

مفهوم سالمندی فعال در سایه ابتلا به دیابت: یک مقاله کیفی

صفورا دری* حمیده حکیمی** فروغ رفیعی*** منصوره اشغلی فراهانی*** حسین محمدی****

نوع مقاله:

چکیده

مقاله اصیل

زمینه و هدف: جمعیت سالمندان ایران در حال ازدیاد است و درصد بالایی از این جمعیت دچار دیابت هستند. با توجه به این که مفهوم سالمندی فعال تاکنون در سایه بیماری‌های مزمنی که در سالمندی شیوع بالا دارند نظیر دیابت، توسعه نیافته، مطالعه حاضر، با هدف تحلیل مفهوم سالمندی فعال در سالمندان دیابتی براساس مدل هیبرید انجام گرفته است.

روش بررسی: در این مطالعه، از سه مرحله مدل هیبرید (نظری، کار در عرصه و تحلیل نهایی) استفاده شد. در مرحله نظری، ۳۵ مقاله مرتبط در پایگاه‌های اطلاعاتی در بازه زمانی ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۶ استخراج شد و مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت. مرحله کار در عرصه با ۱۰ مشارکت‌کننده انجام و سپس تحلیل محتوای کیفی صورت گرفت. در مرحله نهایی، یافته‌های دو مرحله قبلی ادغام شد.

یافته‌ها: سالمندی فعال برای سالمندان دیابتی عبارت است از فرایندی جامع، پویا، چند بعدی و وابسته به فرهنگ که مستلزم داشتن حس رضایت، شادی، رفاه، امنیت و سلامت جسمی و روانی بوده و از طریق مشارکت اجتماعی، ارائه خدمات سلامتی و اشتغالی مناسب، شناخت از دیابت و حمایت مالی، عاطفی، خانوادگی و دولتی محقق می‌گردد و منجر به عواید کلان عینی و ذهنی در ابعاد بین المللی، مملکتی و فردی نظیر سازگاری با بیماری، حس ارزشمندی و عزت نفس می‌شود. حصول به این مهم، نیازمند توجه به کل دوره زندگی از کودکی تا سالمندی است.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه مطرح می‌کند که احساس سلامت و امنیت، رضایت، مشارکت، دسترسی به خدمات بهداشتی-درمانی، حمایت و شناخت از دیابت در فعال نمودن سالمندان ایرانی مبتلا به دیابت نقش دارند.

نویسنده مسؤل:

منصوره اشغلی

فراهانی؛ دانشکده

پرستاری و مامایی،

دانشگاه علوم پزشکی

ایران، تهران، ایران

e-mail:

Farahani.ma@iums.

ac.ir

واژه‌های کلیدی: تحقیق کیفی، سالمندی، دیابت، سالمند، ایران

- دریافت مقاله: اردیبهشت ماه ۱۳۹۸ - پذیرش مقاله: مرداد ماه ۱۳۹۸ - انتشار الکترونیک مقاله: ۹۸/۹/۲۰

مقدمه

پدیده افزایش جمعیت سالمندان نه تنها برای سیستم‌های خدمات بهداشتی، بلکه برای اجتماعی که افراد مسن در آن زندگی می‌کنند، یک چالش محسوب می‌شود (۱). افزایش شمار سالمندان در ایران نیز به یک چالش مبدل شده و تخمین زده می‌شود تا سال ۲۰۵۰ میلادی، به

ازای هر ۱۰۰ نفر جمعیت زیر ۱۵ سال، ۱۰۲ نفر سالمند وجود داشته باشد. پیش‌بینی شده است که ایران از نظر سرعت پیر شدن جمعیت، رتبه سوم جهان را بعد از کشورهای امارات متحده عربی و بحرین به دست خواهد آورد. بنابراین اتخاذ راهکارهای سیاستی مناسب برای مقابله با تأثیرات نامطلوب تغییر هرم سنی برای پیشگیری از وقوع چالش سنی، ضروری به نظر می‌رسد (۲).

* گروه آموزشی پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران؛

کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

** گروه آموزشی پرستاری اطفال، دانشگاه آزاد اسلامی واحد لامیجان، لامیجان، ایران

*** گروه آموزشی پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران،

ایران؛ مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

**** گروه آموزشی پرستاری سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

می‌دهد (۶). اتخاذ سیاست‌های سالمندی فعال در این زمینه می‌تواند منجر به بهبود درک از خود (self-perception)، بهبود شرایط جسمی و محیط فرهنگی-اجتماعی (sociocultural environment) برای این بیماران شود (۷). اما تا زمانی که درک روشن و معنایی جامع برای سالمندی فعال وجود نداشته باشد، تبیین سیاست‌های سالمندی فعال برای بیماران دیابتی نیز، مشکل و حتی ناممکن به نظر می‌رسد. از این رو، تبیین و توسعه مفهوم سالمندی فعال در زمینه بیماری دیابت ضروری است.

رویکردهای بسیاری برای توسعه مفاهیم توسط محققان مورد استفاده قرار گرفته است، یکی از این رویکردها، تحلیل مفهوم است که عناصر اساسی یک مفهوم را با هدف تعیین ماهیت و عملکرد آن مورد بررسی قرار می‌دهد. تحلیل مفهوم به عنوان یکی از مراحل مهم در پیشرفت علمی یک رشته در نظر گرفته می‌شود. خصوصاً در رشته پرستاری این راهبرد طی دو دهه اخیر به طور جدی موجب روشن نمودن ماهیت بسیاری از مفاهیم شده است. این رویکرد همچنین موجب طبقه‌بندی، سازمان‌دهی و رسیدن به درک مشترک از پدیده‌ها، پیشگیری از برداشته‌های شخصی، واضح‌سازی مفاهیم و در نهایت تقویت رشته پرستاری می‌شود (۸).

از این رو، با توجه به این که سالمندی فعال مفهومی پیچیده و چند بعدی است؛ اجماع نظری در خصوص این مفهوم و ابعاد گوناگون آن وجود ندارد و تاکنون این مفهوم در حیطه پرستاری و در زمینه بیماری دیابت مورد

یکی از راهکارهایی که در اکثر کشورهای دنیا در سال‌های اخیر برای این چالش و کاهش اثرات نامطلوب تغییرات جمعیتی در نظر گرفته شده است، فعال نمودن دوران سالمندی است (۳ و ۲). واژه سالمندی فعال (Active aging)، به صورت گسترده در طول ۱۰ سال اخیر به ویژه در اروپا و در اثر فعالیت‌های وسیع سازمان بهداشت جهانی مورد توجه قرار گرفته است (۴). تاریخچه پیدایش این واژه به دهه ۱۹۶۰ در ایالات متحده بر می‌گردد که برای بیان تضاد با نظریه عدم مشارکت (Disengagement theory) به وجود آمد. در این نظریه از دوره پیری به عنوان دوره‌ای اجتناب‌ناپذیر همراه با کناره‌گیری از نقش‌های موجود یاد می‌شود. در این زمان بود که واژه سالمندی موفق (Successful aging) مطرح شد (۵ و ۴). پس از آن در دهه ۱۹۹۰ مفهوم سالمندی فعال برای تأکید بر ارتباط میان سلامتی و فعالیت مورد استفاده قرار گرفت (۵). دیابت یکی از بیماری‌های مزمنی است که شیوع آن در سالمندی سه برابر سنین جوانی است و پیشگیری و تشخیص این بیماری در دوران سالمندی، یکی از اهداف اساسی مراقبت سلامت سالمندان (Gerontological Health Care: GHC) است. دیابت سالمندی مهم‌ترین مشکل سلامت عمومی در قرن حاضر است که علاوه بر آن که سبب مشکلات جسمی نظیر نابینایی، قطع اندام، نارسایی کلیه و بیماری‌های قلبی-عروقی می‌شود، می‌تواند منجر به عوارض روان‌شناختی نظیر افسردگی یا کاهش کیفیت زندگی هم گردد و به طور کلی تمام جنبه‌های زندگی سالمند را تحت تأثیر قرار

گرفت و در مجموع ۱۲۳ مقاله در این مرحله، مرتبط تشخیص داده شد. سپس مقالات از نظر معیارهای ورود به مطالعه بازنگری شده و در نهایت ۳۵ مقاله مورد استفاده و استناد قرار گرفت (۱ مقاله فارسی و ۳۴ مقاله انگلیسی). شکل شماره ۱ این مراحل را به صورت دیاگرام نشان می‌دهد. معیارهای ورود به مطالعه شامل مرتبط بودن با مفهوم مورد نظر، وجود کلمات کلیدی و دسترسی به متن کامل، بود.

مرحله کار در عرصه: جمع‌آوری داده‌ها در مرحله کار در عرصه از طریق مصاحبه صورت گرفت. مصاحبه‌ها با افراد بالای ۶۵ سال مبتلا به دیابت و کادر درمانی انجام گرفت. مصاحبه‌ها تا زمان اشباع داده‌ها ادامه یافت. مشارکت‌کنندگان شامل ۷ فرد سالمند مبتلا به دیابت، (با میانگین سنی ۶۶/۷ سال)، ۲ پرستار و یک پزشک بودند. با توجه به این که مشارکت‌کنندگان در تحقیقات کیفی باید دارای حداکثر اطلاعات در خصوص موضوع مورد مطالعه باشند، مصاحبه با بیمارانی که حداقل سه سال از ابتلا به دیابت‌شان گذشته بود و با پزشک و پرستاری صورت پذیرفت که حداقل سه سال سابقه کار مرتبط و در این حیطه داشتند. کلیه مشارکت‌کنندگان فرم رضایت آگاهانه را تکمیل نمودند. میانگین مدت هر مصاحبه حدود ۳۰ تا ۵۰ دقیقه بود.

نمونه‌گیری به صورت هدفمند از اردیبهشت سال ۹۶ تا شهریور ۹۶ انجام یافت. کلیه مصاحبه‌ها فردی بود. مصاحبه با بیماران با دو سؤال بازپاسخ اصلی «روزتان را چطور به شب می‌رسانید، یک روز را توصیف کنید» و «توصیف کنید چه کارهایی می‌کنید تا با وجود

بررسی، شناخت، تحلیل و تبیین قرار نگرفته است، مطالعه حاضر با هدف تحلیل مفهوم سالمندی فعال در سالمندان دیابتی براساس مدل هیبرید انجام گرفته است.

روش بررسی

در این مطالعه برای تحلیل مفهوم سالمندی فعال در دیابت از مدل هیبرید (Hybrid) استفاده شده است. این مدل از سه مرحله نظری، کار در عرصه و تحلیل نهایی تشکیل شده است (۸). هدف اصلی در مرحله نظری، ایجاد و تکامل زمینه‌ای مناسب جهت تحلیل عمقی و تعریف مجدد مفهوم در مراحل بعد است و در پایان این مرحله، یک تعریف عملیاتی برای مرحله کار در عرصه تبیین می‌شود. در مرحله کار در عرصه، مفهوم شکل گرفته در مرحله نظری، به وسیله مشاهدات تجربی و جمع‌آوری کیفی داده‌ها تقویت و پالایش می‌شود. در مرحله سوم یا تحلیل نهایی، نتایج تحلیل نظری با نتایج کسب شده از مشاهدات تجربی ادغام شده و یافته‌ها گزارش می‌گردد (۸-۱۰).

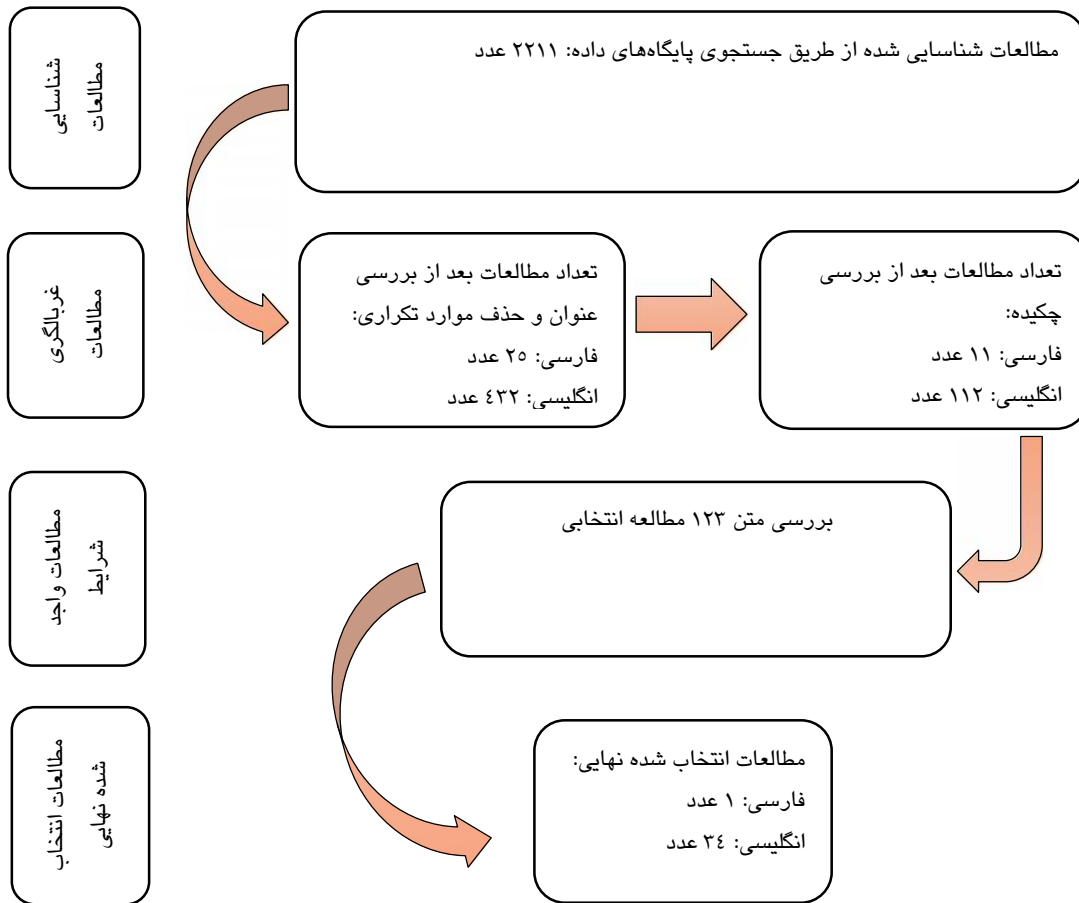
مرحله نظری: در این مرحله برای انجام مرور مطالعات، جستجوی گسترده در پایگاه‌های اطلاعاتی PubMed, Google Scholar, Science Direct, Ovid, Scopus, SID, ISC Magiran, Iranmedex با کلید واژه‌های انگلیسی active aging, aging, diabetes, elderly active و کلید واژه‌های فارسی سالمندی فعال، دیابت، پیری و سالمند به صورت کلید واژه‌های تکی و ترکیبی در دوره زمانی ۲۶ ساله از ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۶ و به زبان فارسی و انگلیسی انجام یافت که ۲۲۱۱ مقاله به دست آمد. پس از این مرحله، چکیده‌ها مورد بررسی قرار

استخراج شده در مرحله نظری و کار در عرصه با هم مقایسه و سپس یک تعریف جامع از مفهوم به دست آمد.

ملاحظات اخلاقی: این پژوهش با کسب کد اخلاق IR.IUMS.REC.1397.1210 از دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام یافته است. از کلیه مشارکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی گرفته شده است.

دیابت، زندگی فعال‌تری داشته باشید» آغاز شد و در طول مصاحبه، بنا به پاسخ‌های مشارکت‌کنندگان، سؤالات پیگیری‌کننده بیش‌تری پرسیده شد. در این مرحله متن مصاحبه‌ها به دقت خوانده شد، کدگذاری براساس روش پیشنهادی Hsieh و Shannon انجام یافت.

مرحله تحلیل نهایی: در این مرحله، نتایج دو مرحله قبیل ترکیب و ادغام شد و کدهای



شکل ۱- دیاگرام بررسی و انتخاب مطالعات

یافته‌ها

مرحله نظری

سالمندی فعال مفهومی چند بعدی است و اهمیت به یاد داشتن چند بعدی بودن این مفهوم به عقیده Rodrigues، در زمان طراحی و اجرای سیاست‌های سالمندی فعال می‌باشد. براساس تعریف کمیسیون اقتصادی ملل متحد برای اروپا، سالمندی فعال به موقعیتی که فرد مشارکتش را در بازار کار رسمی و یا در سایر فعالیت‌های تولیدی بدون پرداخت (مانند ارایه مراقبت به اعضای خانواده و یا فعالیت‌های داوطلبانه) ادامه داده و زندگی سالم، مستقل و امن داشته باشد، اطلاق می‌شود (۱۱). Schoenmaeckers و همکاران معتقدند سالمندی فعال با کار کردن طولانی‌تر، فعال نمودن سالمندان غیرفعال و فراهم نمودن محیطی برای زندگی سالم، امنیت اقتصادی و حمایت اجتماعی مرتبط است (۱۲). Walker بیان می‌کند سالمندی فعال به معنای مجسم کردن یک نقش فعال برای فرد سالمند است (۳) و بدین معناست که افراد مسن کماکان از نظر جسمی فعال هستند، هنوز کار می‌کنند و همچنان در اجتماعات محلی مشارکت دارند (۴). سالمندی فعال به تحقق فعال نمودن زندگی یک سالمند، در ابعاد مختلف شخصی، خانوادگی، اجتماعی و حرفه‌ای اطلاق می‌شود (۱۲). Paul و همکاران بیان می‌کنند که سالمندی فعال، سازه‌ای پیچیده است که سلامتی و سازگاری روانی نقشی مهم در آن دارند (۱۳). سالمندی فعال نیازمند یک رویکرد جامع و کل‌نگر است (۱۴) و هدف زیربنایی آن، توانمندسازی سالمندان برای بقای زندگی به

مدت هرچه طولانی‌تر می‌باشد (۱۵) و به منظور دستیابی به این هدف، کلیه سطوح حکومتی در سطح محلی، منطقه‌ای و ملی باید تلاش نمایند (۱۵ و ۱۶). برنامه‌های سالمندی فعال، چارچوبی سیاسی است که ارتباط بین فعالیت، سلامت، استقلال و سالمندی خوب را فراهم می‌کند (۱۳). همان‌طور که مشخص است یکی از ویژگی‌های سالمندی فعال در متون مختلف، مشارکت در اجتماع ذکر شده است (۱۷). از دیگر مؤلفه‌های سالمندی فعال می‌توان به سلامت (۱۷)، استقلال (۱۷)، توانمندسازی (۱۸)، دستیابی به دانش و آموزش، ارتقای سلامت و احساس خوب بودن (۲)، همبستگی بین نسل‌ها (۱۹)، داشتن اقتدار (۱۷) حضور در بازار کار (۲۰)، داشتن فعالیت اقتصادی (۱۳) و داشتن فعالیت‌های بدون پرداخت و غیر تولیدی مثل کارهای داوطلبانه، مراقبت و سازمان‌های خدمات اجتماعی، کارهای خانه و فعالیت‌های لذت‌بخش (۲۱) اشاره کرد. در بعضی منابع نیز فعالیت‌های تولیدی و غیر تولیدی را در کنار هم برای بیان تعریف سالمندی فعال آورده‌اند (۱۴ و ۱۵).

بعضی از منابع معتقدند که فرهنگ، نقشی مهم در تعاریف ارایه شده دارد (۲ و ۱۳). طبق بیان Paul و همکاران، مفهوم سالمندی فعال نه تنها به شاخص‌های سلامت اشاره دارد، بلکه با جنبه‌های اقتصادی، اجتماعی و روانی در چشم‌اندازی فرهنگی و جنسیتی مرتبط است (۱۳). در فرهنگ استرالیایی نیز، امنیت اقتصادی و فعال بودن ذهنی، جسمی، اجتماعی و مشارکت در محیط‌های کاری از مؤلفه‌های سالمندی فعال است (۲۲). در این مورد

جامع، چند بعدی و وابسته به فرهنگ و پاسخی سیاستی و جهانی به چالش ازدیاد جمعیت سالمندان است، دارای موانع و راهبردهای اجرایی است، مستلزم فعالیتی طولانی مدت است و عواید اقتصادی، اجتماعی و سلامتی را به دنبال دارد.

پیش‌آیندها: پیش‌آیندها براساس آنچه از جدول شماره ۱ استخراج شد و براساس روش توصیف شده توسط Knafli و Rodgers (۸) طبقه‌بندی شدند. پیش‌آیندهای سالمندی فعال در ۵ طبقه قرار می‌گیرند:

الف- عوامل فردی: قدرت تطابق، قدرت تعامل با زندگی، شخصیت مستقل، نگرش مثبت، تجارب مثبت، آگاهی اجتماعی، مذهبی بودن، ادراک مناسب، پویایی روحی و ذهنی،

ب- عوامل مربوط به سه سطح ابتدایی هرم مازلو (فیزیولوژیک مثل غذای سالم، امنیت مثل امنیت جسمی، اقتصادی و حمایتی، عشق و وابستگی مثل احساس تعلق داشتن، اعتماد، مشارکت اجتماعی و لذت)،

ج- عوامل مربوط به آماده‌سازی اجتماع (رفع موانع ساختاری، رفع موانع اداری، اصلاح نگرش‌ها، تلاش کلیه سطوح حکومتی و دست‌اندرکاران، تأمین دسترسی به دانش و آموزش، توانمند ساختن اجتماع برای استفاده از توانمندی‌های بالقوه سالمند، رفع موانع اجتماعی، اجتناب از انگ)،

د- عوامل مربوط به سیاست‌های اشتغالی و درآمدی (اشتغال، تأخیر در خروج از بازار کار، استقلال در زمان بازنشستگی، امنیت مالی، شرکت مداوم در بازار کار، شرکت در امور اقتصادی، مدیریت سن در محیط‌های کاری،

Bowling بیان می‌کند درک سالمندی فعال می‌تواند تحت تأثیر فرهنگ و نژاد قرار گیرد، به گونه‌ای که در یک مطالعه مشخص شد ۲۷٪ چینی‌ها، ۹٪ پاکستانی‌ها و ۵٪ هندی‌ها خود را سالمند فعال می‌دانند (۱۷). بنابراین باید به نقش فرهنگ و نژادها نیز در ارایه تعاریف سالمندی فعال توجه داشت.

در زمینه بیماری دیابت خصوصیات سالمندی فعال به صورت خود‌مدیریتی (۲۳)، خود‌مراقبتی (۲۴)، وجود نظارت (۲۵)، امنیت دارویی (۲۶)، داشتن فعالیت فیزیکی (۲۷)، حمایت خانوادگی و اجتماعی (۲۸)، جلوگیری، به تأخیر انداختن و به حداقل رساندن عوارض دیابت (۲۳)، مراقبت پزشکی استاندارد و دسترسی به خدمات سلامت عمومی گسترده (۲۵)، برخورداری از آموزش و ارتقای دانش در مورد دیابت (۲۵ و ۲۹)، پیروی از دستورالعمل‌ها (دستورالعمل‌های منتج به افزایش طول عمر و مداخلات درمانی دیابت مانند ترک سیگار، کاهش لیپید، کنترل فشارخون، کنترل قندخون و ...) (۲۳)، سبک زندگی تعدیل و اصلاح شده (۲۵) تعیین شده است.

بر این اساس، ابتدا ویژگی‌ها، سپس پیش‌آیندها و پیامدهای مربوط به مفهوم مورد مطالعه به صورت زیر مطرح می‌شود. در جدول شماره ۱ نیز به بعضی از متون مورد مطالعه اشاره شده است.

ویژگی‌ها: براساس آنچه در بالا ذکر شد و آنچه در جدول شماره ۱ آمده است، ویژگی‌های مفهوم سالمندی فعال بدین صورت مطرح می‌شود: فرایندی است پیچیده، پویا،

سلامتی و اشتغال مناسب، در نظر گرفتن توانایی سالمندان دیابتی و رفع نیازهای آنان و آماده‌سازی محیط و اجتماع بوده و منجر به عواید کلان عینی و ذهنی در ابعاد فرامرزی، مملکتی، سیاسی و عواید فردی در ابعاد فیزیکی، عملکردی، روانی و اجتماعی می‌شود.

مرحله کار در عرصه

مشارکت‌کنندگان در این مرحله عبارت بودند از: دو پرستار و یک پزشک عمومی با میانگین سابقه کار ۶/۵ سال، و ۷ سالمند دیابتی بالای ۶۵ سال که به صورت سرپایی به یکی از بیمارستان‌های شهر تهران مراجعه داشتند (دارای میانگین سنی ۶۶/۷ سال، میانگین مدت ابتلا ۶ سال، دارای دیابت نوع دوم) که مشخصات آن‌ها در جدول شماره ۲ آورده شده است، در این مرحله از تحلیل مصاحبه‌ها، تعداد ۴۱۲ کد، ۱۸ زیرطبقه و ۷ طبقه (۴ طبقه پیشابندی، و ۳ طبقه پیامدی) حاصل شد (جدول شماره ۳).

ویژگی‌ها: سالمندی فعال در سالمندان دیابتی دارای ویژگی‌های پیچیدگی، چند وجهی بودن، وابسته بودن به شدت بیماری و علایم آن و وابسته بودن به دوره‌های قبلی زندگی بود که از نظر اکثر سالمندان، کاری سخت، نیازمند تلاش زیاد، نیازمند همراهی همسر و فرزندان و بهبود وضعیت معیشتی توصیف شد.

پیش‌آیندها: عوامل مؤثر بر سالمندی فعال در دیابت در ۴ طبقه جای گرفتند: عوامل اجتماعی، اشتغال، درآمد و عوامل اقتصادی، نیازهای اساسی، و ارایه خدمات سلامتی. پیش‌آیندهای سالمندی فعال در دیابت در مرحله

شناخت توانایی کاری سالمند، قوانین بازنشستگی)،

ه- عوامل مربوط به ارایه خدمات سلامتی (وجود مشاور، دسترسی به خدمات بهداشتی، امید زندگی، سلامت، امنیت و مراقبت، اصلاح سبک زندگی)

پیامدها: از ادغام و طبقه‌بندی کدهای حاصل شده در قسمت پیامد، پیامدهای سالمندی فعال در زمینه بیماری دیابت در ۴ طبقه قرار می‌گیرند:

الف- عواید عینی و ملموس: بقای هرچه طولانی‌تر، فعالیت هرچه طولانی‌تر، مشارکت اجتماعی طولانی‌تر، به حداقل رساندن عوارض دیابت،

ب- عواید ذهنی و غیر ملموس: ارتقای کیفیت زندگی، متعادل نمودن فرایند پیری، ارتقای رضایت زندگی، احساس لذت، بهبود درک از خود، خوب بودن ذهنی،

ج- عواید سیاستی (کاهش هزینه‌های بازنشستگی، توسعه جامعه، تشخیص گسست‌ها، ایجاد دستورالعمل‌ها، رشد اقتصادی، بهبود محیط فرهنگی و اجتماعی، تقویت سیستم‌ها)،

د- عواید عملکردی (خود مراقبتی، خود مدیریتی، توانمند شدن، بهبود ظرفیت‌های اجتماعی، خودکارآمدی، پویایی و فعالیت، استقلال در زندگی)

تعریف عملیاتی: براساس مرور متون، ویژگی‌ها، پیش‌آیندها و پیامدها، تعریف عملیاتی زیر مطرح شد: سالمندی فعال در بیماری دیابت فرایند پیچیده، جامع، پویا، چند بعدی و وابسته به فرهنگ است که مستلزم ارایه خدمات

در این بین، خانواده آدم هم سهیم باشه که به فرد سالمند توجه کنه که اگه سواد نداره برایش توضیح بده که چه کارهایی انجام بده و چه کارهایی رو انجام نده ...» (سالمند مشارکت‌کننده ۷).

در بیانات مشارکت‌کنندگان، داشتن جسم و روان سالم، ارتباط و مشارکت اجتماعی، ارایه خدمات بهداشتی-درمانی، سبک زندگی سالم، آموزش و شناخت از دیابت، داشتن محیط مناسب و حمایت (مالی، عاطفی، خانوادگی و دولتی) بیش‌ترین عناصری بودند که برای سالمندی فعال در دیابت مطرح شدند. برخی از گفته‌های مشارکت‌کنندگان به قرار ذیل بود:

داشتن جسم و روان سالم: «سالمندی فعال یعنی نداشتن مشکلات جسمی ...» (سالمند مشارکت‌کننده ۲). «خوب شخصی می‌تونه فعال باشه و کار کنه که از لحاظ جسمی مشکلی نداشته باشه و بتونه کارهای خودشو انجام بده. از لحاظ روانیم دل مشغولی نداشته باشه ...» (سالمند مشارکت‌کننده ۴). ارجاعات تجربی برای جسم و روان سالم شامل نداشتن بیماری، نداشتن اضطراب و افسردگی، شاد بودن و سرحال بودن بود.

ارتباط و مشارکت اجتماعی: «... شرکت در مراسم‌های مذهبی و اجتماع‌های همسن و سال، عضویت در سرای محله، کلاً باید همه کارها در جهتی باشه که از خانه‌نشینی و منزوی شدن دور بشیم و سالم و فعال باقی بمونیم» (سالمند مشارکت‌کننده ۶). «برای سالمندی فعال، تشکیل گروه‌های اجتماعی، سعی بر مشغول کردن آنها مثلاً به کار سبک و پرهیز از سربار نشان دادن سالمندان لازمه»

نظری به خصوص در حیطه اشتغال، درآمد، امنیت مالی و دسترسی به خدمات سلامتی و بهداشتی، بارها در مرحله کار در عرصه تأیید شدند. با این تفاوت که در مصاحبه‌های انجام یافته، سالمندان علی‌رغم این که در زمینه عوامل فردی به قدرت تطابق و فعال بودن جسمی به صورت بسیار محدود اشاره نموده بودند، اما به سایر عوامل فردی که در مرحله نظری حاصل شده بود نظیر شخصیت، نگرش، تجارب، آگاهی اجتماعی و یا فعالیت ذهنی اشاره‌ای نداشتند. در حالی که بارها و بارها به سهم خانواده، دولت، نهادهای بهداشتی-درمانی و انجمن‌ها اشاره می‌نمودند که شاید علت این امر را بتوان به تفاوت‌های ساختاری و به خصوص فرهنگی جامعه ایرانی نسبت داد: «تشویق و کمک خانواده خیلی مهمه اگه خانواده بهت اهمیت نده احساس بی‌ارزشی می‌کنی و فکر می‌کنی که زودتر می‌خوان از دستت خلاص شن و این خودش باعث افسردگی و پیگیری کمتر سالمند به درمان و مراقبت از خودش می‌شه و در نتیجه سلامتیت به خطر می‌افته. دولت هم اگه کمک نکنه و مثلاً حقوق‌ها رو دیر پرداخت کنه یا بیمه خوبی نداشته باشی، خوب ناخواسته کم‌تر به دنبال سلامتی می‌ری و مشکلاتت دو چندان می‌شه. ولی اگر همه این‌ها خوب پیش بره، سالمند با شوق و انگیزه دنبال درمان و مراقبت از خودش می‌ره و سلامتیش تضمین می‌شه» (سالمند مشارکت‌کننده ۱). «اقداماتی که باید انجام بشه آموزش کافی از طرف دولت و گذاشتن شبکه‌هایی مثل سلامت. دادن کتاب‌های آموزشی می‌تونه مؤثر باشه. از طرف دیگه باید

پرستار مشارکت‌کننده (۱). ارجاعات تجربی برای ارتباط و مشارکت اجتماعی شامل عدم انزوا، ارتباط با دوستان و همسایگان، شرکت در مراسم مذهبی، تعامل با همسن و سالان و همتایان بودند.

ارایه خدمات بهداشتی-درمانی: «خوشبختانه در جامعه مراکز خاصی جهت بیماران دیابتی وجود دارد که با کنترل رایگان قندخون و مشاوره رایگان و ارایه راهکارهای مناسب درمانی بیماران رو آگاه می‌کنن و بیماری اون‌ها رو کنترل می‌کنند» (پزشک مشارکت‌کننده). «باید اقدامات لازم مٹ ویزیت مداوم پزشک و پرستار در منزل برای کنترل دیابت وجود داشته باشه ...» (سالمند مشارکت‌کننده ۲). ارجاعات تجربی برای ارایه خدمات بهداشتی-درمانی شامل در دسترس بودن پزشک، دارو، پرستار و بیمارستان، ویزیت پزشک و پرستار در منزل، ایجاد انجمن‌های حمایت از دیابت و مشاوره رایگان بود.

سبک زندگی سالم: «برای ما که دیابت داریم فعال بودن به گفته پزشک، با رعایت رژیم غذایی و ورزش و مصرف صحیح و به موقع داروها، سیگار نکشیدن و نداشتن اضطراب و افسردگی تو زندگی» (سالمند مشارکت‌کننده ۱). ارجاعات تجربی برای سبک زندگی سالم شامل رعایت رژیم غذایی، ورزش، عدم استعمال دخانیات و مشروبات الکلی، مصرف به موقع دارو و دوری از استرس بود.

آموزش و شناخت از دیابت: «شناخت کافی از دیابت و درمان آن و سازگاری با آن باعث می‌شود که فرد گوشه‌گیر و منزوی نباشه

... شناخت با خریدن کتاب‌های سلامت و کتاب‌هایی که راجع به دیابت نوشته و همچنین تلویزیون، ماهواره و از همه مهم‌تر مراجعه به پزشک معتمد و گوش دادن به توصیه‌هاش به دست میاد» (سالمند مشارکت‌کننده ۷). ارجاعات تجربی از آموزش و شناخت از دیابت شامل برنامه‌های آموزش دولتی، آموزش از طریق رسانه، آموزش از طریق همتایان و سیستم بهداشتی بود.

داشتن محیط مناسب: «باید پارک‌های مناسب سالمندان وجود داشته باشه، وسایل موردنیاز سالمند نزدیکش باشه و ...» (پرستار مشارکت‌کننده ۱). ارجاعات تجربی برای داشتن محیط مناسب شامل محیط امن، محیط سالم، منزل استاندارد، به دور از شلوغی و در دسترس بودن مراکز رفاهی و خرید بود.

حمایت (مالی، عاطفی، خانوادگی و دولتی): «سالمند فعال یعنی پول که اگه باشه دیگه هر مشکلی داشته باشی باهاش حل می‌شه. با داشتن پول کافی استرس و اضطراب کم‌تری داریم. همیشه خانواده در کنارته، بیماری داشته باشی ترس از درمان و هزینه‌های بیمارستان رو نداری. اگه داروی گرونی داشته باشی خیلی راحت تهیه می‌کنی و در کل همه عوامل که در جهت فعال بودن لازمه با پول حل می‌شود» (سالمند مشارکت‌کننده ۵). ارجاعات تجربی برای حمایت شامل داشتن شغل، درآمد، بیمه، بازنشستگی، سرمایه، حمایت خانواده، حمایت روحی و عاطفی، سیاست‌گذاری دولتی و حمایت بیمه‌ای و مالی دولت، بود.

پیامدهای سالمندی فعال در دیابت:
پیامدهای سالمندی فعال در دیابت در ۳ طبقه

شبکه‌های اجتماعی بوده و در آن سهم حمایت خانواده، نهادهای بیمه‌ای، نهادهای حمایتی، دولتی و سازمان‌های بهداشتی-درمانی، بیش از نقش سالمند دیابتی است و سبب حس ارزشمندی، ارتقای انگیزه برای خود مراقبتی و احساس سلامت جسمی و روانی خواهد شد.

مرحله تحلیل نهایی

در نهایت با عنایت بر نتایج مرحله نظری و کار در عرصه می‌توان تعریف زیر را برای سالمندی فعال در دیابت پیشنهاد نمود:

سالمندی فعال برای سالمندان دیابتی، فرایندی جامع، پویا، چند بعدی و وابسته به فرهنگ است که مستلزم داشتن حس رضایت، شادی، رفاه، امنیت، احساس سلامت جسمی و روانی و آماده‌سازی اجتماع بوده و از طریق مشارکت اجتماعی، ارائه خدمات سلامتی و اشتغالی مناسب، سبک زندگی سالم، شناخت از دیابت، محیط مناسب و حمایت مالی، عاطفی، خانوادگی و دولتی محقق می‌گردد و منجر به عواید کلان عینی و ذهنی در ابعاد بین‌المللی، مملکتی و فردی نظیر سازگاری با بیماری، حس ارزشمندی و عزت نفس می‌شود و برای حصول به این مهم، نیاز به توجه به کل دوره زندگی از کودکی تا سالمندی می‌باشد.

قرار گرفتند: عواید عینی، عواید ذهنی و عواید عملکردی. پیامدها در مرحله نظری در ۴ طبقه قرار گرفته بودند، اما در مرحله کار در عرصه، یافته‌های طبقه سیاستی تأیید نشد. ارجاعات تجربی در مرحله کار در عرصه شامل سازگاری با بیماری، حس ارزشمندی، عزت نفس، کنترل بیماری، رضایتمندی و استقلال در زندگی بود. نمونه‌ای از بیانات مشارکت‌کنندگان در زیر بیان می‌شود: «شناخت کافی از دیابت و درمان اون باعث می‌شه فرد سازگار بشه، فرد گوشه‌گیر و منزوی نباشه برای مثال من دوستانی دارم که از دیابت شناخت کافی ندارن و اکثر اوقات احساس ناراحتی می‌کنن و همیشه خسته به نظر می‌رسن، با همین شناخت کافی، فرد می‌تونه باعث درمان یا به حداقل رسوندن عوارض بشه ...» (سالمند مشارکت‌کننده ۷).

«آموزش روش‌های نوین درمان دیابت و مراقبت‌های اون، آموزش روش زندگی سالم، احترام نسبت به سالمند، باعث افزایش اعتماد به نفس می‌شه ...» (سالمند مشارکت‌کننده ۲).

تعریف مفهوم براساس یافته‌های کار در

عرصه: سالمندی فعال در دیابت، فرایندی سخت، پیچیده و چند وجهی است که نیازمند آموزش سبک زندگی، فعالیت فیزیکی و توسعه

جدول ۱- برخی از مطالعات مورد مطالعه

نویسنده و سال	زمینه مورد بررسی	خصوصیات	پیشایندها	پیامدها
WHO (30) (2002)	سالمندی فعال به عنوان یک چارچوب سیاستی	دارای جنبه‌های کلیدی اقتدار، سازگاری، استقلال، کیفیت زندگی، مدت زندگی مورد انتظار سالم	سلامت و خدمات اجتماعی، عوامل رفتاری، محیط فیزیکی، اجتماعی، اقتصادی در زمینه فرهنگی و جنسیتی	دستیابی به امنیت، حمایت و مراقبت، دستیابی به مشارکت در اجتماع براساس نیازها و تمایلات، دستیابی به خوب بودن ذهنی و فیزیکی
Avramov& Maskova (12) (2004)	سالمندی فعال در اروپا	در ارتباط با ارزش‌های والای اخلاقی مانند استقلال، ارتقای سلامتی، رضایت از زندگی و کیفیت زندگی است. فعالیت اقتصادی و طولانی است. فعال کردن زندگی سالمند در ابعاد مختلف شخصی، خانوادگی، اجتماعی و حرفه‌ای را دربرمی‌گیرد.	شرکت مداوم در بازار کار، مشارکت فعال در کارهای منزل، مشارکت فعال در زندگی اجتماعی، لذت از سرگرمی‌ها، مسافرت و ورزش.	محقق شدن آرمان‌های انسانی
British Columbia Recreation and Parks Association (20) (2006)	سالمندی فعال	بخشی از برنامه کار ملی آمریکا، دارای موانع و استراتژی‌های اجرایی	غذای سالم، جلوگیری از آسیب، فعالیت فیزیکی، ترک تنباکو، ارتباطات اجتماعی	فعال ماندن و سالم ماندن
Bowling (17) (2009)	درک سالمندی فعال در بریتانیا	دارای معنایی پویا، مفهومی دارای ادراک‌های مختلف در افراد و نژادهای مختلف	داشتن فعالیت فیزیکی، فعالیت اجتماعی، سلامت خوب	ارتقای رضایت از زندگی، فعال بودن (که معنای آن در هر نژاد و فرهنگ متفاوت است)
Cloos et al (31) (2010)	سالمندی فعال در ۶ کشور حوزه دریای کاراییب	دارای ۳ جزء حمایت اجتماعی، دسترسی و استفاده از خدمات اجتماعی و سلامتی و شرایط اقتصادی	یادگیری مادام‌العمر، اجرای استراتژی‌های اشتغالی که برابری و عدالت اجتماعی را توسعه دهد	تأمین یک فرایند سالمندی سالم
Boudiny& Mortelmans (5) (2011)	چشم‌انداز انتقادی بر سالمندی فعال	دارای تعاریف مختلف، یک ابزار سیاستی مؤثر، محدود شدن به چند حیطه (دارای ابعاد مختلف)، قابلیت کاربرد برای تمام گروه‌های سنی و نه فقط سالمندان	تأمین به مانده سالمند در محیط خودش، تعامل با زندگی	دستیابی به لذت، هدایت مسیر زندگی، قادر ساختن افراد به خلق فعالیت‌های مختص خودشان
Foster (3) (2012)	سالمندی فعال و مستمری گرفتن در اروپا	پاسخی سیاستی به مسن شدن جمعیت	تأخیر در خروج از بازار کار، فعال باقی ماندن، استقلال در زمان بازنشستگی	کاهش هزینه‌های بازنشستگی، رشد اقتصادی و توسعه اجتماع
Ilmarinen (19) (2012)	ارتقای سالمندی فعال در محیط‌های کاری	نیازمند داشتن زندگی کاری خوب، نیازمند داشتن امنیت در سال‌های کاری	مدیریت سن در محیط‌های کاری، شناخت توانایی کاری سالمند، اصلاح، نگرش، محیط‌های کاری، مدیریت، سازمان، خدمات سلامتی و قوانین بازنشستگی برای سالمندان	بهبود ظرفیت‌های اجتماعی ارزشمند سالمندان؛ شایستگی حرفه‌ای، دانش، رشد مهارت‌های همکاری، آگاهی ساختاری از سازمان در مورد تغییرات برای بهبود محیط
Motie Haghshenas (32) 2012	سیاست‌های اجتماعی - جمعیتی سالمندی فعال در ایران	دارای ابعاد سلامت، مشارکت و امنیت	اصلاح عوامل رفتاری، عوامل مرتبط با محیط فیزیکی، عوامل فردی، عوامل اجتماعی، عوامل اقتصادی، خدمات اجتماعی و بهداشتی	محترم شمرده شدن شخصیت و منزلت سالمند، تقویت نقش و حضور سالمند در خانواده
Paül et al (13) (2012)	رویکرد تجربی سالمندی فعال برای مدل WHO	سازهای پیچیده، هدف اصلی سیاست‌های سلامتی و اجتماعی برای سالمندان، نخیل بودن متغیرهای عینی و ذهنی، متغیر در فرهنگ‌های مختلف	سلامت، اجزای روانی، عملکرد شناختی، ارتباطات اجتماعی، اجزای زیست رفتاری، شخصیت	فراهم نمودن راهنمایی ویژه برای هر جامعه و هر شخص، متعادل نمودن مثبت فرایند پیری
Rodrigues et al (15) (2013)	سالمندی فعال و سالم برای مراقبت طولانی مدت بهتر	ماهیتی چند بعدی، نیازمند اجرای استراتژی‌های مختلف	تلاش کلیه سطوح حکومتی در سطح محلی، منطقه‌ای و ملی، تلاش کلیه دست‌اندرکاران	توانمندسازی سالمند برای بقای هرچه طولانی‌تر - فراهم نمودن مراقبت طولانی مدت
Sidorenko & Zaidi (18) (2013)	سالمندی فعال در کشورهای CIS	چند بعدی، مفهومی سیاستی، فاکتور تعیین‌کننده کیفیت زندگی سالمندی	اشتغال، مشارکت اجتماعی، استقلال و اقتدار، دسترسی به دانش، آموزش و تربیت، ارتقای سلامت و خوب بودن در طول زندگی	تشخیص گسست (گپ) های معنار در سیاست‌های ملی سالمندی در کشورهای CIS، طولانی کردن سال‌های مورد انتظار سالم، ارتقای کیفیت زندگی برای تمام مردم در هر سنی
Annear et al (2014) (33)	تأثیر محیط بر سالمندی سالم و فعال	شامل اجزای فعالیت فیزیکی، اجتماعی، فرهنگی، شهروندی، معنوی و اقتصادی	تسهیل شرایط محیطی مثل زندگی در محیط‌های شهری، نزدیکی به خدمات و شبکه اجتماعی، درک مثبت از محیط اطراف، احساس تعلق به منزل و امنیت در منزل، اعتماد، ارتباط با همسایه‌ها	دستیابی به سالمندی موفق و سالم از طریق دستکاری و تسهیل شرایط محیطی
Fereshtehnejad & Lökk (34) (2014)	سالمندی فعال در پارکینسون	یک فرایند، دارای ابعاد خوب بودن روانی، ارتباطات اجتماعی و فعالیت فیزیکی	امنیت و مراقبت برای سالمندان پارکینسونی، اجتناب از استیگما، آموزش مراقبان و خانواده برای تسهیل شرکت بیمار در فعالیت‌های اجتماعی	ارتقای جنبه‌های مختلف سلامتی در طول فرایند پیری و در نتیجه ارتقای کیفیت زندگی، اشتغال و یادگیری مادام‌العمر
Stojilkovic-Gnjatovic & Belij (35) (2014)	سالمندی فعال در صربستان در سالمندان فعال	یک پارادایم، راه حل ممکن برای چالش جمعیت زیاد سالمند در صربستان با طول مدت سال‌های مورد انتظار پایین نسبت به سایر کشورهای اروپایی	نگرش سالمندان، توانایی اجتماع برای استفاده از باقوه‌های سالمند، تجارب افراد، فعالیت و مشارکت در اجتماع همراه با آگاهی اجتماعی	فعال کردن افراد مسن، فعالیت طولانی‌تر سالمندان و مشارکت کامل در اجتماع
Zrniš ak& Lawrence (2) (2014)	سالمندی فعال و تغییرات دموگرافیک	پاسخی به یک چالش جهانی، پاسخی به تغییرات دموگرافیک سنی جمعیت	وجود مشاور اجتماعی برای سالمندان، قدرت تطابق، فاکتورهای انسانی، رفع موانع ساختاری	رفع نیاز سالمندان، خود مراقبتی
Mendoza-Ruvalcaba & Arias-Merino (16) (2015)	توسعه سالمندی فعال	یک راهبرد سبک زندگی، یک استراتژی سیاستی از طرف سازمان بهداشت جهانی	آموزش در مورد فعالیت فیزیکی، عملکردهای شناختی و عادات غذایی سالم	حفظ سلامت جسمانی و روانی در طول فرایند پیری، توسعه باورهای خودکارآمدی، ارتقای کیفیت زندگی
Foster& Boxall (4) (2015)	ناتوانی‌های یادگیری و سالمندی فعال	پاسخی برای چالش ازدیاد جمعیت در حال پیر شدن، فرایندی برای دستیابی به کیفیت زندگی مطلوب در افراد مسن، دارای کاربرد در سیاست‌های توسعه‌ای	شرکت مداوم در امور اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، معنوی و مدنی	در نظر گرفتن سالمندان ناتوان و بیمار به عنوان مشارکت‌کنندگان فعال در خانواده و اجتماع، فراهم نمودن یک دیدگاه در مورد حقوق افراد مسن، دستیابی به حداکثر سلامت، مشارکت و امنیت، حفظ کردن سطح فعالیت.
United Nations Economic Commission for Europe (11) (2015)	شاخص سالمندی فعال	دارای ابعاد مشارکت در بازار کار رسمی، زندگی سالم، مستقل و امن	اشتغال، شرکت در اجتماع، فعالیت‌های داوطلبانه، فعالیت فیزیکی، دسترسی به خدمات بهداشتی، زندگی مستقل، امنیت مالی و جسمی، یادگیری مادام‌العمر، خوب بودن ذهنی، سال‌های مورد انتظار زندگی	استقلال در زندگی، دستیابی به سالمندی فعال و سالم
Walker (14) (2015)	تشخیص بالقوه‌های سالمندی فعال	یک استراتژی جهانی در پاسخ به نگرانی سالمندی جمعیت، استراتژی تأیید شده توسط سازمان‌های حکومتی بین‌المللی	رفع موانع بروکراتیک، اجتماعی، فرهنگی و اهدافی اشتغال، آموزش، هنر، مذهب	اطمینان از حمایت، رعایت منزلت و مراقبت سالمندان، رفع نیازهای جسمی، اجتماعی و مالی و رعایت حقوق آنان

جدول ۲- مشخصات سالمندان دیابتی مشارکت‌کننده در تحقیق

جنس	زن	٪۱۴
	مرد	٪۸۶
وضعیت تأهل	متأهل	٪۱۰۰
تحصیلات	زیردیپلم	٪۲۸/۵
	دیپلم	٪۴۳
	بالای دیپلم	٪۲۸/۵
وضعیت اشتغال	بازنشسته	٪۵۷
	شاغل	٪۴۳

جدول ۳- طبقات و زیرطبقات حاصل از تحلیل داده‌های مرحله کار در عرصه

طبقات	زیر طبقات
عوامل اجتماعی (طبقه پیشابندی)	رفع موانع ساختاری، اصلاح نگرش‌های منفی اجتماع، توسعه شبکه‌های اجتماعی
عوامل اقتصادی (طبقه پیشابندی)	داشتن: شغل، درآمد و بیمه، تسهیل قوانین بازنشستگی و سیاست‌گذاری‌های دولتی
نیازهای اساسی (طبقه پیشابندی)	داشتن حمایت، محیط مناسب، تأمین آموزش
ارایه خدمات سلامتی (طبقه پیشابندی)	دسترسی آسان و ارزان به: مراکز درمانی بستری، سرپایی و در منزل، کانون‌های مشاوره رایگان
عواید عینی (طبقه پیامدی)	کنترل بیماری، به حداقل رساندن عوارض
عواید ذهنی (طبقه پیامدی)	حس ارزشمندی، ارتقای انگیزه، بهبود درک از خود
عواید عملکردی (طبقه پیامدی)	خودمراقبتی، پویایی و فعالیت، احساس سلامت

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر به روشن و شفاف‌سازی مفهوم سالمندی فعال در زمینه بیماری دیابت در ایران منجر شد. در تعریف به دست آمده از سالمندی فعال در دیابت، مشخص شد که این مفهوم، چند بعدی است و ابعاد مختلفی نظیر احساس سلامت جسمی و ذهنی تا اشتغال و درآمد و حتی محیط زندگی را نیز در بر می‌گیرد. به علاوه نتایج مطالعه حاکی از آن است که تنها افراد جوان، مشارکت‌کننده فعال در اجتماع به حساب نمی‌آیند و با اجرای سیاست‌های سالمندی فعال، می‌توان سالمندان دیابتی را نیز جزء مشارکت‌کنندگان فعال جامعه برشمرد. این یافته‌ها در بیانات Foster و

Boxall نیز تأیید شده است. آنان بیان نموده‌اند که حتی سالمندان بیمار یا ناتوان نیز می‌توانند به عنوان مشارکت‌کنندگان فعال در خانواده، اجتماع و ملتشان به حساب آیند (۴).

به علاوه یافته‌ها نشان داد که عوامل زیادی در تعریف و واضح‌سازی مفهوم سالمندی فعال در دیابت نقش دارند. شرکت مداوم در بازار کار، مشارکت فعال در کارهای منزل، مشارکت فعال در زندگی اجتماعی، لذت از سرگرمی‌ها، مسافرت و ورزش (۱۲)، به حداکثر رساندن فعالیت‌های شغلی، سیاسی، آموزشی، هنری و مذهبی (۴) از جمله عواملی است که با این مفهوم ارتباط دارند. همچنین امروزه برای بیان تعریف مناسبی از سالمندی

سالمندان پارکینسونی نیاز به مراقبت و دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی در سطوح مختلف است و مراقبت بین رشته‌ای، مراقبت تسکینی، بیمار محور و منحصر به فرد را از مهم‌ترین این ارکان برشمرده‌اند (۳۴).

بنابراین تسهیل دسترسی به خدمات بهداشتی- درمانی و آموزش سالمندان از سوی این نهادها، دارای اهمیت بوده و از رسالت‌های مهم سازمان‌های بهداشتی به شمار می‌رود (۱۸). این آموزش علاوه بر آن که حق سالمندان شمرده می‌شود، موجب توسعه عدالت اجتماعی و برابری شده و سبب دستیابی به سیاست سالمندی فعال نیز خواهد شد (۳۱).

مشارکت اجتماعی، یافته دیگر این پژوهش بود که برای دستیابی به سالمندی فعال در بیماران دیابتی مورد نیاز است. هر چند پژوهشی یافت نشد که در مورد سالمندان دیابتی به طور خاص و یا بیماران مزمن به طور عام با روش تحلیل مفهوم، این یافته را تأیید نماید، اما پژوهش‌هایی که در خصوص سالمندی فعال در کشورهای صربستان، کشورهای حوزه دریای کارائیب و اروپا انجام گرفته است (۱۸، ۱۱، ۴ و ۳۵) نیز نقش این عامل را بسیار مهم و ضروری تبیین نموده‌اند. بنابراین مشارکت سالمند دیابتی در اجتماع و داشتن نقش فعال از عناصر ضروری برای دستیابی به سالمندی فعال است.

امنیت مالی، داشتن فعالیت اقتصادی و نداشتن دغدغه معاش در تأمین سیاست سالمندی فعال برای کشورها هم از جانب سازمان بهداشت جهانی تأکید شده است و هم در متون بدان اشاره شده است (۴، ۱۱ و ۱۶). این عامل در پژوهش حاضر و با مشارکت

فعال در دیابت، توجه به شرایط روز و پیشرفت فن‌آوری نیز ضروری به نظر می‌رسد، چنان‌که Boudiny و Mortelmans در مقاله خود در مورد سالمندی فعال، از توانایی کار با اینترنت برای توانمندسازی افراد مسن یاد می‌کنند (۵). استفاده از رسانه (۲) استفاده از فن‌آوری‌های جدید به منظور خلق محیطی دوستانه و توانمند ساختن سالمندان (۳۵) از جمله مواردی است که باید بدان‌ها توجه شود. با توجه به این که این مفاهیم در طبقات پیش آیند و پیامدهای شکل گرفته از سالمندی فعال در مرحله نظری قابلیت گنجایش و پوشانیده شدن را داشتند، از آوردن آن‌ها در تعریف نهایی اجتناب شد. با این حال نباید اهمیت این موارد را نادیده گرفت. داشتن حمایت از نکات دیگری بود که در این پژوهش، برای سالمندی فعال در بیماری دیابت، ضروری شمرده شده است. این حمایت در پژوهش حاضر دارای ابعاد خانوادگی، مالی، عاطفی و دولتی است. مطیع حق‌شناس نیز در مطالعه خود ایجاد شبکه‌های حمایتی برای سالمندان را ضروری بیان کرده (۳۲) که در پژوهش حاضر نیز تأیید شده است.

در پژوهش حاضر، شناخت از دیابت، علایم و نشانه‌های آن و مراجعه منظم و دسترسی به خدمات بهداشتی- درمانی از عناصر مؤثر دیگر برای دستیابی به سالمندی فعال در بیماران دیابتی به دست آمد. نتایج این مطالعه با یافته‌های پژوهش فرشته‌نژاد و Lokk در سالمندان مبتلا به پارکینسون در کشور سوئد در این زمینه مطابقت داشت. آنان در مطالعه مروری خود بدین نتیجه رسیده‌اند که برای دستیابی به سیاست سالمندی فعال در

سالمندان دیابتی ایرانی مجدداً تأیید شد. در پژوهش حاضر نیز داشتن امنیت مالی و اقتصادی از ارکان اساسی سالمندی فعال در بیماران دیابتی به دست آمد که با نتایج سایر مطالعات (۳۲، ۱۴، ۱۱، ۴ و ۳۳) همخوانی دارد.

شایان ذکر است طبق بیان سازمان بهداشت جهانی، برای تعریف و بیان عناصر سالمندی فعال باید به نقش فرهنگ و جنسیت توجه داشت. در مطالعه حاضر در مرور متون و مرحله نظری نقش فرهنگ تأیید شد. اما به نقش جنسیت در متون جستجو شده، پرداخته نشده بود. به علاوه به علت هم‌زمانی مرحله تحلیل نظری و کار در عرصه و تمایل کم‌تر بانوان سالمند برای مصاحبه، همچنین به علت ماهیت کار و هدف مطالعه که روشن ساختن مفهوم سالمندی فعال در بیماری دیابت بود، به تفاوت نظرات جنس مرد و زن در بیان تعریف سالمندی فعال توجه نشد که پیشنهاد می‌گردد در مطالعات بعدی بدان پرداخته شود.

هدف کاربردی مطالعه حاضر آن بود که با شفاف‌سازی معنای سالمندی فعال در افراد دیابتی، بتوان دریافت که سالمندی فعال در سالمندان دیابتی چه معنایی دارد؟ چه خصوصیتی دارد؟ سالمندان دیابتی چه چیزهایی را برای فعال بودن خود لازم می‌دانند؟ فعال‌سازی سالمندان دیابتی مستلزم چیست و چه مواردی مورد نیاز است (پیشایندها)، در صورت تحقق این موارد، چه تغییراتی ایجاد خواهد شد (پیامدها) که این پرسش‌ها در قسمت یافته‌ها تشریح شدند. یافته‌های این مطالعه می‌تواند برای مراکز سالمندی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش

پزشکی در امر برنامه‌ریزی برای تحقق سالمندی فعال و مطابق دستورالعمل سازمان بهداشت جهانی برای کشورهای در حال پیر شدن، نقش داشته باشد. همچنین با توجه به سیاست دبیرخانه سالمندی کشور و در راستای اقداماتی که برای سیاست سالمندی فعال و پویا در دست اقدام است و نیز با توجه به این که اکثر سالمندان با یک یا چند بیماری مزمن زندگی می‌کنند که شایع‌ترین آن‌ها دیابت است، با کمک یافته‌های این مطالعه می‌توان در راستای آگاهی‌دانی به سالمندان و خانواده‌های آنان برای شناخت از دیابت، حمایت‌های مورد نیاز خانوادگی و دولتی از اکنون برنامه‌ریزی‌های لازم را به عمل آورد.

در پایان با توجه به این که اجرای سیاست‌های سالمندی فعال، منجر به ارتقای سلامت، ارتقای کیفیت زندگی، بهبود خودکارآمدی، تقویت سیستم‌های مراقبت از سلامتی، مرتفع نمودن نیازهای سالمندان (۱۵)، اشتغال، یادگیری در سراسر زندگی، امنیت، بهبود درک از خود، بهبود شرایط جسمی و محیط فرهنگی اجتماعی برای بیماران مزمن و البته برای اجتماع خواهد شد، لذا توصیه می‌شود با عنایت بر این که اجرایی شدن این مهم می‌تواند راهکاری برای مقابله با چالش ازدیاد جمعیت سالمندان در جهان و البته در ایران باشد، بدین مفهوم و اجرایی شدن آن توجه ویژه مبذول گردد. البته همان‌گونه که قبلاً نیز ذکر شد، اجرایی شدن این مفهوم برای سالمندان دیابتی، در درجه اول، مستلزم درکی مناسب، روشن و شفاف از این مفهوم می‌باشد که تلاش شد در این مطالعه بدان پرداخته شود.

تشکر و قدردانی

حمایت شده است. در پایان از کلیه مشارکت‌کنندگان در پژوهش قدردانی و تشکر می‌گردد.

این پژوهش توسط گرنت تحقیقاتی شماره 97-04-15-13960 دانشگاه علوم پزشکی ایران

منابع

- 1 - Marais S, Conradie G, Kritzinger A. Risk factors for elder abuse and neglect: brief descriptions of different scenarios in South Africa. *Int J Older People Nurs.* 2006 Sep; 1(3): 186-9. doi: 10.1111/j.1748-3743.2006.00025.x.
- 2 - Zrinscak S, Lawrence S. Active ageing and demographic change: challenges for social work and social policy. *European Journal of Social Work.* 2014; 17(3): 313-21. doi: 10.1080/13691457.2014.919088.
- 3 - Foster L. Active ageing and pensions in the European Union. *Journal of Comparative Social Welfare.* 2012 Oct; 28(3): 223-34. doi: 10.1080/17486831.2012.753022.
- 4 - Foster L, Boxall K. People with learning disabilities and 'active ageing'. *British Journal of Learning Disabilities.* 2015 Dec; 43(4): 270-6. doi: 10.1111/blid.12144.
- 5 - Boudiny K, Mortelmans D. A critical perspective: towards a broader understanding of 'active ageing'. *Electronic Journal of Applied Psychology.* 2011; 7(1): 8-14. doi: 10.7790/ejap.v7i1.232.
- 6 - Vares Z, Asayesh H, Aliakbarzade Arani Z, Sharifi Fard F. [Related factors in the quality of life of diabetic elderlies]. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism.* 2017; 16(5): 261-268. (Persian)
- 7 - Mendoza-Nunez VM, Martinez-Maldonado Mde L, Correa-Munoz E. Implementation of an active aging model in Mexico for prevention and control of chronic diseases in the elderly. *BMC Geriatr.* 2009 Aug 26; 9: 40. doi: 10.1186/1471-2318-9-40.
- 8 - Rodgers BL, Knafl KA. *Concept development in nursing: foundations, techniques, and applications.* 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2000.
- 9 - Song M, Lipman TH. Concept analysis: self-monitoring in type 2 diabetes mellitus. *Int J Nurs Stud.* 2008 Nov; 45(11): 1700-10. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.04.005.
- 10 - Walker LO, Avant KC. *Strategies for theory construction in nursing.* 4th ed. Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hal; 2005.
- 11 - UNECE. Active ageing index home. Available at: <https://statswiki.unece.org/display/AAI/Active+Ageing+Index+Home>. 2016.
- 12 - Schoenmaeckers RC, Avramov D, Maskova M. Active ageing in Europe: demographic characteristics of the oldest old. Council of Europe; 2004.
- 13 - Paul C, Ribeiro O, Teixeira L. Active ageing: an empirical approach to the WHO model. *Curr Gerontol Geriatr Res.* 2012; 2012: 382972. doi: 10.1155/2012/382972.
- 14 - Walker A. Active ageing: realising its potential. *Australas J Ageing.* 2015 Mar; 34(1): 2-8. doi: 10.1111/ajag.12219.
- 15 - Rodrigues R, Hofmarcher MM, Leichsenring K, Winkelmann J. Active and healthy ageing for better long-term care a fresh look at innovative practice examples. February 2013.
- 16 - Mendoza-Ruvalcaba NM, Arias-Merino ED. "I am active": effects of a program to promote active aging. *Clin Interv Aging.* 2015 May 5; 10: 829-37. doi: 10.2147/CIA.S79511.
- 17 - Bowling A. Perceptions of active ageing in Britain: divergences between minority ethnic and whole population samples. *Age Ageing.* 2009 Nov; 38(6): 703-10. doi: 10.1093/ageing/afp175.
- 18 - Sidorenko A, Zaidi A. Active ageing in CIS countries: semantics, challenges, and responses. *Curr Gerontol Geriatr Res.* 2013; 2013: 261819. doi: 10.1155/2013/261819.

- 19 - Ilmarinen J. Promoting active ageing in the workplace. European Agency for Safety and Health at Work. Available at: <https://osha.europa.eu/en/publications/articles/promoting-active-ageing-in-the-workplace>. 2012.
- 20 - British Columbia Recreation and Parks Association. Literature review of active aging. Available at: https://www.bcrpa.bc.ca/media/60048/active_aging_lit_review.pdf. 2006.
- 21 - McKenna MA. Transcultural nursing care of older adult clients. In: Andrews MM, Boyle JS. Transcultural concepts in nursing care. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins; 2008. P. 168-94.
- 22 - Hutchison T, Morrison P, Mikhailovich K. A review of the literature on active ageing. Canberra: Healthpact Research Centre for Health Promotion and Wellbeing; 2006.
- 23 - Brown AF, Mangione CM, Saliba D, Sarkisian CA. Guidelines for improving the care of the older person with diabetes mellitus. *J Am Geriatr Soc*. 2003 May; 51(5 Suppl Guidelines): S265-80. doi: 10.1046/j.1532-5415.51.5s.1.x.
- 24 - Reid BV. "It's like you're down on a bed of affliction": aging and diabetes among black Americans. *Social Science & Medicine*. 1992 Jun; 34(12): 1317-23. doi: 10.1016/0277-9536(92)90140-L.
- 25 - Caspersen CJ, Thomas GD, Boseman LA, Beckles GL, Albright AL. Aging, diabetes, and the public health system in the United States. *Am J Public Health*. 2012 Aug; 102(8): 1482-97. doi: 10.2105/AJPH.2011.300616.
- 26 - Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, Diamant M, Ferrannini E, Nauck M, et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a patient-centered approach: position statement of the American diabetes association (ADA) and the European association for the study of diabetes (EASD). *Diabetes Care*. 2012 Jun; 35(6): 1364-79. doi: 10.2337/dc12-0413.
- 27 - Kirkman MS, Briscoe VJ, Clark N, Florez H, Haas LB, Halter JB, et al. Diabetes in older adults. *Diabetes Care*. 2012 Dec; 35(12): 2650-64. doi: 10.2337/dc12-1801.
- 28 - Tang TS, Brown MB, Funnell MM, Anderson RM. Social support, quality of life, and self-care behaviors among African Americans with type 2 diabetes. *Diabetes Educ*. 2008 Mar-Apr; 34(2): 266-76. doi: 10.1177/0145721708315680.
- 29 - Ricci-Cabello I, Ruiz-Perez I, Rojas-Garcia A, Pastor G, Rodriguez-Barranco M, Goncalves DC. Characteristics and effectiveness of diabetes self-management educational programs targeted to racial/ethnic minority groups: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *BMC Endocr Disord*. 2014 Jul 19; 14: 60. doi: 10.1186/1472-6823-14-60.
- 30 - World Health Organization. Active ageing: a policy framework. Geneva: World Health Organization; 2002.
- 31 - Cloos P, Allen CF, Alvarado BE, Zunzunegui MV, Simeon DT, Eldemire-Shearer D. 'Active ageing': a qualitative study in six Caribbean countries. *Ageing and Society*. 2010 Jan; 30(1): 79-101. doi: 10.1017/S0144686X09990286.
- 32 - Motie Haghshenas N. [Evaluation of social-population policies about active aging and challenges that lie ahead in Iran]. *Ma'rifat-i Farhangi Ejetemaii Journal*. 2012-13; 4(1): 101-120. (Persian)
- 33 - Annear M, Keeling S, Wilkinson T, Cushman G, Gidlow B, Hopkins H. Environmental influences on healthy and active ageing: a systematic review. *Ageing and Society*. 2014 Apr; 34(4): 590-622. doi: 10.1017/S0144686X1200116X.
- 34 - Fereshtehnejad SM, Lökk J. Active aging for individuals with Parkinson's disease: definitions, literature review, and models. *Parkinson's Disease*. 2014; 2014: 739718. doi: 10.1155/2014/739718.
- 35 - Stojilkovic-Gnjatovic J, Belij M. Active ageing of the active elderly in Serbia. *Empirical Approach*. 2014; 643-652. doi: 10.2298/ZMSDN1448643S.

Concept of active aging in diabetics: A qualitative article

Safoura Dorri* Hamideh Hakimi** Forough Rafii*** Mansoureh Ashghali Farahani**** Hossein Mohammadi****

Abstract

Article type:
Original Article

Received: May 2019
Accepted: Aug. 2019
e-Published: 11 Dec. 2019

Background & Aim: Iranian elderly population is increasing, and a high percentage of this population suffers from diabetes. Considering that the concept of active aging has not been developed in the context of chronic diseases that are common in aging (such as diabetes), the purpose of this study was to analyze the concept of active aging in diabetic elderly patients based on a hybrid model.

Methods & Materials: Three stages of hybrid model (theoretical, field work and final analysis) were used in this study. In the theoretical phase, 35 articles (published in 1990-2016) from scientific databases were analyzed. In the field work phase, 10 participants were interviewed and then a qualitative content analysis was performed. In the final phase, the findings of the two previous stages were merged and analyzed.

Results: The definition of active aging for the diabetic elderly is a comprehensive, dynamic, multidimensional and culturally dependent process that requires a sense of satisfaction, happiness, well-being, security, and physical and mental health, that is achieved through social participation, providence of appropriate health and employment services, awareness of diabetes, and financial, emotional, family, and governmental support that brings subjective and objective benefits to the international, national and individual levels (such as adaptation to illness, a sense of worth and self-esteem). In order to achieve this, paying attention to the whole life span from childhood to old age is needed.

Conclusion: The results of this study suggest that health, security, satisfaction, participation, access to health services, support and knowledge of diabetes play an important role in activating elderly people with diabetes in Iran.

Corresponding author:
Mansoureh Ashghali Farahani
e-mail:
Farahani.ma@iums.ac.ir

Key words: qualitative research, aging, diabetes, aged, Iran

Please cite this article as:

- Dorri S, Hakimi H, Rafii F, Ashghali Farahani M, Mohammadi H. [Concept of active aging in diabetics: A qualitative article]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences.* 2019; 25(3): 325-341. (Persian)

* Dept. of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; Student Research Committee, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

** Dept. of Pediatric Nursing, Islamic Azad University of Lahijan, Lahijan, Iran

*** Dept. of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; Nursing Care Research Center (NCRC), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

**** Dept. of Geriatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran