

Research Paper

Prevalence of Chronic Diseases Among the Older Adults in Iran: Does Socio-Economic Status Matter?

Seyed Hossein Mohaqeqi Kamal^{1,2} , *Mehdi Basakha^{1,3}

1. Department of Social Welfare Management, Faculty of Educational Sciences and Social Welfare, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
2. Social Welfare Management Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
3. Social Determinants of Health Research Centre, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.



Citation Mohaqeqi Kamal SH, Basakha M. [Prevalence of Chronic Diseases Among the Older Adults in Iran: Does Socio-Economic Status Matter? (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2022; 16(4):468-481. <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2022.16.4.767.2>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2022.16.4.767.2>



Received: 22 Feb 2020

Accepted: 20 May 2020

Available Online: 01 Jan 2022

Keywords:

Multimorbidity,
Chronic Diseases,
Socio-Economic Sta-
tus, Older adults, Iran

ABSTRACT

Objectives Despite the growing population of the elderly in Iran, there is no clear picture of the prevalence of chronic diseases among them. Accordingly, the present study tries to specify the prevalence of the most important chronic diseases and multimorbidity among the elderly. In addition, the homogeneity of these diseases has been considered among different socio-economic groups.

Methods & Materials Research data were obtained through a checklist of chronic disease status among the elderly. The sample was selected from the elderly over 60 years old in Tehran in 2019 through multi-stage sampling. The sample size of the study is 1280 persons and the prevalence rate and chi-square tests were used to describe and analyze the data.

Results The results showed that hypertension (40.2%), musculoskeletal disorders (40.2%) and hyperlipidemia (32.4%) had the highest prevalence rate among the elderly in Tehran. The prevalence rate of chronic disease multimorbidity was 79.8, which was lower among men, never married, college-educated, and working-age seniors. Cardiovascular disease, diabetes, hyperlipidemia, and ear diseases have also been found to have different prevalence rates among socioeconomic classes.

Conclusion The prevalence of chronic diseases has varied widely among socioeconomic groups; so the importance of the socio-economic status must be accentuated. Therefore, the pattern of prevalence of some chronic diseases can be influenced by lifestyle. As a result, research and policy-making in this field should be based on the inequalities in socio-economic status.

Extended Abstract**1. Introduction**

The growth of the elderly population has increased the prevalence of chronic diseases [1]. Iran has one of the fastest growth rates of the elderly population globally, and the share of the population over 65 years in Iran has increased from 4.2% in 1989 to 6.4% in 2019 [2]. Various studies have been con-

ducted on the prevalence of chronic diseases among the elderly, and the issue of Chronic Disease Multimorbidity (CDM) has been discussed; Because this issue has increased the referral to the health system and has intensified the pressure on the resources of the health system [3].

One of the most important issues in the prevalence of chronic diseases is the role of socioeconomic factors, which have not been considered among the elderly in Iran. This study tried to calculate the prevalence of chronic diseases

*** Corresponding Author:**

Mehdi Basakha, PhD.

Address: Department of Social Welfare Management, Faculty of Educational Science and Social Welfare, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 71732860

E-mail: me.basakha@uswr.ac.ir

among the elderly in Tehran and investigate the prevalence among different socioeconomic groups.

2. Methods

The present study was a cross-sectional study of the elderly in Tehran in 2019; the required sample size was calculated using Cochran's formula and the design effect of 1280 people. The data collection tool in this study was a researcher-made questionnaire including questions related to demographic characteristics, health status, and economic status. The face validity of this questionnaire was evaluated by 5 experts and 15 elderly people in Tehran. According to the purpose of the research and the importance of the socioeconomic status of the elderly, a combined variable was calculated for this issue, and socioeconomic classes were formed for the elderly. In order to classify chronic diseases, v. 11 of the International Classification of Diseases (ICD) and studies on diseases of old age have been used. In the present study, their self-expression is sufficient to identify chronic diseases among the elderly. Due to the limitations that self-declaration can have, in the questioning of the elderly, the criterion of the existence

of the disease, the doctor's diagnosis, and the use of medicine or health equipment by the elderly has been considered.

The sampling of the study was performed by considering the distribution of the elderly population in each region [4] from all 22 regions of Tehran. Sampling was done from the door of houses (29%), parks (48%), and nursing homes (23%) to ensure maximum diversity in the samples. The questionnaires were completed by trained interviewers using face-to-face interviews while obtaining informed consent from the respondents. The frequency and prevalence of the disease were used to evaluate the prevalence of chronic diseases among the elderly, and the chi-square homogeneity test was performed using SPSS v. 21 software at a significance level of less than 0.05.

3. Results

The age range of the respondents in the study was 60 to 95 years (with a Mean±SD of 70.9±0.22). The highest frequency in the research sample in terms of demographic variables also included men (50.1%), married people (70.2%), and the elderly with primary-secondary education (37.4%). In terms of employment status, most elderly were retired (40.3%) or

Table 1. Prevalence of CDM among the elderly

Diseases	Whole Community	Socio-Economic Status			Homogeneity Test	
	Frequency	No. (%)			χ^2	P
		Low	Middle	High		
High blood pressure	514(40.2)	84(42.2)	323(42.7)	107(33.0)	9.19*	0.01
Musculoskeletal	514(40.2)	76(38.2)	313(41.3)	125(38.6)	1.10	0.576
Blood fat	415(32.4)	59(29.6)	272(36.1)	83(25.6)	12.13*	0.002
Cardiovascular	365(28.5)	78(39.2)	220(29.1)	67(20.7)	21.08*	0.000
Diabetes	304(23.8)	61(30.6)	176(23.2)	68(21.0)	6.54*	0.038
Digestive	240(18.8)	34(17.1)	137(18.1)	69(21.3)	1.95	0.377
Neurology and psychiatry	187(14.6)	32(16.1)	123(16.2)	32(9.9)	7.79*	0.020
Respiratory and pulmonary	181(14.1)	12(10.6)	110(14.5)	50(15.4)	2.65	0.266
Urinary tract and genital tract	179(14.0)	25(12.6)	111(14.7)	43(13.3)	0.76	0.683
Ear	178(13.9)	34(17.1)	107(14.1)	37(11.4)	3.38	0.184
Eye	123(9.6)	31(15.6)	60(7.9)	32(9.8)	10.83*	0.004
Cancer	30(2.3)	5(2.5)	19(2.5)	6(1.9)	0.46	0.795
No disease	81(6.3)	6(3.0)	39(5.2)	36(11.1)	17.95*	0.000

* Significance of test statistics at 95% level.

housewives (34.5%). Income of 2-3 million Tomans (100-150 USD per month) has been the most frequent income level among the elderly in Tehran. Among the sample, 6.3% of the elderly did not report any chronic disease, and 93.7% had at least one chronic disease. The prevalence rate of multiple chronic diseases (having two or more chronic diseases) among the elderly was 79.8%.

CDM prevalence is higher among women than men, and this rate has increased with age. The prevalence of CDM in the never-married elderly was the lowest and the highest among widows. The prevalence of chronic disease multimorbidity was lower in the elderly with higher education. The prevalence of CDM was significantly higher among housewives and retirees than the unemployed or employed elderly. The low-income elderly (less than one million tomans per month) (less than 50 USD per month) have the lowest (74.1%), and the middle-income low-income elderly (between one to two million tomans per month) (50-100 USD per month) have the highest (84.6%) CDM prevalence.

Among the sample elderly, hypertension (with a prevalence rate of 40.2%), musculoskeletal diseases (with a prevalence rate of 40.4), and hyperlipidemia (with a prevalence rate of 32.4%) were the most common chronic diseases of the elderly in Tehran. Cancer and eye diseases also had the lowest prevalence with 2.3% and 9%, respectively.

The homogeneity test shows that hypertension, cardiovascular diseases, diabetes, hyperlipidemia, neurological, and eye diseases were among the diseases that the probability of developing significantly differed among socioeconomic classes. Among the chronic diseases that had significant differences between different classes, the lowest prevalence belonged to the upper socioeconomic class. The highest prevalence of hypertension, hyperlipidemia and neurological diseases was related to the socioeconomic middle class. On the other hand, cardiovascular diseases, diabetes, and eye diseases have had a higher prevalence rate among the lower social class of the society (Table 1).

4. Discussion

The high prevalence of CDM among the elderly in Iran (79.8%) indicates an unfavorable situation compared to developed countries. In addition, hypertension, musculoskeletal diseases, and hyperlipidemia have the highest prevalence and cancer, and eye diseases have the lowest prevalence, similar to those of the elderly in other parts of the world. The use of the social class combined variable showed that socioeconomic status plays an important role in the health of the elderly; However, the role of this variable in the development of various chronic diseases cannot be considered the same.

The prevalence of CDM in the elderly in Iran should be considered under this variable. As a result, research and policy-making in chronic disease control in the elderly should be designed and implemented based on the existing inequalities in socioeconomic status.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

In the present study, informed consent was obtained from the respondents and the research was approved by the ethics committee (Code: IR.USWR.REC.1398.068).

Funding

The research was funded by the Vice Chancellor for Research and Technology of the University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences and under contract No. 2322 / T / 98, and there was no condition in the contract to remove or not publish findings that are not considered favorable by the research sponsor.

Authors' contributions

All research steps including conceptualization, methodology, investigation, writing and final approval performed by Seyed Hossein Mohaqeqi Kamal and Mehdi Basakha; Fund-ing Acquisition, Seyed Hossein Mohaqeqi Kamal.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

The research team would like to thank the Vice Chancellor for Research and Technology of the University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, the data collection group and all the older people who participated in the research.

مقاله پژوهشی

شیوع بیماری‌های مزمن میان سالمندان ایران: آیا وضعیت اجتماعی-اقتصادی مهم است؟

سید حسین محققى کمال^{۱،۲}، *مهدي باسखा^{۱،۳}

۱. گروه مدیریت رفاه اجتماعی، دانشکده علوم تربیتی و رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
۲. مرکز تحقیقات رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
۳. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۰۲ اسفند ۱۳۹۸
تاریخ پذیرش: ۲۱ اردیبهشت ۱۳۹۹
تاریخ انتشار: ۱۱ دی ۱۴۰۰

اهداف: علیرغم رشد روزافزون جمعیت سالمندان در ایران، تصویر روشنی از بیماری‌های مزمن در این گروه جمعیتی وجود ندارد. بر این اساس، مطالعه حاضر سعی دارد وضعیت مهم‌ترین بیماری‌های مزمن و تکثر این بیماری‌ها را در میان سالمندان بررسی کند. علاوه بر آن، توزیع انواع این بیماری‌ها در میان گروه‌های مختلف اجتماعی-اقتصادی مد نظر بوده است.

مواد و روش‌ها: اطلاعات پژوهش مقطعی حاضر از طریق چک‌لیست بررسی وضعیت بیماری‌های مزمن در میان سالمندان به دست آمد. انتخاب نمونه پژوهش از میان سالمندان بالای شصت سال شهر تهران در سال ۱۳۹۸ و از طریق روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای (شامل نمونه‌گیری خوشه‌ای، سهمیه‌ای و در دسترس) انجام شد. حجم نمونه پژوهش ۱۲۸۰ نفر در نظر گرفته شد که بر اساس فرمول تعیین حجم نمونه برای مطالعات توصیفی محاسبه و به منظور توصیف و تحلیل داده‌ها از نرخ شیوع و آزمون کای دو استفاده شده است.

یافته‌ها: نتایج به‌دست‌آمده نشان می‌دهد که پرفشاری خون، بیماری‌های اسکلتی عضلانی و چربی بالای خون بیشترین میزان شیوع را به ترتیب با نرخ ۴۰/۲، ۴۰/۲ و ۳۲/۴ درصد در میان سالمندان شهر تهران داشته است. نرخ شیوع متکثر بیماری‌های مزمن سالمندان نیز برابر با ۷۹/۸ بوده که این نرخ در میان مردان، سالمندان هرگز ازدواج‌نکرده، سالمندان دارای تحصیلات دانشگاهی و سالمندان شاغل کمتر از سایر گروه‌ها بوده است. بیماری‌های قلبی-عروقی، دیابت، چربی بالا، پرفشاری خون و بیماری‌های چشم بیماری‌هایی بوده‌اند که احتمال ابتلا به آن‌ها در میان طبقات اجتماعی-اقتصادی متفاوت بوده است.

نتیجه‌گیری: شیوع بیماری‌های مزمن، بر اساس گروه‌های اجتماعی-اقتصادی بسیار متفاوت بود؛ بنابراین می‌توان بخش مهمی از بیماری‌های مزمن در میان سالمندان را در ارتباط با وضعیت اجتماعی-اقتصادی آنان دانست. می‌توان الگوی شیوع برخی از بیماری‌های مزمن را تحت تأثیر سبک زندگی افراد دانست. در نتیجه پژوهش‌ها و سیاست‌گذاری‌ها در این زمینه باید بر اساس توجه به نابرابری‌های موجود در وضعیت اجتماعی-اقتصادی باشد.

کلیدواژه‌ها:

بیماری چندگانه،
بیماری‌های مزمن،
وضعیت اجتماعی-
اقتصادی، سالمند، ایران

مقدمه

پیش‌بینی افزایش آن در دهه‌های آتی [۴، ۲]، بحث استفاده از امکانات بهداشتی و درمانی و هزینه‌های آن به شدت افزایش خواهد یافت. این موضوع زمانی بیشتر اهمیت می‌یابد که مشاهده می‌شود در حال حاضر بیماری‌های مزمن مهم‌ترین علت مرگ‌ومیر در ایران به شمار می‌رود [۵].

پژوهش‌های مختلفی پیرامون شیوع بیماری‌های مزمن در میان سالمندان انجام گرفته و بحث تکثیر بیماری‌ها یا بیماری مزمن چندگانه^۱ یا داشتن هم‌زمان دو یا بیش از دو بیماری مزمن مطرح شده است. این موضوع فشار بر منابع نظام سلامت را

با افزایش میانگین سن و رشد جمعیت سالمند، انتظار می‌رود رفته‌رفته بر شیوع بیماری‌های مزمن افزوده شود [۱]. ایران، یکی از سریع‌ترین نرخ‌های رشد جمعیت سالمندان در جهان را داشته و سهم جمعیت بالای ۶۵ سال در ایران از ۴/۲ درصد در سال ۱۳۶۸ به ۶/۴ درصد در سال ۱۳۹۸ رسیده است [۲].

با در نظر گرفتن این تغییرات جمعیتی، نیازهای خاص دوره سالمندی، به‌ویژه نیازهای بهداشتی و درمانی اهمیت بیشتری دارد [۳]. با در نظر گرفتن رشد جمعیت سالمندان در ایران و

1. Chronic Disease Multimorbidity (CDM)

* نویسنده مسئول:

دکتر مهدی باسखा

نشانی: تهران، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، دانشکده علوم تربیتی و رفاه اجتماعی، گروه مدیریت رفاه اجتماعی.

تلفن: ۷۱۷۳۳۸۶۰ (۲۱) ۰۲۱+۹۸

رایانامه: me.basakha@uswr.ac.ir

وضعیت اجتماعی-اقتصادی اعضای نمونه طبقه‌بندی و شیوع انواع این بیماری‌ها در میان گروه‌های مختلف بررسی شده است.

روشن مطالعه

مطالعه حاضر، یک مطالعه مقطعی است که جامعه آماری آن را سالمندان شهر تهران در سال ۱۳۹۸ تشکیل می‌دهند. معیارهای ورود به مطالعه، تابعیت ایرانی، داشتن سن بالای شصت سال و سکونت در منزل بوده است. معیار خروج از مطالعه عدم درک صحیح سؤالات و ارائه پاسخ‌های نامناسب بود. حجم نمونه مورد نیاز با استفاده از فرمول کوکران با در نظر گرفتن فاصله اطمینان آماری ۹۵ درصد، ضریب دقت (d) = ۰/۰۳ و $P=0/5$ ، برابر با ۱۰۶۷ نفر برآورد شد که با در نظر گرفتن نوع نمونه‌گیری، اثر طرح^۲ معادل ۲۰ درصد به حجم نمونه اضافه شده و حجم نهایی آن به ۱۲۸۰ نفر افزایش یافت.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات این مطالعه، پرسش‌نامه محقق ساخته بود. این پرسش‌نامه که به صورت چک‌لیست تهیه شده بود شامل سؤالاتی در رابطه با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (سن، جنسیت، وضعیت تحصیلات، تأهل و اسلوب زندگی)، وضعیت سلامت (وضعیت سلامت خودگزارشی، نام بیماری‌هایی که توسط پزشک تشخیص داده شده، مصرف دارو و استفاده از وسایل کمکی و وضعیت اقتصادی (درآمد خانواده، وضعیت اشتغال و مالکیت مسکن، متراژ واحد مسکونی، داشتن بیمه‌های پایه، اجتماعی و مکمل) بود. روایی صوری این پرسش‌نامه توسط پنج متخصص حوزه‌های سالمندی، رفاه اجتماعی و سلامت مورد تأیید قرار گرفته و پیش از اجرای آن بین پانزده سالمند شهر تهران به صورت پایلوت اجرا و تغییرات جزئی در آن اعمال شد.

با توجه به هدف پژوهش و اهمیت وضعیت اجتماعی-اقتصادی سالمندان با استفاده از اطلاعات مربوط به وضعیت تحصیلات، سطح درآمد، مساحت محل سکونت و داشتن بیمه‌های پایه و تکمیلی سالمندان متغیری ترکیبی در نظر گرفته شد. برای محاسبه این متغیر ترکیبی، ابتدا نمره استاندارد هر کدام از این متغیرها محاسبه و میانگین این نمرات به عنوان نمره استاندارد وضعیت اجتماعی-اقتصادی در نظر گرفته شد [۲۴].

با توجه به اینکه داشتن بیمه (پایه و مکمل) دو متغیر موهومی^۳ بودند و لحاظ کردن آن‌ها به صورت مستقل و جداگانه باعث ایجاد تورش در متغیر اجتماعی-اقتصادی می‌شد، با ترکیب این دو متغیر، متغیری سه وضعیتی (شامل بدون بیمه، دارای بیمه پایه، دارای بیمه پایه و تکمیلی) ایجاد و در محاسبه نهایی لحاظ شد. نمره استاندارد وضعیت اجتماعی-اقتصادی برای سالمندان در بازه ۶/۷۴- و ۵/۷۷ به دست آمد که با تبدیل این بازه به صورت دهک،

شدت بخشیده و مراجعه به سیستم سلامت و مصارف بهداشتی و درمانی را افزایش خواهد داد [۶].

بر اساس یک مطالعه در استان فارس، ۸۲/۳ درصد از سالمندان حداقل به یک بیماری مزمن مبتلا بوده‌اند [۷]. نرخ شیوع بیماری چندگانه در جمعیت عمومی استان گلستان در حدود ۱۹/۸ درصد گزارش شده است [۸]؛ بنابراین می‌توان انتظار داشت که با توجه به رشد جمعیت سالمند در ایران، شیوع بیماری چندگانه افزایش یافته و نیازهای بهداشتی و درمانی نیز در ایران رو به فزونی خواهد گذاشت. علاوه بر آثار مخرب اقتصادی، شیوع بالای بیماری چندگانه اغلب با احتمال مرگ‌ومیر بیشتر همراه بوده [۹] و عملکرد و کیفیت زندگی سالمندان را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱۰]. اما همچنان جای خالی مطالعه‌ای که شیوع انواع بیماری‌های مزمن در میان سالمندان را مطالعه کند، احساس می‌شود.

یکی دیگر از موضوعاتی که در شیوع بیماری‌ها، به‌ویژه انواع مزمن آن مد نظر بوده، نقش عوامل اجتماعی-اقتصادی است. هرچند مطالعات نسبتاً گسترده‌ای در جهان پیرامون عوامل اجتماعی-اقتصادی مرگ‌ومیرها انجام شده [۱۵-۱۱]، اما توجه به این عوامل در شیوع بیماری‌ها بسیار محدود بوده [۱۹-۱۶] و بررسی این موضوع در میان سالمندان در ایران تاکنون مورد توجه نبوده است.

مطالعاتی که در این حوزه انجام شده، تنها به بررسی عوامل اجتماعی-اقتصادی خاص روی برخی از بیماری‌های مزمن پرداخته و این رابطه میان عوامل اجتماعی-اقتصادی و شیوع بیماری چندگانه مورد توجه نبوده و مهم‌تر اینکه جامعه سالمندان ایران در این مطالعات چندان مورد توجه نبوده است. مطالعات انجام‌شده در جمعیت عمومی در مناطق مختلف ایران نشان می‌دهد که عوامل اجتماعی-اقتصادی نیز به‌طور معناداری در این میان از اهمیت برخوردار بوده‌اند [۲۰، ۸].

تأثیر جنبه‌های مختلف و مجرد وضعیت اجتماعی-اقتصادی افراد بر سلامت آنان بررسی شده که نشان می‌دهد وضعیت زناشویی، سطح تحصیلات، سطح درآمد و نابرابری درآمد از جمله مهم‌ترین و تأثیرگذارترین متغیرها در این میان بوده، اما باید در نظر داشت که امکان مقایسه مطالعات مختلفی که در این زمینه انجام گرفته است نیز وجود ندارد [۲۳-۲۱، ۱۷]، چراکه این مطالعات در مناطق مختلف انجام شده و شاخص مورد استفاده، گروه‌های سنی مورد مطالعه و تعریف بیماری‌ها و نحوه انتساب آن بسیار متفاوت بوده است.

با توجه به مطالب بالا، در این مطالعه سعی شده با استفاده از اطلاعات به‌دست‌آمده از سالمندان شهر تهران، شیوع انواع بیماری‌های مزمن و نیز شیوع تکثر بیماری‌های مزمن در میان آنان محاسبه شود. سپس نرخ شیوع انواع بیماری‌ها بر اساس

2. Design effect
3. Binary

با در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج، ارائه معرفی نامه، توضیح در رابطه با اهداف مطالعه و سؤالات پرسش نامه و کسب رضایت آگاهانه از پاسخگویان، پرسش نامه‌ها با استفاده از مصاحبه چهره به چهره توسط پرسشگران آموزش دیده تکمیل شد. برای بررسی میزان شیوع بیماری‌های مزمن بین سالمندان از فراوانی و درصد شیوع استفاده و آزمون همگنی کای دو نیز با استفاده از نسخه ۲۱ نرم افزار SPSS در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ انجام شد.

یافته‌ها

با توجه به اینکه پرسش نامه پژوهش به صورت الکترونیک طراحی شده و پاسخ به تمام پرسش‌ها در این پلتفرم الزامی در نظر گرفته شد، ریزشی در تعداد اعضای نمونه رخ نداد و اطلاعات تمام پرسش‌شوندگان به طور کامل گردآوری و وارد پژوهش شد. دامنه سنی پرسش‌شوندگان در پژوهش ۶۰ تا ۹۵ سال (با میانگین 70.9 ± 0.22) بوده است. بیشترین فراوانی در نمونه پژوهش از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی نیز شامل مردان با ۵۰/۱ درصد، افراد متأهل دارای همسر با ۷۰/۲ درصد و سالمندان دارای مدرک ابتدایی راهنمایی با ۳۷/۴ درصد فراوانی بوده‌اند.

از نظر وضعیت اشتغال، بخش عمده سالمندان، بازنشسته (۴۰/۳ درصد) یا خانه‌دار (۳۴/۵ درصد) بوده‌اند. درآمد دو تا سه میلیون تومانی، پرتکرارترین سطح درآمد میان سالمندان شهر تهران بوده است. نیم‌رخ سالمندان شهر تهران از نظر متغیرهای اجتماعی جمعیتی در جدول شماره ۲ گزارش شده است.

از میان نمونه‌های مورد مطالعه، ۶/۳ درصد از سالمندان هیچ‌یک از بیماری‌های مزمن را گزارش نکرده و ۹۳/۷ درصد حداقل یک بیماری مزمن داشته‌اند. برای محاسبه شیوع بیماری‌های مزمن چندگانه میان سالمندان، داشتن دو و بیش از دو بیماری مزمن ملاک قرار گرفت. بر این اساس نرخ شیوع بیماری‌های مزمن چندگانه در میان سالمندان برابر با ۷۹/۸ درصد بوده است.

برای بررسی وضعیت بیماری‌های مزمن چندگانه در گروه‌های اقتصادی، اجتماعی و جمعیتی مختلف، شیوع آن به تفکیک گروه‌های مختلف نیز محاسبه و گزارش شد. بر اساس نتایج جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود که شیوع بیماری چندگانه در میان زنان بیشتر از مردان بوده و این نرخ با افزایش سن سالمندان افزایش یافته است. از نظر وضعیت تأهل سالمندان نیز مشاهده می‌شود که شیوع بیماری چندگانه در سالمندان هرگز ازدواج نکرده کمترین و در میان سالمندان بیوه، بیشترین نرخ را داشته است. آموزش نیز متغیری بود که گروه‌بندی سالمندان بر اساس آن به نتایج متفاوت در شیوع بیماری چندگانه منجر شده است.

طبقات اجتماعی-اقتصادی برای آنان تشکیل شد. سالمندانی که نمره استاندارد آنان در سه دهک پایینی این نمره استاندارد قرار داشت، به عنوان طبقه اجتماعی-اقتصادی پایین، چهار دهک میانی به عنوان طبقه متوسط و سه دهک بالایی نیز به عنوان طبقه بالا در نظر گرفته شد و از تحلیل‌های مربوطه استفاده شد.

برای دسته‌بندی بیماری‌های مزمن از نسخه ۱۱ دسته‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها^۴ و همین‌طور مطالعات انجام‌شده پیرامون بیماری‌های دوران سالمندی استفاده شده است. یک بیماری زمانی به عنوان بیماری مزمن طبقه‌بندی می‌شود که یک یا چند مورد از خصوصیات زیر را داشته باشد: اول اینکه این بیماری دائمی باشد. دوم اینکه بیماری ناشی از تغییر آسیب‌شناختی غیرقابل برگشت ایجاد شده باشد و در نهایت اینکه نیازمند مراقبت طولانی‌مدت یا توان‌بخشی باشد [۲۵].

پس از استخراج بیماری مزمن مرتبط با دوران سالمندی و تهیه چک‌لیست مرتبط با آن، این چک‌لیست مورد ارزیابی پنج نفر از خبرگان حوزه سالمندشناسی و سلامت و رفاه اجتماعی نیز قرار گرفت. در نهایت شانزده دسته بیماری مزمن در لیست نهایی قرار گرفت. در مطالعه حاضر به منظور شناسایی بیماری‌های مزمن میان سالمندان به خوداظهاری آنان اکتفا شده است. با توجه به محدودیت‌هایی که خوداظهاری می‌تواند داشته باشد، در پرسش از سالمندان ملاک وجود بیماری، تشخیص پزشک و استفاده از دارو یا تجهیزات بهداشتی و درمانی توسط سالمندان مد نظر قرار گرفته است. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که میان خوداظهاری بیماری‌ها با ثبت آن‌ها در پرونده‌های پزشکی افراد توافق بالایی وجود داشته است [۳۰-۲۶].

از این‌رو، تعیین داشتن بیماری در سالمندان بر اساس تشخیص پزشک یا تأیید آزمایش‌های تشخیصی برای بیماری‌های مختلف بر اساس اظهار سالمندان بوده است. سؤالات بخش بیماری‌ها به این صورت طراحی شده که بیماری‌هایی که توسط پزشک و آزمایش‌های پزشکی تشخیص داده شده‌اند را از میان بیماری‌های موجود در چک‌لیست انتخاب کنند.

اطلاعات مورد نیاز برای انجام پژوهش از تمام ۲۲ منطقه شهر تهران انتخاب شدند. ابتدا با در نظر گرفتن توزیع جمعیت سالمند هر منطقه [۳۱]، حجم نمونه به نسبت تعداد سالمندان در هر منطقه تعیین شد (جدول شماره ۱). در مرحله بعد از هر منطقه، دو محله تصادفی انتخاب شد. برای اطمینان از حداکثر تنوع در نمونه‌ها، نمونه‌گیری از در منازل (۲۹ درصد)، بوستان‌ها (۴۸ درصد) و کانون سالمندان سرای محلات (۲۳ درصد) انجام شد. با مراجعه به سرای محلات، محله‌های مورد نظر با هماهنگی دبیر کانون سالمندان مربوطه و پرسیدن اطلاعات در رابطه با سالمندان ساکن در منطقه، با آن‌ها تماس و در منزل یا مکانی که برای آنان مناسب بود، پرسش‌نامه تکمیل شد.

4. International Classification for Disease (ICD)

جدول ۱. توزیع نمونه‌های پژوهش در مناطق و محلات شهر تهران

منطقه	محلها	درصد جمعیت بالای ۶۰ سال	تعداد نمونه در هر منطقه	تعداد نمونه در هر محله
۱	اوین و باغ فردوس	۱۶/۲	۷۲	۳۶
۲	آلستوم (ستارخان) و شهرک غرب	۱۷/۸۷	۷۹	۳۹/۵
۳	ونک و دروس	۲۰/۷۴	۹۲	۴۶
۴	مبارک آباد و شیان	۱۳/۱۷	۵۸	۲۹
۵	شهران شمالی و کوی بیمه	۱۲/۹۳	۵۷	۲۸/۵
۶	ساعی، ولیعصر، فاطمی و گل‌ها	۲۰/۷۴	۹۲	۴۶
۷	دبستان (مجیدیه) و بهار	۱۴/۵۱	۶۴	۳۲
۸	نارمک جنوبی و کرمان	۱۶/۹۱	۷۵	۳۷/۵
۹	فتح و شهید دستغیب	۱۳/۷۵	۶۱	۳۰/۵
۱۰	سلیمانی و بریانک	۱۲/۶۷	۵۶	۲۸
۱۱	جمهوری و عباسی	۱۲/۸	۵۶	۲۸
۱۲	پامنار و قیام	۱۲/۲۶	۵۴	۲۷
۱۳	نیروی هوایی و شورا	۱۴/۵۴	۶۴	۳۲
۱۴	دزکام و آهنگ غربی	۱۲/۱۷	۵۴	۲۷
۱۵	مظاهری و هاشم‌آباد	۸/۵۵	۳۸	۱۹
۱۶	باغ آذری و تختی ۱۶	۱۲/۲۳	۵۴	۲۷
۱۷	سجاد و زمزم شرقی	۱۰/۳۸	۴۶	۲۳
۱۸	هفده شهریور و صاحب‌الزمان	۸/۱۲	۳۶	۱۸
۱۹	شریعتی جنوبی و شکوفه شمالی	۸/۴۳	۳۷	۱۹/۵
۲۰	ابن بابویه و عباس آباد	۱۰/۸۷	۴۸	۲۴
۲۱	تهرانسر مرکزی و شهرک فرهنگیان غرب	۹/۹۹	۴۴	۲۲
۲۲	دهکده المپیک و شهرک صدرا	۱۰/۱۶	۴۵	۲۲/۵

سالمند

نگاهی به وضعیت شیوع بیماری‌های مزمن در این طبقه‌بندی نشان می‌دهد که به نظر می‌رسد بیماری‌های مزمن از نرخ شیوع بالاتری در طبقات متوسط درآمدی برخوردار بوده است. بررسی معناداری تفاوت نرخ شیوع بیماری چندگانه میان گروه‌های مختلف با استفاده از آزمون همگنی کای دو ارزیابی شده است.

در میان سالمندان نمونه، پرفشاری خون (با نرخ شیوع ۴۰/۲ درصد)، بیماری‌های اسکلتی عضلانی (با نرخ شیوع ۴۰/۴) و چربی خون بالا (با نرخ شیوع ۳۲/۴ درصد) شایع‌ترین بیماری‌های مزمن سالمندان در شهر تهران بوده‌اند. سرطان و بیماری‌های چشم نیز به ترتیب با ۲/۳ درصد و ۹ درصد پایین‌ترین میزان

بر اساس این طبقه‌بندی، شیوع متکثر بیماری‌های مزمن در سالمندانی که سطح تحصیلات بالاتری داشته‌اند، کمتر بوده است. در میان سالمندان با وضعیت اشتغال متفاوت نیز شیوع بیماری چندگانه به‌طور معناداری متفاوت بوده و این نرخ در میان سالمندان خانه‌دار و سالمندان بازنشسته بالاتر از سالمندان بیکار یا شاغل بوده است. آخرین متغیری که برای گروه‌بندی سالمندان استفاده شده، سطح درآمد خانوار است. سالمندان با درآمد پایین (کمتر از یک میلیون تومان در ماه) کمترین (۷۴/۱ درصد) و سالمندان با درآمد متوسط به پایین (بین یک تا دو میلیون تومان در ماه) بیشترین (۸۴/۶ درصد) میزان شیوع بیماری چندگانه را به خود اختصاص داده‌اند.

جدول ۲. ویژگی‌های اجتماعی-جمعیتی سالمندان و شیوع بیماری مزمن چندگانه (۱۲۸۰ نفر)

P	χ^2	تعداد (درصد)		متغیر	
		شیوع بیماری مزمن چندگانه	سالمندان		
.۰/۰۰۰	۱۶/۱۰	۴۸۳(۷۵/۴)	۶۴۱(۵۰/۱)	مرد	جنسیت
		۵۳۹(۸۴/۴)	۶۳۹(۴۹/۴)	زن	
.۰/۰۰۰	۷۷/۳۸	۲۰۷(۶۵/۱)	۱۸ (۲۴/۸)	۶۰ تا ۶۴ سال	گروه سنی
		۲۳۶(۷۶/۹)	۳۰۷(۲۴/۰)	۶۵ تا ۶۹ سال	
		۲۳۳(۸۵/۳)	۲۷۳(۲۱/۳)	۷۰ تا ۷۴ سال	
		۱۲۸(۹۰/۱)	۱۴۲(۱۱/۱)	۷۵ تا ۷۹ سال	
		۱۳۴(۹۱/۸)	۱۴۶(۱۱/۵)	۸۰ تا ۸۴ سال	
		۸۴(۸۹/۴)	۹۴(۷/۳)	بیش از ۸۵ سال	
.۰/۰۰۰	۲۶/۸۶	۶۹۹(۶۸/۴)	۸۹۹(۷۰/۲)	متاهل دارای همسر	وضعیت تأهل
		۲۹۴(۷۸/۸)	۳۳۵(۲۶/۲)	فوت همسر	
		۲۰(۷/۱/۴)	۲۸(۲/۲)	مطلقه	
		۹(۵۰/۰)	۱۸(۱/۴)	هرگز ازدواج نکرده	
.۰/۰۰۰	۲۳/۰۸	۱۴۵(۸۴/۸)	۱۷۱(۱۳/۴)	بی سواد	وضعیت تحصیلی
		۴۰۲(۸۴/۱)	۴۷۸(۳۷/۴)	ابتدایی راهنمایی	
		۲۹۹(۷۷/۹)	۲۸۴(۳۰/۰)	تحصیلات متوسطه	
		۱۷۶(۷۱/۳)	۲۴۷(۱۹/۳)	تحصیلات دانشگاهی	
.۰/۰۰۰	۶۰/۸۰	۱۶۰(۶۳/۵)	۲۵۲(۱۹/۷)	شاغل	وضعیت اشتغال
		۵۳(۲۴/۶)	۷۱(۵/۵)	بیکار	
		۴۲۲(۸۱/۹)	۵۱۵(۴۰/۳)	بازنشسته	
		۳۸۷(۸۷/۶)	۴۴۲(۳۴/۵)	خانه‌دار	
.۰/۰۱۱	۱۳/۱۴	۴۰(۲۴/۱)	۵۴(۴/۲)	کمتر از یک میلیون تومان	سطح درآمد
		۲۳۰(۸۴/۶)	۲۷۲(۲۱/۳)	یک تا کمتر از دو میلیون تومان	
		۳۰۴(۸۳/۱)	۳۶۶(۲۸/۶)	دو تا کمتر از سه میلیون تومان	
		۲۷۱(۷۴/۹)	۳۶۲(۲۸/۳)	سه تا کمتر از پنج میلیون تومان	
		۱۷۷(۸۷/۳)	۲۲۶(۱۷/۷)	بیش از پنج میلیون تومان	

سالمند

اجتماعی-اقتصادی، شیوع بیماری‌های مختلف در میان سه طبقه پایین، متوسط و بالا محاسبه شد. معناداری تفاوت شیوع بیماری‌ها در میان این گروه‌ها نیز بر اساس آزمون همگنی کای دو بررسی شده و نتایج آن در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود. آزمون همگنی نشان می‌دهد که شیوع برخی از بیماری‌های

شیوع را به خود اختصاص داده‌اند. جدول شماره ۲ شیوع انواع بیماری‌های مزمن میان سالمندان شهر تهران را نمایش می‌دهد.

در کنار بررسی وضعیت شیوع بیماری‌های مزمن میان سالمندان، این شیوع در میان گروه‌های مختلف اجتماعی-اقتصادی نیز بررسی شده است. بر اساس متغیر ترکیبی وضعیت

جدول ۳. شیوع بیماری‌های مزمن میان سالمندان

بیماری	کل جامعه	تعداد (درصد)			آزمون همگنی
		پایین	متوسط	بالا	
پرفشاری خون	۵۱۴(۴۰/۲)	۸۴(۴۲/۲)	۳۲۳(۴۲/۷)	۱۰۷(۳۳/۰)	۹/۱۹۰
اسکلتی-عضلانی	۵۱۴(۴۰/۲)	۷۶(۳۸/۲)	۳۱۳(۴۱/۳)	۱۲۵(۳۸/۶)	۱/۱۰
چربی خون	۴۱۵(۳۲/۴)	۵۹(۲۹/۶)	۲۷۲(۳۶/۱)	۸۳(۲۵/۶)	۱۲/۱۳۰
قلبی-عروقی	۳۶۵(۲۸/۵)	۷۸(۳۹/۲)	۲۲۰(۲۹/۱)	۶۷(۲۰/۷)	۲۱/۰۸۰
دیابت	۳۰۴(۲۳/۸)	۶۱(۳۰/۶)	۱۷۶(۲۳/۲)	۶۸(۲۱/۰)	۶/۵۴۰
گوارشی	۲۴۰(۱۸/۸)	۳۴(۱۷/۱)	۱۳۷(۱۸/۱)	۶۹(۲۱/۳)	۱/۹۵
اعصاب و روان	۱۸۷(۱۴/۶)	۳۲(۱۶/۱)	۱۲۳(۱۶/۲)	۳۲(۹/۹)	۷/۹۷۰
تنفسی و ریوی	۱۸۱(۱۴/۱)	۱۲(۱۰/۶)	۱۱۰(۱۴/۵)	۵۰(۱۵/۴)	۲/۶۵
مجاری ادراری و دستگاه تناسلی	۱۷۹(۱۴/۰)	۲۵(۱۲/۶)	۱۱۱(۱۴/۷)	۴۳(۱۳/۳)	۰/۷۶
گوش	۱۷۸(۱۳/۹)	۳۴(۱۷/۱)	۱۰۷(۱۴/۱)	۳۷(۱۱/۴)	۳/۸۳
چشم	۱۲۳(۹/۶)	۳۱(۱۵/۶)	۶۰(۷/۹)	۳۲(۹/۸)	۱۰/۸۳۰
سرطان	۳۰(۲/۳)	۵(۲/۵)	۱۹(۲/۵)	۶(۱/۹)	۰/۴۶
بدون بیماری	۸۱(۶/۳)	۶(۲/۰)	۳۹(۵/۲)	۳۶(۱۱/۱)	۱۷/۹۵۰

سالمند

* معناداری آماره آزمون در سطح ۵۹ درصد

علاوه بر بررسی وضعیت بیماری‌های مزمن میان طبقات مختلف اجتماعی، نداشتن هیچ‌یک از بیماری‌های مزمن نیز مورد آزمون قرار گرفت. نتایج به‌دست‌آمده نشان می‌دهد که سالم بودن سالمندان نیز در ارتباط با وضعیت اجتماعی-اقتصادی آنان بوده و سالمندان طبقات اجتماعی-اقتصادی بالا نسبت به دو طبقه دیگر سالم‌تر بوده‌اند.

بحث

نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش را می‌توان در سه قالب کلی مورد بحث قرار داد. اول اینکه نرخ شیوع متکثر بیماری‌های مزمن در میان سالمندان شهر تهران در حدود ۷۹/۸ درصد بوده است. این رقم در مقایسه با نتایج به‌دست‌آمده از مطالعه حسینی و دیگران و توتونچی و دیگران قابل مقایسه است [۳۲، ۳۳]. مشاهده می‌شود که نرخ شیوع بیماری چندگانه سالمندان در این مطالعه در حد میانی مطالعه حسینی و همکاران (با نرخ ۸۳ درصد) و مطالعه توتونچی و دیگران (با نرخ ۷۸ درصد) قرار دارد.

مقایسه نرخ شیوع بیماری چندگانه در میان سالمندان ایران و سایر کشورهای جهان نیز نشان می‌دهد که وضعیت سالمندان در ایران بسیار نامطلوب‌تر از وضعیت کشورهای توسعه‌یافته است. در

مزمین میان طبقات مختلف اجتماعی-اقتصادی تفاوت معناداری دارد. پرفشاری خون، بیماری‌های قلبی-عروقی، دیابت، چربی بالای خون، بیماری‌های اعصاب و روان و بیماری‌های چشم، از جمله بیماری‌هایی بوده‌اند که احتمال ابتلا به آن‌ها میان طبقات اجتماعی-اقتصادی تفاوت معناداری داشته است.

در میان بیماری‌های مزمنی که تفاوت معناداری بین طبقات مختلف داشته‌اند، کمترین میزان شیوع متعلق به طبقه بالای اجتماعی-اقتصادی بوده است. طبقه اجتماعی-اقتصادی بالا در برخی از بیماری‌های مزمن مانند بیماری‌های گوارشی و تنفسی شیوع بالاتری نسبت به سایر طبقات داشته، اما تفاوت این شیوع بین طبقات معنادار نبوده است.

بررسی شیوع بیماری‌های مزمن نشان می‌دهد که بیشترین میزان شیوع پرفشاری خون، چربی خون بالا و بیماری‌های اعصاب و روان مربوط به طبقه متوسط اجتماعی-اقتصادی بوده است. تفاوت شیوع چربی خون بالا در این طبقه در مقایسه با سایر طبقات اجتماعی قابل تأمل است. در طرف مقابل بیماری‌های قلبی-عروقی، دیابت و بیماری‌های چشم نیز نرخ شیوع بالاتری میان طبقه اجتماعی پایین جامعه داشته که تفاوت نرخ شیوع در بیماری‌های قلبی-عروقی و دیابت قابل توجه بوده است.

مطالعات سطح پایین وضعیت اجتماعی-اقتصادی را همراه با شیوع بالاتر بیماری‌های مزمن متکثر دانسته‌اند. داده‌ها و تحلیل صورت گرفته در مطالعه حاضر نیز مؤید این مدعا بوده است [۳۶، ۳۴، ۸].

نتیجه‌گیری نهایی

مطالعه حاضر به منظور تهیه شواهد تجربی بیشتر و جزئی‌تر، ارتباط میان انواع بیماری‌های مزمن میان سالمندان و وضعیت اجتماعی-اقتصادی، آنان را مورد آزمون قرار داد. نتایج نشان می‌دهد که هر چند شیوع بیماری چندگانه میان طبقات اجتماعی-اقتصادی متفاوت است، اما شیوع هرکدام از انواع بیماری‌ها میان سالمندان طبقات اجتماعی متفاوت بوده است. سالمندانی که به طبقه بالای اجتماعی-اقتصادی تعلق داشته‌اند، در برخی از بیماری‌های مزمن مانند بیماری‌های گوارشی و بیماری‌های تنفسی شیوع بالاتری نسبت به سایر طبقات داشته‌اند، اما بیماری‌های قلبی-عروقی، دیابت و بیماری‌های چشم بالاترین شیوع را بین سالمندان طبقه اجتماعی-اقتصادی پایین نشان می‌دهد.

شیوع برخی از بیماری‌های مزمن (پرفشاری خون، چربی خون بالا و بیماری‌های اعصاب و روان) نیز میان طبقات اجتماعی-اقتصادی متوسط بالا بوده و این بیماری‌ها را مختص سالمندان این طبقه نشان داده است؛ بنابراین الگوی شیوع برخی از بیماری‌های مزمن را می‌توان تحت‌تأثیر سبک زندگی افراد و وضعیت اجتماعی و اقتصادی آنان دانست، اما علی‌رغم توزیع متفاوت انواع بیماری‌های مزمن میان طبقات مختلف اجتماعی سالمندان، توجه به این نکته بسیار حائز اهمیت است که سالم بودن سالمندان نیز در ارتباط با وضعیت اجتماعی-اقتصادی آنان بوده و سالمندان طبقات اجتماعی-اقتصادی بالا نسبت به دو طبقه دیگر سالم‌تر بوده‌اند.

به عبارت دیگر، با اطمینان بیشتری می‌توان بیان کرد که وضعیت اجتماعی-اقتصادی نقش مهمی در سالم بودن سالمندان دارد، اما نمی‌توان نقش این متغیر در ابتلا به انواع بیماری‌های مزمن را یکسان در نظر گرفت. در نتیجه پژوهش‌ها و سیاست‌گذاری‌ها در زمینه کنترل بیماری‌های مزمن در سالمندان باید بر اساس توجه به نابرابری‌های موجود در وضعیت اجتماعی-اقتصادی طراحی و اجرا شود.

انجام مطالعه حاضر همراه با محدودیت‌هایی بوده است که مهم‌ترین آن را می‌توان اتکا به خوداظهاری سالمندان پیرامون بیماری‌های مزمن دانست. هرچند بیان شد که توافق بالایی میان وضعیت واقعی سلامت و پرونده‌های سلامت سالمندان وجود دارد، اما اتکای صرف به خوداظهاری را باید یک محدودیت به شمار آورد.

میان مطالعات خارجی نیز وضعیت با توجه به تعاریف بیماری‌ها و گستره جمعیتی متفاوت بوده است. به عنوان مثال، مارنگونی و دیگران نرخ شیوع بیماری چندگانه در میان سالمندان سوئد را در حدود ۵۵ درصد برآورد کرده‌اند که بسیار پایین‌تر از نرخ‌های گزارش شده برای ایران است [۳۴]. مهم‌ترین دلایل تفاوت میان نرخ‌های شیوع را می‌توان در تعریف مطالعات از بیماری‌های مزمن، تفاوت در نظام‌های بهداشتی و درمانی (در سهولت مراجعه و تشخیص بیماری‌ها) و تفاوت‌های اجتماعی-اقتصادی دانست.

بخش دوم یافته‌های پژوهش مربوط به شیوع انواع بیماری‌های مزمن در میان سالمندان بود. بر اساس مطالعه حاضر، پرفشاری خون، بیماری‌های اسکلتی-عضلاتی و چربی خون بالا، بیشترین شیوع و سرطان، آلزایمر و بیماری‌های چشم کمترین میزان شیوع را داشته‌اند. بر اساس مطالعه حسینی و همکاران [۳۲]، شایع‌ترین بیماری‌های سالمندان شامل بیماری‌های قلبی-عروقی (۲۹/۶ درصد) بیماری‌های گوارشی (۲۸/۵ درصد) و پرفشاری خون (۲۳/۹ درصد) بوده است. پیمان و دیگران نیز با استفاده از اطلاعات ۱۲۱ سالمند شهر ایلام بیماری‌های شایع در میان آنان را بیماری‌های قلبی-عروقی، پرفشاری خون و چربی خون بالا به ترتیب با نرخ‌های شیوع ۵۳، ۳۶/۸ و ۱۷/۴ درصد گزارش کرده‌اند [۳۵].

توتونچی نیز مهم‌ترین بیماری‌های شایع میان سالمندان تحت پوشش کمیته امداد تهران را آرتروز، اولسر و پرفشاری خون گزارش کرده است [۳۳]. نتایج مطالعات خارجی نیز تا حدود زیادی مشابه یافته‌های پژوهش حاضر است. مارنگونی و دیگران در مطالعه خود مشاهده کردند که فشار خون بالا (۳۸ درصد)، بیماری‌ها روانی (۲۱ درصد) و بیماری‌های قلبی (۱۸ درصد) از بالاترین میزان شیوع در میان سالمندان برخوردار بوده‌اند [۳۴].

لیو و دیگران نیز در مطالعه سالمندان شهر پکن نشان دادند که شایع‌ترین بیماری‌های مزمن این گروه جمعیتی در شهر پکن، پرفشاری خون (۶۲/۶ درصد)، مشکلات قلبی-عروقی (۲۸/۴ درصد)، دیابت (۱۶/۸ درصد) و مشکلات بینایی (۱۶/۷ درصد) بوده است [۳۶].

آخرین بخش از یافته‌های پژوهش حاضر را می‌توان توزیع ناهمگن بیماری‌های مزمن در میان گروه‌های مختلف اقتصادی، اجتماعی و جمعیتی دانست. بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده از سالمندان شهر تهران می‌توان مشاهده کرد که شیوع متکثر بیماری‌های مزمن تحت‌تأثیر متغیرهای مختلفی مانند جنسیت، سن، وضعیت زناشویی، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال و سطح درآمد بوده است. این یافته‌ها با نتایج مطالعات علی محمدیان و دیگران، احمدی و دیگران، مقصودی و دیگران، مارنگونی و دیگران و لیو و دیگران همسو بوده است [۳۶، ۳۴، ۲۰، ۸، ۷].

هرچند برخی از مطالعات از معنادار نبودن متغیر جنسیت در شیوع بیماری چندگانه حکایت داشته است [۳۶]. اغلب این

به علاوه با توجه به محدودیت‌ها و مشکلات اجرایی که در انتخاب افراد سالمند از در منزل وجود داشت، نمونه‌گیری به سایر مراکز اجتماع سالمندان مانند بوستان‌ها و سرای محلات نیز گسترش یافت. با توجه به اینکه بسیاری از سالمندان که بیماری‌های مزمن حرکتی دارند و امکان حضور در محیط‌های اجتماعی را ندارند، ممکن است نمونه‌های این مطالعه دربرگیرنده آن بخش از سالمندان نبوده باشد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

در مطالعه حاضر، رضایت آگاهانه از پاسخگویان کسب شده و پژوهش دارای تأییدیه کمیته اخلاق با کد IR.USWR. REC.1398.068 بوده است.

حامی مالی

تأمین مالی این پژوهش توسط معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی و طی قرارداد شماره ۹۸/ت/۲۳۲۲ انجام گرفته و هیچ‌گونه شرطی مبنی بر حذف یا عدم انتشار یافته‌هایی که از نظر حمایت‌کننده پژوهش مطلوب نیست، در قرارداد وجود نداشته است.

مشارکت نویسندگان

کلیه مراحل تحقیق شامل مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، بررسی، نگارش و تأیید نهایی توسط سید حسین محقق‌کی کمال و مهدی بسخا انجام شده است. تأمین مالی، سید حسین محقق‌کی کمال.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی، گروه گردآوری اطلاعات و تمام سالمندان مشارکت‌کننده در پژوهش قدردانی می‌کنند.

References

- [1] Crimmins EM. Trends in the health of the elderly. *Annual Review of Public Health*. 2004; 25:79-98. [DOI:10.1146/annurev.publhealth.25.102802.124401] [PMID]
- [2] Mirzaie M, Darabi S. [Population aging in Iran and rising health care costs (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2017; 12(2):156-69. [DOI:10.21859/sIran. J. Ageing-1202156]
- [3] Jacob L, Breuer J, Kostev K. Prevalence of chronic diseases among older patients in German general practices. *German Medical Science*. 2016; 14:Doc03. [PMID]
- [4] Basakha M, Yavari K, Sadeghi H, Naseri A. Health care cost disease as a threat to Iranian aging society. *Journal of Research in Health Sciences*. 2014; 14(2):152-6. [PMID]
- [5] Khosravi A, Taylor R, Naghavi M, Lopez AD. Differential mortality in Iran. *Population Health Metrics*. 2007; 5:7. [DOI:10.1186/1478-7954-5-7] [PMID] [PMCID]
- [6] Lehnert T, Heider D, Leicht H, Heinrich S, Corrieri S, Luppa M, et al. Health care utilization and costs of elderly persons with multiple chronic conditions. *Medical Care Research and Review*. 2011; 68(4):387-420. [DOI:10.1177/1077558711399580] [PMID]
- [7] Maghsoudi A, Abedi K, Omidvarijo F, Safayi F, Mohamadi Z, Riyahi S. [The study of prevalence of chronic diseases and its association with quality of life in the elderly of Ewaz (South of Fars province), 2014 (Persian)]. *Navid No*. 2016; 18(61):35-42. [DOI:10.22038/NNJ.2016.6610]
- [8] Alimohammadian M, Majidi A, Yaseri M, Ahmadi B, Islami F, Derakhshan M, et al. Multimorbidity as an important issue among women: Results of a gender difference investigation in a large population-based cross-sectional study in West Asia. *BMJ Open*. 2017; 7(5):e013548. [DOI:10.1136/bmjopen-2016-013548] [PMID] [PMCID]
- [9] Gijsen R, Hoeymans N, Schellevis FG, Ruwaard D, Satariano WA, van den Bos GAM. Causes and consequences of comorbidity: A review. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2001; 54(7):661-74. [DOI:10.1016/S0895-4356(00)00363-2]
- [10] Fortin M, Dubois MF, Hudon C, Soubhi H, Almirall J. Multimorbidity and quality of life: A closer look. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2007; 5:52. [DOI:10.1186/1477-7525-5-52] [PMID] [PMCID]
- [11] Wong MCS, Lao XQ, Ho KF, Goggins WB, Tse SLA. Incidence and mortality of lung cancer: Global trends and association with socioeconomic status. *Scientific Reports*. 2017; 7(1):14300. [PMID]
- [12] Levine RS, Foster JE, Fullilove RE, Fullilove MT, Briggs NC, Hull PC, et al. Black-white inequalities in mortality and life expectancy, 1933-1999: Implications for healthy people 2010. *Public Health Reports*. 2001; 116(5):474-83. [PMID]
- [13] Demakos P, Biddulph J, Tsakos G, Marmot M, De Oliveira C. The role of subjective social status in socioeconomic inequalities in mortality: Evidence from the English longitudinal study of ageing (ELSA). *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2018; 66(5):S358. [DOI:10.1016/j.respe.2018.05.331]
- [14] Amini Rarani M, Rashidian A, Khosravi A, Arab M, Abbasian E, Khedmati Morasae E. Changes in socio-economic inequality in neonatal mortality in Iran between 1995-2000 and 2005-2010: An Oaxaca decomposition analysis. *International Journal of Health Policy and Management*. 2017; 6(4):219-28. [DOI:10.15171/ijhpm.2016.127] [PMID] [PMCID]
- [15] Haghparast-Bidgoli H, Rinaldi G, Shahnavaiz H, Bouraghi H, Kiadaliri AA. Socio-demographic and economics factors associated with suicide mortality in Iran, 2001-2010: Application of a decomposition model. *International Journal for Equity in Health*. 2018; 17(1):77. [DOI:10.1186/s12939-018-0794-0] [PMID] [PMCID]
- [16] Dalstra JA, Kunst AE, Borrell C, Breeze E, Cambois E, Costa G, et al. Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: An overview of eight European countries. *International Journal of Epidemiology*. 2005; 34(2):316-26. [DOI:10.1093/ije/dyh386] [PMID]
- [17] Kien VD, Van Minh H, Giang KB, Dao A, Weinehall L, Eriksson M, et al. Socioeconomic inequalities in self-reported chronic Non-communicable diseases in urban Hanoi, Vietnam. *Global Public Health*. 2017; 12(12):1522-37. [PMID]
- [18] Davari M, Maracy MR, Khorasani E. Socioeconomic status, cardiac risk factors, and cardiovascular disease: A novel approach to determination of this association. *ARYA Atherosclerosis*. 2019; 15(6):260-6. [PMID]
- [19] Nwani PO, Isah AO. Chronic diseases and multimorbidity among elderly patients admitted in the medical wards of a Nigerian tertiary hospital. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*. 2016; 7(3):83-6. [DOI:10.1016/j.jcgg.2015.10.001]
- [20] Ahmadi B, Alimohammadian M, Yaseri M, Majidi A, Boreiri M, Islami F, et al. Multimorbidity: Epidemiology and risk factors in the Golestan Cohort Study, Iran: A cross-sectional analysis. *Medicine*. 2016; 95(7):e2756. [DOI:10.1097/MD.0000000000002756] [PMID] [PMCID]
- [21] Zimmer Z, Liu X, Hermalin A, Chuang YL. Educational attainment and transitions in functional status among older Taiwanese. *Demography*. 1998; 35(3):361-75. [DOI:10.2307/3004043] [PMID]
- [22] Berkman CS, Gurland BJ. The relationship among income, other socioeconomic indicators, and functional level in older persons. *Journal of Aging and Health*. 1998; 10(1):81-98. [DOI:10.1177/089826439801000105] [PMID]
- [23] Wang F, Zhen Q, Li K, Wen X. Association of socioeconomic status and health-related behavior with elderly health in China. *PLoS One*. 2018; 13(9):e0204237. [DOI:10.1371/journal.pone.0204237] [PMID] [PMCID]
- [24] Mohaqeqi Kamal SH, Basakha M, Ghaedamini Harouni G. Women's well-being in Iran: Territorial analysis using a multidimensional approach. *Social Indicators Research*. 2018; 137(3):1061-72. [DOI:10.1007/s11205-017-1656-7]
- [25] Timmreck TC, Cole GE, James G, Butterworth DD. Health education and health promotion: A look at the jungle of supportive fields, philosophies and theoretical foundations. *Health Education*. 1987; 18(6):23-8. [PMID]
- [26] Keselman A, Smith CA. A classification of errors in lay comprehension of medical documents. *Journal of Biomedical Informatics*. 2012; 45(6):1151-63. [DOI:10.1016/j.jbi.2012.07.012] [PMID] [PMCID]
- [27] Khoja S, McGregor SE, Hilsden RJ. Validation of self-reported history of colorectal cancer screening. *Canadian family physician Médecin*. 2007; 53(7):1192-7. [PMID]

- [28] Kim MI, Johnson KB. Patient entry of information: Evaluation of user interfaces. *Journal of Medical Internet Research*. 2004; 6(2):e13. [DOI:10.2196/jmir.6.2.e13] [PMID] [PMCID]
- [29] Ming ME, Levy RM, Hoffstad OJ, Filip J, Gimotty PA, Margolis DJ. Validity of patient self-reported history of skin cancer. *Archives of Dermatology*. 2004; 140(6):730-5. [DOI:10.1001/archderm.140.6.730] [PMID]
- [30] Porter SC, Fleisher GR, Kohane IS, Mandl KD. The value of parental report for diagnosis and management of dehydration in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*. 2003; 41(2):196-205. [DOI:10.1067/mem.2003.5] [PMID]
- [31] Asadi-Lari M, Vaez-Mahdavi MR, Faghihzadeh S, Cherghian B, Esteghamati A, Farshad AA, et al. Response-oriented measuring inequalities in Tehran: Second round of Urban Health Equity Assessment and Response Tool (Urban HEART-2), concepts and framework. *Medical Journal of The Islamic Republic of Iran*. 2013; 27(4):236-48. [PMID]
- [32] Hosseini SR, Zabihi A, Savad Kouhi S, Bizhani A. [Prevalence of chronic diseases in elderly population in Amirkola (2006-2007) (Persian)]. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2008; 10(2):68-75. <https://www.sid.ir/en/Journal/ViewPaper.aspx?ID=121508>
- [33] Tootoonchi P. [Chronic diseases and senile changes in the elderly population, Tehran, Iran (Persian)]. *Payesh*. 2004; 3(3):219-25. <http://payeshjournal.ir/article-1-803-en.html>
- [34] Marengoni A, Winblad B, Karp A, Fratiglioni L. Prevalence of chronic diseases and multimorbidity among the elderly population in Sweden. *American Journal of Public Health*. 2008; 98(7):1198-200. [DOI:10.2105/AJPH.2007.121137] [PMID] [PMCID]
- [35] Peiman H, Yaghoubi M, Seyed Mohammadi A, Delpishe A. [Prevalence of chronic diseases in the elderly in Ilam (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2012; 6(4):7-13. <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-470-en.html>
- [36] Liu Z, Albanese E, Li S, Huang Y, Ferri CP, Yan F, et al. Chronic disease prevalence and care among the elderly in urban and rural Beijing, China-a 10/66 Dementia Research Group cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2009; 9:394. [DOI:10.1186/1471-2458-9-394] [PMID] [PMCID]

This Page Intentionally Left Blank