

چکیده

مقدمه

سالم پیر شدن حق همه انسانهاست. سالمندان یکی از گروه های ویژه ای هستند که نیازمند مداخلاتی در جهت بهبود رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت برای محدود کردن شروع ناتوانی ها، شیوع بیماری ها و جلوگیری از بروز مرگ زودرس هستند. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت سالمندان بستری در بیمارستانهای شهر زاهدان انجام گردید.

روش کار

این مطالعه توصیفی تحلیلی است. جامعه پژوهش سالمندان بستری در بیمارستانهای شهر زاهدان بود، که ۳۰۰ سالمند به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه و اطلاعات از طریق مصاحبه جمع آوری گردید. برای تحلیل داده ها از آمار توصیفی (فراوانی و درصد) و آمار استنباطی (آزمون کای دو) استفاده گردید.

یافته‌ها

از ۳۰۰ سالمند مورد مطالعه ۱۲/۶ درصد سیگار، ۰/۳ درصد الکل مصرف می نمودند. ۲۶/۳ درصد فعالیت ورزشی منظم، ۵۱/۳ درصد رژیم کم نمک، ۵۷/۷ درصد رژیم کم چرب داشتند. ۹۷/۷ درصد سبزیجات، ۶۴ درصد میوه، ۵۶ درصد لبنیات و ۵۴/۳ درصد میزان گوشت توصیه شده را مصرف نمی کردند. ۳۱/۳ درصد معاینات

بررسی رفتارهای ارتقاء دهنده

سلامت سالمندان بستری در

بیمارستانهای شهر زاهدان در سال

۱۳۸۹

- **مریم سرگزی***^۱
- **دکتر شایسته صالحی**^۲
- **دکتر سید علی ناجی**^۳

۱. کارشناس ارشد آموزش پرستاری عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران
mym.sargazi@gmail.com

۲. دانشیار، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، ایران

۳. مربی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، ایران

عمومی و ۹/۳ درصد تزریق واکسن آنفولانزا در یکسال گذشته انجام داده بودند. بین اکثر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، تحصیلات، شهرنشینی و روستا نشینی رابطه آماری معنی دار وجود داشت و با جنسیت در سطح خطای ۵ درصد ارتباط معناداری وجود نداشت.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج پژوهش برنامه ریزی در جهت آموزش و توسعه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در سالمندان امری ضروری است.

کلید واژه ها

رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، سالمندان، سالمند بستری

هستند، بلکه علت اصلی مرگ و میر در سالمندان نیز می باشند. در سال ۲۰۰۲ بیماری های قلبی (۳۱/۸ درصد)، سرطان ها (۲۱/۶ درصد) و سکنه مغزی (۷/۹ درصد) سه عامل اصلی مرگ در افراد بالای ۶۵ سال آمریکایی بوده است (۱۰). در ایران نیز به ترتیب بیماری های عروق کرونر (۳۸ درصد)، تصادفات جاده ای و سرطان ها علل اصلی و شایع مرگ و میر محسوب می شوند و این در حالی است که بیماری های مزمن روند رو به گسترش در ایران دارد (۱۱). بنابراین پیشگیری و به تعویق انداختن بیماری های مزمن در سالمندان یک موضوع مهم در سلامت عمومی شده است (۱۲). برای کاهش شیوع و فشار ناشی از بیماری های مزمن درک رفتار های ارتقاء دهنده سلامت ضروری است (۱۳). زیرا بیماریهای مزمن صرفاً درمان دارویی و جراحی خاصی نداشته و پیشگیری و درمان نهایی آنها به عوامل مختلف رفتاری، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی وابسته می باشد (۱۴). رفتارهایی نظیر استعمال دخانیات، سوء مصرف الکل، نداشتن فعالیت فیزیکی و داشتن رژیم غذایی نامناسب در توسعه بیماری های مزمن دخیل اند (۱۵) و عامل عمده مرگ و میر و عوارض قابل پیشگیری می باشند. با این وجود شیوع این رفتار ها تکان

مقدمه

بخش عمده ای از جهان به سرعت در حال پیر شدن است، در حالی که هر سال ۱/۷ درصد به جمعیت جهان افزوده می شود این افزایش برای جمعیت ۶۵ سال و بالاتر ۲/۵ درصد است (۲،۱). شاخص های آماری همچون بیانگر آغاز روند پیر شدن جمعیت در کشور ما است (۳). بسیاری از کارشناسان نگران هستند که رشد جمعیت سالمندان به هزینه های بهداشتی و درمانی شتاب خواهد داد و به بحران های اقتصادی و مالی منجر خواهد شد (۵،۴). هرچند سالمندی بخودی خود بیماری محسوب نمی گردد، اما در نتیجه تغییرات فیزیولوژیک سالمندی میزان بیماری های حاد و مزمن و نیاز به مراقبتهای بهداشتی در سالمندان افزایش می یابد (۶،۷). تغییر الگوی همه گیر شناسی بیماری ها در سالمندان به سمت افزایش شیوع بیماری های مزمن می باشد (۸). در حال حاضر تخمین زده می شود ۸۰ درصد افراد بالای ۶۵ سال یک بیماری مزمن و ۵۰ درصد دو بیماری مزمن دارند (۹). بیماری های مزمن نه تنها عامل اصلی هزینه های بهداشتی، درمانی و ناتوانی در سالمندان

دهنده است، نتایج یک مطالعه در آمریکا نشان داد که ۹۷ درصد از بزرگسالان حداقل در یکی از رفتارهای فوق و در ۸۰ درصد دو یا تعداد بیشتری نقص دارند (۱۶).

اگرچه مرگ پدیده ای غیر قابل اجتناب می باشد اما می توان از بسیاری از مرگ های زودرس و ناتوانی ها در سالمندان جلوگیری نمود، مطالعات گینیز و فوج (۱۹۹۳) و مک داد و کول گوس (۲۰۰۴) نشان داد که حدود نیمی از تمام مرگ ها در ایالات متحده توسط رفتارهای خطر ساز قابل اصلاح ایجاد می گردد (۱۲). سالمندان یکی از گروه های ویژه ای هستند که نیازمند مداخلاتی در جهت ارتقاء و تغییر مثبت رفتارهای سلامتی برای محدود کردن شروع ناتوانی ها، شیوع بیماری ها و جلوگیری از بروز مرگ زودرس هستند (۱۷).

این تفکر که سالمندان برای تغییر و اصلاح رفتارها بسیار پیر هستند بی پایه و اساس است (۶). هرگز برای تغییر دادن شیوه زندگی و ایجاد عادات پسندیده که به سلامتی و شادابی منجر می شود، دیر نیست (۱۸).

شواهد موجود حاکی از نقش مهم تیم سلامت به عنوان عامل تغییر رفتار است (۱۹). سیستم بهداشتی، محیط مناسبی برای تغییر در شیوه زندگی و رفتارها می باشد (۲۰) و بیمارستان ها ملزم به ارائه خدمات بهداشتی در جهت ارتقاء شیوه زندگی سالم به بیماران هستند (۲۱). در حال حاضر چالش عمده چگونگی بهبود سلامت در همه جنبه ها و ارتقاء کیفیت زندگی در سنین سالمندی است. اگر امید به زندگی افزایش یابد و متوسط سن شروع بیماری ها تغییر نکند این بدان معنی است که افراد باید سال های بیشتری از عمر خود را با بیماری زندگی نمایند که این نتیجه

مورد انتظار برنامه های ارتقاء سلامت نمی باشد (۲۲).

از آنجا که انتظار می رود با شناسایی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در سالمندان بتوان راهکارهای مناسبی جهت ارتقاء سطح سلامت و بهبود کیفیت زندگی سالمندان ارائه نمود و تا حد ممکن سالمندی مطلوب توأم با سلامت و نشاط را برای این عزیزان فراهم نمود. لذا این تحقیق با هدف تعیین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت سالمندان بستری در بیمارستانهای شهر زاهدان انجام گردید.

روش پژوهش

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی، تحلیلی است. جامعه پژوهش شامل ۳۰۰ سالمند با معیارهای ورود ایرانی الاصل بودن، سن ۶۰ سال و بالاتر، بستری بودن در بیمارستانهای زاهدان، توانایی پاسخ دادن به سؤالات و علاقمند بودن به شرکت در مطالعه و معیارهای خروج ابتلاء به دمانس و عدم تمایل به شرکت در مطالعه بود، که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. جهت برآورد حجم نمونه با توجه به هدف اصلی پژوهش، آمار سالمندان شهر زاهدان و سالمندان بستری در بیمارستان های شهر زاهدان بر اساس فرمول های آماری تعداد نمونه لازم ۲۵۵ نفر برآورده شد، که بر اساس مطالعات مشابه (حییبی سولا و همکاران، ۱۳۸۷) تا ۳۰۰ نفر افزایش یافت. محقق پس از کسب مجوزهای لازم در روزهای متوالی به کلیه بخش های بستری بیمارستانهای زاهدان مراجعه کرده و براساس معیارهای مطالعه تا تکمیل حجم نمونه اقدام به نمونه گیری نمود.

جهت گرد آوری اطلاعات در این پژوهش از پرسشنامه پژوهشگر ساخت پس از تایید روایی (محتوی و صوری) و پایایی (آزمون- آزمون مجدد) استفاده گردید. پایایی پرسشنامه با استفاده از آزمون آماری همبستگی پیرسون مورد تایید قرار گرفت ($r \geq 0.5$ و $p < 0.05$) بعنوان وجود همبستگی بین آزمون اول و دوم در نظر گرفته شد). پرسشنامه مورد نظر شامل دو قسمت اطلاعات دموگرافی نظیر سن، جنس، محل سکونت، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل، علت بستری و ۱۱ رفتار ارتقاء دهنده سلامت بود. OCS^۱ که یکی از مدل های بررسی و شناخت در حوزه علم پرستاری سلامت جامعه است، بیان می کند حیطه های رفتارهای مرتبط به سلامت شامل نه مسئله تغذیه، فعالیت های جسمی، الگوی خواب و استراحت، بهداشت فردی، رژیم دارویی تجویز شده، تکنیکهای مورد نیاز سلامتی، استفاده از مواد، تنظیم خانواده و مراقبتهای سلامتی می باشد (۲۳). بر این اساس و طبق مطالعه مشابه (حبیبی سولا و همکاران، ۱۳۸۷) در مطالعه حاضر یازده رفتار ارتقاء دهنده سلامت شامل، نکشیدن سیگار، عدم مصرف الکل، انجام فعالیتهای ورزشی منظم (حداقل ۳۰ دقیقه ۳ بار در هفته)، مصرف غذای کم نمک، مصرف غذای کم چرب، مصرف سبزیجات کافی (۵-۳ سهم روزانه)، مصرف میوه کافی (۴-۲ سهم روزانه)، مصرف لبنیات کافی (۳-۲ سهم روزانه)، مصرف گوشت کافی (۳-۲ سهم روزانه)، انجام معاینات عمومی و تزریق واکسن آنفولانزا در طی یکسال قبل از بستری شدن سالمندان مورد بررسی قرار گرفت. پرسشنامه ها پس از کسب مجوزهای لازم، معرفی پژوهشگر به واحدهای مورد

پژوهش، بیان اهداف مطالعه، حفظ راز داری و اخذ رضایت نامه کتبی جهت شرکت در مطالعه با مصاحبه تکمیل گردید. اطلاعات گردآوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و از آمار توصیفی مانند فراوانی مطلق، نسبی، میانگین، انحراف معیار و آمار استنباطی (آزمون کای دو^۲) جهت تعیین ارتباط بین متغیر ها کیفی استفاده شد $p < 0/05$ به عنوان سطح معنی داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از کل ۳۰۰ واحد مورد پژوهش ۵۴ درصد را مردان و ۴۶ درصد را زنان تشکیل دادند. ۶۹/۳ درصد ساکن شهر و ۳۰/۷ درصد ساکن روستا بودند. ۶۹/۷ درصد متأهل و ۱ درصد مطلقه بودند.

از نظر سطح تحصیلات ۷۰ درصد واحد های مورد پژوهش بی سواد و ۳ درصد تحصیلات بالاتر از دیپلستان داشتند. مردان بی سواد ۵۹/۳ درصد و زنان بی سواد ۸۲/۶ درصد را به خود اختصاص دادند.

بیشترین علت بستری سالمندان مورد مطالعه (۲۳/۳ درصد) مربوط به بیماریهای قلبی عروقی بود. اکثر سالمندان مورد مطالعه (۷۶/۳ درصد) ابتلاء به بیش از یک بیماری مزمن و ۱۷ درصد ابتلاء به یک بیماری مزمن را ذکر کردند.

از نظر حاد و مزمن بودن بیماری منجر به بستری به ترتیب ۶۷/۳ درصد مردان و ۷۸/۴ درصد زنان به علت بیماری های مزمن بستری شده بودند. از نظر سابقه بستری ۶۶ درصد از مردان و ۷۹/۶ درصد از زنان مورد پژوهش سابقه بستری در بیمارستان را داشتند. از کل واحدهای مورد مطالعه ۷۴/۳ درصد کمتر از یک نوبت سبزیجات

¹ - Omaha Classification System

و ۶۵ در صد یک نوبت و کمتر میوه روزانه مصرف می کرده اند. از نظر مصرف لبنیات بیشتر واحد های مورد مطالعه (۵۶ درصد) میزان لبنیات توصیه شده را روزانه مصرف نمی کردند. اکثر واحد های مورد مطالعه ۳۲ در صد دو نوبت در هفته گوشت مصرف می کردند. از نظر نوع پروتئین مصرفی ۵۳ در صد واحد های مورد مطالعه مرغ مصرف می کردند.

از نظر نوع رژیم غذایی مصرفی بیشتر واحد های مورد مطالعه (۵۷/۷ در صد) رژیم غذایی کم چرب داشتند. بیشتر واحد های مورد مطالعه (۵۱/۳ در صد) رژیم غذایی کم نمک مصرف می کردند. بیشتر واحدهای مورد مطالعه (۹۰/۷ درصد) در یکسال گذشته واکسن آنفلوانزا را تزریق نکرده بودند. بیشتر واحدهای مورد مطالعه (۶۸/۷ در صد

(معاینات عمومی را در یکسال گذشته انجام نداده بودند.

از کل واحد مورد مطالعه (۵۴/۳ درصد) عدم داشتن مشکلات مالی و (۴۵/۷ در صد) داشتن مشکلات مالی را در پرداخت هزینه های درمانی گزارش نمودند.

از نظر انجام فعالیت جسمی ۳۰ دقیقه در روز و ۳ بار در هفته ۷۳/۴ در صد واحدهای مورد پژوهش فعالیت جسمی منظم نداشتند. مردان بیشتر از زنان (۳۷ در صد در مقابل ۱۴/۵ درصد) فعالیت جسمی منظم داشتند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد ۸۷/۴ درصد واحد مورد مطالعه سیگار استعمال نمی کردند. میزان استعمال سیگار در مردان بیش از زنان (۱۹/۸ درصد در مقابل ۴/۳ درصد) بود.

جدول شماره ۱. توزیع فراوانی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت سالمندان بستری در بیمارستانهای شهر زاهدان

ردیف	رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت	فراوانی	درصد
۱	نکشیدن سیگار	۲۶۲	۸۷/۴
۲	عدم مصرف الکل	۲۹۹	۹۹/۷
۳	انجام فعالیت های ورزشی منظم	۷۹	۲۶/۳
۴	انجام معاینات عمومی	۹۴	۳۱/۳
۵	تزریق واکسن آنفلوانزا	۲۸	۹/۳
۶	مصرف غذای کم نمک	۱۵۴	۵۱/۳
۷	مصرف غذای کم چرب	۱۷۳	۵۷/۷
۸	مصرف سبزیجات کافی	۷	۲/۳
۹	مصرف میوه کافی	۱۰۸	۳۶
۱۰	مصرف لبنیات کافی	۱۳۲	۴۴

با توجه به اینکه تنها یک مورد مصرف الکل گزارش گردید، رفتار فوق از مطالعه حذف شد.

بحث و نتیجه گیری

یافته های پژوهش حاضر نشان داد که تنها ۲/۳ درصد سالمندان مورد مطالعه میزان کافی سبزیجات و ۳۶ درصد میزان کافی میوه را مصرف می کردند. مطالعه صالحی و همکاران (۲۰۱۰) بر روی ۴۰۰ سالمند بالای ۶۰ سال نشان داد که میزان مصرف روزانه میوه و سبزیجات در میان سالمندان تهرانی پایین بوده و میزان متوسط مصرف روزانه میوه و سبزیجات برای تمام نمونه ها ۱/۷۶ نوبت بوده است (۱۱). مطالعه بی و همکاران^۱ (۲۰۰۱) نشان داد که میزان متوسط مصرف میوه و سبزیجات در سالمندان آمریکایی ۴/۵ وعده روزانه بوده و تنها نیمی از سالمندان از توصیه مصرف روزانه ۵ وعده میوه و سبزیجات آگاه بوده اند (۲۴). از آنجا که بسیاری از کشورهای در حال توسعه فاقد اطلاعاتی مربوط به الگو مصرف میوه و سبزیجات در جمعیت خود هستند (۱۱)، بنابراین امکان مقایسه یافته های ما با سایر کشورها با شرایط مشابه امکان پذیر نبود. همانطور که انتظار می رفت، بین تحصیلات بالاتر و میزان مصرف توصیه شده و سبزیجات ارتباط معنادار آماری ($p < 0/001$) وجود داشت و سالمندان با تحصیلات بالاتر بیشتر از سالمندان با تحصیلات پایین تر میوه و سبزیجات مصرف می کردند که مطابق با یافته های مطالعه صالحی و همکاران (۲۰۱۰) می باشد.

یافته های پژوهش حاضر نشان داد ۳/۴ درصد سالمندان ساکن شهر میزان توصیه شده سبزیجات و ۴۱/۸ درصد سالمندان ساکن شهر و ۲۲/۸ درصد سالمندان ساکن روستا میزان

توصیه شده میوه مصرف می کردند که بیانگر میزان مصرف بیشتر میوه و سبزیجات در سالمندان ساکن شهر در مقایسه با سالمندان ساکن روستا است. که این یافته ها مطابق مطالعه جیم و مونتریو^۲ جهت بررسی میزان مصرف میوه و سبزیجات سالمندان در سال ۲۰۰۳ می باشد (۲۵). می توان گفت یکی از دلایل تفاوت میزان مصرف میوه و سبزیجات سالمندان ساکن شهر با ساکن روستا، سطح تحصیلات بیشتر سالمندان ساکن شهر نسبت به سالمندان ساکن روستا بوده است.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد تقریباً ۵۶ درصد سالمندان مورد مطالعه میزان توصیه شده از گروه شیر و لبنیات استفاده نمی کردند. مطالعه البون و همکاران^۳ در سال ۱۹۹۴ نشان داد که از ۴۹۴ سالمند آمریکایی ۶۰ تا ۹۴ ساله، ۴۸/۹ درصد روزانه کمتر از یکبار، ۳۵/۲ درصد روزانه یکبار و ۱۵/۹ درصد دو یا تعداد دفعات بیشتری شیر مصرف می کرده اند (۲۶). بین سالمندان ساکن شهر و ساکن روستا در سطح خطای ۵ درصد بین میزان مصرف روزانه لبنیات ارتباط معنادار وجود نداشت ($p = 0/254$).

یافته های مطالعه ما نشان داد که ۴۵/۷ درصد از سالمندان مورد مطالعه میزان کافی گوشت استفاده می کردند.

مطالعه حاضر همچنین نشان داد که ۵۷/۷ درصد سالمندان مورد مطالعه رژیم کم چرب و ۵۱/۳ درصد رژیم کم نمک را رعایت می کردند. نتایج مطالعه حبیبی و همکاران نشان داد که از ۴۰۰

² Jaime & Monterio

³Elbon & etal

¹ Bee & etal

واکسن آنفولانزا ($p=0/007$) رابطه آماری معنا دار وجود داشت. تقریباً در همه کشورهای صنعتی واکسیناسیون سالانه آنفولانزا برای همه افراد مسن توصیه می شود اما در کشور ما هیچ برنامه ای جهت واکسیناسیون آنفولانزا وجود ندارد و بیشتر سالمندان از وجود چنین واکسنی بی اطلاع هستند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که تنها ۲۶/۳ درصد سالمندان مورد مطالعه فعالیت ورزشی منظم داشته اند. نتایج مطالعه ساواتزکی^۱ و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد که از ۲۴۲۸۱ سالمند کانادایی مورد بررسی ۳۵ درصد سالمندان بدون بیماری مزمن و ۲۶ درصد از سالمندان مبتلا به بیماری مزمن فعالیت جسمی توصیه شده را داشته اند (۳۲). مطالعه سارکیزیان و همکاران^۲ (۲۰۰۵) نشان داد که از ۶۳۶ سالمند ۶۵ سال و بالاتر آمریکایی ۳۸ درصد مدت ۳۰ دقیقه فعالیت متوسط تا شدید در هفته را گزارش کردند (۳۳).

میزان فعالیت در سالمندان آمریکایی بیشتر از سالمندان شرکت کننده در پژوهش ما بوده که از جمله دلایل آن می توان به مواردی مانند بیمار بودن سالمندان مورد پژوهش و عواملی مانند ترویج فرهنگ ورزش، دسترسی به امکانات بیشتر جهت ورزش همگانی و توجه بیشتر به مسائل و مشکلات سالمندان آنان و برنامه ریزی جهت حل آنان در کشورهای غربی می باشد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین انجام فعالیتهای ورزشی منظم با جنسیت و تحصیلات رابطه آماری معنادار وجود داشت ($p=0/0001$). بطوری که مردان سالمند بیشتر از زنان سالمند و سالمندان با تحصیلات بالاتر بیشتر از افراد بی سواد فعالیتهای ورزشی منظم داشتند.

سالمند مورد مطالعه ۶۹/۸ درصد رژیم کم چرب و ۶۹/۳ درصد رژیم کم نمک داشته اند (۲۷) که نتایج مطالعه ایشان و مطالعه حاضر نشان می دهد که بیش از ۵۰ درصد نمونه های مورد پژوهش رژیم کم چرب و کم نمک را رعایت می کردند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ۳۱/۳ درصد جهت انجام معاینات عمومی به پزشک مراجعه کرده اند. در مطالعه ذوالفقاری و همکاران (۱۳۸۹)، ۳۶/۴ درصد نمونه ها معاینات دوره ای سالانه را داشته اند که می توان گفت مطابق یافته های پژوهش حاضر است (۲۸). در بررسی ۲۶۶ فرد ۵۰ سال و بالاتر ساکن ایسلند ۸۱/۳ درصد در یک سال قبل توسط پزشک معاینه گردیده بودند (۲۹).

یافته های پژوهش ما نشان داد که، تنها ۹/۳ درصد سالمند مورد مطالعه سابقه تزریق واکسن آنفولانزا در یکسال گذشته داشته اند. در حالی که در آمریکا سطح پوشش واکسن آنفولانزا در میان سالمندان بین ۶۰ تا ۶۷ درصد متغیر است (۳۰). مطالعه ای در سوئد در سال ۲۰۰۵ نشان داد که ۳۹ درصد افراد ۶۵ سال و کمتر، ۳۶ درصد افراد ۶۵ تا ۷۹ سال و ۴۵ درصد در افراد ۸۰ سال و بالاتر تحت پوشش واکسیناسیون آنفولانزا قرار گرفته بودند (۳۱). در مطالعه حبیبی و همکاران در بررسی ۴۱۰ سالمند تهرانی تنها ۰/۷ درصد در یکسال قبل از انجام مطالعه سابقه تزریق واکسن آنفولانزا را داشته اند (۲۷). که نشان دهنده پایین بودن این رفتار نسبت به سالمندان مطالعه حاضر می باشد. بنظر می رسد دلیل این تفاوت، اختلاف در جامعه پژوهش باشد. نتایج مطالعه نشان می دهد که، بین شهر نشینی و روستائینیی و تزریق واکسن آنفولانزا ($p=0/01$) و تأهل و تزریق

¹ Sawatzky & etal

² Sarkisian & etal

نتایج پژوهش ما نشان داد که، از ۳۰۰ سالمند بستری مورد مطالعه ۱۲/۶ درصد سیگار و ۰/۳ درصد الکل مصرف می کردند. در هنگ کنگ شیوع سوء مصرف مواد در افراد ۶۰ سال و بالاتر ۱۹ درصد گزارش شده است(۳۴). مطالعه ملی آمریکا در طی سالهای ۲۰۰۵ و ۲۰۰۶ به منظور برآورد شیوع مصرف مواد مخدر در میان افراد میانسال و سالمند آمریکایی نشان داد که از ۱۰۹۵۳ شرکت کننده بالای ۵۰ سال در مطالعه در طول یکسال گذشته ۶۰ درصد سابقه مصرف الکل، ۲/۶ درصد ماری جوانا و ۰/۴۱ درصد کوکائین را داشته اند(۳۵). در مطالعه حییبی سولا و همکاران شیوع مصرف سیگار ۱/۱۴٪ و الکل ۵/۴ درصد در سالمندان مورد مطالعه گزارش شد(۲۷) که از نظر شیوع مصرف سیگار با یافته های مطالعه فوق مطابقت دارد، اما شیوع مصرف الکل در مطالعه حاضر کمتر بود، که بنظر می رسد ناشی از پابندی بیشتر سالمندان مورد مطالعه به اعتقادات مذهبی است.

نتایج پژوهش ما نشان داد که میزان مصرف سیگار در مردان سالمند بیش از زنان سالمند (۱۹/۸ درصد در مقابل ۴/۳ درصد) بوده است. که با سایر مطالعات مشابه همخوانی دارد، چرا که در

سراسر جهان میزان شیوع مصرف مصرف سیگار در افراد ۶۰ سال و بالاتر در مردان ۴۰٪ و در زنان ۱۲٪ گزارش شده است(۳۶). در سطح خطای ۵درصد بین میزان مصرف سیگار با تحصیلات، محل سکونت، و تأهل ارتباط معناداری وجود نداشت.

اینکه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت چقدر کیفیت زندگی سالمندان را بهبود می بخشد به تنهایی مهم نیست و این اطلاعات در اصلاح رفتارهای فردی مؤثر نمی باشد و نیاز به سیاست گذاری ها و برنامه ریزی در این زمینه می باشد. اهمیت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت باید صرفاً از حد شعار و نتایج پژوهش های محققین فراتر رفته و در سیاست گذاریها و برنامه ریزی های بهداشتی درمانی دخیل گردد. با توجه به آسیب پذیر بودن سالمندان و افزایش جمعیت سالمندان ایران در آینده نه چندان دور و چالش های ناشی از آن، برنامه ریزی جهت رو به رو شدن با این چالش ها امری حیاتی است و عدم برنامه ریزی و سیاست گذاری در این زمینه مشکلات جدی اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی برای جامعه در آینده نه چندان دور به دنبال خواهد داشت.

تشکر و قدردانی

پژوهش از نظرات ارزنده آنان بهره مند شدیم و بویژه سالمندان عزیزی که در این مطالعه شرکت نمودند، کمال تشکر و قدر دانی به عمل می آید.

از انجمن ارتقاء سلامت زاهدان، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی، مدیریت بیمارستان تامین اجتماعی زاهدان، اساتید محترم که در انجام این

References

1. Waite LJ. The demographic facts of the elderly. *Popul Dev Rev* 2004; 30: 3-16.
2. Tajvr M. Aged health and overview of various aspects of their lives. Tehran: Nsle Farda Publications; 2003: 20. [Persian]
3. Statistics Center of Iran. Statistical Year book of Iran management and planning organization state; 2006: 52-55. [Persian]
4. Russell M, Ardalan A. Aging and future health care costs: Challenge for health systems in the country. *Journal of aging*. 2007; 4: 300-305. [Persian]
5. Jenson J. Health care spending and the aging of the population. *Congressional Research Service (CRS) Reports and Issue Briefs* 2007;43: 1-6.
6. Guccione A. *Geriatric Physical Therapy*. 2th edn, Philadelphia: Mosby;2000: 507.
7. Hughes R, Kleinpell M, Fletcher k. Patient safety and quality an evidence-based Hand Book for Nurses. Kleinpell M, Fletcher k, Jennings BM. reducing functional decline in hospitalized elderly. 9 th end, New York: AHRQ; 2009: 251-265.
8. Njaty V. Health status of the elderly in Qom in 2007. *Journal of Qazvin University of Medical Sciences*. 2009; 50: 67-72. [Persian]
9. Diago A. Centers for Disease Control and Merck Company Foundation. The state of aging and health in America. Available from: <http://www.cde.gov/aging/pdf/saha>. [cited 2010 April 12].
10. McGuire LC, Strine TW, Okoro CA, Ahluwalia IB, Ford ES. Healthy Lifestyle Behaviors Among Older U.S. Adults with and without disabilities, Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2003. *Preventing Chronic Disease: Public Health Research Practice and Policy* 2007; 4(1): 1-11.
11. Salehi L, Eftekhari H, Mohammad K, Tavafian S, Jazayeri A, Montazeri A. Consumption of fruit and vegetables among elderly people: a cross sectional study from Iran. *Nutrition Journal* 2010; 9(2): 1-9.
12. Goetzel R, Shechter D, Ozminkowski R, Stapleton D, Lapin P, McGinnis M, Gordon C, Breslow L. *Clinical Interventions in Aging* 2007; 2(1): 117-122.
13. Deeks A, Lombard C, Michelmor J, Teede H. The effects of gender and age on health related behaviors. *Journal BMC Public Health* 2009; 9: 213-221.
14. PourReza A, Khabiri Nemati R. Economics health and aging. *Journal of aging* 2007; 2: 80-87. [Persian]
15. Prochaska J, Velicer W, Nigg C, Prochaska J. Methods of quantifying change in multiple risk factor interventions. *Pub Med* 2008; 46(3): 260-265.
16. Flocke S, Crabtree B, Stange K. Clinician Reflections on promotion of health behaviors in primary care practice. *Health Policy* 2007; 84(2): 277-283.
17. Maryer C, Williams B, Wagner E, Logerfo J, Cheadle A, Phelan E. Health care costs and participation in a community-based health promotion programs save medicare money? *Clinical Interventions in Aging* 2010; 2(1): 117-122.
18. Dadkhah A. Ageing services system in America and Japan and provide indicators to the strategic planning of ageing services. *Journal of aging*. 2007; 2: 166-176. [Persian]
19. Glasgow R, Ory M, Klesges L, Cifuentes M, Fernald D, Green L. Practical and relevant self-report measures of patient health behaviors for primary care research. *Journal*

- Annals of Family Medicine 2005; 3(1): 73–81.
20. Rask K , O'Malley E, Druss B. Impact of socioeconomic, behavioral and clinical risk factors on mortality. *Journal of Public Health* 2009; 31(2): 231-238.
 21. Haynes C, Cook G. A comparison of patients perceptions and an audit of health promotion practice within a UK hospital. *BMC Public Health* 2007; 7: 242-251.
 22. Haveman-Nies A, Groot L, Staveren W. 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; 2: 318–323.
 23. Abedi HA. Identifying community health problems of elderly people in the isfahan provlince of iran using the omaha classification system. Doctor of Philosophy, university of waies UK;1995.
 24. Bee S, Cotugna N, Vickery C. Fruit and vegetable consumption in an elderly population. *Nutrition for Elderly* 2001; 1: 59-67.
 25. Jaime Pc, Monterio CA. Fruit and vegetable intake by Brazilian adults, 2003. *Cadernos de Saude Publica* 2005; 21: 19-24.
 26. Elbon S, Johnson M, Fischer J. 1998. Milk consumption in older Americans, *American Journal of public Health* 1998; 88(8): 1221–1224.
 27. Habibi A, Nikpour S, Seyedoshohadaei M, Haghani H. Health promoting behaviors and quality of life in elderly. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences* 2008;1:29-36. [Persian]
 28. Zolfaghari M, ParsaYekta Z, KazemNejad A, Munjamd Z. Awareness people Tehran of the seven signs of cancer and the use of protective measures against cancer. *Quarterly Paish* 2010; 3:317-324. [Persian]
 29. Balajadia R, Wenzel L, Huh J, Sweningson J, Hubbell F. Cancer-related knowledge, attitudes, and behaviors among Chamorros on Guam. *Cancer Detect Prevent* 2008; 32: 4–15.
 30. Yoo B , Kasajima M, Fiscella K, Bennett M, Phelps C, Szilagyi p. Effects of an ongoing epidemic on the annual influenza vaccination rate and vaccination timing among the medicare elderly: 2000–2005. *Journal Am Public Health* 2009; 99: 383–388.
 31. Christenson B, Pauksen K, Sylvan S. Effect of influenza and pneumococcal vaccines in elderly persons in years of low influenza activity. *Journal Virology* 2008; 5: 52-64.
 32. Sawatzky R, Liu-Ambrose T, Miller W, Marra C. Physical activity as a mediator of the impact of chronic conditions on quality of life in older adults. *Health and Quality of Life Outcomes* 2007; 5: 68-79.
 33. Sarkisian C, Prohaska T, Wong M, Hirsch S, Mangione C. The relationship between expectations for aging and physical activity among older adults. *Journal General Internal Medicine* 2005; 20: 911–915.
 34. Abdullah A, Lam T, Chan S, Leung G, Chi I, Wnh W, Chan S. Effectiveness of a mobile smoking cessation service in reaching elderly smokers and predictors of quitting. *Journal BMC Geriatric* 2008; 8: 25-32.
 35. Blay S, Fillenbaum G, Andreoli S, Gastal F. Correlates of lifetime alcohol misuse among older community residents in brazil. *Int Psychogeriatr* 2009; 21(2): 384–391.
- Jha P, Ranson M, Nguyen S, Yach D. Estimates of global and regional smoking prevalence in 1995, by age and sex. *Journal Am Public Health* 2002; 92: 1002–1006

Abstract

Health promoting behaviors of elderly people admitted to hospital in Zahedan in 1389

* Sargazi M¹, Salehi Sh², Naji A³

Abstract

Background: All human beings deserve healthy aging. The elderly are one of the groups that require special interventions in improving the health promoting behaviors to decrease the disability onset and to prevent the disease outbreak and premature deaths. Therefore this study has been conducted to determine the health promoting behavior in elderly people admitted to hospitals in Zahedan.

Materials and Methods: This analytical and descriptive study included 300 elderly people who had admitted to hospitals in Zahedan. The patients were chosen based on the convenience sampling method and questionnaire's data were collected through interviews. For data analysis, descriptive statistics (frequency and percentage) and inferential statistics (Chi-square test) were used.

Results: Of 300 elderly studied, 12.6% has smoked and 0.3 % has consumed alcohol. 26.3% has done exercise regularly, 51.3% had low-salt diet and 57.7% had low-fat diet. 97.7, 64, 56 and 54.3% of the study group haven't used vegetables, fruit, dairy and the recommended meat respectively. 31.3% had done the general examinations, and 9.3% had vaccinated against influenza in the last year. There was a statistically significant relationship among the most of health promoting behaviors and education, rural and urban residency while there was no statistically significant relationship between the health promoting behaviors and sex.

Conclusion: According to the obtained results, planning for training and development of health

promoting behavior in elderly people is essential.

Keywords: Health promoting behaviors, Elderly, Hospitalized elderly

¹ M.Sc in nursing, member of faculty, faculty of nursing and midwifery, Zabol, Iran

² Assistant professor, member of faculty, faculty of nursing and midwifery, Islamic Azad University, Khorasgan branch, Isfahan, Iran

³ Assistant, member of faculty, faculty of nursing and midwifery, Islamic Azad University, Khorasgan branch, Isfahan, Iran