

## *Effect of Lifestyle on Health Disorders Among Older Adults in Ahvaz*

Abdolreza Najafi<sup>1</sup>,  
Mansour Sharifi<sup>2</sup>,  
Ali Pezhhan<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Department of Social Sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

<sup>2</sup> Department of Social Sciences, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran

(Received May 31, 2022 ; Accepted October 9, 2022)

### **Abstract**

**Background and purpose:** Physical activity and active lifestyle delay the aging process. A better understanding of the lifestyle and health level of the elderly is useful in designing and prioritizing interventions for chronic diseases. This study aimed at exploring the relationship between lifestyle and health disorders in older adults in Ahvaz, Iran 2020.

**Materials and methods:** In this descriptive-analytical study, 1000 older people were selected by systematic random sampling. Data were collected using Life Style Questionnaire (LSQ), Older People's Quality of Life Questionnaire (OPQOL), and the General Health Questionnaire (GHQ). Data were analyzed in SPSS V22 applying descriptive statistics and analytical statistics (Pearson correlation coefficient or Spearman correlation coefficient). Structural equation modeling using AMOS software was used to test the theoretical model of the research and the validity of the questionnaires.

**Results:** The mean age of participants was 69.5±6.5 years of whom 50.9% were women. Among the population studied 51% were overweight and 23% were obese. Confirmatory factor analysis showed significant relationships between health disorders and social health ( $\beta=1.23$ ), quality of life ( $\beta=0.99$ ), mental health ( $\beta=-0.78$ ), lifestyle ( $\beta=0.57$ ), individual factors ( $\beta=0.52$ ), spiritual health ( $\beta=0.49$ ), and physical health ( $\beta=-0.46$ ), ( $P<0.05$ ). According to the coefficient of determination, mental-psychological dimension (61%), spiritual dimension (51%), lifestyle (33%), individual factors (27%), social dimension (24%), and physical dimension (21%) explained the hidden variable of health disorder. In fitting the lifestyle model, the root mean square error of approximation (RMSEA) was 0.052, which shows that the model has an acceptable fit.

**Conclusion:** Old adults should to be aware of the benefits of healthy lifestyle. Therefore, the health of this vulnerable group can be improved by implementing healthy lifestyle interventions, including stress management, healthy nutrition, and recreational activities.

**Keywords:** lifestyle, health disorders, older people

**J Mazandaran Univ Med Sci 2022; 32 (215): 112-122 (Persian).**

**Corresponding Author: Mansour Sharifi** - Islamic Azad University, Garmsar Branch, Garmsar, Iran.  
(E-mail: sharifim@ut.ac.ir)

## تأثیر سبک زندگی بر اختلال سلامتی سالمندان شهر اهواز

عبدالرضا نجفی<sup>1</sup>منصور شریفی<sup>2</sup>علی پڑهان<sup>1</sup>

## چکیده

**سابقه و هدف:** ورزش و شیوه زندگی فعال موجب به تعویق انداختن روند پیری می‌شود. شناخت بهتر سبک زندگی و سطح سلامت سالمندان در طراحی و اولویت‌بندی مداخلات مربوط به بیماری‌های مزمن، مفید است. لذا هدف این پژوهش تأثیر سبک زندگی بر اختلال سلامت سالمندان شهر اهواز در سال 1399 بود.

**مواد و روش‌ها:** در این مطالعه توصیفی-تحلیلی، 1000 سالمند با روش تصادفی سیستماتیک انتخاب شدند. داده‌ها با پرسشنامه‌های سبک زندگی، کیفیت زندگی و اختلال سلامتی جمع‌آوری شد. سپس با نرم‌افزار SPSS22، آزمون‌های آمار توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون یا معادل ناپارامتری آن ضریب همبستگی اسپیرمن تجزیه و تحلیل شد و برای آزمون مدل نظری تحقیق و اعتبار پرسشنامه، مدل‌سازی معادلات ساختاری با نرم‌افزار AMOS صورت گرفت.

**یافته‌ها:** میانگین سنی سالمندان  $69/5 \pm 6/5$  سال و 50/9 درصد، مرد بودند. 51 درصد دارای اضافه وزن و 23 درصد چاق بودند. بر اساس نتایج تحلیل عاملی تاییدی، اختلال سلامتی با سلامت اجتماعی، کیفیت زندگی، سلامت روحی-روانی، سبک زندگی، عوامل فردی، سلامت معنوی و فیزیکی به ترتیب با ضرایب استاندارد شده 0/57، 0/78، 0/99، 1/23، 0/52، 0/49 و 0/46- ارتباط معنی‌داری داشت ( $P < 0/05$ ). بر اساس ضریب تعیین، بعد روحی-روانی 61 درصد، بعد معنوی 51 درصد، سبک زندگی 33 درصد، عوامل فردی 27 درصد، بعد اجتماعی 24 درصد و بعد فیزیکی با 21 درصد، متغیر پنهان اختلال سلامتی را تبیین می‌کنند. در برازش مدل سبک زندگی، شاخص ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA) برابر با 0/052 بود، که نشان می‌دهد مدل برازش قابل قبولی دارد.

**استنتاج:** آگاهی سالمندان در خصوص سبک زندگی سالم ضروری است و می‌توان با آموزش‌های شیوه زندگی سالم، گامی در ارتقای سلامتی این گروه آسیب‌پذیر جامعه برداشت. کلاس‌هایی نظیر آموزش مدیریت اختلال اضطراب و تغذیه سالم و برنامه‌های تفریحی از جمله راهکارهای پزشکی است.

**واژه‌های کلیدی:** سبک زندگی، اختلال سلامتی، جمعیت سالمند

## مقدمه

سازمان بهداشت جهانی سلامت عمومی، احساس خوب بودن کامل از نظر جسمی، روانی و اجتماعی در نظر گرفته شده است.

سالمندی و پیر شدن جمعیت و کاهش نیروی جوان از جمله مهم‌ترین تهدیداتی است که جوامع امروزی با آن روبروست (2،1). با افزایش نسبت جمعیتی سالمندان، مشکلات سلامتی آنان اهمیت می‌یابد بر طبق تعریف

E-mail: sharifim@ut.ac.ir

مؤلف مسئول: منصور شریفی - گرمسار: دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار

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

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

تاریخ تصویب: 1401/7/17

تاریخ دریافت: 1401/3/10 تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: 1401/3/18

عوامل متعددی مانند عوامل روانی، محیطی، اقتصادی و اجتماعی، خدمات بهداشتی و درمانی و سبک زندگی بر روی سلامت عمومی تأثیر می‌گذارند و موجب اختلال سلامتی می‌شود (1). سلامت اجتماعی نوعی ارزیابی و شناخت افراد از خود و عملکردشان در اجتماع و کیفیت روابط آن‌ها با افراد دیگر و گروه‌های اجتماعی است. هر چه رضایت فرد از زندگی بیشتر باشد و امید به آینده وی افزایش یابد، فقر و فساد کم‌تر باشد و مشارکت شهروندان در تصمیمات مهم کشور بیش‌تر باشد، سلامت اجتماعی نیز افزایش می‌یابد و همین عوامل بر سلامت جسمانی و روانی فرد در ارتباط با دیگران تأثیر می‌گذارد (3). اختلال در سلامتی عبارت است از اوصاف و نشانه‌هایی مانند ناخوشی، ناتوانی و معلولیت که به بیماری مربوط می‌شوند (4). یکی از اساسی‌ترین محورهای تشخیص اختلال در سلامتی استفاده از داده‌های موجود در کلینیک‌ها و بیمارستان‌ها می‌باشد که با استفاده از این آمارها می‌توان شاخصی به اسم شاخص اختلال در سلامتی را به وجود آورد و به کمک آن ویژگی استفاده‌کنندگان از خدمات بهداشتی و همچنین علت اختلال در سلامتی را مورد بررسی قرار داد (5). سالمندی جمعیت ناشی از کاهش میزان متغیرهای حیاتی، مرگ و میر و باروری در سنین سالخوردگی و افزایش یافتن نسبت‌های بازماندگی در فواصل سنی، مهاجرت‌ها و جابجایی‌های مکانی و استمرار ماندگاری آنان در جمعیت میزبان (مقصد)، هر دو قطب‌گیرنده و فرستنده را از لحاظ ساختار سنی تحت تأثیر قرار می‌دهد (6، 7). کاهش مرگ و میر انسان‌ها به دلیل بهبود وضعیت بهداشتی و درمانی در چند دهه اخیر سبب افزایش تعداد سالمندان در جهان شده است (8-10). معمولاً جامعه‌ای که فاقد سلامت اجتماعی است از سلامت روانی و جسمانی نیز به دور است. سلامت جسمی به معنای توانمند بودن بدن برای فعالیت روزانه و حفظ انرژی برای موارد اضطراری و دوری از بیماری‌ها و تناسب کلی جسمی است. توانایی

کنترل هیجانات به شکلی که در بیان آن‌ها راحت باشیم و بتوانیم شکل و شیوه مناسب اظهار و ابراز آن‌ها را انتخاب کنیم، به عنوان سلامت عاطفی تعریف می‌شود. دقت داشته باشید که کنترل هیجانات به معنای مخفی کردن آن‌ها نیست، بلکه به معنای تصمیم‌گیری درست در مورد ابراز کردن یا نکردن آن‌ها و شیوه و زمان ابراز آن‌هاست (11).

سلامت معنوی عبارت است از حالتی از بودن، احساس‌های مثبت، شناخت ارتباط فرد با خود، دیگران و یک نیروی ماورایی و نیز فطرت که در صورت دارا بودن آن فرد احساس هویت، کمال، رضایتمندی، عشق، احترام، نگرش مثبت، آرامش، توازن درونی می‌کند و زندگی‌اش هدفمند می‌شود (12). تنهایی و انزوای اجتماعی در سالمندان با افت سطح سلامت جسمی و روانی مرتبط است که باعث اختلال سلامتی و کیفیت زندگی آنان می‌شود (13). 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 (14). شواهد علمی نشان می‌دهد که انتخاب‌ها و الگوی سبک زندگی افراد بر سلامت عمومی آن‌ها نیز تأثیرگذار است. در سالمندی از دست دادن سلامت عمومی به علت شرایط خاص دوران سالمندی مانند مشکلات اقتصادی، انزوای اجتماعی و افسردگی مهم و حیاتی است (15). بر اساس داده‌های سرشماری، جمعیت 60 ساله و بیش‌تر استان خوزستان از 2/60 درصد در سال 1365 به 4/71 درصد در سال 1395 افزایش پیدا کرده است. در این استان، شهر اهواز با متوسط رشد جمعیتی سالانه 2/11 بالاترین میزان را دارا می‌باشد. همچنین بر اساس سرشماری سال 1395 جمعیت 65 ساله و بیش‌تر شهر اهواز 4/4 درصد می‌باشد.

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 آنان می‌شود، ارزیابی سبک زندگی سالمندان و اثر آن بر کیفیت زندگی آنان ضروری به نظر می‌رسد. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباطات علی بین عوامل پیش‌بینی کننده اختلال سلامتی سالمندان بر اساس ابعاد سبک زندگی جمعیت سالمند شهر اهواز در سال 1399 انجام شد.

## مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی و تحلیلی می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش سالمندان بالای 60 سال ساکن شهر اهواز بودند. بنا بر سرشماری نفوس و مسکن سال 1395 جمعیت 60 سال به بالای شهر اهواز برابر 55597 نفر است که به تفکیک رده‌های سنی پنج ساله (شامل 60-64، 65-69، 70-74، ... الی 100 سال و بالاتر)، جنسیت (زن، مرد) و محل سکونت (شهر، روستا) گزارش گردید. حجم نمونه براساس روش معادلات ساختاری به ازای سوالات پرسشنامه‌ها انتخاب می‌شود (برای هر سوال 10 نفر در نظر گرفته شد) که مجموعاً حجم نمونه تعداد 1000 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 در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات اطمینان خاطر داده شد. معیار ورود به مطالعه سالمندان بالای 60 سال ساکن شهر اهواز و معیار خروج عدم تمایل به ادامه همکاری بود.

### ابزار گردآوری اطلاعات

روش گردآوری اطلاعات در این مطالعه به صورت پرسشنامه ای بود. مصاحبه گر با مراجعه به پایگاه‌های

بهداشتی، صندوق‌های بازنشستگی، کانون‌های سالمندی و آسایشگاه‌های سالمندان شهر اهواز با استفاده از پرسشنامه‌های طراحی شده کیفیت زندگی، سبک زندگی و اختلال در سلامتی (که دارای پرسش‌ها به صورت بسته می‌باشد) نظرات آنان را جمع‌آوری کردند. در مطالعه حاضر از پرسشنامه‌ای شامل اطلاعات دموگرافیک (مردم‌شناختی) (سن، تاهل، جنسیت)، پرسشنامه سبک زندگی (LSQ) با 35 آیتم، پرسشنامه کیفیت زندگی سالمندان (OPQOL) با 19 آیتم و پرسشنامه اختلال سلامتی (Health disorder questionnaire: HDQ) با 59 آیتم استفاده شد (16، 17). پرسشنامه سبک زندگی دارای نمره 211-42 است که براساس نمره در سه سطح نامطلوب، متوسط و مطلوب ارزیابی شد. اختلال سلامتی نیز در چهار سطح براساس سطح نمره تقسیم‌بندی می‌شود که نمره کم تر نشانه اختلال سلامتی بیش‌تر می‌باشد. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS نسخه 21 شد. به منظور بررسی ارتباط بین دو به 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 داده‌ها و مولفه‌های پرسشنامه و سنجش ارتباط بین آن‌ها با یکدیگر و روایی سازه از تحلیل عاملی اکتشافی و همچنین تحلیل عاملی تاییدی استفاده شد. جهت تحلیل اطلاعات این مطالعه ابتدا به تحلیل عامل اکتشافی (Exploratory factor analysis) پرداخته، سپس از تحلیل عاملی تاییدی (Confirmatory factor analysis) برای تأیید مدل استفاده شد. پس از مشخص کردن حیطه‌های این پرسشنامه‌ها و مولفه‌های مربوطه، به منظور ارائه مدل ساختاری ارتباطی بین کیفیت زندگی، سبک زندگی، اختلال سلامتی و ویژگی‌های زندگی نامه‌ای با متغیر پنهان اختلال در سلامتی، که متغیر وابسته نهایی این مطالعه می‌باشد، از مدل سازی معادلات ساختاری با استفاده از نرم افزار (Amos) استفاده شد.

## یافته ها

توزیع فراوانی مشخصات فردی - اجتماعی سالمندان مورد مطالعه در جدول شماره 1 نشان داده شده است. بر اساس اطلاعات این جدول کوچکترین نمونه مورد مطالعه 60 سال و بزرگترین نمونه مورد مطالعه 90 سال می باشد. میانگین سنی سالمندان مورد مطالعه  $69/5 \pm 6/5$  سال بود. اکثریت نمونه ها در گروه های سنی 65 تا 69 سال (28/3 درصد)، 60 تا 64 سال (25/5 درصد) و همچنین 70-74 سال (25/5 درصد) بوده اند (جدول شماره 1). توزیع جنس مردان به زنان تقریباً یکسان بود (50/9 درصد مردان در برابر 49/1 درصد زنان). در بررسی شاخص توده بدنی، اکثریت سالمندان مورد مطالعه اضافه وزن داشتند (51 درصد)، 23 درصد از سالمندان مورد مطالعه چاق بودند و اکثریت آن ها چاقی کلاس یک داشتند (18/8 درصد) (جدول شماره 1). از لحاظ وضعیت بیمه درمانی، اکثریت از بیمه تامین اجتماعی (56/3 درصد) برخوردار بودند (جدول شماره 1). در بررسی میزان تحصیلات، اکثریت سالمندان (59/8 درصد) مدرک تحصیلی کم تر از دیپلم داشتند و در بررسی وضعیت و وضعیت تاهل، اکثریت متاهل (65/6 درصد) بودند (جدول شماره 1). در خصوص 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 جاها زندگی می کردند (جدول شماره 1). از لحاظ نوع منزل مسکونی اکثریت منزل شخصی داشتند (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 بودند (جدول شماره 1). سالمندان مورد مطالعه دارای سابقه بیماری های پرفشاری خون (60/8 درصد)، درد مفاصل (49/0 درصد)، چربی خون بالا (40/1 درصد) و دیابت (34/0 درصد) بودند. همچنین 33/2 درصد از سالمندان سابقه جراحی، 25/7 درصد اختلال اضطراب و 10/9 درصد عوارض جانبی دارو داشتند (جدول شماره 1).

جدول شماره 1: توزیع فراوانی نمونه های مورد پژوهش بر حسب

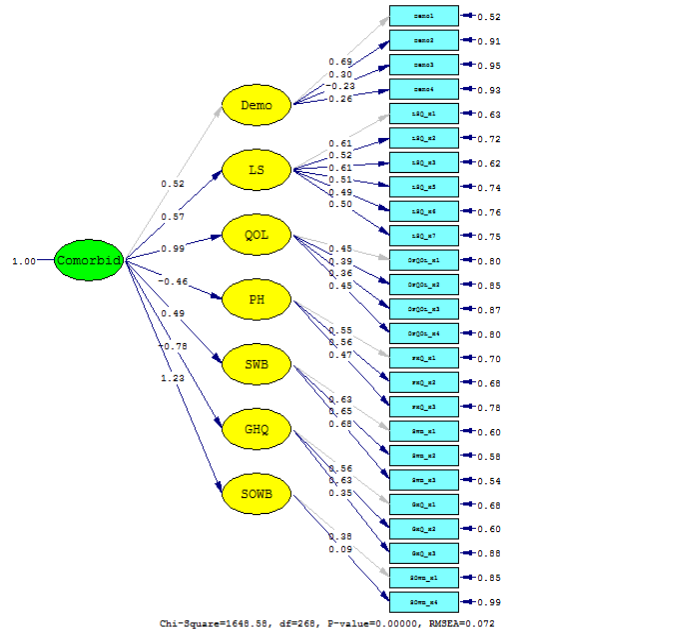
## عوامل فردی - اجتماعی

درصد	تعداد	عوامل فردی - اجتماعی
25/5	255	سن (سال) 65 تا 60
28/3	283	70 تا 65
23/8	238	75 تا 70
14/9	149	80 تا 75
5/5	55	85 تا 80
1/3	13	90 تا 85
0/7	7	90 سال و بیشتر
50/9	509	جنس مرد
49/1	491	زن
0/30	3	شاخص توده بدنی لاغر
25/70	257	نرمال
51/00	510	اضافه وزن
18/70	187	چاقی کلاس یک
3/70	37	چاقی کلاس دو
0/60	6	چاقی کلاس سه
56/30	563	وضعیت بیمه تامین اجتماعی
25/50	255	خدمات درمانی
18/20	182	سایر بیمه ها
30/80	308	بیمه تکمیلی دارد
69/20	692	ندارد
59/80	598	میزان تحصیلات کمتر از دیپلم
25/20	252	دیپلم
7/90	79	فوق دیپلم
5/10	51	لیسانس
1/10	11	فوق لیسانس
0/90	9	دکتری
65/60	656	وضعیت تاهل متاهل
32/50	325	همسر فوت شده
0/60	6	متارکه
1/30	13	مجرد
13/60	136	تنها
84/80	848	وضعیت زندگی با چه کسی در حال حاضر با اعضای خانواده
0/70	7	در خانه سالمندان
0/90	9	سایر
86/60	866	وضعیت منزل مسکونی شخصی
8/00	80	اجاره ای
5/00	50	با خویشاوندان
0/40	4	سایر
1/80	18	وضعیت اشتغال کارمند
5/60	56	کارگر
34/80	348	بازنشسته
2/80	28	بیکار
10/30	103	آزاد
6/10	61	کشاورز
38/60	386	وضعیت اشتغال خانه دار
31/32	109	بله
68/68	239	خیر
16/50	165	سابقه مصرف دخانیات بله
83/50	835	خیر
34/00	340	دیابت دارد
66/00	660	ندارد
60/80	608	پرفشاری خون دارد
39/20	392	ندارد
40/10	401	چربی خون بالا دارد
59/90	599	ندارد
33/20	332	سابقه جراحی دارد
66/80	668	ندارد
49/00	490	درد مفاصل دارد
51/00	510	ندارد
25/70	257	استرس دارد
74/30	743	ندارد
10/90	109	عوارض جانبی دارو دارد
89/10	891	ندارد

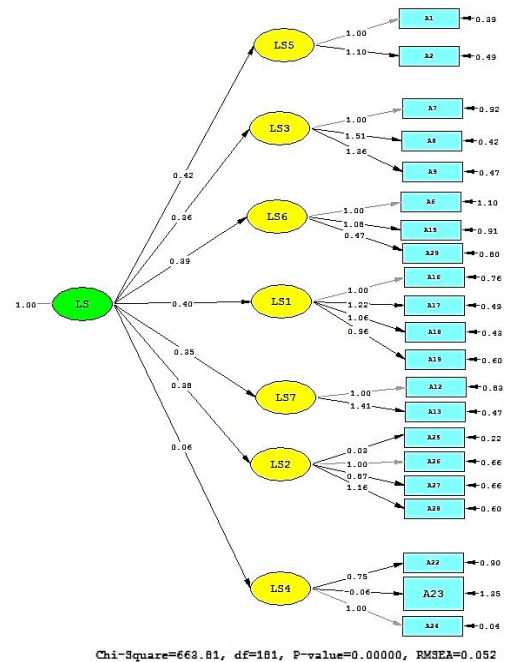
در این مطالعه، جهت بررسی ارتباط سبک زندگی، اختلال سلامتی و همچنین ویژگی‌های زندگی نامه ای سالمندان با اختلال در سلامتی از ابزارهای سبک زندگی با 35 آیت، و اختلال سلامتی با 59 آیت و هم‌چنین مشخصات زندگی نامه‌ای با ویژگی‌های سن، جنس، وضعیت تاهل، بیماری‌های زمینه‌ای، شغل، درآمد، محل زندگی و تحصیلات و شامل 17 آیت استفاده شده است. جهت تحلیل اطلاعات این مطالعه ابتدا به تحلیل عامل اکتشافی پرداخته، سپس از تحلیل عاملی تائیدی برای تائید مدل استفاده شد. تصویر شماره 1 نشان داده است که اختلال سلامتی بعنوان یک متغیر پنهان با متغیر سبک زندگی با مقدار ضریب استاندارد شده 0/57 متشکل از شش عامل به ترتیب با نام‌های سلامت اجتماعی، پیشگیری از حوادث، سلامت معنوی، ورزش و تندرستی، سلامت جسمانی و پیشگیری از بیماری‌ها می‌باشد. بیش‌ترین شدت ارتباط در سبک زندگی مربوط به عامل‌های اول و سوم به ترتیب با ضریب استاندارد شده 0/61 و 0/61 می‌باشد. هم‌چنین تصویر شماره 1 نشان داد که متغیر سلامت فیزیکی (جسمانی) با ضریب استاندارد 0/46- متشکل از سه عامل سردرد، اختلال خواب، مشکلات گوارشی نیز با اختلال سلامتی ارتباط داشته است. از بین سه عامل سلامت بیش‌ترین تاثیر مربوط به عامل دوم با مقدار استاندارد شده 0/56 می‌باشد (تصویر شماره 1). متغیر سلامت معنوی با ضریب استاندارد 0/49 متشکل از سه عامل سلامتی معنوی، سلامت وجودی، سلامت مذهبی نیز با اختلال سلامتی ارتباط داشته است. از بین سه عامل سلامت معنوی بیش‌ترین تاثیر مربوط به عامل سوم با مقدار استاندارد شده 0/68 می‌باشد. متغیر سلامت روحی - روانی با ضریب استاندارد 0/78- متشکل از سه عامل سلامت روحی، سلامت روحی - روانی، سلامت روانی نیز با اختلال سلامتی ارتباط داشته است. از بین سه عامل سلامت معنوی بیش‌ترین تاثیر مربوط به عامل دوم با مقدار استاندارد شده 0/63 می‌باشد (تصویر شماره 1). متغیر سلامت اجتماعی با ضریب استاندارد 1/23 متشکل

از چهار عامل مشارکت اجتماعی و انسجام اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و همبستگی اجتماعی نیز با اختلال سلامتی ارتباط داشته است. از بین چهار عامل سلامت اجتماعی بیش‌ترین تاثیر مربوط به عامل‌های اول با مقدار استاندارد شده به ترتیب 0/38 می‌باشد (تصویر شماره 1). به‌طور کلی اختلال سلامتی بر اساس ضرایب استاندارد شده نمودار به ترتیب با متغیر سلامت اجتماعی با ضریب استاندارد 1/23، متغیر کیفیت زندگی با ضریب استاندارد 0/99، متغیر سلامت روحی - روانی با ضریب استاندارد 0/78-، متغیر سبک زندگی با ضریب استاندارد 0/57، متغیر عوامل فردی با ضریب استاندارد 0/52، متغیر سلامت معنوی با ضریب استاندارد 0/49 و متغیر سلامت فیزیکی با ضریب استاندارد 0/46- مرتبط بوده است (تصویر شماره 1). بر اساس مدل ساختاری تصویر شماره 2 قدرمطلق آماره T بین همه عامل‌ها با متغیرهای مورد مطالعه و هم‌چنین متغیر پنهان اختلال سلامتی بیش‌تر از نقطه بحرانی 2 می‌باشد. بنابراین همه متغیرها و عامل‌ها تصویر شماره 1 با متغیر اختلال سلامتی ارتباط معنی‌دار در سطح آلفای 0/05 می‌باشند. بر اساس ضریب تعیین  $R^2$  متغیرهای فردی 27 درصد، متغیر سبک زندگی 33 درصد، بعد جسمی 21 درصد، بعد اجتماعی 24 درصد، بعد روحی - روانی 61 درصد و بعد معنوی 51 درصد متغیر پنهان اختلال سلامتی تبیین می‌کنند. بر اساس مدل ساختاری قدر مطلق آماره T بین همه عامل‌ها با متغیرهای مورد مطالعه و هم‌چنین متغیر پنهان اختلال سلامتی بیش‌تر از نقطه بحرانی 2 می‌باشد. بنابراین همه متغیرها و عامل‌ها نمودار با متغیر اختلال سلامتی ارتباط معنی‌دار در سطح آلفای 0/05 می‌باشند. تصویر شماره 2 نشان داده است که در بررسی برازش مدل ساختاری نهایی شاخص RMSEA برابر با 0/072 با فاصله اطمینان 90 درصد 0/075 - 0/068 و  $P < 0/001$  بود که نشان‌دهنده برازندگی مطلوب این مدل در تعیین ارتباطات بین 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 2).



تصویر شماره 1: مدل ساختاری با ضرایب استاندارد شده ارتباط اختلال سلامتی در سالمندان شهر اهواز



تصویر شماره 2: مدل ساختاری با ضرایب استاندارد شده ارتباط سبک زندگی در سالمندان شهر اهواز

برازش مدل، تعیین کننده درجه‌ای است که داده‌های وارپانس - کوواریانس نمونه‌ای مدل معادله ساختاری را حمایت می‌کنند. از این رو معیارهای مختلفی برای تعیین برازش مدل وجود دارد. در برازش مدل سبک زندگی، شاخص ریشه میانگین مربعات خطای برآورد یا Root-mean-square residual (RMSEA) برابر با 0/052 بود. اگر این شاخص کم‌تر از 0/05 باشد نشان می‌دهد که مدل از برازش خوبی برخوردار است. اگر مقدار این شاخص بین 0/05 تا 0/08 باشد، برازش قابل قبول، بین 0/08 تا 0/1 برازش متوسط و بزرگ‌تر از 0/1 برازش ضعیف است. دیگر شاخص‌های برازش مدل سبک زندگی و سطح قابل قبول هر یک از آن‌ها در قالب جدول شماره 2 گزارش شد.

جدول شماره 2: شاخص‌های برازش و سطح قابل قبول هر یک از آن‌ها در تحلیل عاملی تأییدی مدل سبک زندگی

ردیف	شاخص برازش	علامت اختصاری	حد قابل قبول	مقدار بدست آمده
1	ریشه میانگین مربعات خطای برآورد	RMSEA	0/05	0/052
2	نیکویی برازش هنجار شده	<sup>1</sup> NFI	0/95	0/92
3	برازش مقایسه‌ای	<sup>2</sup> CFI	0/95	0/94
4	برازش افزایشی	<sup>3</sup> IFI	0/95	0/94
5	نیکویی برازش	<sup>4</sup> GFI	0/95	0/94

1-NFI: Normed fit index  
2-CFI: Comparative fit index  
3-IFI: Incremental fit index  
4-GFI: Goodness-of-fit index

نتایج گزارش شده در جدول شماره 2 بیانگر برازش خوب مدل می‌باشد. هم‌چنین مقدار آماره بحرانی (CN)N برای مدل سبک زندگی برابر 350/01 به‌دست آمد، که نشان‌دهنده آن است که حجم نمونه این مطالعه کفایت لازم را جهت انجام تحلیل عامل اکتشافی را داشته است.

## بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که میانگین سنی افراد مورد مطالعه  $36/68 \pm 5/6$  سال بود. پس از تقسیم‌بندی نمره سبک زندگی به سه سطح (نامطلوب، متوسط و مطلوب) مشخص شد که 257 نفر (4/51 درصد) سبک زندگی مطلوب و 243 نفر (6/48 درصد) سبک زندگی

T به دست آمده بزرگ‌تر از 1/96 درصد می‌باشد پس فرضیه مورد نظر تایید شده است. موضوع سلامتی و ارتباط آن با افزایش سال‌های زندگی در عصر حاضر چالش‌های فراوانی را بوجود آورده است.

در تبیین این یافته می‌توانیم بگوییم 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 تاثیرگذار بر روی اختلال سلامتی سالمندان بودند. به نظر می‌رسد در کنار مداخلات آموزشی - مشاوره ای جهت بهبود سبک زندگی و بالا بردن سطح سلامت سالمندان و کاهش اختلال در سلامتی آن‌ها، نیاز به حمایت‌های مالی نیز باید مد نظر قرار گیرد. بین سبک زندگی و اختلال سلامتی ارتباط معنی‌داری وجود دارد، بنابراین شناسایی عوامل تأثیرگذار در اختلال سلامتی افراد سالمند می‌تواند به سالمندان در درک پیامدهای بالقوه ناشی از عملکرد خود و نیز تشویق آن‌ها به تغییر در سبک زندگی مؤثر باشد.

اسدی بروجنی و همکاران (1398)، در مطالعه خود بر روی سالمندان شهر بابل نشان دادند که 257 نفر (51/4 درصد) سبک زندگی مطلوب و 243 نفر (48/6 درصد) سبک زندگی متوسط داشتند. یافته‌های 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 تاثیرگذار بر روی اختلال سلامتی (سلامت عمومی) سالمندان بودند (20). در مطالعه مقطعی دیگری که توسط شهنازی و همکاران (1396) انجام شد، سبک زندگی سالم تأثیر بسزایی در بهبود کیفیت زندگی سالمندان داشت (21).

Garooi و همکاران (11)، Robbins و همکاران (21)، کیفیت زندگی 128 سالمند و بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) را مورد بررسی قرار دادند، 61 نفر از این بیماران از درد ناشی از این بیماری رنج می‌بردند، به

متوسط داشتند و پس از تقسیم‌بندی نمره اختلال سلامتی به دو سطح (اختلال سلامتی مطلوب و اختلال سلامتی نامطلوب) مشخص شد که 332 نفر (4/66 درصد) از سالمندان اختلال مطلوب و 168 نفر (6/33 درصد) از سالمندان از اختلال سلامتی نامطلوب برخوردار بودند. نتایج نشان داد که سبک زندگی و حیطه‌های آن با اختلال سلامتی و زیرمقیاس‌های آن به جز در حیطه تغذیه ( $P=0/60$ ) رابطه معنی‌دار معکوس ( $P<0/001$ )، داشت. ( $r=-0/504$ ) نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک چندگانه نشان داد که متغیرهای درآمد، محل سکونت و سبک زندگی بر اختلال سلامتی تاثیر معنی‌داری داشته‌اند.

نتایج پژوهش نشان داد که با این سبک زندگی و سلامتی سالمندان رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد و این بدان معناست که با بهبود سبک زندگی سالمندان در فرآیند پیر شدن علاوه بر کاهش سلامتی به دلیل کهولت سن، عوامل مهم دیگری نیز تاثیرگذار است، از جمله رعایت سبک زندگی سالم که در افزایش امید به زندگی و بهبود کیفیت زندگی و سلامتی جسم و روان نقش تعیین کننده ایفا می‌کند و هم‌چنین در پیشگیری از انواع بیماری‌ها مؤثر است. این یافته‌ها با مطالعه فرهادی و همکاران (18)، حکمت‌پور و همکاران (8) و Grimmett و همکاران (19) همسو است. به‌طور خلاصه نتایج این پژوهش و مقایسه آن با نتایج دیگر نشان می‌دهد که سبک زندگی مهم‌ترین تعیین‌کننده سلامتی در سالمندان هست. به‌طوری که محل سکونت در شهر  $OR=2/2$ ،  $(CI: 1/3-3/4)$  و داشتن درآمد مناسب  $(OR=9/7, P<0/001)$  تغییره‌سای تاثیرگذار بر روی اختلال سلامتی بودند. نتایج این مطالعه براساس مدل ساختاری نشان داده است که قدرمطلق آماره T بین عامل‌های سبک زندگی با متغیرهای مورد مطالعه و هم‌چنین متغیر پنهان اختلال سلامتی بیش‌تر از نقطه بحرانی 2 می‌باشد. بنابراین متغیرهای سبک زندگی با متغیر اختلال سلامتی ارتباط معنی‌دار در سطح آلفای 0/05 می‌باشند. با در نظر گرفتن این نتیجه به دلیل این که

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 سالمندان بودند. به نظر می‌رسد در کنار مداخلات آموزشی - مشاوره‌ای جهت بهبود سبک زندگی و بالا بردن سطح سلامت سالمندان، نیاز به حمایت‌های مالی نیز باید مد نظر قرار گیرد. این پژوهش نشان داد که سبک زندگی سالمندان تأثیر بسزایی در میزان سلامتی آنان دارد. انجام مطالعاتی با هدف آگاهی سالمندان در خصوص سبک زندگی سالم کاملاً ضروری به نظر می‌رسد. از این رو می‌توان با برپایی کلاس‌های شیوه زندگی سالم، گامی کوچک در ارتقای سلامتی این گروه آسیب‌پذیر جامعه برداشت. کلاس‌هایی نظیر آموزش مدیریت اختلال اضطراب، فراهم کردن آموزش و تغذیه سالم، و همچنین فراهم کردن برنامه‌های تفریحی و ورزشی از جمله راهکارهای پزشکی است. لازم است نتایج این مطالعه پایه و راهنمایی در انجام سایر مطالعات و زمینه مناسبی در مطالعات در خصوص بهبود سبک زندگی این قشر آسیب‌پذیر فراهم آورد. همچنین نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد بعد معنوی سالمندان با سبک زندگی آن‌ها مرتبط است. سالمندان در هر دوره آینده آینده جوانان و میانسالان هستند. با توجه به یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود سیاستگذاران سلامت برای ارتقای وضعیت سبک زندگی سالمندان ساکن در مساجد، خانه سالمندان و پارک‌ها برنامه‌ریزی کنند.

#### تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

#### سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه دکترای حرفه‌ای مرضیه محسنی در گروه پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز است. و همچنین دارای تأییدیه

دنبال بررسی اثر مدت زمان درد کشیدن در کیفیت زندگی، پس از آنالیز اطلاعات حاصل از مطالعه مشاهده شد که هیچ تفاوت معنی‌داری بین کیفیت زندگی افراد مبتلا با مدت زمان‌های متفاوت در درد کشیدن وجود نداشت (21،11). یافته‌های مطالعه اسدی بروجنی و همکاران با نتایج این مطالعه یکسان می‌باشد (20). هم‌چنین یافته‌های این تحقیق با مطالعه عطایی و همکاران در نیشابور (22) و مطالعه قنبری‌مقدم و همکاران در تهران (23) همسو می‌باشد.

ادیب حاج باقری و عباسی‌نیا در مطالعه خود به ارزیابی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان مبتلا به شکستگی گردن ران با دو ابزار EQ5D و SF36 پرداختند. آن‌ها گزارش کردند که بین بعد تغذیه و کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار و مستقیمی دیده شد که همسو با مطالعات مشابه دیگر است (24). در تأیید این مساله می‌توان گفت، داشتن برنامه غذایی مناسب به پیشگیری از بیماری‌های قلبی - عروقی، سکته، پرفشاری خون، دیابت، چاقی و برخی سرطان‌ها کمک می‌کند که نقش به‌سزایی در کاهش کیفیت زندگی دارند (24) که با نتایج مطالعه حاضر همسو می‌باشد.

افزایش طول عمر انسان‌ها و اضافه شدن جمعیت سالمندان یکی از دستاوردهای قرن 21 بوده و سالخوردگی جمعیت پدیده‌ای است که برخی از جوامع بشری با آن روبرو شده و یا خواهند شد. سبک زندگی، هدف نهایی در ارائه خدمات مختلف اجتماعی و رفاهی به گروه‌های سنی و اجتماعی از جمله سالمندان می‌باشد و فراتر از عملکرد و توانایی سازمان و یا نهاد خاصی می‌باشد. هسته مرکزی سبک زندگی، سلامتی است. تحت تأثیر قرار گرفتن سبک زندگی سالمندان آن قدر از نظر پژوهشگران و صاحب نظران اهمیت داشته است که شروع و توسعه مفهوم سبک زندگی بر روی گروه سنی سالمندان بوده است و سپس به سایر گروه‌های پژوهشی توسعه داده شده است. در پایان می‌توان نتیجه‌گیری کرد که یافته‌های این مطالعه نشان داد نیمی از سالمندانی که در این پژوهش

پژوهشگران از همه شرکت کنندگان در مطالعه به جهت همکاری صمیمانه آنان تشکر می‌کنند.

از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز با شماره (IR.IAU.CTB.REC.1401.008) است.

## References

1. Shahnazi H, Sobhani A, Cherkzi A. Relation of different aspects of lifestyle and elderly quality of life. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences* 2018; 25(3): 363-370.
2. Wang Q, Li L. The effects of population aging, life expectancy, unemployment rate, population density, per capita GDP, urbanization on per capita carbon emissions. *Sustainable Production and Consumption* 2021; 28: 760-774.
3. Hashemi A, Jafar Qolikhani A. Normative and structural factors of legislation in the system of the Islamic Republic of Iran. *Scientific Quarterly Journal of International Legal Research*. 2012; 5(16): 221-282.
4. Murray CJL, Lopez AD, The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020: summary: World Health Organization, World Bank & Harvard School of Public Health; 1996. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41864>. Accessed October 19, 2022.
5. Northrup RS. Decision making for health care in developing countries, in consequences of mortality trends and differentials. *Population Studies* 1986; 95: 14-19.
6. Eshaghi SR, Farajzadegan Z, Babak A. Healthy lifestyle assessment questionnaire in elderly: translation, reliability and validity. *Payesh (Health Monitor)* 2010; 9(1): 91-99.
7. Ali Mohammadi Q, Armand M, Delbazi Asl M. Analysis and evaluation of demographic indicators of aging in Iran. *Social Science Studies Quarterly*. 2016;3(1):51-4. Available from: <http://uctjournals.com/farsi/archive/socials/1396/spring/6.pdf>. Accessed October 19, 2022.
8. Hekmatpou D, Shamsi M, Zamani M. The Effect of Healthy Lifestyle Educational Programs on the Quality of Life of the Elderly in Arak. *J Arak Uni Med Sci* 2013; 16(72): 1-11 (Persian).
9. Riahi ME. A Comparative Study on the Status of Elderly In the Traditional and Modern Societies. *Salmand: Iranian Journal of Ageing* 2008; 3(3): 10-21.
10. Alaei N, Jafari R, heravi-Karmooi M, Arsang S. Investigation of Lifestyle and Its Related Factors in the Elderly Population in Qom City, 2017 (Iran). *Qom Univ Med Sci J* 2018; 12(8): 69-77 (Persian).
11. Garoosi S, Naghavi A. Social Capital and Quality of Life in Kerman City. *Social Welfare* 2008; 8(30): 61-82.
12. Gomez R, Fisher JW. Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. *Personality and Individual Differences* 2003; 35(8): 1975-1991.
13. Mirzaie M. Factors affecting the elderly self-perceived health status. *Salmand: Iranian Journal of Ageing* 2008; 3(2): 539-546.
14. Babak A, Davari S, Aghdak P, Pir Haji O. Assessment of elderly life style in Isfahan. *Journal of Isfahan Medical School* 2011; 29(149): 1064-1073.
15. Park G, Park K. Medical textbook of prevention and social science and health

- service generalities. Trans Shojaitehrani H, Malek-Afzali H. Tehran: Samt Publication; 2007.
16. Mueller Ralph O. Basic Principles of Structural Equation Modeling. New York, NY: Springer New York; 1996.
  17. Ghasemi V. Estimating the optimal sample size in structural equation models and assessing its adequacy for social researchers. Iranian Journal of Sociology 2012; 12(4): 138-161.
  18. Farhadi A, Foroughan M, Mohammadi F, Sahranavard M. The effect of healthy lifestyle educational program on rural elderly's quality of life in Dashti district of Boushehr province. Iranian Journal of Ageing 2013; 8(3): 35-43.
  19. Grimmett C, Wardle J, Steptoe A. Health behaviours in older cancer survivors in the English Longitudinal Study of Ageing. Eur J Cancer 2009; 45(12): 2180-2186.
  20. Basharpour S, Hoseinikiasari ST, Soleymani E, Massah O. The Role of Irrational Beliefs and Attitudes to Death in Quality of Life of the Older People. Salmand: Iranian Journal of Ageing 2019; 14(3): 260-271.
  21. Robbins RA. Bugen's Coping with Death Scale: Reliability and Further Validation. OMEGA-Journal of Death and Dying 1991; 22(4): 287-299.
  22. Ataie Z, Allahverdi A, Dehnoalian A, Orooji A. The relationship between lifestyle and general health among elderly people in Neyshabur. Iran Journal of Nursing 2018; 31(111): 10-19.
  23. Ghanbari Moghadam A, Mohammadi Shahbolaghi F, Dalvandi A, Hoseinzade S. Relationship between lifestyle and general health among elderly people in Tehran. Iranian Journal of Ageing 2015; 10(3): 90-99.
  24. Adib-Hajbaghery M, Abasinia M. Assessing Quality of life of elders with femoral neck fractures, using SF36 and EQ5D. Iranian Journal of Nursing Research 2010; 4(15): 71-79.