

Determination of Lifestyle and its Affecting Factors in the Elderly over 85 Years in Supporting Centers and Organizations of Qom Province in 2015-2016 (Iran)

Arezoo Bahadori^{*}, Abolfazl Mohammadbeigi², Nargess Mohamad Salehi³

¹Hazrat Masoumeh Educational, Research & Therapeutic Center, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

²Department of Epidemiology & Biostatistics, Faculty of Public Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

³Health Policy Research center & Institute of Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

***Corresponding Author:**
Arezoo Bahadori, Hazrat Masoumeh Educational, Research & Therapeutic Center, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

Email:
bahadori5891@gmail.com

Received: 10 Feb, 2016

Accepted: 15 May, 2016

Abstract

Background and Objectives: Progress of all sciences in various fields, especially medicine and health in the 20th century have resulted in increased longevity and subsequent increase in the elderly population. Healthy lifestyle is doubtlessly one of the important factors in increased longevity. The aim of this research was to determine lifestyle and its affecting factors in the elderly over 85 years in Qom province.

Methods: The present study was performed as a descriptive-analytical study in the elderly over 85 years covered by supporting centers and organizations of Qom province in 2015-2016. Initially, sampling was carried out by proportional stratified sampling, followed by simple random sampling method with $\alpha=95\%$. The sample size with the mean score of 148 ± 12.8 , was determined to be 143 according to previous studies. Data were analyzed using t-test and ANOVA.

Results: In this study, the mean score of lifestyle was estimated 141.8 ± 14.8 , which was higher in men (148.16 ± 11.47) compared to women (137.26 ± 15.41), and $p=0.001$. Two subjects (1.38%) had unfavorable lifestyle, 117 subjects (81.25%) average lifestyle, and 25 (17.36%) favorable lifestyle.

Conclusion: The results of this study showed that lifestyle status was average in the elderly of Qom province, which healthy lifestyle can be improved by more social supports from all organizations, organs, and appropriate training for the elderly and their relatives.

Keywords: Longevity; Life style; Aging, Qom, Iran.

تعیین سبک زندگی کهنسالان بالاتر از ۸۵ سال و عوامل مؤثر بر آن، در مراکز و سازمان‌های حمایتی استان قم، سال ۱۳۹۵-۱۳۹۴

آرزو بهادری^{۱*}، ابوالفضل محمدیگی^۲، نوگس محمدصالحی^۳

چکیده

زمینه و هدف: پیشرفت کلیه علوم در زمینه‌های مختلف، به‌خصوص پزشکی و بهداشت در قرن بیستم باعث افزایش طول عمر و به تبع آن جمعیت سالمندان شده است. بدون شک، داشتن سبک زندگی سالم، یکی از عوامل مهم در افزایش طول عمر است. این تحقیق با هدف تعیین سبک زندگی کهنسالان بالای ۸۵ سال و عوامل مؤثر بر آن در استان قم انجام گرفت.

روش بررسی: مطالعه حاضر به روش توصیفی - تحلیلی بر روی کهنسالان بالای ۸۵ سال، تحت پوشش مراکز و سازمان‌های حمایتی استان قم در سال ۱۳۹۴-۱۳۹۵ انجام شد. نمونه‌برداری ابتدا به صورت طبقه‌بندی تناسبی، سپس به روش تصادفی ساده با $\alpha=0.05$ صورت گرفت. حجم نمونه با میانگین نمره، $148 \pm 12/8$ طبق مطالعات قبلی، ۱۴۳ نفر تعیین گردید. اطلاعات با استفاده از آزمون تی و واریانس تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: در این مطالعه، متوسط نمره سبک زندگی، $141/8 \pm 14/8$ برآورد شد که در مردان نسبت به زنان به ترتیب با $148/16 \pm 11/47$ ، $137/26 \pm 15/41$ و $p=0/001$ ، به‌طور معنی‌داری بالاتر بود. ۲ نفر ($1/38\%$) نامطلوب، ۱۱۷ نفر ($81/25\%$) متوسط و ۲۵ نفر ($17/36\%$) از سطح مطلوب سبک زندگی برخوردار بودند.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد در کل، وضعیت سبک زندگی کهنسالان استان قم در سطح متوسط قرار دارد که با حمایت اجتماعی بیشتر از سوی کلیه سازمان‌ها، ارگان‌ها و آموزش مناسب کهنسال و اطرافیان، می‌توان سبک زندگی سالم را در آنها ارتقا بخشید.

کلید واژه‌ها: طول عمر؛ سبک زندگی؛ سالمندان، قم، ایران.

^۱مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی حضرت معصومه (س)، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۲گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۳مرکز تحقیقات سیاستگذاری و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

*نویسنده مسئول مکاتبات:

آرزو بهادری، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی حضرت معصومه (س)، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی:
bahadori5891@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۱/۲۱

تاریخ پذیرش: ۹۶/۲/۲۵

لطفاً به این مقاله به‌صورت زیر استناد نمایید:

Bahadori A, Mohammadbeigi A, Mohamad Salehi N. Determination of lifestyle and its affecting factors in the elderly over 85 years in supporting centers and organizations of Qom Province in 2015-2016 (Iran).
Qom Univ Med Sci J 2017;11(7):75-83. [Full Text in Persian]

مقدمه

سالمندی، فرآیندی مداوم توأم با تغییرات فیزیولوژیکی پیشرونده و غیرقابل برگشت در طول زندگی است و همگان را شامل می‌شود. این تغییرات چند بُعدی (جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی) است. برخی از این ابعاد مانند تحرک جسمانی با قدرت پردازش تقلیل می‌یابند و برخی دیگر مانند اطلاعات در مورد وقایع جهان و خردمندی، افزایش پیدا می‌کنند (۲،۱). اما اینکه سالمندی از چه سنی آغاز می‌شود و می‌توان فردی را سالخورده تلقی کرد؛ به‌طور دقیق مشخص نیست. WHO، افرادی را که سن آنها از مرز ۶۰ سالگی گذشته، سالمند تلقی می‌کنند. از طرفی، با موفقیت خدمات بهداشتی درمانی در کاهش باروری، کنترل جمعیت، افزایش امید به زندگی و بهبود استانداردهای زندگی؛ طول عمر افزایش یافته است. سالمندان در بین گروه‌های سنی مختلف، بیشترین نرخ رشد را داشته و جهان به‌طور سریع رو به پیر شدن است. بیماری، ناتوانی، اختلال ذهنی، فوت همسر و فقر سبب وابستگی افراد سالمند به دیگران می‌شود. با توجه به مشکلات این دوران، پیری جمعیت به‌عنوان بحران نسبتاً نوینی در جهان، به‌خصوص در کشورهای در حال توسعه مطرح است (۳،۴). با نگاهی به آمار، اهمیت مسئله نمایان‌تر می‌شود. امروزه در سطح جهان، انقلابی در جمعیت‌شناسی در شرف وقوع است. شرایط انفجاری جمعیت از کودکان به زنان پیر، تغییر حالت داده است (۵،۶). به گزارش WHO، به‌ازای هر تولد در کشورهای توسعه‌یافته، ۱۰ سالمند ۶۵ ساله و بالاتر وجود دارد (۷). افزایش جمعیت سالمند، اولین رویداد موفقیت‌آمیز و نتیجه توسعه در سیاست‌های بهداشتی، اجتماعی - اقتصادی و در عین حال، یکی از مهم‌ترین چالش‌های قرن ۲۱ به‌شمار می‌رود (۸). چنانکه WHO استدلال می‌کند کشورها باید از عهده بحران سالمندی برآیند و به‌عنوان نیروی جدیدی در راه توسعه از آنها استفاده کنند (۹،۱۰). همچنین می‌بایست به جای دیدگاه سرباری؛ در کارهای داوطلبانه، انتقال تجربه و دانش، کمک به اعضای خانواده یا ایفای نقش مراقبتی و غیره مشارکت داده شوند. این نقش عظیم در امر توسعه، زمانی می‌تواند توأم با شادابی و لذت باشد که از سلامت کافی برخوردار باشند. واقعیتی که تحقق آن در گرو سیاست‌گذاری‌های صحیح است (۱۱،۱۲).

بدون شک، سبک زندگی سالم یکی از عوامل مهم در افزایش طول عمر و کیفیت زندگی است. سبک زندگی سالم، خطر بیماری شدید یا مرگ زودرس را کاهش داده و به کمک آن، افراد از کاهش بروز مشکلات سلامتی، افزایش بهبودی، مقابله با عوامل استرس‌زای زندگی و ارتقای کیفیت زندگی بهره می‌برند (۱۲،۸). اجزای این سبک عبارتند از: پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های مزمن، تغذیه سالم، ورزش و تفریح منظم و کافی، اجتناب از مصرف دخانیات، مشروبات الکلی و سایر مواد اعتیادآور، مخدر و محرک، مدیریت استرس و آرام‌سازی، رابطه اجتماعی و به‌طورکل فعالیت‌هایی که در برابر خطرات تهدیدکننده سلامت از شخص محافظت می‌کنند (۲،۱۳). رعایت سبک زندگی سالم موجب می‌گردد تا سالمندانی پویا (Active aging) داشته باشیم. سالم و فعال پیر شدن نیز نقش کلیدی در ایفای عملکرد در تمامی ابعاد جامعه دارد (۳،۱۴).

باور نادرستی وجود دارد که در سالهای پایانی عمر، دیگر برای اتخاذ شیوه‌های سالم زندگی خیلی دیر است؛ در صورتی که شرکت فعالانه در مراقبت از خود در تمامی مراحل زندگی، مهم و امکان‌پذیر است (۸،۱۵).

پیشرفت‌های علم پزشکی و بهداشت در نیمه‌دوم قرن بیستم موجب افزایش نسبی طول عمر انسانها شده و بر جمعیت سالمندان که عمده‌ترین مصرف‌کنندگان خدمات پزشکی هستند، افزوده است (۵،۸). البته این وضعیت مدیون پیشرفت‌های صنعتی، کشاورزی مدرنیزه و سازماندهی‌های جدید خانوادگی، اجتماعی - اقتصادی و سیاسی نیز می‌باشد؛ چنانکه کشور ژاپن به بالاترین میزان میانگین سن (۸۰ سال) در سطح جهان رسیده است (۱۰،۱۶). آمارهای ارائه‌شده در مورد دلایل اصلی مرگ و میر، بیان‌کننده آن است که ۵۳٪ از علل مرگ و میر، به سبک زندگی و رفتارهای غیرسالم و بهداشتی، ۲۱٪ به عوامل محیطی، ۱۶٪ به عوامل ارثی و ۱۰٪ مربوط به سیستم ارائه خدمات بهداشتی درمانی می‌باشد (۶). حمایت و بهبود وضعیت سلامت این دوران نه تنها موجب پیشگیری از بیماری‌های مزمن شده؛ بلکه به استقلال و شرکت فعالانه سالمند در فعالیت‌های خانوادگی و اجتماعی نیز کمک می‌کند (۲،۱۷). این پژوهش با هدف تعیین وضعیت کمی یا نمره سبک زندگی کهنسالان استان قم انجام گرفت.

روش بررسی

مطالعه حاضر به روش توصیفی - تحلیلی انجام شد. جامعه آماری را کهنسالان زن و مرد بالای ۸۵ ساله تحت پوشش مراکز و سازمان‌های حمایتی استان قم (در شهر و روستا) تشکیل می‌دادند. تمامی کهنسالان ساکن روستا از طریق بهورزان شناسایی شدند. به دلیل عدم وجود اطلاعات دقیق و مستند در شهر، طی پیگیری‌های به عمل آمده از استانداری، اداره کل ثبت احوال و مرکز بهداشت شهرستان؛ امکان دسترسی به آمار دقیق و محل سکونت کل افراد این گروه سنی وجود نداشت. لذا کهنسالان تحت پوشش تمامی مراکز و سازمان‌های حمایتی (بنیاد شهید، بهزیستی و کمیته امداد) تنها گروه قابل دسترس در شهر بودند. البته اکثر افراد این گروه سنی به نوعی تحت پوشش یا در ارتباط با این مراکز بودند. این مراکز، کهنسالان بالای ۸۵ ساله خود را جهت انجام تحقیق معرفی کردند. نمونه‌های تعیین شده با استفاده از پرسشنامه (۴۶ سؤالی) "سنجش سبک زندگی سالم در سالمندان ایرانی" که روایی و پایایی آن در مطالعات قبلی (بابک در اصفهان، محمودی در آق‌قلا و موحدی در تهران) تأیید شده بود ارزیابی شدند (۸، ۵، ۳). در این مطالعه نیز پایایی آن به صورت پایلوت روی ۱۵ کهنسال با میانگین نمره سبک زندگی $142/4 \pm 9/4$ به دست آمد. پرسشگری از خود کهنسال و اطرافیانش صورت گرفت. حجم نمونه لازم جهت اجرای مطالعه با استفاده از فرمول یک

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \sigma^2}{d^2}$$

میانگین و نتایج مطالعه انجام شده در اصفهان با میانگین نمره $148 \pm 12/8$ ، خطای نوع اول برابر با ۵٪ و دقت ۳؛ ۱۴۳ نفر تعیین گردید (۸). متناسب با کل جمعیت این گروه سنی تحت پوشش هر مرکز، ابتدا از نمونه‌گیری طبقه‌بندی تناسبی استفاده شد تا تعداد افراد نیازمند به تکمیل پرسشنامه آن مرکز مشخص گردد، سپس با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی ساده، از میان افراد هر طبقه پس از کسب رضایت، پرسشگری به عمل آمد که در صورت عدم پاسخگویی و رضایت، فرد دیگری انتخاب و جایگزین شد. پرسشنامه شامل: ۴۶ سؤال در حیطه‌های پیشگیری (۱۵ سؤال)، فعالیت بدنی، ورزش، تفریح و سرگرمی (۵ سؤال)، تغذیه سالم

(۱۴ سؤال)، مدیریت استرس (۵ سؤال) و روابط اجتماعی و بین فردی (۷ سؤال) بود. مقیاس پاسخ‌گویی این پرسشنامه نیز از مقیاس تکرار عمل و مقیاس‌های چندگزینه‌ای (تک پاسخ یا چندپاسخی) تشکیل شده بود، که در مورد سؤالات ۲۳-۲۰، مقیاس سه‌تایی (کم، متوسط، زیاد) وجود داشت (۱۴۸). برای ایجاد هماهنگی در تعریف این کمیته‌ها، یک برگه حاوی اطلاعات در مورد تعریف هر سهم ماده غذایی و میزان توصیه شده مصرف روزانه، ضمیمه پرسشنامه بود. در هر سؤال به گزینه‌ای که نامطلوب‌ترین سطح از سبک زندگی است؛ نمره ۱ و به سایر گزینه‌ها به ترتیب افزایش مطلوبیت سطح زندگی؛ نمرات ۲، ۳، ۴ و ۵ تعلق گرفت. در ۴ سؤال (۳۴) و (۴۶-۴۴) برای مواردی که همسر نداشتند نمره‌ای تعلق نمی‌گرفت. بدین ترتیب، کمترین نمره قابل اکتساب از پرسشنامه، ۴۲ و بیشترین، ۲۱۱ بود (۱۴۸).

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ و آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون، آزمون تی، آنالیز واریانس و طبقه‌بندی نمره سبک زندگی به دسته‌های مختلف از آزمون K^2 ، با سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

در مجموع از ۱۴۴ نفر کهنسال مورد مطالعه، ۶۰ نفر (۴۱/۷٪) مرد و ۸۴ نفر (۵۸/۳٪) زن بودند. متوسط سنی افراد، $89/3 \pm 4/7$ سال با ماکزیمم سنی ۱۱۹ سال و می‌نیمم ۸۵ سال بود. میانگین متوسط سن به تفکیک جنس به ترتیب مرد و زن، $90/63 \pm 1/13$ و $88/64 \pm 0/37$ سال به دست آمد که از نظر آماری با $p=0/928$ تفاوت معنی‌دار نبود. از نظر سطح سواد، ۱۱۴ نفر (۷۹/۲٪) بیسواد و ۳۰ نفر (۲۰/۸٪) باسواد (دارای تحصیلات ابتدایی تا دیپلم و بالاتر) بودند. در مورد متغیر محل سکونت، ۹۱ نفر (۶۳/۲٪) شهرنشین و ۵۳ نفر (۳۶/۸٪) ساکن روستا بودند. در مورد شغل؛ ۲۶ نفر (۱۷/۹٪) کارگر، ۳۰ نفر (۲۰/۷٪) کشاورز، ۱۵ نفر (۱۰/۳٪) شغل آزاد، ۷ نفر (۴/۸٪) کارمند و ۶۶ نفر (۴۵/۵٪) خانه‌دار بودند. از نظر وضعیت تأهل؛ ۷۹ نفر (۵۴/۹٪) بدون همسر یا بیوه و ۶۵ نفر (۴۵/۱٪) همسر دار و همچنان زندگی مشترک داشتند و همه دارای فرزند بودند، از نظر درآمد؛ ۵۴ نفر (۳۷/۲٪) درآمد ضعیف (زیر ۵۰۰ هزار تومان)، ۴۱ نفر (۲۸/۳٪)

متوسط (بین ۵۰۰ هزار تا ۲ میلیون تومان) و ۴۹ نفر (۳۳/۹٪) زندگی نامطلوب، ۱۱۷ نفر (۸۱/۲۵٪) متوسط و ۲۵ نفر (۱۷/۳۶٪) از سطح مطلوب برخوردار بوده‌اند. درآمد خوب (بالای ۲ میلیون تومان) داشتند. درمورد سابقه طول عمر نیز ۱۱۳ نفر (۷۸/۵٪) سابقه طول عمر را در خانواده ذکر کردند و ۳۱ نفر (۲۱/۵٪) این سابقه را نداشتند. پس از تقسیم‌بندی نمره سبک زندگی به سه سطح نامطلوب، متوسط و مطلوب؛ یافته‌ها نشان داد ۲ نفر (۱/۳۸٪) از سبک

زندگی نامطلوب، ۱۱۷ نفر (۸۱/۲۵٪) متوسط و ۲۵ نفر (۱۷/۳۶٪) از سطح مطلوب برخوردار بوده‌اند. متوسط نمره سبک زندگی در کل، $141/8 \pm 14/87$ بود که در مردان نسبت به زنان با $p=0/001$ به‌طور معنی‌داری بالاتر گزارش شد (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: ارتباط نمره سبک زندگی و ابعاد آن در کهنسالان مورد مطالعه، به تفکیک حیطه‌های مورد بررسی در دو جنس

Downloaded from journal.muq.ac.ir at 9:51 IRDT on Friday June 22nd 2018

نمره سبک زندگی	کل	حیطه پیشگیری	ورزش	تغذیه	حیطه مدیریت استرس	حیطه رابطه اجتماعی	جنس
	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	
مرد	۱۴۸/۱ \pm ۱۱/۴	۶۰/۷ \pm ۵/۱	۱۲ \pm ۲/۷	۳۶/۱ \pm ۳/۹	۱۷/۴ \pm ۳/۶	۲۱/۵ \pm ۵	
زن	۱۳۷/۲ \pm ۱۵/۴	۶۱/۱ \pm ۴/۲	۱۰/۹ \pm ۲/۳	۳۵/۸ \pm ۴/۷	۱۶/۵ \pm ۲/۹	۱۴/۱ \pm ۴	
کل	۱۴۱/۸ \pm ۱۴/۸	۶۰/۹ \pm ۴/۷	۱۱/۴ \pm ۲/۵	۳۵/۹ \pm ۴/۴	۱۶/۹ \pm ۳/۲	۱۷/۱ \pm ۵/۷	
	۰/۰	۰/۶۳	۰/۰	۰/۷۴	۰/۰۸۴	۰/۰	pvalue

تفاوت معنی‌دار آماری ($p < 0/05$) آزمون تی تست.

بین میانگین کل نمره سبک زندگی با متغیر سواد ($p=0$)، زندگی با همسر ($p=0$) و بیماری‌های مزمن، ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت ($p=0/05$) (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: ارتباط نمره سبک زندگی با متغیرهای دموگرافیک و بیماری‌های مزمن

نمره سبک زندگی	کل	حیطه پیشگیری	ورزش	تغذیه	حیطه مدیریت استرس	حیطه رابطه اجتماعی	متغیرهای دموگرافیک
	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	
سابقه خانوادگی طول عمر	۱۴۱/۱ \pm ۱۵/۵	۶۰/۵ \pm ۵/۱	۱۱/۳ \pm ۲/۵	۳۵/۸ \pm ۴	۱۶/۸ \pm ۳/۳	۱۷/۳ \pm ۵/۷	دارد
	۱۴۴/۳ \pm ۱۱/۹	۶۲/۵ \pm ۲/۷	۱۱/۶ \pm ۲/۶	۳۶/۲ \pm ۵/۶	۱۷/۱ \pm ۲/۷	۱۶/۶ \pm ۵/۹	ندارد
	۰/۲۸	۰/۰۴	۰/۵۶	۰/۶۵	۰/۶۳	۰/۵۳	pvalue
سواد	۱۳۹/۶ \pm ۱۴/۹	۶۰/۹ \pm ۴/۶	۱۱ \pm ۲/۵	۳۵/۶ \pm ۴/۳	۱۶/۴ \pm ۳/۲	۱۶/۳ \pm ۵/۵	بیسواد
	۱۵۰ \pm ۱۱/۴	۶۱ \pm ۵/۳	۱۲/۹ \pm ۲	۳۷/۳ \pm ۴/۳	۱۳/۵ \pm ۳	۲۰/۳ \pm ۵/۸	باسواد
	۰/۰	۰/۹۵	۰/۰	۰/۰۶	۰/۰	۰/۰	pvalue
سکونت	۱۴۰/۹ \pm ۱۴/۶	۶۱/۸ \pm ۳/۹	۱۱/۴ \pm ۲/۳	۳۶ \pm ۴/۲	۱۶/۳ \pm ۲/۵	۱۶ \pm ۵/۴	شهر
	۱۴۳/۳ \pm ۱۵/۳	۵۹/۳ \pm ۵/۵	۱۱/۳ \pm ۲/۸	۳۵/۹ \pm ۴/۷	۱۷/۸ \pm ۴	۱۹ \pm ۵/۹	روستا
	۰/۳۵	۰/۰	۰/۹	۰/۹۲	۰/۰	۰/۰	pvalue
همراه زندگی	۱۳۵/۵ \pm ۱۸/۲	۶۱ \pm ۴/۸	۱۰/۵ \pm ۲	۳۶/۶ \pm ۴/۷	۱۶/۶ \pm ۲/۷	۱۲/۸ \pm ۲/۵	تنها
	۱۳۶/۹ \pm ۱۳/۵	۶۰/۵ \pm ۵/۵	۱۱/۱ \pm ۲/۴	۳۵/۱ \pm ۵	۱۶/۳ \pm ۳/۶	۱۴ \pm ۴/۳	خانواده
	۱۴۸/۳ \pm ۱۰/۹	۶۱/۲ \pm ۴/۱	۱۱/۹ \pm ۲/۸	۳۶/۲ \pm ۳/۷	۱۷/۴ \pm ۳/۱	۲۱/۶ \pm ۴/۵	همسر
	۰/۰	۰/۷۳	۰/۰۶	۰/۲۷	۰/۲۱	۰/۰	pvalue
بیماری‌های مزمن	۱۴۰/۴ \pm ۱۵/۴	۶۰/۷ \pm ۴/۹	۱۱/۲ \pm ۲/۶	۳۵/۶ \pm ۴/۳	۱۶/۶ \pm ۳	۱۶/۹ \pm ۵/۷	دارد
	۱۴۶ \pm ۱۲/۱	۶۱/۵ \pm ۴/۱	۱۱/۸ \pm ۲/۳	۳۷ \pm ۴/۴	۱۷/۷ \pm ۳/۷	۱۷/۹ \pm ۵/۹	ندارد
	۰/۰۵	۰/۳۸	۰/۳۰	۰/۱۰	۰/۰۹	۰/۳۶	pvalue

آزمون واریانس و تی تست.

همچنین بین تعداد فرزندان و نمره سبک زندگی، ارتباط مثبت معنی‌داری وجود داشت ($p=0$) (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: ضریب همبستگی بین سن و فرزند با حیطه‌های مختلف سبک زندگی

نمره سبک زندگی						
متغیر	ضریب همبستگی	کل	حیطه پیشگیری	حیطه ورزش	حیطه تغذیه	حیطه استرس
سن	ضریب همبستگی پیرسون	-۰/۰۹	-۰/۰۶	-۰/۱۴	۰/۰۳	۰/۰۱
	pvalue	۰/۲۶	۰/۴۱	۰/۰۸	۰/۷۱	۰/۸۲
تعداد فرزند	ضریب همبستگی پیرسون	۰/۲۳	۰/۰۶	۰/۲۱	۰/۰۸	۰/۰۰
	pvalue	۰/۰	۰/۴۱	۰/۰۱	۰/۳۰	۰/۹۱

تفاوت معنی‌دار آماری ($p < 0/05$).

بحث

داشتن دوران سالمندی موفقیت‌آمیز، نیازمند بهره‌برداری از فرآیندهای مناسب در جهت حفظ، بهبود و ارتقای سلامت سالمندان است. ارتقا و اصلاح سبک زندگی سالمندان نیز مستلزم شناخت صحیح نیازهای آنها بوده و باید توجه داشت که سبک زندگی افراد تحت تأثیر عوامل مختلفی چون سن، جنس، سطح سواد، محل سکونت، نوع شغل، وضعیت تأهل، تعداد فرزند و سطح درآمد قرار دارد (۳). متوسط نمره سبک زندگی در این مطالعه، ۱۴۱/۸ به دست آمد که در مردان نسبت به زنان، به طور معنی‌داری بالاتر بود. در مطالعات قبلی توسط بابک و محمودی نیز چنین نتیجه‌ای به دست آمد (۵، ۸). در حیطه‌های مختلف ورزش و تفریح، استرس و روابط اجتماعی، مردان به طور معنی‌داری نمره بالاتری کسب کردند؛ درحالی‌که در حیطه پیشگیری، نمره زنان بالاتر بود. دلیل این تفاوت را می‌توان به عوامل مختلفی چون آزادی بیشتر اجتماعی مردان، عوامل فرهنگی - مذهبی و مسئول خانواده بودن نسبت داد که موجب فعالیت و تحرک بدنی بیشتر در آنان می‌شود. در مقابل، زنان به‌طور عمده در این سنین در معرض استرس‌های مختلفی چون تأمین درآمد و مسکن قرار دارند (۱۲، ۱۸).

در مطالعه حاضر، میانگین نمره سبک زندگی نشان داد وضعیت کهنسالان استان قم در سطح ضعیف (۱/۳۸)، متوسط (۱/۸۱/۲) و مطلوب (۱/۱۷/۳) می‌باشد. این یافته بیانگر آن است که در کل، سبک زندگی افراد مورد پژوهش در سطح متوسطی بوده که با آموزش و بسترسازی مناسب می‌توان شیوه زندگی آنها را بهبود بخشید. صمدی نیز در مطالعه خود به این نتیجه دست یافت که در زمینه شیوه زندگی سالم، میزان آگاهی نسبتاً پایین بوده و نیاز به آموزش بیشتری دارند.

البته آموزش‌ها می‌بایست از مراحل خیلی پیشتر از سالمند شدن؛ حتی در دوران کودکی، ارائه و نهادینه شود تا در آینده سالمندانی پویا داشته باشیم (۷). از عوامل اجتماعی مؤثر بر زندگی کهنسالان می‌توان به حمایت شبکه‌های اجتماعی مانند دوستان، خانواده، همسایگان و سایر اعضای جامعه اشاره کرد. این عوامل شامل تعاملاتی است که به افراد در سازگاری با زندگی روزمره، به‌خصوص مواجهه با رویدادهای استرس‌زای زندگی کمک می‌کند؛ به‌طوری‌که عدم حضور یا حضور کم‌رنگ این عوامل در سالمندان همسر فوت‌شده که تنها زندگی می‌کنند، اثر سوء دارد. به‌طور یقین، حمایت مناسب و کافی سازمان‌های مربوطه پس از آموزش، به‌عنوان دومین راهکار بهبود سبک زندگی می‌تواند سلامت و کیفیت زندگی کهنسالان را ارتقا بخشد (۱۱، ۱۷).

در بررسی رابطه بین نمره سبک زندگی با زندگی با همراه (همسر، خانواده یا غیرخانواده)، کهنسالانی که هنوز زندگی مشترکشان را حفظ کرده‌اند نسبت به آنهایی که در جمع خانواده یا تنها زندگی می‌کنند (۱۳۵/۵)، از نمره بالاتری (۱۴۸/۷) برخوردارند. این یافته اهمیت بالای حضور همدم و همراه زندگی مشترک را برای داشتن زندگی پویا و سالم، به‌خصوص از نظر عاطفی و روانی نشان می‌دهد، به‌طوری‌که در مطالعه حاضر، افراد بیوه با ۱۳۵/۷، کمترین امتیاز و افراد همسر دار با ۱۴۸/۷، بیشترین امتیاز را داشتند. داشتن همسر و همراه زندگی در این سن، تأثیر به‌سزایی در بهبود کیفیت زندگی دارد. در مطالعه انجام‌شده توسط Jinqun و شیخ‌الاسلام، اثر مثبت و مهم همدم، به‌ویژه همسر در کنار سالمند که موجب ارتقای کیفیت و سلامت همه‌جانبه زندگی می‌شود، تأیید شده است (۴، ۱۵).

همچنین این یافته بیان‌کننده آن است که احساس تنهایی، عامل مهمی در کاهش سلامت عمومی سالمندان می‌باشد (۴،۱).

در بررسی سطح سواد با نمره سبک زندگی، ارتباط معنی‌دار بود. در مطالعات بابک، صمدی و نجاتی نیز این یافته تأیید شده است (۷-۹)؛ به طوری که افراد با سواد از نمره سبک زندگی بالاتری برخوردار بودند. این یافته تأثیر مثبت وجود آگاهی را بیش از پیش بر بهبود سبک زندگی نشان می‌دهد. سالمندان با سواد، با مطالعه و اخذ آگاهی از منابع مختلف که در طول زندگی با آن مواجه می‌شوند، بینش خود را در زمینه زندگی سالم ارتقا داده و به آن عمل می‌کنند که در نتیجه از سلامت بیشتری برخوردار خواهند شد (۸،۷).

بررسی ارتباط نمره سبک زندگی با سابقه طول عمر نشان داد افرادی که سابقه خانوادگی طول عمر دارند نمره سبک زندگی شان کمتر از افرادیست که این سابقه را در خانواده ذکر نکرده‌اند. از این یافته می‌توان به دو نتیجه دست یافت: اولاً تا حدودی با بهبود سبک زندگی بدون داشتن سابقه خانوادگی طول عمر می‌توان طول عمر را افزایش داد؛ ثانیاً افراد با داشتن سابقه خانوادگی طول عمر با وجود اینکه کاملاً از سبک سالمی در زندگی برخوردار نیستند (مصرف سیگار، غذای چرب، تحرک کم و استرس زیاد)، اما با داشتن ژن‌های نگرهبان و محافظت‌کننده، فعالیت ژن‌های بیمار توسط آنها متوقف شده و موجب طولانی شدن عمر آنها می‌شود. چنانکه همت در تحقیق خود که در مورد انسانها و موجودات مختلف نیز قابل تعمیم است بین دو گروه مگس سرکه با فراهم نمودن شرایط زیستی مناسب (نور، دما، رطوبت و غذا)، تأثیر چندانی روی افزایش طول عمر یک گروه مشاهده نکرد، ولی در گروه دیگر، چند روز طول عمر افزایش یافت. این مسئله مطرح‌کننده تأثیرگذاری بیشتر شرایط محیطی در بعضی گروه‌های موجودات زنده به دلیل داشتن ژن مناسب طول عمر است (۲۰،۱۹).

در مطالعه حاضر، ارتباط بین نمره سبک زندگی و سطح درآمد، معنی‌دار نبود. ولی در مطالعه موحدی روی سالمندان تهرانی، ارتباط درآمد و نمره سبک زندگی معنی‌دار بود؛ با وجود اینکه، ۶۴٪ سالمندان تهرانی از سطح درآمد ماهیانه خود ناراضی و ۸۵/۵٪ آنها نمره سبک زندگی شان در حد متوسط بود (۳).

این نتایج نشان می‌دهد حدود ۲۲٪ سالمندان که درصد نسبتاً بالایی است، با وجود درآمد کم از زندگی خود راضی بوده‌اند. می‌توان چنین نتیجه گرفت که برای رعایت اصول سبک زندگی سالم، حتماً نیاز به درآمد بالا نبوده و حتی با درآمد کم نیز می‌توان از سلامت و سبک زندگی سالم و به تبع آن از طول عمر کافی برخوردار شد.

در مطالعه حاضر، بین سبک زندگی و متغیر محل سکونت، در کل اختلاف معنی‌داری وجود نداشت. شهری‌ها در حیطه پیشگیری و روستایی‌ها در حیطه‌های مدیریت استرس و رابطه اجتماعی، بهتر بودند. در روستا به دلیل کوچکی محیط و وجود خانواده گسترده، ارتباطها بیشتر است. در نتیجه این ارتباطها نیز میزان استرس کمتر می‌شود. نتایج مطالعه بابک نشان داد به دلیل آرامش و صمیمیت حاکم در روستا، روستاییان در شرایط بهتری از لحاظ مدیریت استرس و رابطه اجتماعی قرار دارند که این یافته با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۲۱،۸).

اختلاف متغیر بیماری‌های مزمن با نمره سبک زندگی افرادی که واجد بیماری مزمن و یا فاقد آن بودند، در کل معنی‌دار بود، ولی به تفکیک حیطه‌ها، ارتباط معنی‌دار نبود. آنچه مسلم است وجود بیماری‌های مزمن موجب کاهش کیفیت زندگی، قدرت تحرک، رابطه اجتماعی، تغذیه و تمامی حیطه‌های سبک زندگی شده و آنها را به شدت تحت تأثیر خود قرار می‌دهد، چنانکه در مطالعه اسحاقی در اصفهان، اختلال تغذیه در سالمندان تأیید شده است (۲۲،۸).

در مطالعه حاضر، ارتباط بین تعداد فرزند و نمره سبک زندگی، معنی‌دار بود، به دلیل آنکه رابطه اجتماعی والدین با عیادت فرزندان از آنها بیشتر شده و اثر مثبت وجود فرزندان در تمامی حیطه‌های زندگی کهنسال از جمله وضعیت تغذیه، پیشگیری، استرس نیز بیشتر نمایان می‌گردد و به طور طبیعی، فرزندان در قبال والدین احساس مسئولیت کرده و هریک به نوبه خود در حل مشکلات والدین تلاش می‌کنند. بنابراین، کهنسالان فرزنددار و آنها که تعداد فرزند بیشتری دارند، از نظر نمره سبک زندگی و کیفیت آن، در وضعیت بهتری می‌باشند.

در مطالعه حاضر، سن با نمره سبک زندگی، ارتباط معکوسی داشت.

نتیجه‌گیری

طبق یافته‌های این پژوهش، درکل سبک زندگی کهنسالان استان قم در حد متوسطی قرار داشت. به‌طور بنیادی سالمند و کهنسال با داشتن آگاهی، به‌خصوص سطح سواد بیشتر می‌تواند از تمامی پتانسیل موجود در جهت بهبود سبک زندگی و در نهایت، کیفیت زندگی خود استفاده کند. بنابراین، موفقیت این هدف کلان و طولانی‌مدت در گرو ارتقای سطح سواد آنان است. در ضمن، ارائه آموزش‌ها می‌بایست در مراحل خیلی پیشتر از سالمندی؛ حتی در دوران کودکی ارائه و نهادینه گردد تا در آینده از سالمندانی پویا برخوردار شویم. همچنین پیشنهاد می‌گردد در زمینه روش‌های مناسب و مؤثر آموزش به کهنسالان بیسواد و خانواده‌های ایشان که در حال حاضر درصد بالایی دارند، با توجه به مشکلات حافظه، بینایی، شنوایی، توان جسمی و کم بودن صبر و حوصله این گروه که مسئله یادگیری را بسیار دشوار می‌کند، مطالعاتی صورت گیرد.

از آنجا که تصحیح سبک زندگی، موضوع پیچیده‌ای است و تحت تأثیر عوامل فراوانی قرار دارد، لذا ضروری است مهم‌ترین عواملی که می‌توانند سبک زندگی کهنسالان را ارتقا دهند، از جمله آموزش و ارتقای آگاهی آنها و فرهنگ‌سازی کل جامعه، به‌ویژه خانواده‌ها انجام شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی، دانشگاه علوم پزشکی قم به‌خاطر حمایت مالی پژوهش (در قالب طرح تحقیقاتی به شماره ۹۴۵۵۰)، معاونت محترم بهداشتی استان، بهورزان محترم، اداره کل کمیته امداد امام خمینی (ره)، سازمان کل بهزیستی استان، اداره کل بنیاد شهید استان و تمامی کهنسالان و خانواده‌های آنها که ما را در جمع‌آوری اطلاعات یاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

در مطالعه بابک نیز امتیاز کل با افزایش سن در تمامی حیطه‌ها بجز تغذیه کاهش نشان داد (۲۲۸). با توجه با کاهش توانایی‌های تحرک و توان جسمی، حافظه، بینایی و شنوایی، حوصله در داشتن رابطه اجتماعی افراد با بالاتر رفتن سن و وجود بیماری‌های مزمن، این مسئله قابل توجه است؛ به‌طوری‌که میانگین نمره سبک زندگی گروه سنی مورد مطالعه در این پژوهش (کهنسالان بالای ۸۵ سال با $14/8 \pm 14/8$) از میانگین نمره سبک زندگی سالمندان جوان‌تر (بالای ۶۰ سال) در مطالعه بابک (با $11/94 \pm 14/8$ و $16/17$) و محمودی، پایین‌تر بود (۸،۵).

حمایت همه‌جانبه اجتماعی از سوی سازمان‌ها و نهادهای مربوطه، دومین راهکار ارتقادهنده سبک زندگی و کیفیت آن است. یافته‌های مقدم نیز نشان داد اکثر سالمندان از حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی کم و متوسط برخوردارند. در نتیجه با تقویت منابع تأمین حمایت اجتماعی از سوی سازمان‌ها و نهادهای مربوطه در جهت رضایت از زندگی سالمندان، باید اقداماتی صورت گیرد (۱۱،۷).

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدودیت‌های فیزیکی ناشی از سن مانند زودتر خسته‌شدن کهنسالان، مشکلات شنوایی و حافظه که موجب می‌شد پرسشنامه به‌سختی تکمیل گردد، اشاره کرد. مراجعه به منزل و هماهنگی جهت دیدار کهنسال و یکی از اطرافیان که اطلاعات کاملی در مورد ایشان داشت نیز گاه با مشکلاتی همراه بود که نیاز به مراجعه مجدد داشت، لذا پیشنهاد می‌گردد به‌دلیل اینکه چنین تحقیقی برای اولین بار در ایران روی این گروه سنی انجام شده، برای تعمیم‌پذیری یافته‌های این پژوهش، تحقیقات مشابه در استان‌های دیگر جهت مقایسه نتایج انجام گیرد.

References:

1. Momeni Kh, Karami S, Majzoobi MR. Comparing life style, self- esteem and mental health of the alone, non-alone and residing nursing home elderly. Dev Psychol 2014;10(38):139-48. [Full Text in Persian]
2. Hattami H. Razavi M. Comprehensive hygiene book in elder hygiene. Tehran: Arjmand Pub; 2009. p. 1826-93. [Text in Persian]

3. Movahedi M, Khamseh F, Ebadi A, Haji Amini Z, Navidian A. Assessment of the lifestyle of elderly in Tehran. *J Health Promot Manag* 2016;5(3):51-9. [Full Text in Persian]
4. Sheikholeslami F, Masouleh ShR, Kodadadi N, Yazdani MA. Loneliness and general health of elderly. *Holis Nurs Midwifery (J Nurs Midwif Fac Guilan Med Univ)* 2012;21(2):28-34. [Full Text in Persian]
5. Mahmudi GH, Niazazari K, Sanati T. Evaluation of life style in the elderly. *Fam Health* 2012;1(3):45-50. [Full Text in Persian]
6. Taghdisi MH, Doshmangir P, Dehdari T, Doshmangir L. Factors affecting the healthy lifestyle of the elderly perspective. *Iranian J Ageing* 2012;7(27):47-58. [Full Text in Persian]
7. Samadi S, Bayat A, Taheri H, Roozbahani N. Knowledge, attitude and practice of elderly toward lifestyle during aging. *J Qazvin Univ Med Sci* 2007;11(1):83-4. [Full Text in Persian]
8. Babak A, Davari S, Aghdak P, Pirhaji O. Assessment of healthy lifestyle among elderly in Isfahan, Iran. *J Isfahan Med Sch* 2011;149(29):1064-72. [Full Text in Persian]
9. Nejati V. Assessing the health status of elderly people in the province of Qom (2007). *J Qazvin Univ Med Sci* 2009;13(1):67-72. [Full Text in Persian]
10. Mohamadzadeh A, Dolatshahi B, Mohamadkhani P. Effect of coherency memory cure on symptom of aging depression. *Iran J Age (Salmand)* 2012;16(19):23-8. [Full Text in Persian]
11. Sadegh-Moghadam L, Delshad Noghabi A, Farhadi A. Life satisfaction in older adults: Role of perceived social support. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2016;22(6):1042-51. [Full Text in Persian]
12. Hekmatipour N, Hojjati H, Sharifnia H, Akhondzadeh G, Nikjo A. Effect of exercise on depression rate of aging. *J Health Educ Health Promotion* 2014;11(3):23-32. [Full Text in Persian]
13. Litin SC, Cortes A. Mayo clinic family health book in aging period. Nasre Esfahani, Translator. Tehran: Teimourzadeh-Tabib; 2016. p. 291-316. [Text in Persian]
14. Darvishpor A, Saeedi J, Delavar A. Measurement tools for configuration of health & quality of life in aging. *Res Med J Shahid Beheshti Univ* 2009;33(3):162-73. [Full Text in Persian]
15. Jinqun Guan, Hui Li, Hong Sun, Wang T, Wu W. The impact of a discrepancy between actual and preferred living arrangement on life satisfaction among the elder in china. *Clin (Sao Paulo)* 2015;70(9):623-27.
16. Samaram E, Amin Aghaee M. Social policy in japan and Sweden: A proper pattern for Iranian elderlies. *Iran J Age J* 2007;1(2):88-100. [Full Text in Persian]
17. Sharifzadeh Gh, Moodi M, Akhbari H. Investigating health status of older people supported by Imam. *Iran Age* 2010;5(17):52-7. [Full Text in Persian]
18. Golubeva Elu, Danilova RI. A healthy life style as part of strategy of active longevity. *Adv Geronto* 2011;24(3):380-4.
19. Hemat M. Analysis of generations in genetics of life span in *Drosophila Melanogaster*. *Feyz* 1999;3(2):23-29. [Full Text in Persian]
20. Zeng Y, Nie C, Vauple JW. Novel loci and pathways significantly associated with longevity. *Sci Rep* 2016;6.
21. Hajhashemi Z, Vameghi R, Montazeri A, Sohrabi MR, Akbari Kamrani AA. Comparing quality of life among rural and urban elderly outpatients. *Payesh* 2013;12(3):255-62. [Full Text in Persian]
22. Manzouri L, Babak A, Merasi M. The Depression Status of the elderly and it's related factors in Isfahan in 2007. *Salmand* 2010;4(4):340-5. [Full Text in Persian]