

وضعیت سلامت سالمندان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره)

(مقاله پژوهشی)

شریف‌زاده غلامرضا^{۱*}، مودی میترا^۲، دکتر سیده‌های اخباری^۳

چکیده:

هدف: هدف از مطالعه حاضر بررسی وضعیت سلامت سالمندان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی بود. روش بررسی: مطالعه حاضر از نوع توصیفی تحلیلی بود نمونه شامل ۲۵۰ سالمند تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) شهرستان بیرجند بود که با روش نمونه‌گیری غیر احتمالی آسان و به تناسب سهمی از بین مراجعه کنندگان به نواحی ۱ و ۲ کمیته امداد شهر بیرجند انجام شد. از پرسشنامه طرح جامع سلامت سالمندان استفاده شد. پرسشنامه از طریق مصاحبه با سالمندان تکمیل و قد، وزن، فشار خون در شرایط استاندارد اندازه‌گیری شد. داده‌ها با نرم افزار spss و آزمون آماری کای اسکور در سطح ۰/۰۵ مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌ها: نتایج نشان داد که میانگین سنی سالمندان شرکت کننده $71 \pm 8/7$ سال ($47/6\%$ زن و $52/4\%$ مرد) بود. $88/8\%$ سالمندان بیسواد و بقیه با سواد بودند، $41/6\%$ سالمندان مشکل مسکن، $11/2\%$ مشکل بیمه، و $93/2\%$ مشکل اقتصادی داشتند. $10/4\%$ سابقه ابتلا به دیابت و $39/6\%$ مبتلا به پرفشاری خون بودند. 68% مشکل بینایی و $10/8\%$ اختلال ادرار داشتند. $68/4\%$ مبتلا به افسردگی خفیف و $3/2\%$ دارای افسردگی شدید و $24/4\%$ مبتلا به اختلالات شناختی شدید تا خفیف بودند. 24% سالمندان مبتلا به سوء تغذیه و $67/6\%$ ریسک ابتلا به سوء تغذیه را داشتند. شیوع پرفشاری خون در مردان بیشتر از زنان ($p=0/07$) و در ساکنین شهری بیشتر از روستایی ($p=0/04$) بود. شیوع افسردگی در بین زنان بیشتر از مردان ($p<0/001$) و در ساکنین نقاط شهری بیشتر از مناطق روستایی بود ($p=0/02$). از نظر وضعیت فعالیت‌های روزانه نیز اختلاف معنی داری بین مردان و زنان مشاهده شد. نتیجه‌گیری: شیوع بالای مسائل اقتصادی و معیشتی سالمندان، می‌تواند سایر مشکلات جسمی و روحی آنان را دامن زده یا تشدید کند و لزوم توجه بیشتر مسئولین بهداشت و درمان، کمیته امداد و سایر ارگان‌ها را به قشر سالمند تحت پوشش برای جلوگیری از وخامت اوضاع پررنگ می‌کند. کلید واژه‌ها: کمیته امداد، سلامت سالمند، بهداشت روانی.

۱- کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، مربی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند
* پست الکترونیک نویسنده مسئول :
Rezamood@yahoo.com
۲- کارشناس ارشد آموزش بهداشت، مربی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی بیرجند
۳- فوق تخصص روماتولوژی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

مقدمه

آورده است، 15% از مراجعین به مطب پزشکان متخصص، 34% از معالجات سرپایی در بیمارستانها و 89% از تخت‌های مؤسسات و سراهای نگهداری را افراد بالای ۶۵ سال به خود اختصاص داده است و بطور کلی 29% از هزینه مراقبت‌های پزشکی صرف سالمندان می‌شود (۴). مطالعات انجام شده در مناطق مختلف ایران، حاکی از شیوع بالای مشکلات جسمی، روانی و فعالیت‌های روزمره در سالمندان است (۹-۵). با توجه به تغییر الگوی همه گیر شناسی بیماری‌ها در سنین میان‌سالی و سالمندی و افزایش شیوع بیماری‌های مزمن، نیاز سالمندان سالم به حمایت‌های بهداشتی - درمانی، طراحی سیاست‌های پیشگیرانه و درمانی جهت حفظ و تداوم سطح بهداشتی جمعیت سالمندان تشخیص و شناسایی خطر و عوامل بهداشتی زندگی آنان را ضروری می‌سازد. از

پیشرفت‌های پزشکی و بهداشتی در نیمه دوم قرن بیستم، تغییراتی در راستای افزایش امید به زندگی، کاهش میزان مرگ و تولد در پی داشته و منجر به افزایش جمعیت سالمندان شده که به تبع آن تعداد سالخوردگانی که نیاز به خدمات پزشکی دارند افزایش یافته است (۳-۱). سازمان ملل متحد تعداد سالمندان (۲۰۰۶) کل جهان را ۶۸۷ میلیون و ۹۲۳ هزار نفر برآورد کرد که این تعداد در سال ۲۰۵۰ به رقم بیشتر از یک میلیارد نفر خواهد رسید (۴). در ایران نیز جمعیت بالای ۶۰ سال تا سال ۲۰۲۰ حدود ۱۰ میلیون نفر و تا سال ۲۰۵۰ به بیش از ۲۶ میلیون نفر خواهد رسید که نسبت آن به کل جمعیت، حدود ۲۳٪ خواهد بود (۳). نیازها و الزامات سالمندی گسترده و متنوع است و بر اساس بررسی که سازمان بهداشت، آموزش و رفاه آمریکا بعمل

سؤال) با مجموع ۳۰ امتیاز (امتیاز ۹ و کمتر اختلال شناختی شدید، ۱۰ تا ۲۰ اختلال شناختی متوسط و ۲۱ و بالاتر اختلال شناختی ندارد)، افسردگی (۵ آیتم) با امتیاز ۱۵ (امتیاز ۵ و کمتر طبیعی، ۶ تا ۱۰ افسردگی خفیف و ۱۱ و بیشتر افسردگی شدید) و انجام فعالیت‌های روزانه زندگی (۱۳ آیتم تحت عناوین غیر وابسته، نیازمند کمک و وابسته) بود. در ایران روایی و پایایی پرسشنامه تأیید شده و پایایی در بخشهای مختلف پرسشنامه بالای ۰/۸ گزارش شده است (۲). در مطالعات مربوط به سلامت سالمندان توسط معاونت سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی توصیه شده است (۲). پرسشنامه‌ها از طریق مصاحبه با سالمندان مراجعه کننده توسط چهار دانشجوی آموزش دیده تکمیل شد. وزن، قد و فشارخون نیز در شرایط استاندارد اندازه‌گیری شد. فشارخون پس از ۵ دقیقه استراحت با فشارسنج جیوه‌ای و از هر دو دست اندازه‌گیری شد، در صورتی که فشارخون در مرحله اول بالای ۱۴۰ به روی ۹۰ میلیمتر جیوه بود، ۵ دقیقه بعد مجدداً فشار خون اندازه‌گیری و میانگین دو نوبت در دستی که فشارخون بالاتری داشت، به عنوان فشارخون ثبت شد. داده‌ها با نرم افزار SPSS و به وسیله آزمون آماری کای اسکور در سطح ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

نتایج پژوهش نشان داد میانگین سنی شرکت کنندگان $71 \pm 8/7$ با حداقل ۶۰ و حداکثر ۱۱۵ سال شامل $119 (6/47\%)$ زن و $131 (4/52\%)$ مرد بود. از نظر سطح تحصیلات ۲۲۲ نفر $(8/88\%)$ بیسواد و ۲۸ نفر $(2/11\%)$ باسواد ۱۳۲ نفر $(8/52\%)$ ساکن شهر و ۱۱۸ نفر $(2/47\%)$ ساکن روستا بودند. میانگین سنی در سالمندان مرد $71/4 \pm 8$ سال و در سالمندان زن $70/6 \pm 9/4$ سال بود که اختلاف میانگین سنی در دو گروه معنی‌دار نبود ($p=0/48$) $6/41\%$ سالمندان مشکل مسکن، $2/11\%$ مشکل بیمه، و $2/93\%$ مشکل اقتصادی، $6/68\%$ مشکل بینایی و $8/10\%$ اختلال ادرار داشتند. $4/10\%$ سابقه ابتلا به دیابت و $6/39\%$ مبتلا به پرفشاری خون بودند (جدول ۱).

سویی جهت دستیابی به سلامت سالمندان و پیشگیری از بروز و ابتلای آنان به بیماریهای مزمن و کاهش شیوع بیماریهای ویژه در آنها، اولین گام شناسایی وضعیت سلامت آنان است تا بر این اساس نیازهای بهداشتی و درمانی آنها مشخص شود. از آنجا که سالمندان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) به دلیل پایین بودن سطح درآمد و حمایت‌های اجتماعی جزء گروه‌های آسیب پذیر جامعه محسوب می‌شوند و تاکنون بررسی در زمینه سلامت این سالمندان در استان خراسان جنوبی صورت نگرفته است مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت سلامت سالمندان تحت پوشش کمیته امداد شهر بیرجند انجام شد.

روش بررسی

مطالعه توصیفی مقطعی^۱ حاضر، بر ۲۵۰ سالمند ۶۰ سال و بیشتر تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) شهرستان بیرجند در پاییز سال ۱۳۸۶ انجام شد. با توجه به هدف مطالعه که بررسی وضعیت سلامت و شیوع بیماریها و رفتارهای مختلف در سالمندان بود، حجم نمونه مورد نیاز براساس فرمول تعیین شیوع با $p=0/5$ و $d=0/065$ حجم نمونه ۲۲۷ نفر برآورد شد، نمونه از بین مراجعه کنندگان به دو ناحیه (یک و دو) کمیته امداد در شهرستان بیرجند با ویژگی‌های جمعیتی متفاوت، به روش غیر احتمالی آسان و به تناسب سهم مراجعه کنندگان به کمیته امداد امام خمینی (ره) منطقه ۱ و ۲ شهرستان بیرجند انتخاب شد. پس از انجام هماهنگی‌های لازم با مددجویان مراجعه کننده به کمیته مصاحبه شد. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: مددجویانی که تحت پوشش کمیته امداد شهرستان نبودند، به دلایل دیگری به کمیته مراجعه و یا مبتلا به بیماریهای روانی بوده و قادر به پاسخگویی به سؤالات نبودند. در این مطالعه از پرسشنامه استاندارد طرح جامع سلامت سالمندان استفاده شد. سؤالات پرسشنامه شامل اطلاعات دموگرافیک (۵ آیتم)، مشکلات جسمی و محیطی سالمند (۱۱ آیتم) که با معاینه یا پرسش تکمیل می‌شود، وضعیت تغذیه (۱۷ آیتم) با مجموع ۳۰ امتیاز (امتیاز ۱۷ تا ۲۳/۵ وجود ریسک سوء تغذیه، کمتر از ۱۷ سوء تغذیه و بالاتر از ۲۳/۵ سوء تغذیه ندارد)، وضعیت شناختی (۱۱

جدول (۱): توزیع فراوانی مشکلات محیطی و جسمی و بیماری در سالمندان مورد مطالعه

وضعیت سلامت	دارد (درصد) فراوانی	ندارد (درصد) فراوانی
مشکل بیمه	۲۸ (۱۱/۲)	۲۲۲ (۸۸/۸)
مشکل مسکن	۱۰۴ (۴۱/۶)	۱۴۶ (۵۸/۴)
مشکل بینایی	۱۷۰ (۶۸)	۸۰ (۳۲)
مشکل شنوایی	۱۳۴ (۵۳/۶)	۱۱۶ (۴۶/۴)
اختلال اداری	۲۷ (۱۰/۸)	۲۲۳ (۸۹/۲)
سابقه بیماری دیابت	۲۶ (۱۰/۴)	۲۲۴ (۸۹/۶)
سابقه هیپرلیپیدمی	۴۱ (۱۶/۴)	۲۰۹ (۸۳/۶)
پرفشاری خون سیستول ۱۴۰ و بیشتر	۷۱ (۲۸/۴)	۱۷۹ (۷۱/۶)
پرفشاری خون دیاستول (۹۰ و بیشتر)	۸۰ (۳۲)	۱۷۰ (۶۸)
پرفشاری خون سیستول و دیاستول (۱۴۰/۹۰ و بالاتر)	۹۹ (۳۹/۶)	۱۵۱ (۶۰/۴)

افسردگی خفیف و ۳/۲٪ افسردگی شدید و ۲۴/۴٪ مبتلا به نوع شدید تا خفیف اختلال شناختی بودند. ۲۴٪ سالمندان مبتلا به سوء تغذیه و ۶۷/۶٪ ریسک ابتلا به سوء تغذیه را داشتند (جدول ۲).

از نظر وضعیت شاخص توده بدن^۱، ۱۹/۲٪ (۴۸ نفر) سالمندان BMI زیر ۱۹، ۴۲٪ (۱۰۵ نفر) بین ۱۹-۲۳ و ۳۸/۸٪ (۹۷ نفر) BMI بالای ۲۳ داشتند و میانگین BMI در نمونه مورد مطالعه ۲۲/۲ ± ۳/۸ با حداقل ۱۲ و حداکثر ۳۵/۶ بدست آمد. ۶۸/۴٪

جدول (۲): توزیع فراوانی وضعیت شاخص سوء تغذیه، اختلال شناختی و افسردگی سالمندان

وضعیت اختلال	فراوانی	درصد
وضعیت سوء تغذیه	سوء تغذیه دارد	۶۰
	ریسک سوء تغذیه دارد	۱۶۹
	سوء تغذیه ندارد	۲۱
وضعیت اختلال شناختی	شدید	۱۴
	متوسط	۴۷
	اختلال شناختی ندارد	۱۸۹
وضعیت افسردگی	نرمال	۷۱
	افسردگی خفیف	۱۷۱
	خیلی افسرده (شدید)	۸

($p=0/02$) که اختلاف موجود از نظر آماری معنی دار بود. ۱۱/۲٪ سالمندان برای حمام کردن، ۲۳/۲٪ برای بیرون رفتن از منزل، ۱۷/۲٪ برای غذا پختن، ۱۵/۲٪ برای مصرف دارو، ۱۹/۶٪ برای کنترل دخل و خرج و ۴۹/۲٪ برای استفاده از تلفن به سایر افراد وابسته بودند (جدول ۳) و از نظر وضعیت فعالیت‌های روزانه نیز اختلاف معنی داری بین مردان و زنان مشاهده شد (جدول ۴).

شیوع پرفشاری خون در مردان (۴۵٪) بیشتر از زنان (۳۳/۶) بود ولی اختلاف بین دو گروه معنی دار نبود ($p=0/07$) همچنین شیوع پرفشاری خون در ساکنین شهری (۴۵/۵٪) بیشتر از ساکنین روستایی (۳۳/۱) بود و این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود ($p=0/04$)، شیوع اختلال شناختی در بین زنان (۴۷/۷٪) بیشتر از مردان (۱۱/۵٪) ($p<0/001$) و در ساکنین نقاط شهری (۳۰/۳) بیشتر از مناطق روستایی (۱۷/۸) بود

1- BMI : Body Mass Index

جدول (۳): توزیع فراوانی وضعیت انجام فعالیت‌های روزانه زندگی (ADL و IADL) در سالمندان مورد مطالعه

وضعیت سلامت	غیروابسته (درصد) فراوانی	نیازمند کمک (درصد) فراوانی	وابسته (درصد) فراوانی
حمام کردن	۱۹۹ (۷۹/۶)	۲۳ (۹/۲)	۲۸ (۱۱/۲)
لباس پوشیدن و درآوردن	۲۱۸ (۸۷/۲)	۱۶ (۶/۴)	۱۶ (۶/۴)
اختیار داشتن ادرار و مدفوع	۲۳۶ (۹۴/۴)	۱۲ (۴/۸)	۲ (۰/۸)
جا بیجا شدن	۲۲۹ (۹۱/۶)	۲۰ (۸)	۱ (۰/۴)
غذا خوردن	۲۳۹ (۹۵/۶)	۸ (۳/۲)	۳ (۱/۲)
استفاده از تلفن	۴۱ (۱۶/۴)	۸۶ (۳۴/۴)	۱۲۳ (۴۹/۲)
بیرون رفتن از منزل	۱۰۳ (۴۱/۲)	۸۹ (۳۵/۶)	۵۸ (۲۳/۲)
خرید کردن	۱۳۰ (۵۲)	۸۷ (۳۴/۸)	۳۳ (۱۳/۲)
غذا پختن	۹۹ (۳۹/۶)	۱۰۸ (۴۳/۲)	۴۳ (۱۷/۲)
انجام کار در منزل	۹۷ (۳۸/۸)	۱۲۴ (۴۹/۶)	۲۹ (۱۱/۶)
مصرف دارو	۱۰۷ (۴۲/۸)	۱۰۵ (۴۲)	۳۸ (۱۵/۲)
کنترل دخل و خرج	۵۴ (۲۱/۶)	۱۴۷ (۵۸/۸)	۴۹ (۱۹/۶)
توالت رفتن	۲۲۸ (۹۱/۲)	۱۰ (۴)	۱۲ (۴/۸)

جدول (۴): مقایسه توزیع فراوانی وضعیت فعالیت (ADL) بر حسب نوع فعالیت در زنان و مردان سالمند

نتیجه آزمون کای اسکوئر	N= ۱۳۱ زن (درصد) فراوانی	N= ۱۱۹ مرد (درصد) فراوانی	جنس	
			غیروابسته	نیازمند کمک وابسته
$X^2=29.6$ df=2 $P < 0.001^*$	۷۹ (۶۶/۴) ۱۴ (۱۱/۸) ۲۶ (۲۱/۸)	۱۲۰ (۹۱/۶) ۹ (۶/۹) ۲ (۱/۵)	غیروابسته	نیازمند کمک وابسته
$X^2=25.4$ df=2 $P < 0.001^*$	۹۱ (۷۶/۵) ۱۲ (۱۰/۱) ۱۶ (۱۳/۴)	۱۲۷ (۹۶/۹) ۴ (۳/۱) ۰ (۰)	غیروابسته	نیازمند کمک وابسته
$X^2=19$ df=2 $P < 0.001^*$	۹۹ (۸۳/۲) ۸ (۶/۷) ۱۲ (۱۰/۱)	۱۲۵ (۹۸/۵) ۲ (۱/۵) -	غیروابسته	نیازمند کمک وابسته
$X^2=8.6$ df=2 $P < 0.001^*$	۱۲ (۱۰/۱) ۳۹ (۳۲/۸) ۶۸ (۵۷/۱)	۲۹ (۲۲/۱) ۴۷ (۳۵/۹) ۵۵ (۴۲)	غیروابسته	نیازمند کمک وابسته
$X^2=29.9$ df=2 $P < 0.001^*$	۲۹ (۲۴/۴) ۴۹ (۴۱/۱) ۴۱ (۳۴/۵)	۷۴ (۵۶/۵) ۴۰ (۳۰/۵) ۱۷ (۱۳)	غیروابسته	نیازمند کمک وابسته
$X^2=28.9$ df=2 $P < 0.001^*$	۳۸ (۳۱/۹) ۵۵ (۴۶/۲) ۲۶ (۲۱/۸)	۹۲ (۷۰/۲) ۳۲ (۲۴/۴) ۷ (۵/۳)	غیروابسته	نیازمند کمک وابسته
$X^2=15.2$ df=2 $P < 0.001^*$	۳۷ (۳۱/۱) ۵۹ (۴۹/۶) ۲۳ (۱۹/۳)	۶۰ (۴۵/۸) ۶۵ (۴۹/۶) ۶ (۴/۶)	غیروابسته	نیازمند کمک وابسته
$X^2=23.9$ df=2 $P < 0.001^*$	۳۲ (۲۶/۹) ۶۲ (۵۲/۱) ۲۵ (۲۱)	۷۵ (۵۷/۳) ۴۳ (۳۲/۸) ۱۳ (۹/۹)	غیروابسته	نیازمند کمک وابسته
$X^2=29.2$ df=2 $P < 0.001^*$	۱۲ (۱۰/۱) ۷۰ (۵۸/۸) ۳۷ (۳۱/۱)	۴۲ (۳۲/۱) ۷۷ (۵۸/۸) ۱۲ (۹/۲)	غیروابسته	نیازمند کمک وابسته

بحث

نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر، نشان داد ۱۱/۲٪ سالمندان تحت پوشش کمیته امداد مشکل بیمه، ۴۱/۶٪ مشکل مسکن، ۹۳/۲٪ مشکل اقتصادی، ۳۶٪ مشکل تنهایی و ۳۵/۲٪ مشکل وجود همراه اصلی را داشتند. از نیازهای بسیار مهم سالمندان تأمین مسائل مالی است. در مطالعه حاضر ۹۳/۲٪ سالمندان مشکل اقتصادی داشتند در حالیکه در مطالعه حسینی و همکاران که در شهر یزد (۵) انجام شده بود ۵۰٪ مشارکت کنندگان مشکل اقتصادی داشتند. با توجه به تفاوت استانها از نظر محرومیت و تفاوت جامعه سالمندان مورد بررسی در پژوهشها (مطالعه یزد بر سالمندان جامعه انجام شده بود)، تفاوت آماره‌های حاصل از پژوهشها منطقی به نظر می‌رسد.

پژوهش حاضر نشان داد سالمندان از نظر سابقه ابتلا به بیماری‌های دیابت و هیپرلیپیدمی نشان داد که ۱۰/۴٪ سابقه بیماری دیابت و ۱۶/۴٪ سابقه هیپرلیپیدمی داشتند. در مطالعه عزیززی و همکاران که بر روی سالمندان تهران انجام شد، ۵۵٪ زنان و ۲۵٪ مردان سطح سرمی کلسترول بالا داشتند و شیوع دیابت و اختلال تحمل گلوکز به ترتیب ۲۶/۲٪ و ۲۰/۸٪ ذکر شد (۶). شیوع دیابت سالمندان پژوهش حاضر در حد آمار کشوری (۱۵ - ۸ درصد دیابت) بود. ۲۸/۴٪ سالمندان مورد مطالعه پرفشاری خون سیستول (۱۴۰ و بیشتر)، ۳۲٪ پرفشاری خون دیاستول (۹۰ و بیشتر) و ۳۹/۶٪ پرفشاری خون سیستول و دیاستول داشتند. که در مقایسه با مطالعه احمدی (۲۰/۶٪) و مطالعه طرح سلامت و بیماری در ایران که بر سالمندان جامعه انجام شده بود (۱۶/۲٪) از میزان بیشتری برخوردار است (۸،۷). در مطالعه عزیززی ۴۷٪ سالمندان مورد مطالعه درجات مختلفی از پرفشاری خون داشتند (۶). در مطالعه صرافزادگان و همکاران ۴۱٪ سالمندان پرفشاری خون متوسط نشان دادند (۹). از آنجا که بر اساس مطالعه برنامه سالمندان در ایالات متحده نشان داده شده است که درمان پرفشاری خون از مرگ و میر و ناتوانی ناشی از بیماری‌های قلبی - عروقی پیشگیری می‌کند (۱۰)، و با توجه به شیوع بالای فشار خون در سالمندان مورد مطالعه، توجه به کنترل مرتب فشار خون سالمندان و فراهم کردن اقدامات درمانی و پیشگیری مناسب از الزامات درمانی محسوب می‌شود.

اطلاعات مربوط به موارد بیماری که از سوی سازمان بهداشت جهانی در کشورهای منطقه مدیترانه شرقی (EMRO) جمع‌آوری شده، نشان می‌دهد که در افراد سالمند شایع‌ترین اختلالات

عبارتند از: فشار خون بالا، بیماری‌های قلبی، دیابت، کاهش بینایی و شنوایی و انواع متفاوتی از بیماری‌های جسمی و روانی (۴). در مطالعه حاضر نیز ۶۸٪ سالمندان با داشتن مشکل بینایی، ۵۳/۶٪ مشکل شنوایی و ۱۰/۶٪ اختلال ادراکی، مبتلا به مشکلات شایع سالمندان بودند. این مسئله ضرورت غربالگری به موقع برای سالمندان را به منظور پیشگیری از ابتلا به عوارض بیماریها و ناتوانیهای جسمی مشخص می‌کند.

بر اساس نتایج بدست آمده، مهمترین فعالیت روزانه که سالمندان مورد مطالعه به آن وابسته بودند به ترتیب اولویت: استفاده از تلفن (۴۹/۲٪)، بیرون رفتن از منزل (۲۳/۲٪)، کنترل دخل و خرج (۱۹/۲٪)، غذا پختن (۱۷/۲٪)، مصرف دارو (۱۵/۲٪)، حمام کردن (۱۱/۲٪) بود. در مطالعه مروتی حداکثر عدم توانایی سالمندان در فعالیت خرید کردن (۲۶/۹٪) ذکر شد (۵). در بررسی وضعیت فعالیت‌های روزمره زندگی در سالمندان برحسب جنس مشخص شد که زنان در انجام کلیه فعالیت‌های مورد بررسی به طور معنی داری از وابستگی بیشتری نسبت به مردان برخوردار بودند. این نتیجه در مطالعه مروتی و جغتایی نیز تأیید شد (۵، ۱۱). در مطالعه دانلوپ و همکاران نیز مشخص شده است که زنان طول عمر بیشتری دارند و مدت بیشتری را با ناتوانی به سر می‌برند (۱۲)، که مطالعه لویل و همکاران نیز مؤید این نتیجه است (۱۳). بررسی وضعیت فعالیت‌های روزمره زندگی در سالمندان پژوهش بر حسب محل سکونت نشان داد که سالمندان شهری در انجام کلیه فعالیت‌های روزانه به طور معنی داری از وابستگی بیشتری نسبت به سالمندان روستایی برخوردار بودند که همسو با مطالعات دیگر است (۲۰-۱۴). کاهش تدریجی توانایی و سلامتی در افراد سالمند امری اجتناب ناپذیر است، اما سالمندان روستایی به دلیل اینکه تحرک بیشتری داشته و انجام مستقل فعالیت‌های روزانه، میزان وابستگی و محدودیت کمتری در فعالیت‌های روزانه دارند.

بررسی وضعیت شاخص سوء تغذیه سالمندان پژوهش نشان داد که ۲۴٪ سالمندان سوء تغذیه داشته و ۶۷/۶٪ در معرض خطر ابتلا به سوء تغذیه بودند. در مطالعه نجاتی ۵۷/۶٪ سالمندان در معرض خطر ابتلا به سوء تغذیه و ۶/۶٪ مبتلا به سوء تغذیه (۲۱)، در مطالعه جغتایی و نجاتی نیز ۶۸/۳٪ سالمندان در معرض خطر ابتلا به سوء تغذیه و ۵/۸٪ مبتلا به سوء تغذیه بودند (۲۲) که نتایج مطالعه حاضر نسبت به سایر مطالعات شیوع بالاتر سوء تغذیه را در سالمندان نشان می‌دهد. به نظر می‌رسد محرومیت منطقه و تفاوت نمونه مورد مطالعه که از

همکاری و هماهنگی بین بخشی برنامه‌های مناسب در زمینه غربالگری و پیشگیری از مشکلات شایع در دوران سالمندی طراحی و اجرا نمایند تا با اجرای برنامه‌ها ضمن ارتقاء سطح سلامت سالمندان شاهد کیفیت بالای زندگی در این گروه باشیم. در مطالعه حاضر علی‌رغم تلاش محققین برای اجرای مناسب طرح با محدودیت‌هایی از جمله نمونه‌گیری از یک شهرستان در مرکز استان، حجم کم نمونه، جمع‌آوری اطلاعات به وسیله پرسشنامه و نه انجام معاینات پزشکی کامل، سطح تحصیلات پایین نمونه مورد مطالعه و مشکلات در جمع‌آوری و مصاحبه با بیماران مواجه بود، و پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی از حجم نمونه بالاتر استفاده شده و معاینات بالینی و جسمی توسط یک پزشک برای نمونه مورد مطالعه انجام شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از مسئولین محترم کمیته امداد امام خمینی (ره) ناحیه یک و دو شهرستان بیرجند و همه مددجویانی که در اجرای این طرح با محققین همکاری کردند تقدیر و تشکر نمایند. همچنین از دانشجویانی که در تکمیل پرسشنامه‌ها همکاری نمودند سپاسگزاری می‌شود.

مددجویان تحت پوشش کمیته امداد بوده‌اند، تفاوت شیوع را تبیین کند.

در مطالعه حاضر ۳/۲٪ سالمندان افسردگی و ۶۸/۴٪ افسردگی خفیف داشتند. اما مطالعه‌ای که در قم انجام شد ۴۸/۳٪ سالمندان افسردگی داشتند (۲۱)، و مطالعه‌ای که در کاشان انجام شد نیز ۴۱٪ سالمندان افسرده بودند (۲۲). نتایج مطالعه حاضر نسبت به مطالعات قم و کاشان شیوع بالاتر افسردگی را در سالمندان نشان می‌دهد، که احتمالاً بدلیل محرومیت منطقه و بالا بودن مشکلات سلامت جسمی و مشکلات محیطی سالمندان قابل توجیه است.

نتیجه‌گیری

با توجه بالا بودن شیوع مشکلات جسمی و سایر مشکلات در سالمندان تحت پوشش کمیته امداد نسبت به سالمندان مطالعات مشابه در ایران توصیه می‌شود، ضمن ارتقاء آگاهی سالمندان در زمینه تنوع و تعادل غذایی، انجام ورزش‌های مناسب با سن در برنامه روزانه و کاهش ناتوانی و ضعف در سالمندی و تغییر در سبک و شیوه زندگی زمینه برای زندگی سالمتر، طولانی‌تر و کیفیت زندگی بهتر سالمندان فراهم شود. در این زمینه، ضرورت دارد مسئولین کمیته امداد و متولیان بهداشت و درمان استان با

REFERENCES

منابع

۱. حاتمی ح، رضوی م. بهداشت سالمندان. در: حاتمی ح، رضوی م، افتخار اردبیلی ح، مجلسی ف، سید نوزادی م، پریزاده م ج. کتاب جامع بهداشت عمومی. چاپ اول. تهران: انتشارات ارجمند؛ ۱۳۸۵. ص ص. ۱۸۴۳-۱۸۳۶.
۲. مقصودنیا ش، اکبرپور ش. مراقبت‌های بهداشتی اولیه در سالمندان ایران. چاپ اول. تهران: انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی؛ ۱۳۸۵. ص ص: ۶۴-۴۴.
۳. توکلی م. طرح توانمندسازی سالمندان در شبکه بهزیستی شهری. تهران: معاونت امور توانبخشی و بهزیستی کشور دفتر امور سالمندان؛ ۱-۱۱. ۱۳۸۴.
۴. حبیبی سولاع، نیکپور ص، سیدالشهدایی م، حقانی ح. بررسی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و کیفیت زندگی در سالمندان. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل بهار ۱۳۸۷؛ ۸(۱): ۳۶-۲۹.
۵. مروتی شریف‌آباد م ع، حسینی شریف‌آباد م. بررسی وضعیت فعالیت‌های روزمره زندگی در سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر شهر یزد. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد ضمیمه زمستان ۱۳۷۹؛ ۴(۸): ۵۳-۴۶.
۶. عزیزی ف، امامی ح، صالحی پ، قنبریان آ. عوامل خطر ساز بیماری‌های قلبی عروقی در سالمندان - مطالعه قلب و لیپید تهران. مجله دغد درون ریز و متابولیسم ایران بهار ۱۳۸۲؛ ۵(۱): ص ص. ۱۴-۳.
۷. احمدی ا، کریمزاده شیرزادی ک، فرارویی م، کامگار م. بررسی شیوع عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی در سالمندان شهر یاسوج. مجله دانشگاه علوم پزشکی یاسوج پاییز و زمستان ۱۳۷۹؛ ۲۰(۱۹): ص ص. ۱۷-۱۱.
۸. بررسی سلامت و بیماری در ایران، انتشارات معاونت پژوهشی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، شماره ۲۵، سال ۱۳۸۲.
۹. صراف‌زادگان ن، توسلی ع ا، هاشمی پور م، کلیشادی ر. صدک‌های فشار خون در جمعیت شهر اصفهان. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۷۵؛ ۱۴(۴۳): ۴۰-۳۲.
10. Hoppman C, Smith J. Life -history related differences in possible selves in very old age. *International J of Aging & human development* 2007;64(2): 109-127.
۱۱. جغتایی م ت، اسدی م ح. وضعیت موجود سالمندان و ضرورت توجه به نیازهای آنان. مجله پژوهشی حکیم، بهار ۱۳۷۸؛ ۲(۱): ۶-۱.
12. Dunlop D. Disability in Activities of Daily living: patterns of change and a hierarchy of disability. *American Journal of Public Health*, march 1997 ; 87(3): 378-83.
13. Leveille SG. Aging successfully until death in old age: opportunities for increasing active life expectancy. *American Journal of Epidemiology*, 1999 ; 14(7): 654-64S.
۱۴. صابریان م، حاجی آقاجانی س، قربانی ر. بررسی وضعیت اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی و نحوه گذراندن اوقات فراغت سالمندان ساکن در مناطق شهری تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی سمنان ۱۳۸۰. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی سمنان بهار و تابستان ۱۳۸۵؛ ۴(۳و۴): ۱۳۶-۱۲۹.
۱۵. کلدی ع. بررسی وضعیت اشتغال سالمندان بالای ۶۰ سال مراجعه کننده به سازمان تأمین اجتماعی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۳۸۳.
۱۶. ستاری ب. بررسی وضعیت اجتماعی و سلامت سالمندان روستایی با رویکرد طرح توانمندسازی روستایی. مجله سالمندی ایران زمستان ۱۳۸۵؛ ۱(۲): ۱۳۹ - ۱۳۲.
۱۷. امینی ا، شقاقی ع، علمداری میلانی خ، حنایی ج، یعقوبی ع ر. وضعیت سالمندان در منطقه شمال غرب تبریز ۱۳۷۹. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز ویژه نامه ۱۳۸۲؛ ۲۲-۱۶.
۱۸. بهرامی ف، رمضانی فرانی ا. نقش باورهای مذهبی درونی و بیرونی در سلامت روان و میزان افسردگی سالمندان. فصلنامه پژوهشی توانبخشی ۱۳۸۴؛ ۶(۲۰): ۴۷-۴۲.

۱۹. موقری م ر، نیکبخت نصر آبادی ع ر. بررسی کیفیت ارایه مراقبتهای توانبخشی معنوی در سالمندان بستری در بخشهای روانی بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی تهران. فصلنامه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی ۱۳۸۲؛ (۲): ۱۲۶-۱۲۱.
۲۰. خوشبین س، عشرتی ب، عزیز آبادی فراهانی ع، مطلق م ا. گزارش بررسی وضعیت سالمندان ۱۳۸۱. وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی. معاونت سلامت. دفتر سلامت خانواده و جمعیت. ۱۳۸۶. ص ۶-۵.
۲۱. نجاتی م. بررسی وضعیت سلامت سالمندان استان قم در سال ۱۳۸۶. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی قزوین ۱۳۸۸؛ (۱): ۶۷-۷۲.
۲۲. جغتایی م ت، نجاتی و. بررسی وضعیت سلامت سالمندان در شهرستان کاشان. مجله سالمند پاییز ۱۳۸۵؛ (۱): ۱۰-۳.

تأثیر خاطره‌گویی بر سلامت روانی سالمندان

(مقاله پژوهشی برگرفته از پایان‌نامه)

سپیده مرادی نژاد^{۱*}، فائزه صحبایی^۲، مهران‌دخت نکاوند^۳، محمد زارع^۴

چکیده:

هدف: هدف از مطالعه حاضر، بررسی تأثیر خاطره‌گویی بر سلامت روان سالمندان بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر مطالعه‌ای نیمه تجربی بود که ۵۷ نفر از سالمندان مقیم آسایشگاه سالمندان شهیدهاشمی نژاد تهران با نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای شرکت کردند. معیارهای ورود به مطالعه سن ۶۰ سال و بالاتر، کسب نمره سلامت روان بین ۰ تا ۶۶/۶ (سلامت روان ضعیف و متوسط)، تکلم به زبان فارسی، توانایی شنیداری و گفتاری قابل قبول، جهت شرکت در جلسات، زندگی تمام وقت در آسایشگاه، نداشتن سابقه بستری شدن در بیمارستان روانی، درمان روانی و تجربه سوگ، طی ۶ ماه گذشته، تمایل به شرکت در تحقیق، هوشیاری نسبت به زمان، مکان و شخص، اقامت در آسایشگاه حداقل به مدت شش ماه و عدم دریافت هرگونه درمانی که در توانایی ذهنی، حافظه یا تفکر اختلال ایجاد کند. سطح سلامت روان شرکت‌کنندگان قبل از مداخله، به وسیله پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی گلدبرگ ارزیابی شد. مداخله شامل هشت جلسه خاطره‌گویی، هفته‌ای دوبار (به مدت ۱-۱/۵ ساعت) بود. در این جلسات سالمندان به بیان خاطرات خوشایند گذشته پرداختند، سپس سطح سلامت روان شرکت‌کنندگان، مجدداً اندازه‌گیری شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و از آزمون t زوجی، جهت مقایسه داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های مطالعه نشان داد بین نمرات قبل و بعد از مداخله در تمامی ابعاد سلامت روان (نشانه‌های جسمانی، اضطراب و اختلالات خواب، عملکرد اجتماعی و نشانه‌های افسردگی) و همچنین نمره کل سلامت روان اختلاف معنی داری ($P=0/001$) وجود داشت.

نتیجه‌گیری: خاطره‌گویی بر بهبود سلامت روان سالمندان مقیم آسایشگاه مؤثر است. لذا می‌توان از این تکنیک ساده، قابل اجرا و کم هزینه در آسایشگاه‌های سالمندان استفاده کرد.

کلید واژه‌ها: سالمندان، آسایشگاه، سلامت روان، خاطره‌گویی.

- ۱- کارشناس ارشد آموزش روان پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی تهران دانشکده پرستاری و مامائی *پست الکترونیک نویسنده مسئول: smn1360@yahoo.com
- ۲- کارشناس ارشد آموزش پرستاری بهداشت جامعه، مربی دانشگاه آزاد واحد علوم پزشکی تهران
- ۳- کارشناس ارشد مامائی، مربی دانشگاه آزاد واحد علوم پزشکی تهران
- ۴- دکترای اپیدمیولوژی، استادیار و مشاور عالی تحقیقات معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد واحد علوم پزشکی تهران

مقدمه

سالمندان مقیم آسایشگاه، حدود ۸۰٪ برآورد کرده‌اند (۵). نتایج پژوهش سهرابی و همکاران (۱۳۸۷) بر ۴۶ سالمند مقیم آسایشگاه خانه سالمندان و ۹۰ نفر از سالمندان ساکن در منازل شخصی، با استفاده از پرسشنامه بررسی وضعیت شناختی و فرم کوتاه بررسی افسردگی نشان داد که اختلال شناختی و شدت افسردگی در سالمندان مقیم خانه سالمندان به طور معناداری بیشتر است (۶). با برنامه‌ریزی مناسب، سالمندان می‌توانند از دوران سالخوردگی شاد و مولد، لذت برده و به عنوان یک جزء یکپارچه با جامعه تلقی شوند. از بین این برنامه‌ریزی‌ها می‌توان به انواع روش‌های روان‌درمانی اشاره کرد. هدف از روان‌درمانی در سالمندان فراهم کردن حمایت، کاهش اضطراب و افزایش اجتماعی شدن است (۷). یک نوع روان‌درمانی مؤثر و تقریباً بدون تأثیر نامطلوب، شرکت در گروه‌های خاطره‌گویی

با پیشرفت بهداشت و ارائه مراقبت‌های پیشگیرانه و کنترل بیماری‌های واگیر، طول عمر افزایش یافته و شمار سالمندان به ویژه در کشورهای در حال توسعه افزایش چشمگیری داشته است (۱). سرشماری جهانی سال ۲۰۰۵ جمعیت سالمندان بالای ۶۵ سال را ۷/۴٪ تخمین زد (۲) و نتایج سرشماری سال ۱۳۸۵ در ایران نیز جمعیت بالای ۶۰ سال را ۷/۲۷٪ برآورد کرد، پیش بینی می‌شود این رقم به ۱۰/۷٪ تا ۱۵ سال در آینده برسد (۳). با افزایش شمار سالمندان به طور قطع، سکونت در مراکز و مؤسسات نگهداری از سالمندان نیز بیشتر خواهد شد (۴). از سویی اقامت در مراکز نگهداری از سالمندان با مسائل و مشکلاتی همراه است که از آن جمله می‌توان به شیوع اختلالات روانی اشاره کرد. برخی از مطالعات، شیوع اختلالات روانی در