

تأثیر شاخص توده بدنی، مصرف دخانیات و مصرف الکل بر سالمندی موفق با میانجی گری کیفیت زندگی در سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو

مهین اکسیر^۱

زهرا رئیسی^{۲*}

حسینعلی مهربانی^۳

محمد سلطانی زاده^۴

چکیده

این پژوهش با هدف، تاثیر شاخص توده بدنی، مصرف دخانیات و مصرف الکل بر سالمندی موفق با میانجی گری کیفیت زندگی در سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد. روش پژوهش مقطعی از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه سالمندان ۶۰ سال و بالاتر مبتلا به دیابت نوع ۲ که تحت پوشش مراکز بهداشتی شهر شیراز در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند، که از میان آنها، تعداد ۵۹۳ نفر با روش نمونه گیری در دسترس در دو مرحله انتخاب شدند. در این پژوهش از ابزارهای آزمون مختصر وضعیت شناختی (فولشتاین و همکاران، ۱۹۷۵)، پرسشنامه عملکرد جسمی (بارتل، ۱۹۶۵)، و برای سالمندی موفق از پرسشنامه های بهزیستی اجتماعی (کییز، ۲۰۰۴)، پرسشنامه سلامت معنوی (پولو تزون و آلیسون، ۱۹۸۲)، رضایت از زندگی (دینر، ۱۹۸۵) و پرسشنامه کیفیت زندگی (توماس، ۱۹۸۶) استفاده شد که همگی از اعتبار و پایایی قابل قبولی برخوردار بودند. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS-۷۲۳ و PLS استفاده گردید. هم چنین به منظور پاسخگویی به فرضیه های پژوهش از مدل یابی معادلات ساختاری استفاده شد. یافته های پژوهش نشان داد که مدل از برازش مدل در سطح متوسط تایید شد. هم چنین نتایج نشان داد بین متغیرهای شاخص توده بدنی، مصرف دخانیات و مصرف الکل و سالمندی موفق با میانجی گری کیفیت زندگی روابط معنی داری مشاهده نشد. بنابراین توجه به متغیرهای مذکور در پیشگیری و طراحی درمان های مناسب تر به پژوهشگران و درمانگران در سالمندان مبتلا به دیابت یاری می رساند. نتایج بعدی پژوهش نشان داد که بین میزان مصرف الکل در سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو و سالمندی موفق با میانجی گری کیفیت زندگی رابطه معکوس و غیر معنی داری وجود دارد. از جمله مشکلات کشورهای مختلف به ویژه کشورهای در حال توسعه، همراهی پدیده گذار جمعیتی با گذار اپیدمیولوژیک است. به این صورت که هم زمان با عبور از جمعیتی جوان با باروری و مرگ زیاد به سوی جمعیتی با باروری و مرگ کم، با اجرای برنامه مبارزه با بیماری های واگیر و ارتقای آموزش و بهداشت، الگوی بیماری های جامعه به نفع بیماری های مزمن مانند دیابت تغییر یافته است.

واژه های کلیدی: شاخص توده بدنی، دخانیات، الکل، سالمندی موفق، کیفیت زندگی، دیابت

۱. گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران Mahin.exir.145@gmail.com
۲. استادیار گروه روانشناسی بالینی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران (نویسنده مسئول) z.tadbir@yahoo.com
۳. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران h.mehrabani@edu.ui.ac.ir
۴. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، ایران mohammad.soltani@hotmail.com

مقدمه

روند سالمندی با رشدی ۲/۴ درصدی از رشد کلی جمعیت که ۱/۷ درصد است پیشی گرفته و انتظار می‌رود این رشد در سال‌های آینده به ۳/۱ درصد برسد (ژانگ، ژانگ، وو و لیو، ۲۰۲۰). چشم‌اندازهای تاریخی در خصوص سالمندی از «چگونگی زندگی طولانی‌تر» به «چگونگی سالمندی بهتر» تغییر یافته است. مفهوم «سالمندی معمول»، که در آن عوامل بیرونی اثرات سالمندی را به تنهایی افزایش می‌دهند، به «سالمندی موفق» که در آن عوامل بیرونی نقش خنثی یا مثبتی دارند، گسترش یافته است (کیم، مین و مین، ۲۰۱۹). تاکنون مطالعات بسیاری تلاش کردند تا توضیح دهند که سالمندی موفق چیست و بهترین راه دستیابی به آن چه چیزی است. در حقیقت با گذشت زمان، سالمندی موفق به طرق مختلف تفسیر شده است (تیزومی، اوایلا و آدیور، ۲۰۱۹). مفهوم سالمندی موفق از دیدگاه‌های تک بعدی (مثلاً خود ارزیابی، خودکارآمدی، رضایت از زندگی و یا عملکرد بدنی) تا دیدگاه‌های چند بعدی (جسمی، روانی و اجتماعی) تکامل یافته است (لاورتسکی، ۲۰۲۰؛ چن، یه و کاهانا، ۲۰۲۰). پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد که بسیاری از عواملی که سلامت و عملکرد بهتر را در سالمندی پیش‌بینی می‌کنند، عوامل اجتماعی، روان‌شناختی و رفتاری هستند که بالقوه قابل تغییرند (گولیا، داگرتی و کویک، ۲۰۲۰). این یافته نشان می‌دهد که موفقیت در سالمندی تحت تاثیر عوامل تغییرناپذیری همچون وضعیت ژنتیکی فرد نیست، بلکه بیشتر عواملی چون سطح فعالیت بدنی فرد، تعاملات اجتماعی و نگرش به زندگی بر سلامت سالمند موثر خواهند بود (باستانی و بیگی بروجنی، ۱۳۹۸).

از آنچه که گفته شد می‌توان دریافت که ارائه الگوی سالمندی موفق و ترسیم مختصات و ویژگی‌های سالمندی موفق نوعی نگرش کیفی به دوره سالمندی است. از طرفی یکی از عوامل مهم که می‌تواند بر جنبه‌های مختلف این نگرش کیفی تأثیر بگذارد، وجود بیماری‌های مزمن می‌باشد. طبق گزارش انجمن ملی سالمندان ۹۲٪ از سالمندان حداقل یک بیماری مزمن دارند (مانند دیابت یا بیماری قلبی) و ۷۷٪ از آن‌ها نیز حداقل دو مورد از این وضعیت را دارا هستند. توانایی مدیریت این شرایط و سازگاری با تغییرات جسمی یا روانی مرتبط با آن، برای درک جامع سالمندی موفق مهم است (کچ، موسیج، مکلنود و کریمر، ۲۰۱۷). در بین بیماری‌های مزمن دیابت تأثیر زیادی بر کاهش احساس سالمندی موفق دارد و رسیدن به تعریف موفقیت در مدل را دشوار می‌سازد (چارد، هریس-والاس، روت و گیرلینگ، ۲۰۱۷). دیابت نوعی بیماری مزمن و متابولیک است و در صورتی ایجاد می‌شود که یا پانکراس انسولین کافی تولید نمی‌کند و یا بدن نمی‌تواند به طور موثری از انسولین تولید شده استفاده کند. هاپرگلیسمی یا افزایش قند خون یک اثر شایع در دیابت کنترل نشده است و با گذشت زمان منجر به آسیب جدی بسیاری از سیستم‌های بدن از جمله قلب، رگ‌های خونی، چشم‌ها، کلیه‌ها و اعصاب منجر می‌شود (نیلند و دی لموس، ۲۰۲۰). دو نوع بیماری دیابت وجود دارد که به عنوان نوع ۱ و ۲ شناخته می‌شوند. دیابت نوع ۱ با کمبود تولید انسولین مشخص می‌شود و نیاز به تجویز روزانه انسولین دارد. دیابت نوع ۲ که شایع‌ترین نوع این بیماری است ناشی از عدم کارایی بدن در خصوص استفاده مناسب از انسولین است. دیابت نوع ۲ اکثر مبتلایان به دیابت را در سرتاسر جهان تشکیل می‌دهد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۹). این مساله یک مشکل بهداشتی شایع و جدی جهانی است که در ارتباط با تغییرات سریع فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی، افزایش جمعیت سالخوردگی، افزایش شهرنشینی و بدون برنامه ریزی، تغییرات رژیم غذایی مانند افزایش مصرف غذاهای بسیار فرآوری شده و نوشیدنی‌های قندی، چاقی، کاهش فعالیت بدنی، سبک زندگی و الگوهای رفتاری ناسالم، سوء تغذیه

جنینی و افزایش قرار گرفتن مواجهه جنین با قند خون در دوران بارداری است (بلوهم، ۲۰۲۰).

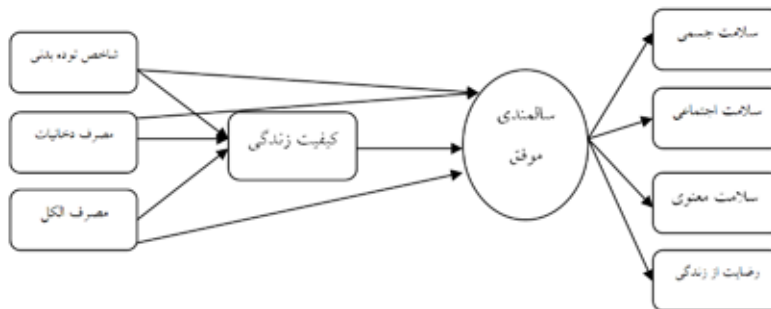
از آنجا که با افزایش سن، توانایی افراد کاهش می‌یابد، کیفیت زندگی آنها نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرد. کیفیت زندگی نسبت به وضعیت سلامت ابعاد بیشتری را در بر می‌گیرد و تحت تأثیر عوامل بیشتری قرار می‌گیرد، اما باید توجه داشت که سلامتی جوهره و پیش‌نیاز کیفیت زندگی می‌باشد (گیانولیس و گیانولی، ۲۰۲۰). از این رو علی‌رغم ارائه مفاهیم نوینی از قبیل کیفیت زندگی، مفهوم وضعیت سلامت مورد توجه و تأکید صاحب نظران قرار می‌گیرد (گورالدی، میلیک و وو، ۲۰۱۹). مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده کیفیت زندگی افراد سالمند، سلامتی است. بررسی‌ها نشان داده است که سلامتی با افزایش سن کاهش می‌یابد (سیدنر، ۲۰۱۹؛ گوتن، ۲۰۱۷). لذا عوارض دیابت بر روی جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی بیمار از جمله روحی-روانی، جسمی، اجتماعی، اقتصادی، زندگی خانوادگی و عملکرد جنسی تأثیر دارد. هدف اولیه از درمان، به ویژه در بیماری مزمن، تقویت کیفیت زندگی از طریق کاهش اثرات بیماری است و لزوماً نباید بیماران مبتلا به بیماری‌های سخت و مزمن، کیفیت زندگی پایینی داشته باشند. کارکنان بهداشتی، می‌توانند از طریق بررسی وضعیت سلامت افراد و تأمین آن، بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر بگذارند، به طوری که با بهبود وضعیت سلامت، کیفیت زندگی آنها را نیز بهبود ببخشند. همچنین با سنجش کیفیت زندگی افراد می‌توانند تأثیر منفی بیماری یا اثرات درمان بر کیفیت زندگی بیمار را تعیین کنند (اسکور و خلیایلا، ۲۰۱۸).

بنابراین یکی از عواملی که بر دیابت، سالمندی موفق و کیفیت زندگی تأثیرگذار است، دخانیات و الکل است. مصرف دخانیات و الکل نیز به عنوان اجزایی از چهار عامل خطر رفتاری شناخته می‌شوند که تخمین زده می‌شود که در نیمی از بار بیماری‌ها در کشورهای توسعه یافته شرکت دارند (لافورتن، مارت، کلی و کوهن، ۲۰۱۶). مصرف زیاد سیگار با سالمندی بیولوژیکی تسریع شده، با اثرات شدید حتی در مواجهه با سطوح پایین‌تر، در ارتباط است؛ همچنین مصرف کم و زیاد الکل نیز باعث تسریع سالمندی بیولوژیکی می‌شود (بیچ، دوگان، لی و کوترونا، ۲۰۱۵). این در حالی است که یک مرور سیستماتیک از مطالعات مختلف نشان می‌دهد که سیگار کشیدن و مصرف الکل از جمله شایع‌ترین عوامل خطر قابل اصلاح در میان عوامل تعیین‌کننده رفتاری سالمندی موفق می‌باشد (آلروب، هیسات، خادر و بنی-مصطفی، ۲۰۱۹). همچنین مطالعات دیگر نشان‌دهنده آن است که افراد سیگاری وابسته به نیکوتین نسبت به افراد بدون وابستگی کیفیت زندگی پایین‌تر و ناتوانی بیشتری را دارند (وو، تای و سان، ۲۰۱۹).

از سوی دیگر داده‌های مقطعی و طولی نشان می‌دهد که سالمندی با تغییرات قابل توجهی در ترکیبات بدن، با کاهش حجم توده بدن و افزایش حجم چربی همراه است (آجمرا و جین، ۲۰۱۹). اضافه وزن یا چاقی به شدت با دیابت در ارتباط است. شواهد قابل توجهی از اثرات نامطلوب چاقی بر مرگ و میر وجود دارد، و نگرانی‌هایی وجود دارد که اپیدمی چاقی موجب کاهش پیشرفت در پیشگیری از بیماری‌های قلبی عروقی و امید زندگی می‌شود. علاوه بر مرگ و میر و بیماری‌های مزمن، چاقی با ناتوانی، عملکردی جسمی و شناختی ضعیف در ارتباط است؛ به گونه‌ای که نتایج مطالعات نشان‌دهنده آن است که افرادی با شاخص توده بدنی بالا در مقایسه با سالمندانی با شاخص توده بدنی پایین، شانس کمتری برای سالمندی موفق و زندگی دارند (سینگ-مانوکس، سایبا، بویلون و برونر، ۲۰۱۴). همچنین مطالعات نشان داده‌اند که افزایش وزن تا دوران میانسالی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی سالمندی موثر است (جیواکورپی، آرتامو، استندبرگ، ون بنسدورف، ۲۰۲۰).

بنابراین آنچه پژوهش حاضر را قابل توجه جلوه می‌دهد، پرداختن به مولفه‌هایی است که در زندگی

همگان نقشی مهم ایفا می‌کند، با توجه به نقش گسترده و وسیع رضایت از زندگی، سلامت جسمانی، سلامت اجتماعی، و کیفیت زندگی به عنوان عاملی که موجب سازگاری می‌شود، در میان گروهی از جامعه که دارای ویژگی‌های خاص هستند لازم و ضروری به نظر می‌رسد. تحلیل رابطه این مولفه‌های می‌تواند به شناسایی متغیرهایی که با سالمندی موفق مبتلا به دیابت نوع دو در ارتباط هستند منجر شود و نتایج پژوهش می‌تواند زمینه‌ای برای اقدامات آموزشی و مشاوره‌ای در ارتباط با سالمندی موفق را فراهم سازد و سالمندان را در حل مشکلات و استفاده بهینه از زمان یاری دهند و نیز راهکارها و الگوهایی را برای بهبود کیفیت زندگی، افزایش رفتارهای سازگارانه و مقابله و کنار آمدن با بسیاری از عوامل تهدید کننده و خطرآفرین در بیماری دیابت در سالمندان را فراهم سازد. از طرفی کار در زمینه سالمندان باعث از میان برداشتن دید منفی در افراد می‌گردد. لذا بسیاری از فاکتورهای تاثیرگذار بر سالمندی موفق و کیفیت زندگی آنان قابل تغییر و مداخله هستند، بنابراین شناخت کافی و علمی از میزان تاثیرگذاری این فاکتورها در هر جامعه‌ای امکان مداخلات مناسب را به مسئولیت و دست اندکاران حوزه‌های مختلف جامعه به ویژه متولیان بخش سلامت می‌دهد تا بتوانند با کمترین هزینه کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به دیابت را ارتقا دهند. از مرور مطالعات انجام شده در حوزه کیفیت زندگی و سالمندی موفق مبتلا به دیابت نوع دو چنین بر می‌آید که مطالعات محدودی به ویژه در داخل کشور در زمینه سالمندی موفق و کیفیت زندگی مربوط به مبتلایان به دیابت صورت گرفته است، لذا در نظر گرفتن این موارد و رشد میزان جمعیت سالمند کشور، بررسی سالمندی موفق و کیفیت زندگی سالمندان دیابتی برای انجام برنامه ریزی مراقبتی آنها ضروری به نظر می‌رسد. لذا محقق در پژوهش در صدد پاسخ به این سوال بود: شاخص توده بدنی، مصرف دخانیات و مصرف الکل بر سالمندی موفق با میانجی‌گری کیفیت زندگی در سالمندان مبتلا به دیابت نوع ۲ چه نقشی دارد؟



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

روش شناسی

روش پژوهش حاضر، به لحاظ روش گردآوری داده‌ها توصیفی-همبستگی از طریق الگویابی معادلات ساختاری است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه سالمندان ۶۰ سال و بالاتر مبتلا به دیابت نوع ۲ که تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر شیراز در سال ۱۳۹۸ بودند، تشکیل دادند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس در دو مرحله انجام شد. در مرحله اول با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده پنج مرکز در بین سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو شهر شیراز انتخاب شد. گروه نمونه بر اساس معیارهای ورود و خروج به پژوهش مشخص شد و در نهایت به صورت در دسترس

از سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو نمونه‌ها انتخاب شد. کلاین (۲۰۰۵) برای مطالعاتی که از روش مدل یابی معادلات ساختاری استفاده می‌کنند، راه حل ویژه‌ای را جهت تعیین حجم نمونه پیشنهاد کرده است. به عقیده او حداقل نسبت حجم نمونه برای هر پارامتر برآورد شده، ۵ نفر می‌باشد؛ نسبت ۱۰ به ۱ مناسب تر و ۲۰ به ۱ مطلوب قلمداد می‌شود. در مدل مفروض پژوهش حاضر، طبق دیدگاه کلاین ۱۸ پارامتر اندازه‌گیری می‌شود. در این پژوهش حجم نمونه به‌طور کلی ۶۰۰ نفر در نظر گرفته شد از این تعداد ۷ پرسشنامه به صورت ناقص تکمیل شده بود و در نهایت تحلیل داده‌ها بر روی ۵۹۳ پرسشنامه صورت گرفت.

ابزارهای پژوهش:

الف) پرسشنامه وضعیت ذهنی فولشتاین و همکاران (۱۹۷۵): ابزار ۳۰ آیتمی وضعیت ذهنی توسط فولشتاین^۱ و همکاران و به منظور درجه بندی سطوح شناختی تهیه شد (فولشتاین، فولشتاین، مسی‌هاگ^۲، ۱۹۷۵) که نسخه فارسی آن توسط فروغان و همکاران (۱۳۸۶) اعتبارسنجی شده است، و از روایی و پایایی مناسبی برخوردار بود (فروغان و همکاران، ۱۳۸۷). آزمون سه کلمه از دو قسمت به "ذهن سپاری" و "یادآوری" کلمات تشکیل شده است؛ که در آزمون به ذهن سپاری برای سالمند، سه کلمه مانند "گل، کیف، کوچه" به آرامی و با فواصل یک ثانیه ای خوانده شد. سپس از او خواسته شد که آن‌ها را تکرار کند و در ادامه این کلمات را به خاطر بسپارد. بعد از آن به مدت دو دقیقه از سالمند در مورد زمان و مکان سوال شد و مجدداً از سالمند خواسته شد تا سه کلمه قبل را به خاطر آورد. امتیاز صفر از آزمون به ذهن سپاری یا کمتر از ۳ امتیاز از آزمون یادآوری نشان دهنده مشکل شناختی و ۳ امتیاز از آزمون یادآوری کلمات نشان دهنده این بود که فرد فاقد مشکل است.

ب) پرسشنامه سلامت معنوی پولوتزین^۳ و الیسون (۱۹۸۲): این پرسش نامه که توسط پولوتزین و الیسون در سال ۱۹۸۲ ساخته شد و دارای ضریب پایایی ۰,۹۳، و ضریب آلفای ۰,۸۹ است، دارای ۲۰ سوال می‌باشد و حاوی دو خرده مقیاس سلامت مذهبی و سلامت وجودی است. پاسخ به سوالات این پرسشنامه از ۶ گزینه ۱- کاملاً مخالفم ۲- نسبتاً مخالفم ۳- کمی مخالفم ۴- کمی موافقم ۵- نسبتاً موافقم ۶- کاملاً موافقم ساخته شده است. برای زیر گروه‌های سلامت مذهبی و وجودی، سطح بندی وجود ندارد و قضاوت بر اساس نمره به دست آمده صورت می‌گیرد. هر چه نمره به دست آمده، بالاتر باشد نشانه سلامت مذهبی و وجودی بالاتر است. نمره سلامت معنوی، جمع این دو زیر گروه است که دامنه ی آن ۱۲۰-۲۰ در نظر گرفته شده است. مطالعات اولیه پایایی درونی بازآزمون را ۰/۹۹ تا ۰/۷۳ و روایی آن را ۰/۹۴ تا ۰/۷۸ (الیسون و اسمیت، ۱۹۹۱) ضریب پایایی درونی برای کل مقیاس، سلامت مذهبی و سلامت وجودی به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۸، ۰/۸۱، به دست آمد و سلامت معنوی همبستگی مثبت و معنی داری با سلامت مذهبی (۰/۸۹) و سلامت وجودی (۰/۹۰) داشت. در پژوهش عسگری و همکاران (۱۳۸۹)، به منظور تعیین اعتبار و روایی مقیاس سلامت معنوی، مقیاس مذکور به طور همزمان با مقیاس سلامت روان SCL-۲۵ اجرا شد که ضریب روایی همزمان آن با مقیاس سلامت روان SCL-۲۵، ۰,۳۱- و ضریب پایایی آن با روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۹ به دست آمد که نشان دهنده

1. Folstein
2. McHugh
3. Paloutzian & Ellison

اعتبار و روایی قابل قبول این مقیاس می‌باشد. همچنین روایی محتوایی این پرسشنامه نیز مورد تایید قرار گرفت. در مطالعه ی سید فاطمی و همکاران، روایی پرسشنامه سلامت معنوی از طریق اعتبار محتوا مشخص و تایید شد و پایایی آن از طریق ضریب پایایی آلفا کرونباخ $0/82$ تعیین گردید که بیانگر پایایی خوب این ابزار است (سید فاطمی و همکاران، ۱۳۸۴).

ج) پرسشنامه بهزیستی اجتماعی کییز^۲(۲۰۰۴): پرسشنامه بهزیستی اجتماعی کییز در سال ۲۰۰۴ توسط کییز ساخته شده است و دارای ۲۰ گویه با یک مقیاس لیکرتی ۵ درجه ای می‌باشد. این پرسش نامه حاوی ۵ خرده مقیاس انسجام اجتماعی (سوال‌های ۸، ۹، ۱۰)، پذیرش اجتماعی (سوال‌های ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵)، مشارکت اجتماعی (سوال‌های ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰)، شکوفایی اجتماعی (۱، ۲، ۳، ۴) و یکپارچگی اجتماعی (سوال‌های ۵، ۶، ۷) است. هر گویه دارای ۵ امتیاز می‌باشد که هر پاسخ گو برای پاسخ گویی به هر سؤال نمره ۱ تا ۵ را دریافت می‌نماید. سرانجام نمره نهایی کسب شده از این مقیاس‌ها که از ۱۰۰ می‌باشد، در سه مقیاس خوب، متوسط و ضعیف گزارش می‌گردد. در ایران، جوشن لو و همکاران در سال ۱۳۸۵ طی مطالعه ای باعنوان بررسی ساختار عاملی مقیاس سلامت جامع، روایی و اعتبار پرسشنامه بهزیستی جامع کییز مشتمل بر سلامت اجتماعی، سلامت روانی و سلامت عاطفی را با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی استاندارد نمودند. در این مطالعه مقدار آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌های این مقیاس $0/59$ تا $0/76$ گزارش گردید (جشنلو، رستمی، نصرت آبادی، ۱۳۸۵). هم چنین باباپور و همکاران (۱۳۸۸) برای بررسی پایایی این ابزار از همسانی درونی استفاده نموده و گزارش کردند که آلفای به دست آمده برای کل مقیاس $0/78$ و برای هر یک از خرده مقیاس‌ها به ترتیب عبارت بود از $0/74$ برای مشارکت اجتماعی، $0/74$ برای پذیرش اجتماعی، $0/71$ برای همبستگی اجتماعی، $0/70$ برای شکوفایی اجتماعی، $0/77$ برای انسجام اجتماعی، که نشان می‌دهد این ابزار از پایایی مطلوبی برخوردار است. همچنین روایی محتوایی این پرسشنامه مورد تایید قرار گرفته است (باباپور و همکاران، ۱۳۸۸). در پایان نامه اهری ۱۳۹۲ روایی سازه و پایایی این پرسشنامه مورد تایید قرار گرفت و همچنین پایایی پرسشنامه یا قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش اندازه گیری آلفای کرونباخ $0/80$ محاسبه شد.

د) پرسشنامه عملکرد جسمانی بارتل^۳(۱۹۶۵): پرسش نامه بارتل در سال ۱۹۶۵ در آمریکا توسط بارتل و فلورنس^۳ طراحی شده است (تقریبی، شریفی، سوکی، ۱۳۹۰). این پرسش نامه که دارای ۱۰ سوال می‌باشد و برای سنجش سطح سلامت جسمی به کار می‌رود. و در مجموع این ابزار توانایی فرد را در ابعاد مختلف عملکرد روزانه در مقیاس ۱۰۰-۰ تعیین کرده که نمرات بالاتر بیانگر وضعیت بهتر می‌باشد. نمرات ۰-۲۰ به عنوان وابستگی شدید، نمرات ۶۰-۲۰ وابستگی کامل، نمرات ۹۰-۶۱ به عنوان وابستگی متوسط، نمرات ۹۹-۹۱ به عنوان وابستگی جزئی و نمره ۱۰۰ به عنوان استقلال کامل در نظر گرفته می‌شود. در مطالعه تقریبی و همکاران روایی آن تایید شد و پایایی آن $0/82$ تعیین گردید که بیانگر پایایی خوب این ابزار است (تقریبی، شریفی، سوکی، ۱۳۹۰).

ه) پرسشنامه رضایت از زندگی دینر^۴(۱۹۸۵): این مقیاس توسط دینر و همکاران در سال ۱۹۸۵ تهیه و از

1. Keys
2. Bartel
3. Florence
4. Diener

۵ گزاره، که مولفه شناختی بهزیستی ذهنی را اندازه‌گیری می‌کند، تشکیل شده است. آزمودنی‌ها اظهار می‌دارند که برای مثال چقدر از زندگی خود راضی‌اند و یا چقدر زندگی به زندگی آرمانی آنها نزدیک است. هر گزاره دارای ۷ گزینه است و از ۱ تا ۷ نمره‌گذاری می‌شود (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) و نمره بالاتر نشان‌دهنده رضایت از زندگی بالاتر است. دینر و همکاران، روایی و پایایی مقیاس رضایت از زندگی را برای گروهی از دانشجویان ارزشیابی کردند و ضریب همبستگی بازآمایی نمرات را پس از دو ماه اجرا، برابر ۰/۸۲ و ضریب آلفای کرونباخ را برابر ۰/۸۷ به دست آوردند (دینر، ایمونز، لارسن، گرفین، ۱۹۸۵). در مطالعه بیانی و همکاران روایی آن تایید شد و پایایی آن ۰/۸۳ تعیین گردید که بیانگر پایایی خوب این ابزار است (بیانی، کوچکی، گودرزی، ۱۳۸۶).

و) پرسشنامه کیفیت زندگی توماس^۱ (۲۰۰۴): این پرسشنامه در ابتدا شامل ۶۰ سؤال بوده است و در سال ۱۹۸۶ توسط جاکسون و همکاران به ۴۶ سؤال کاهش یافت و بروکس سوالات این پرسشنامه را به ۱۵ سؤال کاهش داد و اعتبار و پایایی آن را محاسبه نمود. سوالات ۱، ۲، ۶، ۱۰، ۱۳ و ۱۴ پرسشنامه ۶ سؤال هستند که میزان رضایت از کنترل دیابت در فرد بیمار را پیشگویی می‌کنند، بروکس در مطالعه خود ۶ سؤال دیگر را پیشگویی کننده رفتارهای مراقبتی از خود می‌داند که عبارتند از سوالات ۳، ۴، ۵، ۶، ۱۳ و ۱۵ بود (بروکس، دسیکان، واترمن، گیلین و همکاران^۲، ۲۰۰۴). روایی و پایایی آن در مطالعه نصیحت کن و همکاران تایید گردید و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۷۷ در نظر گرفته شد. (نصیحت کن، پیشوا، حبیب‌زاده، طباطبایی و همکاران، ۱۳۹۱). در مطالعه حاضر از فرم کوتاه شده ۱۵ سؤالی استفاده شد.

تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم‌افزار Spss-V23 و PLS انجام شد. همچنین به منظور آزمون فرضیه‌های پژوهش از مدلسازی معادلات ساختاری استفاده شد.

یافته‌ها

در جدول ۱، شاخص‌های مرکزی و پراکنندگی مربوط به متغیرهای پژوهش آورده شده است.

جدول ۱. مشخصه‌های آماری متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی	کمینه	بیشینه
کیفیت زندگی	۳,۴۸	۰,۵۲	۰,۰۹	۰,۱۱	۱	۵
عملکرد جسمانی	۹,۴۹	۰,۹۸	-۰,۸۷	۱,۰۱	۱	۵
بهزیستی اجتماعی	۳,۲۸	۰,۴۲	۰,۰۰	-۰,۲۴	۱	۵
سلامت معنوی	۴,۸۱	۰,۵۸	-۰,۸۹	۰,۹۶	۱	۶
رضایت از زندگی	۴,۰۹	۱,۴۰	-۰,۰۴	-۰,۸۵	۱	۷

1. Diabetes Quality Of Life- Brief Clinical Inventory(DQOL-BCI)

2. Burroughs., Desikan., Waterman, Gilin, and McGill.

اطلاعات جدول ۱ مشخصه‌های آماری همچون میانگین، انحراف استاندارد، چولگی و کشیدگی را برای مدیریت جهادی، پیشایندها و پسایندها نشان می‌دهد. همچنین، با توجه به مقادیر چولگی و کشیدگی که در بازه‌ی معقولی برای حدس بر نرمال بودن داده‌ها قرار دارند، می‌توان فرض نرمال بودن داده‌ها را مطرح کرده و پذیرفت. با توجه با شکل زیر، مقادیر ضریب مسیر و آماره t در جدول زیر آورده شده است.

جدول ۲. خلاصه ضرایب مسیر، ضرایب تعیین و آماره t

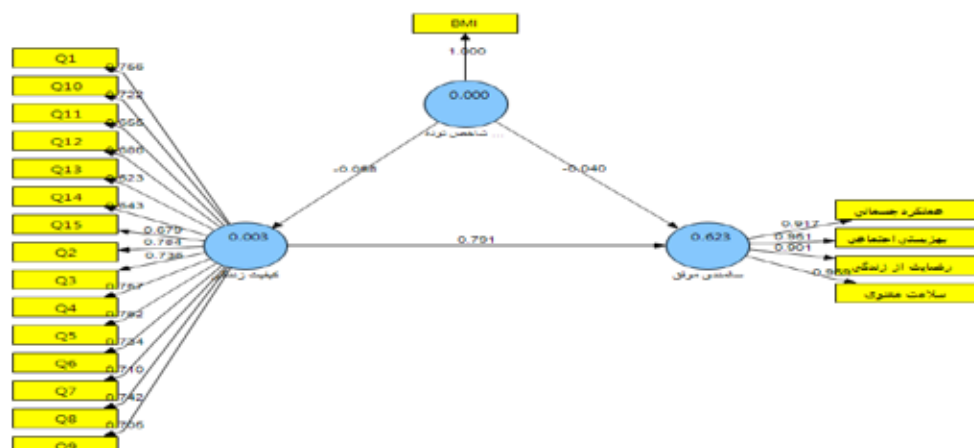
مسیر	ضریب مسیر	آماره t	نتیجه
شاخص توده بدنی ← کیفیت زندگی	-۰,۰۵۸	۱,۱۶۳	رد شد
کیفیت زندگی ← سالمندی موفق	۰,۷۹۱	۳۶,۰۸۷	تائید شد
شاخص توده بدنی ← سالمندی موفق	-۰,۰۴۰	۱,۳۷۰	رد شد

همان‌طور که در جدول ۲ مشخص است، مقدار آماره t بین متغیر شاخص توده بدنی و کیفیت زندگی و شاخص توده بدنی و سالمندی موفق کمتر از ۱,۹۶ است، پس رابطه شاخص توده بدنی با کیفیت زندگی و سالمندی موفق رد می‌شود. به عبارتی دیگر، بین شاخص توده بدنی سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو و سالمندی موفق رابطه معکوس و غیرمعنی‌داری وجود دارد. برای بررسی میزان تأثیر مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر وابسته لازم است تا اثرات کل، مستقیم و غیرمستقیم برای متغیر درون‌زای مدل ارائه شود که این اثرات در جداول زیر قابل مشاهده است.

جدول ۳. تفکیک اثرات، مستقیم، غیرمستقیم و کل مدل

متغیر مستقل	متغیر وابسته	اثر	
		مستقیم	غیرمستقیم
شاخص توده بدنی	کیفیت زندگی	-۰,۰۵۸	-
کیفیت زندگی	سالمندی موفق	۰,۷۹۱	-
شاخص توده بدنی	سالمندی موفق	-۰,۰۴۰	-۰,۰۵۸ * ۰,۷۸۹ = -۰,۰۴۶
	کل		-۰,۰۸۶

همان‌طور که در جدول ۳ قابل مشاهده است، تأثیر شاخص توده بدنی به صورت غیرمستقیم با میانجی‌گری کیفیت زندگی بر سالمندی موفق تایید نشد.



شکل ۲. مدل در حالت اعداد معناداری (t value)

با توجه با شکل زیر، مقادیر ضریب مسیر و آماره t در جدول زیر آورده شده است.

جدول ۴. خلاصه ضرایب مسیر، ضرایب تعیین و آماره t

مسیر	ضریب مسیر	آماره t	نتیجه
← مصرف دخانیات	۰,۰۴۶	۰,۸۶۷	رد شد
← کیفیت زندگی	۰,۷۸۹	۳۵,۶۱۹	تائید شد
← مصرف دخانیات	-۰,۰۱۸	۰,۶۸۹	رد شد

همان‌طور که در جدول ۴ مشخص است، مقدار آماره t بین متغیر مصرف دخانیات و کیفیت زندگی و مصرف دخانیات و سالمندی موفق کمتر از ۱,۹۶ است، پس رابطه مصرف دخانیات با کیفیت زندگی و سالمندی موفق رد می‌شود. به عبارتی دیگر، بین مصرف دخانیات سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو و سالمندی موفق رابطه معکوس و غیرمعنی‌داری وجود دارد. برای بررسی میزان تأثیر مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر وابسته لازم است تا اثرات کل، مستقیم و غیرمستقیم برای متغیر درون‌زای مدل ارائه شود که این اثرات در جداول زیر قابل مشاهده است.

جدول ۵. تفکیک اثرات، مستقیم، غیرمستقیم و کل مدل

متغیر مستقل	متغیر وابسته	اثر	
		مستقیم	غیرمستقیم
مصرف دخانیات	کیفیت زندگی	۰,۰۴۶	-
کیفیت زندگی	سالمندی موفق	۰,۷۸۹	-
مصرف دخانیات	سالمندی موفق	-۰,۰۱۸	$۰,۰۴۶ * ۰,۷۸۹ = ۰,۰۳۶$

همان طور که در جدول ۵ قابل مشاهده است، تاثیر مصرف دخانیات به صورت غیرمستقیم با میانجی گری کیفیت زندگی بر سالمندی موفق تایید نشد.



شکل ۳. مدل در حالت اعداد معناداری (t value)

با توجه با شکل های زیر، مقادیر ضریب مسیر و آماره t در جدول زیر آورده شده است.

جدول ۶. خلاصه ضرایب مسیر، ضرایب تعیین و آماره t

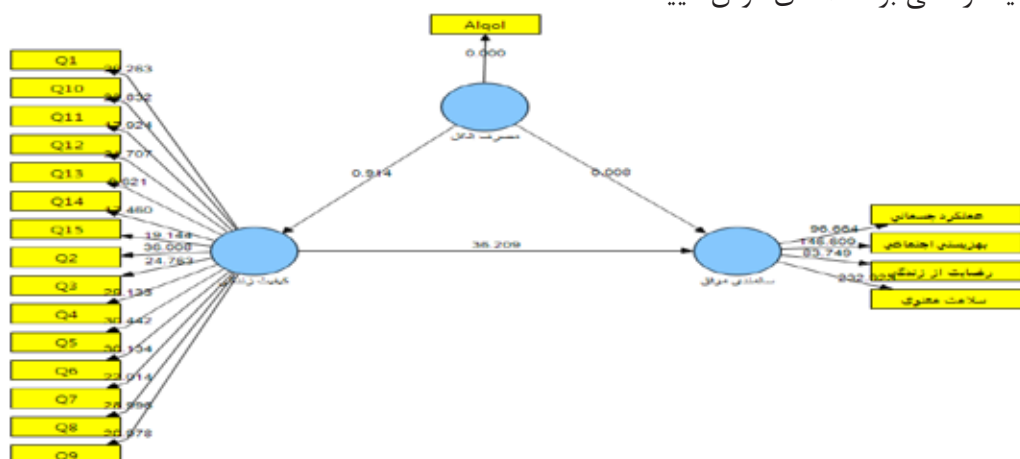
نتیجه	آماره t	ضریب مسیر	مسیر	مسیر
رد شد	۰,۹۱۴	-۰,۰۴۷	کیفیت زندگی	← مصرف الکل
تائید شد	۳۶,۲۰۹	۰,۷۸۸	سالمندی موفق	← کیفیت زندگی
رد شد	۰,۰۰۸	-۰,۰۰۰	سالمندی موفق	← مصرف الکل

همان طور که در جدول ۶ مشخص است، مقدار آماره t بین متغیر مصرف الکل و کیفیت زندگی و مصرف الکل و سالمندی موفق کمتر از ۱,۹۶ است، پس رابطه مصرف الکل با کیفیت زندگی و سالمندی موفق رد می شود. به عبارتی دیگر، بین مصرف الکل سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو و سالمندی موفق رابطه معکوس و غیرمعنی داری وجود دارد. برای بررسی میزان تأثیر مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر وابسته لازم است تا اثرات کل، مستقیم و غیرمستقیم برای متغیر درون زای مدل ارائه شود که این اثرات در جداول زیر قابل مشاهده است.

جدول ۷. تفکیک اثرات، مستقیم، غیرمستقیم و کل مدل فرضیه فرعی چهارم

اثر	متغیر وابسته		متغیر مستقل
	مستقیم	غیرمستقیم	
کل			
مصرف الکل	-۰,۰۴۷	-	کیفیت زندگی
کیفیت زندگی	۰,۷۸۸	-	سالمندی موفق
مصرف الکل	-۰,۰۰۰	-۰,۰۴۷ * ۰,۷۸۸ = -۰,۰۳۷	سالمندی موفق

همان‌طور که در جدول ۷ مشاهده است، تاثیر مصرف الکل به صورت غیرمستقیم با میانجی‌گری کیفیت زندگی بر سالمندی موفق تایید نشد.



شکل ۴. مدل در حالت اعداد معناداری (t value)

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تاثیر شاخص توده بدنی، مصرف دخانیات و مصرف الکل بر سالمندی موفق با میانجی‌گری کیفیت زندگی در سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد. نتایج نشان داد که بین شاخص توده بدنی سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو و سالمندی موفق با میانجی‌گری کیفیت زندگی رابطه معکوس و غیر معنی داری وجود دارد. تامین سلامت سالمندان به عنوان یکی از مهمترین گروه‌های آسیب پذیر جامعه از جمله اولویتهای بهداشتی است. با توجه به نقش شاخص توده بدنی و تغذیه در ارتقا سلامت سالمندان، یافتن راهکارهای مناسب به منظور بهبود کیفیت زندگی و پیر شدن سالم آن‌ها مورد نیاز است. شاخص توده بدنی به صورت مستقیم بر سالمندی موفق تاثیر دارد، که با توجه به یافته‌های به دست آمده، این فرضیه رد شد. در حالیکه در مطالعه بری و همکاران (۲۰۰۰)، نتایج حاصله بیان کننده ارتباط بین شاخص توده بدنی افراد با سالمندی موفق بود همینطور در مطالعه داهانی و همکاران (۲۰۱۴)، مشاهده کردند که داشتن وزن نرمال با سالمندی موفق در ارتباط است بعلاوه در مطالعات نگ و همکاران، دپ و همکاران مشاهده شد که داشتن وزن بالا بر سالمندی موفق اثر منفی داشت. لافورست و همکاران (۲۰۰۹)، بیان کردند که داشتن اضافه وزن و چاقی احتمالاً منجر به تشدید اثرات کوموربیدیتی در سالمندان می‌شود که باعث کاهش سالمندی موفق می‌گردد بعلاوه داشتن اضافه وزن و چاقی ممکن است باعث کاهش عزت نفس فرد شود و این به نوبه خود می‌تواند به عنوان یکی از عوامل روانشناختی اثرگذار بر سالمندی موفق باشد که با نتیجه تحقیق حاضر مغایر است. در مطالعه شمسی پور دهکردی و همکاران (۱۳۹۶)، مشاهده شد که داشتن تحرک و سبک زندگی فعال باعث کاهش شاخص توده بدنی سالمندان شده که این امر منجر به بهبود عملکرد شناختی و بهزیستی روان‌شناختی در سالمندان می‌شود که خود از ابعاد سالمندی موفق هستند. در مطالعه حاضر مشاهده شد که فرضیه شاخص توده بدنی به صورت غیر مستقیم با میانجی‌گری کیفیت زندگی بر سالمندی موفق تاثیر می‌گذارد، غیر معنی دار است اما در مطالعه رشید و همکاران (۲۰۱۳)، نشان داده

شد بین سوء تغذیه و کیفیت زندگی سالمندان ارتباط وجود دارد و سوء تغذیه منجر به اثر منفی بر کیفیت زندگی می‌شود. بنابراین سالمندان دیابتی که شاخص توده بدنی آنها بالاتر از حد طبیعی است، بایستی در برنامه‌های خودمراقبتی به برنامه‌های کاهش وزن خود توجه ویژه داشته باشند؛ زیرا چاقی نه تنها باعث ایجاد مقاومت به انسولین و اختلال تحمل گلوکز می‌شود، بلکه اختلالات متابولیک همراه دیابت را تشدید می‌کند و بیماری زایی و مرگ و میر آن را نیز افزایش می‌دهد و در نتیجه، می‌تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی افراد دیابتی چاق شود.

همچنین نتایج نشان داد که بین مصرف دخانیات در سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو و سالمندی موفق با میانجی‌گری کیفیت زندگی رابطه مستقیم و غیر معنی داری وجود دارد. در این مطالعه ارتباط مصرف دخانیات و سالمندی موفق تایید نشد که این یافته با نتایج حاصل از پژوهش حاصل از مطالعه استرابیچ و همکاران (۱۹۹۶)، مطابقت داشت در این مطالعه علت عدم وجود ارتباط بین مصرف سیگار و سالمندی موفق، فوت شدن تعدادی افراد سیگاری شرکت کننده در مطالعه و همینطور ترک سیگار توسط برخی از سالمندان بیان شد. در مطالعه داهانی و همکاران (۲۰۱۴) نیز ارتباطی مشاهده نشد که با پژوهش حاضر همسو می‌باشد. در این پژوهش فرضیه مصرف دخانیات به صورت غیر مستقیم با میانجی‌گری کیفیت زندگی بر سالمندی موفق تاثیر دارد، نیز رد شد. در مطالعه حیدری و شهبازی (۱۳۹۱)، بیان شد که تغییر در شیوه زندگی و گرایش به سبک زندگی سالم مانند عدم استعمال دخانیات و ورزش منظم و غیره منجر به افزایش کیفیت زندگی سالمندان می‌شود. همچنین سیونکلونی و همکاران (۲۰۱۴)، در مطالعه ای نشان داد که استعمال دخانیات بر کیفیت زندگی اثر منفی دارد. در مطالعه ای که توسط ویلاند و همکاران (۲۰۱۴)، انجام شد نیز بین مصرف سیگار و کیفیت زندگی رابطه مشاهده شد و بیان شد که سیگار کشیدن باعث کاهش کیفیت زندگی افراد شد. به طور کلی نتایج این مطالعه نشان دهنده شیوع در خور توجه و زیاد عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در سالمندی موفق مطالعه شده است، از آنجا که بیماری‌های غیرواگیر، عامل اصلی مرگ و میر و ناتوانی در جهان است و با توجه به اهمیت جمعیت سالمند و روند رو به رشد جمعیت آن‌ها، مسئولان و سیاست‌گذاران سلامت باید به برنامه ریزی برای مداخلات آموزشی وسیع و گسترده شیوه زندگی سالم، برای مصرف نکردن دخانیات، ایجاد تنوع و تعادل غذایی، انجام ورزش‌های مناسب با سن و تغییر در شیوه زندگی با هدف پیشگیری از این بیماری‌ها، زندگی سالم تر، طولانی تر و با کیفیت تر در سالمندی موفق، توجه کنند.

نتایج بعدی پژوهش نشان داد که بین میزان مصرف الکل در سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو و سالمندی موفق با میانجی‌گری کیفیت زندگی رابطه معکوس و غیر معنی داری وجود دارد. از جمله مشکلات کشورهای مختلف به ویژه کشورهای در حال توسعه، همراهی پدیده گذار جمعیتی با گذار اپیدمیولوژیک است. به این صورت که هم زمان با عبور از جمعیتی جوان با باروری و مرگ زیاد به سوی جمعیتی با باروری و مرگ کم، با اجرای برنامه مبارزه با بیماری‌های واگیر و ارتقای آموزش و بهداشت، الگوی بیماری‌های جامعه به نفع بیماری‌های مزمن مانند دیابت تغییر یافته است. در این بین، مطالعات مختلف حاکی از آن است که تعداد زیادی از سالمندان دارای مشکلات جسمی و بیماری‌های مزمن هستند و بروز بیماری‌ها و ناتوانی در سنین بالا بسیار شایع است. در نتیجه، با توجه به این فرض که بیماری‌های مزمن بر جنبه‌های جسمی و روانی کیفیت زندگی افراد سالمند تاثیر می‌گذارد و آن را کاهش می‌دهند. در این بین نتایج نشان داد که بین میزان مصرف الکل در سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو و سالمندی موفق با میانجی‌گری کیفیت زندگی رابطه معکوس و غیر معنی داری وجود دارد. انجام

تحقیقات مختلف به منظور شناسایی نقش بروز بیماری‌هایی نظیر دیابت با ماهیت مزمن که در صورت مراقبت نکردن صحیح می‌تواند محدود کننده و ناتوان کننده نیز باشد، بیش از پیش اهمیت دارد؛ زیرا نتایج این تحقیقات می‌تواند در برنامه ریزی و سازماندهی برنامه‌های خودمراقبتی برای سالمندان دیابتی بسیار موثر باشد. در همین رابطه پیل و همکاران (۲۰۰۵)، یک مرور سیستماتیک بر روی مطالعات انجام شده در خصوص عوامل تعیین کننده سالمندی موفق با عنوان تعیین کننده‌های رفتاری سالمندی سالم نشان داد که عوامل خطر قابل اصلاح در بین عوامل رفتاری تعیین کننده سالمندی موفق شامل وضعیت استعمال دخانیات، میزان فعالیت بدنی، شاخص توده بدنی، رژیم غذایی، مصرف الکل و اعمال بهداشتی بود. بر اساس این یافته‌ها، سیاست‌های مؤثر سالمندی موفق باید فرصت‌ها را در طول زندگی برای اصلاح عوامل خطر در شیوه زندگی تقویت کند. معتمدی (۱۳۸۴)، در پژوهشی با عنوان نقش رویدادهای زندگی در سالمندی موفق به این نتایج دست یافت می‌تواند سالمندی موفق را با ترکیبی از سه عنصر بقا (طول عمر)، تندرستی (فقدان بیماری) و رضایتمندی از زندگی (شادمانی)، تعریف کرد. نتایج به دست آمده نشان داد سالمندی موفق و غیر موفق از نظر تعداد و یا میزان تجربه رویدادهای زندگی تفاوت معنی داری با یکدیگر ندارند، اما سالمندان غیرموفق تجارب خود را منفی تر ارزیابی کرده و یا احساس می‌کنند آن تجارب تأثیر منفی بر زندگی آنها داشته است. همچنین تجربه و تحلیل اطلاعات نشان داد که سالمندان موفق به طور معنی داری زندگی پرتلاطم تری داشته اند و نسبت به سالمندان غیرموفق به طور معنی داری آینده روشن تر و خوشایندتری را انتظار دارند.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش محدود بودن نمونه مورد بررسی از افراد مبتلا به دیابت نوع دو است که این تعداد نمی‌تواند معرف خوب و کافی برای جامعه باشد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های خود گزارش دهی تهیه شده‌اند که ممکن است سوگیری‌های پاسخ‌دهی در آنان وجود داشته باشد. پیشنهاد می‌شود که با انجام تحقیقات کیفی به تعاریف عمیق تری از سالمندی موفق دست یافت. با توجه به اینکه که عمده توجه کارکنان مراکز درمانی بیماران مبتلا به دیابت به مسائل جسمی آنهاست و با وجود اینکه درصد بالایی از مشکلات روانشناختی در این بیماران گزارش شده است. پیشنهاد می‌شود که در کنار ویژگی‌های منظم پزشکان از نظر مسائل جسمانی، به مشکلات روانشناختی این بیماران نیز توجه بیشتری صورت گیرد. به این منظور لزوم همکاری بیشتر پزشکان و روانشناسان احساس می‌شود. لذا پزشکان پس از ارائه خدمات لازم به سالمندان، افراد دارای مشکلات روانشناختی را به روانشناس ارجاع دهند. در سطح اولیه مراقبت‌ها به دلیل ادغام خدمات روانشناختی امکان ارجاع بیماران وجود دارد. پیشنهاد می‌شود ضمن ارتقا آگاهی‌های سالمندان در زمینه تنوع و تعادل غذایی، انجام ورزش‌های متناسب با سن در برنامه روزانه آنان قرار گیرد و با تغییر در روش زندگی فعالیت‌های نشسته را به حداقل رسانده و در مطالعات آینده با مداخلات مناسب نسبت به کاهش سوءتغذیه آنان به خصوص چاقی اقدامات مناسب انجام گیرد.

منابع

- اهری، مهدی. (۱۳۹۲). بررسی میزان سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه آزاد و پیام نور اهر. پایان نامه کارشناسی دانشگاه پیام نور، اهر.
- باباپور، جلیل؛ طوسی، فهیمه و حکمتی، عیسی. (۱۳۸۸). بررسی نقش عوامل تعیین کننده در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز. پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۴ (۱۶)، ۱-۱۹.

باستانی، فریده و بیگی بروجنی، پروانه. (۱۳۹۸). ارتباط احساس پیری با استقلال عملکردی در سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو. نشریه پرستاری ایران، ۳۲ (۱۱۷)، ۷-۲۳.

بیانی، علی اصغر؛ کوچکی، عاشور محمد و گودرزی، حسنیه. (۱۳۸۶). اعتبار و روایی مقیاس رضایت از زندگی. فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی تحولی، روانشناسان ایرانی، ۳ (۱۱)، ۲۵۹-۲۶۵.

تقریبی، ز؛ تقریبی، ل؛ شریفی، خ و سوکی، ز. (۱۳۸۷). رابطه امید به زندگی و بهزیستی روان شناختی با کیفیت زندگی سالمندان. مجله روانشناسی پیری، ۱ (۱)، ۵۷-۶۵.

شمسی پور دهکردی، پروانه؛ انتظاری، مرضیه و صحاف، رباب. (۱۳۹۶). اثربخشی فعالیت جسمانی بر انعطاف پذیری شناختی و کمالگرایی سالمندان. مجله سالمندی ایران، ۱۲ (۴)، ۴۰۲-۴۱۳.

عسگری، پرویز؛ روشنی، خدیجه و مهری آذربانی، مریم. (۱۳۸۸). رابطه اعتقادات مذهبی و خوش بینی با سلامت معنوی دانشجویان دانشگاه آزاد اهواز. یافته‌های نو در روانشناسی، ۱۰ (۱)، ۲۷-۳۹.

معمودی، عبدالله. (۱۳۸۴). نقش رویدادهای زندگی در سالمندی موفق. مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز، ۲۲ (۴)، ۱-۱۶.

نصیحت کن، علی اصغر؛ پیشوا، علیرضا؛ حبیب زاده، فرخ؛ طباطبایی، مژگان؛ قشقایی زاده، میترا؛ حجت، فاطمه و حفیظی، ایمان. (۱۳۹۱). تعیین پایایی و روایی پرسشنامه کلینیکی خلاصه شده کیفیت زندگی بیماران دیابتی به زبان فارسی. مجله دیابت و متابولیسم ایران، ۱۱ (۵)، ۴۸۷-۴۸۳.

- Ajmera, P., & Jain, V. (2019). Modeling the factors affecting the quality of life in diabetic patients in India using total interpretive structural modeling. *Benchmarking: An International Journal*.
- Alrub, A. A., Hyassat, D., Khader, Y. S., Bani-Mustafa, R., Younes, N., & Ajlouni, K. (2019). Factors associated with health-related quality of life among Jordanian patients with diabetic foot ulcer. *Journal of diabetes research*, 2019.
- Barry, P. P. (2000). An overview of special considerations in the evaluation and management of the geriatric patient. *The American journal of gastroenterology*, 95(1), 8-10.
- Beach, S. R., Dogan, M. V., Lei, M. K., Cutrona, C. E., Gerrard, M., Gibbons, F. X.,... & Philibert, R. A. (2015). Methylomic aging as a window onto the influence of lifestyle: tobacco and alcohol use alter the rate of biological aging. *Journal of the American geriatrics society*, 63(12), 2519-2525.
- Blohm, L. M. (2020). Expectations of Aging and Goals as Motivation for Type 2 Diabetes Self-Management in Individuals with Early Diagnosis.
- Chen, L., Ye, M., & Kahana, E. (2020). A self-reliant umbrella: Defining successful aging among the old-old (80+) in Shanghai. *Journal of Applied Gerontology*, 39(3), 242-249.
- Cioncoloni, D., Innocenti, I., Bartalini, S., Santarnecchi, E., Rossi, S., Rossi, A., & Ulivelli, M. (2014). Individual factors enhance poor health-related quality of life outcome in multiple sclerosis patients. Significance of predictive determinants. *Journal of the neurological sciences*, 345(1-2), 213-219.
- Cotten, S. R. (2017). Examining the roles of technology in aging and quality of life. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 72(5), 823-826.
- Dahany, M. M., Dramé, M., Mahmoudi, R., Novella, J. L., Ciocan, D., Kanagaratnam,

- L.,... & Jolly, D. (2014). Factors associated with successful aging in persons aged 65 to 75 years. *European Geriatric Medicine*, 5(6), 365-370.
- Giannoulis, K., & Giannouli, V. (2020). Subjective Quality of Life, Religiousness, and Spiritual Experience in Greek Orthodox Christians: Data from Healthy Aging and Patients with Cardiovascular Disease. In *GeNeDis 2018* (pp. 85-91). Springer, Cham.
- Golja, K., Daugherty, A. M., & Kavcic, V. (2020). Cognitive Reserve and Depression Predict Subjective Reports of Successful Aging. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 104137.
- Guaraldi, G., Milic, J., & Wu, A. W. (2019). What is the measure of success in HIV? The fourth 90: quality of life or healthy aging?. *European Geriatric Medicine*, 10(2), 267-274.
- Jyv korpi, S. K., Urtamo, A., Strandberg, A. Y., von Bonsdorff, M., Salomaa, V., Kivim ki, M.,... & Strandberg, T. E. (2020). Associations of overweight and metabolic health with successful aging: 32-year follow-up of the Helsinki Businessmen Study. *Clinical Nutrition*, 39(5), 1491-1496.
- Kim, H. S., Kim, H. K., Kang, K. O., & Kim, Y. S. (2019). Determinants of health-related quality of life among outpatients with acute coronary artery disease after percutaneous coronary intervention. *Japan Journal of Nursing Science*, 16(1), 3-16.
- Laforest, L., Van Ganse, E., Ritleng, C., Desamericq, G., Letrilliart, L., Moreau, A.,... & Chamba, G. (2009). Correlates of quality of life of pre-obese and obese patients: a pharmacy-based cross-sectional survey. *BMC public health*, 9(1), 337.
- Lafortune, L., Martin, S., Kelly, S., Kuhn, I., Remes, O., Cowan, A., & Brayne, C. (2016). Behavioural risk factors in mid-life associated with successful ageing, disability, dementia and frailty in later life: a rapid systematic review. *PloS one*, 11(2), e0144405.
- Lavretsky, H. (2020). Health, Resilience, and Successful Aging in the Older US Veterans. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*.
- Neeland, I. J., & de Lemos, J. A. (2020). Aging and Diabetes: Shifting the Risk Trajectory With High-Sensitivity Cardiac Troponins. *Diabetes Care*, 43(6), 1172-1174.
- Rasheed, S., & Woods, R. T. (2013). Malnutrition and quality of life in older people: a systematic review and meta-analysis. *Ageing research reviews*, 12(2), 561-566.
- Schorr, A. V., & Khalaila, R. (2018). Aging in place and quality of life among the elderly in Europe: A moderated mediation model. *Archives of gerontology and geriatrics*, 77, 196-204.
- Singh-Manoux, A., Sabia, S., Bouillon, K., Brunner, E. J., Grodstein, F., Elbaz, A., & Kivimaki, M. (2014). Association of body mass index and waist circumference with successful aging. *Obesity*, 22(4), 1172-1178.
- Strawbridge, W. J., Cohen, R. D., Shema, S. J., & Kaplan, G. A. (1996). Successful aging: predictors and associated activities. *American journal of epidemiology*, 144(2), 135-141.
- Tkatch, R., Musich, S., MacLeod, S., Kraemer, S., Hawkins, K., Wicker, E. R., & Armstrong, D. G. (2017). A qualitative study to examine older adults' perceptions of health: Keys to aging successfully. *Geriatric Nursing*, 38(6), 485-490.
- Tzioumis, E., Avila, J., & Adair, L. S. (2019). Determinants of Successful Aging in a Co-

- hort of Filipino Women. *Geriatrics*, 4(1), 12.
- Weiland, T. J., Hadgkiss, E. J., Jelinek, G. A., Pereira, N. G., Marck, C. H., & van der Meer, D. M. (2014). The association of alcohol consumption and smoking with quality of life, disability and disease activity in an international sample of people with multiple sclerosis. *Journal of the Neurological Sciences*, 336(1-2), 211-219.
- World Health Organization. (2019). Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020.
- Wu, F. L., Tai, H. C., & Sun, J. C. (2019). Self-management experience of middle-aged and older adults with type 2 diabetes: A qualitative study. *Asian nursing research*, 13(3), 209-215.
- Zhang, K., Zhang, W., Wu, B., & Liu, S. (2020). Anxiety about aging, resilience and health Status among Chinese older adults: Findings from Honolulu and Wuhan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 88, 104015.