

سنجش عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی شهری سالمندان در شهرهای نیشابور و عشق‌آباد

محمد رضا رضوانی (استاد جغرافیا و برنامه‌ریزی روستایی، دانشگاه تهران، تهران، ایران)

rrezvani@ut.ac.ir

شیوا پروائی هره دشت (دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی مسائل اجتماعی ایران، دانشگاه تهران، تهران، ایران، نویسنده مسؤل)

shiva.parvaii@ut.ac.ir

حسین منصوریان (استادیار جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشگاه تهران، تهران، ایران)

h.mansourian59@ut.ac.ir

تاریخ تصویب: ۱۳۹۲/۱۰/۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۴/۱۹

چکیده

سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است و توجه به مسایل و نیازهای این مرحله از زندگی یک ضرورت اجتماعی در جهت ارتقای کیفیت زندگی سالمندان به شمار می‌رود. هدف اصلی پژوهش حاضر، سنجش عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی سالمندان در مناطق شهری است. به همین منظور، ۱۵۰ نفر از افراد بالای ۶۰ سال دو شهر نیشابور و عشق‌آباد از شهرستان نیشابور با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و بررسی شده‌اند. چارچوب نظری تحقیق، تلفیقی از نظریات کیفیت زندگی و جامعه‌شناسی سالمندی است. نتایج حاصل از تحلیل مؤلفه‌های اصلی، ۱۰ عامل کلیدی را برای تعیین ابعاد کیفیت زندگی در مناطق شهری نشان می‌دهد. این ۱۰ عامل ۷۳/۱۵٪ از کل واریانس کیفیت زندگی سالمندان را تبیین کرده است. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون نشان می‌دهد که چهار عامل سرزندگی در گام اول، همبستگی اجتماعی در گام دوم، مشارکت در فعالیتهای مذهبی و گروهی در گام سوم و روابط اجتماعی در گام چهارم به ترتیب میزان اهمیتی که در تبیین متغیر وابسته داشته‌اند، وارد معادله رگرسیونی شده‌اند و در مجموع، این چهار عامل توانسته‌اند حدود ۵۷/۹٪ تغییرات کیفیت زندگی سالمندان را در ناحیه مورد مطالعه تبیین کنند. نتایج کلی مطالعه، بیانگر چندبعدی بودن مفهوم کیفیت زندگی سالمندان بوده است و برای ارتقای کیفیت زندگی سالمندان مناطق شهری، ضرورت توجه و اقدامات عملی در حوزه عوامل شناسایی شده، احساس می‌شود.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، سالمندان، مناطق شهری، نیشابور و عشق‌آباد.

۱. مقدمه

۱.۱. طرح مسأله

تعداد و نسبت سالمندان (۶۰ سال و بالاتر) جهان در حال افزایش است. اگرچه تعداد و نسبت سالمندان در مناطق مختلف جهان متفاوت است، با این حال، نسبت سالمندان از جمعیت جهان از ۸/۶٪ در سال ۱۹۸۰ به ۱۲/۳٪ در سال ۲۰۱۵ افزایش یافته است و پیش‌بینی می‌شود که نسبت سالمندان در سال ۲۰۵۰ به حدود ۲۱/۵٪ خواهد رسید (World Population Prospects, 2015: 27). این مسأله هر چند امیدوارکننده است؛ اما به هر حال سالمندی و افزایش جمعیت سالمندان، پدیده‌ای است که نادیده‌گرفتن آن می‌تواند در آینده، بسیاری از جوامع را با مشکلات جدی مواجه کند، اگرچه در ایران نسبت گروه‌های سنی جوان به کل جمعیت کشور درصد بیشتری را نشان داده است و کشور ما را از نظر ساختار جمعیتی در شمار کشورهای جوان قرار می‌دهد، با این حال، نتایج سرشماری عمومی سال ۱۳۹۰ نشان می‌دهد که حدود ۸/۱۹٪ جمعیت ایران را سالمندان تشکیل می‌دهند. براساس سرشماری‌های عمومی نفوس و مسکن، جمعیت سالمندان کشور طی سال‌های ۱۳۵۵ تا ۱۳۹۰ بیش از ۳ برابر شده است. در طی این ۳۵ سال، جمعیت سالمندان در نقاط شهری ۵/۳ برابر شده و از حدود ۸۰۰ هزار در سال ۱۳۵۵ به ۳/۲۷ میلیون در سال ۱۳۸۵ و ۴/۲۳ میلیون نفر در سال ۱۳۹۰ افزایش یافته است و پیش‌بینی می‌شود که نسبت سالمندان ایران در سال ۲۰۵۰ به بیش از ۳۱٪ افزایش یابد (World Population Prospects, 2015: 28).

در دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ محققانی مانند تونسنده^۱ و ودربرن^۲ نشان دادند که سالمندان، یکی از بزرگ‌ترین گروه‌هایی هستند که در فقر زندگی می‌کنند و آسیب‌پذیر

شناسایی شده‌اند. تونسنده (۱۹۸۱) این ایده را مطرح می‌کند که سالمندان تحت تأثیر شکل‌هایی از وابستگی ساختاری قرار دارند که از طریق بازنشستگی اجباری، فقر و محدود-شدن نقش‌های اجتماعی ایجاد می‌شود (فیلیپسون و اسپچارف، ۲۰۱۳). در اهمیت سالمندی جمعیت گفته می‌شود «سالمندی سریع جمعیت در طول ۴۰ سال آینده، دگرگونی اجتماعی و اقتصادی وسیعی با دامنه بزرگ‌تری حتی نسبت به شوک قیمت نفت دهه ۱۹۷۰ یا رکود اقتصادی دهه ۱۹۸۰ خواهد بود. فرآیند سالمندی جمعیت، تأثیر عمیقی بر بسیاری از عرف‌های اجتماعی بناشده و نهادهایی همچون سازمان بازنشستگی، استقرار نظام‌های رفاهی و ماهیت روابط خویشاوندی خواهد داشت» (مای، پیچ و براونسدون^۳، ۲۰۰۱: ۵۵).

در ایران، تغییرات جمعیتی تنها تغییری نیست که برای سالمندان رخ داده است؛ بلکه به‌موازات نوسانات در شاخص‌های جمعیتی، زندگی سالمندان متأثر از تغییرات گسترده اجتماعی-اقتصادی نیز شده است؛ برای مثال، پوشش ضعیف صندوق‌های بازنشستگی و بیمه‌های اصلی و تکمیلی و حمایت مالی ناکافی از سالمندان، وقوع جریان‌های مهاجرتی به‌خصوص، مهاجرت‌های روستا-شهری که به جداشدن اعضای خانواده (جدا و دورشدن فرزندان از خانواده والدین در اثر مهاجرت گسترده فرزندان) و گسترش شهری منجر شده است، ورود به مرحله چهارم گذار اپیدمیولوژیک؛ یعنی مرحله افزایش سهم بیماری‌های مزمن و غیرمسمی، تغییرات اجتماعی که روابط بین نسلی و خانوادگی را تغییر داده و موجب تضعیف حمایت‌های اجتماعی غیررسمی شده است، ظهور و گسترش تفاوت‌ها و در مواردی، نابرابری‌های اجتماعی و نابرابری‌های جنسیتی در میان سالمندان، تنها مواردی از این تغییرات گسترده در

1. Townsend
2. Wedderburn

میرزایی و کاوه فیروز (۱۳۸۸) در تحقیقی به مطالعه کیفیت زندگی سالمندان شهر تهران و مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی آنها با تأکید بر جنس، پرداخته‌اند. نتایج تحقیق به‌طور کلی گویای آن است که کیفیت زندگی مردان سالمند شهر تهران در سطح بالاتری نسبت به زنان قرار دارد و اختلاف قابل ملاحظه‌ای بین کیفیت زندگی مردان و زنان وجود دارد. همچنین، میزان مشارکت سالمندان در فعالیت‌های اجتماعی در سطح پایینی قرار داشته و با وارد کردن متغیر جنس، می‌توان گفت زنان سالمند، مشارکت بسیار کمتری در فعالیت‌های اجتماعی نسبت به سالمندان مرد دارند.

پناغی، ابارشی، منصوری و دهقانی (۱۳۸۸) «کیفیت زندگی و خصوصیات جمعیت‌شناختی مرتبط با آن در جمعیت سالمندان شهر تهران» را با ۲۴۳ نفر سالمند با روش نمونه‌گیری در دسترس از مراجعان به کانون‌های سالمندان فرهنگ‌سراها و پارک‌های مناطق مختلف مورد بررسی قرار داده‌اند. یافته‌ها نشان می‌دهد که در حوزه سلامت جسمی، روانی و روابط اجتماعی، روابط خانوادگی خوب، پیش‌بینی‌کننده مثبت و به ترتیب، بیماری جسمی، روانی و روابط خانوادگی ضعیف پیش‌بینی‌کننده کاهش نمرات بود. در حوزه محیط، سطح اقتصادی خوب، پیش‌بینی‌کننده افزایش نمرات و روابط خانوادگی ضعیف، پیش‌بینی‌کننده کاهش نمرات بوده است. در این تحقیق، روابط خانوادگی یکی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر حوزه‌های مختلف کیفیت زندگی بوده است.

آقا نوری، محمودی، صالحی و جعفریان (۱۳۹۰) در تحقیقی با عنوان «بررسی کیفیت زندگی سالمندان تحت پوشش مراکز بهداشتی-درمانی مناطق شهری استان مرکزی در سال ۱۳۸۹» به بررسی وضعیت کیفیت زندگی و عوامل تأثیرگذار بر آن در سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر ساکن مناطق شهری استان مرکزی پرداخته است. نتایج این پژوهش نشان

جامعه در حال گذار ایران است که اثر چشمگیری بر زندگی سالمندان گذاشته و آنها را به میان گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه کشانده است (کوششی، ۱۳۹۲: ۵-۶)؛ به‌علاوه، در موارد زیادی نیازهای افراد مسن مورد بی‌توجهی قرار گرفته است، عمدتاً به این دلیل که به نظر می‌رسد پیران توان مشارکت در فعالیت‌های کاری را ندارند (ویلیس، ۱۳۹۳: ۱۶۵).

در دهه‌های اخیر با رشد بالای شهرنشینی، مفهوم کیفیت زندگی شهری نیز مورد توجه محققان قرار گرفته است (هال، ۱۳۸۱: ۲۱ به نقل از مرصوصی و لاجوردی، ۱۳۹۳). همگام با روند افزایشی جمعیت سالمندان کشور، نسبت جمعیت سالمندان در شهرستان نیشابور، بسیار چشم‌گیر است، به طوری که در سال ۱۳۹۰، حدود ۸/۴۷٪ از جمعیت شهرستان نیشابور را افراد سالمند تشکیل می‌دهند. بنابراین، با توجه به روند رشد جمعیت سالمندان در ایران و رشد سریع جمعیت سالمندان مناطق شهری طی چند دهه اخیر ضرورت توجه به رفاه و بهزیستی و کیفیت زندگی سالمندان مناطق شهری بیش‌ازپیش احساس می‌شود. از این رو، هدف اصلی این مطالعه، شناخت عوامل اثرگذار بر کیفیت زندگی سالمندان در شهرهای نیشابور و عشق‌آباد است تا ضمن شناسایی عوامل اثرگذار بر کیفیت زندگی سالمندان، پیشنهادهای لازم جهت بهبود کیفیت زندگی سالمندان شهرهای نیشابور و عشق‌آباد ارائه شود. به‌کارگیری نتایج این مطالعه در سیاست‌گذاری‌های شهری می‌تواند زمینه مناسب را جهت بهبود کیفیت زندگی سالمندان مناطق شهری فراهم سازد. بر این اساس، این پرسش کلیدی مطرح است که مهم‌ترین عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی سالمندان در شهرهای نیشابور و عشق‌آباد کدام‌اند؟

۱.۲. پیشینه و مبانی نظری تحقیق

در این بخش به مطالعات داخلی و خارجی که در این حوزه انجام شده است، به‌طور مختصر اشاره می‌شود:

بیلگیلی و آریاک^۲ (۲۰۱۴) در تحقیقی با عنوان «کیفیت زندگی سال‌خوردگان در ترکیه» به بررسی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی سالمندان در ترکیه پرداخته‌اند. سیصد نفر از سالمندان ساکن در اجتماع محلی در این مطالعه شرکت کردند و کیفیت زندگی از طریق پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی سنجش شده است. یافته‌ها نشان داد که جنسیت، سن، آموزش، وضعیت تأهل، باروری، بیمه اجتماعی، وضعیت سلامت، ترتیبات زندگی و درآمد برای بهبود کیفیت زندگی سالمندان تعیین‌کننده است.

الکساندر و کوردیرو و راموس^۳ (۲۰۰۹) در تحقیقی با عنوان «عوامل مرتبط با کیفیت زندگی در سالمندی موفق» به مطالعه یک نمونه ۱۲۰ نفری از افراد سالمند فعال در سال ۲۰۰۵-۲۰۰۶ پرداخته‌اند. توسعه فعالیت‌های فراغتی، داشتن درآمد بالا درک بیشتری را در بعد زیست‌محیطی به دنبال دارد. موقعیت عملکردی هیچ تأثیری بر متغیر کیفیت زندگی ندارد. همچنین، ویژگی‌های اجتماعی-جمعیتی، از جمله وضعیت تأهل، درآمد و فعالیت‌های فراغتی بر کیفیت زندگی تأثیر دارد.

سان، لوکاس، منگ و زانگ (۲۰۱۱) در تحقیقی با عنوان «ارتباط بین ترتیبات زندگی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت افراد سالمند شهری: یک مطالعه از چین»، به مقایسه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت برای زنان و مردان سالمند در سه نوع ترتیب زندگی متفاوت پرداخته‌اند. همچنین، این تحقیق بررسی کرده که ترتیبات زندگی و دیگر عوامل مربوط به تعامل اجتماعی تأثیر مستقلی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دارد. نمونه مورد مطالعه ۹۷۱۱ نفر از سالمندان شهری ۶۰ سال و بالاتر بوده است. نتایج تحقیق نشان می‌دهد که آسیب‌پذیرترین سالمندان شهری کسانی هستند که کاملاً به تنهایی زندگی می‌کنند.

داد کیفیت زندگی سالمندان مورد بررسی، در حد متوسط است و افراد از نظر سلامت روانی در مقایسه با سلامت جسمی وضعیت بهتری دارند. همچنین، فاکتورهای مختلفی از جمله رفع تبعیض‌های جنسیتی، فراهم کردن تسهیلات برای فعالیت‌های اوقات فراغت و ورزشی با کیفیت زندگی سالمندان در ارتباط هستند.

عزیزی، مؤمنی و تقی‌نیا (۲۰۱۱) در تحقیقی با عنوان «ارزیابی شاخص کیفیت زندگی برای افراد معلول و سالمندان: مطالعه موردی شهر تهران» به شناسایی و ارزیابی شاخص‌های کیفیت زندگی شهری برای افراد معلول و سالمند و بررسی ارتباط آن با توسعه پایدار پرداخته و سپس یک مدل برای ارزیابی کیفیت زندگی این قشر از جامعه ارائه داده‌اند؛ علاوه بر این، به بحث سطح کیفیت زندگی این مردم در عرصه دسترسی به فضاهای شهری در تهران به عنوان یک مطالعه موردی پرداخته شده است.

کور و کور و ونکاتیشان^۱ (۲۰۱۵) در تحقیقی با عنوان «عوامل تعیین‌کننده حمایت خانواده و کیفیت زندگی جمعیت سالمندان»، به شناسایی عوامل تعیین‌کننده کیفیت زندگی و حمایت خانواده از افراد سالمند پرداخته‌اند. یافته‌ها نشان می‌دهد که مردان سالمند، افراد سالمندی که آموزش رسمی دریافت کرده بودند، کسانی بودند که از لحاظ مالی مستقل بودند، کسانی که فعالیت‌های روزانه‌شان را به صورت مستقل انجام می‌دادند و افراد سال‌خورده‌ای که از طرف اعضای خانواده‌شان حمایت می‌شدند، کیفیت زندگی بالایی داشتند. این مطالعه نشان داد که عوامل مختلفی از جمله جنسیت، تحصیلات، استقلال مالی، و حمایت خانوادگی کیفیت زندگی سالمندان را تعیین می‌کند. به‌طور مشابه، آموزش، ثروت و حمایت خانوادگی پیش‌بینی‌کننده حمایت خانوادگی افراد سال‌خورده بود.

2. Bilgili and Arpac

3. Alexandre; Cordeiro and Ramos

1. Kaur; Kaur & Venkateshan

تاپ، اریس و کابالسیوگلو^۱ (۲۰۱۲) در تحقیقی با عنوان «کیفیت زندگی و نگرش نسبت به سالمندی در میان زنان سالمند در ترکیه» مطالعه‌ای کمی و توصیفی از نگرش‌ها به سمت سالمندی در بین ۲۷۰ زن سالمند در استان سان لیورفا در ترکیه انجام داده‌اند. نتایج تحقیق نشان می‌دهد که رابطه مهمی بین کیفیت زندگی زنان و نگرش‌ها نسبت به سالمندی وجود داشت. دو بعد نگرش‌ها نسبت به سالمندی (تغییر فیزیکی و رشد روانی) پیش‌بینی‌کننده‌های مهم کیفیت زندگی زنان بود. همچنین، مشخص شد که سواد و خوشبختی برخی از ابعاد کیفیت زندگی زنان و برخی از خرده مقیاس‌های نگرش نسبت به سالمندی را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

تحقیقات موجود در داخل نشان می‌دهد که تحقیق میان‌رشته‌ای در این حوزه انجام نشده است و تحقیق حاضر تحقیقی است که هم جنبه‌های جغرافیایی و هم جنبه‌های جامعه‌شناختی این موضوع را پوشش داده است؛ به‌علاوه، این تحقیق زمینه‌ای برای ورود بحث سالمندی به حوزه جامعه‌شناسی شهری است. در واقع، بحث سالمندان به عنوان اقشار آسیب‌پذیری که در شهرها زندگی می‌کنند و به‌شدت کیفیت زندگی‌شان به فضای شهری وابسته است، در تحقیقات پیشین دیده نشده است.

مباحث نظری مرتبط با مطالعه حاضر در دو دسته جای می‌گیرند: مباحث نظری مرتبط با کیفیت زندگی و مباحث نظری مرتبط با جامعه‌شناسی سالمندی.

• کیفیت زندگی

کیفیت زندگی به شیوه‌های مختلفی مفهوم‌سازی شده است. مولر (۱۹۸۳) کیفیت زندگی را میزان رفاه افراد و گروه‌ها تحت شرایط اجتماعی و اقتصادی عمومی می‌داند. فو (۲۰۰۰) کیفیت زندگی را رضایت کلی فرد از زندگی می‌داند. کوستانزا و همکاران (۲۰۰۷) کیفیت زندگی را به عنوان میزان

تأمین نیازهای انسانی در ارتباط با ادراکات افراد و گروه‌ها از بهزیستی ذهنی تعریف می‌کند. کاتر (۱۹۹۶) نیز کیفیت زندگی را به مثابه رضایت فرد از زندگی و محیط پیرامونی تعریف می‌کند که نیازها، خواست‌ها، ترجیحات سبک زندگی و سایر عوامل ملموس و غیرملموس را که بر به‌زیستی همه جانبه تأثیر دارند، در بر می‌گیرد (جعفری، ۱۳۸۸: ۲۲). دیوید فیلیپس در تعریفی جامع، کیفیت زندگی را در ابعاد فردی و جمعی مورد بررسی قرار می‌دهد که در سطح فردی مؤلفه‌های عینی و ذهنی را شامل می‌شود. «لازمه کیفیت زندگی فردی در بعد عینی، تأمین نیازهای اساسی و برخورداری از منابع مادی جهت برآوردن خواست‌های 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 و مشارکت در سطح گسترده‌ای از فعالیت‌های اجتماعی، مربوط می‌شود (غفاری و امید، ۱۳۸۸: ۸). به زعم گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۵)، کیفیت زندگی به عنوان ادراک افراد از موقعیتشان در زندگی در متن نظام‌های فرهنگی و ارزشی که در آن زندگی می‌کنند و در رابطه با اهداف، انتظارات، استانداردها، علایق و نگرانی‌های افراد تعریف می‌شود (بولینگ، ۱۹۹۵، به نقل از جواهری و سراج-زاده و رحمانی، ۱۳۸۹: نل، ۱۹۹۳: ۹۲-۹۰؛ مصطفائی، ۱۳۸۹: ۲۰؛ رضوانی و منصوریان، ۱۳۸۷).

در این تحقیق مفهوم کیفیت زندگی به معنای کیفیت زندگی شهری نزدیک است. کیفیت زندگی شهری را احساس خوبی می‌دانند که از ترکیب هویت مکانی، خاطره جمعی و حس تعلق تاریخی به شهر به وجود می‌آید. در این تعریف، ارتباط عاطفی انسان با محیط شهر مهم است (پروفکت، ۱۹۹۲: ۱۳۵-۱۳۳). در تعریفی دیگر، کیفیت زندگی شهری را شامل وضعیت فرد از نظر پایگاه اجتماعی،

1. Top; Eris and Kabalcioglu

اقتصادی، سلامت و غیره دانسته و به معنای احساس رضایتی می‌دانند که فرد از زندگی‌اش در شهر دارد (مرصوصی و لاجوردی، ۱۳۹۳). در تعریفی دیگر، کیفیت زندگی شهری دربرگیرنده شرایط اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و کالبدی محیط شهری است که میزان رضایت-داشتن یا نداشتن شهروندان از محیط شهری را آشکار می‌کند. مطالعه این مفهوم بر پایه این فرضیه بنیادین است که محیط اجتماعی و فیزیکی می‌تواند بر روی خوشبختی و رفاه مردم ساکن در یک محل تأثیرگذار باشد (لیمبر، ۲۰۰۶: ۲ به نقل از خادمی و جوکار سرهنگی، ۱۳۹۳: ۱۶۴).

به نظر فارکووار (۱۹۹۴) سالمندان با شرایط متفاوتی درباره کیفیت زندگی‌شان سخن می‌گویند؛ اما معیارهای مهم یک کیفیت زندگی خوب، خانواده (فرزندان)، ارتباط اجتماعی، سلامت، تحرک، شرایط مادی، فعالیت، شادی، جوانی و محیط زندگی (فارکووار، ۱۹۹۴) است؛ علاوه بر این، ارزیابی سالمندان از کیفیت زندگی‌شان، مبتنی بر انتظاراتشان است (فیشر، ۱۹۹۲). انتظارات سالمندان نیز مبتنی بر تجارب زندگی و بیوگرافی زندگی‌شان است. آنها به مقایسه با تجارب هم‌سن‌وسالان خود و همچنین، به مقایسه زندگی خودشان می‌پردازند (فارکووار، ۱۹۹۴: ۱۵۳؛ به نقل از بوند و کورنر، ۱۳۸۹: ۱۵). بنابراین، کیفیت زندگی شامل ابعاد عینی و ذهنی است. محیط فیزیکی و اجتماعی، عوامل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، فاکتورهای استقلال فردی، سلامت جسمی و روانی از عوامل زمینه‌ای مؤثر بر کیفیت زندگی افراد است. ارتباط با خانواده و دوستان، روابط اجتماعی، سلامت خود، استقلال، تحرک، سلامت عاطفی، شرایط معنوی، شرایط مادی، اوقات فراغت و محیط خانه نیز از جمله فاکتورهای مؤثر بر کیفیت زندگی سالمندان هستند (فارکووار، ۱۹۹۴ به نقل از بوند و کورنر، ۱۳۸۹: ۱۲۶-۱۲۵). هیوجز (۱۹۹۰) نیز هشت بعد را به عنوان مؤلفه‌های سازنده و بخشی از مدل مفهومی کیفیت زندگی تعبیر می‌کند:

استقلال فردی، رضایت اظهارشده، رفاه جسمی و روحی، وضعیت اجتماعی، اقتصادی، کیفیت محیط، فعالیت هدف-مند، انسجام اجتماعی و عوامل فرهنگی (بوند و کورنر، ۱۳۸۹: ۱۴-۱۳)؛ این مؤلفه‌ها شامل ابعاد عینی و ذهنی است.

• جامعه‌شناسی سالمندی

نظریات مرتبط با سالمندی نیز می‌توانند برای بحث کیفیت زندگی مؤثر واقع شوند. در این میان، به نظر می‌رسد که نظریه فعالیت، نظریه انفصال و نظریه مدرنیزاسیون بتوانند ارتباط بیش‌تری را با بحث کیفیت زندگی داشته باشند. بر اساس این نظریات، می‌توان چنین استدلال کرد که فعال بودن و انجام نقش‌های مختلف و داشتن ارتباط در شبکه‌های ارتباطی گوناگون، می‌تواند سبب افزایش رضایت، بهزیستی و کیفیت زندگی سالمندان شود.

نظریه فعالیت^۱: نظریه فعالیت معتقد است فعالیت سالمندان در امور به نفع آنها بوده و سبب رضایت بیش‌تر آنها می‌شود (ویلیس، اس، دبلیو^۲، ۱۹۹۶ به نقل از شیخی، ۱۳۸۹: ۲۳۰). ایده اصلی تئوری فعالیت، سالمندی موفق است که از طریق الگوهای فعالیت و ارزش‌های میان‌سالی ایجاد می‌شود. با انکار شروع سالمندی می‌توان به شادکامی رسید و در جایی که ارتباطات، فعالیت‌ها و نقش‌های میان‌سالی از دست می‌رود، جایگزین کردن آنها با نمونه‌های جدید به‌منظور حفظ رضایت از زندگی بسیار مهم است. طبق این نظریه، ارتباطی خطی بین سطوح فعالیت و رضایت از زندگی وجود دارد؛ اما پیچیدگی ارتباطات، نقش محیط و سایر عوامل روانی اجتماعی مانع از تأیید قطعی این رابطه می‌شود (بوند و کورنر، ۱۳۸۹: ۱۰۷). یافته‌ها نیز نشان می‌دهد که بالابودن میزان فعالیت‌ها و تعاملات اجتماعی، سطح رضایت‌مندی افراد را بالا می‌برد (هاویگهورست و آلبرشت، ۱۹۵۳ به نقل از بنگتسان، ۱۳۹۴: ۱).

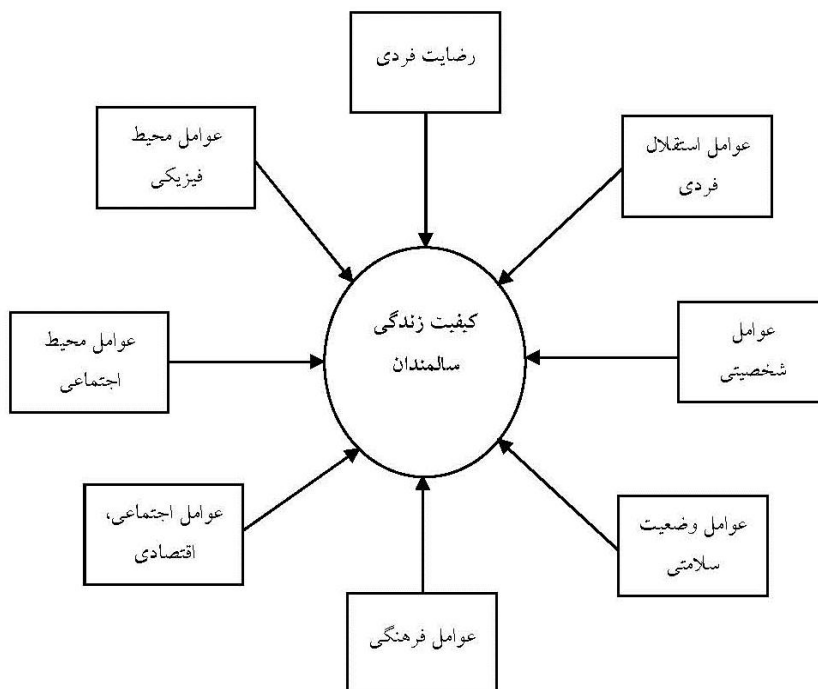
1. Activity theory
2. Willis, S, W

نظریه انفصال^۱ کامینگ و هنری (۱۹۶۱) به این موضوع توجه کردند که افراد مسن چگونه از نقش‌های کاری خود منفصل می‌شوند و برای انفصال نهایی آماده می‌شوند. آنها مطرح می‌کنند که کنارگذاری تدریجی افراد مسن از نقش‌های کاری و ارتباطات اجتماعی یک پروسه اجتناب‌ناپذیر کاملاً طبیعی است (هاویقرست، ۱۹۵۰؛ البرشت، ۱۹۵۳ به نقل از پاول، ۲۰۰۱ به نقل از صادقی فسایی و خادمی، ۱۳۹۲: ۱۲۶). کامینگ و هنری بر این باورند که پیرشدگی طبیعی با دور شدن و یا بی‌تعهدشدگی متقابل فرد مسن از دیگر اعضای گروه اجتماعی‌ای همراه است که سالمند جزو آن محسوب می‌شود. این انفصال در کاهش تعداد نقش‌های اجتماعی ایفا شده به وسیله شخص و در کاهش تعاملات اجتماعی نمود پیدا می‌کند (کارادک، ۱۳۹۱: ۱۲۴). نظریه عدم تعهد، بیانگر این است که کلید آسایش در سالمندی، رهاکردن نقش‌های ساخته‌شده در اوایل بزرگسالی و زندگی با توقعات کمتر در یک دنیای کوچک‌تر است (مادوکس و داگلاس، ۱۹۷۴ به نقل از جورج، ۱۳۹۴: ۴۳). نظریه انفصال خلاف نظریه فعالیت بود (کومینگ و هنری، ۱۹۶۱). این نظریه به خروج از الگوی طبیعی سالمندی و بهره‌مندی افراد و جامعه از کناره‌گیری سالمندان از نقش‌ها و فعالیت‌های قبلی خود اعتقاد داشت (آچنبوم و بنگستون، ۱۹۹۴ به نقل از بنگتسان، ۱۳۹۴: ۲).

نظریه مدرنیزاسیون: به وسیله کوگیل و هولمز (۱۹۷۲) برای توضیح وضعیت تنزل ارزش سالمندان پیشنهاد شد که این نظریه سن‌گرایی نیز نامیده می‌شود (بنگتسان، ۱۳۹۴: ۵). نظریه مدرنیزاسیون در ارایه یک دیدگاه اجتماعی ناب به سالمندی، نقشی تعیین‌کننده داشته است. این نظریه وضعیت

سالمندی را در میان فرهنگ‌های مختلف بررسی و مشخص کرد که چگونه تغییرات اجتماعی مرتبط با مدرنیزاسیون؛ مانند تغییرات در اقتصاد، پزشکی، فناوری، تحصیلات و شهرنشینی، در وضعیت نامساعد افراد پیرتر سهمیم هستند (آنجل و سترستن، ۱۳۹۴: ۴). این نظریه مطرح می‌کند که انقلاب صنعتی و توسعه ملت، تبعات منفی برای سالمندان داشته و آنها را در «نقش-نقش کمتر» گرفتار ساخته است (برگس، ۱۹۶۰). این نظریه توضیح می‌دهد که چگونه ویژگی‌های جامعه مدرن، افراد سالمند را به حاشیه می‌کشاند و قدرت و نفوذ آنها را کاهش می‌دهد و آنها کمتر از گذشته در حیات اجتماعی درگیر می‌شوند. در این نظریه، کنار-گذاری اجتماعی افراد سالمند از زندگی اجتماعی فعال به‌عنوان امری اجتناب‌ناپذیر که محصول مدرنیزاسیون است، دیده می‌شود (صادقی فسایی و خادمی، ۱۳۹۲: ۱۲۸).

در این تحقیق با استفاده از رویکرد ذهنی، از هر حوزه (استقلال فردی، رضایت اظهارشده، رفاه جسمی و روحی، وضعیت اجتماعی، اقتصادی، کیفیت محیط، فعالیت هدف-مند، انسجام اجتماعی و عوامل فرهنگی) مؤلفه‌هایی انتخاب شده و مورد بررسی قرار گرفته است. مؤلفه‌های مورد استفاده شامل توانایی جسمی و ذهنی، به‌زیستی ذهنی، قابلیت دسترسی و کیفیت خدمات بهداشتی، سرزندگی، روابط اجتماعی، وضعیت تغذیه، فعالیت‌های فرهنگی و ورزشی، تعامل اجتماعی، ارتباط با فرزندان و اقوام و امکان فعالیت‌های تفریحی است (شکل ۱ و جدول ۱).



شکل ۱- مدل مفهومی تحقیق

۲. روش شناسی تحقیق

۱. روش تحقیق

پژوهش حاضر، با روش پیمایش و با استفاده از ابزار پرسش نامه و مراجعه حضوری پرسش گر به افراد نمونه انجام گرفته است. جامعه آماری شامل سالمندان ۶۰ سال و بالاتر دو شهر نیشابور و عشق آباد از شهرستان نیشابور است که از طریق نمونه گیری تصادفی ساده و با استفاده از فرمول کوکران و محدودیت های زمانی و مالی پژوهش، ۱۵۰ نفر به عنوان نمونه مورد مطالعه انتخاب شده اند. به منظور سنجش اعتبار درونی، ابتدا از روش اعتبار محتوا برای افزایش اعتبار پرسش نامه استفاده شده است. در این راستا، با استفاده از مقیاس های آزمون شده در پژوهش های کیفیت زندگی و نظرخواهی از اساتید و کارشناسان متخصص در این زمینه، گام اول برداشته شد. در زمینه روایی نیز پرسش نامه اصلاح شده به تعداد ۳۰ مورد به عنوان پیش آزمون در اختیار نمونه های مشابه قرار گرفت تا نواقص و ابهامات موجود برطرف شود و بر اساس آن پایایی نیز مورد ارزیابی قرار گیرد. برای

اندازه گیری پایایی پرسش نامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. ضرایب آلفای به دست آمده، آلفایی مناسب است؛ زیرا ضریب پایایی بالای ۰/۷ است (جدول ۲). سؤالات مورد استفاده برای بررسی بعد ذهنی کیفیت زندگی؛ شامل ۳۶ سوال بسته در طیف لیکرت ۵ مقیاسی از کاملاً ناراضی (۱) تا کاملاً راضی (۵) است. پرسش نامه با سؤالی در مورد کیفیت کلی زندگی شروع می شود و به دنبال آن سؤالاتی در مورد رضایت از معرف های مختلف زندگی مطرح شده و در انتهای آن دوباره وضعیت کلی زندگی مورد سؤال قرار می گیرد. سؤال آخر در زمینه کیفیت زندگی، به عنوان مبنایی برای تحلیل های بیشتر، مورد استفاده قرار گرفته است. آمار توصیفی برای بررسی وضعیت کلی کیفیت زندگی، تحلیل عاملی برای شناسایی ابعاد کیفیت زندگی و تحلیل رگرسیون برای شناسایی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی سالمندان مورد استفاده قرار گرفت.

جدول ۱- مؤلفه‌های مورد استفاده در مطالعه کیفیت زندگی سالمندان

مأخذ: هیوجز، ۱۹۹۰ به نقل از بوند و کورنر، ۱۳۸۹: ۱۳-۱۴

حوزه	معرف	ضریب آلفا
عوامل محیط فیزیکی	استاندارد مسکن، نهاده‌کردن ترتیبات زندگی، کنترل محیط، دسترسی به تسهیلاتی نظیر فروشگاه، حمل و نقل عمومی و اوقات فراغت	۰,۸۶
عوامل محیط اجتماعی	شبکه‌ها و حمایت‌های خانواده و اجتماع، سطوح فعالیت‌های تفریحی، ارتباط با سازمان‌های رسمی و داوطلبانه	۰,۷۹
عوامل اجتماعی اقتصادی	درآمد و ثروت، تغذیه و استاندارد عمومی زندگی	۰,۸۴
عوامل فرهنگی	سن، جنسیت، قومیت، پیشینه مذهبی و طبقاتی	۰,۸۸
عوامل وضعیت سلامتی	بهبودی و سلامت فیزیکی، توانایی عملکردی و سلامت روان، بین‌بهبودی و سلامت جسمانی	۰,۹۱
عوامل شخصیتی	بهبودی روانی و روحی، رضایت از زندگی و شادکامی، احساس شخص نسبت به خود و هویت فردی	۰,۷۸
عوامل استقلال فردی	توانایی تصمیم‌گیری، توانایی کنترل محیط پیرامون	۰,۸۱

۳۷/۶ درصد ساکن نقاط روستایی هستند. شهرهای نیشابور و عشق‌آباد به عنوان محدوده مورد مطالعه تحقیق در سال ۱۳۹۰ به ترتیب دارای ۲۳۹۱۸۵ و ۱۸۸۳ نفر جمعیت بوده‌اند. جمعیت کل سالمندان شهرستان نیشابور طبق سرشماری سال ۱۳۹۰، ۳۶۶۹۷ نفر است که حدود ۵۲/۷٪ ساکن مناطق شهری و ۴۷/۳٪ ساکن مناطق روستایی هستند (جدول ۲).

۲.۲. قلمرو جغرافیایی پژوهش

محدوده مکانی مورد مطالعه، شهرهای نیشابور و عشق‌آباد در شهرستان نیشابور، استان خراسان رضوی هستند. بر اساس نتایج حاصل از سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۰، جمعیت شهرستان نیشابور برابر ۴۳۳۱۰۵ نفر بوده است که از این تعداد ۶۲/۴ درصد در نقاط شهری و

جدول ۲- جمعیت سالمندان کشور، استان خراسان رضوی و شهرستان نیشابور (۱۳۹۰)

مأخذ: مرکز آمار ایران، ۱۳۹۰

منطقه	کشور		استان خراسان رضوی		شهرستان نیشابور	
	تعداد	نسبت (%)	تعداد	نسبت (%)	تعداد	نسبت (%)
شهری	۴۳۳۱۹۰۹	۶۸,۷	۳۱۱۱۹۴	۶۵,۹۹	۱۹۳۴۳	۵۲,۷
روستایی	۱۹۲۷۷۶۷	۳۱,۳	۱۶۰۳۴۷	۳۴,۰۱	۱۷۳۵۴	۴۷,۳
کل	۶۱۵۹۶۷۶	۱۰۰	۴۷۱۵۴۱	۱۰۰	۳۶۶۹۷	۱۰۰

(یک نفر) دارای مدرک دانشگاهی است. بیش از ۷۳٪ از افراد نمونه در گروه سنی ۷۴-۷۴ سال، ۲۶٪ در گروه سنی ۹۰-۷۵ سال و تنها یک نفر در گروه سنی بالای ۹۰ سال سن قرار دارند. ۷۸,۸٪ این سالمندان متأهل و دارای همسر هستند و ۲۱,۲٪ نیز همسرشان فوت کرده است. بیش از ۳۴٪

۳. یافته‌های تحقیق

۱. خصوصیات نمونه

از ۱۵۰ نمونه مورد مطالعه، ۷۵ نفر زن و ۷۵ نفر مرد هستند. حدود ۶۸٪ افراد مورد مطالعه بی‌سواد بوده، ۲۷/۳٪ دارای سواد ابتدایی، ۳/۳٪ دارای مدرک دیپلم و تنها ۰/۷٪

۳.۳. ابعاد کیفیت زندگی سالمندان

در پژوهش حاضر از روش آماری تحلیل مؤلفه‌های اصلی برای شناسایی ابعاد کیفیت زندگی سالمندان در شهرهای نیشابور و عشق‌آباد استفاده شد. تحلیل مؤلفه‌های اصلی، تکنیکی آماری است که معمولاً برای استخراج زیر مجموعه‌های غیرهمبسته، معرف‌هایی که واریانس مشاهده شده در مجموعه داده‌های اولیه را تبیین می‌کنند، استفاده می‌شود (رضوانی و متکان و منصوریان و ستاری، ۱۳۸۸: ۱۰۰). معرف‌های مورد استفاده در تحلیل مؤلفه‌های اصلی شامل ۳۶ معرف هستند که در پیمایش افراد سالمند در ناحیه مورد مطالعه گردآوری شده‌اند. به منظور بررسی مناسب بودن داده‌ها برای تحلیل عاملی، از ضریب KMO و آزمون بارتلت استفاده شد. ارزش KMO برابر ۰,۷۸۴ و آزمون بارتلت دارای سطح معناداری در حدود ۰,۰۰ است که نشان‌دهنده مناسب بودن داده‌ها برای تحلیل عاملی است. نتایج حاصل از تحلیل مؤلفه‌های اصلی در جدول (۴) نمایش داده شده است. برای استخراج مؤلفه‌ها از دو معیار مقدار ویژه (مقدار ویژه بالاتر از ۱) و اسکری پلات استفاده شد. نتایج حاصل از تحلیل مؤلفه‌های اصلی ۱۰ عامل کلیدی را برای تعیین ابعاد کیفیت زندگی سالمندان در مناطق شهری نشان داد. این ۱۰ عامل بیش از ۷۳٪ کل واریانس داده‌ها را تبیین کرده است. عامل نخست، مهم‌ترین عامل است که ۱۱,۷۸٪ از کل واریانس داده‌ها را تبیین می‌کند. میزان پایایی درونی برای معرف‌های کیفیت زندگی در این مطالعه ۰,۸۷۷ است که نشانگر پایایی درونی بالا میان معرف‌های کیفیت زندگی در این مطالعه است. نام‌گذاری مؤلفه‌ها برای تعیین ابعاد کیفیت زندگی در ناحیه مورد مطالعه به شرح زیر است:

سالمندان در گروه درآمدی ۷۵۰-۵۰۱ هزار تومان، ۲۴٪ در گروه ۵۰۰-۲۵۰ هزار تومان، ۲۲٪ در گروه درآمدی ۱۰۰۰-۷۵۱ هزار تومان و ۱۶٪ نیز در گروه درآمدی پایین‌تر از ۲۵۰ هزار تومان قرار دارند. منبع تأمین درآمد ۲۸٪ سالمندان مستمری بازنشستگی، ۲۲٪ شغل آزاد، ۱۷٪ فعالیت‌های کشاورزی-دامداری، ۱۲٪ اجاره اموال شخصی، ۱۰٪ کمک فرزندان و تنها ۴٪ تحت پوشش سازمان‌های حمایتی هستند. بیش از ۴۳٪ سالمندان مورد بررسی با همسر و فرزندان، ۳۴٪ با همسران خود و ۱۴٪ تنها زندگی می‌کنند.

۳.۲. کیفیت زندگی

برای سنجش کیفیت زندگی سالمندان در ناحیه مورد مطالعه از یک سؤال کلی استفاده شد. در این سؤال از پاسخ-گو خواسته شد تا میزان رضایت کلی خود را از زندگی با در نظر گرفتن جنبه‌های گوناگون بیان کند. پاسخ افراد در طیف لیکرت پنج مقیاسی از کاملاً راضی تا کاملاً ناراضی بیان شد. نتایج حاصل نشان می‌دهد که ۴۰٪ سالمندان مورد مطالعه از کیفیت زندگی خود راضی هستند، در حالی که ۵۲٪ سالمندان کیفیت زندگی خود را متوسط بیان کرده‌اند و تنها ۸٪ سالمندان مورد مطالعه از کیفیت زندگی خود ابراز نارضایتی کرده‌اند. میانگین امتیاز کیفیت زندگی افراد مورد مطالعه برابر ۳/۳۵ است (جدول ۳).

جدول ۳. رضایت از کیفیت زندگی

مأخذ: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۲

میزان رضایت از کیفیت زندگی	فراوانی	درصد	درصد تجمعی
کاملاً راضی	۶	۴	۴
راضی	۵۴	۳۶	۴۰
نه راضی، نه ناراضی	۷۸	۵۲	۹۲
ناراضی	۱۱	۷۳	۹۹,۳
کاملاً ناراضی	۱	۰,۷	۱۰۰
میانگین			۳,۳۵
انحراف استاندارد			۰,۷۰۶

واریانس داده‌ها را تبیین می‌کند. این عامل به عنوان «وضعیت حافظه» نام‌گذاری شده است.

مؤلفه ششم: این عامل به عنوان «مشارکت در فعالیت‌های مذهبی و گروهی» نام‌گذاری شده است. بالاترین بارها در این عامل، مربوط به معرفه‌های مشارکت در فعالیت‌های مذهبی (۰,۸۴۳) و مشارکت در فعالیت‌های گروهی (۰,۷۶۷) است.

مؤلفه هفتم: این عامل به عنوان «روابط اجتماعی» نام‌گذاری شده است. قوی‌ترین بارها در این عامل به ترتیب، مربوط به معرفه‌های مشارکت در گروه‌های دوستی، ارتباط با فرزندان، رضایت از ارتباطات خود با سایر افراد، رضایت از امکانات حمل‌ونقل و روابط صمیمانه با همسایگان بوده است.

مؤلفه هشتم: این مؤلفه بیشترین بار عاملی را با معرفه‌های ارتباط با اقوام، رضایت از شرایط محل سکونت، میزان رضایت از ارتباطات و وابستگی‌های اجتماعی و وجود فردی برای درد دل کردن دارد. بنابراین، می‌توان آن را به عنوان «همبستگی اجتماعی» نام‌گذاری کرد. این عامل ۰,۵۴٪ از واریانس داده‌ها را تبیین می‌کند.

مؤلفه نهم: بالاترین بارها در این مؤلفه به ترتیب، مربوط به معرفه‌های میزان شرکت در فعالیت‌های فرهنگی و میزان مشارکت در گروه‌های ورزشی است که در مجموع، ۰,۴۶۹٪ از واریانس داده‌ها را به خود اختصاص داده بودند. این مؤلفه به عنوان «مشارکت در فعالیت‌های فرهنگی و ورزشی» نام‌گذاری شده است.

مؤلفه دهم: این مؤلفه به عنوان «وضعیت تغذیه» نام‌گذاری شده است. قوی‌ترین بارها در این مؤلفه به ترتیب، مربوط به معرفه‌های مصرف سبزی و میوه و مصرف مواد پروتئینی بوده است.

مؤلفه اول: این عامل به عنوان «به‌زیستی ذهنی» نام‌گذاری شده است. معرفه‌های اصلی این عامل شامل احساس افسردگی و اضطراب، احساس افسردگی مانع از انجام کارها، اضطراب مانع از انجام کارها، غمگین و مضطرب بودن و تعداد دفعات مراجعه به پزشک است که همگی دارای همبستگی مثبت با عامل به‌زیستی ذهنی هستند.

مؤلفه دوم: این مؤلفه به عنوان «سرزندگی» نام‌گذاری شده است. معرفه‌های اصلی این مؤلفه که دارای بارهای عاملی بالایی بودند، به ترتیب، مواردی چون لذت‌بردن از زندگی، احساس شادابی، معنادار بودن زندگی، رضایت از توانایی انجام امور، وضعیت کلی سلامت، لذت‌بردن از زندگی در مقایسه با گذشته و مشکلات جسمی جهت جلوگیری از انجام کارها را شامل می‌شدند. این عامل دارای مقدار ویژه ۰,۴۶ و ۱۱,۲٪ واریانس داده‌ها را به خود اختصاص داده است.

مؤلفه سوم: این عامل به عنوان «قابلیت دسترسی و کیفیت خدمات بهداشتی» نام‌گذاری شده است. معرفه‌های این قلمرو ۹,۲۹٪ از واریانس داده‌ها را به خود اختصاص داده‌اند. در میان معرفه‌های این قلمرو، قوی‌ترین بار عاملی مربوط به معرفه میزان رضایت از دسترسی به خدمات بهداشتی (۰,۹۳۱) است.

مؤلفه چهارم: این مؤلفه بیشترین بار عاملی را به ترتیب، با معرفه‌های انجام خریدهای روزانه، قادر بودن به انجام امور شخصی، رفت‌وآمد با وسایل نقلیه عمومی و انجام وظایف عمومی در خانه و محل کار دارد. بر این اساس، این مؤلفه به عنوان «توانایی جسمی» نام‌گذاری شده است.

مؤلفه پنجم: بالاترین بارها در این مؤلفه به ترتیب، مربوط به معرفه‌های وضعیت حافظه و مشکل حافظه برای جلوگیری از انجام کارها بوده است که مجموعاً ۰,۶۵٪

جدول ۴- ماتریس بارهای عاملی کیفیت زندگی

مأخذ: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۲

واریانس	مقدار ویژه	بار عاملی	معرف‌های مربوط به عامل ۱
۱۱,۷۸۲	۴,۲۴۱	۰,۹۱۱ ۰,۹۰۴ ۰,۸۹۸ ۰,۸۷۶ ۰,۴۰۰	احساس افسردگی و اضطراب احساس افسردگی مانع از انجام کارها اضطراب مانع از انجام کارها غمگین و مضطرب بودن تعداد دفعات مراجعه به پزشک
واریانس	مقدار ویژه	بار عاملی	معرف‌های مربوط به عامل ۲
۱۱,۲۲۴	۴,۰۴۱	۰,۸۴۲ ۰,۸۴۲ ۰,۷۶۶ ۰,۶۶۴ ۰,۵۵۰ ۰,۵۳۰ -۰,۴۴۲	لذت بردن از زندگی احساس شادابی معنادار بودن زندگی رضایت از توانایی انجام امور وضعیت کلی سلامت لذت بردن از زندگی در مقایسه با گذشته مشکلات جسمی جهت جلوگیری از انجام کارها
واریانس	مقدار ویژه	بار عاملی	معرف‌های مربوط به عامل ۳
۹,۲۹۱	۳,۳۴۵	۰,۹۳۱ ۰,۹۲۳ ۰,۸۷۶	میزان رضایت از دسترسی به خدمات بهداشتی سهولت دسترسی به مراکز بهداشتی میزان برخورداری از خدمات بهداشتی
واریانس	مقدار ویژه	بار عاملی	معرف‌های مربوط به عامل ۴
۹,۲۲۳	۳,۳۲۰	۰,۸۵۷ ۰,۸۰۷ ۰,۷۰۲ ۰,۶۴۱	انجام خریدهای روزانه قادر بودن به انجام امور شخصی رفت و آمد با وسائط نقلیه عمومی انجام وظایف عمومی در خانه، محل کار و غیره
واریانس	مقدار ویژه	بار عاملی	معرف‌های مربوط به عامل ۵
۶,۵۵۹	۲,۳۶۱	۰,۸۱۲ -۰,۷۶۱	وضعیت حافظه مشکل حافظه برای جلوگیری از انجام کارها
واریانس	مقدار ویژه	بار عاملی	معرف‌های مربوط به عامل ۶
۵,۴۸۸	۱,۹۷۶	۰,۸۴۳ ۰,۷۶۷	مشارکت در فعالیت‌های مذهبی مشارکت در فعالیت‌های گروهی
واریانس	مقدار ویژه	بار عاملی	معرف‌های مربوط به عامل ۷
۵,۴۵۹	۱,۹۶۵	۰,۶۳۲ ۰,۵۷۳ ۰,۵۶۱ ۰,۵۴۶ ۰,۴۶۱	مشارکت در گروه‌های دوستی ارتباط با فرزندان رضایت از ارتباطات خود با سایر افراد رضایت از امکانات حمل و نقل روابط صمیمانه با همسایه‌ها
واریانس	مقدار ویژه	بار عاملی	معرف‌های مربوط به عامل ۸
۵,۴۱۰	۱,۹۴۸	۰,۶۲۵ ۰,۵۴۶ ۰,۵۱۳ ۰,۴۸۷	ارتباط با اقوام رضایت از شرایط محل سکونت میزان رضایت از ارتباطات و وابستگی‌های اجتماعی وجود فردی برای درد دل کردن
واریانس	مقدار ویژه	بار عاملی	معرف‌های مربوط به عامل ۹
۴,۶۹۷	۱,۶۹۱	۰,۸۱۴ ۰,۷۰۶	میزان شرکت در فعالیت‌های فرهنگی میزان مشارکت در گروه ورزشی
واریانس	مقدار ویژه	بار عاملی	معرف‌های مربوط به عامل ۱۰
۴,۰۱۳	۱,۴۴۵	۰,۷۵۸ ۰,۵۸۷	مصرف سبزی و میوه مصرف مواد پروتئینی
	۷۳,۱۴۷		واریانس کل

۳.۴. تحلیل رگرسیون

با استفاده از تحلیل رگرسیون چندمتغیره، با روش گام به گام، میزان تأثیر متغیرهای مستقل بر کیفیت زندگی بررسی شد. ویژگی روش مذکور این است که در آغاز با مقایسه تمام متغیرهای مستقل، مهم ترین عامل وارد معادله شده و به عنوان مهم ترین عامل و عاملی که بیشترین قدرت تبیین متغیر وابسته را دارد، در نظر گرفته می شود؛ این روند هم چنان در گام های دیگر تکرار می شود تا وقتی که هیچ متغیر مستقلی توانایی ورود به معادله رگرسیونی را نداشته باشد. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون نشان می دهد که چهار عامل

سرزندگی در گام اول، همبستگی اجتماعی در گام دوم، مشارکت در فعالیت های مذهبی و گروهی در گام سوم و روابط اجتماعی در گام چهارم به ترتیب میزان اهمیتی که در تبیین متغیر وابسته داشته اند، وارد معادله رگرسیونی شده اند و در مجموع، این چهار عامل توانسته اند حدود ۰.۵۷/۹٪ تغییرات کیفیت زندگی سالمندان را در ناحیه مورد مطالعه تبیین کنند (جدول ۵).

براساس مقادیر بتا، معادله رگرسیون چندمتغیره به این صورت است:

$$QOL_t = (0.462 * f_2 + 0.260 * f_8 + 0.257 * f_6 + 0.178 * f_7)$$

کیفیت زندگی هر فرد سالمند = QOL_t ، سرزندگی = f_2 ، همبستگی اجتماعی = f_8 ، مشارکت در فعالیت های مذهبی و گروهی = f_6 ، روابط اجتماعی = f_7 .

جدول ۵- بررسی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی سالمندان با استفاده از تحلیل رگرسیون

مأخذ: یافته های تحقیق، ۱۳۹۲

گام	متغیر مستقل	R	R ²	F	B	Beta	T	Sig T
اول	عامل ۲	۰,۶۶۲	۰,۴۱۳	۴۰,۰۸۸	۰,۳۲۶	۰,۴۶۲	۷,۰۵۳	۰,۰۰۰
دوم	عامل ۸	۰,۷۳۰	۰,۴۸۱	۲۸,۷۰۵	۰,۱۸۴	۰,۲۶۰	۳,۹۷۶	۰,۰۰۰
سوم	عامل ۶	۰,۷۸۹	۰,۵۴۷	۲۵,۸۵۳	۰,۱۸۱	۰,۲۵۷	۳,۹۲۷	۰,۰۰۰
چهارم	عامل ۷	۰,۸۱۵	۰,۵۷۹	۲۲,۱۰۰	۰,۱۲۶	۰,۱۷۸	۲,۷۲۵	۰,۰۰۷

صفر این است که امتیاز میانگین پاسخ گویان در طبقات مختلف برابر است. زمانی از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شده که امتیاز کیفیت زندگی بیش از دو طبقه مقایسه شده اند. برای آنالیز واریانس یک طرفه، سطح معناداری ۰,۰۵ انتخاب شده است. آزمون T نیز برای مقایسه امتیاز کیفیت زندگی دو طبقه ای (مثل جنسیت) استفاده شده است. به طور کلی، نتایج به دست آمده نشان می دهد که بین جنس و کیفیت زندگی، سن و کیفیت زندگی، وضعیت مسکن و کیفیت زندگی، همراهان زندگی و کیفیت زندگی، داشتن وسیله نقلیه و کیفیت زندگی، رابطه معناداری وجود ندارد؛ اما بین

۳.۵. تأثیر متغیرهای زمینه ای (خصوصیات فردی، اجتماعی- اقتصادی و جمعیتی) بر کیفیت زندگی سالمندان شهری

کیفیت زندگی افراد می تواند متأثر از فاکتورهای فردی، اجتماعی- اقتصادی و جمعیت شناختی باشد. در این راستا، آنالیز واریانس یک طرفه و آزمون T برای مقایسه تغییرات کیفیت زندگی پاسخ گویان در طبقات مختلف به کار گرفته شده است. این مسأله به تشخیص معناداری آماری تغییرات کیفیت زندگی با خصوصیات فردی، اجتماعی- اقتصادی و جمعیت شناختی پاسخ گویان کمک می کند. در اینجا، فرض

متغیر وضعیت تاهل و کیفیت زندگی، درآمد ماهانه سالمندان و کیفیت زندگی و منابع تأمین درآمد و کیفیت زندگی سالمندان رابطه معناداری وجود دارد.

۴. نتیجه‌گیری و پیشنهادها

با توجه به اینکه جمعیت سالمندان در جامعه ایران در حال افزایش است، لزوم توجه به مسائل و نیازهای این قشر بسیار احساس می‌شود. نتایج تحقیق نشان داد که حدود ۴۰٪ سالمندان مورد مطالعه از کیفیت زندگی خود راضی هستند. نتایج حاصل از تحلیل مؤلفه‌های اصلی، ۱۰ عامل کلیدی برای تعیین ابعاد کیفیت زندگی در مناطق شهری نشان داده است که عبارت‌اند از: به‌زیستی ذهنی، سرزندگی، قابلیت دسترسی و کیفیت خدمات بهداشتی، توانایی جسمی، وضعیت حافظه، مشارکت در فعالیت‌های مذهبی و گروهی، روابط اجتماعی، همبستگی اجتماعی، مشارکت در فعالیت‌های فرهنگی و ورزشی و وضعیت تغذیه. در بین این ده عامل استخراج‌شده، چهار عامل سرزندگی، همبستگی اجتماعی، مشارکت در فعالیت‌های مذهبی و گروهی و روابط اجتماعی به‌عنوان مهم‌ترین عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی سالمندان مناطق شهری شناسایی شده‌اند که ضرورت توجه به این عوامل جهت ارتقای کیفیت زندگی سالمندان مورد مطالعه بیش‌ازپیش احساس می‌شود.

مؤلفه سرزندگی با مواردی چون لذت‌بردن از زندگی، احساس شادابی، معناداربودن زندگی، رضایت از توانایی انجام امور، وضعیت کلی سلامت، لذت‌بردن از زندگی در مقایسه با گذشته و مشکلات جسمی جهت جلوگیری از انجام کارها در گام اول، بیشترین تأثیر را در کیفیت زندگی سالمندان شهری دارد. در واقع، عوامل ذهنی بر کیفیت زندگی سالمندان بسیار تأثیرگذار است. در گام دوم، مؤلفه همبستگی اجتماعی با معرفه‌های ارتباط با اقوام، رضایت از شرایط محل سکونت، میزان رضایت از ارتباطات و

وابستگی‌های اجتماعی و وجود فردی برای درددل کردن نیز در کیفیت زندگی سالمندان تأثیر زیادی دارد. مؤلفه مشارکت در فعالیت‌های مذهبی و گروهی با معرفه‌های مشارکت در فعالیت‌های مذهبی (۰٫۸۴۳) و مشارکت در فعالیت‌های گروهی (۰٫۷۶۷) نیز در گام سوم نقش زیادی در کیفیت زندگی سالمندان دارد. در واقع، شبکه‌های ارتباطات اجتماعی و عضویت در گروه‌ها؛ برای مثال مشارکت در گروه‌های مذهبی و دیگر فعالیت‌های گروهی در ارتقای کیفیت زندگی بسیار مؤثر است. در تحقیق مارتینز (۲۰۱۰) نیز هم‌بستگی آماری مهمی نیز بین شرکت‌کنندگان در فعالیت‌های مذهبی و کیفیت زندگی وجود دارد. در میان نظریات سالمندی نیز نظریه فعالیت این امر را تأیید کرده است. نظریه فعالیت معتقد است فعالیت در دوران بازنشستگی و سالمندی (چه فعالیت‌های کاری و شغلی، فعالیت‌های اقتصادی و چه فعالیت‌های اجتماعی) سلامت را افزایش می‌دهد. طبق این نظریه، ارتباطی خطی بین سطوح فعالیت و رضایت از زندگی وجود دارد. همچنین، فقدان نقش‌های اجتماعی در دوران پیری، کیفیت زندگی فرد را کاهش می‌دهد. در واقع، فعالیت سالمندان و برعهده‌گرفتن نقش‌هایی توسط آنها در جامعه موجب جبران کناره‌گیری آنها از فضای شغلی می‌شود. در نهایت، مؤلفه روابط اجتماعی با معرفه‌های مشارکت در گروه‌های دوستی، ارتباط با فرزندان، رضایت از ارتباطات خود با سایر افراد، رضایت از امکانات حمل‌ونقل و روابط صمیمانه با همسایگان جزو عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی سالمندان مناطق شهری بوده است که نقش شبکه‌های اجتماعی؛ چون شبکه دوستی، خانوادگی و شبکه همسایگی را نشان می‌دهد؛ برای مثال، افرادی که تماس بیشتری با فرزندان خود دارند، از سلامت روانی و کیفیت زندگی بالاتری نیز برخوردارند. ارتباط با گروه‌های دوستی و برقراری ارتباطات با آنها، ارتباط با فرزندان، اقوام و خویشاوندان و دیگر گروه‌ها نقش به‌سزایی در بهبود کیفیت

زندگی سالمندان دارد. این شبکه‌های اجتماعی نه تنها حمایت عاطفی و سایر حمایت‌ها را برای فرد سالمند فراهم می‌کند؛ بلکه موجب بهبود سلامت جسمی و سلامت روانی فرد سالمند نیز می‌شود. حمایت عاطفی این شبکه‌ها تأثیر بسیاری بر کیفیت زندگی سالمندان دارد. حمایت عاطفی فرزندان و حمایت عاطفی اطرافیان می‌تواند از افسردگی سالمندان جلوگیری کند و رابطه معکوسی بین حمایت عاطفی و افسردگی سالمندان وجود دارد. نتایج تحقیقات نیز نشان می‌دهد که «حمایت خانواده برای افراد سال‌خورده در جهت به‌زیستی و رفاه سالمندان نیز یک مسأله بسیار مهم بوده و در تعیین کیفیت زندگی افراد سال‌خورده نقش کلیدی ایفا می‌کند» (کور و کور و ونکاتیشان، ۲۰۱۵).

در ارتباط با فاکتورهای فردی، اجتماعی و اقتصادی، نتایج به‌دست‌آمده نشان می‌دهد که بین متغیرهای وضعیت تأهل، درآمد ماهانه سالمندان و منابع تأمین درآمد با کیفیت زندگی سالمندان رابطه معناداری وجود دارد. وضعیت تأهل؛ یعنی داشتن همسر و زندگی با همسر در ارتقای کیفیت زندگی بسیار مؤثر است. چنان‌چه تحقیقات دیگران نیز نشان داده است که کسانی که با متأهل و دارای همسر هستند، از کیفیت زندگی بالاتری نسبت به آنهایی که با همسر زندگی نمی‌کنند، برخوردارند. درآمد و وضعیت اقتصادی نیز رابطه معناداری با کیفیت زندگی سالمندان دارد. نکته قابل توجه این است که منابع مختلف تأمین درآمد نیز با کیفیت زندگی

قشر سالمندان رابطه معناداری دارد و اکثریت افراد مورد مطالعه مناطق شهری از مستمری بازنشستگی تأمین می‌شوند که بر کیفیت زندگی آنها تأثیر مثبتی داشته است.

با توجه به نقش و اهمیت مشارکت و فعالیت سالمندان در شبکه‌های اجتماعی، باید زمینه‌هایی را برای مشارکت سالمندان فراهم کرد؛ علاوه بر این، باید به سالمندان آموزش و آگاهی داد که عضویت و مشارکت و فعالیت در شبکه‌های اجتماعی (مانند حضور در فعالیت‌های مذهبی و مشارکت در انجام فعالیت‌های مذهبی) بر کیفیت زندگی‌شان تأثیر مثبتی دارد. بنابراین، عواملی؛ مانند سرزندگی، همبستگی اجتماعی، مشارکت در فعالیت‌های مذهبی و گروهی و مؤلفه روابط اجتماعی همگی از طریق گسترش مشارکت و ایفای نقش فعال سالمندان در جامعه به ثمر می‌رسد؛ چرا که مشارکت و فعالیت فرد در اجتماع هم موجب احساس سرزندگی و هم موجب تقویت همبستگی اجتماعی می‌شود. نتایج کلی مطالعه حاکی از چندبعدی‌بودن مفهوم کیفیت زندگی سالمندان بوده و نتایج آن قابل استفاده در سیاست‌گذاری‌های شهری با هدف ارتقای کیفیت زندگی و به‌زیستی ذهنی سالمندان است. به نظر می‌رسد آماده‌سازی شهر برای حضور بهتر و سالم‌تر سالمندان در فضای شهری با ایجاد محله‌های منسجم، گسترش شبکه اجتماعی سال‌خوردگان، تشویق به شرکت در فعالیت‌های اجتماعی بسیار مثر ثمر واقع شود.

کتاب‌نامه

۱. آقا نوری، ع؛ محمودی، م؛ صالحی، ح. و جعفریان، ک. (۱۳۹۰). بررسی کیفیت زندگی سالمندان تحت پوشش مراکز بهداشتی- درمانی مناطق شهری استان مرکزی در سال ۱۳۸۹. *مجله سالمندی ایران*. ۶ (۲۲). صص ۲۹-۲۰.
۲. آنجل، ژ. و سترستن، ج. (۱۳۹۴). آینده جامعه‌شناسی سالمندی در دهه‌های آتی. *دست‌نامه جامعه‌شناسی سالمندی: تأمل‌های شخصی در نظریه‌ها*. ترجمه مجتبی امیری و وجیهه جوانی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
۳. بنگتسان، م. (۱۳۹۴). پیری‌شناسی با حرف "ل": تأملی شخصی بر نظریه‌پردازی در جامعه‌شناسی سالمندی. *دست‌نامه جامعه‌شناسی سالمندی تأمل‌های شخصی در نظریه‌ها*. ترجمه مجتبی امیری و وجیهه جوانی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
۴. بوند، ج. و کورنر، ل. (۱۳۸۹). *کیفیت زندگی و سالمندان*. ترجمه حسین محقق‌کی کمال. چاپ اول. تهران: دانژه.

۵. پناغی، ل؛ ابارشی، ز؛ منصوری، ن. و دهقانی، م. (۱۳۸۸). کیفیت زندگی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مرتبط با آن در سالمندان شهر تهران. *مجله سالمندی ایران*. ۴ (۱۲). صص ۷۷-۸۷.
۶. جواهری، ف؛ سراج زاده، ح و رحمانی، ر. (۱۳۸۹). تحلیل اثرات اشتغال زنان بر کیفیت زندگی آنها. *زن در توسعه و سیاست (پژوهش زنان)*. ۸ (۲). صص ۱۶۲-۱۴۳.
۷. جورج، ل. (۱۳۹۴). *زمان همین‌طور می‌گذرد: تفکر در مسیر زندگی و پیری‌شناسی*. دست‌نامه جامعه‌شناسی سالمندی تأمل‌های شخصی در نظریه‌ها. ترجمه مجتبی امیری و وجیهه جوانی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
۸. خادمی، ا. و جوکار سرهنگی، ع. (۱۳۹۳). سنجش شاخص‌های کیفیت زندگی شهری از دیدگاه شهروندان (مطالعه موردی: شهر آمل). *مطالعات و پژوهش‌های شهری و منطقه‌ای*. ۶ (۲۳). صص ۱۸۰-۱۶۳.
۹. رضوانی، م. ر. و منصوریان، ح. (۱۳۸۷). سنجش کیفیت زندگی: بررسی مفاهیم، شاخص‌ها، مدل‌ها و آرایه مدل پیشنهادی برای نواحی روستایی. *روستا و توسعه*. ۱۱ (۳). صص ۱-۲۶.
۱۰. رضوانی، م. ر؛ متکان، ع؛ منصوریان، ح؛ و ستاری، م. ح. (۱۳۸۸). توسعه و سنجش شاخص‌های کیفیت زندگی شهری (مطالعه موردی: شهر نورآباد، استان لرستان). *مطالعات و پژوهش‌های شهری و منطقه‌ای*. ۱ (۲). صص ۸۷-۱۱۰.
۱۱. شیخی، م. ت. (۱۳۸۹). *جامعه‌شناسی سالمندی*. تهران: نشر حریر.
۱۲. صادقی فسایی، س. و خادمی، ع. (۱۳۹۲). روایت زنان سالمند از زندگی در دنیای مدرن. *نامه انجمن جمعیت‌شناسی*. ۸ (۱۵). صص ۱۴۰-۱۲۳.
۱۳. کارادک، و. (۱۳۹۱). *جامعه‌شناسی پیری و پیرشدگی*. ترجمه سوسن کباری. تهران: انتشارات جامعه‌شناسان.
۱۴. کوششی، م؛ خسروی، آ؛ علیزاده، م؛ ترکاشوند، م؛ آقایی، ن. (۱۳۹۲). *سال‌خوردگی جمعیت در ایران (ویژگی‌های جمعیتی و اجتماعی-اقتصادی-چالش‌های پیش‌رو)*. گزارش صندوق جمعیت ملل متحد در ایران. تهران: دانشگاه تهران. بازیابی از: <http://iran.unfpa.org/ageing-r.pdf>
۱۵. مرصوصی، ن. و لاجوردی، ع. ر. (۱۳۹۳). مطالعه تطبیقی کیفیت زندگی شهری در ایران، پژوهش‌های اقتصادی (رشد و توسعه پایدار). ۱۴ (۲). صص ۹۵-۶۹.
۱۶. مرکز آمار ایران. (۱۳۳۵-۱۳۹۰). *نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن کل کشور*. تهران: انتشارات مرکز آمار ایران.
۱۷. میرزایی، م. و کاوه فیروز، ز. (۱۳۸۸). کیفیت زندگی سالمندان شهر تهران و مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی آنها با تأکید بر جنس. *نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران*. ۴ (۸). صص ۱۴۸-۱۲۳.
۱۸. ویلیس، ک. (۱۳۹۳). *نظریه‌ها و تجربه‌های توسعه*. ترجمه حسین ایمانی جاجرمی و پیمان پوررجب. تهران: پژوهش.
19. Alexandre, T. S., Cordeiro, R. C., & Ramos, L. R. (2009). Factors associated to quality of life in active elderly. *Rev Saude Publica*, 43(4), 613-621.
20. Azizi, H., Momeni, M., & Taghinia, M. (2011). Quality of life indices assessment for disabled and elderly people: Case study of Tehran. In M. Schrenk, P. Zeile, & V. Vasily (Eds.), *Proceedings of the 16th international conference on urban planning, regional development and information society* (pp. 755-766). North Rhine-Westphalia, Germany: CORP – Competence Center of Urban and Regional Planning.
21. Bilgili, N., & Arpacı, F. (2014). Quality of life of older adults in Turkey. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 59(2), 415-421.

22. Buffel, T., Phillipson, C., & Scharf, T. (2012). Ageing in urban environments: Developing 'age-friendly' cities. *Critical Social Policy*, 32(4), 597-617.
23. Fahlberg, B. (2011, June). *Quality of life and social support of older adults with chronic heart failure*. Paper presented at the Seventh Annual Heart Failure Nursing Conference, Seattle, WA.
24. Kaur, H., Kaur, H., & Venkateshan, M. (2015). Factors determining family support and quality of life of elderly population. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 4(8), 1049-1053.
25. Martinez, N. M. (2010). *The influence of formal and informal support the quality of life of individual with a severe mental illness* (Unpublished doctoral dissertation). California State University, California, CA.
26. May, M., Page, R. M., & Brunson, E. (2001). *Understanding social problems: Issues in social policy*. Massachusetts, MA: Wiley-Blackwell.
27. Phillipson, C., & Scharf, T. (2004). *The impact of government policy on social exclusion among older people: A review of the literature for the social exclusion unit in the breaking the cycle series*. London, England: The Office of the Deputy Prime Minister.
28. Sun, X., Lucas, H., Meng, Q., & Zhang, Y. (2011). Associations between living arrangements and health-related quality of life of urban elderly people: A study from China. *Quality of Life Research*, 20(3), 359-369.
29. The United Nations. (2015). *World population prospects*. New York, NY: Department of Economic and Social Affairs.
30. Top, M., Eriş, H., & Kabalcioğlu, F. (2012). Quality of life and attitudes toward aging among older women in Turkey. *Affilia*, 27(4), 406-419.