

حمایت مذهبی درک شده از رفتارهای ارتقا دهنده ی سلامت و وضعیت

انجام این رفتارها در سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر شهریزد

محمدعلی مروتی شریف آباد^۱، دکتر فضل ا... غفرانی پور^۲، دکتر علیرضا حیدرنیا^۳، دکتر غلامرضا بابایی روحی^۴

چکیده

مقدمه: انجام روزانه و یا منظم فعالیتهای ارتقا دهنده ی سلامت توسط سالمندان جهت به حداکثر رساندن سلامتی، کاهش ناتوانی‌ها و افزایش رفاه آنان، در جامعه‌ای که اهمیت پدیده ی سالمندی روز به روز در حال افزایش است، بسیار حیاتی و مهم می‌باشد. (Pender) با ارایه الگوی ارتقای سلامت در مقابل الگوی اعتقاد بهداشتی، عوامل پیشگویی کننده رفتارهای ارتقا دهنده ی سلامت را مشخص نموده است. حمایت اجتماعی یکی از این عوامل است که در مطالعات متعدد ارتباط آن با انجام رفتارهای ارتقا دهنده ی سلامت مشخص گردیده است. حمایت مذهبی درک شده از رفتارهای ارتقا دهنده ی سلامت یکی از تأمین کننده‌های حمایت اجتماعی است که پیش‌بینی می‌شود می‌تواند بر انجام این رفتارها در سالمندان مؤثر باشد.

روش بررسی: هدف از این مطالعه توصیفی - تحلیلی، بررسی چگونگی ارتباط دو متغیر حمایت مذهبی درک شده از رفتارهای ارتقا دهنده ی سلامت و وضعیت انجام این رفتارها در سالمندان شهریزد بوده است. برای این منظور تعداد ۱۰۲ سالمند ۶۵ ساله و بالاتر به صورت تصادفی خوشه‌ای از دو مرکز بهداشتی درمانی شهر یزد وارد این تحقیق شدند. جهت اندازه‌گیری میزان انجام رفتارهای ارتقا دهنده ی سلامت از Health Promoting Lifestyle Profile 2 (HPLP2) استفاده شد و برای اندازه‌گیری حمایت مذهبی درک شده مقیاس تهیه گردید. در یک مطالعه مقدماتی مقدار آلفای کرونباخ HPLP2 ۰/۸۷۴۴ و مقدار آلفای کرونباخ مقیاس تهیه شده برای حمایت مذهبی درک شده از رفتارهای ارتقا دهنده ی سلامت ۰/۷۵۶۶ بدست آمد. ضمن آنکه روایی صوری و محتوی ابزارها نیز از طریق پانل خبرگان محاسبه و مورد تأیید قرار گرفت. اطلاعات از طریق مصاحبه با سالمندان و تکمیل پرسشنامه جمع‌آوری گردید و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: این بررسی به طور کلی نشان دهنده سطح پایین انجام رفتارهای ارتقا دهنده ی سلامت در سالمندان مورد بررسی بود. همچنین نتایج نشان داد که حمایت مذهبی درک شده از رفتارهای ارتقا دهنده ی سلامت با وضعیت انجام این رفتارها به طور کلی و نیز با زیر مقیاسهای مسئولیت‌پذیری سلامتی، فعالیت فیزیکی، رشد روحی، ارتباطات بین فردی و کنترل استرس در ارتباط است ولی ارتباط آن با زیر مقیاس تغذیه به لحاظ آماری معنی‌دار نبود.

نتیجه‌گیری: حمایت مذهبی درک شده از رفتارهای ارتقا دهنده ی سلامت به عنوان یک تأمین کننده ی حمایت اجتماعی قوی با وضعیت انجام این رفتارها در ارتباط است و این یافته با نتایج تحقیقاتی که به تست الگوی پندر پرداخته و تاثیر حمایت اجتماعی را نشان داده همخوانی دارد، لذا پیشنهاد می‌شود جهت افزایش رفتارهای ارتقا دهنده ی سلامت در سالمندان در برنامه‌های آموزشی آنان به حمایت مذهبی تأکید بیشتری شود و از آیات و روایاتی که اینگونه رفتارها را توصیه نموده‌اند استفاده‌ی بیشتری شود.

واژه‌های کلیدی: مذهب، رفتارهای ارتقای دهنده سلامت، سالمندان

مقدمه

انجام رفتارهای ارتقا دهنده ی سلامت یکی از بهترین راههایی است که مردم توسط آن می‌توانند سلامتی خود را کنترل نمایند^(۱) و راهکاری است برای رسیدن به اهداف ملی

۱- دانشجوی دکتری آموزش بهداشت

۲-۳ استادیار گروه آموزش بهداشت

۴- دانشیار گروه آمار زیستی

احتمال می دهند افراد ناتندرست به اندازه افراد سالم در فعالیتهای مذهبی شرکت نمی کنند.

مطالعات متعددی حمایت اجتماعی را به عنوان یکی از عوامل موثر بر سبک زندگی ارتقا دهنده ی سلامتی مورد تأیید قرار داده اند^(۱۰،۱۱،۱۲،۱۳). در الگوی ارتقای سلامتی که توسط پندر در سال ۱۹۸۲ ارایه شد و در سالهای ۱۹۸۸ و ۱۹۹۶ مورد بازنگری قرار گرفت نیز حمایت اجتماعی به عنوان یکی از سازه های مدل است که به طور مستقیم و غیرمستقیم بر رفتارهای ارتقا دهنده ی سلامت موثر است^(۱۲،۱۳). «پندر» می نویسد حمایت اجتماعی شبکه ای از ارتباطات بین فردی است که مهیا کننده ی یاری، همراهی، همدستی و تغذیه ی عاطفی است. حمایت اجتماعی شامل تعاملات بین فردی نظیر مسایل احساسی (اظهاری مراقبت، تشویق، همدردی)، کمک رسانی (خدمات، پول و یا اطلاعات) و تصدیق (بازخوردهای سودمند، تشکر) می باشد^(۱۰)، لذا اعتقاد به وجود حمایت نیز می تواند به اندازه خود حمایت مؤثر باشد. برای مثال دوستان شما ممکن است هیچگونه حمایتی از شما نکنند، اما اگر شما براین باور باشید که آنها از شما حمایت می کنند در این صورت این باور همان تأثیری را دارد که حمایت واقعی اگر وجود می داشت دارا بود. مذهب به عنوان وسیله ای که ما را به یک قدرت برتر ولایزال متصل می کند، می تواند حمایت کننده ی بسیار قدرتمندی باشد. اگر ما بدانیم رفتاری از سوی مذهب مورد حمایت قرار گرفته شده است از حمایت اجتماعی بالایی برخوردار بوده و در نتیجه به انجام آن راغب خواهیم شد.

از آنجا که رفتارهای ارتقا دهنده ی سلامت مانند ورزش، تغذیه مناسب، کنترل استرس و مسئولیت پذیری سلامتی در دین اسلام مورد تأکید زیادی قرار گرفته است^(۱۴،۱۵) حمایت مذهبی درک شده از این رفتارها که عبارتست از اینکه فرد تا چه حد شناخت دارد که انجام این گونه رفتارها در دین اسلام مورد تأکید و توجه قرار گرفته است، می تواند یکی از مهمترین تامین کننده های حمایت اجتماعی برای رفتارهای ارتقا دهنده ی سلامت و در نتیجه پیشگویی کننده ی مهمی برای رفتارهای ارتقا دهنده ی سلامت در جامعه باشد.

سلامتی^(۲). تا به حال مطالعات زیادی در خارج از کشور در رابطه با وضعیت انجام رفتارهای ارتقا دهنده ی سلامت در گروههای سنی مختلف صورت گرفته است^(۳) ولی مطالعات بسیار کمی در جامعه ایرانی در این رابطه انجام شده است. در این میان سالمندان کاملاً نادیده گرفته شده اند. این در حالی است که اهمیت سالمندان روز به روز در حال افزایش است و به زودی بیشترین تقاضا برای خدمات بهداشتی و درمانی از سوی سالمندان مطرح خواهد شد^(۴). تحقیقات نشان داده است که سبک زندگی می تواند باعث کاهش میزان بروز و نیز شدت شرایط مزمن گردد^(۵). بنابراین ارتقای سلامتی که سبک زندگی مثبت را مورد تأکید قرار دهد می تواند باعث بهبود سلامتی و کیفیت زندگی و در نهایت کاهش هزینه های بهداشتی و درمانی شود^(۶).

مذهب و سلامت

«آرمسترانگ» و «توکل»^(۸) می نویسند، شواهد محدودی وجود دارند که افت مرگ و میر را با وابستگی مذهبی پیوند می دهند. با این همه نشان داده شده که برخی گروههای مذهبی یحتمل از منهیات اعلام شده درباره ی برخی از رفتارهای بالقوه زیان بخش سود می برند، برای مثال ادونتیستهای روز هفتم، گروهی مذهبی اند که از نوشیدن الکل، نوشابه های دارای کافئین مصرف دخانیات و برخی گوشتها دوری می کنند و احتمالاً در نتیجه ی این اجتناب، در مقایسه با دیگر افراد جامعه امید زندگی طولانی تری دارند. اینان همچنین نتایج تحقیق «برکمن» و «سیم» را گزارش می کنند که در آن نشان داده شده که رفتن به کلیسا با نرخ پایین مرگ و میر ارتباط دارد. مطالعات دیگری نیز توسط آنان گزارش شده که نشان داده است هم حضور در کلیسا و هم خود را مذهبی پنداشتن بر کاهش مرگ و میر اثر دارد.

«امان» و «رید»^(۹) نیز طی یک مطالعه نشان داده اند افرادی که در مراسم مذهبی حاضر می شوند، از میزان مرگ و میر کمتر و سلامتی بهتری، نسبت به افرادی که در این مراسم حاضر نمی شوند برخوردار هستند. در تفسیر ارتباط بین سلامت و مذهب، محققین نظرات گوناگونی را ارایه می کنند. آرمسترانگ و توکل به امکان وجود تأثیرهای گزینشی اشاره می کنند، یعنی

روش بررسی

این مطالعه توصیفی - تحلیلی به روش مقطعی انجام شد. جامعه مورد مطالعه سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر شهر یزد بودند که در منازلشان ساکن و به بیماری هایی چون آلزایمر، ناراحتی روانی شدید و معلولیت شدید مبتلا نبودند و همچنین در زمان مطالعه آمادگی لازم برای شرکت در تحقیق را داشتند. نمونه گیری به صورت تصادفی خوشه ای و از اول خرداد لغایت پایان شهریور ۱۳۸۲ انجام شد، بدین صورت که از ۲۰ مرکز بهداشتی و درمانی شهری شهر یزد، تعداد ۲ مرکز به صورت تصادفی انتخاب و از هر مرکز تعداد ۵۱ سالمند به صورت سرشماری از یک ناحیه ی منطقه تحت پوشش وارد تحقیق شدند. اطلاعات به صورت مصاحبه با سالمند و تکمیل پرسشنامه جمع آوری شد و سپس با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزارهای مورد استفاده

رفتارهای ارتقا دهنده ی سلامت: برای اندازه گیری رفتارهای ارتقا دهنده ی سلامت از (HPLP2) Health Promoting Lifestyle Profile 2^(۱۶) استفاده شد. HPLP2 براساس مدل ارتقای سلامتی پندر جهت اندازه گیری اینکه افراد تا چه حد رفتارهای ارتقا دهنده ی سلامتی را انجام می دهند ارایه گردید. این مقیاس توسط ارایه دهندگان و محققین در مطالعات متعددی به کار گرفته شده و روایی و اعتبار نسخه انگلیسی آن مورد تایید قرار گرفته است^(۱۶،۱۷،۱۸). نسخه دوم مقیاس که در سال ۱۹۹۵ ارایه گردید یک مقیاس تجدید نظر شده از نسخه اول آن می باشد که دارای ۵۲ گزینه است و در مقابل هر آیتم ۴ پاسخ وجود دارد و فراوانی بکارگیری رفتارهای ارتقا دهنده ی سلامتی را در ۶ بعد مسئولیت پذیری سلامتی، فعالیت فیزیکی، تغذیه، رشد روحی، ارتباطات بین فردی و کنترل استرس اندازه گیری می کند. محدوده ی نمره کسل رفتارهای ارتقا دهنده ی سلامتی بین ۵۲ تا ۲۰۸ است و برای هر بعد نمره جداگانه قابل محاسبه است. در تحقیقات مختلفی شاخص آلفا کرونباخ هم برای کسل مقیاس و هم برای زیرمقیاسهای آن محاسبه گردیده است و نتایج نشان دهنده ی

روایی و اعتبار بالایی آن است^(۱۷،۱۸). این مقیاس به زبانهای مختلف ترجمه گردیده است و شاخصهای سایکومتریک برای ترجمه های عربی، ژاپنی، چینی و اسپانیایی آن محاسبه شده و روایی و اعتبار آن مورد تأیید قرار گرفته است.

پس از کسب مجوز بکارگیری این ابزار از ارایه دهندگان، پرسشنامه به فارسی ترجمه شد. برای مشخص نمودن وضوح آیتم ها، نسخه تهیه شده برای ۳۰ سالمند تکمیل گردید و در آیتم هایی که وضوح لازم را نداشتند، تغییرات لازم برای ایجاد وضوح بیشتر انجام گردید. برای تعیین روایی صوری و روایی محتوی از پانل خبرگان استفاده شد. بدین صورت که پرسشنامه ی تهیه شده برای ۱۰ خبره ارسال گردید و از آنها خواسته شد که نظرات خود را راجع به پرسشنامه بیان نمایند. تمامی خبرگان بر روایی پرسشنامه اتفاق نظر داشتند و محدود تغییرات پیشنهاد شده انجام گردید. یک مطالعه ی مقدماتی بر روی ۱۲ نفر سالمند ۶۵ ساله و بالاتر انجام و شاخص آلفای کرونباخ برای نسخه ی فارسی HPLP2، ۰/۸۷۴۴ محاسبه گردید.

حمایت مذهبی درک شده از رفتارهای ارتقا دهنده ی سلامت: برای اندازه گیری حمایت مذهبی درک شده مقیاسی تهیه گردید که شامل دو بخش بود، بخش اول یک سوال باز بود که از سالمند پرسیده می شد «به نظر شما در اسلام انجام چه رفتارهایی مورد توجه و تاکید قرار گرفته که تاثیر زیادی بر روی حفظ و یا ارتقای سلامتی ما دارد، یعنی قرآن و یا احادیثی که از پیامبر و امامان معصوم (ع) نقل شده، شامل توصیه به چه رفتارهایی است که برای سلامتی ما مفید است؟»

برای این سوال ۱۵ مورد پیش بینی شده بود که چنانچه سالمند به هر کدام از آنها اشاره می نمود، یک امتیاز دریافت می کرد. بخش دوم شامل ۲۰ سوال بود که طی آن احادیث و یا آیاتی که در رابطه با مسایل مختلف بهداشتی وجود دارد از سالمند سوال می شد. چنانچه سالمند به این سوالات کاملاً صحیح پاسخ می داد ۲ امتیاز و چنانچه تا حدی صحیح پاسخ می داد یک امتیاز دریافت می کرد. محدوده ی کسب امتیاز برای این مقیاس بین صفر تا ۵۵ بود. روایی صوری و محتوی این بخش نیز همزمان با پرسشنامه HPLP2 از طریق پانل خبرگان مورد بررسی قرار گرفت و تایید

درصد تاحدی از درآمد خود رضایت داشتند و ۱۴/۷ درصد اظهار داشتند که درآمدشان کفاف خرجشان را نمی کند. ۱۲/۹ درصد در زمان مطالعه کاملاً بیکار بودند، ۷۴/۳ درصد به انجام کارهای خانه و یا کمک در کارهای خانه می پرداختند، ۳ درصد دارای کار پاره وقت در منزل بودند، ۶/۹ درصد کار پاره وقت در بیرون منزل انجام می دادند و ۳ درصد نیز کار تمام وقت بیرون منزل داشتند.

وضعیت محدوده ها، میانگین ها و انحراف معیار رفتارهای ارتقا دهنده ی سلامت و زیرمقیاس های آن و همچنین حمایت مذهبی درک شده از رفتارها در جدول (۱) آمده است. برای تعیین ارتباط بین وضعیت رفتارهای ارتقا دهنده ی سلامت و نیز زیرمقیاس های آن با حمایت مذهبی درک شده از رفتارهای ارتقا دهنده ی سلامت از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده جدول (۲) میزان r و Pvalue این همبستگی ها را نشان می دهد.

جدول ۱: محدوده ها، میانگین ها و انحراف معیار HPLP2، زیرمقیاس های آن و حمایت مذهبی درک شده از رفتارهای ارتقا دهنده ی سلامت

نام متغیر	محدوده ی امکان پذیر	محدوده ی مشاهده شده	میانگین	انحراف معیار
رفتارهای ارتقا دهنده سلامت	۵۲-۲۰۸	۷۷-۱۶۶	۱۲۴/۶۰	۱۹/۴
مسئولیت پذیری سلامتی	۹-۳۶	۹-۳۳	۲۰/۷۵	۵/۱۱
فعالیت فیزیکی	۸-۳۲	۸-۲۱	۹/۹۷	۳/۰۴
تغذیه	۹-۳۶	۱۴-۳۶	۲۸/۱۹	۴/۳۱
رشد روحی	۹-۳۶	۱۲-۳۴	۲۳/۹۶	۵/۵۶
روابط بین فردی	۹-۳۶	۱۰-۳۶	۲۵/۶۷	۵/۷۸
کنترل استرس	۸-۳۲	۹-۲۸	۱۷/۸۸	۴/۲
حمایت مذهبی درک شده	۰-۵۵	۰-۳۴	۱۶/۲۹	۶/۳

جدول ۲: میزان r و Pvalue آزمون همبستگی بین حمایت مذهبی درک شده از رفتارهای ارتقا دهنده ی سلامت و رفتارهای ارتقا دهنده ی سلامت و

زیرمقیاس های آن

نام متغیر	r	Pvalue	وضعیت معنی داری
رفتارهای ارتقا دهنده ی سلامت	۰/۴۱۰	۰/۰۰۰	**
مسئولیت پذیری سلامتی	۰/۳۲۶	۰/۰۰۱	**
فعالیت فیزیکی	۰/۲۴۰	۰/۰۱۶	*
تغذیه	۰/۰۷۰	۰/۴۸۵	NS
رشد روحی	۰/۳۵۶	۰/۰۰۰	**
روابط بین فردی	۰/۲۸۲	۰/۰۰۴	**
کنترل استرس	۰/۴۶۲	۰/۰۰۰	**

NS : غیر معنی دار

** معنی دار در سطح ۰/۰۱

* معنی دار در سطح ۰/۰۵

در زمینه ی تأثیر حمایت اجتماعی بر روی انجام رفتارهای ارتقا دهنده ی به سلامت، مطالعات متعددی انجام گردیده است^(۱۱،۱۲،۱۳) و تمامی این مطالعات به این نتیجه دست پیدا کردند که حمایت اجتماعی بر روی رفتارهای ارتقای دهنده سلامت مؤثر است. ضمن آنکه از دیدگاه پندر^(۱۴،۱۵) نیز حمایت اجتماعی هم به طور مستقیم و هم بصورت تأثیر گذاری بر روی تعهد برای طراحی یک فعالیت بر وضعیت انجام رفتارهای ارتقا دهنده ی سلامت مؤثر است. نتایج این تحقیق نیز نشان می دهد که حمایت مذهبی درک شده از رفتارهای ارتقا دهنده ی سلامت به عنوان یک تأمین کننده ی حمایت اجتماعی قوی بر روی انجام رفتارهای ارتقا دهنده ی سلامت مؤثر است. در مورد زیر مقیاسها نیز نتایج نشان داد که حمایت مذهبی درک شده از رفتارها با تمامی زیرمقیاسها به جز تغذیه در ارتباط است. دلایل عدم ارتباط بین حمایت مذهبی درک شده و وضعیت تغذیه در سالمندان مورد بررسی این است که اولاً وضعیت تغذیه در سالمندان مورد بررسی در تمامی افراد در سطح نسبتاً قابل قبولی بود. ضمن آنکه حمایت مذهبی درک شده در مورد تغذیه نیز در سالمندان مورد بررسی در سطح یکسان و بالایی قرار داشت یعنی بیشتر سالمندان به توصیه های اسلامی در مورد غذا آگاهی داشتند.

بر اساس نتایج این بررسی و با توجه به اینکه اسلام دین کاملی است^(۱۶) و برای تمامی ابعاد زندگی ما دارای راهنمایی های مفید و ارزشمندی است و خصوصاً رفتارهای ارتقا دهنده ی سلامت را مورد تأکید قرار داده و دستورات زیادی در این زمینه دارد، به مربیان و آموزش دهندگان پیشنهاد می گردد که در آموزشهای خود به تعالیم دین آسمانی اسلام در مورد مسایل بهداشتی توجه نمایند تا از این طریق بسیار سریعتر و مطمئن تر به اهداف خود که انجام رفتارهای ارتقا دهنده ی سلامت در سالمندان است دست یابند.

همان گونه که در جدول (۲) دیده می شود، حمایت مذهبی درک شده از رفتارهای ارتقا دهنده ی سلامت، با وضعیت انجام این رفتارها بطور کلی و نیز با زیرمقیاسهای مسئولیت پذیری سلامتی، فعالیت فیزیکی، رشد روحی، روابط بین فردی و کنترل استرس در ارتباط بود ولی بین حمایت مذهبی درک شده از رفتارهای ارتقا دهنده ی سلامت و زیرمقیاس تغذیه به لحاظ آماری ارتباط معنی دار وجود نداشت.

بحث و نتیجه گیری

مقایسه میانگین امتیاز رفتارهای ارتقا دهنده ی سلامت در سالمندان مطالعه حاضر (۱۲۴/۶) با مطالعات انجام شده در این زمینه در خارج از کشور^(۱۷-۲۳) نشان می دهد که سالمندان جامعه مورد بررسی به طور کلی رفتارهای ارتقا دهنده ی سلامت را کمتر از هم سن و سالهای خود در کشورهای فوق انجام می دهند به طوری که این میانگین در زنان روستایی ۶۹-۶۰ ساله تایوانی ۱۳۷/۶۵ و در زنان ۷۰ تا ۸۸ ساله روستایی تایوان ۱۳۶/۴۲ بوده است. یعنی وضعیت انجام این رفتارها در جامعه مورد بررسی (سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر شهر یزد) حتی از زنان سالمند ۷۰ ساله و بالاتر تایوانی نیز کمتر است.

نتایج این بررسی همچنین نشان داد که حمایت مذهبی درک شده، یک پیشگویی کننده ی قوی برای انجام رفتارهای ارتقا دهنده ی سلامت در سالمندان شهر یزد می باشد. هر چند این متغیر تا به حال در مطالعه ای مورد بررسی قرار نگرفته است ولی آرمسترانگ و توکل^(۸) بر اساس برخی نتایج تحقیقات، گزارش می کنند سفارشات که در ادیان مختلف برای انجام یا عدم انجام بعضی رفتارها شده است باعث می شود که افراد معتقد به این ادیان و یا مذاهب، بعضی رفتارها را انجام دهند و یا بعضی رفتارهای زیانبخش را انجام ندهند و در نتیجه از آن سود ببرند.

References

- 1-Haug MR, Wykle ML & Namazi KH *Self-care among older adults*. Social science & Medicine, 1989, 29: 171-183.
- 2- Pender NJ. *Health Promotion In Nursing Practice*. Appleton - Century - Crofts. CT. USA 1996: 237-253
- 3-Boland CS. *Addressing the significance of social support and spirituality for sustained Health - Promoting Behaviors in Elderly*. Journal of Holistic Nursing. 1998, 16(3):355-368
- 4-WHO. *World Health Report 1997*. WHO . 1997
- 5-Dean K. *Self care components of lifestyle: The importance of gender, attitudes and the social situation*. Social Science & Medicine, 1989, 29: 137-152.
- 6-Rowe J & Kahn RL. *Successful aging*. New York: Pantheon, 1998.
- 7-Acton GJ. *Health promoting self care in family caregivers*. Western Journal Of Nursing Research. 2002 , 24(1): 73-89
- ۸-آرمسترانگ، دیوید و توکل، محمد *جامعه شناسی پزشکی* انتشارات دانشگاه صنعتی شریف، تهران ۱۳۷۲، ۶۳-۶۲
- 9-Oman D & Reed D. *Religion and mortality Among the Community-Dwelling Elderly*. American Journal of Public Health. 1998, 88(10):1469-1475
- 10-Pender NJ, Murdaugh C.L & Parsons MA, *Health promotion in nursing practice*. Prentice Hall. 2002, 4 th edit :237-255
- 11-Adams MH, Bowden AC, Humphrey DS & McAdams LB. *Social support and health promotion, lifestyle of rural women*. Online Journal of rural nursing and health care, 1(1) online available: <http://www.rho.org./journal/>.
- 12-Scott, LD & Jacks LL. *Promoting healthy lifestyle in urban and rural elders*, Online Journal of rural nursing and health care, 1(1) online available : <http://www.rno.org/journal/>.
- 13-Pender NJ. *Health promotion In nursing practice*. Appleton-Century-Crofts. CT. USA 1987:59-77
- ۱۴-بی آزار شیرازی، عبدالکریم *رساله نوین فقهی پزشکی، جلد اول، بهداشت*. دفتر نشر فرهنگ اسلامی. تهران. ۱۳۷۴. ۲۰:
- ۱۵-آیت اللهی، محمد تقی. *کلیات بهداشت اسلامی*، انتشارات معاونت امور فرهنگی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۷۰. ۱۹:
- 16-Walker SN, Sechrist K. & pender, N *The health promoting lifestyle profile 2*. Omaha: university of Nebraska medical center, college of Nursing. 1995.
- 17-Hadad LG, Almaaitah RM, Cameron S J & Armstrong-Stassen M . *An arabic language version of the health promotion lifestyle profile*. Public Health Nursing. 1998 15(2):74-81
- 18-Acton, GJ. & Malathum P. *Basic heed status and health promoting self care behavior in adults*. Western Journal of Nursing Research. 2000 22(7): 796-811.
- 19-Wang HH. *A comparison of two models of health-promoting lifestyle in rural elderly taiwanese women*. Public Health Nursing. 2001 . 18 (3) : 204-211

- 20-Wang HH. & Laffrey ShC. *A predictive model of well-being and self care for rural elderly women in taiwan*. Research in Nursing & Health. 2001. 24: 122-132
- 21-Sohng KY, Sohng S & Yeom HA. *Health promoting behaviors of elderly korean immigrants in the United States*. Public Health Nursing. 2002, 19(4): 294-300
- 22-Pullen C, Walker SN & Fiandt K . *Determinants of health promoting lifestyle behaviors in rural older women*. Fam Community Health 2001. 24(2): 49-72
- 23- Lucas JA, Orshan SA, & Cook F . *Determinants of health promoting behavior among women ages 65 and above living in the community*. Sch Inq Nurs Pract . 2000, 14(1): 77-109
- 24-Gillis A. *Determinants of a health-promoting lifestyle: An integrative review*. Journal of Advanced Nursing, .1993, 18, 345-353.
- 25-Kerr M. & Ritchey D. *Health promoting lifestyle of English-speaking and Spanish-speaking Mexican American migrant farm workers*. Public Health Nursing, .1993 , 7: 80-87
- 26-Lough MA & Schank MJ . *Health and social support among older women in congregate housing*. Public Health Nursing. 1996.13(6):434-441
- 27-Zink MR . *Social support and knowledge level of the older adult homebound person with diabetes .* Public Health Nursing. 1996, 13(4): 253-262
- 28- Boland CS .*Addressing the significance of social support and spirituality for sustained health promoting behaviors in the elderly*. Journal of Holistic Nursing . 1998. 16(3):355-365
- 29-Fleury J *Empowering potential:A theory of wellness motivation*. Nursing Research. 1991, 40: 286-291
- 30- Punamaki R & Aschan H .*Self care and mastery among primary health care patients*. Social Science & Medicine. 1994, 39: 733-741.