مقاله تحقیقی

مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل

دوره ۲۱، سال ۱۳۹۸، صفحه ۲۶-۱۹

ارتباط سبک زندگی با سلامت عمومی سالمندان تحت پوشش مراکز بهداشتی و درمانی (مراکز جامع سلامت) شهرستان بابل

شراره اسدی بروجنی (MSc)[۱]، احترام السادات ایلالی (PhD)[۲*]، زهره ترقی (PhD)[۲]، نورالدین موسوی نسب (PhD)[۲]، علی بیژنی (PhD,MD)[۳]

۱-کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲-مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۳-مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

دریافت: ۹۷/۹/۲۵، اصلاح: ۹۷/۱۱/۲۸، پذیرش: ۹۷/۱۲/۲۷

خلاصه

سابقه و هدف: شیوه زندگی فعال، ورزش و فعالیت‌های بدنی موجب به تعویق انداختن روند پیری می‌شود. شناخت بهتر سبک زندگی و سطح سلامت سالمندان در طراحی و الویت بندی مداخلات مربوط به بیماری‌های مزمن مفید واقع می‌شود. لذا هدف از این مطالعه تعیین ارتباط سبک زندگی با سلامت عمومی سالمندان می باشد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی ۵۰۰ سالمند بالای ۶۰ سال و فاقد هرگونه مشکلات شناختی از اردیبهشت تا مرداد ماه ۱۳۹۷ از مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان بابل به روش خوشه‌ای تصادفی سیستماتیک انتخاب شدند. اطلاعات، جمعیت شناختی، سبک زندگی سالمندان و سلامت عمومی(GHQ) با استفاده از پرسشنامه و از طریق مصاحبه تکمیل گردید. سبک زندگی براساس نمره در سه سطح نامطلوب، متوسط و مطلوب ارزیابی شد. پرسشنامه دارای نمره ۲۱۱-۴۲ می باشد. سلامت عمومی نیز در چهار سطح براساس سطح نمره تقسیم بندی می شود که نمره کمتر نشانه سلامت عمومی بیشتر می باشد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۶۸/۳۶±۶/۵ سال بود. پس از تقسیم‌بندی نمره سبک زندگی به سه سطح (نامطلوب، متوسط و مطلوب) مشخص شد که ۲۵۷ (۵۱/۴٪) سبک زندگی مطلوب و ۲۴۳ نفر (۴۸/۶٪) سبک زندگی متوسط داشتند و پس از تقسیم‌بندی نمره سلامت عمومی به دو سطح (سلامت عمومی مطلوب و سلامت عمومی نامطلوب) مشخص شد که ۳۳۲ نفر (۶۶/۴٪) از سالمندان سلامت عمومی مطلوب و ۱۶۸نفر (۳۳/۶٪) از سالمندان از سلامت عمومی نامطلوب برخوردار بودند. نتایج نشان داد که سبک زندگی و حیطه‌های آن با سلامت عمومی و زیرمقیاس‌های آن به جز در حیطه تغذیه (p=۰/۰۶) رابطه معنی دار معکوس (p<۰/۰۰۱، r=-۰/۵۰۳) داشت. نتایج تحلیل رگرسیون لوجستیک چندگانه نشان داد که متغیرهای درآمد، محل سکونت و سبک زندگی بر سلامت عمومی تاثیر معنی داری داشته اند. بطوریکه محل سکونت در شهر (p<۰/۰۰۱، CI- 95%=۱/۳ – ۳/۴، OR= ۲/۲) و داشتن درآمد مناسب (p<۰/۰۰۱, ۲۹/۹ – ۳/۱ =CI- 95%، OR= ۹/۷) متغیرهای تاثیرگذار بر روی سلامت عمومی بودند.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این مطالعه نشان داد که نیمی از سالمندانی که در این پژوهش مشارکت داشتند از نظر سبک زندگی و سلامت عمومی در وضعیت مطلوبی قرار داشتند و سبک زندگی، محل سکونت و درآمد متغیرهای تاثیرگذار بر روی سلامت عمومی سالمندان بودند به نظر می‌رسد در کنار مداخلات آموزشی- مشاوره ای جهت بهبود سبک زندگی و بالا بردن سطح سلامت سالمندان، نیاز به حمایت‌های مالی نیز باید مد نظر قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: سبک زندگی، سلامت عمومی، سالمند.

مقدمه

سالمندی روندی طبیعی است که از زمان جنینی شروع می‌شود و تا مرگ ادامه می‌یابد و به طور طبیعی با کاهش تدریجی عملکرد بیش‌تر بافت‌های بدن تا پایان زندگی همراه است (۱). در نتیجه، سلامت و توسعه دانش و وضعیت اجتماعی-اقتصادی جمعیت سالمندان افزایش یافته است (۲). طبق پیش بینی‌های بخش جمعیت سازمان ملل متحد نسبت جمعیت سالمند در جهان از حدود ۱۰/۵ درصد در سال ۲۰۰۷ به حدود ۲۱/۸ درصد در سال ۲۰۵۰ افزایش خواهد یافت (۳). شاخص‌های آماری نشان می دهند که روند پیرشدن جمعیت در ایران نیز آغاز شده است و براساس سرشماری سال ۱۳۹۵، در ایران جمعیت بالای ۶۰ سال برابر با ۷۲۲۸۳۶۷ نفر بوده است و تخمین زده می‌شود که تا سال ۱۴۰۰ به ده میلیون نفر برسد (۴). با افزایش نسبت جمعیتی سالمندان، مشکلات سلامتی آنان اهمیت می‌یابد. بر طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی سلامت عمومی، احساس خوب بودن کامل از نظر جسمی، روانی و اجتماعی در نظر گرفته شده است (۵). عوامل متعددی مانند عوامل روانی، محیطی، اقتصادی و اجتماعی، خدمات بهداشتی و درمانی، و سبک زندگی بر روی سلامت عمومی تاثیر می‌گذارند (۶). در بسیاری از سالمندان، کاهش ارتباطات اجتماعی، ازدست دادن نزدیکان و بیماری‌های ذهنی و جسمی، حفظ سبک زندگی سالم را به چالشی بزرگ تبدیل کرده است (۷و۸). آمارهای ارایه شده در مورد دلایل اصلی مرگ‌ومیر بیانگر آن است که ۵۳ ٪ از علل مرگ و میرها به سبک زندگی و رفتارهای غیربهداشتی، ۲۱٪ به عوامل محیطی،

▣ این مقاله حاصل پایان نامه شراره اسدی بروجنی دانشجو کارشناسی‌ارشد پرستاری سالمندی و طرح تحقیقاتی به شماره ۱۳۹۶.۱۱۳۷ .IR.MAZUMS.REC دانشگاه علوم پزشکی مازندران می باشد.

* مسئول مقاله: دکتر احترام السادات ایلالی

آدرس: ساری، بلوار امیر مازندرانی، خیابان وصال شیرازی، دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه. تلفن: ۰۱۱-۳۳۷۹۵۵۸۵

E-mail: paradis2082000@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1398.21.1.4.9]

[DOI: 10.22088/jbums.21.1.19]

۱۶٪ به عوامل ژنتیکی و ۱۰٪ به سیستم ارایه خدمات بهداشتی و درمانی مربوط است (۷). در میان این مؤلفه‌ها می‌توان به سبک زندگی که بالاترین درصد دلایل مرگ و میر را دارد، اشاره کرد (۱۰و۹). سازمان بهداشت جهانی، سبک زندگی سالم را تلاش برای به دست آوردن حالت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی توصیف کرده است و آن را دربردارنده ابعاد جسمانی و روانی می‌داند (۱۱)، که شامل رژیم غذایی سالم، ورزش، کنترل استرس، فعالیت های اجتماعی و مولد، اوقات فراغت، فعالیت های روزمره زندگی، خودداری از رفتارهای پرخطر (مصرف دخانیات، الکل، سوءمصرف دارو، رفتارهای جنسی ناسالم) و پیشگیری از حوادث می‌باشد (۱۲).

تنهایی و انزوای اجتماعی در سالمندان با افت سطح سلامتی جسمی و روانی همراه می‌باشد (۱۳). یافته‌های یک بررسی در کشورمان نشان داد یکی از مهم‌ترین دلایل افسردگی سالمندان، عدم حمایت اجتماعی و کاهش شبکه ارتباطی است (۱۴). شیوه زندگی فعال، ورزش و فعالیت‌های بدنی موجب به تعویق انداختن روند پیری می‌شود (۱۵)، داشتن تحرک، ورزش و سرگرمی برای سالمندان زندگی شاد و رضایت‌بخشی را ایجاد می‌کند (۱۶). فعالیت‌های بدنی منظم، باعث جلوگیری از بروز بیماری‌های قلبی و عروقی، دیابت و دیگر بیماری‌های حاد و مزمن می‌شود (۱۷) و همچنین این امر در تأمین بهداشت روانی سالمندان نیز موثر می‌باشد (۱۶). درکشورما، مطالعات اندکی درباره سبک زندگی و سلامت عمومی سالمندان صورت گرفته است (۱۸و۶). با در نظر داشتن این که رفتارهای مربوط به سبک زندگی تحت تاثیر عوامل فرهنگی- اجتماعی می‌باشد (۱۹)، پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط سبک زندگی با سلامت عمومی سالمندان تحت پوشش مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان بابل طراحی شده است تا با شناخت بهتر سبک زندگی و سطح سلامت سالمندان در طراحی و الویت‌بندی مداخلات مربوط به بیماری‌های مزمن از جمله دیابت، پرفشاری خون و بیماری‌های قلبی-عروقی مفید واقع شود.

مواد و روش ها

این مقاله، مقطعی پس از تصویب درکمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مازندران با کد اخلاق IR.MAZUMS.REC. ۱۳۹۶.۱۱۳۷ بر روی ۵۰۰ سالمند بالای ۶۰ سال از اردیبهشت تا مرداد ماه سال ۱۳۹۷ از مراکز بهداشتی- درمانی (مراکز جامع سلامت) شهرستان بابل به روش خوشه‌ای تصادفی سیستماتیک انتخاب شدند، انجام گردید. از ۴۳ مرکز بهداشتی درمانی تعداد ۱۰ مرکز به صورت تصادفی سیستماتیک انتخاب شدند. هر مرکز یک خوشه در نظر گرفته شد و در هر خوشه با در نظر گرفتن نسبت سالمندان به کل، نمونه‌های مورد نظر انتخاب شدند. فهرست اسامی سالمندان دارای پرونده در مراکز بهداشتی و درمانی از هر مرکز دریافت و نمونه ها به روش نمونه‌گیری سیستماتیک از بین افراد بالای ۶۰ سال انتخاب شدند، سپس از آزمودنی‌ها با رعایت معیار ورود و بیان اهداف تحقیق، جهت شرکت در مطالعه از طریق تماس تلفنی دعوت به عمل آمد. سالمندان در صورت واجد شرایط بودن و کسب رضایت وارد مطالعه شدند. در غیر این صورت، فرد دیگری جایگزین می‌شد. توضیحات لازم در مورد هدف از انجام پژوهش ارایه شد. همچنین به آنها اطمینان داده شد که نتایج این مطالعه محرمانه خواهد بود. ازآنجایی‌که اکثر سالمندان بی‌سواد و یا کم سواد بودند، پژوهشگر از روش مصاحبه برای تکمیل پرسشنامه استفاده نمود. سالمندان دارای سن بالای ۶۰ سال، نداشتن اختلال شناختی با استفاده از ابزار AMT و کسب نمره ۷ و بالاتر (این پرسشنامه شامل ده سوال می‌باشد که برای هر سوال صحیح یک نمره داده می‌شود. نقطه برش ایده‌ال آن ۷ می باشد. حساسیت آن ۸۵٪ و ویژگی آن ۹۹٪ و امتیاز ۷ از ۱۰ اختلال شناخت است) (۲۰) و پس از کسب رضایت کتبی وارد مطالعه شدند. در صورت کاهش شنوایی شدید و داشتن اختلالات اعصاب و روان که با تشخیص پزشک متخصص منجر به مصرف داروی اعصاب می شد، از مطالعه خارج شدند. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه جمعیت‌شناختی، پرسشنامه سلامت عمومی (General Health Questionnaire =GHQ-28) و پرسشنامه سبک زندگی سالم در سالمندان ایرانی که توسط Eshaghi و همکاران در سال ۱۳۸۹ طراحی، روایی و پایایی شده بود، استفاده گردید.

پرسشنامه سبک زندگی سالمندان ایرانی شامل ۴۶ سؤال و ۵ حیطه است، ۱۶سؤال در حیطه پیشگیری؛ ۵ سؤال در حیطه‌ی فعالیت جسمی، ورزش، تفریح و سرگرمی، ۱۳سؤال در حیطه تغذیه سالم، ۵ سؤال در حیطه مدیریت استرس و ۷ سؤال در حیطه روابط اجتماعی و بین فردی است. نمره‌گذاری این پرسشنامه توسط مقیاس لیکرت ۱ تا ۵ انجام می‌شود. سپس نمره کل به ۳ قسمت تقسیم می‌شود کم‌ترین نمره قابل اکتساب از طریق پرسشنامه ۴۲ و بیش‌ترین نمره ۲۱۱ است و دارای سه سطح "نامطلوب، متوسط، مطلوب" است که به نمره: ۹۸-۴۲ سبک زندگی نامطلوب، نمره : ۱۵۵-۹۹ سبک زندگی متوسط و نمره: ۲۱۱-۱۵۶سبک زندگی مطلوب اختصاص داده می‌شود. این پرسشنامه در مطالعات مختلف (۲۱و۶)، جهت ارزیابی سبک زندگی سالم و برنامه‌ریزی سلامت سالمندان استفاده شده است. روایی آن به روش اعتبار محتوی و پایایی آن با ضریب کرونباخ برابر ۰/۷۶ تایید شد (۲۲). پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) یک پرسش‌نامه ۲۸ سوالی است که در سال ۱۹۷۹ توسط گلدبرگ و هیلر ارائه شده و دارای ۴ مقیاس فرعی (عملکرد جسمی، اضطراب، عملکرد اجتماعی و افسردگی) می‌باشد. هر مقیاس ۷ پرسش دارد . هر سوال ۳-۰ امتیاز دارد که امتیاز " صفر" به گزینه هیچ یا کمترین حد، امتیاز ۱ به خفیف، امتیاز ۲ به متوسط و امتیاز ۳ به شدید اختصاص داده می‌شود. نمره کل این پرسشنامه بین ۸۴-۰ است که نمره ۲۲-۰ بیش‌ترین حد سلامت عمومی، نمره ۴۰-۲۳ سلامت عمومی متوسط، نمره ۶۰-۴۱ سلامت عمومی خفیف، نمره ۸۴-۶۱ هیچ یا کم‌ترین حد سلامت عمومی را نشان می‌دهد. پایایی آن توسط Taghavi با سه روش دوباره سنجی، تصنیفی و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت که به ترتیب ضرایب پایایی ۷۰٪، ۹۳٪ و ۹۰ ٪ به دست آمد (۲۳).

در این مطالعه منظور از سالمند جوان(۷۵-۶۰ سال)، سالمند سالخورده (۹۰-۷۶ سال)و سالمند کهنسال (بالای ۹۱ سال)می‌باشد و منظور از درآمد، میزان هزینه کرد در زندگی سالمندان مورد مطالعه می‌باشد. جهت تجزیه و تحلیل داده از نرم افزار spss ۱۷ و آزمون‌های توصیفی و آمار استنباطی (رگرسیون لوجستیک جهت انالیز سطح سلامت عمومی مطلوب و سلامت عمومی نامطلوب با سایر متغیرها، ضریب همبستگی پیرسون جهت انالیز بین سبک زندگی و سلامت عمومی با متغیرهای کمی) استفاده شد و $p<0/05$ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

از ۵۰۰ نمونه مورد مطالعه، ۲۸۲ نفر (۵۶/۴ ٪) زن و ۲۱۸ نفر (۴۳/۶ ٪) مرد بودند. میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۶/۵±۶۸/۳۶ سال با دامنه سنی ۸۹-۶۰ سال و به تفکیک جنس در مردان ۶/۷±۶۸/۶۱ و در زنان ۶/۴±۶۸/۱۷ سال بود (جدول

[DOR: 20.1001.1.15614107.1398.21.1.4.9]
[DOI: 10.22088/jbums.21.1.19]

۱). پس از تقسیم‌بندی نمره سبک زندگی به سه سطح (نامطلوب، متوسط و مطلوب) مشخص شد که ۲۵۷ نفر(۵۱/۴٪) سبک زندگی مطلوب و ۲۴۳ نفر(۴۸/۶٪) سبک زندگی متوسط داشتند و پس از تقسیم‌بندی نمره سلامت عمومی به دو سطح (سلامت عمومی مطلوب و سلامت عمومی نامطلوب) مشخص شد که ۳۳۲ نفر (۶۶/۴٪) از سالمندان سلامت عمومی مطلوب و ۱۶۸نفر (۳۳/۶٪) از سالمندان از سلامت عمومی نامطلوب برخوردار بودند.

جدول ۱. توزیع فراوانی و درصد مشخصات جمعیت شناختی سالمندان تحت مطالعه

متغیرها		تعداد (درصد)
جنس	مرد	۲۱۸(۴۳/۶)
	زن	۲۸۲(۵۶/۴)
سن	سالمند جوان (۷۵-۶۰ سال)	۴۲۳(۸۴/۶)
	سالمند سالخورده (۹۰-۷۶ سال)	۷۷(۱۵/۴)
محل سکونت	شهر	۲۵۰(۵۰)
	روستا	۲۵۰(۵۰)
تحصیلات	بی‌سواد	۲۸۱(۵۶/۲)
	در حد دیپلم	۱۹۳(۳۸/۶)
	دانشگاهی	۲۶(۵/۲)
وضعیت تاهل	متاهل	۴۱۰(۸۲)
	مجرد	۳(۰/۶)
	بیوه	۸۱(۱۶/۲)
	مطلقه	۶(۱/۲)
وضعیت درآمد	کمتر از هزینه کرد	۱۶۶(۳۳/۲)
	برابر هزینه کرد	۲۹۰(۵۸)
	بیشتر از هزینه کرد	۴۴(۸/۸)
بیماری مزمن	دارد	۴۲۰(۸۴)
	ندارد	۸۰(۱۶)

میانگین نمرات استاندارد شده سبک زندگی نشان داد که سالمندان در حیطه پیشگیری (۸۰/۵±۷/۳۸) و روابط بین فردی و اجتماعی (۷۷/۰۴±۱۷/۴۵) امتیاز بالاتری داشتند و همچنین میانگین نمرات استاندارد شده سلامت عمومی نشان داد که سالمندان در حیطه افسردگی (۵/۷۵±۱۱/۸۳) کمترین امتیاز را داشتند(جدول ۲). نتایج آزمون‌های ضریب همبستگی، نشان داد که تمام حیطه‌های سبک زندگی با سلامت عمومی و زیرمقیاس‌های آن ارتباط معنی‌داری داشت (p<۰/۰۰۱)، به جز تغذیه که با اضطراب، افسردگی و عملکرد جسمی رابطه معنی‌دار نشان نداد (جدول ۳). یافته‌های این مطالعه نشان داد که میانگین نمره سبک زندگی و سلامت عمومی به ترتیب (۱۶/۲۸±۱۵۵/۷۳) و (۹/۷۳±۱۹/۴۸) بود. نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون، نشان داد که بین سبک زندگی و سلامت عمومی در سالمندان تحت پوشش مراکز بهداشتی و درمانی (جامع سلامت) شهرستان بابل، ارتباط معکوس معنی دار در حد متوسط وجود داشت (r=-۰/۵۰۳ ،p<۰/۰۰۱) (نمودار ۱).

جدول ۲. میانگین نمرات استاندارد شده سبک زندگی و سلامت عمومی و حیطه‌های آنها در سالمندان تحت مطالعه

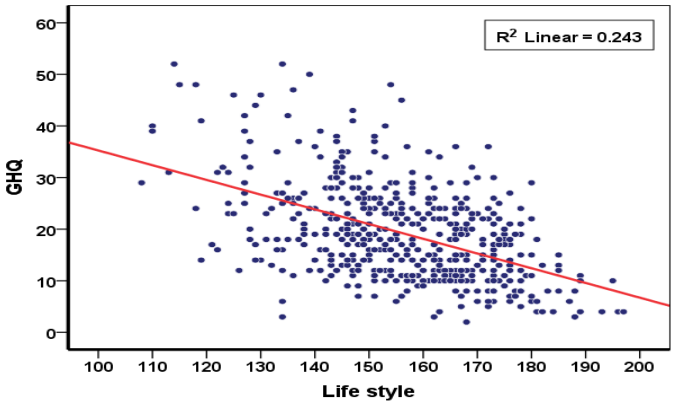
متغیر		Mean±SD
سبک زندگی	ورزش	۶۲/۵۷±۱۷/۰۹
	پیشگیری	۸۰/۵±۷/۳۸
	مدیریت استرس	۶۹/۱۸±۱۶/۷۶
	تغذیه	۶۸/۸۱±۸/۵۷
	روابط بین فردی و اجتماعی	۷۷/۰۴±۱۷/۴۵
	سبک زندگی کل	۱۵۵/۷۳±۱۶/۲۸
سلامت عمومی	عملکرد جسمی	۲۶/۰۸±۱۸/۶۲
	اضطراب	۲۰/۵۸±۱۷/۵۵
	عملکرد اجتماعی	۴۰/۳۲±۱۴/۳۳
	افسردگی	۵/۷۵±۱۱/۸۳
	سلامت عمومی کل	۲۳/۰۶±۱۱/۴۷

نتایج رگرسیون لوجستیک تک متغیره، نشان داد که در مرحله اول، متغیر های سبک زندگی مطلوب ۴/۱ برابر، جنس مذکر ۲/۹ برابر، سن سالمند جوان ۱/۶ برابر، تحصیلات دیپلم و بالاتر ۴/۳ برابر، نداشتن بیماری مزمن ۲/۲ برابر، محل سکونت شهری ۱/۹ برابر، وضعیت همزیستی با همسر و فرزند ۳/۲ برابر، وضعیت تاهل ۴/۷ برابر، شغل آزاد و بازنشسته ۳/۲ برابر، مسکن شخصی ۳/۵ برابر، درامد خوب ۱۲/۷ برابر نسبت به وضعیت دیگر بر سلامت عمومی مطلوب تاثیر گذار می باشند. نتایج تحلیل رگرسیون لوجستیک چندگانه، نشان داد که متغیرهای درآمد، محل سکونت و سبک زندگی بر سلامت عمومی تاثیر معنی داری داشته اند. به صورتی که سبک زندگی مطلوب (p<۰/۰۰۱ ،۵/۷-۲/۲=CI-95% ،۳/۵=OR)، محل سکونت در شهر (p<۰/۰۰۱ ،۳/۴-۱/۳=CI-95% ،۲/۲=OR) و داشتن درآمد مناسب (p<۰/۰۰۱ ،۲۹/۹-۳/۱=CI-95% ،۹/۷=OR) متغیرهای تاثیرگذار بر روی سلامت عمومی بودند بدین معنی که سالمندانی که سبک زندگی مطلوب داشتند ۳/۵ برابر بیشتر از سالمندانی که سبک زندگی نامطلوب داشتند، وضعیت سلامت عمومی مطلوب و خوبی داشتند (جدول ۴).

جدول ۳. نتایج آزمون‌ضریب همبستگی برای ارتباط سلامت عمومی، سبک زندگی و حیطه‌های آن‌ها در سالمندان تحت مطالعه

متغیر سبک زندگی و سلامت عمومی		ورزش	پیشگیری	مدیریت استرس	تغذیه	روابط بین فردی و اجتماعی	سبک زندگی
عملکرد جسمی	p-value	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۹۵۷	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
	r	-۰/۲۶۵	-۰/۳۵۵	-۰/۳۵۵	-۰/۰۰۲	-۰/۲۲۰	-۰/۳۴۷
اضطراب	p-value	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۵۴۴	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
	r	-۰/۲۰۵	-۰/۲۷۵	-۰/۵۳۰	۰/۰۲۷	-۰/۱۸۹	-۰/۳۳۰
عملکرد اجتماعی	p-value	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
	r	-۰/۴۴۷	-۰/۳۲۰	۰/۳۸۹	-۰/۲۵۸	-۰/۳۵۴	-۰/۵۰۴
افسردگی	p-value	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۱۱۶	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
	r	-۰/۲۴۳	-۰/۲۶۴	-۰/۳۵۷	-۰/۰۷۰	-۰/۲۳۶	-۰/۳۴۳
سلامت عمومی	p-value	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۰۶	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
	r	-۰/۳۷۰	-۰/۳۹۲	-۰/۵۵۱	-۰/۰۸۴	-۰/۳۲۴	-۰/۴۹۳

[DOR: 20.1001.1.15614107.1398.21.1.4.9]
[DOI: 10.22088/jbums.21.1.19]



نمودار ۱. رابطه بین سبک زندگی با سلامت عمومی در سالمندان تحت مطالعه

جدول ۴. نسبت شانس و حدود اطمینان ۹۵ ٪ متغیرهای تاثیرگذار بر سلامت عمومی در سالمندان تحت مطالعه

متغیرها		آنالیز رگرسیون تک متغیره OR (CI-95%)	P-value	آنالیز رگرسیون چند متغیره OR (CI-95%)	P-value
سبک زندگی	متوسط	۱			< ۰/۰۰۱
	مطلوب	۴/۱ (۲/۷ -۶/۱)	< ۰/۰۰۱	۳/۵ (۲/۲ – ۵/۷)	
جنس	زن	۱			۰/۶۵
	مرد	۲/۹ (۱/۹ -۴/۴)	< ۰/۰۰۱	۱/۳ (۰/۴– ۴/۵۸)	
سن(سال)	سالمند سالخورده(۹۰-۷۶)	۱			۰/۱۱
	سالمند جوان(۷۵-۶۰)	۱/۶ (۱/۰ – ۲/۶)	۰/۰۳۶	۱/۶ (۰/۸ -۲/۹)	
تحصیلات	بی‌سواد	۱			۰/۰۰۴
	کمتر از دیپلم	۰/۸ (۰/۵ -۱/۲)	۰/۳۴	۰/۵ (۰/۳ – ۰/۸)	۰/۲۲
	دیپلم و بالاتر	۴/۳ (۱/۹ – ۹/۳)	< ۰/۰۰۱	۱/۸ (۰/۶ – ۵/۱)	
بیماری مزمن	دارد	۱			۰/۹
	ندارد	۲/۲ (۱/۳ – ۴/۰)	۰/۰۰۵	۰/۹ (۰/۰۰۸ -۱۱۲/۹)	
محل سکونت	روستا	۱			< ۰/۰۰۱
	شهر	۱/۹ (۱/۳-۲/۹)	< ۰/۰۰۱	۲/۲ (۱/۳ – ۳/۴)	
وضعیت همزیستی	تنها	۱			۰/۵
	همسر	۲/۷ (۱/۴ – ۵/۴)	۰/۰۰۴	۱/۷ (۰/۴ – ۷/۹)	۰/۹
	فرزند	۱/۲ (۰/۵ – ۲/۸)	۰/۶۳	۱/۱(۰/۴ – ۲/۹)	۰/۶
	همسر و فرزند	۳/۲ (۱/۶ – ۶/۵)	۰/۰۰۱	۱/۵ (۰/۳ – ۷/۳)	
تاهل	مجرد و طلاق گرفته	۱			۰/۰۹
	بیوه	۲/۰ (۰/۵ – ۸/۷)	۰/۳۳	۴/۶ (۰/۷۵ – ۲۹/۰)	۰/۴۷
	متاهل	۴/۷ (۱/۱ – ۱۹/۱)	۰/۰۳	۲/۰ (۰/۳ – ۱۴/۱)	
شغل	خانه دار	۱			۰/۸۲
	بازنشسته	۳/۲ (۱/۹ – ۵/۶)	< ۰/۰۰۱	۱/۱ (۰/۳۲ – ۴/۰)	۰/۱۷
	آزاد	۳/۲ (۲/۰ – ۵/۱)	< ۰/۰۰۱	۲/۴۵ (۰/۶۶ – ۹/۰)	
مصرف دارو	دارد	۱			۰/۸
	ندارد	۲/۲ (۱/۲ – ۴/۰)	< ۰/۰۰۱	۰/۵ (۰/۰۰۵ – ۶۱/۴)	
مسکن	اجاره ای	۱			۰/۴۳
	شخصی	۳/۵ (۱/۳ – ۹/۲)	۰/۰۰۵	۱/۶ (۰/۴ – ۷/۳)	
درآمد	کمتر از هزینه کرد	۱			< ۰/۰۰۱
	برابر هزینه کرد	۳/۹ (۲/۶ – ۵/۹)	< ۰/۰۰۱	۳/۷ (۲/۴ – ۵/۷)	< ۰/۰۰۱
	بیشتر از هزینه کرد	۱۲/۷ (۴/۳ – ۳۷/۲)	< ۰/۰۰۱	۹/۷ (۳/۱ – ۲۹/۹)	< ۰/۰۰۱

[DOR: 20.1001.1.15614107.1398.21.1.4.9]
[DOI: 10.22088/jbums.21.1.19]

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر رابطه معکوس معنی داری بین نمرات سبک زندگی و نمرات سلامت عمومی نشان داد، در مطالعاتی مشابه مطالعه ما نیز نمره کل سبک زندگی با نمره سلامت عمومی ارتباط معکوس معنی داری داشت (۲۴و۶) همچنین در این مطالعه تمام ابعاد سبک زندگی با زیرمقیاس‌های سلامت عمومی ارتباط معنی داری داشت، به جز تغذیه که با اضطراب، افسردگی و عملکرد جسمی رابطه معنی‌داری نداشت. در مطالعه‌ای مشابه، سبک زندگی با سلامت عمومی و زیرمقیاس‌های آن به جز عملکرد اجتماعی با مدیریت استرس رابطه معنی داری داشت (۶). در مطالعه دیگری تمام حیطه‌های سلامت عمومی با تمام حیطه های سبک زندگی به جز دو حیطه پیشگیری و اضطراب ارتباط معنی‌داری داشتند (۲۴). البته ممکن است ابزار سنجش ما در خصوص ارزیابی وضعیت تغذیه نتوانسته باشد به خوبی وضعیت اضطراب، افسردگی و عملکرد جسمی را بسنجد.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که اکثر سالمندان سبک زندگی مطلوب داشتند. در مطالعات دیگری نیز سبک زندگی سالمندان، مطلوب گزارش شد (۱۸و۲۵). در حالی‌که در مطالعه Mahmudi و همکاران (۲۶) و Movahedi و همکاران (۲۷) سبک زندگی سالمندان، متوسط گزارش شد. درصد بالای سبک زندگی مطلوب سالمندان در این مطالعه، شاید به فرهنگ و شرایط اقتصادی و اجتماعی محیط زندگی سالمندان مربوط می‌شود. یافته‌های این مطالعه نشان داد که بیش از نیمی از سالمندان دارای سلامت عمومی مطلوب بودند که با مطالعات دیگر هم راستا بوده است (۲۸و۶).

در مطالعه Hosseini و همکاران (۲۹) بیشتر سالمندان از سلامت عمومی متوسطی برخوردار بودند. بالا بودن سلامت عمومی سالمندان در این مطالعه، می‌تواند به علت مطلوب بودن سبک زندگی اکثر سالمندان باشد. همچنین این مطالعه نشان داد که سبک زندگی، محل سکونت و درآمد متغیرهای تاثیرگذار بر روی سلامت عمومی بودند و سالمندانی که سبک زندگی مطلوب‌تری داشتند از سلامت عمومی بالاتری برخوردار بودند. سالمندان ساکن شهر، شانس داشتن سلامت عمومی بالاتری را نسبت ساکنین روستا داشتند. در مطالعه‌ای در نیجریه سلامت عمومی سالمندان ساکن در روستا پایین‌تر از سالمندان ساکن شهر گزارش شده بود (۳۰). در حالی که در مطالعه ای در نیوزلند سالمندان روستایی سلامت عمومی بالاتری نسبت به سالمندان شهری داشتند (۳۱).

علت بالا بودن سلامت عمومی سالمندان ساکن شهر در مطالعه حاضر می‌تواند به علت دسترسی بیشتر سالمندان ساکن شهر به مراکز بهداشتی و درمانی و طبی باشد. در مطالعه حاضر سالمندانی که درآمد مطلوب‌تری داشتند از سلامت عمومی بالاتری برخوردار بودند که با مطالعه Canam و همکاران (۳۲) و Abedi و همکاران (۱۲) همخوانی داشته است. درآمد، یک عامل محیطی مهم است که با وضعیت سلامت و عملکرد فرد ارتباط دارد و افراد با درآمد پایین‌تر دارای سطح سلامت پایین‌تر و محدودیت‌های عملکردی بیش‌تری می‌باشند. همچنین فقدان حمایت مالی در بسیاری از سالمندان باعث عدم پذیرش درمان‌های پزشکی و اتخاذ رفتارهای بهداشتی می‌شود. سالمندان مرد نسبت به سالمندان زن سلامت عمومی بالاتری داشتند که می‌تواند به علت این باشد که فعالیت جسمی و اجتماعی و گذراندن اوقات فراغت سالمندان مرد بهتر از سالمندان زن می‌باشد، که موجب بهبود کیفیت زندگی و ارتقای سلامت جسمی و روانی آن‌ها می‌شود. یافته‌های مطالعه حاضر با مطالعه Hosseini و همکاران (۲۹) و Brennan و همکاران (۳۳) هم‌خوانی داشته است. ولی در مطالعه Cybulsk و همکاران (۳۴) سلامت عمومی زنان بالاتر از مردان بود. سالمندان با سطح تحصیلات دیپلم و بالاتر، شانس داشتن سلامت عمومی مطلوب‌تر را داشتند، که با مطالعه Banihashemian و همکاران (۳۵) هم‌راستا بوده است، که می‌تواند در راستای داده‌هایی باشد که تحصیلات را به عنوان عاملی موثر در زندگی پویای سالمندی ذکر کرده‌اند. این یافته را می‌توان به آگاهی بیشتر ناشی از تحصیلات بالاتر، توانایی مطالعه یا بهره‌مندی از سایت‌های علمی نسبت داد که این امر می‌تواند بررفتارهای بهداشتی سالمندان تاثیر بگذارد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمرات سبک زندگی سالمندان در حیطه پیشگیری و روابط بین فردی و اجتماعی بالاتر از حیطه‌های دیگر بود و همچنین میانگین نمرات سلامت عمومی سالمندان نشان داد که میزان افسردگی سالمندان تحت پوشش مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان بابل پایین بود. ولی در مطالعه Zare و همکاران (۳۶) و Cybulsk وهمکاران (۳۴)، افسردگی در میان سالمندان رایج بود و در مطالعه دیگری بالاترین میزان سلامت عمومی مربوط به حیطه اجتماعی بود (۲۹). کاهش افسردگی در میان سالمندان این مطالعه می‌تواند به علت حمایت خانواده و هم‌چنین روابط بین فردی و اجتماعی آن‌ها باشد. مشارکت در فعالیت های اجتماعی باعث کاهش تنهایی در افراد مسن می‌شود و به عنوان یک بافر (محافظ) در برابر عوارض جانبی افسردگی عمل می‌کند. عدم حضور حمایت اجتماعی در سالمندان تنها، باعث ایجاد مشکلات روانی و افسردگی می‌شود که بر سبک زندگی آن‌ها نیز تاثیر سوء به جا می‌گذارد.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که نیمی از سالمندانی که دراین پژوهش مشارکت داشتند از نظر سبک زندگی و سلامت عمومی در وضعیت مطلوبی قرار داشتند و سبک زندگی، محل سکونت و درآمد متغیرهای تاثیرگذار بر روی سلامت عمومی سالمندان بودند. به نظر می‌رسد در کنار مداخلات آموزشی- مشاوره ای جهت بهبود سبک زندگی و بالا بردن سطح سلامت سالمندان، نیاز به حمایت‌های مالی نیز باید مد نظر قرار گیرد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم شرکت سالمندان پیر (۹۰ و بالاتر) به علت کهولت سن را نام برد. هم‌چنین وضعیت روانی و جسمی سالمندان می‌تواند بر پاسخ دادن آن‌ها به پرسشنامه تاثیرگذار باشد که به منظور کاهش اثر، محققان سعی کردند برخی از سوالات جمعیت‌شناسی توسط خانواده های سالمندان پاسخ داده شود.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از معاونت فناوری و تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی مازندران، سالمندان و پرسنل مراکز بهداشتی و درمانی (مراکز جامع سلامت) شهرستان بابل و کلیه کسانی که ما را در انجام این پژوهش همراهی نمودند، تقدیر و تشکر می گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1398.21.1.4.9]
[DOI: 10.22088/jbums.21.1.19]

The Relationship between Lifestyle and General Health of Elderly People Covered by HealthCare in Babol city

Sh. Asadi Brojeni (MSc) [1], E.S. Ilali (PhD)*[2], Z. Taraghi (PhD) [2], N. Mousavinasab (PhD) [2], A. Bijani (MD, PhD) [3]

1.Student Research Committee, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, I.R.Iran
2.Health Research Center, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, I.R.Iran
3.Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran

J Babol Univ Med Sci; 21; 2019; PP: 19-26

Received: Dec 16th 2018, Revised: Feb 17th 2018, Accepted: Mar 18th 2018.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: The better understanding of lifestyle and elderly health can be helpful in designing and prioritizing interventions for chronic diseases. The overall aim of this study was to determine the relationship between lifestyle and general health in elders.

METHODS: In this cross-sectional study, 500 elders over the age of 60 who had no cognitive problems were selected from the health center in Babol city; according to the systematic cluster random sampling method. Sampling was done from April to July 2018. The research tools were the demographic questionnaire, the Iranian elderly lifestyle questionnaire and the general health questionnaire (GHQ) that were completed by interviewing.

FINDINGS: The results showed that the Mean±SD age of the participants was 68.36 ± 6.5 years and 51.4% of the elderly had a favorable lifestyle and 66.4% had a desirable general health. The results showed that lifestyle and its domains had statistically significant reverse relation ($p<0.001$, $R= -0.503$) with general health and its subscales, except nutrition ($p=0.06$). The results of multivariable logistic regression analysis showed that income, location and lifestyle variables had a significant effect on general health.

CONCLUSION: The findings of this study showed that half of the elderly who participated in this study were at a desirable lifestyle status and general health. Lifestyle, location and income were effective variables the general health of the elderly. It seems that along with educational-counseling interventions to improve lifestyle and raise the health of the elderly, the need for financial support also should be considered.

KEY WORDS: *Lifestyle*, *General Health*, *Aged*.

Please cite this article as follows:

Asadi Brojeni Sh, Ilali ES, Taraghi Z, Mousavinasab N, Bijani A. The Relationship between Lifestyle and General Health of Elderly People Covered by HealthCare in Babol city. J Babol Univ Med Sci. 2019; 21: 19-26.

***Corresonding Author: E.S. Ilali (PhD)**
Address: Nasibeh Faculty of Nursing and Midwifery, Vesal Shirazi Ave., Amir Mazandarani Blv., Sari, I.R.Iran
Tel: +98 11 33795585
E-mail: paradis2082000@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1398.21.1.4.9]
[DOI: 10.22088/jbums.21.1.19]

References

1.Janice L. Hinkle KHC. Brunner and Suddarth's Textbook of medical-surgical nursing. 13th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2014.

2.Hatami H, Eshrati B, Kalateh E. Health survey of elderly residents in rural areas of ashtian city: markazi province, 2015. Iran J Age. 2016;11(2):250-7. [In Persian].

3.Lago D, Poffley JK. The aging population and the hospitality industry in 2010: important trends and probable services. Hospital Res J. 1993;17(1):29-47.

4.Statistical Center of Iran. Population and Housing Censuses. 2016. Available from: https://www.amar.org.ir/Portals/1/census/2016/Iran_Census_2016_Selected_Results.pdf

5.Dening T, Milne A. Depression and mental health in care homes for older people. Quality in Ageing and Older Adults. 2009;10(1):40-6.

6.Ghanbari Moghadam A, Mohammadi Shahbolaghi F, Dalvandi A, Hoseinzade S. Relationship Between Lifestyle and General Health Among Elderly People in Tehran. Iranian Journal of Ageing. 2015;10(3):90-9 [In Persian].

7.Taghdisi MH, Doshmangir P, Dehdari T, Doshmangir L. Influencing Factors on Healthy Lifestyle From Viewpoint of Ederly People: Qualitative Study. Iranian Journal of Ageing. 2013;7(4):47-58 [In Persian].

8.Haveman-Nies A, De Groot LC, Van Staveren WA. Relation of dietary quality, physical activity, and smoking habits to 10-year changes in health status in older Europeans in the SENECA study. American journal of public health. 2003;93(2):318-23.

9.Flocke SA, Crabtree BF, Stange KC. Clinician Reflections on Promotion of Healthy Behaviors in Primary Care Practice. Health policy (Amsterdam, Netherlands). 2007;84(2-3):277-83.

10.[No Authors]. Harvard Report on Cancer Prevention Volume 1: Causes of human cancer. Cancer Causes Control. 1996;7(Suppl 1):S3-59.

11.[No Authors]. World Health Organization. Health care for the elderly Geneva World Health Organization Press. 2003.

12.Abedi H, Mostafavidarani F, Riji HM. The elderly perception and views on their health-Facilitating and inhibiting factors in elderly health care in Iran: a qualitative study. Proced-Social Behav Sci. 2010;5:2222-6.

13.Tavakoli H, Armat M. Active ageing. Mashhad: Ferdowsi University of Mashhad Publications. 2003.

14.Bakhtiyari M, Emaminaeini M, Hatami H, Khodakarim S, Sahaf R. Depression and Perceived Social Support in the Elderly. Salmand Iran J Age. 2017;12(2):192-207 [In Persian].

15.Keysor JJ, Jette AM. Have we oversold the benefit of late-life exercise?. J Gerontol A Biol Sci Med Sci.. 2001;56(7):M412-23.

16.Saberian M, HAJI Aghajani S, Ghorbani R. Study of the mental status of the elderly and its relationship with leisure time activities. J Sabzevar Univ Med Sci (Asrar). 2004;10(4):12-9. [In Persian]. Available from: https://www.sid.ir/En/Journal/ViewPaper.aspx?ID=56437

17.Barati M, Fathi Y, Soltanian A, Moini B. Mental Health Condition and Health Promoting Behaviors among Elders in Hamadan. Avicenna J Nurs Midwifery care. 2012; 20(3):12-22. [In Persian].

18.Najimi A, Moazemi Goudarzi A. Healthy lifestyle of the elderly: A cross-sectional study. Journal of Health System Research. 2012;8(4):581-7 [In Persian]. Available from: http://hsr.mui.ac.ir/index.php/jhsr/article/view/269

19.Abdollahi F, Rouhani Otaghsara S, Yazdani-Charati J. Prevalence of Obesity and Overweightness among Adolescents in Mazandaran Province. J Guilan Univ Med Sci. 2017;25(100):28-37. [In Persian].

20.Bakhtiyari F, Foroughan M, Fakhrzadeh H, Nazari N, Najafi B, Alizadeh M, et al. Validation of The Persian version of abbreviated mental test (AMT) in elderly resident of kahrizak charityfoundation. Iran J Diabet Metabol. 2014;13(6):487-94.

21.Rezaeipandari H, Morowatisharifabad MA, Niknahad S, Rahmanipour F. Relationship between Lifestyle and Quality of Life in Older Adults Yazd City, Iran. Elderly Health J. 2015;1(2):91-7.

22.SR Eshaghi, Z Farajzadegan, Babak A. Healthy lifestyle assessment questionnaire in elderly: translation, reliability and validity. Payesh. 2010;9(1):91-9. [In Persian]

[DOR: 20.1001.1.15614107.1398.21.1.4.9]
[DOI: 10.22088/jbums.21.1.19]

23.Taghavi S. Validity and Reliability of General Health Questionnaire (GHQ) in college students of shiraz. J Psychol. 2002;5(4):381-98. [In Persian]
24.Ataie Z, Allahverdi A, Dehnoalian A, Orooji A. The Relationship between Lifestyle and General Health among Elderly People in Neyshabur. Iran J Nurs. 2018;31(111):10-9.
25.Shamsadini Lori A, Pourmohammadi K, Keshtkaran V, Ahmadi Kashkoli S, Pourahmadi M. A Survey on the Level of the Elderly Lifestyle in Shiraz. J Health Based Res. 2015;1(1):75-84. [In Persian]
26.Mahmudi G, NiazazariI K, SanatiI T. Evaluation of Life Style in the Elderly. Family Health (J Health Breeze). 2013;1(3):45-50 [In Persian].
27.Movahedi M, Khamseh F, Ebadi A, Haji Amin Z, Navidian A. Assessment of the lifestyle of the elderly in Tehran. Journal of Health Promotion Management. 2016;5(3):51-9 [In Persian].
28.Dehghankar l, Shahrokhi A, Qolizadeh A, Mohammadi F, Nasiri E. Health Promoting Behaviors and General Health among the Elderly in Qazvin: A Cross Sectional Study. Elderly Health Journal. 2018;4(1):18-22.
29.Hosseini A, Majdi AA, Esmaili AA. The Role of Social Support in the General Health of the Elderly. Journal of Health System Research. 2017;13(1):52-7 [In Persian].
30.Uzobo E, Dawodu OA. Ageing and health: A comparative study of rural and urban aged health status in Bayelsa State, Nigeria. European Scientific Journal, ESJ. 2015;11(14).
31.Ministry of Health. Urban–rural health comparisons: Key results of the 2002/03 New Zealand Health Survey. Wellington: Ministry of Health. 2007. Available from: https://www.health.govt.nz/publication/urban-rural-health-comparisons-key-results-2002-03-new-zealand-health-survey
32.Canam C, Acorn S. Quality of life for family caregivers of people with chronic health problems. Rehabil Nurs. 1999;24(5):192-6, 200.
33.Brennan DS, Keuskamp D, Balasubramanian M, Amarasena N. General health and well-being among primary care patients aged 75+ years: Associations with living conditions, oral health and dependency. Australas J Age. 2018;37(1):E1-6.
34.Cybulski M, Cybulski L, Krajewska-Kulak E, Cwalina U. Self-assessment of the mental health status in older adults in Poland: a cross-sectional study. BMC Psychiatry. 2017;17(1):383.
35.Banihashemian K, Seif M, Moazzen M. Relationship between pessimism, general health and emotional intelligence in college students at shiraz university and shiraz university of medical sciences. J Babol Univ Med Sci. 2009;11(1):49-56. [In Persian]
36.Zare N, Sharif F, Dehesh T, Moradi F. General health in the elderly and younger adults of rural areas in Fars Province, Iran. Int J Commun Based Nurs Midwifery. 2015;3(1):60-6.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1398.21.1.4.9]
[DOI: 10.22088/jbums.21.1.19]