

Estimation of Parkinson's Disease Prevalence and Its Geographical Variation in Iran

Ali Hosseinzadeh¹,
Mohammad Reza Baneshi²,
Behnaz Sedighi³,
Jamshid Kermanchi⁴,
Ali Akbar Haghdoost²

¹Assistant Professor, Department of Epidemiology, School of Public Health, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran

²Professor, Modeling in Health Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

³Associate Professor, Neurology Research Center, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

⁴Professor, Ministry of Health and Medical Education (MOHME), Tehran, Iran

(Received April 6, 2019 ; Accepted August 7, 2021)

Abstract

Background and purpose: Parkinson's disease (PD) is a chronic neurological disorder. Prevalence estimates of the disease are pivotal for planning and appropriate allocation of health care. The present study was conducted to investigate the prevalence of PD and its geographic variations in Iran.

Materials and methods: In this cross-sectional study, the prevalence of PD in different provinces was estimated using the frequency of specialized drugs prescribed per 100,000 people. Then, geographical distribution of the disease was determined in Iran.

Results: In this study, the prevalence of Parkinson's disease in general population and >50 years old were 50.4 and 261.1 in 100,000 people, respectively. In general population, the lowest and highest PD prevalence were seen in Hormozgan province (15.7/100,000) and Isfahan province (96.9/100,000). Also, in those >50 years old the lowest PD prevalence was found in Hormozgan province (114.2/100,000) and the highest was observed in Isfahan province (449.5/100,000).

Conclusion: PD prevalence in >50 years old was lower in Iran than that in western countries, but it is somewhat comparable with PD prevalence reported in developing countries in Asia. In Iran, the prevalence of PD is considerably different in various regions.

Keywords: Parkinson's disease, geographical variation, prevalence, Iran

J Mazandaran Univ Med Sci 2021; 31 (200): 113-124 (Persian).

* **Corresponding Author:** Ali Hosseinzadeh - School of Public Health, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran (E-mail: ahaghdoost@gmail.com)

برآورد شیوع پارکینسون و تغییرات جغرافیایی آن با استفاده از نسخ دارویی در ایران

علی حسین زاده¹
محمدرضا بانسی²
بهناز صدیقی³
جمشید کرمانچی⁴
علی اکبر حقدوست²

چکیده

سابقه و هدف: بیماری پارکینسون یک بیماری مزمن عصب شناختی است. آگاهی از تغییرات جغرافیایی شیوع این بیماری برای برنامه‌ریزی بهداشتی و تخصیص مناسب منابع ضروری است. هدف مطالعه حاضر تعیین توزیع جغرافیایی شیوع این بیماری در ایران بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی ابتدا شیوع بیماری پارکینسون، در استان‌های مختلف، با استفاده از بسامد داروهای تخصصی تجویز شده برای درمان این بیماری در هر 100000 نفر برآورد شد. سپس توزیع جغرافیایی شیوع بیماری در ایران تعیین گردید.

یافته‌ها: شیوع بیماری پارکینسون در جمعیت عمومی و جمعیت بالای 50 سال به ترتیب برابر با 50/4 و 261/1 در 100000 نفر بود. در جمعیت عمومی پایین‌ترین میزان شیوع بیماری پارکینسون در استان هرمزگان (15/7 در 100000 نفر) و بالاترین میزان شیوع در استان اصفهان (96/9 در 100000 نفر) بود. در جمعیت بالای 50 سال نیز پایین‌ترین میزان شیوع بیماری پارکینسون در استان هرمزگان (114/2 در 100000 نفر) و بالاترین میزان شیوع در استان اصفهان (449/5 در 100000 نفر) بود.

استنتاج: شیوع بیماری پارکینسون در جمعیت بالای 50 سال ایران نسبت به کشورهای غربی پایین‌تر است، اما شیوع این بیماری کم و بیش با میزان شیوع گزارش شده بیماری پارکینسون در کشورهای در حال توسعه آسیایی قابل مقایسه می‌باشد. اگرچه باید توجه داشت که شیوع بیماری پارکینسون در استان‌های مختلف ایران تغییرات جغرافیایی قابل توجهی دارد.

واژه‌های کلیدی: بیماری پارکینسون، توزیع جغرافیایی، شیوع، ایران

مقدمه

بیماری پارکینسون یک بیماری مزمن عصب شناختی است که بزرگسالان بیش از 50 سال را مبتلا می‌کند و در افراد زیر 40 سال شایع نیست. سیر پیشرفت بیماری پارکینسون تدریجی است و به صورت ماسکه و

E-mail: a.hossein20@yahoo.com

مؤلف مسئول: علی حسین زاده - شاهرود: دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، دانشکده بهداشت

1. استادیار، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران
2. استاد، مرکز تحقیقات مدل‌سازی در سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
3. دانشیار، مرکز تحقیقات نورولوژی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
4. استاد، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: 1398/1/16 تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: 1399/1/24 تاریخ تصویب: 1400/5/16

توجه زیادی شده است (6). مهم ترین هدف ایجاد نقشه بیماری توصیف تغییرات جغرافیایی شیوع بیماری‌ها به منظور ایجاد فرضیه درباره علت بیماری، تعیین نواحی با خطر بالا که نیاز به توجه و مداخلات زیاد دارند، می باشد و ایجاد نقشه دقیق بیماری به منظور تخصیص بهتر منابع و تولید اطلس بیماری است (8-6). با توجه به فقدان این اطلاعات در مورد بیماری پارکینسون در ایران، مطالعه حاضر با هدف برآورد شیوع و تعیین توزیع جغرافیایی میزان شیوع بیماری پارکینسون در ایران با استفاده از سیستم اطلاعات جغرافیایی انجام پذیرفت.

مواد و روش ها

منبع داده‌ها

در این مطالعه توصیفی-مقطعی، به علت عدم وجود سیستم ثبت در سطح ملی برای بیماری پارکینسون در ایران، برای برآورد میزان شیوع این بیماری می توان از تعداد اقلام داروی تخصصی تجویز شده براساس نسخه پزشکی استفاده کرد (9). در ایران داروهایی که برای بیماری پارکینسون تجویز می شوند تخصصی و تحت پوشش بیمه هستند، بنابراین برای برآورد میزان شیوع این بیماری می توان از بسامد داروهای تخصصی تجویز شده برای این بیماران استفاده کرد. با توجه به این که درصد قابل توجهی (حدود 95 درصد) از جمعیت ایران تحت پوشش دو سازمان بیمه بزرگ ایران (بیمه نظام سلامت و بیمه تامین اجتماعی) هستند، می توان برای آگاهی از تعداد اقلام داروهای تخصصی تجویز شده برای این بیماری، از نسخ پزشکان که توسط این بیمه‌ها جمع آوری می شوند استفاده کرد. براساس دستورالعمل کشوری در هر استان هر دو سازمان بیمه موظف هستند در پایان هر سال تمام داروهای تجویز شده به وسیله پزشکان را براساس نسخه پزشکی در اختیار معاونت غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی مربوطه قرار دهند، و معاونت غذا و دارو موظف است همه این اطلاعات را در یک نسخه دی وی دی

قیافه ثابت، کندی حرکات، قدم‌های کوتاه و تند با وضع فضایی خاص و ضعف و سفتی ماهیچه‌ها مشخص می گردد (2،1). این بیماری بعد از بیماری آلزایمر شایع ترین بیماری تحلیل برنده عصبی است که شیوع جهانی آن در جمعیت 40 سال و بالاتر تقریباً برابر با 0/3 درصد است (3). این میزان شیوع حاکی از آن است که تقریباً 7/5 میلیون نفر در دنیا مبتلا به پارکینسون هستند و پیش بینی می شود تا سال 2030 میزان آن تا 20 درصد افزایش یابد (4). میزان شیوع بیماری پارکینسون با سن افزایش یافته و از 41 مورد در 100000 نفر در سن 40 تا 49 سالگی به 1900 مورد در 100000 نفر در سن 80 سال و بالاتر می رسد (3). با توجه به این که در حال حاضر بسیاری از کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه تغییر دموگرافیکی را تجربه می کنند، این موضوع سبب خواهد شد نسبت بزرگی از جمعیت این کشورها در سال‌های آینده وارد سن سالمندی شوند، به طوری که در سال 2000 تعداد سالمندان (بالای 65 سال) در دنیا 420 میلیون نفر تخمین زده شد و با افزایش 7 تا 12 درصدی پیش بینی می شود این تعداد در سال 2030 به یک میلیارد نفر برسد. این در حالی است که انتظار می رود بیش ترین افزایش تعداد مطلق افراد سالمند در کشورهای در حال توسعه رخ دهد و از 240 میلیون به 690 میلیون نفر برسد (5). به خاطر این که پارکینسون اساساً افراد سالمند را تحت تاثیر قرار می دهد، پیش بینی می گردد بسیاری از این کشورها در سال‌های آینده با محدودیت منابع بهداشتی روبرو شوند (3). بنابراین برای برنامه ریزی مناسب جهت تخصیص منابع انسانی و سایر خدمات پزشکی انجام مطالعات اپیدمیولوژیکی برای تعیین میزان شیوع و توزیع جغرافیایی بیماری پارکینسون در کشورهای در حال توسعه لازم به نظر می رسد. لذا با توجه به اهمیت آگاهی از توزیع جغرافیایی میزان‌های بیماری در تعیین ریسک فاکتورها و تصمیم گیری‌های مدیریتی و برنامه ریزی، در سال‌های اخیر به ایجاد نقشه بیماری¹

1. Disease Mapping

تمام داروهای تجویز شده بر اساس نام تجاری و ژنریک داروها استفاده شده است. مطالعه حاضر در کمیته اخلاق تحقیقات پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان تصویب شده است (IR.KMU.REC.1397.011).

آنالیز آماری

برآورد شیوع در استان های مختلف

در هر استان بسامد داروهای تخصصی تجویز شده (آنتی پارکینسون)، براساس نسخ پزشکی محاسبه شد (از کتاب فارماکوپه برای آگاهی از داروهای مورد استفاده در درمان بیماری پارکینسون و دوز مصرفی آنها استفاده شد). سپس با در نظر گرفتن دوز مصرف روزانه داروهای تخصصی تجویز شده تعداد بیماران مبتلا به بیماری پارکینسون محاسبه شد. تعداد بیماران محاسبه شده به جمعیت عمومی و جمعیت بالای 50 سال در هر استان تقسیم و میزان شیوع خام برای این دو گروه جمعیتی محاسبه گردید. همچنین نسبت شیوع استاندارد شده برای هر یک از استانها به صورت نسبت تعداد موارد مشاهده شده بیماری پارکینسون براساس اطلاعات دارویی به تعداد موارد مورد انتظار محاسبه گردید. برای برآورد تعداد موارد مورد انتظار بیماری پارکینسون در هر استان شیوع کلی بیماری پارکینسون در کشور به جمعیت عمومی و جمعیت بالای 50 سال در هر استان ضرب شد.

نقشه بیماری

ابتدا برای در نظر گرفتن نوسانات تصادفی ناشی از متفاوت بودن جمعیت در استانهای مختلف، میزانهای شیوع بیماری پارکینسون با استفاده از روش Empirical Bayesian هموار شدند. سپس تغییرپذیری جغرافیایی و خود همبستگی فضایی بین میزانهای شیوع بیماری پارکینسون به ترتیب با روش Getis-Ord Gi و Moran I مورد بررسی قرار گرفت (10, 11).

(DVD) در اختیار سازمان غذا و دارو وزارت بهداشت قرار دهد. لذا در مطالعه حاضر برای برآورد میزان شیوع بیماری پارکینسون در استانهای مختلف کشور، اطلاعات دارویی تمامی استانها از سازمان غذا و دارو وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به دست آمد. به منظور برآورد شیوع ابتدا داروهای تخصصی که برای درمان بیماری پارکینسون استفاده می شوند تعیین گردید (جدول شماره 1). سپس بسامد تجویز شده هر یک از داروهای تخصصی مورد استفاده در درمان این بیماری به تفکیک استانهای مختلف کشور در ابتدای سال 1394 محاسبه شد. در مرحله بعد متوسط دوز مصرفی هر یک از این داروها توسط هر بیمار در طول یک سال محاسبه گردید و تعداد موارد ابتلا به بیماری پارکینسون از تقسیم کردن بسامد تجویز شده هر یک از داروهای تخصصی تجویز شده در طول یک سال به متوسط دوز مصرفی آنها توسط هر بیمار در طول یک سال در استانهای مختلف محاسبه شد. برای آگاهی از بسامد داروهای تخصصی تجویز شده برای هر یک از بیماریهای مورد مطالعه، بانک اطلاعاتی¹ داروهای تجویز شده برای تمام داروهای آنتی پارکینسون با به کارگیری هر دو نام تجاری و ژنریک و برای تمام دوزهایی که از تاریخ 1 فروردین 1393 تا 29 اسفند 1393 در دسترس بودند، جستجو شد. همچنین برای آگاهی از متوسط دوز مصرف هر دارو در طول یک سال از کتاب فارماکوپه استفاده گردید. باید توجه داشت که یک دارو ممکن است برای بیماریهای مختلف نیز تجویز شود، لذا برای آگاهی از این که چند درصد از داروهای تخصصی تجویز شده صرفا برای بیماریهای مورد نظر تجویز می شوند نظر پزشکان متخصص نورولوژی را در این ارتباط جویا شده و تعداد موارد محاسبه شده بر این اساس اصلاح گردید. در جدول شماره 1، داروهای تخصصی مورد استفاده در پارکینسون به همراه نظر پزشکان آورده شده است. برای برآورد پارکینسون در این مطالعه از

1. Database

جدول شماره 1: لیست دارو های مورد استفاده در درمان بیماری پارکینسون

| طبقه دارویی | نام های تجاری و ژنریک دارو ها | متوسط درصد پیمانان پارکینسون دریافت کننده دارو های نام برده شده درصدا |
|---|---|---|
| Levodopa/Carbidopa based | Madopar, dopar, isicom, Larodopa, parkin-c, L. doram-c, levodopa-c, levacin | 90 درصد |
| Dopamine agonists | Apomorphine, bromocriptine, cabergoline, lisuride, pergold, pramipexole, ropinirole, reguip, parlodel, minobrocryptin, antipark, umprel, maylaktin, dostinex, cabaser | 80 درصد |
| Catechol O-methyltransferase inhibitors | Entacapone, Tolcapone | 100 درصد |
| Monoamine oxidase-B inhibitors | Rasagiline, Selegiline, Eldepryl, atapryl, carbex, selpak, deprenyl | 70 درصد |
| Anticholinergic drugs | Benzatropine, orphenadrine, procyclidine, biperiden, trihexyphenidyl, akineton, Cogentin, aphen, artane, trihexy, trihexane | 50 درصد |
| Other | amantadine | 50 درصد |

سال نیز پایین ترین میزان شیوع در استان هرمزگان 114/2 در 100000 نفر و بالاترین میزان شیوع در استان اصفهان 449/5 در 100000 نفر مشاهده شد. همانند میزان شیوع خام، پایین ترین و بالاترین نسبت شیوع استاندارد شده نیز در جمعیت عمومی به ترتیب در استان هرمزگان (31/0-31/5) 31/3 و استان اصفهان (192/1-192/1) 192/1 مشاهده شد. در جمعیت بالای 50 سال پایین ترین و بالاترین نسبت شیوع استاندارد شده به ترتیب در استان مرکزی (43/5-43/9) 43/7 و استان اصفهان (172/2-172/2) 172/2 وجود داشت. میزان شیوع و نسبت شیوع استاندارد شده پارکینسون به تفکیک استان در جدول شماره 2 آمده است.

با توجه به این که نتیجه آزمون های Moran I و Getis-Ord Gi بین میزان های شیوع پارکینسون در استان های مختلف معنی دار نبود، می توان نتیجه گرفت که خود همبستگی فضایی و هتروژنیتی جغرافیایی بین میزان های شیوع پارکینسون در دو گروه جمعیتی مورد مطالعه وجود ندارد، لذا نقشه های طیف رنگ به روش ساده ایجاد شدند (جدول شماره 3).

توزیع جغرافیایی میزان شیوع پارکینسون در ابتدای سال 1394 در تصویر شماره 1 و تصویر شماره 2 در دو گروه جمعیت عمومی و جمعیت بالای 50 سال نشان داده شده است. همان طور که در نقشه ها مشخص است میزان شیوع پارکینسون در هر دو گروه در نواحی شمال شرق و نواحی مرکزی ایران بیش تر از سایر نواحی است.

با توجه به این که نتیجه این آزمون ها معنی دار نبود نقشه میزان های شیوع بیماری پارکینسون برای جمعیت عمومی و جمعیت بالای 50 سال جهت نمایش توزیع به روش ساده ایجاد گردید. میزان های شیوع 31 استان ایران بر اساس مقدارشان به چهار گروه، (1) چارک اول، (2) چارک دوم، (3) چارک سوم و (4) چارک چهارم تقسیم شدند. در نهایت برای آگاهی از این که رخداد بیماری در استان های مختلف با چه فاکتورهایی مرتبط است، از ضریب همبستگی اسپیرمن در سطح خطای 0/05 استفاده گردید.

نرم افزار

در مطالعه حاضر از نرم افزار Arcmap 10.3 و Geoda برای بررسی تغییر پذیری جغرافیایی، خود همبستگی فضایی و کشیدن نقشه، و از STATA (14) برای آماده سازی داده ها، استاندارد سازی میزان های شیوع و انجام همبستگی اسپیرمن استفاده شد.

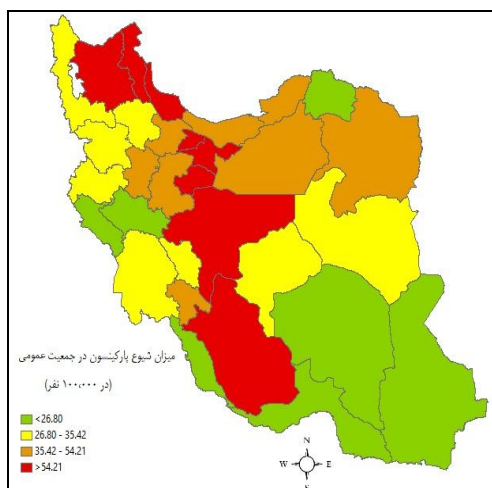
یافته ها

در مطالعه حاضر میزان شیوع کلی پارکینسون در جمعیت عمومی و جمعیت بالای 50 سال به ترتیب برابر با 50/4 و 261/1 در 100000 نفر بود. همچنین بر اساس یافته های این مطالعه، در جمعیت عمومی پایین ترین میزان شیوع پارکینسون در استان هرمزگان 15/7 در 100000 نفر و بالاترین میزان شیوع آن در استان اصفهان 96/9 در 100000 نفر مشاهده شد. در جمعیت بالای 50

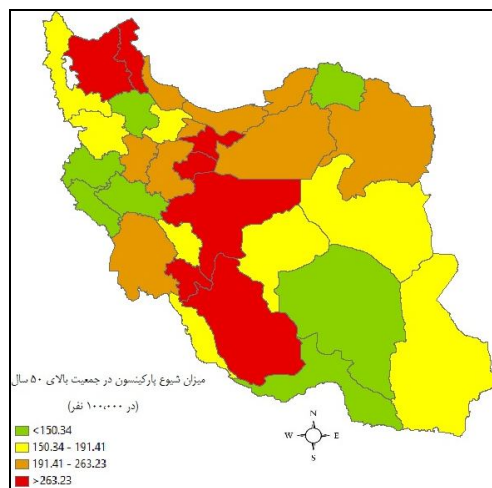
جدول شماره 2: میزان شیوع پارکینسون در هر یک از استان های کشور ایران در ابتدای سال 1394

| استان | میزان شیوع خام پارکینسون در هر 100000 نفر | | نسبت شیوع استاندارد شده پارکینسون | |
|---------------------|---|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| | جمعیت عمومی | جمعیت بالای 50 سال | جمعیت عمومی | جمعیت بالای 50 سال |
| آذربایجان شرقی | 84/57 (81/57 - 87/57) | 395/69 (381/64 - 409/74) | 167/62 (167/60 - 167/65) | 151/57 (151/54 - 151/60) |
| آذربایجان غربی | 29/29 (27/36 - 31/23) | 161/33 (150/66 - 172/00) | 58/07 (57/98 - 58/15) | 61/80 (61/71 - 61/88) |
| اردبیل | 67/44 (62/80 - 72/07) | 365/33 (340/22 - 390/43) | 133/67 (133/61 - 133/73) | 139/94 (139/88 - 140/00) |
| اصفهان | 96/91 (94/11 - 99/72) | 449/51 (436/49 - 462/53) | 192/09 (192/07 - 192/11) | 172/18 (172/16 - 172/21) |
| ایلام | 22/38 (18/39 - 26/37) | 133/69 (109/87 - 157/51) | 44/36 (44/09 - 44/63) | 51/21 (50/96 - 51/46) |
| بوشهر | 22/84 (19/90 - 25/79) | 150/34 (130/97 - 169/71) | 45/28 (45/09 - 45/47) | 57/59 (57/42 - 57/76) |
| تهران | 77/27 (75/69 - 78/86) | 342/66 (335/64 - 349/69) | 153/17 (153/15 - 153/18) | 131/26 (131/24 - 131/27) |
| چهارمحال بختیاری | 27/10 (23/64 - 30/56) | 153/22 (133/64 - 172/79) | 53/72 (53/54 - 53/89) | 58/69 (58/52 - 58/86) |
| خراسان جنوبی | 27/80 (23/93 - 31/67) | 152/10 (130/90 - 173/29) | 55/10 (54/92 - 55/29) | 58/26 (58/08 - 58/44) |
| خراسان رضوی | 41/94 (40/28 - 43/60) | 234/00 (224/73 - 243/26) | 83/14 (83/09 - 83/18) | 89/63 (89/59 - 89/67) |
| خراسان شمالی | 22/37 (19/18 - 25/57) | 132/74 (113/78 - 151/71) | 44/35 (44/13 - 44/56) | 50/85 (50/65 - 51/05) |
| خوزستان | 29/90 (28/29 - 31/52) | 197/93 (187/25 - 208/61) | 59/27 (59/20 - 59/34) | 75/82 (75/75 - 75/88) |
| زنجان | 26/80 (23/57 - 30/04) | 141/77 (124/67 - 158/86) | 53/13 (52/96 - 53/29) | 54/30 (54/14 - 54/47) |
| سستاز | 41/65 (36/56 - 46/75) | 196/24 (172/22 - 220/26) | 82/56 (82/43 - 82/70) | 75/17 (75/03 - 75/31) |
| سیستان و بلوچستان | 17/87 (16/21 - 19/53) | 73/00 (156/94 - 189/06) | 35/43 (35/27 - 35/58) | 66/27 (66/15 - 66/38) |
| فارس | 60/71 (58/41 - 63/00) | 309/95 (298/25 - 321/65) | 120/32 (120/29 - 120/36) | 118/73 (118/69 - 118/76) |
| قزوین | 35/42 (32/00 - 38/84) | 189/32 (171/06 - 207/58) | 70/21 (70/09 - 70/32) | 72/52 (72/41 - 72/63) |
| قم | 57/08 (52/67 - 61/50) | 324/89 (299/77 - 350/01) | 113/14 (113/07 - 113/22) | 124/45 (124/38 - 124/52) |
| البرز | 54/21 (51/24 - 57/18) | 263/23 (248/81 - 277/66) | 107/46 (107/40 - 107/51) | 100/83 (100/78 - 100/89) |
| کردستان | 33/84 (30/84 - 36/84) | 180/71 (164/69 - 196/73) | 67/08 (66/97 - 67/19) | 69/22 (69/11 - 69/33) |
| کرمان | 19/82 (18/19 - 21/45) | 119/78 (109/93 - 129/64) | 39/28 (39/15 - 39/41) | 45/88 (45/76 - 46/00) |
| کرمانشاه | 27/94 (25/55 - 30/33) | 141/93 (129/79 - 154/08) | 55/39 (55/27 - 55/50) | 54/37 (54/25 - 54/48) |
| کهگیلویه و بویراحمد | 53/51 (47/86 - 59/17) | 350/96 (313/87 - 388/06) | 106/07 (105/97 - 106/17) | 134/44 (134/34 - 134/53) |
| گلستان | 35/56 (32/76 - 38/37) | 206/96 (190/64 - 223/29) | 70/49 (70/40 - 70/59) | 79/28 (79/19 - 79/36) |
| گیلان | 62/38 (59/22 - 65/54) | 241/57 (229/32 - 253/81) | 123/64 (123/60 - 123/69) | 92/53 (92/48 - 92/58) |
| لرستان | 24/97 (22/60 - 27/35) | 145/91 (132/02 - 159/79) | 49/50 (49/36 - 49/63) | 55/89 (55/76 - 56/02) |
| مازندران | 46/81 (44/35 - 49/26) | 195/02 (184/78 - 205/26) | 92/78 (92/72 - 92/83) | 74/70 (74/64 - 74/76) |
| مرکزی | 40/62 (37/24 - 43/99) | 196/53 (180/21 - 212/85) | 80/51 (80/41 - 80/60) | 75/28 (75/18 - 75/38) |
| هرمزگان | 15/78 (13/80 - 17/76) | 114/25 (99/91 - 128/59) | 31/27 (31/05 - 31/50) | 43/76 (43/57 - 43/95) |
| همدان | 38/18 (35/24 - 41/12) | 191/41 (176/68 - 206/15) | 75/67 (75/59 - 75/76) | 73/32 (73/23 - 73/41) |
| یزد | 33/95 (30/31 - 37/59) | 178/73 (159/57 - 197/89) | 67/30 (67/16 - 67/43) | 68/46 (68/33 - 68/59) |

* منظور از جمعیت عمومی جمعیت تمام گروه های سنی و جنسی می باشد.



تصویر شماره 2: توزیع جغرافیایی میزان شیوع بیماری پارکینسون در جمعیت عمومی در سال 1394



تصویر شماره 1: توزیع جغرافیایی میزان شیوع بیماری پارکینسون در جمعیت بالای 50 سال در سال 1394

بحث

مطالعه حاضر، اولین مطالعه‌ای است که در ایران به بررسی میزان شیوع بیماری پارکینسون و توزیع جغرافیایی آن در سطح ملی پرداخته است، لذا در مورد میزان بروز، شیوع و چگونگی توزیع جغرافیایی این بیماری در ایران اطلاعات قبلی وجود ندارد. در مطالعه حاضر میزان شیوع کلی پارکینسون در جمعیت عمومی برابر با 50/4 و در جمعیت بالای 50 سال برابر با 261/0 در 100000 نفر بود. میزان شیوع برآورد شده از مطالعه حاضر با میزان شیوع گزارش شده از برخی مطالعات کشورهای اروپایی همخوانی دارد. برای مثال میزان شیوع بیماری پارکینسون در مطالعه مونوز و همکاران در کشور فرانسه 320 در 100000 نفر گزارش شده است (12). همچنین شیوع برآورده شده از مطالعه حاضر با میزان شیوع گزارش شده از مطالعه مورگانت و همکاران در کشور ایتالیا 257/2 در 100000 نفر قابل مقایسه است (13). به صورت کلی میزان شیوع بیماری پارکینسون در کشورهای اروپایی بالاتر از میزان شیوع برآورد شده در مطالعه حاضر است، به طوری که میزان شیوع این بیماری حتی تا 1400 در 100000 نفر از هلند، 1500 در 100000 نفر از اسپانیا و 12500 در 100000 نفر از آلمان گزارش شده است (14، 15). شیوع پایین بیماری پارکینسون در ایران ممکن است علت‌های مختلفی داشته باشد، اول این که به طور کلی گزارش شده است و برخلاف کشورهای غربی شیوع بیماری پارکینسون در نژاد و کشورهای آسیایی نسبتاً پایین است، به طوری که میزان شیوع این بیماری در تایوان 130/1 در 100000 نفر، در چین 198 در 100000 برای گروه سنی بالای 50 سال و 44 در 100000 نفر برای جمعیت عمومی، در عربستان 0/27 در 100000 نفر در جمعیت عمومی، در ژاپن 283 در 100000 نفر و در کره جنوبی 374 در 100000 نفر گزارش شده است (22-16). دوم این که مطالعه حاضر براساس نسخ پزشکی و تعداد داروی‌های آنتی پارکینسون تجویز شده در یک سال (براساس گزارش

جدول شماره 3: نتیجه آزمون‌های خود همبستگی فضایی و هتروژنیتی فضایی میزان های شیوع پارکینسون در استان های ایران در ابتدای سال 1394

| میزان شیوع پارکینسون در هر 100000 نفر | | جمعیت عمومی | | جمعیت بالای 50 سال | |
|---------------------------------------|---------------|-------------|------|--------------------|--|
| Moran I | شاخص | 0/14 | 0/12 | | |
| | سطح معنی داری | 0/07 | 0/13 | | |
| Getis-Ord Gi*(Gi) | Z-score | 2/01 | 1/53 | | |
| | سطح معنی داری | 0/06 | 0/12 | | |

براساس نتایج نشان داده شده در جدول شماره 4، توزیع شیوع پارکینسون در جمعیت عمومی با متغیرهای درصد شهرنشینی، درصد مصرف سیگار در میان مردان، میانگین سن جمعیت در استان‌های مختلف، درصد دسترسی به اینترنت در استان‌های مختلف، بعد خانوار، درصد با سواد، تراکم جمعیت و سوء مصرف مواد همبستگی معنی دار دارد. همچنین در جمعیت بالای 50 سال همبستگی توزیع شیوع پارکینسون با متغیرهای درصد شهرنشینی، درصد مصرف سیگار در میان مردان، درصد دسترسی به اینترنت در استان‌های مختلف، درصد با سواد، تراکم جمعیت و سوء مصرف مواد، معنی دار بود.

جدول شماره 4: ضریب همبستگی اکولوژیک بین میزان شیوع پارکینسون با سایر اقتصادی - اجتماعی و محیطی

| ضریب همبستگی اسپیرمن | | متغیرها |
|-------------------------------------|--|------------------------------------|
| میزان شیوع پارکینسون در جمعیت عمومی | میزان شیوع پارکینسون در جمعیت بالای 50 سال | |
| *0/48 | *0/39 | درصد مردانی که سیگار مصرف می کنند |
| *0/58 | *0/52 | شهرنشینی (درصد) |
| *0/42 | 0/22 | میانگین سن |
| *0/53 | *0/43 | دسترسی به اینترنت (درصد) |
| *0/36 | 0/15 | بعد خانوار |
| *0/38 | *0/28 | درصد سواد |
| 0/17 | 0/1 | طول جغرافیایی |
| *0/49 | *0/40 | درصد تراکم جمعیت |
| *0/51 | *0/42 | سوء مصرف مواد |
| 0/04 | 0/01 | درصد مردانی که فعالیت فیزیکی دارند |
| 0/04 | 0/01 | درصد زنانی که فعالیت فیزیکی دارند |
| 0/16 | 0/04 | عرض جغرافیایی |
| 0/04 | - 0/11 | تعداد روز های بارانی |
| 0/27 | 0/26 | درصد زنانی که سیگار مصرف می کنند |

* : سطح معنی داری (P < 0/05) می باشد.

در مقیاس استانی میزان شیوع بیماری پارکینسون در ایران توزیع جغرافیایی قابل توجهی داشته و از حداقل 15/7 تا حداکثر 96/9 در 100000 نفر در جمعیت عمومی و از حداقل 114/2 تا حداکثر 449/5 در 100000 نفر در جمعیت بالای 50 سال متفاوت بود. مطالعاتی که در جهان به بررسی توزیع جغرافیایی میزان شیوع بیماری پارکینسون پرداخته اند، اختلافات مشاهده شده بین میزان‌های شیوع در داخل یک کشور را به عوامل مختلفی از قبیل، درصد سالمندی، سطح تحصیلات بالا، مواجهه با آفتکش‌ها، مواجهه با فلزات سنگین، محل سکونت و نژاد/ قومیت نسبت داده‌اند (16، 28، 29). در مطالعه‌ای که در غرب اسکاتلند انجام پذیرفت، نویسندگان وجود تغییرات جغرافیایی در میزان شیوع بیماری را در ارتباط با متفاوت بودن تعریف بیماری و دسترسی به خدمات، در مناطق مختلف دانسته‌اند (24). با توجه به این که در تمام استان‌های ایران از یک گایدلاین بالینی برای تشخیص بیماری پارکینسون استفاده می‌شود لذا متفاوت بودن تعریف بیماری در استان‌های مختلف نمی‌تواند توجیه‌کننده تغییرات میزان شیوع در استان‌های مختلف ایران باشد. اما اختلاف در دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی ممکن است یکی از عوامل توجیه‌کننده وجود تغییرات در میزان شیوع بیماری پارکینسون در استان‌های ایران باشد. در ایران استان‌های تهران، اصفهان، فارس، قزوین و آذربایجان شرقی جزء استان‌های برخوردار بوده و عموماً از سطح تحصیلات و اقتصادی - اجتماعی بالاتری برخوردار هستند، لذا میزان شیوع بالا در این استان‌ها ممکن است در ارتباط با سطح تحصیلات و دسترسی بیشتر تر به خدمات بهداشتی - درمانی باشد (11، 24، 30). در مطالعه حاضر نیز بین درصد سواد و درصد شهرنشینی در استان‌های مختلف با میزان شیوع پارکینسون همبستگی معنی‌داری وجود داشت.

از دیگر عواملی که ممکن است باعث ایجاد تغییرات جغرافیایی در میزان‌های شیوع گردد توزیع سنی

بیمه خدمات درمانی و تامین اجتماعی) انجام شده است. در نتیجه ممکن است میزان‌های شیوع محاسبه شده در مقایسه با مطالعاتی که براساس پرسشنامه یا خانه به خانه¹ انجام می‌گیرند کم‌تر باشند، چون مطالعاتی که براساس ثبت اطلاعات دارویی انجام می‌گیرند عموماً شیوع را کم‌تر برآورد می‌کنند (1، 23). این موضوع بدان جهت است که در این نوع مطالعات بیمارانی که هنوز تشخیص داده نشده‌اند (اغلب در مراحل اولیه بیماری) و به دنبال درمان بیماری خود و یا تحت پوشش بیمه نیستند وارد مطالعه نمی‌شوند (15، 26-24). عامل بعدی که ممکن است باعث اختلاف میزان شیوع بیماری پارکینسون در کشورهای آسیایی با کشورهای غربی شود پایین بودن دسترسی به خدمات بهداشتی - درمانی در کشورهای آسیایی نسبت به کشورهای غربی است. قابل ذکر است در هنگام مقایسه میزان‌های شیوع یک بیماری در کشورهای مختلف دو نکته را باید مدنظر قرار داد. نکته اول این که باید به جمعیت مورد مطالعه در مطالعات مختلف توجه کرد، چون متفاوت بودن گروه‌های سنی مورد مطالعه و محل انجام مطالعه در میزان شیوع محاسبه شده خیلی تاثیرگذار هستند. به عنوان مثال ممکن است برخی از مطالعات میزان شیوع بیماری پارکینسون را در ساکنین خانه سالمندان و برخی دیگر در جمعیت عمومی یا در گروه‌های سنی مختلف بررسی کرده باشند و این عوامل در میزان شیوع برآورد شده خیلی دخیل هستند. نکته دوم که ممکن است باعث ایجاد تفاوت بین میزان شیوع برآورد شده در کشورهای مختلف شود، متفاوت بودن میزان تشخیص بیماری پارکینسون در کشورهای مختلف است. متأسفانه اطلاعاتی از میزان تشخیص بیماری پارکینسون در ایران وجود ندارد و نیاز به مطالعه در این زمینه در آینده احساس می‌شود. اما میزان تشخیص بیماری دمانس در ایران که همانند پارکینسون یک بیماری استحال‌ای مغز است خیلی پایین بوده و در حدود 20 درصد گزارش شده است (27).

1. Door-to-door

مقایسه قرار دهند و در این مورد اختلاف نظرهای زیادی وجود دارد (33).

از میان اقوام زیادی (لر، فارس، ترک، کرد، عرب، بلوچ و ترکمن) که در ایران زندگی می کنند، شیوع پارکینسون در استان هایی با ساکنان، ترک (اردبیل و آذربایجان شرقی)، فارس (فارس، اصفهان، تهران و سمنان) و لر (استان کهگیلو و بویراحمد) نسبت به سایر استان ها بالاتر بود. اگر چه از نظر مطالعه حاضر اختلاف دیده شده بیش از آن که با اختلافات قومیتی مرتبط باشد ناشی از سطح اقتصادی-اجتماعی و دسترسی متفاوت به خدمات بهداشتی و درمانی می باشد، به طوری که بین سطح سواد، درصد شهرنشینی و دسترسی به اینترنت که ممکن است دسترسی به خدمات بهداشتی-درمانی را تحت تاثیر قرار دهد همبستگی معنی داری وجود داشته است. روش تحلیل نقاط داغ برای بررسی این فرضیه که بیماری در برخی نواحی جغرافیایی بروز بالا و در برخی نقاط دیگر بروز پایین دارد، آزمون شد که معنی دار نبود. اگر چه آزمون های تحلیل خوشه ای به شکل و نوع خوشه ها و همچنین اندازه آن ها حساس هستند، به همین دلیل استفاده از روش تحلیل نقاط داغ به تنهایی نمی تواند فرضیه خوشه ای بودن میزان شیوع بیماری پارکینسون در کشور را تایید یا رد کند. بنابراین بررسی داده های میزان شیوع این بیماری با دیگر آزمون های خوشه ای و توزیع جغرافیایی برای ارزیابی نتایج حاصل از این مطالعه مفید می باشد. همچنین با توجه به موقعیت و مساحت کشور ایران با دامنه عرض جغرافیایی (16=24-40) و دامنه طول جغرافیایی (20=44-64)، در این مطالعه رابطه بین طول و عرض جغرافیایی با میزان شیوع بیماری پارکینسون مورد بررسی قرار گرفت، اما این شاخص ها همبستگی قابل توجهی با میزان شیوع بیماری نداشتند.

محدودیت هایی که در این مطالعه وجود دارد و باید در به کارگیری میزان های شیوع، برای برنامه ریزی مورد توجه قرار گیرند شامل، نداشتن میزان شیوع بیماری پارکینسون به تفکیک جنسیت و سن و عدم

متفاوت در استان های مختلف است (1،31). در مطالعه حاضر نیز همبستگی بین میزان شیوع این بیماری و میانگین سن در استان های مختلف معنی دار بود. براساس گزارش مرکز آمار ایران، بیش ترین درصد سالمندی را (<60 سال) استان های تهران، اصفهان، فارس و آذربایجان شرقی دارا هستند، بنابراین بالا بودن میزان شیوع بیماری پارکینسون در این استان ها ممکن است در ارتباط با درصد بالای افراد سالمند باشد. همچنین ممکن است متفاوت بودن امید به زندگی در استان های مختلف ایران هم سبب تغییرات جغرافیایی میزان شیوع بیماری پارکینسون در ایران باشد. براساس اعلام مرکز آمار ایران بالاترین امید به زندگی در ایران به ترتیب در استان های البرز، تهران، مازندران و کم ترین امید به زندگی به ترتیب در استان های سیستان و بلوچستان، خراسان شمالی، هرمزگان و ایلام قرار دارد (32). همچنین در مطالعات قبلی نشان داده شده است که مواجهه مزمن با فلزات سنگین (از قبیل سرب، آهن، منگنز و روی) می تواند با افزایش خطر بیماری پارکینسون در ارتباط باشد (28). در ایران بیش ترین فعالیت صنعتی سنگین که منبع این فلزات هستند در استان های اصفهان، تهران، فارس، قزوین و آذربایجان شرقی صورت می گیرد (27) و همزمان مراکز این استان ها جزء آلوده ترین شهر های ایران از نظر دود حاصل از وسایل نقلیه با درصد بالای سرب هستند، بنابراین ممکن است فعالیت صنعتی و آلودگی هوای بالا، توجیه کننده میزان شیوع و خطر اضافی بیماری پارکینسون در این استان ها باشند.

در مطالعه حاضر شیوع بیماری پارکینسون در استان هایی (به جز کهگیلو و بویراحمد) بالاتر بوده است که درصد بالایی از ساکنان آن ها شهرنشین هستند. این یافته با نتایج به دست آمده از مطالعه Chih Chuan Chen در تایوان مطابق است، بنابراین به نظر می رسد در ایران شهرنشینی رابطه قوی تری با بیماری پارکینسون داشته باشد. اگر چه مطالعات کمی وجود دارند که این اختلاف را بین مناطق روستایی و شهری مورد

شیوع بیماری پارکینسون در جمعیت بالای 50 سال ایران نسبت به کشورهای غربی پایین تر است، اما شیوع این بیماری کم و بیش با میزان شیوع گزارش شده بیماری پارکینسون در کشورهای در حال توسعه آسیایی قابل مقایسه است. اگر چه باید توجه داشت که شیوع بیماری پارکینسون در استان‌های مختلف ایران تغییرات جغرافیایی قابل توجهی داشته و در بعضی از استان‌های شیوع آن شبیه شیوع این بیماری در کشورهای توسعه یافته می‌باشد.

امکان استانداردسازی براساس سن و جنس، احتمال بیش برآوردی میزان شیوع در برخی از استان‌ها برخوردار، و عدم دسترسی به اطلاعات بیمارانی که از بیمه‌هایی غیر از بیمه نظام سلامت و تامین اجتماعی استفاده می‌کنند، می‌باشد. اگر چه با توجه به این که درصد کمی از جمعیت کشور تحت پوشش بیمه‌هایی غیر از بیمه تامین اجتماعی و بیمه نظام سلامت هستند این موضوع به نظر نمی‌رسد میزان شیوع برآورد شده را زیاد تحت تاثیر قرار دهد.

References

- De Lau LM, Breteler MM. Epidemiology of Parkinson's disease. *Lancet Neurol* 2006; 5(6): 525-535.
- Hosseinzadeh A, Khalili M, Sedighi B, Iranpour S, Haghdoost AA. Parkinson's disease and risk of hip fracture: systematic review and meta-analysis. *Acta Neurol Belg* 2018; 118(2): 201-210.
- Pringsheim T, Jette N, Frolkis A, Steeves TD. The prevalence of Parkinson's disease: A systematic review and meta analysis. *Mov Disord* 2014; 29(13): 1583-1590.
- Ross GW, Abbott RD. Living and dying with Parkinson's disease. *Mov Disord* 2014; 29(13): 1571-1573.
- Kinsella K, Velkoff VA. The demographics of aging. *Aging Clin Exp Res* 2002; 14(3): 159-169.
- Lawson AB, Biggeri AB, Böhning D, Lesaffre E, Viel JF, Clark A, et al. Disease mapping models: an empirical evaluation. Disease Mapping Collaborative Group. *Stat Med* 2000; 19(17-18): 2217-2241.
- Lawson AB, Browne WJ, Rodeiro CLV. Disease mapping with WinBUGS and MLwiN. New York: Wiley; 2003.
- Pickle LW, Mungiole M, Jones GK, White AA. Exploring spatial patterns of mortality: the new atlas of United States mortality. *Stat Med* 1999; 18(23): 3211-3220.
- Newman EJ, Grosset KA, Grosset DG. Geographical difference in Parkinson's disease prevalence within West Scotland. *Mov Disord* 2009; 24(3): 401-406.
- Getis A, Ord JK. The analysis of spatial association by use of distance statistics. *Geogra Analys* 1992; 24(3): 189-206.
- Hosseinzadeh A, Baneshi MR, Sedighi B, Kermanchi J, Haghdoost AA. Geographic variations of multiple sclerosis in Iran: A population based study. *Mult Scler Relat Disord* 2019; 28: 244-249.
- Munoz M, Boutros-Toni F, Preux P, Chartier JP, Ndzanga E, Boa F, et al. Prevalence of neurological disorders in Haute-Vienne department (Limousin region-France). *Neuroepidemiology* 1995; 14(4): 193-198.
- Morgante L, Rocca WA, Di Rosa AE, De Domenico P, Grigoletto F, Meneghini F, et al. Prevalence of Parkinson's disease and other types of parkinsonism: a door-to-door survey in three Sicilian municipalities. *The*

- Sicilian Neuro-Epidemiologic Study (SNES) Group. *Neurology* 1992; 42(10): 1901-1907.
14. Benito León J, Bermejo Pareja F, Rodríguez J, Molina JA, Gabriel R, Morales JM, et al. Prevalence of PD and other types of parkinsonism in three elderly populations of central Spain. *Mov Disord* 2003; 18(3): 267-274.
 15. de Rijk MC, Tzourio C, Breteler MM, Dartigues JF, Amaducci L, Lopez-Pousa S, et al. Prevalence of parkinsonism and Parkinson's disease in Europe: the EUROPARKINSON Collaborative Study. European Community Concerted Action on the Epidemiology of Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1997; 62(1): 10-15.
 16. Van Den Eeden SK, Tanner CM, Bernstein AL, Fross RD, Leimpeter A, Bloch DA, et al. Incidence of Parkinson's disease: variation by age, gender, and race/ethnicity. *Am J Epidemiol* 2003; 157(11): 1015-1022.
 17. Muangpaisan W, Hori H, Brayne C. Systematic review of the prevalence and incidence of Parkinson's disease in Asia. *J Epidemiol* 2009; 19(6): 281-293.
 18. Chen RC, Chang SF, Su CL, Chen TH, Yen MF, Wu HM, et al. Prevalence, incidence, and mortality of PD A door-to-door survey in Ilan County, Taiwan. *Neurology* 2001; 57(9): 1679-1686.
 19. Li SC, Schoenberg BS, Wang CC, Cheng XM, Rui DY, Bolis CL, et al. A prevalence survey of Parkinson's disease and other movement disorders in the People's Republic of China. *Arch Neurol* 1985; 42(7): 655-657.
 20. Al Rajeh S, Bademosi O, Ismail H, Awada A, Dawodu A, Al-Freih H, et al. A community survey of neurological disorders in Saudi Arabia: the Thugbah study. *Neuroepidemiology* 1993; 12(3): 164-178.
 21. Harada H, Nishikawa S, Takahashi K. Epidemiology of Parkinson's disease in a Japanese city. *Arch Neurol* 1983; 40(3): 151-154.
 22. Seo W-K, Koh S-B, Kim B-J, Yu S-W, Park M-H, Park K-W, et al. Prevalence of Parkinson's disease in Korea. *J Clin Neurosci* 2007; 14(12): 1155-1157.
 23. Rajput AH, Birdi S. Epidemiology of Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord* 1997; 3(4): 175-186.
 24. Newman EJ, Grosset KA, Grosset DG. Geographical difference in Parkinson's disease prevalence within West Scotland. *Mov Disord* 2009; 24(3): 401-406.
 25. von Campenhausen S, Bornschein B, Wick R, Botzel K, Sampaio C, Poewe W, et al. Prevalence and incidence of Parkinson's disease in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005; 15(4): 473-490.
 26. Porter B, Macfarlane R, Unwin N, Walker R. The prevalence of Parkinson's disease in an area of North Tyneside in the North-East of England. *Neuroepidemiology* 2006; 26(3): 156-161.
 27. Sharifi F, Fakhrzadeh H, Vannaghani M, Arzaghi SM, Alizadeh Khoei M, Farzadfar F, et al. Prevalence of Dementia and Associated Factors among Older Adults in Iran: National Elderly Health Survey (NEHS). *Arch Iran Med* 2016; 19(12): 838-844.
 28. Chin-Chan M, Navarro-Yepes J, Quintanilla-Vega B. Environmental pollutants as risk factors for neurodegenerative disorders: Alzheimer and Parkinson diseases. *Front Cell Neurosci* 2015; 9: 124.
 29. Priyadarshi A, Khuder SA, Schaub EA, Priyadarshi SS. Environmental risk factors and Parkinson's disease: a metaanalysis. *Environ Res* 2001; 86(2): 122-127.

30. Hosseinzadeh A, Baneshi M, Sedighi B, Kermanchi J, Haghdoost AA. Incidence of multiple sclerosis in Iran: a nationwide, population-based study. *Public Health* 2019; 175: 138-144.
31. Wright Willis A, Evanoff BA, Lian M, Criswell SR, Racette BA. Geographic and ethnic variation in Parkinson disease: a population-based study of US Medicare beneficiaries. *Neuroepidemiology* 2010; 34(3): 143-151.
32. Analytical report: Statistical Center of Iran. https://www.amar.org.ir/Portals/0/Files/fulltext/1398/N_brtsvjkvaato1430.pdf.
33. Chen CC, Chen TF, Hwang YC, Wen YR, Chiu YH, Wu CY, et al. Different prevalence rates of Parkinson's disease in urban and rural areas: a population-based study in Taiwan. *Neuroepidemiology* 2009; 33(4): 350-357.