

اللَّهُمَّ  
ابْرَاهِيمَ  
حَمْدًا  
بِحَمْدِكَ



تاییدیه اعضای هیات داوران حاضر در جلسه دفاع از رساله دکتری

آقای ابوالفضل رحیمی رشته پرستاری رساله دکتری خود را با عنوان: «تبیین سبک زندگی سالمندان و طراحی الگوی ارتقاء آن» در تاریخ ۱۳۹۰/۲/۱۰ ارائه کردند. اعضای هیات داوران نسخه نهایی این رساله را از نظر فرم و محتوا تایید کرده و پذیرش آنرا برای تکمیل درجه دکتری پیشنهاد می‌کنند.

امضاء	نام و نام خانوادگی	اعضای هیات داوران
	دکتر منیره انوشه	استاد راهنما
	دکتر فضل اله احمدی	استاد مشاور
	دکتر مهشید فروغان	استاد مشاور
	دکتر عیسی محمدی	استاد ناظر
	دکتر سادات سید باقر مداح	استاد ناظر
	دکتر سیده فاطمه حق دوست اسکویی	استاد ناظر
	دکتر زهره ونکی	استاد ناظرو نماینده تحصیلات تکمیلی

# آیین نامه حق مالکیت مادی و معنوی در مورد نتایج پژوهشهای علمی

## دانشگاه تربیت مدرس

**مقدمه:** با عنایت به سیاست‌های پژوهشی و فناوری دانشگاه در راستای تحقق عدالت و کرامت انسانها که لازمه شکوفایی علمی و فنی است و رعایت حقوق مادی و معنوی دانشگاه و پژوهشگران، لازم است اعضای هیأت علمی، دانشجویان، دانش‌آموختگان و دیگر همکاران طرح، در مورد نتایج پژوهشهای علمی که تحت عناوین پایان‌نامه، رساله و طرحهای تحقیقاتی با هماهنگی دانشگاه انجام شده است، موارد زیر را رعایت نمایند:

**ماده ۱-** حق نشر و تکثیر پایان‌نامه/ رساله و درآمدهای حاصل از آنها متعلق به دانشگاه می باشد ولی حقوق معنوی پدید آورندگان محفوظ خواهد بود.

**ماده ۲-** انتشار مقاله یا مقالات مستخرج از پایان‌نامه/ رساله به صورت چاپ در نشریات علمی و یا ارائه در مجامع علمی باید به نام دانشگاه بوده و با تایید استاد راهنمای اصلی، یکی از اساتید راهنما، مشاور و یا دانشجوی مسئول مکاتبات مقاله باشد. ولی مسئولیت علمی مقاله مستخرج از پایان‌نامه و رساله به عهده اساتید راهنما و دانشجو می باشد.

**تبصره:** در مقالاتی که پس از دانش‌آموختگی بصورت ترکیبی از اطلاعات جدید و نتایج حاصل از پایان‌نامه/ رساله نیز منتشر می‌شود نیز باید نام دانشگاه درج شود.

**ماده ۳-** انتشار کتاب و یا نرم افزار و یا آثار ویژه (اثری هنری مانند فیلم، عکس، نقاشی و نمایشنامه) حاصل از نتایج پایان‌نامه/ رساله و تمامی طرح‌های تحقیقاتی کلیه واحدهای دانشگاه اعم از دانشکده‌ها، مراکز تحقیقاتی، پژوهشکده‌ها، پارک علم و فناوری و دیگر واحدها باید با مجوز کتبی صادره از معاونت پژوهشی دانشگاه و براساس آیین‌نامه‌های مصوب انجام شود.

**ماده ۴-** ثبت اختراع و تدوین دانش فنی و یا ارائه یافته‌ها در جشنواره‌های ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی که حاصل نتایج مستخرج از پایان‌نامه/ رساله و تمامی طرح‌های تحقیقاتی دانشگاه باید با هماهنگی استاد راهنما یا مجری طرح از طریق معاونت پژوهشی دانشگاه انجام گیرد.

**ماده ۵-** این آیین‌نامه در ۵ ماده و یک تبصره در تاریخ ۸۷/۴/۱ در شورای پژوهشی و در تاریخ ۸۷/۴/۲۳ در هیأت رئیسه دانشگاه به تایید رسید و در جلسه مورخ ۸۷/۷/۱۵ شورای دانشگاه به تصویب رسیده و از تاریخ تصویب در شورای دانشگاه لازم‌الاجرا است.

«اینجانب **ابوالفضل رحیمی** دانشجوی رشته **پرستاری** ورودی سال تحصیلی **۱۳۸۵** مقطع **دکتری** دانشکده

**علوم پزشکی** متعهد می‌شوم کلیه نکات مندرج در آیین نامه حق مالکیت مادی و معنوی در مورد نتایج پژوهش‌های علمی دانشگاه تربیت مدرس را در انتشار یافته‌های علمی مستخرج از پایان‌نامه / رساله تحصیلی خود رعایت نمایم. در صورت تخلف از مفاد آیین نامه فوق‌الاشعار به دانشگاه وکالت و نمایندگی می‌دهم که از طرف اینجانب نسبت به لغو امتیاز اختراع بنام بنده و یا هرگونه امتیاز دیگر و تغییر آن به نام دانشگاه اقدام نماید. ضمناً نسبت به جبران فوری ضرر و زیان حاصله براساس برآورد دانشگاه اقدام خواهم نمود و بدینوسیله حق هرگونه اعتراض را از خود سلب نمودم.»

امضا

تاریخ

## آئین نامه پایان نامه (رساله) های دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس

نظر به اینکه چاپ و انتشار پایان نامه (رساله) های تحصیلی دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس، مبین بخشی از فعالیت های علمی پژوهشی دانشگاه است. بنابراین به منظور آگاهی و رعایت حقوق دانشگاه، دانش آموختگان این دانشگاه نسبت به رعایت موارد ذیل متعهد می شوند:

ماده ۱: در صورت اقدام به چاپ پایان نامه (رساله) ی خود، مراتب را قبلاً به طور کتبی به دفتر "دفتر نشر آثار علمی" دانشگاه اطلاع دهد.

ماده ۲: در صفحه سوم کتاب (پس از برگ شناسنامه)، عبارت ذیل را چاپ کند:

کتاب حاضر، حاصل رساله دکتری نگارنده در رشته پرستاری است که در سال ۱۳۹۰ در دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس به راهنمایی دکتر منیره انوشه و مشاوره دکتر فضل اله احمدی و دکتر مهشید فروغان از آن دفاع شده است.

ماده ۳: به منظور جبران بخشی از هزینه های انتشارات دانشگاه، تعداد یک درصد شمارگان کتاب (در هر نوبت چاپ) را به "دفتر نشر آثار علمی" دانشگاه اهداء کند. دانشگاه می تواند مازاد نیاز خود را به نفع مرکز نشر در معرض فروش قرار دهد.

ماده ۴: در صورت عدم رعایت ماده ۳، ۵۰ درصد بهای شمارگان چاپ شده را به عنوان خسارت به دانشگاه تربیت مدرس، تادیه کند.

ماده ۵: دانشجو تعهد و قبول می کند در صورت خودداری از پرداخت های بهای خسارت، دانشگاه مذکور را از طریق مراجع قضایی مطالبه و وصول کند، به علاوه به دانشگاه حق می دهد به منظور استیفای حقوق خود، از طریق دادگاه، معادل وجه مذکور در ماده ۴ را از محل توقیف کتابهای عرضه شده نگارنده برای فروش، تامین نماید.

ماده ۶: اینجانب ابوالفضل رحیمی دانشجوی رشته پرستاری مقطع دکتری تعهد فوق و ضمانت اجرایی آن را قبول کرده، به آن ملتزم می شوم.

نام و نام خانوادگی  
تاریخ و امضا



دانشگاه تربیت مدرس

دانشکده علوم پزشکی

رساله دوره دکتری تخصصی (Ph.D.) در رشته پرستاری

عنوان

تبیین سبک زندگی سالمندان و ارائه الگوی ارتقاء آن

نگارش

ابوالفضل رحیمی

استاد راهنما

دکتر منیره انوشه

اساتید مشاور

دکتر فضل اله احمدی

دکتر مهشید فروغان

بهار ۱۳۹۰

رسول خدا (ص):

«الْبِرْكَةُ مَعَ أَكْبَرِكُمْ»

برکت و خیر ماندگار، همراه بزرگترهای شماست

تقدیم به :

تُمامی آنانی که به من آموزند

## من لم يشكر المخلوق و لم يشكر الخالق

خدایا به من زیستنی عطا کن که در لحظه مرگ...

بر بی‌ثمری لحظه‌ای که برای زیستن گذشته است، حسرت نخورم

و مردنی که بر بیهودگی‌اش سوگوار نباشم.

سپاس خدای را، به وسعت همه آن سپاسی که ملائکه مقرب و خلائق مکرم و ستاینده پسنندیده او را شکر گفته‌اند. سپاس خدای را در برابر عطا و احسانش؛ سپاسی به اندازه آنچه هست و در آینه علمش می‌نماید، سپاسی چندبرابر آنچه هست، جاویدان و همیشگی، تا روز رستاخیز، سپاس بیکران. بر خود لازم می‌دانم مراتب قدردانی خود را از تمامی آنانی که مرا در انجام این پژوهش یاری دادند، ابراز نمایم: از استاد محترم سرکار خانم دکتر منیره انوشه که با دقت، صبر و بردباری فراوان در تمامی مراحل تحقیق همراه من بودند.

از استاد گرانمایه جناب آقای دکتر فضل اله احمدی که با نهایت فضل، مساعدت و همکاری خویش و نیز سرکار خانم دکتر مهشید فروغان که با سعی و دقت فراوان در تمامی مراحل این مطالعه مرا یاری نمودند و نیز از زحمات استاد گرانقدر سرکار خانم دکتر مداح کمال تشکر و قدردانی را نموده و خدا را شکر و سپاس می‌گویم که درک حضور ایشان را نصیبم نمود و امیدوارم شایستگی و سعادت شاگردی ایشان را داشته باشم. همچنین از جناب آقای دکتر محمدی، سرکار خانم دکتر ونکی و سرکار خانم دکتر اسکویی که زحمت داوری و نظارت بر اجرای پژوهش را تقبل فرمودند، نهایت تشکر را دارم. و نیز از تمامی اساتید بزرگوار گروه پرستاری دانشگاه تربیت مدرس، که در طول دوره تحصیل از سعادت تلمذ در محضر ایشان بهره بردم و برای ایشان آرزوی سلامت و طول عمر دارم.

از همسر گرامی‌ام سرکار خانم نسیم رسولی که با صبر و حوصله بی‌مانند خویش در تمام این مدت یار و یاور من بود، تشکر می‌نمایم. همچنین بر خود فرض می‌دانم سپاس خود را از رئیس فرهنگسرای سالمند سرکار خانم شاهرخی ابراز نمایم. در پایان برای تمامی سالمندان مشارکت‌کننده و خانواده محترم آنان که داوطلبانه تجربیات خود را در اختیار پیشبرد اهداف مطالعه قرار دادند، آرزوی سلامت، سعادت و عاقبت به‌خیری می‌نمایم.

## چکیده

**مقدمه:** جامعه ما که به سالمندی گام نهاده، از نظر مراقبت بهداشتی با مسائل گوناگونی روبه‌رو است. شواهد موجود نشان می‌دهد که علت بسیاری از مرگ و میرها نتیجه سبک زندگی ناسالم بوده و این مهم با افزایش سن و کهولت نمود بیشتری پیدا کرده و باعث مشکلات عدیده‌ای در دوره سالمندی می‌شود. به دلیل اهمیت پیشگیری از عوامل خطر و همچنین تداوم مراقبت از سالمند و با توجه به عدم وجود یک الگوی بومی و اختصاصی ارتقاءدهنده سبک زندگی سالمندان در ایران، پژوهش حاضر با دو هدف: (۱) تبیین مفهوم، ساختار و فرآیند سبک زندگی سالمندان و (۲) طراحی و ارائه الگوی ارتقاء سبک زندگی سالمندان، انجام شد.

**روش کار:** برای دستیابی به هدف اول، مطالعه‌ای کیفی با رویکرد تئوری زمینه‌ای انجام شد. در این مطالعه تبیین مفهوم، ساختار و فرآیند سبک زندگی در متن و بستر زندگی خود سالمند با استفاده از نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف در آغاز و تا رسیدن به اشباع اطلاعات، به صورت نظری ادامه یافت. ابزار اصلی جمع‌آوری داده مصاحبه نیمه ساختار بود. مشارکت‌کنندگان این مطالعه سالمندان (که همراه خانواده زندگی می‌کنند)، بودند. در مجموع با ۲۳ مشارکت‌کننده مذکر و مونث، ۲۹ مصاحبه عمیق انفرادی صورت گرفت. مصاحبه‌ها با روش استراوس و کوربین تجزیه و تحلیل شدند. سپس طراحی الگو با استفاده از مفاهیم مستخرج از تئوری زمینه‌ای به دست آمده، با رویکرد واکر و اوانت انجام شد.

**یافته‌ها:** از تجزیه و تحلیل داده‌ها هشت مقوله محوری پدیدار شد: محدودیت‌های سالمندی، رفتارهای روزمره، ساختار خانوادگی-اجتماعی نامطلوب، خودمدیریتی، نقصان سلامتی، کارآمدی ناکافی، آمادگی ناکافی و تقید به معنویات. مقوله رفتارهای روزمره بیانگر پدیده، مقوله خودمدیریتی بیانگر راهبردهای اتخاذشده توسط افراد، و مقوله نقصان سلامتی پیامد این راهبردها بود. سه مقوله تقید به معنویات، کارآمدی ناکافی و آمادگی ناکافی تأثیرگذار بر خودمدیریتی بود، یعنی راهبرد را تحت تأثیر قرار داده بودند. در بخش دوم بر اساس روش واکر و اوانت مدل ارتقاء سبک زندگی سالمندان، در سه مرحله آماده‌سازی، تقویت خودکارآمدی و تقویت خودمدیریتی طراحی گردید.

**نتیجه‌گیری:** با عنایت به نتایج تئوری زمینه‌ای، اصلاح و تقویت رفتارهای سبک زندگی از ضروریات به-شمار می‌آید. در این رابطه، به کارگیری راهکارهای عملیاتی ارائه شده در مدل ارتقاء سبک زندگی می‌تواند به بهبود و ارتقاء وضعیت زندگی سالمندان و در نهایت به ارتقاء سلامت جامعه منجر شود.

**کلمات کلیدی:** سبک زندگی، سالمند، تئوری زمینه‌ای، الگوی ارتقاء.



## فهرست مطالب

فصل اول: مقدمه	۱
۱-۱ اهمیت پژوهش	۲
۲-۱ ضرورت و دلایل انتخاب موضوع	۵
۳-۱ تبیین چالش موجود	۶
۴-۱ جمع‌بندی و ارائه سوال اصلی پژوهش	۹
فصل دوم: فلسفه هدایت‌کننده مطالعه	۱۰
۱-۲ پارادایم‌های مهم و اساسی پیرامون موضوع تحقیق	۱۴
۱-۱-۲ سبک زندگی	۱۴
۲-۱-۲ الگوهای ارتقاء سلامت و سبک زندگی	۲۴
۳-۱-۲ سالمندی	۳۵
۲-۲ بررسی متون و مقالات با رویکردهای متدولوژیک پیرامون موضوع تحقیق	۳۸
۳-۲ جمع‌بندی و ارتباط آن با سوال اصلی	۴۶
فصل سوم: روش تحقیق	۴۸
۳ روش تحقیق	۴۹
۱-۳ اهداف پژوهش	۴۹
۲-۳ سؤال اصلی پژوهش	۴۹
۳-۳ دلیل انتخاب روش تحقیق و معرفی مختصر آن	۵۰
۱-۳-۳ تبیین مفهوم و فرآیند سبک زندگی	۵۰
۲-۳-۳ طراحی مدل ارتقاء سبک زندگی	۵۱
۴-۳ روش جمع‌آوری و تولید داده‌ها	۵۱

۵۳	۵-۳. نمونه گیری، معرفی مشارکت‌کنندگان و ویژگی آنها.....
۵۴	۶-۳. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها.....
۵۶	۷-۳. دقت و اعتبار داده‌ها.....
۵۸	۷-۳. محدودیت های پژوهش.....
۵۸	۸-۳. ملاحظات اخلاقی پژوهش.....
۵۹	<b>فصل چهارم: یافته‌ها و بحث.....</b>
۶۰	۱-۴. ارائه یافته‌ها بر اساس الگوریتم و روش آنالیزانتخاب شده.....
۱۰۹	۲-۴. نتیجه‌گیری نهایی: نظریه پژوهش.....
۱۱۳	<b>فصل پنجم: طراحی مدل.....</b>
۱۱۴	۱-۵. مقدمه (اهمیت طراحی مدل).....
۱۱۷	۲-۵. روش پردازش مدل.....
۱۲۷	۳-۵. ساختار و اجزاء مدل.....
۱۲۷	۱-۳-۵. پیش‌فرض‌های الگوی ارتقاء سبک زندگی سالمندان.....
۱۲۸	۲-۳-۵. مفاهیم اصلی الگوی ارتقاء سبک زندگی سالمندان.....
۱۳۰	۳-۳-۵. اهداف الگوی ارتقاء سبک زندگی سالمندان.....
۱۳۱	۴-۳-۵. راهبردها یا مراحل عملیاتی الگوی ارتقاء سبک زندگی سالمندان.....
۱۳۶	۵-۳-۵. نتیجه‌گیری نهایی.....
۱۳۷	۴-۵. کاربرد یافته‌ها.....
۱۳۸	۵-۵. پیشنهادات برای پژوهش‌های بعدی.....
۱۴۰	<b>فهرست منابع.....</b>
۱۵۴	<b>ضمائم.....</b>
۱۶۳	<b>چکیده انگلیسی.....</b>

# فصل اول

## مقدمه

این فصل شامل اهمیت، ضرورت و دلایل انتخاب موضوع مورد پژوهش، تبیین چالش موجود و جمع‌بندی و ارائه سؤال اصلی پژوهش می‌باشد.

## ۱. اهمیت پژوهش

هم‌اکنون در قرنی به‌سر می‌بریم که در آن امید به زندگی جهانیان از مرز ۶۲ سال عبور کرده و هر سال ۲/۵ درصد به جمعیت ۶۵ سال و بالاتر جهان افزوده می‌شود [۱]؛ تعداد سالمندان از سال ۱۹۵۰ به بعد سه برابر افزایش یافته و تقریباً از ۱۳۰ میلیون نفر به ۴۱۹ میلیون نفر در سال ۲۰۰۰ رسیده است [۲،۳]. جمعیت سالمندان نسبت به کل جمعیت از رشد سریع‌تری برخوردار است و پیش‌بینی می‌شود که جمعیت سالمند در جهان در سال ۲۰۵۰ به دو میلیارد نفر برسد [۴].

در ایران نیز با ظاهر شدن آثار کنترل جمعیت به‌تدریج بر نسبت افراد میانسال افزوده شده و در حال حاضر ۸ میلیون از جمعیت کشور را سالمندان تشکیل می‌دهند [۵]. طبق سرشماری سال ۵۵، سه درصد جمعیت [۶] و سرشماری عمومی سال ۱۳۷۵، ۶/۶ درصد از جمعیت کشور را سالمندان تشکیل می‌دهند [۷]؛ در حالی که این رقم در سال ۸۵ به ۷/۳ درصد افزایش یافته است (پنج میلیون نفر) که این میزان تا ۲۰ سال آینده به ۱۴/۷ درصد و تا سال ۱۴۲۹ جمعیت سالمندان کشور به ۲۵ درصد (۲۶ میلیون نفر) خواهد رسید. این ارقام نشان می‌دهد که اگر برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران کشور از هم‌اکنون برنامه مدون و خاصی برای این قشر نداشته باشند در آینده، کشور با یک بحران و معضل اساسی برای رفع مشکل و مسائل پیش‌آمده ناشی از مسائل اقتصادی، بهداشتی، اجتماعی و غیره این قشر روبه‌رو می‌شود [۶].

مسئله سالمندی جمعیت جهان که به‌دلایل مختلف از جمله کاهش میزان مولید، پیشرفت‌های علوم پزشکی، ارتقاء بهداشت عمومی، آموزش و پرورش و در نتیجه افزایش امید به زندگی در سطح جهانی مطرح شده است، پدیده نسبتاً نوینی است. این پدیده در کلیه جنبه‌های زندگی جوامع بشری، از جمله طیف گسترده‌ای از ساختارهای سنی، ارزش‌ها و معیارها و سازمان‌های اجتماعی تحولات قابل ملاحظه‌ای به‌وجود می‌آورد [۸]. با افزایش روزافزون سالمندان مشکلات جوامع بیشتر

شده است، به گونه‌ای که هنوز راه حل رضایت‌بخشی برای آن نیافته‌اند و متأسفانه هنوز هم در بسیاری از کشورها این مسئله به عنوان یک مسؤولیت مهم نظام ملی مراقبت‌های بهداشتی به اندازه کافی مورد توجه قرار نمی‌گیرد [۹]. از آنجائیکه سالخوردگی فراگردی همگانی است و در کل دوران زندگی ادامه دارد، آماده ساختن کل جمعیت برای دوران سالخوردگی باید جنبه تفکیک‌ناپذیری از سیاست‌های توسعه اجتماعی-اقتصادی باشد و با مساعی زیاد در کلیه سطوح کشوری، محلی، خانوادگی و فردی توأم گردد. شیوه برخورد با این مسئله نیز باید جامع و توسعه‌ای بوده و همه جنبه‌های حیاتی که تعیین‌کننده کیفیت زندگی سالمندان از جمله مشارکت آنان در امر توسعه است را شامل گردد [۱۰]. هم تعداد سالمندان و هم نسبت سالمندان در کل جمعیت باید مورد توجه قرار گیرند به‌ویژه در جهت سیاست‌گذاری‌های کلان ملی، تعداد سالمندان در واقع بیان‌کننده تعداد تخت‌های بیمارستانی، تعداد افراد متخصص طب سالمندان، پرستاران سالمندان و تعداد خانه‌های سالمندی مورد نیاز برای آینده می‌باشند [۲].

از آنجائیکه سالخوردگان یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه را تشکیل می‌دهند نیاز مبرمی به ارائه خدمات رفاهی اجتماعی و بهداشتی دارند [۱۱]. جامعه‌ای که به سالمندی گام نهاده است، از نظر مراقبت بهداشتی با مشکلات گوناگونی روبه‌رو است. در حال حاضر علت عمده بیشتر نگرانی‌های عمومی، هزینه‌های کلان و بی‌ثبات مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی است [۱۲]. امروزه در اکثر کشورهای جهان، مسائل اقتصادی و اجتماعی مرتبط با پدیده سالمندی و مسئله بالا رفتن هزینه‌های خدمات بهداشتی و رفاهی به موازات ضرورت فراهم کردن خدمات برای تعداد روزافزونی از سالمندان ابعاد پیچیده‌ای پیدا کرده و برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های جامع و دقیقی را می‌طلبد. در گذشته حمایت از سالمندان معمولاً از طریق توافقات غیر رسمی خانواده و جامعه ارائه می‌شد، اما امروزه این‌گونه توافقات در زمینه ارائه حمایت‌های مورد نیاز سالمندان تقریباً در همه جا ضعیف شده‌اند. در اکثر جوامع پیشرفته امروزی، حمایت از سالمندان از طریق برنامه‌های مراقبت‌های بهداشتی دولتی و سازمان‌های بازنشستگی خصوصی ارائه می‌گردد [۱۳].

گرچه پیر شدن جمعیت از نتایج مثبت توسعه به‌شمار می‌آید، ولی اگر برای مواجهه با آن در جهان توسعه یافته آماده نباشیم، عوارض و پیامدهای منفی بسیاری در پی خواهد داشت. از یاد نبریم که اگر چالش اصلی و عمده بهداشت عمومی در قرن بیستم افزایش امید به زندگی [۱۴] بود، چالش اصلی قرن بیست و یکم «زندگی با کیفیت بهتر است». وجود نابرابری اقتصادی و عدم کفایت خدمات اجتماعی، مراقبت‌های پزشکی و ... سبب گردیده این گروه از آسیب‌پذیرترین اقشار جامعه باشند. از این رو باید در طراحی و تدوین برنامه‌های خدماتی بر بهبود و کیفیت زندگی این گروه تأکید بیشتری نمود [۱].

ارتقاء بهداشت و تامین سلامت افراد جامعه از ارکان مهم پیشرفت جوامع می‌باشد [۱۵]. مراقبت‌های بهداشتی نوین به-تدریج تمرکز خود را از بررسی میزان مرگ و میر به‌عنوان پیامد سلامتی به سمت گستره‌های وسیع‌تری نظیر ارتقاء سلامت، سبک زندگی و کیفیت زندگی تغییر داده است [۱۶]. سبک زندگی روشی است که فرد در طول زندگی برای خود انتخاب می-کند و از عوامل بسیار مهم در سلامت جسم و روان آدمی به‌شمار می‌آید و متأثر از فرهنگ، نژاد، مذهب، عوامل جغرافیایی، اقتصادی و اجتماعی، عقاید و باورهاست [۱۷]. سبک زندگی سالم به‌عنوان ساختاری واحد از دو دسته رفتار تشکیل می‌شود: رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی و رفتارهای حفاظت‌کننده سلامتی [۱۸]. شواهد موجود در کشورهای توسعه یافته، دال بر این است که علت بسیاری از مرگ و میرها نتیجه سبک زندگی ناسالم و رفتارهای خاص نامطلوب است؛ الگوی غذایی ناسالم، ورزش نکردن، استرس زیاد، مصرف مواد و حوادث از این قبیل هستند [۱۹].

اصول ارتقاء سلامتی اوتاوا چارتر<sup>۱</sup> (۱۹۸۶) که بوسیله بهداشت جهانی توسعه داده شده به‌عنوان چارچوب راهنما برای فعالیت‌های ارتقاء سلامت در سطح جهانی پذیرفته شده و طراحی سیاست‌های بهداشت عمومی، ایجاد محیط حمایتی، تقویت عملکرد جامعه، توسعه مهارت‌های فردی و بازآموزی خدمات بهداشتی را شامل می‌شود [۲۰]. کنفرانس اوتاوا چارتر راهبردهای تشکیل دهنده ارتقاء سلامت را برمی‌شمارد که عبارتند از: اتخاذ نگاه جامع به سلامتی، توجه به رویکردهای ویژه، توجه به عوامل تعیین‌کننده سلامت (اجتماعی، رفتاری، اقتصادی)، و شرایط محیطی که در مجموع، علل اصلی سلامتی و بیماری هستند [۲۱]. به نقل از حداد<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۴)، پندر<sup>۳</sup> (۱۹۸۲) الگوی ارتقاء سلامت<sup>۴</sup> را به‌عنوان پارادایم ارتقاء دهنده رفتارهای سلامت توسعه داد. وی رفتارهای حفاظتی را به‌عنوان فعالیت‌های مستقیم کاهش دهنده بیماری، و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را به‌عنوان نگرش مثبت به زندگی، خوب بودن و خودشکوفایی تعریف نمود. همچنین تایلور<sup>۵</sup> رفتارهای سالم را رفتارهایی می‌داند که برای افزایش یا تثبیت سلامتی طراحی شده‌اند [۲۲]. از زمانی که سازمان بهداشت جهانی سلامت را وضعیت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه تنها فقدان بیماری و ناتوانی تعریف کرد، دیدگاه سنتی سلامت به‌سمت مفهوم چند بعدی آن (دیدگاه‌ها و عقاید ذهنی افراد) تغییر یافت. در حال حاضر سبک زندگی به‌عنوان یکی از شاخص‌های اصلی بهداشت که ارتقاء آن ارتقاء سلامت را در پی خواهد داشت، مورد توجه متخصصان بهداشتی قرار گرفته است [۱۶].

<sup>۱</sup> Ottawa Charter for Health Promotion (اولین کنفرانس بین‌المللی ارتقاء سلامت)

<sup>۲</sup> Hadad

<sup>۳</sup> Pender

<sup>۴</sup> Health promotion model

<sup>۵</sup> Taylor

## ۱. ۴. ضرورت و دلایل انتخاب موضوع

کاهه و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۴) معتقدند که تاکنون تعریف جامع و کاملی که دربرگیرنده تمامی زوایای پنهان مفهوم سبک زندگی باشد، ارائه نشده است و البته تاکید می‌کنند که امکان انجام چنین امری میسر نیست مگر با در نظر گرفتن جنبه‌های ذهنی مفهوم سبک زندگی و شناخت دقیق زمینه‌ای که در آن شکل می‌گیرد [۲۳]. به نقل از واکر<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۸۷)، داون<sup>۳</sup> (۱۹۶۱) اولین بار به ارزش و نقش سبک زندگی در ارتقاء سلامت و طول عمر اشاره نمود. و تراویس<sup>۴</sup> در سال ۱۹۷۷ ابعاد سبک زندگی شامل مسئولیت‌پذیری<sup>۵</sup>، فعالیت<sup>۶</sup>، تغذیه<sup>۷</sup> و کنترل استرس<sup>۸</sup> را عنوان نمود. همچنین آردل<sup>۹</sup> (۱۹۸۶) در این خصوص از ابعاد مسئولیت‌پذیری، تغذیه، کنترل استرس، فعالیت و حساسیت محیطی<sup>۱۰</sup> نام برد. سایر محققین ابعاد سبک زندگی را شامل عادات سلامتی خوب در رابطه با خواب<sup>۱۱</sup>، خوردن، فعالیت فیزیکی و اجتناب از مواد مضر<sup>۱۲</sup> دانسته‌اند [۲۴].

سازمان جهانی بهداشت سبک زندگی را این‌گونه تعریف می‌کند: شیوه زندگی کردن بر اساس الگوهای قابل شناسایی رفتاری تعیین شده توسط خصوصیات شخصی افراد، تعاملات اجتماعی، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و نیز موقعیت‌های محیطی. این الگوهای رفتاری بر اساس نگرش‌های ذهنی شکل گرفته و بر همین اساس قابل تغییر بوده و در جوامع مختلف نیز متفاوت است. سلامت حاصل سبک زندگی مثبت است و ارتقاء سلامت از طریق شناخت سبک زندگی و پایش و ارزشیابی دقیق آن میسر خواهد بود. مهمترین خطرات تهدید کننده سلامتی و رفاه و آسایش، از سبک زندگی ناسالم و رفتارهای خطر آفرین ناشی می‌شود و این واقعیتی است که در مورد اکثر بیماری‌های مزمن اعم از بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان، و بیماری‌های تنفسی صدق می‌کند [۲۵].

لوند<sup>۱۳</sup> (۱۹۷۴) در تعیین فاکتورهای موثر بر سلامت، نقش سبک زندگی را ۵۰ درصد عنوان نموده است؛ و ۵۰ درصد دیگر عبارتند از عوامل محیطی و اقتصادی-اجتماعی، ژنتیک و خدمات پزشکی [۲۶]. همچنین در مطالعه دیگری مشخص شد که ۵۳ درصد مرگ و میر افراد با سبک زندگی ارتباط دارد [۲۷]. اهمیت مسئله از اینجاست که اساساً سبک زندگی دارای

<sup>1</sup> Lyons & Kahe

<sup>2</sup> Walker

<sup>3</sup> Dunn

<sup>4</sup> Travis

<sup>5</sup> Self- responsibility

<sup>6</sup> physical awareness

<sup>7</sup> Nutritional awareness

<sup>8</sup> Stress control

<sup>9</sup> Ardell

<sup>10</sup> Environmental sensitivity

<sup>11</sup> Good health habit related to sleeping

<sup>12</sup> Harmful substance avoidance

<sup>13</sup> Lelonde

مفهومی پیچیده بوده و شناخت آن مستلزم درک ابعاد و عوامل سازنده آن است و طبیعی است که بررسی چنین مفهوم پیچیده‌ای احتیاج به استفاده از روش‌هایی خواهد داشت که بتواند جنبه‌های عینی آن را از مفاهیم و ابعاد ذهنی و انتزاعی آن را به شکل مطلوبی از یکدیگر متمایز نماید چرا که سبک زندگی شیوه و رفتاری است که افراد برای گذراندن زندگی روزمره خود در پیش می‌گیرند و متاثر از عوامل متعدد اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و حتی سیاسی است و البته بسیاری از این رفتارها مرتبط با سلامت و بهداشت افراد است [۲۸]. جوامعی که با کمک ارتقاء سلامت و سبک زندگی در پی نیل به توسعه پایدار هستند، متأسفانه با مشکل اساسی ناشناخته ماندن ساختارهای سبک زندگی مواجه بوده و چون درک صحیحی از سبک زندگی افراد جامعه خود ندارند قادر به انتخاب برنامه یا استراتژی مناسب نیز نیستند. این مسئله باعث صرف هزینه‌های اقتصادی بالا در حوزه بهداشت می‌شود زیرا علی‌رغم اختصاص بودجه‌های کلان، مشکل ابتلا به بیماری‌های مرتبط با سبک زندگی همچنان ادامه می‌یابد [۲۹]. بر اساس گزارش لیگ<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۵)، برآورد هزینه‌های مراقبتی در سال‌های ۱۹۹۴ و ۱۹۹۸ شامل بستری شدن، ویزیت‌های بخش اورژانس، تست‌های تشخیصی، درمان‌های سرپایی، مراقبت در منزل،... نشان داد که سالمندان غیرسیگاری و با وزن طبیعی و نیز سالمندانی که پیاده‌روی و فعالیت منظم دارند، هزینه بسیار کمتری را به سیستم بهداشتی-درمانی تحمیل می‌کنند [۳۰].

## ۱.۳. تبیین چالش موجود

در مطالعات اخیر گاه اطلاعات شخصی جایگزین اطلاعات سبک زندگی شده است. اطلاعات سبک زندگی غالباً متشکل از مجموعه‌ای از فعالیت‌ها، علائق و عقاید می‌باشد [۳۱]. وو<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۲)، در مطالعه خود که بر روی ۲۰۳۲ چینی ۷۰ ساله و بالاتر انجام دادند، عناصر سبک زندگی را مصرف دخانیات، مصرف الکل، فعالیت جسمی، عادات غذایی عنوان نمودند. همچنین به اهمیت وضعیت اجتماعی اقتصادی و روانی در سبک زندگی اذعان نمودند [۳۲].

تایرا<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۲)، در مطالعه خود بر روی ۱۰۹ ژاپنی ۷۰ ساله و بالاتر، با استفاده از پرسشنامه‌ای محقق‌ساخته فاکتورهای مرتبط با خواب مؤثر بر سبک زندگی را بررسی نمودند. آنان به ۵ گویه مرتبط با خواب اشاره کردند، شامل: عوامل مرتبط با اختلال خواب، عوامل مرتبط با بدخوابی، عوامل مرتبط با آپنه خواب، عوامل مرتبط با سختی بیدار شدن و عوامل

<sup>1</sup> Leigh

<sup>2</sup> Woo

<sup>3</sup> Taira



مرتبط با اشکال در به خواب رفتن [۳۳]. کاسیدی<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۴)، در مطالعه خود عناصر سبک زندگی را مصرف دخانیات، مصرف الکل، فعالیت جسمی، تغذیه و آموزش عنوان نمودند [۳۴]. براک<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۴)، در مطالعه خود با هدف بررسی ارتباط فعالیت جسمی و سبک زندگی، فعالیت‌های ورزشی سالمندان مرد و زن ۷۹-۷۰ ساله را با استفاده از پرسشنامه فعالیت‌های جسمی و تفریحی محقق ساخته مورد بررسی قرار داد [۳۵]. اسپنسر<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۵)، در مطالعه خود عناصر سبک زندگی را مصرف دخانیات، خوردن، عادات نوشیدن و سطح فعالیت جسمی عنوان کردند [۳۶]. والدمن<sup>۴</sup> و همکاران نیز (۲۰۰۵) در مطالعه خود عناصر سبک زندگی را مصرف دخانیات، مصرف الکل، و فعالیت جسمی عنوان نمودند [۳۷]. جانسون<sup>۵</sup> (۲۰۰۵)، در مطالعه خود که با هدف بررسی تفاوت‌های جنسی در سبک زندگی بر روی ۲۲۳ شهروند آفریقایی-آمریکایی ساکن آمریکای جنوبی با استفاده از نیمرخ سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامتی<sup>۶</sup> انجام داد، وجود تفاوت‌های اجتماعی، دموگرافیکی و جنس را از دلایل تفاوت در اجرای برنامه‌های فردی ارتقاء سلامت بیان می‌دارد [۳۸]. نتایج مطالعات فوق غالباً از کاربرد روش‌های کمی حاصل شده که تنها به بررسی برخی ابعاد سبک زندگی سالمندان می‌پردازند و به تجربیات، نگرش و نظرات خود سالمندان در این رابطه توجه کافی ندارند، بنابراین این مطالعات قادر به ارائه تصویری واضح و واقعی از سبک زندگی سالمندان که ریشه در باورها، اعتقادات و تجربیات آنان داشته باشد، نیستند.

همچنین در رابطه با وضعیت سلامت، رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت و سبک زندگی سالمندان مروری بر تحقیقات صورت گرفته در داخل کشور حاکی از عدم وجود مطالعات جامع و گسترده کاربردی در این زمینه بود [۳۹-۴۱]. همچنین تحقیقات متعددی بیانگر وضعیت سواد نامناسب، نیازهای سالمندان از جمله نیازهای مالی و رفاهی، تغییرات فیزیولوژیک (کاهش توان و توده بدنی، کاهش قدرت ایمنی و فعالیت دستگاه گوارش، کاهش ظرفیت قلب و ریه)، تغییرات پاتولوژیک (بیماریهای مزمن)، تغییرات روانشناختی سالمندی و... هستند که نیازمند تدابیر لازم برای ارتقاء سلامت آنان می‌باشد [۳۹].

در تمام دنیا و از جمله ایران پرستاران یکی از ارکان مهم تیم بهداشتی درمانی محسوب می‌شوند که به‌ویژه در امر ارتقاء سلامت در تمام رده‌های سنی نقش بسیار مهمی را ایفا می‌کنند [۴۲]. همچنین به‌عنوان عضوی فعال در گروه بهداشتی-

---

<sup>1</sup> Cassidy

<sup>2</sup> Brach

<sup>3</sup> Spencer

<sup>4</sup> Waldmann

<sup>5</sup> Johnson

<sup>6</sup> Health promoting life style profile (HPLP)

درمانی نقشی اساسی و تعیین کننده در بهبود و اجرای برنامه‌های بهداشتی دارند و قادرند در تمام زمینه‌ها و سطوح پیشگیری مشارکت نمایند. از وظایف پرستار حرفه‌ای ارتقا فعالیت بالینی، ارتقا و کاربرد دانش در بالین و رشد حرفه و دانش پرستاری است. در بیماری‌های مزمن پرستار وظیفه دارد مسائل و مشکلاتی را که مددجو و خانواده او با آن مواجه هستند، کشف کند و با ارتباط و ارزیابی همه جانبه مددجو و خانواده او، مراقبت و حمایت جسمی و روحی مناسب را به مددجو و خانواده‌اش ارائه دهد [۴۶]. پرستاران نقش اساسی در تداوم مراقبت و ارتقاء سلامت داشته و شالوده‌ی اصلی فرایند بهبود کیفیت مراقبت‌ها هستند و عملکرد آنها در پیشرفت اهداف مراقبتی بسیار مفید و موثر است [۴۷]. آنها با حضور در برنامه‌های ارتقاء سلامت و مداخلات آموزشی ارتقاء دهنده کیفیت زندگی، به پیشگیری و درمان بیماری‌ها کمک می‌کنند [۴۸]. از طرف دیگر، بررسی سبک زندگی تصمیم‌گیری مراقبتی را برای پرستاران آسان کرده، و آنها را قادر می‌سازد مداخلات خود را ارزیابی کرده و تخمین بزنند که هر مددجویی به چه میزان مراقبت نیازمند است [۴۹]. در آینده اغلب پرستاران از سالمندان مراقبت به‌عمل خواهند آورد [۴۳] و وظیفه دارند تا سلامت را در جامعه نهادینه سازند؛ بدین منظور بایستی بتوانند فرهنگی را تبلیغ کنند که در آن افراد به‌سمت سبک زندگی سالم متمایل شوند. این تلاش مستلزم فرآیند پیچیده‌ای است که اساس آن شناخت ارتباط میان عوامل سازنده سبک زندگی سالم است [۴۴]. همچنین از جمله وظایف اصلی و مهم پرستاران پایش و ارزیابی رفتارها و سبک زندگی مددجویان و به‌ویژه سالمندان است [۴۵]. برای بررسی و ارتقاء سبک زندگی مددجویان، پرستاران نیازمند تئوری و مدل‌های منشاء گرفته از این تئوری‌ها هستند. به‌نظر می‌رسد که پرستاران باید به‌عنوان عضوی از جامعه تامین‌کننده سلامت به تبیین فرآیند سبک زندگی سالمندان و چگونگی ارتقاء آن دقت ویژه داشته باشند. بررسی اجمالی صورت گرفته توسط محققین در این خصوص نشان داد که تاکنون مدل اختصاصی و روشنی برای ارتقاء این مفهوم طراحی و ارائه نشده است. اما در رابطه با تئوری‌ها و الگوهای مشابه و نزدیک به مفهوم مورد بررسی (ارتقاء سبک زندگی) می‌توان به موارد زیر اشاره نمود: مدل اعتقاد بهداشتی<sup>۱</sup> (۱۹۵۰) بوسیله گروهی از روانشناسان اجتماعی در آمریکا ارائه شد. طراحی این مدل بر اساس تئوری کورت لوین بود و بر این موضوع تاکید می‌کرد که چطور ادراک شخص ایجاد انگیزه و حرکت کرده و سبب ایجاد رفتار در او می‌شود [۵۰]. الگوی ارتقاء سلامت توسط پندر (۱۹۸۲)، بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی ارائه شد. این الگو به عملکرد مثبت جهت ارتقاء سلامتی توجهی کافی نداشته و گرچه الگوی اعتقاد بهداشتی در رابطه با پیروی افراد از یک عمل بهداشتی پیشگیری کننده منفرد مورد آزمون قرار گرفته، به نظر نمی‌رسد که برای توضیح رفتارهای پیچیده در جهت ارتقاء

<sup>۱</sup> Health belief model

سلامت کفایت کند [۵۱]. همچنین الگوی پرسید در سال‌های ۱۹۶۸ تا ۱۹۷۴ توسط گرین و همکاران پیشنهاد شد و در دهه ۱۹۸۰ با همکاری کروتر<sup>۱</sup> توسعه و گسترش یافت و قسمت پروسید<sup>۲</sup> نیز به آن اضافه گردید. این الگوی نظری قوی جهت شناسایی نیازهای بهداشتی و ارتقاء سلامت، بر جنبه‌های آموزشی تاکید دارد و وضعیت ارزش‌ها، اعتقادات و نگرش‌ها را تبیین می‌کند و حدود توانمندسازی و حمایت‌های شخصی را توسط خود فرد را تعیین می‌کند. این الگو در بررسی کیفیت زندگی کاربرد دارد [۵۲]. بر اساس دیدگاه صاحب‌نظران یک تئوری زمانی می‌تواند دارای قابلیت کاربردی باشد که از سه معیار برخوردار باشد: اولاً تئوری باید سابقه به‌محک کشیدن مسائل مرتبط با رفتار مورد نظر را داشته باشد، به‌عبارت دیگر در مداخلات مورد استفاده قرار گرفته باشد. ثانیاً استدلال تجربی آن در پیش بینی یا تغییر رفتار بهداشتی معتبر باشد. ثالثاً کارایی بالقوه جهت استفاده در عرصه‌ای خاص را داشته باشد [۵۰]. با توجه به معیارهای فوق‌الذکر بویژه معیار سوم: تئوری‌ها و مدل‌هایی که تاکنون ارائه شده با مفهوم مورد مطالعه سازگاری کامل ندارند چرا که سالمندان با توجه به خصوصیات و ویژگی‌های فردیشان ممکن است در قالب مدل‌هایی که برای جمعیت عمومی طراحی می‌شوند قابل بررسی نباشند. لذا با توجه به موارد فوق‌الذکر و با تاکید بر مسائلی همچون افزایش روزافزون جمعیت سالمندان در کشور، شیوع مشکلات عدیده ناشی از سبک زندگی در سالمندان، افزایش مرگ و میر و ارتباط بیش از ۵۰ درصدی آن با سبک زندگی، تشدید آسیب‌پذیری سالمندان به‌دلایل تغییر ساختار خانواده، تغییر ارزش‌های سنتی خانواده‌ها، وجود نابرابری اقتصادی، عدم کفایت خدمات اجتماعی، عدم کفایت مراقبت‌های پزشکی و ... ضرورت تبیین وضعیت موجود و ارائه راهکار مناسب در قالب مدل کاربردی احساس می‌گردد.

## ۱. ۴. جمع‌بندی و ارائه سوال اصلی پژوهش

در این مطالعه محقق با این سؤال که "فرآیند سبک زندگی سالمندان چگونه است؟" در تلاش خواهد بود نظر به وظیفه انسانی و حرفه‌ای خود و با توجه به فقدان الگویی اختصاصی و بومی برای ارتقاء سبک زندگی سالمندان در ایران که بر نظام‌های ارزشی و فرهنگی آنان مبتنی باشد (آنچنان که سازمان بهداشت جهانی تاکید کرده است)، الگوی ارتقاء سبک زندگی اختصاصی این گروه از مددجویان را مبتنی بر اصول دقیق علمی طراحی نماید تا مورد استفاده سایر محققین، متخصصین بالینی، مدیران بهداشتی-درمانی و سایر کاربران قرار گیرد.

<sup>1</sup> Kreuter

<sup>2</sup> PRECEDE-PROCEED

# فصل دوم

فلسفه هدایت کننده مطالعه