

Disability status in the rural older adults in Ilam

Mozafari M¹, Salimi E², Bastami MR³, Azami M⁴, *Borji M⁵

1- Nursing Department, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran.

2- Lecturer of Nursing Department, Nursing Department, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran.

3- Lecturer of Nursing Department, Nursing Department, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran.

4- Medical Student, Student Research Committee, Ilam University of Medical Science, Ilam, Iran.

5- Master Student of Community Health Nursing, Student Research Committee, Ilam University of Medical Science, Ilam, Iran (**Corresponding author**)

E-mail:borji_milad@yahoo.com

Abstract

Introduction: Disability, reduces quality of life and independence of older adults and increases their needs to giving caring support. This study was conducted to assess the disability status in the rural older adults in Ilam.

Method: This descriptive-analytical study, was conducted using a two-stage cluster sampling method on 70 older adults who aged 65 years and over in rural areas of Ilam in 2015. WHODAS II questionnaire was used to evaluate disability status in activities of daily living. Data were analyzed by SPSS software version 21 and using T-Test and ANOVA.

Results: The findings showed that (21/4%) 15 of older adults had no disability, (25/7%) 18 of them had low disability, (47/1%) 33 of them had moderate disability and only (5/8%) 4 had severe disability. Most disabilities related to job activities and walking, and the lowest ones related to the social and familial activities and interaction with people respectively. Also level of disability had a significant relationship ($p < 0/001$) with age, marital status, education and income, but not with gender and occupation ($p > 0/05$).

Conclusion: Most of rural older adults in Ilam had moderate level of disability. So there is a necessity for promotion of healthy lifestyle programs by health care professional with the aim of reducing and prevention of disability in older adults.

Keywords: Older adult, Disability, Rural, Ilam.

Received: 26 May 2016

Accepted: 27 June 2016

Access this article online



Website:

www.joge.ir

DOI:

10.18869/acadpub.joge.1.1.64

وضعیت ناتوانی در سالمندان روستایی ایلام

مصیب مظفری^۱، ابراهیم سلیمی^۲، محمدرضا بسطامی^۳، میلاد اعظمی^۴، *میلاد برجی^۵

- ۱- هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.
 - ۲- مربی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.
 - ۳- مربی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.
 - ۴- دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.
 - ۵- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری سلامت جامعه، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران (نویسنده مسئول)
- پست الکترونیکی: borji_milad@yahoo.com

نشریه سالمندشناسی شماره ۱ دوره ۱ تابستان ۱۳۹۵، ۵۴-۴۸

چکیده

مقدمه: ناتوانی موجب می شود تا استقلال و کیفیت زندگی سالمندان کاهش یافته و نیاز آنان به دریافت حمایت های مراقبتی افزایش یابد. از اینرو مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت ناتوانی سالمندان روستایی شهر ایلام صورت پذیرفت.

روش: این مطالعه توصیفی-تحلیلی، با استفاده از روش نمونه گیری خوشه ای دو مرحله ای بر روی ۷۰ نفر از سالمندان ۶۵ سال و بالاتر روستایی شهر ایلام در سال ۱۳۹۴ انجام شد. پرسشنامه سنجش ناتوانی در سالمندان (WHODAS II) به منظور ارزیابی وضعیت ناتوانی سالمندان در انجام فعالیتهای روزمره استفاده گردید. داده ها توسط نرم افزار SPSS نسخه ی ۲۱ و با استفاده از آزمونهای آماری T-Test و ANOVA مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: یافته ها نشان داد که ۱۵٪ (۲۱/۴) نفر از سالمندان مورد پژوهش بدون ناتوانی، ۱۸٪ (۲۵/۷) نفر ناتوانی کم، ۱٪ (۴۷/۱) ۳۳ نفر ناتوانی متوسط و تنها ۴٪ (۵/۸) نفر دارای ناتوانی شدید بودند. بیشترین میزان ناتوانی به ترتیب مربوط به فعالیت شغلی و راه رفتن و کمترین میزان ناتوانی به ترتیب مربوط به فعالیت اجتماعی، خانوادگی و تعامل با مردم بود. همچنین میزان ناتوانی با سن، تاهل، تحصیلات و درآمد ارتباط معنی داری داشت ($p < / 0.01$)، درحالی که با جنس و شغل ارتباط معنی داری مشاهده نشد ($p > / 0.05$).

نتیجه گیری: اکثریت سالمندان روستایی شهر ایلام دارای ناتوانی متوسط بودند، لذا لزوم ترویج برنامه های ارتقا سبک زندگی سالم توسط پرسنل بهداشتی-درمانی جهت کاستن و پیشگیری از ناتوانی در سالمندان احساس می شود.

کلید واژه ها: سالمند، ناتوانی، روستا، ایلام.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۴/۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۳/۶

Access this article online



Website:

www.joge.ir

DOI:

10.18869/acadpub.joge.1.1.64

مقدمه

بیماری های مزمن از جمله مشکلات شایع دوران سالمندی می باشند (۱) که غالباً با ایجاد ناتوانی های جسمی به کاهش تحرک سالمند(راه رفتن، از پله بالا رفتن، خم شدن و زانو زدن...) منجر می شوند. لذا افراد سالمند مجبور می شوند تا به استفاده از خدمات و مراقبت های مختلف سالمندی مانند مراقبت در منزل، بستری شدن ... روی آورند. علاوه بر این ناتوانی منجر به پیری زودرس در سالمندان مبتلا به بیماری های مزمن شده و فرآیند مراقبت در این افراد را طولانی می سازد (۲،۳).

در دوران سالمندی، به طور میانگین حدود ۵/۱ درصد از کارایی عملکرد جسمی و ذهنی افراد کاهش می یابد. به طوری که با رسیدن سالمند به هفتاد سالگی، به طور میانگین ۲۶ درصد از توانایی های وی از دست می رود (۴). کاهش قدرت عضلانی، کاهش دامنه حرکت مفاصل، کاهش فعالیت سیستم حسی-عمقی همراه با کاهش تعادل سالمندان می تواند به افزایش احتمال زمین خوردن بعنوان یکی از عوامل موثر در مرگ و میر آنان منجر شود (۵،۶).

به طور کلی، سنجش ناتوانی شاخص خوبی برای ارزیابی وضعیت سلامت سالمند در جامعه می باشد. ناتوانی در افراد سالمند، محدودیت یا از دست دادن توانایی در انجام نقش های اجتماعی و فعالیت های مرتبط با شغل و یا ادامه زندگی مستقل همراه با انجام فعالیت های خاص یا دشوار تعریف شده است (۷،۸). ناتوانی، استقلال افراد سالمند و کیفیت زندگی آنان را کاهش داده و باعث نیازمندی فرد سالمند به حمایت های روز افزون مراقبتی می شود (۹،۱۰).

دونگ Dong و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه ای بر روی سالمندان چینی، نشان دادند که سالمندان ساکن روستاها از کیفیت زندگی پایین تری برخوردار هستند. همچنین سالمندان روستایی علایم افسردگی بیشتری ناشی از احساس تنهایی و سطوح پایین حمایت اجتماعی نشان دادند (۱۱). در پژوهش برجی و همکاران (۱۳۹۴) بر روی سالمندان شهرستان ایلام، سالمندان روستایی میزان سوء رفتار درک شده ی بیشتری را نسبت به سالمندان شهری گزارش دادند (۱۲). در مطالعه بابک و همکاران (۱۳۸۸-۸۹) بر روی سبک زندگی سالمندان استان اصفهان، سالمندان شهری در حیطه ورزش و تفریح نمره بیشتری را کسب کردند (۱۳).

مطالعات نشان داده اند که سالمندان روستایی از جهات مختلف مانند سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی، دسترسی به مراقبت های بهداشتی با سالمندان شهری تفاوت دارند (۱۴). همچنین سالمندان روستایی به دلیل انجام مشاغل سخت، بیشتر در معرض خطر ناتوانی بوده که این امر اهمیت بررسی وضعیت ناتوانی در سالمندان روستایی را دو چندان می سازد. از آنجایی که در ایران پژوهشی که به طور

مستقیم میزان ناتوانی در سالمندان روستایی را ارزیابی نماید، انجام نشده است و همچنین با توجه به تفاوت سبک زندگی سالمندان شهری و روستایی، بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین وضعیت ناتوانی در سالمندان روستایی شهر ایلام در سال ۱۳۹۴ انجام شد.

روش مطالعه

این مطالعه توصیفی-تحلیلی در سال ۱۳۹۴ بر روی سالمندان ۶ روستا از ۱۰ روستای اطراف شهر ایلام صورت گرفت (از تعداد دقیق سالمندان اطلاعاتی در دسترس نبود). با توجه به مطالعات انجام شده بر روی سالمندان روستایی (۱۵) تعداد ۷۰ نفر سالمند بعنوان نمونه پژوهش در نظر گرفته شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن بالاتر از ۶۵ سال و سکونت در روستاهای اطراف شهر ایلام بود. نمونه گیری به صورت خوشه ای دو مرحله ای انجام گرفت. بر این اساس پژوهشگر با مراجعه به ۴ خانه بهداشت از ۶ خانه بهداشت روستاهای شهرستان ایلام، سالمندان آن روستاها را شناسایی کرده و سپس به صورت تصادفی از هر روستا به طور میانگین با ۱۷ سالمند مصاحبه کرد. به منظور جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه ایی مشتمل بر دو بخش استفاده شد. بخش اول مشخصات جمعیت شناختی سالمند شامل سوابقی در ارتباط با سن، جنس، تاهل، شغل، تحصیلات، درآمد و بخش دوم پرسشنامه استاندارد سنجش ناتوانی در سالمندان (WHODAS II) بود که توسط سازمان جهانی بهداشت برای سنجش ناتوانی تهیه و توصیه شده است. این پرسشنامه دارای ۳۶ سوال در ابعاد درک و برقراری ارتباط (۶ سوال با دامنه نمره ۰-۲۴)، راه رفتن در اطراف (۵ سوال با دامنه نمره ۰-۲۰)، مراقبت از خود (۴ سوال با دامنه نمره ۰-۱۶)، تعامل با مردم (۵ سوال با دامنه نمره ۰-۲۰)، فعالیت های زندگی (۴ سوال با دامنه نمره ۰-۱۶)، فعالیت های شغلی (۴ سوال با دامنه نمره ۰-۱۶) و فعالیت اجتماعی و خانوادگی (۸ سوال با دامنه نمره ۰-۳۲) می باشد که به روش مصاحبه تکمیل و به صورت طیف لیکرت ۵ تایی (به هیچ وجه، خفیف، متوسط، شدید، اصلاً نتوانسته ام) از صفر تا چهار نمره دهی می شود. در این پژوهش نمره صفر تا ۳۶ نشانگر ناتوانی شدید، ۳۷ تا ۷۲ ناتوانی متوسط، ۷۳ تا ۱۰۸ ناتوانی کم و ۱۰۹ تا ۱۴۳ ناتوانی خیلی کم بود (۹، ۱۶). در مطالعه حاج باقری و همکاران (۱۳۸۶) بر روی سالمندان شهر کاشان اعتبار صوری و محتوایی این پرسشنامه توسط ۸ نفر از اعضاء هیئت علمی مورد تایید قرار گرفت و پایایی ابزار با استفاده از ضریب آلفا کرونباخ ۰/۹۷ به دست آمد (۹). در این پژوهش پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۹ بدست آمد.

این پژوهش توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایلام تایید شده است (کد اخلاقی ۱۳۹۴،۴۱.medilam.rec.ir). پس از توضیح درباره اهداف پژوهش از کلیه شرکت کنندگان رضایت

یافته ها

این مطالعه به بررسی وضعیت ناتوانی در سالمندان روستایی ایلام پرداخت. یافته های مطالعه حاضر نشان داد که سالمندان مورد مطالعه شامل ۲۵ نفر (۳۵/۷٪) مرد و ۴۵ (۶۴/۳٪) زن بودند که مشخصات آنان در جدول ذیل آورده شده است (جدول ۱).

نامه آگاهانه کتبی مشتمل بر حق شرکت داوطلبانه، محرمانه بودن اطلاعات و حق خروج از مطالعه در هر زمان اخذ گردید. تجزیه و تحلیل داده ها توسط نرم افزار SPSS نسخه ی ۲۱ و با استفاده از آزمونهای آماری T-Test و ANOVA انجام شد.

جدول ۱: وضعیت مشخصات دموگرافیکی و ارتباط آن با وضعیت ناتوانی در سالمندان روستایی ایلام

P-value	ضریب همبستگی	تعداد (درصد) سالمندان	میانگین و انحراف معیار ناتوانی	متغیر	
				مرد	زن
۰,۰۰۱	-۰/۴۹	۳۸(۵۴/۳)	۹۳/۷۸±۲۷/۹۵	۶۵-۷۰	سن
		۱۱(۱۵/۷)	۶۱/۹۰±۱۰/۰۳	۷۱-۷۵	
		۱۰ (۱۴/۳)	۵۵/۶۰±۲۱/۰۳	۷۶-۸۰	
		۱۱(۱۵/۷)	۵۲/۶۳±۱۹/۵۸	۸۱-۸۵	
۰,۸۹	-۰/۰۱۷	۲۶(۳۷/۱)	۷۷/۵۲±۲۸/۹۰	مرد	جنس
		۴۴(۶۲/۹)	۷۶/۴۹±۳۰/۸۵	زن	
۰,۰۰۱	-۰/۶۲	۳۸(۵۴/۳)	۹۳/۷۹±۲۷/۹۴	دارای همسر	وضعیت تاهل
		۳۲(۴۵/۷)	۵۶/۷۵±۱۷/۳۳	بدون همسر	
۰,۳۴	-۰/۱۴	۳۳(۴۸/۶)	۷۶/۴۸±۳۰/۸۵	بیکار	شغل
		۲۳(۳۲/۹)	۹۱/۵۳±۳۳/۹۳	شاغل	
		۱(۱/۴)	۶۴/۲±۰	بازنشسته	
		۱۳(۱۷/۱)	۶۲/۸±۱۰/۱۳	از کار افتاده	
۰,۰۰۱	-۰/۵۸	۴۵(۶۴/۳)	۶۵/۳۸±۲۴/۶۰	بی سواد	تحصیلات
		۱۶(۲۲/۹)	۹۶/۶۷±۲۳/۱۶	ابتدایی	
		۹(۱۲/۸)	۹۸/۲۵±۳۱/۱۱	متوسط و بالاتر	
۰,۰۰۱	-۰/۴۶	۴۴(۶۲/۹)	۶۳/۹۷±۲۲/۷۲	<۲۰۰	درآمد ماهانه (هزار تومان)
		۲۳(۳۲/۹)	۱۰۴/۶۸±۲۶/۱۸	۲۰۰-۴۰۰	
		۳(۴/۲)	۶۶/۱۱±۵/۵۶	>۴۰۰	

دارای ناتوانی متوسط (۴۷/۱٪) و تنها ۵/۷ درصد آنان دارای ناتوانی شدید بودند (جدول ۲).

یافته ها نشان داد که بیشترین میزان ناتوانی به ترتیب مربوط به فعالیت شغلی و راه رفتن و کمترین میزان ناتوانی به ترتیب مربوط به فعالیت اجتماعی و خانوادگی و تعامل با مردم بود. اکثریت سالمندان

جدول ۲: وضعیت شدت ناتوانی به تفکیک هر حیطه و ناتوانی کل در سالمندان روستایی ایلام

میانگین و انحراف معیار ناتوانی	شدت ناتوانی				ابعاد ناتوانی
	ناتوانی شدید	ناتوانی متوسط	ناتوانی کم	بدون ناتوانی	
	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	
۱۰/۵۴±۷/۴۰	۳۰(۴۲/۹)	۱۹(۲۷/۱)	۱۱(۱۵/۷)	۱۰(۱۴/۳)	درک و برقراری ارتباط راه رفتن
۸/۳۴±۵/۷۱	۳۳(۴۷/۱)	۱۵(۲۱/۴)	۱۸(۲۵/۸)	۴(۵/۷)	
۱۰/۴۲±۳/۴۸	۳(۴/۳)	۳۳(۴۷/۱)	۲۳(۳۲/۹)	۱۱(۱۵/۷)	مراقبت از خود
۱۴/۴±۴/۱۵	۲(۲/۹)	۵(۷/۱)	۲۰(۲۸/۶)	۴۳(۶۱/۴)	تعامل با مردم
۷/۲۱±۴/۸۸	۲۹(۴۱/۴)	۲۰(۲۸/۶)	۸(۱۱/۴)	۱۳(۱۸/۶)	فعالیت زندگی
۵/۷۷±۴/۰۳	۹(۱۲/۹)	۱۸(۲۵/۷)	۲۹(۴۱/۴)	۱۴(۲۰)	فعالیت شغلی
۲۰/۱۲±۸/۱۶	۳۳(۴۷/۱)	۲۵(۳۵/۷)	۱۰(۱۴/۳)	۲(۲/۹)	فعالیت اجتماعی و خانوادگی
۷۶/۸۵±۲۹/۹۸	۴(۵/۸)	۳۳(۴۷/۱)	۱۸(۲۵/۷)	۱۵(۲۱/۴)	ناتوانی کل

بحث

و همکاران (۱۹) و همچنین مطالعه تاس Tas و همکاران (۲۰) که در آنها میزان ناتوانی در زنان بیشتر از مردان بود، همخوانی ندارد. در مطالعه برجی و همکاران (۱۳۹۴) بر روی سالمندان مبتلا به بیماری قلبی عروقی بین جنسیت و فعالیت بدنی ارتباط آماری معنی داری مشاهده نشد (۲۱). به نظر می رسد با توجه به اینکه میزان فعالیت فیزیکی در سالمندان مرد و زن مشابه بوده، به همین دلیل احتمالاً ناتوانی به عنوان یکی از متغیرهای مرتبط با فعالیت فیزیکی در سالمندان مرد و زن تفاوتی نداشته است.

یافته ها نشان داد که با افزایش تحصیلات میزان ناتوانی در سالمندان کاهش می یابد، که با نتایج پژوهش های مختلف در این زمینه همخوانی دارد (۹، ۲۳، ۲۲). در مطالعه اطاقی و همکاران (۱۳۹۴) بر روی سالمندان شهرستان ایلام، سالمندان روستایی سواد سلامت کمتری نسبت به سالمندان شهری داشتند و بین میزان سواد سلامت با فعالیت جسمانی سالمندان ارتباط آماری معنی داری وجود داشت (۲۴). به نظر می رسد با افزایش تحصیلات، فرد سالمند اطلاعات بیشتری را در ارتباط با سبک زندگی سالم کسب کرده و به همین دلیل احتمال بروز ناتوانی در آنها کمتر می شود.

یافته ها نشان داد که ناتوانی در سالمندان بدون همسر بیشتر از سالمندان دارای همسر بود که با نتایج مطالعه کریست جنسون KristJansson و همکاران و مطالعه هویت Hewitt و همکاران مبنی بر میزان بیشتر ناتوانی و مرگ و میر در سالمندان بیوه، نسبت به سالمندان متأهل همخوانی دارد (۲۵، ۲۶). تفاوت در وضعیت ناتوانی سالمندان مجرد و متأهل احتمالاً ناشی از آن است که سالمندان دارای همسر سطح بالاتری از فعالیت و روابط اجتماعی را حفظ می کنند، در حالی که سالمندان فاقد همسر تدریجاً گوشه گیرتر شده و از سطح فعالیت، تحرک و روابط اجتماعی آنها کاسته می شود (۲۷). به طوری که در مطالعه برجی و همکاران (۱۳۹۴) بر روی سوء رفتار درک شده سالمندان نشان داده شد که سالمندان بدون همسر، سوء رفتار بیشتری را نسبت به سالمندان دارای همسر درک نموده اند (۱۲). از محدودیت های پژوهش حاضر می توان به تعداد کم سالمندان مورد پژوهش اشاره کرد.

نتیجه گیری نهایی

با توجه به اینکه بیشتر سالمندان روستایی در حیطه فعالیت شغلی بیشترین میزان ناتوانی را داشتند، ضروری است که پرسنل بهداشتی- درمانی با طراحی و ارتقا برنامه های ترویج سبک زندگی سالم از بروز ناتوانی در سالمندان پیشگیری نمایند. همچنین پیشنهاد می گردد که با انجام مداخلاتی در حیطه پیشگیری سطح دوم و سوم

پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان ناتوانی در سالمندان روستایی شهرستان ایلام انجام شد. یافته های مطالعه حاضر نشان داد که بیشترین میزان ناتوانی به ترتیب مربوط به فعالیت شغلی و راه رفتن و کمترین میزان ناتوانی به ترتیب مربوط به فعالیت اجتماعی، خانوادگی و تعامل با مردم بود. در مطالعه حاج باقری و همکاران بر روی سالمندان شهر کاشان (۸۶-۱۳۸۵) کمترین میزان ناتوانی مربوط به درک و برقراری ارتباط و بیشترین میزان آن مربوط به فعالیت های زندگی بود (۹). در مطالعه شهبازی و همکاران (۱۳۸۶) بر روی سالمندان شهر تهران بیشترین میزان ناتوانی مربوط به ناتوانی در تحرک و جابجایی و کمترین میزان آن مربوط به تعامل با مردم بود (۱۷). در مطالعه بسطامی و همکاران (۱۳۹۴) بر روی کیفیت زندگی سالمندان، در گروه سالمندان سالم کمترین میانگین نمره کیفیت زندگی مربوط به بعد ایفای نقش جسمی و بیشترین آن مربوط به سلامت روان بود (۱۸). از علل احتمالی تفاوت نتایج این پژوهش با مطالعات صورت گرفته می توان به متفاوت بودن محل زندگی سالمندان مورد پژوهش اشاره کرد، زیرا بر خلاف تمامی مطالعات فوق که بر روی سالمندان شهری انجام شده بودند، این پژوهش به مطالعه سالمندان روستایی پرداخته است. به نظر می رسد با توجه به اینکه اکثریت سالمندان روستایی دارای مشاغل سختی می باشند، به همین دلیل تدریجاً با افزایش سن در انجام این مشاغل ناتوان شده و بنابراین دارای بیشترین میزان ناتوانی در بعد فعالیت های شغلی می باشند. همچنین کمترین میزان ناتوانی مربوط به بعد فعالیت اجتماعی و خانوادگی بود، که می توان نتیجه گرفت با توجه به اینکه در روستاها، افراد در کنار یکدیگر زندگی کرده و از صمیمیت و کمک بیشتری از سوی نزدیکان خود برخوردارند، احتمالاً سالمندان روستایی در انجام فعالیت های اجتماعی و خانوادگی خود مستقل و دارای کمترین میزان ناتوانی باشند.

یافته های مطالعه حاضر نشان داد که با افزایش سن، ناتوانی در سالمندان افزایش می یابد که با نتایج پژوهش حاج باقری و همکاران بر روی سالمندان شهر کاشان (۹) همخوانی دارد. مطالعه آنان نشان داد که با توجه به ارتباط افزایش سن و ناتوانی و همچنین با توجه به افزایش تعداد سالمندان انتظار می رود که تعداد سالمندان ناتوان در آینده افزایش یابد (۹).

در این پژوهش بین جنسیت و میزان ناتوانی ارتباط معنی داری وجود نداشت که با نتایج مطالعه حاج باقری و همکاران (۶- ۱۳۸۵) بر روی سالمندان شهر کاشان (۹) و مطالعه عمان Oman

سعی شد تا ناتوانی افراد سالمند پیشگیری و کاهش یابد.

کمیته تحقیقات دانشجویی تقدیر و تشکر می گردد. این طرح پژوهشی مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی ایلام می باشد، لذا از حمایت های مالی این مرکز تشکر و قدردانی به عمل می آید.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه سالمندان گرامی به خاطر صبر و حوصله ایی که برای شرکت در این مطالعه داشته اند و از کارشناس محترم

References

1. Habibi A, Nikpour S, Seiedoshohadaei M, Haghani H. Quality of life and status of physical functioning among elderly people in west region of Tehran: a cross-sectional survey. *Iran Journal of Nursing*. 2008;21(53):29-39.
2. Mazloomymahmmodabad SS, Soltani T, Morowatisharifabad MA, HF. Activities of Daily Living and Prevalence of Chronic diseases Among Elderly People in Yazd. *Tolooebehdasht*. [Research]. 2014;13(3):42-53.
3. Stats A. Federal Interagency Forum on Aging Related Statistics. Retrieved online April. 2006;22:2009.
4. Ayoubi Avaz K, Parvaneh S, Ghahari S, Ali Akbari Kamrani A, Miller W, Reza Soltani P. A comparison of social participation level in older adults with or without assistive mobility devices. *Iranian Journal of Ageing*. 2015;10(3):0.
5. Shumway-Cook A, Baldwin M, Polissar NL, Gruber W. Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults. *Physical therapy*. 1997;77(8):812-9.
6. Van Dieen JH, Pijnappels M. Falls in older people. *Journal of Electromyography and Kinesiology*. 2008;18(2):169-71.
7. Organization WH. A strategy for active, healthy ageing and old age care in the Eastern Mediterranean Region 2006-2015. 2006.
8. De Leon CFM, Glass TA, Berkman LF. Social engagement and disability in a community population of older adults the new haven EPESE. *American Journal of Epidemiology*. 2003;157(7):633-42.
9. Adib-Hajbaghery M, Akbari H. The severity of old age disability and its related factors. *Kaums Journal (FEYZ)*. 2009;13(3):225-34.
10. l'Europe OmdlsBrd, Heikkinen E. What are the main risk factors for disability in old age and how can disability be prevented?: WHO Regional Office for Europe; 2003.
11. Dong X, Simon MA. Health and aging in a Chinese population: urban and rural disparities. *Geriatrics & Gerontology International*. 2010;10 (1):85-93.
12. Borji M AK, Sayehmiri K. Comparison between perceived misbehavior by urban and rural elderlies living in Ilam County during 2015 *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*; 2016.
13. Babak A, Davari S, Aghdak P, Pirhaji O. Assessment of Healthy Lifestyle among Elderly in Isfahan, Iran. *Journal of Isfahan Medical School*. 2011;29 (149).
14. Ahn YH, Kim MJ. Health care needs of elderly in a rural community in Korea. *Public*

Health Nursing. 2004; 21 (2):153-61.

15. Farhadi A, Foroughan M, Mohammadi F. The Quality of Life Among Rural Elderlies A Cross-sectional Study. Iranian Journal of Ageing. [Research]. 2011;6 (2):0-.

16. Rose MS, Koshman ML, Spreng S, Sheldon R. Statistical issues encountered in the comparison of health-related quality of life in diseased patients to published general population norms: problems and solutions. Journal of clinical epidemiology. 1999;52 (5):405-12.

17. Shahbazi M, Mirkhani M, Hatami Zadeh N, Rahgozar M. Assessment older adult's disability rate in Tehran city. Salmand Iranian Journal of Ageing. 2008;3 (10):84-92.

18. Bastami M, Azami M, Tavan H, Solymanian L, M B. Comparative Assessment of Quality of Life older adults on hemodialysis and oldery Healthy Journal of Geriatric Nursing. 2016;2 (4):79-90.

19. Oman D, Reed D, Ferrara A. Do elderly women have more physical disability than men do. American Journal of Epidemiology. 1999;150 (8):834-42.

20. Taş Ü, Verhagen AP, Bierma-Zeinstra SM, Hofman A, Odding E, Pols HA, et al. Incidence and risk factors of disability in the elderly: the Rotterdam Study. Preventive medicine. 2007;44 (3):272-8.

21. Borji M, Bastami M, Bastami Y, Azami M, Tavan H. Physical activity among elderly people with heart disease. Cardiovascular Nursing Journal. [Applicable]. 2015;4 (2):54-61.

22. AmirSadi A, Soleimani H. the phenomenon of aging in Iran and its consequences. Journal of health and hygin. 2004;1384 (1):2.

23. Parahyba MI, Veras R, Melzer D. Disability among elderly women in Brazil. Revista de Saúde Pública. 2005;39(3):383-91.

24. Otaghi M, Borji M, Naseri A, Tavan H, Azami M. The Relationship between Health Literacy and Physical Health Status of the Elderly in Ilam in 1394. Iran Journal of Nursing (IJN). 2016;in press.

25. Kristjansson B, Helliwell B, Forbes WF, Hill GB. Marital status, dementia and institutional residence among elderly Canadians: the Canadian Study of Health & Aging. Chronic Diseases and Injuries in Canada. 1999;20 (4):154.

26. Hewitt B, Turrell G, Baxter J, Western M. Marriage dissolution and health amongst the elderly: the role of social and economic resources. in Just Policy. 2006.

27. Adib-Hajbaghery M, Akbari H. The severity of old age disability and its related factors. Feyz Journals of Kashan University of Medical Sciences. 2009;13 (3).