

Research Paper

Effect of lifestyle on the quality of life and general health of the elderly in Ahvaz, Iran

Abdolreza Najafi¹ , *Mansour Sharifi² , Ali Pezhhan¹ 

1. Department of Social Sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. Department of Anthropology, Islamic Azad University, Garmsar Branch, Semnan Province, Iran.



Citation Najafi A, Sharifi M, Pezhhan A. [Effect of lifestyle on the quality of life and general health of the elderly in Ahvaz, Iran (Persian)]. *Qom Univ Med Sci J*. 2022; 16(7):556-571. <https://doi.org/10.32598/qums.16.7.2667.1>

doi <https://doi.org/10.32598/qums.16.7.2667.1>



Received: 16 Jun 2022

Accepted: 30 Aug 2022

Available Online: 01 Oct 2022

Keywords:

Lifestyle, Quality of life, General health, Aged

ABSTRACT

Background and Objectives The study of the demography of aging in developing countries is a relatively new endeavor. This study aims to determine the effect of lifestyle on the quality of life and general health of the elderly in Ahvaz, Iran.

Methods This descriptive survey study was conducted on 1000 older adults aged > 60 years in Ahvaz city in 2020. Data collection tools were a demographic form, the lifestyle questionnaire, the older people's quality of life questionnaire, and the general health questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics (mean, frequency, and percentage) and inferential statistics (Pearson correlation test or Spearman correlation test). The significance level was set at 0.05. To test the conceptual model of the study, Structural Equation Modeling (SEM) was used in AMOS software.

Results All t coefficients for the factorial structure of the study model were greater than 1.96 and, thus, all study hypotheses were confirmed. The results showed that the lifestyle of the elderly had a significant effect on their general health.

Conclusion It is necessary to increase the knowledge of healthy lifestyle in the elderly living in Ahvaz city by using educational programs such as stress management training, healthy nutrition education, and recreational and sports programs.

*** Corresponding Author:**

Mansour Sharifi, PhD.

Address: Department of Anthropology, Islamic Azad University, Garmsar Branch, Semnan Province, Iran.

Tel: +98 (916) 6920779

E-Mail: sharifim@ut.ac.ir



Copyright © 2023 Qom University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).
Noncommercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

Extended Abstract

Introduction

Population aging is caused by the decrease in the rate of mortality and fertility and the increase in life expectancy. One of the most important factors determining the quality of life in old age is the health status of the elderly, which decreases with ageing. Having a healthy lifestyle is important for reducing the prevalence of health problems, improving health, adapting to stressful conditions, and improving the quality of life. Health disorders such as chronic diseases are more common in old age than in other periods. This study aims to determine the effect of the lifestyle on the quality of life and general health of the elderly living in Ahvaz, Iran.

Methods

This descriptive survey study was performed on 1000 older people over 60 years of age in Ahvaz city in 2020 who were selected by a multi-stage sampling method from different centers for the elderly (e.g., private and governmental retirement fund centers, and municipalities) and nursing homes. Prior to the study, after explaining the study objectives and methods, informed consent was obtained from the participants and they were assured of the confidentiality of their information. The inclusion criteria were age ≥ 60 years, residence in Ahvaz city, ability to communicate, and willingness to participate in the study. The exclusion criteria were unwillingness to continue participation, any mental illness (according to the medical records), severe depression, and cognitive disorders. The data were collected using a demographic form (surveying age, marital status, gender), the lifestyle questionnaire (LSQ) with 35 items, the older people's quality of life (OPQOL) questionnaire with 19 items, and the general health questionnaire (GHQ) with 59 items. Data were analyzed using descriptive statistics (mean, frequency, and percentage) and inferential statistics (Pearson correlation test or Spearman correlation test). The significance level was set at 0.05. Finally, to test the theoretical model of the study, structural equation modeling was performed in AMOS software.

Results

The mean age of participants was 69.5 ± 6.5 years, of whom 50.9% were female. Most of them (51%) were overweight and 23% had obesity. In terms of insurance coverage, 56.3% had social security insurance, 25.5% had health insurance, and the rest had other insurances. The majority (59.8%) had

lower than high school education and were married (65.6%). The majority (84.8%) were living with their families and only 1.6% were living in nursing homes or other places. They had a history of smoking (16.5%), high blood pressure (60.8%), joint pain (49.0%), high blood fat (40.1%), and diabetes (34.0%). Tmean forwasranged from 0 to

All t coefficients for the factorial structure of the study model were greater than 1.96 and, thus, all study hypotheses were confirmed. The results showed that the lifestyle of the elderly had a significant effect on their general health. Based on the standard coefficients, the physical, spiritual, mental, and social health domains of GHQ had a direct relationship with health problems.

The result of the confirmatory factor analysis showed that health problems had a significant relationship with physical health, quality of life, social health, and lifestyle with standardized coefficients of -0.46, 0.99, 1.23 and 0.57, respectively ($P < 0.05$). Based on the value of the coefficient of determination, physical health, social health, and lifestyle could explain the health problems by 21%, 24% and 33%, respectively. For the lifestyle model, the root mean square error of approximation was 0.046, indicating that the model had an acceptable fit.

Discussion

The results of this study showed a direct and significant relationship between the overall lifestyle score and the quality of life of the elderly; by improving the lifestyle of the elderly, their quality of life can increase. In old age, healthy lifestyle is influential and plays an important role in increasing life expectancy, quality of life, and physical and mental health of the elderly. It is necessary to increase the knowledge of healthy lifestyle in the elderly living in Ahvaz city by using educational programs for them such as stress management training, healthy nutrition education, and recreational and sports programs.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the Ethics Committee of the [Islamic Azad University Central Tehran Branch](#) (Code: IR.IAU.CTB.REC.1401.008).

Funding

The paper was extracted from the PhD. dissertation of the first author at the Department of Social Sciences, [Central Tehran Branch, Islamic Azad University](#), Tehran.

Authors contributions

Conceptualization, methodology, edited and finalized: Abdolreza Najafi, Mansour Sharifi, and Ali Pejhan; Research and review: Abdolreza Najafi, Mansour Sharifi; Statistical analysis: Mansour Sharifi, and Ali Pejhan; Drafting: Abdolreza Najafi.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

مقاله پژوهشی

بررسی تأثیر سبک زندگی بر کیفیت زندگی و اختلال در سلامتی سالمند شهر اهواز در سال ۱۳۹۹

عبدالرضا نجفی^۱، *منصور شریفی^۲، علی پزهران^۱

۱. گروه علوم اجتماعی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. گروه علوم اجتماعی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران.

Use your device to scan
and read the article online

Citation Najafi A, Sharifi M, Pezhhan A. [Effect of Lifestyle on the Quality of Life and General Health of the Elderly in Ahvaz, Iran (Persian)]. *Qom Univ Med Sci J*. 2022; 16(7):556-571. <https://doi.org/10.32598/qums.16.7.2667.1>

doi <https://doi.org/10.32598/qums.16.7.2667.1>

چکیده

تاریخ دریافت: ۲۶ خرداد ۱۴۰۱

تاریخ پذیرش: ۸ شهریور ۱۴۰۱

تاریخ انتشار: ۹ مهر ۱۴۰۱

زمینه و هدف: مطالعات جمعیت‌شناختی در مورد سالمندی در کشورهای در حال توسعه یک تلاش نسبتاً تازه‌ای است. پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر سبک زندگی بر کیفیت زندگی و اختلال در سلامت سالمندان در سال ۱۳۹۹ انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی-پیمایشی بر روی ۱۰۰۰ نفر از سالمندان بالای ۶۰ سال ساکن شهر اهواز انجام گرفت. گردآوری داده‌ها به صورت میدانی و با استفاده از پرسش‌نامه‌های سبک زندگی، کیفیت زندگی و اختلال سلامتی انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نسخه ۱۹ نرم‌افزار SPSS انجام شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، فراوانی و درصد) و آمار تحلیلی (ضریب همبستگی پیرسن یا معادل ناپارامتری آن ضریب همبستگی اسپیرمن) تجزیه و تحلیل شد. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. برای آزمون مدل نظری تحقیق و اعتبار پرسش‌نامه از مدل‌سازی معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزار آموس استفاده شد.

یافته‌ها: بر طبق یافته‌های آماری تمام T‌های به دست آمده بزرگ‌تر از ۱/۹۶ درصد می‌باشد. تمام فرضیه‌ها مورد نظر تأیید شده است. نتایج نشان داد که سبک زندگی سالمندان تأثیر بسزایی در سلامتی آنان دارد.

نتیجه‌گیری: آگاهی سالمندان در خصوص سبک زندگی سالم کاملاً ضروری می‌باشد و با برپایی کلاس‌های شیوه زندگی سالم، در ارتقای سلامتی و کیفیت زندگی این گروه آسیب‌پذیر جامعه می‌توان گامی مؤثر برداشت. همچنین کلاس‌هایی نظیر آموزش مدیریت استرس، آموزش تغذیه سالم، فراهم کردن برنامه‌های تفریحی و ورزشی از جمله راه کارهای پزشکی است.

کلیدواژه‌ها:

سبک زندگی، کیفیت زندگی، سلامتی، سالمند

* نویسنده مسئول:

دکتر منصور شریفی

نشانی: گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد گرمسار، گروه علوم اجتماعی.

تلفن: ۶۹۲۰۷۷۹ (۹۱۶) ۹۸+

رایانامه: sharifim@ut.ac.ir



Copyright © 2023 Qom University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).
Noncommercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

مقدمه

آنان می‌شود، ارزیابی سبک زندگی سالمندان و اثر آن بر کیفیت زندگی آنان ضروری به‌نظر می‌رسد. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر سبک زندگی بر کیفیت زندگی و اختلال در سلامتی جمعیت سالمند شهر اهواز در سال ۱۳۹۹ انجام شد.

روش بررسی

تحقیق حاضر از نوع توصیفی-پیمایشی می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش سالمندان بالای ۶۰ سال ساکن شهر اهواز بود. بنابر سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵، جمعیت ۶۰ سال به بالای شهر اهواز برابر ۵۵۵۹۷ نفر است. به تفکیک رده‌های سنی پنج‌ساله (شامل ۶۴-۶۰، ۶۹-۶۵، ۷۴-۷۰، ... الی ۱۰۰ سال و بالاتر)، جنسیت (زن، مرد) و محل سکونت (شهر، روستا) گزارش شد. حجم نمونه براساس روش معادلات ساختاری به ازای سؤالات پرسش‌نامه‌ها انتخاب می‌شود (برای هر سؤال ۱۰ نفر در نظر گرفته شد). در مجموع، حجم نمونه تعداد ۱۰۰۰ نفر می‌باشد. محیط پژوهش کانون‌های سالمندی (شامل صندوق‌های بازنشستگی، کانون بازنشستگان ادارات دولتی، شهرداری‌ها و غیره) واقع در شهر اهواز و آسایشگاه‌های سالمندان بود. پیش از انجام مطالعه، ضمن بیان اهداف و اهمیت مطالعه از داوطلبان رضایت آگاهانه گرفته شد و به آنان درخصوص محرمانه ماندن اطلاعات اطمینان خاطر داده شد.

معیار ورود و خروج مطالعه

معیارهای ورود به مطالعه، شامل سن ۶۰ سال یا بالاتر، سکونت در شهر اهواز، توانایی برقراری ارتباط و تمایل به شرکت در پژوهش (رضایت داوطلبانه کتبی) بود.

معیارهای خروج عبارت از عدم تمایل به ادامه همکاری، بیماری تأیید شده روانی (براساس پرونده پزشکی)، وجود افسردگی شدید و داشتن اختلالات شناختی بود.

ابزار گردآوری اطلاعات

مصاحبه‌گر با مراجعه به صندوق‌های بازنشستگی، کانون‌های سالمندی و آسایشگاه‌های سالمندان شهر اهواز با استفاده از پرسش‌نامه‌های طراحی‌شده کیفیت زندگی، سبک زندگی و اختلال در سلامتی (که دارای پرسش‌ها به‌صورت بسته می‌باشد) نظرات آنان را جمع‌آوری کردند. در مطالعه حاضر از پرسش‌نامه‌ای شامل: اطلاعات جمعیت‌شناختی (مردم‌شناختی) (سن، تأهل، جنسیت)، پرسش‌نامه سبک زندگی^۱ با ۳۵ آیتم، پرسش‌نامه کیفیت زندگی سالمندان^۲ با ۱۹ آیتم و پرسش‌نامه اختلال سلامتی^۳ با ۵۹ آیتم استفاده شد.

سالمندی جمعیت از یک‌سو ناشی از کاهش میزان متغیرهای حیاتی، مرگ‌ومیر و باروری در سنین سالخوردگی و افزایش نسبت‌های بازماندگی در فواصل سنی است. از سوی دیگر، مهاجرت‌ها و جابه‌جایی‌های مکانی و استمرار ماندگاری آنان در جمعیت میزبان (مقصد)، هر دو قطب گیرنده و فرستنده را از لحاظ ساختار سنی تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱، ۲]. کاهش مرگ‌ومیر انسان‌ها به‌دلیل بهبود وضعیت بهداشتی و درمانی در چند دهه اخیر سبب افزایش تعداد سالمندان در جهان شده است [۳-۵].

یکی از مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده کیفیت زندگی در دوران سالمندی، وضعیت سلامت است که با افزایش سن، کاهش می‌یابد. از این‌رو، سالمندان با مجموعه‌ای از مشکلات مربوط به سن مواجه‌اند. این مشکلات با اصلاح سبک زندگی قابل‌پیشگیری خواهد بود. اتخاذ سبک زندگی سالم در دوران سالمندی به‌دلیل قابلیت آن در پیشگیری از بیماری‌ها، ارتقاء سطح کیفیت زندگی، افزایش امید زندگی و بهبود سلامت جسم و روان اهمیت بسیاری دارد [۳، ۶، ۷].

با افزایش نسبت جمعیتی سالمندان، مشکلات سلامتی آنان اهمیت می‌یابد. برطبق تعریف سازمان بهداشت جهانی سلامت عمومی، احساس خوب‌بودن کامل از نظر جسمی، روانی و اجتماعی در نظر گرفته شده است. عوامل متعددی مانند عوامل روانی، محیطی، اقتصادی و اجتماعی، خدمات بهداشتی و درمانی، و سبک زندگی بر روی سلامت عمومی تأثیر می‌گذارند [۷، ۸].

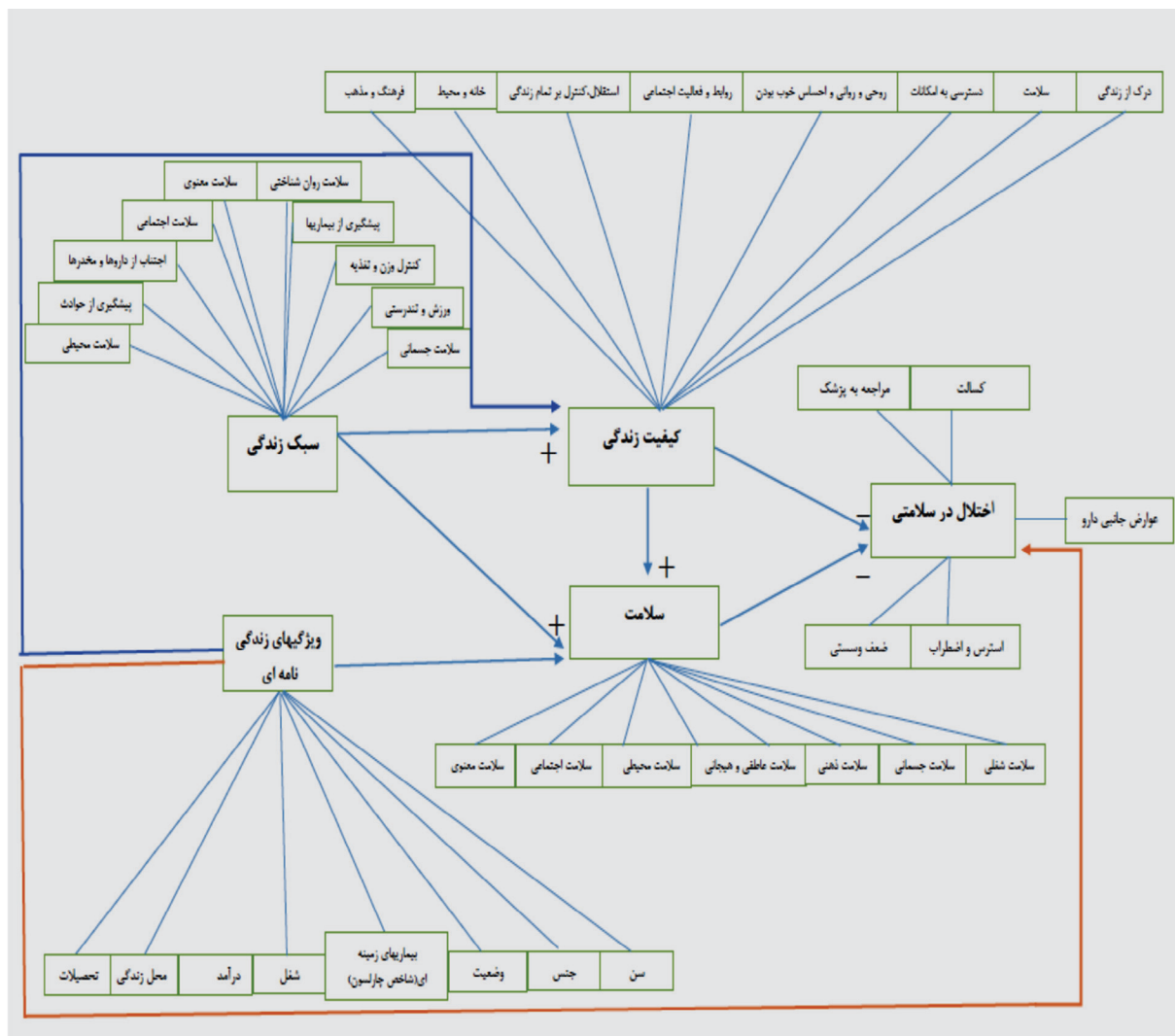
مطالعات مرگ‌ومیر و سلامت نشان می‌دهد که اختلالات در سلامتی مانند بیماری‌های مزمن در سنین سالمندی به‌طور قابل‌توجهی بیشتر از دیگر سنین است. بنابراین با بالا رفتن امید زندگی در سنین سالمندی، دوره سپری‌شده همراه با ناتوانی و ناخوشی بیشتر می‌شود. هزینه‌های اجتماعی-اقتصادی سلامت سالمندان و نیازهای آنان به خدمات بیمارستانی نسبت به دیگر گروه‌های سنی به‌مراتب بیشتر است. پس با توجه به ماهیت متفاوت بیماری‌های تهدیدکننده سلامت سالمندان، اهمیت بررسی ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی سلامت سالمندان بیشتر آشکار می‌شود [۹، ۱۰]. مطالعات در کشورهای پیشرفته نشان می‌دهد سبک زندگی سالمندان بر میزان سلامت روحی و جسمی آن‌ها تأثیر دارد و سبب تغییر الگوی ارتباطی یا حضور آنان در فعالیت‌های اجتماعی می‌شود. از طرف دیگر، انتخاب سبک زندگی به دلیل قابلیت آن در پیش‌گیری از بیماری‌ها و بهبود سلامت جسم و روان از اهمیت بالایی برخوردار است [۱۱].

بنابراین با توجه به مطالب ذکر شده و شناخت اهمیت اتخاذ سبک زندگی سالم در ارتقای وضعیت سلامت سالمندان که در نهایت باعث افزایش امید زندگی و بهتر شدن کیفیت زندگی

۱. Life Style Questionnaire (LSQ)

۲. OPQOL

۳. general Health Questionnaire (GHQ)



تصویر ۱. مدل مفهومی تأثیر سبک زندگی بر کیفیت زندگی و اختلال در سلامتی جمعیت سالمند

از محققین شامل محسن لعلی، احمد عابدی و محمدباقر کجیاف
در دانشگاه اصفهان، ساخته شد.

پرسش نامه کیفیت زندگی سالمندان

این پرسش نامه، معیار لازم برای ثبات درونی در جامعه سالمندان را داراست. پرسش نامه مذکور دارای حیطه های میزان درک از زندگی (۴ گویه)، سلامت (۴ گویه)، روابط و فعالیت های اجتماعی (۸ گویه)، استقلال، کنترل بر تمام زندگی و آزادی (۵ گویه)، خانه و محیط (۴ گویه)، روحی و روانی و احساس خوب بودن (۴ گویه)، دسترسی به امکانات (۴ گویه)، فرهنگ و مذهب (۲ گویه) است. نشان داده شده است که این پرسش نامه نه تنها در افراد سالم کاربرد دارد بلکه برای سالمندان مبتلا به زوال عقل خفیف یا متوسط قابل استفاده می باشد. نسخه فارسی این ابزار در ایران توسط هروی کریموی و همکاران مورد روان سنجی قرار گرفت.

پرسش نامه سبک زندگی

این پرسش نامه دارای ۷۰ سؤال و ۱۰ بُعد بود. هدف آن ارزیابی ابعاد مختلف سبک های زندگی (سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی، کنترل وزن و تغذیه، پیشگیری از بیماری ها، سلامت روان شناختی، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، اجتناب از داروها و مواد مخدر، پیشگیری از حوادث و سلامت محیطی) است. طیف پاسخ گویی آن از نوع لیکرت^۴ با دامنه از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۶) می باشد. با استفاده از آزمون تحلیل عاملی روایی سازه را به منزله ابزاری چند بُعدی برای ارزیابی و اندازه گیری سبک زندگی مورد تأیید قرار دادند. همچنین پایایی پرسش نامه یا قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش اندازه گیری آلفای کرونباخ^۵ خوب ارزیابی شد. این پرسش نامه در سال ۱۳۹۱ توسط گروهی

4. Likert Scale
5. Cronbach's Alpha

براساس این مطالعه، روایی ملاک بیان گر همبستگی معناداری بین نسخه فارسی پرسش نامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی سالمندان^۶ و پرسش نامه کیفیت زندگی^۷ بود ($r=0/626$). میزان همبستگی درونی (آلفای کرونباخ) برای زیرمقیاس ها بین ۶۸ تا ۹۵ درصد بود. ضریب پایایی آزمون بازآزمون همبستگی درون ردهای^۸ با فاصله زمانی دو هفته بین ۸۸ تا ۹۵ درصد بود.

پرسش نامه اختلال سلامتی

این پرسش نامه شامل ۲۸ سؤالی اختلال سلامتی از ۴ خرده آزمون تشکیل شده که هر کدام از آن ها دارای ۷ سؤال است. سؤال های هر خرده آزمون به ترتیب و پشت سر هم آمده است؛ به نحوی که سؤال ۱ تا ۷ مربوط به خرده آزمون نشانه های جسمانی، سؤال ۸ تا ۱۴ مربوط به خرده آزمون اضطراب و بی خوابی، سؤال ۱۵ تا ۲۱ مربوط به خرده آزمون اختلال در کارکرد اجتماعی و سؤال ۲۲ تا ۲۸ مربوط به خرده آزمون افسردگی است. تمام گویه های پرسش نامه اختلال سلامتی (سلامت عمومی) دارای ۴ گزینه هستند و دو نوع روش نمره گذاری برای این گزینه ها وجود دارد. یکی روش نمره گذاری پرسش نامه سلامت عمومی^۹ است. در این روش، گزینه های آزمون به صورت (۱، ۰، ۰، ۰) نمره گذاری می شوند و در نتیجه، نمره فرد از صفر تا ۲۸ متغیر خواهد بود. روش دوم، شیوه نمره گذاری لیکرت است که براساس این شیوه، گزینه های آزمون به صورت (۱، ۲، ۳، ۴) نمره گذاری می شوند و در نتیجه، نمره کل یک فرد از صفر تا ۸۴ متغیر خواهد بود. در هر دو روش نمره گذاری، نمره کمتر بیان گر بهداشت روانی بهتر است. روایی هم زمان پرسش نامه اختلال سلامتی از طریق اجرای هم زمان با پرسش نامه بیمارستان میدلسکس^{۱۰} (QHM ۰/۵۵) گزارش شده است.

پس از جمع آوری اطلاعات، داده ها به نسخه ۲۱ نرم افزار ICC نسخه وارد شد. به منظور بررسی ارتباط بین دوبه دو متغیرهای سبک زندگی و اختلال سلامتی (سلامت عمومی) با یکدیگر از ضریب همبستگی پیرسون یا معادل ناپارامتری آن ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد. جهت بررسی و تحلیل داده ها و مؤلفه های پرسش نامه و سنجش ارتباط بین آن ها با یکدیگر و روایی سازه از تحلیل عاملی اکتشافی و همچنین تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. جهت تحلیل اطلاعات این مطالعه ابتدا به تحلیل عامل اکتشافی^{۱۱} پرداخته، سپس از تحلیل عاملی تأییدی^{۱۲}

برای تأیید مدل استفاده شد. پس از مشخص کردن حیطه های این پرسش نامه ها و مؤلفه های مربوطه، به منظور ارائه مدل ساختاری ارتباطی بین کیفیت زندگی، سبک زندگی، اختلال سلامتی و ویژگی های زندگی نامه ای با متغیر پنهان اختلال در سلامتی، که متغیر وابسته نهایی این مطالعه می باشد، از مدل سازی معادلات ساختاری با استفاده از نرم افزار آموس^{۱۳} انجام شد.

مدل مفهومی بررسی تأثیر سبک زندگی بر کیفیت زندگی و اختلال در سلامتی جمعیت سالمند شهر اهواز در سال ۱۳۹۹ در تصویر شماره ۱، نشان داده شده است.

یافته ها

توزیع فراوانی مشخصات فردی-اجتماعی این سالمندان در جدول شماره ۱ و جدول شماره ۲، نشان داده شده است. براساس اطلاعات این دو جدول میانگین سنی سالمندان مورد مطالعه $69/5 \pm 6/5$ ، کوچک ترین نمونه مورد مطالعه، ۶۰ سال و بزرگ ترین نمونه مورد مطالعه ۹۰ سال در نظر گرفته شد. اکثر نمونه ها در گروه های سنی ۶۵ تا ۶۹ سال ($28/3$)، ۶۰ تا ۶۴ سال ($25/5$) و همچنین ۷۰-۷۴ سال ($25/5$) بوده اند (جدول شماره ۱).

توزیع جنس مردان به زنان تقریباً یکسان بوده است ($50/9$) مردان در برابر $49/1$ زنان). در بررسی شاخص توده بدنی، میانگین و انحراف معیار این شاخص برابر $27/9 \pm 3/9$ و براساس تقسیم بندی شاخص توده بدنی، اکثریت سالمندان مورد مطالعه اضافه وزن داشته اند (51 درصد)، 23 درصد از سالمندان مورد مطالعه چاق بوده که اکثریت آن ها چاقی کلاس یک داشته اند ($18/8$ درصد). (جدول شماره ۱)

از لحاظ وضعیت بیمه درمانی، اکثریت دارای بیمه تأمین اجتماعی $56/3$ درصد بود. پس از آن از بیمه خدمات درمانی با $25/5$ درصد و بقیه از سایر بیمه ها برخوردار بوده اند. تنها $30/8$ درصد از سالمندان مورد مطالعه، بیمه تکمیلی داشته اند. در بررسی میزان تحصیلات، اکثریت سالمندان $59/8$ درصد مدرک تحصیلی کمتر از دیپلم دارا بوده و در بررسی وضعیت تأهل، اکثریت متأهل ($65/6$ درصد) بوده اند. درخصوص وضعیت زندگی (با چه کسی در حال حاضر زندگی می کنند) اکثریت ($84/8$ درصد) با خانواده زندگی می کردند و تنها $1/6$ درصد از سالمندان در خانه سالمندان و سایر محل ها زندگی می کردند (جدول شماره ۱).

از لحاظ نوع منزل مسکونی اکثریت دارای منزل شخصی بوده اند ($86/6$ درصد). در بررسی وضعیت اشتغال سالمندان مورد مطالعه، اکثریت ($34/8$ درصد) بازنشسته، $10/3$ درصد شغل آزاد و $38/6$ درصد خانه دار بوده اند. درباره شغل دوم بعد از بازنشستگی، $31/3$ درصد از سالمندان بعد از بازنشستگی در شغل

۱۳. AMOS

۶. OPQOL۳۵-

۷. SF۳۶-

۸. Intraclass Correlation Coefficient (ICC)

۹. General health questionnaire (GHQ)

۱۰. Middlesex

۱۱. Exploratory factor Analysis

۱۲. Confirmatory factor Analysis

جدول ۱. توزیع فراوانی نمونه‌های مورد پژوهش برحسب عوامل فردی-اجتماعی

تعداد (درصد)	عامل فردی-اجتماعی	
۲۵۵(۲۵/۵)	۶۵ تا ۶۰	سن(سال)
۲۸۳(۲۸/۳)	۷۰ تا ۶۵	
۲۳۸(۲۳/۸)	۷۵ تا ۷۰	
۱۳۹(۱۳/۹)	۸۰ تا ۷۵	
۵۵(۵/۵)	۸۵ تا ۸۰	
۱۳(۱/۳)	۹۰ تا ۸۵	
۷(۰/۷)	۹۰ سال و بیشتر	
۵۰۹(۵۰/۹)	مرد	جنس
۴۹۱(۴۹/۱)	زن	
۳(۰/۳۰)	لاغر	شاخص توده بدنی
۲۵۷(۲۵/۷۰)	نرمال	
۵۱۰(۵۱/۰۰)	اضافه وزن	
۱۸۷(۱۸/۷۰)	چاقی کلاس یک	
۳۷(۳/۷۰)	چاقی کلاس دو	
۶(۰/۶۰)	چاقی کلاس سه	
۵۶۳(۵۶/۳۰)	تأمین اجتماعی	وضعیت بیمه
۲۵۵(۲۵/۵۰)	خدمات درمانی	
۱۸۲(۱۸/۲۰)	سایر بیمه‌ها	
۳۰۸(۳۰/۸۰)	دارد	بیمه تکمیلی
۶۹۲(۶۹/۲۰)	ندارد	
۵۹۸(۵۹/۸۰)	کمتر از دیپلم	میزان تحصیلات
۲۵۲(۲۵/۲۰)	دیپلم	
۷۹(۷/۹۰)	فوق دیپلم	
۵۱(۵/۱۰)	لیسانس	
۱۱(۱/۱۰)	فوق لیسانس	
۹(۰/۹۰)	دکتری	
۶۵۶(۶۵/۶۰)	متاهل	وضعیت تأهل
۳۲۵(۳۲/۵۰)	همسر فوت شده	
۶(۰/۶۰)	متارکه	
۱۳(۱/۳۰)	مجرد	

عامل فردی-اجتماعی	تعداد (درصد)
زندگی با چه کسی در حال حاضر	تنها ۱۳۶(۱۳/۶۰)
	با اعضای خانواده ۸۴۸(۸۴/۸۰)
	در خانه سالمندان ۷(۰/۷۰)
	سایر ۹(۰/۹۰)
وضعیت منزل مسکونی	شخصی ۸۶۶(۸۶/۶۰)
	اجاره‌ای ۸۰(۸/۰۰)
	با خویشاوندان ۵۰(۵/۰۰)
	سایر ۴(۰/۴۰)
وضعیت اشتغال	کارمند ۱۸(۱/۸۰)
	کارگر ۵۶(۵/۶۰)
	بازنشسته ۳۴۸(۳۴/۸۰)
	بیکار ۲۸(۲/۸۰)
	آزاد ۱۰۳(۱۰/۳۰)
	کشاورز ۶۱(۶/۱۰)
	خانه‌دار ۳۸۶(۳۸/۶۰)
	بله ۱۰۹(۳۱/۳۳)
در صورت بازنشستگی شغل‌داری	خیر ۳۳۹(۶۸/۶۸)
	بله ۱۶۵(۱۶/۵۰)
سابقه مصرف دخانیات	خیر ۸۳۵(۸۳/۵۰)
	بله ۳۴۰(۳۴/۰۰)
دیابت	ندارد ۶۶۰(۶۶/۰۰)
	دارد ۶۰۸(۶۰/۸۰)
پرفشاری خون	ندارد ۳۹۲(۳۹/۲۰)
	دارد ۴۰۱(۴۰/۱۰)
چربی خون بالا	ندارد ۵۹۹(۵۹/۹۰)
	دارد ۳۳۲(۳۳/۲۰)
سابقه جراحی	ندارد ۶۶۸(۶۶/۸۰)
	دارد ۴۹۰(۴۹/۰۰)
درد مفاصل	ندارد ۵۱۰(۵۱/۰۰)
	دارد ۲۵۷(۲۵/۷۰)
استرس	ندارد ۷۳۳(۷۳/۳۰)
	دارد ۱۰۹(۱۰/۹۰)
عوارض جانبی دارو	ندارد ۸۹۱(۸۹/۱۰)
	دارد ۱۰۹(۱۰/۹۰)

جدول ۲. شاخص‌های آماری متغیرهای کمی عوامل فردی-اجتماعی نمونه‌های مورد پژوهش

میانگین $\pm$ انحراف معیار	میان	چارک اول	چارک سوم	کم‌ترین	بیشترین
سن	۶۹/۵۴ $\pm$ ۶/۵۰	۰/۶۹	۰/۶۴	۰/۷۴	۰/۹۲
وزن	۷۴/۷۱ $\pm$ ۱۱/۰۲	۰/۷۴	۰/۶۸	۰/۸۲	۰/۱۳۰
قد	۱۶۴/۷۸ $\pm$ ۸/۲۶	۰/۱۶۵	۰/۱۵۹	۰/۱۷۰	۰/۱۹۴
شاخص توده بدنی	۲۷/۵۴ $\pm$ ۳/۸۷	۲۷/۱۱	۲۴/۹۲	۲۹/۷۰	۱۷/۳۰
تعداد فرزند	۵/۱۱ $\pm$ ۲/۳۶	۰/۵	۰/۴	۰/۷	۰/۱۴
تعداد پسر	۲/۶۲ $\pm$ ۱/۴۶	۰/۳	۰/۲	۰/۳	۰/۱۰
تعداد دختر	۲/۴۹ $\pm$ ۱/۶۲	۰/۲	۰/۱	۰/۳	۰/۹
میزان درآمد	۳۰۹۵۷۵۰ $\pm$ ۳۶۹۷۶۱۸	۳۰۰۰۰۰	۲۰۰۰۰۰	۴۰۰۰۰۰	۷۵۰۰۰۰۰

متغیر سلامت اجتماعی با ضریب استاندارد ۱/۲۳ متشکل از ۴ عامل مشارکت اجتماعی و انسجام اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و همبستگی اجتماعی نیز با اختلال سلامتی ارتباط داشته است. از بین ۴ عامل سلامت اجتماعی بیشترین تأثیر مربوط به عامل‌های اول با مقدار استاندارد شده، به ترتیب ۳۸ درصد می‌باشد. به‌طور کلی اختلال سلامتی بر اساس ضرایب استاندارد شده نمودار، به ترتیب با متغیر سلامت اجتماعی با ضریب استاندارد ۱/۲۳، متغیر کیفیت زندگی با ضریب استاندارد ۹۹ درصد، متغیر سلامت روحی-روانی با ضریب استاندارد ۰/۷۸-، متغیر سبک زندگی با ضریب استاندارد ۵۷ درصد، متغیر عوامل فردی با ضریب استاندارد ۵۲ درصد متغیر سلامت معنوی با ضریب استاندارد ۴۹ درصد و متغیر سلامت فیزیکی با ضریب استاندارد ۰/۴۶- مرتبط بوده است. متغیر کیفیت زندگی با ضریب استاندارد ۹۹ درصد متشکل از چهار عامل روابط اجتماعی، سلامت محیط، سلامت جسمی، سلامت روانی، نیز با اختلال سلامتی ارتباط داشته است. از بین چهار عامل، کیفیت زندگی بیشترین تأثیر مربوط به عامل‌های اول و چهارم با مقدار استاندارد شده به ترتیب ۴۵ درصد و ۴۵ درصد می‌باشد (تصویر شماره ۲).

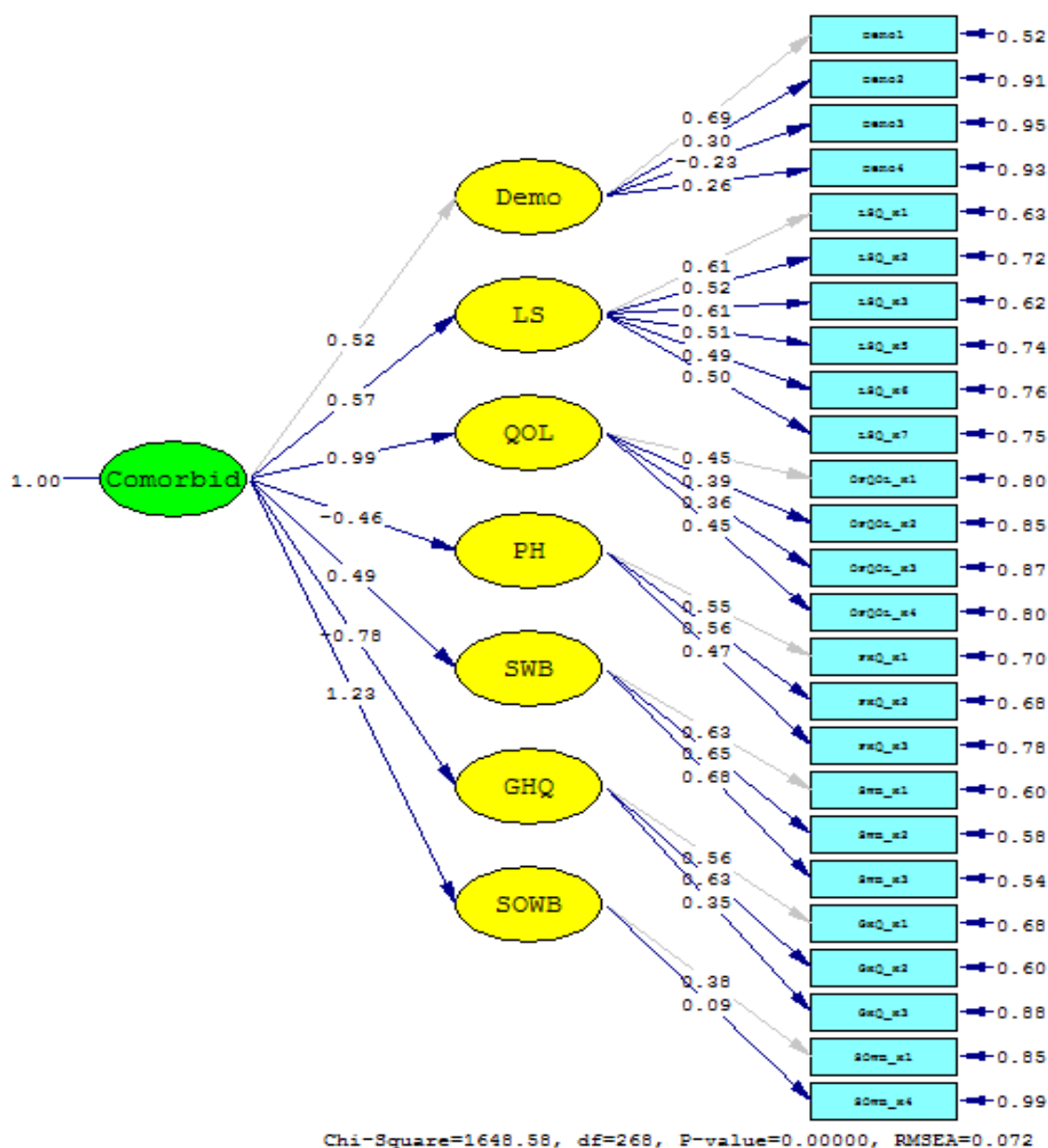
متغیر سلامت فیزیکی (جسمانی) با ضریب استاندارد ۰/۴۶- متشکل از ۳ عامل: سردرد، اختلال خواب، مشکلات گوارشی نیز با اختلال سلامتی ارتباط داشته است. از بین سه عامل، سلامت فیزیکی بیشترین تأثیر مربوط به عامل دوم با مقدار استاندارد شده ۵۶ درصد می‌باشد (تصویر شماره ۲). متغیر سلامت معنوی با ضریب استاندارد ۴۹ درصد متشکل از سه عامل سلامت معنوی، سلامت وجودی، سلامت مذهبی نیز با اختلال سلامتی ارتباط داشته است. از بین ۳ عامل سلامت معنوی بیشترین تأثیر مربوط به عامل سوم با مقدار استاندارد شده ۶۸ درصد می‌باشد (تصویر شماره ۲).

جدیدی مشغول بوده‌اند. درخصوص سابقه مصرف دخانیات، ۱۶/۵ درصد از سالمندان مورد مطالعه مصرف دخانیات داشته‌اند. سالمندان مورد مطالعه دارای سابقه بیماری‌های پرفشاری خون ۶۰/۸ درصد، درد مفاصل ۴۹ درصد، چربی خون بالا ۴۰/۱ درصد و دیابت ۳۴ درصد بوده‌اند. همچنین ۳۳/۲ درصد از سالمندان سابقه جراحی، ۲۵/۷ درصد استرس و ۱۰/۹ درصد عوارض جانبی دارو داشته‌اند (جدول شماره ۱).

تعداد فرزندان سالمندان از میانگین و انحراف معیار ۵/۱ $\pm$ ۲/۴ برخوردار بوده که از سالمندان بدون فرزند تا دارای ۱۴ فرزند را شامل می‌شد. در بررسی میزان درآمد، متوسط درآمد سالمندان ۳ میلیون تومان، کم‌ترین درآمد صفر و بیشترین درآمد ۷ میلیون پانصد هزار تومان بوده است (جدول شماره ۲).

تصویر شماره ۲ نشان داده است که متغیر سلامت فیزیکی (جسمانی) با ضریب استاندارد ۰/۴۶- متشکل از سه عامل سردرد، اختلال خواب، مشکلات گوارشی نیز با اختلال سلامتی ارتباط داشته است. از بین سه عامل سلامت فیزیکی بیشترین تأثیر مربوط به عامل دوم با مقدار استاندارد شده ۵۶ درصد می‌باشد (تصویر شماره ۲).

متغیر سلامت معنوی با ضریب استاندارد ۴۹ درصد متشکل از سه عامل سلامت معنوی، سلامت وجودی، سلامت مذهبی نیز با اختلال سلامتی ارتباط داشته است. از بین سه عامل سلامت معنوی بیشترین تأثیر مربوط به عامل سوم با مقدار استاندارد شده ۶۸ درصد می‌باشد. متغیر سلامت روحی-روانی با ضریب استاندارد ۰/۷۸- متشکل از ۳ عامل سلامت روحی، سلامت روحی-روانی، سلامت روانی نیز با اختلال سلامتی ارتباط داشته است. از بین سه عامل، سلامت روحی-روانی بیشترین تأثیر مربوط به عامل دوم با مقدار استاندارد شده، ۶۳ درصد می‌باشد (تصویر شماره ۲).



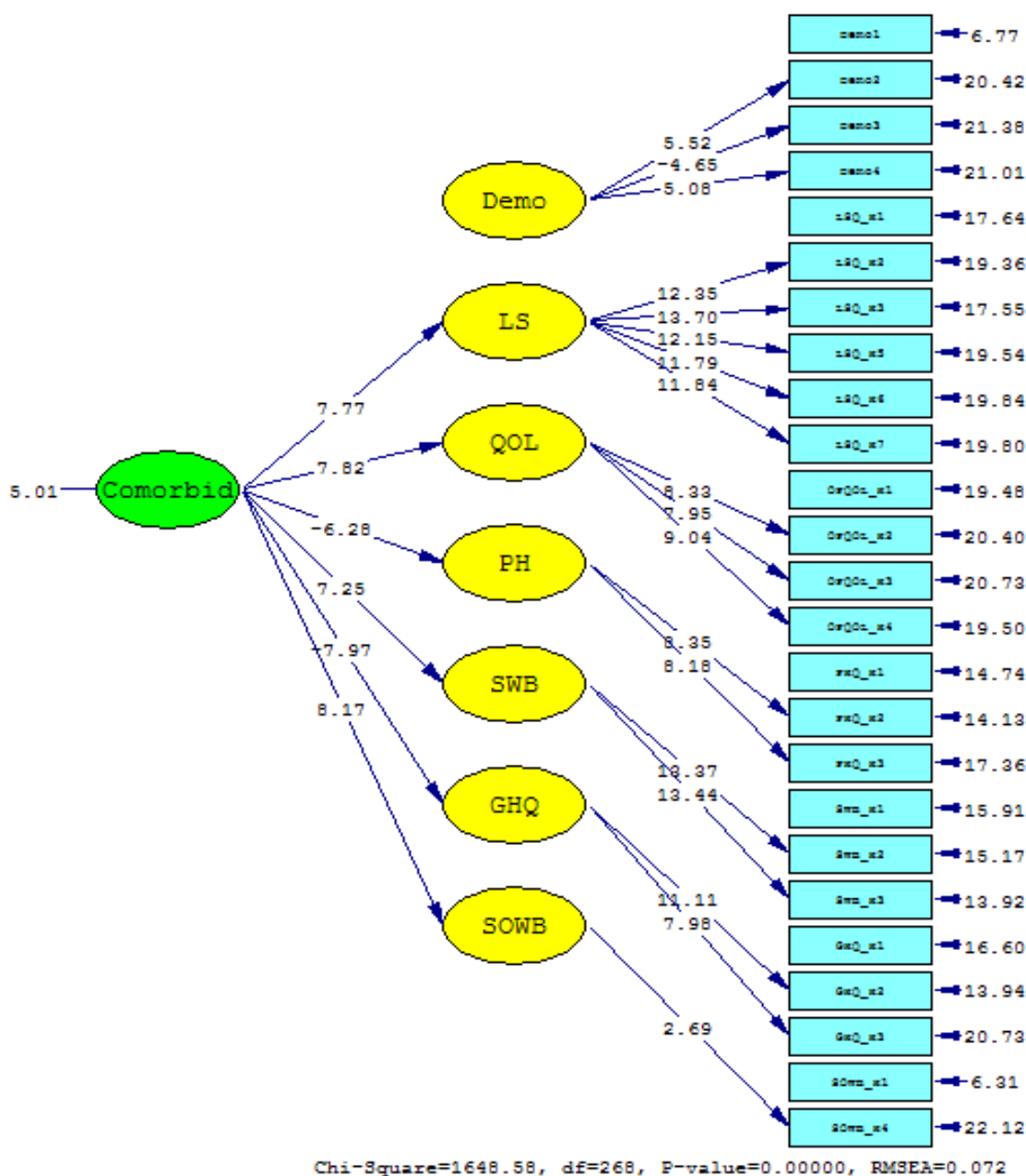
تصویر ۲. مدل ساختاری با ضرایب استاندارد شده ارتباط اختلال سلامتی در سالمندان شهر اهواز

عامل‌های اول با مقدار استاندارد شده، به ترتیب ۳۸ درصد می‌باشد (تصویر شماره ۲).

به‌طور کلی تصویر شماره ۲ نشان داده است که اختلال سلامتی بر اساس ضرایب استاندارد شده به ترتیب با متغیر سلامت اجتماعی با ضریب استاندارد ۱/۲۳، متغیر کیفیت زندگی با ضریب استاندارد ۹۹ درصد، متغیر سلامت روحی-روانی با ضریب استاندارد ۷۸ درصد، متغیر سبک زندگی با ضریب استاندارد ۵۷ درصد، متغیر عوامل فردی با ضریب استاندارد ۵۲ درصد، متغیر سلامت معنوی با ضریب استاندارد، ۴۹ درصد و متغیر سلامت

متغیر سلامت روحی-روانی با ضریب استاندارد ۰/۷۸- متشکل از سه عامل سلامت روحی، سلامت روحی-روانی، سلامت روانی نیز با اختلال سلامتی ارتباط داشته است. از بین ۳ عامل سلامت روحی-روانی، بیشترین تأثیر مربوط به عامل دوم با مقدار استاندارد شده، ۶۳ درصد می‌باشد (تصویر شماره ۲).

متغیر سلامت اجتماعی با ضریب استاندارد ۱/۲۳ متشکل از ۴ عامل مشارکت اجتماعی و انسجام اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و همبستگی اجتماعی نیز با اختلال سلامتی ارتباط داشته است. از بین ۴ عامل سلامت اجتماعی بیشترین تأثیر مربوط به



تصویر ۳. مدل ساختاری با مقادیر آماره T ارتباط اختلال سلامتی در سالمندان شهر اهواز

از حوادث، سلامت معنوی، سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی، پیشگیری از بیماری‌ها می‌باشد. بیشترین شدت ارتباط در سبک زندگی مربوط است به عامل‌های اول و سوم به ترتیب با ضریب استاندارد شده ۶۱ درصد و ۶۱ درصد می‌باشد (تصویر شماره ۲).

تصویر شماره ۳، نشان داده است که در بررسی برازش مدل ساختاری نهایی شاخص RMSEA برابر با ۰/۰۷۲ درصد با فاصله اطمینان ۹۰ درصد ۰/۰۷۵ - ۰/۰۶۸ و $P < ۰/۰۰۱$ بوده که نشان‌دهنده برازندگی مطلوب این مدل در تعیین ارتباطات بین

فیزیکی با ضریب استاندارد ۰/۴۶- مرتبط بوده است. براساس مدل ساختاری تصویر شماره ۲، قدر مطلق آماره T بین همه عامل‌ها با متغیرهای مورد مطالعه و همچنین متغیر پنهان اختلال سلامتی بیشتر از نقطه بحرانی ۲ می‌باشد. بنابراین همه متغیرها و عامل‌ها در تصویر شماره ۲ با متغیر اختلال سلامتی ارتباط معنادار در سطح آلفای ۵ درصد می‌باشند. براساس نتایج مدل ساختاری، اختلال سلامتی به عنوان یک متغیر پنهان با متغیر سبک زندگی با مقدار ضریب استاندارد شده ۵۷ درصد متشکل از شش عامل به ترتیب با نام‌های سلامت اجتماعی، پیش‌گیری

متغیرها، عامل‌ها و متغیر اصلی تحقیق یعنی اختلال سلامتی در سالمندی می‌باشد. همچنین شاخص آماره $2Ln(L)$ -مدل برآورد شده $(104425/003)$ و مدل اشباع شده $(102776/425)$ با یکدیگر اختلاف ناچیزی داشته‌اند که این نیز برازندگی خوب مدل را نشان می‌دهد (تصویر شماره ۳).

نتایج این مطالعه براساس مدل ساختاری نشان داده است که قدر مطلق آماره T بین عامل‌های سبک زندگی و کیفیت زندگی با متغیرهای مورد مطالعه و همچنین متغیر پنهان اختلال سلامتی، بیشتر از نقطه بحرانی ۲ می‌باشد. بنابراین متغیرهای سبک زندگی با کیفیت زندگی و عامل‌های آن‌ها با متغیر اختلال سلامتی ارتباط معنادار در سطح آلفای ۰/۰۵ دارند. با در نظر گرفتن این نتیجه به دلیل اینکه T به دست آمده بزرگ‌تر از ۱/۹۶ درصد می‌باشد پس فرضیه مورد نظر تأیید شده است (تصویر شماره ۳).

بحث

نتایج یافته‌های پژوهش نشان داد که بین سبک زندگی کل با کیفیت زندگی سالمندان رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد. این بدان معناست که با بهبود سبک زندگی سالمندان، کیفیت زندگی آنان نیز افزایش می‌یابد و برعکس. این ارتباط مستقیم به نظر منطقی می‌رسد، زیرا در فرایند پیرشدن علاوه بر کاهش سلامتی به دلیل کهولت سن، عوامل مهم دیگری نیز تأثیرگذار است؛ از جمله رعایت سبک زندگی سالم که در افزایش امید زندگی، بهبود کیفیت زندگی و سلامتی جسم و روان نقش تعیین‌کننده‌ای ایفا می‌کند. همچنین، در پیش‌گیری از انواع بیماری‌ها مؤثر است. به‌طور خلاصه، نتایج این پژوهش و مقایسه آن با نتایج دیگر نشان می‌دهد که سبک زندگی مهم‌ترین تعیین‌کننده کیفیت زندگی در سالمندان است. یکی از مواردی که شاید توانسته باشد به‌طور اساسی در افزایش کیفیت زندگی سالمندان نقش داشته باشد، فعالیت بدنی منظم و مداوم است که در این پژوهش به اثبات رسیده است. در توضیح، این مسئله می‌توان گفت که ورزش یکی از مؤثرترین شیوه‌های زندگی سالم در کنار سایر شیوه‌های اثبات‌شده برای حفظ سلامت و افزایش امید زندگی و کیفیت زندگی از طریق به تأخیر انداختن یا پیش‌گیری از وقوع بیماری‌های وابسته به سن است.

نتایج این مطالعه براساس مدل ساختاری نشان داده است که قدر مطلق آماره T بین عامل‌های سبک زندگی با متغیرهای مورد مطالعه و همچنین متغیر پنهان اختلال سلامتی بیشتر از نقطه بحرانی ۲ می‌باشد. بنابراین متغیرهای سبک زندگی با متغیر اختلال سلامتی ارتباط معنادار در سطح آلفای ۵ درصد می‌باشند. با در نظر گرفتن این نتیجه به دلیل اینکه T به دست آمده بزرگ‌تر از ۱/۹۶ درصد می‌باشد؛ بنابراین، فرضیه مورد نظر تأیید شده است.

موضوع سلامتی و ارتباط آن با افزایش سال‌های زندگی در عصر حاضر چالش‌های فراوانی را به وجود آورده است. افزایش طول عمر انسان‌ها و اضافه شدن جمعیت سالمندان یکی از دستاوردهای قرن ۲۱ بوده و سالخوردگی جمعیت پدیده‌ای است که برخی از جوامع بشری با آن روبه‌رو شده و یا خواهند شد. اگرچه افزایش جمعیت سالمندان، بیان‌گر موفقیت نظام سلامت در ارائه خدمات بهداشتی، درمانی و مراقبتی می‌باشد، بیان‌گر جمعیت بالایی از سالمندان است که دارای مسائل مختلف اجتماعی، اقتصادی، روان‌شناختی، فیزیولوژیکی و پاتولوژیکی می‌باشند. تحت تأثیر قرار گرفتن ابعاد مختلف انسانی سالمندان به‌ویژه در کشورهایی مانند ایران که ساختارهای اجتماعی و رفاهی توانمندی ندارند، به‌طور قابل ملاحظه‌ای کیفیت زندگی سالمندان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. کیفیت زندگی معیار اندازه‌گیری بهترین انرژی یا نیرو در فرد است که این نیرو برای سازگاری موفقیت‌آمیز فرد با چالش‌های موجود به مصرف می‌رسد عوامل متعددی بر کیفیت زندگی سالمندان تأثیر دارد؛ از جمله فقدان‌های دوره‌های سالمندی که سبب کاهش سازگاری شناختی و کاهش خودآگاهی می‌شود [۱۲، ۱۳].

مشکلات و مسائل متعددی که به‌طور فیزیولوژیک در سنین بالا رخ می‌دهد در کاهش کیفیت زندگی در دوره سالمندی تأثیر دارد. مطالعه انجام‌شده توسط ازکیا و حسینی در سال ۱۳۸۹ در این زمینه نشان می‌دهد در حدود ۶۰ درصد از هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و ۳۵ درصد از ترخیص‌های بیمارستانی و ۴۷ درصد از روزهای بستری در بیمارستان‌ها را سالمندان به خود اختصاص می‌دهند [۱۴]. نتایج مطالعه ازکیا و حسینی نشان داد که با افزایش سن، احتمال ابتلا به بیماری‌ها و بروز ناتوانی‌ها در سال‌های پایانی زندگی افزایش می‌یابد و اثر منفی آن بر توانایی حفظ استقلال نیاز به کمک را افزایش می‌دهد [۱۴]. سام آرام مطالعه‌ای تحت عنوان از غرب خانه عشایری تا سرای سالمندان خصوصی تهران انجام داد [۱۵]. نتایج مطالعه سام آرام نشان داد که مشکلات و مسائلی که به‌طور طبیعی در سنین بالا رخ می‌دهد، در کاهش کیفیت زندگی در طول دوره سالمندی تأثیر دارد؛ در ایران نیز ۲۸ درصد از سالمندان در فعالیت‌های جسمی دچار محدودیت هستند و برای انجام فعالیت‌های معمولی زندگی نیاز به کمک دارند که این امر موجب کاهش کیفیت زندگی آنان شده است [۱۵]. بدیهی است که در سنین بالاتر بروز ناتوانی‌ها بارزتر بوده و به‌صورت کاهش فعالیت جسمی و محدودیت‌های جسمانی ظاهر می‌شود و میزان بروز بیماری‌های مزمن در سالمندی رو به افزایش می‌گذارد.

حاج باقری و عباسی‌نیا در مطالعه خود به ارزیابی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان مبتلا به شکستگی گردن ران با دو ابزار SF36 و EQ5D پرداختند. آن‌ها گزارش کردند که بین بعد تغذیه و کیفیت زندگی ارتباط معنادار و مستقیمی

حاصل از مطالعه مشاهده شد که هیچ تفاوت معناداری بین کیفیت زندگی افراد مبتلا با مدت زمان متفاوت در درد کشیدن وجود نداشت [۲۰].

پس با رعایت این موارد می توان از زندگی با کیفیت تری برخوردار بود. باتوجه به اینکه سیگار یکی از عوامل خطر مهم در بروز بیماری های قلبی-عروقی است، از طرفی، باعث کاهش طول عمر افراد می شود، به کارگیری رویکردهایی در جهت کاهش مصرف سیگار و دخانیات در تمام سنین و پیش گیری از بروز بیماری ها و کاهش طول عمر و بهبود کیفیت زندگی ضروری به نظر می رسد [۲۱]. تأثیر منفی سیگار و استعمال دخانیات بر کیفیت زندگی در مطالعات مختلفی به اثبات رسیده است. در این خصوص مطالعه جا (۲۰۲۰)، رضایی و همکاران (۲۰۱۷) [۲۲، ۲۱]، همسو و مطالعه چنگ و همکاران (۲۰۲۲) [۲۳] غیرهمسو با نتایج این مطالعه است. مغایر بودن نتایج شاید به دلیل تفاوت بین گروه های تحت مطالعه و شیوع کمتر مصرف سیگار در آن ها باشد.

نتیجه گیری

سالمندی بخشی از فرآیند زیستی است که تمام موجودات زنده از جمله انسان را شامل می شود. با به کارگیری روش ها و مراقبت های مناسب می توان تا حد زیادی از اختلالات و معلولیت های دوران سالمندی پیشگیری کرد یا آن را به تعویق انداخت. در این دوران، وجود نیازهای ویژه ممکن است کیفیت زندگی سالمندان را تهدید کند. لذا، ارزیابی عوامل زمینه ای مؤثر بر میزان کیفیت زندگی افراد در دوران سالمندی اهمیتی انکارناپذیر دارد. نتایج این پژوهش نشان داد که سبک زندگی سالمندان تأثیر به سزایی در کیفیت زندگی آنان دارد. در این مطالعه شامل عملکرد افراد در صورت بیمار شدن، بهداشت فردی و مصرف الکل، سیگار و دخانیات است. پس با رعایت این موارد می توان از زندگی با کیفیت تری برخوردار بود.

انجام مطالعاتی با هدف از این آگاهی سالمندان در خصوص سبک زندگی سالم کاملاً ضروری به نظر می رسد. از این رو می توان با برپایی کلاس های آموزشی شیوه زندگی سالم، روابط اجتماعی، ورزش در ارتقای سلامتی و کیفیت زندگی این گروه آسیب پذیر جامعه گامی مؤثر برداشت. کلاس هایی نظیر آموزش مدیریت استرس، فراهم کردن روابط اجتماعی، معنوی و شرایط روحی روانی مناسب، آموزش تغذیه سالم، بهبود تغذیه و همچنین فراهم کردن برنامه های تفریحی و ورزشی از جمله راه کارهای پزشکی است. سبک زندگی مهم ترین تعیین کننده کیفیت زندگی و ارتباط مستقیم با اختلال سلامتی در سالمندان است. یکی از مواردی که شاید توانسته باشد به طور اساسی در افزایش کیفیت زندگی و کاهش اختلال سلامتی سالمندان نقش داشته باشد فعالیت بدنی منظم و مداوم است که در این پژوهش به اثبات رسیده است. نتایج این مطالعه پایه و راهنمایی در انجام سایر

دیده شد که همسو با مطالعات مشابه دیگر است [۱۲]. در تأیید این مسئله می توان گفت، داشتن برنامه غذایی مناسب به پیش گیری از بیماری های قلبی-عروقی، سکته، پرفشاری خون، دیابت، چاقی و برخی سرطان ها کمک می کند و نقش به سزایی در کاهش کیفیت زندگی دارند [۱۲] که با نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد.

همچنین، در مطالعه سلامت روان رابطه مستقیم و معناداری با کیفیت زندگی داشت. ارتباط مستقیم این گونه توجیه پذیر است که سالم بودن سالمندان از نظر روحی و روانی باعث افزایش کیفیت زندگی آنان می شود و برعکس. این نتیجه در مطالعات متعددی به اثبات رسیده است. تنهایی و انزوای اجتماعی در سالمندان با افت سطح، سلامتی جسمی و روانی ارتباط دارد که در نهایت باعث کاهش کیفیت زندگی آن ها می شود. این امر به خصوص در سالمندان ساکن آسایشگاه اهمیت بیشتری می یابد. مالرز و همکاران (۲۰۱۴) براساس نظریه لانگر و رودن به این نتیجه رسیدند که سالمندان ساکن در آسایشگاه در شرایطی زندگی می کنند که کنترل کمی بر آن دارند، یاد می گیرند که درمانده اند [۱۶]. از این رو، بیشتر به استرس و افسردگی مبتلا می شوند و از کیفیت زندگی پایین تری نسبت به سایر سالمندان برخوردارند.

در این مطالعه، بین بُعد روابط اجتماعی و کیفیت زندگی نیز ارتباط مستقیم و معناداری مشاهده شد؛ به گونه ای که افزایش این روابط اجتماعی باعث بهبود کیفیت زندگی سالمندان می شود و برعکس. در این خصوص، داویلا (۲۰۱۸) موضوع تعاملات اجتماعی و برقراری ارتباط اجتماعی و شرکت در فعالیت های داوطلبانه را از جمله رفتارهای ارتقادهنده سلامتی می داند که به ارتقای کیفیت زندگی سالمندان می انجامد [۱۷] و همسو با مطالعه ماست.

اسدی بروجنی و همکاران (۱۳۹۸)، در مطالعه خود بر روی سالمندان شهر بابل نشان دادند که ۲۵۷ (۵۱/۴ درصد) نفر سبک زندگی مطلوب و ۲۴۳ نفر (۴۸/۶ درصد) سبک زندگی متوسط داشتند. یافته های این مطالعه نشان داد که نیمی از سالمندانی که در این پژوهش مشارکت داشتند، از نظر سبک زندگی و اختلال سلامتی در وضعیت مطلوبی قرار داشتند و سبک زندگی، محل سکونت و درآمد متغیرهای تأثیرگذار بر روی اختلال سلامتی (سلامت عمومی) سالمندان بودند [۱۸]. در مطالعه مقطعی دیگری که توسط شهنازی و همکاران (۱۳۹۶) انجام شد، سبک زندگی سالم تأثیر به سزایی در بهبود کیفیت زندگی سالمندان داشت [۱۹].

قاجارزاده و همکاران در سال ۲۰۱۸، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری ام اس را مورد بررسی قرار دادند، بیشتر این بیماران از درد ناشی از این بیماری رنج می بردند، به دنبال بررسی اثر مدت زمان درد کشیدن در کیفیت زندگی، پس آنالیز اطلاعات

مطالعات و زمینه مناسبی در مطالعات درخصوص بهبود سبک زندگی و کیفیت زندگی این قشر آسیب‌پذیر فراهم آورد.

براساس یافته‌های این مطالعه متغیر سلامت فیزیکی (جسمانی)، متغیر سلامت معنوی، متغیر سلامت روح-روانی، متغیر سلامت اجتماعی، با اختلال سلامتی ارتباط مستقیم داشته است. لذا برای بهبود سبک زندگی و افزایش کیفیت زندگی و کاهش اختلال سلامتی در سالمندان، لازم و ضروری است. درخصوص عامل‌های مربوط به هر متغیر که به ترتیب متشکل از فعالیت بدنی، اختلال خواب، اختلال گوارش، سلامت وجودی، سلامت معنوی و مذهبی، مشارکت اجتماعی و انسجام اجتماعی جهت سالمندان برنامه‌ریزی مستمر ایجاد شود و نظارت راهبردی از سوی کلیه ارگان‌های مرتبط با سلامتی به‌خصوص وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی، بهزیستی، شهرداری‌ها و کمیته امداد صورت گیرد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مطالعه دارای تأییدیه از کمیته اخلاق (IR.IAU.CTB. REC.1401.008) دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، است.

حامی مالی

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه دکتری آقای عبدالرضا نجفی در گروه جمعیت‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، است.

مشارکت‌نویسندگان

مفهوم‌سازی و روش‌شناسی: عبدالرضا نجفی، منصور شریفی، و علی پڑهان؛ تحقیق و بررسی: عبدالرضا نجفی، منصور شریفی؛ تحلیل آماری: منصور شریفی، و علی پڑهان؛ نگارش پیش‌نویس: عبدالرضا نجفی؛ ویراستاری و نهایی‌سازی نوشته: عبدالرضا نجفی، منصور شریفی، و علی پڑهان.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، در این مقاله تعارض منافع وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

از همه شرکت‌کنندگان در مطالعه برای همکاری آنان تشکر و قدردانی می‌شود.

References

- [1] Sahebdel H, khoshkonesh A, pourebrahim T. [Effects of group reality therapy on the mental health of elderly residing at Irans Shahid Hasheminejad Nursing Home (persian)]. *Salmand: Iran J Ageing*. 2012; 7(1):16-24. [\[Link\]](#)
- [2] Eshaghi SR, Farajzadegan Z, Babak A. [Healty lifestyle assessment questionnaire in elderly: Translation, reliability and validity (Persian)]. *Payesh*. 2010; 9(1):91-9. [\[Link\]](#)
- [3] McClave AK, Dube SR, Strine TW, Mokdad AH. Associations between health-related quality of life and smoking status among a large sample of US adults. *Prev Med*. 2009; 48(2):173-9. [\[PMID\]](#)
- [4] Cui J, Fang F, Shen F, Song L, Zhou L, Ma X, et al. Quality of life in patients with advanced cancer at the end of life as measured by the McGill quality of life questionnaire: A survey in China. *J Pain Symptom Manage*. 2014; 48(5):893-902. [\[PMID\]](#)
- [5] Hekmatpou D, Shamsi M, Zamani M. [The effect of healthy lifestyle education programs on promotion of physical activity in elderly of Arak (Persian)]. *Daneshvar Med*. 2012; 20(1):33-42. [\[Link\]](#)
- [6] Izadi S, Khamahvar A, Aram SS, Yazdanpanah Nozari A. [Social support and quality of life of elderly people admitted to rehabilitation centers (Persian)]. *J Mazandaran Uni Med Sci*. 2013; 23(105):101-9. [\[Link\]](#)
- [7] Taghdisi M, Doshmangir P, Dehdari T, Doshmangir L. [Influencing factors on healthy lifestyle from viewpoint of ederly people: Qualitative study. (Persian)]. *Salmand: Iran J Ageing*. 2013; 7(4):47-58. [\[Link\]](#)
- [8] Heidari M, Shahbazi S. [Effect of self-care training program on quality of life of elders (Persian)]. *Iran J Nursing (IJN)*. 2012; 25(75):1-8. [\[Link\]](#)
- [9] Mirzaie M. [Factors affecting the elderly self-perceived health status (Persian)]. *Salmand: Iran J Ageing*. 2008; 3(2):539-46. [\[Link\]](#)
- [10] Barcelos-Ferreira R, Nakano EY, Steffens DC, Bottino CM. Quality of life and physical activity associated to lower prevalence of depression in community-dwelling elderly subjects from Sao Paulo. *J Affect Disord*. 2013; 150(2):616-22. [\[PMID\]](#)
- [11] Babak A, Davari S, Aghdak P, Pirhaji O. [Assessment of healthy lifestyle among elderly in Isfahan, Iran (Persian)]. *J Isfahan Med School*. 2011; 29(149):1064-74. [\[Link\]](#)
- [12] Adib-Hajbaghery M, Abasnia M. [Assessing quality of life of elders with femoral neck fractures, using sf36 and eq5d (Persian)]. *Iran J Nurs Res*. 2010; 4(15):71-9. [\[Link\]](#)
- [13] Rezayi S, Manouchehri M. [Comparison of mental disorders between home owner residents and nurse homes elders (Persian)]. *Salmand: Iran J Ageing*. 2008; 3(1):16-25. [\[Link\]](#)
- [14] Azkia M, Hoseini Roodbaraki S. [The survey of generational of changes of lifestyle in rural society (case study: Ahangar mahalleh village, a ville in Gorgan) (Persian)]. *Soc Welfare*. 2010; 10(37):241-64. [\[Link\]](#)
- [15] Samaram E. [West Tehran home from a nomadic to a private nursing homes (Persian)]. *Social Sci*. 1993; 2(3.4):154-65. [\[Link\]](#)
- [16] Mallers MH, Claver M, Lares LA. Perceived control in the lives of older adults: The influence of Langer and Rodin's work on gerontological theory, policy, and practice. *Gerontol*. 2014; 54(1):67-74. [\[Link\]](#)
- [17] Dávila MC. The relationship between social networks and volunteerism among seniors. *J Soc Service Res*. 2018; 44(1):38-49. [\[DOI:10.1080/01488376.2017.1395382\]](#)
- [18] Asadibrojeni S, Ilali E, Taraghi Z, Mousavinasab N, Bijani A. [The relationship between lifestyle and general health of elderly people covered by healthcare in Babol city (Persian)]. *J Babol Univ Med Sci*. 2019; 21(1):19-26. [\[Link\]](#)
- [19] Shahnazi H, Sobhani A, Cherkzi A. [Relation of different aspects of lifestyle and elderly quality of life (Persian)]. *J Sabzevar Uni Med Sci*. 2018; 25(3):363-70. [\[Link\]](#)
- [20] Ghajarzadeh M, Jalilian R, Sahraian MA, Moghadasi AN, Azimi A, Mohammadifar M, et al. Pain in patients with multiple sclerosis. *Maedica (Bucur)*. 2018; 13(2):125-30. [\[PMID\]](#)
- [21] Jha P. The hazards of smoking and the benefits of cessation: A critical summation of the epidemiological evidence in high-income countries. *Elife*. 2020; 9:e49979. [\[PMID\]](#)
- [22] Rezaei S, Karami Matin B, Kazemi Karyani A, Woldemichael A, Khosravi F, Khosravipour M, et al. Impact of smoking on health-related quality of life: A general population survey in West Iran. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2017; 18(11):3179-85. [\[PMID\]](#)
- [23] Cheng X, Jin C. The association between smoking and health-related quality of life among Chinese individuals aged 40 years and older: A cross-sectional study. *Front Public Health*. 2022; 10:779789. [\[PMID\]](#)