

# بررسی شاخص‌های سلامت سالمدان استان اصفهان سال ۱۳۹۰-۹۲

سهیلا داوری<sup>۱</sup>، دکتر پژمان عقدک<sup>۲</sup>، آناهیتا بابک<sup>۳</sup>

## مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** گرچه پیر شدن جمعیت از نتایج مثبت توسعه به شمار می‌آید، ولی اگر برای مواجهه با آن آماده نباشیم، عوارض و پیامدهای منفی بسیاری در پی خواهد داشت. بر همین اساس، مطالعه حاضر با هدف تعیین شاخص‌های سلامت سالمدان استان اصفهان به منظور بهره‌برداری در طراحی برنامه‌ها انجام شد.

**روش‌ها:** نوع مطالعه، توصیفی از نوع مقاطعی و روش نمونه‌گیری طبقه‌بندی خوش ای تصادفی با حجم نمونه ۴۳۲۱ بود. اطلاعات بر اساس پرسش‌نامه‌های ۳۶ سؤالی (SF36) یا (Short form 36 health survey) استاندارد، سبک زندگی سالم در سالمدان ایرانی و وضعیت سلامت با روایی و پایایی مورد تأیید جمع‌آوری گردید. اطلاعات توسط نرم‌افزار SPSS و به کمک روش‌های آمار توصیفی و ۱۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** سالمدان در مطالعه حاضر ۷۸/۵ درصد بیمار بوده که اختلال خواب بالا ۶۲/۸ درصد، فشار خون بالا ۴۴/۱ درصد و فراموشکاری ۴۳/۶ درصد بالاترین درصد بیماری‌ها را به خود اختصاص داد. از نظر سبک و کیفیت زندگی به ترتیب با میانگین نمرات ۱۴۳/۵ و ۵۸ و پیوست مردان بهتر از زنان بود.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به اطلاعات حاصل از جمله شیوع بالای بیماری‌های مزمن، توجه ویژه سیاستگذاران برای این گروه سنی و ادامه مراقبت‌های بهداشتی به طور جدی تر ضرورت دارد. همچنین، با توجه به این که وضعیت سبک و کیفیت زندگی سالمدان از سطح متوسط بالاتر است، از این‌رو، برنامه‌ریزی جامع و دقیق‌تر در خصوص آموزش شیوه‌های زندگی سالم و مراقبت‌های بهداشتی درمانی می‌تواند در ارتقای سبک و کیفیت زندگی سالمدان و سلامت آن‌ها مؤثر باشد.

**واژه‌های کلیدی:** شاخص‌های سلامت، سالمدان، استان اصفهان

ارجاع: داوری سهیلا، عقدک پژمان، بابک آناهیتا. بررسی شاخص‌های سلامت سالمدان استان اصفهان سال ۱۳۹۰-۹۲. مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۵؛ ۱۲: ۳۳۴-۳۳۹.

پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۱۰/۲۸

دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۶/۱۰

### مقدمه

سالمدانی یکی از مراحل اجتناب‌ناپذیر زندگی انسان است. با توجه به گسترش امکانات بهداشتی، درمانی و بهبود شرایط زندگی در دهه‌های اخیر، طول عمر انسان‌ها افزایش یافته و منجر به افزایش روزافزون تعداد سالمدان شده است (۱). در سال ۱۹۵۰ میلادی، ۲۰۵ میلیون نفر از جمعیت جهان را سالمدان تشکیل می‌دادند و پیش بینی می‌شود تا سال ۲۰۵۰ به ۲ میلیارد نفر برسد (۲). گرچه، پیر شدن جمعیت از نتایج مثبت توسعه به شمار می‌آید، ولی اگر برای مواجهه با آن آماده نباشیم، عوارض و پیامدهای منفی بسیاری را در پی خواهد داشت. وجود نابرابری‌های اقتصادی و عدم کفايت خدمات اجتماعی، مراقبت‌های پزشکی و... سبب گردیده تا این قشر از آسیب‌پذیرترین اقوام جامعه باشند (۳).

بنابراین، با پیر شدن جمعیت خطر زندگی با بیماری‌های مزمن افزایش می‌یابد. همچنین، بیماری‌های مزمن، مشکلات طبی، اجتماعی و روانی فراوانی را به دنبال خواهد داشت که این مشکلات به نوبه خود باعث محدودیت فعالیت جسمانی و کاهش کیفیت زندگی سالمدان می‌گردند و نیاز به خدمات پزشکی را در آن‌ها افزایش می‌دهند، ولی خوشبختانه بسیاری از این بیماری‌ها قابل پیشگیری

- کارشناس ارشد، واحد سلامت سالمدان، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- پزشک عمومی، دانشجوی دکتری تخصصی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده مسؤول: آناهیتا بابک

Email: babakanahita@yahoo.com

همسر زندگی می کردند. زنان سالمدان به طور قابل توجه و معنی داری بیشتر از مردان، تنها زندگی می کردند. در خصوص وضعیت اشتغال ۸۰/۸ درصد از آن ها در زمان پاسخگویی، بیکار بودند. درصد شاغلان مردان نسبت به زنان و درصد شاغلان روزتاییان نسبت به شهرنشین ها بیشتر بود.

از نظر شیوع اختلالات و بیماری ها ۷۸/۵ درصد سالمدان اظهار داشته اند که مبتلا به حداقل یک بیماری بودند. شیوع این اختلالات و بیماری ها در زنان سالمدان ۸۵/۷ درصد (P) به طور معنی داری بیشتر از مردان (۷۰/۵ درصد) بود (۰/۰۰۱)، ولی در شهر (۷۸ درصد) و روستا (۷۹/۱ درصد) این اختلاف از نظر آماری معنی دار نبود (P = ۰/۹۲). بیشترین فراوانی اختلال و بیماری ها به ترتیب مربوط به اختلال خواب، فشار خون بالا و فراموشکاری بود (جدول ۱). ۸۳/۴ درصد از بیماران تحت درمان بودند و آن هایی که تحت درمان نبودند، علل را ۵۶/۶ درصد جدی نبودن بیماری، ۵/۸ درصد در دسترس نبودن خدمات، ۲۵/۹ درصد نداشتن هزینه و ۱۳/۷ درصد سایر علل بیان کردند.

از نظر سیک زندگی سالمدان میانگین نمره  $۱۴۳/۵ \pm ۱۹/۳$  بود. میانگین نمرات در حیطه های پیشگیری، ورزش، تغذیه، استرس و روابط به ترتیب ۵۹/۵، ۵۹/۴، ۳۲/۱، ۱۲/۸ و ۲۲/۸ از ۱۶/۴ و ۱۴/۴ و ۲۲/۸ بود که با استفاده از آزمون t در کلیه حیطه ها به جز پیشگیری و تغذیه بین مردان و زنان سالمدان، اختلاف آماری معنی داری وجود داشت (جدول ۲).

از نظر کیفیت زندگی سالمدان در مطالعه حاضر، میانگین نمره کیفیت زندگی  $۵۷/۹ \pm ۲۰/۴۵$  بود. میانگین نمرات در حیطه های فعالیت فیزیکی، ایفای نقش جسمی، ایفای نقش عاطفی، نیروی حیاتی، سلامت روانی، فعالیت اجتماعی، درد جسمی و سلامت عمومی به ترتیب  $۵۸/۳$ ،  $۵۹/۲$ ،  $۵۱/۲$ ،  $۵۸/۲$ ،  $۵۷/۲$  و  $۵۷/۹$  بودند که با استفاده از آزمون t در کلیه حیطه های میانگین نمره مردان به دست آمد که با استفاده از آزمون t در کلیه ارتباط بین میانگین نمرات کلی سیک و کیفیت زندگی در سالمدان استان اصفهان بر اساس آزمون t معنی دار شد ( $P < ۰/۰۰۱$ ).

## بحث

درصد سالمدان بیمار در مطالعه حاضر با مطالعه توتوچی با ۸۰ درصد نزدیک بود (۹). ابتلا به بیماری قلبی - عروقی به طور تقریبی مشابه با مطالعه درستی و علوی نایینی با ۴۶/۴ درصد (۲۲) و بسیار کمتر از مطالعه جنتایی و نجاتی که نزدیک به نیمی از سالمدان مبتلا بودند (۲۳)، به دست آمد.

که ۵۳ درصد از عال، به سبک زندگی و رفتارهای غیر بهداشتی مربوط می شود (۲۰). بنابراین، با توجه به حساسیت برنامه های سلامت سالمدان و ضرورت وجود اطلاعات کامل از آن ها، مطالعه حاضر با هدف تعیین شاخص های سلامت سالمدان استان اصفهان به منظور بهره برداری در طراحی برنامه های آتی انجام شد.

## روش ها

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی از نوع مقطعی بود که در سال ۱۳۹۰-۹۲ در کلیه شهرستان های استان اصفهان در سالمدان ۶۰ سال و بالاتر و با حجم نمونه ۴۳۲۱ بر اساس فرمول  $n = \frac{Z^2(1-p)}{d^2}$  ( با دقت ۹۵ % انجام شد. روش نمونه گیری به صورت طبقه بندی خوشایی چند مرحله ای تصادفی بود و با روش مصاحبه جمع آوری شد. معیارهای ورود به مطالعه وجود هوشیاری در پاسخگویی و تمایل به شرکت در طرح و معیار خروج انصراف در حین پرسشگری بود. پرسش نامه های مورد استفاده شامل پرسش نامه SF36 (Short form 36 health survey) یا زندگی توسط آن بررسی گردید، نوحوه نمره دهدی به صورت درجه بندی شده، بر اساس مقیاس های متفاوت از حداقل ۱ نمره تا حداکثر ۶ نمره بود و پرسش نامه بررسی وضعیت سلامت سالمدان با ۴ سوال بلی، خیر و چند گزینه ای طراحی شد. روایی پرسش نامه توسط ۵ نفر از کارشناسان مرکز بهداشت استان با  $cvi = ۰/۸$  و پایایی آن توسط آزمون ضریب Cronbach's alpha ۷۴ مورد تأیید قرار گرفت.

نحوه نمره دهی به صورت تعیین درصد پاسخ های تعیین شده بود. برای بررسی سیک زندگی از پرسش نامه استاندارد سنجش سبک زندگی سالم در سالمدان ایرانی استفاده شد (۲۱). پرسش نامه مذکور شامل حیطه های پیشگیری، فعالیت جسمی، ورزش، تغذیه سالم، مدیریت استرس، روابط اجتماعی و بین فردی با ۷ سوال بود. مقیاس پاسخگوی این پرسش نامه شامل مقیاس تکرار عمل و مقیاس های چند گزینه ای است. کمترین نمره قابل اکتساب ۴۲ و بیشترین نمره ۲۱۱ بود.

## یافته ها

از نظر ترکیب جنسی ۴۸/۷ درصد نمونه ها را مردان و ۵۱/۳ درصد را زنان تشکیل دادند. ۵۷/۷ درصد سالمدان مورد بررسی بی سواد بود و ۷۶/۲ درصد با

جدول ۱. توزیع فراوانی اختلالات و بیماری های سالمدان استان اصفهان در سال ۱۳۹۰-۹۲

ردیف	نوع بیماری	تعداد (درصد)	ردیف	نوع بیماری	تعداد (درصد)	ردیف	نوع بیماری	تعداد (درصد)
۱	قلبی عروقی	۹۶۸ (۲۵/۱)	۷	سر گیجه	۴۴۲ (۱۱/۸)	۲۰۲ (۵/۴)	بی اختیاری ادرار	۱۳
۲	اسکلتی	۱۲۱۲ (۳۱/۲)	۸	فراموشکاری	۱۸۶۵ (۴۲/۶)	۵۷۵ (۱۵/۳)	مشکل بینایی	۱۴
۳	کم خونی	۲۵۵ (۶/۸)	۹	چربی خون	۱۰۷۵ (۲۸/۲)	۱۸۴ (۴/۹)	بیماری کلیه	۱۵
۴	اختلال خواب	۲۷۰۲ (۶۲/۸)	۱۰	سردرد	۵۲۵ (۱۲/۹)	۴۳۹ (۱۱/۶)	مشکل شنوایی	۱۶
۵	دیابت	۴۱۷ (۱۲/۶)	۱۱	سکته مغزی	۸۴ (۲/۲)	۱۷۰۱ (۴۴/۱)	فشار خون بالا	۱۷
۶	تیروئید	۱۱۹ (۳/۲)	۱۲	پوکی استخوان	۹۵۵ (۲۴/۸)	۱۶۵۱ (۳۸/۴)	احساس غم و اندوه	۱۸

جدول ۲: توزیع فراوانی میانگین نمرات سبک در کل و به تفکیک حیطه‌ها در استان اصفهان بر حسب جنس

P	میانگین ± انحراف استاندارد	جنس	حیطه	ردیف	P	میانگین ± انحراف استاندارد	جنس	حیطه	ردیف	P	میانگین ± انحراف استاندارد	جنس	حیطه	ردیف
< 0.001	۲۴/۵۰ ± ۵/۶۳	مرد	روابط	۵	> 0.280	۳۲/۲۰ ± ۴/۳۹	مرد	تغذیه	۳	> 0.080	۵۹/۸۰ ± ۹/۷۷	مرد	پیشگیری	۱
	۲۱/۱۰ ± ۶/۱۳	زن				۳۲/۰۶ ± ۴/۳۹	زن				۵۹/۲۰ ± ۹/۶۸	زن		
< 0.001	۱۴۶/۵۰ ± ۱۹/۴۲	مرد	نمره کلی سبک	۶	< 0.001	۱۶/۸۹ ± ۳/۹۰	مرد	استرس	۴	< 0.001	۱۳/۱۰ ± ۲/۴۳	مرد	ورزش	۲
	۱۴۰/۸۰ ± ۱۸/۵۷	زن	زندگی			۱۵/۹۲ ± ۳/۶۶	زن				۱۲/۵۰ ± ۲/۱۳	زن		

جدول ۳: توزیع فراوانی میانگین نمرات کیفیت زندگی در کل و به تفکیک حیطه‌ها در استان اصفهان بر حسب جنس

P	میانگین ± انحراف استاندارد	جنس	حیطه	ردیف	P	میانگین ± انحراف استاندارد	جنس	حیطه	ردیف	P	میانگین ± انحراف استاندارد	جنس	حیطه	ردیف
< 0.001	۶۹/۲۰ ± ۲۴/۷۹	مرد	درد جسمی	۷	< 0.001	۶۱/۷۰ ± ۱۹/۸۸	مرد	نیروی	۴	< 0.001	۶۵/۰۰ ± ۲۸/۵۹	مرد	فعالیت	۱
	۵۷/۴۰ ± ۲۴/۸۴	زن				۵۲/۰۸ ± ۱۹/۶۲	زن	حياتی			۵۲/۰۴ ± ۲۸/۲۲	زن	فيزيکي	
< 0.001	۵۵/۶۸ ± ۱۸/۵۹	مرد	سلامت عمومی	۸	< 0.001	۶۸/۴۰ ± ۱۸/۳۲	مرد	سلامت	۵	< 0.001	۵۷/۹۰ ± ۴۳/۲۶	مرد	ايادي نقش	۲
	۴۹/۰۶ ± ۱۹/۸۴	زن				۶۱/۸۰ ± ۱۸/۵۰	زن	روان			۴۴/۹۰ ± ۴۳/۳۵	زن	جسمى	
< 0.001	۶۲/۷۴ ± ۱۹/۸۴	مرد	نمره کلی	۹	< 0.001	۷۵/۲۰ ± ۲۲/۵۶	مرد	فعالیت	۶	< 0.001	۶۵/۴۵ ± ۴۲/۸۸	مرد	ايادي نقش	۳
	۵۳/۴۷ ± ۲۰/۰۱	زن	کیفیت زندگی			۶۸/۰۷ ± ۲۴/۳۷	زن	اجتماعی			۵۳/۴۹ ± ۴۵/۰۸	زن	عاطفي	

دلایل فرهنگ حاکم بر جامعه روابط اجتماعی بالاتری دارند. همچنین، زنان به دلیل زیمان های متعدد و پائسگی، مبتلا به بیماری های مختلف می گردند که بر کیفیت زندگی آنان تأثیرگذار است.

تدارک برنامه هایی چهت بهمود کیفیت زندگی زنان سالمند از جمله حمایت های اجتماعی و اقتصادی و فراهم نمودن شرایطی که سالمندان، نیازهای عاطفی - روحی و روانی خود را مرتفع سازند، گام های مؤثری چهت بهمود کیفیت زندگی زنان سالمند است (۲۸).

مطالعه حاضر دارای محدودیت های مختلفی بود از جمله این که سالمندان با توجه به محدودیت های فیزیکی ناشی از سن، زودتر از سایر سنین خسته می شوند، از این رو، کار پرسشگری در چند مرحله انجام شد.

### تشکر و قدردانی

نویسندها از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که هزینه تحقیق را در قالب طرح تحقیقاتی به شماره ۲۹۰۱۹۳ تأمین نمود، کارشناسان محترم سلامت سالمندان ستاد شهرستان ها، کلیه همکارانی که در جمع آوری اطلاعات یاری نمودند، تشکر و قدردانی می نمایند.

ابتلا به فشار خون نزدیک به مطالعه توتونچی با ۴۱/۵ درصد (۹)، کمتر از مطالعه بیرونی و همکاران با ۵۳ درصد (۶) و بیشتر از مطالعه حبیبی و همکاران با ۳۵ درصد (۲۰) بود. در خصوص بیماری دیابت نزدیک به مطالعات بیرونی و همکاران همکاران با ۱۴/۸ درصد (۶)، توتونچی با ۱۵/۶ درصد (۹) و حبیبی و همکاران با ۱۰/۵ درصد (۲۰) گزارش شد. اختلال خواب در مطالعه حاضر بالاترین درصد بیماری بود که بیشتر از مطالعه بیرونی و همکاران با ۴۰/۱ درصد (۶) حاصل شد. ابتلا به چربی خون بیش از مطالعه توتونچی با ۲۱/۵ درصد به دست آمد (۹). با توجه به افزایش روزافرون سالمندان و بیماری های مزمن که با سن سالمندی شیوع پیدا می کند، از یک طرف و تفاوت درصد بیماری ها در مناطق مختلف از طرف دیگر، توجه ویژه برنامه ریزان سلامت به مداخلات بهداشتی - درمانی برای گروه سنی سالمندان را می طلبد.

در حیطه های سبک و کیفیت زندگی سالمندان در تمام حیطه ها، وضعیت مردان به طور معنی داری بهتر از زنان بود، به جز در جسمی که مشابه مطالعه رفعتی و همکاران به دست آمد (۱۵). نتایج حاصل از مطالعه حاضر در اکثر حیطه ها با مطالعه ای دیگر در خصوص سبک زندگی سالمندان مشابه بود (۲۴). همچنین، در مطالعات متعدد دیگری نیز کیفیت زندگی مردان بالاتر از زنان بوده است (۲۵-۲۷). می توان گفت که مردان به دلیل آزادی های اجتماعی و به

### References

- Jandaghi J, Majd M, Maghsodnia S, Foroghan M, Rahmani K, Farivar F. Overview of geriatric medicine . Semnan, Iran: Semnan University of Medical Sciences; 2003. p. 9-11. [In Persian].
- Motlagh M, Yazdani S, Taheri Tanjani P. Elderly health profile in Islamic Republic of Iran6. Tehran, Iran: Fojhan Publications; 2014. [In Persian].
- Sohrabi MB, Zolfaghari P, Mahdizade F, Aghayan SM, Ghasemian-Aghmashhad M, Shariati Z, et al. Evaluation and Comparison of Cognitive State and Depression in Elderly Admitted in Sanitarium with Elderly Sited in Personal Home. Knowledge Health 2008; 3(2): 27-31. [In Persian].
- Sajadi H, Biglarian A. Quality of life among elderly women in Kahrizak charity foundation, Tehran, Iran. Payesh Health Monit 2007; 6(2): 105-8. [In Persian].
- Canbaz S, Sunter AT, Dabak S, Peksen Y. The prevalence of chronic diseases and quality of life in elderly people in samsun. Turk J Med Sci 2003; 33: 335-40.
- Beiranvand R, Shokoohi S, Babanejad M, Behzadifar M, Delpisheh A. Study of Health and Disease Status in Elderly people of Ilam Province. J Ilam Univ Med Sci 2013; 21(6): 276-86. [In Persian].
- Lam CL, Lauder IJ. The impact of chronic diseases on the health-related quality of life (HRQOL) of Chinese patients in primary care. Fam Pract 2000; 17(2): 159-66.
- Sharifzadeh G, Moodi M, Akhbbari H. Investigating health status of older people supported by Imam. Salmand Iran J Ageing 2010; 5(17): 52-9. [In Persian].
- Totonchi P. Prevalence of chronic diseases and aging characteristics associated with disability in the elderly population covered by Tehran's Imam Khomeini Relief Committee and its influencing factors. Payesh Health Monit 2004; 3(3): 219-25. [In Persian].
- Mirzaie M, Shams Ghahfarokhi M. Demography of elder population in Iran over the period 1956 to 2006. Salmand Iran J Ageing 2007; 2(5): 326-31. [In Persian].
- Ahmadi F, Salar A, Faghizadeh S. Quality of life in Zahedan elderly population. Hayat 2004; 10(3): 61-7. [In Persian].
- Nejati V, Ashayeri H. Health related quality of life in the elderly in Kashan. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2008; 14(1): 56-61. [In Persian].
- Capuron L, Moranis A, Combe N, Cousson-Gelie F, Fuchs D, De Smedt-Peyrusse V, et al. Vitamin E status and quality of life in the elderly: influence of inflammatory processes. Br J Nutr 2009; 102(10): 1390-4.
- Vahdani Nia MS, Goshtasebi A, Montazeri A, Maftoon F. Health-related quality of life in an elderly population in Iran: A population-based study. Payesh Health Monit 2005; 4(2): 113-20. [In Persian].
- Rafati N, Yavari P, Montazeri A, Mehrabi Y. Quality of life among Kahrizak charity institutionalized elderly people. J Sch Public Health Inst Public Health Res 2004; 3(2): 67-75. [In Persian].
- World Health Organization. Healthy ageing [Online]. [cited 2016]; Available from: URL: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing>
- Olshansky SJ, Hayflick L, Carnes BA. Position statement on human aging. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2002; 57(8): B292-B297.

18. Shaikholaism R, Torabi P, Kolahdoz F. Nutrition, exercise and bone health. Tehran, Iran: Kalak Khial Publications; 2008. p. 42-4. [In Persian].
19. Zimmerman RK, Nowalk MP. Health Promotion. In: Taylor R, David AK, Fields SA, Phillips DM, Scherger JE, Editors. Family Medicine: Principles and Practice. 6<sup>th</sup> ed. Berlin, Germany: Springer Science & Business Media; 2002. p. 68-76.
20. Habibi A, Nikpour S, Seyedoshohadaei M, Haghani H. Health promoting behaviors and its related factors in elderly. Iran J Nurs 2006; 19(47): 35-48. [In Persian].
21. Eshaghi SR, Farajzadegan Z, Babak A. Healty lifestyle assessment questionnaire in elderly: translation, reliability and validity. Payesh Health Monit 2010; 9(1): 91-9. [In Persian].
22. Dorosty AR, Alavi Naeini AM. Correlation of elderly nutritional status with cardio-vascular disease and diabetes. Tehran Univ Med J 2007; 65(3): 68-71. [In Persian].
23. Jaghtaie MT, Nejati V. Health status of the elderly in the city of Kashan. Salmand Iran J Ageing 2006; 1(1): 3-10. [In Persian].
24. Babak A, Davari S, Aghdak P, Pirhaji O. Assessment of healthy lifestyle among elderly in Isfahan, Iran. J Isfahan Med Sch 2011; 29(149): 1064-74. [In Persian].
25. Tajvar M, Arab M, Montazeri A. Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. BMC Public Health 2008; 8: 323.
26. Ahangari M, Kamali M, Arjmand Hesabi M. Quality of life in elderly, member of the Center for Cultural in Tehran. Salmand Iran J Ageing 2007; 2(3): 182-9. [In Persian].
27. Orfila F, Ferrer M, Lamarca R, Tebe C, Domingo-Salvany A, Alonso J. Gender differences in health-related quality of life among the elderly: the role of objective functional capacity and chronic conditions. Soc Sci Med 2006; 63(9): 2367-80.
28. Bazrafshan MR, Hosaini MA, Rahgozar M, Sadat Madah B. Quality of elderly's life in Shiraz .jahandidegan club. Salmand Iran J Ageing 2008; 3(7): 33-41. [In Persian].

## Evaluation of Health Indices among the Elderly in Isfahan Province, Iran, during 2012-2014

Soheila Davari<sup>1</sup>, Pejman Aghdak<sup>2</sup>, Anahita Babak<sup>3</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Background:** Although aging population is a positive result of development, many negative consequences may occur if policy makers are not prepared for the related changes. Therefore, the researchers decided to determine the health status indices in Isfahan elderly for future interventions.

**Methods:** This descriptive, cross-sectional study was conducted on 4321 individuals. The subjects were selected through random stratified multistage cluster sampling. Data were collected using the 36-item Short Form Health Survey (SF-36) and Iranian Elderly Lifestyle and Health Status Questionnaire with approved reliability and validity. The data were analyzed using descriptive statistics and t-test in SPSS software.

**Findings:** In the present study, 78.5% of the subjects had a chronic disease; 62.8%, 44.1%, and 43.6% sleep disorders, hypertension, and forgetfulness, respectively. With mean scores of 143.5 and 58 in healthy lifestyle and quality of life (QOL), respectively, men had a better health status compared with women.

**Conclusion:** Chronic diseases are prevalent among the elderly. Therefore, policy makers should pay more attention to the health demands of this age group. In addition, the lifestyle and QOL scores of the elderly was higher than average; thus, more comprehensive and detailed healthy lifestyle education and health care programs can improve their QOL and health status.

**Keywords:** Health indices, Elderly, Isfahan province

**Citation:** Davari S, Aghdak P, Babak A. Evaluation of Health Indices among the Elderly in Isfahan Province, Iran, during 2012-2014. J Health Syst Res 2016; 12(3): 329-34.

1- Director of the Health of Elderly, Provincial Health Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- General Practitioner, PhD Candidate, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Assistant Professor, Department of Community and Family Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

**Corresponding Author:** Anahita Babak, Email: babakanahita@yahoo.com