SALMAND
IRANIAN JOURNAL OF AGEING

Spring 2025. Vol 20. Issue 1

Research Paper

Assessing the Elderly Health-related Unmet Needs and Some Related Factors in Hamadan City, Iran

Fatemeh Mansouri-Shad[1], Parvin Cheraghi[2,3], Sedigheh Mafakheri-Bashmagh[1], Qhadir Nouri[4], *Zahra Cheraghi[1,5]

1. Department of Epidemiology, School of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.
2. Department of Public Health, School of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.
3. Department of Gerontology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
4. Department of Epidemiology, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran.
5. Modeling of Noncommunicable Diseases Research Center, Institute of Health Sciences and Technologies, Avicenna Health Research Institute, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

Use your device to scan and read the article online

Citation Mansouri-Shad F, Cheraghi P, Mafakheri-Bashmagh S, Nouri Q, Cheraghi Z. [Assessing the Elderly Health-related Unmet Needs and Some Related Factors in Hamadan City, Iran (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2025; 20(1):52-69. http://dx.doi.org/10.32598/sija.2024.1202.3

http://dx.doi.org/10.32598/sija.2024.1202.3

ABSTRACT

Objectives The increase in the older adult population is a public health challenge worldwide. The present study is designed and conducted as a cross-sectional study to identify the specific types of needs among the elderly population.

Methods & Materials This cross-sectional study was conducted on 501 elderly subjects residing in western Iran (Hamadan Province). The data collection process consisted of four sections, including a demographic information questionnaire, the abbreviated mental test (AMT-10) test questionnaire for identifying the absence of dementia, cognitive impairment, the Barthel index questionnaire for measuring functional independence status, and finally, the Camberwell assessment of need for the elderly. The Stata software, version 17, was used for data analysis, considering a 95% confidence interval.

Results The social dimension had the highest mean of met needs (15.98±0.15), the psychological dimension (66.93±0.7), and the physical dimension (91.04±1.8) had the lowest met need. For each one-year increase in age, the scores of met needs decrease by 0.05 units (95% confidence interval: -0.01, -0.08). The elderly with academic education had a higher score of met needs by 2.23 units (95% confidence interval: 1.40, 3.05). Furthermore, with an increase in self-rated health score, the average met needs also increased by 1.91 units (95% confidence interval: 2.63, 1.20).

Conclusion The social and physical needs of the elderly, particularly in the areas of vision and hearing, are not being adequately met. Therefore, it is essential to increase the quantity and quality of comprehensive assessments of physical and psychosocial performance of the elderly annually in an integrated elderly care program. Incorporating educational programmes in the form of self-care skill packages is necessary for improving psychosocial and physical performance, especially in the elderly with a history of chronic diseases, such as cardiovascular diseases. To promote healthy and dynamic aging, it is essential to identify basic and immediate needs, continuously monitor progress, improve the quality and quantity of program services, and review the elderly care program. This requires upgrading specialized and trained human resources. Finally, future studies should assess the health-related needs of all elderly residents in the community, including those in long-term care facilities.

Keywords Unmet needs, Aged, Cross-sectional studies

Article Info:
Received: 02 Jan 2024
Accepted: 08 Apr 2024
Available Online: 01 Apr 2025

* ***Corresponding Author:***
Zahra Cheraghi, Assistant Professor.
Address: Modeling of Noncommunicable Diseases Research Center, Institute of Health Sciences and Technologies, Avicenna Health Research Institute, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.
Tel: +98 (813) 38380090
E-mail: cheraghiz@ymail

Copyright © 2025 The Author(s);
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-By-NC: https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

Extended Abstract

Introduction

The increasing population of older adults and the aging of societies represents a significant global challenge [1]. Concurrently, the diverse needs of older adults, social, psychological, environmental, and health-related, are also increasing, underscoring the growing necessity for effective planning to address these needs. A substantial body of research has demonstrated that a significant proportion of the needs of older adults remain unmet [2-4]. The specific needs of older adults to promote active and successful aging are becoming increasingly complex and comprehensive [5]. Therefore, policymakers and service providers must identify these needs and plan to address them more effectively, to offer suitable services, ensure the satisfaction of older adults, and ultimately reduce the economic burden on the healthcare system. Accordingly, this study identifies the types of needs within the older adult population.

Methods & Materials

This cross-sectional study was conducted on a random sample of individuals aged 60 years and older in Hamadan City, Iran, during the 2022-2023. To be eligible for inclusion in the study, the participants were selected according to the following criteria: being 60 years of age or older, being a citizen of Iran, not having been diagnosed with dementia or cognitive impairment, and being able to speak. The elderly participants were randomly selected from a list of individuals registered with urban health services. The sampling method employed was cluster random sampling within Hamadan City, Iran.

The data collection instruments included four standard questionnaires: 1. a demographic information questionnaire, 2. the abbreviated mental test for identifying the absence of dementia and cognitive impairment, 3. the Barthel index to measure functional independence, and 4. the Camberwell assessment of need-elderly (CANE) to assess the met and unmet needs of elderly individuals.

The demographic information included age (in years), gender, level of education (illiterate, elementary/middle school, high school and diploma, academic), marital status (married, single, widowed, divorced), living situation (with spouse, with relatives, living alone), employment status, tobacco use (yes/no), history of chronic illness (yes/no), degree of dependency (completely independent, slightly independent (moderate), relatively independent (mild), and completely dependent), and number of children.

Once the requisite data had been collected, it was subjected to statistical analysis employing techniques such as the independent t test, analysis of variance, and multiple linear regression. The backward-stepwise method was utilized for the selection of variables to be included in the model. The analyses were conducted using the Stata software, version 17, with a confidence level of 95%.

Results

The present cross-sectional study included a total of 501 elderly individuals, comprising both male and female participants aged 60 years and above. The response rate was 85%. The majority of participants were male (52.89%) and married (73.25%). The mean age of the elderly participants was 67.96±6.36 years (Table 1).

The highest proportion of unmet needs was related to vision and hearing (10.18%), while the highest proportion of met needs was in the areas of housing (92.20%) and access to information (70.06%) (Table 2). Women reported a higher proportion of met needs in the dimensions of environmental needs (10.42 vs 9.91; P<0.001) and psychological needs (7.68 vs 7.64, P=0.694), whereas men reported a higher proportion of met needs in the dimensions of physical needs (8.83 vs 8.99, P=0.076), and social needs (15.23 vs 15.06, P=0.047) (Table 3).

The results of the multiple linear regression model, controlling for the effects of other variables, indicated that for each one-year increase in age, the scores of met needs decreased by 0.05 units (P=0.002). Furthermore, the average met needs for married elderly individuals was 0.51 units lower than that of single elderly individuals (P=0.037). Individuals aged 60 and over who had received an academic education exhibited a mean score for met needs that was 2.23 units higher than that observed in individuals with no formal education (P<0.001). The mean met needs score for elderly individuals with a history of cardiovascular disease was found to be 0.49 units lower than that of healthy elderly individuals concerning cardiovascular conditions (P<0.001). The mean met needs score for elderly individuals reporting their health status as good was found to be 23.23 units lower than that of individuals reporting their health status as bad (P<0.001) (Table 4).

Table 1. The characteristics of participants

Variables		No.(%)
Age group	60-70 years old	316(63.07)
	70-80 years old	147(29.34)
	80-90 years old	38(7.58)
Gender	Female	236(47.11)
	Male	265(52.89)
Marital Status	Single	3(0.6)
	Married	367(73.25)
	Divorced	6(1.20)
	The Widow	125(24.95)
Living Condition	With Wife	362(72.26)
	Alone	118(23.55)
	With Children	21(4.19)
Education	Illiterate	163(32.53)
	Elementary	193(35.52)
	Middle-School	51(10.18)
	High School	56(11.18)
	Academic	38(7.58)
Socioeconomic Status	Bad	84(16.77)
	Medium	336(67.07)
	Good	81(16.17)
The Degree of Dependence	Mild Dependency	10(2.00)
	Independent	491(98.00)
	Hypertension	216(43.11)
	CVDs	112(22.36)
	Diabetes	148(29.54)
	Thyroid disorders	15(2.99)
	Arthritis	48(9.58)
	Cancer	7(1.40)

SALMAND
IRANIAN JOURNAL OF AGEING

Table 2. The distribution of types of needs in the elderly based on the CANE questionnaire.

Variables	No.(%)			
	Unmet needs	No needs	Meet needs	Unknown
Accommodation	0(0.0)	476(95.20)	24(4.80)	0(0.0)
Household Skills	0(0.0)	226(45.11)	275(54.89)	0(0.0)
Food(Meal preparation)	0(0.0)	236(47.11)	265(52.89)	0(0.0)
Personal care	0(0.0)	482(96.40)	18(3.60)	0(0.0)
Caring for someone else	0(0.0)	488(97.41)	13(2.59)	0(0.0)
Daytime activities	0(0.0)	491(98.00)	9(1.80)	1(0.20)
Memory	0(0.0)	478(95.41)	22(4.39)	1(0.20)
Eyesight/hearing	51(10.18)	428(85.43)	22(4.39)	0(0.0)
Mobility	0(0.0)	497(99.20)	3(0.60)	1(0.20)
continence	0(0.0)	455(90.82)	46(9.18)	0(0.0)
Physical health	0(0.0)	155(30.94)	346(69.06)	0(0.0)
Medications	0(0.0)	461(92.2)	37(7.40)	2(0.4)
Psychotic symptoms	0(0.0)	454(90.62)	2(0.4)	45(8.98)
Emotional distress	0(0.0)	472(94.21)	10(2.00)	19(3.79)
Information	0(0.0)	149(29.74)	351(70.06)	1(0.20)
Safety (deliberate self-harm)	0(0.0)	498(99.40)	2(0.40)	1(0.20)
Unintentional self-harm	0(0.0)	491(98.00)	1(0.20)	9(1.80)
Safety (Abuse/neglect)	0(0.0)	492(98.20)	9(1.80)	0(0.0)
Behavior	0(0.0)	499(99.60)	2(0.40)	0(0.0)
Alcohol	0(0.0)	493(98.40)	1(0.20)	7(1.40)
Socialization	0(0.0)	500(99.80)	1(0.20)	0(0.0)
Intimate relationship	0(0.0)	499(99.60)	2(0.40)	0(0.0)
Money/budgeting	0(0.0)	252(50.30)	245(48.90)	4(0.80)
Benefits	3(0.6)	455(90.82)	1(0.20)	42(8.38)

Table 3. Comparison of the means of met and no-need needs by demographic variables in the elderly.

Variables		Environmental dimension 10.15±1.11		Physical Dimension 8.91±1.04		Social Dimension 15.15±0.98		Psychological Dimension 7.66±0.93	
		Mean ±SD	P	Mean±SD	P	Mean±SD	P	Mean±SD	P
Gender	Female	10.42±1.18	<0.001	8.83±0.93	0.076	15.06±1.10	0.047	7.68±0.94	0.694
	Male	9.91±0.99		8.99±1.12		15.23±0.84		7.64±0.93	
Age groups	60-69 (y)	10.25±1.12	0.007	9.04±0.99	0.009	15.19±0.82	0.283	7.62±101	0.322
	70-79 (y)	10.06±1.02		8.72±1.07		15.04±1.32		7.70±0.84	
	≥ 80	9.71±1.22		8.57±1.10		15.21±0.41		7.84±0.54	
Marital status	Single	11.33±1.15	0.126	10.0±1.07	0.087	15.66±0.57	0.569	8.0±0.0	0.467
	Married	10.11±1.03		9.33±0.81		15.15±0.95		7.62±0.98	
	Divorced	10.66±1.75		8.94±1.07		15.50±0.54		8.0±0.0	
	The Widow	10.6 ±1.75		8.74±0.95		15.13±1.08		7.74±0.84	
Living condition	With Wife	10.12±1.04	0.010	8.94±1.07	0.568	15.15±0.95	0.823	7.63±0.96	0.495
	Alone	10.35±1.21		8.88±0.93		15.14±1.10		7.75±0.87	
	With Children	9.61±1.53		8.71±1.00		15.28±0.56		7.61±0.80	
Education	Illiterate	9.95±1.16	0.003	8.71±0.96	0.002	15.11±1.00	0.026	7.57±1.04	0.042
	Elementary	10.19±1.05		8.80±0.96		15.11±1.07		7.68±0.93	
	Middle-School	10.08±1.20		8.96±0.93		14.98±0.92		7.45±1.2	
	High School	10.33±1.10		9.25±1.49		15.26±0.58		7.82±0.54	
	Academic	10.68±0.90		9.44±0.79		15.60±0.49		7.97±0.16	
Socioeco-nomic status	Bad	9.96±1.11	0.004	8.96±0.88	0.873	15.29±0.55	0.164	7.88±0.32	0.0001
	Medium	10.12±1.10		8.90±1.07		15.09±1.13		7.54±1.11	
	Good	10.50±1.09		8.93±1.05		15.24±0.48		7.95±0.21	
The degree of dependence	Mild Dependency	9.4±1.07	0.029	8.50±1.08	0.201	15.0±0.94	0.612	7.7±0.48	0.904
	Independent	10.17±1.11		8.92±1.04		15.15±0.98		7.66±0.94	

Table 4. The role of related factors on the met and the lack of needs of the elderly using multiple linear regression

Variables		Coefficient	95% Confidence Interval	P
Age (y)		-0.05	(-0.08, -0.01)	0.002
Education	Elementary/illiterate	0.37	(-0.09, 0.83)	0.119
	High School/illiterate	1.20	(0.49, 1.91)	0.001
	Academic/illiterate	2.23	(1.40, 3.05)	<0.001
	Cardiovascular diseases (yes/no)	-0.49	(-1.05, 0.01)	0.057
Self-rated health	Medium/bad	1.58	(0.86, 2.30)	<0.001
	Good/bad	2.23	(0.96, 2.36)	<0.001

SALMAND
IRANIAN JOURNAL OF AGEING

Conclusion

In the present study, the lowest average of unmet needs among the elderly was observed in the physical and psychological dimensions. The results demonstrated a direct relationship between unmet needs and educational level and age. The results of various studies also indicate that new needs that emerge during the aging process often remain unmet due to financial and physical inaccessibility. This can result in a decline in health-related quality of life and ultimately lead to dissatisfaction with life among the elderly.

Therefore, it is imperative to enhance the frequency and quality of annual physical and psychological performance assessments for the elderly, integrating educational programs comprising self-care skill training packages of superior quality into integrated care programs, particularly for the elderly with a history of chronic illnesses such as cardiovascular diseases. It is further recommended that future studies assess the needs of all elderly individuals residing in the community and those in long-term care facilities.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

Informed verbal consent was obtained from all elderly participants who volunteered to take part. The subject of this study was approved by the Ethics Committee for Research at Hamadan University of Medical Sciences (Code: IR.UMSHA.REC.1401.874).

Funding

This article is part of a master's thesis in epidemiology at the School of Health, Hamadan University of Medical Sciences (14020205559). The Vice Chancellor for Research and Technology, Hamadan University of Medical Sciences sponsored this study.

Authors' contributions

Conceptualization: Zahra Cheraghi and Parvin Cheraghi; Research and review: Fatemeh Mansouri Shad, Qhadir Nouri, and Sedighe Mafakheri-Bashmagh; Methodology: Zahra Cheraghi and Parvin Cheraghi; Drafting: Fatemeh Mansouri Shad; Editing and finalization by: All authors; Project management: Zahra Cheraghi.

Conflicts of interest

All authors declare that there are no conflicts of interest.

Acknowledgments

The authors express their gratitude to the elderly participants in this research project, whose involvement was instrumental in enabling us to execute this study.

This Page Intentionally Left Blank

مقاله پژوهشی

ارزیابی نیازهای برآورده‌نشده مرتبط با سلامت سالمندان و برخی از عوامل مرتبط با آن در شهر همدان

فاطمه منصوری شاد[۱]، پروین چراغی[۲،۳]، صدیقه مفاخری باشماق[۱]، قدیر نوری[۴]، *زهرا چراغی[۵،۱]

۱. گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
۲. گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
۳. گروه سالمندشناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
۴. گروه اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران.
۵. مرکز تحقیقات مدلسازی بیماری‌های غیرواگیر، پژوهشکده علوم و فناوری، پژوهشکده سلامت ابن سینا، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

Use your device to scan and read the article online

Citation Mansouri-Shad F, Cheraghi P, Mafakheri-Bashmagh S, Nouri Q, Cheraghi Z. [Assessing the Elderly Health-related Unmet Needs and Some Related Factors in Hamadan City, Iran (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2025; 20(1):52-69. http://dx.doi.org/10.32598/sija.2024.1202.3

http://dx.doi.org/10.32598/sija.2024.1202.3

چکیده

اهداف افزایش جمعیت سالمندان به‌عنوان یک چالش بهداشت عمومی در سراسر دنیا مطرح است. مطالعه حاضر با هدف شناسایی انواع نیازها در بین جمعیت سالمند طراحی و اجرا شد.

مواد و روش‌ها این مطالعه مقطعی بر روی ۵۰۱ سالمند ساکن در غرب ایران (شهر همدان) انجام شد. ابزار جمع‌آوری داده شامل چهار نوع پرسش‌نامه بود.پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسش‌نامه AMT برای شناسایی اختلالات شناختی، پرسش‌نامه بارتل برای اندازه‌گیری وضعیت استقلال عملکردی و پرسش‌نامه کمبرول جهت ارزیابی نیازهای برای سالمندان. افراد به‌صورت نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای در مطالعه شرکت کردند. برای تجزیه‌وتحلیل از نرم‌افزار آمار Stata نسخه۱۷ در سطح اطمینان ۹۵٪ استفاده شد.

یافته‌ها بالاترین میانگین نیازهای برآورده‌شده در بعد اجتماعی (۱۵/۹۸±۱۵/۰) و کم‌ترین میانگین در بعد نیازهای روانشناختی (۶۶/۹۳±۷/۰) و بعد جسمانی (۹۱/۰۴±۸/۱) به دست آمد. طبق نتایج مدل رگرسیون خطی چندوجهی، با کنترل اثر سایر متغیرها، به‌ازای افزایش هر ۱ سال سن سالمندان، میانگین نیازهای برآورده‌شده به مقدار ۰/۰۵ واحد کاهش می‌یابد (۹۵٪ فاصله اطمینان: ۰/۰۱-، ۰/۰۸-). سالمندان با تحصیلات بالاتر ۲/۲۳ واحد میانگین بیشتری از نیازهای برآورده‌شده داشتند (۹۵٪ فاصله اطمینان: ۳/۰۵، ۱/۴۰). همچنین با افزایش نمره سلامت خودابراز، میانگین نیازهای برآورده‌شده نیز ۱/۹۱ واحد افزایش یافت (۹۵٪ فاصله اطمینان: ۲/۶۳، ۱/۲۰).

نتیجه‌گیری طبق نتایج این مطالعه، نیازهای اجتماعی و جسمانی (به‌ویژه در حوزه بینایی و شنوایی) در سالمندان به‌طور مطلوبی برآورده نشده است. بنابراین به نظر می‌رسد افزایش کمیت و کیفیت برنامه ارزیابی عملکرد جسمی و روانشناختی سالانه سالمندان در برنامه یکپارچه خدمات سالمندان امری ضروری است. همین طور گنجاندن برنامه‌های آموزشی در قالب بسته‌های آموزشی مهارت‌های خودمراقبتی، با کیفیت بالاتری در برنامه مراقبت‌های ادغام‌یافته، در راستای بهبود عملکرد روانشناختی و جسمانی خصوصاً در سالمندان با سابقه بیماری‌های مزمنی چون بیماری‌های قلبی‌عروقی لازم است. برای دستیابی به هدف عالی سالمندی سالم و پویا، شناسایی نیازهای اساسی و فوری، پایش مداوم، ارتقای نیروی انسانی تخصصی و آموزش داده‌شده، بهبود کیفیت و تعداد خدمات برنامه و بازبینی برنامه مراقبت‌های یکپارچه سالمندان مورد نیاز است. درنهایت پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی سنجش نیازهای مرتبط با سلامت سالمندان، نیازسنجی در کلیه گروه‌های سالمندان ساکن جامعه و ساکن مراکز مراقبتی بلندمدت نیز انجام شود.

کلیدواژه‌ها نیازهای برآورده نشده، سالمندان، مطالعات مقطعی

اطلاعات مقاله:
تاریخ دریافت: ۱۲ دی ۱۴۰۲
تاریخ پذیرش: ۲۰ فروردین ۱۴۰۳
تاریخ انتشار: ۱۲ فروردین ۱۴۰۴

* **نویسنده مسئول:**
دکتر زهرا چراغی
نشانی: همدان، دانشگاه علوم پزشکی همدان، پژوهشکده سلامت ابن سینا، پژوهشکده علوم و فناوری، مرکز تحقیقات مدلسازی بیماری‌های غیرواگیر.
تلفن: ۳۸۳۸۰۰۹۰ (۸۱۳) ۹۸+
پست الکترونیکی: cheraghiz@ymail

Copyright © 2025 The Author(s);
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-By-NC: https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

مقدمه

درحال‌حاضر، افزایش تعداد سالمندان و پیرشدن جوامع به یک مسئله قابل‌تأمل از دیدگاه بهداشت عمومی و سایر جنبه‌ها در همه کشورها تبدیل شده است [۱]. کاهش نرخ زادوولد، بهبود وضعیت اجتماعی‌ـاقتصادی، پیشرفت چشمگیر در خدمات پزشکی و افزایش دسترسی به امکانات و مراقبت‌های بهداشتی به کاهش نرخ مرگ‌ومیر و افزایش تعداد سالمندان در سطح جهان منجر شده است [۲، ۳].

درحال‌حاضر حدود ۱ میلیارد و ۲۰۰ میلیون نفر از جمعیت جهان را افراد بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهند و پیش‌بینی می‌شود این رقم در سال ۲۰۵۰ میلادی به بیش از ۲ میلیارد نفر برسد [۴]. همچنین طبق گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی[1]، ۶۰ درصد از کل سالمندان دنیا در کشورهای درحال‌توسعه زندگی می‌کنند که این رقم تا سال ۲۰۵۰ میلادی به ۸۰ درصد خواهد رسید؛ یعنی‌تا حدود ۳۰ سال آینده ۱ میلیارد و ۶۰۰ میلیون نفر از مجموع ۲ میلیارد سالمند جهان در کشورهای درحال‌توسعه ازجمله ایران ساکن خواهند بود [۱]. در ایران نیز آمارها بیانگر رشد سریع جمعیت سالمندان است، به‌طوری‌که در سرشماری سال ۱۳۹۰ حدود ۸/۲ درصد از جمعیت ایران را افراد بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دادند که این نسبت در سرشماری سال ۱۳۹۵ به حدود ۹/۲۶ درصد افزایش یافته و همچنین پیش‌بینی می‌شود این رقم در سال ۱۴۳۰ به حدود ۲۵ درصد برسد [۵].

افراد مسن نیازهای متنوع و ناشناخته‌ای دارند. مسائل اجتماعی، روانی، محیطی و بهداشتی در کنار اختلالات جسمانی ازجمله چالش‌هایی است که سالمندان با آن مواجه هستند. درنتیجه، لازم است برنامه‌های مدیریتی مؤثری در این زمینه تدوین شود و به نیازهای سالمندان توجه ویژه‌تری گردد [۶-۸].

نتایج تحقیقات مختلف نشان می‌دهد بسیاری از نیازهای مراقبت بهداشتی و اجتماعی سالمندان به‌صورت برآورده‌نشده باقی مانده است [۶-۸]. براساس آمارهای جهانی، ۶۰ درصد از نیازهای برآورده‌نشده سالمندان در جامعه مربوط به تطابق با محیط زندگی، ۵۸ درصد مربوط به مشکلات شنوایی و بینایی، ۵۴ درصد مربوط به درآمد، ۴۸ درصد مربوط به فعالیت‌های روزمره، ۴۲ درصد مربوط به بیماری‌های‌جسمی، ۳۴ درصد مربوط به مصاحبت نزدیک و ۳۲ درصد مربوط به مراقبت از خود می‌باشد. در این بین نیازهای مربوط به مسائل بهداشتی و درمانی، نیاز دارویی و مراقبت توسط مراقب به‌عنوان نیازهای برآورده‌شده معرفی شده‌اند. ازسوی‌دیگر مسائلی چون عدم امنیت و مشارکت اجتماعی، نامناسب بودن محیط خانوادگی در کنار مشکلات روانی به‌عنوان نیازهای قابل‌توجه و مهم افراد سالمند جامعه بیان شده‌اند [۹]. این در حالی است که در معدود مطالعات داخلی دررابطه‌با نیازهای سلامتی سالمندان، مهم‌ترین نیاز آنان در کشور مربوط به درآمد، مشکلات قلبی و عروقی، اختلالات بینائی، شنوائی و ابزارهای کمکی بیان شده است [۱۰-۱۲].

مقوله برآورده کردن نیازهای خاص سالمندان به‌منظور ترویج سالمندی فعال و موفق هر روز ابعاد تازه و گسترده‌تری پیدا می‌کند [۱۳]. براین‌اساس شناسایی نیازهای واقعی سالمندان و برنامه‌ریزی برای تأمین بهتر و عملی‌تر آن‌ها توسط سیاست‌گذاران و ارائه‌دهندگان خدمات سالمندی ضروری به نظر می‌رسد. ازسوی‌دیگر ارزیابی جامع نیازها می‌تواند به تمرکز انرژی و نیروی خدمات بهداشتی و اجتماعی درحوزه نیازهای مهم شناسایی‌شده، کمک کند. بدین ترتیب، به‌کارگیری شیوه نیازسنجی به ارائه خدمات منحصر به‌فرد و مناسب برای هر شخص و کیفیت بالای خدمات مراقبتی منجر خواهد شد [۱۴] و درنهایت باعث افزایش کیفیت زندگی و احساس رضایت‌مندی سالمندان، پیشگیری از سکونت سالمندان در مراکز مراقبتی شبانه‌روزی و اقامت طولانی مدت در بیمارستان‌ها و کاهش نرخ مرگ‌ومیر در این گروه می‌شود [۷].

اگرچه شواهد نشان می‌دهد، زمانی که شناسایی و ارزیابی نیازهای افراد سالمند، با مدیریت بلندمدت مؤثر همراه باشد، می‌تواند بقا و عملکرد را بهبود بخشد، اما این مهم چندان مورد توجه پژوهشگران حوزه سالمندی قرار نگرفته است، به‌طوری‌که در ایران حلقه مفقوده نیازسنجی سالمندان در نظام بهداشتی و درمانی، به‌طور جدی وضعیت سالمندان را تهدید می‌کند [۶، ۱۴]. تجربه کشورهای پیشرفته نشان داده است سالمندان که بخش بزرگی از جمعیت جامعه هستند، می‌توانند بار زیادی به سیستم‌های اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی تحمیل کنند [۱۵]. درنتیجه کشورهایی‌که در آینده با موج سالمندی روبه‌رو هستند، باید به موازات این افزایش جمعیت، عوامل تأثیرگذار بر سلامت و نیازهای سالمندان را شناسایی کنند و برای برآوردن نیازها و برطرف‌کردن مشکلاتی که سالمندان تأکید کرده‌اند، اقدامات مناسب و مقتضی را انجام دهند [۱۶].

باتوجه‌به مطالب پیش‌گفت و اهمیت افزایش نرخ رشد سریع جمعیت سالمندی که ایران با آن روبه‌رو است و مقایسه امکانات فعلی و نیازهای سالمندان که بر عدم آمادگی جهت مدیریت این نیازها دلالت دارد، پیش‌بینی و تأمین نیازهای سالمندان، امری ضروری است [۱۷، ۱۸]. مطالعات داخلی محدودی نیز در راستای سنجش وضعیت نیازهای برآورده‌نشده سالمندان انجام شده است و مطالعه حاضر نخستین مطالعه در شهر همدان است. انجام مطالعات متعدد در راستای موضوع ذکرشده در

1. World Health Organization (WHO)

آینده می‌تواند به محققین در طراحی مطلوب مطالعات مروری ساختاریافته و جمع‌بندی شاخص‌های مرتبط کمک کند. در همین راستا این مطالعه با هدف تعیین انواع نیازهای سالمندان در قالب یک مطالعه مقطعی‌تحلیلی طراحی و اجرا شد.

روش مطالعه

این مطالعه مقطعی‌تحلیلی بر روی نمونه تصادفی از سالمندان (افراد بالای ۶۰ سال) ساکن در شهر همدان انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل سالمند بودن (سن بالای ۶۰ سال)، تابعیت ایرانی، نداشتن زوال عقل و عدم اختلال شناختی براساس امتیاز کسب‌شده از پرسش‌نامه (AMT) و داشتن قدرت تکلم بود.

برای تعیین حجم نمونه، از پژوهش قلی‌زاده و همکاران استفاده شد. در این مطالعه شیوع نیازهای برآورده‌نشده ۲۳ درصد گزارش کرده بود. باتوجه‌به خطای نوع اول ۵ درصد و خطای قابل‌قبول ۱۶ درصد و اندازه اثر ۱/۵، حجم نمونه نهایی ۵۰۰ مورد برآورد شد [۱۰].

جمع‌آوری داده‌ها طی ۶ ماهه دوم سال ۱۴۰۱ انجام شد. انتخاب سالمندان به‌صورت تصادفی از بین افراد بالای ۶۰ سال ثبت‌شده در سامانه یکپارچه سلامت مراکز جامع سلامت شهری صورت گرفت. نمونه‌گیری به‌صورت تصادفی خوشه‌ای از شهر همدان بود. خوشه‌ها (تعداد ۱۱ مورد) مراکز جامع سلامت شهری شهر همدان بودند. جهت شروع جمع‌آوری اطلاعات ابتدا برحسب تصادف (استفاده از جدول اعداد تصادفی) سالمندان هر خوشه انتخاب شدند و بعد از تماس تلفنی از ایشان دعوت شد تا در مرکز خدمات جامع حضور یابند. سالمندانی که بر هر دلیل تمایلی به حضور فیزیکی نداشتند، در صورت تمایل و رضایت از طریق تماس تلفنی پرسشگری شدند. قبل از شروع پرسشگری از تمام شرکت‌کنندگان رضایت آگاهانه و داوطلبانه کسب شد.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها چهار پرسش‌نامه ۱. پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی، ۲. پرسش‌نامه AMT یا پرسش‌نامه آزمون کوتاه‌شده شناختی[2] برای شناسایی عدم وجود زوال عقل و اختلال شناختی، ۳. پرسش‌نامه بارتل برای اندازه‌گیری وضعیت استقلال عملکردی و ۴. پرسش‌نامه جامع نیازسنجی کمبرول جهت ارزیابی نیازهای برآورده‌شده، برآورده‌نشده و عدم نیاز سالمندان (CANE) بود.

اطلاعات جمعیت‌شناختی در این مطالعه شامل متغیرهایی مانند سن (سال تقویمی)، جنسیت (زن/مرد)، تحصیلات (بدون سواد، مقدماتی (ابتدایی/راهنمایی)، دبیرستان و دیپلم، تحصیلات دانشگاهی و حوزوی)، وضعیت تأهل (دارای همسر، بدون همسر، بیوه و مطلقه)، وضعیت زندگی (با همسر، با نزدیکان و به تنهایی)، وضعیت اشتغال، مصرف دخانیات (بلی/خیر) و سابقه بیماری‌های مزمن (بلی/خیر)، درجه وابستگی (کاملاً مستقل، اندکی مستقل (متوسط)، نسبتاً مستقل(خفیف) و کاملاً غیرمستقل) و تعداد فرزندان (تعداد فرزندان زنده) بود.

پرسش‌نامه نیازسنجی سالمندان کمبرول (CANE) ابزاری است که ارزیابی جامعی از نیازهای چندبعدی مربوط به حوزه‌های اجتماعی، روان‌شناختی، سلامت جسمی و نیازهای محیطی سالمندان را امکان‌پذیر می‌کند.

پرسش‌نامه CANE از طریق مصاحبه با افراد سالمند، مراقبین غیررسمی آن‌ها و کارکنانی که خدمات رسمی به سالمندان ارائه می‌دهند اجرا می‌شود و امکان مقایسه دیدگاه‌ها و شناسایی تفاوت‌ها در نظرات را فراهم می‌کند. این پرسش‌نامه به‌صورت مصاحبه با فرد سالمند، مراقبان غیررسمی به‌عنوان افرادی که کمک‌های غیررسمی و کارکنان مراکز که خدمات رسمی به سالمندان ارائه می‌دهند، انجام می‌شود و امکان مقایسه بین دیدگاه‌ها و تفاوت بین نظرات آن‌ها را فراهم می‌کند [۱۹، ۲۰].

این پرسش‌نامه ۲۴ سؤال دارد که پاسخ به هر سؤال از ۵ قسمت تشکیل شده است. قسمت اول هر سؤال، بخش اصلی و مدنظر پرسش‌نامه است که به بررسی نیازهای برآورده‌شده، نیازهای برآورده‌نشده و نیازهای ناشناخته می‌پردازد و نمره‌دهی نیز براساس قسمت اول صورت می‌گیرد. پاسخ قسمت سوم و چهارم سؤالات مربوط به دیدگاه مراقبین رسمی و غیررسمی درخصوص نیازهای سالمندان است و قسمت پنجم. همچنین دو بخش مربوط به مراقبان غیررسمی نیز وجود دارد، درنهایت برای شناسایی نیازهای سالمندان دو نمره از پرسش‌نامه به دست می‌آید: نمره نیازهای برآورده‌نشده و نمره کل (نمره نیازهای برآورده‌شده و نیازهای برآورده نشده) [۱۴]. روایی و پایایی نسخه ترجمه‌شده به زبان فارسی در مطالعه صالحی و همکاران تأیید شده است، به‌طوری‌که ضریب همبستگی درون طبقه‌ای ۰/۵۹در بخش نظرسنجی از سالمندان و ۹۷ درصد در بخش مراقبان غیررسمی به دست آمد [۲۱].

برای ارزیابی استقلال عملکردی سالمندان در فعالیت‌های روزانه‌شان، از مقیاس بارتل استفاده شد. مقیاس بارتل معمول‌ترین ابزاری است که به‌علت ویژگی‌هایی چون سادگی، حساسیت بالا، دقت مطلوب، سهولت نمره‌دهی و استفاده سریع و آسان [۲۲-۲۶]، به‌طور وسیع وگسترده توسط پژوهشگران و پرسنل بهداشتی و درمانی مورد استفاده قرار گرفته است. روان‌سنجی این پرسش‌نامه نیز در مطالعات داخلی تأیید شده است [۲۷، ۲۸]، به‌طوری‌که ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه هرمز و همکاران [۲۷] در ابعاد مختلف پرسش‌نامه بارتل، ۹۳/۱ الی ۹۶/۶ درصد و در مطالعه امین‌الرویا و همکاران [۲۸] ۹۳/۹

2. Abbreviated Test Mental (ATM)

الی ۹۴/۷ درصد بوده است. این ابزار دارای ۱۰ سؤال بوده، برای نمره‌دهی آن سبک ۰-۵-۱۰-۱۵ پیشنهاد شده و درکل وضعیت خودکفایی در عملکرد روزانه را در مقیاس ۰-۱۰۰ مشخص می‌سازد، به گونه‌ای که نمره بالاتر نشان‌دهنده محدودیت کمتر در انجام فعالیت‌های روزمره می‌باشد [۲۹، ۳۰].

همچنین جهت شناسایی اختلال شناختی در سالمندان از پرسش‌نامه آزمون کوتاه‌شده شناختی یا ATM استفاده شد. آزمون کوتاه شده شناختی نسبت به پرسش‌نامه‌های مشابه نظیر معاینه مختصر وضعیت شناختی (MMSE)[3] از این مزیت برخوردار است که وابستگی کمتری به میزان تحصیلات آزمودنی‌ها دارد [۳۱]. اعتبارسنجی نسخه فارسی‌شده این پرسش‌نامه در مطالعات داخلی مورد تأیید بوده است [۳۲، ۳۳]، به‌طوری‌که در مطالعه بختیاری و همکاران [۳۲] ضریب شاخص آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۷۶ درصد و شاخص همبستگی درون‌خوشه‌ای ۸۹ درصد به دست آمده است.

پس از تکمیل جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز، جهت تجزیه‌وتحلیل آماری از تحلیلی از جمله آزمون تی مستقل[4]، آنووا[5] و رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد. جهت انتخاب متغیرها در مدل از روش گام‌به‌گام به عقب[6] استفاده شد. برای حذف متغیرها از مدل، P-value بر سطح ۰/۲ تنظیم شد. در این مرحله ۱۹ متغیر حذف شد. تمام آنالیزها با استفاده از نرم‌افزار آماری Stata نسخه ۱۷ در سطح اطمینان ۹۵٪ انجام شد.

یافته‌ها

طی این مطالعه مقطعی‌تحلیلی ۵۰۱ فرد سالمند، متشکل از زنان و مردان بالای ۶۰ سال در مطالعه شرکت کردند. میزان مشارکت ۸۵ درصد بود. اکثریت شرکت‌کنندگان را مردان (۵۲/۸۹) و سالمندان متأهل (۷۳/۲۵ درصد) تشکیل دادند. میانگین سنی سالمندان ۶/۳۶±۶۷/۹۶ سال بود. سایر اطلاعات جمعیت‌شناختی در جدول شماره ۱ آمده است.

بالاترین نیاز برآورده‌نشده مربوط به حوزه بینایی و شنوایی (۱۰/۱۸ درصد) و بالاترین نیاز برآورده‌شده مربوط به محل سکونت (۹۲/۲۰ درصد) و حوزه دسترسی به اطلاعات (۷۰/۰۶ درصد) بود. جزئیات بیشتر در جدول شماره ۲ ارائه شده است. همچنین بیشترین میانگین برآورده‌شده در ابعاد نیازهای اجتماعی (۰/۹۸±۱۵/۱۵) و نیازهای محیطی (۱۱/۱۵±۱۰/۱) و کمترین میانگین در ابعاد نیازهای روانشناختی (۰/۹۳±۷/۶۶) و نیاز جسمانی (۱/۰۴±۸/۹۱) به دست آمد.

زنان در ابعاد نیازهای محیطی (۱۰/۴۲ در مقابل ۹/۹۱، P<۰/۰۰۱) و نیازهای روانشناختی (۷/۶۸ در مقابل ۷/۶۴، P=۰/۶۹۴) و مردان در ابعاد نیازهای جسمانی (۸/۸۳ در مقابل ۸/۹۹، P=۰/۰۷۶) و نیازهای اجتماعی (۱۵/۲۳ در مقابل ۱۵/۰۶، P=۰/۰۴۷) میانگین بالاتری از نیازها را گزارش کردند. همچنین با افزایش سن، میانگین نمرات نیازهای برآورده شده در تمام ابعاد کاهش یافت و این روند کاهشی تنها برای بعد محیطی (P=۰/۰۰۷) و بعد جسمانی (P=۰/۰۰۹) ازنظر آماری معنی‌دار بود. با افزایش سطح تحصیلات، میانگین نیازها تقریباً در همه ابعاد افزایش یافت و این روند ازنظر آماری برای همه ابعاد معنی‌دار بود (P<۰/۰۵).

سالمندان با وضعیت اجتماعی خوب بالاترین میانگین را در بعد محیطی (P=۰/۰۰۴) و بعد روانی (P=۰/۰۰۱) به دست آوردند. سالمندان با وضعیت عملکردی مستقل در همه ابعاد در مقایسه با افراد مسن با استقلال عملکردی وابسته یا نیمه وابسته میانگین بیشتری کسب کردند، اما این تفاوت ازنظر آماری تنها در بعد محیطی معنی‌دار بود (P=۰/۰۲۹) (جدول شماره ۳).

درخصوص نقش متغیرهای پیش‌بین در نمرات نیازهای برآورده‌شده و برآورده‌نشده، براساس نتایج مدل رگرسیون خطی چندگانه، با ثابت بودن اثرات سایر متغیرها، به‌ازای هر ۱ سال افزایش سن، نمرات نیازهای برآورده‌شده و برآورده‌نشده ۰/۰۵ واحد کاهش می‌یابد (P=۰/۰۰۲). با ثابت بودن اثرات سایر متغیرها، سالمندان متأهل در مقایسه با سالمندان مجرد، ۰/۰۵۱ واحد میانگین کمتری در برآورده شدن نیازها داشتند (P=۰/۰۳۷). با ثابت بودن اثرات سایر متغیرها، سالمندان با تحصیلات دانشگاهی درمقایسه با سالمندان بی‌سواد ۲/۲۳ واحد نمره برآورده‌شده بالاتری داشتند (P<۰/۰۰۱).

با ثابت بودن اثرات سایر متغیرها، سالمندان با سابقه بیماری‌های قلبی‌عروقی نسبت به سالمندان سالم ازنظر بیمارهای قلبی‌عروقی ۰/۴۹ واحد میانگین کمتری از نیازهای برآورده‌شده داشتند (P<۰/۰۰۱). همچنین با ثابت بودن اثرات سایر متغیرها، سالمندان با وضعیت سلامت خودگزارش‌شده خوب نسبت به بد، ۲۳/۲۳ واحد میانگین کمتری از نیازهای برآورده‌شده داشتند (P<۰/۰۰۱) (جدول شماره ۴).

بحث

مطالعه تحلیلی‌مقطعی حاضر به‌منظور بررسی نیازهای برآورده‌شده و برآورده‌نشده در میان سالمندان زن و مرد ایرانی انجام شد. نتایج نشان داد کمترین میانگین نیاز برآورده‌شده شامل نیازهای روانشناختی و جسمانی بود. جونز و همکاران در بررسی عوامل شناختی و روانشناختی با شادکامی افراد سالمند نشان دادند سلامت جسمانی، حمایت اجتماعی و

3.Mini-Mental State Examination (MMSE)
4. Independent Samples T-Test
5. ANOVA
6. Backward-stepwise

جدول ۱. مشخصات سالمندان تحت مطالعه

مشخصات جمعیت‌شناختی		تعداد (درصد)
گروه‌های سنی	۶۰–۷۰ ساله	۳۱۶(۶۳/۰۷)
	۷۰–۸۰ ساله	۱۴۷(۲۹/۳۴)
	۸۰–۹۰ ساله	۳۸(۷/۵۸)
جنسیت	مرد	۲۳۶(۴۷/۱۱)
	زن	۲۶۵(۵۲/۸۹)
وضعیت تأهل	هرگز ازدواج‌نکرده	۳(۰/۶)
	همسردار	۳۶۷(۷۳/۲۵)
	جداشده/بیوه	۱۳۱(۱۵/۱۵)
شرایط زندگی سالمندان	با همسر	۳۶۲(۷۲/۲۶)
	تنها	۱۱۸(۲۳/۵۵)
	با فرزندان	۲۱(۴/۱۹)
تحصیلات	بی‌سواد	۱۶۳(۳۲/۵۳)
	ابتدایی	۱۹۳(۳۵/۵۲)
	راهنمایی	۵۱(۱۰/۱۸)
	دبیرستان	۵۶(۱۱/۱۸)
	دانشگاهی	۳۸(۷/۵۸)
وضعیت اجتماعی و اقتصادی	بد	۸۴(۱۶/۷۷)
	متوسط	۳۳۶(۶۷/۰۷)
	خوب	۸۱(۱۶/۱۷)
درجه وابستگی	وابستگی خفیف	۱۰(۲/۰۰)
	مستقل	۴۹۱(۹۸/۰۰)
وضعیت فعلی ابتلا به بیماری‌های مزمن	فشار خون	۲۱۶(۴۳/۱۱)
	بیمارهای قلبی‌عروقی	۱۱۲(۲۲/۳۶)
	دیابت	۱۴۸(۲۹/۵۴)
	اختلالات تیروئید	۱۵(۲/۹۹)
	آرتروز	۴۸(۹/۵۸)
	سرطان	۷(۱/۴۰)

سالمند

جدول ۲. توزیع انواع نیازها در سالمندان براساس پرسش‌نامه ENAC

متغیر	تعداد (درصد)			
	نیازهای برآورده‌نشده	عدم نیاز	نیازهای برآورده‌شده	نامشخص
محل سکونت	۰(۰/۰)	۴۷۶(۹۵/۲۰)	۲۴(۴/۸۰)	۰(۰/۰)
مواظبت از خانه	۰(۰/۰)	۲۲۶(۴۵/۱۱)	۲۷۵(۵۴/۸۹)	۰(۰/۰)
غذا	۰(۰/۰)	۲۳۶(۴۷/۱۱)	۲۶۵(۵۲/۸۲)	۰(۰/۰)
مراقبت شخصی	۰(۰/۰)	۴۸۲(۹۶/۴۰)	۱۸(۳/۶۰)	۰(۰/۰)
مراقبت از شخص دیگر	۰(۰/۰)	۴۸۸(۹۷/۴۱)	۱۳(۲/۵۹)	۰(۰/۰)
فعالیت‌های روزانه	۰(۰/۰)	۴۹۱(۹۸/۰۰)	۹(۱/۸۰)	۱(۰/۲۰)
حافظه	۰(۰/۰)	۴۷۸(۹۵/۴۱)	۲۲(۴/۳۹)	۱(۰/۲۰)
بینایی/شنوایی	۵۱(۱۰/۱۸)	۴۲۸(۸۵/۴۳)	۲۲(۴/۳۹)	۰(۰/۰)
تحرک	۰(۰/۰)	۴۹۷(۹۹/۲۰)	۳(۰/۶۰)	۱(۰/۲۰)
بی‌اختیاری ادراری	۰(۰/۰)	۴۵۵(۹۰/۸۲)	۴۶(۹/۱۸)	۰(۰/۰)
سلامت جسمانی	۰(۰/۰)	۱۵۵(۳۰/۹۴)	۳۴۶(۶۹/۰۶)	۰(۰/۰)
داروها	۰(۰/۰)	۴۶۱(۹۲/۲)	۳۷(۷/۴۰)	۲(۰/۴)
علائم روانپریشی	۰(۰/۰)	۴۵۴(۹۰/۶۲)	۲(۰/۴)	۴۵(۸/۹۸)
ناراحتی‌های روانی	۰(۰/۰)	۴۷۲(۹۴/۲۱)	۱۰(۲/۰۰)	۱۹(۳/۷۹)
اطلاعات	۰(۰/۰)	۱۴۹(۲۹/۷۴)	۳۵۱(۷۰/۰۶)	۱(۰/۲۰)
امنیت خود	۰(۰/۰)	۴۹۸(۹۹/۴۰)	۲(۰/۴۰)	۱(۰/۲۰)
خودزنی ناخواسته	۰(۰/۰)	۴۹۱(۹۸/۰۰)	۱(۰/۲۰)	۹(۱/۸۰)
سوء استفاده/غفلت	۰(۰/۰)	۴۹۲(۹۸/۲۰)	۹(۱/۸۰)	۰(۰/۰)
رفتار	۰(۰/۰)	۴۹۹(۹۹/۶۰)	۲(۰/۴۰)	۰(۰/۰)
الکل	۰(۰/۰)	۴۹۳(۹۸/۴۰)	۱(۰/۲۰)	۷(۱/۴۰)
مصاحبت	۰(۰/۰)	۵۰۰(۹۹/۸۰)	۱(۰/۲۰)	۰(۰/۰)
ارتباطات صمیمی	۰(۰/۰)	۴۹۹(۹۹/۶۰)	۲(۰/۴۰)	۰(۰/۰)
پول/بودجه‌بندی	۰(۰/۰)	۲۵۲(۵۰/۳۰)	۲۴۵(۴۸/۹۰)	۴(۰/۸۰)
مزایا	۳(۰/۶)	۴۵۵(۹۰/۸۲)	۱(۰/۲۰)	۴۲(۸/۳۸)

سالمند

امید بالا، تأثیر عمده‌ای بر شادکامی افراد سالمند دارند [۳۴]. در مطالعه مشابه بلوچ و همکاران [۳۵] (در شهر کرمان) که با هدف نیازسنجی از سالمندان به‌منظور کمک، شناسایی و اولویت‌بندی خدمات با ابزار کمبرول انجام شد، نیز نشان داده شد نیازهای روانشناختی بالاترین درصد از نیازهای برآورده‌شده را به خود اختصاص داده‌اند. این نتیجه در مطالعه مروری کارواچو و همکاران [۳۶] نیز بیانگر این مطلب بود که بالاترین نیاز برآورده‌نشده سالمندان در مطالعات بررسی‌شده (تعداد: ۲۱ مطالعه) بیشتر در حوزه روانی-اجتماعی و در مواردی مانند روان‌پریشی، افسردگی و وابستگی بوده است.

علاوه‌براین، نیازهای روانشناختی شامل جنبه‌هایی مانند علائم روانپزشکی و استرس روانشناختی است. در مطالعات قبلی، کیفیت زندگی و شادکامی مهم‌ترین شاخصه‌های سلامت

جدول ۳. مقایسه میانگین انواع نیازهای برآورده‌شده برحسب متغیرهای جمعیت‌شناختی در سالمندان

متغیرها		نیازهای محیطی		نیازهای جسمانی		نیازهای اجتماعی		نیازهای روانشناختی	
		میانگین±انحراف‌معیار	P	میانگین±انحراف‌معیار	P	میانگین±انحراف‌معیار	P	میانگین±انحراف‌معیار	P
جنسیت	زن	۱۰/۴۲±۱/۱۸		۸/۸۳±۰/۹۳		۱۵/۰۶±۱/۱۰		۷/۶۸±۰/۹۴	
	مرد	۹/۹۱±۰/۹۹	<۰/۰۰۱	۸/۹۹±۱/۱۲	۰/۰۷۶	۱۵/۲۳±۰/۸۴	۰/۰۴۷	۷/۶۴±۰/۹۳	۰/۶۹۴
	کل	۱۰/۱۵±۱/۱۱		۸/۹۱±۱/۰۴		۱۵/۱۵±۰/۹۸		۷/۶۶±۰/۹۳	
گروه‌های سنی	۶۰-۶۹ سال	۱۰/۲۵±۱/۱۲		۹/۰۴±۰/۹۹		۱۵/۱۹±۰/۸۲		۷/۶۲±۱۰۱	
	۷۰-۷۹ سال	۱۰/۰۶±۱/۰۲	۰/۰۰۷	۸/۷۲±۱/۰۷	۰/۰۰۹	۱۵/۰۴±۱/۳۲	۰/۲۸۳	۷/۷۰±۰/۸۴	۰/۳۲۲
	بالاتر از سال ۸۰	۹/۷۱±۱/۲۲		۸/۵۷±۱/۱۰		۱۵/۲۱±۰/۴۱		۷/۸۴±۰/۵۴	
وضعیت تأهل	هرگز ازدواج‌نکرده	۱۱/۳۳±۱/۱۵		۱۰/۰±۱/۰۷		۱۵/۶۶±۰/۵۷		۸/۰±۰/۰	
	همسردار	۱۰/۱۱±۱/۰۳	۰/۱۲۶	۹/۳۳±۰/۸۱	۰/۰۸۷	۱۵/۱۵±۰/۹۵	۰/۵۶۹	۷/۶۲±۰/۹۸	۰/۴۶۷
	جداشده	۱۰/۶۶±۱/۷۵		۸/۹۴±۱/۰۷		۱۵/۵۰±۰/۵۴		۸/۰±۰/۰	
	بیوه	۱۰/۶۶ ±۱/۷۵		۸/۷۴±۰/۹۵		۱۵/۱۳±۱/۰۸		۷/۷۴±۰/۸۴	
شرایط زندگی (ترتیبات زندگی)	با همسر	۱۰/۱۲±۱/۰۴		۸/۹۴±۱/۰۷		۱۵/۱۵±۰/۹۵		۷/۶۳±۰/۹۶	
	تنها	۱۰/۳۵±۱/۲۱	۰/۰۱۰	۸/۸۸±۰/۹۳	۰/۵۶۸	۱۵/۱۴±۱/۱۰	۰/۸۲۳	۷/۷۵±۰/۸۷	۰/۴۹۵
	با فرزندان	۹/۶۱±۱/۵۳		۸/۷۱±۱/۰۰		۱۵/۲۸±۰/۵۶		۷/۶۱±۰/۸۰	
تحصیلات	بی‌سواد	۹/۹۵±۱/۱۶		۸/۷۱±۰/۹۶		۱۵/۱۱±۱/۰۰		۷/۵۷±۱/۰۴	
	ابتدایی	۱۰/۱۹±۱/۰۵		۸/۸۰±۰/۹۶		۱۵/۱۱±۱/۰۷		۷/۶۸±۰/۹۳	
	راهنمایی	۱۰/۰۸±۱/۲۰	۰/۰۰۳	۸/۹۶±۰/۹۳	۰/۰۰۲	۱۴/۹۸±۰/۹۲	۰/۰۲۶	۷/۴۵±۱/۱۷	۰/۰۴۲
	دبیرستان	۱۰/۳۳±۱/۱۰		۹/۲۵±۱/۴۹		۱۵/۲۶±۰/۵۸		۷/۸۲±۰/۵۴	
	دانشگاهی	۱۰/۶۸±۰/۹۰		۹/۴۴±۰/۷۹		۱۵/۶۰±۰/۴۹		۷/۹۷±۰/۱۶	
وضعیت اجتماعی و اقتصادی	بد	۹/۹۶±۱/۱۱		۸/۹۶±۰/۸۸		۱۵/۲۹±۰/۵۵		۷/۸۸±۰/۳۲	
	متوسط	۱۰/۱۲±۱/۱۰	۰/۰۰۴	۸/۹۰±۱/۰۷	۰/۸۷۳	۱۵/۰۹±۱/۱۳	۰/۱۶۴	۷/۵۴±۱/۱۱	۰/۰۰۱
	خوب	۱۰/۵۰±۱/۰۹		۸/۹۳±۱/۰۵		۱۵/۲۴±۰/۴۸		۷/۹۵±۰/۲۱	
درجه وابستگی	وابستگی خفیف	۹/۴±۱/۰۷	۰/۰۲۹	۸/۵۰±۱/۰۸	۰/۲۰۱	۱۵/۰±۰/۹۴	۰/۶۱۲	۷/۷±۰/۴۸	۰/۹۰۴
	مستقل	۱۰/۱۷±۱/۱۱		۸/۹۲±۱/۰۴		۱۵/۱۵±۰/۹۸		۷/۶۶±۰/۹۴	

سالمند

روانی در سالمندان معرفی شده است. جونز و همکاران در بررسی عوامل شناختی و روانشناختی با شادکامی افراد سالمند نشان دادند سلامت جسمانی، حمایت اجتماعی و امید بالا، تأثیر عمده‌ای بر شادکامی افراد سالمند دارند [۳۴]. شادکامی شامل مقوله‌هایی مانند احساسات مثبت، رضایت و عدم وجود احساسات منفی مانند افسردگی و اضطراب است که یک عامل حیاتی در کیفیت زندگی سالمندان محسوب می‌شود [۳۷]. مطالعات قبلی نشان می‌دهند کیفیت زندگی سالمندان ایرانی معمولاً پایین‌تر از جوامع دیگر است [۳۸، ۳۹]. ازسوی‌دیگر، طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی شامل یک مفهوم گسترده شامل سلامت جسمی، رشد شخصی، حالات روانشناختی، میزان استقلال، روابط اجتماعی و ارتباط با محیط است [۴۰].

جدول ۴. نقش عوامل مرتبط بر برآورده شدن نیازهای سالمندان با استفاده از مدل رگرسیون خطی چندگانه

متغیر		ضریب رگرسیون	٪۹۵ فاصله اطمینان	p
سن (افزایش ۱ سال)		-۰/۰۵	(-۰/۰۸ ، -۰/۰۱)	۰/۰۰۲
تحصیلات	ابتدایی/بی‌سواد	۰/۳۷	(۰/۸۳ ، ۰-/۰۹)	۰/۱۱۹
	دبیرستان / بی‌سواد	۱/۲۰	(۱/۹۱ ، ۰/۴۹)	۰/۰۰۱
	دانشگاهی/بی‌سواد	۲/۲۳	(۳/۰۵ ، ۱/۴۰)	<۰/۰۰۱
	بیمارهای قلبی‌عروقی (بلی/خیر)	-۰/۴۹	(۰/۰۱ ، -۱/۰۵)	۰/۰۵۷
سلامت خودابراز	متوسط/ بد	۱/۵۸	(۲/۳۰ ، ۰/۸۶)	<۰/۰۰۱
	خوب/بد	۲/۲۳	(۲/۳۶ ، ۰/۹۶)	<۰/۰۰۱

سالمند

چندین مطالعه نشان داده‌اند با افزایش سن، بیماری‌هایی که بر سیستم‌های مختلف بدن تأثیر می‌گذارند، به‌ویژه در کسانی که محدودیت حرکتی دارند، به تشدید وابستگی افراد به دیگران برای انجام فعالیت‌های روزمره منجر می‌شود. این وابستگی ازنظر روحی نیز می‌تواند به‌طور قابل‌توجهی در کاهش کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر بگذارد. اوسادا و همکاران در مطالعه خود نشان دادند سالمندانی که قادر به انجام فعالیت‌های جسمانی و روزمره هستند، از کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند، کمتر احساس افسردگی می‌کنند و سطوح بالاتری از شادکامی را گزارش می‌دهند [۴۱]. مطالعات کیفی اخیر نیز نشان می‌دهد سالمندان با مشکلات جسمی بیشتر مسائلی مانند عدم رضایت از زندگی، کیفیت زندگی پایین، خستگی، تنهایی و افسردگی را تجربه می‌کنند [۴۲، ۴۳]. سایر مطالعات نیز بیانگر این است که در دوران میانسالی نشانه‌هایی مانند احساس بیهودگی و پوچ بودن، ترس از طرد شدن و از دست دادن عزیزان، به‌خصوص همسر و نگرانی و درجه پایین امید به‌طور مکرر بروز پیدا می‌کند [۴۴].

همچنین مطالعه حاضر نشان داد نیازهای برآورده‌نشده در بعد سلامت جسمانی قابل‌ملاحظه بود؛ در مطالعه مروری چراغی و همکاران [۴۵] چهار حوزه از نیازهای مرتبط با محیط، سلامت جسمانی، روانشناختی و تعاملات اجتماعی شناسایی شد و بالاترین نیازهای برآورده‌نشده در بعد نیازهای جسمانی و اجتماعی به دست آمده بود. در مطالعه حاضر نیز بعد جسمانی دومین رتبه از نیازهای برآورده‌نشده بود. علاوه‌براین، نتیجه برخی از مطالعات بیانگر آن است که بیشترین درصد نیازهای برآورده‌نشده جسمی مربوط به اختلالات بینایی و شنوایی، تحرک و بی‌اختیاری ادراری در سالمندان است، [۲۰، ۴۶، ۴۷].

ازطرفی، نتایج غربالگری در مطالعات پیشین بیانگر این است که کم‌شنوایی شیوع بالایی در سالمندان دارد و آستانه شنوایی در همه فرکانس‌ها در مردان ضعیف‌تر از زنان است و در ۲۰ درصد از سالمندان نیاز به سمعک احساس می‌شود. در مطالعه حاضر نیز بالاترین نیاز برآورده‌نشده مربوط به حوزه بینایی و شنوایی بود و در ۱۰/۱۸ درصد از سالمندان نیاز به سمعک بیان شد، به‌طورکلی این نتایج با یافته‌های مطالعات سابق نیز همخوانی دارد و اهمیت سلامت جسمانی در سالمندی موفق را برجسته می‌کند.

علاوه‌براین، این مطالعه به بررسی تأثیر عوامل مختلف بر رفع نیازهای سالمندان پرداخت. براساس نتایج مدل رگرسیون خطی چندگانه، پس از کنترل اثرات سایر متغیرها، مشخص شد بین سن و نیازهای سالمندی برآورده‌شده رابطه معکوس وجود دارد. سالمندان کهنسال (بالاتر از ۷۵ سال) نسبت به سالمندان جوان (۶۰ تا ۷۵ سال) بیشتر مستعد ابتلا به بیماری‌های مزمن مانند پوکی استخوان، اختلالات بینایی و شنوایی و سایر بیماری‌ها هستند و به مراقبت بیشتری دارند [۴۸-۵۰].

همچنین بین سطوح بالاتر تحصیلات و برآورده شدن نیازهای دوران سالمندی رابطه مستقیم مشاهده شد. نتایج مطالعات پیشین نشان می‌دهد افراد مسن با تحصیلات بالاتر، دسترسی بیشتری به اطلاعات و منابع آموزشی دارند و معمولاً دارای سواد سلامت بالاتری نیز هستند. این دسترسی به دانش و اطلاعات، درک آن‌ها از لزوم دریافت خدمات پزشکی و بهداشتی را افزایش می‌دهد [۵۱، ۵۲]. پژوهش‌ها نشان داده‌اند بین سواد سلامت و خودکارآمدی ارتباط مثبت وجود دارد که باعث افزایش میزان استقلال سالمندان و کاهش بار مالی ناشی از مراقبت‌های مربوط به سالمندان می‌گردد. بیماران با سواد سلامت پایین نسبت به بیماران با سواد سلامت کافی، به میزان بالاتری در بیمارستان بستری می‌شوند و مدت‌زمان طولانی‌تری در بیمارستان اقامت می‌کنند [۵۳].

همچنین افراد مسن‌تری که به سطوح بالاتر تحصیلی رسیده‌اند، هم در شرایط گذشته و هم درحال‌حاضر، از جایگاه اجتماعی-اقتصادی برتری برخوردارند. این وضعیت سودمند

می‌تواند تأثیر مستقیم یا غیرمستقیم بر کیفیت کلی زندگی در تمام ابعاد داشته باشد [۵۴]. نیازسنجی‌های قبلی افراد مسن نشان داده است که سالمندانی که در کشورهایی با وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین هستند در به دست آوردن منابع اطلاعاتی مرتبط با سلامت، کاربرد فناری‌های جدید و استفاده از تجهیزات پزشکی اعم از سمعک و خدمات پرستاری و مراقبتی با مشکل مواجه می‌شوند [۵۵].

علاوه‌براین، مدل رگرسیون چندگانه نشان داد ابتلا به بیماری‌های قلبی‌عروقی در سالمندان با کاهش نیازهای برآورده‌شده ارتباط دارد. بیماری‌های قلبی‌عروقی ممکن است با تضعیف عملکرد قلب و قدرت عضلانی، نیازهای برآورده‌نشده در سنین بالا را تشدید کند [۵۶]. نتایج مطالعه سمن و همکاران [۵۷] نشان داد سابقه قبلی بیماری قلبی‌عروقی با احتمال افزایش نیازهای برآورده‌نشده در سالمندان، در انجام فعالیت‌های روزانه و مراقبت‌های پزشکی مرتبط است.

در این مطالعه، جامعه هدف سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت سطح اول مراقبت‌های بهداشتی اولیه در کشور (PHC) بود که به‌دلیل عدم ارائه خدمات تخصصی بالینی و توانبخشی در این مراکز در بیشتر موارد مراجعین سالمندان سالم و با حداکثر استقلال عملکردی و ساکن جامعه می‌باشند. همین مسئله ممکن است باعث گزارش مقدار نیازهای برآورده‌نشده واقعی کمتری در گروه سالمندان ایرانی باشد که امکان تعمیم‌پذیری نتایج این مطالعه را به کلیه سالمندان جامعه ندارد.

نتیجه‌گیری نهایی

نتیجه‌گیری در مطالعه حاضر، کمترین میانگین نیازهای برآورده‌نشده سالمندان در ابعاد جسمی و روانی بود و سطح تحصیلات و سن رابطه مستقیمی با نیازهای برآورده‌شده داشت. نتایج مطالعات مختلف نیز نشان می‌دهد نیازهای جدید دوران سالمندی در اکثر مواقع به‌دلیل عدم دسترسی مالی و فیزیکی به‌صورت برآورده‌نشده باقی می‌مانند که به افت کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی و درنهایت عدم رضایتمندی از زندگی در سالمندان منجر می‌شود. باتوجه‌به مطالب ذکرشده برای دستیابی به هدف عالی سالمندی سالم و پویا لزوم نیازسنجی مقدماتی و دوره‌ای توسط سیاست‌گذاران حوزه سلامت سالمندی ضروری به نظر می‌رسد.

طبق نتایج این مطالعه، نیازهای اجتماعی و جسمانی (به‌ویژه در حوزه بینایی و شنوایی) در سالمندان به‌طور مطلوبی برآورده نشده است. بنابراین به نظر می‌رسد افزایش کمیت و کیفیت برنامه ارزیابی عملکرد جسمی و روانشناختی سالانه سالمندان در برنامه یکپارچه خدمات سالمندان امری ضروری است. همین طور گنجاندن برنامه‌های آموزشی در قالب بسته‌های آموزشی مهارت‌های خودمراقبتی، با کیفیت بالاتری در برنامه مراقبت‌های ادغام‌یافته، در راستای بهبود عملکرد روانشناختی و جسمانی خصوصاً در سالمندان با سابقه بیماری‌های مزمنی چون بیماری‌های قلبی‌عروقی لازم است. برای دستیابی به هدف عالی سالمندی سالم و پویا، شناسایی نیازهای اساسی و فوری، پایش مداوم، ارتقای نیروی انسانی تخصصی و آموزش داده‌شده، بهبود کیفیت و تعداد خدمات برنامه و بازبینی برنامه مراقبت‌های یکپارچه سالمندان مورد نیاز است.

یکی از نیازهای مهم سالمندان، نیاز آموزشی است. پیشنهاد می‌شود بحث آموزش در سالمندان با بهره‌گیری از مدل‌های آموزش بهداشت به‌صورت طرح‌های مداخله‌ای انجام شود. طرح‌های مداخله‌ای مختلفی با موضوعات مختلف مرتبط با ارتقای سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی اثربخشی آموزش برای گروه‌های هدف را تأیید کرده‌اند.

در مطالعات آتی، نیازسنجی در کلیه گروه‌های سالمندان ساکن جامعه و ساکن مراکز مراقبتی بلندمدت نیز انجام شود

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مطالعه در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی همدان با شناسه اخلاق (IR.UMSHA.REC.1401.874) تصویب شد.

حامی مالی

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی در دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی همدان (۱۴۰۲۰۲۰۵۵۵۹) می‌باشد. معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان حامی مالی این مطالعه بوده است.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی: زهرا چراغی و پروین چراغی؛ تحقیق و بررسی: فاطمه منصوری شاد، قدیر نوری و صدیقه مفاخری باشماق؛ روش‌شناسی: زهرا چراغی و پروین چراغی، نگارش پیش‌نویس: فاطمه منصوری شاد، ویراستاری و نهایی‌سازی: همه نویسندگان؛ مدیریت پروژه: زهرا چراغی.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

از سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش حاضر که در اجرای این مطالعه همکاری کردند، تشکر و سپاسگزاری می شود.

References

[1] World Health Organization. Ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2024. [Link]

[2] Valencia MI. Aging population: A challenge for public health. Colombian Journal of Anesthesiology. 2012; 40(3):192-4. [DOI:10.1016/j.rcae.2012.04.002]

[3] Han Y, He Y, Lyu J, Yu C, Bian M, Lee L. Aging in China: Perspectives on public health. Global Health Journal. 2020; 4(1):11-7. [DOI:10.1016/j.glohj.2020.01.002]

[4] United Nations. Global Issues: Ageing. New York: United Nations; 2024. [Link]

[5] Statistics Center of Iran. [National Population and Housing Census in 2016 (Persian)]. Tehran: Statistics Center of Iran; 2024. [Link]

[6] Smith F, Orrell M. Does the patient-centred approach help identify the needs of older people attending primary care? Age and Ageing. 2007; 36(6):628-31. [DOI:10.1093/ageing/afm131] [PMID]

[7] Miranda-Castillo C, Woods B, Galboda K, Oomman S, Olojugba C, Orrell M. Unmet needs, quality of life and support networks of people with dementia living at home. Health and Quality of Life Outcomes. 2010; 8:132. [DOI:10.1186/1477-7525-8-132] [PMID]

[8] van der Ploeg ES, Bax D, Boorsma M, Nijpels G, van Hout HP. A cross-sectional study to compare care needs of individuals with and without dementia in residential homes in the Netherlands. BMC Geriatrics. 2013; 13:51. [DOI:10.1186/1471-2318-13-51] [PMID]

[9] Ashokkumar T, Chacko T, Munuswamy S. Health care and social needs of the elderly: Assessed by the tool Camberwell Assessment of need for the elderly. International Journal of Tropical Medicine. 2011; 6(5):97-9. [Link]

[10] Gholizadeh S, Estaji Z, Akrami R, Ghanbari-Moghaddam A. [Health related needs of the elderly in Sabzevar city of Iran, 2019 (Persian)]. Journal of Gerontology. 2020; 4(4):68-75. [DOI:10.29252/joge.4.3.68]

[11] Mohagheghi Kamal S H, Sajadi H, Zare H, Biglarian A. [Need assessment among the Elders of Social Security Organization & National Retirement Fund (Persian)]. Salmand: Iranian Journal of Ageing 2008; 3(1):8-15. [Link]

[12] Pirouz F, Mohammadi Shahbolaghi F, Foroughan M. [Prevalence of physical diseases and disorders in retired armed forces; a case study of Tehran City, Iran (Persian)]. Iranian Journal of War and Public Health. 2017; 9(1):53-60. [DOI:10.18869/acadpub.ijwph.9.1.53]

[13] Rasel M, Ardalan A. [The future of ageing and its health care costs: A warning for health system (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2007; 2(2):300-5. [Link]

[14] Reynolds T, Thornicroft G, Abas M, Woods B, Hoe J, Leese M, et al. Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE): Development, validity and reliability. The British Journal of Psychiatry. 2000; 176:444-52. [DOI:10.1192/bjp.176.5.444] [PMID]

[15] Yavari K, Basakha M, Sadeghi H, Naseri A. [Economic aspects of ageing (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2015; 10(1):92-105. [Link]

[16] Fernandes L, Gonçalves-Pereira M, Leuschner A, Martins S, Sobral M, Azevedo LF, et al. Validation study of the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) in Portugal. International Psychogeriatrics. 2009; 21(1):94-102. [DOI:10.1017/S1041610208008041] [PMID]

[17] Heidari M, Shahbazi S. [Effect of self-care training program on quality of life of elders (Persian)]. Iran Journal of Nursing. 2012; 25(75):1-8. [Link]

[18] Shoaei F, Nejati V. [Elderly-caring service pattern in USA comparing with Iran (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2008; 3(1):68-77. [Link]

[19] Orrell M, Hancock G. CANE-Camberwell assessment of need for the elderly: A needs assessment for older mental health service users. London: Gaskell; 2004. [Link]

[20] Walters K, Iliffe S, Tai SS, Orrell M. Assessing needs from patient, carer and professional perspectives: the Camberwell Assessment of Need for Elderly people in primary care. Age and Ageing. 2000; 29(6):505-10. [DOI:10.1093/ageing/29.6.505] [PMID]

[21] Salehi R, Davatgaran K, Heidari M, Mostafaee N, Latifi M. [The psychometric properties of the Persian version of the Camberwell Assessment of Needs (CANE) for Iranian Elderly people with mental disorders (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2018; 13(2):168-81. [DOI:10.32598/sija.13.2.168]

[22] Nasser R, Doumit J. Validity and reliability of the Arabic version of activities of daily living (ADL). BMC Geriatrics. 2009; 9:11. [DOI:10.1186/1471-2318-9-11] [PMID]

[23] Fricke J, Unsworth CA. Inter-rater reliability of the original and modified Barthel Index, and a comparison with the Functional Independence Measure. Australian Occupational Therapy Journal. 1997; 44(1):22-9. [DOI:10.1111/j.1440-1630.1997.tb00750.x]

[24] Leung SO, Chan CC, Shah S. Development of a Chinese version of the Modified Barthel Index-validity and reliability. Clinical Rehabilitation. 2007; 21(10):912-22. [DOI:10.1177/0269215507077286] [PMID]

[25] Nazzal M, Sa'adah MA, Al-Ansari D, Al-Awadi O, Eyadah AA, Al-Kadiri MA, et al. Stroke rehabilitation: Application and analysis of the modified Barthel index in an Arab community. Disability and Rehabilitation. 2001; 23(1):36-42. [DOI:10.1080/09638280150211284] [PMID]

[26] Nakao S, Takata S, Uemura H, Kashihara M, Osawa T, Komatsu K, et al. Relationship between Barthel Index scores during the acute phase of rehabilitation and subsequent ADL in stroke patients. The Journal of Medical Investigation. 2010; 57(1, 2):81-8. [DOI:10.2152/jmi.57.81] [PMID]

[27] Hormozi S, Alizadeh-Khoei M, Sharifi F, Taati F, Aminalroaya R, Fadaee S, et al. Iranian version of barthel index: validity and reliability in outpatients' elderly. International Journal of Preventive Medicine. 2019; 10:130. [DOI:10.4103/ijpvm.IJPVM_579_18] [PMID]

[28] Aminalroaya R, Mirzadeh FS, Heidari K, Alizadeh-Khoei M, Sharifi F, Effatpanah M, et al. The validation study of both the modified barthel and barthel index, and their comparison based on Rasch analysis in the hospitalized acute stroke elderly. The International Journal of Aging and Human Development. 2021; 93(3):864-80. [DOI:10.1177/0091415020981775] [PMID]

[29] Kates P. Measures of adult general functional status. Arthritis and Rheumatism. 2003; 49(S5):S15-S27. [DOI:10.1002/art.11415]

[30] Hartigan I, O'Mahony D. The Barthel Index: Comparing inter-rater reliability between nurses and doctors in an older adult rehabilitation unit. Applied Nursing Research. 2011; 24(1):e1-e7. [DOI:10.1016/j.apnr.2009.11.002] [PMID]

[31] MacKenzie DM, Copp P, Shaw RJ, Goodwin GM. Brief cognitive screening of the elderly: A comparison of the mini-mental state examination (MMSE), abbreviated mental test (AMT) and Mental Status Questionnaire (MSQ). Psychological Medicine. 1996; 26(2):427-30. [DOI:10.1017/S0033291700034826] [PMID]

[32] Bakhtiyari F, Foroughan M, Fakhrzadeh H, Nazari N, Najafi B, Alizadeh M, et al. [Validation of the Persian version of Abbreviated Mental Test (AMT) in elderly residents of Kahrizak charity foundation (Persian)]. Iranian Journal of Diabetes and Metabolism. 2014; 13(6):487-94. [Link]

[33] Foroughan M, Wahlund LO, Jafari Z, Rahgozar M, Farahani IG, Rashedi V. Validity and reliability of a bbreviated M ental T Est S core (AMTS) among older Iranian. Psychogeriatrics. 2017; 17(6):460-5. [DOI:10.1111/psyg.12276] [PMID]

[34] Jones T, Rapport L, Hanks R, Lichtenberg P, Telmet K. Cognitive and psychosocial predictors of subjective well-being in urban older adults. The Clinical Neuropsychologist. 2003; 17(1):3-18. [DOI:10.1076/clin.17.1.3.15626] [PMID]

[35] Balooch Rafsanjani E, Morowatisharifabad MA, Jambarsang S, Mirzaei M. [Health-related needs of older adults in Rafsanjan County, Kerman, Iran (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2022; 17(2):232-45. [DOI:10.32598/sija.2022.3183.1]

[36] Carvacho R, Carrasco M, Lorca MBF, Miranda-Castillo C. Met and unmet needs of dependent older people according to the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE): A scoping review. Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia. 2021; 56(4):225-35. [DOI:10.1016/j.regg.2021.02.004] [PMID]

[37] Kaur B, Kang T. Quality of life as correlate of happiness in elderly. Indian Journal of Positive Psychology. 2020; 11(4):405-10. [Link]

[38] Tajvar M, Arab M, Montazeri A. Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. BMC Public Health. 2008; 8:323. [DOI:10.1186/1471-2458-8-323] [PMID]

[39] Cheraghi P, Eskandari Z, Bozorgmehr S, Zanjari N, Cheraghi Z. Quality of life and its related factors among Elderly People. Journal of Education and Community Health. 2019; 6(3):145-51. [DOI:10.29252/jech.6.3.145]

[40] WHO. Division of mental health and prevention of substance abuse world health organization. Geneva: WHO; 1997. [Link]

[41] Osada H, Shibata H, Haga H, Yasumura S. [Relationship of physical condition and functional capacity to depressive status in person aged 75 years (Japanese)]. Japanese Journal of Public Health. 1995; 42(10):897-909. [PMID]

[42] van Leeuwen KM, van Loon MS, van Nes FA, Bosmans JE, de Vet HCW, Ket JCF, et al. What does quality of life mean to older adults? A thematic synthesis. Plos One. 2019; 14(3):e0213263. [DOI:10.1371/journal.pone.0213263] [PMID]

[43] Åberg AC, Sidenvall B, Hepworth M, O›Reilly K, Lithell H. On loss of activity and independence, adaptation improves life satisfaction in old age-a qualitative study of patients› perceptions. Quality of Life Research. 2005; 14(4):1111-25. [DOI:10.1007/s11136-004-2579-8] [PMID]

[44] Hallberg IR. Death and dying from old people's point of view. A literature review. Aging Clinical and Experimental Research. 2004; 16(2):87-103. [DOI:10.1007/BF03324537] [PMID]

[45] Cheraghi P, Delbari A, Cheraghi Z, Karimi-Shahanjarini A, Zanjari N. Assessment of met and unmet care needs in older adults without mental disorders using the camberwell assessment of need for the elderly: A systematic review and meta-analysis. Journal of Research in Health Sciences. 2021; 21(4):e00530. [DOI:10.34172/jrhs.2021.64] [PMID]

[46] Sousa RM, Scazufca M, Menezes PR, Crepaldi AL, Prince MJ. Feasibility and reliability of the elderly version of the Camberwell Assessment of Needs (CANE): Results from the São Paulo Ageing & Health Study. Revista Brasileira de Psiquiatria (Sao Paulo, Brazil. 2009; 31(1):34-8. [DOI:10.1590/S1516-44462009000100009] [PMID]

[47] Stein J, Luppa M, König HH, Riedel-Heller SG. Assessing met and unmet needs in the oldest-old and psychometric properties of the German version of the Camberwell assessment of need for the elderly (CANE)-a pilot study. International Psychogeriatrics. 2014; 26(2):285-95. [DOI:10.1017/S1041610213001993] [PMID]

[48] Cheraghi P, Cheraghi Z, Bozorgmehr S. The prevalence and risk factors of osteoporosis among the elderly in Hamadan province: A cross sectional study. Medical Journal of the Islamic Republic of Iran. 2018; 32:111. [DOI:10.14196/mjiri.32.111] [PMID]

[49] Irani AD, Poorolajal J, Khalilian A, Esmailnasab N, Cheraghi Z. Prevalence of osteoporosis in Iran: A meta-analysis. Journal of Research in Medical Sciences: The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences. 2013; 18(9):759-66. [PMID]

[50] Golmakani E, Usefi M, Tabatabaeichehr M, Ghanei Zare F, Moayyed L, Hasan Zadeh E, et al. [Fall in elderly: A literature review (Persian)]. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences. 2014; 5(5):1159-63. [DOI:10.29252/jnkums.5.5.S5.1159]

[51] Nur Asyura Adznam S, Shahar S, Rahman SA, Yusof NA, Arshad F, Yassin Z, et al. An action research on promotion of healthy ageing and risk reduction of chronic disease: A need assessment study among rural elderly Malays, care givers and health professionals. The Journal of Nutrition, Health & Aging. 2009; 13(10):925-30. [DOI:10.1007/s12603-009-0253-0] [PMID]

[52] Sohrabi M, Karami M, Mirmoeini RS, Cheraghi Z. The relationship between health literacy and hypertension control: A cross-sectional study. The Journal of Tehran University Heart Center. 2022; 17(4):243-8. [DOI:10.18502/jthc.v17i4.11614] [PMID]

[53] Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: What do we mean and why does it matter? Health Promotion International. 2009; 24(3):285-96. [DOI:10.1093/heapro/dap014] [PMID]

[54] Migeot J, Calivar M, Granchetti H, Ibáñez A, Fittipaldi S. Socioeconomic status impacts cognitive and socioemotional processes in healthy ageing. Scientific Reports. 2022; 12(1):6048. [DOI:10.1038/s41598-022-09580-4] [PMID]

[55] Wilson J, Heinsch M, Betts D, Booth D, Kay-Lambkin F. Barriers and facilitators to the use of e-health by older adults: A scoping review. BMC Public Health. 2021; 21(1):1556. [DOI:10.1186/s12889-021-11623-w] [PMID]

[56] Goyal P, Kwak MJ, Al Malouf C, Kumar M, Rohant N, Damluji AA, et al. Geriatric cardiology: Coming of age. JACC. Advances. 2022; 1(3):100070. [DOI:10.1016/j.jacadv.2022.100070] [PMID]

[57] Seeman TE, Merkin SS, Crimmins EM, Karlamangla AS. Disability trends among older Americans: National health and nutrition examination surveys, 1988-1994 and 1999-2004. American Journal of Public Health. 2010; 100(1):100-7. [DOI:10.2105/AJPH.2008.157388] [PMID]