فراوانی بیماری‌های مزمن شایع و برخی از خصوصیات سالمندی همراه با ناتوانی در سالمندان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی شهر تهران و عوامل مؤثر بر آن

دکتر پریچهر توتونچی:* استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

فصلنامه پایش
سال سوم شماره سوم تابستان ۱۳۸۳ صص ۲۲۵-۲۱۹
تاریخ پذیرش مقاله:۱۳۸۳/۴/۶

چکیده

هدف از انجام این بررسی تعیین فراوانی بیماری‌های مزمن شایع و بعضی از خصوصیات سالمندی همراه با ناتوانی در سالمندان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی شهر تهران و ارتباط آن با عواملی از قبیل سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان سواد، شغل و کشیدن سیگار بود.

نوع بررسی مقطعی بوده و نمونه گیری به صورت آسان انجام شد. طی این بررسی، ویژگی‌های فردی و خصوصیات سالمندی همراه با ناتوانی از طریق مصاحبه به‌دست آمد و اطلاعات مربوط به بیماری‌های مزمن شایع از کارت کامپیوتری سالمندان استخراج گردید.

نمونه مورد بررسی شامل ۱۹۳ مرد (۳۰ درصد) و ۴۵۲ زن(۷۰ درصد) بود. میانگین سن افراد ۷۴ سال با انحراف معیار ۷ سال بود. ۸۰ درصد سالمندان حداقل مبتلا به یک بیماری مزمن بودند. ۳۷/۲ درصد بیماری قلبی مزمن، ۴۱/۵ درصد پرفشاری خون، ۱۵/۶ درصد دیابت، ۴۵/۸۹ درصد بیماری اولسر، ۲۱/۵ درصد چربی خون بالا، ۱۰/۸ درصد آسم و ۷۹/۲ درصد آرتروز، ۴۴/۱۹ درصد سابقه عمل کاتاراکت و۳۰/۲۳ درصد سابقه عمل گلوکوم داشتند. ۴۲/۶۴ درصد سیگاری بودند و ۷۵/۸۱ درصد از عینک، ۳۴/۷۲ درصد از سمعک، ۳۰/۲۳ درصد از اندام مصنوعی و۶۷/۴۴ درصد از وسایل کمکی حرکتی استفاده می‌کردند و فقط ۵/۴ درصد دندان مصنوعی نداشتند. ۷۹/۲۲ درصد از سالمندان به‌طور مزمن از دارو استفاده می‌کردند و میانگین مدت مصرف دارو ۱۶ سال بود. وجود بیماری مزمن شایع با سن و وضعیت تأهل ارتباط آماری معنی‌دار داشت($P<۰/۰۰۵$)، اما بین خصوصیات سالمندی همراه با ناتوانی و ویژگی‌های سالمندان ارتباط معنی‌دار آماری وجود نداشت. همچنین رابطه معنی‌دار آماری بین وجود بیماری مزمن شایع و جنس، سواد، شغل و سیگار کشیدن به‌دست نیامد.

کلیدواژه‌ها: سالمند، بیماری مزمن، ناتوانی، عامل خطر

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان پورسینا، دانشکده پزشکی، ساختمان جنین شناسی، طبقه دوم، گروه پزشکی اجتماعی
تلفن: ۸۹۶۲۳۵۷، ۶۱۱۲۳۷۴ نمابر: ۶۴۰۵۳۷۳

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1383.3.3.6.6]

مقدمه

سالمندی یک پدیده بیولوژیک، طبیعی و غیر قابل اجتناب است و از نظر سن تقویمی معمولاً ۶۵ سالگی آغاز سالمندی به‌شمار می‌آید. از نقطه نظر بیولوژیک، سالمندی محدودیت پیشرونده ذخیره هموستاتیک هر سیستم عضوی است که این کاهش در هر سیستم، مستقل از سایر سیستم‌ها رخ داده، تدریجی و پیشرونده بوده و رژیم غذایی، محیط، عادات فردی و عوامل ژنتیک بر شدت و وسعت آن مؤثر می‌باشد.

در آمریکا ۱۲/۷ درصد و در انگلستان ۱۲ درصد جمعیت را سالمندان تشکیل می‌دهند. در ایران در حال حاضر ۲/۵ میلیون سالمند زندگی می‌کنند و رشد جمعیت سالمندان از سال ۱۳۵۵ تا ۱۳۷۵، ۱۰۰ درصد بوده است. به‌طور کلی پیشرفت‌های اخیر در علم طب و بهبود شرایط اجتماعی در طی چند دهه گذشته امید به زندگی را در انسانها بالا برده است. به‌طوری که بسیاری از مردم کشورهای توسعه یافته تا ۷۰ سالگی و بالاتر زنده می‌مانند. به‌علاوه ساختمان سنی مردم در کشورهای توسعه یافته طوری تغییر یافته که تعداد افراد سالمند به‌طور مداوم در حال افزایش می‌باشد و انتظار می‌رود جمعیت فعلی سالمندان جهان که ۵۸۰ میلیون نفر است در سال ۲۰۲۰ از یک میلیارد نفر تجاوز نماید.

با بالا رفتن سن، بیماری‌ها و ناتوانی‌های مزمن در افراد تجمع می‌یابد. در آمریکا ۸۰ درصد افراد بالای ۶۵ سال یک یا تعداد بیشتری بیماری مزمن دارند. بیماری‌های دژنراتیو قلبی، سرطان‌ها، دیابت، بیماری‌های مزمن تنفسی، بیماری‌های عضلانی- اسکلتی مزمن، اختلالات گوارشی و بیماری‌های عصبی- روانی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن سالمندان هستند. یکی از مشکلات عمده دوره سالمندی محدودیت فعالیت‌های روزمره است که اکثراً ناشی از بیماری‌ها و ناتوانی‌های مزمن می‌باشد. این اختلالات عملکرد به‌صورت واضح با سن در ارتباط است. به‌طوری که در آمریکا در سنین ۷۵-۶۵ سالگی ۵ درصد، در ۸۴-۷۵ سالگی ۱۲ درصد و در بالاتر از ۸۵ سالگی، ۳۵ درصد برای فعالیت‌های روزمره نیاز به کمک دارند. در ایران با وجود جمعیت نسبتاً بالای سالمندان مطالعات کمی بر روی شیوع بیماری‌های مزمن و علایم مرتبط با ناتوانی‌های آنها در سطح وسیع صورت گرفته است. هدف از انجام این بررسی تعیین فراوانی بیماری‌های مزمن شایع(بیماری قلبی، پرفشاری خون، دیابت، بیماری اولسر، بالا بودن چربی‌های خون، بیماری‌های مزمن تنفسی، آرتروز) و برخی خصوصیات سالمندی همراه با ناتوانی(سابقه عمل جراحی کاتاراکت و یا گلوکوم، استفاده از عینک و یا سمعک، استفاده از وسایل کمک حرکتی از قبیل عصا، چوب زیر بغل، واکر، ویلچر، داشتن اندام مصنوعی و استفاده از دندان مصنوعی) و ارتباط آنها با سن، جنس، وضعیت تأهل، سواد، شغل و سیگار کشیدن در سالمندان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی شهر تهران بود.

مواد و روش کار

این بررسی به روش مقطعی و بر روی افراد ۶۵ ساله و بالاتر تحت پوشش منا طق ۲۰گانه کمیته امداد امام خمینی شهر تهران صورت گرفت. با توجه به فراوانی بیماری‌های مزمن و یا خصوصیات سالمندی همراه با ناتوانی در سالمندان (۸۰ درصد) و با توجه به $P<0/05$ و $d = ٪۵$، حجم نمونه ۴۰۰ نفر برآورد گردید که از هریک از منا طق ۲۰ گانه تقریباً ۳۰ نفر وارد مطالعه ما شدند و تحت بررسی قرار گرفتند.

روش نمونه گیری به این طریق بود که نفرات از افراد سالمندی که به هر یک از مناطق ۲۰ گانه مراجعه می‌نمودند به‌طریق نمونه گیری آسان انتخاب شدند. فرم جمع‌آوری اطلاعا ت شامل دو بخش بود: بخش اول در مورد خصوصیات دموگرافیک فرد سالمند شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، سواد، شغل و سیگار کشیدن و بخش دوم در مورد وجود بیماری مزمن شایع از جمله بیماری قلبی، پرفشاری خون، دیابت، بالا بودن میزان چربی‌های خون، بیماری اولسر، آرتروز، مصرف دارو برای بیماری مزمن و مدت آن، وجود خصوصیات سالمندی همراه با ناتوانی(بر حسب استفاده از دندان مصنوعی، سمعک، عینک، وسیله کمک حرکتی و نوع آن، اندام مصنوعی و نوع آن، سابقه عمل کاتاراکت و یا گلوکوم) بود. اطلاعات مربوط به ویژگی‌های فردی، مدت مصرف دارو و خصوصیات سالمندی همراه با ناتوانی از طریق مصاحبه از فرد سالمند سؤال شد و وارد فرم گردید. اطلاعات مربوط به نوع بیماری مزمن و استفاده مزمن از دارو از کارت کامپیوتری فرد سالمند

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1383.3.3.6.6]

استخراج گردید. نام بیماری مزمن پس از تشخیص توسط پزشک و نوع داروی مصرفی به‌طور مزمن در این کارت ثبت می‌گردد. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار STATA تحت WINDOWS وارد کامپیوتر شد و با استفاده از تستهای آماری توصیفی و کای دو تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها

در این بررسی با ۶۴۵ نفر سالمند مصاحبه گردید. در این جمعیت۱۹۳نفر(۲۹/۹۲ درصد) مرد و ۴۵۲ نفر (۷۰/۰۸ درصد) زن بودند.

کمترین سن ۶۵ سال و بیشترین سن ۱۲۲ سال بود(میانگین ۷۴ سال و انحراف معیار ۷ سال). ۴۰۱ نفر (۶۷/۱۷ درصد) ۷۵-۶۵ سال، ۱۹۶ نفر (۳۰/۳۹ درصد) ۸۵-۷۶ سال و۴۸ نفر(۷/۴۴ درصد) بیش از ۸۵ سال داشتند. از نظر وضعیت تأهل ۴۰۵ نفر متأهل(۶۲/۷۹ درصد) و ۲۴۰ نفر (۳۷/۲۱ درصد) بدون همسر بودند که در این گروه ۷ نفر (۱/۰۹ درصد) مجرد، ۲۲۴ نفر(۳۴/۷۲ درصد) بیوه و ۹ نفر (۱/۴ درصد) مطلقه بودند. از نظر وضعیت شغل ۴۵۰ نفر (۶۹/۷۷ درصد) بی‌کار مستمری‌بگیر و ۱۹۵ نفر(۳۰/۲۳ درصد) شاغل بودند.

از نظر سطح تحصیلات نیز ۵۳۱ نفر (۸۲/۳۳ درصد) بی‌سواد، ۹۲ نفر(۴/۲۶ درصد) سواد در حد ابتدایی، ۱۲ نفر(۱/۸۶ درصد) سواد در حد سیکل و ۵ نفر (۰/۷۸درصد) دیپلم داشتند. همچنین از نظر ابتلا به عادات خاص ۲۷۵ نفر(۴۲/۶۴ درصد) سیگاری بودند.

توزیع انواع بیماری‌های مزمن شایع و خصوصیات سالمندی همراه با ناتوانی بررسی شده در جمعیت مورد مطالعه به‌ترتیب در جداول شماره ۱ و۲ نشان داده شده است.

۵۱۱ نفر(۷۹/۲۲ درصد) حداقل از یک دارو به‌طور مزمن استفاده می‌کردند و میانگین مدت مصرف دارو برای بیماری‌های مزمن ۱۶ سال بود.

۶۳۱ نفر (۹۷/۸۳ درصد) از دندان مصنوعی استفاده می‌کردند که از میان آنها ۴۳۵ نفر (۶۸/۹۹ درصد) دندان مصنوعی کامل، ۸۲ نفر (۱۲/۹۹ درصد) دندان مصنوعی فقط در فک بالا، ۶۲ نفر (۹/۷۸ درصد) دندان مصنوعی فقط در فک پایین و در ۵۲ نفر (۸/۲۴ درصد) تعدادی از دندان‌ها مصنوعی بود. ۴۳۵ نفر(۶۷/۴۴ درصد) از وسیله کمک حرکتی استفاده می‌نمودند که در میان آنها ۲۶۷ نفر(۶۱/۳۷ درصد) از عصا، ۴۲ نفر(۹/۶۵ درصد) از چوب زیر بغل، ۴۴ نفر(۱۰/۱۱ درصد)از واکر و ۸۲ نفر(۱۸/۸۷ درصد) از ویلچر برای راه رفتن کمک می‌گرفتند.۱۲۰نفر(۱۸/۶۰ درصد) فقط اندام مصنوعی فوقانی و ۷۵ نفر (۱۱/۶۲ درصد) فقط اندام مصنوعی تحتانی داشتند. توزیع بیماری‌های مزمن شایع و خصوصیات سالمندی همراه با ناتوانی مورد بررسی بر حسب خصوصیات سالمندان در جدول شماره ۳ نشان داده شده است.

وجود بیماری مزمن شایع با سن و وضعیت تأهل فرد ارتباط معنی دار داشت($P<0/001$). بین وجود بیماری مزمن شایع با جنس، شغل، سواد و سیگار کشیدن و همچنین بین وجود خصوصیات سالمندی همراه با ناتوانی و خصوصیات دموگرافیک سالمندان ارتباط آماری معنی دار بدست نیامد.

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی و فراوانی نسبی بیماری‌های مزمن شایع در میان جمعیت مورد بررسی

	دارد		ندارد	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
آرتروز	۵۱۱	۷۹/۲۲	۱۳۴	۲۰/۷۸
بیماری اولسر	۲۹۶	۴۵/۸۹	۳۴۹	۵۴/۱۱
پرفشاری خون	۲۶۸	۴۱/۵۵	۳۷۷	۵۸/۴۵
بیماری قلبی	۲۴۰	۳۷	۴۰۵	۶۳
بالا بودن میزان چربی خون	۱۳۸	۲۱/۵	۵۰۷	۷۸/۵
دیابت	۱۰۱	۱۵/۵	۵۴۴	۸۴/۵
آسم	۷۰	۱۰/۸۵	۵۷۵	۸۹/۱۵

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1383.3.3.6.6]

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی و فراوانی نسبی خصوصیات سالمندی همراه با ناتوانی در میان جمعیت مورد بررسی

	تعداد	درصد
دندان مصنوعی (کامل یا ناقص)	۶۳۱	۹۴/۵۶
استفاده از عینک	۴۸۹	۷۵/۸۱
استفاده از وسیله کمک حرکتی	۴۳۵	۶۷/۴۴
سابقه عمل کاتاراکت	۲۸۵	۴۴/۱۹
استفاده از سمعک	۲۲۴	۳۴/۷۲
سابقه عمل گلوکوم	۱۹۵	۳۰/۲۳
استفاده از اندام مصنوعی (فوقانی یا تحتانی)	۱۹۵	۳۰/۲۳

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی و فراوانی نسبی بیماریهای مزمن شایع و یا خصوصیات سالمندی همراه با ناتوانی بر حسب ویژگی‌های دموگرافیک سالمندان مورد بررسی

ویژگی دموگرافیک	سن (سال) / تعداد (درصد)		جنس / تعداد (درصد)		وضعیت تأهل / تعداد (درصد)		سطح تحصیلات / تعداد (درصد)		شغل / تعداد (درصد)		سیگار کشیدن / تعداد (درصد)	
بیماری مزمن یا خصوصیت سالمندی همراه ناتوانی	۷۶>	۷۶≥	مذکر	مؤنث	همسردار	بدون همسر	بی‌سواد	باسواد	شاغل	بی‌کار	سیگاری	غیر سیگاری
بیماری مزمن دارد	۲۹۵(۷۳/۰۵۷)	۲۲۱(۹۰/۵۸)	۱۴۹(۷۷/۲)	۳۶۷(۸۱/۲)	(۷۴/۰۷) ۳۰۰	۲/۶(۹۰)	۴۲۷(۸۰/۴۱)	۸۹(۷۸/۰۷)	۱۴۹(۷۶/۴۱)	۳۶۷(۸۱/۵۶)	۲۲۴(۸۱/۴۵)	۲۹۲(۷۰/۴۷)
ندارد	۱۰۶(۲۶/۴۳)	۲۳(۹/۴۲)	۴۴(۲۲/۸۰)	۸۵(۱۸/۸۰)	(۲۵/۹۳) ۱۰۵	۲۴(۱۰)	۱۰۴(۱۹/۵۹)	۲۵(۲۱/۹۳)	۴۶(۲۳/۵۹)	۸۳(۱۸/۴۴)	۵۱(۱۸/۵۵)	۷۸(۲۰/۵۳)
خصوصیت سالمندی همراه ناتوانی												
دارد	۳۹۹(۹۹/۵)	۲۴۴(۱۰۰)	۱۹۳(۱۰۰)	۴۵۰(۹۹/۵۶)	۴۰۳(۹۹/۵)	۲۴۰(۱۰۰)	۵۲۹(۹۹/۶۲)	۱۱۴(۱۰۰)	۱۹۴(۹۹/۴۱)	۴۴۹(۹۹/۸۲)	۲۵۷(۱۰۰)	۳۶۸(۹۹/۴۸)
ندارد	۲(۰/۵)	۰	۰	۲(۰/۴۴)	۲(۰/۵)	۰	۲(۰/۳۸)	۰	۱(۰/۵۱)	۱(۰/۱۸)	۰	۲(۰/۵۲)

بحث و نتیجه‌گیری

به‌طور کلی توزیع فراوانی انواع بیماری‌های مزمن شایع در این بررسی مشابه بررسی دیگری است که بر روی مشکلات جسمانی سالمندان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی شهر تهران در اواخر سال ۷۸و اوایل سال ۷۹ انجام گرفته است[۱]. نتایج یک بررسی که در آمریکا انجام شده نشان داده است که مانند بررسی حاضر ۸۰ درصد سالمندان دچار یک یا تعدادی از بیماری‌های مزمن بودند[۲]. شیوع بیماری‌های قلبی در بررسی اخیر ۲۰ درصد[۳] گزارش شده که از آمار ما کمتر می‌باشد. این موضوع می‌تواند ناشی از تفاوت خصوصیات ژنتیکی، شرایط جغرافیایی و محیطی، سبک زندگی، عادات فردی و عوامل دیگر بین دو جمعیت باشد که اثبات آن نیازمند طراحی و انجام بررسی‌های دیگری است. شیوع پر فشاری خون در این بررسی شبیه بررسی بلژیک (۴۳/۹ درصد) است[۴] اما از شیوع آن در سه بررسی دیگر(بیش از ۵۰ درصد) که در نیوزیلند، آمریکا و پورتوریکو انجام شده کمتر است[۵، ۶، ۷]. این شیوع بالا، بیانگر اهمیت موضوع بوده و با توجه به عوارض متعدد، مرگ و میر و ناتوانی ناشی از آن از یک طرف نیاز به انجام بررسی‌های غربالگری برای بیماریابی واز طرف دیگر پیگیری منظم مبتلایان از نظر کفایت درمان و تشخیص زودرس عوارض را ضروری می‌سازد. شیوع دیابت در سالمندان ما از بررسی نیوزیلند (۶ درصد) بالاتر[۵] و از بررسی پورتوریکو (۲۵ درصد) پایین‌تر است[۷]. با توجه به این که اکثر موارد دیابت در سالمندان از نوع غیر وابسته به انسولین بوده و با چاقی و سابقه فامیلی مثبت در ارتباط می‌باشد، اختلاف در توزیع (Body Mass Index) BMI، زمینه ژنتیکی و عادات غذایی این جمعیت‌ها می‌تواند

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1383.3.3.6.6]

علت این موضوع باشد و نیاز به تحقیقات بیشتر دارد. یک بررسی که در شیلی انجام شده نشان داده است که ۳۳ درصد افراد تحت بررسی نوعی از شکایات تغذیه‌ای داشته‌اند[۸] و در بررسی دیگری در ایتالیا بر روی ۵۶۹ نفر که اندیکاسیون ازوفاگوگاسترودئودنوسکوپی برای بیماری اولسر داشتند[۹]، ۲/۵ درصد افراد بیش از ۶۵ سال داشتند، ولی شیوع بیماری اولسر در جمعیت ما بالاتر است. یکی از دلایلی که احتمالاً می‌تواند توجیه کننده این موضوع باشد شیوع بسیار زیاد آرتروز در بررسی کنونی(۷۹/۲۲ درصد) است، که معمولاً منجر به مصرف بالای داروهای ضد درد و ضد التهاب توسط سالمندان شده و بسیاری از شکایات گوارشی از جمله بیماری اولسر را سبب می‌شود. در مطالعه‌ای که در پورتوریکو انجام شده شیوع آرتریت بیش از ۵۰ درصد گزارش شده است. اما با توجه به این نکته که در جمعیت ما اکثر موارد تشخیص آرتروز بالینی بوده و همه موارد درد و محدودیت حرکت مفصلی ناشی از انواع مشکلات دژنراتیو اسکلتی عضلانی در این گروه قرار گرفته‌اند، به‌نظر می‌رسد که شیوع آرتروز در آمار ما بیش از شیوع واقعی آن باشد. میزان کلسترول بالای خون در بررسی نیوزیلند در مردان ۱۷ درصد و در زنان ۴۶ درصد گزارش شده [۵] که با در نظرگرفتن این که وجود کلسترول و یا تری گلیسیرید بالا در میان سالمندان مورد بررسی ما به عنوان بالا بودن چربی خون تلقی شد (۲۱/۵ درصد)، پس در جمعیت ما شیوع آن کمتر است. در آمریکا شیوع آسم در یک بررسی ۷ تا ۹ درصد در افراد بیش از ۷۰ سال [۱۰] و در بررسی دیگر ۱۰/۴ درصد در افراد ۶۵ تا ۷۴ سال [۱۱] گزارش شده که مانند شیوع آن در سالمندان این مطالعه می‌باشد. مصرف مزمن دارو در میان سالمندان مورد بررسی بسیار بالا بوده که با توجه به فراوانی بالای بیماری‌های مزمن در آنها قابل توجیه می‌باشد. در یک بررسی در شیلی نیز ۳۰ درصد سالمندان بیش از سه دارو مصرف می‌کرده‌اند[۸]. استفاده از سیگار در این بررسی مشابه تحقیق دیگری بر روی سالمندان در ایران (۳۵ درصد) است[۱۲]، اما از فراوانی استفاده از سیگار در نیوزیلند (۸ درصد) [۵] و در آمریکا (۱۳/۶ درصد) [۱۳] بسیار بالاتر است، که با توجه به اثرات زیانبخش و بیماری‌های دژنراتیو ناشی از سیگارکشیدن، نیاز به برنامه ریزی و بسترسازی مناسب برای افزایش آگاهی افراد جامعه از مضرات سیگار و عوارض ناشی از آن جهت تغییر نگرش و عملکرد افراد جامعه به‌خصوص سالمندان دارد. فراوانی استفاده از عینک از نتایج دو تحقیق دیگر بر روی سالمندان کشور [۱، ۱۲] و تحقیق دیگری در پورتوریکو [۷] بیشتربود، اما به نتایج بررسی در شیلی (۷۵ درصد) [۸] و یک بررسی در نیوزیلند (۸۱ درصد در مردان و ۶۸/۸ درصد در زنان) [۱۴] شبیه بود. البته این نکته قابل ذکر است که در آمار ما افرادی که بدنبال عمل کاتاراکت از عینک استفاده می‌کردند[۴۳ درصد]، نیز در این گروه آورده شده‌اند. در بررسی شیلی [۸] اختلالات شنوایی ۴۶ درصد ذکر شده که احتمالاً از شیوع آن در سالمندان مورد بررسی کنونی کمتر است چون اختلال در درک جملات شنیده شده که از اختلالات شنوایی این دوره است، در مطالعه حاضر ارزیابی نشده است، ولی فراوانی استفاده از سمعک به نتایج بررسی دیگری در ایران (۳۰/۱ درصد) [۱] شبیه بود. در دو بررسی از نیوزیلند [۱۴] و چین [۱۵] شیوع کاتاراکت به ترتیب ۳۰/۱ و ۵۲/۳ درصد گزارش شده است که هر دو بالاتر از آمار ماست. چون در بررسی ما فقط به اطلاعات کاتاراکت‌های عمل شده دسترسی بود، ممکن است شیوع واقعی کاتاراکت در میان سالمندان ما بیش از رقم گزارش شده باشد. به‌علت این که اولاً موارد شدید کاتاراکت منجر به عمل می‌شود و ثانیاً ابتلا به موارد خفیف‌تر به علت عدم معاینه یا عدم ثبت گزارش نگردیده است. فراوانی گلوکوم عمل شده در این بررسی حدود ۱۰ برابر بالاتر از آمار مطالعه نیوزیلند (۳/۶ درصد) است[۱۴]. از آنجایی که گلوکوم یکی از علل ناتوانی شدید بینایی در سالمندان میباشد [۱۶]، لازم است که مطالعه‌ای بر روی شیوع و عوامل خطر این بیماری در جمعیت سالمندان صورت گیرد. علی‌رغم این که درصد استفاده از وسایل کمک حرکتی در جمعیت مورد بررسی ما احتمالاً بالاتر از میزان واقعی آن در جامعه است، ولی با رقم گزارش دیگری از سالمندان تحت پوشش کمیته امداد امام در تهران [۱] نیز متفاوت است که علت آن می‌تواند طرز نمونه گیری متفاوت در دو مطالعه باشد. بالا بودن استفاده از وسایل کمک حرکتی در سالمندان تحت پوشش به‌علت ساختار کلی این جمعیت است، چون اصولاً

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1383.3.3.6.6]

افرادی که به علت معلولیت، نداشتن شغل و یا سرپرست، وضعیت اجتماعی- اقتصادی مناسبی ندارند، تحت پوشش قرار می‌گیرند. در جامعه مورد بررسی آمار کسانی که دندان مصنوعی کامل داشتند از سه بررسی در چین (۷/۴۷ درصد) [۱۷]، فنلاند (۵۹ درصد) [۱۸] وآمریکا (۴۰ درصد) [۱۹] خیلی بیشتر است. این امر نشانه بد بودن وضعیت قبلی بهداشت دهان و دندان در این جمعیت می‌باشد و در صورتی که بررسی در سایر جوامع سالمندان در ایران آن را تأیید کند، نیاز به برنامه ریزی آموزشی وسیع برای کلیه اقشار جامعه جهت افزایش آگاهی و عملکرد بهداشتی در زمینه بهداشت دهان و دندان به خصوص قبل از دوره سالمندی از یک سو و معاینه مرتب دندان‌ها توسط دندانپزشک جهت تشخیص و درمان به‌موقع بیماری‌های دهان و دندان در تمامی سنین از سوی دیگر دارد. در بین افراد مورد بررسی موردی از بیماری‌های عصبی و یا روانی مزمن و یا سرطان‌ها مشاهده نشد. احتمال دارد ناتوانی شدید ناشی از این بیماری‌ها مانع از مراجعه این افراد به کمیته شده باشد و یا عدم انتخاب تصادفی افراد باعث سوگرایی نمونه ما باشد.

در خاتمه پیشنهاد می‌شود: ۱- مطالعات آینده نگری طراحی شوند که بر روی جمعیت‌هایی که نمونه جمعیت سالمندان کشور باشند صورت گیرند. ۲- با استفاده از تستهای تشخیصی مناسب، شیوع و عوامل خطر بیماری‌های مزمن شایع، فراوانی انواع خصوصیات همراه با سالمندی(مشکلات بینایی، شنوایی، حرکتی، گوارشی و...) و شیوع و علل ناتوانی در این قشر آسیب پذیر را تعیین کنند. ۳- قبل از دوره سالمندی با شیوه های مناسب اطلاع رسانی سبک زندگی کم خطر، عوامل خطر ناتوانی‌های دوره سالمندی و علایم بالینی بیماری‌های مزمن به افراد آموزش داده شود. ۴- با انجام دوره‌ای تحقیقات تغییرات در الگوی شیوع بیماری‌ها، ناتوانی‌ها و عوامل خطر آنها برای برنامه ریزی مداخلات مناسب مشخص شود.

منابع

1- Resnick N. Geriatric Medicine. In: Braunwald E, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, jameson L. Harrison's principles of internal Medicine. 15th Edition, McGraw-hill: New York, 2001: 36-46

2- Goldman L, Bennet JC. Cecil Textbook Of Medicine. 21th Edition, WB Saunders Company: Philadelphia, 2001

3- Park J. Park Textbook of Preventive and Social Medicine. 15th Edition, Jabalpur: India, 1997

۴- کنفرانسهای روز جهانی سالمند، اداره کل بهداشت خانواده و سازمان جهانی بهداشت، حوزه معاونت بهداشتی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ۱۳۷۷

۵- شمسیان احمد، بررسی مشکلات جسمانی سالمندان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی، طرح پژوهشی شماره ۱، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده پزشکی، ۱۳۷۹- ۱۳۷۸

6- Vasan RS, Garson MG, Leip EP. Impact of high-normal blood pressure on the risk of cardiovascular disease. New England Journal of Medicine 2001; 18:1337-40

7- De Baker G, Myny K, De Henauw S. Prevalence, awareness, treatment and control of arterial hypertension in an elderly population in Belgium. Journal of Human Hypertension 1998; 10: 701-706

8- Bullen C, Simmons G, Trye P. Cardiovascular disease risk factors in 65-84 year old men and women: results from the Auckland university heart and health study. New Zealand Medical Journal 1998; 1058: 4-7

9- Nicolaus T, Sommer N, Becker C. Treatment of arterial hypertension with diuretics, beta and calcium channel blockers in old patients. Gerontology Geriatrics 2000; 6: 427-32

10- Oliver-Vazquez M, Suarez-perez F, De Andino RM. Description of health status and functional capacity of the health of Puerto Rico. Puerto Rico Health Science Journal 1999; 4: 369-76

11- Marin PP, Kornfeld R, Escobar MC. Functional risk assessment of poor Chilean elders using an instrument validated in Canada. Revista Medica de Chile 1998 11: 1316-22

12- Militello C, Volpin E, De Santis L. Complications of peptic ulcer disease in the elderly. Chirurgia Italiana 1997; 4-5: 37-41

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1383.3.3.6.6]

13- Salvin RG. Asthma in the elderly: do they need an allergy evaluation? Annals of Allergy, Asthma and Immunology 2001; 5: 492-4

14- Chan ED, Welsh CH. Geriatric Respiratory Medicine. CHEST 1998; 6: 1704-34

۱۵- سهرابی ژیلا، بررسی وضعیت سلامت سالمندان کشور، طرح پژوهشی شماره ۱، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده پزشکی، ۱۳۷۸

16- Stroup-Benham CA, Makides KS, Espino DV. Changes in blood pressure and risk factors for cardiovascular disease among older Mexican-Americans from 1982-1984 to 1993-1994. Journal of American Geriatrics Society 1999; 7: 804-10

17- Martinez GS, Campbell AG, Reinken J. Prevalence of ocular disease in a population study of subjects 65 years old and older. American Journal of Ophthalmology 1982; 2: 181-9

18- Liu C, Hou C, Liu Y. An epidemiological study on senile cataract in urban and rural areas of Chengdu. Hua Xi Yike Da Xue Xue Bao. 2002; 2: 256-58

19- Li A, Li L, Qian Y. Analysis of factors causing visual disability and its preventive measures in China. Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi. 1995; 4: 225-7

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1383.3.3.6.6]