بررسی شاخص‌های سلامت سالمندان استان اصفهان سال ۹۲-۱۳۹۰

سهیلا داوری[۱]، دکتر پژمان عقدک[۲]، آناهیتا بابک[۳]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: گرچه پیر شدن جمعیت از نتایج مثبت توسعه به شمار می آید، 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 شاخص های سلامت سالمندان استان اصفهان به منظور بهره برداری در طراحی برنامه ها انجام شد.

روش‌ها: نوع مطالعه، توصیفی از نوع مقطعی و روش نمونه‌گیری طبقه‌بندی خوشه ای تصادفی با حجم نمونه ۴۳۲۱ بود. اطلاعات بر اساس پرسش‌نامه های ۳۶ سؤالی (SF۳۶ یا Short form 36 health survey) استاندارد، سبک زندگی سالم در سالمندان ایرانی و وضعیت سلامت با روایی و پایایی مورد تأیید جمع‌آوری گردید. اطلاعات توسط نرم‌افزار SPSS و به کمک روش های آمار توصیفی و t مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: سالمندان در مطالعه حاضر ۷۸/۵ درصد بیمار بوده که اختلال خواب ۶۲/۸ درصد، فشار خون بالا ۴۴/۱ درصد و فراموشکاری ۴۳/۶ درصد بالاترین درصد بیماری ها را به خود اختصاص داد. از نظر سبک و کیفیت زندگی به ترتیب با میانگین نمرات ۱۴۳/۵ و ۵۸ وضعیت 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 جدی‌تر ضرورت دارد. همچنین، با توجه به این که وضعیت سبک و کیفیت زندگی سالمندان از سطح متوسط بالاتر است، از این‌رو، برنامه‌ریزی جامع و دقیق‌تر در خصوص آموزش شیوه‌های زندگی سالم و مراقبت‌های بهداشتی درمانی می تواند در ارتقای سبک و کیفیت زندگی سالمندان و سلامت آن‌ها مؤثر باشد.

واژه‌های کلیدی: شاخص‌های سلامت، سالمند، استان اصفهان

ارجاع: داوری سهیلا، عقدک پژمان، بابک آناهیتا. **بررسی شاخص‌های سلامت سالمندان استان اصفهان سال ۹۲-۱۳۹۰.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۵؛ ۱۲ (۳): ۳۳۴-۳۲۹

دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۶/۱۰ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۱۰/۲۸

مقدمه

سالمندی یکی از مراحل اجتناب‌ناپذیر زندگی انسان است. با توجه به گسترش امکانات بهداشتی، درمانی و بهبود شرایط زندگی در دهه‌های اخیر، طول عمر انسان ها افزایش یافته و منجر به افزایش روزافزون تعداد سالمندان شده است (۱). در سال ۱۹۵۰ میلادی، ۲۰۵ میلیون نفر از جمعیت جهان را سالمندان تشکیل می دادند و پیش بینی می شود 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 نابرابری های اقتصادی و عدم کفایت خدمات اجتماعی، مراقبت‌های پزشکی و... سبب گردیده تا این قشر از آسیب‌پذیرترین اقشار جامعه باشند (۴، ۳).

بنابراین، با پیر شدن جمعیت خطر زندگی با بیماری‌های مزمن افزایش می‌یابد. همچنین، بیماری های 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 سالمندان می‌گردد و نیاز به خدمات پزشکی را در آن‌ها افزایش می‌دهد، ولی خوشبختانه بسیاری از این بیماری‌ها قابل پیشگیری بوده و یا بروز بعضی از آن‌ها را می‌توان به تعویق انداخت (۷-۵، ۱). مطالعات انجام شده در مناطق مختلف ایران حاکی از شیوع بالای مشکلات جسمی، روانی در سالمندان است؛ به گونه‌ای که بیش از ۷۰ درصد سالمندان بیمار هستند، هر چند اکثر آن‌ها قابل پیشگیری و کنترل می باشد (۹، ۸). همچنین، امروزه کیفیت زندگی سالمندان به عنوان یکی از چالش‌های قرن حاضر، ذهن برنامه‌ریزان حوزه‌های مختلف از جمله حوزه‌های اجتماعی، بهداشتی و... را به خود معطوف ساخته است (۱۰). چنان چه در بررسی مطالعات انجام شده، کیفیت زندگی سالمندان در شهر زاهدان پایین، در شهر کاشان در حد متوسط و در فرانسه با استفاده از پرسش‌نامه مشابه به نسبت بالا بوده است (۱۳-۱۱). همچنین، کیفیت زندگی زنان کمتر از مردان گزارش شده است (۱۵، ۱۴). از طرف دیگر، با توجه به این که سبک زندگی سالم، خطر بیماری‌های شدید یا مرگ‌های زودرس را کاهش می دهد، از این‌رو، رعایت سبک زندگی سالم در بهبود کیفیت زندگی، سلامت جسم و روان و افزایش امید به زندگی نقش تعیین کننده ای ایفا می کند (۱۶). متأسفانه در بسیاری از سالمندان کاهش شبکه های اجتماعی، از دست دادن نزدیکان و بیماری‌های ذهنی و جسمی، حفظ سبک زندگی سالم را به چالشی بزرگ تبدیل کرده است (۱۹-۱۷). آمارهای ارایه شده در مورد دلایل اصلی مرگ و میرها بیانگر آن است

۱- کارشناس ارشد، واحد سلامت سالمندان، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲- پزشک عمومی، دانشجوی دکتری تخصصی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۳- استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
نویسنده مسؤول: آناهیتا بابک
Email: babakanahita@yahoo.com

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-10]

که ۵۳ درصد از علل، به سبک زندگی و رفتارهای غیر بهداشتی مربوط می‌شود (۲۰). بنابراین، با توجه به حساسیت برنامه‌های سلامت سالمندان و ضرورت وجود اطلاعات کامل از آن‌ها، مطالعه حاضر با هدف تعیین شاخص های سلامت سالمندان استان اصفهان به منظور بهره برداری در طراحی برنامه های آتی انجام شد.

روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی از نوع مقطعی بود که در سال ۹۲-۱۳۹۰ در کلیه شهرستان‌های استان اصفهان در سالمندان 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 نمونه‌گیری به صورت طبقه‌بندی خوشه‌ای 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. پرسش‌نامه‌های مورد استفاده شامل پرسش‌نامه ۳۶ سؤالی (Short form 36 health survey یا SF۳۶) استاندارد که شاخص کیفیت زندگی توسط آن بررسی گردید، نحوه نمره‌دهی به صورت درجه‌بندی شده، بر اساس مقیاس‌های متفاوت از حداقل ۱ نمره تا حداکثر ۶ نمره بود و پرسش‌نامه بررسی وضعیت سلامت سالمندان با ۴۲ سؤال بلی، خیر و چند گزینه ای طراحی شد. روایی پرسش نامه توسط ۵ نفر از کارشناسان مرکز بهداشت استان با cvr = ۰/۹۹ و cvi = ۰/۸ و پایایی آن توسط آزمون ضریب Cronbach's alpha ۰/۷۴ مورد تأیید قرار گرفت.

نحوه نمره دهی به صورت تعیین درصد پاسخ‌های تعیین شده بود. برای بررسی سبک زندگی از پرسش‌نامه استاندارد سنجش سبک زندگی سالم در سالمندان ایرانی استفاده شد (۲۱). پرسش‌نامه مذکور شامل حیطه‌های پیشگیری، فعالیت جسمی، ورزش، تفریح و سرگرمی، تغذیه سالم، مدیریت استرس، روابط اجتماعی و بین فردی با ۷ سؤال بود. مقیاس پاسخگویی این پرسش‌نامه شامل مقیاس تکرار عمل و مقیاس‌های چند گزینه ای است. کمترین نمره قابل اکتساب ۴۲ و بیشترین نمره ۲۱۱ بود.

یافته‌ها

از نظر ترکیب جنسی ۴۸/۷ درصد نمونه‌ها را مردان و ۵۱/۳ درصد را زنان تشکیل دادند. ۵۷/۷ درصد سالمندان مورد بررسی بی‌سواد بوده و ۷۶/۲ درصد با همسر زندگی می کردند. زنان سالمند به طور قابل توجه و معنی‌داری بیشتر از مردان، تنها زندگی می کردند. در خصوص وضعیت اشتغال ۸۰/۸ درصد از آن‌ها در زمان پاسخگویی، بیکار بودند. درصد شاغلان مردان نسبت به زنان و درصد شاغلان روستاییان نسبت به شهرنشین‌ها بیشتر بود.

از نظر شیوع اختلالات و بیماری‌ها ۷۸/۵ درصد سالمندان اظهار داشته اند که مبتلا به حداقل یک بیماری بودند. شیوع این اختلالات و بیماری‌ها در زنان سالمند (۸۵/۷ درصد) به طور معنی‌داری بیشتر از مردان (۷۰/۵ درصد) بود ($P < ۰/۰۰۰۱$)، ولی در شهر (۷۸ درصد) و روستا (۷۹/۱ درصد) این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P = ۰/۹۲$). بیشترین فراوانی اختلال و بیماری‌ها به ترتیب مربوط به اختلال خواب، فشار خون بالا و فراموشکاری بود (جدول ۱). ۸۳/۴ درصد از بیماران تحت درمان بودند و آن‌هایی که تحت درمان نبودند، علل را ۵۴/۶ 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 سبک زندگی سالمندان میانگین نمره ۱۹/۳ ± ۱۴۳/۵ بود. میانگین نمرات در حیطه های پیشگیری، ورزش، تغذیه، استرس و روابط به ترتیب ۵۹/۵، ۱۲/۸، ۳۲/۱، ۱۶/۴ و ۲۲/۸ بود که با استفاده از آزمون t در کلیه حیطه ها به جز پیشگیری و تغذیه بین مردان و زنان سالمند، اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت (جدول ۲).

از نظر کیفیت زندگی سالمندان در مطالعه حاضر، میانگین نمره کیفیت زندگی ۲۰/۴۵ ± ۵۷/۹ 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، ۵۱/۲، ۵۹/۲، ۵۷/۲، ۶۵/۰، ۷۱/۵، ۵۲/۲ و ۵۷/۹ به دست آمد که با استفاده از آزمون t در کلیه حیطه‌ها میانگین نمره مردان به طور معنی‌داری بالاتر از زنان بود (جدول ۳). ارتباط بین میانگین نمرات کلی سبک و کیفیت زندگی در سالمندان استان اصفهان بر اساس آزمون t معنی‌دار شد ($P < ۰/۰۰۰۱$).

بحث

درصد سالمندان بیمار در مطالعه حاضر با مطالعه توتونچی با ۸۰ درصد نزدیک بود (۹). ابتلا به بیماری قلبی- عروقی به طور تقریبی مشابه با مطالعه درستی و علوی نایینی با ۲۶/۴ درصد (۲۲) و بسیار کمتر از مطالعه جغتایی و نجاتی که نزدیک به نیمی از سالمندان مبتلا بودند (۲۳)، به دست آمد.

جدول ۱. توزیع فراوانی اختلالات و بیماری‌های سالمندان استان اصفهان در سال ۹۲-۱۳۹۰

ردیف	نوع بیماری	تعداد (درصد)	ردیف	نوع بیماری	تعداد (درصد)	ردیف	نوع بیماری	تعداد (درصد)
۱	قلبی عروقی	۹۶۸ (۲۵/۱)	۷	سر گیجه	۴۴۳ (۱۱/۸)	۱۳	بی‌اختیاری ادرار	۲۰۲ (۵/۴)
۲	اسکلتی	۱۲۱۳ (۳۱/۲)	۸	فراموشکاری	۱۸۶۵ (۴۳/۶)	۱۴	مشکل بینایی	۵۷۵ (۱۵/۳)
۳	کم‌خونی	۲۵۵ (۶/۸)	۹	چربی خون	۱۰۷۵ (۲۸/۲)	۱۵	بیماری کلیه	۱۸۴ (۴/۹)
۴	اختلال خواب	۲۷۰۲ (۶۲/۸)	۱۰	سردرد	۵۲۵ (۱۳/۹)	۱۶	مشکل شنوایی	۴۳۹ (۱۱/۶)
۵	دیابت	۴۱۷ (۱۲/۶)	۱۱	سکته مغزی	۸۴ (۲/۳)	۱۷	فشار خون بالا	۱۷۰۱ (۴۴/۱)
۶	تیرویید	۱۱۹ (۳/۲)	۱۲	پوکی استخوان	۹۵۵ (۲۴/۸)	۱۸	احساس غم و اندوه	۱۶۵۱ (۳۸/۴)

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-10]

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

ردیف	حیطه	جنس	میانگین ± انحراف استاندارد	P	ردیف	حیطه	جنس	میانگین ± انحراف استاندارد	P	ردیف	حیطه	جنس	میانگین ± انحراف استاندارد
۱	پیشگیری	مرد	۵۹/۸۰ ± ۹/۷۷	۰/۰۸۰	۳	تغذیه	مرد	۳۲/۲۰ ± ۴/۳۹	۰/۲۸۰	۵	روابط	مرد	۲۴/۵۰ ± ۵/۶۳
		زن	۵۹/۲۰ ± ۹/۶۸				زن	۳۲/۰۶ ± ۴/۳۹				زن	۲۱/۱۰ ± ۶/۱۳
۲	ورزش	مرد	۱۳/۱۰ ± ۳/۴۳	< ۰/۰۰۱	۴	استرس	مرد	۱۶/۸۹ ± ۳/۹۰	< ۰/۰۰۱	۶	نمره کلی سبک زندگی	مرد	۱۴۶/۵۰ ± ۱۹/۴۲
		زن	۱۲/۵۰ ± ۳/۱۳				زن	۱۵/۹۲ ± ۳/۶۶				زن	۱۴۰/۸۰ ± ۱۸/۵۷

P
< ۰/۰۰۱
< ۰/۰۰۱

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

ردیف	حیطه	جنس	میانگین ± انحراف استاندارد	P	ردیف	حیطه	جنس	میانگین ± انحراف استاندارد	P	ردیف	حیطه	جنس	میانگین ± انحراف استاندارد
۱	فعالیت	مرد	۶۵/۰۰ ± ۲۸/۵۹	< ۰/۰۰۱	۴	نیروی	مرد	۶۱/۷۰ ± ۱۹/۸۸	< ۰/۰۰۱	۷	درد جسمی	مرد	۶۹/۲۰ ± ۲۴/۷۹
	فیزیکی	زن	۵۲/۰۴ ± ۲۸/۲۲			حیاتی	زن	۵۳/۰۸ ± ۱۹/۶۲				زن	۵۷/۴۰ ± ۲۴/۸۴
۲	ایفای نقش	مرد	۵۷/۹۰ ± ۴۳/۲۶	< ۰/۰۰۱	۵	سلامت	مرد	۶۸/۴۰ ± ۱۸/۳۲	< ۰/۰۰۱	۸	سلامت عمومی	مرد	۵۵/۶۸ ± ۱۸/۵۹
	جسمی	زن	۴۴/۹۰ ± ۴۳/۳۵			روان	زن	۶۱/۸۰ ± ۱۸/۵۰				زن	۴۹/۰۶ ± ۱۹/۸۴
۳	ایفای نقش	مرد	۶۵/۴۵ ± ۴۲/۸۸	< ۰/۰۰۱	۶	فعالیت	مرد	۷۵/۲۰ ± ۲۲/۵۶	< ۰/۰۰۱	۹	نمره کلی کیفیت زندگی	مرد	۶۲/۷۴ ± ۱۹/۸۴
	عاطفی	زن	۵۳/۴۹ ± ۴۵/۰۸			اجتماعی	زن	۶۸/۰۷ ± ۲۴/۳۷				زن	۵۳/۴۷ ± ۲۰/۰۱

P
< ۰/۰۰۱
< ۰/۰۰۱
< ۰/۰۰۱

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-10]

ابتلا به فشار خون نزدیک به مطالعه توتونچی با ۴۱/۵ درصد (۹)، کمتر از مطالعه بیرانوند 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 بیرانوند و 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 بیرانوند 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 روزافزون سالمندان و بیماری‌های مزمن که با سن سالمندی شیوع پیدا می‌کند، از یک طرف و تفاوت درصد بیماری‌ها در مناطق مختلف از طرف دیگر، توجه ویژه برنامه‌ریزان سلامت به مداخلات بهداشتی- درمانی برای گروه سنی سالمندان را می طلبد.

در حیطه های سبک و کیفیت زندگی سالمندان در تمام حیطه‌ها، وضعیت مردان به طور معنی‌داری بهتر از زنان بود، به جز درد 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 (۲۷-۲۵). می‌توان گفت که مردان به دلیل آزادی های اجتماعی و به دلایل فرهنگ حاکم بر جامعه روابط اجتماعی بالاتری دارند. همچنین، زنان به دلیل زایمان‌های متعدد و یائسگی، مبتلا به بیماری‌های مختلف می گردند که بر کیفیت زندگی آنان تأثیرگذار است.

تدارک برنامه‌هایی جهت بهبود کیفیت زندگی زنان سالمند از جمله حمایت‌های اجتماعی و اقتصادی و فراهم نمودن شرایطی که سالمندان، نیازهای عاطفی- روحی و روانی خود را مرتفع سازند، گام های مؤثری جهت بهبود کیفیت زندگی زنان سالمند است (۲۸).

مطالعه حاضر دارای محدودیت‌های مختلفی بود از جمله این که سالمندان با توجه به محدودیت‌های فیزیکی ناشی از سن، زودتر از سایر سنین خسته می‌شدند، از این‌رو، کار پرسشگری در چند مرحله انجام شد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله 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 شهرستان‌ها، کلیه همکارانی که در جمع‌آوری اطلاعات یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

References

1. 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].
2. Motlagh M, Yazdani S, Taheri Tanjani P. Elderly health profile in Islamic Republic of Iran6. Tehran, Iran: Fojhan Publications; 2014. [In Persian].
3. 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. Knowledge Health 2008; 3(2): 27-31. [In Persian].
4. 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].
5. 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.
6. 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].
7. 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.
8. Sharifzadeh G, Moodi M, Akhbari H. Investigating health status of older people supported by Imam. Salmand Iran J Ageing 2010; 5(17): 52-9. [In Persian].
9. 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].
10. 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].
11. Ahmadi F, Salar A, Faghihzadeh S. Quality of life in Zahedan elderly population. Hayat 2004; 10(3): 61-7. [In Persian].
12. 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].
13. 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.
14. 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].
15. 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].
16. World Health Organization. Healthy ageing [Online]. [cited 2016]; Available from: URL: http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing
17. Olshansky SJ, Hayflick L, Carnes BA. Position statement on human aging. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2002; 57(8): B292-B297.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-10]

18. Shaikholaslam 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. 6th 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].

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-10]

Journal of Health System Research
Received: 01.09.2014
Vol. 12, No. 3, Autumn 2016
Accepted: 18.01.2016

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

Soheila Davari[1], Pejman Aghdak[2], Anahita Babak[3]

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

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-10]