

بررسی ارتباط میان خودکارآمدی، موانع و حمایت اجتماعی درک شده با رفتارهای ارتقا دهنده سلامت سالمندان شهرستان دنا در سال ۱۳۹۱-۱۳۹۰

آرش سلحشوری^۱، جواد هارونی^۲، سارا سلحشوری^۳، اکبر حسن زاده^۴،
فیروزه مصطفوی^۵، مازیار مولایی^۶

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: رفتارهای ارتقادهنده سلامت یکی از معیارهای عمده تعیین کننده سلامت می باشند و از طرفی این رفتارها در سالمندان، تأثیر بالقوه ای در پیشبرد سلامتی و کیفیت زندگی آنان داشته و به همان نسبت موجب کاهش هزینه های مربوط به مراقبت های بهداشتی خواهند شد. لذا این مطالعه با هدف شناسایی تأثیر خودکارآمدی، موانع و حمایت اجتماعی درک شده در تعیین این رفتارها در سالمندان شهرستان دنا انجام شد.

روش ها: در مطالعه حاضر که از نوع توصیفی تحلیلی بوده تعداد ۱۲۰ نفر از سالمندان (شامل ۵۹ زن و ۶۱ مرد) شهرستان دنا به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. داده های این مطالعه از طریق پرسش نامه ای مشتمل بر قسمت های متفاوت (مشخصات دموگرافیک، رفتارهای ارتقادهنده سلامت، خودکارآمدی، موانع و حمایت اجتماعی درک شده از رفتارهای ارتقادهنده سلامت) جمع آوری گردید. از آمار توصیفی و آزمون های آماری همبستگی پیرسون، t مستقل و آنالیز رگرسیون خطی چندگانه جهت تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد.

یافته ها: میانگین نمره رفتارهای ارتقادهنده سلامت $57/5 \pm 10/7$ بود. میان خودکارآمدی و حمایت اجتماعی درک شده با رفتارهای ارتقادهنده سلامت به طور کلی و خرده مقیاس های مدیریت استرس، فعالیت بدنی، روابط اجتماعی بین فردی و پیشگیری ارتباط مثبت معنی دار مشاهده شد ($P < 0/001$). بین موانع درک شده و رفتارهای ارتقادهنده سلامت به طور کلی و خرده مقیاس مدیریت استرس رابطه معنی دار معکوس دیده شد.

نتیجه گیری: با توجه به یافته های پژوهش که بیانگر ارتباط مستقیم خودکارآمدی و حمایت اجتماعی درک شده با انجام رفتارهای ارتقادهنده سلامت می باشد، مسؤولین و مراقبین بهداشتی می توانند با طرح ریزی برنامه های آموزش ارتقاسلامت، زمینه افزایش خودکارآمدی و همچنین خانواده ها نیز از طریق فراهم آوردن حمایت های عاطفی لازم جهت سالمندان، زمینه افزایش حمایت اجتماعی و به دنبال آن تغییر رفتار را برای سالمندان فراهم نمایند.

واژه های کلیدی: رفتارهای ارتقادهنده سلامت، خودکارآمدی درک شده، موانع درک شده، حمایت اجتماعی درک شده، سالمندان

ارجاع: سلحشوری آرش، هارونی جواد، سلحشوری سارا، حسن زاده اکبر، مصطفوی فیروزه، مازیار مولایی. **بررسی ارتباط میان خودکارآمدی، موانع و حمایت اجتماعی درک شده با رفتارهای ارتقا دهنده سلامت سالمندان شهرستان دنا در سال ۱۳۹۱-۱۳۹۰.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۴؛ ۱۱(۱): ۴۲-۳۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۰/۰۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۶/۰۸

۱. دانشجوی دکترای تخصصی آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، کارشناس ستاد گسترش شبکه، مرکز بهداشت ایذه، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، ایران
۲. دانشجوی دکترای تخصصی آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳. دانشجوی ارشد روان شناس بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران
۴. مربی، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۵. استادیار، سلامت اجتماعی، گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول)
Email: mostafavi@hlth.mui.ac.ir
۶. دانشجوی کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

مقدمه

سالمندی از پدیده‌های مطرح سال‌های اخیر در عرصه بهداشت و سلامت جهانی می‌باشد (۱). اغلب کشورهای توسعه‌یافته جهان سن تقویمی ۶۵ سال را به عنوان تعریفی از سالمندی پذیرفته‌اند. اگرچه این تعریف تا حدودی اختیاری است و در حال حاضر، هیچ معیار عددی استاندارد برای آن وجود ندارد، اما سازمان ملل متحد سن بالای ۶۰ سال را برای اشاره به افراد سالمند استفاده می‌کند (۲). بر اساس شاخص‌های آماری روند افزایش جمعیت سالمندان در ایران آغاز گردیده است. در سرشماری سال ۱۳۹۰ این آمار ۸/۲۶٪ یعنی بیش از ۶/۲ میلیون نفر سالمند بوده است و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۱۴۰۵ به ۱۵/۵٪ برسد (۳). بر اساس آمارهای موجود در معاونت بهداشتی استان کهگیلویه و بویر احمد ۸/۷۸ درصد جمعیت شهرستان دنا در سال ۱۳۹۰ را افراد بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهند، که بر اساس تقسیم‌بندی سازمان جهانی بهداشت، جمعیت سالخورده تلقی می‌شود. جمعیت سالمندان ایران طی سال‌های ۱۳۴۵ تا ۱۳۹۰ نزدیک به چهاربرابر شده است (۳). این روند افزایش جمعیت سالمندان ایران نشان می‌دهد که مسئولین در آینده با مشکلات عدیده سالمندی و حل آن‌ها روبرو خواهند شد. بنابراین سالمندی و شرایط ویژه سالمند و تأمین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی آن‌ها از جمله مسائلی است که توجه ویژه‌ای را می‌طلبد (۴).

بر اساس بررسی‌ها در آمریکا ۲۹ درصد از هزینه مراقبت‌های پزشکی توسط سالمندان مصرف می‌شود. در حالی که این قشر ۱۲ درصد جمعیت آمریکا را تشکیل می‌دهند. پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۴۰ رقمی در حدود ۵۰٪ کلیه خدمات پزشکی که در آمریکا ارایه می‌گردد، مورد استفاده این گروه قرار خواهد گرفت (۵).

هرچند چالش اصلی بهداشت عمومی در قرن بیستم، افزایش امید به زندگی بود، در قرن بیست و یکم "زندگی با کیفیت بهتر" مهم‌ترین دغدغه در این حوزه است. بدیهی است چون هدف از زندگی سالمندان فقط داشتن عمر طولانی و زنده

بودن نیست، بلکه نوع و کیفیت زندگی آن‌ها نیز مهم می‌باشد. از این رو ارتقای کیفیت زندگی سالمندان در مرحله اول نیازمند داشتن اطلاعات جامع در مورد کیفیت زندگی آن‌ها است (۶).

عوامل متعددی بر کیفیت زندگی سالمندان تأثیر دارد، از جمله تغییرات ایجاد شده در دوران سالمندی شامل؛ کاهش توانایی‌های فیزیکی، تغییر پاسخ‌های بدن به داروها، تجربه وقایع مهم زندگی چون بازنشستگی، انتقال به خانه سالمندان، کاهش درآمد، کم شدن موقعیت‌هایی جهت برقراری تماس‌های اجتماعی که باعث ایجاد احساس تنهایی در سالمندی می‌شود و همه این موارد می‌توانند کیفیت زندگی سالمندان را تحت تأثیر قرار دهند (۷).

در بررسی مهنز آهنگری و همکاران با عنوان کیفیت زندگی در سالمندان عضو کانون‌های فرهنگ‌سرای سالمند شهر تهران، یافته‌های حاصل از پژوهش بیانگر تأثیر برخی فاکتورها مانند تأثیر سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و ابتلا به بیماری‌ها بر کیفیت زندگی سالمندان می‌باشد (۸). در مطالعه‌ای دیگری که به منظور بررسی کیفیت زندگی مرتبط با وضعیت سلامتی سالمندان مناطق ۲۲گانه شهر تهران انجام شد، مشخص گردید کیفیت زندگی افراد سالمند با وضعیت سلامتی و متغیرهای جمعیتی وابسته است (۹). یافته‌های پژوهش عزت الله سام آرام و زیبا احمدی بنی در سالمندان تهران نشان داد که فاکتورهای و عوامل مختلفی مانند سن، میزان تحصیلات، وضعیت سلامتی، میزان همکاری، وضعیت اقتصادی، نوع خانواده و بالاخره میزان مذهبی بودن خانواده فرد سالمند بر موقعیت افراد سالمند در خانواده اثر می‌گذارد (۱۰).

همان‌طور که طول عمر افراد افزایش می‌یابد، اهمیت رفتارهای ارتقادهنده سلامت نیز، با توجه به حفظ کارکرد و استقلال افراد و افزایش کیفیت زندگی آن‌ها، روز به روز بیشتر آشکار می‌شود (۱۱). رفتارهای ارتقادهنده سلامت یکی از معیارهای عمده تعیین‌کننده سلامت می‌باشد که به عنوان عامل زمینه‌ای در عدم ابتلا به بسیاری از بیماری‌ها شناخته

ناشی از شمار فزاینده افراد سالمند مواجه شوند در حالی که اغلب کشورهای در حال توسعه حتی از این پدیده و گرفتاری های بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی آن آگاه نیستند (۲۴). بنابراین با توجه به اهمیت موضوع و تغییر هرم جمعیتی شهرستان و این که طرح مراقبت ادغام یافته سلامت سالمندان به صورت پایلوت در شهرستان دنا در حال اجرا می باشد و نظر به این موضوع که تاکنون مطالعه ای در زمینه رفتارهای ارتقاء سلامت سالمندان در این شهرستان و حتی استان صورت نگرفته است و از آنجا که انتظار می رود با شناسایی رفتارهای ارتقادهنده سلامت و عوامل مؤثر در تعیین این رفتارها در سالمندان، بتوان راه کارهای مناسبی جهت ارتقاء سطح سلامت و بهبود کیفیت زندگی سالمندان ارایه نمود و تا حد ممکن سالمندی مطلوب، توأم با سلامت و نشاط را برای این عزیزان فراهم نمود، لذا با انجام این تحقیق به دنبال آن بودیم تا ارتباط میان رفتارهای ارتقادهنده سلامت با خودکارآمدی، موانع و حمایت اجتماعی درک شده سالمندان شهرستان دنا بررسی نماییم.

روش ها

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی (Cross Sectional) است. حجم نمونه لازم پس از مقدار گذاری در فرمول زیر ۱۲۰ نفر به دست آمد.

$$n = \frac{(z_1 + z_2)(1 - r^2)}{r^2} + 2$$

نمونه های این مطالعه شامل ۵۹ زن و ۶۱ مرد از سالمندان شهرستان دنا با معیارهای ورود؛ سن بالای ۶۵ سال، توانایی تکلم و رضایت برای وارد شدن در مطالعه و معیارهای خروج بیماری روانی شدید، از دست دادن یکی از نزدیکان سالمند در طی سه ماه اخیر، دچار سانحه یا بیماری شدیدی شدن در طی سه ماه گذشته و عدم تمایل به شرکت در مطالعه بود که از بین پرونده های خانوارهای دارای سالمند بالای ۶۵ سال موجود در مرکز بهداشت شهرستان دنا در سال ۹۰ با روش تصادفی ساده انتخاب گردیدند. ابزار گردآوری داده ها در این

شده است و ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری ها مستقیماً با این رفتارها در ارتباط می باشد (۱۲). رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در سالمندان، تأثیر بالقوه ای در پیشبرد سلامتی و کیفیت زندگی آنان داشته و به همان نسبت موجب کاهش هزینه های مربوط به مراقبت های بهداشتی خواهد شد (۱۱). آمار ارایه شده در مورد دلایل اصلی مرگ و میر، بیانگر آن است که ۵۳٪ از علل مرگ و میرها به سبک زندگی و رفتارهای غیربهداشتی مربوط می باشد (۱۳-۱۴). در الگوی ارتقاء سلامت، احساسات خاص درباره رفتار مانند خودکارآمدی، موانع و حمایت اجتماعی درک شده، به صورت مستقیم رفتار را تحت الشعاع قرار می دهد (۱۵). موانع انجام رفتارهای ارتقادهنده سلامتی از قوی ترین پیشگویی کننده های پیروی از این رفتارها هستند. شناخت موانع درک شده از رفتارهای ارتقاء سلامتی و کاهش آنها می تواند به ارتقاء کیفیت مراقبت از بیماران و چگونگی برنامه ریزی خدمات آموزشی برای بیماران به منظور تغییر در رفتار کمک نماید (۱۶-۱۷). بررسی ها نشان می دهد چنانچه موانع درک شده بر منافع پیش بینی شده غالب آید، احتمال بروز رفتار کمتر می شود. به عبارتی دیگر، عمل فرد به وسیله توازن و عدم توازن بین نیروهای مثبت و منفی درک شده فرد بر رفتار بهداشتی او تعیین می شود (۱۸). مطالعات مختلف نشان می دهد عواملی چون محدودیت وقت برای انجام ورزش (۱۶)، عدم احساس نیاز به پیروی از رفتارهای ارتقاء سلامت (۱۹)، کاهش ارتباط با اعضاء تیم پزشکی (۲۰)، حمایت اجتماعی ضعیف، خودکارآمدی پایین، سطح تحصیلات پایین، نداشتن همسر، سن بالا، مذهب، خودکنترلی پایین (۲۱)، محدودیت حرکتی، تنها زندگی کردن، سن بالا، ابتلا به بیماری های مزمن (۲۲)، عدم وجود کلاس های آموزشی، و مشکلات مالی و موانع خانوادگی (۲۳) از موانع مهم عدم پیروی از رفتارهای ارتقاء سلامت هستند.

تفاوت عمده ای که بین کشورهای پیشرفته و کشورهای در حال توسعه نظیر ایران وجود دارد این است که دولت و مردم در کشور های توسعه یافته کاملاً آماده هستند تا با چالش

پژوهش پرسش‌نامه‌ای بر اساس اهداف پژوهش شامل پنج بخش مشخصات دموگرافیکی، رفتارهای ارتقاء سلامت، خودکارآمدی درک شده، موانع درک شده و حمایت اجتماعی درک شده بود.

بخش اول پرسش‌نامه شامل ۱۰ سؤال در ارتباط با مشخصات دموگرافیکی سالمندان بود. به منظور بررسی رفتارهای ارتقاء سلامت از پرسش‌نامه (HPLP2 یا Health Promotion Lifestyle Profil2) استفاده گردید. این پرسش‌نامه از ابزار walker و همکاران اقتباس شده است (۲۵). در پژوهش ما از نسخه ایرانی پرسش‌نامه اعتبارسنجی شده توسط دکتر آناهیتا بابک استفاده گردید که ضریب آلفا کرونباخ گزارش شده برای این ابزار ۷۵٪ عنوان شده است. پرسش‌نامه شامل ۴۶ سؤال به شرح زیر می‌باشد: ۱۵ سؤال در حیطه‌ی پیشگیری، ۵ سؤال در حیطه‌ی فعالیت جسمی، ورزش، تفریح و سرگرمی؛ ۱۴ سؤال در حیطه‌ی تغذیه‌ی سالم؛ ۵ سؤال در حیطه‌ی مدیریت استرس و ۷ سؤال در حیطه‌ی روابط اجتماعی و بین فردی. مقیاس پاسخ‌گویی این پرسش‌نامه شامل مقیاس تکرار عمل و مقیاس‌های چندگزینه‌ای (تک پاسخ یا چندپاسخی) است.

با نمره‌دهی مناسب به هر سؤال در ۶ بعد رفتارهای ارتقاء سلامت، نمره کلی سبک زندگی تعیین گردید. به این طریق که در هر سؤال به گزینه‌ای که معرف نامطلوب‌ترین سطح از سبک زندگی است نمره ۱ و به سایر گزینه‌ها، به ترتیب افزایش مطلوبیت سطح زندگی، نمرات ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵، ۴۶، ۴۷، ۴۸، ۴۹، ۵۰، ۵۱، ۵۲، ۵۳، ۵۴، ۵۵، ۵۶، ۵۷، ۵۸، ۵۹، ۶۰، ۶۱، ۶۲، ۶۳، ۶۴، ۶۵، ۶۶، ۶۷، ۶۸، ۶۹، ۷۰، ۷۱، ۷۲، ۷۳، ۷۴، ۷۵، ۷۶، ۷۷، ۷۸، ۷۹، ۸۰، ۸۱، ۸۲، ۸۳، ۸۴، ۸۵، ۸۶، ۸۷، ۸۸، ۸۹، ۹۰، ۹۱، ۹۲، ۹۳، ۹۴، ۹۵، ۹۶، ۹۷، ۹۸، ۹۹، ۱۰۰، ۱۰۱، ۱۰۲، ۱۰۳، ۱۰۴، ۱۰۵، ۱۰۶، ۱۰۷، ۱۰۸، ۱۰۹، ۱۱۰، ۱۱۱، ۱۱۲، ۱۱۳، ۱۱۴، ۱۱۵، ۱۱۶، ۱۱۷، ۱۱۸، ۱۱۹، ۱۲۰، ۱۲۱، ۱۲۲، ۱۲۳، ۱۲۴، ۱۲۵، ۱۲۶، ۱۲۷، ۱۲۸، ۱۲۹، ۱۳۰، ۱۳۱، ۱۳۲، ۱۳۳، ۱۳۴، ۱۳۵، ۱۳۶، ۱۳۷، ۱۳۸، ۱۳۹، ۱۴۰، ۱۴۱، ۱۴۲، ۱۴۳، ۱۴۴، ۱۴۵، ۱۴۶، ۱۴۷، ۱۴۸، ۱۴۹، ۱۵۰، ۱۵۱، ۱۵۲، ۱۵۳، ۱۵۴، ۱۵۵، ۱۵۶، ۱۵۷، ۱۵۸، ۱۵۹، ۱۶۰، ۱۶۱، ۱۶۲، ۱۶۳، ۱۶۴، ۱۶۵، ۱۶۶، ۱۶۷، ۱۶۸، ۱۶۹، ۱۷۰، ۱۷۱، ۱۷۲، ۱۷۳، ۱۷۴، ۱۷۵، ۱۷۶، ۱۷۷، ۱۷۸، ۱۷۹، ۱۸۰، ۱۸۱، ۱۸۲، ۱۸۳، ۱۸۴، ۱۸۵، ۱۸۶، ۱۸۷، ۱۸۸، ۱۸۹، ۱۹۰، ۱۹۱، ۱۹۲، ۱۹۳، ۱۹۴، ۱۹۵، ۱۹۶، ۱۹۷، ۱۹۸، ۱۹۹، ۲۰۰، ۲۰۱، ۲۰۲، ۲۰۳، ۲۰۴، ۲۰۵، ۲۰۶، ۲۰۷، ۲۰۸، ۲۰۹، ۲۱۰، ۲۱۱، ۲۱۲، ۲۱۳، ۲۱۴، ۲۱۵، ۲۱۶، ۲۱۷، ۲۱۸، ۲۱۹، ۲۲۰، ۲۲۱، ۲۲۲، ۲۲۳، ۲۲۴، ۲۲۵، ۲۲۶، ۲۲۷، ۲۲۸، ۲۲۹، ۲۳۰، ۲۳۱، ۲۳۲، ۲۳۳، ۲۳۴، ۲۳۵، ۲۳۶، ۲۳۷، ۲۳۸، ۲۳۹، ۲۴۰، ۲۴۱، ۲۴۲، ۲۴۳، ۲۴۴، ۲۴۵، ۲۴۶، ۲۴۷، ۲۴۸، ۲۴۹، ۲۵۰، ۲۵۱، ۲۵۲، ۲۵۳، ۲۵۴، ۲۵۵، ۲۵۶، ۲۵۷، ۲۵۸، ۲۵۹، ۲۶۰، ۲۶۱، ۲۶۲، ۲۶۳، ۲۶۴، ۲۶۵، ۲۶۶، ۲۶۷، ۲۶۸، ۲۶۹، ۲۷۰، ۲۷۱، ۲۷۲، ۲۷۳، ۲۷۴، ۲۷۵، ۲۷۶، ۲۷۷، ۲۷۸، ۲۷۹، ۲۸۰، ۲۸۱، ۲۸۲، ۲۸۳، ۲۸۴، ۲۸۵، ۲۸۶، ۲۸۷، ۲۸۸، ۲۸۹، ۲۹۰، ۲۹۱، ۲۹۲، ۲۹۳، ۲۹۴، ۲۹۵، ۲۹۶، ۲۹۷، ۲۹۸، ۲۹۹، ۳۰۰، ۳۰۱، ۳۰۲، ۳۰۳، ۳۰۴، ۳۰۵، ۳۰۶، ۳۰۷، ۳۰۸، ۳۰۹، ۳۱۰، ۳۱۱، ۳۱۲، ۳۱۳، ۳۱۴، ۳۱۵، ۳۱۶، ۳۱۷، ۳۱۸، ۳۱۹، ۳۲۰، ۳۲۱، ۳۲۲، ۳۲۳، ۳۲۴، ۳۲۵، ۳۲۶، ۳۲۷، ۳۲۸، ۳۲۹، ۳۳۰، ۳۳۱، ۳۳۲، ۳۳۳، ۳۳۴، ۳۳۵، ۳۳۶، ۳۳۷، ۳۳۸، ۳۳۹، ۳۴۰، ۳۴۱، ۳۴۲، ۳۴۳، ۳۴۴، ۳۴۵، ۳۴۶، ۳۴۷، ۳۴۸، ۳۴۹، ۳۵۰، ۳۵۱، ۳۵۲، ۳۵۳، ۳۵۴، ۳۵۵، ۳۵۶، ۳۵۷، ۳۵۸، ۳۵۹، ۳۶۰، ۳۶۱، ۳۶۲، ۳۶۳، ۳۶۴، ۳۶۵، ۳۶۶، ۳۶۷، ۳۶۸، ۳۶۹، ۳۷۰، ۳۷۱، ۳۷۲، ۳۷۳، ۳۷۴، ۳۷۵، ۳۷۶، ۳۷۷، ۳۷۸، ۳۷۹، ۳۸۰، ۳۸۱، ۳۸۲، ۳۸۳، ۳۸۴، ۳۸۵، ۳۸۶، ۳۸۷، ۳۸۸، ۳۸۹، ۳۹۰، ۳۹۱، ۳۹۲، ۳۹۳، ۳۹۴، ۳۹۵، ۳۹۶، ۳۹۷، ۳۹۸، ۳۹۹، ۴۰۰، ۴۰۱، ۴۰۲، ۴۰۳، ۴۰۴، ۴۰۵، ۴۰۶، ۴۰۷، ۴۰۸، ۴۰۹، ۴۱۰، ۴۱۱، ۴۱۲، ۴۱۳، ۴۱۴، ۴۱۵، ۴۱۶، ۴۱۷، ۴۱۸، ۴۱۹، ۴۲۰، ۴۲۱، ۴۲۲، ۴۲۳، ۴۲۴، ۴۲۵، ۴۲۶، ۴۲۷، ۴۲۸، ۴۲۹، ۴۳۰، ۴۳۱، ۴۳۲، ۴۳۳، ۴۳۴، ۴۳۵، ۴۳۶، ۴۳۷، ۴۳۸، ۴۳۹، ۴۴۰، ۴۴۱، ۴۴۲، ۴۴۳، ۴۴۴، ۴۴۵، ۴۴۶، ۴۴۷، ۴۴۸، ۴۴۹، ۴۵۰، ۴۵۱، ۴۵۲، ۴۵۳، ۴۵۴، ۴۵۵، ۴۵۶، ۴۵۷، ۴۵۸، ۴۵۹، ۴۶۰، ۴۶۱، ۴۶۲، ۴۶۳، ۴۶۴، ۴۶۵، ۴۶۶، ۴۶۷، ۴۶۸، ۴۶۹، ۴۷۰، ۴۷۱، ۴۷۲، ۴۷۳، ۴۷۴، ۴۷۵، ۴۷۶، ۴۷۷، ۴۷۸، ۴۷۹، ۴۸۰، ۴۸۱، ۴۸۲، ۴۸۳، ۴۸۴، ۴۸۵، ۴۸۶، ۴۸۷، ۴۸۸، ۴۸۹، ۴۹۰، ۴۹۱، ۴۹۲، ۴۹۳، ۴۹۴، ۴۹۵، ۴۹۶، ۴۹۷، ۴۹۸، ۴۹۹، ۵۰۰، ۵۰۱، ۵۰۲، ۵۰۳، ۵۰۴، ۵۰۵، ۵۰۶، ۵۰۷، ۵۰۸، ۵۰۹، ۵۱۰، ۵۱۱، ۵۱۲، ۵۱۳، ۵۱۴، ۵۱۵، ۵۱۶، ۵۱۷، ۵۱۸، ۵۱۹، ۵۲۰، ۵۲۱، ۵۲۲، ۵۲۳، ۵۲۴، ۵۲۵، ۵۲۶، ۵۲۷، ۵۲۸، ۵۲۹، ۵۳۰، ۵۳۱، ۵۳۲، ۵۳۳، ۵۳۴، ۵۳۵، ۵۳۶، ۵۳۷، ۵۳۸، ۵۳۹، ۵۴۰، ۵۴۱، ۵۴۲، ۵۴۳، ۵۴۴، ۵۴۵، ۵۴۶، ۵۴۷، ۵۴۸، ۵۴۹، ۵۵۰، ۵۵۱، ۵۵۲، ۵۵۳، ۵۵۴، ۵۵۵، ۵۵۶، ۵۵۷، ۵۵۸، ۵۵۹، ۵۶۰، ۵۶۱، ۵۶۲، ۵۶۳، ۵۶۴، ۵۶۵، ۵۶۶، ۵۶۷، ۵۶۸، ۵۶۹، ۵۷۰، ۵۷۱، ۵۷۲، ۵۷۳، ۵۷۴، ۵۷۵، ۵۷۶، ۵۷۷، ۵۷۸، ۵۷۹، ۵۸۰، ۵۸۱، ۵۸۲، ۵۸۳، ۵۸۴، ۵۸۵، ۵۸۶، ۵۸۷، ۵۸۸، ۵۸۹، ۵۹۰، ۵۹۱، ۵۹۲، ۵۹۳، ۵۹۴، ۵۹۵، ۵۹۶، ۵۹۷، ۵۹۸، ۵۹۹، ۶۰۰، ۶۰۱، ۶۰۲، ۶۰۳، ۶۰۴، ۶۰۵، ۶۰۶، ۶۰۷، ۶۰۸، ۶۰۹، ۶۱۰، ۶۱۱، ۶۱۲، ۶۱۳، ۶۱۴، ۶۱۵، ۶۱۶، ۶۱۷، ۶۱۸، ۶۱۹، ۶۲۰، ۶۲۱، ۶۲۲، ۶۲۳، ۶۲۴، ۶۲۵، ۶۲۶، ۶۲۷، ۶۲۸، ۶۲۹، ۶۳۰، ۶۳۱، ۶۳۲، ۶۳۳، ۶۳۴، ۶۳۵، ۶۳۶، ۶۳۷، ۶۳۸، ۶۳۹، ۶۴۰، ۶۴۱، ۶۴۲، ۶۴۳، ۶۴۴، ۶۴۵، ۶۴۶، ۶۴۷، ۶۴۸، ۶۴۹، ۶۵۰، ۶۵۱، ۶۵۲، ۶۵۳، ۶۵۴، ۶۵۵، ۶۵۶، ۶۵۷، ۶۵۸، ۶۵۹، ۶۶۰، ۶۶۱، ۶۶۲، ۶۶۳، ۶۶۴، ۶۶۵، ۶۶۶، ۶۶۷، ۶۶۸، ۶۶۹، ۶۷۰، ۶۷۱، ۶۷۲، ۶۷۳، ۶۷۴، ۶۷۵، ۶۷۶، ۶۷۷، ۶۷۸، ۶۷۹، ۶۸۰، ۶۸۱، ۶۸۲، ۶۸۳، ۶۸۴، ۶۸۵، ۶۸۶، ۶۸۷، ۶۸۸، ۶۸۹، ۶۹۰، ۶۹۱، ۶۹۲، ۶۹۳، ۶۹۴، ۶۹۵، ۶۹۶، ۶۹۷، ۶۹۸، ۶۹۹، ۷۰۰، ۷۰۱، ۷۰۲، ۷۰۳، ۷۰۴، ۷۰۵، ۷۰۶، ۷۰۷، ۷۰۸، ۷۰۹، ۷۱۰، ۷۱۱، ۷۱۲، ۷۱۳، ۷۱۴، ۷۱۵، ۷۱۶، ۷۱۷، ۷۱۸، ۷۱۹، ۷۲۰، ۷۲۱، ۷۲۲، ۷۲۳، ۷۲۴، ۷۲۵، ۷۲۶، ۷۲۷، ۷۲۸، ۷۲۹، ۷۳۰، ۷۳۱، ۷۳۲، ۷۳۳، ۷۳۴، ۷۳۵، ۷۳۶، ۷۳۷، ۷۳۸، ۷۳۹، ۷۴۰، ۷۴۱، ۷۴۲، ۷۴۳، ۷۴۴، ۷۴۵، ۷۴۶، ۷۴۷، ۷۴۸، ۷۴۹، ۷۵۰، ۷۵۱، ۷۵۲، ۷۵۳، ۷۵۴، ۷۵۵، ۷۵۶، ۷۵۷، ۷۵۸، ۷۵۹، ۷۶۰، ۷۶۱، ۷۶۲، ۷۶۳، ۷۶۴، ۷۶۵، ۷۶۶، ۷۶۷، ۷۶۸، ۷۶۹، ۷۷۰، ۷۷۱، ۷۷۲، ۷۷۳، ۷۷۴، ۷۷۵، ۷۷۶، ۷۷۷، ۷۷۸، ۷۷۹، ۷۸۰، ۷۸۱، ۷۸۲، ۷۸۳، ۷۸۴، ۷۸۵، ۷۸۶، ۷۸۷، ۷۸۸، ۷۸۹، ۷۹۰، ۷۹۱، ۷۹۲، ۷۹۳، ۷۹۴، ۷۹۵، ۷۹۶، ۷۹۷، ۷۹۸، ۷۹۹، ۸۰۰، ۸۰۱، ۸۰۲، ۸۰۳، ۸۰۴، ۸۰۵، ۸۰۶، ۸۰۷، ۸۰۸، ۸۰۹، ۸۱۰، ۸۱۱، ۸۱۲، ۸۱۳، ۸۱۴، ۸۱۵، ۸۱۶، ۸۱۷، ۸۱۸، ۸۱۹، ۸۲۰، ۸۲۱، ۸۲۲، ۸۲۳، ۸۲۴، ۸۲۵، ۸۲۶، ۸۲۷، ۸۲۸، ۸۲۹، ۸۳۰، ۸۳۱، ۸۳۲، ۸۳۳، ۸۳۴، ۸۳۵، ۸۳۶، ۸۳۷، ۸۳۸، ۸۳۹، ۸۴۰، ۸۴۱، ۸۴۲، ۸۴۳، ۸۴۴، ۸۴۵، ۸۴۶، ۸۴۷، ۸۴۸، ۸۴۹، ۸۵۰، ۸۵۱، ۸۵۲، ۸۵۳، ۸۵۴، ۸۵۵، ۸۵۶، ۸۵۷، ۸۵۸، ۸۵۹، ۸۶۰، ۸۶۱، ۸۶۲، ۸۶۳، ۸۶۴، ۸۶۵، ۸۶۶، ۸۶۷، ۸۶۸، ۸۶۹، ۸۷۰، ۸۷۱، ۸۷۲، ۸۷۳، ۸۷۴، ۸۷۵، ۸۷۶، ۸۷۷، ۸۷۸، ۸۷۹، ۸۸۰، ۸۸۱، ۸۸۲، ۸۸۳، ۸۸۴، ۸۸۵، ۸۸۶، ۸۸۷، ۸۸۸، ۸۸۹، ۸۹۰، ۸۹۱، ۸۹۲، ۸۹۳، ۸۹۴، ۸۹۵، ۸۹۶، ۸۹۷، ۸۹۸، ۸۹۹، ۹۰۰، ۹۰۱، ۹۰۲، ۹۰۳، ۹۰۴، ۹۰۵، ۹۰۶، ۹۰۷، ۹۰۸، ۹۰۹، ۹۱۰، ۹۱۱، ۹۱۲، ۹۱۳، ۹۱۴، ۹۱۵، ۹۱۶، ۹۱۷، ۹۱۸، ۹۱۹، ۹۲۰، ۹۲۱، ۹۲۲، ۹۲۳، ۹۲۴، ۹۲۵، ۹۲۶، ۹۲۷، ۹۲۸، ۹۲۹، ۹۳۰، ۹۳۱، ۹۳۲، ۹۳۳، ۹۳۴، ۹۳۵، ۹۳۶، ۹۳۷، ۹۳۸، ۹۳۹، ۹۴۰، ۹۴۱، ۹۴۲، ۹۴۳، ۹۴۴، ۹۴۵، ۹۴۶، ۹۴۷، ۹۴۸، ۹۴۹، ۹۵۰، ۹۵۱، ۹۵۲، ۹۵۳، ۹۵۴، ۹۵۵، ۹۵۶، ۹۵۷، ۹۵۸، ۹۵۹، ۹۶۰، ۹۶۱، ۹۶۲، ۹۶۳، ۹۶۴، ۹۶۵، ۹۶۶، ۹۶۷، ۹۶۸، ۹۶۹، ۹۷۰، ۹۷۱، ۹۷۲، ۹۷۳، ۹۷۴، ۹۷۵، ۹۷۶، ۹۷۷، ۹۷۸، ۹۷۹، ۹۸۰، ۹۸۱، ۹۸۲، ۹۸۳، ۹۸۴، ۹۸۵، ۹۸۶، ۹۸۷، ۹۸۸، ۹۸۹، ۹۹۰، ۹۹۱، ۹۹۲، ۹۹۳، ۹۹۴، ۹۹۵، ۹۹۶، ۹۹۷، ۹۹۸، ۹۹۹، ۱۰۰۰، ۱۰۰۱، ۱۰۰۲، ۱۰۰۳، ۱۰۰۴، ۱۰۰۵، ۱۰۰۶، ۱۰۰۷، ۱۰۰۸، ۱۰۰۹، ۱۰۱۰، ۱۰۱۱، ۱۰۱۲، ۱۰۱۳، ۱۰۱۴، ۱۰۱۵، ۱۰۱۶، ۱۰۱۷، ۱۰۱۸، ۱۰۱۹، ۱۰۲۰، ۱۰۲۱، ۱۰۲۲، ۱۰۲۳، ۱۰۲۴، ۱۰۲۵، ۱۰۲۶، ۱۰۲۷، ۱۰۲۸، ۱۰۲۹، ۱۰۳۰، ۱۰۳۱، ۱۰۳۲، ۱۰۳۳، ۱۰۳۴، ۱۰۳۵، ۱۰۳۶، ۱۰۳۷، ۱۰۳۸، ۱۰۳۹، ۱۰۴۰، ۱۰۴۱، ۱۰۴۲، ۱۰۴۳، ۱۰۴۴، ۱۰۴۵، ۱۰۴۶، ۱۰۴۷، ۱۰۴۸، ۱۰۴۹، ۱۰۵۰، ۱۰۵۱، ۱۰۵۲، ۱۰۵۳، ۱۰۵۴، ۱۰۵۵، ۱۰۵۶، ۱۰۵۷، ۱۰۵۸، ۱۰۵۹، ۱۰۶۰، ۱۰۶۱، ۱۰۶۲، ۱۰۶۳، ۱۰۶۴، ۱۰۶۵، ۱۰۶۶، ۱۰۶۷، ۱۰۶۸، ۱۰۶۹، ۱۰۷۰، ۱۰۷۱، ۱۰۷۲، ۱۰۷۳، ۱۰۷۴، ۱۰۷۵، ۱۰۷۶، ۱۰۷۷، ۱۰۷۸، ۱۰۷۹، ۱۰۸۰، ۱۰۸۱، ۱۰۸۲، ۱۰۸۳، ۱۰۸۴، ۱۰۸۵، ۱۰۸۶، ۱۰۸۷، ۱۰۸۸، ۱۰۸۹، ۱۰۹۰، ۱۰۹۱، ۱۰۹۲، ۱۰۹۳، ۱۰۹۴، ۱۰۹۵، ۱۰۹۶، ۱۰۹۷، ۱۰۹۸، ۱۰۹۹، ۱۱۰۰، ۱۱۰۱، ۱۱۰۲، ۱۱۰۳، ۱۱۰۴، ۱۱۰۵، ۱۱۰۶، ۱۱۰۷، ۱۱۰۸، ۱۱۰۹، ۱۱۱۰، ۱۱۱۱، ۱۱۱۲، ۱۱۱۳، ۱۱۱۴، ۱۱۱۵، ۱۱۱۶، ۱۱۱۷، ۱۱۱۸، ۱۱۱۹، ۱۱۲۰، ۱۱۲۱، ۱۱۲۲، ۱۱۲۳، ۱۱۲۴، ۱۱۲۵، ۱۱۲۶، ۱۱۲۷، ۱۱۲۸، ۱۱۲۹، ۱۱۳۰، ۱۱۳۱، ۱۱۳۲، ۱۱۳۳، ۱۱۳۴، ۱۱۳۵، ۱۱۳۶، ۱۱۳۷، ۱۱۳۸، ۱۱۳۹، ۱۱۴۰، ۱۱۴۱، ۱۱۴۲، ۱۱۴۳، ۱۱۴۴، ۱۱۴۵، ۱۱۴۶، ۱۱۴۷، ۱۱۴۸، ۱۱۴۹، ۱۱۵۰، ۱۱۵۱، ۱۱۵۲، ۱۱۵۳، ۱۱۵۴، ۱۱۵۵، ۱۱۵۶، ۱۱۵۷، ۱۱۵۸، ۱۱۵۹، ۱۱۶۰، ۱۱۶۱، ۱۱۶۲، ۱۱۶۳، ۱۱۶۴، ۱۱۶۵، ۱۱۶۶، ۱۱۶۷، ۱۱۶۸، ۱۱۶۹، ۱۱۷۰، ۱۱۷۱، ۱۱۷۲، ۱۱۷۳، ۱۱۷۴، ۱۱۷۵، ۱۱۷۶، ۱۱۷۷، ۱۱۷۸، ۱۱۷۹، ۱۱۸۰، ۱۱۸۱، ۱۱۸۲، ۱۱۸۳، ۱۱۸۴، ۱۱۸۵، ۱۱۸۶، ۱۱۸۷، ۱۱۸۸، ۱۱۸۹، ۱۱۹۰، ۱۱۹۱، ۱۱۹۲، ۱۱۹۳، ۱۱۹۴، ۱۱۹۵، ۱۱۹۶، ۱۱۹۷، ۱۱۹۸، ۱۱۹۹، ۱۲۰۰، ۱۲۰۱، ۱۲۰۲، ۱۲۰۳، ۱۲۰۴، ۱۲۰۵، ۱۲۰۶، ۱۲۰۷، ۱۲۰۸، ۱۲۰۹، ۱۲۱۰، ۱۲۱۱، ۱۲۱۲، ۱۲۱۳، ۱۲۱۴، ۱۲۱۵، ۱۲۱۶، ۱۲۱۷، ۱۲۱۸، ۱۲۱۹، ۱۲۲۰، ۱۲۲۱، ۱۲۲۲، ۱۲۲۳، ۱۲۲۴، ۱۲۲۵، ۱۲۲۶، ۱۲۲۷، ۱۲۲۸، ۱۲۲۹، ۱۲۳۰، ۱۲۳۱، ۱۲۳۲، ۱۲۳۳، ۱۲۳۴، ۱۲۳۵، ۱۲۳۶، ۱۲۳۷، ۱۲۳۸، ۱۲۳۹، ۱۲۴۰، ۱۲۴۱، ۱۲۴۲، ۱۲۴۳، ۱۲۴۴، ۱۲۴۵، ۱۲۴۶، ۱۲۴۷، ۱۲۴۸، ۱۲۴۹، ۱۲۵۰، ۱۲۵۱، ۱۲۵۲، ۱۲۵۳، ۱۲۵۴، ۱۲۵۵، ۱۲۵۶، ۱۲۵۷، ۱۲۵۸، ۱۲۵۹، ۱۲۶۰، ۱۲۶۱، ۱۲۶۲، ۱۲۶۳، ۱۲۶۴، ۱۲۶۵، ۱۲۶۶، ۱۲۶۷، ۱۲۶۸، ۱۲۶۹، ۱۲۷۰، ۱۲۷۱، ۱۲۷۲، ۱۲۷۳، ۱۲۷۴، ۱۲۷۵، ۱۲۷۶، ۱۲۷۷، ۱۲۷۸، ۱۲۷۹، ۱۲۸۰، ۱۲۸۱، ۱۲۸۲، ۱۲۸۳، ۱۲۸۴، ۱۲۸۵، ۱۲۸۶، ۱۲۸۷، ۱۲۸۸، ۱۲۸۹، ۱۲۹۰، ۱۲۹۱، ۱۲۹۲، ۱۲۹۳، ۱۲۹۴، ۱۲۹۵، ۱۲۹۶، ۱۲۹۷، ۱۲۹۸، ۱۲۹۹، ۱۳۰۰، ۱۳۰۱، ۱۳۰۲، ۱۳۰۳، ۱۳۰۴، ۱۳۰۵، ۱۳۰۶، ۱۳۰۷، ۱۳۰۸، ۱۳۰۹، ۱۳۱۰، ۱۳۱۱، ۱۳۱۲، ۱۳۱۳، ۱۳۱۴، ۱۳۱۵، ۱۳۱۶، ۱۳۱۷، ۱۳۱۸، ۱۳۱۹، ۱۳۲۰، ۱۳۲۱، ۱۳۲۲، ۱۳۲۳، ۱۳۲۴، ۱۳۲۵، ۱۳۲۶، ۱۳۲۷، ۱۳۲۸، ۱۳۲۹، ۱۳۳۰، ۱۳۳۱، ۱۳۳۲، ۱۳۳۳، ۱۳۳۴، ۱۳۳۵، ۱۳۳۶، ۱۳۳۷، ۱۳۳۸، ۱۳۳۹، ۱۳۴۰، ۱۳۴۱، ۱۳۴۲، ۱۳۴۳، ۱۳۴۴، ۱۳۴۵، ۱۳۴۶، ۱۳۴۷، ۱۳۴۸، ۱۳۴۹، ۱۳۵۰، ۱۳۵۱، ۱۳۵۲، ۱۳۵۳، ۱۳۵۴، ۱۳۵۵، ۱۳۵۶، ۱۳۵۷، ۱۳۵۸، ۱۳۵۹، ۱۳۶۰، ۱۳۶۱، ۱۳۶۲، ۱۳۶۳، ۱۳۶۴، ۱۳۶۵، ۱۳۶۶، ۱۳۶۷، ۱۳۶۸، ۱۳۶۹، ۱۳۷۰، ۱۳۷۱، ۱۳۷۲، ۱۳۷۳، ۱۳۷۴، ۱۳۷۵، ۱۳۷۶، ۱۳۷۷، ۱۳۷۸، ۱۳۷۹، ۱۳۸۰، ۱۳۸۱، ۱۳۸۲، ۱۳۸۳، ۱۳۸۴، ۱۳۸۵، ۱۳۸۶، ۱۳۸۷، ۱۳۸۸، ۱۳۸۹، ۱۳۹۰، ۱۳۹۱، ۱۳۹۲، ۱۳۹۳، ۱۳۹۴، ۱۳۹۵، ۱۳۹۶، ۱۳۹۷، ۱۳۹۸، ۱۳۹۹، ۱۴۰۰، ۱۴۰۱، ۱۴۰۲، ۱۴۰۳، ۱۴۰۴

ضریب آلفا کرونباخ گزارش شده توسط ایشان ۷۳٪ می باشد (۲۷).

روش گردآوری داده ها بر اساس مصاحبه حضوری و چهره به چهره بود ولی در صورت ضرورت انجام مصاحبه به شکل ترکیبی از مصاحبه حضوری و تلفنی صورت گرفت، بدین صورت که اگر فرد در منزل حضور نداشت و یا وقت مصاحبه نداشت قسمتی از مصاحبه (مشخصات دموگرافی) در درب منزل از سایر افراد خانواده پرسیده شد و با اخذ شماره تلفن فرد، مابقی پرسش نامه به طور تلفنی از خود فرد پرسیده و تکمیل شد. مدت زمان پر کردن پرسش نامه ها برای هر سالمند به طور متوسط ۳۰ الی ۴۵ دقیقه و کل پرسشگری ۲ ماه به طول انجامید. برای جلوگیری از خطای مصاحبه گر دو دانشجوی کارشناسی بهداشت عمومی مرد و زن انتخاب و به منظور کسب مهارت های مصاحبه به مدت یک هفته به آنها آموزش های لازم را داده شد. در نهایت به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی و آزمون های همبستگی پیرسون، t مستقل و آنالیز رگرسیون خطی چندگانه با بهره گیری از نرم افزار spss20 استفاده شد.

یافته ها

میانگین سنی واحدهای مورد مطالعه ۷۳ سال (با انحراف معیار ۶/۹) بود که کمترین مورد ۶۵ سال و بیشترین مورد ۹۶ سال داشت. از این تعداد ۵۰/۸ درصد مرد و ۴۹/۲ درصد را زنان سالمند تشکیل می دادند. بیشتر سالمندان شرکت کننده در مطالعه بی سواد بودند (۷۸/۳ درصد). همچنین ۳۴/۲ درصد از آنان بدون حضور همسر زندگی می کردند. از لحاظ منبع درآمد ۶۸/۳ درصد متکی به خود و ۳۱/۷ وابسته به خانواده بودند. بر طبق نتایج حاصله ۳۱/۷ درصد نمونه ها درآمدشان را خوب و ۲۰/۸ درصد آنها وضعیت درآمدشان را ضعیف توصیف کردند. تعداد سالمندان شهر و روستا تقریباً با هم برابر بود (۵۰/۸ در مقابل ۴۹/۲). در مجموع ۸۶/۶ درصد از سالمندان با همسر و اطرافیان و ۱۳/۳ درصد تنها زندگی می کردند (جدول ۱)

بر اساس جدول ۲، میانگین نمره کلی رفتارهای ارتقاء سلامت 10.7 ± 5.7 می باشد. بر اساس نتایج ۸۵٪ (۱۰۲ نفر) از سالمندان مورد مطالعه سبک زندگی متوسط و تنها ۱۵٪ (۱۸ نفر) سبک زندگی مطلوب داشتند. بر اساس نتایج مطالعه میانگین نمره رفتارهای ارتقاء سلامت به صورت کلی $(P < 0.001)$ و خرده مقیاس های مدیریت استرس $(P = 0.002)$ ، فعالیت های بدنی $(P < 0.001)$ و روابط بین فردی $(P = 0.004)$ در آقایان به طور معنی داری بهتر از خانم ها بوده است. در مورد خرده مقیاس های تغذیه سالم و پیشگیری زنان وضعیت بهتری نسبت به مردان داشتند ولی این ارتباط معنی دار نبود.

بر اساس یافته های پژوهش، میانگین نمره خودکارآمدی، موانع و حمایت اجتماعی درک شده از رفتارهای ارتقاء سلامت به ترتیب 13.50 ± 5.9 ، 9.64 ± 25.78 و 13.84 ± 7.20 بود. یافته های این مطالعه نشان داد میانگین نمره خودکارآمدی درک شده و موانع درک شده در دوجنس اختلاف معنی داری نداشت اما در مورد حمایت اجتماعی درک شده وضعیت مردان به طور معنی داری بهتر از زنان بود $(P = 0.007)$. (جدول شماره ۳)

بررسی ارتباط میان رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت و خودکارآمدی، موانع و حمایت اجتماعی درک شده در جدول ۴ نشان داده شده است. یافته های این جدول نشان می دهد بین خودکارآمدی و رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت به طور کلی $(P < 0.001)$ و $r = 0.451$ و خرده مقیاس های؛ مدیریت استرس $(P < 0.001)$ و $r = 0.401$ ، فعالیت بدنی $(P < 0.001)$ و $r = 0.447$ ، روابط اجتماعی بین فردی $(P < 0.001)$ و $r = 0.317$ و پیشگیری $(P < 0.001)$ و $r = 0.327$ رابطه مثبت معنی داری وجود دارد به طوری که با افزایش خودکارآمدی درک شده، رفتارهای ارتقاء سلامت به طور کلی و خرده مقیاس های مدیریت استرس، فعالیت بدنی، روابط اجتماعی بین فردی و پیشگیری افزایش یافته است اما بین خودکارآمدی درک شده و خرده مقیاس تغذیه سالم ارتباط معنی داری وجود نداشت. بین موانع درک شده و رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت به طور

حمایت اجتماعی درک شده از رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت را به صورت زیر نشان داد:

$y = 111.32 + 0.261X_1 + 0.240X_2 - 0.482X_3$
 در این رابطه Y نمایانگر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت، X_1 ، X_2 و X_3 به ترتیب نمره حمایت اجتماعی درک شده، خودکارآمدی درک شده و نمره موانع درک شده می‌باشند. نتایج این آزمون نشان داد که مهم‌ترین عامل پیش‌بینی‌کننده‌ی نمره رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت به ترتیب حمایت اجتماعی درک شده و خودکارآمدی درک شده می‌باشند و نمره موانع درک شده پیش‌بینی‌کننده‌ی تأثیرگذاری برای رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت نمی‌باشد (جدول ۵).

کلی ($r = -0.253$ و $P = 0.005$) و خرده مقیاس مدیریت استرس ($r = -0.427$ و $P < 0.001$) رابطه معنی‌دار معکوس دیده شد. علاوه بر این نتایج این مطالعه نشان داد میان حمایت اجتماعی درک شده و رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت به طور کلی ($r = 0.473$ و $P < 0.001$) و خرده مقیاس‌های؛ مدیریت استرس ($r = 0.334$ و $P < 0.001$)، فعالیت بدنی ($r = 0.36$ و $P < 0.001$)، رفتار اجتماعی بین فردی ($r = 0.36$ و $P < 0.001$) و پیشگیری ($r = 0.337$ و $P < 0.001$) ارتباط مثبت معنی‌داری وجود دارد اما بین حمایت اجتماعی درک شده و خرده مقیاس تغذیه سالم ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد ($r = 0.095$ و $P = 0.036$).

آنالیز رگرسیون خطی چندگانه رابطه‌ی بین رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در سالمندان با خودکارآمدی، موانع و

جدول ۱. توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک سالمندان مورد بررسی

متغیر	تعداد	درصد
جنس	زن	۴۹/۲
	مرد	۵۰/۸
تحصیلات	بی سواد	۷۸/۳
	ابتدایی	۱۸/۳
	دیپلم	۲/۵
	فوق دیپلم	۰/۸
	لیسانس و بالا	۰
وضعیت تأهل	متاهل	۶۵/۸
	همسر جداشده	۰
سن	همسر فوت شده	۳۴/۲
	۶۵ تا ۷۵ سال	۶۹/۲
	بالای ۷۵ سال	۳۲/۸
محل سکونت	روستا	۴۹/۲
	شهر	۵۰/۸
چگونگی زندگی سالمند	باهمسر	۶۲/۵
	با فرزندان	۲۳/۳
	اقوام	۰/۸
	تنها	۱۳/۳
توصیف درآمد	خوب	۳۱/۷
	تاحدودی خوب	۱۰/۸
	متوسط	۳۶/۷
	ضعیف	۲۰/۸
کسب درآمد	مستقل	۶۸/۳
	وابسته به خانواده	۳۱/۷

جدول شماره ۲: توزیع میانگین و انحراف معیار نمره ی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در افراد سالمند
مورد مطالعه به تفکیک حیطه های مورد بررسی در دو جنس

جنس	رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت	مدیریت استرس	فعالیت بدنی	تغذیه سالم	روابط بین فردی	پیشگیری
مرد	۵۸/۷ ± ۱۱/۳	۵۸/۹۴ ± ۱۰/۸۸	۵۰/۷۱ ± ۱۸/۰۶	۴۸/۰۹ ± ۸/۱۵	۷۰/۱۴ ± ۱۰/۹۶	۷۵/۶۴ ± ۸/۹۹
زن	۵۶/۲ ± ۱۰/۲	۵۱/۹۷ ± ۱۱/۹۲	۳۶/۹۴ ± ۱۴/۶۶	۴۹/۹۳ ± ۷/۸۰	۶۴/۶۴ ± ۹/۲۵	۷۵/۳۹ ± ۷/۷۸
کل	۵۷/۵ ± ۱۰/۷	۵۵/۴۱ ± ۱۱/۸۵	۴۳/۹۴ ± ۱۷/۸۰	۴۹ ± ۸	۶۷/۴۴ ± ۱۰/۴۸	۷۵/۵۲ ± ۸/۳۸
مقدار p	P < ۰/۰۰۱	P = ۰/۰۰۲	P < ۰/۰۰۱	P = ۰/۲۱۱	P = ۰/۰۰۴	P = ۰/۸۷۱

جدول شماره ۳: توزیع میانگین و انحراف معیار نمره ی خودکارآمدی، موانع و حمایت اجتماعی درک شده
به تفکیک حیطه های مورد بررسی در دو جنس

متغیر			جنس
خودکارآمدی درک شده	موانع درک شده	حمایت اجتماعی درک شده	
۶۱/۴۲ ± ۱۳/۵۴	۲۵/۱۰ ± ۱۰/۳۱	۷۷/۵۵ ± ۱۲/۷۳	مرد
۵۶/۶۷ ± ۱۳/۱۴	۲۶/۴۹ ± ۸/۹۲	۷۰/۷۳ ± ۱۴/۱۹	زن
۵۹/۰۸ ± ۱۳/۵۰	۲۵/۷۸ ± ۹/۶۴	۷۴/۲۰ ± ۱۳/۸۴	کل
P = ۰/۰۵۴	P = ۰/۴۳۴	P = ۰/۰۰۷	مقدار p

جدول شماره ۴: بررسی ارتباط میان خودکارآمدی، موانع و حمایت اجتماعی درک شده
با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و خرده مقیاس های آن

رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت	مدیریت استرس	فعالیت بدنی	تغذیه سالم	روابط بین فردی	پیشگیری	
خودکارآمدی درک شده	r = ۰/۴۰۱ p < ۰/۰۰۱	r = ۰/۴۴۷ p < ۰/۰۰۱	r = -۰/۱۱۷ p = ۰/۰۵۴	r = ۰/۳۱۷ p < ۰/۰۰۱	r = ۰/۳۲۴ p < ۰/۰۰۱	
موانع درک شده	r = -۰/۴۲۷ p < ۰/۰۰۱	r = -۰/۱۴۱ p = ۰/۱۲۴	r = ۰/۰۸۶ p = ۰/۳۴۸	r = -۰/۱۵۳ p = ۰/۰۹۶	r = -۰/۱۳۹ p = ۰/۱۳۰	
حمایت اجتماعی درک شده	r = ۰/۴۷۳ p < ۰/۰۰۱	r = ۰/۲۵۰ p = ۰/۰۰۶	r = ۰/۰۳۶ p = ۰/۰۹۵	r = ۰/۳۶ p < ۰/۰۰۱	r = ۰/۳۳۷ p < ۰/۰۰۱	

جدول ۵. ضرایب خام و استاندارد شده خط رگرسیون رفتارهای ارتقا دهنده سلامت بر حسب حمایت اجتماعی، خودکارآمدی و موانع درک شده

متغیرها	ضرایب خام	ضرایب استاندارد شده	P
مقدار ثابت	۱۱۱/۳۲		$p < ۰/۰۰۱$
نمره حمایت اجتماعی درک شده	۰/۲۶۱	۰/۳۶۲	$p < ۰/۰۰۱$
نمره خودکارآمدی درک شده	۰/۲۴۰	۰/۳۲۵	$p < ۰/۰۰۱$
نمره موانع درک شده	۰/۰۴۱	-۰/۰۴	$p = ۰/۰۳۱$

بحث

هدف از این مطالعه بررسی ارتباط میان خودکارآمدی، موانع و حمایت اجتماعی درک شده نسبت به رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در سالمندان شهرستان دنا بود.

نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین نمره رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت سالمندان مورد مطالعه $۵۷/۵ \pm ۱۰/۷$ از ۱۰۰ می باشد که ۸۵٪ (۱۰۲ نفر) آن ها سبک زندگی متوسط و فقط ۱۵٪ (۱۸ نفر) سبک زندگی مطلوب داشتند. لذا نتایج تحقیق فوق حاکی از آن است که رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت سالمندان در سطح مطلوبی نمی باشد که با مطالعات مشابه در این زمینه همخوانی دارد (۳۱-۳۰)، این در حالی است که انجام رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت مهم ترین و مؤثرترین عامل در حفظ و ارتقاء سلامت سالمندان می باشد.

در این مطالعه میانگین خرده مقیاس های فعالیت فیزیکی و تغذیه از دیگر خرده مقیاس ها پایین تر بود. این در حالی است که در مطالعه مروتی میانگین خرده مقیاس وضعیت تغذیه از سایر خرده مقیاس ها بالاتر و همچنین فعالیت فیزیکی در پایین ترین سطح قرار بود (۳۲). همسو با مطالعه ما مطالعه Adams و همکاران نشان داد که آزمودنی ها به لحاظ فعالیت فیزیکی در پایین ترین سطح قرار دارند (۳۳). در مطالعه Hulme و همکاران نیز آزمودنی ها پایین ترین نمره رادر فعالیت فیزیکی کسب کردند (۳۴).

لذا با توجه به اهمیت زیاد این دو گروه از رفتارها در وضعیت سلامت سالمندان پیشنهاد می گردد برنامه های مداخله ای روی این رفتارها متمرکز گردد. همان طور که عنوان گردید رفتارهای مربوط به خرده مقیاس پیشگیری در این مطالعه

نسبت به سایر خرده مقیاس ها از وضعیت مطلوب تری برخوردار بود و از بین این رفتار عدم مصرف مشروبات الکلی رایج ترین رفتار بود، که این موضوع با توجه به مسلمان بودن سالمندان مورد مطالعه و حرمت شرب خمر در دین اسلام، منطقی به نظر می رسد.

با توجه به این که در مطالعه ما میزان پایینی از سالمندان سبک زندگی مطلوب دارند (۱۵٪) لذا این نتیجه گیری ضرورت اقدام عملی در خصوص توجه به سبک زندگی سالمندان را مورد تأثیر و تأکید قرار می دهد. بر اساس نتایج این مطالعه میانگین نمره حمایت اجتماعی درک شده از رفتارهای ارتقاء سلامت در مردان بالاتر از زنان سالمند بود. در مطالعه ای که توسط Chan و Cheng انجام شد زنان نسبت به مردان حمایت دوستانشان را بیشتر از سایر حمایت ها ذکر نمودند (۳۵). اما در مطالعه خلیلی و همکاران مشاهده گردید که میانگین حمایت اجتماعی درک شده در همه ابعاد خانواده، افراد مهم و دوستان در زنان کمتر از مردان بوده است (۳۶).

مطالعات متعددی ارتباط بین حمایت اجتماعی و سلامتی را به تأیید رسانده اند، به طوری که نشان داده شده است افرادی که از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار هستند، وضعیت سلامت بهتری دارند (۳۷). در همین راستا بررسی ارتباط میان رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت و حمایت اجتماعی درک شده در مطالعه ما نیز نشان داد میان حمایت اجتماعی درک شده و رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت به طور کلی و خرده مقیاس های؛ مدیریت استرس، فعالیت بدنی، رفتار اجتماعی بین فردی و پیشگیری ارتباط مثبت معنی داری وجود دارد اما بین حمایت اجتماعی درک شده و خرده مقیاس تغذیه سالم

بهتری داشتند (۴۰). Acton نیز میانگین نمره موانع درک شده را در دو گروه سالمندانی که توسط خانواده مراقبت می‌شدند و سالمندانی که توسط خانواده مراقبت نمی‌شدند به ترتیب ۲۴/۶ و ۳۳/۵ گزارش نموده که نشان‌دهنده بهتر بودن وضعیت موانع درک شده در گروه مراقبت‌کنندگان نسبت به سالمندان مطالعه ما بود ولی در مقایسه با غیر مراقبت‌کنندگان، سالمندان مطالعه ما وضعیت بهتری داشتند (۴۱).

هرچند میانگین نمره موانع درک شده سالمندان مورد مطالعه پایین بود ولی به طور کلی افراد سالمند نسبت به سایر افراد موانع بیشتری را در سر راه رفتارهای ارتقاءسلامت خود احساس می‌کنند. لذا شناسایی و برطرف کردن این موانع از سوی افراد مراقبت‌کننده و نیز مسؤولین می‌تواند در بهبود وضعیت سلامت سالمندان تأثیر زیادی داشته باشد. در این مطالعه بیشترین موانع درک شده از رفتارهای ارتقاءسلامتی مربوط به آیت‌های "نبود امکانات مناسب" با میانگین (۰/۷۹ ± ۳/۷۹)، "نداشتن کسی برای کمک رسانی" با میانگین (۰/۷۱ ± ۲/۴۴)، "خستگی زیاد" با میانگین (۰/۷۰ ± ۳/۳۳) و "نبود وسایل حمل و نقل مناسب" با میانگین (۰/۶۷ ± ۲/۲۵) بود.

به طور کلی نتایج مطالعه نشان داد که مهم‌ترین عامل پیش‌بینی‌کننده نمره رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در سالمندان مورد مطالعه به ترتیب حمایت اجتماعی درک شده و خودکارآمدی درک شده می‌باشند و نمره موانع درک شده پیش‌بینی‌کننده تأثیرگذاری برای رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت نمی‌باشد. بنابراین در طراحی برنامه‌های مداخلاتی توجه به این متغیرها ضروری است.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش که بیانگر ارتباط مستقیم حمایت اجتماعی و خودکارآمدی درک شده با انجام رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت می‌باشد، مسؤولین و مراقبین بهداشتی می‌توانند با طرح‌ریزی برنامه‌ریزی آموزش ارتقاءسلامت، زمینه افزایش خودکارآمدی و همچنین خانواده‌ها نیز از طریق فراهم

ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. بیشترین حمایت اجتماعی درک شده از رفتارهای ارتقاءسلامتی مربوط به آیت‌های "فرد خاصی منبع آسایش و آرامش من است" با میانگین نمره (۰/۹۸ ± ۶/۱۷)، "من از طرف خانواده حمایت و کمک عاطفی دریافت می‌کنم" (۰/۹۸ ± ۶/۱۴) و "من قادر به بیان مشکلات با دوستان و اقوام هستم" (۰/۹۹ ± ۵/۹۹) بود.

در مطالعه حاضر میانگین نمره خودکارآمدی درک شده کسب شده آزمودنی‌ها ۵۹/۰۸ از محدوده نمره ۰ تا ۱۰۰ بود. پندر در مدل ارتقاءسلامت خود یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده رفتار را خودکارآمدی مطرح کرده است و در ۸۶٪ مطالعاتی که بر اساس مدل ارتقاءسلامت صورت گرفته، نقش خودکارآمدی به عنوان عامل پیش‌بینی‌کننده رفتار، تأیید شده است (۳۸). در همین راستا یافته‌های مطالعه ما نیز نشان داد با افزایش خودکارآمدی درک شده، رفتارهای ارتقاءسلامت به طور کلی و خرده مقیاس‌های مدیریت استرس، فعالیت بدنی، روابط اجتماعی بین‌فردی و پیشگیری افزایش یافته است. بیشترین خودکارآمدی درک شده از رفتارهای ارتقاءسلامتی به ترتیب مربوط به آیت‌های "هر چقدر تلاش کنم وضعیت سلامت من به آنچه می‌خواهم می‌رسد" با میانگین نمره (۰/۹۱ ± ۳/۷)، "معمولاً برنامه‌های سلامتی‌ام خوب جواب می‌دهد" با میانگین نمره (۰/۶۴ ± ۳/۵۵) و "من به طور کلی می‌توانم به هدف‌های مورد نظر در زمینه سلامتی‌ام برسم" با میانگین نمره (۰/۷۷ ± ۳/۴۵) می‌باشد. یافته‌های مطالعه صالحی و همکاران نیز نشان داد بین میزان خودکارآمدی و میزان مصرف میوه و سبزی در سالمندان به عنوان یک رفتار ارتقاءدهنده سلامت رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد (۳۹). در مطالعه حاضر میانگین نمره موانع درک شده ۹/۶۴ ± ۲۵/۷۸ از محدوده قابل اکتساب ۰ تا ۱۰۰ بوده است که نشان می‌دهد سالمندان مورد مطالعه نمره پایینی از موانع درک شده کسب نموده‌اند. این درحالی است که در مطالعه مروتی و همکاران میانگین نمره موانع درک شده ۱۱/۵ در محدوده قابل اکتساب ۰ تا ۳۶ که در مقایسه با این مطالعه وضعیت

پرسشگری و ادامه آن در جلسه بعد می‌گردید که این موضوع باعث طولانی شدن زمان مطالعه گردید.

- از دیگر محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به مسأله خودگزارش‌ده بودن اطلاعات کسب شده از جانب آزمودنی‌ها اشاره کرد.
- همچنین با توجه به این‌که این مطالعه در یک جمعیت کوچک و در یک منطقه خاص انجام گرفته لذا تعمیم دادن آن به سایر جمعیت‌ها از دیگر محدودیت‌های این مطالعه می‌باشد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله مسؤولین محترم مرکز بهداشت شهرستان دنا، کارمندان محترم مستقر در مراکز بهداشتی درمانی و خانه بهداشت‌های این شهرستان تقدیر و تشکر می‌گردد. همچنین از سالمندان عزیز و خانواده‌های محترم ایشان که در این مطالعه ما را یاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

آوردن حمایت‌های عاطفی لازم جهت سالمندان، زمینه افزایش حمایت اجتماعی و به دنبال آن تغییر رفتار را برای سالمندان فراهم نمایند. از طرفی، گرچه میانگین نمره موانع درک شده سالمندان مورد مطالعه پایین بود ولی به طور کلی شناسایی و برطرف کردن این موانع از سوی افراد مراقبت‌کننده و نیز مسؤولین می‌تواند در بهبود وضعیت سلامت سالمندان تأثیر زیادی داشته باشد. همچنین با توجه این‌که در این مطالعه تغذیه سالم با هیچ‌کدام از متغیرهای مورد بررسی ارتباط معنی‌داری نداشت لذا پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آینده به این مقوله پرداخته شود. علاوه بر این، نظر به این‌که در این مطالعه میانگین خرده مقیاس‌های فعالیت فیزیکی و تغذیه از دیگر خرده مقیاس‌های رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت پایین‌تر بود لذا با توجه به اهمیت زیاد این دو گروه از رفتارها در وضعیت سلامت سالمندان، پیشنهاد می‌گردد برنامه‌های مداخله‌ای روی این رفتارها متمرکز گردد. در پایان از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

- زیاد بودن تعداد سؤالات پرسش‌نامه گاهی از حوصله سالمند خارج بود و منجر به قطع

References

1. Mohammadi F, Dabbaghi F, Nikraves M. Facilitator and Barriers Factors in Family Caregiving Process of Iranian Frail Elderly: Qualitative study IJNR 2008; 21(55): 55-65. [In Persian].
2. Akinboboye BO, Akeredolu PA, Sofola O, Ogunrinde BO, Oremosu OA. Utilization of teeth replacement service among the elderly attending teaching hospitals in Lagos, Nigeria. AMHSR 2014 4(1):57-60
3. Statistical center of Iran (SCI). Tehran: Statistical Year Book of Iran Publication of statistical center ; 2007 [In Persian].
4. Harooni J, Hassanzadeh A, Firoozeh Mostafavi F. Influencing factors on health promoting behavior among the elderly living in the community. J Edu Health Promot 2014, 3:40
5. Habibi A, Nikpour S, Seyedoshohadaei M, Haghani H. Health Promoting Behaviors and its Related Factors in Elderly. IJN 2006; 19 (47):35-48
6. Jadidi A, Farahaninia M, Janmohammadi S, Haghani H. The Relationship between Spiritual Well-Being and Quality of Life among Elderly People Residing in Kahrizak Senior House. IJN 2011; 24 (72):48-56
7. Moore E. History of sociology. trans Sagheb Far M. Tehran: Ghoghnoos ; 1997. P.133
8. Ahangari M, Kamali M, Arjmand Hesabi M. Quality of life in elderly member of the the Elderly cultural centers in Tehran. IJA 2007 ; 2 (3) :182-9
9. Vahdaninia M.S, Gashtasbi A, Montazeri A, Maftoon F. Health related quality of life among the elderly: a population-based study. payeshjournal 2005 ; 4 (2) :113-120.[In Persian]
10. Samaram E, Ahmadi Bani Z. Study of effective factors on elderly situations in the Family (a research article). IJA 2007; 2 (4) :269-79.[In Persian].
11. Lee T.W, Ko I.s, lee, k.J. "Health promotion behaviors and quality of life among community – dwelling elderly in Korea. International journal of nursing studies 2005; 49(2): 129-37.

12. Andrews G.A. Promoting health and functioning in an aging population. *British medical journal*. 2001; 322: 728-9.
13. Stanhop MY, Lancaster J. *Community health nursing*. 5th ed. Mosby: 2000; 569-685
14. Phipps J. *Medical – surgical nursing*. 6th ed. Louis; Mosby; 1999. P 66-7.
15. Norouzi A, Ghofranipour F, Heydarnia A, Tahmasebi R. Determinants of physical activity based on Health Promotion Model (HPM) in diabetic women of Karaj diabetic institute . *ISMJ* 2010; 13 (1):41-51
16. Weston MN. Identifying perceptions of health promotion barriers and benefits in individual at risk of coronary heart disease [Thesis]. Bozeman: Montana State University; 2008.
17. Thanavaro J. Barriers to coronary heart disease risk modification in women without prior history of coronary heart disease. *J Am Acad Nurse Pract* 2005;17(11):487-93.
18. Morowati Sharifabad MA., Rouhani Tonekaboni N. The Relationship between Perceived Benefits/Barriers of Self-care Behaviors and Self Management in Diabetic Patients". *HAYAT* 2007; 13 (1) :17-27
19. Mosca L, Mochari H, Christian A, Berra K, Taubert K, Mills T, Burdick KA, Simpson SL. National study of women's awareness, preventive action, and barriers to cardiovascular health. *Circulation* 2006;113(4):525-34.
20. Hart PL. Women's perceptions of coronary heart disease: An integrative review. *J Cardiovasc Nurs* 2005; 20:170-6.
21. Lim YM, Sung MH, Joo KS. Factors affecting health-promoting behaviors of community-dwelling Korean older women. *J Gerontol Nurs* 2010;36(10):42-50
22. Pascucci M, Chu N, Leasure AR. Health promotion for the oldest of old people. *Nurs Older People* 2012; 24(3): 22-8.
23. Shidfar MR, Shojaei Zadeh D, Hosseini M, Asasi N, Majlesi F, Nazemi S." Effectiveness of an educational program on knowledge and attitudes of angina patients in Mashhad, Iran: Results of an intervention". *Jornal of Birjand University of Medical Sciences* 2007; 14(1):9-15. [In Persian]
24. Mousavi NS, Ghasemi S. Healthy guide for old people, health cares and nutrition. Tehran: Sadr Library 2000;15-30,65-72 [In Persian].
25. Walker S, Hill-Polerecky D. Psychometric evaluation of the health –promoting lifestyle profile 2. Unpublished manuscript]. University of Nebraska Medical Center 1996
26. Babak A. Aging and lifestyle questionnaire designed to determine the validity and reliability. [PhD Thesis]. Isfahan: University of Medical Sciences; 2009; 107.[In Persian].
27. Mohamadian H. Evaluation of Pender's health promotion model for predicting adolescent girls' quality of life. [Ph.D Thesis]. Tehran, Iran; School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, 2010. [In Persian].
28. Becker H, Stuifbergen A. Perceived barriers to health promotion experienced by people with multiple sclerosis and polio. *Family & Community Health* 2004;27(1):75
29. Taymoori P, Niknami Sh, Ghofranipour F. Cognitive and Psychosocial Factors of Physical Activities among Adolescents in Sanandaj by Frame Work of Pender's Health Promotion and Stage of Change Models (2006). [In Persian].
30. Heshmati H, Behnampour N, Haji-Ebrahimi M, Charkazi A, Asadi Z, Dehnadi A. Elderly Hygiene Status in rural Areas of Golestan Province in Iran. *Iranian Journal of Ageing*. 2012; 7 (24):25-33
31. Fredrik C, Edwin S, Benedicte I, Hjortdahl P. Morbidity and health care utilisation among elderly people in Mmankgodivillage, Botswana. *JE pidemiol Community Health* 2000; 54(1): 58-63.
32. Harooni J."The study of relationship between health status and factors influencing health promotion behaviors using the Pender Health Promotion Model among the elderly in Dena". [MS Thesis]. Isfahan, Iran: Isfahan University of Medical Sciences, School of Public Health; 2012
33. Adams MH, Bowden AC, Humphrey DS , McAdams LB. Social support and health promotion ,lifestyle of rural woman .*Online Journal of rural nursing and health care* 2002; 1(1). [Online]. Available :<http://www.rho.org./journal/>.
34. Hulme PA, Walker SN, Effle KJ, Jorgensen L, McGowan MG, Nelson JD, Pratt EN. Health-promoting lifestyle behaviors of Spanish-speaking Hispanic adults. *J Transcult Nurs* 2003;14(3):244-54.
35. Cheng ST, Chan AC. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support: dimensionality and age andngender differences in adolescents. *Pers Individ Differ* 2004; 37: 1359-69

36. Khalili F, Sam Sh, Shariferad Gh, Hassanzadeh A, Kazemi M. The Relationship between Perceived Social Support and Social Health of Elderly. *Health System Research*,7(6): Health Supplement 2011:1216-1255. [In Persian].
37. Bovier PA, Chamot E, Perneger TV. Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults. *Qual Life Res* 2004; 13(1): 161-70
38. Pender JN, Murdaugh LC, Parsons AM. *Health promotion in nursing practice*. 5th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice-Hall, 2010: 2006.
39. Salehi L, Eftekhar Ardebili H, Kazem M, Taghdisi MH, Shojaei Zadeh D. "Some factors affecting fruit and vegetable consumption in elderly". *iranian Journal of Ageing* 4(14), 2009: 34- 42. [In Persian]
40. Sharif Abad M A. Optimization of health promotion model and evaluation of applying with adult health education theory in the elderly promoting behaviors change in city of Yazd. [PhD Thesis]. Tehran, Iran: Tarbiat Modarres University;2006. [In Persian]
41. Acton GJ. Health promoting Self Care in Family Caregivers. *Western Journal Of Nursing Research* 2002; 24(1): 73-86

Investigation on association between self-efficacy, perceived barriers and social supports with health promoting behaviors in elderly in Dena city

Arash Salahshouri¹, Javad Harooni², Sara Salahshouri³, Akbar Hassanzadeh⁴,
Firoozeh Mostafavi⁵, Mazyar Molaei⁶

Original Article

Abstract

Background: Health promoting behavior is one of the main criteria of health and it has a potential impact on improvement of health and quality of life. In addition it leads to a reduction in health care services expenditure. This study is conducted to identify the effect of self-efficacy and perceived barriers and social supports on health promoting behaviors in elderly in Dena city.

Methods: In this descriptive-analytic study, 120 elderly including 59 women and 61 men were selected by simple random sampling in Dena city. Data was collected by a questionnaire which included various parts (participants' demographic characteristics, health promoting behaviors, self-efficacy, perceived barriers and social support of health promoting behaviors). The data was analyzed by descriptive statistics and Pearson correlation test, independent t-test and multiple linear regression analysis.

Findings: The mean score of health promoting behaviors was 57.5 ± 10.7 . There was a statistically significant positive association between self-efficacy, perceived social supports and health promoting behaviors in general and also stress management, physical activity, intrapersonal social relationship and prevention subscale ($P < 0.005$). A statistically significant adverse association was observed between perceived barriers and health promoting behaviors in general and also stress management subscale..

Conclusion: Findings of this research indicate a direct association between self-efficacy, perceived social supports and health promoting behaviors. Therefore health authorities may improve self-efficacy by planning health promotion training programs. Families may also increase social supports and therefore make a change in elderly behavior by providing needed emotional support for them.

Key Words: Health Promoting Behaviors, Perceived Self-Efficacy, Perceived Barriers, Perceived Social Support, Elderly

Citation: Salahshouri A, Harooni J, Salahshouri S, Hassanzadeh A, Mostafavi F, Molaei M. Investigation on association between self-efficacy, perceived barriers and social supports with health promoting behaviors in elderly in Dena city. J Health Syst Res 2015; 11(1): 30-42

Received date: 30.08.2013

Accept date: 28.12.2014

1. PhD Student in Health Education & Health promotion, Expert of Health Affairs, Izeh Health Center, Ahvaz Jundishapur University of Medical sciences, Ahvaz, Iran
2. PhD Student in Health Education & Health promotion, Faculty of Health, Student's Research Committee, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. MSc Student, Department of Clinical Psychology, Ahvaz Branch, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran
4. Lecturer, Department of Biostatistics and Epidemiology, Faculty of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
5. Assistant Professor, Department of Health Education and Promotion, Faculty of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: mostafavi@hlth.mui.ac.ir
6. MSc Student in Epidemiology, Department of statistics and epidemiology, faculty of health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran