

## بررسی ارتباط رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت با سطح فعالیت های روزمره زندگی و فعالیتهای روزمره زندگی با ابزار در سالمندان غرب تهران ۱۳۸۶ (مقاله پژوهشی)

عقیل حبیبی سولا<sup>۱</sup>، صغری نیکپور<sup>۲</sup>، محبوبه رضایی<sup>۳</sup>، حمید حقانی<sup>۴</sup>

### چکیده :

**هدف:** همانطور که طول عمر افراد افزایش می یابد، اهمیت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت نیز، با توجه به حفظ کارکرد و استقلال افراد و افزایش کیفیت زندگی آنها، روز به روز بیشتر آشکار می شود. پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت با سطح ADL و IADL در سالمندان غرب تهران انجام گرفته است.

**روش بررسی:** این مطالعه از نوع همبستگی بود که بر روی ۴۱۰ نفر از افراد بالای ۶۰ سال ساکن منطقه غرب تهران انجام گرفت. روش نمونه‌گیری از نوع چند مرحله‌ای بود و از ابزار پژوهش شامل چک لیست مربوط به رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و پرسشنامه مربوط به فعالیت های جسمی، که از دو بخش سوالات مربوط به ADL (فعالیهای روزمره زندگی) و IADL (فعالیهای ابزاری زندگی) تشکیل شده است، 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:** بین فعالیتهای روزمره زندگی (ADL) و رفتارهای «انجام ورزش یا پیاده روی»، «مصرف شیر، لبنیات و غذاهای گوشتی»، «مصرف میوه و سبزیجات تازه»، «مصرف غذای کم نمک» و «مصرف غذای کم چرب» ارتباط معنی داری وجود داشت ( $p < 0/05$ ). همچنین بین فعالیتهای ابزاری زندگی (IADL) و رفتارهای «نکشیدن سیگار»، «مصرف نکردن الکل»، «انجام ورزش یا پیاده روی»، «مصرف غذای کم نمک»، «مصرف غذای کم چرب»، «مصرف شیر، لبنیات و غذاهای گوشتی» و «مصرف میوه و سبزیجات تازه» ارتباط معنی داری وجود داشت ( $p < 0/05$ ).  
**نتیجه‌گیری:** مطالعه نشان داد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت با ADL و IADL ارتباط معنی داری داشت. لذا مراقبت دهنده های بهداشتی باید زمینه های تسهیل رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را از طریق برنامه های سلامتی مثل رژیم غذایی صحیح، ورزش منظم و بررسی دوره ای وضعیت جسمانی فراهم آورند تا موجب افزایش فعالیتهای جسمی در سالمندان شده و از این طریق باعث حفظ و ارتقاء زندگی سالم و فعال برای آنها شوند.

**کلید واژه‌ها:** سالمندان، رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، ADL، IADL

۱- عقیل حبیبی سولا (\*نویسنده مسئول)  
کارشناس ارشد پرستاری داخلی- جراحی،  
دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم  
پزشکی اردبیل

خلخال - خیابان شهید مظفری، خیابان  
شهید اشرفی اصفهانی، دانشکده پرستاری  
و مامایی، گروه داخلی جراحی  
تلفن: ۰۴۵۴۳۳۰۴۱  
Email: aghilhabibi@yahoo.com

۲- صغری نیکپور  
کارشناس ارشد پرستاری بهداشت جامعه،  
دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم  
پزشکی ایران

۳- محبوبه رضایی  
کارشناس ارشد پرستاری داخلی- جراحی،  
دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم  
پزشکی کاشان

۴- حمید حقانی  
کارشناس ارشد آمار زیستی، دانشکده  
مدیریت دانشگاه علوم پزشکی ایران

### مقدمه

همانطور که طول عمر افراد افزایش می‌یابد، اهمیت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت نیز، با توجه به حفظ کارکرد و استقلال افراد و افزایش کیفیت زندگی آنها، روز به روز بیشتر آشکار می‌شود (۱).

سازمان ملل در سال ۲۰۰۶ تعداد کل سالمندان جهان را ۶۸۷ میلیون و ۹۲۳ 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 حالیکه هم اکنون ۶۰ درصد از افراد سالمند در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند (۳، ۴). این مرکز با انتشار گزارشی اعلام کرده است که در حال حاضر شش درصد از کل جمعیت ایران را افراد سالمند بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهند که معادل چهار میلیون

و ۵۶۲ هزار نفر می‌باشد. پیش بینی می‌شود این رقم تا سال ۲۰۵۰ به ۲۶ میلیون و ۳۹۳ هزار نفر، معادل ۲۶ درصد 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 برآورد شده است (۲). در حال حاضر نرخ رشد جمعیت در کشور ما ۱/۶ درصد می‌باشد و این در حالی است که نرخ رشد جمعیت سالمندی ۲/۵ درصد است (۴).

بر اساس بررسی که سازمان بهداشت، آموزش و رفاه آمریکا به عمل آورده است، ۱۵ درصد از مراجعین به مطب پزشکان متخصص، ۳۴ درصد از معالجات سرپایی در بیمارستانها و ۸۹ درصد از تختهای موسسات و سراهای نگهداری را افراد بالای ۶۵ سال به خود اختصاص داده اند

شرایطی تامین نشود، پیشرفتهای علمی برای تامین زندگی طولانی‌تر، بی‌نتیجه و مخاطره آمیز خواهد بود (۱۵).

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 سالمند مواجه شوند. در حالیکه اغلب کشورهای در حال توسعه حتی از این پدیده و گرفتاریهای بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی آن آگاه نیستند (۱۶)، این امر نشان‌دهنده اهمیت فراوان این موضوع است و باید با توجه به نیاز شدید جامعه، برنامه ریزیهای بهداشتی درمانی مناسب این گروه سنی، تهیه و اجرا شود. این مطالعه با هدف کلی تعیین ارتباط بین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و سطح ADL و IADL در سالمندان انجام گرفته است.

### روش بررسی

این مطالعه از نوع همبستگی بود که با هدف تعیین ارتباط رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت با سطح ADL و IADL در سالمندان انجام گرفت. نمونه پژوهش این مطالعه شامل ۴۱۰ نفر از افراد ایرانی الاصل ۶۰ سال و بالاتر منطقه غرب تهران بود که از نظر ذهنی هوشیار بوده و قادر به پاسخگویی به سوالات بودند.

روش نمونه‌گیری 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، ۱۸، ۲۱ و ۲۲ بود) بصورت تصادفی انتخاب شد. سپس اماکن عمومی (مساجد، پارکها، مکانهای ورزشی و مراکز خرید) و منازل در این مناطق به تفکیک مشخص گردید بطوریکه در هر منطقه ۲ مسجد، ۲ پارک، ۲ مکان ورزشی و ۲ مرکز خرید به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس پژوهشگر به همراه ۲ پرسشگر دیگر که آموزشهای لازم در مورد مصاحبه و تکمیل پرسشنامه را دیده بودند، در این 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 نمونه‌گیری با مراجعه حضوری پرسشگران آموزش دیده به درب منازل، در صورت حضور فرد مورد نظر در منزل و موافقت ایشان نمونه‌گیری بصورت مصاحبه انجام گرفت. در ضمن افراد معلول جسمی از مطالعه حذف

(۵) و بطور کلی ۲۹ درصد از هزینه مراقبتهای پزشکی توسط این گروه سنی مصرف می‌شود. در حالی این قشر فقط ۱۲ درصد جمعیت را تشکیل می‌دهند (۶) و پیش بینی می‌شود در سال ۲۰۴۰ رقمی در حدود ۵۰ درصد از کلیه خدمات پزشکی که در آمریکا ارائه می‌گردد، مورد استفاده این گروه قرار خواهد گرفت (۵). در حدود ۶۰ درصد از هزینه‌های مراقبتهای بهداشتی، ۳۵ درصد از ترخیصهای بیمارستانی و ۴۷ درصد از روزهای بستری در بیمارستانها را سالمندان به خود اختصاص می‌دهند. با توجه به افزایش سریع تعداد سالمندان، مسأله بهداشت، سلامت و تأمین آسایش و رفاه آنان در جامعه، هر روز ابعاد تازه و گسترده‌تری پیدا می‌کند (۷).

رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت یکی از معیارهای عمده تعیین کننده سلامت می‌باشد که به عنوان عامل ژئینه‌ای در عدم ابتلا به بسیاری از بیماریها شناخته شده است و ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماریها مستقیماً با این رفتارها در ارتباط می‌باشد (۸). رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در سالمندان، تأثیر بالقوه‌ای در پیشبرد سلامتی و کیفیت زندگی آنان داشته و به همان نسبت موجب کاهش هزینه‌های مربوط به مراقبتهای بهداشتی خواهد شد (۱). بر طبق مطالعات انجام شده، شیوه زندگی ارتقاء دهنده سلامت به کیفیت مثبت زندگی کمک می‌کند (۹-۱۱). آمار ارائه شده در مورد دلایل اصلی مرگ و میر، بیانگر آنست که ۵۳٪ از علل مرگ و میرها به سبب زندگی و رفتارهای غیر بهداشتی مربوط می‌باشد (۱۲، ۱۳). سازمان خدمات بهداشتی و انسانی آمریکا، جهت ارتقاء سلامتی در سالمندان به ورزش منظم، عدم مصرف سیگار، اجتناب از مصرف الکل، تغذیه مناسب و ایمن سازی متناسب با سن تأکید می‌کند (۱).

مهمترین مسائل در ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی سالمندان به حفظ استقلال آنان در فعالیت‌های جسمی و شناختی بالای آنها و ادامه زندگی بصورت فعال مربوط می‌شود (۱). عدم برخورداری از سلامت و بروز بیماری‌های مزمن با افزایش سن سبب محدود شدن فعالیت‌های جسمی فرد سالمند می‌گردد و معمولاً از سن بازنشستگی به بعد یک چهارم مردم قادر به انجام فعالیت‌های خود نبوده و ۱۰٪ آنان نیز کاملاً وابسته و زمین‌گیر می‌شوند (۶).

یکی از بهترین راههای ارزشیابی سطح بهداشتی سالمندان بررسی سطح فعالیت آنان در زندگی روزانه می‌باشد که می‌تواند اطلاعات لازم جهت برنامه ریزی مناسب و منطبق با نیازهای سالمندان را در اختیار کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی قرار دهد (۱۴). آنچه که دانش امروزی بدان توجه می‌کند، تنها طولانی کردن دوران زندگی نیست، بلکه باید توجه داشت که سالهای اضافی عمر انسان در نهایت آرامش و سلامت جسمی و روانی سپری گردد و در صورتی که چنین

شدند.

## یافته‌ها

اطلاعات مربوط به این پژوهش در مورد ۴۱۰ نفر از افراد ۶۰ سال و بالاتر منطقه غرب تهران بدست آمد. میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش ۶۹/۷۱ سال (با انحراف معیار ۶/۸۶) بود که کمترین مورد ۶۰ سال و بیشترین مورد ۸۶ سال داشت. بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش در محدوده سنی ۶۰ تا ۷۴ سال (۷۷/۳ درصد)، مذکر (۵۵/۶ درصد)، بی سواد (۳۰/۵ درصد) و متاهل (۸۰ درصد) بودند. ۷۸ درصد از نظر اقتصادی مستقل بودند و ۵۵/۱ درصد با همسرانشان زندگی می کردند. ۳۸/۵ درصد نیز اظهار داشتند که از نظر وضعیت سلامت فعلی، بهتر از همسالانشان هستند.

۹۴/۶ درصد از واحدهای مورد پژوهش الکل مصرف نمی کردند، ۸۹/۸ درصد در یکسال گذشته، کنترل فشار خون داشتند و فقط ۰/۷ درصد از نمونه‌ها در یکسال گذشته واکسن آنفلوآنزا تزریق کرده بودند (جدول شماره ۱).

بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش از نظر فعالیتهای روزمره و ابزاری زندگی مستقل بودند. بطوریکه ۹۳/۴ درصد در فعالیتهای روزمره و ۷۱/۵ درصد در فعالیتهای ابزاری نیازی به کمک دیگران نداشتند. همچنین امتیاز فعالیتهای روزمره زندگی ۱۳/۵۴ (انحراف معیار ۱/۵۳) و محدوده صفر تا ۱۴) و میانگین امتیاز فعالیتهای ابزاری زندگی ۱۴/۲۰ (انحراف معیار ۳/۷۱۷ و محدوده صفر تا ۱۸) بود که دلالت بر استقلال سالمندان داشت (جدول شماره ۲). سالمندان بیشترین استقلال را در «غذا خوردن» (۹۹/۳ درصد) و کمترین استقلال را در «راه رفتن» (۸۶/۸ درصد) داشتند و نیز بیشترین فعالیتی که قادر به انجام آن نبودند، فعالیت «حمام کردن یا دوش گرفتن» (۸ درصد) بود.

یافته‌های جدول شماره ۳ نشان می دهد که رفتارهای «انجام ورزش یا پیاده روی»، «مصرف شیر، لبنیات و غذاهای گوشتی»، «مصرف میوه و سبزی»، «مصرف غذای کم نمک» و «مصرف غذای کم چرب» با فعالیتهای روزمره ارتباط معنی دار آماری داشتند ( $p < 0/05$ ). بطوریکه میانگین امتیاز فعالیتهای روزمره در سالمندانی که رفتارهای «انجام ورزش یا پیاده روی»، «مصرف شیر، لبنیات و غذاهای گوشتی» و «مصرف میوه و سبزی» را انجام می دادند بیشتر و در سالمندانی که رفتارهای «مصرف غذای کم نمک» و «مصرف غذای کم چرب» را انجام می دادند کمتر بود. همچنین یافته‌های جدول شماره ۴ نشان می دهد که رفتارهای «نکشیدن سیگار»، «مصرف نکردن الکل»، «مصرف غذای کم نمک»، «مصرف غذای کم چرب»، «انجام ورزش یا پیاده روی»، «مصرف شیر، لبنیات و غذاهای گوشتی» و «مصرف میوه و سبزیجات تازه» با فعالیتهای ابزاری زندگی ارتباط معنی دار آماری داشتند ( $p < 0/05$ ). بطوریکه میانگین امتیاز فعالیتهای

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود که پاسخ سئوالات مندرج در پرسشنامه توسط پژوهشگران از طریق مصاحبه ثبت می شد. 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 الکل» (در حال حاضر)، «انجام ورزش یا پیاده روی» (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 گوشتی» (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. به جوابهای «بلی» امتیاز ۱ و جوابهای «خیر» امتیاز صفر داده شد و ارتباط هر کدام از رفتارها با کارکرد فیزیکی سنجیده شد. همچنین به منظور بررسی سطح ADL و IADL، از پرسشنامه فعالیتهای جسمی استفاده شد که از دو بخش سوالات مربوط به ADL (فعالیتهای روزمره زندگی) و IADL (فعالیتهای ابزاری زندگی) تشکیل شده بود. فعالیتهای روزمره زندگی شامل: غذا خوردن، پوشیدن و درآوردن لباس، راه رفتن، انجام دادن کارهای مربوط به وضعیت ظاهر، حمام کردن یا دوش گرفتن، به تخت یا رختخواب رفتن و بیرون آمدن و دستشویی رفتن بود. همچنین فعالیتهای ابزاری زندگی شامل: استفاده کردن از تلفن، طی کردن مسافتهای نسبتاً طولانی با وسایل نقلیه، خرید مواد غذایی و پوشاک، آماده کردن غذا، انجام دادن کارهای منزل، شستن لباسهای شخصی، انجام دادن تعمیرات جزئی منزل، مصرف کردن دارو و کنترل دخل و خرج بود که با گزینه های «بدون کمک»، «با کمی کمک» و «قادر به انجام آن نیستم» پاسخ می شدند. به گزینه «بدون کمک» امتیاز ۲، به گزینه «با کمی کمک» امتیاز ۱ و به گزینه «قادر به انجام آن نیستم» امتیاز صفر داده می شد. پس از نمره گذاری به سوالات پرسشنامه، نمره کل از جمع نمرات مربوط به سوالات محاسبه گردید و براساس امتیازات کسب شده به سه دسته مستقل، کمی وابسته و کاملاً وابسته تقسیم بندی شد، به طوری که امتیاز بالا نشان دهنده استقلال بیشتر فرد بود.

روایی ابزار مورد استفاده در این پژوهش با روش اعتبار محتوی سنجیده شد و جهت تعیین اعتماد علمی ابزار از روش آزمون مجدد استفاده گردید ( $r = 0/9$ ). همچنین به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و آزمون تی-تست با بهره گیری از نرم افزار SPSS در برنامه ویندوز استفاده شد.

ابزاری در سالمندانی که رفتارهای «انجام ورزش یا پیاده روی»، «مصرف شیر، لبنیات و غذاهای گوشتی» و «مصرف میوه و سبزی» را انجام می دادند بیشتر و در سالمندانی که رفتارهای «نکشیدن سیگار»، «مصرف نکردن الکل»، «مصرف غذای کم نمک» و «مصرف غذای کم چرب» را انجام می دادند کمتر بود.

جدول شماره ۱. تعیین رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در سالمندان غرب تهران در سال ۱۳۸۶

| ردیف | رفتار ارتقا دهنده سلامت            | فراوانی | درصد |
|------|------------------------------------|---------|------|
| ۱    | نکشیدن سیگار                       | ۳۵۲     | ۸۵/۹ |
| ۲    | عدم مصرف الکل                      | ۳۸۸     | ۹۴/۶ |
| ۳    | انجام ورزش یا پیاده روی            | ۲۶۵     | ۶۴/۶ |
| ۴    | مصرف غذای کم نمک                   | ۲۸۴     | ۶۹/۳ |
| ۵    | مصرف غذای کم چرب                   | ۲۸۶     | ۶۹/۸ |
| ۶    | مصرف شیر، لبنیات و غذاهای گوشتی    | ۳۱۵     | ۷۶/۸ |
| ۷    | مصرف میوه و سبزیجات تازه           | ۳۱۰     | ۷۵/۶ |
| ۸    | کنترل وضعیت سلامت (انواع آزمایشات) | ۳۳۵     | ۸۱/۷ |
| ۹    | تزریق واکسن آنفلوانزا              | ۳       | ۰/۷  |
| ۱۰   | کنترل فشار خون                     | ۳۶۸     | ۸۹/۸ |

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

جدول شماره ۲. تعیین فعالیتهای روزمره و ابزاری زندگی در سالمندان غرب تهران در سال ۱۳۸۶

| فعالیتهای روزمره زندگی | فراوانی | درصد             |
|------------------------|---------|------------------|
| کاملاً وابسته (۰-۶)    | ۳       | ۰/۷              |
| کمی وابسته (۷-۱۰)      | ۲۴      | ۵/۹              |
| مستقل (۱۱-۱۴)          | ۳۸۳     | ۹۳/۴             |
| جمع                    | ۴۱۰     | ۱۰۰              |
| میانگین (انحراف معیار) |         | ۱۳/۵۴ (SD=±۱/۵۳) |

  

| فعالیتهای ابزاری زندگی | فراوانی | درصد              |
|------------------------|---------|-------------------|
| کاملاً وابسته (۰-۸)    | ۴۴      | ۱۰/۷              |
| کمی وابسته (۹-۱۳)      | ۷۳      | ۱۷/۸              |
| مستقل (۱۴-۱۸)          | ۲۹۳     | ۷۱/۵              |
| جمع                    | ۴۱۰     | ۱۰۰               |
| میانگین (انحراف معیار) |         | ۱۴/۲۰ (SD=±۳/۷۱۷) |

جدول شماره ۳. ارتباط بین رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و فعالیتهای روزمره زندگی در سالمندان منطقه غرب تهران، سال ۱۳۸۶

| نتیجه آزمون              | انحراف معیار | میانگین | کاملا وابسته (۰-۸) |         | کمی وابسته (۹-۱۳) |         | مستقل (۱۸-۱۸) |         | فعالیت‌های روزمره زندگی |     | رفتارهای ارتقا دهنده سلامت      |
|--------------------------|--------------|---------|--------------------|---------|-------------------|---------|---------------|---------|-------------------------|-----|---------------------------------|
|                          |              |         | درصد               | فراوانی | درصد              | فراوانی | درصد          | فراوانی | بلی                     | خیر |                                 |
|                          |              |         |                    |         |                   |         |               |         |                         |     |                                 |
| t=۲/۹۲۳<br>pValue=۰/۰۰۴  | ۳/۸۷         | ۱۳/۹۸   | ۱۰۰                | ۴۴      | ۸۷/۷              | ۶۴      | ۸۳/۳          | ۲۴۴     | بلی                     | خیر | نکشیدن سیگار                    |
| t=۲/۸۳۳<br>pValue=۰/۰۰۵  | ۳/۷۵         | ۱۴/۰۵   | ۱۰۰                | ۴۴      | ۱۰۰               | ۷۳      | ۹۲/۵          | ۲۷۱     | بلی                     | خیر | عدم مصرف الکل                   |
| t=-۸/۲۸۳<br>pValue=۰/۰۰۰ | ۲/۵۲         | ۱۵/۳۵   | ۲۰/۵               | ۹       | ۴۹/۳              | ۳۶      | ۷۵/۱          | ۲۲۰     | بلی                     | خیر | انجام ورزش یا پیاده‌روی         |
| t=۴/۱۲۵<br>pValue=۰/۰۰۱  | ۳/۹۶         | ۱۳/۶۱   | ۹۰/۹               | ۴۰      | ۷۸/۱              | ۵۷      | ۶۳/۸          | ۱۸۷     | بلی                     | خیر | مصرف غذای کم نمک                |
| t=۳/۳۴۲<br>pValue=۰/۰۰۱  | ۴            | ۱۳/۷۷   | ۸۸/۶               | ۳۹      | ۷۵/۳              | ۵۵      | ۶۵/۵          | ۱۹۲     | بلی                     | خیر | مصرف غذای کم چرب                |
| t=-۳/۱۰۶<br>pValue=۰/۰۰۲ | ۳/۴۳         | ۱۴/۵۰   | ۶۳/۶               | ۲۸      | ۶۸/۵              | ۵۰      | ۸۰/۹          | ۲۳۷     | بلی                     | خیر | مصرف شیر، لبنیات و غذاهای گوشتی |
| t=-۳/۴۱۰<br>pValue=۰/۰۰۱ | ۳/۳۷         | ۱۴/۵۸   | ۶۱/۴               | ۲۷      | ۶۵/۸              | ۴۸      | ۸۰/۲          | ۲۳۵     | بلی                     | خیر | مصرف میوه و سبزیجات تازه        |
| t=۰/۸۴۳<br>pValue=۰/۴۰۰  | ۳/۸۷         | ۱۴/۰۴   | ۹۰/۹               | ۴۰      | ۷۶/۷              | ۵۶      | ۸۱/۶          | ۲۳۹     | بلی                     | خیر | کنترل وضعیت سلامت               |
| t=۰/۱۳۲<br>pValue=۰/۹۰۳  | ۳/۷۴         | ۱۴/۱۳   | ۹۰/۹               | ۴۰      | ۸۷/۷              | ۶۴      | ۹۰/۱          | ۲۶۴     | بلی                     | خیر | کنترل فشار خون                  |

جدول شماره ۴. ارتباط بین رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و فعالیتهای روزمره زندگی در سالمندان منطقه غرب تهران، سال ۱۳۸۶

| نتیجه آزمون              | انحراف معیار | میانگین | کاملا وابسته (۰-۶) |         | کمی وابسته (۷-۱۰) |         | مستقل (۱۱-۱۴) |         | فعالیت‌های روزمره زندگی |     | رفتارهای ارتقا دهنده سلامت      |
|--------------------------|--------------|---------|--------------------|---------|-------------------|---------|---------------|---------|-------------------------|-----|---------------------------------|
|                          |              |         | درصد               | فراوانی | درصد              | فراوانی | درصد          | فراوانی | بلی                     | خیر |                                 |
|                          |              |         |                    |         |                   |         |               |         |                         |     |                                 |
| t=۱/۹۴۶<br>pValue=۰/۰۵۲  | ۱/۶۳         | ۱۳/۴۸   | ۱۰۰                | ۳       | ۱۰۰               | ۲۴      | ۸۴/۹          | ۳۲۵     | بلی                     | خیر | نکشیدن سیگار                    |
| t=۱/۴۶۷<br>pValue=۰/۱۴۳  | ۱/۵۶         | ۱۳/۵۱   | ۱۰۰                | ۳       | ۱۰۰               | ۲۴      | ۹۴/۳          | ۳۶۱     | بلی                     | خیر | عدم مصرف الکل                   |
| t=-۶/۲۱۲<br>pValue=۰/۰۰۰ | -۰/۷۳        | ۱۳/۸۷   | ۰                  | ۰       | ۱۶/۷              | ۴       | ۶۸/۱          | ۲۶۱     | بلی                     | خیر | انجام ورزش یا پیاده‌روی         |
| t=۲/۹۲۱<br>pValue=۰/۰۰۴  | ۱/۷۶         | ۱۳/۳۹   | ۱۰۰                | ۳       | ۹۱/۷              | ۲۲      | ۶۷/۶          | ۲۵۹     | بلی                     | خیر | مصرف غذای کم نمک                |
| t=۲/۸۷۷<br>pValue=۰/۰۰۴  | ۱/۷۴         | ۱۳/۴۰   | ۱۰۰                | ۳       | ۸۷/۵              | ۲۱      | ۶۸/۴          | ۲۶۲     | بلی                     | خیر | مصرف غذای کم چرب                |
| t=-۲/۳۱۲<br>pValue=۰/۰۲۱ | ۱/۱۰         | ۱۳/۶۳   | ۰                  | ۰       | ۷۵                | ۱۸      | ۷۷/۵          | ۲۹۷     | بلی                     | خیر | مصرف شیر، لبنیات و غذاهای گوشتی |
| t=-۲/۰۱۷<br>pValue=۰/۰۴۴ | ۱/۱۹         | ۱۳/۶۲   | ۰                  | ۰       | ۷۰/۸              | ۱۷      | ۷۶/۵          | ۲۹۳     | بلی                     | خیر | مصرف میوه و سبزیجات تازه        |
| t=۱/۶۵۸<br>pValue=۰/۰۹۸  | ۱/۶۵         | ۱۳/۴۸   | ۱۰۰                | ۳       | ۹۱/۷              | ۲۲      | ۸۰/۹          | ۳۱۰     | بلی                     | خیر | کنترل وضعیت سلامت               |
| t=۱/۱۱۷<br>pValue=۰/۲۶۴  | ۱/۵۸         | ۱۳/۵۱   | ۱۰۰                | ۳       | ۹۱/۷              | ۲۲      | ۸۹/۶          | ۲۴۳     | بلی                     | خیر | کنترل فشار خون                  |

## بحث

وابسته، ۵/۹ درصد کمی وابسته و ۹۳/۴ درصد مستقل بودند. همچنین میانگین امتیاز فعالیتهای ابزاری در واحدهای مورد پژوهش ۱۴/۲۰ با انحراف معیار ۳/۷۱۷ (محدوده صفر تا ۱۸) بود که ۷۱/۵ درصد شرکت کننده‌ها مستقل، ۱۷/۸ درصد کمی وابسته و ۱۰/۷ درصد کاملاً وابسته بودند. در تحقیقی که توسط لی و همکاران (۲۰۰۵) بر روی ۱۹۲۰ نفر از سالمندان کره ای انجام شده بود نیز، نتایج مشابهی بدست آمد. بطوریکه ۶۲ درصد در فعالیتهای روزمره و ۵۰/۳ درصد در فعالیتهای ابزاری زندگی کاملاً مستقل بودند (۱). خداحیمی می نویسد؛ بیش از ۸۰ درصد افراد ۶۵ تا ۷۴ ساله در انجام فعالیتهای روزانه هیچ گونه مشکلی را گزارش نمی‌کنند. بیش از ۷۰ درصد از گروه سنی ۷۵ تا ۸۴ ساله نیز مشکلی را از این نظر گزارش نکرده اند. حتی نیمی از افراد بالای ۸۵ سال، که یک درصد از کل جمعیت و سالمند ترین قشر جامعه هستند نیز، هیچگونه مشکلی را بیان نکرده‌اند (۶).

نتایج مطالعه نشان داد که بیشتر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت با ADL و IADL ارتباط معنی‌دار آماری داشت ( $p < 0.05$ ). این نتایج اهمیت رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت را در فعالیتهای جسمی سالمندان نشان می‌دهد. بخصوص رفتار ورزش کردن که در سالمندان بسیار با اهمیت است و ارتباط مستقیم با فعالیتهای روزانه آنها دارد (۱۶). در تحقیقی که توسط لینون و همکاران (۲۰۰۶) انجام شد نتایج نشان داد ورزش موجب بهبود کیفیت زندگی و استقلال بیشتر سالمندان در فعالیتهای روزمره می‌شود (۱۹). ورزش باعث شادابی و سلامت جسمی و روانی شده و اشتها به غذا، رغبت به کار، آرامش، خواب متناسب و مخصوصاً خوش خلقی و روحیه طبیعی را بدنبال خواهد داشت (۱۶). از طرفی، مصرف مواد غذایی ضروری مثل شیر، لبنیات، مواد گوشتی، میوه و سبزیجات تازه در حفظ سلامت و فعالیت جسمی سالمندان نقش اساسی را ایفا می‌کنند (۲۰). نتایج مطالعه لی و همکاران (۲۰۰۵) نیز نشان داد سالمندانی که از رژیم پر پروتئین و میوه و سبزیجات تازه استفاده کرده بودند، از نظر فعالیتهای جسمی مستقل تر بودند (۱). نتایج بدست آمده و تحلیل‌های آماری در این پژوهش نیز با مطالعات مشابه همخوانی دارد.

همچنین نتایج مطالعه نشان داد سطح ADL و IADL در سالمندانی که رفتارهای «مصرف غذای کم نمک» و «مصرف غذای کم چرب» را انجام می‌دادند پایین و برعکس در سالمندانی که مصرف سیگار و الکل داشتند، بالا بود. افرادی که از نظر فعالیتهای جسمی وابسته هستند به علت وضعیت نامطلوب سلامتی و ترس از بدتر شدن آن، مجبور به رعایت برخی رفتارها هستند و این امر نمی‌تواند بدلیل برنامه ریزی و آموزش رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت برای سالمندان

پیر شدن همراه با موفقیت لزوماً به معنی دوری جستن از مشکلات، تغییرات یا کمبودهای ناشی از کهولت نیست بلکه برعکس و علیرغم موانع موجود تلاش مستمر برای بیشتر بدست آوردن و کمتر از دست دادن است. سالمندان مایلند در محیطی به دور از انتظارات و فارغ از حالات تحرک و برانگیختگی زندگی کنند، در صورتیکه با احیای تواناییها و آموزش مناسب رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت، آنها خواهند توانست فعالیتهای جسمی بیشتری داشته باشند و از زندگی خود لذت بیشتری ببرند (۱۷). در مطالعه حاضر به بررسی ارتباط رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت با سطح ADL و IADL در سالمندان منطقه غرب تهران، با استفاده از چک لیست مربوط به رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت و پرسشنامه فعالیتهای جسمی (ADL و IADL) پرداخته شد.

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 بود. این یافته‌ها در تأیید نتایج مطالعات مشابه در این زمینه می‌باشد (۱). لی (۲۰۰۵) معتقد است علت عدم مصرف الکل و سیگار در بین سالمندان به دلیل ارائه برنامه‌های ارتقاء سلامتی در جامعه نیست، بلکه به دلیل پایین بودن وضعیت سلامت جسمی آنها می‌باشد (۱). همچنین با توجه به فرهنگ حاکم بر جامعه و مخالفت دین اسلام با مصرف الکل، می‌توان انتظار داشت که رعایت این رفتار در بین سالمندان ایرانی بالا باشد. از طرفی چون بیماری پرفشاری خون، دومین بیماری مزمن شایع در بین سالمندان جامعه می‌باشد (۱۸)، بیشتر سالمندان به خاطر پیشگیری از عوارض بعدی بیماری و ترس از بدتر شدن وضعیت سلامتی خود در این رفتار بهداشتی شرکت داشتند. اما درصد سالمندانی که واکسن آنفلوآنزا تزریق کرده بودند بسیار پایین بود (۰/۷ درصد). واکسن آنفلوآنزا، ۸۰ درصد از مرگ و میر ناشی از بیماری در سالمندان جلوگیری می‌کند (۱۶) 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 برنامه منظمی جهت واکسیناسیون آنفلوآنزا برای سالمندان وجود ندارد و در صورتی که افراد مایل باشند، این امر با دریافت هزینه و در برخی از مراکز برای آنها صورت می‌گیرد. همچنین بیشتر سالمندان از وجود چنین واکسنی بی‌اطلاع بودند. این امر می‌تواند نشان‌دهنده عدم ارائه خدمات مناسب بهداشتی برای سالمندان باشد.

یافته‌های پژوهش نشان داد میانگین امتیاز فعالیتهای روزمره زندگی در واحدهای مورد پژوهش ۱۳/۵۴ با انحراف معیار ۱/۵۳ (محدوده صفر تا ۱۴) بود که دلالت بر استقلال سالمندان داشت. بطوریکه ۰/۷ درصد کاملاً

باشد(۱،۱۹). تغییر نگرشها کار ساده ای نیست و برای تغییر رفتارهای غیر بهداشتی مثل سیگار کشیدن و مصرف الکل زمان بسیاری لازم است. این امر مستلزم برنامه ریزی دقیق و آموزش مداوم می باشد(۶).

### نتیجه گیری

نتایج مطالعه نشان داد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت با سطح ADL و IADL ارتباط معنی داری داشت. از آنجا که فعالیت های جسمی و استقلال افراد در دوران سالمندانی می تواند براحتی مورد تهدید قرار گیرد، در نظر داشتن رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در این دوران از اهمیت بالقوه ای برخوردار است. لذا با توجه به نتایج این مطالعه و مطالعات مشابه توصیه می شود مراقبت دهنده های بهداشتی زمینه های تسهیل رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را از طریق برنامه های سلامتی مثل رژیم غذایی صحیح، ورزش منظم و بررسی دوره ای وضعیت جسمانی فراهم آورند تا موجب افزایش فعالیتهای جسمی در سالمندان شده و از این طریق باعث حفظ و ارتقاء زندگی سالم و فعال برای آنها شوند. همچنین با توجه به اینکه پژوهش حاضر فقط در منطقه غرب تهران انجام گرفته است، پیشنهاد می شود پژوهش بصورت گسترده 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 فعالیت های جسمی 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 پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی ایران و کلیه سالمندانیکه در این مطالعه شرکت داشتند کمال تشکر و قدردانی به عمل می آید.

## REFERENCES

## منابع

- 1- Lee T.W, Ko I.s, lee, k.J. "health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea. International journal of nursing studies. 2005; 49(2): 129-137.
- 2- Islamic Republic News Agency. (2007). Social; Elderly. [On-line]. Available: <http://www2.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.
- ۴- حاتمی حسین و همکاران. کتاب جامع بهداشت عمومی، جلد سوم، تهران، انتشارات ارجمند. ۱۳۸۳، صفحات ۱۵۲۲ تا ۱۵۸۰.
- ۵- تاجور مریم. بهداشت سالمندان و مروری بر جنبه های مختلف زندگی آنان، تهران، انتشارات نسل فردا، ۱۳۸۲، صفحات ۱۱ تا ۶۵ و ۸۶ تا ۹۲.
- ۶- استورانت مارتا و واندن بوس گری آر. «روانشناسی سالمندی»، ترجمه خدا رحیمی سیامک. 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 gastroenterology. 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 programs. 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.
- 13- Phipps J. Medical – surgical nursing. Sixth Ed, Louis; Mosby, 1999; 66-67.
- ۱۴- یغمایی فریده، «فعالیت‌های روزانه زندگی: بررسی ابزارهای اندازه‌گیری و ارائه یک ابزار با طراحی جدید». نشریه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه شهید بهشتی ۱۳۸۴، سال پانزدهم، ۵۰، ۳-۱۲.
- 15- Nilsson J, Parker m.G, kabir Z.N. "Assessing Health- Related Quality of life Among Older people in Rural Bangladesh". Journal of Trans cultural Nursing (2004); 15 (4): 298-307
- ۱۶- قاسمی سیما و موسوی نجم السادات. راهنمای سلامتی برای سالمندان، تهران، انتشارات کتابخانه صدر، ۱۳۷۹، صفحات ۱۵ تا ۳۰ و ۶۵ تا ۷۲.
- ۱۷- بهداشت جهان، فصلنامه علمی- فرهنگی (بهداشتی- اجتماعی)، سال دوازدهم، شماره دوم، پیاپی ۳۶، انتشارات مرکزی نشر دانشگاهی، بهار ۱۳۷۷، صفحه ۶.
- 18- Nikpour S, Habibi A, seiedoshohadai M, Haghani H. Relation between Quality of life and socio-demographic characteristics among older people in Tehran-Iran. Middle East Journal of Age and Aging. 2007; 4(2): 25-30.
- 19- Leinonen R, Heikkinen E, Hirvensalo M. Customer-oriented counseling for physical activity in older people: study protocol and selected baseline results of a randomized-controlled trial. Scandinavian journal of medicine & science in sports. 2006; 1(1): 78-85.
- ۲۰- زر عبدالصالح و نورشاهی مریم. «مقایسه وضعیت سلامت تغذیه ای مردان سالمند فعال و غیر فعال شیراز». سالمند (مجله سالمندی ایران) ۱۳۸۶. سال دوم، شماره ۳. ۲۱۰-۲۱۶.