

**Research Paper**

**Facilitators and Barriers to Active Aging in Iran: A Qualitative Study**



Shahla Ayoubi-Mahani<sup>1</sup>, \*Maryam Eghbali-Babadi<sup>2</sup>, Ziba Farajzadegan<sup>3</sup>, Mahrokh Keshvari<sup>4</sup>

1. Department of Community Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
2. Department of Critical Care Nursing, Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
3. Department of Community and Preventive Medicine, Faculty of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
4. Department of Community Health Nursing, Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.



**Citation** Ayoubi-Mahani Sh, Eghbali-Babadi M, Farajzadegan Z, Keshvari M. [Facilitators and Barriers to Active Aging in Iran: A Qualitative Study (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2023; 18(3):438-459. <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2023.3604.1>

<http://dx.doi.org/10.32598/sija.2023.3604.1>



**ABSTRACT**

**Objectives** Planning for active aging to manage the conditions of old age is one of the inevitable priorities that requires knowing its facilitators and barriers from the perspectives of beneficiaries. In this regard, this study aims to identify the facilitators and barriers to active aging in Iran from the perspective of older adults and geriatric experts.

**Methods & Materials** This is a qualitative study that was conducted in 2022 using the content analysis method. Participants were 20 older adults and 21 experts in geriatrics who were selected using a purposive sampling method based on the inclusion criteria. Semi-structured, in-depth interviews and focus groups were used for data collection. Data were analyzed using Graneheim and Lundman's content analysis method. Lincoln and Guba's criteria were used to determine the credibility, transferability, dependability, and confirmability of the data.

**Results** Four main categories were extracted for barriers to active aging (individual, family, structural, and health system-related) and four main categories for facilitators of active aging (older adults' existential capacity, family capacity, community capacity, and health system capacity).

**Conclusion** Health system-related barrier is one of the barriers to planning for active aging in Iran. The results of this study provide valuable information to experts in geriatrics, scholars, and elderly care centers for developing interventions to promote active aging in Iran.

**Keywords** Active aging, Barriers, Facilitators, Aging, Geriatrics, Qualitative study

**Article Info:**

**Received:** 03 Jan 2023

**Accepted:** 30 Apr 2023

**Available Online:** 01 Oct 2023

**\* Corresponding Author:**

**Maryam Eghbali-Babadi, Associate Professor.**

**Address:** Department of Critical Care Nursing, Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

**Tel:** +98 (913) 3271422

**E-mail:** [eghbali@nm.mui.ac.ir](mailto:eghbali@nm.mui.ac.ir)

## Extended Abstract

### Introduction

**A**ging has become a global phenomenon in recent years [1]. Iran is the second country in the world in terms of the growth in the aged population. Providing care for the growing aged population is one of the most important challenges in Iran [3]. In this regard, different countries use “active aging” to manage the negative consequences of population aging [7]. An essential but often overlooked element in proper planning for this purpose is the time spent identifying barriers [11]. It is necessary to examine the views of all beneficiaries, including experts, program executives, and seniors [8]. Since the formulation of the active aging program is based on the knowledge of barriers and facilitators from the perspective of the beneficiaries, this study aims to survey the perceptions of older people and experts about the factors that prevent and facilitate active aging in Iran.

### Methods

This is a qualitative study using the conventional content analysis method that was conducted in 2022 on older people in Isfahan City and experts in the field of geriatrics affiliated to medical universities of Guilan, Tehran, Isfahan and Tabriz. Entry criteria for the elderly were: age over 60 years, ability to understand concepts and participate in interviews, no cognitive disease, no hearing and speech problems, no physical disabilities for self-care, no any mental disabilities, no hospitalization, and willingness to participate in the research. Inclusion criteria for experts were: being an expert in geriatrics, willingness to participate in the study, and having at least two years of work experience in geriatrics. In this regard, 41 participants (20 older adults and 21 experts) were selected using a purposive sampling method with maximum diversity. Data collection was done using semi-structured in-depth interviews (face-to-face, virtually using the TeamLink application, or through phone) and two focus group sessions. The interviews were recorded and transcribed verbatim and entered into the MAXQDA 2020 software. Graneheim and Lundman’s approach was used to analyze the contents.

The validity of the findings was investigated based on the credibility, dependability, confirmability, and transferability criteria. To determine credibility, there was a continuous engagement with the research subject and data. Corrective feedback from experts was used for the process of interviews and data analysis. The contents of the interviews, extracted codes, and sub-categories were

shared with some participants (3 seniors and 3 experts) and those involved in qualitative research. To determine dependability, all the activities carried out, including the work steps and the type of obtained data, were carefully recorded. To determine confirmability, the content of some interviews, extracted codes, and categories were given to colleagues and two professors familiar with the qualitative analysis method, and they were asked to check the accuracy of the data coding process. To determine transferability, an attempt was made to provide the possibility of tracking and evaluating the applicability of the data for others by a clear, accurate, and purposeful description of the research process and steps and the characteristics of the study population.

### Results

During data analysis, 612 codes, 120 categories, 24 sub-themes, and 8 main themes were extracted. There were 4 main themes for barriers to active aging, including individual, family, structural, and health system-related barriers. The individual barriers included the sub-themes of physical disability, psychological disorders, self-neglect, lack of knowledge, and communication problems. The family-related barriers included the sub-themes of mistreatment of the elderly and family transition. The structural barriers included the sub-themes of economic crisis, social challenges, environmental insecurity, and cultural problems. The health system-related barriers included the sub-themes of inefficient human resources, inappropriate response in providing services, and mismanagement.

The 4 main themes for the facilitators of active aging included the elderly’s existential capacity, the family capacity, the community capacity, and the health system capacity. The elderly’s existential capacity included the sub-themes of having leisure time, feeling of self-efficacy, source of experience, and tendency to collective activities. The family capacity included the sub-themes of family support and having empathy with the elderly. The community capacity included the sub-themes of potential social resources and traditions. The health system capacity included the sub-themes of “commitment of the health system to the health of the elderly” and “valid upstream documents”.

### Conclusion

This study identified some barriers and facilitators of active aging in Iran. The health system-related barrier was reported as one of the barriers to active aging, which needs to receive attention and be addressed for active aging planning. The results of this study provide valuable information for the experts in geriatrics, researchers, and

elderly care centers in Iran to identify the inhibiting factors and facilitators of active aging and develop intervention programs for its improvement. More studies are recommended to identify effective solutions to remove barriers and strengthen the facilitators of active aging in Iran.

## Ethical Considerations

### Compliance with ethical guidelines

The present study was approved by the Research Ethics Committees of Nursing, Rehabilitation, and Management schools of [Isfahan University of Medical Sciences](#) (No.: IR.MUI.NUREMA.REC.1400.131).

### Funding

The present study is part of the PhD dissertation of Shahla Ayoubi-Mahani, approved by Department of Community Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, [Isfahan University of Medical Sciences](#) (Code: 3400354) and was supported by the [Isfahan University of Medical Sciences](#).

### Authors' contributions

Data collection: Shahla Ayoubi-Mahani; Report of the findings: Shahla Ayoubi-Mahani and Ziba Farajzadegan; Drafting the manuscript; Maryam Eghbali-Babadi; Final approval: All authors.

### Conflicts of interest

The authors declared no conflicts of interest.

### Acknowledgements

The authors would like to thank the Vice Chancellor for Research of [Isfahan University of Medical Sciences](#) and all the participants for their valuable cooperation in this study.

مقاله پژوهشی

عوامل بازدارنده و تسهیل کننده سالمندی فعال در ایران: یک مطالعه کیفی

شهلا ایوبی ماهانی<sup>۱</sup>، \*مریم اقبالی بابادی<sup>۲</sup>، زیبا فرج‌زادگان<sup>۳</sup>، ماهرخ کشوری<sup>۴</sup>

۱. گروه پرستاری بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۲. گروه پرستاری مراقبت‌های ویژه، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۳. گروه پزشکی اجتماعی و پیشگیری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۴. گروه پرستاری بهداشت جامعه، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.



**Citation** Ayoubi-Mahani Sh, Eghbali-Babadi M, Farajzadegan Z, Keshvari M. [Facilitators and Barriers to Active Aging in Iran: A Qualitative Study (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2023; 18(3):438-459. <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2023.3604.1>

**doi** <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2023.3604.1>



**اهداف:** برنامه‌ریزی برای سالمندی فعال با هدف مدیریت شرایط سالمندی، از اولویت‌های اجتناب‌ناپذیری است که نیازمند شناخت موانع و تسهیل‌کننده‌ها از دیدگاه ذی‌نفعان است. این مطالعه با هدف کشف عوامل بازدارنده و تسهیل‌کننده سالمندی فعال انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه کیفی با روش تحلیل محتوای مرسوم با مشارکت ۲۰ سالمند و ۲۱ صاحب‌نظر در زمینه سالمندی طی مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختاریافته و ۲ جلسه گروه متمرکز در سال ۱۴۰۱ انجام شد. شرکت‌کنندگان به‌طور هدفمند براساس حداکثر تنوع و معیارهای ورود مطالعه انتخاب شدند. تجزیه و تحلیل اطلاعات براساس رویکرد تحلیل محتوای مرسوم با الگوریتم لاندمن و گرانهایم انجام شد. به منظور تعیین صحت داده‌ها از معیارهای مقبولیت، همسانی، تأییدپذیری و انتقال‌پذیری استفاده شد.

**یافته‌ها:** ۴ طبقه اصلی برای عوامل بازدارنده سالمندی فعال شامل موانع فردی، موانع خانوادگی، موانع ساختاری در جامعه و موانع سیستم بهداشتی و ۶ طبقه اصلی برای تسهیل‌کننده‌های سالمندی فعال شامل ظرفیت وجودی سالمند، ظرفیت خانواده، ظرفیت جامعه و ظرفیت سیستم بهداشتی پدیدار شد.

**نتیجه‌گیری:** در این مطالعه موانع سیستم بهداشتی به‌عنوان یکی از موانع جهت توجه و پرداختن به آن برای برنامه‌ریزی‌های سالمندی فعال مطرح شد. نتایج این مطالعه، منبع ارزشمندی برای ذی‌نفعانی چون متخصصین حوزه سالمندی، محققین و مراکز مراقبت‌های بهداشتی برای شناسایی عوامل بازدارنده و تسهیل‌کننده‌های سالمندی فعال و کاربرد آن در برنامه‌ریزی و توسعه برنامه‌های مداخله‌ای ارتقای سالمندی فعال فراهم می‌کند.

**کلیدواژه‌ها:** سالمندی فعال، عوامل بازدارنده، عوامل تسهیل‌کننده، سالمندی، متخصصین حوزه سالمندی، مطالعه کیفی

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۱۳ فروردین ۱۴۰۱

تاریخ پذیرش: ۱۰ اردیبهشت ۱۴۰۱

تاریخ انتشار: ۰۹ مهر ۱۴۰۲

\* نویسنده مسئول:

دکتر مریم اقبالی بابادی

نشانی: اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، گروه پرستاری مراقبت‌های ویژه.

تلفن: ۳۲۲۷۱۴۲۲ (۹۱۳) +۹۸

پست الکترونیکی: [eghbali@nm.mui.ac.ir](mailto:eghbali@nm.mui.ac.ir)

## مقدمه

این است که افراد مسن قادر باشند بر طبق توانایی‌ها و ترجیحات خود به کار کردن ادامه دهند و از ناتوانی و وابستگی که برای افراد سالمند، خانواده‌ها و جوامع بسیار پرهزینه است، پیشگیری کنند یا آن را به تأخیر بیاورند [۱۰].

باتوجه به اهمیت موضوع سالمندی فعال، نیاز به برنامه‌ریزی و ارائه خدمات بهداشتی و حمایت‌های مناسب برای تسهیل و افزایش کیفیت زندگی سالمندان ضروری به نظر می‌رسد [۲]. یک عنصر ضروری اما اغلب نادیده گرفته شده در برنامه‌ریزی صحیح، زمان صرف شده برای شناسایی و درک موانع است. انجام این کار یک مرحله اساسی در برنامه‌ریزی موفق است [۱۱].

یکی از عناصر ضروری در موفقیت و کارآمدی برنامه‌های سالمندی، لزوم بررسی دیدگاه کلیه افراد ذریبط اعم از صاحب‌نظران و مجریان برنامه که تجربه کافی در زمینه تشخیص موانع و تسهیل‌کننده‌های اجرای یک برنامه موفق دارند و سالمندان که بزرگترین ذی‌نفعان پروژه‌های سالمندی فعال هستند، است [۸]. در نتیجه بررسی دیدگاه سالمندان و صاحب‌نظران در این حوزه که دارای ابعاد گوناگون، پیچیده و وابسته به زمینه است، با رویکرد تحقیق کیفی و با استفاده از روش مصاحبه عمیق با صاحب‌نظران، بهترین رویکرد برای بررسی تجربه، معنا، دیدگاه افراد و کشف جزئیات یک پدیده غیر قابل شمارش و اندازه‌گیری است [۱۲].

یک مطالعه مرور نظم‌مند بعد از بررسی ۱۴ مطالعه کیفی پیرامون دیدگاه سالمندان در مورد استراتژی‌های شخصی مرتبط با سالمندی فعال در میان سالمندان در اروپا نشان داد اگر سالمندان اروپایی فعالیت‌های جدید بیاموزند، در ورزش شرکت کنند، روابط متعادل داشته باشند و منابع مالی خود را مدیریت کنند، از نظر ذهنی، اجتماعی و فیزیکی، فعال و همچنین از نظر مالی مسئولیت‌پذیر خواهند بود [۱۳]. همچنین مطالعه دیگری پیرامون موانع و تسهیل‌کننده‌های تحرک فعال برای سالمندی سالم بیان کرد که در نظر نگرفتن نیازهای افراد مسن و اثرات سلامتی و کمبود منابع انسانی و تخصص به‌عنوان موانع اصلی و ایجاد ساختارهای اداری جدید، طراحی پروژه‌هایی با نتایج سریع که باعث ایجاد آگاهی در بین شهروندان و سیاستمداران شود و همچنین اضافه کردن نیروی انسانی متخصص در ارتقای سلامت به‌عنوان تسهیل‌کننده محسوب می‌شوند [۱۴]. علاوه بر این مطالعه سوئیت و همکاران نشان داد سن‌گرایی و نگرش‌های منفی نسبت به سن از طریق ۳ مسیر تجسم و تهدید کلیشه‌ها و همچنین تبعیض سنی به‌عنوان موانع سالمندی فعال به شمار می‌رود [۱۵].

مطالعاتی که پیرامون موضوع سالمندی فعال در سالمندان ایرانی انجام شده‌اند، به بررسی موضوعاتی از قبیل نیازهای سلامت سالمندان جهت ترویج سالمندی فعال [۱۶]، عوامل مؤثر بر ارائه خدمات سالمندی فعال [۱۷]، اندازه‌گیری شاخص سالمندی فعال [۸]، مفهوم سالمندی فعال [۱۹]، تعیین‌کننده‌های جمعیتی، اجتماعی و اقتصادی سالمندی فعال [۲۰]، طراحی و

سالمندی یکی از ویژگی‌های اجتناب‌ناپذیر زندگی است که در سال‌های اخیر به یک پدیده جهانی تبدیل شده است [۱]. در سال ۲۰۱۸ تعداد افراد مسن برای اولین بار در تاریخ از کودکان بیشتر شد. پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۵۰، سالمندان ۲۲ درصد از جمعیت جهان را تشکیل دهند [۲]. طبق آمار اعلام‌شده، ایران دومین کشور جهان در سرعت رشد جمعیت سالمندان است [۳]. در سال ۲۰۱۹ جمعیت افراد ۶۵ سال و بالاتر، ۶/۴ درصد تخمین زده شده است [۴] و ممکن است این نسبت به حدود ۲۰ درصد در سال ۲۰۴۰ و تقریباً ۳۱ درصد در سال ۲۰۵۰ افزایش یابد [۳].

سالمندی جمعیت تبعات بسیاری همانند افزایش شدید بیماری‌های غیرواگیر مانند دیابت، سرطان و بیماری قلبی [۵]، تغییر در نقش‌های اجتماعی و روابط خانوادگی، بازنشستگی و چالش‌های سلامت روان در پی خواهد داشت [۶]. در کشور ایران نیز ارائه مراقبت از جمعیت رو به رشد سالمند یکی از مهم‌ترین چالش‌های پیش روی خانواده‌های ایرانی است [۳]. لذا تدوین برنامه‌ها و استراتژی‌های کم‌هزینه و اثربخش در جهت حل مشکلات مربوط به پدیده سالمندی جمعیت ضروری است. در این راستا جوامع مختلف در دهه گذشته از استراتژی‌های متفاوتی از جمله «سالمندی فعال» برای مدیریت پیامدهای منفی سالمندی جمعیت استفاده کردند [۷].

سالمندی فعال اصطلاحی است که برای توصیف پایداری مثبت بهزیستی ذهنی، سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و همراهی مداوم در خانواده، گروه اولیه و اجتماع در طول فرایند سالمندی به کار می‌رود [۸]. از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup> نیز سالمندی فعال، فرایند بهینه‌سازی فرصت‌ها برای سلامت، مشارکت و امنیت در جهت افزایش کیفیت زندگی فرد سالمند تعریف شده است [۹]. این سازمان، چارچوب سیاستی سالمندی فعال را نیازمند اقدام بر ۳ بعد اساسی سلامت، مشارکت و امنیت می‌داند. تأکید بعد «سلامت»، بر روی حفظ سبک زندگی سالم در همه مراحل زندگی و کاهش ریسک فاکتورهای محیطی است و این بعد سلامت فیزیکی، روانی و رفاه اجتماعی را نیز شامل می‌شود. دومین بعد، «مشارکت» است که به بهینه‌سازی فرصت‌های مربوط به فضای اجتماعی مانند اشتغال، سیاست، آموزش، هنر و مذهب اشاره می‌کند و این بعد نقش پررنگی را در سلامت روان و پویایی سالمندان و داشتن زندگی با هدف برایی سالمندان ایفا و حس مهم و فعال بودن را در سالمند ایجاد می‌کند. بعد «امنیت» نیز به فعالیت‌هایی اشاره می‌کند که برای تضمین محافظت، شأن و توجه به نیازها و حقوق جسمی، اجتماعی و مالی سالمندانی که نمی‌توانند از خودشان حمایت کنند، طراحی شده است، بنای اصلی تئوری سالمندی فعال بر

1. World Health Organization (WHO)

### محیط مطالعه

این مطالعه در سال ۱۴۰۱ در سالمندان شهر اصفهان و متخصصین حوزه سالمندی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی از شهرهای گیلان، تهران، اصفهان و تبریز انجام شد. علت انتخاب این استان‌ها قرار داشتن در لیست ۱۰ استان اول از نظر سالمندی جمعیت است.

### نحوه انتخاب مشارکت‌کنندگان

مشارکت‌کنندگان شامل سالمندان مراجعه‌کننده به دو مرکز مراقبت روزانه و مرکز تفریحی-فرهنگی باغ غدیر (باغ تجربه) در شهر اصفهان و افراد صاحب‌نظر در حوزه سالمندی شاغل در دانشگاه‌های علوم پزشکی در شهرهای پیش‌گفت بودند. معیارهای ورود برای سالمندان شامل محدوده سنی بالای ۶۰ سال، توانایی انتقال مفاهیم و شرکت در مصاحبه، نداشتن بیماری شناختی، مشکلات شنوایی و کلامی، معلولیت‌های جسمی در انجام مراقبت از خود، معلولیت‌های روانی شناخته‌شده، عدم بستری در بیمارستان و تمایل به شرکت در پژوهش بود. محققین در زمان شناسایی سالمندان برای ورود به مطالعه، برخی از معیارهای ورود مربوطه را از طریق خود افراد، خانواده یا اطرافیان آن‌ها و همچنین اطلاعات موجود در مراکز مربوطه بررسی کردند. معیارهای ورود برای صاحب‌نظران نیز شامل متخصصین حوزه سالمندی، تمایل به شرکت در پژوهش و داشتن حداقل ۲ سال سابقه کار در زمینه مراقبت‌های سالمندی بود و مشارکت‌کنندگانی که به هر دلیل قادر/ متمایل به ادامه شرکت در مطالعه نبودند، خارج شدند.

### روش انتخاب و تعداد مشارکت‌کنندگان

پس از کسب مجوزهای لازم و دریافت کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و دریافت رضایت آگاهانه شفاهی و کتبی، تعداد ۴۱ مشارکت‌کننده شامل ۲۰ نفر سالمند و ۲۱ نفر صاحب‌نظر در زمینه سالمندی با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع انتخاب شدند. از سوی دیگر از روش نمونه‌گیری گلوله برفی نیز به منظور دسترسی به سایر افراد مطلع در مورد هدف مطالعه استفاده شد.

### روش جمع‌آوری داده‌ها

جمع‌آوری داده‌ها بین فروردین تا مرداد ۱۴۰۱ با استفاده از مصاحبه‌های فردی عمیق نیمه ساختاریافته و گروه متمرکز<sup>۲</sup> انجام شد.

استفاده از بحث گروهی متمرکز در کنار مصاحبه‌های فردی، از طریق تعامل بین افراد، منجر به بارش افکار مشارکت‌کنندگان و کسب اطلاعات وسیع، عمیق و غنی پیرامون موضوع مورد

روان سنجی ابزار اندازه‌گیری سالمندی فعال ایرانی [۲۱]، تحلیل تجربه سالمندان ساکن در اجتماع از فعال بودن و استراتژی‌های سالمندی فعال [۲۲] و سیاست‌های سالمندی فعال [۲۳] پرداخته‌اند. مطالعه‌ای کیفی در مورد عوامل مؤثر بر سالمندی موفق زنان سالمند ایرانی نشان داد که موانع و عوامل تسهیل‌کننده سالمندی موفق شامل در دسترس بودن سیستم‌های حمایتی، وضعیت سلامت، ظرفیت‌های شخصی و فردی، ویژگی‌های شخصیتی و سبک زندگی است. همچنین داشتن حمایت خانوادگی قوی و مؤثر عامل مهمی در سالمندی موفق محسوب می‌شود [۲۴]. مطالعه دیگری در راستای راهبردهای سالمندی موفق در زنان ایرانی مشخص کرد که پیشگیری از تهدیدها، خودکنترلی درونی در مقابل تهدیدها، مقابله با تهدیدها و بهینه‌سازی گذشت زمان با توجه به فرصت از طریق آموزش می‌تواند به ارتقای سالمندی موفق کمک کند [۲۵].

مطالعاتی که موانع و تسهیل‌کننده‌های سالمندی فعال را در این جمعیت بررسی کرده‌اند، عمدتاً بر بررسی دیدگاه سالمندان، پیرامون موانع مشارکت اجتماعی سالمندان [۲۶-۲۸]، موانع مشارکت سالمندان در ورزش و تفریح فعال [۲۹] و موانع سالمندی فعال براساس مفهوم «حق به شهر» پرداخته‌اند [۳۰]. تمام مطالعات فوق به بررسی موانع از دیدگاه سالمندان و متمرکز بر مؤلفه مشارکت می‌باشند و دیدگاه صاحب‌نظران در حوزه سالمندی و با در نظر گرفتن تمامی مؤلفه‌های سالمندی فعال در زمینه موانع و تسهیل‌کننده‌های آن بررسی نشده است. همچنین اکثر مطالعات یادشده رویکرد کمی داشتند [۸، ۱۶-۱۸، ۲۰، ۲۷-۲۹] و تنها بر یکی از شهرهای کشور متمرکز بوده است. در صورتی که مطالعات کیفی می‌توانند دیدگاه‌ها و تجربیات افراد را دقیق‌تر از تحقیقات کمی مشخص کنند، زیرا شرکت‌کنندگان می‌توانند در حین بیان اطلاعات، خودشان را نیز ارائه کنند. علاوه بر این، استفاده از روش‌های کیفی منجر به استخراج بینش‌های عمیق، بررسی رفتار، ادراکات و احساسات مشارکت‌کنندگان می‌شود [۳۱]. ضمن اینکه افراد بهترین منبع برای توصیف موقعیت‌ها، نیازها، احساسات و تجربیات خود در یک زمینه فرهنگی هستند [۳۲].

بنابراین برنامه‌ریزی برای بسترهای سالمندی فعال در کشور ایران، یک اولویت اجتناب‌ناپذیر است و از آنجاکه تدوین برنامه در این زمینه مبتنی بر شناخت موانع و تسهیل‌کننده‌ها از دیدگاه ذی‌نفعان است، این مطالعه با هدف بررسی عمیق دیدگاه افراد سالمند و صاحب‌نظر در حوزه سالمندی، پیرامون عوامل بازدارنده و تسهیل‌کننده سالمندی فعال با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی انجام شد.

### روش مطالعه

این پژوهش، یک مطالعه کیفی با روش تحلیل محتوای مرسوم است.

2. Focus group

براساس اجماع ۴ محقق و بحث و بازبینی واحدهای معنایی، کدها، زیرطبقات و طبقات انجام شد. داده‌ها پس از مصاحبه و بحث‌های گروهی با ۳۷ نفر به اشباع رسیدند و ۴ مصاحبه دیگر برای تأیید طبقات انجام شد [۳۳]. اعتبار یافته‌ها از طریق بررسی مقبولیت<sup>۴</sup>، همسانی<sup>۵</sup>، تأییدپذیری<sup>۶</sup> و انتقال‌پذیری<sup>۷</sup> بررسی شد.

برای دستیابی به مقبولیت، درگیری مداوم با موضوع و داده‌های پژوهش وجود داشت. از نظرات اصلاحی صاحب‌نظران در ارتباط با روند انجام مصاحبه‌ها، تحلیل آن‌ها و داده‌های استخراج‌شده استفاده شد. متن مصاحبه‌ها و کدهای استخراج‌شده و همچنین زیرطبقات با برخی مشارکت‌کنندگان (۳ سالمند و ۳ صاحب‌نظر) و برخی دست‌اندرکاران پژوهش کیفی در میان گذاشته شد. از نظرات آنان استفاده شد و سعی بر این بود که در انتخاب نمونه تنوع لازم در نظر گرفته شود. درمورد همسانی تلاش شد کلیه فعالیت‌های صورت‌گرفته شامل مراحل انجام کار و چگونگی داده‌های به‌دست‌آمده به دقت ثبت شوند. در تأییدپذیری متن تعدادی از مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج‌شده در اختیار همکاران پژوهشگر و ۲ نفر از اساتید که با نحوه تحلیل تحقیقات کیفی آشنا و در تحقیق شرکت نداشته‌اند، گذاشته شد و از آنان درخواست شد تا صحت فرایند کدگذاری داده‌ها را بررسی کنند. در این پژوهش جهت افزایش قابلیت انتقال، تلاش شد با توصیف واضح، دقیق و هدفمند فرایند تحقیق، گام‌های اجرای مطالعه و خصوصیات جمعیت مورد مطالعه امکان پیگیری مسیر تحقیق و ارزشیابی قابلیت کاربرد داده‌های مطالعه برای دیگران فراهم شود.

### یافته‌ها

در این مطالعه ۲۹ مصاحبه فردی و ۲ جلسه گروه متمرکز انجام شد. در مجموع ۲۰ سالمند و ۲۱ صاحب‌نظر (۳ عضو هیئت علمی سالمندشناسی، ۴ عضو هیئت علمی پرستاری سالمندی، ۲ نفر از روسای معاونت بهداشتی، ۳ پرستار خانه سالمندان، ۳ روان‌پزشک، ۳ پزشک اجتماعی و ۳ مددکار اجتماعی) در مطالعه حاضر شرکت کردند. اکثریت سالمندان، بین سنین ۶۵-۶۰ سال (۳۵ درصد)، زن (۶۰ درصد)، متأهل (۶۵ درصد)، تحصیلات دیپلم (۴۰ درصد) و بازنشسته (۶۰ درصد) بودند. اکثریت صاحب‌نظران، بین سنین ۵۱-۶۰ سال (۵۲/۳۸ درصد)، مرد (۵۲/۳۸ درصد)، متأهل (۷۱/۴)، تجربه کاری در حوزه سالمندی ۷-۱۰ سال (۴۲/۹ درصد) و دارای مدرک تحصیلی دکتری تخصصی (۵۲/۳۸ درصد) بودند. جدول شماره ۲، مشخصات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان را نشان می‌دهد. مشارکت‌کنندگان در پژوهش به بیان موانع و تسهیل‌کننده‌های سالمندی فعال پرداختند. طی تحلیل داده‌ها ۶۱۲ کد، ۱۲۰

نظر می‌شود. همچنین چگونگی تأثیرگذاری افراد بر یکدیگر و پاسخ‌های غیرکلامی در بحث با سایر افراد، اطلاعات به‌دست‌آمده از پاسخ‌های کلامی را تکمیل می‌کند. شرکت‌کنندگان در مجموع در ۲ جلسه گروه متمرکز و ۲۹ مصاحبه فردی شرکت کردند. مصاحبه‌ها و ۲ جلسه گروه متمرکز (یک جلسه با ۶ نفر از سالمندان و دیگری با ۶ نفر از صاحب‌نظران) به‌صورت حضوری (با رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی و رعایت فاصله فیزیکی باتوجه‌به هم‌زمانی با همه‌گیری کووید-۱۹) یا مجازی در فضای تیم لینک<sup>۲</sup> که امکان انتقال هم‌زمان صدا و تصویر وجود دارد و یا به‌صورت برخط یا تلفنی به انتخاب ایشان، بعد از معرفی و شرح مختصری از اهداف مطالعه انجام شد. صاحب‌نظران در حوزه سالمندی از طریق ایمیل توسط یک متخصص سالمندی از تیم تحقیق و سالمندان به‌صورت حضوری به شرکت در مطالعه دعوت شدند.

در جلسات گروه متمرکز سالمندان، از بین ۸ نفر، ۲ سالمند درنهایت قادر به شرکت نشدند (برای ۱ نفر از آن‌ها تاریخ برنامه‌ریزی‌شده نامناسب بود، ۱ سالمند به دلیل ابتلا به بیماری حضور نیافت) و در جلسات گروه متمرکز مربوط به متخصصین، از بین ۸ نفر، ۲ نفر به دلیل تعهدات مربوط به کار قادر به حضور در تاریخ مقرر نشدند. به منظور آشنایی بیشتر محقق با شرایط شرکت‌کنندگان و شکل‌گیری ساختار اولیه سؤالات ابتدا چند مصاحبه پایلوت انجام شد. مکان و زمان مصاحبه جهت به حداکثر رساندن همکاری در اختیار، تمایل و توان مصاحبه‌شونده بود، اما به‌طورمعمول، زمانی بین ۲۰-۴۵ دقیقه برای مصاحبه‌های فردی و ۶۰-۹۰ دقیقه برای گروه متمرکز متغیر بود. جلسات گروه متمرکز توسط نویسنده اول - کاندیدای دکتری تخصصی پرستاری آموزش‌دیده در زمینه انجام و تجزیه و تحلیل بحث‌های گروه متمرکز - مدیریت می‌شد. مدیر جلسات پاسخ‌ها را بررسی می‌کرد و بحث‌های عمیق و مشارکت همه شرکت‌کنندگان را تسهیل می‌کرد. مدیر گروه موضوعات اصلی را مستقیماً پس از هر گروه متمرکز در یک جلسه توجیهی مورد بحث قرار دادند. مصاحبه‌ها از طریق راهنمای سؤالات که در جدول شماره ۱ ارائه شده است، هدایت شد. مصاحبه‌های فردی و گروهی تا زمان اشباع داده‌ها (یعنی تا زمانی که هیچ موضوع جدیدی ارائه نشود) انجام شد.

### تجزیه و تحلیل داده‌ها

مطالعه کیفی حاضر با رویکرد کیفی تحلیل محتوای مرسوم انجام شد. در پژوهش حاضر جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از رویکرد لاندمن و گرانهایم استفاده شد. مصاحبه‌ها براساس نظر مشارکت‌کنندگان ضبط، به‌صورت کلمه به کلمه در نرم‌افزار مکس کیودا ۲۰۲۰ پیاده و سپس به واحدهای معنا تقسیم و کدهای اولیه استخراج شدند. سپس کدهای همگن و متجانس، ادغام و زیر طبقه‌ها و درنهایت طبقات اصلی شکل گرفتند. فرایند یادشده

4. Credibility

5. Dependability

6. Confirmability

7. Transferability

3. Team link

جدول ۱. راهنمای سؤالات مصاحبه

سؤالات	مشارکت‌کنندگان
<p>باتوجه به تجربیات خود چه اقدامات و عواملی وجود دارد که مانع از فعالیت شما می‌شود و منجر می‌شود که در دوران سالمندی شما نتوانید فعالیت‌ها را به خوبی انجام دهید؟ چه نقطه‌ضعفی در خودتان یا جامعه می‌بینید که مانع از فعالیت‌های شما می‌شود؟ نقطه قوت خودتان برای داشتن یک سالمند فعال چیست؟ چه موارد و فاکتورهایی در جامعه وجود دارد که با تقویت آن‌ها، به فعال‌تر کردن شما کمک می‌کند؟</p>	سالمندان
<p>براساس تجربه شما، سالمندان ما چه موانعی برای یک زندگی فعال دارند؟ نقاط ضعفی که در سیستم بهداشتی ما در حیطه سالمندی فعال وجود دارد، چه چیزهایی است؟ باتوجه به تجربه شما چه مواردی در سیستم سالمندی و کشور ما وجود دارد که با پرداختن به آن و تقویت می‌توانیم سالمندان را به سمت سالمندی فعال پیش ببریم؟</p>	صاحب‌نظران
<p>چرا؟ چگونه؟ بیشتر توضیح دهید مثال بزنید</p>	سؤالات کاوشی



جدول ۲. مشخصات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان

ویژگی‌ها	سالمندان		صاحب‌نظران	
	متغیر	فراوانی	متغیر	فراوانی
وضعیت تأهل	متاهل	۱۳	متاهل	۱۵
	مجرد	۱	مجرد	۶
	بیوه	۶		
جنس	مرد	۸	مرد	۱۱
	زن	۱۲	زن	۱۰
سن (سال)	۶۰ تا ۶۵	۷	۳۰ تا ۴۰	۵
	۶۶ تا ۷۰	۴	۴۱ تا ۵۰	۵
	۷۱ تا ۷۵	۴	۵۱ تا ۶۰	۱۱
	۷۶ تا ۸۰	۳		
تحصیلات	۸۱ تا ۸۵	۲		
	بی‌سواد	۲	کارشناسی	۴
	زیر دیپلم	۳	کارشناسی ارشد	۳
	دیپلم	۸	متخصص	۳
تجربه کار در زمینه سالمندی (سال)	دانشگاهی	۷	دکترای تخصصی (PhD)	۱۱
	-	-	۳ تا ۶	۳
			۷ تا ۱۰	۷
			۱۱ تا ۱۴	۵
وضعیت اشتغال			بیش از ۱۴	۶
	بازنشسته	۱۲	هیئت علمی سالمندشناسی	۳
	در حال کار	۵	هیئت علمی پرستاری سالمندی	۴
	خانهدار	۳	رؤسای معاونت‌های بهداشتی	۲
			پرستار خانه سالمندان	۳
			روان‌پزشک	۳
		پزشک اجتماعی	۳	
		مددکار اجتماعی	۳	





جدول ۳. عوامل بازدارنده و تسهیل کننده سالمندی فعال از دیدگاه مشارکت کنندگان

تم	طبقه اصلی	طبقه فرعی	زیرطبقه	نقل قول مشارکت کنندگان
	ناتوانی جسمی		تغییرات حواس پنجگانه و مشکلات آن	«من مشکله ریه دارم و چند ساله که درگیرشم، حتی نمی‌تونم تند راه برم یا پله‌ها رو بالا و پایین برم، تنگی نفس می‌گیرم و باید بشینم شاید همینم باعث شده که علاقه‌ای به ورزش و فعالیت نداشته باشم، چون عذاب‌آور شده برم». (سالمند ۸)
			تحلیل قدرت بدنی و محدودیت‌های حرکتی	«اضافه وزن سالمندان مانع بزرگی برای فعالیت اوناست که از نظر اسکلتی، آرتروزهای شدید میده و طرف نمی‌تونه حرکت کنه». (صاحب‌نظر ۳)
	اختلالات روان‌شناختی	سوگ و از دست دادن عزیزان	عزت‌نفس و اعتمادبه‌نفس ضعیف	«همش تو فکر بچه‌هام هستم، یکیشون کار نداره، یکی درس می‌خونه. استرس و ناراحتی بچه‌هام باعث میشه دل و دماغ کاری نداشته باشم و میشینم یه گوشه و مدام فکر و خیال می‌کنم». (سالمند ۲۰)
			وابستگی عاطفی	«من هر وقت اعصابم خرد باشه نمی‌تونم کارامو بکنم، تندرقتاری اعصابم و بهم میریزه که متأسفانه امروزه دوری از استرس محاله. بخصوص وقتی عزیزتو از دست میدی، از وقتی بچمو توی تصادف از دست دادم، این حالتام بیشتره». (سالمند ۱)
	غفلت از خود	عدم وقت گذاشتن برای خود	اختلالات شناختی	«بیشتر اوقات ما فکر می‌کنیم فردی که سالمنده دیگه باید بشینه یک گوشه، خیلی باورها اینطوری هست. ولی نه، این سالمندی که یه گوشه میشینه و فعالیتی نداره، در بهترین حالتش افسرده است اگر چیز بدتری نباشه». (صاحب‌نظر ۱۳)
			نداشتن انگیزه	«من خودم می‌دونم که باید بیشتر توی این سن به فکر سلامتی باشم اما واقعاً حوصلش و ندارم مثلاً وقتی فشارم بالا و پایین میشه نمیرم دکتر میگم خودش خوب میشه در صورتی که اگه بچم مریض بشه نمیدارم یک ساعت ازش بگذره و سریع می‌برمش دکتر». (سالمند ۲)
	کمیبود دانش	عدم آگاهی از تسهیلات موجود	عدم مراجعه به مراکز بهداشتی	«اگر سالمند مشکلات روانی هم داشته باشه اون‌ها رو به مسائل جسمی مرتبط می‌دونه و خود به خود مسایل روان نادیده گرفته میشه یا مسائل جسمی انقد اولویت داره و دست و پا گیر هست دیگه سالمند به فکر سلامت روان نمی‌فته چون نسبت به مشکلات جسمی که دارن تجربه می‌کنند یه وضعیت ایده آل محسوب می‌شه». (صاحب‌نظر ۶)
			توجه کمتر به مشکلات روانی و ارجحیت دادن به مشکلات جسمی	«یکی از مشکلاتی که سالمندان ما دارن و حتی منجر به ناتوانی بیشتر در اون‌ها میشه اینه که به‌موقع به پزشک مراجعه نمی‌کنند که حالا دلایل مختلف داره یا خودشون توانمند نیستن یا می‌ترسن خودشون تنها بیان و کسی هم توجهی بهشون نداره و خیلی دلایل دیگه که باید بررسی بشه». (صاحب‌نظر ۸)
	موانع ارتباطی	عدم هزینه کردن برای خود	دانش ضعیف سالمند درمورد مشکلات دوران سالمندی	«یه زمانی ما فقط رادیو و تلویزیون داشتیم الان همه چی تو این گوشیا و اینترنته من فقط می‌تونم با گوشیم شماره بگیرم و کار دیگه‌ای باهاش انجام نمیدم یعنی بلد نیستم ولی نوه ۵ ساله من با همه برنامه‌ها کار می‌کنه». (سالمند ۱۲)
			عدم آگاهی از تسهیلات موجود	«یکی از مشکلات ما در حال حاضر عدم آگاهی سالمندان هستش ما ممکنه حتی سالمند فعال و مشتاق به کارهای اجتماعی هم داشته باشیم اما واقعاً نمیدونن کجا و چطور می‌تونن از توانایی‌هاشون استفاده کنن و چه تسهیلاتی براشون در نظر گرفته شده، الان شهرداری‌ها برای سالمندان خیلی برنامه‌ها می‌ذارن». (صاحب‌نظر ۱۱)
	موانع ارتباطی	عدم علاقه به مشارکت یا افراد (تمایل به انزوا)	سطح سواد پایین سالمند	«من زیاد پارک توی محله‌مون میرم، اما نقطه ضعفم اینه که تا کسی باهام حرف نزنه نمیتونم سر صحبت رو باهاش باز کنم خیلی از کسانی هم که اونجان اصلاً حرف نمیزنن گوشه گیرن و تمایلی به حرف زدن ندارن منم یه جورایی خجالتی‌ام همین باعث میشه نتونم برم جلو و دلم می‌خواد بقیه بیان باهام صحبت کنن». (سالمند ۹)
			عدم آگاهی سالمند از تکنولوژی‌های مورد نیاز	«من فکر می‌کنم با اینکه حرکت‌های خوبی برای برنامه‌ریزی سالمندان صورت گرفته ولی بیشتر به نفع جلوه‌های نمادین توجه شده تا واقعی و سالمندای ما از خیلی چیزها نسبت به کشورهای دیگه عقب موندن و با تحولات جامعه پیش نرفتن». (صاحب‌نظر ۱۷)

عوامل بازدارنده سالمندی فعال

موانع فردی

تم	طبقه اصلی	طبقه فرعی	زیرطبقه	نقل قول مشارکت کنندگان
موانع خانوادگی	سوءرفتار یا سالمند	غفلت از سالمند	بی توجهی به مشکلات اقتصادی	«خانواده‌هایی که سالمند دارن نباید حمایت بیش از حد از آن‌ها داشته باشند و مسئولیت‌پذیری رو از اونها بگیرند، مثلاً غذاشون رو خودمون میدیم اگه می‌خواد پاشه بره چایی بیاره می‌گیم نه بشین زشته چرا شما؟! این باعث میشه که سالمند کم کم توانایی خودشو از دست بده و غیرفعال بشه.» (صاحب‌نظر ۱۰)
			عدم پیگیری در مسائل درمانی	«سالمندا به دلیل سوءرفتارهایی که در خانواده باهاشون میشه مورد غفلت قرار میگیرند، حالا این بی توجهی‌ها ایحاد مختلف داره میتونه از نظر جسمی و نیازهای اساسیش پاشه یا روانی، ما باید اول بتونیم این مشکل رو در برخی خانواده‌ها حل کنیم بعد بتونیم اونارو به سمت فعال بودن سوق بدیم.» (صاحب‌نظر ۹)
عوامل بازدارنده سالمندی فعال	گذار خانواده	حمایت زیاد خانواده از سالمند	تصمیم‌گیری به‌جای سالمند	«بچه‌ها دیگه این روزا گرفتار زندگیا می‌شوند، همین دیروز پسر من باید میومد دنبالم که باهم بریم دکتر وقتی بهش زنگ زدم جواب نداد و خودم رفتم.» (سالمند ۵)
			افزایش شکاف بین‌نسلی	«امروزه در بچه‌های ما بحث شکاف بین‌نسلی زیاد دیده میشه به‌خصوص در خانواده‌ها، به‌طور مثال می‌گن چرا تو نمی‌فهمی/ تو اصلاً سواد نداری/ من نمی‌تونم با تو ارتباط برقرار کنم. این مسئله سالمندان رو به شدت تحت تأثیر خودش قرار داده و اونها رو به سمت گم‌گشتگی و فراموشی خودشون برده و متأسفانه از فعالیت اجتماعی دور کرده که عواقبش خونه‌نشینی و ناتوانی ست.» (صاحب‌نظر ۱۹)
موانع ساختاری در جامعه	بحران اقتصادی	کمبود منابع مالی برای ایجاد زیرساخت‌ها	اشتغال به کار زنان	«من به اصرار بچه‌هام که می‌خواستن از امکانات شهری استفاده کنن از روستامون اومدم اینجا، هرچی بهشون می‌گم من اونجا راحت‌ترم اما قبول نمیکنن و می‌گن نگرانتیم. اینجا هم که هستم از صبح تا شب تو خونه تو این شهر بزرگ، اونجا حداقل میرفتم سر زمین کشاورزی سرگرم بودم.» (سالمند ۱۷)
			افزایش طلاق	«من بازنشست شدم اما خیلی دلم می‌خواد کار کنم، کار جوهره انسانه، اما متأسفانه زمینش نیست نه سرمایه دارم که مستقل کاری بزنم، نه جایی به خاطر ستم قبول می‌کنن.» (سالمند ۶)
موانع ساختاری در جامعه	چالش‌های اجتماعی	فقدان تسهیلات بانکی برای سالمند	نا امنی مالی و فقر خانواده	«انقدر این روزا همه چیز گرونه که حقوق من تا آخر ماه هم نمیره، چقدر هم دیگه میشه قرض گرفت. دولت چرا فکری برای ما نمی‌کنه، بانک‌ها هم دیگه به سالمندا وام نمیدن حتی مارو به‌عنوان ضامن هم قبول نمی‌کنن.» (سالمند ۱۱)
			مهاجرت به شهرها و از بین رفتن زیرساخت‌های جامعه روستایی (شهرنشینی)	«یکی از مشکلات بزرگ ما در عدم اجرایی شدن برنامه‌ها یا اجرای ناقص اونها، کمبود منابع مالی هستش که بایستی مرتفع بشه.» (صاحب‌نظر ۱۵)
موانع ساختاری در جامعه	چالش‌های اجتماعی	عدم آگاهی درمورد سرمایه سالمندی	کاهش فرزندآوری	«بسیاری از مردم جامعه ما آگاهی لازم درمورد سرمایه سالمندی ندارن، اکثراً می‌بینیم که توی شغل‌ها و فعالیت‌ها اونا رو مشارکت نمیدن و سالمندا دارن کنار گذاشته میشن.» (صاحب‌نظر ۵)
			کاهش فرزندانآوری	«جوون‌ترها بیان از تجربه‌های ما استفاده کنن براشون بگیریم چه کاری درسته و چه راهی رو برن بالاخره ما تجربه کارهای زیادی داریم چند تا پیراهن بیشتر پاره کردیم، اما متأسفانه امروزه بچه‌ها مارو قبول ندارن و خود سر شدن.» (سالمند ۴)
موانع ساختاری در جامعه	چالش‌های اجتماعی	مشارکت ندادن سالمند در فعالیت‌ها	کاهش حقوق و درآمد کم	«از زمانی که کرونا اومد همه کسب و کارها خوابید منم خیلی کمتر بیرون میرم حتی ورزش هم نمی‌کنم قبلاً پیاده روی میکردم توی پارک محله اما از ترس مبتلا شدن کمتر میرم.» (سالمند ۱)
			تورم بالا و کاهش قدرت خرید	«مشارکت ندادن سالمند در فعالیت‌ها سوءاستفاده مالی از سالمند حوادث و بلایا مانند بحران کرونا

تم	طبقه اصلی	طبقه فرعی	زیر طبقه	نقل قول مشارکت کنندگان
موانع ساختاری در جامعه	محیط نالمن	عدم وجود امکانات فیزیکی مناسب در مراکز بهداشتی درمانی	نامناسب بودن فضاهای شهری	«من نمی‌تونم برای رفت‌وآمد یا خرید از اتوبوس استفاده کنم چون پله هاش خیلی بالاست و می‌ترسم زمین بخورم، چند سال پیش یکی از دوستانم از همین پله‌ها زمین خورد و پاش شکست.» (سالمند ۱۰)
			عدم تطابق خانه‌ها با نیازهای سالمند	«بیشتر سالمندای ما توی خونه‌های خودشون زندگی می‌کنن و اگه خونه‌ها عناصر محیط‌های دوستدار سالمند رو داشته باشن میتونیم بستر لازم رو برای فعال بودنشون فراهم کنیم. تصور کنید که مثلاً سرامیک‌های سرویس بهداشتی لغزنده باشن حالا سالمندی که تکرر ادرار داره، دارو استفاده می‌کنه و حالت کانفیوز داره، وقتی نصف شب بیدار میشه برای دستشویی لیز بخوره و پاش یا لگنش بشکنه همین عامل یک فرد فعال و پویا رو تبدیل به فرد وابسته میکنه.» (صاحب‌نظر ۱۹)
عوامل بازدارنده سالمندی فعال	مشکلات فرهنگی	عدم توجه به تطابق جنسیتی در مراقبت	دید منفی سن‌گرایی در جامعه	«در یک گراند فرهنگی کشور ما به سالمند این‌چوری نگاه می‌کنن که وقتی سنش بالا رفت، یه گوشه از خونه بشینه و بقیه بهش سر بززن، در صورتی که در کشورهای دیگه سالمندا توی این سن تازه شروع می‌کنن جهانگردی رو، درواقع فرهنگ به اینا القا کرده که شما الان زمانه پرداختن به خودتون و خواسته‌هاتونه ولی در فرهنگ ما وقتی یه سالمند میخواد یه فعالیت جدیدی رو شروع کنه صحبت‌هایی از این قبیل که به سن خودت نگاه کن اونو مجبور میکنه که تو خونه بشینه.» (صاحب‌نظر ۷)
			تعمیر گرای	«من خودم دیدم که به سالمندای پول‌دار در مراکز درمانی بیشتر رسیدگی می‌کنند.» (سالمند ۲۰)
موانع سیستم بهداشتی	نیروی انسانی ناکارآمد	عدم پیگیری سالمند برای مراجعه به موقع ارتباط ضعیف بین پزشک مراکز بهداشتی و متخصصین ارجاع داده‌شده	تعداد کم پرسنل در مراکز	«چند سال پیش بخاطر ریه ام چست تیوپ برام گذاشته بودن و یه پرستار موقع کشیدن لوله خیلی اذیتم کرد در صورتی که دفعه اولم نبود، فکر می‌کنم مهارت کافی نداشت.» (سالمند ۱۰)
			بی‌انگیزی پرسنل	«در مراکز بهداشتی ما اگه سالمند نیاز به خدمات تخصصی داشته باشه پزشک عمومی باید ارجاع بده به متخصص ولی اتفاقی که میوفته به دلیل over load کاری که در سطح یک و سطح دو وجود داره یه غربالگری در همین حد میمونه یعنی شما به ندرت میبینید که پزشک مرکز با متخصص ارجاع داده شده در ارتباط باشه و پیگیر نتایج سالمند.» (صاحب‌نظر ۱)
موانع سیستم بهداشتی	پاسخ‌گویی نامناسب در ارائه خدمات	عدم وجود سیستم نوبت‌دهی منظم	فاصله زیاد محل زندگی افراد تا مراکز بهداشتی	«هر ۲۴ یا ۲۵ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک مرکزنده، مثلاً مرکز ما ببینید کجاست و چه وسعتی رو تحت پوشش داره (اشاره به نقشه روی دیوار) و قطعاً یکی از اون فاصله دور نمیتونه بیاد و خیلی از سالمندای ما مشکل رفت و آمد دارن.» (صاحب‌نظر ۷)
			عدم وجود خدمات تخصصی در مراکز بهداشتی	«ما در مراکز بهداشتیمون کارشناسایی داریم که تجربه کار با سالمند رو ندارن و قطعاً این یک نقطه آسیب و ضعف هستش. ما پرستار سالمندی داریم اما جایگاه نداره و تو بیمارستان کار می‌کنه اینا باید بیان تو مراکز. فرد سالمند از نظر یافته‌های بالینی، معاینات و غیره کاملاً با افراد میانسال فرق داره و فردی رو می‌خواد که متمرکز باشه بر اون دوران خاص سالمندی.» (صاحب‌نظر ۴)
موانع سیستم بهداشتی	عدم وجود جایگاه مشخص برای پرستاران سالمندی	عدم وجود سیستم نوبت‌دهی منظم	عدم وجود جایگاه مشخص برای پرستاران سالمندی	«هر وقت رفتیم مراکز درمانی نوبت‌دهی خیلی بد و دیر بود، کلی معطل شدیم.» (سالمند ۱۲)
			عدم وجود جایگاه مشخص برای پرستاران سالمندی	

نم	طبقه اصلی	طبقه فرعی	زیرطبقه	نقل قول مشارکت کنندگان
عوامل بازدارنده سالمندی فعال	مواعظ سیستم بهداشتی	سوءمدیریت	ناهماهنگی بین بخش‌های مختلف توسعه در اجرایی برنامه‌ها	«پشتوانه مالی نیست که نمیتونم خوب برنامه‌ریزی در سیستم بهداشتی داشته باشم، من نمیتونم چطور تقسیم بودجه میشه، اما پول تو هر جایی به غیر از سالمندا خرج میشه بعد به ما که می‌رسه بودجه نیست.» (سالمند ۱۱)
			توزیع ناعادلانه منابع در بعد سالمندی	«شیکه برای پرسنل بازآموزی می‌داره اما این آموزش خیلی اشکال داره. مثلاً وینار تو اوج شلوغیه و اونا باید حین مریض دیدن و بینارم برن! که اصلاً امکان نداره. به نظر من یکی از بزرگ‌ترین ایرادی که تو سیستم ما هست و بینارای آنلاین هستش که البته به خاطر کرونا بیشتر شدن اما باید برنامه‌ریزی شده و در ساعات درستی باشه، بعضی مجبورن که فقط برن تو جلسه حضوری بزنن که غیبت نخورن و اینا نتیجه مفیدی نداره.» (صاحب‌نظر ۴)
عوامل تسهیل کننده سالمندی فعال	ظرفیت وجودی سالمند	فراغت بال	عدم برنامه‌ریزی مناسب به منظور بالابردن سرمایه اجتماعی و جلب اعتماد سالمندان	«یکی از مشکلاتی که در سیستم ما وجود داره جدای از مسائل مالی اینه که برنامه‌ریزی صورت میگیره بدون اینکه توجهی به امکانات موجود در مراکز داشته باشن. خب وقتی همه اون چیزی که نیازه برای اجرای برنامه باشه، وجود نداره چطور این برنامه می‌تونه مؤثر باشه؟!» (صاحب‌نظر ۲۰)
			برنامه‌ریزی غیرمؤثر آموزشی برای پرسنل	«از وقتی بازنشسته شدم وقتم آزادتره و صبح‌ها میرم پیاده روی.» (سالمند ۵)
عوامل تسهیل کننده سالمندی فعال	ظرفیت وجودی سالمند	احساس خودکارآمدی	واقع‌بینانه نبودن برنامه‌های ابلاغی	«من نوهام رو میبرم مهدکودک، باهم میریم خرید و این باعث میشه هم حال و هوای خودم عوض بشه هم احساس کنم که هنوز کاری از من میاد. بعضی وقتا سبزی می‌کارم، گل میکارم، باغبونی می‌کنم، به کارهای خونه رسیدگی می‌کنم و همه اینها باعث میشه که بتونم فعال بمونم.» (سالمند ۱۲)
			انجام فعالیت‌های فیزیکی و ورزش	«من الان تو زندگی احساس خوبی دارم بچه‌هام رفتن سر خونه و زندگی‌شون، منم با خانومم میگذرونیم، اگرچه مشکلات زیادی داریم مریضی، داروها، گرونی و غیره، اما درست میشه شما جوونا باید صبر داشته باشید.» (سالمند ۱۷)
عوامل تسهیل کننده سالمندی فعال	ظرفیت وجودی سالمند	منبع تجربه	انجام فعالیت‌های یادگیری	«تاب‌آوری سالمندا خیلی بیشتر هستش. تحملشون در مشکلات و مسائل بیشتر از افراد جوونه، خیلی مسائل رو راحت‌تر تحمل می‌کنن. این یک نکته‌ایه که میشه پشتوانه یکسری مسائل باشه.» (صاحب‌نظر ۶)
			انجام فعالیت‌های سرگرم کننده	«مهرورزی که سالمندا نسبت به دیگران می‌تونن داشته باشن خیلی مفیده میتونیم از این جنبه برای جذب افراد جوان و ارتباطشون با سالمندا استفاده کنیم و درواقع شکاف بین‌نسلی رو کمتر کنیم. این ابزار در سالمندا یعنی محبتی که بی‌شائبه به دیگران ابراز می‌کنن برای تقویت ارتباطاتشون هم خیلی مؤثره.» (صاحب‌نظر ۱۸)
عوامل تسهیل کننده سالمندی فعال	ظرفیت وجودی سالمند	منبع تجربه	مشارکت در انجام فعالیت‌های خانگی	«جوون‌ترها بیان از تجربه‌های ما استفاده کنن براشون بگیریم چه کاری درسته و چه راهی رو برن بالاخره ما چند تا پیران بیشتر پاره کردیم.» (سالمند ۴)
			فعالیت در خارج از منزل	«سالمندا به واسطه مهارت‌هایی که توی این سال‌ها به دست آوردن و فراز و نشیب‌های زیادی که پشت سر گذاشتن برای مشورت و همکاری با نسل جوان گزینه بسیار خوبی هستن و میشه ازشون استفاده مفید کرد.» (صاحب‌نظر ۲)
عوامل تسهیل کننده سالمندی فعال	ظرفیت وجودی سالمند	فراغت بال	خوش‌بینی و امیدواری	«بهترین قشری که از فعالیت‌های مشارکتی استقبال می‌کنند، سالمندان. اگه بهشون بگیریم اینجا رایگان خدمات میدن یا فلان فعالیت رو میخوانیم باهم انجام بدیم، میان. چون هم وقت بیشتری دارن و هم تمایل، همیشه صف اول مشارکت‌های مردمی سالمندا بودن.» (صاحب‌نظر ۱۶)
			داشتن آرامش	«ما چند تا دوستیم که تو پارک با هم آشنا شدیم، الان چند ساله که خونه همدیگه مهمونی میریم. جلسه‌های قرآنی میذاریم حتی برنامه‌ریزی کردیم که آخر هفته‌ها بریم بیرون تو هوای آزاد. اینو از مامانم به ارث بردم اونم زود با یکی دوست می‌شد و خونه ما همیشه شلوغ بود (می‌خندد).» (سالمند ۱۷).
عوامل تسهیل کننده سالمندی فعال	ظرفیت وجودی سالمند	منبع تجربه	ظرفیت روحی بالا	«ما چند تا دوستیم که تو پارک با هم آشنا شدیم، الان چند ساله که خونه همدیگه مهمونی میریم. جلسه‌های قرآنی میذاریم حتی برنامه‌ریزی کردیم که آخر هفته‌ها بریم بیرون تو هوای آزاد. اینو از مامانم به ارث بردم اونم زود با یکی دوست می‌شد و خونه ما همیشه شلوغ بود (می‌خندد).» (سالمند ۱۷).
			بالا بودن سطح تاب‌آوری	«ما چند تا دوستیم که تو پارک با هم آشنا شدیم، الان چند ساله که خونه همدیگه مهمونی میریم. جلسه‌های قرآنی میذاریم حتی برنامه‌ریزی کردیم که آخر هفته‌ها بریم بیرون تو هوای آزاد. اینو از مامانم به ارث بردم اونم زود با یکی دوست می‌شد و خونه ما همیشه شلوغ بود (می‌خندد).» (سالمند ۱۷).
عوامل تسهیل کننده سالمندی فعال	ظرفیت وجودی سالمند	منبع تجربه	احساس توانمندی برای کنترل بیماری‌ها	«ما چند تا دوستیم که تو پارک با هم آشنا شدیم، الان چند ساله که خونه همدیگه مهمونی میریم. جلسه‌های قرآنی میذاریم حتی برنامه‌ریزی کردیم که آخر هفته‌ها بریم بیرون تو هوای آزاد. اینو از مامانم به ارث بردم اونم زود با یکی دوست می‌شد و خونه ما همیشه شلوغ بود (می‌خندد).» (سالمند ۱۷).
			مهرورزی بی‌شائبه	«ما چند تا دوستیم که تو پارک با هم آشنا شدیم، الان چند ساله که خونه همدیگه مهمونی میریم. جلسه‌های قرآنی میذاریم حتی برنامه‌ریزی کردیم که آخر هفته‌ها بریم بیرون تو هوای آزاد. اینو از مامانم به ارث بردم اونم زود با یکی دوست می‌شد و خونه ما همیشه شلوغ بود (می‌خندد).» (سالمند ۱۷).
عوامل تسهیل کننده سالمندی فعال	ظرفیت وجودی سالمند	منبع تجربه	وجود مهارت‌ها و آموخته‌های قبلی	«ما چند تا دوستیم که تو پارک با هم آشنا شدیم، الان چند ساله که خونه همدیگه مهمونی میریم. جلسه‌های قرآنی میذاریم حتی برنامه‌ریزی کردیم که آخر هفته‌ها بریم بیرون تو هوای آزاد. اینو از مامانم به ارث بردم اونم زود با یکی دوست می‌شد و خونه ما همیشه شلوغ بود (می‌خندد).» (سالمند ۱۷).
			تجارب زیسته سالمند از پیری	«ما چند تا دوستیم که تو پارک با هم آشنا شدیم، الان چند ساله که خونه همدیگه مهمونی میریم. جلسه‌های قرآنی میذاریم حتی برنامه‌ریزی کردیم که آخر هفته‌ها بریم بیرون تو هوای آزاد. اینو از مامانم به ارث بردم اونم زود با یکی دوست می‌شد و خونه ما همیشه شلوغ بود (می‌خندد).» (سالمند ۱۷).
عوامل تسهیل کننده سالمندی فعال	ظرفیت وجودی سالمند	منبع تجربه	مشورت دادن به جوانان	«ما چند تا دوستیم که تو پارک با هم آشنا شدیم، الان چند ساله که خونه همدیگه مهمونی میریم. جلسه‌های قرآنی میذاریم حتی برنامه‌ریزی کردیم که آخر هفته‌ها بریم بیرون تو هوای آزاد. اینو از مامانم به ارث بردم اونم زود با یکی دوست می‌شد و خونه ما همیشه شلوغ بود (می‌خندد).» (سالمند ۱۷).
			داشتن برنامه‌ریزی روزانه	«ما چند تا دوستیم که تو پارک با هم آشنا شدیم، الان چند ساله که خونه همدیگه مهمونی میریم. جلسه‌های قرآنی میذاریم حتی برنامه‌ریزی کردیم که آخر هفته‌ها بریم بیرون تو هوای آزاد. اینو از مامانم به ارث بردم اونم زود با یکی دوست می‌شد و خونه ما همیشه شلوغ بود (می‌خندد).» (سالمند ۱۷).
عوامل تسهیل کننده سالمندی فعال	ظرفیت وجودی سالمند	منبع تجربه	برنامه‌ریزی برای تفریحات جمعی	«ما چند تا دوستیم که تو پارک با هم آشنا شدیم، الان چند ساله که خونه همدیگه مهمونی میریم. جلسه‌های قرآنی میذاریم حتی برنامه‌ریزی کردیم که آخر هفته‌ها بریم بیرون تو هوای آزاد. اینو از مامانم به ارث بردم اونم زود با یکی دوست می‌شد و خونه ما همیشه شلوغ بود (می‌خندد).» (سالمند ۱۷).
			مشارکت در جلسات و مراسم‌های مذهبی	«ما چند تا دوستیم که تو پارک با هم آشنا شدیم، الان چند ساله که خونه همدیگه مهمونی میریم. جلسه‌های قرآنی میذاریم حتی برنامه‌ریزی کردیم که آخر هفته‌ها بریم بیرون تو هوای آزاد. اینو از مامانم به ارث بردم اونم زود با یکی دوست می‌شد و خونه ما همیشه شلوغ بود (می‌خندد).» (سالمند ۱۷).
عوامل تسهیل کننده سالمندی فعال	ظرفیت وجودی سالمند	منبع تجربه	تمایل به مشارکت اجتماعی و ارتباط با دوستان	«ما چند تا دوستیم که تو پارک با هم آشنا شدیم، الان چند ساله که خونه همدیگه مهمونی میریم. جلسه‌های قرآنی میذاریم حتی برنامه‌ریزی کردیم که آخر هفته‌ها بریم بیرون تو هوای آزاد. اینو از مامانم به ارث بردم اونم زود با یکی دوست می‌شد و خونه ما همیشه شلوغ بود (می‌خندد).» (سالمند ۱۷).
			پیشینه تربیتی سالمند برای مشارکت در فعالیت‌ها	«ما چند تا دوستیم که تو پارک با هم آشنا شدیم، الان چند ساله که خونه همدیگه مهمونی میریم. جلسه‌های قرآنی میذاریم حتی برنامه‌ریزی کردیم که آخر هفته‌ها بریم بیرون تو هوای آزاد. اینو از مامانم به ارث بردم اونم زود با یکی دوست می‌شد و خونه ما همیشه شلوغ بود (می‌خندد).» (سالمند ۱۷).

تم	طبقه اصلی	طبقه فرعی	زیر طبقه	نقل قول مشارکت کنندگان
تأثیرات خانواده	حمایت خانواده	همراهی و تشویق خانواده برای فعالیت سالمند	حفظ نقش و جایگاه سالمند در خانواده	«وجود خانواده و همراهی اونا برای سالمندا در هر زمینه‌ای مؤثر و مهمه. شما در نظر بگیرید افراد خانوادهاى که سالمندشونو تشویق می‌کنن به فعالیت‌های بیرون از خونه یا برنامه‌ریزی میکنن که آخر هفته‌ها دور هم جمع بشن. اینا توی فعال نگهداشتن سالمند خیلی کمک می‌کنه تا سالمندی که گوشه خونه نشسته و هر کدوم از بچه‌هاش سرشون گرمه کار خودشونه.» (صاحب‌نظر ۸)
			خانواده با سبک زندگی فعال	«ما توی خانوادمون قانون گذاشتیم که هر کسی بخواد کاری کنه باید بقیه دست به دست هم بدن و کمکش کنن، هرکسی به هر نحوی که میتونه. سن و سال هم نداره. یادمه پدر خدا بیامرزم همین طوری بود.» (سالمند ۱۵)
عوامل تسهیل کننده سالمندی فعال	همدلی خانواده با سالمند	دانش بالای اعضا خانواده	درک سالمند توسط خانواده	«خانواده ای که اعضای اون درمورد فرایند پیری و شرایطی که در این دوران برای سالمند اتفاق می‌افته، اطلاعات و آگاهی لازم رو داشته باشن، خیلی بهتر میتونن در موارد مختلف سالمند رو درک کنند. جوری که احساس ناتوانی از سالمندی که درگیر مشکلات این دوران شده، دور بشه.» (صاحب‌نظر ۱۸)
			دانش بالای اعضا خانواده	«درک کردن ما سالمندا توی خانواده هم ساخته هم واجب. ما به ترحم احتیاجی نداریم همدل بودن خوبه اینکه بچه‌ها بفهمن حرفت چیه و بهت احترام بذارن خیلی مهمه و به‌عنوان یه نقطه قوت برای اونا سالمند و حتی جامعه ست.» (سالمند ۲)
تأثیرات جامعه	منابع بالقوه اجتماعی	سمن‌ها و خیرین در ارائه خدمات به سالمند	آموزش و پرورش در آموزش از سنین پایین	«ما نباید آموزش رو به دورانی محدود کنیم که فرد سالمند شده بلکه باید از همون کلاس‌های مدرسه به دانش‌آموزان برای کمک به سالمندان و پیر شدن خودشان اطلاع‌رسانی و یادگیری صورت بگیره که با همکاری آموزش و پرورش براحتی امکان پذیره.» (صاحب‌نظر ۱۶)
			کارآفرینان در ایجاد اشتغال برای سالمندان	«فضای خیریه و افراد خیر خوشبختانه در شهرهای ما گسترده هستش و تعدادشونم کم نیست فقط بایستی اونا رو به جهت ارائه خدمات برای سالمندا هدایت کنیم.» (صاحب‌نظر ۵)
تأثیرات سیستم بهداشتی	تعهد نظام سلامت به سلامت سالمندان	مراکز روزانه مراقبت سالمند	مراکز روزانه مراقبت سالمند	«چند وقت پیش ما چندین مهمان خارجی در وزارتخونه برای حوزه‌های مربوط به پرستاری داشتیم، سر صحبتی شد و متوجه شدن که ما رادیو و تلویزیون ۲۴ ساعته سلامت داریم. براشون خیلی جالب بود و میگفتن که چقدر این کار خوب و مفیده. ما باید از این موقعیت و پتانسیل استفاده کنیم و به سمت سلامت سالمندی و فعال پیش بریم.» (صاحب‌نظر ۱۷)
			مشورت با سالمند	«یکی از سرمایه‌هایی که هنوز در جامعه ما وجود داره و حتی جوانامون بهش پایبندن و حاصل نسل‌های گذشته ست، احترام به بزرگ‌ترها و حفظ شان اونهاست که می‌تونیم از این فرهنگ خوبی که داریم به نفع سالمندی فعال و مشارکت بین جوانا و سالمندا استفاده کنیم.» (صاحب‌نظر ۸)
تأثیرات سیستم بهداشتی	حضور رابطین بهداشت / سفیران سلامت در مراکز بهداشتی	مراکز روزانه مراقبت سالمند	مراکز روزانه مراقبت سالمند	«این خیلی خوبه که بچه‌های ما امروزه رسم و رسوم قدیم رو حفظ کردن، عیدای نوروز خونه بزرگ‌ترها میرن، یا حتی اگه کاری میخوان انجام بدن از ما مشورت میگیرن. این چیزا هنوز تو جامعه ما ازین نرفته.» (سالمند ۱۳)
			احترام به شأن و منزلت سالمند	«راه اندازی سامانه سبب توی مراکز بهداشتی ما و وجود پرونده‌های الکترونیک سلامت خیلی از کارهای اضافی و کاغذبازی اداری رو کمتر کرده، علاوه بر اون هر فردی در هر مرکز اطلاعاتش کاملاً ثبت میشه و برای پیگیری و ارجاع کار خیلی راحتتر شده که قاعدتاً برای سالمندان هم مفیده.» (صاحب‌نظر ۱۱)
تأثیرات سیستم بهداشتی	حضور رابطین بهداشت / سفیران سلامت در مراکز بهداشتی	مراکز روزانه مراقبت سالمند	مراکز روزانه مراقبت سالمند	«اینکه وزارت بهداشت خدمات رو در مراکز بهداشتی رایگان ارائه میده خیلی نقطه قوت خوبییه که در کنارش با برنامه‌ریزی درست بتونیم اعتماد افراد رو برای حضور در این مراکز و دریافت خدمات افزایش بدیم و سالمندای پر خطر رو شناسایی کنیم. چون سالمندای ما برای خودشون خیلی هزینه نمیکنن و از طرفی عامل تورم و گرونی هم تأثیر گذاره.» (صاحب‌نظر ۱۸)
			احترام به شأن و منزلت سالمند	«من خودم تو طرح سفیر سلامت خانواده شرکت کردم. یه روز که رفته بودم مرکز بهداشت برام توضیح دادن. هفته‌ای ۱ بار میرم و آموزشایی که بهم میدن میام خونه به بقیه و یا حتی دوستا و فامیل انتقال میدم.» (سالمند ۱۰)

تم	طبقه اصلی	طبقه فرعی	زیرطبقه	نقل قول مشارکت کنندگان
				«تو کشور ما یه سند خیلی مهم برای سالمندا وجود داره که سند ملی سالمندی بهش میگن، خیلی خوب و دقیق نوشته شده و اگر بتونیم به مرحله اجرا برسونیمش و دستگاههای زیربط هماهنگی لازم رو داشته باشن، تحول بزرگی در چالش سالمندی کشور رقم میخوره.» (صاحب نظر ۱۷)
	اسناد بالادستی معتبر		تشکیل شورای سیاست گذاری سالمندی در دانشگاهها	«کتابچهها و دستوراتی که از وزارتخونه برای ما میفرستن حالا به جهت غربالگری و یا پیشگیری مثل راهنمای سالمند که ویژه پزشک و غیرپزشک وجودداره خیلی با جزئیات و خوب طراحی شدن و ما باید در کنار آموزشی که برای پرسنل میذاریم بتونیم دراین زمینه گامهای مؤثری برداریم.» (صاحب نظر ۱۹)

سالمند

غفلت از خود

مشارکت کنندگان اذعان کردند که سالمندان نسبت به خودشان کم توجه بودند، وقت کافی و هزینه صرف نکردند و فقط در زمان عود بیماری به مراکز بهداشتی مراجعه می کنند. آن ها بیشتر بر مشکلات جسمانی خود تأکید دارند و علائم روانی را کم اهمیت جلوه می دهند.

کمبود دانش

از دیگر موانع سالمندی فعال از دیدگاه مشارکت کنندگان، کمبود دانش کافی سالمندان پیرامون مشکلات دوران سالمندی و همچنین تسهیلات موجود برای سالمندان، سطح سواد پایین و عدم آگاهی آن ها از تکنولوژی و فناوری های مورد نیاز است.

موانع ارتباطی

شرکت کنندگان بیان کردند، احساس عقب ماندگی، خجالت و عدم علاقه به برقراری ارتباط با دیگران، یکی دیگر از موانع سالمندی فعال است. همچنین تحولات سریع جامعه سبب تشدید چنین احساساتی در سالمندان شده است.

### طبقه اصلی موانع خانوادگی

موانع خانوادگی شامل سوء رفتار با سالمند و گذار خانواده است.

سوء رفتار با سالمند

بر اساس بیانات شرکت کنندگان، سوء رفتار با سالمند ممکن است به اشکال مختلف نظیر غفلت از سالمند و بی توجهی به نیازهای جسمی (غذای، دارو، گرما، سرما و نیازهای اساسی)، بی توجهی به مشکلات اقتصادی، نیازهای عاطفی روانی و اجتماعی، عدم توجه به ایمنی محیط منزل و مسائل درمانی بروز کند. نوع دیگری از سوء رفتار با سالمند حمایت بیش از حد خانواده و تصمیم گیری در مسائل زندگی وی و در نتیجه سلب استقلال سالمند است.

زیرطبقه ۲۴ طبقه فرعی و ۸ طبقه اصلی استخراج شد. ۴ طبقه اصلی برای عوامل بازدارنده سالمندی فعال، شامل موانع فردی، موانع خانوادگی، موانع ساختاری در جامعه و موانع سیستم بهداشتی و ۴ طبقه اصلی برای تسهیل کننده های سالمندی فعال شامل ظرفیت وجودی سالمند، ظرفیت خانواده، ظرفیت جامعه و ظرفیت سیستم بهداشتی پدیدار شد که در جدول شماره ۳ همراه با گزیده ای از نقل قول ها ارائه شده است.

### عوامل بازدارنده سالمندی فعال

۴ طبقه اصلی موانع فردی، موانع خانوادگی، موانع ساختاری در جامعه و موانع موجود در سیستم بهداشتی برای عوامل بازدارنده سالمندی فعال از دیدگاه مشارکت کنندگان پدیدار شد.

### طبقه اصلی موانع فردی

موانع فردی شامل ناتوانی جسمی، اختلالات روان شناختی، غفلت از خود، کمبود دانش و موانع ارتباطی بود.

ناتوانی جسمی

شرکت کنندگان بیان کردند که با افزایش سن حواس ۵ گانه دچار تغییر می شود که به دنبال آن ابتلا به بیماری های مزمن و کاهش قدرت بدنی و حرکتی اتفاق می افتد. سالمندان در دوران پیری به طور هم زمان به چند بیماری مبتلا می شوند که این مسئله، دارودرمانی آنان را با چالش هایی از جمله تداخلات دارویی و تشدید مشکلات جسمانی روبه رو می کند.

اختلالات روان شناختی

مشارکت کنندگان طبق تجربیات خود بیان کردند که در این سنین کاهش عزت نفس و اعتماد به نفس سبب وابستگی بیشتر سالمند به اطرافیان می شود و اگر در این شرایط عزیزان نزدیک را از دست بدهند، دچار تنهایی، اضطراب و افسردگی می شوند. علاوه بر این سالمندان اختلالات شناختی نسبت به اطرافیان و محیط را تجربه می کنند که در نهایت سبب فراموشی و کاهش انگیزه آن ها به زندگی می شود.

گذار خانواده

محسوب می‌شود. تنوع فرهنگی در سطح جامعه و عدم تعادل بین آنها، تبعیض قومی‌نژادی، عدم توجه به تطابق جنسیتی در مراقبت و تجمل‌گرایی در خانواده و اجتماع از موانع فرهنگی سالمندی فعال است.

### طبقه اصلی موانع سیستم بهداشتی

موانع موجود در سیستم بهداشتی در این مطالعه به‌عنوان یکی دیگر از موانع جدی سالمندی فعال توسط مشارکت‌کنندگان معرفی شد که شامل نیروی انسانی ناکارآمد، پاسخ‌گویی نامناسب در ارائه خدمات و سوءمدیریت است.

نیروی انسانی ناکارآمد

مشارکت‌کنندگان بیان کردند که کمبود نیروی انسانی متخصص و باتجربه، بی‌انگیزگی آنها و ارتباط ضعیف بین اعضای تیم سلامت موجب کاهش دقت در انجام صحیح غربالگری و پیگیری سالمندان برای مراجعه به موقع می‌شود.

پاسخ‌گویی نامناسب در ارائه خدمات

فاصله زیاد محل زندگی تا مراکز ارائه خدمات سلامت، مشکلات رفت‌وآمد، معطلی در مراکز، عدم وجود سیستم نوبت‌دهی منظم، عدم وجود خدمات تخصصی در مراکز بهداشتی و پراکنده بودن و ناهماهنگی این خدمات در ارجاع از موانع سیستم بهداشتی در مطالعه حاضر طبق تجربیات مشارکت‌کنندگان است. همچنین علی‌رغم ضرورت وجود سیستم خدمات پرستاری، به عنوان خط مقدم مراقبت از سالمندان، تاکنون جایگاه مشخصی برای پرستاران سالمندی تعریف نشده است.

سوءمدیریت

یکی دیگر از موانع بهداشتی سالمندی فعال بیان‌شده توسط مشارکت‌کنندگان، سوءمدیریت در این حوزه است که می‌تواند به ناهماهنگی بین بخش‌های مختلف توسعه و دستگاه‌های عضو شورای ملی سالمندان در اجرای برنامه‌ها و توزیع ناعادلانه منابع و کمبود هدایت سرمایه‌گذاری‌ها در بعد سالمندی اشاره کرد. همچنین برنامه‌ریزی مناسب و مؤثر به منظور بالابردن سرمایه اجتماعی و جلب اعتماد سالمندان برای مراجعه به مراکز بهداشتی صورت نگرفته است. اغلب برنامه‌ریزی‌ها برای آموزش پرسنل در ساعات اداری است که دارای ارباب‌رجوع بوده و بازخورد مؤثری نداشته است. از طرفی عدم تناسب برنامه‌های ابلاغی از وزارتخانه با امکانات موجود در مراکز بهداشتی و واقع‌بینانه نبودن آنها از دیگر سوءمدیریت‌ها در این زمینه است. باتوجه به اهمیت نقش ظرفیت‌های مردمی در ارائه خدمات سالمندی، بی‌توجهی در این زمینه در برنامه‌ریزی‌های مدیریتی نیز به چشم می‌خورد.

شرکت‌کنندگان بیان کردند، در جریان گذار جمعیتی، روند کلی تغییرات خانواده به سوی هسته‌ای شدن خانواده‌ها، مهاجرت به شهرها و از بین رفتن زیرساخت‌های جامعه روستایی، اشتغال بیشتر زنان، کاهش فرزندآوری، افزایش طلاق و افزایش شکاف بین نسلی شده است که می‌تواند ناامنی‌های مالی و فقر خانواده‌ها را به دنبال داشته باشد.

### طبقه اصلی موانع ساختاری در جامعه

موانع ساختاری شامل بحران اقتصادی، چالش‌های اجتماعی، محیط ناامن و مشکلات فرهنگی بود.

بحران اقتصادی

براساس نظرات مشارکت‌کنندگان، کمبود منابع مالی در کشور برای ایجاد زیر ساخت‌های مناسب در دوران سالمندی، کمبود پشتوانه مالی برای اجرای برنامه‌ریزی، نبود فرصت اشتغال برای سالمند، فقدان تسهیلات بانکی، تورم بالا همراه با حقوق و درآمد کم، می‌تواند وابستگی اقتصادی سالمند به دیگران را تشدید کند.

چالش‌های اجتماعی

براساس تجارب شرکت‌کنندگان، کاهش سرمایه اجتماعی و رفتارهای سالم و اخلاقی در جامعه مانند صداقت و اعتماد، بازنشستگی زودتر از موعد، کمبود مراکز رفاهی و تفریحی، نبود جایگاه ویژه برای سالمند در جامعه، ضعف در تکريم سالمند و بحران کرونا از چالش‌های اجتماعی دوران سالمندی محسوب می‌شوند. سالمندان دریای بیکرانی از تجربه و دانش هستند که مطالب ارزشمندی برای به اشتراک گذاشتن با نسل جوان دارند؛ این درحالی است که از این سرمایه‌های اجتماعی و تجارب ارزنده آنها استفاده نمی‌شود. مشارکت ندادن سالمندان در فعالیت‌ها و برنامه‌های اجتماعی و نیز سوءاستفاده مالی از آنها در جامعه از دیگر چالش‌ها در زمینه اجتماعی است.

محیط ناامن

مشارکت‌کنندگان در این زمینه اذعان کردند که فضاهای شهری، بستر فیزیکی مناسبی برای سالمندان نیست و کمبود فضاها و بناهای دوستدار سالمند احساس می‌شود. و امکانات فیزیکی در سطح شهر، مراکز بهداشتی‌درمانی، فضای اقامتی آنها و وسایل حمل‌ونقل عمومی مطابق با نیازهای دوران سالمندی نیست.

مشکلات فرهنگی

از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، دید منفی سن‌گرایی در جامعه یکی از مهم‌ترین چالش‌های فرهنگی در رابطه با سالمندان

## تسهیل‌کننده‌های سالمندی فعال

۴ طبقه اصلی ظرفیت وجودی سالمند، ظرفیت خانواده، ظرفیت جامعه و ظرفیت سیستم بهداشتی برای تسهیل‌کننده‌های سالمندی فعال از دیدگاه مشارکت‌کنندگان پدیدار شد.

طبقه اصلی ظرفیت وجودی سالمند

ظرفیت وجودی سالمند شامل داشتن فراغت بال، احساس خودکارآمدی، منبع تجربه و گرایش به فعالیت‌های جمعی است.

فراغت بال

از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، سالمندان در اوقات فراغت می‌توانند به انجام فعالیت فیزیکی و ورزش، صرف وقت برای یادگیری، فعالیت‌های سرگرم‌کننده مانند حل کردن جدول و تماشای فیلم، مشارکت در انجام امور خانگی مانند باغبانی، کشاورزی و همکاری در رشد و تکامل نوادگان بپردازند. توجه به مسئله وقت آزاد سالمندان در این دوران برای هدایت به سمت سالمندی فعال و ایجاد روابط اجتماعی سالم در این زمینه مورد توجه است.

احساس خودکارآمدی

براساس تجارب مشارکت‌کنندگان توجه به توانمندی‌های سالمندان و احساس خودکارآمدی در این دوران مانند خوشبینی و امیدواری به زندگی، داشتن آرامش و ظرفیت روحی بالا تسهیل‌کننده‌های وجودی سالمندان است که از آن‌ها می‌توان در راستای ارتقا سالمندی فعال کمک گرفت. همچنین بالا بودن سطح تاب‌آوری و نگرش مثبت در سالمندان منجر به احساس توانمندی برای کنترل بیماری‌ها و مهرورزی بی‌شائبه در آن‌ها شده است که متعاقباً همراه با افزایش عزت نفس و مقابله موفق با تجربیات منفی است.

منبع تجربه

مشارکت‌کنندگان بیان کردند که سالمندان با مشورت دادن به جوانان با استفاده از مهارت‌ها، آموخته‌های پیشین و تجارب زیسته خود از سالمندی احساس مفید بودن می‌کنند و موجب مشارکت آن‌ها و ارتقای سالمندی فعال می‌شود.

گرایش به فعالیت‌های جمعی

از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، گرایش به فعالیت‌های جمعی و مشارکت مانند برنامه‌ریزی روزانه، تفریحات جمعی هفتگی یا ماهانه و مشارکت در جلسات و مراسم‌های مذهبی، از عوامل مهم و تأثیرگذار بر سلامت جسمی، روحی، کیفیت زندگی و فعال بودن سالمند است. همچنین پیشنهاد تربیتی سالمند در زمینه مشارکت و نیز تمایل به شرکت در فعالیت‌های اجتماعی به‌عنوان یک استراتژی‌های کلیدی برای تقویت توانمندسازی آن‌ها به شمار می‌رود.

## طبقه اصلی ظرفیت خانواده

این طبقه اصلی، ۲ طبقه فرعی حمایت خانواده و همدلی خانواده با سالمند را دربر می‌گیرد.

حمایت خانواده

مشارکت‌کنندگان اذعان کردند که یکی از عوامل تأثیرگذار در ارتقای سالمندی فعال، حمایت، همراهی و تشویق خانواده برای انجام فعالیت است. همچنین حفظ جایگاه و نقش آن‌ها در خانواده منجر حفظ تکریم و استقلال در آن‌ها می‌شود. از طرفی وجود سبک زندگی فعال در خانواده، انگیزه سالمندان را به داشتن زندگی فعال افزایش می‌دهد و کیفیت زندگی سالمندان را در سال‌های طلایی عمرشان بهبود می‌بخشد.

همدلی خانواده با سالمند

از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، همدلی خانواده با فرد سالمند از دیگر عوامل تسهیل‌کننده در ارتقای سالمندی فعال است و لازمه آن، داشتن دانش کافی پیرامون سالمندی و افزایش درک اعضای خانواده از سالمند است که منجر به افزایش امید به زندگی در سالمند، راحتی خیال و فعالیت بیشتر وی می‌شود.

## طبقه اصلی ظرفیت جامعه

این طبقه اصلی، دو طبقه فرعی منابع بالقوه اجتماعی و آداب و رسوم فرهنگی را دربر می‌گیرد.

منابع بالقوه اجتماعی

براساس تجارب شرکت‌کنندگان در نتیجه افزایش انزوای اجتماعی سالمندان، نیاز به تقویت تسهیلات اجتماعی موجود از جمله استفاده از رسانه‌های جمعی مانند صداوسیما و شبکه سلامت، آموزش و پرورش جهت ارائه آموزش‌های مربوط به سالمندی از سنین پایین، ظرفیت دانشگاه‌ها برای تربیت نیروی متخصص و استفاده از کارآفرینان برای ایجاد اشتغال در زمینه ارتقا سالمندی فعال احساس می‌شود. همچنین افزایش تعداد مراکز مراقبت روزانه سالمند و هدایت خدمات خیرین و سمن‌ها به سمت سالمندی و انجام امور مربوط به آن‌ها و استفاده از توان و ظرفیت شهرداری‌ها کمک شایانی به ارتقای سالمندی فعال خواهد کرد.

آداب و رسوم فرهنگی

مشارکت‌کنندگان بیان کردند که حفظ شأن و منزلت سالمند در راستای آداب و رسوم فرهنگ کشور ما و داشتن رسومی چون دیدار سالمندان در اعیادی مانند نوروز و شب یلدا و مشورت و گفت‌وگوی مؤثر با آن‌ها در تصمیم‌گیری‌ها به‌عنوان عامل تسهیل‌کننده فرهنگی در سالمندی فعال محسوب می‌شود.



### طبقه اصلی ظرفیت سیستم بهداشتی

این طبقه اصلی، دو طبقه فرعی تعهد نظام سلامت به سلامت سالمندان و اسناد بالادستی معتبر را دربر می‌گیرد.

#### تعهد نظام سلامت به سلامت سالمندان

مشارکت‌کنندگان بیان کردند که وجود سامانه یکپارچه بهداشت و پرونده‌های الکترونیک سلامت دسترسی به پیگیری و ارائه خدمات بهتر را فراهم کرده است. ارائه خدمات رایگان در مراکز بهداشتی و همچنین استفاده از ظرفیت رابطین بهداشت و سفیران سلامت در این مراکز با هدف انتقال پیام‌های بهداشتی به سالمندان و خانواده‌های آن‌ها می‌تواند باعث بالا رفتن سطح آگاهی، افزایش سطح بهداشت جامعه و متعاقباً تغییر رفتار بهداشتی شود.

#### اسناد بالادستی معتبر

وجود سند ملی سالمندی کشور براساس برنامه‌های بین‌المللی و استراتژی‌های منطقه‌ای و نیز دستورالعمل‌های غربالگری و بسته‌های خدمتی، همچنین تشکیل شورای سیاستگذاری سالمندی در دانشگاه‌ها در سیستم سلامت جهت ارتقای سلامت سالمند، از تسهیل‌کننده‌های اشاره‌شده توسط مشارکت‌کنندگان در این زمینه هستند.

### بحث

مطالعه حاضر با هدف کشف عوامل بازدارنده و تسهیل‌کننده سالمندی فعال از دیدگاه افراد سالمند و صاحب‌نظر در حوزه سالمندی انجام شد. در ادامه موانع سالمندی فعال همراه با عوامل تسهیل‌کننده مرتبط، مورد بحث قرار خواهد گرفت.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد یکی از موانع سالمندی فعال، موانع فردی است. در این راستا، مطالعات بسیاری به موانع فردی از جمله ناتوانی جسمی [۳۴-۳۶]، اختلالات روانی [۲۵، ۲۷]، کمبود دانش و سواد ناکافی [۳۴، ۳۸، ۳۹]، انزوا و عدم برقراری ارتباط با دیگران [۱۵، ۳۷] و غفلت و بی‌توجهی نسبت به خود [۴۰، ۴۱]، به‌عنوان عوامل بازدارنده سالمندی فعال اشاره کرده‌اند. ناتوانی جسمی نیز در این مطالعه هم‌راستا با نظریه فرسودگی است که فرایند پیری را غیر قابل اجتناب می‌داند و با گذشت زمان، صدمات داخل سلولی ناشی از فرسودگی و از هم گسیختگی ممکن است تا آن حدی گسترش یابد که به ظرفیت سلول جهت تداوم غلبه کند و منجر به ناتوانی شود [۴۲]. عوامل فردی بازدارنده سالمندی فعال دیگری که توسط مشارکت‌کنندگان مطالعه حاضر بیان نشد، اما در متون مختلف به آن اشاره شده است، می‌توان به سوء‌تغذیه [۴۳]، کاهش عملکردهای عصبی و شناختی [۴۴]، تغییرات مورفولوژیکی و بیوشیمیایی در مغز فرد سالمند، سقوط سالمند، بی‌اختیاری ادرار در زنان سالمند [۴۵]،

عدم اعتماد به نفس، ترس از طرد شدن و دیدگاه‌های فرد نسبت به توانایی‌های خود [۴۶-۴۸] اشاره کرد.

در کنار موانع فردی سالمندی فعال، مجموعه‌ای از خصوصیات و ویژگی‌های شخصیتی فرد سالمند می‌تواند موجب تسهیل سالمندی فعال شود. در این راستا مطالعات بسیاری نیز به ویژگی‌هایی چون تمایل فردی سالمند برای ورود به عرصه مشارکت اجتماعی، سلامت جسمی و روانی، خودباوری، خودکارآمدی، ویژگی‌های اجتماعی-اقتصادی مانند سابقه شغلی و تجارب وی از زندگی، پیشینه تربیتی جهت مشارکت اجتماعی [۲۶، ۴۹، ۵۰]، وجود تصورات مثبت و خوش‌بینی نسبت به پیری، شادی [۳۷، ۵۱]، داشتن فراغت بال [۳۴، ۵۱] به‌عنوان عوامل تسهیل‌کننده سالمندی فعال اشاره کرده است. گرایش به فعالیت‌های جمعی و مشارکت اجتماعی در این مطالعه هم‌راستا با نظریه فعالیت است که یک رابطه مثبت بین فعالیت و رضایت از زندگی را فرض می‌کند و بیان می‌کند رضایت در دوران پیری، به حفظ فعال روابط و تلاش‌های شخصی فرد بستگی دارد [۴۲]. همچنین خودکارآمدی در سالمندی هم جهت با نظریه تعالی سالمندی است که اعتقاد دارد افراد به موازات سالمند شدن بر دیدگاه‌های محدودی که قبلاً داشتند فائق می‌آیند، کمتر خود محورند و بیشتر احساس خودکارآمدی دارند [۵۲]. علاوه بر تسهیل‌کننده‌های یادشده در مطالعه حاضر، عواملی چون استعداد سالمند [۳۴]، سواد و مهارت استفاده از فناوری‌های اطلاعاتی و ارتباطی [۵۳]، شخصیت برون‌گرا، مسئولیت‌پذیری و اعتقادات مذهبی فرد سالمند [۲۶، ۴۹] و استطاعت مالی وی نیز می‌تواند سالمندی فعال را تسهیل کند [۴۹].

از دیگر موانع سالمندی فعال، سوءرفتار با سالمند و گذار خانواده است. سوء رفتار با سالمند از معضلات عمده سلامت اجتماعی در جوامع امروزی به شمار می‌رود که به طرق مختلف همچون بی‌توجهی به نیازهای جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و درمانی صورت می‌گیرد. در این راستا مطالعات مختلف نیز، سوءاستفاده فیزیکی، روانی، مالی، جنسی، غفلت و رهاسازی، تهدید کلامی، پرخاشگری و زورگویی را به‌عنوان انواعی از سوءرفتار با سالمند اشاره کرده‌اند [۵۴-۵۶]. همچنین برخی از خانواده‌ها با حمایت بیش از حد و تصمیم‌گیری به‌جای سالمند موجب سلب اختیار و ممانعت از سالمندی فعال می‌شوند [۵۷]. گذار خانواده نیز به‌عنوان موانع سالمندی فعال در مطالعه حاضر مطرح شده است. در این راستا نتایج مطالعات مختلف نیز گذار جمعیتی و کاهش باروری را سبب غفلت از حمایت و مراقبت از سالمندان می‌دانند [۵۸-۶۰]. علاوه بر موانع یادشده، مطالبات بیش از حد خانواده و دوستان از فرد سالمند، نامناسب بودن وضعیت شریک زندگی، عدم حضور شریک و همراه و روابط ضعیف خانوادگی به‌عنوان دیگر عوامل خانوادگی بازدارنده سالمندی فعال اشاره‌شده در مرور متون است که در نتایج مطالعه حاضر یافت نشد [۴۶، ۶۰].

مشکلات فرهنگی نیز به‌عنوان یکی دیگر از موانع سالمندی فعال در مطالعه حاضر مطرح شد که در این راستا مطالعات مختلف نیز به وجود کلیشه‌های منفی درمورد سالمندان [۷۰] از جمله نابرابری، فاقد خلاقیت، باری بر دوش خانواده و جامعه، ضعیف، وابسته، بیمار، منزوی و عدم توانایی در یادگیری مهارت‌های جدید اشاره کرده‌اند که این کلیشه‌ها موجب ایجاد احساسات منفی، تعصب و اعمال تبعیض نسبت به آن‌ها می‌شود [۱۵، ۷۱].

در مقابل موانع مربوط به ساختار جامعه جهت سالمندی فعال، عامل ظرفیت جامعه از جمله منابع بالقوه اجتماعی و آداب و رسوم فرهنگی می‌تواند به‌عنوان تسهیل‌کننده سالمندی فعال در نظر گرفته شود که این عوامل هم‌راستا با متون موجود است [۲۶، ۳۵، ۷۱]. همچنین سایر عوامل تسهیل‌کننده مانند گفت‌وگوی و احیای همبستگی بین نسلی [۶۷، ۷۲]، تأسیس شهرهای دوستدار سالمند [۷۳]، افزایش دسترسی به فناوری‌های اطلاعاتی ارتباطی [۷۲، ۷۴]، ترویج پیاده‌روی و دوچرخه‌سواری [۱۴]، به تعویق انداختن بازنشستگی و طولانی کردن مدت زمان اشتغال در سایر مطالعات بیان شده است [۷۵].

نیروی انسانی ناکارآمد، پاسخ‌گویی نامناسب در ارائه خدمات و سوء مدیریت به‌عنوان موانع سیستم بهداشتی مطرح شدند. در این راستا مطالعه پروچرت و همکاران به کمبود منابع انسانی و تخصص، عمدتاً به دلیل اولویت کم سالمندی فعال و تمرکز سیستم‌های بهداشتی بر بیماری‌های واگیردار نسبت به چنین موضوعی به‌عنوان موانع سالمندی فعال اشاره کرده‌اند [۱۴]. همچنین دوچرخه‌سواری و همکاران عدم دسترسی کافی، نامناسب بودن و مقرون به صرفه نبودن مراقبت‌های بهداشتی را به‌عنوان مانع سالمندی فعال ذکر کرده‌اند. در این مطالعه به عواملی چون کمبود مراکز مراقبت طولانی‌مدت، افزایش پرداخت از جیب دارو، محدودیت خدمات بیمه‌ای، افزایش زمان انتظار برای جراحی انتخابی اشاره شد که در نتایج مطالعه حاضر یافت نشد [۷۶]. این مانع یکی از موانع جدی سیستم بهداشتی در کشور ایران محسوب می‌شود که مطالعات زیادی به آن اشاره داشتند [۷۷-۷۹]. بنابراین استراتژی‌های منابع انسانی سالمندی نظام سلامت، باید هم‌راستا با نیازهای سالمندان، اسناد بالادستی، موقعیت استراتژیک نظام سلامت و روندهای گستره سلامت سالمندی نگاشته شود.

در مقابل موانع سیستم بهداشتی جهت سالمندی فعال در مطالعه حاضر، مشارکت‌کنندگان به تعهد نظام سلامت به سلامت سالمندان و وجود اسناد بالادستی معتبر به‌عنوان عامل تسهیل‌کننده اشاره کردند. در بیشتر کشورها نیز، بر ایجاد یک تغییر اساسی در مراقبت بالینی سالمندان تأکید شده است. به‌جای تلاش برای مدیریت بیماری‌ها و علائم متعدد به شیوه‌ای از هم‌گسیخته، باید بر مداخلاتی تأکید کرد که ظرفیت‌های جسمی و ذهنی سالمندان را در طول زندگی‌شان بهینه می‌کند.

درمقابل موانع خانوادگی یادشده، ظرفیت خانواده می‌تواند به‌عنوان تسهیل‌کننده سالمندی فعال در نظر گرفته شود. در این راستا مطالعات موجود به مواردی چون شیوه تربیتی فرد در خانواده، تجارب مثبت از مشارکت اجتماعی در خانواده، خانواده مشارکت پرور و تأیید و همراهی سالمند توسط خانواده که موجب دریافت انگیزه از اطرافیان و خانواده و فائق آمدن بر مشکلات موجود می‌شود، اشاره کرده‌اند. فردی که در خانواده‌ای زندگی می‌کند که مشارکت اجتماعی به‌عنوان یک عادت رفتاری و هنجار خانوادگی شناخته شده است، در واقع در مسیر زندگی عادی خود فعالیت‌های اجتماعی خود را با شکل متفاوت و متأثر از سالمندی ادامه خواهد داد [۲۶، ۶۱، ۶۲]. همچنین همدلی خانواده با سالمند هم راستا با نظریه ذهن است که به توانایی درک افراد دیگر از طریق نسبت دادن حالات ذهنی به آن‌ها (یعنی حدس زدن آنچه در ذهن آن‌ها می‌گذرد) اشاره می‌کند [۶۳].

از دیگر عوامل بازدارنده سالمندی فعال در مطالعه حاضر، موانع ساختاری است که در این راستا نتایج مرور متون نشان داد مسئله بازنشستگی و نبود فرصت اشتغال افراد سالمند در کنار تورم بالا و کمبود منابع مالی موجب وابستگی اقتصادی سالمندان می‌شود. افراد سالمند با بازنشستگی اجباری و بیکاری به حاشیه رانده می‌شوند و در نتیجه آن‌ها با بحران اقتصادی به‌عنوان یک عامل بازدارنده سالمندی فعال روبه‌رو خواهند شد [۱۵، ۳۰، ۴۳، ۴۹]. همچنین عواملی چون جرم و جنایت در محل سکونت، قرار گرفتن در معرض رفتارهای ضداجتماعی [۴۹]، عدم مشارکت در شبکه‌های اجتماعی، انزوای اجتماعی ناشی از فاصله‌گذاری اجتماعی در طول همه‌گیری کووید-۱۹ فرصت‌های سالمندان را برای داشتن یک زندگی فعال کاهش داده است [۶۴-۶۶]. زمانی که فرصت‌های زندگی فعال به خطر بیفتد، افرادی که منابع فیزیکی و روانی کمتری دارند، در برابر کاهش فعالیت آسیب‌پذیرتر می‌شوند [۶۵]. همچنین محیط و تعلق اجتماعی سالمند یکی از عوامل تأثیرگذار بر روی سطح مشارکت اجتماعی سالمندی فعال است که مشارکت‌کنندگان مطالعه حاضر به آن اشاره نکرده‌اند. برای مثال مناطقی که عمدتاً از افراد با استانداردهای پایین زندگی و سوابق تحصیلی پایین و یا سوابق مهاجرتی تشکیل شده‌اند، فقدان ساختارهای آموزشی کافی مانع مشارکت اجتماعی سالمند می‌شود [۶۷].

محیط ناامن از دیگر عوامل بازدارنده سالمندی فعال است. محیط به‌عنوان یک عامل مهم بر سلامت و رفاه سالمندان در سراسر جهان شناخته شده است که در مطالعات مختلف نیز این موانع شامل سر و صدای بیش از حد، روشنایی ناکافی، ترافیک سنگین، شرایط نامناسب سطح پیاده‌رو، آلودگی هوا، عدم دفع صحیح زباله‌ها [۴۶]، [۶۸، ۶۹]، امکانات و زیرساخت‌های نامناسب مانند دسترسی به پارک‌ها برای فعالیت بدنی، شرایط محیطی نامطلوب، سگ‌های ولگرد، حمل‌ونقل نامناسب بوده است [۳۴].

اجتناب‌ناپذیر است. این مطالعه طیف گسترده‌ای از موانع و تسهیل‌کننده‌های سالمندی فعال را شناسایی کرد که مانع سیستم بهداشتی به‌عنوان یکی از موانع جهت توجه و پرداختن به آن برای برنامه‌ریزی‌های سالمندی فعال مطرح شد. بنابراین، منبع ارزشمندی برای ذی‌نفعان از جمله متخصصین حوزه سالمندی، محققین و مراکز مراقبت‌های بهداشتی، جهت شناسایی عوامل بازدارنده و تسهیل‌کننده‌های سالمندی فعال و کاربرد آن در برنامه‌ریزی و توسعه برنامه‌های مداخله‌ای ارتقای سالمندی فعال فراهم می‌کند. مطالعات بیشتر درخصوص شناسایی راهکارهای مؤثر جهت مرتفع کردن موانع و تقویت تسهیل‌کننده‌های سالمندی فعال توصیه می‌شود.

### ملاحظات اخلاقی

#### پیروی از اصول اخلاق پژوهش

پس از کسب مجوزهای لازم و دریافت کد اخلاق (IR. MUI.NUREMA.REC.1400.131) از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و رضایت شفاهی و کتبی آگاهانه از شرکت‌کنندگان، هدف از مطالعه و روش انجام کار، برای آن‌ها توضیح داده شد. همچنین کسب اجازه جهت ضبط مصاحبه، اطمینان‌دهی برای حذف فایل‌ها پس از اتمام پژوهش، داوطلبانه بودن همکاری و انصراف در هر زمان از مطالعه، تضمین ناشناس بودن و محرمانه بودن اطلاعات انجام شد.

#### حامی مالی

این مطالعه برگرفته از یافته‌های پایان‌نامه دکتری تخصصی پرستاری شهلا ایوبی ماهانی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (کد: ۳۴۰۰۳۵۴) است. حمایت مالی این مطالعه توسط دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شده است.

#### مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان در طراحی، اجرا و نگارش همه بخش‌های پژوهش حاضر مشارکت داشتند.

#### تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

#### تشکر و قدردانی

از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و کلیه شرکت‌کنندگان به دلیل همکاری ارزشمندشان در این مطالعه تشکر و قدردانی می‌شود.

این امر به نوبه خود مستلزم تغییر در نحوه سازماندهی خدمات در نظام سلامت است و باید یکپارچگی بیشتری در داخل سیستم بهداشتی و بین خدمات بهداشتی و اجتماعی وجود داشته باشد [۸۰]. در زمینه وجود اسناد بالادستی، در این مطالعه به اجرای ناقص قوانین فعلی و ضرورت اجرایی کردن این اسناد به شیوه‌ای اصولی و صحیح اشاره شد که در راستای ایجاد چنین تغییراتی، آگاه‌سازی پرسنل در این زمینه، اجرایی کردن اسناد بالا دستی، انجام اقدامات لازم در سطح ملی و بین‌المللی و تغییر پارادایم سازمان بهداشت جهانی به سمت پذیرش چارچوب سالمندی فعال مورد نیاز است [۶۴، ۷۲].

#### نقاط قوت و محدودیت‌های پژوهش

مهم‌ترین نقطه قوت پژوهش حاضر، توجه به عوامل بازدارنده و درکنار آن در نظر گرفتن موارد تسهیل‌کننده در زمینه‌های دستیابی به سالمندی فعال در فرهنگ و ساختار جامعه حاضر در ۵ شهر منتخب است. علاوه بر این مطالعه حاضر موانع و تسهیل‌کننده‌های سالمندی فعال را از دیدگاه و تجربیات سالمندان و متخصصین حوزه سالمندی بررسی کرد. درک تجربیات عملی شرکت‌کنندگان، نگرانی‌های اصلی، زمینه‌های فرهنگی و موقعیت‌ها می‌تواند به سیاست‌گذاران و متخصصان سالمندی کمک کند تا موانع را در سالمندی فعال شناسایی و در جهت افزایش و تقویت عوامل تسهیل‌کننده گام بردارند.

در زمینه محدودیت‌های مطالعه حاضر، ما موانع و تسهیل‌کننده‌های سالمندی فعال را از دیدگاه‌ها و تجربیات سالمندان و متخصصین حوزه سالمندی در ایران بررسی کردیم، اما ممکن است به دلیل تفاوت‌ها و شرایط فرهنگی در جوامع دیگر قابل تعمیم نباشد. از سوی دیگر، بررسی دیدگاه اعضای خانواده سالمندان برای شناسایی موانع و عوامل تسهیل‌کننده در جهت برطرف کردن آن‌ها توصیه می‌شود. باتوجه به اینکه تحلیل محتوای کیفی منوط به تفسیر ذهنی محقق از یافته‌ها است، خطر سوگیری در مطالعه وجود دارد که محقق سعی کرد به این موضوع توجه داشته باشد. از جمله محدودیت‌های دیگر عدم امکان مصاحبه با برخی از متخصصین حوزه سالمندی به دلیل نداشتن فرصت و همکاری نکردن برخی از سالمندان برای مصاحبه بود. همچنین به دلیل هم‌زمانی با همه‌گیری ویروس کرونا و مسافت طولانی با برخی متخصصین، تعدادی از مصاحبه‌ها به‌صورت مجازی انجام شد که محققین سعی کردند با استفاده از نرم‌افزارهایی که امکان انتقال هم‌زمان صدا و تصویر را دارند، بر محدودیت‌های ناشی از آن تا حد امکان فائق آیند.

#### نتیجه‌گیری نهایی

باتوجه به سرعت بالای پیری جمعیت در کشور ایران، زمینه‌سازی و فراهم کردن بسترهای سالمندی فعال یک اولویت

## References

- [1] Lemoine M. Defining aging. *Biology & Philosophy*. 2020; 35(5):46. [Link]
- [2] United Nations. *World Population Ageing 2019*. New York: United Nations; 2019. [Link]
- [3] Mehri N, Messkoub M, Kunkel S. Trends, determinants and the implications of population aging in Iran. *Ageing International*. 2020; 45(3):327-43. [DOI:10.1007/s12126-020-09364-z]
- [4] Mohaqeqi Kamal SH, Basakha M. [Prevalence of chronic diseases among the older adults in Iran: Does socioeconomic status matter? (Persian)] *Iranian Journal of Ageing*. 2022; 16(4):468-81. [DOI:10.32598/sija.2022.16.4.767.2]
- [5] Ferrucci L, Gonzalez-Freire M, Fabbri E, Simonsick E, Tanaka T, Moore Z, et al. Measuring biological aging in humans: A quest. *Aging Cell*. 2020; 19(2):e13080. [DOI:10.1111/accel.13080] [PMID] [PMCID]
- [6] Luo MS, Chui EWT, Li LW. The Longitudinal Associations between physical health and mental health among older adults. *Ageing & Mental Health*. 2020; 24(12):1990-8. [DOI:10.1080/13607863.2019.1655706] [PMID]
- [7] Zaidi A, Um J. The Asian active ageing index: Results for Indonesia and Thailand. *Social Development Working Papers*. 2019; 1-90. [Link]
- [8] Movahed M, Majidi M. [Active Aging Index and related factors among aged people in Shiraz in 1397 (Persian)]. *Journal of Advanced Biomedical Sciences*. 2019; 9(4):1819-28. [Link]
- [9] Walker A, Maltby T. Active ageing: A strategic policy solution to demographic ageing in the European union. *International Journal of Social Welfare*. 2012; 21(1):S117-30. [DOI:10.1111/j.1468-2397.2012.00871.x]
- [10] World Health Organization. *Active ageing: A policy framework*. Geneva: World Health Organization; 2002. [Link]
- [11] Khalili S, Mahzari M. [Knowing the obstacles to the implementation of strategic plans and their prioritization (Persian)]. *Strategic Management Research*. 2014; 20(56):111-32. [Link]
- [12] Porter M, Bhattacharya S. Investigation of staff and patients' opinions of a proposed trial of elective single embryo transfer. *Human Reproduction*. 2005; 20(9):2523-30. [DOI:10.1093/humrep/dei094] [PMID]
- [13] Klugar M, Cáp J, Klugarová J, Marecková J, Roberson DN, Kelnarová Z. The personal active aging strategies of older adults in Europe: A systematic review of qualitative evidence. *JBIG Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. 2016; 14(5):193-257. [DOI:10.11124/JBISRIR-2016-002393] [PMID]
- [14] Brüchert T, Quentin P, Baumgart S, Bolte G. Barriers, facilitating factors, and intersectoral collaboration for promoting active mobility for healthy aging-a qualitative study within local government in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021; 18(7):3807. [DOI:10.3390/ijerph18073807] [PMID] [PMCID]
- [15] Swift HJ, Abrams D, Lamont RA, Drury L. The risks of ageism model: How ageism and negative attitudes toward age can be a barrier to active aging. *Social Issues and Policy Review*. 2017; 11(1):195-231. [DOI:10.1111/sipr.12031]
- [16] Balooch Rafsanjani E, Morowatisharifabad MA, Jambarsang S, Mirzaei M. [Health-related needs of older adults in Rafsanjan County, Kerman, Iran (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2022; 17(2):232-45. [DOI:10.32598/sija.2022.3183.1]
- [17] Gholipour Z, Mahmoodi Majd Abadi Farahani M, Riahi L, Hajinabi K. [Factors affecting in providing active aging services in Iran (Persian)]. *Journal of Healthcare Management*. 2019; 10(2):61-72. [Link]
- [18] Tajvar M, Yaseri M, Mahmoudi R, Karami B. [Active aging index and its individual determinants in Tehran, Iran (Persian)]. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2020; 18(2):139-58. [Link]
- [19] Dorri S, Hakimi H, Rafii F, Ashghali Farahani M, Mohammadi H. [Concept of active aging in diabetics: A qualitative article (Persian)]. *Hayat*. 2019; 25(3):325-41. [Link]
- [20] Razeghi Nasrabad HB, Alimondegari M, Rezvanian Z. [Demographic-social and economic determinants of active aging among retirees of some government offices in Babol (Persian)]. *Strategic Research on Social Problems in Iran*. 2020; 9(4):51-76. [Link]
- [21] Mohammadi E, Allahyari T, Darvishpoor Kakhaki A, Saraei H. [Determining psychometric properties of Iranian active aging measurement instrument (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2018; 12(4):414-29. [DOI:10.21859/sija.12.4.414]
- [22] Mohammadi E, Allahyari T, Darvishpoor Kakhaki A, Saraei H, Fereshtehnejad SM. [Analysis of being active based on older adults' experience: A qualitative study of active aging strategies (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2017; 11(4):504-17. [DOI:10.21859/sija-1104504]
- [23] Haghshenas N. [Assessing the sociodemographic policies of active aging and challenges ahead in Iran (Persian)]. *Marifat Frhangi Ejtetaim Journal*. 2013; 4(1):101-20. [Link]
- [24] Javadi Pashaki N, Mohammadi F, Jafaraghaee F, Mehrdad N. Factors influencing the successful aging of Iranian old adult women. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2015; 17(7):e22451. [DOI:10.5812/ircmj.22451v2] [PMID] [PMCID]
- [25] Javadi-Pashaki N, Mohammadi F, Jafaraghaee F, Mehrdad N. Keeping up with the caravan of life: Successful aging strategies for Iranian women. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 2015; 10:29500. [DOI:10.3402/qhw.v10.29500] [PMID] [PMCID]
- [26] Amini R, Mohammadi Shahboulaghi F, Norouzi Tabrizi K, Setareh Forouzan A. [Facilitators and barriers to social participation of community-dwelling older adults in Iran: A qualitative study (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2021; 16(2):172-87. [DOI:10.32598/sija.16.2.3052.1]
- [27] KhazaePool M, Naghibi SA. [Correlates and barriers of social participation in elderly living in Mazandaran, Iran (Persian)]. *Payesh (Health Monitor)*. 2022; 21(2):183-96. [DOI:10.52547/payesh.21.2.183]
- [28] Mansouri T, Farhadi A, Borhaninejad VR, Kojaie Bidgoli A, Navvabi Rigi SD, Hosseinabadi R. [Factors and barriers affecting the social participation of older people (Persian)]. *J North Khorsasan Univ Med Sci*. 2018; 9(4):66-74. [Link]
- [29] Saffari M, Ghore M. [Factors inhibiting the participation of the elderly in sports and active recreation (Persian)]. *Journal of Sport Management and Motor Behavior*. 2017; 13(26):129-40. [Link]

- [30] Momenkiae M, Parvin S, Addelyan Rasi H. [Barriers to active aging based on the theory of the right to the city: A qualitative study in the city of Karaj (Persian)]. *Quarterly Journal of Social Work*. 2020; 9(1):40-65. [Link]
- [31] Rahman MS. The advantages and disadvantages of using qualitative and quantitative approaches and methods in language "testing and assessment" research: A literature review. *Journal of Education and Learning*. 2017;6(1):102-12. [Link]
- [32] Creswell JW, Guetterman TC. *Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research*. New York: Pearson; 2018. [Link]
- [33] Graneheim UH, Lindgren B-M, Lundman B. Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*. 2017; 56:29-34. [DOI:10.1016/j.nedt.2017.06.002] [PMID]
- [34] Lin WI, Chen ML, Cheng JC. The promotion of active aging in Taiwan. *Ageing international*. 2014; 39(2):81-96. [DOI:10.1007/s12126-013-9192-5]
- [35] da Silva Sousa NF, de Azevedo Barros MB. Level of active aging: Influence of environmental, social and health-related factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2020; 90:104094. [DOI:10.1016/j.archger.2020.104094] [PMID]
- [36] Galenkamp H, Deeg DJ. Increasing social participation of older people: Are there different barriers for those in poor health? Introduction to the special section. *European Journal of Ageing*. 2016; 13(2):87-90. [DOI:10.1007/s10433-016-0379-y] [PMID] [PMCID]
- [37] Paúl C, Teixeira L, Ribeiro O. Active aging in very old age and the relevance of psychological aspects. *Frontiers in Medicine*. 2017; 4:181. [DOI:10.3389/fmed.2017.00181] [PMID] [PMCID]
- [38] Mahmoodi R, Hassanzadeh A, Rahimi M. Health literacy and its dimensions in elderly people in Farsan city, Iran. *Journal of Education and Health Promotion*. 2021; 10:362. [DOI:10.4103/jehp.jehp\_149\_21] [PMID] [PMCID]
- [39] Morán JFO, García-Cuevas JLM, Gómez FME, Vila-Cha C, Serra N, Zamillo D, et al. Design of an App for the Awareness of Active Ageing Linked to Cultural Heritage. In: García-Alonso J, Fonseca C, editors. *Gerontechnology III. IWOG 2020. Lecture Notes in Bioengineering*. Cham: Springer; 2021. [DOI:10.1007/978-3-030-72567-9\_13]
- [40] Dahl N, Ross A, Ong P. Self-neglect in older populations: A description and analysis of current approaches. *Journal of Aging & Social Policy*. 2020; 32(6):537-58. [DOI:10.1080/08959420.2018.1500858] [PMID]
- [41] Yu M, Gu L, Jiao W, Xia H, Wang W. Predictors of self-neglect among community-dwelling older adults living alone in China. *Geriatric Nursing*. 2019; 40(5):457-62. [DOI:10.1016/j.gernurse.2019.02.002] [PMID]
- [42] Liu C, Bai X. *Handbook of theories of aging*. Oxfordshire: Taylor & Francis; 2019.
- [43] Hernandez DC, Johnston CA. Individual and environmental barriers to successful aging: The importance of considering environmental supports. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2016; 11(1):21-3. [DOI:10.1177/1559827616672617] [PMID] [PMCID]
- [44] Erdő F, Denes L, de Lange E. Age-associated physiological and pathological changes at the blood-brain barrier: A review. *Journal of Cerebral Blood Flow & Metabolism*. 2017; 37(1):4-24. [DOI:10.1177/0271678X16679420] [PMID] [PMCID]
- [45] Alvarenga-Martins N, Pinto PF, Arreguy-Sena C, Campos Paschoalin H, Alves de Moura DC, Vasconcelos Teixeira C. Urinary incontinence: An analysis in the perspective of aging policies. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*. 2017; 11(3):1189-99. [Link]
- [46] Withall J, Thompson JL, Fox KR, Davis M, Gray S, De Koning J, et al. Participant and public involvement in refining a peer-volunteering active aging intervention: Project ACE (Active, Connected, Engaged). *The Gerontologist*. 2018; 58(2):362-75. [DOI:10.1093/geront/gnw148]
- [47] Castle SC. Despite active public health campaigns, death from falls increased 30% in the past decade: Is ageism part of the barrier to self-awareness? *Clinics in Geriatric Medicine*. 2019; 35(2):147-59. [DOI:10.1016/j.cger.2019.01.002] [PMID]
- [48] Dsouza SA, Rajashekar B, Dsouza H, Kumar K. Falls in Indian older adults: A barrier to active ageing. *Asian Journal of Gerontology & Geriatrics*. 2014; 9:33-40. [Link]
- [49] Annear M, Keeling S, Wilkinson T, Cushman G, Gidlow B, Hopkins H. Environmental influences on healthy and active ageing: A systematic review. *Ageing & Society*. 2014; 34(4):590-622. [DOI:10.1017/S0144686X1200116X]
- [50] Bethancourt HJ, Rosenberg DE, Beatty T, Arterburn DE. Barriers to and facilitators of physical activity program use among older adults. *Clinical Medicine & Research*. 2014; 12(1-2):10-20. [DOI:10.3121/cmr.2013.1171] [PMID] [PMCID]
- [51] Zhou W, Qiu Y, Tian H. Promoting active aging through sports participation: A qualitative exploration of serious leisure among older Chinese adults. *Journal of Aging and Physical Activity*. 2022; 31(1):135-43. [DOI:10.1123/japa.2021-0343] [PMID]
- [52] Abreu T, Aratijo L, Ribeiro O. Religious factors and gerotranscendence in later life: A scope review of empirical studies. *Current Psychology*. 2023; 42: 13938-50. [DOI:10.1007/s12144-022-02706-x]
- [53] Vazova T. The role of educational technologies-a barrier or prerequisite for the provision of innovative and quality long-term care for the elderly in Bulgaria. *INTED2022 Proceedings*. 2022; 1171-5. [DOI:10.21125/inted.2022.0356]
- [54] Castro VC, Rissardo LK, Carreira L. Violence against the Brazilian elderlies: An analysis of hospitalizations. *Revista Brasileira De Enfermagem*. 2018; 71(Suppl 2):777-85. [DOI:10.1590/0034-7167-2017-0139] [PMID]
- [55] Nozarpour J, Fallahi-Khoshknab M, Arsalani N, Norouzi Tabrizi K, Ahmadi F. [Explaining the concept of violence against the older adult: A hybrid study (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2022; 17(1):134-53. [DOI:10.32598/sija.2022.3302.1]
- [56] Kalaycı I, Ozkul M. The elderly as social victims of modernization: Abuse and neglect of the elderly in Turkey. In: Shankardass M, editor. *International handbook of elder abuse and mistreatment*. Singapore: Springer; 2020. [DOI:10.1007/978-981-13-8610-7\_20]
- [57] Rahimi V, Heidari M, Nezarat S, Zahedi A, Mojadam M, Deris S. [Factors related to elder abuse within the family (Persian)]. *Quarterly Journal of Geriatric Nursing*. 2016; 3(1):89-100. [DOI:10.21859/jgn.3.1.89]

- [58] Kpessa-Whyte M. Aging and demographic transition in Ghana: State of the elderly and emerging issues. *The Gerontologist*. 2018; 58(3):403-8. [DOI:10.1093/geront/gnx205] [PMID]
- [59] Shafritz J. *International encyclopedia of public policy and administration*. New York: Routledge; 2019. [DOI:10.4324/9780429045103]
- [60] Zainuddin FHB, Hamidi MB, Wahab HBA. The barriers of financial support towards successful aging among the participants of activity center for the older persons in Malaysia. *Global Social Welfare*. 2020; 7:367-81. [DOI:10.1007/s40609-020-00182-4]
- [61] Gyasi RM, Abass K, Adu-Gyamfi S. How do lifestyle choices affect the link between living alone and psychological distress in older age? Results from the AgeHeaPsyWel-HeaSeeB study. *BMC Public Health*. 2020; 20(1):859. [DOI:10.1186/s12889-020-08870-8] [PMID] [PMCID]
- [62] Katagiri K, Kim JH. Factors determining the social participation of older adults: A comparison between Japan and Korea using EASS 2012. *PLoS One*. 2018; 13(4):e0194703. [DOI:10.1371/journal.pone.0194703] [PMID] [PMCID]
- [63] Quesque F, Rossetti Y. What do theory-of-mind tasks actually measure? Theory and practice. *Perspectives on Psychological Science*. 2020; 15(2):384-96. [DOI:10.1177/1745691619896607] [PMID]
- [64] Sayin Kasar K, Karaman E. Life in lockdown: Social isolation, loneliness and quality of life in the elderly during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *Geriatric Nursing*. 2021; 42(5):1222-9. [DOI:10.1016/j.gerinurse.2021.03.010] [PMID] [PMCID]
- [65] Siltanen S, Portegijs E, Saajanaho M, Pynnönen K, Kokko K, Rantanen T. Self-rated resilience and mobility limitations as predictors of change in active aging during COVID-19 restrictions in Finland: A longitudinal study. *European Journal of Ageing*. 2021; 19(3):475-84. [DOI:10.1007/s10433-021-00634-6] [PMID] [PMCID]
- [66] Daniali SS, Rahimi M, Salarvand S. Age discrimination in delivery of health services to old people during COVID-19 pandemic: a scoping review study. *Journal of Gerontology and Geriatrics*. 2022; 70:68-82. [DOI:10.36150/2499-6564-N415]
- [67] Friebe J, Schmidt-Hertha B. Activities and barriers to education for elderly people. *Journal of Contemporary Educational Studies/Sodobna Pedagogika*. 2013; 64(1):11-26. [Link]
- [68] Mitra R, Siva H, Kehler M. Walk-friendly suburbs for older adults? Exploring the enablers and barriers to walking in a large suburban municipality in Canada. *Journal of Aging Studies*. 2015; 35:10-9. [DOI:10.1016/j.jaging.2015.07.002] [PMID]
- [69] Clarke P, Twardzik E. The role of the built environment for healthy aging: Barriers and enablers. In: Ferraro KF, Carr D, editors. *Handbook of aging and the social sciences*. Cambridge: Academic Press; 2021. [DOI:10.1016/B978-0-12-815970-5.00008-5]
- [70] Thakkar B. Beyond the barriers of aging-coping, caring, and contributions of older women. In: Shankardass MK, editor. *Older women and well-being*. Singapore: Springer; 2021. [DOI:10.1007/978-981-16-4605-8\_2]
- [71] Ibrahim Fahim H, Gaber Sos D, Adel Hakim S, Ahmed Hamza S. Facilitators and barriers of active aging among Egyptians: A community based study in Cairo governorate, Egypt. *Al-Azhar Medical Journal*. 2020; 49(1):103-16. [DOI:10.21608/amj.2020.67542]
- [72] Zelalem AT, Adamek ME, Gebremariam Kotecho M. Barriers to active aging in rural Ethiopia: A call for a paradigm shift to a rights-based approach. *Journal of Aging & Social Policy*. 2023; 35(4):440-62. [DOI:10.1080/08959420.2022.2139988] [PMID]
- [73] Plouffe L, Kalache A. Towards global age-friendly cities: Determining urban features that promote active aging. *Journal of Urban Health*. 2010; 87(5):733-9. [DOI:10.1007/s11524-010-9466-0] [PMID] [PMCID]
- [74] Dogra S, Dunstan DW, Sugiyama T, Stathi A, Gardiner PA, Owen N. Active aging and public health: Evidence, implications, and opportunities. *Annual Review of Public Health*. 2022; 43:439-59. [DOI:10.1146/annurev-publhealth-052620-091107] [PMID]
- [75] Foster L. Active ageing, pensions and retirement in the UK. *Journal of Population Ageing*. 2018; 11(2):117-32. [DOI:10.1007/s12062-017-9181-7] [PMID] [PMCID]
- [76] Doetsch J, Pilot E, Santana P, Krafft T. Potential barriers in healthcare access of the elderly population influenced by the economic crisis and the troika agreement: A qualitative case study in Lisbon, Portugal. *International Journal for Equity in Health*. 2017; 16(1):184. [DOI:10.1186/s12939-017-0679-7] [PMID] [PMCID]
- [77] Sedeh GS, Mahfoozpour S, Hessam S, Tabibi SJ. [The necessity of aligning the human resources strategies of health system with the mega-trends of the older people health domain (Persian)]. *Depiction of Health*. 2018; 9(3):172-85. [Link]
- [78] Rezapoor A, Ebadifard Azar F, Abbasi broujeni P. [Situation of resource allocation in Iranian, a health system (Persian)]. *Journal of Hospital*. 2013; 11(4):53-64. [Link]
- [79] Asghari Sarem A, Markazi Moghaddam N. [Analysis of success crucial factors for human resource development at health sector (Persian)]. *Public Organizations Management*. 2015; 3(3):27-50. [Link]
- [80] Araujo de Carvalho J, Epping-Jordan J, Pot AM, Kelley E, Toro N, Thiagarajan JA, et al. Organizing integrated health-care services to meet older people's needs. *Bulletin of the World Health Organization*. 2017; 95(11):756-63. [DOI:10.2471/BLT.16.187617] [PMID] [PMCID]