

بررسی رفتارهای بهداشتی سالمندان مراجعه کننده به کانوهای بازنشستگان شهر رشت سال ۱۳۸۷

پژوهشگران: اکرم نامجو^۱، مریم نیکنامی^۲، مژگان بقایی^۳، میترا صدقی ثابت^۳، زهرا عطر کار روشن^۴

(۱) کارشناس ارشد آموزش پرستاری (بهداشت جامعه)

(۲) مامایی، مربی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

(۳) آموزش پرستاری (داخلی - جراحی)، مربی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

(۴) دانشجوی دکترای آمار حیاتی، مربی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

تاریخ دریافت مقاله: ۸۸/۶/۲۴

تاریخ پذیرش: ۸۸/۱۱/۱۰

چکیده

مقدمه: سالم پیر شدن حق همه افراد بشر است و این امر بر اهمیت پدیده سالمندی و پیشگیری از مشکلات آن می افزاید. رفتارهای بهداشتی نقش مهمی در پیشگیری از مشکلات این دوران ایفا می کنند.

هدف: تعیین رفتارهای بهداشتی سالمندان مراجعه کننده به کانوهای بازنشستگان فعال شهر رشت سال ۱۳۸۷ می باشد.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی همبستگی است که در آن تعداد ۳۲۰ نفر عضو کانوهای بازنشستگان فعال شهر رشت به روش سرشماری در مطالعه شرکت کردند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه ای دو قسمتی شامل مشخصات دموگرافیک و رفتارهای بهداشتی (فعالیت فیزیکی، تغذیه، روابط بین فردی و کنترل استرس) بود که از طریق مصاحبه جمع آوری شد. اطلاعات از طریق نرم افزار SPSS (version 15) و آمار توصیفی و آمار استنباطی (آزمون کای دو) تجزیه تحلیل گردید.

نتایج: یافته ها نشان داد که میانگین رفتارهای بهداشتی $13/6 \pm 92/5$ بود که $55/6$ درصد واحدهای مورد پژوهش رفتارهای بهداشتی مطلوب داشتند. میانگین امتیاز زیر مجموعه های رفتارهای بهداشتی تغذیه $23/1 \pm 24/4$ ، فعالیت فیزیکی $14/95 \pm 4/3$ ، روابط بین فردی $29/5 \pm 4/7$ و کنترل استرس $24/8 \pm 4/2$ بود. نتایج آزمون کای اسکور نشان داد که رفتارهای بهداشتی با متغیرهای دموگرافیک سطح تحصیلات ($P=0/013$)، وضعیت تاهل ($P=0/033$)، ترکیب خانواده ($P=0/008$)، متوسط درآمد ماهیانه ($P=0/000$) و گروه شغلی ($P=0/000$) ارتباط معنی دار آماری داشت.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج پژوهش باید در برنامه ریزیهای که جهت آموزش رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، بهبود خدمات بهداشتی و مشاوره ای در سالمندان انجام می گیرد، اهمیت ویژه ای به این عوامل داده شود.

کلید واژه ها: سالمندان، رفتارهای بهداشتی، سبک زندگی

مقدمه

مرکز آمار ایران تا سال ۱۳۸۵، سه میلیون و ۶۵۶ هزار و ۵۹۱ نفر بوده است و تخمین زده می شود که تا سال ۲۰۵۰ به ۲۶ میلیون و ۳۲۳ هزار نفر معادل ۲۶ درصد جمعیت کل کشور خواهد رسید. نرخ جمعیت سالمندی در ایران در دهه گذشته ۶/۶ درصد بوده و این رقم در سالهای اخیر به هفت تا هشت درصد افزایش یافته است و تا ۲۰ سال آینده، ۲۰ درصد کل جمعیت را تشکیل خواهد داد (۳). با توجه به آمار و ارقام موجود، لزوم توجه به این قشر، مشخص می گردد. نامگذاری سال ۱۹۹۹ به نام سال جهانی سالمند از طرف سازمان ملل متحد و اختصاص شعار سازمان

سالمندی دوره حساسی از زندگی بشر است و توجه به مسائل و نیازهای این مرحله از ضرورتهای اجتماعی است (۱). زیرا در عصر جدید، جهان به سوی سالمندی پیش می رود. کنترل جمعیت از طریق کنترل مولید و از طرف دیگر پیشرفتهای تکنولوژی در جهت افزایش طول عمر باعث تغییر ساختار جمعیت به سوی سالمندی شده است (۱). بر طبق آمار جهانی در سال ۲۰۰۶ تعداد کل سالمندان ۶۸۷ میلیون و ۹۲۳ هزار نفر بوده است که این تعداد در سال ۲۰۵۰ به رقم یک میلیارد و ۹۶۸ میلیون و ۱۵۳ هزار نفر خواهد رسید. جمعیت بالای ۶۵ سال ایران نیز طبق برآورد

بهداشت جهانی تحت عنوان پیر شدن سالم بدین معنا که سالم پیر شدن حق همه افراد بشر است و عدم توجه به آن جامعه انسانی را در آینده ای نزدیک در مقابل مسایل و مشکلاتی بسیار پیچیده و چه بسا لاینحل قرار می دهد، اهمیت پدیده سالمندی و پیشگیری از مشکلات آن را بارز می سازد (۲). حدود دو سوم افراد سالمند علاوه بر دگرگونیهای حاصل از سالمندی در ساختمان و عمل اعضاء بدن، مبتلا به بیماریهای مزمن و کاهش توانایی و عملکرد نیز می شوند. در این دوران بیماریهای جسمی چون بیماریهای قلب و عروق، مغز و سرطان شیوع بالایی دارند (۴). وجود چندین عامل خطر آفرین روانی، اجتماعی مانند فقدان نقش های اجتماعی و استقلال، مرگ دوستان و بستگان، افزایش انزوا، محدودیت های مالی و همچنین کاهش عملکرد شناختی و سلامت، فرد سالمند را نسبت به اختلالات روانی نیز آسیب پذیر می سازد. به گونه ای که اختلالات روانی با نشانه های جدی در ۱۵ تا ۲۵ درصد افراد بالای ۶۵ سال مشاهده می شود (۵). مجموعه ای از تغییرات فوق، سلامت جسمی و روحی سالمندان را تحت تاثیر قرار می دهد به گونه ای که اسملتزر (Smeltzer) و همکاران (۲۰۰۸) می نویسند: سالمندان ۱۳ درصد جمعیت را تشکیل می دهند در حالی که ۳۳ درصد هزینه های مراقبتی، اشغال نیمی از تختهای بیمارستان و بیش از دو سوم پذیرشهای بیمارستانی را به خود اختصاص می دهند. تعداد روزهای بستری این گروه سنی سه برابر بیش از دیگر بالغین بوده و ۳۰ برابر بیشتر از آنها خدمات مراقبتی بلند مدت را به خود اختصاص می دهند (۶). بدین ترتیب هزینه های بهداشتی مربوط به سالمندان برای دولتها بطور فزاینده ای کمر شکن خواهد بود (۲). آمار ارائه شده در مورد دلائل اصلی مرگ و میر بیانگر آن است که ۵۳ درصد از علل مرگ و میرها به سبک زندگی و رفتارهای غیر بهداشتی، ۲۱ درصد به عوامل محیطی، ۱۶ درصد به عوامل ارثی و ۱۰ درصد مربوط به سیستم ارائه خدمات بهداشتی درمانی می باشد (۷).

به این ترتیب فعالیتهایی که در جهت حفظ، بهبود و ارتقای سلامت انجام می شوند اهمیت می یابند (۸). در این میان رفتارهای بهداشتی بعنوان یکی از معیارهای مهم تعیین کننده سلامت و عامل زمینه ای مهم در عدم ابتلا به بسیاری از بیماریها شناخته شده اند. عبارت دیگر ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماریها مستقیماً با این رفتارها در ارتباط می باشند (۹). امروزه کاملاً مشخص است که بسیاری از بیماریها مثل اعتیاد، چاقی، سرطان و بیماریهای قلبی شایع در اغلب کشورها بخصوص در کشورهای توسعه یافته به نوعی با دگرگونیهای سبک زندگی و رفتارهای غیر بهداشتی افراد آن جوامع ارتباط دارند (۱۰) و با وجود نیاز اغلب سالمندان به داشتن استقلال تا دم مرگ، رفتارهای خاصی چون عدم فعالیت، تغذیه نامناسب و نیز بیماریهای ناتوان کننده باعث از دست رفتن توانایی-های آنان و در نتیجه وابسته شدن آنان می شود (۱۱). در حالیکه فعالیت فیزیکی، تغذیه، کنترل استرس و روابط بین فردی از رفتارهای بهداشتی موثر بر ارتقای سلامت سالمندان شمرده می شوند (۱۲) و آمارها نشان می دهد که فعالیتهای ارتقاء سلامت از ۸۰ درصد مشکلات بهداشتی سالمندان جلوگیری کرده یا آنرا به تعویق می اندازد (۱۱). عادات بهداشتی خاصی نظیر ورزش، تغذیه مناسب و کنترل عوامل خطر بیماریها می توانند فرآیند پیر شدن را کند نموده و کیفیت زندگی سالمندان را در سالهای باقیمانده عمر افزایش دهند (۷). نتایج مطالعات انجام شده نشان می دهد که سالمندان در انجام رفتارهای بهداشتی مشکل دارند. نایس (Nies) (۲۰۰۷) می نویسد بیش از دو سوم سالمندان آمریکا ورزش نمی کنند. طبق یافته های تحقیقات در فاصله بین سالهای ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۲، ۲۶ درصد مردان سالمند در مقابل ۱۸ درصد زنان سالمند در فعالیتهای ورزشی شرکت می کردند (۱۳). نتایج مطالعه لی (۲۰۰۵) نشان داد که تنها ۳۷/۲ درصد از سالمندان ورزش می کنند (۱۴). نتایج پژوهش قربانی نیز نشان داد که ۴۷/۲۲ درصد سالمندان وضعیت تغذیه ای مناسبی

نداشته و ۷۷/۹ درصد نیاز به بررسی جدی و ارتقاء وضعیت تغذیه دارند (۱۵). با توجه به اهمیت دوران سالمندی و چالشهای موجود در مراقبت از سالمندان و نقش رفتارهای بهداشتی بر سلامتی این افراد، نیازهای آموزشی این گروه سنی، باید شناسایی شود و خدمات متناسب با نیازهای آنها فراهم گردد. لذا این مطالعه با هدف کلی تعیین رفتارهای بهداشتی سالمندان انجام گرفت تا از این طریق سهمی در فرآیند سالمندی سالم داشته باشد.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی همبستگی است و جامعه پژوهش شامل: کلیه سالمندان ۶۵ سال و بالاتر مراجعه کننده به کانونهای فعال بازنشستگان شهر رشت (دانشگاه علوم پزشکی، آموزش و پرورش، بانکها و تامین اجتماعی و نیروهای مسلح) می باشد. لازم به ذکر است که به دلیل عدم همکاری کانون بازنشستگان نیروهای مسلح با پژوهش، این کانون، از فهرست کانونهای مورد بررسی حذف گردید. در این مطالعه نمونه پژوهش را کلیه افراد دارای سن ۶۵ سال و بالاتر دارای مشخصات نمونه پژوهش تشکیل می دهند که مراجعه کننده به کانونهای فعال بازنشستگان شهر رشت بودند با توجه به آنکه ۴۰ نفر از افراد جامعه پژوهش فاقد شرایط ورود به مطالعه (دارا بودن سن ۶۵ سال و بالاتر، عضویت در کانونهای فعال بازنشستگان شهر رشت، توانایی برقراری ارتباط کلامی در حد پاسخگویی به سئوالات، توانایی انجام فعالیتهای روزانه بدون نیاز به کمک افراد یا ابزار، رضایت به شرکت در مطالعه) بودند از مطالعه حذف شدند. بنابراین تعداد نمونه به ۳۲۰ نفر تقلیل یافت. نمونه-گیری به روش سرشماری و از کل جامعه انجام گرفت. به منظور دستیابی به اهداف پژوهش از پرسشنامه ای دو قسمتی استفاده شد. بخش اول ابزار، مشخصات دموگرافیک نمونه (شامل سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل، میزان درآمد ماهیانه، ترکیب خانواده، نوع مسکن، اشتغال به کار، سابقه ابتلا به

بیماری و نوع بیماری) را مورد بررسی قرار می داد بخش دوم ابزار اقتباس شده پروفایل رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت HPLP II بود که توسط والکر (walker) در سال ۱۹۹۵ تدوین و برای بررسی رفتارهای بهداشتی سالمندان بالای ۶۵ سال مورد استفاده قرار گرفته است. این ابزار، در اصل از ۵۲ عبارت تشکیل می شود که در شش زیر گروه قرار می گیرند. در این مطالعه با توجه به اهداف پژوهش از چهار زیر گروه آن مشتمل بر ۳۲ عبارت استفاده شد و فراوانی رفتارهای بهداشتی در چهار بعد فعالیت فیزیکی (۷ عبارت)، تغذیه (۸ عبارت)، روابط بین فردی (۹ عبارت) و کنترل استرس (۸ عبارت) اندازه گیری و با مقیاس لیکرت همیشه، اغلب اوقات، بعضی اوقات و هرگز به ترتیب با امتیاز ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰ سنجیده شد. برای هر بعد از رفتارهای بهداشتی و همچنین کل رفتارها، میانگین امتیازات به طور جداگانه محاسبه شد. امتیاز بالاتر از میانگین نشان دهنده رفتار بهداشتی مطلوب بود. برای محاسبه میانگین مجموع امتیاز گویه های رفتارهای بهداشتی، میانگین امتیاز به تعداد گویه های هر حیطه تقسیم شد. برای تعیین اعتبار علمی ابزار گردآوری داده ها از روش اعتبار محتوی استفاده شده است جهت اعتماد علمی ابزار گردآوری داده ها از روش ضریب آلفا کرونباخ استفاده شد. ضریب آلفا کرونباخ ابزار رفتارهای بهداشتی ۰/۸۸ بدست آمد و ضریب آلفا کرونباخ در ارتباط با زیر مجموعه های فعالیت های فیزیکی، کنترل استرس، تغذیه و روابط بین فردی به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۲ و ۰/۷۶ بدست آمد که همگی تایید کننده پایایی ابزار می باشند.

داده های جمع آوری شده از طریق نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۵) و آمار توصیفی و استنباطی (آزمون کای دو) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

اکثریت واحدهای پژوهش را مردان (۶۸/۴٪)، گروه سنی ۶۵-۷۰ سال (۸۴/۷٪) با میانگین و انحراف معیار $37/2 \pm 67/9$ ، سطح تحصیلات دیپلم و بالاتر

فردی مطلوب داشتند. میانگین امتیاز روابط بین فردی $4/7 \pm 29/6$ است.

جدول شماره (۳): توزیع واحدهای مورد پژوهش بر حسب رفتارهای بهداشتی مرتبط با روابط بین فردی

روابط بین فردی	فراوانی	تعداد	درصد
مطلوب		۱۹۰	۵۹/۴
نا مطلوب		۱۳۰	۴۰/۶
جمع		۳۲۰	۱۰۰
میانگین امتیاز و انحراف معیار		$29/5 \pm 4/7$	
میانگین امتیاز مجموع گویه ها و انحراف معیار		$3/28 \pm 0/52$	

جدول شماره ۴ بیانگر توزیع واحدهای مورد پژوهش بر حسب وضعیت رفتارهای بهداشتی مرتبط با کنترل استرس می باشد که نشان میدهد بیشترین درصد واحدها (۵۵/۹٪) کنترل استرس مطلوب دارند. میانگین امتیاز کنترل استرس $4/2 \pm 24/8$ بدست آمد.

جدول شماره (۴): توزیع واحدهای مورد پژوهش بر حسب رفتارهای بهداشتی مرتبط با کنترل استرس

کنترل استرس	فراوانی	تعداد	درصد
مطلوب		۱۷۸	۵۵/۶
نا مطلوب		۱۴۲	۴۴/۴
جمع		۳۲۰	۱۰۰
میانگین امتیاز و انحراف معیار		$24/8 \pm 4/2$	
میانگین امتیاز مجموع گویه ها و انحراف معیار		$3/10 \pm 0/52$	

جدول شماره ۵ در ارتباط با توزیع رفتارهای بهداشتی سالمندان مراجعه کننده به کانون های بازنشستگان شهر رشت تنظیم شده است. میانگین امتیازات رفتارهای بهداشتی $13/6 \pm 92/5$ (دامنه ۱۲۸-۳۲) می باشد.

جدول شماره (۵): توزیع واحدهای مورد پژوهش بر حسب رفتارهای

بهداشتی

رفتارهای بهداشتی	فراوانی	تعداد	درصد
مطلوب		۱۷۸	۵۵/۶
نا مطلوب		۱۴۲	۴۴/۴
جمع		۳۲۰	۱۰۰
میانگین مجموع امتیاز و انحراف معیار		$92/5 \pm 13/6$	
میانگین امتیاز گویه ها و انحراف معیار		$2/89 \pm 0/42$	

(۲/۵۶٪)، متاهل (۸۰/۶٪)، دارای ترکیب خانواده همسر و فرزند (۷۷/۲٪)، مسکن شخصی (۸۳/۱٪)، درآمد ماهیانه کمتر از ۲۵۰ هزار تومان (۵۵/۳٪)، عدم اشتغال به کار (۸۵/۶٪)، ابتلا به بیماری (۶۳/۸٪)، مبتلا به بیماری قلبی و عروقی (۲۲/۸٪) و گروه شغلی تامین اجتماعی (۴۲/۵٪) تشکیل می دادند.

توزیع رفتارهای بهداشتی واحدهای مورد پژوهش در جداول شماره ۱ الی ۵ آورده شده است. جدول شماره ۱ توزیع واحدهای مورد پژوهش بر حسب رفتارهای بهداشتی مرتبط با تغذیه را نشان می دهد که این شاخص در این پژوهش $4/4 \pm 23/1$ بوده است.

جدول شماره (۱): توزیع واحدهای مورد پژوهش بر حسب رفتارهای بهداشتی مرتبط با تغذیه

تغذیه	فراوانی	تعداد	درصد
مطلوب		۱۶۱	۵۰/۳
نا مطلوب		۱۵۹	۴۹/۷
جمع		۳۲۰	۱۰۰
میانگین امتیاز و انحراف معیار		$23/1 \pm 4/4$	
میانگین امتیاز مجموع گویه ها و انحراف معیار		$2/89 \pm 0/55$	

جدول شماره ۲ بیانگر توزیع واحدهای مورد پژوهش بر حسب وضعیت رفتارهای بهداشتی مرتبط با فعالیت فیزیکی است میانگین امتیاز کسب شده در بخش فعالیتهای فیزیکی $4/3 \pm 14/95$ میباشد.

جدول شماره (۲): توزیع واحدهای مورد پژوهش بر حسب رفتارهای بهداشتی مرتبط با فعالیتهای فیزیکی

فعالیت های فیزیکی	فراوانی	تعداد	درصد
مطلوب		۱۷۲	۵۳/۷
نا مطلوب		۱۴۸	۴۶/۳
جمع		۳۲۰	۱۰۰
میانگین امتیاز و انحراف معیار		$14/95 \pm 4/3$	
میانگین امتیاز مجموع گویه ها و انحراف معیار		$2/13 \pm 0/62$	

جدول شماره ۳ توزیع واحدهای مورد پژوهش بر حسب رفتارهای بهداشتی مرتبط با روابط بین فردی را نشان می دهد، اکثریت واحدها (۵۹/۴٪) روابط بین

توزیع رفتارهای بهداشتی واحدهای مورد پژوهش بر حسب متغیرهای دموگرافیک در جدول شماره ۶ آورده شده است و نشان می دهد که رفتارهای بهداشتی با متغیرهای دموگرافیک وضعیت

جدول شماره (۶): توزیع رفتارهای بهداشتی بر حسب متغیرهای دموگرافیک نمونه های مورد پژوهش

آزمون و قضاوت	جمع		مطلوب		نا مطلوب		رفتارهای بهداشتی متغیرهای دموگرافیک	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
X ² =۴/۵۴ Df=۱ P ≤ ۰/۰۳۳	۱۰۰	۲۵۸	۵۸/۵	۱۵۱	۴۱/۵	۱۰۷	متاهل	وضعیت تاهل
	۱۰۰	۶۲	۴۳/۵	۲۷	۵۶/۵	۳۵	غیر متاهل	
	۱۰۰	۳۲۰	۵۵/۶	۱۷۸	۴۴/۴	۱۴۲	جمع	
X ² =۲۳/۷۷ Df=۱ P ≤ ۰/۰۰۰	۱۰۰	۱۷۷	۶۷/۸	۱۲۰	۳۲/۲	۵۷	<۲۵۰	متوسط درآمد
	۱۰۰	۱۴۳	۴۰/۶	۵۸	۵۹/۴	۸۵	>۲۵۰	ماهیارنه
	۱۰۰	۳۲۰	۵۵/۶	۱۷۸	۴۴/۴	۱۴۲	جمع	
X ² =۷/۰۰۲ Df=۱ P ≤ ۰/۰۰۸	۱۰۰	۳۹	۳۵/۹	۱۴	۶۴/۱	۲۵	تنها	ترکیب خانواده
	۱۰۰	۲۸۱	۵۸/۴	۱۶۴	۴۱/۶	۱۱۷	با همسر و فرزند	
	۱۰۰	۳۲۰	۵۵/۶	۱۷۸	۴۴/۴	۱۴۲	جمع	
X ² =۲۶/۴ Df=۳ P ≤ ۰/۰۰۰	۱۰۰	۴۴	۲۷/۳	۱۲	۷۲/۷	۳۲	بانکها	گروه شغلی
	۱۰۰	۱۳۶	۵۳/۷	۷۳	۴۶/۳	۶۳	تامین اجتماعی	
	۱۰۰	۱۰۴	۷۲/۱	۷۵	۲۷/۹	۲۹	علوم پزشکی	
	۱۰۰	۳۶	۵۰	۱۸	۵۰	۱۸	آموزش پرورش	
	۱۰۰	۳۲۰	۵۵/۶	۱۷۸	۴۴/۴	۱۴۲	جمع	

بحث و نتیجه گیری

دهنده سلامت سالمندان در کره با استفاده از ابزار HPLP II انجام شد، میانگین امتیاز مجموع گویه ها در نمونه های مقیم منازل $2/77 \pm 0/61$ گزارش شد (۱۸،۱۷). یافته های پژوهش حاضر از یافته مطالعه سونگ و همکاران (۲۰۰۲) پایین تر و از یافته مطالعه کیم و همکاران (۲۰۰۶) بالاتر است. اختلاف در یافته ها می تواند با عوامل متعدد جسمی، روانی و اقتصادی ارتباط داشته باشد. شرایط متعدد ناشی از تغییرات سالمندی مثل ابتلا به بیماریهای مزمن، تغییر در احساس طعم، مزه و بو، کاهش ترشح بزاق، کاهش ظرفیت هضم، کاهش تحرک، واکنش متقابل غذا و داروهای مصرفی، نگرانی های روحی و تنهایی همگی می توانند اشتها را کم کنند. کاهش قدرت خرید، دشواری تهیه مواد غذایی و یا نداشتن مهارت کافی برای پختن غذا میتواند باعث شود که غذای کافی و کامل به بدن نرسد (۶) البته بیش از نیمی از نمونه ها (۳/۵۰٪) در کل دارای تغذیه مطلوب بودند که این امر

در زمینه رفتارهای بهداشتی مرتبط با تغذیه، نتایج این تحقیق با نتایج مطالعات مشابه انجام شده در ایران متفاوت می باشد. برای مثال در مطالعه مروتی (۱۳۸۳) که با هدف تعیین رفتارهای ارتقاء دهنده سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر شهر یزد با استفاده از ابزار HPLP II انجام شد میانگین امتیاز تغذیه $2/81 \pm 4/31$ گزارش شد (۱۶) که بسیار بالاتر از یافته مطالعه حاضر است. این تفاوت می تواند به دلیل تفاوت جغرافیایی از نظر آب و هوایی و فرهنگ غذایی متفاوت در ایران باشد. در مطالعه حاضر میانگین امتیاز مجموع گویه ها $2/89 \pm 0/55$ بدست آمد. در مطالعه سونگ و همکاران (۲۰۰۲) که با هدف تعیین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت مهاجران سالمند کره ای در آمریکا با استفاده از ابزار HPLP II انجام شد میانگین امتیاز مجموع گویه های تغذیه $3/01 \pm 4/4$ و در مطالعه کیم و همکاران (۲۰۰۶) که با هدف مقایسه رفتارهای ارتقاء

را می توان با سطح تحصیلات دیپلم و بالاتر، ترکیب خانواده (زندگی با همسر و فرزند) و سن پایین تر نمونه های این پژوهش نسبت به سایر تحقیقات مرتبط دانست.

در زمینه رفتارهای بهداشتی مرتبط با فعالیت فیزیکی اکثریت واحدها (۵۳/۸٪) فعالیت فیزیکی مطلوب داشتند این یافته بسیار کمتر از یافته مطالعه بورگ (۲۰۰۸) است که در آن ۶۸/۳ درصد واحدها فعالیت فیزیکی مطلوب داشتند (۱۹) و این امر را میتوان با سن پایین تر از ۷۰ سال و تحصیلات بالاتر افراد مرتبط دانست. میانگین امتیاز در مطالعه مروتی (۱۳۸۳) $3/04 \pm 9/97$ و در مطالعه آدامز (Adams) و همکاران (۲۰۰۰) که با هدف تعیین حمایت اجتماعی و رفتارهای ارتقای سلامت زنان روستایی در آمریکا با استفاده از ابزار HPLP II انجام شد $15/98 \pm 7/49$ گزارش شده است (۲۰۱۶). نتایج مطالعه حاضر از مطالعه مروتی (۱۳۸۳) بالاتر و از مطالعه آدامز و همکاران (۲۰۰۰) پایین تر است میانگین امتیاز مجموع گویه های فعالیت فیزیکی در مطالعه حاضر $2/13 \pm 0/62$ بدست آمد. میانگین امتیاز مجموع گویه ها در مطالعه سونگ و همکاران (۲۰۰۲) $1/92 \pm 0/74$ و کیم و همکاران (۲۰۰۶) $1/72 \pm 0/65$ گزارش شده است (۱۸،۱۷). نتایج مطالعه حاضر از مطالعه سونگ و همکاران (۲۰۰۲)، کیم و همکاران (۲۰۰۶) بالاتر است. در همه این مطالعات، فعالیت فیزیکی نسبت به بقیه رفتارها پایین ترین میانگین امتیاز را در کل رفتارهای بهداشتی داشت. این امر نشان دهنده نیاز به بررسی علل و برنامه ریزی راهکارهای مناسب برای ارتقاء فعالیت های فیزیکی می باشد. البته مشکلات جسمی، کاهش قدرت بدنی و خستگی پس از انجام ورزش سبب کاهش تمایل به انجام ورزش در سنین پیری می شود و در صورتیکه برخی بیماری های مزمن نیز به این مشکلات اضافه شود تمایل این افراد به ورزش و تحرک جسمی بسیار کمتر شده و موجب خواهد شد تا سالمندان بیش از پیش این رفتار بهداشتی مهم را

بدست فراموشی بسپارند (۲۱). بنابراین مداخلات پرستاری شامل آموزش در مورد اهمیت فعالیت فیزیکی در پیشگیری از ایجاد بیماری و پیشرفت بیماری های مزمن و کمک به ارتقاء سلامت، بهبود کیفیت زندگی و کمک به افراد سالمند در انجام فعالیت های ورزشی است (۱۸).

در زمینه رفتارهای بهداشتی مرتبط با روابط بین فردی میانگین امتیاز در مطالعه مروتی (۱۳۸۳) $25/67 \pm 5/78$ ، آدامز و همکاران (۲۰۰۰) $26/09 \pm 5/26$ و در مطالعه سونگ و همکاران (۲۰۰۲) $27/3 \pm 0/43$ و کیم و همکاران (۲۰۰۶) $28/0 \pm 0/58$ گزارش شده است (۱۸،۱۷). میانگین امتیاز مجموع گویه های روابط بین فردی در مطالعه حاضر $3/28 \pm 0/52$ می باشد. یافته مطالعه حاضر از یافته مطالعات انجام شده در این زمینه بالاتر است. به نظر می رسد در مطالعه حاضر سن بالای افراد، ترکیب خانواده (۷۷/۲٪) زندگی با همسر و فرزند، سابقه اشتغال قبلی و استقلال مالی نسبی موجب ایجاد روابط بین فردی مطلوب گشته است.

در زمینه رفتارهای بهداشتی مرتبط با کنترل استرس در مطالعه مروتی (۱۳۸۳) میانگین امتیاز کنترل استرس $17/88 \pm 4/2$ ، در مطالعه آدامز و همکاران (۲۰۰۰) $18/47 \pm 4/43$ ، میانگین امتیاز در مطالعه سونگ و همکاران (۲۰۰۲) $26/26 \pm 0/47$ و کیم و همکاران (۲۰۰۶) $27/39 \pm 0/06$ گزارش شده است (۱۸،۱۷). مجموع گویه های کنترل استرس در مطالعه حاضر $3/10 \pm 0/52$ می باشد. یافته مطالعه حاضر از یافته مطالعات انجام شده در این زمینه بالاتر است. کسب میانگین امتیاز بالا در این مطالعه شاید با تحصیلات بالاتر، متاهل بودن و حمایت های اجتماعی دریافت شده (خانواده، بیمه و...) ارتباط داشته باشد.

در زمینه کل رفتارهای بهداشتی میانگین امتیاز رفتارها در مطالعه مروتی (۱۳۸۳) $81/7 \pm 12/7$ ، در مطالعه آدامز و همکاران (۲۰۰۰) $83/3 \pm 16/1$ ، در مطالعه سونگ و همکاران (۲۰۰۲) $84 \pm 0/36$ و در مطالعه کیم و همکاران (۲۰۰۶) $86 \pm 0/44$ گزارش

شده است (۱۸،۱۷). در مطالعه حاضر میانگین امتیاز مجموع گویه های رفتارهای بهداشتی واحدهای مورد پژوهش $2/89 \pm 0/42$ بدست آمد. یافته پژوهش حاضر از یافته های مطالعات مروتی (۱۳۸۳)، آدامز و همکاران (۲۰۰۰)، سونگ و همکاران (۲۰۰۲) و کیم و همکاران (۲۰۰۶) بالاتر است. رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت سالمندان به عوامل مختلف اقتصادی، اجتماعی، عقاید، نگرشها، همکاری با تیم ارائه دهنده مراقبت بهداشتی (مشارکت در برنامه های بهداشتی)، انگیزه مبتنی بر انتظارات خودکارآمدی و دسترسی به منابع بستگی دارد (۲۲). به نظر می رسد اختلاف در یافته ها با تفاوت در جامعه مورد پژوهش سالمندان (مهاجر، روستایی، شهری) و عوامل مختلف فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی ارتباط دارد. البته اکثریت نمونه ها در مطالعه حاضر (۵۵/۶٪) رفتارهای بهداشتی مطلوب داشتند که این امر را می توان با سن پایین تر نمونه ها (کمتر از ۷۰ سال)، تحصیلات بالاتر و ترکیب خانواده (زندگی با همسر و فرزندان) نمونه های پژوهش مرتبط داشت. لازم به ذکر است که یافته های مطالعات ذکر شده، نشان می دهند که نمونه های مورد پژوهش رفتارهای بهداشتی را بطور منظم انجام نمی دهند و شاغلین حرف بهداشتی لازم است به افراد در جهت غلبه بر عوامل باز دارنده فعالیتهای ارتقای سلامت و حمایت از امور بهداشتی و طراحی مداخلات در راستای تلاش برای ارتقای سطح سلامت سالمندان، کمک کنند (۱۲). برای تحلیل ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک و رفتارهای بهداشتی از آزمون کای دو استفاده شده است و بیانگر آن است که رفتارهای بهداشتی در بین افراد متاهل ارتباط آماری معنی داری دارد ($P=0/033$). یافته مطالعه لوکاس و اورشان نیز نشان داد که تاهل با انجام رفتارهای بهداشتی ارتباط دارد (۲۳) این در حالی است که در مطالعه حبیبی سولا و لی (۲۰۰۵) ارتباط معنی داری بدست نیامد (۱۴،۲۱). براساس میزان درآمد ماهیانه، بین میزان درآمد کمتر از ۲۵۰ هزار تومان و رفتارهای بهداشتی ارتباط آماری

معنی داری ($P=0/000$) وجود داشت. در مطالعه سونگ (۲۰۰۲) میزان درآمد پایین با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت ارتباط آماری معنی داری ($P=0/02$) داشت (۱۷). در مطالعه حبیبی سولا، استقلال اقتصادی با رفتارهای ارتقاء سلامت ارتباط آماری معنی داری داشت (۲۱). به نظر می رسد درآمد مستقل و حقوق دوران بازنشستگی کفاف خرج این افراد را می دهد و با انجام رفتارهای بهداشتی مطلوب همراه است. ترکیب خانواده (همسر و فرزند) نیز با رفتارهای بهداشتی مطلوب ارتباط آماری معنی داری ($P=0/008$) داشت. تاجور معتقد است که تنهایی در سالمندان حالت خمودگی، بی علاقه و بی اشتیایی ایجاد می کند. به خصوص اگر این مساله با بعضی ناتوانی های جسمی همراه باشد (۲). در مطالعه حبیبی سولا تنهایی با انجام رفتارهای ارتقاء سلامت ارتباط آماری معنی داری ($P<0/05$) داشت (۲۱). یافته مطالعه حاضر می تواند به این دلیل باشد که خانواده، مهمترین منبع حمایتی و روابط بین فردی است و توان ارائه حمایت کافی به افراد خود را دارد که این خود در کنترل استرس و اضطراب موثر است و با ایجاد احساس صمیمیت و امنیت می تواند منجر به تاثیرات مثبت بر رفتارهای بهداشتی سالمندان گردد. بر اساس گروه شغلی، رفتارهای بهداشتی با گروه شغلی علوم پزشکی و تامین اجتماعی ارتباط آماری معنی داری داشت ($P=0/000$). به نظر می رسد آگاهی بهداشتی و منابع علمی در دسترس این گروه با رفتارهای بهداشتی ارتباط داشته است. با توجه به این که نتایج حاصل از پژوهش نشان داد عوامل مختلفی رفتارهای بهداشتی را تحت تاثیر قرار می دهند و بر طبق شعار سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۹ که "سالم پیر شدن حق همه افراد بشر است" این نظریه بیش از پیش مطرح می شود که از پیر شدن نمی توان پیشگیری کرد اما پیشگیری از "بد پیر شدن" ممکن می باشد. لذا پیشنهاد می شود با آموزش اطلاعاتی ساده و روان به سالمندان و خانواده ها درباره نیازهای تغذیه ای، فعالیت فیزیکی و کنترل

سالمندان شهر یزد". پایان نامه جهت اخذ درجه دکتری پرستاری آموزش بهداشت چاپ نشده دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۸۵.

12- Black JM, Hawks JH. Medical Surgical Nursing. V1. 7thed. St. louis: Elsevier Saunder, 2005: 50-51.

13- Nies M A, McEwen M, Community Public Health Nursing, promoting the health of populations, 4th ed. Edinburg: Elsevier Saunders, 2007.

14- Lee t w, Ko IS, Lee k j. health promoting behaviors and Qol among community dwelling elderly in Korea. International journal of Nursing studies. 2006;(43)293-300.

۱۵- قربانی، اعظم؛ گلچین، ماهرخ: غربالگری تغذیه ای سالمندان و ارتقاء وضعیت تغذیه ای سالمندان. چهارمین کنگره مراقبت های پرستاری و مامایی. تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران، مرکز همایشهای رازی، ۱۳۸۴، صص ۱۷۰.

۱۶- مروتی شریف آباد، محمد علی؛ غفرانی پور، فضل الله؛ حیدر نیا، علیرضا؛ بابایی روچی، غلامرضا: حمایت مذهبی درک شده از رفتارهای ارتقاء سلامت و وضعیت انجام این رفتارها در سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر شهر یزد، مجله علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۱۳۸۳، سال ۱۲، شماره ۱، صص: ۲۳.

17- Sohng K Y, Sohng S, Yeom HA. Health promoting behaviors of elderly Korean immigrants in the united tates. Public Health Nursing. 2002;19(4) 294-300.

18- Kim S Y and et al, Comparison of health promoting behaviors of non institutionalized and institutionalized older adults in korea, Journal of nursing scholarship, 2006(38)(1) 31-35.

19- Borg C H, et al. Life satisfaction in 6 European countries: The relation ship to health, self esteem and financial resources among people (Aged 65-89) with reduced functional capacity. Geriatric Nursing. 2008: 29(1): 48-51.

20- Adams M H, Bowden A C, Humphrey D S, Mcadams LB. Social support and health promotion lifestyle of rural women, Journal of rural nursing and health care. 2000:1 (1). Available from: URL: <http://www.rho.org/journal>.

۲۱- حبیبی سولا عقیل، نیکپور صغری، سیدالشهدایی مهناز، حقانی حمید: بررسی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و کیفیت زندگی در سالمندان، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، ۱۳۸۷، دوره ۸، شماره ۱، صص ۲۹-۳۶.

22- Resnick B. Promoting health in older adults: A four-year Analysis. Journal Research. 2001:13(1).

23- Lucas JA, Orshan SA, Cook F. Determinants of health promoting behavior among women ages 65 and above living in the community. Sch Inq Nurse practice. 2000:14 (1)77-100.

استرس، اختلالات شایع در سالمندان و نحوه مراقبت ... آنان را در جهت پدیده "سالم پیر شدن" یاری کرده و بدین وسیله به ارتقای سطح سلامت سالمندان کمک نمایند. همچنین امکان تاسیس مراکز و انجمن های خاص سالمندان فراهم شود تا سالمندان بتوانند با پزشک یا پرستاران آموزش دیده ملاقات کنند و از حمایت های آموزشی، بهداشتی و مشاوره ای بهره مند گردند. همچنین به منظور انجام پژوهش های بعدی پیشنهاد می شود با توجه به اینکه دلایل انجام یا عدم انجام رفتارهای بهداشتی در این مطالعه مورد بحث قرار نگرفته است پژوهشی با عنوان بررسی موانع و تسهیل کننده های انجام رفتارهای بهداشتی در سالمندان انجام گردد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از مدیریت کانونهای بازنشستگان، همچنین از کلیه سالمندانی که در این مطالعه شرکت کردند قدردانی می گردد.

منابع:

۱- وحدانی نیا، مریم؛ او دیگران: کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در سالمندان. فصلنامه پایش، ۱۳۸۴، سال چهارم شماره دوم، صص: ۱۲۰-۱۱۳.

۲- تاجور، مریم: بهداشت سالمندان و مروری بر جنبه های زندگی آنان. تهران: انتشارات نسل فردا، ۱۳۸۲.

۳- مرکز آمار ایران؛ سرشماری عمومی نفوس و مسکن. آمار و نتایج استانها به تفکیک، تهران: انتشارات مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵.

4-MonahanFD,etal. Phipps Medical Surgical Nursing , health and illness perspectives. V1. 8thed. St. Louis: Mosby Inc. 2007.

۵- کاپلان و سادوک: خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری و روانپزشکی بالینی. ترجمه رفیعی و سبحانیا. جلد دوم، تهران: انتشارات ارجمند، ۱۳۸۲.

6- Smeltzer SC, Bare BG, Hinkel JL, Cheerer KH. Text book of Medical Surgical Nursing, V1, 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008.

7- Lancaster J, Stanhope M. Community and Public health nursing. 6thed. St. louis : Mosby Inc. 2004.

8- Sharma M, Romas J A. Theoretical foundation of health education and health promotion. Boston: Jones and Bartlett, 2008.

9- Andrews GA. Promoting health and functioning in an aging population. British medical Journal. 2001;(322)728-729.

۱۰- پارک، جی پارک: کلیات خدمات بهداشتی. ترجمه شجاعی تهرانی و ملک افضلی. بخش دوم، تهران: انتشارات سماط، ۱۳۸۲.

۱۱- مروتی، محمد علی: "بهبود سازی الگوی ارتقای سلامت و ارزیابی بکار گیری آن همراه با تئوری آموزش بزرگسالان در تغییر رفتارهای ارتقاء سلامت

Survey healthbehavior of elderly referring to retirement centers in Rasht city in 20

By: Akram Namjoo¹, Maryam Niknami², Mozghan Baghaee³, Mitra Sedghei Sabet³, Zahra Atrkar Roshan⁴

Abstract:

Introduction: Getting old healthy is every human's right and this emphasizes the importance of elderly phenomena and prevention of problems. Health behaviors play important role in prevention of problems.

Objective: The aim of this study is to determine health behaviors in elderlies referring to active retirement centers in Rasht city in 2008.

Methods: This was a correlational descriptive study in which 320 members from active retirement centers in Rasht city participated in this study. Data was collected by a two part questionnaire that included demographic and health behaviors in four domains of physical activity, nutrition, interpersonal relationships and stress management which were gathered by interview. The data was analyzed by descriptive statistics and chi-square test by SPSS version 15.

Results: Findings showed that mean score for the health behaviors were 92.5 ± 13.6 and members obtained 55.6 percent of health behaviors score. The mean scores for sub scales were, nutrition: 23.1 ± 4.4 , physical activity: 14.95 ± 4.3 , interpersonal relationships: 29.5 ± 4.7 and stress management: 24.8 ± 4.2 . There were statistically significant relation between health behaviors and general characteristics such as education level ($p=0.01$), family composition ($p=0.008$), monthly income ($p=0.000$), marital status ($p=0.03$) and occupational group ($p=0.000$).

Conclusion: According to the study findings, it is concluded that different factors could correlate with health behaviors in elderly people. Therefore, planning for health behaviors based on the correlated factors, social contribution, improving medical and health services and counseling services in elderly population is important to be considered.

Key words: Aged, Health Behavior, Life Style

1. MSc in nursing education (Community health)

2. MSc in midwifery, Faculty member of Guilan University of Medical Sciences

3. MSc in nursing education (Medical-surgical), Faculty member of Guilan University of Medical Sciences

4. PhD student in biostatistics, Faculty member of Guilan University of Medical Sciences