● مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، دوره دهم، شمارهٔ ۲، خرداد – تیر ۱۳۸۷، صفحه ۷۵-۶۸

فراوانی بیماری های مزمن شایع در سالمندان شهر امیرکلا بابل (۶-۱۳۸۵)

سیدرضا حسینی*[۱]، علی ذبیحی[۲]، سجاد سوادکوهی[۳]، علی بیژنی[۳]

۱- استادیار گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی بابل ۲- عضو هیأت علمی گروه پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بابل ۳- پزشک عمومی

سابقه و هدف: با افزایش امید به زندگی و بهبود مراقبت های بهداشتی - درمانی، جمعیت سالمندان بطور روزافزون در حال افزایش است. همچنین بررسی مشکلات سالمندان به منظور مدیریت و برنامه ریزی برای این قشر جامعه از اولویت های بهداشتی کشور می باشد. هدف از این مطالعه تعیین فراوانی بیماریهای مزمن، بعنوان یکی از مشکلات با اهمیت، در سالمندان شهر امیرکلا می باشد.

مواد و روشها: این مطالعه مقطعی بر روی ۱۰۱۷ نفر از سالمندان شهر امیرکلا از میان حدود ۲۰۰۰ نفر افراد بالای ۶۰ سال که به روش نمونه گیری خوشه ای انتخاب شده بودند، انجام شد. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه ای شامل ۳۲ سوال در دو بخش اطلاعات دموگرافیک و بیماری های مزمن، توسط افراد آموزش دیده و با پرسش از سالمندان و یا افراد مطلع خانواده جمع آوری و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. تست های آماری مورد استفاده شامل مجذور کای و t-test بوده و $p<0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: از افراد مورد مطالعه، ۶۰۳ نفر (۵۹/۳٪) مرد و ٤١٤ نفر(٤٠/٧٪) زن بودند. میانگین سن افراد در این بررسی ۶/۹±۷۰/۷ سال بوده است. در این بررسی فراوانی بیماری‌های قلبی و عروقی (۲۹/۶٪)، مشکلات گوارشی(۲۸/۵٪)، فشارخون بالا (۲۳/۹٪)، دیابت (۲۳/٤٪)، مشکلات عضلانی - اسکلتی(۲۲٪)، کلیه و مجاری ادرار (۱۶/۶٪)، مشکلات ریوی (۱۲/۸٪)، سکته مغزی(٤/۹٪) بوده و سایر بیماری ها شیوع کمتری داشتند. فراوانی بیماری های قلبی- عروقی، فشارخون بالا، دیابت و بیماری های روانی در بین زنان سالمند و بیماری های ریوی و عضلانی - اسکلتی در بین مردان شایعتر بود. از افراد مورد مطالعه ۸۳٪ حداقل یک بیماری و ٤٤/٤٪ بیش از دو بیماری همزمان داشتند. میانگین تعداد بیماری بازای هر شخص در این مطالعه ۲/۲±۲/۶ بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته های این پژوهش و بالا بودن درصد فراوانی بیماری های مزمن بویژه بیماری های فشارخون بالا و دیابت در سالمندان، بایستی غربالگری و پایش این بیماری ها مورد توجه قرار گیرد.

واژه های کلیدی: *سالمندان، بیماری های مزمن، وضعیت سلامتی، امیرکلا.*

دریافت: ۸۶/۱۲/۵، ارسال جهت اصلاح: ۸۷/۱/۲۰، پذیرش: ۸۷/۴/۱۹

مقدمه

هر چند سالمندی فرآیند مداومی در زندگی انسان است ولی اینکه دقیقاً از چه سنی آغاز می شود و چه وقت می‌توان فردی را سالخورده تلقی نمود، دقیقاً مشخص نمی‌باشد. بطور قراردادی افراد ۶۰ سال و بالاتر به عنوان سالمندان یک کشور شناخته می‌شوند و در بعضی منابع دیگر، ۶۵ سالگی به عنوان مرز مشخص کننده در نظر گرفته شده است (۱). پدیده افزایش جمعیت سالمندان یکی از مهمترین چالش های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی قرن ۲۱ به شمار می آید (۲). بر اساس تخمین سازمان ملل متحد، جمعیت سالمندان جهان از ۳۵۰ میلیون نفر در سال ۱۹۷۵ به یک میلیارد و یک صد میلیون نفر در سال ۲۰۲۵ خواهد رسید و میزان رشد جمعیت سالمندان به مراتب سریعتر از رشد کل جمعیت جهان است که بیشتر آنها در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند (۳). با افزایش سن احتمال ابتلا به یک یا چند بیماری مزمن افزایش می یابد بطوریکه اغلب افراد مسن بالای ۶۰ سال حداقل به یک

▣ هزینه انجام این پژوهش در قالب طرح تحقیقاتی شماره ۱۷۹۱۸۱۱٤٦۹ از اعتبارات دانشگاه علوم پزشکی بابل تأمین شده است.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1387.10.2.10.0]

بیماری مزمن مبتلا می باشند (۴). تقریبا ۸۰ درصد سالمندان مبتلا به یک بیماری مزمن بوده ، بطوریکه آنها را نسبت به دیگران آسیب‌پذیرتر می گرداند(۸-۵). در دوران سالمندی بیماری های قلبی و عروقی، سکته مغزی، سرطان ها، دیابت، بیماری های اسکلتی عضلانی و بیماری های روانی شایعتر می باشد (۹). در مطالعه Woo و همکاران بر روی سالمندان کره جنوبی، شایعترین بیماری های مزمن شامل پرفشاری خون، آرتریت و دیابت بود و در زنان استئوپورز و آرتریت بیشتر دیده شد و ۴۶/۸٪ سالمندان بیش از دو بیماری بطور همزمان داشتند (۱۰). مطالعه‌ای که در گیلان توسط سیام بر روی ۱۷۰ نفر در یک آسایشگاه سالمندان صورت گرفت، بیماری‌های گوارشی و ریوی در مردان و بیماری های قلبی و عروقی در زنان شایعتر بود (۱۱). سالمندان بیشترین مصرف کنندگان خدمات بهداشتی – درمانی در یک کشور بوده و روز به روز به میزان این تقاضا افزوده می شود. مسائل بهداشتی سالمندان از مسائل جوانان و میانسالان کاملا متفاوت بوده و هزینه های درمانی آنها نیز دو برابر این هزینه ها در جوانان می باشد (۱۲). همچنین متوسط مصرف دارو در سالمندان بیشتر از سایر گروه ها می باشد (۳). در ایران بدلیل ساختار جمعیتی، هنوز مشکلات سالمندی بصورت جدی خودش را نشان نداده اما بزودی بروز خواهد نمود. لذا با شناخت وضعیت سلامت و بیماری دوران سالمندی می توان برنامه‌ریزی جامعی جهت طراحی تسهیلات مراقبت های بهداشتی درمانی انجام داد. این مطالعه با هدف شناخت فراوانی بیماری های مزمن در سالمندان شهر امیرکلا صورت گرفت.

مواد و روشها

این مطالعه مقطعی بر روی سالمندان شهر امیرکلا انجام شد. امیرکلا (امیر شهر) شهر کوچکی است با جمعیت شهری حدود ۲۵۰۰۰ نفر که بین شهرستان بابل و بابلسر قرار داشته و حدود ۲۰۰۰ نفر (۵۳/۵٪ مرد و ۴۶/۵٪ زن)، افراد بالای ۶۰ سال در این شهر زندگی می کنند که حدود ۱۰۱۷ نفر از آنها از طریق نمونه‌گیری خوشه ای وارد مطالعه شدند. جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه استاندارد (۱۳) همراه با مصاحبه صورت گرفت. پرسشنامه مشتمل بر ۳۲ سوال در دو بخش بود که قسمت اول شامل ۵ سوال در زمینه مشخصات دموگرافیک افراد و قسمت دوم حاوی ۲۷ سوال در رابطه با بیماری های مزمن در قالب سوالات بسته و بلی خیر بود. در رابطه با روش تشخیص بیماری، تنها به بیماری های از قبل تشخیص داده شده که توسط افراد سالمند بیان می شد اکتفا گردید. ابتدا با مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی شماره ۱ و ۲ امیرکلا، لیست سالمندان بالای ۶۰ سال تهیه گردید. سپس پرسشنامه ها توسط ۴ گروه دو نفره از دانشجویان پزشکی و پرستاری از قبل آموزش داده شده و با مراجعه خانه به خانه و به صورت مصاحبه با فرد سالمند یا در صورت لزوم از نزدیکان مطلع سالمند تکمیل گردید. سپس این پرسشنامه ها کدگذاری و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. آزمونهای آماری مورد استفاده شامل مجذور کای و t- test بود و $p<0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این بررسی ۱۰۱۷ فرد سالمند مورد مطالعه قرار گرفتندکه از این تعداد ۶۰۳ نفر (۵۹/۳٪) مرد و ۴۱۴ نفر (۴۰/۷٪) زن بودند. بیشتر سالمندان (۵۵٪) در گروه سنی ۶۵ تا ۷۵ سال قرار داشتند و کمتر از ۱٪ سالمندان بالای ۸۵ سال بودند. میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۶/۹±۷۰/۷ سال بود (دامنه ۹۷-۶۰). از نظر وضعیت اشتغال، ۳۷/۲٪ سالمندان شاغل، ۳۶/۸٪ خانه دار، ۱۴/۹٪ بیکار و ۱۱/۱٪ بازنشسته بودند. در این بررسی ۶۶/۴٪ سالمندان امیرکلا بی‌سواد و بیش از ۲۲/۸٪ آنها تحصیلات ابتدایی داشتند. از نظر وضعیت تأهل، ۷۹۹ نفر (۷۸/۶٪) متأهل، ۲۱۲ نفر (۲۰/۸٪) همسر فوت شده، ۵ نفر (۰/۵٪) مطلقه و ۱ نفر (۰/۱٪) ازدواج نکرده وجود داشتند.

در این بررسی فراوانی بیماری‌های قلبی و عروقی (۲۹/۶٪)، مشکلات گوارشی (۲۸/۵٪)، فشارخون بالا (۲۳/۹٪)، دیابت (۲۳/۴٪)، مشکلات عضلانی – اسکلتی (۲۲٪)، کلیه و مجاری ادرار (۱۶/۶٪)، مشکلات ریوی (۱۲/۸٪)، سکته مغزی (۴/۹٪) بود (جدول شماره ۱). فراوانی بیماری های قلبی- عروقی، فشارخون بالا ($p=0/07$)، دیابت ($p=0/001$) و بیماری های روانی ($p=0/001$) در بین زنان سالمند و بیماریهای ریوی ($p=0/015$)، اسکلتی عضلانی و کلیه و مجاری ادراری ($p=0/001$) در بین مردان شایعتر بود. از افراد مورد مطالعه ۸۳٪ وجود حداقل یک بیماری را گزارش کردند و ۴۴/۴٪ از آنها بیش از دو بیماری بطور همزمان داشتند. میانگین تعداد بیماری بازای هر شخص ۲/۶±۲/۲ بود که این میزان در زنان (۲/۷±۲/۳) بطور معنی داری بیشتر از مردان (۲/۴±۲/۱) بود ($p=0/001$). ۲۵٪ سالمندان تحت پوشش هیچ بیمه ای نبودند.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1387.10.2.10.0]

جدول ۱. توزیع فراوانی و درصد بیماری‌های مزمن بر اساس سن و جنس در بین سالمندان شهر امیرکلا در سال ۸۶-۸۵

سن / جنس / متغیرها	۶۴-۶۰		۷۴-۶۵		۸۴-۷۵		۸۵ به بالا		کلی		کلی
	مرد تعداد(٪)	زن تعداد(٪)	مرد تعداد(٪)	زن تعداد(٪)	مرد تعداد(٪)	زن تعداد(٪)	مرد تعداد(٪)	زن تعداد(٪)	مرد تعدا(٪)	زن تعداد(٪)	
فشارخون بالا	۱۷(۱۸/۷)	۲۴(۳۳/۳)	۷۰(۲۰/۸)	۵۶(۲۴/۷)	۴۰۱(۲۷/۳)	۲۱(۲۵/۹)	۵(۱۷/۲)	۱۰(۳۶/۴)	۱۳۲(۲۱/۹)	۱۱۱(۲۶/۸)	۲۴۳(۲۳/۹)
بیماریهای قلبی- عروقی	۱۵(۱۶/۵)	۱۸(۲۴/۷)	۹۲(۲۷/۸)	۶۸(۲۹/۶)	۵۴(۳۶/۲)	۲۹(۳۵/۵)	۱۳(۴۱/۴)	۱۲(۴۰/۹)	۱۷۴(۲۸/۸)	۱۲۷(۳۰/۸)	۳۰۱(۲۹/۶)
سکته مغزی	۳(۳/۳)	۲(۲/۷)	۹(۲/۷)	۱۳(۵/۷)	۱۰(۶/۷)	۵(۶/۱)	۵(۱۷/۲)	۳(۹/۱)	۲۷(۴/۵)	۲۳(۵/۶)	۵۰(۴/۹)
مشکلات عضلانی اسکلتی	۱۱(۱۲/۱)	۱۸(۲۴/۷)	۶۹(۲۰/۷)	۴۳(۱۸/۷)	۴۸(۳۲/۲)	۲۲(۲۶/۸)	۱۱(۳۷/۹)	۴(۱۳/۶)	۱۳۸(۲۳)	۸۷(۲۰/۹)	۲۲۵(۲۲/۱)
مشکلات ریوی	۱۳(۱۴/۳)	۳(۱۴/۱)	۴۷(۱۴/۱)	۲۰(۸/۷)	۲۳(۱۵/۴)	۱۲(۱۴/۶)	۷(۲۴/۱)	۶(۲۲/۷)	۹۰(۱۴/۹)	۴۰(۹/۷)	۱۳۰(۱۲/۸)
مشکلات گوارشی	۲۲(۲۴/۲)	۱۷(۲۳/۳)	۸۵(۲۵/۴)	۶۰(۲۶/۱)	۵۳(۳۵/۵)	۲۸(۳۴/۱)	۱۳(۴۴/۸)	۱(۵۰)	۱۷۳(۲۸/۸)	۱۱۷(۲۸/۲)	۲۹۰(۲۸/۵)
بی اختیاری ادراری	۳(۳/۳)	۱(۱/۴)	۱۷(۵/۱)	۱۲(۵/۲)	۲۱(۱۴/۱)	۱۱(۱۳/۴)	۱(۳/۴)	۶(۲۲/۷)	۴۲(۷)	۲۹(۷)	۷۱(۷)
مشکلات کنترل روده ای	۱۱(۱۴/۱)	۰(۰)	۳(۰/۹)	۵(۲/۲)	۸(۵/۴)	۳(۳/۷)	۰(۰)	۴(۱۳/۶)	۱۲(۲)	۱۱(۲/۷)	۲۳(۷/۳)
سرطان	۳(۳/۳)	۰(۰)	۱(۰/۳)	۴(۱/۷)	۵(۳/۴)	۲(۲/۴)	۱(۳/۴)	۱(۴/۵)	۱۰(۱/۷)	۷(۱/۷)	۱۷(۱/۷)
مشکلات پستانی	۰(۰)	۹(۱۲/۳)	۳(۰/۹)	۳۸(۱۶/۵)	۱(۰/۷)	۲۱(۲۵/۹)	۰(۰)	۱(۴/۵)	۴(۰/۷)	۶۲(۱۵)	۶۶(۶/۵)
کلیه و مجاری ادراری	۱۱(۱۲/۱)	۷(۶/۸)	۸۱(۲۴/۳)	۲۱(۹/۱)	۳۶(۲۴/۲)	۸(۹/۸)	۵(۱۷/۲)	۳(۹/۱)	۱۳۳(۲۴)	۳۶(۸/۷)	۱۶۹(۱۶/۶)
کبد و کیسه صفرا	۳(۳/۳)	۲(۲/۷)	۱۰(۳)	۱۰(۴/۳)	۶(۴)	۲(۲/۴)	۱(۳/۴)	۴(۱۳/۶)	۲۰(۳/۳)	۱۷(۴/۱)	۳۷(۳/۶)
سردردهای مزمن	۳(۳/۳)	۳(۳/۴)	۱۶(۴/۸)	۸(۳/۵)	۸(۵/۴)	۸(۹/۸)	۱(۳/۴)	۳(۹/۱)	۲۸(۴/۶)	۲۲(۵/۳)	۵۰(۴/۹)
صرع و تشنجات	۱(۱/۱)	۲(۲/۷)	۱۱(۳/۳)	۸(۳/۵)	۱(۰/۷)	۳(۳/۷)	۰(۰)	۱(۴/۵)	۱۳(۲/۲)	۱۴(۳/۴)	۲۷(۲/۷)
بیماریهای روانی و افسردگی	۱۱(۱۲/۱)	۱۴(۱۹/۲)	۲۰(۶)	۳۱(۱۳/۵)	۱۰(۶/۷)	۱۲(۱۴/۶)	۰(۰)	۳(۹/۱)	۴۰(۶/۸)	۶۰(۱۴/۷)	۱۰۰(۹/۹)
دیابت	۴(۴/۴)	۲۲(۳۰/۶)	۶۰(۱۸)	۷۱(۳۰/۹)	۴۲(۲۸/۹)	۱۹(۳۲/۲)	۴(۱۳/۸)	۱۱(۳۶/۴)	۱۱۰(۱۸/۴)	۱۲۸(۲۰/۸)	۲۳۸(۲۳/۴)
هر نوع شکنندگی	۴(۴/۴)	۶(۸/۲)	۱۵(۴/۴)	۴۲(۱۸/۳)	۲۶(۱۷/۴)	۱۵(۱۸/۳)	۳(۱۰/۳)	۹(۳۱/۸)	۹۳(۱۵/۴)	۷۱(۱۷/۲)	۱۶۴(۱۶/۱)
مشکلات تیروئید	۲(۲/۲)	۲(۲/۷)	۷(۲/۲)	۱۷(۷/۴)	۱۱(۷/۴)	۹(۱۱)	۱(۳/۴)	۰(۰)	۲۷(۴/۵)	۲۸(۶/۸)	۵۵(۵/۴)
مشکلات چشمی	۴(۵/۵)	۷(۹/۶)	۲۳(۷/۲)	۲۷(۱۲/۲)	۲۸(۱۹/۵)	۲۰(۲۴/۴)	۴(۱۳/۸)	۸(۲۷/۳)	۶۰(۱۰/۳)	۶۲(۱۴/۸)	۱۲۲(۱۲/۱)
مشکلات گوش	۵(۶)	۳(۴/۱)	۴۰(۱۲/۶)	۲۳(۹/۶)	۳۹(۲۶/۲)	۲(۳/۱)	۱۲(۴۱/۴)	۷(۲۲/۷)	۹۶(۱۶/۴)	۴۵(۱۰/۷)	۱۴۱(۱۴/۱)

[DOR: 20.1001.1.15614107.1387.10.2.10.0]

بحث و نتیجه گیری

در این بررسی ۲۹/۶ درصد از سالمندان (۳۰/۸٪ زنان و ۲۸/۸٪ مردان) دچار مشکل قلبی و عروقی بودند. در مطالعه سیام ۲۵/۸٪ زنها و ۱۸/۸۲٪ مردها دچار مشکلات قلبی- عروقی بودند (۱۱). در مطالعهٔ توتونچی ۳۷/۲٪ سالمندان دچار این مشکل بودند (۱۴). در مطالعات دیگر درصد فراوانی‌های کاملاً متفاوتی دیده می‌شود. در مطالعهٔ Issa و همکارانش ۸۹/۹٪ (۱۵)، در مطالعهٔ Almirall ۱۱٪ (۱۶) و در مطالعهٔ مؤسسه Australian Bureau of Statistics(ABS) استرالیا ۱۰٪ گزارش شده است (۱۷). با توجه به اینکه بیماری های قلبی عروقی شایعترین علت مرگ در کشورمان می باشند، افزایش آگاهی عمومی در زمینه عوامل خطر این بیماری ها و اصلاح آنها می تواند در کاهش این بیماری ها دردوران سالمندی نقش مهمی داشته باشد.

در این مطالعه فراوانی فشارخون بالا در میان سالمندان شهر امیرکلا در حدود ۲۴ درصد (۲۲٪ مردان و ۲۷٪ زنان) بوده است. در مطالعات مشابه دیگر شیوع پرفشاری خون ۴۱/۵٪ (۱۴)، ۴۸٪ (۹)، ۴۰٪ (۱۷)، ۶۲٪ (۱۸) بوده است. در بررسی عزیزی و همکاران، ۴۷٪ سالمندان (۵۲٪ زنان و ۴۲٪ مردان) فشار خون بالا داشتند (۱۹). علت کمتر بودن درصد فراوانی فشارخون بالا در بین سالمندان امیرکلا در مقایسه با مطالعات دیگر شاید بدلیل مراجعه کمتر یا عدم دسترسی این افراد به پزشک یا سیستم بهداشتی و نیز غربالگری ضعیف فشار خون در بین سالمندان امیرکلا باشد. در مطالعه حاضر ۲۳/۴ درصد افراد سالمند (۳۰/۸ درصد زنان و ۱۸/۴ درصد مردان) مبتلا به دیابت بودند. در مطالعات مشابه دیگر شیوع بیماری دیابت ۱۵/۶٪ (۱۴)، ۱۴٪ (۱۶) و ۲۶/۳٪ (۱۵) بوده است. در مطالعه مؤسسه ABS، در سال ۲۰۰۳، ۱۰/۶٪ سالمندان (۱۰/۲٪ مردان و ۱۱/۳٪ زنان) دچار دیابت بودند (۱۷). بالا بودن فراوانی دیابت در بین سالمندان امیرکلا شاید بدلیل شیوع بیشتر دیابت در بین سالمندان این منطقه و یا تشخیص اشتباه دیابت در گذشته باشد. بر اساس نتایج این پژوهش ۲۸/۵٪ سالمندان (۲۸/۸٪ مردان و ۲۸/۲٪ زنان) دارای مشکلات گوارشی بودند که بیشتر از نتایج بدست آمده توسط Parkash (۴/۷٪) (۹)، سیام (۱۷/۶٪ زنها و ۲۱/۸٪ مردها) (۱۱) و کمتر از یافته های توتونچی (۴۶٪) (۱۴) می‌باشد. از نظر بیماریهای ریوی ۱۲/۸٪ (۱۴/۹٪ مردان و ۹/۷٪ زنان) سالمندان امیرکلا دچار مشکلات ریوی بودند که کمتر از میزان ارائه شده در مطالعه‌ای است که مؤسسهٔ ABS استرالیا اعلام کرده است (۱۷). در یک مطالعه مشابه، مشکلات ریوی در ۱۰/۸٪ سالمندان (۱۴) و در مطالعه دیگر در ۵/۸ درصد زنان و ۱۰/۹ درصد مردان گزارش گردید (۱۱). در این مطالعه فراوانی سکته‌های مغزی در سالمندان ۴/۹ درصد بوده است؛ در حالیکه در مطالعه مشابه دیگر حدود ۳ درصد بوده است (۱۷).

مشکلات اسکلتی عضلانی در ۲۲/۱ درصد سالمندان امیرکلا (۲۰/۹ درصد زنان و ۲۳ درصد مردان) دیده شد. مشکلات اسکلتی عضلانی در دو مطالعه جداگانه که در تهران (۱۴) و گیلان (۱۱) انجام گرفت به ترتیب ۲۹ درصد و ۲۲/۵ درصد گزارش گردید. در مطالعات مشابه دیگر، این نسبت ۱۴/۶٪ و ۶۳/۵ درصد بوده است (۱۷و۹). در مطالعه حاضر ۲/۷ درصد سالمندان سابقه تشنج و یا صرع را ذکر کردند که بیشتر از نتایج بررسی Faught و همکارانش می‌باشد که آمار یک درصد را گزارش کرده‌اند (۲۰). مشکلات کنترل ادراری در ۷ درصد سالمندان امیرکلا دیده شد و این میزان در مردان و زنان برابر (۷٪) بود. در مطالعه‌ای Yoshida، ۱۳/۴٪ مردان و ۲۳/۳٪ زنان سالمند دچار بی‌اختیاری ادراری بودند (۲۱). در بررسی Schumacher، ۱۹/۳٪ زنان و ۱۰/۴٪ مردان بالای ۶۰ سال از بی‌اختیاری ادراری شاکی بودند (۲۲). در ارتباط با سرطان، ۲/۳، کل سالمندان امیرکلا (۲٪ مردان و ۲/۷٪ زنان) دچار سرطان بودند. در مطالعه Feldman و همکاران ۱۲٪ مردان و ۱۱٪ زنان بالای ۷۰ سال سابقه سرطان داشتند که سرطان پروستات در مردان و سرطان پستان در زنان شایعترین بودند (۲۳).

فراوانی بیماریهای روحی و روانی از قبل تشخیص داده شده در بین سالمندان بالای ۶۰ سال امیرکلا ۹/۹٪ (در مردان ۶/۸٪ و در زنان ۱۴/۶٪) بوده است. در حدود ۲۱٪ سالمندان امیرکلا احساس غمگینی و افسردگی داشتند. در مطالعه سیام ۳۸/۸٪ خانمها و ۳۱/۷۶٪ آقایان سالمند دچار بیماریهای روحی و روانی بودند (۱۱). در مطالعه جغتایی و همکاران ۲۱/۲٪ سالمندان دچار یکی از مشکلات افسردگی، اضطراب و یا بی حوصله گی بودند (۲۴). در مطالعهٔ صادقی و همکاران نیز ۱۶/۸٪ سالمندان افسردگی خفیف و ۱۴/۷٪ افسردگی اساسی و ۴۳٪ دچار دمانس بودند (۲۵). همچنین در بررسی رهگذر و همکاران ۲۲/۴٪ سالمندان احساس افسردگی و ۲۳/۵٪ احساس اضطراب و دلشوره داشتند (۲۶). در مطالعه Ubina Toriju، ۱۹/۷٪ سالمندان از علائم افسردگی رنج

[DOR: 20.1001.1.15614107.1387.10.2.10.0]

می‌بردند که تنها ۵ درصد آنها افسردگی بالینی تشخیص داده شده داشتند (۲۷). در مطالعات مشابه دیگر میزان ابتلا به علائم افسردگی در سالمندان۹/۵٪ (۲۸)، ۱۰/۴٪ (۲۹) و ۳۱/۱٪ (۳۰) بوده است.

در این بررسی ۸۳٪ از افراد مورد مطالعه حداقل یک بیماری را گزارش کردند در حالیکه این میزان در سایر مطالعات ۷۸٪ (۱۰)، ۸۷/۶٪ (۳۱) و ۸۲٪ (۳۲) گزارش گردید. تفاوت های نژادی، اقتصادی اجتماعی، سیستم های مراقبت های بهداشتی، پرسشنامه های استفاده شده و نیز تفاوت در جمعیت های مورد مطالعه قرار گرفته (۶۰ ساله وبالاتر یا ۶۵ سال و بالاتر) می تواند دلایل این اختلاف ها باشد.

با بررسی وضعیت بیمه سالمندان امیرکلا مشخص شد که ۲۵ درصد آنها تحت پوشش هیچ نوع بیمه درمانی نمی‌باشند که این میزان به مراتب کمتر از مطالعه‌ای است که جغتایی و همکارانش انجام دادند که در آن مطالعه ۵۹٪ سالمندان تحت پوشش هیچ نوع بیمه درمانی نبودند (۲۴).

با توجه به یافته های این پژوهش و بالا بودن درصد فراوانی بیماری های مزمن بویژه بیماری های فشارخون بالا و دیابت در سالمندان، بایستی غربالگری و پایش این بیماری ها مورد توجه قرار گیرد .از سوی دیگر افزایش روزافزون جمعیت سالمندان، ضرورت تشکیل مراکز دولتی جهت پایش مداوم وضعیت سالمندان و ارزیابی مشکلات آنها را نشان می دهد تا با هماهنگی سازمان های مرتبط در بهبود وضعیت سالمندان اقدامات ضروری را انجام دهند.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه بدلیل تصویب این طرح و نیز از کارکنان محترم مراکز بهداشتی درمانی شمارهٔ ۱و۲ امیرکلا (خانمها آل‌مهدی، والا و باباجانی) و همچنین خانم مهدی‌زاده، آقایان عرب و حسین‌زاده دانشجویان پرستاری و همچنین آقای فرشید جعفرزاده که در جمع‌آوری اطلاعات کمک کردند و نیز از مردم شریف امیرکلا تشکر و قدردانی می شود.

****

References

1. Moodi M, Sharifzadeh Gh, Mehrjoofard H, et al. Study of the aged living in the aged residences in Birjand. Kashan University of Medical Sciences, National Congress of Geriatrics and Gerontology 23-25 Oct 2007, Kashan/Iran; pp: 83.

2. Mohtasham Amiri Z, Farazmand A, Toloei M. Causes of patient's hospitalization in Guilan university hospitals. J Guilan Univ Med Sci 2002; 11(42): 28-32.

3. Haji Jafari M. Prevalence of common chronic diseases in pensioners of Imam Khomeini relief committee in Kashan, from Feb to May 2007; pp: 43.

4. Aldrich N, Benson WF. Disaster preparedness and the chronic disease needs of vulnerable older adults. Prev Chronic Dis 2008; 5(1): A27.

5. Prakash R, Choudhary SK, Singh SU. A study of morbidity pattern among geriatric population in an urban area of Udaipur Rajasthan. Indian J Community Med 2004; 29(1): 35- 40.

6. Woo Ek, Han C, Jo SA, et al. Morbidity and related factors among elderly people in South Korea: results from the Ansan Geriatric (AGE) cohort study. BMC Public Health 2007; 7: 10.

7. Sayam Sh. Study of situation of elderly residents in Guilan elderly nursing home. J Guilan Univ Med Sci 2001; 10(39-40): 119-26.

8. Wu LF. Comprehensive geriatric assessment and nursing practice. Hu Li Za Zhi 2007; 54(6): 61-6.

9. Canadian study of health and ageing-3 screening questionnaire. www.csha.ca. 18/08/2008.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1387.10.2.10.0]

10. Tootoonchi P. Chronic diseases and senile changes in the elderly population, Tehran, Iran. Payesh, J Iran Inst Health Sci Res 2004; 3(3): 219-25.

11. The health of older people. Australia . ABS .2003 NHS. www.abs.gov.au. 10/11/2004.

12. Brindel P, Hanon O, Dartigues JF, et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the elderly: the Three City study. J Hypertens 2006; 24(1): 51-8.

13. Azizi F, Emami H, Salehi P, Ghanbarian A, Mirmiran P, Mirbolooki M. Cardiovascular risk factors in the elderly: Tehran lipid and glucose study (TLGS). Iranian J Endocrinol Metab 2003; 17(5): 3-14.

14. Almirall J, Vaqueiro M, Anton E, et al. Prevalence of chronic kidney disease in community-dwelling elderly and associated cardiovascular risk factors. Nefrologia 2005; 25(6): 655-62.

15. Issa MM, Fenter TC, Black L, Grogg AL, Kruep EJ. An assessment of the diagnosed prevalence of diseases in men 50 years of age or older. Am J Manag Care 2006; 12(4): 83-9.

16. Faught E. Epidemiology and drug treatment of epilepsy in elderly people. Drugs Aging 1999; 15(4): 255-69.

17. Yoshida Y, Kim H, Iwasa H, et al. Prevalence and characteristics of urinary incontinence in community-dwelling-elderly as determined by comprehensive health examination and interview for the prevention of geriatric syndrome and bed-ridden state. Nippon Ronen Igakkai Zasshi 2007; 44(1): 83-9.

18. Schumacher S. Epidemiology and etiology of urinary incontinence in the elderly. Urologe 2007; 46(4): 357-8, 360-2.

19. Feldman AR, Kessler L, Myers MH, Naughton MD. The prevalence of cancer. Estimates based on the connecticut tumor registry. N Engl J Med 1986; 315(22): 1394-7.

20. Joghatai MT, Asadi MH. The state of elderly people and the necessity of paying attention to their needs. Hakim Res J 1999; 1(2): 1-6.

21. Sadeghi M, Kazemi HR. Prevalence of Dementia and depression among residents of elderly nursing homes in Tehran province. Q J Andeesheh va Raftar 2004; 9(36): 49-55.

22. Rahgozar M, Mohammadi MR. Elders' depression, anxiety and apprehension. Hakim Res J 1999; 2(2): 103-13.

23. Urbina Torija JR, Flores Mayor JM, García Salazar MP, Torres Buisan L, Torrubias Fernandez RM. Depressive symptoms in the elderly. Prevalence and associated factors. Gac Sanit 2007; 21(1): 37-42.

24. Kaneko Y, Motohashi Y, Sasaki H, Yamaji M. Prevalence of depressive symptoms and related risk factors for depressive symptoms among elderly persons living in a rural Japanese community: a cross-sectional study. Community Ment Health J 2007; 43(6): 583-90.

25. Van't Veer Tazelaar PJ, Van Marwijk HW, Jansen AP, et al. Depression in old age (75+), the PIKO study. J Affect Disord 2008; 106(3): 295-9.

26. Pan A, Franco OH, Wang YF, Yu ZJ, Ye XW, Lin X. Prevalence and geographic disparity of depressive symptoms among middle-aged and elderly in China. J Affect Disord 2008; 105(1-3): 167-75.

27. Tung HJ. Ethnic distribution of self-reported chronic diseases among the elderly in Taiwan. Physical and Psychological Barriers to Research 2004; 2(4): 202-11.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1387.10.2.10.0]

28. Clausen T, Romøren TI, Ferreira M, Kristensen P, Inqstand B, Holmboe Ottesen G. Chronic diseases and health inequalities in older persons in Botswana (southern Africa): a national survey. J Nutr Health Aging 2005; 9(6): 455-61.

29. Purty AJ, Bazroy J, Kar M, Vasudevan K, Veliath A, Panda P. Morbidity pattern among the elderly population in the rural area of Tamil Nadu, India. Turk J Med Sci 2006; 36: 45-50.

30. Cigolle CT, Langa KM, Kabeto MU, et al. Geriatric conditions and disability: The health and retirement study. Ann Intern Med 2007; 147(3): 156-64.

31. Hoffman C, Rice D, Sung HY. Persons with chronic conditions. Their prevalence and costs. JAMA 1996; 276(18): 1473-9.

32. Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures and complications of multiple chronic conditions in the elderly. Arch Intern Med 2002; 162(20): 2269-76.

*آدرس نویسنده مسئول: بابل، دانشگاه علوم پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی، تلفن: ۴-۲۲۲۹۵۹۱-۰۱۱۱.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1387.10.2.10.0]

PREVALENCE OF CHRONIC DISEASES IN ELDERLY POPULATION IN AMIRKOLA (2006-2007)

S.R. Hosseini (MD) [1*], A. Zabihi (MSc) [2], S. Savadkohi (GP) [3], A. Bijani (GP) [3]

*1. * Assistant Professor of Social Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran, hosseinim46@yahoo.com, 2. Academic Member of Nursing, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran, 3.General Practitioner*

BACKGROUND AND OBJECTIVE: With increasing hope for life and improving health cares, elderly population is increasing. Survey into problems of elderly people is one of the health care priorities in Iran in order to manage and develop a care plan for this population. The aim of this study was to determine the chronic diseases of elderly people in Amirkola, Babol, Iran.

METHODS: This cross-sectional study was performed on 1017 people (of 2000) aged over 60 years in Amirkola that were selected by cluster sampling. Data were collected using questionnaire included 32 questions about demographic characteristics and chronic diseases. Questionnaires filled out by trained questioners with interviewing old people and their family. Data were analyzed by chi square and t-test. $P<0.05$ was considered significant.

FINDINGS: In this study, 603 (59.3%) were male and 414 (40.7%) were female. Mean age of the elderly population was 70.7±6.9 years. Frequency of chronic diseases was cardiovascular diseases (CVD) (29.6%), digestive disorders (28.5%), hypertension (HTN) (23.9%), diabetes mellitus (DM) (23.4%), musculoskeletal diseases (22%), kidney and urinary tract (16.6%), pulmonary diseases (12.8%), cerebrovascular accident (4.9%) and the frequency of other diseases was less. Frequency of CVD, HTN, DM and psychiatric diseases in female population were more than males and pulmonary and musculoskeletal diseases in male population were more than female population. From studied cases, 83% afflicted with at least one disease and 44.4% afflicted with more than two diseases synchronously. Mean of disease numbers for every person was 2.6±2.2.

CONCLUSION: Considering the results of this study and high frequency percentage of chronic diseases especially HTN, DM in old people, consideration should be given to screening for these diseases.

KEY WORDS: *Elderly, Chronic disease, Health status, Amirkola.*

Journal of Babol University of Medical Sciences 2008; 10(2): 68-75.

Received: February 23rd 2007, Revised: April 8th 2008, Accepted: May 7th 2008

[DOR: 20.1001.1.15614107.1387.10.2.10.0]