

## عوامل تسهیل کننده و بازدارنده شیوه زندگی سالم در سالمندان: یک مطالعه کیفی

**لیلی صالحی**: دانشجوی دوره دکتری، گروه ارتقاء سلامت و آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

**دکتر حسن افتخار اردبیلی**: استاد، گروه ارتقاء سلامت و آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران - نویسنده رابط: [eftkhara@sina.tums.ac.ir](mailto:eftkhara@sina.tums.ac.ir)

**دکتر کاظم محمد**: استاد، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

**دکتر محمد حسین تقدیسی**: استادیار، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

**دکتر ابوالقاسم جزایری**: استاد، گروه تغذیه و بیوشیمی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

**دکتر داود شجاعی زاده**: استاد، گروه ارتقاء سلامت و آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

**دکتر آرش رشیدیان**: استادیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

دریافت: ۱۳۸۷/۱/۲۱ پذیرش: ۱۳۸۷/۶/۱۹

### چکیده

**زمینه و هدف:** افزایش امید به زندگی و کاهش میزان باروری باعث افزایش تعداد افراد سالمند در سراسر جهان شده، به گونه ای که پیر شدن جمعیت به یکی از مهمترین چالش های بهداشت عمومی در قرن کنونی تبدیل گشته است. بررسی مطالعات قبلی انجام گرفته در سایر کشورها حاکی از این است که شناسایی عوامل موثر بر فاکتورهای شیوه زندگی و نیازهای آموزشی گروه مداخله به طراحی برنامه های ارتقای سلامت موثر کمک می نماید. این مطالعه در سال ۱۳۸۶ باهدف تعیین آمادگی سالمندان جهت اتخاذ شیوه زندگی سالم و درک عوامل موثر بران در شهر تهران انجام گرفت.

**روش کار:** این پژوهش کیفی با استفاده از بحث گروهی متمرکز بر روی ۶۰ نفر از سالمندان کانون های سالمندی انجام گرفت، روش نمونه گیری بصورت هدفدار بوده و از روش تجزیه و تحلیل کیفی جهت تحلیل داده استفاده شد.

**نتایج:** نتایج بدست آمده حاکی از این است که افراد مختلف، تعابیر گوناگونی از معنای سلامت داشتند. و علل متفاوتی را برای سلامتی جسم و روح مهم می دانستند. از موانع گوناگونی بر سر راه پیروی از برنامه غذایی سالم نام برده شد و تقریباً "همه شرکت کنندگان در مطالعه، از نظر آمادگی مصرف میوه و سبزی در مرحله قبل از تامل قرار داشتند. از نظر فعالیت فیزیکی اکثریت واحدهای پژوهش در مراحل آمادگی و عمل واقع بودند در این مطالعه، از منافع و موانع گوناگونی جهت انجام منظم فعالیت فیزیکی منظم نام برده شد.

**نتیجه گیری:** تصحیح شیوه زندگی تحت تاثیر عوامل فراوانی قرار دارد. نتایج این مطالعه به تدوین راهبردهای آموزشی مناسب در خصوص شیوه زندگی سالم کمک فراوانی می کند.

**واژگان کلیدی:** شیوه زندگی سالم، سالمند، مطالعه کیفی

### مقدمه

مسئله مهم اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی محسوب گردد (Iqbal 2000). افزایش امید به زندگی و کاهش میزان باروری باعث افزایش تعداد افراد سالمند در سراسر

افزایش میانگین سنی جمعیت جهان باعث گردیده که بروز و شیوع بیماریها و مشکلات مرتبط با سالمندان یک

راهبردهای آموزشی می‌گردد (Glanz and Rimer 1997). در همین راستا پژوهشگران تصمیم به شناخت عوامل شیوه زندگی سالم با توجه به الگوی بین نظریه ای (Trans theoretical model) را گرفتند این الگو برای فرض استوار است که تغییر رفتار یک فرآیند است، نه یک واقعه و سطح آمادگی افراد برای تغییر رفتار بایکدیگر متفاوت است (Sporn and Contento 1995). انسان ها رفتارشان را در یک گام دگرسانی از غیر سالم به سالم تغییر نمی دهند، بلکه تغییر رفتار فرایندی پویاست که به مراحل مختلفی قابل تقسیم است این مراحل عبارتند از: پیش تامل (Precontemplation)، تامل (Contemplation)، آمادگی (Preparation)، عمل (Action) و نگهداری (Maintenance). در مرحله پیش تامل فرد ممکن است از نتایج رفتارش آگاه نباشد و یا اگر آگاهی داشته باشد قصد تغییر رفتار را در ۶ ماه آینده ندارد. فردی که برای تغییر برانگیخته نشده، به آن فکر نمی کند و علاقه به انجامش ندارد در این مرحله قرار میگیرد. در مرحله تامل فرد از پرخطر بودن رفتارش آگاهی دارد. این فرد امکان دارد در طی ۶ ماه آینده رفتارش را تغییر دهد. در این مرحله تعادل بین مضرات و منافع انجام رفتار برای مدت طولانی وجود دارد. در مرحله آمادگی فردی وجود دارد. که قصد دارد در طی ۱ ماه آینده رفتارش را تغییر دهد. مرحله عمل دربرگیرنده فردی است که تغییراتی در شیوه زندگی در طی ۶ ماه گذشته داده است و مرحله نگهداری دربرگیرنده حفظ رفتار در شخص برای بیش از ۶ ماه است (DiClemente and Prochaska 1998) مطالعات قبلی انجام گرفته در سایر کشورها حاکی از آن است که شناسایی عوامل موثر بر مولفه های شیوه زندگی (Wang 1999; Sun 1999) و نیازهای آموزشی گروه مداخله (Peterson 1996; Rowe and Kahn 1997) به طراحی برنامه های ارتقای سلامت به طور موثری کمک می نماید.

باتوجه به روند افزایش افراد سالمند در ایران (WHO 2005) و باتوجه به اینکه مطالعات انجام شده سالمندی در ایران عمدتاً متمرکز بر سنجش آگاهی و نگرش افراد

جهان شده، به گونه ای که پیر شدن جمعیت به یکی از مهمترین چالش های بهداشت عمومی در قرن آتی تبدیل گشته است (Islam and Tahir 2002).

در جستجوی تعیین کننده های سالمندی همراه با تندرستی، مشخص گردیده که مولفه های روش زندگی همچون، عدم استعمال دخانیات، فعالیت فیزیکی، داشتن تغذیه مناسب و با کیفیت بالا باعث افزایش میزان بقا و وضعیت سلامت بهتر در سنین سالمندی می گردد (Haveman et al. 2003). نقطه نظرات و دیدگاههای متفاوت، جهت ارتقای سلامت اساساً بر تعیین و اصلاح عملکردهای روش زندگی متمرکز است (Tai-Huig et al. 2004) ولی مطالعات نشان داده اند که محتوی رژیم های غذایی افراد غالباً ضعیف است عوامل متعددی چون دانش، گرایش، باور، رفتار، عادت، قصد و محیط آن را تحت تاثیر قرار می دهند (Ni Mhurchu et al. 1997) و علیرغم مزایای قائل شده برای یک زندگی توأم با فعالیت، بخش بزرگی از جمعیت در بسیاری از کشورها فعالیت جسمانی نداشته و از نتایج آن بی بهره اند. (Garrett et al. 2004) تقریباً نیمی از افرادی که یک برنامه صحیح ورزشی را شروع می کنند در ۳ تا ۶ ماه اولیه از ادامه برنامه بازمانده اند از اینرو نتایج سلامت بخش این گونه برنامه ها بسیار کاهش می یابد (Robinson and Rogers 1994; Rogers et al. 2003). شواهد محکم و پایداری در طی ۳۰ سال گذشته، اهمیت بی تحرکی را به عنوان عامل خطر اولیه در کلیه موارد مرگ و میر و بروز بیماریهای شایع نشان داده اند (Struber 2008). که این مساله بر همکاری متخصصین بهداشتی برای طراحی مداخلات آموزشی و برنامه های تغییر رفتار موثرتر جهت ارتقا رفتارهای سلامتی بخش تاکید دارد (Jorden et al. 2002) شناخت عوامل تسهیل کننده و بازدارنده شیوه زندگی سالم در سالمندان به تدوین راهبردهای مناسب در این افراد کمک خواهد کرد و به کارگیری الگوها و نظریه های تغییر رفتاری مناسب، سبب افزایش کارایی برنامه ها و

همکاران بدون اطلاع از کد گذاری اصلی توسط پژوهشگر انجام و در نهایت کدها باهم مقایسه شدند. چهارچوب مشخص کد گذاری می تواند به تحلیل گر دوم کمک نماید تا مانند تحلیل گر اول کار خود را ادامه دهد. که این امر پایایی بیشتری را تضمین می نماید و از طرق ارزیابی پایایی تحلیل مطالعات کیفی، تحلیل توسط محقق با تجربه دیگری است و مقایسه میزان مشابهت دو تحلیل میباشد (Mayes and Pope 1995).

لازم به ذکر است در راستای رعایت اخلاق به افراد تحت مطالعه توضیحات کافی در مورد اهمیت و هدف مصاحبه ها داده شد و در جلسات برگزار شده نام افراد یادداشت نشد.

### نتایج

۵ طبقه اصلی از داده ها بدست آمد که هریک شامل ۱ تا ۳ زیر طبقه می باشند. این طبقات و زیر طبقات در برگیرنده عمده ترین عوامل درک شده افراد سالمند از شیوه زندگی سالم می باشند.

معنای سلامت: یافته های حاصل از مطالعه نشان دادند که افراد مختلف، تعابیر گوناگونی از سلامت دارند شامل سلامت کامل بدن، سلامت جسم و روح، رضایت کامل فردی، فقدان درد و رنج و بیماری - که اکثریت نمونه های مورد مصاحبه، سالم بودن را سلامت جسم و روح میدانستند. عواملی را هم چون فعالیت مداوم و انجام فعالیت جسمانی مطلوب، رشد عقلی - جسمی و اجتماعی، رشد عاطفی، تغذیه سالم، اعتقادات مذهبی قوی، عادات خانوادگی و فرهنگی، عادات دوران کودکی و جوانی، محیط و، رشد اجتماعی مطلوب، در نظر گرفتن حال، نه گذشته و آینده، آرامش خود و اطرافیان، پرهیز از مضرات و عوامل خطر، استرس و مشکلات، مسافرت کمک به دیگران از عوامل مهم سلامت جسم و روح ذکر گردیدند.

تغذیه: معنای تغذیه سالم با توجه به نتایج پژوهش شامل: خوردن به اندازه، خوردن مطابق هرم غذایی، خوردن مطابق سن، پرهیز از کم خوردی و پر خوری و خوردن هر چیز به اندازه و مطابق فصل و استفاده بیشتر از میوه و سبزی میباشد

سالمند در خصوص شیوه زندگی سالم و بررسی شیوع اختلالات سالمندان بوده است (صمدی و همکاران ۱۳۸۶، صادقی و کاظمی ۱۳۷۳) این مطالعه به منظور ارتقاء کیفیت زندگی با شناسایی عوامل درک شده شیوه زندگی سالم در سالمندان و تدوین برنامه های آموزشی متناسب با توجه به الگوی تغییر رفتار صورت گرفت.

### روش کار

با توجه به اهداف مطالعه، تعیین آمادگی افراد سالمند جهت اتخاذ شیوه زندگی سالم و درک عوامل موثر بر آن، این تحقیق کیفی در در خرداد ماه ۱۳۸۶ با استفاده از بحث گروهی متمرکز بر روی ۶۰ نفر از سالمندان عضو کانون سالمندی شهر تهران انجام گرفت این افراد در ۱۰ گروه ۶ نفری قرار گرفتند زمان صرف شده برای هریک جلسات حدود ۲ ساعت بود و سؤالات با توجه به اهداف تحقیق بصورت باز از آنها پرسیده می شد (جدول ۱) و مصاحبه با افراد با حضور مصاحبه گرو هدایت گر تارسیدن به حد اشباع ادامه می یافت.

در اینجا نمونه گیری به صورت هدف دار بوده و تلاش گردید که افراد بر گزیده تا حد ممکن از نظر سن و سواد همگن باشند. جلسات توسط یک نفر پژوهشگر با استفاده از مهارت های ارتباطی کلامی و غیر کلامی هدایت می گردید و با استفاده از ضبط صوت و یادداشت برداری، محتوی گفتگوها ثبت می گردید و بلافاصله پس از پایان هر جلسه گفتگوهای ثبت شده بر روی کاغذ می آمد که در تحلیل نهایی یادداشت های اولیه مورد استفاده قرار می گرفت. افراد سالمند مورد مصاحبه شامل هر دو جنس زن و مرد بودند که از نظر وضعیت اقتصادی - اجتماعی وضعیت تقریباً راحتی داشتند پس از جمع آوری اطلاعات و کدگذاری و تجزیه و تحلیل اطلاعات، در ابتدا بصورت مجزا برای هر مصاحبه و سپس جمع مصاحبه های همگن انجام شد و مقایسه های کلی صورت پذیرفت از رویکرد گروهی جهت، تحلیل داده استفاده گردید و کدگذاری مجدد نتایج توسط یکی دیگر از

داشتند که بین فعالیت جسمانی و ورزش تفاوت وجود دارد این طبقه از داده ها دارای سه زیرطبقه معنای ورزش ، منافع حاصل و عوامل بازدارنده آن است .

ورزش را حرکات سازماندهی شده ای می دانستند که باعث افزایش ضربان قلب می گردد یکی از مصاحبه شوندگان : "ورزش همان فعالیت جسمانی منظم است "

تقریباً "۹۰ درصد از شرکت کنندگان در مورد میزان فعالیت جسمانی مطلوب اظهار بی اطلاعی نمودند .حدود ۵۰ درصد واحدهای پژوهش انجام کارهای منزل راجزو فعالیت جسمانی میدانستند .

نتایج حاصل از مطالعه بر منافع بدست آمده زیر در رابطه با ورزش تکیه داشت:

استفاده از تجارب دیگران ،رهایی از درد و رنج،آرامش،باز شدن فکر،شجاعت ،امیدواری ،خوشرفتاری ،خواب راحت تر، مقاومت در برابر سختی ها ،کاهش الزایمر،بهبود عملکرد دستگاههای مختلف بدن مثل قلبی و عروقی

نشاط و جوانی، پیشگیری از چاقی و تجمع چربی، سرحالی، پرنرژی شدن، رهایی از افسردگی، انبساط خاطر .

یکی از سالمندان: " ورزش باعث مدیریت بهتر کارهای روزانه توسط شخص میگردد.همه نمونه های پژوهش معتقد بودند که ورزش و فعالیت جسمانی برای سلامتی آنها مفید میباشدواراده شخصی را مهم ترین اهرم در شروع وادامه فعالیت جسمانی میدانستند هرچندمعتقد بودند که ورزش های گروهی عامل مهمی در ادامه فعالیت جسمانی است .

یک زن سالمند: " هر شخص به تنهایی قادر به ورزش کردن است هرچند انجام ورزش بطور دسته جمعی باعث افزایش انگیزه فرد برای ورزش کردن می شود وروابط اجتماعی فرد را بهبود می بخشد "

سالمند دیگری گفت : " ورزش کردن باعث می شود که فرد دوستان جدیدی پیدا کند و این به فرد در ادامه داد ن به ورزش کمک می کند ."

و پیروی از یک برنامه غذایی سالم باعث کاهش میزان بیماریها، افزایش طول عمر و سلامتی می گردد.

تغذیه سالم به سن ، تلاش و فعالیت فرد ، درآمد وی و تبلیغات رسانه ای بستگی دارد. این طبقه دربرگیرنده زیرطبقه موانع پیروی از رژیم غذایی سالم بود که بشرح زیر می باشد:

- عادات خانوادگی ، فرهنگی و سنتی مردم ایران : که تهیه غذا به عنوان هنر فراهم آوردن لذت برای ذهن و جسم معرفی شده است و تمایل به استفاده از غذاهای پر چرب و اشباع از کربوهیدرات دربین آنها مرسوم است.

- ذائقه افراد : که کشش به استفاده از غذاهای پر چرب به علت خاصیت خوشمزه کنندگی آنها وجود دارد

- درآمد افراد : که مانعی بزرگ برسر راه پیروی از رژیم غذایی سالم است

- چشم و هم چشمی در استفاده از انواع غذاهای اماده ( Fast food ) مانند پیتزا و ساندویچ.

- تشریفات و ناآگاهی نقش مادر خانواده در الگو سازی و الگوی پذیری

افراد جهت برنامه غذایی سالم مهم وکلیدی اعلام شد .

یک مرد سالمند " این زن و مادر خانواده است که غذای خانواده را تهیه می کند بنابر این در خط دادن به سایر افراد که چه چیزی را بخورند نقش مهمی دارد ."

یک زن سالمند " بهترین افراد برای آموزش تغذیه سالم، مادران هستند چون بر روی تغذیه سایر افراد نقش بسزایی دارند."

یک مرد سالمند " تمام مشکلات یک شخص نادانی است این نادانی که باعث می شود فرد درست تغذیه نکند."

یک زن سالمند " من دوست دارم از میوه جات متنوع استفاده کنم ولی وقتی بودجه ام نمی رسد مجبورم از میوه جات کمتری استفاده کنم "

ورزش و فعالیت جسمانی : اکثر مصاحبه شوندگان براین عقیده بودند که بین ورزش و فعالیت جسمانی تفاوت وجود ندارد فقط تعداد کمی از مصاحبه شوندگان عقیده

یک زن سالمند: " وقتی تلویزیون تمام مدت از چپیس و لپ لپ و غیره تبلیغ می کند چطور باید انتظار داشت که افراد جامعه تغذیه سالم داشته باشند ."

یک فرد سالمند دیگر " تلویزیون هم تبلیغ خوب برای رژیم غذایی سالم دارد مخصوصا برنامه خانواده و هم تبلیغ های نادرست در مورد رژیم غذایی ، این فرد است که باید انتخاب کند تلویزیون کسی وادار به انتخاب نمی کند ." یک زن سالمند : " وقتی بچه و نوه های آدم تمایل به مصرف بیشتر شیرینیجات خامه ای بجای میوه داشته باشند ناخواذگاه ما هم مجبوریم دلشان را بدست آوریم ."

### بحث

یافته های این تحقیق درگیرنده ۴ مقوله معنای سلامت ، تغذیه، فعالیت جسمانی و حمایت اجتماعی است که این عوامل در ارتباط باهم بر روی سبک زندگی در سالمندان موثرند. از آنجائیکه تعریف فرد از سلامت بر عوامل موثر بر آن اثر می گذارد ( Pullen et al. 2001; Mahasneh 2001 ) این پژوهش با بررسی معنای سلامتی در افراد مورد مطالعه اقدام به پردازش عوامل موثر بر شیوه زندگی سالم نمود. از این منظر سلامت از دیدگاه افراد مورد پژوهش در دو بعد جسمی و روانی طبقه بندی می گردد که همسو با نتایج سایر مطالعات در این زمینه می باشد ( Foladi et al. 2007 ).

مطالعات متعددی نقش عوامل ادراکی رادرحفظ و ارتقای سلامت افراد سالمند مورد تاکید قرار می دهند ( Lee 1993 ; Bull 1998 ) یافته های این پژوهش نشان دادندکه واحدهای پژوهش از ادراکی مناسبی از عوامل موثر بر شیوه زندگی سالم برخوردارند که این یافته های با یافته های سایر مطالعات سازگار است ( Harrison et al. 2007 ). یافته ی این مطالعه در توافق با مطالعه ساهان نقش تغذیه سالم بر کاهش میزان بیماری، افزایش طول عمر و کیفیت زندگی مورد تاکید قرار می دهد ( Sahyoun 2002 ).

افرد مورد پژوهش موانع ورزش کردن را: تنبلی، پر خوری، نادانی، نبود همراه، مشغله، نبود وقت، عدم اعتماد به نفس، نبود علاقه، هوای بد و افسردگی و ترس از صدمه دیدن عنوان نمودند.

اراده، انگیزه، علاقه، پشتکار و هدف. به عنوان محرکهای فعالیت جسمانی مطرح شدند .

تقریبا همه واحدهای پژوهش معتقد بودند که فعالیت جسمانی منظم نیاز به هیچگونه امکانات و وسایل خاصی ندارد، و هرکس به اندازه امکانات و توانایی هایش می تواند از فواید ورزش بهره بگیرد.

هنگامی که نتایج بحث گروهی متمرکز بر اساس آمادگی افراد برای تغییر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت نشان داده شد که از نظر مصرف میوه و سبزی ( ۵ وعده در روز) تقریبا همه واحدهای پژوهش در مرحله پیش از تامل قرار دارند و هنگامی که از مورد پژوهش در خصوص عدم مصرف میوه و سبزی به میزان ۵ وعده سؤال شد عوامل فرهنگی و مرسوم نبودن استفاده میوه و سبزی به میزان ۵ وعده در رژیم غذایی ایرانیان، گران بودن میوه مطرح گردیدند.

تجزیه و تحلیل مرحله تغییر افراد از نظر آمادگی برای فعالیت جسمانی نشان داد که اکثریت واحد های پژوهش در مرحله تامل و آمادگی قرار دارند .

حمایت اجتماعی: حمایت اجتماعی باتوجه به نتایج پژوهش به افراد کمک می کند که با مشکلات متعدد جسمی - روانی و اجتماعی بهتر مقابله کنند و دربرگیرنده احترام، توجه، و محبت می باشد و دارای زیرگروههای حمایت عاطفی، حمایت اطلاعاتی است حمایت عاطفی دربرگیرنده شبکه ای از بستگان، دوستان و تماس های اجتماعی است که به فرد در اتخاذ سبک زندگی سالم کمک می کنند و حمایت اطلاعاتی دربرگیرنده کسب آگاهی از طریق رسانه های جمعی و متخصصان بهداشتی است که نقش حمایتی پررنگی رادر ادامه شیوه زندگی سالم بازی می کنند .

قوانین وضع شده برای افراد سالمند باشد (Shearer 2003) (مطمئناً" بنانهان حمایت اجتماعی مثبت یک روش معنی دار در تقویت رفتارهای خود کار سلامت است ( Speck and Harelll 2003).

همچنین در راهبردهای آموزشی ارتقای سلامت باید به خوبی به عوامل محرک و نرم های اجتماعی توجه شود. موانع و فواید انجام تغییر نیز، پارامترهای مهمی برای ارتقا راهبردهای توانمند سازی می باشند. موانع و فواید ذکر شده برای اتخاذ شیوه زندگی سالم در این مطالعه مشابه نتایج حاصل از سایر مطالعات است ( Kolt et al. 2006 ; Xuereb et al. 2003).

### نتیجه گیری

تصحیح شیوه زندگی موضوع پیچیده ای است که تحت تاثیر عوامل فراوانی قرار دارد. نتایج این مطالعه به تدوین راهبردهای آموزشی مناسب در خصوص شیوه زندگی سالم با توجه به عوامل تسهیل کننده و بازدارنده و مرحله آمادگی افراد سالمند کمک فراوانی می کند.

### تشکر و قدردانی

بدینوسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران که پشتیبانی مالی این بررسی را طی یک طرح تحقیقاتی به شماره قرارداد ۵۶۱۴ تقبل نمود تقدیر و تشکر می گردد، همچنین از فرهنگسرای سالمند و سالمندان محترمی که در انجام این تحقیق نویسندگان را یاری نمودند سپاسگزاری می شود.

یکی از یافته های مهم این مطالعه همسویا با سایر مطالعات (Wellmanet 1997; Wolfe et al. 1998) در خصوص موانع تغذیه سالم (مصرف میوه و سبزی)، موانع اقتصادی است، هرچند عواملی چون فقدان وقت و عوامل بازدارنده فرهنگی و فقدان دانش به عنوان سایر عوامل بازدارنده مطرح گردید که در حمایت های سازمانی و اجتماعی و راهبردهای آموزشی باید مد نظر قرار گیرند. اصلاح عادات زندگی افراد کمک های فراوانی به بهبود شیوه زندگی آنها خواهد نمود (Lewis 1998). قرارگیری تقریباً تمامی افراد مورد مطالعه در مرحله پیش تامل نیز بدین وسیله قابل توجیه است.

نقش حمایت اجتماعی در فائق آمدن بر مسائل مربوط به تندرستی با نتایج مطالعه Chong مطابقت دارد (Chong 2006).

نتایج بدست آمده، همچون سایر مطالعات انجام شده (Struber 2004) در این زمینه بیان گر این مهم بود. تبلیغات نقش بسیار مهمی در عادات و ترجیحات مردم دارد. رسانه های جمعی مخصوصاً "تلویزیون (Harrison et al. 2007) نقش مهمی در اتخاذ یک شیوه زندگی سالم در افراد دارد مطمئناً" این رسانه جمعی در کنار حمایت اجتماعی دوستان، اعضای خانواده، و متخصصین بهداشتی، سایر رسانه و سازمانها می تواند نقش خود را خوبی ایفا کند و این در حالی است که برنامه های خود رادراستای اشاعه سبک زندگی سالم در افراد متمرکز سازد یقیناً" پیام های ارائه شده در این زمینه باید جذاب، روشن، متناسب، قابل فهم و منطبق با فرهنگ افراد ارائه شوند. واضح است که متناسب سازی این پیام ها با سن (Petrovici and Rintson 2006) و مرحله تغییر (Nigg et al. 1999 ; Fontento 2002) افراد از جمله وظایف متخصصان بهداشتی است. قرارگیری بیشتر واحد های پژوهش در مرحله آمادگی و عمل از نظر فعالیت فیزیکی مناسب بودن بستر را از این زمینه نشان می دهد. ایجاد حمایت های رسمی و غیررسمی از افراد سالمند نیز باید یکی از اهداف اصلی

جدول ۱- سؤالات مطرح شده در جلسات بحث گروهی متمرکز

- منظور از سلامت چیست؟  
به اعتقاد شما چه عواملی منجر به سلامت می شود؟  
به نظر شما مقصود از تغذیه سالم کدام است؟  
به نظر شما چه عواملی منجر به عدم استفاده از برنامه غذایی سالم و صحیح می گردد؟  
منظور از فعالیت جسمانی چیست؟  
به اعتقاد شما چه تفاوتی بین ورزش و فعالیت جسمانی وجود دارد؟  
منافع از زندگی فعال و داشتن فعالیت جسمانی مطلوب کدام است؟  
به نظر شما چه موانعی برسر راه انجام فعالیت جسمانی یا ورزش کردن منظم وجود دارد؟  
به نظر شما چه عواملی موجب تحریک افراد سالمند جهت شرکت در فعالیت جسمانی منظم وجود دارد؟  
آیا به نظر شما عواملی دیگری جهت انجام فعالیت جسمانی یا پیروی از یک برنامه غذایی سالم در سالمندان وجود دارد که در این جلسه به آن پرداخته نشده باشد؟  
به نظر شما منظور از حمایت اجتماعی چیست؟

منابع

- addictive behaviors. Plenum Press, New York.
- Garrett, N.A., Brasure, M., Schhmitz, K.H., Schmitz, K.H., Schultz, M.M. and Huber, M.R., 2004. Physical inactivity. Direct cost to health plan. *Am J Pre Med*, **4**, pp.304-9.
- Foladi, N., Salsali, M. and Ghofranipour, F., 2007. Facilitating and impeding factors in health promotion for patients with chronic illness, **36**(4), pp.35-41.
- Glanz, K. and Rimer, BK., 1997. *Theory at a Glanz: A Guide for Health Promotion Practice*. Dept of Health and Human Services public Health Service, National institutes of Health. Washington DC.
- Harrison, G.G., Kim, L.P. and Singe, M., 2007. Perceptions of Diet and physical Activity Among California Hmong Adult and Youth. *Pre Chronic Dis*, **4**(4), pp.A93.
- Haveman, N.A., De groot, L.C.P.G.M. and Staveren, W.A., 2003. Quality Dietary ,lifestyle factors and healthy ageing in Europe: the SENECA study. *Age and ageing*, **32**, pp.427-34.
- Islam, A. and Tahir, M.Z., 2002. Health sector reform in South Asia: new
- صادقی، م. و کاظمی، ح.، ۱۳۸۳. شیوع دمانس و افسردگی در سالمندان ساکن در خانه های سالمندان استان تهران. *مجله اندیشه و رفتار*. سال نهم. شماره چهارم، صفحه ۴۹-۵۴.
- صمدی، ص.، بیات، آ.، طاهری، ح.، سادات جنید، ب. و روزبهبانی، ن.، ۱۳۸۶. آگاهی، نگرش و عملکرد سالمندان نسبت به شیوه زندگی سالم در دوران سالمندی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قزوین*. سال یازدهم، شماره یکم، صفحه ۸۳-۸۴.
- Bull, C.N., 1998. Ageing in rural communities. *National Forum*, **78**, pp. 38-41.
- Chong, A.M., Ng, S.H., Woo, J. and Kwan, A.H., 2006. Positive ageing: the views of middle-aged and older adults in Hong Kong. *Ageing and Society*. **26**, pp. 243-26[Abstract]
- DiClemente, C.C. and Prochaska, J.O., 1998. Toward a comprehensive transtheoretical model of change. Stages of change and addictive behaviors. In: Miller WR, Heather N, ed. *Treating*

- change model to dietary change. *Nutrition Review*, **55**(1), pp.10-16.
- Peterson, A.R., 1996. Risk and the regulated self: The discourse of health promotion as politics of uncertainty. *The Australian and New Zealand Journal of Sociology*, **32**, pp. 44-57.
- Pullen, C., Walker, S.N. and Fianndt, K., 2001. Determinants of health-promoting lifestyle behaviors in rural older women. *Family and Community Health*, **24**(2), pp. 49-72.
- Petrovici, D.A. and Rintson, C., 2006. Factors influencing consumer dietary health preventative behaviours. *BMC Public Health*, [online] **6**(222), pp.1-12. Available from :<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/222>. [cited 13 may 2008].
- Ritchie, J. and Spencer, L., 1994. Qualitative data analysis for applied policy research. In: Bryman A, Burgess RG, eds. *Analyzing qualitative data*, Routledge, London, pp. 173-94.
- Robinson, J.I., and Rogers, M.A., 1994. A herence to exercise programmes/ recommen dations. *Sports Med*, **17**, pp. 39-52.
- Rogers, M.E., Rogers, N.L., Takeshima, N. and Islam, M.M., 2003. Methods to evaluate and improve the physical parameters associated with fall risk in older adult. *Pre Med*, **36**, pp.255-264.
- Rowe, J.W. and Kahn, R.L., 1997. Successful aging. *The Gerontologist*, **37**, pp. 433-40.
- Speck, B.J. and Harrell, J.S., 2003. Maintaining regular physical activity in women: evidence to date. *Journal of Cardiovascular Nursing*, **18**(4), pp. 282-93.
- Sporn, L.A. and Contento, L.R., 1995. Stages of change in dietary fat reduction: Social Psychological correlates. *Journal of Nutrition*, **27**, pp.191-9.
- Struber, J.C., 2008. Considering Physical inactivity in Relation to Obesity. *The internet Journal of Allied Health Science and Practic (JAHSP)*, **2**(1), pp.1-11.
- challenges and constraints. **60**(2), pp. 151-169.
- Iqbal, M.M., 2000. Osteoprosis : epidemiology ,Diagnosis and treatment. *Southern medical Journal*, **93**(1), pp. 2-18.
- Jorden, P.G., Nigg, C.R., Norman, G.J. and Rossi, J.S., 2002. Does the transtheoretical model need an attitude adjustment? Integrating attitude with decisional balance as predictor of stage of change for exercise. *Psychol Sport Exer*, **3**, pp.65-83.
- Kim, L.P., Harrison, G.G. and Singer, M.K., 2007. Perceptions of Diets and physical Activity Among California Hmong Adults and Youth. *Public Health Research, Practice and policy*. **4**(4), pp. 1-12.
- Kolt ,G., Pateroso, J. and Cheung, V., 2006. Barriers to physical activity participation in older Tongan adults living in New Zealand. *Australasian Journal on Ageing*, **25**( 3), pp 119-125.
- Lewis, M., Szabo, R., Weiner, K., Mccall, L. and Piterman, L., 1997. Cultural barriers to exercise amongst the ethnic elderly. *Intent Journal of Health Promotion*[online] , Availbe form: <http://www-rhpeo.org/ijhp. articles/1997/4/index.htm>[cited 16 may 2008].
- Lee, H.J., 1993. Health perceptions of middle and new middle and rural adult's. *Family community health*, **16**, pp.19-27.
- Mahasneh, S.M., 2001. Health perceptions and health behaviors of poor urban Jordanian women. *Journal of Advanced Nursing*, **36**(1), pp. 58-68.
- Mayes, N. and Pope, C., 1995. Qualitative reseach: rigour and qualitative reseach. *British Medical Journal: Education and Debate*, **311**, pp.109-12.
- Nigg, C.R, Burbank, P.M., Padula, C.A., Dufresene, R., Rossi, J.S. and Velicer, W.F., 1999. Stages of change access ten health risk behaviours in older adults. *The gerontologist*. **39**(4), pp.473-82.
- Ni Mhurchu, C., Margett, B.M. and Speller, V.M., 1997. Appling the stage of

- Practices in Chinese adult. *Prev Med*, **38**(3), pp.302-8.
- Wang, H.H., 1999. Predictors of Health Promotion Lifestyle Among Three Ethnic Groups of Elderly Rural Women in Taiwan. *Public Health Nursing*, **16**(5), pp.321-8.
- Wellman, N.S., Weddle, D.O., Kranz, S. and Brain, C.T., 1997. Elder insecurities: Poverty, hunger, and malnutrition. *J Am Dietetic Assoc*, **97**, pp.120-2.
- Wolfe, W.S., Olson, C.M., Kendall, A. and Frongillo, E.A., 1998. Hunger and food insecurity in the elderly. *J AgingHealth*, **10**, pp.327-50.
- World Health Organization. WHO, 2005 Country cooperation Strategy for and the Islamic Republic of Iran. Regional office for the eastern Mediterranean. 2005-2009.
- Xuereb, G., Chamber, C., Trotler, P. and Forrester, C., 2003. Obesity prevention in the Caribbean: The stage of change model Results from the Qualitative phase of the study. Paper presented at the 8<sup>th</sup> international Diabetes conference, 2002, Jamaica, pp. 21-27.
- Sahyoun, N.R., 2002. Nutrition education for the healthy elderly population: isn't it time?. *J Nutr Educ Behav*, **34**, pp. 42-47.
- Shearer, D.E., 2003. Diabetes in the older population: The Jamaica experience. Paper presented at the 9<sup>th</sup> international Diabetes conference, Jamaica, *Articles*, pp. 3-19.
- Struber, J., 2004. Considering physical inactivity in relation to obesity. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, **2**(1), pp. 1540-580. Available from: <http://:Jahsp.novaa.edu> [cited 20 May 2008].
- Sun, W.Y., Sangweni, B., Chen, J. and Cheung, S., 1999. Effects of a community-based nutrition education program on the dietary behavior of Chinese-American college student. *Health Promotion International*, **14**(3), pp. 241-50.
- Tai-Huig, L., Brandford, C., Sai -Yin, H.O. and Wai -Han, C., 2004. Stage of change for general health promotion action and health related lifestyle.