

## وضعیت سلامت سالمندان استان خوزستان (مطالعه‌ی سیمای سلامت سالمندان کشور)

پریسا طاهری تنجانی<sup>۱</sup>، فرشاد شریفی<sup>۲</sup>، ندا نظری<sup>۳</sup>، فاخر رحیم<sup>۴</sup>، حسین فخرزاده<sup>۱</sup>، سید مسعود ارزاقی<sup>۱</sup>، محمد اسماعیل مطلق<sup>۱</sup>، سعید سعیدی مهر<sup>۲\*</sup>

### چکیده

**مقدمه:** سالمندان از گروه‌های سنی آسیب‌پذیر از نظر وضعیت سلامت می‌باشند. سالمندان استان خوزستان به دلیل وضعیت آب و هوایی در معرض اختلالات سلامت بیشتری هستند. این مطالعه گزارشی از وضعیت سلامت سالمندان استان خوزستان در سال ۱۳۹۱ می‌باشد. **روش‌ها:** مطالعه‌ی مقطعی با نمونه‌گیری خوشه‌ای انجام شد. وضعیت تغذیه با استفاده از فرم ایرانی شده‌ی ارزیابی مختصر تغذیه، ارزیابی وضعیت افسردگی با استفاده از ابزار امتیاز افسردگی سالمندان ایرانی شده‌ی ۱۵ سؤالی، ارزیابی عملکرد با استفاده از ابزار فعالیت روزانه‌ی زندگی KATZ، ارزیابی کیفیت زندگی با استفاده از نسخه‌ی دوم پرسشنامه‌ی ایرانی شده‌ی کوتاه وضعیت سلامت (SF-36 Version 2) و فعالیت روزانه‌ی مرتبط به وسایل توسط ابزار Lawton انجام شد.

**یافته‌ها:** در نهایت ۳۸۷ نفر در این مطالعه شرکت کردند. شیوع پرفشاری خون، دیابت، افسردگی و اضطراب در شرکت کنندگان به ترتیب ۳۸/۸٪، ۲۸/۶٪، ۳۴/۹٪ و ۳۸/۷٪ بود. مشکل شنوایی و بینایی به ترتیب ۳۳/۹٪ و ۶۲/۲٪، اختلال در حافظه در ۱۴/۹٪ از افراد مشاهده شد. ۴/۳٪ از سالمندان دچار سوء تغذیه، ۴۸/۳٪ در معرض سوء تغذیه، ۱۳/۹٪ اختلال در عملکرد روزانه‌ی زندگی پایه و ۳۰/۳٪ دچار درجاتی از اختلال در عملکرد روزمره‌ی متوسط بودند. بیشترین نیاز خدماتی، نیاز به خدمات پزشکی در منزل و پس از آن نیاز به خدمات حمل نقل بود.

**نتیجه‌گیری:** وضعیت سلامت سالمندان استان خوزستان گرچه به‌طور کلی بدتر از میانگین جامعه نیست ولی نیازمند توجه در بعضی حیطه‌ها نظیر پرفشاری خون، دیابت، وضعیت تغذیه و عدم استقلال در فعالیت‌های روزمره‌ی زندگی می‌باشد.

**واژگان کلیدی:** وضعیت سلامت، استان خوزستان، سالمندان

۱- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲- مرکز تحقیقات سلامت سالمندان، پژوهشکده‌ی علوم جمعیتی غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳- مرکز تحقیقات تالاسمی و هموگلوبینوپاتی، پژوهشکده‌ی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

۴- دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

\***نشانی:** تهران، خیابان جلال آل احمد پلاک ۱۰ پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم، طبقه‌ی اول مرکز تحقیقات سلامت سالمندان. تلفن:

۸۸۲۲۰۰۸۵، نشانی پست الکترونیک: saeidimehr2015@gmail.com

## مقدمه

بهبود شرایط زندگی، افزایش طول عمر و امید به زندگی، پدیده‌ی سالمندی را در جوامع به دنبال داشته است [۱]. دیده افزایش جمعیت سالمندان یکی از مهمترین چالش‌های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی در قرن بیست و یکم به شمار می‌رود [۲]. رشد جهانی جمعیت سالمندان، هم برای ارائه کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی و هم برای اعضای خانواده و جامعه‌ای که سالمندان در آن زندگی می‌کنند، یک چالش مهم محسوب می‌گردد [۳]. مسائل سالمندان و اتخاذ سیاست‌گذاری‌های صحیح در مورد آنها در حال حاضر به یک نگرانی مشترک جهانی تبدیل شده است. گزارش‌های آماری و جمعیت‌شناسی جدید حاکی از آن است که ترکیب سنی جمعیت ایران به سرعت در حال تغییر است و جمعیت سالمندان در ایران در آینده‌ای نه چندان دور افزایش قابل ملاحظه‌ای خواهد داشت [۴، ۵]. براساس سرشماری سال ۹۰ جمعیت بالای ۶۰ سال کشور، ۶ میلیون و ۲۰۵ هزار و ۹۹۸ نفر می‌باشد که ۸/۲۵ درصد جمعیت کشور را تشکیل می‌دهند که نسبت به سرشماری سال ۸۵ یک میلیون نفر به جمعیت سالمندی اضافه شده است. طبیعتاً، چنین افزایش نسبت سالمندان، تبعات بسیاری را برای سیاست‌گذاری‌های اجتماعی و بهداشتی در پی خواهد داشت [۶]. گرچه گزارش چاپ شده‌ی آکادمیکی از وضعیت سلامت در استان خوزستان وجود ندارد، ولی بر طبق گزارشات و گفته‌های مسؤولین، استان خوزستان یکی از مناطقی است که از نظر شاخص‌های توسعه‌ی اجتماعی و اقتصادی و شاخص‌های سلامت از وضعیت مناسبی برخوردار نیست. مشکلاتی نظیر بدی آب و هوا (شاید یکی از گرم‌ترین شهرهای جهان [۷]) و آلودگی‌های صنعتی می‌تواند دلایل دیگری برای وضعیت نامناسب سلامت در این استان باشد. در خصوص وضعیت سلامت سالمندان این استان نیز تا کنون مطالعه‌ای منتشر نشده است. سالمندان از نظر وضعیت سلامت از گروه‌های آسیب‌پذیر محسوب می‌شوند. این مقاله بر آن است که وضعیت سلامت سالمندان استان خوزستان را براساس مطالعه‌ی سیمای سلامت سالمندان کشور که از نظر نمونه‌گیری تقریباً قابل تعمیم به تقریباً تمام شهرهای استان می‌باشد، ارائه نماید. این اطلاعات می‌تواند

به سیاست‌گذاران و پژوهشگران سطح استان جهت برنامه‌ریزی برای ارتقاء سلامت سالمندان این استان یاری رساند. به‌علاوه شاخص‌های ارائه شده می‌تواند مبنای برای سنجش میزان اثربخشی مداخلات آینده در حوزه‌ی سلامت سالمندان این استان باشند.

## روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه‌ی مقطعی است که به بررسی وضعیت سلامت سالمندان با سن ۶۰ سال و بالاتر در استان خوزستان می‌پردازد. نمونه‌های این مطالعه تقریباً قابل تعمیم در سطح استانی به جمعیت سالمندان شهری و روستایی استان خوزستان است. نمونه‌گیری به روش چندگانه خوشه‌ای متناسب و به صورت تصادفی در دو مرحله و به نسبت جمعیت سالمندان در شهرستان‌های استان مورد نظر انجام شد. حجم نمونه برای جمعیت سالمندان کل کشور ۱۳۶۰ نفر محاسبه گردید و از استان خوزستان تعداد ۳۸۷ نفر (۲۸/۷ درصد کل نمونه‌ها) سالمندان وارد مطالعه شدند. نمونه‌ی انتخابی شامل جمعیت سالمندان شهری و روستایی بود.

وضعیت سلامت عمومی با استفاده از نسخه‌ی دوم پرسشنامه‌ی ایرانی شده‌ی کوتاه وضعیت سلامت (SF-36 Version 2) که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت جسمانی و سلامت روانی را ارزیابی می‌کند، مورد سنجش قرار گرفت. وضعیت تغذیه با استفاده از پرسشنامه‌ی ارزیابی مختصر تغذیه (MNA<sup>1</sup>) انجام این ابزار توسط شرکت نسله تدوین گردید و به صورت بسیار وسیعی در غربال‌گری وضعیت تغذیه سالمندان در ایران و جهان به کار می‌رود [۸]. حداکثر امتیاز این پرسشنامه ۳۰ و حداقل آن صفر است که به ترتیب بیانگر بهترین و 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 کسانی است که دچار سوء تغذیه هستند، در نظر گرفته شد. وضعیت فعالیت فیزیکی با استفاده از دو پرسش از پرسشنامه‌ی فارسی کوتاه فعالیت فیزیکی بین‌المللی، ارزیابی شد. این پرسشنامه به فارسی ترجمه و روایی و پایایی نسخه‌ی فارسی آن سنجیده شده است. افسردگی با استفاده از

<sup>1</sup> Mini Nutritional Assessment

### آنالیز آماری

داده‌های کمی به صورت میانگین و انحراف معیار توصیف شدند. از فراوانی خام و نسبی برای نشان دادن نسبت‌ها استفاده 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. آنالیزها با استفاده از SPSS نسخه‌ی ۲۱ انجام شد.

### ملاحظات اخلاقی

این مطالعه در کمیته‌ی اخلاق وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به تصویب رسید. اصول مورد اشاره بیانیه‌ی اخلاق هلسینکی در این مطالعه رعایت شد. تمام داده‌ها بدون نام و مشخصات افراد در اختیار سایر پژوهشگران قرار گرفتند و از تمام سالمندان رضایت آگاهانه جهت ورود به مطالعه اخذ گردید. تمام کدهای اخلاق کشوری در انتشار مطالب علمی در این مطالعه رعایت شد.

### یافته‌ها

در این مطالعه، اطلاعات ۳۸۷ نفر از سالمندان شهری و روستایی در ۲۴ شهرستان استان خوزستان گزارش گردید. ۷۸/۵ درصد از شرکت کنندگان در این مطالعه بیسواد بودند. ۳۸/۹ درصد از شرکت کنندگان بختیاری و ۵/۸ درصد فارس بودند. در حالی که ۹۳/۶ درصد از سالمندان مرد متأهل بودند، فقط ۴۸/۹ درصد از سالمندان زن متأهل بودند. مهم‌ترین منبع درآمد سالمندان شرکت کننده در این مطالعه، مستمری کمیته‌ی امداد و بهزیستی بوده است. از نظر وضعیت مسکن، ۸۱/۸ درصد از شرکت کنندگان در ملک شخصی زندگی می‌کنند. سالمندان مرد و زن از نظر وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت زندگی و وضعیت اشتغال، منبع امرار معاش با هم متفاوت بودند ( $P < 0/01$ ) (جدول ۱).

پرسشنامه‌ی فارسی شده امتیاز افسردگی سالمندان ۱۵ سؤالی (GDS-15<sup>1</sup>) بررسی شد. این پرسشنامه دارای ۱۵ سؤال و حداکثر ۱۵ امتیاز است که نمره‌ی ۱۵ بیانگر بدترین وضعیت خلقی و نمره‌ی صفر نمایانگر عدم وجود اختلال خلقی است. GDS-15 فارسی شده توسط Malakouti و همکاران روانسجی شده است و نقطه‌ی برش ۷ ابتلا به افسردگی با استفاده از این پرسشنامه تعیین شده است [۹] در مطالعه‌ی ما افرادی افسرده تلقی گردیدند که امتیاز ۷ یا بالاتر داشتند و یا خود بیمار ابتلا به افسردگی را گزارش کرده بودند. همچنین وضعیت عملکردی با استفاده از پرسشنامه‌ی عملکرد پایهی روزمره‌ی زندگی (Katz's ADL<sup>2</sup>) و عملکرد متوسط روزمره (Lawton IADL<sup>3</sup>) مورد سنجش قرار گرفت. حداقل امتیاز مقیاس Katz's ADL صفر و حداکثر امتیاز آن ۱۲ امتیاز در نظر گرفته شد. امتیاز ۱۲ یعنی فرد از نظر عملکرد روزانه کاملاً مستقل، امتیاز ۱۰ و ۱۱ وابستگی خفیف، امتیاز ۸ و ۹ وابستگی متوسط و امتیاز ۷ یا کمتر وابستگی شدید در عملکرد روزمره‌ی اولیه در نظر گرفته شد در مورد پرسشنامه‌ی Lawton نقطه‌ی برش ۷ برای زنان و ۴ برای مردان، برای تشخیص فرد وابسته در نظر گرفته شد. 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 [۱۱، ۱۰].

پرسشنامه‌ی برای ارزیابی خدمات مورد نیاز سالمندان مورد استفاده قرار گرفت که روایی صوری آن به تأیید جمعی از افراد متخصص رسیده بود. در این پرسشنامه، اولویت خدمات مورد نیاز سالمندان از نظر خودشان تعیین می‌شد.

برای جمع‌آوری داده‌ها، معاینه و مصاحبه با سالمندان از بهورزان و پزشکان آموزش دیده در مراکز بهداشتی و درمانی استفاده شد و در مواردی که حضور سالمندان در مرکز بهداشتی و درمانی امکان‌پذیر نبود، این کار در منزل سالمند صورت گرفت.

از جمله معیارهای ورود به مطالعه، سن بالاتر یا مساوی ۶۰ سال و تحت پوشش بودن در مراکز درمانی و بهداشتی بود و معیار خروج از مطالعه، عدم توانایی در برقراری ارتباط و عدم تمایل به همکاری حین انجام طرح بود.

<sup>3</sup> Instrumental Activity of Daily Living

<sup>1</sup> Geriatric Depression scale-15

<sup>2</sup> Activity of Daily Living

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک و عمومی شرکت کنندگان

مقدار P	زنان	تعداد زنان	مردان	تعداد مردان	کل جمعیت	تعداد کل	متغیر
<۰/۰۱	۶۸ (۳۹/۳۱) (۳۲/۰۷-۴۷/۰۴)	۱۷۳	۶۹ (۳۴/۳۳) (۲۷/۸۱-۴۱/۳۹)	۲۰۱	۶۹ (۱۸/۴۵) (۱۴/۸۳-۲۲/۸۴)	۳۷۴	سن (انحراف معیار) (سال)**
۰/۳۳	۵ (۴/۶٪) (۱/۰۶-۶/۹) ۵ (۲/۹٪) (۱/۰۶-۶/۹) ۱ (۰/۶٪) (۰/۰۳-۳/۶۲) ۷۶ (۳۳/۴٪) (۳۶/۰۳-۵۱/۱۲) ۸۵ (۴۸/۶٪) (۴۱/۰۰-۵۶/۲۱)	۱۷۵	۱۳ (۶/۸٪) (۳/۸۴-۱۱/۶۷) ۵ (۲/۶٪) (۰/۹۷-۶/۳۶) ۴ (۲/۱٪) (۰/۶۸-۵/۶۶) ۶۶ (۳۴/۸٪) (۲۸/۰۹-۴۲/۰۲) ۱۰۲ (۵۳/۸٪) (۴۶/۳۳-۶۰/۸۸)	۱۹۰	۲۱ (۵/۸٪) (۳/۶۸-۸/۷۹) ۱۰ (۲/۸٪) (۱/۴-۵/۱۴) ۵ (۱/۴٪) (۰/۵۱-۳/۳۵) ۱۴۲ (۳۸/۹٪) (۳۳/۹۱-۴۴/۱۳) ۱۸۷ (۵۱/۲٪) (۴۵/۹۸-۵۶/۴۵)	۳۶۵	فارس ترک کرد لر سایر
<۰/۰۱	۹۰ (۴۸/۹٪) (۴۱/۵۲-۵۶/۳۵) ۹۰ (۴۸/۹٪) (۴۱/۵۲-۵۶/۳۵) ۴ (۲/۲٪) (۷/۰۰-۵/۸۳)	۱۸۴	۱۹۰ (۹۳/۶٪) (۸۹/۰۶-۹۶/۴۱) ۷ (۳/۴٪) (۱/۵۲-۷/۲۷) ۶ (۳/۰٪) (۱/۲۱-۶/۶۳)	۲۰۳	۲۸۰ (۷۲/۴٪) (۶۷/۵۶-۷۶/۶۹) ۹۷ (۲۵/۱٪) (۲۰/۸۸-۲۹/۷۴) ۱۰ (۲/۶٪) (۱/۳۲-۴/۸۵)	۳۸۷	متاهل بیوه سایر
<۰/۰۱	۱۷۰ (۹۲/۴٪) (۸۷/۳۱-۹۵/۶۲) ۱۰ (۵/۴٪) (۰/۲۸-۱۰/۰۵) ۳ (۱/۶٪) (۰/۰۴-۵/۰۷)	۱۸۴	۱۳۳ (۶۵/۸٪) (۵۸/۸۱-۷۲/۲۶) ۴۵ (۲۲/۳٪) (۱۶/۸۷-۲۸/۷۷) ۱۸ (۸/۹٪) (۵/۵۱-۱۳/۹۳) ۴ (۲/۰٪) (۰/۰۶-۵/۳۲) ۲ (۱/۰٪) (۰/۰۱-۳/۹۱)	۲۰۲	۳۰۳ (۷۸/۵٪) (۷۳/۹۹-۸۲/۴۳) ۵۵ (۱۴/۳٪) (۱۱/۰۰-۱۸/۲۳) ۲۱ (۵/۴٪) (۳/۴۸-۸/۳۳) ۴ (۱/۰٪) (۰/۰۳-۲/۸۲) ۳ (۰/۸٪) (۰/۰۲-۲/۴۵)	۳۸۶	بیسواد ابتدایی راهنمایی و دبیرستان دیپلم دانشگاهی
<۰/۰۱	۱۸ (۱۰/۱٪) (۶/۲۴-۱۵/۶۶) ۷۷ (۴۳/۰٪) (۳۵/۷۲-۵۰/۶۲) ۳۶ (۲۰/۱٪) (۱۴/۶۵-۲۶/۸۸) ۴۸ (۲۶/۸٪) (۲۰/۶۱-۳۴/۰۴)	۱۷۹	۳ (۱/۵٪) (۰/۰۳۹-۴/۷۳) ۱۷۶ (۸۸/۹٪) (۸۳/۴۶-۹۲/۷۵) ۷ (۳/۵٪) (۱/۵۶-۷/۴۵) ۱۲ (۶/۱٪) (۳/۳۱-۱۰/۶)	۱۹۸	۲۱ (۵/۶٪) (۳/۵۷-۸/۵۲) ۲۵۳ (۶۷/۱٪) (۶۲/۰۸-۷۱/۸۹) ۴۳ (۱۱/۴٪) (۸/۴۷-۱۵/۱۶) ۶۰ (۱۵/۹٪) (۱۲/۴۵-۲۰/۱)	۳۷۷	تنهایی با همسر و یا با همسر و فرزندان فقط با فرزندان با دیگران
<۰/۰۱	۳ (۱/۶٪) (۰/۰۴-۵/۰۷) ۴۸ (۲۶/۱٪) (۲۰/۰۳-۳۳/۱۶) ۱۳۳ (۷۲/۳٪) (۶۵/۱۲-۷۸/۲۹)	۱۸۴	۲۲ (۱۰/۸٪) (۷/۰۷-۱۶/۱۵) ۹۹ (۴۸/۸٪) (۴۱/۷۴-۵۵/۸۵) ۸۲ (۴۰/۴٪) (۳۳/۶۴-۴۷/۵۱)	۲۰۳	۲۵ (۶/۵٪) (۴/۳۱-۵/۵۱) ۱۴۷ (۳۸/۰٪) (۳۳/۱۶-۴۳/۰۴) ۲۱۵ (۵۵/۶٪) (۵۰/۴۵-۶۰/۵۶)	۳۸۷	شاغل بازنشسته و مستمری بگیر بدون حقوق و مستمری
۱/۰۰	۱۷۸ (۹۶/۷٪) (۹۲/۷۱-۹۸/۶۷)	۱۸۴	۱۹۶ (۹۶/۶۰٪) (۹۲/۷۳-۹۸/۴۸)	۲۰۳	۳۷۴ (۹۶/۶٪) (۹۴/۱۸-۹۸/۱۲)	۳۸۷	بیمه دارند
<۰/۰۱	۲۹ (۱۷/۴٪) (۱۲/۱۲-۲۴/۱۶)	۱۶۷	۶۶ (۳۵/۱٪) (۲۸/۴-۴۲/۴۴)	۱۸۸	۹۵ (۲۶/۸٪) (۲۲/۲۹-۳۱/۸۴)	۳۵۵	بیمه تکمیلی برای خدمات بستری
<۰/۰۱	۲۵ (۱۴/۸٪) (۹/۹۸-۲۱/۲۵)	۱۶۹	۶۵ (۳۴/۲٪) (۲۷/۵۹-۴۱/۴۸)	۱۹۰	۹۰ (۲۵/۱٪) (۲۰/۷۴-۲۹/۹۵)	۳۵۹	بیمه تکمیلی برای خدمات غیر بستری
۰/۴۸	۵۱ (۴۱/۸٪) (۳۳/۰۴-۵۱/۰۸) ۳۸ (۳۱/۱٪) (۲۳/۲۴-۴۰/۲۶) ۱۰ (۸/۲٪) (۴/۲۲-۱۴/۹۳) ۲۳ (۱۸/۹٪) (۱۲/۵۶-۲۷/۱۵)	۱۲۲	۳۸ (۴۸/۱٪) (۳۶/۸۳-۵۹/۵۶) ۲۷ (۳۴/۲٪) (۲۴/۱۱-۴۵/۸) ۵ (۶/۳٪) (۲/۳۵-۱۴/۷۹) ۹ (۱۱/۴٪) (۵/۶۶-۲۱/۰۱)	۷۹	۸۹ (۴۴/۳٪) (۳۷/۳۴-۵۱/۴۴) ۶۵ (۳۲/۳٪) (۲۶/۰۳-۳۹/۳۴) ۱۵ (۷/۵٪) (۴/۳۸-۱۲/۲۴) ۳۲ (۱۵/۹٪) (۱۱/۳-۲۱/۸۸)	۲۰۱	کمیته امداد و بهزیستی فرزندان دارایی و درآمد شخصی سایر
<۰/۰۱	۱۳۸ (۷۵/۴٪) (۶۸/۴-۸۱/۳۳) ۶ (۳/۳٪) (۱/۳۴-۷/۳۳) ۲۶ (۱۴/۳٪) (۹/۶۶-۲۰/۳۱) ۱۳ (۷/۱٪) (۳/۹۹-۱۲/۱)	۱۸۳	۱۷۷ (۸۷/۶٪) (۸۲/۰۸-۹۱/۶۷) ۱۰ (۵/۰٪) (۲/۵۳-۹/۱۸) ۹ (۴/۵٪) (۲/۱۹-۸/۵۷) ۶ (۳/۰٪) (۱/۲۱-۶/۶۵)	۲۰۲	۳۱۵ (۸۱/۸٪) (۷۷/۵۲-۸۵/۴۷) ۱۶ (۴/۲٪) (۲/۴۸-۶/۸۱) ۳۵ (۹/۱٪) (۶/۵-۱۲/۵۳) ۱۹ (۴/۹٪) (۳/۰۸-۷/۷۴)	۳۸۵	مالکیت شخصی استیجاری رایگان (فرزندان یا سازمانی) سایر

\* با استفاده از آزمون t مستقل  
\*\* با استفاده از آزمون دقیق فیشر  
سایر نسبت‌ها با استفاده از آزمون کای توان دو مقایسه شده‌اند.

وضعیت سبک زندگی سالمندان با پرسش درباره‌ی مصرف مواد دخانی و فعالیت فیزیکی و مراقبت از سلامت خود مورد ارزیابی قرار گرفت. ۹۶ درصد از سالمندان سنجش فشارخون را در سال گذشته و ۸۲/۵ درصد سنجش

فشارخون را در یک سال گذشته انجام داده‌اند. ۱۲/۳ درصد از سالمندان ساکن استان خوزستان سیگار و ۵/۶ درصد قلیان می‌کشیدند. میزان مصرف تریاک ۳/۹ درصد بود که در هر دو جنس با هم متفاوت بود ( $P < 0.01$ ) (جدول ۲).

جدول ۲- شیوه‌ی زندگی در سالمندان استان خوزستان

مقدار P	زنان	تعداد زنان	مردان	تعداد مردان	کل جمعیت	تعداد کل	
<0.01	۶ (۳/۳٪) (۱/۳۵-۷/۴)	۱۸۱	۴۱ (۲۰/۴٪) (۱۵/۱۹-۲۶/۷۷)	۲۰۱	۴۷ (۱۲/۳٪) (۶/۲۶-۱۶/۱۲)	۳۸۲	سیگار کشیدن
<0.01	۱۱ (۶/۴٪) (۳/۴-۱۱/۴۵)	۱۷۲	۹ (۴/۸٪) (۲/۳۶-۹/۲۲)	۱۸۷	۲۰ (۵/۶٪) (۳/۵۲-۸/۶۱)	۳۵۹	قلیان کشیدن
<0.01	۱ (۰/۶٪) (۰/۰۳-۳/۶۹)	۱۷۲	۱۳ (۷/۰٪) (۳/۹۱-۱۱/۸۵)	۱۸۷	۱۴ (۳/۹٪) (۲/۲۳-۶/۶۱)	۳۵۹	مصرف تریاک
<0.01	۶۱ (۳۳/۲٪) (۲۸/۰۹-۴۹/۷)	۱۸۴	۱۱۴ (۵۶/۳٪) (۴۹/۰۴-۶۳/۰۵)	۲۰۳	۱۷۵ (۴۵/۳٪) (۴۰/۲۱-۵۰/۳۳)	۳۸۷	فعالیت سه روز با بیشتر در خفیف تا متوسط
0.01	۲۶ (۱۴/۱٪) (۹/۶-۲۰/۲)	۱۸۴	۵۰ (۲۴/۶٪) (۱۸/۹۹-۳۱/۲۵)	۲۰۳	۷۶ (۱۹/۶٪) (۱۵/۸۷-۲۴/۰۳)	۳۸۷	شدید
0.30	۱۷۵ (۹۷/۲٪) (۹۳/۲۹-۹۸/۹۷)	۱۸۰	۱۸۶ (۹۴/۹٪) (۹۰/۵۵-۹۷/۳۹)	۱۹۶	۳۶۱ (۹۶/۰٪) (۹۳/۳۶-۹۷/۶۷)	۳۷۶	سنجش فشار خون در طی یک سال گذشته
0.44	۱۴۵ (۸۱/۵٪) (۷۴/۸-۸۶/۸۳)	۱۷۸	۱۵۴ (۷۸/۲٪) (۷۱/۶۲-۸۳/۶)	۱۹۷	۲۹۹ (۷۹/۷٪) (۷۵/۲۳-۸۳/۶۱)	۳۷۵	سنجش چربی خون در طی یک سال گذشته
0.35	۱۵۳ (۸۴/۵٪) (۷۸/۲۴-۸۹/۳۱)	۱۸۱	۱۶۳ (۸۰/۷٪) (۷۴/۴۳-۸۵/۷۶)	۲۰۲	۳۱۶ (۸۲/۵٪) (۴۷/۷۳-۵۷/۹۳)	۳۸۳	سنجش قند خون در طی یک سال گذشته
0.91	۶۱ (۳۳/۷٪) (۲۶/۹۶-۴۱/۱۵)	۱۸۱	۶۷ (۳۳/۰٪) (۲۶/۶۷-۳۹/۹۹)	۲۰۳	۱۲۸ (۳۳/۳٪) (۲۸/۶۸-۳۸/۳۲)	۳۸۴	مراجعه به دندانپزشک در طی یک سال گذشته
0.28	۹ (۵/۳٪) (۲/۵۷-۱۰/۰۱)	۱۷۲	۵ (۲/۷٪) (۰/۹۹-۶/۵)	۱۸۶	۱۴ (۳/۹٪) (۲/۲۴-۶/۶۳)	۳۵۸	سنجش تراکم استخوان در طی یک سال گذشته
	۱۰ (۶/۰٪) (۳/۰۵-۱۰/۹۷)	۱۶۸	-	-	-	-	معاینه‌ی پستان (ماموگرافی) یک سال گذشته

که در زنان سالمند به صورت بارز بالاتر دیده شد ( $P=0.30$ ) درصد در زنان و ۲۲/۱ درصد در مردان،  $P=0.02$ ). جراحی کاتاراکت در ۲۲/۸ درصد از افراد شرکت کننده انجام شده بود (جدول ۳).

۲۸/۶ درصد از سالمندان ساکن استان خوزستان سابقه‌ی قند خون بالا داشتند که در سالمندان زن شیوع بالاتر دیده شد. شیوع پرفشاری خون در این مطالعه، ۲۹/۷ درصد بود. همچنین ۲۶/۳ درصد از سالمندان مبتلا به افسردگی بودند

جدول ۳- فراوانی ابتلا یا سابقه‌ی بیماری‌ها

مقدار P	زنان	تعداد زنان	مردان	تعداد مردان	کل جمعیت	تعداد کل	متغیر
0.01	۵۴ (۳۵/۳٪) (۲۷/۸۶-۴۳/۴۷)	۱۵۳	۳۶ (۲۲/۲٪) (۱۶/۲۳-۲۹/۵۵)	۱۶۲	۹۰ (۲۸/۶٪) (۲۳/۷۱-۳۳/۹۶)	۳۱۵	سابقه‌ی قند خون بالا
0.14	۴۸ (۲۶/۱٪) (۲۰/۰۳-۳۳/۱۶)	۱۸۴	۶۷ (۳۳/۰٪) (۲۶/۶۷-۳۹/۹۹)	۲۰۳	۱۱۵ (۲۹/۷٪) (۲۵/۲۶-۳۴/۵۹)	۳۸۷	پرفشاری خون
0.32	۳۶ (۲۰/۵٪) (۱۴/۹-۲۷/۳۲)	۱۷۶	۴۶ (۲۵/۱٪) (۱۹/۱۶-۳۲/۱۸)	۱۸۳	۸۲ (۲۲/۸٪) (۱۸/۶۷-۲۷/۶)	۳۵۹	جراحی کاتاراکت
0.55	۴ (۲/۳٪) (۰/۰۷۴-۶/۱۹)	۱۷۳	۷ (۳/۵٪) (۱/۵۶-۷/۴۵)	۱۹۸	۱۱ (۳/۰٪) (۱/۵۶-۵/۳۹)	۳۷۱	زخم بستر*
0.75	۵ (۲/۹٪) (۱/۰۶-۶/۹)	۱۷۵	۴ (۲/۲٪) (۰/۰۷۱-۵/۹)	۱۸۲	۹ (۲/۵٪) (۱/۲۳-۴/۹)	۳۵۷	بدخیمی (سرطان)
1.00	۶ (۳/۳٪) (۱/۳۴-۷/۳۳)	۱۸۳	۷ (۳/۴٪) (۱/۵۲-۷/۲۷)	۲۰۳	۱۳ (۳/۴٪) (۱/۸۸-۵/۸۴)	۳۸۶	سنکوب
0.05	۵۳ (۳۰/٪) (۱/۰۴-۶/۷۹)	۱۷۸	۴۲ (۲۲/۱٪) (۱۶/۱۲-۲۸/۱۱)	۱۹۵	۹۵ (۲۶/۳٪) (۲۰/۴۱-۲۹/۲۱)	۳۸۷	افسردگی

\* با استفاده از آزمون دقیق فیشر

وسایل بودند. ۶۳/۴ درصد از نوعی درد در رنج بودند. فقط ۹/۱ درصد از سالمندان شرکت کننده واکسیناسون آنفولانزا را در سال مطالعه دریافت کرده بودند. شیوع چند دارویی (مصرف بیش از سه دارو) ۳۶/۵ درصد بود. شیوع اضطراب، بی‌اختیاری استرسی، اختلال خواب، درد و سوء تغذیه در زنان به صورت معنی‌داری بیش از مردان بود ( $P < ۰/۰۵$ ) (جدول ۴). بیشترین نیاز خدماتی سالمندان، نیاز به خدمات پزشکی در منزل و پس از آن نیاز به خدمات حمل نقل بود (به ترتیب ۳۴/۶ و ۲۶/۳ درصد).

ارزیابی وضعیت سلامت سالمندان با پرسشگری از خود سالمندان شروع شد. ۴۵/۷ درصد از سالمندان وضعیت سلامت خود را عالی و ۱۷/۳ درصد بد گزارش کردند. ۲۵/۵ درصد از سالمندان سابقه‌ی زمین خوردن در یک سال اخیر را داشتند. ۴۲/۶ درصد از سالمندان از مشکل خواب شاکی بودند ۳۶/۷ درصد در تست ۳ کلمه دچار اختلال حافظه بودند. مشکل شنوایی و بینایی به ترتیب ۳۳/۹ و ۶۲/۲ درصد گزارش شد. با استفاده از پرسشنامه‌ی ارزیابی مختصر تغذیه ۴/۳ درصد دچار سوء تغذیه بودند. همچنین ۱۴ درصد از سالمندان دچار اختلال در عملکرد روزمره‌ی زندگی پایه و ۳۰/۲۳ درصد دچار اختلال در عملکرد روزانه مرتبط با

جدول ۴- مشکلات سلامت در سالمندان استان خوزستان

متغیر	تعداد کل	کل جمعیت	تعداد مردان	مردان	تعداد زنان	زنان	مقدار P
خوب تا عالی	۱۷۲ (۴۵/۷٪)	۱۷۲ (۴۵/۷٪)	۹۷ (۴۹/۲٪)	۹۷ (۴۹/۲٪)	۷۵ (۴۱/۹٪)	۷۵ (۴۱/۹٪)	
وضعیت سلامت از نظر خود سالمند متوسط	۳۷۶ (۴۰/۶۴-۵۰/۹۳)	۳۷۶ (۳۷/۰٪)	۱۹۷ (۳۰/۸۶-۴۴/۷۶)	۷۴ (۳۷/۶٪)	۱۷۹ (۲۹/۳۶-۴۳/۸۶)	۶۵ (۳۶/۳٪)	۰/۰۷۶
بد	۶۵ (۱۷/۳٪)	۶۵ (۱۷/۳٪)	۲۶ (۱۳/۲٪)	۲۶ (۱۳/۲٪)	۳۹ (۲۱/۸٪)	۳۹ (۲۱/۸٪)	
زمین خوردن در یک سال اخیر	۳۸۰ (۲۱/۲۸-۳۰/۲۸)	۹۷ (۲۵/۵٪)	۲۰۰ (۱۷/۹۳-۳۰/۱۱)	۴۷ (۲۳/۵٪)	۱۸۰ (۲۱/۵-۳۵/۰۳)	۵۰ (۲۷/۸٪)	۰/۳۴۹
مشکل در راه رفتن	۳۸۷ (۳۲/۴۲-۴۲/۲۶)	۱۴۴ (۳۷/۲٪)	۲۰۳ (۲۳/۹۳-۳۶/۹۴)	۶۱ (۳۰/۰٪)	۱۸۴ (۳۷/۸۳-۵۲/۲۶)	۸۳ (۴۵/۱٪)	۰/۰۰۲
مشکل در نشستن و برخاستن	۳۸۵ (۴۷/۰۹-۵۷/۲۸)	۱۵۹ (۴۱/۳٪)	۲۰۱ (۲۶/۹۵-۴۰/۳۶)	۶۷ (۳۳/۳٪)	۱۸۴ (۴۲/۵۸-۵۷/۴۲)	۹۲ (۵۰/۰٪)	۰/۰۰۱
اضطراب	۳۷۲ (۳۳/۷۷-۴۳/۸۹)	۱۴۴ (۳۸/۷٪)	۱۹۷ (۲۳/۲۸-۳۶/۴۱)	۵۸ (۲۹/۴٪)	۱۷۵ (۴۱/۵۵-۵۶/۷۷)	۸۶ (۴۹/۱٪)	۰/۰۰۰
اختلال حافظه (فراموشی)	۳۷۶ (۳۱/۸۶-۴۱/۸۲)	۱۳۸ (۳۶/۷٪)	۱۹۷ (۲۷/۰۴-۴۰/۶۱)	۶۶ (۳۳/۵٪)	۱۷۹ (۳۳/۰۵-۴۷/۸۲)	۷۲ (۴۰/۲٪)	۰/۱۹۹
مشکل بینایی	۳۸۱ (۵۷/۱-۶۷/۰۵)	۲۳۷ (۶۲/۲٪)	۱۹۹ (۵۳/۱۲-۶۷/۰۸)	۱۲۰ (۶۰/۳٪)	۱۸۲ (۵۶/۸۲-۷۱/۱۵)	۱۱۷ (۶۴/۳٪)	۰/۴۶۰
مشکل شنوایی	۳۸۱ (۴۷/۰۹-۵۷/۳۳)	۱۲۹ (۳۳/۹٪)	۱۹۹ (۲۹/۵۹-۴۳/۳۲)	۷۲ (۳۶/۲٪)	۱۸۲ (۲۴/۷۷-۳۸/۶۷)	۵۷ (۳۱/۳٪)	۰/۳۳۱
بی‌اختیاری ادراری استرسی	۳۷۲ (۱۳/۱۱-۲۰/۹۴)	۶۲ (۱۶/۷٪)	۱۹۹ (۶/۰۰-۱۴/۷۲)	۱۹ (۹/۵٪)	۱۷۳ (۱۸/۷۵-۳۲/۱۱)	۴۳ (۲۴/۹٪)	۰/۰۰۰
بی‌اختیاری ادراری اورژانسی	۳۷۷ (۱۲/۴۵-۲۰/۱)	۶۰ (۱۵/۹٪)	۲۰۱ (۹/۱۹-۱۹/۱۱)	۲۷ (۱۳/۴٪)	۱۷۶ (۱۳/۴۳-۲۵/۴۷)	۳۳ (۱۸/۸٪)	۰/۲۰۴
اختلالات خواب	۳۸۰ (۳۷/۶۳-۴۷/۸۸)	۱۶۲ (۴۲/۶٪)	۱۹۹ (۲۶/۷۷-۴۰/۲۳)	۶۶ (۳۳/۲٪)	۱۸۱ (۴۵/۵۱-۶۰/۴۴)	۹۶ (۵۳/۰٪)	۰/۰۰۰
افزایش وزن (۵ کیلوگرم) در سال گذشته	۳۵۲ (۸/۸۲-۱۵/۸۹)	۴۲ (۱۱/۹٪)	۱۹۲ (۵/۸۱-۱۴/۶۴)	۱۸ (۹/۴٪)	۱۶۰ (۱۰/۰۳-۲۱/۸)	۲۴ (۱۵/۰٪)	۰/۱۳۷
کاهش وزن (۵ کیلوگرم) در سال گذشته	۳۵۰ (۱۵/۲۳-۲۳/۷۴)	۶۷ (۱۹/۱٪)	۱۹۱ (۱۵/۰۸-۲۶/۹۸)	۳۹ (۲۰/۴٪)	۱۵۹ (۱۲/۲۱-۲۴/۶۲)	۲۸ (۱۷/۶٪)	۰/۵۸۶

ادامه‌ی جدول در صفحه‌ی بعد

ادامه‌ی جدول صفحه‌ی قبل

	۵۸ (۳۹/۲٪)	۹۷ (۵۴/۲٪)	۱۵۵ (۴۷/۴٪)			تغذیه خوب
	(۳۱/۳۸-۴۷/۵۷)	(۴۶/۶-۶۱/۵۹)	(۴۱/۹-۵۲/۹۶)			
۰/۰۲۵	۸۳ (۵۶/۱٪)	۷۵ (۴۱/۹٪)	۱۵۸ (۴۸/۳٪)	۱۷۹	۳۲۷	وضعیت تغذیه در معرض سوء تغذیه
	(۴۷/۷-۶۴/۱۴)	(۳۴/۶۵-۴۹/۵)	(۴۲/۸-۵۳/۸۸)			
	۷ (۴/۷٪)	۷ (۳/۹٪)	۱۴ (۴/۳٪)			سوء تغذیه
	(۲/۰۹-۹/۸۷)	(۱/۷۲-۸/۲۱)	(۲/۴۵-۷/۲۴)			
	۱۵۱ (۸۷/۳٪)	۱۷۱ (۸۵/۱٪)	۳۲۲ (۸۶/۱٪)			عدم وابستگی
	(۸۱/۱۶-۹۱/۶۸)	(۷۹/۲۱-۸۹/۵۵)	(۸۲/۰۸-۸۹/۳۶)			
۰/۶۱	۱۱ (۶/۴٪)	۲۰ (۱۰/۰٪)	۳۱ (۸/۳٪)	۲۰۱	۳۷۴	وضعیت عملکرد روزانه اختلال عملکردی خفیف پایه
	(۳/۳۸-۱۱/۳۸)	(۶/۳۳-۱۵/۱۶)	(۸۲/۰۸-۸۹/۳۶)			
	۱۰ (۵/۸٪)	۹ (۴/۵٪)	۱۹ (۵/۱٪)			اختلال عملکردی متوسط
	(۲/۹۶-۱۰/۶۷)	(۲/۲-۸/۶۱)	(۳/۱۷-۷/۹۶)			
	۱ (۰/۶٪)	۱ (۰/۵٪)	۲ (۰/۵٪)			اختلال عملکردی شدید
	(۰/۰۳-۳/۶۷)	(۰/۰۳-۳/۱۷)	(۰/۰۹-۲/۱۳)			
۰/۵۷	۵۰ (۲۸/۹٪)	۵۸ (۳۱/۷٪)	۱۰۸ (۳۰/۳٪)	۱۸۳	۳۵۶	وضعیت عملکرد روزانه مرتبط با وسایل (غیر وابسته)
	(۲۲/۳-۳۶/۳)	(۲۵/۰-۳۹/۰)	(۲۵/۶-۳۵/۴)			
۰/۰۰۰	۱۳۵ (۷۴/۶٪)	۱۰۶ (۵۳/۳٪)	۲۴۱ (۶۳/۴٪)	۱۹۹	۳۸۰	درد
	(۶۷/۴۹-۸۰/۶۲)	(۴۶/۰۹-۶۰/۳۲)	(۵۸/۳۳-۶۸/۲۳)			
۰/۰۰۰	۱۳۱ (۷۱/۶٪)	۹۹ (۴۹/۰٪)	۲۳۰ (۵۹/۷٪)	۲۰۲	۳۸۵	خستگی
	(۶۴/۳۷-۷۷/۸۷)	(۴۱/۹۶-۵۶/۱)	(۵۴/۶۴-۶۴/۶۵)			
۰/۵۷۴	۱۳ (۸/۰٪)	۱۸ (۱۰/۱٪)	۳۱ (۹/۱٪)	۱۷۹	۳۴۱	آنفولانزا
	(۴/۵۱-۱۳/۶۱)	(۶/۲۴-۱۵/۶۶)	(۶/۳۵-۱۲/۷۸)			
۱/۰۰۰	۳ (۱/۹٪)	۳ (۱/۸٪)	۶ (۱/۸٪)	۱۶۸	۳۲۵	واکسیناسیون پنوموکوک
	(۰/۴۹-۵/۹۲)	(۰/۴۶-۵/۵۵)	(۰/۷۶-۴/۱۸)			
۰/۵۸۵	۳۰ (۱۹/۴٪)	۳۸ (۲۲/۴٪)	۶۸ (۲۰/۹٪)	۱۷۰	۳۲۵	کراز
	(۱۳/۶۳-۲۶/۶۳)	(۱۶/۴۸-۲۹/۵)	(۱۶/۷۱-۲۵/۸۳)			
۰/۰۷۵	۱۴۴ (۷۹/۶٪)	۱۴۴ (۷۱/۳٪)	۲۸۱ (۷۵/۲٪)	۲۰۲	۳۸۳	مشکلات دهان و دندان
	(۷۲/۸۰-۸۵/۰۳)	(۶۴/۴۴-۷۷/۳۱)	(۷۰/۵-۷۹/۳۸)			
۰/۱۰۷	۷۴ (۴۰/۴٪)	۶۴ (۳۲/۵٪)	۱۳۸ (۳۶/۵٪)	۱۸۳	۳۸۰	چند دارویی (مصرف بیش از سه دارو)
	(۳۰/۸۶-۴۴/۷۶)	(۲۸/۱۸-۴۲/۴۰)	(۳۱/۵۲-۴۱/۴)			
۰/۳۷۰	۳۲ (۱۷/۶٪)	۴۴ (۲۱/۷٪)	۷۶ (۱۹/۷٪)	۲۰۳	۳۸۵	حملات تنگی نفس
	(۱۲/۵۰-۲۴/۰۷)	(۱۶/۳۴-۲۸/۱۰)	(۱۵/۹۵-۲۴/۱۴)			

## بحث

نوع دو می‌تواند با توزیع شیوع چاقی در کشور قابل توجهی باشد. مطالعات متعددی ارتباط بین افزایش حجم چربی‌های ویسرال و پریفرال بدن و افزایش مقاومت به انسولین و در نتیجه دیابت نوع دو را گزارش کرده‌اند [۱۴، ۱۳]. ما مشاهده کردیم که بیش از یک چهارم سالمندان شرکت کننده در استان خوزستان مبتلا به پُرفشاری خون بودند. این میزان از شیوع ذکر شده در بسیاری از مطالعات دیگر در مورد سالمندان کشور بالاتر است. بالا بودن فشار خون می‌تواند به توزیع چاقی و رژیم غذایی مناطقی مختلف و میزان نمک دریافتی روزانه مرتبط باشد [۱۵]. گرچه مطالعه‌ی گزارش شده‌ای از میزان دریافت میکروالمان‌ها در ساکنان استان خوزستان وجود ندارد، ولی

براساس بررسی‌های انجام شده، این مطالعه اولین مطالعه‌ای است که در یک نمونه‌ی قابل تعمیم به سالمندان استان خوزستان، وضعیت سلامت سالمندان کل استان را مورد بررسی قرار گرفته داده است. ما شیوع نسبتاً بالایی از دیابت در سالمندان مشاهده نمودیم که با یافته‌هایی کشوری و یافته‌های سایر استان‌ها تفاوت بارزی نداشت. در مطالعه‌ی سیمای سلامت کل کشور شیوع دیابت خود اظهار شده در بین مردان و زنان در کل کشور به ترتیب ۱۸/۸ و ۲۲/۳ درصد بود [۱۲]. شیوع دیابت در استان سیستان و بلوچستان کمتر از شیوع آن در استان خوزستان [۱۰] و در استان آذربایجان شرقی به مراتب بیشتر از استان خوزستان بود [۱۱]. این تفاوت شیوع در دیابت

روزانه‌ی مرتبط با وسایل، با وضعیت شناختی ارتباط تنگاتنگی دارد [۲۳] که شیوع بیشتر اختلال شناختی در زنان [۲۴] ممکن است توجیهی برای شیوع بیشتر اختلال عملکرد مرتبط با وسایل در بین زنان باشد.

در این مطالعه مشخص شد که تعداد سالمندان زن بیوه بیش از ۱۰ برابر تعداد سالمندان مرد بیوه است. همچنین سالمندان زن از سطح سواد کمتری برخوردار بودند. این نتایج با نتایج سرشماری نفوس و مسکن کل کشور در سال ۱۳۹۰ همخوانی دارد [۶].

این اولین مطالعه‌ی سیستماتیک وضعیت سلامت سالمندان براساس یک الگوی علمی توسط وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی است که در سطح استان خوزستان در جمعیتی قابل تعمیم به جامعه‌ی سالمندان مقیم این استان انجام گردیده است. این مطالعه وضعیت سلامت سالمندان و نیازهای سلامت این گروه سنی را مورد بررسی قرار داده است. در این مطالعه نمونه‌گیری تقریباً از سالمندان تمام شهرهای استان انجام شده است. همچنین میزان پاسخ‌دهی بالای ۹۰ درصد در اکثر آیت‌های پرسشنامه‌ها، از نقاط قوت دیگر این مطالعه است.

مهمترین محدودیت مطالعه‌ی فوق این است که پیامدهای سلامت فقط با پرسشگری از سالمندان و خانواده‌ی آنها انجام شده و از مدارک مستند پزشکی یا معاینات بالینی و آزمون‌های پاراکلینیکی قابل اعتمادتر استفاده نشده است.

پیشنهاد می‌شود که با توجه به تفاوت‌های بارز وضعیت سلامت و نیازهای سالمندان استان خوزستان با سایر استان‌ها، مطالعه‌ی جامع‌تر و با حجم نمونه‌ی مکفی برای تعمیم در سطح شهرستان‌های این استان با استفاده از سایر روش‌های جمع‌آوری اطلاعات درباره‌ی وضعیت سلامت سالمندان انجام شود. همچنین نتایج مطالعات مداخله‌ای در جهت ارتقاء سلامت سالمندان این استان می‌تواند سیاست‌گذاران سلامت را در جهت ارتقاء سلامت سالمندان استان یاری دهد.

ممکن است میزان نمک دریافتی در این استان از میانگین کشوری آن بیشتر باشد.

حدود یک سوم از سالمندان شرکت کننده در این استان خلق افسرده‌ای داشتند. مطالعات مختلف در نقاط مختلف کشور نیز حکایت از شیوع بالای افسردگی در میان سالمندان دارد. به‌علاوه افسردگی در زنان شرکت کننده در این استان بیش از مردان بود. در مطالعه‌ای در سالمندان ۶۰ سال و بالاتر شهر بوکان، شیوع افسردگی خفیف، متوسط و شدید به‌ترتیب ۳۸/۷، ۱۶/۳ و ۷ درصد گزارش شد [۱۶]. میزان افسردگی خفیف و شدید در سالمندان ۶۵ سال و بالاتر ساکن در خانه سالمندان، ۱۶/۸ و ۱۴/۷ درصد بوده است [۱۷]. به‌علاوه در مطالعه‌ای در تهران شیوع علائم افسردگی در زنان سالمند تهرانی شیوعی بیش از مردان سالمند تهرانی داشت [۱۸].

تقریباً یک چهارم سالمندان شرکت کننده در این مطالعه، سابقه‌ی افتادن را در یک سال اخیر داشتند و این نسبت در زنان بیش از مردان بود. در مطالعات دیگر نیز میزان شیوع افتادن طی یکسال (یکبار و چند بار) گزارش شده است و میان سن و جنس با تعداد دفعات افتادن رابطه‌ی معنی‌داری وجود داشت. در مطالعه‌ی دیگری در شیراز میزان شیوع افتادن در سالمندان ۵۵ سال و بالاتر، ۳۳/۶ درصد بود که ۱۳/۲ از کسانی که سابقه‌ی زمین خوردن داشتند، سابقه‌ی چند بار زمین خوردن را ذکر کرده‌اند [۱۹]. در مطالعه‌ی دیگر، شیوع زمین خوردن در سالمندان ۶۰ سال و بالاتر ایرانی ساکن خانه‌های سالمندان، ۷۳ درصد گزارش شد که بیش از ۶۰ درصد آنها سابقه‌ی بیش از یکبار زمین خوردن را داشتند [۲۰]. طی مطالعه‌ای در میان سالمندان برزیلی، شیوع زمین خوردن ۲۷/۶ درصد گزارش شد [۲۱].

در این مطالعه مشاهده شد که بی‌اختیاری استرسی در سالمندان زن بیش از دو برابر سالمندان مرد است. مطالعات متعددی در سطح بین‌المللی، گزارش کرده‌اند که به‌دلیل کوتاهی مجرای ادراری و مشکلاتی مانند افتادگی رحم شیوع بی‌اختیاری استرسی در زنان به‌مراتب بیش از مردان است [۲۲].

گرچه در عملکرد روزانه‌ی پایه تفاوت معنی‌داری بین زنان و مردان مشاهده نشد، ولی در عملکرد روزانه‌ی مرتبط با وسایل میزان وابستگی زنان سالمند بیش از مردان سالمند بود. عملکرد



## مآخذ

1. Arab M, Tajvar M, Arab M, and Tajvar M. *Healthcare status of elderly in Iran. Hospital.* 2004; 5(9.10):26-8.
2. Schoenborn CA, Heyman KM. Health characteristics of adults aged 55 years and over: United States, 2004–2007. *Natl Health Stat Report* 2009; 16:1-31.
3. Bergland A. Fall risk factors in community-dwelling elderly people. *Norsk epidemiologi* 2012; 22(2).
4. Kiani Sh, Bayanzadeh M, Tavallaee M, Robert S. The Iranian population is graying: are we ready? *Archives of Iranian medicine* 2010; 13(4):333.
5. 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.
6. Islamic Republic of Iran Vice Presidency for Strategic Planning and Supervision Statistical Centre of Iran National Population and Housing Census, 2011 2011. Available from: <http://www.amar.org.ir/Portals/1/Iran/90.pdf>.
7. Osborn L. Hottest Cities in the World. Current Results, weather and science facts 2015. Available from: <http://www.currentresults.com/Weather-Extremes/hottest-cities-in-the-world.php>.
8. Amirkalali B, Sharifi F, Fakhrzadeh H, Mirarefin M, Ghaderpanahi M, Larijani B. Evaluation of the mini nutritional assessment in the elderly, Tehran, Iran. *Public health nutrition* 2010; 13(09):1373-9.
9. Malakouti SK, Fatollahi P, Mirabzadeh A, Salavati M, Zandi T. Reliability, validity and factor structure of the GDS-15 in Iranian elderly. *International journal of geriatric psychiatry* 2006; 21(6):588-93.
10. Najafi B, Sharifi F, Fakhrzadeh H, Arzaghi SM, Alizadeh-Khoe M, Taheri-Tanjani P, et al. Health status of elderly people in Sistan and Baluchistan province: results of National Elderly Health Survey of Iran (NEHSI). *Iranian Journal of Diabetes & Metabolism* 2015; 14(1).
11. Taheri-Tanjani P, Nazari N, Sharifi F, Fakhrzadeh 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*. (In Press) (In Persian)
12. Taheri-Tanjani P, Moradinazar M, Mottlagh ME, Najafi F. The prevalence of diabetes mellitus (DM) type II among Iranian elderly population and its association with other age-related diseases, 2012. *Archives of gerontology and geriatrics* 2015; 60(3):373-9.
13. Felber J, Golay A. Pathways from obesity to diabetes. International journal of obesity and related metabolic disorders. *Journal of the International Association for the Study of Obesity* 2002; 26:S39-45.
14. Golay A, Ybarra J. Link between obesity and type 2 diabetes. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism* 2005; 19(4):649-63.
15. Kawasaki T, Delea CS, Bartter FC, Smith H. The effect of high-sodium and low-sodium intakes on blood pressure and other related variables in human subjects with idiopathic hypertension. *The American journal of medicine* 1978; 64(2):193-8.
16. Ghaderi SR, Mohammadi-Shahbalaghi F, Ansari G, Gharanjic A, Ashrafi K. Prevalence of Depression in Elderly Kurdish Community Residing in Boukan, Iran. *Iranian Journal of Ageing* 2012; 7(1):57-66.
17. Sadeghi M, Kazemi H. Prevalence of dementia and depression among residents of elderly nursing homes in Tehran province. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology* 2004; 9(4):49-55.
18. Najafi B, Arzaghi M, Fakhrzadeh H, Sharifi F, Shoaie S, Alizadeh M, et al. Mental health status and related factors in aged population: Urban health equity assessment and response tool (Urban- HEART) study in Tehran. *Ijdd* 2013; 13(1):62-73.
19. Salehi Dehno N, Moslemi Haghighi F, Torabi M. the prevalence and correlates of falling down in the older adults over 55 years in Shiraz. *Iranian Journal of Ageing* 2013; 8(28):64-70.
20. Iranfar M, Ainy E. Fall epidemiology in the elderly residents of care centers in Tehran–1390. *Iranian Journal of Ageing* 2013; 8(29):30-8.
21. Siqueira FV, Facchini LA, Silveira DSd, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, et al. Prevalence of falls in elderly in Brazil: a countrywide analysis. *Cadernos de Saúde Pública* 2011; 27(9):1819-26.
22. MacArthur C, Wilson D, Herbison P, Lancashire R, Hagen S, Toozs-Hobson P, et al.

- Urinary incontinence persisting after childbirth: extent, delivery history, and effects in a 12-year longitudinal cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2016; 123(6):1022-9.
23. Agüero-Torres H, Fratiglioni L, Guo Z, Viitanen M, von Strauss E, Winblad B. Agüero-Torres H, Fratiglioni L, Guo Z, Viitanen M, von Strauss E, Winblad B. Dementia is the major cause of functional dependence in the elderly: 3-year follow-up data from a population-based study. *American Journal of Public Health* 1998; 88(10):1452-6.
24. Yazdkhasti F. A Study on Cognitive and Depressive Disorders in the Elderly and Their Correlation with *Each Other Advances in Cognitive Science* 2010; 11(4):12-7.

## HEALTH STATUS OF ELDERLY PEOPLE IN KHUZESTAN: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Parisa Taheri Tanjani<sup>1</sup>, Farshad Sharifi<sup>\*2</sup>, Neda Nazari<sup>2</sup>, Fakher Rahim<sup>3</sup>, Hossein Fakhrzadeh<sup>2</sup>, Seyed Masoud Arzaghi<sup>2</sup>, Mohamad Esmael Motlagh<sup>4</sup>, Saeid Saeidimehr<sup>2</sup>

1. *Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran*
2. *Elderly Health Research Center, Endocrinology and Metabolism Research Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*
3. *Research Centre of Thalassemia and Hemoglobinopathies, Health Research Institute, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran*
4. *School of Medicine, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran*

### ABSTRACT

**Background:** Older people are vulnerable in terms of health status. The elderly's Khuzestan due to the very warm weather of this region are more at risk for health problems. This study is a report on the health status of the elderly in Khuzestan province in 2012.

**Methods:** This is a Cross-sectional study, with multi-level proportional cluster Random sampling among people aged  $\leq 60$  years of Khuzestan province. Nutritional status was assessed by Mini Nutritional Assessment (MNA), depressed mood screening was conducted with Geriatric Depression Scale-15 questionnaire, activities of daily living was evaluated using KATZ ADL and Lawton Instrumental ADL tools.

**Results:** In this study, 387 people participated. The prevalence of hypertension, diabetes mellitus, depressed mood, and anxiety in the participants, were 38.8%, 28.6%, 34.9 and 38.7, respectively. Hearing loss reported in 33.9% and vision impairment was in 62.2% of the participants. Memory impaired founded in 14.9% of the participants. 4.3% of the elderly suffered from malnutrition and 48.3% were at risk of malnutrition. Dysfunction in ADL were existed in 13.9% and 30.3% of the participants had some degrees of dysfunction in IADL.

Poly pharmacy (consumed more than 3 medications) was observed in 36.5% of older adults in this province. The most common health services need was medical services at home and then transport services.

**Conclusion:** Although the health status of the elderly in Khuzestan province generally was not worse than the average of Iran, it needs that a special pay attention in some areas, such as hypertension, diabetes, nutritional status and lack of independence in activities of daily living in this age group.

**Keywords:** Health Status, Khuzestan, Aged

---

\* First Floor, 10<sup>th</sup> number, Jalal-Al-Ahmad Street, Elderly Health Research Center, Endocrinology and Metabolism Research Institute, Tehran Iran, Postal code: 0055082947, Tele: 00982188220085, Email Address: saeidimehr2015@gmail.com