

مقدمه

سالمندی یک پدیده‌ی طبیعی و نتیجه‌ی تغییرات تدریجی در فعالیت‌های متابولیک ارگان‌ها و اختلال در ظرفیت ترمیم و بازسازی سلول‌هاست. این پدیده در طی سالیان اخیر روند رو به گسترش و فراگیری در همه‌ی جهان داشته است؛ به طوری که جامعه‌ی جهانی در حال حاضر پیرترین دوران در تاریخ بشر را تجربه می‌کند [۱، ۲].

امید به زندگی از سال ۱۹۵۰ تا کنون، تا ۲۰ سال افزایش داشته و به ۶۶ سال رسیده است و انتظار می‌رود که این روند همچنان ادامه داشته باشد. براساس آمار ارائه شده از طرف سازمان جهانی بهداشت، در حال حاضر بیش از ۶۰۰ میلیون سالمند در سراسر جهان زندگی می‌کنند و پیش‌بینی می‌شود که این تعداد تا سال ۲۰۲۵ به دوبرابر افزایش یابد. روند افزایش جمعیت سالمندان در کشورهای توسعه یافته سریع بود، اکنون کشورهای در حال توسعه نیز به دلیل تغییرات فرهنگی و اجتماعی - اقتصادی، در حال تجربه‌ی این فرآیند هستند و پیش‌بینی می‌شود که سالمندان این جوامع در طی ۵۰ سال آینده چهار برابر شود. در ایران نیز انتظار می‌رود جمعیت سالمندان در طی کمتر از ۲۰ سال آینده دو برابر شود و براساس تخمین سازمان جهانی بهداشت ۲۶ درصد از جمعیت ایران در سال ۲۰۵۰ را افراد با سن ۶۰ سال و بالاتر تشکیل خواهند داد. این انتقال دموگرافیک، اثرات قابل توجهی در تمامی ابعاد زندگی شخصی و اجتماعی خواهد داشت [۳، ۴].

از سوی دیگر، سالمندی دورانی حساس و مهم از زندگی بشر است و سالم پیر شدن حق تمامی انسان‌ها می‌باشد [۵].

سازمان جهانی بهداشت، عمر طولانی را نیز مانند سلامت، آموزش، اشتغال، مسکن، درآمد و رفاه اجتماعی، به عنوان یکی از شاخص‌های سلامت عمومی محسوب می‌کند [۷]. و چالش اصلی قرن حاضر در زمینه‌ی سلامت عمومی، زندگی با کیفیت برتر است. به این معنی که علاوه بر افزایش امید به زندگی، باید به سالمندی پویا توجه نموده، و کیفیت زندگی را نیز در کنار کمیت آن بهبود بخشید.

سالمندان در نتیجه‌ی عوامل متعددی از جمله کهولت، بیماری‌ها و ناتوانی در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی، در معرض خطر آسیب‌های جسمانی، روانی و اجتماعی قرار می‌گیرند [۸-۱۰] و توجه به نیازهای ویژه‌ی این گروه سنی از جمله خدمات اجتماعی، حمایتی و توان بخشی ضروری به نظر می‌رسد.

سلامت سالمندان یکی از مسائل و مشکلات بهداشتی در اکثر جوامع است. نیازهای جسمانی در سنین سالمندی از اهمیت فراوانی برخوردار است، همچنین مسائل روانی ناشی از این دوران نیز تغییرات ضمنی را در روش زندگی سالمندان به وجود می‌آورد. تأمین سلامت و شناسایی نیازهای سالمندان، نیازمند شناخت جامع و دقیق وضعیت سلامت آن‌هاست. سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، تأمین و تخصیص منابع از جمله منابع مالی، نیروی انسانی و تسهیلات و تجهیزات مورد نیاز، برای فراهم ساختن و حفظ سلامت سالمندان، مستلزم بررسی بررسی وضعیت موجود است [۱۱-۱۳].

براساس سرشماری عمومی نفوس و مسکن در سال ۱۳۹۰، درصد جمعیت افراد ۶۰ سال و بالاتر در سال ۱۳۸۵ و ۹۰ به ترتیب از ۷/۲۷ به ۸/۲۶ درصد افزایش یافته است. بر طبق سرشماری سال ۱۳۹۰ استان خراسان شمالی با جمعیتی حدود نهمصد هزار نفر، ۱/۱۵ درصد از جمعیت کل کشور را به خود اختصاص داده است. از این تعداد ۷/۴۹ درصد را مردان و ۵۰/۳ درصد را زنان تشکیل می‌دهند. ۵/۳ درصد این جمعیت را افراد ۶۵ ساله و بالاتر تشکیل می‌دهد [۱۴].

این مطالعه به بررسی نتایج به دست آمده از ارزیابی وضعیت سلامت سالمندان ساکن استان خراسان شمالی، با استفاده از داده‌های مطالعه‌ی سیمای سلامت سالمندان کشور که در سال ۱۳۹۰ در ۵ استان با پراکنندگی جغرافیایی متفاوت انجام شده، می‌پردازد و با توصیف وضعیت سلامت افراد ۶۰ ساله و بالاتر ساکن این استان و ارزیابی جامع حیطه‌های مختلف سلامت در این گروه سنی، سعی در آشکار ساختن چشم‌انداز کلی وضعیت سلامت سالمندان در استان دارد.

روش‌ها

این مطالعه‌ی مقطعی جهت بررسی وضعیت سلامت سالمندان با سن ۶۰ سال و بالاتر در استان خراسان شمالی طراحی شده است. نمونه‌گیری به روش طبقه‌ای متناسب (Proportional Stratified) و به صورت تصادفی در سه مرحله و وزن داده شده به نسبت جمعیت سالمندان در شهرستان‌های استان انجام شده است؛ در مرحله‌ی اول همه‌ی شهرستان‌های استان انتخاب شدند و تعداد نمونه‌های انتخاب شده به نسبت تعداد سالمندان آنجا بود، در مرحله‌ی بعد، نمونه‌گیری از مراکز درمانی انجام شد و به طور تصادفی چند مرکز انتخاب شدند و در مرحله‌ی آخر با استفاده از پرونده‌های خانوار، نمونه‌گیری نهایی انجام شد. بدین ترتیب نمونه‌های مطالعه در سطح استانی نسبتاً قابل تعمیم به جمعیت سالمندان شهری و روستایی است. با توجه به محاسبه‌ی حجم نمونه برای جمعیت سالمندان کشور در حدود ۱۳۰۰ نفر و با توجه به نسبت سالمندان استان خراسان شمالی، تعداد ۹۹ نمونه از ۷ شهرستان این استان، از جمعیت سالمندان شهری و روستایی وارد مطالعه شدند.

در این مطالعه اطلاعات دموگرافیک، سابقه‌ی بیماری‌ها و واکسیناسیون، شرکت در فعالیت‌های اجتماعی، چگونگی استفاده از خدمات و مراقبت‌های سالمندی، و داده‌های مربوط به همراهان و مراقبین سالمندان با استفاده از پرسشنامه که توسط گروهی از متخصصین روایی صورتی آن تأیید گردیده، جمع‌آوری شد. ابتلا به بیماری‌ها با پرسش از خود سالمندان ارزیابی شد. برای ارزیابی فشارخون علاوه بر پرسش از سالمندان در مورد سابقه‌ی ابتلا به پرفشاری خون، در دو نوبت فشار خون آن‌ها توسط پزشک و با اسفیگومونومتر براساس معیارهای JNC7 ارزیابی شد. در صورتی که میانگین فشارخون سیستولی اندازه‌گیری شده، برابر یا بیش از ۱۴۰ میلی‌متر جیوه و برای فشار خون دیاستولی برابر یا بالاتر از ۹۰ میلی‌متر جیوه بود و یا فرد داروی ضد فشارخون مصرف می‌کرد، مبتلا به پرفشاری خون تلقی می‌شد.

برای ارزیابی وضعیت سلامت جسمانی و روانی از نسخه‌ی دوم و ایرانی شده پرسشنامه‌ی کوتاه وضعیت سلامت (SF-36 Version 2)^۱ استفاده شد [۱۵]. این پرسشنامه دارای ۳۶ سؤال است، سؤالات این پرسشنامه ۸ مقیاس اصلی در رابطه با سلامت را اندازه‌گیری می‌کند که ۴ مقیاس سلامت فیزیکی و ۴ مقیاس سلامت روانی را ارزیابی می‌کند. وضعیت تغذیه با پرسشنامه‌ی ارزیابی مختصر تغذیه (MNA)^۲ که به صورت بسیار وسیع در غربال‌گری تغذیه سالمندان در ایران و جهان به کار می‌رود، بررسی شد. حداکثر امتیاز این پرسشنامه ۳۰ و حداقل آن صفر است که بیانگر بدترین وضعیت تغذیه است. نقاط برش ۲۳/۵ برای تفکیک افراد با وضعیت تغذیه خوب از افراد در معرض سوء تغذیه و ۱۷ برای تشخیص افراد در معرض سوء تغذیه از مبتلایان به سوء تغذیه در نظر گرفته شد [۱۶]. افسردگی با استفاده از پرسشنامه‌ی ۱۵ سؤالی و فارسی شده امتیاز افسردگی سالمندان ارزیابی شد؛ این پرسشنامه دارای ۱۵ سؤال و حداکثر ۱۵ امتیاز (بیانگر بدترین وضعیت از نظر افسردگی) و حداقل صفر امتیاز است. در GDS-15^۳ فارسی شده که توسط Malakouti همکاران روانسجی شده، نقطه‌ی برش ۷ برای تعریف ابتلا به افسردگی شده است [۱۷]. در این مطالعه افرادی افسرده در نظر گرفته شدند که امتیاز هشت GDS-15 یا بالاتر داشتند و یا خود بیمار ابتلا به افسردگی را گزارش کرده بود. وضعیت عملکردی با استفاده از پرسشنامه‌ی عملکرد پایه روزمره‌ی زندگی KATZ و عملکرد متوسط روزمره Lawton مورد سنجش قرار گرفت [۱۸]. حداقل امتیاز مقیاس KATZ ADL صفر و حداکثر ۱۲ امتیاز در نظر گرفته شد. امتیاز ۱۲ کاملاً مستقل، امتیاز ۱۰ و ۱۱ وابستگی خفیف، امتیاز ۸ و ۹ وابستگی متوسط و امتیاز ۷ یا کمتر وابستگی شدید در نظر گرفته شد. در پرسشنامه‌ی Lawton معیار وابستگی برای زنان نقطه‌ی برش ۸ و برای مردان ۵ در نظر گرفته شد. فعالیت فیزیکی نیز با دو پرسش از پرسشنامه‌ی فارسی کوتاه فعالیت فیزیکی بین‌المللی، که به

¹ Short Form (36) Health Survey

² Mini Nutritional Assessment

³ Geriatric Depression Scale-15

۷۶/۹ درصد از سالمندان مرد و ۵۰ درصد از سالمندان زن شرکت کننده در مطالعه متأهل بودند و میانگین میزان تأهل در سالمندان این استان، ۶۰/۸ درصد بود.

۶۰/۲ درصد شرکت کنندگان بیسواد بوده و ۳۱/۶ درصد تحصیلات در حد ابتدایی داشتند. ۱۸/۴ درصد به تنهایی و ۶۱/۲ درصد همراه با همسر و یا با همسر و فرزندان زندگی می‌کردند. درصد اشتغال در سالمندان شرکت کننده در مطالعه، ۵/۲ و به تفکیک ۱۰ درصد در مردان و ۱/۸ درصد در زنان بود. همچنین ۱۸/۶ درصد بازنشسته و مستمری بگیر بودند در حالی که ۷۶/۳ درصد نیز هیچ منبع درآمدی از حقوق و مستمری نداشتند. مهم‌ترین منبع درآمد سالمندان مورد مطالعه، کمیته‌ی امداد و بهزیستی بود (۴۰/۳) و ۲۵ درصد نیز از دارایی‌ها و درآمد شخصی امرار معاش می‌کردند.

۷۷/۸ درصد افراد مورد مطالعه ملک شخصی داشتند. ۱۰۰ درصد مردان و ۹۶/۶ درصد زنان، بیمه بودند و ۲۵/۵ درصد نیز از بیمه‌ی تکمیلی برای خدمات بستری استفاده می‌کردند (جدول ۱).

فارسی ترجمه و روایی و پایایی نسخه فارسی آن بررسی شده، سنجیده شد [۱۹]. اطلاعات بیشتر در خصوص ارزیابی‌های دموگرافیک، سنجش روایی صوری و چگونگی سنجش فشار خون، استعمال سیگار، قلیان، اضطراب، اختلال حافظه و بی‌اختیاری در مقالات دیگری ذکر شده است [۲۰].

جمع‌آوری داده‌ها، از طریق معاینه و مصاحبه با سالمندان در مراکز بهداشتی و درمانی توسط پزشکان عمومی آموزش دیده انجام شد و در مواردی که حضور سالمندان در مرکز بهداشتی و درمانی امکان‌پذیر نبود، این کار با مراجعه به منزل سالمند صورت گرفت.

توصیف داده‌های کمی پارامتریک، با میانگین و انحراف معیار و داده‌های کمی غیرپارامتریک و رتبه‌ای، با میانه و محدوده‌ی بین چارکی انجام شد. مقایسه‌ی داده‌های پارامتریک در گروه‌های مختلف با استفاده از آزمون t مستقل و آنالیز واریانس دوسویه انجام گردید. سطح معنی‌داری در حد $\alpha < 0.05$ تعریف گردید. از فراوانی خام و درصد برای نشان دادن نسبت‌ها استفاده شد و در نهایت داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۱ مورد آنالیز قرار گرفت.

این مطالعه در کمیته‌ی اخلاق وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به تصویب رسید و در طی انجام آن اصول بیانی‌ی اخلاق هلسینکی رعایت گردید. از تمام سالمندان رضایت آگاهانه جهت ورود به مطالعه اخذ گردید. داده‌ها بدون نام و مشخصات شناسنده در اختیار سایر پژوهشگران قرار گرفت و تمام کدهای اخلاق کشوری در انتشار مطالب علمی مطالعه رعایت شد.

یافته‌ها

این تحقیق بر روی ۹۹ نفر از سالمندان ساکن شهر و روستا از ۷ شهرستان استان خراسان شمالی انجام شد. میانگین سن شرکت کنندگان ۶۹/۴۴ سال با انحراف معیار ۷/۵۳ سال بود. ۷۰/۵ درصد از شرکت کنندگان ساکن روستا بودند. ۵۹/۶ درصد از شرکت کنندگان زن بودند و بیشتر آنها، قومیت کرد و فارس داشتند.

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک و عمومی شرکت کنندگان استان خراسان شمالی

متغیر	تعداد کل	کل جمعیت	تعداد مردان	مردان	تعداد زنان	زنان	مقدار P
سن (انحراف معیار) (سال)**	۹۴	۶۹/۴۴(۷/۵۳)	۳۹	۷۱/۳۹(۷/۹۲)	۵۵	۶۸/۰۶(۶/۹۹)	
قومیت	۹۴	۳۰ (۳۱/۹٪)	۱۸ (۱۹/۱٪)	۱۵ (۳۹/۵٪)	۲۱ (۳۷/۵٪)	۱۵ (۲۶/۸٪)	۰/۱۹۸
		۳۱ (۳۳/۰٪)	۳ (۳/۲٪)	۶ (۱۵/۸٪)	۰	۱۲ (۲۱/۴٪)	
		۱۲ (۱۲/۸٪)	۷ (۱۸/۴٪)	۱۰ (۲۶/۳٪)	۳ (۵/۴٪)	۳ (۵/۴٪)	
		۵۹ (۶۰/۸٪)	۳۰ (۷۶/۹٪)	۲۹ (۵۰/۰٪)	۲۹ (۵۰/۰٪)	۲۹ (۵۰/۰٪)	۰/۰۴۸
وضعیت تأهل	۹۷	۳۵ (۳۶/۱٪)	۸ (۲۰/۵٪)	۲۷ (۴۶/۶٪)	۵۸	۲۷ (۴۶/۶٪)	
		۳ (۳/۱٪)	۱ (۲/۶٪)	۲ (۵/۱٪)	۲ (۳/۴٪)	۲ (۳/۴٪)	
		۵۹ (۶۰/۲٪)	۱۷ (۴۳/۶٪)	۴۲ (۷۱/۲٪)	۱۷ (۲۷/۱٪)	۱۶ (۲۷/۱٪)	۰/۰۱۵
سطح تحصیلات	۹۸	۳ (۳/۱٪)	۳ (۷/۷٪)	۱۵ (۳۸/۵٪)	۳ (۵/۱٪)	۰	
		۳ (۳/۱٪)	۲ (۵/۱٪)	۱ (۱/۷٪)	۰	۰	
		۲ (۲/۰٪)	۲ (۵/۱٪)	۲ (۵/۱٪)	۲ (۳/۴٪)	۲ (۳/۴٪)	
		۱۸ (۱۸/۴٪)	۷ (۱۷/۹٪)	۱۱ (۱۸/۶٪)	۳۰ (۵۰/۸٪)	۳۰ (۵۰/۸٪)	۰/۰۱۴
وضعیت زندگی**	۹۸	۶۰ (۶۱/۲٪)	۲ (۵/۱٪)	۳۰ (۷۶/۹٪)	۵۹	۱۰ (۱۶/۹٪)	
		۱۲ (۱۲/۲٪)	۰	۸ (۸/۲٪)	۸ (۱۳/۶٪)	۸ (۱۳/۶٪)	
		۵ (۵/۲٪)	۴ (۱۰/۰٪)	۱ (۱/۸٪)	۱ (۱/۸٪)	۱ (۱/۸٪)	۰/۱۱۳
وضعیت اشتغال	۹۷	۱۸ (۱۸/۶٪)	۹ (۲۲/۵٪)	۹ (۲۲/۵٪)	۵۷	۹ (۱۵/۸٪)	
		۷۴ (۷۶/۳٪)	۲۷ (۶۷/۵٪)	۴۷ (۴۷/۵۵٪)	۴۷ (۴۷/۵۵٪)	۴۷ (۴۷/۵۵٪)	
		۹۷ (۹۸/۰٪)	۴۰ (۱۰۰/۰٪)	۵۷ (۹۶/۶٪)	۵۷ (۹۶/۶٪)	۵۷ (۹۶/۶٪)	۰/۵۱۴
بیمه دارند	۹۹	۲۴ (۲۵/۵٪)	۸ (۲۰/۵٪)	۱۶ (۲۹/۱٪)	۵۵	۱۶ (۲۹/۱٪)	۰/۴۷۲
بیمه تکمیلی برای خدمات بستری	۹۴	۲۱ (۲۲/۳٪)	۶ (۱۵/۸٪)	۱۵ (۲۶/۸٪)	۵۶	۱۵ (۲۶/۸٪)	۰/۳۱۳
بیمه تکمیلی برای خدمات غیر بستری	۹۴	۲۹ (۴۰/۳٪)	۴ (۱۴/۸٪)	۲۵ (۲۹/۶٪)	۲۱ (۲۶/۳٪)	۲۱ (۲۶/۳٪)	۰/۱۲۰
منبع امرار معاش	۷۲	۱۲ (۱۶/۷٪)	۱۱ (۴۰/۷٪)	۴ (۱۴/۸٪)	۷ (۱۵/۶٪)	۸ (۱۷/۸٪)	
		۱۸ (۲۵/۰٪)	۴ (۱۴/۸٪)	۱۱ (۴۰/۷٪)	۷ (۱۵/۶٪)	۷ (۱۵/۶٪)	
		۱۳ (۱۸/۱٪)	۴ (۱۴/۸٪)	۹ (۲۰/۰٪)	۹ (۲۰/۰٪)	۹ (۲۰/۰٪)	
		۷۷ (۷۷/۸٪)	۳۶ (۹۰/۰٪)	۴۱ (۶۹/۵٪)	۳۶ (۹۰/۰٪)	۴۱ (۶۹/۵٪)	۰/۰۷۴
وضعیت مالکیت	۹۹	۴ (۴/۰٪)	۱ (۲/۵٪)	۳ (۳/۴٪)	۵۹	۳ (۵/۱٪)	
مسکن	۹۹	۱۶ (۱۶/۲٪)	۲ (۵/۰٪)	۱۴ (۱۴/۸٪)	۱۴ (۱۴/۸٪)	۱۴ (۱۴/۸٪)	
		۲ (۲/۰٪)	۱ (۲/۵٪)	۱ (۲/۵٪)	۱ (۲/۵٪)	۱ (۲/۵٪)	

* با استفاده از آزمون t مستقل

** با استفاده از آزمون دقیق فیشر

سایر نسبت‌ها با استفاده از آزمون کای توان دو مقایسه شده‌اند

خون و ۶۴/۶ درصد قند خون خود را ارزیابی کرده بودند. ۲۴/۲ درصد شرکت کنندگان مراجعه به دندانپزشک داشتند و ۳/۴ درصد در یکسال اخیر سنجش تراکم استخوان و ۱۳/۲ درصد از زنان ماموگرافی انجام داده بودند (جدول ۲).

در این مطالعه، وضعیت سبک زندگی سالمندان با پرسش درباره‌ی مصرف دخانیات، فعالیت فیزیکی و مراقبت از سلامت خود مورد ارزیابی قرار گرفت. ۴/۱ درصد از سالمندان مورد مطالعه این استان سیگار و ۲/۲ درصد قلیان می‌کشیدند. میزان مصرف تریاک ۲۲/۶ درصد و در مردان بیشتر از زنان بود (۳۰/۸ در مقابل ۱۶/۷ درصد). در طی یکسال گذشته ۴۵/۹ درصد فشارخون، ۶۷/۴ درصد چربی

جدول ۲- وضعیت سبک زندگی سالمندان ساکن استان خراسان شمالی

مقدار P	زنان	تعداد زنان	مردان	تعداد مردان	کل جمعیت	تعداد کل	
۰/۳۰۳	۱ (۱/۸٪) (۹/۰۹-۱۰/۶۳)	۵۷	۳ (۷/۵٪) (۱/۹۶-۲۱/۴۸)	۴۰	۴ (۴/۱٪) (۱/۳۳-۱۰/۸۲)	۹۷	سیگار کشیدن
	۲ (۳/۷٪) (۰/۶۴-۱۳/۸۳)	۵۴	۰	۳۹	۲ (۲/۲٪) (۰/۳۷-۸/۲۹)	۹۳	قلیان کشیدن
	۹ (۱۶/۸٪) (۸/۳۶-۲۹/۷۹)	۵۴	۱۲ (۳۰/۸٪) (۱۷/۵۵-۴۷/۸۳)	۳۹	۲۱ (۲۲/۶٪) (۱۴/۸۲-۳۲/۶۵)	۹۳	مصرف تریاک
۰/۶۱۷	۴۵ (۷۶/۳٪) (۶۳/۱۱-۸۵/۹۸)	۵۹	۳۳ (۸۲/۵٪) (۶۶/۶۴-۹۲/۱۱)	۴۰	۷۸ (۷۸/۸٪) (۶۹/۱۹-۸۶/۱۱)	۹۹	خفیف تا متوسط
۰/۶۹۸	۵۴ (۹۱/۵٪) (۸۰/۵۹-۹۶/۸۴)	۵۹	۳۸ (۹۵/۰٪) (۸۱/۷۹-۹۹/۱۳)	۴۰	۹۲ (۹۲/۹٪) (۸۵/۴۹-۹۶/۸۷)	۹۹	شدید
۰/۴۱۴	۲۵ (۴۲/۴٪) (۲۹/۸۵-۵۵/۸۹)	۵۹	۲۰ (۵۱/۳٪) (۳۵/۰۳-۶۷/۲۹)	۳۹	۴۵ (۴۵/۹٪) (۳۵/۹۱-۵۶/۲۵)	۹۸	سنجش فشار خون در طی سال گذشته
۱/۰۰	۳۸ (۶۶/۷٪) (۵۲/۸۳-۷۸/۲۶)	۵۷	۲۶ (۶۸/۴٪) (۵۱/۲۱-۸۱/۹۶)	۳۸	۶۴ (۶۷/۴٪) (۵۶/۸۹-۷۶/۴۳)	۹۵	سنجش چربی خون در طی یک سال گذشته
۰/۶۶۷	۳۸ (۶۶/۷٪) (۵۲/۸۳-۷۸/۲۶)	۵۷	۲۴ (۶۱/۵٪) (۴۴/۶۶-۷۶/۱۹)	۳۹	۶۲ (۶۴/۶٪) (۵۴/۰۹-۷۳/۸۹)	۹۶	سنجش قند خون در طی یک سال گذشته
۰/۸۱۴	۱۵ (۲۵/۴٪) (۱۵/۳۷-۳۸/۷۰)	۵۹	۹ (۲۲/۵٪) (۱۱/۴۰-۳۸/۸۶)	۴۰	۲۴ (۲۴/۲٪) (۱۶/۴۳-۳۴/۰۸)	۹۹	مراجعه به دندانپزشک در طی سال گذشته
۰/۲۶۳	۳ (۵/۸٪) (۱/۵۰-۱۶/۹۲)	۵۲	۰	۳۷	۳ (۳/۴٪) (۰/۸۷-۱۰/۳۳)	۸۹	سنجش تراکم استخوان در طی سال گذشته
-	۷ (۱۳/۲٪) (۵/۹۲-۲۵/۹۶)	۵۳	-	-	-	-	معاینه ی پستان (ماموگرافی) یک سال گذشته

براساس GDS-15، ۳۶/۴ درصد از سالمندان دارای خلق افسرده‌ای بودند و ۱۹/۴ درصد جراحی کاتاراکت انجام داده بودند (جدول ۳).

تنها ۶۲/۶ درصد از شرکت کنندگان در سال گذشته قند خون خود را کنترل کرده بودند که از این تعداد ۱۷/۷ درصد مبتلا به دیابت ملیتوس بودند. همچنین شیوع پرفشاری خون در شرکت کنندگان ۵۷/۶ درصد بود.

جدول ۳- سابقه‌ی بیماری‌ها در سالمندان ساکن استان خراسان شمالی

مقدار P	زنان	تعداد زنان	مردان	تعداد مردان	کل جمعیت	تعداد کل	متغیر
۰/۸۶۰	۷ (۱۸/۴٪) (۸/۳۲-۳۴/۸۹)	۳۸	۴ (۱۶/۸٪) (۵/۴۸-۳۸/۱۹)	۲۴	۱۱ (۱۷/۷٪) (۹/۶۰-۲۹/۹۵)	۶۲	دیابت
۰/۲۱۰	۳۷ (۶۲/۷٪) (۴۹/۱۱-۷۴/۶۶)	۵۹	۲۰ (۵۰/۰٪) (۳۴/۰۶-۶۵/۹۴)	۴۰	۵۷ (۵۷/۶٪) (۴۷/۲۴-۶۷/۳۲)	۹۹	پرفشاری خون
۰/۱۸۸	۸ (۱۴/۵٪) (۶/۹۳-۲۷/۲۲)	۵۵	۱۰ (۲۶/۳٪) (۱۳/۹۸-۴۳/۳۹)	۳۸	۱۸ (۱۹/۴٪) (۱۲/۱۷-۲۹/۱۲)	۹۳	جراحی کاتاراکت
۱/۰۰۰	۱ (۱/۷٪) (۰/۰۹-۱۰/۴۶)	۵۸	۰	۳۸	۱ (۱/۰٪) (۰/۰۵-۶/۴۹)	۹۶	زخم بستر*
۰/۱۵۵	۴ (۷/۰٪) (۲/۲۷-۱۷/۸۳)	۵۷	۰	۳۶	۴ (۴/۳٪) (۱/۳۹-۱۱/۲۶)	۹۳	بدخیمی (سرطان)
۰/۲۹۸	۱ (۱/۷٪) (۰/۰۹-۱۰/۲۹)	۵۹	۳ (۷/۷٪) (۲/۰۱-۲۱/۹۷)	۳۹	۴ (۴/۱٪) (۱/۳۱-۱۰/۷۱)	۹۸	سنگوب
۰/۱۴۳	۲۵ (۴۲/۴٪) (۲۹/۸۵-۵۵/۸۹)	۵۹	۱۱ (۲۷/۵٪) (۱۵/۱۴-۴۴/۱۴)	۴۰	۳۶ (۳۶/۴٪) (۲۷/۱۰-۴۶/۶۹)	۹۹	افسردگی (GDS ≥ ۸)

* با استفاده از آزمون دقیق فیشر

را عالی و ۱۸/۲ درصد بد گزارش کردند. ۳۷/۸ درصد از سالمندان سابقه‌ی زمین خوردن در یک سال اخیر را داشتند.

وضعیت سلامت سالمندان با پرسشگری از خود سالمندان ارزیابی شد. ۴۹/۵ درصد از سالمندان وضعیت سلامت خود

با وسایل بودند. در بین زنان سالمند مورد مطالعه ۲۰/۷ درصد دچار بی‌اختیاری ادراری استرسی و ۲۳/۷ درصد دچار بی‌اختیاری ادراری اورژانسی بودند. شیوع بی‌اختیاری اورژانسی در زنان و اختلال عملکرد روزانه پایه در مردان به‌صورت معناداری بیشتر بود ($P < 0.05$).

۵۰ درصد شرکت‌کنندگان از اختلال خواب و ۷۳/۵ درصد از نوعی درد در رنج بودند و ۶۳/۹ درصد مشکلات دهان و دندان داشتند. فقط ۵/۲ درصد این سالمندان واکسیناسون آنفولانزا در سال مطالعه دریافت کرده بودند. شیوع چند دارویی (مصرف همزمان بیش از سه دارو) ۶۱/۲ درصد بود (جدول ۴).

همچنین ۳۸/۸ درصد در راه رفتن و ۵۴/۵ درصد در نشست و برخاستن مشکل داشتند.

شیوع اختلال حافظه با استفاده از تست یادآوری ۳ کلمه ۲۷/۸ درصد بود. با استفاده از پرسشنامه‌ی ارزیابی مختصر تغذیه، مشخص شد که ۸/۳ درصد سالمندان دچار سوء تغذیه و ۶۰/۷ درصد در معرض سوء تغذیه بودند. همچنین مشکل شنوایی و بینایی بترتیب ۳۷/۴ و ۴۵/۹ درصد گزارش شد. ۴۶/۵ درصد نیز از اضطراب شکایت داشتند.

در این مطالعه مشخص شد که ۲۰/۷ درصد از سالمندان دچار اختلال خفیف و متوسط در عملکرد روزمره زندگی پایه و ۶۶/۷ درصد دچار اختلال در عملکرد روزانه مرتبط

جدول ۴- وضعیت سلامت در سالمندان ساکن استان خراسان شمالی

مقدار P	زنان	تعداد زنان	مردان	تعداد مردان	کل جمعیت	تعداد کل	متغیر
	۲۷ (۴۵/۸٪)		۲۲ (۵۵/۰٪)		۴۹ (۴۹/۵٪)		خوب تا عالی
	(۳۲/۹۲ - ۵۹/۱۵)		(۳۸/۶۶ - ۷۰/۴۰)		(۳۹/۳۶ - ۵۹/۶۶)		وضعیت سلامت از نظر خود سالمند
۰/۴۵	۱۹ (۳۲/۲٪)	۵۹	۱۳ (۳۲/۵٪)	۴۰	۳۲ (۳۲/۳٪)	۹۹	متوسط
	(۲۰/۹۷ - ۴۵/۷۶)		(۱۹/۰۷ - ۴۹/۲۴)		(۲۳/۴۷ - ۴۲/۵۶)		بد
	۱۳ (۲۲/۰٪)		۵ (۱۲/۵٪)		۱۸ (۱۸/۲٪)		
	(۱۲/۶۹ - ۳۵/۰۵)		(۴/۶۹ - ۲۷/۶۰)		(۱۱/۴۱ - ۲۷/۴۸)		
۰/۸۳	۲۳ (۳۹/۰٪)	۵۹	۱۴ (۳۵/۹٪)	۳۹	۳۷ (۳۷/۸٪)	۹۸	زمین خوردن در یک سال اخیر
	(۲۶/۸۳ - ۵۲/۵۷)		(۲۱/۶۸ - ۵۲/۸۵)		(۲۸/۳۳ - ۴۸/۱۶)		
۰/۳۰	۲۰ (۳۴/۵٪)	۵۸	۱۸ (۴۵/۰٪)	۴۰	۳۸ (۳۸/۸٪)	۹۸	مشکل در راه رفتن
	(۲۲/۸۲ - ۴۸/۲۰)		(۲۹/۶۰ - ۶۱/۳۴)		(۲۹/۲۶ - ۴۹/۱۹)		
۰/۶۸	۳۱ (۵۲/۵٪)	۵۹	۲۳ (۵۷/۵٪)	۴۰	۵۴ (۵۴/۵٪)	۹۹	مشکل در نشست و برخاستن
	(۳۹/۲۳ - ۶۵/۵۲)		(۴۱/۰۱ - ۷۲/۵۸)		(۴۴/۲۶ - ۶۴/۴۸)		
۰/۳۱	۳۰ (۵۰/۸٪)	۵۹	۱۶ (۴۰/۰٪)	۴۰	۴۶ (۴۶/۵٪)	۹۹	اضطراب
	(۳۷/۶۴ - ۶۳/۹۵)		(۲۵/۲۸ - ۵۶/۶۱)		(۳۶/۴۷ - ۵۶/۷۲)		
۰/۳۹	۱۴ (۲۴/۶٪)	۵۹	۱۳ (۳۲/۵٪)	۳۹	۲۷ (۲۷/۸٪)	۹۷	اختلال حافظه (فراموشی)
	(۱۴/۰۲ - ۳۸/۸۹)		(۱۹/۵۹ - ۵۰/۳۰)		(۱۹/۴۵ - ۳۸/۰۲)		
۰/۴۱	۲۵ (۴۲/۴٪)	۵۹	۲۰ (۵۱/۳٪)	۳۹	۴۵ (۴۵/۹٪)	۹۸	مشکل بینایی
	(۲۹/۸۵ - ۵۵/۸۹)		(۳۵/۰۳ - ۶۷/۲۹)		(۳۵/۹۱ - ۵۶/۲۵)		
۰/۱۴	۲۶ (۴۴/۱٪)	۵۹	۱۱ (۲۷/۵٪)	۴۰	۳۷ (۳۷/۴٪)	۹۹	مشکل شنوایی
	(۳۱/۳۸ - ۵۷/۵۳)		(۱۵/۱۴ - ۴۴/۱۴)		(۲۸/۰۲ - ۴۷/۷۱)		
۰/۲۷	۱۲ (۲۰/۷٪)	۵۸	۴ (۱۰/۳٪)	۳۹	۱۶ (۱۶/۵٪)	۹۷	بی‌اختیاری ادراری استرسی
	(۱۱/۵۹ - ۳۳/۷۲)		(۳/۳۴ - ۲۵/۱۶)		(۱/۰۰ - ۲۵/۷۰)		
۰/۰۲	۱۴ (۲۳/۷٪)	۵۹	۲ (۵/۱٪)	۳۹	۱۶ (۱۶/۳٪)	۹۸	بی‌اختیاری ادراری اورژانسی
	(۱۴/۰۲ - ۳۶/۸۹)		(۰/۸۹ - ۱۸/۶۳)		(۹/۹۱ - ۲۵/۴۷)		
۰/۱۵	۳۳ (۵۶/۹٪)	۵۸	۱۶ (۴۰/۰٪)	۴۰	۴۹ (۵۰/۰٪)	۹۸	اختلالات خواب
	(۴۳/۲۹ - ۶۹/۶۰)		(۲۵/۲۸ - ۵۶/۶۱)		(۳۹/۸۰ - ۶۰/۲۰)		
۰/۷۴	۷ (۱۱/۹٪)	۵۹	۳ (۷/۷٪)	۳۹	۱۰ (۱۰/۲٪)	۹۸	افزایش وزن (۵ کیلوگرم) در سال گذشته
	(۵/۳۰ - ۲۳/۵۳)		(۲/۰۱ - ۲۱/۹۷)		(۵/۲۷ - ۱۸/۳۸)		
۰/۹۹	۷ (۱۲/۱٪)	۵۸	۵ (۱۲/۸٪)	۳۹	۱۲ (۱۲/۴٪)	۹۷	کاهش وزن (۵ کیلوگرم) در سال گذشته
	(۵/۳۹ - ۲۳/۹۱)		(۴/۸۲ - ۲۸/۲۳)		(۶/۸۳ - ۲۰/۹۹)		
	۱۶ (۳۲/۰٪)		۱۰ (۲۹/۴٪)		۲۶ (۳۱/۰٪)		تغذیه خوب
	(۱۹/۹۳ - ۴۶/۸۳)		(۱۵/۷۱ - ۴۷/۶۷)		(۲۱/۵۶ - ۴۲/۱۰)		
۰/۶۴	۳۱ (۶۲/۰٪)	۵۰	۲۰ (۵۸/۸٪)	۳۴	۵۱ (۶۰/۷٪)	۸۴	وضعیت تغذیه
	(۴۷/۱۶ - ۷۵/۰۰)		(۴۰/۸۳ - ۷۴/۸۷)		(۴۹/۴۲ - ۷۱/۰۱)		در معرض سوء تغذیه
	۳ (۶/۰٪)		۴ (۱۱/۸٪)		۷ (۸/۳٪)		سوء تغذیه
	(۱/۵۶ - ۱۷/۵۴)		(۳/۸۳ - ۲۸/۳۹)		(۳/۷۰ - ۱۶/۹۵)		

ادامه‌ی جدول در صفحه‌ی بعد

ادامه‌ی جدول صفحه‌ی قبل

	۵۱ (۸۹/۵٪)	۲۶ (۶۵/۰٪)	۷۷ (۷۹/۴٪)			عدم وابستگی
	(۷۷/۸۰ - ۹۵/۶۵)	(۴۸/۲۶ - ۷۸/۹۰)	(۶۹/۷۲ - ۸۹/۶۶)			
۰/۰۱	۵ (۸/۸٪)	۱۳ (۳۲/۵٪)	۱۸ (۱۸/۴٪)	۹۷	۴۰	وضعیت عملکرد روزانه‌ی پایه
	(۳/۲۷ - ۲۰/۰۴)	(۱۹/۰۷ - ۴۹/۲۴)	(۱۱/۶۶ - ۲۸/۰۱)			اختلال عملکردی خفیف
	۱ (۱/۸٪)	۱ (۲/۵٪)	۲ (۲/۱٪)			اختلال عملکردی متوسط
	(۰/۰۹ - ۱۰/۶۳)	(۰/۱۳ - ۱۴/۷۳)	(۰/۳۶ - ۷/۹۶)			
۰/۴۶	۳۹ (۶۹/۶٪)	۲۵ (۶۲/۵٪)	۶۴ (۶۶/۳٪)	۹۶	۴۰	وضعیت عملکرد روزانه مرتبط با وسایل (وابسته)
	(۵۵/۷۴ - ۸۰/۸۴)	(۴۵/۸۱ - ۷۶/۸۳)	(۵۶/۲۳ - ۷۵/۷۶)			
۰/۸۱	۴۴ (۷۴/۶٪)	۲۸ (۷۱/۸٪)	۷۲ (۷۳/۵٪)	۹۸	۳۹	درد
	(۶۱/۳۰ - ۸۴/۶۳)	(۵۴/۸۹ - ۸۴/۴۵)	(۶۳/۴۲ - ۸۱/۶۴)			
۰/۳۸	۴۱ (۶۹/۵٪)	۲۳ (۵۹/۰٪)	۶۴ (۶۵/۳٪)	۹۸	۳۹	خستگی
	(۵۵/۹۸ - ۸۰/۴۶)	(۴۲/۱۹ - ۷۴/۰۲)	(۵۴/۹۵ - ۷۴/۴۵)			
۰/۳۹	۲ (۳/۵٪)	۳ (۷/۷٪)	۵ (۵/۲٪)	۹۶	۳۹	آنفولانزا
	(۰/۶۱ - ۱۳/۱۶)	(۲/۰۱ - ۲۱/۹۷)	(۱/۹۳ - ۱۲/۳۰)			
۰/۱۷	۰	۲ (۵/۱٪)	۲ (۲/۱٪)	۹۵	۳۹	واکسیناسیون پنوموکوک
		(۰/۸۹ - ۱۸/۶۳)	(۰/۳۷ - ۸/۱۳)			
۰/۱۹	۱۷ (۳۰/۴٪)	۱۷ (۴۴/۷٪)	۳۴ (۳۶/۳٪)	۹۴	۳۸	کزاز
	(۱۹/۱۶ - ۴۴/۲۶)	(۲۹/۰۰ - ۶۱/۵۳)	(۲۶/۷۰ - ۴۶/۷۹)			
۰/۳۹	۴۰ (۶۷/۸٪)	۲۲ (۵۷/۹٪)	۶۲ (۶۳/۹٪)	۹۷	۳۸	مشکلات دهان و دندان
	(۵۴/۲۴ - ۷۹/۰۳)	(۴۰/۹۴ - ۷۳/۲۸)	(۵۳/۴۸ - ۷۳/۲۴)			
۰/۸۳	۳۶ (۶۲/۱٪)	۲۴ (۶۰/۰٪)	۶۰ (۶۱/۲٪)	۹۸	۴۰	چند دارویی (مصرف بیش از سه دارو)
	(۴۸/۳۵ - ۷۴/۱۹)	(۴۸/۲۶ - ۷۸/۹۰)	(۵۰/۸۱ - ۷۰/۷۴)			
۰/۶۳	۱۵ (۲۵/۴٪)	۸ (۲۰/۰٪)	۲۳ (۲۳/۲٪)	۹۹	۴۰	حملات تنگی نفس
	(۱۵/۳۷ - ۳۸/۷۰)	(۹/۶۱ - ۳۶/۱۴)	(۱۵/۵۸ - ۳۳/۰۰)			

بحث

تریاک شود، شیوع درد است، در پرسشی که از سالمندان در مورد درد انجام شده بیش از نیمی از این افراد، از درد در یک قسمت بدن رنج می‌بردند.

از نظر وضعیت عملکرد پایه (خوردن و آشامیدن، حمام کردن، دفع ادرار و مدفوع، بالا و پایین رفتن از پله، تعویض لباس، بهداشت فردی، جابه‌جایی و رفت و آمد) بیشتر سالمندان این استان کاملاً مستقل بوده و در اعمال اولیه و پایه وابستگی‌ای ندارند، اما در مورد وضعیت عملکرد وابسته به وسایل و انجام اموری مانند مدیریت پول، استفاده از تلفن، انجام کارهای خانه، تهیه و پخت غذا، مصرف صحیح داروها و مسافرت و حمل و نقل، بیش از نیمی از سالمندان در این امور وابسته هستند و نیاز به کمک و دریافت خدمات در این موارد را دارند و ضرورت دارد که برنامه‌ریزی مناسب و درستی از طرف خانواده و جامعه صورت گیرد تا سالمندان به دلیل ضعف در انجام برخی از امور، مجبور به ترک خانه و کاشانه خود و زندگی با فرزندان و یا اقامت در خانه‌های سالمندان نشوند.

یافته‌های حاصل از این مطالعه بیانگر آن است که تقریباً از هر ۴ سالمند یک نفر تریاک مصرف می‌کند این نسبت اگرچه در زنان نصف مردان بود اما میزان آن بیش از پنج برابر آمار مصرف تریاک در مطالعه‌ی سیمای سلامت سالمندان کشور است [۲۱]. سالمندانی که تریاک مصرف می‌کنند اغلب از سنین جوانی و میانسالی اقدام به مصرف کرده‌اند و کمتر سالمندی در سنین سالمندی شروع به مصرف تریاک می‌کند، اما در دوره‌ی سالمندی به دلیل اینکه فرد سالمند از بیماری‌های عدیدیه‌ای چون بیماری قلبی-عروقی، بیماری‌های ریوی، دیابت، فشارخون، بیماری‌های عصبی-اسکلتی و... رنج می‌برد، مصرف تریاک تأثیر سوء روی درمان خواهد داشت [۲۲]، گاهی تنهایی و افسردگی نیز عاملی برای مصرف مواد مخدر می‌باشد [۲۳] براساس یافته‌های به‌دست آمده از این مطالعه، شیوع افسردگی بیش از یک سوم جمعیت سالمندان این استان را در بر می‌گیرد. عامل دیگری که ممکن است سبب آمار بالای استفاده از

یک استرس (نظیر خندیدن، عطسه یا سرفه کردن) سبب خروج ادرار می‌شود که معمولاً در اثر ضعف عضلات کف لگن، شلی لیگامان‌های حمایت کننده‌ی رحم و مثانه، چاقی، دیابت، عفونت‌های ادراری، واژینیت، پرولاپس رحم، مولتیپل اسکروزیس، یبوست، منوپوز ایجاد می‌شود [۳۵-۳۳]. علاوه بر این، نتایج برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهد که شیوع کمردرد در خانم‌ها و آقایان مبتلا به بی‌اختیاری ادراری تقریباً دو برابر شیوع کمردرد در افراد بدون بی‌اختیاری ادراری است که این امر تأثیر ضعف عضلات مرکزی تنه را در بی‌اختیاری ادرار نیز نشان می‌دهد [۳۶].

در عملکرد روزانه‌ی پایه نیز تفاوت معناداری بین زنان و مردان مشاهده شد، گرچه در عملکرد روزانه مرتبط با وسایل، میزان وابستگی زنان و مردان سالمند تفاوت معناداری نداشت.

تعداد سالمندان زن بیوه در حدود دو برابر تعداد سالمندان مرد همسر از دست داده است. همچنین زنان سالمند از سطح سواد کمتری برخوردار بودند.

گرچه نمونه‌گیری این مطالعه به گونه‌ای بوده است که جمعیت قابل تعمیم به کشور باشد ولی با توجه به نمونه‌گیری وزن داده شده بر اساس جمعیت و نمونه‌گیری از تقریباً همه‌ی شهرهای استان نتایج نسبتاً قابل تعمیم به جامعه سالمندان مقیم استان خراسان شمالی می‌باشد. از سایر نقاط برجسته‌ی این مطالعه این است که مطالعه‌ی پیش رو، اولین مطالعه‌ی است که علاوه بر وضعیت سلامت و نیازهای سلامت این گروه سنی را در استان خراسان شمالی مورد بررسی قرار می‌دهد. میزان پاسخدهی بالا در بیشتر گزینه‌های پرسشنامه‌ها از نقاط قوت دیگر این مطالعه است.

نقطه‌ی ضعف مطالعه این است که پیامدهای سلامت فقط با پرسش از سالمندان و خانواده‌ی آن‌ها انجام شده و از مدارک مستند پزشکی یا معاینات بالینی و آزمون‌های پاراکلینیکی قابل اعتمادتر استفاده نشده است.

میزان زمین خوردن در سالمندان این استان از میزان کشوری آن بالاتر می‌باشد [۲۱]. عوارض ناشی از زمین خوردن سالمندان، گاهی اوقات زندگی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و سبب ترس از افتادن، محدودیت در فعالیت‌ها و افزایش وابستگی به دیگران می‌شود، همچنین اثرات بسیار زیادی بر سیستم‌های بهداشتی - درمانی و اقتصادی جامعه می‌گذارد [۲۴]. در زمین خوردن عوامل درونی (افت فشارخون وضعیتی، بیماری‌های عضلانی-اسکلتی، عوارض جانبی داروها و...) و عوامل بیرونی (نور محیط، ناهموار بودن و لیز بودن سطح و...) منجر به بروز حادثه می‌شود که در صورت کنترل شرایط و ایمن‌سازی محیط برای زندگی سالمند، منجر به کاهش سقوط و زمین خوردن در بین سالمندان و به دنبال آن کاهش عوارض احتمالی و بار مالی وارده به سیستم بهداشت و درمان خواهد شد.

این مطالعه به صورت مقطعی انجام شده و با انجام آن مشخص گردید که شیوع افسردگی در بیش از ۳۰ درصد سالمندان این منطقه دیده می‌شود که اگر چه نسبت به برخی مطالعات دیگر داخلی کمی کمتر است [۲۶، ۲۵]. اما بالاتر از میزان کشوری آن است، همچنین در مطالعاتی که در چین [۲۷]، کره [۲۸] و آفریقای جنوبی [۲۹] انجام گردیده، میزان شیوع افسردگی در سالمندان بالاتر از ۶۰ سال بسیار کمتر از این مطالعه گزارش شده است. پرفشاری خون در بیش از یک سوم سالمندان این منطقه وجود دارد که در مقایسه با مطالعه‌ای که در برزیل [۳۰] و در چین [۳۱] انجام شده است، این میزان کمتر می‌باشد. همچنین درصد بالایی از سالمندان، دچار اختلال در راه رفتن، و نشستن و برخاستن بوده و ۳۷/۸ درصد آنان سابقه‌ی افتادن در یک سال اخیر را داشتند.

در این مطالعه مشاهده شد که کمتر از ۲۰ درصد سالمندان از بی‌اختیاری استرسی رنج می‌برند که در سالمندان زن دو برابر سالمندان مرد است و ممکن است در سطح وسیعی، بر زندگی شخصی و اجتماعی فرد مبتلا تأثیر داشته باشد و کیفیت زندگی وی را دچار اختلال سازد [۳۲] در این حالت با ایجاد

نتایج حاصل از این مطالعه نشان می‌دهد که وضعیت سلامت سالمندان استان خراسان شمالی نسبت به سالمندان کشور در سطح پائین‌تری قرار دارد و در زمینه‌ی سوء مصرف تریاک و شکایت از درد بیش از میانگین کشوری مشکل داشتند. همچنین از نظر ابتلا به سوء تغذیه و پُرفشاری خون نیز در وضعیت بسیار نامناسبی بودند که این مسئله توجه ویژه به سلامت سالمندان این استان را طلب می‌کند.

در پایان، پیشنهاد می‌شود که مطالعه‌ای جامع‌تر و با کمک‌گیری از سایر روش‌های جمع‌آوری اطلاعات، از جمله معاینات بالینی و یافته‌های آزمایشگاهی و تصویر برداری، درباره‌ی وضعیت سلامت سالمندان انجام شود. چرا که انجام مطالعات مداخله‌ای در جهت ارتقاء سلامت سالمندان مستلزم دسترسی به یافته‌های جامع‌تر و دقیق‌تر است.

1. Datta PP, Gangopadhyay N, Sengupta B. Association of psychological morbidity with socio-demographic characteristics among elderly: a cross-sectional study from Eastern Indian. *Int J Med Public Health* 2013;3:94-9.
 2. Schoenborn CA, Heyman KM. *Health Characteristics of Adults Aged 55 Years and Over*: United States, 2004 - 2007. 2009.
 3. Tajvar M, Arab M, Montazeri A. Determination of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BMC Public Health* 2008; 8:323.
 4. 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).
 5. Habibi A, Nikpour M, Seiedoshohadaei H, Haghani. Quality of Life and Status of Physical Functioning among Elderly People in West Region of Tehran: A Cross-Sectional Survey. *Iran Journal of Nursing* 2008; 21:53.
 6. Rahimi A, Alizadeh-Khoei M, Arshinji M, Sharifi F. Physical health status and socio-economic outcomes on elderly in Tehran metropolitan. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism* 2013; 13(1).
 7. Abedi H, Tavakol K. *Comparison of quality of life in homes and nursing home residents in Isfahan, 1999*, Isfahan. Isfahan University of Medical Sciences and Health Services. 2000.
 8. Bergland A. Fall risk factors in community-dwelling elderly people. *Norsk epidemiologi* 2012; 22(2).
 9. Kane RL, Kane RA, Arnold SB. Prevention and the elderly: risk factors. *Health Services Research* 1985; 19(6 Pt 2):945-1006.
 10. Maia FDO, Duarte YA, Lebrão ML, Santos J L. Risk factors for mortality among elderly people. *Revista de Saúde Pública* 2006; 40(6):1049-56.
 11. Kiani S, Bayanzadeh M, Tavallae M, Robert S. The Iranian population is graying: are we ready? *Arch Iran Med* 2010; 13(4):333-9.
 12. Noroozian M. The Elderly population in Iran: An ever growing concern in the health system. *Iranian Journal of psychiatry and behavioral sciences* 2012; 6(2):1.
 13. Pilger C, Menon MH, Mathias TADF. Socio-demographic and health characteristics of elderly individuals: support for health services. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2011; 19(5):1230-8.
 14. Statistical Center of Iran, General Population and Housing Census 2014 [updated cited 7/10/2014]]. Available from: <http://www.amar.org.ir/Default.aspx?tabid=13>.
 15. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Quality of life research* 2005; 14(3): 875-82.
 16. Delacorte RR, Moriguti JC, Matos FD, Pfrimer K, Marchinil JS, Ferriolli E. Mini-nutritional assessment score and the risk for undernutrition in free-living older persons. *The journal of nutrition, health & aging* 2004; 8:531-4.
 17. Malakouti K, Fathollahi P, Mirabzadeh A, Salavati M, Kahani S. Validation of Geriatric Depression Scale (GDS-15) in Iran. *Pejouhesh* 2006; 30(4):361-9.
 18. Hassani-Mehraban A, Soltanmohamadi Y, Akbarfahimi M, Taghizadeh G. Validity and Reliability of the Persian Version of Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale in Patients with Dementia. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran* 2014; 28(25).
 19. Vasheghani-Farahani A, Tahmasbi M, Asheri H, Ashraf H, Nedjat S, Kordi R. The Persian, last 7-day, long form of the International Physical Activity Questionnaire: translation and validation study. *Asian Journal of sports medicine*. 2011; 2(2):106.
 20. Taheri-Tanjani P, Nazari N, Sharifi F, Fakhzadeh H, Arzaghi SM, Varmaghani M, et al. Health status of elderly people in East Azerbaijan Province: Results of National Elderly Health Survey of Iran (NEHSI). *Iranian Journal of Diabetes & Metabolism* 2016.
 21. Motlagh M, Yazdani Sh, Taheri-Tanjani P. *Elderly Health Profile In Islamic Republic Of Iran: Ministry Of Health And Medical Education* 2014.
 22. Masoumi M, Shahesmaeili A, Mirzazadeh A, Tavakoli M, Zia-Ali A. Opium addiction and severity of coronary artery disease: a case-control study. *Journal of Research in Medical Sciences: The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences* 2010; 15(1):27-32.
 23. Gharagozlou H, Behin MT. Frequency of psychiatric symptoms among 150 opium addicts in Shiraz, Iran. *Int J Addict*. 1979;14(8):1145-9.
 24. Guccione AA. *Geriatric physical therapy*. Mosby: St. Louise; 2000.
۲۵. تائبی محبوبه، عباس زاده فاطمه، سادات زهره، خیاطیان ناهیده. وضعیت افسردگی و عوامل فردی - اجتماعی مرتبط با آن در سال‌های پس از یائسگی. خلاصه مقالات کنگره سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، آبان ۵۱، ۱۳۸۶.
۲۶. اسحاقی سید رضا، شفیعی نسیم. شیوع افسردگی در سالمندان شهر اصفهان. خلاصه مقالات همایش سراسری سالمندی و پیشک ۳۲۳، ۱۳۸۳.

27. Chou KL, chi I. Prevalence and correlates of depression in Chinese oldest-old. *Int J Geriatr psychiatry* 2005; 20 (1): 41-50.
28. Oh DH, Kim SA, Lee HY, Seo JY, Choi BY, Nam JH. Prevalence and correlates of depressive symptoms in korean adults: results of a 2009 korean community health survey. *Journal of Korean medical science* 2013 1; 28(1):128-35.
29. Peltzer K, Phaswana-Mafuya N. Depression and associated factors in older adults in South Africa. *Global health action* 2013; 6.
30. Picon RV, Fuchs FD, Moreira LB, Fuchs SC. Prevalence of hypertension among elderly persons in urban Brazil: a systematic review with meta-analysis. *American Journal of hypertension* 2013; 26(4):541-8.
31. Gao Y, Chen G, Tian H, Lin L, Lu J, Weng J, et al. Prevalence of hypertension in China: a cross-sectional study. *PLoS One* 2013; 8(6):e65938.
32. Young, S. and Pingeton, DM. Office assessment of female urinary incontinence, *COG* 1999; 42(2) 249-265.
33. Clark MH, Scott M, Vogt V, Benson JT. Monitoring pudendal nerve function during labor. *Obstetrics & Gynecology*. 2001; 1; 97(4):637-9.
34. Kerns JM, Damaser MS, Kane JM. Effects of pudendal nerve injury in the female rat. *Neurorol Urodynam* 2000; 19:53– 69.
35. De Lancey JOL. Structural support of the urethra as it relates to stress urinary incontinence: the hammock hypothesis. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170:1713–1720.
36. Clark M, Hoogenboom B, Bennett J. *Establishing Core Stability in Rehabilitation*. Prentice W, editor. *Rehabilitation Techniques for sports medicine and athletic training*. Fifth edition. New York: McGraw-Hill. 2011:103-104.

HEALTH STATUS OF ELDERLY PEOPLE IN NORTH KHORASAN: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Parisa Taheri Tanjani¹, Parishad Ghavam², Shima Raeesi², Farshad Sharifi³, Hossein Fakhrzadeh³, Mohammad Esmael Motlagh⁴, Neda Nazari^{2*}

1. *Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

2. *School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

3. *Elderly Health Research Center, Endocrinology and Metabolism Research Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

4. *School of Medicine, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran*

ABSTRACT

Background: Improved in health condition, reduced fertility rates, and increased life expectancy has increased number and proportion of elderly population. This study was reported the health status of older population in North Khorasan province.

Methods: This is a cross-sectional study that enrolled 99 subjects (40 men and 59 women) ≥ 60 years by a multi-levels proportionate cluster random sampling method.

Required information was gathered by means of a demographic questionnaire. Mini Nutritional Assessment (MNA), Geriatric Depression Scale-15 (GDS-15), Katz's basic activity of daily living, and Lawton's instrumental activity of daily living were administered. Measurements of anthropometric and blood pressure were performed based on standard methods

Results: The prevalence of diabetes and hypertension in elderly, were 17.7% and 57.6%, respectively. Depressed mood was observed in 36.4% of the participants 36.4% of the participants and 18.2 percent of them reported that their health condition was bad. In addition, 73.5% of the elderly had complained about any bodily pain. As well as, 22.6% of the participants used opium at least once during the last year.

Conclusion: It seems that the health status of the elderly in North Khorasan province is not suitable in many indicators, such as hypertension, malnutrition, drug abuse and complaints of pain and their health status was worse than the national average of Iran. A special attention requires to the health status of elderly in this province .

Keywords: Health Status, Aged population, North Khorasan Province

* First Floor, 10th number, Jalal-Al-Ahmad Street, Elderly Health Research Center, Endocrinology and Metabolism Research Institute, Tehran Iran, Postal code: 0055082947, Tel: 00982188220085, Email: neda_nazari77@yahoo.com