

Description and Analysis of Health Promoting Behaviors among older people: Assessing Healthy Lifestyle

Alineghad M¹ , Matlabi H²

Abstract

Introduction and purpose: With increased life expectancy and improved health care, elderly population is growing increasingly. Common diseases of ageing have multiple physical and psychological effects on individual and family, as most of difficulties may be prevented by choosing a healthy lifestyle. Regarding to health promotion approaches amongst older people; healthy lifestyle may improve quality of life, productivity and reduce physical and mental problems. Accordingly, this study was conducted to assess the lifestyle of older people in Urmia-Iran.

Materials and Methods: This descriptive- analytic study was conducted among 460 older people living in their home by applying Multi-Stage Cluster Sampling. Data was collected based on healthy lifestyle assessment questionnaire (Iranian version) and analysed by using descriptive statistics.

Findings: Demographic characteristic of the study population indicated that 58.3% of them were males. The average age of elderly was 68.74 ± 7.67 . Nearly all the participants (92.2%) were living with their family members. Interestingly, 66.5% were affected by chronic diseases. It was also found that two-thirds of the older people could cope with stressful situations.

Conclusion: It is necessary to consider appropriate interventions especially educational strategies in order to promote healthy lifestyles for seniors who live alone, suffer from chronic disease, and have low education.

Keywords: *lifestyle, older people, Health promoting behaviours, Urmia*

Received: 2018/11/03

Accepted: 2018/12/11

Copyright © 2018 Quarterly Journal of Geriatric Nursing. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

1 - MS in Health Education, Deputy of Health, Urmia University of Medical Sciences.

2 - Associate Professor of Geriatric Health, Tabriz University of Medical Sciences
Faculty of Health Sciences, Department of Health Education and Promotion.

(Corresponding Author): E-mail: hm1349@gmail.com

توصیف و تحلیل رفتارهای ارتقا دهنده سلامت سالمندان: سنجش سبک زندگی سالم

مهین علی نژاد^۱، حسین مطلبی^۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷ / ۸ / ۱۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷ / ۹ / ۲۰

چکیده

مقدمه و هدف: بیماری های شایع دوران سالمندی دارای عوارض متعدد جسمی و روانی برای فرد و خانواده است که این بیماری ها و اختلالات با رعایت سبک زندگی سالم قابل پیشگیری هستند. سبک زندگی سالم، همچنین به دلیل پیشگیری از بیماری ها، ارتقای سطح کیفی زندگی و بهبود سلامت جسم و روان از اهمیت والایی برخوردار است.

سبک زندگی در برگیرنده ابعاد و مولفه هایی است که مهمترین آنها عبارتند از: رعایت اصول تغذیه صحیح، فعالیت فیزیکی و تفریح منظم و کافی، عدم استعمال دخانیات، مشروبات الکلی و سایر مواد اعتیاد آور، مخدر و محرک، انجام معاینات دوره ای منظم، مدیریت کافی استرس و آرام سازی و مشارکت فرد سالمند در فعالیت های اجتماعی و در کنار خانواده. لذا این مطالعه با هدف بررسی وضعیت سبک زندگی سالمندان شهر ارومیه انجام شد تا بر اهمیت سبک زندگی سالم در این دوران بیشتر تاکید شود و شناسایی راههای ارتقاء آن نیز مورد توجه قرار گیرد.

مواد و روش ها: این مطالعه، یک مطالعه ی توصیفی- تحلیلی بود که بر روی سالمندان شهر ارومیه انجام گرفت. روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای تصادفی بود که ۴۶۰ سالمند شهر ارومیه در سال ۱۳۹۵ مورد مطالعه قرار گرفتند. اطلاعات بر اساس پرسشنامه ی سنجش سبک زندگی سالم در سالمندان ایرانی جمع آوری گردید و به کمک روش های آمار توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون، ANOVA، Student's t-test مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: از مجموع ۴۶۰ نفر شرکت کننده در مطالعه، ۲۶۸ نفر (۵۸/۳٪) آنان را مردان و بقیه را زنان تشکیل دادند. میانگین سنی سالمندان مورد مطالعه ۶۸/۷۴±۷/۶۷ بود. میانگین کلی نمره ی سبک زندگی ۱۰/۵۳±۱۰/۴۴/۴۶ و در مردان و زنان به ترتیب برابر ۱۴۳/۹۱±۱۱/۴۷ و ۱۴۹/۰۹±۹/۲۵ بود. همبستگی معنی دار بین شیوه زندگی با بیماریهای مزمن، تحصیلات پایین و سالمندانی که تنها زندگی می کنند گزارش گردید.

نتیجه گیری: سالمندان تنها، دارای بیماری های مزمن چندگانه، سطح تحصیلات پایین و کهنسالان از سبک زندگی غیر سالم تری برخوردار بودند. جلب حمایت همه جانبه و مداخلات آموزشی جهت بهبود شیوه های زندگی سالم آنان پیشنهاد می شود.

کلید واژه ها: سبک زندگی، سالمند، ارومیه، رفتارهای ارتقا دهنده

۱ - کارشناس ارشد آموزش بهداشت، معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

۲ - دانشیار بهداشت سالمندی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

(نویسنده مسؤول). پست الکترونیکی: hm1349@gmail.com

مقدمه

در جوامع امروزی و به خصوص در کشورهای در حال توسعه، پیشرفت علم پزشکی در موارد متعدد مانند واکسیناسیون، کنترل بیماریهای عفونی، سالم سازی محیط، کاهش مرگ و میر نوزادان (۱)، کاهش سطح باروری (۲)، بهبود شرایط بهداشتی، اقتصادی، اجتماعی، رفاهی (۳)، موجب افزایش طول عمر و در نتیجه افزایش جمعیت سالمندان گردیده است (۴). طبق سرشماری مرکز آمار کشور در سال ۱۳۹۵، ۹/۳ درصد از جمعیت ایران را افراد بالای ۶۰ سال تشکیل می دهد. و پیش بینی می شود تا سال ۱۴۰۴ به بیش از ۱۰ درصد برسد و تا سال ۱۴۳۰ بین ۲۱ تا ۲۵ درصد جمعیت کشور سالمند خواهند شد (۵).

طبیعتاً، چنین افزایشی تبعات بسیاری را برای سیاستگذاریهای اجتماعی و بهداشتی در پی خواهد داشت و لازم است سالمندان به عنوان یکی از اقشار آسیب پذیر جامعه، بیش از پیش مورد توجه قرار گیرند. همچنین سالخوردهگی پدیده نوینی است اما باید به عنوان یکی از مهم ترین چالشهای آینده بویژه در کشور ما در نظر گرفته شود (۶). با افزایش تعداد سالمندان شیوع بیماریهای غیر واگیر و خطرات ناشی از آن افزایش پیدا کرده است (۷). در میان ۱۰ علت اول مرگ و میر در آمریکا، ۴ علت مستقیماً با شیوه زندگی در ارتباط است که عبارتند از: بیماریهای قلبی- عروقی، سکنه مغزی، دیابت نوع دو و بعضی انواع سرطان ها (۸).

در ایران نیز این بیماریها از علل عمده مرگ و میر و ناتوانی به شمار می رود (۷). برای کاهش شیوع و فشار ناشی از بیماریهای مزمن رعایت شیوه زندگی سالم ضروری است (۹). با اینکه به کار بردن سبک صحیح زندگی باید از مراحل اولیه زندگی شروع شود هرگز برای تغییر دادن شیوه زندگی و ایجاد عادات پسندیده که به سلامت منجر می شوند، دیر نیست. چرا که به دلیل قابلیت سبک زندگی در پیشگیری از بیماریها، ارتقای سطح کیفی زندگی، افزایش امید به زندگی و بهبود سلامت جسم و روان، بسیار دارای اهمیت است و همچنین در پیشگیری از بیماریها موثر می باشد (۱۰).

اصلاح شیوه زندگی می تواند باعث افزایش استقلال سالمندان شود. رفتارهای فردی و جمعی در ارتقاء یا زوال سلامتی بسیار موثر می باشد و همچنین بسیاری از بیماریها و رویکردهای ارتقاء

دهنده سلامت مستقیماً با این رفتارها در ارتباط می باشند (۱۱). بررسی های انجام شده در انگلستان نشان داده که رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت به ایجاد سالمندی سالم و افزایش کیفیت زندگی در افراد سالمند منجر می گردد (۱۲). آمارهای ارائه شده در مورد دلایل اصلی مرگ و میر، بیانگر آن است که ۵۳ درصد از علل مرگ و میرها به سبک زندگی و رفتارهای غیر بهداشتی مربوط می باشد (۱۳). مطالعه های انجام گرفته در ایران نشان می دهد که آگاهی و نگرش سالمندان درباره شیوه زندگی سالم و عملکرد آن در ارتقای سبک زندگی سالم پایین است. عدم آگاهی یا آگاهی کم این گروه سنی در اتخاذ شیوه های زندگی سالم باعث می شود که عملکرد آنان در جهت افزایش آگاهی سبک زندگی سالم نبوده و چه بسا حرکت در خلاف جهت آن باشد (۱۲).

بر طبق مطالعات انجام شده، شیوه زندگی ارتقاء دهنده سلامت به کیفیت مثبت زندگی کمک می کند (۱۳). سازمان خدمات بهداشتی و انسانی آمریکا، جهت ارتقاء سلامتی در سالمندان به ورزش منظم، عدم مصرف سیگار، اجتناب از مصرف الکل، تغذیه مناسب و ایمن سازی متناسب با سن تاکید می کند (۱۴). مطلوب-ترین شیوه زندگی سالم شامل ورزش و رژیم غذایی متعادل در کنار سایر شیوه های اثبات شده برای حفظ سلامتی، در افزایش امید به زندگی از طریق به تأخیر انداختن یا پیشگیری از وقوع بیماریهای وابسته به سن، نقش بسزایی دارند (۱۵). سبک زندگی افراد از عوامل مختلفی تأثیر می پذیرد. مطالعات نشان داده است که تحصیلات باعث افزایش درک افراد از منافع و موانع رفتار میشود. علاوه بر این سطح تحصیلات بالاتر باعث برخورداری از منابع مالی بیشتر و طبقه اقتصادی اجتماعی بالاتر میگردد. سطح تحصیلات بالاتر با عملکردهای مطلوب تغذیه ای و رفتارهای مناسب همراه است (۱۶).

در مطالعه ای که بابک و همکاران تحت عنوان "ارزیابی سبک زندگی سالمندان استان اصفهان" انجام دادند، مشخص شد که ۳۱/۷ درصد آنها دارای سبک زندگی مطلوب بوده اند. مردان در حیطه های ورزش و تفریح، استرس و روابط اجتماعی به طور معنی داری نمره ی بالاتری کسب نمودند در حالی که در حیطه ی

پاسخ به سوالات، تمایل به شرکت در مصاحبه، ساکن بودن در شهرستان ارومیه.

معیارهای خروج: عدم توانایی در درک سوالات و پاسخ به آنها، ناشنوا بودن و نابینا بودن سالمند، داشتن آلزایمر با توجه به پرونده های پزشکی موجود در مجتمع های سلامت، عدم تمایل به شرکت در مصاحبه

برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه سبک زندگی سالمندان ایرانی (۱۳) استفاده شد. این پرسشنامه قبلاً توسط اسحاقی و همکاران (۱۳۸۸) طراحی، و روایی صوری و محتوایی آن تأیید گردیده است (ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۶). علاوه بر این، نقطه نظرات پاسخگویان در مورد پرسشنامه فوق توسط تیم خبرگان ارزیابی گردیده است. پرسشنامه دارای یک قسمت دموگرافیک و یک قسمت اصلی شامل ۴۶ سوال به شرح زیر است: ۱۵ سؤال حیطه پیشگیری، ۵ سؤال حیطه فعالیت جسمی، ورزش، تفریح و سرگرمی، ۱۴ سؤال حیطه تغذیه سالم، ۵ سؤال حیطه مدیریت استرس و ۷ سؤال حیطه روابط اجتماعی و بین فردی. مقیاس پاسخگویی این پرسشنامه شامل مقیاس تکرار عمل و مقیاس های چند گزینه ای (تک پاسخی یا چند پاسخی) است. در مورد سوالات ۲۳-۲۰ که مقیاس چند تایی «کم و متوسط و زیاد» دارد، برای ایجاد هماهنگی در تعریف این کمیت ها، یک برگه حاوی اطلاعاتی در مورد تعریف هرسهم ماده غذایی و میزان توصیه شده مصرف روزانه، ضمیمه پرسشنامه می شود. در هر سؤال به گزینه ای که معرف نامطلوب ترین سطح از سبک زندگی است نمره ۱ و به سایر گزینه ها، به ترتیب افزایش مطلوبیت نمرات ۲ و ۳ و ۴ و ۵ تعلق می گیرد. در چهار سوال ۳۴ و ۴۴ و ۴۵ و ۴۶ برای مواردی که همسر نداشته باشند، نمره ای ۲/۵ تعلق می گیرد تا در نتیجه گیری کلی کمترین تاثیر را داشته باشد به این ترتیب، کمترین نمره قابل اکتساب از پرسشنامه، ۵۲ و بیشترین نمره، ۲۱۱ خواهد بود (۱۳ و ۱۴). اطلاعات جمع آوری شده توسط روش های آمار توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون، Student's t-test، ANOVA، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

پیشگیری، نمره ی زنان بالاتر بود. (۱۷). مطالعه زر و نورشاهی (۱۳۸۶) نشان داد که وضعیت سلامت تغذیه ای سالمندان شیراز مناسب نیست ولی سالمندان فعال از وضعیت تغذیه ای مناسب تری نسبت به سالمندان غیر فعال برخوردارند (۱۸). پژوهش نجیمی و معظمی (۱۳۹۱) در بین سالمندان عضو کانون بازنشستگان اصفهان نشان داد که سبک زندگی سالم آنان در سطح مطلوبی قرارداشت (۱).

در مطالعه ای که پیگ و همکاران (۲۰۱۳) بر روی سالمندان اسپانیایی در مورد سبک زندگی سالمندانی که در منزل مراقبت می شدند انجام دادند، مشخص شد که بسیاری از آنها به تغذیه کافی دسترسی نداشتند، ۴۳/۳ در صد مشکل جویدن، ۶۵/۳ در صد وابسته به دیگران، بسیاری از آنها در منزل ویزیت می شدند و تنها ورزشی که انجام می دادند قدم زدن بود (۱۹). در مطالعه ای که سینگ و همکاران (۲۰۱۳) در مورد سبک زندگی سالمندان هندوستان انجام دادند، مشخص شد که اکثریت سالمندان (۵۷/۷۵ در صد) اعتیاد نداشتند، ۵۴/۷۵ در صد رژیم غذایی ناسالم و ۵۲/۲۵ در صد فاقد فعالیت بدنی بودند. در مردان، فعالیت بدنی بیشتر از زنان بود (۲۰). بنابراین با توجه به موارد ذکر شده و عدم بررسی های قبلی در مورد سبک زندگی سالمندان ارومیه، انجام این پژوهش ضروری به نظر می رسد تا بر اهمیت سبک زندگی سالم در این دوران بیشتر تاکید شود و شناسایی راه های ارتقاء آن نیز مورد توجه قرار گیرد.

مواد و روش ها

در این مطالعه توصیفی - تحلیلی که به روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای انجام گرفت، ۴۶۰ نفر از سالمندان وارد مطالعه شدند. ابتدا از هر ۴ منطقه شهرستان ارومیه، ۱۰ محله بصورت تصادفی انتخاب شدند. سپس براساس معیارهای ورود به مطالعه، از هر محله بصورت تصادفی تعداد ۱۲ خانوار شرکت داده شدند در صورتیکه فرد سالمند حائز شرایط در آن خانوار موجود نبود، نمونه از خانوار بعدی از سمت راست بر اساس آدرس های موجود، جایگزین شد. معیارهای ورود پژوهش: داشتن سن بالای ۶۰ سال، توانایی

یافته ها

۲۴۱ نفر (۵۲/۴ درصد) بی سواد و ۱۲۹ نفر (۲۸ درصد) سواد ابتدایی داشتند. از نظر سلامت جسمانی، طبق اظهار نظر سالمندان ۶۶/۵ درصد دچار بیماری مزمن بودند. همچنین مشخص شد که دو سوم از افراد مسن می توانند با شرایط استرس زا مقابله کنند. میانگین نمره ی سبک زندگی در کل و به تفکیک حیطه ها در جداول ۱-۵ نشان داده شده است.

میانگین سنی سالمندان مورد مطالعه $67/67 \pm 68/74$ سال و به تفکیک جنس، به ترتیب در مرد و زن، $70/13 \pm 8/29$ و $66/8 \pm 6/25$ سال و میانگین وزن و نمایه توده بدنی آنان به ترتیب $73/5 \pm 12/9$ و $28/233 \pm 4/56$ بود. $58/3$ درصد گروه سالمندان را مردان تشکیل می دادند. ۳۵۱ نفر (۷۶/۳ درصد) دارای همسر و ۱۰۹ نفر (۲۳/۷ درصد) بدون همسر بودند. مطابق طبقه بندیهای استاندارد بین المللی سن سازمان جهانی بهداشت، ۲۷۰ نفر (۵۸/۶۹ درصد) از افراد مورد مطالعه، سالمند جوان (۶۹-۶۰ سال)، ۱۳۵ نفر (۲۹/۳۴ درصد) سالخورده (۷۹-۷۰ سال) و بقیه کهنسال (۸۰ سال و بالاتر) بودند. از نظر سطح تحصیلات،

جدول ۱- مشخصات جمعیت شناختی سالمندان (n=460)

| خصوصیات دموگرافیک/ توزیع فراوانی | | | |
|----------------------------------|--|-----------------|--|
| جنس | | | |
| مرد | | زن | |
| (۵۸/۳)۲۶۸ | | (۴۱/۷)۱۹۲ | |
| گروه سنی | | | |
| ۸۰ و بالاتر | | ۷۰-۷۹ | |
| (۱۲)۵۵ | | (۲۹/۳)۱۳۵ | |
| ۶۰-۶۹ | | ۶۰-۶۹ | |
| (۵۸/۷)۲۷۰ | | (۵۸/۷)۲۷۰ | |
| میزان تحصیلات | | | |
| بیسواد | | ابتدایی | |
| (۵۲/۴)۲۴۱ | | (۲۸)۱۲۹ | |
| راهنمایی | | دیپلم | |
| (۷/۴)۳۴ | | (۶/۵)۳۰ | |
| فوق دیپلم | | لیسانس و بالاتر | |
| (۲/۴)۱۱ | | (۳/۳)۱۵ | |
| زندگی با خانواده | | | |
| بله | | خیر | |
| (۹۲/۲)۴۲۴ | | (۷/۸)۳۶ | |
| زندگی با همسر | | | |
| بله | | خیر | |
| (۷۶/۳)۳۵۱ | | (۲۳/۷)۱۰۹ | |
| بیماری مزمن | | | |
| بله | | خیر | |
| (۶۶/۵)۳۰۶ | | (۳۳/۵)۱۵۴ | |
| نمایه توده بدنی | | | |
| کمتر از ۱۸.۵ | | ۲۵-۲۹.۵ | |
| (۰/۴)۲ | | (۴۵/۹)۲۱۱ | |
| ۱۸.۵-۲۴.۹ | | ۳۰ و بالاتر | |
| (۲۲/۴)۱۰۳ | | (۳۱/۳)۱۴۴ | |
| دور کمر | | | |
| نرمال | | غیر نرمال | |
| (۴۷/۸)۲۲۰ | | (۵۲/۲)۲۴۰ | |

جدول ۲- مقایسه میانگین نمره سبک زندگی در افراد مورد مطالعه به تفکیک حیطة های مورد بررسی و جنس

| جنس | کل | حیطه پیشگیری | حیطه ورزش و تفریح | حیطه تغذیه | حیطه استرس | حیطه روابط اجتماعی |
|---------|--------------|--------------|-------------------|------------|------------|--------------------|
| کل | ۱۴۶/۹۴±۱۰/۵۳ | ۵۹/۵۵±۴/۵۵ | ۱۳/۳۳±۳/۴۰ | ۴۲/۹۲±۴/۵۵ | ۱۴/۲۴±۳/۱۹ | ۱۹/۱۳±۳/۹۹ |
| مرد | ۱۴۹/۰۹±۹/۲۵ | ۵۹/۴۰±۵/۰۷ | ۱۴±۳/۵۲ | ۴۳/۱۸±۴/۱۷ | ۱۴/۵۸±۳/۱۶ | ۱۸/۳۵±۳/۹۶ |
| زن | ۱۴۳/۹۱±۱۱/۴۷ | ۵۹/۷۶±۳/۷۱ | ۱۲/۳۹±۲/۹۷ | ۴۲/۵۶±۵/۰۳ | ۱۳/۷۷±۳/۱۹ | ۲۰/۲۲±۳/۷۹ |
| p-value | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۴۰ | <۰/۰۰۱ | <۰/۲۸۳ | <۰/۰۰۷ | <۰/۰۰۴ |

جدول ۳- توزیع فراوانی میانگین نمره سبک زندگی بر حسب نوع زندگی (تنها، بدون همسر و سایرین)

| زندگی تنها | کل | حیطه پیشگیری | حیطه ورزش و تفریح | حیطه تغذیه | حیطه استرس | حیطه روابط اجتماعی |
|------------|-------------|--------------|-------------------|------------|------------|--------------------|
| دارد | ۱۳۶/۷۹±۹/۳۵ | ۵۸/۸۷±۳/۱۸ | ۱۲/۶۱±۳/۴۶ | ۴۲/۳۳±۵/۱۴ | ۱۳/۵۴±۲/۳۰ | ۱۸/۷۶±۳/۲۴ |
| ندارد | ۱۵۰/۰۶±۸/۷۷ | ۵۹/۷۶±۴/۸۸ | ۱۳/۵۵±۳/۳۵ | ۴۳/۱۰±۴/۳۵ | ۱۴/۴۶±۳/۱۳ | ۱۹/۲۵±۴/۱۹ |
| p-value | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۱۲ | <۰/۱۲۳ | <۰/۰۰۸ | <۰/۰۰۱ |

جدول ۴- توزیع فراوانی میانگین نمره سبک زندگی بر حسب ابتلا به بیماریهای مزمن

| بیماری مزمن | کل | حیطه پیشگیری | حیطه ورزش و تفریح | حیطه تغذیه | حیطه استرس | حیطه روابط اجتماعی |
|-------------|--------------|--------------|-------------------|------------|------------|--------------------|
| دارد | ۱۴۶/۱۰±۱۱/۰۷ | ۵۹/۲۸±۴/۱۴ | ۱۲/۹۴±۳/۵۲ | ۴۳/۰۲±۴/۶۸ | ۱۴/۰۸±۳/۰۷ | ۱۹/۷۲±۳/۹۲ |
| ندارد | ۱۴۸/۶۲±۹/۱۹ | ۶۰/۰۶±۵/۲۵ | ۱۴/۱۰±۲/۹۹ | ۴۲/۷±۴/۲۹ | ۱۴/۵۵±۳/۴۲ | ۱۷/۹۷±۳/۸۹ |
| p-value | <۰/۰۰۹ | <۰/۰۰۵ | <۰/۰۰۱ | <۰/۵۰۶ | <۰/۱۳۷ | <۰/۷۹۴ |

جدول ۵- همبستگی بین سن و نمایه توده بدنی با حیطه های مختلف سبک زندگی

| متغیر | کل | حیطه پیشگیری | حیطه ورزش و تفریح | حیطه تغذیه | حیطه استرس | حیطه روابط اجتماعی |
|---------------------|--------|--------------|-------------------|------------|------------|--------------------|
| سن | -۰/۰۶۴ | -۰/۱۲ | -۰/۰۹۱ | ۰/۰۲۴ | ۰/۰۱۳ | ۰/۰۷۴ |
| ضریب همبستگی پیرسون | | | | | | |
| p-value | ۰/۱۶۸ | ۰/۰۰۹ | ۰/۰۵۰ | ۰/۶۰۷ | ۰/۷۷ | ۰/۱۱۲ |
| BMI | -۰/۰۱۳ | ۰/۰۸۰ | -۰/۰۲۲ | ۰/۰۴۲ | -۰/۰۳۳ | -۰/۰۰۳ |
| ضریب همبستگی پیرسون | | | | | | |
| p-value | ۰/۷۷ | ۰/۰۸۵ | ۰/۶۴ | ۰/۳۶ | ۰/۴۷ | ۰/۹۴ |

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه ۷۶/۳ درصد از شرکت کنندگان متاهل بوده و با خانواده و یا فرزند خود زندگی می کردند و تنها ۷/۸ درصد از آنان تنها زندگی می کردند. مطالعه زحمتکشان و همکاران در بوشهر نشان می دهد ۷۰/۳ درصد از سالمندان شرکت کننده متاهل و با خانواده و یا فرزند خود زندگی می کردند و ۹/۲ درصد از آنان نیز تنها زندگی می کردند (۲۱). همچنین ۶۶/۵ درصد از سالمندان شرکت کننده در این مطالعه حداقل از یک بیماری رنج می بردند و شایع ترین بیماریهای مزمن بر اساس اظهار نظر سالمندان شرکت

کننده به ترتیب ابتلا به پرفشاری خون (۳۱ درصد)، بیماری قلبی عروقی (۱۷/۸ درصد)، چربی خون بالا (۱۰ درصد)، دیابت (۹/۵ درصد) گزارش گردید. در مطالعه توتونچی و همکاران ۷۸ درصد از افراد مورد مطالعه حداقل یک بیماری را گزارش کردند (۲۲) در حالیکه این میزان در سایر مطالعات ۸۷/۶ درصد (۲۳) و ۸۲ درصد (۲۴) گزارش گردید. تفاوت های نژادی، اقتصادی، اجتماعی، سیستم های مراقبت های بهداشتی، پرسشنامه های استفاده شده و نیز تفاوت در جمعیت های مورد مطالعه قرار گرفته می تواند دلایل این اختلاف باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد ۵۸/۷ درصد از سالمندان شرکت کننده را افراد سالمند جوان تشکیل می دهند که هنوز در خود توان کار کردن را احساس می نمایند. در برخی کشورها، جنبشی برای استفاده از سالمندان جوان با کار مناسب ایجاد شده است. مسلماً تحت چنین شرایطی آنان احساس ارزشمندی نموده و فرصت هایی برای برقراری روابط اجتماعی با دیگران خواهند داشت؛ در غیر این صورت احساس پوچی خواهند نمود. بر اساس نتایج این مطالعه، سبک زندگی سالمندان شهر ارومیه در سطح به نسبت

متوسطی قرار داشت. این در حالی است که در مطالعه صمدی و همکاران عملکرد سالمندان شهر قزوین در خصوص سبک زندگی سالم در دوران سالمندی در سطح پایینی گزارش شده است (۲۵). میانگین نمره ی سبک زندگی در این مطالعه حدود ۱۴۷ بدست آمد. نمره ی کلی در مردان بطور معنی داری بیشتر بود. در تقسیم بندی نمره ی سبک زندگی به حیطه های مختلف، نمره ی مردان در حیطه های ورزش و تفریح، تغذیه و استرس به طور معنی داری بیشتر از زنان بود. این در حالی است که با مطالعه بابک

با توجه به نتایج این مطالعه توصیه می شود که مراقبت دهنده های بهداشتی، زمینه های تسهیل رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را از طریق برنامه های سلامتی مثل رژیم غذایی صحیح، ورزش منظم و بررسی دوره ای وضعیت جسمانی فراهم آورند تا موجب افزایش فعالیتهای جسمی در سالمندان شده و از این طریق باعث حفظ و ارتقاء زندگی سالم و فعال برای آنها شوند. همچنین ارائه فعال خدمات بهداشتی سالمندان و تغییر رویکرد درمانی به رویکرد ارتقاء سلامت، اقدام مهمی است که باید در برنامه ریزیها مورد توجه قرار گیرد و عدم برنامه ریزی و سیاست گذاری در این زمینه مشکلات جدی اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی برای جامعه در آینده نه چندان دور به دنبال خواهد داشت.

ملاحظات اخلاقی

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله هیچگونه تضاد منافی ندارند.

منابع حمایت مالی مقاله

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول مهین علی نژاد در رشته آموزش بهداشت و ارتقای سلامت است که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی تبریز و شماره گرنت ۵/۵۳/۲۴۵۲ و کمیته اخلاق ۵/۴/۳۷۷۷ به انجام رسیده است.

و همکاران در حیطه های ورزش و تفریح، استرس و پیشگیری هم خوانی دارد ولی در حیطه ی تغذیه هم خوانی ندارد. به عبارت دیگر، نمره ی مردان سالمند در مورد حیطه پیشگیری و روابط اجتماعی پایین تر بود که می تواند ناشی از مشکلات مختلف از جمله فوت همسر و زندگی تنها، جدایی از دوستان و بستگان، ابتلا به بیماریهای شایع دوران سالمندی که باعث گوشه گیری، تعامل کمتر و کاهش سطح سلامت اجتماعی در این افراد شده باشد و در مورد بالاتر بودن نمره ی زنان در حیطه ی پیشگیری، شاید محتاط بودن زنان سبب بالاتر بودن نمره شده بود (۱۷).

در مورد سالمندانی که به تنهایی زندگی می کردند، هم نمره ی کلی سبک زندگی و هم نمره ی حیطه های ورزش و تفریح، پیشگیری، تغذیه، استرس و روابط اجتماعی پایین تر از سالمندانی بود که با خانواده زندگی می کردند. چالیس و همکاران بیان کردند همسر، فرزندان، خواهر و برادر و در پی آنها دوستان صمیمی می توانند از مهم ترین منابع حمایت اجتماعی سالمندان باشند (۲۶). سالمندانی که بیماری مزمن داشتند، در حیطه های پیشگیری، ورزش و استرس نمره ی پایین تری کسب نمودند که این مسئله با ناتوانی سالمندان مبتلا به بیماریهای مزمن در ارتباط است. با افزایش سطح تحصیلات، نمره ی کلی سبک زندگی و نمره در تمام حیطه ها به غیر از حیطه ی روابط اجتماعی افزایش یافت در مطالعه محمودی و همکاران در تمام حیطه ها افزایش یافته بود که این در راستای تایید یافته هایی می باشد که تحصیلات را به عنوان یک عامل موثر در یک زندگی پویای سالمندی ذکر کرده است (۲۷).

در مطالعه حاضر، نمایه توده بدن و نمره ی کلی سبک زندگی و نمره در حیطه های ورزش و تفریح و استرس، رابطه معکوس معنی داری نشان می دهد. مطالعه برهانی و همکاران بیان گر تاثیر مداخله سبک زندگی بر نمایه توده بدن افراد مورد مطالعه است (۲۷). همچنین این مطالعه رابطه معنی داری بین نمایه توده بدن و نمره سبک زندگی سالمندان نشان نمی دهد. نتایج مطالعه نجیمی و همکاران در اصفهان با یافته های پژوهش حاضر هم خوانی دارد (۱).

■ References

- 1- Najimi A, Moazemigoudarzi A. Healthy lifestyle of the elderly in Isfahan. *J health SystRes* 2012;8(4):581-587.
- 2- Mohagheghi kamal H, Sajadi H, Zare H, Biglaryan A. Assessment of healthy behaviors of elderly pensioner organization social security and retirement. *Iran J of elderly* 2008;3(7):8-15.
- 3- Sadeghi F, Koldi A, Sahaf R. Explain experiences of elderly and their family careers of elder-friendly in Tabriz. *Iran j of elderly* 2011;6(23):41-51.
- 4- Aghanori A, Mahmodi M, salehi H, jafariyan K. Survey of Quality of life in elderly covered by health centers in urban areas of state markazi. *Iran j of elderly* 2011;6(22):20-29.
- 5- Population and Housing census 2016, statistics center of Iran. Available from: <http://www.sci.org>
- 6- Maeidfar S, Iran social issues (sociology of vulnerable groups). Print one 2010.
- 7- Azizi F. Prevention of non-communicable diseases. *J of Tehran medical school* 2003;27(4):261-263.
- 8- Azizi F. Changes of lifestyle for the prevention of non-communicable diseases. *Iran j Endocrinal metab* 2002;4(2):81-84.
- 9- Sargazi M, Salehi SH, Naji A. Healthy promoting behaviors of elderly admitted to hospital in Zahedan. *J of Zabol medical school* 2010;5(18):37-45.
- 10- Hekmatpor D, Shamsi M, Zamani M. The effect of healthy lifestyle education programs on promotion of physical activity in elderly of Arak. *J of Daneshvar Medicine* 2012;19(98):1-11.
- 11- Andrews G A. Promoting health and functioning in an aging population. *British medical journal* 2001; 322: 728-729.
- 12- Doshmangir P, Doshmangir L, Taghdis M. Factors affecting in healthy lifestyle of the elderly in Shabestar. *Science publicat* 2012;7(2):1-16.
- 13- ESHAGHI SR, FARAJZADEGAN Z, BABAK A. HEALTHY LIFESTYLE ASSESSMENT QUESTIONNAIRE IN ELDERLY: TRANSLATION, RELIABILITY AND VALIDITY. *PAYESH*. 2010;9(1):91-9.
- 14- Habibi sola A, Nikpor S, Rezayi M, Haghani H. Relationship between health promoting behaviors with the activities of daily living and activities of daily living with tools in elderly of Tehran. *Iran J of elderly* 2007;5(2):332-339.
- 15- Olshansky SJ, Hayflick L, Carnes B A. Position Statement on Human Aging. *J Gerontol A: Biol Sci Med Sci* 2002; 57(8): B292–B297.
- 16- Salehi L, EftekharArdebili H, Mohammad K. Taghdisi M, Shojaeizade D. Some factors affecting in consume fruit and vegetable in the elderly. *Iran J of elderly* 2009;4(14):34-44.
- 17- Babak A, Davari S, Aghdak P, Pirhaji O. Assessment of elderly lifestyle in Isfahan, *Journal of Isfahan Medical School* 2011;29(149):1064-1073.
- 18- Zar A, Norshahi M. Comparison of nutritional status in elderly men active and passive of Shiraz. *Iran J of elderly* 2007;2(3):210-216.

- 19- Puig M, Avila NR, Canut MTL, Farras JF. Lifestyle of the elderly receiving home care Spain. *J Gerontol Geriat Res* 2013;121(2):2-4.
- 20- Singh JP, Singh PN, Kariwal P, Singh AK, Kasturwar NKB, Srivastava A. Geriatric life style profile in an urban slum, central India. *Scholars Journal of Applied Medical Sciences* 2013;1(4):344-347.
- 21- Zahmatkeshan N, Bagherzade R, Akaberiyan SH, Yazdankhah Fard M, Mirzaei K, Yazdanpanah S, et al. Assessing Quality of life and Related factors in Bushehr s Elderly people. *Journal of Fasa University of Medical Sciences* 2012;2(1):53-58.
- 22- Tootoonchi P. Chronic diseases and senile changes in the elderly population, Tehran, Iran. *J Iran Inst Health Sci Res* 2004; 3(3): 219-25.
- 23- Hoffman C, Rice D, Sung HY. Persons with chronic conditions. Their prevalence and costs. *JAMA* 1996; 276(18): 1473-9.
- 24- Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med* 2002; 162(20): 2269-76.
- 25- Samadi S, Bayat A, Taheri M, Joneid B, Rooz – Bahani N. Knowledge, attitude and practice of elderly towards lifestyle during aging. *J Qazvin Univ Med Sci* 2007;11(1):83-84.
- 26- Chalise HN, Kai I, Saito T. Social Support and Its Correlation with Loneliness: A Cross-cultural Study of Nepalese Older Adults. *Int J Aging Hum Dev* 2010;71(2):115-38.
- 27- Mahmudi Gh , Niazazari K , Sanati T. Evaluation of Life Style in the Elderly Agh Qala.sari Islamic Azad University 2012; 1(3):45-50.
- 28- Borhani F, Abbas Zadeh A, Kohan S, Golshan M, Raberi AD. Correlation between lifestyle and body mass index among young adults in Kerman. *Iran J Nurs Res* 2007; 2(7): 65-72.