

بررسی رفتارهای ارتقاء سلامتی اولیه و غربالگری سرطان در سالمندان ارومیه

اسفندیار بالجانی^۱، دکتر شاکر سالاری^۲، دکتر صالح سلیمی^۳، سمیرا صفری^۴، الناز علوی^۵، سمیه عبداللهی موحد^۶

تاریخ دریافت ۸۹/۲/۱، تاریخ پذیرش ۸۹/۳/۲۹

چکیده

پیش زمینه و هدف: جمعیت جهان مسن تر می‌شود. با طولانی شدن عمر، رفتارهای ارتقاء سلامتی اهمیت بیشتری پیدا می‌کنند. این مطالعه با هدف بررسی رفتارهای ارتقاء سلامتی در سالمندان ارومیه و تعیین متغیرهای موثر بر شرکت سالمندان در این فعالیت‌ها صورت گرفت است.

مواد و روش کار: این یک مطالعه توصیفی - مقطعی می‌باشد که در آن ۲۴۲ نفر از سالمندان بالای ۶۰ سال به صورت نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه مشتمل بر ویژگی‌های دموگرافیک، تعداد بیماری مزمن، وضعیت سلامت جسمانی، وضعیت سلامت ذهنی، رفتارهای ارتقاء سلامتی و غربالگری سرطان بود. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آنالیز رگرسیون چند متغیره تجزیه تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین سن شرکت کنندگان $81/36 \pm 69/67$ بود. از بین فعالیت‌های ارتقاء سلامتی اولیه (ورزش، کاهش کلسترول غذا، رژیم غذایی کم نمک و پرفیبر)، رژیم غذایی کم نمک با ۶۴/۴ درصد بیشترین و از غربالگری سرطان (ماموگرافی، پاپ اسمیر، معاینات پروستات، آزمایش خون مخفی مدفوع و معاینات پوستی)، آزمایش خون مخفی مدفوع با ۲۷/۷ درصد بیشترین رفتار ارتقاء سلامتی بودند. آنالیز رگرسیون نشان داد که وضعیت شغل، سطح تحصیلات، وضعیت سلامت روانی، سن و جنس عوامل پیشگویی کننده در انجام فعالیت‌های ارتقاء سلامتی سالمندان بودند.

بحث و نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشان داد که غیر از کاهش نمک و کلسترول در رژیم غذایی، شرکت سالمندان در بقیه فعالیت‌های ارتقاء سلامتی اولیه و غربالگری سرطان در سطح پایین بود. به نظر می‌رسد آموزش همگانی و آموزش خانواده‌ها در مورد فواید رفتارهای ارتقاء سلامتی، شروع این آموزش‌ها در سنین پایین، در دسترس بودن خدمات و فاکتورهای محیطی دیگر می‌تواند شرکت در فعالیت‌های ارتقاء سلامتی سالمندان را افزایش دهند.

کلمات کلیدی: ارتقاء سلامتی، سالمند، غربالگری سرطان

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و یکم، شماره دوم، ص ۲۲۳-۲۱۷، تابستان ۱۳۸۹

آدرس مکاتبه: دانشگاه آزاد ارومیه، گروه پرستاری. تلفن تماس: ۰۹۱۴۳۴۰۴۵۳۴

Email: salimitr@yahoo.co.uk

مقدمه

۳۹۳ هزار نفر معادل ۲۶ درصد کل جمعیت کشور برسد (۲). در سال‌های اخیر امید به زندگی در کشورهای مختلف دنیا افزایش یافته است هر چند که با تفاوت‌های شگرفی همراه است، برای مثال در کانادا ۷۷ سال اما در کشور سیرالئون ۴۲ سال است (۳). در ایران امید به زندگی ۶۹ سال گزارش شده است (۲). از آنجا که دیر یا زود مسئله سالمندی همه کشورها را فرا می‌گیرد، به

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال جمعیت جهان مسن تر می‌شود. متخصصین پیش بینی کرده اند در ۲۰ سال آینده تعداد افراد پیر دو برابر خواهد شد (۱). در حال حاضر ۶ درصد از کل جمعیت ایران را افراد سالمند بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهد که معادل چهار میلیون و ۵۶۲ هزار نفر می‌باشد. پیش‌بینی می‌شود این رقم تا سال ۲۰۵۰ به ۲۶ میلیون و

^۱ کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی ارومیه

^۲ دانشیار اپیدمیولوژی، دانشگاه آزاد اسلامی ایران واحد تبریز، دانشکده علوم پزشکی

^۳ استادیار پرستاری بیماری‌های داخلی، دانشگاه آزاد واحد ارومیه (نویسنده مسئول)

^۴ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، مربی پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی ارومیه

^۵ کارشناس پرستاری

^۶ کارشناس پرستاری

مخصوصاً چربی‌های اشباع شده، ورزش منظم، قطع مصرف سیگار، توقف مصرف الکل. تحقیقات نشان داده است که پایین آمدن میزان کلسترول خون (LDL) و انتخاب رژیم غذایی با کلسترول کم در تمام افراد میزان بیماری قلبی - عروقی را کاهش می‌دهد. ورزش باعث بهبود وضعیت عمومی سلامت و وضعیت جسمانی افراد سالمند می‌گردد. در این راستا می‌توان به بهبود قدرت تنفس هوایی، استقامت، تعادل و انعطاف بدنی، پیشگیری از مشکلات حاد بدنی از قبیل شکستگی‌ها، انفارکتوس قلبی و حوادث عروق مغزی اشاره کرد. در مورد سیگار دلایل کافی در دست داریم که نشان می‌دهند حتی ترک سیگار برای افراد در سنین بالا نیز مفید و سودمند است، به‌ویژه توقف سیگار می‌تواند بیماری تنفسی و قلبی - عروقی را بهبود بخشد. بدین ترتیب احتمال دارد کیفیت زندگی نیز بهبود یابد (۱).

در مورد الکل نیز علی‌رغم این‌که استفاده به میزان کم اثر محافظتی بر روی بیماری‌های قلب داشته و باعث افزایش لیپوپروتئین HDL می‌شود، اما خطر تداخلات دارویی و زمین خوردن و شکستگی استخوانی در اثر مصرف الکل در افراد مسن نیز گزارش شده است.

توصیه‌هایی که در حال حاضر جهت پیشگیری ثانویه (غربالگری سرطان) برای افراد مسن صورت می‌پذیرد، با به کارگیری راهنمایی‌های تهیه شده توسط سازمان‌های متعدد، تدوین شده اند. این راهنماها نشان می‌دهد که خانم‌های مسن تا سن ۷۵ سالگی باید دست کم هر دو سال یک‌بار ماموگرافی انجام داده و تا زمانی که در قید حیات هستند هر ۲-۳ سال یک‌بار تکرار کنند. معاینات بالینی پستان باید هر سال انجام گرفته و در صورت امکان به خانم‌ها توصیه شود که خود، خودشان را معاینه کنند. آزمایش اسمیر دهانه رحم به طور روتین برای خانم‌های مسن تجویز نمی‌شود، به خصوص در مورد آن دسته از افرادی که در طول سال‌های تولید مثل خود تست‌های طبیعی داشته اند. بررسی ضایعات پوستی و خون مخفی مدفوع باید به طور سالیانه برای افراد بالای ۵۰ سال و معاینه پروستات به‌طور سالیانه برای مردان انجام پذیرد (۱). با توجه به کمبود اطلاعات پایه در مورد رفتارهای ارتقاء سلامتی سالمندان در کشور ما و به‌ویژه در استان آذربایجان غربی، این مطالعه با هدف تعیین وضعیت رفتارهای ارتقاء سلامتی اولیه و غربالگری سرطان و عوامل موثر بر شرکت افراد سالمند در فعالیتهای پیشگیری اولیه و ثانویه صورت گرفت.

مواد و روش کار

این پژوهش یک مطالعه توصیفی - مقطعی است. جامعه پژوهش را سالمندان بالای ۶۰ سال شهرستان ارومیه تشکیل

حداقل رساندن مشکلات سالمندان برای داشتن عمری همراه با سلامتی جز اهداف سازمان‌های بهداشتی است. با توجه به این هدف گذاری، در سراسر جهان میزان ناتوانی سالمندان کاهش یافته است (۳).

اما متأسفانه در جوامع رو به توسعه به اندازه کافی به پدیده سالمندی پرداخته نشده است و هنوز به عنوان یک مسئله پنهان باقی مانده است. به عبارت دیگر سالمندان جز فراموش شدگان جامعه قرار گرفته اند، در حالی که در کشورهای توسعه یافته اقدامات همه جانبه ای در راستای حمایت از سالمندان و به حداقل رساندن مشکلات آنان به عمل آمده است به گونه ای که در آن جوامع عمر طولانی با کیفیت زندگی بهتر همراه است (۴). برای مثال در آمریکا بیش از ۶۰ درصد سالمندان بدون وابستگی به جامعه، بیش از ۷۵ سال عمر می‌کنند (۱).

صرف نظر از تفاوت‌های دموگرافیک، تاکید همگانی در سراسر جهان بر فعالیتهای ارتقاء سلامتی است. افراد به دو دلیل تشویق می‌شوند تا این رفتارها را دنبال کنند: ۱- کاهش سال‌های بالقوه عمر که در مرگ و میر زودرس از بین می‌رود. ۲- ارتقاء هرچه بهتر کیفیت زندگی باقیمانده (۱).

رهبران سازمان جهانی بهداشت مشارکت در رفتارهای سلامتی را برای تمام سنین توصیه کرده اند، اما زمانی که انسان‌ها به مدت طولانی عمر می‌کنند، رفتارهای ارتقاء سلامتی نیز به‌ویژه با در نظر گرفتن اهداف WHO برای حفظ عملکرد، استقلال و بهبود کیفیت زندگی اهمیت بیشتری پیدا می‌کنند. اهداف ارتقاء سلامتی و پیشگیری از بیماری‌ها در سالمندان به‌طور ویژه شامل کاهش مرگ و میر ناشی از بیماری‌های حاد و مزمن، حفظ عملکرد مستقل، طولانی کردن امید به زندگی و حفظ و افزایش کیفیت زندگی می‌باشد. با وجود این باید قبول کرد که سالمندان یک گروه بسیار ناممکن هستند و بررسی تمام ابعاد توانایی عملکردی و کیفیت زندگی آن‌ها ناممکن به نظر می‌رسد. با توجه به این اصل زمانی که در مورد مشارکت در فعالیتهای ارتقاء سلامتی تصمیم می‌گیریم می‌بایست خصوصیات افراد و وضعیت زندگی آن‌ها را در نظر بگیریم (۳).

رفتارهای ارتقاء سلامتی

فعالیت‌های مربوط به ارتقاء سلامتی و پیشگیری از بیماری‌ها شامل پیشگیری اولیه یا پیشگیری از بیماری قبل از وقوع آن و پیشگیری ثانویه که بررسی وجود یا عدم وجود بیماری در مراحل اولیه می‌باشد. مداخلات و اقدامات معمول که در رابطه با پیشگیری اولیه صورت می‌گیرد عبارتند از: متوسل شدن به یک‌سری از رفتارهای سلامتی از قبیل رژیم غذایی کم چرب

و در زیر گروه غربالگری سرطان انجام ماموگرافی در ۲ سال اخیر، پاپ اسمیر و معاینات دهانه رحم، آزمایشات پروستات، آزمایش خون مخفی در مدفوع و معاینات پوستی به صورت بلی یا خیر مورد بررسی قرار گرفتند. روایی پرسش‌نامه به شیوه روایی ظاهری و محتوا و با استفاده از نظرات اعضای هیئت علمی گروه پرستاری دانشگاه‌های آزاد و علوم پزشکی ارومیه تامین شد. پایایی پرسش‌نامه با استفاده از روش مشاهده هم‌زمان ۰/۹۳ برآورد شد. از آمار توصیفی برای تعیین مشخصات دموگرافیک، وضعیت بیماری مزمن، رفتارهای ارتقاء سلامتی و رفتارهای غربالگری سرطان استفاده شد. از آنالیز رگرسیون لجستیک قدم به قدم برای مشخص کردن فاکتورهای تاثیر گذار در مشارکت سالمندان در رفتارهای ارتقاء سلامتی و رفتارهای غربالگری سرطان استفاده شد. سن، جنس، تعداد بیماری‌های مزمن، سطح تحصیلات، درآمد کافی برای درمان، داشتن بیمه، وضعیت شغلی، وضعیت سلامت جسمانی و وضعیت سلامت ذهنی متغیرهای مستقل در نظر گرفته شدند. از آزمون کای دو برای بررسی تفاوت نسبت متغیرها در بین گروه‌ها استفاده شد. سطح معنی داری ۰/۰۵ برای تمام آزمون‌ها استفاده شد.

جدول شماره (۱): راهنمای رفتارهای ارتقاء سلامتی و غربالگری سرطان در سالمندان

معیار	رفتارهای ارتقاء سلامتی (متغیر)
ورزش	سه بار در هفته به مدت ۳۰ دقیقه
فیبر غذایی	سبزی یا میوه در وعده‌های غذای روزانه
نمک	حذف نمک از سر سفره
کلسترول پایین	۷ درصد کالری غذای روزانه از چربی غیر اشباع
ماموگرافی	خانم‌ها بعد از ۴۰ سال، سالیانه، تکرار هر ۱-۳ سال
پاپ اسمیر	خانم‌ها هر ۱-۳ سال یک‌بار بعد از ۳ جواب منفی، سالیانه
خون مخفی مدفوع	بعد از ۵۰ سالگی به صورت سالیانه
آزمایش پروستات	آقایان بعد از ۵۰ سالگی به صورت سالیانه
معاینه ضایعات پوستی	بعد از ۵۰ سالگی به صورت سالیانه

می‌دادند. برای تعیین تعداد نمونه با استفاده از نتایج مطالعات مشابه خارجی که نشان می‌دهد روی هم رفته بین ۴۰ تا ۶۵ درصد سالمندان رفتارهای ارتقاء سلامتی را انجام می‌دهند (۱)، $p=0/65$ و $d=0/06$ در نظر گرفته و از فرمول برآورد نمونه تعداد نمونه‌ها ۲۴۲ نفر برآورد شد. روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف بود و پژوهش‌گران از بین مراجعه‌کنندگان به درمانگاه مرکز آموزشی بیمارستان امام خمینی نمونه‌های واجد شرایط را انتخاب کردند. معیارهای ورود به مطالعه نداشتن بیماری حاد هنگام مصاحبه، سن بالای ۶۰ سال، کسب نمره ۲۴ و بالاتر از پرسش‌نامه^۱ MMSE و نمره ۲۰ و بالاتر از پرسش‌نامه^۲ SF12 بود.

MMSE پرسش‌نامه استاندارد ۳۰ آیتمی برای بررسی وضعیت سلامت ذهنی است و آگاهی به زمان و مکان، توانایی نوشتن، توجه و محاسبه، یادآوری و توانایی تکلم را بررسی می‌کند. امتیازات این پرسش‌نامه از صفر تا ۳۰ متغیر است. امتیاز کم‌تر از ۲۴ نشانگر مشکل شناختی است. روایی و پایایی این پرسش‌نامه علاوه بر مطالعات خارجی (۱) در مطالعات داخل کشور نیز تایید شده است (۵). برای بررسی وضعیت سلامت جسمانی از پرسش‌نامه استاندارد SF12 استفاده شد. این ابزار ۱۲ آیتم دارد که بیانگر توانایی انجام چگونگی احساس و چگونگی ارزیابی وضعیت سلامتی است. امتیازات پرسش‌نامه از ۱۲ تا ۳۶ متغیر است. روایی و پایایی این پرسش‌نامه نیز در مطالعات خارجی و داخلی پیش‌تر تایید شده است (۶،۱).

ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسش‌نامه بود که به صورت مصاحبه رو در رو و در مواردی که فرصت کافی نبود شماره تلفن گرفته می‌شد و بعد به صورت تلفنی تکمیل می‌شد. پرسش‌نامه شامل قسمت‌های زیر بود: ویژگی‌های دموگرافیک، سابقه بیماری مزمن، وضعیت سلامت جسمانی، وضعیت سلامت ذهنی، رفتارهای ارتقاء سلامتی اولیه و غربالگری سرطان. در زیر گروه مشخصات دموگرافیک سن، جنس، سطح تحصیلات، داشتن درآمد کافی برای درمان و بیمه ارزیابی شدند. در زیر گروه بیماری مزمن، ابتلا یا عدم ابتلا به بیماری‌هایی چون آرتروز، دیابت، بیماری قلبی - عروقی، سکتة مغزی، سرطان، مشکلات بینایی، افسردگی یا اضطراب، پارکینسون، فشار خون بالا و بیماری‌های گوارشی به صورت بلی و خیر مورد سوال قرار گرفت (ارزیابی داشتن بیماری‌ها به شکل خود اظهاری بود).

در زیر گروه رفتارهای ارتقاء سلامتی اولیه همان‌طوری که در جدول شماره ۱ آورده شده است، فعالیت ورزشی، دریافت رژیم غذایی کم کلسترول، فیبر بالا، غذاهای کم نمک و استعمال سیگار

^۱ Mini mental state examination

^۲ Short form health survey: 12

نتایج

کمکی مثل برانکارد یا ویل چر به درمانگاه آمده بودند و امکان خودآزمایی یا پیگیری معاینات بالینی و... را داشتند. سایر ویژگی‌های دموگرافیک و سوابق بیماری‌های مزمن شرکت کنندگان در مطالعه در جدول شماره ۲ خلاصه شده است.

میانگین سن شرکت کنندگان $69/67 \pm 8/36$ بود. میانگین نمرات وضعیت سلامت جسمانی (SF12) $43/4 \pm 25/19$ و وضعیت سلامت ذهنی (MMSE) $28/37 \pm 2/50$ بود که نشان دهنده وضعیت سلامت جسمانی و شناختی خوب شرکت کنندگان در مطالعه بود. به گونه‌ای که تمام بیماران خودشان بدون وسایل

جدول شماره (۲): فراوانی نسبی و مطلق برخی از ویژگی‌های دموگرافیک و سوابق بیماری -

های مزمن نمونه‌ها

متغیر	سطح اندازه گیری	تعداد (N)	درصد (%)
جنس	زن	۴۱۱	۴۷/۵
	مرد	۱۲۸	۵۲/۵
تحصیلات	بیسواد	۱۵۳	۶۳/۵
	زیر دیپلم	۴۴	۱۸/۲
	دیپلم	۴۵	۲۰/۶
درآمد کافی برای درمان	دارد	۱۷۹	۷۴
	ندارد	۶۳	۲۶
بیمه رمانی	دارد	۱۶۷	۶۹/۴
	ندارد	۷۵	۳۰/۶
شغل	شاغل	۶۰	۲۴/۸
	بیکار یا بازنشسته	۱۸۲	۷۵/۲
مشکلات گوارشی	بلی	۳۷	۱۵/۵۴
سابقه مشکلات قلبی	بلی	۳۷	۱۵/۵۴
سابقه سکته مغزی	بلی	۳۱	۱۲/۸۳
سابقه سرطان	بلی	۱۳	۵/۴
مشکلات بینایی	بلی	۴۹	۲۰/۲۷
افسردگی یا اضطراب	بلی	۶	۲/۷۲
پارکینسون	بلی	۱۳	۵/۴
فشار خون بالا	بلی	۳۵	۱۴/۸۶
بیماری آرتریت (روماتوئید و دژنراتیو)	بلی	۳۵	۱۴/۸۶

بودند. درآمد ($p = 0/01$ و $\beta = 0/73$) متغیر تاثیرگذار در دریافت رژیم کم کلسترول بود و جنسیت ($p = 0/001$ و $\beta = 0/92$) متغیر تاثیرگذار در عدم مصرف سیگار بود. متغیرهای موثر بر انجام آزمایش خون مخفی در مدفوع، وضعیت سلامت روانی ($p = 0/001$ و $\beta = 0/32$) و سن ($p = 0/03$ و $\beta = 0/42$) بودند. در سایر موارد ارتباطی بین فاکتورهای مستقل و وابسته بدست نیامد.

فراوانی مطلق و نسبی انجام یا عدم انجام رفتارهای ارتقاء سلامتی در نمونه‌ها در جدول شماره ۳ نشان داده شده است. براساس نتایج آنالیز رگرسیون قدم به قدم شغل تنها فاکتور تاثیرگذار در انجام ماموگرافی بود ($p = 0/05$ و $\beta = 0/30$). سطح تحصیلات ($p = 0/01$ و $\beta = 0/21$) و وضعیت سلامت ذهنی ($p = 0/02$ و $\beta = 0/24$) فاکتورهای تاثیرگذار در انجام ورزش

جدول شماره (۳): فراوانی مطلق و نسبی انجام یا عدم انجام رفتارهای ارتقاء سلامتی در نمونه‌ها

مقیاس		بلی		خیر	
رفتار ارتقاء سلامتی		درصد	تعداد	درصد	تعداد
ب. بیشتر	رژیم پرفیبر	۶۳	۱۷۹	۲۵/۶	۷۴/۴
	آزمایش خون مخفی	۶۷	۱۷۵	۲۷/۷	۶۹/۴
	رژیم کم نمک	۱۵۸	۸۴	۶۴/۴	۳۵/۶
	فعالیت ورزشی	۶۰	۱۸۲	۲۴/۸	۷۵/۲
	کاهش کلسترول غذا	۱۳۰	۱۱۲	۵۳/۷	۴۶/۳
	مصرف سیگار	۷۵	۱۶۷	۳۲/۲	۶۶/۸
	معاینات پوستی	۱۸	۲۲۴	۷/۵	۹۲/۵
ب. کمتر	ماموگرافی	۱۵	۹۹	۱۱/۷	۸۸/۳
	پاپ اسمیر	۱۱	۱۰۳	۹/۴	۹۰/۶
ب. کم	آزمایش پروستات	۳۴	۹۴	۲۵	۷۵

درصد شرکت کنندگان در ۲ سال اخیر آزمایشات پروستات انجام داده بودند، در مطالعه تین قن^۱ و همکاران (۸) بر روی سالمندان کشور آمریکا، ۶۲ درصد مردان آزمایشات پروستات انجام داده بودند. این میزان بیش از دو برابر ارقام کشور ماست. در این مطالعه ۵۳/۷ درصد افراد رفتار کاهش کلسترول و ۶۴/۴ درصد رژیم کم نمک را در رژیم غذایی خود رعایت می‌کردند، در مطالعه رسنیک (۱) و بلوم (۳) این رقم به ترتیب ۴۵ درصد و ۵۹/۹ درصد گزارش شده است. این موارد در جامعه ما بهتر از مطالعات مشابه انجام شده در کشورهای خارجی است. در مطالعه ما ۲۷/۷ درصد افراد مورد مطالعه آزمایش خون مخفی مدفوع و ۷/۴ درصد افراد معاینات پوستی از نظر ضایعات پوستی انجام داده بودند، در مطالعه البرت^۲ و همکاران بر روی یهودیان آمریکا، ۷۳ درصد سالمندان آزمایش خون مخفی و ۷۰ درصد آن‌ها معاینات پوستی گزارش

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه نشان داد که فقط ۱۱/۷ درصد افراد شرکت کننده در تحقیق در ۲ سال گذشته ماموگرافی سینه انجام داده بودند، ۹/۴ درصد افراد پاپ اسمیر و معاینات سرویکس، ۲۴/۸ درصد افراد شرکت کننده در تحقیق فعالیت ورزشی، ۶۶/۸ درصد عدم مصرف سیگار و ۲۵/۶ درصد رژیم پرفیبر داشتند. مقایسه این نتایج با نتایج مطالعه رسنیک از یک مرکز نگهداری از بیماران سالمند در کشور آمریکا که در آن ۴۶ درصد افراد در ۲-۳ سال اخیر ماموگرافی سینه، ۳۹ درصد افراد پاپ اسمیر، ۵۸ درصد افراد ورزش، ۹۱ درصد افراد عدم مصرف سیگار و ۵۲/۸ درصد غذاهای پرفیبر داشتند (۱)، نشان می‌دهد که رفتارهای ارتقاء سلامتی سالمندان در کشور ما مورد غفلت واقع می‌شوند. در عین حالی که برخی رفتارها نظیر میزان مصرف سیگار در کشور ما از برخ دیگر کشورهای منطقه نظیر سوریه بسیار بهتر است (۷).

¹ Tingen

² Albert

کای دو نشان داد نسبت خانم‌های بازنشسته در مقایسه با خانم‌های خانه‌دار در اجرای ماموگرافی بالاتر بود ($p = 0/031$). به نظر می‌رسد خانم‌های بازنشسته زمینه اطلاعاتی و تعاملات اجتماعی بهتری برای درک سلامتی دارند. در مطالعه گلدبرگ و چوین شرکت خانم‌های شاغل در مقایسه با سایر گروه‌ها بهتر بود. ایشان دلیل این مسئله را آگاهی بالا از فواید شرکت در رفتارهای ارتقاء سلامتی به خاطر تعاملات اجتماعی بالا دانست (۱۱). در مورد انجام ورزش، متغیر تحصیلات و وضعیت سلامت روانی تاثیر گذار بودند، افرادی که تحصیلات بالا و وضعیت سلامت روانی بهتری داشتند، برای انجام این رفتارها تمایل بیشتری داشتند. متغیر سن و وضعیت سلامت روانی در انجام آزمایش خون مخفی مدفوع تاثیر داشتند. جنسیت، فاکتور تاثیرگذار بر عدم مصرف سیگار بود. خانم‌ها در مقایسه با آقایان درصد شیوع کم‌تری داشتند و به احتمال قوی این مسئله متأثر از فرهنگ این جامعه است.

شرکت کنندگان درگروه سنین بالاتر (۷۱-۸۰) تمایل کم‌تری بر اجرای رفتارهای سلامتی نشان دادند. رسنیک دلیل این امر را عدم تمایل سالمندان به اطلاع از وجود بیماری‌های خطرناک مثل کانسر سینه و روده ذکر کرده است (۱). همچنین در مطالعات دیگر به عللی چون هزینه بالا و عدم دسترسی آسان اشاره شده است (۱۰). وجود ناتوانی ذهنی یک مشکل مضاعف در انجام رفتارهای ارتقاء سلامتی در سالمندان است، چرا که افراد به خاطر مشکلات ذهنی فراموش می‌کنند چه وقت به درمانگاه مراجعه کنند و یا توصیه‌های سلامتی را نمی‌توانند مطابق دستور انجام دهند (۹). در این مطالعه پاپ اسمیر زنان، آزمایشات پروستات و آزمایشات پوستی متغیر پیشگیری کننده نداشت. به نظر می‌رسد انتخاب فاکتورهای مستقل دیگری در مطالعات آینده مفید باشد.

در کل باید گفت که اجرای رفتارهای ارتقاء سلامتی اعم از پیشگیری اولیه و غربالگری سرطان مربوط به سالمندان در این مطالعه نسبت به مطالعات مشابه خارجی پایین بود، این مسئله کیفیت زندگی سال‌های باقی مانده عمر این گروه را پایین می‌آورد و به عنوان یک مشکل هر چند پنهان باقی خواهد ماند. توصیه ما آموزش همگانی و آموزش خانواده‌ها در مورد آسانی و فواید پیشگیری است و در درجه دوم دسترسی راحت و کم هزینه به این اقدامات است.

محدودیت‌های تحقیق

ارزیابی رفتارهای ارتقاء سلامتی و غربالگری سرطان به صورت خود اظهاری بوده لذا ممکن است بیماران برداشت‌های نادرست داشته باشند و پاسخ‌های غیر واقعی بدهند.

کردند (۹). گرچه برخی از ارقام مطالعه ما همچون مصرف رژیم کم نمک و کم کلسترول ممکن است قدری آرمانی به نظر برسند ولی از آنجایی که ارزیابی انجام غربالگری سرطان در این مطالعه به صورت خود اظهاری بود، لذا ممکن است با وجود توضیحات مصاحبه کننده به دلیل عدم درک درست پاسخ غیر واقعی داده شود. از طرف دیگر در این مطالعه نمونه گیری از مراجعه کنندگان به درمانگاه بیمارستان صورت گرفته که افراد مراجعه کننده جهت کنترل بیماری قبلی مراجعه کرده بودند، از این رو این احتمال وجود دارد که در یک نمونه تصادفی از سطح شهر نتایج مطالعه با درصد‌های کم‌تر از این بدست آید. اما با این وصف نیز از مقایسه اعداد و ارقام فوق الذکر می‌توان دریافت که بجز موارد کاهش کلسترول غذا و رژیم غذایی کم نمک، عمده رفتارهای ارتقاء سلامتی سالمندان در جامعه ما مورد غفلت واقع شده است. آلبرت و همکاران (۹) احتمال عدم مشارکت اکثر سالمندان در رفتارهای ارتقاء سلامتی و غربالگری سرطان را به هزینه پروسیجرهای تشخیصی یا عدم آگاهی افراد از فواید این گونه رفتارها نسبت می‌دهد. در مطالعه ما سطح درآمد سالمندان با کاهش کلسترول ارتباط قوی داشت ($\beta = 0/73$)، اما در سایر موارد ارتباط معنی‌داری بین داشتن درآمد کافی و رفتارهای ارتقاء سلامتی بدست نیامد. هرچند که ۷۴ درصد شرکت کنندگان اظهار کردند درآمد کافی برای درمان دارند، اما ممکن است که بسیاری از شرکت کنندگان در این مطالعه نخواستند وضعیت مالی آن‌ها نامناسب تلقی شود و از این رو داده‌های این متغیر خیلی قابل استناد نیست. در مورد عدم آگاهی نیز، اکثریت افراد در این مطالعه (۶۳/۲ درصد) بی‌سواد بودند. آزمون کای دو نشان داد مشارکت سالمندان در مورد ورزش منظم با سطح تحصیلات ارتباط داشت ($p = 0/045$)، ولی در بقیه رفتارهای ارتقاء سلامتی و غربالگری سرطان مقایسه افراد بی‌سواد با گروه دارای تحصیلات تفاوت آماری نشان نداد. بنابراین در این مطالعه نیز هم عدم آگاهی از فواید و هم هزینه پروسیجرهای تشخیصی می‌توانند علت احتمالی شرکت کمتر در رفتارهای ارتقاء سلامتی و غربالگری سرطان باشند. مخصوصاً افراد بی‌سواد از تلویزیون و یا روزنامه نیز به دلیل عدم آشنایی با زبان فارسی نمی‌توانند استفاده کنند. در مطالعه اسکارینسی^۱ و همکاران دلیل مشارکت پایین در غربالگری سرطان عدم دسترسی آسان ذکر شده است (۱۰).

در خصوص عوامل تاثیر گذار بر اجرای رفتارهای ارتقاء سلامتی، نتایج مطالعه نشان داد که در مورد ماموگرافی تنها متغیری که می‌تواند تاثیر داشته باشد وضعیت شغلی بود. آزمون

¹ Scariney et al

تقدیر و سپاسگزاری

نویسندگان کمال تشکر را از سالمندان شرکت کننده در تحقیق و از همکاران درمانگاه تخصصی بیمارستان امام خمینی ارومیه ابراز می‌دارند.

شرایط درمانگاه و خستگی بیماران موقع نمونه گیری ممکن است در پاسخ دهی آنان تاثیر داشته باشد. نمونه‌گیری مطالعه به صورت غیر تصادفی است. از این رو در تعمیم نتایج مطالعه باید احتیاط شود.

Reference

1. Resnick B. Health promotion practices of older adults: testing an individualized approach. *J Clin Nurs* 2003; 12: 45-55.
2. Habibi A, Nikpour S, Seyedoshohadaei M, Haghani H. Assessment of health promotion behaviors and quality of life in the elderly. *J Ardabil Univ Med Sci* 2008; 8(1): 29-36. (Persian)
3. Bloom H. Preventive medicine: when to screen for disease in older patients. *Geriatrics* 2004; 56(4): 41-5.
4. Habibi A, Nikpour S, Seyedoshohadaei M, Haghani H. Health promoting behaviors and its related factors in elderly. *J Iranian Nurs* 2006; 19(47): 36-49. (Persian)
5. Foroghan M, Jafari Z, Shirinbian P, Gaem Magam-e Farahani Z, Rahgozar M. Standardization and validation of mini-mental state examination (MMSE) among elderly in Tehran- 1385. *Adv Cognitive Sci* 2008; 2(10): 29-37. (Persian)
6. Montazeri A, Vahdaninia M, Mousavi SJ, Omidvari S. The Iranian version of 12-item Short Form Health Survey (SF-12): factor structure, internal consistency and construct validity. *BMC Public Health* 2009; 9: 341.
7. Maziak W. Smoking in Syria: profile of a developing Arab country. *Int J Tubercul Lung Dis* 2002; 6(3):183-91.
8. Tingen M, Weinrich S, Heydt D. Perceived benefits: a predictor of participation in prostate cancer screening. *Cancer Nurs* 2003; 12(5): 349-57.
9. Albert S, Harlp S, Caplan L. Cancer screening among older women in a culturally community. *Prevent Med* 2004; 39: 649-56.
10. Isabel CS, Bettina MB, Kristen WK, Terry LB. An examination of sociocultural factors associated with cervical cancer screening among low-income Latina immigrants of reproductive age. *J Immigrant Health* 2003; 5(3): 119-28.
11. Goldberg T, Chavin S. Preventive medicine and screening in older adults. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45: 341-54.