

وضعیت سلامت سالمندان استان البرز در سال ۱۳۹۰: مطالعه‌ی سیمای سلامت سالمندان کشور

پریسا طاهری تنجانی^۱، فرشاد شریفی^۲، ندا نظری^۳، حسین فخرزاده^۴، مهتاب عزیززاده خوئی^۵، محمد اسماعیل مطلق^۶، حسنا عطایی^{۷*}، سیدمسعود ارزاقی^۸، مهدی ابراهیمی^۹

چکیده

مقدمه: از آنجا که پدیده‌ی سالمند شدن جامعه بر تمام جنبه‌های زندگی جوامع بشری از جمله ساختارهای سنی، ارزش‌ها و معیاره، نیازهای سلامت و سازمان‌های اجتماعی، اثرات قابل ملاحظه‌ای دارد، مقابله با چالش‌های فرارو با اتخاذ سیاست‌های مناسب برای ارتقای وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی سالمندان از اهمیت بالایی برخوردار است. استان البرز یکی از استان‌های مهاجرت‌پذیر بوده و پدیده‌ی مهاجرت تأثیر شگرفی در سلامت روحی و جسمی سالمندان دارد. هدف از انجام این مطالعه بررسی وضعیت سلامت سالمندان استان البرز بوده است.

روش‌ها: در این مطالعه‌ی مقطعی، از سه شهرستان استان البرز به روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای تصادفی متناسب، ۲۳۵ نفر (۱۱۳ نفر مرد و ۱۲۲ نفر زن) سالمند ۶۰ ساله و بالاتر انتخاب شدند. اطلاعات توسط یک پرسشنامه‌ی دموگرافیک، اندازه‌گیری‌های آنترپومتریک، اندازه‌گیری فشارخون و تکمیل پرسشنامه‌های "بررسی مختصر وضعیت تغذیه"، "مقیاس افسردگی سالمندان ۱۵ سؤالی"، وضعیت عملکرد روزمره‌ی زندگی، عملکرد روزانه‌ی مرتبط با وسایل جمع‌آوری گردید. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS 21 انجام شد. تمام آزمون‌ها دو سویه بوده و در سطح $\alpha < 0/05$ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین سنی افراد شرکت کننده ۶۸ سال بود. شیوع اضطراب و افسردگی در میان شرکت کنندگان به ترتیب ۵۱/۵ و ۳۴ درصد بود. ۲۷ درصد در معرض یا دچار سوء تغذیه بودند. ۵۴/۵ درصد از مشکلات دهان و دندان رنج می‌بردند و ۴۹/۸ درصد نیز در راه رفتن مشکل داشتند.

نتیجه‌گیری: در زمینه‌ی وضعیت سلامت سالمندان ساکن استان البرز می‌توان گفت که بیماری‌های متابولیک در این استان شیوع بالایی دارد و پوشش کم واکسیناسیون آنفلوانزا، شیوع بالای افسردگی و اضطراب و سوء تغذیه نیازمند مداخلات جدی توسط سیاست‌گذاران در جهت ارتقاء سلامت این سالمندان است.

واژگان کلیدی: سالمندان، استان البرز، وضعیت سلامت

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- دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپوراهواز، اهواز، ایران

۴- مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم، پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

***نشانی:** تهران- خیابان جلال آل احمد جنب دانشکده علوم اجتماعی پلاک ۱۰ پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم تلفن: ۰۲۱-۸۸۲۲۰۰۸۵

نشانی پست الکترونیک: ataee.diet@gmail.com

مقدمه

پیر شدن جمعیت و بروز پدیده‌ی سالمندی از تبعات توسعه است که برخی عوامل تأثیرگذار در آن عبارتند از بهبود شرایط اقتصادی-اجتماعی، ارتقای وضعیت بهداشت و تغذیه، پیشرفت دانش و فناوری پزشکی، کاهش نرخ مرگ و میر کودکان و نهایتاً افزایش امید به زندگی. این عوامل در کنار روش‌های موفق کنترل مولید باعث افزایش جمعیت سالمندان شده است [۱].

داشتن اطلاعات دقیق استانی از ویژگی‌های جمعیت شناختی، نیازهای اجتماعی، عاطفی و بهداشتی سالمندان، می‌تواند به دولت‌مردان در جهت برنامه‌ریزی دقیق‌تر کمک نماید و این امر چیزی است که سیاست‌گذاران اقتصادی و اجتماعی نباید از آن چشم‌پوشی نمایند [۱].

از آنجا که پدیده‌ی سالمندی جامعه بر تمام جنبه‌های زندگی جوامع بشری از جمله ساختارهای سنی، ارزش‌ها و معیارها و سازمان‌های اجتماعی، اثرات قابل ملاحظه‌ای دارد، مقابله با چالش‌های فرارو با اتخاذ سیاست‌های مناسب برای ارتقای وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی سالمندان از اهمیت بالایی برخوردار است. از طرفی با توجه به اینکه پدیده‌ی سالمندی امری همگانی و گریز ناپذیر است، آماده ساختن جمعیت برای دوران سالخوردگی باید مد نظر قرار گیرد. شیوه‌ی برخورد با این مسأله نیز باید جامع و توسعه‌ای بوده و همه‌ی جنبه‌های حیاتی را که تأمین‌کننده‌ی کیفیت زندگی سالمندان باشد، از جمله مشارکت آنان را در امر توسعه، شامل شود. بدین منظور باید برخی از جنبه‌های حیاتی از جمله امنیت اقتصادی و مالی سالمندان و حفظ سلامتی و آموزش مداوم آنها بیشتر مد نظر قرار گیرد. با توجه به اینکه دوره‌ی سالمندی اختصاص به قشر و یا گروه خاصی ندارد و با افزایش امید به زندگی و کاهش مولید سهم سالمندان از کل جمعیت در حال افزایش است، به‌منظور برنامه‌ریزی بهتر و شناخت مسائل و مشکلات آنها لازم است ویژگی‌های سالمندان از ابعاد مختلفی مورد بررسی قرار گیرد [۲].

ایران براساس سرشماری عمومی نفوس و مسکن در سال ۱۳۸۵ با از کاسته شدن جمعیت کمتر از ۱۵ سال خود و کاهش آن به میزان ۲۵/۲ درصد از حالت جوانی جمعیت به‌سوی سالمندی جمعیت پیش می‌رود.

براساس مطالعات انجام شده میزان تقاضا برای خدمات درمانی در جمعیت سالمند به‌طور معناداری بیش از میزان تقاضا برای خدمات درمانی در جمعیت غیر سالمند است. این نکته با توجه به رشد روزافزون تعداد و امید به زندگی سالمندان که قبلاً نیز به آن اشاره شد، حایز اهمیت است و نمایانگر این مسئله است که سالمندان جزء گروه‌های در معرض خطر به شمار می‌روند [۳].

مراقبت‌های بهداشتی-درمانی سالمندان به‌عنوان جزئی از سیستم مراقبت‌های بهداشتی کشور از اهمیت قابل توجهی برخوردار است. استان البرز یکی از استان‌های تازه تأسیس است که براساس آخرین سرشماری عمومی نفوس و مسکن در آبان ۱۳۹۰ جمعیت استان تقریباً ۲/۵ میلیون نفر (۳/۲۱ درصد جمعیت کشور) با متوسط رشد سالانه ۳/۴ درصد بوده است که رتبه‌ی دوم را در کشور به خود اختصاص داده است. از این تعداد ۱۱۵ هزار نفر ۶۵ ساله یا بالاتر بوده‌اند که ۴/۸ درصد از جمعیت استان و ۲/۶ درصد از جمعیت سالمندان کل کشور را تشکیل می‌دهد و به‌همین علت جزء استان‌های جوان کشور به‌شمار می‌رود. شاخص جمعیت سرباری (جمعیت زیر ۱۵ سال و بالای ۶۵ سال) نیز در این استان حدود ۲۶ درصد است که در مقایسه با نرخ کشوری ۴۶/۷ درصد مطلوب به‌نظر می‌رسد [۳]. نرخ بی‌سوادی در بین سالمندان این استان ۵۳ درصد می‌باشد که با توجه به نرخ بی‌سوادی سالمندان کل کشور (۶۶ درصد) به نسبت کمتر می‌باشد [۴، ۵].

یکی از تحولات جمعیتی در استان البرز مهاجرت است که سبب تغییرات ساختارهای اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی در این استان گشته است. عواملی همچون مجاورت این استان با پایتخت، شرایط طبیعی و اقتصادی، حمل و نقل مناسب، درکنار وسعت کم، موجب افزایش شدید تراکم جمعیت در این استان در مقایسه با دیگر مناطق کشور گردیده است. این استان بعد از تهران دومین استان پرتراکم

نمونه‌گیری از جمعیت سالمندان شهری و روستایی سه شهرستان این استان شامل کرج، نظرآباد و ساوجبلاغ به عمل آمد. در مرحله‌ی بعد از بین مراکز بهداشتی-درمانی به‌صورت تصادفی چند مرکز انتخاب گردید و در مرحله‌ی آخر از بین پرونده‌های فعال خانوار هر مرکز تعدادی به‌طور تصادفی برای نمونه‌گیری انتخاب شدند.

در ابتدا اطلاعات دموگرافیک، اطلاعات مربوط به تاریخچه بیماری‌ها و واکسیناسیون و همچنین اطلاعات مربوط به شرکت در فعالیت‌های اجتماعی، بهره‌مندی از خدمات و مراقبت‌های سالمندی همراهان و مراقبین سالمندان با استفاده از پرسشنامه‌ی محقق ساخته‌ای که روایی صوری آن توسط یک گروه از متخصصین تأیید شده است، جمع‌آوری شد. ابتدا به بیماری‌ها با سؤال از خود سالمندان بررسی شد. وضعیت تغذیه با استفاده از پرسشنامه‌ی ارزیابی مختصر تغذیه^۱ (MNA) انجام گرفت. این پرسشنامه که توسط شرکت نستله تدوین شده در سطح گسترده‌ای به‌عنوان ابزار غربال‌گری وضعیت تغذیه‌ی سالمندان به‌کار می‌رود. حداقل امتیاز این پرسشنامه که بیانگر بدترین وضعیت تغذیه است، صفر و حداکثر آن ۳۰ می‌باشد. نقاط برش ۲۳/۵ افراد با وضعیت تغذیه خوب را از افراد در معرض سوء تغذیه مجزا می‌کند و ۱۷ به‌عنوان مرز میان افراد در معرض سوء تغذیه و مبتلا به سوء تغذیه در نظر گرفته شده است [۷]. وضعیت فعالیت فیزیکی با استفاده دو پرسش از پرسشنامه‌ی کوتاه فعالیت فیزیکی بین‌المللی ارزیابی گردید، این پرسشنامه توسط Vasheghani-Farahani و همکاران به فارسی ترجمه شده و روایی، پایایی آن سنجیده شده است [۸]. در مورد وضعیت خلقی علاوه بر پرسش از خود سالمندان درباره‌ی سابقه‌ی افسردگی با استفاده از پرسشنامه‌ی ایرانی شده ۱۵ سؤالی مقیاس افسردگی سالمندان، ارزیابی صورت گرفت. حداقل امتیاز این مقیاس صفر که بیانگر خلق طبیعی و حداکثر امتیاز آن ۱۵ است که بیانگر پایین‌ترین وضعیت خلقی می‌باشد. نقطه‌ی برش ۷ در این مقیاس برای تعریف خلق افسرده توسط Malakouti و همکاران تعیین شده است [۹]. وضعیت عملکردی با استفاده از پرسشنامه عملکرد پایه روزمره زندگی^۲ [۱۰] بررسی گردید، حداقل و حداکثر امتیاز KATZ

کشور به‌شمار می‌آید. به‌علت تازه تأسیس بودن و تراکم جمعیتی بالا، نواقص و کمبودهایی همچون کمبود نیروی متخصص و امکانات، در سیستم بهداشتی قابل مشاهده است. مطابق سرشماری سال ۱۳۹۰، بیش از ۹۰ درصد جمعیت در نقاط شهری استان ساکن بوده‌اند. این آمار نشان دهنده‌ی نسبت بالای شهرنشینی در مقایسه با سایر استان‌های کشور است و رتبه‌ی سوم را از این نظر نصیب خود ساخته است [۴].

براساس اطلاعات ما، در زمینه‌ی وضعیت سلامت سالمندان در استان البرز تاکنون پژوهشی منتشر نشده است و این مطالعه اولین مطالعه‌ای است که به مطالعه‌ی وضعیت سلامت و نیازهای سالمندان استان البرز می‌پردازد. این مقاله با استفاده از داده‌های مطالعه‌ی سیمای سلامت سالمندان کشور که در سال ۱۳۹۰ در ۵ استان با پراکندگی جغرافیایی متفاوت انجام شده، نوشته شده است. براساس یافته‌های Sadoughi و همکاران در حال حاضر داده‌هایی که در کشور گردآوری می‌شود نیازهای ملی را برآورده نمی‌کند و با توصیه‌های مراکز بین‌المللی نیز مطابقت ندارد. بنابراین، مجموعه‌ی حداقل داده جهت برآورده کردن نیازهای اطلاعاتی ملی و بین‌المللی امری ضروریست [۶].

امید است نتایج به‌دست آمده از مقاله پیش‌رو ارزیابی جامعی از حوزه‌های سلامت و نیازهای سالمندان استان البرز را توصیف کند.

روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر یک پژوهش مقطعی است که به بررسی وضعیت سلامت سالمندان شصت ساله و بالاتر استان البرز می‌پردازد. نمونه‌های این پژوهش قابل تعمیم به جمعیت سالمندان شهری و روستایی استان البرز بود. نمونه‌گیری به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای طبقه‌بندی شده متناسب (Proportional Stratified) بود که مبنای خوشه‌ها مراکز بهداشتی درمانی بودند. حجم نمونه برای کل جمعیت سالمندان ایران ۱۳۶۰ نفر محاسبه گردید و با توجه به تعداد سالمندان استان البرز، تعداد نمونه ۲۳۵ نفر در نظر گرفته شد (تعداد انتخاب شده به نسبت تعداد سالمندان آن شهرستان بود) و

^۱ mini nutritional assessment

^۲ Katz Index of Independence in Activities of Daily Living

SPSS ۲۱ $\alpha < 0/05$ تعریف شد. آنالیزها با استفاده از انجام شد.

این مطالعه مصوب کمیته اخلاق وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است و تمام اصول مورد اشاره‌ی بیانیه‌ی اخلاق هلسینکی در آن رعایت شده است. تمام اطلاعات بدون نام و مشخصات شناساننده در اختیار سایر محققین قرار گرفته و جهت ورود به مطالعه از تمام سالمندان رضایت آگاهانه اخذ شده است. همچنین تمامی کدهای اخلاق کشوری در انتشار مطالب علمی مطالعه رعایت شد.

یافته‌ها

در این مطالعه اطلاعات ۲۳۵ نفر از سالمندان ساکن شهر و روستا در سه شهرستان استان البرز (ساجبلان، کرج و نظرآباد) مورد بررسی قرار گرفت. که بیشتر شرکت کنندگان از شهرستان کرج بودند (۱۸۷ نفر). میانگین سن شرکت کنندگان ۶۸ سال بود. ۹۲/۹٪ از مردان شرکت کننده و ۶۳/۱٪ از زنان شرکت کننده در مطالعه متأهل بودند. همچنین از نظر سطح تحصیلات نیز تفاوت‌ها بین دو جنس چشم‌گیر بود ($P=0/01$).

۹۴٪ از سالمندان تحت پوشش بیمه پایه قرار داشتند. ولی تنها ۵۰/۶٪ آنها بیمه‌ی تکمیلی برای خدمات بستری و ۴۰/۹٪ بیمه تکمیلی برای خدمات غیر بستری داشتند. فرزندان، منبع درآمد اکثر سالمندان شرکت کننده در این مطالعه بوده‌اند (جدول ۱).

۸/۱٪ از سالمندان ساکن استان البرز سیگار و ۳٪ از آنها قلیان می‌کشیدند، که بین دو جنس تفاوتی نداشت. مصرف تریاک ۴/۳٪ از سالمندان مورد پرسش گزارش شد. که اختلاف بین دو جنس زن و مرد معنی‌دار بود ($P < 0/01$). از نظر فعالیت فیزیکی ۲۲٪ مردان و ۳۵٪ زنان فعالیت فیزیکی متوسط کمتر از نیمی از روزهای هفته، ۶۸٪ مردان و ۴۳٪ زنان فعالیت فیزیکی متوسط بیش از نیمی از هفته ($P=0/01$) داشتند. ۳۲٪ مردان و ۲۷٪ زنان فعالیت فیزیکی شدید کمتر از نیمی از هفته و ۲۶٪ مردان و ۹٪ زنان فعالیت فیزیکی شدید بیش از نیمی از هفته داشتند ($P=0/01$) (جدول ۲). قند خون ۱۹۷ نفر از سالمندان در

صفر و ۱۲، 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. عملکرد روزانه‌ی مرتبط با وسایل به کمک ابزار^۱ Lawton بررسی گردید [۱۱]. در این پرسشنامه برای زنان از ۷ حیطه‌ی تلفن کردن، ایاب و ذهاب، تهیه غذا، مدیریت داروها، لباس شستن، رسیدگی به امور خانه و خرید کردن (مدیریت مسائل مالی در نظر گرفته نشد) و برای مردان از ۶ حیطه‌ی تلفن کردن، ایاب و ذهاب، مدیریت داروها، مدیریت مسائل مالی، لباس شستن و خرید کردن (رسیدگی به امور خانه و تهیه غذا در نظر گرفته نشد) استفاده گردید و اگر حتی تنها به یک مورد پاسخ منفی داده می‌شد فرد وابسته و اگر به تمام سؤالات پاسخ مثبت می‌داد فرد مستقل در نظر گرفته می‌شد. وضعیت فشارخون علاوه بر پرسش از خود سالمندان، با دو نوبت اندازه‌گیری فشار خون بیماران با اسفیگومونومتر بر طبق معیارهای JNC7 توسط پزشک بررسی شد [۱۲]. پرفشاری خون براساس میانگین فشار خون سیستولی برابر یا بیش از ۱۴۰ میلی‌متر جیوه و فشار خون دیاستولی برابر یا بالاتر از ۹۰ میلی‌متر جیوه و یا داشتن سابقه‌ی پرفشاری خون تعریف شد. سبک زندگی سالمندان با پرسش درباره‌ی مصرف مواد دخانی، فعالیت فیزیکی و مراقبت از سلامت خود بررسی گردید.

اطلاعات توسط مصاحبه و معاینه با سالمندان به‌وسیله پزشکان عمومی و پرستاران آموزش دیده در مراکز بهداشتی و درمانی گردآوری گردید. در مواردی که حضور سالمند در مرکز مقدور نبود، پزشک و پرستار در منزل سالمند حضور پیدا می‌کردند.

جهت توصیف داده‌های کمی پارامتری از میانگین و انحراف معیار استفاده شد. همچنین برای نشان دادن نسبت‌ها از فراوانی خام و درصد استفاده شد. مقایسه‌ی داده‌های پارامتری در گروه‌های جنسی با استفاده از آزمون t مستقل دوسویه انجام پذیرفت. سطح معناداری نیز در حد

¹ Lawton's Instrumental Activities of Daily Living

طول یکسال گذشته حداقل یک بار اندازه‌گیری شده بود، ۲۳/۸٪ از شرکت کنندگان مبتلا به دیابت بودند. شیوع پُرفشاری خون (طبق تعریف این مطالعه) در میان سالمندان شرکت کننده ۴۶/۸٪ بود. ۲۶٪ سالمندان سابقه جراحی کاتاراکت داشتند و شیوع زخم بستر نیز در آنها ۲/۶٪ بود. ۳۴٪ از کل شرکت کنندگان نیز به افسردگی مبتلا بودند که بین دو جنس تفاوت معنی‌داری دیده شد ($P < 0/01$) (جدول ۳)

سابقه زمین خوردن در یک سال اخیر توسط ۲۴/۷٪ از سالمندان گزارش شد که در میان زنان به‌طور معنادار بیشتر از مردان بود ($P = 0/01$). مشکل شنوایی و بینایی به‌ترتیب

۳۵/۳٪ و ۵۷/۹٪ گزارش شد. بی‌اختیاری ادراری استرسی و اورژانسی هم به‌ترتیب ۱۷٪ و ۱۸/۳٪ بود که در میان زنان به‌طور معنادار بیشتر از مردان بود ($P < 0/01$). همچنین با استفاده از پرسشنامه‌ی ارزیابی مختصر تغذیه مشخص شد که حدود ۲۷٪ در معرض سوء تغذیه و یا مبتلا به سوء تغذیه بودند. ۶٪ از سالمندان دچار اختلال در عملکرد روزمره‌ی زندگی پایه و ۲۵/۶٪ دچار اختلال در عملکرد روزانه مرتبط با وسایل بودند و شیوع مشکلات دهان و دندان نیز در میان سالمندان به میزان ۵۴/۵٪ بود (جدول ۴).

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک و عمومی شرکت کنندگان

متغیر	تعداد کل	کل جمعیت	تعداد مردان	مردان	تعداد زنان	زنان	مقدار P
سن (سال)*	۲۳۵	۶۸ (۶/۰۰)	۱۱۳	۶۹/۴۷(۷/۴۹) (۵۱/۸۲-۷۰/۳۴)	۱۲۲	۶۶/۸۲ (۴/۸۵) (۴۵/۵۲-۶۳/۷۱)	۰/۰۲
وضعیت تأهل	۲۳۵	متأهل	۱۱۳	۱۰۵ (۹۲/۹) (۸۶/۱-۹۶/۶۷)	۱۲۲	۷۷ (۶۳/۱) (۵۳/۸۵-۷۱/۵۳)	<0/01
		بیوه	۱۱۳	۳ (۲/۷۵) (۰/۶۹-۸/۱۳)	۱۲۲	۴۲ (۳۴/۴) (۲۶/۲۲-۴۳/۶۴)	
		سایر	۱۱۳	۵ (۴/۴) (۱/۶۴-۱۰/۵۲)	۱۲۲	۳ (۲/۵) (۰/۶۴-۷/۵۶)	
سطح تحصیلات	۲۳۵	بیسواد	۱۱۳	۴۶ (۴۰/۷) (۳۱/۶۹-۵۰/۳۷)	۱۲۲	۷۶ (۶۲/۳) (۵۳/۰۳-۷۰/۷۸)	0/01
		ابتدایی	۱۱۳	۸۰ (۳۴) (۲۸/۰۸-۴۰/۵۳)	۱۲۲	۳۱ (۲۵/۴) (۱۸/۱۶-۳۴/۲۴)	
		راهنمایی و دبیرستان	۱۱۳	۱۴ (۶) (۳/۴۲-۱۰/۰۱)	۱۲۲	۸ (۶/۶) (۳/۰۸-۱۲/۹۲)	
		دیپلم	۱۱۳	۱۲ (۵/۱) (۲/۹۵-۸/۷۲)	۱۲۲	۵ (۴/۱) (۱/۵۲-۹/۷۸)	
		دانشگاهی	۱۱۳	۷ (۳) (۱/۳۱-۶/۳)	۱۲۲	۲ (۱/۶) (۰/۲۸-۶/۳۹)	
تنهایی	۲۳۵	۲۲ (۹/۴) (۶/۰۹-۱۴/۰۱)	۱۱۳	۵ (۴/۴) (۱/۶۴-۱۰/۵۲)	۱۲۲	۱۷ (۱۳/۹) (۸/۵۶-۲۱/۶۵)	<0/01
با همسر و با همسر و فرزندان	۱۱۳	۱۷۴ (۷۴) (۶۷/۸۶-۷۹/۴۲)	۱۲۲	۱۰۱ (۸۹/۴) (۸۱/۸۳-۹۴/۱۵)	۱۲۲	۷۳ (۵۹/۸) (۵۰/۵۶-۶۸/۴۹)	
فقط با فرزندان	۱۱۳	۲۳ (۹/۸) (۶/۴۴-۱۴/۵۱)	۱۲۲	۲ (۱/۸) (۰/۳۱-۶/۸۸)	۱۲۲	۲۱ (۱۷/۲) (۱۱/۲-۲۵/۳۴)	
با دیگران	۲۳۵	۱۶ (۶/۸) (۴/۰۷-۱۱/۰۳)	۱۱۳	۵ (۴/۴) (۱/۶۴-۱۰/۵۲)	۱۲۲	۱۱ (۹) (۴/۸۱-۱۵/۹۲)	

ادامه‌ی جدول در صفحه‌ی بعد

ادامه‌ی جدول صفحه‌ی قبل

	۰(۰) (۰-۳/۸)		۱۸(۱۵/۹) (۹/۹۶-۲۴/۲۸)		۱۸(۷/۷) (۴/۷۳-۱۲/۰۳)		شاغل	
<۰/۰۱	۶۸(۵۵/۷) (۴۶/۴۸-۶۴/۶۳)	۱۲۲	۶۵(۵۷/۵) (۴۷/۸۷-۶۶/۶۵)	۱۱۳	۱۳۳(۵۶/۶) (۴۹/۹۹-۶۲/۹۹)	۲۳۵	بازنشسته و مستمری بگیر	وضعیت اشتغال
	۵۴(۴۴/۳) (۳۵/۳۷-۵۳/۵۲)		۳۰(۲۶/۵) (۱۸/۸۹-۳۵/۸۳)		۸۴(۳۵/۷) (۲۹/۶۹-۴۲/۲۷)		بدون حقوق و مستمری	
۶۸/۰	۱۱۴(۹۳/۴) (۸۷/۰۸-۹۶/۹۲)	۱۲۲	۱۰۷(۹۴/۷) (۸۸/۳۳-۹۷/۸۲)	۱۱۳	۲۲۱(۹۴) (۸۹/۹۹-۹۶/۵۸)	۲۳۵		بیمه دارند
۹۴/۰	۶۳(۵۱/۶) (۴۲/۴۶-۶۰/۷۲)	۱۲۲	۵۶(۴۹/۶) (۴۰/۰۸-۵۹/۰۷)	۱۱۳	۱۱۹(۵۰/۶) (۴۴/۰۸-۵۷/۱۸)	۲۳۵		بیمه‌ی تکمیلی برای خدمات بستری
۵۷/۰	۴۶(۳۷/۷) (۲۹/۲۲-۴۶/۹۷)	۱۲۲	۵۰(۴۴/۲) (۳۵/۰۱-۵۳/۸۸)	۱۱۳	۹۶(۴۰/۹) (۳۴/۵۶-۴۷/۴۵)	۲۳۵		بیمه‌ی تکمیلی برای خدمات غیربستری
	۸(۱۷/۸) (۸/۵۱-۳۲/۵۹)		۵(۱۸/۵) (۷/۰۳-۳۸/۷۵)		۱۳(۱۸/۱) (۳/۱-۹/۴۹)		کمیت‌های امداد و بهزیستی	
۴۰/۰	۲۰(۴۴/۴) (۲۹/۹۵-۵۹/۸۷)	۴۵	۱۲(۴۴/۴) (۲۶/۰۴-۶۴/۳۶)	۲۷	۳۲(۴۴/۴) (۳۲/۸۹-۵۶/۵۸)	۷۲	فرزندان	منبع امرار معاش
	۱۰(۲۲/۲) (۱۱/۷۱-۳۷/۴۷)		۹(۳۳/۳) (۱۷/۲۳-۵۳/۹۸)		۱۹(۲۶/۴) (۱۷/۰۲-۳۸/۳۱)		دارایی و درآمد شخصی	
	۷(۱۵/۶)		۱(۳/۷)		۸(۱۱/۱)		سایر	
	۱۰۶(۸۶/۹) (۷۹/۲۹-۹۲/۰۹)		۱۰۱(۸۹/۴) (۸۱/۸۳-۹۴/۱۵)		۲۰۷(۸۸/۱) (۸۳/۰۸-۹۱/۸۱)		مالکیت شخصی	
۶۶/۰	۸(۶/۶) (۳/۰۸-۱۲/۹۲)	۱۲۲	۸(۷/۱) (۳/۳۳-۱۳/۹)	۱۱۳	۱۶(۶/۸) (۴/۰۷-۱۱/۰۳)	۲۳۵	استیجاری	وضعیت مالکیت مسکن
	۷(۵/۷) (۲/۵۴-۱۱/۸۹)		۴(۳/۵) (۱/۱۴-۹/۳۵)		۱۱(۴/۷) (۲/۴۸-۸/۴۵)		رایگان (فرزندان یا سازمانی)	
	۱(۰/۸) (۰/۰۴-۵/۱۵)		.		۱(۰/۴) (۰/۰۲-۲/۷۲)		سایر	

* با استفاده از آزمون t مستقل

** با استفاده از آزمون دقیق فیشر

سایر نسبت‌ها با استفاده از آزمون کای توان دو مقایسه شده‌اند.

جدول ۲- وضعیت سبک زندگی در سالمندان استان

متغیر	تعداد کل	کل جمعیت	تعداد مردان	مردان	تعداد زنان	زنان	مقدار P
سیگار کشیدن	۲۳۵	۱۹(٪۸/۱) (۵/۰۷-۱۲/۵۴)	۱۱۳	۱۸(٪۱۵/۹) (۹/۹۶-۲۴/۲۸)	۱۲۲	۱(٪۰/۸) (۰/۰۴-۵/۱۵)	<۰/۰۱
قلیان کشیدن	۲۳۵	۷(٪۳) (۱/۳۱-۶/۳)	۱۱۳	۴(٪۳/۵) (۱/۱۴-۹/۳۵)	۱۲۲	۳(٪۲/۵) (۰/۶۴-۷/۵۶)	۰۲/۰
مصرف تریاک	۲۳۵	۱۰(٪۴/۳) (۲/۱۸-۷/۹۳)	۱۱۳	۹(٪۸) (۳/۹۳-۱۴/۹۸)	۱۲۲	۱(٪۰/۸) (۰/۰۴-۵/۱۵)	۰۲/۰
کمتر از نیمی از هفته	۲۳۵	۶۸(٪۲۸/۹۳) (۲۳/۳۲-۳۵/۲۶)	۱۱۳	۲۵(٪۲۲) (۱۵/۰۸-۳۱/۱)	۱۲۲	۴۳(٪۳۵) (۲۶/۹۷-۴۴/۴۸)	<۰/۰۱
متوسط							
بیشتر از نیمی از هفته	۲۳۵	۱۳۰(٪۵۵/۳۱) (۴۸/۷۲-۶۱/۷۵)	۱۱۳	۷۷(٪۶۸) (۵۸/۶۲-۷۶/۴۱)	۱۲۲	۵۳(٪۴۳) (۳۴/۵۹-۵۲/۷۱)	<۰/۰۱
کمتر از نیمی از هفته	۲۳۵	۷۰(٪۲۹/۷۸) (۲۴/۱۱-۳۶/۱۵)	۱۱۳	۳۷(٪۳۲) (۲۴/۳۸-۴۲/۲۹)	۱۲۲	۳۳(٪۲۷) (۱۹/۶-۳۵/۹۸)	<۰/۰۱
شدید							
بیشتر از نیمی از هفته	۲۳۵	۴۲(٪۱۷/۸۷) (۱۳/۳۱-۲۳/۵)	۱۱۳	۳۰(٪۲۶) (۱۸/۸۹-۳۵/۸۳)	۱۲۲	۱۲(٪۹) (۵/۴۱-۱۶/۹)	<۰/۰۱
سنجش فشار خون در طی سال گذشته	۲۳۵	۱۳۳(٪۵۷/۱) (۴۹/۹۹-۶۲/۹۹)	۱۱۳	۶۵(٪۵۷/۵) (۴۷/۸۷-۶۶/۶۵)	۱۲۲	۶۸(٪۵۶/۷) (۴۶/۴۸-۶۴/۶۳)	۸۹/۰
سنجش چربی خون در طی یک سال گذشته	۲۳۵	۱۸۸(٪۸۰) (۷۴/۱۹-۸۴/۸)	۱۱۳	۸۶(٪۷۶/۱) (۶۷/۹۴-۸۴/۱۶)	۱۲۲	۱۰۲(٪۸۳/۶) (۷۵/۵۸-۸۹/۴۷)	۱۵/۰
سنجش قند خون در طی یک سال گذشته	۲۳۵	۱۹۷(٪۸۳/۸) (۷۸/۳۵-۸۸/۱۷)	۱۱۳	۹۳(٪۸۲/۳) (۷۳/۷۴-۸۸/۶)	۱۲۲	۱۰۴(٪۸۵/۲) (۷۷/۴۲-۹۰/۷۹)	۵۴/۰
ارزیابی از نظر متناسب بودن وزن	۲۳۵	۱۱۱(٪۴۷/۲) (۴۰/۷۴-۵۳/۸۲)	۱۱۳	۴۷(٪۴۱/۶) (۳۲/۵۱-۵۱/۲۵)	۱۲۲	۶۴(٪۵۲/۵) (۴۳/۲۶-۶۱/۵)	۰۹/۰
مراجعه به دندانپزشک در طی سال گذشته	۲۳۵	۶۸(٪۲۸/۹) (۲۳/۳۲-۳۵/۲۶)	۱۱۳	۳۴(٪۳۰/۱) (۲۲/۰۱-۳۹/۵۵)	۱۲۲	۳۴(٪۵۲/۵) (۲۰/۳۲-۳۶/۸۴)	۷/۰
سنجش تراکم استخوان در طی سال گذشته	۲۳۵	۳۵(٪۱۴/۹) (۱۰/۷۲-۲۰/۲۴)	۱۱۳	۶(٪۵/۳) (۲/۱۸-۱۱/۶۷)	۱۲۲	۲۹(٪۲۷/۹) (۱۶/۷۴-۳۲/۴۹)	<۰/۰۱
معاینه ی پستان (ماموگرافی) یک سال گذشته	۱۲۲	۱۸(٪۲۳/۸) (۹/۲۱-۲۲/۵۸)	-	-	۱۲۲	۱۸(٪۲۳/۸) (۹/۲۱-۲۲/۵۸)	-

فشار خون

جدول ۳- فراوانی سابقه‌ی بیماری‌ها در سالمندان ساکن البرز به تفکیک جنس

مقدار P	زنان	تعداد زنان	مردان	تعداد مردان	کل جمعیت	تعداد کل	متغیر
۱۳/۰	۳۴(٪۲۷/۹) (۲۰/۳۲-۳۶/۸۴)	۱۲۲	۲۲(٪۱۹/۵) (۱۲/۸۶-۲۸/۲۱)	۱۱۳	۵۶(٪۲۳/۸) (۱۸/۶۴-۲۹/۹)	۲۳۵	دیابت
۶۰/۰	۵۵(٪۴۵/۱) (۳۶/۱۵-۵۴/۳۳)	۱۲۲	۵۵(٪۴۸/۷) (۳۹/۲۳-۵۸/۲۱)	۱۱۳	۱۱۰(٪۴۶/۸) (۴۰/۳۳-۵۳/۴)	۲۳۵	پُرفشاری خون
۶۱/۰	۳۰(٪۲۴/۶) (۱۷/۴۵-۳۳/۳۷)	۱۲۲	۳۱(٪۲۷/۴) (۱۹/۶۶-۳۶/۷۶)	۱۱۳	۶۱(٪۲۶) (۲۰/۵۸-۳۲/۱۴)	۲۳۵	جراحی کاتاراکت
۴۶/۰	۴(٪۳/۳) (۱/۰۶-۸/۶۹)	۱۲۲	۲(٪۱/۸) (۰/۳۱-۶/۸۸)	۱۱۳	۶(٪۲/۶) (۱/۰۴-۵/۷۴)	۲۳۵	زخم بستر*
۹۳/۰	۲(٪۱/۶) (۰/۲۸-۶/۳۹)	۱۲۲	۲(٪۱/۸) (۰/۳۱-۶/۸۸)	۱۱۳	۴(٪۱/۷) (۰/۵۵-۴/۵۹)	۲۳۵	بدخیمی
۷۱/۰	۳(٪۲/۵) (۰/۶۴-۷/۵۶)	۱۲۲	۲(٪۱/۸) (۰/۳۱-۶/۸۸)	۱۱۳	۵(٪۲/۱) (۰/۷۹-۵/۱۸)	۲۳۵	سنگوب
<۰/۰۱	۵۶(٪۴۵/۹) (۳۶/۹۳-۵۵/۱۴)	۱۲۲	۲۴(٪۲۱/۲) (۱۴/۳۴-۳۰/۱۴)	۱۱۳	۸۰(٪۳۴) (۲۸/۰۸-۴۰/۵۳)	۲۳۵	افسردگی

جدول ۴- وضعیت سلامت سالمندان

مقدار P	زنان	تعداد زنان	مردان	تعداد مردان	کل جمعیت	تعداد کل	متغیر
	۵۲(٪۴۲/۶) (۳۳/۸۲-۵۱/۹)		۷۲(٪۶۳/۷) (۵۴/۰۹-۷۲/۴)		۱۲۴(٪۵۲/۸) (۴۶/۱۸-۵۹/۲۶)		خوب تا عالی
<۰/۰۱	۵۰(٪۴۱) (۳۲/۲۷-۵۰/۲۶)	۱۲۲	۳۱(٪۲۷/۴) (۱۹/۶۶-۳۶/۷۶)	۱۱۳	۸۱(٪۳۴/۵) (۲۸/۴۹-۴۰/۹۷)	۲۳۵	وضعیت سلامت از نظر خود سالمند متوسط
	۲۰(٪۱۶/۴) (۱۰/۵۳-۲۴/۴۲)		۱۰(٪۸/۸) (۴/۵۶-۱۶/۰۶)		۳۰(٪۱۲/۸) (۸/۹۱-۱۷/۸۸)		بد
۰/۰۱	۳۸(٪۳۱/۱) (۲۳/۲۴-۴۰/۲۶)	۱۲۲	۲۰(٪۱۷/۷) (۱۱/۴-۲۶/۲۶)	۱۱۳	۵۸(٪۲۴/۷) (۱۹/۴۱-۳۰/۸)	۲۳۵	زمین خوردن در یک سال اخیر
۰/۰۱	۷۰(٪۵۷/۴) (۴۸/۱-۶۶/۱۸)	۱۲۲	۴۷(٪۴۱/۶) (۳۲/۵۱-۵۱/۲۵)	۱۱۳	۱۱۷(٪۴۹/۸) (۴۳/۲۴-۵۶/۳۴)	۲۳۵	مشکل در راه رفتن
<۰/۰۱	۷۸(٪۶۳/۹) (۵۴/۶۹-۷۲/۲۸)	۱۲۲	۴۶(٪۴۰/۷) (۳۱/۶۹-۵۰/۳۷)	۱۱۳	۱۲۴(٪۵۲/۸) (۴۶/۱۸-۵۹/۲۶)	۲۳۵	مشکل در نشستن و برخاستن
<۰/۰۱	۸۵(٪۶۹/۷) (۶۰/۵۹-۷۷/۴۹)	۱۲۲	۲۶(٪۳۱/۹) (۱۵/۸۴-۳۲/۰۶)	۱۱۳	۱۲۱(٪۵۱/۵) (۴۴/۹۲-۵۸/۰۱)	۲۳۵	اضطراب
۰/۱۲	۵۳(٪۴۳/۶) (۳۴/۵۹-۵۲/۷۱)	۱۲۲	۳۸(٪۳۳/۶) (۲۵/۱۸-۴۳/۲۱)	۱۱۳	۹۱(٪۳۸/۷) (۳۲/۵۲-۴۵/۳)	۲۳۵	اختلال حافظه

ادامه‌ی جدول در صفحه‌ی بعد

ادامه‌ی جدول صفحه‌ی قبل

۰/۷۱	۷۲(٪۵۹) (۴۹/۷۴-۶۷/۷۳)	۱۲۲	۶۴(٪۵۶/۶) (۴۷-۶۵/۸۳)	۱۱۳	۱۳۶(٪۵۷/۹) (۵۱/۲۷-۶۴/۲۱)	۲۳۵	مشکل بینایی
۰/۵۸	۴۱(٪۳۳/۶) (۲۵/۴۷-۴۲/۸)	۱۲۲	۴۲(٪۳۷/۲) (۲۸/۴۱-۴۶/۸۱)	۱۱۳	۸۳(٪۳۵/۳) (۲۹/۲۹-۴۱/۸۴)	۲۳۵	مشکل شنوایی
<۰/۰۱	۳۴(٪۲۷/۹) (۲۰/۳۲-۳۶/۸۴)	۱۲۲	۶(٪۵/۳) (۲/۱۸-۱۱/۶۷)	۱۱۳	۴۰(٪۱۷) (۱۲/۵۷-۲۲/۵۸)	۲۳۵	بی اختیاری ادراری استرسی
<۰/۰۱	۳۱(٪۲۵/۴) (۱۸/۱۶-۳۴/۲۴)	۱۲۲	۱۲(٪۱۰/۶) (۵/۸۵-۱۸/۱۷)	۱۱۳	۴۳(٪۱۸/۳) (۱۳/۶۹-۲۳/۹۷)	۲۳۵	بی اختیاری ادراری اورژانسی
<۰/۰۱	۶۸(٪۵۵/۷) (۴۶/۴۸-۶۴/۶۳)	۱۲۲	۳۸(٪۳۳/۶) (۲۵/۱۸-۴۳/۲۱)	۱۱۳	۱۰۶(٪۴۵/۱) (۳۸/۶۷-۵۱/۷۱)	۲۳۵	اختلالات خواب
	۷۱(٪۶۰) (۵۰/۷۳-۶۸/۹۴)		۹۲(٪۸۷) (۷۹/۴۱-۹۲/۹۸)		۱۶۳(٪۷۳) (۶۶/۶۸-۷۸/۶۹)		تغذیه خوب
<۰/۰۱	۴۶(٪۳۸) (۳۰/۲۷-۴۸/۴۲)	۱۱۸	۱۲(٪۱۱) (۶/۳-۱۹/۴۸)	۱۰۵	۵۸(٪۲۶) (۲۰/۴۹-۳۲/۳۸)	۲۲۳	وضعیت تغذیه در معرض سوء تغذیه
	۱(٪۰/۸۴) (۰/۰۴-۵/۳۲)		۱(٪۰/۹۵) (۰/۰۵-۵/۹۵)		۲(٪۰/۸۹) (۰/۱۶-۳/۵۵)		سوء تغذیه
۰/۹۴	۰/۹۴	۱۲۲	۸(٪۷/۰۷) (۳/۳۳-۱۳/۹)	۱۱۳	۱۵(٪۶/۳۸) (۳/۷۴-۱۰/۵۱)	۲۳۵	وابسته وضعیت عملکرد روزانه پایه
	۱۱۵(٪۹۴/۲) (۸۸/۱۱-۹۷/۴۶)		۱۰۵(٪۹۲/۹۲) (۸۶/۱-۹۶/۶۷)		۲۲۰(٪۹۳/۶۱) (۸۹/۴۹-۹۶/۲۶)		عدم وابستگی
<۰/۰۱	۴۱(٪۳۳/۸۸) (۲۵/۶۸-۴۳/۱۲)	۱۲۱	۱۹(٪۱۶/۸۱) (۱۰/۶۷-۲۵/۲۶)	۱۱۳	۶۰(٪۲۵/۶۴) (۲۰/۱۹-۳۱/۶۹)	۲۳۵	وضعیت عملکرد روزانه مرتبط با وسایل (وابسته)
<۰/۰۱	۸۷(٪۷۱/۳) (۶۲/۳-۷۸/۹۵)	۱۲۲	۴۵(٪۳۹/۸) (۳۰/۸۶-۴۹/۴۸)	۱۱۳	۱۳۲(٪۵۶/۲) (۴۹/۵۶-۶۲/۵۷)	۲۳۵	درد
<۰/۰۱	۷۸(٪۶۳/۹) (۵۴/۶۹-۷۲/۲۸)	۱۲۲	۵۲(٪۴۶) (۳۶/۶۹-۵۵/۶۲)	۱۱۳	۱۳۰(٪۵۵/۳) (۴۸/۷۲-۶۱/۷۵)	۲۳۵	خستگی
۰/۱۸	۱۵(٪۱۲/۳) (۷/۲۸-۱۹/۷۸)	۱۲۲	۲۱(٪۱۸/۶) (۱۲/۱۲-۲۷/۲۳)	۱۱۳	۳۶(٪۱۵/۳) (۱۱/۰۹-۲۰/۷۱)	۲۳۵	آنفولانزا
۰/۳۸	۲۰(٪۱۶/۴) (۱۰/۵۳-۲۴/۴۲)	۱۲۲	۱۴(٪۱۲/۴) (۷/۱۹-۲۰/۲۴)	۱۱۳	۳۴(٪۱۴/۵) (۱۰/۳۶-۱۹/۷۸)	۲۳۵	پنوموکوک واکسیناسیون
۰/۳۲	۱۴(٪۱۱/۵) (۶/۶۵-۱۸/۸۳)	۱۲۲	۱۸(٪۱۵/۹) (۹/۹۶-۲۴/۲۸)	۱۱۳	۳۲(٪۱۳/۶) (۹/۶۳-۱۸/۸۳)	۲۳۵	کزاز
۰/۹۰	۶۶(٪۵۴/۱) (۴۴/۸۶-۶۳/۰۷)	۱۲۲	۶۲(٪۵۴/۹) (۴۵/۲۵-۶۴/۱۵)	۱۱۳	۱۲۸(٪۵۴/۵) (۴۷/۸۷-۶۰/۹۲)	۲۳۵	مشکلات دهان و دندان
۰/۱۴	۵۰(٪۴۱) (۳۲/۲۷-۵۰/۲۶)	۱۲۲	۳۶(٪۳۱/۹) (۲۳/۵۹-۴۱/۳۸)	۱۱۳	۸۶(٪۳۶/۶) (۳۰/۵-۴۳/۱۵)	۲۳۵	چند دارویی (مصرف بیش از سه دارو)
۰/۵۲	۲۶(٪۲۱/۳) (۱۴/۶۳-۲۹/۸۴)	۱۲۲	۲۸(٪۲۴/۸) (۱۷/۳۵-۳۳/۹۵)	۱۱۳	۵۴(٪۲۳) (۱۷/۸۷-۲۸/۹۹)	۲۳۵	حملات تنگی نفس

بحث

مطالعه‌ی حاضر یک پژوهش مقطعی است که به بررسی وضعیت سلامت سالمندان شصت ساله و بالاتر استان البرز می‌پردازد. از لحاظ منبع امرار معاش تنها یک چهارم سالمندان درآمد شخصی دارند و مابقی از طریق فرزندان و یا سایر منابع ارتزاق می‌کنند. بروز بسیاری از مشکلات سلامت نظیر سوتغذیه و مشکلات روانی نظیر اضطراب و افسردگی با عوامل اقتصادی ارتباط تنگاتنگی دارد [۱۵-۱۳].

وضعیت ضعیف اقتصادی اجتماعی در اکثر بیماری‌های مزمن از جمله بیماری‌های قلبی-عروقی، پوکی استخوان و دیابت نیز یک ریسک فاکتور محسوب می‌شود و می‌تواند عامل مهمی در تعیین تفاوت‌های عملکرد فیزیکی، مشکلات بیماری‌های جسمی و وضعیت سلامت جسمانی سالمندان باشد [۱۶، ۱۷].

یک چهارم سالمندان سابقه‌ی زمین خوردن در یک سال اخیر را داشتند که از این نظر با میانگین جهانی همخوانی دارد [۱۸]. یکی از علت‌های زمین خوردن می‌تواند بروز مشکل بینایی باشد [۱۹، ۲۰] که با توجه به عوارض آن لازم است مداخلات جدی انجام گیرد. با کاهش خطر افتادن هزینه‌های مراقبتی در دراز مدت کاهش می‌یابد [۲۱].

مشکل شنوایی در حدود یک سوم سالمندان را درگیر کرده است که توجه به رابطه‌ی آن با کاهش عملکرد روزانه‌ی پایه [۲۲] حایز اهمیت است. حدود یک چهارم سالمندان دچار اختلال در عملکرد روزانه مرتبط با وسایل بودند که در مطالعه‌ی حاضر ارتباط معناداری بین متغیر جنس با توانایی انجام فعالیت‌های روزانه مرتبط با وسایل مشاهده شد، به طوری که سالمندان زن نسبت به سالمندان مرد در انجام فعالیت‌های روزانه مرتبط با وسایل وابستگی بیشتری داشتند. مطالعات ارتباط تنگاتنگی میان عملکرد روزانه مرتبط با وسایل با وضعیت شناختی گزارش کرده‌اند [۲۳]. همچنین اختلالات عملکردی می‌تواند یک عامل پیش‌بینی کننده‌ی قوی برای افسردگی در سالمندان باشد [۲۴]. شیوع دو برابری افسردگی در زن سالمند این استان ممکن است

یکی از دلایل شیوع بالاتر اختلال عملکرد روزانه مرتبط با وسایل در زنان باشد [۲۵، ۲۶]. با توجه به مطالعه‌ی انجام شده در سایر استان‌ها، میزان وابستگی در فعالیت روزمره‌ی زندگی در سالمندان این استان نسبت به سایر استان‌ها بهتر بود [۲۷-۳۰].

اختلال حافظه یکی از مشکلات شایع در سالمندان این استان بود. در مطالعه‌ی Coria و همکاران شیوع اختلال حافظه در سالمندان بالای ۶۵ سال ۷/۱ درصد گزارش شد [۳۱]. در مطالعه‌ی Barker و همکاران در افراد بالای ۵۰ سال این اختلال در ۱۸/۵ درصد از افراد مشاهده گردید [۳۲]. شیوع به مراتب بالاتر اختلال شناختی در سالمندان شرکت کننده در این مطالعه، می‌تواند به سبب شیوع بالاتر اضطراب و افسردگی در آن‌ها باشد [۳۳، ۲۷]. در یک مرور نظام‌مند ارتباط قوی بین افسردگی و اختلال حافظه مشخص شد [۳۴]. همچنین Sinoff و همکاران یک ارتباط قوی بین اختلال حافظه خود اظهاری و اضطراب یافتند [۳۵]. توجه به اختلال حافظه بسیار مهم می‌باشد زیرا می‌تواند عامل خطری برای ابتلا به بیماری دمانس باشد [۳۶].

مشکلات دهان و دندان توسط نیمی از سالمندان گزارش گردید که می‌تواند به دلیل آمار پایین مراجعه به دندانپزشک ناشی از مشکلات اقتصادی و عدم پوشش‌دهی بیمه‌ها، وضعیت زندگی و تعداد بارداری‌ها در زنان، بالارفتن سن و مصرف دخانیات باشد [۳۷]. از سوی دیگر یک مرور نظام‌مند نشان داد که مشکلات دهان دندان می‌تواند شیوع بیماری‌های قلبی-عروقی را حدود ۲۰ درصد افزایش دهد [۳۸]. در مطالعه‌ی دیگری ارتباطی بین تعداد دندان‌های از دست رفته و مرگ و میر مشاهده شد [۳۹]. با توجه به تمام این مسایل این مشکل می‌تواند به عنوان یک عامل خطر مطرح شود، لذا رسیدگی به وضعیت سلامت دندان سالمندان ضروری به نظر می‌رسد.

بیش از یک چهارم سالمندان ساکن البرز در معرض سوءتغذیه بودند که در مقایسه با مطالعه‌ی Pashar و همکاران [۳۷] و Taheri-tanjani و همکاران [۲۹] شیوع پایین‌تری دارد اما از مطالعه‌ی ژاپن (۱۲/۶) بیشتر می‌باشد

داده‌های این مطالعه بر اساس خود اظهاری سالمندان جمع آوری شده و معاینات بالینی و آزمایشات پاراکلینیکی در آن لحاظ نشده است که این نکته می‌تواند از مهم‌ترین نقاط ضعف مطالعه باشد [۴۷]. گرچه در بسیاری از مطالعات بر روی سالمندان علاوه بر وضعیت سلامت، اطلاعاتی در زمینه‌ی وضعیت مالی و اقتصادی سالمندان جمع‌آوری می‌شود ولی در این پژوهش چندان به آن توجه نشده است [۴۸-۵۱].

نتیجه‌گیری

بررسی سلامت سالمندان ساکن استان البرز از جنبه‌های مختلف در این مطالعه نشان داد که سالمندان این استان در مواردی مانند: ایمن سازی واکسن آنفولانزا، اختلالات حافظه، اضطراب و افسردگی و همچنین پیشگیری از بروز سوء تغذیه به حمایت نیاز دارند. همچنین شیوع بالای بیماری‌های متابولیک در استان البرز توجه ویژه سیاست‌گذاران عرصه سلامت در جهت برنامه‌ریزی‌های کلان برای ارتقاء سلامت سالمندان این استان را می‌طلبد. بدین وسیله از وزارت بهداشت که هزینه‌های این مطالعه را تأمین نموده، همچنین از کارکنان خدوم شبکه‌های بهداشت و درمان استان البرز به جهت همکاری در طرح و تمامی سالمندانی که در انجام این طرح صبورانه ما را یاری نمودند تقدیر و تشکر می‌نماییم.

[۴۰]. در مطالعه‌ای چند ملیتی که اطلاعات ۱۲ کشور با هم آنالیز شد، شیوع سوء تغذیه در سالمندان با استفاده از داده‌های جمع آوری شده از سالمندان مقیم خانوار، بستری در بیمارستان، مراکز مراقبت طولانی مدت و مراکز توانبخشی بر پایه‌ی طبقه‌بندی پرسشنامه‌ی ارزیابی مختصر تغذیه ۲۲/۸ درصد گزارش شد [۴۱]. این موضوع نشان می‌دهد که وضعیت سالمندان این استان از نظر وضعیت تغذیه شاید بهتر از بسیاری از کشورها باشد.

نزدیک به نیمی از سالمندان شرکت کننده مبتلا به پرفشاری خون بودند که می‌تواند با سطح پایین فعالیت بدنی، تغذیه نامناسب و مصرف دخانیات در ارتباط باشد [۴۲، ۴۳]، که با توجه به تحت تأثیر قرار دادن کیفیت زندگی سالمندان با توجه به محدودیت‌هایی که ایجاد می‌کند [۴۴] و همچنین عوارض بالای این بیماری و درگیری ارگان‌های حیاتی بدن، مراقبت از سالمندان در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به شیوع نسبتاً بالای این بیماری در بین سالمندان ساکن البرز پیگیری ناکافی مبتلایان به این بیماری هزینه‌های بسیاری را به دنبال خواهد داشت.

پوشش واکسن آنفولانزا نیز تنها حدود پانزده درصد بود که با توجه به اهمیت موضوع [۴۵] نیازمند توجه جدی است. گرچه نمونه‌گیری این مطالعه به گونه‌ای انجام گردید که نمونه تمام استان‌ها قابل تعمیم به سالمندان کشور باشد ولی با توجه به اینکه حجم نمونه هر استان به نسبت جمعیت آن استان وزن داده شده و نمونه‌گیری از تمام شهرهای استان البرز انجام شده است قابلیت تعمیم نسبی به سالمندان ساکن در استان البرز می‌باشد. همچنین پاسخ‌دهی بیش از نود درصد سالمندان می‌تواند از دیگر نقاط مثبت این مطالعه باشد. براساس اطلاعات ما این مطالعه اولین گزارش از وضعیت سلامت سالمندان استان البرز می‌باشد. نتایج مطالعه‌ی Sadoughi و همکاران نشان داد حداقل داده‌های سلامت سالمندان در کشورهای مختلف حول چهار محور دموگرافیک، سوابق پزشکی، ارزیابی سلامت و داده‌های مالی بیان می‌شود [۴۶] که این امر در این مطالعه نیز مورد توجه قرار گرفته است.

مآخذ

- Ahmadi V, Beheshti S. Evaluation of demographic characteristics and welfare of the elderly in Iran. *Jamiat J* 2007; 61:19-38.
- Gheisarian E. Evaluation of domains social, economic phenomenon aging in Iran. *Jamiat J* 2009; 69:1-28.
- Maftoon F, Nikpoor B, Majlesi F, Rahimi A, Shariti B. Comparison of Demand and Refer to Receive Remedial Services in Tehran's Elderly People. *PAYESH* 2002; 1(2):51-5.
- Statistical Pocketbook of the Islamic Republic of Iran 1390. Available from: <http://www.amar.org.ir/Default.aspx?tabid=1242&articleType>.
- Motlagh M, Yazdani Sh, Taheri Tanjani P. Elderly Health Profile In Islamic Republic Of Iran. Tehran: Ministry Of Health and Medical Education 2014.
- Sadoughi F, Nasiri S, Langarizadeh M. Necessity for designing national minimum data set of perinatal period in Iran: a review article. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences* 2014; 57(5): 727-37. Persian.
- Delacorte R, Moriguti J, Matos F, Pfrimer K, Marchinil J, Ferriolli E. Mini-nutritional assessment score and the risk for undernutrition in free-living older persons. *The Journal of nutrition, health & aging* 2004; 8(6):531.
- 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.
- Malakouti S, Fatholahi P, Mirabzadeh A, Salavati M, Kahani Sh. Normalization of Geriatric depression scale. *Shahid Beheshti Medical Sciences University* 2006; 30(4): 361-8.
- Khoei MA, Akbari ME, Sharifi F, Fakhrzadeh H, Larijani B. Translation and validation of the activities of daily living scale with Iranian elderly cancer patients treated in an oncology unit. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013; 14(5):2731-7.
- 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.
- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, Jones DW, Materson BJ, Oparil S, Wright JT, Roccella EJ. Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Hypertension* 2003; 42(6):1206-52.
- Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *The lancet* 2005; 10; 365(9475):1961-70.
- Cheng Y, Chi I, Boey K, Ko L, Chou K. Self-rated economic condition and the health of elderly persons in Hong Kong. *Social science & medicine* 2002; 55(8):1415-1424.
- Donini LM, Scardella P, Piombo L, Neri B, Asprino R, Proietti A, et al. Malnutrition in elderly: social and economic determinants. *The Journal of Nutrition, Health & Aging* 2013; 17(1):9-15.
- Dalstra JA, Kunst AE, Borrell C, Breeze E, Cambois E, Costa G, et al. Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries. *International Journal of Epidemiology* 2005; 34(2):316-326.
- Everson SA, Maty SC, Lynch JW, Kaplan GA. Epidemiologic evidence for the relation between socioeconomic status and depression, obesity, and diabetes. *Journal of Psychosomatic Research* 2002; 53(4):891-895.
- Todd C, Skelton D, Organization WH. What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls?: *World Health Organization*; 2004.
- Hong T, Mitchell P, Burlutsky G, Samarawickrama C, Wang JJ. Visual Impairment and the Incidence of Falls and Fractures Among Older People: Longitudinal Findings From the Blue Mountains Eye Study Visual Impairment and Subsequent Falls and Fractures. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*. 2014; 55(11):7589-93.
- Lord SR. Visual risk factors for falls in older people. *Age and Ageing* 2006; 35(suppl 2):ii42-ii5.
- Alexander BH, Rivara FP, Wolf ME. The cost and frequency of hospitalization for fall-related injuries in older adults. *American Journal of Public Health* 1992; 82(7):1020-3.
- Hosseini M, Sarafraz Z, Karimlou M, Behnia F. Effect Considering of Mild and Moderate Visual and Auditory Impairment on the Activities of Daily Living and Balance Performance in the Elderly. *Journal of Rehabilitation* 2010 Jan 15; 10(4):0-.
- 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):1452-1456.
- Rajabizadeh G, Ramazani A. Prevalence of Depression in Kermanian Geriatrics-2002

- (1381). *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences* 2004; 3(1):58-66.
25. Ghafari M, Sharifirad G, Zanjani S, Hassanzadeh A. Stress, anxiety and depression levels among elderly referrals to Tehran Elderly Club. *Iranian Journal of Ageing* 2012; 7(2):53-9.
 26. Ormel J, Rijdsdijk FV, Sullivan M, van Sonderen E, Kempen GIJM. Temporal and reciprocal relationship between IADL/ADL disability and depressive symptoms in late life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 2002; 57(4):P338-P47.
 27. Taheri-Tanjani P, Najafi B, Sharifi F, Fakhrzadeh H and et al. Health status of elderly people in Sistan and Baluchestan: A cross-sectional study. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*. 2017; In Press. (In Persian)
 28. Taheri-Tanjani P, Ghavam P, Raeesi Sh, Sharifi F, Fakhrzadeh H, Motlagh MS, et al. Health status of elderly people in North Khorasan: A cross-sectional study. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism* 2017; 16(4):219-230 (In Persian)
 29. Taheri-tanjani P, Nazari N, Sharifi F, Fakhrzadeh H, Arzaghi SM, Varmaghani M, et al. Health status of elderly people in East Azarbaijan: A cross-sectional study. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism* 2017; In Press. (In Persian)
 30. Taheri-tanjani P, Sharifi F, Nazari N, Rahim F, Fakhrzadeh H, Arzaghi SM, et al. Health status of elderly people in khuzestan: A cross-sectional study. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism* 2017; 16(4):191-200. (In Persian)
 31. Coria F, de Caso JAG, Minguez L, Rodriguez-Artalejo F, Claveria LE. Prevalence of age-associated memory impairment and dementia in a rural community. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 1993; 56(9):973-6.
 32. Barker A, Jones R, Jennison C. A prevalence study of age-associated memory impairment. *The British Journal of Psychiatry* 1995; 167(5):642-8.
 33. Reding M, Haycox J, Blass J. Depression in patients referred to a dementia clinic: a three-year prospective study. *Archives of Neurology* 1985; 42(9):894-6.
 34. Burt DB, Zembar MJ, Niederehe G. Depression and memory impairment: a meta-analysis of the association, its pattern, and specificity. *Psychological Bulletin* 1995; 117(2):285.
 35. Sinoff G, Werner P. Anxiety disorder and accompanying subjective memory loss in the elderly as a predictor of future cognitive decline. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2003; 18(10):951-9.
 36. Hachinski VC, Lassen NA, Marshall J. Multi-infarct dementia: a cause of mental deterioration in the elderly. *The Lancet* 1974; 304(7874):207-9.
 37. Pasdar Y, Gharetapeh A, Pashaie T, Alghasi S, Niazi P, Haghazari L. Nutritional status using multidimensional assessment in Iranian elderly. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences (J Kermanshah Univ Med Sci)* 2011; 15(3).
 38. Meurman JH, Sanz M, Janket S-J. Oral health, atherosclerosis, and cardiovascular disease. *Critical Reviews in Oral Biology & Medicine* 2004; 15(6):403-13.
 39. Paganini-Hill A, White SC, Atchison KA. Dental health behaviors, dentition, and mortality in the elderly: the leisure world cohort study. *Journal of aging research* 2011; 2011.
 40. Iizaka S, Tadaka E, Sanada H. Comprehensive assessment of nutritional status and associated factors in the healthy, community-dwelling elderly. *Geriatrics & gerontology international* 2008; 8(1):24-31.
 41. Kaiser MJ, Bauer JM, Rämisch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, et al. Frequency of malnutrition in older adults: a multinational perspective using the mini nutritional assessment. *Journal of the American Geriatrics Society* 2010; 58(9):1734-8.
 42. Rimm EB, Chan J, Stampfer MJ, Colditz GA, Willett WC. Prospective study of cigarette smoking, alcohol use, and the risk of diabetes in men. *Bmj* 1995; 310(6979):555-9.
 43. Rimm EB, Manson JE, Stampfer MJ, Colditz GA, Willett WC, Rosner B, et al. Cigarette smoking and the risk of diabetes in women. *American Journal of Public Health* 1993; 83(2):211-4.
 44. Nunes MI. The relationship between quality of life and adherence to treatment. *Current hypertension reports* 2001; 3(6):462-5.
 45. Gross PA, Hermogenes AW, Sacks HS, Lau J, Levandowski RA. The efficacy of influenza vaccine in elderly persons: a meta-analysis and review of the literature. *Annals of Internal Medicine* 1995; 123(7):518-27.
 46. Sadoughi F, Ahmadi M, Shahi M, Davari Dolatabadi N. Minimum Data Set for Elderly Health: A comparison of Selected Countries. *Journal of Health and Biomedical Informatics* 2016; 2 (4):248-256
 47. Sari AA, Doshmanghir L, Neghaban Z, Ghasipour M, Beheshtizavareh Z. Rate of Pressure Ulcers in Intensive Units and General Wards of Iranian Hospitals and Methods for Their Detection. *Iranian journal of public health* 2014; 43(6):787.
 48. Petigara T, Anderson G. Program of all-inclusive care for the elderly. *Health Policy Monitor* 2009 Apr.

49. Lorenzi NM, Riley RT, Blyth AJ, Southon G, Dixon BJ. Antecedents of the people and organizational aspects of medical informatics. *Journal of the American Medical Informatics Association* 1997; 4(2):79-93.
50. Eng C, Pedulla J, Eleazer GP, McCann R, Fox N. Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE): An Innovative Model of Integrated Geriatric Care and Financing. *Journal of the American Geriatrics Society* 1997 F; 45(2):223-32.
51. Collen MF. A history of medical informatics in the United States. Ball MJ, editor. New York: Springer 2015.

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

Parisa Taheri Tanjani¹, Farshad Sharifi², Neda Nazari², Hossein Fakhrzadeh², Mahtab Alizadeh-khoe²,
Mohamad Esmael Motlagh³, Hosna Ataee^{2*}, Seyed Masoud Arzaghi², Mahdi Ebrahimi⁴

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

4. *Endocrinology and Metabolism Research Center, Endocrinology and Metabolism Research Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

ABSTRACT

Background: Alborz Province is one of the provinces that accepted immigrants. Immigration has a profound effect on physical and mental health in elderly. This study was performed to assess the health status of Alborz province older population.

Methods: In this cross-sectional study, 235 subjects were enrolled (113 men and 122 women) aged ≥ 60 years using multi-level proportionated cluster random sampling that selected from 19 cities of this province. Data was collected by a demographic questionnaire, measuring anthropometric characteristics, and blood pressure and using "Mini Nutritional Assessment", "Geriatric Depression Scale-15", "Katz's Activity of daily living", and "Lawton's Instrumental activities of daily living". Data was analyzed with spss21.

Results: The mean age of the participants was 68(6.00) years. The prevalence of anxiety and depression among the participants was as 51.5% and 34%, respectively. At risk or malnutrition was observed in 27% of the participants and 54.5% had suffered dental problems and 49.8% also had problem in walking.

Conclusion: Overall, the health status of elderly people in the Alborz, perhaps slightly better than the national average, but the high prevalence of metabolic disorders also the high prevalence of depression and anxiety require serious intervention by policy makers to promote the health in elderly.

Keywords: Health status, Alborz, Aged population

*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: ataee.diet@gmail.com