

بررسی وضعیت مراقبتی بهداشتی سالمندان کم توان ساکن در منطقه 13 شهرداری تهران و مشکلات مراقبان آنها

حسین جعفری زاده¹، دکتر سادات سید باقر مداح²، دکتر کیان نوروزی³ و دکتر مهدی رهگذر⁴
تاریخ دریافت مقاله: 85/10/10 تاریخ پذیرش مقاله: 85/11/12

فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی
سال چهارم، شماره دوم، تابستان 1385

چکیده

مقدمه: بهبود شرایط زندگی و افزایش طول عمر و امید به زندگی، پدیده سالمندی را به دنبال دارد. در حال حاضر 25 درصد جمعیت جوامع پیشرفته و 4 درصد جمعیت کشورمان را سالمندان تشکیل می‌دهند. بدیهی است که ارائه خدمات موثر و کارآمد درخصوص هر جمعیتی مستلزم آشنائی و شناخت نیازها و مسائل مراقبتی و بهداشتی و ... آن گروه خاص می‌باشد و چون سالمندان کم توان یک گروه آسیب‌پذیر می‌باشند، جهت ارائه خدمات صحیح به این قشر در ابتدا باید نیازهای آنان به طور جامع مورد بررسی قرار گیرد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر، یک مطالعه توصیفی و مقطعی است که با هدف بررسی وضعیت مراقبتی - بهداشتی سالمندان کم توان ساکن در منطقه 13 شهرداری تهران و مشکلات مراقبان آنها انجام شد. افراد سالمند کم توان مراجعه کننده به بیمارستان بوعلی و فرهنگسرای خیام واقع در منطقه 13 شهرداری شهر تهران جامعه مورد پژوهش بودند و تعداد 50 نفر از آنان که شرایط ورودی پژوهش را دارا بودند، نمونه‌های پژوهش را تشکیل دادند. اطلاعات از طریق پرسشنامه (شامل اطلاعات مربوط به سالمندان و اطلاعات مربوط به مراقبان) جمع‌آوری شد. داده‌ها به وسیله نرم افزار آماری SPSS و با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و آزمون‌های آماری تحلیلی مناسب مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج حاصل از بررسی 50 نفر سالمند کم توان واجد شرایط نشان داد که میانگین سنی آنها 72/9 سال بوده و بیشترین افراد (42 درصد) متعلق به گروه سنی 70 - 65 سال بودند. 76 درصد سالمندان کم توان زن بی سواد بوده و 84 درصد سالمندان کم توان سابقه بستری را در طی سال گذشته عنوان می‌کردند و شایع‌ترین علت بستری بار اول مشکلات قلبی (50 درصد) می‌باشد. 60 درصد سالمندان کم توان زن و 44 درصد سالمندان کم توان مرد بیش از 3 نوع دارو مصرف می‌کردند. از مهم‌ترین نگرانی‌های 64 درصد سالمندان کم توان زن و 84 درصد سالمند کم توان مرد، بهداشت و سلامتی بود. بین میانگین وضعیت ذهنی سالمندان کم توان زن و مرد اختلاف معنی‌داری وجود داشت ($p=0/004$). همچنین بیشتر مراقبان (64 درصد) در رده سنی 55 - 30 سال قرار داشتند و 90 درصد ایشان متاهل و دارای فرزند بودند. 100 درصد مراقبان غیر رسمی از مراقب رسمی به علت مشکلات مالی (86 درصد) استفاده نمی‌کردند.

بحث: نتایج پژوهش مشخص کرد که سالمندان کم توان به علل مختلف به شدت آسیب‌پذیر بوده و برای پیشگیری از آسیب‌ها، نیازمند مراقب و مراقبت‌های مداوم می‌باشند. کاهش و یا حذف این مراقبت‌ها، آنها را مستعد ابتلاء به انواع بیماری‌ها و آسیب‌ها می‌کند. مراقبان بر طبق یافته‌ها، دارای مشکلات عدیده‌ای هستند که اگر حمایت از مراقبان به عمل آید و آنها دچار فرسودگی و سایر عوارض ناشی از مراقبت نشوند، نه تنها سالمندان در منزل باقی می‌مانند و از عوارض نگهداری در سراهای سالمندی به دور می‌مانند بلکه مراقبان نیز فرصت‌های تنهائی و ... بیشتری جهت رسیدگی به خانواده خود خواهند داشت و از احساسات منفی ناشی از سپردن سالمندشان به سرای سالمندان به دور خواهند ماند.

واژه‌های کلیدی: سالمند کم توان، وضعیت مراقبتی بهداشتی و مراقبان سالمندان.

فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، سال چهارم، شماره دوم، ص 75-65، تابستان 1385

آدرس مکاتبه: E-mail : Jafarizadeh@umsu.ac.ir

¹ مربی دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (نویسنده مسئول)

² استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

³ استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

⁴ استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی کارشناس ارشد میکروبیولوژی گروه علوم آزمایشگاهی دانشکده بهداشت و پیراپزشکی

مقدمه

سالمندی، یک فرایند زیستی است که تمام موجودات زنده از جمله انسان را در بر می‌گیرد. گذشت عمر را نمی‌توان متوقف کرد ولی می‌توان با به کارگیری روش‌ها و مراقبت‌های مناسب، از اختلالات و معلولیت‌های سالمندی پیشگیری نمود و یا آن را به تعویق انداخت تا بتوان از عمر طولانی همراه با سلامت و رفاه که همواره هدف و آرزوی بشر بوده است، بهره‌مند شد (1).

تا سال 2020 میلادی بیش از یک میلیارد نفر از جمعیت جهان، بیش از 60 سال عمر خواهند داشت. بر اساس پیش‌بینی صندوق جمعیت سازمان ملل (UNFPA) تا سال 2025 میلادی، در کشورهای پیشرفته حدود 25 درصد جمعیت، سالمند و در کشورهای کم توسعه یافته حدود 12 درصد جمعیت، سالمند خواهند بود (2).

در تمامی کشورهای اروپایی، تغییرات سریع و عمده‌ای در بین افراد 80 سال و بالاتر وجود دارد. این وضع عواقب مختلفی را به بار می‌آورد که بارزترین آن افزایش تعداد و نسبت افراد با نیاز وابسته شدن (به دیگران) می‌باشد (3).

آمارهای ارایه شده توسط سازمان بهداشت جهانی بیانگر آنست که از آغاز این قرن تا کنون در سراسر دنیا نزدیک به سه دهه به امید به زندگی در هنگام

تولد افزوده شده است. در سال 1999 جمعیت سالمندی در جهان به 590 میلیون نفر رسید و انتظار می‌رود در طی بیست و پنج سال آینده این رقم به بیش از 1200 میلیون نفر برسد که بیانگر رشد صد درصدی در این گروه سنی در مقایسه با رشد پنجاه درصدی در کل جمعیت جهان می‌باشد. جمعیت سالمندی خودش نیز در حال پیر شدن است (4).

در حال حاضر افراد بسیار پیر، آنهایی که سن 80 سال و بالاتر دارند، 12 درصد جمعیت بالاتر از 60 سال را تشکیل می‌دهند و تا سال 2050 تخمین زده می‌شود 21 درصد جمعیت سالمندان را افراد 80 سال و بالاتر تشکیل خواهند داد (5).

جمعیت سالمندان کشور نیز در فاصله پنج سرشماری از سال 1335 تا سال 1375 از نسبت 3/3 درصد کل جمعیت به 6/6 درصد رسیده است. یعنی حدود 100 درصد رشد داشته است (2).

شجری (1373) می‌نویسد بر طبق رده‌های سنی دوران سالمندی که توسط سازمان بهداشت جهانی ارائه گردیده است، میزان نیاز به سرویس‌های خدماتی - بهداشتی و درمانی در بین سالمندان متفاوت است. به طوری که فردی که بالای 75 سال سن دارد از گروه قبلی خود به سرویس‌ها و خدمات بیشتری نیاز دارد و زمانی که به سن 85 سال و بالاتر می‌رسد، بیشترین خدمات را به خود اختصاص

می‌دهد (6).

استنهورپ و لنکستر¹ (2000) می‌نویسند: بیش از نیمی از سالمندان در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی پایه (از قبیل حمام کردن، لباس پوشیدن، غذا خوردن) و فعالیت‌های روزمره زندگی وابسته به وسایل (از قبیل پختن غذا، مصرف دارو، استفاده از پول) دارای مشکل می‌باشند و میزان نامتناسبی از ناتوانی در افراد گروه‌های سنی بالاتر وجود دارد (7).

در بررسی این تحول عظیم آنچه بیشتر موجب نگرانی است آن است که بیشتر سالخوردگان از نظر اقتصادی افرادی غیر سازنده و مصرف کننده، از نظر اجتماعی تنها و منزوی و از نظر سلامت و بهداشت در معرض خطر ابتلا به بیماری‌های مزمن و معلولیت‌ها و ناتوانی‌های ناشی از آن هستند که منجر به افزایش وابستگی در سالمندان می‌شود (8).

بدیهی است که ارائه خدمات موثر و کارآمد درخصوص هر جمعیتی مستلزم آشنائی و شناخت نیازها و مسائل مراقبتی و بهداشتی و ... آن گروه خاص می‌باشد. و چون سالمندان کم توان یک گروه آسیب‌پذیر می‌باشند، جهت ارائه خدمات صحیح به این قشر در ابتدا باید نیازهای آنان به طور جامع مورد بررسی قرار گیرد.

و نیز بر اساس آمار سازمان بهزیستی 91 درصد از

سالمندان در کشور ما همراه همسر و فرزندان خود

زندگی می‌کنند که 23 درصد از این تعداد را فرزندان نگهداری می‌کنند (9).

از این لحاظ برنامه‌ریزی برای مراقبت و آگاهی از جنبه‌های روانی - اجتماعی سالمندان باید در خانواده انجام شود (10).

مراقبت از سالمندان با تنش‌های زیاد همراه است به طوری که فرد مراقب دچار انزوای اجتماعی شده که باعث کاهش تحمل فشار مسئولیت مراقبتی در وی می‌گردد. مراقبت کنندگان کمتر می‌تواند در فعالیت‌های اجتماعی شرکت نمایند که این مسئله می‌تواند منجر به مشکلات روانی گردد (11).

شیو² نیز در سال 2000 در این مورد می‌نویسد که مراقبان زمانی را برای گذراندن با دوستان، زندگی اجتماعی و تعطیلات نداشته و در کل زمانی برای خود و خلوت خود ندارند که این محدودیت در زندگی اجتماعی می‌تواند وضعیت روانی فرد مراقب را نیز تهدید کند (12).

مراقبت از سالمند در منزل مشکلات اقتصادی نیز برای خانواده به همراه دارد. مراقبان تنش زیادی را در رابطه با مشکلات اقتصادی ناشی از نیازهای مراقبتی فرد سالمند بیان می‌کنند و 35 درصد آنان نزدیک و یا در خط فقر زندگی کرده و از

² Instrumental Activity of Daily Living

¹ Stanhope, M. and Lancaster, J.

نظر بهداشتی در سطح پایین و نامناسب بسر می‌بردند
(13).

پژوهشگر با عنایت به پیش‌بینی وجود مشکلات فراوان در این خصوص در بین سالمندان و خانواده‌هایشان و عدم انجام مطالعه مشابه در این خصوص و ناکافی بودن اطلاعات در این زمینه بر آن شد که مطالعه‌ای تحت عنوان بررسی نیازهای مراقبتی بهداشتی سالمندان کم توان، ساکن در منطقه 13 شهرداری تهران و مشکلات مراقبان آن‌ها انجام دهد تا بر این اساس و با شناخت جامع نیازها و مشکلات سالمندان کم توان پیشنهادی در مورد استراتژی‌های نگهداری از سالمند کم توان در خانواده‌ها به گونه‌ای که از فشار مسئولیت و تنش ناشی از مراقبت کاسته شود، ارائه دهد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش، یک مطالعه مقطعی - توصیفی است که تعداد 50 نفر از سالمندان زن و مرد کم توان که 25 نفر زن و 25 نفر مرد را شامل می‌شدند و شرایط ورودی به پژوهش را دارا بودند، نمونه‌های پژوهش را تشکیل دادند. شرایط ورود به پژوهش عبارت بودند از: سن بالای 68 سال، ابتلا به بیماری حاد یا مزمن، اختلال عملکرد در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی، دریافت مراقبت در زمان انجام پژوهش در منزل و داشتن مراقب غیر رسمی. پس از هماهنگی و مراجعه

به منازل سالمندان کم توان و گرفتن رضایت‌نامه، پرسشنامه که شامل دو قسمت برای سالمندان کم توان و مراقبان ایشان بود، به توسط خود پژوهشگر در طی چند جلسه مراجعه و بازدید از منزل و مصاحبه با سالمند و مراقبان ایشان، تکمیل گردید. ابزار گردآوری داده‌ها دارای دو قسمت می‌باشد:

الف - اطلاعات مربوط به سالمندان: پرسش‌های این قسمت با استفاده از رفرنس‌های معتبر از جمله کتاب‌های Nursing Outcomes Classification (N.O.C.) و Basic Geriatric Nursing و مجله Facts and research in gerontology supplement ساخته شده است.

ب - اطلاعات مربوط به مراقبان: پرسش‌های این قسمت به توسط خود پژوهشگر طراحی شده است. ابتدا پرسشنامه با توجه به شرایط فرهنگی ایران به فارسی روان ترجمه شد، سپس جهت کسب روایی ابزار تحقیق و نیز اطمینان از ترجمه صحیح، پرسشنامه حاوی متن ترجمه شده فارسی به همراه متن انگلیسی در اختیار 7 نفر از اساتید مختلف دانشگاهی قرار داده شد که همگی عضو هیات علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور بوده و نیز در امر پژوهش خبره بودند. پس از انجام تغییرات و اصلاحات پیشنهادی، روایی پرسشنامه مذکور تایید گردید.

برای ارزیابی پایایی ابزار پژوهش از آزمون مجدد

استفاده گردید. در این تحقیق پرسشنامه مذکور در مورد 8 نفر از سالمندان به کار گرفته شد (4 نفر سالمند زن و 4 نفر سالمند مرد). پرسشنامه پس از یک هفته مجدداً در مورد همان افراد به کار گرفته شده و اطلاعات حاصله با هم مقایسه شدند و در نهایت پایایی ابزار با $r = 86\%$ تایید گردید.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، اطلاعات مورد نظر از 50 پرسشنامه مشتمل بر 156 سوال پس از کد گذاری به وسیله نرم افزار آماری SPSS از طریق آمار توصیفی در راستای اهداف پژوهش و پاسخگوئی به سوالات مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و داده‌ها بصورت نمودارها و جداول دو بعدی ارائه شده است.

ملاحظات اخلاقی:

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی موارد زیر رعایت شد.

1- پژوهشگر با ارایه معرفی نامه کتبی و کسب اجازه از مسئولان ذیربط و جلب حمایت آنان به واحدهای مورد پژوهش دسترسی پیدا نمود.

2- پژوهشگر خود را به واحدهای مورد پژوهش معرفی نموده و توضیحات لازم را در مورد پژوهش به آنان داد، به طوری که آنان جهت شرکت در پژوهش آزاد بوده و کلیه نمونه‌ها با رضایت شخصی در پژوهش شرکت داشتند.

3- به کلیه واحدهای مورد پژوهش اطمینان داده شد

که اطلاعات محرمانه تلقی خواهد شد و بدین منظور در مصاحبه ذکر گردید که نیازی به بیان نام و نام خانوادگی پاسخگو نمی‌باشد.

4- واحدهای پژوهش فرم رضایت آگاهانه شرکت در تحقیق را پر و امضاء کردند.

یافته‌ها

الف: یافته‌های مربوط به سالمندان کم توان

یافته‌ها نشان دادند که بیشتر سالمندان کم توان (42 درصد) در گروه سن 70 - 65 سال و 4 درصد سالمندان کم توان در گروه سنی 90 - 85 سال قرار داشته و میانگین سنی آنها 72/9 سال و انحراف معیار 5/68 سال می‌باشد. همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که 44 درصد سالمندان کم توان زن و 64 درصد سالمند کم توان مرد متاهل هستند و 56 درصد زنان سالمند کم توان و 36 درصد مردان کم توان همسرشان را از دست داده‌اند. همچنین یافته‌ها نشان دادند که مهم‌ترین نگرانی 64 درصد سالمندان کم توان زن و 84 درصد سالمند کم توان مرد، بهداشت و سلامتی می‌باشد و 76 درصد سالمندان کم توان زن بی سواد بوده در حالیکه 44 درصد سالمندان کم توان مرد بی سواد هستند.

84 درصد سالمندان کم توان سابقه بستری را در طی سال گذشته عنوان می‌کردند و شایع‌ترین علت بستری بار اول مشکلات قلبی (50 درصد) می‌باشد.

60 درصد سالمندان کم توان زن و 44 درصد سالمندان کم توان مرد بیش از 3 نوع دارو مصرف می کنند. از نظر ایمنی، منزل 92 درصد سالمندان کم توان فاقد کپسول آتش خاموش کن و نیز منزل 86 درصد سالمندان کم توان فاقد جعبه کمک های اولیه بود. یافته ها نشان دادند که 48 درصد سالمند کم توان مبتلا به سوء تغذیه نیستند و 40 درصد در معرض خطر ابتلاء به سوء تغذیه هستند و 12 درصد مبتلاء به سوء تغذیه بودند (جدول شماره 1).

جدول شماره 1: توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت تغذیه سالمندان کم توان بر حسب جنس

جنس	زن		مرد		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
وضعیت تغذیه مبتلا به سوء تغذیه	4	16	2	8	6	12
در معرض خطر سوء تغذیه	12	48	8	32	20	40
عدم ابتلاء به سوء تغذیه	9	36	15	60	24	48
جمع	25	100	25	100	50	100

همچنین یافته ها نشان دهنده این مطلب هستند که 98 درصد سالمندان کم توان در انجام فعالیت های روزمره زندگی به کمک و نظارت مراقبان نیازمندند (جدول شماره 2).

جدول شماره 2: توزیع فراوانی مطلق و نسبی استقلال در فعالیت های روزمره زندگی در سالمندان کم توان بر حسب جنس

جنس	زن		مرد		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
فعالیت های روزمره زندگی با کمک و نظارت	25	100	24	96	49	98
نسبتاً وابسته	0	0	1	4	1	2
جمع	25	100	25	100	50	100

لازم به یادآوری است که طبق تعریف عملی، سالمند کم توان به کسی اطلاق می شد که در انجام فعالیت های روزمره زندگی مستقل نباشد. بنابراین گزینه های کاملاً مستقل و مستقل در بین این سالمندان وجود نداشت، همچنین گزینه وابسته نیز شامل افراد بستری و زمین گیر می شد که جزء نمونه های این پژوهش نبودند. یافته ها بیانگر این مطلب بودند که 92 درصد زنان سالمند کم توان و 84 درصد مردان سالمند کم توان روزانه تلویزیون تماشا می کنند.

بین میانگین وضعیت تغذیه سالمندان کم توان زن و مرد ($p=0/880$) و میانگین باورهای بهداشتی ($p=0/074$) با جنسیت آن ها ارتباط معنی داری وجود نداشت (جدول شماره 3).

جدول شماره 3: مقایسه وضعیت تغذیه و باورهای بهداشتی سالمندان کم توان به تفکیک جنس

متغیر	t آماره	درجه آزادی	سطح معناداری	نتیجه
وضعیت تغذیه	1/319	48	0/880	اختلاف معنی دار نیست
باورهای بهداشتی	2/83	48	0/007	اختلاف معنی دار نیست

یافته ها نشان دادند که بین میانگین وضعیت ذهنی سالمندان کم توان زن و مرد اختلاف معنی داری وجود دارد ($p=0/004$) بدین معنی که وضعیت ذهنی مردان سالمند کم توان بهتر از وضعیت ذهنی زنان سالمند کم توان است (جدول شماره 4).

مهم‌ترین علت (86 درصد) عدم استفاده از مراقب رسمی در امر مراقبت از سالمند کم توان می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان داد که 44 درصد سالمندان کم توان زن و 64 درصد سالمند کم توان مرد متأهل هستند. یافته‌های دلاورخان نشان دادند که 66 درصد از مردان سالمند با همسر و فرزندان خود زندگی می‌کنند. در حالیکه 24 درصد از زنان سالمند با همسر و فرزندان خود زندگی می‌کنند. درصد زنانی که تنها زندگی می‌کنند به طور قابل ملاحظه‌ای بیش از مردان است درصد تاهل در مردان سالمند بیش از تاهل در زنان سالمند می‌باشد. علت این تفاوت بسیار آن است که مردان به دنبال فوت همسر به سرعت ازدواج می‌کنند در حالیکه زنان بیوه باقی می‌مانند(1). بر اساس نتایج 76 درصد سالمندان کم توان زن بی سواد بوده در حالیکه 44 درصد سالمندان کم توان مرد بی سواد هستند. یافته‌های دلاورخان نشان داد که میزان بی سوادی در بین سالمندان به طور کلی بسیار بالا است. میزان بی سوادی در زنان سالمند بیشتر از مردان سالمند می‌باشد و عدم برخورداری از سواد خواندن و نوشتن در اغلب سالمندان یک عامل وابستگی به دیگران می‌باشد که به همراه تغییر در معیارها و ارزش‌هایی که زاییده زندگی شهری است منجر به شناخته شدن سالمندان به عنوان عوامل

جدول شماره 4): مقایسه وضعیت ذهنی سالمندان کم توان به

تفکیک جنس

متغیر	آماره t	درجه آزادی	سطح معناداری	نتیجه
وضعیت ذهنی	2/83	48	0/004	اختلاف معنی دار است

ب: یافته‌های مربوط به مراقبان سالمندان کم توان

یافته‌ها نشان دهنده‌ی این مطلب است که 66 درصد مراقبان سالمندان کم توان در گروه سنی 35-55 سال قرار دارند و میانگین سن آنان 47/7 سال، با انحراف معیار 14/18 سال که حداقل 20 و حد بیشتر 82 سال سن داشتند و 62 درصد مراقبان سالمندان کم توان بدون در آمد و 22 درصد درآمدی معادل 140-200 هزار تومان در ماه دارند و 81 درصد مراقبان زن و 88 درصد مراقبان مرد، متأهل و دارای فرزند می‌باشند. همچنین یافته‌ها نشان دادند که 100 درصد مراقبان زن و مرد از مراقب رسمی در امر مراقبت از سالمند کم توان استفاده نمی‌کنند (جدول شماره 5).

جدول شماره 5): علل عدم استفاده از مراقب رسمی در امر

مراقبت از سالمندان کم توان به تفکیک جنس

علت عدم استفاده از مراقب رسمی	زن		مرد		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مسائل مادی	26	81/3	17	94/4	43	86
عدم نیاز	5	15/6	1	5/6	6	12
عدم قبول خود سالمند	1	3/1	0	0	1	2
جمع	32	100	18	100	50	100

جدول فوق بیانگر این مطلب است که مسائل مالی

مزاحم و در نهایت ساکن شدن روز افزون آنها در سرای سالمندان شده است (1).

نتایج نشان دادند که 84 درصد سالمندان کم توان سابقه بستری را در طی سال گذشته عنوان می کردند و شایع ترین علت بستری بار اول مشکلات قلبی (50 درصد) می باشد. 60 درصد سالمندان کم توان زن و 44 درصد سالمندان کم توان مرد بیش از 3 نوع دارو مصرف می کنند. متسون و مک کانل¹ (1997) می نویسند: استفاده از مراقبت های بهداشتی در بین افراد کهن سال در سال های اواخر زندگی در بیشترین حد است. افراد بالاتر از 85 سال سه برابر احتمال بیشتری دارد که استقلال خود را از دست دهند و هفت برابر احتمال بیشتری دارد که ساکن سرای سالمندان شوند. 2/5 برابر احتمال مرگ و میر بیشتری را در مقایسه با افراد سن 65-74 سال دارند. سالمندان بیشتر از جوانان از پرسنل و تسهیلات پزشکی استفاده نموده و حدود دو برابر بیشتر در بیمارستان بستری شده، دو برابر بیشتر می مانند و دو برابر بیشتر از داروهای تجویز شده استفاده می کنند (14).

یافته های پژوهش نشان داد که عمده ترین علت بستری در طی یک سال گذشته در سالمندان کم توان (64 درصد) مشکلات قلبی می باشد و علل دیگر

به ترتیب مشکلات تنفسی و گوارشی (56 و 32 درصد) می باشد.

حسام زاده (1383) در تحقیق خود به این نتیجه رسید که نزدیک به نیمی از سالمندان (47 درصد) دچار مشکلات قلبی و فشار خون بوده اند (15).

یافته ها نشان دادند که 48 درصد سالمند کم توان مبتلا به سوء تغذیه نیستند و 40 درصد در معرض خطر ابتلاء به سوء تغذیه هستند و 12 درصد مبتلاء به سوء تغذیه بودند. یافته های چوپ و همکاران نشان می دهد که 25 درصد از سالمندان 65 سال و بالاتر از نوعی از سوء تغذیه رنج می برند. فقر اگر چه عامل عمده سوء تغذیه می باشد، اما تنها عامل نیست. تخمین زده می شود که 50 درصد از تمامی سالمندان بیمار بستری، به سوء تغذیه مبتلا باشند. این مسئله به طور عمده به علت این واقعیت است که پزشکان معدودی در مورد سوء تغذیه در سالمندان آموزش دیده اند. بعضی از دلایل در سالمندان علاوه بر فقر شامل افسردگی، نبود تحرک جهت رفتن به فروشگاه های خوار و بار، رژیم غذایی نامتعادل، مشکلات مربوط به جویدن و بلعیدن غذا، بیماری های مزمن و داروهای خاصی که باعث بی اشتها می گردند، می باشد (16).

یافته ها بیانگر این مطلب بودند که 92 درصد زنان سالمند کم توان و 84 درصد مردان سالمند کم توان

¹ Matteson, M A and Mc Connell, E S.
² Chop & et al

44/4 درصد از مراقبان مرد از سلامت جسمانی خود گاهی رضایت دارند.

لاندی (2001) می‌نویسد با افزایش ساعات کمک به سالمند کم توان، مشکلات جسمانی فرد مراقب افزایش خواهد یافت (18).

همچنین بعد از گذشت ماه‌ها و سال‌ها از مراقبت، اعضاء خانواده مستعد بیماری‌های جسمانی هستند (19).

یافته‌ها نشان دادند که 43/8 درصد مراقبان زن مراقبت از سالمندان کم توان را بندرت و 55/5 درصد مراقبان مرد مراقبت از سالمندان کم توان را گاهی باعث ایجاد اختلال در روابط خانوادگی می‌دانند.

بابائی (1381) در تحقیق خود نشان داد که 56 درصد مراقبان، مشکلات خانوادگی متوسط، 24 درصد زیاد و 20 درصد مشکلات کمی دارند (17).

رپ و ری نولد (1999) می‌نویسد: نگهداری از سالمندان بیمار و وابسته، به دلیل تضاد در نقش‌ها و مسئولیت‌ها، تضاد در میان اعضاء خانواده را افزایش می‌دهد (20).

یافته‌ها نشان دادند که 34/3 درصد مراقبان زن و 38/9 درصد مراقبان مرد مراقبت از سالمند کم توان را گاهی موجب لطمه خوردن به فعالیت‌های تفریحی می‌دانند و نیز 37/5 درصد از مراقبان زن و 55/6

روزانه تلویزیون تماشا می‌کنند. شجری می‌نویسد که وجود مشکلات جسمی بیشتر (به ویژه مشکلات عضلانی، اسکلتی و حرکتی) در سالمندان می‌تواند از جمله علت‌های مهم کمتر بودن فعالیت‌های جسمانی نظیر پیاده روی و رفتن به مسجد و جلسات روضه باشد.

برخورداری از سواد خواندن و نوشتن یک عامل مفید و مناسب برای گذران اوقات فراغت سالمندان می‌تواند باشد به طوریکه بیشتر سالمندان به مطالعه کتاب، مجلات و شرکت در محافل دوستانه و بحث‌های علمی و ادبی را در این دوران لذت بخش‌ترین اوقات زندگی خود می‌دانند (6).

همچنین یافته‌ها نشان دادند که 66 درصد مراقبان سالمندان کم توان در گروه سنی 35-55 قرار دارند و میانگین سن آنان 47/7 سال می‌باشد. بابائی (1381) در تحقیق خود نشان داد که میانگین سنی مراقبان 42 سال بود (17).

سن متوسط مراقبان در آمریکا 46 سال می‌باشد که 12 درصد آنان خود در سنین 60 سال و بالاتر هستند. این در حالی است که اغلب آنان بین دو نسل یا بیشتر درگیر می‌باشند. یعنی هم درحال بزرگ کردن فرزندان و هم مراقبت از عضو سالمند هستند (18).

یافته‌ها نشان دادند که 46/9 درصد از مراقبان زن و

درصد از مراقبان مرد کمبود حمایت‌های سیستم‌های مراقبتی و بهداشتی را اغلب احساس کرده‌اند.

بابائی (1381) در تحقیق خود نشان داد که 51 درصد خانواده‌ها در گذراندن اوقات فراغت، در حد متوسط، 31 درصد زیاد و 18 درصد مشکلات کمی دارند (17).

رپ و ری نولد (1999) در مورد مشکلات اجتماعی چنین خانواده‌هایی می‌نویسد: هنگامی که نقش‌ها و وظایف اعضاء خانواده در برآوردن نیازهای فرد سالمند کم توان افزایش یابد، افراد ممکن است دچار محدودیت در فعالیت‌های اجتماعی، اوقات فراغت، فقدان خلوت، تضاد با دیگر نقش‌های اجتماعی و خانوادگی، افزایش تضاد با دیگر اعضاء خانواده و فشار مالی گردند (20).

یافته‌ها نشان دادند که 53/3 درصد مراقبان مرد سالمندان کم توان گاهی تاخیر یا غیبت برای حضور در محل کار داشته‌اند. 86/7 درصد مراقبان مرد عدم تحت پوشش در آوردن هزینه‌های مازاد فرد سالمند را توسط درآمد خانواده عنوان کرده‌اند و 100 درصد مراقبان مرد عدم دریافت حمایت از طرف محل کارشان را به علت مراقبت از سالمند کم توان را عنوان کرده‌اند.

بابائی (1381) در تحقیق خود نشان داد که 62 درصد مردان مراقب مشکلات اشتغال به کار را در

حد متوسط، 25 درصد کم و 13 درصد زیاد دانستند. همچنین 52 درصد مراقبان مشکلات اقتصادی را در حد متوسط، 42 درصد زیاد و 6 درصد کم می‌دانند. کین (1998) می‌نویسد: مراقبت کردن از عضو سالمند اغلب باعث تغییر در شغل فرد مراقب می‌گردد.

کرس (2001) می‌نویسد: زنان مراقب به علت مراقبت از فرد سالمند وابسته و کم توان مجبور به ترک شغل یا کاهش ساعات کاری می‌گردند.

نتایج پژوهش در پاسخ به سوالات پژوهش مشخص کردند که سالمندان کم توان به علل مختلف از جمله داشتن سن بالا، بی سواد و ... به شدت آسیب پذیر بوده و جزء افراد در معرض خطر بالا می‌باشند و برای پیشگیری از آسیب‌های جبران ناپذیر نیازمند مراقب و مراقبت‌های مداوم و پیوسته می‌باشند که کاهش و یا حذف این مراقبت‌ها، آن‌ها را مستعد ابتلاء به انواع بیماری‌ها و آسیب‌ها می‌کند.

هنگامی که توجه و مراقبت کافی به این قشر صورت نگیرد، بتدریج دچار اختلال در عملکرد شده و احتمال سوء رفتار با سالمند در خانواده و جامعه و نیز احتمال سپردن سالمندان به مراکز نگهداری سالمندان افزایش خواهد یافت.

مراقبان بر طبق یافته‌ها، دارای مشکلات عدیده‌ای هستند که به شدت نیازمند حمایت‌های مختلف از

- the oldest-olds living in the nursing homes and homes, Archives of Gerontology and Geriatrics, vol. 6, 1998, p: 507-214.
6. شجری، ژ. نگرشی بهداشتی بر مساله سالمندان، تهران، موسسه انتشارات جهاد دانشگاهی، چاپ اول، 1373.
 7. Stanhope M. Lancaster J. Community & Public Health Nursing, 4th Edition, Mosby Co. 2000, p: 598.
 8. استولر من‌رنه، به سوی یک زندگی سالم و عمر طولانی، مجله بهداشت جهان، سال دهم، شماره دوم، ص 4-6، 1375.
 9. برزنجه‌عطری ش. بررسی مقایسه‌ای نگرش سالمندان مقیم خانواده و سرا نسبت به سالمندی و ارتباط آن با وضعیت اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی ایشان در شهر سنجند سال 1377. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. ص 12.
 10. بروئر س، ترجمه اعظم قربانی، پرستاری داخلی، جراحی، مراقبت بهداشتی سالمندان، تهران، نشر بشری، 1376. ص 485.
 11. Burk, M. Walsh, M. Gerontologic Nursing. Wholistic Care of the Older Adult. Second Edition. Mosby. 1997, p: 201.
 12. Shyu. Y. Patterns of Care giving when Family Care giving Face Competing Needs. Journal of Advance Nursing. Vol: 31, Issue: 1, 2000, p: 35.
 13. Smith, C. Maurer, F. Community Health Nursing. Theory and Practice. Second Edition. Saunders Co. 2000, p: 62.
 14. Matteson M. A., Mc Connel E.S., Linton A D. Gerontological Nursing, concepts and practice, 2nd edition, W.B. Saunders Co. Philadelphia. USA. 1997, p: 821.
 15. حسام‌زاده، ع. بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده و سالمندان مقیم سرای سالمندان در شهر تهران در سال 1383. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. ص 75.
 16. Chop W C, Robnett R H., Gerontology for the health care professionals, F. A. Davis Co. Philadelphia, P. A. 1999, p: 36.
 17. بابائی، م. بررسی مشکلات خانواده‌های دارای یک سالمند بیمار مراجعه کننده به درمانگاه‌های بیمارستان‌های دولتی شهر کرج در سال 1381. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری. شماره 301، دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی 1381. ص 86.
 18. Lundy, Ulla. I Don't Have Any Other Choice: Spouses Experiences of Placing A Partner In a Home Care for Older People In Sweden. Journal of Advanced Nursing. 32 (5). 2000, p: 15-16.
 19. Schwarz, K. A Study of the relationship caregiver appraisal to depressive symptomatology and home care utilization. Journal of community health Nursing. 16 (2), 1999, p: 95.
 20. Rapp, S. Reynolds, D. Principle of Geriatric Medicine and Gerontology Families, Social Support and Care giving. Forth Edition. Graw-Hill Co. 1999, p: 157.
- سوی دولت و ارگان‌های مربوطه هستند که اگر حمایت از مراقبان به عمل آید و آن‌ها دچار فرسودگی و سایر عوارض ناشی از مراقبت نشوند، نه تنها سالمندان در منزل باقی می‌مانند و از عوارض نگهداری در سراهای سالمندی به دور می‌مانند بلکه مراقبان نیز فرصت‌های تنهائی و ... بیشتری داشته و مراقبان متاهل دارای فرزند که 90 درصد مراقبان را تشکیل می‌دهند و علاوه بر سالمند، وظیفه حفظ و نگهداری خانواده خود را نیز بر عهده دارند، فرصت بیشتری جهت رسیدگی به خانواده خود خواهند داشت و از احساسات منفی ناشی از سپردن سالمندشان به سرای سالمندان به دور خواهند ماند.
- تشکر و سپاس**
- از مرکز تحقیقات سالمندان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی به خاطر حمایت‌های علمی و مالی، همچنین فرهنگسرای سالمندان خیام، بیمارستان بوعلی که مرا در انجام این پژوهش یاری کردند، صمیمانه تقدیر و تشکر می‌نمایم.
- منابع**
1. مجموعه مقالات سالمندی (کلیات طب سالمندی)، اولین کنفرانس بین المللی سالمندی در ایران، گروه بانوان نیکوکار، چاپ اول، 1379 ص 7.
 2. بررسی مسایل سالمندی در ایران و جهان، کنگره سالمندی، تهران، انتشارات کتاب آشنا، چاپ اول، 1381. ص 11.
 3. Nolan M. Geriatric nursing: An idea, whose time has gone, Journal of Advanced Nursing, 20, 1994, P: 989.
 4. Kalach A, Keller I., (1999), he WHO perspective on active ageing, Promotion & Education, Paris, Vol.6, Iss.4, p:20-26.
 5. Urciuoli O, et al. Assessment of quality of life in