

مطالعه شاخص‌های بهداشتی و اجتماعی زنان سالمند در ایران

(مقاله پژوهشی برگرفته از پایان‌نامه دانشجویی)

مرضیه شیرازی‌خواه^۱، میرطاهر موسوی^{۲*}، رباب صحاف^۳، مجید سرمدی^۴

چکیده:

مقدمه: با کاهش میزان باروری و بهبود شرایط بهداشتی، اجتماعی در ایران، آمار جمعیت زنان سالمند نیز به تبعیت از کل جمعیت سالمندان افزایش یافته است به طوری که در طی دو دهه نسبت جمعیت زنان سالمند به کل جمعیت زنان از ۳ درصد به ۴/۱ درصد و در سرشماری اخیر در سال ۱۳۸۵ به ۷ درصد افزایش یافته است و پیش بینی می‌شود که در طی دهه‌های آینده نیز این روند افزایشی ادامه یابد. آمارهای جهانی نشان می‌دهد که نسبت زنان سالمند در اکثر کشورهای جهان، پیشرفته و در حال پیشرفت، به طور قابل ملاحظه‌ای بیشتر از مردان سالمند است، اما بر اساس آمار سالهای ۱۳۵۵-۱۳۸۵ مرکز آمار ایران نشان می‌دهد که در هر دهه به دلیل پیشرفت خدمات بهداشتی، درمانی، اجتماعی و اقتصادی تعداد زنان سالمند در ایران افزایش یافته ولی از نسبت جمعیت زنان سالمند به مردان سالمند کاسته شده است. این وضعیت در حالی اتفاق افتاده که معمولاً امید به زندگی در مردان کمتر از زنان می‌باشد. بنابراین در این مقاله سعی شد است با مطالعه وضعیت جمعیت، سلامت، سواد، وضعیت خانوادگی، اشتغال، کیفیت زندگی، انزوای زنان سالمند در ایران دلایل متفاوت بودن نسبت جنسیتی زنان سالمند نسبت به مردان سالمند را بررسی نماییم.

روش بررسی: این مطالعه یک مطالعه توصیفی - تحلیلی و کتابخانه‌ای است که در آن از آمارهای مرکز آمار ایران که به عنوان مستندترین سرشماری کشور می‌باشد استفاده شد. علاوه بر آن database‌های مرتبط انگلیسی و فارسی شامل ISI, medline, pubmed و سایت سازمان بهداشت جهانی و پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی را جهت بدست آوردن اطلاعات دموگرافیک و اجتماعی درباره‌ی جمعیت سالمندان ایران جستجو کردیم. همچنین در تحلیل یافته‌ها از دیدگاه‌های متخصصین سالمندشناسی، اپیدمیولوژی و جامعه‌شناسی در باره‌ی تفاوت جنسیتی در جمعیت سالمندان ایران بهره گرفتیم.

نتایج: با نگاهی عمیق به وضعیت سالمندان زن از ابعاد مختلف از جمله سلامت جسمی، روحی - روانی، خانوادگی، اجتماعی و ... در می‌یابیم که علی‌رغم تلاش‌ها و پیشرفت‌هایی در وضعیت بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی زنان ایرانی، وجود تفاوت در شاخصهای بهداشتی - اجتماعی و جمعیتی زنان سالمند نسبت به مردان سالمند ایرانی می‌تواند به دلیل وضعیت نابرابر وضعیت بهداشتی درمانی و اجتماعی زنان نسبت به مردان باشد برخی از این تفاوتها شامل: با وجود امید به زندگی بیشتر برای زنان نسبت به مردان (۷۳ سال در برابر ۶۸ سال)، درصد مردان سالمند از زنان سالمند بیشتر است (۵۱/۸۴ درصد در برابر ۴۸/۱۶ درصد) شیوع بیماری قلبی و فشار خون در زنان سالمند از مردان سالمند بیشتر است (۲۵ و ۴۲/۶ در برابر ۱۷ و ۴۲ درصد) شیوع افزایش چربی نوع‌تری گلیسیرید در خون در زنان سالمند از مردان بیشتر است (۶۳/۶ در برابر ۴۲/۶ درصد) شیوع پوکی استخوان در زنان سالمند از مردان بیشتر است (۵۶/۳ در برابر ۱۶/۷ درصد) میزان مصرف دارو در زنان سالمند از مردان بیشتر است (۳۴/۹ در برابر ۲۵/۴ درصد) میزان بیسوادی در زنان سالمند از مردان بیشتر است (۸۰/۱۵ در برابر ۵۶ درصد) میزان مشکلات عاطفی و روانی در زنان سالمند از مردان بیشتر است (۲۵/۳ در برابر ۱۷/۸ درصد) میزان کیفیت زندگی در زنان سالمند از مردان کمتر است (۳۱/۶ در برابر ۳۴/۲۶ درصد) میزان سپردن زنان سالمند به آسایشگاه از مردان سالمند بیشتر است (۶۰/۶ در برابر ۳۹/۴ درصد) میزان تنهایی در زنان سالمند بیشتر از مردان سالمند است (۱۲/۸ در برابر ۲/۵ درصد)

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج فوق‌الذکر به نظر می‌رسد که سالمندان زن نه تنها به لحاظ جنسیتی در معرض آسیب قرار دارند بلکه در دوران سالمندی نیز از جهات مختلفی که در بالا ذکر شد ممکن است آنان را در معرض آسیب قرار دهد. و همین قضیه این قشر را به صورت مضاعف چه به لحاظ کمیت و چه به لحاظ کیفیت زندگی مورد تحدید قرار دهد. لذا به نظر می‌رسد در آینده انجام مطالعات ملی دقیقی در این زمینه به منظور شناخت بهتر جمعیتی سالمندی به خصوص زنان و سایر گروه‌های آسیب‌پذیر و همچنین طراحی مداخلات پیشگیری و درمان، انجام شود. با توجه به آسیب‌پذیر بودن زنان نسبت به معلولیت و عدم امنیت مالی، توجه ویژه به زنان قبل و بعد از رسیدن به سن سالمندی احساس می‌شود.

کلید واژه‌ها: سالمند، زنان سالمند، سلامت، وضعیت اجتماعی، وضعیت خانوادگی

۱- MPH MD سالمندان، محقق دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۲- PHD جامعه‌شناسی، عضو هیئت علمی و استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۳- PHD, MD سالمندی، عضو هیئت علمی مرکز تحقیقات مسایل اجتماعی و روانی سالمندان، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۴- کارشناس ارشد ایمنی، بهداشت و محیط زیست، محقق دانشگاه تهران
* پست الکترونیک نویسنده مسئول:

مقدمه

به دلیل بهبود وضعیت بهداشتی، درمانی، اجتماعی و اقتصادی و کاهش مرگ و میر و زاد و ولد، جمعیت سالمندان یکی از بخشهای در حال رشد در بسیاری از جوامع است. به طوری که در سال ۱۹۵۰ در کل جهان ۲۰۰ میلیون سالمند زندگی می‌کردند ولی امروزه بیش از ۶۰۰ میلیون نفر از جمعیت جهان را افراد بالای شصت سال تشکیل می‌دهند و پیش بینی می‌شود که تا سال ۲۰۲۰ به یک میلیارد نفر و تا سال ۲۰۵۰ به بالای ۱/۹۷ میلیارد نفر خواهد رسید. بر اساس این پیش بینی این سال برای اولین بار در طول تاریخ بشر تعداد افراد بالای ۶۰ سال با تعداد کودکان تقریباً برابر خواهد شد. (۳۶) در ایران بر طبق سرشماری سال ۱۳۸۵ جمعیت افراد بیش از ۶۰ سال برابر ۷/۳ درصد کل جمعیت کشور می‌باشد که در طی ۲۰ سال گذشته بیش از دو برابر افزایش داشته است. این افزایش بیش از رشد کلی جمعیت در طی این دوره بوده است. به عبارت دیگر، جمعیت سالمندان کشور در فاصله پنج سرشماری از سال ۱۳۳۵ تا سال ۱۳۸۵ بیش از ۱۰۰٪ رشد داشته است (۱).

هم اکنون بیش از نیمی از جمعیت سالمندان دنیا را زنان تشکیل می‌دهند که اکثراً در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند که در آینده این نسبت به طور قابل ملاحظه‌ای افزایش خواهد یافت، چرا که حدود دو سوم زنان ۴۵-۵۹ سال بیش از مردان عمر می‌کنند (۲۴). آمارها نشان می‌دهد که با کاهش میزان باروری در ایران، جمعیت زنان نیز به تبعیت از کل جمعیت از یک ساختار سالمندی تحول می‌یابد. به طوریکه در طی دو دهه نسبت جمعیت زنان سالمند به کل جمعیت زنان از ۳ درصد به ۴/۱ درصد و در سرشماری اخیر به ۷ درصد افزایش یافته است و پیش بینی می‌شود که در طی دهه‌های آینده نیز این روند افزایشی ادامه یابد. (۳ و ۱)

در حال حاضر حداقل در ۳۵ کشور جهان امید به زندگی زنان به بیش از ۸۰ سال رسیده است. کمترین این میزان در کشورهای عقب افتاده ۵۰ سال و در کشورهای در حال توسعه ۷۰-۶۰ سال می‌باشد. بنابراین افزایش طول عمر زنان به بیش از ۵۰ سال در همه مناطق جهان مشاهده می‌شود. (۲۴)

با این حال، طول عمر بیشتر را نمی‌توان به زندگی سالمتر تعبیر کرد چرا که الگوهای سلامت و بیماری در مردان و زنان بسیار متفاوت است. طول عمر بیشتر زنان سبب شده است که آنها بیشتر از مردان از بیماریهای مزمن نظیر پوکی استخوان، دیابت،

فشارخون، بی‌اختیاری ادرار، آرتروز رنج ببرند. (۴ و ۲۵) برای تامین سلامت سالمندان و برآورده نمودن نیازهای جسمی و روحی آنها، در سراسر جهان، طرحها و سیاست‌هایی در حال تکوین و طرح ریزی که در این بین توجه به ابعاد جنسیتی مسئله سالمندی و توجه ویژه به زنان سالمند ضروری است. سه دلیل عمده، توجه بیشتر به سلامت زنان سالمند را برای توسعه بهداشت در آینده الزامی می‌سازد:

الف: افزایش تعداد زنان سالمند در سراسر جهان

ب: افزایش بارز طول دوره حیات زنان پس از ۵۰ سالگی
ج: نگرش مثبت جوامع نسبت به سلامت سالمندان به عنوان افرادی که می‌توانند منشا خدمات مؤثری جهت خانواده و جامعه باشند. (۲۴)

با توجه به نکات فوق انتظار داریم که اکثر سالمندان کشور ما را نیز زنان تشکیل بدهند ولی آمار سالهای ۱۳۵۵-۱۳۸۵ نشان می‌دهد که در هر دهه علی‌رغم افزایش تعداد زنان سالمند در ایران از نسبت جمعیت زنان سالمند به سالمندان مرد کاسته شده است. این وضعیت در حالی اتفاق افتاده که معمولاً امید به زندگی در مردان کمتر از زنان می‌باشد و انتظار می‌رفت که تعداد مردان کمتر از زنان باشد که آمارها بر خلاف انتظار هستند و لذا لازم است تامل بیشتری روی این مطلب صورت گیرد. (۲۶)

با توجه به یافته‌های فوق به نظر می‌رسد ضروری است بررسی عمیقی در همه ابعاد، اعم از سلامت (جسمی، روحی - روانی و اجتماعی) و نیز سایر عوامل تاثیر گذار بر سلامت مانند مسائل اقتصادی، فرهنگی و غیره صورت گیرد. بدیهی است با شناخت عوامل مؤثر می‌توان در جهت بهبود وضعیت این گروه گام‌های بعدی را با شناخت بیشتری برداشت
روش بررسی:

این مطالعه یک مطالعه توصیفی - تحلیلی و کتابخانه‌ای است که در آن از آمارهای مرکز آمار ایران که به عنوان مستندترین سرشماری کشور می‌باشد استفاده شد. علاوه بر آن database‌های مرتبط انگلیسی و فارسی شامل ISI, medline, pubmed و سایت سازمان بهداشت جهانی و پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی را جهت بدست آوردن اطلاعات دموگرافیک و اجتماعی در باره جمعیت سالمندان ایران جستجو کردیم. همچنین در تحلیل یافته‌ها از دیدگاه‌های متخصصین سالمندشناسی، اپیدمیولوژی و جامعه‌شناسی در باره تفاوت جنسیتی در جمعیت سالمندان ایران بهره گرفتیم.

نتایج

جمعیت زنان سالمند در ایران

طبق آخرین برآورد مرکز آمار ایران (جدول ۱) در سال ۱۳۸۵ نشان می‌دهد که تعداد سالمندان ۶۰ سال و بالاتر کشور ۵۱۲۱۰۴۳ نفر که از این تعداد ۲۶۵۴۸۳۳ (۵۱/۸۴٪) نفر مرد و ۲۴۶۶۲۱۰ نفر زن (۴۸/۱۶٪) بودند. این آمار بیانگر بالا بودن تعداد و نسبت مردان سالمند نسبت به زنان سالمند می‌باشد و با نگاه دقیق‌تر در می‌یابیم که این برتری از نظر تعداد تا سن ۹۰ سال مشاهده می‌شود و در سالمندان پیر^۱ تعداد زنان بیشتر می‌شود.

جامعه پژوهش مجموعه مکتوبات و مستندات مرتبط با موضوع مطالعه شامل وب سایت رسمی و منابع موجود در کتابخانه مراکز ذیربط و کتب و مکتوبات موجود در دفتر سالمندان وزارت بهداشت و سایر منابع موجود است. برای شناخت و بررسی این منابع با متخصصین سالمندی و اجرایی مشورت شد. نمونه‌گیری به صورت هدفمند بر اساس میزان وابستگی، ارتباط با مضامین تحت مطالعه و در برگیرنده کلید واژه‌های «سالمندی»، «زنان سالمند»، «خدمات سالمندی» «سلامت سالمندی»، «سالمند آزاری» و «حمایت از سالمندان» در بین منابع در دسترس بود.

جدول ۱- جمعیت افراد بالای ۶۰ سال برحسب جنس و سن: آبان ۱۳۸۵

سن	مرد و زن	مرد	درصد	زن	درصد
۶۰-۶۴ ساله	۱۴۶۴۴۵۲	۷۲۶۴۴۹	۵۰٪	۷۳۸۰۰۳	۵۰٪
۶۵-۶۹ ساله	۱۱۹۷۵۵۰	۶۲۲۴۷۰	۵۲٪	۵۷۵۰۸۰	۴۸٪
۷۰-۷۴ ساله	۱۱۱۹۳۱۸	۵۹۸۲۳۱	۵۳٪	۵۲۱۰۸۷	۴۷٪
۷۵-۷۹ ساله	۶۹۴۱۲۲	۳۷۲۵۷۰	۵۴٪	۳۲۱۵۵۲	۴۶٪
۸۰-۸۴ ساله	۴۴۵۰۶۰	۲۳۶۹۸۰	۵۳٪	۲۰۸۰۸۰	۴۷٪
۸۵-۸۹ ساله	۱۲۷۶۶۰	۶۳۹۹۲	۵۱٪	۶۳۶۶۸	۴۹٪
۹۰-۹۴ ساله	۳۹۳۷۸	۱۸۷۹۲	۴۸٪	۲۰۵۸۶	۵۲٪
۹۵-۹۹ ساله	۱۶۶۵۲	۷۷۵۴	۴۶٪	۸۸۹۸	۵۴٪
۱۰۰ ساله و بالاتر	۱۶۸۵۱	۷۵۹۵	۴۵٪	۹۲۵۶	۵۵٪
جمع	۵۱۲۱۰۴۳	۲۶۵۴۸۳۳	۵۲٪	۲۴۶۶۲۱۰	۴۸٪

منبع: پردازش براساس داده‌های سرشماری عمومی نفوس و مسکن مرکز آمار ایران سال ۱۳۸۵

مردان در این گروه سنی نبوده است. در حالی که با توجه به بالاتر بودن و افزایش بیشتر امید به زندگی در زنان (۷۳ سال در زنان و ۶۸ سال در مردان سال ۱۳۸۴) انتظار می‌رود نسبت جمعیت زنان به مردان در جمعیت سالمندی بیشتر باشد (۲)

از سوی دیگر مشاهده روند نسبت جنسی سالمندان ۶۰ سال و بالاتر نشان می‌دهد که نسبت جنسی سالمندان ۶۰ سال و بالاتر در سال ۱۳۳۵ در مقابل هر ۱۰۰ زن ۱۱۱ مرد بود و این عدد طی دوره ۵۰ ساله در سال ۱۳۸۵ به ۱۰۸ نفر رسیده است (جدول ۲). آمار فوق نشان می‌دهد شمار زنان هیچ‌گاه بیش از

جدول ۲- نسبت جنسی سالمندان ۶۰ سال و بالاتر ۷۰ سال و بالاتر ۸۰ سال و بالاتر ایران طی دوره زمانی ۱۳۳۵-۸۵

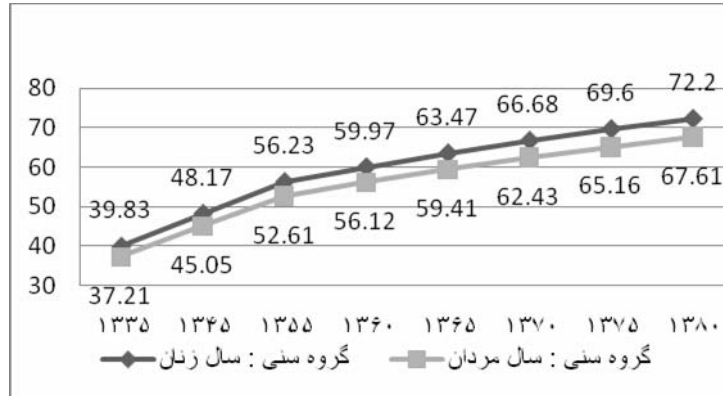
سن	سال					
	۱۳۳۵	۱۳۴۵	۱۳۵۵	۱۳۶۵	۱۳۷۵	۱۳۸۵
۶۰ سال و بالاتر	۱۱۱	۱۱۰	۱۰۹	۱۱۲	۱۱۶	۱۰۸
۷۰ سال و بالاتر	۱۰۷	۱۱۰	۱۱۲	۹۸	۱۱۳	۱۱۳
۸۰ سال و بالاتر	۱۰۵	۱۰۴	۱۱۳	۹۳	۹۴	۱۰۸

منبع: پردازش براساس داده‌های سرشماری عمومی نفوس و مسکن مرکز آمار ایران طی سالهای ۸۵-۱۳۳۵

زنان و امید به زندگی:

در زنان تقریباً ۴۰ سال و در مردان ۳۷ سال می‌باشد که این رقم در سال ۱۳۸۰ به ۷۲ سال در زنان و ۶۸ سال در مردان می‌رسد

مطابق بانمودار شماره (۱) امید به زندگی در ایران در سال ۱۳۳۵



نمودار ۱- روند امید به زندگی مردان و زنان در سالهای ۱۳۳۵-۱۳۸۰

گروه سنی می‌باشد. (۶) در زمینه اختلالات بینایی، زنان سالمند به مراتب بیشتر از مردان تاری دید در هر دو چشم دارند و به طور کلی تاری دید در روستا بیشتر از شهر است. (۲۷)

در تحقیقی در ایران بیماری قلبی در مردان سالمند ۱۷٪ و در زنان ۲۵٪ و فشار خون بالاتر در مردان سالمند ۴۲٪ و در زنان ۴۶٪ گزارش شده است. (۱۹)

گرچه انتظار می‌رود بیماریهای قلبی و سکتة در مردان بیشتر از زنان شیوع داشته باشد ولی در تحقیق انجام نتایج معکوس است و زنان سالمند بیشتر از مردان سالمند به بیماری قلبی و فشار خون مبتلا بوده‌اند.

در گزارشی دیگر عنوان شد از نظر ابتلا به بیماری‌ها دلایل عمده بستری شدن زنان در شهر بیماری قلب و عروق و در روستا بیماری‌ها چشمی می‌باشد. لازم به یادآوری است که درصد ابتلا به بیماری قلب و عروق در شهر به طور قابل ملاحظه‌ای بالاتر از روستا و در زنان نیز بالاتر از مردان است. میانگین سن در هنگام تشخیص بیماری در مردان شهری و روستایی بین ۶۰-۶۲ سال و در زنان بین ۶۳-۶۶ سال می‌باشد. (۲۷)

در بررسی علت مرگ در ۱۸ استان کشور در سال ۱۳۸۰، سه علت عمده مرگ در زنان گروه سنی ۵۰ سال به بالا، بدون در نظر گرفتن مرگ ناشی از کهولت سن، بیماریهای قلبی-عروقی، سرطان و حوادث و سوانح غیر عمدی بوده است. سکتة قلبی رتبه‌ی اول علل مرگ ناشی از بیماریهای قلبی-عروقی میباشد و زنان بیش از مردان بر اثر این بیماریها فوت کرده‌اند (۸)

طبق برآوردها تغییرات این میزان‌ها در سالهای بعدی نیز به گونه‌ای می‌باشد که امید به زندگی زنان نسبت به مردان همواره بیشتر بوده است. با توجه به بالاتر بودن و افزایش امید به زندگی در زنان انتظار می‌رود جمعیت زنان از مردان در جمعیت سالمندی بیشتر باشد. در صورتی که هرم سنی جمعیت کاملاً خلاف این موضوع را نشان می‌دهد. (۲)

این نکته از این جهت حائز اهمیت است که می‌بایست در کنار افزایش امید به زندگی وضعیت سایر مولفه‌های تعیین کننده سلامت در ارتباط با این گروه از جامعه در نظر گرفته شود. به نظر می‌رسد با بررسی این مطلب بتوان تا حدودی در مورد این عدم انطباق قضاوت بهتری نمود.

وضعیت سلامت سالمندان زن:

براساس نتایج بررسی تحقیق دکتر نوربالا و همکاران در تحقیق سلامت و بیماری در ایران در سال ۱۳۸۰، شایع‌ترین بیماریها در زنان بیش از ۴۰ سال، به ترتیب پرفشاری خون، اختلال عصبی و زخم اثنی عشر بوده است. (۶)

افزایش فشار خون در زنان سالمند اعم از شهری و روستایی به طور کلی دو برابر مردان است و میانگین سن در هنگام تشخیص در زنان بالاتر از مردان بوده است (۶۲ و ۶۷ سالگی در زنان شهری و روستایی و ۶۱ و ۶۳ در مردان شهری و روستایی). (۲۷)

هم اکنون در زنان ۷۰ سال به بالا ابتلا به پرفشاری خون به بیش از دو برابر افزایش یافته و کاتاراکت دومین بیماری شایع در این

همین مطالعه میزان عدم برخورداری سالمندان از دفترچه بیمه درمانی را ۵۹/۱۱٪ برای مردان و ۵۸/۲٪ برای زنان ذکر کرده است یعنی بیش از نیمی از سالمندان کشور ما فاقد پوشش بیمه درمانی به شمار می‌آیند (۹).

بر اساس مطالعه‌ای که توسط جغتایی و اسدی در سال ۱۳۷۱ انجام شد تنها ۴۳/۳ درصد سالمندان کشور دارای دفترچه بیمه و باقی فاقد دفترچه بیمه بودند که این نسبت در روستاها به ۷۴/۹ درصد می‌رسد (۳۴٪).

در مورد مصرف دخانیات در ایران در مطالعه‌ای ۳۹٪ جمعیت سالمندان مورد مطالعه دخانیات مصرف می‌کردند که از این تعداد ۳۸/۹٪ مردان و ۲۹/۱٪ زنان بودند (۲۱) که در مقایسه با جوامع صنعتی ۱۵٪ برای مردان و ۱۲٪ برای زنان گزارش شده است. (۲۲) آمار فوق نشان دهنده این است که مصرف سیگار در این جامعه ایرانی از فراوانی نسبی بیشتری برخوردار است. نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهد اگر چه مصرف دخانیات در زنان ایرانی کمتر از مردان است ولیکن با بالا رفتن سن احتمال مصرف دخانیات به خصوص قلیان افزایش می‌یابد که این افزایش در میان زنان روستایی بیش از زنان شهری مشاهده می‌شود (۱۰۶)

زنان و سواد:

نتایج بررسی وضعیت سلامت سالمندان کشور در سال ۱۳۷۸ نشان می‌دهد که میزان بی‌سوادی در بین زنان سالمند ایرانی خصوصاً زنان روستایی به طور چشمگیری بیشتر از سالمندان مرد است به طوریکه ۷۹/۱ درصد زنان سالمند شهری و ۹۵ درصد زنان سالمند روستایی بی‌سواد بودند (۱۰).

نتایج سرشماری اخیر نیز نشان می‌دهد که نرخ بی‌سوادی در سالمندان مرد ۶۰ تا ۶۴ سال ۲۰٫۶٪ و ۶۵ سال به بالا ۱۶٫۳٪ بوده در حالیکه در همان سال این نرخ در مورد زنان ۶۰ تا ۶۴ سال ۵٪ و ۶۵ سال و بیشتر ۳٫۵٪ گزارش شده است آمار فوق در سال ۱۳۸۵ بدین ترتیب بوده است در مردان سالمند ۶۰ تا ۶۴ سال نرخ بی‌سوادی ۵۹٫۲٪ و در ۶۵ سال و بیشتر ۳۸٫۲٪ یعنی تقریباً برابر شده این در حالی است که این نرخ در زنان ۶۰ تا ۶۴ سال در سال ۸۹ حدوداً ۲۸٫۵٪ و در زنان ۶۵ سال و بیشتر ۱۶٫۱٪ می‌باشد یعنی تقریباً ۵٫۵ برابر شده است

میزان بی‌سوادی در بین زنان ایرانی بیش از ۶۰ سال سن علی‌رغم کاهش نسبی هنوز در سرشماری اخیر ۸۰/۱۵ درصد بوده

در مطالعه‌ای در ایران شیوع هیپرتری گلیسیریدی در ۵۳٫۲ سالمندان مورد بررسی (۶۳٫۶٪ زنان، ۴۲٫۶٪ مردان) مشاهده شد که این مساله می‌تواند به دلیل نوع تغذیه و عدم فعالیتهای منظم روزانه و شیوع چاقی در این افراد باشد و به همین دلیل زنان مسن شهری بیشتر در معرض چاقی هستند (۲۱)

نتایج بررسی استئوپروز در ایران نشان می‌دهد که در گروه سنی ۶۰-۶۹ سال زنان ۵۶/۳ درصد و مردان ۱۶/۷ درصد دچار استئوپروز بوده‌اند. همچنین در سال ۱۳۸۰ شیوع شکستگی ناشی از پوکی استخوان در زنان به عنوان یکی از شایع‌ترین عوارض پوکی استخوان حدود ۴۳۳۷ مورد در استخوان ران، ۹۱۷ مورد در ستون مهره‌ها و ۱۸۰۶ مورد در بازو برآورد شده است (۷) شکستگی هیپ (قسمت فوقانی ران) یکی از علل معلولیت و مرگ و میر در میان سالمندان جهان محسوب می‌شود در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۰ انجام شد در بین مبتلایان به شکستگی قسمت فوقانی استخوان ران، میزان ابتلای زنان ۶۷/۷٪ بود (۲۰)

شیوع درد مفاصل کوچک و بزرگ در زنان ایرانی ۵۰ سال به بالا نزدیک به ۶ برابر مردان این گروه گزارش شده است (۶) در تحقیق دیگری نشان داده شد که ارتباط واضحی میان ناتوانی و جنس وجود دارد. به گونه‌ای که میانگین نمره کسب شده در زنان در حد ناتوانی متوسط و در مردان در حد ناتوانی کم بوده است (۲۳)

از نظر در اختیار داشتن استفاده از وسایل کمکی نظیر عینک، عصا، چوب زیر بغل، واکر یا ویلچر، سمعک و دندان مصنوعی مردان به طور قابل ملاحظه‌ای بیش از زنان و شهرنشینان بیش از روستاییان وسایل کمکی مورد نیاز را در اختیار دارند (۲۷)

در مورد مصرف دارو در زنان سالمند نشان می‌دهد که زنان گروه سنی ۶۰-۶۹ سال نزدیک به دو برابر بیشتر از مردان این گروه سنی دارو مصرف می‌کنند (در زنان ۲۷ درصد و در مردان ۱۶ درصد) و در گروه سنی ۷۰ سال به بالا میزان مصرف دارو در زنان ۳۴/۹ درصد و در مردان ۲۵/۴ درصد می‌باشد (۶)

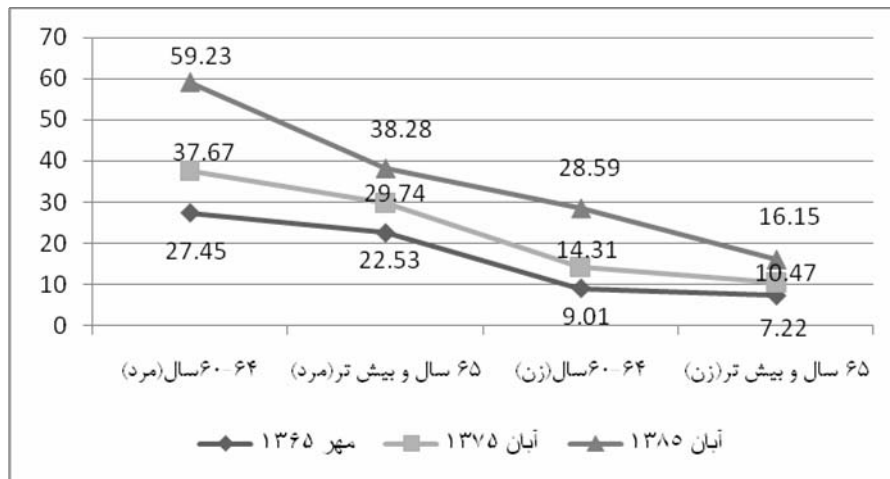
تحقیق انجام شده توسط سازمان بهداشتی نشان داد که هم مشکل جسمانی (۴۳/۱٪ در مقابل ۳۹/۹٪) و هم مشکل عاطفی و روانی (۲۵/۳٪ در مقابل ۱۷/۸٪) توسط زنان سالمند بیشتر از مردان گزارش داده شد. و علاوه بر آن مصرف مرتب دارو در زنان نیز به طور قابل ملاحظه‌ای بالاتر از مردان است (۴۶/۵٪ در مقابل ۴۳/۲٪)

و به طور چشمگیری بیش از مردان در این گروه سنی (۵۶٪) سالمند شهری (۹۵ درصد در مقابل ۱۷/۹ درصد) می‌باشد. (۳) است. این میزان به ویژه در بین زنان سالمند روستایی بیش از

جدول ۳- نرخ باسوادی بر حسب جنس و سن (هزار نفر)

جنس و گروه سنی	مهر ۱۳۶۵	آبان ۱۳۷۵	آبان ۱۳۸۵
جمع	نرخ باسوادی	نرخ باسوادی	نرخ باسوادی
۶۴-۶۰ساله	۱۹/۱۶	۲۷/۱۱	۴۳/۷۸
۶۵ ساله و بیش تر	۱۵/۰۵	۲۰/۷۳	۲۷/۸۱
مرد.	۷۱/۰۲	۸۴/۶۶	۸۸/۷۴
۶۴-۶۰ساله	۲۷/۴۵	۳۷/۶۷	۵۹/۲۳
۶۵ ساله و بیش تر	۲۲/۵۳	۲۹/۷۴	۳۸/۲۸
زن...	۵۲/۰۷	۷۴/۲۱	۸۰/۳۴
۶۴-۶۰ساله.	۹/۰۱	۱۴/۳۱	۲۸/۵۹
۶۵ ساله و بیش تر	۷/۲۲	۱۰/۴۷	۱۶/۱۵

منبع: سایت مرکز آمار ایران سرشماری سال ۱۳۸۵



نمودار ۲- نرخ باسوادی بر حسب جنس و سن

سال ۱۳۷۳ در ایران نشان می‌دهد ۶۸/۱٪ سالمندان با همسر و یا همسر و فرزندان خود زندگی می‌کرده‌اند. ۲۲/۹٪ با فرزندان به تنهایی به سر می‌برند. میزان زنان سالمند تنها ۱۲/۸٪ و مردان سالمند تنها ۲/۵٪ بوده است. (۹،۱۰)

زنان و وضعیت اشتغال

در کشور ایران مهمترین مشکل سالمندان مسائل اقتصادی و مشکلات مربوط به کسب درآمد است. در سال ۱۳۸۵ از مجموع جمعیت ۶۵ ساله کشور و بیشتر ۳۳ درصد از نظر اقتصادی فعال بوده‌اند. در حالی که در سرشماری سال ۱۳۷۵، ۳۴/۲ درصد از نظر اقتصادی فعال بوده‌اند که از مجموع افراد فعال ۹۳ درصد

زنان و وضعیت خانواده:

آمار سرشماری ۱۳۸۵ نشان می‌دهد تنها ۴۹/۷۵ درصد زنان سالمند ایرانی متاهل بوده و همسر دارند در حالیکه میزان تاهل در مردان سالمند نزدیک به دو برابر (۹۰/۲۲ درصد) تاهل زنان سالمند است. (۳) در سال ۱۳۷۳ در ایران ۶۸/۱ درصد سالمندان با همسر و یا همسر و فرزندان خود زندگی می‌کرده‌اند. ۲۲/۹ درصد با فرزندان به سر می‌برند. میزان زنان سالمند تنها ۱۲/۸ درصد و در مردان سالمند تنها ۲/۵ درصد بوده است. (۱۱) در مطالعه‌ای نشان داد که زنان بیش از مردان رهسپار آسایشگاه می‌شوند. (۶۰/۶ زنان در مقابل ۳۹/۴ درصد مردان) (۱۷) داده‌های

امکان ازدواج مجدد آنها به دنبال از دست دادن همسر، احترام اجتماعی بیشتر و نظایر آن بین آنها است. این فرصت‌ها بیشتر در انتظار مردان است تا زنان (۱۸).

بحث و نتیجه‌گیری

براساس نتایج سرشماری سال ۱۳۸۵ در ایران به دلیل پیشرفت‌های بهداشتی و اجتماعی و کاهش میزان زاد و ولد، جمعیت افراد بیش از ۶۰ سال بیش از ۵ میلیون نفر بوده و زنان ۴۸/۱ درصد جمعیت این گروه سنی را تشکیل می‌دهند. با توجه به اینکه در زنان امید به زندگی طولانی‌تر بوده، انتظار می‌رود جمعیت زنان در این گروه سنی بیش از جمعیت مردان این گروه باشد. ولی بر طبق سرشماری‌های گذشته (۱۳۳۵-۱۳۸۵) علی‌رغم افزایش تعداد زنان سالمند نسبت جمعیت زنان به مردان هیچ‌گاه بیش از مردان در این گروه سنی نبوده است که این مسئله نیاز به بررسی دارد (۳ و ۴ و ۵).

در اغلب کشورهای پیشرفته و در حال پیشرفت جهان، امید به زندگی در ۶۰ سالگی هم در مردان و هم در زنان رو به افزایش است (۲) بر طبق برآوردها، زنانی که به ۶۰ سالگی می‌رسند امید به زندگی متوسطی حدود ۲۰ سال دارند که این میزان در مردان ۱۷ سال می‌باشد. انتظار می‌رود این مقادیر تا سال ۲۰۲۰ تا دو سال افزایش یابند (۲) اما افزایش امید به زندگی و طول عمر بیشتر به معنای زندگی بهتر و سالم‌تری نیست (۱) یک نتیجه افزایش طول عمر در زنان سالمند، افزایش خطر ایجاد بیماریهای مزمن و ناتوانی‌های جسمی و روحی در آنها می‌باشد (۱۱).

به طور کلی مشکلات و تهدیدات سلامت زنان سالمند را می‌توان به سه دسته تقسیم نمود:

۱- مشکلات جسمی

افزایش شانس ابتلا به بیماریهای مزمن چون فشار خون بالا، دیابت، استئوپروز، آرتریت روماتوئید، زوال عقل، بیماریهای قلبی و عروقی و نیز کاهش بینایی و شنوایی و سایر ناتوانیهای جسمی ناشی از کهولت سن و نیز یائسگی در زنان سالمند.

۲- تحقیق انجام شده توسط سازمان بهداشتی ایران نشان داد که مشکل جسمانی (۴۳/۱٪ در مقابل ۳۹/۹٪) در زنان سالمند بیش از مردان گزارش شده است (۹).

بالا بودن میزان بیماری‌ها در این گروه به همراه بالا بودن مصرف دارو در شرایطی که بیش از نیمی از سالمندان ما فاقد

شاغل بخش خصوصی و ۵ درصد مزد بگیر بخش عمومی و ۲ درصد اظهار نشده بودند. از این تعداد ۹۵ درصد مردان سالمند و ۵ درصد زنان سالمند شاغل می‌باشند. همانطور که ملاحظه می‌شود فعالیت اقتصادی در این گروه نسبت به ۱۰ سال قبل ۱/۵ درصد کاهش پیدا کرده و درصد اشتغال در مردان سالمند بسیار بالاتر از زنان سالمند است این عامل همراه با سطح سواد پایین، موجب عدم استقلال و اتکای به خود نزد زنان در زمان سالمندی می‌شود. (مرکز آمار ایران ۱۳۸۵)

وضعیت اشتغال سالمندان نه تنها در دو جنس متفاوت است بلکه در شهر و روستا نیز تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای دیده می‌شود به طوری که در شهر ۴۳ درصد سالمندان مرد شاغل، ۳۶ درصد بیکار با درآمد و ۲۱ درصد بیکار بدون درآمد هستند در مقابل در مردان روستایی ۶۵ درصد شاغل، ۱۶ درصد بیکار با درآمد و ۱۹ درصد بیکار بدون درآمد هستند. در شهر ۳ درصد سالمندان زن شاغل، ۱۱ درصد بیکار با درآمد، ۱۵ درصد بیکار بدون درآمد و ۷۱ درصد خانه دار هستند در مقابل در زنان روستایی ۱۰ درصد شاغل، ۷ درصد بیکار با درآمد، ۱۳ درصد بیکار بدون درآمد و ۷۰ درصد خانه‌دار هستند. (۱۲)

در مطالعه‌ای که در شهر تهران انجام شد ۹۲/۳٪ اعلام کردند که دارای مستمری ماهیانه هستند و فراوانی آن برای مردان ۹۸/۶٪ و برای زنان ۸۷/۶٪ برآورد گردید. (۱۸)

کیفیت زندگی

در ایران نیز در تحقیقی که بر روی سالمندان غرب تهران انجام شد نشان داد میانگین کیفیت زندگی مردها (۳۴/۲۶) با انحراف معیار (۸/۳۷۵) بالاتر از میانگین کیفیت زندگی زنها (۳۱/۰۶) با انحراف معیار (۹/۲۱۲) بود. (۱۶)

ارفیل و همکارانش در اسپانیا تفاوت کیفیت زندگی در مردان و زنان سالمند را مورد بررسی قرار داد. بر اساس نتایج تحقیقی که در کشور صورت گرفت کیفیت زندگی مربوط به سلامت در زنان نسبت به مردان در وضعیت بدتری قرار داشت و این در ارتباط با وجود ناتوانی و بیماریهای مزمن در زنان می‌باشد. (۱۵) براساس تحقیقات صورت گرفته در سطح مناطق مختلف، تفاوت‌های چشمگیری در کیفیت زندگی سالمندان مرد و زن به چشم می‌خورد. این تفاوت‌ها خود ناشی از ثروت بیشتر مردان،

۷- در مجموع سالمندی در انسان یک فرآیند زیستی، مستمر و غیر قابل برگشت است ولی می‌توان با به کارگیری روش‌ها و مراقبت‌های مناسب و اتخاذ شیوه زندگی سالم، از اختلالات و معلولیت‌های این دوره از زندگی پیشگیری نمود و یا آن را به تعویق انداخت تا بتوان از عمر طولانی و زندگی با کیفیت قابل قبول بهره مند شد. اگر چه اکثر تحقیقات سالمندی بر ابعاد بیماری و ناتوانی این دوران و پیامدهای منفی زندگی سالمندان تأکید دارند، ولی بررسی‌های جدید به سمت پیر شدن سالم و موفقیت‌آمیز و تغییر نگرش‌های کلیشه‌ای از دوران سالمندی به عنوان زمان بیماری و کهولت تغییر جهت یافته‌اند.

۸- سازمان جهانی بهداشت برای نکته تأکید نموده که افزایش طول عمر به تنهایی، بدون بهبود کیفیت زندگی در سالهای پایانی عمر نباید هدف نهایی سلامت باشد و به عبارتی امید به زندگی سالم مهمتر از امید به زندگی صرف است. اصطلاح «امید به زندگی سالم» به معنای تعداد سالهایی است که فرد می‌تواند انتظار داشته باشد، که با سلامت خوب زندگی کند. البته تعریف «سلامت» در سنین پیری و در جوامع مختلف ممکن است دشوار باشد، اما تامین حداقل سلامت برای افراد سالخورده به نحوی که کیفیت قابل قبولی را برای زندگی آنها فراهم نماید، ضروری است. (۲۸) بنابراین تعداد سالهایی که زنان پس از ۶۰ سالگی طی میکنند ممکن است سالهای همراه با سلامتی و یا همراه با ناتوانی و معلولیت باشد. آمار و اطلاعات در کشور های توسعه یافته نشان میدهد که تعداد سالهای همراه با سلامتی رو به افزایش بوده و میزان سالهای زندگی با ناتوانی رو به کاهش است. (۲۹)

۹- روحی - روانی

۱۰- اطلاعات بدست آمده نشان می‌دهد که میزان افسردگی و وسواس در زنان بیشتر و سایر اختلالات در مردان سالمند بیشتر است. (۳۰) از میان مشکلات روحی و روانی، افسردگی، اضطراب، اختلال خواب و زوال عقل، نیز از مشکلات عاطفی و روانی شایع در زنان سالمند است. (۴)

۱۱- تحقیقات انجام شده در کشور نیز مشکلات عاطفی و روانی زنان را ۲۵/۳٪ در مقابل ۱۷/۸٪ در مردان ذکر می‌کند. تحقیقات میرابزاده در بیمارستان رازی در سال ۱۳۸۰ نشان داد که ۷۵٪

پوشش بیمه درمانی مناسب هستند و از نظر اقتصادی و حمایت‌های اجتماعی نیز بسیار متفاوت از گروه مردان همسال خود می‌باشند باعث شده از این نظر هم این گروه در معرض آسیب جدی قرار گیرند و شرایط فوق تأثیر عمیقی در وضعیت بهداشتی آنان خواهد داشت.

۴- از آنجاییکه با افزایش سن احتمال ناتوانی و معلولیت به خصوص در زنان افزایش می‌یابد (۶)، بنابراین این تعجب‌آور نیست که آمارها نشان دهند شمار زنان معلول در بین جمعیت سالمند در حال افزایش است. نتایج تحقیقات در کشورهای مختلف اعم از توسعه یافته و در حال توسعه بیانگر آن است که عموماً زنان نسبت به مردان سالهای بیشتری از عمر خود را با محدودیت‌های حرکتی به سر می‌برند. (۲۴) در مورد میزان معلولیت در زنان سالمند ایرانی نیز آمارها حاکی از آن است که با افزایش سن معلولیت افزایش یافته است. (۶)

۵- شیوع بالای بیماری‌های مزمن در زنان سالمند توأم با از دست دادن توان عملی و کاری آنهاست و نیاز به مراقبت‌های طولانی مدت را در آنها ضروری می‌سازد. علاوه بر تاثیر این بیماریها بر افزایش میزان مرگ و میر زنان سالمند، پیامدهای جدی بر وضعیت سلامت و عملکرد کاری و کیفیت زندگی آنها نیز دارد. این پیامدها در ارتباط با مسائلی مانند یائسگی، پوکی استخوان، آرتروز، بی‌اختیاری ادراری و اختلالات حسی و شناختی می‌باشد، که بر شیوع تمامی این مشکلات با افزایش سن افزوده شده و برای زنان در سنین بالا اهمیت زیادی می‌یابد. (۳۱)

۶- استعمال دخانیات از عوامل خطر شایعترین علل مرگ در زنان یعنی بیماریهای قلبی، عروقی و سرطان می‌باشد. میزان فراوانی استعمال دخانیات در زنان سالمند کمتر از مردان سالمند است. در بین زنان سالمند مصرف دخانیات با افزایش خطر مشکلات تنفسی، مصرف دارو، ناخشنودی و عدم رضایت از روابط اجتماعی همراه است. حتی بعد از مصرف دخانیات در تمام طول زندگی، قطع مصرف آن دارای منافی برای زنان سالمند می‌باشد و خطر مرگ و میر حوادث عروقی کرونر و سرطانهای وابسته به سیگار و بیماریهای تنفسی مزمن بلافاصله کاهش یافته و در طول زمان رفع می‌گردد. (۲۴) لذا لازم است با آگاه سازی این قشر از جامعه از تبعات بعدی آن پیشگیری نمود

خود آنها را در زمینه‌های مختلف آسیب پذیر می‌نماید. در چنین شرایطی، زنان بیشتر در معرض آسیب‌های روانی و دمانس هستند. (۱۸) زنان سالمند معمولاً دارای بیماریهای متنوع تر و ناتوانیهای کارکردی بیشتر دارند. کهنسالان که عمدتاً زن هستند، نه تنها با آسیب پذیری بیشتر در برابر بیماریها دست به گریبانند بلکه چون اغلب نزدیکانی را که می‌توانستند از آنها حمایت کنند از دست داده‌اند از شبکه حمایتی مناسب هم محرومند. از این رو بخش اعظم جمعیت سالمندی را که به آسایشگاه سپرده می‌شوند، زنان سالمند ۷۵ سال و بالاتر تشکیل می‌دهند.

۱۹- احتمال بیوه شدن زنان سالمند در اکثر نقاط جهان بیش از مردان سالمند می‌باشد. و در فرهنگ ایرانی بیوه ماندن زنان سالمند به عنوان یک امر طبیعی در زندگی آنها پذیرفته شده است، و این در حالیست که انتخاب همسر مجدد برای مردان سالمند بیوه یک امر طبیعی تلقی می‌شود. این واقعیت تأثیر بسیار جدی بر سلامت جسمی دوانی- عاطفی، و اجتماعی آنان دارد. پیامد آن برای زنان سالمند علاوه بر تبعات منفی اقتصادی و اجتماعی، آنان را در معرض آسیب پذیری بیشتر هم از نظر دسترسی به خدمات تأمین کننده سلامت قرار می‌دهد، و بیشترین نیاز به مراقبتهای بهداشتی و اجتماعی معمولاً در این مرحله از زندگی روی داده و هزینه‌های بیشتری به فرد و سیستم بهداشت و درمان تحمیل می‌شود.

۲۰- سالمندانی که تنها زندگی می‌کنند، خصوصاً اگر دچار ناتوانی یا معلولیت باشند، برای رفع تنهایی و نیازهای مادی و خرید مایحتاج و اداره امور خود بامشکلات فراوانی مواجه خواهند بود که بیشتر متکی به فرزندان و اقوام خود خواهند بود. مشکلات زندگی در جوامع شهری و مهاجرت‌های بی‌رویه در مناطق روستایی سبب شده است که دید و بازدید فرزندان از والدین سالمند شان روز به روز کمتر شود و بر ایجاد تنهایی و احساس در ماندگی سالمند افزوده شود. (۵)

۲۱- زنان کمتر از مردان برای زندگی مستقل آمادگی دارند. نحوه تربیت و ورود زنان به اجتماع در سنوات گذشته سبب شده است که بسیاری از زنان سالمند بدون وجود همسر از عهده تأمین مایحتاج خانه، ایاب و ذهاب و اداره

مردان سالمند و ۶۰٪ زنان سالمند بدون اختلال روانپزشکی در کنار خانواده خود زندگی می‌کنند. (۳۱)

۱۲- در تحقیق محمدی و همکارانش یافته‌های بررسی نشان می‌دهد که شیوع اختلالات روانی در زنان نسبت به مردان بیشتر است که نسبت تعداد این اختلالات روانی در مردان ۱/۳۵ و در زنان ۱/۴۴ بوده است، احتمالاً نداشتن درآمد، عامل استرس‌زای بیکاری، محدودیت روابط اجتماعی و یکنواختی زندگی می‌تواند از جمله عوامل افزایش شیوع اختلال روانی باشد. (۳۲)

۱۳- با توجه به اینکه سالمند از نظر فعالیت جسمی دچار مشکل است و توانایی مراقبت لازم از خود را ندارد مشکلات جسمی و روانی دست به دست هم می‌دهد و در اغلب اوقات باعث بستری سالمند در بیمارستان می‌شود. این بستری شدن می‌تواند هزینه سنگینی را برای سالمند و نهایتاً برای نظام بهداشت و درمان ایجاد نماید. (۳۳)

۱۴- اجتماعی

۱۵- مشکلات اجتماعی شامل: فقر، انزوا، عدم حمایت از سوی خانواده، عدم وجود حمایت‌های اجتماعی لازم مانند سواد، برخورداری از حقوق باز نشستگی و تأمین اجتماعی و بیمه در مانی.

۱۶- نکته مهم دیگر این است که زنان سالمند درست زمانی که بیشتر نیاز به حمایت و یاری دارند در معرض رویارویی با مخاطرات قرار می‌گیرند. حمایت و پشتیبانی از زنان سالمند در کشورهای در حال توسعه اغلب توسط خانواده‌ها و عمدتاً توسط زنان خانواده صورت می‌گیرد. اما در کشورهای توسعه یافته درصد بیشتری از زنان سالمند تنها زندگی می‌کنند، ولی نظام‌های اجتماعی حمایت کننده بیشتری برای آنان وجود دارد. (۱۱)

۱۷- براساس تحقیقات صورت گرفته تفاوت چشمگیری در کیفیت زندگی سالمندان مرد و زن به چشم می‌خورد. این تفاوت خود ناشی از ثروت بیشتر مردان، امکان ازدواج مجدد آنها به دنبال از دست دادن همسر، احترام اجتماعی بیشتر و نظایر آن بین آنها است. این فرصتها بیشتر در انتظار مردان است تا زنان. (۱۸)

۱۸- انزوای اجتماعی بیشتر برای زنان مساله آفرین است. زیرا طول عمر آنها عموماً بیشتر از همسرانشان است، و آن

کودکان می‌باشد درصد اشتغال در زنان سالمند نیز بسیار کمتر از مردان سالمند است این عامل همراه با سطح سواد پایین موجب عدم استقلال و اتکای به خود نزد زنان در زمان سالمندی است. بیشترین منبع امرار معاش در زنان سالمند ایرانی کمک و حمایت اقتصادی فرزندان است. (۹)

با توجه به رابطه میزان تحصیلات با فرصتهای شغلی و موقعیت اجتماعی می‌توان حدس زد که اکثریت غریب به اتفاق زنان سالمند کشورمان از لحاظ اجتماعی - اقتصادی در زمره اقشار آسیب پذیر به شمار می‌آیند که توجه و رسیدگی به وضعیت آنان را باید در الویت‌های مسائل سالمندی قرار داد. (۵)

اجلاس عمومی سازمان ملل در ۸ دسامبر ۱۹۸۹ خاطر نشان ساخت که تبیص سنی همراه با کلیشه سازی جنسیتی سبب می‌شود که مشکلات اجتماعی و اقتصادی زنان سالمند روز به روز حادثر شود. (۱۳)

علاوه بر آن مجمع عمومی در اجلاس ۲۳ دسامبر ۱۹۹۴ نیز به طور جدی خواستار آن شد که اشکال مختلف فعالیت های زنان سالمند که معمولاً دولتها بر ارزش اقتصادی آن صحنه نمی‌گذارند مورد توجه قرار گیرد و به طرز مناسبی ارزیابی شود. (۱۴)

فقر مظاهر مختلفی دارد شامل: فقدان درآمد و منابع کافی برای تأمین معیشت پایدار، گرسنگی و سوءتغذیه، بهداشت ناکافی، فقدان یا کمبود دسترسی به آموزش و سایر خدمات اساسی، افزایش بیماری زایی و مرگ و میر ناشی از بیماری، بی‌خانمانی و نداشتن مسکن مناسب، محیط نا امن و بالاخره تبعیص و طرد اجتماعی. علاوه بر آن فقدان مشارکت در تصمیم‌گیری و نیز مشارکت در زندگی مدنی، اجتماعی و فرهنگی نیز از مظاهر فقر به شمار می‌آید. فقر در اشکال مختلف آن مانعی در برابر برخورداری عادلانه و دسترسی به خدمات مختلف است و افراد فقیر دارای موقعیت اجتماعی پایین تر، فرصت‌های اجتماعی کمتر (شرکت در بسیاری از فعالیت‌های اجتماعی نظیر مسافرت یا پرداخت ورودیه نیاز به پول دارد) امکان انتخاب کمتر (در مورد خدمات یا فرآورده‌ها) و کنترل کمتر بر روی زندگی خود هستند. در یک جمله فقر به معنی برآورده نشدن نیازهای اساسی شامل: غذا، پوشاک، مسکن و بهداشت است.

به دلایل زیر فقر در میان زنان سالمند بیشتر دیده می‌شود:

۱- کار در خانه از لحاظ مالی فاقد اعتبار است و این به معنی آن است که زنان خانه دار از کار افتاده فاقد پوشش بیمه

امور مالی خود بر نیابند به خصوص در نسلی که الان سالمند هستند معمولاً خانم‌ها در بیرون از خانه کار نمی‌کرده‌اند. (۳) اما با افزایش تحصیلات و شانس بالاتر برای کار کردن در بیرون از خانه برای نسل‌های آینده خانم‌ها از نظر مالی و اجتماعی کمتر آسیب پذیر خواهند بود.

۲۲- علت رفتن زنان به آسایشگاهها احتمالاً آن است که مردان سالمند به دنبال فوت همسر ازدواج مجدد می‌کنند در حالیکه اغلب زنان سالمند بیوه باقی می‌مانند.

۲۳- بیوه گی زنان معمولاً با ایفای بیشتر نقش مراقبت کننده از دیگر اعضای خانواده نظیر کودکان، نوادگان و یا بیماران همراه است و بطور کلی زنان سالمند یک منبع مهم ارائه مراقبت در خانواده هستند، در حالیکه فعالیت آنها اغلب به حساب آورده نمی‌شود. (۱)

۲۴- سایر عوامل تاثیر گذار از جمله: عوامل اقتصادی، سیاسی و فرهنگی نیز بر چگونگی زندگی زنان تأثیر گذاشته و پیامدهای زودرس و دیررسی بر سلامت و کیفیت زندگی آنها تأثیر گذاشته و همچنین موجب افزایش هزینه‌های سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی می‌گردد. برای مثال فقر در سنین بالا اغلب نشان دهنده وضعیت اقتصادی محدود در دوره‌های قبلی زندگی است و عامل تعیین کننده سلامت در همه مراحل زندگی می‌باشد. کشورهای توسعه یافته که دارای داده‌های دقیق تر در مورد فقر برحسب سن و جنس هستند نشان می‌دهد که زنان سالمند بیش از مردان فقیر می‌باشند و این آمارها در کشورهای در حال توسعه موجود نیست. همچنین فقر با دسترسی ناکافی به غذا تغذیه صحیح مرتبط است و سلامت زنان سالمند معمولاً منعکس کننده وضعیت ضعیف تغذیه‌ای آنها می‌باشد. برای مثال سال‌های باروری و ایثار مواد غذایی خود به سایر افراد خانواده میتواند منجر به کمخونی مزمن در زنان سالمند گردد.

عامل مهم دیگر وضعیت سواد و سطح تحصیلات است که در بین زنان سالمند کشورهای در حال توسعه بسیار پایین می‌باشد و این امر بر سلامت آنان و خانواده‌هایشان تأثیر بسیاری دارد. بررسی‌ها در ایران نیز نشان می‌دهد که کمک رسانی زنان سالمند ایرانی به خانواده خود عمدتاً از طریق مراقبت و نگهداری از

پیشنهادها

- ۱- نیازسنجی در مورد خدمات مورد نیاز سالمندان به تفکیک جنسیت و طراحی برنامه‌های جامع و مدون در زمینه ارائه خدمات جامع سلامت جهت پاسخگویی به نیاز آنها
- ۲- انجام تحقیقات به منظور شناخت بیشتر جامعه‌ی سالمندان به خصوص گروه‌های آسیب‌پذیر مانند زنان و همچنین طراحی مداخلات برای بهبود وضعیت بهداشتی اجتماعی سالمندان
- ۳- آگاهسازی و حساس‌سازی زنان در مورد مسائل شایع مرتبط با آنها و آموزش شیوه‌های زندگی سالم در سنین قبل از سالمندی
- ۴- در نظر گرفتن پوشش‌های بیمه‌ای جامع (تامین اجتماعی و بهداشتی) برای جمعیت سالمند به ویژه زنان خانه‌دار از اهمیت زیادی برخوردار است.
- ۵- اتخاذ سیاستهای حمایت از سالمندان در روستاها و شهرهای کوچک و جلوگیری از مهاجرت این افراد
- ۶- ایجاد بسترهای لازم جهت اشتغال سالمندان جهت توانمندسازی ایشان
- ۷- بستر سازی جهت حفظ ارزشهای سنتی، تقویت پیوندهای خانوادگی و عشق و وحدت بین اعضا خانواده و نسل‌ها
- ۸- آگاهسازی در مورد عواقب و خطرات تنهایی در زنان در سنین پیش از سالمندی و سالمندی و بستر سازی فرهنگی جهت فراهم کردن فرصت ازدواج جهت این گروه از جامعه.
- ۹- فراهم کردن فرصت فعالیتهای داوطلبی در سالمندان خصوصاً سالمندان زن جهت پیشگیری از انزوای ایشان
- ۱۰- حمایت ویژه از زنان سرپرست خانوار و گسترش پوششهای بیمه‌ای در این گروه
- ۱۱- تصویب قوانین حمایتی در زمینه سلامت زنان سالمند و حمایت از خانواده‌های آنها
- ۱۲- ارزیابی مستمر از وضعیت سلامت زنان سالمند و اثر بخشی ارائه خدمات به آنها به منظور بهبود نحوه ارائه خدمات و مراقبتهای بهداشتی مورد نیاز

و مستمری خواهند بود و چیزی در یافت نمی‌کنند مگر از طریق وابستگی به همسران خود.

۲- بسیاری از زنان به دلیل دوره‌های بارداری و شیردهی سالهایی را که می‌توانند در بازار کار باشند از دست می‌دهند و در واقع به خاطر مادر بودن به نوعی تنبیه می‌شوند.

۳- بازنشستگی زودرس زنان منجر به کاهش میزان مستمری دریافتی در باقی عمر می‌شود.

۴- تبعیض مبتنی بر جنسیت سبب می‌شود که زنان فرصت‌های شغلی کمتری در اختیار داشته باشند.

شرایط فوق سبب شده است که نه تنها در کشور ما بلکه در سراسر جهان وضعیت اقتصادی زنان سالمند پایین‌تر از هم‌تایان مردشان باشد. (۵) و در مجموع سالمندان مرد و زن در وضعیت مشابهی قرار ندارند. زنان چه قبل از سالمندی و چه پس از آن زندگی دشواری را در مقایسه با مردان پیش رو دارند، از این رو در تدوین برنامه‌ها و انجام اقدامات مورد نیاز جهت رفع نیازهای آنها نمی‌توان نسبت به این تبعیض جنسیتی بی‌تفاوت بود. (۳۵)

آنچه که مسلم است سالمندی به تنهایی مسئله آفرین نیست بلکه مسئله میزان و درجه وابستگی در این سن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و نیاز به بررسی بیشتری دارد. دلایلی که باعث وابستگی افراد سالمند می‌شود شامل: ۱- بیماری ۲- ناتوانی ۳- اختلال ذهنی و شناختی ۴- فوت همسر ۵- فقر می‌باشد. که متأسفانه همانطور که در بالا اشاره شد در همه موارد وضعیت زنان سالمند به مراتب از مردان بدتر می‌باشد.

مجموع یافته‌های فوق ضرورت توجه به مسائل و مشکلات زنان سالمند و یافتن راه حل‌های مناسب را ایجاد می‌کند. اگر در نظر آوریم که زنان در چند دهه گذشته علاوه بر شرکت در نیروی کار به نقش سنتی خود - یعنی خانه‌داری و تربیت فرزند- نیز ادامه داده‌اند و در واقع بار وظایف مضاعفی را صبورانه بر دوش کشیده‌اند. یقیناً در مورد آنکه جامعه موظف به تامین رفاه و بهداشت آنان است تردیدی به خود راه نخواهیم داد. (۵)

REFERENCES

منابع

۱. مرکز آمار ایران، درگاه ملی آمار، نتایج سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۸۵ کل کشور: [http://www.sci.org.ir/census85 / userfiles / contenthttp://www.sci.org.ir/](http://www.sci.org.ir/census85/userfiles/contenthttp://www.sci.org.ir/)
۲. احمدی بتول، فرزندی فرانک، شریعتی بتول، علی محمدیان معصومه، محمد کاظم. امید به زندگی
3. Statistical Center of Iran , status of the Aged Nation Wide , Statistical Center of Iran , Tehran , 2002
4. -Matteson MA ,Mconell ES ,Lintlon AD ؛Gerontological Nursing ؛ 2nd ED ؛ W.B. Saunders. company ، 1997.
۵. فروغان مهشید، زن و سالمندی با نگاهی به وضعیت زنان سالمند، مجموعه مقالات کنگره بررسی مسائل سالمندی در ایران، تهران، ۱۴-۱۳۸۱: ۱۱
۶. نور بالا. احمد علی، محمد کاظم، بررسی سلامت و بیماری در ایران سال ۱۳۷۸، وزارت بهداشت، در مان و آموزش پزشکی کشور، تهران، ۱۳۸۰
۷. لاریجانی باقر، استئوپروز در ایران، چکیده مقالات اولین سمینار بین المللی پیشگیری، تشخیص و درمان استئوپروز، تهران ۲-۳ مهر ماه ۱۳۸۳: ۲-۳
۸. نقوی محسن. سیما مرگ و میر در هجده استان کشور سال ۱۳۸۰، معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، تندیس ۱۳۸۲.
۹. جغتایی، محمد تقی؛ محمد، کاظم؛ وضعیت سالمندان در ایران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۳۷۳
۱۰. دلاوران بهرام و همکاران. بررسی وضعیت سلامت سالمندان کشور (فروردین ۱۳۷۸)، در مجموعه مقالات سالمندی (کلیات و طب سالمندی) اولین کنفرانس بین المللی سالمندی در ایران، جلد اول، گروه بانوان نیکوکار، تهران ۱۳۷۹: ۴۱-۷.
۱۱. اسمایک، پاتریشیا. زنان و سلامت، ترجمه بتول احمدی و همکاران. مرکز نشر دانشگاهی، تهران، چاپ اول، ۱۳۸۲
۱۲. اداره سلامت سالمندان، دفتر سلامت خانواده (۱۳۸۲) «مروری بر طب سالمندان ۲۹-۱۵»
۱۳. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی شهید بهشتی: پیرشدن، ۱۳۷۸.
14. Unaited Nations: international and regional mandates on Aging ,1997.
15. Orfila F &Montserrant F. Gender differences in health related quality of life among elderly. Social Science& Medicine.2006;63, PP: 2360 -2380
۱۶. عقیل حبیبی سولا، صغری نیکپور، رزاق صحبت‌زاده، حمید حقانی، بررسی کیفیت زندگی سالمندان غرب تهران، پژوهش پرستاری دوره ۲ شماره ۷، ۲۹-۳۵: ۱۳۸۶
۱۷. مثنوی عطاء الله، کامرانی علی اکبر، حسینی سید احمد، مقایسه وضعیت سالمندان مقیم آسایشگاه و مقیم خانواده در ایران، مجله سالمندی ایران، سال دوم، شماره چهارم ۲۸۵-۲۸۰: ۱۳۸۶
۱۸. شیخی محمد تقی، امنیت اجتماعی و آسیب شناسی سالمندان شهر تهران، مجله سالمندی ایران، سال دوم، شماره ششم ۴۶۱-۴۵۴: ۱۳۸۶
۱۹. آزاده جو عباس، بررسی مسائل سالمندی در ایران و جهان: بیماری‌های قلبی و عروقی در سالمندان، تهران، انتشارات کتاب آشنا، ۱۱۲
۲۰. نیک طبع علیرضا، شاهی مریدی دادا، بررسی عوامل شکستگی هیپ در سالمندان بستری در مراکز آموزشی و درمانی شهرستانهای کرمان و رفسنجان در سالهای ۸۰-۷۹
۲۱. احمدی افسانه، کریمزاده شیرازی کامبیز، فراروئی محمد، کامکار مجید، بررسی شیوع عوامل خطر بیماری‌های قلب و عروق در سالمندان شهر یاسوج، مجله دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، سال پنجم، شماره ۱۹ و ۲۰، ۱۴-۱۲: ۱۳۷۹

22. WHO .The World Health report. 1998.Geneva WHO1998.p 87-88.106-109

۲۳. ادیب حاج باقری، محسن، بررسی میزان ناتوانی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر کاشان، مجله سالمندی ایران، سال سوم، شماره هشتم ۵۵۱: ۱۳۸۸

24. WHO, Woman, aging and Health. Fact Sheets. No.22. World Health Organization: Geneva 2000

۲۵. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی شهید بهشتی: پیرشدن، ۱۳۷۸.

۲۶. میرزایی، محمد. قهفرخی، مه‌ری شمس (۱۳۸۶) «جمعیت‌شناسی سالمندان در ایران بر اساس سرشماری ۱۳۳۵-۱۳۸۵» مجله سالمندی ایران، سال دوم، شماره پنجم

۲۷. مقصود نیا، شهربانو، مراقبت‌های بهداشتی اولیه در سالمندان ایران، ۱۳۸۵: ۴-۹

28. Unaited Nations: the World Women: trends & statistic, 2000 Unaited Nations. New York ,2000

29. Crimmins E., Saito Y Ingegneri D. trends in disability – free life expectancy in United State 1970-1990. Population and Development – Review. 1997 , 23(3)

۳۰. صادقی، زهرا. بررسی مقایسه‌ای اختلالات روانی در زنان و مردان سالمند در کاشان، مجموعه مقالات سومین کنگره بررسی مسائل سالمندی در ایران و جهان اسفند ماه ۱۳۸۶: ۴۵۶-۴۵۵

۳۱. میراب‌زاده، آرش. سمیعی، مرصده. فیض‌زاده، گلناز. مطالعه مشخصات زمینه‌ای مبتلایان به اختلال روانپزشکی مزمن، سالمند و بستری روانپزشکی رازی. فیض، فصل‌نامه علمی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمانی کاشان. ۱۳۸۴، ۹ (۳۴): ۴۸-۴۳.

۳۲. محمدی، محمد رضا. یزدی باقری، سید عباس. رهگذر، مهدی. مسگر، پور بیتا. فخر حسینی، غلامرضا. برجسته، حشمت. زامیاد، عباس. افشار پرنده، حمید. همگیر شناسی اختلالات روانپزشکی در استان کرمان مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان. ۱۳۸۴، ۴ (۳): ۱۴۵-۱۳۶.

33. SuE, Meiner, AnnetteG, Gerontologyic nursing. Thirded. 2006.

۳۴. جغتایی، محمد تقی. اسدی، محمد حسین. وضعیت موجود سالمندان و ضرورت توجه به نیاز آنان. مجله پژوهشی حکیم بهار ۷۹، ۳ (۱): ۲۸.

۳۵. مدنی (قهفرخی)، سعید. نقد و بررسی برنامه‌های ارائه خدمات به سالمندان بر اساس قانون نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی و برنامه‌های توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، مجموعه مقالات دومین کنگره بررسی مسائل سالمندی در ایران ۱۳۸۶: ۵۰۶

36. <http://www.who.int/ageing/en/>