

نقش پیشگویی‌کنندگی تاب‌آوری و خودارزشمندی در رفتارهای ارتقادهنده سلامت سالمندان

وحید پاک‌پور^۱، رقیه صادقی^۲، صدیقه سلیمی^۳، پروین سربخش^۴، الهه ملک میرزایی^{۵*}

تاریخ دریافت ۱۴۰۰/۰۵/۱۶ تاریخ پذیرش ۱۴۰۰/۰۸/۱۸

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: با توجه به افزایش جمعیت سالمندی در کشور، این قشر با مشکلات فزاینده‌ای مواجه هستند. توجه به اهمیت ارتقای سلامت سالمندان و ضرورت توجه به مؤلفه‌های ارتقای سلامت از جمله تاب‌آوری و خودارزشمندی ایجاب می‌کند که تا حد ممکن در این زمینه گام‌هایی برداشته شود. این مطالعه باهدف تعیین رفتارهای ارتقادهنده سلامت سالمندان و نقش پیشگویی‌کنندگی تاب‌آوری و خودارزشمندی در سالمندان انجام شده است.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه‌ی توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی است که در سال ۱۳۹۸ با مشارکت ۴۲۷ نفر از سالمندان بالای ۶۰ سال تحت پوشش مراکز سلامت شهر تبریز انجام گرفته است. نمونه‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی چندمرحله‌ای وارد مطالعه شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه بررسی رفتارهای ارتقای سلامت (HPOAM)، پرسشنامه استاندارد خودارزشمندی (CSWS) و پرسشنامه تاب‌آوری (CD-RISC) استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی شامل آزمون رگرسیونی خطی چند متغیره در SPSS نسخه ۱۵ انجام گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که رفتارهای ارتقای سلامت سالمندان با میزان خودارزشمندی و تاب‌آوری آن‌ها ارتباط آماری معناداری دارد ($p < 0/05$). به طوری که متغیر خودارزشمندی و تاب‌آوری به ترتیب حدود ۳/۷ درصد و ۲۴/۱ درصد از واریانس رفتارهای ارتقای سلامت در سالمندان را پیش‌بینی می‌کنند.

نتیجه‌گیری: با توجه به میزان رفتارهای ارتقادهنده سلامت در سالمندان توجه بیشتر به عوامل مؤثر بر آن ضروری است. همچنین نظر به میزان پیش‌بینی رفتارهای ارتقاء سلامت سالمندان توسط خودارزشمندی و تاب‌آوری، لازم است که برنامه‌ریزی‌های لازم جهت افزایش سطح خودارزشمندی و تاب‌آوری در سالمندان جامعه و در نهایت بهبود رفتارهای ارتقادهنده سلامت آنان صورت گیرد.

کلیدواژه‌ها: رفتارهای ارتقای سلامت، خودارزشمندی، تاب‌آوری، سالمندی

مجله پرستاری و مامایی، دوره نوزدهم، شماره ششم، پی‌درپی ۱۴۳، شهریور ۱۴۰۰، صص ۴۸۲-۴۷۰

آدرس مکاتبه: تبریز-انتهای شریعتی جنوبی، دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، گروه پرستاری سلامت جامعه تلفن: ۰۹۰۳۵۷۶۴۵۵۶

Email: Elahe.Malek1376@gmail.com

مقدمه

سالمندی معمولاً به دوره‌ای از چرخه‌ی زندگی گفته می‌شود و بر اساس نظر سازمان جهانی بهداشت، سن بالای ۶۰ سال به‌عنوان نقطه‌ی شروع سالمندی در نظر گرفته می‌شود (۴). آنچه مسلم است، دوران گریزناپذیر سالمندی و ویژگی‌های ناشی از تحلیل قوای جسمی و روحی، این افراد را در گروه‌های سنی بسیار آسیب‌پذیر جای می‌دهد (۵). از طرف دیگر تغییر در الگوی بیماری‌ها که کاهش میزان بیماری‌های عفونی و افزایش طول عمر و بیماری‌های مزمن را به همراه داشته، منجر به افزایش

امروزه جمعیت جهان به‌سرعت در حال پیر شدن است و پیش‌بینی می‌شود تعداد سالمندان از ۶۵۰ میلیون نفر در سال ۲۰۰۶ به دو میلیارد نفر تا سال ۲۰۵۰ برسند (۱). جمعیت سالمندان در کشور ایران نیز رو به افزایش است و طبق گزارشات مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۵، در حدود ۹/۲۷ درصد از کل جمعیت ایران را سالمندان بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهند (۲، ۳).

- ۱ استادیار گروه پرستاری سلامت جامعه دانشکده پرستاری و مامایی، پژوهشکده سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران
- ۲ کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران
- ۳ کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران
- ۴ دکتری آمار زیستی، استادیار، گروه آمار دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران
- ۵ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری سلامت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران (نویسنده مسئول)

توجه به مفاهیم سلامتی و کیفیت زندگی در سالمندان طی دهه‌های اخیر گردیده است (۶). از این رو محققین و صاحب‌نظران مراقبت‌های بهداشتی، تلاش‌های زیادی در جهت بهبود کیفیت زندگی و وضعیت سلامت و ارتقای سطح سلامت این افراد انجام داده‌اند (۷، ۸).

نتایج مطالعات انجام شده در این زمینه بیانگر آن است که سطح کیفیت زندگی و سلامت سالمندان، با عوامل فردی و اجتماعی گوناگونی ارتباط دارد (۹). که مهم‌ترین آن‌ها رفتارهای ارتقای سلامت می‌باشد (۱۰-۱۲). طبق تعریف WHO رفتارهای ارتقای سلامت، گرایش واقعی به‌سوی افزایش و تقویت سلامت و رفاه، تقویت شخصی و خود واقع‌بینی می‌باشد (۱۳). عوامل مؤثر بر رفتارهای ارتقای سلامت که در سالمندی می‌توان بیشتر روی آن تمرکز کرد شامل فعالیت ورزشی منظم، ترک سیگار، اجتناب از مصرف الکل، داشتن ایمنی مناسب، سن، افزایش سطح استقلال، سطح عملکرد شناختی و تعامل فعال افراد با دیگران می‌باشد (۱۴). خدمات ارتقای سلامت به حفظ حداکثر توانایی یک فرد سالخورده برای استقلال و فعالیت در جامعه به‌عنوان یک عضو فعال و داشتن بهترین کیفیت زندگی کمک می‌کند (۱۱). توجه به این رفتارهای ارتقای سلامت باعث افزایش کیفیت زندگی در سال‌های باقیمانده عمر، کاهش سال‌های از دست‌رفته و کاهش هزینه‌های مراقبت بهداشتی می‌شود (۶).

از سوی دیگر بهداشت روان نیز بر رفتارهای ارتقای سلامت و کیفیت زندگی افراد تأثیر می‌گذارد (۱۵)، لذا حفظ و ارتقای بهداشت روانی یکی دیگر از چالش‌های مهمی است که فرد در دوران حساس سالمندی با آن مواجه می‌شود (۱۵). در کشور ما با وجود کاستی‌های موجود در حوزه سلامت، برای سلامت جسمانی سالمندان گام‌هایی برداشته شده است (۱۶)، اما آنچه نبود آن در تمام عرصه‌های کشور محسوس است، بی‌توجهی به ابعاد روانی و اجتماعی سلامت سالمندان به‌عنوان یک قشر آسیب‌پذیر جامعه می‌باشد (۱۵). یکی از متغیرهای بهداشت روانی خودارزشمندی است که از ابعاد مهم سازگاری در تمام مراحل زندگی محسوب می‌شود و در سازگاری عاطفی، هیجانی، اجتماعی و روان‌شناختی نقش دارد و این موضوع در سالمندی اهمیت بیشتری می‌یابد؛ زیرا خودارزشمندی با سلامت روان و رضایت از زندگی مرتبط بوده و کاهش آن سبب ایجاد مشکلات روحی-روانی متعددی از جمله بی‌تفاوتی و احساس تنهایی می‌شود (۱۷).

خودارزشمندی به حوزه‌هایی اشاره دارد که مردم عزت‌نفس کسب می‌کنند، بنابراین پیشرفت یا موفقیت در این حوزه‌ها، عزت‌نفس فرد را تقویت می‌کند و شکست‌ها منجر به کاهش عزت‌نفس می‌شود (۱۸، ۱۹). باور به خودارزشمندی یکی از

باورهای بسیار مهم در زندگی یک سالمند به‌حساب می‌آید. خودارزشمندی موجب ارتقای سطح سلامت عمومی، خودتنظیمی، منبع انگیزش، کاهش افسردگی و اصلاح رفتار اجتماعی، چگونگی مواجهه‌ی درست و مناسب با حوادث و وقایع روزمره زندگی بوده که در سطوح مختلف زندگی فردی، خانوادگی، آموزشی و اجتماعی اثرات خود را نمایان می‌کند (۲۰، ۲۱). طبق نظریه اریکسون وظیفه‌ی تکاملی در دوره‌ی سالمندی توانایی تعادل روحی روانی در مقابل یاس و ناامیدی می‌باشد که در نهایت باعث کنترل زندگی افراد سالمند می‌شود (۲۲).

یکی دیگر از فاکتورهای روانی مؤثر در ارتقای سلامت افراد، تاب‌آوری می‌باشد (۲۳). کانر و دیویدسون بر این باورند که تاب‌آوری توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی روانی در شرایط خطرناک بوده و به‌نوعی ترمیم خود با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی است (۲۴). با اینکه تاب‌آوری بیشتر با مفهوم مقابله و کنار آمدن ارتباط و شباهت دارد، اما بیشتر باعث گسترش قابل‌ملاحظه‌ای در هدف‌های فرد می‌شود. تاب‌آوری نه تنها عامل‌های محافظتی بالقوه‌ای مثل سعی در خودآگاهی در مقابل بیماری‌ها و مشکلات را مشخص می‌کند بلکه شامل ژنتیک، عصب‌شناسی، فاکتورهای رشدی، میان‌فردی، معنوی و ویژگی‌های شناختی غیر وابسته فشار روانی را هم شامل می‌شود (۲۵). از سویی دیگر، یکی از اهداف ارتقای سلامت، افزایش تاب‌آوری است که جزء عوامل محافظتی محسوب می‌شود (۲۳).

در مطالعه اعظمی و همکاران که باهدف تعیین نقش تاب‌آوری، معنویت و دین‌داری در پیش‌بینی رضایت‌مندی از زندگی در سالمندان انجام شده، نتایج نشان داد که تاب‌آوری باعث افزایش رضایت در زندگی می‌شود (۲۶). در مطالعه Lu و همکاران نیز که باهدف بررسی افسردگی و تاب‌آوری و تأثیر عملکرد خانواده بر کیفیت زندگی سالمندان انجام دادند نتایج نشان داد که عملکرد مثبت خانواده باعث کاهش افسردگی و افزایش تاب‌آوری و کیفیت زندگی در سالمندان می‌شود (۲۷). نتایج تحقیق Schure و همکاران نیز نشان داد که تاب‌آوری بخشی از سالمندی موفق به شمار می‌رود و برای درک ماهیت و ساختار آن در جمعیت سالمند، به مطالعات بیشتری نیاز است (۲۸).

مطالعات متعددی به ارتباط بین رفتارهای ارتقای سلامت و متغیرهای روانی مانند افسردگی، رضایت از زندگی و ... پرداخته‌اند (۲۹، ۳۰) ولی نقش پیشگویی‌کنندگی متغیرهای روانی مثبت مانند خودارزشمندی و تاب‌آوری در رفتارهای ارتقای سلامت سالمندان کمتر مورد توجه قرار گرفته است. با توجه به اهمیت رفتارهای ارتقای سلامت سالمندان در پیامدهای زیستی آنان (۳۱)،

در مرور وسیع متون مطالعه مطالعه‌ای یافت نشد که نقش پیشگویی‌کنندگی خودارزشمندی و تاب‌آوری در رفتارهای ارتقای سلامت سالمندان را موردبررسی قرار داده باشد. لذا این مطالعه باهدف تعیین رفتارهای ارتقای سلامت و نقش پیشگویی‌کنندگی خودارزشمندی و تاب‌آوری در سالمندان تحت پوشش مراکز سلامت شهر تبریز انجام شد. نتایج این مطالعه، می‌تواند در ارائه برنامه‌های مراقبتی توسط سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان مورداستفاده قرار گیرد.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی بود که در سال ۱۳۹۸ انجام شد. جامعه آماری این پژوهش، کلیه سالمندان بالای ۶۰ سال ساکن شهر تبریز بودند که در مراکز بهداشتی پرونده داشتند. نمونه مورد مطالعه نیز از میان افراد حاضر در ۲۰ مجتمع سلامت شهر تبریز بود که به روش تصادفی-نسبتهی انتخاب شد. برای انتخاب نمونه‌ها نخست، یکسوم از مجتمع‌های سلامت به صورت تصادفی با استفاده از وبسایت www.random.org انتخاب شده و از هر مجتمع سلامت دو مرکز سلامت به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس در مراکز سلامت انتخاب شده بر اساس اطلاعات جمعیتی موجود، تعداد نمونه مناسب با توجه به حجم نمونه اصلی به صورت متناسب با حجم واحد مورد نظر محاسبه و تعیین شد. سپس لیست تمامی افراد سالمند تحت پوشش هر واحد استخراج و افراد در لیست با شماره ردیف شده و با استفاده از کامپیوتر و نرم‌افزار تصادفی سازی کننده به تعداد سهمیه هر مرکز، نمونه‌ها به صورت تصادفی انتخاب شدند. در نهایت افراد واجد شرایط انتخاب و با افراد منتخب تماس تلفنی گرفته، مختصری از اهداف و روش اجرای پژوهش توضیح داده شد و در صورت تمایل به شرکت در مطالعه از آن‌ها درخواست شد که در زمان معین در مجتمع سلامت حضور داشته باشند. در جلسه حضوری در ارتباط با اهداف پژوهش، داوطلبانه بودن شرکت در مطالعه و محرمانه بودن اطلاعات توضیحات لازم ارائه شد و رضایت نامه آگاهانه کتبی از آن‌ها اخذ شد و پرسشنامه‌ها به روش مصاحبه با سالمند توسط محقق تکمیل گردید.

برای تعیین حجم نمونه، ابتدا یک مطالعه پایلوت با مشارکت تعداد ۲۰ سالمند انجام شد. سپس با در نظر گرفتن اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۹۰ درصد و بر اساس ضریب همبستگی ۰/۱ با استفاده از نرم‌افزار STATA.14 حداقل حجم نمونه برابر ۴۲۰ نفر به دست آمد. لذا با در نظر گرفتن ریزش احتمالی نمونه‌ها تعداد ۴۳۰ سالمند در نظر گرفته شد. در نهایت با خروج ۳ سالمند از مطالعه، تعداد ۴۲۷ پرسشنامه تکمیل و تجزیه و تحلیل شد. پس از تعیین حجم نمونه، افراد واجد شرایط طبق معیارهای ورود (سن

بالای ۶۰ سال، رضایت جهت شرکت در مطالعه، داشتن همکاری کافی جهت تکمیل پرسشنامه، توانایی برقراری ارتباط، دارای شماره پرونده در مراکز سلامت شهر تبریز، سکونت در شهر تبریز و ملیت ایرانی، عدم وجود بیماری‌های شناختی، روان‌پزشکی و اختلال شدید بینایی و شنوایی (بر اساس پرونده بهداشتی)، و معیارهای عدم ورود (شامل خودداری افراد سالمند از ادامه همکاری در طول مدت پژوهش، ابتلا به اختلالات روانی بنا به اظهار خود، ابتلا به اختلالات جسمی محدودکننده) انتخاب و وارد مطالعه شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل چهار پرسشنامه بود. ابتدا پرسشنامه مشخصات فردی اجتماعی سالمندان که اطلاعاتی در رابطه با سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت زندگی (با چه کسی یا کسانی زندگی می‌کند)، سطح تحصیلات، میزان درآمد، وضعیت بیمه، وضعیت مسکن، سابقه بیماری مزمن، وضعیت مالی و وضعیت سلامتی درک شده سالمندان را جمع‌آوری می‌کرد.

در پرسشنامه دوم، برای بررسی رفتارهای ارتقای سلامت در سالمندان از پرسشنامه استاندارد HPAOAM (Health Promotion Activities of Older Adults Measure) استفاده شد که توسط Padula ابداع شده است (۳۲). این پرسشنامه ۴۴ بخشی دارای پنج خرده مقیاس مشارکت در مدیریت سلامت، پیشگیری از آسیب، کاهش استرس و آرامش، ورزش، پیشگیری از سوءمصرف و تغذیه است. برای پاسخ‌گویی از لیکرت چهارگزینه‌ای (همیشه، اغلب، گاهی اوقات و هرگز) استفاده می‌شود. دامنه‌ی امتیازات از ۴۴ تا ۱۷۶ می‌باشد که نمرات بالاتر نشان‌دهنده مشارکت بیشتر فرد در رفتارهای ارتقای سلامت است (۳۳). Leisa Easom و همکاران (۲۰۰۶) روایی محتوا و روایی سازه پرسشنامه را تأیید کرده‌اند. همچنین پایایی آن، با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ محاسبه شده است (۳۴).

پرسشنامه سوم نیز، میزان خودارزشمندی را با استفاده از مقیاس Contingencies of Self-Worth Scale (CSWS) می‌سنجد که توسط Crocker و همکاران (۲۰۰۳) طراحی شده است (۳۵). این پرسشنامه دارای ۷ زیر مقیاس و ۳۵ گویه است. پاسخ‌های هر گویه به صورت لیکرت هفت‌درجه‌ای می‌باشد (یعنی شدیداً موافقم نمره ۷، موافقم نمره ۶، تا حدودی موافقم نمره ۵، خنثی نمره ۴، تا حدودی مخالفم نمره ۳، مخالفم نمره ۲ و شدیداً مخالفم نمره ۱). دامنه امتیاز این پرسشنامه بین ۳۵ تا ۲۴۵ می‌باشد. و امتیاز بیشتر نشان‌دهنده خودارزشمندی بیشتر می‌باشد و بالعکس (۳۶). در تحقیق زکی (۱۳۹۱) روایی صوری، محتوایی، سازه‌ای و هم‌زمانی این ابزار مورد تأیید قرار گرفته و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش گردیده است (۳۶). لازم به ذکر

است که در این مطالعه جهت تعیین میزان قدرت خودارزشمندی در پیشگویی رفتار ارتقای سلامت نمره کل مورد استفاده قرار گرفت.

پرسشنامه چهارم نیز فرم کوتاه شده (CD-Connor-Davidson Resilience Scale) RISC است که دارای ۱۰ گویه می‌باشد (۳۷) پاسخ‌های هر گویه به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای می‌باشد که برای هر گویه نمرات از ۰-۴ به صورت کاملاً نادرست (۰) و همیشه درست (۴) امتیازبندی شده است. دامنه امتیاز قابل کسب بین ۰-۴۰ می‌باشد و امتیاز بیشتر نشان‌دهنده تاب‌آوری بالاتر است. سلیمی و همکاران همبستگی درونی فرم ۱۰ گویه ای CD-RISC را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش کردند (۳۸) که قابل قبول است.

در مطالعه حاضر، پایایی پرسشنامه‌های HPAOAM، CSWS و CD-RISC به روش ارزیابی همسانی درونی با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ در یک نمونه ۲۰ نفره از سالمندان محاسبه شد و به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۸ و ۰/۸۶ به دست آمد.

برای آنالیز داده‌ها با توجه به متغیرهای کمی و کیفی برای

متغیرهای کمی میانگین و انحراف معیار و برای متغیرهای کیفی فراوانی و درصد فراوانی محاسبه شد. برای تعیین نرمالیتی داده‌ها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد. همچنین برای تعدیل اثر مخدوش گر‌ها (کمی و کیفی) در ارتباط بین متغیرهای رفتارهای ارتقاء سلامت با خودارزشمندی و تاب‌آوری از رگرسیون چند متغیره استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۴۲۷ نفر از جمعیت سالمندان حضور داشتند. میانگین سنی مشارکت‌کنندگان ۶۷/۴۷ سال بود. بیش از نیمی از شرکت‌کنندگان (۵۱/۳ درصد) مرد، ۴۹/۹ درصد بی‌سواد، ۸۳/۸ درصد متأهل، ۵۲/۷ درصد دارای بیماری مزمن و ۸۷/۸ درصد نیز دارای بیمه درمانی بودند. همچنین ۹۲/۷ درصد دارای منزل شخصی بوده و ۴۵/۷ درصد آن‌ها با همسرانشان زندگی می‌کردند، ۸۳/۶ درصد وضعیت مالی خود را به صورت دخل کمتر از خرج گزارش نمودند و درنهایت ۴۱/۹ درصد از سالمندان بیان کردند که هیچ‌وقت فعالیت ورزشی انجام نمی‌دهند.

جدول (۱): مشخصات فردی و اجتماعی سالمندان شرکت‌کننده در مطالعه (n=۴۲۷)

| متغیر | گروه | فراوانی | درصد |
|-------------------|-------------------------|---------|------|
| جنسیت | زن | ۲۰۸ | ۴۸/۷ |
| | مرد | ۲۱۹ | ۵۱/۳ |
| وضعیت تأهل | متأهل | ۳۵۸ | ۸۳/۸ |
| | مجرد (متارکه، فوت همسر) | ۶۹ | ۱۶/۲ |
| وضعیت زندگی | به‌تنهایی | ۳۹ | ۹/۱ |
| | با همسر | ۱۹۵ | ۴۵/۷ |
| | با فرزندان | ۴۲ | ۹/۸ |
| | با همسر و فرزندان | ۱۴۸ | ۳۴/۷ |
| | اقوام | ۳ | ۰/۷ |
| میزان تحصیلات | بی‌سواد | ۲۱۳ | ۴۹/۹ |
| | ابتدایی | ۱۳۸ | ۳۲/۳ |
| | بالاتر | ۷۶ | ۱۷/۸ |
| وضعیت مسکن | مالکیت | ۳۹۶ | ۹۲/۷ |
| | استیجاری | ۱۷ | ۴ |
| | منزل فرزند | ۹ | ۲/۱ |
| | سایر | ۵ | ۱/۲ |
| وضعیت بیمه درمانی | دارد | ۳۷۵ | ۸۷/۸ |
| | ندارد | ۵۲ | ۱۲/۲ |
| سابقه بیماری مزمن | دارد | ۲۲۵ | ۵۲/۷ |

| | | |
|-------------------------------|-------------|------|
| ندارد | ۲۰۱ | ۴۷/۱ |
| دخل بیشتر از خرج | ۷ | ۱/۶ |
| دخل کمتر از خرج | ۳۵۷ | ۸۳/۶ |
| دخل برابر خرج | ۶۳ | ۱۴/۸ |
| مرتب (سه بار در هفته) | ۱۴۴ | ۳۳/۷ |
| مرتب (کمتر از یک‌بار در هفته) | ۱۰۴ | ۲۴/۴ |
| هیچ‌وقت | ۱۷۹ | ۴۱/۹ |
| خوب | ۸۰ | ۱۸/۷ |
| متوسط | ۲۶۳ | ۶۱/۶ |
| بد | ۸۴ | ۱۹/۷ |
| سن × | ۶۷/۴۷ ± ۶/۰ | |
| × میانگین و انحراف معیار | | |

ترتیب به ابعاد مشارکت در مدیریت سلامت/ پیشگیری از آسیب و پیشگیری از مصرف مواد مربوط بود و میانگین نمره کل رفتارهای ارتقای سلامت ۱۵/۳۹ ± ۹۳/۲۵ بود (جدول شماره ۲).

همچنین در رابطه با رفتارهای ارتقای سلامت و ابعاد آن بیشترین (۶/۷۵ ± ۳۱/۲۷) و کمترین (۳/۳۱ ± ۹/۹۳) نمره به

جدول (۲): نمره میانگین و انحراف معیار ابعاد رفتارهای ارتقای سلامت (n=۴۲۷)

| ابعاد رفتارهای ارتقای سلامت (دامنه نمرات) | میانگین/ انحراف معیار | دامنه نمرات کسب‌شده |
|---|-----------------------|---------------------|
| مشارکت در مدیریت سلامت/ پیشگیری از آسیب (۶۰-۱۵) | ۳۱/۲۷ ± ۶/۷۵ | ۵۲-۱۷ |
| کاهش استرس/ استراحت و آرامش (۴۰-۱۰) | ۱۹/۹۶ ± ۵/۴۰ | ۳۸-۱۰ |
| ورزش (۲۰-۵) | ۱۶/۴۴ ± ۴/۱۰ | ۲۰-۵ |
| پیشگیری از مصرف مواد (۲۴-۶) | ۹/۹۳ ± ۳/۳۱ | ۲۰-۶ |
| تغذیه (۳۲-۸) | ۱۴/۰۴ ± ۲/۶۷ | ۲۲-۸ |
| کل ابعاد رفتارهای ارتقای سلامت (۱۷۶-۴۴) | ۹۳/۲۵ ± ۱۵/۳۹ | ۱۳۱-۴۷ |

جدول (۳): نمره میانگین و انحراف معیار خود ارزشمندی و تاب‌آوری و ابعاد آن (n=۴۲۷)

| ابعاد (دامنه نمرات) | میانگین/ انحراف معیار | دامنه نمرات کسب‌شده |
|-----------------------|-----------------------|---------------------|
| خود ارزشمندی (۳۵-۲۴۵) | ۷۹/۳۱ ± ۱۰/۲۹ | ۴۰-۱۳۸ |
| تاب‌آوری (۴۰-۰) | ۲۶/۰۵ ± ۷/۶۶ | ۱۰-۴۰ |

میانگین و انحراف معیار خود ارزشمندی و تاب‌آوری به ترتیب ۷۹/۳۰ ± ۱۰/۲۹ و ۲۶/۰۵ ± ۷/۶۶ بود (جدول شماره ۳).

جدول (۴): بررسی اثر پیشگویی‌کنندگی خودارزشمندی و تاب‌آوری برای رفتارهای ارتقای سلامت با تعدیل مخدوش‌گرها (سن، جنس، تأهل، تحصیلات، بیمه، وضعیت اقتصادی، وضعیت مسکن و سلامتی درک شده)

| p-value | حد بالای فاصله | حد پایین فاصله | ضریب | متغیر |
|---------|-----------------|-----------------|---------|---|
| | اطمینان ۹۵ درصد | اطمینان ۹۵ درصد | رگرسیون | |
| | ضریب | ضریب | رگرسیون | |
| ۰/۰۰۹ | -۰/۰۶ | -۰/۴۸ | -۰/۲۷ | سن |
| <۰/۰۰۱ | -۳/۸۳ | -۹/۳۹ | -۶/۶۱ | جنس زن |
| . | . | . | رفرنس | مرد |
| ۰/۶۲ | -۴/۲۸ | -۲/۵۱ | ۰/۸۵ | وضعیت تأهل متأهل |
| . | . | . | رفرنس | مجرد (متارکه، فوت همسر) |
| <۰/۰۰۱ | ۱۶/۱۹ | ۸/۹۲ | ۱۲/۵۵ | تحصیلات بی‌سواد |
| <۰/۰۰۱ | ۱۰/۸۲ | ۳/۱۹ | ۷/۳۷ | ابتدایی |
| . | . | . | رفرنس | بالتر |
| ۰/۱۸ | ۵/۹۸ | -۱/۱۴ | ۲/۴۲ | بیمه دارد |
| . | . | . | رفرنس | ندارد |
| ۰/۸۳ | ۱۰/۳۶ | -۸/۴۰ | ۰/۹۷ | وضعیت اقتصادی میزان دخل بیشتر از خرج |
| <۰/۰۰۱ | ۱۳/۰۲ | ۵/۹۷ | ۹/۴۹ | میزان دخل کمتر از خرج |
| . | . | . | رفرنس | میزان دخل برابر خرج |
| ۰/۰۱ | -۲/۰۳ | -۲۳/۰۴ | -۱۲/۵۴ | وضعیت مسکن مالکیت |
| ۰/۳۳ | ۶/۰۰ | -۱۷/۷۰ | -۵/۸۵ | استیجاری |
| ۰/۰۱ | -۳/۲۰ | -۲۹/۴۳ | -۱۶/۳۲ | منزل فرزند |
| . | . | . | رفرنس | سایر |
| ۰/۱۹ | ۱/۴۰ | -۶/۸۷ | -۲/۷۳ | سلامتی درک شده خوب |
| ۰/۶۱ | ۲/۳۰ | -۳/۹۲ | -۰/۸۰ | متوسط |
| . | . | . | رفرنس | بد |
| ۰/۴۸ | ۰/۰۹ | -۰/۰۴ | ۰/۰۲ | خودارزشمندی |
| <۰/۰۰۱ | ۰/۹۱ | ۰/۵۵ | ۰/۷۳ | تاب‌آوری |

R Squared = .426

اقتصادی بیشترین تأثیر را در افزایش رفتارهای ارتقای سلامت داشته و سطح سواد رابطه معناداری معکوس داشته به طوری که با

در این مطالعه مشخص شد که از میان متغیرهای پیش‌بینی‌کننده رفتارهای ارتقای سلامت، سطح تحصیلات و وضعیت

افزایش سطح تحصیلات میزان رفتارهای ارتقای سلامت کاهش یافته است ولی با بهتر شدن وضعیت اقتصادی رفتارهای ارتقای سلامت افزایش داشته است. همچنین در بررسی اثر پیشگویی‌کنندگی خودارزشمندی و تاب‌آوری بر روی متغیر ارتقای سلامت با تعدیل مخدوشگرهای سن، جنس، تاهل، تحصیلات، بیمه، وضعیت اقتصادی، وضعیت مسکن و سلامتی درک شده در مدل رگرسیونی خطی چند متغیره و طبق نتایج بعد از تعدیل مخدوشگرها خودارزشمندی با $p=0/48$ تأثیر معنی‌دار نشان نداد و در حضور متغیرهای دموگرافیک رفتارهای ارتقای سلامت را پیش‌بینی نمی‌کند ولی نتایج نشان داد که با تعدیل مخدوشگرها، تاب‌آوری با $p\text{-value} < 0/001$ تأثیر معنی‌دار دارد و رفتارهای ارتقای سلامت را پیش‌بینی می‌کند.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر "تعیین رفتارهای ارتقای سلامت و نقش پیشگویی‌کنندگی خود ارزشمندی و تاب‌آوری در سالمندان تحت پوشش مراکز سلامت شهر تبریز" بود. نتایج مطالعه حاضر در مورد رفتارهای ارتقای سلامت نشان داد که میانگین نمره کل رفتارهای ارتقاء سلامت در حدود $15/39 \pm 93/25$ (دامنه امتیاز ۱۷۶-۴۴) بود که در سطح متوسط محسوب می‌شود. نتایج همچنین بیانگر آن است که بیش‌ترین رفتارهای ارتقاء سلامت در میان سالمندان در حیطه مشارکت در مدیریت سلامت و پیشگیری از آسیب در مورد رعایت رژیم غذایی، مدیریت فعالیت و استراحت و مصرف درست داروها بود.

نتایج تحقیقات متعددی که در این زمینه انجام شده است متفاوت است، به‌طوری‌که نتایج مطالعه Lee در سال ۲۰۰۶ در کشور کره نشان داد که میانگین نمره کلی رفتارهای ارتقای سلامت سالمندان آن مطالعه، در سطح متوسط می‌باشد (۳۹). نتایج مطالعات Wang (۲۰۰۱) و Acton (۲۰۰۰) نیز، رفتارهای ارتقادهنده سلامت در سالمندان را متوسط گزارش کرده‌اند (۴۰). در ایران نتایج مطالعات هارونی و همکاران (۱۳۹۳)، مقصودی و همکاران (۱۳۹۵)، پیش کار مفرد و همکاران (۱۳۹۵) دهقان کار و همکاران (۱۳۹۷) نشان داده‌اند که میانگین نمره رفتارهای ارتقادهنده سلامت در سالمندان در محدوده متوسط می‌باشد (۴۲-۴۵) که با نتایج مطالعه ما هم‌خوانی دارد. اما نتایج مطالعه Scott (۲۰۰۰) و Easom (۲۰۰۶) میانگین نمره رفتارهای ارتقادهنده سلامت سالمندان را در سطح بالا گزارش کرده است (۳۴، ۴۶) که با نتایج مطالعه ما هم‌خوانی ندارد. با توجه به اینکه در مطالعه Easom سالمندان ساکن روستا بودند و از داروهای گیاهی به مقدار فراوان استفاده می‌کردند، ممکن است این

موضوع به تفاوت‌های فرهنگی سالمندان این دو مطالعه مربوط باشد. از سوی دیگر نتایج مطالعه Sohng (۲۰۰۰)، رشیدی و همکاران (۱۳۹۱) و آزاد بخت و همکاران نیز میزان رفتارهای ارتقادهنده سلامت در سالمندان را ضعیف گزارش کرده است (۴۷-۴۹) که با مطالعه ما هم‌خوانی ندارد که این مسئله شاید به دلیل تفاوت در ویژگی‌های فردی مشارکت‌کنندگان این مطالعات با مطالعه ما باشد.

همچنین در ارتباط با میزان خود ارزشمندی در سالمندان تحت پوشش مراکز سلامت شهر تبریز نتایج مطالعه نشان داد که میانگین نمره کلی خود ارزشمندی در حدود $10/29 \pm 79/31$ (دامنه امتیاز ۲۴۵-۳۵) بود که در سطح پایین می‌باشد. با وجود اینکه مطالعات کمی در مورد خود ارزشمندی در سالمندان انجام شده است اما نتایج تحقیقات انجام شده در این مورد نشان می‌دهد که میزان خود ارزشمندی در سالمندان پایین بوده و این می‌تواند به علت شرایط خاص دوران پیری و عوامل محیطی متأثر از آن باشد (۵۰، ۵۱). نتایج مطالعه Rogers و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که به دلیل مشکلات جسمانی و روانی دوره سالمندی خود ارزشمندی در سالمندان اکثراً در سطح پایین بوده و رفتارهای آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۵۱) که با نتایج مطالعه ما هم‌خوانی دارد. اما نتایج مطالعه Del Villar در فیلیپین نشان داد که میزان خود ارزشمندی در سالمندان در سطح بالا می‌باشد (۵۲) و با نتایج مطالعه ما هم‌خوانی ندارد که احتمالاً به دلیل تفاوت‌های فرهنگی و نژادی بین مشارکت‌کنندگان دو مطالعه می‌باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره کلی تاب‌آوری در سالمندان حدود $7/66 \pm 26/05$ (دامنه امتیاز ۴۰-۰) بود که در سطح متوسط به بالا می‌باشد. همچنین نتایج مطالعات انجام شده در زمینه تاب‌آوری نشان می‌دهد که تاب‌آوری در سالمندان به ویژه در کشور ما اکثراً در سطح متوسط بوده که این موضوع می‌تواند با عوامل مختلفی از جمله زمینه‌های فرهنگی و اعتقادی کشورمان ارتباط داشته باشد (۲۶، ۵۳، ۵۴). در این راستا نتایج مطالعه کرمی و همکاران (۵۳) و مرادی و همکاران (۵۴) نشان داد که میزان تاب‌آوری سالمندان مورد مطالعه در حد متوسط بوده است که با نتایج مطالعه ما هم‌خوانی دارد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که متغیرهای خود ارزشمندی و تاب‌آوری به ترتیب در حدود ۳/۷ و ۲۴/۱ درصد از رفتارهای ارتقای سلامت در سالمندان را پیش‌بینی می‌کند. به بیان دیگر، در صورتی که میزان خود ارزشمندی و تاب‌آوری در سالمندان افزایش یابد، رفتارهای ارتقای سلامت نیز در آن‌ها تقویت خواهد شد. خود ارزشمندی موجب ارتقای سطح سلامت عمومی، خود تنظیمی، منبع انگیزش، کاهش افسردگی و اصلاح رفتار

اجتماعی، چگونگی درست و مناسب مواجهه با حوادث و وقایع روزمره زندگی بوده که در سطوح مختلف زندگی فردی، خانوادگی، آموزشی و اجتماعی اثرات خود را نمایان می‌کند (۲۰). به علاوه فردی که از احساس خودارزشمندی بالایی برخوردار باشد به راحتی می‌تواند با تهدیدها و وقایع اضطراب آور زندگی مقابله نماید (۵۵).

نتایج مطالعات انجام شده در زمینه تاب‌آوری نشان می‌دهد که میزان تاب‌آوری با رفتارهای ارتقای سلامت در افراد، ارتباط دارد. نتایج مطالعه کو هورت Laura Perna و همکاران در سال ۲۰۱۲ با عنوان موقعیت اجتماعی اقتصادی، تاب‌آوری و رفتارهای بهداشتی در میان سالمندان نشان داد که افراد دارای تاب‌آوری بالا به احتمال زیاد پنج وعده میوه و سبزیجات در روز مصرف می‌کنند و نسبت به افراد دیگر صرف‌نظر از موقعیت اقتصادی و اقتصادی، فعالیت بدنی بیشتری را انجام می‌دهند که با نتایج مطالعه ما هم‌خوانی دارد. آن‌ها همچنین نتیجه گرفتند که تاب‌آوری می‌تواند نقطه شروع مهمی برای استراتژی‌های ارتقای سلامت می‌باشد، زیرا به جای پرداختن به کمبودها و عوامل خطر، به منابع و امکانات بیشتر تمرکز دارد (۵۶). همچنین نتایج مطالعه آزاد بخت و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد که میانگین نمره کل رفتارهای خودمراقبتی ارتقادهنده سلامت در مردان به‌طور معنی‌داری بیشتر از زنان بود که با توجه به بالا بودن میزان تاب‌آوری در مردان نسبت به زنان این موضوع منطقی به نظر می‌رسد. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که متغیرهای موانع درک شده، خودکار آمدی درک شده و شدت درک شده به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های رفتار خودمراقبتی در سالمندان می‌باشند (۴۹) که با توجه به هم‌پوشانی تاب‌آوری با بعضی از این متغیرها نتیجه‌گیری می‌شود که رفتار خودمراقبتی ارتقای سلامت در سالمندان با میزان تاب‌آوری آن‌ها، ارتباط مستقیم دارد.

با توجه به مرور وسیع متون، شاید بتوان گفت که این مطالعه اولین پژوهشی است که به بررسی رفتارهای ارتقادهنده سلامت سالمندان و نقش پیشگویی‌کنندگی تاب‌آوری و خود ارزشمندی می‌پردازد. شواهد به‌دست‌آمده در این مطالعه بیانگر آن است که میزان رفتارهای ارتقای سلامت در سالمندان در سطح متوسطی قرار دارد درحالی‌که میزان خود ارزشمندی در سالمندان در سطح پایینی می‌باشد و میزان تاب‌آوری آن‌ها نیز در حد متوسط به بالا بود. با توجه به اینکه بین خود ارزشمندی و تاب‌آوری با رفتارهای ارتقای سلامت ارتباط معناداری وجود دارد بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که در صورتی که میزان خود ارزشمندی و تاب‌آوری در سالمندان افزایش یابد، رفتارهای ارتقای سلامت نیز در آن‌ها تقویت خواهد شد. همچنین نتایج بررسی اثر پیشگویی‌کنندگی تاب‌آوری و خود ارزشمندی بر روی متغیر ارتقای سلامت با تعدیل برای

مخدوش‌گرهای سن، جنس، تأهل، تحصیلات، وضعیت مسکن، وضعیت اقتصادی، بیمه و سلامتی درک شده، خود ارزشمندی تأثیر معنادار نشان نداد و در حضور متغیرهای دموگرافیک رفتارهای ارتقای سلامت را پیش‌بینی نمی‌کند ولی نتایج نشان داد که با تعدیل مخدوش‌گرها، تاب‌آوری تأثیر معنی‌داری دارد و رفتارهای ارتقای سلامت را پیش‌بینی می‌کند. با توجه به این‌که در این پژوهش نمره خود ارزشمندی در حد پایین است، این موضوع باید در اولویت باشد. متغیرهای موانع درک شده، خودکار آمدی درک شده و شدت درک شده به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های رفتار خودمراقبتی در سالمندان می‌باشند که با توجه به هم‌پوشانی تاب‌آوری با بعضی از این متغیرها نتیجه‌گیری می‌شود (۴۹) که رفتار خودمراقبتی ارتقای سلامت در سالمندان با میزان تاب‌آوری آن‌ها، ارتباط مستقیم دارد.

این مطالعه اطلاعات ارزشمندی را به بدنه دانش پرستاری از سالمندان اضافه نمود که به برخی از این موارد اشاره می‌شود. با توجه به نتایج پژوهش حاضر که نشان می‌دهد خود ارزشمندی در سالمندان در سطح پایینی قرار دارد پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای جهت بررسی عوامل مؤثر در افزایش میزان خود ارزشمندی سالمندان انجام شود تا نتایج راه کاری برای آموزش و تقویت خود ارزشمندی و در نتیجه افزایش رفتارهای ارتقاء سلامت در سالمندان شود. همچنین نتایج نشان داده که میزان تاب‌آوری در سالمندان در سطح متوسط می‌باشد، با توجه به ارتباط بین تاب‌آوری و عقاید فرهنگی و اجتماعی افراد پیشنهاد می‌گردد برای سنجش میزان تاب‌آوری و عوامل مؤثر بر آن در سالمندان مطالعه‌ای در میان سالمندان جوامع و اقشار و فرهنگ‌های مختلف جامعه انجام شود و نتایج مورد مقایسه قرار بگیرد. همچنین با توجه به نتایج مطالعه حاضر و تأثیر مستقیم رفتارهای ارتقاء سلامت خود ارزشمندی و تاب‌آوری پیشنهاد می‌شود طی مطالعات آینده آموزش‌ها و فعالیت‌هایی به سالمندان مورد مطالعه ارائه شود و تأثیرشان قبل و بعد از مداخله بر روی افزایش خودارزشمندی و تاب‌آوری و در نتیجه رفتارهای ارتقاء سلامت مورد مقایسه قرار گیرد.

مطالعه انجام شده با محدودیت‌هایی مواجه بود؛ نخست آنکه که مطالعه حاضر فقط بر روی سالمندان تحت پوشش مراکز سلامت شهر تبریز انجام شده که می‌تواند تعمیم نتایج را محدود سازد. لذا جهت تعمیم بهتر نتایج، پیشنهاد می‌گردد این کار در سطح وسیع‌تری و با مشارکت تمامی سالمندان انجام پذیرد. همچنین برای روشن‌تر شدن وضعیت رفتارهای ارتقای سلامت و خود ارزشمندی و تأثیر آن بر سلامت جسمی و روانی سالمندان، مطالعات مشابه در دیگر نقاط دنیا به ویژه کشورهای در حال توسعه

آن‌ها تأثیر گذاشته باشد و این مورد نیز در کنترل پژوهشگر نبوده است.

تشکر و قدردانی

از کلیه سالمندانی که در این مطالعه شرکت نمودند تشکر می‌شود. لازم به ذکر است که این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی و پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد مصوب به شماره ۱۳۹۷/۴۲۵/IR.TBZMED.REC در دانشگاه علوم پزشکی تبریز می‌باشد و اعتبار آن از این محل تأمین شده است.

صورت گیرد تا بتوان به راهکارهای درستی در زمینه برطرف نمودن مشکلات موجود در این زمینه اقدام نمود. از محدودیت‌های دیگر این مطالعه مقطعی بودن آن است بدین معنی که در مقطعی از سال داده‌ها جمع‌آوری شده است و ممکن است این اطلاعات متفاوت از دیگر زمان‌ها بوده باشد و بنابراین از کنترل پژوهشگر خارج بوده است. همچنین شرایط روحی- روانی و فیزیولوژیکی سالمندان در هنگام پاسخ دهی به محقق از دیگر محدودیت‌های این پژوهش محسوب می‌شود که ممکن است بر نحوه پاسخ دهی

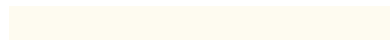
References:

1. Oveisi S, Jahed S, Olfati F. Impact of counseling on the awareness of elderly women's family about elder abuse according to the transtheoretical model. *Journal of Inflammatory Diseases* 2018;22(3):32-9.
2. Adib M, Esmaeili M, Zakerimoghdam M, Nayeri ND. Barriers to help-seeking for elder abuse: A qualitative study of older adults. *Geriatric Nursing* 2019;40(6):565-71.
3. Yekefallah M, Imani S, Borji M, Sadighpour M, Gheitarani B, Kheradmand M, et al. Comparison of depression and general health among victims of domestic violence among the elderly and their peers in Savojbolagh-Iran. *Community Health* 2018;5(2):2018.
4. (PDF) Definition of an older person. Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project. [Internet]. ResearchGate. [cited 2021 Nov 22]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/264534627_Definition_of_an_older_person_Proposed_working_definition_of_an_older_person_in_Africa_for_the_MDS_Project
5. Firozeh Moghadam S, Borjali A, Sohrabi F. The Efficiency of Happiness Training to Increase the Hope in Elderly People. *Salmand Iran J Ageing* 2014;8(4):67-72.
6. Breslow L. Health measurement in the third era of health. *Am J Public Health* 2006;96(1):17-9.
7. Boyd CM, Darer J, Boulton C, Fried LP, Boulton L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *Jama* 2005;294(6):716-24.
8. Bartholomew LK, Parcel GS, Kok G, Gottlieb NH, Schaalma HC, Markham CC, et al. Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach. *Jossey-Bass*; 2016.
9. Pakpour V, Zamanzadeh V, Salimi S, Farsiv A, Moghbeli G, Soheili A. The Relationship Between Loneliness And Sleep Quality In Older Adults In Tabriz. *J Nursing and Midwifery Journal* 2017;14(11):906-17.
10. Ajh N, Mehrtash B, Javadi A. Effect of education and social support on quality of life among elderly living in nursing homes (2010). *Journal of Inflammatory Diseases* 2012;16(3):46-52.
11. Pishkar Mofrad Z, Jahantigh M, Arbabisarjou A. Health Promotion Behaviors and Chronic Diseases of Aging in the Elderly People of Iranshahr*- IR Iran. *Global journal of health science* 2015;8(3):139-45.
12. Mohseni M, Khanjani N, Iranpour A, Tabe R, Borhaninejad VR. The Relationship Between Health Literacy and Health Status Among Elderly People in Kerman. *Salmand Iran J Ageing* 2015;10(2):146-55.
13. Bauer P, Wiezorek C. "Vulnerable Families": Reflections on a Difficult Category. Center for

- Educational Policy Studies Journal 2016;6(4):11-28.
14. McKenzie JF, Neiger BL, Thackeray R. Planning, implementing, and evaluating health promotion programs: A primer. San Francisco, CA: Pearson/Benjamin Cummings; 2009.
 15. Keyes CL, Shmotkin D, Ryff CD. Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *J Pers Soc Psychol* 2002;82(6):1007-22.
 16. Khammarnia M, Baghbanian A. Comparison of the old population's health status and chronic diseases in the urban and rural areas of Zahedan, Iran in 2012. *Sadra Medical Sciences Journal* 2013; 3(1):139-48.
 17. Hekmatipour N, Hojjati H, Farhadi S, Sharifnia SH, Manouchehr B, Kouchaki G. Effect of a regular exercise program on self-consistency and life satisfaction among elderly in Gorgan and Gonbad (2011). *Iranian Journal of Geriatric Nursing* 2014;1(1):73-82.
 18. Li S, Brown AA, Crocker J. Contingencies of Self-Worth (CSW) Scale. *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. 2020;885-8.
 19. Crocker J, Luhtanen RK, Cooper ML, Bouvrette A. Contingencies of self-worth in college students: theory and measurement. *J Pers Soc Psychol* 2003;85(5):894.
 20. Crocker J, Wolfe CT. Contingencies of self-worth. *Psychological review* 2001;108(3):593-623.
 21. Crocker J, Sommers SR, Luhtanen RK. Hopes dashed and dreams fulfilled: Contingencies of self-worth and graduate school admissions. *Pers Soc Psychol Bull* 2002;28(9):1275-86.
 22. Moneta GB, Schneider B, Csikszentmihalyi M. A longitudinal study of the self-concepts and experiential components of self-worth and affect across adolescence. *Applications of flow in human development and education*. Springer; 2014. p. 407-35.
 23. Parsa FK. Resilience and its role in promoting children's health. *Pak Iran Monthly*. 2011.
 24. Davidson JR, Payne VM, Connor KM, Foa EB, Rothbaum BO, Hertzberg MA, et al. Trauma, resilience and saliostasis: effects of treatment in post-traumatic stress disorder. *International clinical psychopharmacology* 2005;20(1):43-8.
 25. Bradtmöller M, Grimm S, Riel-Salvatore JJQI. Resilience theory in archaeological practice—An annotated review. *Quaternary International* 2017;446:3-16.
 26. A'zami Y, Mo'tamedi A, Doostian U, Jalalvand M, Farzanwgan MJCC. The Role of Resiliency, Spirituality, and Religiosity in Predicting Satisfaction with Life in the Elderly. *Counseling Culture and Psychotherapy* 2013;3(12):1-20.
 27. Lu C, Yuan L, Lin W, Zhou Y, Pan S. Depression and resilience mediates the effect of family function on quality of life of the elderly. *Arch Gerontol Geriatr* 2017;71:34-42.
 28. Schure MB, Odden M, Goins RT. The association of resilience with mental and physical health among older American Indians: The native elder care study. *Am Indian Alsk Native Ment Health Res* 2013;20(2):27.
 29. Naemi AM. The effect of resiliency training on mental health, optimism and life satisfaction of female-headed households. *Positive Psychology Research* 2015;1(3): 33-44.
 30. Hekmatipour N, Hojjati H, Farhadi S, Sharifnia S, Manouchehr B, Kouchaki G. Effect of a regular exercise program on self-consistency and life satisfaction among elderly in Gorgan and Gonbad (2011). *Iranian Journal of Geriatric Nursing* 2014;1(1):73-82.
 31. Alineghad M, Matlabi H. Description and Analysis of Health Promoting Behaviors among older people: Assessing Healthy Lifestyle. *Journal of Geriatric Nursing* 2018;5(1):0-

32. Padula CA. Development of the Health - Promotion Activities of Older Adults Measure. *Public Health Nurs* 1997;14(2):123-8.
33. Morowatisharifabad MA, Ghofranipour F, Heidarnia A, Ruchi GB, Ehrampoush MH. Self-efficacy and health promotion behaviors of older adults in Iran. *Social Behavior and Personality: An international journal* 2006 34(7):759-68.
34. Easom LR, Quinn ME. Rural elderly caregivers: Exploring folk home remedy use and health promotion activities. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care* 2012;6(1):32-46.
35. Crocker J, Luhtanen RK, Cooper ML, Bouvrette A. Contingencies of self-worth in college students: theory and measurement. *J Pers Soc Psychol* 2003;85(5):894.
36. Zaki M. Psychometric Properties of the Self-Worth Scale (CSWS) for High School Student in Esfahan. *Psychological Methods and Models* 2012; 2(7): 87-98.
37. Campbell - Sills L, Stein MB. Psychometric analysis and refinement of the connor - davidson resilience scale (CD - RISC): Validation of a 10 - item measure of resilience. *J Trauma Stress* 2007;20(6):1019-28.
38. Salimi S, Pakpour V, Feizollahzadeh H, Rahmani A. Resilience and its association with the intensive care unit nurses' intention to leave their profession. *Hayat* 2017;23(3):254-65.
39. Lee TW, Ko IS, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud* 2006;43(3):293-300.
40. Acton GJ, Malathum P. Basic need status and health-promoting self-care behavior in adults. *West J Nurs Res* 2000;22(7):796-811.
41. Wang HH. A comparison of two models of health-promoting lifestyle in rural elderly Taiwanese women. *Public Health Nurs* 2001;18(3):204-11.
42. Harooni J, Hassanzadeh A, Mostafavi F. Influencing factors on health promoting behavior among the elderly living in the community. *J Educ Health Promot* 2014;3:40.
43. Maghsoudi A, Mohammadi Bavariani F, Salim S, Nejad-Haghighi E, Arabi H, Foruzanfar Z. The association between health promoting behaviors and quality of life in the elderly people of Ewaz, 2014-2015. *Navid No* 2016;19(62):16-23.
44. Mofrad ZP, Jahantigh M, Arbabisarjou A. Health promotion behaviors and chronic diseases of aging in the elderly people of Iranshahr*-IR Iran. *Glob J Health Sci* 2016;8(3):139.
45. deghankar I, Shahrokhi A, Qolizadeh A, Mohammadi F, Nasiri E. Health Promoting Behaviors and General Health among the Elderly in Qazvin: A Cross Sectional Study. *Elderly Health Journal*. 2018;4(1):18-22.
46. Scott LD, Jacks LL. Promoting healthy lifestyles in urban and rural elders. *Online J Rural Nurs Health Care* 2017;1(2):74-100.
47. Sohng KY, Sohng S, Yeom HA. Health-promoting behaviors of elderly korean immigrants in the United States. *Public Health Nurs* 2002;19(4):294-300.
48. Rashedi S, Bahrami M. Factors related to the health promoting life style among geriatric patients. *Nursing And Midwifery Journal* 2015;13(2):90-8.
49. Azadbakht M, Garmaroodi G, Taheri Tanjani P, Sahaf R, Shojaeizade D, Gheisvandi E. Health promoting self-care behaviors and its related factors in elderly: application of health belief model. *Journal of Education and Community Health* 2014;1(2):20-9.
50. Ho SC, Donnan SP, Sham A. Psychosomatic symptoms, social support and self worth among the elderly in Hong Kong. *J Epidemiol Community Health* 1988;42(4):377-82.
51. Rogers CE, Keller C, Larkey LK, Ainsworth BE. A randomized controlled trial to determine the

- efficacy of Sign Chi Do exercise on adaptation to aging. *Res Gerontol Nurs* 2012;5(2):101-13.
52. Del Villar CP. Correlations among attitudes about aging, willingness to communicate, communication satisfaction, and self-esteem of Filipino elders. *Journal of Media and Communication Studies* 2014;6(9):150-60.
53. Karami J, Sanjabi A, Karimi P. The Prediction of Life Satisfaction among the Elderly Based on Resilience and Happiness. *Journal of Aging Psychology* 2017;2(4):229-36.
54. Moradi S, Ghodrati Mirkohi M. Comparing the role of hope and resilience in predicting life satisfaction in older adults. *J Gerontol* 2020;5(2):71-81.
55. Pullmann H, Allik J, Realo A. Global Self-Esteem Across the Life Span: A Cross-Sectional Comparison Between Representative and Self-Selected Internet Samples. *Exp Aging Res* 2009;35:20-44.
56. Perna L, Mielck A, Lacruz ME, Emeny RT, Holle R, Breitfelder A, et al. Socioeconomic position, resilience, and health behaviour among elderly people. *Int J Public Health* 2012;57(2):341-9.



THE PREDICTIVE ROLE OF RESILIENCE AND SELF-WORTH IN HEALTH-PROMOTING BEHAVIORS AMONG THE ELDERLY

Vahid Pakpour¹, Roghayeh Sadeghi², Sedigheh Salimi³, Parvin Sarbakhsh⁴, Elahe Malek Mirzaei⁵

Received: 07 August, 2021; Accepted: 09 November, 2021

Abstract

Background & Aims: Due to the increase in the elderly population in the country, this group is facing increasing problems. Attention to the importance of promoting the health of the elderly and the need to pay attention to the components of health promotion, including resilience and self-worth, requires steps to be taken in this regard. The aim of this study was to determine the health-promoting behaviors of the elderly and the predictive role of resilience and self-worth among the elderly.

Materials & Methods: This study is a descriptive-analytical cross-sectional study. 427 elderly people over 60 years of age who were referred to the health centers in Tabriz in 2019 participated in the study. Samples were entered into the study using multi-stage random cluster sampling method. Health promotion behaviors questionnaire (HPOAM), standard self-assessment questionnaire (CSWS), and resilience questionnaire (CD-RISC) were used to collect data. Data analysis was performed using descriptive and inferential statistics including multivariate linear regression test in SPSS version 15.

Results: The results showed that health promotion behaviors of the elderly had a statistically significant relationship with their self-esteem and resilience ($p < 0.05$). The variables of self-esteem and resilience predict about 3.7% and 24.1% of the variance of health promotion behaviors in the elderly, respectively.

Conclusion: Considering the extent of health-promoting behaviors in the elderly, it is necessary to pay more attention to the factors affecting it. Also, considering the relationship between the health-promoting behaviors of the elderly and the level of self-worth and resilience, health managers and policy makers must take appropriate measures to promote the level of self-worth and resilience in the elderly.

Keywords: Resilience, Self-Worth, Health-Promoting Behaviors, Older People

Address: Student of Community Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Iran

Tel: +989035764556

Email: Elahe.Malek1376@gmail.com

¹ Assistant Professor, Department of Community Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Geriatrics Research Institute, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

² Master of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Iran

³ Master of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Iran

⁴ PhD in Biostatistics, Assistant Professor, Department of Statistics, School of Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

⁵ M.Sc. Student of Community Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Iran (Corresponding Author)