MEJDS. 2021; 11:18. doi: 10.29252/mejds.0.0.68

Published online 2021 May. **Research Article**

The Relationship Between Active Aging and Mental Health in the Elderly Patients

Seyedjavadi M[1], *Pakfar Z[2]

Author Address
1. MSc of Nursing, Instructor, Nursing and Midwifery School, Ardebil University of Medical Sciences, Ardebil, Iran;
2. BSc of Nursing, Department of Student Research Committee of Ardebil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran.
***Corresponding author's email:** zanyar126zanyar@yahoo.com

Received: 2019 May 5; **Accepted:** 2019 July 29

Abstract

Background & Objectives: In Iran, studies and statistical indicators indicate an elderly rapid growth; accordingly, as expected in 2031, an aging explosion will occur in our country. Furthermore, 25%–30% of the population will be over the age of 50 years by then. Thus, it is essential to pay attention to the health of the aging population. Moreover, a critical approach to reduce the complications associated with aging is to increase activity among the aging population. Active aging should be considered as a multidimensional and multilevel concept that can simultaneously be applied to individual levels and for policymaking. Additionally, an important aspect of health in the elderly is the psychological dimension. Besides, this aspect requires special attention and prevention from disorders, such as depression and anxiety in them. Therefore, the present study aimed to determine the level of activity in the elderly and its relationship with their mental health.

Methods: This cross–sectional, descriptive, and correlational study was conducted on 200 elderly patients referring to the university hospitals of Ardabil City, Iran, in 2018. The study samples were selected by the convenience sampling method. The inclusion criteria of the study were an age of over 60 years and a willingness to participating in the study. The exclusion criteria of the study included discontinuing cooperation with the study, having a physician–confirmed mental illness, impaired consciousness levels, the paralysis of the limbs, and inability to perform personal tasks. The Active Aging Measurement Instrument (AAIM; Mohammadi et al., 2018) and the General Health Questionnaire–28 (GHQ–28; Goldberg & Hillier, 1979) were applied to collect the required data. To obtain the necessary demographic information, a researcher–made questionnaire was used that included age, gender, marital status, the number of children, occupational status, educational level, and economic status. The obtained data were analyzed in SPSS by descriptive statists, such as mean and standard deviation as well as inferential statists, including Independent Samples t–test and Pearson correlation coefficient.

Results: Pearson correlation coefficient data suggested a significant relationship between the level of activeness in the explored elderly and their mental health ($r=0.44$, $p<0.001$). Furthermore, a significant relationship was detected between all 6 subscales of AAIM, including sociability (socio–institutional participation) ($r=0.53$, $p=0.001$), mindfulness ($r=0.29$, $p=0.001$), interactionism ($r=0.33$, $p=0.001$), agency (active) insight ($r=0.47$, $p=0.001$), role–playing ($r=0.37$, $p=0.001$), and physical–functional dynamics ($r=0.49$, $p=0.001$), and the ability to explain mental health.

Conclusion: Based on the current study results, active aging can positively affect the elderly's mental health. Furthermore, active aging is an effective factor in mental health. Thus, being active can be considered in future plans for this group.

Keywords: Elderly, Mental health, Active aging.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.70.9]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.68]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۱۸.
doi: 10.29252/mejds.0.0.68
انتشار برخط اردیبهشت ۱۴۰۰
مقاله پژوهشی اصیل

سالمندی فعال و ارتباط آن با سلامت روان در بین سالمندان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های آموزشی‌درمانی اردبیل در سال ۱۳۹۷

مهری سیدجوادی[۱]، *زانیار پاک‌فر[۲]

توضیحات نویسندگان
۱. کارشناس ارشد پرستاری، مربی، دانشکدهٔ پرستاری مامایی دانشگاه علوم‌پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران؛
۲. کارشناس پرستاری، کمیتهٔ تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم‌پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران.
***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** zanyar126zanyar@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۵ اردیبهشت ۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۷ مرداد ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: جمعیت سالمندی رشدی شتابان دارد و سالمندی فعال و سلامت روان دو مقولهٔ مهم در سلامت سالمندان به‌شمار می‌رود؛ بنابراین هدف از انجام این پژوهش بررسی سالمندی فعال و ارتباط آن با سلامت روان بود.

روش‌بررسی: این مطالعه مقطعی از نوع توصیفی‌همبستگی بود که بر ۲۰۰ سالمند مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های آموزشی‌درمانی اردبیل در سال ۱۳۹۷ با نمونه‌گیری دردسترس انجام شد. برای جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامهٔ سالمندی فعال (محمدی و همکاران، ۱۳۹۶) و پرسشنامهٔ سلامت عمومی (گلدبرگ و هیلر، ۱۹۷۹) به‌کار رفت. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS نسخهٔ ۲۲ و روش‌های آمار استنباطی شامل آزمون تی مستقل و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۵درصد بود.

یافته‌ها: آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین سطح فعال‌بودن سالمندان با سلامت روان آن‌ها رابطهٔ آماری مستقیم معناداری وجود داشت ($r=۰/۴۴$، $p<۰/۰۰۱$)؛ همچنین بین هر شش خرده‌مقیاس سالمندی فعال شامل جماعت‌پذیری (مشارکت اجتماعی‌ـ‌نهادی) ($r=۰/۵۳$)، ذهن‌ورزی ($r=۰/۲۹$)، تعامل‌گرایی ($r=۰/۳۳$)، بینش عاملیت‌گرا (فعال) ($r=۰/۴۷$)، نقش‌آفرینی ($r=۰/۳۷$) و پویایی جسمی‌ـ‌عملکردی ($r=۰/۴۹$) با قابلیت تبیین با سلامت روان رابطهٔ آماری معناداری به‌دست آمد ($p=۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش حاضر، فعال‌بودن سالمندان تأثیر مثبتی بر سلامت روان آن‌ها دارد؛ همچنین به‌عنوان عامل مؤثر بر سلامت روان می‌تواند در برنامه‌ریزی‌های آتی در این گروه از افراد جامعه مدنظر قرار گیرد و سالمندان به‌سمت فعال‌بودن سوق داده شوند.

کلیدواژه‌ها: سالمند، سلامت روان، سالمندی فعال.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.70.9]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.68]

۱ مقدمه

فرایند افزایش سن امری طبیعی و اجتناب‌ناپذیر است که بر تمام جنبه‌های زیستی و روانی انسان تأثیر می‌گذارد (۱). افزایش سن فرایندی است که برای همهٔ افراد بشر پیش می‌آید و از آن گریزی نیست (۲). مفهوم سالمندی و اهمیت آن از اوایل دههٔ ۱۹۶۰ توسط سازمان بهداشت جهانی مطرح شد و در آن زمان به اهمیت ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها در طول دوران زندگی به‌خصوص در سنین پیری اشاره شد (۳). سالمندان در کل به سه گروه ۶۰تا۷۴ سال (سالمند جوان) و ۷۵تا۹۰ سال (سالمند) و ۹۰ سال و بیشتر (سالخورده) تقسیم می‌شوند (۴). سالمندی جمعیت پدیده‌ای محدود به یک‌کشور یا منطقه نیست؛ بلکه پدیده‌ای جهانی است و ایران نیز از این روند بی‌نصیب نمانده است؛ به‌طوری‌که براساس سرشماری سال ۱۳۹۰ جمعیت سالمندان به ۸/۲درصد جمعیت فزونی یافته است (۵).تخمین‌های سازمان بهداشت جهانی مشخص می‌کند، جمعیت سالمند جهان در سال ۲۰۳۰ به ۹۷۳میلیون نفر و در سال ۲۰۵۰ به ۲ میلیارد نفر خواهد رسید که حدود هشتاددرصد آن نیز در کشورهای کمتر توسعه‌یافته خواهد بود (به نقل از ۶). همچنین گفته شده است که از سال ۲۰۰۶تا۲۰۵۰ در کل جهان جمعیت سالمند دو برابر خواهد شد (۷).

در ایران بررسی‌ها و شاخص‌های آماری حاکی‌از رشد پرشتاب سالمندی است؛ به‌طوری‌که پیش‌بینی می‌شود در سال ۱۴۱۰ در کشور ما انفجار سالمندی رخ دهد و ۲۵تا۳۰درصد از جمعیت در سنین بیشتر از ۵۰ سال قرار خواهند گرفت؛ بنابراین ما با مسائل جدی دربارهٔ سالمندان و حل مشکلات آن‌ها روبه‌رو خواهیم شد (۱). به این ترتیب با درنظرگرفتن رشد شتابان جمعیت سالمندی و اینکه سالمندان دچار کاهش توانایی جسمی و روانی می‌شوند و انواع بیماری‌ها و مشکلات روانی آن‌ها را تهدید می‌کند، توجه به سلامت سالمندان از اهمیت خاصی برخوردار است (۸). در برخورد با سالمندی جمعیت، فراتر از رویکرد سنتی قرن بیستم که باید آن را به‌عنوان مرحلهٔ وابستگی زندگی، مشکل پزشکی و اتلاف وقت، وابستگی و سربارربودن در نظر گرفت، در قرن بیست‌ویکم به‌ویژه در نیمهٔ دوم آن، چرخشی پارادایمی در چگونگی مفهوم‌سازی و تجربهٔ سالمندی اتفاق افتاد که می‌توان 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 سالمندی فعال ظهور می‌یابند که از نظر علمی معنای سالمندی سالم و موفق و مولد را نیز تحت پوشش قرار می‌دهند (۹).

سالمندی فعال، دوران سالمندی سالم توصیف شده است که درنتیجهٔ آن میزان بیماری‌های مزمن کاهش پیدا می‌کند، سال‌های مولد پیری بیشتر می‌شود، ظرفیت شناختی و عملکردی درجهت انجام وظایف افزایش می‌یابد و باعث داشتن زندگی فرهنگی و اجتماعی لذت‌بخش در سالمند می‌شود (۱۰). سالمندی فعال روند توسعهٔ فرصت‌ها برای سلامتی و مشارکت و امنیت به‌منظور افزایش کیفیت زندگی در سالمندان و به‌عنوان ادامهٔ مشارکت در امور اجتماعی و اقتصادی و فرهنگی است (۱۱)؛ همچنین آن را باید مفهومی چندبعدی در نظر گرفت که هم‌زمان در سطوح فردی و سیاست‌گذاری می‌توان از آن بهره برد (۱۲). نگاهی به وضعیت سالمندی فعال در حوزهٔ سالمندشناسی، حاکی‌از وجود تعاریف و تأکیدات گوناگون است؛ به‌طوری‌که گاهی به‌منزلهٔ مشارکت اجتماعی، گاهی به‌صورت سلامت جسمی و فقدان وابستگی عملکردی، گاهی در چارچوب تعیین‌کننده‌ها و گاهی مشارکت شهروندی نگریسته می‌شود (۵). سالمندی فعال را می‌توان روند تطبیق با افزایش سن درجهت حفظ حداکثر عملکرد جسمی و ذهنی و روانی و سطح بیشتر مشارکت اجتماعی دانست (۱۳). باید توجه داشت که نبود فعالیت جزء ریسک‌فاکتورهای افزایش بیماری و مرگ‌ومیر است که در این خصوص افراد سالمند بیشتر درمعرض خطر هستند (۱۴)؛ همچنین فعالیت سالمند نقش مهمی در سلامت روانی افراد ایفا می‌کند و فعال‌بودن از نظر جسمی ابزاری برای تداوم استقلال در افراد سالمند است (۱).

یکی از حوزه‌های مهم سلامت سالمندان، بعد روانی است که نیازمند توجه خاص به آن و پیشگیری از اختلالاتی نظیر افسردگی و اضطراب در آنان است (۸). باید در نظر داشت که مشکلات روانی ازقبیل افسردگی، انزوای اجتماعی، احساس تنهایی و احساس بیهودگی در بین سالمندان روزبه‌روز در حال افزایش است؛ بنابراین شناسایی عوامل تأثیرگذار بر سلامت روان و عوامل مؤثر در پیشگیری و بهبود آن نیز اهمیت فراوانی دارد (۱۵). در همین رابطه مرتضوی و همکاران در مطالعهٔ خود نشان دادند که هر چهار خرده‌مقیاس سلامت روان در گروه سالمندان دارای فعالیت بدنی منظم با گروه بدون فعالیت بدنی، تفاوت آماری معناداری دارد و سالمندان دارای فعالیت بدنی، از سلامت روان بیشتری برخوردار هستند (۱۶). سهرابی و همکاران در پژوهش خود دریافتند که بین اکثر خرده‌مقیاس‌های استحکام روانی و بهزیستی روان‌شناختی با فعالیت بدنی در دو گروه سالمندان فعال و غیرفعال ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد (۱۵). آرمان نیز طبق نتیجهٔ مطالعهٔ خود بیان کرد که میزان استرس و اضطراب و افسردگی سالمندان زن فعال و غیرفعال به‌طور معناداری باهم تفاوت دارد و سالمندان فعال درمقایسه با سالمندان غیرفعال دارای استرس و اضطراب و افسردگی کمتری هستند (۸). همچنین در این خصوص کینگ و همکاران (۱۷) و الاواسکی و همکاران (۱۸) نشان دادند، فعالیت بدنی و ورزش باعث جلوگیری از اختلالات روانی مانند روان‌پریشی، افسردگی، اضطراب و افزایش کیفیت زندگی در سالمندان می‌شود. ایگور و همکاران در مطالعهٔ خود به این نتیجه رسیدند که سالمندان درگیر در فعالیت بدنی و ورزش از سطح رشد اجتماعی و عزت‌نفس و کیفیت زندگی بیشتر و افسردگی کمتری برخوردار هستند (۱۹). گزارش نتایج حاصل از مطالعات انجام‌شده در زمینهٔ سالمندی با موفقیت بیان می‌کند که عادات و شیوهٔ زندگی این افراد بر سلامت جسمی و روانی و روحی آن‌ها بسیار تأثیرگذار است و شیوهٔ زندگی ارتقادهندهٔ سلامت و کیفیت زندگی است. شیوهٔ زندگی فعال موجب به‌تعویق‌افتادن فرایند پیری می‌شود و فعالیت و تحرک باعث سلامتی و نشاط بیشتر سالمندان می‌گردد (۱۶).

با درنظرگرفتن اینکه جمعیت سالمندی در جهان و در کشورمان ایران رو به افزایش است و متعاقباً با افزایش این گروه از افراد، مشکلات

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.70.9]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.68]

مربوط به آن‌ها و فشار بر سیستم‌های بهداشتی و خدماتی برای سالمندان بیشتر خواهد بود، باید اقدامات لازم درخصوص پیشگیری و ارتقای سطح سلامت جسمی و روانی این گروه آسیب‌پذیر انجام شود. برای شناخت و درک بیشتر وضعیت جمعیت سالمندی در کشور نیاز است در تمامی استان‌ها باتوجه به تفاوت فرهنگ و نگرش به این گروه از افراد، پژوهش‌های لازم برای بررسی وضعیت سالمندان و آگاهی از مسائل و مشکلات آن‌ها صورت گیرد و براساس آن اقدامات لازم به‌منظور بهبودی وضعیت موجود و پیشگیری از مشکلات بعدی انجام شود. باید توجه داشت که یکی از مسائل مهم در این گروه، فعال‌بودن در جامعه و پیشگیری از مشکلات روحی و روانی آن‌ها و بهبود وضعیت سلامت روان است؛ بنابراین این تحقیق با هدف بررسی فعال‌بودن و سلامت روان سالمندان و ارتباط بین آن‌ها در بین سالمندان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های آموزشی‌درمانی اردبیل اجرا شد.

۲ روش‌بررسی

این مطالعه مقطعی از نوع توصیفی‌همبستگی بود که بر ۲۰۰ سالمند (طبق فرمول کوکران) مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های آموزشی‌درمانی اردبیل در سال ۱۳۹۷ انجام شد. جامعهٔ پژوهش را همهٔ سالمندان مراجعه‌کننده به بیمارستان تشکیل دادند که به‌منظور درمان بستری بودند و از بین آن‌ها نمونه‌گیری به‌روش دردسترس صورت گرفت. معیارهای ورود سالمندان به پژوهش داشتن سن بیشتر از ۶۰ سال و تمایل به شرکت در مطالعه در نظر گرفته شد. معیارهای خروج سالمندان از پژوهش شامل انصراف فرد سالمند از تحقیق، داشتن بیماری‌های روانی تأییدشده توسط پزشک، اختلال سطح هوشیاری، فلج اندام‌ها و توانایی‌نداشتن در انجام کارهای شخصی بود. همچنین قبل از انجام مطالعه از سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش رضایت شفاهی و کتبی گرفته شد. برای به‌دست‌آوردن اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامهٔ محقق‌ساخته به‌کار رفت که شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، شغل، تحصیلات و وضعیت اقتصادی بود. طبق پرسشنامه، وضعیت اقتصادی سه حالت خوب و متوسط و ضعیف را در بر گرفت که سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش باید یکی از حالت‌ها را علامت می‌زدند.

در این پژوهش ابزارهای زیر برای جمع‌آوری داده‌ها به‌کار رفت.

ـ پرسشنامهٔ سالمندی فعال: این پرسشنامه در سال ۱۳۹۶ توسط محمدی و همکاران در دو مرحله با روش تحقیق ترکیبی اینگرسل‌ـ دایتون[1] طراحی و ساخته شد و اعتبار و پایایی آن به‌دست آمد (۹). در پژوهش حاضر برای جمع‌آوری داده‌های مربوط به سالمندی فعال، پرسشنامهٔ سالمندی فعال که بومی‌سازی شده است، به‌کار رفت. قبل از استفاده از پرسشنامه از محققی که درخصوص بومی‌سازی این پرسشنامه پژوهش انجام داده، اجازهٔ استفاده با تماس تلفنی اخذ شد. ابزار اولیه حاوی ۶۱ سؤال بود که پس از تعیین اعتبار صوری و محتوای ابزار و پس از تحلیل گویه‌ها و تحلیل عامل اکتشافی به ابزار نهایی ۴۰سؤالی با شش خرده‌مقیاس جماعت‌پذیری (مشارکت اجتماعی‌ـ نهادی)، ذهن‌ورزی، تعامل‌گرایی، بینش عاملیت‌گرا (فعال)، نقش‌آفرینی و پویایی جسمی‌ـ عملکردی با قابلیت تبیین ۵۶درصد کل واریانس سالمندی فعال تبدیل شد. هر سؤال شامل پنج گزینه است که به‌صورت هیچ=۱، کم=۲، تاحدی=۳، زیاد=۴ و خیلی زیاد=۵ با مقیاس لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. لازم به ذکر است که در این خصوص ۶ سؤال از بین ۴۰ سؤال به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه در حال حاضر نقطهٔ برش ندارد؛ ولی هرچه نمرهٔ به‌دست‌آمده بیشتر باشد نشان‌دهندهٔ فعال‌بودن بیشتر سالمند خواهد بود (۹). این ابزار براساس شاخص اعتبار محتوای والتس و باسل[2] و نسبت اعتبار محتوای لاوشه بررسی شد و شاخص اعتبار محتوای کل ابزار ۰/۹۰۶ به‌دست آمد (۹). اعتبار صوری ابزار براساس نظرات مکتوب متخصصان و سالمندان دربارهٔ وضوح، سادگی، مفهوم‌بودن، ظاهر ابزار، نگارش و دستور زبان تأیید شد. اعتبار سازهٔ ابزار اندازه‌گیری سالمندی فعال نیز با روش تحلیل عاملی اکتشافی بررسی گردید. پایایی نیز مبتنی‌بر محاسبهٔ ضریب آلفای کرونباخ، مؤید همسانی درونی مطلوب پرسشنامه ۰/۸۸ و ثبات ازطریق بازآزمایی ۰/۹۵ بود (۹). در مطالعهٔ حاضر نیز برای سنجش پایایی این پرسشنامه از روش آزمون‌ـ بازآزمون استفاده شد که ۸۶درصد به‌دست آمد.

ـ پرسشنامهٔ سلامت عمومی[3]: این پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۹ تدوین شد و قابل استفاده در فرهنگ‌های مختلف و کشورهای در حال توسعه است (۲۰). در پژوهش حاضر برای بررسی سلامت روان سالمندان از پرسشنامهٔ سلامت عمومی استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۲۸ سؤال با چهار خرده‌مقیاس است. خرده‌مقیاس اول، دربارهٔ احساس افراد به وضع سلامت خود و احساس خستگی آن‌ها است و نشانه‌های بدنی را در بر می‌گیرد. خرده‌مقیاس دوم مربوط به اضطراب و بی‌خوابی است. خرده‌مقیاس سوم به توانایی افراد در مقابله با خواسته‌های حرفه‌ای و مسائل زندگی روزمره و چگونگی کنارآمدن با موقعیت‌های متداول مربوط می‌شود و چهارمین خرده‌مقیاس مربوط به افسردگی وخیم و گرایش به خودکشی است. هر زیرمقیاس هفت سؤال دارد. نمره‌گذاری سؤالات از صفرتا۳ است و نمرهٔ هر فرد در هر زیرمقیاس از صفرتا۲۱ متغیر است. در هر زیرمقیاس نمرهٔ بیشتر از ۱۴ وجود مشکل را در آن مقیاس نشان می‌دهد. نمرهٔ کلی هر فرد از حاصل جمع نمرات چهار زیرمقیاس به‌دست می‌آید. نمرات بیشتر نشان‌دهندهٔ وجود اختلال و نمرات کم بیانگر وجودنداشتن بیماری و سلامتی روان است. فردی که درمجموع از چهار زیرمقیاس نمرهٔ ۰تا۲۷ دریافت می‌کند سلامت روانی مطلوب دارد. نمرهٔ ۲۸تا۵۵ وضعیت را در آستانهٔ بیماری داشتن پاسخ‌گو نشان می‌دهد و فردی که نمرهٔ ۵۶تا۸۴ را کسب می‌کند دارای وضعیت سلامت نامطلوبی است (۲۰). جکسون پایایی کل این آزمون را ۹۱درصد و پایایی خرده‌مقیاس‌ها را بین ۷۷تا۸۲درصد گزارش کرد (۲۱). نوربالا و همکاران اعتبار و پایایی پرسشنامه را به‌دست آوردند و پایایی آن را ۸۵درصد عنوان کردند (۲۲). پالاهنگ و همکاران پایایی پرسشنامه را ۹۱درصد و نقطهٔ برش آن را ۲۲ محاسبه کردند (۲۳).

[1]. Ingersoll-Dayton
[2]. Waltz & Bausell
[3]. General Health Questionnaire-28 (GHQ-28)

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.70.9]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.68]

باتوجه به انجام آزمون کولموگروف‌اسمیرنوف خطای آزمون برای سطح اطمینان ۹۵درصد، سطح معناداری برابر ۵درصد به‌دست آمد؛ بنابراین توزیع متغیرهای مطالعه‌شده نرمال بود و برای آزمون فرض‌ها از آزمون‌های پارامتریک استفاده شد. درنهایت داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخهٔ ۲۲، آزمون‌های آماری توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و آزمون‌های آماری استنباطی شامل آزمون تی مستقل و ضریب همبستگی پیرسون تجزیه‌وتحلیل شدند. سطح معناداری آزمون‌ها ۵درصد بود.

۳ یافته‌ها

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میانگین سنی افراد مطالعه‌شده ۹/۱۲±۷۲/۰۱ سال بود و بیشتر افراد با فراوانی ۸۷ نفر (۴۳/۵درصد) در گروه سنی ۶۰تا۶۹ سال قرار داشتند. از نظر جنسیت ۸۰ نفر (۴۰درصد) زن و ۱۲۰ نفر (۶۰درصد) مرد بودند. از لحاظ سطح تحصیلات اکثریت افراد مطالعه‌شده، ۱۴۰ نفر (۷۰درصد) بی‌سواد بودند. از نظر شغل تمامی زنان (۸۰ نفر) خانه‌دار بودند و از بین مردان بیشتر تعداد یعنی ۴۲ نفر (۳۵درصد) شغل آزاد داشتند و ۱۴ نفر (۱۱درصد) بیکار بودند. اکثریت سالمندان مطالعه‌شده با تعداد ۱۴۴ نفر (۷۲درصد) متأهل بودند و اکثریت آن‌ها به تعداد ۱۴۶ نفر (۷۳درصد) بیشتر از چهار فرزند داشتند. از نظر وضعیت اقتصادی اکثریت یعنی ۱۲۹ نفر (۶۴/۵درصد) وضعیت اقتصادی متوسط را گزارش کردند (جدول ۱). ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که از بین متغیرهای دموگرافیک بین وضعیت اقتصادی با نمرهٔ سلامت روان رابطهٔ آماری معناداری وجود دارد (p=۰/۰۰۱).

جدول ۱. توزیع فراوانی اطلاعات دموگرافیک سالمندان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های آموزشی‌درمانی اردبیل

متغیرها		فراوانی متغیرها	
		تعداد	درصد
جنسیت	زن	۸۰	۴۰
	مرد	۱۲۰	۶۰
سن	۶۰تا۶۹	۸۷	۴۳/۵
	۷۰تا۷۹	۶۷	۳۳/۵
	۸۰تا۸۹	۳۵	۱۷/۵
	۹۰تا۹۹	۱۱	۵/۵
تحصیلات	بی‌سواد	۱۴۰	۷۰
	ابتدایی	۴۵	۲۲/۵
	دیپلم	۱۳	۶/۵
	لیسانس	۲	۱
شغل(مردان)	بازنشسته	۲۶	۲۲
	بیکار	۱۴	۱۱
	آزاد	۴۲	۳۵
	کارمند	۱	۱
	کشاورز	۳۷	۳۱
تأهل	مجرد	۲	۱
	متأهل	۱۴۴	۷۲
	فوت همسر	۵۴	۲۷
تعداد فرزندان	۱تا۲	۱۰	۵
	۳تا۴	۴۲	۲۱
	بیشتر از ۴	۱۴۶	۷۳
	بدون فرزند	۲	۱
وضعیت اقتصادی	خوب	۱۴	۷
	متوسط	۱۲۹	۶۴/۵
	بد	۵۷	۲۸/۵

جدول ۲. میانگین نمرهٔ فعال‌بودن و ابعاد آن در بین سالمندان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های آموزشی‌درمانی اردبیل

وضعیت فعالیت	نمرهٔ کل فعالیت سالمند	ذهن‌ورزی	بینش فعال	پویایی جسمی	تعامل‌گرایی	نقش‌آفرینی	مشارکت اجتماعی
میانگین	۹۶/۶۰	۹/۲۵	۱۷/۶۴	۲۰/۴۳	۲۰/۷۷	۲۲/۲۳	۶/۱۷
انحراف معیار	۲۰/۴۳	۳/۳۹	۵/۶۷	۵/۸۵	۴/۸۰	۵/۲۱	۳/۱۸

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.70.9]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.68]

براساس جدول ۲، بررسی فعالیت سالمندان تحت مطالعه نیز مشخص کرد که میانگین نمرهٔ کل فعالیت به‌دست‌آمده ۲۰/۴۳±۹۶/۶۰ است.

جدول ۳. میانگین نمرهٔ سلامت روان و ابعاد آن در بین سالمندان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های آموزشی‌درمانی اردبیل

وضعیت سلامت روان	نمرهٔ کل سلامت روان	اختلالات جسمانی	اضطراب و بی‌خوابی	افسردگی	اختلالات اجتماعی
میانگین	۴۹/۲۸	۱۱/۰۲	۱۱/۸۴	۱۰/۱۲	۱۶/۲۹
انحراف معیار	۱۱/۸۹	۳/۷۳	۴/۰۵	۳/۹۱	۴/۱۶

با توجه به جدول ۳، در این مطالعه میانگین نمرهٔ کل سلامت روان سالمندان ۱۱/۸۹±۴۹/۲۸ به‌دست آمد که در بین ابعاد آن بیشترین میانگین نمرهٔ حاصل مربوط به بعد اختلالات اجتماعی با نمرهٔ ۴/۱۶±۱۶/۲۹ و کمترین میانگین نمرهٔ به‌دست‌آمده مربوط به بعد افسردگی با نمرهٔ ۳/۹۱±۱۰/۱۲ بود.

آزمون تی مقایسهٔ میانگین یک گروه با عددی ثابت با سطح اطمینان ۰/۹۵ مشخص کرد که تفاوت معناداری بین میانگین سطح فعالیت و میزان فعال‌بودن سالمندان مطالعه‌شده با معیار مقایسه (باتوجه به تعداد ۴۰ سؤال و حد وسط ۱۲۰) وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$)؛ به‌طوری‌که میزان فعال‌بودن سالمندان کمتر از میانگین نظری یا معیار مقایسه است. همچنین آزمون تی تک نمونه با سطح اطمینان ۰/۹۵ نشان داد که تفاوت معناداری بین میانگین سطح سلامت روان سالمندان با میانگین نظری یا معیار مقایسه (نمرهٔ ۲۲ نقطهٔ برش وضعیت سلامت روان) دیده می‌شود ($p<۰/۰۰۱$) و سطح سلامت روان سالمندان مطالعهٔ حاضر بیشتراز میانگین نظری است.

جدول ۴. همبستگی بین خرده‌مقیاس‌های سالمندی فعال با سلامت روان در بین سالمندان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های آموزشی‌درمانی اردبیل

خرده‌مقیاس‌ها		جماعت‌پذیری	ذهن‌ورزی	تعامل‌گرایی	بینش فعال	نقش‌آفرینی	پویایی جسمی
ضریب همبستگی پیرسون	*مقدار p*	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
	r	۰/۵۳	۰/۲۹	۰/۳۳	۰/۴۷	۰/۳۷	۰/۴۹

آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد، بین سطح فعال‌بودن سالمندان با سلامت روان آن‌ها رابطهٔ آماری معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$) و ضریب همبستگی بین دو متغیر ۰/۴۴ است. همچنین بین هر شش خرده‌مقیاس سالمندی فعال شامل جماعت‌پذیری (مشارکت اجتماعی‌ـ‌نهادی)، ذهن‌ورزی، تعامل‌گرایی، بینش عاملیت‌گرا (فعال)، نقش‌آفرینی و پویایی جسمی‌ـ‌عملکردی با قابلیت تبیین با سلامت روان رابطهٔ آماری معناداری به‌دست آمد ($p=۰/۰۰۱$).

۴ بحث

این مطالعه با هدف بررسی وضعیت سلامت روان سالمندان و نمرهٔ فعال‌بودن آن‌ها و ارتباط بین این دو انجام شد. طبق نتایج حاصل اکثریت سالمندان در سنین ۶۰تا۶۹ سال قرار داشتند که می‌توان نتیجه گرفت، اکثریت افراد بررسی‌شده در این تحقیق در گروه سالمندان جوان قرار دارند؛ ولی برخلاف انتظار نمرهٔ فعال‌بودن سالمندان کمتر از حد میانگین نمره به‌دست آمد. باتوجه به اینکه نمرهٔ بیشتر نشان‌دهندهٔ سطح فعال‌بودن بیشتر سالمند است می‌توان نتیجه گرفت که سطح فعال‌بودن سالمندان مطالعه‌شده در حد مطلوب و مناسبی نیست.

در رابطه با نمرهٔ ابعاد سطح فعالیت، نتایج نشان داد که بُعد بیشتر فعال‌بودن مربوط به نقش‌آفرینی است و پس از آن به‌ترتیب به تعامل‌گرایی، پویایی جسمی، بینش فعال، ذهن‌ورزی و درنهایت مشارکت اجتماعی مربوط می‌شود. طبق نتایج حاصل، بُعد بدتر، مشارکت اجتماعی بود؛ درحالی‌که یکی از مسائل مهم در فعال‌بودن سالمند مشارکت اجتماعی است. یزدانی و همکاران نیز در مطالعهٔ خود در بین ۸۰ نفر افراد بیشتر از ۶۰ سال در تهران دریافتند، مشارکت اجتماعی سالمندان مطالعه‌شده در حد مطلوب نیست که این یافته با مطالعهٔ حاضر همسوست؛ همچنین آن‌ها به این نتیجه رسیدند که بین مشارکت اجتماعی و سلامت روان سالمندان رابطهٔ آماری معناداری وجود ندارد (۲۴). نتایج پژوهش راشدی و همکاران بر ۳۸۰ سالمند بیشتر از ۶۰ سال در شهر همدان نشان داد که سطح سلامت روان سالمندان مطالعه‌شده در حد مطلوب است و بین مشارکت اجتماعی و سلامت روان رابطهٔ آماری معناداری وجود دارد (۲۵)؛ درحالی‌که درخصوص رابطهٔ مشارکت اجتماعی و سلامت روان نتایج یکسانی به‌دست نیامده است؛ به‌طوری‌که بعضی مطالعات این رابطه را مثبت و برخی منفی و بعضی بدون رابطه گزارش کرده‌اند (۲۴). در این خصوص بیازتاس و همکاران در مطالعهٔ خود به این نتیجه رسیدند که میزان رضایت از زندگی در بین سالمندانی که با خانواده زندگی می‌کنند و مشارکت اجتماعی زیادتری دارند، بیشتر است (۲۶). دلیل تفاوت در نتایج می‌تواند تعداد افراد مطالعه‌شده و تفاوت شهر محل سکونت افراد یا سن افراد مورد بررسی باشد که در مطالعهٔ حاضر افراد بیشتر از ۶۵ سال ارزیابی شدند. درمجموع، فعالیت فیزیکی منظم باعث بهبود وضعیت عملکرد جسمی و ذهنی در سالمندان می‌شود و امروزه باید چالش جدید در سالمندان، توجه به افزایش فعالیت فیزیکی و جسمی روزانهٔ آن‌ها در زمان برنامه‌ریزی‌شدهٔ طولانی‌تر در طی روز باشد (۲۷)

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.70.9]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.68]

و باید در این خصوص برنامه‌ریزی‌های لازم انجام گیرد.

درخصوص سلامت روان، پژوهش حاضر نشان داد که سلامت روان سالمندان مطالعه‌شده در حد مطلوبی نیست و باتوجه به اینکه نمرهٔ میانگین حاصل بین ۲۸تا۵۶ قرار دارد، می‌توان گفت که بیشتر سالمندان بررسی‌شده در این پژوهش در آستانهٔ اختلال در سطح سلامت روان هستند. دربارهٔ ابعاد سلامت روان نیز بُعد اختلالات اجتماعی میانگین بیشتر را به خود اختصاص داد که نشان‌دهندهٔ مشکل در این بُعد از سطح سلامت روان است و بُعد افسردگی دارای نمرهٔ کمتر بود. در این میان بُعد اضطراب و بی‌خوابی و بُعد اختلال جسمی در حد وسط و تقریباً مشابه هم بودند؛ ولی در کل به‌غیر از بعد اختلالات اجتماعی که بیانگر وجود مشکل در این بعد بود، ابعاد دیگر ذکرشده نیز در حد متوسط بودند و در سطح مطلوب قرار نداشتند.

در این خصوص مؤمنی و کریمی در مطالعهٔ خود نمرهٔ سلامت روان را در بین سالمندان ۲۳/۵۹ به‌دست آوردند (۲۸)؛ همچنین در پژوهش قنبری هاشم‌آبادی و همکاران نمرهٔ سلامت روان بین زنان سالمند بیشتر از ۶۰ سال حدود ۲۴/۶ و بین مردان بیشتر از ۶۰ سال ۲۱/۳۶ بود (۴). نجفی و همکاران در پژوهشی با بررسی سلامت روان سالمندان در تهران اظهار داشتند که ۵۰/۲درصد شرکت‌کنندگان در مطالعه مشکل سلامت روان دارند (۲۹). براتی و همکاران در مطالعهٔ خود نشان دادند، حدود ۴۲درصد از سالمندان در شهر همدان وضعیت سلامت روانی نامطلوبی دارند که از بین آن‌ها بعد اختلال اجتماعی و افسردگی تأثیر بیشتری بر بروز اختلالات روانی در سالمندان دارد (۳۰). پژوهش حاضر نیز همسو با مطالعات ذکرشده نشان داد که سالمندان مطالعه‌شده در وضعیت سلامت روانی مطلوبی قرار ندارند؛ ولی مطالعهٔ راشدی و همکاران مشخص کرد که افراد بیشتر از ۶۰ سال در همدان سطح سلامت روان مطلوبی دارند (۲۵) که با پژوهش حاضر ناهمسوست. این تفاوت در نتایج می‌تواند به‌دلیل تعداد بیشتر سالمندان بررسی‌شده در مطالعهٔ راشدی و همکاران در مقایسه با مطالعهٔ حاضر باشد یا به‌دلیل تفاوت فرهنگی و محل سکونت جامعهٔ آماری و تأثیر محیط پژوهش آن‌ها و مطالعهٔ حاضر باشد.

بررسی رابطهٔ بین خصوصیات دموگرافیک با سلامت روان نشان داد که بین وضعیت اقتصادی و سلامت روان رابطهٔ آماری معناداری وجود دارد؛ ولی این رابطه بین سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و اشتغال با سلامت روان معنادار نیست. قنبری هاشم‌آبادی و همکاران در مطالعهٔ خود مشخص کردند که بین جنس و سلامت روان رابطهٔ آماری معناداری مشاهده نمی‌شود (۴) که این یافته با پژوهش حاضر همسوست. نجفی و همکاران در تحقیق خود در شهر تهران عنوان کردند، بین سن و سطح تحصیلات با سلامت روان رابطهٔ آماری معناداری وجود دارد؛ به‌طوری‌که با افزایش سن شانس ابتلا به مشکلات روان افزایش می‌یابد و با افزایش سطح تحصیلات شانس ابتلا به این مشکلات کاهش پیدا می‌کند؛ ولی بین اشتغال و وضعیت تأهل با سلامت روان رابطهٔ آماری معناداری دیده نمی‌شود (۲۹). در این خصوص براتی و همکاران با پژوهشی در شهر همدان دریافتند که بین جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و وضعیت اقتصادی سالمندان با سطح سلامت روان رابطهٔ آماری معناداری وجود دارد (۳۰). مرتضوی و همکاران در مطالعهٔ خود در بین ۴۰۰ سالمند شهرکرد نشان دادند که بین جنسیت و تحصیلات با سلامت روان رابطهٔ آماری معناداری موجود است؛ به‌طوری‌که بین زنان و افراد با سواد کمتر مشکلات سلامت روان بیشتر است (۱۶). علت تفاوت در برخی یافته‌های پژوهش حاضر و مطالعات دیگر می‌تواند به‌دلیل تفاوت در تعداد نمونه یا تفاوت در شهر نمونه‌گیری و تفاوت فرهنگی باشد.

بررسی رابطهٔ بین نمرهٔ فعال‌بودن سالمندان با میزان سلامت روان در این مطالعه نشان داد که بین این دو رابطهٔ آماری معناداری یافت می‌شود؛ به‌طوری‌که هرچه سالمندان از نظر فعال‌بودن در سطح بیشتری قرار داشته باشند، سلامت روان آن‌ها نیز در وضعیت مطلوب‌تری خواهد بود. در همین خصوص ایگور و همکاران (۱۹) و مورس و روبین (۳۱) اعلام کردند که فعال‌بودن سالمند و ورزش، اضطراب و افسردگی و اختلالات کارکرد اجتماعی را کاهش می‌دهد و باعث عملکرد فیزیکی و روانی و اجتماعی در سالمندان می‌شود. آرمان (۸)، کینگ و همکاران (۱۷) و الاواسکی و همکاران (۱۸) در مطالعهٔ خود به این نتیجه رسیدند که سالمندان فعال درمقایسه با سالمندان غیرفعال، استرس و اضطراب و افسردگی کمتری دارند و از سلامت روان بهتری برخوردار هستند. سهرابی و همکاران در پژوهش خود با ارزیابی ارتباط بین بهزیستی روان‌شناختی و استحکام روانی در سالمندان به این نتیجه رسیدند که میانگین استحکام روانی و بهزیستی روان‌شناختی سالمندان فعال درمقایسه با غیرفعالان بیشتر است (۱۵). گرانت و همکاران نشان دادند که فعالیت بدنی منظم و فعال‌بودن سالمندان باعث افزایش عملکرد فیزیکی و روانی در آن‌ها می‌شود (۳۲). شیربیگی و همکاران در بررسی سلامت روان و شادکامی سالمندان فعال از نظر حرکتی دریافتند که بین سلامت روانی و شادکامی در گروه‌های فعال و غیرفعال تفاوت آماری معناداری وجود دارد و در گروه فعال بسیار بهتر و بیشتر از گروه غیرفعال است (۳۳). توردئوس و همکاران (۳۴) و مرتضوی و همکاران (۱۶) نیز در مطالعات خود به این نتیجه رسیدند که فعال‌بودن سالمندان و تمرینات بدنی آثار مثبتی بر سلامت روان سالمندان دارد و باعث بهبود آن می‌شود؛ همچنین ویلسون و همکاران با پژوهشی بر ۵۷۸ سالمند بیشتر از ۶۵ سال نشان دادند که بین سلامت روان سالمندان و زمان گذراندن بی‌تحرکی و نبود فعالیت فیزیکی در طول روز رابطهٔ آماری معناداری وجود داشت؛ به‌طوری‌که سالمندانی که زمان کمتری در طول روز بی‌تحرک بودند و فعالیت فیزیکی نداشتند، سلامت روان بیشتری را گزارش کردند (۱۴). پژوهش حاضر مشابه با مطالعات دیگر نشان داد که سالمندی فعال آثار مثبتی بر سلامت روان سالمندان دارد. باتوجه به اینکه جامعهٔ ما در حال رفتن به‌سمت سالمندی است، نیاز است در این خصوص برنامه‌ریزی‌های لازم اتخاذ شود و دوران سالمندی برای سالمندان عزیز کشورمان توأم با فعالیت مناسب و سلامت روان در حد مطلوب باشد.

این مطالعه بین تعداد محدود سالمندان و در بین سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی انجام پذیرفت که جزء محدودیت‌های پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود پژوهشی در تعداد بیشتر و در سایر استان‌ها و در مراکز نگهداری سالمندان و همچنین در سطح شهر صورت گیرد تا وضعیت فعال‌بودن و سلامت روان سالمندان کشور بیشتر مشخص شود و

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.70.9]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.68]

برنامه‌ریزی‌های لازم درخصوص بهبود این شرایط انجام پذیرد.

۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر می‌توان اظهار داشت که وضعیت سلامت روان سالمندان بررسی‌شده در حد مطلوب نیست و حتی در آستانهٔ مشکل قرار دارد؛ همچنین میزان فعال‌بودن سالمندان در تمام حیطه‌های مورد بررسی و نه صرفاً ورزش و فعالیت فیزیکی، در حد مطلوب و مناسبی نیست. وضعیت اقتصادی تأثیر مثبتی بر سلامت روان نشان داد که باید در این خصوص به سالمندان محترم جامعه رسیدگی شود. ازطرفی بین سلامت روان مطلوب و فعال‌بودن سالمندان رابطهٔ مثبت و مستقیم وجود دارد؛ پس برنامه‌ریزی درجهت بهبود هرکدام از این متغیرها باعث بهترشدن وضعیت دیگری خواهد شد.

۶ تشکر و قدردانی

از تمام مسئولان محترم و سالمندان عزیز که پژوهشگر را درجهت انجام این طرح یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این تحقیق حاصل طرح پژوهشی دانشگاه علوم‌پزشکی اردبیل است که با کد IR.ARUMS.REC.1393.087 در تاریخ ۹مهر۱۳۹۷ به تصویب رسید. قبل از انجام مطالعه از سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش رضایت شفاهی و کتبی گرفته شد.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

این پژوهش با حمایت مالی کمیتهٔ تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل انجام شد.

مشارکت نویسندگان

هر دو نویسنده به‌صورت مساوی در طراحی پژوهش و نگارش آن و تجزیه‌وتحلیل آماری مشارکت داشته‌اند.

References

1. Zahedi H, Rajayan A, Mortezaeean M. The comparison of aerobic power and mental health factors among active, non active and mountaineer older peoples. Journal of Sport Bioscience Researches. 2014;4(13):5–17. [Persian] http://www.ssrjb.ir/article_671199_2de03608ac88c0daf5673f03318b8f3b.pdf
2. Alivand P, Zahiri M, Ghasemzadeh R, Latifi M, Fathi K. Comparison of mental health in hearing impairment elderly with hearing aid and without hearing aid in Ahvaz in 2012. Journal of Paramedical Sciences & Rehabilitation. 2014;3(1):40–6. [Persian] doi: 10.22038/jpsr.2014.2337
3. Caprara M, Molina MÁ, Schettini R, Santacreu M, Orosa T, Mendoza-Núñez VM, et al. Active aging promotion: results from the vital aging program. Curr Gerontol Geriatr Res. 2013;2013:817813. doi: 10.1155/2013/817813
4. Ghanbari Hashem Abadi BA, Mojarad Kahani AH, Ghanbari Hashem Abadi MR. The relationship between older people's mental health with their family support and psychosocial well being. Journal of Research in Rehabilitation Sciences. 2013;8(6):1123–31. [Persain] doi:10.22122/jrrs.v8i6.643
5. Mohammadi E, Elahyari T, Darvishpour Kakhki A, Aghabakhshi H, Saraie H. Context and causal conditions in active aging phenomenon: a qualitative study. Journal of Qualitative Research in Health Sciences. 2016;5(2):158–74. [Persian] http://jqr.kmu.ac.ir/article-1-843-fa.pdf
6. Paltasingh T, Tyagi R. Demographic transition and population ageing: building an inclusive culture. Social Change. 2012;42(3):391–409. doi: 10.1177/0049085712454053
7. Plouffe L, Kalache A. Towards global age-friendly cities: determining urban features that promote active aging. J Urban Health. 2010;87(5):733–9. doi: 10.1007/s11524-010-9466-0
8. Arman M. The Comparison of Depression, Anxiety and Stress between Active and Inactive Old Women in Isfahan. The Scientific Journal of Rehabilitation Medicine. 2014;3(3):82–8. [Persian] http://medrehab.sbmu.ac.ir/article_1100079_df5dc2558e221bc2f37429585ff4cd98.pdf
9. Mohammadi E, Allahyari T, Darvishpoor Kakhaki A, Saraei H. Determining psychometric properties of Iranian active aging measurement instrument. Iranian Journal of Ageing. 2018;12(4):414–29. [Persian] doi: 10.21859/sija.12.4.414
10. Saedmocheshi S, Almori MR, Saedmocheshi L. Interactive effect of grape seed extract along with aerobic activity on lipid profile in inactive obese women aged over 60 years Sanandaj. Iranian Journal of Diabetes and Metabolism. 2015;14(4):273–8. [Persian] https://ijdld.tums.ac.ir/article-1-5402-en.pdf
11. Foster L, Walker A. Active and successful aging: a European policy perspective. Gerontologist. 2015;55(1):83–90. doi: 10.1093/geront/gnu028
12. Mohammadi E, Allahyari T, Darvishpoor Kakhaki A, Saraei H, Fereshtehnejad SM. Analysis of being active based on older adults' experience: a qualitative study of active aging strategies. Iranian Journal of Ageing. 2017;11(4):504–17. [Persian] doi: 10.21859/sija-1104504
13. Fernández-Ballesteros R, Molina MÁ, Schettini R, del Rey ÁL. Promoting active aging through university programs for older adults: An evaluation study. GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry. 2012;25(3):145–54. doi: 10.1024/1662-9647/a000064

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.70.9]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.68]

14. Wilson JJ, Blackburn NE, O'Reilly R, Kee F, Caserotti P, Tully MA. Association of objective sedentary behaviour and self-rated health in English older adults. BMC Research Notes. 2019;12(1):12. 10.1186/s13104-019-4050-5
15. Sohrabi M, Abedanzade R, Shetab Boushehri N, Parsaei S, Jahanbakhsh H. The relationship between psychological well-being and mental toughness among elders: mediator role of physical activity. Iranian Journal of Ageing. 2017;11(4):538–49. [Persian] doi: 10.21859/sija-1104538
16. Mortazavi SS, Ardebili HE, Eshaghi SR, Beni RD, Shahsiah M, Botlani S. The effectiveness of regular physical activity on mental health in elderly. Journal of Isfahan Medical School. 2011;29(161):1805–14. [Persian] http://jims.mui.ac.ir/index.php/jims/article/view/937/1762
17. King AC, Pruitt LA, Phillips W, Oka R, Rodenburg A, Haskell WL. Comparative effects of two physical activity programs on measured and perceived physical functioning and other health-related quality of life outcomes in older adults. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2000;55(2):M74-83. doi: 10.1093/gerona/55.2.m74
18. Elavsky S, McAuley E, Motl RW, Konopack JF, Marquez DX, Hu L, et al. Physical activity enhances long-term quality of life in older adults: efficacy, esteem, and affective influences. Ann Behav Med. 2005;30(2):138–45. doi: 10.1207/s15324796abm3002_6
19. Eyigor S, Karapolat H, Durmaz B. Effects of a group-based exercise program on the physical performance, muscle strength and quality of life in older women. Arch Gerontol Geriatr. 2007;45(3):259–71. doi: 10.1016/j.archger.2006.12.001
20. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychol Med.1979;(9):139-45. https://doi.org/10.1017/S0033291700021644
21. Jackson C. The General Health Questionnaire. Occupational Medicine. 2006;57(1):79–79. doi: 10.1093/occmed/kql169
22. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Mohammad K. The Validation of General Health Questionnaire- 28 as a Psychiatric Screening Tool. Hakim Research Journal. 2009;11(4):47–53. [Persian] http://hakim.hbi.ir/article-1-464-en.pdf
23. Palahang H, Nasr M, Brahani M naghi, Shahmohammadi D. Epidemiology of Mental Illnesses in Kashan City. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 1996;2(4):19–27. [Persian] http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1745-en.pdf
24. Yazdani A, Fekrazad H, Sajadi H, Salehi M. Relationship between social participation and general health among the elderly. Journal of Kermanshah University of Medical Sciences. 2015;18(10): e74009. [Persian]
25. Rashedi V, Gharib M, Yazdani AA. Social participation and mental health among older adults in Iran. Iranian Rehabilitation Journal. 2014;12(1):9–13.[Persian] http://irj.uswr.ac.ir/article-1-402-en.pdf
26. Beyaztas FY, Kurt G, Bolayir E. Life satisfaction level of elderly people: a field study in Sivas, Turkey. J Pak Med Assoc. 2012;62(3):221–5.
27. Haga M, Vrotsou K, Bredland E. Visualizing physical activity patterns among community-dwelling older adults: a pilot study. Sports (Basel). 2018;6(4). doi: 10.3390/sports6040135
28. Moumeni K, Karimi H. comparison of mental health between elderly admitted in sanitarium with elderly in sited in personal home. Journal of Kermanshah University Of Medical Sciences. 2011;14(448):328–35. [Persian]
29. Najafi B, Arzaghi M, Fakhrzadeh H, Sharifi F, Shoaei S, Alizadeh M, et al. Mental health status and related factors in aged population: Urban health equity assessment and response tool (Urban- HEART) study in Tehran. Iranian Journal of Diabetes and Metabolism. 2013;13(1):62–73. [Persain] https://ijdld.tums.ac.ir/article-1-5093-en.pdf
30. Barati M, Fathi Y, Soltanian AR, Moeini B. Mental health condition and health promoting behaviors among elders in Hamadan. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care. 2012;20(3):12–22. [Persian] http://nmj.umsha.ac.ir/article-1-1118-en.pdf
31. Morse JQ, Robins CJ. Personality--life event congruence effects in late-life depression. J Affect Disord. 2005;84(1):25–31. doi: 10.1016/j.jad.2004.09.007
32. Grant S, Todd K, Aitchison TC, Kelly P, Stoddart D. The effects of a 12-week group exercise programme on physiological and psychological variables and function in overweight women. Public Health. 2004;118(1):31–42. doi: 10.1016/S0033-3506(03)00131-8
33. Shirbeigi M, Esmaili Z, Sarmadi MR, Moradi A. Study and comparing 3 groups of active, passive, and ecotourist old age people on their mental health and happiness living in Illam City, Iran. Iranian Journal of Ageing. 2016;10(4):40–9. [Persian] http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-781-en.pdf
34. Tordeurs D, Janne P, Appart A, Zdanowicz N, Reynaert C. Effectiveness of physical exercise in psychiatry: a therapeutic approach?. Encephale. 2011;37(5):345–52. [French] doi: 10.1016/j.encep.2011.02.003

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.70.9]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.68]