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

Alineghad M[1] , Matlabi H[2]

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@gmal.com

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

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

مهین علی نژاد[1]، حسین مطلبی[2]

تاریخ دریافت مقاله: ۱۲/ ۸ / ۱۳۹۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۲۰/ ۹/ ۱۳۹۷

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 ۱۳۹۵مورد 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 ۷/۶۷±۶۸/۷۴ بود. میانگین کلی نمره ی سبک زندگی ۱۰/۵۳±۱۴۶/۴۴و در مردان و زنان به ترتیب برابر ۹/۲۵±۱۴۹/۰۹ و ۱۱/۴۷±۱۴۳/۹۱ 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@gmal.com

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

مقدمه

در جوامع امروزی و بـه خصـوص در کشـورهای در حـال توسـعه، پیشرفت علم پزشکی در موارد متعدد مانند واکسیناسـیون، کنتـرل بیماریهـای عفـونی، سـالم سـازی محـیط، کـاهش مـرگ ومیـر نوزادان(۱)، کاهش سـطح بـاروری (۲)، بهبـود شـرایط بهداشـتی، اقتصادی، اجتماعی، رفاهی(۳)، موجـب افـزایش طـول عمـر و در نتیجه افزایش جمعیت سالمندان گردیده است (۴). طبق سرشماری مرکز آمار کشور در سال ۱۳۹۵، ۹/۳ در صـد از جمعیـت ایـران را افراد بالای۶۰ سال تشکیل می دهد. و پیش بینی می شود تا سال ۱۴۰۴ به بیش از ۱۰ در صد برسد و تا سال ۱۴۳۰ بـین ۲۱ تـا ۲۵ در صد جمعیت کشور سالمند خواهند شد (۵).

طبیعتاً، چنین افزایشی تبعات بسـیاری رابـرای سیاسـتگذاری‌هـای اجتماعی و بهداشتی در پی خواهد داشت و لازم است سالمندان به عنوان یکی از اقشار آسیب پذیر جامعه، بیش از پیش مـورد توجـه قرار گیرند. همچنین سالخوردگی پدیده نوینی اسـت امـا بایـد بـه عنوان یکی از مهم‌ترین چالشهای آینده بویژه در کشور ما در نظـر گرفته شود(۶). با افزایش تعداد سـالمندان شـیوع بیماریهـای غیـر واگیر و خطرات ناشی از آن افزایش پیدا کرده اسـت (۷). در میـان ۱۰ علت اول مرگ و میـر در آمریکـا، ۴ علـت مسـتقیما بـا شـیوه زندگی در ارتباط است که عبارتند از: بیماریهـای قلبـی- عروقـی، سکته مغزی، دیابت نوع دو و بعضی انواع سرطان ها (۸).

در ایران نیز این بیماریها از علل عمده مـرگ و میـر و نـاتوانی بـه شمار می رود (۷). برای کاهش شیوع و فشار ناشـی از بیماریهـای مزمن رعایت شیوه زندگی سالم ضروری است (۹). با اینکه به کـار بردن سبک صحیح زندگی باید از مراحل اولیه زندگی شروع شـود هرگز برای تغییر دادن شیوه زندگی و ایجاد عادات پسندیده که بـه سلامت منجر می شوند، دیر نیست. چرا که به دلیل قابلیت سـبک زندگی درپیشگیری از بیماریها، ارتقای سطح کیفی زندگی، افزایش امید به زندگی و بهبود سلامت جسم و روان، بسیار دارای اهمیـت است و همچنین در پیشگیری از بیماریها موثر می باشد (۱۰).

اصلاح شیوه زندگی می تواند باعـث افـزایش اسـتقلال سـالمندان شود. رفتارهای فردی و جمعی در ارتقـاء یـا زوال سـلامتی بسـیار موثر می‌باشد و همچنین بسیاری از بیماریها و رویکردهـای ارتقـاء دهنده سلامت مستقیما با این رفتارها در ارتبـاط مـی باشـند(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 گـردد (۱۲). آمارهـای ارائـه شـده در مـورد دلائل اصلی مرگ ومیر، بیـانگرآن اسـت کـه ۵۳ در صـد از علـل مرگ ومیرها به سبک زندگی و رفتارهای غیر بهداشتی مربوط می باشد (۱۳). مطالعه های انجام گرفته در ایران نشان می دهـد کـه آگاهی و نگرش سالمندان درباره شیوه زندگی سالم و عملکـرد آن در ارتقای سبک زندگی سالم پایین است. عدم آگـاهی یـا آگـاهی کم این گروه سنی در اتخاذ شیوه های زندگی سالم باعث می شود که عملکرد آنان در جهت افزایش آگاهانه سبک زندگی سالم نبوده و چه بسا حرکت در خلاف جهت آن باشد (۱۲).

بر طبق مطالعات انجام شده، شیوه زندگی ارتقاء دهنده سلامت بـه کیفیـت مثبـت زنـدگی کمـک مـی کنـد (۱۳). سـازمان خـدمات بهداشتی و انسانی آمریکا، جهت ارتقاء سـلامتی در سـالمندان بـه ورزش منظم، عدم مصرف سیگار، اجتناب از مصرف الکـل، تغذیـه مناسب و ایمن سازی متناسب با سن تاکید می کند (۱۴). مطلوب-ترین شیوه زندگی سالم شامل ورزش و رژیم غذایی متعادل درکنار سایرشیوه‌های اثبات شده برای حفظ سـلامتی، درافـزایش امیدبـه زندگی از طریق به تأخیر انداختن یا پیشگیری ازوقـوع بیماریهـای وابسته به سن، نقش بسزایی دارنـد (۱۵). سـبک زنـدگی افـراد از عوامل مختلفـی تـأثیر میپـذیرد. مطالعـات نشـان داده اسـت کـه تحصیلات باعث افزایش درک افراد از منافع و موانع رفتار میشـود. علاوه براین سطح تحصیلات بالاتر باعث برخوداری از منابع مالی بیشتروطبقه اقتصادی اجتماعی بالاتر میگـردد. سـطح تحصـیلات بالاتر با عملکردهای مطلوب تغذیه ای و رفتارهای مناسب همـراه است (۱۶).

در مطالعه ای که بابک و همکاران تحت عنوان " ارزیـابی سـبک زندگی سالمندان استان اصفهان" انجام دادند، مشـخص شـد کـه ۳۱/۷ درصد آنها دارای سبک زندگی مطلوب بـوده انـد. مـردان در حیطه های ورزش و تفریح، اسـترس و روابـط اجتمـاعی بـه طـور معنی داری نمره ی بالاتری کسب نمودند در حالی که در حیطه ی

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

پیشگیری، نمره ی زنان بالاتر بـود. (۱۷). مطالعـه زر و نورشـاهی (۱۳۸۶) نشان داد که وضعیت سلامت تغذیـه‌ای سـالمندان شـیراز مناسب نیست ولی سالمندان فعال از وضعیت تغذیه‌ای مناسب‌تری نسبت به سالمندان غیر فعال برخوردارند (۱۸). پـژوهش نجیمـی و معظمی (۱۳۹۱) در بین سالمندان عضوکانون بازنشستگان اصفهان نشان داد که سبک زندگی سالم آنان در سطح مطلوبی قرارداشـت (۱).

در مطالعه ای کـه پیـگ و همکـاران (۲۰۱۳) بـر روی سـالمندان اسپانیایی در مورد سبک زندگی سالمندانی که در منزل مراقبت می شدند انجام دادند، مشخص شد که بسیاری از آنها به تغذیه کـافی دسترسی نداشـتند، ۴۳/۳ در صـد مشـکل جویـدن، ۶۵/۳ در صـد وابسته به دیگران، بسیاری از آنها در منزل ویزیت می شدند و تنها ورزشی که انجام می دادند قدم زدن بود (۱۹). در مطالعـه ای کـه سـینگ و همکـاران (۲۰۱۳) در مـورد سـبک زنـدگی سـالمندان هندوستان انجام دادند، مشخص شد که اکثریت سالمندان (۵۷/۷۵ در صـد) اعتیـاد نداشـتند، ۵۴/۷۵ در صـد رژیـم غـذایی ناسـالم و ۵۲/۲۵ در صد فاقد فعالیت بدنی بودنـد. در مـردان، فعالیـت بـدنی بیشتر از زنان بود (۲۰). بنابراین با توجه به موارد ذکر شده و عـدم بررسیهای قبلی در مورد سبک زندگی سالمندان ارومیه، انجام ایـن پژوهش ضروری به نظر می رسد تا بر اهمیت سبک زندگی سـالم در این دوران بیشتر تاکید شود و شناسایی راههـای ارتقـاء آن نیـز 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 مطالعـه شدند. ابتدا از هر۴ منطقـه شهرسـتان ارومیـه، ۱۰محلـه بصـورت تصادفی انتخاب شدند. سپس براساس معیارهای ورود به مطالعه، از هر محله بصورت تصادفی تعداد ۱۲ خـانوار شـرکت داده شـدند در صورتیکه فردسالمند 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 سـال، توانـایی پاسخ به سوالات، تمایل به شـرکت در مصـاحبه، سـاکن بـودن در شهرستان ارومیه.

معیارهای خروج : عدم توانایی در درک سوالات و پاسـخ بـه آنهـا، ناشنوا بودن و نابینا بودن سالمند، داشتن آلزایمر با توجه به پرونـده های پزشکی موجود در مجتمـع هـای سـلامت، عـدم تمایـل بـه شرکت در مصاحبه

برای جمع آوری داده هـا از پرسشـنامه سـبک زنـدگی سـالمندان ایرانی (۱۳) استفاده شد. ایـن پرسشـنامه قـبلا توسـط اسـحاقی و همکاران (۱۳۸۸) طراحی، و روایـی صـوری و محتـوایی آن تأییـد گردیده است(ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۶). علاوه بـر ایـن، نقطه نظرات پاسـخگویان در مـورد پرسشـنامه فـوق توسـط تـیم خبرگان ارزیـابی گردیـد ه اسـت. پرسشـنامه دارای یـک قسـمت دموگرافیک ویک قسمت اصلی شامل ۴۶ سوال به شرح زیر اسـت : ۱۵ سـؤال حیطـه پیشـگیری، ۵ سـؤال حیطـه فعالیـت جسـمی، ورزش، تفریح و سرگرمی، ۱۴ سؤال حیطه تغذیـه سـالم، ۵ سـؤال حیطه مدیریت استرس و ۷ سـؤال حیطـه روابـط اجتمـاعی وبـین فردی. مقیاس پاسخگویی این پرسشنامه شامل مقیاس تکرار عمل و مقیاس‌های چند گزینه‌ای (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 ایـن کمیـت‌هـا، یـک برگـه حاوی اطلاعاتی در مـورد تعریـف هرسـهم مـاده غـذای و میـزان توصیه شده مصرف روزانه، ضمیمه پرسشنامه می‌شود. در هر سؤال به گزینه‌ای که معرف نامطلوب‌ترین سطح از سبک زنـدگی اسـت نمره ۱ و به سایر گزینه‌ها، به ترتیب افزایش مطلوبیت نمـرات ۲ و ۳ و ۴ و ۵ تعلق می‌گیرد. در چهار سوال ۳۴ و ۴۴ و ۴۵ و۴۶ برای مواردی که همسر نداشته باشند، نمره‌ای ۲/۵ تعلق می‌گیرد تـا در نتیجه گیری کلی کمترین تـاثیر را داشـته باشـد بـه ایـن ترتیـب، کمترین نمره قابل اکتساب از پرسشنامه، ۵۲ و بیشترین نمره، ۲۱۱ خواهد بود (۱۳و ۱۴).اطلاعات جمع آوری شده توسط روش هـای آمار توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون، Student's t-test ،ANOVA مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

یافته ها

میانگین سنی سالمندان مورد مطالعه ۶۸/۷۴±۷/۶۷ سال و به تفکیک جنس، به ترتیب در مرد و زن، ۷۰/۱۳±۸/۲۹ و ۶۶/۸±۶/۲۵ سال و میانگین وزن و نمایه توده بدنی آنان به ترتیب ۷۳/۵±۱۲/۹ و ۲۸/۲۳۳±۴/۵۶بود. ۵۸/۳ در صد گروه سالمندان را مردان تشکیل می دادند. ۳۵۱ نفر(۷۶/۳ در صد) دارای همسر و ۱۰۹ نفر (۲۳/۷در صد) بدون همسر بودند. مطابق طبقه بندیهای استاندارد بین المللی سن سازمان جهانی بهداشت، ۲۷۰ نفر (۵۸/۶۹ در صد) از افراد مورد مطالعه، سالمند جوان (۶۹-۶۰ سال)، ۱۳۵نفر(۲۹/۳۴در صد) سالخورده(۷۹-۷۰ سال) و بقیه کهنسال(۸۰ سال و بالاتر) بودند. از نظر سطح تحصیلات، ۲۴۱ نفر(۵۲/۴در صد) بی سواد و ۱۲۹ نفر(۲۸ در صد) 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.

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

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

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

جدول ۲- مقایسه میانگین نمره سبک زندگی در افراد مورد مطالعه به تفکیک حیطه 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±۳/۳۰	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 ٤- 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

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

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	ضریب همبستگی پیرسون	-۰/۰۶۴	-۰/۱۲	-۰/۰۹۱	۰/۰۲۴	۰/۰۱۳	۰/۰۷۴
	p-value	۰/۱۶۸	۰/۰۰۹	۰/۰۵۰	۰/۶۰۷	۰/۷۷	۰/۱۱۲
BMI	ضریب همبستگی پیرسون	-۰/۰۱۳	۰/۰۸۰	-۰/۰۲۲	۰/۰۴۲	-۰/۰۳۳	-۰/۰۰۳
	p-value	۰/۷۷	۰/۰۸۵	۰/۶۴	۰/۳۶	۰/۴۷	۰/۹۴

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه ۷۶/۳ در صد از شرکت کنندگان متاهل بوده و با خانواده و یا فرزند خود زندگی می کردند و تنها ۷/۸در صد از آنان تنها زندگی می کردند. مطالعه زحمتکشان و همکاران در بوشهر نشان می دهد ۷۰/۳ در صد از سالمندان شرکت کننده متاهل و با خانواده و یا فرزند خود زندگی می کردند و ۹/۲در صد از آنان نیز تنها زندگی می کردند (۲۱). همچنین ۶۶/۵ در صد از سالمندان شرکت کننده دراین مطالعه حداقل از یک بیماری رنج می برند و شایع ترین بیماریهای مزمن بر اساس اظهار نظر سالمندان شرکت کننده به ترتیب ابتلا به پرفشاری خون(۳۱ در صد)، بیماری قلبی عروقی(۱۷/۸در صد)، چربی خون بالا(۱۰در صد)، دیابت(۹/۵ در صد) گزارش گردید. در مطالعه توتونچی و همکاران ۷۸ در صد از افراد مورد مطالعه حداقل یک بیماری را گزارش کردند(۲۲) در حالیکه این میزان در سایر مطالعات ۸۷/۶ در صد(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 در صد از سالمندان شرکت کننده را افرادسالمند 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. مسلما 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

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

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 موردحیطه 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 هاافزایش 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).

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 منافعی 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 گرنت۵/۵۳/۲۴۵۲ و کمیته اخلاق ۵/۴/۳۷۷۷ به انجام رسیده است.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

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, KoldiA,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.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

19- Puig M, Avila NR, Canut MTL, Farras JF.Lifestyle of the elderly receiving home care Spain.J GerontolGeriat 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. Payesh, 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.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]