

ارزیابی سبک زندگی سالمندان استان اصفهان

دکتر آناهیتا بابک^۱، سهیلا داوری^۲، دکتر پژمان عقدک^۳، امید پیرحاجی^۴

چکیده

مقدمه: پیشرفت‌های پزشکی و بهداشتی باعث افزایش نسبی طول عمر انسان‌ها شده و بر جمعیت سالمندان افزوده است. بیماری‌های شایع دوران سالمندی، با رعایت سبک زندگی سالم قابل پیشگیری می‌باشند. بنابراین ارزیابی سبک زندگی سالمندان جهت آموزش صحیح آن‌ها به منظور پیشگیری از بیماری‌ها و بهبود کیفیت زندگی و وضعیت سلامتی‌شان از اهمیت زیادی برخوردار است. به همین دلیل بر آن شدیم که وضعیت سبک زندگی سالمندان استان اصفهان را مورد بررسی قرار دهیم.

روش‌ها: این مطالعه، یک مطالعه‌ی توصیفی از نوع مقطعی بود که در سال‌های ۸۹-۱۳۸۸ بر روی سالمندان استان اصفهان انجام گرفت. روش نمونه‌گیری طبقه‌بندی خوشه‌ای چند مرحله‌ای تصادفی بود که ۱۱۲۴ سالمند به نسبت جمعیت شهری و روستایی هر شهرستان تسهیم به نسبت شدند. اطلاعات بر اساس پرسشنامه‌ی سنجش سبک زندگی سالم در سالمندان ایرانی جمع‌آوری گردید. اطلاعات توسط نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۵ و به کمک روش‌های آمار توصیفی، Student-t و ANOVA مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین کلی نمره‌ی سبک زندگی ۱۲/۸ ± ۱۴۸/۹۵، و در مردان و زنان به ترتیب برابر ۱۳/۶۲ ± ۱۴۹/۸۷ و ۱۱/۹۴ ± ۱۴۸ بود (P < ۰/۰۲). ۷۶۸ نفر (۶۸/۳ درصد) سبک زندگی متوسط و ۳۵۶ نفر (۳۱/۷ درصد)، سبک زندگی مطلوب داشتند.

نتیجه‌گیری: سالمندان استان اصفهان از نظر سبک زندگی در وضعیت به نسبت متوسطی قرار دارند و لازم است آموزش شیوه‌های زندگی سالم به آنان با جدیت بیشتری پیگیری شود.

واژگان کلیدی: سبک زندگی سالم، سالمند، اصفهان

مقدمه

پیشرفت‌های پزشکی و بهداشتی در نیمه‌ی دوم قرن بیستم باعث افزایش نسبی طول عمر انسان‌ها شده و بر جمعیت سالمندان و به تبع آن تعداد سالخوردگانی که نیاز به خدمات پزشکی دارند افزوده است (۱).

سالمندی جمعیت اولین رویداد موفقیت‌آمیز برای توسعه‌ی سیاست‌های بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی است. برای بسیاری از افراد، سالمندی با فرایندهای زیادی از جمله کاهش توان جسمی و ذهنی، بروز بیماری‌های مزمن و مشکلات دیگر همراه است. گرچه

سالمندی با بیماری و ناتوانی هم‌معنی نمی‌باشد اما سالمندان نسبت به جوان‌ترها بیشتر در معرض بیماری‌ها و عوارض آن‌ها و مرگ و میر هستند. در فرایند پیر شدن علاوه بر کاهش میزان سلامتی به دلیل افزایش سن و کهولت، عوامل مهم دیگری نیز تأثیرگذار هستند. از جمله این عوامل، کم شدن دوستان، جدایی از فرزندان، از دست دادن شغل، کاهش درآمد و موقعیت و هویت است. این کمبودها ممکن است باعث اثرات معنی‌داری روی سلامت افراد پیر و تشدید عوامل خطر کاهش سلامت در ابعاد روانی-اجتماعی، رفتاری

^۱ متخصص پزشکی اجتماعی، مرکز بهداشت استان اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

^۲ کارشناس، برنامه‌ی سلامت سالمندان، مرکز بهداشت استان اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

^۳ پزشک، گروه سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، مرکز بهداشت استان اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

^۴ دانشجوی پزشکی، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: دکتر آناهیتا بابک

Email: babakanaahita@yahoo.com

برآیند که دولت‌ها و سازمان‌های بین‌المللی و جوامع مدنی، سیاست‌ها و برنامه‌هایی در رابطه با سالمندی پویا (Active aging) اتخاذ نمایند. در تمام کشورها به ویژه کشورهای در حال توسعه، کمک به سالمندان برای حفظ سلامتی و فعالیت آنان یک ضرورت است نه یک تجمل. با نگاهی اجمالی به سیمای مرگ در چهار استان کشور در سال ۱۳۷۸ و در ده استان کشور در سال ۱۳۷۹ درمی‌یابیم که شایع‌ترین علل مرگ در گروه‌های سنی بالای ۵۰ سال، بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان‌ها، بیماری‌های دستگاه تنفسی و حوادث می‌باشند (۶). قابل ذکر است که چهار مورد از بارزترین بیماری‌های غیر واگیر شامل بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان، بیماری مزمن انسدادی ریه و دیابت قندی با عوامل خطر شایع قابل پیشگیری وابسته به سبک زندگی مرتبط هستند (۷).

سبک زندگی سالم (Healthy lifestyle) روشی از زندگی است که سبب تأمین، حفظ و ارتقای سلامت و رفاه فرد می‌گردد (۷). طبق تعریفی دیگر، سبک زندگی سالم عبارت است از روشی از زندگی که خطر بیماری شدید یا مرگ زودرس را کاهش می‌دهد و به کمک آن از جنبه‌های بیشتری از زندگی مان لذت می‌بریم (۸). سبک زندگی سالم شامل این موارد است: تغذیه‌ی سالم، فعالیت فیزیکی و تفریح منظم و کافی، اجتناب از موادی چون دخانیات، مشروبات الکلی و سایر مواد اعتیادآور، مخدر و محرک، مدیریت کافی استرس و آرام‌سازی و فعالیت‌هایی که در برابر خطرات تهدید کننده‌ی سلامتی، از شخص محافظت می‌کنند (۷).

با توجه به شرایط و بیماری‌های خاص دوران سالمندی، جهت ارزیابی سبک زندگی در این دوران علاوه بر موارد فوق، حیطه‌های دیگری از جمله

و محیطی آن‌ها مانند کاهش احساس حمایت اجتماعی و کنترل، سبک زندگی غیر سالم و خطرات محیطی، شود. لذا دوره‌ی سالمندی دوره‌ی بحرانی خاصی است که توجهات خاصی را نیز می‌طلبد و در مراقبت‌های سلامت باید جایگاه ویژه‌ای داشته باشد (۲).

از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی، سالمندان به منزله‌ی نیروی جدیدی در راه توسعه می‌باشند. امروزه در سطح جهان، انقلابی در جمعیت‌شناسی در شرف وقوع است، چرا که حدود ۶۰۰ میلیون نفر افراد سالخورده‌ی ۶۰ ساله و بالاتر در سطح جهان وجود دارند. این میزان تا سال ۲۰۲۵ به دو میلیارد نفر خواهد رسید. این در حالی است که بیشترین موارد آن در کشورهای در حال توسعه زندگی خواهند کرد (۳-۴).

جمعیت افراد بالای ۶۰ سال در ایران در آخرین سرشماری عمومی در سال ۱۳۸۵، حدود ۵۱۱۹۰۰۰ نفر بودند که ۷/۲ درصد کل جمعیت را تشکیل می‌دهد و پیش بینی می‌شود تا سال ۱۴۰۰ این رقم به حدود ۱۰ درصد کل جمعیت (نزدیک به ۱۰ میلیون نفر) برسد (۵). این نشان‌دهنده‌ی سرعت پیر شدن جمعیت ایران می‌باشد. با توجه به این روند رشد سریع و این که افراد سالخورده با انتقال تجربه نقش مهمی در خانواده و جامعه ایفا می‌کنند، لزوم توجه به این قشر مشاهده می‌شود. این آمار نشان‌دهنده‌ی افزایش امید به زندگی فعال می‌باشد. در برنامه‌های ملی بهداشتی باید علاوه بر افزایش طول عمر یا کمیت زندگی، همواره این واقعیت نیز مد نظر سیاست‌گذاران باشد که افزایش امید به زندگی باید با سلامت و کیفیت زندگی مربوط به آن همراه باشد. سازمان جهانی بهداشت (WHO) چنین استدلال می‌کند که کشورها در صورتی قادر هستند از عهده‌ی سالمندی

استفاده از دخانیات و مصرف عقاقولهای داروها در سنین بالا هم می‌تواند از بیماری‌ها و تحلیل کارایی فرد پیشگیری نماید و سبب افزایش طول عمر و ارتقای کیفیت زندگی گردد (۱۶).

بر همین اساس در دومین اجلاس سران با موضوع سالمندی (مادرید، ۲۰۰۲) مقرر شد که دولت‌ها خطرهای شناخته شده را که حاصل رژیم غذایی ناسالم، کم حرکتی جسمی و دیگر رفتارهای نادرست، همچون سیگار کشیدن و یا افراط در نوشیدن الکل است در برنامه‌های ارتقای سلامت، آموزش بهداشت و سیاست‌های پیشگیری و بسیج اطلاع رسانی مورد تأکید قرار دهند (۱۷).

مطلوب‌ترین شیوه‌ی زندگی سالم شامل ورزش و رژیم غذایی متعادل در کنار سایر شیوه‌های اثبات شده برای حفظ سلامتی، در افزایش امید به زندگی از طریق به تأخیر انداختن یا پیشگیری از وقوع بیماری‌های وابسته به سن، نقش بسزایی دارند (۱۲).

اغلب پیشرفت بیماری‌های مزمن در میان‌سالی و سنین پیری مانند زنجیری است که حاصل تجمع مشکلات در طول زمان است. این موضوع بر عملکرد سلول‌های بدن اثرات مخرب دارد. هر حلقه‌ای که به این زنجیره اضافه شود ضربه‌ای را به عملکرد سلولی وارد می‌کند و در نهایت خطر پیشروی بیماری مزمن را افزایش می‌دهد. تجارب قبلی نشان داده است عادات غذایی مطلوب می‌تواند این زنجیره را بشکند.

وضعیت سلامت بالغین به طور الزامی وابسته به سن نیست بلکه در هر سنی می‌تواند قابل تغییر به وضعیت بهتر یا بدتر باشد (۱۳).

در مورد ورزش، مطالعات مختلف نشان داده‌اند که پرداختن به ورزش به میزان ۳ روز در هفته و هر بار ۴۵

مشکلات بینایی و شنوایی، تعادل، کنترل ادرار و مدفوع، بهداشت جنسی و بهداشت دهان و دندان را نیز باید مورد توجه قرار داد (۹-۱۰).

زندگی بی‌تحرك و افزایش وزن، مرگ به هم‌هی علل را افزایش می‌دهند، و سیگار بزرگ‌ترین علت قابل پیشگیری مرگ می‌باشد (۱۱).

رعایت سبک زندگی سالم در افزایش امید به زندگی، بهبود کیفیت زندگی و سلامتی جسم و روان نقش تعیین‌کننده‌ای ایفا می‌کند و همچنین در پیشگیری از انواع بیماری‌ها مؤثر است (۱۵-۱۲).

در مورد شیوع بیماری‌های قابل پیشگیری با رعایت سبک زندگی سالم در میان سالمندان ایرانی، می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

۲۶-۱۹ درصد از سالمندان طی سال به نوعی دچار حادثه‌ی منجر به اقدامات درمانی می‌شوند. در شهرها مردان بیشتر گرفتار حوادث ناشی از تصادفات رانندگی و زنان دچار زمین‌خوردگی می‌شوند. مردان و زنان روستایی بیشتر گرفتار حوادث ناشی از زمین خوردن می‌شوند. ۱۶-۱۲ درصد از سالمندان گرفتار بیماری‌های قلبی عروقی، ۱۵-۴ درصد مبتلا به دیابت و ۵۰-۱۷ درصد به پرفشاری خون مبتلا هستند (۱).

اتخاذ سبک زندگی سالم و شرکت فعالانه در مراقبت از خود در تمامی مراحل روند زندگی مهم است. یکی از باورهای نادرست در مورد سالمندی این است که «دیگر برای انتخاب چنین شیوه‌هایی از زندگی در سال‌های پایانی عمر خیلی دیر است». بر عکس، همانند اهمیت رعایت سبک زندگی سالم جهت پیشگیری از بیماری‌های غیر واگیر در تمام دوران‌های زندگی اعم از کودکی، نوجوانی، جوانی و میان‌سالی، داشتن فعالیت‌های ورزشی مناسب، تغذیه‌ی سالم، عدم

دقیقه یا ۵ روز در هفته و هر بار ۲۰ دقیقه در سنین میانسالی تا پیری (بین ۳۵ تا ۷۴ سالگی) باعث افزایش توده‌ی استخوانی می‌شود. در افراد مسن انجام ورزش، تحلیل استخوانی وابسته به سن را کاهش می‌دهد و سبب افزایش قدرت، کاهش احتمال سقوط، به تعویق افتادن ناتوانی و ضعف ناشی از پیری، کم کردن علایم بیماری و افزایش عملکرد و کیفیت زندگی می‌شود (۱۴).

در مطالعه‌ای که سوری و همکاران بر روی سالمندان اهواز در مورد عوامل خطرزای مربوط به شیوه‌ی زندگی (عادات غذایی، چاقی، عدم فعالیت و مصرف سیگار) انجام دادند، مشخص شد که ۷۶ درصد آن‌ها دارای عادات ناسالم، ۱۶ درصد چاق و ۶۳ درصد فاقد فعالیت بودند. در زنان، چاقی بیشتر از مردان بود (۱).

در مطالعه‌ی اپیچی روی همکاران بیمارستانی تبریز و مرکز نگهداری سالمندان مشخص شد که به طور معنی‌داری میزان مس، روی و آهن سرم در بیماران مبتلا به کاتاراکت پایین‌تر از سالمندان سالم بود و دریافت گوشت و میوه در گروه سالم بالاتر بود (۱).

مطالعه‌ای دیگر روی سالمندان اسپانیایی نشان داد که رژیم غذایی سرشار از میوه و سبزیجات تأثیر مطلوبی روی کیفیت زندگی وابسته به سلامتی دارد و نیز کنترل یا کاهش وزن، عدم مصرف یا مصرف کمتر نمک در غذا، فعالیت فیزیکی بیشتر و محدودیت یا اجتناب از مصرف الکل از عوامل مؤثر در درمان فشار خون بالا می‌باشند (۱۸). مطالعه‌ای در استرالیا مشخص کرد که در کسانی که شیوه‌ی زندگی ناسالم دارند، احتمال مرگ به هر دلیل ظرف ۵ سال، ۲۰ درصد افزایش نشان می‌دهد. این نتایج بر اهمیت نگهداری سبک زندگی سالم در طول زندگی تا دوران سالمندی بدون توجه به سابقه‌ی بیماری عروقی تأکید می‌کند.

تغییر در سبک زندگی مبتلایان به بیماری عروقی قلب نیز در مقایسه با درمان دارویی سطوح بالای فشارخون و کلسترول سهم بالقوه‌ی بیشتری در کاهش حوادث عروقی دارد. اگر مردم بیشتری متقاعد شوند که سبک زندگی سالم را کسب و حفظ کنند، کاهش قابل ملاحظه‌ای در بروز و ناتوانی راجعه‌ی ناشی از بیماری قلبی دیده خواهد شد (۱۹).

رعایت سبک زندگی سالم در کاهش هزینه‌ها هم مؤثر است. با کاهش مصرف سیگار تا یک پاکت در روز، ۱۱۶۰ دلار در هزینه‌ها صرفه‌جویی می‌شود. هزینه‌ی وزن طبیعی در مقایسه با حداقل چاقی در بالغین نزدیک به ۱۵۴۸ دلار پایین‌تر است که بیشتر به دلیل آزمایشات تشخیصی، ویزیت پزشک و دارو می‌باشد. پیاده‌روی روزانه نیز هزینه‌های کمتری را برای بستری شدن و آزمایشات تشخیصی به همراه دارد. بالغینی که لاغرتر هستند، در طول زندگی خود سیگار کمتری کشیده‌اند، مصرف سیگار خود را کاهش داده‌اند یا بیشتر پیاده‌روی می‌کنند، در مقایسه با کسانی که عادات کمتر سالم در رابطه با سبک زندگی دارند، به طور مشخص صرفه‌جویی بیشتری در هزینه‌های خود دارند. در عصر افزایش هزینه‌های مراقبت سلامت، حدس زده می‌شود که هزینه‌های ملی ممکن است به وسیله‌ی ارتقاء سبک زندگی سالم (که بروز بیماری و ناتوانی را کاهش می‌دهد و بنابراین نیاز به خدمات پزشکی را کم می‌کند) یابد. سهم بارزی از هزینه‌های سالانه‌ی مراقبت سلامتی در آمریکا به سیگار (۸ درصد)، مصرف مشروبات الکلی (۳-۲ درصد)، چاقی (۹-۱ درصد) و بی‌حرکی (۲ درصد) نسبت داده می‌شود (۲۰).

مطالعات مقطعی و هم‌گروهی متعددی ارتباط بین

هزینه‌ها و مصرف سیگار، چاقی و بی‌حرکی را نشان داده‌اند (۲۱-۳۵).

باتوجه به مسایل فوق درمی‌یابیم که عدم رعایت سبک زندگی سالم، با افزایش مرگ و میر به هم‌هی علل، همراه است و کسانی که سبک زندگی سالم را پیشه‌ی خود کنند، امید به زندگی بالاتر و کیفیت زندگی بهتری دارند. از طرفی بیماری‌های شایع دوران سالمندی، بیماری‌هایی هستند که با رعایت سبک زندگی سالم قابل پیشگیری می‌باشند. بنابراین ارزیابی سبک زندگی سالمندان جهت آموزش صحیح آن‌ها به منظور پیشگیری از بیماری‌ها و بهبود کیفیت زندگی و وضعیت سلامتی‌شان از اهمیت زیادی برخوردار است.

روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه‌ی توصیفی از نوع مقطعی بود که در سال‌های ۸۹-۱۳۸۸ در استان اصفهان انجام گرفت. جامعه‌ی هدف، سالمندان استان اصفهان (افراد ۶۰ ساله و بیشتر) بودند که از این میان، تعداد ۱۰۳۹ نفر وارد مطالعه شدند. نمونه‌گیری به صورت طبقه‌بندی خوشه‌ای چند مرحله‌ای تصادفی انجام گرفت. به این صورت که ابتدا ۱۰ شهرستان از مجموع ۲۰ شهرستان (۵۰ درصد خوشه‌ها) به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس در هر شهرستان، ۵۰ درصد خوشه‌های شهری و ۵۰ درصد خوشه‌های روستایی (هر خوشه برابر منطقه‌ی تحت پوشش یک مرکز بهداشتی درمانی شهری یا روستایی بود) به صورت تصادفی انتخاب گشت. سپس حجم نمونه‌ی کلی به نسبت جمعیت سالمندان هر شهرستان (نسبت به مجموع جمعیت سالمندان ۱۰ شهرستان انتخابی) تسهیم به نسبت شد. حجم نمونه‌ی هر شهرستان، به نسبت جمعیت شهری و

روستایی سالمندان همان شهرستان، به طور مجدد تسهیم به نسبت شد. با مشخص شدن تعداد مورد نظر هر شهرستان، تعداد نمونه در هر خوشه معلوم شد. خانوارهای منتخب بر اساس آدرس موجود خانوارهای آن خوشه، بر اساس جدول اعداد تصادفی (بر حسب شماره‌ی خانوار) انتخاب شدند و در هر خانوار با مراجعه به درب منزل با فرد واجد شرایط مصاحبه شد. معیارهای ورود به مطالعه سن ۶۰ سال و بیشتر و رضایت فرد مورد نظر برای شرکت در مطالعه بود. در صورتی که فرد قادر به پاسخ‌گویی نبود سؤالات از همراه آگاه وی پرسیده شد و در صورتی که چنین فردی در دسترس نبود، نمونه از خانوار بعدی از سمت راست بر اساس آدرس‌های موجود، جایگزین شد. همچنین اگر در خانوار منتخب بر اساس نمونه‌گیری تصادفی، فرد دارای شرایط ورود به مطالعه موجود نبود، از خانوار بعدی نمونه‌گیری می‌شد و در صورتی که در یک خانوار منتخب بیش از یک فرد واجد شرایط وجود داشت، از بین آن افراد، یک نفر به صورت تصادفی انتخاب می‌گردید. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه‌ی سنجش سبک زندگی سالم در سالمندان ایرانی بررسی گردید (۵). پرسشنامه‌ی مذکور دارای یک قسمت دموگرافیک و یک قسمت اصلی شامل ۴۶ سؤال به شرح زیر می‌باشد:

۱۵ سؤال در حیطه‌ی پیشگیری؛ ۵ سؤال در حیطه‌ی فعالیت جسمی، ورزش، تفریح و سرگرمی؛ ۱۴ سؤال در حیطه‌ی تغذیه‌ی سالم؛ ۵ سؤال در حیطه‌ی مدیریت استرس و ۷ سؤال در حیطه‌ی روابط اجتماعی و بین فردی. مقیاس پاسخ‌گویی این پرسشنامه شامل مقیاس تکرار عمل و مقیاس‌های چند گزینه‌ای (تک پاسخ یا چند پاسخی) است. در مورد

مطالعه $6/52 \pm 69/32$ سال و به تفکیک جنس، به ترتیب در مرد و زن، $6/5 \pm 70/45$ و $6/37 \pm 68/23$ سال بود که از نظر آماری تفاوت معنی دار داشت ($P > 0/001$).

۶۶۳ نفر (۵۹ درصد) از افراد مورد مطالعه، سالمند جوان (۶۰-۶۹ سال)، ۳۵۵ نفر (۳۱/۶ درصد) سال خوره (۷۰-۷۹ سال) و بقیه کهن سال (۸۰ سال و بالاتر) بودند. از نظر سطح تحصیلات، ۶۶۴ نفر (۵۹ درصد) بی سواد بودند، ۴۰۴ نفر (۳۶ درصد) تحصیلات تا حد دیپلم داشتند و ۵۶ نفر (۵ درصد) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند.

میانگین نمره‌ی سبک زندگی در کل و به تفکیک حیطه‌ها بر حسب جنس، در جدول ۱ نشان داده شده است.

پس از تقسیم‌بندی نمره‌ی سبک زندگی به سه سطح نامطلوب، متوسط و مطلوب (به ترتیب ۹۸-۴۲، ۱۵۵-۹۹، ۲۱۱-۱۵۶)، مشخص شد که ۷۶۸ نفر (۶۸/۳ درصد) سبک زندگی متوسط و ۳۵۶ نفر (۳۱/۷ درصد)، سبک زندگی مطلوب داشتند.

توزیع فراوانی میانگین نمره‌ی سبک زندگی بر حسب متغیرهای دموگرافیک در جدول ۲ نشان داده شده است.

توزیع فراوانی میانگین نمره‌ی سبک زندگی بر حسب ابتلا به بیماری‌های مزمن در جدول ۳ نشان داده شده است.

سؤالات ۲۳-۲۰ که مقیاس سه تایی «کم، متوسط، زیاد» دارد، برای ایجاد هماهنگی در تعریف این کمیت‌ها، یک برگه حاوی اطلاعاتی در مورد تعریف هر سهم ماده‌ی غذایی و میزان توصیه شده‌ی مصرف روزانه، ضمیمه‌ی پرسشنامه شده است. در هر سؤال به گزینه‌ای که معرف نامطلوب‌ترین سطح از سبک زندگی است نمره‌ی ۱ و به سایر گزینه‌ها، به ترتیب افزایش مطلوبیت سطح سبک زندگی، نمرات ۲، ۳، ۴ و ۵ تعلق می‌گیرد. در چهار سؤال ۳۴، ۴۴، ۴۵ و ۴۶ برای مواردی که همسر نداشته باشند، نمره‌ای تعلق نمی‌گیرد. به این ترتیب، کمترین نمره‌ی قابل اکتساب از طریق پرسشنامه، ۴۲ و بیشترین نمره، ۲۱۱ می‌باشد. پرسشنامه‌ها توسط کارشناسان آموزش دیده‌ی واحد سلامت سالمندان هر شهرستان تکمیل گردید. اطلاعات وارد نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۵ (version 15, SPSS Inc., Chicago, IL) شد و توسط روش‌های آمار توصیفی، ضریب همبستگی ANOVA، Student-t، Pearson و ANCOVA مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در مجموع، از ۱۱۲۴ نفر مورد مطالعه، ۵۳۸ نفر (۴۸ درصد) مرد و بقیه زن بودند. میانگین سنی افراد مورد

جدول ۱. میانگین نمره‌ی سبک زندگی در افراد مورد مطالعه به تفکیک حیطه‌های مورد بررسی در دو جنس

جنس	نمره‌ی سبک زندگی				کل
	حیطه‌ی روابط	حیطه‌ی استرس	حیطه‌ی تغذیه	حیطه‌ی ورزش و تفریح	
کل	$25 \pm 4/13$	$16/57 \pm 3/45$	$32/7 \pm 4$	$12/53 \pm 3/3$	$148/95 \pm 12/8$
مرد	$25/72 \pm 4$	$17/19 \pm 3/42$	$32/53 \pm 4$	$12/82 \pm 3/52$	$149/87 \pm 13/62$
زن	$24/42 \pm 4$	$15/99 \pm 3/38$	$32/86 \pm 3/9$	$12/25 \pm 3$	$148 \pm 11/94$
مقدار P	$< 0/001$	$< 0/001$	۰/۱۷	$< 0/004$	$< 0/02$

جدول ۲. توزیع فراوانی میانگین نمره‌ی سبک زندگی بر حسب متغیرهای دموگرافیک

نمره‌ی سبک زندگی	زندگی تنها		محل سکونت		سطح تحصیلات	
	دارد	ندارد	شهری	روستایی	بی‌سواد	تا دیپلم
کل	۱۴۷ ± ۱۱/۹ ^{**}	۱۴۹/۴ ± ۱۲/۹ ^{**}	۱۴۸/۸ ± ۱۲/۷۵	۱۴۹/۲۴ ± ۱۲/۹۸	۱۴۶/۱۴ ± ۱۲/۱۵ ^{**}	۱۵۲ ± ۱۲/۴۸ ^{**}
حیطه‌ی پیشگیری	۶۲/۳ ± ۴/۵	۶۲ ± ۵/۲	۶۲ ± ۴/۹	۶۲/۱۴ ± ۵/۵	۶۱/۳۱ ± ۴/۹ ^{**}	۶۳ ± ۵/۲ ^{**}
حیطه‌ی ورزش و تفریح	۱۲ ± ۳/۳ ^{**}	۱۲/۶۴ ± ۳/۳ ^{**}	۱۲/۶۲ ± ۳/۴ ^{**}	۱۲/۱۳ ± ۳ ^{**}	۱۱/۱۷ ± ۳/۱ ^{**}	۱۳/۳۷ ± ۳/۱ ^{**}
حیطه‌ی تغذیه	۳۲/۷۵ ± ۳/۶۵	۳۲/۷۱ ± ۴	۳۲/۶۷ ± ۳/۹	۳۲/۷۴ ± ۴/۲۳	۳۲/۴۲ ± ۴ ^{**}	۳۲/۹۷ ± ۳/۹ ^{**}
حیطه‌ی استرس	۱۵/۸۷ ± ۳/۵۶ ^{**}	۱۶/۷۳ ± ۳/۴ ^{**}	۱۶/۶ ± ۳/۴	۱۶/۴۴ ± ۳/۵	۱۵/۹۲ ± ۳/۳ ^{**}	۱۷/۳۶ ± ۳/۹ ^{**}
حیطه‌ی روابط	۲۴ ± ۳/۹۶ ^{**}	۲۵/۲۶ ± ۴/۲ ^{**}	۲۴/۸۳ ± ۴ ^{**}	۲۵/۷۸ ± ۴/۳۳ ^{**}	۲۴/۷ ± ۴/۱ ^{**}	۲۵/۳۵ ± ۴/۲ ^{**}

** تفاوت معنی‌دار آماری (P < ۰/۰۵)

جدول ۳. توزیع فراوانی میانگین نمره‌ی سبک زندگی بر حسب ابتلا به بیماری‌های مزمن

نمره‌ی سبک زندگی	بیماری مزمن	
	دارد	ندارد
کل	۱۴۷/۳۹ ± ۱۲/۵ ^{**}	۱۵۲/۳۲ ± ۱۲/۷ ^{**}
حیطه‌ی پیشگیری	۶۱/۸۴ ± ۴/۸ ^{**}	۶۲/۶۸ ± ۵/۶ ^{**}
حیطه‌ی ورزش و تفریح	۱۲/۱۷ ± ۳/۳ ^{**}	۱۳/۳۳ ± ۳/۱۵ ^{**}
حیطه‌ی تغذیه	۳۲/۸۲ ± ۴	۳۲/۴۲ ± ۴
حیطه‌ی استرس	۱۶/۱۵ ± ۳/۳ ^{**}	۱۷/۴۷ ± ۳/۷ ^{**}
حیطه‌ی روابط	۲۴/۴ ± ۴/۱ ^{**}	۲۶/۴۲ ± ۳/۷۴ ^{**}

** تفاوت معنی‌دار آماری (P < ۰/۰۵)

۱۴۹ به دست آمد. نمره‌ی کلی در مردان به طرز معنی‌داری بیشتر بود. در تقسیم‌بندی سبک زندگی به حیطه‌های مختلف، مردان در حیطه‌های ورزش و تفریح، استرس و روابط اجتماعی به طور معنی‌داری نمره‌ی بالاتری کسب نمودند در حالی که در حیطه‌ی پیشگیری، نمره‌ی زنان بالاتر بود. می‌توان این گونه گفت که آقایان به دلیل آزادی اجتماعی بیشتر و به دلایل فرهنگی حاکم بر جوامع اسلامی دارای روابط اجتماعی والاتری هستند، همچنین از تحرک بدنی و ورزش بیشتر نیز برخوردار هستند. از طرفی زنان سالمند به احتمال بیشتر دچار استرس‌های مختلف از جمله نداشتن مسکن و درآمد شخصی می‌شوند. برعکس، در مورد حیطه‌ی پیشگیری، شاید محتاط بودن زنان و این که مردان از ریسک‌پذیری و اعتماد به نفس بیشتری برخوردار هستند، سبب بالاتر بودن نمره در زنان شده باشد.

همبستگی بین سن و نمایه‌ی شاخص توده‌ی بدنی (Body mass index یا BMI) با حیطه‌های مختلف سبک زندگی در جدول ۴ نشان داده شده است.

بحث

میانگین نمره‌ی سبک زندگی در مطالعه‌ی حاضر حدود

جدول ۴. همبستگی بین سن و BMI (Body mass index) با حیطه‌های مختلف سبک زندگی

متغیر	کل	حیطه‌ی پیشگیری	حیطه‌ی ورزش و تفریح	حیطه‌ی تغذیه	حیطه‌ی استرس	حیطه‌ی روابط
سن	ضریب همبستگی پیرسون P مقدار	-۰/۱۳ < ۰/۰۰۱	-۰/۱۸ < ۰/۰۰۱	-۰/۰۴ ۰/۲	-۰/۰۶ ۰/۰۴	-۰/۱ ۰/۰۰۱
BMI	ضریب همبستگی پیرسون P مقدار	۰/۰۳ ۰/۳۳	۰/۰۶۴ ۰/۰۳	۰/۰۱۱ ۰/۷	۰/۰۶۱ ۰/۰۴	-۰/۰۴ ۰/۲

از سایت‌های علمی باشد. با افزایش سن سالمندان، کاهش نمره‌ی کلی سبک زندگی و نیز نمره در تمام حیطه‌ها (به جز تغذیه که ارتباط از نظر آماری معنی‌دار نشد) به چشم می‌خورد که با توجه به کاهش توانایی‌های افراد با بالاتر رفتن سن، این مسأله قابل توجه است.

همان‌طور که ملاحظه شد، نمره‌ی سبک زندگی در حیطه‌ی تغذیه به غیر از سطح تحصیلات، با هیچ کدام از متغیرهای مورد بررسی رابطه‌ی معنی‌دار آماری نداشت. این مسأله اهمیت اطلاع‌رسانی مناسب و برگزاری کلاس‌های آموزشی در رابطه با تغذیه‌ی سالم و به خصوص تأثیر بسزایی که آموزش بر سلامت عمومی دارد را نشان می‌دهد. بنابراین باید این امر مهم را مد نظر قرار داد.

مطالعه‌ی حاضر دارای محدودیت‌های مختلفی بود. سالمندان با توجه به محدودیت‌های فیزیکی ناشی از سن، زودتر از سایر سنین خسته می‌شوند، در نتیجه کار پرسشگری گاه در چند مرحله انجام می‌گردد. به عنوان مثال با توجه به مشکل بینایی در خیلی از سالمندان و نیز بی‌سوادی نزدیک به ۶۰ درصد از شرکت‌کنندگان، تکمیل اطلاعات باید به صورت پرسشگری انجام می‌گرفت، ولی به دلیل این که سالمندان زودتر از سایر گروه‌های سنی خسته می‌شوند، کار پرسشگری در بعضی از موارد، در چند مرحله صورت می‌گرفت. مشکل شنوایی در برخی دیگر نیز، سبب تأخیر در تکمیل پرسشنامه‌ها می‌گردید. مراجعه به درب منزل افراد جهت تکمیل پرسشنامه‌ها نیز گاهی با مشکلاتی همراه بود. ولی می‌توان اذعان داشت که با توجه به نحوه‌ی نمونه‌گیری و حجم بالای نمونه، نتایج حاصله، به خوبی بیانگر

هیچ کدام از شرکت‌کنندگان، سبک زندگی نامطلوب نداشتند. اکثریت (۶۸ درصد) دارای نمره‌ی متوسط و بقیه (۳۲ درصد) دارای نمره‌ی عالی بودند. این مسأله به خودی خود امیدوارکننده است و نشان می‌دهد که با کمی آموزش بیشتر، می‌توان به راحتی شیوه‌ی زندگی سالمندان را بهبود بخشید. در مورد افرادی که به تنهایی زندگی می‌کردند، هم نمره‌ی کلی سبک زندگی و هم نمره‌ی حیطه‌های ورزش و تفریح، استرس و روابط اجتماعی پایین‌تر از سالمندانی بود که با خانواده زندگی می‌کردند. این مسأله نشان‌دهنده‌ی اهمیت توجه به سالمندان و لزوم بودن آن‌ها در جمع خانواده می‌باشد. سالمندانی که بیماری مزمن داشتند، در تمام موارد به غیر از حیطه‌ی تغذیه، نمره‌ی پایین‌تری کسب نمودند که این مسأله هم با توجه به ناتوانی بیشتر سالمندان بیمار، قابل توجه است.

در رابطه با محل سکونت سالمندان، سالمندان ساکن مناطق شهری، در حیطه ورزش و تفریح نمره بالاتری کسب کردند. وجود امکانات ورزشی و برگزاری نرمش‌های صبحگاهی دسته‌جمعی در پارک‌ها می‌تواند دلیل این اختلاف باشد که بهتر است در روستاها هم به این امر توجه ویژه گردد. سالمندان مناطق روستایی در حیطه روابط اجتماعی، نسبت به سالمندان شهری از نمره بالاتری برخوردار بودند. با توجه به کوچکی محیط روستا، نزدیک بودن افراد به یکدیگر، حاکمیت خانواده گسترده در روستا، و صفای ذاتی زندگی روستایی می‌توان این مورد را توجیه کرد.

با افزایش سطح تحصیلات، نمره‌ی کلی سبک زندگی و نمره در تمام حیطه‌ها افزایش یافت که می‌تواند به دلیل آگاهی بیشتر ناشی از تحصیلات بالاتر، توانایی مطالعه‌ی کتب مختلف و یا بهره‌مندی

تشکر و قدردانی

نویسندگان از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که هزینه ی تحقیق را در قالب طرح تحقیقاتی به شماره ی ۲۸۹۱۲۴ تأمین نمودند، کارشناسان محترم سلامت سالمندان در ستاد شهرستان ها، کلیه ی همکارانی که در جمع آوری اطلاعات ما را یاری رساندند، و سالمندان محترمی که با حوصله تمام در تکمیل پرسشنامه ها همکاری کردند، تشکر می نمایند.

وضعیت موجود در استان اصفهان می باشد. از طرفی چون تحقیق در زمینه ی شیوه ی زندگی با پرسشنامه ی حاضر، برای اولین بار در ایران انجام می شود، تحقیقات مشابه جهت مقایسه ی نتایج حاصله، موجود نبود. پیشنهاد می گردد، پژوهش های مشابه در سطح کشور نیز انجام گردد تا نتایج حاصله در استان های مختلف قابل مقایسه باشند.

References

- Jandaghi J, Majd M, Maghsoudnia Sh, Foroughan M, Rahmani Kh, Farivar F, et al. A Review in geriatrics. Semnan: Semnan University of Medical Sciences; 2003. p. 9-11.
- Cheng YH, Chi I, Boey KW, Ko LS, Chou KL. Self-rated economic condition and the health of elderly persons in Hong Kong. Soc Sci Med 2002; 55(8): 1415-24.
- Office of Population and Family Health, Health Affairs, Ministry of Health and Medical Education. Population and family planning. 1st ed. Tehran: Fujan Publications; 2004.
- Khoshbin S, Rahimi A, Navaian N. Iran's population forecast 2000-2050. 1st ed. Tehran: Iran Ministry of Health and Medical Education; 2004. p. 16-79.
- Eshaghi SR, Farajzadegan Z, Babak A. Healthy lifestyle assessment questionnaire in elderly: translation, reliability and validity. Payesh 2010; 9(1): 91-9.
- Majd M. Iran's program for slderly health. Tehran: Iran Ministry of Health and Medical Education with co-operation of UNFPA; 2002. p. 16-22.
- National Healthy Lifestyle Program [Online]. Available from: URL: <http://www.Nationalhealthylifestyleprogram.html>
- WHO Regional Office for Europe-Copenhagen. Nutrition Policy IFAFS. What is healthy lifestyle? Geneva: WHO; 1999.
- Tajvar M. Elderly health and a review in different aspects of their life. Tehran: Nasl-e-Farda Publications; 2003. p. 13, 79-92.
- [Online] 2007. [cited 2007 Feb 14]; Available from: http://www.utdol.com/utd/content/topic.do?topicKey=ger_y_med/6809.
- [Online]. 2007.[cited 2007 Feb 14]; Available from: <http://www.utdol.com/utd/content/topic.do?topicKey=screenpm/7971>.
- Olshansky SJ, Hayflick L, Carnes BA. Position statement on human aging. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2002; 57(8): B292-B297.
- Torabi P, Kolahtouz F. Nutrition in healthy and ill elderly. Tehran: Tandis Publications; 2004. p. 11-7.
- Sheikh-ol-Eslam R, Torabi P, Kolahtouz F, Safavi SM. Nutrition, exercise and bone health. Tehran: Kelk-e-Khial publications; 2006. p. 42-4.
- Zimmerman RK, Nowalk MP. Health promotion. In: David AK, Fields SA, hillips DM, Scherger JE, Taylor RB, editors. Family medicine principles and practice. 6th ed. New York: Springer; 2002. p. 68-76.
- Tavakkoli Ghouchani H, Armat MR. Healthy aging. Mashad: Mashad University of Medical Sciences; 2003. p. 18-40.
- International plan of action on ageing 2002, based on "Second World Assembly on Ageing, 8-12 April 2002, Madrid, Spain". Trans: Shadpour K. Tehran: Iran Ministry of Health and Medical Education with co-operation of UNFPA; 2001
- Banegas JR, Guallar-Castillon P, Rodriguez-Artalejo F, Graciani A, Lopez-Garcia E, Ruilope LM. Association between awareness, treatment, and control of hypertension, and quality of life among older adults in Spain. Am J Hypertens 2006; 19(7): 686-93.
- Spencer CA, Jamrozik K, Lawrence-Brown M, Norman PE. Lifestyle still predicts mortality in older men with established vascular disease. Prev Med 2005; 41(2): 583-8.
- Leigh JP, Hubert HB, Romano PS. Lifestyle risk factors predict healthcare costs in an aging cohort. Am J Prev Med 2005; 29(5): 379-87.
- Pronk NP, Goodman MJ, O'Connor PJ, Martinson BC. Relationship between modifiable health risks and short-term health care charges. JAMA 1999; 282(23): 2235-9.
- Bertera RL. The effects of behavioral risks on

- absenteeism and health-care costs in the workplace. *J Occup Med* 1991; 33(11): 1119-24.
23. Wang F, Schultz AB, Musich S, McDonald T, Hirschland D, Edington DW. The relationship between National Heart, Lung, and Blood Institute Weight Guidelines and concurrent medical costs in a manufacturing population. *Am J Health Promot* 2003; 17(3): 183-9.
24. Anderson DR, Whitmer RW, Goetzel RZ, Ozminkowski RJ, Dunn RL, Wasserman J, et al. The relationship between modifiable health risks and group-level health care expenditures. Health Enhancement Research Organization (HERO) Research Committee. *Am J Health Promot* 2000; 15(1): 45-52.
25. Wasserman J, Whitmer RW, Bazzarre TL, Kennedy ST, Merrick N, Goetzel RZ, et al. Gender-specific effects of modifiable health risk factors on coronary heart disease and related expenditures. HERO Research Committee. Health Enhancement Research Organization. *J Occup Environ Med* 2000; 42(11): 1060-9.
26. Goetzel RZ, Anderson DR, Whitmer RW, Ozminkowski RJ, Dunn RL, Wasserman J. The relationship between modifiable health risks and health care expenditures. An analysis of the multi-employer HERO health risk and cost database. *J Occup Environ Med* 1998; 40(10): 843-54.
27. Leigh JP, Fries JF. Health habits, health care use and costs in a sample of retirees. *Inquiry* 1992; 29(1): 44-54.
28. Miller VP, Ernst C, Collin F. Smoking-attributable medical care costs in the USA. *Soc Sci Med* 1999; 48(3): 375-91.
29. Terry PE, Fowler EJ, Fowles JB. Are health risks related to medical care charges in the short-term? Challenging traditional assumptions. *Am J Health Promot* 1998; 12(5): 340-7.
30. Thompson D, Brown JB, Nichols GA, Elmer PJ, Oster G. Body mass index and future healthcare costs: a retrospective cohort study. *Obes Res* 2001; 9(3): 210-8.
31. Daviglus ML, Liu K, Greenland P, Dyer AR, Garside DB, Manheim L, et al. Benefit of a favorable cardiovascular risk-factor profile in middle age with respect to Medicare costs. *N Engl J Med* 1998; 339(16): 1122-9.
32. Russell LB, Teutsch SM, Kumar R, Dey A, Milan E. Preventable smoking and exercise-related hospital admissions. A model based on the NHEFS. *Am J Prev Med* 2001; 20(1): 26-34.
33. Izumi Y, Tsuji I, Ohkubo T, Kuwahara A, Nishino Y, Hisamichi S. Impact of smoking habit on medical care use and its costs: a prospective observation of National Health Insurance beneficiaries in Japan. *Int J Epidemiol* 2001; 30(3): 616-21.
34. Perkins AJ, Clark DO. Assessing the association of walking with health services use and costs among socioeconomically disadvantaged older adults. *Prev Med* 2001; 32(6): 492-501.
35. Daviglus ML, Liu K, Yan LL, Pirzada A, Manheim L, Manning W, et al. Relation of body mass index in young adulthood and middle age to Medicare expenditures in older age. *JAMA* 2004; 292(22): 2743-9.
36. Population Census 2006, Statistics center of Iran [Online]. Available from: <http://www.sci.org>.

Assessment of Healthy Lifestyle among Elderly in Isfahan, Iran

Anahita Babak, MD, MPH¹, Soheila Davari, MSc², Pejman Aghdak, MD, MPH²,
Omid Pirhaji³

Abstract

Background: Medical and health advances have led to relative increases in human longevity and the elderly population. Common diseases in the elderly can be prevented by healthy lifestyle. Identifying the current status of seniors is necessary to design educational intervention programs to improve their health and quality of life. Therefore, the aim of this study was to assess the lifestyle of the elderly in Isfahan, Iran.

Methods: This cross-sectional study was performed in Isfahan in 2010-2011. Using stratified multistage random cluster sampling, 1124 seniors were selected. Data was collected based on elderly healthy lifestyle questionnaire. Data was analyzed by SPSS₁₅ using descriptive statistics, t-test, and analysis of variance (ANOVA).

Findings: Mean of total lifestyle score was 148.95 ± 12.8 . Men and women scored 149.87 ± 13.62 and 148 ± 11.94 , respectively ($P = 0.02$).

Conclusion: The status of healthy lifestyle among the elderly in the province of Isfahan is relatively moderate. However, more studies are needed for further information.

Keywords: Healthy lifestyle, Old age, Isfahan

¹ Community Medicine Specialist, Isfahan Provincial Health Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

² Isfahan Provincial Health Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

³ Student of Medicine, Student Research Committee, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Anahita Babak, MD, MPH, Email: babakanahita@yahoo.com