

## بررسی رفتارهای «ارتقاء دهنده سلامت» و کیفیت زندگی در سالمندان

عقیل حبیبی سولا<sup>۱</sup>، صغیری نیکپور<sup>۲</sup>، مهناز سید الشهدایی<sup>۳</sup>، حمید حقانی<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> نویسنده مسئول: مربی گروه داخلی-جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی خلخال، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

E-mail: aghilhabibi@yahoo.com

<sup>۲</sup> گروه بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی <sup>۳</sup> گروه داخلی-جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی <sup>۴</sup> گروه آمار حیاتی، دانشکده مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی ایران

### چکیده

**زمینه و هدف:** همانطور که طول عمر افراد افزایش می‌یابد، اهمیت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت نیز، با توجه به حفظ کارکرد واستقلال افراد و افزایش کیفیت زندگی آنها، روز به روز بیشتر آشکار می‌شود. پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط بین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و کیفیت زندگی در سالمندان انجام گرفته است.

**روش کار:** این مطالعه از نوع همبستگی بود که بر روی ۴۱۰ نفر از سالمندان منطقه غرب شهر تهران انجام گرفت. روش نمونه‌گیری از نوع چندمرحله‌ای بود و از ابزار پژوهش شامل چک لیست مربوط به رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و گونه فارسی پرسشنامه The Short Form Health Survey (SF12) چهت بررسی کیفیت زندگی استفاده شد. اطلاعات مربوط به واحدهای مورد پژوهش از طریق مصاحبه گردآوری شد. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و آزمون تی تست استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد که بین کیفیت زندگی و رفتارهایی نظیر انجام ورزش یا پیاده روی مصرف شیر، لبیات و غذای گوشتی، مصرف میوه و سبزیجات تازه، مصرف غذای کم نمک، مصرف غذای کم چرب، کنترل وضعیت سلامت و کنترل فشار خون ارتباط معنی‌داری وجود داشت ( $p < 0.05$ ). بطوریکه سالمندان دارای میانگین نمره کیفیت زندگی بالاتر، رفتارهای انجام ورزش یا پیاده روی، مصرف شیر، لبیات و غذای گوشتی و مصرف میوه و سبزیجات تازه و سالمندان دارای میانگین نمره کیفیت زندگی پایین‌تر، رفتارهای مصرف غذای کم نمک، مصرف غذای کم چرب، کنترل وضعیت سلامت و کنترل فشار خون را بیشتر رعایت کرده بودند.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به تفاوت معنی‌داری که بین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و کیفیت زندگی سالمندان مشاهده شد و از آنجا که کیفیت زندگی در این دوران می‌تواند براحتی مورد تهدید قرار گیرد، در نظر داشتن رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در سالمندان از اهمیت بالقوه‌ای برخوردار است. لذا توصیه می‌شود برنامه‌ریزی‌هایی در چهت افزایش مشارکت اجتماعی، بهبود خدمات پزشکی و بهداشتی و ارایه خدمات مشاوره در جمیعت سالمندان مدد نظر قرار گیرد.

**واژه‌های کلیدی:** سالمندان، رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، کیفیت زندگی

دریافت: ۸۵/۱۱/۷ پذیرش: ۸۷/۲/۲۰

میلیون و ۹۶۳ هزار نفر برآورد کرد که این تعداد در سال ۲۰۵۰ به رقم یک میلیارد و ۹۶۸ میلیون و ۱۵۳ هزار نفر خواهد رسید [۲] این در حالیست که هم اکنون ۶۰٪ از افراد سالمند در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند [۳,۴].

### مقدمه

همانطور که طول عمر افراد افزایش می‌یابد، اهمیت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت نیز، با توجه به حفظ کارکرد واستقلال افراد و افزایش کیفیت زندگی آنها، روز به روز بیشتر آشکار می‌شود [۱]. سازمان ملل در سال ۲۰۰۶ تعداد کل سالمندان جهان را ۶۸۷

داشته و به همان نسبت موجب کاهش هزینه‌های مربوط به مراقبتهاي بهداشتی خواهد شد [۱]. بر طبق مطالعات انجام شده، شیوه زندگی ارتقاء دهنده سلامت به کیفیت ثبت زندگی کمک می‌کند [۹-۱۱]. آمار ارائه شده در مورد دلائل اصلی مرگ و میر، بیانگر آنست که ۵۳٪ از علل مرگ و میرها به سبک زندگی و رفتارهای غیر بهداشتی مربوط می‌باشد [۱۲، ۱۳].

سازمان خدمات بهداشتی و انسانی آمریکا<sup>۱</sup>، جهت ارتقاء سلامتی در سالمندان به ورزش منظم، عدم مصرف سیگار، اجتناب از مصرف الکل، تغذیه مناسب و این سازی متناسب با سن تاکید می‌کند [۱].

امروزه با توجه به افزایش شاخص طول عمر و امید به زندگی، مسئله مهمتری تحت عنوان چگونگی گذران عمر و به عبارتی «کیفیت زندگی» مطرح شده است که پرداختن به این موضوع ذهن صاحب نظران و محققین در امور سالمندی را به خود جلب نموده است [۱۳]. کیفیت زندگی یک شاخص اساسی محسوب می‌شود و از آنجا که ابعاد متعددی مانند چنیه‌های فیزیولوژیک، عملکرد و وجود فرد را در بر می‌گیرد، توجه به آن از اهمیت خاصی برخوردار است [۱۴].

از نقطه نظر اندرو<sup>۲</sup> همواره در روند درمان و مراقبت از سالمندان باید به عوامل موثر در کیفیت زندگی آنها توجه شود و زمانی راهکارهای مراقبتی، درمانی مفید و موثر می‌باشد که کیفیت زندگی سالمندان را بهبود بخشد [۱۵].

چالش اصلی بهداشت در قرن بیستم زنده ماندن بود و چالش قرن حاضر زندگی با کیفیت بهتر می‌باشد. با اینحال بررسی در کشور ایران نشان می‌دهد که تنها ۱٪ از قوانین تصویب شده مملکتی مربوط به سالمندان می‌شود که از این میزان ۶۲٪ اقتصادی، ۲۲٪ اجتماعی و ۱۶٪ رفاهی و بهداشتی می‌باشد. دقت در همین سهم ناچیز نشان می‌دهد که اغلب این مصوبات نیز بصورت پراکنده و یا در قالب آئین نامه‌های

ایرنا با انتشار گزارشی اعلام کرده است که در حال حاضر ۶٪ از کل جمعیت ایران را افراد سالمند بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهند که معادل چهار میلیون و ۵۶۲ هزار نفر می‌باشد. پیش‌بینی می‌شود این رقم تا سال ۲۰۵۰ به ۲۶ میلیون و ۳۹۳ هزار نفر، معادل ۲۶٪ کل جمعیت کشور خواهد رسید. در گزارش این مرکز امید به زندگی برای مردان و زنان ایرانی بعد از ۶۰ سالگی طی سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۰ به ترتیب ۱۷ و ۱۸ سال برآورده است [۲]. در حال حاضر نرخ رشد جمعیت در کشور ما ۱/۶٪ می‌باشد و این در حالی است که نرخ رشد جمعیت سالمندی ۰/۵٪ است [۵].

بر اساس بررسی که سازمان بهداشت، آموزش و رفاه آمریکا به عمل آورده است، ۱۵٪ از مراجعتین به مطب پزشکان متخصص، ۳٪ از معالجات سرپایی در بیمارستان‌ها و ۸۹٪ از تختهای موسسات و سراهای نگهداری را افراد بالای ۶۵ سال به خود اختصاص داده اند [۵] و بطور کلی ۲۹٪ از هزینه مراقبتهاي پزشكى توسط اين گروه سنی مصرف می‌شود. در حالیکه این قشر فقط ۱۲٪ جمعیت را تشکیل می‌دهند [۶] و پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۴۰ رقمی در حدود ۵۰٪ از کلیه خدمات پزشکی که در آمریکا ارائه می‌گردد، مورد استفاده این گروه قرار خواهد گرفت [۵].

در حدود ۶۰٪ از هزینه‌های مراقبتهاي بهداشتی، ۳۵٪ از ترخیصهای بیمارستانی و ۴۷٪ از روزهای بستری در بیمارستانها را سالمندان به خود اختصاص می‌دهند. با توجه به افزایش سریع تعداد سالمدان، مسئله بهداشت، سلامت و تأمین آسایش و رفاه آنان در جامعه، هر روز ابعاد تازه و گستردگتری پیدا می‌کند [۷]. رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت یکی از معیارهای عمده تعیین کننده سلامت می‌باشد که به عنوان عامل زمینه‌ای در عدم ابتلا به بسیاری از بیماریها شناخته شده است و ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماریها مستقیماً با این رفتارها در ارتباط می‌باشند [۸]. رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در سالمندان، تاثیر بالقوه ای در پیشبرد سلامتی و کیفیت زندگی آنان

<sup>1</sup> US department of health and human services

<sup>2</sup> Andrew

به تفکیک مشخص گردید بطوریکه در هر منطقه دو مسجد، دو پارک، دو مکان ورزشی و دو مرکز خرید به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس پژوهشگر به همراه دو پرسشگر دیگر که آموزشی‌ای لازم در مورد مصاحبه و تکمیل پرسشنامه را دیده بودند، در این ۱۰ مکانها حضور یافته و در نهایت از هر مکان عمومی ۱۰ نمونه در صورت دارا بودن مشخصات واحدهای مورد پژوهش و نیز ابراز تمایل در پژوهش شرکت داده شدند. همچنین به منظور انتخاب نمونه‌ها از منازل، با استفاده از پرونده‌های بهداشتی در مراکز بهداشت مختلف منطقه غرب تهران، آدرس واحدهای مورد پژوهش بدست آمد.

بطوریکه ابتدا پرونده خانوارهایی که افراد ۶۰ سال و بالاتر داشتند انتخاب شدند، سپس بصورت تصادفی تعداد ۲۲ پرونده از مراکز بهداشت مناطق ۵ و ۲۲، و تعداد ۲۳ پرونده از مراکز بهداشت ۲ و ۱۸ انتخاب شدند و در روزهای نمونه گیری با مراجعه حضوری پرسشگران آموزش دیده به درب منازل، در صورت حضور فرد مورد نظر در منزل و موافقت ایشان نمونه گیری بصورت مصاحبه انجام گرفت. در ضمن افراد معلوم جسمی از مطالعه حذف شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود که پاسخ سوالات مندرج در پرسشنامه توسط پژوهشگران از طریق مصاحبه ثبت می‌شد. به منظور بررسی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت از چک لیست مربوط به رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت استفاده شد که شامل ۱۰ مورد بود و عبارت بودند از: سیگار نکشیدن، مصرف نکردن الكل (در حال حاضر)، انجام ورزش یا پیاده‌روی (حداقل سه بار در هفته و هر بار ۲۰ دقیقه)، مصرف غذای کم نمک، مصرف غذای کم چرب، مصرف سبزی و میوه تازه، مصرف شیر، لبنیات و غذاهای گوشته (بطور معمول)، کنترل فشار خون (در یکسال گذشته)، کنترل وضعیت سلامت (انجام انواع آزمایشات در یک الی دو سال گذشته) و تزریق واکسن آنفلوآنزا (در یکسال گذشته). که به صورت بله و خیر پاسخ داده شدند.

اجرایی دولت و سازمانها می‌باشد. این بررسی‌ها نشان می‌دهد که کیفیت زندگی سالمدان چندان مورد توجه مسئولان قرار نگرفته است [۵]. تفاوت عمده‌ای که بین کشورهای پیشرفته و کشورهای در حال توسعه نظیر ایران وجود دارد این است که دولت و مردم در کشورهای توسعه یافته کاملاً آماده‌اند تا با چالش ناشی از شمار فزاینده افراد سالمدان مواجه شوند. در حالیکه اغلب کشورهای در حال توسعه حتی از این پدیده و گرفتاریهای بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی آن آگاه نیستند [۱۷]. این امر نشان‌دهنده اهمیت فراوان این موضوع است و باید با توجه به نیاز شدید جامعه، برنامه‌هایی برداشتی درمانی مناسب این گروه سنی، تهیه و اجرا شود. این مطالعه با هدف کلی تعیین ارتباط بین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و کیفیت زندگی در سالمدان انجام گرفته است.

## روش کار

این مطالعه از نوع همبستگی بود که با هدف تعیین ارتباط بین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و کیفیت زندگی در سالمدان انجام گرفت. نمونه پژوهش این مطالعه شامل ۱۰ نفر از افراد ایرانی اصل ۶۰ سال و بالاتر منطقه غرب تهران بود که از نظر ذهنی هوشیار بوده و قادر به پاسخگویی به سوالات بودند. حجم نمونه لازم پس از مقدار گذاری در فرمول زیر تعیین شد.

$$N \geq \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2}{\delta_0^2} + \beta$$

$$\delta_0 = 1 L_N \frac{1+r}{1-r}$$

روش نمونه گیری در این مطالعه از نوع چند مرحله‌ای بود. بدین ترتیب که بر روی نقشه، مناطق ۲، ۵، ۱۸ و ۲۲ از مناطق مختلف غرب تهران (که شامل مناطق ۲، ۵، ۶، ۹، ۲۱، ۱۸، ۲۲ بود) بصورت تصادفی انتخاب شد. سپس اماکن عمومی (مسجد، پارک، مکانهای ورزشی و مراکز خرید) و منازل در این مناطق

داشتند و فقط ۷٪ از نمونه‌ها در یکسال گذشته واکسن آنفلوآنزا تزریق کرده بودند (جدول ۲).

جدول ۱. مشخصات جمعیتی نمونه مورد مطالعه (n=۴۰)

فرآوانی (درصد)	ویژگی‌های فردی نمونه‌های پژوهش	دسته بندی	سن (سال)
(۷۷/۳) ۳۱۷	۷۴-۶۰		
(۲۲/۷) ۹۳	≥۷۵		
(۵۵/۶) ۲۲۸	مرد	جنس	
(۴۴/۴) ۸۲	زن		
(۳۰/۵) ۱۲۵	بیسواند	سطح تحصیلات	
(۱۹/۸) ۸۱	خواندن و نوشتن		
(۲۱/۵) ۸۸	ابتدائی		
(۴/۴) ۱۸	سیکل		
(۳/۷) ۱۵	دیبرستان		
(۱۱/۷) ۴۸	دیپلم		
(۸/۵) ۳۵	دانشگاهی		
(۰/۲) ۱	مجرد	وضعیت تأهل	
(۸۰/۳) ۳۲۸	متاهل		
(۲) ۸	مطلقه		
(۱۷/۸) ۷۳	همسر فوت شده		
(۷۸) ۳۴۰	مستقل	وضعیت اقتصادی	
(۲۲) ۹۰	وابسته		
(۱۲/۹) ۵۳	تنها		
(۵۵/۱) ۲۲۶	با همسر	ترکیب خانواده	
(۳۰) ۱۲۳	با خانواده		
(۲) ۸	با خوشاوندان		
(۳۸/۵) ۱۵۸	بهتر از آنان	وضعیت سلامت فعلی	
(۲۸/۵) ۱۱۷	همانند آنان		
(۳۲/۹) ۱۳۵	بدتر از آنان		

جدول ۲. تعیین رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در سالماندان منطقه غرب شهر تهران در سال ۱۳۸۵

فرآوانی درصد	ردیف رفتار ارتقا دهنده سلامت	
۸۵/۹	۳۵۲	نکشیدن سیگار
۹۴/۶	۳۸۸	عدم مصرف الکل
۶۴/۶	۲۶۵	اجام ورزش یا پیاده روی
۶۹/۳	۲۸۴	صرف غذای کم نمک
۶۹/۸	۲۸۶	صرف غذای کم چرب
۷۶/۸	۳۱۵	صرف شیر، لبنیات و غذاهای گوشتی
۷۵/۶	۳۱۰	صرف میوه و سبزیجات تازه
۸۱/۷	۳۳۵	کنترل وضعیت سلامت (انواع آزمایشات
۰/۷	۳	تزریق واکسن آنفلوآنزا
۸۹/۸	۳۶۸	کنترل فشار خون

بعلت اینکه میزان فراوانی رفتار شماره ۹ بسیار کم بود، از کل مطالعه حذف شد و مطالعه بین ۹ رفتار انجام گرفته است.

در رابطه با تعیین کیفیت زندگی نتایج نشان داد که ۱/۴۴٪ از سالماندان کیفیت زندگی خوبی داشتند.

به حواب‌های بلی امتیاز ۱ و جواب‌های خیر امتیاز صفر داده شد و ارتباط هر کدام از رفتارها با کیفیت زندگی سنجیده شد. همچنین جیت بررسی کیفیت زندگی نیز از گونه فارسی پرسشنامه The Short Form Health Survey (SF12) استفاده شد. این پرسشنامه کیفیت زندگی را از نظر عملکرد جسمی، عملکرد روحی، درد جسمی، نشاط، نیروی حیاتی، سلامت روان، عملکرد اجتماعی و درک کلی از سلامت مورد بررسی قرار می‌دهد و سوالات با مقیاس چند گزینه‌ای لیکرت می‌باشند. نمره کل از جمع نمرات مربوط به سوالات محاسبه و به سه دسته ضعیف، متوسط و خوب طبقه بندی شد، به طوری که امتیاز بالا نشانده‌ند کیفیت زندگی بالاتر بود.

روایی ابزار مورد استفاده در این پژوهش با روش اعتبار محتوی سنجیده شد و جیت تعیین اعتماد علمی ابزار از روش آزمون مجدد استفاده گردید ( $\alpha=0.9$ ). همچنین به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و آزمون تی تست با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS در برنامه ویندوز استفاده شد.

## یافته‌ها

اطلاعات مربوط به این پژوهش در مورد ۱۰ نفر از افراد ۶۰ سال و بالاتر منطقه غرب تهران بدست آمد. میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش  $69/71 \pm 6/86$  سال بود که کمترین مورد ۶۰ سال و بیشترین مورد ۸۶ سال داشت. بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش در محدوده سنی ۶۰ تا ۷۴ سال  $77/3\%$ . مذکور  $55/6\%$  بی‌سواد  $5/30\%$  و متاهل  $80\%$  بودند.  $78\%$  از نظر اقتصادی مستقل بودند و  $1/55/1\%$  با همسرانشان زندگی می‌کردند.  $38/5\%$  نیز اظهار داشتند که از نظر وضعیت سلامت فعلی، بهتر از همسالانشان هستند (جدول ۱). در رابطه با تعیین رفتارهای ارتقا دهنده سلامت نتایج نشان داد که  $94/6\%$  از واحدهای مورد پژوهش الكل مصرف نمی‌کردند،  $89/8\%$  در یکسال گذشته، کنترل فشار خون

جدول ۴. ارتباط بین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و کیفیت زندگی در سالمدان منطقه غرب شهر تهران، سال ۱۳۸۵

معیار	نتیجه آزمون	انحراف میانگین	ضعیف (۱۲-۲۳)	متوسط (۲۴-۳۵)		خوب (۳۶-۴۸)		نکشیدن سیگار	
				۱۰۰	۹۰۰	۱۰۰	۹۰۰		
t= ۱/۷۱۵	۹/۰۲	۳۲/۵۳	۹۵/۵	۶۴	۸۱/۵	۱۳۲	۸۶/۲	۱۵۶ بلی	
P Value=./.۰۸۷	۷/۸۵	۳۴/۶۹	۴/۵	۳	۱۸/۵	۳۰	۱۳/۸	۲۵ خیر	
t= ۱/۴۹۶	۸/۹۰	۳۲/۷۰	۹۷	۶۵	۹۴/۴	۱۵۳	۹۳/۹	۱۷۰ بلی	
P Value=./.۱۹۶	۸/۰۳	۳۵/۱۳	۳	۲	۵/۶	۹	۶/۱	۱۱ خیر	
t=-۸/۸۳۸	۷/۳۹	۳۵/۴۷	۲۶/۹	۱۸	۶۳/۶	۱۰۳	۷۹/۶	۱۴۴ بلی	
P Value=./.۰۰۰	۹/۴۰	۲۸/۰۳	۷۳/۱	۴۹	۳۶/۴	۵۹	۲۰/۴	۳۷ خیر	
t= ۳/۳۹۴	۹/۰۲	۳۱/۸۶	۷۹/۱	۵۳	۷۲/۲	۱۱۷	۶۳	۱۱۴ بلی	
P Value=./.۰۰۱	۸/۲۰	۳۵/۰۵	۲۰/۹	۱۴	۲۷/۸	۴۵	۳۷	۶۷ خیر	
t= ۳/۷۶۰	۸/۸۸	۳۱/۷۷	۸۲/۱	۵۵	۷۳/۵	۱۱۹	۶۱/۹	۱۱۲ بلی	
P Value=./.۰۰۰	۸/۴۵	۳۵/۳۱	۱۷/۹	۱۲	۴۶/۵	۴۳	۳۸/۱	۶۹ خیر	
t=-۵/۵۶۱	۸/۵۵	۳۴/۱۳	۵۶/۷	۳۸	۷۴/۱	۱۲۰	۸۶/۷	۱۵۷ بلی	
P Value=./.۰۰۰	۸/۶۹	۲۸/۵۵	۴۳/۳	۲۹	۲۵/۹	۴۲	۱۳/۳	۲۴ خیر	
t=-۵/۵۸۱	۸/۵۲	۳۴/۲۴	۵۰/۷	۳۴	۷۳/۵	۱۱۹	۸۶/۷	۱۵۷ بلی	
P Value=./.۰۰۰	۸/۶۳	۲۸/۴۹	۴۹/۳	۳۳	۴۶/۵	۴۳	۱۳/۳	۲۴ خیر	
t= ۳/۶۱۷	۸/۹۸	۳۲/۱۰	۸۸/۱	۵۹	۸۵/۸	۱۳۹	۷۵/۷	۱۳۷ بلی	
P Value=./.۰۰۰	۷/۶۷	۳۶/۰۵	۱۱/۹	۸	۱۴/۳	۲۳	۲۴/۳	۴۴ خیر	
t= ۳/۷۷۵	۸/۸۴	۳۲/۲۹	۹۴	۶۳	۹۵/۱	۱۵۴	۸۳/۴	۱۵۱ بلی	
P Value=./.۰۰۰	۷/۸۶	۳۷/۶۷	۶	۴	۴/۹	۸	۱۶/۶	۳۰ خیر	

سلامت و کنترل فشار خون ارتباط آماری معنی‌داری داشت ( $p < 0.05$ ). بطوریکه سالمدان دارای میانگین نمره کیفیت زندگی بالاتر، رفتارهای انجام ورزش یا پیاده روی، مصرف شیر، لبیات و غذاهای گوشتی و تازه تر، مصرف میوه و سبزیجات تازه، و سالمدان دارای میانگین نمره کیفیت زندگی پایین تر، رفتارهای مصرف غذای کم نمک، مصرف غذای کم چرب، کنترل وضعیت سلامت و کنترل فشار خون را بیشتر رعایت کرده بودند (جدول ۴).

### بحث

یافته‌های پژوهش نشان داد که رعایت رفتارهای نکشیدن سیگار، مصرف نکردن الکل و کنترل فشار خون در بین واحدهای مورد پژوهش بالاتر از بقیه رفتارها می‌باشد. این یافته‌ها در تأیید نتایج مطالعات مشابه در این زمینه می‌باشد [۱].

همچنین میانگین کیفیت زندگی در واحدهای مورد پژوهش ۳۲/۸۴ با انحراف معیار ۸/۰۹ (محدوده ۱۲ تا ۴۸) بود که دلالت بر کیفیت زندگی متوسط آنها داشت (جدول ۳).

جدول ۳. تعیین کیفیت زندگی در سالمدان منطقه غرب شهر تهران

میانگین(انحراف معیار)	جمع	درصد	فرآوانی	کیفیت زندگی
۳۲/۸۴ (SD=± ۸/۰۹)	۴۱۰	۱۰۰	۱۸۱	خوب(۴۸-۳۶)
			۱۶۲	متوسط(۳۵-۲۴)
			۶۷	ضعیف(۲۳-۱۲)

بررسی ارتباط بین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و کیفیت زندگی با استفاده از آزمون آماری تی نشان داد که، کیفیت زندگی سالمدان با رفتارهای انجام ورزش یا پیاده روی، مصرف شیر، لبیات و غذاهای گوشتی، مصرف میوه و سبزیجات تازه، مصرف غذای کم نمک، مصرف غذای کم چرب، کنترل وضعیت

در بررسی ارتباط بین رفتارهای ارتقاء‌دهنده سلامت و کیفیت زندگی، یافته‌های پژوهش نشان داد کیفیت زندگی با رفتارهای انجام ورزش یا پیاده روی، مصرف شیر، لبنتیات و غذاهای گوشتی، مصرف میوه و سبزیجات تازه، مصرف غذای کم نمک، مصرف غذای کم چرب، کنترل وضعیت سلامت و کنترل فشار خون ارتباط معنی‌دار آماری داشت ( $p < 0.05$ ). بطوریکه سالمندان دارای میانگین نمره کیفیت زندگی بالاتر، رفتارهای انجام ورزش یا پیاده روی، مصرف شیر، لبنتیات و غذاهای گوشتی و مصرف میوه و سبزیجات تازه، و سالمندان دارای میانگین نمره کیفیت زندگی پایین تر، رفتارهای مصرف غذای کم نمک، مصرف غذای کم چرب، کنترل وضعیت سلامت و کنترل فشار خون را بیشتر رعایت کرده بودند. در مطالعات مشابهی که در این زمینه انجام گرفته، رفتارهای نکشیدن سیگار، مصرف غذای کم نمک، کنترل وضعیت سلامت و واکسیناسیون آنفلوانزا ارتباط معنی‌داری با کیفیت زندگی نشان ندادند. در مقابل کیفیت زندگی افرادی که ورزش می‌کردند نسبت به گروه مقابل، به مراتب بالاتر بود و جالب اینکه افرادی که مصرف الكل نداشتند و نیز افرادی که کنترل فشار خون داشتند، کیفیت زندگی‌شان به مراتب پایین‌تر بود [۱۹, ۲۰].

افزایش کیفیت زندگی در نمونه‌های مورد مطالعه باعث شده که سالمندان بعضی از رفتارهای ارتقاء‌دهنده سلامت را بیشتر رعایت کنند. اما با توجه به کاهش قدرت جسمی، بی‌حصلگی و نیز مشکلات اجتماعی و خانوادگی که معمولاً در سنین پیری موجب کاهش تمایل به ورزش می‌شوند، می‌توان نتیجه گرفت در صورتیکه برخی بیماری‌های مزمن نیز به این مشکلات اضافه شوند، تمایل این افراد به ورزش و تحرک جسمی بسیار کمتر شده و موجب خواهد شد تا سالمندان بیش از پیش این رفتار مهم بپوشانند. از طرفی، با توجه به اینکه در دوران سالمندی اشتها افراد کم می‌شود و نیز با توجه به بی‌حصلگی یا علل اجتماعی اقتصادی که معمولاً سالمندان با آن درگیر هستند، اضافه شدن

لى و همکاران<sup>۳</sup> معتقدند علت عدم مصرف الكل و سیگار در بین سالمندان به دلیل ارایه برنامه‌های ارتقاء‌سلامتی در جامعه نیست، بلکه به دلیل پایین بودن وضعیت سلامت کنونی آنها می‌باشد [۲].

همچنین به دلیل فرهنگ حاکم بر جامعه و مخالفت دین اسلام با مصرف الكل، می‌توان انتظار داشت که رعایت این رفتار در بین سالمندان ایرانی بالا باشد. از طرفی چون بیماری پرفساری خون، دومین بیماری شایع در بین سالمندان جامعه می‌باشد [۱۸]، بیشتر سالمندان به خاطر پیشگیری از عوارض بعدی بیماری، در این رفتار بپوشانند. اما درصد سالمندانی که واکسن آنفلوانزا را تزریق کرده بودند بسیار پایین بود (۰/۰٪). واکسن آنفلوانزا ۸۰٪ از مرگ و میر ناشی از بیماری در سالمندان جلوگیری می‌کند [۱۷]. و این امر نشان دهنده اهمیت تزریق این واکسن در سالمندان می‌باشد. اما با توجه به مراجعه مکرر محقق به مراکز بهداشتی مشخص شد که برنامه‌ای جهت واکسیناسیون آنفلوانزا برای سالمندان وجود ندارد. همچنین بیشتر سالمندان از وجود چنین واکسنی بی‌اطلاع بودند. این امر می‌تواند نشان دهنده عدم ارایه خدمات مناسب بهداشتی برای سالمندان باشد.

نتایج مطالعه نشان داد که سالمندان مورد مطالعه از میانگین کیفیت زندگی متوسطی برخوردار بودند. این یافته در تأیید نتایج مطالعات مشابه در این زمینه می‌باشد [۵]. همچنین ۴۴/۱٪ از سالمندان مورد پژوهش اظهار داشتند که کیفیت زندگی آنها خوب است. سطح رضایتمندی افراد سالمند از زندگی، غالباً بالاست. در مقایسه با جوانترها، به همان نسبت افراد سالمند خود انگاره مثبتی دارند و احساس می‌کنند زندگی سالمندی بهتر از آن است که انتظار داشتند [۷].

از طرفی زندگی ساده، توقعات پایین و اعتقادات مذهبی در سالمندان باعث شده تا حد زیادی در تعديل مشکلات آنها و انتظارات آنها از زندگی مؤثر باشد.

<sup>۳</sup> Lee & et al

براحتی مورد تهدید قرار گیرد، در نظر داشتن رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در سالمندان از اهمیت بالقوه‌ای برخوردار است. لذا توصیه می‌شود برنامه ریزی‌هایی در جهت افزایش مشارکت اجتماعی، بهبود خدمات پزشکی و بهداشتی و ارائه خدمات مشاوره در جمعیت سالمندان مد نظر قرار گیرد. همچنین با توجه به اینکه پژوهش حاضر فقط در منطقه غرب تهران انجام گرفته است.

### پیشہادات

پژوهش بصورت گستردگی در سطح شهر تهران و نیز کل کشور انجام شود تا در صورت دستیابی به نتایج مشابه اهمیت بیشتری به رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و کیفیت زندگی سالمندان داده شده و اقدامات مناسب بر اساس آداب و رسوم، تحصیلات و فرهنگ مناسب مناطق مختلف در نظر گرفته شود.

### تشکر و قدردانی

از معاونت محترم دانشکده پرستاری و مامایی ایران و کلیه سالمندانی که در این مطالعه شرکت داشتند کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

برخی مشکلات خانوادگی می‌تواند این مسئله را تشدید کرده و موجب شود این افراد آنطور که باید، مواد غذایی مناسبی دریافت نکنند. تحقیقات جمعیت شناسی اخیر که در رابطه با وضعیت تغذیه‌ای سالمندان انجام شده است، اغلب نشان‌دهنده شیوع بالای سوء تغذیه کالری پروتئین و همچنین ریزمغذی‌ها در این افراد بوده است [۱۷].

همه این عوامل می‌توانند کیفیت زندگی سالمندان را تحت تأثیر قرار دهد. در مورد رعایت رفتارهای مصرف غذای کم نمک، مصرف غذای کم چرب، کنترل وضعیت سلامت و کنترل فشار خون که توسط سالمندان دارای میانگین نمره کیفیت زندگی پایین بیشتر صورت گرفته است، باید مجددًا متذکر شد همانگونه که از نتایج مطالعه بر می‌آید، رعایت این رفتارها بیشتر از آنکه در نتیجه آموختش بهداشت باشد، به دلیل پایین بودن وضعیت سلامت کنونی و پیشگیری از بدتر شدن شرایط فعلی آنها می‌باشد.

### نتیجه گیری

با توجه به تفاوت معنی داری که بین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و کیفیت زندگی سالمندان مشاهده شد و از آنجا که کیفیت زندگی در این دوران می‌تواند

### References

- Lee T.W, Ko Is, lee, kJ. health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea. International journal of nursing studies. 2005; 49(2): 129-137.
- <http://www.irna.com/en/news/line-8.html>. Accessed June 3, 2007.
- 3- Rocha F.I, Uchoa E, Guerra HI, et al. "Prevalence of Sleep Compliants and associated Factors in Community-Dwelling older people in Brazil: the Bambui Health and Ageing Study (BHAS)". Sleep Med. 2002; 3(3): 231-8.
- 4- حاتمی حسین و همکاران. کتاب جامع بهداشت عمومی، جلد سوم، تهران، انتشارات ارجمند. ۱۳۸۳، صفحات ۱۵۲۰ تا ۱۵۲۲.
- 5- تاجور مریم. بهداشت سالمندان و مروری بر جنبه های مختلف زندگی آنان، تهران، انتشارات نسل فردا، ۱۳۸۲، صفحات ۹۲ تا ۸۶ و ۶۵ تا ۱۱.
- 6- خدا رحیمی سیامک در ترجمه روانشناسی سالمندی . استورانت مارتا و واندن بوس گری آر. مشهد، انتشارات آستان قدس رضوی، ۱۳۷۳. صفحات ۲۰۷ تا ۲۳۷.
- 7- Barry p.p. An overview of special considerations in the evaluation and management of the geriatric patient. Am j gastroenterol. 2000; 93(1): 8-10.

- 8- Andrews G.A. Promoting health and functioning in an aging population. *British medical journal*. 2001; 322: 728-729.
- 9- Higgins P.G. Biometric outcome of a geriatric health promotion programme. *Journal of Advanced Nursing*. 1988; 13(6): 710-715.
- 10- Heidrich S.M. Health promotion in old age. *Annual Review of Nursing Research*. 1998; 16: 173-195.
- 11- Beattie B.L, Whitelaw N, Mettler M, Turner D. A vision for older adults and health promotion. *American Journal of Health Promotion*. 2003; 18(2): 200-204.
- 12- Stanhop M.Y, Lancaster J. Community health nursing. Fifth Ed, Mosby, 2000; 569-685.
- Phipps J. Medical-surgical nursing. Sixth Ed, Louis; Mosby, 1999; 66-67.
- ۱۳- احمدی، فضل ا... و سالار، علیرضا و فقیه زاده. سقراط. «بررسی کیفیت زندگی سالمندان شهر زاهدان». *فصلنامه حیات* (۱۳۸۳): شماره ۲۲: ص ۶۱-۶۷
- 14- Conger S.A, Moore K.D. Chronic illness and Quality of life: the social workers role. *TSAO foundation*. 2002: 10.
- Coats AJ. Quality of life and choice in an ageing society. *Int J Cordial*. 2001 Mar; 78(1):1-3.
- ۱۵- قاسمی سیما و موسوی نجم السادات. راهنمای سلامتی برای سالمندان. تهران، انتشارات کتابخانه صدر، ۱۳۷۹ صفحات ۱۵ تا ۳۰ و ۶۵ تا ۷۲
- ۱۶- حبیبی عقیل. «بررسی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و ارتباط آن با کیفیت زندگی و فعالیت های فیریکی روزانه در سالمندان منطقه غرب تهران در سال ۱۳۸۵». پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری. دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۸۵.
- 17- Matsuo M, Nagasawa j, Yoshino A, Hiramatsu K, kurashik K. "Effects of activity participation of the elderly on quality of life". *yonago acta medica*. 2003; 46:17- 24.