بررسی رابطه بین پلی‌فارماسی و عوامل اجتماعی جمعیت‌شناختی در سالمندان آسایشگاه خیریه کهریزک در سال ۱۳۸۹

(مقاله پژوهشی برگرفته از پایان‌نامه‌ی دانشجویی)

حمیدرضا یاوری[۱]، *احمدعلی اکبری کامرانی[۲]، عنایت‌الله بخشی[۳]، ملیحهٔ صبور[۴]، رباب صحاف[۵]

چکیده:

هدف: بررسی ارتباط بین پلی‌فارماسی و عوامل اجتماعی جمعیت‌شناختی شامل سن، جنسیت، تحصیلات و سیگار در سالمندان ساکن آسایشگاه خیریهٔ کهریزک

روش: در طول مطالعه‌ای توصیفی تحلیلی مقطعی، ۲۳۷ سالمند ۶۰ ساله و بالاتر (۱۳۴ نفر زن) ساکن آسایشگاه خیریهٔ کهریزک، به‌روش تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. سپس، از نظر تعداد داروهای مصرفی و ارتباط پلی‌فارماسی (مصرف هم‌زمان پنج دارو یا بیشتر) با عوامل اجتماعی جمعیت‌شناختی بررسی شدند.

یافته‌ها: میانگین تعداد داروهای مصرفی (۳/۲۲±) به‌ازای هر مددجو، ۵/۱۰ بود. فراوانی پلی فارماسی، ۵۲/۳ درصد بود. در مقایسه با گروه سنی ۶۰تا۶۹ سال، شانس پلی‌فارماسی در گروه سنی ۷۰تا۷۹ سال افزایش یافت (OR=۱/۰۹،٪۹۵CI۲/۲۵-۰/۵۳) و در گروه سنی ۸۰ ساله به بالا کاهش پیدا کرد (OR=۰/۶۸،٪۹۵CI۱/۲۴-۰/۳۷) که از نظر آماری معنادار نبود. فراوانی و شانس پلی‌فارماسی در مردان کمتر از زنان بود (OR=۰/۶۸،٪۹۵CI۱/۲۴-۰/۳۷)؛ ولی این رابطه از نظر آماری معنادار نبود. شیوع و شانس پلی‌فارماسی به‌طور معناداری، در سیگاری‌ها کمتر بود (OR=۰/۳۶،٪۹۵CI۰/۷۹-۰/۱۷). بر این اساس، رابطهٔ مستقیم و معنادار بین افزایش سال‌های تحصیلات رسمی و پلی‌فارماسی وجود داشت (OR=۱/۰۹،٪۹۵CI۱/۱۸-۱/۰۱).

نتیجه‌گیری: میانگین تعداد داروهای مصرفی و شیوع پلی‌فارماسی در آسایشگاه کهریزک بالا بود. افزایش سال‌های تحصیلات رسمی و سیگار نکشیدن، ریسک‌فاکتورهای پلی‌فارماسی در این جمعیت بود. در کل، رابطهٔ معناداری بین سنی و جنسیت با پلی‌فارماسی مشاهده نشد.

کلیدواژه‌ها: سالمند، پلی فارماسی، آسایشگاه، عوامل اجتماعی جمعیت‌شناختی.

تاریخ دریافت: ۹۱/۰۳/۱۰ تاریخ پذیرش: ۹۲/۰۹/۰۴

۱. پزشک عمومی، MPH سالمندی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
۲. متخصص داخلی، فلوشیپ طب سالمندی، مرکز تحقیقات مسائل اجتماعی روانی سالمندان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی (نویسندهٔ مسئول)
۳. دستیار گروه کامپیوتر و آمار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
۴. دکتر داروساز، MPH سالمندی، مرکز تحقیقات مسائل اجتماعی روانی سالمندان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
۵. PHD سالمندشناسی، مرکز تحقیقات مسائل اجتماعی روانی سالمندان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

* آدرس نویسندهٔ مسئول: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
* تلفن: ۲۲۱۸۰۰۰۴ (۲۱) ۹۸+
* رایانامه: akbarikamrani@yahoo.com

مقدمه

در طول قرن اخیر، کاهش میزان باروری به‌همراه افزایش طول عمر، ساختار سنی جمعیت جهانی را به‌سوی سالمندی هدایت کرده است. در امریکا، جمعیت سالمندان ۶۵ ساله و بیشتر، از ۱/۳ میلیون نفر (۴/۱ درصد) در سال ۱۹۰۰، به ۳۴/۹ میلیون نفر (۱۲/۶ درصد) در سال ۲۰۰۰ رسیده است؛ لذا پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۵۰، به ۸۲ میلیون نفر (۱۹/۴ درصد) برسد(۱). جمعیت سالمندان ایرانی ۶۰ ساله و بیشتر نیز در این دوره افزایش پیدا کرده است؛ به‌طوری‌که طبق داده‌های سازمان آمار ایران در سرشماری‌های سال‌های ۱۳۶۵ و ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵، جمعیت شصت ساله و بیشتر در ایران، به‌ترتیب، ۲/۷میلیون نفر (۵/۴ درصد) و ۳/۹ میلیون نفر (۶/۶ درصد) و ۵/۱ میلیون نفر (۷/۳ درصد) بوده است(۲). پیش‌بینی می‌شود جمعیت سالمند ایرانی در سال ۲۰۵۰، به بیش از ۲۶ میلیون نفر (۲۱/۷ درصد) برسد(۳).

شواهد اپیدمیولوژیک نشان می‌دهند که با افزایش سن، افزایش پیش‌رونده‌ای در وقوع اکثر بیماری‌های مزمن و نیز افزایشی در وقوع هم‌زمان بیماری‌ها دیده می‌شود که منجر به کوموربیدیتی[۱] می‌شود(۱)؛ به‌طوری‌که یک فرد متوسط ۷۵ ساله به‌طور میانگین، به ۳/۵ بیماری مزمن مبتلاست(۱). درمان دارویی این وضعیت‌های مزمن باعث افزایش مصرف دارو در سالمندان نسبت به گروه‌های سنی دیگر می‌شود. دراین‌باره، مطالعات در امریکا نشان داده‌اند که سالمندان بیش از هر گروه سنی دیگری، دارو مصرف می‌کنند(۴) و بخشی از این میزان مصرف بسیارِ دارو به تجمع بیماری‌ها همراه با سالمندی نسبت داده شده

1- Comorbidity

است(۵). جمعیت سالمند (۶۵ سال و بیشتر) امریکایی حدود ۱۳ درصد کل جمعیت را تشکیل می‌دهند؛ ولی بیش از ۳۰ درصد آنان، داروهای تجویزشده و ۵۰ درصد آنان داروهای بدون نسخه مصرف می‌کنند(۶). در این بین، به‌خصوص ساکنان آسایشگاه‌ها معمولاً به مشکلات طبی متعدد مبتلایند؛ لذا به‌صورت طولانی‌مدت، با داروهای متعدد درمان می‌شوند(۱۰، ۷).

پلی فارماسی:

از جمله پیامدهای مصرف داروهای متعدد در سالمندان، سندرم پلی فارماسی است. البته تا به امروز، تعریف مشترکی از پلی‌فارماسی ارائه نشده است که همگان آن را قبول داشته باشند. با توجه به متون، پلی‌فارماسی معمولاً به دو صورت تعریف می‌شود: یا با شمردن تعداد داروهایی که به‌طور هم‌زمان، یک بیمار مصرف می‌کند(۱۷، ۱۱) یا براساس تجویز دارو بیش از مقداری که از نظر بالینی، اندیکاسیون دارد(۱۹، ۱۸). سازمان جهانی بهداشت پلی‌فارماسی را مصرف هم‌زمان پنج دارو یا بیشتر تعریف می‌کند(۲۰). بیشتر مطالعات نیز همین محدوده، یعنی مصرف پنج دارو یا بیشتر را برای پلی‌فارماسی به‌کار برده‌اند(۲۴، ۲۱). در این مطالعه هم پلی فارماسی، مصرف هم‌زمان پنج دارو یا بیشتر در نظر گرفته شده است؛ اعم از مصرف داروهای با تجویز پزشک و بدون تجویز پزشک و داروهای گیاهی. البته داروهای prn و اَشکال موضعی داروها در این تعریف گنجانده نشدند.

اهمیت مطالعات فارماکواپیدمیولوژیک به طراحی و اجرای مطالعات متعددی در سایر کشورها منجر شده است؛ ولی در ایران، تاکنون مطالعاتی از این دست در جمعیت‌های سالمند، به‌خصوص آسایشگاه‌های سالمندی، کانون توجه قرار نگرفته است و کمبود اطلاعات در این زمینه، به‌خوبی احساس می‌شود؛ لذا با توجه به اهمیت مسئله پلی فارماسی، این مطالعه بر آن است که با بررسی رابطهٔ بین پلی‌فارماسی و برخی متغیرهای اجتماعی جمعیت‌شناختی در بزرگ‌ترین مرکز مراقبت شبانه‌روزی سالمندان در کشور، شواهد مستند علمی در این زمینه فراهم سازد؛ نیز، توجه محققان دیگر را به این مسئله جلب کند.

روش تحقیق

در یک مطالعهٔ توصیفی تحلیلی مقطعی، سالمندان ۶۰ ساله و بیشتر که از ابتدای سال ۱۳۸۹، در آسایشگاه خیریهٔ کهریزک در حومهٔ جنوبی تهران، تحت مراقبت شبانه‌روزی قرار داشتند، از نظر مصرف داروهای متعدد و عوامل اجتماعی جمعیت‌شناختی مرتبط بررسی شدند. در این مطالعه، نمونه‌گیری به روش تصادفی خوشه‌ای طبقه‌بندی شده انجام شد. در مقطع شروع مطالعه، ۹۳۶ سالمند در ۷ بخش زنان و ۴ بخش مردان بستری بودند. از این تعداد سالمند، ۵۶۳ نفر آن‌ها زن بودند. محقق هر یک از این بخش‌ها را خوشهٔ اصلی در نظر گرفت و در داخل هر بخش، هر اتاق را خوشهٔ دوم منظور کرد. همچنین، محقق از هر اتاق، با توجه به تعداد تخت‌های موجود و با استفاده از اعداد تصادفی، نمونه‌گیری را انجام داد. از ۲۵۰ نفر نمونهٔ انتخاب‌شده، بعد از مصاحبهٔ اولیه، ۲۳۷ نفر (۱۳۴ زن) وارد مطالعه شدند. اطلاعات اجتماعی جمعیت‌شناختی در پرسش‌نامه‌های بی‌نامی ثبت شدند که کد اختصاصی داشتند. میزان تحصیلات براساس تعداد سال‌های تحصیلات رسمی و با توجه به مدارک موجود در پرونده‌های پذیرش مددجویان و نیز پرسش مستقیم از خود آن‌ها ثبت شد. مصرف سیگار در مقطع شروع مطالعه، صرف‌نظر از تعداد و مدت، به‌عنوان سیگاری بودن در نظر گرفته شد. افرادی که در این مقطع سیگار نمی‌کشیدند، شامل کسانی بودند که سیگار را ترک کرده بودند؛ لذا غیرسیگاری محسوب شدند.

اطلاعات مربوط به داروهای مصرفی از کاردکس‌های دارویی افراد به‌دست آمد. این کاردکس‌ها حاوی اطلاعات داروهای مصرفی هر مددجو، نام دارو، شکل دارو، روش مصرف، دوزاژ و فواصل مصرف، تاریخ شروع و پایان مصرف دارو بود. برای اطمینان از مصرف داروهای داخل کاردکس و اطلاع از مصرف بدون تجویز هر نوع داروی دیگری خارج از کاردکس دارویی، از جمله مکمل‌های ویتامینی و املاح و داروهای گیاهی، از مراقبان بخش‌ها پرس‌وجو شد. داروها تا حداکثر ۱۱ قلم ثبت شدند.

افراد از نظر جنسیتی، در دو گروه «زن» و «مرد» و از نظر سن، در سه گروه سنی ۶۰ تا ۶۹ سال و ۷۰ تا ۷۹ سال و ۸۰ ساله و بالاتر و از نظر مصرف سیگار، در دو گروه «سیگاری» و «غیرسیگاری» قرار داده شدند؛ همچنین، افراد از نظر وجود یا نبود پلی‌فارماسی (مصرف هم‌زمان ≤ ۵ دارو) در دو گروه «مبتلا» و «غیرمبتلا» قرار گرفتند. سپس داده‌ها برای تحلیل آماری وارد نرم‌افزار $SPSS_{۱۹}$ شد. برای بررسی ارتباط در متغیرهای گروه‌بندی‌شده، از آمارهٔ کای دو و دربارهٔ تحصیلات، از آزمون تی مستقل استفاده شد؛ سپس، برای تعدیل اثر متغیرها، از مدل رگرسیون لجیستیک استفاده شد. میزان خطای پذیرفته شده، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۱۳۴ نفر (۵۶/۵ درصد) از شرکت کنندگان را خانم‌ها تشکیل می‌دادند. محدودهٔ سنی افراد شرکت کننده در مطالعه، بین ۶۰ تا ۱۰۵ سال و میانگین سنی، (۸/۲۴±)۷۶/۸۳ سال و میانهٔ سن ۷۸ سال بود. بیشتر شرکت کنندگان (۸۱/۴ درصد) در مقطع انجام مطالعه، سیگار مصرف نمی‌کردند. در این بین، ۶۸/۸ درصد شرکت کنندگان نیز تحصیلات رسمی نداشتند. میانگین سال‌های تحصیلات در کل شرکت‌کنندگان، (۳/۹۲ ±) ۲/۱۲ سال بود.

میانگین تعداد داروهای مصرفی در کل جمعیت نمونه، (۳/۲۲±)۵/۱۰ بود. ۱۲۴ نفر (۵۲/۳ درصد) از شرکت‌کنندگان، ۵ داروی هم‌زمان یا بیشتر مصرف می‌کردند و به پلی فارماسی دچار بودند. بررسی شیوع پلی‌فارماسی در سطوح مختلف ریسک‌فاکتورهای گروه سنی، جنسیت و سیگار با استفاده از آزمون کای دو[1] انجام شد که نتایج همراه با ارزش p[2] مربوط در جدول (۱) آورده شده است.

جدول ۱. بررسی شیوع پلی‌فارماسی در بین سطوح مختلف ریسک‌فاکتورها در ۲۳۷ نفر سالمندان آسایشگاه خیریهٔ کهریزک.

متغیرها	پلی‌فارماسی		آمارهٔ کای دو	p-value
گروه سنی	تعداد	درصد		
۶۰ تا ۶۹ سال	۲۷	۵۰/۹		
۷۰ تا ۷۹ سال	۴۸	۵۳/۹	۰/۲۹	۰/۹۲
۸۰ سال و بیشتر	۴۹	۵۱/۶		
جنسیت		تعداد درصد		
زن	۷۶	۵۶/۷	۲/۳۹	۰/۱۵
مرد	۴۸	۴۶/۶		
سیگار		تعداد درصد		
غیرسیگاری	۱۰۹	۵۶/۵	۷/۲۰	۰/۰۰
سیگاری	۱۵	۳۴/۱		

آزمون کای دو نشان داد که از بین متغیرهای مستقل گروه‌بندی‌شده، پلی‌فارماسی فقط با سیگار در ارتباط است (P=۰/۰۰۸) (جدول ۱). میانگین سال‌های تحصیلات رسمی در جمعیت شرکت کنندگان (۳/۹۲±)۲/۱۲، در گروه پلی فارماسی، (۴/۲۶ ±) ۲/۴۶ و در گروه غیرپلی فارماسی، (۳/۴۶±) ۱/۷۳ سال بود. آزمون تی مستقل نشان داد که تفاوت میانگین‌ها در دو گروه، از نظر آماری معنادار نیست (P=۰/۵۱).

جهت تعیین اثر متغیرهای سن، جنسیت، تحصیلات و سیگار بر پلی فارماسی، از مدل رگرسیون لجستیک استفاده شد. نسبت‌های شانس به دست آمده از این مدل همراه با فواصل اطمینان مربوط در جدول (۲) آورده شده است.

جدول ۲. نسبت‌های شانس و فواصل اطمینان به کمک مدل رگرسیونی لجیستیک.

متغیرها	نسبت شانس (OR)	فواصل اطمینان ۹۵ درصد	p-value
گروه‌های سنی			
۶۰ تا ۶۹ سال	۱/۰۰		
۷۰ تا ۷۹ سال	۱/۰۹	۰/۵۳ –۲/۲۵	۰/۸۱
۸۰ سال و بیشتر	۰/۹۷	۰/۴۷ –۲/۰۳	۰/۹۵
جنسیت			
زن	۱/۰۰		
مرد	۰/۶۸	۰/۳۷ –۱/۲۴	۰/۲۱
سال‌های تحصیلات	۱/۰۹	۱/۰۱ – ۱/۱۸	۰/۰۱
سیگار			
غیرسیگاری	۱/۰۰		
سیگاری	۰/۳۶	۰/۱۷ – ۰/۷۹	۰/۰۱

1. Chi square 2. P value

در مقایسه با گروه سنی ۶۰ تا ۶۹ سال، شانس پلی‌فارماسی در گروه سنی ۷۰ تا ۷۹ سال افزایش (۲/۲۵-۱/۰۹,٪۹۵CI۰/۵۳=OR) پیدا کرد و در گروه سنی ۸۰ سال و بیشتر، کاهش (۰/۴۷-۲/۰۳,٪۹۵CI۰/۹۷=OR) یافت؛ ولی این تفاوت از نظر آماری، معنادار نبود (p-value به‌ترتیب، ۰/۸۱ و ۰/۹۵). همچنین، مردان در مقایسه با زنان، شانس کمتری برای پلی‌فارماسی داشتند (۰/۳۷-۱/۲۴,٪۹۵CI۰/۶۸=OR) که این رابطه نیز معنادار نبود (p-value=۰/۲۵). با افزایش سال‌های تحصیلات رسمی، افزایشی معنادار (p-value=۰/۰۱) در شانس پلی‌فارماسی مشاهده شد (۱/۰۱-۱/۱۸,٪۹۵CI۱/۰۹=OR).

درخصوص رابطهٔ بین سیگار و پلی فارماسی، بعد از تعدیل اثر متغیرهای دیگر مشاهده شد که سیگار کشیدن به‌طور معناداری، شانس پلی‌فارماسی را کم می‌کند (۰/۷۹-۰/۱۷,٪۹۵CI۰/۳۶=OR)؛ به‌بیان دیگر، در مقایسه با گروه غیرسیگاری، شانس پلی‌فارماسی به‌طور معناداری در گروه سیگاری کمتر بود (p-value=۰/۰۱).

بحث

به‌منظور بررسی پلی‌فارماسی (مصرف هم‌زمان ≤۵ دارو) و ارتباط آن با عوامل اجتماعی جمعیت‌شناختی که شامل سن، جنس، تحصیلات و سیگار است، از بین سالمندان ساکن آسایشگاه خیریهٔ کهریزک، ۲۳۷ نفر سالمند زن و مرد ۶۰ ساله و بیشتر که از ابتدای سال ۱۳۸۹ در این مرکز بستری بودند، به روش تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند و تحت مطالعه قرار گرفتند. میزان پلی فارماسی در این جمعیت، فراوان بود. همچنین، رابطه‌ای معنادار بین پلی‌فارماسی با تعداد سال‌های تحصیلات رسمی و سیگار مشخص شد؛ اما جنسیت و گروه سنی رابطهٔ معناداری با پلی‌فارماسی نداشتند.

فراوانی پلی‌فارماسی (مصرف هم‌زمان ≤۵ دارو) در این مطالعه، ۵۲/۳ درصد بود که هماهنگ با یافته‌های دیگر مطالعات (جدول۳)، نشان دهندهٔ شیوع بالای پلی‌فارماسی در آسایشگاه‌های سالمندی است.

جدول ۳. شیوع پلی‌فارماسی (مصرف ≤ ۵دارو) در جمعیت‌های آسایشگاهی.

محقق	سال	کشور	شیوع
Graziano Onder	۲۰۱۲	۸ کشور اروپایی (۲۵)	۴۹/۷ درصد
Ramage-Morin PL	۲۰۰۹	کانادا (۲۶)	۵۳ درصد
L. NOLAN and, K. O'MALLEY	۱۹۸۴	ایرلند (۲۷)	۴۱ درصد
Mamun K	۲۰۰۴	سنگاپور (۲۸)	۵۸/۶ درصد

در این مطالعه، رابطهٔ مستقیم معنادار بین افزایش سال‌های تحصیلات رسمی و پلی‌فارماسی مشاهده شد. البته، رابطهٔ بین پلی‌فارماسی و تحصیلات، به‌خصوص در سالمندان ساکن آسایشگاه‌ها، کمتر بررسی شده است. گفتنی است مطالعهٔ مقطعی در سال ۲۰۰۵، در سوئد، به‌منظور بررسی ارتباط میزان تحصیلات با پلی فارماسی، روی بیش از ۶۰۰ هزار سالمند ۷۵ تا ۸۹ سالهٔ ساکن اجتماع انجام شد. این مطالعه نشان داد که بعد از تعدیل متغیرهای دیگر، احتمال پلی‌فارماسی در افرادی که تحصیلاتشان بیشتر باشد، کمتر است (۱/۱۰-۱/۱۲=CI٪۹۵,۱/۱۱=OR) (۲۹). در بررسی مصرف دارو و پلی‌فارماسی در بین گروه‌های تحصیلی سالمندان سوئدی ساکن اجتماع و آسایشگاه در یک دورهٔ دَه ساله (۱۹۹۲ تا ۲۰۰۲) نیز در هر دو مقطع زمانی، شیوع پلی‌فارماسی در افراد با تحصیلات کمتر (۱۹ درصد در سال ۱۹۹۲ و ۴۶ درصد در سال ۲۰۰۲) نسبت به افراد با تحصیلات عالی (۱۸ درصد در سال ۱۹۹۲ و ۳۶ درصد در سال ۲۰۰۲) بیشتر بود(۳۰). البته تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی میان جوامع توسعه‌یافته، مانند سوئد و نیز جوامع در حال توسعه، مانند ایران مهم است. نمونه‌هایی از این تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی، سطح رفاه اجتماعی و روش زندگی و میزان تحصیلات است که شاید امکان آن نباشد که نتایج تحقیقات فوق را به جامعهٔ سالمندان تعمیم دهیم؛ اما دربارهٔ یافتهٔ تحقیق ما باید بگوییم علت این پدیده ممکن است حساسیت بیشتر به وضعیت سلامتی و تغییرات آن و درک بهتر از ماهیت بیماری و ضرورت مصرف دارو و پیروی از درمان‌های تجویزشده، به‌خصوص در درازمدت، در سالمندان با تحصیلات بیشتر باشد. بدیهی است که اظهارنظر قطعی دراین‌باره، مستلزم مطالعات بیشتر در سالمندان ساکن جامعه و آسایشگاه است.

در این مطالعه، فراوانی پلی‌فارماسی و شانس ابتلای به آن در گروه سیگاری به‌طور معناداری، کمتر از گروه غیرسیگاری بود؛ ولی مطالعات محدود دربارهٔ رابطهٔ مصرف دارو و پلی‌فارماسی با سیگار در سالمندان، به‌خصوص در آسایشگاه‌ها، تفسیر این یافته را با مشکل مواجه می‌کند. مطالعات، نشان دهندهٔ ارتباط سیگار با شایع‌ترین علل مرگ در سالمندان و نقش آن در موربیدیتی و ناتوانی همراه با بیماری‌های مزمن شایع(۳۱) بوده است؛ همچنین، ارتباط سیگار کشیدن با بیشتر نشانه‌ها و بیماری‌های جسمی و نیز نشانه‌های دپرسیو(۳۲) را نشان می‌دهد. درنهایت، ارتباط قوی بین سیگار و مرگ‌ومیر و سلامتی ضعیف در سالمندان وجود دارد(۳۳)؛ لذا انتظار می‌رود که مصرف داروهای متعدد و پلی‌فارماسی در سالمندان سیگاری شایع‌تر از غیرسیگاری‌ها باشد؛ درحالی که مطالعهٔ ما این رابطه را تأیید نکرد.

در بررسی رابطهٔ پلی‌فارماسی با سیگار کشیدن در سالمندان ساکن اجتماع لهستان، تفاوت معناداری بین دو گروه سیگاری‌های فعلی و سیگاری‌های قبلی دیده نشد؛ یعنی سیگار کشیدن ریسک‌فاکتور پلی‌فارماسی نبود (۳۴)؛ درحالی‌که در بررسی عوامل مرتبط با مصرف داروهای متعدد در گروه‌های سنی مختلف ساکن اجتماع در سوئد، در گروه سنی ۵۰ تا ۶۴ ساله، سیگار کشیدن فعلی با مصرف داروهای متعدد در ارتباط بود(۳۵). در جست‌وجوی متون، مطالعهٔ مشابهی یافت نشد که رابطهٔ سیگار و مصرف داروهای متعدد در سالمندان ساکن آسایشگاه را بررسی کرده باشد؛ به‌همین دلیل، تفسیر این یافته باید با احتیاط انجام شود. نقش عوامل مخدوش کنندهٔ احتمالی را نیز نباید از نظر دور نگه داشت؛ برای مثال، مطالعات، نشان دهندهٔ ارتباط مشکلات شناختی(۳۸، ۳۶) و افسردگی(۴۰، ۳۹) و بیماری‌های مزمن جسمی(۴۱) با افزایش تعداد داروهای مصرفی در سالمندان بوده‌اند. احتمال دارد که در آسایشگاه کهریزک، سالمندان مبتلا به این بیماری‌ها، به‌رغم آنکه نسبت به دیگران، داروهای بیشتری مصرف می‌کنند، توانایی جسمی یا شناختی یا مالی تهیه و مصرف سیگار را نداشته باشند؛ زیرا در این آسایشگاه، سیگار بین سالمندان توزیع نمی‌شود؛ لذا سالمند علاوه بر اینکه باید هزینهٔ سیگار را خود بپردازد، باید توانایی جسمی و شناختی را برای مراجعه به فروشگاه و تهیه و مصرف سیگار داشته باشد. نتیجهٔ چنین حالتی، کمتر شدن شیوع مصرف سیگار در این گروه از سالمندان، به‌رغم مصرف بیشتر دارو خواهد بود. با این حال، تحلیل این یافته نیازمند مطالعات مرتبط بیشتری است.

در این مطالعه، با افزایش سن تا ۸۰ سالگی، فراوانی پلی‌فارماسی افزایش پیدا می‌کرد و از ۸۰ سالگی به‌بعد، شیوع آن کم می‌شد. شانس پلی‌فارماسی نیز در مقایسه با گروه ۶۰ تا ۶۹ ساله، در گروه سنی ۷۰ تا ۷۹ ساله بیشتر بود؛ ولی از ۸۰ سالگی به‌بعد، این شانس کمتر می‌شد. مطالعهٔ مشابه در آسایشگاه‌های اروپا(۲۵) نشان داد که شیوع پلی‌فارماسی با افزایش سن کمتر می‌شود؛ اما در مطالعهٔ آسایشگاه‌های امریکا(۴۲) نیز کمترین شیوع پلی‌فارماسی در گروه سنی ۸۵ ساله و بیشتر بود؛ لذا این تفاوت شیوع پلی‌فارماسی در بین گروه‌های سنی، از نظر آماری معنادار بود. علت این تفاوت را می‌توان در امید به زندگی بیشتر و میانگین سنی بالاتر سالمندان در جوامع توسعه یافته جست‌وجو کرد که احتمالاً باعث می‌شود افرادی که به سنین خیلی بالا می‌رسند، سالم‌ترین افراد باشند (بقای سالم‌ترین‌ها). در تأیید این موضوع، مطالعات طولی نشان دهندهٔ مرگ‌ومیر بیشتر در بین افرادی بوده است که در معرض درمان چندداروییِ قرار داشته‌اند(۴۳). بررسی یک کوهورت[1] مصرف کنندگان دارو در سوئد نیز نشان داد: افرادی که به سنین بیش از ۸۲ سالگی می‌رسیدند، در مقایسه با کسانی که به این سنین نمی‌رسیدند، در سن ۷۰ و ۷۵ سالگی، داروهای کمتری مصرف می‌کردند(۴۴). از طرف دیگر، در این جوامع، هنگام تجویز دارو برای افراد بسیار سالمند، امید به زندگی تخمینی آن‌ها در برابر زمان موردنیاز برای حصول اثر مفید دارو در نظر گرفته می‌شود؛ به‌همین دلیل، در سالمندان کهن‌سال[2] با یک امید به زندگی کوتاه ممکن است از مصرف بسیاری از داروها خودداری شود(۴۵).

در این مطالعه، با اینکه شیوع پلی‌فارماسی و شانس آن در خانم‌ها بیشتر از آقایان بود، ارتباط بین جنسیت و پلی‌فارماسی معنادار نبود. در سالمندان آسایشگاه‌های اروپایی نیز با اینکه فراوانی و شانس پلی‌فارماسی (۵ تا ۹ دارو) و فراوانی پلی‌فارماسی شدید (۱۰ دارو و بیشتر) در خانم‌ها بیشتر از آقایان بود، ارتباط معناداری بین جنسیت شرکت کنندگان و پلی‌فارماسی و پلی‌فارماسی شدید مشاهده نشد(۲۵). در آسایشگاه‌های امریکا، از نظر جنسیتی، میزان پلی‌فارماسی در آقایان (۴۰/۱ درصد) و در خانم‌ها (۳۹/۵ درصد) تقریباً یکسان

1. Cohort
2. Oldest old

و شانس پلی‌فارماسی در خانم‌ها بیشتر بود (OR=۱/۱۰،٪۹۵CI۱/۲۰-۱/۰۰) (۴۲)؛ ولی این رابطه نیز معنادار نبود.

نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعهٔ حاضر نشان داد که پلی‌فارماسی در آسایشگاه خیریهٔ کهریزک، فراوانی بسیار داشت. شانس پلی‌فارماسی در سالمندان با تحصیلات رسمی بالاتر بیشتر بود که این می‌تواند نشان دهندهٔ توجه بیشتر این سالمندان به وضعیت سلامت خود و پایبندی بیشترِ آن‌ها به درمان باشد. سیگار کشیدن عامل محافظت کننده نسبت به پلی‌فارماسی بود که توجیه آن نیازمند انجام مطالعات مرتبط بیشتر است؛ اگرچه نقش مخدوش کنندهٔ احتمالی بیماری‌ها و وضعیت‌های مزمن را در گروه پلی‌فارماسی نمی‌توان از نظر دور نگه داشت. از این منظر، بیماری‌ها و وضعیت‌های مزمنی که درمان آن‌ها موجب بروز پلی‌فارماسی شده، ممکن است توانایی جسمی و شناختی و مالی بیماران را برای تهیه و مصرف سیگار کاهش داده باشد. در این مطالعه، رابطه‌ای بین پلی‌فارماسی با جنسیت و سن شرکت کنندگان مشاهده نشد.

محدودیت‌های مطالعه

این مطالعه در جمعیت محدود آسایشگاهی در منطقه‌ای در حومهٔ جنوب تهران انجام شده است؛ لذا با توجه به تفاوت‌های جمعیت‌شناختی و روش زندگی متفاوت در سایر مناطق، تازمانی‌که تحقیقات مشابه فارماکو اپیدمیولوژیک روی جمعیت‌های آسایشگاهی دیگری انجام نگرفته، بهتر است تعمیم نتایج این مطالعه به جمعیت‌های مشابه با احتیاط انجام بگیرد. همچنین، این مطالعه به دلیل مقطعی بودن، وضعیت مصرف دارو را در جمعیت نمونه، فقط در مقطع انجام مطالعه نشان می‌داد؛ اما در این مطالعه، امکان بررسی الگوی مصرف دارو در این جمعیت و تغییرات آن در گذشته و آینده نبود.

پیشنهادها

با در نظر گرفتن اهمیت مطالعات فارماکواپیدمیولوژیک در سالمندان و کمبود چنین مطالعاتی در کشور ما، به نظر می‌رسد ترتیب دادن مطالعاتی از این نوع می‌تواند از اولویت‌های تحقیقاتی در زمینهٔ سالمندی، به‌خصوص در مراکز علمی پژوهشی و در قالب پایان‌نامه‌های دانشجویی باشد؛ همچنین، شیوع بسیار پلی‌فارماسی در سالمندان ساکن آسایشگاه ایجاب می‌کند که مطالعاتی در زمینهٔ تشخیص عوامل مرتبط با آن و ارائهٔ راهکارهایی برای پیشگیری و کاهش فراوانی این مشکل طراحی و انجام شود؛ از جمله توجه بیشتر به آموزش تحصیلی در گروه‌های سنی میان‌سالان و سالمندان.

قدردانی

در اینجا، از استادان محترم گروه سالمندی دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی مدیریت، کارکنان و سالمندان آسایشگاه خیریهٔ کهریزک تشکر می‌کنیم.

این مقاله برگرفته از پایان‌نامهٔ دورهٔ MPH سالمندی با عنوان «بررسی پلی‌فارماسی و عوامل مرتبط در سالمندان ساکن آسایشگاه خیریهٔ کهریزک در سال ۱۳۸۹» با شماره ثبت ۱۱۹-۹۵۰ است.

REFERENCES منابع

1. Jeffrey Halter JO, Mary Tinetti, Stephanie Studenski, Kevin High, Sanjay Asthana. HAZZARD'S GERIATRIC MEDICINE AND GERONTOLOGY. 6 ed: The McGraw Hill company.; 2009.
2. The overall Results of the General Census of Population and Housing 2006-2007. Presidency of the I.R.I, Vice-Presidency for Strategic Planning and Supervision, Statistical Centre of Iran, 2007.
3. World Population Ageing: 1950-2050 [Internet]. Department of Economic and Social Affairs.2002 [cited June, 12 2012]. Available from: http: //www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/pdf/113iran.
4. Health Statistics on older persons- United States, 1986. United States: National Center for Health Statistics, 1986 1987. Report No.
5. C. JDP. Medicine taking by elderly people: An overview. In: George CF, Woodhouse KW, Denham MJ, MacLennan WJ, editors. Drug therapy in old age. Chichester, UK: Wiley and Sons, 1998: 1-22.
6. Howard R AT. Inappropriate prescribing in older people. Age Ageing 2004; 33: 530-2.
7. Furniss L CS, Burns A. Medication use in nursing homes for elderly people. . Int J Geriatr Psychiatry 1998; 13: 433-9.
8. Van Dijk KN dVC, van den Berg PB, et al. Drug utilisation in Dutch nursing homes. . Eur J Clin Pharmacol 2000; 55: 765-71.
9. Roberts MS KM, Stokes JA, et al. Medication prescribing and administration in nursing homes. Age Ageing 1998; 27: 385-92.
10. Avorn J GJ. Drug use in the nursing home. Ann Intern Med. 1995; 123: 195-204.
11. Veehof L SR, Haaijer-Ruskamp F, Meyboom-de-Jong B. . The development of polypharmacy. A longitudinal study. . FamPract. 2000; 17: 261-7.
12. Kennerfalk A RA, Wallander M, Wilhelmsen L, Johannson S. Geriatric drug therapy and health care utilization in the United Kingdom. . Ann Pharmacother. 2002; 36: 797-803.
13. Fialova D TE, Gambassi G, et al. Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. J Am Med Assoc. 2005; 293: 1348-58.
14. Rosholm JU HJ, Gram LF. Concurrent use of more than one major psychotropic drug (polypsychopharmacy) in out-patients--a prescription database study. . BrJClinPharmacol. 1994; 37: 533-8.
15. Berndt S MC, Schutz HW. Polymedication and medication compliance in patients with chronic non-malignant pain. Pain. 1993; 52: 331-9.
16. JL. B. A study of the effect of computer feedback on polypharmacy. JClinPsychiatry. 1978; 39: 690-2.
17. Hamdy RC MS, Whalen K, et al. Reducing polypharmacy in extended care. SouthMedJ. 1995; 88: 534-8.
18. Hanlon JT SK, Ruby CM & Weinberger M. Suboptimal prescribing in older inpatients and outpatients. J Am GeriatrSoc. 2001; 49: 200-9.
19. J. A. Polypharmacy. A new paradigm for quality drug therapy in the elderly? Arch Intern Med. 2004; 164: 1957-8.
20. Organization WH. Drugs for the elderly, Copenhagen: World Health Organization, Regional Office of Europe, 1985.
21. Campbell AJ ML, Reinken J. Drugs taken by a population based sample of subjects 65 years and over in New Zealand. NZMedJ. 1983; 96: 378-80.
22. Kroenke K PE. Reducing polypharmacy in the elderly. A controlled trial of physician feedback . JAmGeriatrSoc. 1990; 38: 31-6.
23. Hanlon JT WM, Samsa GP, et al. . A randomized, controlled trial of a clinical pharmacist intervention to improve inappropriate prescribing in elderly outpatients with polypharmacy. . AmJMed. 1996; 100: 428-37.
24. Kruse W RJ, FrauenrathVolkers C, et al. Drug-prescribing patterns in old age. A study of the impact of hospitalization on drug prescriptions and follow-up survey in patients 75 years and older. . EurJClinPharmacol. 1991; 41: 441-7.
25. Graziano Onder RL, Daniela Fialova. Polypharmacy in Nursing Home in Europe: Results From the SHELTER Study, . J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2012; 67(6): 698-704. Epub 2012 Jan 4.
26. PL. R-M. Medication use among senior Canadians.. Health Rep 2009 Mar; 20(1): 37-44. 2009; 20: 37-44.
27. L. NOLAN and KOM. The Need for a More Rational Approach to Drug Prescribing for Elderly People in Nursing Homes, . Oxford Journals of Medicine, Age and Ageing, . 1989; 18(1): 52-6.
28. Mamun K LC, Goh-Tan CY, Ang WS. Polypharmacy and inappropriate medication use in Singapore nursing homes. Ann Acad Med Singapore 2004; 33: 49-52.
29. Johanna Jyrkka¨a b, Jaakko Mursub, c, Hannes Enlunda, and Eija Lonnroos, . Polypharmacy and nutritional status in elderly people, Ageing: . Biology and Nutrition. 2012; 15(1).
30. J. HSIJKTMF. Trends in polypharmacy and potential drug-drug interactions across educational groups in elderly patients in Sweden for the period 1992-2002, . International journal of clinical pharmacology and therapeutics, . 2007; 45(12): 643-53.
31. Bratzler DW OW, Austelle A, Smoking in the elderly--it's never too late to quit. . The Journal of the Oklahoma State Medical Association, . 2002; 95(3): 185-91.
32. Colsher PL WR, Pomrehn PR, LaCroix AZ, Cornoni-Huntley J, Blazer D, Scherr PA, Berkman L, Hennekens CH, . Demographic and health characteristics of elderly smokers: results from established populations for epidemiologic studies of the elderly. . American Journal of Preventive Medicine, . 1990; 6(2): 61-70.

33. Truls Østbye MD, M.P.H., M.B.A., Dr.Med., FFPHMa, Donald Hugh Taylor, Ph.D., M.P.A.b, Sang-Hyuk Jung, M.D., Ph.D.a A Longitudinal Study of the Effects of Tobacco Smoking and Other Modifiable Risk Factors on Ill Health in Middle-Aged and Old Americans: Results from the Health and Retirement Study and Asset and Health Dynamics among the Oldest Old Survey, . Preventive Medicine 2002; 34(3): 334-45.
34. Rajska-Neumann A SM, Balcer N, Grześkowiak E, Szałek E, Wieczorowska-Tobis K, Is smoking a determinant of polypharmacy among elderly subject? [Article in Polish]. Przegl Lek. 2005; 62(10): 1145-7. Pubmed Central PMCID:16521975.[PubMed - indexed for MEDLINE]. Polish.
35. Moen J AK, Larsson CA, et al. . Factors associated with multiple medication use in different age groups. Ann Pharmacother. 2009; 43: 1978-85.
36. Hidalgo JLT DR, Olano CF, Gallego MR, Casalderrey CF, Puime AO. . Factores associados al consumo de medicación crônica em personas ancianas. . Med Clin (Barc). 1997; 108: 572-6.
37. Klarin I FJ, Wimo A. A population-based study of drug use in the very old living in a rural district of Sweden, with focus on cardiovascular drug consumption: comparison with an urban cohort. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2003; 12(8): 669-78.
38. Shih-Wei Lai C-HL. Association between polypharmacy and dementia in older people: A population-based case–control study in Taiwan. Geriatrics & Gerontology International. 2012; 12(3): 491-8.
39. Unutzer J PD, Simon G.Depressive symptoms and the cost of health services in HMO patients aged 65 years and older. JAMA. 1997; 277: 1618-23.
40. Ellinor Bergdahl JMCG. Depression among the oldest old: the Umeå 85+ study, . International Psychogeriatrics (2005), 17: pp 557-575. 2005; 17: 557-75.
41. Kaufman DW KJ, Rosenberg L, Anderson TE, Mitchell AA. Recent patterns of medication use in the ambulatory adult population of the United States: the Slone survey. JAMA. 2002; 287: 337-44.
42. Lisa L. Dwyer MPH BHP, MD, MPH, David A. Woodwell BA and Elizabeth A. Rechtsteiner MS, . Polypharmacy in nursing home residents in the United States: Results of the 2004 National Nursing Home Survey. 2004.
43. Incalzi RA GA, Capparella O, et al. Predicting mortality and length of stay of geriatric patients in an acute care general hospital. JGerontol. 1992; 47: 35-9.
44. Heerdink ER LH, Koppedraaijer C, Bakker A. . Information on drug use in the elderly: a comparison of pharmacy, general-practitioner and patient data. . PharmWorld Sci. 1995; 17: 20-4.
45. HM. H. Rational prescribing for patients with a reduced life expectancy. Clin Pharmacol Ther. 2009; 85: 103-7.