

## Original article

## Investigation of Health-promoting Lifestyle and Psychological Status of Older Adults Living in Tabriz in 2021

Vahid Mirzaei Majarshin<sup>1</sup>Tahereh Ramezani<sup>2</sup>Farzaneh Saadat Talab<sup>3</sup>Vahideh Rezapour<sup>4</sup>Sepideh Harzand Jadidi<sup>5</sup>Shahab Papi<sup>6\*</sup>

- 1- Master of Ergonomics, Faculty of Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.
- 2- PhD Candidate in Gerontology, Research Center on Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
- 3- MSc in Geriatrics Health, Iranian Research Center on Aging, University of Social Welfare & Rehabilitation Science, Tehran, Iran.
- 4- MSc in Geriatrics Health, Department of Health Education and Promotion, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.
- 5- MSc of Health and Traffic Safety, Road Traffic Injury Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.
- 6- Assistant Professor of Gerontology, Department of Public Health, School of Health, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

**\*Corresponding author:** Shahab Papi, Department of Public Health, School of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

**Email:** shahabpapi@yahoo.com

**Received:** 12 August 2022

**Accepted:** 06 October 2022

### ABSTRACT

**Introduction and purpose:** Investigation and recognition of the factors affecting the quality of life are essential to start the behavior, and continuing the behavior can be a key factor in improving the living conditions of the elderly in Tabriz.

**Methods:** This descriptive-analytical study was conducted on a random sample of older adults living in the city and villages of Tabriz in 2021. Data were collected through standardized questionnaires of healthy lifestyle and cognitive impairment, psychological well-being, and depression from 422 old people. The collected information was analyzed using descriptive and analytical statistical methods in the SPSS software (version 22). The significance level of the tests was less than 0.05 in this study.

**Results:** The results of the data analysis showed that the lifestyle of the rural elderly had a significant and positive relationship with cognition ( $P=0.001$ ,  $r=0.29$ ). On the other hand, there was a significant and negative relationship between lifestyle and depression ( $P=0.001$ ,  $r=-0.24$ ) and a significant and positive relationship with psychological well-being ( $P=0.001$ ,  $r=0.71$ ). Among urban older adults, there was no statistically significant association between lifestyle and cognition ( $P=0.077$ ,  $r=0.12$ ), in addition to lifestyle and depression ( $P=0.9$ ,  $r=0.009$ ). However, a health-promoting lifestyle showed a significant positive relationship with psychological well-being ( $P<0.001$ ,  $r=0.37$ ).

**Conclusion:** According to the results of this study, the significant influence of lifestyle on cognition and memory, psychological well-being, and depression indicates the need for appropriate measures to improve the lifestyle of older adults.

**Keywords:** Lifestyle, Older adults, Psychological status

► **Citation:** Mirzaei Majarshin V, Ramezani T, Saadat Talab F, Rezapour V, Harzand Jadidi S, Papi Sh. Investigation of Health-Promoting Lifestyle and Psychological Status of Older Adults Living in Tabriz in 2021. Journal of Health Research in Community. Autumn 2022;8(3): 25-38.

## مقاله پژوهشی

# بررسی سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و وضعیت روان‌شناختی سالمندان ساکن شهرستان تبریز در سال ۱۴۰۰

## چکیده

**مقدمه و هدف:** بررسی و شناخت عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی به‌عنوان عامل مهمی برای شروع رفتار و ادامه آن عاملی کلیدی در بهبود وضعیت زندگی سالمندان است. لذا هدف این مطالعه بررسی سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و وضعیت روان‌شناختی سالمندان شهرستان تبریز بود.

**روش کار:** این مطالعه توصیفی-تحلیلی با استفاده از روش تصادفی روی تمام سالمندان ساکن شهر و روستاهای تبریز در سال ۱۴۰۰ انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های استاندارد سبک زندگی سالم و اختلال شناختی، بهزیستی روان‌شناختی و افسردگی از ۴۲۲ سالمند جمع‌آوری شدند. اطلاعات گردآور شده با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و تحلیلی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل شد. سطح معنیداری آزمون‌ها در این مطالعه کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد سبک زندگی در میان سالمندان روستایی با شناخت ارتباط معنیدار و مثبتی داشت ( $P=۰/۰۰۱$  و  $r=۰/۲۹$ ). میان سبک زندگی و افسردگی ارتباط معنی‌دار و منفی ( $P=۰/۰۰۱$  و  $r=-۰/۲۴$ ) و با بهزیستی روان‌شناختی ارتباط معنی‌دار و مثبتی وجود داشت ( $P=۰/۰۰۱$  و  $r=۰/۷۱$ ). در سالمندان شهری، بین سبک زندگی با شناخت ارتباط معنی‌دار آماری وجود نداشت ( $P=۰/۰۷۷$  و  $r=۰/۱۲$ ). میان سبک زندگی با افسردگی ارتباط معنی‌دار آماری وجود نداشت ( $P=۰/۰۹$  و  $r=۰/۰۰۹$ ). اما سبک زندگی ارتقادهنده سلامت با بهزیستی روان‌شناختی ارتباط معنی‌دار مثبتی داشت.

**نتیجه‌گیری:** نتایج این مطالعه تأثیر سبک زندگی بر شناخت و حافظه، بهزیستی روان‌شناختی و افسردگی، لزوم به‌کارگیری مداخلات مناسب به‌منظور بهبود سبک زندگی افراد سالمند را نشان می‌دهد.

**کلمات کلیدی:** سالمندان، سبک زندگی، وضعیت روان‌شناختی

وحید میرزائی مجارشین<sup>۱</sup>  
طاهره رضائی<sup>۱</sup>  
فرزانه سعادت‌طلب<sup>۲</sup>  
وحیده رضاپور<sup>۳</sup>  
سپیده هرزند جدیدی<sup>۵</sup>  
شهاب پایی<sup>۶\*</sup>

۱. کارشناس ارشد ارگونومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۲. دانشجوی دکتری سالمندشناسی، مرکز تحقیقات سالمندی ایران، دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران
۳. کارشناس ارشد سلامت سالمندی، مرکز تحقیقات سالمندی ایران، دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران
۴. کارشناس ارشد سلامت سالمندی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت و ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۵. مرکز تحقیقات مدیریت و پیشگیری از مصدومیت‌های حوادث ترافیکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۶. استادیار سالمندشناسی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

\* نویسنده مسئول: شهاب پایی، گروه بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

Email: shahabpapi@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۵/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۷/۱۴

## مقدمه

مرگ‌ومیر انسان‌ها به دلیل بهبود وضعیت بهداشتی و درمانی در چند دهه اخیر کاهش یافته و همین امر سبب افزایش تعداد

سالمندان در جهان شده است [۱]. ایران به عنوان یکی از کشورهای در حال توسعه، از این تغییرات جمعیتی مستثنی نیست؛ به گونه‌ای که بر اساس سرشماری سال ۱۴۰۰، ۱۰٪ از درصد جمعیت کشور را سالمندان تشکیل می‌دهند [۲]. همچنین از سال ۱۴۱۹ این میزان، رشد سریع‌تری را نسبت به سایر نقاط و حتی میانگین جهانی پیدا خواهد کرد و تا سال ۱۴۲۴ از میانگین رشد جمعیت سالمندان جهان پیشی خواهد گرفت [۳]. به‌طوری‌که در سال ۱۴۳۰، حدود ۲۰ درصد از جمعیت ایران را سالمندان تشکیل خواهند داد [۴].

مهم‌ترین مسائل ارتقای سلامت و سبک زندگی سالمندان به حفظ استقلال آنان در فعالیت‌های جسمی و شناختی زیاد آنها و ادامه زندگی به صورت فعال مربوط می‌شود. سبک زندگی سالمندان بر میزان سلامت روحی و جسمی آنها تأثیر دارد و سبب تغییر الگوی ارتباطی یا حضور آنان در فعالیت‌های اجتماعی می‌شود [۵]. سالمندان از یک سو با مسئله بیماری مواجه هستند و از سوی دیگر سبک زندگی آنها بعد از بازنشستگی تغییرات محسوسی می‌کند [۶]. به همین دلیل انتخاب سبک زندگی به دلیل قابلیت آن در پیشگیری از بیماری‌ها، ارتقای سطح کیفی زندگی، افزایش امید به زندگی و بهبود سلامت جسم و روان اهمیت بسیاری دارد [۷].

به موازات افزایش نسبی جمعیت سالمندان، بسیاری از آنان با کاهش ارتباطات اجتماعی و از دست دادن نزدیکان، مستعد بیماری‌های ذهنی و جسمی می‌شوند که حفظ سبک زندگی سالم را برای آنها به چالشی بزرگ تبدیل می‌سازد [۸]. سبک زندگی نامطلوب از عوامل خطر در بروز افسردگی به شمار می‌رود [۹]. سالمندان با داشتن فعالیت کم، با تغییرات جسمی بیشتری مواجه می‌شوند [۱۰]. توجه به سبک زندگی سالم مشکلات مرتبط با دوران سالمندی را کاهش می‌دهد و در پی آن نظام سلامت کشور نیز هزینه کمتری را از جهت بار بیماری‌های دوران سالمندی متحمل خواهد شد.

ارائه خدمات روان‌شناختی به سالمندان عامل مؤثری در اتخاذ

تصمیمات بالینی و اداره مشکلات این افراد به‌منظور ارتقای کیفیت زندگی آنان است. بر اساس مطالعات، تفاوت محیط زندگی، رژیم غذایی و فعالیت فیزیکی در شهر و روستا بر سطح سلامت افراد مؤثر است [۱۱]. Mainous بیان می‌کند که سالمندان روستایی سطح سلامت کمتری نسبت به هم‌تایان خود در شهر دارند [۱۲]. به نظر می‌رسد سالمندانی که در روستاها زندگی می‌کنند، به علت عوامل اقتصادی و اجتماعی محیط، در معرض خطر کاهش کیفیت زندگی نسبت به هم‌تایان خود در شهرها هستند [۱۳]. نتایج مطالعه حاجی هاشمی و همکاران بیانگر آن است که محل زندگی بر سلامت و روان سالمندان اثرگذار است [۱۴]. از سوی دیگر، سالمندانی که در شهرهای بزرگ زندگی می‌کنند، چالش‌های بیشتری نسبت به ساکنان روستا دارند [۱۵].

آگاهی از سبک زندگی و وضعیت روان‌شناختی سالمندان به صورت منطقه‌ای، پزشکان را در تصمیم‌گیری‌ها راهنمایی می‌کند. اگرچه مطالعات مختلفی در ایران وجود دارد که هرکدام به‌طور مجزا سبک زندگی و عوامل روان‌شناختی همچون افسردگی و بهزیستی روان‌شناختی را در سالمندان ساکن شهر و به‌ندرت در سالمندان ساکن روستا بررسی کرده‌اند، مطالعه‌ای یافت نشد که در حوزه ارتباط بین سبک زندگی و عوامل روان‌شناختی و مقایسه آن در سالمندان ساکن شهر و روستا باشد. لذا با توجه به نتایج مطالعات فوق مبنی بر تفاوت وضعیت سبک زندگی سالمندان در مکان‌های مختلف جغرافیایی و اجتماعی و همچنین حساسیت و اهمیت اثرگذاری سبک زندگی بر سلامت سالمندان و پیامدهای آن به‌عنوان یکی از چالش‌های نظام سلامت کشور، این مطالعه با هدف تعیین و مقایسه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و وضعیت روان‌شناختی سالمندان شهر تبریز و روستاهای تبریز انجام شد.

## روش کار

مطالعه حاضر توصیفی-تحلیلی بود. جامعه پژوهش شامل تمام

سالمندان ۶۰ سال و بیشتر ساکن شهر و روستاهای تبریز تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی بودند. به‌منظور انتخاب نمونه مدنظر، با در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج و نیز حجم نمونه از روش تصادفی استفاده شد. معیارهای ورود شامل داشتن سن ۶۰ سال و بیشتر، توانایی خواندن و نوشتن یا توانایی صحبت کردن، نداشتن اختلال حافظه، داشتن پرونده بهداشتی در مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی و پایگاه‌های سلامت و خانه‌های بهداشت، تمایل و رضایت به شرکت در مطالعه بود. معیارهای خروج نیز شامل تکمیل ناقص پرسش‌نامه یا انصراف از ادامه مشارکت در نظر گرفته شد.

حداقل حجم نمونه مورد نیاز بر اساس مطالعات پیشین و فرمول  $n = (z)^2 \sigma^2 / d^2$ ، ۱۴۹ نفر برآورد شد که با احتساب ۳۰ درصد ریزش، این مقدار به ۲۱۴ نفر افزایش یافت. با در نظر گرفتن ضریب اثر طرح (Design Effect) برابر با ۲، حجم نمونه کل ۴۲۸ نفر به‌دست آمد [۱۶]. نمونه‌گیری به روش تصادفی بود. برای انتخاب مناطق و مراکز مدنظر از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای (از میان ۲۷ مرکز خدمات جامع سلامت شهر تبریز و ۲۶ مرکز بهداشتی درمانی روستایی تبریز) و برای انتخاب سالمندان از جدول اعداد تصادفی، پرونده خانوار موجود در مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی و پایگاه‌های سلامت و خانه‌های بهداشت، نمونه‌ها انتخاب شدند. پس از گرفتن رضایت کتبی از سالمندان، داده‌ها از طریق پرسش‌نامه مشخصات دموگرافیک و پرسش‌نامه‌های روانی و پایایی شده سبک زندگی سالم (HPLP<sub>2</sub>)، اختلال شناختی (MMSE)، بهزیستی روان‌شناختی و افسردگی جمع‌آوری شد.

پرسش‌نامه مشخصات دموگرافیک شامل سن، جنسیت، محل زندگی (شهری و روستایی)، وضعیت تأهل، وضعیت مسکن و سطح تحصیلات بود. پرسش‌نامه سبک زندگی سالم (HPLP<sub>2</sub>) شامل ۵۲ گویه بود که ۶ زیرشاخه با عناوین تغذیه، فعالیت بدنی، مسئولیت‌پذیری در سلامت، مدیریت استرس، روابط بین‌فردی و رشد معنوی دارد. این پرسش‌نامه از پاسخگو می‌خواهد با طیف

لیکرت ۴ درجه‌ای (هرگز، گاهی اوقات، اغلب و به‌طور معمول) مشخص کند چقدر رفتارهای خاص ارتقادهنده سلامت را انجام می‌دهد. هر سؤال نمره‌ای بین ۱ تا ۴ را به خود اختصاص می‌دهد. به‌طور کلی نمره سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و نمره ابعاد رفتاری با استفاده از میانگین پاسخ‌ها برای کل ۵۲ سؤال و برای هر زیرشاخه محاسبه شد. این ابزار رفتارهای ارتقادهنده سلامت را در ۶ بعد اندازه‌گیری می‌کند که عبارت‌اند از: تغذیه (داشتن الگوی غذایی و انتخاب غذا با ۶ سؤال)، ورزش (تعقیب الگوی ورزشی منظم با ۵ سؤال)، مسئولیت‌پذیری در سلامت (۱۰ سؤال)، مدیریت استرس (شناسایی منابع استرس و اقدامات مدیریت استرس با ۷ سؤال)، حمایت بین‌فردی (حفظ روابط همراه با احساس نزدیکی با ۷ سؤال)، خودشکوفایی (داشتن حس هدفمندی، به دنبال پیشرفت فردی بودن، تجربه خودآگاهی و رضایت‌مندی با ۱۳ سؤال). حداقل نمره در این پرسش‌نامه ۵۲ و حداکثر ۲۰۸ است. نمرات بیشتر نشان‌دهنده سبک زندگی ارتقادهنده سلامت بهتری است. این پرسش‌نامه را Walker و همکاران در سال ۱۹۹۷ ساختند که در تحقیق محمدی زیدی و همکاران (۱۳۹۰) پایایی آن به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۲ به‌دست آمد [۱۷، ۷].

Folstein و همکاران پرسش‌نامه ارزیابی وضعیت شناختی سالمندان MMSE را ساخته‌اند [۱۸]. نسخه ترجمه‌شده ایرانی این پرسش‌نامه ۱۱ جزء دارد که شامل آگاهی به زمان، مکان، ثبت اطلاعات، توجه، محاسبه، حافظه، زبان، مهارت‌های اجرایی، خواندن، نوشتن و انجام کارهای ظریف است که به هر پاسخ صحیح ۱ امتیاز تعلق می‌گیرد. در مجموع بیشترین نمره کسب‌شده ۳۰ امتیاز است که امتیاز کمتر از ۹ بیانگر اختلال شناختی شدید، ۱۰ تا ۲۰ نمایه اختلال شناختی متوسط، ۲۱ تا ۲۴ نمایه اختلال شناختی خفیف و ۲۵ و بیشتر طبیعی محسوب می‌شود. در افراد بی‌سواد نمره مرزی ۱۷ ملاک است و کسب امتیاز ۱۷ و بیشتر نشان‌دهنده وضعیت شناختی طبیعی و امتیاز کمتر از ۱۷ دال بر

اختلال در وضعیت شناختی است. روایی و پایایی این پرسش‌نامه را فروغان و همکاران بررسی و تأیید کرده‌اند. ویژگی و حساسیت آن به ترتیب ۸۴ و ۹۰ درصد است. امتیاز کمتر از ۲۲ به عنوان اختلال شناختی در نظر گرفته شد [۱۹].

پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی سازمان بهداشت جهانی، مقیاسی تک‌بعدی است. این شاخص در میان پرسش‌نامه‌های ارزیابی ذهنی روانی بهزیستی پرکاربردترین ابزار است [۲۰]. عوامل این ابزار ۵ سؤالی شامل ۱- احساس نشاط و روحیه خوب، ۲- احساس آرامش، ۳- احساس فعال بودن، ۴- احساس سرزندگی و آسودگی پس از بیدار شدن و ۵- احساس علاقمندی به فعالیت‌های روزانه است. این شاخص مقیاسی تک‌بعدی است و هر سؤال آن، اطلاعات منحصر به فردی را درباره سطح بهزیستی فراهم می‌آورد و میزان بهزیستی مثبت را در دو هفته گذشته بر اساس مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای از هیچ‌وقت (صفر) تا همیشه (۵) اندازه می‌گیرد. نمره خام پاسخگو از لحاظ نظری در محدوده صفر (فقدان بهزیستی) تا ۲۵ (حداکثر بهزیستی) قرار می‌گیرد. همچنین می‌توان با ضرب کردن نمره کل در عدد ۴، دامنه نمرات را به مقیاس ۰ تا ۱۰۰ تبدیل کرد. نمرات بیشتر نشان‌دهنده بهزیستی بهتر و نمرات کمتر نشان‌دهنده افسردگی است. مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ۵ سؤالی سازمان بهداشت جهانی در ایران را دهشیری و همکاران روایی و پایایی کرده‌اند و همسانی درونی سؤالات این شاخص زیاد و میزان آلفای کرونباخ آن ۰/۸۹ به دست آمد. ضریب بازآزمایی آن ۰/۸۲ بوده است [۲۱].

پرسش‌نامه افسردگی (CES-D) ابزاری بین‌المللی برای سنجش افسردگی و یکی از رایج‌ترین پرسش‌نامه‌ها به منظور سنجش افسردگی در میان افراد سالمند است. این مقیاس به طور اساسی بر نشانه‌های روانی و شناختی افسردگی متمرکز است. این پرسش‌نامه شامل ۳ زیرمقیاس برای افسردگی، ۴ زیرمقیاس برای شکایات جسمی، ۲ زیرمقیاس برای احساس خوب داشتن و یک زیرمقیاس برای زودرنجی و تحریک‌پذیری است. هر سؤال

پاسخ دویخشی به صورت بله یا خیر دارد و نمره ۰ یا ۱ را به خود اختصاص می‌دهد. نمره کل پرسش‌نامه بین ۰ تا ۱۰ است. ملکوتی و همکاران روایی و پایایی این پرسش‌نامه را در ایران به دست آورده‌اند [۲۲].

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی داده‌ها در نهایت محرمانه ماندن، بدون درج مشخصات فردی و با آگاهی بیماران و بر اساس هماهنگی‌های انجام شده با دانشگاه علوم پزشکی تبریز جمع‌آوری شد. این مطالعه نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی تبریز است که کمیته اخلاق این دانشگاه با کد اخلاق IR.TBZMED.REC.1398.221 آن را تأیید کرده است. اطلاعات گردآوری شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ و شاخص‌های توصیفی و با به کارگیری آزمون‌های پارامتریک تی مستقل، همبستگی پیرسون و تحلیل واریانس یک‌طرفه تجزیه و تحلیل شد. سطح معنی‌داری آزمون‌ها در این مطالعه کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

میانگین سنی سالمندان در این مطالعه  $7/9 \pm 68/94$  سال بود. در این مطالعه ۴۲۲ نفر از سالمندان ۶۰ سال و بیشتر ساکن شهر و روستاهای تبریز شرکت کردند که تحت پوشش مراکز بهداشتی و درمانی شهری و روستایی بودند. ۲۱۴ نفر (۵۰/۷ درصد) از سالمندان در شهر و ۲۰۸ نفر (۴۹/۲ درصد) در روستا سکونت داشتند. ۲۴۵ نفر (۵۸/۱ درصد) از افراد شرکت‌کننده مرد و ۱۷۷ نفر (۴۱/۹ درصد) زن بودند. ۲ نفر (۰/۵ درصد) مجرد، ۶۴۱ نفر (۹۸/۶ درصد) متأهل و ۳ نفر (۰/۷ درصد) بیوه بودند؛ ۱ نفر (۰/۲ درصد) نیز مطلقه بود. ۲۴۲ نفر (۵۷/۳ درصد) منزل شخصی و ۱۷۵ نفر (۴۱/۵ درصد) منزل استیجاری داشتند یا بدون مسکن بودند. ۱ نفر (۰/۲ درصد) با فرزندان خود و ۴ نفر (۰/۹ درصد) با همسر یا به تنهایی زندگی می‌کردند. تعداد سالمندان دارای

تحصیلات دیپلم و کمتر ۴۱۱ نفر (۹۷/۴ درصد) بود. ۱۱ نفر (۲/۶ درصد) تحصیلات فوق دیپلم یا بیشتر داشتند. توصیف متغیرهای بررسی‌شده شامل سبک زندگی (و ابعاد آن)، اختلال شناختی، بهزیستی روان‌شناختی و افسردگی برای کل مشارکت‌کنندگان در جدول ۱ گزارش شده است.

بررسی ارتباط بین متغیرهای بررسی‌شده شامل سبک زندگی (و ابعاد آن)، اختلال شناختی، بهزیستی روان‌شناختی و افسردگی به تفکیک متغیر جنسیت برای کل افراد شرکت‌کننده در جدول ۲ آمده است. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده، میانگین اختلال شناختی در گروه زنان و مردان تفاوت معنی‌داری داشته است، به‌طوری‌که این اختلاف میانگین برای مردان یک واحد کمتر از زنان گزارش شد.

در جدول ۳ ارتباط بین متغیرهای بررسی‌شده (سبک زندگی و ابعاد آن، اختلال شناختی، بهزیستی روان‌شناختی و افسردگی) به تفکیک متغیر وضعیت تأهل در میان کل افراد شرکت‌کننده در مطالعه آمده است. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده، میانگین اختلال

شناختی و بهزیستی روان‌شناختی در وضعیت تأهل افراد تفاوت معنی‌داری داشته است. البته باید در نظر داشت که بیش از ۹۸ از درصد سالمندان بررسی‌شده متأهل بودند.

در جدول ۴ ارتباط میان سبک زندگی ارتقادهنده سلامت، اختلال شناختی، افسردگی و بهزیستی روان‌شناختی در بین کل سالمندان ساکن شهرستان تبریز با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون آمده شد. با توجه به نتایج گزارش‌شده، همبستگی تمامی شاخص‌های بررسی‌شده معنی‌دار بوده است. ضریب همبستگی سبک زندگی ارتقادهنده سلامت با اختلال شناختی به صورت معناداری مثبت گزارش شده است. به عبارت دیگر، تغییرات هر دو متغیر همسو بوده است و با افزایش نمره سبک زندگی، نمره اختلال شناختی نیز افزایش می‌یابد و بالعکس. همچنین ضریب همبستگی سبک زندگی ارتقادهنده سلامت با بهزیستی روان‌شناختی نیز به‌طور معناداری مثبت گزارش شده است. به عبارت دیگر، با افزایش نمره سبک زندگی، نمره بهزیستی روان‌شناختی نیز افزایش می‌یابد و بالعکس.

جدول ۱: آمار توصیفی متغیرهای بررسی‌شده برای کل مشارکت‌کنندگان

| متغیر               | تعداد گویه | کمترین | بیشترین | میانگین<br>(انحراف معیار) | فاصله اطمینان |        | انحراف استاندارد |
|---------------------|------------|--------|---------|---------------------------|---------------|--------|------------------|
|                     |            |        |         |                           | پایین         | بالا   |                  |
| سبک زندگی           | ۵۲         | ۹۳     | ۱۷۵     | ۱۳۸/۰۶ (۲۰/۰۹)            | ۱۳۶/۰۲        | ۱۴۰/۰۹ | ۱/۰۳             |
| مسئولیت‌پذیری       | ۱۰         | ۱۷     | ۳۲      | ۲۴/۴۸ (۲/۹۳)              | ۲۴/۱۹         | ۲۴/۷۸  | ۰/۱۵             |
| فعالیت بدنی         | ۵          | ۱۲     | ۳۱      | ۲۳/۷۵ (۳/۳)               | ۲۳/۴۲         | ۲۴/۰۸  | ۰/۱۷             |
| تغذیه               | ۶          | ۱۶     | ۳۱      | ۲۲/۲۴ (۳/۹۶)              | ۲۱/۸۳         | ۲۲/۶۴  | ۰/۲۰             |
| رشد معنوی           | ۱۳         | ۱۳     | ۳۲      | ۲۳/۰۹ (۳/۶۷)              | ۲۲/۷۲         | ۲۳/۴۶  | ۰/۱۹             |
| روابط بین‌فردی      | ۷          | ۱۶     | ۳۲      | ۲۲/۴۹ (۴/۰۴)              | ۲۲/۰۸         | ۲۲/۹۰  | ۰/۲۱             |
| مدیریت استرس        | ۷          | ۱۲     | ۳۰      | ۲۴/۴۸ (۲/۹۳)              | ۲۴/۱۹         | ۲۴/۷۸  | ۰/۱۵             |
| اختلال شناختی       | ۱۹         | ۱۹     | ۴۸      | ۲۶/۷ (۲/۳۶)               | ۲۶/۴۶         | ۲۶/۹۴  | ۰/۱۲             |
| بهزیستی روان‌شناختی | ۵          | ۰      | ۱۰۰     | ۶۴/۴۷ (۱۶/۲۱)             | ۶۲/۸۳         | ۶۶/۱۱  | ۰/۸۳             |
| افسردگی             | ۱۰         | ۰      | ۲۰      | ۵/۵۹ (۴/۶۳)               | ۵/۱۲          | ۶/۰۶   | ۰/۲۴             |

جدول ۲: مقایسه میانگین متغیرهای بررسی شده در کل مشارکت کنندگان به تفکیک جنسیت

| متغیر              | جنسیت | میانگین (انحراف معیار) | میانگین اختلافات | T, P              |
|--------------------|-------|------------------------|------------------|-------------------|
| سبک زندگی          | مرد   | ۱۳۶/۷۵ (۲۳/۶)          | -۱/۵۹            | T= ۰/۷۹ , P= ۰/۴۳ |
|                    | زن    | ۱۳۸/۳۴ (۱۴/۳۲)         |                  |                   |
| مسئولیت پذیری      | مرد   | ۲۴/۴۱ (۳/۳۵)           | ۰/۰۳             | T= ۰/۱۱ , P= ۰/۹۱ |
|                    | زن    | ۲۴/۳۸ (۲/۳۸)           |                  |                   |
| فعالیت بدنی        | مرد   | ۲۱/۸۲ (۵/۲۳)           | ۰/۰۰             | T= ۰/۰۱ , P= ۰/۹۹ |
|                    | زن    | ۲۱/۸۲ (۳/۳۵)           |                  |                   |
| تغذیه              | مرد   | ۲۳/۶۶ (۳/۶۱)           | ۰/۰۸             | T= ۰/۲۴ , P= ۰/۸۱ |
|                    | زن    | ۲۳/۵۸ (۲/۹۱)           |                  |                   |
| رشد معنوی          | مرد   | ۲۱/۷۱ (۴/۳۵)           | -۰/۹۴            | T=-۲/۴ , P= ۰/۰۲  |
|                    | زن    | ۲۲/۶۵ (۳/۳۵)           |                  |                   |
| روابط بین فردی     | مرد   | ۲۲/۸۵ (۳/۹۷)           | -۰/۴۴            | T=-۱/۲ , P= ۰/۲۳  |
|                    | زن    | ۲۳/۲۸ (۳/۲۳)           |                  |                   |
| مدیریت استرس       | مرد   | ۲۲/۳ (۴/۹)             | -۰/۰۹            | T=-۰/۲۳ , P= ۰/۸۲ |
|                    | زن    | ۲۲/۳۹ (۲/۴۹)           |                  |                   |
| اختلال شناختی      | مرد   | ۲۶/۹۱ (۳)              | -۱/۰۱            | T=-۲/۷۶ , P= ۰/۰۱ |
|                    | زن    | ۲۷/۹۳ (۴/۵۱)           |                  |                   |
| بهبودی روان شناختی | مرد   | ۶۲/۳۹ (۱۷/۶۹)          | ۰/۶۵             | T= ۰/۳۵ , P= ۰/۷۳ |
|                    | زن    | ۶۱/۷۵ (۲۰/۳۶)          |                  |                   |
| افسردگی            | مرد   | ۵/۳۹ (۴/۶۱)            | -۰/۵۵            | T= ۰/۲۶ , P= ۱/۱۳ |
|                    | زن    | ۵/۹۴ (۴/۶۹)            |                  |                   |

جدول ۳: مقایسه میانگین متغیرهای بررسی‌شده در کل مشارکت‌کنندگان به تفکیک وضعیت تأهل

| متغیر          | وضعیت تأهل | میانگین (انحراف معیار) | P, F               |
|----------------|------------|------------------------|--------------------|
| سبک زندگی      | مجرد       | ۱۲۹ (۵/۶۶)             | F = ۰/۱۴ , P= ۰/۹۳ |
|                | متأهل      | ۱۳۷/۴۷ (۲۰/۴۲)         |                    |
|                | بیوه       | ۱۳۴/۳۳ (۲/۵۲)          |                    |
|                | مطلقه      | ۱۳۹ (۱۰/۱)             |                    |
| مسئولیت‌پذیری  | مجرد       | ۲۴ (۲/۸۳)              | F = ۰/۶۲ , P= ۰/۶  |
|                | متأهل      | ۲۴/۴ (۲/۹۹)            |                    |
|                | بیوه       | ۲۳/۳۳ (۰/۵۸)           |                    |
|                | مطلقه      | ۲۸ (۱/۴)               |                    |
| فعالیت بدنی    | مجرد       | ۱۹ (۱/۴۱)              | F = ۰/۳۱ , P= ۰/۸۱ |
|                | متأهل      | ۲۱/۸۴ (۴/۵۶)           |                    |
|                | بیوه       | ۲۲ (۱)                 |                    |
|                | مطلقه      | ۲۰ (۳/۲)               |                    |
| تغذیه          | مجرد       | ۲۲/۵ (۰/۷۱)            | F = ۰/۱۲ , P= ۰/۹۵ |
|                | متأهل      | ۲۳/۶۴ (۳/۳۵)           |                    |
|                | بیوه       | ۲۳ (۱/۷۳)              |                    |
|                | مطلقه      | ۲۴ (۲/۳)               |                    |
| رشد معنوی      | مجرد       | ۲۰ (۲/۴)               | F = ۰/۴ , P= ۰/۷۵  |
|                | متأهل      | ۲۲/۱۱ (۴/۰۱)           |                    |
|                | بیوه       | ۲۱/۳۳ (۰/۵۸)           |                    |
|                | مطلقه      | ۲۵ (۲/۳)               |                    |
| روابط بین‌فردی | مجرد       | ۲۳ (۱/۳)               | F = ۰/۲۳ , P= ۰/۸۷ |
|                | متأهل      | ۲۳/۰۴ (۳/۷)            |                    |
|                | بیوه       | ۲۳/۳۳ (۰/۵۸)           |                    |
|                | مطلقه      | ۲۰ (۰/۲)               |                    |

ادامه جدول ۳.

|                    |       |               |                     |
|--------------------|-------|---------------|---------------------|
| مدیریت استرس       | مجرد  | (۲/۱۲) ۲۰/۵   | F = ۰/۲ , P= ۰/۸۹   |
|                    | متأهل | (۴/۰۸) ۲۲/۳۵  |                     |
|                    | بیوه  | (۰/۵۸) ۲۱/۳۳  |                     |
|                    | مطلقه | (۱/۱) ۲۲      |                     |
| اختلال شناختی      | مجرد  | (۱۰/۶۱) ۳۷/۵  | F =۶/۴۸ , P> ۰ /۰۰۱ |
|                    | متأهل | (۳/۶۱) ۲۷/۳   |                     |
|                    | بیوه  | (۷/۲۳) ۲۷/۶۷  |                     |
|                    | مطلقه | (۱/۷) ۲۰      |                     |
| بهبودی روان شناختی | مجرد  | (۱۹/۸) ۳۴     | F = ۳/۱۱ , P= ۰/۰۲  |
|                    | متأهل | (۱۸/۶۵) ۶۲/۴۶ |                     |
|                    | بیوه  | (۲۴/۱۱) ۴۱/۳۳ |                     |
|                    | مطلقه | (۱/۵) ۴۴      |                     |
| افسردگی            | مجرد  | (۰/۹) ۱۰      | F = ۱/۱۲ , P= ۰/۳۴  |
|                    | متأهل | (۴/۶۵) ۵/۵۶   |                     |
|                    | بیوه  | (۱/۴۱) ۹      |                     |
|                    | مطلقه | (۰/۳) ۱۱      |                     |
| P: P value         |       | F: ANOVA      |                     |

جدول ۴: همبستگی متغیرهای مطالعه شده در مشارکت کنندگان

| متغیر              | r, p | سبک زندگی | اختلال شناختی | بهبودی روان شناختی | افسردگی |
|--------------------|------|-----------|---------------|--------------------|---------|
| سبک زندگی          | r    | ۱,۰۰      |               |                    |         |
|                    | p    |           |               |                    |         |
| اختلال شناختی      | r    | ۰/۳۶      | ۱,۰۰          |                    |         |
|                    | p    | ۰/۰۱      |               |                    |         |
| بهبودی روان شناختی | r    | ۰/۵۳      | ۰/۳۸          | ۱,۰۰               |         |
|                    | p    | <۰/۰۰۱    | <۰/۰۰۱        |                    |         |
| افسردگی            | r    | -۰/۵۴     | -۰/۴۸         | -۰/۵۲              | ۱,۰۰    |
|                    | p    | <۰/۰۰۱    | <۰/۰۰۱        | <۰/۰۰۱             |         |

جدول ۵: همبستگی سبک زندگی با شناخت، افسردگی و بهزیستی روان‌شناختی به تفکیک گروه‌های مطالعه

| متغیر     | گروه    | شناخت                      | افسردگی                    | بهزیستی روان‌شناختی       |
|-----------|---------|----------------------------|----------------------------|---------------------------|
| سبک زندگی | روستایی | $r = 0.295$<br>$p = 0.001$ | $r = -0.24$<br>$p = 0.001$ | $r = 0.71$<br>$p < 0.001$ |
|           | شهری    | $r = 0.123$<br>$p = 0.077$ | $r = 0.009$<br>$p = 0.9$   | $r = 0.37$<br>$p < 0.001$ |

وجود نداشت ( $p = 0.9$  و  $r = 0.009$ ). اما سبک زندگی ارتقادهنده سلامت با بهزیستی روان‌شناختی ارتباط معنی‌دار مثبتی را نشان داد ( $p < 0.001$  و  $r = 0.37$ ) (جدول ۵).

### بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و وضعیت روان‌شناختی سالمندان ساکن شهرستان تبریز در سال ۱۴۰۰ انجام شد. بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه، بین سبک زندگی و ابعاد مختلف آن از جمله مسئولیت‌پذیری، فعالیت بدنی، تغذیه، رشد معنوی و روابط بین‌فردی در سالمندان با توانایی شناختی ارتباط مثبت و معناداری وجود داشت. به عبارت دیگر، با افزایش مسئولیت‌پذیری، بهبود تغذیه، رشد معنوی و روابط بین‌فردی، توانایی شناختی افراد سالمند نیز بهبود پیدا می‌کرد. نتایج مطالعات مختلف نشان داد مسئولیت‌پذیری و الگوهای غذایی سالم در زنان سالمند بازنشسته (الگوی غذایی که با مقادیر زیاد مصرف مرغ و ماهی، سبزیجات، میوه‌ها، لبنیات کم‌چرب، مغزها، گروه زیتون و حبوبات) تعیین‌کننده کاهش خطر ابتلا به اختلال خفیف شناختی است [۲۳، ۲۴].

نتایج مطالعات مختلف که به بررسی نقش تعاملی سطوح فعالیت جسمانی و شاخص توده بدنی بر عملکرد شناختی افراد سالمند پرداخته بودند، نشان داد انتخاب سبک زندگی فعال برای جلوگیری از افزایش شاخص توده بدنی و چاقی به‌منظور ارتقای

ضریب همبستگی سبک زندگی ارتقادهنده سلامت با افسردگی به‌طور معناداری منفی گزارش شده است. به عبارت دیگر، تغییرات دو متغیر در جهت عکس یکدیگر است و با افزایش نمره سبک زندگی، نمره افسردگی نیز کاهش می‌یابد و بالعکس. همچنین ضریب همبستگی اختلال شناختی با بهزیستی روان‌شناختی به‌طور معناداری مثبت گزارش شده است و با افزایش نمره اختلال شناختی، نمره بهزیستی روان‌شناختی نیز افزایش می‌یابد و بالعکس. اما ارتباط خطی میان اختلال شناختی با افسردگی به‌طور معناداری منفی گزارش شده است. به عبارت دیگر، با افزایش نمره اختلال شناختی، نمره افسردگی کاهش می‌یابد و بالعکس. نتایج بیشتر حاکی از آن است که ارتباط خطی میان بهزیستی روان‌شناختی با افسردگی به‌طور معناداری منفی است. به عبارت دیگر، تغییرات دو متغیر در جهت عکس یکدیگر است و با افزایش نمره بهزیستی روان‌شناختی، نمره افسردگی کاهش می‌یابد و بالعکس.

نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی نشان داد سبک زندگی در میان سالمندان روستایی مطالعه‌شده با شناخت ارتباط معنی‌دار و مثبتی داشت ( $p = 0.001$  و  $r = 0.29$ ). میان سبک زندگی و افسردگی ارتباط معنی‌دار و منفی ( $p = 0.001$  و  $r = -0.24$ ) و با بهزیستی روان‌شناختی ارتباط معنی‌دار و مثبتی وجود داشت ( $p = 0.001$  و  $r = 0.71$ ). در میان سالمندان شهری، سبک زندگی با شناخت ارتباط معنی‌دار آماری نداشت ( $p = 0.07$  و  $r = 0.12$ ). میان سبک زندگی و افسردگی ارتباط معنی‌دار آماری

سطوح عملکرد شناختی و بهزیستی روان‌شناختی در سالمندان اهمیت بسیاری دارد [۲۵، ۲۶]. علاوه بر این، مطالعاتی که به بررسی روابط بین فردی و گسترش شبکه‌های اجتماعی سالمندان با افراد دیگر پرداخته بودند، اذعان داشتند روابط افراد سالمند با بهبود عملکرد شناختی افراد و روحیه بالا مرتبط است [۲۷]. با توجه به نتایج مطالعات می‌توان اظهار کرد که رفتارهای مرتبط با سلامتی بر بهبود عملکرد روانی و شناختی سالمندان نقش مؤثر و مثبتی دارد.

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد میانگین اختلال شناختی و بهزیستی روان‌شناختی با توجه به وضعیت تأهل افراد تفاوت معنی‌داری دارد. موحدی و همکاران در تهران و عباسی و همکاران در اصفهان دریافتند نمره سبک زندگی سالمندانی که با همسر خود زندگی می‌کنند، به‌طور معنی‌داری بیشتر از سالمندانی است که بدون همسر زندگی می‌کنند [۲۸، ۲۹]. بنابراین، می‌توان گفت یکی از عوامل اجتماعی تأثیرگذار بر سبک زندگی افراد، حمایت‌ها و ارتباطات اجتماعی است که افراد با آن تعامل دارند؛ به‌طوری‌که نبود این عامل در سالمندان همسر ازدست‌داده یا سالمندانی که تنها زندگی می‌کردند، بر سلامت و سبک زندگی آنها تأثیر سوء می‌گذارد. زندگی با همسر موجب بهبود و ارتقای توانایی شناختی و سبک زندگی می‌شود. لذا پیشنهاد می‌شود سالمندانی که به‌تنهایی زندگی می‌کنند، به عنوان گروه‌های آسیب‌پذیر بررسی شوند و مداخلات لازم ازجمله مداخلات آموزشی به‌منظور ارتقای سبک زندگی و سلامت آنها انجام شود. از سایر مداخلات نیز می‌توان به فراهم کردن شرایط لازم برای ازدواج سالمندان اشاره کرد.

در پژوهش حاضر ارتباط بین میزان تحصیلات با اختلال خفیف شناختی معنادار بود، به‌طوری‌که هرچه تحصیلات کمتر بود، خطر ابتلا به اختلال شناختی بیشتر بود. مطالعات متعددی از یافته‌های مطالعه حاضر در ارتباط با میزان تحصیلات و توانایی شناختی افراد سالمند حمایت می‌کنند [۲۹-۳۱]. این نتیجه ممکن است به

دلیل داشتن سواد خواندن و نوشتن در سالمندان باسواد، توانایی مطالعه کتب مختلف، داشتن مهارت‌های زندگی بهتر و جهان‌بینی بازتر آنان نسبت به زندگی باشد. در مقابل، نتیجه مطالعه Smith و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد بیشتر بودن سطح تحصیلات و استرس با تأثیرات متعدد روانی بر سالمندان منجر به کاهش عملکرد شناختی و ابتلا به زوال عقل می‌شود [۳۲]. با توجه به نتایج متفاوت مطالعات مختلف می‌توان اذعان داشت که سطح تحصیلات بر فعالیت و سطح شناختی افراد تأثیرگذار است.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد نمره سبک زندگی در بین جامعه روستایی بیشتر بوده است. مطالعه Flöel (۲۰۰۸) حاکی از آن بود که نمره سبک زندگی شامل فعالیت جسمانی، عادات غذایی، شاخص توده بدنی، مصرف سیگار و الکل با نمره حافظه بهتر (بعد از تنظیم سن، جنس و فشار خون) همراه بود [۳۳]. در جامعه روستایی احتمالاً سالمندان سبک زندگی سالم‌تری از نظر فعالیت بدنی، عادات غذایی، مصرف سیگار و الکل دارند. به دلیل شرایط زندگی روستاییان، فعالیت بدنی آنان بیشتر است. همچنین آنان از نظر الگوی تغذیه‌ای، مواد غذایی ارگانیک و کاملاً سالم دریافت می‌کنند و میزان مصرف مواد غذایی آماده مانند فست‌فودها در آنها کمتر است. این موضوع منجر به بهبود وضعیت سبک زندگی و بهبود اختلالات شناختی آنان می‌شود. همچنین مصرف دخانیات، الکل و سیگار در جوامع روستایی کمتر است و این موضوع منجر به آسیب‌پذیری کمتر در حافظه و شناخت آنها شده است. در مجموع، با توجه به اینکه در جامعه روستایی سبک زندگی افراد سالم‌تر است، میزان آسیب‌پذیری حافظه و شناخت نیز کمتر است.

براساس نتایج مطالعه حاضر بین سبک زندگی و افسردگی در جامعه روستایی ارتباط معنادار و منفی وجود داشت. بدین معنا که با بهبود سبک زندگی در سالمندان روستایی، میزان افسردگی در آنان نیز کمتر می‌شود. مطالعه صادقی و همکاران نیز حاکی از آن بود که بین کیفیت زندگی و ابعاد جسمانی و

روانی ارتباط معناداری وجود دارد [۳۴]. مطالعه دیگری نیز نشان داد افزایش خطر ابتلا به افسردگی در افراد با سلامت ضعیف‌تر یا افراد مبتلا به بیماری مزمن در هر دو جنس بیشتر است و در بین مردان با فعالیت بدنی کمتر احتمال ابتلا به افسردگی بیشتر است. همچنین در زنان افسردگی با شاخص توده بدنی بیشتر از ۲۵، ساعت خواب بیشتر از ۹ ساعت در طول روز و مصرف سیگار ارتباط داشت. در واقع سبک زندگی نامطلوب از عوامل خطر افسردگی در سالمندان به شمار می‌رود [۳۵].

سبک زندگی و بهزیستی روان‌شناختی در میان سالمندان ارتباط معنادار و مثبتی داشت. به عبارتی دیگر، هرچه افراد سالمند سبک زندگی بهتری داشته باشند، از نظر روان‌شناختی نیز عملکرد بهتری دارند. نتایج حاصل از مطالعات مختلف در تأیید نتایج مطالعه حاضر بود [۳۶، ۳۷]. احمدی و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند بین سبک زندگی و اختلال روان‌شناختی ارتباط معناداری و معکوسی وجود دارد [۳۸]. با توجه به نتایج مطالعات مختلف در ارتباط با سبک زندگی و اختلالات شناختی می‌توان اذعان کرد که سبک زندگی سالمندی عامل مهمی در عملکرد شناختی افراد به حساب می‌آید.

در مطالعه حاضر بین جنسیت با اختلالات روان‌شناختی نیز رابطه معنادار بود. نتایج حاصل از مطالعه موحدی و همکاران در سال ۱۳۹۳ نشان داد بین جنسیت و اختلال شناختی و همچنین سبک زندگی ارتباط معنی‌داری وجود ندارد [۳۹]. در مطالعات بابک و همکاران در ایران و Ueno و همکاران در ژاپن، نمره کلی در مردان به‌طور معنی‌داری بیشتر بود [۳۱، ۴۰]. به نظر می‌رسد مردان مطابق با مسائل فرهنگی جامعه، از روابط اجتماعی بیشتری دارند؛ به همین دلیل توانایی شناختی آن‌ها و سبک زندگی آن‌ها نسبت به زنان بهتر است. با توجه نتایج مطالعات گذشته لازم است به زنان در این جنبه از سبک زندگی توجه بیشتری شود.

مطالعه سهرابی و همکاران نشان داد میان بیشتر خرده‌مقیاس‌های استحکام روانی و بهزیستی روان‌شناختی ارتباط معناداری وجود دارد که نتایج این مطالعه با پژوهش حاضر همسو بود. همچنین در مطالعه سهرابی و همکاران مشخص شد میانگین سنی استحکام روانی و بهزیستی روان‌شناختی سالمندان فعال نسبت به سالمندان غیرفعال بیشتر بوده است و نیز متغیر فعالیت بدنی توانست به‌عنوان عامل میانجی بین استحکام روانی و بهزیستی روان‌شناختی ایفای نقش کند [۴۱]. پورعبدل و همکاران نیز رابطه امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی را با کیفیت زندگی سالمندان بررسی کردند. نتایج مطالعه آنان حاکی از آن بود که میان بهزیستی روان‌شناختی و امید به زندگی با کیفیت زندگی سالمندان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین نتایج حاکی از آن بود که بر اساس بهزیستی روان‌شناختی و امید به زندگی می‌توان ۹۹ درصد از کیفیت زندگی سالمندان را پیش‌بینی کرد [۴۲]. بر اساس نتایج حاصل از پژوهش حاضر، در هر دو جامعه شهری و روستایی سبک زندگی تأثیر بسزایی در بهزیستی روان‌شناختی سالمندان دارد.

با توجه به تأثیر مهم سبک زندگی بر شناخت و حافظه، بهزیستی روان‌شناختی و افسردگی در سالمندان و با توجه به حساس بودن این برهه از زندگی، آموزش به سالمندان هم در جوامع شهری و هم روستایی کاملاً مهم و جدی است. با توجه به اینکه این پژوهش در محیط فرهنگی و جغرافیایی خاصی انجام شد و نمونه‌ها از میان سالمندان دارای پرونده در مراکز بهداشتی انتخاب شدند، تعمیم نتایج پژوهش به کل سالمندان دشوار است. بنابراین، پیشنهاد می‌شود این پژوهش در ابعاد وسیع‌تری انجام شود. امید است با آموزش به سالمندان و اعضای خانواده آن‌ها و همچنین پیاده‌سازی فرهنگ اتخاذ سبک زندگی سالم و توجه بیشتر سیاست‌گذاران عرصه سلامت در برنامه‌ریزی‌های ارتقای ابعاد مختلف زندگی، سبک زندگی سالمندان بهبود یابد.

## تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می کنند که هیچ گونه تضاد منافی در این مطالعه وجود ندارد.

بدین وسیله از تمام مشارکت کنندگان در پژوهش و همچنین حمایت های مادی و معنوی دانشگاه علوم پزشکی تبریز تشکر و قدردانی می شود. این مطالعه نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب در دانشگاه علوم پزشکی تبریز است که کمیته اخلاق این دانشگاه با کد اخلاق IR.TBZMED.REC.1398.221 آن را تأیید

## References

1. Yektamaram S, Gholami Soltanmoradi R. How to interact with people with disabilities. Tehran: Welfare Organization of the Country, Public Relations; 2009.
2. Zibad HA, Foroughan M, Shahboulaghi FM, Rafiey H, Rassouli M. Perception of spiritual health: A qualitative content analysis in Iranian older adults. *Educ Gerontol* 2017; 43(1): 21-32.
3. Mirzaei M, Shams Ghahfarokhi M. Demography of Elder Population in Iran Over the Period 1956 To 2006. *Iran J Ageing* 2007; 2(3): 326-31 (Persian).
4. Mirzaie M, Darabi S. Population aging in Iran and rising health care costs. *Iran J Ageing* 2017; 12(2): 156-69 (Persian).
5. Habibi Sola A, Nikpoor S, Rezaei M, Haghani H. Health Promotion behaviours and level of activities of daily living and instrumental activities of daily living among elderly people in West Region of Tehran: a cross-sectional survey. *Iran J Ageing* 2007; 2(3): 331-9 (Persian).
6. Khoshniat Niko M, Madarshahian F, Hassanabadi M, Heshmat R, Khaleghian N. Comparative study of cognitive status in elderly with and without type 2 diabetes. *IJDM* 2007; 7(1): 71-6 (Persian).
7. Eshaghi R, Farajzadegan Z, Babak A. Healthy lifestyle assessment questionnaire in elderly: translation, reliability and validity. *Payesh* 2010; 9(1): 91-9 (Persian).
8. Taghdisi MH, Doshmangir P, Dehdari T, Doshmangir L. Influencing Factors on Healthy Lifestyle From Viewpoint of Elderly People: Qualitative Study. *Iran J Ageing* 2013; 7(4): 47-58 (Persian).
9. Thirlaway K, Upton D. The psychology of lifestyle: Promoting healthy behaviour. London: Routledge; 2009.
10. Skrzek A, Ignasiak Z, Sławińska T, Domaradzki J, Fugiel J, Sebastjan A, et al. Structural and functional markers of health depending on lifestyle in elderly women from Poland. *Clin Interv Aging* 2015; 10: 781-92.
11. Sheikh S, Akbari Kamrani AA, Karimlo M, Fadayee Vatan R. Comparison between the risky agents correspond to fall in elderly people of urban and rural Regions of Zabol. *Iran J Ageing* 2013; 8(3): 44-52 (Persian).
12. Mainous AG, Kohrs FP. A comparison of health status between rural and urban adults. *J Community Health* 1995; 20(5): 423-31.
13. Ramezankhani A, Mohammadi G, Akrami F, Zeinali M. Knowledge, attitude and practice of the elder residents of Tehran city about healthy lifestyle. *J Health Field* 2013; 1(1): 1-5 (Persian).
14. Hajhashemi Z, Vameghi R, Montazeri A, Sohrabi MR, Akbari-Kamrani A. Comparing quality of life among rural and urban elderly outpatients. *Payesh* 2013; 12(3): 255-62 (Persian).
15. Perna L, Mielck A, Lacruz ME, Emeny RT, Holle R, Breitfelder A, et al. Socioeconomic position, resilience, and health behaviour among elderly people. *Int J Public Health* 2012; 57(2): 341-9.
16. Matlabi M. Factors affecting fish consumption based on structures of health education. *J Health Res* 2012; 8(4): 523-36 (Persian).
17. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The Health-Promoting Lifestyle Profile: development and psychometric characteristics. *Nurs Res* 1987; 36(2): 76-81.

18. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12(3): 189-98.
19. Foroughan M, Jafari Z, Shirin Bayan P, Ghaem Magham Farahani Z, Rahgozar M. Validation of mini-mental state examination (MMSE) in the elderly population of Tehran. *Adv Cogn* 2008;10(2):29-37.
20. Topp CW, Østergaard SD, Søndergaard S, Bech P. The WHO-5 well-being index: a systematic review of the literature. *Psychother Psychosom* 2015; 84(3): 167-76.
21. Dehshiri Gh, Mousavi SF. An investigation into psychometric properties of persian version of world health organization five well-being index. *J Clin Psychol* 2016; 8(2): 67-75 (Persian).
22. Malakouti SK, Pachana NA, Naji B, Kahani S, Saeedkhani M. Reliability, validity and factor structure of the CES-D in Iranian elderly. *Asian J Psychiatr* 2015; 18: 86-90.
23. Bagheri-Dizaj M, Alavi Naeini A, Yekaninejadi MS, Mirzaei K. The relationship between dietary patterns and mild cognitive impairment in retired elderly women in Tehran. *MJMS* 2016; 58(10): 590-602 (Persian).
24. Lim WS, Canevelli M, Cesari M. Editorial: dementia, frailty and aging. *Front Med* 2018; 5: 1-3.
25. Shamsipour Dehkordi P, Mot abadi M. Interactive role of physical activity and body mass indices levels on cognitive function and psychological well-being of the elderly. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2017; 19(2): 60-75 (Persian).
26. Aslan AK, Starr JM, Pattie A, Deary I. Cognitive consequences of overweight and obesity in the ninth decade of life? *Age Ageing* 2015; 44(1): 59-65 (Persian).
27. Rahmani nia F, Mohebi H, Saberian M. The Effect of walking on quality, quantity and some physiological parameters related to sleep in old men. *JSB* 2009; 1(3): 111-26 (Persian).
28. Abbasi M, Daniali S, Hazrati M. Lifestyle of fallen elderly patients referred to Isfahan hospitals. *Iran J Nurs* 2017; 30(107): 20-31 (Persian).
29. Movahedi M, Khamseh F, Ebadi A, Haji Amin Z, Navidian A. Assessment of the lifestyle of the elderly in Tehran. *JHPM* 2016; 5(3): 51-9.
30. Mahmoudi G, Niaz Azeri K, Sanati T. Evaluating lifestyle in the elderly. *JHB* 2013; 1(3): 45-50 (Persian).
31. Babak A, Soheila D, Aghdak P, Pirhaji O. Assessment of healthy lifestyle among elderly in Isfahan. *J Isfahan Med Sch* 2012; 149(29): 1064-74 (Persian).
32. Smith GE. Healthy cognitive aging and dementia prevention. *Am Psychol* 2016; 71(4): 268-75.
33. Flöel A, Witte AV, Lohmann H, Wersching H, Ringelstein EB, Berger K, et al. Lifestyle and memory in the elderly. *Neuroepidemiology* 2008; 31(1): 39-47.
34. Sadeghi M, Bazghaleh M. The relationship between depression and quality of life among elderly of nursing home residents and non-residents in Shahroud City. *Knowledge Health* 2017; 12(1): 8-15.
35. Tanaka H, Sasazawa Y, Suzuki S, Nakazawa M, Koyama H. Health status and lifestyle factors as predictors of depression in middle-aged and elderly Japanese adults: a seven-year follow-up of the Komo-Ise cohort study. *BMC Psychiatry* 2011; 11(1): 1-10.
36. Imtiaz B, Tolppanen AM, Solomon A, Soininen H, Kivipelto M. Estradiol and cognition in the cardiovascular risk factors, aging and dementia (CAIDE) cohort study. *J Alzheimers Dis* 2017; 56(2): 453-8.
37. Lee TH, Choi JH, Shin BC, Shin HE, Son HR. Correlation between dementia and depressive disorder. *Korean J Fam Pract* 2018; 8(2): 327-30.
38. Ahmadi A, Abedi Parija H, Habibi M, Sadeq E, Sadat Maddahi S. The relation between the life meaningfulness and the level of perceived social support among elderly people living in nursing homes in Isfahan. *Iran J Ageing* 2016; 11(1): 118-25 (Persian).
39. Movahed M, Enayat H, Zanjari N. Healthy ageing: a comparative analysis of health promoting lifestyle among elderly males and females in Shiraz. *J Soc Sci* 2015; 12(1): 197-223 (Persian).
40. Ueno M, Ohara S, Inoue M, Tsugane S, Kawaguchi Y. Association between education level and dentition status in Japanese adults: Japan public health center-based oral health study. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012; 40(6): 481-7.
41. Sohrabi M, Abedanzade R, Shetab Boushehri N, Parsaei S, Jahanbakhsh H. The Relationship between psychological well-being and mental toughness among elders: mediator role of physical activity. *Iran J Ageing* 2017; 11(4): 538-49 (Persian).
42. Pourabdol S, Absasi M, Pirani Z, Abbasi M. The relationship between life expectancy and psychological well-being with quality of life in the elderly. *Aging Psychol* 2015; 1(1): 57-65 (Persian).