

حمایت اجتماعی و مصرف سیگار در سالمندان مبتلا به استئوآرتریت

ماهرخ علیزاده^۱، رضا شبانلوئی^۲، فضا حسین زاده^۳، محمد اصغری جعفرآبادی^۴، محمدحسن صاحبی حق^۵، مینا حسین زاده^۶*

تاریخ دریافت ۱۳۹۹/۰۳/۱۴ تاریخ پذیرش ۱۳۹۹/۰۷/۰۱

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: امروزه جمعیت سالمندان در حال افزایش بوده و بیماری‌های ناتوان‌کننده و مزمن مانند استئوآرتریت به‌عنوان یکی از مشکلات اصلی آنان می‌باشد. از سوی دیگر برخی رفتارهای پرخطر بهداشتی مانند مصرف سیگار در بین سالمندان نیز رایج می‌باشد. با توجه به نقشی که حمایت اجتماعی می‌تواند در کنترل بیماری‌های مزمن و رفتارهای پرخطر سلامتی مانند مصرف سیگار داشته باشد، مطالعه حاضر با هدف تعیین حمایت اجتماعی و مصرف سیگار در سالمندان مبتلا به استئوآرتریت انجام گردید.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحلیلی می‌باشد که بر روی ۳۸۴ نفر سالمندان مبتلا به استئوآرتریت مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های دانشگاه علوم پزشکی شهر تبریز انجام گردید. نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای دو مرحله‌ای انجام شد. ابزار گردآوری شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، حمایت اجتماعی و وضعیت مصرف سیگار بود. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی و درصد، میانگین و انحراف معیار) و تحلیلی (آزمون تی تست) با استفاده از نرم‌افزار SPSS16، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که حدود ۱۶/۸ درصد از سالمندان مبتلا به استئوآرتریت سیگاری و ۸۳/۲ درصد غیرسیگاری بودند. میزان حمایت اجتماعی در تمام ابعاد در سالمندان غیرسیگاری مبتلا به استئوآرتریت بالاتر از سالمندان سیگاری بود ($p < 0.05$) و از میان ابعاد مختلف، بالاترین میزان مربوط به حمایت خانوادگی بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به بالاتر بودن میزان مصرف سیگار در سالمندان مبتلا به استئوآرتریت و نقش مهم حمایت اجتماعی، خصوصاً حمایت خانوادگی پیشنهاد می‌شود از طریق اقدامات آموزشی اهمیت ارتباطات اجتماعی حمایتگر برای خانواده‌ها روشن شود تا زمینه کاهش شیوع مصرف سیگار فراهم گردد. **واژه‌های کلیدی:** حمایت اجتماعی، استئوآرتریت، سالمندان، مصرف سیگار

مجله پرستاری و مامایی، دوره هجدهم، شماره هشتم، پی‌درپی ۱۳۳، آبان ۱۳۹۹، ص ۶۴۳-۶۳۶

آدرس مکاتبه: تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، گروه پرستاری سلامت جامعه، تلفن: ۰۹۱۴۱۰۶۳۱۵۳

Email: m.hosseinzadeh63@gmail.com

مقدمه

جهانی در کشورهای در حال توسعه افراد ۶۵ سال و بالاتر به‌عنوان سالمند در نظر گرفته می‌شوند (۴). در سال‌های اخیر به دلیل بهبود و افزایش کیفیت زندگی، امید به زندگی افزایش یافته و سبب افزایش چشمگیر جمعیت سالمندان شده است (۵). بر اساس برآوردهای انجام شده سهم جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر در جهان ۱۲/۳

سالمندی یکی از مراحل مهم زندگی انسان است که به‌وسیله تغییرات بیولوژیک، فیزیولوژیک و آناتومیک در سلول‌های بدن ایجاد می‌شود. این تغییرات به‌تدریج عملکرد سلول‌های مختلف بدن را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱-۳). بر اساس تعریف سازمان بهداشت

^۱ کارشناس ارشد پرستاری سلامت جامعه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۲ استادیار پرستاری گروه داخلی جراحی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۳ استادیار فیزیولوژی، دانشکده علوم پزشکی سراب، سراب، ایران

^۴ استاد آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۵ دانشیار گروه سلامت جامعه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۶ استادیار گروه پرستاری سلامت جامعه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (نویسنده مسئول)

درصد در سال ۲۰۱۵ بود (۶). برآوردها نشان می‌دهد که بین سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۵۰، نسبت جمعیت بالاتر از ۶۵ سال در جهان تقریباً دو برابر خواهد شد و از ۱۲ درصد به ۲۲ درصد خواهد رسید (۷). بر اساس نتایج آخرین سرشماری در سال ۱۳۹۵ جمعیت سالمندان ایران ۹/۳ درصد می‌باشد و بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، ایران در سال‌های آینده با بحران سالمندی روبرو خواهد شد (۸). نتایج مطالعات مختلف نشان می‌دهد که میزان شیوع بیماری‌های ناتوان‌کننده و مزمن و بیماری‌های روحی و روانی در جمعیت سالمندان بیشتر از سایر گروه‌های سنی می‌باشد (۹). به‌طوری‌که حدود ۷۵ درصد از افراد بالای ۶۵ سال، حداقل یک بیماری مزمن دارند و تقریباً ۵۰ درصد از آن‌ها حداقل به دو بیماری مزمن مبتلا هستند. اگرچه این بیماری‌ها به‌طور مستقیم کشنده نیستند، اما می‌توانند منجر به ناتوانی‌های زودرس و شدید شود (۱۰). استئوآرتروز یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده در دوره سالمندی می‌باشد (۱۱) که تقریباً ۷۰ درصد جمعیت بالای ۶۵ سال را درگیر می‌کند (۱۲) و تخمین زده شده که در سال ۲۰۲۰ با ۵۰ درصد افزایش شیوع استئوآرتروز و محدودیت حرکتی مواجه خواهیم شد (۱۳). در حال حاضر این بیماری یکی از ده بیماری ناتوان‌کننده در کشورهای توسعه یافته است (۱۳). در این بیماری غضروف مفاصل نواحی مختلف بدن از جمله مفصل زانو، ناحیه کمر، انگشتان، و ستون فقرات به‌تدریج دچار دژنراسانس و فرسایش شده و تخریب می‌شود (۱۴). درگیری مفاصل با این بیماری سبب درد مزمن و رنج‌آور، خشکی، کندی حرکات مفاصل و ناتوانی شدید حرکتی در بیمار می‌شود (۱۳) که می‌تواند بر کیفیت و استقلال زندگی بیمار اثر گذاشته و باعث ایجاد مشکلات جسمی، اجتماعی، روحی و روانی گردد (۱۵). عوامل بسیار زیادی در ایجاد و پیشرفت این بیماری مؤثر هستند که از آن جمله می‌توان به اختلالات آندوکراین یا متابولیک مانند دیابت، کمبود تغذیه‌ای مانند کمبود ویتامین‌های C، E و D اشاره کرد (۱۶). در مورد اثر استعمال سیگار در ایجاد و پیشرفت بیماری استئوآرتروز نتایج ضدونقیضی وجود دارد. برخی مطالعات نشان داده‌اند که استعمال دخانیات باعث ایجاد میانجی‌های التهابی می‌شود که این میانجی‌ها در ایجاد این بیماری نقش اساسی دارند، طبق این نظریه به نظر می‌رسد که استعمال سیگار بر روی علائم استئوآرتروز و پیشرفت بیماری تأثیر منفی دارد (۱۷، ۱۸). اما برخی مطالعات اپیدمیولوژیک اثر محافظتی استعمال دخانیات در این بیماری و کاهش تجربه درد را گزارش کرده‌اند (۱۹، ۲۰). به نظر می‌رسد مصرف سیگار در افرادی که به استئوآرتروز مبتلا هستند نسبت به افراد مبتلا به سایر بیماری‌ها بیشتر باشد (۲۱). مصرف سیگار به‌عنوان یک رفتار پرخطر بهداشتی مطرح بوده و با افزایش بیماری‌های مزمن مانند بیماری‌های قلبی و

عروقی همراه است و سبب افزایش مدت‌زمان بستری در بیمارستان و تحمیل هزینه‌های درمانی زیاد بر نظام سلامت کشورها می‌گردد (۲۲). علاوه بر آن مصرف سیگار، اثرات اجتماعی و اقتصادی مختلفی داشته و در محیط خانواده عوارض جسمی و روانی مختلفی برای اعضای غیرسیگاری خانواده به همراه دارد. همچنین بخشی از بودجه خانواده صرف تأمین هزینه‌های ناشی از مصرف سیگار می‌شود (۲۴).

مطالعات مختلف نشان می‌دهند یکی از عواملی که با مصرف سیگار در ارتباط است، حمایت اجتماعی می‌باشد. یافته‌های یک مطالعه اخیر بیان می‌کند که دریافت حمایت اجتماعی مناسب به‌عنوان یکی از فاکتورهایی می‌باشد که می‌تواند باعث عدم تداوم مصرف سیگار شود (۲۵). حمایت اجتماعی یک مفهوم چندبعدی است که به‌عنوان کمک‌های دریافت شده از سوی (خانواده، سایر افراد) در شرایط سخت تعریف شده است بر اساس تحقیقات صورت گرفته یکی از عوامل مهم در بهبود کیفیت زندگی سالمندان حمایت اجتماعی است (۲۶). بر اساس شواهد موجود احتمال بروز مشکلات جسمی و روانی در افرادی که از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردارند کمتر است (۲۷). حمایت اجتماعی مناسب، سبب گسترش رفتارهای پسندیده و ترک رفتارهای نامطلوب مانند مصرف سیگار می‌شود. همچنین حمایت اجتماعی با تقویت اعتمادبه‌نفس و کمک به افراد برای بیان مشکلاتشان از اثرات زیان‌بار استرس بر آن‌ها جلوگیری می‌کند و در نتیجه گرایش به ترک سیگار را در آن‌ها افزایش می‌دهد. اما در افراد سیگاری با سطح حمایت اجتماعی پایین، احتمال ترک مصرف سیگار پایین‌تر است (۲۵).

با توجه به روند افزایش جمعیت سالمندان و شیوع بالای استئوآرتروز به‌عنوان یک بیماری مزمن در آنان و همچنین شیوع بالای مصرف سیگار در بین سالمندان مبتلا به استئوآرتروز نسبت به سایر سالمندان و نقشی که حمایت اجتماعی می‌تواند در کنترل بیماری‌های مزمن و رفتارهای پرخطر مانند مصرف سیگار داشته باشد، مطالعه حاضر با هدف تعیین حمایت اجتماعی و مصرف سیگار در سالمندان مبتلا به استئوآرتروز در شهر تبریز انجام گرفت.

مواد و روش کار

این پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحلیلی می‌باشد. جامعه‌ی هدف شامل کلیه سالمندان مبتلا به استئوآرتروز که به درمانگاه‌های روماتولوژی مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۹۷-۹۸ مراجعه نمودند، می‌باشد. برای تعیین حجم نمونه با استفاده از فرمول مورگان و با در نظر گرفتن اطمینان ۹۵ درصد و خطای قابل‌تحمل ۵ درصد حداقل حجم نمونه برابر ۳۸۴ مورد محاسبه شد (۲۸). نمونه‌گیری در مطالعه حاضر به روش

در مطالعه خود روایی و پایایی ابزار را بررسی نموده و پایایی آن را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش نمودند (۳۰).

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها در ابتدا نرمال بودن توزیع داده‌های کمی با استفاده از آزمون کولموگراف اسمیرنوف بررسی شد. داده‌ها با استفاده از SPSS16 و با روش‌های آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آزمون تی تست برای گروه‌های مستقل (Independent t-test) در سطح معنی داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

طرح پژوهشی حاضر توسط معاونت پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز با کد IR.TBZMED.REC.1397/859 به تصویب رسیده است. برای انجام مطالعه ملاحظات اخلاقی از قبیل ارائه توضیحات لازم در زمینه روش کار و اهداف پژوهش به کلیه واحدهای مورد پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات و اخذ رضایت آگاهانه از واحدهای مورد پژوهش رعایت گردید.

یافته‌ها

همان‌طوری که جدول ۱ نشان می‌دهد میانگین سن بیماران شرکت کنندگان (۶۴/۷±۷۹/۱۴) و سن اولین سیگار کشیدن شرکت کنندگان (۲۱/۱۶±۹/۰۳) سال بود. اکثریت مشارکت کنندگان تحت حمایت هیچ موسسه‌ای نبودند (۳۶۴ نفر) ۹۸/۱ درصد (۲۷۸ نفر) ۸۰/۶ درصد هیچ‌گونه سابقه مصرف سیگار و ۲۳۳ نفر) ۶۳/۱ درصد هیچ‌گونه سابقه مصرف قلیان را نداشتند. سایر مشخصات فردی-اجتماعی سالمندان در جدول ۱ آمده است.

همانطور که جدول شماره ۲ نشان می‌دهد تعداد سالمندان سیگاری چهار (۲۷ نفر) ۷ درصد، سیگاری فعال (۴ نفر) ۱ درصد، سیگاری ترک کرده (۳۰ نفر) ۷/۸ درصد، سیگاری غیرفعال (۴ نفر) ۱ درصد و سالمندان غیر سیگاری (۳۱۹ نفر) ۸۳/۲ درصد بود.

همانطور که نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد، حمایت اجتماعی درک شده در بین سالمندان مبتلا به استئوآرتریت در هر دو گروه سیگاری و غیرسیگاری از میانگین بالایی برخوردار است. در مورد وضعیت حمایت اجتماعی برحسب مصرف سیگار نیز یافته‌ها نشان می‌دهد میزان حمایت اجتماعی در گروه غیرسیگاری در هر ۳ حیطة خانواده، دوستان و دیگران از گروه سیگاری بالاتر بوده و این تفاوت در مورد حمایت اجتماعی درک شده خانواده، دوستان و حمایت اجتماعی کل از نظر آماری معنی دار می‌باشد ($p < 0.05$).

خوشه‌های دومرحله‌ای انجام شد. بدین ترتیب که در مرحله‌ی اول از بین درمانگاه‌های روماتولوژی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، به روش تصادفی ساده ۲ مرکز انتخاب شد. سپس پژوهشگر در درمانگاه‌های منتخب مستقر شده و از بین سالمندان مراجعه‌کننده به روش در دسترس و بر اساس معیارهای ورود و خروج اقدام به نمونه‌گیری نمود. معیارهای ورود به مطالعه شامل (رضایت برای شرکت در مطالعه، سن بالای ۶۰ سال، تشخیص بیماری استئوآرتریت بر اساس تشخیص نهایی متخصص و گذشتن حداقل ۶ ماه از زمان تشخیص بیماری بود. به‌منظور تأیید تشخیص استئوآرتریت به پرونده‌ی بیماران رجوع شد و در صورت نبود پرونده با پرسش از پزشک بیمار انجام گردید. معیارهای خروج از مطالعه (عدم تمایل به شرکت در مطالعه و ناقص بودن پاسخگویی به سؤالات اصلی پرسشنامه به میزان بیش از ۲۰ درصد) بود.

پرسشنامه‌های استفاده شده در این مطالعه شامل فرم مشخصات دموگرافیک، مقیاس وضعیت مصرف سیگار و پرسشنامه حمایت اجتماعی (SSA (Social Support Appraisals) بود. پرسشنامه فردی اجتماعی که شامل جنسیت، سن، تحصیلات، تعداد افراد خانوار، سابقه مصرف دخانیات در خانواده، وضعیت مصرف قلیان توسط خود فرد، وضعیت مصرف سیگار توسط خود فرد و دوستان و اعضای خانواده فرد مشارکت‌کننده، درآمد، حمایت توسط مؤسسه-های حمایتی، وضعیت ارتباطی با افراد فامیل وضعیت ارتباطی با همسایگان بود.

پرسشنامه وضعیت مصرف سیگار، پرسشنامه‌ای کوتاه جهت بررسی وضعیت مصرف سیگار می‌باشد که توسط ذلفی و همکاران ساخته شده و در مطالعه آنان روانسجی شده است. این پرسشنامه دارای شش سؤال در مورد وضعیت مصرف سیگار فرد می‌باشد و در نهایت افراد در یکی از گروه‌های غیرسیگاری، سیگاری فعال، سیگاری غیرفعال، سیگاری ترک کرده و سیگاری چهار دسته‌بندی می‌شود. پایایی پرسشنامه طبق مطالعه‌ی ذلفی و همکاران ۰/۷۸ می‌باشد (۲۹).

پرسشنامه ارزیابی حمایت اجتماعی توسط واکس (۱۹۸۶) به‌منظور سنجش حمایت‌های اجتماعی ادراک شده ساخته شده است. این مقیاس دارای ۲۳ گویه است و حمایت‌های اجتماعی ادراک شده را می‌سنجد و بر اساس مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود و حداقل نمره ۲۳ و حداکثر ۹۲ می‌باشد. نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده‌ی حمایت اجتماعی بالا می‌باشد. خباز و همکاران

جدول (۱): مشخصات فردی اجتماعی سالمندان شرکت کننده (متغیرهای کمی)

متغیر	فراوانی (درصد)	متغیر	انحراف معیار	میانگین
جنسیت	زن ۱۵۵(۴۲/۶)	سن	۷/۱۴	۶۴/۷۹
	مرد ۲۰۹(۵۷/۴)	تعداد اعضای خانوار	۴/۶۴	۴/۴۰
تحصیلات	ابتدایی ۹۱(۲۳/۸)	تعداد افراد فامیل که رفت و آمد داشتند	۵/۳۳	۱۶/۵۶
	راهنمایی ۷۶(۱۹/۸)	تعداد افراد فامیل که در شهر تبریز زندگی می کنند	۳۳/۵۸	۱۹/۶۵
	دیپلم ۹۴(۲۴/۵)	تعداد افراد فامیل در شهرستان های دیگر	۹/۵۳	۴/۷۸
	تحصیلات دانشگاهی ۵۵(۱۴/۴)	تعداد همسایگانی که رفت و آمد داشتند	۴/۶۹	۳/۹۶
	بیسواد ۶۷(۱۷/۵)	سن اولین سیگار کشیدن	۹/۰۳	۲۱/۱۶

جدول (۲): وضعیت مصرف سیگار در سالمندان مبتلا به استئوآرتریت

درصد	فراوانی	متغیر
۷	۲۷	سیگاری قهار
۱	۴	سیگاری فعال
۷/۸	۳۰	سیگاری ترک کرده
۱	۴	سیگاری غیرفعال
۸۳/۲	۳۱۹	غیرسیگاری

جدول (۳): حمایت اجتماعی در بیماران سالمند مبتلا به استئوآرتریت بر حسب مصرف سیگار

P value	سیگاری		حمایت اجتماعی خانواده
	غیرسیگاری	سیگاری	
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
۰/۰۲*	۸۸/۳ (۱۵/۸)	۸۱/۲ (۱۶/۷)	حمایت اجتماعی خانواده
۰/۰۴ (۷۸/۶ (۱۶/۲)	۷۳/۳ (۱۶/۱)	حمایت اجتماعی دوستان
۰/۰۷ (۷۴/۳ (۱۶/۸)	۷۰/۳ (۱۶/۱)	حمایت اجتماعی دیگران
۰/۰۲ (۸۰/۳ (۱۵/۲)	۷۵/۳ (۱۵/۹)	حمایت اجتماعی کل

* Independent t-test, t= ۴/۹۴

نظر می رسد عوامل مختلفی غیر از سیگار در ایجاد استئوآرتریت دخیل باشند که انجام مطالعات بیشتری در این خصوص پیشنهاد می شود. در خصوص میزان مصرف سیگار، مطالعه اولیاء و همکاران میزان مصرف سیگار در سالمندان را در حدود ۱۰ درصد گزارش نمود (۳۱) که با توجه به اینکه میزان مصرف سیگار در سالمندان مبتلا به استئوآرتریت در مطالعه حاضر ۱۶/۸ درصد بود لذا می توان

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که حدود ۱۶/۸ درصد از سالمندان مبتلا به استئوآرتریت سیگاری و ۸۳/۲ درصد سالمندان مبتلا به استئوآرتریت غیرسیگاری می باشند. بنابراین با توجه به اینکه درصد سالمندان غیر سیگاری مبتلا به استئوآرتریت به طور قابل توجهی بیشتر از سالمندان سیگاری مبتلا به استئوآرتریت می باشد، لذا به

به ترتیب در سلامتی و کاهش افسردگی در سالمندان نقش دارد (۳۵) همچنین Neugebauer و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند حمایت اجتماعی اثرات مفیدی بر روی سلامت جسمانی و روانی افراد در مقابله با بیماری‌های مزمن دارد و همچنین حمایت اجتماعی اثرات روان شناختی ناشی از بیماری‌هایی ناتوان‌کننده جسمی مانند آرتروئید را به حداقل می‌رساند (۳۶). نتایج مطالعه حسینی زارع و همکاران نشان داد که حمایت اجتماعی در سلامت جسمی، روحی و اجتماعی سالمندان تأثیر دارد و بین حمایت اجتماعی و سلامت، همبستگی وجود دارد (۲۶).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که میزان مصرف سیگار در سالمندان مبتلا به استوآرتروز اندکی بیشتر از میزان مصرف سیگار در بین سالمندان در ایران می‌باشد، که احتمالاً تحت تأثیر ماهیت بیماری آن‌ها می‌باشد. همچنین نتایج نشان داد که میزان حمایت اجتماعی، خانواده و دیگران در سالمندان غیر سیگاری نسبت به سالمندان سیگاری بالاتر است و از میان ابعاد مختلف حمایت اجتماعی بالاترین میزان مربوط به حمایت خانوادگی می‌باشد. با توجه به ارتباط معکوس حمایت اجتماعی و مصرف سیگار پیشنهاد می‌شود از طریق آموزش و توانمندسازی روابط صحیح بین اعضای خانواده و فراهم نمودن حمایت اجتماعی بیشتر از روی آوردن افراد به سیگار پیشگیری نمود.

تشکر و قدر دانی

بدینوسیله پژوهشگران مراتب قدردانی خود را از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی تبریز و همچنین مدیران و مسئولان بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز و سالمندان گرامی بخاطر همکاری صمیمانه و مشارکت فعال آن‌ها در این مطالعه، اعلام می‌نمایند.

References:

1. Sahebzamani M, Mehrabiyan F, Asgharzadeh A. Determine the satisfaction level of services which are given to elderly in Rasht Disabled and Elderly Residential. J Guilan Univ Med Sci 2009; 17(68):34-41.
2. Shahbazzadegan B, Farmanbar R, Ghanbari A, Atrkar Roshan Z, Adib M. The effect of regular exercise on self-esteem in elderly residents in nursing homes. J Ardabil Univ Med Sci 2008;8(4):387-93.

گفت که مصرف سیگار در بین سالمندان مبتلا به استوآرتروز تا حدودی بیشتر است.

در مورد تعیین وضعیت حمایت اجتماعی در بیماران سالمند مبتلا به استوآرتروز برحسب وضعیت مصرف سیگار، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میزان حمایت اجتماعی (خانواده، دوستان و دیگران) در سالمندان سیگاری مبتلا به استوآرتروز پایین‌تر از سالمندان غیرسیگاری می‌باشد. به عبارت دیگر در سالمندان مبتلا به استوآرتروز که سیگار مصرف نمی‌کنند میزان حمایت اجتماعی در تمام ابعاد بالاتر از سالمندان سیگاری می‌باشد. نتایج پژوهش حاضر با نتایج مطالعات باوزین و جلالی فراهانی هم خوانی دارد. آن‌ها در پژوهش خود نشان دادند که حمایت اجتماعی، در سالمندان باعث کاهش گرایش به سیگار و مواد می‌شود و حمایت اجتماعی در سالمندان سیگاری پایین‌تر از سالمندان غیر سیگاری می‌باشد (۳۲،۳۳). همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که سالمندان مبتلا به استوآرتروز از حمایت اجتماعی بالایی برخوردار هستند و بیشترین حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی اعضای خانواده می‌باشد. با توجه به اینکه درصد بالایی از سالمندان در ایران با اعضای خانواده زندگی می‌کنند و از آنجایی که در فرهنگ ایرانی خانواده نهاد مهمی محسوب می‌شود، حمایت اجتماعی توسط خانواده در رتبه‌ی اول قرار دارد. نتایج پژوهش حاضر با نتایج مطالعه طریف نژاد و همکاران هم خوانی دارد. آن‌ها در پژوهش خود نشان دادند، در سالمندان میانگین نمره حمایت خانوادگی از حمایت غیرخانوادگی بیشتر است (۳۴). همچنین بلانگر و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه‌ای به بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی و شاخص‌های سلامت و کیفیت زندگی بین سالمندان کانادایی و آمریکای لاتین پرداختند. آن‌ها نشان دادند که حمایت دوستان و داشتن شریک زندگی در کانادا به ترتیب در سلامتی سالمندان نقش دارد، در حالی که در سالمندان آمریکای لاتین، حمایت خانواده، فرزندان و شریک زندگی

3. Ameri G, Govari F, Nazari T, Rashidinejad M, Afsharzadeh P. The adult age theories and definitions. Hayat 2002; 8 (1):4-13.
4. World Health Organization. Definition of an older or elderly person 2013. Available from: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en>
5. Organization WH. Towards policy for health and ageing Last accessed on 2013 May 22.. Available from: http://www.who.int/ageing/publications/alc_fs_ageing_policy.pdf.

6. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Divisio. World Population Prospects: The 2017 Revision. 2017.
7. Najafi Kaliani M, Pourmaj E, Jamshidi N, Karimi S, Najafi kalyani V. Study of stress, anxiety, depression and self-concept of students of Fasa University of Medical Sciences,2010. Journal Fasa Univ Med Sci 2013; 3(3): 235-40.
8. Iran SCo. The Statistical Yearbook of Iran 2016 2016 18 July.. Available from: <https://www.amar.org.ir/english/Iran-Statistical-Yearbook>.
9. Boutayeb A, Boutayeb S. The burden of non communicable diseases in developing countries. International journal for equity in health 2005; 4(1):2.
10. Chalise HN, Saito T, Kai I. Functional disability in activities of daily living and instrumental activities of daily living among Nepalese Newar elderly. Public Health 2008; 122(4):394-6.
11. Zwolinska J, Weres A, Wszyńska J. One-year follow-up of spa treatment in older patients with osteoarthritis: a prospective, single group study . BioMed research international 2018; 2018. <https://doi.org/10.1155/2018/7492106>
12. Michael JW-P, Schluter-Brust KU, Eysel P. The epidemiology, etiology, diagnosis, and treatment of osteoarthritis of the knee. Dtsch Arztebl Int 2010; 107(9):152.
13. Di Domenica F, Sarzi-Puttini P, Cazzola M, Atzeni F, Cappadonia C, Caserta A, et al. Physical and rehabilitative approaches in osteoarthritis. Semin Arthritis Rheum 2004;34(2 SUPPL.) 62-69.
14. Pelletier, JM, Lajeunesse, D, Pelletier, JP. Etiopathogenesis of osteoarthritis. In: William J. Koopman, Larry W. Moreland, Editors. Arthritis and Allied Conditions. 15th Ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
15. Dong X, Milholland B, Vijg J. Evidence for a limit to human lifespan. Nature 2016;538(7624):257-9.
16. Moghimi J. Educational paper on osteoarthritis. Koomesh. 2010; 11(2):147-54.
17. Sugiyama D, Nishimura K, Tamaki K, Tsuji G, Nakazawa T, Morinobu A, et al. Impact of smoking as a risk factor for developing rheumatoid arthritis: a meta-analysis of observational studies. Ann Rheum Dis 2010;69(1):70-81.
18. Berenbaum F. Osteoarthritis as an inflammatory disease (osteoarthritis is not osteoarthros). Osteoarthritis Cartilage 2013; 21(1):16-21, doi: 10.1016/j.joca.2012.11.012.
19. Felson DT, Zhang Y. Smoking and osteoarthritis: a review of the evidence and its implications. Osteoarthritis Cartilage 2015; 23(3): 331-3. doi:10. 1016/j.joca.2014.11.022.
20. Kvalheim S, Sandven I, Hagen K, Zwart J-A. Smoking as a risk factor for chronic musculoskeletal complaints is influenced by age. The HUNT study. Pain 2013; 154(7):1073-9.
21. Gullahorn L, Lippiello L, Karpman R. Smoking and osteoarthritis: differential effect of nicotine on human chondrocyte glycosaminoglycan and collagen synthesis. Osteoarthritis Cartilage 2005;13(10):942-3.
22. Hedström AK, Stawiarz L, Klareskog L, Alfredsson L. Smoking and susceptibility to rheumatoid arthritis in a Swedish population-based case-control study. Eur J Epidemiol 2018;33(4):415-23.
23. Chen J, Ho S, Au W, Wang M, Lam T. Family smoking, exposure to secondhandsmoke at home and family unhappiness in children. Int J Environ Res Public Health 2015;12(11):14557-70.
24. John RM. Crowding out effect of tobacco expenditure and its implications on household resource allocation in India. Soc Sci Med 2008;66(6):1356-67.
25. Jalali-Farahani S, Amiri P, Khalili-Chelik A, Karimi M, Azizi F. Association between Smoking and Perceived Social Support among Tehranian Adults: Tehran Lipid and Glucose Study. Journal of

- Education and Community Health 2018; 5 (2):8-17.
26. Hosseini zare SM, Movahed E, Pourreza A, Rahimi Foroshani A. The effect of social support on the health of the elderly in Tehran. Hospital 2015;13(4):115-21.
27. Yun EH, Kang YH, Lim MK, Oh J-K, Son JM. The role of social support and social networks in smoking behavior among middle and older aged people in rural areas of South Korea: a cross-sectional study. BMC Public Health 2010;10(1):78.
28. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and psychological measurement 1970;30 (3):607-10.
29. Zolfi M. The Relationship between Life Skills and Cigarette Smoking Status in First High School Male Students in Ilam. (Thesis). Tabriz; Tabriz School of Nursing and Midwifery: Tabriz University of Medical Sciences; 2015.
30. Khabaz M, Behjati Z, Naseri M. Social Support, Coping style and resilience in Adolescent. Journal of applied psychology 2012; 5(4): 108-23.
31. Owlia F, Ahadian H, Rustaei zadeh Z, Bahadori L. The Prevalence of Oral Lesion among Elderly in Yazd Province Nursing Homes in 2014. Journal of Health 2017;8(3):321-7.
32. Bavazin F, Sepahvandi MA. The Study of the relationship between social support and social and psychological well-being among elderly people in city of Khorramabad in 2017. J Urmia Nurs Midwifery Fac 2018;15(12):931-8.
33. Jalali-Farahani S, Amiri P, Khalili-Chelik A, Karimi M, Azizi F. Association between Smoking and Perceived Social Support among Tehranian Adults: Tehran Lipid and Glucose Study. J Educ Community Health 2018;5(2):8-17. doi: 10.21859/jech.5.2.
34. Zarifnejad G, Saberi Noghabi E, Delshad Noghabi A, Koshyar H. The Relationship between Social Support and Morale of Elderly People in Mashhad in 2012. J Rafsanjan Univ Med Sci 2014;13(1):3-12.
35. Belanger E, Tamer A, Vafaei A, Curcio CL, Phillips SP, Zunzunegui MV. Sources of social support associated with health and quality of life: a cross-sectional study among Canadian and Latin American older adults. BMJ open 2016; 6(6): e011503. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011503
36. Neugebauer A, Katz PP. Impact of social support on valued activity disability and depressive symptoms in patients with rheumatoid arthritis. Arthritis Care Res 2004;51(4):586-92.

SOCIAL SUPPORT AND SMOKING IN ELDERLY PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS

Mahrokh Alizadeh¹, Reza Shabanlouei², Fezkeh Hoseinzadeh³, Mohammad Asghari Jafarabadi⁴, Mohammad Hassan Sahebihagh⁵, Mina Hoseinzadeh^{6*}

Received: 03 June, 2020; Accepted: 22 September, 2020

Abstract

Background & Aims: Today, the elderly population is on the rise, and incurable and chronic diseases such as osteoarthritis are one of their main problems. On the other hand, some high-risk health behaviors, such as smoking, are also common among the elderly. Given the role that social support can play in controlling chronic diseases and high-risk health behaviors such as smoking, the present study aimed to determine social support and smoking in the elderly patients with osteoarthritis.

Materials & Methods: This cross-sectional study was performed on 384 elderly patients with osteoarthritis who were referred to the clinics of Tabriz University of Medical Science. Sampling method was two stages cluster sampling. After completing the questionnaires, the data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean and standard deviation) and analytical statistics (independent t-test) by SPSS16 software.

Results: The results of the present study showed that 16.8% of the elderly with osteoarthritis were smokers and 83.2% of the elderly with osteoarthritis were non-smokers. The rate of social support (family and others) in the non-smoker elderly with osteoarthritis was higher than smoker elderly and among different dimensions, the highest rate was related to family support.

Conclusion: Due to the higher rate of smoking in the elderly with osteoarthritis and the important role of social support, especially family support, the importance of supportive social communication for families should be clarified through educational interventions to reduce the prevalence of smoking.

Keywords: Social Support, Osteoarthritis, Elderly, Smoking

Address: Department of Community Health Nursing, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

Tel: +989141063153

Email: m.hosseinzadeh63@gmail.com

¹ Msc of Community Health Nursing, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

² Assistant Professor of Nursing, Department of Internal Surgery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

³ Assistant Professor of Physiology, Sarab School of Medical Sciences, Sarab, Iran

⁴ Professor of Biostatistics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

⁵ Associate Professor, Department of Community Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

⁶ Assistant Professor, Department of Community Health Nursing, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran (Corresponding Author)