

تحقیقی

سبک زندگی سالمندان شهر کاشمر در سال ۱۳۹۱

هاشم حشمتی^۱، رسول اثنی عشری^۲، سمانه خواجوی^۳، عبدالرحمن چرکزی^۴، آناهیتا بابک^۵، سید قدیر حسینی^۶، ناصر بهنام پور^{۷*}

۱- مربی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه. ۲- کارشناس بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گلستان. ۳- کارشناس مدیریت، دانشگاه پیام نور گرگان. ۴- استادیار، دکترای آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گلستان. ۵- متخصص پزشکی اجتماعی، مرکز بهداشت استان اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. ۶- دانشجوی دکتری آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۷- استادیار، دکتری آمار زیستی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گلستان.

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به روند سریع پیر شدن جمعیت کشور و نقش بسیار مهم سبک زندگی در مشکلات و بیماری های سالمندان، مطالعه حاضر با هدف تعیین سبک زندگی سالمندان شهر کاشمر طراحی و اجرا شد.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی بوده که در سال ۱۳۹۱ بر روی ۲۶۷ نفر از افراد بالای ۶۰ سال تحت پوشش پایگاه های بهداشتی شهر کاشمر که به روش نمونه گیری چند مرحله ای انتخاب شده بودند، انجام شد. داده ها از طریق پرسشنامه ای روا و پایا از طریق مصاحبه جمع آوری شد و پس از ورود به نرم افزار SPSS-18 با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (آزمون کای دو، تی مستقل، آنالیز واریانس و ضریب همبستگی) تجزیه و تحلیل گردید.

یافته ها: میانگین سنی سالمندان 69.03 ± 6.22 سال بود. وضعیت سبک زندگی ۶۷/۴ درصد (۱۸۰ نفر) از سالمندان مورد مطالعه متوسط و ۳۲/۶ درصد (۸۷ نفر) مطلوب بود. بین سن، تاهل و تحصیلات با سبک زندگی ارتباط معنی داری وجود داشت ($P < 0.001$). همچنین بین سن با حیطه های پیشگیری ($r = -0.453$) ($P < 0.001$)، فعالیت بدنی ($P < 0.001$) ($r = -0.226$)، تنش ($r = -0.252$) ($P < 0.001$) و روابط اجتماعی ($r = -0.311$) ($P < 0.001$) رابطه معنی دار و معکوس وجود داشت.

نتیجه گیری: با توجه به اینکه درصد بالایی از سالمندان سبک زندگی مطلوبی ندارند، پیشنهاد می شود مداخلات لازم از جمله مداخلات آموزشی به منظور ارتقای وضعیت سبک زندگی سالمندان صورت گیرد.

کلیدواژه ها: سبک زندگی، سالمندان، کاشمر

* نویسنده مسئول: ناصر بهنام پور، پست الکترونیکی: behnampour@yahoo.com

نشانی: گرگان، کیلومتر ۵ جاده ساری، مجموعه آموزشی عالی فلسفی، دانشکده بهداشت، گروه بهداشت عمومی. تلفن: ۰۱۷۱)۴۴۳۶۱۰۲

وصول مقاله: ۹۲/۳/۱، اصلاح نهایی: ۹۲/۱۲/۱۹، پذیرش مقاله: ۹۳/۲/۱۰

مقدمه

مسئله سالمندی و پیر شدن پدیده ای شگفت آور است، چراکه تحولات دوران جوانی به سالمندی آن چنان تدریجی است که هیچ گاه این تحولات قابل حس نیست، به طوری که سالمندی از دید اطرافیان واضح تر از آن چیزی است که به نظر خود شخص می آید(۱). پیر شدن جمعیت عبارت است از افزایش روز افزون نسبت سالمندان نسبت به کودکان و جوانان بالغ و افزایش نسبت افراد ۶۰ ساله و بالاتر به طوری که تحت تاثیر این تغییرات هرم سنی جامعه که در سال ۲۰۰۲ میلادی که تقریباً مثلثی شکل بوده است در سال ۲۰۲۵ تا حدودی استوانه ای شکل می گردد(۲). جمعیت سالمندان جهان رو به گسترش است(۳). در سطح جهان حدود ۶۰۰ میلیون نفر افراد سالخورده وجود دارد و این رقم تا سال ۲۰۲۵ به دو برابر و تا سال ۲۰۵۰ به دو بیلیون نفر افزوده خواهد شد و این در حالی است که بیشترین موارد آن در کشور های در حال توسعه زندگی خواهند نمود(۲). همچنین در حال حاضر بیش از نیمی از سالمندان جهان در قاره آسیا زندگی می کنند(۱،۲). اعداد و ارقام حاکی از آن است که جمعیت سالمندان ایران طی ۳۰ سال گذشته به دو برابر افزایش یافته و هم اکنون در ایران ۵ میلیون نفر سالمند زندگی می کنند که ۵۴ درصد آنان را مردان و ۴۶ درصد آنان را زنان تشکیل می دهند و ۵۷ درصد سالمندان در مناطق شهری زندگی می کنند(۱،۲). معمولاً جامعه سالخورده را جمعیتی می دانند که افراد کمتر از ۱۵ سال ۲۰ تا ۲۵ درصد جمعیت یا کمتر را تشکیل می دهد و نسبت افراد سالخورده ۸ درصد و بیشتر است، با این وجود ساختار جمعیتی فعلی کشور در حال نزدیک شدن به جمعیت سالخورده است(۴). در واقع شدت سالخوردگی در کشور ما از سال ۱۴۱۰ به بعد خود نمایی می کند و این به معنای انفجار جمعیت سالمند در کشور ماست(۱).

نحوه سالخوردگی بر اساس ویژگی های جمعیت شناختی و شرایط اجتماعی و اقتصادی حاکم بر کشورها ممکن است در کلیه افراد یکسان نباشد و به عادات مختلف افراد در سنین قبل از سالخوردگی و تغییراتی که در سنین قبل از آن ایجاد می شود، بستگی دارد(۲). سبک زندگی مردم در دوران بزرگسالی بر احتمال ابتلا به بیماری های مزمن به ویژه

بیماری های قلبی و سرطان تاثیر می گذارد. شهرنشینی، سالمندی، جهانی شدن و تغییرات در شیوه زندگی دست به دست هم می دهند و باعث ایجاد بیماری های مزمن و غیر واگیر دار از جمله افسردگی، دیابت، بیماری قلبی- عروقی و سرطان شده که علل اصلی مرگ را در جوامع تشکیل می دهند(۵). از طرفی وضعیت فعلی سالمندان کشور ما رضایت بخش نیست، به طوری که ۱۰ درصد افراد بالای ۶۰ سال دچار آلزایمر هستند، ۲۵ درصد سالمندان دچار اختلالات روانی، بیش از ۵۰ درصد اختلالات حرکتی و حدود یک هشتم تا یک چهارم سالمندان مبتلا به بیماری قلبی هستند(۱) و سالمندان در صورتی می توانند از میزان خطر ابتلا به این بیماری ها بکاهند که هر چه زودتر رفتارهای غیر بهداشتی خود را تغییر دهند(۶). در واقع یکی از عواملی که مشخص می کند که سالمندی چگونه سپری شود، سبک زندگی بکار گرفته شده در طی دوران زندگی است که تعیین کننده میزان سلامت فرد سالمند است؛ لذا سبک و شیوه زندگی از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است، به طوری که عملکرد دستگاه ایمنی بدن افرادی که به طور کلی شیوه زندگی سالمی دارند شامل ورزش کردن، به اندازه خوابیدن، متعادل غذا خوردن و سیگار نکشیدن قوی تر است و یک شیوه زندگی سالم باعث بهبود سلامت فرد می شود(۶). به عبارت دیگر با کنترل وزن بدن، تغذیه متعادل و فعالیت بدنی در سنین پایین می توان از بروز افزایش فشار خون و بسیاری از بیماری های دوران سالمندی جلوگیری کرد که این کار مستلزم علاقه مند کردن و درگیر کردن همه جامعه در جهت تغییر سبک زندگی است(۲،۷).

صابریان و همکاران (۱۳۸۲) در مطالعه ای به این نتیجه رسیدند که وضعیت اقتصادی، اجتماعی، رفاهی و بهداشتی اکثر سالمندان در سطح پایین است و این قشر جامعه نیاز به مواظبت و حمایت بیشتری دارند(۸). مطالعه حشمتی و همکاران (۱۳۹۱) نیز نشان داد که وضعیت رفتارهای ارتقا دهنده سلامت سالمندان در سطح مطلوبی نمی باشد و با توجه به افزایش جمعیت سالمندان این اوضاع به مراتب نامطلوب تر و مشکلات آن بیشتر خواهد شد(۹،۱۰). طبیعی است که بعد از سه چهارم دهه آینده، جوانان امروز به سالمندانی تبدیل می شوند که در جامعه امروز ما هرگز

اول مشتمل بر ۵ سؤال در زمینه مشخصات دموگرافیک شامل سن، جنس، سطح تحصیلات، شغل و وضعیت تاهل و یک سؤال در رابطه با وضعیت سلامتی فرد به صورت خود اظهاری و بخش دوم شامل سئوالات سبک زندگی در ۵ حیطه (۱۵ سؤال در حیطه پیشگیری، ۵ سؤال در حیطه فعالیت جسمی، ورزش، تفریح و سرگرمی، ۱۴ سؤال در حیطه تغذیه سالم، ۵ سؤال در حیطه مدیریت تنش و ۷ سؤال در حیطه روابط اجتماعی و بین فردی) است. شیوه کد گذاری داده ها بدین صورت بود که به سئوالاتی که دارای گزینه های هرگز، به ندرت، گاهی، اغلب و همیشه بودند به ترتیب از ۱ تا ۵ کدگذاری شدند و سئوالاتی که دارای گزینه های کم، متوسط و زیاد بودند به ترتیب از ۱ تا ۳ کدگذاری شدند.

داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-۱۸ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت و نتایج با استفاده از جداول توزیع فراوانی و آزمون های تی مستقل، آنالیز واریانس، کای اسکوتر، اسپیرمن در سطح معنی داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت و گزارش گردید. به منظور مقایسه میانگین نمره سبک زندگی بر حسب جنس، زندگی با همسر، زندگی با خانواده و وضعیت سلامتی از آزمون تی مستقل و برای مقایسه میانگین نمره سبک زندگی در گروه های سنی و تحصیلات از آزمون آنالیز واریانس استفاده شد. به منظور بررسی ارتباط بین سطوح حیطه های سبک زندگی (پیشگیری، فعالیت جسمی، ورزش، تفریح و سرگرمی، تغذیه سالم، مدیریت تنش و روابط اجتماعی و بین فردی) با مشخصات دموگرافیک از آزمون کای اسکوتر استفاده شد، همچنین برای تعیین ارتباط بین سن با سبک زندگی و حیطه های آن از ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد. کلیه نمونه ها به صورت آگاهانه و با رضایت کامل وارد تحقیق شدند و اطلاعات به صورت محرمانه نزد محقق باقی خواهند ماند.

یافته ها

با جمع نمودن امتیازات حداکثر و حداقل نمره قابل هر حیطه و همچنین سبک زندگی کل تعیین شده و بر اساس دستورالعمل پرسشنامه که در جدول شماره ۱ به آن اشاره

امکانات ویژه زندگی آن ها طراحی و فراهم نگردیده است؛ مگر آنکه مسئولان از امروز برخلاف دوران کودکی و نوجوانی آنان برای سن سالمندی آن ها برنامه ریزی منطقی و درستی انجام دهند. باید گفت که هنوز فرصت برنامه ریزی و ایجاد ساختار مناسب خدمات دهی به سالمندان را برای آینده داریم، ولی اگر غفلت کنیم جبران آن به دلیل زمان از دست رفته و بار مالی بالای آن در سال های آینده امکان پذیر نخواهد بود (۱، ۴، ۱۱).

این حقایق حاکی از اهمیت موضوع است، لذا با توجه به اینکه تاکنون تحقیقی در زمینه سبک زندگی سالمندان و به ویژه در شهر کاشمر صورت نگرفته، مطالعه حاضر با هدف تعیین سبک زندگی سالمندان شهر کاشمر طراحی و اجرا شد.

روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی بوده که در بهار سال ۱۳۹۱ بر روی ۲۶۷ نفر از افراد بالای ۶۰ سال شهر کاشمر تحت پوشش پایگاه های بهداشتی انجام شد. روش نمونه گیری از نوع چند مرحله ای بود، بدین صورت که تمامی پایگاه های بهداشتی شهر کاشمر (شش پایگاه بهداشتی) انتخاب شده و با مراجعه به هر یک از پایگاه ها ابتدا بر اساس دفتر سرشماری سال ۱۳۹۰، کلیه شماره خانوارهای تحت پوشش پایگاه بهداشتی که دارای افراد بالای ۶۰ سال هستند استخراج گردیده و با استفاده از روش نمونه گیری طبقه ای بر اساس جمعیت سالمند تحت پوشش هر پایگاه نمونه گیری از بین آن ها انجام شد. همچنین سالمندانی که آرزایم داشتند و یا توانایی پاسخ به سئوالات را نداشتند از مطالعه خارج شدند. برای تکمیل پرسشنامه در ابتدا، هدف انجام تحقیق و روش مصاحبه طی یک جلسه ۹۰ دقیقه ای به روش آموزش چهره به چهره به سه پرسشگر آموزش داده شد. داده ها از طریق مراجعه پرسشگران آموزش دیده به منازل افراد به روش مصاحبه با استفاده از پرسشنامه استاندارد جمع آوری گردید. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه سنجش سبک زندگی سالم در سالمندان بود که روایی و پایایی این پرسش نامه در مطالعه اسحاقی و همکاران (۱۳۸۹) مورد تایید قرار گرفته است و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ مورد تایید قرار گرفته است. این پرسشنامه شامل دو بخش است؛ بخش

شده است، سطح بندی هر حیطة و سبک زندگی کل صورت گرفت (جدول ۱).

جدول ۱: حداقل و حداکثر نمرات قابل اکتساب سبک زندگی به تفکیک حیطة ها و دستورالعمل دسته بندی سطوح آن

ابعاد سبک زندگی	نمرات		وضعیت	
	حداقل	حداکثر	مطلوب	متوسط
پیشگیری	۱۵	۷۳	۵۴-۷۳	۳۵-۵۳
فعالیت جسمی	۵	۲۱	۱۷-۲۱	۱۱-۱۶
تغذیه	۱۴	۵۷	۴۳-۵۷	۲۹-۴۲
مدیریت تنش	۵	۲۵	۱۹-۲۵	۱۲-۱۸
روابط اجتماعی و بین فردی	۷	۳۵	۲۷-۳۵	۱۷-۲۶
سبک زندگی کل	۴۶	۲۱۱	۱۵۶-۲۱۱	۹۹-۱۵۵

از مجموع ۲۶۷ سالمند مورد بررسی، ۱۴۰ نفر (۵۲/۴ درصد) مرد و ۱۲۷ نفر (۴۷/۶ درصد) زن بودند و میانگین سن آن ها $69/03 \pm 6/22$ بود. $74/9$ درصد با همسر زندگی می کنند و از نظر سطح تحصیلات اغلب سالمندان (۶۲/۹ درصد) بیسواد بودند. وضعیت سبک زندگی $67/4$ درصد (۱۸۰ نفر) از سالمندان مورد مطالعه متوسط و $32/6$ درصد (۸۷ نفر) مطلوب بود. آزمون آنالیز واریانس نشان داد میانگین نمره سبک زندگی سالمندان در گروه های سنی مختلف تفاوت معنی داری داشت ($P=0/001$)، به طوری که در گروه های سنی بالاتر میانگین نمره سبک زندگی کمتر بود. آزمون تی مستقل نشان داد بین سبک زندگی و جنس رابطه آماری معنی داری وجود ندارد، ولی بین سبک زندگی و زندگی با همسر رابطه معنی داری وجود دارد (جدول ۲).

$72/7$ درصد سالمندان در حیطة پیشگیری سبک زندگی وضعیت مطلوبی داشتند، همچنین آزمون اسپیرمن نشان داد که بین سن و حیطة پیشگیری سبک زندگی رابطه معکوس و معنی داری وجود دارد؛ یعنی با افزایش سن حیطة پیشگیری ضعیف تر می شود ($P=0/453$) ($r=-0/001$). سالمندان زن نسبت به سالمندان مرد در حیطة پیشگیری وضعیت مطلوب تری دارند و آزمون کای اسکوتر نشان داد بین حیطة پیشگیری سبک زندگی و جنس رابطه معنی دار وجود داشت ($P=0/034$). سالمندانی که با همسر خود زندگی می کنند و همچنین سالمندانی که سطح سواد بالاتری دارند وضعیت

مطلوب تری در حیطة پیشگیری نسبت به دیگران دارند ($P=0/001$).

همچنین نتایج نشان داد که $11/6$ درصد سالمندان در حیطة فعالیت بدنی سبک زندگی وضعیت مطلوب داشتند و آزمون اسپیرمن نشان داد بین سن و حیطة فعالیت بدنی رابطه معکوس و معنی داری وجود دارد ($P=0/001$) ($r=0/226$).

در حیطة فعالیت بدنی سالمندان مرد وضعیت مطلوب تری نسبت به سالمندان زن دارند، ولی آزمون کای اسکوتر رابطه معنی داری را نشان نداد. همچنین کسانی که با همسر خود زندگی می کنند در حیطة فعالیت بدنی وضعیت مطلوب تری دارند، ولی آزمون کای اسکوتر رابطه معنی داری را نشان نداد. فعالیت بدنی سالمندان در سالمندان بیسواد نامطلوب تر بود، همچنین آزمون کای اسکوتر نشان داد بین فعالیت بدنی سبک زندگی و سطح سواد ارتباط معنی داری وجود دارد ($P=0/001$) (جدول ۳). $4/5$ درصد سالمندان در حیطة تغذیه سبک زندگی وضعیت مطلوبی داشتند که این نشان دهنده تغذیه نامناسب سالمندان می باشد. آزمون اسپیرمن نشان داد بین سن و حیطة تغذیه سبک زندگی رابطه معنی داری وجود ندارد ($r=-0/107$ ، $P=0/080$). سالمندان مرد در حیطة تغذیه وضعیت بهتری داشتند، ولی آزمون کای اسکوتر رابطه معنی داری را نشان نداد. همچنین سالمندانی که با همسر خود زندگی می کنند در حیطة تغذیه وضعیت مطلوب تری دارند، ولی آزمون کای اسکوتر رابطه معنی داری را نشان نداد. سالمندان با سطح سواد بالا در حیطة تغذیه وضعیت مطلوبتری دارند، ولی آزمون کای اسکوتر رابطه معنی داری را نشان نداد.

در این مطالعه $37/1$ درصد سالمندان در حیطة تنش سبک زندگی وضعیت مطلوبی داشتند و بین سن و حیطة تنش سبک زندگی رابطه معنی دار و منفی وجود دارد، به طوری که با افزایش سن حیطة تنش سبک زندگی ضعیف تر می شود ($r=-0/252$ ، $P<0/001$) و بین دو گروه زن و مرد در حیطة تنش تفاوت زیادی وجود ندارد و آزمون کای اسکوتر نیز در این باره رابطه ای را نشان نداد. سالمندانی که با همسر خود زندگی می کنند در حیطة تنش وضعیت مطلوبتری دارند.

جدول ۲: توزیع فراوانی سالمندان و مقایسه میانگین نمره های سبک زندگی

متغیر	تعداد (درصد)	میانگین نمره ± انحراف معیار	ارزش P
سن	۶۰ تا ۶۹ سال	۱۵۹ (۵۹/۶)	
سن	۷۰ تا ۷۹ سال	۹۰ (۳۳/۷)	P=۰/۰۰۱
	۸۰ و بالاتر	۱۸ (۶/۷)	
جنس	مرد	۱۴۰ (۵۲/۴)	P=۰/۰۵۴۸
	زن	۱۲۷ (۴۷/۶)	
**زندگی با همسر	بله	۲۰۰ (۷۴/۹)	P=۰/۰۰۱
	خیر	۱۶۷ (۲۵/۱)	
**زندگی با خانواده	بله	۲۳۱ (۸۶/۵)	P=۰/۰۰۱
	خیر	۳۶ (۱۳/۵)	
**سالم	هستم	۵۷ (۲۱/۳)	P=۰/۰۰۱
	نیستم	۲۱۰ (۷۸/۷)	
**تحصیلات	بیسواد	۱۶۸ (۶۲/۹)	P=۰/۰۰۱
	ابتدایی	۶۳ (۲۳/۶)	
	راهنمایی و بالاتر	۳۶ (۱۳/۵)	

*آزمون آنالیز واریانس؛ **آزمون تی مستقل

جدول ۳: توزیع فراوانی حیطه پیشگیری و فعالیت بدنی سبک زندگی سالمندان به تفکیک جنس، تحصیلات و زندگی با همسر

ارزش P	مطلوب تعداد(درصد)	متوسط تعداد(درصد)	نامطلوب تعداد(درصد)	فعالیت بدنی		ارزش P	مطلوب تعداد(درصد)	متوسط تعداد(درصد)	حیطه پیشگیری	
				متغیر	متغیر				متغیر	متغیر
P=۰/۴۸۵	۱۹ (۱۳/۶)	۹۳ (۶۶/۴)	۲۸ (۲۰)	مرد	جنس	۹۴ (۶۷/۱)	۴۶ (۳۲/۹)	مرد	جنس	
	۱۲ (۹/۴)	۹۲ (۷۲/۴)	۲۳ (۱۸/۱)	زن		۱۰۰ (۷۸/۷)	۲۷ (۲۱/۳)	زن		
P=۰/۰۹۰	۲۵ (۱۲/۵)	۱۳۹ (۶۹/۵)	۳۶ (۱۸/۵)	بله	زندگی با همسر	۱۵۷ (۷۸/۵)	۴۳ (۲۱/۵)	بله	زندگی با همسر	
	۶ (۹)	۴۶ (۲۸/۷)	۱۵ (۲۲/۴)	خیر		۳۷ (۵۵/۲)	۳۰ (۴۴/۸)	خیر		
P=۰/۰۰۱	۱۳ (۷/۷)	۱۱۷ (۹۶/۶)	۳۸ (۲۲/۶)	بیسواد	تحصیلات	۱۰۵ (۶۲/۵)	۶۳ (۳۷/۵)	بیسواد	تحصیلات	
	۵ (۷/۹)	۴۷ (۷۴/۶)	۱۱ (۱۷/۵)	ابتدایی		۵۵ (۸۷/۳)	۸ (۱۲/۷)	ابتدایی		
	۱۳ (۳۶/۱)	۲۱ (۵۸/۳)	۲ (۵/۶)	راهنمایی و بالاتر		۳۴ (۹۴/۴)	۲ (۵/۶)	راهنمایی و بالاتر		
	۳۱ (۱۱/۶)	۱۸۵ (۶۹/۳)	۵۱ (۱۹/۱)	جمع		۱۹۴ (۷۲/۷)	۷۳ (۲۷/۳)	جمع		

آزمون کای اسکور

جدول ۴: توزیع فراوانی حیطه تغذیه و تنش سبک زندگی سالمندان به تفکیک جنس، تحصیلات و زندگی با همسر

ارزش P	مطلوب تعداد(درصد)	متوسط تعداد(درصد)	نامطلوب تعداد(درصد)	تنش		ارزش P	مطلوب تعداد(درصد)	متوسط تعداد(درصد)	نامطلوب تعداد(درصد)	حیطه تغذیه	
				متغیر	متغیر					متغیر	متغیر
P=۰/۸۳۶	۵۱ (۳۶/۴)	۸۴ (۶۰)	۵ (۳/۶)	مرد	جنس	۷ (۵)	۱۱۵ (۸۲/۱)	۱۸ (۱۲/۹)	مرد	جنس	
	۴۸ (۳۷/۸)	۷۶ (۵۹/۸)	۳ (۲/۴)	زن		۵ (۳/۹)	۱۰۴ (۸۱/۹)	۱۸ (۱۴/۲)	زن		
P=۰/۰۰۱	۸۹ (۴۴/۵)	۱۱۰ (۵۵)	۱ (۱۰/۵)	بله	زندگی با همسر	۱۱ (۵/۵)	۱۶۲ (۸۱)	۲۷ (۱۳/۵)	بله	زندگی با همسر	
	۱۰ (۱۴/۹)	۵۰ (۷۴/۶)	۷ (۱۰/۴)	خیر		۱ (۱/۵)	۵۷ (۸۵/۱)	۹ (۱۳/۴)	خیر		
P=۰/۰۰۱	۵۱ (۳۰/۴)	۱۱۰ (۶۵/۵)	۷ (۴/۲)	بیسواد	تحصیلات	۷ (۴/۲)	۱۳۶ (۸۱)	۲۵ (۱۴/۹)	بیسواد	تحصیلات	
	۲۶ (۴۱/۳)	۳۷ (۵۸/۷)	۰	ابتدایی		۱ (۱/۶)	۵۴ (۸۵/۷)	۸ (۱۲/۷)	ابتدایی		
	۲۲ (۶۱/۱)	۱۳ (۳۶/۱)	۱ (۲/۸)	راهنمایی و بالاتر		۴ (۱۱/۱)	۲۹ (۸۰/۶)	۳ (۸/۳)	راهنمایی و بالاتر		
	۹۹ (۳۷/۱)	۱۶۰ (۵۹/۹)	۸ (۳)	جمع		۱۲ (۴/۵)	۲۱۹ (۸۲)	۳۶ (۱۳/۵)	جمع		

آزمون کای اسکور

در حفظ و ارتقای سلامت سالمندان می باشد. لذا آموزش شیوه های زندگی سالم در زمان سالمندی و حتی در دوران قبل از سالمندی ضروری به نظر می رسد.

بر اساس نتایج بدست آمده، ارتباط معنی دار و معکوس بین سن و سبک زندگی سالمندان وجود دارد که نتایج مطالعه حاضر با بررسی های انجام شده توسط حاج باقری و همکارانش (۱۳۸۸) مطابقت دارد (۱۳)، به نظر می رسد با افزایش سن به دلیل تحلیل عضلانی و ناتوانی وضعیت سبک زندگی نامطلوب تر می شود، این در حالی است که اگر در سنین قبل از سالمندی، اصلاح رفتار در جهت افزایش فعالیت بدنی، بهبود وضعیت تغذیه، مدیریت تنش، بهبود روابط اجتماعی و به طور کلی سبک زندگی صورت گیرد، ناتوانی ناشی از سالمندی کاهش می یابد. از طرفی هنگامی که افراد به سالخوردگی می رسند اکثر ارزش ها و رفتارهای مرتبط با سلامت در آن ها شکل گرفته و تغییرشان دشوار است و می بایست با استفاده از روش های آموزشی نوین و مدل های آموزشی، مداخلات لازم جهت ارتقای وضعیت سبک زندگی و ارتقای سلامت سالمندان را طراحی و اجرا نمود.

همچنین نتایج نشان می دهد بین سطح تحصیلات و سبک زندگی ارتباط معنی داری وجود دارد که با یافته های رفعتی و همکارانش (۱۳۸۲) همخوانی دارد (۱۴). از طرفی با افزایش سطح تحصیلات، وضعیت سبک زندگی نیز بهبود یافت. به نظر می رسد سالمندان باسواد به دلیل داشتن مهارت های زندگی بهتر، توانایی مطالعه نمودن و داشتن جهان بینی مناسب تری نسبت به زندگی، معمولاً سبک زندگی مطلوب تری دارند، از طرفی درصد بالایی از سالمندان بی سواد می باشند، لذا به نظر می رسد از یک سو می بایست برنامه هایی جهت باسواد نمودن سالمندان و ارتقای دیدگاه های آن ها در جهت زندگی سالم صورت گیرد و از طرف دیگر سالمندان بیسواد به عنوان گروه های در معرض خطر، مورد بررسی قرار گیرند و مداخلات مناسب به منظور ارتقای سطح سلامتی آن ها صورت گیرد.

در مطالعه حاضر بین جنس و سبک زندگی ارتباط معنی داری وجود نداشت، اما در مطالعه وحدانی نیا و همکارانش

همچنین آزمون کای اسکوتر نشان داد بین این دو متغیر رابطه معنی دار و مستقیم وجود دارد ($P=0/001$). سالمندان با سطح سواد بالا در حیطه تنش وضعیت مطلوبتری داشتند و آزمون کای اسکوتر نشان داد بین حیطه تنش سبک زندگی و جنس ارتباط معنی داری وجود دارد ($P=0/005$) (جدول ۴). در حیطه روابط اجتماعی، سبک زندگی ۶۸ درصد سالمندان وضعیت مطلوبی داشتند. همچنین بین سن و حیطه روابط اجتماعی سبک زندگی رابطه معنی دار و معکوس وجود داشت ($P=-0/311$) ($F=0/001$)؛ یعنی اینکه با افزایش سن حیطه روابط اجتماعی زندگی ضعیف تر می شود. سالمندان مرد در حیطه روابط اجتماعی وضعیت مطلوبتری دارند ولی آزمون کای اسکوتر رابطه معنی داری را نشان نداد. سالمندانی که با همسر خود زندگی می کنند در حیطه روابط اجتماعی وضعیت مطلوب تری دارند و آزمون کای اسکوتر نشان داد این تفاوت از نظر آماری معنی دار است ($P=0/001$). سالمندان با سطح سواد بالا در حیطه روابط اجتماعی وضعیت مطلوب تری دارند و آزمون کای اسکوتر رابطه معنی داری را نشان داد ($P=0/001$) (جدول ۵).

جدول ۵: توزیع فراوانی روابط اجتماعی سبک زندگی سالمندان به تفکیک

متغیر	جنس، تحصیلات و زندگی با همسر	
	متوسط تعداد(درصد)	مطلوب تعداد(درصد)
جنس	مرد	(۲۷/۹)۳۹
	زن	(۳۶/۲)۴۶
زندگی با همسر	بله	(۲۳)۴۶
	خیر	(۵۸/۲)۳۹
تحصیلات	بیسواد	(۳۹/۹)۶۷
	ابتدایی	(۲۵/۴)۴۷
	راهنمایی و بالاتر	(۵/۶)۲
جمع	(۳۱/۸)۸۵	(۶۸/۲)۱۸۲

آزمون کای اسکوتر

بحث

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، نمره سبک زندگی کل در اکثر سالمندان مورد بررسی وضعیت مطلوبی ندارد، مطالعات دیگر نیز نشان داده اند که سبک زندگی و رعایت رفتارهای بهداشتی در سالمندان وضعیت مطلوبی ندارد (۱۰،۸) و این در حالی است که سبک زندگی مهمترین و موثرترین عامل

زن در وضعیت بهتری بودند، به نظر می‌رسد سالمندان زن برای پیشگیری از بیماری‌ها و حفظ سلامت اهمیت بیشتری قائل هستند، اما مردان به دلایل مختلف اهمیت کمتری را برای پیشگیری از بیماری‌ها قائل هستند. لذا پیشنهاد می‌شود مداخلات لازم برای ارتقای نگرش سالمندان نسبت به پیشگیری از بیماری‌ها صورت گیرد و از طریق اصلاح سبک زندگی در این حیطه، میزان بروز و شیوع بیماری‌ها را در سالمندان کاهش داد که علت این تفاوت را می‌توان به بیشتر بودن امید به زندگی در زنان نسبت به مردان توجیه کرد. سالمندان زن در سنین پایین‌تر کیفیت زندگی یکسانی با مردان داشتند اما وضعیت بهداشتی زنان با افزایش سن به شدت تنزل می‌یابد که این موضوع با مطالعه وحدانی نیا مطابقت دارد (۱۵). در مطالعه حشمتی و همکاران بین جنس و رفتارهای بهداشتی ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد (۱۰). در مطالعه رفعتی بیشترین نوع شغل زنان، خانه‌داری بود؛ شغلی که عملاً هیچ‌گونه حقوق یا دستمزدی به آن تعلق نمی‌گیرد و این افراد کیفیت زندگی پایین‌تری را از نظر عملکرد جسمانی و سلامت عمومی داشتند (۱۴).

همچنین ارتباط معنی‌داری بین وضعیت تاهل در حیطه پیشگیری سبک زندگی مشاهده گردید، به طوری که افرادی که با همسر خود زندگی می‌کنند وضعیت مطلوب‌تری نسبت به افرادی که مجرد هستند و تنها زندگی می‌کنند برخوردارند و این احتمالاً ناشی از آن است که سالمندان دارای همسر، سطح بالاتری از فعالیت و روابط اجتماعی را حفظ می‌کنند که با مطالعات پهلوان زاده، حمیدی زاده، منظوری و حشمتی و همکاران مطابقت دارد (۲۰-۱۸، ۱۰).

در مطالعه نامجو و همکاران (۱۳۸۹) رفتارهای بهداشتی در بین افراد متأهل ارتباط بیشتری دارد (۱۶). به نظر می‌رسد زندگی با همسر موجب افزایش حس تعهد نسبت به یکدیگر شده و این امر موجب می‌شود تا سالمندان در زمینه پیشگیری از بیماری‌ها، اهتمام بیشتری ورزند. در مطالعه حاضر اکثر افراد بیسواد بودند و افراد با سطح سواد بالاتر در حیطه پیشگیری وضعیت مطلوب‌تری داشتند که با مطالعات مشابه مطابقت دارد (۱۴-۱۳، ۲۰). به نظر می‌رسد افزایش سطح سواد موجب افزایش ادراک سالمندان نسبت به جنبه‌های مختلف زندگی از جمله پیشگیری از بیماری‌ها می‌

گردد (۱۳۸۳) جنس تفاوت معنی‌داری از نظر آماری نشان داد که می‌تواند ناشی از تفاوت فرهنگی افراد دو جامعه فوق باشد (۱۵). در این پژوهش ارتباط معنی‌داری بین وضعیت تاهل و سبک زندگی مشاهده گردید، به طوری که افرادی که با همسر خود زندگی می‌کردند از سبک زندگی مطلوب‌تری برخوردار بودند که با یافته‌های حاج باقری و نامجو و همکارانش (۱۳۸۹) همخوانی دارد (۱۳، ۱۶). در مطالعه حشمتی نیز سالمندانی که به تنهایی زندگی می‌کردند از تعداد دندان طبیعی کمتری برخوردار بودند (۱۷). در مطالعات مختلف تاثیر مطلوب زندگی با همسر و تاهل مورد تاکید قرار گرفته است. در این زمینه ذکر دو نکته ضروری به نظر می‌رسد، اول ممکن است این تفاوت به این علت باشد که افرادی که سالم‌تر هستند بیشتر ازدواج می‌کنند، دوم ممکن است زندگی با همسر موجب بهبود و ارتقای سطح سلامتی شود. به هر حال سالمندانی که به تنهایی زندگی می‌کنند، سبک زندگی نامطلوب‌تری دارند لذا پیشنهاد می‌شود سالمندانی که به تنهایی زندگی می‌کنند، به عنوان گروه‌های آسیب‌پذیر مورد بررسی قرار گرفته و مداخلات لازم از جمله مداخلات آموزشی به منظور ارتقای سبک زندگی و سلامت آنها صورت گیرد از سایر مداخلات می‌توان به تاثیر بر هنجارهای انتزاعی به منظور فراهم نمودن شرایط لازم جهت ازدواج سالمندان صورت گیرد.

در پژوهش حاضر اکثر سالمندان در حیطه پیشگیری وضعیت مطلوبی داشت، بین سن و حیطه پیشگیری سبک زندگی رابطه معنی‌دار و معکوس وجود دارد به طوری که با افزایش سن سبک زندگی سالمندان در حیطه پیشگیری ضعیف‌تر می‌شود که با مطالعه حاج باقری و همکارانش و وحدانی نیا و همکارانش مطابقت دارد (۱۵، ۱۳). با افزایش سن وضعیت بهداشت فرد سالمند سیر نزولی داشته، زیرا سالمندان در این دوره با ناتوانی در انجام اعمال روزمره نظیر حمام کردن و لباس پوشیدن مواجه می‌شوند. در مطالعه ای که توسط حشمتی و همکاران (۱۳۹۱) و رفعتی و همکاران (۱۳۸۳) انجام گرفت بین سن و بهداشت فردی و کیفیت زندگی دوره سالمندی رابطه‌ای مشاهده نشد (۱۰، ۱۴).

در مطالعه حاضر بین جنس با حیطه پیشگیری سبک زندگی ارتباط معنی‌داری وجود دارد، به طوری که سالمندان

سالمندان و بالا بودن سطح تحصیلات آنان رابطه مستقیمی وجود داشت (۲۱). به نظر می‌رسد سالمندان باسواد از یک سو ارزش بیشتری برای سلامتی قائل هستند و از سوی دیگر دارای زندگی منظم‌تر و با هدف‌تری هستند، از طرف دیگر سالمندان بی‌سواد ممکن است از نظر اقتصادی-اجتماعی در سطح مطلوبی نبوده که در این صورت هم موضوع سلامتی و ورزش کردن برای آنها در اولویت نیست و همچنین زمان کمتری را برای انجام فعالیت بدنی دارا می‌باشند، لذا سالمندان بیسواد را می‌بایست به عنوان جمعیت در معرض بی‌حرکی، مورد بررسی قرار داد و بیماری‌ها و مشکلات بهداشتی مرتبط با کم‌حرکی مانند ضعف عضلانی، بیماری‌های قلبی-عروقی و... را در آنها شناسایی نمود و مداخلات مناسب را با توجه به سطوح پیشگیری طراحی و اجرا نمود.

در مطالعه حاضر بین جنس و تاهل با فعالیت فیزیکی ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد، اما در مطالعه بابک و همکارانش (۱۳۹۰) وضعیت فعالیت فیزیکی در مردان مطلوب‌تر بود (۲۲). در مطالعه حاضر گرچه تفاوت‌ها از نظر آماری معنی‌دار نبود، اما مردان و سالمندانی که با همسر زندگی می‌کردند، وضعیت فعالیت فیزیکی مطلوب‌تری داشتند. به نظر می‌رسد مردان احساس آزادی اجتماعی بیشتری دارند، لذا انجام فعالیت فیزیکی در آن‌ها بیشتر می‌شود لذا پیشنهاد می‌شود تسهیلات لازم به منظور فراهم شدن شرایط ورزش و انجام فعالیت فیزیکی برای زنان فراهم شود. از طرفی افرادی که به تنهایی زندگی می‌کنند به عنوان گروه‌های آسیب‌پذیر در این زمینه مورد توجه ویژه قرار گیرند.

در مطالعه حاضر بین سن، جنس، تاهل و سطح سواد در حیطه تغذیه سبک زندگی رابطه معنی‌داری وجود نداشت. اکثر سالمندان نیز در حیطه تغذیه وضعیت مطلوبی نداشتند که با مطالعه ملک‌افضلی و همکاران (۱۳۸۶) و شریف‌زاده و همکاران (۱۳۸۹) مطابقت داشت (۲۳، ۲۴). از آن‌جا که درصد بالایی از بیماری‌ها و مشکلات دوران سالمندی مربوط به تغذیه می‌باشد، حیطه تغذیه از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است. با توجه به این موضوع آموزش تغذیه در افراد سالمند می‌تواند مفید باشد، بخصوص افرادی که به

شود. از سویی سالمندان بیسواد معمولاً به دلیل موانع ارتباطی و نداشتن یک جهان بینی مطلوب در زمینه سلامتی، از نظر پیشگیری از بیماری‌ها در سطح مطلوبی نیستند. لذا پیشنهاد می‌شود سالمندان بیسواد به عنوان یک گروه در معرض خطر بیماری‌ها مورد توجه بیشتری قرار گیرند و از طریق انجام مداخلات مختلف از جمله آموزش توسط همسالان، زمینه لازم را برای ارتقای دانش، بینش و عملکرد آن‌ها در زمینه پیشگیری از بیماری‌ها فراهم نمود. همچنین با توجه به اینکه آموزش به سالمندان به ویژه سالمندان بیسواد نیاز به مهارت‌های خاصی دارد، پیشنهاد می‌شود کارمندان بهداشتی در زمینه آموزش سالمندان بیسواد، آموزش داده شوند و توانمندی‌های لازم را در آن‌ها ایجاد نمود. در مطالعه حشمتی و همکاران بین تحصیلات و بهداشت فردی ارتباطی دیده نشد که این امر می‌تواند ناشی از همگن بودن در زمینه تحصیلات و حجم نمونه کم در سطح تحصیلات مختلف باشد که در این زمینه ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد (۱۰).

در مطالعه حاضر بین سن و فعالیت ورزشی رابطه معنی‌دار و معکوس وجود دارد، به نظر می‌رسد با افزایش سن به علت تحلیل عضلانی و در نتیجه کاهش توانایی از فعالیت بدنی کاسته می‌شود. نامجو و همکارانش نیز مشکلات جسمی و کاهش قدرت بدنی و خستگی پس از انجام ورزش را عامل کاهش تمایل به انجام ورزش در سنین پیری می‌داند (۱۶). بنابراین پیشنهاد می‌شود از یک طرف اصلاح سبک زندگی در حیطه فعالیت بدنی در سنین پایین‌تری صورت گیرد و از این طریق از تحلیل عضلانی در سالمندان پیشگیری نمود، از طرف دیگر با انجام فعالیت‌های بدنی سبک در سالمندان دارای سن بالا و ناتوان، بتدریج توانایی‌های آنان را ارتقا بخشید و به تدریج میزان فعالیت بدنی در این گروه از سالمندان را افزایش داد. در مطالعه حاضر بین سطح تحصیلات و فعالیت بدنی رابطه معنی‌داری وجود دارد، به طوری که با افزایش سطح تحصیلات فعالیت بدنی نیز افزایش می‌یابد. در مطالعه حاج‌باقری نیز شدت ناتوانی در سالمندان بیسواد بیشتر است که نشان‌دهنده کم‌حرکی بالا در این گروه از سالمندان می‌باشد (۱۳). در مطالعه صمدی و همکارانش (۱۳۸۶) نیز بین میزان فعالیت فیزیکی

از فعالیتهای اجتماعی و همکاران خود مواجه گشته که منجر به افت کارایی و تنهایی و ناتوانی در آنان می گردد. در برخی کشورها جنبشی برای استفاده از سالمندان جوان به کار مناسب پدید آمده است، به طور حتم تحت چنین شرایطی آن ها احساس ارزشمندی نموده و فرصت هایی را برای برقراری روابط اجتماعی با دیگران کسب خواهند نمود (۸). در مطالعه حاضر بین جنس و روابط اجتماعی رابطه معنی داری مشاهده نشد. در مطالعه حاضر سالمندانی که با همسر خود زندگی می کردند و سالمندانی که سطح سواد بالاتری دارند در حیطه روابط اجتماعی در سطح مطلوب تری بودند که با سایر مطالعات مشابه در این زمینه همخوانی دارد (۱۰، ۱۴). سالمندان دارای همسر سطح فعالیت و روابط اجتماعی خود را حفظ می کنند، در حالی که سالمندان فاقد همسر به تدریج گوشه گیر تر شده و از سطح فعالیت و روابط اجتماعی و میزان انگیزه شان در انجام اعمال روزمره کاسته می شود و این مسئله بیانگر این است که سالمندان مجرد و بیوه نیاز به مراقبت و توجه بیشتری دارند و در برنامه ریزی های بهداشتی می بایست تا کید بیشتری به این گروه ها صورت گیرد.

از محدودیت های این مطالعه، توصیفی بودن مطالعه است. یکی دیگر از محدودیت های مطالعه حاضر، پایین بودن سطح تحصیلات و در بعضی موارد ضعف شنوایی سالمندان مورد مطالعه بود که این موضوع موجب کاهش ادراک آنها شده و در برخی موارد می بایست چندین بار سئوالات توضیح داده شوند تا سالمند قادر به پاسخگویی باشد. از طرفی زیاد بودن تعداد سئوالات پرسشنامه و ضعف جسمانی سالمندان نیز موجب می شد تا در هنگام پاسخگویی به سئوالات دچار خستگی شوند و این موضوع زمان تکمیل پرسشنامه ها را افزایش می داد. لذا پیشنهاد می شود در مطالعات بعدی از پرسشنامه هایی با تعداد سئوالات کمتر استفاده شود.

نتیجه گیری

با توجه به اینکه درصد بالایی از سالمندان سبک زندگی مطلوبی ندارند، پیشنهاد می شود مداخلات لازم از جمله مداخلات آموزشی به منظور ارتقای وضعیت سبک زندگی سالمندان صورت گیرد. از طرفی با افزایش سن، کمتر شدن

تنهایی زندگی می کنند اغلب دلبستگی خود را نسبت به پخت غذا و از اینکه برای خودشان غذا تهیه نمایند از دست می دهند و به دلیل کاهش فعالیت بدنی از خرید کردن منصرف می شوند و آسان است که زندگی خود را با غذاهای ساده و بدون تنوع سپری کنند که در چنین شرایطی با وجود چنین رژیم بیماری های مختلف ناشی از کمبود مواد غذایی ظاهر می شود (۲۵). در مطالعه صالحی و همکاران (۱۳۸۹) سطح تحصیلات بالاتر، با عملکرد تغذیه ای و رفتارهای مناسب همراه بود (۲۶).

در مطالعه حاضر بین تنش و سن رابطه معنی دار و منفی وجود دارد. با افزایش سن حیطه تنش سبک زندگی ضعیف تر می شود که با مطالعه کشفی و همکاران (۱۳۹۰) مطابقت دارد (۲۷) به نظر می رسد با افزایش سن به دلیل ناتوانی، ضعف عضلانی، عدم تناسب اندام و به طور کلی نگرانی از وضعیت آینده موجب افزایش تنش در سالمندان می شود. لذا پیشنهاد می شود از یک سو عوامل زمینه ساز ایجاد تنش در سالمندان را کاهش داد و از سوی دیگر حمایت های اجتماعی از سالمندان را افزایش داد و از این طریق نیز تنش را کاهش داد. در مطالعه حاضر بین دو گروه زن و مرد از نظر تنش تفاوت معنی داری مشاهده نشد، اما در مطالعه بابک مردان به طور معنی داری، وضعیت مطلوب تری در زمینه تنش داشتند (۲۲) و سالمندانی که با همسر خود زندگی می کنند و سطح تحصیلات بالاتری دارند در حیطه تنش وضعیت مطلوب تری دارند. که با مطالعات حمیدی زاده و همکاران (۱۳۸۵) و منظوری و همکاران (۱۳۸۹) مطابقت دارد و وضعیت تاهل به عنوان متغیر موثر بر میزان افسردگی شناخته شده و این بیماری را به صورت مثبت تحت تاثیر قرار می دهد (۱۹، ۲۰). به نظر می رسد با افزایش ارتباطات مثبت بین فردی و اجتماعی تنش و سایر اختلالات روانی کاهش می یابد و با توجه به اینکه سالمندان تنها ارتباطات محدودتری دارند و از حمایت کمتری برخوردارند و در نتیجه تنش در آنها بیشتر است.

در مطالعه حاضر با افزایش سن روابط اجتماعی سالمندان ضعیف تر می شود که با مطالعه منظوری و محمودیان و همکاران (۱۳۸۳) مطابقت دارد (۲۰، ۲۸). اکثریت افراد با ورود به دوره سالمندی با پدیده بازنشستگی و فاصله گرفتن

نامطلوب تر می شود. از سویی دیگر با روند رو به توسعه با صبر و حوصله در این تحقیق شرکت نمودند، قدردانی می گردد. مقاله حاضر با شماره طرح ۳۵/۲۳ تاریخ ۱۳۹۰/۷/۵ حاصل از طرح تحقیقاتی مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی گلستان می باشد.

سواد و زندگی در تجرد و تنهایی سبک زندگی سالمندان جمعیت سالمندان، توجه به سلامت، کاهش ناتوانی ها و ارتقای سبک زندگی سالمندان به ویژه سالمندان مسن تر، کم سواد و سالمندانی که به تنهایی زندگی می کنند ضروریست.

تشریح و قدردانی

بدین وسیله از همکاران شبکه بهداشت و درمان و مرکز بهداشت شهرستان کاشمر و هم چنین از سالمندان عزیزی که

References

- Hatamipour Kh, Zareei L. Health in elderly. Tehran. Boshra Press.2010;7-50.[in persian]
- Hatami H, Razavi SM, Eftekhari-Ardabili H. Text book of public health. Volume 3. Second edition. Tehran: Arjmand Press.2008;184-1864. [in Persian]
- Vosough S. Food Nutrition and Diet Therapy. Volume 2. Second edition, Tehran: Shahreab Press.2005;72-110. [in Persian]
- Heshmati H, Behnam pour N, Ghanbari MR. Demography and Ziz. First edition. Tehran: Avayedaneshgostar Press.2012;13-5. [in Persian]
- Shad pour K. Primary Health Care. First edition. Gorgan: Peykeryhan Press.2009;71. [in Persian]
- Shafiei F, Mirzaei E, Eftekhari ardebili H and et al. Health Psychology. Second edition. Tehran: Roushd Press. 2008; 228-778. [in Persian]
- Shodjaei tehrani H, Malekafzali H. Preventive and social medicine. Volume 4. fourth edition. Tehran: Semat Press.2001;14. [in Persian]
- Saberian M, Haji Aghakhani S, Ghorbani R. Survey of health, social and economic conditions of the elderly and their leisure time. Koomesh. Journal of Semnan University of Medical Sciences. 2003;4(4-3):129-36.[in Persian]
- Mirzaei M, Shamsghahfarkhi M. Demography of elderly in Iran on the basis of census between 1956 to 2006. Salmand- Iranian Journal of Ageing. 2007;2(5): 326-31.[in Persian]
- Heshmati H, Behnampour N, Haji-Ebrahimi MH, Charkazi A, Asadi Z, Dehnadi A. Elderly Hygiene Status in Rural Areas of Golestan Province in Iran. Salmand- Iranian Journal of Ageing.2012;7(24):51-5.[in Persian].
- Shodjaeitehrani H, Malekafzali H. Preventive and social medicine. Volume 3. fourth edition. Tehran: Semat Press,2001; 254. [in Persian]
- Eshaghi SR, Farajzadegan Z, Babak A. Healty lifestyle assessment questionnaire in elderly: translation, reliability and validity. Payesh. Journal of The Iranian Institute For Health Sciences Research. 2010;9(1): 91-9.[in Persian]
- Adib-Hajbaghery M, Akbari H. The severity of old age disability and its related factors. Kashan University of Medical Sciences & Health Services (Feyz).2009;13(3): 225-34.[in Persian]
- Rafati N, mehrabi Y, Montazeri A. Quality of life among Kahrizak charity institutionalized elderly people. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Researches. 2004;3(2):67-76.[in Persian]
- Vahdani Nia MS, Goshtasebi A, Montazeri A, Maftoon F. Health-related quality of life in an elderly population in Iran: A population-based study. Payesh. Journal of The Iranian Institute For Health Sciences Research.2005;4(2): 113-20.[in Persian]
- Namjoo A, Niknami M, Baghaee M, Sedghei Sabet M, Atrkar Roshan Z. Survey healthbehavior of elderly referring to retirement centers in Rasht city in 2010. The Journal of Faculty of Nursing & Midwifery of Gilan.2010; 20(63):40-8.[in Persian]
- Heshmati H, Asadi Z, Dehnadi A. Dental Status of Elderly in Maraveh-Tapeh City, Golestan. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences, Journal of Zahedan University of Medical Sciences (Tabib-e-sharh).2013;15(1): 66.
- Pahlavanzadeh F, Jarollahi O. The effect of social factors on mental health of rural elderlies. Journal of Rural development.2011;3(1):80-4.[in Persian]
- Hamidi Zadeh S, Ahmadi F, Asghari M. Study effect of relaxation technique on anxiety and stress in elders with hypertension. Shahrekord University of Medical Sciences Journal.2006;8(2):45-51.[in Persian]
- Manzouri L, Babak A, Merasi MR. The Depression Status Of The Elderly and It's Related Factors In Isfahan In 2007. Salmand- Iranian Journal of Ageing. 2010;4(14): 27-33.[in Persian]
- Samadiv S, Bayat A, Taheri H, Joneid B S, Rooz-Bahani N. Knowledge, attitude and practice of elderly towards lifestyle during aging. The Journal of Qazvin University of Medical Sciences & Health Services. 2007;11(1): 83-84.[in Persian]
- Babak A, Davari S, Aghdak P, Pirhaji O. Assessment of Healthy Lifestyle among Elderly in Isfahan, Iran. Journal of Isfahan Medical School. 2011;29(149): 1064-74.[in Persian]
- Malek Afzali H, Baradaran Eftekhary M, Hejazi F, Khojasteh T, Tabrizi R, Faridi T. Social mobilization for health promotion in the elderly. Hakim Research Journal. 2007;9(4): 1-6.[in Persian]
- Sharifzadeh H, Moodi M, Akhbari H. Investigating health status of older people supported by Imam. Salmand- Iranian Journal of Ageing. 2010;5(17):52-9.[in Persian]

25. Azari S, Ahmadi B, Batebi A and et al. Public health and human ecology. first edition. Tehran: Arjmand Press. 2003;99. [in Persian]
26. Salehi L, Eftekhari Ardebili H, Mohammad K, Taghdisi MH, Shogaei zadeh D. Some Factors affecting consumption of Fruit and vegetable by elderly people in Tehran. Salmand- Iranian Journal of Ageing. 2010;4(14): 34-44. [in Persian]
27. Kashfi M, Khani Jeihooni A, Farhadi S. The relationship between social and demographic factors and prevalence of depression among the elderly aged over 60 years. Journal of Hormozgan University of Medical Sciences. 2011;14(4): 320-27. [in Persian]
28. Mahmoudian A, Ganji F, Heidarzadeh A. Effect of social working in reduction of elderly health needs. The Journal of Qazvin Univ. of Med. Sci. 2004;7(4):56-61. [in Persian]

Original Paper

Life Style of Elderly in Kashmar, Iran 2012

Hashem Heshmati (MSc)¹, Rasoul Asnashari (BSc)², Samane Khajavi (BS)³, Abdurrahman Charkazi (PhD)⁴, Anahita Babak (PhD)⁵, Seyed Ghadir Hosseini (MSc)⁶, Nasser Behnampour (PhD)^{*7}

1-Instructor in Public Health, School of Health, Torbat Heidari University of Medical Science. 2- BSc in Public Health, School of Health, Golestan University of Medical Science. 3- BS in Management, Payame Noor University, Gorgan. 4- Assistant Professor of Health Education, School of Health, Golestan University of Medical Science. 5-Community Medicine Specialist, Isfahan Health Center, Isfahan University of Medical Sciences. 6-PhD Student in Health Education, Tehran University of Medical Science. 7-Assistant Professor of Biostatistics, School of Health, Golestan University of Medical Sciences.

Abstract

Background and Objective: Because of high growth of elderly population and the role of life style in their problems, we aimed to investigate the elders' life style in Kashmar.

Material and Methods: This descriptive study was conducted on 267 of over- 60- older people, who were covered by Kashmar health centers, selected by multi-stage sampling. We collected the data, using a valid and reliable questionnaire, via interview and analyzed them by SPSS 18 version using Chi- Square, ANOVA, independent t test, and correlation coefficient.

Results: The Mean age of the elderly was 69.03 ± 0.38 . The life style was moderate in 180 (67.4%) and desirable in 87 (32.6%) of them. There was significant relationship between life style and the variables such as age, marital status and education level ($P < 0.001$). In addition, there was significant negative relationship between age and preventive behavior ($p < 0.001$ $r = -0.453$), physical activity ($p < 0.001$ $r = -0.226$), tension ($p < 0.001$ $r = -0.252$) and social relation ($p < 0.001$ $r = -0.311$).

Conclusion: A high percentage of elderly hasn't desirable life style; therefore, we recommend appropriate measures, especially educational intervention for promoting elders' life style.

Keywords: Life Style, Elderly, Kashmar

* **Corresponding Author:** Nasser Behnampour (PhD), **Email:** behnampour@yahoo.com

Received 22 May 2013

Revised 10 Mar 2014

Accepted 30 Apr 2014

This paper should be cited as: Heshmati H, Asnashari R, Khajavi S, Charkazi AR, Babak A, Hosseini SGH, Behnampour N. [Life Style of Elderly in Kashmar, Iran 2012]. J Res Dev Nurs Midwifery. Spring and Summer 2014; [Article in Persian]