

بررسی ارتباط رفتارهای بهداشتی و رضایت از زندگی در سالمندان مراجعه کننده به کانون‌های فعال بازنشستگان

*مریم نیکنامی (MS)^۱ - اکرم نامجو (St)^۱ - مژگان بقایی (MS)^۱ - زهرا عطرکار روشن (MS)^۲

*نویسنده مسئول: رشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی

پست الکترونیک: Niknamy4981@gums.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۸۸/۷/۲۳ تاریخ پذیرش: ۸۸/۱۰/۲۹

چکیده

مقدمه: افزایش سریع تعداد جمعیت سالمندان، مساله بهداشت، سلامت و تأمین آسایش آنان را در جامعه با ابعاد تازه‌ای مطرح نموده‌است. بنابراین رضایت از زندگی از موارد مهمی است که باید به آن پرداخته شود. ارتباط تنگاتنگی بین سلامت جسم و روان و رضایت از زندگی وجود دارد. در این میان رفتارهای بهداشتی به‌عنوان یکی از معیارهای تعیین کننده سلامت شناخته شده‌است.

هدف: تعیین ارتباط رضایت از زندگی و رفتارهای بهداشتی سالمندان مراجعه کننده به کانون‌های بازنشستگان شهر رشت در سال ۱۳۸۷.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی همبستگی است که تعداد ۳۲۰ نفر عضو کانون‌های فعال بازنشستگان شهر رشت در آن شرکت کردند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه‌ای سه قسمتی شامل مشخصات دموگرافیک، رضایت از زندگی و رفتارهای بهداشتی بود که از طریق مصاحبه جمع‌آوری شد. اطلاعات از طریق نرم‌افزار آماری SPSS (version 15) و آمار توصیفی و استنباطی (آزمون کای دو) تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: بر اساس یافته‌ها میانگین امتیاز رفتارهای بهداشتی $92/5 \pm 13/6$ بود که ۵۵/۶ درصد افراد رفتارهای بهداشتی مطلوب داشتند. میانگین امتیاز رضایت از زندگی $20/19 \pm 7/31$ بود که تنها ۶/۶ درصد افراد راضی بودند. رضایت از زندگی و رفتارهای بهداشتی ارتباط معنی‌دار آماری داشتند ($P=0/000$). ارتباط دو متغیر رضایت از زندگی و رفتارهای بهداشتی بر حسب متغیرهای سن ($P=0/002$)، میزان تحصیلات ($P=0/01$)، ترکیب خانواده ($P=0/002$) و گروه شغلی ($P=0/002$) مستقیم و معنی‌دار بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به ارتباط بین رفتارهای بهداشتی و رضایت از زندگی به نظر می‌رسد که می‌توان با آموزش، آگاهی‌های لازم به افراد سالمند و برنامه‌ریزی برای ارتقای رفتارهای بهداشتی سالمندان، رضایت از زندگی آنان را افزایش داد.

کلید واژه‌ها: رضایت شخصی / رفتار بهداشتی / سالمندان

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره نوزدهم شماره ۷۳، صفحات: ۴۶-۵۴

مقدمه

آن نیز توجه شود. از این رو مفهوم رضایت از زندگی از موارد مهمی است که باید به آن پرداخته شود (۴). زیرا رضایت از زندگی از عوامل مهم مطرح در رفاه فرد است. بررسی رضایت از زندگی در سیستم‌های مراقبت بهداشتی از این جنبه مهم است که بر اساس تحقیقات انجام شده، این مفهوم در تعامل کامل با سلامتی است و ارتباط تنگاتنگی بین سلامت جسم و روان و رضایت از زندگی وجود دارد (۵). ارزیابی رضایت زندگی به عنوان اقدامی معتبر در ارزیابی بازتوانی افراد سالمند و تعیین اثربخشی ارایه خدمات مراقبت بهداشتی به آنها مورد تأیید است (۶). از طرف دیگر وضعیت سلامتی همراه با عوامل مختلف اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و شخصیتی از جمله عوامل موثر بر میزان رضایت از زندگی در فرد است (۷) که خود

در عصر جدید، جهان به‌سوی سالمندی پیش می‌رود (۱). طبق آمار جهانی در سال ۲۰۰۶ تعداد کل سالمندان ۶۸۷ میلیون و ۹۲۳ هزار نفر بوده‌است که این تعداد در سال ۲۰۵۰ به رقم یک میلیارد و ۹۶۸ میلیون و ۱۵۳ هزار نفر خواهد رسید. جمعیت بالای ۶۵ سال ایران نیز طبق برآورد مرکز آمار ایران تا سال ۱۳۸۵، سه میلیون و ۶۵۶ هزار و ۵۹۱ نفر بوده‌است و تخمین زده می‌شود که تا سال ۲۰۵۰ به ۲۶ میلیون و ۳۲۳ هزار نفر معادل ۲۶ درصد جمعیت کل کشور برسد (۲). حدود دو سوم افراد سالمند علاوه بر دگرگونی‌های حاصل از سالمندی در ساختمان و عمل اعضای بدن، مبتلا به بیماری‌های مزمن و کاهش توانایی و عملکرد نیز می‌شوند (۳). بنابراین به موازات تلاش برای افزایش سال‌های عمر باید به کیفیت، معنادار بودن و رفاه

ارتباط میان آنها را پرداخته شد تا به این سؤال پاسخ داده شود که آیا رفتارهای بهداشتی و پاره‌ای خصوصیات جمعیت شناختی می‌تواند با رضایت از زندگی این قشر مرتبط باشد. امید است این پژوهش مقدمه‌ای برای پژوهش‌ها و تحقیقات بیشتر در راستای بهبود شرایط زندگی سالمندان و باعث افزایش تلاش‌های مسئولین جامعه در زمینه رفاه و تندرستی این افراد شود. همچنین به پرستاران کمک نماید تا با در اختیار گذاشتن اطلاعات پایه‌ای در زمینه رفتارهای بهداشتی به سالمندان، موجب تسهیل زندگی سالم و فعال آنان شوند و در نهایت با مشارکت در برنامه‌های مراقبتی و بازتوانی به این افراد کمک نمایند تا به بالاترین درجه سلامتی و رفاه و رضایت از زندگی برسند.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه توصیفی همبستگی، جامعه پژوهش کلیه سالمندان (افراد دارای سن ۶۵ سال و بالاتر) مراجعه‌کننده به کانون‌های فعال بازنشستگان شهر رشت (دانشگاه علوم پزشکی گیلان، آموزش و پرورش، بانک‌ها، تامین اجتماعی و نیروهای مسلح) بودند لازم به ذکر است که به دلیل عدم همکاری کانون بازنشستگان نیروهای مسلح با پژوهش، این کانون، از فهرست کانون‌های مورد بررسی حذف شد. در این مطالعه نمونه پژوهش را کلیه افراد دارای سن ۶۵ سال و بالاتر، دارای شرایط پژوهش (سن ۶۵ سال و بالاتر، عضویت در کانون‌های فعال بازنشستگان شهر رشت، توانایی برقراری ارتباط کلامی در حد پاسخگویی به سؤالات، توانایی انجام فعالیت‌های روزانه بدون نیاز به کمک افراد یا ابزار، رضایت به شرکت در مطالعه) تشکیل می‌دادند که شامل ۳۲۰ نفر مراجعه‌کننده به کانون‌های فعال بازنشستگان شهر رشت بود. نمونه‌گیری به روش سرشماری و روی کل جامعه انجام گرفت. به منظور دستیابی به اهداف پژوهش از پرسشنامه‌ای سه قسمتی استفاده شد. بخش اول ابزار، مشخصات دموگرافیک نمونه‌ها (شامل سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت

می‌تواند تحت تاثیر ارزش‌های فردی، شخصیت و سبک زندگی فرد قرار گیرد (۸). به این ترتیب فعالیت‌هایی که در جهت حفظ، بهبود و ارتقای سلامت انجام می‌شوند اهمیت می‌یابند (۹). به طوری که آمار نشان می‌دهد فعالیت‌های ارتقای سلامت از ۸۰ درصد مشکلات بهداشتی سالمندان جلوگیری کرده یا آن را به تعویق می‌اندازد (۱۰).

رفتارهای بهداشتی نظیر ورزش، تغذیه مناسب و کنترل عوامل خطر بیماری‌ها می‌توانند فرآیند پیرشدن را کند نموده و کیفیت زندگی سالمندان را در سال‌های باقیمانده عمر افزایش دهد (۱۱).

با توجه به اهمیت دوره سالمندی و ضرورت و اهمیت برنامه‌ریزی به منظور بررسی و شناخت عوامل مرتبط با رضایت از زندگی این قشر از جامعه، همچنین چالش‌های موجود در مراقبت از سالمندان و ارتباط بین وضعیت سلامت جسمی و روانی و رضایت از زندگی و از طرف دیگر ارتباط مشخص بین رفتارهای بهداشتی و وضعیت سلامت جسمی و روانی، این سؤال مطرح می‌شود که آیا ارتباط مستقیمی بین رفتارهای بهداشتی و رضایت از زندگی وجود دارد؟ تحقیقات بسیاری در این زمینه توسط پژوهشگران انجام شده است از جمله نتایج بررسی سانگ ارتباط معنی‌داری بین رضایت از زندگی و رفتارهای ارتقای سلامت را نشان داد (۱۲) در حالی که کودو در مطالعه خود دریافت که رفتارهای بهداشتی نامطلوب با کاهش رضایت از زندگی همراه نیست و عوامل شخصیتی و فرهنگی با رضایت از زندگی ارتباط دارد (۱۹). با توجه به این نکته که رضایت از زندگی می‌تواند تحت تاثیر عوامل شخصیتی و موقعیتی قرار گیرد و نتایج برخی تحقیقات نشانگر تفاوت امتیاز رضایت از زندگی در سالمندان کشورهای مختلف است (۱۵): نیاز به کسب داده‌ها در هر کشوری احساس می‌شود تا نیازهای گروه‌های مختلف توسط مشاغل بهداشتی تعیین شود و خدمات مناسب و متناسب با فرهنگ گروه فراهم شود (۱۶). بنابراین با توجه به نبود تحقیقی در این زمینه در جمعیت سالمندان شهر رشت، به بررسی رضایت از زندگی و رفتارهای بهداشتی در سالمندان و

تأهل، میزان درآمد ماهیانه، ترکیب خانواده، نوع مسکن، اشتغال به کار، سابقه ابتلا به بیماری و نوع بیماری) را بررسی می‌کرد. بخش دوم ابزار، اقتباس قسمتی از پروفایل رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت HPLP II بود که توسط والکر (Walker) در سال ۱۹۹۵ تدوین شده‌است و برای بررسی رفتارهای بهداشتی سالمندان بالای ۶۵ سال مورد استفاده قرار می‌گیرد. این ابزار از ۳۲ عبارت تشکیل می‌شود و با مقیاس لایکرت (Likert) همیشه، اغلب اوقات، بعضی اوقات و هرگز به ترتیب با امتیاز ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ سنجیده شد. برای کل رفتارهای بهداشتی، میانگین امتیازات محاسبه شد. امتیاز بالاتر از میانگین نشان‌دهنده رفتار بهداشتی مطلوب بود. برای محاسبه میانگین مجموع امتیاز گویه‌های رفتارهای بهداشتی، میانگین امتیاز به تعداد گویه‌های هر حیطه تقسیم شد. بخش سوم ابزار مقیاس رضایت از زندگی (LSIA) از ۲۰ گویه تشکیل شده و شامل ۱۲ گویه مثبت و ۸ گویه منفی بود. پاسخ به سئوالات بر اساس مقیاس سه گزینه‌ای (موافقم، مخالفم، نظری ندارم) صورت گرفت که در جملات مثبت به ترتیب امتیاز ۲، ۱، ۰ و در جملات منفی، امتیاز معکوس تعلق گرفت. بنابراین دامنه امتیازات از صفر تا ۴۰ بود. رضایت از زندگی بر مبنای میانگین و انحراف معیار مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. امتیاز بالاتر از میانگین به عنوان راضی و امتیاز پایین‌تر از میانگین به عنوان ناراضی در نظر گرفته شد. برای تعیین اعتبار علمی ابزار گردآوری داده‌ها از روش اعتبار محتوی و برای اعتماد علمی ابزار گردآوری داده‌ها از روش ضریب آلفا کرونباخ استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ ابزار رفتارهای بهداشتی ۰/۸۸ و رضایت از زندگی ۰/۷ بدست آمد که تاییدکننده پایایی ابزار بود. داده‌های جمع‌آوری‌شده از طریق نرم‌افزار آماری SPSS (version 15) و آمار توصیفی و آمار استنباطی (آزمون کای‌دو) تجزیه و تحلیل شد.

نتایج

در این مطالعه اکثریت واحدهای پژوهش را مردان (۶۸/۴٪)، دارای سن ۷۰-۶۵ سال (۸۴/۷٪) با میانگین و انحراف معیار

جدول ۱: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش برحسب رفتارهای بهداشتی

درصد	تعداد	فراوانی رفتارهای بهداشتی
۵۵/۶	۱۷۸	مطلوب (بالاتر از میانگین)
۴۴/۴	۱۴۲	نامطلوب (پایین تر از میانگین)
۱۰۰	۳۲۰	جمع
	۹۲/۵±۱۳/۶	میانگین امتیاز و انحراف معیار

توزیع واحدهای مورد پژوهش برحسب رضایت از زندگی نشان می‌دهد اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۵۳/۴٪) رضایت از زندگی پایین‌تر از میانگین داشتند. میانگین امتیاز رضایت از زندگی واحدهای مورد پژوهش ۲۰/۱۹±۷/۳ (دامنه ۴۰-۰) است (جدول ۲). طبق جدول فوق بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش (۵۳/۴٪) پایین‌تر از میانگین بود.

جدول ۲: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش برحسب رضایت از زندگی

درصد	تعداد	فراوانی رضایت از زندگی
۵۳/۴	۱۷۱	ناراضی (پایین تر از میانگین)
۴۶/۶	۱۴۹	راضی (بالاتر از میانگین)
۱۰۰	۳۲۰	جمع
	۲۰/۱۹±۷/۳	میانگین و انحراف معیار

آن است که در بین افراد دارای رضایت از زندگی، درصد افراد دارای رفتار بهداشتی مطلوب (۵۵/۶٪) بیشتر از افراد دارای رفتار بهداشتی نامطلوب (۳۵/۲٪) است و این اختلاف از نظر آزمون آماری کای اسکوئر معنی دار ($p=0/000$) بود. ارتباط رفتارهای بهداشتی و رضایت از زندگی برحسب متغیرهای دموگرافیک نمونه‌های مورد پژوهش به شرح زیر است (جدول ۴).

توزیع واحدهای مورد پژوهش بر حسب امتیاز رضایت از زندگی وکل رفتارهای بهداشتی نشان می‌دهد که در بین نمونه‌های دارای رضایت از زندگی، افراد دارای رفتارهای بهداشتی مطلوب (۵۵/۶٪) بیشتر از افراد دارای رفتارهای بهداشتی نامطلوب (۳۵/۲٪) بود. آزمون کای دو ارتباط آماری معنی‌داری ($p=0/000$) بین رفتارهای بهداشتی و رضایت از زندگی نشان داد (جدول ۳). جدول فوق بیانگر

جدول ۳: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش برحسب رضایت از زندگی وکل رفتارهای بهداشتی

آزمون و قضاوت	مجموع		راضی		ناراضی		رضایت از زندگی رفتارهای بهداشتی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$X^2=13/22$	۱۰۰	۱۴۲	۳۵/۲	۵۰	۶۴/۸	۹۲	نامطلوب
$df=1$	۱۰۰	۱۷۸	۵۵/۶	۹۹	۴۴/۴	۷۹	مطلوب
$P=0/000$	۱۰۰	۳۲۰	۴۶/۶	۱۴۹	۵۳/۴	۱۷۱	جمع

جدول ۴: توزیع فراوانی رضایت از زندگی و رفتارهای بهداشتی بر حسب متغیرهای دموگرافیک :

نوع و نتیجه آزمون	جمع		راضی		ناراضی		رضایت از زندگی رفتارهای بهداشتی	متغیرهای دموگرافیک
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
سن (سال)								
$X^2=9/76$ $df=1$ $p=0/002$	۱۰۰	۱۱۸	۳۶/۴	۴۳	۶۳/۶	۷۵	نامطلوب	۶۵ - ۷۰
	۱۰۰	۱۵۳	۵۵/۶	۸۵	۴۴/۴	۶۸	مطلوب	
	۱۰۰	۲۷۱	۴۷/۲	۱۲۸	۵۲/۸	۱۴۳	جمع	
NS	۱۰۰	۲۴	۲۹/۲	۷	۷۰/۸	۱۷	نامطلوب	+۷۰
	۱۰۰	۲۵	۵۶	۱۴	۴۴	۱۱	مطلوب	
	۱۰۰	۴۹	۴۲/۹	۲۱	۵۷/۱	۲۸	جمع	
میزان تحصیلات								
NS	۱۰۰	۱۶	۳۷/۵	۶	۶۲/۵	۱۰	نامطلوب	بی سواد
	۱۰۰	۲۱	۴۰/۹	۹	۵۹/۱	۱۲	مطلوب	
	۱۰۰	۳۷	۴۰/۵	۱۵	۵۹/۵	۲۲	جمع	
$X^2=7/41$ $df=1$ $P=0/006$	۱۰۰	۳۴	۳۲/۴	۱۱	۶۷/۶	۲۳	نامطلوب	زیر دیپلم
	۱۰۰	۶۹	۶۰/۹	۴۲	۳۹/۱	۲۷	مطلوب	
	۱۰۰	۱۰۳	۵۱/۵	۵۳	۴۸/۵	۵۰	جمع	
$X^2=6/33$ $df=1$ $p=0/01$	۱۰۰	۹۲	۳۵/۹	۳۳	۶۴/۱	۵۹	نامطلوب	دیپلم و بالاتر
	۱۰۰	۸۸	۵۴/۵	۴۸	۴۵/۵	۴۰	مطلوب	
	۱۰۰	۱۸۰	۴۵	۸۱	۵۵	۹۹	جمع	
ترکیب خانواده								
NS	۱۰۰	۲۵	۳۲	۸	۶۸	۱۷	نامطلوب	تنها
	۱۰۰	۱۴	۶۴/۳	۹	۳۵/۷	۵	مطلوب	

ادامه جدول ۴:

	۱۰۰	۳۹	۴۳/۶	۱۷	۵۶/۴	۲۲	جمع
X= ۹/۸۷ df=۱ P=۰/۰۰۲	۱۰۰	۱۱۷	۳۵/۹	۴۲	۶۴/۱	۷۵	نامطلوب
	۱۰۰	۱۶۴	۵۴/۹	۹۰	۴۵/۱	۷۴	مطلوب
	۱۰۰	۲۸۱	۴۷	۱۳۲	۵۳	۱۴۹	جمع
گروه‌های شغلی							
NS	۱۰۰	۳۲	۲۵	۸	۷۵	۲۴	نامطلوب
	۱۰۰	۱۲	۵۰	۶	۵۰	۶	مطلوب
	۱۰۰	۴۴	۳۱/۸	۱۴	۶۸/۲	۳۰	جمع
NS	۱۰۰	۶۳	۴۲/۹	۲۷	۵۱/۷	۳۶	نامطلوب
	۱۰۰	۷۳	۵۸/۹	۴۳	۴۱/۱	۳۰	مطلوب
	۱۰۰	۱۳۶	۵۱/۵	۷۰	۴۸/۵	۶۶	جمع
X= ۹/۲۳ df=۱ p=۰/۰۰۲	۱۰۰	۲۹	۲۴/۱	۷	۵۷/۹	۲۲	نامطلوب
	۱۰۰	۷۵	۵۷/۳	۴۳	۴۲/۷	۳۲	مطلوب
	۱۰۰	۱۰۴	۴۸/۱	۵۰	۵۱/۹	۵۴	جمع
NS	۱۰۰	۱۸	۴۴/۴	۸	۵۵/۶	۱۰	نامطلوب
	۱۰۰	۱۸	۳۸/۹	۷	۶۱/۱	۱۱	مطلوب
	۱۰۰	۳۶	۴۱/۷	۱۵	۵۸/۳	۲۱	جمع

داشتند درصد افراد دارای رفتارهای بهداشتی مطلوب (۵۵/۶٪) بیشتر از افراد دارای رفتارهای بهداشتی نامطلوب (۳۵/۳٪) بود و اختلاف معنی‌داری ($p=۰/۰۰۱$) بین آن‌ها مشاهده شد.

ارتباط رفتارهای بهداشتی و رضایت از زندگی برحسب گروه‌های شغلی نمونه‌های مورد پژوهش نشان می‌دهد که این ارتباط در گروه شغلی علوم پزشکی از نظر آزمون آماری ($p=۰/۰۰۲$) معنی‌دار بود.

بحث و نتیجه‌گیری

میانگین امتیاز رفتارهای بهداشتی در مطالعه حاضر $۹۲/۵ \pm ۱۳/۶$ و در مطالعه مروتی (۱۳۸۳) $۸۱/۷ \pm ۱۲/۷$ و در مطالعه آدامز و همکاران (۲۰۰۰) $۸۳/۳ \pm ۱۶/۱$ بوده است (۱۶ و ۱۵). در مطالعه ما میانگین امتیاز مجموع گویه‌های رفتارهای بهداشتی واحدهای مورد پژوهش $۲/۸۹ \pm ۰/۴۲$ به‌دست آمد. میانگین امتیاز مجموع گویه‌ها در مطالعه سونگ و همکاران (۲۰۰۲) $۲/۵۴ \pm ۰/۳۶$ و در مطالعه کیم و همکاران (۲۰۰۶) $۲/۴۶ \pm ۰/۴۴$ گزارش شده است (۱۴ و ۱۷).

ارتباط رفتارهای بهداشتی و رضایت از زندگی بر حسب سن نمونه‌های مورد پژوهش بیانگر آن است که در بین افراد ۶۵-۷۰ سال که از زندگی رضایت داشتند افراد دارای رفتارهای بهداشتی مطلوب (۵۵/۶٪) بیشتر از افراد دارای رفتارهای بهداشتی نامطلوب (۳۶/۴٪) بودند و این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار ($p=۰/۰۰۲$) بود. در حالی‌که در افراد بالای ۷۰ سال این ارتباط از نظر آماری معنی‌دار نبود. با توجه به ارتباط رفتارهای بهداشتی و رضایت از زندگی برحسب میزان تحصیلات نمونه‌های مورد پژوهش، در بین افراد باسواد که از زندگی رضایت داشتند، افراد دارای رفتارهای بهداشتی مطلوب بیشتر از افراد دارای رفتارهای بهداشتی نامطلوب بودند و این اختلاف در هر دو گروه زیردپلم و دپلم و بالاتر از نظر آماری معنی‌دار (به‌ترتیب $p=۰/۰۰۶$ و $p=۰/۰۱$) بود؛ در حالی‌که در افراد بی‌سواد اختلاف آماری معنی‌دار دیده نشد.

ارتباط رفتارهای بهداشتی و رضایت از زندگی بر حسب ترکیب خانواده نمونه‌های مورد پژوهش نشان می‌دهد فقط در بین افراد همراه با همسر و فرزند که از زندگی رضایت

شاید به سطح پایین‌تری از رضایت از زندگی منتهی گردد. شاید طولانی‌بودن ابزار نیز بر پاسخگویی افراد مؤثر بوده است.

در مورد ارتباط بین رضایت از زندگی و رفتارهای بهداشتی برحسب میزان تحصیلات در مطالعه کودو (۲۰۰۷) سطح تحصیلات با رضایت از زندگی بالا و رفتارهای بهداشتی مطلوب همراه بود ($p < 0/001$) (۲۰). به نظر می‌رسد سواد بتواند بر نحوه انجام رفتارهای بهداشتی مؤثر و در نتیجه با رضایت بالا همراه باشد. در این راستا سونگ (۲۰۰۲) می‌نویسد که افزایش سطح تحصیلات با مشارکت فعال‌تر برای سبک زندگی سالم همراه است (۱۴).

در مورد ارتباط بین رضایت از زندگی و رفتارهای بهداشتی برحسب ترکیب خانواده، در مطالعه کودو (۲۰۰۷) و پارک و کیم (۲۰۰۴) که با هدف بررسی ترکیب خانواده و رضایت از زندگی سالمندان شهر سئول انجام شد ترکیب خانواده همسر و فرزند با رضایت از زندگی ارتباط آماری معنی‌داری (به ترتیب $p < 0/001$ و $p < 0/01$) داشت (۱۹ و ۲۳). علاوه بر آن در مطالعه‌ای که لی (۲۰۰۴) با هدف بررسی عوامل مؤثر بر رضایت از زندگی سالمندانی که تنها زندگی می‌کنند انجام داد نتایجی با رضایت از زندگی پایین همراه بود (۲۴). یافته مطالعه حاضر می‌تواند به این دلیل باشد که خانواده مهم‌ترین منبع حمایتی و روابط بین فردی است و توان آرایه حمایت کافی به افراد خود را دارد که این خود در کنترل استرس و اضطراب مؤثر است و احساس صمیمیت و امنیت ایجاد می‌کند که می‌تواند منجر به تاثیرات مثبت بر رفتارهای بهداشتی و رضایت از زندگی سالمندان شود.

به نظر می‌رسد شاید آگاهی بهداشتی و منابع علمی در دسترس گروه علوم پزشکی در ارتباط مثبت رضایت از زندگی و رفتار بهداشتی تاثیرگذار باشد.

از آنجا که در مطالعه حاضر رفتارهای بهداشتی با رضایت از زندگی ارتباط داشتند بنابراین به نظر می‌رسد، می‌توان با دادن آموزش و آگاهی‌های لازم به افراد سالمند و برنامه‌ریزی در راستای ارتقای رفتارهای بهداشتی سالمندان،

میانگین امتیاز پژوهش حاضر از یافته‌های سایر مطالعات انجام شده در این زمینه بالاتر است. به نظر می‌رسد اختلاف در یافته‌ها با تفاوت در جامعه مورد پژوهش سالمندان (مهاجر، روستایی، شهری) و عوامل مختلف فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی ارتباط دارد. البته اکثریت نمونه‌ها در مطالعه حاضر (۵۵/۶٪) رفتارهای بهداشتی مطلوب داشتند که این امر را می‌توان با سن پایین‌تر نمونه‌ها (کمتر از ۷۰ سال)، تحصیلات بالاتر و ترکیب خانواده (همسر و فرزندان) نمونه‌های پژوهش مرتبط دانست.

میانگین امتیاز رضایت از زندگی واحدهای مورد پژوهش در مطالعه حاضر ($20/19 \pm 7/3$) محاسبه شد. در مطالعه اینال و همکاران (۲۰۰۷) با هدف تعیین ارتباط بین رفتارهای بهداشتی و رضایت از زندگی سالمندان، میانگین امتیاز رضایت از زندگی $20/3 \pm 5/9$ بدست آمد که با یافته مطالعه کنونی هم‌خوانی دارد (۲۰). این یافته می‌تواند تا حدی قابل قبول باشد چرا که سالمندی به‌طور طبیعی با تغییرات مختلف در سیستم‌های بدن همراه است و فرد با کاهش توانایی عملکرد، سطح فعالیت و بیماری مواجه می‌شود که هر یک می‌تواند بر رضایت آنان مؤثر باشد.

در مورد ارتباط بین رضایت از زندگی و رفتارهای بهداشتی، کودو و همکاران (۲۰۰۷) نیز در مطالعه خود ارتباط مثبتی بین رضایت از زندگی و رفتارهای ارتقای سلامت ($p = 0/001$) بدست آوردند (۲۱) که با مطالعه حاضر هم‌خوانی داشت در حالی که لاونستین و کاتز (۲۰۰۵) در مطالعه خود ارتباط معنی‌داری نیافتند (۲۲).

در مورد ارتباط بین رضایت از زندگی و رفتارهای بهداشتی بر حسب سن در مطالعه هیلراس (Hilleras) و همکاران (۲۰۰۱) نیز سالمندان جوان در گروه سنی ۶۵-۷۴ سال رضایت بیشتری داشتند (۲۳). در مطالعه بورگ (۲۰۰۵) و کودو (۲۰۰۷) نیز گروه سنی ۶۵-۷۴ سال با رضایت زندگی بیشتر (به ترتیب $p < 0/03$ و $p < 0/01$) ارتباط داشت (۲۴ و ۲۱). به نظر می‌رسد اختلافات چندگانه و نارسایی‌های جسمی افراد سالمند که با افزایش سن بیشتر می‌شود کمیت و کیفیت رفتارهای بهداشتی را تحت تاثیر قرار می‌دهد که

زندگی موجب رضایت بیشتر از زندگی می‌شود(۲۱).
تشکر و قدردانی: بدینوسیله از مدیریت کانون‌های بازنشستگان شهر رشت که با ما همکاری نموده و همچنین از کلیه سالمندانی که در این مطالعه شرکت نمودند کمال قدردانی و تشکر به عمل می‌آید.
این مقاله با استفاده از داده‌های یک طرح تحقیقاتی در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان به نگارش درآمده است.

رضایت از زندگی آنان را افزایش داد و شاغلین مشاغل بهداشتی لازم است به منظور غلبه بر عوامل باز دارنده فعالیت‌های ارتقای سلامت و حمایت از امور بهداشتی و طراحی مداخلات در راستای تلاش برای ارتقای سطح سلامت سالمندان، کمک نمایند(۱۱). همچنین می‌توان نتیجه گرفت که رفتارهای بهداشتی از طریق حفظ و ارتقای سلامت جسم و روان می‌تواند موجب رضایت بیشتر از زندگی شود زیرا سلامتی و توانایی انجام فعالیت‌های روزانه

منابع

1. Tajvar M. Aged Health Tehran; Nasle Farda, 2003.[Text In Persian]
2. Iran Statistics Center. Population And Dwelling General Census, Statistics And Result Of Province, Publication Iran Statistics Center, Tehran; 2006.[Text In Persian]
3. Monahan FD, Et Al. Phipps Medical Surgical Nursing: Health And Illness Perspectives. 8 Th Ed. St. Louis; Mosby, 2007: 28-40
4. Ozer M. A Study On The Life Satisfaction Of Elderly Individuals Living In Family Environment And Nursing Homes. Turkish Journal Of Geriatrics 2004; 7(1): 33-36.
5. Melendez JC, Tomas JM, Oliver A, Navaro E. Psychological And Physical Dimensions Explaining Life Satisfaction Among The Elderly: A Structural Model Examination. Archives Of Gerontology And Geriatrics 2009(48)291-95.
6. Subasi F, Hayran O. Evaluation Of Life Satisfaction Index Of The Elderly People Living In Nursing Homes. Archives Of Gerontology And Geriatrics 2005: (41)23-29.
7. Mohseni M, Salehi P: Social Statisty In Iran, Arvan; Tehran 2003.[Text In Persian]
8. Salemi S, Najafi T: Fundamental Nursing Practical Poteroper. Tehran; Salemi, 2007.[Text In Persian]
9. Sharma M, Romas J A. Theoretical Foundation Of Health Education And Health Promotion. Boston; Jones and Bartlett, 2008.
10. Morovati MA. Best Pattern Health Promotion And Assessment Used It In Education Adult For To Undergo A Change At Health Behavior In Old Peoples Of Yazd City. Dissertation of Ph D Nursing Tarbeat Modares University, 2006.
11. Lancaster J, Stanhope M. Community And Public Health Nursing. 6thed. St. Louis; Mosby, 2004.
12. Sung MS, Song BS Health Promoting Behavior And Degree Of Life Satisfaction In Rural Elderly. J Korean Aced Fundam Nurse 2004; 1(1): 82-91.
13. Borg C H, Et Al. Life Satisfaction In 6 European Countries: The Relation Ship To Health, Self Esteem And Financial Resources Among People (Aged 65-89) With Reduced Functional Capacity. Geriatric Nursing 2008; 2(1):48-51.
14. Sohng K Y, Sohng S, Yeom HA. Health Promoting Behaviors Of Elderly Korean Immigrants In The United States. Public Health Nursing 2002; 1(4): 294-300.
15. Morovati Sharifabad MA, Ghfrani Por F, Haidarnia AR, Babaei Gh. Religious Support Due To Health Behavior Promotion and Circumstance to Accpplish This Behavior In Old Peoples Up To 65 Years Of Yazd City. Journal of Medical Sciences Shahid Sadoghi Yazd 2004; 1(1): 23.
16. Adams M H, Bowden A C, Humphrey D S, Mcadams LB. Social Support And Health Promotion Lifestyle Of Rural Women. Journal of Rural Nursing and Healthcare. 2000:1(1). Availablefrom: RL:Http://www.Rho.Org/Journal/.
17. Kim S Y, Et Al. Comparison Of Health Promoting Behaviors Of Non Institutionalized And Institutionalized Older Adults In Korea. Journal Of Nursing Scholarship 2006; (3(1)31-5.
18. Inal S, Subasi F, May S, Hyran O. The Links Between Health Related Behavior And Life Satisfaction In Elderly Individuals Who Prefer Institutional Living. Biomed Central 2007; (7)30.
19. Kudo H, Etal. Life Satisfaction In Older People. Geriatr Gerontol Int 2007; 7:15-20.
20. Lowensetin A, Katz R. Living Arrangements , Family Solidarity And Life Satisfaction Of Two

Generations Of Immigrants In Israel. Age and Society 2005; 25: 749-767.

21. Hilleras PK, Torres H A, Winblad B. Factors Influencing Well Being In The Elderly .Journal Of Geriatrics Psychiatry 2001; 14 361-365.

22. Borge C Halberg I, Blomquist H. Life Satisfaction among Older People With Reduced Self Care Capacity: The Relationship To Social,

Health and Financial Aspects. Journal of Clinical Nursing 2006; 15 607-618.

23. Park J Sh, Kim Y B. Patterns Of Family Network and Life Satisfaction of Elderly in the Seoul Metropolitan Area. Geriatrics and Gerontology International 2004; 4: 266-267.

24. Lee MS. Factors Influencing Life Satisfaction The Elderly Living Alone Korean. Journal Community 2001; 6(5): 773-788.

Survey the Relationship between Life Satisfaction and Health Behaviors in Elderly People Referring to Active Retire mental Centers

*Niknamy M.(MS)¹- Namjoo A.(BS)¹- Baghaee M.(MS)¹- Atrkar Roshan Z.(MS)²

*Corresponding Address: Faculty of Shahid Beheshti Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, IRAN

E-mail: Niknamy4981@gums.ac.ir

Received: 15 Oct/2009 Accepted: 19 Jun/2019

Abstract

Introduction: Rapid increase of elderly population presents their health and maintenance in wider domains in society. Therefore life satisfaction is the most important matters that required more pay attention. There is relationship between physical and mental health and life satisfaction. Health behaviors have very important role as one of the determined desirable.

Objective: To determine the relationship between life satisfaction and health behaviors in elderly individuals referring to active retire mental centers of Rasht in 2008.

Materials and Methods: This was a descriptive study, which 320 members from active retire mental centers of Rasht participated in this study. Data was collected by a three part questionnaire that included demographic specifications, life satisfaction and health behaviors which were gathered by interview. The data was analyzed by descriptive statistics and test such as chi-square by SPSS version 15.

Results: Findings showed that mean score of the health behaviors were 92.5 ± 13.6 and 55.6% of members have good health behaviors.

The mean score of life satisfaction was 20.1 ± 7.3 and 46.6 of members satisfied There were significant positive correlation between health behaviors and life satisfaction ($p=0.000$). Also indicated that there were statistically significant relation between health behaviors and life satisfaction; according to age ($p=0.002$), education level ($p=0.01$), family composition ($p=0.002$), and occupational group ($p=0.002$). There is relation between health behaviors and life satisfaction.

Conclusion: It seems that life satisfaction can be increased by training and providing essential knowledge to elderly members and planning towards health promotion behaviors.

Key words: Aged/ Health Behavior/ Personal Satisfaction

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 73, Pages: 46-54