

فهرست

پیشگفتار مترجمان.....	۷
بخش ۳: سالمندشناسی بالینی.....	۱۱
فصل ۱۴: فرتوتی: یک دیدگاه گسترده.....	۱۳
فصل ۱۵: سالمندی و کمبود ذخایر: پیامدهای بالینی.....	۱۹
فصل ۱۶: تأثیرات سالمندی بر سیستم قلبی عروقی.....	۳۱
فصل ۱۷: تغییرات وابسته به سن در سیستم تنفسی.....	۳۹
فصل ۱۸: نشانه‌های عصب شناختی سالمندان.....	۴۷
فصل ۱۹: بافت پیوندی و پیوند اعضا در سالمندان.....	۵۵
فصل ۲۰: استخوان و مفاصل در دوره سالمندی.....	۶۵
فصل ۲۱: سالمندی و سیستم گوارش.....	۷۹
فصل ۲۲: دستگاه دفع و ادرار در سالمندان.....	۸۵
فصل ۲۳: دستگاه غدد درون ریز و سالمندی.....	۹۱
فصل ۲۴: سالمندی و خون‌شناسی.....	۱۰۳
فصل ۲۵: سالمندی و پوست.....	۱۱۳
فصل ۲۶: داروشناسی سالمندی.....	۱۲۱
فصل ۲۷: پزشکی پیری ستیز (نبرد با پیری).....	۱۳۱
منابع و مآخذ.....	۱۳۹
فهرست کتب تالیفی-ترجمه‌ای.....	۲۰۷
واژه‌یاب.....	۲۱۰

تقدیم به

تمامی زنان و مردان سالمند ایرانی

پیشگفتار مترجمان

پیش‌بینی‌ها نشان می‌دهد که سرعت افزایش جمعیت سالمندان از سرعت رشد طبیعی جمعیت پیشی می‌گیرد. تعداد سالمندان بالای ۶۵ سال از تعداد کودکان زیر ۵ سال بیشتر شده و تا سال ۲۰۵۰ نیز جمعیت سالمند از جمعیت زیر ۱۴ سال پیشی خواهد گرفت (۲۱ درصد) که این امر نشان‌دهنده افزایش روزافزون مسئولیت ما در قبال قشر سالمند است. چرا که از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۱ حدود ۶۰ درصد سالمندان دنیا در کشورهای در حال توسعه مانند ایران بوده‌اند که این رقم در سال ۲۰۵۰ به ۸۰ درصد می‌رسد.

بر اساس سرشماری سال ۱۳۷۵ در ایران جمعیت بالای ۶۰ سال در کشور ۶/۶ درصد کل جمعیت بوده است. در سال ۱۳۷۹ این رقم به ۷/۸ درصد و در سال ۱۳۸۵ به ۸/۴ درصد رسید و برآورد می‌شود که در سال ۱۴۰۰ بیش از ۱۳ درصد جمعیت کشور بالای ۶۰ سال سن یعنی ۸/۵ میلیون نفر و در سال ۲۰۵۰ به رشد ۲۶ درصدی (۱۸/۵ میلیون سالمند) برسد. این گونه رشد جمعیت برای کشور توسعه‌یافته‌ای مانند سوئیس نیازمند یک گذار ۵۵ ساله است. در حالی که برای کشور در حال توسعه‌ای مانند ایران در ظرف ۱۰ سال (۱۳۷۵ تا ۱۳۸۵) رخ داده است. این مسئله جمعیت‌شناختی و متعاقباً مسئله جامعه‌شناختی - بهداشتی در کشورهای توسعه‌یافته جهان مانند ایران آنچنان حائز اهمیت است که سازمان جهانی بهداشت را ترغیب به نامگذاری سال ۲۰۱۲ به سال "زندگی سالم و طول عمر بیشتر"^۱ کرد و این مسئله رشد اپیدمیکی جمعیت غیرمولد سالمندی به "سونامی خاموش در ایران"^۲ تعریف شده است.

از گذشته تا امروز جمعیت ایران نیز همگام با جمعیت جهان رو به سوی سالمندی می‌رود. آمار و ارقام حاصل از سرشماری‌های عمومی نفوس و مسکن نشان می‌دهد که تعداد جمعیت سالمند ایران در دهه‌های اخیر در حال افزایش بوده است. نسبت جمعیت سالمند کشور طی سال‌های ۱۳۳۵ تا ۱۳۸۵ از آهنگ یکنواختی برخوردار نبوده است. تعداد جمعیت سالمند ایران (سنین ۶۰ ساله و بیشتر) از ۱۱۷۳۶۷۹ نفر در سال ۱۳۳۵، به ۵۱۲۱۰۳۸ نفر در سال ۱۳۸۵ و در سال ۱۳۹۰ به ۸/۲ درصد جمعیت کل کشور رسید. به عبارت دیگر، جمعیت سالمند کشور در دوره ۵۰ ساله مورد بحث ۴/۴ برابر شد؛ در حالی که جمعیت کل کشور در همین دوره ۳/۷ برابر شد. بدیهی است که از جمله عوامل مؤثر در افزایش جمعیت سالمند کشور در سال ۱۳۹۰ افزایش امید به زندگی و کاهش سطح باروری در دو دهه اخیر بوده است. جمعیت سالمندان

1. Good Health Adds Life To Years
2. Silent Tsunami

مرد بین سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ در اکثر استان‌ها بیشتر از زنان سالمند بوده است. اما در سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۰ تعداد زنان سالمند در تمام استان‌ها بیشتر از مردان سالمند خواهد بود که حاکی از زنا نه شدن جمعیت سالمند در سال‌های آتی است. پیش‌بینی‌ها نشان می‌دهد که تا سال ۱۴۰۴ بیش از ۱۳ درصد و تا سال ۱۴۳۰ بین ۲۱ تا ۲۵ درصد جمعیت ایران را سالمندان تشکیل خواهند داد.

توضیح اینکه چنین وضعیتی در کل جهان نیز پیش‌آمد به‌گونه‌ای که بین سال‌های ۱۹۵۰ و ۲۰۰۵ جمعیت سالمند جهان ۳/۶ برابر شد اما در ایران شدت آن بیشتر از سطح جهانی (۴/۸ برابر) بود. بدیهی است که این امر نتیجه کاهش مرگ‌ومیر بود و منجر شد تا امید به زندگی در بدو تولد از حدود ۴۷ سال در سال ۱۳۴۵ به ۷۸ سال در سال ۱۳۹۵ برسد. به‌طور یقین عوامل متعددی در افزایش جمعیت سالمند کشور دخیل بوده‌اند که از جمله آن‌ها می‌توان به: تغییرات اعمال شده در سیاست‌های کنترل جمعیت پس از پیروزی انقلاب اسلامی و اجرای سیاست‌های تشویق مولید اشاره کرد. در سال ۱۳۶۵ دولت متوجه بار سنگینی افزایش جمعیت شد و به فکر احیای سیاست قدیمی کنترل جمعیت (که نخستین بار در دهه ۱۳۵۵-۱۳۴۵ به‌طور رسمی اجرا شد و نتیجه آن کاهش رشد طبیعی جمعیت در نقاط شهری بود) افتاد و در خرداد ۱۳۶۷، سیاست تحدید مولید را اعلام کرد و متعاقب آن برنامه‌های تنظیم خانواده را به مرحله اجرا درآورد.

با موفقیت اجرای سیاست‌های تنظیم خانواده روند باروری در دهه ۱۳۷۵-۱۳۶۵ تنزل چشمگیری یافت به‌گونه‌ای که کاهش تعداد مولید (به همراه کاهش تعداد مرگ‌ومیر و افزایش امید به زندگی) رشد سالانه جمعیت کشور را، از ۳/۹ درصد در دهه ۱۳۶۵-۱۳۵۵، به ۱/۹۶ درصد در دهه ۱۳۷۵-۱۳۶۵ و ۱/۶۲ درصد در دهه ۱۳۸۵-۱۳۷۵ رسانید. کاهش میزان باروری کل^۱ نیز در این دوران قابل ملاحظه بود، بدین ترتیب که میزان باروری کل در سال ۱۳۶۵ از ۶/۴ فرزند به ۳ فرزند در سال ۱۳۷۵ و ۲ فرزند در سال ۱۳۸۵ کاهش یافت. با توجه به آنچه در تعریف سالمندی جمعیت آمد می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که در ایران سالمندی جمعیت در شرف شروع شدن است. بطوری‌که در سال ۱۳۸۵، نسبت جمعیت سالمندان ایرانی (۶۵ ساله و بیشتر) ۸/۴ درصد بوده است. رشد جمعیت سالمندی همسو با گسترش مسائل سالمندان نیز خواهد بود. این گستره نه تنها حوزه بهداشت و درمان آن‌ها را متأثر نموده؛ بلکه جنبه‌های اجتماعی، روانی، فرهنگی و حقوقی مسائل و مشکلات سالمندان را نیز در محور توجه قرار می‌دهد.

در فصل سوم از بخش اول کتاب مرجع براکلهرست با عنوان "سالمندشناسی بالینی"^۲ نویسندگان در قالب ۱۴ فصل منسجم به بحث چالش‌های بالینی و پزشکی در دوره سالمندی پرداخته‌اند. این بخش مهم شامل زیرفصل‌هایی با عناوین: ۱۴. فرتوتی: یک دیدگاه گسترده، ۱۵. سالمندی و کمبود ذخایر: پیامدهای بالینی، ۱۶. تاثیر سالمندی بر سیستم قلبی-عروقی، ۱۷. تغییرات وابسته به سن در سیستم تنفسی،

1. Total Fertility Rate (TFR)

2. Clinical Gerontology

۱۸. نشانه‌های عصب شناختی در سالمندان، ۱۹. بافت پیوندی و پیوند اعضا در سالمندان، ۲۰. استخوان و مفاصل در دوره سالمندی، ۲۱. سالمندی و سیستم گوارشی، ۲۲. دستگاه دفع و ادرار در سالمندان، ۲۳. دستگاه غدد درون ریز و سالمندی، ۲۴. سالمندی و خون شناسی، ۲۵. سالمندی و پوست، ۲۶. داروشناسی سالمندی، ۲۷. پزشکی پیری ستیز (مقابله با پیری) است.

معادل‌گزینی واژگان تخصصی سالمندی که دانشی نوپا در ایران است؛ از کتاب دو جلدی "فرهنگ سالمند" تالیف دکتر عبدالرحیم اسدلهبی و خانم طاهره سکوت (چاپ ۱۳۹۹: نشر تراوا) استخراج شده است؛ ولی مترجمان معتقدند ترجمه این کتاب بویژه در معادل‌یابی‌ها، عاری از هر گونه نقیصه نیست. لذا هرگونه پیشنهاد و انتقاد در خصوص معادل‌واژگان بصورت مکتوب به دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شیراز ارجاع شود.

این کتاب برای پژوهشگران، اساتید و دانشجویان حوزه‌های بین‌رشته‌ای مانند سالمندشناسی، سلامت سالمندی، علوم اجتماعی و رفتاری، پرستاری سالمندان، دستیاری طب سالمندی و حوزه‌های توانبخشی مفید بوده و در عین حال سایر علاقه‌مندان مانند مدیران و کارکنان مراکز روزانه سالمندی، بنیادهای فرزندان، کانون‌های بازنشستگی و شعب استانی کانون ملی فرهیختگان، سالمندان عزیز و مراقبین آن‌ها و دیگر فعالان حوزه سلامت سالمندی توانند با تهیه این کتاب دانش و آگاهی خود را در حیطه چالش‌های دوران سالمندی بالا ببرند.

گروه مترجمان

شیراز - پاییز ۱۴۰۰

بخش ۳

سال‌مندی‌شناسی بالینی

فرتوتی: یک دیدگاه گسترده

فرتوتی

برای درک بهتر وضعیت ناهمگن سلامت افراد سالمند، مفهوم فرتوتی در حدود ۲۰ سال پیش در ادبیات سالمندان و ژنتیک مطرح شد. فرتوتی در حال حاضر بدون بحث و جدال به عنوان مفهوم افزایش آسیب پذیری در برابر نتایج و پیامدهای نامطلوب در میان افراد در همان سن تقویمی اشان شناخته می شود. این اصطلاحی است که برای اشاره به سندرم پیری و یا وضعیت مشخص شده با کاهش ذخایر هموستاتیک ارگانسیم، مورد استفاده قرار می گیرد. توانایی پایین تر ارگانسیم برای مواجهه با نیروهای آنتروپیک (که از منابع درونی و بیرونی نشات می گیرند) فرد را در معرض خطر فزاینده حوادث و رویدادهای مربوط به سلامتی منفی قرار می دهد، که شامل سقوط و افتادن، بستری شدن در بیمارستان، بدتر شدن ناتوانی و معلولیت و مرگ و میر می باشد. در یک فرد ضعیف، یک عامل استرس زای درونی و یا بیرونی غیرمرتبط بالینی، می تواند محرکی برای شروع مجموعه واکنش های متوالی منجر به ناتوانی باشد. فرتوتی توسط یک اجماع بین المللی از متخصصان به عنوان "یک سندرم چندبعدی" تعریف شده است که با کاهش ذخیره و کاهش مقاومت کم در برابر عوامل استرس زا مشخص می شود. تعریف پذیرفته شده ای از فرتوتی در اورلاندو، فلوریدا، توسط یک گروه اجماع بین المللی در سال ۲۰۱۲ ارائه شد. این

تعریف اظهار داشت که فرتوتی "یک سندرم پزشکی با علل و عوامل متعدد است که با کاهش قدرت، استقامت و کاهش عملکرد فیزیولوژیکی بدن که منجر به افزایش آسیب پذیری فرد را برای ایجاد و پیشرفت وابستگی و/ یا مرگ می شود"، مشخص می شود. در یک مقاله مروری اخیر، کَلگ و همکارانش به وضوح فرتوتی را نه به عنوان یک سندرم، بلکه به عنوان یک وضعیت و شرایط آسیب پذیر توصیف کرده اند که حفظ هموستاز را در افراد سالمند به چالش می کشد. به همین ترتیب، رویکرد انباشت کمبودها و نواقص، فرتوتی را به عنوان یک حالت خطرناک چند بعدی می بیند که می تواند از طریق کمیت و نه با ماهیت مشکلات سلامتی اندازه گیری شود. این رویکرد پیشنهاد می کند که در افراد سالمند ضعیف، خیلی چیزها معیوب است؛ هرچه تعداد این عیوب آن ها بیشتر باشد، احتمال ضعیف بودن آن ها بیشتر است و خطر پیامدهای نامطلوب سلامتی آن ها نیز بیشتر است. براساس این تعریف، فرتوتی ناشی از کاهش چند سیستمی است، که توانایی بدن را برای ترمیم آسیب ناشی از عوامل بیرونی یا به عنوان عوارض جانبی فرآیندهای داخلی (به عنوان مثال: متابولیک، تنفسی، التهابی)، از جمله آسیب ناشی از ژنتیک به خطر می اندازد. با این حال، فرتوتی همه یا هیچ نیست؛ درجه های فرتوتی تفاوت ایجاد می کند. هنوز هم، بسیاری از مطالعات افراد را به سادگی در زمره افراد ضعیف و غیرضعیف طبقه بندی می کنند. در برخی از موارد، مانند مقایسه شیوع فرتوتی در نمونه های مختلف، این می تواند مفید باشد؛ با این حال، حتی در این مورد، اطلاعات مهم از بین می روند. بسیاری از تصمیمات بالینی نیاز به دقت بیشتری نسبت به وضعیت ضعیف دارند. علاوه بر این، فرتوتی یک فرآیند پویا است به طوری که عبور از مراحل مختلف فرتوتی بسیار رایج است. به طور متوسط، سلامتی با افزایش سن، رو به کاهش است و مسیرهای فرتوتی مبتنی بر جمعیت سازگار هستند، که نشان دهنده تسریع در انباشت نواقص است. شاخص فرتوتی به طور متوسط، بین ۲۰ تا ۹۰ سال ده برابر می شود. حتی در این صورت، مسیرهای فردی شاخص فرتوتی به طور کلی نامنظم است، که نشان دهنده این است که فرتوتی، یک فرآیند دینامیکی تصادفی را منعکس می کند. برای یک فرد، اغلب عبور از مراحل فرتوتی به تدریج انجام می شود و احتمال تغییر سطح فرتوتی آن ها، تا حد زیادی به سطح فرتوتی قبلی آن ها بستگی دارد. بنابراین، عبور از شرایط غیرضعیف به حالت بسیار ضعیف (و بالعکس) بسیار معمول نیست. در افراد، از جمله افراد سالمند، سطح فرتوتی با گذشت زمان به صورت غیریکنواخت افزایش می یابد؛ با این حال، وضعیت سلامتی می تواند بهبود یابد، که منجر به انتقال از وضعیت بالاتر سطح فرتوتی به وضعیت پایین تر می شود.

شیوع فرتوتی و شکنندگی

در یک بررسی سیستماتیک اخیر، کلارد و همکارانش تخمین شیوع فرتوتی را ارائه داده و داده های ۲۱ مطالعه کوهورت را تجزیه و تحلیل کرده اند (بیش از ۶۱۵۰۰ نفر سالمند). شیوع گزارش شده با توجه به تعریف عملیاتی و خصوصیات نمونه مورد مطالعه، در بین مطالعات بررسی شده از ۴ تا ۵۹/۱ درصد متفاوت است. با این وجود، هنگامی که تجزیه و تحلیل مطالعات با استفاده از رایج ترین مدل عملیاتی محدود

می‌شود، میانگین نرخ شیوع ۹،۹٪ (فاصله اطمینان ۹۵٪ CI، ۹،۶٪ تا ۱۰،۲٪) برای شکنندگی و ۴۴،۲٪ (۹۵٪ CI، ۴۴،۲٪ تا ۴۴،۷٪) برای پیش شکنندگی بود. به همین ترتیب، با استفاده از داده‌های SHARE، گزارش شد که ۱۱٪ از اروپاییان بالای ۵۰ سال بر اساس رویکرد مبتنی بر فنوتیپ افراد فرتوت و ۲۱٪ بر اساس رویکرد شاخص شکنندگی، به عنوان ضعیف شناسایی شدند.

شواهد موجود هم‌چنین به طور مداوم گزارش می‌کند که شیوع مختلف شکنندگی را با توجه به سن، جنسیت (به عنوان مثال، برآورد بالاتر در زنان در مقایسه با مردان)، گروه‌های قومی (به عنوان مثال، شیوع بیشتر در آمریکای‌های اسپانیایی تبار و آفریقایی آمریکایی)، گروه‌های مهاجر، ویژگی‌های اقتصادی - اجتماعی فردی (به عنوان مثال، تحصیلات و فقر ضعیف ارتباط تنگاتنگی با فرتوتی و فرتوتی دارند) و عوامل اقتصادی اجتماعی کلان (به عنوان مثال، تولید ناخالص داخلی و هزینه‌های بهداشت و درمان کشور محل اقامت) توجیه می‌نماید.

زیست‌شناسی فرتوتی و شکنندگی

شکنندگی به عنوان فاز تسریع در طی روند پیری ناشی از محرک‌های درون‌زا و برون‌زا توصیف شده است. این نتیجه از کاهش تجمعی مربوط به سن در چندین سیستم فیزیولوژیک است. زیست‌شناسی شکنندگی ریشه در درونی‌ترین ریشه‌های روند پیری دارد. موازی کاری بین سالمندی و فرتوتی به طور ضمنی منجر به وجود یک بستر پاتوفیزیولوژیک مشترک بین روند پیری و شکنندگی می‌شود.

چنین فرضیه‌هایی می‌توانند به راحتی نشان می‌دهد همان مسیرهایی که برای روند سالمندی بسیار مهم هستند (به عنوان مثال، التهاب، آسیب اکسیداتیو، عملکرد ایمنی، تلومرها، انتخاب طبیعی) نیز تعیین‌کننده‌های اصلی در توسعه و نگهداری از سندرم فنوتیپی ضعیف هستند؛ علاوه بر این، نمی‌توان نادیده گرفت که ظرفیت‌های ذاتی خاص (به عنوان مثال، تحرک) مشخصه موجودات زنده در سراسر گونه‌ها (از *Drosophila* تا انسان) به شدت با شکنندگی و شرایط مربوط به سن ارتباط دارد.

بر اساس رویکرد تجمع نواقص و کمبودهای سیستم‌های فیزیولوژیک انسان، فرتوتی ناشی از تجمع آسیب میکروسکوپی (نقص سلولی و زیر سلول) است که ترمیم یا برطرف نمی‌شود و ممکن است به نقص ماکروسکوپی برسد و تبدیل به نقص قابل تشخیص بالینی در اندام و سیستم شود. همانطور که نواقص در سطح اندام تجمع می‌یابند، ممکن است علائم یا نشانه‌هایی ایجاد کند، در نتیجه بیماری به صورت بالینی مشهود می‌شود. هم‌چنین، آسیب در یک سیستم و اندام ممکن است زمینه‌ساز آسیب در سیستم و اندام‌های دیگری باشد، این در نهایت نشان می‌دهد که تجمع و عدم ترمیم کمبودها در این زمینه به هم آمیخته است. یک مطالعه اخیر نشان داد این ارتباط بین تجمع کمبود میکروسکوپی و ماکروسکوپی بالینی و زیر بالینی با استفاده از یک شاخص شکنندگی ساخته شده توسط داده‌های آزمایشگاهی معمول است.

این ایده تصور می‌کند که فرتوتی قابل تشخیص از نظر ماکروسکوپی نشان دهنده تجمع کمبودها در سطح سلول‌ها، بافت و اندام‌ها در اثر آسیب‌هایی است که برطرف نشده و ترمیم نمی‌شوند.

درمان فرتوتی و شکنندگی

همانطور که در بالا ذکر شد، آسیب‌پذیری (یا سن بیولوژیک فرد) یک شرایط پویا و پیچیده است که عمدتاً توسط عوامل استرس‌زای درون‌زا و برون‌زا که افراد در طول زندگی خود تجربه کرده‌اند، تعیین می‌شود. بنابراین، به طور ضمنی نیز فرض می‌شود که سن یک متغیر پیوسته است و مظاهر روند پیری از الگوهای پویا و مداوم در کل دوره زندگی پیروی می‌کنند. هر عامل استرس‌زای مثبت یا منفی که در طول زندگی تجربه کرده است، ممکن است به طور متفاوتی بر وضعیت سلامتی تأثیر بگذارد و انحراف از وضعیت مرجع پیری موفقیت آمیز را تعیین کند. بنابراین، این نکته ضمنی است که از طریق ارزیابی دقیق سوابق و تاریخچه یک فرد، وضعیت سلامت فعلی فرد باید نه تنها به صورت مقطعی بلکه به صورت طولی نیز ارزیابی شود. این هم‌چنین بدان معناست که مداخلات پیشگیرانه برای شرایط مرتبط با سن نباید لزوماً فقط در سالمندان اعمال شود. اگر تعدیل عوامل خطر (به عنوان مثال، شرایط اقتصادی ضعیف، سبک زندگی و رفتارهای ناسالم، دسترسی اندک به خدمات مراقبت‌های بهداشتی) نیز شامل شود، می‌توان با موفقیت از شرایط مرتبط با سن جلوگیری کرد.

برای هدف‌یابی موفقیت آمیز در جلوگیری از نتایج منفی، توصیه می‌شود رویکردی چند بعدی را در پیش بگیرد. در این زمینه، تحقیقات در مورد اهمیت انجام ارزیابی جامع سالمندی (CGA) در بزرگسالان ضعیف، بسیار گسترده است. رویکرد چند بعدی و چند رشته‌ای برای سندرم سالمندان اثرات مفیدی را ثبت کرده است که در چندین شرایط بالینی و شرایطی اعمال شود. چندین آزمایش نشان داده است که مداخلات متناسب با افراد براساس نتایج CGA قادر به جلوگیری از نتایج منفی عمده مربوط به سلامتی در افراد سالمند هستند که در جامعه، مراقبت در منزل، بیمارستان و سرای سالمندان زندگی می‌کنند. به عنوان نمونه، متآنالیز انجام شده در سال ۱۹۹۳ توسط استاک و همکاران از اهمیت برخوردار است. در این مطالعه، نویسندگان نتایج ۲۸ کارآزمایی کنترل شده تصادفی (بیش از ۹۰۰۰ شرکت کننده) را بررسی کردند که اثرات مداخلات مبتنی بر CGA را در مقابل گروه‌های کنترل آزمایش می‌کند. یافته‌ها به وضوح نشان داد که برنامه‌های مبتنی بر CGA که ارزیابی سالمندان را با مدیریت طولانی مدت قوی مرتبط می‌کنند، برای بهبود بقا و عملکرد در افراد سالمند موثر هستند. یک تجزیه و تحلیل اخیر هم‌چنین نشان داد که چگونه استفاده از CGA در بیماران بستری نتایج سلامتی را بهبود می‌بخشد. به طور خاص، CGA افراد سالمند که در بیمارستان بستری می‌شوند احتمال بازگشت به خانه را افزایش می‌دهد و این مزایا می‌تواند به طور بالقوه هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی جمعیت سالمند را کاهش دهد.

چندین مطالعه نشان داده است که رویکردهای چند دامنه‌ای که هم‌زمان بر ویژگی‌ها و مولفه‌های مختلف فرتوتی تأثیر می‌گذارند ممکن است برای بهبود درک ذهنی از سلامت و وضعیت عملکردی عینی