

بررسی بیماری های شایع در بین سالمندان گیرنده خدمات درمانی و مراقبتی در منزل: براساس طبقه بندی ICD ۱۰

چکیده

زمینه: به دلیل ساختار کنونی جمعیت در کشور، مشکلات مربوط به مراقبت و درمان سالمندان، هنوز به طور حاد خود را نشان نداده است، اما در آینده نزدیک، چالش های وابسته به سالمند شدن جمعیت، نظام سلامت کشور را به طور جدی تهدید خواهد کرد. مطالعه حاضر با هدف ارزیابی وضعیت سلامتی و نوع بیماری سالمندان گیرنده خدمت از مراکز درمان و مراقبت در منزل طراحی و انجام شد.

روش کار: مطالعه حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی و به صورت مقطعی اجرا شد. جامعه پژوهش سالمندان دریافت کننده خدمات درمانی در منزل با میانگین سنی و انحراف معیار $81 \pm 2/5$ سال بودند (حجم نمونه ۲۷۸ نفر). ابزار جمع آوری داده ها چک لیست نظام مند پژوهشگر ساخته بود و اطلاعات مطالعه، از پرونده های پزشکی استخراج شد. داده ها در نرم افزار SPSS.19 و به کمک آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته ها:** در مطالعه حاضر ۵۹/۴٪ زن و ۴۵/۲٪ متاهل بودند. نتایج نشان داد که شایع ترین بیماری (بر اساس طبقه بندی ICD-10)، در بین سالمندان شرکت کننده، بیماری های ادراری-تناسلی (۲۲٪) و سیستم عصبی (۲۱٪) و نادرترین بیماریها مربوط به بیماری خونی-ایمنی (۱٪) و سپس عفونی-انگلی (۳٪) بود. بین برخی از بیماری ها با سن، جنسیت و وضعیت تاهل رابطه معنادار مشاهده شد.

نتیجه گیری: بر اساس یافته های مطالعه حاضر بیماری های ادراری-تناسلی و سیستم عصبی شایع ترین بیماری در بین سالمندان بودند. لذا در تدوین برنامه های ارتقاء سلامتی، درمانی و مراقبتی سالمندان توجه به بیماری های مذکور از اهمیت خاصی برخوردار است تا در حد امکان تدابیر لازم جهت پیشگیری و درمان سالمندان در موارد مرتبط با این بیماریها اتخاذ گردد.

واژگان کلیدی: سالمندان، بیماری های شایع سالمندان، درمان در منزل

فاروق نعمانی^۱، مراد اسماعیل زالی^۲، احمد فیاض بخش^{۳*}

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۲ استادیار گروه مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش، تهران، ایران

^۳ دانشیار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

* نشانی نویسنده مسئول:

دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

نشانی الکترونیک: Fayaz@tums.ac.ir

مقدمه

بهبود شرایط زندگی و افزایش طول عمر و امید به زندگی پدیده سالمندی را در جوامع به دنبال داشته و آن را به یکی از مهم‌ترین چالش‌های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی در قرن بیست و یکم تبدیل کرده است (۱). لازم به ذکر است که با افزایش سالمندان مسئله‌ی بهداشت، سلامت، تامین آسایش و رفاه آنان در جامعه هر روز ابعاد تازه و گسترده‌ای پیدا خواهد کرد و بنا به آمار بدون شک یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی آینده جوامع خواهد شد (۲). سالمندی بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت، در کشورهای پیشرفته عبور از مرز ۶۵ سالگی و در کشورهای در حال توسعه عبور از مرز ۶۰ سالگی است (۳). سالمندی فرآیندی طبیعی در زندگی انسان و حاصل فرسایش تدریجی ارگانهای حیاتی می‌باشد (۴).

در این دوره از زندگی، سالمندان در معرض تهدیداتی مانند ابتلا به بیماری‌های مزمن، تنهایی و انزوا و عدم برخورداری از حمایت اجتماعی قرار می‌گیرند و به دلیل ناتوانی‌های جسمی و ذهنی ایجاد شده در موارد زیادی استقلال عملکردی‌شان را از دست می‌دهند. با گذشت چندین دهه از عمر از قابلیت‌های فیزیولوژیک و کاربردی افراد کاسته شده و بر تعداد بیماری‌های مزمن افزوده می‌شود. بیشترین قابلیت‌هایی که تحت تأثیر افزایش سن قرار می‌گیرند عبارت‌اند از قدرت عضلانی، کارکرد ریوی، کارکرد عصبی، کارکرد قلبی-عروقی، ترکیب بدنی و توده استخوانی. با افزایش سن احتمال ابتلای سالمندان به بیماری‌های مزمن به‌طور معنی‌داری افزایش پیدا می‌کند (۵). مطالعات پیشین نشان می‌دهد که ۸۰٪ سالمندان حداقل به یک بیماری مزمن مبتلا بوده که آنها را بیش از سایرین در معرض خطر ناتوانی و مرگ قرار می‌دهد (۶). بیماری‌های دژنراتیو قلبی، سرطان‌ها، دیابت، بیماری‌های مزمن تنفسی، بیماری‌های عضلانی اسکلتی مزمن، اختلالات گوارشی و بیماری‌های عصبی-روانی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمنی هستند که سالمندان با آنها دست‌وپنجه نرم می‌کنند (۲). مطالعه بانیتین نشان می‌دهد حدود ۷۵٪ از افراد بالاتر از ۶۵ سال حداقل یک بیماری مزمن و حدود ۵۰٪ آنها حداقل به دو بیماری مزمن مبتلا هستند. اگرچه بیشتر این بیماری‌ها به‌طور مستقیم کشنده نیستند ولی می‌توانند کیفیت زندگی سالمندان و خانواده‌های آنها را به‌شدت مورد تهدید قرار دهند (۷). در سی سال اخیر جمعیت سالمندان ایران دو برابر افزایش یافته است و در حال حاضر جمعیت افراد ۶۰ سال به بالا ۷/۸٪ جمعیت کل کشور را تشکیل می‌دهند (۷). پیش‌بینی‌ها بیان می‌کنند که جمعیت سالمندان ایران در سال ۲۰۲۵ به

۱۱/۳٪ و در سال ۲۰۵۰ به ۳۱٪ کل جمعیت کشور برسد (۸). در ایران افزایش رشد تعداد سالمندان از یک‌سو و هزینه‌های مرتبط با امور درمانی آنان از سوی دیگر به عنوان چالشی پیش روی سیستم بهداشتی قرار گرفته است. بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهند که ۶۰٪ از هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی، ۳۵٪ از ترخیص‌های بیمارستانی و ۴۷٪ از روزهای بستری در بیمارستان به سالمندان اختصاص می‌یابد (۹).

با توجه به اینکه در کشور ما نیز با بروز تغییرات اجتماعی و دگرگونی‌های سنتی مانند هسته‌ای شدن خانواده‌ها، کوچک شدن منازل و غیره نیازمندی‌های مراقبتی از سالمندان نیز دستخوش تغییر گشته است (۱۰). لذا ارائه و به‌کارگیری راهکارهای مناسب برای کاهش بار بیماری‌های افراد سالمند در خانواده و توجه به رفاه و کیفیت زندگی ایشان، مد نظر سازمانهای مختلف بهداشتی و رفاهی قرار گرفته است.

حسینی و همکاران نشان دادند که ۱۵٪ از سالمندان حداقل در یکی از موارد انجام فعالیت‌های روزانه وابستگی داشتند. از میان مشکلات مزمن سالمندان سکته مغزی، سرطان و کاهش شنوایی بیشترین نقش را در ایجاد ناتوانی سالمندان داشتند. همچنین نتایج مطالعه نشان داد که شیوع بیماری‌های مزمن و ناتوانی در انجام فعالیت‌های روزانه زندگی در زنان بیشتر از مردان است (۷). پیمان و همکاران مطالعه‌ای را با هدف تعیین فراوانی بیماری‌های مزمن در سالمندان شهر ایلام طراحی و اجرا کردند. یافته‌های این مطالعه نشان داد که بیشترین فراوانی بیماری‌های افراد مورد مطالعه، بیماری‌های قلبی-عروقی، فشارخون و دیابت به ترتیب با شیوع ۵۳٪، ۳۶/۸٪ و ۱۷/۴٪ بود. همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که شیوع بیماری‌های مزمن در سالمندان مورد مطالعه با سن بالا، سواد و مدت‌زمان طولانی مشاهده تلویزیون مرتبط بود. بعلاوه شیوع بیماری‌های قلبی و فشارخون در مطالعه فوق بالاتر از سایر مطالعات کشوری بوده است (۱۱). اگرچه در ایران مشکلات مربوط به مراقبت و درمان سالمندان به دلیل ساختار جمعیت کنونی هنوز به‌طور حاد خود را نشان نداده است، لیکن در آینده نزدیک چالش‌های ذکرشده در یافته‌های مطالعات پیشین از یک‌سو و افزایش انتظارات افراد برای بهبود رفاه و کیفیت زندگی سالمندان از سوی دیگر؛ موضوعی است که به‌طورجدی سیستمهای بهداشتی کشور را با مسائل عدیده روبرو خواهد ساخت. لذا محققین با طراحی این مطالعه در نظر داشتند با توجه به کمبود اطلاعات پیرامون وضعیت سلامتی سالمندان و نوع بیماری سالمندان گیرنده خدمت از مراکز مراقبت در منزل در ایران، به بررسی وضعیت موجود در یکی

که فاقد صفت مورد مطالعه هستند. اگر میزان p و q مشخص نباشد از حداکثر مقدار آنها یعنی ۵/۰ استفاده می شود. آماره $Z=t$ است. در سطح خطای ۵٪ مقدار Z برابر ۹۶/۱ و Z_2 برابر ۸۴۱۶/۳ است. مقدار d نیز تفاضل نسبت واقعی صفت در جامعه با میزان تخمین پژوهشگر برای وجود آن صفت در جامعه است. دقت نمونه گیری به این عامل بستگی دارد و به منظور رعایت بیشترین دقت از حداکثر مقدار d یعنی ۰/۰۵ استفاده شد. در مطالعه حاضر با توجه به اینکه حجم جامعه پژوهش ۱۰۰۰ نفر بودند و با رعایت گزاره های فوق در فرمول کوکران، حجم نمونه پژوهش جهت مطالعه به منظور جمع آوری داده ها با سطح خطای ۵ درصد ۲۷۸ نفر تعیین گردید. جهت جمع آوری اطلاعات حجم نمونه، پرونده های پزشکی سالمندان دریافت کننده خدمت دارای معیار ورود به مطالعه به همراه اسامی و شماره تلفن، در اختیار پژوهشگران قرار گرفت. علاوه براین در استخراج داده ها از پرونده های پزشکی، چنانچه پژوهشگر با نقص اطلاعات پرونده پزشکی روبه رو می شد با توجه به اینکه مرکز دارای یک اپراتور مرکزی برای پذیرش از طریق تلفن می باشد که دسترسی کامل به شماره تماس بیماران را داشت، پژوهشگر با تماس مجدد با سالمندان به تکمیل داده ها پرداخت. بدین صورت علاوه بر پرونده های پزشکی موجود در مرکز پژوهشگران، برای تکمیل چک لیست، از طریق تماس تلفنی اطلاعات مورد نیاز از خود سالمند و یا مراقبین اصلی و خانوادگی وی یا پرستاری که حداقل در ۶ ماه گذشته به طور مداوم از سالمند مراقبت کرده بود، را در یک یا دو نوبت تماس پرسید. این امر پس از توضیح کامل شرایط پژوهش و کسب رضایت پاسخ دهندگان صورت پذیرفت. سپس داده های گردآوری شده در نرم افزار SPSS.19 وارد شده و به کمک آمار توصیفی (میانگین، فراوانی،...) و استنباطی (آزمون t تک نمونه، آزمون t دو نمونه مستقل، ضریب همبستگی پیرسون) مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد. معیارهای ورود به این پژوهش عبارت بود از: سن بالای ۶۰ سال و تمایل به مشارکت در پژوهش و معیارهای خروج: عدم تمایل به مشارکت در مطالعه و سالمندانی که خود یا مراقبین آنها نتوانند به هر دلیلی به تلفن پاسخ دهند.

یافته ها

از بین شرکت کنندگان در این مطالعه، ۱۶۵ نفر (۵۹/۴٪) زن و ۱۱۳ نفر (۴۰/۶٪) مرد بودند، میانگین سنی و انحراف معیار در بین آنان $81 \pm 2/5$ سال بود. از نظر وضعیت تأهل، ۸ نفر (۲/۹٪) مجرد، ۱۸۲ نفر (۶۵/۲٪) متأهل، ۸۳ نفر (۲۹/۹٪)

از مراکز اصلی ارائه خدمات مراقبت در منزل در شهر تهران بپردازند.

روش کار

مطالعه حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی و به صورت مقطعی اجرا شد. جامعه پژوهش شامل سالمندان دریافت کننده خدمات درمانی در منزل از مرکز درمان در منزل جهاد دانشگاهی علوم پزشکی تهران (دم) در ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۶ بودند. در این مطالعه محققین با استفاده از فرم جمع آوری اطلاعات به صورت نظام مند پژوهشگر ساخته، اطلاعات مربوط به متغیر های مطالعه را از پرونده های پزشکی موجود در مرکز دم استخراج کردند. در این مطالعه ابزار پژوهش یک چک لیست نظام مند پژوهشگر ساخته بود که بر اساس متغیرهای مطالعه طراحی گردید. این چک لیست شامل موارد زیر جهت استخراج داده ها از پرونده های پزشکی دریافت کنندگان خدمات درمان در منزل بود: شماره پرونده بیمار، سن، جنس، منطقه سکونت، وضعیت تاهل، تحصیلات، نوع پوشش بیمه ای، نوع بیماری (بر اساس طبقه بندی ICD-10، سابقه بیماری و نیاز به مراقبت دوره ای و متوالی). جامعه مورد بررسی این پژوهش تمام سالمندان بالای ۶۰ سالی بودند که در ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۶ برای دریافت خدمات با مرکز درمانی دم تماس گرفته بودند. با بررسی اطلاعات موجود در مرکز تعداد کل خدمت گیرندگان سالمند بالای ۶۰ سال ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۶ تعداد ۱۰۰۰ نفر سالمند بودند. به منظور مقرون به صرفه گی و صرفه جویی در زمان و هزینه، پژوهشگران به صورت تصادفی با استفاده از جدول اعداد تصادفی و اختصاص کد به پرونده دریافت کنندگان خدمات از جامعه پژوهش نمونه گیری کردند. بدین منظور با استفاده از فرمول کوکران و جدول مورگان حجم نمونه پژوهش تعیین گردید (تصویر ۱).

تمویر ۱: فرمول کوکران

$$n = \frac{z^2 pq}{d^2} \div \left[1 + \frac{1}{N} \left[\frac{z^2 pq}{d^2} - 1 \right] \right]$$

در فرمول کوکران N حجم جامعه است و آماره p درصد توزیع صفت در جامعه یعنی نسبت افرادی است که دارای صفت مورد مطالعه هستند. همچنین آماره q نیز درصد افرادی است

فوت شده و ۵ نفر (۲٪) جدا شده بودند. از نظر تحصیلات، ۵۸ نفر (۲۱٪) بی سواد، ۱۸۱ نفر (۶۵٪) غیردانشگاهی و ۳۹ نفر (۱۴٪) دانشگاهی بودند. به عبارتی می‌توان گفت که در بین ۲۷۸ نفر سالمند گیرنده خدمت از مرکز درمان در منزل دم، زنان با ۵۹/۴٪، متأهلین با ۶۵/۲٪، رده سنی ۸۰-۸۹ سال با ۴۱/۹٪ و غیردانشگاهیان با ۶۵٪ بیشترین تعداد را به خود اختصاص داده‌اند (جدول ۱).

بیشترین نوع بیماری در سالمندان شرکت کننده در مطالعه، مربوط به گروه بیماری های ادراری تناسلی (۲۲٪) و سیستم عصبی (۲۱٪) بود و کمترین آن‌ها مربوط به بیماری خونی و ایمنی (۱٪) و سپس عفونی و انگلی (۳٪) می‌باشد (جدول ۲).

براساس توزیع وضعیت بیماری‌های شایع در بین سالمندان شرکت کننده در مطالعه به تفکیک ویژگی‌های دموگرافیک، در بین افراد مبتلا به بیماری‌های گروه غدد و تغذیه: زنان، افراد متاهل، بی سواد و گروه سنی ۸۰-۸۹ بیشترین فراوانی را داشتند در بین افراد مبتلا به بیماری های گروه خونی و ایمنی: مردان، افراد متاهل، افراد با سواد غیردانشگاهی و گروه سنی ۷۰-۷۹ بیشترین فراوانی را داشتند. همچنین در بین افراد مبتلا به بیماری های قلبی-عروقی و تنفسی: مردان، افراد متاهل، افراد با سواد غیردانشگاهی و گروه سنی ۸۰-۸۹ بیشترین فراوانی را داشتند. در بین افراد مبتلا به بیماری های گروه عفونی و انگلی: زنان، افراد متاهل، افراد با سواد غیردانشگاهی و گروه سنی ۷۰-۷۹ و ۸۰-۸۹ (به طور

مساوی) بیشترین فراوانی را داشتند. اما در بین افراد مبتلا به بیماری های گروه اختلالات روانی، سرطان ها، سیستم عصبی، گوارشی و ادراری-تناسلی: زنان، افراد متاهل، افراد با سواد غیردانشگاهی و گروه سنی ۸۰-۸۹ بیشترین فراوانی را داشتند (جدول ۳).

در بررسی ارتباط نوع بیماری های سالمندان با اطلاعات دموگرافیک مشخص شد که بین بیماری های گروه غدد و تغذیه، خونی و ایمنی، تنفسی و اختلالات روانی با سن رابطه معناداری مشاهده شد. همچنین بین بیماری های گروه قلبی-عروقی با سن و وضعیت تاهل رابطه معنادار مشاهده شد ($p < 0.05$). (جدول ۴) بین نوع بیماریها با سایر اطلاعات دموگرافیک سالمندان شرکت کننده در مطالعه ارتباط آماری معناداری مشاهده نشد ($p > 0.05$) (جدول ۴ و ۵)

همچنین بین گروه سرطان ها با سن و جنسیت و بین بیماری های گروه ادراری تناسلی با سن و وضعیت تاهل رابطه معنادار مشاهده شد ($p < 0.05$). (جدول ۵)

با توجه به نتایج بدست آمده مشاهده می‌شود که بیماری‌های ادراری تناسلی و سرطان با سن ارتباط معناداری دارند و فرض برقراری ارتباط بین سایر انواع بیماری سالمندان گیرنده خدمات درمان در منزل با سن رد می‌شود. همچنین بیماری‌های غدد و تغذیه، قلبی عروقی، اختلالات روانی، تنفسی، سرطان و خونی و ایمنی با جنسیت ارتباط معناداری دارند و فرض برقراری ارتباط بین سایر انواع بیماری سالمندان گیرنده

جدول ۱. توزیع جنسیتی، وضعیت تاهل، توزیع سنی و تحصیلات سالمندان دریافت کننده خدمات

درصد	تعداد	گویه	
۵۹/۴	۱۶۵	زن	جنسیت
۴۰/۶	۱۱۳	مرد	
۱۰۰/۰	۲۷۸	جمع	
۲/۹	۸	مجرد	
۶۵/۲	۱۸۲	متاهل	وضعیت تاهل
۲۹/۹	۸۳	فوت شده	
۲/۰	۵	جدا شده	
۱۰۰/۰	۲۷۸	جمع	
۲۱/۰	۵۸	بی سواد	تحصیلات
۶۵/۰	۱۸۱	غیر دانشگاهی	
۱۴/۰	۳۹	دانشگاهی	
۱۰۰/۰	۲۷۸	جمع	
	۸۱±۲/۵ سال		میانگین سنی و انحراف معیار

جدول ۲. فراوانی نوع بیماری/بیماری های فعلی سالمندان گیرنده خدمت از مرکز درمان دم در منزل

نوع بیماری	فراوانی	درصد
غدد و تغذیه	۱۷	۶/۰
خونی و ایمنی	۳	۱/۰
قلبی عروقی	۳۹	۱۴/۰
اختلالات روانی	۱۹	۷/۰
تنفسی	۲۲	۸/۰
ادراری تناسلی	۶۱	۲۲/۰
عفونی و انگلی	۸	۳/۰
سرطان	۲۵	۹/۰
سیستم عصبی	۵۹	۲۱/۰
گوارشی	۲۵	۹/۰
کل	۲۷۸	۱۰۰/۰

خدمات درمان در منزل با جنسیت رد می شود بیماری های ادراری تناسلی و قلبی عروقی با وضعیت تأهل ارتباط معناداری دارند و فرض برقراری ارتباط بین سایر انواع بیماری سالمندان گیرنده خدمات درمان در منزل با وضعیت تأهل رد می شود. علاوه بر این مشاهده می شود که هیچکدام از بیماری ها با تحصیلات ارتباط معناداری ندارند و فرض برقراری ارتباط بین نوع بیماری سالمندان گیرنده خدمات درمان در منزل با تحصیلات رد می شود.

بحث

هرچند سالمندی معادل با بیماری نیست، اما بخش عمده سالمندان، مبتلا به بیماری هایی هستند که نیازمند توجهات ویژه برای پیشگیری، درمان و بازتوانی می باشند. گزارش سازمان بهداشت جهانی در کشور های منطقه ی مدیترانه شرقی درباره

جدول ۳. توزیع فراوانی بیماری ها در سالمندان شرکت کننده در مطالعه براساس اطلاعات دموگرافیک

نوع بیماری براساس طبقه بندی ICD10										گویه	تجزیه
ادراری تناسلی	گوارشی	سیستم عصبی	سرطان	عفونی و انگلی	اختلالات روانی	تنفسی	قلبی-عروقی	خونی و ایمنی	غدد و تغذیه		
فراوانی(%)	فراوانی(%)	فراوانی(%)	فراوانی(%)	فراوانی(%)	فراوانی(%)	فراوانی(%)	فراوانی(%)	فراوانی(%)	فراوانی(%)		
۸ (۱۳٪)	۴ (۱۶٪)	۶ (۱۰٪)	۵ (۲۰٪)	۱ (۱۲٪)	۲ (۱۰٪)	۴ (۱۸٪)	۳ (۸٪)	۰ (۰٪)	۲ (۱۲٪)	۶۰-۶۹	سن
۱۶ (۲۶٪)	۶ (۲۴٪)	۲۰ (۳۳٪)	۸ (۳۲٪)	۳ (۳۸٪)	۶ (۳۲٪)	۷ (۳۲٪)	۱۲ (۳۰٪)	۲ (۶۷٪)	۵ (۲۹٪)	۷۰-۷۹	
۲۵ (۴۱٪)	۱۱ (۴۴٪)	۲۵ (۴۳٪)	۹ (۳۶٪)	۳ (۳۸٪)	۹ (۴۸٪)	۸ (۳۷٪)	۱۸ (۴۶٪)	۱ (۳۳٪)	۷ (۴۱٪)	۸۰-۸۹	
۱۲ (۲۰٪)	۴ (۱۶٪)	۸ (۱۴٪)	۳ (۱۲٪)	۱ (۱۲٪)	۲ (۱۰٪)	۳ (۱۳٪)	۶ (۱۶٪)	۰ (۰٪)	۳ (۱۸٪)	۹۰-۹۹	
۶۱ (۲۲٪)	۲۵ (۹٪)	۵۹ (۲۱٪)	۲۵ (۹٪)	۸ (۳٪)	۱۹ (۷٪)	۲۲ (۸٪)	۳۹ (۱۴٪)	۳ (۱٪)	۱۷ (۶٪)	جمع	
۲۲ (۳۶٪)	۱۲ (۴۸٪)	۲۵ (۴۳٪)	۵ (۲۰٪)	۳ (۳۸٪)	۵ (۲۶٪)	۱۲ (۵۵٪)	۲۲ (۵۶٪)	۲ (۶۷٪)	۵ (۳۰٪)	مرد	جنسیت
۳۹ (۶۴٪)	۱۳ (۵۲٪)	۳۴ (۵۷٪)	۲۰ (۸۰٪)	۵ (۶۲٪)	۱۴ (۷۴٪)	۱۰ (۴۵٪)	۱۷ (۴۴٪)	۱ (۳۳٪)	۱۲ (۷۰٪)	زن	
۶۱ (۲۲٪)	۲۵ (۹٪)	۵۹ (۲۱٪)	۲۵ (۹٪)	۸ (۳٪)	۱۹ (۷٪)	۲۲ (۸٪)	۳۹ (۱۴٪)	۳ (۱٪)	۱۷ (۶٪)	جمع	
۲ (۴٪)	۱ (۴٪)	۱ (۲٪)	۲ (۸٪)	۱ (۱۲/۵٪)	۱ (۵٪)	۱ (۵٪)	۱ (۲٪)	۰ (۰٪)	۱ (۶٪)	مجرد	تاهل
۳۵ (۵۶٪)	۱۷ (۶۸٪)	۴۰ (۶۷٪)	۱۶ (۶۴٪)	۵ (۶۲/۵٪)	۱۲ (۶۳٪)	۱۵ (۶۷٪)	۲۷ (۷۰٪)	۲ (۶۷٪)	۱۰ (۵۹٪)	متاهل	
۲۳ (۳۸٪)	۶ (۲۴٪)	۱۷ (۲۹٪)	۶ (۲۴٪)	۲ (۲۵٪)	۵ (۲۷٪)	۵ (۲۳٪)	۹ (۲۳٪)	۱ (۳۳٪)	۶ (۳۵٪)	فوت شده	
۱ (۲٪)	۱ (۴٪)	۱ (۲٪)	۱ (۴٪)	۰ (۰٪)	۱ (۵٪)	۱ (۵٪)	۲ (۵٪)	۰ (۰٪)	۰ (۰٪)	جدا شده	
۶۱ (۲۲٪)	۲۵ (۹٪)	۵۹ (۲۱٪)	۲۵ (۹٪)	۸ (۳٪)	۱۹ (۷٪)	۲۲ (۸٪)	۳۹ (۱۴٪)	۳ (۱٪)	۱۷ (۶٪)	جمع	
۱۳ (۲۱٪)	۶ (۲۴٪)	۱۰ (۱۷٪)	۷ (۲۸٪)	۲ (۲۵٪)	۴ (۲۱٪)	۶ (۲۷٪)	۶ (۱۵٪)	۰ (۰٪)	۸ (۴۷٪)	بی سواد	تألیف
۴۱ (۶۷٪)	۱۷ (۶۸٪)	۳۹ (۶۶٪)	۱۵ (۶۰٪)	۴ (۵۰٪)	۱۳ (۶۸٪)	۱۲ (۵۵٪)	۲۷ (۷۰٪)	۲ (۶۷٪)	۵ (۲۹٪)	غیردانشگاهی	
۷ (۱۲٪)	۲ (۸٪)	۱۰ (۱۷٪)	۳ (۱۲٪)	۲ (۲۵٪)	۲ (۱۱٪)	۴ (۱۸٪)	۶ (۱۵٪)	۱ (۳۳٪)	۴ (۲۴٪)	دانشگاهی	
۶۱ (۲۲٪)	۲۵ (۹٪)	۵۹ (۲۱٪)	۲۵ (۹٪)	۸ (۳٪)	۱۹ (۷٪)	۲۲ (۸٪)	۳۹ (۱۴٪)	۳ (۱٪)	۱۷ (۶٪)	جمع	

جدول ۴. ارتباط نوع بیماری های سالمندان با اطلاعات دموگرافیک

نوع بیماری براساس طبقه بندی ICD10									گویه	تجزیه
p-value	اختلالات روانی	p-value	تنفسی	p-value	قلبی-عروقی	p-value	خونی و ایمنی	p-value		
	فراوانی (%)		فراوانی (%)		فراوانی (%)		فراوانی (%)		فراوانی (%)	
۰/۳۰۰	۲ (۱۰)	۰/۲۲۴	۴ (۱۸)	۰/۰۷۰	۳ (۸)	۰/۹۹۰	۰ (۰)	۰/۸۲۹	۲ (۱۲)	۶۰-۶۹
	۶ (۳۲)		۷ (۳۲)		۱۲ (۳۰)		۲ (۶۷)		۵ (۲۹)	۷۰-۷۹
	۹ (۴۸)		۸ (۳۷)		۱۸ (۴۶)		۱ (۳۳)		۷ (۴۱)	۸۰-۸۹
	۲ (۱۰)		۳ (۱۳)		۶ (۱۶)		۰ (۰)		۳ (۱۸)	۹۰-۹۹
<۰/۰۰۱	۱۹ (۷)	<۰/۰۰۱	۲۲ (۸)	<۰/۰۰۱	۳۹ (۱۴)	۰/۰۲۰	۳ (۱)	۰/۰۲۰	۱۷ (۶)	جمع
	۵ (۲۶)		۱۲ (۵۵)		۲۲ (۵۶)		۲ (۶۷)		۵ (۳۰)	مرد
	۱۴ (۷۴)		۱۰ (۴۵)		۱۷ (۴۴)		۱ (۳۳)		۱۲ (۷۰)	زن
	۱۹ (۷)		۲۲ (۸)		۳۹ (۱۴)		۳ (۱)		۱۷ (۶)	جمع
۰/۳۷۷	۱ (۵)	۰/۴۷۰	۱ (۵)	۰/۰۰۷	۱ (۲)	۰/۷۶۲	۰ (۰)	۰/۲۹۳	۱ (۶)	مجرد
	۱۲ (۶۳)		۱۵ (۶۷)		۲۷ (۷۰)		۲ (۶۷)		۱۰ (۵۹)	متاهل
	۵ (۲۷)		۵ (۲۳)		۹ (۲۳)		۱ (۳۳)		۶ (۳۵)	فوت شده
	۱ (۵)		۱ (۵)		۲ (۵)		۰ (۰)		۰ (۰)	جدا شده
۰/۸۵۰	۱۹ (۷)	۰/۰۵۳	۲۲ (۸)	۰/۱۵۶	۳۹ (۱۴)	۰/۳۷۶	۳ (۱)	۰/۹۶۶	۱۷ (۶)	جمع
	۴ (۲۱)		۶ (۲۷)		۶ (۱۵)		۰ (۰)		۸ (۴۷)	بی سواد
	۱۳ (۶۸)		۱۲ (۵۵)		۲۷ (۷۰)		۲ (۶۷)		۵ (۲۹)	غیردانشگاهی
	۲ (۱۱)		۴ (۱۸)		۶ (۱۵)		۱ (۳۳)		۴ (۲۴)	دانشگاهی
	۱۹ (۷)		۲۲ (۸)		۳۹ (۱۴)		۳ (۱)		۱۷ (۶)	جمع

اما در مطالعه Yoshida و همکاران (۱۳) و Schumacher (۱۴) مشابه مطالعه حاضر میزان شیوع در بین زنان بیش از مردان بود.

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، بیماری‌های دستگاه عصبی (بینایی و شنوایی) و همچنین قلب و عروق به ترتیب با ۲۱٪ و ۱۴٪ رده دوم و سوم شایع‌ترین بیماری‌ها سالمندان گیرنده خدمات درمانی و مراقبتی در منزل را داشتند. در مطالعه ی عزیزی و همکاران (۱۵)، شایع‌ترین شکایت ذکر شده در سالمندان، مشکلات قلبی عروقی بوده است. همچنین در مطالعه دلپیشه و همکاران (۱۶) نیز شایع‌ترین بیماری بین سالمندان استان ایلام، بیماری‌های قلبی عروقی بود؛ که این نتایج با بسیاری از مطالعات دیگر نیز همخوانی دارند. (۷ و ۲۴-۱۷) با توجه به اینکه بیماری‌های قلبی عروقی شایع‌ترین علت مرگ در کشورمان می باشند، افزایش آگاهی عمومی در زمینه عوامل خطر این بیماری‌ها و اصلاح آنها می‌تواند در

وضعیت سلامت نشان می‌دهد که در افراد سالمند، شایع‌ترین اختلالات شامل فشار خون بالا، بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت، کاهش بینایی و شنوایی و انواع متفاوتی از بیماری‌های جسمی و روانی است (۱۲). نتایج مطالعه حاضر که با هدف بررسی خدمات مورد نیاز و بیماری‌های شایع سالمندان گیرنده خدمات درمانی و مراقبتی در منزل در سال ۱۳۹۶ انجام یافت، نشان دادند که شایع‌ترین بیماری (بر اساس طبقه بندی ICD-10)، در بین سالمندان گیرنده خدمات درمانی و مراقبتی در منزل، بیماری‌های ادراری تناسلی (۲۲٪) می‌باشد؛ در مطالعه حسینی و همکاران (۷) نیز بیماری‌های ادراری تناسلی جزو بیماری‌های شایع در بین سالمندان گزارش گردیده است. در مطالعه حاضر بیماری‌های ادراری تناسلی با سن و وضعیت تاهل ارتباط معنادار داشت. همچنین میزان شیوع آن نیز در بین زنان بیشتر از مردان بود. در مطالعه حسینی و همکاران (۷) میزان شیوع در بین مردان و زنان برابر،

جدول ۵. ارتباط نوع بیماری های سالمندان با اطلاعات دموگرافیک

نوع بیماری براساس طبقه بندی ICD۱۰										گویه	بیماری
p-value	اداری تناسلی فراوانی(%)	p-value	گوارشی فراوانی(%)	p-value	سیستم عصبی فراوانی(%)	p-value	سرطان فراوانی(%)	p-value	عقونی و انگلی فراوانی(%)		
۰/۰۱۰	۸ (۱۳٪)	۰/۶۰۶	۴ (۱۶٪)	۰/۱۴۷	۶ (۱۰٪)	۰/۰۲۰	۵ (۲۰٪)	۰/۵۰۰	۱ (۱۲٪)	۶۰-۶۹	سن
	۱۶ (۲۶٪)		۶ (۲۴٪)		۲۰ (۳۳٪)		۸ (۳۲٪)		۳ (۳۸٪)	۷۰-۷۹	
	۲۵ (۴۱٪)		۱۱ (۴۴٪)		۲۵ (۴۳٪)		۹ (۳۶٪)		۳ (۳۸٪)	۸۰-۸۹	
	۱۲ (۲۰٪)		۴ (۱۶٪)		۸ (۱۴٪)		۳ (۱۲٪)		۱ (۱۲٪)	۹۰-۹۹	
	۶۱ (۲۲٪)		۲۵ (۹٪)		۵۹ (۲۱٪)		۲۵ (۹٪)		۸ (۳٪)	جمع	جنسیت
۰/۰۸۰	۲۲ (۳۶٪)	۰/۰۹۰	۱۲ (۴۸٪)	۰/۲۱۲	۲۵ (۴۳٪)	<۰/۰۰۱	۵ (۲۰٪)	۰/۳۱۸	۳ (۳۸٪)	مرد	
	۳۹ (۶۴٪)		۱۳ (۵۲٪)		۳۴ (۵۷٪)		۲۰ (۸۰٪)		۵ (۶۲٪)	زن	
	۶۱ (۲۲٪)		۲۵ (۹٪)		۵۹ (۲۱٪)		۲۵ (۹٪)		۸ (۳٪)	جمع	
	۲ (۴٪)		۱ (۴٪)		۱ (۲٪)		۲ (۸٪)		۱ (۱۲/۵٪)	مجرد	وضعیت تاهل
	۳۵ (۵۶٪)	۰/۶۰۶	۱۷ (۶۸٪)	۰/۴۲۹	۴۰ (۶۷٪)	۰/۳۲۴	۱۶ (۶۴٪)	۰/۷۲۰	۵ (۶۲/۵٪)	متاهل	
۰/۰۰۲	۲۳ (۳۸٪)		۶ (۲۴٪)		۱۷ (۲۹٪)		۶ (۲۴٪)		۲ (۲۵٪)	فوت شده	
	۱ (۲٪)		۱ (۴٪)		۱ (۲٪)		۱ (۴٪)		۰ (۰٪)	جدا شده	
	۶۱ (۲۲٪)		۲۵ (۹٪)		۵۹ (۲۱٪)		۲۵ (۹٪)		۸ (۳٪)	جمع	
	۱۳ (۲۱٪)	۰/۴۴۰	۶ (۲۴٪)	۰/۱۰۰	۱۰ (۱۷٪)	۰/۰۸۳	۷ (۲۸٪)	۰/۱۸۰	۲ (۲۵٪)	بی سواد	تحصیلات
۰/۱۰۰	۴۱ (۶۷٪)		۱۷ (۶۸٪)		۳۹ (۶۶٪)		۱۵ (۶۰٪)		۴ (۵۰٪)	غیردانشگاهی	
	۷ (۱۲٪)		۲ (۸٪)		۱۰ (۱۷٪)		۳ (۱۲٪)		۲ (۲۵٪)	دانشگاهی	
	۶۱ (۲۲٪)		۲۵ (۹٪)		۵۹ (۲۱٪)		۲۵ (۹٪)		۸ (۳٪)	جمع	

سرطان ها و بیماری های دستگاه گوارشی با شیوع ۹٪ به عنوان چهارمین بیماری شایع در بین سالمندان مورد مطالعه شناسایی شد. در مطالعه ای که در گیلان انجام شده بود بیماری های گوارشی جزو بیماری های شایع در بین سالمندان بود و در زنان شایعتر بود (۲۷) که با مطالعه حاضر همخوانی دارد. در مطالعه حسینی و همکاران (۷)، سیام و همکاران (۲۷) و توتونچی (۲) نیز بیماری های گوارشی به عنوان بیماری شایع در بین سالمندان گزارش شده و در این مطالعات بر خلاف مطالعه حاضر، شیوع بیماری های گوارشی در بین زنان بیشتر از مردان بود. در مطالعه حسینی و همکاران (۷)، میزان شیوع سرطان در بین سالمندان زن بیشتر از مردان بود که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. همچنین در مطالعه حاضر بیماری های دستگاه تنفسی با شیوع ۸ درصد به عنوان پنجمین بیماری در بین سالمندان مورد مطالعه شناسایی شد. در مطالعه دلپیشه و همکاران (۱۶)

کاهش این بیماری ها در دوران سالمندی نقش مهمی داشته باشد. همچنین نتایج بررسی وضعیت سلامت سالمندان در استان مرکزی (۲۵) و بررسی وضعیت سلامت ساکنان سرای سالمندان در سبزوار (۲۶) نشان داد که اختلالات دستگاه عصبی (عدم تعادل، مشکلات بینایی، مشکلات شنوایی) جزو شایعترین شکایات سالمندان بوده است، که با یافته های مطالعه حاضر نیز خوانی دارند. جایگاه دوم شیوع بیماری های دستگاه عصبی در سالمندان می تواند بیانگر تغییر الگوی بیماری های سالمندان و جایگزینی اختلالات روان شناختی که از مشکلات شایع دوران سالمندی است با بیماری های شایعتری از قبیل قلب و عروقی باشد. بنابراین لازم است، با توجه به شیوع بالای بیماری های دستگاه عصبی سالمندان، برنامه های جامعتری به منظور بهبود وضعیت بیماری های دستگاه عصبی قبل از دوران سالمندی صورت پذیرد تا بار این قبیل بیماری ها در دوران سالمندی کاهش یابد.

نیز که به بررسی وضعیت نیازهای بهداشتی سالمندان استان ایلام پرداخته است، مشکلات تنفسی جزو پنج بیماری شایع در بین سالمندان مذکور بوده است. در مطالعه سیام و همکاران (۲۷) در گیلان و مطالعه حسینی و همکاران (۷) در امیرکلا بیماری‌های ریوی از بیماری‌های شایع بین سالمندان بود و مشابه مطالعه حاضر در مردان شایع‌تر بود.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان دادند که اختلالات روانی با شیوع ۷ درصدی به عنوان ششمین بیماری شایع در بین سالمندان مورد مطالعه شناسایی شد؛ در مطالعات ملک افضلی و همکاران (۲۱)، مفتون و همکاران (۱۳) و اکبری کامرانی (۲۳) اختلالات روانپزشکی در رتبه‌ی سوم شیوع بوده است در مطالعه نجاتی و همکاران در قم (۲۸)، جغتایی و همکاران (۲۹) در کاشان و عبدالله زاده و همکاران (۳۰) در خراسان جنوبی و گلمه‌ی و همکاران (۲۶) در سبزوار، حسینی و همکاران (۷) در امیرکلا و چند مطالعه دیگر (۳۱ و ۳۲) اختلالاتی مانند افسردگی، اضطراب، احساس غمگینی، بی‌حوصله‌گی و استرس به عنوان اختلالات روانی شایع در بین سالمندان گزارش شده‌اند. همچنین در مطالعه حاضر میزان شیوع اختلالات روانی در بین زنان بیشتر از مردان بود که در مطالعه عبدالله زاده و همکاران (۳۰) و بررسی‌ای که توسط وزارت بهداشت و درمان (۳۳) انجام گرفت نیز میزان شیوع افسردگی به عنوان یکی از اختلالات روانی در بین زنان بیشتر از مردان بود. این نتایج و نتایج مطالعات دیگر (۳۴-۳۶) نیز با یافته‌های مطالعه‌ی حاضر هم خوانی دارند. بیماری‌های مربوط به غدد و تغذیه در مطالعه حاضر با شیوع ۶ درصدی به عنوان هفتمین بیماری شایع در بین سالمندان شرکت کننده در مطالعه شناسایی شد. بیماری‌های خونی و دستگاه ایمنی بدن و بیماری‌های عفونی و انگلی به ترتیب با شیوع ۱٪ و ۳٪ به عنوان بیماری‌های دارای کمترین شیوع در بین سالمندان مورد مطالعه بودند.

براساس نتایج مطالعه حاضر؛ زنان با ۵۹/۴٪، متأهلین با ۶۵/۲٪، رده سنی ۸۰-۸۹ سال با ۴۱/۹٪ و افراد غیردانشگاهی با ۶۵/۰٪ بیشترین فراوانی را در بین سالمندان گیرنده خدمات درمانی و مراقبتی در منزل به خود اختصاص داده بودند. بر اساس این نتایج می‌توان گفت زنان سالمند بیش از مردان سالمند برای دریافت خدمات درمانی مراجعه کرده‌اند و بیماری‌های گروه غدد و تغذیه، بیماری‌های قلبی عروقی، اختلالات روانی، بیماری‌های تنفسی، سرطانها و بیماری‌های گروه خونی و ایمنی با جنسیت ارتباط معناداری داشتند. این بیانگر این است که احتمالاً زنان بیش از مردان سالمند نسبت

به وضعیت سلامت خویش حساس و کمتر احساس سالم بودن می‌نمایند. از این رو بیشتر برای دریافت خدمات درمانی و مراقبتی به پزشک و مراکز درمانی مراجعه می‌نمایند. که این یافته با نتایج مطالعات دیگر نیز همخوانی دارد (۱۱ و ۱۳ و ۳۷-۳۹) و نشان می‌دهد که زنان به طور کلی حساس سلامتی و کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به مردان دارند و تقاضای بیشتری برای دریافت خدمات درمانی دارند. سالمندان متأهل بیش از سالمندان مطلقه و مجرد از به مرکز درمانی در منزل مراجعه داشته‌اند. به نظر میرسد تاهل در دوران سالمندی میتواند موجب توجه و حساسیت بیشتر سالمند به وضعیت سلامت باشد. به طور معمول با افزایش سن احتمال ابتلا به یک یا چند بیماری مزمن افزایش می‌یابد بطوریکه اغلب افراد مسن بالای ۶۰ سال حداقل به یک بیماری مزمن مبتلا می‌باشند. (۴۰) در مطالعه حاضر نیز بیماری‌های ادراری تناسلی و سرطان با گروه‌های سنی ارتباط معناداری داشتند و این دو بیماری در گروه سنی مربوط به ۸۰-۸۹ بیشترین شیوع را داشت. شواهد نشان می‌دهند که به تناسب افزایش بیماری‌های مزمن در بین سالمندان، نیاز به خدمات بهداشتی درمانی نیز در آنان افزایش می‌یابد (۴۱). لذا جهت مدیریت بهتر خدمات مورد نیاز سالمندان و کنترل هزینه‌های ناشی از آن، کنترل بیماری‌ها در بین سالمندان و فراهم کردن امکاناتی به منظور داشتن سالمندانی سالم در جامعه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

نتیجه‌گیری

جهت دستیابی به سلامت سالمندان و پیش‌گیری از بروز و ابتلای آن‌ها به بیماری‌های مزمن و کاهش شیوع بیماری‌های ویژه در آن‌ها، اولین گام شناسایی وضعیت سلامت آنان است تا بر این اساس، نیازهای بهداشتی و درمانی آن‌ها مشخص شود. با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر و بالا بودن درصد فراوانی بیماری‌هایی چون بیماری‌های ادراری تناسلی، بیماری‌های دستگاه عصبی و بیماری‌های قلب و عروق تدبیرات و اقدامات ضروری در جهت کنترل این بیماری‌های در دوران قبل از سالمندی مورد توجه قرار گیرد. یافته‌های مطالعه حاضر می‌تواند بیانگر درگیری مداوم سالمندان با بیماری و بیمارستان، هزینه‌های ناشی از بیماری‌ها، از کار افتادگی‌ها و در نهایت کاهش کیفیت زندگی سالمندان باشد که لازم است اقداماتی به منظور مدیریت این موارد صورت پذیرد. همچنین با توجه به افزایش روزافزون جمعیت سالمندان، ضرورت تشکیل مراکز دولتی جهت ارائه خدمات درمانی در منزل با تعرفه‌های مشخص

بیماری‌ها در سالمندان و تأثیرات منفی آن بر نظام سلامت و جامعه صورت پذیرد. البته لازم به ذکر است که توجه و مشکل گشایی بحران‌های ناشی از افزایش سالمندان در جامعه، با محوریت نظام سلامت و در ارتباط نزدیک با سایر بخش‌ها و سازمان‌های ذی ربط مقدور خواهد بود.

و حمایت‌های بیمه‌ای می‌تواند تا حدود زیادی از مشکلات ناشی از ارائه خدمات درمانی ویژه سالمندان بکاهد. لذا به منظور پیشگیری از بیماری‌ها، ایجاد الگوهای مناسب درمانی و مراقبتی برای سالمندان، انجام اقدامات پیگیری و توانبخشی موثر و کارآمد برای سالمندان به منظور پیشگیری از سونامی

منابع

1. Mirzaie M, Darabi S. Population Aging in Iran and Rising Health Care Costs. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2017; 12 (2):156-169
2. Tootoonchi P. Chronic diseases and senile changes in the elderly population, Tehran, Iran. *Payesh, J Iran Inst Health Sci Res* 2004; 3(3): 219-25.
3. WHO. aging 2010. Available from: www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html. Nov, 22, 2010.
4. Alipour F, Sajadi H, Foruzan A, Biglarian A, Jalilian A. Elderly Quality of Life in Tehran's District Two. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2008; 3 (3 and 4): 75-83
5. Prakash R, Choudhary S, Singh US. A study of morbidity pattern among geriatric population in an urban area of Udaipur, Rajasthan. *Indian J Community Med*. 2004;29(1):35-40.
6. Woo E-k, Han C, Jo SA, Park MK, Kim S, Kim E, et al. Morbidity and related factors among elderly people in South Korea: results from the Ansan Geriatric (AGE) cohort study. *BMC Public Health*. 2007;7(1):10.
7. Hosseini S R, Moslehi A, Hamidian S M, Taghian S A. The Relation Between Chronic Diseases and Disability in Elderly of Amirkola. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2014; 9 (2):80-87
8. UN.Secretariat. World population prospects: the 2006 revision. PLACE: the Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the UN Secretariat [<http://earthtrends.wri.org/text/population-health/variable-379.html>]. 2007.
9. Habibi A, Savadpoor M T, Molaei B, Samshiri M, Ghorbani M. Survey of Physical Functioning and Prevalence of Chronic Illnesses Among the Elderly People. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2009; 4 (3)
10. mohammadi F, dabbaghi F, Nikraves M. Facilitator and Barriers Factors in Family Caregiving Process of Iranian Frail Elderly: Qualitative study. *IJN*. 2008; 21 (55): 55-65
11. Peiman H, Yaghoubi M, Seyed Mohammadi A, Delpishe A. Prevalence of Chronic Diseases in the Elderly in Ilam. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2012; 6 (4): 7-13
12. Sharif-zade GH-R, Moodi M. Assessment Health Statuse Aging under Imam Khomeini Relief Committee. *Salmand Iran J Ageing*. 2010; 5(17): 208.
13. Yoshida D, Ninomiya T, Doi Y, Hata J, Fukuhara M, Ikeda F, Mukai N, Kiyohara Y. Prevalence and causes of functional disability in an elderly general population of Japanese: the Hisayama study. *Journal of epidemiology*. 2012 May 5;22(3):222-9.
14. Schumacher S. Epidemiology and etiology of urinary incontinence in the elderly. *Der Urologe. Ausg. A*. 2007 Apr;46(4):357-8.
15. Azizi F, Emami H, Salehi P, FGHanbarian A, Mirmiran P. Risk factors for coronary Heart Disease in the elderly people in Tehran. *Lipid Metab*. 2004; 5: 3-14
16. Delpisheh A, Kohi Ardebili S, BaBanejad M, Mansorian M, Ghorbani M, Rezapour A et al. Survey of Health Status and Health Needs of the Elderly in Ilam Province. *TB*. 2016; 14 (5): 1-14.
17. Almirall J, Vaqueiro M, Anton E, et al. Prevalence of chronic kidney disease in community-dwelling elderly and associated cardiovascular risk factors. *Nefrologia* 2005; 25(6): 655-62.
18. Issa MM, Fenter TC, Black L, Grogg AL, Kruep EJ. An assessment of the diagnosed prevalence of diseases in men 50 years of age or older. *Am J Manag Care* 2006; 12(4): 83-9.
19. Faught E. Epidemiology and drug treatment of epilepsy in elderly people. *Drugs Aging* 1999; 15(4): 255-69.
20. Darvishpoor Kakhki A, Abed Saeedi J, Delavar A. Diseases Of Old People Referring To Elderly Centers Of Tehran . *payavard*. 2014; 7 (6):479-489
21. Malek Afzali H, Baradarn Eftekhari M, Hejazi F, Khojasteh T, Tabrizi R & Faridi T. Health promotion in elderly people in Ekbatan of Tehran. *Journal of Hakim Research* 2006 Dec; 9(4): 1-6[Article in Persian].
22. Mafton F, Niekpoor B, Majlesi F, Rahimi Froshani A & Shariatie B. Threaputic needs of elderly people in Tehran. *Payesh Quarterly* 2002 Jun; 1(2): 51-5[Article in Persian].
23. Akbari Kamrani AA. Frequency of problems and rehabilitation needs in elderly 150 people refers to reahbilitation center of elderly people. *Rehabilitation Quaterly* 2001 Mar & Jun; 2(12): 46-50[Article in Persian].
24. Saberian M, Haji Agajani S & Gorbani R. Evaluation of socio-economical status, health and recreational time in Semnan city. *Journal of Semnan University of Medical Sciences* 2003 Sep & Dec; 4(3-4): 129-36[Article in Persian].
25. Hatami H, Eshtrati B, Kalateh E. Health survey of elderly residents in rural areas of Ashan city: Markazi province, 2015. *Iranian Journal of Ageing*. 2016; 11(2): 250-257.
26. Golmahim M, Poortaleb A, Saffari E, Salehabadi S, Vojdani M, Shirdel A, Ehtemam F. Evaluation of elderly's health status living in nursing home in Sabzevar city. *Jsums*. 2015; 22 (3): 300-307.
27. Seyam S, Hiedarnia A, Tavafian S. Self- Caring Behaviors among Cardiac Patients after Coronary Artery Bypass Graft Surgery . *jour guilan uni med sci*. 2011; 20 (79): 31-39
28. 19. Nejati V, Ahmadi K. Evaluation of epidemiology of chronic disease in Iranian psychiatric veterans. *Iran J War Public Health*. 2010; 2 (4): 8-12
29. Joghatayi MT, Nejati V. Health status of elderly people inKashan city. *Iranian Journal of Ageing*. 2006; 1(1): 3-10.
30. Investigating the condition of the elderly in Sarbisheh, Southern Khorasan State. *nvj*. 2017; 3 (9): 14-23 URL: <http://nvj.bpums.ac.ir/article-1-750-fa.html>
31. Rahgozar M, Mohammadi MR. Elders' depression, anxiety and apprehension. *Hakim Res J* 1999; 2(2): 103-13.

32. Sadeghi M, Kazemi HR. Prevalence of Dementia and depression among residents of elderly nursing homes in Tehran province. *Q J Andeesheh va Raftar* 2004; 9(36): 49-55.
33. Khoshbin S, Eshrati B, Farahani AA, Ghosi A, Mot-lagh ME. Report of Elderly Health Survey. Ministry of Health. 2002.
34. Clausen T, Romøren TI, Ferreira M, Kristensen P, Inqstand B, Holmboe Ottesen G. Chronic diseases and health inequalities in older persons in Botswana (southern Africa): a national survey. *J Nutr Health Aging* 2005; 9(6): 455-61.
35. Purty AJ, Bazroy J, Kar M, Vasudevan K, Veliath A, Panda P. Morbidity pattern among the elderly population in the rural area of Tamil Nadu, India. *Turk J Med Sci* 2006; 36: 45-50.
36. Cigolle CT, Langa KM, Kabeto MU, et al. Geriatric conditions and disability: The health and retirement study. *Ann Intern Med* 2007; 147(3): 156-64.
37. Knurowski T, Lazic D, Van Dijk JP, Geckova AM, Tobiasz Adamczyk B & Van Den Heuvel WJA. Survey of health status and quality of life of the elderly in Poland and Croatia. *Croatian Medical Journal* 2004 Jun; 5(6): 50-6.
38. Asfar T, Ahmad B, Rastam S, Mulloli TP, Ward KD & Maziak W. Self-rated health and its determinants among adults in Syria: a model from the Middle East. *BMC Public Health* 2007 Jul; 7(1): 177.
39. Gashtasbi A, Montazari A, Vahdani Nia MS, Rahimi Froshani A & Mohammad K. Self-assessment of health status of Tehran people based on gender, educational level, living place: a population study. *Payesh* 2003 Mar; 2(3): 187-9[Article in Persian].
40. Aldrich N, Benson WF. Disaster preparedness and the chronic disease needs of vulnerable older adults. *rev Chronic Dis* 2008; 5(1): A27.
41. Na'emani F, Fayaz-Bakhsh A, Sohrabi Z, Zali M E. Service required for elderly receiving home care: a situational analysis. *Payesh*. 2019; 18 (6) :513-525