

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

آرش سلحشوری<sup>۱</sup>، جواد هارونی<sup>۲</sup>، سارا سلحشوری<sup>۳</sup>، اکبر حسن زاده<sup>۴</sup>،  
فیروزه مصطفوی<sup>۵</sup>، مازیار مولایی<sup>۶</sup>

## مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** رفتارهای ارتقادهنه سلامت یکی از معیارهای عمدۀ تعیین‌کننده سلامت می‌باشد و از طرفی این رفتارها در سالمدان، تأثیر بالقوهای در پیشبرد سلامتی و کیفیت زندگی آنان داشته و به همان نسبت موجب کاهش هزینه‌های مربوط به مراقبت‌های بهداشتی خواهد شد. لذا این مطالعه با هدف شناسایی تأثیر خودکارآمدی، موانع و حمایت اجتماعی درک شده در تعیین این رفتارها در سالمدان شهرستان دنا انجام شد.

**روش‌ها:** در مطالعه حاضر که از نوع توصیفی تحلیلی بوده تعداد ۱۲۰ نفر از سالمدان (شامل ۵۹ زن و ۶۱ مرد) شهرستان دنا به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. داده‌های این مطالعه از طریق پرسش‌نامه‌ای مشتمل بر قسمت‌های متفاوت (مشخصات دموگرافیک، رفتارهای ارتقادهنه سلامت، خودکارآمدی، موانع و حمایت اجتماعی درک شده از رفتارهای ارتقادهنه سلامت) جمع‌آوری گردید. از آمار توصیفی و آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون،  $\tau$  مستقل و آنالیز رگرسیون خطی چندگانه جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

**یافته‌ها:** میانگین نمره رفتارهای ارتقادهنه سلامت  $57.5 \pm 10.7$  بود. میان خودکارآمدی و حمایت اجتماعی درک شده با رفتارهای ارتقادهنه سلامت به طور کلی و خردۀ مقیاس‌های 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 ارتقادهنه سلامت به طور کلی و خردۀ مقیاس مدیریت استرس رابطه معنی دار معکوس دیده شد.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های پژوهش که بیانگر ارتباط مستقیم خودکارآمدی و حمایت اجتماعی درک شده با انجام رفتارهای ارتقادهنه سلامت می‌باشد، مسؤولین و مراقبین بهداشتی می‌توانند با طرح‌ریزی برنامه‌های آموزش ارتقالامت، زمینه افزایش خودکارآمدی و هم‌چنین خانواده‌ها نیز از طریق فراهم آوردن حمایت‌های عاطفی لازم جهت سالمدان، زمینه افزایش حمایت اجتماعی و به دنبال آن تغییر رفتار را برای سالمدان فراهم نمایند.

**واژه‌های کلیدی:** رفتارهای ارتقادهنه سلامت، خودکارآمدی درک شده، موانع درک شده، حمایت اجتماعی درک شده، سالمدان

**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 سالمدان شهرستان دنا در سال ۱۳۹۰-۱۳۹۱. 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 ستاب گسترش شبکه، مرکز بهداشت اینده، 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 روان‌شناس‌بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران
۴. مریبی، 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@hth.mui.ac.ir
۶. - دانشجوی کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

## مقدمه

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

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

در بررسی مهناز آهنگری و همکاران با عنوان کیفیت زندگی در سالمدان 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 سالمدان می‌باشد (۸). در مطالعه‌ای دیگری که به منظور بررسی کیفیت زندگی مرتبط با وضعیت سلامتی سالمدان مناطق ۲۲ گانه 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 سالمدان 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

سالمدنی از پدیده‌های مطرح سال‌های اخیر در عرصه بهداشت و سلامت جهانی می‌باشد (۱). اغلب کشورهای توسعه‌یافته جهان سن تقویمی ۶۵ سال را به عنوان تعییفی از سالمدنی پذیرفته‌اند. اگرچه این تعریف تا حدودی اختیاری است و در حال حاضر، هیچ معیار عددی استانداردی برای آن وجود ندارد، اما سازمان ملل متحدد سن بالای ۶۰ سال را برای اشاره به افراد سالمند استفاده می‌کند (۲). بر اساس شاخص‌های آماری روند افزایش جمعیت سالمدان در ایران آغاز گردیده است. در سرشماری سال ۱۳۹۰ این آمار  $\frac{8}{26}\%$  یعنی بیش از  $\frac{6}{2}\times 6$  میلیون نفر سالمند بوده است و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۱۴۰۵ به  $\frac{15}{5}\%$  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 سالمدان ایران طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۵ نزدیک به چهاربرابر شده است (۳). این روند افزایش جمعیت سالمدان ایران نشان می‌دهد که مسؤولین در آینده با مشکلات عدیده سالمدنی و حل آن‌ها روبرو خواهد شد. بنابراین سالمدنی و شرایط ویژه سالمند و تأمین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی آن‌ها از جمله مسایلی است که توجه ویژه‌ای را می‌طلبد (۴).

بر اساس بررسی‌ها در آمریکا ۲۹ درصد از هزینه مراقبت‌های پزشکی توسط سالمدان مصرف می‌شود. در حالی که این قشر ۱۲ درصد جمعیت امریکا را تشکیل می‌دهند. پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۴۰ رقمی در حدود  $\frac{50}{5}\%$  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 سالمدان فقط داشتن عمر طولانی و زنده

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 میباشد و نظر به این موضوع که تاکنون مطالعه‌ای در زمینه رفتارهای ارتقاء سلامت سالمندان در این شهرستان و حتی استان صورت نگرفته است و از آنجا که انتظار میرود با شناسایی رفتارهای ارتقادهنه سلامت و عوامل مؤثر در تعیین این رفتارها در سالمندان، بتوان راهکارهای مناسبی جهت ارتقاء سطح سلامت و بهبود کیفیت زندگی سالمندان ارایه نمود و تا حد ممکن سالمندی مطلوب، توان با سلامت و نشاط را برای این عزیزان فراهم نمود، لذا با انجام این تحقیق به دنبال آن بودیم تا ارتباط میان رفتارهای ارتقادهنه سلامت با خودکارآمدی، موانع و حمایت اجتماعی در ک شده سالمندان شهرستان دنا بررسی نماییم.

### روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی (Cross Sectional) است. حجم نمونه لازم پس از مقدار گذاری در فرمول زیر  $120$  نفر به دست آمد.

$$n = \frac{(Z_1 + Z_2)(1 - r^2)}{r^2} + 2$$

نمونه های این مطالعه شامل  $59$  زن و  $61$  مرد از سالمندان شهرستان دنا با معیارهای ورود؛ سن بالای  $65$  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 سانجه 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  $65$  سال موجود در مرکز بهداشت شهرستان دنا در سال  $۹۰$  با روش تصادفی ساده انتخاب گردیدند. این اگردادوری 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  $53\%$  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 در ک شده، به صورت مستقیم رفتار را تحت الشاعع قرار می دهد (۱۵). موانع انجام رفتارهای ارتقادهنه سلامتی از قوی ترین پیشگویی کننده های پیروی از این فتارها هستند. شناخت موانع در ک 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 در ک شده بر منافع پیش‌بینی 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 در ک 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، خودکتری 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 عده های 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

توسط هاشم محمدیان و همکاران اعتبارسنجی شده، استفاده گردید. ضریب آلفا کرونباخ گزارش شده توسط ایشان ۷۱٪ می‌باشد (۲۷). در این پرسشنامه هشت سؤال در مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای از طیف ((کاملاً موافق)) تا ((کاملاً مخالف)) طراحی شده است. محدوده نمره قابل اکتساب در این مقیاس بین ۱۰ تا ۴۰ است. نمره بالاتر بیانگر این است که فرد از توانایی بالایی در کنترل نتایج و پیامدهای برنامه مرتبط با سلامتی برخوردار است.

برای سنجش موانع درک شده از پرسشنامه مشتمل بر ۱۸ سؤال با مقیاس ۴ گزینه‌ای لیکرت از طیف ((هرگز)) تا ((همیشه)) استفاده شد. از پاسخگو موانعی که موجب عدم انجام رفتارهای مروج سلامت می‌شود، مورد پرسشن قرار گرفت. محدوده نمره قابل اکتساب در این مقیاس بین ۱۸ تا ۷۲ می‌باشد. نمره بالاتر حاکی از این است که پاسخگو برای انجام رفتارهای ارتقاء‌سلامت با موانع بیشتری مواجه است. ضریب آلفا کرونباخ گزارش شده توسط Becker و همکاران برای این ابزار ۸۰٪ بود (۲۸). نسخه فارسی این پرسشنامه توسط هاشم محمدیان و همکاران اعتبارسنجی شده که در این مطالعه از آن استفاده گردید. ضریب آلفا کرونباخ گزارش شده توسط ایشان ۷۲٪ می‌باشد (۲۲) و نهایتاً پرسشنامه سنجش حمایت اجتماعی درک شده از ابزار کانتی و همکاران اقتباس شد. در این ابزار حمایت اجتماعی شامل ۳ منبع مجزا: خانواده، دوست و فرد مهم دیگری برای شخص می‌باشد. در این پرسشنامه ۱۲ سؤال با مقیاس ۷ گزینه‌ای لیکرت از طیف ((کاملاً موافق)) تا ((کاملاً مخالف)) طراحی شده است که هر کدام از سه منبع ۴ آیتم رابه خود اختصاص داده‌اند. محدوده نمره قابل اکتساب در هر منبع بین ۴ تا ۲۸ می‌باشد. احراز نمره بالاتر از کسب حمایت بیشتر از سوی دوستان، خانواده و سایر افراد مهم می‌باشد. ضریب آلفا کرونباخ گزارش شده توسط کانتی و همکاران برای کل منابع این ابزار ۹۱٪ بود (۲۹). در این مطالعه از نسخه فارسی آن که توسط هاشم محمدیان و همکاران اعتبارسنجی شده استفاده گردید.

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

بخش اول پرسشنامه شامل ۱۰ سؤال در ارتباط با مشخصات دموگرافیکی سالمدان بود. به منظور بررسی رفتارهای ارتقاء‌سلامت از پرسشنامه Health HPLP2 (HPLP2 Promotion Lifestyle Profil2 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 ارتقاء‌سلامت، 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 ۵، ۴، ۳، ۲، ۱ تعلق گرفت. برای محاسبه نمره هر بعد از سبک زندگی سالم مجموع نمره کسب شده از سوالات همان بعد لحاظ گردید. برای محاسبه نمره کلی سبک زندگی سالم مجموع نمره ابعاد مختلف محاسبه گردید. برای تقسیم‌بندی به سه سطح سبک زندگی نامطلوب (کسب کمتر از ۵۰ نمره)، متوسط (۵۰-۷۵٪ نمره) و مطلوب (کسب ۷۵-۱۰۰ درصد نمره) میانگین نمره‌ها از ۱۰۰ محاسبه و تقسیم‌بندی صورت گرفت (۲۶).

برای اندازه‌گیری خود کارآمدی درک شده در این مطالعه از نسخه فارسی مقیاس قابلیت سلامتی اسمیت و همکاران که

بر اساس جدول ۲، میانگین نمره کلی رفتارهای ارتقاء سلامت  $\pm 10/7$  ۵۷/۵ می باشد. بر اساس نتایج  $\% ۸۵$  (۱۰۲ نفر) از سالمدان 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 ( $P=0/001 < P=0/002$ ) و خرده مقیاس‌های مدیریت استرس ( $P=0/004$ ) در آقایان به طور معنی‌داری بهتر از خانم‌ها بوده است. در مورد خرده مقیاس‌های تغذیه سالم و پیشگیری زنان وضعیت بهتری نسبت به مردان داشتند ولی این ارتباط معنی‌دار نبود.

بر اساس یافته‌های پژوهش، میانگین نمره خودکارآمدی، موانع و حمایت اجتماعی در ک شده از رفتارهای ارتقاء سلامت به ترتیب  $\pm ۹/۶۴$ ،  $۵۹/۰۸$  و  $۲۵/۷۸$  می باشد. میانگین نمره خودکارآمدی درک شده و موانع در ک شده در دو جنس اختلاف معنی‌داری نداشت اما در مورد حمایت اجتماعی درک شده وضعیت مردان به طور معنی‌داری بهتر از زنان بود ( $P=0/007$ ). (جدول شماره ۳)

بررسی ارتباط میان رفتارهای ارتقاء‌دهنده سلامت و خودکارآمدی، موانع و حمایت اجتماعی در ک شده در جدول ۴ نشان داده شده است. یافته‌های این جدول نشان می‌دهد بین خودکارآمدی و رفتارهای ارتقاء‌دهنده سلامت به طور کلی ( $P<0/001$  و  $r=0/451$ ) و خرده مقیاس‌های؛ مدیریت استرس ( $P<0/001$  و  $r=0/401$ )، فعالیت بدنی ( $P<0/001$  و  $r=0/447$ )، روابط اجتماعی بین‌فردی ( $P<0/001$  و  $r=0/317$ ) و پیشگیری ( $P<0/001$  و  $r=0/327$ ) رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد به طوری که با افزایش خودکارآمدی در ک شده، رفتارهای ارتقاء سلامت به طور کلی و خرده مقیاس‌های مدیریت استرس، فعالیت بدنی، روابط اجتماعی بین‌فردی و پیشگیری افزایش یافته است اما بین خودکارآمدی در ک شده و خرده مقیاس تغذیه سالم ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. بین موانع در ک شده و رفتارهای ارتقاء‌دهنده سلامت به طور

ضریب آلفا کرونباخ گزارش شده توسط ایشان  $\% ۷۳$  می‌باشد (۲۷).

روش گردآوری داده‌ها 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 پرسشنامه به طور تلفنی از خود فرد پرسیده و تکمیل شد. مدت زمان پر کردن پرسشنامه‌ها برای هر سالمدان به طور متوسط ۳۰ الی ۴۵ دقیقه و کل پرسشگری ۲ ماه به طول انجامید. برای جلوگیری از خطای مصاحبه‌گر دو دانشجوی کارشناسی بهداشت عمومی مرد و زن انتخاب و به منظور کسب مهارت‌های مصاحبه به مدت یک هفته به آن‌ها آموزش‌های لازم را داده شد. در نهایت به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و آزمون‌های همبستگی پیرسون، t مستقل و آنالیز رگرسیون خطی چندگانه با بهره‌گیری از نرم افزار spss 20 استفاده شد.

### یافته‌ها

میانگین سنی واحدهای مورد مطالعه ۷۳ سال (با انحراف معیار  $6/9$ ) بود که کمترین مورد ۵ سال و بیشترین مورد ۹۶ سال داشت. از این تعداد  $50/8$  درصد مرد و  $49/2$  درصد را زنان سالمدان تشکیل می‌دادند. بیشتر سالمدان شرکت‌کننده در مطالعه بی‌سواد بودند ( $78/3$  درصد). هم‌چنین  $34/2$  درصد از آنان بدون حضور همسر زندگی می‌کردند. از لحاظ منبع درآمد  $68/3$  درصد متکی به خود و  $31/7$  وابسته به خانواده بودند. بر طبق نتایج حاصله  $31/7$  درصد نمونه‌ها درآمدشان را خوب و  $20/8$  درصد آن‌ها وضعیت درآمدشان را ضعیف توصیف کردند. تعداد سالمدان شهر و روستا تقریباً با هم برابر بود ( $50/8$  در مقابل  $49/2$ ). در مجموع  $86/6$  درصد از سالمدان با همسر و اطرافیان و  $13/3$  درصد تنها زندگی می‌کردند. (جدول ۱)

حمایت اجتماعی در ک 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 در ک شده، خودکارآمدی در ک شده و نمره موانع در ک شده می‌باشند. نتایج این آزمون نشان داد که مهم‌ترین عامل پیش‌بینی‌کننده‌ی نمره رفتارهای ارتقاء‌دهنده سلامت به ترتیب حمایت اجتماعی در ک شده و خودکارآمدی در ک شده می‌باشند و نمره موانع در ک شده پیش‌بینی‌کننده‌ی تأثیرگذاری برای رفتارهای ارتقاء‌دهنده سلامت نمی‌باشد (جدول ۵).

کلی ( $P=0.005$  و  $r=-0.253$ ) و خردۀ مقیاس مدیریت استرس ( $P<0.001$  و  $r=-0.427$ ) رابطه معنی‌دار معکوس دیده شد. علاوه بر این نتایج این مطالعه نشان داد میان حمایت اجتماعی در ک شده و رفتارهای ارتقاء‌دهنده سلامت به طور کلی ( $P=0.001$  و  $r=0.473$ ) و خردۀ مقیاس‌های؛ مدیریت استرس ( $P=0.001$  و  $r=0.334$ )، فعالیت بدنی ( $P=0.006$  و  $r=0.250$ )، رفتار اجتماعی بین فردی ( $P<0.001$  و  $r=0.36$ ) و پیشگیری ( $P=0.001$  و  $r=0.337$ ) ارتباط مثبت معنی‌داری وجود دارد اما میان حمایت اجتماعی در ک شده و خردۀ مقیاس تعزیه سالم ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد ( $P=0.95$  و  $r=0.036$ ).

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

جدول ۱. توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک سالمدان مورد بررسی

متغیر	جنس
زن	۴۹/۲
مرد	۵۰/۸
بی‌سود	۷۸/۳
ابتدايي	۱۸/۳
دپلم	۲/۵
فوق دپلم	۰/۸
ليسانس و بالا	.
متاهل	۶۵/۸
همسر جداشده	.
همسر فوت شده	۳۴/۲
سن	۶۹/۲
سال ۷۵	۳۲/۸
بالاي ۷۵ سال	.
روستا	۴۹/۲
شهر	۵۰/۸
با همسر	۶۲/۵
با فرزندان	۲۳/۳
اقوام	۰/۸
تنها	۱۳/۳
خوب	۳۱/۷
تاخددودی خوب	۱۰/۸
متوسط	۳۶/۷
ضعیف	۲۰/۸
مستقل	۶۸/۳
وابسته به خانواده	۳۱/۷
متغیر	چگونگی زندگی سالمدان
محل سکونت	.
توصیف درآمد	.
کسب درآمد	.

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

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

**جدول شماره ۳. توزیع میانگین و انحراف معیار نمرهٔ خودکارآمدی، موانع و حمایت اجتماعی در ک شده  
به تفکیک حیطه های مورد بررسی در دو جنس**

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

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

پیشگیری	روابط بین فردی	تفذیه سالم	فعالیت بدنی	مدیریت استرس	رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت		خودکارآمدی در ک شده
					مداوم	متغیر	
I=+/۳۲۴	I=+/۳۱۷	I=-/۱۱۷	I=+/۴۴۷	I=+/۴۰۱	I=+/۴۵۱		
p<+/۰۰۱	p<+/۰۰۱	p=+/۰۵۴	p<+/۰۰۱	p<+/۰۰۱	p<+/۰۰۱		شد
I=-/۰/۱۳۹	I=-/۰/۱۵۳	I=+/۰/۸۶	I=-/۰/۱۴۱	I=-/۰/۴۲۷	I=-/۰/۲۵۳		موانع در ک شده
p=+/۱۳۰	p=+/۰۹۶	p=+/۳۴۸	p=+/۱۲۴	p<+/۰۰۱	p=+/۰۰۵		
I=+/۳۴۷	I=+/۳۶	I=+/۰/۳۶	I=+/۲۵۰	I=+/۳۴۴	I=+/۴۷۳		حمایت اجتماعی در ک شده
p<+/۰۰۱	p<+/۰۰۱	p=+/۰۹۵	p=+/۰۰۶	p<+/۰۰۱	p<+/۰۰۱		

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

متغیرها	ضرایب خام	ضرایب استاندارد شده	p
مقدار ثابت	۱۱۱/۳۲		
نمره حمایت اجتماعی در ک شده	۰/۲۶۱	۰/۳۶۲	p<۰/۰۰۱
نمره خودکارآمدی در ک شده	۰/۲۴۰	۰/۳۲۵	p<۰/۰۰۱
نمره موانع در ک شده	۰/۰۴۱	-۰/۰۴	p=۰/۳۱

نسبت به سایر خرده مقیاس‌ها از وضعیت مطلوب‌تری برخوردار بود واز بین این رفتار عدم مصرف مشروبات الکلی رایج‌ترین رفتار بود، که این موضوع با توجه به مسلمان بودن سالمدان مورد مطالعه و حرمت شرب خمر در دین اسلام، منطقی به نظر می‌رسد.

با توجه به این که در مطالعه ما میزان پایینی از سالمدان سبک زندگی مطلوب دارند (۱۵٪) لذا این نتیجه‌گیری ضرورت اقدام عملی در خصوص توجه به سبک زندگی سالمدان را مورد تأثیر و تأکید قرار می‌دهد. بر اساس نتایج این مطالعه میانگین نمره حمایت اجتماعی در ک شده از رفتارهای ارتقاء‌سلامت در مردان بالاتر از زنان سالمدان بود. در مطالعه‌ای که توسط Cheng و Chan انجام شد زنان نسبت به مردان حمایت دوستانشان را بیشتر از سایر حمایتها ذکر نمودند (۳۵). اما در مطالعه خلیلی و همکاران مشاهده گردید که میانگین حمایت اجتماعی در ک 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 رسانده‌اند، 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 در ک شده در مطالعه ما نیز نشان داد میان حمایت اجتماعی در ک شده و رفتارهای ارتقاء‌دهنده سلامت به طور کلی و خرده مقیاس‌های؛ مدیریت استرس، فعالیت بدنی، رفتار اجتماعی بین فردی و پیشگیری ارتباط مثبت معنی‌داری وجود دارد اما بین حمایت اجتماعی در ک شده و خرده مقیاس تغذیه سالم

### بحث

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

نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین نمره رفتارهای ارتقاء‌دهنده سلامت سالمدان مورد مطالعه  $۵۷/۵ \pm ۱۰/۷$  از ۱۰۰ می‌باشد که  $۸۵\% (۱۰۲)$  نفر آن‌ها سبک زندگی متوسط و فقط  $۱۵\% (۱۸)$  نفر سبک زندگی مطلوب داشتند. لذا نتایج تحقیق فوق حاکی از آن است که رفتارهای ارتقاء‌دهنده سلامت سالمدان درسطح مطلوبی نمی‌باشد که با مطالعات مشابه در این زمینه همخوانی دارد (۳۰-۳۱)، این در حالی است که انجام رفتارهای ارتقاء‌دهنده سلامت مهم‌ترین و مؤثرترین عامل در حفظ و ارتقاء‌سلامت سالمدان می‌باشد. در این مطالعه میانگین خرده مقیاس‌های فعالیت فیزیکی و تغذیه از دیگر خرده مقیاس‌ها پایین‌تر بود. این درحالی است که در مطالعه مروتی میانگین خرده مقیاس وضعیت تغذیه از سایر خرده مقیاس‌ها بالاتر و همچنین فعالیت فیزیکی در پایین‌ترین سطح قرار بود (۳۲). همسو با مطالعه Adams و همکاران نشان داد که آزمودنی‌ها به لحاظ فعالیت فیزیکی در پایین‌ترین سطح قرار دارند (۳۳). در مطالعه Hulme و همکاران نیز آزمودنی‌ها پایین‌ترین نمره رادر فعالیت فیزیکی کسب کردند (۳۴).

لذا با توجه به اهمیت زیاد این دو گروه از رفتارها در وضعیت سالمدان پیشنهاد می‌گردد برنامه‌های مداخله‌ای روی این رفتارها متمرکز گردد. همان‌طور که عنوان گردید رفتارهای مربوط به خرده مقیاس پیشگیری در این مطالعه

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

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

به طور کلی نتایج مطالعه نشان داد که مهم‌ترین عامل پیش‌بینی‌کننده نمره رفтарهای ارتقاء‌دهنده سلامت در سالمدان مورد مطالعه به ترتیب حمایت اجتماعی درک شده و خودکارآمدی درک شده می‌باشد و نمره موانع درک شده پیش‌بینی‌کننده تأثیرگذاری برای رفтарهای 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 رفтарهای ارتقاء‌دهنده سلامت می‌باشد، مسؤولین و مراقبین پهداشتشی 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 رفтарهای ارتقاء‌سلامتی مربوط به آیتم‌های "فرد خاصی منبع آسایش و آرامش من است" با میانگین نمره  $۰/۹۸ \pm ۶/۱۷$ ، من از طرف خانواده حمایت و کمک عاطفی دریافت می‌کنم"  $۰/۹۸ \pm ۶/۱۴$  و "من قادر به بیان مشکلات با دوستان و اقوام هستم"  $۰/۹۹ \pm ۵/۹۹$  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 پیش‌بینی کننده رفtar را خودکارآمدی مطرح کرده است و در  $۸۶\%$  مطالعاتی که بر اساس مدل ارتقاء‌سلامت صورت گرفته، نقش خودکارآمدی به عنوان عامل پیش‌بینی کننده رفtar، تأیید شده است (۳۸). در همین راستا یافته‌های مطالعه ما نیز نشان داد با افزایش خودکارآمدی درک شده، رفtarهای ارتقاء‌سلامت به طور کلی و خرده مقیاس‌های مدیریت استرس، فعالیت بدنی، روابط اجتماعی بین‌فردی و پیشگیری افزایش یافته است. بیشترین خودکارآمدی درک شده از رفtarهای ارتقاء‌سلامتی به ترتیب مربوط به آیتم‌های "هر چقدر تلاش کنم وضعیت سلامت من به آنچه می‌خواهم می‌رسد" با میانگین نمره  $۰/۹۱ \pm ۳/۷$ ، "معمولاً برنامه‌های سلامتی‌ام خوب جواب می‌دهد" با میانگین نمره  $۰/۶۴ \pm ۳/۵۵$  و "من به طور کلی می‌توانم به هدف‌های مورد نظر در زمینه سلامتی‌ام برسم" با میانگین نمره  $۰/۷۷ \pm ۳/۴۵$  می‌باشد. یافته‌های مطالعه صالحی و همکاران نیز نشان داد بین میزان خودکارآمدی و میزان مصرف میوه و سبزی در سالمدان به عنوان یک رفتار ارتقاء‌دهنده سلامت رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد (۳۹). در مطالعه حاضر میانگین نمره موانع درک شده  $۰/۶۴ \pm ۹/۶۴$  از محدوده قابل اکتساب  $۰$  تا  $۱۰۰$  بوده است که نشان می‌دهد سالمدان مورد مطالعه نمره پایینی از موانع درک شده کسب نموده‌اند. این در حالی 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 مسئله خودگزارش ده 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 تقدير 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 سالم‌دان، زمینه افزایش حمایت اجتماعی و به دنبال آن تغییر رفتار را برای سالم‌دان فراهم نمایند. از طرفی، گرچه میانگین نمره موافع درک شده سالم‌دان مورد مطالعه پایین بود ولی به طور کلی شناسایی و برطرف کردن این موافع از سوی افراد مراقبت‌کننده و نیز مسؤولین می‌تواند در بهبود وضعیت سلامت سالم‌دان 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 خرد مقیاس‌های فعالیت فیزیکی و تغذیه از دیگر خرد مقیاس‌های رفتارهای ارتقاء‌دهنده سلامت پایین‌تر بود لذا با توجه به اهمیت زیاد این دو گروه از رفتارها در وضعیت سلامت سالم‌دان، پیشنهاد می‌گردد برنامه‌های مداخله‌ای روی این رفتارها متمرکز گردد.

اشارة نمود:

- زیاد بودن تعداد سوالات پرسش‌نامه گاهی از حوصله سالم‌دان خارج بود و منجر به قطع

### References

- Mohammadi F, Dabbagh F, Nikravesh M. Facilitator and Barriers Factors in Family Caregiving Process of Iranian Frail Elderly: Qualitative study IJNR 2008; 21(55): 55-65. [In Persian].
- 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
- Statiscal center of Iran (SCI). Tehran: Statistical Year Book of Iran Publication of statistical center ; 2007 [In Persian].
- 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
- Habibi A, Nikpour S, Seyedoshohadaei M, Haghani H. Health Promoting Behaviors and its Related Factors in Elderly. IJN 2006; 19 (47):35-48
- Jadidi A , Farahaninia M , Jammohammadi 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
- Moore E. History of sociology. trans Sagheb Far M. Tehran: Ghoghnoos ; 1997. P.133
- 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
- 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]
- 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].
- 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. 5<sup>th</sup> ed. Mosby: 2000; 569-685
14. Phipps J. Medical – surgical nursing. 6<sup>th</sup> 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, Leisure 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 pidemioi 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 and gender 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*. 5<sup>th</sup> 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 Salahshouri<sup>1</sup>, Javad Harooni<sup>2</sup>, Sara Salahshouri<sup>3</sup>, Akbar Hassanzadeh<sup>4</sup>, Firoozeh Mostafavi<sup>5</sup>, Mazyar Molaei<sup>6</sup>

### 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  $57.5 \pm 10.7$ . 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