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 تعیین‌کننده سلامت می‌باشند و از طرفی این رفتارها در سالمندان، تأثیر بالقوه‌ای در پیشبرد سلامتی و کیفیت زندگی آنان داشته و به همان نسبت موجب کاهش هزینه‌های مربوط به مراقبت‌های 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.

روش‌ها: در مطالعه حاضر که از نوع توصیفی تحلیلی بوده تعداد ۱۲۰ نفر از سالمندان(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 دموگرافیگ، رفتارهای ارتقادهنده سلامت ،خودکارآمدی، موانع و حمایت اجتماعی درک شده از رفتارهای ارتقادهنده سلامت) جمع‌آوری گردید. از آمار توصیفی و آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون ، t مستقل و آنالیز رگرسیون خطی چندگانه جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین نمره رفتارهای ارتقادهنده سلامت ۱۰/۷ ± ۵۷/۵ بود. میان خودکارآمدی و حمایت اجتماعی درک شده با رفتارهای ارتقادهنده سلامت به طور کلی و خرده مقیاس‌های مدیریت استرس، فعالیت بدنی، روابط اجتماعی بین‌فردی و پیشگیری ارتباط مثبت معنی‌دار مشاهده شد ($P< ۰/۰۰۱$). بین موانع درک شده و رفتارهای ارتقادهنده سلامت به طور کلی و خرده مقیاس مدیریت استرس رابطه معنی‌دار معکوس دیده شد.

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

واژه‌های 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 دریافت: ۱۳۹۲/۰۶/۰۸ **تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۰/۰۷**

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 وارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت,کمیته تحقیقات دانشجویی, دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی , تهران،ایران
۳. دانشجوی ارشد روان‌شناس 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

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]

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 استانداردی 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 مسؤولین 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 مسایلی است که توجه ویژه‌ای را می‌طلبد (۴) .

بر اساس بررسی‌ها درآمریکا ۲۹ درصد از هزینه مراقبت‌های پزشکی توسط سالمندان مصرف می‌شود. در حالی که این قشر ۱۲ درصد جمعیت امریکا را تشکیل می‌دهند. پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۴۰ رقمی در حدود ۵۰٪ کلیه خدمات پزشکی که درآمریکا 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 تحت‌تأثیر قرار دهند (۷) .

در بررسی مهناز 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 متغییرهای 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

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]

شده است و ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها مستقیماً با این رفتارها در ارتباط می‌باشد (۱۲) . رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در سالمندان، تأثیر بالقوه‌ای در پیشبرد سلامتی و کیفیت زندگی آنان داشته و به همان نسبت موجب کاهش هزینه‌های مربوط به مراقبت‌های 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 می‌باشد (۱۴-۱۳).
در الگوی ارتقاء سلامت، احساسات خاص درباره رفتار مانند خود کارآمدی ،موانع و حمایت اجتماعی درک شده، به صورت مستقیم رفتار را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد (۱۵) . موانع انجام رفتارهای ارتقادهنده سلامتی از قوی‌ترین پیشگویی‌کننده‌های پیروی از این فتارها هستند. شناخت موانع درک شده از رفتارهای ارتقاء سلامتی و کاهش آن‌ها می‌تواند به ارتقاء کیفیت مراقبت از بیماران و چگونگی برنامه‌ریزی خدمات آموزشی برای بیماران به منظور تغییر در رفتار کمک نماید (۱۷-۱۶). بررسی‌ها نشان می‌دهد چنان‌چه موانع درک شده بر منافع پیش‌بینی‌شده غالب آید، احتمال بروز رفتار کمتر می‌شود. به عبارتی دیگر، عمل فرد به وسیله توازن و عدم توازن بین نیروهای مثبت و منفی درک شده فرد بر رفتار بهداشتی او تعیین می‌شود (۱۸). مطالعات مختلف نشان می‌دهد 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 بیماری‌های مزمن (۲۲)، عدم وجود کلاس‌های آموزشی، و مشکلات مالی و موانع خانوادگی (۲۳) از موانع مهم عدم پیروی از رفتارهای ارتقاء سلامت هستند.
تفاوت عمده‌ای که بین کشورهای پیشرفته و کشورهای در حال توسعه نظیر ایران وجود دارد این است که دولت و مردم در کشور های توسعه یافته کاملا آماده هستند تا با چالش 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 این‌که طرح مراقبت ادغام یافته سلامت سالمندان به‌صورت 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 ارتقادهنده سلامت و عوامل مؤثردر 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، توام 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.

روش‌ها

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.

$$n = \frac{(Z1+Z2)(1-r^2)}{r^2} + 2$$

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 پرونده‌های خانوارهای دارای سالمند بالای ۶۵ سال موجود در مرکز بهداشت شهرستان دنا در سال ۹۰ با روش تصادفی ساده انتخاب گردیدند. ابزارگردآوری داده‌ها در این

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]

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 سالمندان بود. به منظور بررسی رفتارهای ارتقاسلامت 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 گردیدکه 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، تعلق گرفت. برای محاسبه نمره هر بعد از سبک زندگی سالم مجموع نمره کسب شده از سؤالات 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 (۷۵- ۵۰ ٪ نمره) و مطلوب (کسب ۱۰۰ – ۷۵ درصد نمره) میانگین نمره‌ها از ۱۰۰ محاسبه و تقسیم‌بندی صورت گرفت (۲۶) . برای اندازه‌گیری خود کارآمدی درک شده دراین مطالعه از نسخه فارسی مقیاس قابلیت سلامتی اسمیت و همکاران که 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 ((کاملا موافق))تا ((کاملا 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 پرسش 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 (۲۷) و نهایتا 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 ((کاملا موافق)) تا ((کاملا مخالف)) طراحی شده است که هرکدام از سه منبع ۴ آیتم رابه خود اختصاص داده‌اند. محدوده نمره قابل اکتساب در هر منبع بین ۴تا 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). دراین مطالعه از نسخه فارسی آن که توسط هاشم محمدیان و همکاران اعتبارسنجی شده استفاده گردید.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]

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 سالمند 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 spss20 استفاده شد.

یافته‌ها

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 می‌دادند. بیشتر سالمندان شرکت‌کننده در مطالعه بی‌سواد بودند (۷۸/۳ درصد). همچنین ۳۴/۲ درصد از آنان بدون حضور همسر زندگی می‌کردند. از لحاظ منبع درآمد ۶۸/۳ درصد متکی به خود و ۳۱/۷ وابسته به خانواده بودند. بر طبق نتایج حاصله ۳۱/۷ درصد نمونه‌ها درآمدشان را خوب و ۲۰/۸ درصد آن‌ها وضعیت درآمدشان را ضعیف توصیف کردند. تعداد سالمندان شهر و روستا تقریبا با هم برابر بود (۵۰/۸ در مقابل ۴۹/۲). در مجموع ۸۶/۶ درصد از سالمندان با همسر و اطرافیان و۱۳/۳ درصد تنها زندگی می‌کردند. (جدول ۱)

بر اساس جدول ۲ ، میانگین نمره کلی رفتارهای ارتقا سلامت ۵۷/۵ ±۱۰/۷ می‌باشد. 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 ارتقاءسلامت به صورت کلی ($P<۰/۰۰۱$) و خرده مقیاس‌های مدیریت استرس ($P=۰/۰۰۲$) ، فعالیت‌های بدنی ($P<۰/۰۰۱$) و روابط بین‌فردی($P=۰/۰۰۴$)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 درک شده از رفتارهای ارتقاءسلامت به ترتیب ۱۳/۵۰ ± ۵۹/۰۸ ، ۹/۶۴ ± ۲۵/۷۸ و ۱۳/ ۸۴ ± ۷۴/۲۰ بود. یافته‌های این مطالعه نشان داد میانگین نمره خودکارآمدی درک شده و موانع درک شده در دوجنس اختلاف معنی‌داری نداشت اما در مورد حمایت اجتماعی درک شده وضعیت مردان به طور معنی‌داری بهتر از زنان بود($P=۰/۰۰۷$). (جدول شماره ۳)

بررسی ارتباط میان رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت و خودکارآمدی، موانع و حمایت اجتماعی درک شده در جدول ۴ نشان داده شده است. یافته‌های این جدول نشان می‌دهد بین خودکارآمدی و رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت به طور کلی ($P<۰/۰۰۱$ و $r=۰/۴۵۱$) و خرده مقیاس‌های؛ مدیریت استرس ($P<۰/۰۰۱$ و$r=۰/۴۰۱$) ، فعالیت بدنی($P<۰/۰۰۱$ و $r=۰/۴۴۷$)، روابط اجتماعی بین‌فردی($P<۰/۰۰۱$ و$r=۰/۳۱۷$) و پیشگیری ($P<۰/۰۰۱$ و$r=۰/۳۲۷$) رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد به طوری که 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 اما بین خودکارآمدی درک شده و خرده مقیاس تغذیه سالم ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. بین موانع درک شده و رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت به طور

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]

کلی (r=-۰/۲۵۳وp=۰/۰۰۵) و خرده مقیاس مدیریت استرس (r=-۰/۴۲۷ و P<۰/۰۰۱) 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=۰/۴۷۳ و P<۰/۰۰۱)و خرده مقیاس‌های؛ مدیریت استرس (r=۰/۳۳۴ و P<۰/۰۰۱)، فعالیت بدنی (P=۰/۰۰۶ و r=۰/۲۵۰)، رفتار اجتماعی بین فردی(r=۰/۳۶ و P<۰/۰۰۱) و پیشگیری(r=۰/۳۳۷ و P<۰/۰۰۱)ارتباط مثبت معنی‌داری وجود دارد اما بین حمایت اجتماعی درک شده و خرده مقیاس تغذیه سالم ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد(P=۰/۰۹۵ و r=۰/۰۳۶).

آنالیز رگرسیون خطی چندگانه رابطه‌ی بین رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در سالمندان با خودکارآمدی، موانع و حمایت اجتماعی درک شده از رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت را به صورت زیر نشان داد:

$y=111.32 + 0.261X_1 + 0.240X_2 – 0.482X_3$ که در این رابطه Y نمایانگر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت، X_1، X_2 و X3 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).

جدول ۱. توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک سالمندان مورد بررسی

متغیر		تعداد	درصد
جنس	زن	۵۹	۴۹/۲
	مرد	۶۱	۵۰/۸
تحصیلات	بی سواد	۹۴	۷۸/۳
	ابتدایی	۲۲	۱۸/۳
	دیپلم	۳	۲/۵
	فوق دیپلم	۱	۰/۸
	لیسانس وبالا	۰	۰
وضعیت تأهل	متاهل	۷۹	۶۵/۸
	همسر جداشده	۰	۰
	همسر فوت شده	۴۱	۳۴/۲
سن	۶۵تا ۷۵ سال	۸۳	۶۹/۲
	بالای ۷۵ سال	۳۷	۳۲/۸
محل سکونت	روستا	۵۹	۴۹/۲
	شهر	۶۱	۵۰/۸
چگونگی زندگی سالمند	باهمسر	۷۵	۶۲/۵
	با فرزندان	۲۸	۲۳/۳
	اقوام	۱	۰/۸
	تنها	۱۶	۱۳/۳
توصیف درآمد	خوب	۳۸	۳۱/۷
	تاحدودی خوب	۱۳	۱۰/۸
	متوسط	۴۴	۳۶/۷
	ضعیف	۲۵	۲۰/۸
کسب درآمد	مستقل	۸۲	۶۸/۳
	وابسته به خانواده	۳۸	۳۱/۷

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]

جدول شماره ۲: توزیع میانگین وانحراف معیار نمره ی رفتارهای ارتقا ء دهنده سلامت در افرادسالمند مورد مطالعه به تفکیک حیطه های مورد بررسی در دو جنس

	رفتارهای ارتقا ء دهنده سلامت					
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 وانحراف 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
مرد	۶۱/۴۲ ±۱۳/۵۴	۲۵/۱۰ ±۱۰/۳۱	۷۷/۵۵ ±۱۲/۷۳
زن	۵۶/۶۷ ±۱۳/۱۴	۲۶/۴۹ ±۸/۹۲	۷۰/۷۳ ±۱۴/۱۹
کل	۵۹/۰۸ ±۱۳/۵۰	۲۵/۷۸ ±۹/۶۴	۷۴/۲۰ ±۱۳/۸۴
مقدار p	P=۰/۰۵۴	P=۰/۴۳۴	P=۰/۰۰۷

جدول شماره ۴: بررسی ارتباط میان خودکارآمدی،موانع و حمایت اجتماعی درک شده با رفتارهای ارتقا 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=۰/۴۵۱	r=۰/۴۰۱	r=۰/۴۴۷	r=-۰/۱۱۷	r=۰/۳۱۷	r=۰/۳۲۴
	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱	p=۰/۰۵۴	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱
موانع درک شده	r=-۰/۲۵۳	r=-۰/۴۲۷	r=-۰/۱۴۱	r=۰/۰۸۶	r=-۰/۱۵۳	r=-۰/۱۳۹
	p=۰/۰۰۵	p<۰/۰۰۱	p=۰/۱۲۴	p=۰/۳۴۸	p=۰/۰۹۶	p=۰/۱۳۰
حمایت اجتماعی درک شده	r=۰/۴۷۳	r=۰/۳۳۴	r=۰/۲۵۰	r=۰/۰۳۶	r=۰/۳۶	r=۰/۳۳۷
	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱	p=۰/۰۰۶	p=۰/۰۹۵	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]

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=۶۳۱

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 ۱۰/۷± ۵۷/۵ از ۱۰۰ می‌باشد که ۸۵٪(۱۰۲ نفر) آن‌ها سبک زندگی متوسط و فقط ۱۵٪(۱۸نفر) سبک زندگی مطلوب داشتند. لذا نتایج تحقیق فوق حاکی از آن است که رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت سالمندان درسطح مطلوبی نمی‌باشد که با مطالعات مشابه در این زمینه همخوانی دارد (۳۱-۳۰) ، این در حالی است که انجام رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت مهم‌ترین و مؤثرترین عامل در حفظ و ارتقاءسلامت سالمندان می‌باشد.

در این مطالعه میانگین خرده مقیاس‌های فعالیت فیزیکی و تغذیه از دیگر خرده مقیاس‌ها پایین‌تربود. 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 ما مطالعه Adams وهمکاران 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 سلامت سالمندان پیشنهاد می‌گردد برنامه‌های مداخله‌ای روی این رفتارها متمرکز گردد. همان‌طور که عنوان گردید رفتارهای مربوط به خرده مقیاس پیشگیری در این مطالعه 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 سالمندان مورد مطالعه و حرمت شرب خمر در دین اسلام، منطقی به نظر می‌رسد .

با توجه به این که در مطالعه ما میزان پایینی از سالمندان سبک زندگی مطلوب دارند (۱۵٪) لذا این نتیجه‌گیری ضرورت اقدام عملی در خصوص توجه به سبک زندگی سالمندان را مورد تأثیر و تأکید قرار می‌دهد. بر اساس نتایج این مطالعه میانگین نمره حمایت اجتماعی درک شده از رفتارهای ارتقاءسلامت در مردان بالاتر از زنان سالمند 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 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 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 درک شده در مطالعه ما نیز نشان داد میان حمایت اجتماعی درک 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 درک شده و خرده مقیاس تغذیه سالم

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]

ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. بیشترین حمایت اجتماعی درک شده از رفتارهای ارتقاءسلامتی مربوط به آیتم‌های " فرد خاصی منبع آسایش وآرامش من است" با میانگین نمره (۰/۹۸ ± ۶/۱۷) "، من از طرف خانواده حمایت وکمک عاطفی دریافت می‌کنم" (۰/۹۸ ± ۶/۱۴) و "من قادر به بیان مشکلات با دوستان و اقوامم 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 پیش‌بینی کننده رفتار را خودکارآمدی مطرح کرده است و در ۸۶٪ مطالعاتی که بر اساس مدل ارتقاءسلامت صورت گرفته، نقش خودکارآمدی به عنوان عامل پیش‌بینی کننده 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 آیتم‌های "هر چقدر تلاش کنم وضعیت سلامت من به آنچه می‌خواهم می‌رسد" با میانگین نمره (۰/۹۱ ± ۳/۷) ، "معمولا برنامه‌های سلامتی‌ام خوب جواب می‌دهد " با میانگین نمره (۰/۶۴ ± ۳/۵۵) و "من به طورکلی 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 ۰تا۳۶ که در مقایسه با این مطالعه وضعیت بهتری داشتند Acton . (۴۰) 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 ۳۳/۵و۲۴/۶ 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 آیتم‌های " 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 پیش‌بینی‌کننده‌ی نمره رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در سالمندان مورد مطالعه به ترتیب حمایت اجتماعی درک شده و خودکارآمدی درک شده می‌باشند و نمره موانع درک شده پیش‌بینی‌کننده‌ی تأثیرگذاری برای رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت نمی‌باشد. بنابراین درطراحی 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

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]

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 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 وقدردانی

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.

References

1. Mohammadi F، Dabbaghi 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].
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. Statiscal 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.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]

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. Unpuplished 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

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]

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

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]

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

Arash Salahshouri [1], Javad Harooni [2], Sara Salahshouri [3], Akbar Hassanzadeh [4], Firoozeh Mostafavi [5], Mazyar Molaei [6]

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

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]