

مجله علمی علوم پزشکی صدرا

دوره ۱، شماره ۳، تابستان ۱۳۹۲، صفحات ۱۳۹ تا ۱۴۸

تاریخ پذیرش: ۹۱/۱۲/۱۱ تاریخ دریافت: ۹۱/۱۱/۲۴

## مقایسه سطح سلامت و بیماریهای مزمن سالمندان در جامعه شهری و روستایی شهرستان

## زاهدان: ۱۳۹۰

محمد خمرنیا<sup>۱</sup>، عبدالوهاب باغبانیان<sup>۲\*</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی-درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز و کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران  
<sup>۲</sup> استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت زاهدان و مرکز تحقیقات ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

## چکیده

**مقدمه:** سالمندان از مهم‌ترین گروه‌هایی هستند که بیش از سایر افراد جامعه در معرض آسیب‌های اجتماعی، جسمی و زیست محیطی قرار دارند. بر اساس گزارشات سازمان بهداشت جهانی تعداد سالمندان در حال افزایش است. لذا این مطالعه با هدف تعیین سطح سلامت عمومی و شناسایی بیماری‌های شایع مزمن در سالمندان شهرستان زاهدان و روستاهای تابعه آن انجام شد.

**مواد و روش:** این پژوهش از نوع مطالعات پیمایشی بود که به صورت توصیفی - مقطعی در سال ۱۳۹۰ در سالمندان ساکن شهر و روستای زاهدان انجام شد. جامعه پژوهش شامل سالمندان ساکن شهر و روستای شهرستان زاهدان بودند که از روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای استفاده شد (در مجموع ۱۰۰ نفر ساکن شهر و ۱۰۰ نفر ساکن روستا). برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه استاندارد سلامت عمومی و چک لیست مربوط به سنجش بیماری‌های مزمن استفاده گردید. داده‌ها وارد نرم افزار SPSS نسخه ۱۷ گردیده و برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد.

**یافته‌ها:** سلامت عمومی سالمندان بالاتر از نمره برش (۲۳) بوده (امتیاز سلامت عمومی برای سالمندان شهر ۳۰/۴۳ و برای سالمندان روستا ۲۲/۳۲ بود) که نشانه سطح سلامت پایین بود. همچنین سلامت عمومی مردان بیشتر از زنان ( $p=0/040$ ) و سالمندان ساکن شهر بیشتر از روستا بود ( $p=0/023$ ). شایع‌ترین بیماری در سالمندان ساکن شهر بیماری‌های قلبی عروقی (۴۴٪)، در سالمندان ساکن روستا مشکلات چشم (۷۱٪) و در مجموع هر دو گروه مشکلات گوش و کاهش شنوایی (۵۰٪) بود.

**بحث و نتیجه‌گیری:** شیوع بیماری‌های مزمن همچون مشکلات کاهش شنوایی، بیماری‌های قلبی عروقی و بیماری‌های چشم در هر دو گروه از سالمندان از اهمیت فراوانی برخوردار است. لذا پیشنهاد می‌شود تا مدیران شبکه بهداشت و درمان این شهرستان با مداخلات و برنامه‌ریزی‌های مناسب زمینه کاهش این بیماری‌ها را در سالمندان فراهم کنند.

**واژگان کلیدی:** سالمند، بیماری مزمن، سلامت عمومی، شهری، روستایی، زاهدان

\* نویسنده مسئول: عبدالوهاب باغبانیان، استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت زاهدان و مرکز تحقیقات ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران، abag2253@uni.sydney.edu.au

## مقدمه

سالمند به کلیه افراد بالای ۶۰ سال اطلاق می‌شود که عواملی همچون افزایش طول عمر، کاهش مولید، کاهش مقاومت بدن و تحلیل قوای بدنی و . . . در آنها ظاهر می‌شود (۱). جوامع مختلف به کمک توسعه نظام سلامت و توسعه زیرساخت‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی امکان تجربه سال‌های سالمندی را برای مردم خود فراهم کرده‌اند. بهبود شرایط زندگی، افزایش طول عمر و امید به زندگی از جمله عواملی هستند که موجب افزایش سال‌های زندگی و در نتیجه افزایش تعداد سالمندان شده است. فرایند سالمندی یک پدیده فیزیولوژیک و بیولوژیک عمومی است که در سطح تمام سازماندهی بدن انسان تظاهر می‌کند. یک شخص سالمند در مقابل بیماری‌های ساده ممکن است جان خود را از دست بدهد. دوران سالمندی دوران هجوم بیماری‌ها و عوارض گوناگون است آنچنان که می‌توان گفت سالمندی خود آشیانه بسیاری از بیماری‌ها و زمینه‌های نامناسب زندگی و ابتلا به بیماریهای گوناگون است. همچنین سالمندان از نظر وضعیت روحی و روانی دچار تغییراتی می‌شوند و افزایش سن سالمندان می‌تواند انواع اختلالات از جمله افسردگی، گوشه نشینی و . . . را برای فرد به دنبال داشته باشد (۲).

بر اساس آخرین پژوهش‌های سازمان بهداشت جهانی تعداد افراد سالمند در حال افزایش است. در کشورهای پیشرفته نسبت افراد بالای ۶۰ سال به کل جمعیت به ۱۶٪ رسیده است و این روند در کشورهای در حال توسعه نیز در حال افزایش می‌باشد. (۳). آخرین سرشماری انجام گرفته در ایران نشان می‌دهد که ۸/۲ درصد از جمعیت کشور را سالمندان تشکیل می‌دهند که از این میزان، حدود ۶۳/۶ درصد سالمندان در شهرها و ۳۵/۴ درصد در روستاها ساکن هستند. همچنین بر اساس برآوردهای انجام شده، این میزان تا ۲۰ سال آینده به ۱۴/۷ درصد خواهد رسید (۴). با توجه

به تغییر الگوی همه‌گیر شناسی بیماری‌ها خصوصا در سنین میانسالی و سالمندی و افزایش شیوع بیماریهای مزمن از یک سو و همچنین نیاز سالمندان سالم به حمایت‌های بهداشتی - درمانی، توجه به سطح سلامت سالمندان و نیازهای آنها از جمله موارد مهمی می‌باشد که سیاستگذاران بهداشت و درمان باید توجه ویژه‌ای به آن داشته باشند (۵).

باری (Barry) یکی از پژوهشگران در زمینه سالمندان بیان می‌کند که در حدود ۶۰ درصد از هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و ۳۵ درصد از ترخیص‌های بیمارستانی و ۴۷ درصد از روزهای بستری در بیمارستانها را سالمندان به خود اختصاص می‌دهند. هشت درصد از سالمندان حداقل به یک بیماری مزمن مثل آرتریت، فشار خون، بیماریهای قلبی یا اختلال حسی مبتلا هستند. با افزایش سن، اختلال عملکرد جسمانی بیشتر می‌شود و اثر منفی آن بر توانایی حفظ استقلال نیاز به کمک را افزایش می‌دهد که این خود می‌تواند در کاهش کیفیت زندگی سالمندان مؤثر باشد (۶). افزایش سن با افزایش ظاهر شدن بیماری‌های مزمن و محدودیت‌های حرکتی همراه بوده و هزینه درمان بیماری‌های سالمندان و ناتوانی‌های ایجاد شده ناشی از بیماری در آنها بالا می‌باشد (۲) سوسا (susa) بیان می‌کند که سالمندان شهرهای کشور هند و ونزوئلا بیشترین میزان ناتوانی ناشی از بیماری‌های مزمن را داشته و از جمله بیماری‌های مزمن می‌توان به سکنه قلبی، آرتریت، افسردگی و مشکلات چشمی اشاره کرد و همچنین بیماری‌های مزمن عامل بیش از دو سوم ناتوانی‌های رایج در سالمندان بود (۷). همچنین از جمله بیماری‌های مزمن شایع در کشور می‌توان به بیماری‌های قلبی عرقی، تالاسمی، ژنتیک و سرطان، سوانح و حوادث، آسم، آلرژی، بهداشت روانی و اعتیاد و بیماری‌های چشمی اشاره کرد (۸)

مینوس بیان می‌کند که سالمندان بالاتر از ۶۵ سال روستا دارای سطح سلامت پایین تری نسبت به هم‌تایان خود در

جنوب، غرب و شرق تقسیم بندی شدند سپس از هر منطقه به صورت تصادفی تعداد ۲۵ پرسشنامه توزیع شد. در جمعیت روستایی هم به همین صورت انجام شد، بدین صورت که روستاهای تابعه شهر زاهدان از لحاظ جغرافیایی به ۴ منطقه شمال، جنوب، غرب و شرق تقسیم بندی شدند سپس از هر منطقه به صورت تصادفی تعداد ۲۵ پرسشنامه توزیع شد. پس از توزیع پرسشنامه‌ها در بین آنها، داده‌ها از طریق مصاحبه و ارائه راهنمایی‌های لازم توسط پرسشگران جهت پاسخگویی، جمع‌آوری شد.

در این پژوهش جهت گردآوری داده‌ها پژوهشگران از پرسشنامه استاندارد سلامت عمومی استفاده کردند. پرسشنامه شامل دو قسمت که بخش اول آن شامل اطلاعات دموگرافیک پاسخ‌دهندگان می‌باشد و بخش دوم شامل پرسشنامه استاندارد تعیین سطح سلامت می‌باشد که دارای ۲۸ سؤال بوده و سلامت جسمی و روحی افراد را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. همچنین روایی و پایایی این پرسشنامه در پژوهشی توسط نوربالا مورد ارزیابی قرار گرفته و وی در پژوهش خود پایایی این پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آورده است (۱۱). در مورد بررسی بیماری‌های مزمن پژوهشگران از چک لیست مربوط به سنجش بیماری‌های مزمن استفاده کردند که توسط حسینی در مطالعه‌ای با عنوان فراوانی بیماری‌های مزمن شایع در سالمندان شهر امیرکلا بابل از آن استفاده کرده است (۱۲). در این قسمت پژوهشگران از افراد نمونه پژوهش در مورد بیماری‌هایی که در یکسال گذشته داشته‌اند سؤال پرسیدند. باید یادآور شد که شیوع بیماری‌ها بر اساس اظهارات خود سالمندان در مورد وضعیت سلامتی و بیماری آنها در طی یکسال گذشته بوده است. همچنین جهت تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS و آزمون‌های آمار توصیفی و استنباطی همچون تی تست (t test) استفاده شد.

شهر می‌باشند (۹). همچنین ستاری در مطالعه‌ای بر وضعیت سلامت سالمندان روستایی بیان می‌کند که ۵۱ درصد سالمندان روستایی دارای بیماری مزمن می‌باشند (۱۰). لذا شناسایی بیماری‌های شایع مزمن سالمندان امری مهم در جهت پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقاء سلامت سالمندان می‌شود. (۵) و همچنین شناخت شایع‌ترین بیماری‌های سالمندان جهت برنامه‌ریزی آینده آموزشی و درمانی بسیار مفید خواهد بود و برنامه‌ریزی برای سالمندان جهت کاستن عوارض این دوره از زندگی نیاز به داشتن اطلاعات کافی از جنبه‌های مختلف وضعیت سلامت موجود سالمندان هر جامعه‌ای خواهد داشت. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین وضعیت سلامت سالمندان ساکن در شهر و روستا که تحت پوشش مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان زاهدان هستند انجام می‌گیرد.

## مواد و روش

پژوهش حاضر از نوع پژوهش توصیفی-تحلیلی بود که به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۰ در شهر زاهدان انجام گرفت. جامعه آماری در این پژوهش شامل تمام سالمندان بالای ۶۰ سال شهر زاهدان و روستاهای تابعه آن بودند. برای برآورد نمونه پژوهش از فرمول زیر استفاده شد.

$$N = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 (S_1^2 + S_2^2)}{(\bar{X} - \bar{X})^2}$$

حجم نمونه از طریق فرمول فوق در هر گروه ۸۵ نفر بر آورد شد که به لحاظ ملاحظات مربوط به نمونه پژوهش، در هر گروه ۱۰۰ نفر (در مجموع ۲۰۰ نفر) نفر مورد بررسی قرار گرفتند. در این مطالعه به دلیل گستردگی جمعیت آماری در شهر زاهدان و روستاهای اطراف، پژوهشگران، نمونه‌ها را به صورت تصادفی انتخاب کردند. بدین صورت که ابتدا شهر زاهدان از لحاظ جغرافیایی به ۴ منطقه شمال،

جدول شماره: ۱ ویژگی های دموگرافیک سالمندان ساکن شهر و روستای زاهدان: ۱۳۹۰

متغیرها	سالمند ساکن شهر	سالمند ساکن روستا
	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
<b>جنسیت</b>		
مرد	۶۳ (/۰.۶۳)	۵۹ (/۰.۵۹)
زن	۳۷ (/۰.۳۷)	۴۱ (/۰.۴۱)
<b>تحصیلات</b>		
بی سواد	۵۳ (/۰.۵۳)	۷۲ (/۰.۷۲)
راهنمایی	۳۷ (/۰.۳۷)	۲۸ (/۰.۸۲)
دیپلم	۶ (/۰.۰۶)	۰ (/۰.۰)
فوق دیپلم	۳ (/۰.۰۳)	۰ (/۰.۰)
لیسانس	۱ (/۰.۰۱)	۰ (/۰.۰)
<b>وضعیت تاهل</b>		
مجرد	۵ (/۰.۰۵)	۱۳ (/۰.۱۳)
متاهل	۶۵ (/۰.۶۵)	۴۷ (/۰.۴۷)
طلاق گرفته	۱۲ (/۰.۱۲)	۵ (/۰.۰۵)
همسر فوت کرده	۱۷ (/۰.۱۷)	۳۵ (/۰.۳۵)
<b>نوع زندگی</b>		
زندگی با خانواده	۷۳ (/۰.۷۳)	۶۴ (/۰.۶۴)
زندگی بدون خانواده	۲۷ (/۰.۲۷)	۳۶ (/۰.۳۶)

#### یافته‌ها

در این پژوهش ۲۰۰ نفر از سالمندان ساکن شهر (۱۰۰ نفر) و روستا (۱۰۰ نفر) به صورت تصادفی وارد مطالعه شدند که ۶۱ درصد مرد و ۳۹ درصد زن بودند. جدول شماره ۱ ویژگی‌های دموگرافیک افراد شرکت کننده در پژوهش بر اساس محل سکونت را نشان می‌دهد. ۶۲ درصد افراد بی‌سواد و بقیه دارای تحصیلات ابتدایی و بالاتر بودند. ۶۰

درصد همراه خانواده و ۳۰ درصد به صورت تنها زندگی می‌کردند (جدول شماره ۱).

بر اساس یافته‌های پژوهش میانگین امتیاز سلامت برای سالمندان شهر ۳۰/۴۳ و برای سالمندان روستا ۳۲/۳۲ بود. همچنین برای مردان ۳۰/۵۷ و برای زنان ۳۲/۵۸ بود. از مجموع افراد شرکت کننده در پژوهش تنها ۱۶ نفر امتیاز سلامت کمتر از نمره برش (۲۳) داشتند (دارای سلامت عمومی خوبی بودند) (جدول شماره ۲).

بر اساس آزمون تی تست بین سلامت مردان و زنان تفاوت معنی‌داری وجود داشت ( $p=0/040$ ). بدین صورت که سلامت در مردان بالاتر از زنان بود. همچنین بین سلامت سالمندان ساکن شهر و روستا تفاوت معنی‌داری وجود داشت ( $p=0/023$ ) بدین مفهوم که سلامت سالمندان شهر بیشتر از سالمندان روستا بود.

جدول شماره ۲ ابعاد سلامت عمومی در سالمندان به تفکیک محل سکونت را نشان می‌دهد و در جدول شماره ۳ بیماری‌های مزمن شایع در سالمندان بر اساس محل سکونت و جنسیت نشان داده شده است. نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که بیشترین بیماری شایع در سالمندان ساکن شهر بیماری‌های قلبی عروقی (۴۴٪) و در سالمندان ساکن روستا مشکلات گوش و کاهش شنوایی (۶۱٪) بود. همچنین بیشترین و کمترین بیماری شایع در دو جامعه به ترتیب مشکلات شنوایی (۵۰٪) و سرطان‌ها (۱۱٪) بود. بر اساس سؤال پژوهشی مشخص شد که تمام بیماری‌های مورد بررسی در مردان بیشتر از زنان شیوع دارد به جز بیماری پستان.

جدول شماره ۲- میانگین و انحراف معیار ابعاد سلامت عمومی سالمندان ساکن شهر و روستای زاهدان به تفکیک جنسیت: ۱۳۹۰

متغیرها	ساکن شهر		ساکن روستا		میانگین $\pm$ انحراف معیار
	مرد	زن	مرد	زن	
	۶۳	۳۷	۵۹	۴۱	
بعد سلامت جسمی	۸/۷۴ $\pm$ ۲/۶	۹/۱۳ $\pm$ ۲/۷	۹/۰۱ $\pm$ ۳/۴	۹/۸۵ $\pm$ ۲/۷	۸/۸ $\pm$ ۳/۱
اختلال کارکرد	۹/۳۳ $\pm$ ۲/۹	۹/۶۲ $\pm$ ۲/۵	۱۰/۳۴ $\pm$ ۳/۶	۱۲/۱۹ $\pm$ ۶/۵	۹/۱ $\pm$ ۲/۸
اضطراب	۹/۸۸ $\pm$ ۲/۳	۹/۵۳ $\pm$ ۲/۱	۹/۹۴ $\pm$ ۴/۳	۱۰/۱۹ $\pm$ ۳/۵	۱۰/۲ $\pm$ ۴/۲
افسردگی	۸/۷۱ $\pm$ ۳/۴	۹/۳۴ $\pm$ ۲/۸	۶/۶۴ $\pm$ ۵/۵	۸/۳۷ $\pm$ ۸/۲	۹/۹ $\pm$ ۳/۴
سلامت عمومی	۳۰/۱۸ $\pm$ ۴/۳	۳۰/۶۳ $\pm$ ۳/۹	۳۱/۰۴ $\pm$ ۷/۲	۳۴/۳۳ $\pm$ ۸/۷	۸/۱ $\pm$ ۵/۴

جدول شماره ۳- شیوع بیماری های مزمن در سالمندان شهر زاهدان بر اساس محل سکونت و جنسیت: ۱۳۹۰

بیماری مزمن	سالمند شهر		سالمند روستا		درصد کلی بیماران	جنسیت بیماران	
	بیماری دارد	بیماری ندارد	بیماری دارد	بیماری ندارد		مرد	زن
مشکلات گوش (کاهش شنوایی)	۳۹ (%.۳۹)	۶۱ (%.۶۱)	۶۱ (%.۶۱)	۳۹ (%.۳۹)	۵۰ درصد	۶۳ (%.۶۳)	۳۷ (%.۳۷)
مشکلات قلبی عروقی	۴۴ (%.۴۴)	۵۶ (%.۵۶)	۵۵ (%.۵۵)	۴۵ (%.۴۵)	۴۹ درصد	۶۰ (%.۶۰)	۳۹ (%.۳۹)
مشکلات چشمی	۲۷ (%.۲۷)	۷۳ (%.۷۳)	۷۱ (%.۷۱)	۲۹ (%.۲۹)	۴۹ درصد	۵۸ (%.۵۹)	۴۰ (%.۴۱)
مشکلات ریوی <sup>‡</sup>	۳۸ (%.۳۸)	۶۲ (%.۶۲)	۴۴ (%.۴۴)	۵۵ (%.۵۵)	۴۱ درصد	۵۸ (%.۶۲)	۳۵ (%.۳۸)
مشکلات کلیه و مجاری ادراری	۳۶ (%.۳۶)	۶۴ (%.۶۴)	۴۰ (%.۴۰)	۶۰ (%.۶۰)	۳۸ درصد	۴۸ (%.۶۳)	۲۸ (%.۳۷)
مشکلات تیروئید:	۳۲ (%.۳۲)	۶۸ (%.۶۸)	۴۰ (%.۴۰)	۶۰ (%.۶۰)	۳۶ درصد	۴۳ (%.۶۰)	۲۹ (%.۴۰)
مشکلات گوارشی <sup>‡</sup>	۲۸ (%.۲۸)	۷۲ (%.۷۲)	۴۳ (%.۴۳)	۵۷ (%.۵۷)	۳۵ درصد	۴۰ (%.۵۶)	۳۱ (%.۴۴)
مشکلات کنترل روده ای	۲۳ (%.۲۳)	۷۷ (%.۷۷)	۳۲ (%.۳۲)	۶۶ (%.۶۶)	۲۷ درصد	۳۶ (%.۶۵)	۱۹ (%.۳۵)
مشکلات کنترل مثانه (بی اختیاری ادراری):	۲۷ (%.۲۷)	۷۳ (%.۷۳)	۲۳ (%.۲۳)	۷۷ (%.۷۷)	۲۵ درصد	۳۳ (%.۶۰)	۱۷ (%.۴۰)
مشکلات کبد و کیسه صفرا	۲۱ (%.۲۱)	۷۹ (%.۷۹)	۳۰ (%.۳۰)	۷۰ (%.۷۰)	۲۵ درصد	۳۳ (%.۶۴)	۱۸ (%.۳۶)
هر نوع شکستگی	۱۵ (%.۱۵)	۸۵ (%.۸۵)	۲۹ (%.۲۹)	۷۱ (%.۷۱)	۲۲ درصد	۲۸ (%.۶۵)	۱۵ (%.۳۵)
سکته مغزی	۲۴ (%.۲۴)	۷۶ (%.۷۶)	۱۴ (%.۱۴)	۸۶ (%.۸۶)	۱۹ درصد	۲۶ (%.۶۸)	۱۲ (%.۳۲)
مشکلات پستانی:	۷ (%.۷)	۹۳ (%.۹۳)	۱۸ (%.۱۸)	۸۲ (%.۸۲)	۱۲ درصد	۸ (%.۳۲)	۱۷ (%.۶۸)
سرطان (بیماری بدخیم):	۴ (%.۴)	۹۶ (%.۹۶)	۱۸ (%.۱۸)	۸۲ (%.۸۲)	۱۱ درصد	۱۱ (%.۵۰)	۱۱ (%.۵۰)

<sup>‡</sup>(آسم- برونشیت یا مشکل تنفسی دیگر)، <sup>‡</sup>(زخم معده و دوازدهه، هموروئید)

## بحث

این مطالعه با هدف بررسی سطح سلامت عمومی و بروز بیماری های مزمن شایع در بین سالمندان ساکن شهر و روستاهای زاهدان انجام شد. یافته های پژوهش نشان داد که سطح سلامت سالمندان زاهدان بیشتر از نمره برش (۲۳) بوده و نشانه سطح سلامت جسمی و روانی پایین این گروه می باشد. احمدی در مطالعه ای با عنوان کیفیت زندگی سالمندان شهر زاهدان، بیان می کند که تمام ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی سالمندان پایین تر از میانگین بوده و سالمندان این شهر از شرایط مناسبی برخوردار نیستند (۱۲) سادات بیان می کند که سطح سلامت سالمندان شهر یاسوج در حد متوسط می باشد (۱۳). همچنین ۵۱ درصد از سالمندان شهر کاشان (۱۳۸۹) سلامت خود را در وضعیت متوسط بیان کرده بودند (۱۴). بنابراین نتایج این مطالعه با مطالعاتی که در شهر مذکور انجام شده مطابقت داشته ولی با نتایج مطالعات سایر شهر ها تفاوت دارد. لذا شاید کاهش سطح سلامت سالمندان این شهر را بتوان به کیفیت پایین تر خدمات بهداشتی درمانی در این شهر و توجه ناکافی به سلامت سالمندان خصوصا در روستاها نسبت داد.

بر اساس یافته های این مطالعه بین سلامت سالمندان ساکن شهر با روستا تفاوت معنی داری وجود داشت و سالمندان ساکن شهر دارای وضعیت سلامت بهتری بودند. مینوس بیان می کند که در بین بزرگسالان ۴۵-۶۴ سال شهر و روستا تفاوت اندکی در سطح سلامت وجود داشت، اما سالمندان بالاتر از ۶۵ سال روستا دارای سطح سلامت پایین تری نسبت به هم تاییان خود در شهر می باشند (۹). زیمر (Zimmer) در مطالعه خود بیان می کند که سطح سلامت سالمندان روستا پایین تر از سالمندان شهر می باشد و میزان مرگ و میر در آنها به دلیل نابرابری در دسترسی به خدمات سلامت، ۳۰ درصد بیشتر از سالمندان شهرها می باشد (۱۵). ویلیام (William) در مطالعه خود خاطرنشان

می کند که سلامت نظامیان دارای سن بالا که در مناطق روستایی زندگی می کنند پایین تر از افرادی است که در مناطق شهری و حاشیه آن زندگی می کنند (۱۶). همچنین ستاری در مطالعه ای بیان می کند که سطح سلامت عمومی سالمندان روستاها در شرایط مناسبی نیست (۱۰). نوربالا بیان می کند که سالمندان ساکن روستاها سلامت روانی پایین تری از هم تاییان خود در مناطق شهری دارند (۱۱). اما سادات بیان می کند که بین سلامت سالمندان مرد و زن ساکن شهر تفاوت معنی داری وجود ندارد، زیرا همه آنها به یک نسبت به خدمات دسترسی دارند (۱۳). دلیل این اختلاف تفاوت در ابزار گردآوری داده ها بود. لذا یافته های این مطالعه با بسیاری از مطالعات همخوانی دارد و می توان نتیجه گرفت که سلامت سالمندان ساکن شهر بالاتر از سالمندان ساکن روستاها می باشد. از دیدگاه پژوهشگر این تفاوت به دلیل آن است که سالمندان ساکن در روستا فعالیت کاری کمتری نسبت به سالمندان شهری دارند

(فعالیت های فیزیکی اجتماعی) همچنین دسترسی به تسهیلات بهداشتی و درمانی در شهر موجب افزایش سطح سلامت سالمندان آن می باشد. در نتیجه می توان بیان کرد که سالمندان ساکن در روستا سطح سلامت پایین تری نسبت به سالمندان ساکن در شهر دارند. طی بررسی ابعاد سلامت عمومی در این مطالعه، نتایج نشان داد که میانگین نمره افسردگی در زنان روستایی و شهری بیشتر از مردان بود که این یافته ها با مطالعه شریف زاده و سادات همخوانی دارد (۱۳، ۱۷). همچنین در تأیید این یافته مرتضوی بیان می کند که سالمندان زن دارای اختلال افسردگی بیشتری نسبت به مردان می باشند (۱۸). از دیدگاه پژوهشگر این موضوع به دلیل حساسیت زیاد زنان به مسائل روزمره زندگی و تحمل مسئولیت زیاد در خانواده می باشد. نتایج پژوهش در مورد شیوع بیماریهای مزمن نشان داد که شایعترین بیماری مزمن در سالمندان ساکن شهر

بهداشت و درمان می‌کند. چنانکه سالاروند بیان می‌کند که ارتريت، مشکلات بینایی و فشار خون از مهم‌ترین بیماری‌های شایع مزمن در سالمندان می‌باشد که این بیماری‌های مزمن از جمله مهم‌ترین عواملی هستند که موجب زمین افتادن سالمندان شده و این امر موجب کاهش سطح سلامتی و کیفیت زندگی آنها می‌شود (۲۳).

از جمله محدودیت‌های این پژوهش بی‌سوادی برخی از افراد نمونه پژوهش بود که نمی‌توانستند پرسشنامه را بخوانند و برای رفع این مشکل پرسشگران سئوالات را برای این افراد خوانده و نظرات آنها را یادداشت می‌کردند.

### نتیجه گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد که سالمندان ساکن شهر و روستا از سطح سلامت پایینی برخوردار هستند و بیماری و مشکلات مرتبط با شنوایی بیشترین شیوع را در این گروه دارد. با توجه به کیفیت زندگی پایین سالمندان این شهر که در مطالعات گذشته نیز مورد تأیید قرار گرفته است پیشنهاد می‌شود تا با افزایش توجه به سلامت سالمندان و اجرای برنامه‌های بهداشتی درمانی از سوی مسئولین بهداشت و درمان شهرستان و افزایش حمایت اعضای خانواده از این گروه، سطح سلامت آنها را افزایش داد. همچنین با توجه به مهم‌ترین بیماری‌های شایع در سالمندان با برنامه‌ریزی و اقدامات مناسب می‌توان شیوع این بیماری‌ها را در سالمندان این شهر کاهش داد که این مداخله موجب کاهش بار بیماری سالمندان، افزایش سطح سلامت آنها و در نتیجه کاهش هزینه‌های سلامت کشور می‌شود.

### تشکر و قدر دانی

این مقاله حاصل کار طرح تحقیقاتی با شماره طرح ۲۳۴۴-۹۰ شماره ثبت ۱۴۴۷-۹۰ و حمایت مالی دانشگاه علوم

بیماری‌های قلبی عروقی و در سالمندان ساکن روستا مشکلات گوش و کاهش شنوایی بود و مشکلات شنوایی عمده‌ترین بیماری در هر دو گروه بود. حسینی (۱۳۸۶) فراوانی بیماری‌های مزمن شایع بر روی ۱۰۱۷ سالمند را بررسی کرده و بیان می‌کند که بیماری‌های قلبی عروقی با فراوانی ۲۹ درصد، مهم‌ترین مشکل سالمندان می‌باشد (۱۲). ستاری (۱۳۸۵) می‌افزاید که بیشترین میزان شیوع معلولیت مربوط به معلولیت شنوایی می‌باشد و ۵۰ درصد سالمندان دارای انواع مختلف بیماری‌ها بوده که بیماری‌های قلبی و فشار خون با شیوع ۲۵ درصد شایع‌ترین نوع بیماری در سالمندان بود (۱۰). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که یافته‌های پژوهش حاضر با مطالعات گذشته در این زمینه همخوانی دارد. همچنین در هر منطقه از کشور بر اساس فرهنگ و شرایط جغرافیایی نوع خاصی از بیماری‌های شایع می‌باشد. به عنوان نمونه آصف زاده خاطر نشان می‌کند که مشکلات استخوان و مفاصل بیشترین علل مراجعه سالمندان شهر کرد به پزشک می‌باشد (۱۹). توتونچی معتقد است که ۷۹ درصد از سالمندان مورد بررسی در مطالعه وی دارای ارتروز می‌باشند و مهم‌ترین بیماری شایع در آنها است (۲۰). شریف‌زاده مشکلات بینایی را به عنوان شایع‌ترین بیماری مزمن سالمندان قلمداد می‌کند (۱۷). اعتمادی فر در مطالعه‌ای بر روی سالمندان شهر کرد می‌افزاید که سالمندان از لحاظ جسمی ۲۱ درصد سالم، ۲۳ درصد دارای بیماری‌های قلبی، ۱۳ درصد دارای بیماری‌های اسکلتی بودند (۳). همچنین با توجه به تأیید اثر گرد و غبار و ذرات معلق در هوا بر شنوایی افراد (۲۱) و با توجه به مشاهدات پژوهشگر شاید بتوان چنین بیان کرد که در شهرستان زاهدان و روستاهای اطراف آن به دلیل وزش بادهای موسمی که دارای گرد و غبار می‌باشند بیماری‌های مربوط به گوش و کاهش شنوایی در آنها بیشتر می‌باشد. بنابراین توجه به بیماری‌های مزمن و شناسایی آنها کمک بزرگی به سیستم

countries with low and middle incomes: Lancet Journal 2009; 374(18): 21-30.

8- Karimi S, Javadi M, Ja'far-Zadeh F. Economic burden and health costs of chronic diseases in Iran and the world. Journal of Health Information Management 2012; 8 (7): 984-996.

9- Mainous A, Khors F. A comparison of health status between rural and urban adults. Journal of Community Health 1995; 20 (5): 423.

10- Sattari B. social and health status of rural elderly with rural empowerment approach. Journal of Elderly 2008; 1 (2):132-139

11- Noorbala A, Bagheri yazdi SA, Mohammad K. The validation of general health questionnaire- 28 as a psychiatric screening tool. Hakim Medical Journal 2009; 11 (4): 47-53.( Persian)

12- Hosseini S R, Zabihi A. Prevalence of common chronic diseases in elderly population in Amirkhala. Journal of Babol University of Medical Sciences: 2008; 10 (2): 68-75.( Persian)

12- Ahmadi, F, Salar.A. Elderly quality of life in Zahedan city, Journal of Hayat: 2004, 10 (22): 61- 67.( Persian)

13- Sadat SJ, Afrasiabi Far A. elderly health status in Yasoj. Journal of Armaghan Danesh 2012; 16(6): 567.( Persian)

پزشکی زاهدان می‌باشد. همچنین از کلیه مسئولین و کارکنان مرکز بهداشت و خانوارهایی که پژوهشگران را در انجام این پژوهش یاری رساندند صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

## References

1- Ghadir Zadeh H. Dean of the National Council on Aging Department of Health and Medical Education, Ministry of Health 2007. Accessible at: [www.salmandan.blogsky.com/2007/07/09/post-109/](http://www.salmandan.blogsky.com/2007/07/09/post-109/)

2- Salar A, Shahsoy A, Ahmadi F. Elderly nursing, Tehran: Abed Publishing; 2004

3- Etemadi Far S, Afzali M. Assessment of Psychosomatic Health status in Elderly Population That Coverage by Shahre - Kord Behzisty Center. Journal of Nursing and Midwifery 2007; 15(1): 38- 43.

4- www.amar.com. Journal of Selected Population and Housing Census Results – 2012, Accessible: <http://www.amar.org.ir/Default.aspx?tabid=1191>, 2012.

5- Nejati V. Assessing the health status of elderly people in the province of Qom (2007). JQUMS 2009; 13(1): 67-72. (Persian)

6- Barry PP. An overview of special considerations in the evaluation and management of the geriatric patient. Am J Gastroenterol 2000;95(1):8-10.

7- Sousa R, Ferri C. Contribution of chronic diseases to disability in elderly people in



- social factors. *Journal of Payesh* 2012; 10 (4): 485-492.( Persian)
- 19- Asefzade S, Qodosian A. Related characteristics of elderly health in Qazvin to design intervention. *Journal of Iran Aging*, 2010; 5 (15): 53-60. ( Persian)
- 20- Totonchi P. Frequency of chronic diseases and disabilities associated with aging characteristics of the elderly under Emam Khomeini Relief Committee of Tehran and its determinants. *Journal of Payesh* 2004; 3 (3): 225-34.( Persian)
- 21- Ghasedi A, Ghasedi AT. The impact of workplace and environmental harmful effects of air pollution in the steel industry, the Twelfth National Conference on environmental health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences. School of Public Health 2009; 1803-1817. Accessed URL: [http://www.civilica.com/Paper-NCEH12-NCEH12\\_124.html](http://www.civilica.com/Paper-NCEH12-NCEH12_124.html)
- 14- Sadatinejad M, Mousavi GA, Rasolinejad V. The Kashan senile's attitude towards health and religious issues at year 2004-5. *Feyz: Journal of Kashan University of Medical Sciences* 2010 ;14 (1): 76- 82.(Persian)
- 15- Wen M, Kaneda T. A multi-level analysis of urban/rural and socioeconomic differences in functional health status transition among older Chinese. *Soc Sci Med* 2010; 71(3): 559-567.
- 16- Weeks W B, Kazis L E, Shen Y, Cong Z, Ren XS, Miller D. Differences in Health-Related Quality of Life in Rural and Urban Veterans. *Am J Public Health* 2004; 94(10): 1762-1767.
- 17- Sharifzadeh G, Moodi M, Akhbari H. Investigating health status of older people supported by Imam. *Salman Iranian Journal of Aging* 2010; 5(17): 52-59.
- 18- Mortazavi S S, Ardebili H, Mohammad K. Mental health of elderly of Shahrekord and its relationship with demographic and