

دیدگاه سالمندان جنوب استان کرمان نسبت به سلامت خود و رفتارهای مرتبط با آن

در سال ۱۳۹۲

رضا فاریابی^{۱*}، سهیلا سقازاده^۲، هادی عزیزاده سیوکی^۳، طاهره رحیمی^۴، مقدمه میرزایی^۵، مرادعلی زارعی پور^۶

- ۱- دانشجوی دکتری تخصصی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، معاونت آموزش و تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران.
- ۲- کارشناس مامایی، مدیر گروه سلامت خانواده و جمعیت دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران.
- ۳- کارشناس ارشد آموزش بهداشت، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران.
- ۴- دانشجوی دکتری تخصصی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، گروه خدمات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی یزد، یزد، ایران.
- ۵- استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.
- ۶- دانشجوی دکتری تخصصی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، گروه خدمات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی یزد، یزد، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: امروزه جهان با پدیده‌ای به نام سالمندی جمعیت مواجه شده است. در این رابطه ارزیابی وضعیت سلامت و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت آن‌ها به عنوان گروه در معرض خطر جامعه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. این مطالعه دیدگاه سالمندان ساکن جنوب استان کرمان نسبت به سلامت خود و رفتارهای مرتبط با آن را در سال ۱۳۹۲ مورد بررسی قرار داده است.

روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی است که در سال ۱۳۹۲ بر روی ۷۱۰ نفر از سالمندان شهرستان‌های جنوبی استان کرمان با روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای بوسیله پرسشنامه محقق ساخته که روایی آن با روش تعیین محتوا و پایایی آن با روش آزمون مجدد تایید شده انجام و در پایان داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: از بین نمونه‌های مورد مطالعه تعداد ۳۵۹ نفر (۵۰/۶ درصد) از سالمندان مورد بررسی زن و مابقی مرد بودند. میانگین سنی آن‌ها $72/12 \pm 13/25$ سال بود. شایع‌ترین شکایات و مشکلات جسمی و روانی در سالمندان به ترتیب مربوط به اختلالات اسکلتی-عضلانی (۵۷/۵ درصد)، اختلالات خواب (۳۹/۹ درصد)، مشکلات قلبی و فشار خون بالا (۳۵/۶ درصد) بود. از نظر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، درصد کمی از سالمندان فعالیت فیزیکی منظم (۱۸/۷ درصد)، کنترل قند خون دست کم هر شش ماه یک‌بار (۲۳/۲ درصد)، مصرف روغن نباتی مایع (۳۳/۸ درصد) و استفاده از سبزی و میوه در رژیم غذایی روزانه (۳۶/۶ درصد) داشتند. از نظر ارتباط بین سن و فعالیت‌های ضروری زندگی، شکایات و مشکلات جسمی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی بجز در فعالیت‌های ضروری زندگی، اختلالات بینایی و شنوایی تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که وضعیت سالمندان مورد بررسی در اختلالات اسکلتی-عضلانی، اختلالات خواب، مشکلات قلبی و فشار خون بالا و انجام برخی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت مطلوب نبوده و نیازمند اجرای برنامه‌های آموزش بهداشت و حمایت‌های اجتماعی-اقتصادی می‌باشند.

کلمات کلیدی: سلامت، رفتار، سالمند

* آدرس نویسنده مسئول: جیرفت، بلوار پاسداران، معاونت آموزش و تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، تلفن: ۰۹۱۳۱۴۸۴۶۹۵

پست الکترونیک: r.farvabi@jmu.ac.ir

مقدمه

امروزه جهان با پدیده سالمندی مواجه شده، جمعیت افراد سالمند در سطح جهان در حال افزایش است و هر ماه تقریباً یک میلیون نفر در سطح جهان به سن بالای ۶۰ سال می‌رسند (۱-۳). این افزایش مربوط به کاهش باروری به عنوان اولین و مهمترین عامل سالمند شدن جمعیت، پیشرفت‌های بهداشت عمومی، توسعه موفق مراقبت‌های اولیه بهداشتی، بهبود وضعیت اجتماعی-اقتصادی، ظهور تکنولوژی‌های جدید در پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری‌ها در افراد بالای ۶۰ سال که توسط سازمان بهداشت جهانی به عنوان سالمند در نظر گرفته شده‌اند است (۳-۵). بنابر گزارش سازمان بهداشت جهانی بیش از ۶۰۰ میلیون نفر از جمعیت جهان سالمند هستند، این رقم در سال ۲۰۲۵ به دو برابر و در سال ۲۰۵۰ به دو میلیارد نفر خواهد رسید (۵،۶). پیش‌بینی شده جمعیت سالمندان ایران در سال ۱۳۹۸ هجری شمسی به ۱۰ میلیون نفر، در سال ۱۴۲۹ به ۲۶ میلیون و ۳۹۳ هزار نفر معادل ۲۶ درصد جمعیت کشور برسد (۷-۹). سن یکی از عوامل مهم زمینه‌ساز برای بسیاری از بیماری‌هاست، با افزایش سن تغییراتی در ابعاد مختلف از جمله ضعف توان جسمانی، کاهش قوای مغزی، کاهش سال‌های فعال و سالم مورد انتظار زندگی، اختلالات روانی، بیماری‌های مزمن، تغییر در ساز و کارهای فعالیت جنسی، اختلالات متابولیکی، افزایش چربی خون، چاقی شکمی، انواع سرطان‌ها، بیماری‌های قلبی-عروقی، اختلالات بینایی، ضایعات اسکلتی-عضلانی، مشکلات خواب، ضعف سیستم ایمنی بدن، آلودگی به انگل‌های روده‌ای، سوء تغذیه، افسردگی، تنش‌زایی مانند سالمند آزاری، فقدان‌های روانی-اجتماعی، کاهش درآمد، مرگ عزیزان و غیره به وجود خواهد آمد (۱۵-۱۰، ۱)، لذا با توجه به اینکه تغییرات وضعیت سلامت با افزایش سن بیشتر مزمن و پیشرونده بوده تا برگشت پذیر (۱۱)، سالمندان نیازمند توجه برای پیشگیری از بیماری‌ها و حوادث می‌باشند.

همان‌طور که طول عمر افراد افزایش می‌یابد اهمیت رفتارهای مرتبط با سلامت نیز با توجه به حفظ کارکرد و استقلال افراد و افزایش کیفیت زندگی آن‌ها روز به روز بیشتر آشکار می‌شود (۱۶). علاقه رو به رشدی برای انجام برنامه‌هایی که باعث تغییر رفتارهای مرتبط با سلامت می‌شود وجود دارد (۱۷). رفتارهای مرتبط با سلامت از بنیادی‌ترین فعالیت‌های فردی به منظور

پیشگیری از بروز و کاهش شانس ابتلا به بیماری‌ها، بهبود رضایت از زندگی و جزء اصلی سبک زندگی سالم هستند و در ارتقای سلامت نقشی اساسی دارند (۱۸). سازمان بهداشت جهانی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را گرایش واقعی به سوی افزایش و تقویت سلامت و رفاه، تقویت شخصی و خود واقع بینی تعریف کرده است (۱۹).

۵۳ درصد از علل مرگ و میرها به سبک زندگی و رفتارهای غیر بهداشتی مربوط است بنابراین برنامه‌ریزی برای مراقبت و آموزش سبک زندگی سالم به سالمندان ضروری به نظر می‌رسد (۱۱). مسائل مربوط به سلامتی و سبک زندگی سالمندان در مطالعات متعددی بررسی شده است. در مطالعه بوسکاتو بیش از یک چهارم مردان و بیش از نیمی از زنان سالمند اضافه وزن داشتند (۲۰). در مطالعه محققان کمال بیماری‌های قلبی و فشار خون بالا و مشکلات اسکلتی-عضلانی در سالمندان شیوع بالایی داشت (۲۱). در مطالعه جعفرزاده فخاری نزدیک به نیمی از سالمندان محدودیت فعالیت داشته و از سلامت روان برخوردار نبودند (۲۲). نجفی در مطالعه خود وضعیت سلامت روان سالمندان را نسبت به سایر کشورها بسیار بدتر اعلام کرده است (۲۳). در مطالعه ساداتی نژاد کمتر از یک چهارم سالمندان وضعیت سلامت خود را خوب اعلام کردند (۲۴). در مطالعه مروتی شریف‌آباد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در سالمندان سطح پایینی را به خود اختصاص داده و در مطالعه محمودی سبک زندگی سالمندان در حد متوسطی بود (۲۵،۲۶). با توجه به تغییر الگوی همه‌گیرشناسی بیماری‌ها در سنین سالمندی، افزایش شیوع بیماری‌های مزمن از یکسو و همچنین نیاز سالمندان سالم به حمایت‌های بهداشتی-درمانی از سوی دیگر، باید عوامل خطر و تعیین‌کننده‌های سلامتی در زندگی آنان تشخیص داده شود. در این راستا اولین گام شناسایی وضعیت سلامت آنان است (۲۷).

رویکردهای اصلی شناسایی وضعیت سلامت سالمندان در متون شامل مدل‌های پزشکی و عملکردی است. مدل پزشکی بر این باور است که معاینات فیزیکی برای تعیین سلامت سالمندان و نیازهای سلامتی آنان ضروری است و در مدل عملکردی اعتقاد بر این است که همان چیزهایی که یک سالمند می‌گوید می‌تواند بهترین شاخص برای وضعیت سلامتی او و سیستم‌های حمایتی مورد نیازش باشد. بررسی‌ها

بهداشتی با تهیه لیست تمامی خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های بهداشتی تحت پوشش دانشگاه و کد گذاری آن‌ها به طور تصادفی (با استفاده از جدول ارقام تصادفی) انتخاب شدند، در هر خانه بهداشت یا پایگاه بهداشت انتخابی به طور تقریبی ۴ نمونه مورد نیاز بود (البته برای احتیاط تعداد نمونه بیشتری انتخاب شد). در هر خانه بهداشت و پایگاه بهداشتی برای انتخاب نمونه‌ها با روش نمونه‌گیری تصادفی منظم^۱ تعداد کل خانوارها را بر تعداد نمونه مورد نیاز تقسیم کرده تا فاصله بین نمونه‌ها تعیین شود. سپس از لیست خانوارها یک شماره (کد) به طور تصادفی انتخاب شده و با جمع کردن عدد فاصله بین نمونه‌ها با شماره انتخابی نمونه‌های بعدی تعیین شدند با توجه به پرونده خانوارها، اگر در خانواری سالمند وجود نداشت شماره خانوار بعدی با عدد فاصله بین نمونه‌ها جمع می‌شد و نمونه‌گیری تا دست یافتن به تعداد نمونه مورد نیاز ادامه می‌یافت. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن ۶۰ سال و بالاتر، داشتن توانایی جسمانی و ذهنی جهت پاسخگویی به سؤالات در هنگام مصاحبه و عدم تمایل سالمند به شرکت در مطالعه و یا عدم توانایی او در ادامه مصاحبه، معیارهای خروج از مطالعه بودند. در خانوارهایی که دو سالمند وجود داشت (معمولاً زن و شوهر) سالمندی که توانایی بیشتر برای پاسخ دادن به سؤالات داشت و یا با مشورت با سالمند دیگر توسط خودشان انتخاب می‌شد وارد مطالعه می‌گردید. در مواردی که نزدیکترین فرد به سالمند از وضعیت سالمند بطور کامل اطلاع داشت می‌توانست در مصاحبه در صورت تمایل سالمند به وی کمک کند. مصاحبه با سالمند یا همراه وی توسط ۱۰ نفر از کارشناسان سالمندان و بهداشت خانواده شهرستان‌ها که قبلاً برای انجام این طرح آموزش‌های لازم را دیده بودند انجام شد. ابزار گرد آوری داده‌ها شامل یک پرسش‌نامه محقق ساخته که مشتمل بر ۲۹ سؤال است. ۹ سؤال دموگرافیک، ۴ سؤال در رابطه با توانایی انجام فعالیت‌های ضروری زندگی مانند حمام کردن، توانایی حرکت، لباس پوشیدن و غذا خوردن با گزینه‌های بدون وابستگی به دیگران، وابستگی نسبی و وابستگی کامل بود، ۸ سؤال در مورد شکایات و مشکلات جسمی و روانی مانند اختلالات بینایی، اختلالات شنوایی، مشکلات تنفسی، مشکلات اسکلتی-عضلانی، اختلالات خواب، مشکلات سیستم

نشان داد که درک خود سالمندان از سلامت یک شاخص جهانی و مفید نشان دهنده سطح سلامت آنان است که با عناصر زیست شناختی و اجتماعی نیز در تعامل است (۱۱). با توجه به مطالعات فوق و اینکه شهرستان‌های جنوبی استان کرمان از نظر قومیت، آداب و رسوم، اعتقادات، شرایط آب و هوایی، امکانات زندگی، ساختار جمعیتی زندگی کردن قومیت‌های مختلف و با آداب و رسوم متفاوت در این شهرستان‌ها و اینکه تاکنون مطالعه‌ای یافت نشد که سلامت و رفتارهای مرتبط با سلامت در سالمندان را در این شهرستان‌ها مورد بررسی قرار داده باشد. لذا در این مطالعه بر اساس رویکرد عملکردی دیدگاه سالمندان ساکن جنوب استان کرمان نسبت به سلامت خود و رفتارهای مرتبط با آن مورد بررسی قرار گرفته است.

روش‌ها

مطالعه توصیفی تحلیلی حاضر در سال ۱۳۹۲ انجام شده است. جامعه مورد پژوهش در این مطالعه تمامی سالمندان هفت شهرستان تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی جیرفت (جیرفت، عنبرآباد، فاریاب، کهنوج، رودبار جنوب، قلعه گنج و منوجان) بود. با توجه به این که جمعیت مناطق روستایی در هفت شهرستان مورد بررسی بیش از دو برابر جمعیت مناطق شهری بود (به ترتیب ۶۳۳۷۶۱ در برابر ۳۱۲۷۰۵ نفر) و همچنین تعداد سالمندان مناطق روستایی نیز نزدیک به دو برابر تعداد سالمندان شهری (به ترتیب ۳۹۱۵۷ در برابر ۲۱۷۹۵ نفر) بود. در منطقه جنوبی استان کرمان پایگاه‌های شهری در مقایسه با خانه‌های بهداشت روستایی درصد کمی را به خود اختصاص داده‌اند. علاوه بر این به علت در دسترس بودن لیست خانوارها در خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های بهداشتی با استفاده روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای بوسیله پرسشنامه محقق ساخته نمونه‌های مورد نظر انتخاب شدند. تعداد نمونه بر اساس مطالعه مقدماتی روی ۳۰ نفر سالمند و با توجه به شیوع شکایات و اختلالات جسمی و همچنین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی و طبق فرمول تعیین حجم نمونه $n = pqz^2/d^2$ که در آن $p=0/015$ ، $d=0/026$ و $\alpha=0/05$ ، ۶۷۲ نفر برآورد شد که در نهایت تعداد ۷۱۰ نفر وارد مطالعه شدند. با توجه به وجود ۳۳۰ خانه بهداشت و ۱۴ پایگاه بهداشتی در شهرستان‌های تحت پوشش دانشگاه، ۵۰ درصد از خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های

¹ Systematic Random Sampling

روغن مصرفی در صورتی که نوع روغن مصرفی غالب خانوار روغن نباتی مایع بود این گزینه و در اگر روغن نباتی هیدروژنه نیمه جامد یا جامد بود گزینه مربوطه علامت زده می‌شد. در مورد استفاده از سبزی و میوه در رژیم غذایی روزانه از سالمند پرسیده می‌شد آیا هر روز میوه و سبزی می‌خورد اگر سالمند یا همراه وی می‌گفتند اغلب اوقات یا همیشه، گزینه بلی و اگر می‌گفتند خیلی کم، اصلاً یا خیر گزینه خیر انتخاب می‌شد. برای کنترل ماهیانه فشار خون از سالمند یا اطرافیان وی پرسیده می‌شد آیا در خانه بهداشت یا پایگاه بهداشتی پرونده داشته و ماهیانه فشار خون خود را کنترل می‌کنند و آیا در خانه فشار سنج داشته و توسط اطرافیان فشار خون آن‌ها کنترل می‌شود و با توجه به پاسخ داده شده گزینه مربوطه علامت‌گذاری می‌شد. در مورد کنترل قند خون دست‌کم هر شش ماه یک‌بار انجام آزمایش یا داشتن و اندازه‌گیری گلوکز خون در منزل با گلوکومتر سؤال شده و گزینه مربوطه انتخاب می‌شد. روایی محتوای پرسشنامه با استفاده از نظرات ۷ نفر از متخصصین مربوطه با محاسبه شاخص‌های روایی محتوای (CVR, CVI) تأیید شد. برای تعیین CVR^۲ از متخصصان درخواست شد تا هر مورد را بر اساس طیف سه قسمتی ضروری است (امتیاز ۳)، مفید است ولی ضرورتی ندارد (امتیاز ۲) و ضرورتی ندارد (امتیاز ۱) بررسی نمایند و سؤالاتی که در مجموع ۸۰ درصد و کمتر از نمره مطلوب را کسب کردند حذف شدند. برای تعیین CVI^۳ از دو شاخص مناسب و شفافیت هر سؤال (I-CVI^۴) و مناسبیت و شفافیت کلی ابزار (S-CVI^۵) با چهار گزینه نامطلوب (امتیاز ۱)، تاحدی مطلوب (امتیاز ۲)، مطلوب (امتیاز ۳) و کاملاً مطلوب (امتیاز ۴) استفاده شد. سؤالاتی که ۸۰ درصد و کمتر از نمره I-CVI را کسب کرده بودند حذف شدند. پس از انجام اصلاحات لازم دوباره پرسشنامه در اختیار متخصصان مربوطه قرار گرفت و امتیاز CVR، ۰/۹۹ و شاخص محتوایی پرسشنامه (S-CVI) ۰/۹۲، به دست آمد. برای تعیین پایایی ابزار گردآوری اطلاعات از روش آزمون مجدد استفاده گردید (I=۰/۸۷). در این مطالعه به علت اهمیت سن در اختلالات جسمی و روانی و هم‌چنین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی تحلیل‌های آماری با

گوارش، اختلالات قلبی و فشارخون بالا و مشکلات سیستم اداری با گزینه‌های بلی و خیر، ۸ سؤال در مورد رفتارهای سالم و ناسالم بهداشتی مانند عدم مصرف دخانیات، انجام ورزش منظم، مصرف غذای کم نمک، مصرف غذای کم چرب، نوع روغن مصرفی، استفاده از سبزی و میوه در رژیم غذایی روزانه، کنترل ماهیانه فشار خون و کنترل قند خون دست‌کم هر شش ماه یک‌بار با گزینه‌های بلی و خیر و سؤال نوع روغن مصرفی با گزینه‌های روغن نباتی مایع و روغن نباتی هیدروژنه و حیوانی بود. در مورد اختلالات بینایی در صورت وجود هر گونه کاهش دید اظهار شده توسط سالمند، عمل جراحی و استفاده از عینک طبی گزینه بلی و در صورت وجود نداشتن هرگونه اختلال بینایی گزینه خیر. برای اختلالات شنوایی هرگونه عمل جراحی روی سیستم شنوایی، استفاده از سمعک و اظهار کاهش شنوایی توسط سالمند و اطرافیان وی گزینه بلی و در غیر این‌صورت گزینه خیر علامت زده می‌شد. در مشکلات تنفسی، اسکلتی-عضلانی، اختلال خواب، مشکلات سیستم گوارش، مشکلات سیستم اداری و مشکلات قلبی در صورت داشتن سابقه عمل جراحی، تحت درمان پزشک بودن بودن، اظهار هرگونه درد و ناراحتی و اختلال توسط سالمند یا اطرافیان وی گزینه بلی و در غیر این‌صورت گزینه خیر علامت زده می‌شد. برای فشارخون بالا در صورت داشتن سابقه فشار خون، تحت نظر پزشک بودن و یا بالاتر از حد استاندارد بودن فشار خون با دو بار اندازه‌گیری فشار خون در زمان مصاحبه با فاصله ۱۵ دقیقه توسط پرسشگر، گزینه بلی و در غیر این‌صورت گزینه خیر علامت زده می‌شد. برای عدم مصرف دخانیات در صورتی که سالمند و یا اطرافیان وی اظهار داشتند وی سیگار یا قلیان مصرف نمی‌کند گزینه بلی و در غیر این‌صورت گزینه خیر علامت زده می‌شد. برای انجام ورزش منظم در صورتی که سالمند یکی از ورزش‌های متداول را که باعث بالا رفتن ضربان قلب شده و حداقل روزی ۳۰ دقیقه و دست‌کم ۵ بار در هفته انجام شده باشد را انجام داده بود گزینه بلی و در غیر این‌صورت گزینه خیر انتخاب می‌شد. برای مصرف غذای کم نمک اگر سالمند یا اطرافیان وی اظهار می‌داشتند برای وی غذای جداگانه کم نمک طبخ کرده و یا کل اعضای خانوار غذای کم نمک استفاده می‌نمایند گزینه بلی و در غیر از این موارد گزینه خیر علامت‌گذاری می‌شد. برای مصرف غذای کم چرب مانند غذای کم نمک عمل می‌شد. در مورد نوع

² Content Validity Ratio

³ Content Validity Index

⁴ Item Content Validity Index

⁵ Scale Content Validity Index

اخلاقی پژوهش بطور کامل برای پرسش‌گران توضیح داده شده و جزوات راهنمای گام به گام انجام مصاحبه در اختیار آن‌ها قرار داده شد.

نتایج

در مطالعه حاضر ۷۱۰ نفر سالمند از خانوارهای شرکت کننده در مطالعه به سؤالات پاسخ دادند. نتایج مطالعه نشان داد ۶۱/۷ درصد از شرکت کنندگان در مطالعه در گروه سنی ۶۰-۶۹ سال، ۳۰/۳ درصد در گروه سنی ۷۰-۷۹ سال و ۸ درصد در گروه سنی ۸۰ سال و بالاتر قرار داشتند (جدول ۱).

تقسیم‌بندی سالمندان به سه گروه سنی ۶۹-۶۰، ۷۹-۷۰ و ۸۰ سال و بالاتر با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ و آمار توصیفی و آزمون کای دو انجام شد.

قبل از انجام مصاحبه توسط پرسش‌گران هدف انجام طرح و تکمیل پرسش‌نامه‌ها بطور واضح برای سالمند و خانواده آن‌ها توضیح داده شد و در صورت رضایت، سؤال‌ها با کمال احترام و با توضیحات کامل برای هر سؤال از آن‌ها پرسیده شد و در صورت عدم تمایل نمونه دیگری به جای این خانوار بر طبق روش نمونه‌گیری انتخاب شد. به‌علاوه در جلسه توجیهی اصول

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک سالمندان مورد مطالعه

| مشخصات | تعداد(درصد) | مشخصات | تعداد(درصد) |
|-------------------|-------------|-------------------|-------------|
| سن | | وضعیت اشتغال | |
| ۶۰-۶۹ سال | ۴۳۸ (۶۱/۷) | شاغل | ۲۶۰ (۳۶/۶) |
| ۷۰-۷۹ سال | ۲۱۵ (۳۰/۳) | بیکار | ۴۵۰ (۶۳/۴) |
| ۸۰ سال و بیشتر | ۵۷ (۸) | به تنهایی | ۱۰۷ (۱۵/۱) |
| جنسیت | | با همسر | ۱۱۵ (۱۶/۲) |
| زن | ۳۵۹ (۵۰/۶) | با همسر و فرزندان | ۴۰۶ (۵۷/۲) |
| مرد | ۳۵۱ (۴۹/۴) | با فرزندان | ۶۸ (۹/۶) |
| محل سکونت | | با اقوام | ۱۴ (۲) |
| شهر | ۱۰۵ (۱۴/۸) | مالکیت | ۶۵۰ (۹۱/۵) |
| روستا | ۶۰۵ (۸۵/۲) | استیجاری | ۳ (۰/۴) |
| سطح تحصیلات | | وضعیت مسکن | |
| بی سواد | ۶۰۸ (۸۵/۶) | منزل فرزند | ۵۴ (۷/۶) |
| ابتدایی | ۸۵ (۱۲) | سایر | ۳ (۰/۴) |
| راهنمایی و بالاتر | ۱۷ (۲/۴) | ندارد | ۱۹ (۲/۷) |
| مجرد | ۱۲ (۱/۷) | وضعیت بیمه | |
| متاهل | ۴۷۰ (۶۶/۲) | بیمه روستایی | ۵۴۷ (۷۷) |
| فوت همسر | ۲۱۹ (۳۰/۸) | سایر بیمه‌ها | ۱۴۴ (۲۰/۳) |
| طلاق | ۹ (۱/۳) | | |

اسکلتی-عضلانی (با ۵۷/۵ درصد)، اختلالات خواب (۳۹/۹ درصد)، مشکلات قلبی و فشار خون بالا (۳۵/۶ درصد) و کمترین شکایت از مشکلات سیستم ادراری (۷/۲ درصد) بود. نتایج آزمون کای دو نشان داد سالمندان مورد بررسی فقط در مورد اختلالات بینایی و شنوایی تفاوت آماری معنی‌داری با هم داشتند ($P < 0.05$)، (جدول ۳).

از بین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی رفتار عدم مصرف

در مطالعه حاضر بیش از ۸۸/۹ درصد از سالمندان مورد بررسی فعالیت‌های ضروری زندگی را بدون وابستگی به دیگران انجام می‌دادند. نتایج آزمون کای ۲ نشان داد سالمندان مورد بررسی از نظر سن و استقلال در انجام فعالیت‌های ضروری زندگی مانند حمام کردن، لباس پوشیدن، توانایی حرکت و لباس پوشیدن با هم تفاوت معنی‌داری دارند ($P < 0.001$)، (جدول ۲). بیشترین شکایت و مشکلات جسمی و روانی سالمندان از مشکلات

جدول ۲: توزیع فراوانی فعالیت‌های ضروری زندگی به تفکیک گروه سنی در سالمندان مورد بررسی

| p-value | ۸۰ سال و بیشتر تعداد(درصد) | ۷۰-۷۹ سال تعداد(درصد) | ۶۰-۶۹ سال تعداد(درصد) | گروه سنی عنوان فعالیت-نحوه انجام |
|---------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| ۰/۰۰۱ | ۳۴(۴/۷۸) | ۱۷۹(۲۵/۲۱) | ۴۱۸(۸۷/۵۸) | بدون وابستگی به دیگران |
| | ۱۶(۲/۲۵) | ۳۳(۴/۶۴) | ۱۸(۲/۵۳) | وابستگی نسبی |
| | ۷(۰/۹۸۵) | ۳(۰/۴۲۲) | ۲(۰/۲۸۱) | وابستگی کامل |
| ۰/۰۰۱ | ۴۲(۵/۹۱) | ۱۹۵(۲۷/۴۶) | ۴۲۵(۵۹/۸۵) | بدون وابستگی به دیگران |
| | ۸(۱/۱۲) | ۱۸(۲/۵۳) | ۱۱(۱/۵۴) | وابستگی نسبی |
| | ۷(۰/۹۸۵) | ۲(۰/۲۸۱) | ۲(۰/۲۸۱) | وابستگی کامل |
| ۰/۰۰۱ | ۳۹(۵/۴۹) | ۱۹۵(۲۷/۴۶) | ۴۲۷(۶۰/۱۴) | بدون وابستگی به دیگران |
| | ۹(۱/۲۶) | ۱۸(۲/۵۳) | ۹(۱/۲۶) | وابستگی نسبی |
| | ۹(۱/۲۶) | ۲(۰/۲۸۱) | ۲(۰/۲۸۱) | وابستگی کامل |
| ۰/۰۰۱ | ۴۳(۶/۰۵) | ۲۰۴(۲۸/۷۳) | ۴۲۵(۵۹/۸۵) | بدون وابستگی به دیگران |
| | ۷(۰/۹۸۵) | ۱۱(۱/۵۴) | ۱۳(۱/۸۳) | وابستگی نسبی |
| | ۷(۰/۹۸۵) | ۰(۰) | ۰(۰) | وابستگی کامل |

نقلیه و شرایط سخت کاری شیوع این اختلالات در آنها بیشتر بود.

شیوع اختلالات ریوی در مطالعه حاضر از مطالعات محقق کمال، جغتایی و خسروی بیشتر است (۳۰،۳۰،۲۱). این موضوع شاید به علت قرار داشتن سالمندان جنوب استان کرمان در معرض دود دست دوم مواد دخانی و مواد مخدر اطرافیان، بدی آب و هوا و وجود گرد و خاک بخصوص در هنگام ورزش بادهای موسمی در هوای منطقه، قرار گرفتن در معرض سموم شیمیایی استفاده شده در کشاورزی باشد که در هر حال این موضوع نیاز به بررسی بیشتر دارد. مشکلات عضلانی-اسکلتی در مطالعه حاضر ۵۷/۵ درصد شیوع داشت که از مطالعه محقق کمال، جغتایی و خسروی بالاتر است (۳۰،۳۲،۲۱). این شاید به علت انجام کار طولانی در مزارع کشاورزی در زمان حال یا گذشته و رعایت نکردن اصول ارگونومی باشد که نیازمند بررسی بیشتری است. در مطالعه حاضر ۳۹/۹ درصد از سالمندان دارای اختلالات خواب بودند، نتایج مطالعه حاضر در رابطه با بی‌خوابی و اختلالات خواب با مطالعه موسوی نزدیک و با مطالعه سرگزی مغایرت (۳۳،۳۴) دارد علت این موضوع شاید این باشد که سرگزی بیماران بستری را بررسی نموده و مطالعه حاضر و مطالعه موسوی سالمندان غیر بستری را بررسی نموده است.

دخانیات با ۸۱/۱ درصد بهترین وضعیت و رفتار انجام ورزش منظم با ۱۸/۷ درصد از بدترین وضعیت برخوردار بود. نتایج آزمون کای دو در این مورد نشان داد سالمندان مورد بررسی از نظر ارتباط بین گروه سنی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی تفاوت آماری معنی‌داری با هم نداشتند ($P > 0/05$).

بحث

مطالعه حاضر دیدگاه سالمندان ساکن جنوب استان کرمان را نسبت به سلامت خود و رفتارهای مرتبط با آن در سال ۱۳۹۲ را مورد بررسی قرار داده است. از نظر استقلال در انجام کارهای ضروری زندگی بیش از ۹۰ درصد سالمندان کاملاً مستقل بودند. از این نظر این مطالعه به مطالعه نجاتی نزدیک است و نتایج مطالعه حاضر از نظر استقلال عملکردی از مطالعات ادیب حاج باقری، ستاری و مارگولیس بهتر بود (۲۹-۲۷، ۸). در مطالعه حاضر اختلالات بینایی شیوع ۲۶/۹ درصدی داشت که شیوع این اختلالات در مطالعه حاضر از مطالعه خسروی و شریف‌زاده کمتر و از مطالعات بالجانی و جغتایی بیشتر است (۳۱-۲۹، ۸). در این مطالعه شیوع اختلالات شنوایی ۱۴/۴ درصد بود که این میزان از مطالعه خسروی کمتر است (۳۰). در مطالعه خسروی سالمندان کارگر شاغل در خدمات شهری بررسی شدند که احتمالاً به علت سرکار داشتن با سر و صدای ناشی از وسایل

جدول ۳- توزیع فراوانی شایع‌ترین شکایات و مشکلات جسمی و روانی به تفکیک گروه سنی در سالمندان مورد بررسی

| p-value | گروه سنی | | | | |
|---------|--------------------------------|---------------------------|---------------------------|-----|------------------------------|
| | ۸۰ سال و بیشتر تعداد (درصد) | ۷۰-۷۹ سال تعداد (درصد) | ۶۰-۶۹ سال تعداد (درصد) | | |
| ۰/۰۱۵ | ۲۳ (۳/۲۳) | ۶۴ (۹/۰۱) | ۱۰۴ (۱۴/۶۴) | بلی | اختلالات بینایی |
| | ۳۴ (۴/۷۸) | ۱۵۱ (۲۱/۲۶) | ۳۳۴ (۴۷/۰۴) | خیر | |
| ۰/۰۰۱ | ۹ (۱/۲۶) | ۳۹ (۵/۴۹) | ۵۴ (۷/۶۰) | بلی | اختلالات شنوایی |
| | ۴۸ (۶/۷۶) | ۱۷۶ (۲۴/۷۸) | ۳۸۴ (۵۴/۰۸) | خیر | |
| ۰/۵۲۹ | ۶ (۰/۸۴) | ۲۹ (۴/۰۸) | ۶۸ (۹/۵۷) | بلی | مشکلات تنفسی |
| | ۵۱ (۷/۱۸) | ۱۸۶ (۲۶/۱۹) | ۳۷۰ (۵۲/۱۱) | خیر | |
| ۰/۳۱۷ | ۳۵ (۴/۹۲) | ۱۳۱ (۱۸/۴۵) | ۲۴۲ (۳۴/۰۸) | بلی | مشکلات اسکلتی-عضلانی |
| | ۲۲ (۳/۰۹) | ۸۴ (۱۱/۸۳) | ۱۹۶ (۲۷/۶۰) | خیر | |
| ۰/۵۷۵ | ۲۲ (۳/۰۹) | ۹۲ (۱۲/۹۵) | ۱۶۹ (۲۳/۸۰) | بلی | اختلالات خواب |
| | ۳۵ (۴/۹۲) | ۱۲۳ (۱۷/۳۲) | ۲۶۹ (۳۷/۸۸) | خیر | |
| ۰/۵۵۵ | ۱۲ (۱/۶۹) | ۴۰ (۵/۶۳) | ۷۱ (۱۰) | بلی | مشکلات سیستم گوارش |
| | ۴۵ (۶/۳۳) | ۱۷۵ (۲۴/۶۴) | ۳۶۷ (۵۱/۶۹) | خیر | |
| ۰/۰۸۶ | ۲۸ (۳/۹۴) | ۷۴ (۱۰/۴۲) | ۱۵۱ (۲۱/۲۶) | بلی | اختلالات قلبی و فشارخون بالا |
| | ۲۹ (۴/۰۸) | ۱۴۱ (۱۹/۸۵) | ۲۸۷ (۴۰/۴۲) | خیر | |
| ۰/۱۱۴ | ۳ (۰/۴۲) | ۲۲ (۳/۰۹) | ۲۶ (۳/۶۶) | بلی | مشکلات سیستم ادراری |
| | ۵۴ (۷/۶۰) | ۱۹۳ (۲۷/۱۸) | ۴۱۲ (۵۸/۰۲) | خیر | |

سالمندان مورد بررسی دخانیات مصرف نمی‌کردند. از این نظر رعایت این رفتار نتایج مطالعات سبزیبائی، حبیبی سولا و سرگزئی بهتر از مطالعه حاضر بود و نتایج مطالعه حاضر از مطالعات بالجانی، براتی و اورفیلا بهتر بود مشارکت در فعالیت فیزیکی منظم و در شدت متوسط به عنوان مؤثرترین استراتژی و مهمترین رفتار بهداشتی برای پیشگیری از بیماری‌های مزمن وابسته به سبک زندگی و ارتقاء سلامتی و رفاه در سالمندان شناخته شده است (۳۸،۳۹). در مطالعه حاضر ۱۸/۷ درصد از سالمندان مورد بررسی ورزش منظم داشتند. از نظر انجام این رفتار ارتقاء دهنده سلامتی، نتایج مطالعات بالجانی، حبیبی سولا، سرگزئی، اورفیلا و براتی بهتر از مطالعه حاضر بود (۹،۱۶،۳۴،۳۶،۳۷).

نظر به این‌که با افزایش سن افراد، تمایل به کم‌تحركی بیشتر می‌شود (۴۰) و با توجه به مقایسه نتایج ورزش منظم در سالمندان مورد بررسی در این مطالعه با مطالعات مشابه، نتایج حاکی از سطح پایین ورزش منظم در سالمندان تحت مطالعه است. شاید علت آن این باشد که سالمندان مورد بررسی انجام

شیوع مشکلات گوارشی در مطالعه حاضر ۱۷/۳ درصد بود که این میزان از مطالعات محققى کمال، بالجانی، جغتایی و خسروی بیشتر است. ولی نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه بالجانی که در سالمندان ارومیه انجام شده نزدیکتر است و در این مورد نیاز به بررسی‌های بیشتری وجود دارد (۹،۲۱،۳۰،۳۲). در مطالعه حاضر شیوع اختلالات قلبی و فشار خون بالا ۳۵/۶ درصد بود که این میزان از مطالعه ستاری بیشتر و از مطالعات محققى کمال، شریف‌زاده و جغتایی کمتر بود. در این مورد نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه شریف‌زاده که در سالمندان تحت پوشش کمیته امداد بیرجند انجام شده نزدیک‌تر است (۲۱،۲۷،۳۱،۳۲). این موضوع شاید به علت محرومیت تقریباً مشابه سالمندان مورد بررسی با سالمندان مورد بررسی در مطالعه شریف‌زاده باشد. در مطالعه حاضر شیوع اختلالات کلیوی-ادراری ۷/۲ درصد بود که این میزان از مطالعات محققى کمال و خسروی بیشتر ولی از مطالعه شریف‌زاده کمتر بود که نیازمند بررسی بیشتر است (۲۱،۳۰،۳۱). از نظر انجام رفتارهای ارتقاء‌دهنده زندگی، مانند عدم استعمال دخانیات، ۸۱/۱ درصد از

سکته، بیماری‌های قلبی عروقی، بیماری‌های متابولیک و برخی سرطان‌ها می‌شود (۳۵).

در مطالعه حاضر ۳۶/۶ درصد از سالمندان مورد بررسی در رژیم غذایی روزانه از سبزی و میوه استفاده کرده و ۶۳/۴ درصد بطور روزانه از میوه و سبزی استفاده نکرده و در فواصل طولانی‌تری میوه و سبزی می‌خورند. در این مورد نتایج مطالعه حاضر از مطالعه سرگزی بهتر بود ولی سالمندان مورد مطالعه توسط حبیبی سولا و سبزی‌بائی از سالمندان مورد بررسی در مطالعه حاضر در این مورد عملکرد بهتری داشتند (۱۶،۳۴،۳۵). با توجه به اینکه منطقه جنوب استان کرمان به عنوان قطب کشاورزی مطرح است. معمولاً اغلب اوقات میوه و سبزی در اختیار افراد روستایی قرار دارد، لذا لازم است مداخلاتی در سطح فردی و جامعه برای افزایش مصرف در تمامی گروه‌های سنی و بخصوص سالمندان انجام گیرد. ۵۳/۱ درصد از سالمندان مورد بررسی بطور ماهیانه فشار خون خود را کنترل کرده و ۴۶/۹ درصد این اقدام را انجام نمی‌دادند، ۲۳/۲ درصد دست‌کم هر شش ماه یک‌بار قند خون خود را کنترل کرده و ۷۶/۸ درصد این اقدام را انجام نمی‌دادند. در این مورد سالمندان مورد بررسی در مطالعه حبیبی سولا عملکرد بهتری داشتند (۱۶). در این زمینه آموزش سالمندان و اطرافیان آن‌ها و افزایش دسترسی بیشتر سالمندان به خدمات لازم انجام شود. از محدودیت‌های این مطالعه عدم امکان انجام معاینات بالینی و انجام خدمات پاراکلینیکی به علت حجم نمونه بالا، پراکندگی روستاها و در دسترس نبودن امکانات لازم برای انجام این امر و عدم امکان پرسش سؤالات از سالمندی که به عنوان نمونه انتخاب شده به علت تمایل وی به اینکه همسرش به سؤالات پاسخ دهد بود.

نتیجه‌گیری

سالمندان مورد بررسی در این مطالعه از نظر توانایی انجام فعالیت‌های ضروری زندگی وضعیت مطلوبی داشتند. شایع‌ترین شکایات جسمی و روانی در آن‌ها به ترتیب مشکلات اسکلتی-عضلانی، اختلالات خواب و اختلالات قلبی و فشارخون بالا بود و سایر اختلالات در رتبه بعدی قرار داشتند. از نظر انجام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی به ترتیب عدم مصرف دخانیات، مصرف غذای کم نمک، مصرف غذای کم چرب و کنترل ماهیانه فشار خون بالاترین رتبه را داشتند و انجام ورزش منظم

فعالیت‌های روزمره زندگی را نوعی ورزش می‌دانستند و با این تصور مبادرت به انجام فعالیت فیزیکی منظم نمی‌کردند، لذا سالمندان مناطق مورد بررسی نیازمند انجام مداخلات آموزشی و ارتقای سلامتی در این زمینه می‌باشند. تأثیر رژیم غذایی سالم بر سلامتی، استقلال و کیفیت زندگی سالمندان یک امر واضح و روشن است (۴۱). از نظر رژیم غذایی کم نمک و کم چرب سالمندان مورد مطالعه به ترتیب ۶۷/۲ و ۵۵/۹ درصد غذای کم نمک و کم چرب مصرف می‌کردند ولی از نظر نوع روغن مصرفی ۳۳/۸ درصد روغن نباتی مایع و ۶۶/۲ درصد روغن نباتی جامد هیدروژنه یا حیوانی مصرف می‌نمودند. فشار خون بالا قابل اصلاح‌ترین عامل خطر برای سکته بوده و یکی از مهمترین عوامل خطر برای بیماری‌های قلبی و کلیوی است و کاهش سدیم دریافتی (نمک) از طریق رژیم غذایی ساده‌ترین استراتژی برای پیشگیری از فشار خون بالا و عوارض آن است (۴۲،۴۳). از نظر مصرف رژیم غذایی کم نمک سالمندان مورد بررسی از مطالعات بالجانی و سرگزی بهتر بوده ولی سالمندان مورد بررسی در مطالعات حبیبی سولا و براتی از این نظر بهتر عمل می‌کردند (۹،۱۶،۳۳،۳۴،۳۶). در این مورد لازم است مداخلات لازم برای پایه‌ریزی تغییر رفتار نه تنها در سالمندان بلکه در تمامی گروه‌های سنی و در مدارس انجام شود.

بیماری‌های آترواسکلروتیک (مانند بیماری عروق کرونر) و بیماری‌های عروق مغزی علت اصلی مرگ و میر در افراد سالمند هستند. افزایش غلظت لیپوپروتئین با چگالی پایین (LDL) خطر بیماری‌های قلبی را بخصوص در سالمندان افزایش می‌دهد (۴۴). از نظر مصرف رژیم غذایی کم‌چرب سالمندان مورد بررسی از مطالعات بالجانی بهتر عمل می‌کردند، ولی سالمندان مورد بررسی در مطالعات حبیبی سولا، براتی و سرگزی از این نظر بهتر عمل می‌کردند (۹،۱۶،۳۴،۳۶). در این مورد نیاز است مداخلات آموزشی و ارتقای سلامتی در سالمندان منطقه انجام شده و علل گرایش به مصرف روغن‌های نباتی جامد و حیوانی صورت پذیرد.

مصرف غذاهای غنی از ویتامین‌ها و املاح معدنی می‌تواند فرایند سالمندی را به تأخیر انداخته و خطر بسیاری از بیماری‌های مزمن را کاهش دهد (۴۵). در این رابطه مصرف زیاد میوه و سبزی باعث کاهش تعداد زیادی از بیماری‌های مزمن مانند

شود. همچنین بررسی‌های مقایسه‌ای بین خوداظهاری مشکلات جسمی و روانی و انجام معاینات بالینی و پاراکلینیکی و بررسی تأثیر مداخلات گوناگون در ارتقای وضعیت سلامت و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی در سالمندان صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش بخشی از طرح پژوهشی با عنوان ارزیابی و مقایسه وضعیت سلامت سالمندان در هفت شهرستان تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی جیرفت در سال ۱۳۹۲ بوده که با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جیرفت و شماره طرح ۹۲/۱ انجام شده است. در پایان لازم می‌دانم از حمایت معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، همکاری صمیمانه سالمندان شرکت کننده در مطالعه و کارشناسان مورد سالمندان شهرستان‌های تحت پوشش دانشگاه تقدیر و تشکر نمایم.

References

1. Sarrafzadegan N, Gharipour M, Sadeghi M, Khosravi AR, Tavassoli AA. Metabolic syndrome in Iranian elderly. *ARYA Atheroscler* 2012; 7(4): 157-61.
2. Lotfi Y, Mehrkian S, Moossavi A, Faghih-Zadeh S. Quality of Life Improvement in Hearing-Impaired Elderly People after Wearing a Hearing Aid. *Arch Iran Med* 2009; 12(4): 365-70.
3. Bakhtiari S, Mohammadzadeh S, Moshtaq Z. Obstacles in nurse-elderly patient relationship from the patients' point of view. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2009; 14(2): 77-82.
4. Ahmadi V, Beheshti SS. Demographic and welfare characteristics of the elderly in Iran. *Population J* 2007; 61, 62: 19-38. [in Persian]
5. Malekafzali H, Baradaran Eftekhari M, Hejazi F, Khojasteh T, R (Heidari) Noot, Falahat K, Faridi T. The Effectiveness of Educational Intervention in the Health Promotion in Elderly people. *Iran J Public Health* 39(2); 2010: 18-23.
6. Ravanipour M, Salehi Sh, Taleghani F, Abedi H A. Elderly self-management: a qualitative study. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2010; 15(2): 54-9.
7. Sadat SJ, Afrasiabifar A, Mobaraki A, Fararoei M, Mohammadhossini S, Salari M. Health Status of the Elderly People of Yasouj, Iran, 2008 *Armaghane-danesh* 2011; 16(6): 567-77. [in Persian]

پایین‌ترین رتبه و پس از آن کنترل قند خون دست کم هر شش ماه یکبار، مصرف میوه و سبزی در رژیم غذایی روزانه و استفاده از روغن نباتی مایع از وضعیت مطلوبی برخوردار نبودند. با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر توصیه می‌شود دست‌اندرکاران بهداشت و درمان برنامه‌های فراگیرتری برای جلب حمایت همه جانبه خانواده‌ها، سالمندان، سیاستگذاران و مسئولان سایر بخش‌های توسعه‌ای برای فراهم ساختن زیرساخت‌های لازم در جهت ارتقای سلامت سالمندان مانند ویزیت دوره‌ای آن‌ها برای تشخیص زودرس بیماری‌های غیر واگیر مزمن، فراهم کردن امکانات ورزشی، تأمین امنیت غذایی، افزایش مشارکت اجتماعی آن‌ها، بهبود خدمات پزشکی و بهداشتی، برگزاری دوره‌های آموزشی و خدمات مشاوره‌ای برای آن‌ها و خانواده‌ها- هایشان انجام دهند. همچنین توصیه می‌شود بررسی‌های بیشتر و دقیق‌تری همراه با انجام معاینات بالینی و پاراکلینیکی انجام

8. Adib Hajbagheri M, Akbari H. The severity of disability and its related factors in elderly people. *Feyz* 2009; 13(3): 225-34. [in Persian]
9. Baljani E, salimi S, Safari S, Alavi A, Abdollahimovahed S. Investigation of primary health promoting behaviors and cancer screening in elderly people in Urmia. *Urmia Med J* 2010; 21(2): 217-23. [Persian]
10. Talebitaher M, Mousavi SAJ, Porghasemian M. Comparing pulmonary tuberculosis between elderly patients and young adults. *Razi J Med Sci* 20011; 18(88)30-5. [Persian]
11. Asadi Noghabi A, Alhani F, Peyrovi H. The Concept of Health in Elderly People: A Literature Review. *J Iran Univ Med Sci* 2012; 25(78): 62-71. [Persian]
12. Bakhtiari A, Yassin Z, Hanachi P, Rahmat A, Ahmad Z, Sajadi P, Shojaei S. Effects of Soy on Body Composition: A 12-Week Randomized Controlled Trial among Iranian Elderly Women with Metabolic Syndrome. *Iran J Public Health* 2012; 41(4): 9-18.
13. Rostami M, Brazpardenjani F, Farzianpor F, Rasekh A. Effects of self-care in quality of life in elderly in Masjed Solyman in 2007-2008. *J Arak Univ Med Sci* 2009; 12(2): 51-9. [Persian]
14. Nakanishi M, Nakashima T, Honda T. Disparities in systems development for elder abuse prevention among municipalities in Japan:

- Implications for strategies to help municipalities develop community systems. *Soc Sci Med* 2010; 71: 400-04.
15. Bagheri-Nesami M. Exploration of elderly women lived experiences about psychological-emotional changes: a qualitative study. *J Mazand Univ Med Sci* 2012; 22(Supple 1): 204-15 [Persian]
 16. Habibisola A, Nikpor S, Sayedolshohadaie M, Haghani H. investigation of health promoting behavior and quality of life in the elderly people. *J Ardabil Univ Med Sci* 2008; 8(1): 29-36. [Persian]
 17. Promberger M, Dolan P, Marteau T M. "Pay them if it works": Discrete choice experiments on the acceptability of financial incentives to change health related behaviour. *SOC SCI MED* 2012; 75: 2509-2514.
 18. Rahimian Boogar I. Predictive Role of Happiness, Optimism and Demographical Status in Engagement in Health-related Behaviors. *Knowledge Health* 2013; 8(1):17-23. [Persian]
 19. World Health Organization (WHO) Accessed in: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html. / [Last accessed on 2014 May].
 20. Boscattoa E, Duarteb M, Coqueiroc R, Barbosab A. Nutritional status in the oldest elderly and associated factors. *REV ASSOC MED BRAS* 2013; 59(1):40-47.
 21. Mohaghehikemal SH, Sajadi H, Zarea H, Biglarian A. Need assessment among the elders of social security organization & national retirement fund. *Salmand Iran J Ageing* 2008; 3(7):8-15. [Persian]
 22. Jafarzade Fakhari M, Behnam Vashani H, Vahedian Shahroudi M. The Quality of Life of the Elderly in Sabzevar, Iran *J Sabzevar Univ Med Sci* 2010; 17(3) :213-217. [Persian]
 23. Najafi B, Arzaghi SM, Fakhrazadeh H, Sharifi F, Shae S, Alizadeh M and et al. Status of Tehran Elderly Mental health and its related factors. *Iran J Diabetes and Metabolism* 2013; 13(1): 62-73. [Persian]
 24. Sadatinejad M, Mousavi GA, Rasolinejad V. The Kashan senile's attitude towards health and religious issues at year 2004-5. *Feyz* 2010; 14(1) 76-82. [Persian]
 25. Morovatisharifabad M, Ghofranipor G, Hydarnia A, Babai Rochi G. Perceived Religious Support and Status of this in Elderly 65 and above in Yazd. *J Yazd Med Uni* 2004; 1: 23-29.
 26. Mahmudi G, Niazazari K, Sanati T. Evaluation of Life Style in the Elderly. *J family Health* 2012; 1(3): 45-50. [Persian]
 27. Satari B. Investigation of social and health status of rural elderlies. *Salmand Iran J Ageing* 2006; 1(2): 132-39. [Persian]
 28. 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. [in Persian]
 29. Margolis S A, Carter T, Dunn E V, Reed R L, The health status of community based elderly in the United Arab Emirates. *Arch Gerontol Geriatr* 2003; 37:1- 12.
 30. Khosravi J, Hashemi-Nazari SS, Nazerian N, Bateni P. Elderly, urban public service workers, health status, Municipality, Tehran. *Hakim Res J* 2007; 10(3): 62- 9. [Persian]
 31. Sharifzadeh G, Moodi M, Akhbari H. Investigating health status of older people supported by Imam. *Salmand Iran J Ageing* 2010; 5 (17):52-9. [Persian]
 32. Joghtayie MT, Nejati V. Assessing the health status of elderly people in the Township of Kashan. *Salmand Iran J Ageing* 2006; 1(1): 3-10. [Persian]
 33. Mousavi F, Tavabi AA, Iran-Pour E, Tabatabaei R, Golestan B. Prevalence and Associated Factors of Insomnia Syndrome in the Elderly Residing in Kahrizak Nursing Home, Tehran, Iran. *Iranian J Publ Health*. 2012; 41(1): 96-106.
 34. Sargazi M, Salehi S, Naji SA. An investigation on sleep behaviors of the elderly hospitalized in Zahedan. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2012; 17(1): 58-63.
 35. Sabzghabae AM, Mirmoghtadaee P, Mohammadi M. Fruits and Vegetables Consumption Among Community Dwelling Elderly in an Iranian Population. *Int J Prev Med* 2010; 1(2): 99-103.
 36. Barati M, Fathi Y, Soltanian A R, Moeini B. Mental Health Condition and Health Promoting Behaviors among Elders in Hamadan. *J Hamadan Univ Med Sci* 2012; 20(3): 12-19. [Persian]
 37. Orfila F, Ferrer M, Lamarca R, Alonso J, Evolution of self-rated health status in the elderly: Cross-sectional vs. longitudinal estimates, *J Clinical Epidemiology* 2000; 53: 563-70.
 38. Jime'nez-Jime'nez R, Cuevas M J, Almar M, Lima E, Garcí'a-Lo'pez D, De Paz J A ans et al. Eccentric training impairs NF-kB activation and over-expression of inflammation-related genes

induced by acute eccentric exercise in the elderly. *Mech Ageing Dev* 2008; 129: 313–21.

39. Brassington G S, Atienza A A, Perczek R E, DiLorenzo T M, King A C. Intervention-Related Cognitive Versus Social Mediators of Exercise Adherence in the Elderly. *Am J Prev Med* 2002; 23(2S):80–86.

40. Spin J M, Prakash M, Froelicher V F, Partington S, Marcus R; Do D, MD, Myers J, The Prognostic Value of Exercise Testing in Elderly Men. *Am J Med* 2002; 112: 453–59.

41. Hee Lee Y, Lee J, Kim M T, Han H R. In-Depth Assessment of the Nutritional Status of Korean American Elderly. *J Geriatric Nurs* 2009; 30(5): 304-11.

42. Bosworth H B, Olsen M K, Oddone, E Z. Improving blood pressure control by tailored

feedback to patients and clinicians *American Heart J* 2005; 149(5): 795-803.

43. Boccardi V, Esposito A, Rosaria Rizzo M, Marfella R, Barbieri M, Paolisso G. Mediterranean Diet, Telomere Maintenance and Health Status among Elderly. *PLoS One* 2013; 8(4): 36-47.

44. Ireland D M, Clifton P M, Keogh J B. Achieving the Salt Intake Target of 6 g/Day in the Current Food Supply in Free-Living Adults Using Two Dietary Education Strategies. *J Am Diet Assoc* 2010; 110:763-67.

45. Perez Y, Menendez R, Ferrer JI, Lopez E, Castano G, Fernandez J, and et al. Effects of D-003, a Mixture of High-Molecular-Weight Sugar Cane Wax Acids, on Lipid Peroxidation Markers in Older Individuals: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study, *Curr Ther Res* 2008; 69(1): 36-48.

The Viewpoint of Eldery about Their Own Health Status and Related Behaviors in South of Kerman Province in 2013

Faryabi R*¹, Saghzadeh S², Alizadeh Siuki H³, Rahimi T⁴, Mirzaee M⁵, Zareaipor M A⁶

- 1- PhD Candidate in Health Education and Promotion, Research center of Jiroft University of Medical Sciences
- 2- Bsc, Manager of Family Health, Deputy of health, Jiroft University of Medical Sciences, Jiroft, Iran
- 3- Lecturer, Health Education, Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences, Torbat Heydariyeh, Iran
- 4- PhD Candidate in Health Education and Promotion, Department of Health Services, School of Health, Yazd University of Medical Sciences, Yazd, Iran
- 5- Assistant Professor, Research Center for Social Determinant of health, Institute of Futures Studies in Health, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Public Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
- 6- PhD Candidate in Health Education and Promotion, Department of Health Services, School of Health, Yazd University of Medical Sciences, Yazd, Iran

* ***Corresponding Address: Assistance of sanitary of Jiroft University of Medical Sciences, Saheb abad, Jiroft, Iran. e-mail: r.faryabi@jmu.ac.ir***

Abstract

Background & Aims: Nowadays the world is faced with the phenomenon of population aging. Assessing health status and health promoting behaviors in elderly as a high risk population have especial importance. Therefore, this study carried out to assess the viewpoints of elderly about their health and its related behaviors in south of Kerman province in 1392.

Methods: This study is a cross- sectional study with descriptive- analytical approach that has been done upon 710 elderly people in a south town of Kerman province in 2013 by combined sampling (random and systematic), through a researcher made questionnaire that approved its validity and reliability with test-retest method. The data were analyzed through descriptive statistics and chi-square tests by SPSS v18.

Results: Findings showed there were 359(50.6%) females and 351(49.4%) males with the mean age of 72.12±13.25 years. The most common physical and psychological complaints and problems in the elderly is related to musculoskeletal disorders (57.5%), sleep disorders (39.9%), cardiac problems and hypertension (35.6%), respectively. In terms of health promoting behaviors, the following results obtained: regular physical activity (18.7%), checking blood sugar in at least every six month (23.2%), consumption vegetable oil (33.8%) and consumption of vegetable and fruits in daily diet (36.6%). There is a statistically significant difference among age and physical complaints and problems and health promoting behaviors ($p<0/05$) whereas among daily tasks, visual and hearing disorders, no statistically significant difference was observed.

Conclusion: Results of this study showed that skeletomuscular disorders, sleep disorders, cardiac problems, hypertension, and accomplishment of some health promoting behaviors is not in optimal condition. This requires health education programs and socioeconomic support.

Keywords: Health, Behavior, Elderly