

بررسی فراوانی بیماری‌های مزمن در سالمندان شهر ایلام

(مقاله پژوهشی)

هادی پیمان^۱، منیره یعقوبی^۲، امین صیدمحمدی^۱، علی دل پیشه^۳ و^۴

چکیده:

هدف: چاقی و افزایش وزن مهم‌ترین عوامل خطر قابل پیشگیری بیماری‌های قلبی عروقی و دیابت به ویژه در افراد مسن می‌باشند. پژوهش حاضر با هدف تعیین فراوانی بیماری‌های مزمن در سالمندان شهر ایلام انجام شده است.

روش بررسی: در یک مطالعه‌ی توصیفی تحلیلی ۱۲۱ نفر سالمند (۶۲/۴٪ مرد) ساکن در شهر ایلام با میانگین سنی ۷۰/۴±۱۱/۰ سال بصورت تصادفی واز طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای وارد مطالعه گردیدند. اندازه‌گیری قد، وزن و فشار خون از همه‌ی واحدهای مورد پژوهش، توسط یک پرستارمجبرب صورت گرفت. **یافته‌ها:** میانگین شاخص توده بدنی ۲۵/۳±۴/۲ kg/m² بود. بیش از نیمی از زنان (۵۶/۱٪) و ۴۶/۲٪ مردان، اضافه وزن یا چاقی داشتند. شیوع بیماری‌های قلبی و عروقی، فشار خون و دیابت طبق تشخیص پزشک به ترتیب ۵۳٪، ۳۶/۸٪ و ۱۷/۴٪ بود. ارتباط معنی داری بین فشار خون، درد قفسه‌ی سینه و گروه‌های سنی با شیوع بیماری قلبی وجود داشت (p<۰/۰۰۱). فشار خون سیستولیک در افراد بالای ۷۵ سال بصورت معنی داری از فشار خون سالمندان ۶۰-۷۵ سال بالاتر بود (p<۰/۰۰۲)، در حالی که چنین ارتباطی در خصوص فشار خون دیاستولیک و شاخص توده بدنی مشاهده نگردید. بین سطح سواد و سابقه‌ی ابتلا به دیابت ارتباط معنی داری وجود داشت (p<۰/۰۰۰). همچنین سالمندانی که به طور مداوم و پیوسته تلویزیون نگاه می‌کردند بیش از سایرین به اضافه وزن و چاقی مبتلا بودند (p<۰/۰۰۵).

نتیجه‌گیری: شیوع بیماری‌های مزمن در سالمندان مورد مطالعه با سن بالا، سواد و مدت زمان طولانی مشاهده تلویزیون مرتبط بود. شیوع چاقی و اضافه وزن در مطالعه‌ی حاضر در مقایسه با مطالعات صورت گرفته در سطح کشور همخوانی نزدیکی دارد. با این حال شیوع بیماری‌های قلبی و فشار خون بالاتر از سایر مطالعات کشوری بدست آمد. به منظور کاهش شیوع بیماری‌های مزمن در سالمندان برنامه‌های غربالگری و آموزش بهداشت پیشنهاد می‌گردد.

کلید واژه‌ها: ایلام، سالمندان، وضعیت تغذیه، بیماری‌های مزمن

۱- مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب‌های روانی - اجتماعی استان ایلام
 ۲- کارشناس پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان، همدان، ایران
 ۳- پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام
 ۴- دانشیار اپیدمیولوژی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام
 * پست الکترونیک نویسنده مسئول: alidelpisheh@yahoo.com

مقدمه

بوده که این رقم در سال ۲۰۵۰ به رقم یک میلیارد و ۹۶۸ میلیون و ۵۳ هزار نفر خواهد رسید، هم‌چنین طبق این گزارش، در حال حاضر ۶٪ کل جمعیت ایران را سالمندان تشکیل می‌دهند که این رقم در سال ۲۰۵۰ میلادی ۲۶ میلیون و ۳۹۳ هزار نفر (معادل ۲۶٪ کل جمعیت ایران در سال مذکور) خواهد بود. هم‌چنین مطابق با گزارش این مرکز امید به زندگی برای مردان و زنان سالمند ایرانی در سالهای ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۰ میلادی به ترتیب ۷۷ و ۷۸ سال برآورد گردیده است (۵).

با تغییر بافت جمعیتی و پیرشدن جمعیت بدیهی است که ناتوانی و مرگ و میر ناشی از بیماری‌های مزمن در بین

با بهبود روش‌های کنترل جمعیت و افزایش امید به زندگی و هم‌چنین بهبود روش‌های درمانی، جمعیت جهانی در حال پیر شدن است (۳-۱). در کشورهای در حال توسعه سرعت رشد جمعیت سالمندان بیش از کشورهای توسعه یافته بوده و در حال حاضر بیش از نیمی از جمعیت سالمندان جهان در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند. بر اساس گزارش سازمان ملل، در سال ۲۰۰۰ میلادی، جمعیت سالمندان در کشورهای در حال توسعه ۱۷٪-۱۲/۵٪ کل جمعیت بوده است (۴). از طرفی در سال ۲۰۰۶ تعداد کل سالمندان جهان ۶۸۷ میلیون و ۹۲۳ هزار نفر

روش بررسی

این مطالعه‌ی توصیفی - تحلیلی بخشی از مطالعه‌ی استانی بررسی وضعیت سلامت سالمندان در استان ایلام می‌باشد. در این مطالعه تعداد ۱۲۱ نفر از سالمندان ساکن شهر ایلام با میانگین سنی 70.4 ± 11.0 سال مورد مطالعه قرار گرفتند. سن افراد برای ورود به مطالعه (مطابق دستورالعمل سازمان جهانی بهداشت) داشتن سن ۶۰ سال و بالاتر بود. حجم نمونه (با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای، نقشه شهری و با توجه به تراکم جمعیت در نقاط مختلف جغرافیایی از هر یک از مناطق شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکزی شهر ایلام) با ۹۵٪ اطمینان و حداکثر خطای ۵٪ و با استفاده از نرم افزار StatCalc تحت برنامه Epi-info، ۱۲۱ نفر تعیین گردید.

گردآوری داده‌ها با استفاده از یک پرسشنامه‌ی استاندارد که در سایر مطالعات کشوری نیز مورد استفاده قرار گرفته بود، صورت پذیرفت. روایی این پرسشنامه با بهره‌گیری از نظرات اساتید صاحب نظر در حیطه‌های سالمندی، اپیدمیولوژی بالینی، پزشکی اجتماعی و پرستاری سالمندان مورد تایید قرار گرفت. جهت تایید پایایی، ۱۲ نفر از سالمندان شهر ایلام بطور کاملاً تصادفی در یکی از محلات مرکز شهر انتخاب گردیدند و مصاحبه با آنان صورت پذیرفت که با نظر مشاور آماری و همکاران طرح، تعدادی از سوالات پرسشنامه مورد بازنگری قرار گرفت.

پرسشنامه نهایی شامل دو بخش اصلی بود: بخش اول حاوی سوالاتی در خصوص وضعیت دموگرافیک سالمندان (سن، جنس، سواد، وضعیت تاهل، درآمد، شغل و ...) و بخش دوم حاوی سوالاتی در خصوص سابقه‌ی ابتلا به بیماری‌های مزمن مانند بیماری‌های قلبی و عروقی، دیابت و فشار خون بود.

با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای، نقشه شهری و با توجه به تراکم جمعیت در نقاط مختلف جغرافیایی از هر یک از مناطق شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکزی شهر ایلام، یک خیابان بصورت تصادفی از لیست خیابانهای آن منطقه انتخاب و پژوهشگر با مراجعه به درب منازل واقع در آن خیابان در صورت حضور فرد واجد شرائط شرکت در مطالعه از ایشان دعوت بعمل می‌آورد، پرسشنامه تکمیل می‌شد و اندازه‌گیریهای مورد نیاز صورت می‌گرفت. برای هر خوشه حجم نمونه‌ای معادل ۲۴ نفر در نظر گرفته شده بود. مراجعه به درب منازل از ابتدای خیابان مورد نظر شروع شده و تا آنجا ادامه می‌یافت که حجم

سالمندان بیشتر از بیماری‌های حاد است (۷-۶). با افزایش سن احتمال ابتلای سالمندان به بیماری‌های مزمن بطور معنی داری افزایش می‌یابد (۸) مطالعات اخیر نشان می‌دهد که ۸۰ درصد سالمندان حداقل به یک بیماری مزمن مبتلا بوده که آنها را بیش از سایرین در معرض خطر ناتوانی و مرگ قرار می‌دهد. (۱۰-۹). به علاوه سطح کیفیت زندگی سالمندان به دلیل کم‌ تحرکی و فعالیت ورزشی کاهش یافته که همین امر منجر به بروز بیشتر چاقی و افزایش وزن در بین سالمندان، همراه با افزایش خطر برای بیماری‌های قلبی عروقی و افزایش مقاومت به انسولین می‌شود. ازین رو توجه به وضعیت تغذیه‌ای نیز یکی از مهم‌ترین مسائل در دوران سالمندی است که در کشورهای در حال توسعه به دلیل نبود و ناکارایی برنامه‌های حمایت از سالمندان و تأثیر آن بر کیفیت زندگی و سلامت سالمندان بسیار حائز اهمیت است (۱۱-۱۲).

یکی از بیماری‌های شایع دوران سالمندی فشار خون بالاست که عامل زمینه‌ای برای بسیاری از اختلالات عروقی از قبیل سکته، نارسایی قلبی و اختلال عملکرد کلیوی می‌باشد (۱۳). فشار خون سیستولیک ایزوله شده (Isolated systolic hypertension) و فشار نبض پهن از شایع‌ترین علامت‌های دوران سالمندی می‌باشد (۱۰). همزمان با افزایش جمعیت در کشورهای توسعه یافته، بیماری‌های قلبی و عروقی به شایع‌ترین علت مرگ و میر، بیماری و ناتوانی در افراد سالمند تبدیل شده است (۱۴). ازاین رو کنترل فشار خون به منظور کاهش بیماری‌های قلبی و عروقی و نهایتاً کاهش مرگ و میر سالمندان امری ضروری می‌باشد (۱۵). نارسایی قلبی نیز بیماری پرهزینه به همراه مرگ و میر بالا و پیش آگهی ضعیف می‌باشد (۱۸-۱۶). اگرچه بر اساس مطالعات صورت گرفته میزان استعمال سیگار و بیماری‌های ایسکمیک قلبی، در مردان شایع‌تر است اما شیوع پرفشاری خون در زنان بیشتر از مردان گزارش شده است (۱۹).

بنابراین تعیین شیوع بیماری‌های مزمن و عوامل مرتبط با آنها در میان سالمندان یک جامعه، می‌تواند زمینه را جهت برنامه‌ریزی مدون‌تر به منظور افزایش ارتقای سطح سلامت و کیفیت زندگی سالمندان آن جامعه فراهم سازد. مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین فراوانی بیماری‌های مزمن در سالمندان شهر ایلام صورت گرفته است.

در گروه سنی بالاتر از ۷۵ سال به بیماری قلبی مبتلا شده بودند بیشتر از سالمندانی بود که بین ۶۰-۷۵ سال سن داشتند. میانگین سنی افراد مبتلا به بیماری قلبی $73/05 \pm 9/6$ سال بود و بطور میانگین $6/07$ سال از تشخیص بیماری قلبی آنها گذشته بود. بیش از دو سوم آنان ($69/1$) به دلیل بیماری قلبی بستری شده بودند. حدود نیمی از آنان ($51/2$) سابقه‌ی سکته‌ی قلبی داشتند و $17/1$ ٪ آنان سابقه‌ی آنژیوگرافی یا جراحی باز قلب را ذکر نمودند. اغلب سالمندانی که به بیماری قلبی مبتلا بودند، سابقه‌ی ابتلا به فشار خون را نیز داشتند که ارتباط معنی داری بین ابتلا به بیماری قلبی و سابقه‌ی پر فشاری خون وجود داشت ($p < 0/002$). در مجموع $42/7$ ٪ سالمندان مورد مطالعه، درد قفسه‌ی صدری را گزارش نمودند که به طور معنی داری با شیوع بیماری قلبی و عروقی مرتبط بود ($p < 0/001$). بین استعمال سیگار و سابقه‌ی جراحی قلب نیز ارتباط معنی داری وجود داشت ($p < 0/002$).

نیمی از نمونه‌ها ($52/1$) بر اساس تشخیص پزشک به پر فشاری خون مبتلا بودند که به ترتیب $59/6$ ٪ و $47/3$ ٪ زنان و مردان را مبتلا نموده بود. درصد ابتلای زنان و مردان به پر فشاری خون بر حسب گروه‌های سنی نیز در جدول شماره ۳ آمده است. درصد ابتلای سالمندان به پر فشاری خون در گروه سنی بالاتر از ۷۵ سال بیشتر از سالمندان گروه سنی ۶۰-۷۵ بود. به طور میانگین $4/22$ سال از تشخیص بیماری آنها گذشته بود؛ این بدان معنا بود که سالمندان مورد مطالعه به طور میانگین در سن $66/7$ سال متوجه بیماری فشار خون می‌شدند. سالمندان مبتلا به فشار خون در محدوده‌ی سنی ۶۰ تا ۱۱۰ سال قرار داشتند و محدوده‌ی سنی تشخیص بیماری آنان بین ۳۹ سال تا ۱۰۴ سال بود. در هنگام تشخیص بیماری آنان، کمتر از یک پنجم آنان ($19/1$) به دلیل فشار خون در بیمارستان بستری شده بودند؛ کمتر از یک سوم آنان ($30/2$) با دستورات دارویی مرخص شده بودند و حدود نیمی از آنان ($49/2$) در حال حاضر داروی فشار خون مصرف می‌کنند. میانگین فشار خون سیستولیک و دیاستولیک بر حسب جنس و گروه‌های سنی در جدول شماره ۳ آمده است. فشار خون سیستولیک در افراد بالای ۷۵ سال بصورت معنی داری از فشار خون سالمندان ۶۰-۷۵ سال بالاتر بود ($p < 0/002$)، در حالی که چنین ارتباطی در خصوص فشار خون دیاستولیک و شاخص توده بدنی مشاهده نگردید. بیش از یک سوم نمونه‌ها ($42/1$) فشار خون

نمونه مورد نیاز کامل می‌شد. در صورتی که فرد واجد شرایط شرکت در مطالعه در خانه مورد مراجعه وجود نداشت ضمن عذرخواهی و تشکر به خانه بعدی مراجعه می‌شد. در منطقه مرکزی شهر ایلام استثنائاً و بواسطه وسعت و تراکم بیشتر جمعیت تعداد ۲۵ نفر وارد مطالعه شدند تا در مجموع ۱۲۱ نمونه مورد نیاز بر اساس فرمول حجم نمونه تکمیل گردد. مصاحبه با نمونه‌ها با کسب رضایت کتبی از خانواده و خود سالمند صورت می‌گرفت. در شرایطی که در یک خانوار دو نفر یا بیشتر فرد سالمند وجود داشت؛ بطور تصادفی یک نفر از آنان انتخاب و وارد مطالعه می‌گردید.

اندازه‌گیری قد، وزن، نبض، فشار خون سیستولیک و دیاستولیک بعد از مصاحبه با سالمندان و تکمیل پرسشنامه صورت می‌گرفت. اندازه‌گیری قد برای سالمندانی که می‌توانستند بپوشید و بدون قوز در کمر یا پاها بودند؛ در حالت ایستاده و نزدیک به دیوار با استفاده از متر نواری انجام می‌شد اما برای سایر سالمندان که قادر به ایستادن نبودند، با استفاده از مقیاس اندازه‌گیری شاخص توده بدن مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ابتدا فاصله فوقانی زانو تا کف پا اندازه‌گیری و سپس بر اساس راهنمای آن بر حسب این فاصله، سن و جنس سالمند، قد واقعی وی اندازه‌گیری می‌شد. وزن سالمندان با استفاده از ترازوی دیجیتالی با دقت ۱۰۰ گرم، حداقل لباس و بدون کفش اندازه‌گیری شد. اندازه‌گیری فشار خون نیز از دست راست، در حالت نشسته و بعد از ۳۰ دقیقه استراحت و تکمیل پرسشنامه صورت پذیرفت.

داده‌های گردآوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS (ver16) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

از مجموع ۱۲۱ سالمند مورد مطالعه ۴۷ نفر ($38/8$) زن، ۷۵ نفر ($62/5$) بی‌سواد، ۸۲ نفر ($68/3$) متاهل و حدود یک سوم آنان بدون شغل یا منبع درآمد بودند. خصوصیات دموگرافیک سالمندان مورد مطالعه در جدول شماره ۱ آمده است که اختلاف معنی داری بین خصوصیات دموگرافیک آنان بر حسب جنس وجود دارد ($p < 0/05$).

شیوع بیماری‌های قلبی و عروقی در بین زنان و مردان به ترتیب $39/1$ ٪ و $35/2$ ٪ بود. مطابق جدول شماره ۳، درصد افرادی که

زنان بیشتر از مردان بود اما این اختلاف از لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($p > 0.05$).

در مطالعه‌ای که دوستی و همکاران در سال ۱۳۸۳ در اصفهان انجام دادند و همچنین در ۲۰۰۰ سالمند مورد بررسی در شهر امیر کلا بابل، شیوع بیماری‌های قلبی و عروقی به ترتیب ۲۹/۶٪ و ۴/۲۶٪ گزارش شد که پایین‌تر از مطالعه‌ی حاضر بود (۲۱-۲۰). اما شیوع بیماری قلبی در مطالعه‌ی توتونچی در تهران (۱۳۷۸-۱۳۷۸) ۳۷ درصد گزارش گردیده که با مطالعه‌ی حاضر همخوانی دارد (۲۲). شایع‌ترین علت بستری در بیمارستان سالمندان (۳۷٪) در مطالعه‌ی امیری و همکاران در رشت نیز بیماری قلبی و عروقی گزارش گردیده است (۲۳). جغتایی و نجاتی نیز در مطالعه‌ی خود در شهر کاشان شیوع بیماری قلبی را ۴۱/۷ درصد برآورد نموده‌اند که بیشتر از مطالعه‌ی حاضر بود (۲۴). در این مطالعه تشخیص بیماری‌های قلبی عروقی در سنین بالای ۷۵ سال بیشتر از گروه سنی ۶۰-۷۵ سال بود. همین امر نشان می‌دهد که توجه به شناسایی عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی و غربالگری این بیماری در میانسالان و بالغین به منظور پیشگیری از بروز آن در دوران سالمندی امری ضروری باشد. شیوع پر فشاری خون در مطالعه‌ی توتونچی در تهران و مطالعه‌ی حسینی در بابل به ترتیب ۴۱/۵٪ و ۲۳/۹٪ گزارش گردیده است که کمتر از مطالعه‌ی حاضر بود (۲۲-۲۰).

شیوع دیابت در سالمندان مورد مطالعه تا حدودی مشابه سایر مطالعات صورت گرفته در ایران بود. در مطالعه‌ی دوستی و علوی شیوع دیابت ۱۷/۴٪ برآورد گردید که کاملاً با مطالعه‌ی حاضر همخوانی دارد (۲۰). در مطالعه‌ی توتونچی نیز شیوع دیابت ۱۵/۶٪ بود که با مطالعه‌ی حاضر مطابقت دارد (۲۲). تنها در مطالعه‌ی حسینی در بابل اندکی شیوع دیابت (۲۳/۴٪) بالاتر بود (۲۱).

درصد کمی از نمونه‌ها (۳/۸٪) لاغر بودند در حالی که ۳۴٪ اضافه وزن داشتند و ۱۶٪ نیز چاق بودند. در مقایسه با مطالعه‌ی صورت گرفته در اصفهان (۱۳۸۳)، سالمندان ایلامی و اصفهانی از لحاظ شیوع لاغری مشابه بودند در حالی که ۶۱/۲٪ سالمندان مورد مطالعه در اصفهان اضافه وزن داشتند که از مطالعه‌ی حاضر بالاتر است (۲۰). با این وجود در مطالعه‌ی دیگری که در سال ۱۳۸۶ توسط اسحاقی و همکاران در اصفهان صورت گرفته شیوع اضافه وزن و چاقی ۶۵/۷٪ گزارش گردیده است (۲۵).

سیستولیک بالاتر از ۱۴۰ داشته‌اند و ۲۰/۷٪ فشار خون دیاستولیک بالاتر از ۹۰ داشتند. ارتباط معنی‌داری بین جنس، سواد، شغل، وضعیت تاهل و سن با شیوع پر فشاری خون وجود نداشت ($p > 0.05$). در حالیکه ارتباط معنی‌داری بین جنس و سواد با فشار خون سیستولیک و دیاستولیک ($p < 0.05$) وجود داشت.

شیوع دیابت مطابق تشخیص پزشک در زنان سالمند (۲۲/۲٪) در مقایسه با مردان (۱۴/۳٪) بالاتر بود. سه چهارم این سالمندان (۷۵٪) بی‌سواد بودند و بین سواد و سابقه‌ی ابتلا به دیابت ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($p < 0.000$). در ضمن ۸۵٪ از سالمندانی که به دیابت مبتلا بودند اظهار داشتند که اکثریت اوقات فراغت خود را به تماشای تلویزیون اختصاص می‌دهند. میانگین شاخص توده بدن در زنان و مردان به ترتیب $4/kg/m^2$ و $26/1 \pm 24/8 kg/m^2$ بود که مطابق همین شاخص بیش از نیمی از زنان (۵۶/۱٪) و ۴۶/۲٪ مردان به اضافه وزن و یا چاقی مبتلا بودند. در جدول شماره دو درصد فراوانی نسبی سالمندان بر حسب شاخص توده بدنی آمده است. ارتباط معنی‌داری بین وضعیت تاهل سالمندان با شاخص توده بدنی وجود داشت ($p < 0.04$). سالمندانی که بطور مداوم تلویزیون نگاه می‌کردند بیش از سایرین اضافه وزن و چاقی داشتند ($p < 0.05$).

بحث

در دوران سالمندی بیماری‌های قلبی عروقی، سکته مغزی، سرطان‌ها و دیابت و بیماری‌های اسکلتی - عضلانی از شایع‌ترین بیماری‌ها هستند. در اکثر جوامع بیماری‌های قلبی عروقی مهم‌ترین بیماری و هم‌چنین مهم‌ترین علت بستری سالمندان در بیمارستان است با این‌حال در برخی تحقیقات آرتريت نیز در کنار بیماری‌های قلبی عروقی و دیابت به عنوان شایع‌ترین بیماری گزارش شده است (۱۰). در ایران مطالعات زیادی بر روی اپیدمیولوژی بیماری‌های مزمن سالمندان انجام شده که در بیشتر آنها همانند سایر کشورها بیماری‌های قلبی عروقی به عنوان شایع‌ترین بیماری گزارش شده‌اند.

در مطالعه حاضر شیوع بیماری قلبی و عروقی و پر فشاری خون در سالمندان مورد مطالعه به ترتیب ۳۶/۸٪ و ۵۲/۱٪ بود که این میزانها در مقایسه با بسیاری از مطالعات صورت گرفته بالاتر برآورد گردید. با وجود اینکه شیوع بیماری‌های ذکر شده در بین

نتیجه گیری

باتوجه به این که یکی از مهم ترین جنبه های بیماری های مزمن سالمندان در بخش سلامت هزینه های مراقبت درمانی و نگهداری است، از این رو برنامه ریزی های منابع مالی و نیروی انسانی باید با توجه به در نظر گرفتن تغییرات اپیدمیولوژی و دموگرافیک بیماری های مزمن جهت تشخیص زودرس این بیماری ها و جلوگیری از اثرگذاری آنها بر روی کیفیت زندگی سالمندان باشد. بیماری قلبی یکی از مهمترین علل ناتوانی و

مرگ و میر در سالمندان می باشد که معمولاً در سالمندان مورد مطالعه در ایران بین ۲۰ تا ۵۰ درصد سالمندان گزارش شده است. از طرفی شیوع چاقی، افزایش وزن و به تبع آن دیابت و هیپرکلسترومی نیز در میان سالمندان رو به افزایش است. بنابراین ترغیب سالمندان به انجام تمرینات ورزشی منظم و افزایش فعالیت به همراه کاهش وزن و راهکارهای تغذیه ای مناسب تا حدی می تواند از بروز چاقی و بیماری های مرتبط با آن جلوگیری کند.

جدول ۱- فراوانی سالمندان مورد مطالعه بر حسب متغیرهای دموگرافیک

P value	زن (n=۴۷)	مرد (n=۷۴)	متغیرهای دموگرافیک	
۰/۰۰۰۱	٪۹۱/۳	٪۴۴/۶	بی سواد	
	٪۸/۷	٪۵۵/۴	سطح سواد با سواد	
۰/۰۰۱	٪۲۶/۱	٪۹۴/۶	متاهل	
	٪۶۷/۴	٪۴/۱	همسر فوت شده	
	٪۶/۵	٪۱/۴	مطلقه یا جدا از همسر	
۰/۰۰۸	٪۲۱/۷	٪۳۷/۸	بیکار	
	٪۶۷/۴	٪۴/۱	خانه دار	
	٪۸/۷	٪۲۳	دارای درآمد بدون کار	
۰/۰۰۶	٪۲/۲	٪۳۵/۱	سایر	
	٪۷۳/۹	٪۷۳	۶۰-۷۵ سال	
	٪۱۹/۶	٪۲۷	گروه های سنی ۷۵-۹۰ سال	
	٪۶/۹	-	بیشتر از ۹۰ سال	

جدول ۲- شاخص توده بدنی در سالمندان مورد مطالعه بر حسب جنس

جنس	لاغر (٪) ۱	طبیعی (٪) ۲	اضافه وزن (٪) ۳	چاق (٪) ۴
مرد	۳/۱	۵۰/۸	۳۳/۸	۱۲/۳
زن	۴/۹	۳۹	۳۴/۱	۰/۲۲
کل	۳/۸	۴۶/۲	۰/۳۴	۰/۱۶

1. BMI < 19

2. 19 < BMI < 25

3. 25 < BMI < 30

4. BMI < 30

جدول ۳- وضعیت بیماری‌های مزمن در سالمندان مورد مطالعه برحسب جنس و گروه‌های سنی

گروه‌های سنی	۶۰-۷۵ سال (n=۸۹)		+۷۵ سال (n=۳۲)		جمع کل
	زنان (n=۳۵)	مردان (n=۵۴)	زنان	مردان	
فراوانی نسبی و مطلق	۳۵ (۳۹/۳٪)	۵۴ (۶۰/۷٪)	۱۲ (۳۷/۵٪)	۲۰ (۶۲/۵٪)	۱۲۱ (۱۰۰٪)
میانگین سنی (سال)	۶۷/۷±۴/۲	۶۵/۸±۴/۴	۸۶/۴±۱۱/۵	۸۱/۰±۴/۰	۷۰/۴±۱۱/۰
پر فشاری خون	۵۷/۱٪	۴۲/۶٪	۶۶/۷٪	۶۰/۱٪	۵۲/۱٪
دیابت	۲۵٪	۹/۸٪	۱۶/۷٪	۲۶/۳٪	۱۷/۴٪
درد قفسه‌ی صدری	۴۵/۵٪	۳۶/۵٪	۵۰٪	۵۲/۶٪	۴۲/۷٪
استعمال سیگار در حال حاضر	۵/۷٪	۲۲/۲٪	۳۳/۳٪	۱۵٪	۱۷/۴٪
استعمال سیگار در گذشته	۲۰٪	۵۱/۹٪	۵۰٪	۵۵٪	۴۳٪
بیماری قلبی	۳۵/۳٪	۳۰/۸٪	۵۰٪	۴۷/۴٪	۳۶/۸٪
بستری بدلیل بیماری قلبی	۲۸/۶٪	۱۴/۸٪	۴۱/۷٪	۳۰٪	۲۴٪
سابقه سکته قلبی	۱۱/۴٪	۱۳٪	۴۱/۷٪	۳۰٪	۱۸/۲٪
سابقه جراحی قلب	۲/۹٪	۷/۴٪	-	۵٪	۵٪
شاخص توده بدنی Kg/m ²	۲۶/۴±۵/۰	۲۵/۱±۳/۸	۲۴/۵±۳/۹	۲۴/۰±۳/۸	۲۵/۳±۴/۲
فشار خون سیستولیک mmHg	۱۲۸/۵±۲۵/۸	۱۲۷/۷±۱۸/۴	۱۵۱/۸±۲۱/۸	۱۳۸/۲±۲۲/۸	۱۳۲/۲±۲۲/۸
فشار خون دیاستولیک mmHg	۷۳/۸±۱۴/۳	۷۶/۵±۹/۳	۸۰/۹±۱۱/۳	۷۲/۵±۹/۱	۷۵/۵±۱۱/۳
نبض	۷۴/۳±۹/۵	۷۰/۴±۱۱/۲	۷۶/۰±۱۴/۶	۷۴/۴±۱۱/۷	۷۲/۸±۱۱/۲

REFERENCES

منابع

1. Active aging: A policy framework. [Internet] 2002 [Cited 2002 Apr] Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf.
2. Davies E, Higginson IJ. The solid facts: Palliative care. World Health Organization Regional Office for Europe. [Cited 2004] Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/98418/E82931.pdf
3. Anderson GF, Hussey PS. Population aging: a comparison among industrialized countries. *Health Aff (Millwood)*. 2000;19(3): 191-203.
4. Habibi A, Nikpour S, Seiedoshohadaei M, Haghani H. Quality of life and status of physical functioning among elderly people in west region of Tehran: a cross-sectional survey. *Iran Journal of Nursing* 2008;21(53): 29-39.
5. Edmonds P, Karlsten S, Khan S, Addington-Hall J. A comparison of the palliative care needs of patients dying from chronic respiratory diseases and lung cancer. *Palliat Med*. 2001;15(4): 287-95.
6. Higginson IJ, Jarman B, Astin P, Dolan S. Do social factors affect where patients die: an analysis of 10 years of cancer deaths in England. *J Public Health Med*. 1999;21(1): 22-8.
7. Aldrich N, Benson WF. Disaster Preparedness and the Chronic Disease Needs of Vulnerable Older Adults. *Preventive Chronic Disease* 2008;5(1): 1-7.
8. Prakash R, Choudhary SK, Singh US. A study of morbidity pattern among geriatric population in an urban area of Udaipur Rajasthan. *Indian J Community Med*. 2004;29(1): 35-40.
9. Eun-kyung W, Changsu H, Sangmee AJ, Min KP, Sungsoo K, Eunkyung K, Moon HP, Juyoung L, Inho J.. Morbidity and related factors among elderly people in South Korea: results from the Ansan Geriatric (AGE) cohort study. *BMC Public Health*. 2007;7(10): 1-9.
10. Sharkey JR, Branch LG, Zohoori N, Giuliani C, Busby-Whitehead J, Haines PS. Inadequate nutrient intakes among homebound elderly and their correlation with individual characteristics and health-related factors. *The American Journal of Clinical Nutrition* 2002;76(6): 1435-45.
11. Shum NC, Hui WW, Chu FCS, Chai J, Chow TW. Prevalence of malnutrition and risk factors in geriatric patients of a convalescent and rehabilitation hospital. *Hong Kong Medical Journal* 2005;11(4): 234-42.
12. Li H, Liu LT. Considerations about treatment programs of elderly patients with hypertension. *Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao* 2009;7(7): 607-10.
13. Pearte CA, Furberg CD, O'Meara ES, Psaty BM, Kuller L, Powe NR, Manolio T. Characteristics and baseline clinical predictors of future fatal versus nonfatal coronary heart disease events in older adults: the Cardiovascular Health Study. *Circulation* 2006;113(18): 2177-85.
14. Langan RC, Bordelon PC, Ghetu MV. Eye on the elderly. Hypertension care: striking the proper balance. *J Fam Pract*. 2009;58(9): 460-8.
15. Alehagen U, Lindstedt G, Levin LA, Dahlstrom U. Risk of cardiovascular death in elderly patients with possible heart failure. B-type natriuretic peptide (BNP) and the aminoterminal fragment of ProBNP (N-terminal proBNP) as prognostic indicators in a 6-year follow-up of a primary care population. *International Journal of Cardiology* 2005;100(1): 125-33.
16. Schaufelberger M, Swedberg K, Koster M, Rosen M, Rosengren A. Decreasing one-year mortality and hospitalization rates for heart failure in Sweden; Data from the Swedish Hospital Discharge Registry 1988 to 2000. *Eur Heart J*. 2004;25(4): 300-7.
17. Shahar E, Lee S, Kim J, Duval S, Barber C, Luepker RV. Hospitalized heart failure: rates and long-term mortality. *J Card Fail*. 2004;10(5): 374-9.
18. Alehagen U, Ericsson A, Dahlstrom U. Are There Any Significant Differences Between Females and Males in the Management of Heart Failure? Gender Aspects of an Elderly Population With Symptoms Associated With Heart Failure. *J Card Fail*. 2009;15(6): 501-7.
19. Dorosty AR, Alavi Naeni AM. Correlation of elderly nutritional status with cardio-vascular disease and diabetes. *Tehran University Medical Journal* 2007; 65(3): 68-71.
20. Hosseini SR, Zabihi A, Savadkoshi S, Bijani A. Prevalence of chronic disease in elderly population in Amirkola (2006-2007). *Journal of Babol University of Medical Sciences* 2008;10(2): 68-75.
21. Tootoonchi P. Frequency of chronic diseases and some disabled elderly characteristics and associated factors inability in elderly covered by the Imam Khomeini Charity Committee. *Payesh Health Monitor* 2004;3(3): 219-225.
22. Mohtasham Amiri Z, Farazmand S, Tolouei MH. Assessment of elderly hospitalization causes in educational hospitals in Rasht city. *Journal of Guilan University of Medical Sciences* 2003;11(42): 28-31.
23. Joghataee MT, Negati V. Health status of elderly in Kashan City. *Salmand Iranian journal of Aging* 2007;1(1): 3-10.
24. Eshaghi SR, Abahita B, Manzori L, Marasi MR. Nutritional status of elderly in Isfahan in 2008. *Salmand Iranian Journal of Aging* 2008;2(5): 340-5.