

## بررسی میزان آگاهی و عملکرد جمعیت ۶۵-۲۰ ساله شهر

### کرمان از بهداشت دوره سالمندی

مریم صابر\* ، دکتر عباس بهرامپور\*\* ، دکتر وحید هاشمی\*\*\*

#### چکیده

اگر چالش اصلی و عمده بهداشت در قرن گذشته فقط «زنده ماندن» بود این چالش برای قرن حاضر زندگی کردن با کیفیتى برتر مى‌باشد. دوره سالمندى دوره‌ای نیست که بتوان عوارض پیش آمده در این دوره را درمان نمود بلکه برای پیشگیری از این عوارض باید از سالهای قبلی یعنی از دوره کودکی، نوجوانی و جوانی برنامه‌ریزیهای مناسب را انجام داد.

این پژوهش مطالعه‌ای توصیفی - تحلیلی پیرامون میزان آگاهی و عملکرد نظری افراد ۶۵-۲۰ ساله شهر کرمان در رابطه با بهداشت دوره سالمندی است که میزان آگاهی و عملکرد نظری مردم شهری را برحسب متغیرهای دموگرافی مورد بررسی قرار داد برای این منظور با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای شهر کرمان به ۱۳ منطقه تقسیم و از هر منطقه تعداد ۱۴-۱۳ پرسشنامه پر شد.

نتایج نشان داد که آگاهی و عملکرد در سه گروه سنی ۱۳-۲۰ ، ۲۱-۳۵ و ۳۶-۵۰ سال دارای افتلاف معنی داری می‌باشد. آگاهی خانم‌ها و آقایان افتلاف معنی داری نداشت.

همچنین عملکرد جسمی، اجتماعی و روانی در مجردین و افرادی که فرزند نداشتند بهتر از متأهلین و بچه دارها بود.

( $P < 0/001$ )

**کلیدواژه:** آگاهی / افراد ۶۵-۲۰ ساله / بهداشت دوره سالمندی / دانش

#### مقدمه

مشاهده افزایش سریع تعداد کودکانی که با سلامت کامل به دوران بزرگسالی می‌رسند و با شمارش تعداد بزرگسالانی که با موفقیت پا به دوران سالخوردگی می‌گذارند (۱،۲) ضروری به نظر می‌رسد که همه دست اندرکاران مسائل بهداشتی تمام توجه و تلاش خود را معطوف به حصول اطمینان در راه رسیدن به این هدف بنمایند که افراد مذکور بتوانند به موازات طولانی تر شدن عمر از بالاترین سطح رفاه تندرستی نیز برخوردار شوند (۳،۴،۵)

در اوایل دهه ۱۹۵۰ میلادی رقم شاخص امید به زندگی در بدو تولد در جهان به طور متوسط ۴۷ سال بود (۱) و در سال ۱۹۹۵ این رقم به بیش از ۶۵ سال افزایش یافت و حتی در برخی کشورها به ۸۰ سال رسید. از طرف دیگر اگر چالش اصلی عمده بهداشت در قرن گذشته فقط «زنده ماندن» بود این چالش برای قرن حاضر زندگی کردن با کیفیتى برتر مى‌باشد (۲) با

\* کارشناس ارشد آموزش بهداشت - مربی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی کرمان

\*\* استادیار گروه آمار حیاتی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان

\*\*\* مربی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان

بطوری که امروزه درصد بیماریهای مزمن در این کشورها به شدت کاهش یافته است. یکی از عوارض پیش آمده در این دوران پیرگوشی و پیرچشمی است (۴،۳) راه درمان دادن سمک و یا عینک های دو کانونی است اما راه پیشگیری از این عوارض برمی گردد به دوران کودکی مثلاً در مورد پیرگوشی باید کودک را عادت داد که گوش خود را در محیط های پرسر و صدا مراقبت کند، تولید صداهای عمدی نکند و در محیط های شلوغ غیر عمدی از گوش حفاظتی استفاده کند (۱۵،۵،۴). در دوره نوجوانی و جوانی به رادیو ، تلویزیون و موسیقی با صدای بلند گوش نکند تا حساسیت سلول های شنوایی خود را بالا نبرد چرا که گوش سریعاً نسبت به تواترهای بالا (صدای زیر) حساسیت خود را از دست می دهد (۱۲،۴) و چون درک سخنان طرف مقابل بستگی به این حساسیت دارد وقتی این حساسیت کاهش پیدا کند توهمات و مشکلات روانی (۴،۱۵) نیز شروع می گردد.

بنابراین دوره سالمندی دوره ای نیست که بتوان عوارض پیش آمده آن را درمان نمود بلکه برای پیشگیری از این عوارض باید از سالهای خیلی قبل شروع کرد.

در ۱۸ فروردین ۱۳۷۸ شعار پیر شدن سالم مطرح و متعاقب آن بهداشت دوره سالمندی از اولویتهای پژوهشی قلمداد گردد لذا محققین بر آن شدند تا طی یک پژوهش میزان آگاهی و عملکرد نظری مردم ۶۵ - ۲۰ ساله شهر کرمان را در مورد بهداشت دوره سالمندی بررسی نمایند تا با آگاهی از میزان آگاهی و عملکرد نظری در صورت لزوم کلاسهای و برنامه های آموزشی لازم به منظور ارتقاء آگاهی و عملکرد تدارک دیده شود. چرا که جوانان امروز سالمندان فردای این جامعه می باشند.

از آنجا که معیارهای سالخوردگی افراد مختلف با یکدیگر متفاوت است یقیناً برای پیری موفق نمی توان یک معیار طلایی تعیین کرد (۸،۷،۶) سالمندی یکی از دوره های زندگی انسان می باشد که خواه ناخواه همه ما روزی وارد این دوره خواهیم شد. اما همه ما از وارد شدن به این دوره احساس خوبی نداریم چرا که فکر می کنیم که سالمندی دورانی است که در آن چه از نظر جسمی و چه از نظر روانی و اجتماعی با مشکلات عدیده ای روبرو خواهیم شد (۸،۵) و به این دوران با عنوان دوره تنفر و ترس نگاه می کنیم (۹) برهیچ کس پوشیده نیست که در این دوران ما دچار ناتوانی هایی از نظر جسمی و روانی و اجتماعی خواهیم بود (۹) همچنان که پیران امروز این مشکلات را دارند. اما آیا راهی برای کاهش و پیشگیری از این عوارض وجود دارد؟ جواب این سؤال مثبت است، چرا که بسیاری از عوامل تعیین کننده عوارض دوره سالمندی مربوط به عادات و رفتار و شیوه زندگی شخص می باشد (۹،۸). یعنی آستانه ناتوانی را باید از زاویه فرهنگ فردی و اجتماعی شخص سالخورده مورد نظر قرار دهیم. بنابراین ارائه آموزشهای لازم، فرد از دوره جوانی و نوجوانی و حتی کودکی برنامه ریزیهای مناسب را انجام می دهد تا با استفاده از توانایی های جسمی و روانی و با پروراندن استعدادهای خود به نحوی زندگی می کند که بتواند به میزان قابل توجهی خطر ناتوانی در دوره پیری را کاهش دهد (۱۱،۱۰). با رعایت اصولی مانند ورزش کردن مرتب ، به کار بستن الگوهای صحیح تغذیه ای، منع دخانیات در طول زندگی، باعث حفظ سلامت خود می شود. آنچه ان که در خیلی از کشورها برای پیشگیری از بیماریهای مزمن بیماریهای قلبی و عروقی، آموزش تغذیه مناسب را از کودکی شروع نموده (۱۴،۱۲،۱۳) و توانسته اند از بروز این بیماریها پیشگیری نمایند.

## مواد و روش کار

در این پژوهش ۷۱۷ نفر از افراد ۲۰ - ۶۵ ساله کرمان به روش نمونه گیری خوشه ای نسبتی انتخاب گردیدند. جهت انجام نمونه گیری با کمک همکاران مرکز بهداشت شهرستان و با توجه به طرح ریشه کنی فلج اطفال شهر کرمان به ۳۰ منطقه تقسیم و هر منطقه به عنوان خوشه در نظر گرفته شد در هر خوشه به نسبت تسراکم جمعیتی و سنی منطقه (با همکاری مرکز بهداشتی درمانی همان منطقه و یا هرم سنی گرفته شده از مرکز بهداشت استان) افراد تصادفی انتخاب گردیدند که در نتیجه حدود ۳۰۰ نفر در گروه سنی ۲۰-۳۴ سال، ۲۴۹ نفر در حدود سنی ۳۵-۴۹ سال و ۱۶۸ نفر در گروه سنی ۵۰-۶۵ سال قرار گرفتند. شایان ذکر است حجم نمونه براساس یک مطالعه اولیه (pilot study) ۷۰۰ نفر برآورد گردید.

پرسشنامه در سه بخش اطلاعات دموگرافیک، میزان آگاهی افراد و عملکرد نظری تنظیم و در اختیار آزمودنیها قرار گرفت. سوالات آگاهی و عملکرد نظری هرکدام در سه دسته؛ سوالات مربوط به آگاهی و عملکرد نظری در مورد بهداشت جسمی، آگاهی و عملکرد نظری بهداشت اجتماعی و آگاهی و عملکرد نظری بهداشت روانی تهیه و تنظیم شده بود. (در مورد افراد بی سواد توسط پرسشگران سوالات پرسیده و پرسشنامه پر می شد) بعد از جمع آوری و ثبت داده ها با بکارگیری نرم افزارهای آماری EPI6 و SPSS، با استفاده از آمار توصیفی شاخص های مرکزی، پراکنندگی و دموگرافیک از آزمون های آماری  $t$  و تحلیل واریانس (ANOVA) جهت معنی داری روابط بین میانگین ها استفاده شد.

## نتایج

در این تحقیق ۷۱۷ نفر در سه گروه سنی ۲۰-۳۴، ۳۵-۴۹، ۵۰-۶۵ سال از ۳۰ منطقه در شهر کرمان انتخاب شدند که کمترین تعداد فرزند در خانواده صفر و بیشترین تعداد فرزند در خانواده ۱۱ و میانگین آن  $3/13$  بود. در مورد میزان تحصیلات کمترین افراد بیسواد و بیشترین آنان در سطح تحصیلی بالاتر از لیسانس قرار داشتند و متوسط سطح تحصیلی سیکل بود. در مورد شغل کمترین افراد کار دولتی و بیشترین افراد هم کار دولتی و کار آزاد را با هم داشتند. در مورد نمره کل افراد از سوالات آگاهی از بیست سؤال آگاهی کمترین نمره آگاهی ۱ و بیشترین ۱۹ و میانگین آن عدد  $12/06$  بود و در مورد سوالات عملکرد نظری از ۳۲ سؤال کمترین نمره  $10/62$  و بیشترین نمره عدد  $26/97$  و میانگین آن عدد  $18/94$  بود.

اختلاف نمره در بین سه گروه سنی از سوالات آگاهی معنی دار بود ( $P < 0/01$ ) و بیشترین نمره مربوط به گروه سنی ۲۰-۳۴ سال می باشد. همچنین اختلاف نمره در بین سه گروه سنی در خصوص عملکرد نیز معنی دار بود ( $P < 0/0001$ ) و بیشترین نمره مربوط به گروه سنی ۲۰-۳۴ سال می باشد.

در دو جنس اختلافی بین آگاهی وجود نداشت ولی در دو جنس اختلاف در عملکرد آنها معنی دار بود بطوریکه عملکرد آقایان بهتر از خانمها بود ( $P < 0/01$ ) (جدول ۲).

اختلاف در مورد میزان آگاهی بین افراد مجرد و متأهل معنی دار بود ( $P < 0/0001$ ) و میانگین نمره در مجردین بیشتر از متأهلین بود در مورد سوالات عملکرد نیز اختلاف معنی دار ( $P < 0/0001$ ) و میانگین نمره باز هم در مجردین بیشتر از متأهلین بود.

اختلاف بین تأهل و آگاهی از سلامت جسمی، اجتماعی و روانی معنی دار نبود اما این اختلاف در مورد عملکرد سلامت جسمی، اجتماعی و روانی معنی دار بود و افراد مجرد عملکرد بهتری نسبت به افراد متأهل داشتند (جدول ۵).

رابطه بین تعداد فرزندان با آگاهی از سلامت جسمی، اجتماعی و روانی معنی دار نبود اما این اختلاف با عملکرد سلامت جسمی، اجتماعی و روانی معنی دار بود. افرادی که بدون فرزند بودند عملکرد بهتری نسبت به بچه دارها نشان دادند ( $P < 0/05$ ).

رابطه بین سطح تحصیلات و آگاهی از سلامت جسمی و اجتماعی معنی دار نبود. اما این اختلاف در آگاهی از سلامت روانی معنی دار بوده و افراد بی سواد آگاهی از سلامت روانی بهتری داشتند. رابطه بین عملکرد جسمی، اجتماعی و روانی با تحصیلات معنی دار بود و عملکرد سلامت جسمی و اجتماعی در رتبه بالاتر از لیسانس و عملکرد سلامت روانی در افراد مقطع لیسانس بهتر از بقیه مقاطع تحصیلی بود ( $P < 0/05$ ).

رابطه بین شغل و آگاهی از سلامت جسمی و روانی معنی دار نبود اما این اختلاف در عملکرد اجتماعی معنی دار بود و افرادی که شغل دولتی داشتند امتیاز بالاتری نسبت به بقیه مشاغل به دست آوردند. همچنین افرادی که شغل دولتی داشتند عملکرد جسمی، اجتماعی و روانی بهتری نسبت به بقیه مشاغل داشتند. ( $P < 0/05$ ).

اختلاف در مورد سؤالات آگاهی و عملکرد با تعداد فرزندان معنی دار بود ( $P < 0/0001$ ) میانگین نمره در افرادی که فرزند نداشتند در هر دو مورد آگاهی و عملکرد بیشتر از گروههای دیگر بوده است همچنین میانگین نمره آگاهی و عملکرد در گروهی که تحصیلات بالاتر از لیسانس داشتند بیشتر از گروههای دیگر بوده است.

میزان آگاهی در گروههای شغلی اختلاف معنی داری را نشان نداد ( $P = 0/173$ ) در صورتی که اختلاف در مورد عملکرد معنی دار بود ( $P < 0/0001$ ) و میزان عملکرد در گروهی که کار دولتی داشتند بهتر از گروههای دیگر بوده است.

اختلاف بین گروههای سنی در مورد آگاهی از سلامت جسمی و سلامت اجتماعی معنی دار نمی باشد اما این اختلاف در مورد آگاهی از سلامت روانی معنی دار می باشد و در گروه (۶۵-۵) ساله ها آگاهی بیشتری نسبت به دو گروه دیگر وجود داشت در مورد عملکرد جسمی، روانی و اجتماعی در سه گروه سنی اختلاف معنی دار بود و گروه سنی ۳۴ - ۲۰ سال عملکرد سلامت جسمی بهتری را نشان دادند (جدول ۳).

اختلاف بین زنان و مردان در مورد آگاهی از سلامت جسمی معنی دار نبود اما این اختلاف بین دو جنس با آگاهی از سلامت اجتماعی و روانی معنی دار بود و در زنان میزان آگاهی از سلامت اجتماعی و سلامت روانی بهتر از مردان گزارش شد. اختلاف بین زنان و مردان در خصوص عملکرد از سلامت جسمی معنی دار نبود، اما نمره عملکرد سلامت اجتماعی و روانی مردان بیشتر از زنان بود (جدول ۴).

جدول ۱: توزیع فراوانی آگاهی و عملکرد برماسب گروههای سنی مختلف در مورد بهداشت دوره سالمندی

P	فاصله اطمینان ۹۵٪ برای میانگین		میانگین	ماکزیمم	می نیمم	تعداد	دانش
	بالا	پایین					
.۰/۰۰۹	۱۲/۶۵	۱۲/۰۰۳	۱۲/۳۳	۱۹	۲	۳۰۰	گروه سنی ۲۰ - ۳۴
		۱۲/۵۱	۱۲/۱۴	۱۷	۲	۲۴۹	گروه سنی ۳۵ - ۴۹
	۱۱/۹۵	۱۰/۹۶	۱۱/۴۵	۱۸	۱	۱۶۸	گروه سنی ۵۰ - ۶۵
	۱۲/۲۸	۱۱/۸۴	۱۲/۰۶	۱۹	۱	۷۱۷	جمع
						۸/۱۵۶	عملکرد
.۰/۰۰۱	۱۹/۷۲	۱۹/۱۶	۱۹/۴۴	۲۵/۲۶	۱۰/۹۷	۳۰۰	گروه سنی ۲۰ - ۳۴
	۱۹/۲۶	۱۸/۵۳	۱۸/۵۳	۱۱/۵۹	۲۶/۹۷	۲۴۸	گروه سنی ۳۵ - ۴۹
	۱۸/۶۱	۱۷/۶۶	۱۷/۶۶	۱۰/۶۲	۲۶/۶۴	۱۶۸	گروه سنی ۵۰ - ۶۵
	۱۹/۱۵	۱۸/۷۴	۱۸/۷۴	۱۰/۶۲	۲۶/۹۷	۷۱۶	جمع

جدول ۲: توزیع فراوانی آگاهی و عملکرد نظری برماسب جنس و تأهل در مورد بهداشت دوره سالمندی

P	فاصله اطمینان ۹۵٪ برای میانگین		میانگین	ماکزیمم	می نیمم	تعداد	دانش
	بالا	پایین					
.۰/۱۱۱	۱۲/۱۷	۱۱/۴۵	۱۱/۸۱	۱۷	۲	۲۴۵	مردان
			۱۲/۳۸	۱۶	۶	۵۰	مجرد
			۱۱/۶۶	۱۷	۲	۱۹۵	متاهل
NS	۱۲/۴۶	۱۱/۹۱	۱۲/۱۸	۱۹	۱	۴۷۲	زنان
			۱۳/۳۶	۱۸	۷	۶۸	مجرد
			۱۱/۹۹	۱۹	۱	۴۰۴	متاهل
	۱۲/۲۸	۱۱/۸۴	۱۲/۰۶	۱۹	۱	۷۱۷	جمع
						۸/۱۵۶	عملکرد
.۰/۰۰۷	۱۹/۷۲	۱۸/۹۵	۱۹/۳۴	۲۵/۶۰	۱۰/۶۴	۲۴۵	مردان
			۲۰/۱۲۷	۲۴/۵۶	۱۴/۸۷	۵۰	مجرد
			۱۹/۱۳۸	۲۵/۱۶	۱۰/۶۲	۱۹۵	متاهل
.۰/۰۰۷	۱۸/۹۸	۱۸/۴۹	۱۸/۷۴	۱۱/۶۲	۲۶/۹۷	۴۷۱	زنان
			۱۹/۵۲	۲۵/۲۶	۱۵/۲۷	۶۸	مجرد
			۱۸/۶۱	۲۶/۹۷	۱۱/۶۲	۴۰۳	متاهل
	۱۹/۱۵	۱۸/۷۳	۱۸/۹۴	۱۰/۶۲	۲۶/۹۷	۷۱۶	جمع

جدول ۳ : توزیع فراوانی آگاهی و عملکرد جسمی و اجتماعی و روانی بر حسب گروههای سنی در مورد بهداشت دوره سالمندی

P	فاصله اطمینان ۹۵٪ برای میانگین		میانگین	ماکزیمم	می نیمم	تعداد	آگاهی سلامت جسمی
	بالا	پایین					
۰/۱۱۱	۲۵/۳۱	۲۴/۶۷	۲۴/۹۹	۳۸	۱۷	۳۰۰	گروه ۲۰ - ۳۴
	۲۵/۱۴	۲۴/۳۷	۲۴/۷۶	۳۷	۱۸	۲۴۹	گروه ۳۵ - ۴۹
	۲۵/۷۴	۲۴/۵۴	۲۵/۱۴	۴۵	۱۸	۱۶۸	گروه ۵۰ - ۶۵
	۲۵/۱۸	۲۴/۷۱	۲۴/۹۵	۴۵	۱۷	۷۱۷	جمع
۰/۹۸ NS	۲/۱۹	۲/۰۳	۲/۱۱	۴	۱	۳۰۰	آگاهی سلامت اجتماعی
	۲/۲۰	۲/۰۰۷	۲/۱۰	۴	۱	۲۴۹	گروه ۲۰ - ۳۴
	۲/۲۴	۱/۹۶	۲/۱۰	۴	۱	۱۶۸	گروه ۳۵ - ۴۹
	۲/۱۶	۲/۰۵	۲/۱۰	۴	۱	۷۱۷	گروه ۵۰ - ۶۵ جمع
۰/۰۲۲ S	۸/۰۳	۷/۵۹	۷/۸۱	۱۴	۴	۳۰۰	آگاهی سلامت روانی
	۸/۲۰	۷/۹۸	۷/۹۴	۱۵	۴	۲۴۹	گروه ۲۰ - ۳۴
	۸/۷۲	۸/۰۱	۸/۳۷	۱۶	۴	۱۶۸	گروه ۳۵ - ۴۹
	۸/۱۴	۷/۰۸	۷/۹۸	۱۶	۴	۷۱۷	گروه ۵۰ - ۶۵ جمع
۰/۰۱۹ S	۱۳/۴۷	۱۳/۰۴	۱۳/۲۶	۱۷/۹۶	۵/۳۲	۳۰۰	عملکرد سلامت جسمی
	۱۳/۲۵	۱۲/۷۴	۱۲/۹۹	۱۸/۶۵	۷/۹۶	۲۴۸	گروه ۲۰ - ۳۴
	۱۳/۰۵	۱۲/۳۷	۱۲/۷۱	۱۸/۳۲	۶/۶۳	۱۶۸	گروه ۳۵ - ۴۹
	۱۳/۱۹	۱۲/۸۹	۱۳/۰۴	۱۸/۶۵	۵/۳۲	۷۱۶	گروه ۵۰ - ۶۵ جمع
۰/۰۰۰۱ S	۳/۱۲	۲/۹۵	۳/۰۳	۵	۰/۹۹	۳۰۰	عملکرد سلامت اجتماعی
	۳/۰۴	۲/۸۸	۲/۹۴	۵	۰/۶۶	۲۴۹	گروه ۲۰ - ۳۴
	۲/۸۲	۲/۵۳	۲/۶۷	۴/۶۶	۰/۶۶	۱۶۸	گروه ۳۵ - ۴۹
	۲/۹۸	۲/۸۵	۲/۹۲	۵	۰/۶۶	۷۱۷	گروه ۵۰ - ۶۵ جمع
۰/۰۰۰۱ S	۲/۳۸	۲/۲۲	۲/۳۰	۴	۰	۳۰۰	عملکرد سلامت روانی
	۲/۱۷	۱/۹۷	۲/۰۷	۴	۰	۲۴۹	گروه ۲۰ - ۳۴
	۱/۹۵	۱/۷۰	۱/۸۳	۳	۰	۱۶۸	گروه ۳۵ - ۴۹
	۲/۱۷	۲/۰۵	۲/۱۱	۴	۰	۷۱۷	گروه ۵۰ - ۶۵ جمع

جدول ۴: توزیع فراوانی آگاهی و عملکرد جسمی و اجتماعی و روانی بر حسب جنس در مورد بهداشت دوره سالمندی

P	فاصله اطمینان ۹۵٪ برای میانگین		میانگین	ماکزیمم	می نیمم	تعداد	آگاهی سلامت جسمی
	بالا	پایین					
۰/۵۵ NS	۲۵/۲۴	۲۴/۴۶	۲۴/۸۵	۴۱	۱۸	۲۴۵	مرد
	۲۵/۲۹	۲۴/۷۰	۲۴/۹۹	۴۵	۱۷	۴۷۲	زن
	۲۵/۱۸	۲۴/۷۱	۲۴/۹۵	۴۵	۱۷	۷۱۷	جمع
۰/۰۰۱	۲/۰۷	۱/۸۸	۱/۹۷	۴	۱	۲۴۵	آگاهی سلامت اجتماعی مرد
	۲/۲۵	۲/۱۰	۲/۱۷	۴	۱	۴۷۲	زن
	۲/۱۶	۲/۰۵	۲/۱۰	۴	۱	۷۱۷	جمع
۰/۰۴	۸/۰۴	۷/۵۰	۷/۷۷	۱۶	۴	۲۴۵	آگاهی سلامت روانی مرد
	۸/۲۸	۷/۹۱	۸/۰۹	۱۶	۴	۴۷۲	زن
	۸/۱۴	۷/۸۳	۷/۹۸	۱۶	۴	۷۱۷	جمع
۰/۱۹ NS	۱۳/۴۶	۱۲/۸۹	۱۳/۱۹	۱۸/۳۵	۵/۳۲	۲۴۵	عملکرد سلامت جسمی مرد
	۱۳/۱۴	۱۲/۷۹	۱۲/۹۷	۱۸/۶۵	۶/۶۳	۴۷۱	زن
	۱۳/۱۹	۱۲/۸۹	۱۳/۰۴	۱۸/۶۵	۵/۳۲	۷۱۶	جمع
۰/۰۰۴	۳/۱۵	۲/۹۳	۳/۰۴	۵	۰/۱۶۶	۲۴۵	عملکرد سلامت اجتماعی مرد
	۲/۹۲	۲/۷۸	۲/۸۵	۵	۰/۱۶۶	۴۷۲	زن
	۲/۹۸	۲/۸۵	۲/۹۲	۵	۰/۱۶۶	۷۱۷	جمع
۰/۰۰۰۱	۲/۳۴	۲/۱۶	۲/۲۵	۴	۰/۳۳	۲۴۵	عملکرد سلامت روانی مرد
	۲/۱۱	۲/۰۴	۲/۰۴	۳/۶۶	.	۴۷۲	زن
	۲/۱۷	۲/۱۱	۲/۱۱	۴	.	۷۱۷	جمع

جدول ۵ : توزیع فراوانی آگاهی و عملکرد جسمی و اجتماعی و روانی بر مبنای تاهل  
در مورد بهداشت دوره سالمندی

P	فاصله اطمینان ۹۵٪ برای میانگین		میانگین	ماکزیمم	می نیمم	تعداد	آگاهی سلامت جسمی
	بالا	پایین					
۰/۱۸ NS	۲۵/۷۹	۲۴/۸۲	۲۵/۳۰	۳۶	۱۹	۱۱۸	مجرد
	۲۵/۱۴	۲۴/۶۱	۲۴/۸۷	۴۵	۱۷	۵۹۹	متاهل
	۲۵/۱۸	۲۴/۷۱	۲۴/۹۵	۴۵	۱۷	۷۱۷	جمع
۰/۲۸ NS	۲/۳۱	۲/۰۵	۲/۱۸	۴	۱	۱۱۸	آگاهی سلامت اجتماعی
	۲/۱۶	۲/۰۳	۲/۰۹	۴	۱	۵۹۹	مجرد
	۲/۱۶	۲/۰۵	۲/۱۰	۴	۱	۷۱۷	متاهل جمع
۰/۴۹ NS	۸/۲۳	۷/۴۹	۷/۸۶	۱۳	۴	۱۱۸	آگاهی سلامت روانی
	۸/۱۸	۷/۸۴	۸/۰۱	۱۶	۴	۵۹۹	مجرد
	۸/۱۴	۷/۸۳	۷/۹۸	۱۶	۴	۷۱۷	متاهل جمع
۰/۰۱۹	۱۳/۷۶	۱۳/۱۱	۱۳/۴۴	۱۷/۹۶	۹/۹۶	۱۱۸	عملکرد سلامت جسمی
	۱۳/۱۳	۱۲/۷۹	۱۲/۹۶	۱۸/۶۵	۵/۳۲	۵۹۸	مجرد
	۱۳/۱۸	۱۲/۸۹	۱۳/۰۴	۱۸/۶۵	۵/۳۲	۷۱۶	متاهل جمع
۰/۰۴۲	۳/۲۱	۲/۹۲	۳/۰۶	۵	۰/۹۹	۱۱۸	عملکرد سلامت اجتماعی
	۲/۹۶	۲/۸۲	۲/۸۹	۵	۰/۶۶	۵۹۹	مجرد
	۲/۹۷	۲/۸۵	۲/۹۲	۵	۰/۶۶	۷۱۷	متاهل جمع
<۰/۰۰۰۱	۲/۵۷	۲/۳۵	۲/۴۶	۳/۶۶	۰/۹۹	۱۱۸	عملکرد سلامت روانی
	۲/۱۱	۱/۹۸	۲/۰۴	۴	۰	۵۹۹	مجرد
	۲/۱۷	۲/۰۵	۲/۱۱	۴	۰	۷۱۷	متاهل جمع



## بحث

در این تحقیق ۳۰۰ نفر از نمونه ها در گروه سنی ۳۴ - ۲۰ سال ، ۲۴۹ نفر در گروه سنی ۴۹ - ۳۵ سال و ۱۶۸ نفر در گروه سنی ۶۵ - ۵۰ سال بودند که با هرم سنی جمعیت کشور تطبیق می کند.

همچنین که گروه سنی ۳۴ - ۲۰ سال آگاهی از سلامت جسمی و اجتماعی و عملکرد سلامت جسمی، روانی و اجتماعی بهتری نسبت به دو گروه دیگر سنی داشتند و مشاهده گردید که در افراد مجرد آگاهی و عملکرد بهتر از متأهلین و همچنین افراد بچه دار حتی آنهایی که فقط یک بچه دارند از آگاهی و عملکرد کمتری نسبت به افراد بدون بچه برخوردار می باشند که می تواند به علت بالا رفتن سن ازدواج و یا بالا رفتن فرهنگ نداشتن فرزند در سالهای نخست زندگی مشترک در این گروه سنی باشد که وقت و انرژی بیشتری برای مطالعه کردن و بالا بردن فرهنگ « درست زیستی » را دارند. در تحقیقی مشابه با عنوان « الگوهای فعالیت فیزیکی در جمعیت متعددی از زنان ۶۵ - ۲۰ ساله » ، محقق اظهار می دارد که شاخص های فعالیت زندگی با بالا رفتن سن کاهش یافته است (۱۶) در تحقیق مذکور همچنین محقق بیان می کند که در زنان با متأهل شدن و داشتن فرزند کوچک در خانه، فشارهای زندگی بصورت سدی در مقابل فعالیت های فیزیکی مفید برای سلامتی مانند ورزش کردن و کاهش وزن بدن قرار می گیرند (۱۶) در تحقیق حاضر نیز مشخص شد که مردان عملکرد بهتری نسبت به زنان داشتند در صورتی که آگاهی زنان از سلامت اجتماعی و روانی بهتر از مردان بود. در تحقیقی تحت عنوان « احتیاج به ریزمغذیها در سالمندی » محقق اظهار می دارد که تأکید بر رابطه بین سلامت و تغذیه در سالمندی، خصوصاً در نظر گرفتن احتیاجات

ریزمغذیهای اکسیداتیو امری ضروری است، اصلاحات فیزیولوژیکی که در طی زندگی اتفاق می افتد و تأثیرات محیط، فاکتورهای مشخص و دخیل در آسیب به وضعیت ریز مغذیها می باشد و این فاکتورها در موقع تعریف نیازمندی های زنان میانسال بایستی در نظر گرفته شود (۱۷).

نتایج نشان داد که هرچه افراد از تحصیلات و سطوح آموزشی بالاتری برخوردار باشند آگاهی و عملکرد آنها را تحت تأثیر قرار داده و بهتر خواهد بود در تحقیقی تحت عنوان « گزارشی از معیارهای دریافت غذایی مرتبط با چاقی » نتیجه گیری می شود که با کاهش میزان تحصیلات، فعالیت فیزیکی ؛ تطبیق با رژیم غذایی پیشنهادی و ارتباط آن با شاخص وزن بدن کاهش می یابد (۱۸). در تحقیق مشابه تحت عنوان « تغذیه و آسیبهای شناختی در سالمندان » مشخص شد که اختلالات مربوط به تغذیه مثل افزایش کلسترول خون، افزایش تری گلیسرید خون، فشار خون و دیابت بعنوان برخی فاکتورهای خطر ساز مربوط به تغذیه مطرح می شوند که این مسائل مدت زمان طولانی قبل از پدیدار شدن آسیب های شناختی وجود دارد (۱۹).

در تحقیق « الگوهای فعالیت فیزیکی در جمعیت متعددی از زنان (۶۵ - ۲۰) » نتیجه گیری شده است که بالاترین فعالیت های بدنی مربوط به زنانی که از تحصیلات بالاتری برخوردار بودند (۱۶) در تحقیقی تحت عنوان « اپیدمیولوژی اختلالات روانی در افراد سالخورده در مقایسه با بزرگسالان جوانتر همراه با اختلال یادگیری » مشخص گردید که افراد سالخورده که اختلال یادگیری دارند بیماریهای روانی در آنها شیوع بیشتری نسبت به گروه بزرگسال دارد و میزان افسردگی و اضطراب در آنها بالاتر بود (۲۰) در تحقیق دیگر تحت عنوان « محدودیت های

بقیه مشاغل می باشد که احتمالاً دلیل آن استفاده از اوقات فراغت، فرهنگ قانع بودن، انتقال دانسته‌ها در محیط‌های کاری و غیره دانست.

بنابراین با وجود جوان بودن جمعیت فعلی کشور، دیری نخواهد گذشت که همین جمعیت به سمت میانسالی و سالمندی رفته و لذا باید مشکلات خاص این دوره از هم‌اکنون برنامه ریزی شود و یکی از بهترین و معقولترین این برنامه ریزیها آموزش چگونه زندگی کردن در ارتباط با بهداشت جسمی - اجتماعی و روانی به جوانان می باشد. بعلاوه فرهنگ جامعه ما با فرهنگ کشورهای توسعه یافته در ارتباط با نگهداری و مراقبت از سالمندان متفاوت می باشد به شکلی که در این کشورها پژوهش‌ها در رابطه با سالمندی بیشتر روی سرای سالمندان متمرکز می‌باشد در تحقیقی تحت عنوان « روانپزشکی سالمندان ضرورتی در روانپزشکی » در نروژ، معلوم گردید که در کشور نروژ بایستی در جهت ایجاد یک واحد ویژه برای روانپزشکی سالمندان تلاش شود که هر واحد بایستی تقریباً به ۲۰۰۰۰۰ - ۱۵۰۰۰۰ تن از ساکنان سرویس بدهند (۲۵) در صورتی که در فرهنگ ما سالمندان در خانه و در کانون گرم خانواده نگهداری و ارتباط نزدیک با فرزندان خود را حفظ می‌کنند و کمتر سالمندی را می‌توان پیدا کرد که با داشتن فرزند به سرای سالمندان سپرده شود.

فیزیکی در مراقبت از سالمندان شناخت، نگرش و نحوه استفاده معلوم گردید که بین آگاهی و نگرش افراد با میزان تحصیلات رابطه مستقیم وجود دارد یعنی هرچه میزان تحصیلات بالاتر باشد آگاهی و نگرش افراد مثبت تر می‌شود (۲۱). در تحقیقی دیگر تحت عنوان « ورزش و تأثیر آن بر روی سیستم ایمنی » نیز تأثیر گذاری ورزش و نرمش بر روی سیستم ایمنی و مقاومت نسبت به عفونت‌ها و بیماریهای نئوپلازی مورد تأکید قرار گرفت (۲۲).

در تحقیق « تأثیر برنامه های آموزشی بر روی آگاهی پرسنل و سوء برداشت های آنان در مورد سالمندان » افزایش زیادی در نمره همه گروهها پس از آموزش پدیدار شد و برخی گروهها نمره زیادتری نسبت به گروههای دیگر داشتند. همچنین دیده شد که علاوه بر تغییر رفتار آنها روی سالمندان فواید خاص شخصی برای خود آموزش گیرنده های نیز در برداشته است (۲۳).

در تحقیق « الگوهای فعالیت فیزیکی در جمعیت متعددی از زنان » نتیجه گیری شد که رفتارهای فیزیکی مناسب با شغل رابطه معکوس دارد یعنی هرچه که فرد فعالیت کاری بیشتری داشته باشد رفتارهای فیزیکی مناسب کمتری را نشان میدهد (۲۴) در تحقیق حاضر نیز مشاهده شد که آگاهی و عملکرد با شغل در ارتباط می باشد و در افرادی که شغل دولتی دارند بهتر از

## منابع

۱۱. پورافکاری ، نصرت اله خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری انتشارات شهر آب - جلد اول - دوم - سوم ، تهران.
۱۲. مورلی ، دیوید - وودلند ، مارگارت - ترجمه: برزگر ، محمدعلی - سعیدی ، آذر دخت چگونگی رشد و نمو کودکان در کشورهای در حال توسعه انتشارات تلاش ، سال ۱۳۶۲ ، تهران.
۱۳. شجری ، ژیلا نگرش بهداشتی بر مسأله سالمندان انتشارات وزارت بهداشتی و معاونت امور بهداشتی ، بهار ۱۳۷۳ ، [تهران].
۱۴. پارک ، جی ، ی - پارک ، ک - ترجمه: شجاعی تهرانی ، حسین - ملک افضلی ، حسین درسنامه پزشکی جلد ۳ انتشارات سماط ، ۱۳۷۶ ، تهران.
۱۵. تاون سند ، مری. C - ترجمه: دواجی ، قدس تشخیص های پرستاری در پرستاری روانی انتشارات شهر آب ، تابستان ۱۳۷۱ ، تهران.
16. Sternfeld B, Ain sworth BE, Quesenberry CP, Physical activity patterns in a diverse population of women prev Med 1999 Mar ; 28 (3) : 313-23.
17. Richard MJ, Roussel AM. Micronutrients and aging : in takes and requirements. 1999 Aug : 58 (3) : 573-8.
18. Braam LA, Ockel MC, BuenG-de-Mesquita HB, Seidell JC Determinants of obesity-related underreporting of energy intake. Am J Epidemiol 1998 Jun 1, 147 (11) : 108-6.
19. Gonzalez-Gross M, Marcos A, Plehrzik K. Nutrition and cognitive impairment in the elderly. 2001 sep, 86 (3) : 313-21.
20. Cooper SA Epidemiology of psychiatric disorders in elderly compared with younger adults with learning disabilities. Br J psychiatry 1997 Apr ; 170 : 375-80.
۱. ناکاجیما هیروشی به سوی پیری همراه با تندرستی و نشاط. مجله نشاط سال دوازدهم شماره دوم پیاپی ۳۶ مرکز نشر دانشگاهی
۲. صمدی ، محمد تغذیه سالمندان با نگاهی به عوارض دوران سالخوردگی. سال سیزدهم شماره اول ، پیاپی ۳۸ ، ۵۷ - ۵۳.
۳. شیدفر ، محمدرضا شقاقی ، عبدالرضا بهداشت سالمندان نشر سیاوش ، بهار ۱۳۷۵ ، تهران.
۴. میشارا ، بریان ل - رایدل ، روبرت ج - ترجمه گنجی ، حمزه روان شناسی پیری انتشارات اطلاعات ، ۱۳۶۷ ، [تهران].
۵. فارل ، جین ؛ ترجمه : ممیشی ، مینا - صلاح ، امیر پرستاری سالمندان ناشر رویان ، ۱۳۷۵ ، [تهران].
۶. فچیم ، ریچر دج . آ و دیگران - ترجمه فرزبان پور ، فرشته - صادقی پور ، حمیدرضا - هویدا ، حسن بهداشت بزرگسالان در کشورهای در حال توسعه نشر و تبلیغ بشری ، ۱۳۷۷ ، تهران.
۷. کوهن دونا - قراچه داغی ، مهدی سالمندان نشر دایره ، زمستان ۱۳۷۸ ، [تهران].
۸. یوشیکاوا ، توماس ت - ترجمه : مجیدپور ، علی بیماریهای عفونی سالمندان انتشارات معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز ، ۱۳۷۵ ، تبریز.
9. Geriatric psychiatry edited by ewald W. Busse M.D Ban G-Blayer M.D PHD copy right 1989 American Psychiatric press, Inc. All right reserved.
۱۰. وندر ، شل - ترجمه : پرنیانی ، مینو بزرگسالان بی قرار همان کودکان بی قرارند انتشارات یاسمن فروردین ۱۳۷۷ ، تهران.

21. Karlssons S ; Bucht G ; Sandman po physical restraints in geriatric care. Knowledge : attitudes and use 1998 12 (1) p48-56.
22. Gleeson M. special feature for the olympics : effects of exercise on the immune system. 2000 oct ; 78 (5) : 483-4.
23. J.Gerontol Nors; legail Jation of assisted suicide A pilot study of gerontological nurses Apr 1998.

24. HM Queen Sophia. Stockholm, Sweden : Entimacy – meeting needs and respecting privacy in the care of elderly people : what is a good moral attitude on the part of the nurse/care? Nov 1988 5(6) P527-39 ISSN : 0969-7330.
25. Engedal K ; Bergem AL ; Holm M; Bragason A : Moksnes KM. Geriatric psychiatry-a specialty within psychiatry : ocy 20 1997.