وضعیت بهداشت فردی سالمندان روستاهای شهرستان مراوه تپه استان گلستان در سال ۱۳۸۹

(مقاله پژوهشی برگرفته از پایان‌نامه دانشجویی)

هاشم حشمتی[*1]، ناصر بهنام پور[2]، محمد حسین حاجی ابراهیمی[3]، زهرا اسدی[4]، عبدالرحمن چرکزی[5]، آنیتا دهنادی[6]

چکیده:

هدف: هدف اصلی این مطالعه بررسی وضعیت بهداشت فردی سالمندان روستاهای شهرستان مراوه تپه استان گلستان در سال ۱۳۸۹ به منظور استفاده از این اطلاعات در برنامه‌ریزی‌های بهداشتی برای ارتقاء سلامت سالمندان بود.

روش بررسی: دراین مطالعه توصیفی تحلیلی ۱۱۹ نفر از سالمندان روستایی بالای ۶۰ سال شهرستان مراوه تپه به روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای انتخاب شدند وداده‌ها از طریق پرسش‌نامه‌ای که روایی و پایایی آن مورد تأیید بود، با مراجعه به منزل و مصاحبه تکمیل شد. سپس داده‌ها وارد کامپیوتر شده و توسط نرم افزار SPSS 16 مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سنی سالمندان مورد مطالعه ۵/۶۴ ± ۶۷/۵۳ سال بود. میانگین نمره رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت سالمندان از پرسش‌نامه محقق ساخته ۱۶ ± ۶۰/۵۹ (از ۱۰۰ نمره) بود. بین رفتارهای ارتقاء دهنده بهداشت فردی با سن، جنس، سطح تحصیلات، شغل و وضعیت زندگی با خانواده از نظر آماری ارتباط معنادار مشاهده نگردید ولی بین رفتارهای بهداشتی با وضعیت تأهل ارتباط معناداری وجود داشت.

نتیجه‌گیری: از آنجا که وضعیت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت سالمندان در سطح مطلوبی نمی‌باشد و با افزایش جمعیت سالمندان این اوضاع به مراتب نامطلوب‌تر و پیامدها و مشکلات آن بسیار چالش برانگیز خواهد شد لذا انجام مداخلات مقتضی در این زمینه به ویژه مداخلات آموزشی ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: سالمندان، بهداشت فردی، ارتقاء سلامت، رفتار بهداشتی

تاریخ دریافت: ۹۰/۵/۸ تاریخ پذیرش: ۹۰/۱۲/۹

۱. کارشناس ارشد آموزش بهداشت، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گروه بهداشت عمومی
۲. کارشناس ارشد آمار حیاتی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گروه بهداشت عمومی
۳. کارشناس ارشد بهداشت عمومی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گروه بهداشت عمومی
۴. کارشناس بهداشت، مرکز بهداشت شهرستان مراوه تپه، دانشگاه علوم پزشکی گلستان
۵. کارشناس ارشد آموزش بهداشت و عضو گروه بهداشت عمومی دانشگاه علوم پزشکی گلستان
۶. کارشناس بهداشت، مرکز بهداشت شهرستان گرگان، دانشگاه علوم پزشکی گلستان
* آدرس نویسنده مسئول: دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گروه بهداشت عمومی
* تلفن: ۰۹۱۳۴۵۱۲۰۵۱
* رایانامه: heshmati3369@yahoo.com

مقدمه

افزایش جمعیت سالمندان در عصر حاضر تا آن اندازه مهم است که سازمان بهداشت جهانی متذکر گردیده که امروزه در سطح جهان انقلابی در جمعیت شناسی در شرف وقوع است(۱). پروفسور بلانشر عضو انجمن سالمند شناسی فرانسه در این رابطه می‌گوید: «در حال حاضر جمعیت از شرایط انفجاری جمعیت کودکان به سوی وضعیت انفجاری جمعیت پیرزنان تغییر حالت داده است.»(۲).

امروزه حدود ۶۰۰ میلیون فرد سالخورده بالای ۶۰ سال در سطح جهان وجود دارد و این رقم تا سال ۲۰۲۵ به دوبرابر خواهد رسید و در سال ۲۰۵۰ به دو میلیارد نفر افزایش خواهد یافت(۱).

این افزایش در کشورهای در حال توسعه بسیار شدیدتر از کشورهای توسعه یافته خواهد بود. کشور ما ایران نیز از این نظر مستثنی نخواهد بود و در صورت عدم برنامه‌ریزی و توجه به این مسأله، در آینده‌ای نه چندان دور مشکلات ناشی از افزایش جمعیت سالمندان گریبانگیر کشور ما خواهد شد. براساس آمارهای جمعیتی در سال ۱۳۳۵ سالمندان ۱۱۸۳۹۸۰ (۶/۲۵ درصد) از کل جمعیت ایران را تشکیل داده که این تعداد در سال ۱۳۸۵ به ۵۱۱۹۰۰۰ (۷/۲ درصد) از کل جمعیت ایران رسید. و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۱۴۲۹ جمعیت سالمندان کشور به ۲۵۹۱۲۰۰۰ نفر یعنی ۲۴/۶۲ درصد جمعیت برسد(۳,۴).

لازم به ذکر است که براساس سرشماری سال۱۳۸۵، تعداد سالمندان در مناطق شهری ۳/۲۸ میلیون نفر و در مناطق روستایی ۱/۸۴ میلیون نفر بوده است. از طرفی نسبت جمعیت سالمندان در مناطق روستایی(۸/۳) بیش از مناطق شهری (۶/۸) است و این در حالی است که امید به زندگی در مناطق روستایی معمولاً کم‌تر از مناطق شهری است(۵).

تعداد سالمندان دراستان گلستان نیز ۱۰۷۵۸۵نفر در سال ۸۷ بوده است که ۶/۳۳ درصدازجمعیت استان رابه خوداختصاص داده‌اند. که از این تعداد ۴۸/۹ درصد سالمندان استان، در مناطق شهری و ۵۱/۰۷ درصد در مناطق روستایی سکونت دارند (۶).

در این دوره از زندگی، به دلیل اختلال در فعالیت ارگان‌ها و ضعف سیستم ایمنی، بعضی از بیماری‌ها از جمله بیماری‌های عفونی اهمیت خاصی می‌یابند(۱) از طرفی مطالعات گوناگون نشان داده‌اند درصد بالایی از سالمندان آلوده به انگل‌های روده‌ای هستند(۷). همچنین در مطالعه‌ای میزان آلودگی به انگل‌های روده‌ای در در دامداران ساکن مناطق روستایی استان مازندران ۳۲/۹ درصد بوده است(۸). با توجه به این که شغل اغلب سالمندان روستایی نیزدامداری و کشاورزی است اهمیت این موضوع دو چندان است.

طبق آخرین بررسی‌های انجام گرفته تعداد عوامل بیماری زایی که قادر به ایجاد بیماری در انسان هستند ۱۴۰۷ نوع ذکر شده که ۸۱۶ (۵۸٪) نوع از آنها از عوامل بیماری‌زای مشترک (Zoonoses) هستند(۹) که انتقال آلودگی بسیاری از این عوامل در اثر عدم رعایت نکات بهداشتی وتماس با خون و سایر ترشحات حیوانات آلوده صورت می‌گیرد.اهمیت این بیماری‌ها تا حدی است که در نشست مشترک کارشناسان سازمان جهانی بهداشت، سازمان کشاورزی و خواروبار جهانی و دفتر بین‌المللی همه‌گیری‌های حیوانی تأکید شده است هر کشوری باید کشاورزان، افرادی که در برنامه‌های بهداشت حیوانی اشتغال دارند، کسانی که در سازمان‌های حیات وحش کار می‌کنند، کارکنان باغ وحش‌ها و درمان‌گرهای محلی انسانی و حیوانی را در زمینه اهمیت گزارش بیماری‌های مشکوک مهم آموزش دهند(۱۰).

بسیاری از این بیماری‌ها و مشکلات بهداشتی با اصلاح سبک زندگی و ارتقاء وضعیت بهداشت فردی قابل پیشگیری خواهند بود از سوی دیگر یکی از مهم‌ترین و مؤثرترین اقدامات جهت ارتقاء وضعیت بهداشت فردی و کیفیت زندگی سالمندان، آموزش می‌باشد و آموزش صحیح مستلزم شناخت صحیح نیازهای سالمندان است(۱۱). مطالعات گوناگون نشان داده‌اند که انجام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در سالمندان در سطح پایینی قرار دارد، سالمندان از نظر رفتارهایی نظیر فعالیت بدنی و رژیم غذایی در سطح مطلوبی نیستند و میزان آگاهی، نگرش و عملکرد سالمندان در خصوص شیوه زندگی سالم نسبتاً پایین است(۱۲,۱۳,۱۴).

در مطالعه‌ای که بر روی سالمندان روستایی انجام شد نتایج نشان داد ۵۰/۵٪ سالمندان دارای انواع مختلف بیماری هستند و ۲۰٪ سالمندان دارای نیازهایی در تغذیه، پوشاک و مسکن هستند(۱۵) ۳۷/۶٪ سالمندان روستایی از نظر سلامت روانی ناسالم هستند(۱۶) ۱۲/۱۳٪ سالمندان در حمام کردن، ۸/۴ درصد در استفاده از دستشویی، ۸/۰۹٪ در پوشیدن لباس و ۵/۳۹ در خوردن غذا مشکل داشتند(۱۷) در مطالعه‌ای نشان داده شد که ۸۴٪ از سالمندان دارای ضایعات مخاطی دهان هستند که یکی از دلایل مهم آن عدم رعایت بهداشت فردی بود(۱۸). در مطالعه دیگری نشان داده شد دفعات مسواک زدن، استفاده از نخ دندان و خمیر دندان در ساکنین روستا کم‌تر از شهر بود و ۷۸٪ آزمودنی‌ها کاملاً بی دندان بودند(۱۹).

کلازن و همکاران مطالعه‌ای بر روی سالمندان روستای مانکگودی از کشور بوتسوانا آفریقا انجام دادند که نتایج نشان داد ۷۵٪ سالمندان تا حدی کاهش میزان سلامتی را تجربه کرده بودند درحالی‌که یک چهارم آنها از مشکلات بهداشتی جدی رنج می‌بردند، مهم‌ترین مشکلات بهداشتی مربوط به سیستم عضلانی ـ اسکلتی بود، بیماری‌های چشمی شایع بود، ۷۰٪ سوء تغذیه داشتند و زنان مشکلات بیش‌تری از مردان گزارش کردند(۲۰).

با توجه به اینکه مطالعات کافی در رابطه با وضعیت بهداشت فردی سالمندان روستایی به ویژه در رابطه با رعایت نکات بهداشتی در زمینه تماس با حیوانات انجام نشده است و در مطالعات محدود انجام شده نیز اطلاعات کافی از نیازهای بهداشتی سالمندان در زمینه بهداشت فردی به دست نیامده، لذا نمی‌توان برنامه‌ریزی‌های درستی که نهایتاً منجر به ارتقاء سطح سلامت سالمندان گردد انجام داد ومنابع وامکانات را در مسیر صحیح مصرف نمود، لذا برآن شدیم با بررسی وضعیت بهداشت فردی سالمندان روستاهای شهرستان مراوه تپه استان گلستان در سال ۱۳۸۹اطلاعات مورد نیاز برای برنامه‌ریزی و مداخلات مناسب را فراهم نماییم.

روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی ـ تحلیلی بوده که به روش مقطعی در سال ۱۳۸۹ انجام شد. جمعیت مورد مطالعه شامل سالمندان (افراد بالای ۶۰ سال) تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی روستایی شهرستان مراوه تپه بودند. این شهرستان از شهرستان‌های **استان گلستان** است که در شمال شرقی ایران در نزدیکی مرز کشور ترکمنستان واقع شده است. از نظروسعت در استان گلستان پس از گنبد کاووس جایگاه دوم را دارد. در این شهرستان بخش گلیداغ در قسمت کوهستانی و بخش مرکزی در قسمت گرم و خشک با تپه ماهورهای بیابانی قرار دارد که دشت‌هایی با آب و هوای معتدل و مرطوب از نوع مدیترانه تشکیل می‌دهد که در تابستان به صورت گرم و خشک می‌باشد. شغل اکثر قریب به اتفاق ساکنین این شهرستان دامپروری وکشاورزی است و بیش‌ترین درصد قومیت این شهرستان را قوم ترکمن (۹۹/۳٪) تشکیل می‌دهند. جمعیت این شهرستان ۵۳۵۶۷ نفر می‌باشد و تعداد کل سالمندان شهرستان مراوه تپه ۲۲۲۲ نفر بوده که از این تعداد ۱۹۴۲ نفر (۸۷/۴۰ درصد) جمعیت سالمند روستایی و ۲۸۰ نفر سالمند شهری (۱۲/۶۰ درصد) بالای ۶۰ سال هستند(۲۱).

روش نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای بود بدین صورت که در مرحله اول هر ۵ مرکز بهداشتی درمانی روستایی شهرستان مراوه تپه به عنوان ۵ خوشه در نظر گرفته شدند و از این ۵ مرکز بهداشتی درمانی ۳ مرکز به صورت تصادفی انتخاب شد. در مرحله بعد با مراجعه به هر یک از روستاهای منتخب ابتدابراساس دفتر سرشماری سال ۱۳۸۹، کلیه شماره خانوارهایی را که دارای افراد بالای ۶۰ سال هستند استخراج گردید و با استفاده از روش نمونه‌گیری سیستماتیک، نمونه‌گیری از بین آنها انجام شد. حجم نمونه با توجه به رابطه $n=z^2.p(1-p)/d^2$ محاسبه گردیدکه در این رابطه $z=1/96$، $P=0/5$ و $d=0/09$ در نظر گرفته شده و به این ترتیب ۱۱۹ نفر انتخاب شدند. ابتدا سؤالات پرسش‌نامه، هدف انجام تحقیق و روش مصاحبه طی یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به روش آموزش چهره به چهره به هر ۳ پرسشگر آموزش داده شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه پژوهش‌گر ساخته‌ای بود که با مراجعه پرسشگران آموزش دیده به منازل افراد به روش مصاحبه تکمیل شد. پرسش‌نامه به طور کلی از دو بخش تشکیل شده بود: بخش اول: مشخصات دموگرافیک که مشتمل بر ۶ سؤال در رابطه با سن، جنس، سطح تحصیلات، شغل، وضعیت زندگی با خانواده و وضعیت تأهل بود و بخش دوم: شامل ۲۰ سؤال ۴ گزینه‌ای در رابطه با رفتارهای نشانگر مهم وضعیت بهداشت فردی مانند بهداشت دهان و دندان، بهداشت دست‌ها بعد از اجابت مزاج و قبل از مصرف غذا و نیز بعد تماس با حیوانات یا فضولات آنها، بهداشت پا و استحمام و توجه در استفاده از وسایل شخصی بود.

روش امتیازدهی به سؤالات بدین گونه بودکه به گزینه کاملاً صحیح ۲ امتیاز، گزینه‌هایی که تاحدی صحیح بودند یک امتیاز و به گزینه اشتباه صفر امتیاز تعلق گرفت و کل نمره از ۱۰۰ تراز شد.

برای تعیین روایی پرسش‌نامه از روش روایی محتوا استفاده شد بدین صورت که ابتدا با بررسی کتب (۳-۱)، مقالات (۲۵-۱۲) و پرسش‌نامه مشابه(۲۶) و مصاحبه با ۱۰ سالمند روستایی که به طور تصادفی انتخاب شده بودند، پیش‌نویس اولیه پرسش‌نامه تهیه شد سپس پرسش‌نامه در اختیار تعدادی از اساتید و کارشناسان قرار گرفت و نظرات آنها در پرسش‌نامه اعمال شد جهت تعیین پایایی پرسش‌نامه از آزمون آلفای کرونباخاستفاده شد و پایایی پرسش‌نامه با ضریب آلفای ۰/۷۳ مورد تأیید قرار گرفت.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت و با توجه به این‌که داده‌ها دارای توزیع نرمال بودند از آزمون‌های پارامتریک تی زوج، آزمون LSD و آزمون آنالیز واریانس برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها

از مجموع ۱۱۹ سالمند مورد بررسی ۶۴ نفر(۵۳/۷۸٪) مرد و ۵۵ نفر(۴۶/۲۱٪) زن بودند و میانگین سنی آنها ۶۴/۵± ۶۷/۵۳ بود. میانگین نمره رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت سالمندان ۶۰/۵۹±۱۶ (از ۱۰۰ نمره) بود. آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین رفتارهای بهداشتی و سن ارتباط معناداری وجود ندارد (P=۰/۰۷۴، r= -۰/۴۴۲).

زنان از وضعیت بهداشت فردی مطلوب‌تری برخوردار بودند ولی آزمون تی زوج نشان داد رفتارهای ارتقاء دهنده بهداشت فردی در دو جنس تفاوت معناداری ندارند.

همچنین ۹۱/۶٪ بی‌سواد و ۸/۴٪ دارای سواد خواندن ونوشتن بودند. افرادی که قادر به خواندن و نوشتن بودند از وضعیت بهداشت فردی بالاتری برخوردار بودند اما آزمون آنالیز واریانس تفاوت معناداری بین رفتارهای ارتقاء دهنده بهداشت فردی با سطح تحصیلات نشان نداد.

سالمندان از کار افتاده و بی‌کار به ترتیب بدترین وضعیت بهداشت فردی را داشتند اما آزمون آنالیز واریانس بین رفتارهای بهداشتی با شغل هم اختلاف معناداری نشان نداد.

آزمون آنالیز واریانس ارتباط معناداری را بین انجام رفتار در سالمندان مجرد با سالمندان متأهل و بیوه نشان داد (P=۰/۰۱۰). همچنین آزمون LSD نشان داد، بین انجام رفتارها در افراد متأهل و مجرد تفاوت معناداری وجود دارد (P=۰/۰۰۳). همچنین این آزمون ارتباط معناداری را بین انجام رفتار در افراد بیوه و مجرد نشان داد (P=۰/۰۰۳). ولی این آزمون اختلاف معناداری را بین انجام رفتارها در افراد متأهل و بیوه نشان نداد.

سالمندانی که تنها در منزل زندگی می‌کردند بدترین وضعیت بهداشت فردی را دارا بودند اما آزمون آنالیز واریانس بین وضعیت زندگی در منزل و رفتارهای بهداشتی اختلاف معناداری نشان نداد.

در بخش رفتارهای نشانگر وضعیت بهداشت فردی ۵۳/۸٪ دارای دندان طبیعی، ۲۹/۴٪ دارای دندان مصنوعی، ۰/۸٪ دارای هر دو نوع دندان ۱۶٪ فاقد دندان بودند. ۶۹٪ روزانه دندان‌های خود را شسته و از این تعداد ۸۵٪ از آب، ۱۴٪ از مسواک و تنها ۱٪ از نخ دندان جهت شستن دندان و بهداشت دهان و دندان خود استفاده می‌کردند. ۶۶/۶٪ افرادی که دارای مصنوعی بودند دندان مصنوعی را در آب معمولی، ۳۳/۳٪ در آب نمک نگهداری می‌کردند. ۶۴/۷٪ در رابطه با رفع بوی بد دهان اقدام خاصی انجام نمی‌دادند. در ارتباط با تعداد دفعات مراجعه به دندانپزشک، ۷۴/۸٪ هرگز مراجعه نکرده بودند. ۹۵ درصد سالمندان بهداشت دست‌ها بعد دستشویی را رعایت می‌کردند که از این تعداد تنها ۵۵/۵ درصد از صابون جامد یا مایع و ۴۴/۵ درصد تنها از آب استفاده می‌کردند.

۵۸ درصد سالمندان با حیوانات یا فضولات آنها تماس داشتند که ۹۴/۲٪ از این افراد از دستکش استفاده نمی‌کردند و ۸۷٪ به شستن دست‌ها بعد از تماس اقدام می‌کردند. ۵۳/۸ درصد در استفاده شخصی از وسایل شخصی دقت داشتند و ۴۷/۱ درصد وسایل شخصی را به صورت مجزا نگهداری می‌کردند.

۳/۴ درصد روزی یک بار و ۳۹/۵ درصد، ۳-۲ بار در هفته، ۳۹/۵ درصد هفته‌ای یک بار و ۱۷/۶ درصد با فاصله بیش‌تر از یک هفته به حمام رفته، ۷۹/۸ درصد بهداشت گوش را رعایت می‌کردند ودر زمینه تعویض لباس ۳/۴ درصد روزی یک بار، ۳۹/۵ درصد ۳-۲ بار در هفته، ۴۵/۴ درصدهفته‌ای یک بار و۱۱/۸ درصد با فاصله بیش‌تر از یک هفته این عمل بهداشتی را انجام می‌دادند. ۹۳/۳ درصد بهداشت پا را رعایت می‌کردند و ۷۲/۳ درصد قبل مصرف غذا اقدام به شستن دست‌ها می‌کردند.

جدول ۱- توزیع فراوانی سالمندان مورد بررسی براساس مشخصات دموگرافیک

متغیر	وضعیت	تعداد	درصد
جنس	مرد	۶۴	۵۳/۸
	زن	۵۵	۴۶/۲
تحصیلات	بیسواد	۱۰۹	۹۱/۶
	خواندن و نوشتن	۹	۸/۴
شغل	بیکار	۲۶	۲۱/۸
	شاغل	۲۶	۲۱/۸
	بازنشسته	۱	۰/۸
	خانه‌دار	۳۵	۲۹/۴
	از کار افتاده	۳۱	۲۶/۱
وضعیت تأهل	مجرد	۵	۴/۲
	متأهل	۷۰	۵۸/۸
	بیوه	۴۴	۳۷
	تنها	۱۰	۸/۴
در منزل با چه کسانی زندگی می‌کنید	با همسر	۸	۶/۷
	با فرزندان	۳۷	۳۱/۱
	با هر دو	۶۴	۵۳/۸

جدول ۲- میانگین و انحراف معیارهای نمره وضعیت بهداشت فردی سالمندان براساس متغیرهای دموگرافیک

متغیر	وضعیت	میانگین نمره وضعیت بهداشت فردی	انحراف معیار	سطح معناداری P
جنس	مرد	۵۸/۵۵	۱۶/۳۳	۰/۸۸۴
	زن	۶۲/۹۶	۱۵/۴۱	
تحصیلات	بیسواد	۶۰/۱۱	۱۶/۴۲	۰/۲۸۵
	خواندن و نوشتن	۶۵/۷۸	۹/۳	
شغل	بیکار	۶۱/۹۴	۱۷/۸۲	۰/۵۸۱
	شاغل	۶۰/۴۲	۱۲/۳۳	
	بازنشسته	۸۱/۵۷	۰	
	خانه‌دار	۶۱/۵۰	۱۲/۸۱	
	از کار افتاده	۵۷/۸۹	۲۰/۱۲	
وضعیت تأهل	مجرد	۳۹/۴۷	۲۴/۱۹	۰/۰۱۰
	متأهل	۶۱/۴۶	۱۳/۶۴	
	بیوه	۶۱/۶۰	۱۷/۱۸	
در منزل با چه کسانی زندگی می‌کنید	تنها	۴۸/۶۸	۱۷/۴۲	۰/۱۰۸
	با همسر	۶۲/۱۷	۸/۳۱	
	با فرزندان	۶۱/۷۳	۱۸/۹۶	
	با هر دو	۶۱/۵۹	۱۴/۰۸	

بحث

نتایج تحقیق فوق حاکی از آن است که رفتارهای ارتقاء دهنده بهداشت فردی و به تبع آن وضعیت بهداشت فردی سالمندان در سطح مطلوبی نمی باشد که با مطالعات مشابه در این زمینه(۱۲,۱۳,۱۴,۲۰) همخوانی دارد. این در حالی است که انجام رفتارهای ارتقاء دهنده بهداشت فردی مهم‌ترین و مؤثرترین عامل در حفظ و ارتقاء سلامت سالمندان می‌باشد. این امر گواه روشنی است از عدم وجود یا ناکارآمدی آموزش‌هایی که به سالمندان ارائه می‌شود، درنتیجه جهت ارتقاء رفتارهای پیشگیری کننده و ارتقاء دهنده بهداشت فردی سالمندان وجود یک برنامه آموزشی منظم و متناسب با نیازهای آنان جهت افزایش آگاهی و نهایتاً انجام رفتارهای ارتقاء دهنده بهداشت فردی و سلامتی ضروری به نظر می‌رسد. از آنجا که رعایت بهداشت دهان و دندان، شستن دست‌ها بعد از اجابت مزاج و تماس با حیوانات، استفاده از وسایل شخصی، استحمام، تعویض لباس، بهداشت گوش، شستن دستها قبل از غذا و رعایت بهداشت پاها در پیشگیری از بسیاری از بیماری‌ها و اختلالات دوران سالمندی به ویژه سالمندان روستایی از اهمیت زیادی برخوردار است، لازم است برنامه‌های مداخله‌ای بویژه مداخلات آموزشی در این زمینه‌ها صورت گیرد.

براساس نتایج به دست آمده ارتباط معناداری بین سن و رفتارهای بهداشتی سالمندان وجود نداشتکه در این با یافته‌های رفعتی(۲۲) همخوانی دارد.ولی در بررسی انجام شده توسط خسروی(۲۳) بین سن و وضعیت بهداشت فردی تفاوت معناداری مشاهده گردید به طوری که با افزایش سن وضعیت بهداشت فردی در سالمندان سیر نزولی داشت که علت اصلی آن را سن بالا دانسته ودر کنار آن به عواملدیگریچون بیماری‌های مزمن، کم تحرکی، بی توجهی نسبت به رعایت بهداشت فردی، بی سوادی و عدم توانایی در انجام کارهای شخصی اشاره کرده است(۵)همچنین حاج باقری(۲۴) گزارش کرده که سالمندان بالای ۷۰سال با درجاتی از ناتوانی در انجام اعمال روزمره مانند حمام کردن و لباس پوشیدن و... مواجه می‌گردند.

این طور به نظر می‌رسد که اختلاف نتایج ممکن است به دلیل تفاوت توزیع سنی سالمندان در مطالعات مشابه باشد. در مطالعه

حاضر درصد افراد بالای ۷۰ سال نسبت به افراد زیر ۷۰ سال نسبتاً پایین بود(۳۳/۶۱٪ در برابر ۶۶/۳۸٪). احتمالاً در جوامعی که سالمندان بالای ۷۰ سال درصد بیش‌تری از جمعیت سالمندان را تشکیل می‌دهند عامل سن در انجام رفتارها مؤثرتر است.

در مطالعه حاضر ارتباط معناداری بین جنس و رفتارهای بهداشتی مشاهده نشد. مطالعه خسروی(۲۳) این یافته را تأیید می‌کند. درحالی‌که ادیب حاج باقری(۲۴) گزارش کرده که ارتباط واضحی میان ناتوانی و توجه به مسایل بهداشتی با جنس وجود دارد به‌طوری‌که میزان ناتوانی ودرنتیجه عدم توانایی در پرداختن به اعمال روزمره مانند بهداشت فردی در زنان به مراتب بیش از مردان بوده است که این امر می‌تواند به بیش‌تر بودن بیماری‌های مزمن ناتوان کننده در زنان سالمند مربوط باشد. همچنین مطالعه کلازن(۲۰) ارتباط معناداری را بین مشکلات بهداشتی زنان و مردان گزارش کرد. این اختلاف نتایج می‌تواند به دلیل جوانتر بودن جامعه مورد مطالعه ما باشد. به نظر می‌رسد سالمندان زن در سنین پایین‌تر تقریباً وضعیت بهداشت فردی و کیفیت زندگی یکسانی با مردان دارند و در مقایسه با مطالعات مشابه مشخص می‌گردد که وضعیت بهداشت فردی زنان در سنین بالاتر به شدت تنزل می‌یابد. زنان نسبت به مردان تحرک کم‌تری دارند و درنتیجه سریعتر دچار تحلیل عضلانی و ناتوانی می‌شوند و توانایی خود را برای انجام رفتارهای مختلف من جمله رفتارهای بهداشتی از دست می‌دهند، از علل دیگر می‌توان امید به زندگی بالاتر زنان نسبت به مردان و درنتیجه رسیدن زنان بیش‌تری به سنین بالاتر و درنتیجه ناتوانی بیش‌تر اشاره کرد که این امر لزوم آموزش فعالیت‌های بدنی را به زنان به ویژه زنان میان‌سال و سالمند نشان می‌دهد.

اکثر سالمندان مورد بررسی بی‌سواد و یا کم سواد بوده‌اند.این نتایج با گزارش ادیب حاج باقری همخوانی دارد(۲۴). پایین بودن سطح سواد و بی‌سوادی یکی از موانع مهم ارتباطی است لذا آموزش افراد کم سواد و بی سواد دشوارتر است و نیاز به مهارت و تخصص فراوانی دارد بنابراین توصیه می‌شود افرادی که مسئول آموزش سالمندان هستند، دوره تخصصی مهارت‌های آموزشی، مهارت‌های ارتباطی و تکنولوژی آموزشی را بگذرانند از سوی دیگر این یافته‌ها ضرورت تقویت برنامه‌های سواد آموزی در سالمندان را نشان می‌دهد.

در این مطالعه بین سطح تحصیلات و بهداشت فردی ارتباط معناداری دیده نشد اما در مطالعات جعفری‌زاده(۲۵) خسروی(۲۳) و رفعتی(۲۲) ارتباط معناداری بین این دو به دست آمد.

ذکر این نکته لازم است که توزیع تحصیلات در مطالعه حاضر بسیار محدود می‌باشد به طوری که، سطح تحصیلات ابتدایی و بالاتر در جامعه مورد مطالعه یا وجود نداشته یا بسیار اندک بوده است. ثانیاً گرچه آزمون‌های آماری تفاوت معناداری را نشان نداد ولی روند افزایش رفتارها با افزایش تحصیلات نشان دهنده تأثیر مثبت تحصیلات بر بهبود عملکرد و نهایتاً ارتقاء وضعیت بهداشت فردی و سلامتی سالمندان است. از طرفی برخورداری از سواد خواندن و نوشتن، یک عامل مفیدومناسب برای گذراندن اوقات فراغت سالمندان است به‌طوری‌که سالمندان با مطالعه مطالب و موضوعات مورد علاقه علاوه بر گذراندن اوقات فراغت با دانش و آگاهی بیش‌تر، سطح رفاه، کیفیت زندگی و سلامتی خود را ارتقاء می‌بخشند.

بین رفتارهای بهداشتی با شغل هم ارتباط معناداری وجود نداشت که با مطالعه خسروی (۲۳) مطابقت دارد. اما به طور کلی افراد شاغل و بازنشسته وضعیت بهداشتی بهتری نسبت به سایر گروه‌ها داشتند. بنابراین اشتغال به مشاغل مناسب و درنتیجه تحرک بدنی و حضور در اجتماع می‌تواند تا حدیتأثیر مثبت در رعایت بهداشت فردی در این گروه داشته باشد از سوی دیگر داشتن شغل موجب حفظ و افزایش اعتماد به نفس و احساس مفید و مؤثر بودن را در سالمندان افزایش می‌دهد اما نباید از نظر دور داشت که بر عکس افرادی که از وضعیت بهداشت فردی بالاتر و کیفیت زندگی بالاتری برخوردار هستند، توانایی بیش‌تری را برای داشتن شغل دارند و دارا بودن شغل می‌تواند علاوه بر علت، معلول سلامتی آنها باشد.

در این پژوهش ارتباط معناداری بین وضعیت تأهل و رفتارهای بهداشتی مشاهده گردید به طوری که افراد متأهل از بهترین وضیت بهداشت فردی برخوردار بودند. ادیب حاج باقری(۲۴)، هویت(۲۷) و کریستجانسون(۲۸) نیز این نتیجه را گزارش کرده‌اند.

این مسئله احتمالاً ناشی از آن است که سالمندان دارای همسر سطح بالاتری از فعالیت و روابط اجتماعی را حفظ می‌کنند، درحالی‌که سالمندان فاقد همسر تدریجاً گوشه‌گیرتر شده و از سطح فعالیت و روابط اجتماعی و درنتیجه میزان انگیزه آنها در انجام اعمال روزمره مانند فعالیت‌های بهداشتی کاسته می‌شود(۱۸). این مسأله نشان دهنده این است که سالمندان

مجرد و بیوه، نیاز به توجه و مراقبت بیش‌تری دارند و در برنامه‌ریزی‌های بهداشتی می‌بایست تأکید بیش‌تری بر این گروه‌های سالمندان صورت گیرد.

براساس یافته‌ها ارتباط معناداری بین وضعیت زندگی با خانواده و بهداشت فردی مشاهده نگردید که نتایج مطالعه خسروی(۲۳) و ادیب حاج باقری(۲۴) در این زمینه را تأیید می‌کند. اما براساس توزیع فراوانی رفتارهای بهداشتی برحسب وضعیت زندگی، به طور کلی وضعیت بهداشت فردی در سالمندانی که تنها درمنزل زندگی می‌کنند ضعیف‌تر از سالمندانی است که با همسر و یا فرزندان خود زندگی می‌کنند چرا که میزان ارتباطات اجتماعی و شبکه‌های حمایتی اثر زیادی بر سلامت و توانایی سالمندان در پرداختن به فعالیت‌های بهداشتی خود دارد.

مسأله سالمندی جمعیت جهان، پدیده نسبتاً نوینی است، لذا مقابله با چالش‌های فرا راه این پدیده و اتخاذ سیاست‌های مناسب در جهت ارتقای وضعیت جسمی، روحی واجتماعی سالمندان از اهمیت بالایی برخوردار بوده و در دستور کار سازمان‌های بین‌المللی قرار گرفته است. از طرفی هر گونه تصمیم‌گیری وارائه راهکارها برای کاهش گرفتاری‌ها و معضلات سالخوردگان در جامعه بایستی براساس نیازها، خواسته‌ها، امکانات و توانایی آنها بوده بنابراین می‌بایست آنها را در فعالیت‌ها و تصمیم‌گیری‌هایی که مربوط به آنها است مشارکت داد.

یکی از محدودیت‌های این مطالعه، کم سوادی و بی سوادی سالمندان بود که در پاسخگویی به برخی از سؤالات دچار مشکل می‌شدند و به راحتی قادر به پاسخگویی نبودند. از طرفی بسیاری از مشکلات بهداشتی سالمندان مربوط به سبک زندگی آنها در گذشته است که در مطالعه مقطعی حاضر امکان بررسی ارتباط بین شیوه زندگی قبل از سالمندی با مشکلات دوران سالمندی وجود نداشت بنابراین پیشنهاد می‌شود مطالعات طولی و مداخله‌ای جهت تعیین رابطه سبک زندگی سالمندان در گذشته و مشکلات بهداشتی آنها انجام شود.

نتیجه‌گیری

از آنجا که وضعیت رفتارهای ارتقاء دهنده بهداشت فردی سالمندان در سطح مطلوبی نمی‌باشد و با افزایش جمعیت سالمندان این اوضاع به مراتب نامطلوب‌تر و پیامدها و مشکلات آن بسیار چالش برانگیز خواهند شد لذا باید با نیازسنجی دقیق و صحیح از طریق روش‌های گوناگون از جمله انجام پژوهش‌های بیش‌تر با استفاده از مدل‌های مطالعه رفتار، نیازها و مشکلات سالمندان در این زمینه‌ها مورد بررسی بیش‌تری قرار گیرد و مداخلات مقتضی در این زمینه به ویژه مداخلات آموزشی انجام شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله مراتب سپاس خود را از ریاست محترم شبکه بهداشت شهرستان کلاله جناب آقای دکتر رسول صلاحی و ریاست محترم شبکه بهداشت شهرستان مراوه تپه جناب آقای دکتر عبدالرحیم پالیده و نیز سایر مسئولین و همکاران محترم که در انجام این کار تحقیقاتی ما را یاری کردند، ابراز می‌داریم. همچنین از تمامی سالمندان شرکت کننده در این تحقیق تشکر و قدردانی می‌نماییم.

REFERENCES منابع

1. Hatami H, Razavi SM, Eftekharardebili H, Majlesi F, Seyyednouzadi M, Arizade SMJ. Persian text book of public health. Tehran: Arjmand publication; 2008.
2. Hatamipour K, Zareei L. Health geriatrics. Tehran: Boshra & Tohfe publication; 2010.
3. Alavian SM. Guide line for elderly integration care. Special application instructions for non-physician. Tehran: Ministry of health and medical education publication; 2006.
4. Statistical Center of Iran. Population and housing census [Internet] 2006. Availabale from: http://www.sci.org.
5. Mirzaei M, Ghahfarkhi M. Elderly demography in Iran on the basis of censuses of 1956-2006. Salmand Iranian Journal of Ageing 2007;2(5):326-332.
6. Golestan health center statistical year book in 2008. Gorgan: Peyke-reyhan publication; 2009.
7. Rasti S, Arbabi M, Hooshyar H. Prevalence of intestinal parasitic infections among the geriatric and disabled in Golabchi Center of Kashan during 2006-2007. FEYZ Journal of Kashan University of Medical Sciences 2009;12(4):78-82.
8. Gholami S, Kyanyan H, Mobdi IH, Ziaei H, Sharif M, Mohammadpour RA. Intestinal protozoan infections in cattle breeders in rural regions of Mazandaran province in 2003. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences 2005;14(45):51-60.
9. Woolhouse MEJ, Gowtage-Sequeria S. Host emerging and emerging pathogens. Emerging infectious disease 2005;11(12):1842-1847.
10. Sabbaghian H. Emerging and reemerging zoonotic diseases. Iranian Journal of Epidemiology 2006;1(3,4):1-9.
11. Asgarizadeh M. Knowledge of Kerman teaching hospitals nurses about elderly process and their attitude toward elderly in 2006 [Master thesis]. Kerman: Kerman University of Medical Sciences; 2007.
12. Morovatisharifabad MA, Ghofranipour FA, Heydarnia AR, Babaeirochi GR. Perceived religious support of health promoting behavior and status doing these behaviors in Aged 65 years and older in Yazd. The Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences 2004;12(1):23-29.
13. Samadi S, Bayat A, Taheri M, Joneid B, Rooz-Bahani N. Knowledge, attitude and practice of elderly towards lifestyle during aging. The Journal of Qazvin University of Medical Sciences (JQUMS) 2007;11(1):83-84.
14. Malek Afzali H, Baradaran Eftekhary M, Hejazi F, Khojasteh T, Tabrizi R, Faridi T. Social mobilization for health promotion in the elderly in Tehran (Ekbatan) 2005. Hakim Research Journal 2007;9(4):1-6.
15. Sattari B. Social status and health status of rural elderly with rural empowerment approach. Salmand Iranian Journal of Ageing 2007;1(2):132-139.
16. Pahlavanzadeh F, Jarollahi O, The effect of social factors on mental health of rural elderly. Rural development 2011;3(1):65-84.
17. Amini A, Shaghaghi AR, Alamdarimilani Kh, Hanaei J, Yaghoobi AR. Elderly health status in North-West Tabriz in 2000. Medical Journal of Tabriz University of Medical Science & Health Services 2003;37(59):16-22.
18. Motaleb Nejad M, Shirvani M. Oral mucosal lesions in elderly population, Tehran Kahrizak Geriatric Institute, 2000. Journal of Babol University of Medical Sciences 2002;4(3):28-33.
19. Rabiei M, Shakiba M, Masoodirad H, Javadinia A. Dental status among urban and rural elderly of Talesh. The Journal of Qazvin University of Medical Sciences (JQUMS) 2007;11(3):70-75.
20. Fredrik C, Edwin S, Benedicte I, Hjortdahl P. Morbidity and health care utilisation among elderly people in Mmankgodi village, Botswana. Journal of Epidemiol Community Health 2000;54(1):58-63
21. Golfiroozi S, Kordi Kh, Abolhasani M. Golestan health center statistical year book in 2010. Gorgan: Noruzi publication; 2011.
22. Rafati N, Yavari1 P, Mehrabi Y, Montazeri A. Quality of life among of life of life among Kahrizak charity institutionalized elderly people. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2005;3(2):67-86.
23. Khosravi N, Gharahdashli R, Khaki R. Elderly hygiene status in Rahagh village 2006. [MPH thesis]. Kashan, Kashan University of Medical Science; 2006.
24. Adib-Hajbaghery M, Akbari H. The severity of old age disability and its related factors. FEYZ Journal of Kashan University of Medical Sciences 2009;13(3):225-234.

25. Jafarizadeh H, Maddah SB, Norozi K, Rahgozar M. Assessment of health care needs of frail elderlies in 13th district of Tehran and their caregivers' problems in 2005. Bimonthly Journal of Urmia Nursing And Midwifery Faculty 2006;4(2):65-75.
26. Eshaghi SR, Farajzadegan Z, Babak A. Healty lifestyle assessment questionnaire in elderly: translation, reliability and validity. Payesh Health Monitor 2010;9(1):91-99.
27. Hewitt B, Turrel G, Baxter J. Western M. Marriage dissolution and health amongst the elderly: the role of social and economic resources [Internet]. Available from: http://www.melbourneinstitute.com/hilda/biblio/wp/hewitt.pdf
28. Kristjansson B, Helliwell B, Forbes WF, Hill GB. Marital status, dementia and institutional residence among elderly canadians: the Canadian study of health and aging. Choronic disease in Canada 2000;20(4):154-157.