



<http://ui.ac.ir/en>

Strategic Research on Social Problems in Iran

E-ISSN: 2645-7539

Document Type: Research Paper

Vol. 9, Issue 4, No.31, Winter 2021, pp. 51-76

Received: 12.08.2020 Accepted: 28.12.2020

Demographic-Social and Economic Determinants of Active Aging among Retirees of Some Government Offices in Babol

Hajiieh Bibi Razeghi Nasrabad

Associate Professor of demography, National Population Studies and Comprehensive Management Institute, Tehran, Iran.

hajiieh.razeghi@psri.ac.ir

Maliheh Alimondegari* 

Assistant Professor in Demography, Anthropology Department, Faculty of Social sciences, Yazd University, Yazd, Iran.

m.alimondegari@yazd.ac.ir

Zeynab Rezvanian

M.A in Demography, Faculty of Social sciences, Yazd University, Yazd, Iran.

z.rezvanian19@gmail.com

Introduction

Population aging is a global and unprecedented phenomenon caused by socio-economic development and affects many countries, both developing and developed ones (UN, 2009). The way of adapting to changes in the age structures of the population could have a significant impact on the quality of life of people in the community, especially the elderly. Aging is often associated with many changes such as the family structure and living arrangements, work patterns and transition to retirement, health status, and even identity changes (Forster & Morris, 2012). Some elderly are able to adapt well to such changes and have successful aging, but some elderly cannot; as a result, many problems could arise in their physical, mental, and social health. The issue of successful and active aging has been the focus of researchers and policymakers to explain why some people in the old age are healthy, happy, satisfied, and adaptable to others, and what mechanisms and processes lead to such differences. Active aging is a concept introduced by the World Health Organization in 1990, which means the process of optimizing opportunities for health, participation, and safety as people live longer. Being active not only means continuing physical activity and participation in the workforce, but also continuing participation in activities related to the society, politics, culture, spirituality, and citizenship. According to this approach, even the elderly with disabilities can actively participate in the family and community. Active aging has a variety of determinants that surround the family, the individual, and the nation (Tareque et al., 2014). According to the 2016 census in Iran, there are 7414091 people aged 60 and over comprising 9.27% of the total population. Studies show that during the last two decades, the growth rate of the elderly population of the country has accelerated faster than the growth of the total population; in the near future, a change in the population structure towards aging is expected. This study examines the socio-demographic and economic determinants of active aging among retirees.

Materials and Methods

This cross-sectional study was conducted in 2016 on 350 retirees of government offices in Babol city of Mazandaran province. The data collection tool was a researcher-made questionnaire which was designed based on three other standardized questionnaires. These questionnaires included: 1) The Quality of Life Questionnaire by the World Health Organization (WHOQOL-BREF); 2) The Lipad Elderly Quality of Life Questionnaire, prepared by Diego et al. in 1998 and was used in three cities (Leiden in the Netherlands, Padua in Italy, and Helsinki in Finland); and 3) The

Social Health Questionnaire developed by Keys in 2004 at the MacArthur Science Foundation in the United States.

In the present study, the dependent variable is active aging which includes three dimensions of health, safety, and participation. It was measured with 42 items on the Likert scale. In the final analysis, it became a distance variable with a score ranged from 42 to 210. Independent variables in this study included age, gender, level of education, employment status, income level, number of children, social capital, living arrangements, and intergenerational social support. The

*Corresponding author

Copyright©2021, University of Isfahan. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>), which permits others to download this work and share it with others as long as they credit it, but they can't change it in any way or use it commercially.



<http://dx.doi.org/10.22108/srsp.2020.124440.1601>



<https://dorl.net/dor/20.1001.1.23221453.1399.9.4.3.2>

SPSS-24 software was employed to analyze the data at a significance level of 0.05.

Discussion of Results and Conclusions

The results of the present study showed that the average active aging index of men was higher than women. Retirees (those who lived with their spouses and their children, those with a university degree, and those who were re-employed after retirement) had the highest average active aging. Based on the results of multivariate analysis, the variables of intergenerational social support and age had a significant inverse effect on active aging. With the increase of social capital, the score of active aging increases. Furthermore, the level of household income above ten and a half million Rials and the level of diploma and higher education had a positive and significant relationship with active aging. Non-resident living arrangements led to an increase in the active aging index score. Older age was also associated with a decrease in the active aging score. Based on the results of path analysis, the social capital variable with the highest beta coefficient (0.545) followed by education and household income level were more important in predicting changes in active aging. According to the coefficient of determination, 51.7% of the total active aging changes were explained by the variables tested in this study.

Active aging requires policy-making and strategic planning that addresses the quality of life of individuals throughout life. Improving the level of social capital of people before reaching old age could lead to an increase in life expectancy along with the health and well-being of the elderly. In the current situation, due to the inadequacy of social protection system for the elderly in proportion to the increase in the elderly population, encouraging and institutionalizing intergenerational support of children to elderly parents is an inevitable necessity.

Keywords: Active Aging, Social Capital, Social Support, Retirees, Babol, Iran.

References:

- Abdoli, Gh. (2008) Determinants of treatment costs in the social security organization. *Refahj Journal*, 7 (27), 235-252 (in Persian).
- Ahmadi V., & Beheshti, P. (2011) Study of demographic and welfare characteristics of the elderly in iran. *Population Journal*, 61-62, 19-38 (in Persian).
- Anjomani, V. (2004) *The effect of using the continuous care model on the quality of life of patients discharged from sina hospital in hamadan*. MA Thesis, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran (in Persian).
- Babanejad, M., Shokouhi, S., Delpisheh, A., & Ahmadi, N. A. (2013) Socioeconomic status of aged people in ilam province. *Journal of Research in Medicine*, 37 (2), 125-133 (in Persian).
- Bourdieu, P. (1986) The forms of capital. In Richardson, J. (Ed.) *The handbook of theory and research for the sociology of education*. New York: Greenwood Press. 241-258.
- Cantor, M. H. (1979) Neighbors and friends: An overlooked resource in the informal support system. *Research on Aging*, 3 (4), 493-510.
- Cosco, T. D., Prina, A. M., Perales, J., Stephan, B. C., & Brayne C. (2014) Operational definitions of successful aging: A systematic review (English). *International Psychogeriatrics*. 26 (3), 373-81.
- De Donder L., Dury S., De Witte N., Smetcoren A. S., Buffel T., & Verte D. (2012). *Active aging: Exploring social participation in belgium*. Paper Presented at The 21st Nordic Congress of Gerontology, Copenhagen, Denmark.
- Dorri, S., Hakimi, H., Rafii, F., Ashghali Farahani, M., & Mohammadi, H. (2019) The concept of active aging in diabetics: a qualitative article. *Hayat Journal*, 25 (3), 325-341 (in Persian).
- Ershadi Sarabi, R., Ghassabichorsi, M., & Moslemizadeh, B. (2020) Assessment of educational needs of elderly people in sirjan about healthy lifestyle. *Journal of Gerontology (Joge)*, 4 (4), 68-78 (in Persian).
- Fiori, K. L., & Denckla, C. A. (2012) Social support and mental health in middle-aged men and women: A multidimensional approach. *Journal of Aging and Health*, 24 (3), 407-438.
- Forster, P., & Morris, M. (2012) Successful transition to retirement in australia. *Journal of Social Sciences Directory*, 1(1), 4-12.
- Ghaffari, Gh., & Onaq, N. (2006) Social capital and quality of life. *Iranian Journal of Social Studies*, 1 (1), 159-199 (in Persian).
- Gheysarian, A. (2009) A study of social and economic dimensions of the phenomenon of aging in iran. *Population Journal*, 69 (70), 1-28 (in Persian).
- Giddens, A. (2007) *Sociology*. Translated by Manouchehr Sabouri, Tehran: Ney Publication (in Persian).
- Habibi, A., Nikpour, S., Seiedoshohadaei, M., & Haghani, H. (2008) Quality of life and status of physical functioning among elderly people in west region of tehran: a cross-sectional survey. *Iran Journal of Nursing (IJN)*, 21 (53), 29-39 (in Persian).
- Hagedoorn, M., Van Yperen, N. W., Coyne, J. C., van Jaarsveld, C. H., Ranchor, A. V., van Sonderen, E., & Sanderman, R. (2006) Does Marriage protect older people from distress? The role of equity and recency of bereavement. *Psychology and Aging*, 21 (3), 611.
- Han, G. H., & Yoon, S. D. (2001) Living arrangements and psychological well-being of the rural elderly in

- korea. *Journal of the Korea Gerontological Society*, (24), 57-78.
- Havighurst, R. J. (1963) Successful aging. In Williams R. H., Tibbitts C., and Donahue W. (Eds.) *Processes of aging*. New York: Atherton Press. 229-320.
- Hirari, H., Kndo, K., & Kawachi, I. (2012) Social determinants of active aging: differences in mortality and the loss of healthy life between different income levels among older japanese. *Current Gerontology and Geriatrics*, 1-9.
- Jakobsson, U., Hallberg, J. R., & Westergren, A. (2000) Overall and health related quality among the oldest old in pain. *Journal of Quality of Life Research*, 13 (1), 125-136.
- Javadi Pashaki, N., Mohammadi, F., Jafaraghaee, F., & Mehrdad, N. (2015b) Factors influencing the successful aging of iranian old adult women. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17 (7), 1-8.
- Javadi-Pashaki, N., Mohammadi, F., Jafaraghaee, F., & Mehrdad, N. (2015a) Keeping up with the caravan of life: successful aging strategies for iranian women. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 24 (10), 29500.
- Koosheshi, M. (2009) *Social support networks, living arrangements and health of the elderly: a study in tehran*. PhD Thesis, Faculty of Social Sciences, University of Tehran (in Persian).
- Koosheshi, M. (2013) *Population aging in iran (demographic and socio-economic characteristics and challenges ahead)*. A Joint Research Project of the Faculty of Social Sciences, University of Tehran, Statistics Research Institute and the United Nations Population Fund (in Persian).
- Lima, M. G., Barros, M. B. D. A., César, C. L. G., Goldbaum, M., Carandina, L., & Ciconelli, R. M. (2009) Health related quality of life among the elderly: A population-based study using sf-36 survey. *Cadernos de Saúde Pública*, 25 (10), 2159-2167.
- Lu, L., Kao, S. F., & Hsieh, Y. H. (2010) Positive attitudes toward older people and well-being among chinese community older adults. *Journal of Applied Gerontology*, 29 (5), 622-639.
- Mati Haghshenas, N. (2011) Dimensions of sociology of population aging and the challenge of active aging in iran. *Iranian Journal of Sociological Studies*, 1 (2), 133-147 (in Persian).
- Mehryar, A. (2006) *Investigating the dimensions of population aging and its social, economic and demographic contexts in iran*. A Joint Project of the United Nations in Iran and the University of Tehran (in Persian).
- Mohammadi, E., Allahyari, T., Darvishpoor Kakhaki, A., & Saraei, H. (2018) Determining psychometric properties of iranian active aging measurement instrument. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 12 (4), 414-429 (in Persian).
- Mohammadi, E., Allahyari, T., Darvishpoor Kakhaki, A., Saraei, H., & Fereshtehnejad, S. M. (2017) Analysis of being active based on older adults' experience: a qualitative study of active aging strategies. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 11 (4), 504-517 (in Persian).
- Mollenkopf, H., & Walker, A. (2007) *Quality of life in old age: International and multi-disciplinary perspective*. Springer.
- Mouleart, T., & Paris, M. (2013) Social policy on aging: The case of active aging as a theatrical metaphor. *International Journal of Social Science Studies*, 1 (2), 113-123.
- Movahed, M., Zanjari, N., & Sadeghi, R. (2011) Socio-Demographic determinants of lifestyle promoting the health of the elderly (Case Study of the elderly in shiraz). *Journal of Population Association of Iran (JPAI)*, 5 (10), 79-109 (in Persian).
- Mroczek, D. K., & Spiro, A. (2005) Change in life satisfaction during adulthood: finding from the veterans affairs normative aging study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88 (1), 189.
- Nejat, S. (2008) The quality of life and its measurement. *Irje*, 4 (2), 57-62 (in Persian).
- Nilsson, J., Rana, A. M., & Kabir, Z. N. (2006) Social capital and quality of life in old age. results from a cross-sectional study in rural bangladesh. *Journal of Aging Health*, 18 (3), 419-434.
- Population Reference Bureau. (2018) *World population data sheet*. Available in English and French at Worldpopdata.Org.
- Punyakaew, A., Lersilp, S., & Putthinoi, S. (2019) Active ageing level and time use of elderly persons in a thai suburban community. *Occupational Therapy International*, (2), 1-8.
- Putnam, R. D. (1993) *Making democracy work. civic traditions in modern italy*. Princeton, NJ, Princeton University Press.
- Sajadi, H., & Biglarian, A. (2007) The quality of life among elderly women in kahrizak charity foundation, tehran, iran. *Payesh*, 6 (2), 105-108 (in Persian).
- Sun, W. D. (2001) State and policy issues of home aged welfare service. *Journal of the Korea Gerontological Society*, (4), 29-33.
- Tareque, M. I., Ahmed, M. M., Tiedt, A. D., & Hoque, N. (2014) Can an active aging index (aai) provide insight into reducing elder abuse? A case study in rajshahi district, bangladesh. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 58 (3), 399-407.
- United Nations. (2009) *World population ageing*. New York: United Nations.
- World Health Organization. (2002) *Active ageing-a policy framework*. A Contribution of the World

- Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing. Madrid (ES): WHO.
- Yasuda, T., Iwai, N., Chin-Chun, Y., & Guihua, X. (2011) Intergenerational co-residence in china, japan, south korea and taiwan: Comparative analyses based on the east asian social survey 2006. *Journal of Comparative Family Studies*, 42 (5), 703-722.
- Zanjari N. (2016) *Successful aging in iran: conceptualization, construction and validation of tools*. PhD Thesis, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran.
- Zanjari, N. (2015) *Good aging: A review of the concepts and dimensions of good aging*. Tehran: Tarh-e Naqd Publications,
- Zanjari, N., Sharifian Sani, M., Hosseini Chavoshi, M., Rafiey, H., & Mohammadi Shahboulaghi, F. (2017) Comparison of experts and older adults' viewpoints on successful ageing. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*, 9 (2), 279-290 (in Persian).
- Zare, B., Kavefirouz, Z., & Soltani, M. (2015) The socio-demographic factors affect on health life style of tehranian elderly. *Quarterly of Social Studies and Research in Iran*, 4 (1), 119-144 (in Persian).



پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی ایران
سال نهم، شماره پیاپی (۳۱)، شماره چهارم، زمستان ۱۳۹۹، ص ۵۱-۷۶
نوع مقاله: پژوهشی
تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۵/۲۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۸

تعیین‌کننده‌های جمعیتی - اجتماعی و اقتصادی سالمندی فعال در بین بازنشستگان برخی اداره‌های دولتی شهرستان بابل

حجیه بی‌بی رازقی نصرآباد، دانشیار جمعیت‌شناسی، گروه مطالعات خانواده، پژوهشکده پویایی جمعیت مؤسسه

مطالعات و مدیریت جامع و تخصصی جمعیت کشور، تهران، ایران

hajjiih.razeghi@psri.ac.ir

ملیحه علی‌مندگاری*^{ID}، استادیار جمعیت‌شناسی، بخش مردم‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد،

ایران

m.alimondegari@yazd.ac.ir

زینب رضوانیان، دانش‌آموخته جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد، ایران

z.rezvanian19@gmail.com

چکیده

در دو دهه اخیر، آهنگ رشد جمعیت سالمند کشور، از رشد کل جمعیت، سریع‌تر شده است و در آینده نزدیک، احتمال تغییر ساختار جمعیت به سمت سالخوردگی وجود دارد. در چنین بستری، سالمندی فعال برای بهبود کیفیت زندگی افراد سالمند، اهمیت زیادی دارد. هدف این مطالعه، شناسایی تعیین‌کننده‌های جمعیتی اجتماعی و اقتصادی سالمندی فعال در بین بازنشستگان شهرستان بابل است. روش مطالعه، پیمایشی و ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌نامه محقق‌ساخته است. حجم نمونه شامل ۳۵۰ نفر از بازنشستگان برخی اداره‌های دولتی شهرستان بابل در سال ۱۳۹۵ است. نتایج نشان داد مردان نسبت به زنان، بازنشستگی که با همسر و فرزندان هم‌سکنا بودند، سالمندان دارای تحصیلات دانشگاهی و سالمندانی که پس از بازنشستگی دوباره مشغول به کار شده‌اند، بیشترین میانگین سالمندی فعال را داشتند. براساس نتایج تحلیل چندمتغیره، سرمایه اجتماعی و فرهنگی بیشتر، سطح تحصیلات دیپلم و بیشتر، درآمد بیشتر از یک‌ونیم‌میلیون تومان و ترتیبات زندگی غیرهم‌سکنای افراد بازنشسته، به افزایش نمره سالمندی فعال آنان می‌انجامد. حمایت اجتماعی بیشتر از سالمندان و سن بالاتر با کاهش نمره سالمندی فعال همراه است. ارتقای سطح سرمایه اجتماعی افراد با همکاری‌های بین بخشی نهادها و سازمان‌های مرتبط پیش از رسیدن به سالمندی، تشویق و نهادینه‌سازی حمایت‌های بین نسلی ضروری است.

واژه‌های کلیدی: سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی، سالمندی فعال، بازنشستگان، شهرستان بابل

* نویسنده مسئول: ۰۹۱۳۳۵۹۹۹۵۸

Copyright©2021, University of Isfahan. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>), which permits others to download this work and share it with others as long as they credit it, but they can't change it in any way or use it commercially.



<http://dx.doi.org/10.22108/srsp.2020.124440.1601>



<https://dorl.net/dor/20.1001.1.23221453.1399.9.4.3.2>

مقدمه و بیان مسئله

سالمندی جمعیت، یکی از بزرگ‌ترین موفقیت‌های بشری است که مرهون پیشرفت و رشد فناوری، گسترش مراقبت‌های بهداشتی اولیه، پیدایش فناوری‌های جدید در پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری‌ها، اجرای موفقیت‌آمیز برنامه تنظیم خانواده، بهبود شرایط اقتصادی اجتماعی و به دنبال آن، کاهش مرگ‌ومیر، زادوولد و افزایش امید به زندگی است. در تعریف دقیق سالمندی، باید به تمایز بین دو مفهوم سالمندی فردی و سالمندی جمعیت اشاره شود. سالمندی فردی فارغ از تغییرات باروری، بر اثر افزایش امید به زندگی و احتمال بقا در سنین سالمندی اتفاق می‌افتد و در این وضعیت، تعداد سالمندان افزایش پیدا می‌کند؛ در حالی که تعادل بین گروه‌های سنی در ساختار هرم سنی جمعیت بر هم نمی‌خورد. در مقابل، سالمندی جمعیت بر اثر کاهش مرگ‌ومیر و افزایش امید به زندگی در بدو تولد و دیگر گروه‌های سنی از یک سو و کاهش باروری، که باعث کاهش سهم جمعیت زیر ۱۵ سال می‌شود، از سوی دیگر، پدیدار و سبب بر هم خوردن تعادل گروه‌های سنی در کل جمعیت می‌شود؛ به گونه‌ای که نسبت جمعیت سنین ۶۰ سال و بالاتر نسبت به دیگر گروه‌های سنی، افزایش زیادی می‌یابد (سند ملی سالمندان کشور، ۱۳۹۹: ۴).

سالخوردگی جمعیت، پدیده‌ای جهانی، فراگیر، بی‌سابقه، عمیق و بادوام است که در عمل، بر توسعه اقتصادی-اجتماعی و بهداشتی همه کشورهای مبتلا به سالخوردگی و بر هر مرد، زن و کودکی در هر منطقه‌ای از جهان بدون توجه به سن، ملیت یا فرهنگ تأثیر می‌گذارد (UN, 2009). آخرین پیش‌بینی‌های جمعیتی نشان می‌دهد امید به زندگی در بدو تولد در جهان از ۶۴/۱ درصد در سال ۱۹۹۰ به ۷۲/۶ درصد در سال ۲۰۱۹ رسیده است و انتظار می‌رود سهم جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر جهان، که در سال ۲۰۱۹ حدود ۱۳ درصد است، با پیش‌بینی سطح متوسط در سال ۲۰۵۰ میلادی به ۲۱/۴ درصد برسد (World Population Prospects, 2019). همه کشورهای دنیا در حال سالخورده شدن هستند و هیچ استثنایی در آینده وجود

ندارد. نکته مهم اینکه، سهم مهمی از این افزایش به کشورهای در حال توسعه اختصاص دارد؛ به گونه‌ای که تا سال ۲۰۵۰ از هر ۱۰ نفر سالمند، حدود ۸ نفر در این کشورها زندگی خواهد کرد (Population Reference Bureau, 2018).

جمعیت در سنین مختلف، قابلیت‌ها، علایق، نیازها و تمایلات متفاوتی دارند؛ بنابراین، تغییر در ساختار سنی به تدریج، جهت تأکید بر دورنمای اجتماعی و تمرکز بر حمایت‌های عمومی را تغییر می‌دهد. همچنین، تغییر در ساختار سنی، تقریباً در همه نهادهای اجتماعی بازتاب می‌یابد؛ در نتیجه، چگونگی انطباق با تغییرات قریب‌الوقوع در ساختارهای سنی جمعیت، تأثیر معنی‌داری بر کیفیت زندگی در قرن بیست و یکم خواهد داشت (Martin and Preston, 1994: 3).

دوران سالمندی، معمولاً با تغییرات متعدد، مانند تغییر در ساختار خانواده و ترتیبات زندگی، تغییر در الگوی کار و گذار به بازنشستگی، تغییر در وضعیت سلامت و حتی تغییرات هویتی همراه است (Forster and Morris, 2012). بعضی از سالمندان، به خوبی با این تغییرات انطباق پیدا می‌کنند و دوران سالمندی موفق را برای خود رقم می‌زنند؛ اما عده‌ای از سالمندان، این توانایی را ندارند و در نتیجه، مسائل گوناگونی در سلامت جسمی، روانی و اجتماعی آنها ایجاد می‌شود. برای تبیین این موضوع که چرا بعضی افراد در دوران سالمندی، سالم، شاد، راضی و سازگار با اوضاع هستند و دیگران چنین نیستند و اینکه چه سازوکارها و فرایندهایی به این تفاوت‌ها منجر می‌شود، مبحث سالمندی موفق مطرح شده است. سالمندی موفق، به عنوان مفهومی چندبعدی و میان‌رشته‌ای، با طیف گسترده‌ای از مفاهیم جایگزین، تعاریف و شاخص‌ها همراه بوده است. سالمندی مثبت، سالمندی خوب، سالمندی مولد، سالمندی سالم و سالمندی فعال به عنوان مفاهیم نزدیک با سالمندی موفق مطرح شده است (Havighurst, 1963). اگر به مفهوم سالمندی موفق به جای یک وضعیت به صورت فرایندی نگریسته شود که کل طول دوران زندگی را در دوره آخر زندگی مؤثر می‌داند، کم‌شدن هزینه‌های جامعه را در

در تفاوت سهم افراد ناتوان جسمی و نیز تفاوت نیازهای آنهاست که باید در برنامه‌ریزی‌های اجتماعی مد نظر قرار گیرد (عباسی شوازی و همکاران، ۱۳۹۶).

در حال حاضر، هم‌زمان با روند رو به افزایش جمعیت سالمند کشور، شاهد تغییر روابط بین نسلی و خانوادگی و روند رو به کاهش انسجام و پیوستگی میان نسل سالمند و نسل جوان هستیم. نکته دیگر، کاهش مشارکت سالمندان در مقام افراد باتجربه در سطح اجتماع است که از حضور فعالانه آنان در جامعه کاسته است. همچنین، با مسن شدن جمعیت ایران و تغییراتی که در ساخت خانواده به سوی هسته‌ای شدن به وجود آمده است، به تدریج، چالش‌هایی در ابعاد مختلف اقتصادی، اجتماعی و روانی افراد مسن در جامعه شکل می‌گیرد. سالمندان، معمولاً دچار بیماری‌های مزمن فیزیکی و روانی پرهزینه هستند و با توجه به نداشتن پوشش تأمین اجتماعی مناسب، مسائل و مشکلات فراوانی به خانواده خود تحمیل می‌کنند. نتایج مطالعات انجام‌شده در ایران (نجات و همکاران، ۱۳۸۷؛ کوششی، ۱۳۸۷؛ قنبری مقدم، ۱۳۹۲) نشان می‌دهد وضعیت زندگی سالمندان، کیفیت مطلوبی ندارد. کاهش شبکه‌های ارتباطات اجتماعی و در نتیجه، کاهش مشارکت‌های اجتماعی از عوامل مؤثر در کاهش کیفیت زندگی سالمندان است.

سالمندی فعال، مفهومی است که سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۰ ارائه کرده است که به معنای فرایند بهینه‌سازی فرصت‌ها برای سلامت، مشارکت و امنیت برای کسب کیفیت زندگی با افزایش سن است. منظور از واژه فعال علاوه بر ادامه فعالیت بدنی و مشارکت در نیروی کار، به معنی تداوم مشارکت در اجتماع، سیاست، فرهنگ، معنویت و امور شهروندی است. حتی سالمندانی که دچار معلولیت شده‌اند، در این رویکرد می‌توانند در خانواده و اجتماع، مشارکت فعالانه داشته باشند. سالمندی فعال، تعیین‌کننده‌های متنوعی دارد که با خانواده، فرد و ملت احاطه شده است (Tareque et al., 2014).

بازنشستگی در آستانه سالمندی، تحول و انتقال از نقشی به نقش دیگر است که تغییر عمیقی در زندگی فرد به وجود می‌آورد.

بخش‌های مختلف، به‌ویژه در بخش بهداشت و درمان به همراه دارد. تدوین و اجرای سیاست‌ها و برنامه‌های سالمندی موفق موجب می‌شود افراد هم‌عمر طولانی‌تری داشته باشند و هم این عمر طولانی با سلامت و کیفیت بهتر زندگی برای آنان همراه باشد (زنجری، ۱۳۹۵: ۳).

در نیم‌قرن گذشته، مسئله جوانی جمعیت در ایران، موضوعی اساسی بوده است و به تدریج، در نیم‌قرن بعدی، مسئله سالخوردگی جمعیت و تمرکز نسبی بر میانسالی در مرکز توجه قرار می‌گیرد. در نیمه دوم قرن بیستم (دهه‌های ۱۳۳۰ هجری شمسی به بعد) و به موازات نوسان‌ها در شاخص‌های جمعیتی، زندگی سالمندان از تغییرات گسترده اجتماعی-اقتصادی تأثیر گرفته است. وقوع بزرگ‌ترین جریان‌های مهاجرتی، به‌ویژه مهاجرت‌های روستا-شهری، که به جداسدن اعضای خانواده و گسترش جامعه شهری انجامیده است، ورود به مرحله چهارم گذار اپیدمیولوژیک، یعنی مرحله افزایش سهم بیماری‌های مزمن و غیرمسمری، ظهور و گسترش تفاوت‌ها و در مواردی، نابرابری‌های اجتماعی و نابرابری‌های جنسیتی در میان سالمندان، فقط نمونه‌هایی از این تغییرات گسترده است که تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی سالمندان ایرانی داشته است (کوششی و همکاران، ۱۳۹۲).

در دو دهه پیش، آهنگ رشد جمعیت سالمند کشور از رشد کل جمعیت سریع‌تر شده و نرخ رشد این گروه تا ۳ برابر نرخ رشد کل جمعیت افزایش یافته است (کوششی و همکاران، ۱۳۹۲). این نرخ رشد زیاد در دهه‌های آینده نیز کاملاً مستقل از کاهش یا افزایش باروری جاری ادامه خواهد یافت؛ به‌گونه‌ای که جمعیت سالمند ۶۰ ساله و بالاتر کشور را از بیشتر از ۷ میلیون نفر در سال ۱۳۹۵ به نزدیک ۲۹ میلیون نفر در سال ۱۴۳۰ افزایش می‌دهد. به همین ترتیب، جمعیت سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر، از کمتر از ۴ میلیون نفر در سال ۱۳۹۵ به حدود ۲۰ میلیون نفر در سال ۱۴۳۰ افزایش می‌یابد و مهم‌تر از این گروه، سالمندان پیر هستند که جمعیت آنها از حدود ۷۰۰ هزار نفر در سال ۲۰۱۲ به بیشتر از ۳ میلیون و پانصد هزار نفر می‌رسد. اهمیت این گروه آخر، به‌ویژه

جمع‌آوری شد. میانگین کلی نمره سبک زندگی سالم پاسخگویان (در حیطه‌های سبک زندگی، حیطه پیشگیری، حیطه ورزش، تفریح و فعالیت، حیطه تغذیه سالم، حیطه مدیریت، حیطه روابط اجتماعی و بین فردی و نیازهای آموزشی سالمندان) در وضعیت متوسط قرار داشت. همچنین، ارتباط معناداری بین نیازهای آموزشی متفاوت سالمندان در زمینه شیوه زندگی با متغیرهای جنسیت، سن، سطح سواد، وضعیت مبتلا بودن یا نبودن به بیماری‌های مزمن و وضعیت زندگی تنها یا با همراه وجود داشت. این مطالعه پیشنهاد می‌دهد متناسب با وضعیت سالمندان باید آموزش سبک زندگی سالم براساس نیازهای آنان و با در نظر گرفتن ویژگی‌های جمعیت‌شناختی‌شان با جدیت بیشتری پیگیری شود.

دری و همکاران (۱۳۹۸)، مطالعه‌ای با هدف تحلیل مفهوم سالمندی فعال در سالمندان دیابتی براساس مدل هیبرید انجام دادند. در مرحله نظری، ۳۵ مقاله مرتبط در پایگاه‌های اطلاعاتی در بازه زمانی ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۶ استخراج و تحلیل شد. مرحله کار در عرصه با ۱۰ مشارکت‌کننده پایان یافت و سپس تحلیل محتوای کیفی انجام و در مرحله نهایی، یافته‌های دو مرحله قبلی ادغام شد. یافته‌های مطالعه نشان داد سالمندی فعال برای سالمندان دیابتی عبارت است از فرایندی جامع، پویا، چندبعدی و وابسته به فرهنگ که مستلزم داشتن حس رضایت، شادی، رفاه، امنیت و سلامت جسمی و روانی است و با مشارکت اجتماعی، ارائه خدمات سلامتی و اشتغالی مناسب، شناخت از دیابت و حمایت مالی، عاطفی، خانوادگی و دولتی، محقق و به عواید کلان عینی و ذهنی، مانند سازگاری با بیماری، حس ارزشمندی و عزت نفس منجر می‌شود که حصول به این مهم، نیازمند توجه به کل دوره زندگی از کودکی تا سالمندی است. نتایج این مطالعه نشان داد احساس سلامت و امنیت، رضایت، مشارکت، دسترسی به خدمات بهداشتی - درمانی، حمایت و شناخت از دیابت در فعال کردن سالمندان ایرانی مبتلا به دیابت نقش دارد. زنجری و همکاران (۱۳۹۶) در مطالعه‌ای به روش تحقیق ترکیبی، دیدگاه ۶۰ نفر از سالمندان ساکن شهر تهران و متخصصان حوزه

براساس مشاهدات اولیه به نظر می‌رسد، بازنشستگی باعث ایجاد شوک روحی و روانی و بروز تبعات ناگوار اجتماعی، اقتصادی و روحی زیادی برای سالمندان می‌شود؛ بنابراین، چگونگی واکنش فرد و توانایی‌هایش در کنار آمدن رضایتمندانه با این مسئله اساسی، تأثیر فراوانی در سلامتی وی دارد. به موازات افزایش نسبت جمعیت سالمندان و نقش روزافزون آنها در انجام دادن کارهای داوطلبانه، انتقال تجربه و دانش و کمک به اعضای خانواده با بر عهده گرفتن نقش مراقبتی، توجه بیشتر و دقیق‌تر به مسائل و نیازهای دوران سالمندی، ضرورتی اجتماعی برای ارتقای کیفیت زندگی سالمندان به شمار می‌رود (زنجری، ۱۳۹۷)؛ از این‌رو، رشد جمعیت سالمند، وضع قوانین و مقررات جدیدی را در زمینه بهبود کیفیت زندگی و افزایش سطح سلامت، مشارکت و امنیت سالمندان ایجاد می‌کند؛ به‌ویژه زمانی که مشاهده می‌شود سالمندان در دوران بازنشستگی برای پاسخگویی به مشکلات مالی و برای دوری از بیکاری (در این سن) به دنبال مشاغل متفرقه هستند.

براساس نتایج سرشماری سال ۱۳۹۵ در کل کشور ایران، ۷۴۱۴۰۹۱ نفر، جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر وجود دارد که ۹/۲۷ درصد جمعیت کل کشور را دربرمی‌گیرد. نسبت جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر در استان مازندران با ۳۲۸۳۵۸۲ نفر جمعیت، ۱۱/۴۱ درصد است و این نسبت در شهرستان بابل، ۱۱/۵۴ درصد است. میانه سنی این شهرستان در سال ۱۳۹۵ برابر ۳۰/۶۳ سال است و ساختار سنی جمعیت شهرستان بابل، روند رو به سالخوردگی را پیش رو دارد. بر همین اساس و با توجه به مطالعات اندک انجام شده در حوزه سالمندی فعال در ایران، در این پژوهش تعیین کننده های سالمندی فعال در بین بازنشستگان برخی اداره های دولتی شهرستان بابل مورد بررسی قرار می‌گیرد.

پیشینه تجربی پژوهش

ارشاد سرابی و همکاران (۱۳۹۹) در مطالعه‌ای توصیفی، نیازهای آموزشی سالمندان درباره سبک زندگی سالم را در شهرستان سیرجان ارزیابی کردند. اطلاعات براساس پرسش‌نامه سبک زندگی سالم در سالمندان ایرانی با ۴۶ گویه از ۳۶۱ نفر

تأثیرگذار بر ترتیبات زندگی سالمندان است.

مطیّع حق‌شناس (۱۳۹۰)، در پژوهشی، ابعاد جامعه‌شناختی سالخوردگی جمعیت و چالش سالمندی فعال در ایران را بررسی کرد. در این پژوهش بیان شد شاخص کلی سالخوردگی جمعیت کشور در سال ۱۳۸۵ به حدود ۲۰/۷ درصد رسید که در سال ۲۰۵۰ میلادی (۱۴۲۸ ه.ش) به ۱۰۲ نفر جمعیت سالخورده در مقابل هر ۱۰۰ نفر جمعیت زیر ۱۵ سال می‌رسد. نتایج مباحثه گروهی نشان داد چتر حمایتی خانواده از سالمندان رو به جمع شدن است؛ بنابراین، به موازات تغییر ساختار و کارکرد خانواده، باید نقش سازمان‌های دولتی و غیردولتی، به‌طور روزافزون تقویت شود و وجود شبکه‌های حمایتی، حیاتی است.

پونیاکایی و همکاران در مطالعه‌ای، سطح سالمندی فعال و چگونگی گذران اوقات فراغت ۱۴۰ سالمند ۶۰ سال به بالا را بررسی کردند که در مدرسه‌ای در روستایی حومه‌ای در شمال تایلند تحصیل می‌کردند و نقص شناختی نداشتند. نتایج نشان داد میانگین شاخص سالمندی فعال مشارکت‌کنندگان ($AAI=0.79$) در حد متوسط بود و اندازه‌گیری آن، تفاوت معناداری بین مردان و زنان نشان داد. همه شرکت‌کنندگان، زمان خود را در امور متنوعی، از جمله فعالیت‌های اساسی زندگی روزمره، فعالیت‌های ابزاری زندگی روزمره، استراحت و خواب، تحصیلات، کار، اوقات فراغت و مشارکت اجتماعی صرف می‌کردند. به‌علاوه، آنها بیشتر اوقات خود را به استراحت و خواب می‌گذراندند. این مطالعه نشان داد چگونگی گذران وقت در افراد مسن سالم، قابل درک است و باید به آن، هنگام کوشش برای افزایش سطح سالمندی فعال در نسل‌های سالخورده آینده توجه شود. اوقات فراغت بیشتر و مشارکت اجتماعی، باعث افزایش رضایت و کیفیت زندگی افراد مسن در سطوح سالمندی فعال متوسط و کم می‌شود (Punyakaew et al., 2019). جوادی و همکاران، پژوهشی برای بررسی مفهوم سالمندی موفق در ایران به شیوه تحلیل محتوی کیفی روی ۲۱ زن سالمند ۶۵ سال به بالا انجام دادند. نتایج

سالمندی را درباره سالمندی موفق بررسی کردند. یافته‌ها نشان داد مفهوم سالمندی موفق از نظر سالمندان از ۶ طبقه اصلی سلامت جسمانی، بهزیستن روان‌شناختی، بهزیستن اجتماعی، معنویت و تعالی، امنیت مالی، محیط و بافت اجتماعی دستدار سالمند تشکیل شده است. بین دیدگاه سالمندان و متخصصان، تفاوت‌هایی در اولویت‌بندی ابعاد و زیرمقولات سالمندی موفق وجود دارد. متخصصان، سلامت جسمانی و رضایت از زندگی را مهم‌ترین می‌دانستند؛ در حالی که سالمندان، صفات مثبت فردی و حمایت اجتماعی را در اولویت قرار داده بودند. محمدی و همکاران (۱۳۹۵) پژوهشی را با هدف تحلیل استراتژی‌های سالمندی فعال براساس تجربه سالمندان ساکن در اجتماع به شیوه کیفی، با روش نظریه‌مبنایی در شهر تهران انجام دادند که با ۳۵ سالمند در دامنه سنی ۶۱ تا ۸۵ سال مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته انجام شد. براساس تجربه‌های سالمندان، استراتژی‌های فعال‌بودن، دربردارنده ۵ مقوله عمده استراتژی‌های اولیه انزوآگریزی (خانه‌نشین‌بودن و تعامل‌گرایی)، مشارکت اجتماعی (تداوم نقش‌آفرینی حرفه‌ای، فعالیت‌های داوطلبانه و مشارکت اجتماعی و نهادی)، استراتژی‌های نگرشی و یادگیری (بینش فعال و یادگیری)، پویایی جسمی و مدیریت امور و اوقات خانه‌نشینی است. نتایج نشان داد سالمندی فعال در گروه استراتژی‌هایی است که در سه حوزه بینش سالمند، محدوده زندگی (خانه) و محیط اجتماع تحقق می‌یابد؛ بنابراین، برای داشتن سالمندانی فعال، متخصصان و برنامه‌ریزان باید به این سه حوزه توجه کنند. شکوهی (۱۳۹۱)، در پژوهشی، تأثیر روابط بین نسلی را بر ترتیبات زندگی سالمندان ۶۰ سال به بالا در شهر شیراز بررسی کرد. نتایج پژوهش نشان داد ترتیبات زندگی مشترک میان والدین و فرزندان ازدواج‌کرده بسیار کاهش یافته است و شکل غالب ترتیبات زندگی سالمندان، زندگی با فرزندان مجرد است. ترتیبات زندگی زنان و مردان با یکدیگر متفاوت است و ترتیبات تنها زیستن، ترتیباتی زنانه است. افزایش سن سالمند، احتمال ترتیبات مستقل را برای سالمند افزایش می‌دهد. وضعیت تأهل فرزندان، توانایی اقتصادی و وضعیت تأهل سالمند، مهم‌ترین عامل

نشان داد استراتژی‌های سالمندی موفق، دربردارندهٔ مواردی مانند پیشگیری از تهدیدها، بهینه‌سازی گذر زمان براساس فرصت‌ها، مقابله با فرصت‌ها و خودکنترلی درونی در برابر فرصت‌هاست (Javadi-Pashaki et al., 2015a). همچنین، آنان در مطالعه‌ای دیگر، عوامل مرتبط با سالمندی موفق را در قالب مقولاتی همچون در دسترس بودن سیستم حمایتی (سیاست‌های حمایتی، فرهنگ، تسهیلات رفاهی، روابط و زمینهٔ خانوادگی، تعامل اجتماعی)، وضعیت سلامت، ظرفیت فردی (تجربه‌های کسب‌شده، کارآمدی)، خصوصیات فردی (نگرش، اعتقادات فردی، خلق‌وخو) و سبک زندگی (مدیریت زندگی، سبک زندگی سالم) شناسایی کردند (Javadi-Pashaki et al., 2015b). کاسکو و همکاران در مروری نظام‌مند بر ۲۶ مطالعهٔ کیفی در انگلستان، ابعاد سالمندی موفق را در سه بُعد پزشکی (شناختی، روانی، سلامت روان‌شناختی و عملکردی، حفظ رفتارهای سلامتی، طول عمر)، عناصر بیرونی (محیط و مالی) و بُعد روان‌شناختی-اجتماعی (مشارکت، دیدگاه، خودآگاهی، استقلال، قبول، کیفیت زندگی، پیشگیری و درمان، اجتماع، معنویت، نقش‌های اجتماعی، تطابق) طبقه‌بندی کردند (Cosco et al., 2014). فیوری و دنکلا در پژوهشی با عنوان «حمایت اجتماعی و سلامت روانی» به این نتیجه رسیدند که دریافت حمایت عاطفی فقط با سلامت روانی زنان، رابطهٔ مستقیمی دارد؛ در حالی که حمایت ابزاری و احساسی با سلامت روانی زنان و مردان با الگوهای مختلف رابطه دارد؛ برای مثال، فقط مردانی که حمایت ابزاری از افرادی به‌جز خویشاوندان دریافت می‌کردند، سطح بالایی از نشانه‌های افسردگی را داشتند (Fiori and Denckla, 2012). لویلا و همکاران در پژوهشی، نگرش به سالمندی و سلامتی را در میان سالمندان چینی بررسی کردند. یافته‌ها نشان داد سالمندان، به‌طور عمومی به سالمندی، نگرش مثبتی داشته‌اند؛ اما سالمندانی که حمایت اجتماعی کمتری داشتند، نگرش مثبت کمتری به سالمندی گزارش دادند که با نشانه‌های افسردگی در ارتباط بود. سالمندان جوان‌تر، که حمایت

اجتماعی بیشتری، دریافت و در اجتماعات بزرگ‌تر شرکت می‌کردند، نگرش مثبت بیشتری به سالمندی داشتند که این وضعیت با میزان بیشتر شادی در میان آنان رابطه داشت (Loela et al., 2010). یاسودا و همکاران، هم‌سکنایی بین نسلی در چین، ژاپن، کرهٔ جنوبی و تایوان را با تحلیل تطبیقی براساس پیمایش اجتماعی ۲۰۰۶ آسیای شرقی بررسی کردند. در این مقاله، هم‌سکنایی به‌عنوان ترتیبات زندگی تعریف شده است که در آن، فرزندان بزرگسال با والدین سالمند خود زندگی می‌کنند. یافته‌های پژوهش نشان داد فرزندان بزرگسال در آسیای شرقی با والدین سالمند خود زندگی می‌کنند؛ در حالی که در کشورهای اروپایی، وضعیت برخلاف جوامع آسیای شرقی است (Yasuda et al., 2010). نتایج پژوهش هان و یون (Han and Yoon, 2001) و سان (Sun, 2001) نشان داد، سالمندانی که تنها زندگی می‌کنند، در مقایسه با سالمندانی که با اعضای خانواده خود زندگی می‌کنند، بیشتر در معرض ابتلا به بیماری‌های جسمانی و روانی هستند. مرور مطالعات انجام‌شده در حوزهٔ سالمندی جمعیت، خواه در خارج از کشور و خواه در داخل ایران، به‌طور عمده دربارهٔ جنبه‌های عمومی سالمندی است، نه سالمندی فعال به‌طور خاص. با توجه به اینکه چارچوب سیاستی پیشنهادشدهٔ سازمان جهانی بهداشت برای بهبود کیفیت زندگی افراد سالمند، مفهوم سالمندی فعال است، در این پژوهش، تعیین‌کننده‌های این مفهوم و همچنین تفاوت‌های سطح سالمندی فعال به تفکیک جنس در بین زنان و مردان بازنشسته شهرستان بابل سنجیده می‌شود.

چارچوب نظری پژوهش

در برخورد با سالمندی جمعیت، فراتر از رویکرد سنتی قرن بیستم - که آن را مرحلهٔ وابستگی زندگی، مشکل پزشکی و اتلاف وقت، وابستگی و سربار بودن در نظر می‌گرفت - در قرن بیست‌ویکم، به‌ویژه در نیمهٔ دوم آن، چرخشی پارادایمی در چگونگی مفهوم‌سازی و تجربهٔ سالمندی اتفاق افتاد که آن

سازمان جهانی بهداشت (2002) برای سنجش سالمندی فعال، چارچوب سیاستی، شامل ۳ بُعد سلامت، مشارکت و امنیت پیشنهاد داده است. تعاریف سازمان جهانی بهداشت و سیاست‌های پیشنهادی طراحی شده برای هر یک از ابعاد سه‌گانه سالمندی فعال به شرح ذیل است:

سلامت^۲: هنگامی که عوامل خطر (زیست‌محیطی و رفتاری) برای بیماری‌های مزمن و کاهش عملکرد بدنی در حد پایین نگه داشته می‌شود؛ در حالی که عوامل محافظتی در سطح بالا ارائه شود، افراد از کیفیت و طول عمر بیشتر لذت خواهند برد، سالم باقی می‌مانند و زندگی خود را در زمان پیرتر شدن مدیریت می‌کنند. در این شرایط، افراد مسن، نیاز کمتری به هزینه‌های پزشکی و خدمات مراقبتی دارند. سیاست‌های پیشنهادی در زمینه ارتقای بُعد سلامت سالمندی فعال عبارت است از: ۱. جلوگیری و کاهش بار اضافی معلولیت، بیماری مزمن و مرگ‌ومیر زودرس؛ ۲. کاهش عوامل خطر مرتبط با بیماری‌های عمده و افزایش عوامل مؤثر بر سلامتی در طول زندگی؛ ۳. ارائه آموزش و مهارت‌های مراقبتی به پرستار و مراقبان سالمند و ۴. یکپارچه‌سازی خدمات بهداشتی و اجتماعی مقرون به صرفه، در دسترس، با کیفیت مطلوب و سالم که نیاز و حقوق زنان و مردان سالمند را برآورده کند.

مشارکت^۳: زمانی که بازار کار، اشتغال، آموزش و پرورش، سیاست‌ها و برنامه‌های اجتماعی و بهداشتی از مشارکت مردم در فعالیت‌های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و معنوی، با توجه به حقوق بشر، ظرفیت‌ها، نیازها و ترجیحاتشان حمایت کامل کنند، مردم به مشارکت سازنده خود در جامعه ادامه می‌دهند. موارد پیشنهادی برای ارتقای مشارکت افراد برای سالمندی فعال عبارت است از: ۱. فرصت‌های یادگیری و آموزش در طول دوره زندگی برای افراد ارائه شود؛ ۲. با توجه به اولویت‌ها، ظرفیت‌ها و نیازهای افراد، مشارکت فعال آنان در فعالیت‌های توسعه

را زمانی برای استفاده از فرصت‌های زندگی و تضمین کیفیت زندگی تعریف کرد (Buys and Miller, 2006)؛ به این ترتیب، در قالب این پارادایم جدید، مفاهیمی مانند سالمندی سالم، موفق، مولد و بالاخره سالمندی فعال ظهور کرد. سالمندی فعال از نظر علمی، معنای سالمندی سالم و موفق و مولد را نیز دربرمی‌گیرد (محمدی و همکاران، ۱۳۹۵).

تعاریف قدیمی، سالمندی فعال را کوشش سالمندان برای کنترل کردن منابع بالقوه سالمندی برای رشد خود و توسعه جامعه معرفی می‌کرد که در نتیجه آن، بین سالمندان و جامعه نوعی بده بستان ایجاد می‌شود (Mouleart and Paris, 2013). سازمان بهداشت جهانی^۱ (2002)، سالمندی فعال را فرایند بهینه‌سازی فرصت‌ها برای سلامت، مشارکت و امنیت برای بهبود کیفیت زندگی افراد در هنگام سالمندی تعریف کرد. سالمندی فعال در سطح کلان‌تر به زیربنای استراتژی‌های سیاستی حوزه سالمندی در سازمان ملل و اتحادیه اروپا در یک دهه گذشته تبدیل شده است. سازمان همکاری و توسعه اقتصادی، سالمندی فعال را ظرفیت افراد سالمند برای داشتن زندگی مولد در جامعه و اقتصاد تعریف می‌کند. تمرکز این سیاست، افزایش سالمندان مولد است و بیشتر بر انتقال درست به بازنشستگی تأکید دارد؛ بنابراین، به سالمندی فعال، بیشتر از حوزه سالمندشناسی در سطح سیاست‌گذاری توجه شده است. پژوهش‌های مختلف در زمینه درک سالمندی فعال و فرایند آن، بر مسائل متفاوتی تأکید داشته‌اند. در برخی پژوهش‌ها، سالمندی فعال، صرفاً مشارکت اجتماعی دانسته شده (De Donder, 2012) و یا سهم زیادی برای آن در سالمندی فعال در نظر گرفته شده است (Buys and Miller, 2006). برخی پژوهش‌ها نیز سالمندی فعال را در بُعد جسمی و به صورت سلامتی جسمی و نبود وابستگی عملکردی در نظر گرفته‌اند (Hirari et al., 2012). گاهی نیز سالمندی فعال را با رویکرد روان‌شناختی به‌عنوان سلامت رفتاری و کارکرد شناختی تعریف کرده‌اند (Fernandez-Ballestros et al., 2012).

² Health

³ Participation

¹ World Health Organization

صمیمیت میان اعضای خانواده)؛

۴. کارکردی^۵ (کمک مالی و حمایت عاطفی میان اعضای خانواده) و

۵. ارزشی^۶ (قوت تعهد به اجرای نقش‌های خانوادگی و اجرای وظایف خانوادگی).

فرصت‌های ساختاری^۷ (فرصت‌هایی که برای روابط بین نسلی به علت الزام‌هایی مانند شمار اعضا، نوع و نزدیکی جغرافیایی اعضای خانواده انجام می‌شود).

کنتز (Cantor, 1979) با اصالت دادن به رابطه حمایت‌کننده با سالمند دریافت‌کننده، نظریه‌ای را با نام «مدل جبران سلسله‌مراتبی» مطرح کرد. به عقیده او، کارکرد حمایتی، که معمولاً ارائه می‌شود، بیشتر از ماهیت امر، براساس اولویت رابطه حمایت‌کننده و سالمند دریافت‌کننده نظم می‌یابد. این مدل، انتخاب عنصر حمایت را تابع ترتیبی از ترجیحات فرض می‌کند. صرف نظر از نوع کمکی که تقاضا می‌شود، اولین انتخاب سالمند، عناصر شبکه خویشاوندی است و بعد از آن، دوستان و همسایگان و در نهایت، سازمان‌های رسمی. وقتی برترین عنصر وجود ندارد، حمایت به صورت جبرانی از سوی دیگر گروه‌ها ارائه می‌شود (کوششی، ۱۳۹۲).

مفهوم ترتیبات زندگی^۸ به اشکال مختلف هم‌سکنایی سالمندان اطلاق می‌شود که این صفت به دو مقوله هم‌سکنا و غیرهم‌سکنا تقسیم می‌شود (کوششی، ۱۳۸۷). نظریه نزدیکی نسلی در این زمینه اشاره می‌کند که نزدیکی جغرافیایی، تماس منظم بین نسلی را تسهیل می‌کند و این وضعیت برای تبادل حمایت اقتصادی، اجتماعی و برای حفظ همبستگی خانوادگی مهم است. این نظریه، به ویژه استدلال می‌کند که هم‌سکنایی به افزایش تماس و تعامل روزانه و تبادل عاطفی بین نسل‌ها کمک می‌کند (Litwak, 1985).

سرمایه اجتماعی بر چند تعریف، تفسیر و کاربرد مختلف

اقتصادی، کار رسمی و غیررسمی و فعالیت‌های داوطلبانه شناسایی و فعال شود و ۳. افراد تشویق شوند به‌طور کامل در زندگی اجتماعی-خانوادگی شرکت کنند.

امنیت^۱: هنگامی که سیاست‌ها و برنامه‌های جامعه به نیازهای اجتماعی، مالی، فیزیکی و حقوق افراد سالمند رسیدگی می‌کند، افراد مسن‌تر از حمایت، احترام و مراقبت از خودشان در صورت ناتوانی مطمئن می‌شوند. خانواده‌ها نیز با سیاست‌ها و برنامه‌های جامعه برای مراقبت از اعضای سالمند خود حمایت می‌شوند. اطمینان از محافظت، امنیت و حرمت افراد مسن با توجه به حقوق امنیت اجتماعی، مالی و فیزیکی آنها و کاهش نابرابری در حقوق امنیتی و نیازهای زنان مسن‌تر، سیاست‌های پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت برای ارتقای بعد امنیت سالمندی فعال است.

حمایت از سالمندان معمولاً با تعهدات بین نسلی فرزندان-والدین و جامعه انجام می‌شود. در نظریه انسجام، بنگستون و رابرت (Bengtson and Roberts, 1991)، مفاهیم کارکرد ساختاری، هنجارهای اجتماعی، مبادله اجتماعی و دلبستگی را یکپارچه و مدل انسجام روابط بین نسلی را برای توضیح روابط پیچیده بین نسلی پیشنهاد کردند. این نظریه، یکی از معدود نظریه‌هایی است که روی روابط والد-فرزندی در انتهای زندگی متمرکز است و ۶ بعد از روابط والد-فرزندی را در دوران بزرگسالی و سالمندی نشان می‌دهد که از آنها با نام عناصر ضروری انسجام بین نسلی یاد می‌شود. این ۶ بعد عبارت است از:

۱. معاشرتی^۲ (فراوانی و الگوی کنش متقابل در انواع فعالیت‌هایی که اعضای خانواده درگیر هستند)؛

۲. اجتماعی^۳ (درجه توافق روی ارزش‌ها، نگرش‌ها و عقاید در میان اعضای خانواده)؛

۳. اظهاری^۴ یا دلبستگی عاطفی (نزدیکی عاطفی و

⁵ Functional

⁶ Normative

⁷ Opportunity structural

⁸ Living arrangements

¹ Security

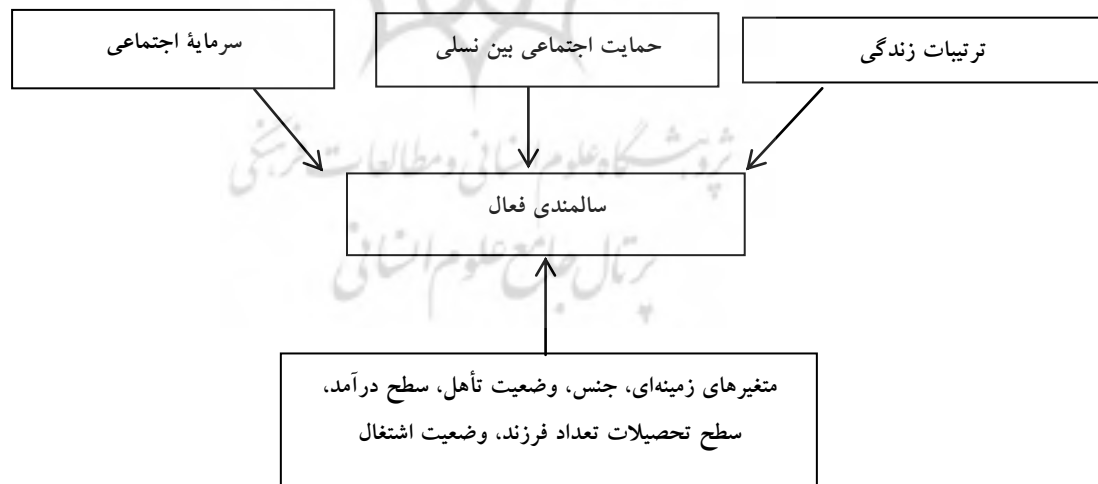
² Associational

³ Consensus

⁴ affection

هنجارها و شبکه‌ها می‌دانست که موجب ایجاد ارتباط و مشارکت بهینه اعضای یک اجتماع می‌شود و در نهایت، منافع متقابل آنان را تأمین می‌کند. او سرمایه اجتماعی را وسیله‌ای برای رسیدن به توسعه سیاسی و اجتماعی، در نظام‌های مختلف سیاسی می‌دانست و تأکید عمده وی بر مفهوم اعتماد بود. به طور کلی، توجه به سالمندی فعال، معنا و فرایند آن، همواره با چالش‌هایی مواجه بوده است. انسجام‌نداشتن سالمندی فعال به عنوان یک استراتژی و نبود تعاریف و تأکید بیش از حد در سطوح سیاست‌گذاری بر سالمندی فعال موجب شده است به چگونگی درک سالمندان از فعال بودن و تعیین‌کننده‌های آن، کم‌توجهی شود (Buys and Miller, 2006)؛ از این رو، مدل نظری پژوهش برای سنجش سالمندی فعال و عوامل تعیین‌کننده آن با اقتباس از چند رویکرد نظری مرتبط (رویکرد سازمان بهداشت جهانی در حوزه سالمندی فعال، نظریه انسجام روابط بین نسلی، مدل جبران سلسله‌مراتبی، نظریه دیدگاه بوردیو و پاتنام درباره سرمایه اجتماعی) در نمودار شماره ۱ ارائه شده است.

استوار است. بوردیو (Bourdieu, 1986) در کتاب/شکال سرمایه بین ۳ نوع سرمایه تمایز قائل می‌شود: سرمایه اجتماعی، سرمایه فرهنگی و سرمایه اقتصادی. او سرمایه اجتماعی را «مجموعه منابع حقیقی یا بالقوه مرتبط با مالکیت شبکه پایداری از روابط کم‌وبیش نهادینه شده براساس آشنایی و پذیرش متقابل» تعریف می‌کند. سرمایه فرهنگی عبارت است از صورت‌هایی از دانش، مهارت‌ها، آموزش و مزایایی که یک انسان دارد و به او اجازه می‌دهد جایگاه بهتری را در جامعه کسب کند و در نهایت، سرمایه اقتصادی، عبارت از ثروت و پولی است که هر کنشگر اجتماعی در دست دارد و شامل درآمدها و سایر منابع مالی است که در قالب مالکیت، جلوه نهادی پیدا می‌کند. بوردیو سرمایه اجتماعی را شکلی از سرمایه می‌دانست که به ارتباطات و مشارکت اعضای یک سازمان توجه دارد و می‌تواند همراه با سرمایه فرهنگی، ابزاری برای رسیدن به سرمایه‌های اقتصادی باشد. پاتنام (Putnam, 1993)، یکی دیگر از پژوهشگران اخیر سرمایه اجتماعی، سرمایه اجتماعی را مجموعه‌ای از مفاهیم، مانند اعتماد،



شکل ۱- نمودار مدل نظری پژوهش

Fig 1- Diagram of the theoretical model of research

فرزندآوری و فراهمی فرزند^۱ سالمندان بر میزان و نوع حمایت اجتماعی دریافتی سالمند اثرگذار است. در مجموع،

درحقیقت، ترتیبات زندگی، انعکاسی از وقایع جمعیتی گذشته، مانند رفتار نکاحی و فرزندآوری است؛ بنابراین، می‌تواند از تعداد فرزندان متأثر باشد؛ به عبارتی، رفتار

¹ Children availability

جلسات فرهنگی مربوط به بازنشستگان اداره آموزش و پرورش و دانشگاه علوم پزشکی، حضور در پارک‌ها و اماکن عمومی تکمیل شد. گفتنی است، با توجه به شرایط سنی پاسخگویان، تکمیل پرسش‌های متعدد پرسش‌نامه از حوصله برخی بازنشستگان خارج بود؛ به همین علت، پژوهشگر، آنها را کامل کرد. با توجه به مشکلات موجود برای دستیابی به پاسخگویان و تکمیل پرسش‌نامه‌ها، روند تکمیل پرسش‌نامه و جمع‌آوری داده‌ها حدوداً ۳ ماه طول کشید.

داده‌ها با استفاده از ابزار پرسش‌نامه و تکنیک مصاحبه گردآوری شد. در طراحی پرسش‌نامه از ۳ پرسش‌نامه استاندارد کمک گرفته شد که عبارت است از: ۱. پرسش‌نامه استاندارد کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL- BREF) با ۲۶ پرسش که این مقیاس را در سال ۱۹۹۶، گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ پرستی این پرسش‌نامه ساختند؛ ۲. پرسش‌نامه کیفیت زندگی سالمندان لیپاد که دیگو و همکاران^۱ در سال ۱۹۹۸ تهیه کردند و در سه شهر لیدن در هلند، پادوا در ایتالیا و هلیسینکی در فنلاند به کار رفت و ۳. پرسش‌نامه سلامت اجتماعی که کییز^۲ در بنیاد علمی مک آرتور ایالات متحده آمریکا در سال ۲۰۰۴ ساخت. پس از تدوین پرسش‌های پرسش‌نامه با استفاده از ۳ منبع مذکور، برای تعیین اعتبار آن، روش اعتبار صوری به کار رفت؛ به این منظور، از نظر استادان متخصص در حوزه سالمندی درباره تناسب پرسش‌های طراحی شده برای سنجش متغیرها و حوزه مفهومی آنها استفاده و پرسش‌های نامناسب حذف شد. برای انجام دادن پیش‌آزمون، پرسش‌نامه را ۳۰ نفر از بازنشستگان (۱۵ مرد و ۱۵ زن) تکمیل کردند و پایایی آن با آزمون آلفای کرونباخ سنجیده شد که نتایج آن در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

ترتیبات زندگی، حمایت اجتماعی بین نسلی و سرمایه اجتماعی به همراه متغیرهای زمینه‌ای (سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، سطح تحصیلات، سطح درآمد و تعداد فرزند) براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی (2002)، متغیرهای اثرگذار بر سالمندی فعال به حساب می‌آید که نوع و جهت رابطه متغیرها برای سنجش اثر آنها بر متغیر سالمندی فعال در مدل نظری پژوهش مشخص شده است.

روش تحقیق

پژوهش حاضر به لحاظ روش، کمی؛ به لحاظ اجرا، پیمایشی و از نظر هدف، کاربردی است و در تابستان ۱۳۹۵ در بین بازنشستگان اداره‌های دولتی شهرستان بابل اجرا شده است. اهمیت اجرای این پژوهش، کوشش برای سنجش سطح سالمندی فعال افراد بازنشسته بعد از ۳۰ سال فعالیت شغلی منظم و خروج از نظام اقتصادی جامعه است. بر این اساس، برای دریافت تعداد بازنشستگان اداره‌های دولتی شهرستان بابل به سازمان بازنشستگی استان مازندران مراجعه و تعداد بازنشستگان ۶۰ساله و بالاتر اداره‌های دولتی این شهرستان در سال ۱۳۹۴، برابر با ۸۹۰ نفر تعیین شد. با توجه به تعداد کم بازنشستگان برخی سازمان‌های دولتی، اسامی آن سازمان‌ها از چارچوب نمونه‌گیری، حذف و بازنشستگان اداره آموزش و پرورش، دانشگاه علوم پزشکی و سازمان تأمین اجتماعی شهرستان بابل به عنوان پاسخگویان پژوهش انتخاب شد. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران برابر با ۳۴۹ نفر به دست آمد که در مجموع، برای ۳۵۰ نفر بازنشسته پرسش‌نامه تکمیل شد. تعداد نمونه انتخابی برای هر مرکز با نسبت تعداد بازنشستگان آن مرکز به کل بازنشستگان به دست آمد. در ادامه، با مراجعه به کانون‌های بازنشستگی اداره‌های مربوط در روزها و هفته‌های متعدد، برخی از پرسش‌نامه‌ها را بازنشستگان حاضر در کانون تکمیل کردند. تعدادی از پرسش‌نامه‌ها نیز با پرس‌وجو و مراجعه به مکان دورهمی بازنشستگان اداره‌ها مانند مراکز خدمت‌رسانی به بازنشستگان وابسته به کانون‌ها (دفاتر بیمه تأمین اجتماعی برای تحویل مدارک پزشکی، تمدید دفترچه بیمه، گرفتن تسهیلات و ...)،

¹ De Leo et al.

² Keys

جدول ۱- ضرایب پایایی متغیرهای پژوهش

Table 1- Reliability coefficients of research variables

شخص‌ها	تعداد گویه	آلفای کرونباخ
سلامت جسمانی	۷	۰/۸۶
سلامت روانی	۱۱	۰/۷۸
سلامت اجتماعی	۵	۰/۷۴
امنیت اجتماعی روانی	۸	۰/۸۳
امنیت اقتصادی	۴	۰/۸۴
مشارکت اجتماعی فرهنگی	۶	۰/۹۳
مشارکت سیاسی اقتصادی	۳	۰/۷۷
سرمایه اجتماعی	۹	۰/۹۳
ترتیب‌های زندگی	۱	۰/۷۸
حمایت بین نسلی	۶	۰/۹۳

اولویت رابطه حمایت‌کننده و سالمند دریافت‌کننده نظم می‌یابد. اولین انتخاب سالمند، عناصر شبکه خویشاوندی، بعد از آن، دوستان و همسایگان و درنهایت، سازمان‌های رسمی است. وقتی برترین عنصر وجود ندارد، حمایت را دیگر گروه‌ها به صورت جبرانی ارائه می‌کنند (کوشی، ۱۳۹۲). این شاخص با ۶ گویه سنجیده شد و در تحلیل نهایی به صورت متغیر فاصله‌ای با طیف نمراتی بین ۶ تا ۱۲ به دست آمد.

سرمایه اجتماعی: بوردیو (1986)، سرمایه اجتماعی را شکلی از سرمایه می‌داند که به ارتباطات و مشارکت اعضای یک سازمان توجه دارد و همراه با سرمایه فرهنگی، ابزاری برای رسیدن به سرمایه‌های اقتصادی است. این متغیر با ۹ گویه در طیف لیکرت سنجیده شد و در تحلیل نهایی به صورت متغیر فاصله‌ای و نمراتی بین ۹ تا ۴۵ به دست آمد.

متغیر وابسته: متغیر وابسته، سالمندی فعال است و به‌عنوان فرایند بهینه‌سازی فرصت‌ها برای سلامت، مشارکت و امنیت برای بهبود کیفیت زندگی افراد در هنگام سالمندی تعریف شده است (World Health Organization, 2002). در پژوهش حاضر، متغیر وابسته، یعنی سالمندی فعال، ۳ بُعد سلامت، امنیت و مشارکت دارد و با ۴۲ گویه در طیف لیکرت سنجیده شده است و در تحلیل نهایی به صورت متغیر فاصله‌ای با دامنه نمراتی بین ۴۲ تا ۲۱۰ خواهد بود.

متغیرهای مستقل پژوهش، سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، سطح درآمد، تعداد فرزندان، سرمایه اجتماعی، ترتیب‌های زندگی و حمایت اجتماعی بین نسلی است که در ادامه، تعاریف مفهومی و عملیاتی آنها ارائه می‌شود.

حمایت اجتماعی بین نسلی: از نظر ماهیت، به نوع روابط موجود در شبکه اجتماعی سالمندان متکی است. کارکرد حمایتی، که معمولاً ارائه می‌شود، بیشتر از ماهیت امر، براساس

جدول ۲- متغیرها و شاخص‌های تحلیل به تفکیک متغیرهای مستقل و وابسته و پرسش‌ها و گویه‌های مربوط

Table 2- Analyzing variables and indicators by independent and dependent variables and related questions and items

نوع متغیر	سؤال یا گویه	طیف پاسخ	آلفای کرونباخ
مشخصه‌های جمعیتی و اقتصادی- اجتماعی	سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، سطح درآمد، تعداد فرزند	—	—
ترتیبات زندگی	در حال حاضر چگونه زندگی می‌کنید؟	با همسر و فرزندان، با فرزندان، تنها	—
حمایت اجتماعی بین نسلی	در کدام یک از زمینه‌های ذیل (از طریق فرزندان/ بستگان، دوستان یا همسایگان) حمایت می‌شوید؟ (کمک مالی، کمک به انجام دادن کارهای منزل، مشارکت در کسب و کار خانواده، کمک در خرید مایحتاج منزل، حمایت روحی و روانی، مراقبت هنگام بیماری)	۱. دریافت می‌کند ۲. دریافت نمی‌کند	۰/۸۵
سرمایه اجتماعی	— آیا با این نظر موافقت می‌کنید که کمک به دیگران کمک به خودتان است؟ — آیا معتقدید می‌توان به بیشتر مردم اعتماد کرد؟ — اگر دیدگاه شما با دیدگاه سایر افراد مخالف باشد، آیا می‌توانید آزادانه آن را بیان کنید؟ — آیا وجود افراد با فرهنگ‌های مختلف، زندگی را در محل سکونت شما بهتر می‌کند؟ — آیا از حضور در جامعه محلی خود همانند بودن در خانه‌تان احساس راحتی می‌کنید؟ — آیا کاری را که لازم است انجام دهید، حتی اگر کسی از شما نخواهد انجام می‌دهید؟ — به چه میزان به هنر (تئاتر، موسیقی، نویسندگی، نقاشی) علاقه دارید؟ — تا چه حد به زبان‌های خارجی تسلط دارید؟ — تا چه میزان، توانایی پاسخگویی به پرسش‌های جوانان را دارید؟	۱ تا ۵	۰/۷۷
سلامت جسمانی	— چقدر از وضعیت سلامتی خود رضایت دارید؟ — آیا درد جسمانی مانع انجام دادن فعالیت‌های مورد علاقه شما می‌شود؟ — چقدر به داروهای پزشکی نیاز دارید؟ — آیا برای زندگی روزمره، انرژی کافی دارید؟ — چقدر از توانایی خود برای انجام دادن فعالیت‌های روزمره راضی هستید؟ — چقدر از روابط جنسی خود رضایت دارید؟ — چقدر از وضعیت خواب خود، راضی هستید؟	۱ تا ۵	۰/۷۷
سلامت روانی	— چقدر از زندگی لذت می‌برید؟ — به نظر شما، زندگی شما تا چه حد معنادار (بازار) است؟ — در انجام دادن کارها و امور روزمره خود چقدر می‌توانید تمرکز کنید؟ — آیا شکل و قیافه ظاهری بدنتان مورد قبول شماست؟ — آیا دعا و نیایش در احساس سلامتی شما نقش دارد؟ — چه مقدار دچار حالاتی مانند یأس و ناامیدی و اضطراب و ... می‌شوید؟ — از وضعیت حافظه خود چقدر راضی هستید؟ — آیا از تمرکز حواس خود در انجام دادن امور زندگی رضایت دارید؟ — چقدر از توانایی خود در انجام دادن سرگرمی‌های مورد علاقه و فعالیت‌های تفریحی رضایت دارید؟ — چقدر از زندگی فعلی خود در مقایسه با گذشته رضایت دارید؟	۱ تا ۵	۰/۷۵
سلامت اجتماعی	— دنیا، امروزه مکان بهتری برای زندگی فرد است. — من متعلق به مجموعه‌ای به نام جامعه هستم. — تشکیلات اجتماعی، نظیر قانون و دولت در زندگی بی‌تأثیر است. — افراد جامعه برای من به‌عنوان یک شخص ارزش قائلند. — با توجه به تجاربی که دارم، می‌توانم کار ارزشمندی را به جامعه خود عرضه کنم.	۱ تا ۵	۰/۷۷

نوع متغیر	سؤال یا گویه	طیف پاسخ	آلفای کرونباخ
امنیت اجتماعی روانی	- در زندگی روزمره خود چقدر احساس امنیت و آرامش می‌کنید؟ - چقدر از حمایت فرزندان خود رضایت دارید؟ - چقدر از حمایت دوستان و آشنایان خود رضایت دارید؟ - چقدر از شرایط و امکانات محل زندگی خود رضایت دارید؟ - چقدر از دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی رضایت دارید؟ - چقدر از دسترسی به امکانات حمل‌ونقل و وضعیت رفت‌وآمد خود رضایت دارید؟ - آیا تاکنون در هنگام خارج شدن از منزل به شما حمله شده است؟ - آیا فردی وجود دارد که با او درباره موضوعات شخصی صحبت کنید؟	۱ تا ۵	۰/۷۴
	- تا چه میزان احساس می‌کنید توانایی تأمین نیازهای ضروری زندگی را دارید؟ - آیا برای رفع نیازهای خود پول کافی دارید؟ - تا چه میزان از وضعیت مالی خود، راضی هستید؟	۱ تا ۵	۰/۸۶
مشارکت اجتماعی فرهنگی مشارکت سیاسی	- چقدر از روابط اجتماعی‌تان با دیگران رضایت دارید؟ - اخبار و اطلاعات ضروری روزانه به چه میزان در دسترس شماست؟ - تا چه حد، در امور خیریه و عام‌المنفعه شرکت می‌کنید؟ - آیا دیگران با شما مشورت می‌کنند؟ - آیا اقوام، شما را به مراسم مختلف دعوت می‌کنند؟ - آیا در همه مهمانی‌های خانوادگی شرکت می‌کنید؟ - تا چه حد، در روند برگزاری انتخابات مشارکت می‌کنید؟	۱ تا ۵	۰/۸۵
	- تا چه حد، خواهان حضور در مسئولیت‌های سیاسی - اقتصادی (در حد توان) هستید؟ - تا چه حد در مباحث و رویدادهای سیاسی کشور مشارکت دارید؟	۱ تا ۵	۰/۸۷

یافته‌های پژوهش

نمونه مورد مطالعه را ۳۵۰ نفر از سالمندان بازنشسته ۶۰ ساله و بیشتر از آن در اداره‌های دولتی شهرستان بابل در سال ۱۳۹۵ تشکیل می‌دهد. حدود ۶۲ درصد پاسخگویان، مرد و ۳۸ درصد دیگر، زن هستند. ۶۶/۶ درصد پاسخگویان دارای همسر؛ ۲۴/۳ درصد، بی‌همسر بر اثر فوت؛ ۶ درصد، بی‌همسر بر اثر طلاق و ۳ درصد نیز مجرد هستند. میانگین سنی پاسخگویان، ۶۶/۹۰ سال است و نزدیک به ۶۶ درصد پاسخگویان نیز در فاصله سنین ۷۴-۶۵ سال قرار دارند. ۲۶/۸ درصد ازدواج‌ها، خویشاوندی است. فقط ۵/۶ درصد بازنشستگان، ازدواج مجدد داشته‌اند. نزدیک به ۲۷ درصد پاسخگویان بیان کرده‌اند که زن، سرپرست خانوار است و در ۷۳ درصد دیگر، مردان، سرپرست خانوار معرفی شده‌اند. ترتیبات زندگی ۱۰ درصد سالمندان، غیرهمسکناست که

به‌صورت تنها زندگی می‌کنند و ۹۰ درصد دیگر، هم‌سکنایان شده است که به‌صورت فقط با همسر (۴۶/۳ درصد)، با همسر و فرزندان (۲۴ درصد) و با فرزندان (۱۹/۷ درصد) زندگی می‌کنند. نزدیک به ۴۲ درصد زنان، مدرک دیپلم و فقط ۱۹ درصد آنها تحصیلات دانشگاهی دارند؛ در صورتی که این نسبت درصدها برای مردان به ترتیب، نزدیک به ۴۸ درصد و ۴۱ درصد است. ۹۵ درصد زنان پاسخگو بازنشسته شده‌اند و فقط ۵ درصد، دوباره مشغول به کار شده‌اند. این ارقام برای مردان، ۸۳ درصد بازنشسته و ۱۷ درصد مشغول به کار مجدد را نشان می‌دهد. در این پژوهش از بازنشستگان، علت تمایل مجدد برای بازگشت به کار نیز پرسیده شد که ۳۳ درصد، کسب آرامش و ۲۴ درصد، حضور مجدد در اجتماع را علت اصلی بیان کردند و پس از آن، نیاز اقتصادی (۲۳ درصد) ذکر شد.

جدول ۳- توزیع نسبی پاسخگویان برحسب مشخصه‌های جمعیتی اجتماعی در شهرستان بابل، ۱۳۹۵
Table 3- Relative distribution of respondents according to social- demographic characteristics in Babol county, 2016.

متغیر	طبقه	تعداد	درصد
جنس	مرد	۱۳۴	۶۱/۷
	زن	۲۱۶	۳۸/۳
وضعیت تأهل	دارای همسر	۲۳۳	۶۶/۶
	بدون همسر	۱۰۷	۳۳/۴
	با همسر و فرزندان	۲۴۶	۷۰/۳
ترتیب زندگی	با فرزندان	۶۹	۱۹/۷
	تنها	۳۵	۱۰
وضعیت اشتغال	بازنشسته	۳۱۶	۹۰/۳
	مشغول به کار مجدد	۳۴	۹/۷
	ابتدایی و کمتر	۳۴	۹/۷
سطح تحصیلات	راهنمایی و متوسطه	۶۶	۱۸/۹
	دیپلم	۱۵۴	۴۴
	دانشگاهی	۹۶	۲۷/۴
	جمع	۳۵۰	۱۰۰

درباره میانگین سالمندی فعال برحسب متغیرهای جنسیت، وضع فعالیت، تحصیلات و سطح درآمد مشاهده شد. بازنشستگان مرد و بازنشستگانی که دوباره مشغول به کار شده‌اند و بازنشستگان دارای درآمدی بیشتر از یک و نیم میلیون تومان، سالمندی فعال بهتری دارند.

اطلاعات جدول شماره ۴، روابط متغیرهای مستقل و شاخص سالمندی فعال را به صورت دومتغیره می‌آزماید. میانگین نمره سالمندی فعال در این مطالعه در دامنه ۲۱۰-۴۲ نوسان دارد. این شاخص در بین کل پاسخگویان بازنشسته، ۱۲۳/۲۷ به دست آمد که در سطح متوسط است. از میان متغیرهای مستقل موجود در جدول، تفاوت آماری معناداری

جدول ۴- آزمون فرضیات پژوهش برحسب متغیرهای مستقل، شهرستان بابل، ۱۳۹۵
Table 4 - Test of research hypotheses in terms of independent variables, Babol county, 2016

مقدار آزمون	میانگین سالمندی فعال	طبقه	مشخصه‌های جمعیتی
t = -۲/۷۹۱ Sig = ۰/۶۶۶	۱۲۱/۴۷	زن	جنسیت
t = -۴/۳۶۳ Sig = ۰/۰۰۰	۱۲۶/۱۶	مرد	وضع فعالیت
t = ۰/۶۳۵ Sig = ۰/۵۲۶	۱۲۲/۱۶	بازنشسته	
t = ۰/۶۳۵ Sig = ۰/۰۰۰	۱۳۳/۵۳	مشغول به کار مجدد	وضعیت تأهل
t = ۰/۶۳۵ Sig = ۰/۰۰۰	۱۲۳/۶۲	دارای همسر	
F = ۱۱/۵۳ Sig = ۰/۰۰۰	۱۲۲/۵۶	بدون همسر	سطح تحصیلات
	۱۱۹/۴۳	متوسطه و کمتر	
	۱۲۹/۶۹	دیپلم و بالاتر	سطح درآمد
	۱۲۰/۰۹	یک میلیون و چهارصد و نود و نه هزار	
	۱۲۷/۲۲	بیشتر از یک و نیم میلیون	میانگین سالمندی فعال کل پاسخگویان
	۱۲۳/۲۷		ادامه آزمون فرضیات پژوهش برحسب متغیرهای مستقل
معنی‌داری	مقدار ضریب همبستگی پیرسون	متغیر	سرمایه اجتماعی
۰/۰۰۰	۰/۵۷۸		حمایت اجتماعی بین نسلی ^۱
۰/۰۰۰	-۰/۲۳۵		سن
۰/۰۰۰	-۰/۱۹۹		

^۱ فقط ۳ درصد بازنشستگان نمونه، فرزند نداشتند که یا مطلقه و یا مجرد بودند. در پرسش‌های پرسش‌نامه برای اینگونه سالمندان، درباره موارد دریافت حمایت اجتماعی به صورت سلسله‌مراتبی از طریق خویشاوندان، دوستان و در نهایت، همسایگان پرسش شد و این سالمندان، حمایت خودشان را بعد از خویشاوندان، از دوستان و همسایگان دریافت می‌کردند.

پیش‌بینی سالمندی فعال را در بین بازنشستگان اداره‌های دولتی شهرستان بابل نشان می‌دهد. ضریب همبستگی رگرسیون، معادل $R=0/719$ است و ضریب تعیین تعدیل‌شده مدل، ۵۰ درصد تغییرات سالمندی فعال را تبیین می‌کند. گفتنی است، متغیر ترتیبات زندگی به متغیر تصنعی، تبدیل و طبقات زندگی با همسر و فرزندان، زندگی با فرزندان، فقط به‌عنوان سه متغیر مجزا وارد مدل شد. متغیر سطح تحصیلات به دو طبقه تحصیلات متوسطه و کمتر و دیپلم و بیشتر و متغیر درآمد به دو طبقه یک‌میلیون و چهارصد و نود و نه هزار و بیشتر از یک میلیون و پانصد هزار تومان طبقه‌بندی شد.

متغیر سرمایه اجتماعی نیز رابطه مثبت و معنی‌داری با سالمندی فعال دارند. نکته مهم در این جدول، وجود رابطه منفی و معنی‌دار حمایت اجتماعی با سالمندی فعال است؛ به‌گونه‌ای که با افزایش میزان حمایت اجتماعی اطرافیان از فرد سالمند بازنشسته، از میزان سالمندی فعال او کاسته می‌شود. همچنین، بین سن و سالمندی فعال، رابطه منفی وجود دارد و با افزایش سن از سالمندی فعال کاسته می‌شود. در این پژوهش برای فهم دقیق‌تر عوامل مؤثر بر سالمندی فعال در بین بازنشستگان اداره‌های دولتی شهرستان بابل، از تکنیک تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه Enter استفاده شده است. جدول شماره ۵، نتایج آزمون رگرسیون چندمتغیره

جدول ۵- نتایج آزمون رگرسیون چندمتغیره پیش‌بینی سالمندی فعال در بین بازنشستگان اداره‌های دولتی شهرستان بابل، ۱۳۹۵

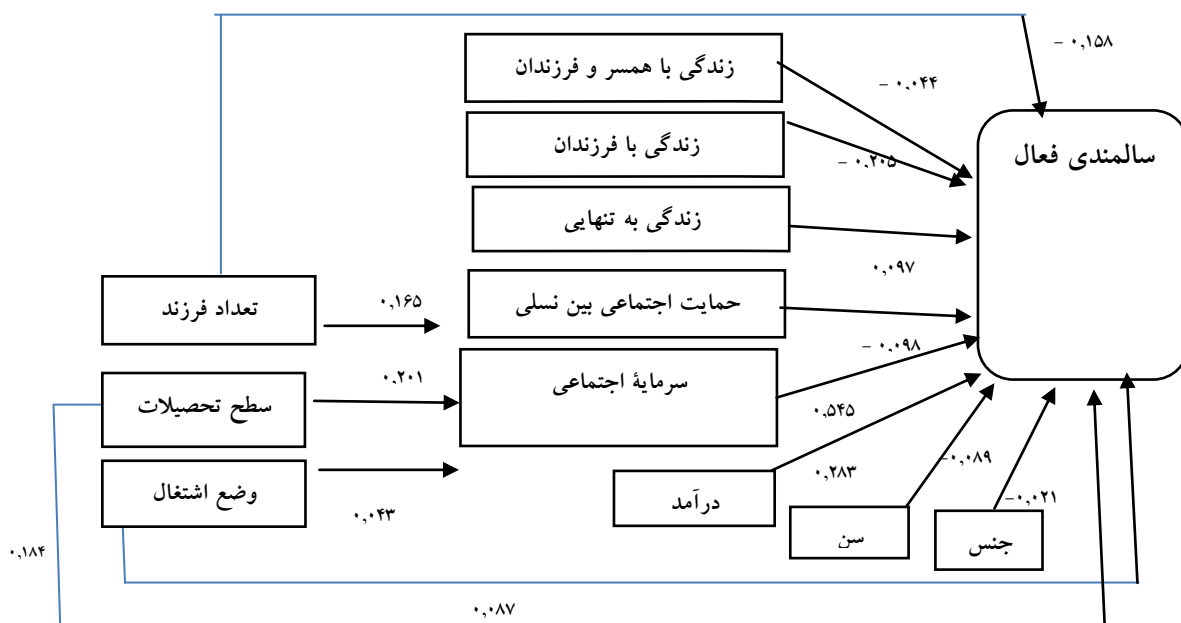
Table 5 - Results of multivariate regression test for predicting active aging among retirees of government offices in Babol county, 2016.

متغیر مستقل	ضرایب استاندارد نشده		مقدار t	سطح معنی‌داری
	B	Std. Error		
سرمایه اجتماعی	۰/۲۲۵	۰/۰۱۷	۱۳/۴۹	۰/۰۰۰
سطح درآمد	۱/۱۲۲	۰/۱۷۲	۶/۵۱	۰/۰۰۰
حمایت اجتماعی بین نسلی	۰/۰۷۵	۰/۰۳۶	۲/۰۶	۰/۰۴۰
با همسر و فرزندان	-۰/۲۰۴	۰/۲۰۸	-۰/۹۷۸	۰/۳۲۹
فقط با فرزندان	-۱/۰۱	۰/۲۲۵	-۴/۵۰	۰/۰۰۰
غیرهم‌سکنا	۰/۶۴۱	۰/۳۰۶	۲/۰۹	۰/۰۳۷
تحصیلات	۰/۸۰۴	۰/۱۸۸	۴/۲۸	۰/۰۰۰
جنس	-۰/۰۸۶	۰/۱۸۷	-۰/۴۵۹	۰/۶۴۷
سن	-۱/۳۷۳	۰/۶۶۹	-۲/۰۵۳	۰/۰۴۱
تعداد فرزند	-۰/۲۳۱	۰/۰۶۴	-۳/۶۱	۰/۰۰۰
وضعیت اشتغال	۰/۵۸۱	۰/۲۸۲	۲/۰۶۰	۰/۰۴۰

R=0/719 R²= 0/517 R².Ad = 0/501 Std. Error of the Estimate =1/39 F=32/86

خانوار و سطح تحصیلات دیپلم و بیشتر، رابطه مثبت و معنی‌داری با سالمندی فعال دارد. ترتیبات زندگی به‌صورت غیرهم‌سکنا به افزایش نمره شاخص سالمندی فعال می‌انجامد. سن بیشتر نیز با کاهش نمره سالمندی فعال همراه است.

همانگونه که مشاهده می‌شود، متغیر حمایت اجتماعی بین نسلی و سن، تأثیر معکوس و معنی‌داری بر سالمندی فعال دارد. با افزایش سرمایه اجتماعی و فرهنگی، نمره سالمندی افزایش می‌یابد و سطح درآمد بیشتر از یک‌ونیم‌میلیون درآمد



شکل ۲- نمودار دیاگرام مسیر تأثیر متغیرهای مستقل و وابسته میانی بر سالمندی فعال در بین بازنشستگان اداره‌های دولتی شهرستان بابل، ۱۳۹۵
Fig 2- Diagram of the path of the effect of independent and interdependent variables on active aging among retirees of government offices in Babol county, 2016

آثار مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر متغیر سالمندی فعال نشان داده شده است. بر این اساس، متغیر سرمایه اجتماعی و فرهنگی با بالاترین ضریب بتا (۰/۵۴۵) و سپس متغیرهای سطح تحصیلات و سطح درآمد، اهمیت بیشتری در پیش‌بینی تغییرات سالمندی فعال دارند. با توجه به مقدار ضریب تعیین، که ۰/۵۱۷ است، ۵۱/۷ درصد از مجموع تغییرات متغیر سالمندی فعال با مدل مذکور تبیین می‌شود و ۴۸/۳ درصد از واریانس متغیر وابسته را تبیین نمی‌کند.

با استناد به مباحث نظری و تجربی و با استفاده از نتایج چهار مرحله رگرسیون چندمتغیری، مسیرهای تأثیرگذاری متغیرهای مستقل و وابسته میانی بر متغیر وابسته نهایی سالمندی فعال در نمودار شماره ۲ ترسیم شد. در دیاگرام تحلیل مسیر از ضرایب بتا استفاده می‌شود که به صورت استاندارد شده، گویای جهت و به‌ویژه، شدت تأثیر هر یک از متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته است؛ بنابراین، آثار متغیرهای مختلف را با یکدیگر می‌توان مقایسه و مؤثرترین آنها را تعیین کرد (کلاتری، ۱۳۸۲: ۲۳۹). در جدول،

جدول ۶- مجموع تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر سالمندی فعال
Table 6- Total direct and indirect effects of independent variables on active aging

متغیر مستقل	آثار مستقیم	آثار غیرمستقیم	مجموع تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم
تعداد فرزندان	-۰/۱۵۸	-۰/۰۱۶۱	-۰/۱۷۴
سطح تحصیلات	۰/۱۸۴	۰/۱۰۹	۰/۲۹۳
وضع اشتغال	۰/۰۴۳	۰/۰۲۳۴	۰/۰۶۶
حمایت اجتماعی بین نسلی	-۰/۰۹۸	-	-۰/۱۸۱
سرمایه اجتماعی	۰/۵۴۵	-	۰/۵۴۵
زندگی با همسر و فرزندان	-۰/۰۴۴	-	-۰/۰۴۴
زندگی به تنهایی	۰/۰۹۷	-	۰/۰۹۷
زندگی با فرزندان	-۰/۲۰۵	-	-۰/۲۰۵
جنس	-۰/۰۲۱	-	-۰/۰۲۱
سن	-۰/۰۸۹	-	-۰/۰۸۹
درآمد	۰/۲۸۳	-	۰/۲۸۳

بحث و نتیجه

در نیمه دوم قرن بیستم (دهه‌های ۱۳۳۰ هجری شمسی به بعد) و همراه با نوسان در شاخص‌های جمعیتی، زندگی سالمندان از تغییرات گسترده اجتماعی-اقتصادی تأثیر گرفت. تغییرات ناشی از گذار اجتماعی در ایران، همگام با گذار جمعیتی بر کیفیت زندگی سالمندان اثر گذاشت (کوششی و همکاران، ۱۳۹۲). نتایج مطالعات در ایران (نجات و همکاران، ۱۳۸۷؛ کوششی، ۱۳۸۷؛ قبری مقدم، ۱۳۹۲) نشان داد کاهش شبکه‌های ارتباطات اجتماعی و در نتیجه، کاهش مشارکت‌های اجتماعی، از عوامل مؤثر در کاهش کیفیت زندگی سالمندان و کاهش سطح سالمندی فعال است. در پژوهش حاضر، سطح سالمندی فعال و چگونگی تأثیر متغیرهای جمعیتی (سن، جنسیت، وضعیت تأهل، اشتغال و سطح درآمد) و متغیرهای سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی بین نسلی و ترتیبات زندگی بر آن در بین بازنشستگان اداره‌های دولتی شهرستان بابل بررسی شد.

میانگین نمره سالمندی فعال در این مطالعه در دامنه ۲۱۰-۴۲ نوسان دارد. این شاخص در بین کل پاسخگویان بازنشسته، ۱۲۳/۲۷ به دست آمد که در سطح متوسط است. بیشترین نمره میانگین سالمندی فعال در بین مردان، بازنشستگانی که با همسر و فرزندان‌شان هم‌سکنا بودند، زنان و مردان دارای تحصیلات دانشگاهی و زنان و مردانی که پس از بازنشستگی، دوباره مشغول به کار شده‌اند، در مقایسه با سایر طبقه‌ها در هر مشخصه گزارش شده است.

یافته‌های استنباطی پژوهش نشان داد رابطه معناداری بین جنسیت بازنشستگان و میزان سالمندی فعال آنها وجود دارد. نمره میانگین سالمندی فعال مردان بازنشسته، بیشتر از زنان است. این یافته با نتایج پژوهش پین‌کارت و سورنسن^۱ (2011)، شیخی (۱۳۸۶) و موحد و همکاران (۱۳۸۹) همسوست که نشان دادند تفاوت معناداری به لحاظ کیفیت زندگی بین زنان و مردان وجود دارد و کیفیت زندگی مردان

سالمند بهتر از زنان است. این تفاوت‌ها به مواردی، مانند جامعه‌پذیری و فرهنگ بهداشتی متفاوت دو جنس، تفاوت‌های جنسیتی در قابلیت دسترسی به منابع، قدرت و خدمات بهداشتی، امکان ازدواج مجدد به دنبال از دست دادن همسر مرتبط است و این فرصت‌ها بیشتر در اختیار مردان است تا زنان.

رابطه معکوس و معنادار سن و سالمندی فعال از دیگر یافته‌های این پژوهش است. انجمنیان (۱۳۸۳)، زارع و همکاران (۱۳۹۴) بیان کردند که بین سبک زندگی سلامت‌محور (کیفیت زندگی) سالمندان و سن، ارتباط معنادار معکوسی وجود دارد.

سطح درآمد ماهانه خانوار و وضع فعالیت بازنشستگان، دو متغیر دیگری است که رابطه مثبت و معناداری با سالمندی فعال دارد. میانگین سالمندی فعال زنان و مردانی که پس از بازنشستگی، دوباره مشغول به کار شده‌اند و بازنشستگانی که بیشترین میزان درآمد (بیشتر از یک‌ونیم میلیون) را دارند، در مقایسه با سایر بازنشستگان، بالاتر است. ۹/۷ درصد سالمندان بازنشسته بعد از پایان خدمت ۳۰ ساله اداری، دوباره فعالیت خود را ادامه داده یا کار جدیدی شروع کرده‌اند. این شرایط در بین مردانی که مسئولیت خانواده را بر عهده دارند (۷۳ درصد) مشهودتر است. البته زنان بازنشسته‌ای نیز که دوباره به فعالیت اقتصادی مشغول شده‌اند، به‌طور عمده سرپرست خانوار هستند. رابطه مثبت و معنادار سطح سواد و سالمندی فعال تأیید شده است و زنان و مردان بازنشسته دارای تحصیلات دانشگاهی، بالاترین میانگین سالمندی فعال را تجربه کرده‌اند. هرچه سرمایه اجتماعی - فرهنگی بازنشستگان، بیشتر باشد، سالمندی فعال آنان نیز افزایش می‌یابد. این یافته با نتایج پژوهش غفاری و اوتق (۱۳۸۵) و نیلسون و همکاران^۲ (2006) همسوست و نشان می‌دهد سرمایه اجتماعی در سطح جامعه و فرد، به‌طور مستقیم بر کیفیت زندگی سالمندان تأثیر دارد و به افزایش سالمندی فعال آنان منجر می‌شود.

² Nilsson et al.¹ Pinquart and Sorensen

نیز ۵۱/۵ درصد زنان و فقط ۱۱/۴ درصد دیگر را مردان تشکیل می‌دهند. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد ترتیبات زندگی غیرهم‌سکنای افراد بازنشسته یا بازنشستگان تنهایی که به‌طور مستقل زندگی می‌کنند، به سالمندی فعال بیشتر آنان می‌انجامد. البته باید توجه داشت این بازنشستگان، سرمایه اجتماعی و فرهنگی زیادی دارند و اهمیت داشتن این سرمایه‌ها پیامدهای مستقل زندگی کردن آنان را تا حدودی جبران می‌کند. ترتیبات زندگی ۹۰ درصد بازنشستگان به‌صورت هم‌سکناست که میانگین سالمندی فعال بازنشستگانی که با همسر و فرزندان زندگی می‌کنند، در مقایسه با دو گروه دیگر، که فقط با همسر یا فقط با فرزندان زندگی می‌کنند، بیشتر است. شواهد میدانی در منطقه بابل نیز نشان می‌دهد معمولاً فرزند ارشد پسر حتی بعد از ازدواج در کنار والدین خود زندگی می‌کند؛ به‌ویژه زمانی که یکی از والدین فوت کرده باشد.

نتایج این مطالعه نشان داد تفاوت معنی‌داری در سالمندی فعال بین افراد دارای همسر و بدون همسر وجود ندارد. این یافته با نتایج مطالعات پیشین (حیبی و همکاران، ۱۳۸۷؛ سجادی و بیگلریان، ۱۳۸۵؛ Lima et al., 2009) همسوست. این مطالعات نیز نبود تفاوت بین کیفیت زندگی افراد متأهل و مجرد و بیوه را گزارش کردند؛ اما با مطالعات بذرافشان و همکاران، (۱۳۸۷) و هاگدورن و همکاران (Hagedoorn et al., 2006) همسو نیست.

براساس یافته‌های این مطالعه، پیشنهادها ذیل برای ارتقای سطح سالمندی فعال سالمندان ارائه می‌شود:

- توجه به ارتقای سطح سرمایه اجتماعی و فرهنگی افراد با همکاری‌های بین بخشی نهادها و سازمان‌های مرتبط، پیش از رسیدن به سالمندی که از مهم‌ترین پیش‌شرط‌های تجربه سالمندی فعال و موفق برای افراد جامعه است.

- با توجه به کفایت نداشتن سیستم حمایت اجتماعی رسمی و نهادهای حمایتگر از سالمندان، متناسب با افزایش جمعیت سالمند، تشویق و نهادینه‌سازی حمایت‌های بین نسلی فرزندان به والدین سالمند، ضرورتی پرهیزناپذیر است.

رابطه معکوس و معناداری بین حمایت اجتماعی بین نسلی و سالمندی فعال در این پژوهش یافت شد. منفی بودن جهت این رابطه با توجه به ویژگی‌های جامعه آماری پژوهش، شاید بدین علت است که، همانگونه که کالدول^۱ (1976) بیان می‌کند، «گذار از یک رژیم باروری طبیعی به کنترل‌شده با معکوس شدن جریان ثروت انجام می‌شود»، والدین حمایت بیشتری از فرزندان خود دارند تا برعکس و همین امر بر سالمندی فعال بازنشستگان، تأثیر منفی دارد؛ به‌ویژه بازنشستگان اداره‌های دولتی شهرستان بابل، بیشترین میزان حمایت دریافتی از فرزندانشان را حمایت روحی روانی و کمک هنگام بیماری بیان کرده‌اند. بر همین اساس، مطالعه آزاد ارمکی و همکاران (۱۳۷۹) نیز نشان داد وظایف سلسله‌مراتبی نقش حمایتی و نگهداری سالمندان در خانواده در ۳ نسل گذشته تداوم یافته است؛ اما ارتباط دوسویه بین متغیر کارکردهای حمایتی و متغیر احترام بین اعضای خانواده و خویشاوندان، که در نسل‌های گذشته مشاهده می‌شد، در نسل جدید به یک جریان یک‌طرفه مطالبه حمایت از بزرگ‌ترها، بدون پایبندی جدی نسل جدید به وظایفشان در برابر بزرگ‌ترها تبدیل شده است؛ از این‌رو به نظر می‌رسد همانگونه که مطیع حق‌شناس (۱۳۹۰) بیان می‌کند، چتر حمایتی خانواده از سالمندان رو به جمع شدن است؛ بنابراین، به موازات تغییر ساختار و کارکرد و مهم‌تر از همه بُعد خانواده، باید نقش سازمان‌های دولتی و غیردولتی به‌طور روزافزون تقویت شود و وجود شبکه‌های حمایتی از سالمندان، حیاتی است.

ترتیبات زندگی ۱۰ درصد کل بازنشستگان این پژوهش به‌صورت غیرهم‌سکناست که ۸۸/۶ درصد آنان را زنان و ۱۱/۴ درصد دیگر را مردان تشکیل می‌دهند. بررسی وضعیت تأهل سالمندان تنها نیز نشان‌دهنده سیمای زنانه آن است؛ به عبارت دقیق‌تر، از کل سالمندان تنها، ۳۱/۴ درصد، مجرد و ۵/۷ درصد مطلقه‌اند که همگی زن هستند. از ۶۲/۹ درصد بیوه

¹ Caldwell

دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)، د ۲۵، ش ۳، ص ۳۲۵-۳۴۱.

زارع، ب.؛ کاوه فیروز، ز. و سلطانی، م. (۱۳۹۴). «عوامل جمعیتی اجتماعی اثرگذار بر سبک زندگی سلامت‌محور سالمندان تهرانی»، *مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران*، د ۴، ش ۱، ص ۱۱۹-۱۴۴.

زنجری، ن. (۱۳۹۵). *سالمندی موفق در ایران: مفهوم‌پردازی، ساخت و روسازی ابزار*، رساله دکتری سلامت و رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران.

زنجری، ن.؛ شریفیان ثانی، م.؛ حسینی چاوشی، م.؛ رفیعی، ح. و محمدی شاه‌بلاغی، ف. (۱۳۹۶). «مقایسه دیدگاه متخصصان و سالمندان پیرامون سالمندی موفق»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، د ۹، ش ۲، ص ۲۷۹-۲۹۰.

زنجری، ن. (۱۳۹۷). *سالمندی خوب: مروری بر مفاهیم و ابعاد خوب پیر شدن، به سفارش مؤسسه راهبردهای بازنشستگی صبا*، تهران: انتشارات طرح نقد.

سجادی، ح. و بیگلریان، الف. (۱۳۸۵). «کیفیت زندگی سالمندان زن در آسایشگاه خیریه کهریزک»، *فصلنامه پیش*، س ۵، ش ۲، ص ۱۰۵-۱۰۸.

شیخی، م.ت. (۱۳۸۶). «امنیت اجتماعی و آسیب‌شناسی سالمندان در شهر تهران»، *سالمند*، د ۲، ش ۴، ص ۴۵۴-۴۶۱.

شکوهی، ش. (۱۳۹۱). *بررسی تأثیر روابط بین‌نسلی بر ترتیبات زندگی سالمندان ۶۰ سال به بالا شهر شیراز*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.

شورای ملی سالمندان (۱۳۹۹). *سند ملی سالمندان کشور*، تهران: انتشارات دبیرخانه شورای ملی سالمندان.

- ضروری است زمینه‌های امکان حضور بیشتر سالمندان در اجتماع و بهره‌برداری مطلوب از تجربه‌های آنان در دوران بازنشستگی برای ارتقای سطح سالمندی فعال آنان فراهم شود.

- توجه ویژه به کیفیت زندگی سالمندان بیوه، مطلقه و مجرد و به‌ویژه زنان سالمند تنها، که به صورت مستقل زندگی می‌کنند، ضروری است. تأکید نهایی این پژوهش بر این نکته اساسی است که ضرورت توجه به نیازهای سالمندان کنونی جامعه ایران، کمتر از اهمیت برنامه‌ریزی برای سالمندان آینده ایران نیست.

منابع

آزاد ارمکی، ت.؛ زند، م. و خزایی، ط. (۱۳۷۹). «بررسی تحولات اجتماعی و فرهنگی در طول سه نسل خانواده تهرانی». *نامه علوم اجتماعی*، د ۸، ش ۱۶، ص ۳-۲۹.

ارشاد سرابی، ر.؛ قصابی چورسی، م. و سلمی‌زاده، ب. (۱۳۹۹). «ارزیابی نیازهای آموزشی سالمندان شهرستان سیرجان در مورد سبک زندگی سالم»، *سال ۱۳۹۸-۱۳۹۷، سالمندشناسی*، د ۴، ش ۴، ص ۶۸-۷۸.

انجمنیان، و. (۱۳۸۳). *بررسی تأثیر به کارگیری مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران ترخیص شده از مرکز آموزشی درمانی سینا شهر همدان*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران.

حبیبی سولا، ع.؛ نکپور ص.؛ سیدالشهدایی، م. و حقانی، ح. (۱۳۸۷). «ارتباط کیفیت زندگی با فعالیت‌های جسمی در سالمندان»، *فصلنامه پرستاری ایران*، د ۲۱، ش ۵۳، ص ۲۹-۳۹.

دری، ص.؛ حکیمی، ح.؛ رفیعی، ف.؛ اشقلی فراهانی، م. و محمدی، ح. (۱۳۹۸). «مفهوم سالمندی فعال در سایه ابتلا به دیابت: یک مقاله کیفی»، *مجله*

- عباسی شوازی، م. ج.؛ کوششی، م.؛ صادقی، ر.؛ حسینی چاوشی، م.؛ رازقی نصرآباد، ح.؛ محمودیان، ح.؛ فرجادی، غ.ع.؛ ترابی، ف.؛ عسگری ندوشن، ف.؛ علی‌مندگاری، م.؛ پوراصغر سنگاچین، ف.؛ رازقی نصرآباد، ر.؛ قاسمی اردهایی، ع.؛ صلواتی، ب. و سوری، د. (۱۳۹۶). *تحولات وضعیت جمعیت در جمهوری اسلامی ایران*، تهران: مؤسسه مطالعات و مدیریت جامع و تخصصی جمعیت کشور.
- غفاری، غ. و اونق، ن. (۱۳۸۵). «سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی»، *مجله مطالعات اجتماعی ایران*، ۱، ش ۱، ص ۱۵۹-۱۹۹.
- قنبری مقدم، ا. (۱۳۹۲). *ارتباط سبک زندگی و سلامت عمومی سالمندان شهر تهران*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- کلانتری، خ. (۱۳۸۲). *پردازش در تحقیقات اقتصادی و اجتماعی*، تهران: شریف.
- کوششی، م. (۱۳۸۷). *شبکه‌های حمایت اجتماعی، ترتیبات زندگی و سلامت سالمندان: مطالعه‌ای در شهر تهران*، رساله دکتری، دانشگاه تهران، دانشکده علوم اجتماعی.
- کوششی، م. (۱۳۹۲). *سالخوردگی جمعیت در ایران (ویژگی‌های جمعیتی و اجتماعی-اقتصادی و چالش‌های پیش رو)*، طرح پژوهشی مشترک دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران، پژوهشکده آمار و صندوق جمعیت سازمان ملل متحد.
- محمدی، ا.؛ الهیاری، ط.؛ درویش‌پور کاخکی، ع. و سرابی، ح. (۱۳۹۶). «طراحی و روان‌سنجی ابزار اندازه‌گیری سالمندی فعال ایرانی»، *فصلنامه سالمند*، ش ۴۷، ص ۴۱۷ تا ۴۲۹.
- محمدی، ا.؛ الهیاری، ط.؛ درویش‌پور کاخکی، ع.؛ سرابی، ح. و فرشته‌نژاد، س.م. (۱۳۹۵). «تحلیل تجربه سالمندان ساکن در اجتماع از فعال‌بودن: مطالعه کیفی استراتژی‌های سالمندی فعال»، *فصلنامه*
- سالمند، ش ۴۳، ص ۵۰۵-۵۱۷.
- مطیع حق‌شناس، ن. (۱۳۹۰). «ابعاد جامعه‌شناسی سالخوردگی جمعیت و چالش سالمندی فعال در ایران»، *فصلنامه علمی پژوهشی مطالعات جامعه‌شناختی ایران*، س ۱، ش ۲، ص ۱۳۳-۱۴۷.
- موحد، م.؛ زنجری، ن. و صادقی، ر. (۱۳۸۹). «تعیین‌کننده‌های اجتماعی-جمعیتی سبک زندگی ارتقادهنده سلامت سالمندان (مطالعه موردی: سالمندان شهر شیراز)»، *نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران*، س ۵، ش ۱۰، ص ۷۹-۱۰۹.
- نجات، س. (۱۳۸۷). «کیفیت زندگی و اندازه‌گیری آن»، *مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران*، د ۴، ش ۲، ص ۵۷-۶۲.
- Bourdieu, P. (1986) *The forms of capital. in handbook of theory and research for the sociology of education*. J. Richardson (Eds). New York: Greenwood Press: 241-258.
- Buys, L., Miller, E., and Barnett, K.R. (2006) The personal, practical and policy implications of older Australians' residential choice. *Journal of Housing for the Elderly*, 20, 31-46.
- Cantor, M.H (1979) Neighbors and friends: An overlooked resource in the informal support system, *Research on Aging*, 3(4), 493-510.
- Cosco T.D., Prina, A.M., Perales, J., Stephan, B.C.M., and Brayne, C. (2014) Operational definitions of successful aging: A systematic review. *International Psychogeriatrics*. 26(3), 81-373.
- De Donder, L., Dury, S., De Witte, N., Smetcoren, A.S., Buffel, T., and Verte, D. (2012) Active aging: Exploring social participation in Belgium. The 21st Nordic Congress of Gerontology. Copenhagen, Denmark.
- Fernandez-Ballesteros, R., Molina, M.A., Schettini. R., and Rey, A.L. (2012) Promoting active Aging through university programs for older adults. *GeroPsych*, 25(3), 145-154.
- Fiori Katherine, L., and Denckla Christy, A. (2012) Social support and mental health in middle-aged men and woman, *Journal of Aging Health*, 24(3), 407-438.
- Forster, P., and Morris, M. (2012) Successful transition to retirement in Australia, *Social Sciences Directory*, 1(1), 4-12.
- Hagedoorn, M., Van Yperen, N.W., Coyne, J.C., Van Jaarsveld, C.H., Ranchor, A.V., Van Sonderen, E., and Sanderman, R. (2006) Does marriage protect older people from distress?

- Pinquant, M., and Sorensen, S. (2011) Spouses, adult children, and children-in-law as caregivers of older adults: A meta-analytic comparison. *Psychology and Aging*, 26, 1-14.
- Population Reference Bureau (2018) *World Population Data Sheet*. available in English and French at worldpopdata.org.
- Punyakaew, A., Lersilp, S., and Putthinoi, S. (2019) Active ageing level and time use of elderly persons in a Thai suburban community. *Occupational therapy international*. 2019(2), 1-8.
- Putnam, R.D. (1993) *Making democracy work. Civic traditions in modern Italy*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Sun, W.D. (2001) State and policy issues of home aged welfare service. *Journal of the Korea Gerontological society*, 4, 29-33.
- Tareque, M.I., Ahmed, M.M., Tiedt, A.D., and Hoque, N. (2014) Can an active aging index (AAI) provide insight into reducing elder abuse? A case study in Rajshahi District, Bangladesh. *Archives of gerontology and geriatrics*, 58(3), 399-407.
- United Nations. (2009) *World Population Ageing 2009*, New York: United Nations. Department of Economic and Social Affairs, Population Division.
- World Health Organization. (2002) *Active Ageing-A Policy Framework. A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing*. Madrid (ES): WHO.
- Yasuda, T., Iwai, N., and Yi, C.H. (2010) Intergenerational coresidence in China, Japan, South Korea and Taiwan: Comparative analyses based on the East Asian social survey 2006, *Journal of Comparative Family Studies*, 42(5), 703-722.
- The role of equity and recency of bereavement, *Psychol Aging*, 21(3), 611-20.
- Han, G.H., and Yoon, S.D. (2001) Living arrangements and Psychological well-being of the rural elderly in Korea. *Journal of the Korea Gerontological society*, 24, 57-78.
- Havighurst, R.J. (1963) *Successful Aging*. In: Williams RH, Tibbitts C, Donahue W, Eds. *Processes of Aging*. New York, NY: Atherton Press.
- Hirari, H., Kndo, K., and Kawachi, I. (2012) Social determinants of active aging: differences in mortality and the loss of healthy life between different income levels among older Japanese. *Current Gerontology and Geriatrics*, 2012, 1-9.
- Nilsson, J., Rana, A.K., and Kabir, Z.N. (2006) Social capital and quality of life in old age. Results from a cross-sectional study in Rural Bangladesh, *Journal of Aging Health*, 18(3), 419-434.
- Javadi-Pashaki, N., Mohammadi, F., Jafaraghaee, F., and Mehrdad, N. (2015a) Keeping up with the caravan of life: Successful aging strategies for Iranian women. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 10(1), 1-11.
- Javadi-Pashaki, N., Mohammadi, F., Jafaraghaee, F., and Mehrdad, N. (2015b) Factors influencing the successful aging of Iranian old adult women. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(7), 1-8.
- Caldwell, J.C. (1976) Toward a restatement of demographic transition theory. *Population and Development Review*: 2(3/4), 321-366.
- Lima, M.G., Barros, MBDA., César, C.L.G., Goldbaum, M., Carandina, L., and Ciconelli, R.M. (2009) Health related quality of life among the elderly: a population-based study using SF-36 survey. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(10), 2159-67.
- Litwak, E. (1985) *Helping the elderly: The complementary roles of informal networks and formal systems*. New York: Guilford Press.
- Luo, L., Kao, S.F., and Hsieh, Y.H. (2010) Positive attitudes toward older people and Well-being among Chinese community older adults, *Journal of Applied Gerontology*, 29(5), 622-639.
- Martin, L.G., and Preston, S.H. (1994) *Demography of Aging*. Washington D.C: National Academy Press.
- Mouleart, T., and Paris, M. (2013) Social policy on aging: The case of active aging as a theatrical metaphor. *International Journal of Social Science Studies*, 1(2), 113-123.

