

عوامل مرتبط با سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامتی در سالمندی

ساناز رشیدی^۱، مسعود بهرامی^{۲*}

تاریخ دریافت 1393/10/25 تاریخ پذیرش 1394/01/22

چکیده

پیش زمینه و هدف: سالم پیر شدن حق همه افراد بشر است. فعالیت‌های ارتقاء دهنده سلامت و شیوه زندگی بهداشتی، استراتژی‌های اصلی تسهیل و حفاظت از سلامتی هستند. این پژوهش به منظور شناسایی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و عوامل مرتبط با آن در سالمندان بستری در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام گرفته است.

مواد و روش کار: این پژوهش، یک مطالعه توصیفی همبستگی می‌باشد که بر روی ۳۰۰ سالمند بستری در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (الزهر، سیدالشهدا، نور و شهید چمران) در سال ۱۳۹۱ انجام گردید. ۳۰۰ سالمند بستری به صورت تصادفی انتخاب و پرسشنامه استاندارد سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت نسخه ۲ جهت تعیین وضعیت رفتارهای بهداشتی به روش مصاحبه توسط پژوهشگر برای آن‌ها تکمیل گردید.

یافته‌ها: سالمندان مورد بررسی در حیطه‌های مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی ($39/75 \pm 21/04$)، فعالیت فیزیکی ($14/79 \pm 17/01$)، تغذیه ($47/93 \pm 16/97$) و مدیریت استرس ($40/26 \pm 18/44$) نمره‌های پائین تر از میانگین را کسب کردند اما از نظر رشد معنوی ($54/59 \pm 24/74$) و روابط بین فردی ($56/20 \pm 19/7$) نمره بالاتر از میانگین را به دست آوردند. به طور کلی سالمندان مورد بررسی نمره سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت پائین تر از میانگین را دارا بودند ($42/8 \pm 13/2$). بین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و تعدادی از ویژگی‌های واحدهای مورد پژوهش از جمله وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و شغل ارتباط معناداری وجود داشت.

بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش نشان داد که به طور کلی سالمندان مورد بررسی سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت مطلوبی را دارا نبودند. بنابراین پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزش سبک زندگی سالم با همکاری تیم ارتقای سلامت در راستای دستیابی به ارتقای سلامت سالمندان و کاهش بیماری‌های مزمن، بستری‌های متعدد و عوارض متعدد ناشی از نداشتن سبک زندگی سالم در سطح وسیع به اجرا درآید.

کلیدواژه‌ها: سالمندی، ارتقاء سلامت، شیوه زندگی، پرستاری

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره سیزدهم، شماره دوم، پی‌درپی 67، اردیبهشت 1394، ص 98-90

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران، تلفن: ۰۳۱۱-۷۹۲۲۹۴۳، فاکس: ۰۳۱۱-۶۶۹۹۳۹۸

Email: bahrami@nm.mui.ac.ir

مقدمه

برابر در سال ۲۰۲۵ و بیش از ۲ میلیارد نفر در سال ۲۰۵۰ افزایش یابد (۴). سرعت روند رشد جمعیت سالمند در کشورهای در حال توسعه محسوس تر می‌باشد (۵) و آمارها بیانگر آن است که ۵۹ درصد جمعیت سالمند جهان در حال حاضر در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌نمایند و این جمعیت تا سال ۲۰۳۰ به ۷۰ درصد افزایش خواهد یافت (۶). شاخص‌های آماری نشانگر این حقیقت‌اند که روند پیر شدن جمعیت در کشور ما نیز آغاز شده است و پیش‌بینی می‌شود که در سال ۲۰۵۰، سالمندان بیش از ۲۰ درصد جمعیت کشور را تشکیل دهند (۷).

یکی از بزرگ‌ترین تغییرات جمعیتی در قرن بیست و یکم پیر شدن جمعیت است (۱). با گسترش مراقبت‌های بهداشتی اولیه، بهبود شرایط اقتصادی و اجتماعی جوامع و پیدایش فناوری‌های جدید در پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری‌ها و همچنین اجرا برنامه‌های تنظیم خانواده جمعیت سالمندان جهان افزایش یافته است (۲). پیش‌بینی می‌شود تعداد سالمندان جهان که بر اساس منابع مختلف افراد بالای ۶۵ سال می‌باشند (۳)، از ۶۰ میلیون نفر در سال ۲۰۰۳ به حدود دو

^۱ کارشناس ارشد آموزش پرستاری بهداشت جامعه، معاونت بهداشتی استان اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
^۲ دکترای تخصصی پرستاری، استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)

خواب، برقراری روابط سالم و حساس شدن نسبت به وضعیت بیماری خود را شامل می‌گردد (۲۰).

داشتن سبک زندگی ناسالم علت عمده مرگومیر و عوارض قابل پیشگیری در میان سالمندان است (۲۱). در حالی که انجام رفتارهای ارتقاء دهنده بهداشت فردی مهم‌ترین و مؤثرترین عامل در حفظ و ارتقاء سلامت سالمندان می‌باشد (۸). امروزه هرم جمعیتی ایران به سوی سالمندی در حال تغییر می‌باشد (۷). فهم درست و ارزیابی دقیق سبک زندگی و رفتارهای بهداشتی سالمندان در راستای تدوین و طراحی برنامه‌های بهداشتی پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقاء سلامت در این گروه سنی لازم و ضروری است. با این وجود مطالعه‌ای در زمینه بررسی رفتارهای بهداشتی ارتقاء دهنده سلامت توسط سالمندان در ایران یافت نشد. این پژوهش باهدف شناسایی وضعیت انجام رفتارهای بهداشتی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان بستری در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش، یک مطالعه توصیفی همبستگی می‌باشد. جامعه آماری مورد مطالعه بیماران سالمند ۶۵ ساله و بالاتر بستری در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (الزهرا، سیدالشهدا، نور و شهید چمران) بودند که از تاریخ ابتدای اردیبهشت‌ماه ۱۳۹۱ تا پایان مهرماه ۱۳۹۱ مورد بررسی قرار گرفتند. حجم نمونه با استفاده از فرمول $n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$ (که در آن Z ضریب اطمینان ۹۵ درصد که ۱/۹۶ در نظر گرفته شد و d میزان دقت که ۱/۲۵ در نظر گرفته شد)، حداقل ۲۶۶ محاسبه که برای اطمینان هر چه بیشتر ۳۰۰ نفر در نظر گرفته شد.

نمونه‌گیری به شیوه تصادفی ساده انجام گردید. داشتن سن ۶۵ سال و بالاتر، بستری در بیمارستان‌های مورد نظر و علاقه‌مند بودن به شرکت در مطالعه، توانایی جسمی و روانی سالمند در پاسخ دادن به سؤالات و ثبت بیماری در تشخیص داده‌شده توسط پزشک در پرونده سالمند از معیارهای ورود به مطالعه بودند. عدم تمایل سالمند یا وجود بیماری روانی یا فوت وی نیز از معیارهای خروج از مطالعه بودند. ملاحظات اخلاقی لازم در این پژوهش از جمله توضیح در مورد اهداف، محرمانه بودن نتایج و اخذ رضایت آگاهانه از بیماران در نظر گرفته شد.

به‌منظور دستیابی به اهداف پژوهش از پرسشنامه‌ای ۳ قسمتی استفاده گردید. بخش اول پرسشنامه با ۸ سؤال دربرگیرنده مشخصات فردی واحدهای مورد پژوهش و بخش دوم پرسشنامه با ۶ سؤال دربرگیرنده مشخصات بالینی واحدهای مورد پژوهش بود. در بخش سوم از پرسشنامه استاندارد HPLP-II

پیش‌بینی می‌شود تا سال ۱۴۲۹ جمعیت سالمندان کشور به ۲۵۹۱۲۰۰۰ نفر یعنی ۲۴،۶۲ درصد جمعیت برسد (۸). این روند افزایش جمعیت سالمند در جهان و کشور ما به علت تأثیر آن بر جنبه‌های مختلف اجتماعی و اقتصادی از جمله بخش بهداشت و درمان حائز اهمیت و نیازمند مطالعه است (۹). زیرا جمعیت سالمند بزرگ‌ترین مصرف‌کننده منابع پزشکی در سرتاسر جهان می‌باشند (۱۰). به‌طور مثال بیش از یک‌سوم از ۵۰۰ بیلیون دلاری که صرف مراقبت‌های بهداشتی در آمریکا می‌گردد برای ۱۲ درصد از جمعیت سالمند بالای ۶۵ سال هزینه می‌شود (۱۱). هرچند در کشور ما در رابطه با پیش‌بینی هزینه‌ها با توجه به رشد جمعیت سالمندی مطالعه جامعی انجام نشده است، لیکن در خوش‌بینانه‌ترین حالت با فرض ۵ برابر بودن هزینه‌های درمانی بر اساس برآورد سایر کشورها بدون در نظر گرفتن تورم، تغییر در نوع بیماری‌ها، سطح توقع مصرف‌کنندگان و سایر عوامل و فقط تحت تأثیر رشد جمعیت سالمندان باید سرانه سلامت از ۱۳۱ دلار به ۳۲۵ دلار افزایش یابد (۹). در ایران بر اساس بررسی‌های به‌عمل آمده ۱۵ درصد از مراجعان به مطب پزشکان متخصص، ۳۴ درصد از معالجات سرپایی در بیمارستان‌ها و ۸۹ درصد از تخت‌های مؤسسات و مراکز نگهداری را افراد بالای ۶۵ سال به خود اختصاص می‌دهند (۱۲).

هرچند سالخوردگی به‌خودی‌خود بیماری محسوب نمی‌گردد و روند طبیعی گذر عمر می‌باشد (۱۳)، اما با بالا رفتن سن تغییرات فیزیولوژیک شناخته‌شده از جمله کاهش قدرت عضلانی، کاهش ظرفیت تهویه، کاهش آب بدن و کاهش تمامیت پوست رخ می‌دهد که در نتیجه این تغییرات میزان بیماری‌های حاد و مزمن و نیاز به مراقبت‌های بهداشتی در سالمندان افزایش می‌یابد (۱۴). در سالمندان تغییر الگوی همه‌گیرشناسی بیماری‌ها به سمت افزایش شیوع بیماری‌های مزمن می‌باشد (۱۵). بیماری‌های مزمن صرفاً درمان دارویی و جراحی خاصی نداشته و پیشگیری و درمان نهایی آن‌ها به عوامل مختلف رفتاری، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی وابسته می‌باشد (۱۶). مطالعات نشان می‌دهد اتخاذ رفتارهای بهداشتی ارتقاء دهنده سلامتی در سالمندی موجب افزایش امید به زندگی (۱۷)، بهبود سلامتی و کیفیت زندگی (۱۸) و از سوی دیگر باعث کاهش میزان بروز و شدت بیماری‌ها و معلولیت‌ها و هزینه‌های مراقبتی می‌گردد (۸). به‌طور کلی رفتارهای بهداشتی ارتقاء دهنده سلامتی و سبک زندگی نقش مهمی در تعیین سطح سلامتی افراد دارد (۱۹). رفتارهای بهداشتی شامل رفتارهایی می‌باشد که بر سلامت افراد تأثیرگذار است و رفتارهایی نظیر جستجوی اطلاعات مربوط به موضوع سلامت، انجام معاینات عمومی، داشتن فعالیت بدنی، رژیم غذایی مناسب، الگوی مناسب

بودند. همچنین ۸۷ درصد آنان دارای مسکن شخصی بودند و ۶۶ درصد آن‌ها اظهار داشتند که میزان درآمد آنان ناکافی می‌باشد. ۷۴/۷ درصد بیماران دارای همسر بودند و اکثر آنان (۴۰ درصد) اعلام کردند که با همسر و فرزندان خود زندگی می‌کردند.

بررسی مشخصات بیماری واحدهای مورد پژوهش نشان داد که بیشترین تعداد (۴۳/۷ درصد) سالمندان به دلیل بیماری‌های قلبی و تنفسی در بیمارستان بستری گردیده بودند. مدت زمان ابتلا به بیماری منجر به بستری در اکثر آنان (۷۰/۳ درصد) زیر یک سال بوده است و همچنین مدت زمان بستری فعلی در اکثر موارد (۸۷/۷ درصد) بین ۱-۱۰ روز بود. ۴۰ درصد مشارکت‌کنندگان دارای بیماری‌های مزمن فشارخون و دیابت بودند و ۵۷/۷ درصد آنان حداقل بین ۵-۱ بار قبلاً در بیمارستان بستری گردیده بودند ۳۹ درصد آنان تحت درمان دارویی و ۳۶/۳ درصد آنان تحت درمان جراحی قرار گرفته بودند و بقیه (۱۷/۶ درصد) تحت درمان‌های دیگر مانند رادیوتراپی و یا ترکیبی از درمان‌های ذکر شده قرار گرفته بودند. برای ۷ درصد دیگر هم اقدامات تشخیصی انجام شده بود.

نتایج حاصل از وضعیت محدوده‌ها، میانگین‌ها و انحراف معیار رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و ابعاد آن در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول (۱): وضعیت میانگین‌ها و انحراف معیار رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و زیر مقیاس‌های آن در سالمندان مورد بررسی

نام متغیر	میانگین	انحراف	
		معیار	مطلوب نامطلوب
نمره مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی	۳۹/۷۵	۲۱/۰۴	*
نمره فعالیت فیزیکی	۱۴/۷۹	۱۷/۰۱	*
نمره تغذیه	۴۷/۹۳	۱۶/۹۷	*
نمره رشد معنوی	۵۴/۵۹	۲۴/۷۴	*
نمره روابط بین فردی	۵۶/۲۰	۱۹/۷	*
نمره مدیریت استرس	۴۰/۲۶	۱۸/۴۴	*
میانگین کلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت	۴۲/۸	۱۳/۲	*

بر اساس یافته‌های جدول (۱)، سالمندان مورد بررسی در حیطه‌های مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی (۳۹/۷۵ ± ۲۱/۰۴)، فعالیت فیزیکی (۱۴/۷۹ ± ۱۷/۰۱)، تغذیه (۴۷/۹۳ ± ۱۶/۹۷) و

که توسط والکر^۴ بر اساس مدل ارتقاء سلامت پندر^۵ در سال ۱۹۹۵ تدوین شده است، برای بررسی این که افراد تا چه اندازه رفتارهای بهداشتی ارتقاء دهنده سلامت را انجام می‌دهند استفاده گردید.

پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت (HPLP-II) یک ارزیابی چندبعدی از رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را فراهم می‌کند. به این ترتیب که فراوانی به‌کارگیری رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی را در شش بعد مسئولیت‌پذیری سلامتی، فعالیت فیزیکی، تغذیه، رشد معنوی، مدیریت استرس و روابط بین فردی را اندازه‌گیری می‌کند. این پرسشنامه حاوی ۵۲ سؤال است و در مقابل هر سؤال بر اساس مقیاس لیکرت، ۴ پاسخ وجود دارد) به صورت هرگز، گاهی اوقات، معمولاً و همیشه) که به ترتیب به آن‌ها نمرات ۱، ۲، ۳، ۴ تعلق گرفت. به‌طور کلی نمره سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت با استفاده از میانگین پاسخ‌ها برای کل ۵۲ سؤال و برای هر بعد محاسبه می‌شود. نمره ۵۰ و بالاتر به‌عنوان سطح مطلوب رفتار در نظر گرفته شد.

شاخص آلفا کرونباخ هم برای کل مقیاس و هم برای ابعاد آن در مطالعات مختلف محاسبه گردیده است و نشان‌دهنده روایی بالای آن است (۲۶، ۲۵، ۲۴، ۲۳، ۲۲). برای مثال در یک مطالعه، برای این ابزار آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش شده است (۲۷). در ایران نیز شاخص آلفای کرونباخ نسخه فارسی پرسشنامه استاندارد HPLP-II توسط مروتی و همکاران، ۸۷ درصد محاسبه گردیده است (۲۸).

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات جمع‌آوری شده از آمار توصیفی مانند فراوانی مطلق، جدول توزیع فراوانی، میانگین، انحراف معیار و جهت تعیین ارتباط بین متغیرها از ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن، و آزمون‌های آماری t مستقل و آنالیز واریانس در محیط نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ استفاده گردید. p مساوی یا کمتر از ۰/۰۵ به‌عنوان سطح معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش ۵/۹ ± ۷۱/۳ بود. اکثر سالمندان مورد مطالعه (۵۵/۷ درصد) در رده سنی ۷۰-۶۵ سال بودند. از کل سالمندان مورد بررسی ۵۳/۷ درصد آن‌ها مرد، ۴۶/۳ درصد آنان زن، اکثر خانم‌ها (۶۱/۳ درصد) خانه‌دار و اکثر آقایان (۲۷/۳ درصد) بازنشسته بودند.

۶۱/۳ بیماران بی‌سواد و اکثریت آنان (۵۱/۷ درصد) تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی و بیمه خدمات درمانی (۴۴ درصد)

³ Health Promoting Lifestyle Profile - II

⁴ Walker

⁵ Pender

را دارا نبودند ($13/2 \pm 42/8$). همچنین ارتباط رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت و برخی مشخصات فردی سالمندان بستری در جدول شماره ۲ گزارش شده است.

مدیریت استرس ($18/44 \pm 40/26$) در وضعیت مطلوبی نبودند. اما از نظر رشد معنوی ($24/74 \pm 54/59$) و روابط بین فردی ($19/7 \pm 56/20$) وضعیت مطلوبی را دارا بودند. به طور کلی سالمندان مورد بررسی سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت مطلوبی

جدول (2): ارتباط رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و برخی مشخصات فردی در سالمندان مورد بررسی

مشخصات فردی	سن	سطح تحصیلات	جنس	شغل	ترکیب خانواده	وضعیت درآمد	وضعیت مسکن	وضعیت تأهل	حیطه رفتار	
									p-value	r
مسئولیت پذیری در قبال سلامتی	0.08	0.16	0.02*	0.17	0.47	0.00*	0.20	0.38	0.36	0.78
فعالیت بدنی	0.04	0.44	0.04*	0.11	0.87	0.02*	0.23	0.65	0.75	0.48
تغذیه	0.09	0.12	0.08	0.09	0.10	0.20	0.45	0.23	0.59	0.44
رشد معنوی	0.01	0.76	0.10	0.09	0.08	0.00*	0.26	0.47	0.41	0.02*
روابط بین فردی	0.05	0.92	0.50	0.03	0.95	0.97	0.26	0.66	0.18	0.35
مدیریت استرس	0.02	0.71	0.17	0.07	0.07	0.00*	0.81	0.22	0.88	0.52
نمره کل	0.05	0.38	0.01*	0.14	0.47	0.00*	0.20	0.30	0.81	0.13

*p-value معنی دار

جنس، وضعیت درآمد و مسکن واحدهای مورد پژوهش مشاهده نگردید.

بحث و نتیجه گیری

بحث: نتایج این مطالعه که باهدف بررسی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی در سالمندان ایرانی انجام شد نشان داد که سالمندان مورد بررسی به طور کلی دارای سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت مطلوبی نمی باشند. به خصوص در حیطه های مسئولیت پذیری در قبال سلامتی، فعالیت فیزیکی، تغذیه، و مدیریت استرس این وضعیت نامطلوب تر به نظر می رسد اما از نظر رشد معنوی و روابط بین فردی وضعیت مطلوبی را دارا می باشند. مطالعات گوناگون نیز نشان داده اند که سالمندان از نظر رفتارهایی نظیر فعالیت بدنی و داشتن رژیم غذایی مناسب در سطح مطلوبی نیستند و میزان آگاهی، نگرش و عملکرد سالمندان در خصوص شیوه زندگی سالم نسبتاً پایین است (۲۸،۲۹،۳۰). مطلوب بودن وضعیت رشد معنوی و روابط بین فردی سالمندان مورد بررسی ممکن است ناشی از تأثیر مذهب باشد که این یافته با یافته های مروتی (۲۸) و انجذاب (۳۱) همخوانی دارد. در فرهنگ اسلامی مردم ایران، مذهب به عنوان یک عامل اساسی رشد و بالندگی و تنظیم کننده روابط بین افراد جامعه می باشد (۳۲). همچنین

جدول فوق نشان داد که ارتباط معناداری بین سن و رفتارهای بهداشتی واحدهای مورد پژوهش وجود ندارد. همچنین آزمونی مستقل نشان داد که میانگین نمره حیطه های رفتار بهداشتی و نمره کل رفتارهای بهداشتی در زنان و مردان تفاوت معناداری نداشت. آزمون آنالیز واریانس یکطرفه نشان داد که بین شغل واحدهای مورد پژوهش و رفتارهای بهداشتی در حیطه های مسئولیت پذیری در قبال سلامتی، فعالیت بدنی، رشد معنوی و مدیریت استرس رابطه وجود دارد ($p < 0.05$). همچنین آزمون آنالیز واریانس یکطرفه ارتباط معناداری را بین وضعیت درآمد و داشتن مسکن با رفتارهای بهداشتی در هیچ یک از ابعاد نشان نداد.

آزمون آنالیز واریانس یکطرفه نشان داد که بین وضعیت زندگی با افراد خانواده و رفتارهای بهداشتی ارتباطی وجود ندارد. آزمونی مستقل نشان داد که بین وضعیت تأهل و رشد معنوی واحدهای مورد پژوهش ارتباط معناداری وجود دارد.

ضریب همبستگی اسپیرمن نشان داد که بین سطح تحصیلات و مسئولیت پذیری در قبال سلامتی، فعالیت بدنی و نمره کل رفتارهای بهداشتی ارتقاء دهنده سلامت واحدهای مورد پژوهش ارتباط مستقیم معنی دار آماری وجود دارد. در این مطالعه ارتباط معناداری بین رفتارهای بهداشتی ارتقاءدهنده سلامت و سن،

تأیید می‌کند. اما با توجه به این‌که سالمندان موردبررسی روابط بین فردی و رشد معنوی مطلوبی داشتند، این مسئله می‌تواند نشان‌دهنده تأثیر مثبت مذهب و روابط اجتماعی بر سلامت و انگیزه سالمندان در انجام رفتارهای بهداشتی ارتقاء دهنده سلامت باشد.

در این پژوهش ارتباط معناداری بین وضعیت تأهل و رشد معنوی واحدهای موردپژوهش مشاهده گردید به نحوی که افراد متأهل از رشد معنوی بهتری برخوردار بودند و کمتر دچار بیماری منجر به بستری می‌گردیدند. ادیب حاج باقری (۳۹)، و کریستجانسون (۳) نیز این نتیجه را گزارش کرده‌اند. این مسئله احتمالاً ناشی از آن است که سالمندان دارای همسر، سطح بالاتری از فعالیت و روابط اجتماعی را حفظ می‌کنند. درحالی‌که سالمندان فاقد همسر تدریجاً گوشه‌گیرتر شده و از سطح فعالیت و روابط اجتماعی و در نتیجه میزان انگیزه آن‌ها در انجام اعمال روزمره مانند فعالیت‌های بهداشتی کاسته می‌شود (۲۱). این نکته نشان‌دهنده این است که سالمندان مجرد و بیوه، نیاز به توجه و مراقبت بیشتری دارند و در برنامه ریزی‌های بهداشتی می‌بایست تأکید بیشتری بر این گروه از سالمندان صورت گیرد.

بر اساس نتایج به دست آمده ارتباط معناداری بین سن و رفتارهای بهداشتی سالمندان وجود نداشت که این یافته با یافته‌های جعفری زاده (۳۶) و ادیب حاج باقری (۳۹) همخوانی دارد. به نظر می‌رسد عوامل دیگری چون بیماری‌های مزمن، کم‌ تحرکی، بی‌توجهی نسبت به انجام رفتارهای بهداشتی، بی‌سوادی در این امر بیشتر دخیل باشند.

در مطالعه حاضر ارتباط معنی‌داری بین جنس و رفتارهای بهداشتی مشاهده نشد. مطالعه خسروی (۳۷) و پرنای و همکاران (۳۵) نیز این یافته را تأیید می‌کند. درحالی‌که مطالعه ادیب حاج باقری (۳۹) نتایج متفاوتی را ارائه می‌دهد. این اختلاف نتایج می‌تواند به دلیل جوان‌تر بودن جامعه مورد مطالعه ما باشد. به نظر می‌رسد سالمندان زن در سنین پایین‌تر تقریباً وضعیت بهداشت فردی و کیفیت زندگی یکسانی با مردان دارند ولی در سنین بالاتر وضعیت بهداشت فردی زنان در سنین بالاتر به شدت تنزل می‌یابد. معمولاً زنان نسبت به مردان تحرک کمتری دارند و در نتیجه سریع‌تر دچار تحلیل عضلانی و ناتوانی می‌شوند و ممکن است توانایی خود را برای انجام رفتارهای مختلف من جمله رفتارهای بهداشتی ارتقاء دهنده سلامتی از دست بدهند.

در این مطالعه ارتباط معناداری بین رفتارهای بهداشتی و وضعیت درآمد و مسکن واحدهای موردپژوهش مشاهده نگردید. این مطالعه با یافته‌های حاصل از مطالعه پرنای و همکاران (۳۵) و اهم (۴۰) هم‌خوانی ندارد. یافته فوق را چنین می‌توان تبیین نمود که در مطالعه حاضر هرچند که ۶۶ درصد واحدهای موردپژوهش

مذهب می‌تواند نقش مثبتی در پر کردن فضای خالی زندگی، مدیریت استرس، ایجاد روابط مثبت و سازنده با دیگران، سازگاری با موقعیت و معنادگی به زندگی داشته باشد (۳۳).

در این مطالعه بین افزایش سطح تحصیلات و مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی و فعالیت بدنی واحدهای موردپژوهش ارتباط مستقیم وجود داشت. این یافته با مطالعات اسکیندر^۶ (۳۴) و پرنای و همکاران (۳۵) جعفری زاده (۳۶) خسروی (۳۷) و رفعتی (۳۸) هم‌خوانی دارد. باید در نظر داشت که اکثر (۶۱/۳ درصد) سالمندان موردبررسی در این مطالعه بی‌سواد و یا کم‌سواد بوده‌اند. پایین بودن سطح سواد و یا بی‌سوادی یکی از موانع مهم ارتباطی است و باعث می‌شود این گونه افراد دسترسی کم‌تری به اطلاعات و آموزش‌های بهداشتی داشته باشند. برخورداری از سواد خواندن و نوشتن، یک عامل مفید و مناسب برای گذراندن اوقات فراغت با مطالعه و افزایش دانش و آگاهی بیشتر و در نتیجه ارتقاء سطح سلامتی و کیفیت زندگی سالمندان می‌باشد.

همچنین در این مطالعه مشاهده گردید که بین شغل واحدهای موردپژوهش و رفتارهای بهداشتی در حیطه‌های مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی، فعالیت بدنی، رشد معنوی و مدیریت استرس رابطه وجود دارد. این یافته با مطالعه خسروی (۳۷) و حشمتی (۸) مطابقت ندارد. این طور به نظر می‌رسد که اختلاف نتایج ممکن است به دلیل تفاوت توزیع سنی سالمندان در مطالعات مشابه باشد. احتمالاً در جوامعی که سالمندان بالای ۷۰ سال درصد بیشتری از جمعیت سالمندان را تشکیل می‌دهند، افراد ناتوان‌تر بوده و توانایی کمتری جهت اشتغال و همچنین انجام رفتارهای بهداشتی دارند. اما در این مطالعه اکثر سالمندان مورد مطالعه (۵۵/۷ درصد) در رده سنی ۷۰-۶۵ سال بودند و امکان بیشتری برای اشتغال داشتند. باید در نظر داشت افراد شاغل معمولاً دارای سن کمتری می‌باشند و در نتیجه تحرک بدنی بیشتر و همچنین حضور بیشتری در اجتماع دارند که خود می‌تواند تأثیر مثبت در انجام رفتارهای بهداشتی در این گروه داشته باشد. از سوی دیگر داشتن شغل موجب حفظ و افزایش اعتماد به نفس و احساس مفید و مؤثر بودن در سالمندان می‌گردد. اما نباید از نظر دور داشت که افرادی که از وضعیت رفتار بهداشتی مطلوب‌تر و کیفیت زندگی بالاتری برخوردار هستند، توانایی بیشتری را برای داشتن شغل دارند و دارا بودن شغل می‌تواند علاوه بر علت، معلول سلامتی آن‌ها باشد.

بر اساس یافته‌ها بین وضعیت زندگی با افراد خانواده و رفتارهای بهداشتی ارتباط معناداری مشاهده نگردید که نتایج مطالعه خسروی (۳۷) و ادیب حاج باقری (۳۹) در این زمینه را

⁶ Schneider

تأکید نمود. با توجه به این که علت عمده مرگومیر و ابتلا در جوامع امروزی به سبک زندگی نادرست مربوط می‌شود، بنابراین پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزش سبک زندگی سالم با همکاری تیم ارتقای سلامت در راستای دستیابی به ارتقای سلامت سالمندان و کاهش بیماری‌های مزمن و عوارض متعدد ناشی از نداشتن سبک زندگی سالم در سطح وسیع به اجرا در آید.

پرستاران به‌عنوان افرادی که ارتباط نزدیک و تنگاتنگ با تمامی گروه‌های سنی و خصوصاً با سالمندان در بیمارستان و جامعه دارند می‌توانند نقش کلیدی خود را در این زمینه در تمامی سطوح پیشگیری خصوصاً پیشگیری سطح اول که تمرکز بر آموزش شیوه زندگی سالم است به انجام برسانند. در حیطه‌هایی که سالمندان مورد بررسی در این پژوهش وضعیت مطلوبی را دارا نبودند مانند نداشتن فعالیت فیزیکی مناسب، نداشتن مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی، ناتوانی در مدیریت استرس و نداشتن تغذیه مناسب، نقش پرستاران از اهمیت بیشتری برخوردار است.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از مسئولین محترم مرکز تحقیقات پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که از این تحقیق پشتیبانی و حمایت مالی نمودند و همچنین از مسئولین محترم بیمارستان‌های الزهراء (ع)، سیدالشهدا (ع)، خورشید و شهید چمران اصفهان که با مساعدت‌های خود انجام این تحقیق را میسر نمودند قدردانی و تشکر می‌گردد. از آقای دکتر محمدعلی مروتی شریف آباد نیز به خاطر در اختیار دادن نسخه فارسی پرسشنامه HPLP-II سپاس‌گذاری می‌گردد.

درآمد ناکافی داشتند ولی از سوی دیگر ۸۷ درصد آنان دارای منزل شخصی و همچنین ۱۰۰ درصد آنان تحت پوشش بیمه‌های درمانی قرار داشتند که این مسئله می‌تواند بیان‌کننده این باشد که حیطه‌های اقتصادی تأثیر منفی بر وضعیت رفتارهای بهداشتی واحدهای مورد پژوهش نداشته است.

یافته‌های این پژوهش باید در کنار محدودیت‌های آن مورد توجه قرار گیرد. علیرغم اینکه محقق تمامی تلاش خود را در جهت انتخاب بیماران با آمادگی کامل و تکمیل دقیق پرسشنامه‌ها انجام داد، با این وجود تکمیل پرسشنامه توسط سالمندانی که ممکن است از تمرکز یا دقت کافی برخوردار نباشند باید مد نظر قرار گیرد. همچنین علیرغم اینکه حجم نمونه در این تحقیق نسبتاً مناسب بود، با این وجود، نظر به اهمیت موضوع پیشنهاد می‌گردد که تحقیق مشابه در مراکز دیگر با حجم نمونه بالاتر اما با پرسشنامه مشابه انجام شود تا امکان مقایسه و همینطور تعمیم دادن یافته‌ها هر چه بیشتر فراهم گردد. همچنین پیشنهاد می‌گردد که ارتباط متغیرهای مهم سالمندان با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت آنان با آزمونهای آماری چند متغیره نیز کنترل گردد.

نتیجه‌گیری: به‌طور کلی نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که سالمندان مورد بررسی دارای سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت مطلوبی نمی‌باشند. امروزه با توجه به هزینه‌های زیاد مراقبت‌های درمانی، لزوم تغییر رویکرد درمانی به رویکرد پیشگیری از بیماری باید بیشتر مورد تأکید قرار گیرد. در همین راستا، باید بر اهمیت ارتقاء سلامت که شامل تشویق به داشتن سبک زندگی سالم، خلق محیط حمایت‌کننده برای سلامت، جهت دهی مجدد خدمات بهداشتی و تعیین سیاست‌های بهداشتی عمومی در این زمینه

References:

1. Sadeghian F, Raei M, Hashemi M, Amiri M, Reza CH. Aging and health problems: a cross-sectional study in shahrood. *Salmand* 2011; 6(2): 26-30.
2. Malek Afzali H, Baradarane etekhari M, Hejazi F, Khojasteh T, Tabrizi F, Farid i T. Mobilize the community to improve health of the elderly in the neighborhood of Tehran Ekbatan in 2005. *Hakim* 2006; 9(4): 1-6.
3. Kristjansson B, Helliwell B, Forbes WF and Hill GB. Marital Status, Dementia and Institutional Residence Among Elderly Canadians: The Canadian Study of Health and Aging. *Chronic Dis Can* 2000; 20(4):154-7.
4. Adib-Hajbaghery M, Akbari H. The severity of old age disability and its related factors. *Feyz* 2009; 13(3):225-34.
5. Shoaie F, Nejati V. Aged care services in the United States of America a with glimpse into Iran. *Salmand* 2007; 3(7): 66-75.
6. Mirzaei M, shams M. Demography of elderly in iran according to censuses of 1956- 2006. *Salmand* 2007;2(5):326-31.
7. Statistical Center of Iran. Population and Housing Census. 2006. Available from: <http://www.sci.org>

8. Heshmati H, Poor naser B, Haji ebrahimi MH, Cherkzi A, Asadi Z, Dehnadi A. Hygiene status in rural elderlies of maraveh tapaeh city in Golestan province in 2010. *Salmand* 2012; 24(1): 8-18.
9. Russell M, Ardalan A. Future of aging and health care costs: a challenge for health systems in the country. *Salmand* 2007; 2(4): 300-5.
10. Naji A, Abedi HA, Moslehi M. experience of elderly widows living: A qualitative study. Research Project. Khorasgan: School of Nursing and Midwifery faculty, Khorasgan Islamic Azad University; 2008.
11. Abedi HA, Tavakoli KH. Nurse: Database integration in nursing services & community health care. Isfahan: Nursing and Midwifery University of Isfahan Medical Sciences University; 2006.
12. Habibi A, Savadpoor M, Molaei B, Shamshiri M, Ghorbani. Survey of physical functioning and prevalence of chronic illnesses among the elderly people. *Salmand* 2009; 4(13): 67-77.
13. Hatami H, Razavi SM, Eftekharardebili H, Majlesi F, Seyyednouzadi M, arizade SMJ. Persian text book of public health. 2nd ed. volume 3. Tehran: Arjmand publication; 2008. P.1838.
14. Hughes Ronda G, Kleinpell M, Fletcher k. Patient safety and Quality, chapter 11: Reducing functional decline in hospitalized elderly. NCBI Book. 2009.
15. Nejati V. Health status of elderly people in Qom Province in 2007. *J Qazvin Med Sci Univ* 2009; 13(5): 67-72.
16. Pour Reza A, MirMohammadKhan M, Pouragha. The pattern of cost & disease inpatient services in the elderly covered by the health insurance in damghan. *Salmand* 2006; 2(4): 252-62.
17. Pour Reza A, Khabiri- Nemat R. Economics of Health and Ageing. *Salmand* 2006; 1(2): 80-7.
18. Acton GJ. Health promoting self care in family care givers. *Western J Nurs Res* 2002; 24(1): 73-89.
19. Wei CH N, Harada K, Ueda K, Fukumoto K , Minamoto K , Ueda A. Assessment of health-promoting lifestyle profile in Japanese university students. *Environ Health Prev Med* 2012; 17: 222-7.
20. Hassanzadeh R, Tolity SM, Hosseini SH, Davari F. The relationship between source of health control and health behaviors. 2005. Accessed www.sid.ir. Date Received: 01/04/2011.
21. Flocke S, Crabtree B, Stange K. Clinician reflections on promotion of health behaviors in primary care practice. *Health policy*. 2001.
22. Motlagh Z, Mazloomi-Mahmoodabad S.S, Momayyezi M. Study of Health promotion behaviors among university of medical science students. *Zahedan J Res Med Sci* 2011; 13(4): 29-34.
23. Hadad LG, Almaaitah RM, Cameron SJ, Armstrong- Stassen M. An Arabic language version of the health promotion lifestyle profile. *Pub Heath Nurs* 1998; 15(2): 74-81.
24. Acton GJ, Malathum P. Basic heed status and health promoting self care behavior in adults. *West J Nurs Res* 2000; 22(7): 796-811.
25. Walker SN, Sechrist K, Pender N. The health promoting lifestyle profile 2. Omaha: university of Nebraska medical center, college of Nursing; 1995.
26. Pender NJ. Health promotion in nursing practice. Appleton-century-crofts. USA: 1987. P.59-77.
27. Walker SN, Hill-Polerecky DM. Psychometric evaluation of Health Promoting Lifestyle Profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center, College of Nursing, Lincoln; 1997.
28. Morovatisharifabad MA, Ghofranipour FA, Heydarnia AR, Babaeirochi GR. Perceived religious support of health promoting behavior and status doing these behaviors in Aged 65 years and older in Yazd. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci* 2004; 12(1): 23-9.

29. Samadi S , Bayat A, Taheri M, Joneid B and Rooz-Bahani N. Knowledge, attitude and practice of elderly towards lifestyle during aging. *J Qazvin Univ Med Sci* 2007;11(1): 83-4.
30. Malek Afzali H, Baradaran Eftekhary M, Hejazi F, Khojasteh T, Tabrizi R, Faridi T. Social mobilization for health promotion in the elderly in Tehran(Ekbatan)2005. *Hakim Research Journal*. 2007; 9(4): 1- 6.
31. Enjezab B, Farajzadegan Z, Taleghani F, Aflatoonian A. Health Promoting Behaviors in a Population-Based Sample of Middle- Aged Women and Its Relevant Factors in Yazd, Iran. *Int J Prev Med* 2012; 3(Supp11): 191–8.
32. Sadati nejad SM, Mousavi S-GH-A, Rasoli nejad. Comparison to opinion of elderly to their religion domains& health in kashan during 2005. *Feyz* 2010; 14(1): 76-82.
33. Bahrami F, Ramezani-farani A, Elderly mental health in the Quran and Hadith. *Salmand* 2009; 4(11): 70-84.
34. Schneider S. Causes of socioeconomic group-related mortality in the Federal Republic of Germany–tobacco consumption is the predominant risk factor). *Int J Public Health* 2007; 52:39–53.
35. Perna L, Mielck A, Lacruz ME, Emeny RT, Holle R, Breitfelder A, Ladwig KH. Socioeconomic position, resilience, and health behavior among elderly people. *Int J Public Health* 2012; 57: 341–9.
36. Jafarizadeh H, Maddah SB, Norozi K and Rahgozar M. assessment of health care needs of frail elderlies in 13th district of tehran and their caregivers' problems in 2005. *J Urmia Nurs Midwifery Faculty* 2006; 4(2): 65-75.
37. Khosravi N, Gharahdashli R and Khaki R. Elderly Hygiene status in Rahagh village 2006. (Dissertation). Kashan: Kashan University of Medical Science. School of health; 2006.
38. Rafati N, Yavari P, mehrabi Y, Montazeri A. Quality of life among kahrizak charity institutionalized elderly people. *J School Public Health and Institute of Public Health Res* 2005;3(2):67-86.
39. Adib-Hajbaghery M, Akbari H. The severity of old age disability and its related factors. *Feyz* 2009; 13(3):225-34.
40. Ohm R. The African American experience in the Islamic faith. *Public Health Nurs* 2003;20:478-86.

FACTORS RELATED TO THE HEALTH PROMOTING LIFE STYLE AMONG GERIATRIC PATIENTS

Rashidi S¹, Bahrami M^{2*}

Received: 15 Jan, 2015; Accepted: 11 Apr, 2015

Abstract

Background & Aim: Having a healthy aging is one of the main individuals' rights. Activities leading to a better health status and having a healthy life style are the main strategies in order to maintain and improve individual's lives. The aim of this study was therefore to identify the health promoting life style, and its affecting factors between geriatric patients hospitalized in Isfahan University of Medical Sciences affiliated hospitals.

Materials & Methods: This was a descriptive correlational study which was conducted in four major hospitals affiliated to Isfahan University of Medical Sciences in 2012. 300 geriatric patients were randomly selected and invited to complete the Health Promoting Lifestyle Profile – II (HPLP-II) that measures the health promoting life style.

Results: In several domains including Responsibility regarding the health domain (39.75 ± 21.04), Physical activity (14.79 ± 17.01), Nutrition (49.93 ± 16.97), and Stress management (40.26 ± 18.44), the mean scores were below the acceptable level (50). However, in the domains such as Spirituality growth (54.59 ± 24.74), and Interpersonal relationship (56.2 ± 19.7) the mean score was above the acceptable level. In general, patients did not have a promoting healthy life style (42.8 ± 13.2). Significant correlations were found between promoting life style behaviors and marital status, educational level and occupation.

Conclusion: The study findings indicated that geriatric patients may not have a promoting healthy life style. In order to facilitate the geriatric health thereby decreasing chronic illnesses, frequent hospitalization and related morbidities, it is suggested to implement the health education programs in a wide range.

Key words: Geriatrics, Health promotion, Life style, Nursing

Address: Faculty of of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Tel: (+98)3117922943, Fax:(+98)3116699398

Email: bahrami@nm.mui.ac.ir

¹ Master of Science in Community Health Nursing, Health Department Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

² PhD in Nursing, Assistant Professor, Center for Nursing Care Research, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding author)