

Priorities of Active Aging Policy in Iran

Zeinab Gholipour¹, Mahmood Mahmoodi Majd Abadi Farahani*¹, Leila Riahi¹, Kamran Hajinabi¹

Article Info:

Article History:

Received: 09/08/2019

Accepted: 01/10/2020

Published: 03/20/2020

Keywords:

Policy-Making

Active Aging

Prioritizing

Abstract

Background and Objectives: In spite of the aging of the Iranian population, the real needs of the elderly as a vulnerable group have not been given much attention, so they need serious consideration of the authorities for their comprehensive exposure. Therefore, in this study we tried to identify the priorities of active aging policy making for planning so that it can meet all their needs. So, factors affecting large-scale managerial policies could be a good aging predictive factor in the coming years.

Material and Methods: The method of this project is a qualitative content analysis study. The statistical population of this study consisted of 287 elderly managers in organizations related to the provision of active aging services. The research tool was a questionnaire which was developed by the researcher. Quantitative assessment was done using content validity ratio (CVR) and content validity index (CVI). Data were analyzed using descriptive statistics, one sample t-test and SPSS software.

Results: According to the findings of this study, nutrition, housing, leisure planning, income security, urban planning and spaces, mental health, community attitudes and health literacy, lifelong learning and employment are effective in prioritizing active aging policy and nutrition with 0.512 factor loading has the most important factor and "lifelong training" with 0.820 factor loading is the least in defining the factors of active aging in prioritizing.

Conclusion: If government and related organizations make policy-making based on priorities, and need-based policy-making becomes coherent and integrated, significant results are expected to improve the condition of the elderly.

Citation: Gholipour Z, Mahmoodi Majd Abadi Farahani M, Riahi L, Hajinabi K. Priorities of Active Aging Policy in Iran. Depiction of Health 2020; 11(1): 47-56.

1. Department of Health Services Management, Sciences and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran (Email: mahmoodim@tums.ac.ir)

اولویتهای سیاست‌گذاری سالمندی فعال برای ایران

زینب قلی پور^۱، محمود محمودی مجدآبادی فراهانی^{۱*}، لیلا ریاحی^۱، کامران حاجی نبی^۱

چکیده

زمینه و اهداف: علیرغم رشد سالمندی در جمعیت ایران به نیازهای واقعی سالمندان به عنوان یک گروه آسیب‌پذیر کمتر توجه شده است. بنابراین نیازمند نگاه جدی متولیان برای مواجهه همه‌جانبه با آن است. در این پژوهش سعی شده تا اولویتهای سیاست‌گذاری سالمندی فعال جهت برنامه ریزی شناسائی گردد به گونه‌ای که بتواند پاسخگوی اکثر نیازهای آن‌ها باشد. بنابراین عوامل موثر در سیاست‌گذاری‌های مدیریتی در سطح کلان می‌تواند عامل پیشگویی‌کننده سالمندی موفق در سال‌های آتی به شمار آید.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی بوده که به روش تحلیل محتوی می‌باشد. جمعیت آماری ۲۸۷ نفر از مدیران سالمندی در سازمان‌های مرتبط با سالمندی بودند. ابزار پژوهش، پرسشنامه ساخته دست پژوهشگر بوده و اعتبار صوری و محتوایی آن تأیید شد. روایی آن از طریق دو شاخص CVR (ضریب نسبت روایی) و CVI (شاخص روایی محتوا)، تأیید گردید. داده‌ها با آمار توصیفی و آزمون t تک نمونه‌ای و نرم افزار SPSS تحلیل گردید.

یافته‌ها: طبق یافته‌های تحقیق، مولفه‌های تغذیه، مسکن، برنامه ریزی اوقات فراغت، امنیت درآمدی، شهرسازی و مناسب سازی فضاها، سلامت روان، نگرش جامعه و سواد سلامت، آموزش مادام‌العمر و اشتغال در اولویت‌بندی سیاست‌گذاری سالمندی فعال موثر می‌باشد، و تغذیه با بار عاملی ۰/۵۱۲ بیشترین وزن و "آموزش مادام‌العمر" با بار عاملی ۰/۴۲۰ کمترین وزن را در تعریف ابعاد سالمندی فعال جهت اولویت‌گذاری، برعهده دارد.

نتیجه‌گیری: اگر دولت و ارگان‌های مرتبط سیاست‌گذاری سالمندی را بر اساس اولویتهای انجام داده و سیاست‌گذاری مبتنی بر نیاز، منسجم و یکپارچه باشد، نتایج قابل ملاحظه‌ای در رابطه با بهبود وضعیت سالمندان متصور خواهد بود.

کلیدواژه‌ها: سیاست‌گذاری، سالمندی فعال، اولویت‌بندی

نحوه استناد به این مقاله: قلی پور ز، محمودی مجدآبادی فراهانی م، ریاحی ل، حاجی نبی ک. اولویتهای سیاست‌گذاری سالمندی فعال برای ایران. تصویر سلامت ۱۳۹۹؛ ۱۱(۱):

۴۷-۵۶

□ گروه خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (Email: mahmoodim@tums.ac.ir)

حقوق برای مؤلف(ان) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در تصویر سلامت تحت مجوز کپی‌رایت کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/bync/4.0/>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

**TUOMS
PRESS**
Tabriz University of
Medical Sciences

مقدمه

پیری جمعیت در تمامی مناطق اصلی دنیا اتفاق می‌افتد؛ در کل، سهم افراد مسن (۶۰ سال و بالاتر) از ۹ درصد در سال ۱۹۹۴ به ۱۲ درصد در سال ۲۰۱۴ افزایش یافته است انتظار می‌رود تا سال ۲۰۵۰ به ۲۱ درصد برسد (۱).

یقیناً سالمندی جمعیت، محصول توسعه است. در این سال‌ها هرچند کشورهای توسعه‌یافته پیرترین جمعیت‌ها را خواهند داشت ولی بیشترین سرعت سالمندی جمعیت در کشورهای در حال توسعه و کمتر توسعه یافته اتفاق خواهد افتاد (۲، ۳). مطالعات جمعیتی در ایران نشان می‌دهد در طی حدود ۵۵ سال اخیر امید زندگی در ایران حدود ۳۵ سال افزایش پیدا کرده است (۴، ۵). بنابراین جوامع در حال توسعه همانند ایران از نظر برنامه‌ریزی زمان کمتری برای آمادگی مواجهه با پیری جمعیت دارند (۶). در سال ۲۰۱۵، سازمان بهداشت جهانی، فعال شدن را "... فرآیند بهینه‌سازی فرصت‌ها برای سلامت، مشارکت و امنیت برای ارتقاء کیفیت زندگی به عنوان سن افراد" و پیری سالم به عنوان "... فرآیند توسعه و حفظ توانایی‌های عملکردی" که توانایی رفاه در سن بالاتر را دارد، تعریف نمود (۷). سالمندی فعال در سطح کلان به عنوان زیربنای استراتژی‌های سیاستی حوزه سالمندی در سازمان ملل و اتحادیه اروپا در دهه گذشته تبدیل شده است (۸). بنابراین سالمندی فعال نه تنها در حوزه سالمندشناسی بلکه بیشتر در سطح سیاست‌گذاری مورد توجه واقع شده است (۹). در مقاله‌ای که لیام فاستر (Liam Foster) و آلن واکر (Alen Walker) تدوین کرده‌اند، بیان می‌دارند مفهوم جامع سالمندی فعال می‌تواند چارچوبی برای توسعه راهبردهای جهانی، ملی و محلی مربوط به سالمندی جمعیت ایجاد کند و در طول دو دهه گذشته، "سالمندی فعال" در اروپا به عنوان اصلی‌ترین پاسخ سیاسی به چالش‌های پیری جمعیت ظهور کرده است (۱۰). اما در حالیکه کشورهای غربی در حال حاضر سالمندی را تجربه کرده و برای آن برنامه‌ریزی کرده‌اند، کشورهای آسیایی تنها در یک دهه و نیم گذشته به دلیل کاهش باروری و مرگ و میر، مراقبت‌های پزشکی و بهداشتی بهتر و بهبود کلی کیفیت زندگی مردم، با سالمندی مواجه شده‌اند (۱۱). لذا بررسی سیاست‌ها و برنامه‌های کشورهای توسعه‌یافته مانند اعضای اتحادیه اروپا و ایالات متحده امریکا نشان می‌دهد که در اکثریت کشورهای اروپایی افراد بازنشسته که طبعاً سالمند نیز هستند تحت پوشش کامل حمایت‌های اجتماعی و بیمه کامل می‌باشند. در برخی از کشورها علاوه بر سالمندان، همه افراد مقیم و شهروندان آن کشورها نیز واجد شرایط استفاده از حمایت‌های اجتماعی و رفاهی هستند. مطالعات نشان می‌دهد که تمامی کشورهای مهم اتحادیه اروپا سالمندان تحت حمایت کامل اجتماعی قرار دارند (۱۲). در حالیکه در حال حاضر سالمندان در ایران بنا به دلایل گوناگون از قبیل خلاء قانونی در حمایت و ساماندهی سالمندان، فراهم نبودن زیر ساخت‌های تامین اجتماعی، هزینه‌های رو به تزاید سلامت سالمندان، نبود پوشش فراگیر بیمه-

ای، کمبود نیروی انسانی متخصص و متناسب نبودن زیر ساخت‌های شهری معابر، ناوگان حمل و نقل عمومی با شرایط و نیازهای آن‌ها، بدون چتر حمایتی مناسب در نوعی بلامتکلیفی بسر می‌برند و در صورت نگهداری توسط خانواده، فشار ناشی از کمبودها و هزینه‌های بالا بر دوش خانواده‌های نگهداری کننده سنگینی می‌کند (۱۳). از طرفی درک خود افراد سالمند نسبت به فعال بودن در دوره سالمندی نیاز به شناخت الویت‌های اصلی در نیازهای زندگی سالمندی دارد و فعال بودن سالمندان در گرو فراهم کردن شرایط روانی و روحی، اجتماعی و اقتصادی مناسب برای این قشر آسیب پذیر جامعه است (۱۴). بررسی قوانین و آئین نامه‌های کشور نشان می‌دهد تنها ۱ درصد از قوانین تصویب شده مربوط به سالمندان می‌باشد که از این میزان ۶۲ درصد اقتصادی، ۲۲ درصد اجتماعی و ۱۶ درصد رفاهی و بهداشتی می‌باشد و نیز اغلب مصوبات پراکنده و یا در قالب آئین نامه‌های اجرایی دولت و سازمان‌ها می‌باشد (۱۵). وجود تفاوت در کیفیت زندگی سالمندان کشورهای پیشرفته و کشورهای در حال توسعه می‌تواند ناشی از آمادگی کشورهای پیشرفته در مواجهه با چالش‌های ناشی از سالمندی جمعیت باشد، در حالیکه کشورهای در حال توسعه از این پدیده و پیامدهای بهداشتی، درمانی، اجتماعی، اقتصادی آن آگاه نیستند (۱۶). متخصصان سازمان جهانی بهداشت معتقدند که برنامه‌ریزی در سطح جامعه در صورتی به طور کامل موثر واقع می‌شود که دولت از نیازهای ویژه سالمندان مطلع بوده و اقدامات مناسبی را در سطح دولتی انجام دهد که حمایت‌کننده و مکمل اقدامات در سطح جامعه باشد (۱۷). در ایران از یک سو سیاست‌های موجود در خصوص سلامت سالمندان نتوانسته است به اهداف خود دست یابد و سیاست‌گذاری سالمندان بدون توجه به عوامل مهم زمینه‌ای (مانند منابع انسانی)، شرایط جامعه و ذینفعان صورت گرفته است (۱۸) و از سوی دیگر لازم است بدانیم که سالمندی به عنوان یک پدیده چند بعدی، دارای ابعاد سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، آموزشی، رفاهی، جسمی، روانی، بهداشتی و درمانی است که همچون حلقه‌های زنجیر به هم گره خورده و با یکدیگر در ارتباطند. از این رو، اگر برای حل مسائل و مشکلات سالمندان صرفاً به مشکلات سلامتی و امکانات و توانایی‌های نظام بهداشت و درمان تکیه کنیم، مطمئناً دچار اشتباهی فاحش و غیر قابل جبران شده‌ایم (۱۹). بر این اساس برنامه‌های سلامت سالمندان باید با یک رویکرد متوازن بر روی رفع همه نیازهای سالمندان تمرکز کند (مطالعه مقصودی و فرزبان پور (۲۰، ۲۱)). نظر به اینکه اقدامات برای سالمندان در ایران ناکافی و متناسب یا نیاز نیست، تعیین نشدن اولویت‌ها و نیازها با توجه به تجارب کشورهای پیشرفته و بر اساس نیاز سنجی در آینده نزدیک می‌تواند کشور را با بحران اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی درمانی مواجه می‌کند (مطابق نتایج مطالعه صفدری و همکاران (۲۲)). با این تفاسیر و علیرغم رشد جمعیت و تغییر سنی جمعیت ایران بر نیازهای واقعی سالمندان به

کشورهای مختلف و ایران صورت گرفت. در فاز دوم مطالعه عوامل موثر بر سالمندی فعال با نظرسنجی از خبرگان استخراج گردید. در این مرحله، از روش تحلیل محتوا به روش اسکات استفاده شد. پایایی این سوالات به وسیله فرمول ویلیام اسکات (William Scott) محاسبه شده و ضریب توافقی برابر ۸۵ درصد بوده. سپس تعداد ۴۱ سؤال طراحی و مطرح شد. در تحقیق حاضر از پرسشنامه ساخته دست پژوهشگر که بر اساس مطالعه تطبیقی می باشد استفاده گردید. سوالات با $CVR > 0.49$ و $CVI > 0.7$ پذیرفته شدند و پایایی امتیاز هر سؤال به روش لیکرت به صورت خیلی زیاد (۵)، زیاد (۴)، متوسط (۳)، کم (۲)، خیلی کم (۱) در نظر گرفته شد. در ادامه، به منظور ورود به مرحله تحلیل عاملی اکتشافی ابتدا کفایت داده ها سنجیده شد که برای این کار از آزمون بارتلت KMO که میزان آن ۰/۹۵۲ بدست آمد، بهره گرفته شد. در فاز سوم، میدان مطالعه شامل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت رفاه (بهریستی و سازمان های بیمه گر)، دانشگاه های علوم پزشکی و مراکز تحقیقاتی، سازمان های غیردولتی، خیریه (کهریزک) و سازمان های بازنشستگی و شهرداری، مدیران مراکز سالمندی بوده و ۲۸۷ نفر از مدیران سالمندی در سازمان های مرتبط با سالمندی که شامل کلیه حوزه های مرتبط با موضوع سالمندان می شود و کارشناسان ناظر بر مراکز روزانه و شبانه روزی سالمندی با آشنایی و تجربه کافی در حیطه سالمندی و سابقه آموزش رسمی (گذراندن واحد دانشگاهی) و غیررسمی (آموزش ضمن خدمت) در زمینه مدیریت سالمندی انتخاب شدند و نمونه آماری این پژوهش به طور کلی در روش شناسی مدل یابی معادلات ساختاری تعیین حجم نمونه می تواند بین ۵ تا ۱۵ مشاهده به ازای هر متغیر اندازه گیری شده تعیین شود:

$$5Q < n < 15Q$$

که در آن Q تعداد متغیرهای مشاهده شده یا تعداد گویه های (سوالات) پرسشنامه و n حجم نمونه است (۲۴) و روش نمونه گیری به دلیل قرار داشتن ادارات سالمندی در شهرهای مختلف ایران، خوشه ای می باشد. در تحلیل دیتاهای به دست آمده در سطح آمار توصیفی شاخص های فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و در مرحله کیفی برای تحلیل محتوی از روش اسکات و جهت اطمینان از صحت مدل های اندازه گیری شده از تحلیل عامل اکتشافی یا اکسپلوریتوری آنالیزیس (Exploratory Analysis) استفاده شد. این مطالعه با کد (۲۹۳)د در تاریخ (۹۷/۲/۲۹) در دانشگاه علوم و تحقیقات تهران مورد تایید قرار گرفته است.

یافته ها

بر اساس یافته های مطالعه (جدول ۱)، ۲۸۷ نفر در این پژوهش شرکت داشتند که اکثریت پاسخگویان مرد بودند (۵۴/۳۶ درصد). هم چنین از لحاظ سنی، بیشترین درصد (۴۷/۳۹ درصد)

عنوان یک گروه آسیب پذیر کمتر توجه شده است. بنابراین با توجه به رشد شتابان سالمندی در دهه های آینده این نظام نیازمند نگاه جدی متولیان و همچنین آینده نگاری برای مواجهه همه جانبه و نظام مند با آن است (۲۳). در این پژوهش سعی بر این بوده تا با توجه به محدودیت منابع و اهمیت هزینه ای کارکردی دولت، اولویت های سیاست گذاری سالمندی فعال جهت برنامه ریزی و ارائه خدمات شناسائی گردد به گونه ای که بتواند پاسخگوی همه نیازهای آن ها باشد. لذا هدف از این مطالعه بررسی متغیرهای موثر بر سیاست گذاری مدیریت سالمندی فعال در ایران بوده تا بتوان با بکارگیری سیاست ها و راهبردهای پیشنهادی حاصل از این پژوهش به سیاست گذاران و برنامه ریزان و مدیران بتواند در جهت کمک به حفظ و بهبود سلامت و توانایی عملکردی جمعیت سالخورده به سرعت در حال رشد و در نتیجه تضمین یک جمعیت سالمند فعال یاری رساند.

مواد و روش ها

این مطالعه یک مطالعه کیفی بوده که به روش تحلیل محتوی در سال ۱۳۹۷ انجام شده است. این مطالعه در سه فاز: ۱- بررسی متون، ۲- استخراج عوامل موثر بر سالمندی فعال و ۳- اخذ دیدگاه خبرگان انجام شده است. در فاز اول مطالعه، با توجه به اینکه پژوهش در زمینه بررسی الویت های سالمندی صورت گرفته است، از پایگاه های اطلاعاتی خارجی شامل پابمد (Pubmed) ۴۵، پروکوئست (ProQuest) ۴۶، اووید (Ovid) ۴۷، اسکوپوس (Scopus) ۴۸، وب او ساینس (Web of Science) ۴۹، دسیناهل ۵۰ و پایگاه های داخلی شامل اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی ۵۱، بانک اطلاعات نشریات کشور ۵۲، پایگاه پژوهشگاه اطلاعات و مدارک علمی ایران ۵۳، بانک اطلاعات مقالات علوم پزشکی ایران ۵۴، ترکیبی از کلمات کلیدی مرتبط با موضوع «طراحی الگوی مدیریت سالمندی فعال برای ایران» بدون محدودیت زمانی مورد جستجو قرار گرفت. ملاک در این بخش موجود بودن اطلاعات و برنامه ها بوده و از کلید واژه های سالمندی فعال، مدیریت سالمندی فعال، تامین مالی، ساختار تشکیلاتی، کنترل و ... استفاده شده است. با بسیاری از مطالعات مختلف در زمینه مدیریت فعال سازی سالمندان با کلید واژه های مختلف مورد بررسی قرار خواهد گرفت تا بتوان در ابتدای مطالعه به دید روشنی در زمینه وضعیت حیطه های مدیریت اقدامات مرتبط با سالمندان در این حوزه در سایر کشورها رسید و تجربیات مختلف در این زمینه را بررسی نمود. با توجه به اینکه در جستجوی مقالات ۸۹۱ مقاله به دست آمد، پس از حذف موارد تکراری، غیر انگلیسی زبان، ۴۷۳ مقاله باقی ماند که بعد از غربالگری نهایی چکیده و متن مقالات، باید توجه داشت که مرور ادبیات در نهایت ۳۱ مقاله وارد مطالعه شد. سپس در متون مختلف، اولویت های سیاست گذاری در زمینه مدیریت سالمندی فعال مورد بررسی قرار گرفت و مطالعه تطبیقی در

در گروه سنی ۴۱ تا ۵۰ سال بوده و از نظر تحصیلات اکثریت

پاسخ‌گویان در مقطع تحصیلی کارشناسی ارشد (۴۵/۹۹ درصد) بودند.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت کنندگان در مطالعه

جنسیت	فراوانی	درصد فراوانی
مرد	۱۵۶	۵۴/۳۶
زن	۱۳۱	۴۵/۶۴
سن		
۲۱-۳۰ سال	۳۲	۱۱/۱۵
۳۱-۴۰ سال	۱۰۷	۳۷/۲۸
۴۱-۵۰ سال	۱۳۶	۴۷/۳۹
بیشتر از ۵۰ سال	۱۲	۴/۱۸
تحصیلات		
کارشناسی	۱۷	۵/۹۲
کارشناسی ارشد	۱۳۲	۴۵/۹۹
دکتری حرفه‌ای	۹۴	۳۲/۷۵
دکتری تخصصی	۲۹	۱۰/۱۰
پزشک متخصص	۱۵	۵/۲۳

مطابق جدول شماره ۲، بر اساس تحلیل‌های صورت گرفته از داده‌های فاز اول مطالعه (بررسی متون) و نظرسنجی از نخبگان (فاز دوم مطالعه) ۸ مقوله (سیاست‌گذاری، کنترل، ساختار تشکیلاتی، کمک‌های دولت، خدمات، ترکیب اعضا، تامین مالی و

سالمندی ابعاد فعال) و ۴۱ زیر مقوله به عنوان عوامل زمینه‌ای اولویت‌های سیاست‌گذاری در مدیریت سالمندی فعال شناخته شد.

جدول ۲. مطالعه تطبیقی در کشورهای منتخب و ایران و استخراج ابعاد مهم مدیریت سالمندی فعال

سیاست‌گذاری	کنترل	ساختار تشکیلاتی	کمک‌های دولت	خدمات	ترکیب اعضا	تامین مالی	ابعاد سالمندی فعال
شورا	آئین نامه	مجلس قانونگذاری	بودجه	وزرا	پرداخت مستمری	شهرداری	آموزش
وزارتخانه	مقررات	شورا	مالیات	کارمندان	کارت مسافرتی	دولت	سبک زندگی
	استراتژی جامع	وزارتخانه		روسا	مراکز بازتوانی	مالیات	سلامت روان
					خانه سالمندی	بیمه	شهرسازی
					دارو	درآمدنفتی	تغذیه
					کمک مالی		توانمندسازی

بر اساس یافته‌های آمار توصیفی، متغیرهای (جدول ۳) میانگین متغیرهای تغذیه، آموزش مادام العمر، سواد سلامت، مسکن، شهرسازی و مناسب سازی فضاها، برنامه‌ریزی اوقات فراغت، سلامت روانی، اشتغال، امنیت درآمدی و نگرش جامعه بیشتر از حد متوسط (عدد ۳) می‌باشد. هم‌چنین از آنجائی که میزان چولگی و کشیدگی توزیع نرمال برابر با صفر است، چولگی و کشیدگی نزدیک به صفر، نرمال بودن توزیع داده‌ها را بیان می‌کند. چولگی و کشیدگی بین ۲- و ۲+ را می‌توان تقریباً نرمال در نظر گرفت. هم‌چنین اگر چولگی و کشیدگی متغیری از ۲- کوچکتر و از ۲ بزرگتر باشد، آن توزیع متغیر مطلقاً نرمال نخواهد بود. نتایج نشان می‌دهد که چولگی و کشیدگی تمامی متغیرهای پژوهش در بازه ۲- تا ۲+ قرار دارد، بنابراین می‌توان آن‌ها را نرمال در نظر گرفت.

هم‌چنین در جدول شماره ۲ بار عاملی، میانگین و انحراف معیار نظرات پاسخگویان را برای متغیرهای عامل اولویت‌های سیاست‌گذاری را نشان می‌دهد. عامل اولویت‌های سیاست‌گذاری دارای ۱۰ گویه بوده، طیف میانگین‌ها بین ۳/۵۰ تا ۴/۳۳ بود و هم‌چنین طیف انحراف معیار بین ۰/۵۱ تا ۱/۰۴ قرار داشت. علاوه بر آن، نتایج این جدول حاکی از آن است که گویه ۳۷ "تغذیه یکی از ابعاد سالمندی فعال جهت اولویت‌گذاری سیاست‌ها در ایران است." با بارعاملی ۰/۵۱۲ بیشترین وزن و گویه ۳۲ "آموزش مادام العمر یکی از ابعاد سالمندی فعال جهت اولویت‌گذاری سیاست‌ها در ایران خواهد بود." با بارعاملی ۰/۴۲۰ کمترین وزن را در تعریف ابعاد سالمندی فعال دارد.

جدول ۳. نتایج آمار توصیفی متغیرهای تحقیق

کد	سوال	متغیر	بار عاملی	میانگین	انحراف	شاخص های نرمالیتی	
					معیار	چولگی	کشیدگی
P6	۳۷	تغذیه	۰/۵۱۲	۴	۱/۰۴	-۰/۵۴	-۰/۱۴
P3	۳۴	مسکن	۰/۵۱۰	۳/۷۵	۰/۹۲	۰/۴۵	۰/۴۱
P5	۳۶	برنامه ریزی اوقات فراغت	۰/۵۰۹	۳/۶۶	۰/۸۸	۰/۴۳	-۰/۳۹
P9	۴۰	امنیت درآمدی	۰/۵۰۴	۴	۰/۷۳	۰/۳۱	۰/۱۹
P4	۳۵	شهرسازی و مناسب سازی فضاها	۰/۵۰۱	۴/۴۱	۰/۵۱	-۰/۱۲	۰/۴۹
P7	۳۸	سلامت روانی	۰/۴۹۱	۳/۵۸	۰/۶۶	۰/۲۹	-۰/۳۸
P10	۴۱	نگرش جامعه	۰/۴۸۹	۴/۳۲	۰/۶۶	-۰/۱۱	۰/۱۷
P2	۳۳	"سواد سلامت"	۰/۴۴۶	۴/۰۸	۰/۸۸	۰/۲۰	۰/۲۷
P1	۳۲	"آموزش مادام العمر"	۰/۴۲۰	۳/۵۰	۰/۶۷	۰/۲۷	۰/۳۷
P8	۳۹	اشتغال	۰/۴۳۳	۴/۳۳	۰/۷۷	۰/۳۱	-۰/۶۵

در این پژوهش با توجه به نتایج آزمون چولگی و کشیدگی (جدول ۳) و نرمال بودن داده‌های پژوهش، در ادامه از آزمون t تک نمونه‌ای جهت تعیین مولفه‌های موثر بر ابعاد سالمندی فعال جهت اولویت‌گذاری استفاده شد (جدول ۴)، که همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌گردد مطابق یافته‌های این تحقیق در سطح اطمینان

۹۵ درصد ($p < 0.05$) مولفه‌های متغیر تغذیه، آموزش مادام‌العمر، سواد سلامت، مسکن، شهرسازی و مناسب‌سازی فضاها، برنامه‌ریزی اوقات فراغت، سلامت روانی، اشتغال، امنیت درآمدی و نگرش جامعه در اولویت‌گذاری سیاست‌های سالمندان و ارتقاء زندگی آنان موثر هستند.

جدول ۴. نتایج ضریب آزمون t - تک نمونه‌ای

کد	سو	متغیر	سطح معنی‌داری	میانگین	آماره t	تائید یا رد
	ال					
P6	۳۷	تغذیه	۰/۰۰۱	۴	۲۷/۵۳	تائید
P3	۳۴	مسکن	۰/۰۰۱	۳/۷۵	۲۵/۱۴	تائید
P5	۳۶	برنامه‌ریزی اوقات فراغت	۰/۰۰۰	۳/۶۶	۲۴/۳۵	تائید
P9	۴۰	امنیت درآمدی	۰/۰۰۱	۴	۱۴/۳۷	تائید
P4	۳۵	شهرسازی و مناسب‌سازی فضاها	۰/۰۰۰	۴/۴۱	۲۱/۴۷	تائید
P7	۳۸	سلامت روانی	۰/۰۰۱	۳/۵۸	۱۹/۳۲	تائید
P10	۴۱	نگرش جامعه	۰/۰۰۰	۴/۳۲	۱۸/۱۹	تائید
P2	۳۳	"سواد سلامت"	۰/۰۰۰	۴/۰۸	۲۰/۲۴	تائید
P1	۳۲	"آموزش مادام‌العمر"	۰/۰۰۰	۳/۵۰	۱۱/۳۲	تائید
P8	۳۹	اشتغال	۰/۰۰۰	۴/۳۳	۱۹/۱۸	تائید

بحث

هدف تحقیق حاضر بررسی مولفه‌های موثر بر ابعاد سالمندی فعال در اولویت‌گذاری مدیریت خدماتی و در راستای ایجاد یک زندگی فعالانه برای سالمندان ایران می‌باشد. مطابق (جدول ۲)، گویه "تغذیه با ضریب ۰/۸۰۳ بیشترین وزن و گویه "آموزش مادام‌العمر" با ضریب ۰/۴۶۰ کمترین وزن را در تعریف ابعاد سالمندی فعال جهت اولویت‌گذاری، برعهده دارد. همانطور که گفته شد و بر اساس یافته‌های این تحقیق، تغذیه از جمله عوامل تاثیرگذار در

زندگی سالمندان و مناسب جهت اولویت‌بندی سیاست‌گذاری سالمندی فعال می‌باشد. مطالعه گویسپ لیوتا (Giuseppe Liotta) و همکاران (۲۵) تغذیه همراه با شیوه زندگی سالم را یکی از قوی‌ترین عوامل نشان دهنده سلامت سالمندان یک جامعه می‌داند و نیز مطالعه صفدری و همکاران (۲۲) تأمین امنیت غذایی سالمندان را با کمک وزارت‌خانه‌های جهاد کشاورزی و بازرگانی و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ضروری می‌داند. مقصودی و فرزین پور بر لزوم تمرکز برنامه‌های سالمندی بر روی

رفع نیازهای سالمندان از جمله نیاز به غذا قرار دهند که همه مطالعات بالا با مطالعه حاضر همسو هستند (۲۰، ۲۱). توجه به تغذیه در این دوران به دلیل تغییر نیازهای تغذیه‌ای بدن از اهمیت به سزایی برخوردار است چون سالمندان بسیار مستعد سوءتغذیه می‌باشند و تغذیه مناسب و متعال ضامن سلامتی و بالا بردن کیفیت زندگی ایشان است. مطالعه حاضر اشتغال را از مولفه‌های موثر بر اولویت بندی سیاست‌گذاری سالمندی فعال می‌داند. در مطالعه‌ای که ژاله نیناد (Jhala Ninad) و کریستین آرپیتا (Arpita Christian) (۲۶) انجام داد، بیان نمود که سیاست‌ها و برنامه‌های سالمندی باید در راستای حمایت از بازار کار، اشتغال، باشد. عرب (۲۷) در مطالعه خود پیشنهاد می‌دهد که برای ارائه خدمات اجتماعی و اقتصادی به سالمندان ضمن مشارکت دادن آن در هیأت‌های مدیره، برخی از امور اجرایی ممکن در فعالیت‌های محلی به آنان واگذار شود. مطالعه رفعتی (۲۸) می‌گوید سالمندانی که در آسایشگاه کار می‌کردند، نسبت به کسانی که کار نمی‌کردند در تمام جنبه‌های زندگی از وضعیت رفاه و سلامت بهتری برخوردار بودند. نتایج فوق با یافته‌های تحقیق همسو می‌باشد. در جهانی که سریعاً رو به پیر شدن می‌رود افراد سالمند می‌توانند نقش مهمی در فعالیت‌های داوطلبانه، انتقال دانش و تجربه داشته باشند مطالعه حاضر آموزش مادام‌العمر را از مولفه‌های موثر بر اولویت‌بندی سیاست‌گذاری سالمندی فعال می‌داند. مطالعه ژالا نیناد و کریستین آرپیتا که می‌گوید سیاست‌ها و برنامه‌های سالمندی باید در راستای حمایت از آموزش مادام‌العمر سالمندان باشد (۲۶) و نیز مطالعه میا ناروشیما (Mia Narushima) ایجاد فرصت‌های آموزش مبتنی بر جامعه برای سالمندان را به عنوان یک اقدام استراتژیک برای توسعه سالمندی فعال جامعه لازم می‌داند که هر دو مطالعه با مطالعه حاضر همخوان می‌باشند (۲۹). یادگیری و آموزش نقش حیاتی در حفظ عملکرد شناختی و توانایی‌های ذهنی در سنین سالمندی بازی می‌کند و از سوی دیگر آموزش و یادگیری فاکتور مهمی بر تسهیل مشارکت سالمندان در فعالیت‌های اجتماعی دارد. لذا یافتن راهایی برای شرکت دادن سالمندان در فعالیت‌های آموزشی بسیار برای زندگی فعالانه و حفظ استقلال و حس با ارزشی آنان موثر خواهد بود. مطالعه حاضر امنیت مالی برای سالمندان را از مؤلفه‌های موثر بر اولویت‌بندی سیاست‌گذاری سالمندی فعال در نظر گرفته است. مطالعه راجولا (Federico Rajola) و همکاران (۳۰) بیان می‌دارد که سالمندان فعال، توانایی مدیریت ثروت شخصی و به طور کلی شرایط مالی را به عنوان یکی از عوامل تعیین‌کننده رفاه و فعال بودن سالمندان در نظر می‌گیرند و نیز پژوهش براتی (۳۱) فقر را از بزرگترین عوامل عدم آسایش و امنیت و دلیل ابتلا به بیماری سالمندان می‌داند. لذا از نظر لزوم ایجاد امنیت مالی برای سالمندان، هر دو پژوهش با پژوهش حاضر همسو می‌باشند. سالمندی دوره‌ای است که کمتر کسی شاغل است. اغلب سالمندان بازنشسته‌اند و در بازنشستگی هم درآمد کاهش می‌یابد و یا اصلاً درآمدی ندارند.

آرامش در سنین پیری و امنیت مالی در دوران سالمندی امری نیست که بدون تلاش یا به صورت تصادفی پدید بیاید، بلکه مساله‌ای است که باید برای آن برنامه‌ریزی کرد و به صورت حساب شده برای آن تلاش کرد، لذا ایجاد امنیت مالی برای سالمندان در ایران صرفاً به عنوان سالمند (نه به عنوان بازنشسته، نیازمند، معلول، روستایی یا...) ضروری به نظر می‌رسد. مطالعه حاضر برنامه ریزی اوقات فراغت را از مولفه‌های موثر بر اولویت‌بندی سیاست‌گذاری سالمندی فعال می‌داند. مطالعه نورویدا آریفین (Evi Nurvidya Arifin) و همکارانش (۳۲) معتقد است سالمندان اندونزیایی برای بهبود عملکرد باید در ماهیگیری، باغبانی، تفریح و ورزش شرکت کنند. مطالعه عرب (۲۷) به لزوم اهمیت دادن به اوقات فراغت سالمندان از طریق تشکیل اردوهای زیارتی و تفریحی اشاره می‌نماید. مقصودی و فرزین پور بر لزوم تمرکز برنامه‌های سالمندی بر روی رفع نیازهای سالمندان از جمله برنامه ریزی اوقات فراغت قرار دهند (۲۰، ۲۱) و هر ۳ مطالعه در راستای پژوهش حاضر می‌باشند. اولین موضوعی که سالمندان با آن مواجه هستند مسئله گذران دوران سالمندی است و دولت‌ها با توجه به اختیارات و امکانات وسیعی که در دست دارند و همچنین با توجه به توسعه کارکردهایی که از گذشته بر عهده داشته‌اند و انتظارات جدیدی که مردم از آن‌ها دارند هم می‌توانند و هم باید در برنامه ریزی و انجام اقداماتی در جهت بهبود و غنی کردن نحوه گذراندن اوقات فراغت سالمندان نقش عمده‌ای ایفا کنند. مطالعه حاضر تأمین مسکن را از مولفه‌های موثر بر اولویت‌بندی سیاست‌گذاری سالمندی فعال می‌داند. در مطالعه علیزاده و همکاران (۳۳) تأمین مسکن سالمندان به عنوان یک اقدام برای سالمندان پیشنهاد شده است. مطالعه صفدری و همکاران (۲۲) می‌گوید تأمین مسکن سالمندان و تعمیر و بازسازی مسکن با کمک وزارت مسکن و شهرسازی یک ضرورت است و هر دو مطالعه با پژوهش حاضر هم‌خوانی دارند. مسکن از جمله احتیاجات معیشتی سالمندان بوده و در کنار نیازهای دیگر شامل خوراک، پوشاک، و بهداشت قرار می‌گیرد که برخی از سالمندان به آن نیاز جدی دارند، لذا دولت‌ها باید برای رفع این نیازهای حداقلی، برنامه‌ریزی و اقدامات لازم را انجام دهند. مطالعه حاضر سلامت روان را از مولفه‌های موثر سالمندی فعال جهت اولویت‌گذاری می‌داند. مطالعه تبریزی و همکاران (۳۴) بیان می‌دارد که ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی باید برنامه‌هایی را برای سلامت روان سالمندان به کار و نیز در مطالعه طهرانی (۳۵) به لزوم توجه به سلامت روان سالمندی توسط خانواده‌ها و سیاست‌گذاران اشاره شده است و این مطالعات با مطالعه حاضر همسو بودند. سلامت روان یک مسئله جدی و توجه به تشخیص و درمان اختلالات روانی در سالمندان بسیار حائز اهمیت است چون بعضی از اختلالات روانی در صورت عدم درمان یا درمان ناکافی می‌تواند به آشناری از پیامدهای نامطلوب سلامتی مانند سوء تغذیه، ضعف جسمانی، کاهش عملکرد، کاهش کیفیت زندگی و درنهایت مرگ منجر گردد. مطالعه حاضر،

تغذیه، آموزش مادام العمر، سواد سلامت، مسکن، شهرسازی و مناسب سازی فضاها، برنامه ریزی اوقات فراغت، سلامت روانی، اشتغال، امنیت درآمدی و نگرش جامعه تمرکز نمایند و موانع و مشکلات موجود را برای همراستا شدن هر چه بیشتر برنامه‌ها و سیاست‌ها با حیطه‌های مذکور رفع نمایند، نتایج قابل ملاحظه‌ای در بهبود وضعیت و ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان ایجاد خواهد شد.

نتایج کاربردی پژوهش

بررسی چالش‌های مهم سالمندی و عوامل موثر در سیاست گذاری‌های مدیریتی در این زمینه در سطح کلان می‌تواند روند رسیدگی به مشکلات سالمندی را تسریع بخشیده و به عنوان یک گام موفق در جهت ارتقاء سلامت روحی و جسمی سالمندان محسوب گردد و حتی می‌تواند به عنوان یک عامل پیشگویی‌کننده سالمندی موفق در سال‌های آتی به شمار آید.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش ملاحظات اخلاقی لازم رعایت گردیده است. مجوزهای لازم جهت انجام این پژوهش، از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم و تحقیقات واحد تهران اخذ گردید و معرفی‌نامه کتبی از دانشگاه دریافت شده و به افراد مصاحبه شونده ارائه شده است. احترام افراد مورد پژوهش با تدوین و اخذ فرم رضایت آگاهانه بر اساس قوانین و مقررات دانشگاه، تعیین زمان و مکان مصاحبه‌ها با موافقت شرکت‌کنندگان حفظ شده و هدف و ماهیت پژوهش برای مسئولین امر و کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش تشریح گردیده است. کلیه اطلاعات کسب شده از شرکت کنندگان در پژوهش کاملاً به صورت محرمانه نگهداری شده است.

تضاد منافع

پژوهشگران این مطالعه اعلام می‌دارند که این اثر حاصل پژوهشی مستقل بوده و هیچ تضاد منافی ندارد.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی با عنوان «طراحی الگوی مدیریت سالمندی فعال برای ایران» که با شماره نامه (۲۹۳/د در تاریخ ۹۷/۲/۲۹) در دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات تهران به تصویب رسیده است، می‌باشد. بدینوسیله از زحمات کارکنان و پرسنل وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، وزارت تعاون، کار و امور اجتماعی و همچنین آسایشگاه خیریه کهریزک به سبب همکاری با این پروژه، صمیمانه سپاسگزاری می‌شود.

شهرسازی و مناسب سازی فضاها را از مولفه‌های موثر سالمندی فعال جهت اولویت‌گذاری می‌داند که با مطالعه علیزاده و همکاران (۳۲) و مطالعه صفدری و همکاران (۲۲) که شهرسازی و مناسب سازی فضاها را لازم می‌دانند، همخوانی دارد. سالمندان نیازمند فضاهائی متناسب با جسم و روحیات خویش هستند و اگر این فضاها برای آنان ایجاد نگردد می‌تواند دچار افسردگی شوند و از سوی دیگر از جمله مشکلات عمده سالمندان، آسیب‌های ناشی از زمین خوردن در این گروه است. ۸۸ درصد از آسیب‌های ناشی از زمین خوردن مربوط به افراد بالای ۶۵ سال است و هر چه شخص مسن‌تر می‌شود خطرات ناشی از این آسیب‌ها بیشتر می‌شود. لذا توجه به مناسب سازی فضاها هم اثرات جسمی و هم روحی دارد و ضروری به نظر می‌رسد. مطالعه حاضر سواد سلامت را از مولفه‌های موثر سالمندی فعال جهت اولویت‌گذاری می‌داند. پژوهش محسنی (۳۶) بهبود سواد سلامت را به عنوان استراتژی موثر در بهبود وضعیت سلامت سالمندان می‌داند و نیز مطالعه رئیس (۳۷) سطح سواد سلامت را در سالمندان بسیار ناکافی نشان داد که این خود لزوم توجه بیشتر به امر سواد سلامت را در برنامه‌های ارتقای سلامت می‌رساند. سواد سلامت می‌تواند در کنترل و خود مدیریتی بیماری‌ها در سالمندان، کاهش بار مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی و کاهش هزینه‌های نظام سلامت موثر باشد. لذا عدم توجه به برنامه ریزی و سیاست‌گذاری در زمینه ارتقای سواد سلامت می‌تواند مشکلات اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی را در بر داشته باشد. مطالعه حاضر نگرش جامعه را از مولفه‌های موثر سالمندی فعال جهت اولویت‌گذاری می‌داند. مطالعه دکتر ابوالقاسم پورضا (۳۸) لزوم تغییر نگرش جامعه به سالمندی را در جهت ادامه زندگی پر بار برای سالمندان ضروری می‌داند. لوی (Becca R Levy) (۳۹) در مورد تأثیرات منفی کلیشه‌های منفی نسبت به سن تحقیقات نموده و بیان می‌دارد این کلیشه‌های منفی در مورد سن بر روی توانائی‌های جسمی و روحی افراد اثر منفی دارند و هر دو مطالعه با یافته‌های پژوهش حاضر همسو می‌باشد. در جامعه، یک تعصب آشکار و یک ترس عمومی در برابر سالمند شدن وجود دارد. در حالیکه جامعه باید با مولفه‌های جدید سالمندی بیشتر آشنا شوند و بدانند برخلاف گذشته سالخوردگی محدودیت توانایی‌ها نیست بلکه امروزه بازنشستگان و سالمندان افرادی با تجربه، ژرف نگر و کاربلد قلمداد می‌شوند که می‌توانند اندوخته‌های خود را بازآفرینی کرده تا به نیازها و انتظارات روز جامعه پاسخ دهند و علاوه بر نقش آفرینی در چرخه اقتصاد، تأثیر شگرفی نیز در نسل‌های جوانتر بگذارند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که برنامه ریزی و سیاست‌گذاری سالمندان باید با توجه به اولویت‌ها و بر اساس نیازها صورت گیرد و بنابراین اگر دولت و سایر ارگان‌های مذکور بر بهبود مولفه‌های موثر در اولویت‌بندی سیاست‌گذاری بویژه بر

References

1. United Nations. World Population Situation in 2014. NY: United Nations; 2014.
2. WHO (World Health Organization). Global Health And Ageing. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2011.
3. WHO (World Health Organization). Global Consultation on Integrated Care for Older People (ICOPE)–The Path to Universal Health Coverage: Report of Consultation Meeting. Berlin, Germany Switzerland: World Health Organization, Course DoAaL; 2018 WHO/FWC/ALC/183. 2018.
4. SCo I (Statistical Center of Iran); 2017. URL: <https://www.amar.org.ir/news.ID/5564>. 2017.
5. Darabi R, Tarkashvand M. Socio-economic consequences of population aging. Social Sciences. 2012;1(58):17-28.
6. Coll-Black S, Bhushan A, Fritsch K. Integrating Poverty and Gender into Health Programs: A Sourcebook for Health Professionals. Nurs Health Sci. 2007;9(4):246-53. doi:10.1111/j.1442-2018.2007.00340.x
7. WHO (World Health Organization). Ageing and life course; 2011. URL: <http://www.who.int/ageing/en/>[accessed 2017-10-26]
8. Yeung W-JJ, Fok YY. United Nations Economic Commission for Europe. Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research. 2014:6786-9.
9. Hutchison T, Morrison P, Mikhailovich K. A review of the literature on active ageing. Canberra: Healthpact Research Centre for Health Promotion and Wellbeing; 2006.
10. Foster L, Walker A. Active and successful aging: a European policy perspective. Gerontologist. 2015;55(1):83-90. doi:10.1093/geront/gnu028
11. Singh B, Kiran U. Recreational activities for senior citizens. IOSR J Human Soc Sci. 2014;19(4):24-30.
12. Zare H, Jamali M, Rashidi R. Health Care Systems around the World. Tehran: Medical Services Insurance Organization; 2005.
13. Zeinalhajlu AA, Amini A, Tabrizi JS. Consequences of population aging in Iran with emphasis on its increasing challenges on the health system (literature review). Depiction of Health. 2015;6(1):8. (Persian)
14. Mohammadi E, Allahyari T, Darvishpoor Kakhaki A, Saraei H, Fereshtehnejad SM. Analysis of being active based on older adults' experience: a qualitative study of active aging strategies. Iranian Journal of Ageing. 2017;11(4):504-17.
15. Raju M. Population Ageing and the Elderly. Indian journal of psychiatry. 2018;60(Suppl 3):S295.
16. Nabavi S, Shoja M, Mohammadi S, Rashedi V. Health-related quality of life in community-dwelling older adults of Bojnurd in 2014. JNKUMS. 2014;6(2):433-9. (Persian)
17. WHO (World Health Organization). Elderly health. Shidefar MR, Shaghaghi AR, translator. Tehran: Siavash Publishing; 1996. (Persian)
18. Ahmadi Teimorloo A. Analyzing the health policies of the elderly in the country and providing a model (Phd). Tehran, Iran. Iran University of Medical Sciences; 2013.
19. Riahi M. Comparative study of the position and status of elderly people in the past and contemporary societies. Iranian Journal of Ageing. 2008;3(3&4):10-21.
20. Maghsoudi A, Dindarloo S, Jamali T, Ghaed S, Rastgoo Z, Hassanipour AS. Comparison Of Sleep Quality and General Health in Elderly Individuals Living in Their Houses and Nursing Homes. 2016.
21. Farzianpour F, Foroushani AR, Badakhshan A, Gholipour M, Hosseini M. Evaluation of quality of life and safety of seniors in Golestan Province, Iran. Gerontology and Geriatric Medicine. 2015;1:2333721415599702. doi:10.1177/2333721415599702
22. Safdari R, Sadeghi F, Mohammadiazar M. Aged Care and Services Programs in Iran: Looking at The Performance of Relevant Organizations; 2016.
23. Hooman HA. Structural equation modeling with applying LISREL software. Tehran: SAMT publication; 2009. (Persian)
24. Goharinezhad S, Maleki M, Baradaran HR, Ravaghi H. A qualitative study of the current situation of elderly care in Iran: what can we do for the future? Global health action. 2016;9:32156-. doi:10.3402/gha.v9.32156
25. Liotta G, Canhao H, Cenko F, Cutini R, Vellone E, Illario M, et al. Active Ageing in Europe: Adding Healthy Life to Years. Frontiers in medicine. 2018;5:123-. doi:10.3389/fmed.2018.00123
26. Jhala N, Christian A. Active aging. International Journal of Humanities and Social Science Invention. 2013;2(1):1-4.
27. Arab M, Tajvar M. Assessment of health status of elderly people in IRAN. Hospital. 2006;6(1):6-8. (Persian)
28. Rafati N. Quality of Life and its Affecting Factors in Elderly 65 and older in Kahrizak Charity of Tehran(PHD): University of shahid beheshti; 2007
29. Narushima M, Liu J, Diestelkamp N. Lifelong learning in active ageing discourse: its conserving effect on wellbeing, health and vulnerability. Ageing and society. 2018;38(4):651-75. doi:10.1017/S0144686X16001136
30. Rajola F, Frigerio C, Parrichi M. Financial Well-being in Active Ageing. Stud Health Technol Inform. 2014;203:69-77.
31. Barati M, Fathi Y, Soltanian A, Moeini B. Mental health condition and health promoting behaviors among elders in hamadan. Avicenna J Nurs Midwifery Care. 2012;20(3):12-22. (Persian)

32. Arifin EN, Braun KL, Hogervorst E. Three pillars of active ageing in Indonesia. *Asian Population Studies*. 2012;8(2):207-30. doi:10.1080/17441730.2012.680334
33. Alizadeh M, Sharifi F, Mohamadiazar M, Nazari N. Analytical performance of administrations in charge of ageing program in Iran. *IJDLD*. 2013;13(1):74-81. (Persian)
34. Tabrizi JS, Behghadami MA, Saadati M, Söderhamn U. Self-care Ability of Older People Living in Urban Areas of Northwestern Iran. *Iranian Journal of Public Health*. 2018;47(12):1899.
35. Tehrani H, Vahedian Shahroodi M, Fadayevaran R, Abusalehi A, Esmaili H. Mental Health Status and its Related Factors in Elderly People Residing in Nursing Homes of Mashhad, Iran. *Health Develop J*. 2017;6(3):171-81. (Persian)
36. Mohseni M, Khanjani N, Iranpour A, Tabe R, Borhaninejad VR. The relationship between health literacy and health status among elderly people in Kerman. *Iranian Journal of Ageing*. 2015;10(2):146-55.
37. Javadzade SH, Sharifirad G, Radjati F, Mostafavi F, Reisi M, Hasanzade A. Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviors among older adults in Isfahan, Iran. *J Educ Health Promot*. 2012;1:31. doi:10.4103/2277-9531.100160
38. Poor Reza A, Khabiri Nemat R. Health economics and the dimensions of aging. *Salmand*. 2008;1(2). (Persian)
39. Levy BR, Leifheit-Limson E. The stereotype-matching effect: greater influence on functioning when age stereotypes correspond to outcomes. *Psychol Aging*. 2009;24(1):230-3. doi:10.1037/a0014563