

Comparison of Active Aging Indicators and Associated Factors Among Urban and Rural Elderly in Behshahr, Iran (2023)

Nadia Khakzad¹,
Ehteramsadat Ilali²,
AbolfazlHosein Nattaj³,
Tahereh Yaghoobi⁴

¹ Master's Student in Geriatric Nursing, Student Research Committee, Nasibeh Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² Associate Professor, Department of Geriatric Nursing, Nasibeh Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

³ Associate Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁴ Associate Professor, Psychosomatic Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received July 1, 2024; Accepted December 7, 2024)

Abstract

Background and purpose: Active aging involves optimizing opportunities to enhance the quality of life in older age. Environmental differences and lifestyle variations between urban and rural areas can significantly affect active aging. This study aimed to compare the indicators of active aging among elderly individuals in urban and rural areas of Behshahr, while also identifying the factors associated with these indicators in 2023.

Materials and methods: This cross-sectional, descriptive-analytical study employed a proportional quota sampling method to examine 350 elderly individuals from comprehensive health service centers in Behshahr. The tools used included a demographic-social factors form and a 40-item questionnaire on the Iranian Active Aging Index. Collected data were analyzed using SPSS version 20 and linear regression tests.

Results: The mean age of the elderly participants was 70.96 ± 13.8 years. Among the participants, 52% were men, and 61% were married. The average scores on the Active Aging Index were 111.47 ± 30.48 for urban residents and 93.73 ± 21.66 for rural residents, demonstrating that urban elderly individuals had significantly higher scores than their rural counterparts ($P < 0.001$). Married elderly individuals in both groups scored significantly higher on the Active Aging Index compared to single individuals. Participants with higher education levels and income also achieved significantly greater scores. In contrast, an increase in age and the number of children was associated with a notable reduction in the Active Aging Index score ($P < 0.05$).

Conclusion: Attention to geographical, cultural, and social differences is crucial when formulating policies for the elderly. Furthermore, there is an urgent need to develop infrastructure that improves access to health and social services for older adults in rural areas. These findings can guide policymakers in enhancing the quality of life for older adults, highlighting the importance of addressing the unique needs of diverse groups.

Keywords: aging index, active aging, urban elderly, rural elderly

J Mazandaran Univ Med Sci 2025; 34 (240): 26-33 (Persian).

Corresponding Author: Tahereh Yaghoobi - Nasibeh Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran (E-mail: tyaghubi@gmail.com)

مقایسه شاخص های سالمندی فعال در سالمندان شهری و روستایی شهرستان بهشهر و عوامل مرتبط با آن در سال ۱۴۰۲

نادیا خاکزاد^۱احترام سادات ایلائی^۲ابوالفضل حسین نتاج^۳طاهره یعقوبی^۴

چکیده

سابقه و هدف: سالمندی فعال (Active aging) به معنای بهینه سازی فرصت ها برای ارتقای کیفیت زندگی در دوران سالمندی است. تفاوت های محیطی و سبک زندگی بین شهر و روستا می تواند تأثیرات قابل توجهی بر سالمندی فعال داشته باشد. لذا مطالعه حاضر با هدف مقایسه شاخص های سالمندی فعال در سالمندان شهری و روستایی شهرستان بهشهر و عوامل مرتبط با آن، در سال ۱۴۰۲ طراحی و اجرا شد.

مواد و روش ها: در این مطالعه مقطعی از نوع توصیفی - تحلیلی، با استفاده از روش نمونه گیری نسبتی - سهمیه ای، ۳۵۰ نفر از سالمندان مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان بهشهر مورد بررسی قرار گرفتند. ابزارهای مورد استفاده شامل فرم عوامل اجتماعی - دموگرافیک و پرسشنامه ۴۰ سوالی شاخص سالمندی فعال ایرانی بود. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ و آزمون رگرسیون خطی تحلیل شدند.

یافته ها: میانگین سنی سالمندان شرکت کننده در مطالعه $70/8 \pm 96/13$ سال بود، که در آن ۵۲ درصد مرد و ۶۱/۱ درصد متاهل بودند. میانگین نمره مجموع شاخص سالمندی فعال در شهر و روستا به ترتیب $93/21 \pm 73/66$ و $111/30 \pm 47/48$ بود، که نشان دهنده بالاتر بودن نمره شاخص سالمندی فعال در سالمندان شهری نسبت به روستاییان است ($P < 0/001$). همچنین، در هر دو گروه، میانگین نمره شاخص سالمندی فعال در سالمندان متاهل به طور معنی داری بیش تر از سالمندان مجرد بود. افراد با سطوح تحصیلات و درآمد بالاتر نیز به طور معنی داری میانگین شاخص سالمندی فعال بیش تری داشتند. برعکس، با افزایش سن و تعداد فرزندان، میانگین شاخص سالمندی فعال به طور معنی داری کاهش یافت ($P > 0/05$).

استنتاج: توجه به تفاوت های جغرافیایی، فرهنگی و اجتماعی در تدوین سیاست ها و برنامه های مرتبط با سالمندان از اهمیت بالایی برخوردار است. همچنین، نیاز به توسعه زیرساخت های مناسب برای دسترسی بهتر سالمندان به خدمات بهداشتی و اجتماعی در مناطق روستایی احساس می شود. به علاوه، این نتایج می توانند راهنمایی برای سیاست گذاران در جهت ارتقای کیفیت زندگی سالمندان بوده و نیز ضرورت توجه به نیازهای خاص هر گروه را نشان دهند.

واژه های کلیدی: شاخص سالمندی، سالمندی فعال، سالمندان شهری، سالمندان روستایی

E-mail: tyaghubi@gmail.com

مؤلف مسئول: طاهره یعقوبی - ساری: دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دانشکده پرستاری نسیه

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری مامایی نسیه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲. دانشیار، گروه پرستاری سالمندی، دانشکده پرستاری مامایی نسیه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۳. استادیار، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۴. دانشیار، مرکز تحقیقات روان تنی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۴/۱۱ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۳/۵/۲۸ تاریخ تصویب: ۱۴۰۳/۹/۱۷

مقدمه

با افزایش امید به زندگی و کاهش تولد و مرگ و میر، جمعیت جهان به سرعت در حال پیر شدن است که پیامدهای عمیقی برای جنبه‌های مختلف زندگی انسانی دارد (۱۲). پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۵۰، ۲۲ درصد از جمعیت جهانی را افراد بالای ۶۰ سال تشکیل دهند (۳). در ایران نیز طبق سرشماری سال ۱۳۹۵، بیش از ۷ میلیون نفر از جمعیت کشور را، افراد بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهند و تا سال ۲۰۵۰ این نسبت در ایران نیز به بیش از ۲۰ درصد خواهد رسید (۴۵). در قرن بیست و یکم، سالمندی به عنوان فرصتی برای بهبود کیفیت زندگی و استفاده از امکانات جدید تعریف شد، که شامل مفاهیمی چون سالمندی فعال، موفق و مولد است (۸-۶). سالمندی فعال به معنای بهینه‌سازی فرصت‌ها در سه زمینه سلامت، مشارکت و امنیت برای بهبود کیفیت زندگی سالمندان است. عوامل مؤثر بر سالمندی فعال شامل خدمات اجتماعی، عوامل فردی و رفتاری است (۹).

مکان زندگی افراد تأثیر زیادی بر سلامت سالمندان دارد (۱۰). مطالعات نشان می‌دهد که کیفیت زندگی در مناطق شهری به طور قابل توجهی بهتر از مناطق روستایی است (۱۱). در مناطق روستایی، سالمندان معمولاً تا زمانی که قادر باشند کار می‌کنند و استقلال اقتصادی را تجربه می‌کنند، در حالی که در شهرها با محدودیت‌های سنی و مشکلات اقتصادی مواجه‌اند (۱۰). تعاریف مختلفی از سالمندی فعال وجود دارد؛ برخی آن را به مشارکت اجتماعی محدود می‌کنند و برخی دیگر ابعاد جسمی و روانی را نیز شامل می‌شوند (۱۱). با توجه به تأثیر ساختارهای جغرافیایی، اجتماعی و اقتصادی بر سالمندی، پژوهش حاضر به بررسی شاخص‌های سالمندی فعال در سالمندان شهری و روستایی شهرستان بهشهر و عوامل مرتبط با آن در سال ۱۴۰۲ پرداخته است.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی، توصیفی -

تحلیلی است که بر روی سالمندان ۶۰ سال و بالاتر، شهری و روستایی مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی بهشهر در سال ۱۴۰۲ انجام شده است. برای تعیین حجم نمونه، با در نظر گرفتن انحراف معیار نمره سالمندی فعال (۲۰/۴۳) و سطح معنی‌داری ۵ درصد، ۳۵۰ نمونه (۱۷۵ روستایی و ۱۷۵ شهری) جمع‌آوری شد. نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای از ۶ مرکز خدمات جامع سلامت (۳ شهری و ۳ روستایی) انجام شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل رضایت آگاهانه، سن بالای ۶۰ سال، عدم ابتلا به مشکلات شناختی (نمره ۷ و بالاتر در آزمون AMT) و نمره افسردگی کم‌تر از ۷ (در آزمون GDS) و معیارهای خروج شامل عدم تکمیل پرسشنامه‌ها و عدم ابتلا به بیماری‌های روانشناختی در پرونده بهداشتی، بوده است. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل فرم مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه شاخص سالمندی فعال ایرانی می‌باشد.

پرسشنامه شاخص سالمندی فعال ایرانی که توسط محمدی و همکاران در سال ۱۳۹۶ روان‌سنجی شده، شامل ۴۰ سوال است که نمره‌گذاری آن به صورت، هیچ برابر با ۱، کم برابر با ۲، تاحدی برابر با ۳، زیاد برابر با ۴، خیلی و زیاد برابر با ۵، انجام می‌شود. نمره کلی این مقیاس بین ۴۰ تا ۲۰۰ قابل سنجش است. پایایی پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و ثبات از طریق بازآزمایی ۰/۹۵ تأیید شده ($P < ۰/۰۱$) (۱۲). در مطالعه حاضر، ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه به ۰/۹۷ رسید که نشان‌دهنده همسانی درونی مطلوب است.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ استفاده شد. آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار برای توصیف نمونه‌ها به کار رفت. نتایج آزمون کولمگروف اسمیرنف نشان داد فرضیه نرمالیتی برقرار نیست ($P = ۰/۰۰۶$)، اما با محاسبه چولگی و کشیدگی، انحراف جدی از توزیع نرمال مشاهده نشد. با توجه به حجم نمونه کافی، از آزمون‌های پارامتری (رگرسیون خطی چندگانه) استفاده گردید.

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف معیار نمره شاخص سالمندی فعال در سالمندان

متغیر مورد بررسی	سالمندان شهری		سالمندان روستایی		آزمون تی مستقل	
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	سطح معنی داری	
مجموع شاخص سالمندی فعال	۱۱۱/۴۷	۳۰/۴۸	۹۳/۷۳	۲۱/۶۶	۱۷/۷۳۹	۰/۰۰۱

نتایج آزمون تی مستقل نشان می‌دهد میانگین نمره مجموع شاخص سالمندی فعال به‌طور معنی‌داری در سالمندان ساکن شهر بالاتر از سالمندان ساکن روستا بود. جهت کنترل همزمان اثر همه متغیرها بر نمره شاخص سالمندی فعال در سالمندان شهری از رگرسیون استفاده گردید. متغیرهای وضعیت اشتغال، تحصیلات، وضعیت مالی و سن دارای ارتباط معنی‌دار با نمره شاخص سالمندی فعال بودند. میانگین نمره شاخص سالمندی فعال در سالمندان بازنشسته و خانه‌دار به ترتیب ۹/۶۲ و ۱۲/۹۹ واحد کم‌تر از سالمندان با شغل آزاد بود. با بالاتر رفتن مقطع تحصیلات، نمره شاخص سالمندی فعال نیز افزایش بیشتری می‌یابد. میانگین نمره شاخص سالمندی فعال در سالمندان با وضعیت مالی برابر با هزینه کرد، ۹/۷۳ واحد بیش‌تر از سالمندان با وضعیت مالی کم‌تر از هزینه کرد بود. با افزایش هر سال سن سالمندان، نمره شاخص سالمندی فعال ۱/۴۰ واحد کاهش می‌یابد. در این مدل، مقدار ضریب تعیین (R^2)، برابر است با ۰/۶۵، در نتیجه مدل قادر است تقریباً ۶۵ درصد از تغییرات متغیر شاخص سالمندی فعال در سالمندان شهری را بیان نمایند (جدول شماره ۲).

جهت کنترل همزمان اثر همه متغیرها بر نمره شاخص سالمندی فعال در سالمندان روستایی از رگرسیون استفاده گردید. ضریب تعیین (R^2) در این تحلیل ۰/۵۹ به‌دست آمد. متغیرهای تحصیلات، وضعیت مالی و سن دارای ارتباط معنی‌دار با نمره شاخص سالمندی فعال بودند. میانگین نمره شاخص سالمندی فعال در افراد با هر مقطع تحصیلی به‌طور معنی‌دار بیش‌تر از سالمندان بی‌سواد بود و با بالاتر رفتن مقطع تحصیلات، نمره شاخص سالمندی فعال نیز افزایش بیشتری می‌یابد.

برای ارزیابی استقلال خطاها، آزمون دوربین-واتسون انجام شد که آماره محاسبه شده برابر با ۱/۵ بود. همچنین بررسی هم‌خطی با استفاده از ضریب تولرانس انجام شد که مقدار آن بین ۰/۹۰۶ تا ۰/۵۲۴ متغیر بود و نشان‌دهنده عدم هم‌خطی بین متغیرها است.

بررسی هم‌خطی از طریق آماره‌هایی به نام تولرانس (tolerance) اندازه‌گیری شد. مقدار ضریب تولرانس بین ۰ و ۱ تغییر می‌کند. هر چه مقدار آن بزرگ‌تر باشد (نزدیک به ۱)، میزان همپوشی با متغیرهای دیگر و در نتیجه هم‌خطی کم‌تر است. در این مطالعه، مقدار این شاخص بین ۰/۹۰۶-۰/۵۲۴ متغیر بود و بین متغیرهای پیش بین هم‌خطی (collinearity) نیز وجود نداشت. جهت سنجش عوامل اثرگذار، ابتدا از روش‌های تک متغیره سنجیده شد و هر متغیری که دارای $P < 0/2$ بود، وارد تحلیل نهایی شد.

پژوهش حاضر پس از کسب مجوزهای لازم و دریافت کد اخلاق (IR.MAZUMS.REC.1401.509) از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه انجام شده است. هم‌چنین، رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از سالمندان جمع‌آوری شد و اهداف و نحوه انجام مطالعه به آنان توضیح داده شد. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که پاسخ‌هایشان تنها برای اهداف پژوهش استفاده خواهد شد و تمامی اطلاعات با حفظ اصل گمنامی، محرمانه باقی خواهد ماند.

یافته‌ها

میانگین سنی سالمندان، $70/96 \pm 8/13$ سال بود. ۵۲ درصد سالمندان زن و ۶۱/۱ درصد سالمندان متاهل بودند. ۳۲/۶ درصد سالمندان، خانه‌دار بوده و ۳۴/۶ درصد همراه با همسرانشان زندگی می‌کردند. اغلب سالمندان شرکت‌کننده در مطالعه (۲۵/۷ درصد) دیپلم و در رتبه بعدی بی‌سواد (۲۴/۹ درصد) بودند. میانگین و انحراف معیار شاخص‌های مورد مطالعه در جدول شماره ۱، گزارش شده است.

جدول شماره ۲: شناسایی عوامل موثر بر نمره شاخص سالمندی فعال در سالمندان شهری

متغیر	ضریب رگرسیونی	خطای استاندارد	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	سطح معنی داری
جنسیت	مرد	مرجع	-	-
	زن	۵/۹۷	-۲/۴۹_۱۴/۴۳	۰/۱۶۷
وضعیت تاهل	متاهل	مرجع	-	-
	مجرد/بیوه/مطلقه	۲/۱۵	-۱۸/۸۰_۲۳/۱۰	۰/۸۴۱
اشتغال	آزاد	مرجع	-	-
	کارمند	-۷/۳۵۰	-۲۱/۶۳_۶/۹۳	۰/۳۱۳
	بیکار	-۶/۸۶	-۱۹/۵۰_۵/۷۶	۰/۲۸۷
	بازنشسته	-۹/۶۲	-۱۸/۹۷_۰/۲۷	۰/۰۴۴
	خانه دار	-۱۲/۹۸	-۲۳/۶۹_۲/۲۷	۰/۰۱۷
تحصیلات	بی سواد	مرجع	-	-
	ابتدایی	۱۶/۶۶	۶/۸۵_۲۶/۴۸	۰/۰۰۱
	راهنمایی	۲۴/۳۳	۱۳/۰۸_۳۵/۵۷	۰/۰۰۱
	دیپلم	۲۶/۷۳	۱۵/۳۱_۳۸/۱۵	۰/۰۰۱
	دانشگاهی	۲۷/۲۸	۱۲/۵۰_۴۲/۰۶	۰/۰۰۱
همراه	همسر	مرجع	-	-
	فرزند	-۱۶/۵۳	-۲۸/۷۲_۵/۶۴	۰/۱۴۴
	همسر و فرزند	-۱/۴۵	-۸/۴۰_۵/۴۸	۰/۶۸۱
	تنها	-۱۰/۱۶	-۳۱/۰۴_۱۰/۷۲	۰/۳۴۰
وضعیت مالی	کمتر از هزینه کرد	مرجع	-	-
	برابر با هزینه کرد	۹/۷۳	۱/۳۵_۱۸/۱۰	۰/۰۲۳
	بیشتر از هزینه کرد	۰/۳۲	-۱۱/۳۶_۱۲/۰۵	۰/۹۵۷
سن	-	-۱/۳۹	-۱/۸۳_۰/۹۵	۰/۰۰۱
تعداد فرزند	-	-۱/۴۸	-۳/۳۵_۰/۳۸	۰/۱۲۰

جدول شماره ۳: شناسایی عوامل موثر بر نمره شاخص سالمندی فعال در سالمندان روستایی

متغیر	ضریب رگرسیونی	خطای استاندارد	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	سطح معنی داری
جنسیت	مرد	مرجع	-	-
	زن	۲/۳۰	-۴/۸۹_۹/۴۹	۰/۵۳۱
وضعیت تاهل	متاهل	مرجع	-	-
	مجرد/بیوه/مطلقه	-۸/۲۰	-۱۹/۰۹_۲/۶۸	۰/۱۴۰
اشتغال	آزاد	مرجع	-	-
	کارمند	-۱۵/۹۴	-۲۷/۴۹_۴/۴۰	۰/۰۰۷
	بیکار	-۴/۸۴	-۲/۹۲_۱۳/۶۱	۰/۲۷۹
	بازنشسته	-۲/۳۱	-۸/۴۷_۳/۸۴	۰/۴۶۲
	خانه دار	-۴/۱۴	-۱۳/۰۶_۴/۷۸	۰/۳۶۳
تحصیلات	بی سواد	مرجع	-	-
	ابتدایی	۱۲/۹۶	۶/۱۰_۱۹/۸۲	۰/۰۰۱
	راهنمایی	۲۰/۱۷	۱۲/۴۲_۲۷/۹۱	۰/۰۰۱
	دیپلم	۲۴/۲۸	۱۶/۰۹_۳۲/۴۷	۰/۰۰۱
	دانشگاهی	۲۹/۴۰	۱۸/۳۳_۴۰/۵۷	۰/۰۰۱
همراه	همسر	مرجع	-	-
	فرزند	-۳/۸۲	-۱۵/۷۳_۸/۰۷	۰/۵۲۹
	همسر و فرزند	-۴/۲۳	-۱۰/۳۶_۱/۸۹	۰/۱۷۶
	تنها	۵/۰۸	-۶/۷۸_۱۶/۹۶	۰/۴۰۱
وضعیت مالی	کم تر از هزینه کرد	مرجع	-	-
	برابر با هزینه کرد	۱۰/۸۶	۵/۱۳_۱۶/۵۸	۰/۰۰۱
	بیش تر از هزینه کرد	۱۳/۶۸	۶/۴۰_۲۰/۹۵	۰/۰۰۱
سن	-	-۰/۸۹	-۱/۱۶_۰/۴۳	۰/۰۰۱
تعداد فرزند	-	۰/۱۷	-۱/۱۹_۱/۵۵	۰/۸۹۹

میانگین نمره شاخص سالمندی فعال در سالمندان با وضعیت مالی برابر یا بیش تر از هزینه کرد، به ترتیب ۱۰/۸۶ و ۱۳/۶۸ واحد بیش تر از سالمندان با وضعیت مالی کم تر از هزینه کرد بود. با افزایش هر سال سن سالمندان، نمره شاخص سالمندی فعال ۰/۸۰ واحد کاهش می یابد (جدول شماره ۳).

بحث

این مطالعه با هدف تعیین شاخص های سالمندی فعال در سالمندان شهری و روستایی شهرستان بهشهر و عوامل مرتبط با آن انجام شد. در این راستا، ۳۵۰ سالمند واجد شرایط مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که میانگین نمره مجموع شاخص سالمندی فعال کم تر از حد متوسط است. در مطالعه سید جوادی و پاکفر (۱۳۹۷)، نمره سالمندی فعال سالمندان اردبیلی در حد متوسط گزارش شده بود، که به یافته های این مطالعه نزدیک است (۱۳). هم چنین، مجیدی و همکاران (۱۳۹۷) نیز در شیراز میزان شاخص سالمندی فعال را متوسط اعلام کردند (۱۴).

در مقابل، تاجور و همکاران (۱۳۹۹) در مطالعه ای مقطعی در تهران، میزان شاخص سالمندی فعال را پایین گزارش کردند، که با یافته های مطالعه حاضر همخوانی ندارد (۱۵). به طور کلی، نتایج نشان می دهد که سالمندان در سطح متوسطی از فعالیت قرار دارند و این میزان برای توسعه جامعه قابل قبول نیست. با توجه به سرعت سالمند شدن جمعیت ایران، نیاز به اقدامات بیش تر در این زمینه احساس می شود و توجه به عوامل حمایت اجتماعی و افزایش سواد و آگاهی می تواند نقش مؤثری ایفا کند (۱۴).

مطالعاتی از جمله Sirisuwan و همکاران (۲۰۲۱) نیز نشان داده اند که تقریباً دو سوم از سالمندان در شمال شرقی تایلند دارای سالمندی فعال در سطوح پایین تا متوسط بودند، که با یافته های مطالعه حاضر همخوانی دارد (۱۶). هم چنین، نتایج مطالعه Punyakaew و همکاران (۲۰۱۹)

نشان داد که سالمندی فعال در سالمندان تایلندی در سطح متوسطی بوده است (۱۷).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره شاخص سالمندی فعال در سالمندان متأهل به طور معنی داری بیش تر از سالمندان مجرد، بیوه و مطلقه بود و این میزان در سالمندان شهری بالاتر از سالمندان روستایی بود. در این زمینه، مطالعه رازقی نصرآباد و همکاران (۱۳۹۹) نشان داد که میانگین سالمندی فعال بانزشتگانی که با همسر و فرزندان زندگی می کنند، بیش تر از افرادی است که تنها با همسر یا فقط با فرزندان زندگی می کنند (۱۸). هم چنین، تاجور و همکاران (۱۳۹۹) گزارش کردند که سالمندان غیر متأهل دارای زندگی غیرفعال تری بودند (۱۵). یکی از دلایل این تفاوت می تواند این باشد که افراد متأهل به دلیل تأمین مخارج و هزینه های زندگی باید فعالیت بیش تری داشته باشند. هم چنین، به نظر می رسد افراد متأهل به دلیل داشتن احساس خوب روانی، ارتباطات اجتماعی بیش تر و انگیزه و امید به زندگی بیش تری برخوردار هستند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره شاخص سالمندی فعال با افزایش سطح تحصیلات افزایش می یابد. در مطالعه رازقی نصرآباد و همکاران (۱۳۹۹)، زنان و مردان بانزشته دارای تحصیلات دانشگاهی بالاترین میانگین سالمندی فعال را تجربه کرده اند (۱۸). هم چنین، نتایج مطالعه Ajogwu و همکاران (۲۰۲۱) در نیجریه نشان داد که بین تحصیلات و عملکرد سالمندی فعال در پاسخگویان مناطق شهری و روستایی ارتباط معناداری وجود دارد (۱۹). این یافته ها با نتایج مطالعه حاضر هم راستا هستند. تحصیلات به عنوان شاخصی از میزان آگاهی و فرصتی برای داشتن شغل و درآمد بهتر، اهمیت دارد، به ویژه این که آموزش به عنوان یکی از شاخص های توسعه اجتماعی مطرح است (۲۰).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره شاخص سالمندی فعال با نوع شغل ارتباط معنی داری دارد، به طوری که این شاخص در سالمندان بانزشته و

کارمند بالاتر از سایرین بود. هم چنین، میانگین نمره شاخص سالمندی فعال با بهبود میزان درآمد افزایش یافت. مطالعه Ajogwu و همکاران (۲۰۲۱) بر روی مردان میانسال در نیجریه نشان داد که ساکنان روستایی نسبت به ساکنان شهر، سالمندی فعال بهتری دارند و در فعالیت های روزانه شان زندگی فعالی دارند که می تواند خطر ابتلا به بیماری های غیر واگیر را کاهش دهد (۱۹).

یافته های مطالعه تاجور و همکاران (۱۳۹۹) نیز بیانگر بالاتر بودن نمره سالمندی فعال در سالمندان ثروتمند نسبت به فقرا بود (۱۵). درآمد فرد به عنوان یکی از اساسی ترین عوامل در برخورداری از امکانات و برنامه های فردی و اجتماعی اهمیت دارد و افراد با وضعیت مالی بهتر معمولاً در بسیاری از شاخص ها نمره بالاتری دارند. به طور کلی، به نظر می رسد که مشارکت فعال تر افراد دارا در جامعه، برخورداری از زندگی ایمن و مستقل، و داشتن حس بهتر نسبت به زندگی باعث افزایش نمره سالمندی فعال این افراد می شود (۲۱).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که شاخص سالمندی فعال با سن ارتباط منفی و معنی داری دارد، به طوری که با افزایش سن، این شاخص کاهش می یابد. Punyakaew و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه ای در تایلند گزارش کردند که افراد مسن بیش تر وقت خود را به استراحت و خواب می گذرانند و سالمندان با سطح بالای سالمندی فعال بیش تر از سایر گروه ها به اوقات فراغت و مشارکت اجتماعی می پردازند (۱۷).

با افزایش سن، اختلال عملکرد جسمانی بیش تر می شود و این امر نیاز به کمک را افزایش می دهد که می تواند بر کیفیت زندگی سالمندان تأثیر منفی بگذارد (۲۲). بنابراین، تأکید بر توجه خاص به سالمندان مسن تر و ارائه حمایت های بیش تر از آن ها ضروری است تا بتوانند دوران سالمندی خود را بهتر سپری کنند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که شاخص سالمندی فعال شهری با تعداد فرزند ارتباط منفی و معنی داری دارد، به طوری که با افزایش تعداد فرزند، این شاخص

اگرچه نتایج این پژوهش به سالمندان تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت تعمیم پذیر است و برای تعمیم به سایر گروه‌ها باید با احتیاط عمل شود، ولی پیشنهاد می‌شود پژوهشگران به بررسی کفایت سیستم‌های حمایت اجتماعی و حمایت‌های بین‌نسلی، و هم‌چنین زمینه‌های حضور بیش‌تر سالمندان در جامعه و بهره‌برداری از تجربیات آنان در دوران بازنشستگی بپردازند.

سپاسگزاری

مجریان طرح از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران و هم‌چنین از زحمات مدیریت محترم مراکز خدمات بهداشتی درمانی شهرستان بهشهر و کارکنان و سالمندان عزیز همکاری‌کننده در این پژوهش قدردانی می‌کنند.

کاهش می‌یابد. مطالعه رازقی نصرآباد و همکاران (۱۳۹۹) نیز نشان داد که متغیر حمایت اجتماعی بین‌نسلی تأثیر معکوس و معنی‌داری بر سالمندی فعال دارد (۱۸).

با ورود به مرحله سالمندی، هزینه‌های درمانی افزایش می‌یابد و هزینه‌های دو سال آخر عمر ممکن است با هزینه‌های مابقی دوران زندگی برابر شود (۱۸). هم‌چنین، تغییر سبک زندگی جوامع از خانواده‌های چندنسلی به خانواده‌های هسته‌ای، مسئولیت نگهداری و حمایت از سالمندان را به چالش می‌کشد. بنابراین، با توجه به محدودیت منابع دولت‌ها و تغییر ساختارهای اجتماعی، تدوین برنامه‌ها و استراتژی‌های کم‌هزینه و مؤثر برای حل مشکلات مربوط به سالمندی جمعیت ضروری است. در صورت عدم انتخاب راه‌حل‌های استراتژیک، سالمندی جمعیت می‌تواند تهدیدی برای جوامع در حال توسعه باشد.

References

1. Bagheri Ruchi A, Mohammadi F, Mafi M, Motalebi SA. Prevalence and external factors of home falls among the elderly in Qazvin. *J Inflamm Dis* 2019; 23(5): 440-451.
2. Detweiler MB, Sharma T, Detweiler JG, Murphy PF, Lane S, Carman J, et al. What Is the Evidence to Support the Use of Therapeutic Gardens for the Elderly? *Psychiatry Investig* 2012; 9(2): 100-110 PMID: 22707959.
3. Organization WH. World report on ageing and health: World Health Organization; 2015.
4. Mehri N, Messkoub M, Kunkel S. Trends, determinants and the implications of population aging in Iran. *Ageing International* 2020; 45(4): 327-343.
5. Orang S, Hashemi Razini H, Abdollahi MH. Relationship between early maladaptive schemas and meaning of life and psychological well-being of the elderly. *Iranian Journal of Ageing* 2017; 12(3): 326-345 (Persian).
6. Buys L, Miller E. The meaning of "active ageing" to older Australians: Exploring the relative importance of health, participation and security. In *Proceedings 39th Australian Association of Gerontology Conference*, Sydney; 2006.
7. Fernández-Ballesteros R, Robine JM, Walker A, Kalache A. Active aging: a global goal. *Curr Gerontol Geriatr Res* 2013; 2013: 298012. PMID: 23476642.
8. Foster L, Walker A. Active and successful aging: A European policy perspective. *Gerontologist* 2015; 55(1): 83-90. PMID: 24846882.
9. WHO. Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 global monitoring report. 2021
10. Risal A, Manandhar S, Manandhar K, Manandhar N, Kunwar D, Holen A. Quality of life and its predictors among aging people in urban and rural Nepal. *Qual Life Res* 2020; 29(12): 3201-3212 PMID: 32725374.

11. Gholipour Z, Farahani MMMA, Riahi L, Hajinabi K. Active ageing management in Iran: Designing a model. *Asia Pacific Journal of Health Management* 2020; 15(2): S61-S70.
12. Mohammadi E, Allahyari T, Darvishpoor Kakhaki A, Saraei H. Determining psychometric properties of Iranian active aging measurement instrument. *Iranian Journal of Ageing* 2018; 12(4): 414-429 (Persian).
13. Seyedjavadi M, Pakfar Z. The Relationship Between Active Aging and Mental Health in the Elderly Patients. *Middle Eastern Journal of Disability Studies* 2021; 11: 18 (Persian).
14. Movahed M, Majidi M. Active Aging Index and Related Factors Among Aged People in Shiraz in 1397. *Journal of Advanced Biomedical Sciences* 2019; 9(4): 1819-1828.
15. Tajvar M, Yaseri M, Mahmoudi R, Karami B. Active Aging Index and Its Individual Determinants in Tehran, Iran. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2020; 18(2): 139-158 (Persian).
16. Sirisuwan P, Phimha S, Banchonhattakit P. Active aging, health literacy, and quality of life among elderly in the Northeast of Thailand. *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology* 2021; 15(3): 2645-2650.
17. Punyakaew A, Lersilp S, Putthinoi S. Active ageing level and time use of elderly persons in a Thai suburban community. *Occupational Therapy International* 2019; 2019.
18. Razeghi Nasrabad HB, Alimondegari M, Rezvanian Z. Demographic-social and economic determinants of active aging among retirees of some government offices in Babol. *Strategic Research on Social Problems* 2020; 9(4): 51-76 (Persian).
19. Ajogwu A, Odeyemi K. Active ageing: Process and determinants among middle-aged men in rural and urban communities in Lagos State, Nigeria. *Pan Afr Med J* 2021; 39(1): 195.
20. Ojaghi S, Bayat R, Fazli S, Keshavarz Tork E, Fath Taheri A. Prioritization the Factors Affecting the future of Employment and Social Welfare in Iran. *refahj*. 2023; 22(87): 221-227 (Persian).
21. Rezapour A, Mahmoudi M, Gorji H, Faradonbeh S, Asadi S, Zadeh N, et al. A survey of Unmet health needs and the related barriers to access them. *Journal of Health Administration* 2014; 17(57): 87-98 (Persian).
22. Ahmadi M, NoudehiM, Esmaeili M, Sadrollahi A. Comparing the Quality of Life Between Active and Non-Active Elderly Women with an Emphasis on Physical Activity. *Salmand: Iranian Journal of Ageing* 2017; 12(3): 262-275 (Persian).