احتمالاً برای کاهش اثرات استرس به منظور سازگاری بیشتر و بهتر مقابله مذهبی را بکار گرفته اند. مقابله مذهبی روشی است که افراد از شعائر و عقاید مذهبی جهت مقابله با مشکلات و فشارهای زندگی بهره می گیرند (۳۸).

نتیجه گیری

شیوع ناتوانی در عملکرد روزانه در سالمندان مقیم خانه سالمندان زیاد است. بیشترین ناتوانی در عملکرد روزانه به ترتیب مربوط به استحمام، نظافت فردی و بالا و پایین رفتن از پله می باشد. لازم است دست اندرکاران سازمان بهداشتی و سایر ارگانهای مرتبط با این موارد در تامین نیروی انسانی، ارائه برنامه های آموزش حین خدمت، تامین امکانات و تجهیزات توانبخشی جهت مراکز نگهداری از سالمندان، توجه نمایند. بعلاوه بین سن و تعداد بیماری و میزان اعتقادات مذهبی با ناتوانی در انجام عملکرد روزانه ارتباط وجود داشت؛ توجه به این موارد جهت شناسایی سالمندان نیازمند اقدامات حمایتی و ارائه خدمات مطلوبتر به آنها ضروری است. پیشنهاد می شود در کلیه مراکز نگهداری سالمندان در مقاطع زمانی مختلف بصورت دوره ای سطح توانمندی این گروه در انجام عملکرد روزانه بررسی شود.

تقدیر و تشکر

پژوهشگران برخوردلازم می دانند از واحدهای شرکت کننده در پژوهش و سایر افرادی که در جمع آوری اطلاعات یاری دادند تشکر و قدردانی نمایند.

باشند (۲۹، ۱۸، ۴). در مطالعه حاضر سن افرادی که از توانمندی ضعیف برخوردار بودند بطور معنی دار بالاتر بود. این مورد با یافته های مطالعات پیشین مطابقت دارد (۳۱، ۲۹، ۲۱، ۱۹، ۱۷، ۱۶، ۱۳، ۱۰، ۸، ۵، ۴، ۱).

پژوهش فعلی نشان داد طول مدت اقامت در گروهی که از توانمندی ضعیف برخوردار بودند کوتاهتر بود. اما این اختلاف معنی دار نبود. در حالیکه، در مطالعه عالیپور با افزایش طول مدت اقامت نمره بارتل کاهش نشان داد (۲۱). شاید علت تفاوت این است که اصلاً طول مدت اقامت سالمندان در مرکز گلابچی، به علت نوپا بودن خیلی زیاد نیست و احتمالاً در افرادی که طول مدت اقامتشان کوتاهتر است به علت اینکه هنوز با شرایط سازگاری حاصل نکرده اند و از امکانات، تسهیلات و برنامه های توانبخشی به مدت کافی برخوردار نبوده اند، سطح توانمندی پایین تر است.

در این مطالعه مشخص شد شیوع توانمندی ضعیف در افرادی که فواصل ملاقاتشان با نزدیکان حداکثر یک ماه می باشد بیشتر است، البته این اختلاف معنی دار گزارش نشد. سیمن^۱ نشان داد برخورداری بیشتر از حمایت ابزاری، در مردان خطر ناتوانی در عملکرد روزانه را افزایش می دهد، در حالیکه در زنان اینگونه نیست. وی در رابطه با اثرات مثبت و منفی تعاملات اجتماعی بر وضعیت سلامت و عملکرد سالمند ضرورت بررسی بیشتر را یادآور شده است (۲۸). بنظر می رسد خانواده هایی که رابطه بهتری با سالمندشان دارند از روی ناچاری، به علت محدودیتهای شدید سالمند و برای دریافت خدمات بهتر وی را به مراکز سپرده اند، با این دید انتظار می رود در آن گروه ناتوانی شدید بیشتر گزارش شود.

در بررسی حاضر شیوع توانمندی ضعیف در گروهی که میزان اعتقادات مذهبی و میزان تمایل جهت شرکت در مراسم مذهبی در حد زیاد به بالا گزارش شده بود، بیشتر بود؛ البته در مورد متغییر اول این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود. در مطالعه آرکوری^۲ روی مبتلایان به دیابت در آمریکا مشخص شد سلامت و وضعیت عملکرد با فعالیتهای مذهبی فردی

1. Seeman
2. Arcury

جدول شماره ۱ : مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش

مشخصات	فراوانی
جنس	زن (۷۲)۷۲
	مرد (۲۸)۲۸
تحصیلات	پیسواد (۹۱)۹۱
	ابتدایی (۶)۶
	دبیرستان (۲)۲
	دانشگاهی (۱)۱
وضعیت تاهل	مجرد (۴۶)۴۶
	متاهل (۶)۶
	همسر مرده (۳۷)۳۷
	مطلقه (۹)۹
بیماری مزمن شناخته شده	ندارد (۶)۶
	دارد (۹۴)۹۴
نوع انتقال	اجباری (۹۸)۹۸
	اختیاری (۲)۲
دفترچه بیمه	ندارد (۷)۷
	دارد (۹۳)۹۳
محل سکونت قبلی	شهر (۶۱)۶۱
	روستا (۳۹)۳۹
نوع اقامت	موقت (۱)۱
	دائم (۹۹)۹۹
فرزند	ندارد (۶۱)۶۱
	دارد (۳۹)۳۹
فواصل ملاقات با نزدیکان	بدون (۷)۷
	ملاقات هفتگی (۸)۸
	هر دو هفته (۱۴)۱۴
	ماهانه (۲۹)۲۹
	بیش از یک ماه (۴۲)۴۲
میزان فعالیت در زمان اشتغال	زیاد (۵۰)۵۰
	متوسط (۳۴)۳۴
	کم (۱۶)۱۶
تعداد بیماری	۰ (۶)۶
	۱ (۵۰)۵۰
	۲ (۳۵)۳۵
	۳ (۸)۸
	۴ (۱)۱
میزان اعتقادات مذهبی	ضعیف (۴۱)۴۱
	متوسط (۳۳)۳۳
	زیاد (۱۶)۱۶
	خیلی زیاد (۱۰)۱۰
میزان تمایل به شرکت در جلسات مذهبی	کم (۵۵)۵۵
	متوسط (۲۹)۲۹
	زیاد (۱۴)۱۴
	خیلی زیاد (۲)۲
سن	۷۲/۱۶±۱۱/۶۶ سال
تعداد فرزند	۱/۳۶±۲/۰۱ نفر
مدت اقامت	۴۹/۸۶±۳۱/۴۷ ماه
تعداد بیماری	۱/۹۸±۰/۷۷

جدول شماره ۲: فراوانی افراد ساکن خانه سالمندان گلابچی کاشان ۱۳۸۶

برحسب وضعیت خودکفایی در هر یک از ابعاد دهگانه شاخص بارتل

ابعاد شاخص بارتل	وضعیت خودکفایی	
	کاملاً وابسته	نیمه وابسته
کنترل ادرار	(۳۰)۳۰	(۶)۶
کنترل مدفوع	(۲۷)۲۷	(۷)۷
استفاده از دستشویی	(۲۷)۲۷	(۱۹)۱۹
غذا خوردن	(۱۶)۱۶	(۱۵)۱۵
انتقال از صندلی یا ویلچر به تخت و برعکس	(۱۸)۱۸	وابستگی جزئی و وابستگی عمده (۵۷)۵۷
راه رفتن	(۲۳)۲۳	(۵)۵
لباس پوشیدن	(۲۵)۲۵	(۲۲)۲۲
بالا و پایین رفتن از بله	(۲۷)۲۷	(۲۶)۲۶
نظافت فردی	وابسته (۶۵)۶۵	(۳۵)۳۵
استحمام	(۸۴)۸۴	(۱۶)۱۶

جدول شماره ۳: فراوانی افراد ساکن خانه سالمندان گلابچی کاشان برحسب وضعیت توانایی در عملکرد روزانه و به تفکیک عوامل مرتبط ۱۳۸۶

عوامل مرتبط	وضعیت توانمندی		نتیجه آزمون
	متوسط به بالا (توانمند)	ضعیف (ناتوان)	
جنس	زن	(۷۲/۴)۲۱	P=۱*
	مرد	(۲۷/۶)۸	
سطح تحصیلات	پاسواد	(۱۷/۲)۵	P=۰/۱۲**
	بیسواد	(۸۲/۸)۲۴	
وضعیت تاهل	ازدواج نکرده	(۶۲/۱)۱۸	P=۰/۰۹*
	ازدواج کرده	(۳۷/۹)۱۱	
نوع انتقال	اختیاری	(۶/۹)۲	P=۰/۰۸***
	اجباری	(۹۳/۱)۲۷	
دفترچه بیمه	دارد	(۹۳/۱)۲۷	P=۱**
	ندارد	(۶/۹)۲	
فواصل ملاقات	بدون ملاقات یا بیش از یک ماه	(۵۱/۷)۱۵	P=۰/۸۳*
	یک ماه یا کمتر	(۴۸/۳)۱۴	
محل سکونت قبلی	شهر	(۶۹)۲۰	P=۰/۴۱*
	روستا	(۳۱)۹	
فعالیت در زمان اشتغال	زیاد و متوسط	(۸۹/۷)۲۶	P=۰/۳۹**
	کم	(۱۰/۳)۳	
بیماری	ندارد	(۱۰/۳)۳	P=۰/۳۵**
	دارد	(۸۹/۷)۲۶	
نوع اقامت	دائمی	(۱۰۰)۲۹	P=۰/۱**
	موقت	(۱/۴)۱	
فرزند	ندارد	(۶۵/۵)۱۹	P=۰/۷۱*
	دارد	(۳۴/۵)۱۰	
میزان اعتقادات مذهبی	ضعیف و متوسط	(۹۳/۱)۲۷	P=۰/۰۰۵***
	زیاد و خیلی زیاد	(۶/۹)۲	
میزان تمایل به شرکت در جلسات مذهبی	ضعیف و متوسط	(۹۳/۱)۲۷	P=۰/۱۴*
	زیاد و خیلی زیاد	(۶/۹)۲	
تعداد بیماری		۱/۱±۰/۵۶	P=۰/۰۰۳****
سن		۶۲/۷۶±۸/۴۰ سال	P=۰/۰۰۱*****
مدت اقامت در سرای سالمندان		۵۹/۸۹±۲۷/۵۴ ماه	P=۰/۰۷****
تعداد فرزند		۱/۰۳±۱/۷۶	P=۰/۴****

Yate's Chi-square *

Fisher's exact test **

χ^2 ***

Mann-Whitney U ****

T-test *****

***** اعداد به صورت انحراف معیار ± میانگین است

منابع

1. Tas U, Verhagen AP, Bierma-Zeinstera SMA, et al. Incidence and risk factors of disability in the elderly. *Preventive Medicine* 2007; 44(3):272-278.
۲. ادیب حاج باقری م، امین الرعایایی یمینی ع. نگرش دانش آموزان ابتدایی به سالمندی. خلاصه مقالات کنگره سالمندی: دانشگاه علوم پزشکی کاشان، آبان ۱۳۸۶: ۱۳.
۳. پوررضا ا، خبیری نعمتی ر. اقتصاد بهداشت و سالمندی. سالمند، زمستان ۱۳۸۵؛ ۱(۲): ۸۰-۸۷.
4. Graciani A, Banegas JR, Lopez-Garcia E, et al. Prevalence of disability and associated social and health-related factors among the elderly in Spain. *Maturitas*, 2004; 48(4):381-392.
5. Serraino D, Fratino L, Zagonel V. Prevalence of functional disability among elderly patients with cancer. *Critical Reviews in oncology / Hematology*, 2001; 39(3):269-273.
۶. نودهی مقدم ا، احسانی فر ف. بررسی اختلالات جسمی حرکتی سالمندان مراجعه کننده به مراکز توانبخشی بهزیستی شهر تهران سال ۱۳۸۵. سالمند زمستان ۱۳۸۵؛ ۱(۲): ۱۲۵-۱۳۱.
۷. محمدصالحی ن، محمدبیگی ا. روند سالمندی در ایران وجهان. خلاصه مقالات کنگره سالمندی: دانشگاه علوم پزشکی کاشان، آبان ۱۳۸۶.
8. Davin B, Paraponaris A, Verger P. Demographic and socioeconomic factors associated with needs for home assistance among community – dwelling elderly. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 2005; 53(5):509-24.
9. Gill TM, Allore HG, Han L. Bathing disability and the risk of long-term admission to a nursing home. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, Aug 2006; 61(8):821-5.
10. Walter-Ginzburg A, Guralnik JM, Blumstein T, et al. Assistance with personal care activities among the old-old in Israel. *J AM Geriatr* 2001; 49(9):1176-84.
۱۱. جغتایی م ت، اسدی م ح. وضعیت موجود سالمندان و ضرورت توجه به نیازهای آنان. حکیم بهار ۱۳۷۸؛ ۲(۱): ۶-۱.
12. Naik AD, Concato J, Gill Tm. Bathing disability in community – living older persons. *J AM Geriatr Soc*, 2004; 52(11):1805-10.
13. Gagger C, Arthur AJ, Spiers NA, et al. Patterns of onset of disability in activities of daily living with age. *J AM Geriatr*, Apr 2001; 49(4):404-9.
14. Gill TM, Kurland B. The burden and patterns of disability in activities of daily living among community – living older persons. *J Gerontol A Biol Sci Med*, 2003; 58(1):70-5.
15. Tucker KL, Falcon LM, Bianchi LA, et al. Self-reported prevalence and health correlates of functional limitation among Massachusetts elderly Puerto Ricans, Dominicans, and non-Hispanic white neighborhood comparison group. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2000; 55(2):M90-7.
16. Chan KM, Pang WS, Ee CH, et al. Functional status of the elderly in Singapore. *Singapore Med J*, 1999; 40(10):635-8.

17. NG TP, Niti M, Chiam PC, etal. Prevalence and correlates of functional disability in multiethnic elderly Singaporeans J AM Geriatr Soc, 2006; 54(1):21-9.
18. Chen P, Yu Es, Zhang M, etal. ADL dependence and medical conditions in Chinese older persons. J AM Geriatr Soc Apr 1995; 43(4):378-83.
19. Wu SC, Leu Sy, Li CY. Incidence of and predictors for chronic disability in activities of daily living among older people in Taiwan. J AM Geriatr Soc, Sep 1999; 47(9):1082-6.
20. Oveisgharan S, Shirani S, Ghorbani A, etal. Barthel index in a Middle-East country: translation, validity and reliability. Cerebrovasc Dis, Aug 2006; 22(5-6):350-4.
۲۱. عالیپور ل، صفری ز، دوازده امامی ا. وضعیت فعالیت روزمره زندگی سالمندان. مجله دانشکده پرستاری مامایی اصفهان تابستان ۱۳۸۴: ۲۸-۴.
22. Hachisuka K, Okata H, Ohkuma H, etal. Test-retest and inter-method reliability of the self-rating Barthel index. Clin Rehabil, Feb 1997; 11(1):28-35.
23. Mangialasche F, Ercolani S, Mariani E, etal. Disability in ambulatorial depressed elderly patients. Alzheimer's and Dementia Jul 2006; 2(3(1)): 577.
24. Yamada H, Takahashi R, Ozawa T. Basic activities of daily living of elderly inpatients. Nippon Ronen Igakkai Zasshi, Jan 1998; 35(1):44-55.
25. Minamawari Y, Kato T, Aso K. Cognitive function and basic activity of daily living of elderly disabled inpatients. Nippon Ronen Igakkai Zasshi, Mar 2000; 37(3):225-32.
26. Odding E, Valkenburg HA, Stam HJ, etal. Determinants of locomotor disability in people aged 55 years and over: the Rotterdam study. Eur J Epidemiol, 2001; 17(11):1033-41.
27. Arcury TA, Stanfford JM, Bell RA, etal. The association of health and functional status with private and public religious practice among rural, ethnically diverse, older adults with diabetes. J Rural Health summer 2007; 23(3):246-53.
28. Seeman Te, Bruce MI, McAvay GJ. Social network characteristics and onset of ADL disability. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci, 1996; 51(4): 191-200.
29. Menendez J, Guevara A, Arcia N, etal. Chronic disease and functional limitation in older adults: A comparative study in seven cities of latin America and the Caribbean. Rev Panama Salud Publica, 2005; 17(5-6):353-61.
30. Dunlop DD, Manheim LM, Sohn MW, etal. Incidence of functional limitation in older adults. Arch Phys Med Rehabil, 2002; 83(7):964-71.
31. Gill TM, Guo Z, Allore HG, The epidemiology of bathing disability in older persons. J AM Geriatr Soc 2006; 54(10):1524-30.
32. Collin C, Wade DT, Davies S, etal. The Barthel ADL index: a reliability study. International Disability Study, 1988; 10(2):61-63.
33. Hachisuka K, Saeki S, Tsutsui Y, etal. Gender-related differences in scores of the Barthel index and Frenchay activiyies index in randomly sampled elderly persons living at home in Japan. J Clin Epidemol, 1999; 52(11)1089-94.
34. Lubke N, Meinck M, Von Rentelen – Kruse W. The Barthel index in Geriatrics. Z Gerontol Geriatr, 2004; 37(4):316-26.
35. Sainsbury A, Seebass G, Bansal A, etal. Reliability of the Barthel index when used with older people. Age Ageing, 2005; 34(3):228-32.

36. Gill TM, Han L, Allore HG. Predisposing factors and precipitants for bathing disability in older persons. J AM Geriatr Soc ,2007; 55(4):534-40.

37. Hachisuka K, Tsutsui Y, Furusawa K, et al. Gender differences in disability and lifestyle among community – dwelling elderly stroke patients in Kitakyushu, Japan. Archives of physical medicine and Rehabilitation ,1998; 79(8):998-1002.

۳۸. عظیمی ح، ضرغامی م. بررسی مقابله مذهبی و میزان اضطراب در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سال تحصیلی ۷۹-۱۳۷۸. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران بهار ۱۳۸۱؛ ۱۲(۳۴): ۴۶-۳۷.