

بررسی تعیین کننده‌های روانی - اجتماعی (خودکارآمدی و حمایت اجتماعی) سبک زندگی در سالمندان شهر یزد، سال ۱۳۹۳

حسن رضایی پندری^۱، محمدعلی مروتی شریف‌آباد^{۲*}

چکیده

زمینه و هدف: از جمله ساختارهای اجتماعی - روانی که در سلامت افراد، به‌ویژه قشر سالمند دارای اهمیت است، می‌توان به خودکارآمدی درک‌شده و حمایت اجتماعی اشاره کرد که بر کیفیت و سبک زندگی تأثیرگذار است. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر ساختارهای اجتماعی - روانی بر سبک زندگی در سالمندان شهر یزد انجام گرفت.

روش بررسی: این مطالعه به‌صورت توصیفی - مقطعی بر روی ۲۷۰ نفر از سالمندان بالای ۶۰ سال شهر یزد در سال ۱۳۹۳ انجام شد. نمونه‌گیری به‌صورت خوشه‌ای بود. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل: پرسشنامه‌های استاندارد خودکارآمدی عمومی، حمایت اجتماعی Zimet و پرسشنامه سبک زندگی سالمندان ایرانی بود. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های کای‌اسکوئر، همبستگی پیرسون تحلیل شدند. سطح معنی‌داری، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین نمره سبک زندگی، حمایت اجتماعی و خودکارآمدی سالمندان مورد بررسی به ترتیب $161/9 \pm 13/9$ از طیف نمره ۲۱۱-۴۲؛ $46/3 \pm 8/7$ از طیف نمره ۶۰-۱۲ و $29/3 \pm 7/7$ از طیف نمره ۴۰-۱۰ بود. بین سبک زندگی و حمایت اجتماعی ($p < 0/001$ ، $0/594$) و خودکارآمدی ($p < 0/001$ ، $0/592$)، همبستگی خطی وجود داشت. همچنین سازه‌های حمایت اجتماعی ($\beta = 0/424$ ، $p < 0/001$) و خودکارآمدی ($\beta = 0/420$ ، $p < 0/001$) توانستند در مجموع ۵۰٪ تغییرات سبک زندگی را پیش‌بینی کنند.

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه سازه‌های حمایت اجتماعی و خودکارآمدی درک‌شده می‌توانند تغییرات سبک زندگی را پیش‌بینی کنند. بنابراین، می‌توان با انجام مداخلات مناسب بر روی این سازه‌های روانی - اجتماعی، سبک زندگی سالمندان را بهبود بخشید.

کلیدواژه‌ها: حمایت اجتماعی؛ خودکارآمدی؛ سبک زندگی؛ سالمندان.

^۱مرکز تحقیقات سلامت سالمندی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.

^۲گروه سلامت سالمندی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.

*نویسنده مسئول مکاتبات:

محمدعلی مروتی شریف‌آباد، گروه سلامت سالمندی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی:
morowatisharifabad@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۴/۸/۲۰

تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۰/۲۰

لطفاً به این مقاله به‌صورت زیر استناد نمایید:

Rezaei Pandari H, Morowati Sharifabad MA. Assessment of psychosocial determinants (self-efficacy and social support) of lifestyle in the elderly in Yazd City, Iran, 2015. Qom Univ Med Sci J 2016;10(9):51-60. [Full Text in Persian]

مقدمه

در عصر حاضر، پیشرفت‌های پزشکی و بهداشت باعث کاهش مرگ و میر و به تبع آن کاهش رشد جمعیت شده که اینها خود باعث افزایش نسبی طول عمر و جمعیت سالمندان می‌شود (۱). کشور ایران با توجه به آخرین سرشماری انجام‌شده در سال ۱۳۹۰ و داشتن ۸/۲٪ جمعیت بالای ۶۰ سال، در آینده نه چندان دور به سالخوردگی خواهد رسید (۲). مسلم است که از سالمندی نمی‌توان پیشگیری کرد و از طرفی نیز در این دوره زندگی، سالمند به دلیل کهولت، ضعف سیستم ایمنی و بیماری‌های مزمن؛ مستعد ابتلا به بسیاری از بیماری‌های عفونی بوده که البته با اصلاح سبک زندگی و ارتقای وضعیت بهداشت فردی، قابل‌پیشگیری است (۳). با توجه به شرایط و بیماری‌های خاص دوران سالمندی، برای ارزیابی سبک زندگی در این دوران، علاوه بر موارد تغذیه سالم، فعالیت جسمی، تفریح منظم و کافی، اجتناب از موادی چون دخانیات، مشروبات الکلی و سایر مواد اعتیادآور، مخدر و محرک، مدیریت کافی تنش و آرام‌سازی، همچنین فعالیت‌هایی که از شخص در برابر خطرات تهدیدکننده سلامتی محافظت می‌کنند نیز بررسی می‌شود (۴). از طرفی، آمارها نشان داده‌اند ۵۳٪ از علل مرگ و میرها به سبک زندگی و رفتارهای غیربهداشتی مربوط است (۵). طی سالهای اخیر وضعیت و آمار مرگ و میر در کشور نشان داده است، شایع‌ترین علل مرگ در گروه‌های سنی بالای ۵۰ سال؛ بیماری‌های قلبی - عروقی، انواع سرطان‌ها، بیماری‌های دستگاه تنفسی و حوادث هستند که البته با اصلاح سبک زندگی، قابل‌پیشگیری می‌باشد (۴). همچنین مطالعات نشان داده‌اند سبک زندگی در سالمندان با مواردی چون سن، جنس، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل ارتباط دارد (۶، ۷). از عوامل روانی - اجتماعی که می‌تواند در سبک زندگی و نیز سلامت افراد، به‌ویژه سالمندان مؤثر باشد می‌توان به خودکارآمدی و حمایت اجتماعی اشاره کرد. خودکارآمدی به توانایی ادراک‌شده فرد در انجام و ایجاد یک کنش مطلوب اشاره دارد (۷) و مشخص می‌کند افراد چگونه موانع را بررسی می‌کنند. از این‌رو خودکارآمدی می‌تواند باعث حفظ و نگهداری رفتارهای سلامتی شود، بنابراین پی بردن به آن اهمیت دارد (۸).

حمایت اجتماعی شامل تعاملات بین فردی نظیر مسائل احساسی (اظهار مراقبت، همدردی، تشویق)، کمک‌رسانی (مالی، اطلاعاتی و خدماتی) و تصدیق (تشکر) است (۹).

Newman و Sarason بیان می‌کنند حمایت اجتماعی اثر مستقیمی بر شکایات جسمانی داشته و افراد دارای حمایت اجتماعی بالا؛ حتی در صورت تجربه حادثه ناگوار در مقابل بیماری، کمتر آسیب‌پذیرند (۱۰، ۱۱). شاکری‌نیا در مطالعه خود نشان داد بین حمایت اجتماعی، امید و سلامت عمومی سالمندان، رابطه معنی‌داری وجود دارد (۱۲). حمایت مذهبی درک‌شده به‌عنوان یک تأمین‌کننده حمایت اجتماعی قوی با وضعیت انجام رفتارهای ارتقا‌دهنده سلامت شناسایی شده است (۱۳). علی‌پور و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان "نقش حمایت‌های اجتماعی در کاهش اضطراب و افسردگی سالمندان"، دریافتند تمامی انواع حمایت اجتماعی با اضطراب و افسردگی، رابطه معکوس و معنی‌داری دارد (۱۴). معتمدی و همکاران نیز در بررسی نقش حمایت اجتماعی در رضایتمندی از زندگی سالمندان بالاتر از ۶۰ سال، به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی بر احساس تنهایی، سلامت عمومی و رضایتمندی سالمندان از زندگی تأثیر معنی‌داری دارد و حمایت عاطفی نیز نقش با اهمیت‌تری نسبت به حمایت ابزاری ایفا می‌کند (۱۵). درخصوص خودکارآمدی، نشان داده شد سالمندان با خودکارآمدی بالا، رفتارهای مخاطره‌آمیز کمتری داشته و از سلامت بهتری برخوردار هستند (۱۶). پرداختن به مطالعاتی که به درک بیشتر وضعیت سلامت سالمندان و عوامل مؤثر در آن منجر شوند می‌تواند دانش لازم برای طراحی مداخلات مناسب را فراهم کنند. لذا به دلیل اهمیت ساختارهای اجتماعی - روانی و نیز کمبود چنین پژوهش‌هایی، مطالعه حاضر با هدف تعیین پیش‌بینی‌کننده‌های اجتماعی - روانی (خودکارآمدی و حمایت اجتماعی) سبک زندگی در سالمندان شهر یزد صورت گرفت.

روش بررسی

این مطالعه به‌صورت توصیفی - مقطعی بر روی ۲۷۰ نفر از سالمندان بالای ۶۰ سال شهر یزد در سال ۱۳۹۳ انجام شد. حجم نمونه با سطح اطمینان، ۹۵٪ و انحراف معیار ۱۶/۵ (۱۷) و

خطای ۲ واحد، ۲۷۰ نفر محاسبه گردید. نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای بود، بدین صورت که پس از انتخاب ۱۰ خوشه در شهر یزد، از هر خوشه، ۲۷ نفر جهت شرکت در مطالعه انتخاب شدند. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه‌ها (توسط پرسشگر آموزش‌دیده)، به روش مصاحبه با سالمندان جمع‌آوری شد.

پرسشگر به این ترتیب از اولین منزل کار خود را شروع کرد، از منزل اول سؤال شد آیا فرد بالای ۶۰ سال در این خانه سکونت دارد یا خیر؟ و اگر وجود داشت از سالمند درخواست می‌شد به سؤالات پرسشنامه، پاسخ دهد و در نهایت، پرسشنامه برای وی تکمیل می‌شد و اگر در آن منزل سالمندی نبود، به منزل بعدی مراجعه و این کار تا تکمیل تمام پرسشنامه‌ها در هر خوشه ادامه یافت. لازم به ذکر است که از هر خوشه ۲۷ نمونه تکمیل گردید. اگر در منزلی سالمند زندگی می‌کرد و در زمان مصاحبه حضور نداشت، محقق در زمان دیگری برای تکمیل پرسشنامه‌ها، مراجعه می‌کرد. در مورد اهداف تحقیق، به صورت شفاهی به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد. با توجه به بیسوادی و یا کم‌سوادی اکثر سالمندان، برای یکسان‌سازی نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها، تک‌تک عبارات پرسشنامه برای سالمندان شرکت‌کننده در مطالعه خوانده و پاسخ آنها یادداشت می‌شد.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: داشتن سن ۶۰ سال و بالاتر، سکونت در مناطق شهری یزد، توانایی تکلم به زبان فارسی، تمایل به شرکت در مطالعه (رضایت داوطلبانه)، عدم ابتلا به بیماری‌های روانی، عدم ابتلا به ناشنوایی و عدم ابتلای سالمند به یک بیماری که قادر نباشد به سؤالات پاسخ دهد. معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم همکاری سالمند با محقق و مخالفت خانواده برای شرکت سالمند در پژوهش بود.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه‌های سبک زندگی سالمندان ایرانی، خودکارآمدی عمومی و حمایت اجتماعی Zimet بود. پرسشنامه سبک زندگی سالمندان ایرانی (۴۶ سؤالی) توسط اسحاقی و همکاران (۴) در ایران تهیه شده و دارای ۴ حیطه: پیشگیری (سؤالات ۱۵-۶، ۲۹ و ۴۴-۴۰)، ورزش و تفریح (سؤالات ۱-۵)، تغذیه (سؤالات ۱۶-۲۸)، استرس (سؤالات ۳۰-۳۳ و ۳۹) و روابط (سؤالات ۳۴-۳۸، ۴۴-۴۵) می‌باشد که کسب نمره ۹۸-۴۲: سبک زندگی نامطلوب، نمره ۱۵۵-۹۹: سبک

زندگی متوسط و نمره ۲۱۱-۱۵۶: سبک زندگی مطلوب را نشان می‌دهد. شیوه کدگذاری داده‌ها بدین صورت بود که به سؤالات دارای گزینه‌های هرگز، به ندرت، گاهی، اغلب و همیشه به ترتیب از ۵-۱ کد داده می‌شد و سؤالات دارای گزینه‌های کم، متوسط و زیاد به ترتیب از ۳-۱ کدگذاری می‌شدند. روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعه اسحاقی و همکاران مورد تأیید قرار گرفته است (۱۸).

پرسشنامه خودکارآمدی عمومی (۱۹)، دارای ۱۰ گویه با طیف ۵ درجه (از اصلاً صحیح نیست تا کاملاً صحیح است) با طیف نمره ۴۰-۱۰ بوده و درک افراد را از توانایی‌های خود در انجام امور متفاوت مورد بررسی قرار می‌دهد. در ایران توسط رجیبی و همکاران، شاخص‌های روان‌سنجی این پرسشنامه مورد ارزیابی و تأیید قرار گرفته است (۲۰).

پرسشنامه حمایت اجتماعی Zimet (۲۱)، دارای ۱۲ گویه با طیف ۵ درجه {خیلی کم (نمره ۱) تا خیلی زیاد (نمره ۵)} با طیف نمره ۶۰-۱۲ می‌باشد که میزان حمایت اجتماعی صورت گرفته توسط افراد مختلف (خانواده، دوستان، همسر و ...) از فرد را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این پرسشنامه نیز در مطالعات مختلف مورد استفاده قرار گرفته و مکرراً شاخص‌های روان‌سنجی آن تأیید شده است (۲۴-۲۲).

داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تی تست، کای اسکور، همبستگی پیرسون به کمک نرم‌افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفتند. سطح معنی‌داری، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر، میانگین سنی شرکت‌کنندگان $69/1 \pm 7/2$ سال بود. از سالمندان مورد بررسی، ۵۰/۴٪ زن و مابقی مرد بودند. میانگین نمره سبک زندگی سالمندان مورد بررسی $161/9 \pm 13/9$ از طیف نمره ۲۱۱-۴۲ بود. اکثریت سالمندان (۷۱/۲٪) مورد بررسی، سبک زندگی مطلوب و ۲۸/۸٪ سبک زندگی متوسط داشتند.

بین سبک زندگی با متغیر سن، سطح تحصیلات، بازنشستگی، وضعیت اشتغال فعلی، معلولیت ($p < 0/001$)، از لحاظ آماری ارتباط معنی‌داری وجود داشت (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: توزیع سبک زندگی برحسب متغیرهای دموگرافیک در سالمندان شهر یزد، سال ۱۳۹۳

متغیر	سبک زندگی	میانگین ± انحراف معیار	pvalue	سبک زندگی	میانگین ± انحراف معیار	pvalue
سن	۶۰-۶۹	۱۶۵/۴ ± ۱۳/۲	۰/۰۰۱	شاغل	۱۶۹/۹ ± ۱۴/۳	۰/۰۰۱
	۷۰-۷۹	۱۵۷/۶ ± ۱۳/۷		خانه دار	۱۵۵/۳ ± ۱۲/۳	
جنس	۸۰ و بالاتر	۱۵۱ ± ۹/۶	۰/۰۰۶	بیکار	۱۶۲/۳ ± ۱۲/۷	۰/۰۶۳
	مرد	۱۶۳/۴ ± ۱۳/۳		بله	۱۶۱/۷ ± ۱۳/۷	
وضعیت تأهل	زن	۱۵۹/۱ ± ۱۴/۵	۰/۰۵۱	خیر	۱۶۳/۵ ± ۱۶/۳	۰/۲۵
	بیسواد	۱۵۳/۳ ± ۱۳/۳		اشغال فعلی	۱۶۹/۵ ± ۱۰/۸	
سطح تحصیلات	نهضت، ابتدایی	۱۶۴/۴ ± ۹/۹	۰/۰۰۱	بازنشستگی	۱۶۰/۸ ± ۱۲/۱	۰/۰۱۸
	سیکل، راهنمایی	۱۶۳/۷ ± ۶/۳		منبع درآمد	۱۵۹/۳ ± ۱۲/۱	
وضعیت تاهل	دیپلم	۱۸۰/۵ ± ۱۱/۶	۰/۰۰۱	نهاد حمایتی	۱۵۹ ± ۱۳/۹	۰/۰۰۱
	تحصیلات دانشگاهی	۱۸۳/۱ ± ۷/۷		شخصی	۱۶۲/۱ ± ۱۴/۱	
بازنشسته	همسر دار	۱۶۲ ± ۱۴/۱	۰/۰۰۱	نوع مسکن	۱۵۸/۸ ± ۶/۷	۰/۰۰۱
	بی همسر در اثر فوت	۱۵۹/۷ ± ۱۱/۱		استیجاری	۱۶۲/۱ ± ۱۴/۱	
بازنشسته	بی همسر در اثر طلاق	۱۶۱/۹ ± ۱۳/۹	۰/۰۰۱	معلولیت	۱۲۰/۵ ± ۱۳/۵	۰/۰۰۱
	بله	۱۶۴/۸ ± ۱۴/۱		بله	۱۶۲/۳ ± ۱۳/۴	
بازنشسته	خیر	۱۵۷/۶ ± ۱۴/۳	۰/۰۰۱	خیر	۱۶۲/۳ ± ۱۳/۴	۰/۰۰۱

داده‌ها برحسب میانگین و انحراف معیار می‌باشد.

پوکی استخوان و درد مفاصل، فشارخون و بیماری‌های قلبی-عروقی ($p < 0/001$)، از لحاظ آماری ارتباط معنی‌داری وجود داشت (جدول شماره ۲).

همچنین بین سبک زندگی و ابتلا به برخی از بیماری‌های شایع در دوران سالمندی (مشکلات گوارشی، افسردگی، اختلال خواب،

جدول شماره ۲: توزیع سبک زندگی برحسب بیماری‌ها و مشکلات شایع در سالمندان شهر یزد، سال ۱۳۹۳

متغیر	سبک زندگی	میانگین ± انحراف معیار	pvalue	سبک زندگی	میانگین ± انحراف معیار	pvalue
مشکلات گوارشی	بله	۱۵۶/۳ ± ۱۲/۸	۰/۰۰۱	افت فشارخون	۱۴۲/۸ ± ۱۴/۸	۰/۰۰۱
	خیر	۱۶۵/۲ ± ۱۳/۶		خیر	۱۶۲/۸ ± ۱۳/۱	
افسردگی	بله	۱۵۱/۴ ± ۱۲/۷	۰/۰۰۱	مشکلات دهان و دندان	۱۵۸/۱ ± ۱۷/۳	۰/۴۰
	خیر	۱۶۵/۷ ± ۱۲/۵		خیر	۱۶۲ ± ۱۳/۸	
اختلالات چربی خون	بله	۱۶۱ ± ۱۲	۰/۴۱	کم اشتها	۱۴۵ ± ۱۰	۰/۰۳۹
	خیر	۱۶۲/۶ ± ۱۴/۶		خیر	۱۶۲/۲ ± ۱۳/۸	
بیماری تنفسی	بله	۱۵۴/۵ ± ۱۶	۰/۱۲	بیماری قلبی - عروقی	۱۵۵/۴ ± ۸/۵	۰/۰۰۱
	خیر	۱۶۲/۳ ± ۱۳/۸		خیر	۱۶۳/۳ ± ۱۴/۵	
اختلال خواب	بله	۱۵۲/۹ ± ۱۲/۹	۰/۰۰۱	سرطان	۱۶۳/۶ ± ۱۱/۱	۰/۸۲
	خیر	۱۶۵/۶ ± ۱۲/۶		خیر	۱۶۱/۸ ± ۱۴	
مشکلات بینایی شنوایی	بله	۱۵۰/۵ ± ۱۵/۸	۰/۰۰۱	دیابت	۱۶۰/۲ ± ۱۳/۸	۰/۲۷
	خیر	۱۶۳/۶ ± ۱۲/۸		خیر	۱۶۲/۶ ± ۱۴	
درد مفاصل	بله	۱۵۹/۵ ± ۱۳/۵	۰/۰۰۱	بی‌اختیاری ادرار	۱۲۰/۵ ± ۱۳/۵	۰/۰۰۱
	خیر	۱۶۸/۴ ± ۱۳/۱		خیر	۱۶۲/۳ ± ۱۳/۴	
پوکی استخوان	بله	۱۵۲/۵ ± ۱۶/۸	۰/۰۰۱	سقوط	۱۴۶/۳ ± ۱۵/۹	۰/۰۰۱
	خیر	۱۶۴/۱ ± ۱۲/۵		خیر	۱۶۲/۷ ± ۱۳/۳	
فشارخون	بله	۱۵۸/۸ ± ۱۳/۸	۰/۰۰۱	حوادث خانگی	۱۵۲/۶ ± ۱۶	۰/۰۰۷
	خیر	۱۶۵/۲ ± ۱۳/۳		خیر	۱۶۲/۶ ± ۱۳/۵	

داده‌ها برحسب میانگین و انحراف معیار می‌باشد.

میانگین نمره خودکارآمدی درک شده در افراد مورد بررسی، $29/3 \pm 7/7$ از طیف نمره ۱۰-۴۰ بود. بین خودکارآمدی درک شده با سن ($p < 0/02$)، وضعیت تأهل ($p < 0/04$)، جنس، سطح تحصیلات، بازنشستگی، وضعیت اشتغال فعلی و منبع درآمد ($p < 0/01$)، از لحاظ آماری ارتباط معنی داری وجود داشت. همچنین بین خودکارآمدی درک شده و ابتلا به مشکلات گوارشی، افسردگی، اختلال خواب، مشکلات بینایی و شنوایی، درد مفاصل و بی‌اختیاری ادرار ($p < 0/01$)، ارتباط معنی داری دیده شد.

میانگین نمره حمایت اجتماعی در سالمندان مورد بررسی، $46/3 \pm 8/7$ از طیف نمره ۲۰-۶۰ بود. میانگین نمره حیطه‌های حمایت اجتماعی به ترتیب برای خانواده، $17/9 \pm 2/9$ ؛ دوستان، $20/3 \pm 4/7$ و افراد مهم $20/5 \pm 3/6$ به دست آمد. بین نمره حمایت اجتماعی درک شده با جنس ($p < 0/01$)، سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، تعداد فرزندان، وضعیت اشتغال فعلی، نحوه زندگی و منبع درآمد ($p < 0/01$)، از لحاظ آماری ارتباط معنی داری وجود داشت. بین نمره حمایت اجتماعی و ابتلا به افسردگی، اختلال خواب، مشکلات بینایی و شنوایی، درد مفاصل، سقوط و بی‌اختیاری ادرار ($p < 0/01$) نیز ارتباط معنی داری دیده شد.

بین سبک زندگی و حمایت اجتماعی ($r = 0/594$)، $p < 0/001$ و خودکارآمدی ($r = 0/592$)، $p < 0/001$ ، همبستگی خطی مستقیم و معنی دار وجود داشت. آنالیز رگرسیون نشان داد سازه‌های حمایت اجتماعی و خودکارآمدی درک شده به‌طور یکسان ($\beta = 0/42$)، سبک زندگی سالمندان را پیش‌بینی می‌کنند و این دو در مجموع، ۵۰٪ از واریانس سبک زندگی را تبیین می‌کنند.

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد سبک زندگی ۷۱٪ از سالمندان یزدی در سطح مطلوب قرار دارد. این نتایج با مطالعه نجیمی و همکاران (۷)، شمس‌الدینی و همکاران (۲۵) همسو، ولی با مطالعات دیگر متفاوت بود (۲۶-۲۸). در مطالعه حشمتی و همکاران نیز وضعیت سبک زندگی ۶۷٪ سالمندان، متوسط گزارش شد (۲۶). در مطالعه نصیرزاده و همکاران، ۹۵٪ و در مطالعه محمودی و همکاران،

۵۴٪ سبک زندگی متوسط داشتند (۲۸،۶). این اختلاف‌ها می‌تواند ناشی از تفاوت گروه‌های سالمندی مورد بررسی، تفاوت‌های فرهنگی، قومی و نیز تفاوت در شرایط زندگی و سطح دانسته‌ها باشد. به‌نظر می‌رسد سالمندان یزدی با توجه به داشتن فرهنگ، آداب و رسوم سنتی که دارند دارای سبک زندگی مطلوب‌تری هستند. براساس نتایج، بین سبک زندگی با متغیرهای سن، سطح تحصیلات، بازنشستگی و وضعیت اشتغال فعلی، از لحاظ آماری ارتباط معنی داری وجود داشت و از لحاظ سن؛ سالمندان مسن‌تر، سبک زندگی نامطلوبی داشتند. این یافته بیان می‌کند افزایش سن، ابتلای سالمند را به بیماری‌ها و مشکلات مزمن افزایش داده و منجر به تحلیل عضلانی، ایجاد ناتوانی و محدودیت در آنها می‌شود که این محدودیت‌ها و ناتوانی‌ها سبب می‌گردد سالمند سبک زندگی ناسالمی داشته باشد (۲۶). در این مطالعه، ارتباط معنی داری بین جنس و سبک زندگی مشاهده نشد. به‌عبارت دیگر، سبک زندگی در سالمندان مرد و زن تفاوتی با هم نداشت که این نتیجه با مطالعه نجیمی همخوانی داشت (۷)، اما با یافته‌های مطالعات دیگر همخوانی نداشت (۲۶-۲۹). به‌نظر می‌رسد همان‌گونه‌که در مطالعات دیگر نیز ذکر شده، حضور عواملی چون سطح تحصیلات، خصوصیات اقتصادی و اجتماعی سبب می‌گردد تا جنسیت سالمندان فاقد نقش تعیین‌کننده در سبک زندگی آنان باشد (۷،۳)، اما در مورد ارتباط سبک زندگی با سطح تحصیلات، یافته‌ها نشان داد میانگین سبک زندگی در افراد تحصیل کرده (تحصیلات دانشگاهی)، بالاتر از افراد بیسواد تحصیلات ابتدایی است که با نتایج سایر مطالعات همخوانی داشت (۲۶-۲۹). این نتیجه بیانگر این است که افراد تحصیل کرده، به‌ویژه با تحصیلات دانشگاهی، نسبت به سلامتی و عوامل مؤثر بر آن، همچنین سبک زندگی سالم، آگاهی بیشتری دارند که این موجب می‌گردد شیوه زندگی سالم‌تری نیز در پیش گیرند. در مطالعه حاضر نتایج نشان داد بین سبک زندگی و ابتلا به مشکلات گوارشی، افسردگی، اختلال خواب، پوکی استخوان و درد مفاصل، فشارخون و بیماری‌های قلبی - عروقی، از لحاظ آماری ارتباط معنی داری وجود دارد. براین اساس، سالمندانی که دچار مشکلات گوارشی، افسردگی، اختلال خواب، پوکی استخوان و سایر بیماری‌های مزمن نیستند، سبک زندگی مطلوب‌تری دارند؛

چراکه ابتلا به بیماری‌های مزمن در دوران سالمندی خود هم علت و هم معلول سبک زندگی نامطلوب است؛ یعنی سالمندانی که سبک زندگی نامطلوبی دارند بیشتر دچار بیماری‌های مزمن شده و نیز آنهایی که دچار بیماری‌های مزمن هستند، سبک زندگی مطلوبی ندارند (۲۶).

در مورد ارتباط خودکارآمدی با سن، یافته‌ها نشان داد میانگین خودکارآمدی درک‌شده در سالمندان مسن‌تر، کمتر است که این یافته با نتایج مطالعه ترکی و Singh همخوانی داشت (۳۰، ۲۹). با افزایش سن، توانایی افراد در رعایت اصول مرتبط با سلامتی و حفظ آن به دلیل ابتلا به بیماری‌های مزمن و سایر مشکلات کاهش یافته و منجر به بروز ناتوانی در آنها می‌شود. سالمندان با افزایش سن، بیشتر دچار اختلالات شناختی - جسمانی، کاهش کارکردهای فیزیکی و افزایش وابستگی در فعالیت‌های روزانه می‌شوند که این مسئله نیز خودکارآمدی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۹). در مطالعه حاضر، میانگین خودکارآمدی درک‌شده در سالمندان مرد بیشتر از سالمندان زن بود که با نتایج سایر مطالعات همخوانی داشت (۳۱، ۳۱). مردان به دلیل وضعیت جسمی - روحی که دارند نسبت به زنان از خودکارآمدی بالاتری برخوردارند. همچنین در مطالعه حاضر، میانگین خودکارآمدی درک‌شده در سالمندان با تحصیلات دانشگاهی، بیش از سایر سالمندان بود که این یافته نیز با نتایج سایر مطالعات همخوانی داشت (۳۱، ۲۹). در مطالعه حاضر نتایج نشان داد بین خودکارآمدی درک‌شده و ابتلا به مشکلات گوارشی، افسردگی، اختلال خواب، مشکلات بینایی و شنوایی، درد مفاصل و بی‌اختیاری ادرار، از لحاظ آماری ارتباط معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن، خودکارآمدی کمتری دارند. بدیهی است که به دلیل ابتلا به بیماری‌های مزمن، تحلیل ماهیچه‌ها و عضلات، ایجاد ناتوانی و محدودیت در انجام کارها، فرد سالمند قادر نیست خودکارآمدی خود را مشابه جوانان و میانسالان حفظ کند. از میان حیطه‌های حمایت اجتماعی؛ نمره حیطه افراد مهم، از سایر حیطه‌ها بیشتر بود که نشان می‌دهد در زندگی سالمندان مورد بررسی، برخی افراد مهم نیز وجود داشته‌اند و حمایت‌های انجام‌شده از سوی آنها؛ حتی از خانواده نیز بیشتر بوده است.

این نتیجه با نتایج مطالعات دیگر همخوانی نداشت. از دلایل این عدم همخوانی می‌توان به این اشاره کرد که اعضای خانواده سالمندان مورد بررسی مانند افراد میانسال دور هم جمع نیستند و فرزندان این سالمندان به دلیل مشغله زندگی و داشتن مشکلات، در فواصل زمانی طولانی‌تری به عیادت پدر و مادر خود می‌روند و جویای احوال آنها می‌شوند. همچنین دوری و مسافت زیاد بین محل زندگی سالمندان و اعضای خانواده نیز باعث می‌شود سالمندان کمتر مورد توجه و حمایت قرار گیرند؛ حتی برخی از اعضای خانواده پس از ابتلای سالمند به یک بیماری مزمن، او را تنها گذاشته و تا حد امکان ارتباط خود را با او قطع می‌کنند که همه این موارد باعث می‌گردد حیطه خانواده در بحث حمایت اجتماعی، نمره کمتری بگیرد. در مطالعات دیگر، حمایت اجتماعی از سوی خانواده، از سایر زیرمقیاس‌ها و حیطه‌های حمایت اجتماعی بیشتر بوده است. بیشتر بودن حمایت از طرف خانواده، بیانگر این مطلب است که با توجه به آموزه‌های فرهنگی و مذهبی در کشور ایران، هنوز فضای صمیمی خانواده‌های ایرانی، منبع ارزشمندی برای حمایت اجتماعی محسوب می‌شود (۳۲-۳۴).

بین حمایت اجتماعی با متغیرهای جنس، سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، تعداد فرزندان، وضعیت اشتغال فعلی، نحوه زندگی و منبع درآمد، از لحاظ آماری ارتباط معنی‌داری وجود داشت. در مورد ارتباط حمایت اجتماعی با جنس، یافته‌ها نشان داد میانگین حمایت اجتماعی در سالمندان مرد، بیشتر از سالمندان زن بوده است. این یافته با نتایج مطالعه Barry و همکاران و خلیلی و همکاران همخوانی داشت (۳۴، ۳۲). میانگین حمایت اجتماعی در سالمندان مسن از بقیه سالمندان، کمتر است. از آنجایی‌که سالمندان مسن‌تر، مشکلات بیشتری داشته و مبتلا به انواع بیماری‌ها و ناتوانی‌ها هستند، احتمال اینکه کمتر با محیط اجتماعی، به‌ویژه دوستان در ارتباط باشند و اینکه به مؤسسات مراقبتی و نگهداری سپرده شوند و یا برای آنها پرستار استخدام گردد وجود دارد و اعضای خانواده آنها نیز وقت و فرصت کمتری جهت برقراری ارتباط با سالمند را دارند (۳۲). میانگین حمایت اجتماعی در سالمندان متأهل از سالمندان مجرد، مطلقه و همسر فوت‌شده بیشتر بود.

با توجه به اینکه در مطالعات متعدد، درخصوص تأثیر خودکارآمدی و حمایت اجتماعی در ارتقای سلامت، سخن به میان آمده، لذا به نظر می‌رسد این سازه‌ها بتوانند تغییرات سبک زندگی را همان‌گونه که از نتایج این مطالعه نیز به دست آمد، پیش‌بینی کنند. بنابراین، می‌توان با در نظر گرفتن نتایج این مطالعه و سایر مطالعات مشابه، ضمن طراحی و انجام مداخلات مناسب ارتقای سلامتی متناسب با فرهنگ و شرایط زندگی سالمندان هر منطقه بر روی این سازه‌های روانی - اجتماعی؛ موجبات ارتقا و بهبودی سبک زندگی سالمندان را فراهم کرد.

از جمله محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به عدم همکاری برخی از سالمندان یا خانواده‌های آنها در مطالعه اشاره کرد. همچنین اطلاعات از طریق خودگزارشی جمع‌آوری شد.

نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه سازه‌های حمایت اجتماعی و خودکارآمدی درک شده می‌توانند تغییرات سبک زندگی را پیش‌بینی کنند. بنابراین، می‌توان با انجام مداخلات مناسب بر روی این سازه‌های روانی - اجتماعی، سبک زندگی سالمندان را بهبود بخشید. لذا پیشنهاد می‌گردد محققین در آینده، مداخلاتی را متناسب با شرایط سالمندان در زمینه حمایت اجتماعی و خودکارآمدی، طراحی و اجرا کرده و نتایج آن را منتشر کنند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله محققین بر خود لازم می‌دانند از تمامی سالمندان عزیز شهر یزد و خانواده‌های محترم آنها که در این مطالعه همکاری نمودند تقدیر و تشکر نمایند. لازم به ذکر است این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی (به شماره ۳۴۲۰) مصوب مرکز تحقیقات سلامت سالمندی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد می‌باشد.

این یافته، بیانگر نقش به‌سزای همسران در ایجاد جو حمایتی؛ به‌خصوص در دوران سالمندی است. مطالعه Barry و همکاران و خلیلی و همکاران نیز این موضوع را تأیید می‌کنند (۳۴،۳۲). همچنین بالا بودن میانگین نمره زیرمقیاس افراد مهم، از سایر زیرمقیاس‌ها نشان می‌دهد افرادی هستند که نقش مؤثرتری از اعضای خانواده برای سالمند ایفا کرده و سالمندان از آنها به‌عنوان منبعی جهت دریافت حمایت‌های اجتماعی استفاده می‌کنند. نتایج مطالعه حاضر، نشان‌دهنده وجود همبستگی مثبت و معنی‌دار بین متغیرهای سبک زندگی، خودکارآمدی درک شده و حمایت اجتماعی می‌باشد. این همبستگی، بیانگر ارتباط تنگاتنگ متغیرهای سبک زندگی، حمایت اجتماعی و خودکارآمدی در سالمندان است. به عبارت دیگر، با بهبود و ارتقای هر کدام از این سازه‌ها، سایر سازه‌ها نیز ارتقا می‌یابد. در مطالعه Jaiyungyuen و همکاران، حمایت اجتماعی و خودکارآمدی درک شده با رفتارهای ارتقادهنده سلامتی، همبستگی مثبت و معنی‌داری داشت (۳۵)، اما در مطالعه Sung، بین حمایت اجتماعی با سبک زندگی، همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود داشت، اما خودکارآمدی با سبک زندگی فاقد همبستگی بود (۳۶). در مطالعه Oman و همکاران نیز تنها خودکارآمدی درک شده با فعالیت بدنی، همبستگی داشت و بین حمایت اجتماعی و فعالیت بدنی، ارتباطی مشاهده نشد (۳۷). سازه‌های حمایت اجتماعی و خودکارآمدی، هر یک به تنهایی، ۳۵٪ از تغییرات سبک زندگی را پیش‌بینی کرده و در مدل نهایی می‌توانند در مجموع، ۵۰٪ از تغییرات سبک زندگی را پیش‌بینی کنند. در مطالعه Sung، حمایت اجتماعی، قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده تغییرات سبک زندگی (۵۵٪) بود (۳۶) Jaiyungyuen و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که خودکارآمدی درک شده و حمایت اجتماعی درک شده، مجموعاً ۳۸٪ از تغییرات رفتارهای ارتقادهنده سلامت را پیش‌بینی می‌کنند (۳۵). در مطالعه مروتی و همکاران، خودکارآمدی درک شده، ۵۸٪ از تغییرات واریانس رفتارهای ارتقادهنده سلامت را پیش‌بینی کرد (۳۸).

References:

1. . Hatami H, Rzavi SM, Eftekhari Ardabili H, Majlesi F. Elderly Health. In: Comprehensive book of public health. Volume 2. 3rd ed. Tehran: Arjmand Pub 2012. p. 1836. [Text in Persian]
2. Selection Results General Census of Population and Housing. Available from: [http://iran.unfpa.org/Documents/Census2011/census-90-results\(3\).pdf](http://iran.unfpa.org/Documents/Census2011/census-90-results(3).pdf) Accessed 3 OCT, 2016.
3. Salehi L, Eftekhari Ardabili H, Mohammad K, Taghdisi M, Jazayeri A, Shogaeizadeh D, et al . Facilitating and impeding factors in adopting a healthy lifestyle among the elderly: A qualitative study. J Sch Public Health Inst Public Health Res 2008;6(2):49-57. [Full Text in Persian]
4. Eshaghi SR, Farajzadegan Z, Babak A. Design of Lifestyle questionnaire for the elderly. J Payesh 2009;9(1):91-9. [Full Text in Persian]
5. Habibi A, Nikpour S, Seyedoshohadaei M, Haghani H. Health promoting behaviors and its related factors in elderly. Iran J Nursing 2006;19(47):35-48. [Full Text in Persian]
6. Mahmudi Gh, Niazazari K, Sanati T. Evaluation of life style in the elderly. J Fam Health 2012;1(3):45-50. [Full Text in Persian]
7. Najimi A, Moazemi Goudarzi A. Healthy Lifestyle of the Elderly: A Cross-sectional Study. J Health Syst 2011;8(4):581-87. [Full Text in Persian]
8. Bonni AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Quality of life measurement. Will we ever be satisfied? J Clin Epidemiol 2000;53(1):19-23.
9. Matsuo M, Nagasawa J, Yoshino A, Hiramatsu K, Kurashiki K. Effects of activity participation of the elderly on Quality of Life. Yonago Acta Medica 2003;46(1):17-24.
10. Akamatsu K, Saito A, Wada T, Ishine M, Rois-Cruz M, Okamiy T, et al. Analysis of comprehensive geriatric assessment of elderly residents in a social welfare home for the aged compared with those in a residential care home in an urban area in Japan. Geriatr Gerontol Int 2005;(1):53-58.
11. Pasha Gh, Safarzadeh S, Mashak R. Compared to general health and social support among the elderly living in nursing homes and elderly people living in the household. J Fam Res 2008;3(9):503-17. [Full Text in Persian]
12. Sajadi H, Beiglarian A. Quality of life of elderly woman at Hospice Charity Kahrizak. J Payesh 2006;6(2):105-8. [Full Text in Persian]
13. Knurowski T, Lazia D, Van Dijk JP, Madarasova Geckova A, Tobiasz-Adamczyk B, Van den Heuvel WJ. Survey of health status and quality of life of the elderly in Poland and Croatia. Croat Med J 2004;45(6):750-6.
14. Sarvimaki A, Stenbock-Hult B. Quality of life in old age described as a sense of well-being, meaning and value. J Adv Nurs 2000;32(4):1025-33.
15. Montazeri A, Vahdaninia M, Goshtasebi A, Gandek B. The Short Form Health survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version. Qual Life Res 2005;14 (3):875-82.
16. Hinchliff S, Norman S, Schober J. Nursing Practice and Health Care. 2nd ed. New York: CRC Press; 1993.
17. Nejati V, Ashayeri H. Health related quality of life in the elderly in Kashan. Iranian J Psychiatry Clin Psychol 2008;14(1):56-61. [Full Text in Persian]
18. Eshaghi SR, Farajzadegan Z, Babak A. Healthy lifestyle assessment questionnaire in elderly: Translation, reliability and validity. J Payesh 2010;9(1):91-9. [Full Text in Persian]
19. Nezami E, Schwarzer R, Jerusalem M. Persian Adaptation (Farsi) of the General Self-Efficacy Scale; 1996. Available From: <http://userpage.fu-berlin.de/~health/persean.htm>. Accessed Dec 23, 2015. [Text in Persian]

20. Rajabi GH. Reliability and validity of the general self-efficacy beliefs scale (gse-10) comparing the psychology students of Shahid Chamrin university and Azad University of Marvdasht. *N Thoughts Educ* 2006;2(1,2):111-22. [Full Text in Persian]
21. Zimet GD, Powell SS, Farley GK, Werkman S, Berkoff KA. Psychometric characteristics of the multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess* 1990;55(3-4):610-17.
22. Jalilian F, Emdadi Sh, Karimi M, Barati M, Gharibnavaz H. Depression among college students; the role of general self-efficacy and perceived social support. *J Hamadan Univ Med Sci* 2012;18(4):60-6. [Full Text in Persian]
23. Rostami R, Shahmohamadi K, Ghaedi G, Besharat M A, Akbari Zardkhaneh S, Nosratabadi M. The relations among self-efficacy, emotional intelligence and perceived social support in university students. *Ofoogh-e-Danesh* 2010;16(3):46-54. [Full Text in Persian]
24. Beyrami M, Movahedi Y, Movahedi M. The relationship between perceived social support and the feeling of social-emotional loneliness with internet addiction in university students. *Soc Cogn* 2015;3(2):109-22.
25. Shamsadini Lori A, Pour Mohammadi K, Keshtkaran V, Ahmadi Kashkoli S, Pour Ahmadi MR. A survey on the level of the elderly lifestyle in Shiraz. *J Health Based Res* 2015;1(1):75-84. [Full Text in Persian]
26. Heshmati H, Asnashari R, Khajavi S, Charkazi A, Babak A, Hosseini SG, et al. Life style of elderly in Kashmar, Iran 2012. *J Res Dev Nurs Midwifery* 2015;11(1):39-50. [Full Text in Persian]
27. Samadi S, Bayat A, Taheri M, Joneid B, Rooz-Bahani N. Knowledge, attitude and practice of elderly towards lifestyle during aging. *J Qazvin Univ Med Sci* 2007;11(1):83-4. [Full Text in Persian]
28. Nasirzadeh M, Gholami L, Jalilian F, Aligol M, Hafezi Bakhtiari M, Mahboubi M, et al. Status of lifestyle in Iranian elderly population. *J Sci Today's World* 2014;3(4):114-16.
29. Torki Y, Hajikazemi E, Bastani F, Haghani H. general self efficacy in elderly living in rest-homes. *Iran J Nurs* 2011;24(73):55-62.
30. Singh AP, Shukla A, Singh PA. Perceived self-efficacy and mental health among elderly. *Delhi Psychiatry J* 2010;13(2):314-21.
31. Rozbahani N, KHorsandi M, Fekrizadeh Z. Self-efficacy of self-care behaviors of elderly patients with hypertension. *Q J Sabzevar Univ Med Sci* 2014;21(5):753-60. [Full Text in Persian]
32. Khalili F, Sam S, Sharifirad Gh, Hassanzadeh A, Kazemi M. The relationship between perceived social support and social health of elderly. *J Health Res* 2011;7(6):1216-25. [Full Text in Persian]
33. Barry pp. An overview of special considerations in the evaluation and management of the geriatric patient. *Am J Gastroenterol* 2000;95(1):8-10.
34. Rashedi V, Rezaei M, Gharib M, Nabavi SH. Social support for the elderly: Comparison between home and nursing home. *J North Khorasan Univ Med Sci* 2013;5(2):351-7. [Full Text in Persian]
35. Jaiyungyuen U, Suwonnarop N, Priyatrak P, Moopayak K. Factors influencing health-promoting behaviors of older people with hypertension. 1st Mae Fah Luang University International Conference; 2012.
36. Sung MH, Lim YM. The study on health promoting lifestyle of the elderly women. *Taehan Kanho Hakhoe Chi* 2003;33(6):762-71.
37. Oman R, Duncan T. Women and exercises: An investigation of the roles of social support, self-efficacy and hardiness. *Med Exerc Nutr Health* 1995;4:306-15.
38. Morowatisharifabad M. Ghofranipoor F, Heidarnia A, Babaei Ruchi Gh, Ehrampush M H. Self efficacy and health promotion behaviors among older adults in Iran. *Social Behavior & personality: An International J.* 2006;34(8):759-768.

Assessment of Psychosocial Determinants (Self-Efficacy and Social Support) of Lifestyle in the Elderly in Yazd City, Iran, 2015

Hassan Rezaeipandari¹, Mohammad Ali Morowatisharifabad^{2*}

¹Elderly Health Research Center, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

²Department of Aging Health, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

*Corresponding Author:
Mohammad Ali Morowatisharifabad,
Department of Aging Health,
School of Public Health,
Shahid Sadoughi University
of Medical Sciences, Yazd,
Iran.

Email:
morowatisharif@yahoo.com

Received: 10 Nov, 2015

Accepted: 9 Jan, 2016

Abstract

Background and Objectives: Perceived self-efficacy and social support are psychosocial constructs that are important in health of population, especially in the elderly, and affect the quality of life and lifestyle. The aim of this study was to assess the effect of social-psychological constructs on lifestyle in the elderly in Yazd city.

Methods: This cross-sectional study was conducted on 270 older adults over 60 years of age in 2015. A cluster sampling was performed. Data collection tools included General Self-Efficacy Scale, Zimet social support scale, and Iranian elderly lifestyle questionnaires. Data were analyzed using chi-square and Pearson correlation coefficient. The level of significance was considered to be 0.05.

Results: The mean scores of lifestyle, social support, and self-efficacy were 161.9 ± 13.9 (range, 42-211), 46.3 ± 8.7 (range, 12-60) and 29.3 ± 7.7 (range, 10-40), respectively. There was a linear correlation between lifestyle and social support ($p < 0.001$, 0.594) and self-efficacy ($p < 0.001$, 0.592). Also, social support constructs ($p < 0.001$, $\beta = 0.424$) and self-efficacy ($p < 0.001$, $\beta = 0.420$) could predict 50% of changes of lifestyle.

Conclusion: Given that social support and perceived self-efficacy constructs can predict changes of lifestyle, therefore appropriate interventions on these psychosocial constructs can improve the lifestyle in the elderly.

Keywords: Self efficacy; Social support; Life style; Aging.