

ویژگی‌های بالینی سالمندان پذیرش شده در بیمارستان نفت اهواز ۱۳۸۸-۱۳۸۹

سعید ابن سعیدی^۱، مهشید فروغان^۲، احمدعلی اکبری کامرانی^۳، ضیا قائم مقام فراهانی^۴، احمد دلبری^۵

^۱ پزشک عمومی و دانشجوی MPH گرایش سالمندی، بیمارستان مرکزی نفت اهواز، اهواز، ایران
^۲ استادیار روانپزشکی و فلوشیپ سالمندان، مرکز تحقیقات مسائل اجتماعی-روانی و گروه آموزشی سالمندشناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

^۳ دانشیار داخلی، فلوشیپ سالمندان، مرکز تحقیقات مسائل اجتماعی-روانی و گروه آموزشی سالمندشناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
^۴ استادیار روانپزشکی، گروه آموزشی علوم بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
^۵ استادیار سالمندی، مرکز تحقیقات سلامت سالمندان، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

نشانی نویسنده مسؤل: تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مرکز تحقیقات مسائل اجتماعی-روانی و گروه آموزشی سالمندشناسی،
دکتر مهشید فروغان

E-mail: M_foroughan@yahoo.com

وصول: ۹۰/۱۰/۷، اصلاح: ۹۰/۱۱/۱۵، پذیرش: ۹۰/۱۲/۲۱

چکیده

زمینه و هدف: بار بیماری‌ها در دوره سالمندی بالا است و سالمندان درگیر بیماری‌های متعددی هستند که بسیاری از آن‌ها را راهی بیمارستان می‌کند. پژوهش حاضر با هدف ترسیم ویژگی‌های بالینی و وضعیت سالمندان نیازمند بستری در سرویس مراقبت‌های حاد در زمان پذیرش انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی از اسفند ماه ۱۳۸۸ تا اردیبهشت ماه ۱۳۸۹ بر روی بیماران پذیرش شده در بیمارستان نفت اهواز انجام شد. تعداد ۲۰۰ سالمند ۶۰ ساله و مسن‌تر به روش تمام شماری مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات دموگرافیک، تاریخچه پزشکی و آزمایشات پاراکلینیکی گرفته شد و مقیاس افسردگی سالمندان، آزمون کوتاه شده شناختی، پرسشنامه مخبر محور افت شناختی و مقیاس فعالیت‌های روزانه اجرا گردید.

یافته‌ها: میانگین سنی بیماران 71 ± 8 سال بود. تعداد ۹ درصد سابقه افسردگی داشته و ۷۰ درصد از اختلال خواب شاکی بودند. ۴۹ درصد در هنگام بستری بیش از ۵ دارو مصرف می‌کردند. ۲۰ درصد از کارکرد حافظه شکایت داشته و ۲۳ درصد مشکل شنوایی و ۵۹ درصد مشکل بینایی داشتند. ۳۶ درصد درد در نقطه‌ای از بدن و ۹ درصد سابقه ابتلا به یکی از انواع سرطان را ذکر می‌کردند. تغییرات ایسکمیک نوار قلب در ۳۰ درصد بیماران دیده شد. سطح هموگلوبین در ۳۴ درصد و نسبت اوره به کراتینین در ۲۵ درصد غیرطبیعی بود. ۲۰ درصد پروتئین واکنشی سی مثبت داشتند. ۷۴ درصد از بیماران دچار اضافه وزن بوده و ۱۷ درصد از لحاظ کارکردی وابسته بودند. مقیاس افسردگی سالمندان (GDS) در ۲۲ درصد احتمال افسردگی را نشان داد. اختلال شناختی مشخص با توجه به نمرات آزمون کوتاه شده شناختی در ۱۰ درصد نمونه‌ها دیده شد.

نتیجه‌گیری: یافته‌های فوق نشان‌دهنده وجود اختلالات متعدد و تابلوی پیچیده بالینی در بیماران سالمند و لزوم آشنایی پزشکان و کادر درمانی با اصول مراقبت‌های پزشکی دوره سالمندی است. (مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، دوره ۱۹/شماره ۱/ صص ۹۵-۱۸۵).

واژه‌های کلیدی: سالمند؛ بیمارستان؛ اهواز.

مقدمه

سالمندی یکی از چالش‌های مهم در عرصه‌های بهداشتی- درمانی، اقتصادی و اجتماعی جوامع مختلف به شمار می‌رود و سالمندان بخشی از جمعیت هستند که نیاز به توجه خاص دارند. سن یکی از مهم‌ترین عواملی است که باید در بیماران مورد توجه قرار گیرد. این توجه در حیطه مسائل پزشکی اهمیتی مضاعف پیدا می‌کند، چرا که در دوره سالمندی شیوع بیماری‌های حاد و مزمن از جمله بیماری‌های قلبی، ریوی، پُر فشاری خون، دیابت، اختلالات گوارشی، عفونت‌ها، دمانس و افسردگی بالا است (۷-۱). هر چه سن بیماران بالاتر می‌رود، بیشتر در معرض بیماری‌های مزمن، ناتوانی و اختلالات شناختی قرار می‌گیرند و میزان بستری شدن در آنان افزایش می‌یابد (۸-۱۱). ابتلای همزمان به دو یا چند بیماری در سالمندان بالای ۶۵ سال، تقریباً معادل ۵۸/۶ درصد ذکر شده است (۱۲). مطالعه انجام شده توسط آدامیس و بال بر روی سالمندان بستری در بخش‌های روانپزشکی نشان داد که ۷۵ درصد از این بیماران به‌طور همزمان حداقل به یک نوع بیماری جسمی مبتلا بودند (۱۳). در یکی از مطالعات انجام شده در ایران ۸۳ درصد از سالمندان حداقل یک بیماری و ۴/۴ درصد دو بیماری همزمان داشتند که میانگین تعداد بیماری به ازای هر شخص $(2/6 \pm 2/2)$ بود (۱۴). در مطالعه‌ای دیگر، افزایش میانگین دفعات مراجعه به پزشک، داروخانه و دریافت خدمات بستری در سالمندان در قیاس با آزمودنی‌های غیرسالمند نشان داده شد و میانگین دفعات بستری به ازای هر سالمند ۰/۴ بار در سال بود (۱۵). فراوانی بالای بیماری‌ها منجر به بروز مشکلات متعددی در سالمندان می‌شود که افزایش نیاز به بستری شدن در مراکز درمانی یکی از آنهاست (۸). سالمندان در هر نوبت بستری شدن در معرض مشکلات متعددی قرار می‌گیرند که از آن جمله می‌توان به مشکل چند دارویی، اختلال شناختی حاد (دلیریوم)، عفونت‌های بیمارستانی و از دست دادن عملکرد فردی و اجتماعی

اشاره کرد. آشنایی با پیچیدگی بالینی بیماران سالمند پذیرش شده در بیمارستان، کادر درمانی را در ارزیابی جامع‌تر و اتخاذ راهبردهای پیشگیری و درمانی مؤثرتر این بیماران یاری خواهد داد.

در بسیاری از مطالعات انجام شده، سالمندان بستری را تنها از یک دیدگاه تخصصی واحد مورد بررسی قرار داده‌اند، در حالی که مطالعه حاضر سعی دارد سالمندان بستری را از دیدگاه طب سالمندی، که دیدگاهی جامع و کل‌نگر است، بررسی نموده و با استفاده از مبانی ارزیابی بیمار در طب سالمندی، تصویری کلی از وضعیت سالمندان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های عمومی ترسیم کند.

مواد و روش‌ها

این بررسی یک مطالعه مقطعی توصیفی است که طی سه ماه، در فاصله اسفند ماه ۱۳۸۸ تا اردیبهشت ماه سال ۱۳۸۹، در بیمارستان نفت اهواز انجام شد. کلیه پذیرش‌شدگان در صورتی که ۶۰ ساله یا مسن‌تر و قادر به برقراری ارتباط بودند، پس از اخذ رضایت از بیمار (یا خانواده) و اجازه پزشک معالج، وارد مطالعه شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از روش‌های مختلف شامل تکمیل پرسشنامه، مصاحبه با بیمار و همراه مطلع، معاینه فیزیکی، آزمایشات پاراکلینیکی و اجرای ابزارهای غربالگری اختلالات روانی و ارزیابی کارکرد استفاده شد. اطلاعات دموگرافیک و تاریخچه شخصی و پزشکی از بیمار اخذ و با همکاری عضو مطلع خانواده تکمیل گردید.

در بدو ورود، علائم حیاتی کلیه بیماران ثبت و شاخص توده بدنی (BMI) اندازه‌گیری شد. سپس نوار قلب (ECG) و آزمایشات معمول پاراکلینیکی شامل شمارش کامل گلبولی (CBC)، سرعت رسوب گلبولی (ESR)، قند خون ناشتا (FBS)، آزمون‌های کارکرد کلیه و پروتئین واکنشی سی (CRP) از تمام شرکت‌کنندگان به-عمل آمد.

وضعیت روانی و شناختی بیماران توسط آزمون-های مقیاس افسردگی سالمندان (GDS)، آزمون کوتاه شناختی AMTS و پرسشنامه مخبر محور افت شناختی سالمندان (IQCODE) بررسی گردید. وضعیت کارکردی نیز توسط پرسشنامه فعالیت‌های روزانه (ADL) ارزیابی شد.

مقیاس افسردگی سالمندان، پرسشنامه‌ای ۱۵ سؤالی است که توسط ملکوتی و همکاران بر روی سالمندان ایرانی اعتبارسنجی شده است (۱۶). روایی آن به روش ملاکی همزمان و با استفاده از CIDI و پایایی آن به روش محاسبه آلفای کرونباخ (۰/۹)، دو نیمه کردن آزمون (۰/۸۹) و آزمون - باز آزمون (۰/۵۸) به تأیید رسیده است. با حساسیت ۰/۹ و ویژگی ۰/۸۳، نقطه برش آن ۸/۷ تعیین شده است. برای سالمندانی که نمره آزمون آن-ها ۸ و بالاتر است، احتمال تشخیص افسردگی مطرح می-شود (۱۶).

برای ارزیابی شناختی بیماران در زمان پذیرش از آزمون کوتاه شده شناختی (AMTS) استفاده شد. این ابزار که از ۱۰ سؤال تشکیل شده است، توسط فروغان و همکاران در سالمندان ایرانی اعتبارسنجی شده است. روایی آن به روش ملاکی همزمان و با استفاده از معیارهای تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روانپزشکی آمریکا- نسخه تجدید نظر شده (DSM-IV-TR) و مقیاس تباهی پیشرونده (GDS) به تأیید رسیده است. همسانی درونی آن (۰/۹۰۵) مطلوب و همبستگی میانگین نمرات آن با میانگین نمرات معاینه مختصر شناختی (MMSE) در سطح ۰/۰۱ معنادار گزارش شده است. حساسیت و ویژگی آن در نقطه برش ۶/۷ به ترتیب ۰/۹۹ و ۰/۸۵ گزارش شده است. در مطالعه مذکور، نمرات بالاتر از ۸ نشان‌دهنده وضعیت شناختی نرمال، نمرات کمتر از ۶ نشان‌دهنده اختلال شناختی و نمرات بین ۸-۶ مشکوک به اختلال شناختی شمرده می-شوند (۱۷).

پرسشنامه مخبر محور افت شناختی سالمندان (IQCODE) ابزاری است که برای بررسی تغییرات شناختی ظرف ۱۰ سال گذشته به کار می‌رود. در این پرسشنامه، اطلاعات مربوط به وضعیت شناختی سالمند از همراه مطلع گرفته می‌شود و فرد سالمند به‌طور مستقیم مورد آزمون قرار نمی‌گیرد. نمره ۳ در این آزمون به معنای عدم تغییر، نمره ۵ به معنای تغییری واضح، و نمره ۴ به معنای تغییر نسبی وضعیت شناختی در طی ۱۰ سال گذشته است. این ابزار نیز توسط فروغان و همکاران در سالمندان ایرانی اعتبارسنجی شده و ویژگی‌های روان-سنجی آن مطلوب گزارش شده است؛ همبستگی آن با MMSE و AMTS در سطح ۰/۰۱ معنادار بوده است (۱۷).

وضعیت کارکردی بیماران در این مطالعه توسط مقیاس بارتل سنجیده شد. این ابزار به بررسی توانایی بیمار در انجام فعالیت‌های روزانه زندگی شامل حمام کردن، توالیت رفتن، جابجا شدن، غذا خوردن، کنترل ادرار و مدفوع، لباس پوشیدن و درآوردن لباس می‌پردازد. در این پژوهش، بیمارانی که در دو حیطه از فعالیت‌های فوق به کمک نیاز داشتند، از لحاظ کارکردی وابسته شناخته می‌شدند (۱۸).

در این مطالعه، BMI معادل ۲۵ و بالاتر به‌عنوان مصداق افزایش وزن و چاقی (۱۹)، هموگلوبین کمتر از ۱۲ غیر طبیعی و نشانه‌ای از کم‌خونی (۲۰)، نسبت اوره به کراتینین بیشتر از ۲۰ به ۱ نشانه‌ای از وضعیت کارکردی نامطلوب کلیه یا هیدراتاسیون نابسند در نظر گرفته شد (۲۱-۲۳)؛ آزمایش CRP مثبت به‌عنوان شاخصی برای وجود فرآیندی التهابی یا عفونی در بدن تلقی گردید (۲۴، ۲۵). لازم به ذکر است که در این تحقیق تنها وجود تغییرات ایسکمیک شامل تغییرات موج T و قطعه ST مد نظر قرار گرفته است.

داده‌های جمع‌آوری شده توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و با استفاده از شاخص‌های میانی و پراکندگی

تحلیل شدند.

پذیرش شده در بیمارستان یافت شد.

در بررسی آزمایشات پاراکلینیک بیماران ۳۴ درصد هموگلوبین غیرنرمال و ۷۴ درصد شاخص توده بدنی بیشتر از ۲۵ مشاهده شد؛ در ۳۰ درصد موارد، نتایج EKG تغییرات ایسکمیک قلبی را نشان داد (جدول ۳). ارزیابی‌های اولیه انجام شده به منظور تشخیص موارد مشکوک به اختلالات شایع شناختی و عاطفی دوره سالمندی، فراوانی نسبتاً بالای اختلالات شناختی را در جمعیت مورد بررسی نشان داد (جدول ۴). همچنین اُفت کارکردی قابل توجه در ۱۷ درصد از جمعیت مورد مطالعه مشاهده شد.

یافته‌ها نشان داد که از سالمندان پذیرش شده، ۶۶

یافته‌ها

در فاصله سه ماهه جمع‌آوری داده‌ها، تعداد بیماران سالمند پذیرش شده جمعاً دویست نفر بود. غالب بیماران پذیرش شده مؤنث (۶۷ درصد)، متأهل (۸۳ درصد)، بیسواد یا کم‌سواد (۸۴ درصد) بوده و (۸۶ درصد) با خانواده زندگی می‌کردند؛ میانگین سنی بیماران 71 ± 8 سال بود (جدول ۱). در بررسی سوابق پزشکی، میزان بالای ابتلا به مشکلات مختلف دوره سالمندی مشاهده شد (جدول ۲). پلی‌فارماسی (۵۱ درصد)، مشکلات خواب (۷۰

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک سالمندان پذیرش شده در بیمارستان نفت اهواز ۱۳۸۸-۱۳۸۹

مشخصه	تعداد	درصد	مشخصه	تعداد	درصد
سن	۶۰-۶۹	۸۲	وضعیت	مجرد	۳۴
	۷۰-۷۹	۸۷		متاهل	۱۶۶
	۸۰ و بیشتر	۳۱		با خانواده	۱۷۲
جنس	مؤنث	۱۳۴	نحوه زندگی	تنها	۲۸
	مذکر	۶۶			
تحصیلات	بی سواد	۸۱			
	ابتدایی	۸۷			
	متوسطه	۲۲			
	دانشگاهی	۱۰			

جدول ۲: توزیع فراوانی مشکلات سلامت مبتنی بر اظهارات بیمار و خانواده در سالمندان پذیرش شده در بیمارستان نفت اهواز ۱۳۸۸-۱۳۸۹

مشکل سلامت	تعداد	درصد	مشکل سلامت	تعداد	درصد
پلی‌فارماسی	۱۰۲	۵۱	سابقه تشخیص افسردگی	۱۸	۹
مشکل خواب	۱۴۰	۷۰	سابقه تشخیص دیابت	۳۶	۱۸
مشکل حافظه	۱۶۰	۸۰	سابقه پرفشاری خون	۷۴	۳۷
شکایت درد	۱۲۸	۶۴	سابقه سکته قلبی	۲۲	۱۱
مشکل شنوایی	۴۶	۲۳	سابقه سکته مغزی	۳۲	۱۶
مشکل بینایی	۱۱۸	۵۹	سابقه ابتلا به سرطان	۱۸	۹
توانایی جا به جایی (محدود به خانه)	۴۴	۲۲	سابقه جراحی عمومی	۴۲	۲۱

درصد در بخش‌های داخلی و ۳۴ درصد در بخش‌های جراحی پذیرش شدند.

درصد)، شکایت از درد (۶۴ درصد) و مشکل بینایی (۵۹ درصد) شایع‌ترین مشکلاتی بودند که در سالمندان

جدول ۳: توزیع فراوانی نتایج آزمایشات پاراکلینیک در سالمندان

تعداد		درصد		نام آزمایش	
۶۰	۳۰	تغییرات ایسکمیک دارد	نوار قلب	۶۰	۳۰
۱۴۰	۷۰	تغییرات ایسکمیک ندارد	سطح هموگلوبین	۱۳۲	۶۶
۱۳۲	۶۶	نرمال	نسبت BUN به کراتینین	۶۸	۳۴
۱۵۰	۷۵	غیر نرمال	پروتئین واکنشی سی	۵۰	۲۵
۵۰	۲۵	غیر نرمال	شاخص توده بدنی	۴۰	۲۰
۴۰	۲۰	مثبت	شاخص توده بدنی	۱۶۰	۸۰
۱۶۰	۸۰	منفی	بالاتر از ۳۰	۱۹-۲۵	۲۶
۵۲	۲۶	۲۵-۱۹		۳۰-۲۵	۶۳
۱۲۶	۶۳	۳۰-۲۵		بالاتر از ۳۰	۲۲
۲۲	۱۱	بالاتر از ۳۰			

جدول ۴: فراوانی نتایج ارزیابی اولیه اختلالات شناختی و عاطفی در سالمندان پذیرش شده در بیمارستان نفت اهواز ۱۳۸۸-۱۳۸۹

تعداد		درصد		نام مقیاس	
۲۶	۱۳	مشکوک به افسردگی	مقیاس افسردگی سالمندان	۲۶	۱۳
۱۸	۹	مبتلا به افسردگی	مقیاس افسردگی سالمندان	۱۸	۹
۱۵۶	۷۸	غیر افسرده	مقیاس افسردگی سالمندان	۱۵۶	۷۸
۷۴	۳۷	تغییری نکرده	پرسشنامه مخبر محور	۷۴	۳۷
۶۲	۳۱	کمی تغییر کرده	مخبر محور	۶۲	۳۱
۶۴	۳۲	خیلی تغییر کرده	افت شناختی سالمندان	۶۴	۳۲
۱۲۴	۷۲	وضعیت شناختی نرمال	وضعیت شناختی سالمندان	۱۲۴	۷۲
۵۶	۲۸	مشکوک به اختلال شناختی	آزمون کوتاه شده شناختی	۵۶	۲۸
۲۰	۱۰	مبتلا به اختلال شناختی	آزمون کوتاه شده شناختی	۲۰	۱۰
۳۴	۱۷	وابسته	مقیاس فعالیت های روزانه	۳۴	۱۷
۱۶۶	۸۳	مستقل	مقیاس فعالیت های روزانه	۱۶۶	۸۳

بحث

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که بیمار سالمند بستری به‌طور تیبیک اغلب مؤنث و بیسواد می‌باشد و بیش از ۷۰ سال سن دارد. غالباً متأهل و با خانواده زندگی می‌کنند. در بسیاری از موارد، اقامت دارویی مصرفی از پنج مورد بیشتر بود، افزایش وزن دارند و به چندین نوع اختلال مزمن دچار هستند. احتمال ابتلا به نقائص بینایی و شنوایی، اختلال خواب و اختلالات موجب درد و پرفشاری خون می‌شود. اُفت شناختی اغلب دیده می‌شود و احتمال وجود کم‌خونی، سوء تغذیه و ایسکمی قلبی قابل توجه می‌باشد.

برخی از منابع گزارش کرده‌اند که زنان سالمند آسیب‌پذیرتر بوده و بیش از مردان سالمند در بیمارستان بستری می‌شوند (۲۶). در مطالعه حاضر نیز جمعیت زنان سالمند بستری شده بیشتر از مردان بود، هر چند در تنها مطالعه یافت شده بر روی سالمندان بستری در ایران که به روش گذشته‌نگر انجام شده است، نسبت سالمندان مرد بستری ۵۴/۴ درصد ذکر شده است (۲۷).

با مراجعه به جدول شماره ۲، به وضوح مشاهده می‌شود که سالمندان مورد بررسی از اختلالات همزمان متعددی رنج می‌برده‌اند. وجود اختلالات و بیماری‌های همزمان متعدد در سالمندان، مؤید پیچیدگی تابلوی بالینی و تعاملات پیش‌بینی ناپذیر تشخیص‌های بالینی و درمان آن‌ها با یکدیگر است که بر ضرورت آشنایی عمیق‌تر و توجه بیشتر به اصول طب سالمندی در مراقبت‌های حاد تأکید دارد. فشار خون، دیابت، مشکلات حسی، اختلالات عروقی، مشکلات خواب، نشانه‌های افسردگی و مشکلات عضلانی - استخوانی در سالمندان شایع بوده و سبب افزایش آسیب‌پذیری آنان به بیماری‌های داخلی و جراحی می‌شوند (۸, ۲۶). مطالعات انجام شده در ایران نیز شیوع اختلالات قلبی عروقی، عضلانی استخوانی، دیابت و اختلالات روان‌شناختی را در سالمندان ایرانی تأیید کرده است (۱۴, ۱۵, ۲۷-۲۹).

نرخ بالای موارد قطعی و مشکوک به اختلال شناختی در مطالعه حاضر، با توجه به ارتباط آن با گستره وسیعی از اختلالات فیزیکی و روان‌شناختی همبسته و

است (۳۷,۳۸).

سابقه ابتلای به دیابت در مطالعه حاضر ۱۸ درصد بود که در قیاس با مطالعات مختلف انجام شده در ایران (۱۴,۳۴,۳۷) رقمی بینابینی تلقی می‌شود.

بیماری‌های قلبی-عروقی در اغلب مطالعات انجام شده در ایران به‌عنوان یکی از مهم‌ترین و شایع‌ترین اختلالات دوره سالمندی شناخته شده است. فراوانی بیماری‌های قلبی و عروقی در مطالعه حسینی و همکاران ۲۹/۶ درصد و در مطالعه امیرزاده و همکاران ۲۱ درصد ذکر شده است. آصف‌زاده و قدوسیان، فراوانی بیماری‌های عروقی را به‌عنوان علت مراجعه به پزشک ۱۵/۵ درصد و به‌عنوان علت پذیرش در بیمارستان ۲۰/۳ درصد ذکر نمودند (۱۴,۱۵,۲۷). در این مطالعه، تغییرات الکتروکاردیوگرام در ۳۰ درصد از سالمندان مشاهده شد و ۱۱ درصد از آنان سابقه سکته قلبی را ذکر کردند که کم و بیش در تأیید ارقام ذکر شده فوق است.

CRP را می‌توان شاخصی عمومی مبنی بر وجود فرآیندهای التهابی یا عفونی در بدن تلقی کرد. این شاخص در ۲۰ درصد از نمونه‌های پژوهش حاضر، مثبت بود. رابطه افزایش CRP و خطر بروز اختلالات متابولیک و قلبی عروقی در مطالعات مختلف نشان داده شده است (۳۹,۴۰) که اهمیت این یافته را مورد تأکید قرار می‌دهد.

شیوع کم‌خونی در سالمندان مقیم جامعه در مطالعات مختلف حدود ۱۰ درصد گزارش شده است. این رقم با شیوع کم‌خونی در نمونه مطالعه حاضر اختلاف چشمگیر دارد (۴۱,۴۲). هموگلوبین کمتر از ۱۲ میلی‌گرم/۱۰۰ میلی‌لیتر، به‌عنوان شاخص کم‌خونی، در ۳۴ درصد از سالمندان پذیرش شده مشاهده شد. این رقم را حتی با در نظر گرفتن بیماری‌های خونریزی‌دهنده، به‌عنوان یکی از علل مراجعه به بیمارستان، باید بالا به حساب آورد. بررسی الگوهای غذایی و نیز اکوسیستم منطقه جغرافیایی خوزستان از زمره پژوهش‌هایی است که برای پاسخ‌دهی به این ابهام توصیه می‌شود.

نیز از جهت پیامدهای آن در برنامه‌ریزی خدمات درمانی و مراقبتی، نشان‌دهنده لزوم توجه بیشتر به این مقوله در بیماران سالمند است (۲۸). این یافته در سایر مطالعات انجام شده در ایران نیز تأیید شده است (۳۰-۳۲). درخشان‌فر و همکاران نشان دادند که نمرات کمتر در آزمون‌های شناختی بیماران قبل از عمل با بروز اختلال شناختی بعد از عمل، همبستگی مثبت دارد که این امر به خوبی اهمیت ارزیابی شناختی بیماران سالمند بستری را به منظور پیشگیری از پیامدهای احتمالی، به‌ویژه دلیریوم، نشان می‌دهد (۳۳). CRP مثبت و هموگلوبین پایین از جمله یافته‌هایی هستند که به‌عنوان عوامل خطر ساز اختلال شناختی حاد و مزمن شناخته شده‌اند (۱). نرخ بالای این شاخص‌ها در آزمودنی‌های مطالعه حاضر، بر اهمیت توجه کادر درمانی در زمینه بروز این اختلالات تأکید دارد.

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، مشکلات بینایی فراوانی بیشتر (۵۹ درصد) و مشکلات شنوایی فراوانی کمتری (۲۳ درصد) مشاهده شد. این یافته مشابه نتایج مطالعه توتونچی و نیز شریف‌زاده و همکاران است، با این تفاوت که در مطالعه آن‌ها فراوانی مشکلات بینایی و شنوایی بیشتر ذکر شده است (۳۴,۳۵). از آن‌جا که در هر دو مطالعه، نمونه‌ها از میان سالمندان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) انتخاب شده بودند که احتمالاً به قشر آسیب‌پذیرتری تعلق داشتند، این تفاوت می‌تواند قابل توجیه باشد.

اغلب مطالعات اپیدمیولوژیک خارج و داخل کشور، بر نرخ بالای پرفشاری خون در سالمندان تأکید داشته‌اند (۲۹,۳۶). در مطالعه حاضر، ۳۷ درصد از سالمندان پذیرش شده، در معاینه فیزیکی انجام شده در بدو پذیرش فشار خون بالا داشتند. این یافته با مطالعه شریف‌زاده و همکاران که نرخ پرفشاری خون را ۳۹/۶ درصد ذکر کرده‌اند (۳۵)، همسو می‌باشد ولی از میزان گزارش شده در مطالعه احمدی (۲۰/۶ درصد) بالاتر و از میزان ذکر شده در مطالعه عزیززی (۴۵ درصد) پایین‌تر

که ۶۰ درصد از زنان و ۴۴ درصد از مردان سالمند بیش از ۳ نوع دارو مصرف می‌کنند (۴۶)، که به نتایج این مطالعه شبیه‌تر است.

شاخص توده بدنی از جمله شاخص‌هایی است که ارتباط آن با سلامت، خصوصاً سلامت قلبی عروقی، مورد توجه خاص قرار دارد (۱۹). تغییر کیفی تغذیه و نیز کاهش تحرک جسمی در جوامع مدرن منجر به افزایش نسبی این شاخص در بخش وسیع‌تری از جمعیت شده است. مطالعه انجام شده در اصفهان نشان داد که بر اساس این شاخص، ۱۲٪ از مردان و ۳۸/۹ درصد از زنان سالمند، چاق به شمار می‌آیند (۴۷). در مطالعه حاضر، ۶۳ درصد از سالمندان دچار افزایش وزن ($BMI=25-30$) و ۱۱ درصد چاق ($BMI>30$) به شمار می‌آمدند. در مطالعه شریف‌زاده و همکاران، نسبت سالمندان دچار افزایش وزن ۳۸/۸ درصد و در قیاس با مطالعه حاضر کمتر بود (۳۵)؛ این اختلاف را می‌توان به تفاوت در جمعیت‌های مورد مطالعه (جمعیت تحت پوشش بیمه درمانی شرکت نفت در برابر جمعیت تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره)) و نیز عادات و الگوهای غذایی متفاوت در دو ناحیه (خوزستان در برابر بیرجند) نسبت داد.

ارزیابی وضعیت کارکردی مشارکت‌کنندگان در پژوهش حاضر نشان داد که ۱۷ درصد از آن‌ها وابسته (نیاز به کمک حداقل در دو فعالیت) به شمار می‌آیند. در مطالعه شریف‌زاده، در فعالیت‌های روزانه حداکثر وابستگی مربوط به حمام کردن (۱۱/۲ درصد) و حداقل وابستگی مربوط به جابه‌جایی در منزل (۰/۴ درصد) بود (۳۵).

در مطالعه حاضر، سلامت روان سالمندان پذیرش شده در دو حوزه عاطفی و شناختی مورد بررسی قرار گرفت. برای غربالگری موارد مشکوک به افسردگی از مقیاس افسردگی سالمندان و برای غربالگری شناختی از دو پرسشنامه آزمون کوتاه شده وضعیت شناختی و پرسشنامه مخبر محور آفت شناختی سالمندان استفاده شد

نسبت اوره به کراتینین بیشتر از ۲۰ به ۱، دو احتمال را مطرح می‌کند؛ یکی دهیدراتاسیون و دیگری اختلال در کارکرد کلیه. این احتمالات در بیماران سالمند نیاز به بررسی دارد. در ۲۵ درصد از نمونه‌های این مطالعه نسبت فوق غیرنرمال بود که بر ضرورت توجه به متابولیسم آب و الکترولیت تأکید دارد (۲۳-۲۰).

در مطالعه حاضر، ۳۶ درصد از مشارکت‌کنندگان از درد شکایت داشتند که با آمار ارائه شده جهانی قابل قیاس است (۴۳). در مطالعات انجام شده در کشور ایران، متأسفانه بررسی فراوانی درد شاید به دلیل غیرعینی و غیر اثباتی بودن آن، چندان مورد توجه قرار نگرفته است.

همچنین مطالعات اندکی به بررسی مشکلات خواب در سالمندان ایرانی پرداخته‌اند. در مطالعه انجام شده توسط ملکوتی و همکاران، فراوانی مشکلات خواب در میان بازنشستگان تأمین اجتماعی ۸۲/۶ درصد قید شده است (۴۴). در مطالعه حاضر، فراوانی مشکلات خواب ۷۰ درصد بود که رقم بالایی به شمار می‌آید. از آن‌جا که متأسفانه کندوکاو کافی به منظور تفکیک اختلالات حاد از اختلالات مزمن خواب در این مطالعه انجام نشد، احتمال دارد که این رقم بالا تا حدودی به مشکلات خواب ثانوی به علت حاد منتج به بستری مربوط باشد. در هر حال، این مورد را باید از محدودیت‌های این تحقیق به شمار آورد که لزوم مطالعات دقیق‌تر در این مقوله را ایجاب می‌کند.

پلی‌فارماسی یکی از مشکلات عمده در مدیریت بیماری‌ها و اختلالات دوره سالمندی است (۴۵). ضرورت مصرف داروهای متعددی که ممکن است با یکدیگر ناسازگار بوده و به واکنش‌ها و تعاملات دارویی نامطلوب منجر شوند، اغلب به بروز مشکلات، گاه خطرناک و برگشت‌ناپذیر، در مدیریت بیماران سالمند منجر می‌شود. در مطالعه حاضر، پلی‌فارماسی (مصرف ۶ دارو یا بیشتر به‌طور همزمان) در ۴۹ درصد از بیماران مشاهده شد که بالاتر از آمار ارائه شده در ایالات متحده آمریکا می‌باشد (۴۵). مطالعه جعفری و همکاران نشان داد

علت آن می‌تواند بالا بودن میزان بی‌سوادی و کم سوادی در نمونه مورد مطالعه از یک سو، و وجود بیماری یا نشانه‌های حاد منجر به مراجعه به بیمارستان و تأثیر آن بر کارکرد شناختی از سوی دیگر باشد. در هر حال، با توجه به اندک بودن مطالعات در زمینه مشکلات شناختی سالمندان ایرانی، پژوهش بیشتر در این زمینه لازم به نظر می‌رسد.

از آن‌جا که پژوهش حاضر تنها در یک منطقه جغرافیایی خاص و در فصل بهار انجام شده و اکثر مشارکت‌کنندگان تحت پوشش خدمات بیمه شرکت نفت قرار داشته و در قیاس با هم‌تایان خود در همان منطقه و کل کشور از خدمات پزشکی کیفی تری برخوردار بوده‌اند، باید در تعمیم نتایج به کل سالمندان خوزستان و نیز استان‌های دیگر احتیاط کرد.

تشکر و قدر دانی

از مدیریت محترم و پرسنل بیمارستان مرکزی نفت اهواز که در فرآیند انجام این تحقیق با پژوهشگران نهایت همکاری را نمودند و نیز تمام عزیزان سالمندی که با کمک خود انجام این تحقیق را ممکن کردند، بی‌نهایت سپاسگزاریم.

و نتایج مقیاس افسردگی نشان داد که ۹ درصد مبتلا به افسردگی و ۱۳ درصد با احتمال قوی مبتلا به افسردگی بودند. نتایج به دست آمده از آمار جهانی که شیوع افسردگی را در جمعیت بیماران بستری بیش از ۳۰ درصد ذکر می‌کند (۴۷،۴۹)، مطالعه مبشری و معزی (۴۹)، و نیز صادقی و کاظمی که بر روی سالمندان آسایشگاه انجام شده کمتر (۳۵) ولی با مطالعه مجدی و همکاران مشابه است (۵۰). مطالعات شریف‌زاده و همکاران (۳۵) و مرتضوی و همکاران (۵۱) میزان افسردگی را بسیار بیشتر برآورد کرده‌اند؛ این اختلاف می‌تواند مربوط به تفاوت در ابزارهای مورد استفاده باشد. در مطالعه حاضر، از مقیاس اعتبارسنجی شده و ویژه غربالگری افسردگی استفاده شده و نقطه برش آن طوری انتخاب شده است که از ویژگی مطلوب آن اطمینان حاصل شده باشد.

حدود ۱۰ درصد از سالمندان پذیرش شده نمره کمتر از ۶ در آزمون کوتاه شده شناختی گرفته بودند که تا حد زیادی به معنای وجود اختلال شناختی می‌باشد؛ حدود ۲۸ درصد نیز مشکوک به اختلال شناختی بودند. در پرسشنامه مخبر محور اُفت شناختی، ۳۲ درصد اُفت شناختی مشخص داشتند که در تأیید نتایج آزمون کوتاه شده شناختی است. این نتایج با آمار جهانی که حدود ۲۰ درصد از سالمندان را دچار اُفت شناختی از درجات مختلف ذکر کرده است (۵۲)، تا حدودی اختلاف دارد و

References

1. Inouye SK, Fearing MA, Marcantonio ER. Delirium. In: Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, Studenski S, High KP, Asthana S, et al, editors. Hazzards ' Geriatric medicine and gerontology. 6th edition. New York: McGraw-Hill; 2009. Pp. 647-58
2. Skoog I. Psychiatric disorders in the elderly. J R Coll Physicians Edinb. 2011; 41(1):49-56
3. Araki A, Ito H. Diabetes mellitus and geriatric syndromes. Clin Geriatr Med. 2008; 24(3):489-501
4. Aronow WS. Hypertension and the older diabetic. Clin Geriatr Med. 2007; 21(3):711-43
5. Hanania NA, Sharma G, Sharafkhaneh A. COPD in the elderly patient. Semin Respir Crit Care Med. 2010; 56(3):261-9
6. Goldacre MJ. Demography of aging and the epidemiology of gastrointestinal disorders in the elderly. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2009; 9(2):105-14
7. Htwe TH, Mushtag A, Robinson SB, Rosher RB, Khardori N. Infection in the elderly. Infect Dis Clin North Am. 2007; 21(3):711-43

8. Flanders SA, Podrazik PM, Whelan C, Blaum C. Acute hospital care. In: Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, Studenski S, High KP, Asthana S, et al, editors. *Hazzards ' Geriatric medicine and gerontology*. 6th edition. New York: McGraw-Hill; 2009. Pp. 209-20
9. Samaras N, Chevalley T, Samaras D, Gold G. Older patients in the emergency department: a review. *Ann Emerg Med*. 2010; 22(8):1196-202
10. Black SE. Vascular cognitive impairment: epidemiology, subtypes, diagnosis and management. *J R Coll Physicians Edinb*. 2011; 10(3):319-29
11. Larson EB. Prospects for delaying the rising tide of worldwide, late life dementias. *Int Psychogeriatr*. 2010; 23(6):793-80
12. Kirchberger I, Meisinger C, Heier M, Zimmermann AK, Thorand B, Autenrieth CS, et al. Patterns of multimorbidity in the aged population. Results from the KORA-Age Study. *PLoS One*. 2012;7(1):e30556
13. Adamis D, Ball C. Physical morbidity in elderly psychiatric inpatients: prevalence and possible relations between the major mental disorders and physical illness. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000; 15(3):248-53
14. Hosseini SR, Zabihi A, Savadkoti S, Bijani A. Prevalence of chronic diseases in elderly population in Amirkola (2006-2007). *JBUMS*. 2008; 10(2):68-75
15. Asefzadeh S, Ghodoosian A. Recognition of the health related factors of aged population of Minodar in order to design research interventions. *Salmand*. 2010; 5 (15):53-60. (Persian)
16. Malakouti SK, Fatollahi P, Mirabzadeh A, Salavati M, Zandi T. Reliability, validity, and factor structure of the GDS-15 in Iranian elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006; 21(6):588-93
17. Foroughan M. Validation of Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) and Abbreviated Mental Test Score (AMTS) in elderly population and their relationships with Mini-Mental State Examination (MMSE): Final Report. 2008; USWR. (Persian)
18. Tagharrobi z, Sharifi K, Sooky Z. Psychometric evaluation of Shah version of modified Barthel index in elderly people residing in Kashan Golabchi nursing home. *KAUMS J (Feyz)*. 2011; 15(3):213-24. (Persian)
19. Perissinoto E, Pisent C, Sergi G, Grigoletto F, Enzi G. Anthropometric measurements in the elderly: age and gender differences. *B J Nutrition*. 2002; 87:177-86
20. Chaves PHM. Anemia. In: Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, Studenski S, High KP, Asthana S, et al, editors. *Hazzards ' Geriatric medicine and gerontology*. 6th edition. New York: McGraw-Hill; 2009. Pp. 1201-14
21. Wakefield B, Menten J, Diggelmann L. Monitoring Hydration status in elderly veterans. *West J Nurs Res*. 2002; 24(2):132-42
22. Sullivan R. Fluid intake and hydration: clinical indicators of nursing home quality. *NC Med J*. 2005; 66(4):296-9
23. Becky A, Gray-Vikrey P. Limiting the damage from acute kidney injury. *Nursing*. 2011; 41(3):22-31
24. Walston JD. Inflammation and Aging. In: Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, Studenski S, High KP, Asthana S, et al, editors. *Hazzards ' Geriatric medicine and gerontology*. 6th edition. New York: McGraw-Hill; 2009. Pp. 37-44
25. Sing T, Newman AB. Inflammatory markers in population studies of aging. *Semin Respir Crit Care Med*. 2010; 31(5):596-606
26. Guralnik JM, Ferrucci L. Demography and Epidemiology. In: Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, Studenski S, High KP, Asthana S, et al, editors. *Hazzards ' Geriatric medicine and gerontology*. 6th edition. New York: McGraw-Hill; 2009. Pp. 45-68
27. Amirzadeh N, Amirzadeh E, Amirzadeh J. A survey of health problems among the elderly patients of medical teaching and private centers of Urmia. *J Urmia Nurs Midwifery*. 3(4):132. (Persian)
28. Schubert CC, Boustani M, Callahan CM, Perkins AJ, Carney CP, Fox C, et al. Comorbidity profile of dementia patients in primary care: are they sicker? *J Am Geriatr Society*. 2006; 54(1):104-9
29. Haghdoost AA, Sadeghirad B, Rezazadehkermani M. Epidemiology and heterogeneity of hypertension in Iran: a systematic review. *Arch Iran Med*. 2008; 11(4):444-52
30. Kaldi AR, Aliakbarikamrani A, Foroughan M. Physical, social and mental problems of elderly in district 13 Of Tehran. *Social Welfare*. 2004; 4(14): 222-44. (Persian)
31. Sadeghi M, Kazemi HR. Prevalence of dementia and depression among residents of elderly nursing homes in Tehran. *Iranian J Psychiatr clin psycho*. 2004;9(4(36)):49-55. (Persian)
32. Foroughan M, Ghaemmagham Farahani Z, Akbari Kamrani AA. Diagnostic distribution of mental disorders in geriatric out-patients, Tehran, 2002. *Salmand*. 2007;1(2):106-11. (Persian)
33. Derakhshanfar A, Ghaleeha A, Niayesh A, Alizadeh S, Ghodarzi MT, Ghorbanpoor M. Assessment of the frequency of cognitive disorder in older patients before and after surgery in Hamedan educational hospitals. *Iranian J Surg*. 2011; 4:9. (Persian)

34. Toutounchi P. Chronic diseases and senile changes in the elderly population, Tehran, Iran. *Payesh*. 2004; 3(2):219-25. (Persian)
35. Sharifzadeh G, Moadi M, Akhbari H. Investigating health status of older people supported by Imam Khomeini Committee. *Salmānd*. 2010; 5(17):52-9. (Persian)
36. Supiano MA. Hypertension. In: Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, Studenski S, High KP, Asthana S, et al, editors. *Hazzards ' Geriatric medicine and gerontology*. 6th edition. New York: McGraw-Hill; 2009. Pp. 975-82
37. Azizi F, Emami H, Salehi P, Ghanbarian A, Mirmiran M, Azizi T. Cardiovascular risk factors in the elderly: the Tehran Lipid and Glucose Study. *J Cardiovasc Risk*. 2003; 10(1):65-73
38. Ahmadi A, Karimzadeh K, Fararoei M, Kamgar M. Prevalence of cardiovascular risk factors in elderly of Yasuj. *Armaghan Danesh*. 2001-2002;5(19-20):11-7. (Persian)
39. Stranberg TE, Tilvis RS. C-Reactive Protein, cardiovascular risk factors, and mortality in a prospective study in elderly. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 2000;20(4):1057-60.
40. Ervin PE, Nilsson T, Oberg T, Malmberg B. Serum C-reactive protein in elderly men and women: Association with mortality, morbidity, and various biochemical values. *Scand J Clin Lab Investig*. 2005;65(1):23-31
41. Guralnik JM, Eisenstaedt RS, Ferrucci L, Klein HG, Woodman RC. Prevalence of anemia in persons 65 years and older in the United States: evidence for a high rate of unexplained anemia. *J Am Geriatr Society*. 2004;104(8):2263-8
42. Patel KV. Epidemiology of anemia in older adults. *Semin Hematol*. 2008; 45(4):210-17
43. Thomas E, Peat G, Harris L, Wilkie R, Croft PR. The prevalence of pain and pain interference in a general population of older adults. *Pain*. 2004; 110:361-68
44. Malakouti SK, Foroughan M, Nojomi M, Ghalebani MF, Zandi T. Sleep patterns, sleep disturbances, and sleepiness in retired Iranian elders. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009;24(11):1201-8
45. Rochon PA, Tjia J, Sudeep SG, Gurwitz JH. Appropriate approach to prescribing. In: Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, Studenski S, High KP, Asthana S, et al, editors. *Hazzards ' Geriatric medicine and gerontology*. 6th edition. New York: McGraw-Hill; 2009. Pp. 289-302
46. Jafarizadeh H, Maddah S, Norozi K, Rahgozar M. Assessment of health care needs of frail elderly in 13th district of Tehran and their caregivers' problems-2005. *J Urmia Nurs Midwifery*. 2006; 2:65-75
47. Alavi Naieny AM, Dorosti Motlagh AR, Aghdak P. Survey of obesity, underweight and associated factors in elderly people, using some of anthropometric indices in Isfahan City, 2004. *J Mazandaran Med Sci*. 2006; 16(52):117-23. (Persian)
48. Chang-Quan H, Xue-Mei Z, Bi-Rong D, Zhen-Chen L, Ji-Rong Y, Qing-Xiu L. Health status and risk for depression among the elderly: a meta-analysis of published literature. *Age and Ageing*. 2010; 39(1):23-30
49. Mobasheri M, Mezi M. The prevalence of depression among the elderly population of Shayestegan and Jahandidegan Homes in Shahrekord. *Shahrekord U Med Sci J*. 2010; 12(2):89-94. (Persian)
50. Majdi MR, Ghayour Mobarhan M, Salek M, Taghi M, Mokhber N. Prevalence of depression in an elderly population: a population-based study in Iran. *Iranian J Pschiatr Behav Sci*. 2011; 5(1):17-24. (Persian)
51. Mortazavi SS, Eftekhari Ardabili H, Mohammad K, Daralibani R. Assessing the mental health status of elderly in Shahrekord and relationship with sociodemographic factors. *Payesh*. 2011;10(4):485-92. (Persian)
52. Qui C, Kivipelto M, v S, E. Epidemiology of Alzheimer's disease: occurrence, determinants, and strategies toward intervention. *Dialogues Clin Neurosci*. 2009; 11(2):111-28

Clinical Features of Elderly Patients Admitted to Ahvaz Petroleum Hospital, 2010

Ebn Said S., MD, MPH

Ahvaz Petroleum Hospital, Ahvaz, Iran.

Forouhgan, M., MD

Assistant Professor, Iranian Research Center on Aging, Department of Gerontology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Akbari Kamrani AA., MD

Associate Professor, Iranian Research Center on Aging, Department of Gerontology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Ghaemmagham Farahani Z., MD

Assistant Professor, Department of Clinical Sciences, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Delbari A., MD, PhD

Assistant Professor, Aging Research Center, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran.

E-mail: m_forouhgan@yahoo.com

Received:28/12/2011, Revised:04/02/2012, Accepted:11/03/2011

Corresponding:

Dr. Mahshid Foroughan, Assistant Professor; Iranian Research Center on Aging, Department of Gerontology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Background: The burden of diseases in later life is high and the elderly are affected by multiple illnesses, frequently leading to hospitalization. The purpose of this study was to draw an overall picture of the clinical situation in elderly patients hospitalized for acute care.

Materials and methods: This was a cross-sectional, descriptive study performed in a three-month period in 2010 in Ahvaz Petroleum Hospital. Two hundred consecutive elderly patients admitted to the hospital were assessed for medical history, BMI, CBC, blood chemistry, and ECG, and were tested by Geriatric Depression Scale, Abbreviated Mental Test Score, Activities of Daily Living, and Informant Questionnaire of Cognitive Decline in Elderly questionnaires.

Results: Mean age of patients was 71 ± 8 years, and 67% were female. There was a history of depression in 9%, sleep disturbance in 70%, hearing problems in 23%, vision problems in 59%, memory impairment in 20%, overweight/obesity in 74%, cancer in 9%, and pain in 36% of patients. Ischemic ECG changes, abnormal Hb, positive CRP, and abnormal BUN/Creatinine ratio were seen in 30%, 34%, 20%, and 25% of patients, respectively. Forty-nine percent were on more than five drugs and 17% were ADL-dependent. Seventy-eight percent had normal GDS score. Abnormal AMTS scores suggestive of cognitive impairment were seen in 10%. Sixty-six percent were transferred to medical wards, while 34% were transferred to surgical wards.

Conclusion: The existence of multiple simultaneous disturbances in hospitalized elderly patients necessitates proper training of physicians and medical staff for acute care services in the field of geriatric medicine. (*Quarterly Journal of Sabzevar University of Medical Sciences, Volume 19, Number 1, pp.85-95*).

Keywords: Eged; Hospitals; Ahvaz.