

Healthy aging and its prediction based on individual, psychological and social factors in elderly people of Amol city

Sayyedah Fatemeh Zahra Manafifar

1- Student Research Committee, Ramsar School of Nursing, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.

Fatemeh Ghaffari

Nursing Care Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

Mehbobeh Faramarzi

Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.

Abbas Shamsalinia

* Nursing Care Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran (corresponding author):

Abbasshamsalinia@yahoo.com

Received: 2021/12/25

Accepted: 2022/04/12

Doi: 10.52547/ijhehp.10.4.321

ABSTRACT

Background and Objective: Healthy ageing is beyond the presence or absence of disease, and is affected by a variety of factors. The aims of present study was to determine the rate of healthy aging in the older adults of Amol and to predict it based on individual, psychological and social factors.

Materials and Methods: In this descriptive-analytical study, 378 elderly people aged 60-74 years who refer to urban comprehensive health service centers in Amol city in 2020 were studied by simple random sampling. For data collection, demographic questionnaire, healthy ageing instrument, health self rating, ego integrity scale, Rosenberg self-esteem scale and participation in leisure activities questionnaire were used. Data were analyzed in SPSS software version 26.

Results: The mean total score of healthy ageing was 137.3 ± 15.7 and 74.3% of the samples were at the high level of healthy old ageing. Among the various factors, participation in leisure activities was 79.6% of the samples at the average level and the lowest participation was related to the cultural activities dimension. The results indicate that the rate of participation in leisure activities, self-esteem and gender were predictors of healthy aging, respectively ($P < 0.05$).

Conclusion: Participation in leisure activities, self-esteem and gender are effective components of healthy aging. Therefore, educating the older adults and encouraging them to participate in leisure activities, especially cultural activities, as well as developing and implementing programs to increase the self-esteem of the older adults can help promote healthy ageing.

Keywords: Aged, healthy aging, perception, health status, sense of coherence, leisure activit

Paper Type: Research Article.

► **Citation (Vancouver):** Manafifar F, Ghaffari F, Faramarzi M, Shamsalinia A. Healthy aging and its prediction based on individual, psychological and social factors in elderly people of Amol city. *Iran J Health Educ Health Promot.* (Winter 2023); 10(4): 321-334.

► **Citation (APA):** Manafifar F, Ghaffari F, Faramarzi M, Shamsalinia A. (Winter 2023). Healthy aging and its prediction based on individual, psychological and social factors in elderly people of Amol city. *Iranian Journal of Health Education & Health Promotion.*, 10(4), 321-334.

سالمندی سالم و پیش بینی آن بر اساس عوامل فردی، روانی و اجتماعی در سالمندان شهر آمل

چکیده

زمینه و هدف: سالمندی سالم فراتر از وجود یا عدم وجود بیماری است، و تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار می‌گیرد. مطالعه حاضر با اهداف تعیین میزان سالمندی سالم در سالمندان آمل و پیش بینی آن بر اساس عوامل فردی، روانی و اجتماعی انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی - تحلیلی ۳۷۸ نفر از سالمندان ۷۴-۶۰ سال مراجعه کننده به مراکز جامع خدمات سلامت شهری شهرستان آمل در سال ۱۳۹۹ به روش نمونه گیری تصادفی ساده بررسی شدند. جهت جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه مشخصات فردی، پرسشنامه سالمندی سالم، خود رتبه بندی سلامت، مقیاس یکپارچگی خود، مقیاس عزت نفس روزنبرگ و پرسشنامه شرکت در فعالیت‌های اوقات فراغت استفاده شد. داده‌ها در نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین نمره کل سالمندی سالم $15/7 \pm 3/7$ بود و $74/3\%$ از نمونه‌ها در سطح بالای سالمندی سالم قرار داشتند. در بین عوامل مختلف، شرکت در فعالیت‌های اوقات فراغت $79/6\%$ درصد نمونه‌ها در سطح متوسط و کمترین مشارکت مربوط به بعد فعالیت‌های فرهنگی بود. نتایج بیانگر آن است که میزان شرکت در فعالیت‌های اوقات فراغت، عزت نفس و جنس به ترتیب پیش بینی کننده سالمندی سالم بودند ($P < 0/05$). **نتیجه گیری:** شرکت در فعالیت‌های اوقات فراغت، عزت نفس و جنس از مولفه‌های موثر بر سالمندی سالم هستند. لذا آموزش سالمندان و تشویق آنها به شرکت در فعالیت‌های اوقات فراغت به ویژه شرکت در فعالیت‌های فرهنگی و همچنین تدوین و اجرای برنامه هایی به منظور افزایش عزت نفس سالمندان می‌تواند به ارتقا سالمندی سالم کمک نماید.

کلید واژه: سالمند، سالمندی سالم، درک، وضعیت سلامت، احساس یکپارچگی، فعالیت‌های اوقات فراغت
نوع مقاله: مطالعه پژوهشی.

سیده فاطمه زهرا منافی فر

کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری رامسر، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.

فاطمه غفاری

مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

محبوبه فرامرزی

مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.

عباس شمسعلی نیا

* مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران (نویسنده مسئول):
Abbasshamsalinia@yahoo.com

◀ **استناد (ونکوور):** منافی فر ف-ز، غفاری ف، فرامرزی م، شمسعلی نیا ع. سالمندی سالم و پیش بینی آن بر اساس عوامل فردی، روانی و اجتماعی در سالمندان شهر آمل. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. زمستان ۱۴۰۱؛ ۱۰(۴): ۳۲۱-۳۳۴.

◀ **استناد (APA):** منافی فر، سیده فاطمه زهرا؛ غفاری، فاطمه؛ فرامرزی، محبوبه؛ شمسعلی نیا، عباس. (زمستان ۱۴۰۱). سالمندی سالم و پیش بینی آن بر اساس عوامل فردی، روانی و اجتماعی در سالمندان شهر آمل. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. ۱۰(۴): ۳۲۱-۳۳۴.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۰۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۱/۲۳

بهبود شرایط زندگی و افزایش طول عمر و امید به زندگی، پدیده سالمندی را در جوامع به دنبال داشته است (۱). سالمند شدن جهان به یکی از مهم‌ترین چالش‌های بهداشت عمومی در سال‌های کنونی تبدیل شده است (۲). امروزه ۱۲۵ میلیون نفر در سن ۸۰ سالگی و بالاتر هستند. بین سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۵۰، نسبت جمعیت بالای ۶۰ سال جهان تقریباً دو برابر و از ۱۲ درصد به ۲۲ درصد خواهد رسید (۳) و در ایران سهم جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر از ۳/۸ درصد در سال ۱۳۴۵ به ۶/۱ درصد در سال ۱۳۹۵ رسیده است (۴). بر اساس نتایج سرشماری سال ۱۳۹۵ در ایران، ۹/۲ درصد جمعیت کل کشور را افراد ۶۰ ساله و بالاتر در بر می‌گیرد. نسبت جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر در استان مازندران ۱۱/۴ درصد است (۵).

در شرایطی که نسبت جمعیت سالمندان روز به روز در حال افزایش است، بررسی ابعاد مختلف زندگی آنها، به ویژه موضوع سلامت از اهمیت زیادی برخوردار است. در همین چارچوب مفهوم سالمندی سالم^۱ هم در زندگی روزمره و هم در دنیای آکادمیک و سیاست‌گذاری سلامت سالمندی اهمیت یافته است (۶).

سالمندی سالم فرایندی مستمر در جهت بهینه‌سازی فرصت‌ها برای بهبود و حفظ سلامتی جسمی، روانی و اجتماعی، استقلال و کیفیت زندگی و همچنین تقویت انتقال موفقیت‌آمیز از یک دوره به دوره ای دیگر در زندگی تعریف می‌شود (۷). سازمان بهداشت جهانی^۲ سالمندی سالم را به عنوان "فرایند توسعه و حفظ توانایی عملکردی که موجب بهزیستی در سالمندی می‌شود" تعریف می‌کند (۸). سالمندی سالم از دیدگاه پرستاری به عنوان وضعیت عملکردی، محیط حمایتی^۳، روش‌های حفظ سلامت و استقلال روانی^۴ خوب تعریف می‌شود. از دیدگاه پرستاری ویژگی‌های سالمندی سالم شامل روند مداوم تغییر و سازگاری، کاهش سرعت فرایندهای بدن، تمایل به ادامه مشارکت فعال در فرایندهای زندگی، توانایی

عملکرد جسمی، شناختی و اجتماعی، اصلاح مداوم، خود ارزیابی و تعریف مجدد خود و توانایی‌ها است (۹).

در برخورد با سالمندی جمعیت، در قرن بیست و یکم، به ویژه در نیمه دوم آن، چرخشی پارادایمی در چگونگی مفهوم سازی و تجربه سالمندی اتفاق افتاد که آن را زمانی برای استفاده از فرصت‌های زندگی و تضمین کیفیت زندگی تعریف کرد 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 در بر می‌گیرد. همچنین سالمندی مثبت، سالمندی خوب، سالمندی مولد، سالمندی سالم و سالمندی فعال به عنوان مفاهیم نزدیک با سالمندی موفق مطرح شده است (۵).

سالمندی سالم فراتر از وجود یا عدم وجود بیماری است و تحت تاثیر عوامل مختلف (۷) جسمی، روانی و اجتماعی متعدد از قبیل سن، جنس، سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی (۱۰)، مشکلات روانشناختی از قبیل افسردگی^۵، عزت نفس^۶، اعتماد به نفس^۷ و میزان شرکت در فعالیت‌های اجتماعی است (۷، ۱۱). هانسن کایل^۸ (۲۰۰۵) نیز عوامل پیش‌بینی‌کننده سالمندی سالم را سازگاری^۹، جبران^{۱۰} و تاب‌آوری^{۱۱} و پیامدهای آن را شامل سالمندی موفق، استقلال و خود مختاری^{۱۲} می‌داند (۹).

اگر چه اشاره شد سالمندی سالم تحت تاثیر متغیرهای مختلف است اما شدت اثر بخشی این متغیرها متفاوت گزارش شده است. مثلاً نتایج مطالعه هان^{۱۳} و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد که وضعیت سلامت درک شده^{۱۴}، عزت نفس، اعتماد به نفس، یکپارچگی خود

5. depression
6. self-esteem
7. self-achievement
8. Hansen-Kyle
9. adaptation
10. compensation
11. resilience
12. autonomy
13. Han
14. perceived health status

1. healthy ageing
2. world health organization
3. supportive environment
4. psychological independence

و شرکت در فعالیت‌های اوقات فراغت^۲ تاثیر مثبت و افسردگی و تنهایی تاثیر منفی را بر سالمندی سالم داشته اند (۷). با این وجود، نتایج مطالعات هوگان^۳ و همکاران (۱۹۹۹) (۱۲) و گورجه^۴ و همکاران (۲۰۱۴) (۱۳) نشان داد سلامت ادراک شده با سالمندی موفق ارتباط نداشتند (۱۴). همچنین نتایج مطالعه باولی بهمنی و همکاران (۱۳۹۵) نشان داد بین کیفیت اوقات فراغت با سالمندی موفق و ابعاد آن رابطه معنی داری وجود نداشت (۱۵).

از آنجایی که، ارائه مراقبت‌های اجتماعی، روانی و جسمی به سالمندان از وظایف اصلی پرستاران سالمندی و سایر ارائه دهندگان خدمات سلامت است (۱۶)، بررسی عوامل موثر بر سالمندی سالم توسط این افراد در جامعه و یا در مراکز بالینی می‌تواند به تشخیص عوامل خطر برای سالمندی سالم و مداخلات موثر در این زمینه کمک کند (۱۷)، با این وجود این مسئله مهم کمتر مورد توجه محققان حوزه سلامت سالمندی بوده است. با توجه به اینکه عوامل روانی و اجتماعی موثر بر سالمندی سالم وابسته به زمینه و فرهنگ هر جامعه است. لذا لازم است تا برای دستیابی به اهداف ارتقاء سلامت سالمندان در ابعاد مختلف، برنامه ریزی‌هایی جهت مداخلات اثر بخش و مبتنی بر شناخت عوامل مرتبط با سلامت سالمندان در هر جامعه صورت گیرد. با توجه به تناقض بین نتایج مطالعات در دسترس و همچنین با توجه به اینکه جستجوی گسترده نویسندگان در سایت‌های معتبر مطالعه ای مشابه در سالمندان ایرانی که به بررسی عوامل تاثیر گذار بر سالمندی سالم پرداخته باشد، یافت نشد. لذا این مطالعه با اهداف تعیین میزان سالمندی سالم در سالمندان آمل و پیش بینی آن بر اساس عوامل فردی، روانی و اجتماعی انجام شد.

مواد و روش‌ها

نوع مطالعه و روش نمونه گیری: مطالعه حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی است که از مهر تا دی در سال ۱۳۹۹ در مراکز جامع خدمات سلامت شهری شهرستان آمل انجام گرفته است. جامعه پژوهش شامل

1. ego-integrity
2. participation in leisure activities
3. Hogan
4. Gureje

سالمندان مراجعه کننده به این مراکز بود. حجم نمونه با در نظر گرفتن ضریب اطمینان ۹۵٪ و متغیرهای اصلی سه دسته عوامل فردی، روانی و اجتماعی بر اساس اطلاعات ۳۰ مورد از سالمندان واجد شرایط در یک مطالعه مقدماتی، ۳۷۸ نفر تعیین شد. با توجه به طرح توصیفی مطالعه، برای تعیین حجم نمونه از فرمول
$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{N \times d^2 + Z^2 \times p \times q}$$
 استفاده شد که $d=0/05$ ، $p=q=0/5$ ، $Z=1/96$ ، و خطای نوع اول $0/05$ بود. روش نمونه گیری به صورت تصادفی ساده و با استفاده از جدول اعداد تصادفی می‌باشد. به این صورت که از بین مراکز جامع خدمات سلامت شهری (تعداد کل=۱۸) پنج مرکز به صورت تصادفی زوج و فرد انتخاب شدند و از آن مراکز با توجه به معیارهای ورود تعدادی سالمند انتخاب و سپس به نسبت جمعیت سالمندان با استفاده از جدول اعداد تصادفی از مرکز ۱ (تعداد کل=۱۷۸) ۶۵ نفر، مرکز ۲ (تعداد کل=۷۳۶) ۱۴۲ نفر، مرکز ۳ (تعداد کل=۸۶) ۵۸ نفر، مرکز ۴ (تعداد کل=۱۸۸) ۶۰ نفر و مرکز ۵ (تعداد کل=۲۸۹) ۵۹ نفر انتخاب شدند و با شش نفر ریزش نمونه در نهایت ۳۷۸ پرسشنامه تکمیل شد.

معیارهای ورود و خروج: معیارهای ورود به مطالعه شامل سن ۷۴-۶۰ سال، دارای پرونده در مراکز جامع خدمات سلامت شهری شهرستان آمل، قابلیت درک و تکلم به زبان فارسی، دارای سواد خواندن و نوشتن و کسب نمره بالاتر از ۷ از آزمون کوتاه شناختی ده گویه ای (از پرکاربردترین روش‌های غربالگری وضعیت شناختی سالمندان در جهان است) (۱۸) بود. معیار خروج شامل عدم همکاری در تکمیل تمامی ابزارهای پژوهش و ابتلا به بیماری کرونا بود.

ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها: در این مطالعه از هفت ابزار استفاده شد که شامل موارد زیر می‌باشند:

آزمون کوتاه شناختی ده گویه ای: این آزمون یک ابزار ۱۰ سوالی است که اولین بار توسط هادکینسون^۵ در سال ۱۹۷۲ طراحی شد. اجرای این آزمون تنها ۳ دقیقه طول می‌کشد. این آزمون، جهت یابی، تمرکز/ توجه، حافظه کوتاه مدت و بلند مدت را می‌سنجد. در این پرسشنامه به هر جواب صحیح یک امتیاز داده می‌شود و بنابراین

روایی محتوای کیفی توسط ۱۰ نفر متخصص دارای دانش و تجربه در حیطه موضوع مورد سنجش ابزار و روایی صوری کیفی توسط ۱۰ نفر از گروه هدف انجام شد (۲۳). پایایی پرسشنامه در دو بخش همسانی درونی^{۱۴} (آلفای کرونباخ^{۱۵}) و ثبات^{۱۶} (روش آزمون-آزمون مجدد^{۱۷} با ضریب همبستگی درون خوشه‌ای^{۱۸}) اندازه‌گیری شد. نتایج اعتبار سنجی (روایی صوری و محتوای کیفی و پایایی) نشان داد که این ابزار در جامعه سالمندان ایرانی از روایی و پایایی (آلفای کرونباخ استاندارد شده ۰/۷ و ICC=۰/۸) قابل قبولی بر خوردار بود.

خود رتبه بندی سلامت^{۱۹}: برای اندازه‌گیری وضعیت سلامت درک شده استفاده می‌شود (۷) که توسط لاوستون^{۲۰} و همکاران در سال ۱۹۸۲ طراحی شده است. سه گویه دارد (۲۴، ۲۵) و شامل وضعیت‌های سلامت فعلی، سلامت در مقایسه با گروه همسالان و مقایسه وضعیت سلامت فعلی با وضعیت ۶ ماه قبل است (۷). نمره دهی آن بر اساس لیکرت پنج درجه‌ای (خیلی خوب نمره ۵ تا خیلی بد نمره ۱) است (۲۶). هرچه میانگین نمره کل بالاتر باشد، وضعیت سلامت درک شده بهتر خواهد بود (۲۷). در مطالعه حاضر این پرسشنامه بومی سازی شد و مراحل روایی (صوری و محتوای کیفی) و پایایی (همسانی درونی و ثبات) آن مانند پرسشنامه سالمندی سالم که در بالا بیان شده است، بررسی شد که از روایی و پایایی (ICC=۰/۸) قابل قبولی بر خوردار بود.

مقیاس یکپارچگی خود^{۲۱}: توسط ریف و هاینکه^{۲۲} در سال ۱۹۸۳ (۲۸، ۲۹) بر اساس تئوری مرحله رشد روانی اجتماعی اریکسون، برای ارزیابی سازگاری با پیروزی‌ها و ناامیدی‌های فرد و مشاهده زندگی گذشته شخص به عنوان اجتناب ناپذیر^{۲۳}، مناسب^{۲۴} و معنی دار^{۲۵}

مجموع امتیازات آن ۱۰ است. هرچه مجموع نمره پایین تر باشد، نشان دهنده اختلال شناختی شدیدتر است. امتیاز ۳-۰ (اختلال شناختی شدید)، امتیاز ۶-۴ (اختلال شناختی متوسط) و امتیاز بالاتر از ۷ (وضعیت شناختی طبیعی) محسوب می‌شود (۱۹). همسانی درونی این ابزار در مطالعه بختیاری و همکاران به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ بدست آمد (۱۸، ۱۹).

پرسشنامه مشخصات فردی: شامل سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، هم خانگی، تعداد فرزندان، شغل، ابتلا به بیماری مزمن و کفایت درآمد خانواده می‌باشد.

پرسشنامه سالمندی سالم^۱: توسط تیمامونگ^۲ و همکاران در سال ۲۰۰۸ طراحی شده است و دارای ۳۵ گویه در ۹ بعد شامل خود کفایی و ساده زیستی^۳، مدیریت استرس^۴، داشتن روابط و حمایت اجتماعی^۵، کسب شایستگی و اعمال نیک^۶، تمرین خود مراقبتی و خودآگاهی^۷، فعال بودن از نظر فیزیکی^۸، فعال بودن از نظر شناختی^۹، داشتن مشارکت اجتماعی^{۱۰} و پذیرش سالمندی^{۱۱} می‌باشد. امتیاز دهی این پرسشنامه بر طبق لیکرت پنج درجه (هرگز نمره ۱ تا همیشه نمره ۵) می‌باشد. حداقل نمره ۳۵ و حداکثر نمره ۱۷۵ است (۲۰). نمره بالاتر نشان دهنده سطح سالمندی سالم بالاتر است (۲۱). در مطالعه حاضر این پرسشنامه بعد از بومی سازی و طی مراحل اعتبار سنجی مورد استفاده قرار گرفت. فرایند ترجمه ابزار به صورت کسب اجازه از طراح ابزار (۲۲)، ترجمه از زبان مرجع (زبان اصلی) به زبان هدف (فارسی)^{۱۲}، تلفیق و تطبیق ترجمه ها، برگرداندن نسخه نهایی ترجمه شده از زبان هدف (فارسی) به زبان مرجع (زبان اصلی)^{۱۳} انجام شد. روایی محتوا و صوری به روش کیفی انجام شد.

1. healthy aging instrument
2. Thiamwong
3. Being Self-Sufficient and Living Simply
4. Managing Stress
5. Having Social Relationships and Support
6. Making Merit & Good Deeds
7. Practicing Self-Care & Self-Awareness
8. Staying Physically Active
9. Staying Cognitively Active
10. Having Social Participation
11. Accepting Aging
12. Forward translation
13. Backward translation

14. Internal consistency
15. Cronbach's alpha
16. Stability
17. Test-retest
18. Intra Class Correlation Coefficient (ICC)
19. Health Self Rating (HSR)
20. Lawston
21. Ego Integrity Scale (EIS)
22. Ryff and Heincke
23. inevitable
24. appropriate
25. meaningful

طراحی شد (۳۰، ۳۱). شامل ۱۶ گویه است که ۷ گویه آن به نتیجه مثبت آخرین مرحله از تئوری اریکسون، یعنی یکپارچگی خود و ۹ گویه به نتیجه منفی یعنی ناامیدی اشاره می‌کند. به منظور کاهش سوگیری در پاسخ، گویه‌ها به صورت مثبت و منفی بیان می‌شوند (۲۸). این مقیاس بر اساس لیکرت چهار امتیازی (کاملاً مخالفم نمره ۱ تا کاملاً موافقم نمره ۴) نمره دهی می‌شود (۳۰). نمرات بالا نشانگر سطح بالایی از یکپارچگی خود و سطح ناامیدی کم است در حالیکه نمرات پایین سطح یکپارچگی خود پایین تر را نشان می‌دهد (۲۸). ضریب همسانی درونی (آلفا کرونباخ) برای مقیاس ۰/۸ بوده است (۳۰، ۳۱). در مطالعه حاضر این پرسشنامه نیز بومی سازی شد. مراحل روایی (صوری و محتوای کیفی) و پایایی (همسانی درونی و ثبات) آن مانند پرسشنامه سالمندی سالم که در بالا بیان شده است، بررسی شد که از روایی و پایایی (آلفای کرونباخ استاندارد شده ۰/۷ و ۰/۸) قابل قبولی برخوردار بود.

مقیاس عزت نفس روزنبرگ^۱: عزت نفس کلی و بی ارزشی شخصی^۲ را اندازه گیری می‌کند. شامل ۱۰ عبارت کلی است که میزان رضایت پاسخ دهندگان از زندگی خود و داشتن احساس خوب در مورد خودشان را می‌سنجد (۳۲). دارای پنج گویه منفی و پنج گویه مثبت می‌باشد (۳۳، ۳۴). نمره دهی این مقیاس بر اساس لیکرت چهار درجه ای (کاملاً موافقم نمره ۳ تا کاملاً مخالفم نمره صفر) است (۳۳، ۳۵). محدوده نمرات این مقیاس از صفر تا ۳۰ می‌باشد (۳۴). نمرات بالاتر نشان دهنده عزت نفس بالاتر است (۳۶، ۳۷). روزنبرگ^۲ پایایی مقیاس را ۰/۹ بیان کرد (۳۲). شهبازادگان و همکاران (۱۳۸۷) پایایی این مقیاس را از طریق آزمون مجدد تعیین کردند و ضریب همبستگی بین دو نوبت، $r=0/8$ به دست آمد (۳۸، ۳۹).

پرسشنامه شرکت در فعالیتهای اوقات فراغت: در مطالعه حاضر این ابزار توسط محققان با استفاده از مرور بر متون (۴۰-۴۸) طراحی و سپس ویژگی‌های روانسنجی (روایی صوری و محتوی و پایایی)

آن مورد بررسی قرار گرفت. روایی محتوا و صوری به روش کیفی و کمی انجام شد. روایی محتوای کیفی توسط ۱۰ نفر متخصص دارای دانش و تجربه در حیطه موضوع مورد سنجش ابزار و روایی صوری کیفی توسط ۱۰ نفر از گروه هدف انجام شد (۲۳). روایی محتوای کمی با محاسبه دو شاخص نسبت روایی محتوا^۴ و شاخص روایی محتوا^۵ تعیین شد (۴۹، ۵۰). روایی صوری کمی با استفاده از نمره تاثیر^۶ گویه‌ها بدست آمد (۵۱). پایایی پرسشنامه در دو بخش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) و ثبات (روش آزمون-آزمون مجدد با ضریب همبستگی درون خوشه‌ای) اندازه‌گیری شد. این پرسشنامه ۳۷ گویه دارد که فعالیت‌های سالمندان را در ابعاد هنری، روزمره زندگی، فرهنگی، فیزیکی و ورزشی، تفریحی، مذهبی و اجتماعی می‌سنجد. نمره دهی در این پرسشنامه لیکرت ۴ قسمتی (هرگز نمره ۱ تا همیشه نمره ۴) است. محدوده نمرات ۱۴۸-۳۷ است. نمره ۷۳-۳۷ نشان دهنده مشارکت کم، ۱۱۰-۷۴ نشان دهنده مشارکت متوسط و ۱۴۸-۱۱۱ نشان دهنده مشارکت زیاد در فعالیت‌های اوقات فراغت است. نتایج نشان داد که این ابزار از روایی و پایایی (آلفای کرونباخ استاندارد شده ۰/۸ و ۰/۸) قابل قبولی برای سنجش شرکت در فعالیت‌های اوقات فراغت سالمندان برخوردار بود.

روش جمع آوری داده‌ها: جهت جمع آوری داده‌ها پژوهشگر به مراکز جامع خدمات سلامت مراجعه می‌نمود. اطلاعات اولیه از سامانه یکپارچه بهداشت (سیب) استخراج شد. این اطلاعات از پرونده الکترونیک نمونه‌ها شامل سن و شماره تماس بود. سپس به منظور توضیح درباره اهداف پژوهش و بررسی تعدادی از معیارهای ورود و تعیین زمان و مکان ملاقات با نمونه‌ها با آن‌ها تماس گرفته شد. در هنگام تماس تلفنی از نمونه‌ها جهت مراجعه پژوهشگر به درب منزل برای تکمیل ابزارهای پژوهش اجازه گرفته شد. پرسشنامه کوتاه شناختی در مراجعه حضوری پر شد. در صورت کسب نمره بیشتر از ۷ توسط سالمندان ابزارها جهت تکمیل در اختیار سالمندان قرار داده و تکمیل شدند.

4. Content Validity Ratio (CVR)
5. Content Validity Index (CVI)
6. Impact Score

1. Rosenberg Self-Esteem Scale
2. personal worthlessness
3. Rosenberg

پژوهش نرمال می‌باشند. سپس از آزمون پارامتریک تی مستقل و آنالیز واریانس استفاده شد. جهت بررسی ارتباط بین متغیرها از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. برای بررسی تأثیر عوامل روانی-اجتماعی و متغیرهای جمعیت شناختی بر سالمندی سالم از رگرسیون خطی چندگانه به روش گام به گام استفاده شد. سطح معنی‌داری آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

نتایج نشان داد که میانگین و انحراف معیار سن مشارکت کنندگان ۶۵/۴±۳/۹ سال و در طیف سنی ۷۴-۶۰ سال بود. ۶۳٪ نمونه‌ها مرد و ۹۵٪ متاهل بودند. بیشترین سطح سواد نمونه‌ها (۶۱/۴ درصد) دیپلم بود. سایر نتایج مربوط به مشخصات دموگرافیک در جدول ۱ گزارش شده است.

ملاحظات اخلاقی: جهت انجام مطالعه از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بابل مجوز گرفته شد (IR.MUBABOL.HRI.REC.1398.292)، به شرکت‌کنندگان در مورد اهداف پژوهش و رعایت اصل رازداری و محرمانه بودن اطلاعات توضیح داده شد و همچنین از آن‌ها رضایت نامه آگاهانه کتبی اخذ گردید. به دلیل اینکه داده‌ها در زمان شیوع کووید-۱۹ جمع‌آوری شد تمام پروتکل‌های بهداشتی در تحویل و جمع‌آوری ابزارها رعایت شد.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: تحلیل داده‌ها توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام گرفت. جهت بررسی نرمال بودن تک متغیری، وضعیت توزیع متغیرها و ابعاد اصلی پژوهش از شاخص‌های کجی و کشیدگی استفاده گردیده است. نتایج بیانگر آن بود که مقدار قدرمطلق کجی و کشیدگی برای تمامی متغیرها و ابعاد آن به ترتیب، بین بازه ± 3 و ± 10 قرار دارند. بنابراین می‌توان گفت توزیع متغیرها و ابعاد

جدول ۱: توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک سالمندان

متغیر	تعداد(درصد)
جنس	زن (۳۷)۱۴۰
	مرد (۶۳)۲۳۸
وضعیت تأهل	متاهل (۹۵)۳۵۹
	بیوه (۵)۱۹
سطح تحصیلات	زیر دیپلم (۱۳)۴۹
	دیپلم (۶۱/۴)۲۳۲
	فوق دیپلم (۱۱/۱)۴۲
هم خانگی	کارشناسی و بالاتر (۱۴/۶)۵۵
	همسر (۴۶/۳)۱۷۵
	همسر و فرزندان (۴۶/۶)۱۷۶
	فرزندان (۴/۸)۱۸
شغل	تنها (۲/۴)۹
	آزاد (۲۱/۲)۸۰
	کارمند (۳/۷)۱۴
	بازنشسته (۵۱/۱)۱۹۳
خانه دار	(۲۴/۱)۹۱

دیابت	(۱۹/۳)۷۳	نوع بیماری زمینه‌ای
فشار خون	(۲۵/۷)۹۷	
بیماری قلبی-عروقی	(۱۳/۸)۵۲	
دیابت-فشار خون	(۴/۲)۱۶	
فشارخون-قلبی عروقی	(۶/۱)۲۳	
دیابت-فشارخون-قلبی و عروقی	(۵)۱۹	
غیره	(۲۵/۹)۹۸	کفایت درآمد
بلی	(۱۶/۴)۶۲	
خیر	(۳۱/۵)۱۱۹	
تا حدودی	(۵۲/۱)۱۹۷	
≤۲	(۲۰/۹)۷۹	تعداد فرزند
۳	(۳۴/۱)۱۲۹	
۴	(۳۲)۱۲۱	
>۴	(۱۳)۴۹	
سن (سال)؛ میانگین (انحراف معیار)	۶۵/۴ (۳/۹)	

نتایج نشان داد، میانگین و انحراف معیار نمره کل سالمندی سالم معادل $۱۵/۷ \pm ۱۳۷/۳$ بود. سطح سالمندی سالم $۷۴/۳$ درصد از سالمندان در سطح بالا قرار داشت. بیشترین و کمترین میانگین و انحراف معیار نمره به ترتیب مربوط به ابعاد خود کفایی و ساده زیستی ($۲۱/۵ \pm ۳/۴$) و پذیرش سالمندی ($۶/۸ \pm ۲/۵$) بود. همچنین نتایج نشان داد، میانگین و انحراف معیار نمره کل میزان شرکت در فعالیت‌های اوقات فراغت معادل $۱۴/۲ \pm ۸۹/۴$ بود. از نظر شدت شرکت در فعالیت‌های اوقات فراغت $۷۹/۶$ درصد نمونه‌ها در سطح متوسط بودند. بیشترین و کمترین میانگین و انحراف معیار در ابعاد شرکت در فعالیت‌های اوقات فراغت به ترتیب مربوط به فعالیت‌های

تفریحی ($۲۲/۰۳ \pm ۴/۷$) و فعالیت‌های هنری ($۷/۷ \pm ۲/۲$) بود. نتایج بیانگر آن است که میانگین و انحراف معیار نمره کل یکپارچگی خود معادل $۵/۱ \pm ۴۳/۱$ بود و $۱۰/۶$ درصد از سالمندان در سطح بالای یکپارچگی خود قرار داشتند. همچنین نتایج حاکی از آن است که میانگین و انحراف معیار نمره کل وضعیت سلامت درک شده معادل $۱۰/۷ \pm ۱/۹$ بود و سطح وضعیت سلامت درک شده $۳۸/۶$ درصد از سالمندان در سطح بالا بود. همچنین نتایج نشان داد، میانگین و انحراف معیار نمره کل عزت نفس سالمندان شرکت کننده در مطالعه معادل $۲۰/۶ \pm ۳/۵$ بود و $۴۹/۵$ درصد از آنها در سطح بالای عزت نفس قرار داشتند (جدول ۲).

جدول ۲: تعیین سطوح عوامل روانی-اجتماعی و سالمندی سالم در سالمندان

متغیرها	انحراف معیار \pm میانگین	بیشینه-کمینه	پایین	سطوح		
				تعداد متوسط (درصد)	تعداد بالا (درصد)	تعداد پایین (درصد)
شرکت در فعالیت‌های اوقات فراغت	$۸۹/۴ \pm ۱۴/۲$	۱۳۴-۴۳	۴۲(۱۱/۱)	۳۰۱(۷۹/۶)	۳۵(۹/۳)	
فعالیت‌های هنری	$۷/۷ \pm ۲/۲$	۱۵-۴	۲۴۵(۶۴/۸)	۱۲۵(۳۳/۱)	۸(۲/۱)	
فعالیت‌های روزمره زندگی	$۲۰/۸ \pm ۳/۳$	۲۸-۱۱	۱۴(۳/۷)	۱۹۱(۵۰/۵)	۱۷۳(۴۵/۸)	
فعالیت‌های فرهنگی	$۸/۷ \pm ۲/۵$	۱۹-۵	۲۸۶(۷۵/۷)	۸۸(۲۳/۳)	۴(۱/۱)	

۲۷(۷/۱)	۱۵۷(۴۱/۵)	۱۹۴(۵۱/۳)	۵-۲۰	۱۰/۴ ± ۳/۳	فعالیت‌های فیزیکی و ورزشی
۶۰(۱۵/۹)	۲۲۳(۵۹)	۹۵(۲۵/۱)	۹-۳۵	۲۲/۰۳ ± ۴/۷	فعالیت‌های تفریحی
۱۳۱(۳۴/۷)	۱۷۹(۴۷/۴)	۶۸(۱۸)	۴-۱۶	۱۱/۲ ± ۲/۸	فعالیت‌های مذهبی
۹۸(۲۵/۹)	۲۰۳(۵۳/۷)	۷۷(۲۰/۴)	۳-۱۲	۸/۲ ± ۱/۹	فعالیت‌های اجتماعی
۲۸۱(۷۴/۳)	۹۷(۲۵/۷)	۰(۰)	۸۴-۱۷۵	۱۳۷/۳ ± ۱۵/۷	سالمندی سالم
۲۷۳(۷۲/۲)	۸۵(۲۲/۵)	۲۰(۵/۳)	۴-۲۰	۱۵/۹ ± ۳/۲	فعال بودن از نظر شناختی
۲۶۳(۶۹/۶)	۹۲(۲۴/۳)	۲۳(۶/۱)	۵-۲۰	۱۵/۷ ± ۳/۲	فعال بودن از نظر فیزیکی
۱۹۱(۵۰/۵)	۱۵۰(۳۹/۷)	۳۷(۹/۸)	۳-۱۵	۱۱/۱ ± ۲/۶	داشتن مشارکت اجتماعی
۲۵۹(۶۸/۵)	۱۱۵(۳۰/۴)	۴(۱/۱)	۸-۲۰	۱۶/۰۸ ± ۲/۷	داشتن روابط و حمایت اجتماعی
۲۶۵(۷۰/۱)	۱۰۰(۲۶/۵)	۱۳(۳/۴)	۵-۲۰	۱۵/۵ ± ۲/۹	تمرین خود مراقبتی و خود آگاهی
۱۸۴(۴۸/۷)	۸۴(۲۲/۲)	۱۱۰(۲۹/۱)	۲-۱۰	۶/۸ ± ۲/۵	پذیرش سالمندی
۳۱۵(۸۳/۳)	۵۶(۱۴/۸)	۷(۱/۹)	۷-۲۵	۲۱/۵ ± ۳/۴	خود کفایی و ساده زیستی
۳۴۰(۸۹/۹)	۳۶(۹/۵)	۲(۰/۵)	۸-۲۰	۱۷/۲ ± ۲/۳	کسب شایستگی و اعمال نیک
۱۴۲(۳۷/۶)	۲۰۲(۵۳/۴)	۳۴(۹)	۸-۲۵	۱۷/۱ ± ۳/۹	مدیریت استرس
۴۰(۱۰/۶)	۳۲۳(۸۵/۴)	۱۵(۴)	۲۶-۶۲	۴۳/۱ ± ۵/۱	یکپارچگی خود
۱۴۶(۳۸/۶)	۲۱۵(۵۶/۹)	۱۷(۴/۵)	۳-۱۵	۱۰/۷ ± ۱/۹	خود رتبه بندی سلامت
۱۸۷(۴۹/۵)	۱۹۱(۵۰/۵)	۰(۰)	۱۱-۳۰	۲۰/۶ ± ۳/۵	عزت نفس

سالم در زنان سالمند نسبت به مردان بیشتر بود. اما بین سالمندی سالم با سایر متغیرهای جمعیت شناختی در این مطالعه ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت ($P > ۰/۰۵$).

به منظور بررسی تاثیر متغیرهای جمعیت شناختی و عوامل روانی-اجتماعی بر سالمندی سالم از رگرسیون خطی چندگانه به روش گام به گام استفاده شد. نتایج نشان داد که بالاترین تاثیر رگرسیونی را متغیر شرکت در فعالیت‌های اوقات فراغت بر سالمندی سالم دارد. به طوری که با افزایش یک واحد انحراف معیار در میزان مشارکت سالمند در فعالیت‌های اوقات فراغت، ۰/۷ واحد افزایش در سالمندی سالم ایجاد می‌شود. هم‌چنین نتایج بیانگر آن بود که به ترتیب عزت نفس و جنس بعد از شرکت در فعالیت‌های اوقات فراغت بالاترین تاثیر رگرسیونی را بر سالمندی سالم داشته‌اند. هم‌چنین میزان سالمندی سالم در سالمندان زن، ۰/۱ واحد نسبت به سالمندان مرد بیشتر است (جدول ۴).

نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد، بین وضعیت سلامت درک شده ($r = ۰/۱۶۱, P < ۰/۰۱$)، عزت نفس ($r = ۰/۳۲۹, P < ۰/۰۱$)، یکپارچگی خود ($r = ۰/۲۳۱, P < ۰/۰۱$) و شرکت در فعالیت‌های اوقات فراغت ($r = ۰/۳۶۸, P < ۰/۰۱$) با سالمندی سالم ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت (جدول ۳).

جدول ۳: ضریب همبستگی پیرسون بین عوامل روانی- اجتماعی با سالمندی سالم در سالمندان (n=۳۷۸)

متغیرهای پژوهش	ضریب همبستگی پیرسون
سالمندی سالم	۱
وضعیت سلامت درک شده	۰/۱۶۱*
عزت نفس	۰/۳۲۹*
یکپارچگی خود	۰/۲۳۱*
شرکت در فعالیت‌های اوقات فراغت	۰/۳۶۸*

* $P < ۰/۰۱$

ارتباط متغیرهای جمعیت شناختی با سالمندی سالم در سالمندان براساس آزمون‌های پارامتریک (تی مستقل و آنالیز واریانس) بررسی شد. نتایج نشان داد بین سالمندی سالم با متغیر جنس ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت ($P < ۰/۰۵$) بطوری که میزان سالمندی

جدول ۴: مدل نهایی (سومین مدل) رگرسیونی تأثیر متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته (سالمندی سالم)

متغیر	ضریب بتا (β)		خطای استاندارد	آماره t	سطح معنی داری (sig)	فاصله اطمینان ۹۵٪	
	استاندارد	غیر استاندارد				حد بالا	حد پایین
ضریب ثابت	-	۹۹/۳	۶/۶	۱۴/۹	<۰/۰۰۱	۸۶/۳	۱۱۲/۴
شرکت در فعالیت‌های اوقات فراغت	۰/۲۴۸	۰/۲	۰/۰۵	۴/۹	<۰/۰۰۱	۰/۱	۰/۳
عزت نفس	۰/۱۶۷	۰/۷	۰/۲	۳/۱	۰/۰۰۲	۰/۲	۱/۱
جنس	۰/۱۲۵	۴/۰۸	۱/۵	۲/۶	۰/۰۰۸	۱/۰۶	۷/۰۹
خلاصه سومین مدل	>P/۰۰۱ = ۲۵F/۳		R-square=۰/۲		adjusted- R-square=۰/۲		

بحث و نتیجه گیری

حفظ و ارتقاء سالمندی سالم در جمعیت سالمندان است. تشویق سالمندان به حفظ و توسعه روابط اجتماعی، آموزش رفتارهای خود مراقبتی توسط ارائه دهندگان خدمات سلامت حوزه سالمندی، فراهم ساختن شرایط مناسب جهت افزایش فعالیت‌های فیزیکی، اجتماعی و فرهنگی مانند افزایش تعداد فرهنگ سراها و ساخت باشگاه‌های مخصوص سالمندان و آموزش سبک زندگی سالم (۱۷) می‌تواند در حفظ و ارتقاء سالمندی سالم کمک کننده باشند.

نتایج بیانگر آن است که میزان شرکت در فعالیت‌های اوقات فراغت بالاترین تأثیر رگرسیونی را بر سالمندی سالم داشته است. نتایج مطالعه هان و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد سالمندی سالم به طور قابل توجهی توسط شرکت در فعالیت‌های اوقات فراغت تحت تأثیر قرار گرفت (۷) که با نتایج مطالعه حاضر همسو است. نتایج مطالعه لیو و سو (۲۰۱۷) نشان داد که متغیرهای پیش بینی کننده سالمندی سالم در سالمندان تایوان شامل وضعیت آموزش و اقتصاد، رفتارهای سلامت محور و شرکت در فعالیت‌های اوقات فراغت است (۱۰). نتایج مطالعه سو و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد مشارکت در فعالیت‌های اوقات فراغت در خارج و داخل منزل،

مطالعه حاضر با اهداف تعیین میزان سالمندی سالم در سالمندان آمل و پیش بینی آن بر اساس عوامل فردی، روانی و اجتماعی انجام شد. نتایج نشان داد که اغلب سالمندان مورد مطالعه از نظر سالمندی سالم در سطح بالا قرار داشتند. در مطالعه هان و همکاران (۲۰۱۵) میانگین نمره سالمندی سالم پایین تر از میانگین مطالعه حاضر بود (۷) که با نتایج مطالعه حاضر غیر همسو است. دلیل این تناقض ممکن است این باشد که محیط مطالعه یکی از شهرهای منطقه شمال ایران با ساختارهای فرهنگی و آداب و رسوم مثل شرکت در جشن‌های بومی محلی و داشتن شبکه ارتباطات اجتماعی قوی با همسایه‌ها و خویشاوندان نزدیک بود. سلامت محیط فیزیکی، سطح اشتغال نسبتاً خوب، سبک زندگی سلامت محور، فعالیت فیزیکی بالا در این محیط، سن ۶۰-۷۴ سال نمونه‌ها و زندگی با افراد خانواده و وضعیت تاهل نمونه‌ها نیز ممکن است از دیگر دلایل این تناقض باشد. بالا بودن سالمندی سالم در یک جامعه نشان دهنده بالا بودن سطح رفاه در ابعاد مختلف بوده و یکی از عوامل موثر در افزایش امید به زندگی و کیفیت زندگی محسوب می‌شود (۸). اگرچه نتایج مطالعه حاضر نشان داد که سطح سالمندی سالم در نمونه‌های مورد مطالعه بالا بوده است، اما نیاز به اقدامات همه جانبه ای جهت

1. Liu and Su
2. Sowa

جنس به عنوان عامل موثر در پیش‌بینی سالمندی سالم شناخته شده است (۱۰). نتایج مطالعه سووا و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد که مردان (۴۷٪) نسبت به زنان (۴۱٪) به موارد مرتبط با سلامتی که به سالمندی سالم کمک می‌کند پاسخ مثبت می‌دهند (۵۲). نتایج مطالعه هان و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد جنس در سالمندی سالم تاثیر نداشته است (۷)، که این یافته‌ها با نتایج مطالعه حاضر غیر همسو است. به نظر می‌رسد که تأثیر جنس بر سالمندی سالم در ایران به دلیل نقش برجسته‌تر مردان برای انجام فعالیت‌های خارج منزل (کشاورزی، کارگری، کارمندی و...) باشد.

بین سالمندی سالم با سایر متغیرهای جمعیت‌شناختی ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت. نتایج مطالعه پک‌آ و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد بین سن، وضعیت تاهل، تحصیلات و درآمد با سالمندی سالم ارتباط وجود دارد (۸) که با نتایج مطالعه حاضر غیر همسو می‌باشد. نتایج مطالعه سووا و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد که هر چه امتیاز شاخص اشتغال افزایش پیدا کند احتمال سالمندی سالم افزایش می‌یابد (۵۲). تفاوت در نتایج مطالعه حاضر با سایر تحقیقات ممکن است به عواملی مانند سبک زندگی و در نظر نگرفتن سن به عنوان یک عامل بازدارنده برای فعالیت مرتبط باشد. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان گفت به دلیل این که ابزارها به شکل خودگزارشی تکمیل شدند، احتمال تورش اطلاعات وجود دارد. نمونه‌های مطالعه حاضر سالمندان جوان ۶۰-۷۴ سال بودند، توصیه می‌شود مطالعه مشابه در سایر گروه‌های سالمندی صورت گیرد. همچنین مطالعه در یکی از شهرهای استان مازندران ایران و در یک جمعیت کوچک انجام شده است که ممکن است در تعمیم‌پذیری نتایج تاثیر داشته باشد. لذا توصیه می‌شود مطالعه ای در کلان‌شهرها و بر روی حجم نمونه‌های بیشتر انجام شود.

مطالعه حاضر اولین مطالعه ای است که در ایران به پیش‌بینی سالمندی سالم بر اساس عوامل فردی، روانی و اجتماعی در سالمندان پرداخته است. ترجمه و اعتبار سنجی پرسشنامه سالمندی سالم، خودرته بندی سلامت و مقیاس یکپارچگی خود و طراحی و بررسی

برای سالمندی سالم از اهمیت زیادی برخوردار است (۵۲). با توجه به اینکه میزان شرکت نمونه‌های مطالعه حاضر در فعالیت‌های اوقات فراغت در سطح متوسط بوده است لذا، فرهنگ سازی، تغییر در شیوه زندگی و فراهم کردن امکانات لازم از قبیل توسعه فرهنگ سراها، انجمن‌ها، تورهای سیاحتی و کلوپ‌های ویژه سالمندان توصیه می‌شود. همچنین تدوین و اجرای برنامه‌های فرهنگی توسط سیاست‌گذاران حوزه سلامت سالمندی توصیه می‌شود. شناسایی و تشویق سالمندان به اجرای برنامه‌های فرهنگی از قبیل موسیقی، نقاشی، قصه‌گویی، کتاب‌خوانی و اشتراک‌گذاری آن از طریق فضای مجازی نیز ممکن است به افزایش انگیزه سالمندان در شرکت در فعالیت‌های اوقات فراغت منجر شود.

همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد عزت نفس بعد از شرکت در فعالیت‌های اوقات فراغت بالاترین تاثیر رگرسیونی را بر سالمندی سالم داشته است. نتایج مطالعه هان و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد سالمندی سالم به طور قابل توجهی توسط عزت نفس تحت تأثیر قرار گرفت (۷) که این یافته با نتایج مطالعه حاضر همسو است. عزت نفس در واقع اعتماد به توانایی‌های خود، اعتماد به حق خود برای موفق بودن، شاد بودن، با ارزش بودن و ابراز نیازها و خواسته‌هاست. لذا یکی از ضروریات سلامت و بقا بشر است (۵۳). با توجه به اینکه عزت نفس اغلب سالمندان شرکت‌کننده در مطالعه حاضر در سطح متوسط بود لازم است تا مداخلات روانشناختی و آموزشی خودباوری و خودارزشمندی^۱ را در سالمندان ارتقا داد. حمایت اجتماعی بویژه حمایت‌های مالی، فراهم کردن شرایط برای شرکت سالمندان در فعالیت‌های اجتماعی و افزایش منزلت این افراد در اجتماع، همچنین تغییر نگرش سالمندان نسبت به خود از طریق تشویق آنها به برقراری ارتباط با دیگران و بویژه همسالان توصیه می‌شود. نتایج بیانگر آن است که جنس بعد از شرکت در فعالیت‌های اوقات فراغت و عزت نفس بالاترین تاثیر رگرسیونی را بر سالمندی سالم در سالمندان داشته است و میزان سالمندی سالم در زنان سالمند بیشتر از مردان است. نتایج مطالعه لیو و سو (۲۰۱۷) نشان داد

ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه شرکت در فعالیت‌های اوقات فراغت در این مطالعه انجام شده است. نتایج این مطالعه می‌تواند به شناسایی عوامل روانی-اجتماعی موثر بر سالمندی سالم توسط ارائه دهندگان خدمات حوزه سلامت سالمندی و سیاست گذاران منطقه ای کمک نماید تا بتوانند با طراحی شیوه‌های نوین مدیریتی و مراقبتی گامهای موثری در جهت بهبود وضعیت روانی-اجتماعی سالمندان بردارند.

این مطالعه به بررسی عوامل فردی، روانی و اجتماعی موثر بر سالمندی سالم پرداخته است. توصیه می‌شود در مطالعاتی دیگر سایر عوامل تاثیر گذار احتمالی بر سالمندی سالم از جمله عوامل معنوی، جسمی، رفتاری، تغذیه ای و اقتصادی بررسی شوند.

نتیجه گیری: در مجموع نتایج مطالعه حاضر نشان داد که شرکت در فعالیت‌های اوقات فراغت، عزت نفس و جنس از مولفه‌های تاثیر گذار بر سالمندی سالم هستند. لذا، آموزش سالمندان و تشویق آنها به شرکت در فعالیت‌های اوقات فراغت به ویژه در سالمندان مرد و آموزش به سالمندان در مورد شرکت در فعالیت‌های فرهنگی در زمان اوقات فراغت و ایجاد زیر ساخت‌هایی جهت تحقق این امر مثل افزایش فرهنگ سراها، پارک‌های ویژه سالمندان و شهر دوستدار سالمند می‌تواند در افزایش

سالمندی سالم موثر باشد. همچنین تدوین و اجرای برنامه‌هایی به منظور افزایش عزت نفس سالمندان توسط سیاست گذاران حوزه سلامت سالمندی می‌تواند به افزایش سالمندی سالم کمک نماید. **سپاسگزاری:** بدین وسیله پژوهشگران مراتب قدردانی خود را از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی بابل و دانشکده پرستاری و مامایی فاطمه زهرا (س) رامسر به خاطر پشتیبانی و حمایت مالی اعلام می‌دارند و همچنین از همه سالمندانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند نهایت سپاس و قدردانی را داریم. این مقاله حاصل پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد و دارای کد اخلاق (IR.MUBABOL.HRI.REC.1398.292) می‌باشد.

سهم نویسندگان

عباس شمسعلی نیا: مجری طرح، طراحی مطالعه و نگارش مقاله، سیده فاطمه زهرا منافی فر: مشارکت در اجرای طرح و تحلیل داده‌ها، نگارش مقاله

فاطمه غفاری: مشارکت در اجرای طرح و نگارش مقاله

محبوبه فرامرزی: مشارکت در اجرای طرح

تضاد در منافع: بین نویسندگان هیچ گونه تعارضی در منافع چاپ این مقاله گزارش نشده است.

References

- Mortazavi H, Pakniyat A, Ganji R, Armat MR, Tabatabaeichehr M, Saadati H. The effect of self-management education program on disability of elderly patients with knee osteoarthritis referring to elderly care clinic of imam reza (AS) treatment center in shiraz, 2015-2016. *Jnkums*. 2017;8(3):461-70. <https://doi.org/10.18869/acadpub.jnkums.8.3.4612>.
- Emami Moghaddam Z, Khoshraftar Roudi E, Ildarabadi E, Behnam Vashani HR. Quality of life in hypertention elderly patients that referred to health centers in mashhad. *JSUMS*. 2015;22(3):444-52.
- World Health Organization. Ageing and health [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 1]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
- Safarkhanlou H, Rezaei Ghahreudi Z. The evolution of the elderly population in iran and the world. *Statistics Journal*. 2017;5(25):8-16. h
- Razeghi Nasrabad HB, Alimondegari M, Rezvanian Z. Demographic-social and economic determinants of active aging among retirees of some government offices in babol. *Strategic Rsearch on Social Problems in Iran*. 2021;9(4):51-76.
- Movahed M, Enayat H, Zanjari N. Healthy ageing: A comparative analysis of health promoting lifestyle among elderly males and females in shiraz. *Journal of Social Sciences*. 2015;12(1):197-223.
- Han KH, Lee YJ, Gu JS, Oh H, Han JH, Kim KB. Psychosocial factors for influencing healthy aging in adults in korea. *Health Qual Life Outcomes*. 2015;13(31):1-10. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0225-5> PMID:25879942 PMCID:PMC4367838
- Pac A, Tobiasz-Adamczyk B, Bledowski P, Skalska A, Szybalska A, Zdrojewski T, et al. Influence of sociodemographic, behavioral and other health-related factors on healthy ageing based on three operative definitions. *J Nutr Health Aging*. 2019;23(9):862-9. <https://doi.org/10.1007/s12603-019-1243-5> PMID:31641737 PMCID:PMC6800399

9. Hansen-Kyle L. A concept analysis of healthy aging. *Nurs Forum.* 2005;40(2):45-57. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2005.00009.x> PMID:16053504
10. Liu LF, Su PF. What factors influence healthy aging? A person-centered approach among older adults in taiwan. *Geriatr Gerontol Int.* 2017;17(5):697-707. <https://doi.org/10.1111/ggi.12774> PMID:27240705
11. Park JH, Park YJ. A systematic review on factors influencing the healthy aging: A korean perspective. *J Aging Res Clin Practice.* 2018;7:3-8. <https://doi.org/10.14283/jarcp.2018.2>
12. Hogan DB, Fung TS, Ebly EM. Health, function and survival of a cohort of very old canadians: Results from the second wave of the canadian study of health and aging. *Can J Public Health.* 1999;90(5):338-42. <https://doi.org/10.1007/BF03404524> PMID:10570580 PMCID:PMC6979805
13. Gureje O, Oladeji BD, Abiona T, Chatterji S. Profile and determinants of successful aging in the ibadan study of ageing. *J Am Geriatr Soc.* 2014;62(5):836-42. <https://doi.org/10.1111/jgs.12802> PMID:24801657 PMCID:PMC4371130
14. Kralj C, Daskalopoulou C, Rodriguez-Artalejo F, Garcia-Esquinas E, Cosco TD, Prince M, et al. Healthy ageing: A systematic review of risk factors. *King's Global Health Institute Reports.* 2018(1):1-50. <https://doi.org/10.1093/geroni/igx004.4817> PMCID:PMC6183529
15. Bavali Bahmaei F. Sociological explanation of successful aging (case study: the elderly of tabriz) [Master thesis]. Tabriz: Tabriz University; 2016.
16. Marcus-Varwijk AE, Peters LL, Visscher TLS, Smits CHM, Ranchor AV, Slaets JPJ. Impact of a nurse-led health promotion intervention in an aging population: Results from a quasi-experimental study on the "community health consultation offices for seniors". *J Aging Health.* 2020;32(1-2):83-94. <https://doi.org/10.1177/0898264318804946> PMID:30326768 PMCID:PMC7322977
17. Zanjari N. Good aging (an overview of the concepts and dimensions of good aging) [Internet]. Tehran: Tarh naghd; 2018 [cited 2021 Jul 23]. Available from: <https://saba-psi.ir/3088/>.
18. Bakhtiyari F, Foroughan M, Fakhrzadeh H, Nazari N, Najafi B, Alizadeh M, et al. Validation of the persian version of abbreviated mental test (AMT) in elderly residents of kahrizak charity foundation. *ijdd.* 2014;13(6):487-94.
19. Rahmani M, Darvishpour A, Pourghane P, Atrkarroushan Z. Application of MoCA, MMSE and AMTs tests in diagnosing the cognitive status of the elderly under hemodialysis in medical centers of guilan university of medical sciences in 2019. *joge.* 2020;5(2):64-76.
20. Thiamwong L, Maneesriwongul W, Malathum P, Jitapunkul S, Vorapongsathorn T, Stewart AL. Development and psychometric testing of the healthy aging instrument. *Thai J Nurs Res.* 2008;12(4):285-96.
21. Wu F, Sheng Y. Social support network, social support, self-efficacy, health-promoting behavior and healthy aging among older adults: A pathway analysis. *Arch Gerontol Geriatr.* 2019;85:1-6. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.103934> PMID:31466024
22. Abbasi Z, Ahmadi S, Esmaeilpour Zanjani S. Psychometric properties of undergraduate clinical educational environment measure (UCEEM) in nursing and midwifery students in iran. *Nurs Midwifery J.* 2016;14(2):145-50. <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-2256-fa.html>
23. Taghizadeh Z, Ebadi A, Montazeri A, Shahvari Z, Tavousi M, Bagherzadeh R. Psychometric properties of health related measures. Part 1: Translation, development, and content and face validity. *Payesh.* 2017;16(3):343-57.
24. Speake DL, Cowart ME, Pellet K. Health perceptions and lifestyles of the elderly. *Res Nurs Health.* 1989;12(2):93-100. <https://doi.org/10.1002/nur.4770120206> PMID:2704843
25. Lawton MP, Moss M, Fulcomer M, Kleban MH. A research and service oriented multilevel assessment instrument. *J Gerontol.* 1982;37(1):91-9 <https://doi.org/10.1093/geronj/37.1.91> PMID:7053405
26. Linn BS, Linn MW. Objective and self-assessed health in the old and very old. *Soc Sci Med Med Psychol Med Sociol.* 1980;14A(4):311-5. doi: 10.1016/0160-7979(80)90112-5 [https://doi.org/10.1016/0160-7979\(80\)90112-5](https://doi.org/10.1016/0160-7979(80)90112-5) PMID:6446758
27. Ha J, Kim J. Factors influencing perceived health status among elderly workers: occupational stress, frailty, sleep quality, and motives for food choices. *Clin Interv Aging.* 2019;14:1493-501. <https://doi.org/10.2147/CIA.S210205> PMID:31686794 PMCID:PMC6709510
28. Tahreen SF, Shahed S. Relationship between ego integrity, despair, social support and health related quality of life. *PJSCP.* 2014;12(1):26-33.
29. Vuksanovic D, Dyck M, Green H. Development of a brief measure of generativity and ego-integrity for use in palliative care settings. *Palliat Support Care.* 2015;13(5):1411-5. <https://doi.org/10.1017/S1478951515000206> PMID:25672884
30. Ryff CD, Heinicke SG. Subjective organization of personality in adulthood and aging. *J Pers Soc Psychol.* 1983;44(4):807-16. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.4.807>

31. Salsali M, Silverstone PH. Low self-esteem an psychiatric patients: Part II - The relationship between self-esteem and demographic factors and psychosocial stressors in psychiatric patients. *Ann Gen Hosp Psychiatry*. 2003;2. <https://doi.org/10.1186/1475-2832-2-3> PMID:12622872 PMCID:PMC151272
32. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image* [Internet]. Princeton, New Jersey: Princeton University Press; 1965 [cited 2020 Nov 30]. Available from: <https://books.google.com/>.
33. Barkhordary M, Jalalmanesh S, Mahmoodi M. The relationship between critical thinking disposition and self esteem in third and forth year bachelor nursing students. *Iranian Journal of Medical Education*. 2009;9(1):13-9.
34. Mafra AL, Lopes FA. "Am i good enough for you?" features related to self-perception and self-esteem of brazilians from different socioeconomic status. *Psychology*. 2014;5(7):653-63. <https://doi.org/10.4236/psych.2014.57077>
35. Maleki B. The role of implicit and explicit self-esteem in predicting depression syndromes, suicidal ideation and loneliness. *PSYS*. 2019;14(4):91-106.
36. Amel Barez M, Maleki N. Self esteem and its associated factors in primiparous mothers during breast feeding period. *J Clin Nurs Midwifery*. 2016;5(2):19-28.
37. Shahbaz zadegan B, Farmanbar R, Ghanbari A, Atrkar Roshan Z, Adib M. [The effect of regular exercise on self-esteem in elderly residents in nursing homes. *J Ardabil Univ Med Sci*. 2008;8(4):387-93.
38. Hemmati Maslakkpak M, Musavi M, Sheikhi S. The effect of reminiscence therapy on the self-esteem among residents of a nursing home in uromie. *IJPN*. 2013;1(2):30-7.
39. Ghanbari A, Mohammadi Shahboulaghi F, Mohammadi M, Vahidi A. Leisure activities and mental health among aging people in tehran, iran. *EHJ*. 2015;1(2):62-7.
40. Sarvari H, Abedini A. The assessment of elderly recreation and leisure activities construction center: A case study in rasht. *Eur Online J Nat Soc Sci*. 2014;3(4):73-9.
41. Chamanpira M, Farahani A, Jalali Farahani M. Older adults' leisure time and physical activity with emphasis on sport equipments provided by the tehran municipality in 2010. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2014;9(3):179-88.
42. Badami S, Yenagi GV. Leisure time activities: A boost for elderly health. *Adv Res J Soc Sci*. 2015;6(2):191-7. <https://doi.org/10.15740/HAS/ARJSS/6.2/191-197>
43. Sniadek J, Zajadacz A. Senior citizens and their leisure activity: Understanding leisure behaviour of elderly people in poland. *Stud Phys Cult Tourism*. 2010;17(2):193-204.
44. Singh B, Kiran UV. Recreational activities for senior citizens. *IOSR-JHSS*. 2014;19(4):24-30. <https://doi.org/10.9790/0837-19472430>
45. Jopp DS, Hertzog C. Assessing adult leisure activities: An extension of a self-report activity questionnaire. *Psychol Assess*. 2010;22(1):108-20. <https://doi.org/10.1037/a0017662> PMID:20230157 PMCID:PMC2841313
46. Statistical Center of Iran. *Iran culture and leisure classification* [Internet]. Tehran: Information office and statistical database; 2009 [cited 2020 Nov 10]. Available from: .
47. Rabbani R, Shiri H. Leisure time and social identity. *JICR*. 2010;2(8):209-42.
49. Mohammadbeigi A, Mohammadsalehi N, Aligol M. Validity and reliability of the instruments and types of measurments in health applied researches. *J RafsanjanUniv Med Sci*. 2015;13(10):1153-70.
48. Heravi-Karimooi M, Anoosheh M, Foroughan M, Sheykhi MT, Hajizadeh E. Designing and determining psychometric properties of the domestic elder abuse questionnaire. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2010;5(15):7-21. ht
49. Lacasse Y, Godbout C, Series F. Health-related quality of life in obstructive sleep apnoea. *Eur Respir J*. 2002;19(3):499-503. <https://doi.org/10.1183/09031936.02.00216902> PMID:11936529
50. Sowa A, Tobiasz-Adamczyk B, Topor-Madry R, Poscia A, la Milia DI. Predictors of healthy ageing: public health policy targets. *BMC Health Serv Res*. 2016;16 (Suppl 5):441-79. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1520-5> PMID:27609315 PMCID:PMC5016728
51. Shahbaz zadegan B, Farmanbar R, Ghanbari A, Atrkar Roshan Z, Adib M. Investigation of the correlation between economical-social factors and self-esteem of elderly residents in rasht nursing homes. *J Holist Nurs Midwifery*. 2009;19(62):21-7.