

مقاله پژوهشی

ارزیابی جامع ابعاد سلامت سالمندان مقیم منزل و سالمندان مقیم مراکز نگهداری در شهر سبزوار

هدی فکور^۱، رقیه زردشت^{۲*}، اکرم قنبری مقدم^۳، مجتبی محمدی^۴

^۱ دانشجوی کارشناسی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
^۲ استادیار گروه آموزشی اتاق عمل، مرکز تحقیقات سلامت سالمندان، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
^۳ مربی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
^۴ مربی پرستاری، گروه آموزشی اتاق عمل، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
^۵ مرکز تحقیقات سلامت سالمندان، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
^۶ دانشجوی دکترای تخصصی سالمندشناسی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، تبریز، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۰/۰۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۲/۰۲

چکیده

مقدمه: ارزیابی جامع سالمندان تحت عنوان (Comprehensive Geriatric Assessment) CGA، بهترین مجموعه از ابزارهای معرفی شده از سوی سازمان جهانی بهداشت برای شناسایی و تصمیم‌گیری در مورد برنامه‌ریزی در حوزه بهداشت و سلامت سالمندان و حتی درمان آن‌ها می‌باشد. در این راستا، مطالعه حاضر با هدف تعیین جامع وضعیت سلامت سالمندان مقیم در منازل و نیز مراکز نگهداری در شهر سبزوار انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه توصیفی-تحلیلی و مقطعی حاضر در ارتباط با ۲۵۴ نفر از سالمندان مقیم در منازل و مراکز نگهداری سالمندان پدر و مادر شهرستان سبزوار در سال ۱۳۹۸ انجام شد. نمونه‌گیری به روش سرشماری و خوشه‌ای چند مرحله‌ای به ترتیب برای سالمندان مقیم مراکز نگهداری و منازل صورت گرفت. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای استاندارد مربوط به ارزیابی جامع سالمندان (Activities of Daily Living) ADL، (Living Mini-mental State Examination) MMSE، (Mini-mental State Examination) GDS، (Geriatric Depression Scale) Tinetti، (Mini-nutrition Assessment) MNA، (Assessment of Instrumental Activities of Daily Living) IADL و (Abbreviated Mental Test) AMT استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 22 و آزمون‌های t مستقل، ANOVA و کای دو با در نظر گرفتن سطح معناداری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل گردیدند.

یافته‌ها: میانگین سنی سالمندان مقیم منازل، ۷۱±۱۰/۴ سال و برای سالمندان مقیم مراکز نگهداری، ۶۵±۹/۰۵ سال بود. ۸۵ درصد از سالمندان مقیم منازل و ۸۰ درصد از سالمندان مقیم مراکز نگهداری از سطح تغذیه مطلوب برخوردار بودند. شیوع افسردگی در سالمندان مقیم منازل و مراکز نگهداری به ترتیب ۶۱ و ۵۳ درصد بود؛ اما میزان افسردگی در سالمندان مقیم مراکز نگهداری شدیدتر بود. حدود ۶۵ درصد از سالمندان مقیم منازل و ۷۸ درصد از سالمندان مقیم سرای سالمندان ($P < ۰/۰۵$) دارای اختلال شناختی بودند. همچنین حدود ۹۳ درصد از سالمندان مقیم منازل و ۷۹ درصد از سالمندان ساکن مراکز نگهداری، وضعیت عملکرد جسمانی تقریباً خوبی داشتند. این در حالی است که اکثر سالمندان مقیم منازل از نظر تعادل و راه رفتن در شرایط مطلوب قرار داشتند (۷۴ درصد). این وضعیت در اغلب سالمندان مقیم در مراکز نگهداری، نامطلوب بود و آن‌ها در معرض خطر نسبتاً شدید سقوط قرار داشتند (۶۱ درصد).

نتیجه‌گیری: سالمندان مقیم مراکز نگهداری نسبت به سایر سالمندان جامعه در ابعاد مختلف سلامت مانند انجام فعالیت‌های روزانه و عملکرد شناختی، ناتوان‌تر هستند و شیوع بالای افسردگی و وجود خطر سوءتغذیه در آن‌ها بیانگر نیاز مبرم به توجه ویژه در حوزه سلامت به سالمندان مقیم مراکز نگهداری می‌باشد.

کلمات کلیدی: ارزیابی جامع، سالمندان، سبزوار، سلامت، سالمندان مقیم منزل، سالمندان مقیم مراکز نگهداری

مقدمه

جمعیت سالمندی در دنیا و در ایران روز به روز در حال افزایش است (۱). این در حالی می‌باشد که هر سال، ۱/۷ درصد به جمعیت جهان افزوده می‌شود که این افزایش برای جمعیت ۶۵ سال و بالاتر حدود ۲/۵ درصد است. این مسئله جهان را به سوی سالمند شدن سوق می‌دهد و پیش‌بینی می‌شود تا ۲۵ سال دیگر، ۱/۲ میلیارد نفر از ساکنان کره زمین (حدود ۱۴ درصد)، افراد ۶۰ ساله و بالاتر باشند. ایران نیز در این زمان دچار تغییر جمعیتی شده و شاخص‌های آماری نشان می‌دهند که روند سالمند شدن جمعیت در ایران نیز آغاز شده است (۲). هیچ دوره‌ای از زندگی مانند دوره سالخوردگی، پر مسأله و نگران‌کننده نیست. بروز پدیده سالمندی، عوارض این دوره را به سوی ابتلا به بیماری‌های مزمن هدایت می‌کند که نه پیشگیری از آن‌ها آسان است و نه درمان آن‌ها کم‌هزینه می‌باشد. این عوامل باعث شده‌اند که کشورهای در حال توسعه از بار مضاعف بیماری‌ها رنج ببرند (۲) و به همین دلیل، سیستم بهداشتی توجه ویژه‌ای به سلامت این گروه سنی داشته باشد.

با وجود تغییرات شتابان هرم جمعیتی به سوی سنین سالمندی، هنوز به ابعاد مختلف سلامت افراد دارای سن بالا به عنوان یک گروه آسیب‌پذیر جامعه توجه کافی نشده است. ارزیابی جامع سالمند (CGA)، بهترین ابزار شناخته شده موجود برای شناخت و تصمیم‌گیری در مورد برنامه‌ریزی در حوزه بهداشت و سلامت سالمندان و حتی درمان آن‌ها می‌باشد. CGA برای ارزیابی سطوح سلامت سالمندان از میزان عملکرد جسمی و روانی آن‌ها گرفته تا توان شناختی، نوع تغذیه و یا حتی میزان خطر سقوط و توان تعادل و راه رفتن، ابزار مناسب و تعیین‌کننده‌ای است (۳).

در حالی که افراد جامعه در زمینه مراقبت و نگهداری، سازماندهی و تأمین آسایش سالمندان در منازل خود با مشکلات متعددی مواجه هستند، در سال‌های اخیر بخشی

از سالمندان به دلیل عواملی مانند تغییر و تحولات اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی، خانوادگی و تغییر نگرش در زمینه حمایت خانوادگی، مرگ همسران و غیره به اقامت در مراکز مخصوص نگهداری از سالمندان روی آورده‌اند (۴). این تغییر رویکرد از آن جهت قابل توجه است که آمارها بیانگر حضور حدود سه هزار سالمند در ۴۳ آسایشگاه در سال ۱۳۷۷ می‌باشند. این رقم در سال ۱۳۸۶ به ۱۱۰۰۰ نفر و تعداد مراکز نگهداری سالمندان به ۱۷۲ مرکز افزایش یافت. در حال حاضر حدود ۱۵ هزار سالمند در ۲۷۱ مرکز نگهداری شبانه‌روزی تحت نظارت سازمان بهزیستی کشور مراقبت می‌شوند. با توجه به اینکه تعداد این آسایشگاه‌ها همچنان رو به افزایش می‌باشد، دیگر نمی‌توان برای بررسی جامعه سالمندان مقیم جامعه، نسبت به برآورد و مقایسه وضعیت سالمندان مقیم مراکز نگهداری بی‌اعتنا بود؛ زیرا زمان آن رسیده است که با مطالعه همزمان ابعاد مختلف سلامت در هر دو نوع اقامت سالمندان، به نتایج مؤثر و قابل توجهی دست یابیم. به عبارت دیگر به دلیل گسترش مراکز سالمندی، نیازمند کسب آگاهی و روشن کردن جنبه‌های متفاوت یا مشابه ابعاد مهم سلامت در سالمندان جامعه به تفکیک نوع اقامت در منزل شخصی یا مرکز مراقبتی هستیم. به دلیل تفاوت‌هایی که ممکن است در سطح اضطراب، مسئولیت‌های گوناگون اعضای خانواده یا مراقبان و نوع حمایت‌های حرفه‌ای و اجتماعی با توجه به نوع اقامت سالمند وجود داشته باشد (۵)، این عوامل می‌توانند وضعیت سلامت سالمندان را در ابعاد مختلف آن تحت تأثیر قرار داده و شرایط خاص و متفاوتی را برای آن‌ها رقم بزنند. شواهد کلی نشان می‌دهند سالمندانی که نیاز به مراقبت‌های مؤسسه‌ای دارند اغلب ضعیف، ناتوان، دارای مشکلات مزمن چندگانه و وابستگی بالاتر هستند (۶)؛ اما با وجود توجه ویژه به نوع اقامت آن‌ها، اطلاعات

یک منطقه انتخاب گردید و براساس آمار، خانوار موجود در مراکز بهداشتی و درمانی به صورت تصادفی بر مبنای شماره خانواده‌ای که فرد بالای ۶۰ سال داشت به عنوان شرکت‌کننده در نظر گرفته شد. نمونه‌گیران طی یک جلسه آموزش حضوری، روش ارتباط با شرکت‌کنندگان و تکمیل پرسشنامه‌ها را آموزش دیدند و با مراجعه حضوری به درب منازل، پس از کسب رضایت جهت همکاری برای تکمیل پرسشنامه و توضیح هدف از انجام پژوهش، پرسشنامه‌ها را به سالمندانی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، تحویل دادند و این افراد پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. شایان ذکر است برای سالمندانی که بیسواد بودند، تمایل به تکمیل پرسشنامه نداشتند و یا وضعیت جسمانی آن‌ها مساعد نبود، پرسشنامه‌ها از طریق مصاحبه تکمیل شد. اگر در خانه منتخب براساس نمونه‌گیری تصادفی، فرد دارای شرایط ورود به مطالعه موجود نبود، از خانوار بعدی نمونه‌گیری انجام می‌شد و در صورتی که در یک خانوار بیش از یک فرد واجد شرایط وجود داشت، همه آن‌ها در مطالعه شرکت داده می‌شدند؛ به همین دلیل ریزش در تعداد نمونه‌ها مشاهده نگردید.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه بود که به روش خودگزارش‌دهی نمونه‌ها به وسیله مصاحبه حضوری توسط پژوهشگران تکمیل گردید. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای اختصاصی ارزیابی جامع سالمندان (ADL، Tinetti، GDS، MNA، JADL، AMT) که روایی و پایایی آن‌ها تأیید شده و توسط سازمان جهانی بهداشت در طرح‌های بررسی سلامت سالمندان توصیه شده است، استفاده گردید.

پرسشنامه MNA شامل: اندازه‌گیری‌های تن‌سنجی (وزن، قد، ارتفاع زانو، نمایه توده بدن، دور وسط بازو و دور ساق پا) جنس، سن، کاهش وزن، زندگی به‌تنهایی، مصرف دارو، ابتلا به بیماری حاد یا تنش روانی، توانایی حرکت،

چندان دقیقی در حیطة‌های تغذیه، سلامت جسمی، تعادل، افسردگی، فعالیت‌های روزمره و یا وضعیت حافظه و شناخت آن‌ها در دست نیست. در مطالعات مشابه داخل کشور که توسط محققان در شهرهای شاهرود، تهران، سبزوار و اصفهان اجرا شده‌اند (بیشتر در مورد سالمندان مقیم منزل و به طور محدود در رابطه با ساکنین سراهای سالمندی)، اغلب با استفاده از پرسشنامه‌های محقق‌ساخته، تک بعدی و گاهاً غیر استاندارد به این مهم پرداخته‌اند و یا یک یا چند بعد مختصر از ابعاد مختلف سلامت را بررسی کرده‌اند (۱۰-۳،۷) و به نوعی می‌توان گفت خلا مطالعاتی در زمینه مقایسه همزمان ساکنین منازل شخصی و سراهای سالمندی به خوبی مشهود می‌باشد. در این راستا، پژوهش حاضر با هدف ارزیابی جامع ابعاد مختلف سلامت مطابق با استانداردهای سازمان جهانی بهداشت در رابطه با سالمندان مقیم منازل و مراکز نگهداری طراحی و اجرا گردید.

مواد و روش‌ها

مطالعه توصیفی-تحلیلی و مقطعی حاضر در ارتباط با ۲۵۴ سالمند ساکن در شهرستان سبزوار در سال ۱۳۹۸ انجام شد. نمونه‌گیری از سالمندان مقیم دو مرکز مردان و زنان سالمند به روش سرشماری از میان تمامی افرادی که سن آن‌ها ۶۰ سال و بالاتر بود و حداقل یک ماه از زمان اقامتشان در آسایشگاه گذشته بود، انجام شد که مشتمل بر ۱۰۴ نفر بود. سالمندان مقیم منزل نیز به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند که حجم نمونه‌ای برابر با ۱۵۰ نفر را تشکیل دادند تا کل حجم شرکت‌کنندگان مطالعه به ۲۵۴ سالمند برسد.

ابتدا کل شهر سبزوار به لحاظ جغرافیایی به پنج محدوده (شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز شهر) تقسیم شد. سپس از هر محدوده مطابق با نقشه به طور تصادفی

حضور سالمندان بیسواد ما را بر آن داشت که به منظور بررسی وضعیت شناختی این عزیزان از ابزار AMT به جای ابزار MMSE استفاده نماییم تا بدین طریق ناهمگنی در عامل مذکور موجب بروز محدودیت یا خطا در کسب اطلاعات و نتایج نگردد. ترجمه و بررسی روایی و پایایی پرسشنامه ۱۰ سؤالی AMT در ایران توسط فروغان و همکاران در سال ۱۳۸۵ صورت گرفت که نمرات آن با نمرات معاینه مختصر شناختی MMSE همبستگی مثبتی داشت. حساسیت ۰/۸۵ و ویژگی ۰/۹۹ برای این پرسشنامه گزارش شده و سالمند در صورت اخذ امتیاز کمتر از ۷، دچار اختلال شناختی می‌باشد (۱۲).

برای بررسی سلامت در بعد جسمی از ارزیابی وضعیت عملکردی جسمی بهره گرفته شد. یکی از بهترین راه‌های ارزیابی استقلال عملکردی سالمندان، بررسی سطح فعالیت‌های روزانه زندگی (ADL) و ابزاری (IADL) سالمندان است که می‌تواند اطلاعات لازم جهت برنامه‌ریزی مناسب و منطبق با نیازهای سالمندان را در اختیار کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی قرار دهد. شاخص بارتل (Barthel) ابزار سنجش فعالیت‌های روزانه زندگی می‌باشد. این شاخص دارای ۱۰ 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 طبقه‌بندی گردید: ۱۰۰-۹۵ به معنای عدم وابستگی، ۹۴-۹۱ نشان‌دهنده وابستگی جزئی، ۹۰-۷۵ بیانگر وابستگی خفیف، ۷۴-۵۰ حاکی از وابستگی متوسط، ۴۹-۲۵ به معنای وابستگی شدید و ۲۴-۰ نشان‌دهنده وابستگی کامل. این شاخص توسط ماهونی و بارتل در سال ۱۹۶۵ طراحی گردید و برای اندازه‌گیری توانایی‌های عملکردی پیش و پس از درمان، تعیین مقدار مورد نیاز خدمات پزشکی در بیماری و همچنین بررسی برون‌ده کلینیکی مورد استفاده قرار گرفت.

ابتلا به مشکلات عصبی- روانی، وجود زخم بستر، تعداد وعده‌های غذایی روزانه، مصرف محصولات لبنی، مصرف گروه حبوبات و تخم مرغ، مصرف انواع گوشت‌ها، مصرف نشانگرهای 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 بود. در پایان، امتیازات کسب شده در این پرسشنامه جمع‌آوری گردید و اگر امتیاز کمتر از ۱۷ بود، نتیجه گرفته می‌شد که سالمند مبتلا به سوءتغذیه است؛ اگر امتیاز بین ۱۷ تا ۲۳/۵ بود، در معرض سوءتغذیه قرار داشت؛ اگر امتیاز بین ۲۴ تا ۳۰ بود، سالمند وضعیت تغذیه‌ای مطلوب داشت. این ابزار به زبان فارسی ترجمه شده و پس از استانداردسازی در جمعیت ایرانی مناسب تشخیص داده شده است. شایان ذکر می‌باشد که ضریب پایایی در سه حیطة غربالگری بررسی گردید و نمره کلی به ترتیب معادل ۰/۸۹، ۰/۹۵ و ۰/۹۵ گزارش شد که مقادیر قابل اعتمادی بودند (۱۱).

برای تعیین میزان افسردگی در واحدهای مورد مطالعه از مقیاس استاندارد شده GDS که برای ارزیابی وضعیت افسردگی سالمندان طراحی و تأیید شده است، استفاده گردید. این ابزار در ایران به فارسی ترجمه گردیده و پس از استانداردسازی در جمعیت ایرانی، مناسب تشخیص داده شده و گزارش گردیده است که از پایایی و روایی مطلوبی برخوردار می‌باشد؛ به طوری که ضریب پایایی آلفای کرونباخ آن معادل ۰/۹ و روایی آن به روش تحلیل عاملی برابر با ۰/۹ محاسبه شده است. این پرسشنامه حاوی ۱۵ سؤال می‌باشد. در ارتباط با نمرات این ابزار باید خاطر نشان ساخت که نمره ۰ تا ۴ به معنای عدم وجود افسردگی، نمره ۵ تا ۹ به منزله افسردگی متوسط، نمره ۱۰ تا ۱۵ نشان‌دهنده افسردگی شدید و نمره کلی بیش از ۷ بیان‌کننده خطر ایجاد افسردگی شدید است.

پاسخ‌های مثبت برای ارزیابی الگوی راه رفتن بیمار استفاده گردید. در مقیاس Tinetti نمره ۰ تا ۱۸ به معنای راه رفتن مطلوب و عدم ریسک سقوط، نمره بین ۱۸ تا ۲۴ نشان‌دهنده وضعیت متوسط و نمره بیشتر از ۲۴ بیانگر ریسک سقوط بالا و عدم تعادل در راه رفتن می‌باشد. بدین‌منظور از آزمودنی‌ها خواسته شد تا بایستند و در اتاق راه بروند. سپس، مؤلفه‌های مورد نظر ارزیابی گردید و امتیازدهی شد. پایایی درون آیتمی برای مقیاس راه رفتن Tinetti برابر با ۰/۸۵ گزارش گردیده و همبستگی این ابزار با مقیاس Berg برابر با ۰/۹۱ عنوان شده است. این ابزار قابلیت پیشگویی بروز زمین خوردن در سالمندان را دارد (۱۴). در انتها، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-22 تحلیل گردیدند. آزمون‌های آماری مورد استفاده شامل: t مستقل، آنالیز واریانس یک‌طرفه و کای دو بود. سطح معناداری نیز معادل ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

در این مطالعه ۱۰۴ سالمند مقیم در مراکز نگهداری با میانگین سنی $71 \pm 10/4$ سال و ۱۵۰ سالمند مقیم در منزل با میانگین سنی $65 \pm 9/05$ سال مورد مطالعه قرار گرفتند که بین میانگین سنی دو گروه تفاوت معناداری وجود داشت ($P < 0/05$). وضعیت توزیع داده‌ها با استفاده

شاخص روایی محتوا برای این ابزار بیش از ۰/۸۲ به دست آمده و حساسیت و ویژگی آن به ترتیب معادل ۰/۷۵ و ۰/۹۶ برآورده شده است. همچنین آلفای کرونباخ و همبستگی درون طبقه‌ای برای این پرسشنامه بیشتر از ۰/۷۵ گزارش شده است (۱۳). فعالیت‌های ابزاری زندگی شامل: استفاده کردن از تلفن، طی کردن مسافت‌های نسبتاً طولانی با وسایل نقلیه، خرید مواد غذایی و پوشاک، آماده کردن غذا، انجام دادن کارهای منزل، شستن لباس‌های شخصی، انجام دادن تعمیرات جزئی منزل، مصرف کردن دارو، کنترل دخل و خرج و مسافرت می‌باشد. براساس مطالعات صورت‌گرفته، نمره ۴-۰ به معنای وابستگی کامل، ۴-۸ بیانگر نیازمند به کمک و ۸-۱۶ به معنای عدم وابستگی می‌باشد. شاخص روایی محتوا برای این ابزار بیش از ۰/۸۲ به دست آمده و حساسیت و ویژگی آن به ترتیب برابر با ۰/۷۱ و ۰/۷۷ برآورده شده است. آلفای کرونباخ و همبستگی درون طبقه‌ای این پرسشنامه بیشتر از ۰/۷۵ می‌باشد (۱۳).

تعیین وضعیت تعادل سالمندان در حین راه رفتن از طریق مقیاس Tinetti صورت گرفت. در این راستا وضعیت مفصل زانو در راه رفتن، سطح تکیه‌گاه، ارتفاع گام، تأخیر در گام، بر هم خوردن گام‌ها، یخ‌زدگی در گام‌ها (سد حرکتی) و سرعت گرفتن گام بررسی شد. در نهایت، از مجموع

جدول ۱: وضعیت متغیرهای مورد مطالعه در سالمندان مقیم منازل و مراکز نگهداری در شهر سبزوار

متغیر	مقیم منازل (درصد)	مقیم مراکز (درصد)	سطح معناداری (آزمون)
میانگین سنی	۷۴-۷۱ سال	۶۵-۳۹ سال	$P < 0/05$ *
جنسیت	مرد	۴۲	$P < 0/05$ **
	زن	۵۳	
تغذیه	مطلوب	۸۰	$P < 0/05$ ***
	در معرض سوء تغذیه	۲۰	
	سوء تغذیه	۰	

ادامه جدول ۱.			
افسردگی	عدم افسردگی	۳۹	۴۶
	متوسط	۵۰	۲۸
	شدید	۱۱	۲۵
وضعیت شناختی	خوب	۳۵	۲۲
	اختلال شناختی	۶۵	۷۸
وضعیت عملکرد جسمانی	مستقل	۵۶	۲۶
	وابستگی خفیف	۲۶	۲۷
	وابستگی متوسط	۱۱	۲۶
	وابستگی شدید	۶	۸
	وابستگی کامل	۱	۱۳
استفاده از وسایل زندگی	مستقل	۵۹	۳۶
	نیاز به کمک	۲۷	۲۳
	وابسته	۱۴	۴۱
تعادل و راه رفتن	خطر پایین سقوط	۷۴	۳۹
	خطر متوسط سقوط	۱۷	۳۶
	خطر بالای سقوط	۹	۲۵

T* مستقل

** کای دو

One-Way-Anova***

اختلال در تعادل و خطر زمین خوردن در بین سالمندان مقیم مراکز نگهداری، بیشتر از سالمندان مقیم منازل مشاهده گردید.

از آزمون Kolmogorov-Smirnov بررسی شد که نتایج حاکی از نرمالیتی بودند.

بحث

مشخصات دموگرافیک
بر مبنای نتایج، میانگین سنی سالمندان هر دو گروه با وجود اختلاف آماری معنادار، در محدوده سالمند میانسال قرار داشت که با نتایج سایر مطالعات مطابقت دارد (۳).

مطالعه حاضر با هدف کلی تعیین وضعیت تمامی ابعاد سلامت سالمندان مقیم منازل و مراکز نگهداری سالمندان شهر سبزوار در سال ۱۳۹۸ صورت گرفت. یافته‌های حاصل نشان دادند که اکثر سالمندان مقیم منازل و مراکز نگهداری از سطح تغذیه مطلوبی برخوردار هستند. بر مبنای نتایج، شیوع افسردگی در سالمندان مقیم منازل بیشتر از سالمندان مقیم مراکز نگهداری بود؛ اما میزان افسردگی در سالمندان مقیم مراکز نگهداری شدیدتر بود. علاوه بر این، شیوع اختلال در حافظه و شناخت در سالمندان مقیم مراکز، بیشتر از سالمندان مقیم منازل بود. همچنین

وضعیت روحی- روانی (افسردگی)

نتایج نشان دادند که افسردگی در واحدهای مورد مطالعه نسبت به سالمندان مقیم منازل شهر سبزوار با اختلاف معناداری ($P < 0.01$) شیوع بسیار بالاتری داشت و متأسفانه بیش از نیمی آن‌ها در معرض افسردگی شدید

افسردگی در سالمندان مورد مطالعه را توجیه و قابل پذیرش می‌کند؛ زیرا ثابت شده است که اختلال در حافظه و قدرت شناخت سالمندان می‌تواند تعاملات اجتماعی و بین فردی را مختل نماید که این مهم به تدریج باعث انزوای سالمندان شده و در نهایت منجر به شیوع افسردگی در آن‌ها می‌گردد. شایان ذکر است که با افزایش سن همگام با مسائل روانی، تغییراتی در نیازهای تغذیه‌ای افراد ایجاد می‌شود؛ از این رو انجام رفتارهای تغذیه‌ای متناسب با این نیازها برای افراد به ویژه در دوران سالمندی ضروری می‌باشد (۱۹).

وضعیت تغذیه

مشکلات سالمندان مورد مطالعه در این پژوهش از نظر وضعیت تغذیه، به نوعی قابل توجه و تأمل بود و اختلاف معناداری بین سالمندان مقیم منازل و مقیم مراکز وجود داشت ($P < 0/05$)؛ به طوری که نه تنها از هیچ‌کدام از سالمندان مقیم مراکز نگهداری، سوءتغذیه گزارش نشده است؛ بلکه اغلب از وضعیت تغذیه‌ای خوب برخوردار بودند که این نتایج با یافته‌های برخی از مطالعات همسویی ندارد (۳). یافته قابل تأمل دیگر آن بود که حدود ۲ درصد از سالمندان مقیم منازل در پژوهش حاضر، در معرض سوءتغذیه قرار داشتند که نتایج متفاوتی را در مقایسه با سایر مطالعات مشابه مانند مطالعه لشکر بلوکی (۱۳۹۳) و منادی (۲۰۱۳) نشان می‌دهد (۲۰، ۲۱). نتایج برخی از مطالعات حکایت از وجود سوءتغذیه در بین سالمندان ساکن در آسایشگاه‌های کشورهای اروپایی دارد که این مهم می‌تواند بیانگر آسیب‌پذیر بودن سالمندان مقیم مراکز نگهداری نسبت به دیگر سالمندان باشد. در پژوهش حاضر تعداد سالمندان برخوردار از سطح تغذیه مطلوب به ۸۰ درصد نیز رسید؛ در حالی که در مطالعه قاسمی و همکاران که در آسایشگاه کهریزک تهران صورت گرفت، تنها حدود

قرار داشتند. این در حالی است که افسردگی در میان سالمندان مقیم مراکز نگهداری، نه تنها نسبت به سالمندان مقیم منازل همین شهر شیوع بیشتری دارد؛ بلکه نسبت به یافته‌های سایر مطالعات، نگران‌کننده‌تر نیز می‌باشد (۳، ۱۵). یافته‌ها در بعد افسردگی در هر دو گروه سالمندان مقیم منزل و مراکز با نتایج مطالعات زارعی (۱۳۹۶)، ارسلائی (۱۳۹۴) و میرزایی (۱۳۹۶) همخوانی دارند (۱۵-۱۷). نتایج سایر مطالعات، شیوع افسردگی در سالمندان مقیم آسایشگاه‌ها را بیش از سالمندان مقیم منزل گزارش نموده‌اند (۱۶)؛ از این رو توجه ویژه به سالمندان مقیم مراکز نگهداری اولویت بیشتری دارد تا بتواند با حمایت‌های روحی و روانی از رنج روانی آن‌ها بکاهد. در معرض افسردگی قرار داشتن تعداد زیادی از سالمندان هر دو گروه بیانگر وضعیت نامطلوب و عدم سلامت روانی کافی آن‌ها است که هشداردهنده بوده و نیاز مبرم به برنامه‌ریزی جدی و مؤثر در این زمینه به منظور پیشگیری از ابتلای آن‌ها به افسردگی شدید با گذشت زمان دارد. از طریق آموزش به عنوان گام اولیه، حداقل می‌توان درباره تفاوت نحوه بروز علائم افسردگی در سالمندان و جوانان، آگاهی جامعه را افزایش داد. شایع‌ترین علائم افسردگی در سالمندان به شکل بی‌حالی، بی‌حوصلگی، بیدار شدن مکرر از خواب، کاهش اشتها، کند شدن جریان فکر و اضطراب بروز می‌کند و غالباً شکایات جسمی را به همراه دارد (۱۷). متخصصان بر این باور هستند که افراد دارای سطح سلامت روانی پایین‌تر، شبکه اجتماعی کوچک‌تر و دوستان صمیمی کمتری دارند. تعاملات اجتماعی افراد با خانواده و شبکه‌های اجتماعی، به شدت با سلامت روان آن‌ها ارتباط محکم و مثبتی دارد (۱۸). نتایج این مطالعه نشان دادند که حدود ۸۰ درصد از سالمندان مقیم مراکز نگهداری به درجاتی از اختلال در حافظه و یا اختلال شناختی مبتلا هستند که نتایج مبنی بر وجود شیوع بالای

وضعیت حرکتی و تعادلی

بر مبنای نتایج، بیش از نیمی از سالمندان مقیم در مراکز نگهداری به درجاتی از اختلال تعادل مبتلا بودند؛ حدود ۲۵ درصد از آن‌ها با خطر بالایی در زمینه زمین خوردن مواجه بودند که نسبت به سالمندان مقیم منازل، اختلاف آماری معناداری دارد ($P < 0/01$). این یافته‌ها با نتایج مطالعه محمدی (۱۳۹۶) همسویی دارند (۳). شهبازی نیز در یک مطالعه کیفی بیان نموده است که ناتوانی سالمندان ارتباط معناداری با افسردگی، وضعیت شناختی و روحیه آن‌ها دارد؛ بنابراین با اقدامات پیشگیرانه و درمان به موقع افسردگی، تقویت حافظه، به تأخیر انداختن اختلالات شناختی از طریق برنامه‌های تقویت روحیه، ایجاد نگرش مثبت نسبت به پیری و افزایش رضایتمندی از زندگی سالمندان می‌توان میزان ناتوانی آن‌ها را کاهش داد (۲۳). در این راستا، توصیه می‌گردد داشتن برنامه‌ای برای شناسایی افراد در معرض خطر سقوط یا افتادن و پیشگیری از آن به عنوان نخستین گام برای جلوگیری از عوارض ناخواسته زمین خوردن در آسایشگاه‌ها در اولویت قرار گیرد (۳). با ایجاد تناسب فیزیکی در آسایشگاه‌ها از طریق تأکید بر شاخص‌های محیطی آسایشگاه دوست‌دار سالمند، افراد سالمند قادر خواهند بود سلامت در بعد راه رفتن و تحرک را تجربه کنند.

فعالیت‌های عملکردی و روزمره

آنچه معمولاً در ارزیابی سلامت افراد به ویژه سالمندان در مطالعات و نیز متخصصان کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد، انجام فعالیت‌های عملکردی و روزمره سالمندان است که اختلاف معناداری را در گروه سالمندان مقیم منازل و مراکز نشان می‌دهد ($P < 0/01$). در این راستا، نتایج حاکی از وابستگی حدود نیمی از سالمندان ساکن در مراکز حتی در زمینه فعالیت‌های ساده و ابتدایی روزمره (از وابستگی

۳ درصد از آن‌ها در وضعیت تغذیه‌ای مطلوب قرار داشتند (۱۴)؛ البته حدود یک‌پنجم از واحدهای مورد بررسی در پژوهش حاضر در معرض سوءتغذیه تشخیص داده شدند. یافته‌های مطالعه وجدانی و همکاران (۱۳۹۳) مشخص کردند که حدود ۷۵ درصد از جمعیت سالمندان ساکن در مراکز نگهداری در شهر سبزوار از مشکلات دندانی و دهانی رنج می‌برند که این مهم بیانگر خطر بالای ابتلا به سوءتغذیه است (۲۲). با توجه به مسائل مربوطه مانند تعداد کارکنان پدربار یا مادربار محدود مراقب در مراکز، احتمال می‌رود این مسأله باعث شده است که در کسب نمره MNA، تعداد بسیار زیادی از سالمندان در زمینه عملکرد جسمی، ناتوان بوده و در معرض سوءتغذیه قرار گیرند؛ بنابراین مسائل مرتبط با تغذیه سالمندان مرکز نگهداری از سالمندان می‌بایست همچنان مورد توجه مسئولان قرار گیرد. البته عوامل بسیار دیگری می‌توانند تغذیه سالمندان را تحت تأثیر قرار بدهند که از آن جمله می‌توان به نوع غذا به منظور تسهیل در خورده شدن توسط یک سالمند با توجه به انواع مشکلات دهان و دندان و محدودیت‌های حرکات ظریف از جمله نگه داشتن قاشق و مانند آن، مصرف همزمان داروهای متعدد با تأثیر بر اشتها، فاکتورهای آلبومین، هماتوکریت و هموگلوبین، ترکیبات غذا و غیره اشاره کرد که در این زمینه نیاز به مطالعات بیشتر وجود دارد. از سوی دیگر با توجه به وجود خطر سوءتغذیه در سالمند مقیم منازل شهر سبزوار توصیه می‌گردد بررسی و پایش وضعیت تغذیه‌ای به طور مستمر و همیشگی ادامه یابد تا بتوان در اسرع وقت، کمبودهای تغذیه‌ای را شناسایی نمود و نسبت به رفع آن‌ها اقدام کرد. همچنین لازم است مدیران، مسئولان و افراد خانواده سالمندان به منظور تسهیل در اجرا و دستیابی به اهداف، آموزش‌های مورد نیاز را دریافت نمایند.

متغیرهای جمعیت‌شناختی، عوامل اجتماعی و غیره بر ابعاد سلامت سالمندان بررسی گردد.

نتیجه‌گیری

براساس نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر، تعداد بسیاری از سالمندان مقیم مراکز نگهداری سالمندان در زمینه فعالیت‌های روزانه، عملکرد شناختی، شیوع بالای افسردگی و خطر بالقوه سوء‌تغذیه ناتوان بودند. نتایج حاکی از سلامت عمومی بیشتر سالمندانی هستند که در خانواده زندگی می‌کنند؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود اقدامات مورد نیاز برای تقویت فرهنگ زندگی سالمند همراه با خانواده و نیز آموزش و فراهم‌سازی امکانات در مراکز نگهداری مورد توجه قرار گیرد. همچنین با توجه به موقعیت فرهنگی، دینی و اجتماعی کشورمان لازم است تا حد امکان زمینه‌هایی برای سکونت سالمندان در کنار خانواده‌هایشان فراهم گردد. پیشنهاد می‌شود با توجه به بالاتر بودن سطح سلامت جسمانی و روانی سالمندان مقیم منزل، مؤسساتی تشکیل گردد که در نگهداری سالمندان در منزل، یاری‌رسان خانواده‌ها باشند و در صورتی که سکونت در خانه سالمندان بهترین انتخاب باشد، به کیفیت ارائه خدمات لازم برای این عزیزان همت بیشتری گمارده شود و محیطی شاد و مرفه برای آن‌ها ایجاد شود.

حمایت مالی

کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، هزینه‌های این طرح را تأمین نموده است.

ملاحظات اخلاقی

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در این پژوهش، به افراد شرکت‌کننده در مطالعه اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی خواهند ماند و اگر آن‌ها تمایل به ادامه

متوسط تا وابستگی کامل) بودند. این وابستگی‌ها در زمینه خوردن، پوشیدن، شستن دست و صورت، رفتن به سرویس بهداشتی و یا جابجایی مختصر بودند. با توجه به سایر اطلاعات به دست آمده می‌توان گفت که حدود ۴۰ درصد از ساکنین مراکز برای انجام فعالیت‌هایی از جمله تلفن زدن، غذا پختن، مدیریت مالی، جابجا شدن در شهر و غیره کاملاً وابسته هستند. این در حالی است که اگر سالمندان نیازمند کمک در زمینه این‌گونه فعالیت‌ها را نیز اضافه کنیم، این مهم بیش از نیمی از سالمندان مقیم را شامل می‌شود. این نتایج با یافته‌های سایر مطالعات همسویی دارد (۳). شاید بتوان مشکلات جسمانی و روانی سالمندان ساکن در مراکز نگهداری را ناشی از حجم بالای جمعیت، مشکلات بهداشتی، عدم توانایی این مراکز در زمینه مراقبت کامل از آن‌ها و عدم حمایت از سوی خانواده به میزان بسیار بیشتر از سالمندان ساکن منازل دانست. مطالعات مشابه صورت‌گرفته در این زمینه در سایر شهرهای کشور نیز سلامت سالمندان مقیم مراکز نگهداری را نامطلوب‌تر از سالمندان مقیم منزل یا همراه خانواده ارزیابی نموده‌اند (۲۴، ۲۵).

محدودیت‌ها

در ارتباط با محدودیت‌های این مطالعه می‌توان گفت که با توجه به گستردگی ارزیابی جامع سلامت سالمندان، از چندین پرسشنامه استفاده گردید؛ در نتیجه شرایط خاص سالمندان مورد مطالعه (به عنوان مثال خستگی هنگام پاسخ‌دهی به سؤالات) ممکن است بر نتایج مطالعه تأثیرگذار باشد. این مشکل از طریق پذیرایی مختصر، کمک گرفتن از همراهان و مراقبین در زمینه تکمیل نمودن پرسشنامه و استفاده از روش مشاهده سالمند برای تکمیل نمودن سؤالات مربوط به اختلال در راه رفتن و تعادل مرتفع گردید. پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی تأثیر

در این پژوهش وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

انجام این پژوهش بدون همکاری مسئولان محترم مراکز بهداشت و همچنین مسئولان دلسوز آسایشگاه سالمندان سبزوار امکان پذیر نبود؛ از این رو پژوهشگران بر خود لازم می دانند از همکاری صمیمانه این عزیزان و نیز سالمندان شرکت کننده در پژوهش قدردانی نمایند.

همکاری نداشتند، می توانند از مطالعه خارج گردند. شایان ذکر است که به منظور اجرای مطالعه حاضر، پژوهشگران اقدام به اخذ کد اخلاق از مسئولین کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سبزوار نمودند و این پژوهش با شماره IR.MEDSAB.REC.1398.077 در کمیته اخلاق این دانشگاه ثبت گردید.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می نمایند که هیچ گونه تعارض منافی

References

1. Cheraghi P, Eskandari Z, Bozorgmehr S, Zanjari N, Cheraghi Z. Quality of life and its related factors among elderly people. *J Educ Community Health*. 2019; 6(3):145-51.
2. Ardane F, Ganjloo J, Mohammadi M. Health related quality of life (HRQOL) and socio-demographic determinant among elderly community of Sabzevar, 2017. *Spec J Med Res Health Sci*. 2018, 3(1):1-8.
3. Mohammadi M, Karbalaee Z, Saremi M, Ayatnia M, Ghanbari Moghaddam A. Comprehensive geriatric health assessment in nursing homes of Sabzevar in 2016 on the pattern of CGA. *Nursing Journal of the vulnerable*. 2017;4(11):1-15.
4. Rahimi M, Fadayeveatan R, Abedi HA. Explanation caring works in nursing home: a qualitative study. *Iran J Ageing*. 2015; 10(1):36-47.
5. Farhadi A, Foroughan M, Mohammadi F, Rassouli M, Sadeh Moghadam L, Nazari S, et al. Caregiving appraisal in family caregivers of older adults. *Iranian Journal of Ageing*. 2016;11(1):8-19
6. Amanian D, Foroughan M, Hosseini MA. The effect of the training program about management of elders' common problems on the level of job stress in caregivers of nursing homes. *J Res Dev Nurs Midwifery*. 2013; 11(2):54-62.
7. Yazdani AA. The relationship between social participation and general health among aged people of 5th district of Tehran [MSW Thesis]. Tehran: USWR, Department of Social Work: 2010.
8. Ghasemi S, Sharifi F, Maghsoodnia S, Teymoori F. The effect of health-nutrition education on health promotion in resident elderly in Kahrizak in Tehran. *Iran J Ageing*. 2006; 1(1):34-45.
9. Farajzadeh M, Gheshlagh RG, Sayehmiri K. Health Related Quality of Life in Iranian Elderly Citizens: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International journal of community based nursing and midwifery*. 2017;5(2):100.
10. 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).
11. Payvar B, Abbaszade A, Esteki T, Talebighane E, Safavibayat Z. Nutritional status and associated factors in elderly hospitalized in cardiac care unit. *Quart Nurs Elderly*. 2016; 2:49-60.
12. Foroughan M, Jafari Z, Shirin Bayan P, Ghaem Magham Farahani Z, Rahgozar M. Validation of mini- mental state examination (MMSE) in the elderly population of Tehran. *Adv Cogn Sci*. 2008; 10(2):29-37.
13. Taheri Tanjani P, Azadbakht M. Psychometric properties of the Persian version of the activities of daily living scale and instrumental activities of daily living scale in elderly. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2016; 25(132):103-12.
14. Ghassemi S, Najafi B, Memari A, Nazari N, Bakhtiari F, Alizadeh Khoei M, et al. Elderly falls risk factors: a prospective longitudinal study in Kahrizak charity foundation. *Iran J Diabetes Metab*. 2014; 13(6):447-54.
15. Sohrabi MB, Zolfaghari P, Mahdizade F, Aghayan SM, Ghasemian-Aghmashhadi M, Shariati Z, et al. Evaluation and comparison of cognitive state and depression in elderly admitted in sanitarium with elderly sited in personal home. *Knowl Health*. 2008; 3(2):27-31.
16. Mobasheri M, Moezy M. The prevalence of depression among the elderly population of Shaystegan and Jahandidegan nursing homes in Shahrekord. *J Shahrekord Univ Med Sci*. 2010;

- 12(2):89.
17. Papadopoulos FC, Petridou E, Argyropoulou S, Kontaxakis V, Dessypris N, Anastasiou A, et al. 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.
 18. Yoshany N, Rezaei M, Baghin N. Relationship between quality of life and using smart phones in the elderly. *J Educ Community Health*. 2019; 6(4):247-55.
 19. Ramezankhani A, Ghaffari M, Mirzaei A, Khodakarim S, Taheri Tanjani P, Haidaryan Zadeh Z. Dietary behaviors of elderly people referred to health centers of Ilam, Iran. *J Educ Community Health*. 2016; 3(3):45-50.
 20. Menadi N, Khaled MB, Merrakchi B, Belbraouet S. Nutritional status of elderly people living at home in Sidi-Bel-Abbes (West Algeria). *Food Nutr Sci*. 2013; 4(8):35453.
 21. Lashkarboloki F, Aryaei M, Djazayery A, Eftekhar-Ardebily H, Minaei M. Association of demographic, socio-economic features and some health problems with nutritional status in elderly. *Iran J Nutr Sci Food Technol*. 2015; 9(4):27-34.
 22. Vejdani M. Evaluation of elderly's health status living in nursing home in Sabzevar-1393. *Quart J Sabzevar Univ Med Sci*. 2015; 22(2):300-7.
 23. Shahbazi MR, Foroughan M, Salman Roghani MR, Rahgozar M. The relationship between disability and depression, cognitive status and morale among older persons. *Iran J Ageing*. 2016; 11(4):132-41.
 24. Niazi M, Miri S, Aghighi M. Evaluation of mental and physical health indicators among elderly residents and non-residents of elderly homes based on TOPSIS technique (In 2017-2018). *J Gerontol*. 2019; 4(1): 74-84.
 25. Sadeghi M, Bazghaleh M. The relationship between depression and quality of life among elderly of nursing home residents and non-residents in shahroud city. *Knowl Health*. 2017; 12(1):8-15.



Original Article

Comprehensive Assessment of the Health Dimensions of the Elderly Residing at Homes and Nursing Homes in Sabzevar, Iran

Hoda Fakoor¹, Roghayeh Zardosht^{2*}, Akram Ghanbari Moghaddam^{3,4}, Mojtaba Mohammadi^{5,6}

¹ Student of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Student Research Committee, Sabzevar University of Medical Science, Sabzevar, Iran

² Assistant Professor, Department of Operating Room and Anesthetics, Iranian Research Center on Healthy Aging, School of Paramedical, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran.

³ Instructor, Nursing and Midwifery Care Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

⁴ Instructor, Department of Operating Room and Anesthetics, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

⁵ Iranian Research Center on Healthy Aging, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran.

⁶ Department of Health Education and Promotion, Faculty of Health Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

Received: 22 December 2020

Accepted: 20 February 2020

Abstract

Introduction: Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) is the best set of tools introduced by the World Health Organization to identify and make decisions on planning in the field of health and even the treatment of the elderly. This study aimed to comprehensively determine the health status of the elderly residing at homes and nursing homes in Sabzevar, Iran.

Materials and Methods: This descriptive cross-sectional study was conducted on 254 elderly people residing at homes and nursing homes in Sabzevar, Iran, during 2018. The sampling was performed using the multi-stage census and clustering method for the elderly residing at nursing homes and those residing at homes, respectively. The data were collected through standard tools related to the comprehensive assessment of the elderly, including Activities of Daily Living, Mini-mental State Examination, Tinetti, Geriatric Depression Scale, Mini Nutrition Assessment, Instrumental Activities of Daily Living, and Abbreviated Mental Test. The obtained data were then analyzed in SPSS software (version 22) through independent t-test, ANOVA, and chi-square tests. A p-value less than 0.05 was considered statistically significant.

Results: The mean ages of the elderly at homes and nursing homes were obtained at 71 ± 10.4 and 65 ± 9.05 years, respectively. Moreover, about 85% and 80% of the elderly at homes and nursing homes had adequate nutrition intake, respectively. Furthermore, the prevalence rates of depression in the elderly living at homes and nursing homes were estimated at 61% and 53%, respectively; however, those residing in nursing homes were more depressed, compared to the elderly living at homes. About 65% of the elderly living in homes and 78% of the elderly living in nursing homes ($P < 0.05$) had cognitive impairment. The elderly living at home and 71% of the elderly living in care centers were in relatively good physical condition. This is while Most of the elderly living at home were in good condition in terms of balance and walking (74%). This situation is in most elderly living in the centers. Maintenance was poor and they were at relatively high risk of falling (69%).

Conclusion: Elderly people living at nursing homes are more incapable of performing most aspects of health, such as daily activities and cognitive function, compared to other elderly people in the community. The high prevalence of depression and the risk of malnutrition in them indicate the urgent need for special attention in the field of health to the elderly. He is a resident of maintenance centers.

Keywords: Comprehensive assessment, Elderly, Elderly residing at nursing homes, Elderly residing at home, Health, Sabzevar

* **Corresponding Author:** Roghayeh Zardosht. Department of Operating Room and Anesthetics, Iranian Research Center on Healthy Aging, School of Paramedical, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran. Tel:09155002398; Email: Rozardosht@yahoo.com, Zardosht@medsab.ac.ir