

ابعاد کیفیت زندگی سالمندان با مرور پژوهشهای پیشین

مقدمه: در دهه‌های اخیر در حوزه علوم روانشناسی و پزشکی و علوم اجتماعی... مطالعات گسترده‌ای پیرامون کیفیت زندگی سالمندان صورت گرفته است؛ اما از آن جهت که کیفیت زندگی و شاخصهای آن یک مفهوم پیچیده و چند سویه و مبهم است - زیرا که برای افراد مختلف اهمیت و ارزش هر یک از ابعاد مختلف زندگی متفاوت است - مشاهده تناقضها و تفاوتها و همچنین نقاط مشترک در میان پژوهشها ضرورت انجام فراتحلیل، بازنگری و ترکیب یافته‌ها، دستیابی به تحلیلی مشترک در زمینه کیفیت زندگی سالمندان و ابعاد مختلف آن را موجب شده است.

روش: این مطالعه با روش فراتحلیل در سه سطح نظریه شناختی، روش شناختی و نتیجه‌شناسی به کشف و آشکار کردن ارتباط منطقی عوامل تأثیرگذار و شاخصهای اصلی از طریق مطالعه تطبیقی بیست مقاله (علمی- پژوهشی) با روش سنجش اندازه اثر عوامل و متغیرهای مستقل در جهت دستیابی به نتایج جدید و جامع‌تر و رفع چالشها در آینده و بهبود کیفیت زندگی سالمندان بوده است.

یافته‌ها: در پاسخ به پرسش اصلی مطالعه حاضر سه شاخص اجتماعی، فرهنگی و متغیرهای جمعیتی مرتبط با متغیرهای مستقل، آموزش مثبت‌نگری و امید به زندگی (۸۳ درصد) مشارکت اجتماعی غیرنهادی (۷۷ درصد) سلامت جسمی و روانی (۷۵ درصد) و نگرشهای مذهبی و دینداری (۷۶ درصد) مشخص شد که شدت تأثیر در حد بالایی است. حمایت اجتماعی، همبستگی اجتماعی و رضایت از زندگی و عوامل زمینه‌ای (دموگرافیک) به‌طور خاص سن و تحصیلات در حد متوسط تأثیرگذار بوده است.

بحث: به‌طور کلی توجه به ابعاد عینی کیفیت زندگی در بیشتر پژوهشها مورد غفلت قرار گرفته است و در صورت توجه و تمایز بین شاخصهای عینی و ذهنی کیفیت زندگی سالمندان در نتیجه‌گیریها به طور مجزا شاخصهای عینی و ذهنی بررسی نشده است.

۱. بی‌بی زهره ذبیحی مداح
دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی
فرهنگی، دانشکده علوم اجتماعی،
واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد
اسلامی، تهران، ایران.

۲. حسین آقاچانی مرساء
دکتر جامعه‌شناس، دانشکده
علوم اجتماعی، واحد تهران مرکز،
دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
(نویسنده مسئول)
<a_marsa1333@yahoo.com>

واژه‌های کلیدی:

کیفیت زندگی، سالمندی، فراتحلیل،
ابعاد ذهنی و عینی، اندازه اثر

تاریخ دریافت: ۹۸/۴/۱۲

تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۱/۱۳

Dimensions of quality of life of the elderly by reviewing previous research

▶ 1-Bi Bi Zohreh Zabihi Madah

Ph.D. student in Cultural Sociology, Faculty of social sciences, Tehran Center Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

▶ 2-Hossein Aghajani Marsa

Ph.D. in Sociology, Faculty of social sciences, Tehran Center Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran (Corresponding Author)
<a_marsa1333@yahoo.com>

Keywords:

Effect size, Elderly, Life quality, Mental and objective dimensions, Meta-analysis

Received: 2019/07/03

Accepted: 2020/02/02

Abstract

Introduction: In recent decades in the field of Psychology, Medicine, and Social Sciences, extensive research has been conducted on the life quality of the elderly. The life quality of the group as a social issue the core of which is formed by health, is investigated by mental/objective and individual/collective, and physical/social dimensions. But the life quality and its indicators are referred to as a complex, multidimensional and vague concept, because for different people the importance and value of each dimension of life varies, seeing contradictions and differences as well as common points among studies necessitates a meta-analysis, revision, and combination of findings in order to achieve a common analysis over the life quality of the elderly and its various dimensions.

Method: exploring and revealing the logical connection of influential factors and key indicators through comparative study of twenty (scientific & research) articles by measuring the effect size of factors and independent variables toward achieving new and more comprehensive results and removing future impediments and improving the life quality of the elderly.

Findings: in response to the main question of the present study, by measuring the effect size of factors and variables having greatest impact on the life quality of the elderly, three social, cultural indicators and population variables related to independent variables, optimism training and life expectancy (83%), non-institutional social participation (77%), physical and mental health (75%), and religious attitudes and religiosity (76%) were found to be of great influence.

Discussion: Among research studies, the life quality of the elderly was only studied in one of the qualitative research studies (from phenomenological point of view), and most of studies has been done in a quantitative way.

Extended Abstract

Introduction: A dramatic increase in the number of the elderly is a fact which is referred as aging tsunami or elderly overpopulation in the future years. In the view of World Health Organization, as the elderly population grows, we will have to face the crisis of aging population and fundamental challenge in 21st century. In recent decades in the field of Psychology, Medicine, and Social Sciences, extensive research has been conducted on the life quality of the elderly. The life quality of the group as a social issue the core of which is formed by health, is investigated by mental/objective and individual/collective and physical/social dimensions. But since the life quality and its indicators can be regarded as a complex, multidimensional and vague concept, because for different people the importance and value of each of life dimension varies, seeing contradictions and differences as well as common points among studies necessitates a meta-analysis, revision and combination of findings in order to achieve a common analysis over the life quality of the elderly and its various dimensions.

Method: Exploring and revealing the logical connection of influential factors and key indicators through comparative study of twenty (scientific & research) articles by measuring the effect size of factors and independent variables toward achieving new and more comprehensive results and removing future impediments and improving the life quality of the elderly.

Findings: In response to the main question of the present study, by measuring the effect size of factors and variables having greatest impact on the life quality of the elderly, three social, cultural indicators and population variables related to independent variables, optimism training and life expectancy (83%), non-institutional social participation (77%), physical and mental health (75%), religious attitudes and religiosity (76%) were found to have a great influence. Social support, social solidarity, life satisfaction, and underlying factors (demographics), in particular age and qualification have been moderately effective.

Discussion: According to World Health Organization, life quality is quite subjective which is not observable by the others and will be based on an understanding of the various aspects of the life and should be studied by qualitative and quantitative methods to examine the influential factors. Among studied researches, only

one qualitative research study (from phenomenological point of view) has studied the life quality of the elderly, and most of studies has been done quantitatively. In previous studies, most influential mental factors (mental dimension) were the life quality, and as most of the investigated studies have addressed the mental dimension of the life quality with different indicators affected on the life style of the elderly, consequently the objective dimensions of life quality have been neglected in most of studies, in case of any distinction between objective and subjective indicators in the life quality of the elderly, the objective and subjective indicators have not been investigated separately in conclusions.

The elderly and aging threshold in 70-75 years old or more is completely conventional and depends on individual differences and changes throughout social life. For the purpose of studying the life quality of the elderly to achieve more accurate results and analysis, it is necessary to consider them in special age groups, e.g., younger elderly whose age range is 60-74 years old and elderly with the age range of 75-90 years old.

Effective factors and effect size and intensity and frequency of classes and frequency percent of the investigated studies

Row	Effective factors on life quality of the elderly	Size of combined effects	Intensity	Frequency	Percent
1	Social support (official/non-official)	0.538	Average	4	40
2	Social participation (non-institutional)	0.778	High	2	20
3	Demographic factors (population age/qualification)	0.455	Average	10	100
4	health (physical/mental)	0.750	High	7	75
5	Life satisfaction (life quality/mental dimension)	0.428	Average	2	20
6	Social sodality (social health)	0.418	Average	2	20
7	Self-efficiency	0.147	Low	1	10
8	Spiritual factors, religious attitudes and religiosity	0.76	High	2	20
9	Optimism training & life expectancy	0.83	High	2	20

Dimensions of quality of life of the elderly by reviewing previous research

Row	Effective factors on life quality of the elderly	Size of combined effects	Intensity	Frequency	Percent
10	Physical activity (business, sport, free time)	0.59	Average	2	20
11	Economic & social base	0.377	Average	2	20

As can be seen in the table, the intensity of positive attitude training factors (optimism) and life expectancy, spiritual psychotherapy and religious attitude, (non-institutional) social partnership and (physical and mental) health are had more impacts on life quality of the elderly. Also in most of the studies, demographic (population) factors of age and qualification have had positive effect.

Procedure and dimensions of life quality of the elderly and investigated indicators of previous studies

Procedures	Dimensions of life quality of the elderly	Indicators of previous studies
Objective/ subjective	Objective Subjective	Economic (financial independence, income, house & employment) Cultural (spirituality and perfectionism, personality characteristics, thinking positive, mental well-being, stress & depression, loneliness, vitality)
Individual/ collective	Individual Collective	Activity(efficiency, physical health, sport & physical activity, interpersonal communication) Collective interactions (local community, sport/ group and recreational activities, relation with relatives, children & others)
Social/global	Social Global	Social health, social partnership, solidarity & social cohesion, social trust, social security, social capital, social support Life satisfaction, mutual respect from others, enjoyable life

Procedures	Dimensions of life quality of the elderly	Indicators of previous studies
Agent-oriented/ structuralism	Agent-oriented Structuralism	Individual needs (nutrition, employment, skills training & health cares, sport and physical activities) Economic job security, citizenship & social support, social common relationships & links, social interdependence

It was found that in most of studies combined theories has been used in their theoretical model. Besides theoretical procedures in micro and macro levels have addressed the life quality of the elderly. The indicators and main factors of life quality of the elderly based on dual approaches and its dimensions among investigated articles by objective/subjective, individual/collective, social/global, agent-oriented/structuralism dimensions and are extractable and searchable through comparative and multiple revisions.

Ethical Considerations

Funding

This article has been prepared with the opinion and participation of the supervisor and his cooperation

Authors' contributions

We have not received any financial support for the publication of this article, and most of the research work has been qualitative and case study analytical.

Conflicts of interest

This article is not inconsistent with other published articles and is an analysis of previous research.

Acknowledgments

In this article, by referring to the published works and articles, mentioning the author's name in the text and the end of the article, we have used it to achieve a more coherent and comprehensive analysis, and all rights related to research ethics have been respected.

مقدمه

در گذشته خوب زندگی کردن و شادمانه زیستن را با آنچه هم‌اکنون کیفیت زندگی می‌نامیم در نظر می‌گرفته‌اند و مسئله اصلی قرن جدید هم زندگی کردن با کیفیتی بهتر است. دوره سالمندی یکی از مراحل تکامل زندگی انسانها است که فرآیندی طبیعی پس از دوران بزرگسالی به شمار می‌رود. سالمندی را به‌طور قراردادی مترادف با آغاز سن ۶۵ سالگی می‌دانند. (امیری و همکاران، ۲۰۰۲)

به گزارش سازمان ملل متحد در تهران در سال ۲۰۰۶، چهار میلیون و پانصد و شصت و دو هزار نفر یعنی تقریباً ۶ درصد از کل جمعیت ایران را افراد بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دادند. به گزارش مرکز اطلاعات سازمان ملل متحد، در فاصله بین سالهای ۱۳۸۵ تا ۱۴۰۵ به میانه سنی جمعیت کشور ۱۰ سال افزوده می‌شود. (سایت سرشماری جمعیت، ۲۰۱۵). تعداد سالمندان ایرانی در سال ۲۰۵۰ به رقم ۲۶ میلیون و ۳۹۳ هزار نفر، یعنی ۲۶ درصد از کل جمعیت خواهد رسید. (حیدری و همکاران، ۲۰۱۲)

می‌توان گفت که ایران در شرایط فعلی در حال گذار از جمعیت جوان به جمعیت میان‌سال است و به‌زودی به جمع کشورهای با ترکیب جمعیتی «پیر» خواهد پیوست. (ریاحی، ۲۰۰۸) مرکز آمار ایران بر مبنای سرشماری سال ۱۳۹۵ بیان کرده است که حدود ۹/۲ درصد کل جمعیت ایران (حدود ۷/۴ میلیون نفر) را سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر تشکیل می‌دهند. به‌طور کلی افزایش جمعیت سالمندان بیانگر بهبود در شاخصهای سلامتی و موفقیت در سیاستهای بهداشتی و توسعه اجتماعی و اقتصادی است، اما به‌عنوان چالش اساسی برای قرن ۲۱ مطرح شده است. (گیل هوولی، ۲۰۰۸)

هم‌اکنون سالمندی سالم و موفق تنها به دسترسی منابع سالم مربوط نیست، بلکه به چگونگی تنظیم زندگی به‌طور فعال و بهزیستی توسط افراد و رفتارهایشان بستگی دارد و

کیفیت زندگی یکی از پیامدهای مهم ارزیابی سلامت در نظر گرفته می‌شود.

با ارتقاء سلامت در چهار بعد جسمی، روانی، اجتماعی و روحی، در سالمندان به دو روش توسعه شیوه‌های سالم زندگی از طریق توانمندسازی، آگاهی و مهارت‌های ضروری، اقدام اجتماعی و ایجاد شرایط زیستن در یک حیات سالم با تأثیرگذاری بر سیاست‌گذاران به نتیجه مطلوب می‌توان دست یافت. بعد اجتماعی زندگی و سلامت اجتماعی تأثیر بسزایی در سلامت به صورت کلی و کیفیت زندگی به طور خاص و ویژه دارد. (علیپور و همکاران، ۲۰۰۹)

در تعریف مفاهیمی همچون «کیفیت زندگی»، تعاریف مشخص و یکسانی در پژوهشها ارائه نمی‌شود. گاهی به جهت پیچیده بودن این مفهوم از تعریف آن اجتناب می‌شود. به‌طورکلی می‌توان کیفیت زندگی را مفهومی چند سویه و مبهم دانست که در سطوح مختلف، از سنجش اجتماع محلی تا ارزیابی خاص موقعیت و شرایط فردی و گروهی به کار می‌رود. (سجادی، ۲۰۱۱)

اکثر صاحب‌نظران بر این زمینه توافق نظر دارند که کیفیت زندگی، واقعیت‌های مثبت و منفی زندگی را با یکدیگر دربر می‌گیرد و مفهوم کیفیت زندگی یک مفهوم ذهنی^۱، عینی^۲ و پویا^۳ قلمداد می‌شود. (نجات، ۲۰۰۸)

کیفیت زندگی ابعاد مختلف زندگی فردی و اجتماعی انسان را دربر می‌گیرد که بین ابعاد نوعی همبستگی و برهم کنش دارند و مجموعه این ابعاد از یکدیگر تأثیر پذیرفته و همچنین بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند. (هزارجریبی و صفری شالی، ۲۰۱۲)

چندبعدی بودن (جسمی، روانی، روحی، اجتماعی) و ذهنی بودن (ارزیابی فرد از سلامت و خوب بودنش) پویا بودن (تغییر با گذشت زمان) سه ویژگی خاص کیفیت زندگی خواهد بود.

1. subjective
2. objective
3. dynamic

گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را این گونه تعریف می کنند: «ادراک افراد از جایگاه خود در زندگی از نظر فرهنگی و نظام ارزشی که در آن زندگی می کنند و مرتبط با اهداف و انتظارات، استانداردها و اولویتهایی کاملاً فردی و استوار بر درک فرد از جنبه های مختلف زندگی خود. کیفیت زندگی با ارزیابی ذهنی ای ارتباط دارد که در زمینه محیطی و اجتماعی و فرهنگی صورت می گیرد». (سجادی، ۲۰۱۱)

تحقیقات و پژوهشهای مختلف در زمینه کیفیت زندگی سالمندان به برخی از ابعاد اشاره کرده و شاخصهای مورد نظر را مورد ارزیابی قرار داده اند و ابعاد اقتصادی، اجتماعی، روانی، زیستی را تحت تأثیر مؤلفه هایی چون: زمان و مکان و ارزشهای فردی و اجتماعی می دانند. با بررسی روی مطالعات انجام شده که از متغیرها و روشها و ادبیات نظری متفاوت بهره گرفته اند و به کشف ارتباطات، عوامل تأثیرگذار و چارچوبهای نظری مسلط پرداخته اند، توانستیم کمک زیادی گرفته و به گسترش دانش و آگاهی خود در زمینه کیفیت زندگی سالمندان بیفزاییم و بتوانیم موجب دستیابی به نیازهای واقعی و برنامه ریزی در جهت بهبود شیوه زندگی آنان باشیم.

این مطالعه با اهداف آشکار کردن ارتباط منطقی بین پژوهشهای مورد بررسی برای تبیین کیفیت زندگی سالمندان و همچنین کشف ابعاد و عوامل، روابط جدید و نقاط مشترک و تفاوتها و تناقضها میان پژوهشهایی که در این زمینه انجام شده و ترکیب یافته ها در مباحث نظری و روش شناختی، شاخص سازیها و نتایج پژوهشها بوده است. در جهت یکپارچه کردن نتایج هدف بیان شاخصهای اصلی تأثیرگذار بر کیفیت زندگی سالمندان از طریق مطالعه تطبیقی مقاله ها و دستیابی به نتایج جدید و جامع تر برای رفع چالشهای پیش رو و بهبود شیوه زندگی سالمندان است.

در انجام فرا تحلیل، سعی بر بازنگری و دستیابی به تحلیلی مشترک از تعدادی پژوهشها در زمینه کیفیت زندگی سالمندان و ابعاد مختلف آن و پاسخ به این پرسش که عوامل اصلی

تأثیرگذار بر کیفیت زندگی سالمندان چیست؟ و چگونه می‌توان در بهبود زندگی سالمندان و رفع چالشها کمک کرد؟ که این خود مستلزم شناخت مفهوم کیفیت زندگی، ابعاد و رابطه عوامل مؤثر بر یکدیگر و اهمیت زیربنای تئوریک برای تفسیر و تحلیل نتایج خواهد بود.

مبانی نظری

کیفیت زندگی

کلمه کیفیت از لغت لاتین qual به معنی چیزی و چه و quality به مفهوم چگونگی استخراج شده است. و qol از نظر لغوی به معنی چگونگی زندگی است و دربرگیرنده تفاوت‌های آن است که برای هر فرد منحصر به فرد بوده و با دیگران متفاوت است. (هزارجریبی و صفری شالی، ۲۰۱۲، به نقل از مولدون، ۱۹۹۸).

اما سابقه مفهوم کیفیت زندگی به فلسفه یونان و ارسطو که در آن به بحث شادکامی اشاره شده است، بازمی‌گردد. در دوران جدید فیلسوفانی چون گیرگارد، ژان پل سارتر و دیگران به آن توجه داشته‌اند. آنچنانکه جواناهاج ۲ (۱۹۹۴) از نظریه پردازان این حوزه با تأکید بر خصلت و هویت فردی و اجتماعی، انسان و ارزشهای فردی و اجتماعی کیفیت زندگی را به لحاظ فلسفی نتیجه ترکیب سنتز میان مطلوب‌گرایی (بیشترین فایده برای بیشترین افراد) و اگزیستانسیالیسم (مکتب وجودی) می‌داند. (هزارجریبی و صفری شالی، ۲۰۱۲، به نقل از مولدون، ۱۹۹۸)

در زمینه کیفیت زندگی نظریات گوناگون مطرح شده است؛ اما دو نظریه کیفیت زندگی جهانی و کیفیت زندگی اجتماعی دارای اهمیت است: نظریه کیفیت زندگی جهانی (مدل تلفیقی کیفیت زندگی) نظریه‌ای کلی است شامل سه بعد اساسی ذهنی، وجودی و عینی.

1. Happiness

یودامونیا (هدف رفتار مطلوب انسانی یا همان شادمانی امروزی است).

2. Joanna Hodge

کیفیت ذهنی زندگی به معنای احساس لذت فرد از زندگی است. فرد شرایط و احساسات و عقایدش را به صورت شخصی ارزیابی می کند. به عبارت دیگر، احساس رضایت فرد از زندگی منعکس کننده بعد ذهنی کیفیت زندگی است.

کیفیت وجودی زندگی احساس لذت فرد از زندگی در سطحی عمیق تر است. در این دیدگاه فرض بر این است که فرد ماهیتی عمیق تر دارد و شایسته احترام است و می تواند منطبق با ماهیت خود زندگی کند.

کیفیت عینی زندگی تحت تأثیر فرهنگی است که مردم در آن زندگی می کنند. در واقع دنیای پیرامون لذت بخش بودن زندگی فرد را تعیین می کند. (اونق، ۲۰۰۳، به نقل از ونتگوت و دیگران، ۲۰۰۳)

کیفیت زندگی اجتماعی مبتنی است بر: «درجه تأمین اجتماعی-اقتصادی، دامنه ادغام (مشمولیت) اجتماعی، دوام و شدت همبستگی و انسجام اجتماعی بین نسلها و سطح خودمختاری و توانمندسازی شهروندان». (غفاری و امیدی، ۲۰۰۹، به نقل از نول، ۲۰۰۲)

در مباحث نظری رویکردهای متفاوت به کیفیت زندگی پرداخته اند و هر کدام فرآیندهای شناختی، احساسی و نمادین افراد را که کیفیت زندگی خود را ارزیابی و تعیین و تجزیه و تحلیل می کنند، توصیف کردند. از آن جمله می توان به رویکرد اقتصادی، روان شناختی، روانشناسی اجتماعی، جامعه شناختی و رویکرد فردگرایانه و رویکرد استیلایی، زیست شناختی و رویکرد ذهنی و رویکرد عینی، رویکرد عاملیت گرا و ساختارگرا اشاره کرد. این رویکردها به دو دسته توصیفی و تبیینی تقسیم می شوند. رویکرد توصیفی رابطه کیفیت زندگی را با متغیرهای زمینه ای (سن، جنس، سواد و ...) بررسی می کند و رویکرد تبیینی به شناخت عوامل ذهنی و عینی کیفیت زندگی می پردازد که خود به دو دسته عاملیت گرا و ساختارگرا تقسیم می شوند. (غفاری و ابراهیمی لویه، ۲۰۰۵)

در رویکرد عاملیت گرا، عاملیت فرد در مرکزیت قرار دارد و بیشتر ناظر بر ذهنیات و

قابلیتها و توانمندیهای افراد است تا شرایط ساختاری اجتماعی یا محیط پیرامونی. رویکرد نیازمحور و رویکرد قابلیت و نظریه‌های نیازهای اساسی، انسانی و نظریه توسعه انسانی به مواردی چون تغذیه مناسب: مسکن، اشتغال، مراقبتهای بهداشتی، آموزش و امنیت اقتصادی تأکید دارند. (هزارجریبی و صفری شالی، ۲۰۱۲)

رویکرد ساختارگرا به‌طورکلی تمامی حوزه‌های بهبود کیفیت زندگی را در بر می‌گیرد و بر جامعه به‌عنوان یک کلیت تمرکز دارد. این رویکرد برای کیفیت زندگی عناصر سازنده و عوامل ایجادکننده‌ای تعیین می‌کند. مانند خودمختاری، شناخت و وابستگی متقابل، برابری که به عواملی مانند امنیت، شهروندی و دموکراسی برای محقق شدن نیاز دارند. به‌عبارت‌دیگر کیفیت زندگی در معنای واقعی آن نمی‌تواند مستقل از مناسبات روابط و پیوندهای مشترک اجتماعی و وابستگیهای متقابل در زمینه عدالت توزیعی که امنیت شغلی و اقتصادی، حمایت شهروندی و حقوق انسانی را تضمین می‌کند مفهوم‌سازی شود. (هزارجریبی و صفری شالی، ۲۰۱۲).

نظریه‌های بسیاری مرتبط با تعریف مفهوم کیفیت زندگی و ابعاد آن بیان شده است اما یکی از جامع‌ترین تعاریف را می‌توان تعریف دیوید فیلیپس دانست که کیفیت زندگی را در ابعاد فردی و جمعی موردبررسی قرار می‌دهد.

در سطح فردی او مؤلفه‌های عینی و ذهنی را مطرح می‌کند که لازمه کیفیت زندگی فردی در بعد عینی، تأمین نیازهای اساسی و برخورداری از منابع مادی جهت برآوردن خواسته‌های اجتماعی شهروندان است و در بعد ذهنی به داشتن استقلال عمل در افزایش رفاه ذهنی شامل لذت‌جویی، رضایتمندی، هدف‌داری در زندگی و رشد شخصی، رشد و شکوفایی در مسیر سعادت و دگرخواهی، مشارکت در سطح گسترده‌ای از فعالیتهای اجتماعی مربوط می‌شود. کیفیت زندگی در بعد جمعی بر ثبات و پایداری محیط فیزیکی و اجتماعی، منابع اجتماعی درون گروه و جوامعی که در آن زندگی می‌کنند، شامل انسجام مدنی، هم‌کوشی و

یکپارچگی، روابط شبکه‌ای گسترده و پیوندهای موقتی در تمامی سطوح جامعه هنجارها و ارزشهایی اعم از اعتماد، نوع‌دوستی و رفتار دگرخواهانه، انصاف، عدالت اجتماعی و برابری طلبی تأکید دارد. (غفاری و امید، ۲۰۰۹)

سالمندی

سالمندی را همه با افزایش سن و تغییر در شکل ظاهری و اندامها و سفیدی موی سر (تغییرات جسمی) و بازنشستگی و عدم تعهد و نقش‌پذیری (تغییرات اجتماعی) و دگرگونیهای روانی و عاطفی (تغییرات سن روانی) مترادف می‌دانند. اما در عصر ما سن سالمندی و پیری در ۷۰ سالگی، ۷۵ سالگی یا سنین دیگر کاملاً قراردادی است؛ زیرا طول زندگی فعال و سایر ویژگیهای جوانی به طور دائم افزایش می‌یابد و به نظر می‌رسد که بین سن زمانی و پیامد حاصله از رویدادهای زندگی رابطه وجود دارد. زیرا تفاوت‌های فردی بسیار زیاد بوده، دگرگونیها معمولاً تدریجی است و به‌ندرت در عرض یک روز و یا حتی سال به وجود می‌آید و متغیرهای متعددی مثل سلامتی، عوامل اقتصادی به‌اندازه تعداد سالها در مفهوم سن نقش دارد. (ال میشارا و رایدل، ۱۹۸۶)

ورود به دوره سالمندی را تا حدودی قانون معین می‌کند، زیرا سن قراردادی و اجباری بازنشستگی که معمولاً ۶۵ سالگی است، گاهی می‌تواند تا ۷۰ سالگی ادامه یابد. بعضی اشخاص، لاقلاً از نظر قانون دیرتر از دیگران پیر می‌شوند. توزیع سنین اشخاص پیر نشان‌دهنده دربرگیری دو یا سه نسل از جامعه است که به‌راحتی می‌توان دو گروه اشخاص مسن را تشخیص داد: پیران جوان و پیران واقعی. (ال میشارا و رایدل، ۱۹۸۶)

دگرگونیهای فیزیولوژیک پیر شدن در ارتباط با عوامل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و همچنین با عادات بهداشتی فرد (سلامتی) باید مورد مطالعه قرار گیرد. زیرا که تغییرات بدنی (افت نیروها، کاهش هماهنگی و تسلط بر بدن و اختلال در سلامتی) در همه افراد با یک آهنگ و شیوه

یکسان پیش نمی‌رود یا بسیاری از سالمندان از نظر سلامتی بهتر از بعضی از جوانها هستند. چنانچه دیویس می‌گوید: بین پیری سنی و پیری زیستی تفاوت وجود دارد. این دو روند نه تنها با هم هماهنگ و هم‌زمان نیستند، بلکه حتی در نزد یک فرد نیز این دگرگونی از یک عضو تا عضو دیگر و حتی از یک یاخته تا یاخته‌ای دیگر تفاوت می‌کند، بنابراین جای شگفتی نیست که در برخی افراد این مرحله زودتر از موعد معمولی و در برخی دیگر دیرتر ظهور می‌کند. (دیویس و لون، ۱۹۹۹).

تعارض در بین سنین اجتماعی و پذیرش نقشهای اجتماعی ناهماهنگیها را بوجود می‌آورد که ناشی از دگرگونیهای اجتماعی و شرایط کیفیت زندگی سالمندان خواهد بود. سالمندی در گروه‌های مختلف تعاریف متفاوتی دارد. بطوریکه روانشناسان شروع سن سالمندی و پیری را در حدود ۶۵-۶۰ سالگی، یعنی سنی که اغلب افراد بازنشسته می‌شوند، دانسته‌اند. البته تعیین سن خاص به‌عنوان شروع سن پیری قطعیت نخواهد داشت. از نظر سنی یک فرد ۶۵ ساله هنوز می‌تواند انتظار زندگی بیش از ۱۲ سال را داشته باشد و اگر فردی تا ۸۰ سالگی دوام آورد احتمال انتظار اینکه بتواند تا ۱۰ سال دیگر زندگی کند را داشته باشد. (کاکاوند، ۲۰۱۶). سالمندی جمعیت از نظر جمعیت‌شناسی، کاهش نسبت افراد ۱۴-۰ ساله و افزایش نسبت افراد ۶۰ سال و بالاتر است. تغییر سنی (ساختار سنی) جمعیت به سمت سنین بالاتر مهم‌ترین فرآیند جمعیتی در قرن ۲۱ است. (زنجانی، ۲۰۱۷).

اگر سالخورده‌گی جمعیت را یک فرآیند انتقال جمعیت شناختی که در آن باروری و مرگ‌ومیر از سطوح بالا به سطوح پایین کاهش یافته بدانیم، علل این افزایش تعداد سالمندان در یک جامعه را می‌توان در کاهش میزان مولید، بالا رفتن متوسط طول عمر افراد و کاهش میزان مرگ‌ومیر و مهاجرت بیان کرد.

در شرایط فعلی مرگ‌ومیر، ۳ نفر از هر ۴ تولد در جهان تا سن ۸۰ سالگی زنده می‌ماند و تحت

شرایط پیش‌بینی شده مرگ‌ومیر برای دوره زمانی ۲۰۵۰-۲۰۴۵ تقریباً ۷ نفر از هر ۸ نفر متولد شده تا ۶۰ سالگی و بیش از آنان تا سن ۸۰ سالگی زنده می‌مانند. (سازمان ملل متحد، ۲۰۰۲)

کاهش میزان مرگ‌ومیر کودکان با پیشرفتهای پزشکی و تحولات ایجاد شده در علوم پزشکی و بهداشتی و زیست‌محیطی و تسریع در آموزش فنون و تکنولوژیهای جدید بکار گرفته شده مرتبط است. کیفیت بالای زندگی باعث افزایش سطح امید به زندگی سالم حتی در بین سالمندان شده است.

چنانکه کلدی (۲۰۱۷) بیان می‌کند: «افزایش جمعیت گروه سالمندی در جامعه، در آینده‌ای نزدیک چالشهای جدیدی پیش روی خواهد آورد و لازم است که مطالعات منظم و مدون برای ارزیابی شرایط جسمانی، ناتوانیها و معلولیتها و بیماریهای مهم این گروه سالمندی انجام شود».

بدین منظور برای دستیابی به رفاه بیشتر برای افراد به‌ویژه سالمندان و فراهم آوردن زمینه مشارکت آنها در جامعه و توان‌بخشی و آماده‌سازی آنان برای همکاری در فعالیتهای اجتماعی و... سازمان ملل متحد اصولی را بیان کرده است که در برنامه‌های ملی دولتها باید قرار گیرد و این قطعنامه در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران مورد تأیید قرار گرفته و در بندهای ۱۶ و ۴ مورد تأکید بوده است. این اصول عبارتند از: کرامت انسانی، استقلال، مشارکت، تأمین اجتماعی (مراقبت) و اصل مسئولیت (خودسازی). (اعلامیه جهانی حقوق بشر، ۱۹۴۸)

روش

در این پژوهش از فراتحلیل، با مرور نظام‌مند منابع برای پیدا کردن، ارزشیابی، ترکیب و در صورت نیاز جمع‌بندی آماری مقالات پیرامون موضوع خاص (ابعاد کیفیت زندگی سالمندان) بهره گرفته شده است.

فراتحلیل در اصل به تحلیل تحلیلیها دلالت دارد. فراتحلیل نوعی تحلیل داده‌هاست که

در آن نتایج چند مطالعه با هم جمع می‌گردند و به‌عنوان یک مطالعه بزرگ و جامع‌تر مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرند. (میرزایی، ۲۰۱۸)

به نظر ریتزر، فراتحلیل عبارت است از «بررسی اصول اساسی دانش انباشته موجود». می‌توان انواع فراتحلیل را در جامعه‌شناسی تحت‌عنوان فراجامه‌شناسی گروه‌بندی کرد. «فراجامه‌شناسی عبارت است از مطالعه بازاندیشانه ساختار اساسی جامعه‌شناسی در کل و همچنین مطالعه اجزاء گوناگون آن». این اجزاء شامل حوزه‌های اساسی، مفاهیم، روشها، داده‌ها (فرا تحلیل داده‌ها) و نظریه‌ها می‌شود. (ریتزر، ۲۰۱۰)

فرا تحلیل، تحلیلی افقی و سیستماتیک پژوهشهای موجود در چهار سطح مسئله شناختی، نظریه شناختی، روش شناختی و نتیجه شناختی است. فراتحلیل مسئله شناختی راجع به موضوعات موردبررسی و چگونگی پرداختن به آنها است. فراتحلیل نظریه شناختی به‌مرور سیستماتیک نظریه‌های مورداستفاده در یک موضوع پژوهشی گفته می‌شود. (ریتزر، ۱۹۹۵)

در تحلیل نظریات از فرا تحلیل یا متاتحلیل (فرانظریه) یعنی تحلیل نظریه‌های موجود در یک رشته، به نتایج موردبررسی و شناخت و توصیف چستی واقعیت اجتماعی و تأثیر آن بر روابط کنشگران و عواملان اجتماعی و فرهنگی در جامعه دست می‌یابیم. در فرانظریه، تحلیل اسنادی با تحلیل متن سروکار دارد. فرانظریه بخش بیرونی و تماشاگرانه به نظریه‌های یک رشته است که در آن مبادی معرفتی و بنیان فلسفی رشته معمولاً بعد از تولید تعداد قابل توجهی نظریه در آن رشته موردبحث و بررسی قرار می‌گیرد و به‌ویژه سرمشکهای نظری (پارادایمها) در آن رشته، از رهگذر واکاوی و بررسی مهم‌ترین آگزیومهای آن شناسایی توصیف و تحلیل می‌شود. (سیبون، ۲۰۰۸)

فرا تحلیل روش شناختی، مرور سیستماتیک پژوهشهای موجود بر اساس معیارهای روش شناختی از جمله روش تحقیق، روش گردآوری داده‌ها، روش تحلیل داده‌ها و روش

نمونه‌گیری است. همچنین در فراتحلیل داده‌ها، هدف جستجوی راه‌هایی برای افزایش نتایج تحقیق از روی مطالعات تطبیقی است. در فراتحلیل نتیجه شناختی در دو نوع کیفی و کمی - آماری انجام می‌شود به نتایج دقیق و منسجم‌تر و جدیدتر دسترسی می‌یابیم. (برون استین، ۲۰۰۹)

به‌طور کلی تمامی اشکال فراتحلیل کم‌وبیش سه مرحله اصلی را طی می‌کنند: ۱- انتخاب و پالایش متون ۲- انجام فراتحلیل ۳- نتیجه‌گیری. یکی از کارکردهای بسیار مهم در فراتحلیل افزایش «خودآگاهی نظری» جامعه‌شناسان به‌واسطه آشکار کردن و قابل‌بررسی کردن عوامل بیرونی و درونی، فکری و اجتماعی‌ای است که در بنیان کارهایشان قرار دارد. (ریترز، ۲۰۰۹)

با این روش به شناختی بیشتر بر شیوه زندگی سالمندان به دلیل افزایش جمعیت این گروه و مسائل جدیدی که به‌صورت چالش در آمده است، دست یافته‌ایم. با این روش می‌توان نتایج پژوهش‌ها را با یکدیگر ترکیب و روابط تازه‌ای میان پدیده‌های اجتماعی کشف کرد.

فراتحلیل مقالات در سه مرحله انجام گرفته است:

نخست با بررسی اسناد و مقالات و جستجو در فصلنامه‌های علمی-پژوهشی پیرامون سالمندان با توجه به کلیدواژه کیفیت زندگی سالمندان، به بیش از صد مقاله با مراجعه به سایتهای علمی مگیران، اس آی دی (SID)، پایگاه مجلات تخصصی نور و مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی و پرتال جامع علوم انسانی و کتابخانه‌های چندین دانشکده دسترسی پیدا کرده و از بین آنها مقالاتی که با موضوع مرتبط و جدیدترین مستندات از نظر موقعیت زمانی بودند به‌عنوان نمونه انتخاب شد.

بیست مقاله از بین تعداد فراوانی از مقالات پیرامون سالمندان استخراج شد (با توجه به سال پذیرش مقاله که همگی در دهه نود و با تأکید بر کیفیت زندگی سالمندان به‌عنوان کلمات کلیدی و اصلی مقالات و اهمیت تفاوت در شاخصهای اصلی دیدگاه پژوهشگران مبنی بر دسترسی بیشتر و بهتر به متغیرهای موردبررسی و حذف مقالاتی که از لحاظ مفاهیم،

دیدگاه نظری و روش شناختی مشابه بوده‌اند).

جدول (۱) موضوع پژوهشهای پیشین و نویسنده و سال پذیرش مقاله (نمونه پژوهش)

ردیف	موضوع پژوهش	سال پذیرش مقاله	نام پژوهشگر (نویسنده مسئول)
۱	مطالعه تطبیقی کیفیت زندگی (کیفیت ارتباطات و ویژگیهای شخصیتی سالمندان) بین سالمندان ساکن در سرای سالمندان و سالمندان ساکن در خانواده (مورد مطالعه سالمندان شهر ارومیه)	۱۳۹۵	صفر حیاتی
۲	بررسی رابطه مشارکت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان عضو کانونهای سالمندی شهر تهران در سال ۱۳۹۰	۱۳۹۱	شیرزاد مرادی
۳	تحلیل کیفیت زندگی سالمندان بازنشسته شهر تهران (با تأکید بر حمایت‌های اجتماعی رسمی و غیررسمی)	۱۳۹۰	مرضیه موسوی
۴	بررسی کیفیت زندگی سالمندان شهر تهران، با تأکید بر عوامل جمعیتی و اجتماعی	۱۳۹۰	زینب کاوه فیروز
۵	سنجش عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی سالمندان در مناطق روستایی (مطالعه موردی، شهرستان نیشابور)	۱۳۹۲	محمد رضا رضوانی
۶	شناسایی عوامل تسهیل‌گر و بازدارنده کیفیت زندگی در زنان و مردان سالمند (تحقیق پدیدار شناختی)	۱۳۹۶	ملیکا همرازه
۷	تعیین ارتباط ابعاد مختلف حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی سالمندان منطقه ۸ شهر تهران در سال ۱۳۹۲	۱۳۹۴	حسن غریب‌نواز
۸	بررسی کیفیت زندگی سالمندان در استان گیلان و عوامل مؤثر بر آن	۱۳۹۶	حبیب‌الله زنجانی
۹	بررسی کیفیت زندگی سالمندان مقیم منزل و سرای سالمندان ساری	۱۳۹۲	فاطمه عبداللهی

Dimensions of quality of life of the elderly by reviewing previous research

ردیف	موضوع پژوهش	سال پذیرش مقاله	نام پژوهشگر (نویسنده مسئول)
۱۰	بررسی عوامل اجتماعی و فرهنگی مرتبط با کیفیت زندگی در بین سالمندان شهر کرمانشاه با تأکید بر ابعاد مختلف حمایت اجتماعی	۱۳۹۵	یونس کاکاوند
۱۱	عوامل مرتبط با کیفیت زندگی سالمندان (سالمندان شهرستان خمین)	۱۳۹۰	فاطمه یزدان پور
۱۲	بررسی عوامل مؤثر بر سرمایه اجتماعی و ارتباط آن با کیفیت زندگی در سالمندان شهر ایلام	۱۳۹۳	رستم مفتی
۱۳	بررسی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی وابسته به سلامت سالمندان شهر تهران	۱۳۹۲	علی درویش پور کاخکی
۱۴	ارتباط خودکارآمدی و کیفیت زندگی سالمندان مقیم آسایشگاه های شهر تهران	۱۳۹۵	ابوالفضل ره گوی
۱۵	بررسی رابطه نگرشها، حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان (مورد مطالعه ساکن شهر کرمان)	۱۳۹۳	سعیده گروسی
۱۶	مقایسه کیفیت زندگی زنان و مردان سالمند مقیم آسایشگاه های سالمندان استان البرز با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (BREF-WHQOL) در سال ۱۳۹۰	۱۳۹۱	وحیده ناصرخاکی
۱۷	بررسی کیفیت زندگی متغیرهای دموگرافیک مؤثر بر آن در سالمندان تحت پوشش مرکز بهداشت جنوب تهران	۱۳۹۳	حسن افتخار اردبیلی
۱۸	تأثیر آموزش مثبت نگری در افزایش کیفیت و امید به زندگی در سالمندان	۱۳۹۵	علی فرنام
۱۹	اثر سنجش روان درمانی معنوی-مذهبی بر افزایش کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی سالمندان	۱۳۹۶	حسین محمدی
۲۰	اثر فعالیتهای بدنی بر کیفیت زندگی و امید به زندگی در سالمندان استان مازندران	۱۳۹۰	محمد ثنائی

همراه با این مقالات برگزیده چندین مقاله دیگر که با موضوع و عوامل ارتباط داشته باشد مورد بررسی و مطالعه قرار گرفته است. سپس با بررسی تحقیقات قبلی و پژوهشها و تجربه‌های پیشین، با توجه به سطوح فراتحلیل، نظریه شناختی و روش شناختی و نتیجه شناسی، مؤلفه‌ها (ابعاد) و شاخصها (عوامل) متغیرهای تأثیرگذار و روش تحلیل داده‌ها و جمع‌آوری داده‌ها و نمونه‌گیری، جمعیت آماری و حجم نمونه، اعتبار (تأییدپذیری) و پایایی (تکرارپذیری) به صورت فهرست و جدول مشخص شد.

متغیرهای تأثیرگذار (مستقل) در فراتحلیل با اندازه اثر^۱ آن به عنوان معیار (یکسان‌سازی) سنجیده شده است. اندازه اثر نشانه‌ای است که اهمیت اثر آزمایشی با شدت رابطه بین دو متغیر را منعکس می‌کند. (برون استین و همکاران، ۲۰۰۹)

در آخر مقالات را بر اساس سطوح فراتحلیل بیان شده، مورد ارزیابی و تطبیق و مقایسه قرار داده و نتایج نهایی و یافته‌ها ترکیب و تحلیل عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی سالمندان با ارائه نظرات و پیشنهادها مورد تحلیل و تفسیر قرار گرفت.

برای گردآوری اطلاعات و داده‌های فراتحلیل، از فرم کدگذاری استفاده شد. فرم کدگذاری معادل با پرسشنامه یا فرم مصاحبه در انواع دیگر تحقیقات است. این فرم جهت اخذ اطلاعات خاصی نظیر نام محقق، نوع مقاله، سال انتشار و اطلاعات دیگر مانند حجم نمونه و متغیرهای اندازه‌گیری شده و نظریات و... است.

یافته‌ها

در مطالعه و بررسی روشهای مقالات، پارادایم‌های اثبات‌گرایی و تفسیرگرایی برای تجزیه و تحلیل داده‌ها مورد استفاده قرار گرفته است و از نظر هدف فقط سه مورد از پژوهشها به کاربردی بودن اشاره داشتند یعنی ۱۵ درصد کل مقالات بررسی شده را شامل می‌شود.

1 Effect Size

Dimensions of quality of life of the elderly by reviewing previous research

بیشترین روش از نظر اجرا روش پیمایش و گردآوری اطلاعات و داده‌ها از طریق پرسشنامه استاندارد و یا محقق‌ساخته به دست آمده است. به‌طورکلی از پژوهش‌های موردبررسی ۱۹ مقاله روش پیمایش و مطالعه توصیفی تحلیلی (مقطعی) و یا علمی مقایسه‌ای و آزمایشی (شبه آزمایشی) از نظر مسیر و اجرا را به‌کاربرده‌اند. یعنی ۹۵٪ از پژوهش‌های موردبررسی و فقط یک مورد از مطالعات بررسی شده از روش کیفی و نوع پدیدارشناختی و مصاحبه عمیق نیمه‌ساختاریافته برای دسترسی به داده‌ها و اطلاعات بهره گرفته است. (همراه‌زاده، ۲۰۱۷)

جدول (۲) توزیع وضعیت مقالات برحسب رویکرد و حوزه علمی و رشته تحصیلی و نوع مقاله

رویکرد و حوزه علمی	رشته تحصیلی نویسندگان	فراوانی	درصد	نوع مقاله
روان‌شناختی	روانشناسی و مشاوره علوم تربیتی و روانشناسی	۳	۱۵	پژوهشی
علوم اجتماعی	جامعه‌شناسی، جمعیت‌شناسی مددکاری اجتماعی، ارتباطات اجتماعی پژوهش علوم اجتماعی - برنامه‌ریزی روستایی	۹	۴۵	پژوهشی-علمی، پژوهشی
علوم پزشکی	پرستاری و مامایی علوم بهداشت پزشکی علوم بهزیستی و توان‌بخشی	۷	۳۵	پژوهشی
علوم انسانی	مدیریت ورزشی	۱	۵	علمی-پژوهشی
جمع کل		۲۰	۱۰۰	

به طور کلی بیشترین درصد مطالعات انجام شده پیرامون کیفیت زندگی سالمندان در حوزه علوم پزشکی صورت گرفته است، اما پژوهش تحلیلی حاضر به دلیل بررسی جامعه‌شناختی مقالات مورد بررسی در حوزه علوم اجتماعی ۴۵ درصد اختصاص داده شده است. (جدول ۲)

بررسی رویکردهای نظری پژوهشهای پیشین

در بررسیهای انجام شده بیشتر پژوهشها از نظریات ترکیبی برای مدل نظری پژوهش خود استفاده کرده‌اند و رویکردهای نظری در سطح خرد و کلان به کیفیت زندگی سالمندان پرداخته‌اند، با ابعاد عینی/ذهنی، فردی/جمعی، اجتماعی/جهانی، عاملیت گرا/ ساختارگرا. شاخصها و عوامل اصلی کیفیت زندگی سالمندان بر اساس دوگانه‌های رویکردی و ابعاد آن از بین مقالات بررسی شده با تطبیق و چندین بار بازخوانی استخراج و قابل بررسی است: جدول (۳) رویکرد و ابعاد کیفیت زندگی سالمندان و شاخصهای بررسی شده پژوهشهای پیشین

رویکردها	ابعاد کیفیت زندگی سالمندان	شاخصهای پژوهشهای پیشین
عینی/ذهنی	عینی ذهنی	اقتصادی (استقلال مالی، میزان درآمد، وضعیت مسکن و وضعیت اشتغال) فرهنگی (معنویت‌گرایی و کمال‌گرایی، ویژگیهای شخصیتی، مثبت‌اندیشی، بهزیستی ذهنی، اضطراب و افسردگی، تنهایی، نشاط و سرزندگی)
فردی/جمعی	فردی جمعی	فعالیت (خودکارآمدی، سلامت جسمی، فعالیت ورزشی و بدنی، ارتباطات میان فردی) تعاملات جمعی اجتماع محلی، فعالیتهای ورزشی و تفریحی گروهی، ارتباط با اقوام و فرزندان و دیگران

شاخصهای پژوهشهای پیشین	ابعاد کیفیت زندگی سالمندان	رویکردها
سلامت اجتماعی، مشارکت اجتماعی، همبستگی و انسجام اجتماعی، اعتماد اجتماعی، تأمین اجتماعی، سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی رضایت از زندگی، احترام متقابل از دیگران، لذت بخش بودن زندگی	اجتماعی جهانی	اجتماعی / جهانی
نیازهای فردی (تغذیه مناسب، اشتغال، آموزش مهارتها و مراقبتهای بهداشتی، فعالیتهای ورزشی و بدنی) امنیت شغلی اقتصادی، حمایت شهروندی و اجتماعی، روابط و پیوندهای مشترک اجتماعی، وابستگی متقابل اجتماعی	عاملیت گرا ساختارگرا	عاملیت گرا / ساختارگرا

همان طور که قبلا اشاره شد و همان گونه که لاوتن بیان می کند می توان کیفیت زندگی را مجموعه ای از تأثیرات متقابل بین ابعاد عینی و ذهنی دانست. (نیک سیرت، ۲۰۰۷) بنابراین، کیفیت زندگی دارای دو جنبه عینی و ذهنی است، یعنی این مفهوم هم به بهره مندی عینی و واقعی از دستاوردها و فرصتهای زندگی مربوط است و هم حاصل ارزیابی فرصتها و سرمایه های واقعی زندگی است. (رضوانی، ۲۰۱۳)

جدول (۴) نظریه‌های کیفیت زندگی مورد استفاده در پژوهش‌های مورد بررسی

واحد تحلیل	فراوانی	متغیرهای مورد نظر	نام نظریه پرداز	نظریه
فردی	۲	زندگی عادی، مطلوبیت اجتماعی، رضایت از زندگی، شادکامی دستیابی به اهداف شخصی، استعداد های ذاتی	فرانس	کیفیت زندگی
فردی-اجتماعی	۱	استقلال فردی، رضایت اظهار شده، رفاه جسمی و روحی، وضعیت اجتماعی اقتصادی، کیفیت محیط، فعالیت هدفمند، انسجام اجتماعی	هیوجز	کیفیت زندگی
فردی-اجتماعی	۲	عینی/ذهنی، زمینه‌های شخصی، سلامت، عوامل اقتصادی اجتماعی و فرهنگی، محیط، سن، سطح اجتماعی و فردی	زان	کیفیت زندگی
فردی	۱	ابعاد ذهنی-وجودی-عینی رضایت از زندگی، احساس لذت از زندگی، فرهنگ و محیط پیرامونی	ونتگوت	کیفیت زندگی جهانی
اجتماعی	۱	تأمین اجتماعی و اقتصادی، فرصتها، ادغام اجتماعی، همبستگی و انسجام اجتماعی	کنت نول	کیفیت زندگی اجتماعی
فردی	۱	دلپذیر بودن، مسئولیت پذیری، روان رنجوری، برون گرایی، انعطاف پذیری،	آپورت	شخصیت (ویژگیهای شخصیتی)
فردی-اجتماعی	۱	همدلی، گشودگی، تساوی، حمایت گری، مثبت گرایی	فرهنگی	ارتباطات
اجتماعی	۱	(نهادی-غیر نهادی) رسمی، غیر رسمی	فرانس	مشارکت اجتماعی

Dimensions of quality of life of the elderly by reviewing previous research

واحد تحلیل	فراوانی	متغیرهای مورد نظر	نام نظریه پرداز	نظریه
اجتماعی	۲	(غیررسمی، رسمی) کارکردی، ساختاری کارکردی (ابزاری، عاطفی، اطلاعاتی)	لین، ولمن و گرانورتر، راتوس	حمایت اجتماعی، حمایت (مصاحبتی، خدماتی، عاطفی)
فردی	۱	نیازهای اساسی، تغذیه مناسب، ملاقات اقوام، خاطره گویی، باورهای مذهبی، ایجاد روابط اجتماعی	مازلو	سلسله مراتب نیازها
فردی- اجتماعی	۱	محدودیت روابط و نقشها	کامینگ و هنری	عدم تعهد (کناره گیری)
فرد	۱	عوامل ذهنی، سنتی، هنجاری، حقوقی و مذهبی	ویر	انتخابهای فردی
فردی- اجتماعی	۱	نقش عوامل اقتصادی (نوع شغل و درآمد)	گیدنز	ساختار و عاملیت
فردی- اجتماعی	۱	عوامل ذهنی و عینی	بورديو	مفاهیم ساختمان ذهنی و زمینه
اجتماعی	۲	حفظ نقشها، زندگی فعال، برقراری روابط اجتماعی	هویگ هرست	فعالیت
اجتماعی	۲	عوامل فرهنگی (باورها و ارزشها)	دورکیم	انسجام اجتماعی
فردی	۲	سلامت روانی، نگرش شادمانه و امید به زندگی	اسنایدر	نظریه نقش (امید به زندگی)
فردی	۱	خودکارآمدی	بندورا	نظریه شناختی و اجتماعی خود (خودکارآمدی)
فردی- اجتماعی	۱	نگرش مثبت، رفتارهای تقویت کننده سلامتی	آجزن	نظریه رفتارهای برنامه ریزی شده مدل (TPB)

واحد تحلیل	فراوانی	متغیرهای موردنظر	نام نظریه پرداز	نظریه
فردی	۲	داشتن دید مثبت، برقراری ارتباط مثبت با دیگران، هیجانات مثبت، شناخت و ادراک مثبت	سلیگمن	روانشناسی مثبت (مثبت اندیشی)
فردی	۱	افسردگی، اضطراب، تنهایی	اریکسون	نظریه روانی- اجتماعی
فردی	۱	سلامت جسمی و روانی (فعالیت بدنی کاری، ورزشی و فعالیت اوقات فراغت)	اسنایدر	نظریه امید به زندگی

در جدول (۴) طبق بررسی و واکاوی در نظریه‌ها و چارچوب نظری پژوهشهای پیشین، نظریات نظریه‌پردازانی که پژوهشگران نظریات آنان را برای مدل نظری پژوهش خود برگزیده‌اند متفاوت بوده و ۳۵ درصد از کل پژوهشها از نظریات مشابه در کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی استفاده کرده‌اند.

بیشتر پژوهشهای موردبررسی در سطح فردی - اجتماعی به تجزیه و تحلیل و مقایسه و تفسیر پرداخته‌اند.

به این دلیل که موضوع کیفیت زندگی خود ارتباط نزدیک با شرایط و عوامل بیرونی فردی و جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند، اجتماع دارد.

رویکردهای نظری در پژوهشها متنوع و چارچوب نظری تلفیقی، ترکیبی از نظریات متفاوت بوده است و توجه به سطح تحلیل خرد بیشتر از کلان بوده است. در نظریه‌ها بیشتر از نظریه‌پردازان غیربومی استفاده شده است و فقط یک نظریه کیفیت ارتباطات (فرهنگی، ۲۰۰۵) (صفر حیاتی، ۲۰۱۵) به صورت بومی بیان شده است. در واقع کیفیت زندگی در دو سطح کلان (اجتماعی و عینی) و خرد (شخصی و ذهنی) تعریف شده است لذا باید در دو سطح مورد تحلیل و بررسی قرار گیرد.

عدم محدودیت و پراکندگی شاخصهای سنجش کیفیت زندگی با مفهوم‌سازیهای ارائه‌شده در پژوهشهای موردبررسی مشاهده می‌شود.

در این پژوهشها مطابق با بررسی بر روی مقالات از روشهای کیفی و ترکیبی حداقل استفاده و بهره گرفته شده است.

در صورتی که در برخی پژوهشها از ابزار تحقیق پرسشنامه و مصاحبه و مشاهده توأمان برای گردآوری داده‌ها و توصیف و تبیین و تحلیل استفاده شده است. (کاکاوند، ۲۰۱۶)

اما در بیشتر مقالات موردبررسی قرار گرفته از تکنیک پرسشنامه استاندارد شده کیفیت زندگی لیپاد و پرسشنامه استاندارد سلامت ۳۶-sf، پرسشنامه حمایت اجتماعی نوریک، پرسشنامه امید به زندگی بزرگسالان اسنایدر (AHS) پرسشنامه استاندارد شده شخصیتی (FFI-NEO) و پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF) و آزمون و تحلیلها با نرم‌افزار spss نسخه ۱۶ انجام شده است.

روش نمونه‌گیری

جدول (۵) فراوانی و درصد پژوهشهای موردبررسی بر اساس روش نمونه‌گیری

درصد	فراوانی	روش نمونه‌گیری
۴۵	۹	تصادفی ساده
۵	۱	چندمرحله‌ای تلفیقی
۳۵	۷	خوشه‌ای
۱۰	۲	تصادفی طبقه‌ای
۵	۱	سیستماتیک
۱۰۰	۲۰	جمع کل

با توجه به جدول (۵) در همه مقالات به روش نمونه‌گیری و حجم نمونه اشاره شده است و بیشترین روش نمونه‌گیری ۴۵ درصد به روش نمونه‌گیری تصادفی اختصاص دارد. تعداد حجم نمونه موردبررسی در مقالات پیشین از ۲۳ نفر در مطالعه کیفی کمترین تعداد نمونه و حجم نمونه ۴۰۰ نفر در مطالعات میدانی به روش پیمایش توصیفی زمینه‌یابی بیشترین تعداد حجم نمونه موردبررسی بوده است.

سالمندی همان‌طور که بیان شده در بیشتر این مقالات پژوهش به دوره سنی افراد بالای ۶۰-۶۵ گفته شده است. سالمندان در این پژوهشها با گروه‌های متمایز سنی موردبررسی قرار نگرفته‌اند، همه سالمندان یک مشخصه و در اصل یک گروه سنی (بالای ۶۰ سال) قرار دارند و نمونه‌ها در بیشتر مقالات ۳۰۰ نفر به بالا مورد آزمون و بررسی قرار گرفته‌اند. (یعنی ۴۰ درصد پژوهشها را در بر می‌گیرد) مشخصات نمونه‌گیری در مقالات پژوهشی موردبررسی نشان می‌دهد که حجم نمونه‌ها در بازه استناداری قرار دارند و تحقیقات میدانی مطالعه شده قابل اطمینان است. (مرادی، ۲۰۱۲، حیاتی، ۲۰۱۵)

با مطالعه دقیق مقالات و پژوهشهای پیشین، اکثر مقالات برای جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات از پرسشنامه‌های استاندارد شده بهره گرفته‌اند. تأکید بر روایی پرسشنامه‌ها و قابل‌تأیید بودن آنها توسط سازمان بهداشت جهانی و کشورهای دیگر جهان اثبات شده و پایایی بر طبق آلفای کرونباخ ۸۵ درصد تعیین شده است (ثنایی، ۲۰۱۳؛ ناصرخاکی، ۲۰۱۱؛ یزدان پور، ۲۰۱۱؛ افتخار اردبیلی، ۲۰۱۴؛ فرنام، ۲۰۱۶؛ محمدی، ۲۰۱۷؛ غریب‌نواز، ۲۰۱۵؛ مفتی، ۲۰۱۴) اکثر مقالات اعتبار ابزار را با اعتبار سازه‌ای از طریق تحلیل عاملی موردبررسی قرار داده‌اند (همبستگی موجود بین داده‌ها برای تحلیل عاملی مناسب بوده است). عاملهای موردنظر میزان معناداری (۰/۰۰) بوده است و قابل‌تعمیم نیز هستند و پایایی از طریق آلفای کرونباخ محاسبه شده و در حد قابل قبول قرار دارد (رضوانی ۲۰۱۳؛ پورکاخکی، ۲۰۱۳؛ زنجانی، ۲۰۱۷)

اعتبار صوری (نظرات متخصصان و اساتید رشته) و سنجش پایایی داده‌ها از روش توافق داخلی (تدوین پرسشنامه و تکثیر به ۳۰ نفر از پاسخگویان و کدگذاری داده‌ها و با spss از طریق آزمون آلفای پایایی گویه‌ها به دست آمده است) صورت گرفته است. (گروسی، ۲۰۱۴؛ کاکاوند، ۲۰۱۶؛ موسوی، ۲۰۱۱)

از مشاوره با متخصصان در تحقیقات کیفی و نظرخواهی از شرکت‌کنندگان در مصاحبه برای دقت و صحت در نتایج تحلیل داده‌ها نیز بهره گرفته شده است. (همراه‌زاده، ۲۰۱۷)

از آنجاکه بیشتر پژوهش‌های مورد بررسی در شرایط یکسانی از لحاظ حجم نمونه و سطح معناداری قرار ندارند و متغیرها و روش اندازه‌گیری و سنجش نیز متفاوت است، محاسبه اندازه اثر برای تأثیر متغیر مستقل بر متغیر وابسته را از طریق بررسی محاسبه مقادیر میانگین، واریانس و انحراف معیار (r یا d) به دست آورده‌ایم. برای محاسبه میانگین مقادیر اندازه اثر در پژوهش‌های پیشین، معیار مناسب برای قضاوت و تفسیر در مورد اندازه متغیرهایی که بیشترین تأثیر را بر متغیر وابسته دارند را طبق نظر کوهن معیارهای مناسب در حد بالای اندازه اثر (شدت تأثیر) و در حد متوسط ۰/۵ و در حد بزرگ ۰/۸ و در حد کوچک ۰/۳ مشخص شده است.

جدول (۶) عوامل تأثیرگذار و اندازه اثر و شدت تأثیر در پژوهش‌های مورد بررسی

ردیف	عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی سالمندان	اندازه ترکیبی اثرات	شدت تأثیر	فراوانی	درصد
۱	حمایت اجتماعی (رسمی غیررسمی)	۰/۵۳۸	متوسط	۴	۴۰
۲	مشارکت اجتماعی (غیر نهادی)	۰/۷۷۸	زیاد	۲	۲۰
۳	عوامل دموگرافیک (جمعیتی) سن تحصیلات	۰/۴۵۵	متوسط	۱۰	۱۰۰

ردیف	عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی سالمندان	اندازه ترکیبی اثرات	شدت تأثیر	فراوانی	درصد
۴	سلامتی (جسمی و روانی)	۰/۷۵۰	زیاد	۷	۷۵
۵	رضایت از زندگی (بعد ذهنی کیفیت زندگی)	۰/۴۲۸	متوسط	۳	۳۰
۶	همبستگی و انسجام اجتماعی (سلامت اجتماعی)	۰/۴۱۸	متوسط	۲	۲۰
۷	خودکارآمدی فردی	۰/۱۴۷	کم	۱	۱۰
۸	عوامل معنوی دینداری نگرش مذهبی	۰/۷۶	زیاد	۲	۲۰
۹	آموزش مثبت نگری و امید به زندگی	۰/۸۳	زیاد	۲	۲۰
۱۰	فعالیت بدنی (کاری ورزشی و اوقات فراغت)	۰/۵۹	متوسط	۲	۲۰
۱۱	پایگاه اقتصادی اجتماعی	۰/۳۷۷	متوسط	۲	۲۰

با توجه به جدول (۶) شدت تأثیر عوامل آموزش نگرش مثبت (مثبت اندیشی) و امید به زندگی، روان‌درمانی معنوی و نگرش مذهبی، مشارکت اجتماعی (غیر نهادی) و سلامتی (جسمی و روانی) بیشترین حد (زیاد) تأثیر بر کیفیت زندگی سالمندان را نشان می‌دهد. همچنین در بیشتر پژوهشها عوامل دموگرافیک (جمعیتی) سن و تحصیلات تأثیر مثبت داشته است.

فرا تحلیل یافته‌های پژوهشهای پیشین

بررسی و مطالعه روی یافته‌های پژوهشهای پیشین، توجه به تمایز میان شاخصهای عینی

و ذهنی کیفیت زندگی سالمندان را نشان می دهد. اما در نتیجه گیریها به طور مجزا شاخصهای عینی و ذهنی مورد توجه قرار نگرفته است و تأکید بر عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی سالمندان و یا رابطه این عوامل بیشتر از نظر ذهنی مورد توجه بوده است. گاهی برخی روابط عوامل را با بعد عینی کیفیت زندگی سالمندان مورد مطالعه قرار داده اند و به بررسی عوامل اقتصادی و یا پایگاه اقتصادی از نظر سطح درآمد و مالکیت (منزل، اتومبیل...) پرداخته اند. (یزدانپور؛ ۲۰۱۱، کاکاوند، ۲۰۱۶، کاوه فیروز، ۲۰۱۱)

پایگاه اقتصادی به همان موفقیت فرد یا خانواده با توجه به استاندارد میانگین درآمد مؤثر و دارایی های مادی که به دست می آورد گفته می شود (کوئن، ۲۰۰۳). این عامل توانسته با شدت همبستگی متوسط رابطه مستقیمی بین پایگاه اقتصادی و کیفیت زندگی سالمندان را نشان دهد به طوری که هر چه پایگاه اقتصادی بیشتر باشد میزان کیفیت زندگی سالمندان هم بیشتر می شود (کاکاوند، ۲۰۱۶).

بر مبنای تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی موضوعی کاملاً ذهنی است که توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه های مختلف زندگی استوار خواهد بود و باید با روش کیفی و کمی مورد مطالعه قرار گیرد تا بتوان عوامل تأثیرگذار را بررسی کرد. اما در بین پژوهشهای مورد بررسی تنها یک پژوهش از روش کیفی (پدیدار شناختی) به مطالعه در مورد کیفیت زندگی سالمندان پرداخته است. (همراه زاده، ۲۰۱۷) و بیشتر پژوهشها با روش کمی بررسی کرده اند. در پژوهشهای پیشین بیشترین عوامل مؤثر با شدت تأثیر زیاد عوامل ذهنی (بعد ذهنی) کیفیت زندگی بوده اند و همان طور در بیشتر پژوهشهای مورد بررسی بعد ذهنی کیفیت زندگی با شاخصهای متفاوت به شیوه زندگی سالمندان پرداخته اند. چنانچه بین ابعاد کیفیت ارتباطات (همدلی، مثبت گرایی، تساوی، حمایتگری، گشودگی) در دو گروه سالمندان ساکن در سرای سالمندان و سالمندان ساکن خانواده تفاوت معناداری وجود دارد. (صفر حیاتی، ۲۰۱۵)

ارتباطات به معنای فراگرد تفهیم و تفاهم و تسهیم معنی به سه دسته اساسی ارتباط با خود، ارتباط با دیگران و ارتباط عمومی یا جمعی تقسیم شده است. (فرهنگی، ۲۰۰۵)

دوران سالمندی دوران کاهش روابط اجتماعی به دلایل مختلف است و عامل اثربخشی ارتباطات بین فردی یا ارتباط با دیگران در کیفیت زندگی سالمندان در محیط خانواده و محیط سرای سالمندان اهمیت دارد.

شدت همبستگی به دست آمده از آزمون برابر $0/663$ نشان از همبستگی و رابطه مثبت بین ابعاد کیفیت ارتباطات و متغیر کیفیت زندگی سالمندان در خانواده و در سرای سالمندان را دارد. (صفر حیاتی، ۲۰۱۵)

ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان و به خصوص برای پیشگیری از ابتلا به احساس تنهایی آنان، بهبود کیفیت و کمیت ارتباطات خانوادگی و اجتماعی با برنامه‌ریزی جامع امکان‌پذیر خواهد بود. رضایت از زندگی مهم‌ترین متغیر بلافصل تأثیرگذار بر شیوه و سبک زندگی سالمندان است که خود از متغیرهای دیگر (پایگاه اقتصادی- اجتماعی، دینداری، سن و جنس) تأثیر می‌پذیرد. (کاوه فیروز، ۲۰۱۱) میزان رضایت از ارتباطات و وابستگیهای اجتماعی، لذت بردن از زندگی، معنادار بودن زندگی، احساس شادابی و رضایت از ارتباط با سایر افراد که با نام «سر زندگی» مطرح شده بیشترین نقش را در کیفیت زندگی سالمندان دارد. (رضوانی، ۲۰۱۳)

رضایت از زندگی بیانگر نگرش فرد نسبت به جهانی است که در آن زندگی می‌کند، گرایشی است که پیامدهای خاص خود را دارد و با مفاهیم مهم دیگری مانند بیگانگی، بی‌اعتمادی اجتماعی و ناهنجاری که از ابعاد سرمایه اجتماعی هستند در ارتباط است. به‌طورکلی، رضایت اجتماعی با هفت شاخص عمده سنجیده می‌شود: رضایت از وضع سلامتی، وضعیت مالی، شهر محل زندگی، زندگی خانوادگی، وضع مسکن، تغذیه و رضایت از بخت و اقبال (محسنی و صالحی، ۲۰۰۳)

متغیر رضایت از زندگی با ضریب بتای ۰/۲۰۶ در نتایج تحلیل مسیر بیشترین تأثیر را بر سبک زندگی سلامت‌محور سالمندان دارد و خود متأثر از وضعیت تأهل سالمندان است. (کاوه فیروز، ۲۰۱۱)

مطابق نظریه دورکیم درباره همبستگی اجتماعی، آنچه زمینه‌ساز رضایت و رفاه اجتماعی افراد می‌شود، میزان همبستگی آنها با جامعه است. پایگاه اجتماعی اقتصادی متأثر از تحصیلات و منزلت شغل افراد طبق نظریه بوردیو و پارسون و... در رضایت مردم رضایت از زندگی تأثیرگذار خواهند بود.

برای پایگاه اقتصادی اجتماعی نه شاخص برای سنجش برمی‌شمارند که عبارتند از: منزلت شغلی، محل سکونت، درآمد دلخواه، وسیله سفر، نوع و مدل اتومبیل، سواد و تحصیلات، هزینه زندگی، زیربنا منزل و قیمت تقریبی منزل. با استفاده از تحلیل عاملی این متغیرها را در چهار متغیر پایگاه اقتصادی، محل سکونت، شغل و تحصیلات طبقه‌بندی می‌کنند. (کاظمی پور، ۱۹۹۹)

یکی از عوامل مهم و اثرگذار بر سلامت جسمی و روحی افراد مسن، مشارکت اجتماعی است که ضمن توجه به حقوق سالمندان، در حفظ نظم اجتماعی و بهبود کیفیت زندگی روزمره می‌تواند مفید واقع شود. در واقع مشارکت فرآیندی است که دربرگیرنده انواع کنشهای فردی و گروهی به منظور دخالت در تعیین سرنوشت خود و جامعه و تأثیرگذاردن بر تصمیم‌گیری درباره امور عمومی است. (محسنی تبریزی، ۱۹۹۶)

مشارکت اجتماعی فرآیند سازمان‌یافته‌ای است که افراد از روی آگاهی و اطلاع، داوطلبانه، گروهی و با عنایت به علایق معین و مشخص که منجر به خود شکوفایی و نیل به اهداف و سهم در منابع قدرت می‌شود، فعالیت می‌کنند که برحسب سازمان‌دهی شامل مشارکت رسمی (نهادی) و مشارکت غیررسمی (غیر نهادی) است. (یزدان پناه، ۲۰۰۷)

متغیر مشارکت اجتماعی و مؤلفه‌های آن (مشارکت نهادی و غیر نهادی) با متغیر کیفیت

زندگی رابطه همبستگی بالایی دارند اما نتایج رگرسیونی و مقایسه میانگینها نشان‌دهنده دلالت مشارکت غیر نهادی در جامعه سالمندان است (مرادی، ۲۰۱۲) همبستگی بین دو متغیر (مشارکت اجتماعی و کیفیت زندگی) سالمندان مثبت و با شدت متوسط وجود دارد، بدین‌صورت هرچه مشارکت اجتماعی بیشتر باشد میزان کیفیت زندگی سالمندان بیشتر می‌شود. (کاکاوند، ۲۰۱۶)

افراد جامعه برای دست یافتن به کیفیت زندگی در دوران سالخوردگی و پیری نیاز به حمایت‌های رسمی و غیررسمی از سوی دولت و نهادهای اجتماعی و اطرافیان دارند. در جوامع امروزی با تحول در نظام خانواده از گسترده به هسته‌ای و اشتغال زنان و غیره منجر به تغییر الگوهای حمایتی شده و بخشی از حمایتی که در گذشته از سوی خانواده و خویشاوندان صورت می‌گرفت امروزه به نهادهای رسمی و تعریف شده منتقل شده است. به‌طوری‌که در بیشتر جوامع امروزی حمایت از سالمندان توسط مراقبت‌های بهداشتی دولتی و سازمان‌های بازنشستگی خصوصی ارائه می‌شود. حمایت اجتماعی رسمی از طریق بیمه‌های اجتماعی یا تأمین اجتماعی نیز برای تمام طبقات اجتماع صورت می‌گیرد.

حمایت اجتماعی غیررسمی در دو گروه ساختاری و کارکردی، بعد کارکردی سه نوع حمایت (مالی، عاطفی، اطلاعاتی) و بعد ساختاری حمایت اجتماعی از مؤلفه‌های عضویت در گروه‌های رسمی و غیررسمی و انجمنها و تعداد پیوندهای فردی فراوانی تعداد دفعات تماس افراد و ارتباط و منابع حمایتی (حمایت عاطفی، اطلاعاتی و ابزاری) برای این شاخص مطرح هستند. حمایت اجتماعی کلی با بعد ذهنی کیفیت زندگی (احساس رضایت از زندگی و احساس بهزیستی) رابطه قوی‌تری دارد و بعد رسمی و غیررسمی حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی عینی (امنیت اقتصادی و سلامت) و کیفیت زندگی ذهنی (احساس رضایت از زندگی و احساس بهزیستی) افراد تأثیر افزایشی و مثبت دیده می‌شود.

اگر افراد از لحاظ حمایت‌های کارکردی و ساختاری پشتیبانی بیشتری شوند احساس امنیت

بیشتر می کنند و رضایت از زندگی شان افزایش می یابد و در پی آن کیفیت زندگی شان هم افزایش می یابد.

حمایت اجتماعی غیررسمی با بعد ذهنی کیفیت زندگی (احساس رضایت از زندگی و احساس بهزیستی) رابطه معناداری مشاهده نشده است ولی حمایت رسمی با کیفیت زندگی به لحاظ عینی (امنیت اقتصادی و سلامت) و کیفیت زندگی ذهنی (احساس بهزیستی و احساس رضایت از زندگی و خدمات) رابطه متوسط و مستقیم را ($r=0/323$) نشان می دهد و تأثیر افزایشی دارد. (موسوی، ۲۰۱۱)

یکی دیگر از عوامل اثربخش یا تسهیل گر بر کیفیت زندگی درون فردی سالمندان روان درمانی معنوی-مذهبی (اعتقادات و باورهای مذهبی فردی) در کاهش اضطراب و افسردگی و در پی آن سلامت روان و عملکرد بدنی موجب رویارویی با چالشهای زندگی و سازگاری بیشتر فرد می شود. افزایش رضایت از زندگی و شادکامی، بهبود کیفیت زندگی و بهبود تسلط بر محیط، پذیرش خود و رشد و بالندگی فردی، هدف و جهت گیری در زندگی و ارتباط مثبت با دیگران و استقلال می شود. (محمدی، ۲۰۱۷؛ همراهزاده، ۲۰۱۷)

آموزش مثبت نگری در افزایش کیفیت زندگی و امید به زندگی سالمندان بازنشسته در مرحله پس آزمون مؤثر بوده است و تغییرات ایجاد شده در کیفیت زندگی و امید به زندگی در مرحله پیگیری ادامه داشته است.

مثبت اندیشی به معنای داشتن دیدی مثبت و نگرشی شادمانه به زندگی، انجام رفتارهای مثبت و برقرار کردن ارتباط مثبت با دیگران، در کیفیت زندگی سالمندان تأکید شده است. (فرنام، ۲۰۱۶)

یکی دیگر از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی سالمندان که مورد بررسی قرار گرفته عامل خودکارآمدی و مقوله های آن و ارتباط آن با کیفیت زندگی سالمندان مقیم در مراکز سالمندی و متغیرهای جمعیتی است که نشان از سطح پایین خودکارآمدی در بین سالمندان مقیم

آسایشگاه‌های سالمندی می‌دهد. خودکارآمدی درجه‌ای از احساس تسلط فرد درباره توانایی انجام فعالیتهای مدنظر است. به عبارت دیگر خودکارآمدی اطمینانی است که شخص با آن رفتار خاصی را با توجه به موقعیتهای معینی انجام می‌دهد و انتظار نتایج موردنظر را دارد. (اکبریان، ۲۰۰۹)

خودکارآمدی در بین مردان (سالمندان مجرد) بیشتر از زنان سالمند و در بین گروه سنی ۶۰ تا ۷۰ سال نیز بیشتر از گروه‌های سنی دیگر بوده است و سالمندان با سطح تحصیلات دانشگاهی میزان خودکارآمدی بیشتر از سطوح تحصیلات دیگر بوده است. به‌طورکلی میانگین کیفیت زندگی سالمندان و وضعیت خودکارآمدی سالمندان مقیم آسایشگاه‌های سالمندی در حد پایین قرار دارد. (ره‌گوی، ۲۰۱۶)

برخی پژوهشها نیاز به مقایسه گروه‌های سالمندی از نظر اقامت و محل سکونت و از نظر سنی و تحصیلات و وضعیت اشتغال و میزان درآمد و ... (متغیرهای جمعیتی) با کیفیت زندگی دارند گرچه این پژوهشها نشان از سطح پایین (کم) تأثیرپذیری خودکارآمدی بر کیفیت زندگی سالمندان را دارد اما این بررسی باید برای دستیابی به نتایج قابل‌تعمیم، بین گروه‌های سالمندان مقیم سرای سالمندان و مقیم خانوار به‌صورت مقایسه‌ای انجام گرفته و موردبررسی و تجزیه‌وتحلیل قرار گیرد.

در پژوهشهای موردبررسی در تحلیل یافته‌ها با تناقض در نتایج اصلی، روبه‌رو هستیم تفاوت در شاخصهای کیفیت زندگی و ابعاد آنکه بیشتر به ابعاد ذهنی کیفیت زندگی سالمندان پرداخته شده است و تفاوت روش آماری استفاده شده و جامعه آماری (نمونه‌گیری) سالمندان بستگی خواهد داشت.

در پژوهشی اختلاف شایان توجهی میان سن و شیوه زندگی سالمندان را بیان کرده‌اند و بنابراین جمعیت نمونه را از نظر میانگین سبک زندگی به لحاظ سنی به سه گروه طبقه‌بندی کرده‌اند و نتایج آزمون تحلیل واریانس را نشان‌دهنده معنادار بودن تفاوتها دانسته‌اند و با

تحلیل مسیر آثار مستقیم رضایت از زندگی و سن را بر شیوه زندگی سالمندان بررسی کرده‌اند (کاوه فیروز، ۲۰۱۱).

اما در برخی از پژوهشها میزان سن فرد سالمند با میزان کیفیت زندگی رابطه معنادار وجود ندارد یعنی سن بر کیفیت زندگی تأثیر ندارد. (یزدان پور، ۲۰۱۱)

میانگین کیفیت زندگی سالمندان ۶۰-۶۴ نسبت به سایر سالمندان (۶۵ سال و بالاتر از آن) بالاتر بوده ولی این رابطه از لحاظ آماری معنادار نبوده است ($p > 0/05$) بین سن و میانگین کیفیت زندگی سالمندان مورد مطالعه ارتباط معناداری مشاهده نشده است. دلیل این رابطه را این طور توجیه کرده است که سالمندان در هر گروه سنی از تسهیلات و امکانات مشابه برخوردارند و این امر موجب می‌شود که تفاوت چشمگیری در کیفیت زندگی آنان مشاهده نشود. (ناصر خاکی، ۲۰۱۱)

بین کیفیت زندگی با جنس (زن و مرد) تحصیلات (بی‌سواد و...) وضعیت تأهل (مجرد، متأهل، جداشده، فوت...) و ناتوانی رابطه معنادار مشاهده شده است ولی رابطه معناداری بین کیفیت زندگی با سن، فرزند و میزان درآمد دیده نشده است. (ناصر خاکی، ۲۰۱۱)

همچنین در پژوهشی دیگر بین سن و سطح تحصیلات با کیفیت زندگی ارتباط معنادار وجود دارد (ره گوی، ۲۰۱۶)

در پژوهش دیگر بین سن و کیفیت زندگی رابطه معکوس و معنی‌داری وجود دارد. کیفیت زندگی در مردان بالاتر از زنان بوده است. افراد متأهل نسبت به افراد مجرد کیفیت زندگی بالاتری دارند، بین سطح تحصیلات و فعالیت بدنی و کیفیت زندگی سالمندان رابطه مستقیم و معنادار وجود دارد (افتخار اردبیلی، ۲۰۱۴)

عوامل مختلف دموگرافیک (سن، جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، میزان درآمد، نوع سکونت...) ابعاد مختلف کیفیت زندگی سالمندان را با شاخصهای متفاوت تحت تأثیر قرار می‌دهند. گاهی این تأثیرات به صورت منفی و بیشتر مواقع مثبت

هستند. اما در بیشتر پژوهشها به تأثیرات مثبت اشاره شده است، در صورتی که صاحب نظران بر این توافق دارند که کیفیت زندگی را واقعیات مثبت و منفی هر دو با یکدیگر در بر می گیرد، تأثیر عوامل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، جمعیتی و زیست محیطی را بیشتر فقط از جنبه تأثیرگذاری مثبت بر کیفیت زندگی سالمندان موردسنجش و تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

بحث

فرا تحلیل با ترکیب و یکپارچه کردن نتایج حاصل از پژوهشهای مختلف، دیدگاه جامع تری از اثر متغیرهای گوناگون فراهم می کند. بنابراین هر چند مطالعات انجام شده در یک زمینه خاص پراکنده و غیر نظام مند باشند، فرا تحلیل قادر است آنها را منظم و معنی دار کند. در فرا تحلیل انباشت مطالعات تأمین و منظم می شود و در خدمت هدفهای مطالعاتی قرار می گیرد. (قانع راد و صالحی، ۲۰۱۵)

از آنجاکه در دهه های اخیر، پژوهشهای رو به رشد فراوانی در قالب موضوعی «بررسی کیفیت زندگی سالمندان» و یا «مقایسه کیفیت زندگی سالمندان در دو گروه سالمندان مقیم سرای سالمندان و ساکن در خانواده» صورت گرفته است، به فرا تحلیل با موضوع کیفیت زندگی سالمندان و چالشهای پیش رو پرداخته ایم.

فرا تحلیل این پژوهشها، برای ترکیب مطالعات پیشین و ارائه ایده ها و راهکارهای نوین در جهت روش بررسیها و مطالعات جدید و بازنگری و پیش بینیهای مدیران و مسئولان دولتی در تغییر وضعیت زندگی سالمندان و کیفیت بهتر زندگی ضروری خواهد بود، زیرا که این گروه از جامعه در سالهای آتی رشد جمعیت زیادی را خواهند داشت و رفع چالشهای پیش رو، بدون آینده نگری و بازاندیشی در برنامه ریزیها در روش حمایت بیشتر و بهتر، امکان پذیر نخواهد بود.

کیفیت زندگی مفهومی پیچیده و چند سویه و مبهم است که در سطوح مختلف، از

بخشهای اجتماعی محلی تا ارزیابی خاص موقعیت و شرایط فردی و گروهی به کار می رود. تعاریف عملیاتی کیفیت زندگی بسیار متنوع است. این نکته مؤید این حقیقت است که برای افراد مختلف اهمیت و ارزش هر یک از ابعاد مختلف زندگی ممکن است متفاوت باشد. این امر می تواند گواهی بر فقدان تعریف عملیاتی مورد توافق در این زمینه باشد. (سجادی، ۲۰۱۱)

چنانچه در بیشتر پژوهشهای مورد بررسی به ابعاد ذهنی کیفیت زندگی سالمندان پرداخته شده است؛ زیرا که کیفیت زندگی را بیشتر مفهومی ذهنی می دانند که توسط دیگران قابل مشاهده نیست و اما توجه به ابعاد عینی کیفیت زندگی در بیشتر پژوهشها مورد غفلت قرار گرفته شده است و در صورت توجه و تمایز بین شاخصهای عینی و ذهنی کیفیت زندگی سالمندان در نتیجه گیریها به طور مجزا شاخصهای عینی و ذهنی بررسی نشده است. از لحاظ نظری به دلیل تنوع رویکردهای نظری و حوزه های مختلف علمی و استفاده تقلیدی از نظریات کیفیت زندگی، عدم ارائه مفهومی دقیق از کیفیت زندگی و عوامل مرتبط به آن نوعی آشفتگی در شاخص سازیهای کیفیت زندگی دیده می شود که خود یکسان سازی متغیر وابسته را در پژوهشهای کمی انجام شده دچار مشکل می کند. در بیشتر پژوهشهای بررسی شده از نظریه های تلفیقی (ترکیبی) یا چهارچوب تلفیقی استفاده شده است، اما از روشهای تحقیقی تلفیقی (ترکیبی) کمی - کیفی بهره گرفته نشده است. فراتحلیل پژوهشها از نوع کمی - کیفی توانسته تا حدودی بهترین نتایج را در مورد بررسیها به دست آورد. در این پژوهشها از روش آماری (کمی) و آزمون فرضیه ها بیشترین بهره گرفته شده و از روشهای کیفی ترکیبی و پژوهشهای کیفی به جز یک مورد (پدیدار شناختی) استفاده نشده است. بدون تردید بی توجهی به تجربه های زیستی سالمندان، عدم نتایج تا حدودی مشابه و یکسان و تفاوتها در برخی از موارد و تناقضها در نتایج پژوهش را موجب خواهد شد. مسئله سالمندی به عنوان یک مسئله اجتماعی با افزایش جمعیت سالمندان، پدیده ای

جهانی نیز است که به یک بحران تبدیل خواهد گشت. در ایران تعداد جمعیت سالمند در سال ۲۰۵۰ به ۲۶ میلیون و ۳۹۳ هزار نفر خواهد رسید. بیماریها و مشکلات حاصل از این مرحله تکاملی از زندگی می‌تواند هزینه‌های زیادی را بر دولتها وارد نموده و ناتوانیهای زیادی را موجب شود که شدیداً بر کیفیت زندگی سالمندان تأثیرگذار است.

بنابراین بررسی تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم عوامل کیفیت زندگی می‌تواند موجب حل مسائل و مشکلات سالمندان و رفع چالشهای پیش رو در آینده شود.

در یافته‌های حاصل از فراتحلیل عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی سالمندان از طریق سنجش اندازه اثر هر یک از عوامل و همبستگی و روابط بین این عوامل و کیفیت زندگی سالمندان با بررسی و واکاوی بیست مقاله علمی- پژوهشی و پژوهشی از میان تعداد کثیری پژوهشها و مقالات به دست آمده است، با توجه به تنوع متغیرهای موردبررسی و تناقض و تفاوت در نتایج پژوهشها در سه حوزه علمی روان‌شناسی (روانشناسی اجتماعی)، علوم اجتماعی (جامعه‌شناسی) و پزشکی (پرستاری) توانسته‌ایم متغیرهایی که بیشترین تأثیر را در کیفیت زندگی سالمندان دارند با سه شاخص اصلی اجتماعی، فرهنگی و متغیرهای جمعیتی مرتبط دانسته و این عوامل را با عامل مهم سلامت به‌عنوان پیامد در نظر بگیریم.

بیشترین اندازه اثر در پژوهشهای بررسی شده، به آموزش مثبت‌نگری و امید به زندگی، بعد ذهنی کیفیت زندگی با ۸۳ درصد در حد زیاد و بعدازآن مشارکت اجتماعی (غیر نهادی) سالمندان با ۷۷ درصد و سلامتی جسمی و روانی ۷۵ درصد، عامل نگرشهای مذهبی (دینداری) ۷۶ درصد تأثیر بالایی را نشان می‌دهند. اما در حد متوسط با میانگین اثر ۴۵ درصد به عوامل زمینه‌ای (دموگرافیک) سن و سطح تحصیلات مرتبط خواهد بود.

مثبت‌اندیشی (بعد ذهنی) به معنای داشتن دیدی مثبت و نگرشی شادمانه به زندگی، انجام رفتارهای مثبت و برقرار کردن ارتباط مثبت با دیگران است. با توجه به روانشناسی مثبت و دیدگاه سلیگمن، اعتقاد بر این است که سازه‌های روانشناسی مثبت از جمله کیفیت

زندگی و امید به زندگی می‌توانند از افراد در برابر آثار رویدادهای تنش‌زای زندگی حمایت کنند. (فرنام، ۲۰۱۶)

طبق مطالعات دمورتنی و همکاران (۲۰۱۱) مداخلات روانشناسی مثبت باعث افزایش خوش‌بینی، امید، اعتماد به نفس، خلق مثبت و تاب‌آوری می‌شود. بنا به گفته آجرن از طریق ایجاد نگرش مثبت در سالمندان نسبت به رفتارهایی که تقویت‌کننده سلامتی هستند، مثل ورزش. بنابراین برداشت مثبت (مثبت‌اندیشی) فرد از خودش و دیگران مهم‌ترین پشتوانه‌ای است که فرد را در مواجهه با وقایع پرتنش زندگی سالمندی حمایت می‌کند. آموزش مثبت‌نگری به‌عنوان آموزشی مؤثر بر افزایش امید به زندگی و کیفیت زندگی در سالمندانی که همراه خانواده هستند و سالمندان ساکن در آسایشگاه‌های سالمندان به‌منظور سازگاری روان‌شناختی بهتر آنان باید مورد توجه متخصصان سلامت روان و افرادی که در حوزه سالمندی فعالیت می‌کنند قرار گیرد. (فرنام، ۲۰۱۶؛ گروسی، ۲۰۱۴؛ صفر حیاتی، ۲۰۱۵)

مشارکت اجتماعی فرآیند سازمان‌یافته‌ای است که افراد از روی آگاهی و اطلاع، داوطلبانه گروهی و با عنایت به علایق معین و مشخص که منجر به خود شکوفایی و نیل به اهداف و سهم در منابع می‌شود، فعالیت می‌کنند که بر حسی سازمان‌دهی شامل مشارکت رسمی (نهادی) و مشارکت غیررسمی (غیر نهادی) است. (مرادی، ۲۰۱۲)

مشارکت غیر نهادی از عوامل مهم اثرگذار بر سلامت جسمی و روحی سالمندان است. زیرا که داشتن شخصیت نوع‌دوستانه با روحیه عالی ... ارتباط دارد. سالمندانی که فرصتهای معاشرت کردن و تعامل بیشتری با دیگران دارند، تنهایی و افسردگی در آنان کاهش می‌یابد و عزت‌نفس و رضایت از زندگی و کیفیت آن تقویت می‌شود. بنابراین فراهم آوردن زمینه حضور بیشتر سالمندان در جامعه و افزایش مشارکت آنان با رضایت از زندگی مرتبط است. چنانکه در نظریه فرانس مفهوم کیفیت زندگی با شادکامی و رضایت از زندگی در روابط دوستانه و خانوادگی و ... معنا شده است. میزان رابطه مشارکت و کیفیت زندگی سالمندان

قوی‌تر از رابطه حمایت اجتماعی گزارش شده است.

لذا با تقویت مشارکت غیر نهادی میان سالمندان می‌توان زمینه مشارکت زیادی و هدفمند و داوطلبانه آنان را از طریق NGO ها در سطح جامعه فراهم ساخته تا از تواناییهای سالمندان به نحو مطلوب استفاده شود و هم زمینه ارزشمندی آنان در جامعه فراهم شود. (مرادی، ۲۰۱۲، زنجانی، ۲۰۱۷، کاکاوند، ۲۰۱۶)

چنانچه یکی از اهداف طرح «توانبخشی اجتماعی سالمندان جمهوری اسلامی ایران» مشارکت فعال سالمندان در اداره بخشی از جامعه‌ای است که در آن زندگی می‌کنند اما از قوانین تصویب شده مملکتی یک درصد آن مربوط به سالمندان می‌شود. (بیضایی، ۱۹۹۲)

سلامت جسمی و روانی از دیگر متغیرهای اصلی و مؤثر کیفیت زندگی سالمندان است. کاهش تواناییهای جسمی می‌تواند بر سلامت روانی افراد تأثیر بگذارد و موجب ضعف خودباوری، زودرنجی، انزوای، ناامیدی، افسردگی و اضطراب آنها شود. عدم حمایت مالی و کمبود درآمد، تغذیه نامناسب، آپارتمان‌نشینی و بیماریهای جنسی و اختلال در خواب و اضطراب از مرگ، اختلال در حافظه از چالشها و مشکلات درون فردی (روانی و جسمی) سالمندان است. (زنجانی، ۲۰۱۷)

کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی سالمندان با ابعاد ایفای نقش جسمی و ایفای نقش عاطفی سالمندان که نمود بیرونی کیفیت زندگی است، به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش نشان می‌دهد. زیرا که علاوه بر ابتلا به بیماریهای مختلف و مشکلات و ناراحتیهای جسمی سالمندان، عدم تقاضای اجتماعی و ارزش‌گذاری جامعه برای حضور فعال سالمندان و نگرش منفی نسبت به سالمندان در همه طبقات سیاسی و اجتماعی جامعه، احساس سر‌باری در جامعه و خانواده، ایفای نقش جسمی و عاطفی سالمندان را محدود کرده و از خانواده و خود و جامعه منزوی و تنها می‌کند. (درویش پورکاخکی، ۲۰۱۳)

سلامتی هسته مرکزی کیفیت زندگی است. از آنجایی که در نظام سلامت نمی‌توان به

طور کامل پدیده کیفیت زندگی را مورد توجه قرار داد، مفهوم سلامتی را در ارتباط با کیفیت زندگی مورد مطالعه قرار می دهند که در قالب مفهوم «کیفیت زندگی مرتبط با سلامت» تعریف می شود. (وار، ۱۹۸۷، بوولینگ، ۲۰۰۱)

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت آرمان و شاخص نوین ارائه خدمات بهداشتی، درمانی - مراقبتی به گروه های مختلف جمعیتی به ویژه سالمندان است. (فارکوثر، ۱۹۹۵)

سازمان بهداشت جهانی (۱۹۴۸) سلامت را نه فقط عدم بیماری یا ناتوانی بلکه حالت کامل رفاه جسمی، روانی و اجتماعی تعریف کرده است. همچنین از نظر سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۰) سلامت گستره ای است که در آن حیطه فرد یا گروه می تواند آرمانها و راه برآورده ساختن نیازها را درک کرده و از طرف دیگر قادر به تغییر یا سازش با محیط باشد. این قضیه یک مفهوم مثبت است که هم بر امکانات اجتماعی و فردی تأکید دارد و هم بر تواناییهای جسمی (به نقل از هزارجریبی و صفری شالی، ۲۰۱۲)

کنت نول (۱۹۷۵) از مدیران سلامت سازمان بهداشت جهانی در کتاب خود «سلامت مردم» بیان می کند که بیشتر علل مشکلات معمول در ارتباط با سلامت از خود جوامع نشئت می گیرد و در مهیاسازی فضای سالم خود نهادها و سازمانهای جامعه سهم باید باشند. از دیدگاه نول سلامت دو بعد، تواناییهای جسمانی و تواناییهای اجتماعی را در بر می گیرد. (به نقل از هزارجریبی و صفری شالی، ۲۰۱۲)

گروهی از کارشناسان سلامت معتقدند که ارتقا سلامت در حقیقت دربرگیرنده زمینه های اقدام اجتماعی برای توسعه سطح سلامت است. ارتقا سطح سلامت بر این اساس از دو طریق امکان پذیر است که یکی از آنها توسعه شیوه های سالم زندگی و اقدام اجتماعی برای سلامت است و دیگری ایجاد شرایطی است که زیستن در یک حیات سالم را امکان پذیر کند. موضوع اول دربرگیرنده توانمندسازی انسانها از طریق آگاهیها و مهارتهای ضروری

1. health related quality of life

برای یکی زندگی سالم است و موضوع دوم تأثیرگذاری بر سیاست‌گذاران به‌گونه‌ای است که سیاست‌های عمومی و برنامه‌های حامی سلامت عمومی را در سطح جامعه پیگیری کند. (به نقل از هزارجریبی و صفری شالی، ۲۰۱۲) بنابراین امروزه سیاست‌گذاران به این نکته توجه می‌کنند که برای رسیدن به سالمندی فعال و سالم باید به تمام ابعاد سلامت جسمی و روحی، اجتماعی و اقتصادی و معنوی زندگی توجه کرد. (جدیدی و همکاران، ۲۰۱۱) لذا فراهم کردن بستر مناسب برای زندگی عاری از بیماری (سلامت جسمانی) و محیطی آرام برای آرامش درونی (سلامت روانی) سالمندان و تأمین سلامت و ارتقاء کیفیت زندگی‌شان با اهمیت خواهد بود.

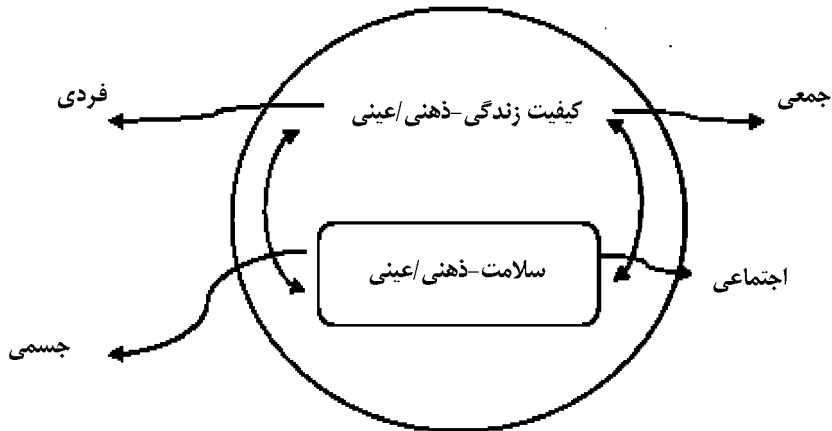
امروزه به موضوع ارتقا سلامت توجه بیشتری می‌شود و بیشتر به سطح سلامت بها داده می‌شود. همچنین در پژوهش‌های علوم اجتماعی و جامعه‌شناسی اثرات عوامل اقتصادی و اجتماعی بر سلامتی افراد سالمند بررسی می‌شود. اما کمتر به ساختار روابط اجتماعی که به رفع نابرابریها در توزیع درآمد و بیکاری و فقر و ناامنی و ... در زمینه سلامت باید کمک کند، پرداخته می‌شود. زیرا که ارتقا سلامت اجتماعی منوط به دستیابی افراد نیازمند به حداقل مراقبت‌های اساسی دانسته شده است و بر همین اساس تأمین و ارتقاء سلامت آحاد جامعه به یک کنش متقابل و پدیده‌ای دوسویه بین جامعه و دولت‌مردان تبدیل شده است. (خسروی و نجفی، ۲۰۰۹)

سلامتی یک موضوع چندبعدی است. در تعریف سازمان بهداشت جهانی به سه بعد سلامتی یعنی بعد جسمانی، روانی و اجتماعی اشاره شده است. برخی سلامتی انسان را با توجه به ابعاد وجودی انسان در یک مدل نظری با ابعاد جسم (سلامت جسمی) و روح (سلامت معنوی) و روان (سلامت روانی) و ذهن و فکر (سلامت اجتماعی) نشان داده‌اند. (سام آرام، ۲۰۰۸)

با توجه به مباحث نظری و بررسی‌های انجام شده پیشین پیرامون کیفیت زندگی سالمندان که تأثیر عوامل و ابعاد مختلف را مورد مطالعه قرار داده‌اند می‌توان برای مفهوم‌سازی و

شاخص سازی روشن تر و بهتر کیفیت زندگی و سلامت به ابعاد جسمی و روانی و اجتماعی و بر عوامل اقتصادی (مادی) فرهنگی و اجتماعی تأکید کرد.

شاخصهای سلامت را می توان با شاخصهای کیفیت زندگی منطبق دانست زیرا که سلامت و کیفیت زندگی با یکدیگر رابطه ای دوسویه دارند. عوامل مادی عینی و سلامت جسمی با فعالیت جسمانی و اشتغال و درآمد و تحصیلات، باعث شکوفایی اجتماعی فردی می شود و کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می دهد. همچنین عوامل اجتماعی و فرهنگی (ذهنی) و سلامت روانی و اجتماعی با پذیرش اجتماعی و انطباق و مشارکت و انسجام اجتماعی، کنترل توانمندیها با درک جامعه و عملکرد اجتماعی و درک و فهم معنای زندگی، ارزیابی ارزش اجتماعی خود و احساس تعلق داشتن به جامعه و اعتمادپذیری دیگران باعث امنیت اجتماعی (تأمین اجتماعی) می شود و با پذیرفته شدن در جامعه (جامعه پذیری) برقراری ارتباط با دیگران حمایت اجتماعی را می طلبد.



مدل مفهومی ابعاد کیفیت زندگی و سلامت

همان‌طور که ذکایی (۱۳۸۴) بیان می‌کند: «کیفیت زندگی با دو مفهوم نیازهای انسانی و رضایت از زندگی رابطه دارد، به همین دلیل لازم است کیفیت زندگی شخصی در تعامل با کیفیت زندگی جمعی مطالعه شود.» (نقل از جواهری و همکاران،)

راهبردهای معنوی و مذهبی در افزایش کیفیت زندگی تأثیر بسزایی دارد که در پی آن سلامت روان و عملکرد تکالیف روزانه افزایش می‌یابد. معنویت موجب می‌شود بزرگسالان در رویارویی با چالشهای زندگی سازگارتر شوند. (گانسالوز، ۲۰۱۵)

افرادی که دارای وضعیت معنوی بهتری هستند، کمتر دچار کشمکشهای درونی، بی‌هدفی، پوچی، یاس، نارضایتی و ناامیدی در برابر بحرانها می‌شوند و محرومیتها و نامایمات را تحمل می‌کنند. (رزمارین، ۲۰۱۵)

به‌طورکلی باورها و اعمال مذهبی تأثیر مثبتی در پیشگیری و بهبود بیماریهای جسمی و روانی و افزایش کیفیت زندگی دارند. هرچه سالمندان دارای سطح قوی‌تر نگرش مذهبی باشند احساس معنا در زندگی آنان بیشتر است. (محمدی، ۲۰۱۷)

رفتارها و نگرشهای مذهبی به‌عنوان یک عامل پیشگیری‌کننده از مشکلات سالمندان یکی از عوامل تسهیل‌گر زندگی سالمندان، تأثیر مثبتی بر معنادار کردن زندگی دارند. رفتارهایی همچون توکل به خدا، عبادت و زیارت می‌توانند امید به زندگی ایجاد کنند و آرامش درونی برای سالمند فراهم کنند. (همراه‌زاده، ۲۰۱۷)

اکثریت پژوهشها و مقالات بررسی‌شده از متغیرهایی همچون سن، جنس و تحصیلات و وضعیت مسکن، وضعیت تأهل و وضعیت اشتغال، میزان درآمد و... به‌عنوان متغیرهای زمینه‌ای و یا متغیرهای جمعیتی و دموگرافیک تأثیرگذار بر کیفیت زندگی سالمندان نام‌برده‌اند. این تأثیرات گاهی منفی و یا مثبت گزارش شده است. متغیرهای زمینه‌ای (سن، جنس، وضعیت تأهل و تحصیلات) از عواملی هستند که بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت تأثیرگذار بوده است. زیرا که با افزایش سن عملکرد جسمی و ایفای نقش جسمی به دلیل

افزایش دردهای بدنی و اختلالات و بیماریهای متعدد کاهش می یابد و این میزان در زنان بیشتر از مردان است. دلایل این امر طول عمر بیشتر و تحصیلات پایین تر و درآمد کمتر و فقط بیشتر زمان سالمند و سالمند آزاری و غفلت بیشتر از زنان سالمند، نگاه منفی جامعه به زنان سالمند و توانایی کمتر برای دفاع از حقوق انسانی و اجتماعی خود و تنها زندگی کردن برای مدت نسبتاً طولانی پس از مرگ همسر در مقایسه با مردان بیان شده است. (درویش پورکاخکی، ۲۰۱۳)

در پژوهشی دیگر ابعاد کیفیت زندگی سالمندان (بعد جسمانی و بعد روان شناختی) را تحت تأثیر عوامل زمینه ای می داند. بین سن و کیفیت زندگی رابطه معکوس و معناداری وجود دارد. یعنی با افزایش سن، کیفیت زندگی در هر دو بعد فیزیکی و روان شناختی کاهش می یابد و کیفیت زندگی در بین مردان بالاتر از زنان است. (افتخار اردبیلی، ۲۰۱۴)

به طور کلی در بیشتر مطالعات و پژوهشها سالمندی به دوره سنی افراد بالای ۶۰-۶۵ سال گفته شده است. در صورتی که طبق سازمان بهداشت جهانی (W.H.O) میانگین سنی این گونه طبقه بندی شده است:

۴۵-۵۹ میان سال (MIDDLE AGE)

۶۰-۷۴ سالمندان جوان (YOUNG OLD)

۷۵-۹۰ سالمند (OLD)

۹۰ به بالا خیلی سالمند (سالمند پیر) (OLDEST OLD)

اگر در مقالات و پژوهشهای بررسی شده میانگین سنی سالمندان را ۶۰-۷۴ در نظر گرفته باشند یعنی به عنوان سالمند جوان، این گروه از سالمندان با گروه سالمندان ۹۰ سال به بالا متفاوت خواهند بود، به همان نسبت از نظر ویژگیهای رفتاری، شخصیتی و سلامت جسمی و روانی و سلامت اجتماعی و ... متفاوت و متمایز خواهند بود.

به طور کلی جمعیت مسن را به عنوان جمعیتی یکدست و یک شکل نباید در نظر گرفت؛

زیرا تفاوتها در بین این گروه‌های ناهمگن وجود دارد و همچنین تعمیم دادن مشاهدات محدود و تبدیل آنها به احکامی قطعی اساسا گمراه‌کننده خواهد بود. (کاراداک، ۲۰۱)

چنانچه در پژوهشی کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی بین سه گروه سنی بررسی شده است. کیفیت زندگی در میان سالمندان ۶۰-۷۰ ساله و سالمندان ۷۰-۸۰ سال تفاوت چندانی وجود ندارد درحالی‌که کیفیت زندگی در گروه ۶۰-۷۰ سال بیشتر از سالمندان ۸۰ سال به بالاتر است. این نشان می‌دهد که افراد با ورود به سنین بالاتر و از دست دادن روابط با اعضای متفاوت شبکه اجتماعی‌شان، از حمایت کمتر و درنهایت با کاهش کیفیت زندگی آنان روبرو می‌شویم (اهمیت و ضرورت حمایت‌های رسمی در همراهی با حمایت‌های غیررسمی نمایان می‌شود). (موسوی، ۲۰۱۱)

و در برخی پژوهشها بیان شده که بین سن و میانگین کیفیت زندگی سالمندان مورد مطالعه ارتباط معناداری مشاهده نشده است. دلیل این رابطه را این‌گونه توجیه کرده است که سالمندان در هر گروه سنی از تسهیلات و امکانات مشابه برخوردارند و این امر موجب می‌شود که تفاوت چشمگیری در کیفیت زندگی آنان مشاهده نشود. (ناصر خاکی، ۲۰۱۱)

بین درآمد و میانگین کیفیت زندگی سالمندان نیز ارتباط معناداری مشاهده نشده است. این امر را ناشی از برخورداری یکسان شرایط آسایشگاه برای کلیه سالمندان می‌داند زیرا که سالمندان نیازی به هزینه کردن برای رفع نیازهای خود در مراکز مذکور ندارند. سالمندان جداشده نسبت به سایر سالمندان (مجرد، متأهل و همسر فوت‌شده) از کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند (به دلیل موفقیت سکونت در آسایشگاه‌ها) زیرا که افراد جداشده به خواست خود اقامت در آسایشگاه را پذیرفته‌اند، اما ورود مابقی ارادی نبوده و به آسایشگاه سپرده شده‌اند. از دیدگاه سالمندان مهم‌ترین فاکتور تأثیرگذار بر سلامت روانی آنان زندگی با دیگر اعضای خانواده است. زیرا که زندگی با خانواده و درگیر شدن با رشد کودکان خانواده و امور مالی، باعث فعال بودن و اجتماعی شدن سالمند می‌شود. کیفیت زندگی سالمندان بی‌سواد نسبت به

سایر سالمندان (زیر دیپلم، دیپلم و دانشگاهی) پایین تر است. متغیر سطح تحصیلات در بیشتر پژوهشها تأثیر مثبت را گزارش می دهد. با افزایش سطح تحصیلات کیفیت زندگی در دو بعد فیزیکی و روان شناختی (رضایت از زندگی) افزایش می یابد. (افتخار اردبیلی، ۲۰۱۴؛ ره گوی، ۲۰۱۶؛ مفتی، ۲۰۱۴؛ یزدان پور، ۲۰۱۱؛ ناصر خاکی، ۲۰۱۱؛ عبداللهی، ۲۰۱۳)

تحصیلات نه تنها به طور مستقیم از طریق بهبود رفتارها و سبک زندگی سالم بلکه به طور غیرمستقیم از طریق فراهم آوردن شغل بهتر، سالمند را در معرض ناتوانیهای کمتر، وضعیت اقتصادی، اجتماعی، تغذیه و مسکن بهتر قرار خواهد داد و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بهتری ایجاد خواهد کرد. (درویش پورکاخکی، ۲۰۱۳)

در میان متغیرهای زمینه ای و تأثیر آن بر کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی رابطه معناداری بین وضعیت تأهل و مسکن و وضعیت تحصیلات چه از لحاظ عینی (عملکرد و امنیت اقتصادی و سلامت جسمی) و چه به لحاظ ذهنی (احساس بهزیستی و احساس رضایت از خدمات) وجود دارد. (موسوی، ۲۰۱۱)

از نظر پژوهشگران اختلاف شایان توجهی میان سن و شیوه زندگی سالمندان وجود دارد. بنابراین جامعه نمونه را از نظر میانگین سبک زندگی به لحاظ سنی به سه گروه طبقه بندی کرده اند و نتایج آزمون تحلیل واریانس را نشان دهنده معنادار بودن تفاوتها دانسته اند و با روش تحلیل مسیر آثار مستقیم رضایت از زندگی (بعد ذهنی) و سن را مورد بررسی قرار داده اند. (کاوه فیروز، ۲۰۱۱)

سالمندی و قرار دادن آستانه پیری در ۷۰ یا ۷۵ سالگی و یا بیشتر کاملاً قراردادی است و بستگی به تفاوت های فردی و دگرگونیها و تغییرات در طول زندگی اجتماعی دارد، ضروری است که برای مطالعه کیفیت زندگی سالمندان، آنان را در گروه های سنی خاص، مثلاً سالمندان جوان را با سن ۶۰-۷۴ و سالمند کامل (OLD) را در سنین ۷۵-۹۰ به طور تفکیک شده در نظر بگیریم تا نتایج و تحلیل دقیق تری به دست آوریم. (زنجانی و همکاران، ۲۰۱۷)

پیشنهاد‌های کاربردی (برگرفته از مقالات بررسی شده)

بررسی در پژوهش‌های پیشین و فراتحلیل یافته‌ها، توجه به ارتقا کیفیت زندگی سالمندان را در دو بعد عینی و ذهنی مرتبط با ارتقا و افزایش سلامتی روانی و جسمی سالمندان بیان کرده‌اند.

۱- بخشی از عوامل کیفیت زندگی سالمندان مربوط به دوران قبل از سالمندی و بخشی مربوط به دوران سالمندی است؛ بنابراین تدوین و اجرای برنامه‌های جامع حفظ و ارتقا سلامت و کیفیت زندگی در جامعه برای همه باید از همین امروز با نگاه به آینده شروع شود تا در آینده همانند دیگر کشورهای توسعه‌یافته دنیا جمعیت سالمند سالم و دوره سالمندی موفق‌تری را داشته باشیم.

۲- به نظر می‌رسد یکی از شیوه‌های مناسب مشارکت اجتماعی بیشتر سالمندان این باشد که به گسترش سازمانها و انجمنهای داوطلبانه و غیردولتی (NGO ها) بهای بیشتری داده شود، برنامه‌ریزان جامعه باید موانع قانونی و ساختاری را بر سر راه توسعه چنین سازمانهایی را در حد امکان از پیش رو برداشته و حمایت‌های لازم را مبذول دارند تا افراد بتوانند توانمندیهای سالمندان را به نحو مطلوب و ارزشمندی آنان در جامعه فراهم کند.

۳- برقراری برنامه‌های آموزشی مرتبط با سلامت روانی (مثبت‌نگری) و تشویق سالمندان به ابراز مشکلات و نارسائیهای موجود در محیط زندگی که مخل سلامت جسمی و روانی آنهاست و اقدام به حل این معضلات به کمک خودشان، افزایش سطح آگاهی آنان از طریق اشتراک‌گذاری تجربیات مثبت می‌تواند در ایجاد تغییر رفتار و بالا بردن عملکرد اجتماعی، مشارکت اجتماعی و خود مراقبتی آنان و مقابله با عوامل استرس‌زا و سازگاری و امید به زندگی آنها را افزایش دهد.

۴- تقویت نقش و حضور سالمند در خانواده و ایجاد نگرش مثبت و آموزش مهارت‌های لازم جهت ارتباط نسلی با سالمندان از طریق اجرای برنامه‌های آموزشی برای خانواده‌های سالمندان. به‌طور کلی آموزش اجتماع و خانواده‌ها برای پیدا کردن دیدگاهی مثبت به پدیده سالمندی

و سالمندان و استفاده بیشتر از تجارب با ارزش آنها در جهت رشد و پیشرفت جامعه از ضروری ترین مسائل است.

۵- اجرای طرح تکریم سالمندان در ادارات، سازمانهای دولتی و غیردولتی، بانکها، رستورانها، اماکن عمومی و خصوصی در زمینه بازنگری در سپردن سالمندان به خانه های سالمندان به خانواده ها آموزش داده شود.

۶- بهبود کیفیت و افزایش امکانات محیطی و رفاهی خانه های سالمندان، یکسان سازی محیط خانه های سالمندان به محیط خانواده، ترغیب خانواده ها و دوستان فرد سالمند به عیادت منظم از سالمندان، افزایش خدمات رفاهی و توان بخشی توسط مسئولان و توانمندسازی سالمندان می تواند در افزایش کیفیت زندگی سالمندان سودمند باشد.

۷- تأسیس مراکز مراقبتی ارائه خدمات پیشگیری، درمانی و پزشکی به سالمندان ساکن آسایشگاه ها برای آرامش خاطر خانواده ها و سلامتی خود سالمندان ضرورت دارد.

۸- تشکیل مؤسساتی که در نگهداری سالمندان در منازل یاری گر خانواده ها باشند تا بتوان تا حد امکان زمینه هایی برای سکونت سالمندان در کنار خانواده هایشان فراهم کرد.

خدمات مبتنی بر خانه و جامعه (HCBS¹) در کشورهای پیشرفته برای به حداقل رساندن نیاز سالمندان به سرای سالمندان، خدماتی را در اختیار سالمندان ساکن در خانه های خود و جامعه قرار می دهند، شامل: مراقبت در خانه، راه اندازی مراکز جامع سلامت، کلو پهای ناهار مراکز روزانه.

۹- طراحی برنامه جامعی به منظور پیشگیری از ابتلا سالمندان به احساس تنهایی، در جهت بهبود کیفیت و کمیت ارتباطات اجتماعی و استفاده مفید از اوقات تنهایی به طور فعالانه در هر دو محیط خانه و سرای سالمندان.

۱۰- حمایت ویژه از خانوارهای دارای سالمند در قالب ارائه کمکهای مالی، تخفیفات مالی، اعطای مرخصی و امتیازهای دیگر به مراقب سالمند و ایجاد مراکز مشاوره ای رایگان

1. Home and Community – Based Services (HCBS)

برای سالمندان و خانواده سالمندان.

۱۱- وضعیت شغلی سالمندان، به دلیل ایجاد روابط اجتماعی خاص و داشتن بعضی مزایای مادی، القاء جهان‌بینی و ایجاد فضای عاطفی خاص حائز اهمیت است. داشتن شغلی تضمین‌شده و ایجاد قوانین رفاهی لازم در مورد بازنشستگی سالمندان، در زمینه سلامت شیوه زندگی آنان تضمین‌کننده است.

به‌طورکلی تلاش در جهت به تعویق انداختن بازنشستگی سالمندان و حضور بیشتر و فعال‌تر آنها در عرصه‌های شغلی و اجتماعی، همچنین تلاش در جهت استقلال مالی هرچه بیشتر آنها می‌تواند بر سرمایه اجتماعی (روابط و پیوندهای اجتماعی) (اعتماد و همبستگی و حمایت اجتماعی) آنها تأثیر مثبت داشته باشد.

۱۲- بهبود زندگی سالمندان به عواملی همچون نقش باورهای مذهبی، تغذیه مناسب، ملاقات اقوام و خاطره‌گویی و ایجاد روابط اجتماعی مناسب مرتبط است. تبلیغ صحیح دین و تشویق سالمندان به حضور در تشکلهای مذهبی، زمینه‌ساز ایجاد شبکه‌های ارتباطی است و اعتماد و هنجار‌پذیری و رضایت از زندگی را در افراد ارتقاء می‌دهد. تقویت معنویت و تجربه باورهای معنوی قوی عاملی منطقی در پیشگیری و کاهش اضطراب و افسردگی در سالمندان است. باید به مفاهیم و ابعاد و مؤلفه‌های اصلی دینداری (بعد اعتقادی، مناسکی و پیامدی) برای ایجاد یک بسیج نهادینه‌سازی توجه بیشتری کرد.

۱۳- ترکیب حامیان سالمند (همسر و فرزندان) و رابطه حامیان با سالمند در نحوه رفتار حامیان در تأثیربخشی حمایت اجتماعی و نگرش مثبت یا منفی سالمند نسبت به حمایت و همچنین نگرشی که سالمند نسبت به تواناییهای خود دارد در حمایت اجتماعی نقش دارد. بر اهمیت نقش حمایتی از طرف همسران برای سالمندان تأکید می‌شود و تأثیر بیشتری در ارتقاء کیفیت زندگی آنان دارد، به این دلیل که همسران دارای ارزشها و تجربه‌های مشترکی هستند.

۱۴- رفع موانعی چون شکستن تابوی ازدواج سالمندی؛ حمایت‌های مالی و ارائه خدمات

مشاوره‌ای برای تأمین سلامت سالمندان و ارتقاء کیفیت زندگی آنان ضروری است. لذا آماده‌سازی روانی سالمندان و فرزندان آنها برای پذیرش ازدواج مجدد سالمندانی که همسر خود را ازدست داده‌اند، می‌تواند نقش مهمی در گسترش حمایت‌های شبکه‌ای و به دنبال آن بهبود کیفیت زندگی سالمندان داشته باشد.

به‌طور کلی با آماده‌سازی بسترهای فرهنگی حمایت اجتماعی می‌توان در جهت افزایش حمایت‌های اجتماعی به منظور ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان اقدام کرد.

۱۵- بالا بردن زمینه‌های حمایت اجتماعی در خانواده‌ها از طرف تمامی اعضاء خانواده و همچنین دولت نیز زمینه‌های حمایتی را فراهم کند. اختصاص بیمه‌های خاص برای معلولان (حمایت ابزاری) و ایجاد مراکز توان‌بخشی رایگان برای افراد سالمند و ایجاد فضاهای ورزشی و فراغتی مخصوص برای سالمندان، ایجاد مراکز مشاوره‌ای رایگان برای سالمندان، تصویب آیین‌نامه حمایت اجتماعی از سالمندان، از جمله زمینه‌های حمایتی دولت و سازمان‌های دولتی است.

۱۶- تحقق اصل عدالت اجتماعی و برابرسازی فرصت‌ها برای سالمندان به منظور ایجاد ارتباط صحیح با اقشار جامعه و در نتیجه زمینه‌سازی برای تلفیق و پیوند هر چه بیشتر افراد سالمند با گروه‌های مختلف اجتماعی.

۱۷- توجه به ورزش و فعالیت بدنی و اقدامات تسهیلاتی در خصوص ورزش سالمندان در کانون‌های فعالیت سالمندان، مراکز مراقبتی و مجتمع‌ها و در سطوح جامعه، باشگاه‌های تندرستی مختص سالمندان و اردوهای دسته‌جمعی همراه با حرکات ورزشی و... به عنوان عاملی برای افزایش کیفیت زندگی و امیدواری به زندگی سالمندان است.

۱۸- در آخر پیشنهاد به ایجاد رشته‌ها و اهتمام در تدریس دروس متخصص سالمندی در رشته‌های مشاوره و روانشناسی و علوم تربیتی و علوم اجتماعی و جامعه‌شناسی سالمندی در دانشگاه‌ها جهت افزایش آگاهی در بهبود کیفیت زندگی سالمندان است.

ملاحظات اخلاقی

مشارکت نویسندگان

این مقاله با نظر و مشارکت استاد راهنما و همکاری ایشان تهیه گردیده است.

منابع مالی

برای انتشار این مقاله از هیچ‌گونه حمایت مالی برخوردار نبوده‌ایم و بیشتر کار پژوهش به صورت کیفی و مطالعه موردی تحلیلی بوده است.

تعارض منافع

این مقاله با سایر مقالات منتشرشده مغایرت و همپوشانی ندارد و تحلیلی بر پژوهشهای پیشین است.

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

در این مقاله با ارجاع به آثار و مقالات منتشرشده، با ذکر نام نویسنده در متن و آخر مقاله، در جهت دستیابی به تحلیلی منسجم و جامع‌تر بهره گرفته‌ایم و همه حقوق مرتبط با اخلاق پژوهش رعایت گردیده است.

- Ali poor,F., sajadi, H., foroozan, A., Beiglarian,A. [The role of social support in elderly quality on life], *social welfare quarterly*, 2009; 8(33): 147-65. (in Persian)
- Beyzai H. [Social rehabilitation plan of elderly in Iran]. *The first international conference on aging: 1992 Sep 21*: Tehran, Iran. (in Persian)
- Borenstein, M. Wiley, I, (2009). *Introduction to meta-analysis*. Chichester, U.k.john wiley & csons.
- Davis, L., *aging* (1992), translated by Dokhtseyed Mozafari, Tehran: Allameh Tabatabaei University publication
- Faraquhar M, (1995) Elderly people definitions of quality of life. *Social science and medicine*. 41(10)1439-1446
- Farhangi, E., *fundamentals of human communication* (2005), 1st volume, Tehran, Rasa publication, 8th edition
- Ghaeneirad- SMA., Zaker Salehi,G., (2015), systematic overview and meta-analysis in social studies of science and technology, *social studies*, 9(_): 29-63, summer 2015 (in Persian)
- Ghafari, G., & Ebrahimi Loyeh,A., *sociology, social changes* (2005), 1st edition, Tehran
- Ghafari, G., & Omid,R., *life quality, social development indicators* (2009), 1st edition, Tehran, Shirazeh publication (quoted from Nool, 2002): 62 (in Persian)
- Gilhooly M, Hanlon P, Mowat H, Cullen B, Macdonal S, Whyteb (2007) successful aging in an area of deprivation; part 1-A qualitative exploration of the role of life experiences in good health in old age. *Public health*. 121(11) 807-813
- Goncalvesjp, Lucchetti G, Menezes PR, vallada H.Religious and spiritual Interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials psychological medicine, 2015 Dct; 45(14):2937-49
- Heidari,M., Shahbazi,S., Shahbazi, effect of self-care education program on the life quality of the elderly, nursing care research center, *Tehran Medical Sciences*, 25(75):7, May2012 (in Persian)
- Hezarjeribi, J., Safari Shali, R., *social welfare anatomy* (2012), 1st ediction, Tehran, Farhang Society Publication, page 245 (quoted from Moldon- 1998): 545

- Jadidi,A., and others (2011), relationship between mental health and life quality of the elderly staying at Kahrizak aging center, *journal of nursing care center*, Tehran University of Medical Sciences (Iranian Nursing Journal), 24(72), November
- Karadak, V., (2012), *aging and elderly sociology*, translator: Kabari,S., Tehran, sociologist publication
- Kazemipour,SH., (1999), a model for determination of social and economic position of people and measurement of social mobility, *social sciences letter*, (14):139-172
- Khosravi,A.,& Najafi,F., (2009), *indicators of health measures in I.R. Iran*, deputy of health, Ministry of Health & Medical Education
- Koen, B., *fundamentals of sociology* (2003), translated by Tavasoli,GH., Fazel,R., Tehran, Samt publication
- Mirzaei, Kh., *essay writing on theoretical discussions to practical procedures* (2018), 1st ediction, Tehran, Ehsan Andisheh Publication, page 48
- Mohseni Tabrizi, A., (1996), *Alienation, a barrier to national participation and development; relationship between alienation and social-political participation*, bulletin, number 1, fundamental research center
- Mohseni,M., & Salehi, P., (2003), *social satisfaction in Iran*, Tehran: Aron publication, page 11
- Nejat, S., an overview of the life quality and its measurement (2008)-*epidemiology magazine*, 4(2), 2008 (in Persian)
- Niksirat, Z., (2007), *life quality of the pensioners of retirement organization residing in Tehran city 2005*.
- Onaq, NM., *a case study in Gonbad Kavous city*, Tehran University, social sciences faculty. (quoted from Wangot & others 2003): 1032
- Riahi,ME., a comparative analysis of location and position of the elderly in past and contemporary societies (2008), *aging quarterly*, 3(9,10): 12-13
- Ritzer, G. (1995). *Contemporary Sociology theories*, Salasi, M., Tehran, scientific publications, page 625
- Ritzer, G. (2009). Metatheory, Retrieved August, 24, 2009, From: www.sociologyencylopedia.com

- Ritzer, G. (2010). *Sociological Theory*, New York: MCGraw- Hill
- Rosmarin DH, forester BP, Shassian DM, web CA, Bjorgvinsoon T, Interest in spiritually integrated psychotherapy among acute psychiatric patients, *journal of consulting and clinical psychology*. 2015 Dec; 83(6):11-49
- Sajadi, H., *the life quality in researches* (2011), (a report on social status of Iran 2001-2009), 1st edition, Rahman institute, page 143
- Sam Aram,E., (2008), *social health course notes*, faculty of social sciences of Allameh Tabatabaei University quoted from Hezarjeribi, J., Safari shali (2012), *social welfare anatomy*, Tehran, society and culture publication 298-299
- Sibeon, R., (2004) *Rethinking Social Theory*, Sage publication.
- *United Nations principles for persons, 2002:6.*
- *Universal declaration on Human Rights 1948*
- World population aging 2007. Population Division website: 2015. [cited 5 august, 2015]; Available from:
 - <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf-world>.
 - *Population-ageing report 2007.pdf.*
- Yazdanpanah L. [The study of obstacles of social participation among citizenship in Tehran city]. *Journal of social welfare* 2007; 26(7): 106-128 (in Persian)
- Zanjani N., Sharifian sani M., Hosseini chavoshi M., Rafiey H., Mohammadi shahbloulaghi F. perceptions of successful aging among Iranian elders: insights from a qualitative study. *The international journal of aging and human development* 2019; 83(4) 381-401
- Zanjani, H., Kaldi,A., life quality of the elderly in Gilan province and factors affecting it (2017), *social development research*, 10(1): 47, winter 2017 (in Persian)
- Zanjari, N., *healthy aging, comparative analysis on life style promoting health of aging men and women in Shiraz city*, social sciences magazine, faculty of literature and humanities of Ferdowsi Mashhad University, spring, summer 2015, page 197-223

List of investigated articles

1. Abdollahi, F., Mohammadpour, RA., life quality of the elderly staying at home and aging center in Sari (2013), *Mazandaran University of Medical Sciences magazine*, 23 (104): 20-25, Sept. 2013 (research article)
2. Asgari M., Mohammadi, H., Radmehr, H., Jahangir, AH., effectiveness of spiritual-religious psychotherapy on life expectancy, depression and anxiety in the elderly (2017), *religious & health bulletin* 2017, 2(4): 29-41 (research article)
3. Darvish Pourkakhki, A., Abed Saeidi, JH., factors related to the life quality of the elderly in Tehran city (2013), *scientific- research journal, nursing and midwifery faculty of Shahid Beheshti University of Medical Sciences*, 23(82): 8-16, Fall 2013 (research article)
4. Farnam, A., effect of optimism training in the life expectancy of the elderly (2016), *positive psychology bulletin*, 2(1): 75-88, spring 201
5. Hosseini Nesar, M., Zanjani, H., Seyed Mirzaei, SM., Kaldi, A., (2017) life quality of the elderly in Gilan province and effective factors, *social development magazine* (Persian), 10 (1), 84-86.
6. Imanzadeh, A., & Hamrazadeh, M., (2017). identification of facilitating and preventing life quality factors in elderly men and women (phenomenological research), *elder magazine* (Salmand Iran), 12 (4), 436-438.
7. Kakavand, Y., & Rounaghi Notash, M. (2016). *Social & cultural factors related to the life quality of the elderly in Kermanshah emphasized on different dimensions of social support*.48-54.
8. Kasaei, A., Mofti, R., Mofti, A., Shoja, M., & Mirbaloch Zehi, A. (2014). Effective factors on social capital and its relationship with the life quality of the elderly in Ilam city. *Sadra medical sciences journal*, 3 (3), 235-244.
9. Khosheh Mehri, G., Kaviani, M., Asmari, M., Rajabian, H., & Naser Khaki, V. (2011). Life quality comparison of elderly men and women residing at aging centers of Alborz province using life quality questionnaire of World Health Organization in 2011, *journal of Alborz University of Medical Sciences*, 2(1), 19-24.
10. Mirsaiedi, Z. S., & Eftekhari Ardebili, H. (2014). Investigation of the life quality and demographic variables effective on the elderly covered by healthcare center of South of Tehran (2014), *aging magazine*, 9(4), 85-87.

11. Moradi, Sh., Fekrazad, H., Mousavi, M., Arshi, M., (2012), investigation of social partnership relationship and life quality of the elderly who are the member of Tehran aging center association in *Iranian aging magazine* (Salmand), 7(27), 43-45.
12. Mousavi, M., & Mostafaei, A. (2011). analysis of the life quality of the elder pensioners in Tehran (with emphasis on official/non-official social support), *welfare planning & social development journal*, 3(7), 137-163.
13. Rezvani, MR., Mansourian, H., Ahmadabadi, H., Ahmadabadi, F., Parvaei Haredasht, SH. (2013). Evaluation of effective factors on life quality of the elderly in rural area, a case study in Neishabour city. *Rural research*, 4(2), 301-326.
14. Rimaz, Sh., Gharibnavaz, H., Abolghasemi, J., & Seraji, SH. (2015). Relationship between different social support dimensions with life quality of the elderly in Dist. 8 of Tehran. *education and health magazine*, 2(1), 29-37.
15. Samadian, F., & Garousi, S. (2014). Relationship between attitudes, social support and the life quality of the elderly (a case study on the elderly of Kerman city). social sciences magazine, *faculty of literature and humanities of Ferdowsi Mashhad University*, 189-201.
16. Sanaei, M., Zardoshtian, SH., & Norouzi Seyed Hosseini, R. (2013). Effectiveness of physical education on life quality and life expectancy in the elderly of Mazandaran province. *Sport management research*, (7), 145-154.
17. Shabani, J., Rahgoi, A., Norouzi, K., Rahgozar, M., & Shabani, M. (2016). Relationship between efficiency and the life quality of the elderly residing at aging centers in Tehran city (2016), *aging magazine* (Salmandi Iran), 11(4), 86-90.
18. Shekaryazi, O., & Hayati, H. (2015). comparative study of life quality (communication quality and personality characteristics of the elderly) between the elderly staying at aging center and those staying among family members. *Sociological studies*, 7(28), 77-94.
19. Yazdanpour, F., Sam Aram, E. (2011). Factors related to the life quality of the elderly (the elderly of Khomein city). *Welfare & social development journal*, 3(6), 45-63.
20. Zare, B., Kaveh Firouz, Z., & Soltani, M.R. (2011). *Demographic-social structures effective on the life quality of the elderly in Tehran. social research quarterly* (Persian) 4(1), 139-142.