

ارزیابی میزان بکارگیری خدمات و مراقبت های سالمندی و پزشکی بر اساس شاخص های سلامت جسمانی

مهتاب علیزاده^{۱*}، مارک متیوس^۲، سیده زکیا حسین^۳

تاریخ پذیرش: ۹۰/۳/۱۷

تاریخ دریافت: ۹۰/۱/۱۶

چکیده:

زمینه و هدف: این مطالعه به بررسی تاثیر ابعاد مختلف سلامت جسمانی بر میزان استفاده از مراقبتهای پزشکی و خدمات و مراقبتهای سالمندی در بین سالمندان ایرانی مهاجر مقیم استرالیا می پردازد. یافته های این تحقیق میتواند در پر کردن خلای اطلاعات طب سالمندی و نیز میزان استفاده از خدمات و مراقبتهای سالمندی کمک نماید.

مواد و روشها: در این بررسی توصیفی - تحلیلی تعداد ۳۰۲ نفر سالمند ایرانی مهاجر ۶۵ سال و بیشتر به روش تصادفی ساده از بین کل جمعیت ۱۲۰۹ نفر در سالهای ۲۰۰۵-۲۰۰۷ انتخاب گردیدند. روش جمع آوری داده ها از طریق مصاحبه تلفنی و چهره به چهره، تکمیل پرسشنامه و ارسال از طریق پست بود. ابزار گرد آوری داده ها شامل سوالاتی بر اساس مطالعه وزارت بهداشت ایالت نیوساوت ویلز استرالیا بود. در این مطالعه سلامت جسمانی شامل عملکرد فیزیکی با ۱۰ سوال فرم کوتاه شده (SF-36)، و ابزار سنجش توانایی در انجام امور روزمره زندگی با ۵ سوال، استفاده از خدمات و مراقبت های سالمندی شامل خدمات اساسی و پایه با ۳ سوال و خدمات حمایتی سالمندان با ۵ سوال مورد پرسش قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار spss نسخه ۱۵ و آزمون های آماری تحلیلی ANOVA، t، و مدل های رگرسیون خطی و رگرسیون چند متغیره استفاده گردید.

نتایج: یافته ها نشان داد که سالمندان مورد مطالعه دچار محدودیت در عملکرد فیزیکی بودند و نیاز بیشتری به کمک در انجام فعالیت های روزانه را داشتند. آنهایی که وضعیت بهتری از نظر دو شاخص جسمانی فوق داشتند به میزان کمتری از خدمات و مراقبت های اساسی سالمندی (کمک در انجام کارهای منزل، مراقبت و بهداشت فردی، خرید و پخت و پز غذا) در یک هفته گذشته و نیز خدمات و مراقبت های حمایتی (سرویس ایاب وذهاب (Special transportation) مراکز نگهداری روزانه سالمندان (Day care)، مراکز نگهداری موقت (Respite services)، پرستاری در منزل (Home care) در طی یک ماه قبل از زمان پرسشگری استفاده کرده بودند. اکثریت سالمندان مورد مطالعه (۹۶٪) استفاده از خدمات و مراقبتهای پزشکی را در طی یک سال قبل از بررسی اعلام داشتند.

نتیجه گیری: سالمندان ایرانی مهاجری که انگلیسی در منزل صحبت نمی کردند محدودیت بیشتری در عملکرد فیزیکی داشتند و سالمندانی که زبان انگلیسی بهتری داشتند و بالطبع قادر به برقراری ارتباط بهتری بودند نیاز کمتری به کمک و استفاده از انواع خدمات و مراقبت های حمایتی سالمندی جهت انجام فعالیت های روزمره زندگی خود داشتند. بعلاوه دسترسی به خدمات و مراقبتهای پزشکی در این گروه از سالمندان نیز بیشتر بود.

کلمات کلیدی: سالمند، عملکرد فیزیکی، فعالیتهای روزمره زندگی، خدمات و مراقبتهای سالمندی، خدمات و مراقبتهای پزشکی

ای در بین افراد ۶۵ سال به بالا دارد (۷). در مبتلایان به بیماری های مزمن نظیر آرتروز که از جمله علل مهم ناتوانی در سالمندان است، انجام فعالیت های روزانه زندگی از قبیل کار های منزل کاهش میابد که این امر نه تنها سبب کاهش فعالیت فیزیکی شده بلکه احساس رفاه روانی در این افراد را نیز تحت تاثیر قرار میدهد. آرتروز از جمله بیماریهای ناتوان کننده ایی است که سبب محدودیت در فعالیتها و نهایتا منجر به بستری شدن و بار مراجعات به مراکز درمانی میگردد(۸). پدیده پیری و بیماریهای مزمن به نوبه خود غالبا منجر به ناتوانی های جسمانی شده که بطور مضاعف سبب جلوگیری از تحرک و توانایی در راه رفتن، از پله بالا رفتن، خم شدن، دولا شدن و زانو زدن میشوند. این بیماریهای مزمن معمولا عواملی هستند که افراد سالمند را مجبور به استفاده از خدمات و مراقبتهای سالمندی، مراقبت در منزل، بستری شدن و در پاره ای موارد منجر به اقامت در خانه های سالمندان می کنند. این مسئله سبب پیری زودرس در سالمندان مبتلا به بیماریهای مزمن و ناتوانی های جسمی میشود و از طرفی موجب نیاز بیشتر این سالمندان به مراقبتهای بیشتر و طولانی تر می گردد(۹). نظر به اهمیت آگاهی از وضعیت شاخص های سلامت جسمانی افراد سالمند در راستای برنامه ریزی جهت ایجاد و بکارگیری خدمات و مراقبت های سالمندی در کشور، امید است نتایج این مطالعه از طریق تعیین ارتباط وضعیت سلامت جسمانی بر میزان استفاده از خدمات و مراقبتهای سالمندی و پزشکی در سالمندان بتواند در این راستا موثر واقع شود.

مواد و روشها

این مطالعه به روش توصیفی- تحلیلی بر روی ۳۰۲ نفر سالمند ۶۵ سال و بالاتر ایرانی مقیم استرالیا انجام شد. بر اساس آمار سال ۲۰۰۱ وزارت بهداشت و رفاه استرالیا ۱۲۰۹ نفر مهاجر سالمند که سن آنها ۶۵ سال و بیشتر می باشد و در ایران متولد شده اند در سیدنی- استرالیا زندگی می کنند. بر این اساس حجم نمونه ۳۰۲ نفر سالمند تعیین شد که تقریبا ۲۵٪ کل جامعه آماری راتشکیل می داد. انتخاب نمونه ها به صورت تصادفی ساده بوده و جمع آوری داده ها به شکل مصاحبه چهره به چهره، پرکردن پرسشنامه های ارسالی و برگرداندن آن به وسیله پست و یا مصاحبه تلفنی انجام گردید. به طور کلی روش غالب جمع آوری داده ها مصاحبه تلفنی بوده و پس از انجام مصاحبه اولیه در صورت نیاز و یا موافقت طرفین ادامه پرسشگری به صورت چهره به چهره و یا از طریق پست انجام شد. این مطالعه در طی سال های ۲۰۰۵-۲۰۰۷ میلادی انجام شد. به لحاظ رعایت ملاحظات اخلاقی شرکت کنندگانی که تمایل به شرکت در مطالعه نداشتند از مطالعه خارج شدند.

سالمندی با افزایش محدودیت های حرکتی و افزایش بیماریهای مزمن همراه است (۱). با افزایش سن تمایل به استفاده از خدمات بیمارستانی و مراقبت های پزشکی و نیز مصرف دارو ها بیشتر می شود. از آنجاییکه بیماری های مزمن و طولانی مدت بندرت درمان میشوند و علت بسیاری از ناتوانی ها و نیز کاهش کیفیت زندگی در سالمندان می باشند بنابراین نقش به سزایی در میزان استفاده از خدمات و مراقبت های پزشکی دارند (۱ و ۲). مطالعات وضعیت سلامت جسمانی سالمندان نشان می دهند که سالمندان مهاجر که سالهای زیادی را در کشور میزبان سپری کرده اند نیز رفتارهایی مشابه سالمندان مقیم کشور میزبان دارند بطوریکه سالمندان مهاجر کشورهای در حال توسعه نیز از روند اختلالات و بیماریهای مزمن کشورهای توسعه یافته مانند در معرض خطر چاقی، بیماری های قلبی، سرطان و دیابت پیروی میکنند(۳). عملکرد فیزیکی (physical function) یکی از ابزارهای بررسی وضعیت سلامت جسمانی است. پس از سن ۶۵ سالگی میزان فعالیت های پایه در فرد به طور قابل ملاحظه ای کاهش می یابد (۴). نتایج بررسی (۴) نشان داد که ۵۴ درصد افراد ۶۵ سال و بالاتر دارای ناتوانی از سطح شدیدی از ناتوانی (۱۶٪) رنج میبردند. در بررسی های ملی سنجش سلامت سالمندان استرالیا ابعاد مختلف شاخص های سلامت از ۸ بعد مختلف شامل SF-36 بعنوان معیار عملکرد فیزیکی، وضعیت بینایی، شنوایی، احساس درد، توانایی در انجام فعالیت های روزمره زندگی و ایجاد تغییرات ضروری در محیط خانه جهت زندگی راحت تر بررسی میشود(۵). قسمت ابزار SF-36، بکار رفته در بررسی فوق بشکل فرم کوتاه شده تعیین عملکرد فیزیکی سالمندان است. سوالات این ابزار شامل سوالاتی در مورد توانایی انجام فعالیت های مختلف سبک تا سنگین یا شدید است. بر اساس نتایج این بررسی عملکرد فیزیکی مردان سالمند در تمام سنین بهتر از زنان بود. ۵۵٪ سالمندان قادر به انجام فعالیت های روزمره زندگی بطور مستقل بودند. دو سوم استرالیایی های بالای ۷۰ سال جهت حرکت و مراقبت از خود مشکل داشتند و ۵۰ درصد این افراد در انجام فعالیت های اساسی با مشکل مواجه بودند. نسبت معنی داری (۴۰٪) از افراد بالای ۷۵ سال گزارش کردند که سلامت آنها تحت تاثیر فاکتور های شیوه زندگی و بیماری هایی نظیر آرتروز (در ۵۰٪ سالمندان)، اختلالات بینایی و شنوایی (۳۶٪)، فشار خون (۴۰٪) و بیماری های قلبی (۱۸٪) بوده است(۶).

انجام فعالیت فیزیکی برای سالمندان مبتلا به بیماری های مزمن دشوار است. مستندات بررسی ملی سلامت و تغذیه و سایر مطالعات انجام شده در آمریکا بیانگر آن است که بی تحرکی در میان سالمندان شایع است و افزایش قابل ملاحظه

ANOVA test آنالیز واریانس یک طرفه و مدل رگرسیون خطی استفاده گردید.

یافته ها:

از ۳۰۲ نفر سالمند ۶۵ سال و بالاتر شرکت کننده در این بررسی، تعداد زنان و مردان سالمند تقریباً یکسان بودند (۴۹٪ مرد و ۵۱٪ زن). گروه سنی بین ۶۵ - ۶۹ سال بیشترین درصد (۴۹٪) را تشکیل می داد. ۲۱٪ از شرکت کنندگان بین ۷۴ - ۷۰ سال داشتند و ۱۶٪ دارای سن ۷۹ - ۷۵ سال بودند و ۱۷٪ بالای ۸۰ سال بودند. اکثریت آنها (۶۵٪) متاهل بودند، تقریباً کلیه شرکت کنندگان دارای حداقل یک فرزند در استرالیا بودند (۹۳٪) و ۴۵٪ با همسران خود زندگی می کردند، ۲۸٪ با فرزندان، ۷٪ با فامیل و ۲۱٪ نیز تنها زندگی می کردند. ۷۴٪ از سالمندانی که در این تحقیق شرکت داشتند دارای مشکل زبان انگلیسی بودند، ۲۸٪ اصلاً انگلیسی نمی دانستند و ۴۶٪ نمی توانستند به خوبی به زبان انگلیسی محاوره کنند. بیشتر شرکت کنندگان (۸۵٪) در خانه به زبان فارسی صحبت میکردند. اکثر سالمندان (۷۱٪) حداقل از یک بیماری مزمن رنج میبردند. شایع ترین بیماریها و اختلالات ارتريت روماتوئید (21.9%)، بی اختیاری اداری (17.9%) و فشارخون (11.9%) بودند.

نتایج نشان داد که اکثریت سالمندان ایرانی (84.4%) مشکلات محدودیتهای حرکتی در انجام فعالیتهای سنگین مانند دویدن، بلند کردن اجسام سنگین و یا ورزش های سنگین را داشتند، بیشتر آنها (69.9%) محدودیت هایی در حد متوسط در انجام فعالیتهایی مانند جابجایی میز، جاروبرقی و ... داشتند. ۶۸.۵٪ سالمندان محدودیت در حمل بسته ها و کیسه های خرید داشتند و در حدود ۳/۴ نمونه ها (73.2%) سالمندان مشکل در بالا و پایین رفتن از پله ها داشتند. ۶۹.۲٪ آنها مشکل در راه رفتن به اندازه یک خیابان و 68.5% مشکل در خم و راست کردن زانو داشتند. اگر چه فقط 20.9% آنها محدودیت در حمام کردن و تعویض لباس بطور مستقل داشتند. در حدود نیمی از سالمندان (40.7%) اظهار داشتند که هیچ محدودیتی در عملکرد فیزیکی خود نداشتند. 41.1% محدودیت در حد متوسط در انجام فعالیتهایی با شدت متوسط داشتند و ۱۸.۲٪ دارای محدودیت شدید در عملکرد فیزیکی خود بودند.

از نظر توانایی انجام فعالیتهای روزمره زندگی (ADL) (64.2% سالمندان مورد مطالعه اظهار داشتند که مستقل هستند و خودشان قادر به انجام امور خانه داری (شستشو، جارو و...) هستند و ۷۶.۵٪ بیان داشتند که قادر به تهیه و پخت غذا هستند. در حالیکه ۱۶.۹٪ آنها نیمه مستقل بودند و نیاز به

ابزار گرد آوری داده ها شامل سوالاتی بر اساس مطالعه وزارت بهداشت ایالت نیوساوت ویلز استرالیا به عنوان " بررسی وضعیت سلامت سالمندان در سال ۲۰۰۰" بود که شامل متغیر های جمعیتی، اقتصادی و فرهنگ پذیری از جمله متغیر های سن، جنس، سطح تحصیلات، نحوه زندگی، بعد خانوار، وضعیت اقتصادی، مستمری دولتی و وضعیت مسکن، زبانی که در منزل صحبت می کنند، طول مدت اقامت در استرالیا و تسلط به زبان انگلیسی بود. برای سنجش وضعیت سلامت جسمانی از دو ابزار استاندارد استفاده شد. ابزار عملکرد فیزیکی شامل ۱۰ سوال فرم کوتاه شده (SF-36) است که امتیاز بندی سوالات آن در سه سطح: بدون محدودیت عملکرد فیزیکی با امتیاز (۲۴-۳۰)، تا حدودی محدود با امتیاز (۱۷-۲۳) و محدودیت شدید یا فعالیت بسیار محدود (۱۰-۱۶)، طبقه بندی شد (۱۰). دومین ابزار توانایی انجام فعالیت های روزمره زندگی (Activity of Daily Living) بود که با ۵ سوال مورد سنجش قرار گرفت (11,12). که نتایج رتبه بندی امتیازات این تست در سه سطح شامل: نیاز به کمک در حد خیلی زیاد یا وابسته با امتیاز (۴-۵)، نیاز به کمک در حد متوسط یا نیمه مستقل با امتیاز (۲-۳) و نیاز به کمک در حد خیلی کم یا مستقل (۱-۰) بود. میزان استفاده از خدمات پزشکی و پیراپزشکی با ۶ سوال "بله" و "خیر" شامل انواع مراجعات به پزشک عمومی، متخصص سالمندان و پرستار سالمندان، فرد متخصص پا، داروخانه، فیزیوتراپی و بستری حداقل یک شب در بیمارستان در ۱۲ ماه قبل از انجام مطالعه مورد پرسش قرار گرفت که نتایج امتیازات بین ۰-۶ در سه سطح رتبه بندی شدند که شامل: عدم استفاده از خدمات با امتیاز (۰)، استفاده از خدمات درمانی بمیزان کم با امتیاز (۱-۲) و استفاده به میزان زیاد از انواع خدمات با امتیاز (۳ به بالا) بود. استفاده از خدمات و مراقبت های سالمندی شامل: اساسی و پایه (Basic aged care services) و حمایتی (Supportive aged care services) با هشت سوال "بله" و "خیر" بود. خدمات و مراقبت های اساسی و پایه (کمک در انجام کارهای منزل، کمک در مراقبت فردی، کمک در آماده نمودن غذا) با ۳ سوال در طول یک هفته گذشته از زمان پرسشگری سنجیده شد و مراقبت و خدمات حمایتی سالمندان (سرویس ایاب وذهاب، مراکز نگهداری روزانه سالمندان، مراکز نگهداری شبانه روزی، مراکز نگهداری موقت، پرستاری در منزل و ...)

با ۵ سوال در طول چهار هفته گذشته از زمان پرسشگری سوال شد که نتایج امتیازات بین ۱۰-۳ در دو سطح رتبه بندی شدند که شامل: استفاده به میزان کم از خدمات و مراقبت های سالمندی با امتیاز (۳-۶) و استفاده بالا یا زیاد از خدمات و مراقبت های سالمندی با امتیاز (۷-۱۰) بود. برای تجزیه و تحلیل داده ها با نرم افزار spss نسخه ۱۵ و آزمون های t-

که نیاز به خدمات و مراقبتهای حمایتی سالمندی دارند (M = 22.00)، از سطح محدودیت عملکرد جسمانی بیشتری شکایت داشتند. همچنین تفاوت معنی داری بین استفاده از مترجم زبان انگلیسی با میزان استفاده از خدمات و مراقبتهای سالمندی جامعه محور (t = 9.66, P = .003) وجود داشت. این بدین معنا است که سالمندانی که غالباً از یکی یا انواع خدمات و مراقبتهای سالمندی جامعه محور و یا خدمات و مراقبتهای سالمندی (اساسی و حمایتی) مانند: (خانه سالمندان، مراقبت در منزل، مراکز نگهداری موقت، مراکز نگهداری روزانه، تحویل غذا درب منزل، بازدید منزل، نگهداری منزل و سرویس رفت و آمد) استفاده میکردند، از عملکرد جسمی کمتری برخوردار بودند و بنابراین محدودیت های حرکتی بیشتری داشتند. همچنین سالمندانی که نیاز بیشتری به خدمات و مراقبتهای اساسی سالمندی داشتند، در انجام امور روزمره زندگی (ADL) به میزان بیشتری به کمک دیگران وابسته بودند (t = 33.31, P = .000).

کمک در انجام بهداشت فردی (حمام و توالیت و تعویض لباس) داشتند. در عین حال 25.5% نیاز به کمک در کوتاه کردن ناخن را اعلام داشتند که بیانگر وابسته بودن آنها است. از نظر رتبه بندی ابزار ADL در حدود 29.8% سالمندان نیمه مستقل و 14.2% آنها وابسته بودند. نتایج ارتباط بین سلامت جسمانی افراد سالمند با میزان استفاده از خدمات و مراقبتهای سالمندی (جدول شماره ۱) نشان داد که عملکرد جسمانی ارتباط معنی داری (df = 1, t = 9.66, P = .003) با میزان استفاده از خدمات و مراقبتهای سالمندی جامعه محور داشته است و در بین این افراد سالمندانی که خود قادر به انجام امور خانه داری، نگهداری منزل و مراقبت از خود نبودند، نتایج تحلیل آماری نشان داد که ارتباط معنی دار قوی بین نیاز به انواع خدمات و مراقبتهای سالمندی با وضعیت عملکرد جسمانی (df = 2, t = 23.64, P = .000) وجود دارد. این بدین معنی است که سالمندانی که نیاز به خدمات و مراقبتهای پایه و اساسی سالمندی دارند (M = 19.20) و متعاقباً آنهایی

جدول شماره ۱- آنالیز واریانس یک طرفه برای مقایسه میزان استفاده از خدمات و مراقبت های سالمندی و عملکرد جسمانی در سالمندان ایرانی مقیم استرالیا- سال ۲۰۰۷

| اجزاء خدمات و مراقبت های سالمندی جامعه محور | فراوانی | میانگین | انحراف معیار | حدود اطمینان ۹۵٪ برای میانگین | df | t | P |
|---|---------|---------|--------------|-------------------------------|----|-------|----------|
| استفاده از خدمات و مراقبتهای سالمندی جامعه محور شامل: | | | | | ۱ | ۹/۶۶ | ۱/۰۰۳ |
| مترجم زبان انگلیسی | ۶۰ | ۱۹/۹۵ | ۴/۴۲۸ | ۱۸/۸۰ - ۲۱/۰۹ | | | |
| خدمات جامعه محور | ۳۳ | ۱۶/۶۳ | ۵/۷۱۰ | ۱۴/۶۱ - ۱۸/۶۶ | | | |
| نیاز به انواع خدمات و مراقبت های سالمندی شامل: | | | | | ۱ | ۱/۰۴۸ | ۱/۸۲۷ |
| بلی | ۴۵ | ۲۲/۲۰ | ۵/۸۳۳ | ۲۰/۴۴ - ۲۳/۹۵ | | | |
| خیر | ۲۵۷ | ۲۱/۹۹ | ۵/۷۵۴ | ۲۱/۲۸ - ۲۲/۷۰ | | | |
| نیاز به انواع خدمات و مراقبت های سالمندی شامل: | | | | | ۲ | ۲۳/۶۴ | p < .۰۰۱ |
| عدم نیاز به خدمات و مراقبت های سالمندی | ۱۶۳ | ۲۳/۸۳ | ۵/۲۸۵ | ۲۳/۰۱ - ۲۴/۶۵ | | | |
| خدمات و مراقبت های اساسی و پایه سالمندی ۱ | ۱۰۴ | ۱۹/۲۰ | ۵/۲۴۶ | ۱۸/۱۸ - ۲۰/۲۲ | | | |
| خدمات و مراقبت های حمایتی ۲ سالمندی | ۳۵ | ۲۲/۰۰ | ۶/۰۶۸ | ۱۹/۹۱ - ۲۴/۰۸ | | | |

۱. خدمات و مراقبت های اساسی و پایه سالمندی شامل: کارهای منزل، مراقبت های فردی، تهیه و پخت غذا
۲. خدمات و مراقبت های حمایتی سالمندی شامل: سرویس ایاب و ذهاب، مراکز نگهداری روزانه سالمندان، مراکز نگهداری موقت، امور منزل

کننده معنی دار رگرسیون خطی در مدل رگرسیون چند متغیره لحاظ شدند. لذا در این قسمت با توجه به حجم زیاد مطالب تنها به ارایه نتایج جداول رگرسیون چند متغیره بسنده شده است. مطابق نتایج (جدول شماره ۲) ابعاد مختلف سلامت جسمانی سالمندان ایرانی مهاجر متغیر معنی دار تعیین کننده در میزان استفاده از خدمات و مراقبت های پزشکی هستند. و در این بین متغیر عملکرد فیزیکی معنی دار ترین بود. بطوریکه سالمندانی که از حد عملکرد فیزیکی کمی برخوردار بودند و نیز توانایی کمی در انجام فعالیت های روزمره زندگی داشتند به میزان کمتری از خدمات و مراقبت های پزشکی استفاده کرده بودند. همچنین علاوه بر متغیرهای جسمانی، متغیرهای روانی نیز در میزان استفاده از خدمات و مراقبت های پزشکی تاثیر گذار بودند.

همچنین ارتباط معنی داری بین میزان استفاده از خدمات مترجم زبان انگلیسی با میزان استفاده از خدمات و مراقبت های سالمندی جامعه محور وجود داشت ($t = 9.63, P = .003$). این بدین معنا است که سالمندانی که غالبا از یکی یا انواع خدمات و مراقبت های سالمندی جامعه محور و یا خدمات و مراقبت های سالمندی (اساسی و حمایتی) استفاده میکنند در انجام فعالیت های روزمره زندگی به میزان بیشتری وابسته به کمک دیگران هستند ($M = 1.76$).

جهت تبیین متغیر های سلامت جسمانی تعیین کننده بر میزان استفاده از مراقبت های پزشکی و خدمات و مراقبت های سالمندی، تحلیل آزمون های رگرسیون انجام شد. در ابتدا رگرسیون های خطی انجام گردید و متعاقب آن متغیر های تعیین کننده معنی دار مشخص شدند و سپس فقط متغیر های تعیین

جدول شماره ۲ - تحلیل رگرسیون چند متغیره استفاده از خدمات و مراقبت های پزشکی و متغیر های سلامت

| موضوع | متغیر | ضریب رگرسیون B | F | انحراف معیار |
|--------------------------------------|--|----------------|--------|--------------|
| متغیر های سلامت | دیسترس های روانی (اضطراب و افسردگی) / K6 | -۲۹۳ | ۲۸/۰۹ | ۰/۸/۶ |
| | احساس رفاه روانی | -۲۸۹ | ۲۷/۳۷ | ۰/۸/۴ |
| | عملکرد فیزیکی SF-36 (short form) | -۵۴۶ | ۱۲۷/۵۹ | ۰/۲۹/۸ |
| | انجام فعالیت های روزانه زندگی / ADL | -۴۸۲ | ۹۰/۶۷ | ۰/۲۳/۲ |
| $F = ۳۴/۴۴, P < ۰/۰۰۱, R^2 = ۳۱/۷\%$ | | | | |

بحث و نتیجه گیری

بار مراجعات به واحد اورژانس بیمارستان ها و نیز کلینیک های روانپزشکی را داشته اند (14). نتایج مطالعه حاضر نشان داد که سالمندان ایرانی مهاجری که محدودیت های حرکتی بیشتری داشتند و نیاز مند کمک بیشتری در انجام فعالیت های روزمره زندگی بودند به میزان کمتری از خدمات و مراقبت های سالمندی استفاده میکردند که این نتایج گزارش (15) را تایید میکند که اظهار شده است که سالمندان مهاجر مبتلا به مشکلات جسمانی یا دیگر ناتوانایی ها به میزان کمتری از خدمات و مراقبت های سالمندی جامعه محور مانند خانه سالمندان و یا مراکز نگهداری استفاده می کنند.

بنابراین بطور کلی سالمندان مبتلا به بیماری های مزمن در مقایسه با آنهایی که به بیماری های حاد دچار هستند به میزان بیشتری از انواع خدمات و مراقبت ها استفاده میکنند. یافته ها نشان دادند که سالمندانی که از محدودیت بیشتری در حرکت برخوردارند و ناتوانی بیشتری در انجام فعالیت های روزانه زندگی داشتند به میزان بیشتری از خدمات و مراقبت های پزشکی

نتایج حاصل از این تحقیق نشان می دهد که سالمندان ایرانی مهاجر حداقل از یک بیماری مزمن رنج میبرند. این نتیجه یافته (3) را در مورد سالمندان استرالیایی تایید میکند که سالمندان مهاجر در معرض ریسک خطر بیماری های قلبی عروقی، دیابت و فشارخون هستند. این یافته که سالمندان مبتلا به اختلالات و بیماریها بویژه بیماری های مزمن به میزان بیشتری از خدمات و مراقبت های پزشکی استفاده میکنند با یافته های (13) همخوانی دارد که در بین سالمندان مهاجر ۷۵ سال و بالاتر مبتلا به بیماری های مزمن مانند فشارخون و پوکی استخوان بیشترین دلیل بار مراجعات پزشکی و استفاده از مراقبت های درمانی هستند. نتایج این مطالعه نشان میدهد که سالمندانی که محدودیت فیزیکی بیشتری داشتند و در انجام فعالیت های روزمره زندگی ناتوان بودند به میزان بیشتری از خدمات و مراقبت های پزشکی استفاده میکردند. این یافته ها با نتیجه مطالعه در مورد سالمندان مکزیکی مهاجره امریکا شباهت دارد که این سالمندان بیشترین

به پژوهشگر بودند زیرا اکثر آنها بدلیل سالمند بودن و نداشتن منبع درآمدی از دولت استرالیا مستمری دریافت میکردند درحالیکه در کشور ایران نیز منبع حقوق بازنشستگی داشتند که این خود خلاف قوانین بین المللی آن کشور است، بنابر ترس از افشای این امر سبب واهمه از محقق بود تا مبادا اطلاعات منبع درآمد و حقوق آنها برملا شود، لذا غالباً از همکاری و پر کردن پرسشنامه ها امتناع داشتند.

تقدیر و تشکر

این پژوهش با حمایت مالی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تسهیلات فراهم شده دانشگاه سیدنی و مشاوران علمی دپارتمان وزارت بهداشت ایالت نیو ساویت ویلز استرالیا انجام گرفته است که به این وسیله از کلیه این عزیزان و نیز سالمندان عزیز شرکت کننده در این مطالعه قدر دانی می‌گردد.

استفاده میکردند. سالمندانی که قادر به انجام کارهای منزل و خانه داری و مراقبت فردی نیستند غالباً از سطح بالایی از محدودیت در عملکرد جسمانی رنج میبرند که غالباً سالمندان نیمه مستقل و یا وابسته هستند که نیاز به سطح بالاتری از نظارت و مراقبت و کمک فرد همراه را در برنامه ریزیها و یا هنگام پذیرش در مراکز نگهداری دارند.

از محدودیت های پژوهش حاضر حجم زیاد تعداد سوالات (۱۸۸) بوده که موجب خستگی پاسخ دهندگان بود که جلسه مصاحبه تلفنی غالباً موقوف به جلسه دیگری نیز گردید. اما در مواردی که پرسشگری بصورت پر کردن پرسشنامه توسط شرکت کنندگان و ارسال پست آن به محقق بود تعداد ۵۶ پرسشنامه بصورت ناقص پر شده بود که قابلیت استفاده را نداشت و لذا محقق ناچار به جایگزین کردن نمونه های دیگر گردید که البته علت این امر عدم اعتماد سالمندان مورد تحقیق

References

- O'Connor, C.J. (2006) *Visioning the Future: Health Care for the Elderly*. Tempe, AZ: Arizona State University.
- National Centre for Health Statistics (2004) National hospital ambulatory medical care survey: 2002 emergency department summary [Online]. Available from: <http://www.cdc.gov/nchs/data/ad/ad340.pdf> [Accessed 4 Sept 2005]
- Orb, A. (2002) *Health Care Needs of Elderly Migrants from Culturally and Linguistically Diverse (CALD) Backgrounds: A Review of the Literature*. Perth, WA: Freemasons Centre for Research into Aged Care Services, Curtin University of Technology
- Australian Institute of Health and Welfare. Australian Institute of Health and Welfare (2002) *Older Australia at a Glance; Third Edition, Age 25*. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.
- New South Wales Department of Health (2000) *New South Wales older people's health survey 1999*. New South Wales Public Health Bulletin, 11 (S-2), pp. 1-62.
- Benham, C. et al. (2000) *Independence in Ageing: The social and financial circumstances of older over-seas-born Australians*. Canberra: Department of Immigration and Multicultural Affairs and the Australian Institute of Health and Welfare.
- Penhollow, T.M. (2006) *Activity, Aging and Sexuality: A study of an active retirement community*. West Florida, NY: University of Arkansas.
- National Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2005) *Targeting Arthritis: Reducing Disability for 43 million Americans* [Online]. Available from: <http://www.cdc.gov/nccdphp/publications/aag/arthritis.htm> [Accessed 6 Oct 2007]
- Federal Interagency Forum on Aging (2004) *Older Americans 2004: Key indicators of well-being* [Online]. Available from: <http://www.agingstats.gov/chartbook2006/tables-ealthrisks.html> [Accessed 10 Nov 2007]
- Ware, J.E., Snow, K.K., Kosinski, M.A. & Gandek, K.B. (1993). *SF-36 Health Survey: Manual and interpretation guide*. Boston: Nimrod Press.
- Henderson, M. J. (2005) *In-home preventive health assessment and telephone case management for over 75s living alone in independent living units: A cluster randomised controlled trial*. Queensland, Australia: Centre for Health Research-Nursing, University of Technology.
- Katz, S., Ford, A. & Moskowitz, R. (1963). *Studies of illness in the aged*, Journal American Medical Association 185: 914-919.
- O'Halloran, J., Britt, H. & Valenti, L. (2007) *General practitioner consultations at residential aged-care facilities*. Medical Journal of Australia, 187 (2), pp. 88-91.
- Gonzalez, H.M., Haan, M.N. & Hinton, L. (2001). *Acculturation and the prevalence of depression in old Mexican Americans: Baseline results of the Sacramento area Latino study on aging*, Journal of the American Geriatrics Society 49: 948-953.
- Australian Institute of Health and Welfare (1997) *Community Aged Care Packages: How do they compare?* Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.