

بررسی مشکلات شایع سالمتی سالمدان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان آزادشهر در سال ۱۳۹۲

مراضیه گرزین^۱، ابراهیم فدایی^۲، اکرم ثناگو^۳، لیلا جوبیاری^۴، انسیه گرزین^۵، لیلا ممشلی^۵

۱. کارشناس ارشد مشاوره در مامایی، کارشناس مسئول واحد سلامت خانواده و جمیعت، مرکز بهداشت شهرستان آزادشهر، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، ایران
۲. پژوهش عمومی، سرپرست شبکه و رئیس مرکز بهداشت آزادشهر . دانشگاه علوم پزشکی گلستان، ایران.
۳. دانشیار، مرکز تحقیقات پرستاری دانشگاه علوم پزشکی گلستان، ایران.
۴. کارشناس بهداشت خانواده ، مرکز بهداشت شهرستان آق قلا ، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، ایران.
۵. کارشناسی ارشد پرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علی آباد کتول، علی آباد کتول، ایران

توسعه پرستاری در سلامت / دوره نهم / شماره ۲ / پائیز و زمستان ۱۳۹۷

چکیده

زمینه و هدف: سالمدانی با مشکلات سالمتی متعددی مانند مشکلات تغذیه‌ای، افت شنوایی و بینایی، فراموشی، بی اختیاری ادراری همراه می‌باشد که می‌تواند بر کیفیت زندگی سالمدان تأثیر بگذارد. هدف مطالعه بررسی مشکلات شایع سالمتی سالمدان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان آزادشهر در سال ۱۳۹۲ می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی- مقطعي در مراکز بهداشتی درمانی شهرستان آزادشهر با استفاده از منابع موجود ۱۴۸ فرم غربالگری مشکلات سرپایی سالمدان مربوط به سال ۱۳۹۲ بصورت سرشماری انجام شد. فرم غربالگری ۱۳ مورد مشکلات سرپایی شایع دوران سالمدانی را بررسی می‌کرد. جهت آنالیز داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌های آماری، شاخص‌های حد مرکزی (میانگین و انحراف معیار) و جهت ارتباط با متغیرهای کیفی از آزمون کای دو استفاده شد.

یافته‌ها: نمونه‌ها ۵۸/۱ درصد مومن و ۴۱.۹ درصد مذکور بودند. سنگینی در گوش راست و چپ به ترتیب ۲۸.۷۶ درصد و ۲۸.۵۷ درصد و مشکلات بینایی در چشم راست و چپ به ترتیب ۲۱.۳۳ درصد، ۲۲.۶۶ درصد، ۲۱.۰۱ درصد از آنان کلمات را به یاد نمی‌آورند و ۴۲.۷۵ درصد احساس افسردگی می‌کرند. ۲۰.۱۳ درصد سابقه سقوط در یک سال گذشته داشتند. ۸۷.۳۲ درصد فاقد دندان طبیعی، ۸۴.۴۹ درصد فاقد بیمه تکمیلی بودند. از نظر وضعیت اجتماعی ۲۸.۳۱ درصد تنها زندگی می‌کرند و ۷۸.۵۷ درصد، حتی سواد در حد خواندن و نوشتن نیز نداشتند.

نتیجه گیری: با توجه به یافته‌ها، مشکلات شنوایی و بینایی، عدم یادآوری کلمات، احساس افسردگی، سابقه سقوط در یک سال گذشته، نداشتن دندان طبیعی، نداشتن بیمه تکمیلی، تنهایی و بی سوادی، بیشتر دیده شده است که با توجه به مشکلات شایع مشاهده شده، غربالگری و پایش مستمر و هدفمند این گروه می‌بایست مورد توجه قرار گیرد. همچنین لازم است تمهیداتی نیز از نظر بیمه تکمیلی سالمدان صورت پذیرد.

واژه‌های کلیدی: سالمدان، بیماری، غربالگری

مقدمه

سالمندان ایران از ۸ درصد کنونی به ۲۲ درصد افزایش یابد (۸).

افزایش جمعیت سالمندان و شیوع بیماری‌های مزمن، یک چالش اصلی در سیستم مراقبت و سلامتی محسوب می‌شود (۹). از طرفی دیگر با افزایش سن، وضعیت سلامتی افراد به مخاطره می‌افتد به طوری که بر اساس بررسی سیمای سلامت سالمندان ایران، ۶۵٪ آنان وضعیت سلامت خود را از ۵ سال گذشته، بدتر ارزیابی کرده‌اند (۱۰). یکی از اساسی‌ترین جنبه‌هایی که در بخش سلامت می‌باشد از مورد توجه قرار گیرد، هزینه مراقبت از سالمندان است که می‌تواند شامل هزینه درمان های سرپایی، بستری، دارو، آزمایش‌های تشخیصی و مراقبت‌های نگهدارنده در منزل یا سرای سالمندان باشد (۱۱). همچنین مطالعات مختلف بیانگر بروز بیماری‌ها و مشکلات متعدد از قبیل سوء‌تعذیب (۱۲)، خطر سقوط (۱۳)، هزینه‌های رو به افزایش مراقبت از سالمندان (۱۴)، مشکلات عضلانی-اسکلتی (۱۵) و قلبی-عروقی (۱۶) و مشکلاتی بینایی (۱۷) در زمان سالمندانی می‌باشند. در مطالعه انجام شده توسط Lee و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد که بیش از ۳۰٪ جمعیت سالمندان از فعالیت بیش از حد مثالنه رنج می‌بردند (۱۸). مطالعات متعددی، مشکلات سلامتی سالمندان از جمله نداشتن دندان طبیعی، اختلال حافظه و سابقه سقوط را گزارش کرده‌اند (۱۹، ۲۰).

با عنایت به مطالعه گفته شده و با توجه به اینکه سالمندی با یک سری تغییرات تدریجی در همه دستگاه‌های بدن و بیماری‌های متعدد، کمبود درآمد، نداشتن بیمه تکمیلی، تنها‌بیایی و ... همراه می‌باشد، شناسایی مشکلات شایع و موانع موجود بر اساس آن‌ها می‌تواند امکان برنامه‌ریزی مالی، فیزیکی و نیروی انسانی را که از اصول اولیه مدیریت بخش سلامت است را محقق سازد (۱۱). جهت پیشگیری از ابتلای سالمندان به بیماری‌ها و کاهش بروز بیماری‌های دوران سالمندی یکی از گام‌ها این است که مشکلات سلامتی سالمندان بررسی گردد تا بتوان بر اساس نیازهای به دست آمده در این سنین برنامه‌ریزی جامعی برای آن‌ها انجام

امروزه باگسترش و پیشرفت علم بهداشت هر سال بر شمار سالمندان جهان افزوده می‌شود (۱). این عامل سبب خواهد شد تا تعداد سالمندان از ۶۰۰ میلیون در سال ۲۰۰۰ به ۲ میلیارد تا سال ۲۰۵۰ افزایش یابد (۲). بر اساس بررسی‌های انجام شده، جمعیت ایران همانند بسیاری از کشورهای جهان در حال پیر شدن است. بر اساس مطالعه ابراهیمی و همکاران جمعیت بالای ۶۰ سال در ایران در حدود ۸ درصد جمعیت و به عبارتی در حدود ۵/۵ میلیون نفر هستند که با ادامه این روند در حوالی سال ۱۴۱۰ انفجار سالمندی در ایران رخ خواهد داد و بین ۲۵ تا ۳۰ درصد جمعیت در سنین بالای ۶۵ سالگی قرار خواهد گرفت (۳). بر اساس نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن کشور در سال ۱۳۹۵، تعداد سالمندان ۷۴۱۴۰۹۱ نفر بوده که ۹۰/۲۸ درصد از جمعیت کشور را شامل می‌شود (۴). سهم سالمندان جهان در سال ۲۰۱۵ میلادی، ۱۲/۳ درصد از جمعیت جهان بوده است که هنوز هم سهم سالمندان ایران در سطح پایین تر از سطح جهانی قرار دارد (۵). بهبود شرایط بهداشتی منجر به کاهش مرگ، بویژه مرگ و میر کودکان و افزایش امید به زندگی گردیده، همچنین اعمال سیاست‌های کنترل موالید، درصد سالخوردها به کل جمعیت را افزایش داده است (۶). بر اساس برآورد سازمان بهداشت جهانی پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۰۲۰، امید به زندگی به ۷۷ سال بررسد و جمعیت بالای ۶۵ سال ۲۰٪ از جمعیت جهان را در بر خواهد گرفت که حدود ۷۰ درصد از این جمعیت در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند (۷). هر ماه به جمعیت سالمندان بالای ۶۵ سال در جهان حدود ۸۰۰ هزار نفر افزوده می‌شود. سرعت سالمندی در کشورهای در حال توسعه خیلی بیشتر از کشورهای توسعه یافته بوده که سبب شده است این کشورها نتوانند خود را با عواقب این موضوع تطبیق دهند (۸). ایران نیز به عنوان یک کشور در حال توسعه، به واسطه بمب جمعیتی مربوط به دهه ۱۳۶۰، با جمعیت بیش از حد انتظار سالمندان در آینده روبرو است به طوری که پیش‌بینی می‌شود تا سال ۱۴۲۵ جمعیت

فرم از سوی معاونت محترم بهداشتی واحد سلامت خانواده و جمعیت به شهرستان‌ها ارسال و در چندین سال جهت سالمندان تکمیل می‌شد که از فرم‌های تکمیل شده سال ۹۲ جهت پژوهش استفاده شد. فرم مذکور، تحت عنوان «پرسشنامه غربالگری سالمندی برای یافتن مشکلات سرپاچی» بوده و دارای ۱۳ حیطه می‌باشد که حدوداً از سال ۱۳۹۰ در سیستم بهداشتی ادغام شده بود. این پرسشنامه هر حیطه را با یک سوال و یا اقدام خاصی، مورد بررسی قرار می‌دهد که به شرح ذیل می‌باشد:

این سؤالات در زمینه‌های وضعیت تغذیه، مشکلات بینایی، مشکلات شنوایی، وضعیت ذهنی یا یادآوری کلمات، بی اختیاری ادراری، افسردگی، فعالیت بدنی، تحرک و تعادل، وضعیت دهان و دندان‌ها، وضعیت اقتصادی، وضعیت اجتماعی و سابقه واکسیناسیون بود. نحوه پاسخ دهی به سؤالات بسته به نوع سؤال، به صورت بلی-خیر، دارد - ندارد و یا خوب و بد بود.

جهت رعایت اخلاق در پژوهش کلیه اطلاعات محرومانه بود. آنالیز داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ شد و با استفاده از شاخص‌های توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار، فراوانی و در قالب جداول گزارش شد. به منظور بررسی رابطه بین متغیرهای کیفی، از آزمون آماری کای دو استفاده شد. سطح معنی داری ۵/۰ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

شاخص‌های سلامتی سالمندان در جدول شماره ۲ به تفکیک جنسیت آورده شده و مقایسه آن‌ها بین زنان و مردان سالمند با استفاده از آزمون کای اسکوئر صورت گرفته است. بر اساس جدول زیر از بین موارد بررسی شده در سالمندان فقط نداشتن دندان طبیعی و نداشتن سواد در حد خواندن و نوشتن در سالمندان به تفکیک جنسیت اختلاف آماری معناداری داشت به طوریکه هر دو مورد در سالمندان زن بیشتر از سالمندان مرد بوده است و بقیه موارد بین دو جنس تفاوت آماری معناداری نداشتند.

داد. با توجه به اینکه در رابطه با مشکلات سلامتی سالمندان در شهرستان آزادشهر تا کنون مطالعه‌ای صورت نگرفته است بنابراین پژوهشگران بر آن شدند تا مطالعه‌ی حاضر را با هدف بررسی مشکلات شایع سلامتی سالمندان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان آزادشهر در سال ۱۳۹۲ انجام دهند

روش بررسی

مطالعه توصیفی- مقطعی در سال ۱۳۹۲ با استفاده از منابع موجود در مراکز بهداشتی درمانی شهرستان آزاد شهر استان گلستان انجام شد. ۱۴۸ فرم غربالگری مشکلات سرپاچی سالمندان مربوط به سال ۱۳۹۲ به صورت سرشماری مورد بررسی قرار گرفت. فرم‌های مربوط به سالمندان (۶۰ سال و بالاتر) که به دلیل مشکلاتی از قبیل بیماری، بررسی جواب آزمایشات پاراکلینیکی، کنترل فشارخون، مراقبت دیابت، مشکلات بینایی و شنوایی، بی اختیاری ادراری، افسردگی به پزشکان مراکز بهداشتی درمانی مراجعه نموده و توسط پزشکان مراکز بهداشتی درمانی که قبل از آموزش‌های لازم در مورد نحوه تکمیل فرم را دریافت کرده بودند، تکمیل گردیده بود، وارد مطالعه شد. در طول سال ۱۳۹۲ تعداد ۳۰۴ فرم جهت سالمندان مراجعه کننده توسط پزشکان شاغل تکمیل شده بود که پس از بررسی، فرم‌هایی که بصورت خیلی ناقص تکمیل شده بودند از مطالعه خارج شدند و نهایتاً ۱۴۸ فرم که نسبتاً کامل تر بودند، وارد مطالعه شدند (لازم به توضیح است که فرم‌های بررسی شده ای که در پژوهش مورد استفاده قرار گرفته اند نیز در تعدادی از آیتم‌های پرسشتماهه ناقص بوده اند به گونه‌ای که در هیچ یک از آیتم‌ها، تعداد کلی به عدد ۱۴۸ نرسیده است و در جداول شماره ۱ و ۲ قابل مشاهده است. کمترین Missing مربوط به بررسی شنوایی و واکسیناسیون و بیشترین Missing مربوط به بررسی بینایی و تعادل پاها بوده است). نمونه‌ها از ۸ مرکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی انتخاب شدند. به منظور جمع آوری اطلاعات، از فرم ارسال شده توسط معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی گلستان استفاده شد.

بلغ و داشتند. به لحاظ وضعیت اقتصادی ۲۸.۳٪ افراد مذکور ترتیب قدرت خرید داروهای خود را نداشته و ۸.۶٪ و ۸۴.۹٪ افراد مؤنث به ترتیب فاقد بیمه اولیه و تکمیلی بودند. از نظر وضعیت اجتماعی که با دو فاكتور تنها زندگی کردن و سواد، مورد بررسی قرار گرفته بود، ۲۲۳.۸٪ افراد مؤنث تنها زندگی می کردند و ۱۰۰٪ سواد متوسطه و بالاتر ۸۹.۹٪ حتی سواد در حد خواندن و نوشتن نیز نداشتند. تزریق واکسن ها دوگانه بزرگسالان، آنفلوآنزا، پنوموکوک و هپاتیت ب به ترتیب در ۸۸.۵٪ افراد مذکور، ۱۰۰٪ افراد مؤنث، ۹۱.۷٪ افراد مؤنث انجام نشده بود (جدول شماره ۳).

۹۲.۸٪ افراد مؤنث در طی ۳ ماه اخیر کاهش وزن داشتند. ۷۲.۶٪ افراد مؤنث سنگینی در گوش راست و ۷۵.۳٪ سنگینی در گوش چپ داشتند. ۸۳.۷٪ افراد مؤنث دارای مشکلات بینایی در چشم راست و ۸۱.۴٪ دارای مشکلات بینایی در چشم چپ خود بودند. ۲۳.۸٪ افراد مؤنث عدم یادآوری کلمات را داشتند. ۱۱٪ افراد مؤنث دارای بی اختیاری ادرار بودند. ۴۶.۹٪ افراد مؤنث احساس افسردگی می کردند. ۶۳.۹٪ افراد مؤنث فعالیت های پر انرژی و ۶۰٪ قدرت انجام کارهای سنگین، نداشتند. ۲۱.۴٪ افراد مؤنث سابقه سقوط داشتند. ۴۳.۱٪ افراد مذکور عدم تعادل در پای راست و ۵۲.۹٪ عدم تعادل در پای چپ، ۳۳.۹٪ مشکل در

جدول شماره ۱- فراوانی مشکلات سالمندان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی مورد مطالعه به طور کلی

مشکلات شایع دارند	مشکلات شایع دارند	متغیر
(تعداد) درصد	(تعداد) درصد	
%۹۱.۳۶ (۱۲۷)	%۸.۶ (۱۲)	وضعیت تغذیه (کاهش وزن در ۳ ماه اخیر)
%۷۱.۲۳ (۱۰۴)	%۲۸.۷۶ (۴۲)	سنگینی در گوش راست
%۷۱.۴۲ (۱۰۵)	%۲۸.۵۷ (۴۲)	سنگینی در گوش چپ
%۷۸.۶۶ (۵۹)	%۲۱.۳۳ (۱۶)	مشکل در چشم راست
%۷۷.۳۳ (۵۸)	%۲۲.۶۶ (۱۷)	مشکل در چشم چپ
%۷۸.۹۸ (۱۰۹)	%۲۱.۰۱ (۲۹)	وجود مشکل در وضعیت ذهنی (یادآوری کلمات)
%۹۰ (۱۲۶)	%۱۰ (۱۴)	وجود بی اختیاری ادراری
%۵۷.۲۴ (۷۹)	%۴۲.۷۵ (۵۹)	وجود افسردگی (آیا گاهی احساس غمگینی یا افسردگی می کنید؟)
%۴۰.۴۲ (۵۷)	%۵۹.۵۷ (۸۴)	فعالیت های پر انرژی (پیاده روی، دوچرخه سواری)
%۴۱.۴۲ (۵۸)	%۵۸.۵۷ (۸۲)	فعالیت های سنگین (باغبانی، شستشوی منزل و ...)
%۷۹.۸۶ (۱۱۵)	%۲۰.۱۳ (۲۹)	سابقه سقوط
%۵۷.۶ (۷۲)	%۴۲.۴ (۵۲)	پای راست
%۵۳.۲۲ (۶۶)	%۴۶.۷۷ (۵۸)	پای چپ
%۱۲.۶۷ (۱۸)	%۸۷.۳۲ (۱۲۴)	دندان طبیعی
%۷۱.۲۲ (۹۴)	%۲۸.۷۸ (۳۸)	بلعیدن
%۷۱.۸۳ (۱۰۲)	%۲۸.۱۶ (۴۰)	توانایی خرید دارو
%۹۲.۱۵ (۱۲۹)	%۷.۸۵ (۱۱)	بیمه اولیه
%۱۵.۵۰ (۲۰)	%۸۴.۴۹ (۱۰۹)	بیمه تکمیلی

%۷۱.۶۸ (۱۱۳)	%۲۸.۳۱ (۳۲)	تنها زندگی کردن	وضعیت اجتماعی
%۲۱.۴۲ (۳۰)	%۷۸.۵۷ (۱۱۰)	ساد خواندن و نوشتن	
%۰.۶۹ (۱)	%۹۹.۳۰ (۱۴۳)	ساد متوسطه و بالاتر	
%۱۱.۷۲ (۱۷)	%۸۸.۲۷ (۱۲۸)	دوگانه بزرگسالان	
%۱.۳۷ (۲)	%۹۸.۶۲ (۱۴۳)	آنفلوآنزا	تزریق واکسن
%۰.۶۹ (۱)	%۹۹.۳۰ (۱۴۳)	پنوموکوک	
%۹.۷۹ (۱۴)	%۹۰.۲۰ (۱۲۹)	هپاتیت ب	

جدول شماره ۲- فراوانی مشکلات سالماندان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی مورد مطالعه بر حسب جنسیت

سطح معنی داری	جنسیت		طبقه بندی	متغیر
	زن	مرد		
•/۴۷۳	۶ (%/۰.۷/۲)	۶ (%/۰.۱۰/۷)	بلی	کاهش وزن در ۳ ماه اخیر
	۷۷ (%/۰.۹۲/۸)	۵۰ (%/۰.۸۹/۳)	خیر	
•/۶۶۷	۲۳ (%/۰.۷/۴)	۱۹ (%/۰.۳۰/۶)	بلی	مشکلات گوش راست
	۶۱ (%/۰.۷۲/۶)	۴۳ (%/۰.۶۹/۴)	خیر	
•/۲۲۴	۲۱ (%/۰.۲۴/۷)	۲۱ (%/۰.۳۳/۹)	بلی	مشکلات گوش چپ
	۶۴ (%/۰.۷۵/۳)	۴۱ (%/۰.۶۶/۱)	خیر	
•/۲۱۶	۷ (%/۰.۱۶/۳)	۹ (%/۰.۲۸/۱)	بلی	مشکلات چشم راست
	۳۶ (%/۰.۸۲/۷)	۲۳ (%/۰.۷۱/۹)	خیر	
•/۳۳۰	۸ (%/۰.۱۸/۶)	۹ (%/۰.۲۸/۱)	بلی	مشکلات چشم چپ
	۳۵ (%/۰.۸۱/۴)	۲۳ (%/۰.۷۱/۹)	خیر	
•/۳۵۴	۶۱ (%/۰.۷۶/۳)	۴۸ (%/۰.۸۲/۸)	خوب	یادآوری کلمات
	۱۹ (%/۰.۲۳/۸)	۱۰ (%/۰.۱۷/۲)	بد	
•/۶۴۷	۹ (%/۰.۱۱)	۵ (%/۰.۸/۶)	بلی	بی اختیاری ادرار
	۷۳ (%/۰.۸۹)	۵۳ (%/۰.۹۱/۴)	خیر	
•/۲۳۱	۳۸ (%/۰.۴۶.۹)	۲۱ (%/۰.۳۶.۸)	بله	وجود احساس افسردگی
	۴۳ (%/۰.۵۳.۱)	۲۶ (%/۰.۶۳.۲)	خیر	
•/۲۱۵	۳۰ (%/۰.۳۶/۱)	۲۷ (%/۰.۴۶/۶)	بلی	فعالیت های پر انرژی (پیاده روی، دوچرخه سواری)
	۵۳ (%/۰.۶۲/۹)	۳۱ (%/۰.۵۳/۴)	خیر	
•/۶۹۲	۳۲ (%/۰.۴۰)	۲۶ (%/۰.۴۳/۳)	بلی	فعالیت های سنگین (باغبانی، شستشوی منزل و ...)
	۴۸ (%/۰.۶۰)	۳۴ (%/۰.۵۶/۷)	خیر	
•/۶۴۸	۱۸ (%/۰.۲۱.۴)	۱۱ (%/۰.۱۸.۳)	بلی	سابقه سقوط
	۶۶ (%/۰.۷۸.۶)	۴۹ (%/۰.۸۱.۷)	خیر	
•/۸۲۱	۴۳ (%/۰.۵۸/۹)	۲۹ (%/۰.۵۶/۹)	بلی	تعادل پای راست
	۳۰ (%/۰.۴۱/۱)	۲۲ (%/۰.۴۳/۱)	خیر	
•/۲۵۰	۴۲ (%/۰.۵۷/۵)	۲۴ (%/۰.۴۷/۱)	بلی	تعادل پای چپ
	۳۱ (%/۰.۴۲/۵)	۲۷ (%/۰.۵۲/۹)	خیر	
۰/۰۰۵*	۵ (%/۶)	۱۳ (%/۰.۲۲)	دارد	دندان طبیعی

	۷۸ (٪۹۴)	۴۶ (٪۷۸)	ندارد		
•/۲۶۳	۱۹ (٪۲۵)	۱۹ (٪۳۳/۹)	دارد	اشکال در بلغ	
	۵۷ (٪۷۵)	۳۷ (٪۶۶/۱)	ندارد		
•/۹۷۰	۵۹ (٪۷۲)	۴۳ (٪۷۱/۷)	دارد	توانایی خرید دارو یا انجام آزمایشات	وضعیت اقتصادی
	۲۳ (٪۲۸)	۱۷ (٪۲۸/۳)	ندارد		
•/۶۸۶	۷۴ (٪۹۱/۴)	۵۵ (٪۹۳/۲)	دارد	داشتن بیمه پایه	
	۷ (٪۸/۶)	۴ (٪۶/۸)	ندارد		
•/۸۷۶	۱۱ (٪۱۵/۱)	۹ (٪۱۶/۱)	دارد	داشتن بیمه تکمیلی	
	۶۲ (٪۸۴/۹)	۴۷ (٪۸۳/۹)	ندارد		
•/۵۵۳	۲۰ (٪۲۳/۸)	۱۲ (٪۱۹/۷)	بلی	تنهای زندگی کردن	وضعیت اجتماعی
	۶۴ (٪۷۶/۲)	۴۹ (٪۸۰/۳)	خیر		
•/۰۰۱	۹ (٪۱۱)	۲۱ (٪۳۶/۲)	بلی	ساد خواندن و نوشتن	
	۷۳ (٪۸۹)	۳۷ (٪۶۳/۸)	خیر		
•/۲۴۲	۰ (٪۰)	۱ (٪۱/۶)	بلی	ساد متوسطه و بالاتر	
	۸۳ (٪۱۰۰)	۶۰ (٪۹۸/۴)	خیر		
•/۹۳۷	۱۰ (٪۱۱/۹)	۷ (٪۱۱/۵)	بلی	دوگانه بزرگسالان	تزریق واکسیناسیون
	۷۴ (٪۸۸/۱)	۵۴ (٪۸۸/۵)	خیر		
•/۸۱۹	۱ (٪۱/۲)	۱ (٪۱/۶)	بلی	آنفلوآنزا	
	۸۳ (٪۹۸/۸)	۶۰ (٪۹۸/۴)	خیر		
•/۲۳۵	(٪۰) ۰	۱ (٪۱/۷)	بلی	پنوموکوک	
	۸۴ (٪۱۰۰)	۵۹ (٪۹۸/۳)	خیر		
•/۴۸۴	۷ (٪۸/۳)	۷ (٪۱۱/۹)	بلی	هپاتیت ب	
	۷۷ (٪۹۱/۷)	۵۲ (٪۸۸/۱)	خیر		

* Chi-square test

خواندن و نوشتن) رابطه آماری معنی داری داشتند به طوریکه افراد باساده، توان بیشتری جهت انجام فعالیت های پر انرژی و سنگین داشتند. سایر موارد از جمله وضعیت دندان، تزریق واکسن و یادآوری کلمات با سطح ساده، ارتباط اماری معنی داری نداشتند. (جدول شماره ۳) (P=۰/۰۵) (جدول شماره ۳)

در جدول شماره ۳ فراوانی مشکلات شایع سالمندان بر حسب تحصیلات (ساد خواندن و نوشتن) با استفاده از آزمون کای اسکوئر مورد بررسی قرار گرفت. از بین مشکلات سلامتی مورد بررسی، توان انجام فعالیت های پر انرژی (پیاده روی، دوچرخه سواری) و فعالیت های سنگین (باغبانی، شستشوی منزل و ...) با سطح ساده (در حد

جدول شماره ۳ - فراوانی مشکلات سالمندان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی بر حسب تحصیلات

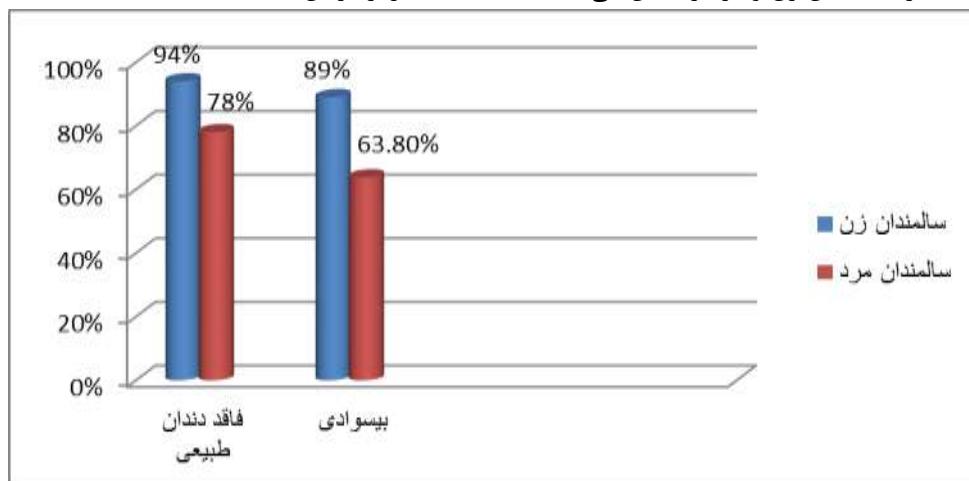
سطح معنی داری	ساد خواندن و نوشتن		پاسخ	متغیر
	ندارد	دارد		
•/۷۳۴	۲۷ (٪۲۰)	۴ (٪۲۳/۵)	دارد	وضعیت دندان
	۱۰۸ (٪۸۰)	۱۳ (٪۷۶/۵)	ندارد	

۰/۹۹۱	۲۹ (٪۲۱/۲)	۴ (٪۲۱/۱)	بلی	دوگانه بزرگسالان
	۱۰۸ (٪۷۸/۸)	۱۵ (٪۷۸/۹)	خیر	
۰/۳۶۵	۳۳ (٪۲۱/۶)	۰ (٪)	بلی	آنفلوآنزا
	۱۲۰ (٪۷۸/۴)	۳ (٪۱۰۰)	خیر	
۰/۳۱۸	۳۳ (٪۲۰/۹)	۱ (٪۵۰)	بلی	پنوموکوک
	۱۲۱ (٪۷۹/۱)	۱ (٪۵۰)	خیر	
۰/۱۸۷	۳۱ (٪۲۲/۱)	۱ (٪۷/۱)	بلی	هپاتیت ب
	۱۰۹ (٪۷۷/۹)	۱۳ (٪۹۲/۹)	خیر	
۰/۰۵*	۱۵ (٪۱۶/۱)	۱۷ (٪۲۹/۳)	بلی	فعالیت های پر انرژی (پیاده روی، دوچرخه سواری)
	۷۸ (٪۸۳/۹)	۴۱ (٪۷۰/۷)	خیر	
۰/۰۵*	۱۵ (٪۱۶/۳)	۱۷ (٪۲۹/۳)	بلی	فعالیت های سنگین (باغبانی، شستشوی منزل و ...)
	۷۷ (٪۸۳/۷)	۴۱ (٪۷۰/۷)	خیر	
۰/۱۷۲	۴ (٪۱۲/۵)	۲۷ (٪۲۳/۷)	بلی	یادآوری کلمات
	۲۸ (٪۸۷/۵)	۸۷ (٪۷۶/۳)	خیر	

* Chi-square test

که هم میزان بی دندانی و هم میزان بی سوادی در زنان بیشتر از مردان است.

نمودار شماره ۱ مقایسه وضعیت داشتن یا نداشتن دندان و وضعیت بی سوادی در سالمدان زن و مرد را نشان می دهد



نمودار شماره ۱- مقایسه فقدان دندان طبیعی و بیسوادی در سالمدان به تفکیک جنسیت

های درمانی فراینده ای بر سالمند، خانواده وی و نظام بهداشتی درمانی کشور شود. به همین دلیل این مطالعه به منظور شناسایی مشکلات سلامتی شایع سالمندی در سالمدان شهرستان آزاد شهر انجام گرفت که فرم های

بحث سلامت سالمدان از اهمیت قابل ملاحظه ای برخوردار می باشد. زیرا در این دوران، بیماری های مزمن به عنوان عوامل مرگ های زودرس و ناتوانی های جسمی بیشتر نمایان شده که این موضوع می تواند منجر به افزایش و تحمیل هزینه

در این مطالعه، ۹۴/۱ و ۹۳/۲ مردان و زنان به ترتیب دارای بیمه پایه بودند که تفاوت معنی داری بین دو جنس وجود نداشت، اما فقط بطور متوسط ۱۵/۵٪ سالمدان دارای بیمه تکمیلی بودند. در همین راستا، در مطالعه رجبی و همکاران (۱۳۹۵)، ۹۳/۷ درصد سالمدان بیمه درمانی پایه و ۵۹/۶ درصد آنها بیمه تکمیلی داشتند (۱۶). در مطالعه آصف زاده و قدوسیان (۱۳۸۷)، بیش از ۹۰ درصد نمونه‌ها از بیمه پایه برخوردار بودند (۲۵) که تقریباً تمامی مطالعات بیانگر پوشش بیمه نسبتاً مناسب در سطح پایه می‌باشد. با توجه به هزینه نسبتاً بالای آزمایش‌ها و سلامت به نظر می‌رسد، داشتن بیمه تکمیلی می‌تواند نقش قابل توجهی در ارتقاء دستیابی این گروه جمعیتی به خدمات نسبتاً گران سلامت ایفاء نماید.

اختلالات جسمی از قبیل مشکلات بینایی (بطور میانگین حدود ۲۸٪ مردان و ۱۷.۵٪ زنان) و شنوایی (بیش از ۳۰٪ در مردان سالمدان و بیش از ۲۴.۷٪ در زنان سالمدان)، اشکال در بلع مواد غذایی (حدود ۳۰٪)، عدم وجود دندان طبیعی (میانگین ۸۷ درصد)، بی اختیاری ادرار (۱۰ درصد) و اشکال در یادآوری کلمات (میانگین ۲۱ درصد) در سالمدان مورد بررسی مشاهده شد. در مطالعه صادقیان و همکاران (۱۳۹۰)، ۶۲ درصد مشکلات بینایی و ۲۳ درصد مشکلات شنوایی، ۱۴/۸ درصد مشکل دستگاه ادراری، ۴۵/۳ درصد اختلال حافظه و ۹۰/۸ درصد مشکلات دهان و دندان داشتند (۶). شایع‌ترین مشکل جسمی در این مطالعه مشکل دهان و دندان بود که با مطالعه صادقیان و همکاران همخوانی دارد. اگر چه نتایج سایر مطالعات متفاوت می‌باشد و مشکلات قلبی-عروقی (۱۳) و اسکلتی-عضلانی (۱۲) از مشکلات شایع دوران سالماندی گزارش شده‌اند. بیماری‌های مزمن و اختلالات دوران سالماندی موجب افزایش وابستگی و نیاز به مراقبت در سالمدان و کاهش کیفیت زندگی می‌شود (۲۷).

از نظر فعالیت‌های پر انرژی (پیاده روی، دوچرخه سواری)، ۵۳/۴ درصد مردان و ۶۳/۹ زنان، فعالیت داشتند و اختلاف آماری معنی داری بین دو جنس وجود نداشت. نتایج مطالعه

غربالگری سالمدانی که بنا به دلایلی به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه می‌کردند، مورد بررسی قرار گرفت.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، در حدود ۵۸ درصد مشارکت کنندگان را زنان سالمدان تشکیل می‌دادند. در مطالعه حبیبی و همکاران (۱۳۹۱)، ۵۰ درصد سالمدان را زنان تشکیل می‌دادند (۲۱). در مطالعه موحد مجد و جهانبازیان (۱۳۹۴) نیز ۵۰ درصد نمونه‌ها را زنان تشکیل می‌دادند (۲۲)..

در مطالعه حاضر، ۸۹٪ افراد سواد خواندن و نوشتن نداشتند. در مطالعه حبیبی و همکاران (۱۳۹۱)، ۷۰/۵ درصد سالمدان بی سواد بودند و فقط ۱۲ درصد سواد خواندن و نوشتن داشتند (۱۵). هم چنین در مطالعه موحد مجد و جهانبازیان (۱۳۹۴)، ۶۷/۸ درصد سالمدان مورد مطالعه بی سواد بودند (۲۲) که تقریباً همسو با نتایج مطالعه حاضر می‌باشد. تحصیلات به عنوان یک عامل مؤثر در برخورداری از یک زندگی سالم، نقش قابل توجهی داشته و این امر می‌تواند به سلامتی بهتر و رضایتمندی از زندگی منجر شود (۲۳). به طوری که در مطالعه حاضر نیز دیده شده است که انجام فعالیت‌های سنگین و پرانرژی در سالمدان با سواد خواندن و نوشتن رابطه معنی دار مثبت داشته است. از آنجا که در مطالعه حاضر، اغلب سالمدان از سواد خواندن و نوشتن نیز برخوردار نبودند، لذا برگزاری کلاس‌ها و جلسات آموزشی به منظور آشنایی سالمدان با مشکلات این دوره، می‌تواند مفید واقع گردد.

در مطالعه حاضر، ۱۹/۷ از مردان و ۲۳/۸ از زنان سالمدان تنها زندگی می‌کردند، اما اختلاف آماری معنی داری بین دو جنس وجود نداشت. در مطالعه Salehi و همکاران (۲۰۱۴)، ۸/۹ درصد سالمدان تنها زندگی می‌کردند که در مقایسه با مطالعه حاضر بسیار کمتر می‌باشد. ۶۱ درصد نمونه‌ها در مطالعه حبیبی و همکاران (۱۳۹۱) به همراه خانواده خود زندگی می‌کردند (۲۱). در مطالعه رجبی و همکاران (۱۳۹۵) نیز ۵۵/۹ نمونه‌ها با خانواده خود زندگی می‌کردند (۲۴).

تا از عوارض بیماری‌ها و ناتوانی‌های جسمی پیشگیری به عمل آید. از آنجایی که اکثریت سالمندان با بیماری‌های زمینه‌ای مواجه هستند، لازم است در خصوص بیمه تکمیلی آنان برنامه ریزی گردیده و رسیدگی به مشکلات دندانی و تهیه دندان مصنوعی جهت سالمندان تحت پوشش بیمه قرار گیرد.

از جمله محدودیت‌های این مطالعه، فرم‌های ناقص و حجم کار پزشکان شاغل در مراکز بهداشتی درمانی و کم حوصلگی سالمندان به دلیل مشکلات و بیماری‌های عدیده بود از محدودیت‌های دیگر مطالعه، کم بودن تعداد فرم‌های سالمندان شهری به دلیل غیرفعال بودن خدمات و بیشتر بودن بار مراجعه سایر بیماران در مراکز شهری بود. و همچنین تعمیم نتایج به سایر جمعیت‌ها به دلیل در دسترس بودن انتخاب نمونه‌ها، با احتیاط صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسنده‌گان مقاله از کلیه سالمندان مشارکت کننده در مطالعه و همکارانی که در جمع آوری اطلاعات از مرکز بهداشت شهرستان آزادشهر مشارکت داشتند، قدردانی می‌نمایند. این مقاله حامی مالی ندارد.

Legrand و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد که پیاده روی گروهی (۳ تا ۵ روز در هفته) بر کاهش علائم افسردگی زنان سالمند مؤثر است(۲۸). در مطالعه حاضر تفاوت معنی داری بین سالمندانی که دارای سواد خواندن و نوشتن بودند و آنها بی که فاقد آن بودند از نظر فعالیت بدنی وجود داشت. به طوری که افراد باسواد توان بیشتری از نظر انجام فعالیت‌های پرانرژی و سنگین داشتند. در پژوهش‌های انجام شده مختلف، آموزش نقش قابل ملاحظه‌ای در افزایش اعتقاد به تأثیرات مثبت ورزش نشان داد به این نحو که وقتی سالمندان در مورد تأثیرات مفید تمرینات بدنی آگاهی بیشتری داشته باشد، به طور منظم تری ورزش می‌کنند(۳۰، ۲۹، ۹)، بنابراین ارائه آموزش لازم به سالمندان در خصوص نقش مثبت ورزش در سلامتی، می‌توان وضعیت فعالیت بدنی آن‌ها را بهبود بخشید. پیشنهاد می‌گردد به منظور شرکت سالمندان به نسبت جمعیت شهری و روستایی، مطالعات طراحی شده و تعیین حجم نمونه به تناسب جمعیت ساکن در مراکز شهری و روستایی انجام گردد و بهتر است در هر مطالعه تعداد محدودی شاخص یا مشکل بررسی گردد تا بهتر بتوان در مورد آن به بحث پرداخت.

با توجه به نتایج مطالعه که شایع ترین مشکلات شناسایی شده شامل مشکلات دهان و دندان، اشکال در بلع، مشکلات بینایی و شنوایی و نداشتن بیمه تکمیلی بوده است، لازم است وضعیت سلامتی سالمندان بطور مستمر و هدفمند مورد بررسی و پایش قرار گرفته و با عنایت به هزینه‌های نسبتاً بالای خدمات سلامتی، تمهیداتی در مورد بیمه تکمیلی آنها صورت گیرد. هم چنین از آنجایی که درصد زیادی از سالمندان سواد خواندن و نوشتن نداشتند، آموزش‌های ارائه شده در قالب کلاس آموزشی، نمایش فیلم و ایفای نقش و معرفی سالمندان موفق از نظر سیک‌زنگی سالم و حفظ سلامتی خود، می‌تواند مؤثر واقع شود. هم چنین با توجه به انفجار جمعیت سالمند در سال‌های آتی توجه به سلامت این قشر ضروری می‌باشد و باید تمهیداتی از جمله برنامه ویزیت در منزل و مراقبت پس از ترخیص انجام گیرد.

References

1. Hojjati H, Koochaki G, Sanagoo A. *The Relationship between Loneliness and Life Satisfaction of the Elderly in Gorgan and Gonbad Cities Journal of Research Development in Nursing & Midwifery*. 2012; 9 (1):61-68[In Persian].
2. Teymoori F, Dadkhah A, Shirazikhah M. *Social welfare and health (mental, social, physical) status of aged people in Iran. Middle East Journal of Age and Aging*. 2006;3(1):39-45.
3. Ebrahimi FMR, Zand S. *Nutritional status and associated factors in elderly residents in nursing homes.Payesh*. 2013;12(2):143-49[In Persian].
4. Statistical Center of Iran. *Selection of the results of general census of population and housing in Iran. 2016. Available from: <https://www.amar.org.ir>*
5. Safarkhanlou H, Z. RG. *The Evolution of the Elderly population in Iran and the world. Statistics*. 2017;5(3):8-16[In Persian].
6. Sadeghiyan F, Raei M, Hashemi M, Amiri M, Chaman R. *Elderly and Health Problems: A Cross Sectional Study in the Shahroud Township. Iranian Journal of Ageing*. 2011;6(2)[In Persian].
7. Ahangari M, Kamali M, Arjmand Hesabi M. *Quality of elderly's life in Tehran senile culture house clubs. Iranian Journal of Ageing*. 2007;2(1):182-9[In Persian].
8. Naseh L, Heidari M. *Relationship Between General Self-Efficacy and Quality of Life Among Elderly Living in Chaharmahal Bakhtiari Nursig Homes. Iranian Journal of Ageing*. 2015;10(1):62-71[In Persian].
9. Hejazi S, Sahbaiee F, Fesharaki M, Abdollahi A. *The effect of education about health-promoting behaviors on the knowledge of the elderly in the geriatric nursing residences in Tehran (2009). J Birjand Univ Med Sci*. 2012;19(1):114-21[In Persian].
10. Imani A DS, Azizi Zeinalhajlou A. *Population Aging and Burden of Diseases (A Review). Depiction of Health*. 2015;6(2):54-61 [In Persian].
11. Rasel M, Ardalan A. *The Future of Ageing and Its Health Care Costs: A Warning for Health System. Iranian Journal of Ageing*. 2007;2(2):300-5.
12. Safavi BZ, ZOU AF. *Determining risk factors associated with falling among elderly at residential care facilities in Tehran. J Qazvin Univ Med Sci* 2008;11(4):66-70[In Persian].
13. Amini A, Shaghaghi A, Milani K, Hanaii J, Yaghoobi A. *Status of the elderly people in northwestern Tabriz. Med J Tabriz Univ Med Sci*. 2003;37(59):16-22[In Persian].
14. Sepanlou SG, Kamangar F, Poustchi H, Malekzadeh R. *Reducing the burden of chronic diseases: a neglected agenda in Iranian health care system, requiring a plan for action. Arch Iran Med*. 2010;13(4):340.
15. Habibi A, Savadpoor MT, Molaei B, Samshiri M, Ghorbani M. *Survey of physical functioning and prevalence of chronic illnesses among the elderly people. Iranian Journal of Ageing*. 2009;4(3) [In Persian].
16. Lee L, Goren A, Zou K, Odell K, Russell D, Araiza A, et al. *Potential benefits of diagnosis and treatment on health outcomes among elderly people with symptoms of overactive bladder. Int J Clin Pract*. 2016;70(1):66-81..
17. Rabiei M, Shakiba M, Masoudirad H, Javadinia A. *Dental status among urban and rural elderly of Talesh (2009). J Qazvin Univ Med Sci*. 2011;15(3):69-75[In Persian].
18. Mohseni M KN, Iranpour A, Tabe R, Borhaninejad VR. *The Relationship Between Health Literacy and Health Status Among Elderly People in Kerman. Iranian Journal of Ageing*. 2015;10(2):146-55[In Persian].
19. Owlia F AH, Rustaei zadeh Z, Bahadori L. *The Prevalence of Oral Lesion among Elderly in Yazd Province Nursing Homes in 2014. Journal of Health*. 2017;8(3):321-7[In Persian].

20. Taheri-tanjani P SF, Nazari N, Fakhrzadeh H, Alizadeh-khoe M, Motlagh M S, et al . . Health Status of Elderly People in Alborz : A Cross-Sectional Study. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism.* 2017;16(5):269-82[In Persian].
21. Habibi A, Nemadi-Vosoughi M, Habibi S, Mohammadi M. Quality of life and prevalence of chronic illnesses among elderly people: A cross-sectional survey. *Journal of Health.* 2012;3(1):58-66[In Persian].
22. Movahedmajd M JS. The Study of Self-Assessed Health between the Elderly of Shirazand Yasuj Cities in 2015. *Quarterly Journal of Women.* 2015;8(30):77-96 [In Persian].
23. Vahdaninia M, Goshtasbi A, Montazeri A, Maftoun F. Health-related quality of life in an elderly population in Iran: a population-based study. *Payesh.* 2005;4(2):113-20[In Persian].
24. Rajabi M, Jahanshiri S, Kashani MB, Rezaei HH, Hoseini SM, Mohammad QA, et al. Quality Of Life In And Its Correlates In Elderly In Tehran, Iran. *Payesh.* 2017;16(4):531-41. [In Persian].
25. Asefzadeh S, Ghodoosian A. Recognition of the Health Related Factors of Aged Population of Minoodar in Order to Design Research Interventions (1387). *Iranian Journal of Ageing.* 2010;5(1) [In Persian].
26. Povlsen JV, Ivarsen P. Assisted automated peritoneal dialysis (AAPD) for the functionally dependent and elderly patient. *Perit Dial Int.* 2005;25(Suppl 3):S60-S3.
27. Legrand FD, Mille CR. The effects of 60 minutes of supervised weekly walking (in a single vs. 3–5 session format) on depressive symptoms among older women: Findings from a pilot randomized trial. *Ment Health Phys Act.* 2009;2(2):71-5.
28. Hashimoto S, Munakata T, Okutomi Y. A Cross-sectional and Longitudinal Study on the Exercise Behavior and Life Stress of Participants in a Community Health Promotion Program for Elderly and Middle-aged People. *International Journal of Sport and Health Science.* 2006;4(Special_Issue_2_2006):555-69.
29. Poulsen T, Elkjaer E, Vass M, Hendriksen C, Avlund K. Promoting physical activity in older adults by education of home visitors. *Eur J Ageing.* 2007;4(3):115-2

The study of the common health problems of elderly patients referring to the health centers of Azadshahr city in 2013

Marzieh Gorzin¹, Ebrahim Fadaei², Akram Sanagoo³, Leila Jouybari³, Ensieh Gorzin⁴, Leila Mamashli⁵

1. Master of Midwifery Consultation, BS in Family and Population Health, Health Center, Azadshahr. Golestan University of Medical Sciences, Iran

2. General practitioner, head of the network and head of the Azadshahr Health Center. Golestan University of Medical Sciences, Iran

3. Associate Professor, Ph.D Nursing Education, Nursing Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Iran

4. Family health expert, Aq Qala Health Center, Golestan University of Medical Sciences, Iran

5. Department of Nursing, Aliabad Katoul Branch, Islamic Azad University, Aliabad Katoul, Iran

Abstract

Background and Aim: Elderly has many problems including drug use, nutritional problems, hearing and vision loss, forgetfulness, urinary incontinence, that may impact on their quality of life. The aim of this study was to investigate the common health problems of the elderly referred to the health centers of Azadshahr city in 2013.

Materials and Methods: A cross-sectional study was conducted on forms of 148 elderly who attended to health centers in Azadshahr city using inconvenient sampling technique. The Screening form was investigating 13 cases of the most common problems of aging. Data were reported using mean and standard deviation through tables, and to analyze data, Chi-square test and spss16 was used.

Results: samples were 58.1% female and 41.9% male. A Problem in right and left ear was 28.76% and 28.57%, respectively, and visual problems in right and left eyes were 21.33%, 22.66%, respectively. 21.01% of them did not remember the words and 42.75% felt depressed. 20.13% had a history of falling over the past year. 87.32% had no normal teeth. 84.49% had no supplementary insurance. Of the social status, 28.31% lived alone and 78.57%, even literacy was not read and write.

Conclusion: According to the findings, hearing and vision problems, lack of reminder words, depression, a history of fall in the past year, lack of natural teeth, lack of supplementary insurance, loneliness and illiteracy have been seen. Due to problems The frequent screening and follow-up of this group should be taken into account. It is also necessary to make arrangements for the elderly supplementary insurance.

Keywords: Elderly; Disease; Screening.