

ارزیابی میزان ناتوانی در سالمندان شهر تهران (سال ۱۳۸۶)

(مقاله پژوهشی)

۱- محمدرضا شهبازی ۲- مجید میرخانی ۳- نیکتا حاتمی زاده ۴- مهدی رهگذر

چکیده:

هدف: این مطالعه با هدف ارزیابی میزان ناتوانی در سالمندان شهر تهران انجام شده است. این تحقیق تلاش دارد با شناسایی و ارزیابی ناتوانی سالمندان در حوزه های مختلف با استفاده از ابزار 'WHODAS II' سیاستگذاران و برنامه ریزان امور سالمندی را در تعیین خدمات مورد نیاز سالمندان کمک کند.

روش بررسی: این مطالعه به روش توصیفی و تحلیلی انجام شده است. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه WHODAS II نسخه ۳۶ سوالی بدون احتساب روز که توسط پرسشگر و با مصاحبه تکمیل می شد، جمع آوری گردید. نمرات خام کسب شده بر اساس الگوریتم سازمان جهانی بهداشت به امتیاز ۰-۱۰۰ تبدیل گردید. تعداد ۶۰۰ نفر از افراد ۶۰ ساله و بالاتر شهر تهران در این پژوهش با مراجعه به منزلشان مورد مصاحبه قرار گرفتند. روش انتخاب مصاحبه شوندگان، طبقه بندی خوشه ای بود. داده های حاصل با استفاده از آزمون های آماری خی دو، من ویتنی، کروسکال والیس و ضریب همبستگی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: میانگین نمرات ناتوانی سالمندان شهر تهران ۳۳/۳ با انحراف معیار ۲۵/۹ بود. از این میان نمرات ناتوانی برای زنان ۳۳/۶ با انحراف معیار ۲۳/۸ و برای مردان ۳۳/۰ با انحراف معیار ۲۸/۱ بود. میانگین نمرات ناتوانی سالمندان شهر تهران در میان مردان و زنان اختلاف معناداری نداشت ($P < 0.05$). و میانگین نمرات ناتوانی سالمندان شهر تهران با افزایش سن افزایش پیدا می کرد ($P > 0.05$). بیشترین ناتوانی آنان در حوزه های مورد بررسی مربوط به تحرک و جابجایی، انجام وظایف خانه و خانواده و مشارکت در جامعه بود.

نتیجه گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که میانگین نمرات ناتوانی سالمندان شهر تهران از میزان بالایی به ویژه در تحرک و جابجایی، انجام وظایف خانه و خانواده و مشارکت در جامعه برخوردار است. بنابراین لازم است توجه بیشتری به بیماری ها، اختلال ها و آسیب هایی که منجر به ناتوانی در میان سالمندان می شود از طریق اقدامات پیشگیرانه، درمان بموقع و موثر و توانبخشی بهنگام آنها داشته و در جهت طراحی و تامین وسایل کمکی مورد نیاز و مناسب سازی محیط های داخل منزل و محیط های بیرونی نیز عمل نمود.

کلید واژه ها: سالمند، ناتوانی و WHODAS II

- ۱ - کارشناس ارشد مدیریت توانبخشی
- ۲ - کارشناس ارشد مدیریت توانبخشی عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- ۳ - دکترای تخصصی کودکان عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- ۴ - دکترای آمار زیستی عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

1-World Health Organization Disability Assessment Schedule II

مقدمه

سالمندی را در جوامع در حال توسعه دو چندان خواهد کرد. (۲)

بر اساس آمار و اطلاعات سازمان جهانی بهداشت هم اکنون حدود ۱۰ درصد جمعیت جهان (حدود ۶۰۰ میلیون نفر) را گروه سنی ۶۰ سال و بالاتر تشکیل می دهد. با توجه به افزایش شاخص های بهداشتی، کنترل و درمان بیماری ها، بهبود وضعیت تغذیه و بطور کلی توسعه اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی جوامع نرخ سالمندی در جهان رو به افزایش است. تا سال ۲۰۵۰ جمعیت سالمندی جهان ۳/۵ برابر خواهد شد. قسمت اعظم این افزایش در چند دهه آینده

سالمندی بخشی از فرآیند زیستی است که تمام موجودات زنده از جمله انسان را در بر می گیرد. و قسمتی از زندگی است که پس از میانسالی حادث می شود. (۱)

رشد روز افزون جمعیت سالمندی و جایگزینی انفجار جمعیت نوزادی^۱ با انفجار جمعیت در سالمندی^۲ در دو، سه دهه آینده موجب تغییر نمودار جمعیتی از شکل هرمی کنونی به استوانه ای خواهد شد، چرا که از هر پنج نفر یک نفر سالمند خواهد بود. و این امر اهمیت پرداختن به موضوع

- 1- Baby Boom
- 2- Aging Boom

مربوط به کشورهای در حال توسعه خواهد بود. (۳)

مرکز آمار ایران در سر شماری سال ۸۵ جمعیت سالمندان را ۵۱۲۱۰۴۳ نفر اعلام کرده است که ۷/۲ درصد جمعیت کشور را شامل می شوند. (۴) پیش بینی می شود تعداد این سالمندان در جهان تا سال ۱۴۳۰ (۲۰۵۰ میلادی) بالغ بر ۱/۸ میلیارد نفر و در ایران بیش از ۲۵ میلیون نفر شود. (۵). بر اساس سر شماری سال ۸۵ مرکز آمار ایران شهر تهران حدود ۸ میلیون و سیصد هزار نفر جمعیت دارد. (۴) با احتساب ۷/۲ درصد جمعیت سالمندی، برآورد می شود که ۵۹۸ هزار نفر از آنان ۶۰ ساله و یا بیش تر باشند.

بعد از سن میانسالی هر ساله بطور میانگین ۱/۵ درصد از کرائی عملکرد جسمی و ذهنی افراد کاسته می شود، (۶) به این ترتیب وقتی فرد به سن هفتاد سالگی می رسد بطور میانگین ۲۶ درصد از توانائی های خود را از دست داده است. و اکثر مردم با رسیدن به کهنسالی با ناتوانی های متعددی روبرو می شوند. به نحوی که کاهش توانائی در انجام فعالیت های روزمره زندگی و کاهش توان برقراری ارتباط با دیگران و مشارکت و حضور در جامعه منجر به کناره گیری و حذف تدریجی سالمند از جامعه می شود. (۷)

در حال حاضر در کشور ما برای ارائه خدمات اجتماعی و توانبخشی به سالمندان در تمامی سازمان های حمایتی سازمان بهزیستی، کمیته امداد امام(ره) و سایر سازمان های حمایتی سه معیار اصلی مد نظر قرار می گیرد: الف) وضعیت اقتصادی، ب) وضعیت اجتماعی و ج) تشخیص پزشکی مبنی بر نقص جسمی یا روانی به نحوی که فرد قادر به تامین نیازهای خود و خانواده نباشد.

همچنین در تعیین نوع خدمات مورد نیاز اجتماعی، توانبخشی و مشاوره) نیز ملاک ارزیابی، تشخیص پزشکی (توسط پزشک و سایر درمانگران) است. این در حالی است که در تشخیص پزشکی وضعیت بیماری و نقص فرد مورد ارزیابی قرار می گیرد که بر این اساس نمی توان خدمات مورد نیاز فرد شامل (خدمات مراقبتی، خدمات توانبخشی خدمات حمایتی و اجتماعی) را تعیین نمود. بنا براین برای پاسخگویی به نیازهای سالمندان دچار 1 - Impairment

ناتوانی می بایست ناتوانی آنان مورد ارزیابی قرار گیرد. در بررسی ناتوانی، محدودیت فعالیت و عملکرد و میزان مشارکت فرد بدون توجه به تشخیص پزشکی مورد ارزیابی قرار می گیرد. در واقع این موضوع مورد بررسی قرار می گیرد که فرد در انجام فعالیت های روزانه در یک زندگی عادی چه محدودیت ها و موانعی را تجربه می کند. و چه نیازهائی را دارد.

سازمان بهداشت جهانی برای اندازه گیری سلامت و ناتوانی در افراد پرسشنامه های مختلفی را طراحی و پیشنهاد نمود است که دو پرسشنامه 3-SF-6² و WHODAS³ II از معروفترین و کاربردی ترین آنها می باشند. پرسشنامه اول کیفیت زندگی و وضعیت سلامت و دومی ناتوانی را در شش حوزه ذیل مورد ارزیابی قرار می دهد. (۸)

- میزان ارتباط فرد با دیگران
- میزان تحرک فرد در درون و بیرون خانه
- میزان توانائی فرد در انجام مراقبت های فردی و حفظ بهداشت فردی
- میزان سازگاری فرد با دیگران
- توان انجام فعالیت های روزمره زندگی
- میزان مشارکت فرد در جامعه

با استفاده از پرسشنامه WHODAS II برای ارزیابی ناتوانی سالمندان، می توان به یافته های مفید ذیل دست یافت:

۱. شیوع، نوع و شدت ناتوانی در میان سالمندان
۲. سطح توانائی های آنان در انجام فعالیت های روزمره زندگی
۳. میزان سازگاری و ارتباط آنان با افراد خانواده و سایرین
۴. سطح توانائی های آنان برای فعالیت های اجتماعی و مشارکت اجتماعی

با شناسائی و ارزیابی ناتوانی در سالمندان، زمینه اطلاعاتی لازم برای سیاستگذاران و برنامه ریزان امور سالمندی کشور در جهت پاسخگویی به نیاز های وابسته به ناتوانی افراد سالمند فراهم خواهد شد. و از طرفی نتایج

2. Short Form- 36 Health Status Questionnaire
3. World Health Organization Disability Assessment Schedule II

داد که در آمریکا و کانادا ناتوانی در میان افراد ۵۵ ساله و بالاتر به یکباره شدت می یابد. شیوع ناتوانی در مردان و زنان و در گروه های سنی مختلف در دو کشور یکسان بوده و تفاوت چندانی نداشت. اما شیوع ناتوانی در زنان هر دو کشور بیشتر از مردان بود. و همچنین علی رغم تفاوت های اندکی در اولویت بندی ناتوانی ها دیده می شد، بیشترین ناتوانی ها در هر دو کشور مربوط به حرکت و جابجائی و راه رفتن بود. (۱۴)

نتایج پژوهش برانکا^۸ و سیل^۹ در کشور یوگسلاوی سابق نشان داد که ۲۹/۰ درصد سالمندان در حمام کردن، ۲۷/۳ درصد در لباس پوشیدن، ۶/۱ درصد در توالیت رفتن و ۳/۷ درصد در غذا خوردن دچار مشکل بوده اند. (۱۵)

نتایج پژوهش مانیشا سنگوپتا^{۱۰} در کشور چین نشان داد که ۴۵/۰ درصد از سالمندان حداقل در یکی از فعالیت های روزمره زندگی^{۱۱}، تحرک^{۱۲} و فعالیت های مرتبط به خانه و خانواده^{۱۳} دچار مشکل و محدودیت بودند. در میان فعالیت های مورد بررسی ناتوانی در تحرک (۴۰/۰ درصد) بیشترین فراوانی را نشان داد. زنان کم سواد، مجرد و فقیر بیشترین محدودیت را داشته اند. (۱۶)

نتایج پژوهش یوسف^{۱۴} در کشور اردن نشان داد که ۵۲/۷ درصد سالمندان اردنی در این طرف و آن طرف رفتن^{۱۵} نیاز به کمک دارند. ۲۰/۳ درصد در تحرک درون خانه، ۱۶/۳ درصد در حمام کردن، ۱۴/۷ درصد در لباس پوشیدن، ۸/۰ درصد در توالیت رفتن، ۵/۰ درصد برای غذا خوردن نیاز به کمک داشتند. و همچنین زنان از مردان بیشتر دچار ناتوانی بودند. (۱۷)

نتایج پژوهش مروتی شریف آبادی در ایران نشان داد که ۳۰/۵ درصد مردان و ۵۰/۳ درصد زنان توانائی کامل تهیه وسایل ضروری زندگی، ۳۱/۱ درصد مردان و ۴۰/۳ درصد زنان توانائی کامل راهپیمائی کوتاه، ۴۳/۰ درصد مردان و ۳۱/۶ درصد زنان توانائی کامل پختن غذا و ۸۰/۱ درصد

این تحقیق می تواند انگیزش مناسب برای بررسی ناتوانی و سنجش ارتباط آن با مقوله های متعدد دیگر (بطور مثال تاثیر وضعیت اقتصادی و اجتماعی بر میزان ناتوانی) را برای سایر محققان بوجود آورد.

با توجه به جدید بودن پرسشنامه WHODAS II تعداد پژوهش هایی که از این ابزار استفاده کرده اند بسیار محدود می باشد.

پژوهش توبرجین^۱ در کشور سوئد با استفاده از پرسشنامه WHODAS II نشان داد که میانگین نمرات ناتوانی افراد مبتلا به بیماری اسپوندیلوسیس آنکیلوزان ۲۳/۹ (SD=۱۵/۵) بود. (۹)

پژوهش پاسل^۲ در کشور آلمان با استفاده از پرسشنامه WHODAS II نشان داد که میانگین نمرات بیماران عضلانی - استخوانی برابر ۲۱/۹۸ (SD=۱۴/۳۲)، بیماران داخلی ۱۸/۴۷ (SD=۱۵/۳۲)، بیماران مبتلا به سکتة مغزی ۳۸/۷۲ (SD=۲۴/۷۹)، بیماران مبتلا به سرطان پستان ۲۳/۸۴ (SD=۱۶/۶۱) و بیماران دارای افسردگی ۴۴/۵۶ (SD=۱۸/۹۵) بوده است. (۱۰)

پژوهش دانشگاه ملی چجو^۳ در کشور کره با استفاده از پرسشنامه WHODAS II نشان داد که میانگین کل نمرات افراد دچار ناتوانی مورد بررسی را ۳۰/۵ (SD=۲۳/۲) بود. در حالی میانگین نمره ناتوانی افراد ۶۵ سال و بالاتر ۲۳/۷ (SD=۲۱/۴) داشتند. (۱۱)

پژوهش هودسن^۴ با استفاده از پرسشنامه WHODAS II نشان داد که میانگین نمرات ناتوانی افراد مبتلا به اسکلروزیس سیستمیک^۵ ۲۳/۷ بود و بیشترین ناتوانی آنان مربوط به تحرک و جابجائی، فعالیت های زندگی و مشارکت در جامعه می باشد. (۱۲)

پژوهش اوزیوکسل^۶ و اولوگ^۷ با استفاده از پرسشنامه WHODAS II نشان داد که میانگین نمره ناتوانی افراد مبتلا به افسردگی ۳۴/۴۲ (SD=۱۶/۹۰) بوده است. (۱۳)

پژوهش دپارتمان سلامت و منابع انسانی امریکا نشان

8. Branca, L

9. Seal, A

10. Manisha, Sengupta

11. Activities Daily Living

12. Mobility

13. Household Activities

14. Youssef, R.M

15. Getting around

1. A Van Tubergen

2. Miriam Posl

3. College of Medicine, Chejo National University

4. Hudson

5. Systemic Sclerosis

6. Ozyuksel, Banu

7. Ulug, Brenna

کسانی که امتیازات ۲۵-۵، ۵۰-۲۶، ۷۵-۵۱ و ۱۰۰-۷۶ را بدست آوردند دارای ناتوانی کم، متوسط، شدت و خیلی شدید محسوب شدند.

قبل از انجام مصاحبه اهداف پژوهش برای افراد توضیح داده می شد و از آنان موافقت شفاهی اخذ می گردید. و اطمینان داده می شد که اطلاعات آنان محرمانه تلقی شده و اصول حرفه ای رعایت خواهد شد. این پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۱/۵ و کاربرد آماره های آماری مقادیر فراوانی، دامنه، میانگین، انحراف معیار، واریانس و همچنین آماره های کای اسکور، من ویتنی، کروسکال وایس و ضریب همبستگی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

طیف سنی مصاحبه شونده ها بین ۶۰ تا ۹۱ سال بود. میانگین و انحراف معیار سنی آنان ۶۸/۸، ۶۸/۲، میانه ۶۶ سال، نما ۶۱ سال بود. ۶۳/۸ درصد مردان و ۳۸/۸ درصد زنان متأهل بودند. بین وضعیت تاهل در جامعه مردان و زنان ارتباط معناداری وجود داشت ($P < 0/05$) متاهلین مرد بیشتر از زنان متأهل بودند. و مجرد ها و همسر فوت شده ها در زنان سالمند بیشتر بودند. ۳۴/۴ درصد مردان و ۴۵/۰ درصد زنان بی سواد بودند. و ۸۲/۷ درصد از کل سالمندان مورد بررسی را افراد بی سواد و یا باسواد در حد ابتدائی تشکیل می دادند. بین رده های تحصیلی در جامعه مردان و زنان ارتباط معناداری وجود داشت ($P < 0/05$). مردان با سواد بیشتر بودند. ۷۵/۷ درصد مصاحبه شونده ها دارای زندگی مستقل بودند. بدین معنی که توان زندگی به تنهایی و بدون کمک دیگران را بر اساس اظهارات خودشان دارند. و ۲۴/۳ درصد آنان نیاز به کمک دارند. بین وضعیت زندگی در گروه مردان و زنان ارتباط معناداری وجود نداشت ($P < 0/05$).

میانگین نمره ناتوانی سالمندان ۲۵/۹ و ۳۳/۳ بود. میانگین نمره مردان ۲۸/۱ و ۳۳/۰ و میانگین نمره زنان ۲۳/۸ و ۳۳/۶ بود. میانگین رتبه نمرات ناتوانی در مردان و زنان سالمند شهر تهران اختلاف معناداری دیده نشد ($P < 0/05$). در حوزه های مورد بررسی بیشترین میانگین نمرات مربوط به تحرک و جابجائی، وظایف خانه و خانواده و مشارکت در جامعه

مردان و ۷۱/۱ درصد زنان توانائی کامل برقراری ارتباط مناسب را دارند و بقیه افراد یا اصلاً قادر به انجام موارد فوق نبوده و یا تا حدی می توانند آنها را انجام دهند. (۱۸)

نتایج پژوهش خوشبین نیز نشان داد که ۲۲/۵ درصد سالمندان در فعالیت های برشمرده شده کاملاً مستقل، ۴۲/۳ درصد نیاز به کمک دیگران (نیمه وابسته) و ۳۲/۲ درصد کاملاً وابسته هستند. (۱۹)

روش بررسی

این تحقیق به روش توصیفی، تحلیلی انجام شده است. جامعه آماری سالمندان شهر تهران بودند. تعداد ۶۰۰ نفر از آنان به روش طبقه بندی خوشه ای انتخاب شده و در این پژوهش مشارکت کردند. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه WHODAS II نسخه ۳۶ سوالی بدون احتساب روز بود که توسط سازمان بهداشت جهانی برای ارزیابی ناتوانی توصیه شده است. پرسشنامه توسط پرسشگر و با مصاحبه در درب منزل افراد تکمیل شد. پرسشنامه WHODAS II ناتوانی افراد در ۶ حوزه. برقراری ارتباط و درک مطلب فرد^۱، تحرک و جابجائی فرد که در اصطلاح^۱ این طرف و آن طرف رفتن « نامیده شده است^۲، مراقبت از خود^۳، سازش و زندگی با دیگران^۴، وظایف مرتبط با زندگی روزمره^۵ و مشارکت در جامعه^۶ را در طیف های بدون مشکل، مشکل کم، مشکل متوسط، مشکل زیاد و مشکل خیلی زیاد/عدم توانائی در سی روز گذشته مورد بررسی قرار می دهد. پایائی پرسشنامه با استفاده از آزمون_ پس آزمون مورد سنجش قرار گرفت. که ضریب آلفا کرونباخ آن ۰/۹۷۲۲. محاسبه شد.

به پاسخ هر سوال پرسشنامه براساس مقیاس لیکرت امتیازی ۵-۱ داده شد. حداقل نمره اکتسابی ۳۶ و حداکثر آن ۱۸۰ بود. که بر اساس آلفاگوریتیم سازمان جهانی بهداشت نمرات خام تبدیل به نمرات ۱۰۰-۰ شدند. افرادی که امتیازات ۴-۰ را کسب کردند بدون ناتوانی و به ترتیب

1. Understanding and Communication
2. Getting Around
3. Self Care
4. Getting Along With People
5. Life Activities
6. Participation in Society

گروه سنی ۸۰ سال و بالاتر ۱۵/۴۵ ۶۸/۸۵ بود. میانگین رتبه نمرات ناتوانی در گروه های سنی اختلاف معناداری داشت ($P < 0.05$). همچنین میانگین رتبه نمرات ناتوانی سالمندان در تمامی حوزه های ششگانه مورد بررسی در گروه های سنی اختلاف معناداری داشت ($P < 0.05$). و با افزایش سن رتبه نمره ناتوانی نیز افزایش پیدا می کرد.

بود. میانگین رتبه نمرات ناتوانی در مشارکت در جامعه بین مردان و زنان اختلاف معناداری داشت ($P > 0.05$) و در سایر حوزه ها اختلاف معناداری وجود نداشت ($P < 0.05$). (جدول ۱)

میانگین نمره ناتوانی در گروه سنی ۶۰-۶۹ سال ۲۲/۶۲ و در ۷۰-۷۹ سال ۲۲/۰۷ و در ۴۴/۳۰ و در

جدول شماره ۱: مقایسه میانگین رتبه نمرات ناتوانی در برقراری ارتباط، تحرک و جابجائی، مراقبت از خود، سازش و زندگی با دیگران، وظایف خانه خانواده، شغل و مشارکت در گروه مردان و زنان سالمند شهر تهران با آزمون من ویتنی (سال ۱۳۸۶)

ردیف	موضوع	جنس	میانگین*	انحراف معیار*	میانگین رتبه نمرات	آماره من-ویتنی	P-value
۲.۱	برقراری ارتباط و درک مطلب	مرد	۲۴/۲	۲۶/۰	۲۹۵/۸۵	۴۳۵۲۶/۵	۰/۵۳۳
		زن	۲۵/۱	۲۶/۸	۳۰۴/۶۲		
۲.۲	تحرک و جابجائی	مرد	۵۰/۰	۳۶/۳	۲۹۰/۲۳	۴۱۹۴۲/۵	۰/۱۷۱
		زن	۵۴/۹	۳۱/۳	۳۰۹/۶۱		
۲.۳	مراقبت از خود	مرد	۲۹/۹	۳۲/۰	۳۰۸/۳۰	۴۲۶۳۹/۰	۰/۲۹۰
		زن	۲۳/۴	۲۵/۰	۲۹۲/۵۸		
۲.۴	سازش و زندگی با دیگران	مرد	۱۹/۰	۲۱/۳	۲۸۷/۱۱	۴۱۰۶۱/۵	۰/۷۱۰
		زن	۲۰/۹	۲۱/۹	۳۱۲/۳۸		
۲.۵	وظایف خانه و خانواده	مرد	۴۱/۵	۳۷/۶	۳۰۷/۲۵	۴۲۹۳۴/۰	۰/۳۶۵
		زن	۳۷/۷	۳۴/۵	۲۹۴/۵۱		
	وظایف شغلی	مرد	۸/۲	۹/۱	-	-	-
		زن	۱۱/۱	۱۰/۳	-		
۲.۶	مشارکت در جامعه	مرد	۳۳/۰	۲۸/۱	۲۷۵/۰۴	۳۷۶۵۸/۰	۰/۰۰۱
		زن	۳۸/۳	۲۴/۹	۳۲۳/۰۸		
	میانگین کل	مرد	۳۳/۰	۲۸/۱	۲۸۸/۶۰	۴۱۴۸۱/۵	۰/۱۱۳
		زن	۳۳/۶	۲۳/۸	۳۱۱/۰۶		
		کل	۳۳/۳	۲۵/۹			

* میانگین نمرات و انحراف معیارها جداگانه محاسبه شده است.

* دامنه نمرات بین ۰-۱۰۰ می باشد

این پژوهش نشان داد که ۸۸/۳ درصد سالمندان در سی روز گذشته ناتوانی را تجربه کرده اند. که از میان ۴۹/۰ درصد زنان و ۳۹/۳ درصد را مردان تشکیل می دادند. همچنین افراد بدون ناتوانی فقط در گروه سنی ۶۹-۶۰ سال وجود داشتند. بیشترین شیوع ناتوانی در حوزه های ششگانه مورد بررسی به ترتیب در تحرک و جابجائی، مشارکت در جامعه و وظایف خانه و خانواده وجود داشت. (جدول ۲).

جدول شماره ۲: شیوع ناتوانی در حوزه های برقراری ارتباط، تحرک و جابجائی، مراقبت از خود، سازش و زندگی با دیگران، وظایف خانه خانواده، شغل و مشارکت در جامعه در گروه مردان و زنان سالمند شهر تهران (سال ۱۳۸۶)

متغیر	جنس						
	زن			مرد			
	جمع	بانا توانی	بدون ناتوانی	جمع	با ناتوانی	بدون ناتوانی	
درصد	درصد	درصد	درصد	درصد	درصد		
۲.۱	برقراری ارتباط و درک مطلب	۱۰۰/۰	۸۰/۵	۱۹/۵	۱۰۰/۰	۷۴/۱	۲۵/۹
۲.۲	تحرک و جابجائی	۱۰۰/۰	۹۴/۳	۵/۷	۱۰۰/۰	۹۴/۰	۶/۰
۲.۳	مراقبت از خود	۱۰۰/۰	۷۲/۰	۲۸/۰	۱۰۰/۰	۶۲/۴	۳۷/۶
۲.۴	سازش و زندگی با دیگران	۱۰۰/۰	۷۵/۲	۲۴/۸	۱۰۰/۰	۷۰/۲	۲۹/۸
۲.۵	وظایف خانه و خانواده	۱۰۰/۰	۷۷/۰	۲۳/۰	۱۰۰/۰	۷۴/۸	۱۵/۲
	وظایف شغلی	۱۰۰/۰	۶۶/۷	۳۳/۳	۱۰۰/۰	۸۷/۷	۱۲/۳
۲.۶	مشارکت در جامعه	۱۰۰/۰	۹۶/۲	۳/۸	۱۰۰/۰	۸۹/۷	۱۰/۳

این پژوهش نشان داد که بیشترین شیوع شدت ناتوانی در ناتوانی کم (۳۵.۰ درصد) و ناتوانی متوسط (۲۶.۵ درصد) بود. و همچنین بیشترین شیوع شدت ناتوانی در مقادیر شدید و خیلی شدید در تحرک و جابجائی، وظایف خانه و خانواده و مشارکت در جامعه وجود داشت. (جدول ۳)

بحث

نقش بسیار چشم گیری در کاهش ناتوانی افراد داشته باشد. احتمالاً بکارگیری کمتر این وسایل در بین سالمندان شهر تهران و کم بودن آموزش های لازم برای بکارگیری مناسب آنها منجر به افزایش میزان ناتوانی در میان سالمندان شهر تهران شده باشد. از طرف دیگر الگو و روش های زندگی سالمندان و مناسب نبودن رژیم های غذایی بویژه کمبود مواد مغذی همچون شیر در سبد غذایی خانواده می تواند در ایجاد اختلال های همچون استئو پروز موثر باشد که در نهایت باعث افزایش ناتوانی گردد. همچنین کمبود دسترسی افراد به درمان و توانبخشی بموقع و بهنگام و عدم مناسب سازی محیط های فیزیکی می تواند از سایر عوامل افزایش

میانگین نمرات سالمندان شهر تهران ۲۵/۹ ۳۳/۳ بود. میانگین نمره ناتوانی در مردان ۲۸/۱ ۳۳/۰ و در زنان ۲۳/۸ ۳۳/۶ بود. بین میانگین رتبه نمرات مردان و زنان سالمند شهر تهران اختلاف معناداری دیده نشد ($P < 0.05$). مقایسه نمره ناتوانی سالمندان شهر تهران با میانگین نمرات ناتوانی در پژوهش های توبرجین (۹)، پاسل (۱۰)، هودسن (۱۲) و اوزیوکسل (۱۳) و به ویژه میانگین نمرات سالمندان در پژوهش کره (۱۱)، نشان می دهد که ناتوانی در میان سالمندان شهر تهران از میزان بالائی برخوردار است. با توجه به اینکه که استفاده از وسایل کمک توانبخشی و وسایل کمکی برای فعالیت های روزمره زندگی می تواند

جدول ۱۵-۴: شیوع شدت ناتوانی در حوزه های برقراری ارتباط، تحرک و جابجائی، مراقبت از خود، سازش و زندگی با دیگران، وظایف خانه خانواده، شغل و مشارکت در گروه مردان و زنان سالمند شهر تهران (سال ۱۳۸۶)

جمع	ناتوانی خیلی زیاد	ناتوانی زیاد	ناتوانی متوسط	ناتوانی کم	بدون ناتوانی	شدت ناتوانی		
						ردیف	موضوع	جنس
درصد	درصد	درصد	درصد	درصد	درصد			
۱۰۰/۰	۵/۷	۱۴/۲	۱۸/۴	۳۵/۸	۲۵/۹	مرد	۲.۱ برقراری ارتباط و درک مطلب	
۱۰۰/۰	۹/۱	۱۱/۶	۱۷/۰	۴۲/۸	۱۹/۵	زن		
۱۰۰/۰	۷/۵	۱۲/۸	۱۷/۷	۳۹/۵	۲۲/۵	کل		
۱۰۰/۰	۳۲/۶	۱۷/۴	۱۵/۶	۲۸/۴	۶/۰	مرد	۲.۲ تحرک و جابجائی	
۱۰۰/۰	۳۶/۲	۲۳/۳	۲۱/۷	۱۳/۲	۵/۶	زن		
۱۰۰/۰	۳۴/۵	۲۰/۵	۱۸/۸	۲۰/۴	۵/۸	کل		
۱۰۰/۰	۱۵/۶	۱۳/۵	۱۷/۰	۱۶/۳	۳۷/۶	مرد	۲.۳ مراقبت از خود	
۱۰۰/۰	۹/۱	۹/۷	۱۷/۹	۳۵/۲	۲۸/۱	زن		
۱۰۰/۰	۱۲/۲	۱۱/۵	۱۷/۵	۲۶/۳	۳۲/۵	کل		
۱۰۰/۰	۰	۱۳/۸	۱۸/۸	۳۷/۶	۲۹/۸	مرد	۲.۴ سازش و زندگی با دیگران	
۱۰۰/۰	۳/۵	۱۵/۴	۱۶/۶	۳۹/۹	۲۴/۶	زن		
۱۰۰/۰	۱/۸	۱۴/۷	۱۷/۵	۳۸/۸	۲۷/۲	کل		
۱۰۰/۰	۲۶/۶	۱۰/۶	۲۱/۶	۲۵/۹	۱۵/۳	مرد	۲.۵ وظایف خانه و خانواده	
۱۰۰/۰	۲۰/۴	۱۴/۸	۲۳/۰	۱۸/۸	۲۳/۰	زن		
۱۰۰/۰	۲۳/۳	۱۲/۸	۲۲/۳	۲۲/۲	۱۹/۴	کل		
۱۰۰/۰	-	-	۸/۸	۷۸/۹	۱۲/۳	مرد	۲.۵ وظایف شغلی	
۱۰۰/۰	-	-	۲۲/۲	۴۴/۴	۳۳/۴	زن		
۱۰۰/۰	-	-	۱۰/۶	۷۴/۲	۱۵/۲	کل		
۱۰۰/۰	۱۶/۰	۱۵/۲	۱۱/۷	۴۸/۸	۱۰/۳	مرد	۲.۶ مشارکت در جامعه	
۱۰۰/۰	۱۱/۰	۲۳/۰	۳۳/۰	۲۹/۲	۳/۸	زن		
۱۰۰/۰	۱۳/۳	۱۹/۳	۲۳/۰	۳۷/۵	۶/۸	کل		
۱۰۰/۰	۱۰/۰	۲۲/۵	۱۸/۰	۳۳/۵	۱۶/۰	مرد	شدت کل ناتوانی	
۱۰۰/۰	۹/۰	۱۳/۰	۳۴/۰	۳۶/۵	۷/۵	زن		
۱۰۰/۰	۹/۵	۱۷/۸	۲۶/۰	۳۵/۰	۱۱/۷	کل		

می توانند میزان شیوع ناتوانی را در سالمندان شهر تهران افزایش داده باشد. بیشترین شیوع و شیوع شدت ناتوانی در سالمندان شهر تهران در تحرک و جابجائی، وظایف خانه و خانواده و مشارکت در جامعه بود که با اکثر پژوهش های انجام شده مطابقت داشت.

نتیجه گیری

این پژوهش نشان داد که ناتوانی در میان سالمندان تهران از میزان بالائی به ویژه در تحرک و جابجائی، انجام وظایف خانه و خانواده و مشارکت در جامعه برخوردار است. بنابراین می بایست در جهت کاهش ناتوانی سالمندان توجه ویژه به بیماری های شایع ناتوان کننده، گسترش مراکز خدمات بهداشتی و درمانی عمومی، گسترش خدمات درمانی و توانبخشی تخصصی، گسترش پوشش بیمه ای، تدارک خدمات کمکی و مراقبتی در منزل، تدارک و سایل کمکی مورد نیاز، توسعه خدمات مراکز (روزانه و شبانه روزی) توانبخشی، گسترش فرهنگسراها و مکان های اراده دهنده خدمات اجتماعی، فراهم آوردن دسترسی آسان برای حضور سالمندان در جامعه و گسترش برنامه های حمایت های مالی و اجتماعی از سالمندان و خانواده های آنان اعمال نمود.

میزان ناتوانی در میان سالمندان شهر تهران باشد. بیشترین میانگین نمره ناتوانی در حوزه های ششگانه مورد بررسی ناتوانی به ترتیب مربوط به ناتوانی در تحرک و جابجائی با میانگین ۳۶/۳ ۵۰/۳ در مردان و میانگین ۳۱/۳ ۵۳/۹ در زنان، ناتوانی در انجام وظایف خانه و خانواده با میانگین ۳۷/۶ ۴۱/۵ در مردان و میانگین ۳۴/۵ ۳۷/۳ در زنان و ناتوانی در مشارکت در جامعه با میانگین ۲۸/۱ ۳۳/۰ برای مردان و میانگین ۲۴/۹ ۳۸/۳ برای زنان بود. و کمترین میانگین نمره ناتوانی مربوط به ناتوانی در سازش و زندگی با دیگران با میانگین ۲۱/۳ ۱۹/۰ برای مردان و ۲۱/۹ ۲۰/۹ برای زنان بود. در شش حوزه مورد بررسی، میانگین رتبه ناتوانی در مشارکت در جامعه در بین مردان و زنان سالمند شهر تهران اختلاف معناداری را نشان داد ($P > 0.05$). بدین معنا که میانگین نمرات ناتوانی زنان بیشتر از مردان بود. و در بقیه موارد اختلاف معناداری در میان مردان و زنان مشاهده نشد ($P < 0.05$). میانگین نمرات ناتوانی سالمندان شهر تهران در گروه های سنی در تمامی شش حوزه مورد بررسی اختلاف معناداری را نشان داد ($P > 0.05$). بدین معنا که با افزایش سن میانگین نمرات افراد نیز افزایش پیدا می کرد. پاسل (۱۰)، اوزیوکسل (۱۳) و پژوهش کشور کره (۱۱) نیز بیشترین میانگین نمرات ناتوانی افراد مورد بررسی را در فعالیت های روزمره زندگی (وظایف خانه و خانواده و وظایف شغلی)، تحرک و جابجائی و مشارکت در جامعه بیان می دارند.

این پژوهش نشان داد که ۸۸/۳ درصد سالمندان در سی روز گذشته ناتوانی را تجربه کرده اند. که از میزان بالائی در مقایسه با پژوهش مروتی شریف آبادی (۱۸)، یوسف (۱۷) و پژوهش دپارتمان سلامت و منابع انسانی امریکا (۱۴) برخوردار می باشد. اختلاف شیوع ناتوانی در سالمندان شهر تهران می تواند ناشی از این باشد که در این پژوهش دامنه ناتوانی از کم تا خیلی شدید محاسبه شده است در حالی که در اکثر پژوهش های ذکر شده ناتوانی کم را به دلیل عدم نیاز به ارائه خدمات مورد محاسبه قرار نمی دهند. از طرف دیگر کمبود وسایل کمکی برای انجام فعالیت های زندگی و مناسب نبودن فضا های فیزیکی درون و بیرون از خانه

REFERENCES

فهرست منابع

12. Marie Hudson & er al. Clinical correlates of quality of life in systemic sclerosis measured with the World Health Organization Disability Assessment Schedule II. *Arthritis Rheum.* Jan. 2008
13. Ozyuksel Banu , Ulug, Berna. The Association Between Disability And Residual Symptoms In Depressive Patient. *Journal of Psychiatry.* Turkey. 2007
14. US Department of Health and Human Services. *Disability Among Older People: United State and Canada.* 1995
15. Branca L, Seal A. Health Nutritional status of the elderly in the former Yugoslav Republic of Macedonia. *European Health Office.* 1999
16. Manisha, Sengupta and at el. "Health and health care of the older population in urban and rural. China. 2000
17. oissef R M. Comprehensive health assessment of senior citizens in Al- Karak governorate. *Jordan. Eastern Mediterean Health Journal.* V 11(3). 2005.
۱۸. مروتی شریف آبادی، محمد علی. حسینی باقی آبادی، اکرم. بررسی وضعیت فعالیت های روزمره ی زندگی سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر شهر یزد. دانشگاه علوم پزشکی یزد. دانشکده بهداشت. ۱۳۷۶
۱۹. خوشبین، سهیلا و همکاران. گزارش بررسی وضعیت سالمندان کشور. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. دفتر خانواده و جمعیت. ۱۳۸۶
۱. دلاور، بهرام. بررسی وضعیت سلامت سالمندان کشور. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۷۸
2. United Nation. *The aging of the world's population.* 2001
3. American Census Bureau. *world population.* Available from: <http://www.census.gov>
۴. مرکز آمار ایران. گزارش اجمالی از سرشماری سال ۸۵
۵. گزارش وضعیت سالمندی. دفتر سالمندان. سازمان بهزیستی کشور. ۱۳۸۴
6. Victor minichiello. *Conterhmporary issues in gerontology.* Routledge. USA. 2005
7. Joshua M. Wiener and Raymond J. Hanley. *Measuring the activities of daily living among the elderly: a guide to national surveys.* U.S. Department of Health and Human Services. 1987
8. Disability Assessment Schedule. WHODAS II. *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 II in Patients with Ankylosing Spondylitis.* 2003
9. Tubergen, A Van, at el. *Assessment of disability with the World Health Organization Disability Assessment Schedule II in Patients with Ankylosing Spondylitis.* 2003
10. Posl Mirim. *Evaluation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS II).* Ludwig Maximilians University. Germany. 2004
11. A Need Assessment of Health and welfare among the Disabled for Community Based Rehabilitation in Jejo. *College of Medicine, Cheju National University.* Korea Association of Health Promotion. 2006