

تعیین‌کننده‌های اجتماعی- جمعیتی سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت سالمندان (مطالعه موردی سالمندان شهر شیراز)

مجید موحد^۱، نسیمه زنجری^۲، رسول صادقی^۳

چکیده

این مقاله به بررسی سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت و تعیین‌کننده‌های اجتماعی- جمعیتی آن در میان سالمندان شهر شیراز می‌پردازد. داده‌ها با استفاده از روش پیمایش و ابزار پرسشنامه ساخت‌یافته و به شیوه مصاحبه با ۴۰۰ نفر از سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر گردآوری شده است. یافته‌ها نشان داد سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت سالمندان شهر شیراز در سطح متوسط است. همچنین شاخص سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت برحسب عوامل اجتماعی و جمعیتی متفاوت بوده است. نتایج مدل‌های رگرسیونی نشان داد که متغیرهای حمایت اجتماعی، خودکارآمدی سلامتی، تحصیلات، وضعیت سلامتی خودادراک، جنس، سطح توسعه محله، رفتارهای سلامتی

-
۱. دانشیار بخش جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی دانشگاه شیراز؛ mmovahed@rose.shirazu.ac.ir
 ۲. دانشجوی دکتری سلامت و رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی؛ zanjari.nz@gmail.com
 ۳. استادیار گروه جمعیت‌شناسی دانشگاه تهران؛ rassadeghi@ut.ac.ir

پیشین، ادراک پیری و ترتیبات زندگی، عوامل مهم و تعیین‌کننده سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت می‌باشند. در این میان، بیشترین تأثیرگذاری مربوط به حمایت اجتماعی بوده است. متغیرهای مذکور، در مجموع، حدود ۶۴ درصد واریانس متغیر وابسته را تبیین کرده‌اند. بعلاوه، مدل‌های تحلیل مسیر نیز نشان داد که علاوه بر متغیرهای مذکور که تأثیری مستقیم بر سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت داشته‌اند، متغیرهایی نظیر هویت طبقاتی، وضعیت شغلی، درآمد، قومیت، سن و محل تولد نیز بطور غیرمستقیم، آن را تحت تأثیر قرار داده‌اند.

واژگان کلیدی: سبک زندگی، ارتقای سلامت، حمایت اجتماعی، خودکارآمدی، وضعیت سلامتی ادراک شده، سالمندان، شیراز.

مقدمه

در دنیای کنونی سلامت تبدیل به یک موضوع مهم و محوری در مطالعات اجتماعی و جمعیتی شده است. سلامت به عنوان "آسایش کامل جسمانی، روانی و اجتماعی" تعریف شده است (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۸۴). در طبقه‌بندی سلامت دو رویکرد فکری عمده وجود دارد؛ رویکرد اول زنجیره سلامت - بیماری^۱ است که دو بخشی بودن سلامت و بیماری را نشان می‌دهد و رویکرد دوم، که از دهه‌ی ۱۹۷۰ به بعد شکل گرفته، سلامت را به‌عنوان یک پدیده گسترده از الگوی فرد-محیط^۲ در نظر می‌گیرد و بر این باور است که سلامت، خروجی الگوی کنش متقابل فرد-محیط در طول سال‌های زندگی است (ادلمن و مندل^۳، ۲۰۰۶: ۵). در هر دو رویکرد، پیشگیری از بیماری بسیار مهم و مورد تأکید است. در میان انواع سه‌گانه پیشگیری، پیشگیری نوع اول که مربوط به عموم جمعیت است مد نظر مطالعه حاضر می‌باشد. هدف از این نوع پیشگیری کاهش داوطلبانه فرد یا جمعیت نسبت به بیماری است و شامل دو بعد محافظت خاص و ارتقای سلامت است. "ارتقای سلامت" در پیشگیری از بیماری بر حفظ و تقویت

1. Wellness-illness continuum
2. Person-environment
3. Edelman and Mandel

سلامت عمومی افراد، خانواده و اجتماعات متمرکز است. این فعالیت هم در سطح عمومی مانند برنامه‌های ارتقای سلامت دولت و هم در سطح فردی رخ می‌دهد. دو نوع استراتژی فعال و غیر فعال مانند تغییر در سبک زندگی (به عنوان استراتژی فعال) و آب سالم (به عنوان استراتژی غیرفعال) در زمینه ارتقای سلامت قابل طرح است (ادلن و مندل، ۱۹۸۶: ۱۱-۰۱).

«ارتقای سلامت» فرایند توانمندسازی افراد برای افزایش کنترل عوامل مرتبط با سلامت و در نتیجه افزایش سلامت آنان است (دیویس و مکدوال،^۱ ۲۰۰۶: ۸). ارتقای سلامت تنها یک عنصر آگاهی بخش به عوامل شکل‌دهنده رفتار سالم نیست، بلکه بهترین راه برای تشویق افراد در دستیابی به آن است. نیل به این هدف، نیازمند تحلیل زیرگروه‌های مختلف اجتماعی - جمعیتی نظیر زن و مرد، پیر و جوان، فقیر و غنی، سیاه و سفید با آگاهی از اعتقادات، نگرش‌ها و منافع آنان است (بانتون و مکدونالد، ۲۰۰۲: ۸۵). به بیان دیگر، ارتقای سلامت برای رسیدن به هدف نهایی خود به طبقه‌بندی‌های جامعه‌شناختی نیازمند است. در بهبود و ارتقای سلامت جمعیت‌های متنوع، "سبک زندگی" به ویژه بُعد فرهنگی آن مانند تغییر در رژیم‌های غذایی نقش محوری دارد و در سیاست‌های ارتقای سلامت مهم تلقی می‌شود. بدین ترتیب، سبک زندگی از موارد مهمی است که در جامعه‌شناسی ارتقای سلامت مطرح شده است.

رفتارهای ارتقای سلامت و یا سبک زندگی سالم به عنوان یک الگوی چند بُعدی از کنشی خودآغاز و ادراکات فردی است که جهت حفظ و کنترل سطوح سلامت، خود شکوفایی و رضایتمندی فرد مطرح می‌شود (کورتز،^۲ ۱۹۹۶: ۸). یکی از ابعاد ارتقای سلامت که در اواخر قرن بیستم ظهور کرده است، رابطه بین سلامت، زندگی سالم و سالمندی مثبت و موفقیت‌آمیز در دوران سوم زندگی (یعنی دوره سالمندی) است.

1. Davies and Macdowall
2. Kurtz

توجه ویژه و در حال روز افزون به مبحث ارتباط سبک زندگی و سلامت در نتیجه فرایند سالخورده‌گی جمعیت، ظهور و اوج بیماری‌های مزمن در این دوران و مبارزه با اثرات شدید وضعیت بیولوژیکی افراد در دوران سالمندی می‌باشد. با توجه به این خط سیر، شیوه مثبت یا منفی سالمندی در این دوران به طور عینی تنها یک وضعیت فیزیکی نمی‌باشد که توسط روش‌های پزشکی کشف شده باشد، بلکه به طور اجتماعی نیز توسط طبقه‌بندی اخلاقی و ترجیحات اجتماع سالمندی ساختار یافته است (نتلتون و نتلتون^۱، ۲۰۰۵: ۱۷۵). همراه شدن ویژگی‌های خاص فیزیکی و زیست‌شناختی دوران سالمندی و تصورات جامعه از افراد سالمند خود نقطه عطف بین ارتقای سلامت و سالمندی است که در آن پیر شدن به عنوان یک مسئله اجتماعی ظهور کرده است. جدای از فرایند داغ‌گذاری و تصورات قالبی منفی نسبت به افراد سالمند، افزایش تعداد سالمندان در جامعه، خود به تنهایی می‌تواند یک پدیده اجتماعی قابل بررسی باشد.

در حال حاضر در ایران هر چند نسبت جمعیت سالمندان ۶۰ سال به بالا کمتر از ۱۰ درصد است، اما این نسبت با توجه به تغییرات ساختار سنی جمعیت در حال افزایش بوده و از دهه ۱۴۲۰ به بعد فاز سالخورده‌گی جمعیت آغاز خواهد شد (صادقی و فرجادی، ۱۳۸۸). از اینرو، ضروری است اقدامات مناسب در جهت حفظ و ارتقاء سطح سلامت این قشر به عمل آید. باید توجه داشت که به جزء بُعد جسمانی، تصورات قالبی منفی نیز روی سلامت سالمندان تأثیر بسزایی دارد. بعلاوه، سبک زندگی و حتی ترتیبات زندگی سالمندان می‌تواند اثرات مهمی بر روی سلامت افراد بگذارد و زندگی طولانی‌سالمی را برای آنان به ارمغان آورد. با توجه به این روندها، مطالعه ابعاد مختلف زندگی سالمندان می‌تواند بر کیفیت زندگی آنان تأثیر مثبت داشته باشد. تحقیقات انجام شده در زمینه سالمندان در ایران حاکی از این است که وضعیت سلامت این قشر، در سطحی ضعیف یا متوسط است (عالیپور، ۱۳۸۴؛ ستاری، ۱۳۸۵).

1. Bunton & Nettleton

تنها راه عادی‌سازی فرایند سالمندی که به عنوان مسئله مطرح است، سبکی از سالمندی است که "سالمندی مثبت" را تجویز کند و این سالمندی مثبت در سبک زندگی افراد نمود پیدا کند. با توجه به نکات مطرح شده، سلامت افراد سالمند، الگوها و تعیین‌کننده‌های آن یکی از مهم‌ترین موضوعات مرتبط با خدمات سلامت و بخش عمومی است که نیازمند فهم ابعاد بیولوژیکی و اجتماعی پیر شدن است؛ چراکه بر خلاف افزایش امید زندگی، پیری با افزایش بیماری و وابستگی همراه است (کوین^۱، ۲۰۰۵: ۱۱۵). علاوه بر اینها، تجربه و درک پیری نیز یکی از مهم‌ترین مفاهیم برای میانسال‌ها و افراد مسن است که ارتباط مستقیمی با سلامت و رفتارهای آنان دارد (لوی و دیگران ۲۰۰۲؛ لوی ۲۰۰۳؛ لوی و میرز^۲ ۲۰۰۵).

بهبود و تأمین سلامت سالمندان به عنوان یک گروه، سلامت جامعه را نیز افزایش می‌دهد. مطالعه سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت و عوامل اجتماعی و جمعیتی مرتبط با آن، هم می‌تواند برای گروه سالمندان و هم برای سایر گروه‌های جمعیتی (نظیر جوانان و میانسالان) جهت آماده‌سازی برای یک سالمندی مثبت و سالم در جامعه و برنامه‌ریزی در مورد آنان مفید باشد. علاوه بر اینها، وجود خلأها و کمبودهای تحقیقاتی پیرامون موضوع سبک زندگی ارتقای سلامت سالمندان و تعیین‌کننده‌های اجتماعی و جمعیتی آن در ایران با توجه به افزایش جمعیت سالمند، ضرورت مطالعه و تحقیق در این حوزه را اجتناب‌ناپذیر می‌سازد.

بر این اساس، در این پژوهش از رویکرد فرد- محیط به موضوع سلامت نگریسته شده و در مراحل اولیه پیشگیری سلامت با استراتژی فعال به دنبال بررسی وضعیت ارتقای سلامت و عوامل اجتماعی- جمعیتی مرتبط با آن در میان سالمندان می‌باشد. در این راستا، سالمندان ۰۶ ساله و بالاتر شهر شیراز به عنوان گروه هدف مطالعه انتخاب و

1. Kevin
2. Levy & Myers

به دنبال پاسخ به این پرسش کلیدی هستیم؛ سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در میان سالمندان چگونه است و تعیین‌کننده‌های اجتماعی و جمعیتی آن کدامند؟

پیشینه تحقیق

مطالعات بسیاری در کشورهای دیگر در زمینه سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت سالمندان انجام گرفته است (برای مثال آدامز^۱ و دیگران^۲، استوکرت^۳، ۲۰۰۰، بولاند^۴، بالتروس^۵، کالاجان^۶، اونس^۷، هنریتا^۸، لی^۹، ۲۰۰۶، سندرس^{۱۰}، کیم^{۱۱}، ۲۰۰۹). مطالعات مذکور بر اساس مدل پندر^{۱۱} انجام گرفته و مدل وی را تأیید کرده‌اند. در اکثر مطالعات تأکید بیشتر بر خودکارآمدی سلامت به‌عنوان تعیین‌کننده اصلی سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت نهاده شده است. حتی در برخی از این مطالعات (نظیر اونس ۲۰۰۶) خودکارآمدی به‌عنوان تنها متغیر پیش‌بینی‌کننده رفتار ارتقای سلامت بوده است. بعلاوه برخی عوامل زمینه‌ای نظیر تحصیلات، درآمد و جنس نیز به‌عنوان متغیرهای مستقل تأثیرگذار بر سبک زندگی ارتقای سلامت بوده‌اند. مطالعات داخلی اندکی در خصوص ارتقای سلامت سالمندان انجام گرفته است (مروتی و همکاران^{۱۳۸۳}، مروتی^{۱۳۸۴}، حبیبی سولا^{۱۳۸۷} و^{۱۳۸۶}، بالجانی^{۱۳۸۹}). در مطالعه مروتی (۱۳۸۴)، ۱۰۲ سالمند به صورت گروه شاهد و مورد، بر اساس مدل پندر بررسی شدند. نتایج آن نشان داد خودکارآمدی سلامت مهمترین متغیر تأثیرگذار بر سبک زندگی ارتقای سلامت بوده است، همچنین در این مطالعه حمایت دینی نیز در

1. Adams
2. Stockert
3. Boland
4. Ballesteros
5. Callaghan
6. Owens
7. Henrieta
8. Lee
9. Sanders
10. Kim
11. Pender

کنار عوامل مورد اشاره پندر به عنوان یکی دیگر از عوامل مؤثر بررسی شده است. در مطالعات سولا (۱۳۸۷ و ۱۳۸۶) و بالجانی (۱۳۸۹) بیشتر بُعد فیزیکی و تغذیه از میان ابعاد سبک زندگی ارتقای سلامت مورد توجه قرار گرفته که بر روی کیفیت زندگی تأثیرگذارند. این مطالعات در حوزه بهداشت و آموزش بهداشت انجام شده‌اند. علاوه بر اینها، مطالعات دیگری به بررسی سلامت یا ابعاد کیفیت زندگی سالمندان پرداخته‌اند (شیخی ۱۳۸۰، کلدی و همکاران ۱۳۸۰، سالاروند ۱۳۸۶، صالحی و همکاران ۱۳۸۷، میرزایی و شمس قهفرخی ۱۳۸۸، قاضی طباطبایی و کوششی ۱۳۸۸، مومنی و کریمی ۱۳۸۹، شریف زاده و همکاران ۱۳۸۹). در این مطالعات موضوعات مختلفی مانند پایین بودن سلامت سالمندان و عوامل اجتماعی- جمعیتی مرتبط با آن بررسی شده است.

ملاحظات نظری

نظریه‌ها و مدل‌های بسیاری در زمینه ارتقای سلامت وجود دارند. این نظریات را در سه سطح اکولوژیکی فردی، بین فردی، و اجتماعی می‌توان تقسیم کرد. در سطح فردی، مدل اعتقاد بهداشتی، نظریه انگیزه مربوط به محافظت، مدل مهارت رفتاری مربوط به انگیزه و اطلاعات، نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده (نظریه کنش منطقی)، تئوری فرانظری (مراحل تغییر و فرایند تغییر)، مدل فرایند سازگاری مربوط به احتیاط، مدل احتمال پیچیدگی، در سطح بین فردی، نظریه شناخت اجتماعی (نظریه یادگیری اجتماعی) و در سطح اجتماع، نظریه انتشار نوآوری، مدل‌های یاری‌دهنده ذاتی، نظریه‌های سازمان‌دهی اجتماع، نظریه تغییر سازمان‌یافته مطرح شده است (فراست و زاگرم^۱، ۲۰۰۸).

مدل نظری استفاده شده در این مقاله از سه مورد از نظریه‌های مذکور بهره گرفته است؛ نظریه اول "نظریه کنش منطقی" است که مدعی است قصد رفتاری مقدم بر رفتار بوده و به وسیله نگرش نسبت به رفتار و هنجار ذهنی مشخص می‌گردد. نگرش نسبت به رفتار شامل احساس تمایل یا تنفر کلی شخص نسبت به هرگونه رفتار مشخص بوده

1. Frost and Zuckerman

و توسط باورهای رفتاری (باورهایی مبنی بر اینکه انجام یک رفتار مشخص منجر به پیامدهای معین می‌گردد) و ارزشیابی‌های پیامد (ارزشی که شخص برای هرگونه پیامد ناشی از انجام یک رفتار مشخص می‌نهد) تعیین می‌شود. اوایل دهه ی ۱۹۹۰، آیزن^۱ و فیش بین^۲ که پایه‌گذاران این نظریه می‌باشند، ساختار کنترل رفتاری درک شده (اینکه چقدر شخص احساس می‌کند که مطابق با راستای رفتار مشخص برخورد می‌نماید) را به نظریه کنش منطقی افزودند و "نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده"^۳ را بنا نهادند. ساختار کنترل رفتاری درک شده وابسته به باورهای کنترل (باورهایی در مورد عوامل داخلی و خارجی که می‌توانند باعث جلوگیری یا تسهیل انجام رفتار گردند) و قدرت درک شده (درک این موضوع که چقدر انجام رفتار مورد نظر در هر شرایطی که در قالب باورهای کنترل تعریف شده است آسان یا دشوار می‌باشد)، است.

نظریه دوم، "نظریه شناخت اجتماعی" باندورا^۴ است که نظریه یادگیری اجتماعی نیز نامیده می‌شود. این نظریه به تشریح رفتار انسانی به صورت علیت مثلثی شکل می‌پردازد که سه گوشه آنرا رفتار، محیط و عوامل شخصی (نظیر شناخت‌ها، عواطف و رویدادهای زیست شناختی) تشکیل می‌دهند. پنج قابلیت اساسی انسان بر طبق این نظریه توصیف می‌شود: قابلیت نمادسازی (استفاده از نمادها در نسبت دادن معنی به تجارب)، قابلیت جانشینی (یادگیری از طریق مشاهده رفتار دیگران و عواقبی که با آن مواجه می‌شوند)، قابلیت آینده‌نگری (اکثر رفتارها هدفمند بوده و به وسیله تفکرات پیشین تنظیم می‌شود)، قابلیت خودتنظیمی (تنظیم استانداردهای داخلی و واکنش‌های خودارزشیابی برای رفتار خود)، و قابلیت خود انعکاسی (تحلیل تجارب و اندیشیدن و فرآیندهای فکری خود) (شارما^۵، ۲۰۰۸).

1. Ajzen
2. Fishbein
3. Planned Behavior Theory
4. Bandura
5. Sharma

نظریه سوم، که به طور مستقیم مربوط به سالمندی و سلامت است، "نظریه ادراک پیری و تصورات قالبی نهادینه شده از پیری" است. یکی از مهمترین تلاش‌ها در نظریه‌پردازی ادراک پیری توسط بکا لوی^۱ صورت گرفته است. نظریه لوی با نام "نظریه تجسم تصور قالبی"^۲ نیز شناخته شده است. این نظریه به طور خاص تاکید بر تاثیر تصورات قالبی سنی بر روی سلامت دارد. این تصورات قالبی روی حافظه، بیماری‌های قلبی- عروقی و حتی طول عمر تاثیر می‌گذارد. بر اساس نظریه لوی فرایندی که در آن افراد خود ادراکی از دوران پیری بدست می‌آورند در چند مرحله آشکار می‌شود؛ ابتدا تصورات قالبی در طول زندگی قبل از دوران پیری در فرد نهادینه می‌شود، اما بر روی خود ادراکی فرد اثری نمی‌گذارد. اما زمانی که افراد به صورت رسمی یا غیر رسمی سالمند خوانده شدند، تصورات قالبی سنی تبدیل به تصورات قالبی خودشان می‌شود و این زمانی است که مستقیماً توسط دیگران به عنوان عضوی از گروه سالمندان طبقه‌بندی می‌شوند، مرحله بعدی شامل هویت‌یابی درون گروهی سالمندان است (لوی و همکاران، ۲۰۰۳: ۱۳۲). بر این اساس، تصورات قالبی منفی اگر در سالمند شکل گرفته باشد، باعث می‌شود که فرد رفتارهای سلامتی را بیهوده بداند و بر روی خودکارآمدی وی تاثیر گذارد، در مقابل تصورات قالبی مثبت بر روی مشارکت فرد در رفتارهای سلامت تاثیر مثبتی دارد (لوی و مایرز^۳، ۲۰۰۵).

نظریه‌های فوق به‌عنوان نظریه‌های پایه رفتارهای ارتقاء سلامت شناخته شده‌اند. بر مبنای آنها یک سری مدل‌های نظری شکل گرفته که معروفترین آنها "مدل باورهای سلامت رفتار" (بکر، ۱۹۷۴) و "مدل ارتقاء سلامت"^۴ (پندر، ۱۹۸۷) است. این دو مدل نظری در زمینه ساختار عوامل تعیین‌کننده رفتارهای ارتقاء سلامت شبیه هم هستند و به متغیرهای ادراکی شناختی، متغیرهای تغییردهنده و علت کنش اشاره می‌کنند. تفاوت

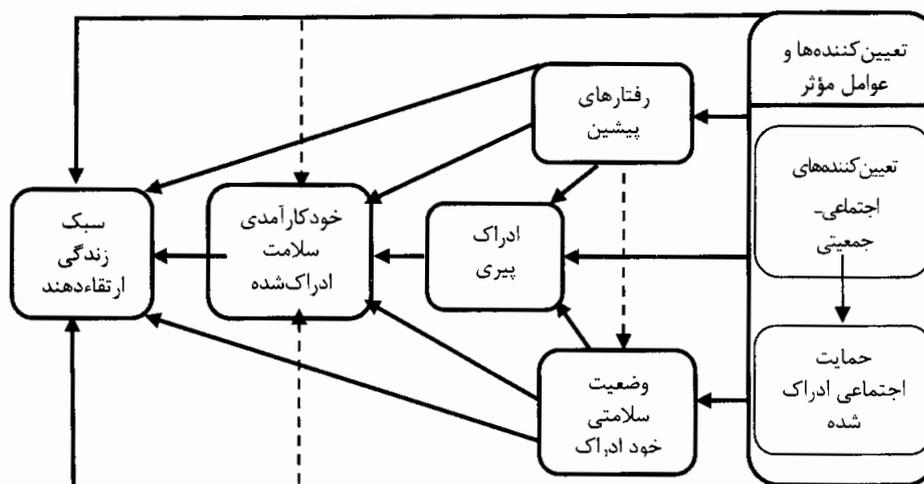
1. Becca Levy
2. Stereotype Embodiment Theory (SET)
1. Levy and Mayers
4. Health promoting model

این دو مدل در این است که در مدل باور سلامت بر کاهش فرصت گسترش بیماری‌های خاصی تاکید می‌شود، ولی در مدل ارتقاء سلامت رفتارهای افراد مستقیماً سطوح سلامت و بهزیستن را افزایش می‌دهد. در تحقیق حاضر از مدل ارتقای سلامت پندر (MPH) به دلیل کامل بودن و در نظر گرفتن ارتباط فرد و محیط به عنوان چارچوب مفهومی و نظری تحقیق استفاده شده است.

پایه نظری مدل ارتقای سلامت پندر، نظریه‌های یادگیری اجتماعی (شناخت اجتماعی)، نظریه‌های کنش منطقی و رفتار برنامه‌ریزی شده است. در این مدل رفتارهای مقبول به ارتقای سلامت مربوط می‌شوند و هدف نهایی این رفتارها کسب بالاترین سطح سلامت و خود فهمی می‌باشد (نیکولیچی بارت،^۱ ۱۹۹۷: ۱۳). بدلیل اینکه سلامت هم فردی و هم اجتماعی می‌باشد؛ مدل ارتقای سلامت فقط بر فرد تمرکز نکرده و به طور مساوی بر مداخله سازمانی، محیطی و اقتصادی برای حمایت و انسجام رفتارهای ارتقای سلامت فردی و سبک زندگی افراد تاکید دارد. در مدل ارتقای سلامت، اثرهای بین فردی (محیط اجتماعی)، عوامل موقعیتی (انتخاب‌های در دسترس ارتقای سلامت) و عوامل رفتاری (تجارب قبلی با کنش‌های ارتقای سلامت) با تأثیر بالقوه برای درگیر شدن در رفتارهای ارتقای سلامت، نقش دارند. این مدل اکولوژیکی سلامت که اجتماع، فرهنگ و بافت فیزیکی سلامت را در نظر گرفته است در مرکز مفهومی بررسی رفتارهای ارتقای سلامت قرار گرفته است (پندر، ۲۰۰۶).

با توجه به مدل‌ها و رویکردهای نظری مذکور، به‌ویژه مدل ارتقای سلامت پندر، و پیشینه تجربی تحقیق جهت نیل به هدف اصلی مطالعه که بررسی سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت و تعیین‌کننده‌های اجتماعی و جمعیتی است، مدل مفهومی-تحلیلی تحقیق به صورت شکل ۱ تهیه شده است.

شکل ۱: مدل مفهومی - تحلیلی تحقیق



روش و داده‌ها

تحقیق حاضر از روش پیمایش و ابزار خاص آن یعنی "پرسشنامه ساخت‌یافته" به گردآوری داده‌های مورد نیاز در میان سالمندان شهر شیراز پرداخته است. جامعه آماری مورد مطالعه شامل افراد ۰۶ سال و بالاتر شهر شیراز می‌باشد که بر اساس سرشماری ۱۳۸۵، جمعیتی که در این رده سنی قرار داشتند ۸۶۴۴۴ نفر بودند. از این تعداد ۵۱/۷ درصد مرد و ۴۸/۳ درصد زن بوده‌اند. محاسبه حجم نمونه بر مبنای فرمول کوکران و با فرض بیشترین پراکندگی متغیرهای مورد مطالعه ($p=0/5$ و $q=0/5$)، دقت احتمالی (d) ۵ درصد و احتمال خطای نمونه‌گیری حداکثر ۵ درصد بوده است، بر این اساس حجم نمونه معادل ۳۸۲ نفر به دست آمد. با اینحال در تحقیق تعداد نمونه را اندکی افزایش داده و به ۴۰۰ نفر رسانیدیم. انتخاب نمونه مورد نظر به صورت نمونه‌گیری چندمرحله‌ای (طبقه‌ای متناسب و تصادفی سیستماتیک) انجام گرفته است. در این فرایند، ابتدا تعداد و نسبت سالمندان بر اساس مناطق هشت‌گانه شهرداری شهر شیراز

در سرشماری ۱۳۸۵ مشخص شد. سپس نسبت سالمندان در مناطق مذکور را در جمعیت نمونه تعیین کردیم. در ادامه و بعد از مشخص شدن تعداد نمونه در هر کدام از مناطق شهر به صورت تصادفی در هر منطقه دو الی سه محله انتخاب شده و در درون محله‌ها به شیوه تصادفی سیستماتیک به درب منازل مراجعه، و خانواده‌های دارای سالمند ۶۰ ساله و بالاتر را شناسایی و با افراد نمونه مصاحبه حضوری به عمل آمد.

در بررسی ارتقای سلامت افراد با توجه به این تعریف که چه میزان هر فردی در رفتارهای ارتقای سلامت شرکت می‌کند، از پرسشنامه سبک زندگی ارتقاءدهنده‌ی سلامت^۱ پندر استفاده شده است. این پرسشنامه شامل شش زیرمقیاس؛ مسئولیت سلامت، فعالیت جسمانی، تغذیه، رشد روحی، روابط بین فردی و مدیریت استرس است. البته با توجه به زیاد بودن سوالات پرسشنامه پندر و عدم سنخیت برخی گویه‌های آن با جامعه ایران و نتایج پیش‌آزمون پرسشنامه و همچنین بر اساس انجام مصاحبه عمیق با سالمندان توسط نگارنده دوم مقاله قبل از اجرای پیمایش، ۱۲ گویه برای پرسشنامه نهایی انتخاب و مورد پرسش قرار گرفت.

حمایت اجتماعی بر اساس پرسشنامه چند بُعدی حمایت اجتماعی (زیمت و همکاران^۲، ۱۹۸۸) در سه بُعد خانواده، دوستان و دیگران خاص (فامیل) و در قالب ۹ گویه سنجش شده است. رفتارهای پیشین بر اساس تجربه‌ی رفتاری افراد در طول زندگی در ارتباط با تغذیه سالم، ورزش، و عدم استعمال دخانیات پرسش شده است. همچنین، برای بررسی درک افراد از دوران سالمندی خود از پرسشنامه ادراک پیری^۳ بارکر^۴ و همکاران (۲۰۰۷) در قالب ۱۴ گویه استفاده شده است

وضعیت سلامتی ادراک شده از پاسخگویان در قالب سه گویه که وضعیت سلامت جسمی، روانی، و عمومی خود را چگونه ارزیابی می‌کنند، پرسیده شده است.

1. HPLP2
2. Zimet & et al
3. APQ
4. Barker & et al

خودکارآمدی سلامتی ادراک شده که ارزیابی از باور سالمندان درباره توانایی آنان برای شرکت کردن در رفتارهای ارتقای سلامت است، با استفاده از مقیاس ۸ گویه‌ای ارائه شده توسط اسمیت و همکاران^۱ (۱۹۹۵) با نام صلاحیت سلامت فردی^۲ سنجیده شده است.

ضریب آلفا برای مفاهیم و شاخص‌های مذکور در جدول شماره ۱ نشان داده شده است که بیانگر همسانی درونی و روایی بالای شاخص‌ها و مقیاس‌های مورد بررسی است.

علاوه بر اینها، در بررسی تعیین‌کننده‌های اجتماعی- جمعیتی متغیرهایی نظیر سن، جنس، تحصیلات، وضعیت شغلی، قومیت، درآمد، هویت طبقاتی، ترتیبات زندگی، و محل تولد مدنظر بوده است.

یافته‌های تحقیق

در این بخش از مقاله ابتدا به توصیف ویژگی‌های جمعیتی نمونه پرداخته، سپس میزان و سطوح سبک زندگی ارتقای سلامت سالمندان را اندازه‌گیری و ارائه می‌کنیم، در نهایت به شناخت و بررسی تعیین‌کننده‌های اجتماعی- جمعیتی آن با استفاده از آزمون‌های چندمتغیره می‌پردازیم.

بررسی ویژگی‌های جمعیتی نمونه نشان می‌دهد که ۱۵/۲ درصد (۲۰۵ نفر) نمونه مورد بررسی را مردان و ۴۸/۸ درصد (۱۹۵ نفر) را زنان تشکیل می‌دهد. ترکیب جنسی افراد نمونه با ترکیب جنسی سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر شهر شیراز در سرشماری ۱۳۸۵ منطبق بوده است؛ نتایج سرشماری مذکور نشان می‌دهد که ۱۵/۷ درصد سالمندان شهر شیراز مرد و ۴۸/۳ درصد زن بوده‌اند. همچنین، ۱۳/۸ درصد افراد نمونه مورد بررسی ۶۰ تا ۶۴ ساله بوده‌اند، ۳۲/۵ درصد ۹۶-۵۶ ساله، ۰۲/۵ درصد ۴۷-۰۷ سال و

1. Smith et al
2. PHCS

در نهایت ۲۴/۲ درصد ۷۵ ساله و بیشتر بوده‌اند. توزیع سنی افراد نمونه با توزیع سنی جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر شهر شیراز در سرشماری ۱۳۸۵ تقریباً منطبق بوده است؛ بر اساس نتایج سرشماری مذکور از جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر شهر شیراز، ۲۹/۲ درصد در گروه سنی ۶۰-۶۴ ساله، ۲۳/۶ درصد در گروه سنی ۶۵-۶۹ ساله، ۲۰/۵ درصد در گروه سنی ۷۰-۷۴ ساله و ۲۶/۷ درصد در گروه سنی ۷۵ ساله و بیشتر قرار داشته‌اند (نشریه شهرها، مرکز آمار ایران، ۱۳۸۸).

حدود سه پنجم (۶۹/۵٪) افراد نمونه در زمان مطالعه دارای همسر بودند. این نسبت برای مردان ۸۷/۸ درصد و برای زنان ۵۰/۳ درصد بوده است. به بیان دیگر، نسبت بیوه‌گی در زنان سالمند چهار برابر بیشتر از مردان سالمند بود. بر اساس نتایج سرشماری ۱۳۸۵ نسبت افراد دارای همسر ۶۰ ساله و بالاتر در مناطق شهری استان فارس برای هر دو جنس، مردان و زنان، به ترتیب، ۶۹/۸٪، ۹۰/۳٪، و ۴۸/۵٪ بوده است. همچنین میزان باسوادی افراد نمونه حدود ۶۰ درصد بوده است که رقمی بیشتر از نتایج سرشماری (۴۸٪) است، این وضعیت بیانگر مقداری تورش در نمونه مورد بررسی است. بیش از دو پنجم مردان سالمند نمونه (۴۲٪) هنوز در بازار فعالیت و اشتغال بودند، این میزان در سرشماری ۱۳۸۵ برای سالمندان شهر شیراز ۳۴ درصد بوده است. میزان اشتغال برای زنان سالمند نمونه حدود یک درصد بوده است.

حدود ۷۰ درصد پاسخگویان متولد شهر (عمدتاً شهر شیراز) و حدود ۸۷ درصد پاسخگویان فارس زبان بودند. بر اساس یافته‌ها نیمی از سالمندان در کنار همسر و فرزندان خود زندگی می‌کردند. متوسط درآمد ماهانه خانوار سالمندان مورد بررسی ۶۵۶ هزار تومان بوده است. به لحاظ احساس تعلق طبقاتی حدود ۱۷ درصد به طبقه پایین، ۱۸ درصد به طبقه متوسط پایین، ۳۸/۵ درصد به طبقه متوسط، ۱۷/۵ درصد به طبقه متوسط بالا و ۹ درصد به طبقه بالا تعلق داشته‌اند.

علاوه بر ویژگی‌های جمعیتی نمونه، وضعیت سالمندان مورد مطالعه به لحاظ برخی ابعاد و عوامل اجتماعی و روانشناختی مرتبط با سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در

تعیین‌کننده‌های اجتماعی- جمعیتی سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت سالمندان...

قالب یک سری گویه‌ها و شاخص‌ها مورد بررسی قرار گرفت. این ابعاد و عوامل همان طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود شامل؛ حمایت اجتماعی ادراک شده، خودکارآمدی سلامتی ادراک شده، ادراک پیری، رفتارهای پیشین سلامتی، و وضعیت سلامتی خودادراک می‌باشند. وضعیت سالمندان مورد بررسی در ابعاد مذکور در سطح متوسط بوده است.

جدول ۱. سبک زندگی ارتقای سلامت سالمندان شهر شیراز و ابعاد اجتماعی و

روانشناختی مرتبط با آن، ۱۳۹۰

ابعاد اجتماعی و روانشناختی	ضریب آلفای کرونباخ	تعداد گویه	طیف پاسخی	میانگین	میانه	سطوح (%)		
						پایین	متوسط	بالا
حمایت اجتماعی ادراک شده	۰/۸۵	۹	۵ تا ۱	۲۹/۳۰	۳۰/۰	۱۸/۸	۶۳/۵	۱۷/۸
خودکارآمدی سلامتی ادراک شده	۰/۸۳	۸	۵ تا ۱	۳۰/۷۴	۳۲/۰	۱۸/۸	۶۳/۲	۱۸/۰
ادراک پیری	۰/۸۷	۱۴	۵ تا ۱	۴۲/۳۱	۴۲/۰	۱۶/۵	۶۳/۳	۲۰/۲
رفتارهای سلامتی پیشین	۰/۶۷	۳	۳ تا ۰	۴/۵۶	۵/۰	۱۵/۸	۶۴/۵	۱۹/۵
وضعیت سلامتی خودادراک	۰/۸۹	۳	۴ تا ۱	۷/۳۰	۸/۰	۲۴/۰	۶۳/۰	۱۳/۰
سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت	۰/۸۴	۲۱	۳ تا ۰	۳۳/۶	۳۴/۰	۱۹/۵	۶۷/۸	۱۲/۸

همانطور که پیشتر اشاره شد "سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت" به عنوان متغیر وابسته در این مطالعه در نظر گرفته شده است. این مفهوم در شش بُعد یا زیرمقیاس (شامل تغذیه، مسئولیت سلامت، فعالیت جسمانی، روابط بین فردی، رشد روحی و مدیریت استرس) و در قالب ۲۱ گویه که دامنه پاسخ‌های هر گویه از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری شده است، مورد اندازه‌گیری قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که بیشترین میانگین در میان ابعاد سبک زندگی ارتقای سلامت مربوط به تغذیه و کمترین آن مربوط به فعالیت جسمانی می‌باشد. توجه به تغذیه در سنین بالا با توجه به افزایش بیماری‌هایی نظیر چربی خون جایگاه ویژه‌ای را به خود اختصاص می‌دهد و این در حالی است که بسیاری از این

بیماری‌ها ریشه در رعایت نکردن تغذیه سالم در طول زندگی افراد دارد. فعالیت‌های فیزیکی نیز در سنین ۶۰ سال به بالا به دلیل کند شدن تحرک و مشکلات جسمانی و همچنین نهادینه نشدن ورزش‌های سبک و همگانی، میانگین پایینی را دارا می‌باشد.

بعلاوه بیشترین میانگین‌ها در گویه‌های هر کدام از ابعاد یا زیر مقیاس‌ها که بیانگر توجه و رعایت بیشتر آن سبک رفتاری است، بدین صورت می‌باشد: در تغذیه بیشترین میانگین مربوط به گویه "رعایت رژیم‌های غذایی کم چرب"، در مسئولیت سلامت مربوط به گویه "مراجعه به پزشک در صورت دیدن هرگونه نشانه غیر معمول"، در فعالیت‌های جسمانی، مربوط به گویه "فعالیت‌های جسمی سبک مانند پیاده‌روی"، در روابط بین فردی مربوط به گویه "به راحتی ابراز کردن محبت و مهربانی به دیگران"، در بُعد رشد روحی مربوط به "اعتقاد به هدفمند و بیهوده نبودن زندگی" و در زیرمقیاس مدیریت استرس مربوط به گویه "داشتن خواب کافی" بوده است. در مقابل، کمترین میانگین در هر کدام از زیر مقیاس‌ها، که بیانگر شیوع کمتر آن سبک رفتاری در بین سالمندان است، همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود بدین صورت بوده است: در زیرمقیاس تغذیه کمترین توجه سالمندان به رفتار "مصرف کم شکر و شیرینی" دارند. در مسئولیت سلامت کمترین میانگین مربوط به گویه "شرکت در برنامه‌های آموزشی بهداشت فردی"، در زیرمقیاس فعالیت‌های فیزیکی مربوط به گویه "شرکت در فعالیت‌های ورزشی سرگرم‌کننده"، در زیر مقیاس روابط بین فردی مربوط به "صحبت با نزدیکان راجع به نگرانی‌ها، دلواپسی‌ها"، در زیر مقیاس رشد روحی کمترین میانگین مربوط به گویه "دنبال تجربه‌ها و آموخته‌های جدید بودن" و در زیرمقیاس مدیریت استرس کمترین توجه در "بکارگیری شیوه‌های خاص کاهش اضطراب و استرس" بوده است.

جدول ۲. وضعیت پاسخگویان در سبک زندگی ارتقای دهنده سلامت، ابعاد و زیرمقیاس‌ها آن

ابعاد سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت	تعداد گویه	میانگین	بیشترین و کمترین میانگین نمرات در گویه‌های مربوط به هر یک از ابعاد	
			بیشترین	کمترین
تغذیه	۴	۱/۹۰	رعایت رژیم‌های غذایی کم چرب	مصرف کم شکر و شیرینی
مسئولیت سلامت	۴	۱/۳۲	مراجعه به پزشک در صورت دیدن هرگونه نشانه غیر معمول	شرکت در برنامه‌های آموزشی بهداشت فردی
فعالیت جسمانی	۳	۱/۱۰	فعالیت‌های جسمی سبک مانند پیاده روی	شرکت در فعالیت‌های ورزشی سرگرم‌کننده مانند شنا
روابط بین فردی	۴	۱/۸۰	به راحتی ابراز کردن محبت و مهربانی به دیگران	صحبت با نزدیکان راجع به نگرانی‌ها، دلوایی‌ها
رشد روحی	۳	۱/۷۸	اعتقاد به هدفمند و بیهوده نبودن زندگی	دنبال تجربه‌ها و آموخته‌های جدید بودن
مدیریت استرس	۳	۱/۶۰	داشتن خواب کافی	بکارگیری شیوه‌های کاهش اضطراب و استرس
شاخص سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت	۲۱	۳۳/۶	تغذیه	فعالیت جسمانی

برای ساختن مقیاس "سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت" به گویه‌های تشکیل دهنده مقیاس (۲۱ گویه) که طیف پاسخی از هرگز تا همیشه را شامل می‌شد، نمرات بین ۰ تا ۳ داده شد. نمره مقیاس به لحاظ نظری بین ۰ تا ۶۳ می‌باشد. برای نمونه مورد بررسی میانگین نمره مقیاس برابر با ۳۳/۶ بدست آمد. بعلاوه توزیع سطوح آن نشان داد که سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در بین سالمندان شهر شیراز در حد متوسط است. بدین ترتیب، سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در میان سالمندان شهر شیراز در سطح متوسط می‌باشد. با اینحال تفاوت‌ها و نوسانات فردی قابل توجهی در میزان و سطوح آن مشاهده می‌شود. با توجه به این تفاوت‌های فردی، این پرسش مطرح می‌شود که چه عواملی بر نوسانات و تفاوت‌ها در سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت

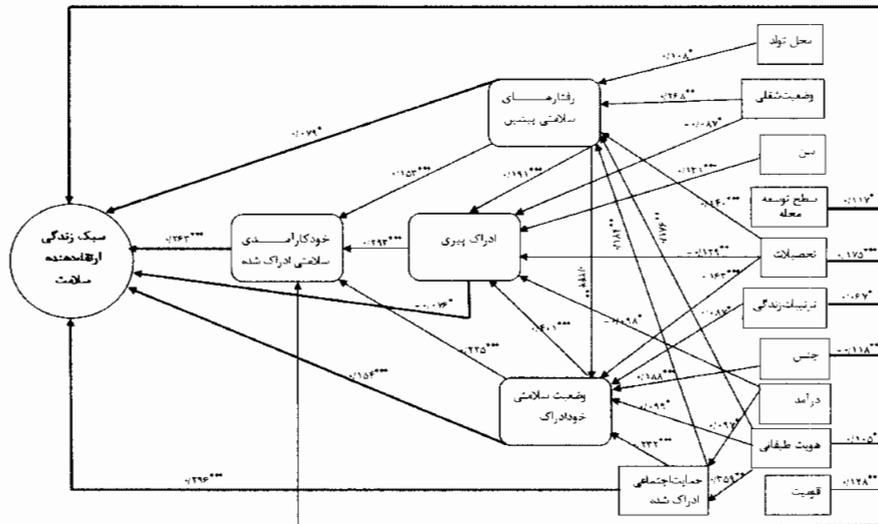
تأثیرگذارند؟ یا به عبارتی، تعیین‌کننده‌های اجتماعی و جمعیتی سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در میان سالمندان کدامند و مکانیزم تأثیرگذاری آن‌ها چگونه است؟
برای پاسخ به سؤال مذکور و به منظور بررسی تأثیرات جمعی و جداگانه متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته (سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت) از آزمون رگرسیون چندمتغیری به شیوه ورود همزمان استفاده کردیم. با توجه به معناداری مقدار F می‌توان نتیجه گرفت که در مدل رگرسیونی مجموعه متغیرهای مستقل قادرند تغییرات نمره سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت را تبیین کنند.

جدول ۳، ضرایب رگرسیونی و سطح معناداری متغیرهای تأثیرگذار بر شاخص سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت

متغیرهای مستقل	ضرایب استاندارد نشده		ضرایب استاندارد شده Beta	مقدار t	سطح معناداری
	Std. Error	B			
حمایت اجتماعی	۰/۳۳۴	۰/۰۳۹	۰/۲۹۶	۸/۵۳۶	۰/۰۰۱
خودکارآمدی سلامت	۰/۳۹۳	۰/۰۵۹	۰/۲۶۳	۶/۶۳۵	۰/۰۰۱
تحصیلات	۰/۳۳۲	۰/۰۸۵	۰/۱۷۵	۳/۹۰۹	۰/۰۰۱
وضعیت سلامتی خودادراک	۰/۶۱۸	۰/۱۶۶	۰/۱۵۴	۳/۷۲۷	۰/۰۰۱
جنس (زنان بعنوان گروه مرجع)	-۲/۳۸۷	۰/۸۴۳	-۰/۱۱۸	-۲/۸۳۲	۰/۰۰۵
سطح توسعه و موقعیت محله	۱/۵۹۷	۰/۶۷۴	۰/۱۱۷	۲/۳۶۹	۰/۰۱۸
رفتارهای سلامتی پیشین	۰/۳۶۳	۰/۱۷۵	۰/۰۷۹	۲/۰۷۶	۰/۰۳۹
ادراک پیری	-۰/۰۶۹	۰/۰۳۵	-۰/۰۷۶	-۱/۸۶۶	۰/۰۴۳
ترتیبات زندگی (تنهایی بعنوان گروه مرجع)	۱/۹۶۴	۱/۰۴۱	۰/۰۶۷	۱/۶۸۷	۰/۰۵۱
درآمد	۰/۰۱۲	۰/۰۰۱	۰/۰۶۴	۱/۶۱۴	۰/۱۰۷
سن	-۰/۰۱۷	۰/۰۴۸	-۰/۰۱۲	-۰/۳۵۰	۰/۷۲۷
وضعیت شغلی (غیرشاغل بعنوان گروه مرجع)	۰/۲۷۶	۰/۹۱۵	۰/۰۱۱	۰/۳۰۲	۰/۶۷۳
هویت طبقاتی	-۰/۰۷۳	۰/۴۲۶	-۰/۰۰۸	-۰/۱۷۲	۰/۸۶۳
محل تولد (روستا بعنوان گروه مرجع)	۰/۱۷۱	۰/۷۸۳	۰/۰۰۸	۰/۲۱۹	۰/۸۲۷
قومیت (غیرفارس بعنوان گروه مرجع)	-۰/۱۷۹	۰/۹۹۵	-۰/۰۰۶	-۰/۱۸۰	۰/۸۵۴
	$R^2 = ۰.۶۳۸$	$R = ۰.۷۹۹$	$a = ۲.۹۳۲$		
	$R^2_{Ad} = ۰.۶۲۴$				

ضرایب رگرسیونی گزارش شده در جدول ۳، نشان می‌دهد که از میان ۵۱ متغیر مستقل وارد شده در مدل رگرسیونی تعداد ۹ متغیر تأثیر مستقل و معناداری بر متغیر وابسته یعنی سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت داشته‌اند. این متغیرها به ترتیب اهمیت شامل حمایت اجتماعی، خودکارآمدی سلامتی، تحصیلات، وضعیت سلامتی خودادراک، جنس، سطح توسعه‌یافتگی محله، رفتارهای سلامتی پیشین، ادراک پیری، و ترتیبات زندگی می‌باشند. در این میان بیشترین تأثیرگذاری بر نمره سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت (متغیر وابسته) مربوط به متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده است. بعد از آن متغیرهای خودکارآمدی سلامتی، تحصیلات و وضعیت سلامتی خودادراک بیشترین تأثیرگذاری را بر متغیر وابسته داشته‌اند. در مجموع ۹ متغیر مذکور حدود ۶۴ درصد واریانس متغیر وابسته (نمره شاخص سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت) را تبیین کرده‌اند. در میان متغیرهای مذکور تنها جهت رابطه متغیرهای جنس و ادراک پیری بر سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت منفی بوده است. بدین معنی که مردان در مقایسه با زنان از سبک زندگی ارتقای سلامت پایین‌تری برخوردارند. همچنین کسانی که ادراک پیری بالاتری دارند، نمره سبک زندگی ارتقای سلامت پایین‌تری داشته‌اند که تأییدی بر نظریه لوی در خصوص تأثیر ادراک افراد از سالمندی خود بر سلامت را نشان می‌دهد.

شکل ۲. مدل نهایی تحلیل مسیر مکانیزم تأثیرگذاری متغیرهای اجتماعی - جمعیتی بر سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت سالمندان شهر شیراز، ۱۳۹۰



نکته: ضرایب بتا (Beta) در مدل آورده شده است.

* معنادار در سطح ۵ درصد ($P < 0.05$); ** معنادار در سطح ۱ درصد ($P < 0.01$); *** معنادار در سطح ۰/۱ درصد ($P < 0.001$)

علاوه بر رگرسیون چندمتغیری، برای درک روابط بین متغیرها از مدل‌های علی تحلیل مسیر استفاده شد. در تحلیل مسیر می‌توان با استفاده از وزن بتاها (یا ضرایب مسیر) مقدار اثر هر متغیر را تعیین کرد. علاوه بر این، تحلیل مسیر ما را قادر می‌سازد به ساز و کار اثر متغیرها بر یکدیگر پی ببریم. همچنین تحلیل مسیر مشخص می‌کند اثر هر متغیر تا چه حد مستقیم و تا چه حد غیرمستقیم است. در مدل‌های تحلیل مسیر، هر کدام از متغیرهای میانی جداگانه به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شده‌اند که شامل خودکارآمدی سلامتی ادراک شده، ادراک پیری، وضعیت سلامتی خود ادراک، رفتارهای سلامتی پیشین می‌باشند. همچنین متغیرهای جمعیتی و حمایت اجتماعی متغیرهای مستقل تأثیرگذار بر متغیرهای وابسته اصلی و واسط بوده‌اند. در نهایت، مدل اصلی

تحلیل مسیر بر اساس شش مدل دیاگرام تحلیل مسیر از متغیرهای مذکور و متغیر اصلی وابسته یعنی سبک زندگی ارتقای سلامت تهیه و در شکل ۲ ارائه شده است. نتایج و دیاگرام تحلیل مسیر نشان می‌دهد که برخی متغیرها صرفاً به صورت مستقیم بر سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت تأثیر گذاشته‌اند. این دسته شامل دو متغیر خودکارآمدی سلامتی و سطح توسعه محله بوده است. دسته‌ی دیگر از متغیرها صرفاً به صورت غیرمستقیم بر سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت تأثیر داشته‌اند. این دسته از متغیرها شامل شش متغیر هویت طبقاتی، وضعیت شغلی، درآمد، قومیت، سن و محل تولد می‌باشند. در نهایت، دسته‌ی آخر از متغیرها علاوه بر تأثیر مستقیم، بصورت غیرمستقیم از طریق متغیرهای وابسته میانی بر متغیر سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت تأثیرگذار بوده‌اند. این دسته از متغیرها شامل هفت متغیر حمایت اجتماعی، تحصیلات، وضعیت سلامت خودادراک، رفتارهای سلامتی پیشین، ادراک پیری، ترتیبات زندگی و جنس بوده است.

بدین ترتیب، در میان متغیرهای مستقل تأثیرگذار بر سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت، متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده، بیشترین تأثیر کل را بر متغیر وابسته داشته است و پس از آن متغیرهای خودکارآمدی سلامتی، تحصیلات و وضعیت سلامت خود ادراک قرار گرفته‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

سلامت جسمی و روحی و مشکلات مربوط به آن از مهم‌ترین ابعاد دوران سالمندی به حساب می‌آید. همه‌ی ما دیده یا شنیده‌ایم که می‌گویند مادر بزرگ، پدر بزرگ و یا مادر و پدر بعضی‌ها ۱۰۰ سال و یا بیشتر عمر همراه با سلامتی کرده‌اند. این طول عمر طولانی همراه با سلامتی آنقدر کنجکاوی ما را بر می‌انگیزاند که در زندگی آنان به دنبال مواردی می‌گردیم تا راز این طول عمر را در ابعاد مختلف شیوه زندگی آنان بیابیم. در پی این کنجکاوی است که به مفهومی به نام سبک زندگی سالم می‌رسیم. سبک زندگی سالم

هرچند مبحث مهمی برای تمامی افراد جامعه بدون توجه به سن آنان می‌باشد، اما برای سنین سالمندی اهمیت مضاعفی پیدا می‌کند. زیرا بیماری‌های مزمن که علت اصلی مرگ‌های زودرس و ناتوانی‌ها در دوران سالمندی می‌باشد، به طور قوی و معناداری با سبک زندگی ارتقای سلامت در ارتباط هستند. با توجه به افزایش سالخوردگی جمعیت در جهان و ایران از یک‌سو، و تمرکز بیماری‌های مزمن در سنین سالمندی از سوی دیگر، که متعاقباً با افزایش هزینه‌های بهداشتی و درمانی همراه است، ضرورتی اجتناب ناپذیر است که به موارد پیشگیری قبل از بیماری و ارتقای سلامت افراد سالمند توجه شود. برای اینکه افراد بتوانند سالمندی سالم و موفقیت‌آمیزی را تجربه کنند، نیاز است که زندگی سالم و رضایت بخشی با عمری طولانی داشته باشند. اینکه تا چه میزان سالمندان ایرانی رفتارهایی که منجر به ارتقای سلامت آنان می‌شود را رعایت می‌کنند و چه عواملی و به چه طریقی بر روی این سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت آنان تأثیر می‌گذارد؟ پرسش اصلی این تحقیق بود.

نتایج نشان داد که سبک زندگی ارتقای سلامت سالمندان شهر شیراز در سطح متوسطی است. با اینحال نوسانات فردی قابل توجهی در میزان و سطوح آن مشاهده شد. بر اساس نتایج رگرسیون، حدود ۶۴ درصد این نوسانات بر اساس ۹ متغیر اجتماعی و جمعیتی قابل تبیین است. این متغیرها به ترتیب اهمیت شامل حمایت اجتماعی، خودکارآمدی سلامتی، تحصیلات، وضعیت سلامتی خودادراک، جنس، سطح توسعه و موقعیت محله، رفتارهای سلامتی پیشین، ادراک پیری، و ترتیبات زندگی بودند. در این میان بیشترین تأثیرگذاری بر نمره سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت (متغیر وابسته) مربوط به متغیر "حمایت اجتماعی ادراک شده" بود. این درحالی است که در کشورهای دیگر مهمترین متغیر تأثیرگذار خودکارآمدی سلامت بوده است. این وضعیت، مهم بودن حمایت اجتماعی و خانواده را در کشور ما نشان می‌دهد. بر اساس نتایج، خانواده اغلب به عنوان منبع اولیه مراقبت و حمایت برای سالمند محسوب می‌شود. همچنین، طبق نظریه یادگیری اجتماعی باندورا رفتار از طریق یادگیری یعنی از

طریق تجربه مستقیم و یا از طریق مشاهده دیگران و الگوگیری از آنها آموخته می‌شود. این دیگران می‌تواند خانواده، دوستان و یا سایر دیگران مهم برای فرد باشد. "خودکارآمدی سلامتی"، در مطالعه ما دومین متغیر مهم تأثیرگذار بر سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت بوده است. اگر خودکارآمدی پایین باشد، افراد از درگیر شدن در رفتارهای ارتقای سلامت اجتناب می‌ورزند و بر این باورند که این کار سخت‌تر از توان و قابلیت آنان می‌باشد. "تحصیلات"، در این مطالعه نیز مانند سایر مطالعات (اونس ۲۰۰۶)، یکی از مهمترین عوامل تأثیرگذار بر سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت است. تحصیلات به حفظ و بهبود سلامتی افراد عمدتاً از طریق افزایش اطلاعات درباره مسائل بهداشتی، دسترسی اطلاعات و مهارت‌های شناختی و یادگیری اجتماعی کمک می‌کند.

همچنین نتایج نشان داد افراد سالمندی که وضعیت سلامتی خود را خوب و عالی ارزیابی کرده‌اند، برای حفظ یا بهبود این وضعیت به رفتارها و سبک‌های زندگی ارتقای سلامت روی آورده‌اند. سطح توسعه و موقعیت محله نیز به عنوان بستر اجتماعی نقش مهمی در شکل‌گیری رفتارها و سبک‌های ارتقای سلامت داشت. محله‌ها نمایانگر محیط‌های هنجاری و فرهنگی هستند که بر اساس نظریه یادگیری و شناختی اجتماعی عنصری مهم در تعیین رفتار محسوب می‌شوند.

"جنسیت"، یکی دیگر از عوامل تأثیرگذار بر سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در این مطالعه بود. تفاوت‌های جنسیتی در سبک‌های زندگی سلامتی از یک‌سو ناشی از جامعه‌پذیری متفاوت دو جنس و فرهنگ بهداشتی متفاوت آنهاست و از سوی دیگر ناشی از تفاوت‌های جنسیتی در قابلیت دسترسی به منابع، قدرت و خدمات بهداشتی است.

همچنین، بر اساس نتایج "رفتارهای سلامتی پیشین" از عوامل تأثیرگذار بر سبک زندگی ارتقای سلامت بوده است. این تأثیرگذاری نشان می‌دهد که ارتقای سلامت فرایندی است که در طول زندگی و مراحل مختلف آن، جوانی، میانسالی، بزرگسالی و

سالمندی معنا پیدا می‌کند. "ادراک پیری"، نیز یکی دیگر از متغیرهای مستقل است که در مطالعه خود به مدل پندر اضافه کردیم. این متغیر بی واسطه و با واسطه بر سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت تأثیر می‌گذارد. هر چه افراد سالمند بیشتر احساس پیری می‌کنند، کمتر رفتارها و سبک‌های زندگی ارتقای سلامت در زندگی خود دنبال می‌کنند. بعلاوه، درک فرایند پیرشدن و پیامدهای آن موجب می‌شود تا افراد سالمند باور کمتری نسبت به توانایی‌های خود در حفظ و ارتقای سلامتی داشته باشند. در نهایت، "ترتیبات زندگی" بر سبک زندگی ارتقای سلامت و عوامل تشکیل‌دهنده آن تأثیر داشته است. سلامتی روحی ضعیف و افسردگی نتیجه تنهایی در دوران سالمندی است. تنهایی به دلیل آنکه بر عزت نفس، نحوه مقابله، افسردگی، سطوح فعالیت، و ارتباطات اجتماعی فرد تأثیر می‌گذارد، اثر خود را بر رفتارهای ارتقای سلامت نیز نشان می‌دهد. البته، بایستی توجه داشت که تنهایی فعال حتی بهتر از تنهایی تسلیم شده و یا تنهایی منزوی شده است. پس آنچه در تأثیر تنهایی بر سبک زندگی ارتقای سلامت مهم است، این است که فرد تنهایی خود را قبول کرده و کنش متقابل مثبتی با محیط اطراف خود ندارد. این شکل از تنهایی است که فرد را از رفتارهای ارتقای سلامت باز می‌دارد.

بدین ترتیب، متن فرهنگی و قوانین هنجاری تأثیر غیر قابل انکاری بر روی پدیده پیری دارد و بافت هر جامعه بر روی این پدیده، تأثیر خاص خود را می‌گذارد. افراد تنها ساخته ژنتیک و وراثت نیستند و می‌توان چنین گفت هیچ انسان نابی (بدون وابستگی‌های اجتماعی) وجود ندارد، این بشر که گذشت زمان را حس می‌کند از دیدگاه هستی‌شناختی، نوستالوژیک است. چون همیشه از پیرشدن و مرگ آگاه است و این زمان محدود برای فرد، با بدن تجسم می‌یابد. سخت است که تصور کنیم این بدن و جسم که تازه و سرزنده است روزی می‌تواند شکسته شود؛ از اینروست که ذهن بشری در برابر پیر شدن مقاومت می‌کند (فیترسن، ۱۹۹۵: ۷۴۲). پذیرش پیرشدن سخت است، چون ما به صورت ذهنی با تصویر جوانی خودمان زندگی می‌کنیم و به آن عادت

کرده‌ایم و پیرشدن ما را غافلگیر می‌کند. به نوعی درک پیری، پیامد حوادثی است که برای ما بروز می‌کند. حوادثی همچون مرگ نزدیکترین دوست و یا یک بیماری سخت، عارضه قلبی و... است که ما را از پیر شدن آگاه می‌سازد. این گذر زمان به طور تجربی با بدن اندازه‌گیری می‌شود. اما همین اندیشه در مورد بدن از تصورات شخصی فرد در مورد سلامت جسمی و روحی وی شکل می‌گیرد. اگر تصورات جامعه که تصورات فرد را می‌سازد در مورد سالمندان منفی باشد ذهن سالمند را نیز در مورد تجربه پیری ناامیدکننده می‌سازد. سالمندی موفق لازم نیست که پدیده‌ای بصری مانند داشتن پول فراوان در دوران سوم زندگی باشد، بلکه به رضایت فرد از شرایط زندگی خودش و تجربه پیری که به شرایط اجتماعی باز می‌گردد و عوامل اجتماعی و جمعیتی که در یافته‌ها نیز رابطه معناداری با سبک زندگی سالم داشته، مربوط می‌شود.

درک سالمندان از دوران سالمندی خود، مثبت و منفی فرض کردن آن بر سبک زندگی‌شان تأثیر می‌گذارد. همانگونه که در نظریه کنش منطقی نیز مطرح می‌شود، ارزیابی‌های اجتماعی شناخت آنان از دوران سالمندی را شکل می‌دهد و در پی آن مسلماً بر عزت نفس آنان تأثیر گذاشته و فرد را بدون قدرت می‌سازد و باعث می‌شود از کسب تجربه‌های جدید جلوگیری کند و سبک زندگی سالم شکل نگیرد.

بر اساس یافته‌های تحقیق در ایران باید توجه خاص به حمایت اجتماعی صورت گیرد. حمایت اجتماعی برای سالمند ایرانی عشق، اعتماد و مراقبت را به همراه دارد. البته، در نظر گرفتن بیمه‌های خاص برای سالمندان و دادن اطلاعات به آنان نیز مهم است و کمک می‌کند تا سالمندان ارزیابی مناسبی از خود در زمان استرس و بیماری داشته باشند. فراهم کردن زمینه‌های فراگیر شدن بیمه‌ها از وظایف جامعه و دولت است. در پایان بایستی به این نکته توجه داشت که سالمندی موفق و سالم تنها به دوران آخر زندگی مربوط نمی‌شود، بلکه همانگونه که در این مطالعه نشان داده شد، سبک زندگی سالم به شدت متأثر از مراحل پیش از سالمندی است؛ نه تنها رفتارهای سلامت محور تغذیه‌ای و جسمانی، بلکه روابط اجتماعی و شکل‌گیری شبکه‌های اجتماعی در

دوران جوانی، سبک زندگی کنونی ارتقاءدهنده سلامت را شکل داده و در نتیجه سالمندی موفق و سالم را برای آنان به ارمغان می‌آورد.

منابع

- بالجانی، اسفندیار، شاکر سالاری، صالح سلیمی، سمیرا صفری، الناز علوی، سمیه عبداللهی موحد (۱۳۸۹). بررسی رفتارهای ارتقاء سلامتی اولیه و غربالگری سرطان در سالمندان ارومیه، *مجله پزشکی ارومیه*، ۲۱ (۲): ۲۲۳-۲۱۷.
- سالاروند، شهین و حیدرعلی عابدی (۱۳۸۶). تجارب سالمندان از حمایت اجتماعی در سرای سالمندان: یک مطالعه کیفی، *فصلنامه پرستاری ایران*، دوره بیستم، شماره ۵۲، صص ۳۹-۵۰.
- حبیبی سولا، عقیل، مهناز سیدالشهدایی، صغری نیکپور، حمید حقانی (۱۳۸۶). بررسی ارتباط رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت با سطح فعالیت‌های روزمره زندگی و فعالیت‌های روزمره زندگی با ابزار در سالمندان غرب تهران، *مجله سالمندی ایران*، ۲ (۵): ۳۳۲-۳۳۹.
- حبیبی سولا، عقیل، مهناز سیدالشهدایی، صغری نیکپور، حمید حقانی (۱۳۸۷). بررسی رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت و کیفیت زندگی در سالمندان، *مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*، دوره ۸، شماره اول، صص ۲۹-۳۶.
- شریف‌زاده، غلامرضا، میترا مودی، سیدهادی اخباری (۹۸۳۱). وضعیت سلامت سالمندان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره)، *مجله سالمندی ایران*، شماره ۷۱، صص ۹۵-۲۵.
- شیخی، محمدتقی (۱۳۸۰). وضعیت زندگی سالمندان در شهر تهران، *مجله سالمندی ایران*، جلد ۲، شماره ۶، صص ۴۵۴-۴۶۱.
- صادقی، رسول غلامعلی فرجادی (۱۳۸۸). پنجره جمعیتی: فرصت طلایی برای توسعه اقتصادی در ایران، در *مجموعه مقالات چهارمین همایش انجمن جمعیت*

- شناسی ایران: جمعیت، برنامه‌ریزی و توسعه پایدار، تهران: مرکز مطالعات و پژوهش‌های جمعیتی آسیا و اقیانوسیه. صص ۷۳۳-۵۰۳.
- صالحی، لیلی، حسن افتخار اردبیلی، کاظم محمد، محمد حسین تقدیسی، ابوالقاسم جزایری، آرش رشیدیان، (۱۳۸۷). عوامل تسهیل‌کننده و بازدارنده شیوه زندگی سالم در سالمندان، *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، دوره ۶، شماره دوم، صص ۴۹-۵۷.
- صفاری، محسن، داوود شجاعی‌زاده، فضل‌الله غفرانی‌پور، علیرضا حیدرنیا؛ امیر پاکپور (۱۳۸۸). *نظریه‌ها، مدل‌ها و روش‌های آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*، تهران: انتشارات آثار سبحان.
- عالیپور، لیلی، زینب صفری، اعظم دوازده امامی (۱۳۸۴). وضعیت فعالیت روزمره زندگی سالمندان، *مجله تحقیقات پرستاری و مامایی*، شماره ۲۸، صص ۱۵-۷.
- قاضی طباطبایی، محمود، مجید کوششی (۸۸۳۱). شبکه‌های حمایت اجتماعی، ترتیبات زندگی و سلامت سالمندان، در بستر گذار جمعیتی، در *جمعیت و توسعه در ایران: ابعاد و چالش‌ها*، (تدوین: رسول صادقی)، تهران: مرکز مطالعات و پژوهش‌های آسیا و اقیانوسیه.
- مرکز آمار ایران (۱۳۸۸). سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۱۳۸۵: جمعیت شهرهای کشور برحسب سن و جنس، معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی مرکز آمار ایران، تهران: مرکز آمار ایران.
- کلدی، علیرضا، احمدعلی اکبری کامرانی، مهشید فروغان (۱۳۸۰). بررسی مسائل و مشکلات جسمانی، اجتماعی و روانی سالمندان منطقه ۱۳ تهران، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، سال چهارم، شماره ۱۴، صص ۲۵۹-۲۳۳.

مروتی، محمدعلی (۱۳۸۴). بهینه‌سازی الگوی ارتقای سلامت و ارزیابی به‌کارگیری آن همراه با تئوری آموزش بزرگسالان در تغییر رفتارهای ارتقای سلامتی در سالمندان شهر یزد، رساله دکترا آموزش بهداشت، دانشگاه تربیت مدرس.

مروتی، محمدعلی، فضل‌الله غفرانی‌پور، علیرضا حیدرنیا، غلامرضا بابایی روچی (۱۳۸۳). حمایت مذهبی درک شده از رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت و وضعیت

انجام این رفتارها در سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر شهر یزد، *مجله دانشگاه علوم*

پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، شماره ۱۲، صص

۲۳-۲۹.

مومنی، خدامراد و حسن کریمی (۱۳۸۹). مقایسه سلامت عمومی سالمندان مقیم / غیر

مقیم سرای سالمندان، *مجله سالمندی ایران*، شماره ۱۷، صص ۲۳.

میرزایی محمد، مه‌ری شمس قهفرخی (۱۳۸۸). بررسی عوامل موثر بر سلامت خود

ادراک سالمندان ایران، *مجله سالمندی ایران*، سال سوم، شماره هشتم، صص

۵۳۹-۵۴۶.

Adams, M. H., A. Bowden, G. Humphrey, and L. B. Debra (2000), Social Support and Health Promoting Lifestyles of Rural Women, *Journal of Rural Nursing and Health Care*, 1(1): 28-40.

Barker, M. O'Hanlon, A. McGee, M. Hannah, A. Hickey, and M. Ronan (2007), Cross-sectional Validation of the Aging Perceptions Questionnaire: A Multidimensional Instrument for Assessing Self-Perceptions of Aging." *BMC Geriatrics*, 7(9): 1-13.

Ballesteros, R. F. (2002), Social Support and Quality of Life among Older People in Spain", *Journal of Social Issues*, 58(4): 645-659 .

Bunton, S, and R. Macdonald (2002), *Health Promotion, Disciplines, Diversity and Development*, New York: Routledge.

Bunton, S., R. Nettleton, and R. Burrows (2005), *The Sociology of Health Promotion, Critical Analyses of Consumption, Lifestyle and Risk*, New York: Routledge.

- Boland, C. S. (2000). "The Relationships among Social Support, Spiritual Well-Being, Commitment and Health-Promoting Behaviors in Older Adults", PhD Thesis, The University of Tennessee.
- Bandura A. (1997), *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: Freeman & Company ,
- Callaghan, D. (2005), "Healthy Behaviors, Self-Efficacy, Self-Care, and Basic Conditioning Factors in Older Adults", *Journal of Community Health Nursing* . 178-169 : (3) 22
- Davies, M. and W. Macdowall (2006), *Health Promotion Theory*, USA: Open University Press
- Edelman, S. and C. L. Mandle (2006), *Health Promotion throughout the Life*, Canada: Elsevier.
- Featherstone, M., C. Adams-Price, T. Henley and M. Hale (1998), "Phenomenology and the Meaning of Aging for Young and Old Adults", *International Journal of Aging and Human Development*, 47: 263-277 .
- Frost, R. and E. Zuckerman (2008), *Health Promotion Theories and Models for Program Planning and Implementation*, College of Public Health, University of Arizona, Online available at: www.azrapevention.org/agency.
- Henrietta H. H. (2006), "The Influence of Self-efficacy and Spirituality on Self-Care Behaviors and Glycemic Control in Older African Americans with Type 2 Diabetes", PhD Thesis, Barry University School of Nursing .
- Kevin, L., and L. Barbara (2005), *Health Promotion, Evidence and Experience*, London: Sage publication.
- Kim, S. H. (2009), "Older People Expectations Regarding Ageing, Health-Promoting Behavior and Health Status", *Journal of Advanced Nursing*, 65 (1): 84-91.
- Kurtz, A. C. (1996), "Correlates of Health-Promotion Lifestyles, among Women With Rheumatoid Arthritis", PhD Thesis, Columbia University.

- Levy, B. R. and L. M. Myers (2005), Relationship between Respiratory Mortality and Self-perceptions of Aging, *Psychology and Health* 20 (5): 553-564.
- Levy, B., M. Slade, and S. Kasl (2003), Longitudinal Benefit of Positive Self-Perceptions of Aging on Functional Health. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57 (5): 409-417 .
- Lee, C., and J. Bakely (۲۰۰۶) Health Promotion Behaviors of Older Spousal Caregivers: A Comparison of Rural and Urban Women, PhD Thesis, University of Arkansas for Medical Sciences.
- Nikulich Barrett, M. (1997), Impact of Percieved General Health Status, Physical Functioning, and Self-efficacy on Health Promoting Lifestyles of Rural older Black and White women, PhD Thesis, State University of New York.
- Owens, L. (۲۰۰۶) The Relationship of Health Locus of Control, Self-Efficacy, Health Literacy, and Health Promoting Behaviors in Older Adults, PhD Thesis, The University of Memphis .
- Pender J. N, L. C. Murdaugh, and A. M. Parsons, (2006), *Health Promotion in Nursing Practice*. 5th edition, Upper Saddle River, Nurs J: Prentice Hall.
- Sanders, D. L. (۲۰۰۸) Attitudes on Aging and Health Promoting Lifestyles in Older Women, PhD Thesis, Marywood University .
- Sharma, M., and J. A. Romas, (2008). *Theoretical Foundation of Health Education and Health Promotion*, Sudbury (USA): Jones and Bartlett publishers.
- Smith, M. S., k. A. Wallston, and C. A. Smith, (1995), The Development and Validation of the Perceived Health Competence Scale, *Health Education Research* 10(1): 51-64.
- Sung-Kook L. (2004), Social Support Exchange and Quality of Life among the Korean elder", *Journal of Traumatic Stress*, 17(1): 63-67.

Stockert, A. P. (۲۰۰۰), *The Determinants of a Health-Promoting Lifestyle In Older Adults*, PhD Thesis, Saint Louis University.

Zimet, G. D., N. W. Dahlem, S. G. Zimet, and G. K. Farley (1988), The Multi -dimensional Scale of Perceived Social Support, *Journal of Personality Assessment* 52, Pp. 30-41.