

## مقایسه سبک زندگی و سلامت روان در سالمندان زن و مرد شهر قزوین

### Comparison of lifestyle and mental health in elderly men and women of Qazvin city

**Soroosh Parhizkar**

Master of General Psychology, Gilan University, Rasht, Iran.

Email: Soroosh2050@gmail.com

**Seyed Alimohammad Mousavi**

Associate Professor, Department of Psychology, Imam Khomeini International University. Qazvin, Iran.

**Sahele Parhizkari**

Bachelor of Psychology, Payam Noor University, Qazvin, Iran.

**Maryam Karimi**

Master of Clinical Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran.

سروش پرهیزکار\*

کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه گیلان، رشت ایران.

سید علی محمد موسوی

دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه بین المللی امام خمینی، قزوین، ایران.

ساحله پرهیزکاری

کارشناسی روانشناسی، دانشگاه پیام نور، قزوین، ایران.

مریم کریمی

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

#### Abstract

The present study was designed with the aim of investigating the difference in general health and lifestyle in elderly men and women. The present study is descriptive in terms of its fundamental purpose and in terms of the method of data collection, and it is causally comparative. The statistical population of the present study included all elderly men and women in Qazvin city in 1402. From this statistical population, 160 people (80 subjects for each group) of elderly men and women 55 years old and above were selected by purposive sampling. Research tools include; General health questionnaire (GHQ 28) by Goldberg and lifestyle questionnaire by Miller and Smith (2001). Data analysis was done using independent t-test and chi-square. The results of the present study showed that there is a significant difference between male and female elderly in terms of comparing general health and lifestyle variables ( $P < 0.05$ ) and male elderly have a higher level of health and lifestyle quality than female elderly.

#### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی تفاوت سلامت روان و سبک زندگی در زنان و مردان سالمند طراحی شد. مطالعه حاضر از لحاظ هدف بنیادی و از لحاظ شیوه گردآوری داده‌ها توصیفی و از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه سالمندان مرد و زن در سال ۱۴۰۲ در شهر قزوین بودند. از این جامعه آماری فوق تعداد ۱۶۰ نفر (تعداد ۸۰ آزمودنی برای هر یک از گروه‌ها) از سالمندان آقا و خانم ۵۵ سال به بالا به صورت نمونه‌گیری هدفمند، انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل؛ پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-۲۸) گلدبرگ و پرسشنامه سبک زندگی میلر و اسمیت (۲۰۰۱) بودند. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون t مستقل و کای اسکواتر انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین سالمندان زن و مرد از لحاظ مقایسه متغیرهای سلامت عمومی و سبک زندگی تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0.05$ ) و سالمندان مرد از سطح بالاتری از سلامت و کیفیت سبک زندگی نسبت به سالمندان زن برخوردار هستند.

**Keywords:** Lifestyle, Mental health, elderly.

واژه‌های کلیدی: سبک زندگی، سلامت روان، سالمندی.

| نوع مقاله: پژوهشی | دریافت: مرداد ۱۴۰۳ | پذیرش: آبان ۱۴۰۳ |
|-------------------|--------------------|------------------|
|-------------------|--------------------|------------------|

## مقدمه

سالمندی در قالب روند زیستی، یکی از دوره‌های حساس زندگی است که در آن ابعاد مختلف زندگی فرد از جمله جسمی، شناختی، هیجانی و روانی دستخوش دگرگونی میشوند (رامراج و لوگراج، ۲۰۲۱). به طور قراردادی، سن شروع سالمندی را از ۶۰ سالگی میدانند و این سن را به عنوان نقطه آغاز پیری پذیرفته‌اند. هرچند ممکن است، پدیده کهنسالی در برخی از افراد خیلی زودتر و در برخی دیگر خیلی دیرتر اتفاق بی‌افتد (سوزوکی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). در سال‌های اخیر، مقوله سالمندی به طور کلی چه از نظر علمی و پژوهشی و چه از دیدگاه نهادهای متولی و سیاست‌گذار، تبدیل به یکی از موضوعات حساس و بحث‌برانگیز شده است (محمدی و همکاران، ۲۰۱۶). آن گونه که سازمان بهداشت جهانی اعلان کرده است، بین سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۵۰، نسبت جمعیت بالای ۶۰ سال جهان نزدیک به ۲ برابر خواهد شد و از ۱۲ به ۲۲ درصد میرسد (سازمان بهداشت جهانی<sup>۲</sup>، ۲۰۲۲).

این دگرگونی‌های جمعیت‌شناختی مهم در گروه سالمندان ایران هم قابل مشاهده است به گونه‌ای که در فاصله سال‌های ۲۰۰۶ تا ۲۰۱۶ نسبت این افراد از ۲۷/۷ درصد به ۶۵/۸ درصد افزایش پیدا کرده و پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۵۰ به ۷/۲۱ درصد برسد (منوچهری و رسولی، ۲۰۱۷). از آنجایی که، بر اساس یافته‌های علمی، بالغ بر ۳۵ درصد مرگ‌ومیر اشخاص با سبک زندگی آن‌ها در ارتباط است، (تیرلاوای<sup>۳</sup> و آپتون<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹). نمیتوان نقش سبک زندگی درست را در سلامت قشر سالمند نادیده گرفت حتی با این فرض که در آخر عمر برای پیشگیری از بروز بیماری‌ها دیر است چرا که پژوهش‌ها نشان می‌دهد سبک زندگی خوب در سالمندی علاوه بر این که باعث جلوگیری از عواقب خطرناک بیماری‌های مزمن میشود، اهمیت والایی نیز در بهبود کیفیت زندگی آنان دارد (بابک و همکاران، ۲۰۱۱). (لی تو<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). سبک زندگی سالم، مجموعه‌ای پیچیده از انتخاب‌ها و فعالیت‌های مرتبط با سلامت از قبیل الگوی فعالیت روزانه، مانند فعالیت فیزیکی، تغذیه، مصرف مواد و الکل، کنترل استرس، سیگار کشیدن و رعایت اصول ایمنی است که به گونه‌ای ثابت و مداوم زندگی افراد را درگیر کرده و با فرهنگ، اجتماع و شرایط محیطی تغییر می‌کند. رفتارهای منتج از انتخاب یا عدم انتخاب این فعالیت‌ها می‌تواند تأثیرات مهمی در حفظ سلامت یا ایجاد بیماری دربر داشته باشد (سون کی<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۵؛ یورال<sup>۷</sup> و بجی<sup>۸</sup>، ۲۰۲۱). تحقیق درباره الگوهای سبک زندگی در بین اشخاص مسن دارای اهمیت ویژه‌ای است، چرا که با بالا رفتن سن، تأثیر عوامل خطر ساز رفتاری، بیش از پیش خود را نشان میدهد و بسیاری از بیماری‌های مزمن در اواخر بزرگسالی ظاهر میشوند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۴). مضاف بر این، طول عمر یا سالم ماندن در این دوره، به وسیله یک سبک زندگی سالم مانند عدم استعمال سیگار، فعالیت بدنی و رژیم غذایی سالم میسر میشود. سبک زندگی افراد مسن میتواند به آنها کمک کند تا به زندگی خود عادت کرده و رضایت از زندگی خود را حفظ کنند (جالینانی و همکاران، ۲۰۱۵).

<sup>1</sup> Suzuki

<sup>2</sup> World Health Organization

<sup>3</sup> Thirlaway

<sup>4</sup> Upton

<sup>5</sup> Lee TW

<sup>6</sup> Son KY

<sup>7</sup> Ural

<sup>8</sup> Beji

موضوع دیگری که در دوره سالمندی اهمیت بالایی پیدا میکند، سلامت روان است. این اصطلاح دلالت بر سلامت هیجانی و روانشناختی دارد، به گونه‌ای که شخص قادر باشد از تفکر و توانایی‌های خود استفاده کند، در جامعه کارکرد داشته باشد و از پس نیازهای عادی زندگی روزمره بر آید (فوسار<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). عوامل متعدد اجتماعی، روانی و بیولوژیکی سطح سلامت روانی شخص را در هر دوره زمانی معین میکنند (لی<sup>۱۰</sup> و لی، ۲۰۱۹). میتوان گفت عوامل مؤثر بر سلامت روانی به طور عمده شامل دو دسته بیرونی و درونی است. عوامل بیرونی در بر گیرنده رفاه اقتصادی، آزادی‌های اجتماعی و مدنی، عدالت اجتماعی و عدم تبعیض جنسیتی، نژادی و قومی، ثبات و امنیت سیاسی-اجتماعی است. در حالی که عوامل درونی شامل شیوه یا سبک زندگی سالم، ژنتیک، خودباوری و شناخت از خود و تقویت اعتماد بنفس میشود (حسینی زارع و همکاران، ۱۳۹۹).

توجه و محبت از سوی اطرافیان سالمندان موجب سلامت روان آنها میشود. تأمین بعد روانی سلامت این قشر به اندازه بعد جسمی آن دارای اهمیت است و تأثیر مهمی بر بهداشت فرد و جامعه میگذارد (حاتمی و همکاران، ۱۴۰۰). سلامت روان سالمندان همچون دیگر اقشار جامعه فقط به معنای عدم وجود بیماری روانی نیست بلکه به این معناست که شخص قادر باشد سازگارانه، شاداب و رو به رشد زندگی کرده و احساس رضایت کند (ازم<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۱).

سبک زندگی سالم در دوره پیری شامل شاخصه‌هایی همچون: انجام فعالیت‌های جسمانی مناسب با وضعیت فیزیکی، تغذیه مناسب و سالم و مشارکت در فعالیت‌ها و گروه‌های اجتماعی میشود. اهمیت مشارکت اجتماعی در این دوران به دلیل نقش آن در ایجاد حس مفید بودن برای فرد سالمند است (بهنداری<sup>۱۲</sup> و پسوان<sup>۱۳</sup>، ۲۰۲۱؛ شیرمحمدی و همکاران، ۲۰۲۰).

با توجه به اهمیت روز افزون شناخت سبک زندگی و سلامت روان در دوره سالمندی؛ مطالعات گوناگونی جهت بررسی این مقوله‌ها انجام شده است. و نتایج آنها نشان داده که عمدتاً، سبک زندگی و سلامت روان رابطه قدرتمندی با همدارند. سبک زندگی سالم از جمله عوامل مؤثر در تأمین سلامت روان افراد محسوب میشود. در همین راستا دونوسو<sup>۱۴</sup> و همکاران در پژوهشی بیان داشتند که افراد دارای سبک زندگی سالم که شامل فعالیت‌های مثبت همچون ورزش کردن، تغذیه سالم و غیره میگردد کمتر از سایر افراد دچار افسردگی میشوند (دونوسو و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین در پژوهش دیگری هرشی<sup>۱۵</sup> و همکاران بیان داشتند پیروی از رفتارهای سبک زندگی سالم و قابل اصلاح ممکن است خطر ابتلا به افسردگی را بدون در نظر گرفتن خطر ژنتیکی زمینه‌ای کاهش دهد. (هرشی و همکاران، ۲۰۲۲). علاوه بر این: کوچ<sup>۱۶</sup> و همکاران ضمن پژوهشی دریافته‌اند که بین شفقت به خود و رفتارهای سبک زندگی سلامت محور در زنان سالمند همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد به گونه‌ای که زنان دارای شفقت به خود تمایل بالاتری را برای انجام دادن رفتارهای سبک زندگی سلامت محور نشان میدادند (کوچ و همکاران، ۲۰۲۱).

نتایج پژوهش هوا<sup>۱۷</sup> و همکاران با موضوع سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت و افسردگی در جمعیت مسن شهری چین نشان داد که ابعاد سبک زندگی مانند رشد معنوی، عادات خوب تغذیه‌ای و فعالیت بدنی مکرر با علائم کمتر افسردگی ارتباط دارد (هوا و همکاران، ۲۰۱۵).

در ایران نیز، محمدی و فرد ابراهیمی در پژوهشی توصیفی با هدف بررسی رابطه سالمندی موفق براساس سبک زندگی، هوش معنوی و خودکارآمدی، سالمندان ساکن در مراکز سالمندی شهر تهران در سال ۱۴۰۰ را مورد مطالعه قرار دادند. آنها به این

<sup>9</sup> Fusar

<sup>10</sup> Lee

<sup>11</sup> Azam

<sup>12</sup> Bhandari

<sup>13</sup> Paswan

<sup>14</sup> donoso

<sup>15</sup> Hershey

<sup>16</sup> Koch

<sup>17</sup> Hua

نتیجه رسیدند که: بین سبک زندگی، خودکارآمدی و هوش معنوی با سالمندی موفق همبستگی معناداری وجود دارد و تولید معنای شخصی هم دارای بالاترین همبستگی با سالمندی موفق است. مضاف بر این نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون چندگانه به روش همزمان نشان داد که ۵۴ درصد از تغییرات سالمندی موفق، میتواند توسط متغیرهای پیشین تبیین شود (محمدی و فرد ابراهیمی، ۱۴۰۱). همچنین، میرزایی مجارشین و همکاران مطالعه‌ای توصیفی و تحلیلی با هدف بررسی سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و وضعیت روانشناختی سالمندان شهرستان تبریز انجام دادند، نتایج نشان داد که سبک زندگی بر شناخت، حافظه، بهزیستی روانشناختی و افسردگی این قشر تأثیر گزار است. از این رو، به کارگیری مداخلات مناسب به منظور بهبود سبک زندگی افراد سالمند ضروری به نظر میرسد. (میرزایی مجارشین و همکاران، ۱۴۰۱).

از یک سو، فاکتورهای سبک زندگی، از قبیل فعالیت بدنی، تغذیه، استرس، خواب و غیره میتواند بر سلامت روان تأثیر بگذارد. و از طرف دیگر، مشکل در هر یک از جنبه‌های سلامت روان همچون سلامت عمومی و جسمانی، اضطراب، افسردگی و اختلال عملکرد اجتماعی ممکن است زندگی فرد را به شدت مختل کند. درک عوامل مرتبط با سبک زندگی و سلامت روان میتواند بهبود استراتژی‌های اجتماعی را برای سالمندان ممکن سازد؛ بنابراین، انجام پژوهش در این زمینه میتواند به بهبود سلامت روانی و سبک زندگی آنها منجر شود.

اگرچه مطالعات مختلفی در ایران وجود دارد که هرکدام به طور مجزا به بررسی مؤلفه‌های سبک زندگی و سلامت روان در سالمندان پرداخته‌اند. طبق تحقیق و بررسی صورت گرفته توسط محقق، مطالعه‌ای یافت نشد که اختصاصاً سبک زندگی و سلامت روان را در میان سالمندان مرد و زن مورد مقایسه قرار داده و تفاوت‌های آنها را بررسی کرده باشد. مضاف بر این، با پیر شدن جمعیت، اهمیت سبک زندگی و سلامت روان سالمندان روز به روز بیشتر میشود و لذا بررسی پیامدهای منفی ناشی از این مقوله‌ها به عنوان یکی از چالشهای نظام سلامت کشور، باید مورد توجه مضاعف قرار گیرد. پرداختن به این موضوع که سالمندان قشر آسیب پذیر جامعه هستند و عدم توجه به آنها صدمات جدی را برایشان ایجاد میکند ضروری به نظر میرسد. به همین علت بررسی وضعیت آنها و ارائه راهکارهایی برای بهبودشان میتواند مفید و مؤثر واقع شود. در نهایت، این مطالعه با هدف مقایسه سبک زندگی و سلامت روان در میان سالمندان مرد و زن انجام شد. امید است که نتایج این پژوهش بتواند اطلاعات موثری جهت آشنایی و درک بهتر مشکلات سالمندان به متخصصان و برنامه ریزان ارائه کند.

## روش

مطالعه حاضر از لحاظ هدف بنیادی و از لحاظ شیوه گردآوری داده‌ها توصیفی و از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه سالمندان مرد و زن در سال ۱۴۰۲ در شهر قزوین بودند. از این جامعه آماری فوق تعداد ۱۶۰ نفر (تعداد ۸۰ آزمودنی برای هر یک از گروه‌ها) از سالمندان آقا و خانم ۵۵ سال به بالا به صورت نمونه‌گیری هدفمند، انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: سالمند بودن و داشتن توانایی تعامل بود. و وجود اختلالهای عصبی شناختی از قبیل آلزایمر، داشتن بیماری‌های تأثیرگذار بر سلامت روان و سبک زندگی مثل دیابت و بیماریهای قلبی عروقی شدید و عدم تمایل به همکاری هم از ملاک‌های خروج از تحقیق محسوب می‌شد. ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه عبارتند از:

### پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-۲۸)

این پرسشنامه توسط گلدبرگ و برای سنجش وضعیت سلامت روانی ساخته شده و هدف آن غربالگری در سطح مراقبت‌های اولیه است و ۲۸ ماده و ۴ زیر مقیاس ۷ سؤال (علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکردهای اجتماعی و افسردگی) دارد.

پاسخ آزمودنی به هریک از پرسش‌ها در یک طیف لیکرتی چهاردرجه‌ای به صورت خیلی کمتر از همیشه (نمره صفر)، کمتر از همیشه (نمره ۱)، مثل همیشه (نمره ۲) و بیشتر از همیشه (نمره ۳)، مشخص می‌شود. در همه سؤالات، هرچه نمره کسب‌شده کمتر باشد، سالمند سلامت روان بهتری دارد و نمره بالا نشانه آن است که سلامت روان سالمند پایین است. برای نمره‌گذاری این پرسش‌نامه دو شیوه نمره‌گذاری سنتی و لیکرت وجود دارد که در این مطالعه از نمره‌گذاری لیکرت استفاده شد. در این روش، نمره کل از جمع نمرات مربوط به سؤالات محاسبه می‌شود و نمره صفر تا ۲۳ گروه سالم و بیش از ۲۳ گروه ناسالم را تشکیل می‌دهد. در مطالعه نگهبان و همکاران (۱۳۹۴) که روی سالمندان شهر تهران صورت گرفت، پایایی این پرسش‌نامه ۸۴/۰ گزارش شد (نگهبان و همکاران، ۲۰۱۵).

### پرسشنامه سبک زندگی

این پرسشنامه توسط میلر و اسمیت در سال ۲۰۰۱ طراحی شد و دارای بیست سوال است که از روی پرسشنامه‌ی اصلی به فارسی و سپس به انگلیسی برگردانده شده است (در هر نوبت به وسیله ۳ نفر). نمره گذاری آن براساس طیف لیکرت است. هر پرسش دارای پنج پاسخ (همیشه = ۱، اغلب = ۲، گاهی اوقات = ۳، به ندرت = ۴ و هرگز = ۵) می‌باشد. نمره‌های بالاتر نشان دهنده سبک زندگی ناخوشایند و ناسالم است. همچنین خط برش های ۲۰ تا ۴۵ گروه اول که سبک زندگی پایین (سالم) را تشکیل می‌دهند. نمره ۴۶ تا ۷۵ سبک زندگی متوسط و ۷۶ تا ۱۰۰ گروه سوم که ناسالم ترین سبک زندگی را دارند تشکیل می‌دهد. روایی پرسشنامه یاد شده پس از ترجمه به روش باز ترجمه به وسیله اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تایید شده (فاضل و همکاران، ۱۳۹۰). و پایایی آن در یک مطالعه پایلوت در مورد ۲۰ بیمار مبتلا به بیماری ریه ۰/۸۶ و آلفای کرونباخ تک تک پرسش‌ها بالاتر از ۰/۵ بدست آمد. در این پژوهش به منظور بدست آوردن پایایی، پرسشنامه سبک زندگی در مورد ۳۰ نفر از پرستاران با فاصله‌ی دو هفته اجرا شد و پایایی آن ۰/۸۵ بدست آمد (روح افزا و همکاران، ۱۳۸۴). بعد از تکمیل و جمع‌آوری پرسشنامه‌ها و وارد کردن نمره‌های مربوطه، داده‌های به دست آمده با روش‌های آماری توصیفی مانند میانگین و انحراف استاندارد، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در ادامه، آزمون T مستقل و کای اسکور به منظور مقایسه سبک زندگی و سلامت روان در دو گروه زنان و مردان سالمند اجرا گردید. برای تحلیل نتایج و محاسبه مقادیر احتمال هم از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد.

### یافته ها

در این تحقیق از مجموع ۱۶۰ نفر سالمند شرکت کننده تعداد ۸۰ نفر آقا و ۸۰ نفر خانم بودند. میانگین نمرات این افراد در مقیاس سلامت عمومی ۲۲.۱۱ بود. همچنین میانگین نمره سبک زندگی برابر با ۵۲.۱۸ بود. سایر اطلاعات از شاخص‌های جمعیتی و پراکندگی متغیرهای اصلی و خرده مقیاس‌های در جدول یک قابل مشاهده است.

جدول ۱. اطلاعات توصیفی از متغیرهای مورد مطالعه

| کشیدگی | چولگی          |       | انحراف معیار | میانگین | حداکثر | حداقل |   |                  |
|--------|----------------|-------|--------------|---------|--------|-------|---|------------------|
|        | خطای استاندارد | آماره |              |         |        |       |   |                  |
| ۳۸۱ .  | ۱۰۳ .          | ۱۹۲ . | ۶۶۲ .        | ۱۱.۹۵۹  | ۲۲.۱۱  | ۶۱    | ۳ | سلامت عمومی (کل) |
| ۵۳۲ .  | ۱۵۵ .-         | ۲۶۹ . | ۳۱۶ .        | ۱۱.۵۹۱  | ۲۴.۷۸  | ۵۸    | ۳ | زنان             |
| ۵۳۲ .  | ۲۴۰ .۱         | ۲۶۹ . | ۱۳۱ .۱       | ۱۱.۷۹۲  | ۱۹.۴۴  | ۶۱    | ۴ | مردان            |

|       |        |       |        |       |       |    |    |                     |
|-------|--------|-------|--------|-------|-------|----|----|---------------------|
| ۳۸۱ . | ۴۴۸ .- | ۱۹۲ . | ۳۸۹ .  | ۴۰۵۱  | ۶۰۳۲  | ۱۹ | ۰  | علائم جسمانی (کل)   |
| ۵۳۲ . | ۴۱۲ .- | ۲۶۹ . | ۱۶۵ .  | ۴۰۵۰  | ۷۰۵۳  | ۱۹ | ۰  | زنان                |
| ۵۳۲ . | ۱۳۳ .- | ۲۶۹ . | ۶۲۵ .  | ۳۰۶۹۷ | ۵۰۱۱  | ۱۶ | ۰  | مردان               |
| ۳۸۱ . | ۱۵۹ .- | ۱۹۲ . | ۶۴۹ .  | ۳۰۷۰۲ | ۵۰۵۸  | ۱۷ | ۰  | اضطراب (کل)         |
| ۵۳۲ . | ۲۴۹ .  | ۲۶۹ . | ۵۹۹ .  | ۳۰۵۷۲ | ۶۰۵۴  | ۱۷ | ۰  | زنان                |
| ۵۳۲ . | ۲۱۱ .- | ۲۶۹ . | ۸۶۵ .  | ۳۰۶۰۲ | ۴۰۶۳  | ۱۴ | ۰  | مردان               |
| ۳۸۱ . | ۲۴۳ .  | ۱۹۲ . | ۳۰۰ .  | ۳۰۳۸۷ | ۷۰۳۴  | ۱۹ | ۰  | عملکرد اجتماعی (کل) |
| ۵۳۲ . | ۱۴۸ .- | ۲۶۹ . | ۰۱۶ .- | ۳۰۲۳۳ | ۷۰۸۳  | ۱۷ | ۱  | زنان                |
| ۵۳۲ . | ۹۷۸ .  | ۲۶۹ . | ۶۳۴ .  | ۳۰۴۸۶ | ۶۰۸۵  | ۱۹ | ۰  | مردان               |
| ۳۸۱ . | ۷۲۴ .۲ | ۱۹۲ . | ۶۶۱ .۱ | ۳۰۶۵۰ | ۲۰۸۷  | ۱۸ | ۰  | افسردگی (کل)        |
| ۵۳۲ . | ۵۹۰ .  | ۲۶۹ . | ۱۲۵ .۱ | ۳۰۲۹۹ | ۲۰۸۹  | ۱۳ | ۰  | زنان                |
| ۵۳۲ . | ۶۳۶ .۳ | ۲۶۹ . | ۹۵۹ .۱ | ۳۰۹۹۱ | ۲۰۸۵  | ۱۸ | ۰  | مردان               |
| ۳۸۱ . | ۷۷۵ .  | ۱۹۲ . | ۵۸۵ .  | ۶۰۳۵۶ | ۵۲۰۱۸ | ۷۰ | ۳۷ | سبک زندگی (کل)      |
| ۵۳۲ . | ۹۹۲ .  | ۲۶۹ . | ۷۱۲ .  | ۶۰۲۶۰ | ۵۳۰۶۸ | ۷۰ | ۳۷ | زنان                |
| ۵۳۲ . | ۶۵۲ .  | ۲۶۹ . | ۵۳۸ .  | ۶۰۱۲۹ | ۵۰۰۶۸ | ۶۹ | ۳۸ | مردان               |

در حوزه سلامت عمومی شرکت کنندگان با استفاده از خطر برش یعقوبی (۲۰۰۸) به دو دسته سالم و ناسالم تقسیم می‌شوند. همچنین در قسمت سبک زندگی نیز با خط برش غلامعلی شاهی و همکاران (۲۰۲۲) شرکت کنندگان به سه دسته سبک زندگی خوب، متوسط و ضعیف تقسیم شدند. درصد فراوانی تعلق به هر دسته در نمودار ۱ درج شده است.



نمودار ۱. درصد فراوانی تعلق به گروه‌های مختلف در سلامت عمومی و سبک زندگی

از مجموع شرکت کنندگان ۵۸.۱ درصد آنها از سلامت عمومی در حد خوبی برخوردار بودند و در مقابل ۴۱.۹ درصد نمره بالاتر از خط برش را کسب کردند بدین معنا که از وضعیت سلامت عمومی مناسبی برخوردار نیستند. همچنین در مقیاس سبک زندگی ۱۳.۱ درصد از شرکت کنندگان از سبک زندگی مناسب و سالمی برخوردار هستند و اکثریت شرکت کنندگان برابر با ۸۶.۹ درصد آنها از شیوه زندگی متوسطی دارند. هیچ یک از شرکت کنندگان این مطالعه دارای سبک زندگی نامناسب که برابر با کسب نمره ۷۵ به بالا بود، نبودند.

جدول ۲. مقایسه میانگین‌های کلیه متغیرها در دو گروه زنان و مردان

| سطح معناداری | درجه آزادی | آماره $t$ | همگنی واریانس‌ها |          | متغیر            |
|--------------|------------|-----------|------------------|----------|------------------|
|              |            |           | سطح معناداری     | $F$ لوین |                  |
| ۰۰۰ .        | ۱۵۸        | ۳.۹۳۵-    | ۴۳۶ .            | ۶۰۹ .    | علائم جسمانی     |
| ۰۰۰ .        | ۱۵۸        | ۳.۹۳۵-    | ۵۰۱ .            | ۴۵۵ .    | اضطراب           |
| ۰۶۹ .        | ۱۵۸        | ۱.۸۳۴-    | ۹۲۶ .            | ۰۰۹ .    | عملکرد اجتماعی   |
| ۹۴۸ .        | ۱۵۸        | ۰۶۵.-     | ۷۵۶ .            | ۰۹۷ .    | افسردگی          |
| ۰۰۴ .        | ۱۵۸        | ۲.۸۸۷-    | ۹۲۳ .            | ۰۰۹ .    | سلامت عمومی (کل) |
| ۰۰۳ .        | ۱۵۸        | ۳.۰۶۳-    | ۹۲۸ .            | ۰۰۸ .    | سبک زندگی        |

پس از ارائه نتایج توصیفی به مقایسه نمرات دو گروه زنان و مردان در مولفه‌های اندازه‌گیری شده می‌پردازیم. علائم جسمانی بعنوان اولین خرده مقیاس از سلامت عمومی در دو گروه زنان و مردان تفاوت داشت. بدین معنی که زنان بطور معنی داری نمره بالاتری در علائم جسمانی کسب کرده‌اند و از این حیث در وضعیت سلامت نامناسب تری قرار دارند. اضطراب نیز تفاوت معنی داری دارد و زنان در این مقیاس نیز نمره بیشتری کسب کرده‌اند. عملکرد اجتماعی اما در دو گروه تفاوت معنی داری وجود ندارد. نمره مقیاس افسردگی این دو گروه نیز تفاوتی ندارد. بطور کلی سلامت عمومی مردان بهتر از زنان می‌باشد و این تفاوت در میانگین‌ها معنی دار است. قسمت آخر در سبک زندگی نیز تفاوت معنی داری وجود دارد. در این جا نیز زنان نمره بیشتری کسب کرده‌اند که حاکی از سبک زندگی پرخطرتری نسبت به گروه مردان می‌باشد.

جدول ۳. مقایسه گروه زنان و مردان در تعلق دسته جات سلامت عمومی و سبک زندگی

| سطح معناداری | درجه آزادی | ارزش  |                   |
|--------------|------------|-------|-------------------|
| ۰۱۶ .        | ۱          | ۵.۷۷۸ | جنسیت*سلامت عمومی |
| ۰۰۲ .        | ۱          | ۹.۲۶۳ | جنسیت*سبک زندگی   |

پس از انجام آزمون تی مستقل، از آزمون همگونی کای اسکوئر جهت بررسی تفاوت زنان و مردان در گروه‌بندی‌های سلامت عمومی (سالم و ناسالم) و سبک زندگی (مناسب، متوسط، نامناسب) استفاده کردیم. تفاوت در این آزمون معنی دار بود.

جدول ۴. آزمون همبستگی پیرسون بین تمامی متغیرهای مورد سنجش

| مولفه        | علائم جسمانی           | اضطراب | عملکرد اجتماعی | افسردگی | سلامت عمومی | سبک زندگی |
|--------------|------------------------|--------|----------------|---------|-------------|-----------|
| علائم جسمانی | ۱                      |        |                |         |             |           |
| اضطراب       | $r=۰.۶۴۹$<br>$p=۰.۰۰۰$ | ۱      |                |         |             |           |

|   |                        |                        |                        |                        |                        |                   |
|---|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|-------------------|
|   |                        |                        | ۱                      | $r=۴۰۸$ .<br>$p=۰۰۰$ . | $r=۵۳۰$ .<br>$p=۰۰۰$ . | عملکرد<br>اجتماعی |
|   |                        |                        | ۱                      | $r=۵۱۱$ .<br>$p=۰۰۰$ . | $r=۵۶۸$ .<br>$p=۰۰۰$ . | افسردگی           |
|   | ۱                      | $r=۸۰۸$ .<br>$p=۰۰۰$ . | $r=۷۴۵$ .<br>$p=۰۰۰$ . | $r=۸۱۸$ .<br>$p=۰۰۰$ . | $r=۸۵۴$ .<br>$p=۰۰۰$ . | سلامت عمومی       |
| ۱ | $r=۲۰۶$ .<br>$p=۰۰۹$ . | $r=۱۱۳$ .<br>$p=۱۵۴$ . | $r=۳۱۸$ .<br>$p=۰۰۰$ . | $r=۰۹۶$ .<br>$p=۲۲۶$ . | $r=۱۵۲$ .<br>$p=۰۵۵$ . | سبک زندگی         |

همبستگی پیرسون در جدول ۴ نمایش داده شده است. همبستگی در تمامی متغیرها بجز همبستگی سبک زندگی با اضطراب و نیز سبک زندگی با افسردگی معنی دار بود.

### بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی تفاوت سلامت عمومی و سبک زندگی در زنان و مردان سالمند طراحی شد. بدین منظور از هر گروه ۸۰ نفر و در مجموع ۱۶۰ نفر سالمند از شهر قزوین بصورت هدفمند انتخاب شدند. پرسشنامه‌های سلامت عمومی (GHQ) و سبک زندگی میلر و اسمیت به تمامی افراد نمونه توزیع شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که ۵۸٪ ۱ درصد از شرکت کنندگان از سلامت عمومی مناسبی برخوردار هستند و در مقابل ۴۱٪ ۹ درصد از وضعیت سلامت عمومی خوبی برخوردار نیستند. همچنین در قسمت سبک زندگی ۱۳٪ ۱ درصد از شرکت کنندگان از سبک زندگی مناسبی (نمره بین ۲۰-۴۵) برخوردار هستند و در مقابل ۸۶٪ ۹ درصد نمره متوسطی در سبک زندگی کسب کردند (نمره بین ۴۶-۷۵) و هیچ یک از شرکت کنندگان سالمند نمره بالاتر از ۷۵ که مربوط به سبک زندگی ناسالم بود کسب نکردند. در قسمت مقایسه نیز گروه مردان در هم در سلامت عمومی و نیز سبک زندگی میانگین بهتری از زنان بدست آوردند. تنها در دو خرده مقیاس افسردگی و عملکرد اجتماعی زنان و مردان سالمند تفاوتی نداشتند و در سبک زندگی و دیگر خرده مقیاس‌های سلامت عمومی گروه مردان میانگین نمره کمتری کسب کردند که حاکی از سطح بهتر و مناسب‌تر در آن خصیصه بود. این نتیجه با تحقیق هرشی (۲۰۲۲) سازگار بود زیرا در این تحقیق نیز سبک زندگی با سلامت بالاتر و نشانه‌های افسردگی مرتبط بود. همچنین در تحقیق میرزایی مجارشین (۱۴۰۰) رابطه سبک زندگی و وضعیت سلامت روان شناختی سالمندان مورد پژوهش قرار گرفت. ۴۲۲ سالمند از شهر تبریز بعنوان نمونه در نظر گرفته شدند و نتایج نشان داد که سبک زندگی در بهزیستی روانشناختی و بسیاری از مولفه‌های سلامت موثر می‌باشد.

نتایج همچنین نشان می‌دهد پ مردان از سطح بالاتری از سلامت و کیفیت سبک زندگی نسبت به زنان برخوردار هستند. برای تبیین این نتایج می‌توان به بررسی عوامل بیولوژیکی، اجتماعی، روانشناختی و مرتبط با خدمات بهداشتی پرداخت. تفاوت‌های بیولوژیکی بین زنان و مردان یکی از عوامل اساسی در درک تفاوت‌های مشاهده‌شده در نتایج سلامت و سبک زندگی است. فرآیند پیری به‌طور متفاوتی در زنان و مردان بروز می‌کند و بر سلامت عمومی آن‌ها در سنین بالاتر تأثیر می‌گذارد. برای مثال، زنان معمولاً طول عمر بیشتری دارند، اما این طول عمر با شیوع بالاتر بیماری‌های مزمن مانند پوکی استخوان و آرتروز روماتوئید همراه است که به دلیل تغییرات هورمونی مانند کاهش استروژن در دوران یائسگی بیشتر در زنان دیده می‌شود (زاگاروسک، ۲۰۱۲). این بیماری‌ها به شدت بر تحرک و کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد. مردان از سوی دیگر، بیشتر در معرض خطر بیماری‌های قلبی عروقی و سرطان‌هایی مانند سرطان پروستات قرار دارند که ممکن است به عادت‌های سبک زندگی مانند رژیم غذایی و الگوهای فعالیت جسمانی در طول زندگی مرتبط باشد (کلایتون و تانام، ۲۰۱۶).



این تفاوت‌ها در شرایط سلامتی می‌تواند توضیحی برای اختلاف در امتیازهای سلامت عمومی بین زنان و مردان در این مطالعه باشد. چالش‌های سلامتی که زنان در دوران سالمندی با آن مواجه می‌شوند، اغلب مزمن هستند و نیاز به مدیریت طولانی‌مدت دارند که می‌تواند منجر به کاهش کیفیت گزارش شده سلامت در مقایسه با مردانی شود که ممکن است با بیماری‌های حاد اما خطرناک مواجه شوند. در نتیجه، مردان ممکن است پیش از تجربه کاهش شدید سلامتی ناشی از بیماری‌هایی مانند بیماری‌های قلبی، سلامت کلی بهتری را گزارش کنند.

عوامل اجتماعی و فرهنگی به شدت در شکل‌دهی به انتخاب‌های سبک زندگی نقش دارند که در نهایت بر نتایج سلامتی تأثیر می‌گذارند. مردان به طور تاریخی بیشتر در مشاغل فیزیکی و فعالیت‌های بدنی دخیل بوده‌اند که این موضوع می‌تواند به بهبود سلامت جسمانی آن‌ها در طول زمان کمک کرده باشد. بسیاری از مردان سالمند امروز ممکن است در محیط‌های کاری فیزیکی مانند کشاورزی یا صنایع تولیدی فعالیت کرده باشند که علی‌رغم خطرات آن، موجب حفظ سطحی از آمادگی جسمانی شده است که به سلامت در دوران پیری کمک می‌کند. در مقابل، زنان به ویژه در نسل‌های قبل، معمولاً مسئولیت‌های مراقبتی و خانگی را برعهده داشتند که اگرچه مهم بود، ممکن است به همان اندازه سلامت جسمانی را ترویج نکرده باشد. (شاماگر و هیل، ۱۹۹۱).

این تفاوت‌ها در سبک زندگی می‌تواند به توضیح تفاوت در نتایج سلامتی بین زنان و مردان کمک کند. نقش‌های اجتماعی زنان، به‌ویژه نقش‌های مراقبتی، اغلب منجر به فشارهای جسمی و روانی می‌شود که می‌تواند بر سلامت آن‌ها تأثیر منفی بگذارد. عوامل روان‌شناختی، از جمله نحوه مقابله با استرس، نیز می‌توانند تفاوت‌های موجود در نتایج سلامتی را توضیح دهند. مطالعات نشان می‌دهد که زنان و مردان ممکن است استرس را به شیوه‌های متفاوتی تجربه و مدیریت کنند. مردان ممکن است تمایل بیشتری به بروز استرس از طریق رفتارهای بیرونی مانند پرخاشگری یا ریسک‌پذیری داشته باشند، در حالی که زنان بیشتر استرس را درونی می‌کنند که می‌تواند منجر به شرایطی مانند اضطراب یا افسردگی شود. این تفاوت‌ها در نحوه پاسخ به استرس، پیامدهای مستقیمی برای سلامت جسمانی و روانی دارد (پینکار و سورنسن، ۲۰۰۶).

شبکه‌های حمایتی اجتماعی نیز بین زنان و مردان تفاوت دارد و این تفاوت‌ها در نتایج سلامتی آن‌ها نقش دارند. زنان به‌طور معمول شبکه‌های اجتماعی گسترده‌تری دارند و از حمایت‌های احساسی بیشتری از سوی خانواده و دوستان برخوردارند که می‌تواند به مقابله با برخی از تأثیرات جسمی پیری کمک کند. مردان، در مقابل، معمولاً به حمایت‌های همسری متکی هستند و در صورت از دست دادن همسر، افت‌های قابل توجهی در سلامت و رفاه خود تجربه می‌کنند (آدیس و ماهالیک، ۲۰۰۳). تغییرات هورمونی مرتبط با پیری نیز یکی از دلایل اصلی تفاوت‌های جنسیتی در نتایج سلامتی است. در زنان، یائسگی تغییرات فیزیولوژیکی قابل توجهی را به همراه دارد که نه تنها بر سلامت باروری، بلکه بر سلامت عمومی جسمانی نیز تأثیر می‌گذارد. کاهش سطح استروژن پس از یائسگی به شدت با افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی، پوکی استخوان و سندرم متابولیک مرتبط است. این مسائل بهداشتی به‌طور مستقیم به کاهش کیفیت گزارش شده سلامت و کاهش توانایی‌های جسمانی منجر می‌شوند (کاگناسی و وینیر، ۲۰۱۹).

ارتباط مشاهده‌شده بین سلامت عمومی و سبک زندگی در میان مردان و زنان سالمند، تحت تأثیر عوامل پیچیده‌ای مانند تفاوت‌های بیولوژیکی، نقش‌های اجتماعی، مکانیزم‌های روان‌شناختی و دسترسی به خدمات بهداشتی قرار دارد. سلامت بهتر و کیفیت زندگی بالاتر مردان را می‌توان با درگیری بیشتر آن‌ها در فعالیت‌های فیزیکی، رفتارهای اجتماعی و بهداشتی متفاوت و فرآیندهای بیولوژیکی مرتبط با پیری توضیح داد. در مقابل، زنان با وجود طول عمر بیشتر، با چالش‌های منحصربه‌فردی مانند بیماری‌های مزمن و نقش‌های مراقبتی مواجه هستند که می‌تواند از سلامت و رفاه کلی آن‌ها بکاهد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به حجم نمونه اشاره کرد. علاوه بر این جامعه مورد مطالعه ما سالمندان شهر قزوین بودند. می‌توان در آینده موضوعات مورد بحث را در سالمندان سایر نقاط نیز مورد بررسی قرار داد. همچنین محدودیت دیگر

استفاده از ابزار خودگزارشی بود. سلامت عمومی و نشانه های سلامت روان بسیار می تواند تحت تاثیر خودپنداره فرد قرار داشته باشد. همچنین گروه زنان و مردان در این مطالعه همتا نشده بودند. در تحقیقات آتی می توان سالمندان را از نظر رده سنی، میزان تحصیلات و سطح اجتماعی همتاسازی کرد تا نتایج دقیق تری بدست آید.

## منابع

- [۱] حاتمی، ن.، احمدی، ف.، و حیدر نتاج، و. (۱۴۰۰). تعیین معیارهای مؤثر بر ارتقا سلامت روانی سالمندان از دیدگاه بیوفیلیک (مطالعه موردی: منطقه یک شهر تهران). مطالعات ساختار و کارکرد شهری، ۲۸، ۲۷۴-۲۴۶.
- [۲] حسینی زارع، م.، تاجور، م.، عبدی، ک.، اصفهانی، پ.، گراوند، ب.، و پوررضا، ا. (۱۳۹۹). گذران اوقات فراغت و ارتباط آن با سلامت روانی سالمندان شهر تهران در سال ۱۳۹۷. ۱۵۳-۱۶۹، ۵۹، سالمند
- [۳] روح افزا، حمیدرضا. اکوچکیان، شهلا. صادقی، معصومه، فرد موسوی، انیس. خیرآبادی، غلامرضا. قاسمی تهرانی، هتاو (۱۳۸۴) بررسی ارتباط سبک زندگی و بیماری انسدادی مزمن ریه
- [۴] فاضل، امین الله. حق شناس، حسن. کشاورز، زهرا (۱۳۹۰). قدرت پیش بینی ویژگی های شخصیتی و سبک زندگی بر رضایت مندی زوجی زنان پرستار شهر شیراز
- [۵] محمدی، ن. و فرد ابراهیمی، ف. (۱۴۰۱). سالمندی موفق: نقش سبک زندگی، هوش معنوی و خودکارآمدی. مجله روانشناسی پیری ۳۶۱-۳۷۳، ۴(۸)
- [۶] میرزایی مجارشین، و. رضانی ط. سعادت طلب، ف. رضاپور، و. هرزند جدیدی، س. و پایی، ش. (۱۴۰۱). بررسی سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و وضعیت روانشناختی سالمندان ساکن شهرستان تبریز در سال ۱۴۰۰. مجله تحقیقات سلامت در جامعه، سال هشتم شماره ۳ (پاییز ۱۴۰۱)، صص ۲۵-۳۸
- [7] Azam, M., Sulistiana, R., Fibriana, A. I., Savitri, S., & Aljunid, S. M. (2021). Prevalence of mental health disorders among elderly diabetics and associated risk factors in Indonesia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19), Article 10301.
- [8] Babak A, Davari S, Aghdak P, Pirhaji O. Assessment of healthy lifestyle among elderly in Isfahan, Iran. *Journal of Isfahan medical school*. 2011; 29(149):1064-74. [Link]
- [9] Bhandari, P., & Paswan, B. (2021). Lifestyle behaviours and mental health outcomes of elderly: Modification of socio-economic and physical health effects. *Ageing International*, 46, 35-69. <https://doi.org/10.1016/j.ijge.2015.04.004>
- [10] Cagnacci, A., & Venier, M. (2019). The controversial history of hormone replacement therapy. *Medicina*, 55(9), 602.
- [11] Clayton, J. A., & Tannenbaum, C. (2016). Reporting sex, gender, or both in clinical research? *JAMA*, 316(18), 1863-1864.
- [12] donoso, F., Cryan, J. F., Olavarria-Ramirez, L., Nolan, Y. M., & Clarke, G. (2023). Inflammation, lifestyle factors, and the microbiome-gut-brain axis: Relevance to depression and antidepressant action. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 113(2), 246-259. <https://doi.org/10.1002/cpt.2581>
- [13] Fusar-Poli, P., de Pablo, G. S., De Micheli, A., Nieman, D. H., Correll, C. U., Kessing, L. V., ... & van Amelsvoort, T. (2020). What is good mental health? A scoping review. *European neuropsychopharmacology*, 31, 33-46. Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help-seeking. *American Psychologist*, 58(1), 5.
- [14] Fusar-Poli, P., de Pablo, G. S., De Micheli, A., Nieman, D. H., Correll, C. U., Kessing, L. V.,
- [15] Gholamalishahi, S., Mannocci, A., Ettore, E., La Torre, G., & Okechukwu, C. E. (2022). Lifestyle and Life Expectancy Questionnaire: validation and assessment in an Italian sample. *La Clinica Terapeutica*, 173(2).
- [16] Hershey, M. S., Sanchez-Villegas, A., Sotos\_Prieto, M., Fernandez-Montero, A., Pano, O., Lahortiga-Ramos, F., & Ruiz-Canela, M. (2022). The Mediterranean lifestyle and the risk of depression in middle\_aged adults. *The Journal of Nutrition*, 152(1), 227-234.

- [17] Hua, C Ni, P Shao, GR Wallen, B Wang, Y Hua. depression and lifestyles promoting-Health. Q;2015. one PloS. Chinese elderly urban in/plosone/org.plos.journals://https). 3 (10;170117998.pone.journal/1371.10=id?article0117998.pone.journal/1371.10/org.doi://https
- [18] Jalyani, R Sadeghi, B Mohebbi, A Tol, S Zanjani. lifestyle healthy of Determinants. [A Moradi, KN .[people elderly among factors related its and .Promotion Health and Education of Journal .107-103): 4(30; 2015.
- [19] Koch JM, Ross JB, Karaffa KM, Rosencrans ACR. (2021). Self\_compassion, healthy lifestyle behaviors, and psychological well-being in women. *Journal of Prevention and Health Promotion*; 2(2): 220-244. doi: 10.1177/26320770211039214
- [20] Lee TW, Ko IS, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2006; 43(3):293-300. [DOI:10.1016/j.ijnurstu.2005.06.009] [PMID]
- [21] Lee, H. J., & Lee, D. K. (2019). Do sociodemographic factors and urban green space affect mental health outcomes among the urban elderly population? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(5), Article 789.
- [22] Manoochery S, Rasouli HR. Iranian population policy and aging: new health concerns. *International Journal of Travel Medicine and Global Health*. 2017; 5(2):70-1. [DOI:10.15171/ijtmgh.2017.14]
- [23] Mohammadi M, Mohammadi Shahboulaghi F, Shati M, Khanke HR. [The validity and reliability of the Persian version of the device to identify older people at risk for re-admission in emergency centers (Persian)]. *Nursing Journal of Vulnerable*. 2016; 3(8):48-58. <http://njv.bpums.ac.ir/article-1-740-en.html>
- [24] Negahban Z, Arab M, Tajvar M, Rahimi FA, Rashidyan A. [Investigating the association between social capital and mental health in the ageing population of Tehran (Persian)]. *Journal of Health Management*. 2015; 6(1):79-89.
- [25] Organization Health World. Health World, 978. Vol. Health Mental of/int.who.apps://https. 2014; Geneva. Organization\_9789241506809/112828/10665/handle/bitstream/irispdf.eng
- [26] Pinquart, M., & Sörensen, S. (2006). Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: An updated meta-analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(1), P33-P45.
- [27] Ramraj B, Logaraj M. (2021). Is home bound a major burden towards health access among the elderly population? A community based cross sectional study in the selected northern districts in Tamilnadu. *Clinical Epidemiology and Global Health*; 9: 132-136. doi: 10.1016/j.cegh.2020.08.002
- [28] Regitz-Zagrosek, V. (2012). Sex and gender differences in health. *Science & Society Series on Sex and Science. EMBO reports*, 13(7), 596-603.
- [29] Shirmohammadi Fard, S., Sanagoo, A., Behnampour, N., Roshandel, G., & Jouybari, L. (2020). Health promotion lifestyle in elderly in Gorgan, Northern Iran (2019). *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*, 22(3), 121-128.[http://goums.ac.ir/journal/article-1-3674-en.html](http://goums.ac.ir/journal/article-1-3674-en.hthttp://goums.ac.ir/journal/article-1-3674-en.html) [Persian]
- [30] Shumaker, S. A., & Hill, D. R. (1991). Gender differences in social support and physical health. *Health psychology*, 10(2), 102.
- [31] Son KY, Park SM, Lee J, Kim CY. Difference in adherence to and influencing factors of a healthy lifestyle between middle-aged and elderly people in Korea: A multilevel analysis. *Geriatrics & Gerontology International*. 2015; 15(6):778-88. [DOI:10.1111/ggi.12335] [PMID]
- [32] Suzuki, K., Dollery, B. E., & Kortt, M. A. (2021). Addressing loneliness and social isolation amongst elderly people through local co-production in Japan. *Social Policy & Administration*, 55(4), 674-686 .
- [33] Thirlaway K, Upton D. *The psychology of lifestyle: Promoting healthy behaviour*. Oxfordshire: Routledge; 2009. [DOI:10.4324/9780203870952]

- [34] Ural A, Beji NK. (2021). The effect of health-promoting lifestyle education program provided to women with gestational diabetes mellitus on maternal and neonatal health: A randomized controlled trial. *Psychology, Health & Medicine*; 26(6): 657-670. doi: 10.1080/13548506.2020.1856390.
- [35] World Health Organization. *Aging and health*. Geneva: World Health Organization; 2022.