

## مقایسه‌ی سبک زندگی ارتقا دهنده‌ی سلامت در سالمندان مبتلا به افسردگی و سالمندان سالم شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷

نرگس معتمدی<sup>۱</sup>، فرناز فیضی<sup>۲</sup>

### مقاله پژوهشی

#### چکیده

**مقدمه:** باتوجه به شیوع بالای افسردگی در سالمندان و همچنین، اهمیت سبک زندگی ارتقا دهنده‌ی سلامت در پیش‌گیری از بیماری‌های دوران سالمندی، پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی سبک زندگی ارتقا دهنده‌ی سلامت در سالمندان مبتلا به افسردگی و سالم طراحی و اجرا شد.

**روش‌ها:** این مطالعه، یک مطالعه‌ی مقطعی بود که در سال ۱۳۹۷ بر روی ۲۰۰ نفر از افراد با سن بالاتر از ۶۰ سال مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهر اصفهان انجام شد. اطلاعات دموگرافیک، سبک زندگی ارتقا دهنده‌ی سلامت (بر اساس پرسش‌نامه‌ی Walker و Hill-Polerecky) و افسردگی (با استفاده از فرم کوتاه Geriatric depression scale یا GDS) در شرکت کنندگان، ارزیابی، ثبت و واکاوی گردید.

**یافته‌ها:** فراوانی افسردگی در ۲۰۰ سالمند بررسی شده، ۵۹/۱ درصد بود و واکاوی اولیه بین وضعیت تأهل، تحصیلات و همه‌ی ابعاد سبک زندگی ارتقا دهنده‌ی سلامت (تغذیه، ورزش، مسؤلیت‌پذیری در مورد سلامت، مدیریت استرس، حمایت بین فردی و خودشکوفایی) و افسردگی ارتباط معنی‌داری دیده شد، اما پس از تعدیل کردن همه‌ی عوامل در واکاوی Regression چند متغیره، ابعاد مدیریت استرس [OR = ۰/۷۶، CI = ۰/۵۸-۰/۹۹] و مسؤلیت‌پذیری (OR = ۰/۷۵، CI = ۰/۶۲-۰/۹۰) رابطه‌ی مستقل و معکوس معنی‌داری با افسردگی در سالمندان داشت.

**نتیجه‌گیری:** از ابعاد سبک زندگی ارتقا دهنده‌ی سلامت، مدیریت استرس و مسؤلیت‌پذیری در مورد سلامت در سالمندان مبتلا به افسردگی ضعیف‌تر از سالمندان سالم است.

**واژگان کلیدی:** سالمندان، افسردگی، سبک زندگی، ارتقا دهنده‌ی سلامت

**ارجاع:** معتمدی نرگس، فیضی فرناز. مقایسه‌ی سبک زندگی ارتقا دهنده‌ی سلامت در سالمندان مبتلا به افسردگی و سالمندان سالم شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۸؛ ۳۷ (۵۴۱): ۱۰۳۹-۱۰۳۳

#### مقدمه

سالخوردگی جمعیت، پدیده‌ای است که جوامع بشری در قرن ۲۱ با آن روبه‌رو می‌شوند. امروزه، حدود ۶۰۰ میلیون نفر از جمعیت جهان را افراد سالمند بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهند که این رقم تا سال ۲۰۲۵ به یک میلیارد و دویست هزار نفر و تا سال ۲۰۵۰ به دو میلیارد نفر خواهد رسید که ۲۱ درصد از کل جمعیت را به خود اختصاص خواهد داد (۱). از این رو، لازم است کشور ما خود را برای مدیریت جمعیت سالمندان آماده سازد (۲).

به طور معمول، جامعه‌ی سالخورده به عنوان جامعه‌ای تعریف می‌شود که افراد کمتر از ۱۵ سال، حدود ۲۵-۲۰ درصد جمعیت یا

کمتر را تشکیل می‌دهند و نسبت افراد سالخورده، ۸ درصد و بیشتر است (۳). بر اساس آخرین سرشماری در سال ۱۳۹۵، جمعیت ایران ۷۹۰۹۲۶۰۲۷۰ نفر بوده است که از این تعداد، ۷۳۸۹۰۲۶۹ نفر افراد بالای ۶۰ سال بوده‌اند. بنابراین، ۹/۲ درصد جمعیت ایران سالمند هستند که در مقایسه با نتایج سرشماری سال ۱۳۹۰، روند افزایشی داشته است. این امر، نشان دهنده‌ی سرعت پیر شدن جمعیت ایران می‌باشد.

این مسأله‌ی مهم، سیستم‌های مراقبتی و بهداشتی و اجتماعی را که هم اکنون تحت فشارهای مادی هستند، نگران ساخته است؛ چرا که سلامت روان، شاخص مهمی در وضعیت سلامت افراد سالمند محسوب می‌شود و اهمیت زیادی در دستیابی به سالمندی

۱- استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشجوی پزشکی، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: فرناز فیضی

Email: l\_farnaz\_l@yahoo.com

برآورد ۷/۵٪، و به کمک داده‌های حاصل از مطالعات مشابه قبلی، ۲۰۰ نفر محاسبه شد (۱۱).

معیارهای ورود افراد به مطالعه، شامل داشتن سن ۶۰ سال و بالاتر، عدم ابتلا به بیماری محدود کننده حرکتی، عدم استفاده از سبک خاصی از زندگی به سبب بیماری و نداشتن اختلال شناختی و همچنین، رضایت افراد جهت شرکت در مطالعه بودند و معیارهای خروج، شامل مخدوش بودن پاسخ‌ها یا عدم پاسخ‌گویی به بیش از ۲۰ درصد سؤالات بودند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌نامه‌ی سبک زندگی ارتقا دهنده‌ی سلامت Walker و Hill-Polerecky در سالمندان بود (۱۲). این پرسش‌نامه، دارای ۵۴ سؤال است و هدف آن، اندازه‌گیری رفتارهای ارتقا دهنده‌ی سلامت می‌باشد. طیف پاسخ‌گویی آن از نوع لیکرت با گزینه‌های هرگز (۱)، برخی اوقات (۲)، اغلب (۳) و همیشه (۴) است. این ابزار، ۱۱ سؤال در حیطه‌ی تغذیه، ۱۳ سؤال در حیطه‌ی ورزش، ۸ سؤال در حیطه‌ی مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت، ۶ سؤال در حیطه‌ی مدیریت استرس، ۸ سؤال در حیطه‌ی حمایت بین فردی و در نهایت، ۸ سؤال در حیطه‌ی خودشکوفایی دارد. برای به دست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد، مجموع امتیازات سؤالات مربوط به آن بعد، با هم جمع شد. برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسش‌نامه، مجموع امتیازات همه‌ی سؤالات با هم جمع شد. کمینه‌ی نمره‌ی این آزمون ۴ و بیشینه‌ی نمره‌ی آن ۲۱۶ است؛ به گونه‌ای که با افزایش نمره، سبک زندگی ارتقا دهنده‌ی سلامت، بهتر خواهد بود.

در پژوهش محمدی زیدی و همکاران، روایی پرسش‌نامه مورد تأیید قرار گرفته است (۱۳). همچنین، پایایی (قابلیت اعتماد) آن با استفاده از روش اندازه‌گیری Cronbach's alpha محاسبه شده و مقدار ۰/۸۰ به دست آمده است. Cronbach's alpha برای بعد تغذیه ۷۹ درصد، برای بعد ورزش ۸۶ درصد، برای بعد مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت ۸۱ درصد، برای بعد مدیریت استرس ۹۱ درصد، برای بعد حمایت بین فردی ۷۹ درصد و برای بعد خودشکوفایی ۸۱ درصد به دست آمده است.

حین تکمیل پرسش‌نامه، اگر فرد با سواد بود، پرسش‌نامه توسط خود او تکمیل شد و در صورتی که فرد بی‌سواد بود، پرسشگر پرسش‌نامه را برای فرد می‌خواند و بر اساس جواب فرد، به سؤالات پاسخ می‌داد. برای سنجش افسردگی افراد، از فرم کوتاه پرسش‌نامه‌ی مقیاس افسردگی سالمندان (Geriatric depression scale یا GDS) استفاده شد. این پرسش‌نامه، دارای ۱۵ سؤال از نوع بله/خیر است که با توجه به نوع سؤال، نمره‌ی ۰ و ۱ داشت. نمره‌ی بالاتر، بیانگر شدت افسردگی بیشتر است.

موفقیت‌آمیز و برخوردار از کیفیت زندگی در بین سالمندان جوامع مختلف دارد (۴). باید توجه داشت که سال‌های اضافی عمر انسان، در نهایت آرامش و سلامت جسمی و روانی سپری گردد و در صورتی که چنین شرایطی تأمین نشود، پیشرفت‌های علمی برای تأمین زندگی طولانی‌تری بی‌نتیجه و مخاطره‌آمیز خواهد بود (۵).

یکی از شایع‌ترین مشکلات روانی در سالمندان، افسردگی است که موجب افت کیفیت زندگی و افزایش مرگ و میر آنان می‌گردد (۶). سالمندان به علت کاهش اعتماد به نفس، نقصان فعالیت و تحرک، از دست دادن دوستان و نزدیکان، کاهش استقلال مادی و جسمانی و ابتلا به بیماری‌های مزمن در معرض افسردگی بیشتری قرار دارند (۲). انتخاب سبک زندگی سالم در این سنین، به دلیل قابلیت آن در پیش‌گیری از بیماری‌ها و بهبود سلامت جسم و روان از اهمیت بالایی برخوردار است (۷). بنابراین، با داشتن سبک زندگی سالم، می‌توان زندگی لذت‌بخش همراه با سلامتی را رقم زد که رسیدن به این هدف، نیازمند برنامه‌ریزی‌های دقیق و منظم می‌باشد (۸).

سبک زندگی سالم، شامل کلیه‌ی رفتارهایی است که سبب پیش‌گیری از بیماری و صدمه، حفظ سلامتی و ارتقای آن و نیز پیش‌گیری از حوادث می‌شود؛ از این جمله می‌توان به رژیم غذایی مناسب، ورزش، کنترل تنش، فعالیت‌های اجتماعی، اوقات فراغت، فعالیت‌های روزمره‌ی زندگی، خودداری از رفتارهای پرخطر مانند مصرف دخانیات، الکل، سوء مصرف دارو و رفتارهای جنسی ناسالم اشاره کرد (۹). مطالعات نشان داده است که افراد دارای سبک زندگی سالم، کمتر تجربه‌ی بیماری و ناتوانی را خواهند داشت (۱۰). بنابراین، با توجه به شیوع بالای افسردگی در سالمندان و همچنین، اهمیت سبک زندگی ارتقا دهنده‌ی سلامت در پیش‌گیری از بیماری‌های دوران سالمندی، مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین ارتباط سبک زندگی ارتقا دهنده‌ی سلامت با افسردگی طراحی و اجرا شد.

## روش‌ها

پژوهش حاضر، یک مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی بود که به صورت مقطعی بر روی سالمندان شهر اصفهان به انجام رسید. پس از اخذ کد اخلاق IR.MUI.REC.1396.3.825 از کمیته‌ی اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای انجام شد؛ به طوری که در مرحله‌ی اول، از مراکز جامع سلامت تحت پوشش شبکه‌ی یک و دو اصفهان به طور تصادفی ۱۰ مرکز انتخاب شد و سپس با استفاده از روش نمونه‌گیری آسان، ۲۰ نمونه از هر مرکز به صورت جداگانه انتخاب شدند.

حجم نمونه بر اساس فرمول برآورد میانگین با فرض  $P < 0/05$ ، انحراف معیار نمره‌ی سبک زندگی ارتقا دهنده‌ی سلامت ۲۷، خطای

جدول ۱. توزیع فراوانی متغیر دموگرافیک سالمندان شهر اصفهان بر حسب فراوانی افسردگی

مقدار P	افسردگی			ندارد	نام متغیر
	شدید	متوسط	خفیف		
۰/۲۸۰	۱۶ (۱۵/۴)	۲۲ (۲۱/۲)	۲۴ (۲۳/۱)	۴۲ (۴۰/۳)	زن
	۷ (۷/۳)	۱۸ (۱۸/۸)	۳۱ (۳۲/۳)	۴۰ (۴۱/۶)	مرد
۰/۰۲۰	۱۶ (۱۴/۹)	۲۹ (۲۶/۸)	۲۹ (۲۶/۸)	۳۵ (۳۱/۵)	بی‌سواد
	۶ (۹/۷)	۷ (۱۱/۳)	۱۹ (۳۰/۶)	۳۰ (۴۸/۴)	سیکل
	۱ (۳/۵)	۳ (۱۰/۷)	۷ (۲۵/۰)	۱۷ (۶۰/۷)	دیپلم و بالاتر
	۹ (۸/۸)	۱۶ (۱۵/۷)	۲۶ (۲۵/۵)	۵۱ (۵۰/۰)	با همسر
۰/۰۷۸	۴ (۱۱/۵)	۵ (۱۴/۲)	۱۲ (۳۴/۳)	۱۴ (۴۰/۰)	با فرزند
	۱۸ (۱۶/۲)	۱۰ (۲۹/۰)	۱۷ (۲۷/۴)	۱۷ (۲۷/۴)	تنها
	۱۱ (۷/۹)	۲۲ (۱۵/۸)	۳۹ (۲۸/۱)	۶۷ (۴۸/۲)	دارای همسر
۰/۰۰۳	۱۲ (۲۰/۰)	۱۷ (۲۸/۳)	۱۶ (۲۶/۷)	۱۵ (۲۵/۰)	بدون همسر
	۲۳ (۱۱/۵)	۴۰ (۲۰/۰)	۵۵ (۲۷/۵)	۸۲ (۴۱/۰)	کل

داده‌ها بر اساس تعداد (درصد) گزارش شده است.

### یافته‌ها

در مطالعه‌ی حاضر، ۲۰۰ سالمند مورد ارزیابی قرار گرفتند و نتایج حاکی از آن بود که ۱۱۸ نفر از این افراد (۵۹/۱ درصد) دارای افسردگی می‌باشند. در رده‌های مختلف افسردگی در افراد مسن، میزان تحصیلات و وضعیت تأهل، تفاوت معنی‌داری مشاهده شد ( $P < ۰/۰۰۵$ ). در این مطالعه، افسردگی با سن، جنس و نحوه‌ی زندگی فرد تفاوت معنی‌داری نداشت؛ به این ترتیب که میانگین سن در افرادی که افسردگی نداشتند ( $67.7 \pm 3.5$  سال)، افراد مبتلا به افسردگی خفیف ( $67.6 \pm 4.5$  سال)، افسردگی متوسط ( $68.0 \pm 4.3$  سال) و افسردگی شدید ( $67.3 \pm 4.4$  سال) تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشد ( $P = ۰/۲۰۰$ ). سایر اطلاعات مربوط به متغیرها در جدول ۱ آمده است. نمره‌ی زیر مجموعه‌های تغذیه، ورزش، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت، مدیریت استرس، حمایت بین فردی و خودشکوفایی از پرسش‌نامه‌ی Walker و Hill-Polerecky (۱۲) در افراد سالم نسبت به افراد افسرده (طبق پرسش‌نامه‌ی GDS) به صورت معنی‌داری بالاتر بود ( $P < ۰/۰۰۱$ ) (جدول ۲).

برای به دست آوردن امتیاز کلی، امتیازات سؤالات با هم جمع می‌شود. کسب نمره‌ی کمتر از ۴ شرایط روحی طبیعی، نمرات ۸-۴ افسردگی خفیف، نمرات ۱۱-۹ افسردگی متوسط و نمرات بالای ۱۱ افسردگی شدید را نشان می‌داد. روایی و پایایی نسخه‌ی فارسی این پرسش‌نامه، توسط ملکوتی و همکاران با Cronbach's alpha ۰/۹ تأیید شده است (۱۴).

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه‌ی ۲۵ (version 25, IBM Corporation, Armonk, NY) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به منظور مقایسه‌ی میانگین نمره‌ی سبک زندگی بر حسب بیماری افسردگی، از آزمون Independent t استفاده شد. به منظور بررسی و تعیین سهم حیطه‌های سبک زندگی (تغذیه، ورزش، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت، مدیریت استرس، حمایت بین فردی و خود شکوفایی) در ابتلا به افسردگی، Odds ratio از آزمون Logistic regression مورد استفاده قرار گرفت.

جدول ۲. میانگین نمرات حیطه‌های مختلف سبک زندگی ارتقا دهنده‌ی سلامت در سالمندان شهر اصفهان بر حسب افسردگی

مقدار P	افسردگی (میانگین $\pm$ انحراف معیار)		نام متغیر
	ندارد	دارد	
$< ۰/۰۰۱$	$30.3 \pm 4.0$	$25.4 \pm 4.4$	تغذیه
$< ۰/۰۰۱$	$36.8 \pm 5.6$	$30.0 \pm 5.9$	ورزش
$< ۰/۰۰۱$	$26.1 \pm 5.1$	$20.6 \pm 3.3$	مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت
$< ۰/۰۰۱$	$13.8 \pm 2.4$	$10.8 \pm 2.2$	مدیریت استرس
$< ۰/۰۰۱$	$14.3 \pm 5.8$	$10.2 \pm 3.6$	حمایت بین فردی
$< ۰/۰۰۱$	$19.1 \pm 3.6$	$16.0 \pm 3.4$	خودشکوفایی

جدول ۳. ارتباط بین حیطه‌های مختلف سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت با افسردگی قبل و پس از تعدیل متغیرها در سالمندان

نام متغیر	نسبت شانس (دامنه‌ی اطمینان)	مقدار P	نسبت شانس پس از تعدیل سایر متغیرها (دامنه‌ی اطمینان)	مقدار P
تغذیه	۰/۷۵ (۰/۶۹-۰/۸۲)	< ۰/۰۰۱	۰/۹۴ (۰/۸۲-۱/۰۸)	۰/۳۰۰
ورزش	۰/۸۱ (۰/۷۶-۰/۸۷)	< ۰/۰۰۱	۱/۰۲ (۰/۹۲-۱/۱۲)	۰/۷۰۰
مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت	۰/۶۷ (۰/۵۹-۰/۷۶)	< ۰/۰۰۱	۰/۷۵ (۰/۶۲-۰/۹۰)	۰/۰۰۱
مدیریت استرس	۰/۵۴ (۰/۴۵-۰/۶۵)	< ۰/۰۰۱	۰/۷۶ (۰/۵۸-۰/۹۹)	۰/۰۲۰
حمایت بین فردی	۰/۸۳ (۰/۷۸-۰/۸۹)	< ۰/۰۰۱	۰/۹۴ (۰/۸۳-۱/۰۷)	۰/۵۰۰
خودشکوفایی	۰/۷۷ (۰/۷۰-۰/۸۵)	< ۰/۰۰۱	۰/۹۵ (۰/۸۳-۱/۰۹)	۰/۵۰۰
تحصیلات	۳/۳۶ (۱/۱۴-۷/۹۵)	۰/۰۰۶	۱/۲۰ (۰/۳۱-۴/۹۰)	۰/۷۰۰
بی‌سواد	۱/۶۴ (۰/۶۶-۴/۰۸)	۰/۲۸۰	۱/۰۴ (۰/۲۷-۴/۰۵)	۰/۹۰۰
سیکل	مرجع			
دیپلم و بالاتر	۲/۷۵ (۱/۴-۵/۳۰)	۰/۰۰۳	۲/۶۰ (۰/۹۳-۷/۴۰)	۰/۰۶۰
بدون همسر	مرجع			
وضعیت تأهل	دارای همسر			

است، بین ابعاد خودشکوفایی و تغذیه، ورزش و کاهش علائم افسردگی ارتباط وجود داشت (۱۸) که احتمال می‌رود علت تفاوت این یافته با یافته‌های مطالعه‌ی حاضر، استفاده از روش متفاوت تحلیل داده‌ها باشد؛ به این ترتیب که در مطالعه‌ی پیش‌گفته، نقش مستقل هر یک از ابعاد سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت، با آزمون Logistic regression سنجیده نشده است.

در مطالعه‌ی Yoo و Kang همسو با یافته‌های مطالعه‌ی حاضر، بین مدیریت استرس و افسردگی ارتباط معکوس و مستقیمی دیده شد (۱۹). سایر ابعاد سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت (شامل تغذیه، ورزش، حمایت بین فردی و خودشکوفایی) که در مطالعه‌ی حاضر در افراد افسرده ضعیف‌تر بود، اما در Logistic regression ارتباط مستقل با افسردگی نداشتند که احتمال می‌رود به علت تعداد نمونه‌ی کم بوده باشد و انجام مطالعه‌ی مشابهی با حجم نمونه‌ی بیشتر توصیه می‌شود. در مطالعه‌ی حاضر، شیوع افسردگی در سالمندان شهر اصفهان به طور کلی ۵۹ درصد بود که شامل افسردگی خفیف ۲۷/۵ درصد، افسردگی متوسط ۲۰/۰ درصد و افسردگی شدید ۱۱/۵ درصد بود. در مطالعه‌ی اشرفی و همکاران که شیوع افسردگی در سالمندان ترک آذری مقیم منزل در شهرستان سلماس را در سال ۱۳۹۵ بررسی کرده بودند، میزان شیوع افسردگی خفیف ۲۸/۰ درصد، افسردگی متوسط ۱۰/۰ درصد و افسردگی شدید ۶/۳ درصد گزارش شده است (۲۰). همچنین، در مطالعه‌ی قادری و همکاران که میزان شیوع افسردگی و عوامل فردی مرتبط با آن در سالمندان کرد مقیم منزل را در سال ۱۳۸۹ بررسی کردند، مشخص شد که میزان شیوع افسردگی خفیف ۳۸/۷ درصد، افسردگی متوسط ۱۶/۳ درصد و افسردگی شدید ۷/۰ درصد بوده است (۲۱). نتایج مطالعات پیش‌گفته، به طور تقریبی

پس از کنترل متغیرهای تحصیلات و وضعیت تأهل، ارتباط سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت با افسردگی با استفاده از آزمون Logistic regression بررسی شد و نتایج نشان داد تنها حیطه‌های مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت و مدیریت استرس به صورت مستقل و معکوس با افسردگی ارتباط معنی‌دار دارند (جدول ۳).

### بحث

در مطالعه‌ی حاضر، افراد مبتلا به افسردگی نمرات پایین‌تری از پرسش‌نامه‌ی Walker (سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت) در ابعاد تغذیه، ورزش، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت، مدیریت استرس، حمایت بین فردی و خودشکوفایی گرفتند. از این رو، در قسمت‌های مختلف سبک زندگی از کیفیت پایین‌تری برخوردار هستند؛ اما پس از کنترل تأثیر عوامل بر هم در Logistic regression جهت بررسی نقش مستقل هر یک از حیطه‌های سبک زندگی مرتبط با سلامت در افسردگی، مدیریت استرس و مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت به طور مستقل در سالمندان افسرده ضعیف‌تر بود.

نتایج مطالعه‌ی Henje و همکاران، نشان می‌دهد که رفتارهای مبتنی بر سبک زندگی سالم، نقش تعیین‌کننده‌ای در کاهش استرس، اضطراب و افسردگی دارد (۱۵). همچنین، در مطالعه‌ی گاطع‌زاده و اسکندری، به طور کلی سبک زندگی بر افسردگی اثر مستقیم داشت (۱۶). در استرالیا نیز مطالعه‌ی انجام شده به منظور بررسی ارتباط بین سبک زندگی و سلامت روانی در میان افراد میانسال و زنان سالمند، حاکی از آن بود که سبک زندگی سالم، باعث ارتقای سلامت روانی سالمندان می‌شود (۱۷). در مطالعه‌ی Hua و همکاران که به بررسی ارتباط ابعاد سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و افسردگی پرداخته

مطالعه‌ی حاضر را توجیه کرد؛ به گونه‌ای که اگر تعداد نمونه‌های بیشتر در نظر گرفته شود، احتمال تغییر تأثیر عامل سن وجود دارد.

در مطالعه‌ی حاضر بین جنس و افسردگی رابطه‌ی آماری معنی‌داری مشاهده نشد؛ این یافته با نتایج مطالعات اشرافی همکاران (۲۰)، قادری و همکاران (۲۱) و نیز میرزایی و همکاران (۲۲) هم‌خوانی دارد.

محدودیت مطالعه‌ی حاضر، این بود که به علت مقطعی بودن مطالعه، ارتباط‌های معنی‌داری که یافت شد، به طور مستقیم رابطه‌ی علیتی را نشان نمی‌دهد و انجام مطالعات طولی به منظور بررسی رابطه‌ی علیتی بین سبک زندگی و افسردگی توصیه می‌گردد. نتیجه‌گیری نهایی این که بیش از نیمی از افراد سالمند مبتلا به افسردگی هستند و سالمندان افسرده در حیطه‌های سبک زندگی ارتقا دهنده‌ی سلامت به ویژه مدیریت استرس و مسؤولیت‌پذیری در مورد سلامت، کیفیت پایین‌تری نسبت به افراد سالمند سالم دارند.

### تشکر و قدردانی

مطالعه‌ی حاضر به عنوان پایان‌نامه‌ی دکتری حرفه‌ای پزشکی عمومی به شماره‌ی ۳۹۶۸۲۵ تصویب و تحت حمایت مالی و معنوی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد. نویسندگان مقاله از شرکت کنندگان در مطالعه و دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به جهت حمایت مالی، سپاسگزاری می‌نمایند.

همسو با مطالعه‌ی حاضر بود و نشان داد که افسردگی از اختلالات شایع دوران سالمندی است و اختلافات جزئی در شدت افسردگی در مطالعات، ناشی از اختلاف جامعه‌ی مورد بررسی و روش سنجش افسردگی می‌باشد.

یافته‌های مطالعه‌ی حاضر، حاکی از آن هستند که وضعیت تأهل و تحصیلات با افسردگی ارتباط معنی‌داری دارند؛ به این ترتیب که در افراد دارای همسر و افرادی که تحصیلات بالاتری داشتند، شیوع افسردگی پایین‌تر بود، اما پس از حذف اثر سایر عوامل نظیر سبک زندگی ارتقا دهنده‌ی سلامت در آزمون Logistic regression چند متغیره، ارتباط مستقل وضعیت تأهل و تحصیلات با افسردگی حذف شد. در مطالعه‌ی قادری و همکاران (۲۱)، وضعیت تأهل و تحصیلات با افسردگی ارتباط داشت، اما در این مطالعه، عوامل سبک زندگی را کنترل نکرده است. بنابراین، احتمال دارد که ارتباط وضعیت تأهل و تحصیلات با افسردگی، ناشی از سبک زندگی آن‌ها باشد.

در مطالعه‌ی حاضر، بین سن و افسردگی رابطه‌ی آماری معنی‌داری مشاهده نشد. در مطالعه‌ی میرزایی و همکاران (۲۲)، گزارش شده است که بین افسردگی در سالمندان و سن، رابطه‌ی آماری معنی‌داری وجود دارد. در مطالعات اشرافی و همکاران (۲۰) و نیز قادری و همکاران (۲۱) نیز سن به عنوان متغیری در افسردگی سالمندان شناخته شده است.

با توجه به تعداد نمونه‌ی بیشتر در مطالعات اشرافی و همکاران (۲۰) و نیز قادری و همکاران (۲۱)، می‌توان عدم تأثیر متغیر سن در

### References

1. Taghdisi MH, Doshmangir P, Dehdari T, Doshmangir L. Influencing factors on healthy lifestyle from viewpoint of elderly people: Qualitative study. *Salmand Iran J Ageing* 2013; 7(4): 47-58. [In Persian].
2. Alipour F, Sajadi H, Forouzan A, Nabavi H, Khedmati E. The role of social support in the anxiety and depression of elderly. *Salmand Iran J Ageing* 2009; 4(1): 53-61. [In Persian].
3. Alizadeh M, Hoseini M, Shojaeizadeh D, Rahimi A, Arshinchi M, Rohani H. Assessing anxiety, depression and psychological wellbeing status of urban elderly under represent of Tehran Metropolitan City. *Salmand Iran J Ageing* 2012; 7(3): 66-73. [In Persian].
4. Nilsson J, Parker MG, Kabir ZN. Assessing health-related quality of life among older people in rural Bangladesh. *J Transcult Nurs* 2004; 15(4): 298-307.
5. Macdonald AJ. ABC of mental health. Mental health in old age. *BMJ* 1997; 315(7105): 413-7.
6. Movahedi M, Khamsheh F, Ebadi A, Haji Amin Z, Navidian A. Assessment of the lifestyle of the elderly in Tehran. *J Health Promot Manag* 2016; 5(3): 51-9. [In Persian].
7. Khoshbin S, Ghousi A, Frahani A, Motalagh ME. Guideline of promote healthy lifestyles in the elderly, nutrition and physical activity. Tehran, Iran: Office of Elderly Health, Office of Family Health and Population; 2007. [In Persian].
8. Taheri M, Mohammadi M, Paknia B, Mohammadbeigi A. Elderly awareness on healthy lifestyle during aging. *Trop Med Surg* 2013; 1(5): 139.
9. Cheng HY, Chair SY, Chau JP. The effectiveness of psychosocial interventions for stroke family caregivers and stroke survivors: A systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns* 2014; 95(1): 30-44.
10. Ghanbari MR, Heshmati H, Behnampour N. Demography and Zīj. Tehran, Iran: Avaye Daneshgostar Publications; 2012. [In Persian].
11. Rashedi S, Bahrami M. Factors related to the health promoting life style among geriatric patients. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2015; 13(2): 90-8. [In Persian].
12. Walker S, Hill-Polerecky D. Psychometric evaluation of the health-promoting lifestyle profile II. Omaha, NE: University of Nebraska Medical Center; 1996. p. 120-6. [Unpublished].
13. Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. Reliability and validity of Persian version of the health-promoting lifestyle

- profile. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2012; 21(1): 102-13. [In Persian].
14. Malakouti K, Fathollahi P, Mirabzadeh A, Salavati M, Kahani S. Validation of Geriatric Depression Scale (GDS-15) in Iran. *Research in Medicine* 2006; 30(4): 361-9. [In Persian].
  15. Henje BE, Olsson EM, Serlachius E, Serlachius E, Ericson M, Ingvar M. Heart rate variability (HRV) in adolescent females with anxiety disorders and major depressive disorder. *Acta Paediatr* 2010; 99(4): 604-11.
  16. Gatezadeh A, Skandari H. Test causal model of depression on lifestyle through the mediation of social health and quality of life in adults in Ahvaz. *Journal of Psychological Models and Methods* 2018; 8(30): 123-40. [In Persian].
  17. Xu Q, Anderson D, Courtney M. A longitudinal study of the relationship between lifestyle and mental health among midlife and older women in Australia: findings from the Healthy Aging of Women Study. *Health Care Women Int* 2010; 31(12): 1082-96.
  18. Hua Y, Wang B, Wallen GR, Shao P, Ni C, Hua Q. Health-promoting lifestyles and depression in urban elderly Chinese. *PLoS One* 2015; 10(3): e0117998.
  19. Kang SW, Yoo JS. Health-promoting lifestyle and depression in metabolic syndrome patients in Korea. *Int J Nurs Pract* 2012; 18(3): 268-74.
  20. Ashrafi, K, Sahaf R, Mohammadi Shahbalaghi F, Farhadi A, Ansari, G, Najafi F, et al. Prevalence of depression in Turk Azeri older adults of Iran. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2017; 23(6): 856-65. [In Persian].
  21. Ghaderi S, Sahaf R, Mohammadi Shahbalaghi F, Ansari G, Gharanjic A, Ashrafi K, et al. Prevalence of depression in elderly Kurdish community residing in Boukan, Iran. *Salmand Iran J Ageing* 2012; 7(1): 57-66. [In Persian].
  22. Mirzaei M, Sahaf R, Mirzaei S, Sepahvand E, Pakdel A, Shemshadi H. Depression and its associated factors in elderly nursing home residents: A screening study in Khorramabad. *Salmand Iran J Ageing* 2015; 10(1): 54-61. [In Persian].

## Comparison of Health-Promoting Lifestyle in Elderly with Depression and Healthy Elderly in Isfahan City, Iran, in Year 2018

Narges Motamedi<sup>1</sup>, Farnaz Feizi<sup>2</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Background:** Given the high prevalence of depression in the elderly, as well as the importance of health-related lifestyle in the prevention of aging, this study was designed to compare the health-promoting lifestyle in elderly with depression and healthy elderly.

**Methods:** This was a cross-sectional study on 200 elderly over 60 years of age referred to health care centers in Isfahan City, Iran, during the year 2018. Demographic information, health-promoting lifestyle (Walker and Hill-Polerecky questionnaire), and depression [Geriatric Depression Scale (GDS) short form] were recorded and analyzed.

**Findings:** The prevalence of depression among 200 elderly was 59.1%, and the initial analysis showed a significant relationship between marital status, education, and all aspects of health-promotion lifestyle (nutrition, exercise, responsibility for health, stress management, interpersonal support, and self-healing) and depression. However, after adjusting for all factors in multivariate regression analysis, there was significant independent and inverse relationship between the dimensions of stress management [odds ratio (OR) = 0.76; confidence interval (CI): 0.99-0.58) and responsibility (OR = 0.75; CI: 0.90-0.62) and depression in the elderly.

**Conclusion:** Onwards of health-promoting lifestyle, stress management, and health responsibility in elderly with depression is poorer than healthy ones.

**Keywords:** Depression, Elderly, Health promotion, Life style

**Citation:** Motamedi N, Feizi F. Comparison of Health-Promoting Lifestyle in Elderly with Depression and Healthy Elderly in Isfahan City, Iran, in Year 2018. J Isfahan Med Sch 2019; 37(541): 1033-9.

1- Assistant Professor, Department of Community Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran  
2- Student of Medicine, Student Research Committee, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran  
**Corresponding Author:** Farnaz Feizi, Email: l\_farnaz\_l@yahoo.com