

بررسی وضعیت اقتصادی- اجتماعی سالمندان استان ایلام در سال ۱۳۹۱

مهران بابانژاد^۱، شبنم شکوهی^۲، علی دل پیشه^{۳*}، نایبعلی احمدی^۴

^۱ گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایلام
^۲ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام
^۳ مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب های روانی- اجتماعی استان ایلام
^۴ مرکز تحقیقات پروتئومیکس، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

سابقه و هدف: وضعیت اقتصادی- اجتماعی از جمله مهم ترین عوامل تعیین کننده سلامت جامعه به خصوص در سنین سالمندی است. با توجه به نبود اطلاعات کافی در باره وضعیت اقتصادی اجتماعی سالمندان به ویژه در استان ایلام، مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت اقتصادی- اجتماعی سالمندان استان ایلام در سال ۹۱ انجام گرفت.

روش بررسی: مطالعه ای مقطعی بر روی ۱۰۱۲ سالمند ۶۰ سال و بالاتر استان ایلام در سال ۱۳۹۱ با روش نمونه گیری خوشه ای انجام گرفت. پرسشنامه محقق ساخته روا و پایا جهت بررسی متغیرهای اقتصادی اجتماعی سالمندان به کار گرفته شد که از طریق مصاحبه حضوری با آنان تکمیل و سپس از طریق نرم افزار SPSS (ver16) و آزمون های کای دو، من ویتنی و کروسکال والیس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته ها: سن سالمندان مورد مطالعه $70/1 \pm 8/02$ سال و ۶۰٪ مرد بودند. از سالمندان مورد مطالعه، ۶۱/۴٪ بیسواد، ۸۱٪ بیکار و ۲۹/۷٪ تحت حمایت مالی فرزندان خود بودند. نزدیک به نیمی از سالمندان (۴۷/۶٪) هر هفته مورد عیادت اقوام قرار می گرفتند و ۶۴/۱٪ مهم ترین نیاز فکری خود را بهداشت و سلامتی می دانستند. نیاز به بهداشت و مسکن در زنان به ترتیب بیش از دو (۲/۲۳ = OR) و چهار (OR = ۴/۲۳) برابر مردان بود ($p < 0/001$). عیادت از سالمندان با سن، جنس، شغل و تحصیلات سالمندان رابطه معنی داری داشت ($p < 0/05$).

نتیجه گیری: به نظر می رسد که وضعیت اقتصادی سالمندان مورد مطالعه عمدتاً متأثر از وضعیت اقتصادی فرزندان آنان باشد. نیاز به بهداشت و مسکن در زنان سالمند به ترتیب بیش از دو و چهار برابر مردان سالمند برآورد گردید. توجه به نیازهای اقتصادی، تفریحی و بهداشتی سالمندان استان ایلام ضروری است.

واژگان کلیدی: وضعیت اقتصادی- اجتماعی، سالمندان، ایلام.

مقدمه

وضعیت اقتصادی- اجتماعی سالمندان به عنوان یکی از عوامل تعیین کننده سلامت، همواره مورد توجه محققین و مسئولین

بهداشتی قرار دارد (۵-۱). برخورداری از سطح اقتصادی اجتماعی ضعیف به طور مستقیم منجر به کاهش سطح سلامت جسمی افراد (۶) و بروز مسائلی همچون مشکلات تغذیه ای (۷)، افسردگی (۸)، عدم حمایت های مالی، عدم امنیت شغلی، خشونت، بیکاری و طرد شدن از جامعه در افراد سالمند می شود (۹). در واقع بین نامناسب بودن وضعیت اقتصادی- اجتماعی با سلامتی، یک رابطه علیتی دوطرفه وجود دارد؛ به طوری که برخورداری از وضعیت

آدرس نویسنده مسئول: ایلام، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، دانشکده بهداشت، گروه اپیدمیولوژی، علی دل پیشه (e-mail: alidelpisheh@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۴/۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۵/۱۲

مواد و روشها

در این مطالعه مقطعی، تعداد ۱۰۱۲ نفر از سالمندان ساکن استان ایلام در سال ۱۳۹۱ مورد مطالعه قرار گرفتند. معیار ورود به مطالعه مطابق دستورالعمل سازمان ملل، داشتن سن ۶۰ سال و بالاتر بود (۲۰). حجم نمونه با استفاده از نرم افزار statclac تحت برنامه Epi-info با ۹۵٪ اطمینان و حداکثر ۳٪ خطا، پس از محاسبه ضریب dett تعداد ۱۴۰۰ نفر تعیین گردید و از این تعداد، ۱۰۱۲ نفر در نهایت وارد مطالعه شدند (۲۸٪ ریزش نمونه).

گردآوری داده‌ها با استفاده از یک پرسشنامه محقق ساخته صورت پذیرفت. روایی محتوایی این پرسشنامه با بهره‌گیری از نظرات ۱۰ نفر از اساتید صاحب نظر مورد تایید قرار گرفت. جهت تایید پایایی، ۱۵ نفر از سالمندان شهر ایلام به طور تصادفی در یکی از محلات مرکز شهر انتخاب گردیدند و به وسیله پرسشنامه مورد سوال قرار گرفتند مصاحبه با آنان صورت پذیرفت که با نظر مشاور آماری و همکاران طرح، تعدادی از سوالات پرسشنامه که دارای ابهام بودند مورد بازنگری قرار گرفتند و حذف شدند. پرسشنامه مربوطه بی‌نام و شامل دو بخش اصلی بود. بخش اول حاوی سوالاتی در خصوص وضعیت دموگرافیک مانند سن، جنس، شغل، سواد، وضعیت تاهل، و بخش دوم نیز شامل ۱۰ سوال در خصوص وضعیت اقتصادی-اجتماعی از جمله وضعیت مسکن، بیمه و عیادت از سالمندان و سایر متغیرهای مرتبط بود که هر یک بسته به نوع سوال دارای زیر مجموعه‌هایی بود. برای تعیین پایایی ابزار، از شاخص آلفای کرونباخ استفاده شد (۰/۷۸).

با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای مشتمل بر ۴۰ خوشه، نقشه شهری و با توجه به تراکم جمعیت در نقاط مختلف جغرافیایی از هر یک از مناطق شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکزی هر یک از ۸ شهرستان تابعه استان ایلام یک خیابان به صورت تصادفی از فهرست خیابان‌های آن ناحیه (۵ منطقه) انتخاب و مراجعه به درب منازل از ابتدای خیابان مورد نظر شروع شد. پژوهشگر در یک بازه زمانی ۳ ماهه به درب منازل واقع در خیابان مورد نظر مراجعه می‌کرد و در صورت حضور فرد واجد شرایط از ایشان دعوت به عمل می‌آورد و پرسشنامه تکمیل می‌شد. نمونه‌گیری مورد نظر تا آنجا ادامه می‌یافت که حجم نمونه مورد نیاز برای هر خوشه که از قبل مشخص شده بود کامل می‌شد. در شرایطی که در یک خانوار دو فرد سالمند یا بیشتر وجود داشت؛ به طور تصادفی یک نفر از آنان انتخاب و وارد مطالعه می‌گردید. در صورتی که فرد واجد شرایط

اقتصادی-اجتماعی پایین، سلامتی نامناسب را ایجاد می‌کند؛ سلامتی نامناسب نیز به نوبه خود باعث تثبیت و پایداری فقر و به عبارت دیگر باعث ایجاد یک وضعیت اقتصادی اجتماعی نامناسب می‌گردد (۱۰، ۱۱).

تفسیر نتایج حاصل از بررسی شاخص‌های اقتصادی-اجتماعی از جمله تحصیلات، طبقه اجتماعی، درآمد و وضعیت مسکن در قشر سالمند با مشکلاتی مواجه است (۱۲). به همین دلیل، اندازه‌گیری این شاخص در قشر سالمندان با مشکلاتی مواجهه است. تحصیلات اکثر سالمندان امروز به گونه‌ای است که در همان سنین ابتدایی زندگی خود به تحصیل و کسب علم ادامه نداده‌اند و همین نکته از نظر سطح تحصیلات باعث کاهش تفاوت بین گروه‌های سالمند و همگونی بالای آنها می‌گردد (۱۳). معمولاً در به کارگیری مقیاس‌هایی مانند طبقه اجتماعی در سنین سالمندی و بازنشستگی ایراداتی وارد است، از همین رو توصیه می‌شود در بررسی وضعیت اقتصادی اجتماعی سالمندان، به منظور دست یابی به منشأ اصلی مشکلات، به جای بررسی تنها یک عامل مجموعه‌ای از این عوامل تحت بررسی قرار گیرد (۱۴). به عنوان مثال به جای تعریف متغیر درآمد، از دو متغیر سطح تحصیلات و شغل فعلی سالمندان می‌توان بهره جست (۱۵).

نیاز به سلامت و مسائل بهداشتی در زنان سالمند ایرانی بیشتر از مردان دیده می‌شود. همچنین سالمندانی که با همسران خویش زندگی می‌کنند و نیز شرایط اقتصادی بهتری دارند از احساس سلامتی بیشتری برخوردارند (۱۶). از طرفی شهباززادگان اظهار داشته که سطح تحصیلات افراد به عنوان یکی از عوامل مهم در میزان عیادت از افراد سالمند مطرح می‌باشد که این امر نیز نقش زیادی در سلامت روحی سالمندان دارد (۱۷). در مطالعه صابریان و همکاران نیز وضعیت اوقات فراغت که به عنوان یکی از عوامل موثر بر وضعیت اجتماعی سالمندان مطرح است به گونه‌ای بود که بیشتر سالمندان اوقات فراغت خود را با دوستان، انجام فعالیت‌های مذهبی و سرگرم شدن با وسایل صوتی و تصویری سپری می‌کردند (۱۸).

با توجه نقش مطالعات اپیدمیولوژیک در ارزیابی، پایش و پیشگیری از نابرابری‌های اقتصادی-اجتماعی و همچنین ناهماهنگی مراکز ثبت داده‌ها در کشورهای در حال توسعه از جمله ایران، انجام مطالعات مقطعی و جمعیتی در ارزیابی و پیشگیری از این نابرابری‌ها می‌تواند نقش به‌سزایی داشته باشد (۱۹). با توجه به خلا اطلاعات در این رابطه، مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت اقتصادی-اجتماعی و ارتباط آن با متغیرهای دموگرافیک در کل سالمندان استان ایلام در سال ۱۳۹۱ انجام گرفت.

به طور کلی از نظر منبع امرار معاش، ۳۵/۸٪ از محل بازنشستگی، ۲۹/۷٪ تحت حمایت فرزندان، ۲۶/۳٪ تحت پوشش و حمایت کمیته امداد حضرت امام خمینی (ره)، ۱۹٪ شغل فعلی، ۲۲/۳٪ دارایی شخصی، ۳/۱٪ تحت حمایت بهزیستی، ۰/۵٪ تحت مالی خویشاوندان و همسایگان و بقیه افراد (۳۱/۶٪) از منابع مالی دیگر استفاده می‌کردند. بیش از نیمی از واحدهای مورد مطالعه (۵۸/۶٪) در کنار همسر و فرزندان خود، ۲۱/۷٪ فقط با فرزندان، ۱۵/۴٪ فقط با همسر و ۰/۳٪ با اقوام و خویشاوندان نزدیک خود زندگی می‌کردند. در مجموع ۴٪ از سالمندان مورد مطالعه تنها زندگی می‌کردند.

از نظر پوشش بیمه‌ای، ۳۸/۵٪ تحت پوشش سازمان بیمه خدمات درمانی، ۲۴/۵٪ تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی، ۱۷/۳٪ تحت پوشش کمیته امداد، ۶/۴٪ تحت پوشش سازمان بیمه نیروهای مسلح، ۴/۴٪ تحت پوشش بیش از یک نوع بیمه، ۲/۹٪ تحت پوشش بهزیستی، ۱/۷٪ بیمه آموزش و پرورش، ۰/۱۶٪ تحت پوشش بیمه بانک‌های (خصوصی و یا دولتی)، ۰/۱۶٪ دارای بیمه عمر و بقیه (۳/۱٪) تحت پوشش سایر بیمه‌ها و یا فاقد بیمه بوده‌اند.

الگوی عیادت توسط فرزندان و خویشان به این صورت بود که نزدیک به نیمی از واحدهای مورد مطالعه (۴۷/۶٪) هر هفته و ۳۶/۶٪ گاهگاهی و ۱۵/۸٪ از افراد هیچ‌گاه مورد عیادت بستگان و فرزندان خود قرار نمی‌گرفتند. از سالمندان مورد مطالعه ۲۶٪ در انجام خرید، ۲۴/۳٪ در انجام کارهای منزل، ۲۲/۲٪ در مدیریت ایاب و ذهاب خود به اماکن مورد علاقه، ۷/۶٪ در حمام و نظافت شخصی، ۵/۵٪ در رفتن و برخاستن از تختخواب، ۴/۳٪ در پوشیدن و تعویض لباس، ۴٪ در رفتن به دستشویی و ۲/۹٪ در خوردن غذا دچار مشکل بودند. به ترتیب بیشترین اشخاص کمک کننده به سالمندان فرزندان آنها (۵۰/۸٪)، همسران (۴۳/۹٪)، خویشاوندان (۲/۸٪)، دوستان و همسایگان (۱/۳٪) و پرستاران (۱/۲٪) بودند.

مساعدت و کمک از طرف اعضای خانواده سالمندان به ترتیب به صورت مصاحبت و هم نشینی (۶۹/۷٪)، مراقبت‌های شخصی (۴۷/۸٪)، تهیه مواد غذایی (۴۲/۹٪)، پول (۳۶/۵٪)، لباس (۳۲/۴٪) و مسکن (۲۰/۶٪) صورت می‌گرفت. اما مساعدت و کمک به اعضای خانواده از طرف فرد سالمند به ترتیب به صورت تهیه مسکن (۶۵/۵٪)، پول (۵۹/۱٪)، تهیه غذا و مواد غذایی (۵۹/۱٪)، نگهداری (۵۱/۴٪)، لباس (۴۵/۱٪) و مراقبت‌های شخصی (۴۳/۴٪) بود.

مهم‌ترین نیامندی‌ها و دغدغه‌های فکری افراد مورد مطالعه نیز به ترتیب بهداشت و سلامتی (۶۴/۱٪)، درآمد (۵۹/۶٪)،

شرکت در مطالعه در خانه مورد مراجعه وجود نداشت، ضمن عذرخواهی و تشکر به خانه بعدی مراجعه می‌شد. از نظر اخلاق در پژوهش، پژوهشگران به صورت حضوری به افراد مورد بررسی مراجعه و پس از معرفی خود و بیان هدف از انجام پژوهش و اطمینان از اینکه اطلاعات افراد محرمانه خواهد ماند و نتایج پژوهش به صورت کلی در یک طرح تحقیقاتی مورد استفاده قرار خواهد گرفت، پرسشنامه به افراد جهت تکمیل تحویل دادند. همچنین روش کار انجام شده در این پژوهش، قبل از شروع تحقیق توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایلام به تایید رسیده بود. داده‌های گردآوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. داده‌های جمع آوری شده از طریق آزمون‌های کای دو، کروسکال والیس و من ویتنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در مواردی که شرایط انجام آزمون کای دو برقرار نبود، متغیرهای نزدیک به هم ادغام می‌گردید. در نهایت جهت تشخیص مقدار تفاوت‌های موجود در هریک از نیازهای ابراز شده سالمندان برحسب جنس، از مقدار نسبت شانس (OR) به عنوان شاخص اصلی مقایسه استفاده شد. با توجه به اینکه به صورت مقیاس بلی و خیر مطرح شده بود، جمع درصدهای آن از صد درصد پیروی نمی‌کند. مقدار $p < 0/05$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

پژوهش حاضر بر روی ۱۰۱۲ نفر سالمند واجد شرایط انجام گرفت. سن افراد مورد مطالعه برابر $8/02 \pm 70/1$ سال بود که بیشتر در گروه سنی ۶۹-۶۵ سال بودند (۳۳/۴٪). از مجموع ۱۰۱۲ سالمند مورد مطالعه، ۶۱۲ نفر (۶۰/۵٪) مرد بودند. نزدیک به ۷۰٪ متاهل و دارای همسر در قید حیات و ۶۱/۴٪ بیسواد بودند. از نظر سکونت ۵۱/۴٪ در شهر زندگی می‌کردند. به طور کلی ۲۹۵/۸ از سالمندان خانه دار، ۲۶/۸٪ بیکار و فاقد درآمد، ۲۵/۲٪ اداری و بقیه دارای مشاغل آزاد از جمله کارگری، دستفروشی، صنعت، دامداری، کشاورزی و مشاغل در خانم‌ها مانند قالی بافی، فرش بافی و خیاطی بودند. همچنین ۴۱/۴٪ موارد مصاحبه پرسشنامه‌ها با حضور شخص سالمند، ۵۴/۸٪ با حضور سالمند و اطرافیان او و سایر موارد توسط اطرافیان سالمند تکمیل گردید. بیشتر نمونه‌های مورد مطالعه (۷۴/۳٪) در املاک شخصی، ۱۳٪ در املاک متعلق به فرزندان و ۱۲/۷٪ در املاک استیجاری ساکن بودند.

جدول ۱. فراوانی فعالیت جسمی، اجتماعی و گذراندن اوقات فراغت در سالمندان مورد مطالعه بر حسب جنس

فاصله اطمینان ۹۵٪	نسبت شانس	P-value	مرد	زن	پاسخ	فعالیت جسمی، اجتماعی و اوقات فراغت
۰/۲۸ - ۰/۴۸	۰/۳۷	<۰/۰۰۱	۳۰۱(۷۴/۱)	۱۰۵(۲۵/۹)*	بلی	پیاده روی: ورزش
			۳۰۶(۵۱/۵)	۲۸۸ (۴۸/۵)	خیر	
۰/۱۰۵ - ۰/۲۵	۰/۱۲	<۰/۰۰۱	۸۸(۹۱/۷)	۸(۸/۳)	بلی	ورزش‌های منظم
			۵۲۴(۵۷/۶)	۳۸۵(۴۲/۴)	خیر	
۰/۲۷ - ۰/۴۶	۰/۳۵	<۰/۰۰۱	۴۶۰ (۶۹/۴)	۲۰۳(۳۰/۶)	بلی	پیاده روی: خرید و کارهای روزمره
			۱۵۲(۴۴/۴)	۱۹۰(۵۵/۶)	خیر	
۰/۱۲ - ۰/۲۳	۰/۱۷	<۰/۰۰۱	۲۷۲(۸۵/۳)	۴۷(۱۴/۷)	بلی	شرکت در جلسات و سخنرانی‌ها
			۳۴۰(۴۹/۶)	۳۴۶(۵۰/۴)	خیر	
۰/۱۱ - ۰/۲۳	۰/۱۶	<۰/۰۰۱	۲۶۲(۸۵/۶)	۴۴ (۱۴/۴)	بلی	رفتن به پارک
			۳۵۰(۵۰/۱)	۳۴۹(۴۹/۹)	خیر	
۰/۱۶ - ۰/۳۶	۰/۲۴	<۰/۰۰۱	۱۷۳(۸۳/۲)	۳۵ (۱۶/۸)	بلی	مطالعه کتاب و روزنامه
			۴۳۹(۵۵/۱)	۳۵۸(۴۴/۹)	خیر	
۰/۱۱ - ۰/۲	۰/۱۵	<۰/۰۰۱	۴۳۹(۸۰)	۱۱۰(۲۰)	بلی	گوش دادن به رادیو
			۱۷۳(۳۷/۹)	۲۸۳(۶۲/۱)	خیر	
۰/۴۴ - ۰/۸۵	۰/۶۱	<۰/۰۰۱	۵۲۳(۶۲/۹)	۳۰۸(۳۷/۱)	بلی	تماشا کردن تلویزیون
			۸۹(۵۱/۱)	۸۵(۴۸/۹)	خیر	
۰/۲۷ - ۰/۴۸	۰/۳۶	<۰/۰۰۱	۴۷۴(۶۸/۴)	۲۱۹(۳۱/۶)	بلی	دیدار با دوستان
			۱۳۸(۴۴/۳)	۱۷۴(۵۵/۸)	خیر	
۰/۳۲ - ۰/۵۴	۰/۴۱	<۰/۰۰۱	۳۹۲(۷۰)	۱۶۸(۳۰)	بلی	رفتن به مسجد و اماکن مذهبی
			۲۲۰(۴۹/۴)	۲۲۵(۵۰/۶)	خیر	
۰/۳۶ - ۰/۶۶	۰/۴۹	<۰/۰۰۱	۲۱۱(۷۲/۳)	۸۱(۲۷/۷)	بلی	قرآن و دعا خواندن
			۴۰۱(۵۶/۲)	۳۱۲(۴۳/۸)	خیر	

* تعداد (درصد)

مورد عیادت فرزندان و اطرافیان خود قرار می‌گرفتند. الگوی عیادت از سالمندان شهری و روستایی تقریباً برابر بود. توزیع سالمندان مورد مطالعه به تفکیک نیازها و به تفکیک جنس در جدول ۳ ارائه شده است که نشان می‌دهد نیاز به بهداشت و سلامتی، رفع تنهایی و مسکن در زنان به صورت معنی‌داری بیشتر از مردان بوده است؛ به طوری که نیاز به بهداشت و سلامت در زنان بیش از ۲ برابر، نیاز به رفع تنهایی نزدیک به یک و نیم برابر و نیاز به مسکن بیش از ۴ برابر مردان بوده است. همچنین نیاز به وسیله حمل و نقل در زنان کمتر از مردان دیده شد. توزیع سالمندان بر حسب ارتباط نحوه عیادت و به تفکیک سن در جدول ۴ آورده شده است و نشان می‌دهد که عیادت از سالمندان توسط فرزندان و خویشاوندان با متغیر سن رابطه معنی‌داری دارد؛ به طوری که میانه سنی در سالمندانی که هرگز مورد عیادت قرار نمی‌گرفتند بیش از سایر الگوهای عیادت بود. پس از بررسی یک به یک الگوی عیادت مشخص شد که این معنی‌داری بین عیادت هر هفته با گاهی اوقات و نیز هر هفته با هرگز وجود داشت.

رفع تنهایی (۳۸/۸٪)، حل تضادهای خانوادگی (۳۰/۲٪)، وسیله حمل و نقل (۲۸/۴٪)، پذیرش اجتماعی و عدم طرد شدن (۲۶/۱٪) و مسکن (۲۲/۴٪) بود. تحلیل آماری با استفاده از آزمون کای‌دو از نظر فعالیت‌های جسمی، اجتماعی و اوقات فراغت که در جدول ۱ ارائه گردیده است نشان می‌دهد که در تمامی مواردی که در این زمینه مورد سوال قرار گرفته بود، گرایش مردان به انجام فعالیت‌های اجتماعی و فراغتی به طور معنی‌داری در مردان بیش از زنان دیده شد ($p < 0/001$). نحوه عیادت از سالمندان به تفکیک عوامل مرتبط در جدول ۲ ارائه گردیده است که نشان می‌دهد عیادت توسط فرزندان و خویشاوندان با جنس، شغل، تاهل و سطح تحصیلات سالمندان رابطه معنی‌داری دارد ($p < 0/001$)، اما با شهری یا روستایی بودن آنان رابطه معنی‌داری نداشت ($p > 0/05$). به طور کلی الگوی عیادت از سالمندان بر حسب جنس نشان داد الگوی گاهی اوقات در مردان (۴۷/۳٪) و هر هفته در زنان (۶۶/۱٪) دارای بیشترین فراوانی بوده است. همچنین از نظر تاهل، افراد مجرد هر هفته (۷/۱۶٪) و از نظر تحصیلات افراد بی سواد با ۵۱/۸٪ هر هفته

جدول ۲- توزیع سالمندان مورد مطالعه بر حسب نحوه عیادت به تفکیک عوامل مرتبط

هر هفته تعداد(%)	گاهی اوقات تعداد (%)	هرگز تعداد (%)	جمع تعداد (%)	p-value	
					جنس
					مرد
۱۹۷ (۳۵/۳)	۲۶۴ (۴۷/۳)	۹۷ (۱۷/۴)	۵۵۸ (۱۰۰)		زن
۲۴ (۶۶/۱)	۷۶ (۲۰/۴)	۵۰ (۱۳/۵)	۳۷۲ (۱۰۰)		شغل فعلی
				<۰/۰۰۱	بیکار
۵۶ (۳۲/۲)	۹۸ (۵۶/۳)	۲۰ (۱۱/۵)	۱۷۴ (۱۰۰)		شاغل
۳۸۷ (۵۱/۲)	۲۴۲ (۳۲/۰)	۱۲۷ (۱۶/۸)	۷۵۶ (۱۰۰)		شغل قبلی
				<۰/۰۰۱	اداری
۱۱۴ (۴۹/۱)	۷۱ (۳۰/۶)	۴۷ (۲۰/۳)	۲۳۲ (۱۰۰)		آزاد
۴۲ (۲۵/۶)	۹۴ (۵۷/۳)	۲۸ (۱۷/۱)	۲۶۴ (۱۰۰)		خانه دار
۱۹۰ (۷۱/۷)	۴۲ (۱۵/۸)	۳۳ (۱۲/۵)	۲۶۵ (۱۰۰)		بیکار
۱۹۷ (۳۶/۱)	۱۳۳ (۴۹/۴)	۳۹ (۱۴/۵)	۳۶۹ (۱۰۰)		وضعیت تأهل
				<۰/۰۰۱	متأهل
۲۶۳ (۴۱/۲)	۲۸۴ (۴۴/۵)	۹۱ (۱۴/۳)	۶۳۸ (۱۰۰)		مجرد
۱۸۰ (۶۱/۶)	۵۶ (۱۹/۲)	۵۶ (۱۹/۲)	۳۷۰ (۱۰۰)		سطح تحصیلات
				<۰/۰۰۱	بی سواد
۳۰۶ (۵۱/۸)	۲۱۵ (۳۶/۴)	۷۰ (۱۱/۸)	۵۹۱ (۱۰۰)		زیر دیپلم
۸۸ (۳۶/۵)	۸۲ (۳۴/۰)	۷۱ (۲۹/۵)	۲۴۱ (۱۰۰)		دیپلم و بالاتر
۴۹ (۵۰)	۴۳ (۴۳/۹)	۶ (۶/۱)	۵۳ (۱۰۰)		محل سکونت
				۰/۲۶	شهر
۲۱۵ (۴۵/۴)	۱۸۵ (۳۹)	۷۴ (۱۵/۶)	۴۷۴ (۱۰۰)		روستا
۲۲۸ (۵۰)	۱۵۵ (۳۴)	۷۳ (۱۶)	۴۵۶ (۱۰۰)		

بحث

با توجه به میانگین سنی افراد مورد مطالعه و اینکه بیشتر آنها در گروه سنی ۶۵ تا ۶۹ سال قرار داشتند، می‌توان گفت در مطالعه حاضر اکثر سالمندان مورد مطالعه در سنی هستند که توانایی انجام کارهای روزمره و حتی تولیدکنندگی را نیز دارند. با در نظر گرفتن این مطلب، می‌توان افراد سالمند را در جهت تربیت نیروهای جوان و کودکان به خدمت گرفت که هزینه جذب نیرو انسانی کمتری را نیز دربر خواهد داشت و از سوی دیگر باعث می‌شود فرد سالمند احساس ارزشمندی نموده و تبادل اجتماعی و فرهنگی خود با محیط را همچنان حفظ نماید (۱۸، ۲۱).

از نظر نحوه زندگی و فراوانی حضور بستگان، بیش از نیمی از واحدهای مورد مطالعه در کنار همسر و فرزندان خود زندگی می‌کردند و فقط ۴٪ به تنهایی زندگی می‌کردند. در مجموع ۹۶٪ از سالمندان استان ایلام به نوعی در کانون خانواده زندگی می‌کنند. در حالی که در مطالعه مشابه توسط عباسی

مقدم و همکاران، ۱۹٪ سالمندان تنها، ۳۱/۵٪ فقط با همسر خود و ۳۴/۸٪ با همسر یا فرزندان خود زندگی می‌کردند (۲۲). در مطالعه ماتیسوس (Matthews) در انگلستان، ۱۹/۳٪ سالمندان با همسر خود، ۲۹/۵٪ تنها و ۳۸/۷٪ با دیگران زندگی می‌کردند (۲۳).

هالوردا و همکاران (Holwerda et al) در مطالعه خود بر روی سالمندان هلند به این نتیجه رسیدند که نزدیک به نیمی از سالمندان (۴۶/۲٪) تنها زندگی می‌کرده‌اند (۲۴). همچنین یکی از مطالعات مبتنی بر جمعیت انجام شده در فنلاند میزان تنهایی را در بیش از یک سوم سالمندان (۳۹/۴٪) گزارش کرده بود (۲۵) که به طور کلی با مقایسه جوامع ایرانی و خارجی می‌توان گفت که تکریم و احترام به سالمندان ایرانی از جانب فرزندان و اطرافیان، بیش از جوامع غربی است که احتمالاً ریشه در سنتی بودن بنیان خانواده های ایرانی و اعتقادات مذهبی نیز دارد.

از لحاظ فعالیت‌های جسمی و اجتماعی و گذراندن اوقات فراغت در سالمندان مورد مطالعه مشاهده شد که سالمندان مرد در تمامی موارد از نظر فعالیت اجتماعی و اوقات فراغت بهتر از سالمندان زن بودند. در مطالعه سعادت مداح و همکاران نیز در پاره‌ای از اینگونه فعالیت‌ها مانند ورزش کردن، روزنامه خواندن و رفتن به پارک گرایش مردان به انجام آنها بیشتر بود، اما در مورد شرکت در جلسات مذهبی و تماشای تلویزیون، زنان بیشتر به این فعالیت‌ها تمایل داشتند؛ در حالی که در سالمندان سوئدی میل به ورزش کردن، رادیو گوش کردن، تماشای تلویزیون و روزنامه خواندن بیشتر در زنان دیده می‌شد که در مقایسه با مطالعه حاضر، می‌توان تفاوت فرهنگی را یکی از علل تفاوت الگوی انجام این فعالیت‌ها دانست (۲۶). اما صابریان و همکاران در مطالعه‌ای در سال ۱۳۸۰ بر روی سالمندان سمنانی به این نتیجه رسیدند که وضعیت انجام فعالیت اجتماعی در میان زنان مطلوب‌تر از مردان است که البته با توجه به اینکه احتمالاً الگوی انجام فعالیت‌هایی مانند روزنامه خواندن، تماشای تلویزیون و فعالیت‌های مشابه در سال ۱۳۸۰ به نسبت یه دهه بعد متفاوت بوده است، می‌توان اختلاف به دست آمده را توجیه کرد (۱۸).

احمد و حافظ نیز پس از بررسی سالمندان پاکستانی، شرکت در مراسمات مذهبی را در زنان سالمند بیشتر گزارش کردند، در حالی که شرکت در فعالیت‌های فرهنگی در مردان بیشتر مشاهده شده بود (۲۷). به طور کلی می‌توان گفت گرایش زنان سالمند در این مطالعه به انجام فعالیت‌های ورزشی

جدول ۳- توزیع سالمندان مورد مطالعه به تفکیک نیازها و به تفکیک جنس

نیازهای ابراز شده	پاسخ	جنس (%) تعداد		P-value	نسبت شانس	فاصله اطمینان ۹۵٪
		زن	مرد			
بهداشت و سلامتی	بلی	۲۹۲ (۷۴/۹)*	۳۴۶ (۵۷/۲)	< ۰/۰۰۱	۲/۲۳	۱/۶۸ - ۲/۹۵
	خیر	۹۸ (۲۵/۱)	۲۵۹ (۴۲/۸)			
پول	بلی	۲۲۲ (۵۶/۹)	۳۷۱ (۶۱/۳)	۰/۱۸	۰/۸۳	۰/۶۴ - ۱/۰۸
	خیر	۱۶۸ (۴۳/۱)	۲۳۴ (۳۸/۷)			
رفع تنهایی	بلی	۱۷۰ (۴۳/۶)	۲۱۶ (۳۵/۷)	۰/۰۱۴	۱/۳۹	۱/۰۷ - ۱/۸
	خیر	۲۲۰ (۵۶/۴)	۳۸۹ (۶۴/۳)			
حل اختلاف خانوادگی	بلی	۱۲۴ (۳۱/۸)	۱۸۴ (۳۰/۴)	۰/۶۷	۱/۰۶	۰/۸۱ - ۱/۴
	خیر	۲۶۶ (۶۸/۲)	۴۲۱ (۶۹/۶)			
وسیله حمل و نقل	بلی	۹۵ (۲۴/۴)	۱۸۸ (۳۱/۱)	۰/۰۲۶	۰/۷۱	۰/۵۳ - ۰/۹۵
	خیر	۲۹۵ (۷۵/۶)	۴۱۷ (۶۸/۹)			
پذیرش اجتماعی و طرد نشدن	بلی	۹۶ (۲۴/۶)	۱۶۴ (۲۷/۱)	۰/۴۱	۰/۸۷	۰/۶۵ - ۱/۱۷
	خیر	۲۹۴ (۷۵/۴)	۴۴۱ (۷۲/۹)			
مسکن	بلی	۱۴۹ (۳۸/۲)	۷۴ (۱۲/۲)	< ۰/۰۰۱	۴/۴۳	۳/۲۲ - ۶/۰۹

*تعداد (درصد)

جدول ۴- ارتباط نحوه عیادت از سالمندان توسط فرزندان و اقوام با سن

P-value	حداکثر سن	حداقل سن	میان سن	تعداد	عیادت توسط فرزندان و خویشان
< ۰/۰۰۱	۱۰۵	۶۰	۶۷	۴۴۳	هر هفته
	۱۱۰	۶۰	۶۹	۳۴۰	گاهی اوقات
	۸۷	۶۱	۷۱	۱۴۷	هرگز
	۱۱۰	۶۰	۶۹	۹۳۰	جمع

بهداشتی از مهم‌ترین نیازهای ابراز شده آنها بوده است. با توجه به تفاوت‌های موجود در جوامع سالمندی می‌توان گفت نیازهای ابراز شده افراد سالمند متغیر می‌باشد. اما با عنایت به اینکه نیازمندی‌های عمده سالمندان کشور، بهداشت و درمان (۵۹/۵٪)، مسکن (۱۷٪)، مشکل پذیرش اجتماعی (۷/۲٪) و رفع تنهایی ۱۶/۲٪ است، می‌توان گفت نتایج مطالعه حاضر تا حدود زیادی با میزان کشوری مطابقت دارد (۳۱). Liu و همکاران تنها زندگی کردن سالمند، ابتلا به بیماری‌های مزمن و پایین بودن سطح درآمد را از عواملی می‌دانند که سطح روابط اجتماعی و فعالیت‌های مرتبط به آن را در آنان کاهش می‌دهد (۳۲) که در تطابق با یافته‌های مطالعه حاضر اهمیت مسئله بیش از پیش مشخص خواهد شد.

چندان مطلوب نبوده است؛ چراکه انجام فعالیت فیزیکی حتی در این سن، منجر به بهبود کیفیت زندگی و ارتقای سلامت جسمی و روحی آنان خواهد شد (۲۸). نیاز به بهداشت و سلامتی، درآمد و رفع تنهایی به ترتیب مهم‌ترین نیاز و دغدغه فکری سالمندان مورد مطالعه بود. محققان کمال و همکاران با مقایسه سالمندان سازمان تامین اجتماعی و بازنشسته کشوری به این نتیجه رسیدند که مهم‌ترین نیاز سالمندان را درآمد و سپس مسکن، بهداشت و سلامتی، وسیله نقلیه و مصاحبت برای رفع تنهایی تشکیل داد (۲۹). در مطالعه ستاری (۳۰) بر روی سالمندان روستایی نیز از نظر اولویت نیازهای افراد سالمند، تفاوت‌هایی دیده شد، به طوری که به ترتیب نیاز به گذراندن اوقات فراغت، درآمد و نیاز

اجتماعی استان ایلام، می‌توان گفت که اکثر سالمندان مورد مطالعه از نظر درآمد مستقل نبوده و باید تحت حمایت‌های اقتصادی بیشتری قرار گیرند. همچنین توجه به مسائل بهداشتی و در دسترس بودن امکانات بهداشتی یکی از اولویت‌هایی است که باید بیش از پیش در افراد سالمند و به خصوص زنان در نظر داشت. ایجاد امکانات تفریحی و رفاهی اختصاصی نیز با توجه به گرایش بیشتر آنها به وسایل بصری و فعالیت‌های ساکن، به طور جدی توصیه می‌گردد.

محدودیت این مطالعه را می‌توان مشکلاتی دانست که در تکمیل پرسشنامه و رویارویی با متغیرهای اقتصادی اجتماعی به وجود می‌آید؛ چرا که معمولا در پاسخگویی به این نوع سوالات، امکان ایجاد تورش مطلوبیت اجتماعی (social desirability bias) را به وجود می‌آورد. در این مطالعه امکان کاهش این مشکل و به کارگیری شاخص نامبرده وجود نداشت، به همین دلیل پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده، جهت کاهش این نوع تورش از شاخص‌های مطلوبیت اجتماعی مانند شاخص مطلوبیت اجتماعی مارلو کرون (Marlowe Crowne Social Desirability Index)، استفاده شود تا بتوان تاثیر این نوع خطای منظم را بر نتایج مطالعه کاهش داد (۳۷).

نیاز به بهداشت و سلامتی در زنان بیش از مردان دیده شد. با توجه به اینکه شیوع بیماری‌های مزمن و شکستگی‌های سنین سالمندی در زنان بیشتر از مردان مشاهده می‌شود (۳۳)، می‌توان اختلاف جنسیتی موجود را توجیه کرد. ادیب حاج باقری ارتباط واضحی بین ناتوانی و توجه به مسایل بهداشتی با جنس را گزارش کرده است، به گونه‌ای که میزان ناتوانی سالمندان از جمله در امور بهداشتی در زنان به مراتب بیش از مردان بوده است (۳۴). کلاوزن (Clausen) نیز مشکلات بهداشتی زنان سالمند را بیشتر از مردان گزارش کرده است (۳۵). اما حشمتی و همکاران در مطالعه خود در سال ۱۳۹۰ بر روی سالمندان گلستانی علی‌رغم اینکه وضعیت بهداشت فردی زنان سالمند را بهتر از مردان به دست آورده بودند، ولی در این مورد به یافته معنی‌داری دست نیافته بودند (۳۶).

به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که وضعیت اقتصادی سالمندان مورد مطالعه بیشتر وابسته به فرزندان آن بوده است. همچنین نیاز به بهداشت و مسکن در زنان سالمند به ترتیب بیش از دو و چهار برابر مردان برآورد گردید، درحالی که بیشترین نیاز ابراز شده در مردان سالمند مربوط به برخورداری از وسایل نقلیه بوده است. با توجه به شرایط کنونی اقتصادی

REFERENCES

1. Jerliu N, Toci E, Burazeri G, Ramadani N, Brand H. Socioeconomic conditions of elderly people in Kosovo: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2012; 12:512.
2. Moore PJ, Adler NE, Williams DR, Jackson JS. Socioeconomic Status and Health: The Role of Sleep. *Psychosom Med* 2002; 64:337-44.
3. Nematy M, Sakhdari A, Ahmadi-Moghaddam P, Aliabadi M, Kimiagar M, Ilaty AA, et al. Prevalence of obesity and its association with socioeconomic factors in elderly Iranians from Razavi-Khorasan province. *Scientific World Journal* 2009; 9:1286-93.
4. Pereira GN, Bastos GA, Del Duca GF, Bos AJ. Socioeconomic and demographic indicators associated with functional disability in the elderly. *Cad Saude Publica* 2012; 28:2035-42.
5. Siracuse JJ, Odell DD, Gondek SP, Odom SR, Kasper EM, Hauser CJ, et al. Health care and socioeconomic impact of falls in the elderly. *Am J Surg* 2012; 203:335-38.
6. Steenland K, Hu S, Walker J. All-cause and cause-specific mortality by socioeconomic status among employed persons in 27 US states, 1984-1997. *Am J Public Health* 2004; 94:1037-42.
7. Lima-Costa MF, Barreto SM, Firmo JOA, Uchoa E. Socioeconomic position and health in a population of Brazilian elderly: the Bambuí Health and Aging Study (BHAS). *Pan Am J Public Health* 2003; 13:387-94.
8. Rajabi Zadeh G, Ramezani A. Prevalence of depression in the elderly people of Kerman in 2002. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences* 2003; 3:58-65.
9. Elovainio M, Kivimaki M, Kortteinen M, Tuomikoski T. Socioeconomic status, hostility and health. *Personality and Individual Differences* 2001; 31:303-15.
10. Ganet G, Editor. *The World Bank Annual Report: Year in Review*. New York: World Bank; 2004.
11. Walters S, Suhrcke M. Socioeconomic inequalities in health and health care access in central and Eastern Europe and the CIS: a review of the recent literature. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Working paper 2005/1. 2005.
12. Bowling A. Socioeconomic differentials in mortality among older people. *J Epidemiol Commun Health* 2004; 58:438-40.

13. Grundy E, Holt G. The socioeconomic status of older adults: How should we measure it in studies of health inequalities? *J Epidemiol Commun Health* 2001; 55:895-904.
14. Huisman M, Kunst A, Mackenbach J. Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly; a European overview. *Soc Sci Med* 2003; 57:861-73.
15. Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch JW, Davey Smith G. Indicators of socioeconomic position . *J Epidemiol Commun Health* 2006; 60:7-12.
16. Sadatinejad M, Mousavi G, Rasolinejad V. The Kashan senile's attitude towards health and religious issues at year 2004-5. *Feyz* 2010; 14:76-82. [In Persian]
17. Shahbaz Zadegan B, Farmanbar R, Ghanbari A, Atrkar Roshan Z, Adib M. Investigation of the correlation between economical-social factors and self-esteem of elderly residents in Rasht nursing homes. *The Journal of Nursing and Midwifery Faculties Guilan Medical University* 2009; 19:21-27. [In Persian]
18. Saberian M, Hajiaghajani S, Ghorbani R. Survey of health, social and economic conditions of the elderly and their leisure time. *Koomesh* 2003; 4:129-36. [In Persian]
19. Vahdaninia M, Montazeri A. Socio-economic health inequalities and their Indices in epidemiologic studies. *Iranian Journal of Epidemiology* 2006; 1:53-58. [In Persian]
20. World Health Organization. Definition of an older or elderly person 2013 [cited 2013 2/2]. Available from: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefolder/en/index.html>.
21. Liang J, Shaw BA, Krause N, Bennett JM, Kobayashi E, Fukaya T, et al. How does self-assessed health change with age? A study of older adults in Japan. *J Gerontology* 2005; 60:S224-32.
22. Abbassi Moghadam MA, Dabiran S, Safdari R, Jafarian K. socioeconomic variables in elderly in Tehran. *payavard salamat* 2007;1:45-51. [In Persian]
23. Matthews RJ, Smith LK, Hancock RM, Jagger C, Spiers NA. Socioeconomic factors associated with the onset of disability in older age: a longitudinal study of people aged 75 years and over. *Soc Sci Med* 2005;15:1-5.
24. Holwerda TJ, Deeg DJ, Beekman AT, van Tilburg TG, Stek ML, Jonker C, et al. Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2012.
25. Routasalo PE, Savikko N, Tilvis RS, Strandberg TE, Pitkälä KH. Social contacts and their relationship to loneliness among aged people—a population-based study. *Gerontology* 2006; 52:181-87.
26. Sadat Madah SB, Emami A, Rahgozar M, Foroughan M, Norouzi K, Mohammadi F, et al. The status of social and leisure time activities in the elderly residing in Iran and Sweden. *Salmand* 2009; 3:507-606. [In Persian]
27. Ahmad K, Hafeez M. Factors affecting social participation of elderly people: A study in Lahore. *Journal of Animal and Plant Sciences*. 2011; 21:283-89.
28. Elavsky S, McAuley E, Motl RW, Marquez DX, Hu L, Jerome GJ, et al. Physical activity enhances long-term quality of life in older adults: efficacy, esteem, and affective influences. *Ann Behav Med* 2005; 30:138-45.
29. Mohagheghi KSH, Sajadi H, Zare H, Biglarian A. Need assessment among the elders of social security organization & national retirement fund. *Salmand* 2008; 3:8-15. [In Persian]
30. Sattari B. Social status and health in rural elderly rural empowerment project approach. *Salmand* 2006; 1:132-39. [In Persian]
31. Tavakoli M. Municipal social welfare empowering seniors in network design. Tehran. Office of Elderly Affairs 2004; 5: 6-11. [In Persian]
32. Liu N, Zeng L, Li Z, Wang J. Health-related quality of life and long-term care needs among elderly individuals living alone: a cross-sectional study in rural areas of Shaanxi province, China. *BMC public health* 2013; 13:313.
33. Å~yen J, Gjesdal CG, Brudvik C, Hove LM, Apalset EM, Gulseth HC, et al. Low-energy distal radius fractures in middle-aged and elderly men and women—the burden of osteoporosis and fracture risk. *Osteoporos Int* 2010; 21:1257-67.
34. Adib-Hajbaghery M, Akbari H. The severity of old age disability and its related factors. *Feyz* 2009; 13:225-34. [In Persian]
35. Clausen F, Sandberg E, Ingstad B, Hjørtedahl P. Morbidity and health care utilisation among elderly people in Mmankgodi village, Botswana. *J Epidemiol Commun Health* 2000; 54:58-63.

36. Heshmati H, Behnampour N, Charkazi A, Asadi Z, Dehnadi A. Elderly hygiene status in rural areas of Golestan province in Iran. *Iranian Journal of Ageing* 2012; 7:1-5. [In Persian]
37. Fadnes LT, Taube A, Tylleskär T. How to identify information bias due to self-reporting in epidemiological research. *Internet J Epidemiol* 2009; 7:1-5.