Journal of
Health Research in Community

Autumn 2025. Volume 11. Number 3

Research Paper

The Relationship of Socio-Economic Status and Health-Oriented Culture With Quality of Life in Iranian Older Adults

*Maryam Mokhtari[1], Seyed Samad Beheshti[1], Farjam Nazari[1]

1. Department of Sociology, Faculty of Litratuare and Humanities, Yasouj University, Yasouj, Iran.

Use your device to scan and read the article online

Citation: Mokhtari M, Beheshti SS, Nazari F. [The Relationship of Socio-Economic Status and Health-Oriented Culture With Quality of Life in Iranian Older Adults (Persian)]. Journal of Health Research in Community. 2025; 11(3):14-23. https://doi.org/10.32598/JHRC.11.3.2

https://doi.org/10.32598/JHRC.11.3.2

Received: 02 Jul 2025
Accepted: 21 Sep 2025
Available Online: 01 Oct 2025

ABSTRACT

Introduction and Purpose: Considering that in the near future, older people will make up a large portion of the country's population, proper social planning and facilities are needed to meet their needs. The present study aims to investigate the relationship of socio-economic status (SES) and a health-oriented culture with health-related quality of life (HRQOL) of Iranian older adults.

Methods: This is a cross-sectional survey conducted on 375 elderly residents of Abadeh city, Fars province, Iran, who were selected via cluster random sampling. Data collection was conducted using the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) questionnaire and researcher-developed questionnaires to measure SES and health-oriented culture. Statistical analysis was performed in SPSS software using Pearson's correlation test, independent t-test, and multiple regression analysis. The significance level was set at 0.05.

Results: The SES (r=0.295, P<0.001) and health-oriented culture (r=0.247, P<0.001) had a positive and significant relationship with HRQOL. No significant difference was observed between men and women in terms of HRQOL. It was found that SES could significantly affect HRQOL indirectly through health-oriented culture (P=0.037). SES and health-oriented culture explained 13.8% of the variance in HRQOL.

Conclusion: The results indicated the moderate HRQOL of the elderly in Abadeh. Those with higher SES have higher health-oriented culture and, thus, better HRQOL. Social planners in the field of health need to institutionalize a health-oriented culture for individuals before they reach old age.

Keywords: Health-oriented culture, Socioeconomic status, Quality of life (QoL)

Corresponding Author:
Maryam Mokhtari, Associate Professor.
Address: Department of Sociology, Faculty of Litratuare and Humanities, Yasouj University, Yasouj, Iran.
Tel: +98 (917) 7194037
E-Mail: mmokhtari@yu.ac.ir

Copyright © 2025 The Author(s);
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-By-NC: https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

Journal of
Health Research in Community

Extended Abstract

Introduction

Several studies have highlighted the importance of enhancing older people's capabilities, as population aging has become a widespread phenomenon in many countries. Currently, about 800 million people aged 65 and older live worldwide, and it is estimated that this number will reach 1.5 billion by 2050. In Iran, the increasing trend of the population ageing also indicates a major demographic transformation, which consequently leads to changes in Iran's social structure—particularly in the field of health.

Despite the growing number of the aged population, social planning does not adequately account for the needs of this group. The present study aims to examine the relationship between socioeconomic status (SES), health-related quality of life (HRQOL), and health-oriented culture among the elderly in Iran.

Methods

This is a cross-sectional survey conducted among 375 elderly residents of Abadeh City, selected via cluster random sampling. Data were collected using the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) questionnaire with three dimensions: social-environmental health, psychological health, and physical health. The SES was theoretically determined by three factors: educational level, occupation, and income. The health-oriented culture variable was measured using a researcher-developed questionnaire, whose construct validity was verified using factor analysis, and its reliability using Cronbach's alpha was 0.705. Statistical analyses were performed in SPSS software using Pearson's correlation test, independent t-test, and multiple regression analysis. The significance level was set at 0.05.

Results:

The majority of participants had a moderate level of HRQOL; only 24.8% reported high HRQOL. The SES data based on the educational level revealed that most of the older men were illiterate (22.4%), while most of the older women had an elementary school education (16%). Regarding occupation, the high status jobs had the least frequency (n=17, 4.5%). Regarding gender, no significant difference was observed between men and women in terms of HRQOL (P=0.055).

There was a relatively weak but significant positive correlation between SES and HRQOL (r=0.295, P<0.001). Therefore, a higher SES is associated with better HRQOL in older adults. There was also a weak but significant positive relationship between SES and health-oriented culture (r=0.16, P=0.002); therefore, a higher SES is associated with better health-oriented culture. Moreover, there was a relatively weak but significant positive between health-oriented culture and HRQOL (r=0.247, P<0.001). Finally, it was found that SES could significantly affect HRQOL indirectly through health-oriented culture. Overall, SES and health-oriented culture explained 13.8% of the variance in HRQOL.

Conclusion

Findings demonstrated that the HRQOL of the elderly in Abadeh city is at a moderate level. Those with higher SES had better HRQOL. Moreover, the findings indicated a mediating role for health-oriented culture in the relationship between SES and HRQOL. SES and health-oriented culture are the predictors of HRQOL in the elderly. This implies that improving the HRQOL of elderly populations requires simultaneous attention to their SES and reinforcement of their health-oriented culture.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

The participants were informed of the study objectives and provided written and verbal informed consent. The confidentiality of their information was also observed. This study has ethical approval from Yasuj University of Medical Sciences (IR.YUMS.REC.1404.003).

Funding

This article was extracted from the master's thesis of Farjam Nazari at the Department of Sociology, Faculty of Literature and Humanities, Yasuj University. The research has not received any financial support from government, private, or non-profit organizations.

Authors contributions

Supervision, editing & review: Maryam Mokhtari; Writing, data collection, and data analysis:Farjam Nazari; Supervision: Seyed Samad Beheshti.

Conflicts of interest

The authors declare no conflicts of interest.

Acknowledgments

The authors would like to thank the seniors who participated in this study for their time and cooperation.

مقاله پژوهشی

بررسی نقش پایگاه اجتماعی-اقتصادی و فرهنگ سلامت‌محور در کیفیت زندگی سالمندان شهر آباده

*مریم مختاری[۱]، سید صمد بهشتی[۲]، فرجام نظری[۳]

۱. گروه جامعه شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران.

Use your device to scan and read the article online

Citation: Mokhtari M, Beheshti SS, Nazari F. [The Relationship of Socio-Economic Status and Health-Oriented Culture With Quality of Life in Iranian Older Adults (Persian)]. Journal of Health Research in Community. 2025; 11(3):14-23. https://doi.org/10.32598/JHRC.11.3.3

https://doi.org/10.32598/JHRC.11.3.3

تاریخ دریافت: ۱۲ خرداد ۱۴۰۴
تاریخ پذیرش: ۳۰ شهریور ۱۴۰۴
تاریخ انتشار: ۰۹ مهر ۱۴۰۴

چکیده

مقدمه و هدف: روند افزایش جمعیت سالمند بالای ۶۰ سال در کشور، نشان‌دهنده تغییری عمده در ساختار جمعیتی و درنهایت تغییر ساختار اجتماعی ایران، به‌خصوص در بعد سلامت است. نظر به اینکه در آینده نه چندان دور بخش زیادی از جمعیت کشور در رده سالمندی قرار می‌گیرد و ازطرف دیگر امکانات متناسب با نیازهای این گروه در برنامه‌ریزی‌های اجتماعی دیده نمی‌شود، پژوهش حاضر تلاش می‌کند رابطه پایگاه اقتصادی-اجتماعی و فرهنگ سلامت‌محور با کیفیت زندگی سالمندان را مورد واکاوی قرار دهد.

روش کار: مطالعه حاضر پژوهشی پیمایشی‌مقطعی است که در آن تعداد ۳۷۵ سالمند ساکن شهر آباده با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. گردآوری اطلاعات با استفاده از پرسش‌نامه هنجاریابی‌شده کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و پرسش‌نامه‌های محقق‌ساخته انجام گردید. تحلیل آماری توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ و آزمون‌هایی نظیر ضریب همبستگی پیرسون، تی دو گروه مستقل و رگرسیون چندمتغیره، بر روی داده‌ها انجام گرفت. سطح معنی‌داری آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: در این پژوهش رابطه مثبت و معنی‌دار بین پایگاه اجتماعی-اقتصادی (P<۰/۰۰۱، R=۰/۲۹۵) با کیفیت زندگی وجود داشت. همچنین بین فرهنگ سلامت‌محور (P<۰/۰۰۱، R=۰/۲۴۷) با کیفیت زندگی رابطه مثبت و معنی‌دار مشاهده گردید. درخصوص متغیر زمینه ای جنسیت (P<۰/۰۰۱)، تفاوت معنی‌داری بین زنان و مردان از نظر کیفیت زندگی مشاهده نشد. متغیرهای مستقل تحقیق در نهایت ۱۳/۸ درصد واریانس کیفیت زندگی سالمندان را تبیین نمودند.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش کیفیت زندگی متوسط سالمندان شهر آباده را نشان می‌دهد. پژوهش حاضر نشان داد سالمندانی که دارای پایگاه اقتصادی، اجتماعی بالاتری می‌باشند، از سطح زندگی سلامت‌محور بالاتری برخوردارند و درنتیجه دارای کیفیت زندگی بهتری هستند. ازآنجاکه فرهنگ سلامت‌محور امروزه از شاخص‌های مهم توسعه انسانی است، می‌طلبد برنامه‌ریزان اجتماعی در عرصه سلامت، فرهنگ سلامت‌محور را برای افراد پیش از رسیدن به دوران سالمندی نهادینه‌سازی کنند. لازمه توسعه انسانی تقدم هزینه برای پیشگیری بر صرف هزینه برای درمان است.

کلیدواژه‌ها: فرهنگ سلامت‌محور، پایگاه اجتماعی-اقتصادی، کیفیت زندگی

* **نویسنده مسئول:**
دکتر مریم مختاری
نشانی: یاسوج،دانشگاه یاسوج، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه جامعه شناسی.
تلفن: ۷۱۹۴۰۳۱ (۹۱۷) ۹۸+
رایانامه: mmokhtari@yu.ac.ir

Copyright © 2025 The Author(s);
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-By-NC: https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

مقدمه

حوزه سلامت از منظر جامعه‌شناسی و روانشناسی امروزه توجه ویژه را به خود جلب کرده است و تحقیقات و کتب متعددی در این زمینه نگاشته شده است [۱-۴]، حجم وسیعی از تحقیقات به اهمیت تقویت توانایی سالمندان در سراسر جهان پرداخته‌اند [۵]؛ چراکه سالمندی جمعیت در حال تبدیل شدن به پدیده‌ای فراگیر در بسیاری از کشورها شده است [۶]. پیشرفت‌های صورت‌گرفته فنی و اکتشافات علمی در حوزه‌های تکنولوژی و بهداشت در چند سده گذشته باعث افزایش امید به زندگی در جهان به‌خصوص در کشورهای توسعه‌یافته شده است، به‌گونه‌ای که امید به زندگی تا سال ۲۰۵۰ حدود ۱۰ سال افزایش خواهد یافت [۷] و سالمندی به بخشی ثابت و معمول زندگی انسان‌ها تبدیل خواهد شد.

در حال حاضر حدود ۸۰۰ هزار سالمند بالای ۶۵ سال در جهان وجود دارد که برآورد می‌شود تا سال ۲۰۵۰ به رقم ۱/۵ میلیارد نفر می‌رسد [۸]. در ایران نیز این رشد پر شتاب دیده می‌شود، به‌طوری‌که براساس گزارش مرکز آمار ایران سهم جمعیت سالمندان بالای ۶۵ سال از ۶/۱ درصد در سال ۱۳۹۵، در سال ۱۴۱۵ به ۱۱/۵ درصد خواهد رسید [۹]. هرچند درصد سالمندی کشور ایران از کشورهای منطقه پایین‌تر است، اما شیب درصد سالمندی کشور ما نسبت به سایر کشورهای منطقه افزایش تندی پیدا کرده است و یکی از کشورهایی هستیم که با رشد و سرعتی بیش از سرعت رشد جهانی سالمندان مواجه‌ایم [۱۰]؛ درحالی‌که طبق بررسی‌های انجام‌شده، تنها ۱ درصد از قوانین و آیین‌نامه‌های تصویب‌شده تاکنون درارتباط‌با سالمندان بوده است و دقت در همین میزان ناچیز، نشانگر آن است که سالمندان و کیفیت زندگی آنان چندان مورد توجه سیاست‌گذاران و مسئولان مربوطه نبوده است [۱۱]، درحالی‌که سالخوردگی از تغییرات اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نیز تأثیر می‌گیرد.

این تغییرات که ضمن انجام مهاجرت‌های کلان به شهرها انجام گرفته، تغییرات نگرشی و ارزشی از قبیل فردگرایی و تعقیب منافع شخصی و افزایش هزینه‌های زندگی را به دنبال دارد. در کشور ایران رخدادهایی نظیر کالایی شدن بهداشت و درمان به‌عنوان یک کالای عمومی، کاهش مستمر ارزش پول ملی، تغییرات نرخ ارز و دلاری شدن قیمت‌ها، تورم بالا و افزایش چند برابری هزینه‌های زندگی و به‌طورکلی ناامنی‌ها و بی‌ثباتی‌های اقتصادی فراگیر، درمجموع فشار اقتصادی زیادی بر سالمندان و خانواده‌هایشان وارد کرده است [۱۲]، و به شکل مستقیم یا غیرمستقیم سبک و کیفیت زندگی سالمندان را تحت تأثیر قرار داده است.

مطالعات انجام‌شده در حوزه‌های سالمندی نشان داده است عوامل مختلف اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در کیفیت زندگی سالمندان مؤثر هستند [۱۳، ۱۴]. مروری بر تحقیقات داخلی نشان می‌دهد تحقیقات کیفی و کمی درباره وضعیت سالمندان انجام شده است که نشان‌دهنده پی بردن به اهمیت موضوع سالمندی است. ازجمله پژوهش محمدی و فرد ابراهیمی [۱۵] که به نقش اصلاح سبک زندگی و نقش هوش معنوی در داشتن سالمندی موفق اشاره دارد. در پژوهش کیفی احمدی و همکاران [۱۶]، به تجربه احساس تنهایی در دوران سالمندی پرداخته‌اند و نشان داده‌اند تنهایی تجربه درآور دوران سالمندی است و لذا این دوران نیازمند مطالعه جدی و توجه برنامه‌ریزان اجتماعی است.

در تحقیقات خارجی نیز به اهمیت تقویت سالمندی موفق اشاره شده است. استویکوویا [۱۷] در پژوهش خود نشان داد با رویکرد توانمندسازی کیفیت زندگی سالمندان تضمین می‌گردد. در این رویکرد سالمندی موفق مستلزم تغییر رویکرد در سطوح مختلف سازمان‌دهی جامعه اعم از فردی، خانوادگی، اجتماعی می‌باشد. انجام چنین تحقیقاتی که از رنج‌ها و نیاز به سالمندی موفق حکایت می‌کند، نشان‌دهنده خلأ پژوهشی راهکار درخصوص چگونگی بهتر زیستن در دوران سالمندی است. در پژوهش حاضر با تأکید بر مطالعه نقش فرهنگ سلامت‌محور در کنار پایگاه اقتصادی و اجتماعی که سالمندان دارند، تلاش می‌کند تا حدی خلأ پژوهشی مرتبط با دوران سالمندی را پر نماید.

از حیث نظری، کاکرهام سبک زندگی سلامت‌محور را تحت تأثیر انتخاب‌ها و فرصت‌های افراد می‌داند. موقعیت اجتماعی، اقتصادی و سرمایه فرهنگی مولد فرصت‌ها هستند و از این طریق فرصت‌ها بر انتخاب رفتارهای مرتبط بر سبک زندگی سلامت‌محور تأثیر می‌گذارند [۱۸]. بلکستر[1] به این نتیجه رسید که شرایط اجتماعی- اقتصادی و محیط زندگی، میزان کاربست مؤثر سبک‌های زندگی سلامت‌محور را تعیین می‌کنند [۱۹]. این یافته مهمی است، چراکه نشان می‌دهد شرایط ساختاری زندگی مردم، دستیابی واقعی آن‌ها به یک سبک زندگی سلامت و مثبت را ممکن و یا غیرممکن می‌سازد.

این یافته‌ها نشان‌دهنده پیوند عمیق جایگاه‌های اجتماعی افراد جامعه و فرهنگ سلامت‌محور است که به نوبه خود می‌تواند کیفیت زندگی را جهت بخشد. به‌طور خلاصه به نظر می‌رسد زندگی روزمره سالمندان تحت تأثیر وضعیت اجتماعی، اقتصادی و همچنین فرهنگی آنان بوده باشد. سالمندانی که از وضعیت اقتصادی مناسب‌تری برخوردار باشند، ضمن بهره‌مند بودن از شبکه تعاملات اجتماعی بیشتر، بالطبع دارای سبک زندگی مبتنی بر فرهنگ سلامت‌محور بهتری خواهند بود و متناسب با آن از رنج کمتری نسبت به سالمندان فاقد وضعیت اقتصادی- اجتماعی مناسب برخوردار هستند. باتوجه‌به کمبود پژوهش‌های جامعه‌شناسانه و غیرپزشکی سالمندی و کیفیت زندگی در برابر رویکردهای پزشکی و همچنین توجه و دید وسیع علوم

1. Blaxter

اجتماعی نسبت به رشته‌های پزشکی در مطالعات حوزه کیفیت زندگی، می‌توان این پژوهش را نوآورانه دانست. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه بین پایگاه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگ سلامت‌محور با کیفیت زندگی سالمندان در شهر آباده انجام شد. در این پژوهش پایگاه اقتصادی، اجتماعی عبارت است از جایگاهی که افراد بر مبنا و توجه بر دو عامل قدرت اقتصادی و منزلت اجتماعی در جامعه به دست می‌آورند [۲۰]. همچنین سبک زندگی سلامت‌محور ازنظر کارکرهام مجموعه‌ای منسجم از رفتارهای مرتبط با سلامت (مثل رژیم غذایی، ورزش، سیگار کشیدن یا پرهیز از آن) که در یک زمینه اجتماعی خاص شکل می‌گیرند [۲۱]. حسب پیشینه تجربی و نظری مرتبط با پژوهش، فرضیه‌های زیر مطرح می‌گردد:

۱. بین پایگاه اقتصادی، اجتماعی و کیفیت زندگی رابطه معنی‌دار وجود دارد.

۲. بین پایگاه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگ سلامت‌محور رابطه معنی‌دار وجود دارد.

۳. بین فرهنگ سلامت‌محور و کیفیت زندگی رابطه معنی‌دار وجود دارد.

۴. بین پایگاه اقتصادی، اجتماعی و کیفیت زندگی، از طریق فرهنگ سلامت‌محور، رابطه معنی‌دار وجود دارد.

روش کار

نوع مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی به روش کمی از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش متشکل از مردان و زنان سالمند بالای ۶۰ سال شهر آباده در استان فارس می‌باشد. این شهر مطابق آخرین سرشماری سال ۱۳۹۵دارای ۶۰۰۰۰ نفر جمعیت است که تعداد افراد بالای ۶۰ سال آن حدود ۸۰۰۰ نفر اعلام شده است.

حجم نمونه براساس جدول مورگان ۳۷۵ نفر تعیین گردید. سالمندان موردمطالعه با روش نمونه‌گیری ساده تصادفی انتخاب می‌شدند. به این صورت که شهر آباده را مطابق با نقشه جغرافیای شهری که دارای مناطق چهارگانه کد پستی (۷۳۹۱۷-۷۳۱۹۶-۷۳۹۱۸-۷۳۹۱۹) بود، به چهار منطقه تقسیم و تعداد ۴۰۰ پرسش‌نامه با احتساب ۵ درصد احتمال ریزش در هر منطقه کد پستی به تعداد مساوی ۱۰۰ پرسش‌نامه به‌صورت تصادفی در بین نمونه‌های پژوهش تقسیم گردید. به این صورت که ابتدا اسامی خیابان‌ها نوشته شده و به تصادف ۲۰ درصد آن‌ها در هر منطقه انتخاب شدند و محقق به‌طور یک در میان به کوچه‌ها مراجعه کرده و پرسش‌نامه‌ها را به خانواده‌های دارای سالمند ارائه نموده است. در هر منطقه باتوجه‌به تناسب نزدیک به هم ۵۱ درصدجمعیت سالمندان مرد به ۴۹ درصد جمعیت سالمندان زن تلاش گردید که به همین نسبت نیز پرسش‌نامه‌ها بین نمونه‌های مرد و زن توزیع گردند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن توانایی گفتاری و شنوایی، ۶۰ سال سن و یا بیشتر و همچنین داشتن رضایت آگاهانه و کامل جهت پاسخگویی به سؤالات پرسش‌نامه بود. تکمیل پرسش‌نامه‌ها توسط محقق و با پرسش از سالمند صورت گرفت. پس از تکمیل ۴۰ پرسش‌نامه اولیه، آزمون تحلیل عاملی بر روی پرسش‌نامه‌ها صورت گرفت و گویه‌های نامناسب حذف و ادامه پرسش‌نامه‌های نهایی تکمیل شدند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسش‌نامه بود. برای سنجش متغیر وابسته کیفیت زندگی از پرسش‌نامه هنجاریابی‌شده سازمان بهداشت جهانی[۲] WHOQOL-100 استفاده شد. این پرسش‌نامه دارای ۲۵ گویه است که جهت تعیین اعتبار پرسش‌نامه، از اعتبار سازه‌ای به روش تحلیل عاملی استفاده گردید. براساس نتایج تحلیل عاملی دامنه سلامت جسمی ۱۳/۵۱۵درصد، سلامت روانی ۱۴/۷۹۳ درصد و سلامت محیط فیزیکی-اجتماعی ۲۰/۸۵۶ درصد بود و در مجموع هر سه دامنه ۴۹/۱۶۳ درصد واریانس متغیر وابسته را تبیین کردند. جهت سنجش پایایی این متغیر از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن (۰/۹۳۰) است.

در این پژوهش به استناد تعریف نظری پایگاه اقتصادی، اجتماعی، سه بعد تحصیلات، شغل و درآمد برای آن در نظر گرفته شد. تحصیلات را بنا به اظهار مشارکت‌کنندگان بر مبنای تعداد سال‌های رسمی تحصیل فرد در نظام آموزشی کشور از بی‌سواد تا مقطع دکتری به دست آمد. شاخص شغل افراد سالمند، شغلی بوده که از گذشته تاکنون امرار معاش کرده است.

سپس مشاغل براساس رتبه‌بندی مشاغل مولوی (۱۳۹۲) تقسیم‌بندی گردید. همچنین برای کسب داده‌های مربوط به شاخص درآمد، از سالمندان حاضر در پژوهش خواسته شد تا میزان هزینه‌های ماهیانه خانوار خود را در پرسش‌نامه درج نمایند. در مرحله بعد پس از به‌دست آوردن این داده‌ها، از طریق SPSS نسخه ۲۶ ابتدا هریک از این ابعاد به ۵ رتبه تقسیم‌بندی شدند و سپس این نمرات این سه بعد تجمیع گردید و نمره پایگاه اقتصادی، اجتماعی هر فرد به دست آمد.

سبک زندگی سلامت‌محور شامل رفتارهایی می‌شود که افراد برای پرهیز و اجتناب از بیماری انجام می‌دهند. به تعبیر سازمان بهداشت جهانی، سلامت به معنای خوب بودن روحی و روانی، جسمی و اجتماعی در بیشترین حد ممکن است [۲۲]. برای سنجش متغیر فرهنگ سلامت‌محور از پرسش‌نامه محقق ساخته استفاده شد. جهت تعیین اعتبار پرسش‌نامه فرهنگ سلامت‌محور، از اعتبار سازه‌ای به روش تحلیل عاملی استفاده گردید. جهت سنجش پایایی باتوجه‌به نوع مقیاس (لیکرت) از روش آلفای کرونباخ استفاده شده که مقدار ۰/۷۰۵ می‌باشد.

2. World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)

جدول ۱. توزیع فراوانی پاسخگویان برحسب کیفیت زندگی و ابعاد مربوط به آن

ابعاد متغیر کیفیت زندگی	مقوله	تعداد (درصد)	درصد هر طبقه
محیط اجتماعی- فیزیکی	پایین (۱۴-۷)	۷۶(۲۰/۳)	۱۰۰
	متوسط (۲۲-۱۵)	۲۲۴(۵۹/۷)	
	بالا (۳۰-۲۳)	۷۵(۲۰)	
سلامت روانی	پایین (۱۲-۷)	۶۷(۱۷/۹)	۱۰۰
	متوسط (۱۹-۱۳)	۲۰۷(۵۵/۲)	
	بالا (۲۵-۲۰)	۱۰۱(۲۶/۹)	
سلامت جسمانی	پایین (۲۹-۱۶)	۹۴(۲۵/۱)	۱۰۰
	متوسط (۴۲-۳۰)	۲۰۸(۵۵/۵)	
	بالا (۵۵-۴۳)	۷۳(۱۹/۵)	
کیفیت زندگی	پایین (۶۴-۳۹)	۹۷(۲۵/۹)	۱۰۰
	متوسط (۸۹-۶۵)	۱۸۵(۴۹/۳)	
	بالا (۱۱۵-۹۰)	۹۳(۲۴/۸)	

مجله تحقیقات سلامت در جامعه

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها براساس دو روش آمار توصیفی و استنباطی می‌باشد. جهت آزمون فرضیه‌ها از آزمون‌های استنباطی ضریب همبستگی پیرسون، تی دو گروه مستقل و رگرسیون چندمتغیره استفاده شده است. در این راستا، از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده گردید.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی

در این مطالعه ۳۷۵ نفر سالمند مشارکت کرده‌اند. میانگین سنی سالمندان مشارکت‌کننده ۶۹/۶۴ سال، با حداقل سن ۶۰ و حداکثر سن ۹۰ سال با انحراف استاندارد ۶/۸۹ بوده است. توزیع فراوانی پایگاه اقتصادی، اجتماعی بر مبنای سطح تحصیلات به این صورت بوده است که سامندان مرد در رده بی‌سوادی (۲۲/۴ درصد) و زنان در رده سواد ابتدایی (۱۶درصد) بیشترین درصد را نسبت به سایر سطوح تحصیلاتی تشکیل می‌دادند. درخصوص شغل، مشاغل دارای منزلت بالا (۱۷نفر) برابر۴/۵ درصد کمترین فراوانی و درصد را شامل گردید.

متغیر فرهنگ سلامت‌محور تلفیقی از ابعاد سه گانه (ورزش و فعالیت بدنی، مصرف مواد غذایی ضروری روزانه، مصرف دخانیات و رفتارهای پرخطر سرطان‌زا) بود که در این بین فعالیت‌های بدنی، کمترین میزان توجه به خود را اختصاص داده است. در کل صرفاً ۹/۹ درصد مشارکت‌کنندگان، از فرهنگ سلامت‌محور سطح بالا برخوردار بودند.

متغیر کیفیت زندگی (متغیر وابسته)، از ترکیب ابعاد سه گانه (کیفیت سلامت محیط اجتماعی-فیزیکی، کیفیت سلامت روانی و کیفیت سلامت جسمانی) تشکیل شده است. مطابق با نتیجه حاصله، کیفیت زندگی متوسط بیشترین فراوانی را تشکیل داده و صرفاً ۲۴/۸ درصد نیز از سطح بالای کیفیت زندگی برخوردار بودند.

یافته‌های استنباطی

قبل از آزمون فرضیه‌ها، جهت تفکیک وضعیت کیفیت افراد مورد مطالعه به تفکیک جنسیت، یک سؤال مطرح و مورد آزمون قرار گرفت:

سؤال: آیا کیفیت زندگی برحسب جنسیت دارای تفاوت معنی‌دار است؟

یافته‌های به‌دست‌آمده در جدول شماره ۲ درخصوص متغیر جنسیت باتوجه‌به سطح معنی‌داری (Sig=۰/۰۵۵)، کیفیت زندگی براساس جنسیت تفاوت معنی‌داری را نشان نداد. لذا می‌توان گفت زنان و مردان سالمند موردمطالعه از سطح کیفیت زندگی مشابهی برخوردار بودند.

در ادامه نتایج آزمون فرضیه‌های پژوهش حاضر با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون آورده می‌شود.

جدول ۲. تفاوت میانگین کیفیت زندگی سالمندان به تفکیک جنسیت آنان

متغیر زمینه‌ای	عنوان	میانگین	T	*سطح معنی‌داری
جنسیت	مرد	۷۸/۷۳	۱/۹۲۷	۰/۰۵۵
	زن	۷۵/۴۵		

* معنی‌داری در سطح ۰/۰۵

مجله تحقیقات سلامت در جامعه

جدول ۳. همبستگی بین متغیرهای مستقل و مداخله‌گر با متغیر وابسته (کیفیت زندگی سالمندان)

ردیف	متغیر مستقل و وابسته	ضریب همبستگی پیرسون	سطح معنی‌داری(Sig)
۱	پایگاه اقتصادی، اجتماعی و کیفیت زندگی	۰/۲۹۵	۰/۰۰۰*
۲	پایگاه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگ سلامت‌محور	۰/۱۶	۰/۰۰۲*
۳	فرهنگ سلامت‌محور و کیفیت زندگی	۰/۲۴۷	۰/۰۰۰*
۳-۱	ورزش و فعالیت بدنی و کیفیت زندگی	۰/۳۸۳	۰/۰۰۰*
۳-۲	مصرف مواد غذایی ضروری روزانه و کیفیت زندگی	۰/۱۶۲	۰/۰۰۲*
۳-۳	مصرف دخانیات و مواد غذایی پرخطر و کیفیت زندگی	-۰/۰۷۶	۰/۱۴۳

* معنی‌داری در سطح ۰/۰۱

مجله تحقیقات سلامت در جامعه

فرضیه شماره ۱: به نظر می‌رسد پایگاه اقتصادی، اجتماعی و کیفیت زندگی رابطه معنی‌دار وجود دارد.

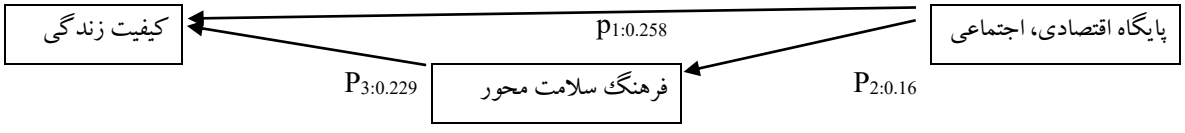
مطابق نتایج به دست‌آمده در جدول شماره ۳، رابطه معنی‌داری بین دو متغیر پایگاه اقتصادی، اجتماعی و کیفیت زندگی را نشان می‌دهد، به‌طوری‌که ضریب همبستگی برابر با ۰/۲۹۵ با سطح معنی‌داری Sig=۰/۰۰۰ که همبستگی با شدت نسبتاً ضعیف و مستقیم را نشان می‌دهد و افراد دارای پایگاه اجتماعی – اقتصادی بالا، از سطح کیفیت زندگی مطلوب‌تری برخوردار بوده‌اند

فرضیه شماره ۲: بین پایگاه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگ سلامت‌محور رابطه معنی‌دار وجود دارد.

نتایج مربوط به آزمون این فرضیه برحسب جدول شماره ۳ حاکی از وجود رابطه معنی‌دار بین پایگاه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگ سلامت‌محور است. ضریب همبستگی برابر با ۰/۱۶ نشان‌دهنده همبستگی مثبت و تاحدی ضعیف، اما معنی‌دار بین دو متغیر مذکور است. به این ترتیب می‌توان گفت افراد با پایگاه اقتصادی و اجتماعی بالاتر، از فرهنگ سلامت‌محور قوی‌تری برخوردار بوده‌اند.

فرضیه شماره ۳: به نظر می‌رسد بین فرهنگ سلامت‌محور و کیفیت زندگی رابطه معنی‌داری وجود دارد.

نتایج مرتبط با این فرضیه در جدول شماره ۳، رابطه معنی‌داری بین دو متغیر فرهنگ سلامت‌محور و کیفیت زندگی را نشان می‌دهد. مطابق با یافته‌های به‌دست‌آمده ضریب همبستگی این متغیر برابر با ۰/۲۴۷ و سطح معنی‌داری با Sig=۰/۰۰۰ است که همبستگی با شدت نسبتاً ضعیف و مستقیم را نشان می‌دهد. اما نتایج تحلیل ابعاد مختلف این متغیر متفاوت است. داده‌های مرتبط با بعد ورزش و فعالیت بدنی، با ضریب همبستگی ۰/۳۸۳ و سطح معنی‌داری Sig=۰/۰۰۰ نشان از وجود رابطه معنی‌داری مستقیم با شدت متوسط می‌باشد. در بعد مصرف مواد غذایی ضروری روزانه ضریب همبستگی برابر با ۰/۱۶۲ و با سطح معنی‌داری Sig=۰/۰۰۲ شاهد رابطه معنادار مستقیم با شدت رابطه ضعیف هستیم. در بعد مصرف دخانیات و رفتارهای پرخطر سرطان‌زا نیز نتایج بیانگر وجود همبستگی با شدت رابطه ضعیف و معکوس می‌باشد (R=-۰/۰۷۶ و Sig=۰/۱۴۳) است؛ یعنی میزان مصرف دخانیات و مواد غذایی پرخطر سرطان‌زا، رابطه معکوس و معنی‌داری با کیفیت زندگی دارد. به‌عبارتی با بالارفتن میزان مصرف دخانیات و مواد غذایی سرطان‌زا، کیفیت زندگی



تصویر ۱. تحلیل مسیر مربوط به رابطه مستقیم و متغیر مستقیم متغیرها، با کیفیت زندگی سالمندان

مجله تحقیقات سلامت در جامعه

جدول ۴. محاسبه اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیر مستقل بر متغیر وابسته (کیفیت زندگی سالمندان)

اثر مستقیم	P_1=۰/۲۵۸ P_3=۰/۲۲۹
اثر غیر مستقیم	$P_2 P_3$ (۰/۱۶)(۰/۲۲۹)=۰/۰۳۷
اثر کل	$p_2 + p_1 + (p_3 \times p_2)$ جمع اثر غیرمستقیم+جمع اثر مستقیم (۰/۰۳۷)+(۰/۲۵۸)+(۰/۲۲۹)=۰/۵۲۴

مجله تحقیقات سلامت در جامعه

کاهش پیدا کرده است. درنهایت متغیر فرهنگ سلامت‌محور بر میزان کیفیت زندگی تأثیر مستقیم و معنی‌داری داشته و با بالا بودن سطح فرهنگ سلامت‌محور، کیفیت زندگی سالمندان نیز بالا رفته است.

فرضیه ۴: بین پایگاه اقتصادی، اجتماعی و کیفیت زندگی، از طریق فرهنگ سلامت‌محور، رابطه معنی‌دار وجود دارد.

ازآنجاکه حسب نظریه‌های بررسی‌شده درخصوص رابطه بین متغیرهای پایگاه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگ سلامت‌محور با کیفیت زندگی، متغیر فرهنگ سلامت‌محور نقش هم‌زمان متغیر مستقل و مداخله‌گر را ایفا کرده است، در ادامه تحلیل مسیر مربوط به این مسیر آورده می‌شود.

محاسبه اثر مستقیم و غیرمستقیم بر کیفیت زندگی سالمندان حاکی از آن است که پایگاه اقتصادی، اجتماعی، ضمن اینکه نسبت به فرهنگ سلامت‌محور، قوی‌تر ظاهر شده است، با نقش میانجیگری فرهنگ سلامت‌محور هم توانسته است کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهد. کما اینکه فرهنگ سلامت‌محور مستقل از نقش پایگاه اقتصادی، اجتماعی، نقش تعیین‌کننده‌ای در کیفیت زندگی سامندان داشته است. به این ترتیب این فرضیه تأیید می‌گردد.

در ادامه جهت نشان دادن میزان تبیین متغیر وابسته توسط متغیرهای مستقل، از رگرسیون چندمتغیره به روش Enter استفاده گردید. باتوجه‌به نتایج جدول شماره ۵، متغیرهای مستقل در مجموع توانستند ۱۳/۸درصد تغییرات متغیر ملاک (کیفیت زندگی) را تبیین کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

آنچه که طی سالیان سال طبیعی به نظر می‌رسید این است که با بالا رفتن سن و حرکت به سمت سالمندی، کیفیت زندگی به خصوص در بعد سلامت جسمانی رو به تحلیل می‌رود و انسان را گریزی از این واقعیت نیست. اما با افزایش جمعیت سالمتدان در سطح جهانی، نیاز توجه به کیفیت زندگی این جمعیت رو به تزاید، جدی‌تر شد. تحقیقات گوناگون نشان داد کیفیت زندگی مفهومی پیچیده است که می‌تواند متأثر از عوامل مختلف رخ دهد و دامنه‌های عینی و ذهنی متعددی را دربر می‌گیرد [۲۳].

مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه پایگاه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگ سلامت‌محور با کیفیت زندگی سالمندان در شهر آباده انجام شد. یافته‌های آمار توصیفی در این پژوهش نشان دادند کیفیت زندگی نیمی از سالمندان جامعه موردمطالعه از سطح متوسط و نیمی دیگر به‌طور تقریباً مساوی دارای کیفیت زندگی پایین و بالا هستند. این یافته‌ها به‌طور واضح نشان می‌دهند صرفاً یک‌چهارم سالمندان از سطح کیفیت زندگی بالا و قابل‌قبولی بهره‌مند بوده‌اند. کاظمی و همکاران در پژوهشی توصیفی با مرور اسناد و منابع کتابخانه‌ای با جست‌وجویی نظام‌مند گزارش کرده‌اند که ۹۲ درصد مطالعات مرورشده آنان نشان از کیفیت متوسط و پایین زندگی سالمندان ایرانی است [۲۴].

در این مطالعه کیفیت زندگی برحسب جنسیت، تفاوت معنی‌دار را نشان نداد که همسو با یافته‌های اردکانی و همکاران [۲۵]، و غیرهمسو با یافته‌های کاکاوند [۲۶] است. هرچند تحقیقات متعدد حکایت از تفاوت سبک زندگی برحسب جنسیت دارد، اما حسب اینکه افراد موردمطالعه در یک شهرستان بوده‌اند که سطح امکانات رفاهی و برای زنان و مردان و به‌خصوص سالمندان تفاوت چندانی نداشته، سبک زندگی دو جنس تشابه زیادی داشته است. بااین‌حال کیفیت زندگی زنان و مردان سالمند در پیوند با پایگاه اقتصادی و اجتماعی و فرهنگ سلامت‌محور قابل‌بحث می‌باشد.

جدول ۵. پیش‌بینی کیفیت زندگی سالمندان براساس متغیرهای مستقل و مداخله گر پژوهش

مدل رگرسیونی	ضریب همبستگی چندگانه	مقدار R^2	ضریب رگرسیونی غیراستاندارد B	ضریب رگرسیونی استاندارد Beta	t	Sig.t*
ضریب ثابت			۴۴/۳۷۳		۸/۷۵۳	۰/۰۰۰
فرهنگ سلامت‌محور	۰/۳۷	۰/۱۳۸	۰/۴۰۹	۰/۲۲۹	۴/۶۸۶	۰/۰۰۰
پایگاه اجتماعی-اقتصادی			۱/۲۱۷	۰/۲۵۸	۵/۲۸۹	۰/۰۰۰

* معنی‌داری در سطح ۰/۰۱

مجله تحقیقات سلامت در جامعه

در این مطالعه ارتباط معنی‌داری بین پایگاه اقتصادی، اجتماعی و کیفیت زندگی وجود داشت که با مطالعه یزدان‌پور و همکاران [۲۷]، همسو است. سومین پیمایش کیفیت زندگی در اروپا در سال ۲۰۱۲ تحولات کیفیت زندگی را در آن قاره مورد بررسی قرار داده و وضعیت اقتصادی را عاملی مؤثر در کیفیت زندگی دانسته است که نگرانی‌های مالی و ناامنی در درآمد و شغل تأثیر بسزایی در کاهش کیفیت زندگی افراد داشته است [۲۸]. همچنین طبق نظریه پارسونز و بوردیو، پایگاه اقتصادی اجتماعی متأثر از منزلت شغلی افراد و تحصیلات آن‌ها، در رضایت از زندگی مردم تأثیرگذار خواهند بود [۲۹].

آنچه مسلم است این است که وضعیت مطلوب اقتصادی، اجتماعی توانایی فرد را در مراقبت از خود، در راستای گذراندن بهتر دوران سالمندی، افزایش می‌دهد. اما به زعم بوردیو، سرمایه فرهنگی در کنار سرمایه اقتصادی، ایجادکننده تمایز اجتماعی افراد جامعه از یکدیگر است. به‌گونه‌ای‌که ترجیحات فرهنگی است که تمایز بین طبقات را آشکار می‌سازد [۳۰]. در این پژوهش رابطه معنی‌دار بین متغیر فرهنگ سلامت‌محور و کیفیت زندگی وجود داشت. یافته‌های این پژوهش با پژوهش اسماعیلی شاد [۳۱]، همسو می‌باشد. کاکرهام با پیروی از بوردیو در زمینه سبک زندگی، نظریه سبک زندگی سلامت‌محور را مطرح می‌نماید. وی تصمیم‌گیری درباره مراعات بهداشت فردی، مصرف غذا، ورزش کردن، مصرف الکل و مواد مخدر، استعمال سیگار، انجام معاینات دوره‌ای پزشکی را اجزای سبک زندگی سلامت‌محور می‌داند [۱۹]. در ضمن یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد با تأثیرپذیری فرهنگ سلامت‌محور از پایگاه اقتصادی اجتماعی، این متغیر نقش واسطه‌ای دارد. ازنظر کاکرهام در انتخاب سبک‌های زندگی منفی (خطرناک) و مثبت (سالم)، مردمی که در بالای جامعه قرار دارند از منابع بیشتر و انتخاب‌های سالم‌تری برخوردار هستند، اما برعکس افرادی که در پایین قرار داشته و فشارهای اقتصادی-اجتماعی بیشتری بر انتخاب‌هایشان وجود دارد، انتخابشان برای سبک‌های زندگی سالم محدود است [۱۹].

بااین‌حال فرهنگ سلامت‌محور به تنهایی نیز از قدرت تبیین‌کنندگی مطلوبی برخوردار بوده است. این موضوع بیانگر آن است که بهبود کیفیت زندگی سالمندان، مستلزم توجه هم‌زمان به شرایط اقتصادی و تقویت فرهنگ سلامت‌محور آنان است. سالمندان علاوه‌بر اینکه نیازمند تأمین حداقل‌های زندگی هستند و با استطاعت مالی بهتر، می‌توانند کیفیت زندگی مطلوب‌تری را برای خود فراهم کنند؛ درعین‌حال داشتن فرهنگ سلامت‌محور که جزیی از عادت‌واره و سبک زندگی در یک دوره طولانی پیش از سالمندی است، از اهمیت بسزایی برخوردار است. آشنایی با شاخص‌های فرهنگ سلامت‌محور می‌تواند به‌گونه‌ای باشد که جدا از پایگاه اقتصادی، اجتماعی فرد، کیفیت زندگی مطلوب‌تری برای خود بسازند.

فرهنگ سلامت‌محور امروزه از شاخص‌های مهم توسعه انسانی است [۳۱]. لذا می‌طلبد برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران اجتماعی در عرصه سلامت، فرهنگ سلامت‌محور را برای افراد پیش از رسیدن به دوران سالمندی نهادینه‌سازی کنند. لازمه توسعه انسانی تقدم هزینه برای پیشگیری بر صرف هزینه برای درمان است. در این راستا به‌خصوص بهره‌گیری از رسانه‌ها می‌تواند راهگشا باشد؛ تشویق مردم به شرکت در برنامه‌های ورزشی، آموزش استفاده از غذاهای سالم، جهت حفظ سلامتی می‌تواند به داشتن جامعه شادتر در دوران سالمندی منجر شود. به‌گونه‌ای که فارغ از تفاوت در پایگاه اقتصادی و اجتماعی، بتوان با ترویج فرهنگ سلامت‌محور، کیفیت زندگی مطلوب‌تری را برای سالمندان رقم زد.

محدودیت های پژوهش

از جمله محدودیت‌ای این پژوهش بی‌سوادی بخش زیادی از نمونه‌های جامعه موردمطالعه باعث وقت‌گیر بودن تکمیل هر پرسش‌نامه و کندی روند تکمیل پرسش‌نامه‌ها گردید.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این پژوهش دارای شماره کد اخلاق (IR.YUMS.REC.1404.003) از دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه یاسوج می‌باشد. تمام شرکت‌کنندگان توضیحات کلامی و نوشتاری در مورد اهداف پژوهش دریافت کرده و همچنین درخصوص ناشناس و محرمانه بودن اطلاعات خود اطمینان حاصل نمودند.

حامی مالی

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد فرجام نظری در گروه جامعه شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه یاسوج است و هیچ گونه کمک مالی از سازمان های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی دریافت ننموده است.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان به‌طور یکسان در مفهوم و طراحی مطالعه، جمع‌آوری و تجزیه‌وتحلیل داده‌ها، تفسیر نتایج و تهیه پیش‌نویس مقاله مشارکت داشتند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از همکاری سالمندانی که در این پژوهش مشارکت داشته‌اند، تشکر می‌کنند.

References

[1] Aneshensel CS, Phelan JC, Bierman A. Handbook of the sociology of mental health. New York: Springer; 1999. [Link]

[2] Kronenfeld JJ. Social sources of disparities in health and health care and linkages to policy, population concerns and providers of care. Leeds: Emerald Group Publishing; 2009. [Link]

[3] Jacobs Kronenfeld J. Reorganizing health care delivery systems: Problems of managed. Leeds: Emerald Group Publishing Limited; 2003. [DOI:10.1016/S0275-4959(2003)21]

[4] Kronenfeld JJ. Care for major health problems and population health concerns: Impacts on patients, providers and policy. Leeds: Emerald Group Publishing; 2008. [Link]

[5] Cutler DM, Wise DA. Health at older ages: The causes and consequences of declining disability among the elderly. Cambridge: National Bureau of Economic Research; 2009. [Link]

[6] Zarghami H, Mirzaei M. [Iran's population aging in the next four decades (Persian)]. Q J Adv Islamic Model Stud Iran. 2015; 3(6):73-94. [Link]

[7] Rowland DT. Population aging: Context, consequences, policies. [Y. Foroutan Persian trans]. Tehran: Publications of the Institute for Comprehensive and Specialized Population Studies and Management; 2017. [Link]

[8] Alvarez P. Charted: the world's aging population from 1950 to 2100. Vancouver: Visual Capitalist; 2023. [Link]

[9] Iranian Statistical Center . [A Look at Iran's Elderly Population (65 years and older) towards the Horizon of 1415 (Persian)]. Tehan:Iranian Statistical Center; 2023. [Link]

[10] Esmaeil Zali M, Arab M, Rahimi Foroshani A, Farzianpour F. [Construction and validation the healthy lifestyle questionnaire among the Iranian elderly who receive home care services (Persian)]. Iran J Aging. 2019; 15(5):133-43. [DOI:10.32598/sija.2020.3.180]

[11] Kazemian S. [Study of olders life quality living in homes and nursery homes (Persian)]. Tehran: Allameh Tabatabaei University; 2016. [Link]

[12] Azadarmaki T. [Sociology of aging; Aging and everyday life (Persian)]. Tehran: Agah Publications; 2022. [Link]

[13] Esmaeili Shad B, Ghasemi M, Mortazavi Kiasari F. [The relationship between health literacy and quality of life with the mediating role of social adjustment in the elderly (Persian)]. J Counsel Psychother Excell. 2019; 8(31):1-14. [Link]

[14] Khashei R, Zokaee MS. Representation of health lifestyle in mass media content analysis of health-related contents produced in four media (health radio, television, salamat-news website, health weekly magazine). Commun Res. 2016; 23(85):45-65. [DOI:10.22082/cr.2016.20098]

[15] Mohammadi N, Fardebrahimi F. [The successful aging: The role of life style, spiritual intelligence and self-efficacy (Persian)]. Aging Psychol. 2023; 8(4):361-73. [DOI:10.22126/jap.2022.8540.1677]

[16] Ahmadi S, Mokhtari M, Jamnejad S. [Sociological study of loneliness among the elderly in Shiraz: A grounded theory (Persian)]. Soc Probl Iran. 2024; 15(3):9-8. [DOI:10.61186/jspi.15.3.9]

[17] Stoykova M. The empowerment in social work with older people. Knowl Int J. 2024; 65(1):183-8. [Link]

[18] Cockerham WC. The sociology of health behavior and health lifestyles.In: Bird CE, Conrad P, Fremont AM, Timmermans S, editors. Handbook of medical sociology. Nashville: Vanderbilt University Press; 2010. [Link]

[19] Cockerham W. Sociology of medicine [M. Khajedalui Persian trans]. Mashhad: Mashhad University of Medical Sciences; 2012. [Link]

[20] Tavakoli M, Rasouli M. Designing a qualitative model of media consumption patterns on the Iranian family life style. Media Cult Soc. 2021; 10(40):117-53. [Link]

[21] Cockerham WC. Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure. J Health Soc Behav. 2005; 46(1):51–67. [DOI:10.1177/002214650504600105]

[22] Kochani Esfahani M, Mahmoudian H. [A study of the impact of cultural capital on general health by the mediating role of healthy lifestyle (case study: High school students of Shiraz) (Persian)]. J Appl Sociol. 2018; 29(2):1-6. [DOI:10.22108/jas.2017.104156.1109]

[23] Bowling A, Gabriel Z. Lay theories of quality of life in older age. Ageing & Society. 2007; 27(6):827-48. [DOI:10.1017/S0144686X07006423]

[24] Kazemi N, Sajjadi H, Bahrami G. [Quality of life of Iranian elderly: A review study (Persian)]. Salamand. 2018; 13(5):518-33. [DOI:10.32598/SIJA.13.Special-Issue.518]

[25] Hosseini Ardakani Z, Bashardoust S, Mirhashemi M. [Providing a structural model of the quality of life of the elderly based on general health and demographic characteristics with the mediating role of social support (Persian)]. Islam Life J. 2023; 7(4):382-93. [Link]

[26] Ronaghi Notash M, Kakavand Y. Study of social and cultural factors associated with quality of life among the elderly in Kermanshah with emphasis on different aspects of social support (Persian) [doctoral thesis]. Tehran: Azad University Central Tehran Branch; 2017. [Link]

[27] Yazdanpour F, Sam Aram E. [Effective factors on life quality of elderly in Khomein (Persian)]. Soc Dev Welfar Planing. 2011; 2(6):45-64. [Link]

[28] Hosseini Amin N, Mirzaei M, Idrisi A. [Socio-economic factors affecting the quality of life of Tehranian citizens (Persian)]. Refah J. 2017;17(66):223-54. [Link]

[29] Zabihi Maddah B, Aghajani Marsa H. [Dimensions of quality of life of the elderly by reviewing previous research (Persian)]. Refah J. 2019;19(75):123-81. [Link]

[30] Bourdieu P. A social critique of the judgement of taste. Cambridge: Harvard University Press; 1984. [Link]

[31] Hozarmoghadam N, Shahabi B, Ahmadi A, Mahmoudi V. [Classification of health indicatiors affecting human development index: Across-country study (Persian)]. J Health Res 2017;7(5):1030-8. [Link]