



ارزیابی جامع سلامت سالمندان مرکز نگهداری سالمندان مادر شهرستان سبزوار در سال ۱۳۹۵ بر اساس الگوی CGA

مجتبی محمدی^۱، زینب کربلایی*^۲، مهری صارمی^۳، اکرم قنبری مقدم^۴، محمد آیت نیا^۵
^۱ کارشناس ارشد پرستاری سالمندی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، تهران، ایران
^۲ مربی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، تهران، ایران
^۳ دانشجوی کارشناس ارشد داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
^۴ مربی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
^۵ کارشناس پرستاری، بیمارستان واسعی سبزوار، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

(دریافت: ۱۳۹۶/۰۱/۲۹ - پذیرش: ۱۳۹۶/۰۴/۰۹)

چکیده

مقدمه: با افزایش رو به رشد جمعیت سالمندان، نیاز به ارائه خدمات مراقبتی در خانه های سالمندی بیشتر می شود. **هدف:** هدف از این مطالعه، تعیین وضعیت سلامت سالمندان مقیم سرای سالمندان مادر شهرستان سبزوار، مشتمل بر وضعیت شناختی، تعادل در راه رفتن، استقلال عملکرد جسمی، وضعیت تغذیه و میزان افسردگی به منظور هدف کاربردی تعیین نیازهای بهداشتی و درمانی این گروه از سالمندان بوده است.

روش: این مطالعه از نوع توصیفی بر روی ۶۰ سالمند زن تحت مراقبت در سرای سالمندان خانه ی مادر شهرستان سبزوار در آذرماه ۱۳۹۵ انجام شد. نمونه گیری به روش سرشماری، از تمامی سالمندان ساکن بخش آمنه ی آسایشگاه که سن آن ها ۶۰ سال و بالاتر بود؛ و حداقل یک ماه از زمان اقامتشان در خانه ی مادر گذشته بود؛ انجام شد. برای جمع آوری داده ها از ابزار های مربوط به ارزیابی جامع سالمندان (ADL, IADL, MNA, GDS, Tinetti, MMSE) که روایی و پایایی آن ها تایید شده و توسط سازمان جهانی بهداشت در طرح های بررسی سلامت سالمندان توصیه شده است؛ استفاده گردید. داده ها پس از جمع آوری در نرم افزار SPSS v.21 وارد و آنالیز گردید.

یافته ها: یافته ها نشان داد که میانگین سنی زنان سالمند مرکز خانه ی مادر شهرستان سبزوار، ۷۴ سال بود؛ که ۲۰ درصد از آنان تغذیه ی مطلوب داشتند. حدود نیمی از آنان مبتلا به سوءتغذیه بودند و سایرین نیز در معرض خطر سوء تغذیه قرار داشتند. شیوع افسردگی ۸۰ درصد بود؛ که در این بین ۳۵ درصد آنان مبتلا به افسردگی شدید بودند و ۴۵ درصد نیز از افسردگی متوسطی رنج می بردند. نزدیک به ۸۰ درصد، به درجاتی از اختلال حافظه مبتلا بودند. بیش از ۶۰ درصد، در انجام فعالیت های روزمره شان کاملاً وابستگی داشته و ۵۴ درصد، اشکال در راه رفتن و حفظ تعادل داشتند؛ که از این بین ۲۶ درصد آنان با خطر بالایی برای زمین خوردن مواجه بودند.

نتیجه گیری: بر اساس یافته ها، تعداد زیادی از سالمندان ساکن مرکز نگهداری مورد پژوهش، ناتوان در زمینه های عملکرد جسمی و شناختی، بودند. شیوع افسردگی بالا و مشکلات در سالمندان در زمینه ی تغذیه، علی رغم تدارک برنامه های مناسب، هم چنان چشم گیر بود؛ که بیانگر نیاز مبرم به شکل گیری سیاست گذاری های بنیادین و جدی تری در حوزه ی سلامت سالمندان عزیز کشورمان در مراکز نگهداری می باشد.

کلیدواژه ها: ارزیابی، سالمندان، سلامت، مرکز نگهداری

مقدمه

سالمندی دوره ای از زندگی است که معمولاً از ۶۰ یا ۶۵ سالگی آغاز می شود. (۱) درحقیقت فرآیند سالمندی عبارت است از کاهش تدریجی عملکرد سیستم های بدن از جمله قلب، عروق، تنفس، دستگاه ادراری تناسلی، غدد درون ریز و سیستم ایمنی بدن. درطول این فرآیند یک فرد بالغ سالم، به فردی ضعیف با کاهش در ظرفیت های مختلف فیزیولوژیک و افزایش استعداد ابتلا به بسیاری از بیماری ها و مرگ تبدیل می شود. (۲) سالمندی به هیچ وجه بیماری تلقی نمی شود؛ بلکه ضرورتی اجتناب ناپذیر در گذرگاه زندگی و مسیر طبیعی رشد است. (۱) بر اساس آمار، پیش بینی می شود که جمعیت سالمندان در جهان در سال ۲۰۵۰ به دو میلیارد نفر برسد. (۳) در ایران نیز بر اساس سرشماری عمومی ۱۳۹۰ سالمندان بالای ۶۵ سال ۷/۵ درصد از کل جمعیت کشور را شامل می شوند؛ که درمقایسه با سرشماری سال ۱۳۸۵، ۰/۵ درصد افزایش نشان می دهد؛ و پیش بینی می شود تا سال ۲۰۵۰ به بیش از ۲۵ میلیون نفر برسد که روندی سریع تر از سایر گروه های جمعیتی خواهد داشت. (۴)

علی رغم رشد جمعیت سالمندان و تغییرات هرم جمعیتی کشور، هنوز بر روی وضعیت سلامت سالمندان به عنوان یک گروه آسیب پذیر جامعه، کمتر توجه شده است. (۳) ارزیابی جامع

سلامت سالمند^۱ بهترین راهکار شناخته شده ی موجود برای شناخت و سپس تصمیم گیری در مورد برنامه ریزی درمانی سالمندان می باشد. با این ارزیابی جامع سلامت، قادر خواهیم بود به ارزیابی وضعیت خلقی، شناختی، انواع بیماری های همراه، وجود خطر سقوط و وضعیت عملکردی (توانایی انجام فعالیت های روزمره و فعالیت های ابزاری زندگی) و وضعیت تغذیه پردازیم. (۵)

از طرفی با افزایش نرخ سالمندی در ایران و با توجه به تغییر ساختار خانواده ها از گسترده به زن و شوهری و جدازیستی خانواده ها از همدیگر، به خصوص در شهرها، موجب روی آوردن سالمندان به سراهای سالمندان و یا قبول این جابجایی شده است. (۶) هم چنین تغییر در وضعیت سلامت فرد سالمند، تغییر در وضعیت سلامت خانواده، خواب، تنش و اضطراب، مسئولیت های گوناگون اعضای کلیدی خانواده، ناکافی بودن حمایت های حرفه ای و اجتماعی، (۷) همراه با افزایش شیوع بیماری های مزمن و اغلب ناتوان کننده که سبب افت کارکرد و از دست دادن استقلال و وابستگی روز افزون سالمند می شود؛ منابع مالی و انسانی پاره ای از خانواده ها را تحلیل می برد. به طوری که ممکن است به رغم تمایل خود، در نهایت ناگزیر از سپردن سالمندشان به آسایشگاه ها شوند. سالمندانی که نیاز به مراقبت های موسسه ای دارند؛ اغلب ضعیف، ناتوان یا دارای

^۱ CGA: Comprehensive Geriatric Assessment

سالمندان (ADL^۱, IADL^۲, MNA^۳, GDS^۴, MMSE^۵, Tinetti^۶) که روایی و پایایی آن‌ها تایید شده و توسط سازمان جهانی بهداشت در طرح‌های بررسی سلامت سالمندان توصیه شده است؛ (۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸) استفاده گردید. در مواردی که سالمند قادر به پاسخ‌گویی نبود؛ از مادر یار، یا نزدیک‌ترین فردی که سالمند را می‌شناخت؛ کمک گرفته می‌شد. هم‌چنین پژوهشگران علاوه بر کسب رضایت آگاهانه از سالمندان، به آنان اطمینان دادند که اطلاعاتشان محرمانه خواهد بود. در نهایت اطلاعات گرفته شده در نرم‌افزار SPSS v.21 وارد و با استفاده از روش‌های آماری توصیفی مورد بررسی قرار گرفت.

پرسشنامه‌ی ارزیابی مختصر تغذیه‌ای^۷ شامل: اندازه‌گیری‌های تن‌سنجی (وزن، قد، ارتفاع زانو، نمایه‌ی توده‌ی بدن، دور وسط بازو و دور ساق پا)^۸، جنس، سن، وجود کاهش وزن، زندگی به تنهایی، مصرف دارو، ابتلا به بیماری حاد یا تنش روانی، توانایی حرکت، ابتلا به مشکلات عصبی روانی، وجود

وضعیت‌های مزمن چندگانه و درجه‌ی وابستگی بالاتر هستند (۸) هر چند محققان در مراکز نگهداری شاهرود، کهریزک تهران، سبزوار و اصفهان پژوهش‌هایی ترتیب داده‌اند؛ اما هر کدام فقط به جنبه‌هایی مختصر از وضعیت سلامت سالمندان تحت مراقبت پرداخته‌اند؛ (۶، ۱۱، ۱۰، ۹ و ۱۲) بنابراین از آنجا که در زمینه‌ی وضعیت جامع سلامت سالمندان آسایشگاه‌ها اطلاعات چندانی در دست نبود؛ لذا تصمیم گرفتیم در این پژوهش برای اولین بار وضعیت سالمندان مقیم آسایشگاه را از جنبه‌های مختلف، بر اساس الگوی توصیه شده‌ی ارزیابی جامع سلامت سالمند، مورد ارزیابی قرار دهیم.

روش مطالعه

این مطالعه از نوع توصیفی بر روی ۶۰ سالمند تحت مراقبت در آسایشگاه خانه‌ی مادر شهرستان سبزوار در سال ۱۳۹۵ انجام شد. نمونه‌گیری به روش سرشماری از تمامی سالمندان بخش آمنه‌ی آسایشگاه که دارای معیارهای ورود بودند؛ (سن ۶۰ سال و بالاتر و گذشت حداقل یک ماه از زمان اقامتشان در مرکز) صورت پذیرفت. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود که به روش خودگزارش‌دهی نمونه‌ها به وسیله‌ی مصاحبه‌ی حضوری توسط پژوهشگران طی یک ماه تکمیل گردید. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای مربوط به ارزیابی جامع

^۱ فعالیت‌های روزانه زندگی

^۲ فعالیت‌های روزانه زندگی با ابزار

^۳ ارزیابی مختصر تغذیه‌ای

^۴ مقیاس افسردگی سالمندان

^۵ مقیاس تعادل و راه رفتن

^۶ مقیاس ارزیابی شناختی مختصر

^۷ MNA

^۸ قد آزمودنی‌ها بدون کفش، در حالی که پاها به هم چسبیده و باسن، شانه‌ها و پس‌سر در تماس با قد سنج بود، اندازه‌گیری شد. اندازه‌گیری وزن افراد نیز با لباس سبک، بدون کفش و با ترازوی دیجیتال (مدل سکا آلمان) صورت گرفت

زخم بستر، تعداد وعده های غذایی روزانه، مصرف محصولات لبنی، مصرف گروه حبوبات و تخم مرغ، مصرف انواع گوشت ها، مصرف نشان گرهای دریافت پروتئین، مصرف میوه و سبزی، وضعیت اشتها، مصرف مایعات، توانایی خوردن غذا به تنهایی، ارزیابی شخصی از وضعیت تغذیه و نظر شخصی در مورد وضعیت سلامت است. در پایان، امتیازهای داده شده در پرسشنامه ی ارزیابی مختصر تغذیه ای را جمع کرده و اگر امتیاز کمتر از ۱۷ بود؛ نتیجه می گیریم که سالمند مبتلا به سوء تغذیه است. اگر امتیاز بین ۱۷ تا ۲۳/۵ باشد؛ در معرض سوء تغذیه قرار دارد و اگر امتیاز بین ۲۴ تا ۳۰ بود؛ سالمند وضعیت تغذیه ای خوبی دارد. (۱۹ و ۲۰)

به منظور تشخیص افسردگی در سالمندان، از مقیاس استاندارد شده ی افسردگی سالمندان^۱ که جهت ارزیابی وضعیت افسردگی سالمندان طراحی و تأیید شده است استفاده شد. در ایران نیز این ابزار به فارسی ترجمه و پس از استاندارد سازی در جمعیت ایرانی، مناسب تشخیص داده شده است و از پایایی و روایی مطلوبی برخوردار است؛ به طوریکه ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۹ و روایی آن به روش تحلیل عاملی ۰/۹ بوده است. (۲۱) این پرسشنامه حاوی ۱۵ سؤال است و وجود افسردگی را اندازه می گیرد. در این پرسشنامه، نمره ی ۰ تا ۴ به معنای عدم وجود افسردگی، نمره ی ۵ تا ۹ به منزله ی

افسردگی متوسط و نمره ی ۱۰ تا ۱۵ نشان دهنده ی افسردگی شدید و نمره ی کلی بیش از ۷ بیان کننده ی خطر ایجاد افسردگی شدید است. (۹ و ۲۱)

جهت ارزیابی وضعیت شناختی نمونه های مورد پژوهش، از ابزار ارزیابی مختصر شناختی^۲ استفاده شد. ابزاری غربالگری که توسط فروغان و همکاران اعتباریابی شد و احتمالاً پرمصرف ترین ابزار عملکرد شناختی در مطالعات اپیدمیولوژیک و بالینی می باشد. آلفای کرونباخ ۰/۷۸ برای پرسشنامه گزارش شده است. (۱۴) توجه به این نکته لازم است که هر چه قدر تحصیلات فرد بالاتر باشد؛ نمره ی آزمون کوتاه وضعیت شناختی وی بالاتر خواهد بود. لذا در صورت سطح تحصیلی ۹ سال و بالاتر، نمره ی آزمون ۲۶ و در صورتی که سطح تحصیلی مابین ۸-۵ سال باشد؛ نمره ی آزمون ۲۴ و در صورتی که سطح تحصیلی کمتر از ۴ سال و یا بی سواد باشد؛ نمره ی آزمون ۲۰ طبیعی تلقی شده و پایین تر از آن ها نشانه ی ابتلای سالمند به درجاتی از اختلال شناختی خواهد بود. (۱۵)

به منظور بررسی استقلال جسمی سالمندان و تحرک آنان، از ارزیابی وضعیت عملکردی استفاده شد. یکی از بهترین راه های ارزیابی استقلال عملکردی سالمندان، بررسی سطح فعالیت های روزانه ی زندگی^۳ و ابزاری^۴ سالمندان می باشد؛ که می تواند اطلاعات لازم جهت برنامه ریزی

^۱ MMSE^۲ Activity of Daily Living^۳ Instrumental Activity of Daily Living^۴ GDS

مناسب و منطبق با نیازهای سالمندان را در اختیار کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی قرار دهد. (۲۲) شاخص بارتل ابزار سنجش "فعالیت های روزانه ی زندگی"^۱ می باشد. این شاخص دارای ده جزء خوردن، استحمام، مراقبت از خود، لباس پوشیدن، کنترل مدفوع، کنترل ادرار، استفاده از توالت، جابجایی توانایی حرکت کردن و بالا رفتن از پله است. سطح وابستگی به این صورت طبقه بندی شد: ۹۵-۱۰۰ به معنای عدم وابستگی، ۹۴-۹۱ وابستگی جزئی، ۹۰-۷۵ وابستگی خفیف، ۷۴-۵۰ وابستگی متوسط، ۴۹-۲۵ وابستگی شدید و ۲۴-۰ وابستگی کامل. (۲۳) این شاخص توسط ماهونی و بارتل (۲۴) در سال ۱۹۶۵ طراحی شده است؛ و جهت اندازه گیری های توانایی های عملکردی پیش و پس از درمان، تعیین مقدار مورد نیاز خدمات پزشکی در بیماری و هم چنین بررسی برون ده کلینیکی مورد استفاده قرار می گیرد. پایایی نسخه ی فارسی نسخه ی بارتل ۰/۹۶-۰/۹۹ و روایی آن ۰/۹۹۹ می باشد. (۲۳) هم چنین فعالیت های ابزاری زندگی^۲ شامل: استفاده کردن از تلفن، طی کردن مسافت های نسبتا طولانی با وسایل نقلیه، خرید مواد غذایی و پوشاک، آماده کردن غذا، انجام دادن کارهای منزل، شستن لباس های شخصی، انجام دادن تعمیرات جزئی منزل، مصرف کردن دارو و کنترل دخل و خرج و مسافرت می باشد. روایی و پایایی مطلوب ابزار IADL در بسیاری از مطالعات دنیا گزارش شده است. (۲۲ و ۲۵)

نمره بندی سطح وابستگی به این صورت طبقه بندی شد: ۱۶-۱۲ به معنای عدم وابستگی، ۸-۴ به معنای نیازمند کمک و ۴-۰ به معنای وابستگی کامل. (۲۵)

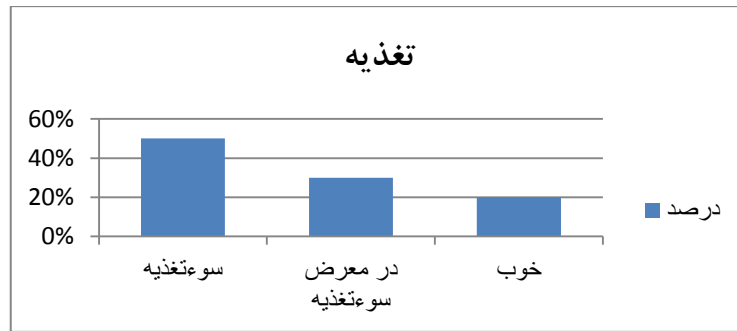
ارزیابی تعادل سالمندان در حین راه رفتن از طریق مقیاس Tinetti انجام گرفت. وضعیت مفصل زانو در راه رفتن، سطح تکیه گاه، ارتفاع گام، تأخیر در گام، برهم خوردن گام ها، یخ زدگی در گام ها (سد حرکتی) و سرعت گرفتن گام بررسی شد. در نهایت، مجموع پاسخ های مثبت، برای ارزیابی الگوی راه رفتن بیمار استفاده می شود. در مقیاس تعادل Tinetti امتیاز ۲۴ یا بالاتر برای راه رفتن مطلوب (ریسک سقوط پایین) و امتیاز ۱۸ یا پایین تر، نامطلوب (ریسک سقوط بالا) محسوب می شود. امتیاز بین ۱۸ تا ۲۴ از نظر ریسک سقوط، متوسط ارزیابی می شود. (۲۶) در این راستا از آزمودنی ها خواسته شد تا بایستند و در اتاق راه بروند. سپس مؤلفه های مورد نظر ارزیابی و به آن ها امتیاز داده شد. پایایی درون آیتمی برای مقیاس راه رفتن Tinetti برابر ۰/۸۵ ذکر گردید. هم چنین همبستگی مقیاس Tinetti با مقیاس Berg برابر ۰/۹۱ عنوان شده است. (۲۷)

یافته ها

تمام نمونه ها را زنان سالمند تشکیل می دادند. میانگین سنی گروه نمونه ی ۶۰ نفری در مرحله ی نمونه گیری، ۷۳/۸ سال بود. وضعیت تغذیه ی واحدهای مورد مطالعه، در نمودار شماره ی ۱ نشان داده شده است.

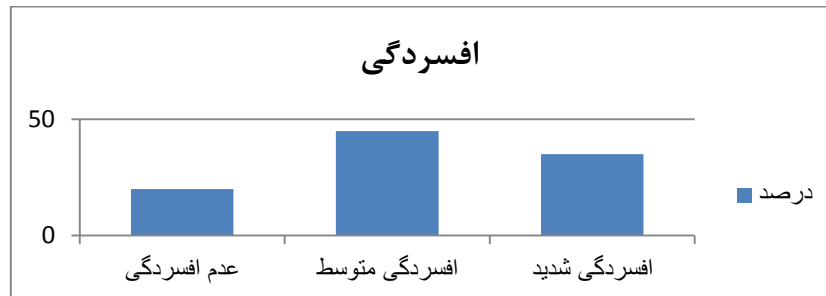
^۱ ADL

^۲ IADL



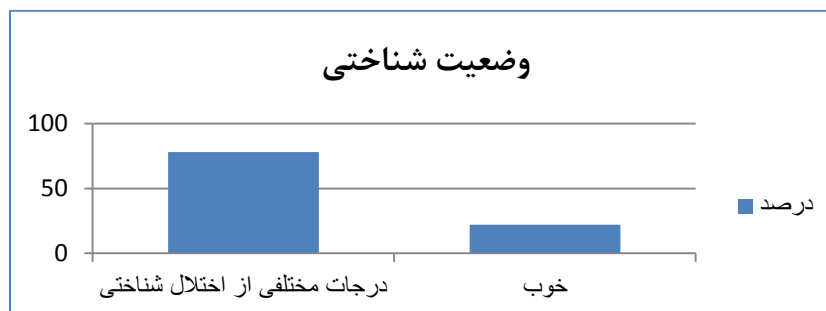
نمودار ۱: وضعیت تغذیه ی سالمندان مرکز نگهداری سالمندان مادر سبزوار

یافته ها نشان داد که ۳۰ درصد از سالمندان مادر مرکز نگهداری در شهرستان سبزوار، در معرض خطر سوء تغذیه، ۲۰ درصد تغذیه ی خوب و ۵۰ درصد مبتلا به سوء تغذیه می باشند. (نمودار ۱) وضعیت افسردگی واحدهای مورد مطالعه، در نمودار شماره ی ۲ نشان داده شده است.



نمودار ۲: وضعیت افسردگی در سالمندان مرکز نگهداری سالمندان مادر سبزوار

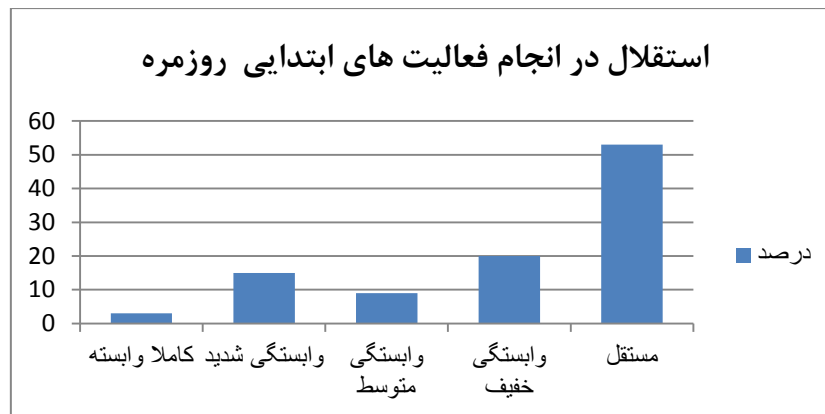
بر اساس یافته ها ، ۳۵ درصد سالمندان مورد مطالعه مبتلا به افسردگی شدید بودند ، حدود ۴۵ درصد از افسردگی متوسط رنج می بردند ، ۲۰ درصد نیز افسردگی نداشتند (نمودار ۲). بطور کلی ، نزدیک ۴۲ درصد از نمونه ها ، در معرض خطر افسردگی شدید قرار داشتند. وضعیت شناختی واحدهای مورد مطالعه، در نمودار شماره ی ۳ نشان داده شده است.



نمودار ۳: وضعیت شناختی در سالمندان مرکز نگهداری سالمندان مادر سبزوار

بر اساس یافته ها ۱۰ درصد از سالمندان مورد بررسی، اختلال شناختی شدید داشتند . ۲۲ درصد از آنان از وضعیت شناختی مطلوب برخوردار بودند . در کل نزدیک به ۸۰ درصد نمونه ها درجات مختلفی از اختلال وضعیت شناختی را از خفیف تا شدید برخوردار بودند. (نمودار ۳)

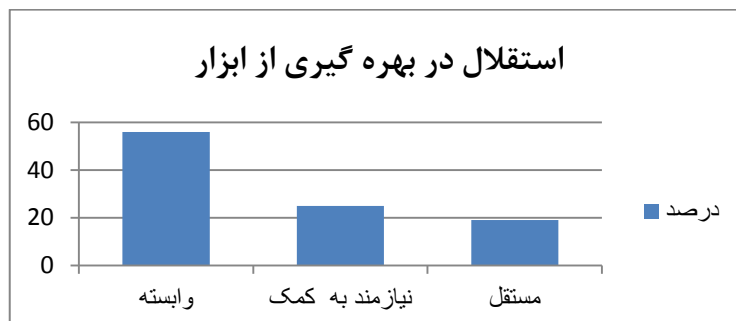
وضعیت استقلال در انجام فعالیت های ابتدایی روزانه ی زندگی (خوردن، استحمام، مراقبت از خود، لباس پوشیدن، کنترل مدفوع، کنترل ادرار ، استفاده از توالت ، جابجایی توانایی حرکت کردن و بالا رفتن از پله) در واحدهای مورد مطالعه، در نمودار شماره ی ۴ نشان داده شده است.



نمودار ۴: وضعیت استقلال عملکردی در انجام فعالیت های ابتدایی روزانه ی زندگی در سالمندان مرکز نگهداری سالمندان مادر سبزوار

یافته ها نشان داد؛ ۵۳ درصد از نمونه ها در انجام فعالیت های ابتدایی زندگی مستقل بودند. ۲۰ درصد از آنان وابستگی خفیف و ۹ درصد وابستگی متوسطی داشتند. ۱۵ درصد نیز از وابستگی شدید رنج می بردند؛ در حالی که ۳ درصد این سالمندان در انجام فعالیت های ابتدایی روزمره شان کاملاً وابسته بودند. (نمودار ۴)

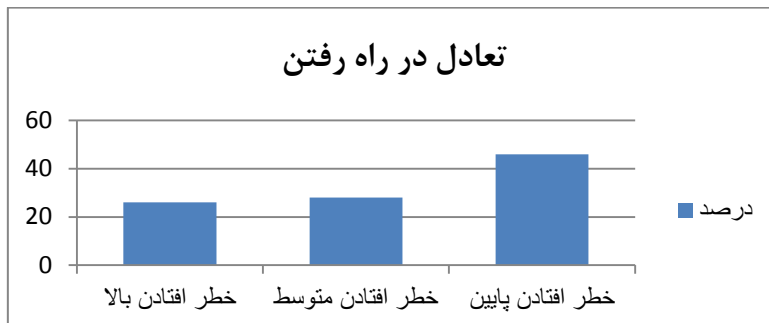
وضعیت استقلال در انجام فعالیت های مرتبط با ابزار در واحدهای مورد مطالعه، در نمودار شماره ی ۵ نشان داده شده است.



نمودار ۵: وضعیت استقلال عملکردی در بهره گیری از ابزار در سالمندان مرکز نگهداری سالمندان مادر سبزوار

۵۶ درصد این سالمندان در بهره گیری از ابزار در زندگی روزانه ی خود کاملاً ناتوان بودند . ۲۵ درصد نیازمند کمک بودند و ۱۹ درصد از آنان از استقلال عملکرد برخوردار بودند. (نمودار ۵)

وضعیت استقلال در انجام فعالیت های مرتبط با ابزار در واحدهای مورد مطالعه، در نمودار شماره ی ۶ نشان داده شده است.



نمودار ۶ : وضعیت تعادل در راه رفتن سالمندان مرکز نگهداری خانه مادر سبزوار

بر اساس سایر یافته های موجود، ۲۶ درصد از سالمندان مورد بررسی، دچار اشکال جدی در حفظ تعادل بدنی بودند؛ هم چنین ۲۸ درصد نیز با خطر متوسطی جهت افتادن روی زمین مواجه بودند. ۴۶ درصد از نمونه ها مشکل جدی در رابطه با حفظ تعادل و خطر سقوط نداشتند. (نمودار ۶)

بحث

مشکلات در سالمندان مورد مطالعه، در زمینه ی تغذیه قابل توجه بود. نیمی از سالمندان دچار سوءتغذیه بودند و تعداد زیادی نیز در معرض سوءتغذیه قرار داشتند. (۳۰ درصد) این در حالیست که خوشبختانه برنامه های تغذیه ای مناسبی برای سالمندان این مرکز مورد توجه مسئولین امر قرار گرفته است؛ و تعداد سالمندان با تغذیه ی مطلوب به رقم ۲۰ درصد نزدیک شده است. لازم به ذکر است در مطالعه ی قاسمی و همکاران در آسایشگاه کهریزک تهران حدود ۳۴ درصد از سالمندان، امتیاز MNA زیر ۱۷ داشتند که بیانگر سوءتغذیه در آنان است؛ اما اغلب نمونه ها در معرض سوءتغذیه قرار داشتند؛ در حالی که فقط نزدیک به ۳ درصد از آنان نیز در وضعیت مطلوب تغذیه ای بودند. (۱۱) این در حالیست که مطالعه ی حاضر نشان می دهد درصد بسیار بیشتری از

پژوهش حاضر با هدف تعیین وضعیت ابعاد مهم سلامت سالمندان ساکن سرای سالمندان مادر انجام گرفت. در حالی که میانگین سنی سالمندان در مراکز نگهداری در مطالعه ی وجدانی و همکاران در سال ۹۳ در مراکز نگهداری شهر سبزوار ۷۹ سال گزارش شده است؛ (۱۰) در مطالعه ی حاضر این میانگین ۷۴ سال بود. علت این اختلاف را می توان در نمونه های مورد بررسی جستجو کرد. نمونه های پژوهش حاضر، همه ی زنان سالمندی بودند که در بخش آمنه ی خانه ی مادر سالمندان مورد بررسی قرار گرفتند. در این بخش از آسایشگاه، معمولاً سالمندانی حضور دارند که از وضعیت سلامتی نسبتاً مطلوب تری برخوردارند. بنابراین میانگین سنی کمتر، در این مطالعه منطقی بنظر می رسد.

غذا به منظور تسهیل در خورده شدن توسط یک سالمند با توجه به انواع مشکلات دهان و دندان و محدودیت های حرکات ظریف از جمله نگه داشتن قاشق و مانند آن، مصرف همزمان دارو های متعدد با تاثیر بر اشتها، فاکتورهای آلبومین، هماتوکریت و هموگلوبین، ترکیبات غذا و ... اشاره کرد؛ (۱۱) که نیاز به مطالعات بیشتری دارد. با توجه به نامطلوب بودن وضعیت تغذیه در سالمندان مورد پژوهش بر اساس ابزار MNA، به منظور بهبود و ارتقاء کیفیت سلامت تغذیه ای، برنامه های آموزشی مناسب و مدون جهت مادران به صورت برنامه ی آموزشی ضمن خدمت پیشنهاد می شود. هم چنین به نظر می رسد می بایست بررسی و پایش وضعیت تغذیه ای به طور مستمر، به صورت همیشگی ادامه یابد تا بتوان در اسرع وقت کمبود های تغذیه ای را شناسایی و نسبت به رفع آن ها اقدام شود. مدیران و مسئولین و افراد کلیدی مرکز نیز جهت تسهیل در اجرا و و دستیابی به اهداف، آموزش های لازم را کسب نمایند.

هم چنین بر اساس یافته های پژوهش، شیوع افسردگی در خانه مادر شهر سبزوار ۸۰ درصد می باشد. اکثر نمونه ها دچار درجاتی از افسردگی متوسط (۴۵درصد) و شدید (۳۵درصد) بودند؛ که با مطالعه ی منظوری و همکاران در اصفهان مطابقت دارد و با مطالعه ی سهرابی و همکاران در مورد سالمندان مقیم اسایشگاه شاهرود، همخوانی ندارد. (۲۹و۹) در مطالعه ی خانه ی سالمندان شهر شاهرود بیشترین وضعیت افسردگی با ۴۳/۷ درصد مربوط به افسردگی شدید بوده است؛ (۲۹) اما در مطالعه ی حاضر،

سالمندان مرکز خانه ی مادر سبزوار در وضعیت مطلوب تغذیه قرار داشتند. نبایستی از نظر دور داشت که بر اساس مطالعه ای، نزدیک به ۷۵ درصد از جمعیت سالمندان ساکن مراکز نگهداری در شهر سبزوار، از مشکلات دندانی و دهانی رنج می برند. (۱۰) با توجه به امتیاز حاصله ی سالمندان این مرکز از فعالیت های روزانه ی ابتدایی، از جمله غذا خوردن و نیز فعالیت های روزانه ی مرتبط با ابزار یا همان IADLs نشان می دهد؛ بیش از ۶۰ درصد از آنان کاملا وابسته اند. این در حالیست که اگر سالمندان نیازمند کمک را نیز اضافه کنیم این عدد به ۸۴ درصد می رسد؛ که می تواند این ناتوانی در زمینه ی غذا خوردن با قاشق تاثیر منفی داشته باشد. با توجه به پرسنل مادریار محدود در آسایشگاه، احتمال می رود این مساله باعث شده است که در کسب نمره ی MNA تعداد بسیار زیادی از سالمندان ناتوان در زمینه ی عملکرد جسمی، در معرض سوءتغذیه قرار گیرند. بنابراین مساله ی تغذیه ی سالمندان مرکز، بایستی هم چنان مورد توجه مسئولین قرار داشته و بررسی های موشکافانه تری بر روی علل این مساله و راه حل های موجود صورت پذیرد. علت اصلی سوء تغذیه در خانه های سالمندان و بیمارستان هایی که در آن به مدت طولانی بستری می شوند؛ در درجه ی اول، عدم توجه به نوع تغذیه و مواد استفاده ی افراد مسن است؛ و در درجه ی دوم، تهیه ی غذای یکسان برای همه ی افراد است. (۲۸) البته عوامل زیاد دیگری نیز می توانند تغذیه ی سالمندان را تحت تاثیر قرار دهند؛ که از آن جمله می توان به نوع

آن‌ها صورت گرفته باشد؛ اثرات سوئی در سلامت آنان نداشته، ولی اگر این تغییر مکان اجباری صورت گرفته باشد؛ مطمئناً اثرات منفی به همراه خواهد داشت. (۱۸)

از یافته‌های تحقیقات مذکور چنین بر می‌آید که سکونت در سرای سالمندان برای افرادی که می‌توانستند به راحتی در منزل و در کنار خانواده به سر ببرند اما به سبب شرایط اقتصادی و خانوادگی به سرای سالمندان سپرده شده‌اند؛ باعث کاهش خلق و افزایش افسردگی شده است. توجه ویژه به این گروه از سالمندان و اهمیت دادن به آن‌ها می‌تواند از میزان این پریشانی‌ها کم کند. به این منظور بهتر است سالمندان در کنار خانواده‌ی گسترده‌ی خود باشند تا از حمایت اجتماعی و احترام و محبت آن‌ها برخوردار باشند؛ و این حمایت‌ها در نهایت سبب افزایش بهداشت روانی مطلوب در آنان گردد. (۱۸)

از طرفی دیگر، اختلال در حافظه و قدرت شناخت سالمندان نیز می‌تواند تعاملات اجتماعی و بین فردی را مختل نماید. این موارد باعث انزوای سالمندان و افسردگی آنان می‌شود. (۳۲) هم‌چنانکه این مطالعه نشان می‌دهد؛ نزدیک به ۸۰ درصد سالمندان مورد پژوهش در خانه‌ی سالمندان مادر سبزواری نیز، به درجاتی از اختلال در حافظه و یا اختلال شناختی مبتلا هستند؛ که از موضوع فوق حمایت می‌کند.

همچنین ۵۴ درصد از سالمندان مورد مطالعه، اشکال در راه رفتن و حفظ تعادل داشتند؛ که از این بین ۲۶ درصد آنان با خطر بالایی برای زمین خوردن مواجه بودند. از آنجایی که زمین خوردن ممکن است عملکرد و استقلال

۴۲ درصد سالمندان مورد پژوهش، در معرض خطر افسردگی شدید قرار داشتند؛ که اگر چه نسبتاً خوشایندتر است؛ اما خود نشان دهنده‌ی نیاز مبرم به برنامه‌ریزی جدی و موثر در این زمینه به منظور پیشگیری از ابتلای نزدیک به نیمی از سالمندان مستعد به افسردگی شدید در این مرکز می‌باشد؛ چرا که محققان دریافته‌اند حدود ۱۵ درصد از سالمندان، نشانه‌های آشکاری از افسردگی را بروز می‌دهند که حدود ۲ درصد از آن‌ها به سمت افسردگی شدید پیشرفت می‌نمایند. نحوه‌ی بروز علائم افسردگی در سالمندان و جوانان متفاوت است؛ که شایع‌ترین این علائم در آنان به شکل بی‌حالی، بی‌حوصلگی، بیدار شدن مکرر از خواب، کاهش اشتها، کند شدن جریان فکر و اضطراب بروز می‌کند؛ (۲۹) و غالباً شکایات جسمی دارند. (۳۰ و ۳۱) هم‌چنین یافته‌های مطالعه‌ی حاضر، مؤند نتایج مطالعاتی بود که شیوع افسردگی را در سالمندان مقیم سراهای سالمندی بیش از سالمندان مقیم منزل گزارش کرده‌اند. (۲۹ و ۳۲) در اکثر مطالعات داخلی میزان افسردگی چه در سالمندان مقیم مراکز نگهداری و چه در منزل، نسبت به کشورهای یونان، هنگ کنگ و چین بالاتر بود. (۳۴، ۳۳ و ۳۵) مطالعات متعدد در دنیا نیز افسردگی را یکی از عوامل ناتوانی در سنین بالا به حساب می‌آورد. از عوامل مؤثر در بروز افسردگی در سالمندان راه، از دست دادن همسر، زندگی تنها و یا نگهداری در مؤسسات ویژه بیان می‌دارد. (۳۳ و ۳۵)

در این باره مطالعات نشان داده‌اند؛ اگر نقل مکان افراد سالمند به مراکز نگهداری سالمندان از روی میل و رضایت

دچار اختلال می‌کند. (۱۲) بطور کلی نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که انجام فعالیت‌های روزانه و به ویژه فعالیت‌های با ابزار در سالمندان آسایشگاه نامطلوب بوده است. از این رو توصیه می‌شود برنامه‌ریزی‌هایی در جهت افزایش بهبود خدمات پزشکی و بهداشتی و یا بازتوانی مد نظر قرار گیرد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به تأثیر وضعیت جسمی و روحی فرد سالمند در هنگام تکمیل پرسشنامه بروی پاسخگویی آن‌ها اشاره نمود که قابل کنترل نبوده است.

نتیجه‌گیری نهایی

براساس یافته‌ها، تعداد زیادی از سالمندان ساکن مرکز نگهداری مورد پژوهش، ناتوان در زمینه‌های عملکرد جسمی و شناختی بودند. شیوع افسردگی بالا و مشکلات در سالمندان در زمینه‌ی تغذیه علی‌رغم برنامه‌های غذایی مناسب، چشم‌گیر بود که بیانگر نیاز مبرم به شکل‌گیری سیاست‌گذاری‌های بنیادین در حوزه‌ی سلامت سالمندان عزیز کشورمان در مراکز نگهداری می‌باشد.

تشکر و قدردانی

انجام این پژوهش بدون همکاری مسئولین محترم و دلسوز مرکز خانه‌ی مادر شهرستان سبزوار امکان‌پذیر نبود. لذا پژوهشگران برخود لازم می‌دانند از همکاری صمیمانه‌ی آنان تشکر نمایند همچنین از همکاری سالمندان نیز قدردانی می‌شود.

فرد را به مخاطره بیندازد؛ شناسایی افراد در معرض خطر افتادن، بسیار مهم و اولین گام برای جلوگیری از عوارض ناخواسته‌ی زمین خوردن است. (۳۶) می‌توان گفت محدودیت در حین راه رفتن، مشکلی معمولی در افراد سالمند است؛ که به افزایش خطر زمین خوردن و ناتوانی آن‌ها منجر می‌شود. (۳۷) محققان، علل زمین خوردن را کاهش مهارت‌های تعادلی، و اختلال در راه رفتن را از عوامل کلیدی در زمین خوردن و دیگر مشکلات حرکتی سالمندان می‌دانند. علاوه بر این، تجربه‌ی افتادن به تنهایی باعث ترس از راه رفتن نیز می‌شود. این مسائل در نهایت، سبب انزوای اجتماعی و کاهش مشارکت و کاهش سطح کیفیت زندگی می‌شوند. (۳۸) شناخت ابعاد گوناگون ناتوانی‌های سالمندان در راه رفتن، به منظور انجام فعالیت‌های عملکردی و روزمره‌ی آن‌ها کمتر در معرض توجه متخصصان قرار گرفته است؛ که طراحی مطالعه‌ی جهت دستیابی به این مهم پیشنهاد می‌گردد.

در رابطه با فعالیت‌های روزانه‌ی زندگی و نیز فعالیت‌های ابزاری زندگی، یافته‌های مطالعه‌ی حاضر حاکی از وجود ناتوانی با درجات مختلف در سالمندان ساکن سراهاست که با مطالعه‌ی علی اصغرپور و همکاران همخوانی دارد. (۱۲) مطالعات صورت گرفته در مناطق مختلف ایران و جهان، حاکی از شیوع بالای مشکلات جسمی به خصوص در فعالیت‌های روزمره در سالمندان ساکن مراکز نگهداری است. (۳۹ و ۱۲) وجود این مشکلات جسمی و محدودیت‌های فیزیکی، منجر به افت توانایی مراقبت از خود در سالمندان شده و کیفیت زندگی در این بعد را

References:.....

1. WHO; 2010. Definition of an older or elderly person.
2. Hatami and Razavi. Health of the elderly. Chapter 11 part is based 22. Third edition . Tehran: Khosravi, 2008.
3. Committee on Health and Life Sciences. Holistic Scientific Map health. Ministry of Health and Medical Education. 2010.
4. Census of Population and Housing in 2011. The results of the census available at <http://www.sci.org>
5. Salvi F, Morichi V, Dessi-Fulgheri P. The “Silver Code” And The Frail Elder In The Emergency Department. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2010; 65:16.
6. Masnavi A, Akbari Kamrani A A, Hosseini SA. Compare the situation of elderly nursing home residents and resident families .journal of elderly. 2007; 2(4). [in Persian]
7. Ryan A. Assessing elderly caregiver experiences of sending their old relatives to nursing home. Journal of Advanced Nursing. 2000; 32(5): 1187-95.
8. Amanian D, Foroughan M, Hosseini M A. The Effect of the Training Program about Management of Elders’ Common Problems on the Level of Job Stress in Caregivers of Nursing Homes. Journal of Research Development in Nursing & Midwifery. 2014; 11(2). [in Persian]
9. Manzoori L. Babak A. Depression and its associated factors in the elderly Esfahani. journal of Iranian elderly. 2009; 14(4). [in Persian]
10. Vejdani M, Et al. Evaluation of elderly's health status living in nursing home in Sabzevar -1393. Quarterly Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2015; 22(2). [in Persian]
11. Ghasemi S, Sharifi F, Maghsoodnia Sh, Teimoori F. The effect of nutrition on health education staff to improve the nutritional health of elderly residents of Kahrizak Charity Foundation in the center. Iranian Journal of Aging, the first year . 2006. [in Persian]
12. Aliasghaurpoor M. Eibpoosh S. The Quality of Life of Elderly Nursing Home Residents and Its relationship with Different Factors. [in Persian]
13. Blase E, et al. social determinants and public health programmes: world health organization. 2010.
14. Foroughan M, Jafari Z, Shirin BP, Ghaem magham farahani Z, Rahgozar M. Validation of mini-mental state examination (MMSE) in the elderly population of Tehran. Advances in Cognitive Science. 2008. [in Persian]
15. Ahmadi Kamrani A A. Memory & cognition in Aging. 2009. University of welfare and Rehabilitation science . Tehran . 2009; 2.
16. WORLD Health Organization. 2010. Global recommendations on physical activing for health.
17. Tinetti ME. Performance oriented assesment of mobility problems in elderly patients. J Am Geriatr Soc. 1986; 34 (2): 119-26.
18. Ghandi A, Mahmoudi S. Older people’s Health. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2004. [in Persian]

19. Maghsoudi Sh. Primary Health Care in Older People. Tehran; University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. 2006. [in Persian]
20. Masomy N, Et al. Nutritional Status Assessment and Related Factors in the Retired Senile. Journal of Guilan University of Medical Sciences. 2012; 84. [in Persian]
21. Kurlowicz L. The Geriatric Depression Scale (GDS). Best practices in nursing care to older adults from the Hartford Institute for Geriatric Nursing. 2007; 4.
22. Amini R, Haghani H, Masoomi M, Assari S. Activity of daily living and its associated factors in war survivors with no visual acuity. JRMS. 2010; 15(4): 1-6. [in Persian]
23. Tagharrobi Z, Sharifi o, Sooki Z. revised version of Persian Barthel index in elderly people residing Geriatric Center Golabchi Kashan. fyz . 2011; 15 (3). 213-224. [in Persian]
24. Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: The Barthel Index. Maryland State Medical Journal. 1965; 14: 56-61.
25. Roehrig B, Hoeffken K, Pientka L, Wedding U. How many and which items of activities of daily living(ADL) and instrumental activities of daily living (IADL) are necessary for screening. Crit Rev Oncol Hematol. 2007; 62(2): 164-171.
26. Thomas M, Jankovic J, Suteerawattananon M, Wankadia S, Caroline KS, Vuong KD, et al. Clinical gait and balance scale (GABS): validation and utilization. J Neurol Sci. 2004; 217 (1): 89-99.
27. Tinetti ME. Performance oriented assesment of mobility problems in elderly patients. J Am Geriatr Soc. 1986; 34 (2): 119-26.
28. Asgarifar Gh R. The most common diseases of aging. University of Welfare and Rehabilitation Sciences in Tehran. [in Persian]
29. Sohrabi M and et al. A Comparative Study of depression and cognitive residents living in nursing homes and private homes. Knowlegth and Health. 2007;2(3). [in Persian]
30. Unutzer J. Clinical practice. Late-life depression. N Engl J med. 2007; 357: 2269.
31. Hybels CF, Blazer DG. Epidemiology of late-life mental disorders. Clin Geriatr Med 2003; 19: 663.
32. Mobasheri M. Moezy M. The prevalence of depression among the elderly. population of Shaystegan and Jahandidegan nursing homes in Shahrekord. Journal of shahrekord University of medical sciences . 2010; 12: 2.
33. Chou KL, chi I. Prevalence and correlates of depression in Chinese oldest-old. Int J Geriatr psychiatry. 2005; 20(1): 41-50.
34. Gao S, Jin Y, Unverzagt FW, Laing C, Hall KS, Ma F, murrell JR, Cheng Y, Matesan J. correlates of depressive symptoms in rural elderly Chinese. Int J Geriatr psychiatry. 2009; 3.
35. Papadopulos FC, Petridou E, Argyropoulous S, Kontaxakis V, Dessypris N, Anastasiou A, Katsiardani kp, Trichopoulos D, Lyketsos C. Prevalence and correlates of depression in late life: a population based study from a rural Greek town. Int J Geriatr psychiatry. 2005; 20(4): 350-7.

36. Letafatkar A, Abdolvahabi Z. [General corrective exercises (Persian)]. 1th edition. Tehran: Avaye-Zohur Publications. 2010.
37. Abdiani M, Golpayegani M, Khajavi D. Validity and Reliability of Persian Version of Dynamic Gait Index in Older Men journal of elderly .9 (2).2014.(Persian).
38. Sarhadi M, Aboutalebi SH, Hosseini A. [Effect Supporting surface and focus on balance in elderly men with a history of falling . Journal of Ageing. 2008; 3(9):37-46. [in Persian]
39. Sato S, Demura S, Kobayashi H, Nagasawa Y. The relationship and its change with aging between ADL and daily life satisfaction characteristics in independent Japanese elderly living at home. J Physiol Anthropol Appl Human Sci. 2002 ; 21(4): 195-204.

*Original Article***Comprehensive geriatric health assessment in nursing homes of Sabzevar in 2016 on the pattern of CGA**M. Mohammadi¹, Z. Karbalaee^{2*}, M. Saremi³, A. Ghanbari Moghadam⁴, M. Ayatnia⁵¹MSc of Geriatric Nursing, Faculty of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.^{2*}Lecturer of Nursing Department, Faculty of Nursing, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.³MSc of Nursing, Faculty of Nursing & Midwifery, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran⁴Lecturer of Nursing Department, Faculty of Nursing & Midwifery, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran⁵BSc in Nursing, vaseie hospital, sabzevar, Iran**(Received: 18 Apr, 2017 – Accepted: 30 Jun, 2017)****Abstract**

Introduction: Due to the growing elderly population, to provide care in nursing homes increases, The aim of this study was to determine the health status of the elderly living in nursing homes city of Sabzevar, including cognitive status, functional balance, physical function, nutritional status and the Depression to target this group of seniors has been designated healthcare needs.

Method: This cross-sectional study on 60 elderly care in nursing homes (mother's home) city of Sabzevar in 2016. Sampling Census of all the institutionalized elderly aged 60 years and older had at least a month had passed since the stay at home mom was doing. To collect data from instruments on a comprehensive evaluation of the elderly (ADL, IADL, MNA, GDS, Tinetti, MMSE) the validity and reliability confirmed by the World Health Organization plans to investigate the health of the elderly is recommended, was used. Data collected in the application compiled and analyzed by SPSS-v21.

Results: The results showed that 76 percent of nursing-homes ("MADAR" home) in Sabzevar city center were suffering from malnutrition, and others were at risk of malnutrition. The prevalence of depression was 80 percent at between 35 percent and 45 percent of them were suffering from severe depression also suffered from moderate depression. The findings are based on nearly 80 percent of seniors surveyed were suffering from some degree of memory impairment. More than 60 percent of the elderly in their daily activities were completely dependent. Also, 54 percent, had difficulty walking and balancing that of the 26 percent they were facing a high risk of falling.

Conclusion: Based on the findings, a large number of elderly nursing home for research in the areas of physical functioning and cognitive disabilities. The prevalence of depression was high and significant problems in the elderly nutrition Which indicates the urgent need for the development of basic policy in our nation's elderly health care centers are.

Keywords: Geriatric Assessment, health, nursing home, elderly