

## وضعیت سلامت سالمندان استان سیستان و بلوچستان

بهارک نجفی<sup>۱</sup>، پریسا طاهری تنجانی<sup>۲</sup>، فرشاد شریفی<sup>۱\*</sup>، حسین فخرزاده<sup>۱</sup>، مهتاب علیزاده خویی<sup>۱</sup>، سید مسعود ارزاقی<sup>۱</sup>، مهدی ورمقانی<sup>۳</sup>، مهدی ابراهیمی<sup>۴</sup>

### چکیده

**مقدمه:** سالمند شدن جامعه، از چالش‌های سلامت عمومی در قرن حاضر است. تأمین سلامت و شناسایی نیازهای سالمندان، نیازمند شناخت جامع و دقیق از وضعیت سلامت ایشان است.

**روش‌ها:** در یک مطالعه‌ی مقطعی، وضعیت سلامت ۱۹۱ نفر از سالمندان ۶۰ سال و بالاتر استان سیستان و بلوچستان بررسی شد. سلامت عمومی با پرسشنامه‌ی فارسی کوتاه وضعیت سلامت (SF-36)، وضعیت تغذیه با پرسشنامه‌ی ارزیابی مختصر تغذیه (MNA)، وضعیت فعالیت فیزیکی با دو پرسش از پرسشنامه‌ی کوتاه فارسی فعالیت فیزیکی، افسردگی با پرسشنامه‌ی فارسی کوتاه افسردگی سالمندان، وضعیت عملکردی با پرسشنامه‌ی عملکرد پایه و متوسط روزمره‌ی زندگی، همچنین اطلاعات دموگرافیک، سابقه‌ی بیماری‌ها و واکسیناسیون، شرکت در فعالیت‌های اجتماعی، استفاده از خدمات و مراقبت‌های سالمندی با پرسشنامه‌ی تأیید شده‌ی مورد بررسی قرار گرفتند. وضعیت فشارخون علاوه بر پرسش از خود سالمندان، با دو نوبت سنجش فشارخون بیماران اندازه‌گیری شد.

**یافته‌ها:** میانگین سن شرکت کنندگان ۶۹/۸۱ (با انحراف معیار ۸/۳۲) سال بود. ۴/۲٪ از سالمندان وضعیت سلامت خود را عالی و ۹/۴٪ بد گزارش کردند. ۳۵/۳٪ سابقه‌ی زمین خوردن در یک سال اخیر را داشتند. ۱۵/۶٪ در تست ۳ کلمه دچار اختلال حافظه بودند. مشکل شنوایی و بینایی به ترتیب ۳۰/۳٪ و ۵۶/۶٪ گزارش شد. ۸/۹٪ دچار سوء تغذیه و ۲۵/۸٪ دچار اختلال در عملکرد پایه‌ی روزمره‌ی زندگی و ۵۸/۲٪ دچار اختلال در عملکرد متوسط روزانه بودند.

**نتیجه‌گیری:** به نظر می‌رسد که شیوع سوء تغذیه، اختلال در عملکرد پایه و متوسط روزمره‌ی زندگی و اختلال حافظه در سالمندان استان سیستان و بلوچستان بالاتر از میانگین کشوری و جهانی باشد.

**واژگان کلیدی:** سلامت، سالمندان، سیستان و بلوچستان، ایران

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

۲- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

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

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

۸۸۲۲۰۰۸۵، نشانی پست الکترونیک: farshad.sharifi@gmail.com

## مقدمه

سالمندی پدیده‌ای اجتناب ناپذیر، رو به گسترش و فراگیر در همه‌ی جهان می‌باشد و امروزه آنچه که مهم‌تر از تعداد سال‌های عمر می‌باشد، کیفیت سال‌های زندگی است [۲]. از این‌رو افراد سالمند به‌علت عوامل متعددی که از مهم‌ترین آن‌ها سن، کهولت و ناتوانی‌های ناشی از افزایش سن در انجام فعالیت‌های روزمره‌ی زندگی می‌باشد، در معرض خطر آسیب‌های جسمانی، روانی و اجتماعی قرار می‌گیرند [۳-۵]. تأمین سلامت و شناسایی نیازهای سالمندان، شناخت جامع و دقیق وضعیت سلامت ایشان را می‌طلبد. سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، تأمین و تخصیص منابع از جمله منابع مالی، نیروی انسانی و تسهیلات و تجهیزات مورد نیاز، برای فراهم ساختن و حفظ سلامت سالمندان، جزء براساس مطالعه و بررسی وضعیت موجود امکان‌پذیر نخواهد بود [۶-۸]. در واقع کشتی نظام سلامت کشور، برای رویارویی مؤثر و کارآمد با موج جمعیت سالمند که در آینده‌ای بسیار نزدیک با آن مواجه خواهد شد، نیازمند کسب اطلاعات دقیق و بررسی موشکافانه از تمامی جنبه‌های سلامت این گروه از جمعیت می‌باشد.

براساس سرشماری عمومی نفوس و مسکن در سال ۱۳۹۰، درصد جمعیت افراد ۶۰ سال و بالاتر در سال ۱۳۸۵ و ۹۰ به‌ترتیب از ۷/۲۷ به ۸/۲۶ درصد افزایش یافته است. براساس سرشماری سال ۱۳۹۰، استان سیستان و بلوچستان با دارا بودن بیش از ۲/۵ میلیون نفر جمعیت، ۳/۳۷ درصد از جمعیت کل کشور را به خود اختصاص داده است که در رتبه‌ی دهم در میان استان‌های کشور قرار می‌گیرد، همچنین ۳/۲ درصد از جمعیت ۶۵ سال و بالاتر کشور در این استان زندگی می‌کنند که کم‌ترین سهم را در کشور از جمعیت کل این گروه سنی دارند و جوان‌ترین استان کشور به حساب می‌آید [۹]. شاخص توسعه‌ی انسانی که شامل شاخص‌های آموزش، امید به زندگی و تولید ناخالص داخلی می‌باشد (با و بدون احتساب نفت خام و گاز طبیعی) در استان سیستان و بلوچستان کم‌ترین میزان را در میان استان‌های کشور دارد [۱۰]. هرچند که براساس نتایج منتشر نشده از پژوهش انجام شده در دانشگاه علوم

پزشکی شهید بهشتی برای میزان توسعه یافتگی از نظر شاخص‌های بهداشتی، برای استان سیستان و بلوچستان پس از استان هرمزگان کم‌ترین میزان توسعه یافتگی ذکر شده است، ولی در استان سیستان و بلوچستان مطالعه‌ای در زمینه‌ی وضعیت سلامت و نیز سلامت سالمندان منتشر نشده است. این مقاله با استفاده از داده‌های مطالعه‌ی سیمای سلامت سالمندان کشور که در سال ۱۳۹۰ در ۵ استان با پراکندگی جغرافیایی متفاوت انجام شده، تدوین گردیده است. مقاله‌ی حاضر نتایج به‌دست آمده از ارزیابی وضعیت سلامت سالمندان استان سیستان و بلوچستان را آشکار می‌کند. براساس اطلاعات ما این مطالعه برای اولین بار وضعیت سلامت افراد ۶۰ ساله و بالاتر ساکن استان سیستان و بلوچستان را توصیف می‌نماید و با ارزیابی جامع حیطه‌های مختلف سلامت در این گروه سنی، سعی در نمایان ساختن چشم‌انداز کلی از وضعیت سلامت سالمندان این استان دارد.

## روش‌ها

**نوع مطالعه و روش نمونه‌گیری:** مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه‌ی مقطعی است که به بررسی وضعیت سلامت سالمندان با سن ۶۰ سال و بالاتر در استان سیستان و بلوچستان می‌پردازد. نمونه‌های این مطالعه قابل تعمیم در سطح استانی به جمعیت سالمندان شهری و روستایی استان سیستان و بلوچستان است. نمونه‌گیری به روش طبقه‌ای متناسب (Proportional Stratified) و به‌صورت تصادفی در سه مرحله و وزن داده شده به نسبت جمعیت سالمندان در شهرستان‌های استان مورد نظر انجام شد. حجم نمونه برای جمعیت سالمندان کشور ۱۳۶۰ نفر محاسبه شد که به نسبت سالمندان استان سیستان و بلوچستان تعداد نمونه ۱۹۱ نفر محاسبه گردید که از ۱۴ شهرستان این استان نمونه از جمعیت سالمندان شهری و روستایی انتخاب شد. **ابزار جمع‌آوری داده‌ها:** وضعیت سلامت عمومی با استفاده از پرسشنامه‌ی فارسی کوتاه وضعیت سلامت (SF-36 Version 2) که سلامت جسمانی، سلامت روانی را می‌سنجد [۱۱]، وضعیت تغذیه با استفاده از پرسشنامه‌ی ارزیابی مختصر

استفاده از پرسشنامه‌ی محقق ساخته‌ای که توسط یک گروه از متخصصین روایی صوری آن مورد تأیید قرار گرفت، گردآوری شد. ابتلا به بیماری‌ها با پرسش از خود سالمندان در نظر گرفته شد. وضعیت فشارخون علاوه بر پرسش از خود سالمندان، با دو نوبت سنجش فشار خون بیماران با اسفیگومونومتر بر طبق معیارهای JNC7 توسط پزشک ارزیابی شد [۲۰]. میانگین فشارخون اندازه‌گیری شده، اگر برابر یا بیش از ۱۴۰ میلی‌متر جیوه برای فشار سیستولی و برابر یا بالاتر از ۹۰ میلی‌متر جیوه برای فشار خون دیاستولی بود، پرفشاری خون تلقی می‌شد. پرفشاری خون فشار خون سیستولی و دیاستولی بالاتر از حد تعریف شده و یا سابقه‌ی ابتلا به فشار خون ذکر شده در مورد بیمار در نظر گرفته شد.

**شیوه‌ی جمع‌آوری داده‌ها:** برای جمع‌آوری داده‌ها، معاینه و مصاحبه با سالمندان توسط پزشکان عمومی آموزش دیده در مراکز بهداشتی و درمانی انجام شد و در مواردی که حضور سالمندان در مرکز بهداشتی و درمانی امکان‌پذیر نبود، این کار در منزل سالمند صورت گرفت.

**آنالیز داده‌ها:** توصیف داده‌های کمی پارامتریک با میانگین و انحراف معیار و داده‌های کمی غیرپارامتریک و رتبه‌ای با میانه و محدوده‌ی بین چارکی انجام شد. فراوانی خام و درصد 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 معناداری 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 اشاره‌ی بیانیه‌ی اخلاق هلسینکی در این مطالعه رعایت شد. تمام داده‌ها بدون نام و مشخصات 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.

تغذیه (MNA) بررسی شد. این پرسشنامه به‌عنوان ابزار توسط شرکت نسله تدوین گردید و به‌صورت بسیار وسیعی در غربالگری وضعیت تغذیه سالمندان در ایران و جهان به‌کار می‌رود. حداکثر امتیاز این پرسشنامه ۳۰ و حداقل آن صفر است که بیانگر 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 [۱۲]. 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 نسخه فارسی آن سنجیده شده است [۱۳]. افسردگی با استفاده از پرسشنامه‌ی فارسی شده‌ی امتیاز افسردگی سالمندان ۱۵ سؤال ارزیابی شد این پرسشنامه داری ۱۵ سؤال و حداکثر ۱۵ امتیاز که بیانگر بدترین وضعیت از نظر افسردگی و حداقل صفر امتیاز است. GDS-15 فارسی شده توسط Malakouti و همکاران روانسجی شده است و نقطه‌ی برش ۷ برای تعریف ابتلا به افسردگی با استفاده از این پرسشنامه تعیین شده است [۱۴]. در این مطالعه افرادی افسرده در نظر گرفته شدند که یا امتیاز GDS-15، ۸ یا بالاتر داشتند و یا خود بیمار ابتلا به افسردگی را گزارش کرده بود. همچنین وضعیت عملکردی با استفاده از پرسشنامه عملکرد پایه‌ی روزمره‌ی زندگی KATZ [۱۵] و عملکرد متوسط روزمره‌ی Lawton مورد سنجش قرار گرفت [۱۶]. حداقل امتیاز مقیاس KATZ ADL صفر و حداکثر ۱۲ امتیاز 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 [۱۷، ۱۸]. نقطه‌ی برش ۸ برای زنان و ۵ برای مردان در مورد پرسشنامه‌ی Lawton وابسته در نظر گرفته شد [۱۹]. اطلاعات دموگرافیک، اطلاعات مربوط به سابقه‌ی بیماری‌ها و واکسیناسیون، داده‌های مربوط به شرکت در فعالیت‌های اجتماعی، چگونگی استفاده از خدمات و مراقبت‌های سالمندی، همراهان و مراقبین سالمندان با

## یافته‌ها

بلوچ و ۳۲/۱ درصد فارس بودند. در حالی که ۸۷/۷ درصد از سالمندان مرد متأهل بودند، فقط ۴۳/۴ درصد از سالمندان زن متأهل بودند. مهم‌ترین منبع درآمد سالمندان شرکت کننده در این مطالعه، مستمری کمیته‌ی امداد بوده است. سالمندان مرد و زن از نظر وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت زندگی وضعیت اشتغال، منبع امرار معاش با هم متفاوت بودند ( $P < 0/01$ ) (جدول ۱).

در این مطالعه داده‌های ۱۹۱ نفر از سالمندان ساکن شهر و روستا در ۱۴ شهرستان استان سیستان و بلوچستان مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بیشترین شرکت کننده از شهر زاهدان (۴۱ نفر) و پس از آن از شهر ایرانشهر (۳۰ نفر) بود. میانگین سن شرکت کنندگان ۶۹/۸۱ (با انحراف معیار ۸/۳۲) سال بود. ۷۱/۱ درصد از شرکت کنندگان در این مطالعه روستایی بودند. ۶۵/۸ درصد از شرکت کنندگان از

جدول ۱- خصوصیات عمومی سالمندان شرکت کننده در مطالعه به‌طور کلی و به تفکیک زن و مرد

متغیر	تعداد کل	کل جمعیت	تعداد مردان	مردان	تعداد زنان	زنان	مقدار P
سن (انحراف معیار) (سال)	۱۸۸	۶۹/۸۱ (۸/۳۲)	۱۰۵	۷۰/۱۹ (۸/۳۲)	۸۳	۶۹/۳۲ (۸/۳۶)	۰/۴۸
روستایی	۱۸۷	۱۳۴ (۷۱/۷٪)	۱۰۲	۷۳ (۶۸/۹٪)	۸۵	۶۱ (۷۱/۸٪)	۰/۹۷
قومیت							
فارس	۱۸۷	۶۰ (۳۲/۱٪)	۱۰۴	۳۴ (۳۲/۷٪)	۸۳	۲۶ (۳۱/۳٪)	۰/۴۴
بلوچ		۱۲۳ (۶۵/۸٪)		۶۷ (۶۴/۴٪)		۵۶ (۶۷/۵٪)	
سایر		۴ (۲/۱٪)		۳ (۲/۹٪)		۱ (۱/۲٪)	
وضعیت تأهل							
متاهل	۱۸۸	۱۲۹ (۶۸/۶٪)	۱۰۳	۹۳ (۹۰/۳٪)	۸۵	۳۶ (۴۲/۴٪)	< 0/01
بیوه		۵۴ (۲۸/۷٪)		۶ (۵/۸٪)		۴۸ (۵۶/۵٪)	
سایر		۴ (۲/۱٪)		۴ (۳/۹٪)		۱ (۱/۲٪)	
سطح تحصیلات							
بیسواد	۱۸۹	۱۳۵ (۷۲/۲٪)	۱۰۵	۶۰ (۵۷/۱٪)	۸۴	۷۵ (۸۹/۳٪)	< 0/01
ابتدایی		۳۴ (۱۸/۲٪)		۲۷ (۲۵/۷٪)		۷ (۸/۴٪)	
راهنمائی و دبیرستان		۹ (۴/۸٪)		۹ (۸/۶٪)		-	
دیپلم و بالاتر		۹ (۴/۸٪)		۷ (۶/۶٪)		۲ (۲/۳٪)	
وضعیت زندگی							
تنهایی	۱۹۰	۱۲ (۶/۳٪)	۱۰۶	۲ (۱/۹٪)	۸۴	۱۰ (۱۲/۰٪)	< 0/01
فقط با همسر		۲۶ (۱۳/۷٪)		۱۸ (۱۷/۰٪)		۸ (۹/۵٪)	
همسر و فرزندان		۹۵ (۵۰/۰٪)		۷۰ (۶۶/۰٪)		۲۵ (۲۹/۸٪)	
فقط با فرزندان		۵۳ (۲۷/۸٪)		۱۵ (۱۴/۲٪)		۳۸ (۴۵/۲٪)	
سایر		۴ (۲/۲٪)		۱ (۰/۹٪)		۳ (۳/۶٪)	
وضعیت اشتغال							
شاغل	۱۸۳	۶ (۳/۲٪)	۱۰۴	۴ (۳/۸٪)	۷۹	۱ (۱/۳٪)	< 0/01
بازنشسته		۱۸ (۹/۸٪)		۱۹ (۱۸/۳٪)		-	
خانه دار		۴۸ (۲۶/۲٪)		۳ (۲/۹٪)		۴۵ (۵۷/۰٪)	
خانه‌دار مستمری‌بگیر		۲۲ (۱۲/۰٪)		۸ (۷/۷٪)		۱۴ (۱۷/۷٪)	
بیکار بدون مستمری		۸۹ (۴۸/۶٪)		۷۰ (۶۷/۳٪)		۱۹ (۲۴/۱٪)	
بیمه دارند	۱۹۱	۱۸۰ (۹۴/۲٪)	۱۰۶	۱۰۳ (۹۷/۲٪)	۸۵	۷۷ (۹۰/۶٪)	۰/۰۷
بیمه تکمیلی برای خدمات بستری	۱۷۴	۲۱ (۱۲/۱٪)	۹۸	۱۳ (۱۳/۳٪)	۷۶	۸ (۱۰/۵٪)	۰/۵۸
بیمه تکمیلی برای خدمات غیربستری	۱۷۶	۲۲ (۱۲/۵٪)	۱۰۰	۱۴ (۱۴٪)	۷۶	۸ (۱۰/۵٪)	۰/۴۹
منبع امرار معاش							
کمیته امداد	۱۳۰	۷۱ (۵۴/۶٪)	۷۴	۴۰ (۵۴/۱٪)	۵۶	۳۱ (۵۵/۴٪)	< 0/01
فرزندان		۳۳ (۲۵/۴٪)		۱۳ (۱۷/۶٪)		۲۰ (۳۵/۷٪)	
دارایی شخصی		۱۳ (۱۰/۰٪)		۱۳ (۱۷/۶٪)		-	
سایر		۱۳ (۱۰/۰٪)		۸ (۱۰/۸٪)		۵ (۸/۹٪)	
وضعیت مالکیت مسکن							
مالکیت شخصی	۱۹۱	۱۶۵ (۸۶/۴٪)	۱۰۶	۹۴ (۸۸/۷٪)	۸۵	۷۱ (۸۳/۵٪)	۰/۰۳
استیجاری		۱۲ (۶/۳٪)		۹ (۸/۵٪)		۳ (۳/۵٪)	
رایگان (فرزندان)		۱۱ (۵/۸٪)		۲ (۱/۹٪)		۹ (۱۰/۶٪)	
سایر		۳ (۱/۶٪)		۱ (۰/۹٪)		۲ (۲/۴٪)	

وضعیت سبک زندگی سالمندان با پرسش درباره‌ی مصرف مواد دخانی و فعالیت فیزیکی و مراقبت از سلامت خود مورد ارزیابی قرار گرفت. ۱/۶ درصد از سالمندان ساکن سیستان و بلوچستان سیگار و ۱۲/۳ درصد قلیان می‌کشیدند. میزان مصرف تریاک ۸/۴ درصد بود که در هر دو جنس تفاوتی نداشت (جدول ۲).

جدول ۲- وضعیت سبک زندگی در سالمندان استان سیستان و بلوچستان

مقدار P	زنان	تعداد زنان	مردان	تعداد مردان	کل جمعیت	تعداد کل	
۰/۱۳	-	۷۹	۳ (۲/۹٪)	۱۰۴	۳ (۱/۶٪)	۱۸۳	کشیدن سیگار
۰/۳۲	۱۲ (۱۵/۰٪)	۸۰	۱۰ (۱۰/۱٪)	۹۹	۲۲ (۱۲/۳٪)	۱۷۹	کشیدن قلیان
۰/۳۵	۵ (۶/۳٪)	۸۰	۱۰ (۱۰/۱٪)	۹۹	۱۵ (۸/۴٪)	۱۷۹	مصرف تریاک
< ۰/۰۱	۳۳ (۳۳/۸٪)	۸۵	۲۰ (۱۸/۹٪)	۱۰۶	۱۳۸ (۷۲/۳٪)	۱۹۱	فعالیت فیزیکی خفیف تا متوسط
۰/۱۳	۵۶ (۶۵/۹٪)	۸۵	۴۲ (۳۹/۶٪)	۱۰۶	۹۳ (۴۸/۷٪)	۱۹۱	شدید
۰/۰۵	۷۶ (۹۳/۹٪)	۸۱	۸۹ (۸۴/۸٪)	۱۰۵	۱۶۵ (۸۸/۷٪)	۱۸۶	سنجش فشار خون در طی سال گذشته
۰/۸۰	۲۵ (۲۹/۴٪)	۸۵	۳۳ (۳۱/۱٪)	۱۰۶	۵۸ (۳۰/۴٪)	۱۹۱	مراجعه به دندانپزشک در طی سال گذشته
< ۰/۰۱	۸ (۱۱/۶٪)	۶۴	-	۹۴	۸ (۴/۹٪)	۱۶۳	سنجش تراکم استخوان در طی سال گذشته
-	۵ (۶/۱٪)	۸۲	-	-	۵ (۶/۱٪)	۸۲	معاینه پستان (ماموگرافی) یک سال گذشته

سالمندان شرکت کننده در مطالعه بود. همچنین ۲۳/۱ درصد از سالمندان مبتلا به افسردگی بودند که در میان زنان و مردان اختلاف آماری معنی داری داشت ( $P < ۰/۰۱$ ) (جدول ۳).

تنها ۲۸ نفر از شرکت کنندگان به این سؤال که آیا تا کنون پزشک به شما گفته است که دیابت دارید؟، پاسخ دادند. از این تعداد ۱۵/۰ درصد مبتلا به دیابت بودند. شیوع پرفشاری خون تعریف شده در این مطالعه، ۳۶/۱ درصد در

جدول ۳- فراوانی سابقه بیماری‌ها در سالمندان ساکن سیستان و بلوچستان به تفکیک جنس

مقدار P	زنان	تعداد زنان	مردان	تعداد مردان	کل جمعیت	تعداد کل	متغیر
۰/۲۳	۱۵ (۱۸/۵٪)	۸۱	۱۳ (۱۲/۳٪)	۱۰۶	۲۸ (۱۵/۰٪)	۱۸۷	دیابت
۰/۴۹	۳۳ (۳۸/۸٪)	۸۵	۳۶ (۳۴/۰٪)	۱۰۶	۶۹ (۳۶/۱٪)	۱۹۱	پرفشاری خون
۰/۳۰	۱۵ (۱۸/۵٪)	۸۱	۲۵ (۲۵/۰٪)	۱۰۰	۴۰ (۲۲/۱٪)	۱۸۱	جراحی کاتاراکت
۰/۱۱	-	۸۴	۳ (۲/۹٪)	۱۰۲	۳ (۱/۶٪)	۱۸۶	زخم بستر
۰/۶۹	۱ (۱/۳٪)	۸۱	۲ (۲/۰٪)	۱۰۰	۳ (۱/۷٪)	۱۸۱	بدخیمی
۰/۵۸	۶ (۷/۲٪)	۸۳	۱۰ (۹/۵٪)	۱۰۵	۱۶ (۸/۵٪)	۱۸۸	سکوب
< ۰/۰۱	۲۷ (۳۴/۲٪)	۷۹	۱۵ (۱۴/۶٪)	۱۰۳	۴۲ (۲۳/۱٪)	۱۸۲	افسردگی*

۵۸/۲ درصد دچار اختلال در عملکرد روزانه مرتبط با وسایل بودند. ۷۳/۸ درصد از نوعی درد در رنج بودند. فقط ۱۰/۹ درصد از سالمندان شرکت کننده واکسیناسون آنفولانزا را در سال مطالعه دریافت کرده بودند. شیوع چند دارویی (مصرف بیش از سه دارو) ۳۳/۳ درصد بود. شیوع زمین خوردن، اضطراب، بی اختیاری استرسی، اختلال خواب، چند دارویی، درد، اختلال عملکرد روزانه مرتبط با وسایل و سوء تغذیه در زنان به صورت معنی داری بیش از مردان بود ( $P < ۰/۰۵$ ) (جدول ۴).

ارزیابی وضعیت سلامت سالمندان با پرسش‌گری از خود سالمندان شروع شد. ۴/۲ درصد از سالمندان وضعیت سلامت خود را عالی و ۹/۴ درصد بد گزارش کردند. ۳۵/۳ درصد از سالمندان سابقه‌ی زمین خوردن در یک سال اخیر را داشتند. ۱۵/۶ درصد در تست ۳ کلمه دچار اختلال حافظه بودند. مشکل شنوایی و بینایی به ترتیب ۳۰/۳ و ۵۶/۶ درصد گزارش شد. با استفاده از پرسش‌نامه‌ی ارزیابی مختصر تغذیه ۸/۹ درصد دچار سوء تغذیه بودند. همچنین ۲۵/۸ درصد از سالمندان دچار اختلال در عملکرد روزمره‌ی زندگی پایه و

جدول ۴- وضعیت سلامت سالمندان

مقدار P	زنان	تعداد زنان	مردان	تعداد مردان	کل جمعیت	تعداد کل	متغیر
	۱ (۱/۲٪)		۷ (۶/۶٪)		۸ (۴/۲٪)		وضعیت سلامت از نظر خود سالمند عالی
	۷ (۸/۲٪)		۱۱ (۱۰/۴٪)		۱۸ (۹/۴٪)		خیلی خوب
۰/۰۸	۳۶ (۴۲/۴٪)	۸۵	۵۲ (۴۹/۱٪)	۱۰۶	۸۸ (۴۶/۱٪)	۱۹۱	خوب
	۳۴ (۴۰/۰٪)		۲۵ (۲۳/۶٪)		۵۹ (۳۰/۹٪)		متوسط
	۷ (۸/۲٪)		۱۱ (۱۰/۴٪)		۱۸ (۹/۴٪)		بد
۰/۰۴	۳۴ (۴۰/۵٪)	۸۴	۳۳ (۳۲/۰٪)	۱۰۳	۶۶ (۳۵/۳٪)	۱۸۷	زمین خوردن در یک سال اخیر
۰/۷۵	۲۹ (۳۴/۵٪)	۸۴	۳۹ (۳۶/۸٪)	۱۰۶	۶۸ (۳۵/۸٪)	۱۹۰	مشکل در راه رفتن
۰/۱۷	۳۸ (۴۴/۷٪)	۸۵	۳۷ (۳۴/۹٪)	۱۰۶	۷۵ (۳۹/۳٪)	۱۹۱	مشکل در نشستن و برخاستن
< ۰/۰۱	۴۶ (۵۴/۱٪)	۸۵	۳۲ (۳۱/۱٪)	۱۰۳	۷۸ (۴۱/۵٪)	۱۸۸	اضطراب
۰/۷۴	۳۱ (۳۷/۳٪)	۸۳	۳۵ (۳۵/۰٪)	۱۰۰	۶۶ (۳۶/۱٪)	۱۸۳	اختلال حافظه
۰/۸۳	۱۲ (۱۵/۰٪)	۸۰	۱۶ (۱۶/۳٪)	۹۹	۲۸ (۱۵/۶٪)	۱۷۹	اختلال حافظه در تست سه کلمه
۰/۹۰	۴۸ (۵۷/۱٪)	۸۴	۵۹ (۵۶/۲٪)	۱۰۵	۱۰۷ (۵۶/۶٪)	۱۸۹	مشکل بینایی
۰/۶۴	۲۴ (۲۸/۶٪)	۸۴	۳۳ (۳۱/۷٪)	۱۰۴	۵۷ (۳۰/۳٪)	۱۸۸	مشکل شنوایی
< ۰/۰۱	۱۹ (۲۳/۵٪)	۸۱	۹ (۸/۵٪)	۱۰۶	۲۸ (۱۴/۷٪)	۱۸۷	بی اختیاری ادراری استرسی
۰/۸۱	۱۱ (۱۳/۶٪)	۸۱	۱۳ (۱۲/۴٪)	۱۰۵	۲۴ (۱۲/۹٪)	۱۸۶	بی اختیاری ادراری اورژانسی
۰/۰۴	۴۸ (۵۷/۱٪)	۸۴	۴۴ (۴۱/۹٪)	۱۰۵	۹۲ (۴۸/۷٪)	۱۸۹	اختلالات خواب
۰/۳۳	۶ (۲۳/۱٪)	۲۶	۳ (۱۲/۵٪)	۲۴	۹ (۱۸/۰٪)	۵۰	چاقی
۰/۸۷	۴ (۵/۸٪)	۶۹	۵ (۵/۳٪)	۹۶	۹ (۵/۵٪)	۱۶۵	افزایش وزن (۵ کیلوگرم) در سال گذشته
۰/۲۰	۱۶ (۲۲/۲٪)	۷۲	۱۴ (۱۴/۶٪)	۹۶	۳۰ (۱۷/۹٪)	۱۶۸	کاهش وزن (۵ کیلوگرم) در سال گذشته
	۱۹ (۲۸/۸٪)		۳۶ (۴۵/۰٪)		۵۵ (۳۷/۷٪)		وضعیت تغذیه تغذیه خوب
۰/۰۳	۴۳ (۶۵/۲٪)	۶۶	۳۵ (۴۳/۸٪)	۸۰	۷۸ (۵۳/۴٪)	۱۴۶	در معرض سوء تغذیه
	۴ (۶/۱٪)		۹ (۱۱/۳٪)		۱۳ (۸/۹٪)		سوء تغذیه
	۶۴ (۸۱/۰٪)		۹۱ (۸۶/۷٪)		۱۵۵ (۸۴/۲٪)		وضعیت عملکرد روزانه پایه عدم وابستگی
۰/۴۶	۱۰ (۱۲/۷٪)	۷۹	۱۰ (۹/۵٪)	۱۰۵	۲۰ (۱۰/۹٪)	۱۸۴	اختلال عملکردی خفیف
	۵ (۶/۳٪)		۳ (۲/۹٪)		۸ (۴/۳٪)		اختلال عملکردی متوسط
	-		۱ (۱/۰٪)		۱ (۰/۵٪)		اختلال عملکردی شدید
< ۰/۰۱	۵۹ (۷۱/۱٪)	۸۳	۴۲ (۴۱/۶٪)	۱۰۱	۱۰۱ (۵۲/۹٪)	۱۸۴	وضعیت عملکرد روزانه مرتبط با وسایل (وابسته)
< ۰/۰۱	۷۱ (۸۳/۵٪)	۸۵	۷۰ (۶۶/۰٪)	۱۰۶	۱۴۱ (۷۳/۸٪)	۱۹۱	درد
۰/۲۴	۵۸ (۶۸/۲٪)	۸۵	۶۳ (۶۰/۰٪)	۱۰۵	۱۲۱ (۶۳/۷٪)	۱۹۰	خستگی
۰/۴۵	۱۰ (۱۲/۵٪)	۸۰	۹ (۹/۰٪)	۱۰۰	۱۹ (۱۰/۶٪)	۱۸۰	آنفولانزا
۰/۱۲	-	۷۶	۳ (۳/۱٪)	۹۷	۳ (۱/۷٪)	۱۷۳	پنوموکوک
۰/۰۵	۱ (۱/۴٪)	۷۳	۸ (۸/۲٪)	۹۸	۹ (۵/۳٪)	۱۷۱	کزاز
۰/۹۸	۵۷ (۶۸/۷٪)	۸۳	۷۳ (۶۸/۹٪)	۱۰۶	۱۳۰ (۶۸/۸٪)	۱۸۹	مشکلات دهان و دندان
< ۰/۰۱	۳۷ (۴۴/۰٪)	۸۴	۲۵ (۲۴/۵٪)	۱۰۲	۶۲ (۳۳/۳٪)	۱۸۵	چند دارویی (مصرف بیش از سه دارو)
۰/۱۶	۲۴ (۲۸/۶٪)	۸۴	۲۱ (۱۹/۸٪)	۱۰۶	۴۵ (۲۳/۷٪)	۱۹۰	حملات تنگی نفس

بیشترین نیاز سالمندان از نظر خود آنها، نیاز به خدمات پزشکی در منزل و بعد از آن نیاز به حمل و نقل و خدمات پرستاری در منزل بود (جدول ۵)

جدول ۵- نیازهای سالمندان

متغیر	تعداد کل	کل جمعیت	تعداد مردان	مردان	تعداد زنان	زنان	مقدار P
نیاز به حمل و نقل	۱۷۹	۴۷ (۲۶/۳٪)	۱۰۱	۲۸ (۲۷/۷٪)	۷۸	۱۹ (۲۴/۳٪)	۰/۶۱
خدمات پرستاری	۱۷۹	۳۴ (۱۹/۰٪)	۱۰۱	۱۸ (۱۷/۸٪)	۷۸	۱۶ (۲۰/۵٪)	۰/۶۵
نیاز به خدمات پزشکی در منزل	۱۷۹	۶۲ (۳۴/۶٪)	۱۰۱	۳۷ (۳۶/۶٪)	۷۸	۲۵ (۳۲/۰٪)	۰/۵۲
نیاز به خدمات مراقب در منزل	۱۷۹	۳۳ (۱۸/۴٪)	۱۰۱	۱۶ (۱۵/۸٪)	۷۸	۱۷ (۲۱/۸٪)	۰/۳۱
نیاز به خدمات فیزیوتراپی در منزل	۱۷۹	۱۰ (۵/۶٪)	۱۰۱	۷ (۶/۹٪)	۷۸	۳ (۳/۸٪)	۰/۳۷
نیاز به مراکز نگهداری شبانه روزی	۱۷۹	۱ (۰/۶٪)	۱۰۱	-	۷۸	۱ (۱/۳٪)	-
نیاز به مراکز نگهداری روزانه	۱۷۹	۱ (۰/۶٪)	۱۰۱	۱ (۱/۰٪)	۷۸	-	-
نیاز به اقامت همراه در منزل به علت ترس	۱۹۰	۳۵ (۱۸/۴٪)	۱۰۶	۱۶ (۱۵/۱٪)	۸۴	۱۹ (۲۲/۶٪)	۰/۱۸

## بحث

خوردن داشتند [۲۵] در مطالعه‌ی دیگر، شیوع زمین خوردن در سالمندان ۶۰ سال و بالاتر ۷۳ درصد گزارش شد که بیش از ۶۰ درصد آن‌ها سابقه‌ی بیش از یکبار زمین خوردن را داشتند [۲۶]. طی مطالعه‌ای در میان سالمندان برزیلی، شیوع زمین خوردن ۲۷/۶ درصد گزارش شد [۲۷]. در این مطالعه مشاهده شد که بی‌اختیاری استرسی در سالمندان زن بیش از دو برابر سالمندان مرد است. گرچه در عملکرد روزانه‌ی پایه تفاوت معناداری بین زنان و مردان مشاهده نشد، ولی در عملکرد روزانه‌ی مرتبط با وسایل میزان وابستگی زنان سالمند بیش از مردان سالمند بود. همچنین تعداد سالمندان زن بیوه بیش از ۱۰ برابر تعداد سالمندان مرد بیوه است. همچنین سالمندان زن از سطح سواد کمتری برخوردار بودند.

به نظر می‌رسد که این مطالعه اولین مطالعه‌ای است که در سطح استان سیستان و بلوچستان در جمعیتی قابل تعمیم به جامعه سالمندان مقیم این استان، وضعیت سلامت سالمندان و نیازهای سلامت این گروه سنی را مورد بررسی قرار می‌دهد. همچنین در این مطالعه از 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.

نقطه ضعف این مطالعه این است که پیامدهای سلامت فقط با پرسشگری از سالمندان و خانواده‌ی آن‌ها انجام شده

در این مطالعه مقطعی و قابل تعمیم به جامعه سالمندان استان سیستان و بلوچستان، است مشاهده شد که شیوع دیابت در سالمندان نسبتاً پایین گزارش شد که با توجه به درصد نسبتاً بالای بدون پاسخ در مورد این سؤال در مورد شیوع دیابت قضاوت صحیحی نمی‌توان کرد. میزان شیوع دیابت در مطالعه‌ی دیگری که در مورد سالمندان استان آذربایجان شرقی انجام شد تقریباً دو برابر این میزان می‌باشد [۲۱]. همچنین شیوع افسردگی در سالمندان این منطقه از کشور تقریباً همسان با شیوع افسردگی در مطالعه‌ی سالمندان در استان خراسان رضوی (۲۳/۵ درصد) است [۲۲]. مطالعات مختلف در نقاط مختلف کشور نیز حکایت از شیوع بالای افسردگی در میان سالمندان دارد و نیز اینکه افسردگی با جنس در ارتباط می‌باشد. در مطالعه‌ای از سالمندان ۶۰ سال و بالاتر میزان شیوع افسردگی خفیف، متوسط و شدید به ترتیب ۳۸/۷، ۱۶/۳ و ۷ درصد گزارش شد [۲۳]. میزان افسردگی خفیف و شدید در سالمندان ۶۵ سال و بالاتر ساکن در خانه‌ی سالمندان، ۱۶/۸ و ۱۴/۷ درصد بود [۲۴]. سالمندان سابقه‌ی افتادن در یک سال اخیر را داشتند و این نسبت در زن بیش از مرد 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 دارد. میزان شیوع افتادن در سالمندان ۵۵ سال و بالاتر، ۳۳/۶ درصد بود که از این میزان ۱۳/۲ درصد سابقه‌ی چند بار زمین

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 سالمندان با سایر استان‌ها بخصوص استان‌های برخوردارتر، مطالعه جامع‌تر و با حجم نمونه مکفی برای تعمیم در سطح شهرستان‌ها در سطح این استان با کمک گیری از سایر روش‌های جمع‌آوری اطلاعات درباره وضعیت سلامت سالمندان انجام شود. همچنین مطالعات مداخله‌ای در جهت ارتقاء سلامت این سالمندان انجام گردد. می‌توان نتیجه گرفت که وضعیت سلامت سالمندان در استان سیستان و بلوچستان در برخی موارد از جمله افسردگی و پرفشاری خون در وضعیتی نامناسب‌تر از وضعیت کلی سالمندان در کشور می‌باشد و توجه به سلامت سالمندان از منظر جسمی و روانی، مانند سایر نقاط کشور نیاز به بررسی بیشتر و دقیق‌تر دارد.

### سپاسگزاری

اجرای این مطالعه با حمایت مالی پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام گرفت. از تمام همکارانی که در این مرکز و کلینیک تخصصی دیابت و بیماری‌های متابولیک وابسته به پژوهشگاه مذکور، نهایت همکاری را مبذول داشتند و نیز از جناب آقای دکتر حمزه علیپور که آنالیزهای آماری طرح را انجام دادند قدردان و سپاسگزاریم.



## مآخذ

1. Arab M, and Tajvar M. Healthcare status of elderly in Iran. *Hospital* 2004; 5(9,10):26-28.
2. Schoenborn CA, and Heyman KM. Health Characteristics of Adults Aged 55 Years and Over: United States, 2004–2007. National Health Statistics Reports. 16, 2009.
3. Bergland A. Fall risk factors in community-dwelling elderly people. *Norsk Epidemiologi* 2012; 22(2):151-164.
4. Maia F, Duarte Y, Lebrao M, Santos J. Risk factors for mortality among elderly people. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(6).
5. Kane RL, Kane RA, Arnold SB. Prevention and the Elderly: Risk Factors. *Health Services Research* 1985; 19(6): 945-1005.
6. Pilger C, Menon MH, Mathias TA. Socio-demographic and health characteristics of elderly individuals: support for health services. *Rev Lat Am Enfermagem* 2011; 19(5): 1230-8.
7. Noroozian M. The Elderly Population in Iran: An Ever Growing Concern in the Health System. *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2012; 6(2): 1-6.
8. Kiani S, Bayanzadeh M, Tavallae M, Hogg RS. The Iranian Population is Graying: Are we ready? *Archives of Iranian Medicine* 2010; 13(4): 333-339.
9. General Population and Housing Census, Iran Statistics Center, 2011.
10. Nisi AK. Human development index in the Provinces of Iran. *Jundishapur journal of health sciences* 2010; 2(2).
11. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res* 2005; 14(3): 875-82.
12. Delacorte RR, Moriguti JC, Matos FD, Pfrimer K, Marchinil JS, Ferriolli E. Mini-nutritional Assessment score and risk for undernutrition in free-living older persons. *The journal of nutrition, Health & Aging* 2004; 8(6): 531-34.
13. 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 J Sports Med* 2011; 2(2): 106-16.
14. Malakouti K, Fathollahi P, Mirabzadeh A, Salavati M, Kahani S. Validation of Geriatric Depression Scale (GDS-15) in Iran. *Research in Medicine* 2006; 30(4): 361-369.
15. 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.
16. Hassani Mehraban A, Soltanmohamadi Y2, Akbarfahimi M3, Taghizadeh G. Validity and reliability of the Persian version of lawton instrumental activities of daily living scale in patients with dementia. *Med J Islam Repub Iran* 2014; 28(5).
17. Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist* 1970; 10(1): 20-30.
18. Kats S, Ford AB, Moskovits RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963; 185(12): 914-9.
19. Graf C. The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale. *AJN* 2008; 108(4).
20. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, et al. Seventh Report of the Joint National Committee on the Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension* 2003; 42: 1206-52.
21. Taheri Tanjani P, Sharifi F, Motlagh ME, Nazari N, Fakhrzadeh H, Arzaghi SM, 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* 2015; 14(6).
22. Majdi M, Ghayour Mobarhan M, Salek M, Taghi M, Mokhber N. Prevalence of Depression in an Elderly Population: A Population-Based Study in Iran. *IJPBS* 2011; 5(1) :17-24
23. Ghaderi S, Sahaf R, Mohammadi Shahbalaghi F, Ansari G, Gharanjic A, Ashrafi K, et al . Prevalence of depression in Elderly Kurdish Community Residing in Boukan, Iran. *Iranian Journal of Ageing* 2012; 7 (1): 57-66.
24. Sadeghi M, Kazemi H. Prevalence of Dementia and Depression among Residents of Elderly Nursing Homes in Tehran Province. *IJPCP* 2004; 9(4) :49-5.
25. ghanbary A, 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(1) :64-70.
26. Iranfar M, Ainy E, Soori H. Fall epidemiology in the elderly residents of care centers in Tehran – 1390. *Iranian Journal of Ageing* 2013; 8(2) :30-38.
27. Siqueira FV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silva SM, Dilélio A. Prevalence of falls in elderly in Brazil: a countrywide analysis. *Cad Saude Publica* 2011; 27(9): 1819-26.

Archive of SID

## HEALTH STATUS OF ELDERLY PEOPLE IN SISTAN AND BALUCHISTAN PROVINCE

Baharak Najafi<sup>1</sup>, Farshad Sharifi<sup>\*1</sup>, Parisa Taheri Tanjani<sup>2</sup>, Hossein Fakhrzadeh<sup>1</sup>, Mahtab Alizadeh Kolahi<sup>1</sup>, Seyed Masoud Arzaghi<sup>1</sup>, Mehdi Varmaghani<sup>3</sup>, Mahdi Ebrahimi<sup>4</sup>

1. *Elderly Health Research Center, Endocrinology and Metabolism Population Sciences Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*
2. *Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran*
3. *Social Determinants of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran*
4. *Endocrinology and Metabolism Research Center, Endocrinology and Metabolism Research Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

### ABSTRACT

**Background:** The aging of the population is a great challenge of the public health in this century. The health promotion of the elderly people requires a comprehensive and accurate understanding of their health status.

**Methods:** This cross-sectional study has assessed the health status of 191 old people  $\geq 60$  in Sistan and Balouchestan province that selected by a multi-level cluster random sampling. General health data was collected using SF-36 questionnaire, nutrition status was assessed using Mini Nutritional Assessment (MNA), depression status was detected by the geriatric depression scale-15 (GDS-15), functional status was assessed using the activity daily living (ADL) and instrumental activity daily living (IADL) questionnaires, as well as, the information about demographic, history of diseases, vaccination, participation in social activities, and the utilization of elderly care services were evaluated by an approved questionnaire. History of hypertension was asked from the participants. Moreover the blood pressures of them were twice measured.

**Results:** The mean age of the participants was 69.81 (8.32) years. The health status was reported excellent and bad by 4.2% and 9.4% of the participants, respectively. The prevalence of fall in recent year, memory disorder, hearing and visual impairment, and malnutrition were 35.3%, 15.6%, 30.3%, 56.6%, and 8.9%, respectively. The prevalence of dependency in "activity of daily living" and "instrumental activity of daily living" were 25.8% and 58.2%, respectively.

**Conclusion:** It seems that the prevalence of malnutrition, impaired ADL and IADL, and memory impairment in the older population of Sistan and Baluchestan are above the national and global averages.

**Keywords:** Heath, Aged, Sistan and Balouchestan, Iran

---

\*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, Tel: 00982188220085, Email: farshad.sharifi@gmail.com