

بررسی میزان فراوانی شکایات و نیازهای توانبخشی در ۱۵۰ سالمند مراجعه کننده به مرکز آموزشی، پژوهشی و توانبخشی سالمندان

چکیده

زمینه و اهداف: در کشورهایی که طب سالمندی^(۱) شناخته شده است، تحقیقات فراوانی در رابطه با بهداشت و سلامت سالمندان انجام می شود. با توجه به اینکه طب سالمندی در کشور ما نیز در حال شناسایی است، این مطالعه با هدف بررسی وضعیت و فراوانی شکایات سالمندان و تعیین نیازهای توانبخشی آنان، و مقایسه نتایج با مطالعات سالمندی در سایر کشورها انجام شده است.

روش تحقیق: این تحقیق یک مطالعه توصیفی است و روی ۱۵۰ سالمند مراجعه کننده سرپایی به مرکز آموزشی، پژوهشی و توانبخشی سالمندان در سال ۱۳۷۸ انجام شده است و اطلاعات مورد نیاز با مطالعه پرونده این گروه جمع آوری شد.

نتایج: از ۱۵۰ سالمند مراجعه کننده، ۵۸٪ زن - ۴۲٪ مرد بوده اند. حداقل سن ۵۵ و حداکثر ۱۰۰ سال بوده است. ۱۷/۳ درصد بی سواد و ۱۹/۳ درصد بالای دیپلم بوده اند. در بین زنان، ۱۳ درصد بیوه و در بین مردان ۱/۲ درصد بیوه بوده اند. در این گروه ۱۵۰ نفری ۲ نفر زن مجرد ازدواج نکرده و یک نفر مرد مجرد ازدواج نکرده بوده است. شایعترین شکایات سالمندان، عمدتاً بیماریهای قلب و ریه با ۶۳/۳ درصد و بعد، شکایات اسکلتی عضلانی با ۵۴/۶ درصد، سپس شکایات خلقی و روانی ۲۴/۶ درصد و بیماریهای مغز و اعصاب ۱۸ درصد بوده است. مجموعاً ۳۵ درصد سالمندان از برنامه های فیزیوتراپی، ۱۳ درصد از کاردرمانی و ۲ درصد از برنامه گفتار درمانی استفاده کرده اند.

بحث: با توجه به پایین بودن میزان ارائه خدمات توانبخشی در جامعه سالمندی کشور ما در مقایسه با کشورهایی که دارای طب سالمندی هستند، به نظر می رسد که رشته های توانبخشی و نقش آنها در افزایش کیفیت زندگی سالمندان، برای هر دو گروه سالمندان و پزشکان ما مورد غفلت قرار گرفته است، بخصوص، آشنایی بیشتر پزشکان با رشته های توانبخشی در طب سالمندی لازم به نظر می رسد.

واژگان کلیدی: مطالعه سالمندی / شکایات سالمندی / توانبخشی سالمندی

دکتر احمدعلی اکبری کامرانی
استادیار دانشگاه علوم
بهزیستی و توانبخشی

توانبخشی انجام شده است. هدف از این بررسی، تعیین وضعیت و شرایط و فراوانی شکایات جسمی و روانی سالمندان و نیز، میزان استفاده آنها از امکانات توانبخشی و مقایسه این نتایج با مطالعات مشابه در سایر کشورهاست.

روش تحقیق

این تحقیق که یک مطالعه توصیفی است، روی ۱۵۰ سالمند مراجعه کننده سرپایی به مرکز آموزشی، پژوهشی و توانبخشی سالمندان در سال ۱۳۷۸ انجام شده است. تمامی سالمندان مراجعه کننده به این مرکز دارای پرونده هستند و همگی در ابتدای پذیرش، توسط پزشک - پرستار - مددکار اجتماعی ویزیت شده و برگه‌های مربوطه را تکمیل می‌کنند. گروهی که علاوه بر مشاوره پزشکی و اجتماعی به خدمات توانبخشی احتیاج دارند، با نظر پزشک معاینه کننده، برای دریافت خدمات فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتاردرمانی، به واحدهای توانبخشی معرفی می‌شوند. این خدمات به طور سرپایی انجام می‌شود. سالمندان این مرکز بین یک تا چهار بار برای دریافت خدمات پزشکی یا توانبخشی به مرکز مراجعه داشته‌اند. پرونده این گروه بررسی و اطلاعات مورد نیاز جمع آوری شد.

نتایج

جدول شماره یک اطلاعات استخراج شده از این مطالعه را نشان می‌دهد.

از بین ۱۵۰ نفر سالمند مراجعه کننده، ۸۷ نفر زن (۵۸ درصد) و ۶۳ نفر مرد (۴۲ درصد) بوده‌اند.

حداقل سن در زنان ۵۵ سال و در مردان ۶۰ سال و حداکثر سن در زنان ۱۰۰ سال و در مردان ۹۷ سال بوده است. از نظر وضعیت تحصیلی مجموعاً ۱۷/۳ درصد افراد بی‌سواد و ۸۲/۷ درصد تحصیل کرده بودند. در تحصیلات دانشگاهی، مردان درصد بیشتری را تشکیل می‌دهند.

- درصد زنان بیوه حدود ۱۰ برابر مردان بیوه است. نحوه زندگی سالمندان را از نظر تنهایی زندگی کردن و یا در جمع خانواده بودن، نشان می‌دهد.

۱۰/۶ درصد افراد تنها زندگی می‌کردند. فراوانی شکایات جسمی و روانی و مشاوره‌های پزشکی در رابطه با بیماری‌های سالمندان

تنظیم استراتژی بهداشتی برای جمعیت سالمند کشور، نیاز به بررسی وضعیت موجود سالمندان جامعه دارد. حدود بیش از نیمی از انسان‌هایی که امکان زندگی کردن تا سن ۶۵ سالگی را داشته‌اند، هم‌اکنون در قید حیاتند. این مفهوم آماری از نظر جمعیت‌شناسی، اقتصاد، و مراقبت‌های پزشکی بسیار با اهمیت و اساسی است. (۵)

در سال ۱۹۵۰ میلادی، در کل جهان، ۲۰۰ میلیون نفر و در سال ۲۰۰۰ میلادی، ۵۹۰ میلیون نفر، در سن بیش از ۶۰ سالگی بوده‌اند. در سال ۲۰۲۵ میلادی این رقم به ۱۱۰۰ میلیون نفر می‌رسد. (۱) در کشورهای شرق مدیترانه، بجز قبرس که دارای جمعیت سالمندی (۶۰ سال به بالا) حدود ۱۴ درصد است، بقیه کشورهای جمعیت سالمندی بین ۶-۳ درصد دارند. (۲) در ایران، براساس نتایج حاصل از سرشماری عمومی نفوس کشور در سال ۱۳۷۵، جمعیت سالمند بالاتر از ۶۰ سال حدود چهار میلیون و یکصد و نه هزار و معادل ۶/۶ درصد جمعیت کل بوده است. (۳) به همان اندازه که مردان و زنان به زندگی با طول عمر بیشتر دست می‌یابند، ناتوانی‌ها و معلولیت‌های عمده نیز در محدوده انتهایی عمر متراکم خواهد شد. انجمن بهداشت کانادا اعلام کرده است که ۲۶/۵ درصد افراد بالای ۶۵ سال، دچار معلولیت بوده و در انجام فعالیت‌های جسمانی روزانه^(۱) خود مشکل دارند، در حالی که در کل جمعیت سالمندی، ۸۵/۶ درصد نیز به نحوی دارای بیماری مزمن و ناتوان کننده هستند. (۶) در آمریکا ۴۴ درصد سالمندان بالاتر از ۶۵ سال مبتلا به آرتریت و بیماری‌های مفصلی، ۲۷٪ دچار بیماری‌های قلبی و در کل، حدود ۸۰ درصد سالمندان بالاتر از ۶۵ سال به اختلالات سلامت مبتلا بوده‌اند. (۶) در ایران، براساس اطلاعات مرکز آمار ایران، ۲۵ درصد کل معلولان کشور را افراد بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهند. (۴) در کشورهایی که طب سالمندی^(۲) شناخته شده است، تحقیقات فراوانی در رابطه با بهداشت و سلامت سالمندان انجام می‌شود. ارزیابی بیمار سالمند، در مواردی که بررسی جامع و عمیق لازم است، اغلب با روش ارزیابی جامع بین رشته‌ای (۷) و یا ارزیابی چندرشته‌ای^(۳) انجام می‌شود. در روش اخیر، کار به صورت کارگروهی^(۴) بوده و حداقل اعضای این تیم عبارتند از: پزشک، پرستار، فیزیوتراپیست، کاردرمانگر، مددکار اجتماعی. (۸ و ۹ و ۱۰)

با توجه به اینکه مقدمات معرفی طب سالمندی در کشور ما نیز در حال فراهم شدن است، این مطالعه در اولین مرکز آموزشی، پژوهشی و توانبخشی سالمندان وابسته به دانشگاه علوم بهزیستی و

1-(Activity of daily living=ADL)

2-Geriatrics

3-Multidisciplinary assessment

4-team work

Archive of SID

میزان استفاده این گروه را از خدمات توانبخشی این مرکز نشان می‌دهد. فیزیوتراپی با ۳/۳۵ درصد، بیشترین خدمات توانبخشی ارائه شده به این سالمندان بوده است.

مورد بررسی نشان می‌دهد. شکایات قلبی رویی با ۳/۶۳ درصد اول و سپس، ناراحتی‌های اسکلتی عضلانی با ۶/۵۴ درصد در مرتبه دوم قرار می‌گیرد.

جدول شماره یک - وضعیت ۱۵۰ سالمند مراجعه کننده به مرکز آموزشی، پژوهشی و توانبخشی سالمندان و شکایات و خدمات ارائه شده به آنان و به تفکیک زن و مرد

درصد	مرد	زن	تعداد	شکایات و خدمات	
۶۳/۳	۳۷	۵۸	۹۵	قلب و ریه	خدمات پزشکی
۵۸	۳۵	۵۲	۸۷	EKG	
۵۴/۶	۳۰	۵۲	۸۲	اسکلتی عضلانی	
۱۸	۱۰	۱۷	۲۷	گوش و حلق	
۲	۲	۱	۳	چشم	
۲۴/۶	۱۲	۲۵	۳۷	روانپزشکی	
۱۸	۱۳	۱۲	۲۷	مغز و اعصاب	
۱۶/۶	۱۱	۱۴	۲۵	دندانپزشکی	
۹/۳	۶	۸	۱۴	تغذیه	
۴/۶	۳	۴	۷	پوست	
۴۱/۳	۳۲	۳۰	۶۲	سایر	خدمات توانبخشی
۳۵/۳	۲۰	۳۳	۵۳	فیزیوتراپی	
۱۳/۳	۵	۱۵	۲۰	کاردرمانی	
۱/۳	۱	۱	۲	گفتاردرمانی	
۴/۶	۴	۳	۷	شنوایی سنجی	

درصد		تعداد	وضعیت		
۵۸		۸۷	زن	جنسیت	
۴۲		۶۳	مرد		
	مرد	زن			
۱۷/۳	۱۰	۱۶	۲۶	بیسواد	تحصیلات
۴۴/۶	۲۷	۴۰	۶۷	زیردیپلم	
۱۶/۶	۸	۱۷	۲۵	دیپلم	
۱۹/۳	۱۹	۱۰	۲۹	بالا ترازدیپلم	
	۲	۱	۳	مجرد	وضعیت تأهل
۸۳/۳	۵۹	۶۵	۱۲۵	متأهل	
۱۱/۳	۲	۱۵	۱۷	همسر فوت شده	
۱/۳	۱	۱	۲	مطلقه	
۷۸/۶	۵۱	۶۷	۱۱۸	دارد	وضعیت مسکن
۱۸	۱۱	۱۶	۲۷	ندارد	
۸۵/۳	۵۹	۶۹	۱۲۸	با خانواده	نحوه زندگی
۱۰/۶	۱	۱۵	۱۶	بدون خانواده	
۸/۶	۱۲	۲	۱۴	شاغل	وضعیت اشتغال
۸۶	۵۱	۸۵	۱۳۶	غیر شاغل	

بمٹ و نتیجہ گیری

محیطی کم می‌کند. (۱۲)

تغییرات بیولوژیکی سالمندی در زنان همزمان با بروز منوپوز (متوسط حدود ۵۰ سالگی) شروع می‌شود و باعث پیداشدن استئوپروز تیپ I (منوپوزال) می‌گردد. این تیپ استئوپروز در ۵ سال اول بعد از شروع منوپوز به حداکثر خود می‌رسد و شکایاتی را نیز به همراه دارد. تقریباً ۱۵٪ زنان سفیدپوست آمریکایی که بیش از ۴۹ سال دارند، مبتلا به استئوپروز هستند، یعنی بیش از ۵/۲ انحراف استاندارد دانسیته استخوانی خود را نسبت به سن جوانی از دست داده‌اند، در حالی که ۵۰-۴۰ درصد همین گروه سنی به

علت اختلاف حداقل سن پذیرش در بین مردان و زنان، منظور کردن تغییرات بیولوژیکی سالمندی و بروز عوارض آن است که در زنان زودتر از مردان شروع می‌شود. از نظر تعریف، گرچه سالمندی را در وجوه مختلف مانند سن تقویمی^(۱)، روانی^(۲)، زیست‌شناختی^(۳) و اجتماعی^(۴) تعریف کرده‌اند، ولی در طب سالمندی، بر تغییرات بیولوژیکی انسان تأکید می‌شود.

در سالمندی، تغییرات دژنراتیو هیستوپاتولوژیکی مشخص و غیرقابل برگشت در ارگان‌های مختلف پدید می‌آید که سطح عملکرد فرد را تغییر می‌دهد (۱۱)، باعث کاهش ظرفیت ذخیره‌ای عملکرد^(۵) ارگان‌ها می‌شود و توانایی فرد را در برابر استرس‌های

1-Chronologic
2-Psychologic
3-Biologic
4-Sociologic
5-Functional reserved capacity

سالمند بالاتر از ۶۵ سال انجام شد میزان بیماریهای قلبی را ۳۱/۵ درصد و فشارخون بالا را ۳۴/۲ درصد گزارش کرد (۱۵). در بررسی ما، شکایات قلبی و عروقی و فشار خون بالا در یک گروه تقسیم‌بندی شده‌اند که تقریباً معادل مجموع این دو بخش در مطالعه آنها است. شکایات اسکلتی عضلانی که شامل انواع آرتروز و آرتروزهاست، در مطالعه ما با فراوانی ۵۴/۸٪ در ردیف دوم قرار دارد، در مطالعه یاد شده، ۴۸/۴ درصد بوده است. مطالعه‌ای که در آمریکا سال ۱۹۹۱ روی سالمندانی که در آسایشگاه زندگی نمی‌کردند انجام گرفت، نشان داد که در گروه سنی ۶۵-۷۵، ۱۴ درصد مردان و ۲۴ درصد زنان، دارای درجاتی از معلولیت بوده‌اند و در گروه سنی بالاتر از ۷۵ سال، این معلولیت به ترتیب ۲۳٪ در مردان و ۴۱٪ در زنان گزارش شده است (۱۶).

در کانادا، سالمندانی که در مرکز مخصوص سالمندان^(۲) پذیرفته، همگی توسط پزشک - پرستار و مددکار اجتماعی ویزیت می‌شوند. در این گروه، نیاز به فیزیوتراپی ۹۰٪، کاردرمانی ۷۵٪ و همچنین، نیاز به ویزیت روان پزشک یا روان شناس ۴۰-۳۰ درصد، گفتار درمان ۱۲-۱۰ درصد و متخصصان تغذیه ۴۰ درصد گزارش شده است. (۱۷) در مطالعه ما، بیشترین مورد توانبخشی، اول فیزیوتراپی با ۳۵/۳٪ و بعد کاردرمانی با ۱۳٪، گفتار درمانی با ۲٪ بوده است. لازم به یادآوری است که سایر رشته‌های توانبخشی مانند کاردرمانی و گفتاردرمانی، در جامعه ما به اندازه کافی شناخته شده نیستند. با توجه به جایگاه مهم توانبخشی در طب سالمندی و نقش آن در افزایش توانایی‌های (ADL) سالمندان و ارتقای کیفیت زندگی آنان، رشته‌های توانبخشی می‌بایست بیش از گذشته به هر دو گروه، سالمندان و پزشکان معالج آنان، معرفی شوند.

در خاتمه، به نظر می‌رسد که علاوه بر ضرورت تشکیل دوره‌های آموزشی طب سالمندان برای پزشکان فارغ التحصیل، ایجاد مراکز سرپایی برای مشاوره پزشکی و توانبخشی و ارائه خدمات بهداشتی و انجام طرح‌های تحقیقاتی در رابطه با بهداشت و سلامت سالمندان، می‌تواند زمینه‌ساز راه‌اندازی طب سالمندان در کشور باشد.

درجاتی دچار استوئونی هستند. (۱۳)

گرچه، استوئوز تیپ II سنایل^(۱) که زنان و مردان را به یک نسبت درگیر می‌کند، در حوالی سن ۶۵ سالگی بروز می‌کند. اما تغییرات بیولوژیکی سالمندی در زنان زودتر از مردان تظاهر پیدا می‌کند و در منابع پزشکی سالمندان نیز سن سالمندی برای زنان ۵ سال زودتر از مردان در نظر گرفته می‌شود. در طب سالمندی، سن تقویمی تنها ملاک عمل نیست، بلکه شکایات و عوارضی که فرد به آن مبتلاست، او را در گروه مطالعه سالمندی قرار می‌دهد. چه بسا افرادی با سن بالا که از سلامتی کافی برخوردار بوده و همانند جوانان و میانسالان، نیازی به توجه و مراقبت‌های ویژه سالمندی ندارند. (۱۴)

از نظر وضعیت تحصیلی این گروه سالمندی، نکته درخور توجه، بالا بودن نسبی میزان تحصیلات (۸۲/۷٪) آنان است؛ محل مرکز و اینکه اغلب مراجعان از طبقات متوسط به بالای جامعه شهری بوده‌اند، می‌تواند از دلایل این مسأله باشد. بعلاوه تحصیلات دانشگاهی در مردان به مراتب بیشتر از زنان بوده است (مرد ۳۰٪ زن ۱۱٪) و این موضوع بیانگر فرصت‌های آموزشی بیشتر برای مردان در سنوات گذشته است. خوشبختانه در حال حاضر، در ایران فرصت‌های آموزشی دانشگاهی برای زنان و مردان یکسان و حتی گاهی برای زنان بیشتر از مردان فراهم است.

نکته قابل بحث در وضعیت تأهل سالمندان، درصد زنان بیوه است که ده برابر مردان بیوه است. این مسأله می‌تواند متأثر از دو موضوع باشد، یکی اینکه در فرهنگ اجتماعی ما، اغلب فاصله سنی زنان و مردان در هنگام ازدواج نسبتاً زیاد است که بخصوص در قدیم بیشتر بوده است. دوم اینکه، اصولاً امید به زندگی به طور متوسط در زنان چند سال (متوسط ۳ سال) از مردان بیشتر است.

نحوه زندگی سالمندان نشان می‌دهد که فقط ۱۰/۶ درصد آنها کاملاً تنها زندگی می‌کنند و بقیه به نحوی با سایر اعضای خانواده زندگی می‌کنند. این موضوع، خوشبختانه متأثر از فرهنگ اجتماعی و مذهبی جامعه ایرانی است که تنها گذاشتن سالمندان را از نظر عاطفی نمی‌پسندند و به هر شکل ممکن، فرد سالمند را در میان خانواده پذیرایی می‌کنند. میزان سالمندانی که تنها زندگی می‌کنند، در جوامع غربی و صنعتی بسیار بالا و لذا، وجود آسایشگاه‌های سالمندی در این جوامع، به یک ضرورت تبدیل شده است. همانطور که در نمودار شماره ۶ دیده می‌شود، بیشترین شکایات سالمندان مربوط به بیماریهای قلبی و ریوی بوده است. (۶۳/۳٪)

در مطالعه‌ای که سال ۱۹۹۳ در آمریکا روی ۱۰۰۰ (هزار)



- ۱- مرکز اطلاعات سازمان ملل متحد در تهران، طرح بین المللی اقدام در مورد سالخوردگی و اصول ملل متحد برای اشخاص سالمند. چاپ اول، مترجم: مرکز مطالعات عالی بین المللی دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران، ناشر: مرکز اطلاعات سازمان ملل متحد در تهران، ۱۳۷۸، صفحه ۴.
- ۲- معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان جهانی بهداشت، مجموعه بهداشت سالمندان، چاپ اول مترجمین: فریده جبروتی، مهتاب علیزاده ناشر: نشر و تبلیغ بشری ۱۳۷۹، صفحه ۱۵.
- ۳- مرکز اطلاعات و آمار ایران، اطلاعات سرشماری عمومی نفوس کشور در ۱۳۷۵.
- ۴- مرکز اطلاعات و آمار ایران، اطلاعات سرشماری عمومی نفوس کشور در ۱۳۶۵.
- 5-Kurt J. Isselbacher... (et al.) Harrisons principles of internal medicine - 13th ed. Mc Graw Hill, 1994 volume 1-pp : 30.
- 6-Hasson SM, Clinical Exercise physiology, Mosbey, year book 1994 pp : 238-239.
- 7-Thomas E. Andreoli, Charles C, J, Carpenter, Robert C Griggs, Josef Loscalzo, Cecil essentials of Medicine 5th ed. W.B. SANNERS COMPANY 2001 pp: 1006-1007
- 8-J.Grimley Evans, T. Franklin Williams, OXFORD TEXT BOOK OF GERIATRIC MEDICINE oxford university press 1992 pp: 704.
- 9-Roy A Fox, John Puxty, Medicine in the Frail Elderly 1993 pp: 5-6.
- 10-William R,Hazzard...(et al.)PRINCIPLES OF GERIATRIC MEDICINE AND GERONTOLOGY. Forth Ed. Mc GRAW HILL 1999.
- 11-Jackson, O. physical therapy of the Geriatric patient, NewYork, charchill livingstone, 1983 pp:1-2.
- 12-Thomas E. Andreoli,...(et al.) CECIL ESSENTIALS OF MWDICINE 5th, ed. W.B.Saunders company, 2001 pp:1003.
- 13-Thomas E. Andreoli,...(et al.) CECIL ESSENTIALS OF MWDICINE 5th, ed. W.B. Saunders company, 2001 pp:621.
- 14-ROY A FOX, JOHN PUXTY. Medicine in the Frail elderly 1993 pp:1.
- 15-William R. Hazzard...(et al.) principles of Geriatric Medicine and Gerontology. 4th, Ed. Mc Graw Hill 1999 pp: 207.
- 16-William R, Hazzard...(et al.) principles of Geriatric Medicine and Gerontology. 4th, ed. Mc Graw Hill 1999 pp: 204.
- 17-Roy A Fox, John puxty, Midicine in the Frail Elderly 1993 pp: 7-8.