

بررسی وضعیت سلامت و اقتصادی- اجتماعی سالمندان استان ایلام در سال ۱۳۹۰

علی دل پیشه^۱، مرتضی منصوریان^{۲*}، بابک رستگاری مهر^۳، شبنم شکوهی اردبیلی^۴، مهران بابانژاد^۵، مصطفی قربانی^۶، زهرا شفیعیان^۷، عزیز رضاپور^۸

چکیده

مقدمه: جمعیت جهان رو به پیر شدن است و انتظار می‌رود که در سال ۲۰۲۰ بیش از یک میلیارد نفر از جمعیت جهان را سالمندان تشکیل دهند. پژوهش حاضر با هدف تعیین وضعیت اقتصادی- اجتماعی و سلامت جسمی سالمندان ساکن در استان ایلام در سال ۱۳۹۰ صورت گرفته است.

روش‌ها: این مطالعه از نوع توصیفی- تحلیلی بوده که در آن ۱۰۱۲ سالمند ساکن در شهرستان‌های استان ایلام به روش تخصیص متناسب در مطالعه شرکت داده شدند. گردآوری داده‌ها با استفاده از یک پرسشنامه استاندارد صورت گرفت. داده‌های گردآوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سنی افراد مورد مطالعه برابر $70/1 \pm 8/02$ سال بود. اختلاف معنی‌داری بین وضعیت اشتغال و نوع شغل سالمندان مورد مطالعه به تفکیک شهرستان محل سکونت وجود داشت ($P < 0/001$). میانگین فشارخون سیستولیک و دیاستولیک افراد مورد مطالعه به ترتیب $133/03 \pm 28/38$ و $11/76 \pm 8/02$ و میانگین توده بدنی آن‌ها $25/72 \pm 4/48$ بود. $33/1\%$ از سالمندان مورد مطالعه سابقه ابتلا به بیماری‌های قلبی داشته، 15% مبتلا به دیابت و $22/5\%$ دچار مشکل تنفسی بودند. $45/3\%$ سابقه جراحی، $72/8\%$ سابقه درد مفاصل، $64/6\%$ سابقه درد اسکلتی و $12/6\%$ سابقه سکته مغزی داشتند. $23/8\%$ دچار مشکل شناخت زمان، $22/8\%$ شناخت مکان، $22/2\%$ شناخت اشخاص، $25/9\%$ دچار لرزش در دست و سر بودند.

نتیجه‌گیری: مشکلات شایع جسمی سالمندان استان ایلام تا حدود زیادی به مشکلات جسمی گزارش شده سالمندان از سایر نقاط کشور شباهت دارد و عمده‌ترین تفاوت‌ها به وضعیت اقتصادی- اجتماعی برمی‌گردد که با توجه به پایین‌تر بودن درآمد سرانه استان ایلام در مقایسه با سایر استان‌ها، این امر بر وضعیت سلامت سالمندان مؤثر بوده است.

واژگان کلیدی: سالمندی، وضعیت سلامت، وضعیت اقتصادی، اجتماعی، ایلام، ایران

۱- گروه اپیدمیولوژی بالینی، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت و مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب‌های روانی- اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

۲- گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

۳- دانشکده علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران

۴- گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

۵- گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

۶- مرکز تحقیقات بیماری‌های غیر واگیر، پژوهشکده علوم جمعیتی غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۷- مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۸- گروه اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی و مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

* **نشانی:** ایلام، خیابان پژوهش، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، تلفن: ۰۹۱۲۶۵۸۵۱۲۹ پست الکترونیک:

mansourian55@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۶/۱۲

تاریخ درخواست اصلاح: ۱۳۹۳/۰۶/۰۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۵/۰۱

مقدمه

جمعیت جهان رو به پیر شدن است و انتظار می‌رود که در سال ۲۰۲۰ بیش از یک میلیارد نفر از جمعیت جهان را سالمندان تشکیل دهند. پیری مرحله فیزیولوژیک غیرقابل پیشگیری زندگی است. کاهش تحرک، مراقبت ناکافی، درآمد کم و نحوه زندگی نادرست باعث افزایش شیوع بیماری‌های جسمی و روانی در سالمندان می‌شود [۱].

در بسیاری از جوامع صنعتی مرز قراردادی ۶۰ سالگی شروع سالمندی است. در بسیاری از پیش بینی‌های آماری سن ۶۵ سالگی به عنوان شروع سالمندی منظور شده است. علی‌رغم تفاوت‌های فردی، سازمان جهانی بهداشت جمعیت سالمندان را به دو دسته سالمندان جوان و سالمندان پیر تقسیم کرده است [۲]. سازمان ملل در سال ۲۰۰۶ تعداد کل سالمندان جهان را ۶۸۷ میلیون و ۹۲۳ هزار نفر برآورد کرد که این تعداد در سال ۲۰۵۰ به رقم یک میلیارد و ۹۶۸ میلیون و ۱۵۳ هزار نفر خواهد رسید. سازمان ملل اعلام کرده است که در حال حاضر ۸/۵ درصد از کل جمعیت ایران را افراد بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهند که پیش‌بینی می‌شود این رقم در سال ۲۰۵۰ به ۲۶ میلیون و ۳۹۳ هزار نفر برسد (معادل ۲۶٪ جمعیت کشور). در گزارش این مرکز امید به زندگی برای مردان و زنان ایرانی بعد از ۶۰ سالگی طی سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۰ به ترتیب ۱۷ و ۱۸ سال اعلام شده است [۳].

در حال حاضر نرخ رشد جمعیت جهان ۱/۷٪ می‌باشد این در حالی است که این افزایش برای ۶۵ سال و بالاتر، ۲/۵ درصد است. بر اساس بررسی‌های به عمل آمده ۱۵٪ از مراجعین به مطب پزشکان متخصص، ۳۴٪ از معالجات سرپایی در بیمارستان‌ها و ۸۹٪ از تخت‌های موسسات و مراکز نگهداری را افراد بالای ۶۵ سال به خود اختصاص می‌دهند و به طور کلی ۲۹٪ از هزینه مراقبت‌های پزشکی توسط این گروه سنی مصرف می‌شود. همچنین در حدود ۶۰٪ از هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی، ۳۵٪ از هزینه‌های ترخیص بیمارستانی و ۴۷٪ از روزهای بستری در بیمارستان را افراد سالمند به خود اختصاص می‌دهند [۳].

ثابت شده است مسائل و مشکلات متعددی که به طور فیزیولوژیک در سنین بالا رخ می‌دهد در کاهش کیفیت

زندگی در طول دوره سالمندی تأثیر دارد. در این باره مطالعه باری نشان می‌دهد با افزایش سن اختلال عملکرد جسمانی بیشتر می‌شود و اثر منفی آن بر توانایی حفظ استقلال، نیاز به کمک را افزایش می‌دهد که این امر می‌تواند در کاهش کیفیت زندگی سالمندان مؤثر باشد. در کشور ما نیز ۵/۲۸٪ از جمعیت سالمندان در فعالیتهای جسمی دچار محدودیت هستند و برای انجام فعالیتهای معمول زندگی نیاز به کمک دارند که این امر موجب کاهش کیفیت زندگی آنان شده است [۴].

مطالعات متعدد نشان می‌دهد با افزایش سن تعداد بیماری‌های مزمن افزایش می‌یابد. بررسی Canbaz بیانگر این واقعیت است که سالمندان دچار اختلالات متعدد بینایی، شنوایی و حس‌های دیگر می‌شوند و نتیجه آن محدود شدن موقعیتهای اجتماعی، افزایش وابستگی به دیگران و کاهش کیفیت زندگی است [۱].

در این راستا، Li و همکاران در مطالعه‌ای را بر روی سالمندان چینی در کشور هنگ کنگ انجام دادند و نتیجه گرفتند که بیماری‌های مزمن موجب کاهش کیفیت زندگی سالمندان می‌گردند و چنین بیان کردند که افسردگی شایع‌ترین بیماری ناتوان کننده در بین سالمندان بوده و استوارترین بیشترین تأثیر را بر روی کیفیت زندگی سالمندان دارد [۵].

اکثر کشورهای درحال توسعه جهان تاکنون پیچیدگی‌های اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی انتقال جمعیت‌ها را که به پیر شدن ملت‌ها مشهور است را درک کرده‌اند. موضوع مهم این است که با گذشت زمان، شمار سالمندان با نرخ رشد فزاینده‌تری از کل جمعیت افزایش خواهد یافت. در حال حاضر در اغلب کشورهای منطقه، افراد ۶۰ سال و بالاتر ۴-۵ درصد کل جمعیت را تشکیل می‌دهند و هر سال این تعداد افزایش یافته و پیش‌بینی می‌شود که ظرف ۱۰ سال آینده جمعیت سالمندان ۱۰-۸ درصد از کل جمعیت را تشکیل بدهد. آشکار است که باید اقدام عاجلی جهت روبرو شدن با این وضعیت در آینده صورت پذیرد. بنابراین برنامه‌ریزی برای پدیده سالمندی قبل از آنکه یک موقعیت بحرانی پدید آید، یک اقدام کاملاً الزامی می‌باشد

حضور فرد واجد شرایط شرکت در مطالعه از ایشان دعوت به عمل می‌آورد، پرسشنامه تکمیل می‌شد و اندازه‌گیری‌های آنتروپومتریک و بالینی مورد نیاز صورت می‌گرفت. برای هر خوشه حجم نمونه‌ای متناسب با جمعیت آن شهرستان در نظر گرفته شده بود. مراجعه به درب منازل از ابتدای خیابان مورد نظر شروع شده و تا آنجا ادامه می‌یافت که حجم نمونه مورد نیاز کامل می‌شد.

حجم نمونه با توجه به جامعه آماری و جمعیت سالمندان شهر ایلام بر اساس آخرین آمارهای ارائه شده از سوی مرکز آمار ایران، با ۹۵٪ اطمینان و حداکثر خطای ۵٪ با استفاده از نرم افزار StatCalc تحت برنامه Epi-info، ۱۰۱۲ نفر تعیین گردید. بعد از جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

گردآوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه طراحی شده توسط تیم تحقیق صورت پذیرفت. روی این پرسشنامه با بهره‌گیری از نظرات اساتید صاحب نظر مورد تأیید قرار گرفت. جهت تأیید پایایی، ۱۲ نفر از سالمندان شهر ایلام به‌طور کاملاً تصادفی در یکی از محلات مرکز شهر انتخاب گردیدند و مصاحبه با آنان صورت پذیرفت که با نظر مشاور آماری و همکاران طرح، تعدادی از سؤالات پرسشنامه مورد بازنگری قرار گرفت. میزان آلفا کرونباخ برای این مطالعه ۰/۸۲ تعیین گردید.

پرسشنامه نهایی شامل سه بخش بود: بخش اول حاوی سؤالات دموگرافیک سالمندان (سن، جنس، سواد، وضعیت تأهل، درآمد، شغل و ...)، بخش دوم حاوی سؤالاتی در خصوص سابقه ابتلا به بیماری‌های مزمن (بیماری‌های قلبی و عروقی، دیابت، فشارخون و ...) و بخش سوم سؤالاتی درباره وضعیت اقتصادی اجتماعی، نحوه امرار معاش و پرداخت هزینه‌های زندگی، وابستگی به سازمان‌های حمایتی مانند بهزیستی و کمیته امداد و ... بود. اندازه‌گیری قد، وزن، نبض، فشارخون سیستمیک و دیاستولیک بعد از مصاحبه با سالمندان و تکمیل پرسشنامه صورت می‌گرفت. به‌منظور رعایت اخلاق در پژوهش پرسشنامه‌ها بی‌نام و بدون ذکر مشخصات فردی بود و به افراد این اطمینان داده شده که اطلاعات محرمانه خواهد ماند و رضایت افراد جهت شرکت در مطالعه جلب شد.

تا سالمندان بتوانند از دوران سالخوردگی شاد و مولد، لذت برده و به‌عنوان یک جزء یکپارچه با جامعه تلقی شوند [۶]. از آنجا که هر نوع تصمیم‌گیری حاکی از برداشت‌های فرهنگی - اجتماعی جامعه است و مشکلات و نیازهای افراد سالمند نیز با سایر افراد متفاوت است، بنابراین بهتر است قبل از هرگونه برنامه‌ریزی از وضعیت موجود آگاه شد و با شناسایی مشکلات و نیازهای واقعی سالمندان، اقدامات دولتی و محلی متناسب با آن نیازها و خواست سالمندان، برنامه‌ریزی گردد. برنامه‌ریزان باید شناخت بیشتر و بینش کاملی از وضعیت سالمندان داشته باشند و تغییر اساسی در نگرش و درک صحیح از سالمندی در مسئولین و افراد عادی ایجاد گردد. در نظر گرفتن حقوق اجتماعی و سایر امکانات رفاهی برای سالمندان و خصوصاً زنان سالمند، تأثیر بسزایی در افزایش کیفیت زندگی و طول عمر آنان داشته و نشان از توزیع عادلانه خدمات بهداشتی، درمانی و آموزشی خواهد داشت. متخصصان سازمان بهداشت جهانی معتقدند که برنامه‌ریزی در سطح جامعه در صورتی به‌طور کامل مؤثر واقع می‌شوند که دولت از نیازهای ویژه سالمندان مطلع بوده و اقدامات مناسبی را در سطح دولتی انجام دهند که حمایت‌کننده و مکمل اقدامات در سطح جامعه باشد [۷]. بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین وضعیت سلامت و اقتصادی، اجتماعی سالمندان ساکن در استان ایلام در سال ۱۳۹۰ صورت گرفته است.

روش‌ها

نمونه پژوهش شامل مردان و زنان بالاتر از ۶۰ سال ساکن در شهرستان‌های هشت گانه ایلام، مهران، دهلران، دره شهر، ایوان، آبدانان، شیروان چرداول و ملکشاهی بوده که در نمونه‌گیری مربوطه قرار گرفته و واجد شرایط شرکت در مطالعه بوده است. روش اجرای این مطالعه به این ترتیب بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای، نقشه شهری و با توجه به تراکم جمعیت در نقاط مختلف جغرافیایی از هر یک از مناطق شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکزی شهرهای مورد نظر، یک خیابان به‌صورت تصادفی از لیست خیابان‌های آن منطقه انتخاب و پژوهشگر با مراجعه به درب منازل واقع در آن خیابان در صورت

به تنهایی زندگی می‌کردند. ۴۷/۶٪ توسط فرزندان و خویشاوندان به صورت هفتگی سرکشی می‌شدند و ۱۵/۸٪ (۱۴۷ نفر) هیچ‌گونه سرکشی از طرف فرزندان و خویشاوندان نداشتند. از نظر افراد کمک‌کننده به سالمند ۴۳/۹٪ (۳۶۴ نفر) از کمک همسر بهره‌مند بودند، ۵/۸ درصد فرزندان، ۴/۱٪ خویشان و دوستان و ۱/۲٪ هم پرستار داشتند.

از لحاظ فعالیت‌های جسمی و اجتماعی در سالمندان مورد مطالعه مشاهده شد که ۶۶٪ آن‌ها به منظور انجام کارهای روزانه مانند خرید پیاده‌روی می‌کردند، ۴۰/۶٪ از پیاده‌روی به منزله ورزش استفاده می‌کردند، ۹/۶٪ ورزش منظم داشتند، ۸۲/۷٪ برنامه تلویزیونی می‌دیدند، ۶۹٪ به دیدار دوستان خود می‌رفتند، ۵۵/۷٪ به مسجد می‌رفتند، ۵۴/۶٪ رادیو گوش می‌کردند، ۳۱/۷٪ در جلسات مختلف و سخنرانی‌ها شرکت می‌کردند، ۳۰/۴٪ به پارک می‌رفتند، ۲۹/۱٪ قرآن و ادعیه می‌خواندند، ۲۳/۹٪ به پرورش گل و گیاه مشغول بودند، ۲۰/۷٪ کتاب یا روزنامه مطالعه می‌کردند و ۱۰/۷٪ در خانه از حیوانات خانوادگی مراقبت می‌کردند. تقریباً از هر ۱۰ سالمند مورد مطالعه یک نفر (۹/۶٪) به طور منظم به فعالیت‌های ورزشی پرداخته‌اند.

در مجموع ۱۶/۳٪ از افراد تحت مطالعه به سیگار اعتیاد داشتند که ۹۵٪ از این افراد بین ۱ تا ۲۰ سال اعتیادشان به طول انجامیده است. همچنین ۴۳٪ از افراد تحت مطالعه صفر تا ۱۰ سال از مدت اعتیاد آن‌ها می‌گذشت، ۵۲٪ بین ۱۱-۱۹ سال و ۵٪ نیز ۲۰ سال و بیشتر به کشیدن سیگار اعتیاد داشتند. در کل ۴۱٪ از افراد تحت مطالعه سابقه اعتیاد به سیگار را ذکر کرده‌اند. میانگین توده بدنی افراد مورد مطالعه ۲۵/۷۲ با انحراف معیار ۴/۴۸ بود که البته آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه تفاوت معنی‌داری ($P=0/002$) بین میانگین نمایه توده بدنی سالمندان مورد مطالعه بر حسب شهرستان محل سکونت آن‌ها را نشان داد به طوری که سالمندان ساکن در شهرستان‌های شیروان چرداول و ملکشاهی از نمایه توده بدنی بالاتری نسبت به میانگین استانی و بالطبع سایر شهرستان‌های استان برخوردار بوده‌اند (جدول ۱).

شرط ورود به این مطالعه داشتن سن حداقل شصت سال و تمایل به شرکت در مطالعه بود. شرط خروج از مطالعه نیز عدم تمایل به شرکت در مطالعه و عدم توانایی در پاسخ‌گویی به سؤالات به دلیل مشکلات جسمی و روحی بود.

اندازه‌گیری قد برای سالمندانی که می‌توانستند به راحتی بایستند و بدون قوز در کمر یا پاها بودند، در حالت ایستاده و نزدیک به دیوار با استفاده از متر نواری انجام می‌شد اما برای سایر سالمندان که قادر به ایستادن نبودند، با استفاده از مقیاس اندازه‌گیری نمایه توده بدنی مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ابتدا فاصله فوقانی زانو تا کف پا اندازه‌گیری و سپس بر اساس راهنمای آن بر حسب این فاصله، و نیز سن و جنس سالمند مورد مطالعه، قد واقعی وی اندازه‌گیری می‌شد. وزن سالمندان با استفاده از ترازوی دیجیتالی با دقت ۱۰۰ گرم، حداقل لباس و بدون کفش اندازه‌گیری شد. اندازه‌گیری فشارخون نیز از دست راست، در حالت نشسته و بعد از ۳۰ دقیقه استراحت و تکمیل پرسشنامه صورت پذیرفت.

یافته‌ها

نتایج نشان داد که میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۸/۰۲±۷۰/۱ سال بود. ۳۹/۵٪ زن و ۶۰/۵٪ مرد بودند. ۵۱/۴٪ ساکن شهرهای استان بودند و ۴۸/۶٪ در روستاها زندگی می‌کردند. ۶۱/۴٪ (۶۱۷ نفر) بی سواد، ۲۷/۳٪ دارای تحصیلات در حد خواندن و نوشتن و ۱۱/۴٪ تحصیلات دبیرستان و دیپلم داشتند. با توجه به تخصیص متناسب ۲۱۵ نفر (۲۱/۲٪) ساکن شهر ایلام مرکز استان و ۱۰/۳٪، ۱۰/۵٪، ۱۱/۶٪، ۹/۷٪، ۱۰/۷٪، ۱۱/۸٪ و ۱۴/۳٪ درصد باقیمانده به ترتیب ساکن شهرستان‌های ایوان، ملکشاهی، مهران، دهران، دره شهر، شیروان و آبدانان بودند. ۶۳/۲٪ دارای ۲-۴ فرزند و ۵۶/۶٪ دارای ۹-۱ نوه بودند. ۱۹۱ نفر (۱۹٪) در حال حاضر به کار اشتغال داشتند و ۳۵/۸٪ (۳۶۰ نفر) بازنشسته بودند.

۲۹/۴٪ (۲۹۵ نفر) تحت پوشش کمیته امداد و سازمان بهزیستی بودند. ۱۵/۴ درصد فقط با همسر، ۵۸/۶ درصد با همسر و فرزندان، ۲۱/۷٪ فقط با فرزندان و مابقی با اقوام یا

جدول ۱ - میانگین شاخص توده بدنی بر حسب شهرستان محل سکونت در سالمندان استان ایلام

نام شهرستان	تعداد	میانگین	انحراف معیار
ایلام	۲۰۰	۲۵/۰۳	۴/۲۸
ایوان	۱۰۰	۲۵/۳۳	۴/۵۹
آبدانان	۹۳	۲۵/۶۳	۴/۷۵
مهران	۱۰۵	۲۵/۳۸	۴/۱۲
دهلران	۷۵	۲۶/۳۸	۴/۳۸
دره شهر	۱۰۴	۲۵/۰۷	۴/۶۸
شیروان	۹۸	۲۶/۷۸	۴/۴۲
ملکشاهی	۱۱۹	۲۶/۸۱	۴/۳۵
کل	۸۹۴	۲۵/۷۱	۴/۴۷

فراوانی تشخیص دیابت توسط پزشک ($P=0/01$)، فراوانی اختلال خواب ($P=0/03$)، فراوانی اختلال تنفسی ($P=0/03$)، تشخیص بیماری‌های قلبی توسط پزشک ($P=0/01$) و سابقه درد سینه ($P=0/01$) مشاهده شد. همچنین اختلاف معنی‌داری بین مردان و زنان سالمند مورد مطالعه از نظر بستری شدن به علت بیماری قلبی مشاهده شد ($P=0/000$).

در مورد پوشش بیمه‌ای، بیشتر واحدهای مورد مطالعه تحت پوشش سازمان بیمه خدمات درمانی بوده‌اند، $24/5\%$ تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی، $17/3\%$ تحت پوشش بیمه درمانی کمیته امداد امام خمینی بودند. این نتایج در جدول ۲ آمده است. در مطالعه حاضر اختلاف معنی‌داری میان سالمندان مورد مطالعه در شهرستان‌های هشت گانه استان ایلام از نظر فراوانی تشخیص بیماری قلبی توسط پزشک ($P=0/02$).

جدول ۲- فراوانی سالمندان استان ایلام بر حسب پوشش بیمه‌ای آنان

پوشش بیمه‌ای	فراوانی	درصد
سازمان بیمه خدمات درمانی	۳۶۲	۳۸/۶
سازمان بیمه تأمین اجتماعی	۲۳۰	۲۴/۵
سازمان بیمه نیروهای مسلح	۶۰	۶/۴
کمیته امداد	۱۶۲	۱۷/۳
بانک‌های دولتی یا خصوصی	۶	۰/۶
بهبودی	۲۷	۲/۹
آموزش و پرورش	۱۶	۱/۷
بیمه عمر	۶	۰/۶
برخوردار از بیش از یک نوع بیمه	۴۱	۴/۴
سایر موارد	۲۹	۳/۱
جمع	۹۳۹	۱۰۰/۰

زمین خوردن (۱۸٪) بیشترین فراوانی سوانح و حوادث را در سالمندان استان ایلام را به خود اختصاص داده است. سایر سوانح و حوادث رخ داده برای سالمندان مورد مطالعه در جدول ۳ آمده است.

در مطالعه حاضر ۴۵/۵٪ از افراد مورد مطالعه از دندان مصنوعی، تقریباً یک چهارم (۲۴/۹٪) از عینک یا لنز، ۱۳/۹٪ از عصا، ۳/۵٪ از سمعک، ۱/۸٪ از واکر، ۱٪ از ویلچر و ۰/۵٪ از چوب زیر بغل به عنوان وسایل کمک حرکتی استفاده می کردند.

جدول ۳- فراوانی ابتلاء به سوانح و حوادث در سالمندان مورد مطالعه در نمونه کلی استانی

درصد	فراوانی	سوانح و حوادث
۱۸	۱۷۶	بله زمین خوردن
۸۲	۸۰۲	خیر
۴	۳۹	بله حوادث ترافیکی
۹۶	۹۳۹	خیر
۴/۳	۴۲	بله سوختگی
۹۵/۷	۹۳۶	خیر
۱/۲	۱۲	بله مسمومیت با گاز، نفت، سم،....
۹۸/۸	۹۶۶	خیر
۶/۱	۶۰	بله مسمومیت با دارو یا غذا
۹۳/۹	۹۱۸	خیر
۴/۷	۴۶	بله سایر
۹۵/۳	۹۳۲	خیر

بحث

خود و بقیه با فرزندان یا بستگان خود زندگی می کردند. در مجموع ۴٪ از سالمندان مورد مطالعه تنها زندگی می کردند که البته این میزان نسبت به متوسط کشوری (۱۴/۵٪) بسیار کم تر است [۹]. در مجموع ۹۶٪ از سالمندان استان ایلام به نوعی در کانون خانواده زندگی می کنند و این می تواند به نوعی ناشی از تکریم و احترام فرزندان و اطرافیان سالمندان و نیز سستی بودن بنای خانواده باشد. در حالی که در مطالعه Ruth و همکاران که در انگلستان انجام شد، ۱۹/۳٪ سالمندان با همسر خود، ۲۹/۵٪ تنها و ۳۸/۷٪ با دیگران زندگی می کردند [۱۰]. با توجه به تفاوت های فرهنگی و اقتصادی-اجتماعی بین شرق و غرب می توان به نوعی گفت که میل به تنها گذاشتن سالمندان در جامعه ما به نسبت کشورهای اروپایی کم تر است.

در این مطالعه حدود یک سوم از سالمندان مورد مطالعه تحت پوشش سازمان های حمایتی مانند کمیته امداد و بهزیستی بودند و درصد قابل توجهی بی سواد بودند. در مطالعه Saberian در سمنان [۶] نیز بیش از نیمی از سالمندان (۵۱/۳٪) بی سواد بودند. در خصوص وضعیت اشتغال، بیش از یک سوم واحدهای مورد مطالعه بازنشسته دستگاه های دولتی و غیردولتی بودند و تقریباً یک پنجم آن ها در عین سالمندی به کار خاصی اشتغال داشتند. در مطالعه ای مشابه [۸] نیز بیش از یک چهارم (۲۶/۱٪) از سالمندان بازنشسته دستگاه های دولتی بودند و ۱۴/۴٪ آن ها زمان انجام مطالعه به کار خاصی اشتغال داشتند.

از نظر نحوه زندگی و فراوانی حضور بستگان، بیش از نیمی از واحدهای مورد مطالعه در کنار همسر و فرزندان

باشد. که لازم است مسئولین امر نسبت به تامین اجتماعی و آتیه سالمندان فاقد بیمه درمانی و اجتماعی اقدام نمایند. در مطالعه حاضر، بیش از یک سوم از سالمندان مورد مطالعه سابقه ابتلا به بیماری‌های قلبی را داشته‌اند. در مطالعه Sharifi Rad و همکاران در اصفهان ۳۲/۲٪ از سالمندان به بیماری قلبی مبتلا بوده‌اند که میزان آن از مطالعه حاضر کم‌تر می‌باشد [۱۴].

همچنین ۷۰/۱٪ از افراد مورد مطالعه دارای سابقه بیماری قلبی بوده یا سابقه بستری شدن در بیمارستان ناشی از این بیماری را برای خود ذکر کرده‌اند که ۲۰/۳٪ از آن‌ها در زمان بستری شدن مورد عمل جراحی هم قرار گرفته بودند. در مجموع اکثر افراد مورد مطالعه از دارو برای کاهش علائم بیماری خود استفاده می‌کردند و بیش از نیمی از آن‌ها دارای سابقه فشارخون بالا هم بوده‌اند. در مطالعه Sharifi Rad در اصفهان، ۴۶/۷٪ از سالمندان به فشارخون بالا مبتلا بوده‌اند که میزان آن از مطالعه حاضر کم‌تر می‌باشد.

همچنین ۱۰٪ آنان حداقل سابقه یک‌بار سکته قلبی را داشته‌اند [۱۴]. در مطالعه Akbari Kamrani و همکاران در تهران، ۶۳/۳٪ سالمندان سابقه ابتلا به بیماری‌های قلبی-ریوی داشته‌اند [۱۵]. در مطالعه Alavi شیوع بیماری قلبی در سالمندان ۲۶/۴٪ گزارش شد [۱۶]. در مطالعه Totonchi بیماری‌های قلبی و فشارخون به ترتیب ۴۱/۵٪، ۳۷٪ سالمندان را گرفتار کرده بود [۱۷]. همچنین در مطالعه Hosaini و همکاران در بابل، شیوع بیماری‌های قلبی-عروقی ۲۹/۶٪ گزارش گردید [۱۸] که از مطالعه حاضر کم‌تر بود. در مطالعه Joghtai و همکاران در کاشان، نزدیک به نیمی از سالمندان مبتلا به بیماری قلبی-عروقی بوده‌اند [۱۹] که باز هم نسبت به مطالعه حاضر شیوع بیشتری دارد.

میانگین فشارخون سیستولیک افراد مورد مطالعه ۱۳۳/۰۳۸ میانگین فشارخون دیاستولیک این افراد برابر ۱۱/۷۶ بود. در مطالعه Azizi و همکاران فشارخون سیستولیک و دیاستولیک زنان بیشتر از مردان بود [۲۰]. پرفشاری خون از عوامل موثر بر بروز بیماری‌های مزمن است بنابراین غربال‌گری و شناسایی افراد مبتلا به فشارخون و درمان آن

از نظر سهولت و سختی انجام کارهای شخصی سالمندان مورد مطالعه، حدود یک چهارم از سالمندان مورد مطالعه به نوعی در انجام کارهای شخصی مانند خوردن غذا، رفتن به دستشویی، پوشیدن و تعویض لباس، رفتن به تخت‌خواب و برخاستن از تخت‌خواب، حمام و نظافت شخصی دچار مشکل بودند. در مطالعه Aminni و همکاران، ۱۲/۱۳٪ افراد سالمند در حمام کردن، ۸/۴٪ در استفاده از دستشویی و توالت، ۸/۰۹٪ در پوشیدن لباس و ۵/۳۹٪ در خوردن غذا دچار مشکل بوده‌اند [۱۱].

از لحاظ فعالیت‌های جسمی و اجتماعی در سالمندان مورد مطالعه مشاهده شد که ۶۶٪ آن‌ها به‌منظور انجام کارهای روزانه مانند خرید پیاده‌روی می‌کردند و تقریباً از هر ۱۰ سالمند مورد مطالعه یک نفر به‌طور منظم به فعالیت‌های ورزشی پرداخته‌اند. میزان فعالیت فیزیکی برای سالمندان ۶۵ سال به بالا انجام حداقل ۳۰ دقیقه به‌صورت فعالیت‌های شدید یا متوسط و یا پیاده‌روی به‌صورت شدید یا متوسط و یا پیاده‌روی حداقل ۵ روز در هفته گذشته تعریف شده است [۱۲]. در مطالعه‌ای که توسط Alizadeh [۷] بر روی سالمندان ایرانی مقیم سیدنی انجام شد، فقط ۲۶/۵٪ از سالمندان فعالیت‌های متوسط به‌صورت پیاده‌روی حداقل ۵ روز در هفته و انجام فعالیت فیزیکی کافی به‌مدت حداقل ۳۰ دقیقه در روز را داشتند و ۳۳٪ آنان هیچ نوع فعالیتی را در سطح متوسط در هفته منتهی به زمان اجرای مطالعه نداشتند.

در مورد پوشش بیمه‌ای، حدود سه چهارم از سالمندان مورد مطالعه تحت پوشش بیمه بودند و یک چهارم دیگر از داشتن بیمه محروم بودند. نتایج مطالعات انجام شده داخل کشور نشان می‌دهد که ۶۴٪ از سالمندان ایرانی تحت پوشش بیمه‌های درمانی هستند. در تهران، ۸۳/۸٪ از سالمندان مورد مطالعه تحت پوشش بیمه بوده که در این میان، ۴۹/۷٪ سهم بیمه تأمین اجتماعی، ۱۶/۸٪ سهم بیمه خدمات درمانی و ۱۳/۸٪ سهم سایر موارد می‌باشند [۱۳].

به‌نظر می‌رسد با توجه به اینکه استان ایلام جز استان‌های کم‌تر برخوردار کشور است و صنایع و کارخانه‌های کم‌تری نسبت به تهران دارد، این نتایج با واقعیت هماهنگ

شرکت کنندگان از یک وسیله کمکی استفاده می کردند. در مطالعه Totonchi و همکاران، ۶۷/۴۴٪ از سالمندان مورد مطالعه از وسیله کمک حرکتی استفاده می کردند که ۶۱/۳۷٪ از این افراد از عصا، ۹/۶۵٪ از چوب زیر بغل، ۱۰/۱۱٪ از واکر، ۱۸/۸۷٪ از ویلچر و ۱۱/۶۲٪ از اندام مصنوعی تحتانی استفاده می کردند [۱۷].

از نظر وضعیت حس شنوایی، بیش از یک چهارم سالمندان مورد مطالعه از عارضه سنگینی گوش رنج می بردند، در مطالعه Totonchi و همکاران، ۳۴/۷۲٪ سالمندان از سمعک استفاده می کردند [۱۶].

از نظر وضعیت حس بینایی، حدود نیمی از سالمندان تحت بررسی دچار مشکل بینایی بودند در مطالعه Totonchi و همکاران، ۷۵/۸۱٪ از افراد تحت مطالعه از عینک استفاده می کردند که از میزان به دست آمده در مطالعه حاضر بیشتر است. بیشتر بودن استفاده از عینک در مطالعه Totonchi می تواند ناشی از عواملی چون وضعیت اقتصادی بهتر افراد تحت مطالعه نسبت به مطالعه حاضر باشد [۱۶].

در مطالعه ما برخی از شرکت کنندگان مشکل در شناخت زمان، مکان و اشخاص یا لرزش در دست و سر بودند. در مطالعه Joghtai و همکاران در شهر کاشان ۵٪ از سالمندان تحت بررسی دچار اختلالات شناختی شدید، ۴۷/۵٪ دچار اختلالات شناختی متوسط و ۳۶٪ دچار اختلالات شناختی خفیف بودند [۱۹].

این مطالعه محدودیت هایی داشت که به شرح زیر می باشند:

- ۱- عدم دسترسی به نمونه ها به دلیل گستردگی جامعه آماری و مسافت نسبتاً زیاد شهرستان های مورد مطالعه.
- ۲- عدم تمایل برخی از افراد جامعه آماری جهت شرکت در مطالعه که جهت برطرف نمودن این محدودیت اهمیت انجام مطالعه توسط پژوهشگران شرح داده می شد و در صورت عدم تمایل فرد دیگری از همان جامعه جایگزین می گردید.

می تواند در پیشگیری از بعضی بیماری های مزمن مؤثر باشد. آموزش همگانی در خصوص رژیم غذایی، ورزش، استعمال سیگار، مقابله با استرس و فشارهای زندگی از مواردی است که از ابتلای افراد به پرفشاری خون جلوگیری می کند.

۱۵٪ از سالمندان مورد مطالعه بنا به تشخیص پزشک مربوطه، مبتلا به دیابت بوده اند. شیوع دیابت در مطالعه Alavi و همکاران در اصفهان ۱۷/۴٪ گزارش شده است [۱۶] که اندکی بالاتر از مطالعه حاضر می باشد.

حدود یک پنجم از افراد تحت مطالعه به سیگار اعتیاد داشتند در مطالعه Sharifi Rad و همکاران در اصفهان، ۲۹/۴٪ سالمندان سابقه استعمال سیگار در دوران میانسالی را داشته اند که کم تر از مطالعه حاضر می باشد [۱۴]. همچنین در مطالعه Alavi Naeni و همکاران در شهر اصفهان، از مجموع ۱۷۰۰ سالمند مورد مطالعه ۸/۹٪ آنان در زمان انجام مطالعه سیگار استعمال می کردند که این میزان از مطالعه حاضر کم تر می باشد [۲۱].

میانگین توده بدنی افراد مورد مطالعه در حد نرمال بود که البته تفاوت معنی داری بین میانگین نمایه توده بدنی سالمندان مورد مطالعه بر حسب شهرستان محل سکونت آنها مشاهده شد ($P=0/002$). سالمندان ساکن در شهرستان های شیروان چرداول و ملکشاهی از نمایه توده بدنی بالاتری نسبت به میانگین استانی و بالطبع سایر شهرستان های استان برخوردار بوده اند. در مطالعه Azizi و همکاران در مطالعه قند و لیپید تهران نشان داده شد که نمایه توده بدنی ۲۸/۵ بود و زنان بیشتر به اضافه وزن و چاقی مبتلا بوده اند [۲۰] که با توجه به اینکه شهر تهران نسبت به استان ایلام مدرن تر است و سالمندان آن تحرک کمتری دارند به نظر می رسد این نتایج با واقعیت مطابقت داشته باشد.

زمین خوردن بیشترین فراوانی سوانح و حوادث را در سالمندان مورد مطالعه به خود اختصاص داده است. در مطالعه Salarvand و همکاران شیوع زمین خوردن ۲۴/۸٪ گزارش گردید [۲۲]. در مطالعه Tinneti و همکاران میزان شیوع زمین خوردن در بیش از یک سوم سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر گزارش گردیده است [۲۳]. در مطالعه حاضر اکثر

و شرایط جسمی و وضعیت سلامت و بیماری آنها را دگرگون کرده است.

سپاسگزاری

این مطالعه با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ایلام انجام شده است. نویسندگان بدین وسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ایلام و تمامی کسانی که در این طرح همکاری داشته‌اند تشکر و قدردانی می‌نمایند.

نتیجه‌گیری

مشکلات شایع جسمی سالمندان استان ایلام تا حدود زیادی به مشکلات جسمی گزارش شده سالمندان از سایر نقاط کشور شباهت دارد و عمده‌ترین تفاوت‌ها به وضعیت اقتصادی- اجتماعی برمی‌گردد که با توجه به پایین‌تر بودن درآمد سرانه استان ایلام در مقایسه با سایر استان‌های کشور، این امر بالطبع بر وضعیت سالمندان نیز اثرگذار بوده

ماخذ

1. Canbaz S, Sunter AT, Dabak S, Peksen Y. The prevalence of chronic disease and quality of life in elderly people in Samsun. *Turk J med Sci*. 2003; 33(5): 335-340.
2. Bekaert S, De Meyer T, Rietzschel ER, et al. Telomere length and cardiovascular risk factors in a middle-aged population free of overt cardiovascular disease. *Aging Cell* 2007; 6: 639-47.
3. Habibi A, Nikpour S, Sohbatazadeh R, Haghani H. Quality Of Life in elderly people of west of Tehran. *Pajohsh Parastari Journal*, 2007; 2 (6, 7): 55-62. [Persian].
4. Cheng ST, Chan AC: Social support and self-rated health revisited: is there a gender difference in later life? *Soc Sci Med* 2006, 63(1): 118-122
5. Li ZB, Lam TH, Ho SY, Chan WM, Ho KS, Li MP, Leung GM. Fielding R: Age-versus time-comparative self-rated health in Hong Kong Chinese older adults. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006, 21(8):729-739.
6. Saberian M, Aghajani HS, Ghorbani R. Survey of socio economic and health Statues of elderly people urban aria of Semnan University of medical sciences in 2000. *Semnan University of medical sciences journal*. 2002; 4(3, 4): 47-60. [Persian].
7. Alizadeh M, Khoshbin S, Khavarpou F. Quality of life, Welfare and Depression of Iranian resident of Sydney of Australia. *The Iranian journal of aging*. 2009; 4(4): 56-63. [Persian]
8. Tavakoli M. Empowering project of seniors and Welfare Network in Tehran, Welfare Support Department. *Office of the elderly* 2003; 1(2): 6-11. [Persian].
9. General Population and Housing Census, Statistics and General Results provinces separate. Tehran. *Iran statistic center* 2002; Iran statistic center publication, 25-26.
10. Ruth J. Matthews, Lucy K. Smith, Ruth M. Hancock, Carol Jagger, Nicola A. Spiers. Socioeconomic factors associated with the onset of disability in older age: a longitudinal study of people-aged 75 years and over. *Social Science & Medicine* 61 (2005) 1567-1575.
11. Aminni A, Shaghaghi AR, Alamdari Milani Kh, hanani J, Yaghobi A. Status of the elderly in the north east of tabriz. *Tabriz University of medical sciense journal* 2002; 37(59): 16-22.
12. Department of Health New South Wales. *New South Wales older People's health survey 1999*. Australia: Public Health Bulletin editors, Health Department Press, 2000.
13. Shoai F, Nejati V. Elderly health care in united stat. *Salmandi journal* 3(7): 2008. [Persian]
14. Sharifi Rad GH, Mohebi C, Motalebi M. Survey of cardiovascular disease in Isfahan. *Gonabad school of medical scences journal* 2007; 2(12): 21-30. [Persian].
15. Akbari Kamrani A. Survey of prevalence of health problem and rehabilitation needs of 150 old peolpe that referring to aging health centers. *rehabilitation journal* 2003; 4(5): 45-52. [Persian]
16. Alavi A, Dorosti A. The relation between nutrition status in elderly people with cardiovascular disease. 2007; 3(65): 68-71. [Persian].
17. Totonchi P. Prevalence of chronic disease among elder and Some aging characteristics of elder with disability in old people under cover of Commiteh Emdad Imam Khomainsi of Tehran city, *Payesh journal* 2004; 3(3): 219-225. [Persian]
18. Hosaini R, Zabihi A, Savadkahi S, Bijani A. The prevalence of acute disease in Amirkola city of Babol. *Babol medical sciences journal* 2008; 10(2): 68-75. [Persian].
19. Joghtai MT, Nejati V. Survey of aging health statues in Kashan city, *Iranian journal of aging* 2007; 1(1): 12-21. [Persian].
20. Azizi F, Emami H, Salehi P. The risk factors of heart disease, the project of Glucose and lipid in

- Tehran. *Iranian journal of Endocrine and metabolism* 2002; 5(1): 3-14. [Persian].
21. Alavi Naeni A, Dorosti A, Agdak P. Survey of LBW in Isfahan elderly and some relation causes with WHR, BMI and WHRT indexes. *Mazandaran University of medical sciences journal* 2009; 16(52): 117-125. [Persian].
22. Salarvand SH, Birjandi M, Shamshiri M. Prevalence of fall and its association with chronic diseases in elderly with Khorramabad. *Ofoghedansh: Journal of Gonabad university of medical sciences* 2006; 13(4): 62-75 [Persian].
23. Tinetti ME. Preventing falls in elderly persons. *New Eng J Med* 2003; 38(1):42-49.

THE EVALUATION OF HEALTH AND SOCIO ECONOMIC STATUES OF ELDERLY PEOPLE IN ILAM PROVINCE IN 2011

Ali Delpisheh¹, Morteza Mansourian^{*2}, Babak Rastgarimehr³, Shabnam Shokohi Ardebili⁴, Mehran Babanejad⁴, Mostafa Qorbani^{5,6}, Zahra Shafieyan⁷, Aziz Rezapoor⁸

1. Associate professor of Epidemiology, Department of Epidemiology and Mental and social harm prevention research center, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
2. Department of public health, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
3. Abadan School of Medical Sciences, Abadan, Iran.
4. Department of Epidemiology, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
5. Department of community medicine, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran
6. Non-Communicable Diseases Research Center, Endocrinology and Metabolism Population Sciences Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
7. Hospital management research center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
8. Department of Health Economics, school of health management and information sciences and Health management and economic research center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

ABSTRACT

Background: The world population is aging and it is expected that in 2020 more than one billion people in the world be elderly. The aim of this study was the evaluation of socioeconomic and physical health of elderly people in Ilam province in 2011.

Methods: This study was a cross - sectional study in which 1012 elderly people residing in the city of Ilam and eight townships participated by proportional allocation methods. Data collected by using a standard questionnaire and the Data were analyzed by using SPSS statistical software.

Results: The mean age of the study population was $70/1 \pm 8/02$ years. The differences between employment status and job type of elderly in each township was Significant. Mean systolic and diastolic blood pressure in subjects was $133/03 \pm 28/38$ and $11/76 \pm 8/02$ excursively, and mean body of BMI was $25/72 \pm 4/48$. 36/1% of the elderly had a history of heart disease, 15% are living with diabetes, and 22/5% had respiratory problems. 45/3% have surgery history, 72/8% experienced joint pain, 64/6% experienced musculoskeletal pain and 12/6% had a history of stroke. 23/8% had problems of knowing the time, 22/8% had problems recognizing the place, 22/2% had problems recognizing people and 25/9 % Shake hands and head.

Conclusion: Common problems with physical health problems reported by elderly of Ilam the same in the rest of the country and major differences in socioeconomic status. Due to lower per capita income in Islam compared to other provinces of Iran, the health status of the elderly has been lowered in Ilam rather to another province.

Keyword: Aging, health status, socioeconomic status, Iran, Ilam

*Pajoohesh street, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran, Tel: 09126585129, Email: mansourian55@yahoo.com