



فصل اول

کلیات

## مقدمه

کیفیت زندگی یکی از مهم ترین مسائل پیش روی جهان امروز و از مباحث اساسی در تکوین سیاست گذاری اجتماعی محسوب می شود. این مفهوم موضوعاتی چون رفاه، کیفیت زندگی سلامت محور، نیازهای اساسی، زندگی رو به رشد و رضایت بخش، فقر و مطرودیت اجتماعی، ناعدوستی در میان جماعات را در بر می گیرد. مفهوم کیفیت زندگی نه تنها معنای متفاوتی نسبت به مفاهیمی چون رفاه، زندگی خوب و غیره دارد، بلکه در حوزه های مختلف، معنای متفاوتی به خود می گیرد. بسیاری از اقتصاددانان، کیفیت زندگی را بر اساس درآمد می سنجند، در حالی در علوم بهداشتی این مفهوم به معنی میزان توانایی افراد در انجام فعالیت های روزمره می باشد (هزارجریبی، ۱۳۹۱: ۲۴۳). شناخت، اندازه گیری و بهبود کیفیت زندگی از اهداف عمده محققان، برنامه ریزان و دولت در چند دهه اخیر بوده است.

مطالعات مربوط به کیفیت زندگی به ویژه از دهه ۱۹۶۰ به بعد، یکی از موضوعات مورد علاقه علوم اجتماعی تبدیل شده است. زیرا در این دهه مشخص شد که رشد اقتصادی لزوماً به بهبود کیفیت زندگی مردم یک منطقه منجر نمی شود. مطالعات علمی نشان دادند که رابطه بین پیشرفت اقتصادی و کیفیت زندگی، رابطه خطی نیست. این دو، تا نقطه ای همسو و هم جهت حرکت می کنند و آن نقطه ای است که حداقل شرایط مطلوب مادی برای زیست انسان فراهم شده است، ولی از یک نقطه به بعد دیگر نمی توان انتظار داشت که تامین نیازهای اقتصادی به بهبود کیفیت زندگی کمک می کند، زیرا انسان موجودی چند وجهی است و منطق اقتصادی نمی تواند بسیاری از رفتارهای او را مشخص سازد.

افزایش پیشرونده جمعیت سالمندان در بسیاری از کشورهای توسعه یافته موجب معطوف شدن توجه به سلامت این گروه سنی شده است. سرعت این تغییرات جمعیت شناختی در کشورهای در حال توسعه بیشتر محسوس می باشد. بر این اساس امروزه نیاز پیشرونده ای برای فراهم نمودن مراقبت های بهداشتی درمانی برای سالمندان احساس می شود. تغییر الگوی اپیدمیولوژیک بیماریها در سنین میانسالی و سالمندی و گرایش به سوی بیماری های مزمن از یک سو و مواجه شدن با سالمندانی که سالم هستند، ولی نیازمند حمایت های بهداشتی درمانی می باشند، از سوی دیگر مداخله جدی را می طلبد. بر این اساس

به همان اندازه که جمعیت سالمندان رشد می نماید و امید به زندگی افزایش می یابد، بایستی سیاستهای پیشگیرانه و درمانی به سوی حفظ و ارتقای سطح سلامت جمعیت سالمندان معطوف گردد و فاکتورهای تهدید کننده و محافظت کننده سلامت در زندگی آنان تشخیص داده شود.

سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۴) اعلام کرده است: در همه جا عمر طولانی یکی از مواهب توسعه اجتماعی شناخته شده است، ولی به شرطی که به کیفیت زندگی و شمار سال های عمر توجه بیشتری معطوف شود. این سازمان نیازهای اصلی سالمندان را مواردی چون سلامت جسمانی، مسکن، رفاه اجتماعی، درآمد، آموزش، ایاب و ذهاب، تفریح و سرگرمی می داند. بدیهی است چون هدف از زندگی سالمندان فقط عمر طولانی و زنده بودن نیست، بلکه نوع و کیفیت زندگی آنها نیز مهم می باشد، از این رو جهت ارتقای کیفیت زندگی سالمندان در مرحله اول نیاز به اطلاعات جامع در مورد کیفیت زندگی آنها است و این مقوله فقط از طریق اندازه گیری کیفیت زندگی ممکن است.

در گزارش مربوط به گردهمایی ۱۲۴ کشور در سازمان ملل در سال ۱۹۸۳ توصیه شده است که فراهم نمودن مراقبت ها برای سالمندان باید فراتر از جهت گیری ساده در امر درمان باشد و باید رفاه کل آنان با در نظر گرفتن ارتباط متقابل سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی و محیطی مورد توجه قرار گیرد (هروآبادی، ۱۳۷۲: ۳۵). برای رسیدن به سالمندی فعال و سالم باید به تمام ابعاد بهداشت جسمی و روحی، اجتماعی، اقتصادی و معنوی زندگی توجه داشت و از آنجا که بسیاری از بیماریها و مشکلات دوران سالمندی ناشی از شیوه زندگی ناسالم است باید پایه و اساس سلامت در این ابعاد را به بکارگیری شیوه صحیح و ارتقاء کیفیت زندگی از اولین مراحل حیات پی ریزی نموده و به موازات آن با ایجاد زمینه های مناسب مشارکت سالمندان در خانواده و جامعه نیز فراهم ساختن فضای مناسب حمایتی در کلیه جنبه های اقتصادی- اجتماعی، بهداشتی در جهت نیل به سالمندی سالم و زندگی موفق گام برداشت.

گرچه پیر شدن جمعیت از نتایج مثبت توسعه به شمار می آید، ولی اگر برای مواجهه با آن در جهانی توسعه یافته آماده نباشیم، عوارض و پیامدهای منفی بسیاری در پی خواهد داشت. از جمله تغییر ساختار خانواده از نوع گسترده به نوع هسته ای و جذب زنان به بازار کار سبب می شود که امکانات خانواده ها

برای نگهداری از سالمندان به شدت کاهش یابد و باری که خانواده ها قبلا به تنهایی به دوش می کشیدند را به ناچار با دولت ها تقسیم کنند. در این زمینه نقش و مشارکت سازمان های غیردولتی بسیار با اهمیت تلقی می گردد . از یاد نبریم که اگر چالش اصلی و عمده بهداشت عمومی در قرن بیستم افزایش امید به زندگی بود، چالش اصلی قرن بیست و یکم «زندگی با کیفیت بهتر است».

## ۱-۱) بیان مساله

هم اکنون در قرنی به سر می بریم که در آن امید به زندگی برای جهانیان از مرز ۶۲.۱ سال عبور کرده است. هر سال ۱.۷ درصد به جمعیت جهان افزوده می شود. ولی این افزایش برای جمعیت ۶۵ و بالاتر ۲.۵ درصد است. این فاصله ترکیب سنی جمعیت جهان را به سوی سالمند شدن سوق می دهد و پیش بینی می شود تا ربع قرن دیگر ۱.۲ میلیون نفر (حدود ۱۴ درصد) ساکنان این کره خاکی را افراد ۶۰ سال و بالاتر تشکیل خواهند داد. کشور ما ایران نیز از این تغییر جمعیتی بی نصیب نبوده است.

شاخص های آماری نشان می دهند که روند سالمند شدن جمعیت در کشور ما نیز آغاز شده است و پیش بینی می شود که در فاصله ۲۰ ساله ۱۳۷۵ تا ۱۳۹۵ به میانه سنی جمعیت کشور ۱۰ سال افزوده شود. سرشماری عمومی سال ۱۳۷۵ نشان داد که ۶.۶ درصد از جمعیت کشورمان را افراد ۶۰ سال و بالاتر تشکیل می دهد (حدود ۳.۷ میلیون نفر) و پیش بینی می شود ظرف ۲۰ سال آینده به بیش از دو برابر (حدود ۸.۵ میلیون نفر) افزایش یابد (سجادی ۱۳۸۵).

مهم ترین عامل تعیین کننده کیفیت زندگی افراد سالمند سلامتی است. بررسی ها نشان داده اند که سلامتی با افزایش سن افزایش می یابد. کیفیت زندگی دستاورد مراقبت های بهداشتی و میزان تأثیر سلامتی بر زندگی فرد را ارزیابی می کند. از این رو می توان گفت که مراقبت های بهداشتی، تنها زمانی به عنوان مراقبت شایسته ارزیابی می شود که کیفیت زندگی به خوبی کمیت زندگی در فرد زیر پوشش خدمات، بهبود یافته باشد.

سالمندی جمعیت از دو طریق به وجود می آید، یکی تغییر در پایه هرم سنی که نتیجه کاهش باروری و کم شدن نسبت جوانان در کل جمعیت است و دیگری تغییر در نوک هرم سنی و متورم شدن آن که در نتیجه بهبود در کاهش مرگ و میر سالخوردگان اتفاق می افتد. همچنین سالخوردگی جمعیت می تواند در مراحل انتقالی جمعیت وقتی ساخت جمعیت از مرحله باروری بالا و مرگ و میر بالا به مرحله باروری پایین و مرگ و میر پایین تغییر می یابد نیز اتفاق می افتد. طبق نظریه انتقالی جمعیت، مناطق مختلف جهان ابتدا دارای باروری بالا و مرگ و میر بالا بوده و از رشد جمعیت کمی برخوردار است؛ در مرحله دوم با کاهش میزان مرگ و میر در برخی مناطق جهان و ثابت ماندن میزان باروری در این مناطق میزان رشد جمعیت رو به افزایش سریع گذاشت در مرحله سوم که در کشورهای صنعتی به وقوع پیوسته است، میزان مرگ و میر و میزان باروری، هر دو در سطح پایینی بوده و لذا رشد جمعیت به میزان قالب توجهی کاهش داشته و در این مرحله است که نسبت سالمندان در آن جوامع رو به افزایش می گذارد. بنابراین نظامهای اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی کشورهای مختلف جهان به طور قطع به رشد جمعیت سالمند در این کشورها در دهه های آینده تاثیر فراوان می گذارد. در کشور ایران نیز پدیده سالمندی باید به عنوان یکی از چالشهای آینده در نظر گرفته شود. برخی پدیده سالمندی را برای جوامع هشدار دهنده تلقی می نمایند. به این معنا که جمعیت سالمند با مشکلات متعدد روبرو خواهد شد و وضعیت خوشایندی در سایه طول عمر نخواهد داشت.

استنهورپ و ولنکاستر<sup>۱</sup> (۲۰۰۰) می نویسند: بیش از نیمی از سالمندان در انجام فعالیت های روزمره زندگی پایه از قبیل (حمام کردن، لباس پوشیدن و غذا خوردن) و فعالیتهای روزمره وابسته به وسایل از قبیل (پختن غذا، مصرف دارو و...) دارای مشکل می باشند و میزان نامتناسبی از ناتوانی در افراد گروههای سنی بالاتر وجود دارد (به نقل از حسام زاده، ۱۳۸۳: ۷).

---

1 . Stanhope M. Lancaster J.

افزایش جمعیت گروه سالمندی در آینده نزدیک چالشهای جدیدی را پیش روی خواهد آورد و لازم است که مطالعات منظم و مدونی برای ارزیابی شرایط جسمانی، ناتوانی ها و معلولیت ها و بیماریهای مهم این گروه سالمندی انجام شود (کلدی، ۱۳۸۲: ۷۱).

باور عمومی بر این است که هر چه ارتباط بین اعضا خانواده بیشتر باشد و سالمندان از شبکه های حمایتی قویتری برخوردار باشند کیفیت زندگی در سطح بالاتری است، ولی امروزه به دلیل تکنولوژی ارتباطی میزان ارتباط اعضای خانواده بسیار کم شده و حمایت های اجتماعی از دست رفته است و لذا کیفیت زندگی در سطح مطلوبی نیست و انتظار می رود در آینده کمتر از این نیز بشود. نسل امروزی دارای فرزندان کمی هستند در عین حال فرض بر این است که هر چه تعداد فرزندان بیشتر باشد کیفیت زندگی هم برای دوران سالمندی بالاتر است. ولی در آینده نزدیک سالمندانی در جامعه خواهد بود که فرزندان کمی دارند و دارای خواهران و برادرانی هستند که آنها هم دارای فرزندان کمی هستند و خود نیازمند حمایت هستند و اگر حمایت های دولتی نباشد انتظار می رود که در آینده سطح کیفیت زندگی سالمندان پایین تر هم بیاید.

شاخص های آماری نشان می دهند که روند سالمند شدن جمعیت در کشور ما نیز آغاز شده است و پیش بینی می شود که در فاصله ۲۰ ساله ۱۳۷۵ تا ۱۳۹۵ به میانه سنی جمعیت کشور ۱۰ سال افزوده شود. سرشماری مرکز آمار ایران در سال ۱۳۸۶ نشان می دهد حدود ۷/۳ کشور بالای ۶۰ سال سن داشته اند و سالمند محسوب می شوند و به نظر می رسد این میزان تا سال ۲۰۵۰ از مرز ۲۰ درصد عبور نماید. سازمان ملل متحد در گزارشی درباره جمعیت سالمند ایران پیش بینی کرده است که در فاصله بین سالهای ۱۳۸۵ تا ۱۴۰۵ به میانه سنی جمعیت کشور ۱۰ سال افزوده شود.

امروزه پدیده سالمندی در جامعه مدرن بطور عام و جامعه ایران بطور خاص تبدیل به یک مساله اجتماعی گردیده است. به عبارت دیگر از یک طرف در اثر افزایش خدمات بهداشتی و درمانی، بالارفتن دانش بشری جهت مهار و کنترل بسیاری از بیماریها و نیز افزایش سطح رفاه عمومی، شاهد کاهش مرگ و میر و در نتیجه بالا رفتن سن افراد و افزایش امید به زندگی در میان جوامع امروزی می باشیم؛ از

طرفی دیگر به علت افزایش میزان مشارکت زنان در بازار کار و در نتیجه ایجاد تغییرات اساسی در ساختار خانواده در دوران کنونی این نهاد دیگر قادر به انجام کارکردهای سنتی از جمله خدمات دهی و نگه داری از اعضای سالمند و سالخورده خود نمی باشد لذا با توجه به برآیند عوامل فوق ضرورت مداخله نهاد هایی جدید جهت رفع نیاز های سالمندان به مراقبت و نگه داری گریز ناپذیر گشته است.

در این میان سازمان بهزیستی در راستای وظایف تخصصی خویش کوشیده و می کوشد گامهای اساسی را در زمینه حمایت و نگهداری از اعضای سالمند جامعه از جمله ارتقای سطح کیفیت زندگی شان در ابعاد ذهنی و عینی آن بردارد. لذا به نظر می رسد جهت ارتقا کمی و کیفی خدمات سازمان در حوزه سالمندان لازم است یک سری پژوهش های تطبیقی در بین سالمندان تحت پوشش و سالمندان غیر تحت پوشش صورت گیرد تا ضمن سنجش و اندازه گیری شاخص های مختلف ابعاد گوناگون کیفیت زندگی در دو گروه ذکر شده میزان اثر بخشی و بازدهی خدمات ارائه شده توسط آن سازمان از طریق مقایسه این دو گروه با هم مشخص گردد تا از این منظر نقاط ضعف و قوت خدمات ارائه شده و نیز اولویت ها و ضرورت های سالمندان مشخص گردد تا در مراحل بعدی از یک سو برنامه ها بصورت واقع بینانه تری تدوین گردد و از سوی دیگر نقاط ضعف در حدامکان رفع و نقاط قوت در حد مقدور تقویت گردد.

## ۲-۱) اهمیت و ضرورت

درسالهای اخیر یکی از شاخص ها و معیارهای قابل سنجش برای تعیین نیازها و شرایط سلامتی سالمندان و همچنین بهبود آن، شاخص کیفیت زندگی می باشد. بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت هایشان می باشد. از سوی دیگر با در نظر داشتن اهمیت کیفیت زندگی این قشر از جامعه، نیاز به برنامه ریزی نوآورانه و اصلاحاتی در سیاست ها و برنامه های کشوری احساس می شود بطوریکه بتوانند با تمرکز بر فرایندهای توانمند سازی سالمندان و بهبود سلامتی و رفاه آنان کیفیت زندگی این قشر از جامعه را بهبود بخشند.

امروزه در اکثر کشورهای جهان مسائل اقتصادی و اجتماعی مربوط به سالمندان و مساله بالا رفتن هزینه های خدمات بهداشتی و رفاهی به موازات نیاز به فراهم کردن خدمات برای تعداد روز افزونی از سالمندان پیچیده تر شده است و نیاز به برنامه ریزی و سیاست گذاری های جامع و دقیق را می طلبد (اسماعیل زاده، ۱۳۸۶: ۳).

بنابراین به همان اندازه که جمعیت سالمندان رشد می کند و امید به زندگی افزایش می یابد بایستی سیاست های پیشگیرانه و درمانی جهت حفظ و تداوم سطح بهداشتی جمعیت سالمندان افزایش یابد و فاکتورهای خطر و عوامل بهداشتی در زندگی آنان تشخیص داده شود (هروی کریموی، ۱۳۷۶: ۱۹).

همه کشورها آرزو دارند که امید به زندگی افراد خود را طولانی تر کنند و در تحقق این امر نیز تا اندازه ای موفق شده اند ولی از سوی دیگر تلاش چندانی نمی کنند تا کیفیت زندگی جمعیت روزافزون سالمندان را در حد مطلوبی حفظ نمایند (حسام زاده، ۱۳۸۳: ۱۰).

بسیاری از سالمندان با افزایش سن دچار مشکلات متعدد جسمانی می شوند و گاهی به مراقبت های طولانی مدت نیاز پیدا می کنند که با مراقبت در منزل و یا مراقبت در بیمارستان امکان پذیر خواهد بود در نتیجه ممکن است فرد سالمند نیاز به تخصص های پزشکی متفاوت داشته باشد. جمعیت سالمند بیشترین خدمات پزشکی بیمارستانی، خدمات در منزل و مراقبت در سراهای سالمندان را نیاز دارند. بنابراین دسترسی و استفاده از انواع خدمات مراقبت های بهداشتی و درمانی اثرات زیادی در افزایش کیفیت زندگی سالمندان دارند. از طرفی با افزایش سن، هزینه های درمانی نیز افزایش می یابد؛ زیرا در دوره سالمندی مراقبت های بهداشتی افزایش می یابد.

مطالعاتی که با تکیه بر مقایسه محل سکونت سالمندان و تأثیر آن بر سلامت روانی و کیفیت زندگی سالمندان با در نظر داشتن نقش تعدیل کنندگی متغیرهای جمعیت شناختی صورت گرفته باشد بسیار اندک هستند. در این پژوهش سعی شده نقش متغیرهای جمعیت شناختی نظیر شغل، میزان تحصیلات، وضعیت اقتصادی و تعداد فرزندان به عنوان متغیرهای تعدیل کننده، تفاوت در کیفیت زندگی و سلامت روان سالمندان با محل زندگی آنها بررسی شود. شناسایی تفاوت ها و شباهت های موجود در کیفیت



زندگی و سلامت روان سالمندان، می تواند در تمرکز به مکان زندگی "سالمندی پویا" شناخت اصطلاح سالمندان باشد.

### ۳-۱ اهداف

#### ۱-۲-۱ اهداف کلی

۱) مقایسه کیفیت زندگی سالمندان ساکن در خانه سالمندان با سالمندان ساکن در منازل شخصی شهر یزد

#### ۲-۲-۱ اهداف جزئی

- ۱) سنجش شاخص های کیفیت زندگی سالمندان ساکن در خانه سالمندان
- ۲) سنجش شاخص های کیفیت زندگی سالمندان ساکن در منازل شخصی
- ۳) مقایسه شاخص های کیفیت زندگی سالمندان ساکن در خانه سالمندان با سالمندان ساکن در منازل شخصی شهر یزد
- ۴) ارائه راهکار در جهت بهبود کیفیت زندگی سالمندان تحت پوشش

### ۴-۱ سوالات تحقیق

سوالات تحقیق حاضر بدینگونه است که:

- ۱) کیفیت زندگی سالمندان ساکن خانه های سالمندان در مقایسه با سالمندان ساکن در منازل شخصی چگونه است؟
- ۲) وضعیت شاخص های کیفیت زندگی در میان سالمندان ساکن خانه های سالمندان و سالمندان ساکن در منازل شخصی چگونه است؟
- ۳) آیا سالمندان ساکن خانه سالمندان از حیث شاخص های کیفیت زندگی دارای وضعی به مراتب بهتر از سالمندان ساکن در منازل شخصی هستند؟

## ۵-۱) تعریف نظری و عملیاتی مفاهیم و متغیرها

در هر تحقیقی برای روشن شدن مفاهیم مورد نظر لازم است تا محقق به ذکر تعاریف عملی و نظری مورد نظر بپردازد. بنابراین در تعریف مفاهیم به همه جنبه‌های واقعیت مورد نظر توجه نشده بلکه آن جنبه‌هایی که از نظر محقق اصل است بر گرفته می‌شود.

### کیفیت زندگی:

کیفیت زندگی موضوعی چند رشته‌ای و چند شاخه‌ای است از این رو مفهومی است چند بعدی است. کیفیت زندگی یک فرد به حقایق عینی و خارجی زندگی اش و دریافته‌ها و ادراکات درونی و ذهنی او از این عوامل و نیز از خودش وابسته است. اصطلاح کیفیت زندگی دارای معانی گوناگون برای افراد و گروه‌های مختلف می‌باشد. لیو در سال ۱۹۸۳ کیفیت زندگی را به عنوان نامی برجسته برای مفهوم مادی و روانی مردم در محیطی که برای آن زندگی می‌کنند توصیف کرده است. اسمیت آنرا بهزیستی اجتماعی و آندروز رفاه اجتماعی تعریف کرده است. مولر در سال ۱۹۸۳ کیفیت زندگی را میزان رفاه افراد و گروه‌های تحت شرایط اقتصادی-اجتماعی تعریف کرده است (رضوانی و دیگران، ۱۳۷۸: ۱۳۸).

در این پژوهش از تعریف ونتگوت، آدرسن و مریک<sup>۲</sup> (۲۰۰۳) استفاده شده است که کیفیت زندگی را حس بودن فرد تعریف می‌کنند که ابعادی از جمله ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی و روحی فرد را شامل می‌شود. فرل<sup>۳</sup> (۱۹۹۷) کیفیت زندگی را در چهار بعد خوب بودن جسمانی، خوب بودن روانی، استرس عاطفی و خوب بودن اجتماعی تعریف می‌کند (هزار جریبی، ۱۳۹۱: ۲۴۷) بدین ترتیب کیفیت زندگی به عنوان «رابطه بین ادراکات فردی و احساسات مردم با تجربه‌های آنها در درون فضایی که در آن زندگی می‌کنند»، در نظر گرفته می‌شود.

---

2. Ventegodt, Adersen and Merick

3. Ferrell

در این پژوهش برای سنجش کیفیت زندگی از پرسشنامه استاندارد SF-36 که کیفیت زندگی را در بین سالمندان می‌سنجد، استفاده شده است. در این پرسشنامه کیفیت زندگی به صورت کمی بر مقیاسی که میزان آن صفر تا صد است، ارزیابی می‌شود. این پرسشنامه در حال حاضر برای جمعیت ایرانی سازگار شده است. این پرسشنامه کیفیت زندگی را در هشت بعد می‌سنجد:

۱. عملکرد جسمانی (با استفاده از ۱۰ گویه: سوالات ۳-۴-۵-۶-۷-۸-۹-۱۰-۱۱-۱۲ در پرسشنامه)

- فعالیت های سنگین مثل دویدن، بلند کردن اجسام سنگین، شرکت در ورزش های قدرتی
- فعالیت های متوسط مثل حرکت دادن یک میز، جابجایی جاروبرقی، انجام ورزش های سبک
- بلند کردن یا حمل خواروبار منزل
- بالا رفتن از چند راه پله
- بالا رفتن از یک راه پله
- دولا شدن، زانو زدن یا خم شدن
- راه رفتن برای بیش از یک کیلومتر
- راه رفتن برای بیش از چند کوچه
- راه رفتن برای یک کوچه
- حمام کردن یا پوشیدن لباس

۲. محدودیت های ایفای نقش به دلایل جسمانی (با استفاده از ۴ گویه: سوالات ۱۳-۱۴-۱۵-۱۶

در پرسشنامه)

- // کاهش مدت زمانی که صرف کار یا سایر فعالیت ها نموده اند.
- // به کمتر از آنچه تمایل داشته اید، دست یافته اید.
- // در انجام کارهای خاص یا سایر فعالیت ها محدودیت داشته اید.
- // در انجام کار یا سایر فعالیت ها دچار مشکل شده اید (مثلا نیازمند تلاش بیشتری بوده اید).

۳. محدودیت های ایفای نقش به دلایل عاطفی (با استفاده از ۳ گویه: سوالات ۱۷-۱۸-۱۹ در پرسشنامه)

❖ کاهش مدت زمانی که صرف کار یا سایر فعالیت ها نموده اید.

❖ به کمتر از آنچه تمایل داشته اید، دست یافته اید.

❖ کار یا سایر فعالیت های خود را با دقت معمول انجام نداده اید؟

۴. خستگی یا نشاط (با استفاده از ۴ گویه: سوالات ۲۳-۲۷-۲۹-۳۱ در پرسشنامه)

■ فردی سر حال و سرزنده بوده اید؟

■ خود را پر از انرژی احساس می کرده اید؟

■ احساس ضعف بیش از حد می کرده اید؟

■ احساس خستگی می کرده اید؟

۵. سلامت عاطفی (با استفاده از ۵ گویه: سوالات ۲۴-۲۵-۲۶-۲۸-۳۰ در پرسشنامه)

② فردی بسیار عصبی بوده اید؟

② به حدی غمگین بوده اید که هیچ چیزی شما را شاد نمی کرده است؟

② احساس آرامش و امنیت داشته اید؟

② خود را غمگین و افسرده احساس می کرده اید؟

② فردی شاد بوده اید؟

۶. عملکرد اجتماعی (با استفاده از ۲ گویه: سوالات ۲۰-۳۲ در پرسشنامه)

✓ طی ۴ هفته گذشته سلامت جسمانی یا مشکلات روحی شما تا چه حدی فعالیت های معمول اجتماعی شما

را در رابطه با خانواده، دوستان، همسایگان یا مردم مختل کرده بود؟.

✓ طی ۴ هفته گذشته، وضعیت جسمانی یا مشکلات روحی چه مدتی فعالیت های اجتماعی شما را مختل

کرده بود(مثل دیدار دوستان، بستگان و غیره)؟

۷. درد (با استفاده از ۲ گویه: سوالات ۲۱-۲۲ در پرسشنامه)

/// طی ۴ هفته گذشته چقدر درد داشته اید؟

طی چهار هفته گذشته درد، تا چه حد در کار معمولی و همیشگی شما اختلال ایجاد کرده بود (هم کار بیرون از منزل و هم کار منزل).

#### ۸. سلامت عمومی (با استفاده از ۵ گویه: سوالات ۱-۳۳-۳۴-۳۵-۳۶ در پرسشنامه)

- به طور کلی، سلامت خود را چگونه توصیف می نمایید؟
- به نظر می رسد که من نسبت به افراد دیگر راحت تر مبتلا به بیماری می شوم
- سلامتی من مثل دیگر افرادی است که می شناسم
- انتظار دارم که وضع سلامتی ام بدتر شود
- وضعیت سلامتی من عالی است.

#### -سلامت عمومی

سلامت عبارت است از تامین رفاه کامل جسمی و روانی و اجتماعی. به این ترتیب کسی را که (صرفاً) بیماری جسمی نداشته باشد، نمی توان فرد سالمی دانست؛ بلکه شخص سالم کسی است که از سلامت روح نیز برخوردار و از جهت اجتماعی نیز در آسایش باشد، زیرا پژوهشهای علمی نشان داده است که ممکن است ریشه و علت بسیاری از ناتوانیهای جسمی، نابسامانی های فکری و عاطفی باشد مثلاً امروزه معتقدند که دلهره ها و بسیاری از احساسات عاطفی انسان می تواند عامل مهمی در ایجاد زخم معده باشد.

#### -بعد جسمی سلامت :

سلامت جسمی در حقیقت حاصل عملکرد درست اعضای بدن است. از نظر بیولوژیکی، عملکرد متناسب سلول ها و اعضای بدن و هماهنگی آنها با هم نشانه سلامت جسمانی است. بعضی از نشانه های سلام جسمانی عبارت است از: ظاهر خوب و طبیعی، وزن مناسب، اشتهای کافی، خواب راحت و منظم، اجابت مزاج منظم، توجه نکردن فرد به اعضای بدن خود، اندام مناسب، حرکت بدنی هماهنگ، طبیعی

رشد و بودن نبض و فشارخون، افزایش مناسب وزن در سنین ثبات نسبی آن در سنین بالاتر، و ضربان قلب ثابت (پارک ۱۳۸۲، به نقل از دژمان و همکاران، ۱۳۹۰:۱۲۴).

#### **-بعد عاطفی سلامت:**

سلامت عاطفی را می توان به عنوان آگاهی یا شناخت در نظر گرفت. در حالیکه سلامت با احساس و عواطف نیز ارتباط دارد. بنابراین جنبه های روانی و عاطفی انسان را می توان به عنوان دو بعد جداگانه سلامت انسان در نظر گرفت (پارک، ۱۳۸۴:۳۹). از این رو سلامت عاطفی به برانگیخته شدن عواطف شاد در مواقع شادی و عواطف حزن انگیز در مواقع غم اشاره دارد. بیشتر محققان سلامت اجتماعی را با سلامت عاطفی که شامل رضایت و خوشحالی از زندگی و به همان میزان تعادل میان اثرات مثبت یا منفی است برابر دانسته اند.

#### **-بعد روحی (معنوی)**

طرفداران سلامت عقیده دارند که زمان آن فرا رسیده است که توجه جدی به بعد روحی سلامت مبذول داشته شود (پارک، ۱۳۸۴:۳۹). یکی از زمینه های عمده بیماری ها و مشکلات روانی و عوارض جسمی و اجتماعی آن احساس پوچی، بیهودگی و تزلزل روحی است که ناشی از فقدان بعد معنوی در افراد است. ایمان، پایبندی اخلاقی، تعادل داشتن، حسن ظن و توجه بیشتر به مسائل معنوی زندگی باعث می شود که فرد همواره برای اهداف عالی تر زندگی تلاش می کند و در مقابل کمبودها و مشکلات، تحمل و بردباری بیشتری داشته باشد و همواره از رضایت خاطر برخوردار باشند. بنابراین، تقویت جنبه معنوی با سلامت جسم و روح و نهایتاً به سلامت جامعه بزرگ کمک به سزایی خواهد کرد (پارک، ۱۳۸۴:۳۹).

#### **-سلامت اجتماعی:**

وجود ارتباط میان افراد یا همان جامعه پذیری، لذت بردن از بودن در میان دوستان، پشتیبانی شدن از سوی خانواده و بستگان و دوستان در برمیگیرد که ارتباط و تداخل کسان در یک طبقه اقتصادی-اجتماعی همانند انجام می گیرد. بعد اجتماعی سلامت دربرگیرنده سطوح مهارتهای اجتماعی، عملکرد

اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به عنوان عضوی از جامعه بزرگتر است. به طور کلی از دید هر کس عضوی از افراد خانواده و عضو یک جامعه بزرگتر به حساب می آید و بر شرایط اقتصادی و اجتماعی و رفاه «تمامیت شخص» در رابطه با شبکه ای اجتماعی، توجه می شود.

#### **-اختلالات هیجانی جدی :**

عبارت اختلالات هیجانی جدی برای سالمندان به مشکلات سلامت روان اشاره می کند که بشدت زندگی روزانه و عملکرد آنها را در خانه و یا در اجتماع مختل می کند.

#### **-سالمندی:**

سالمندی پدیده ای است که بوسیله تغییرات بیولوژیکی ، فیزیولوژیکی و بیوشیمی و آناتومی در سلول های بدن ایجاد می شود و این تغییرات در طول زمان بر روی کار سلول ها تاثیر می گذارد (مجیدی، ۱۳۷۸: ۹). سالمندی عبارت است از اضمحلال تدریجی در ساختمان ارگانسیم بدن که در اثر بیماری و حوادث نبوده بلکه در اثر دخالت عامل زمان پیش می آید (حسام زاده، ۱۳۸۳: ۳۶).

سازمان بهداشت جهانی به منظور استاندارد کردن و یکسان سازی به کارگیری واژه های مرتبط با پدیده های سالمندی (پیری، سالخوردگی، کهولت) افراد را بر اساس گروه های سنی ذیل طبقه بندی کرده است:

/// افراد دارای سنین ۶۰ تا ۷۵ سال: سالمند

/// افراد دارای سنین ۷۶ تا ۹۰ سال : پیر

/// افراد بالای ۹۰ سال : خیلی پیر

#### **-تعریف بیماری مزمن :**

بیماری مزمن بیماری طولانی مدتی است که تغییرات جسمانی در بدن ایجاد می کند و کارکردهای بیمار را محدود می گرداند . بیماری مزمن معمولاً صعب العلاج است و دوره درمان آن طولانی و مراحل بهبود آن دشوار می باشد و در برخی موارد این بیماری لاعلاج است و درمان قطعی و مشخصی برای آن وجود ندارد . بیمار ناچار است برای یک دوره طولانی از عمرش و یا تا پایان عمر این بیماری را تحمل

کند و با عوارض ناشی از آن کنار بیاید و خود را با شرایط دشوار و ناگوار آنها سازگار کند و بپذیرد که دیگر هرگز نمی تواند از نظر جسمانی به وضعیت قبل از بیماری خود بازگردد.

### -سن

منظور از سن تعداد سالهای کاملی است که از زمان تولد فرد گذشته است یا سن عبارت است از فاصله زمانی بین تاریخ تولد فرد یا تاریخ پرسش است که بر حسب سالهای کامل سپری شده اندازه گیری می شود.

این متغیر به صورت مستقیم و با سوالی باز در پرسشنامه پرسیده شده است و در سطح سنجش فاصله ای اندازه گیری می شود.

### - جنسیت<sup>۵</sup>

«جنسیت به تفاوت های روان شناختی، اجتماعی و فرهنگی بین زنان و مردان مربوط می شود» (گیدنز، ۱۳۷۶: ۱۷۵). جنسیت در واقع چیزی است که در دنیای اجتماعی به عنوان مردانه و زنانه شناخته می شود.

در این پژوهش جنسیت به صورت سوال بسته دوگزینه ای و در سطح اسمی اندازه گیری می شود.

جنس: ۱-مرد  ۲-زن

### -وضعیت تاهل

**متاهل** : زنان یا مردانی که عقد ازدواج بسته اند، اعم از اینکه در هنگام سرشماری با همسر خود زندگی مشترک داشته یا نداشته باشند، دارای همسر محسوب می شوند.



**مجرد** : زنان یا مردانی که تا زمان سرشماری همسر اختیار نکرده اند، هرگز ازدواج نکرده شناخته می شود، زنان یا مردانیکه نامزد شده ولی هنوز عقد نکرده اند، در این گروه قرار می گیرند (سالنامه آماری، ۱۳۸۶: ۱۳).

در این پژوهش وضعیت تاهل فرد با یک سوال چهارگزینه ای مورد پرسش قرار گرفته است.

وضعیت تاهل: ۱- مجرد  ۲- متاهل  ۳- مطلقه  ۴- همسر فوت شده

### **-تحصیلات**

تحصیلات عبارت است از بالاترین مدرک تحصیلی اخذ شده که نشان دهنده سپری کردن دوره های علمی رسمی می باشد؛ اعم از اینکه در داخل کشور اخذ شده باشد یا خارج از کشور؛ اعم از اینکه این مدرک تحصیلی از موسسات آموزشی دولتی باشد یا غیر انتفاعی. که در پرسشنامه با این سوال از پاسخگو پرسیده شده است:

### **میزان تحصیلات پاسخگو:**

۱- بی سواد  ۲- پنجم ابتدایی  ۳- سیکل  ۴- دیپلم  ۵- فوق دیپلم  ۶- لیسانس

۷- فوق لیسانس و بالاتر

**شغل**: منظور از اشتغال، بیکار یا شاغل بودن شخص پاسخگو می باشد.

عنوان دقیق شغل افراد با سوال مستقیم پرسیده می شود؟

شغل ..... ؟

## ۱-۶) فرضیه ها

۱. سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان غیر ساکن از نظر عملکرد جسمانی تفاوت معناداری با هم دارند.
۲. سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان غیر ساکن از نظر محدودیت ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی تفاوت معناداری با هم دارند.
۳. سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان غیر ساکن از نظر محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی تفاوت معناداری با هم دارند.
۴. سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان غیر ساکن از نظر خستگی یا نشاط تفاوت معناداری با هم دارند.
۵. سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان غیر ساکن از نظر سلامت عاطفی تفاوت معناداری با هم دارند.
۶. سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان غیر ساکن از نظر عملکرد اجتماعی تفاوت معناداری با هم دارند.
۷. سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان غیر ساکن از نظر داشتن درد تفاوت معناداری با هم دارند.
۸. سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان غیر ساکن از نظر سلامت عمومی تفاوت معناداری با هم دارند.
۹. سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان غیر ساکن از نظر کیفیت زندگی تفاوت معناداری با هم دارند.



# فصل دوم

## مبانی نظری

## ۲-۱) سالمندی

امروزه همه مراحل، زندگی انسان با پیچیدگی های ویژه ای که دارد؛ شناخته شده است. کودکی<sup>۶</sup>، نوجوانی<sup>۷</sup>، جوانی<sup>۸</sup>، میانسالی<sup>۹</sup>، بزرگسالی<sup>۱۰</sup> و کهنسالی<sup>۱۱</sup> را که چون حلقه های بهم پیوسته یک زنجیر هستند، به نحو بارزی می شناسیم. البته در موارد کودکی و نوجوانی بیش از سایر مراحل شناخت داریم. اما درباره مراحل دیگر زندگی بویژه دوره پایانی آن دانش ما نه تنها نارسا و اندک است بلکه کمبود دانش از مرحله کهنسالی که از بی توجهی به آن سرچشمه می گیرد، موجب شده است که کهنسالی را غیر منصفانه، به پیش داوریهای ناپسند کشانده و از روشن شدن نیک و بد زندگی کهنسالان جلوگیری نماید. بعلاوه، این کمبود دانش از مرحله کهنسالی موجب می گردد که جوانان از رسیدن به خزان زندگی در هراس افتند و پیران در حسرت روزگار جوانی، لحظه های بر جای مانده را واقعی نهند. برخی از ناظران سالمندی را به عنوان بزرگترین منبع طبیعی که مورد غفلت واقع گردیده است توصیف می نمایند. رویدادها و تغییرات در ظاهر فیزیکی و نقشهای اشخاص سالمند اغلب باعث شده که اجتماع فراموش نماید سالمندان نسل جدایی از آنها نمی باشند.

سالمندی را بطور قراردادی مترادف با آغاز سن ۶۵ سالگی می دانند و یا به عبارتی دیگر سالمندان افرادی هستند که سن آنها ۶۰ سال و یا بالاتر است. پیری عبارت است از اضمحلال تدریجی در ساختمان و ارگانیک بدن که بر اثر دخالت عامل زمان پیش می آید و تغییراتی را در ساختمان و عمل اعضاء مختلف بدن بوجود می آورد که سفید شدن مو، چین و چروک پوست، ریزش مو، کاهش قدرت دید، نقصان شنوایی، خمیدگی، کندی در تحرک، کاهش قدرت عضلانی، اختلال و آشفتگی در حافظه و ادراک، اختلال در جهت یابی، کاهش ظرفیت و کارایی ریه ها و سیستم قلبی و عروقی از آن جمله اند (حلم سرشت، ۱۳۷۱).

- 
- 6 . Childhood
  - 7 . Adolescence
  - 8 . Young
  - 9 . Middle age
  - 10 . Adulthood
  - 11 . Aged

بطور کلی سالمندی پدیده ای است که بوسیله تغییرات بیولوژی، فیزیولوژی، بیوشیمی و آناتومی در سلولهای بدن ایجاد می شود. این تغییرات به مرور زمان بر عملکرد سلولها اثر می گذارد. پیری یک سرایشی ساده ای نیست که همه با یک شتاب آن را به پائین طی کنند؛ بلکه پلکانی است با نرده های بی نظم که برخی از آن با سرعتی بیش از دیگران به پائین می آیند (مجیدی، ۱۳۶۸). پیری معمولاً اصطلاحی است که به آخرین دوره زندگی اطلاق می شود. اما به دو دلیل عمده و محکم پیری را نمی توان درست و صحیح، معین و مشخص کرد زیرا:

۱. حادثه و جریان فعل و انفعال پیری، در میان افراد کاملاً متفاوت است. مثلاً یک شخص سالمند و سالخورده ممکن است جسمی قویتر و سالمتر از یک جوان، داشته باشد.
۲. در بعضی از جوامع ممکن است سن و سالی را پیر در نظر بگیرند که همان سن در جوامع دیگر، جوان، به حساب آید (عشقپور، ۱۳۷۰).

سن تقویمی افراد، شاخص معتبری برای عملکرد جسمی آنها نمی باشد، بلکه تغییرات مربوط به سن، در ارتباط با شیوه زندگی، عادات شخص و بیماری ها است (هربرت، رساموند<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۲: ۳۹). با توجه به این امر که سن تقویمی، شاخص معتبری برای عملکرد جسمی نمی باشد اما در عین حال ساده ترین راه برای تعریف پیری عبارت است از شمردن تعداد سالهایی که از بدو تولد طی شده است. آمارهای مربوط به پیران، ۶۵ سالگی را بطور قراردادی آغاز پیری، تعیین می کنند و در جامعه ما سن ۶۵-۶۰ سالگی آغاز پیری را مشخص می کند. زیرا با سن بازنشستگی مطابقت دارد. بنابراین ورود به دوره پیری را تا اندازه ای قانون معین می کند و با توجه به پراکندگی زیاد، سنینی که در دوره مرسوم به پیری یعنی (دوره ای که یک سوم زندگی ما را تشکیل می دهند) جای می گیرند به راحتی می توان دو گروه اشخاص مسن را تشخیص داد:

۱- پیران جوان<sup>۱۳</sup>

۲- پیران واقعی<sup>۱۴</sup> (میشارا، بریان<sup>۱۵</sup>، ۱۳۷۱)

---

12 . Herbert, Rosamund

13 . Young old

14 . Actual old

۳- فارل ( ۱۹۹۰ ) و برونر و سودارت ۱۹۹۸ برای سن تقسیم بندی انجام داده اند که عبارت است از:

۱- پیران جوان ۶۵-۷۴ ساله

۲- پیران میانسال<sup>۱۶</sup> ۷۵-۸۴ ساله

۳- پیران پیر<sup>۱۷</sup> ۸۵ ساله و بالاتر (برونر، لیلیان<sup>۱۸</sup>، ۱۹۹۸)

مجله پزشکی و جامعه ( ۱۳۷۱ ) تقسیم بندی سنی افراد سالمند را بصورت زیر بیان کرده است:

۱. مسن<sup>۱۹</sup> ۵۵-۶۴ ساله

۲. پیر<sup>۲۰</sup> ۶۵-۷۴ ساله

۳. کهنسال<sup>۲۱</sup> ۷۵-۸۴ ساله

۴. فرتوت<sup>۲۲</sup> ۸۵ و بالاتر (پزشکی و جامعه، ۱۳۷۱: ۱۷۴-۱۶۸).

اگر بخواهیم مفهومی از «پیری» در ذهن ایجاد نموده و تعریف کاملی از آن در دست داشته باشیم بایستی این پدیده را از ابعاد و جنبه های گوناگون مورد توجه قرار دهیم.

سالمندی از ابعاد و جهات مختلف اقتصادی، جمعیتی، سیاسی، بهداشتی، درمانی و... تحولاتی را پدید آورده است اما از بعد جامعه شناختی، رشد و گسترش پدیده سالخوردگی مسایل و موضوعاتی را برانگیخته است که مهمترین آنها دگرگونی پایگاه اجتماعی و بازنشستگی اجباری سالمندان است در حالیکه قسمت اصلی جریان جامعه شناختی تا اواخر دهه ۱۹۶۰ از قلمرو عام پیری اجتماعی غافل و نسبت به آن بی اعتنا بوده و کماکان فاقد یک تحلیل و استنتاج نظری منظم در باب مساله سالمندی است.

- 
- 15 . Mishara Brian
  - 16 . Middle old
  - 17 . Old old
  - 18 . Brunner, Lillian
  - 19 . Older
  - 20 . Elderly
  - 21 . Aged
  - 22 . Very old

اصطلاحاتی مانند کهنسال، سالمند، مسن، پیر و ... در مورد کسانی به کار می رود که ۶۰ سال یا بیشتر از سن آنها گذشته باشد. ولی به طور کلی پیری یک امر نسبی است. کورمارک می نویسد: سالمندی یک امر نسبی است و یک فرد صد ساله ممکن است نسبت به یک فرد ۶۵ سال سرحالتر و شادابتر باشد. نقش و موقعیت سالمندان از جامعه ای به جامعه دیگر تفاوت دارد. اما بعضی از مسائل سالمندان نظیر افزایش خطر مرگ با افزایش سن و وجود بیماریهای مزمن همواره و در همه جوامع مشترک می باشد.

استنهورپ و لنکاستر<sup>۲۳</sup> (۲۰۰۰) می نویسند: پیری بیشتر به صورت مجموعه ای از تغییرات که افراد با گذشت زمان اتفاق می افتد توصیف می شود (حسام زاده، ۱۳۸۲: ۴۰). پیری فرایندی است که برای همه افراد پیش می آید و از آن گریزی نیست. به همین جهت پیری را باید به عنوان یک پدیده زیست شناختی و اجتناب ناپذیر به شمار آورد.

تعریفی که از پدیده پیری توسط پروفیسور هانسون و سایر محققین در حال حاضر ارائه شده و بیشتر مورد قبول است چنین می باشد: پدیده پیری به دو صورت طبیعی و غیر طبیعی ظاهر می شود و متناسب با آن دو رشته علمی مجزا پیری شناسی و طب پیری ایجاد شده است. منظور از پیری طبیعی تغییرات ایجاد شده در ساختمان آناتومیک و اعمال فیزیولوژیک بدن در اثر گذشت زمان بدون ابتلا به بیماری می باشد. پیری مرضی عبارت است از افزایش ابتلا به بیماریها در طول زمان یا فرسودگی جسمی در اثر عوامل بیماری زا به مرور زمان (تاجور، ۱۳۸۲: ۱۴).

اسپرید سو وکرونین<sup>۲۴</sup> (۲۰۰۱) از قول رو وکاهن<sup>۲۵</sup> می نویسند: پیر شدن موفقیت آمیز با حفظ کیفیت زندگی بالا از سه جنبه، رهایی از بیماری فعال بودن در زندگی و مهارتهای جمعی و روانی تشکیل شده است. کیفیت زندگی بالا به این معنا است که افراد احساس بهتری داشته باشند و در کارهای روزانه بهتر عمل کرده و زندگی مستقلی داشته باشند (حسام زاده، ۱۳۸۳: ۳۰).

---

23 . Stanhope M. Lancaster J

24 . Spirduso W W. , Cornin D L

25 . Kane R A

در تحلیل تاریخی در مورد سالمندان دو تصویر متفاوت وجود دارد: یکی آنکه سالمندی را با ضعف نیروی جسمی و فکری و عدم کارایی اجتماعی و سرانجام مردن در تنهایی برابر می‌داند. و تصویر دیگر بر این است که سالمندی شامل خصوصیات چون احترام، عزت، افتخار، دوستی پایدار، مهربانی بین فرزندان و نوادگان، انتقال فرهنگ به نسلهای جدید و سرانجام در آرامش و اتمام زندگی پربار و ارزشمند است (تاجور، ۱۳۸۲: ۱۴).

## ۲-۲) جایگاه سالمندان در ایران

در گذشته های نه چندان دور در بین روستاییان و عشایر کشورمان، اگر سالمندی با عمر طولانی و در سلامت جسمی و روانی به سر می برده است به عنوان حلال مشکلات و گنجینه تجربیات و مطلع از امور کشاورزی، دامداری و حتی آگاه از تغییرات جوی و... مورد احترام و توجه خاص بوده است. به علاوه در جوامع سنتی ایران که دارای فرهنگ شفاهی می باشند برای انتقال فرهنگ به نسل های بعدی، نیازمند عامل ویژه ای هستند که مهمترین آنها، افراد سالمند و با تجربه است (سام آرام، ۱۳۷۸: ۲۸).

در ایران با توجه به اینکه نوع زندگی مردم در نقاط مختلف دستخوش تغییرات اعتقادی، قبیله ای و شرایط زیستی متفاوت بوده است، برخورد با سالمندان نیز متفاوت بوده است. سالمندان در جامعه روستایی و کشاورزی ایران تا آخرین لحظات عمر دارای ارزش و احترام بوده اند و به نسبت سابقه خانوادگی و نیروی ذهنی در موقعیت های مناسبی مثل کدخدا، سرآبیار، بزرگ فامیل، کارشناس یا ممیز زمین، آب و محصول آن قرار داشته است. البته این دلیل هم بوده که کمتر افرادی به سن پیری و کهنسالی می رسیدند. کم کم با رعایت بهداشت و افزایش طول عمر بر تعداد سالمندان افزوده شد و بنابراین تعداد کمی از آنها به کار مشغول شدند و پیران بیکار زیاد شدند اما می توان گفت همچنان با احترام با آنها رفتار می شده است. مشاهدات و مصاحبه های انجام شده در مناطق روستایی و عشایری ایران نشان می دهد که سالمند در جامعه روستایی و کشاورزی ایران تا آخرین لحظات عمر دارای ارزش و احترام بوده است، اما به مرور جامعه روستایی شده و عمر طولانی را برای افراد به ارمغان آورده است. تعداد سالمندان در روستا نسبت به تعداد موقعیت های مناسب و مورد نظر، افزایش یافته و در این شرایط تنها برخی از



موقعیت های مناسب و مورد نظر، افزایش یافته است. در گذشته های دور تحرکات مربوط به کوچ عشایر به صورت پیاده و بسیار سخت و طاقت فرسا بوده و تحمل آن برای سالمندان میسر نبوده و در نتیجه معمولاً هنگام کوچ سالمندان فرسوده را در ییلاق یا قشلاق باقی می گذاشتند که بسیاری از آنها به علت بی غذایی یا گرمای تابستان جان می دادند و یا چنانچه سالمند به همراه قبیله خود کوچ می کرد و در راه قادر به حرکت نبود، او را در غارهای بین راهی و یا در محلی که به همین منظور درست می کردند با مقداری آب و غذا باقی می گذاشتند و به کوچ خود ادامه می دادند (سام آرام، ۱۳۷۸: ۳۱۳).

## ۲-۳) نگرش اسلام به سالمندی

سالمندی، مصیبتی جانکاه نیست که به آن با دید منفی بنگریم و برایش متاسف باشیم. این دیدگاه که آدمی، پیری و سالمندی را تنها از دید ضعف قوا و انحطاط بدن یا ضعف دید و گوش و دیگر حواس مورد توجه قرار دهد، اشتباهی بس بزرگ است. ارزش سالمندی تا بدانجاست که رسول اکرم، سالمندان را مایه برکت، و وجود آنان را در میان خانواده و جمع، همانند پیامبر در میان امت به شمار آورده اند (نهج الفصاحه، ۱۳۲۴: ۳۱۸).

سالمندی مرحله ای از عمر، همراه با زیبایی هایی است که بیشتر افراد به دلیل نا آگاهی یا نداشتن زمینه مناسب، با نگرانی و تاسف با آن برخورد می کنند و به آن حساسیت نشان می دهند. سالمندی، دوران برداشت محصول زندگی است که آدمی حاصل تلاش و فعالیت سال های عمر دراز و طولانی خود را در پیش رو دارد.

اسلام به جامعه سالمندان با نظر احترام و تکریم می نگرد و با همه توجهی که به جوانان دارد، به سالمندان به شیوه ای رفتار می کند که افراد جامعه، وجود آنان را بی ارزش و بی مقدار نپندارند. حمایت از سالمندان، از اموری است که مورد توصیه اسلام و ارزش به شمار می آید. در اسلام سالمندی نشانه و نماد تجربه و دانایی است و پیران از مقام اجتماعی شگفت انگیزی برخوردارند، به ویژه از آن جهت که آنها گنجینه ای از دانشها، معلومات و اندیشه هابه شمار می روند. از این رو باید مورد دلجویی، محبت،

احترام قرار گیرند و شخصیت شان گرامی داشته شود. رسول خدا می فرماید: به پیران و بزرگان خود احترام کنید و بر کوچک تران خود رحمت و عنایت داشته باشید (نهج الفصاحه، ۱۷۸۳: ۳۴۲).

بررسی آیات و روایات مربوط به سالمند و سالمندی در اسلام نشان می دهد که سالمند از دو جهت عمده مورد توجه دین مبین اسلام بوده است:

۱. درون نظام خانوادگی

۲. درون نظام اجتماعی

ابتدا از درون نظام خانوادگی باید گفت که اسلام، ضمن حفظ روابط میان اعضای خانواده، برای فرزندان، نسبت به والدین وظایفی را در چارچوب وظایف مذهبی تعیین فرموده و برای تامین سالمند از جهت اقتصادی و حمایت های اجتماعی و روانی از طریق فرزندان او دستور العمل هایی بسیار مشخص ارائه داده است. برای مشخص شدن کیفیت بحث به قران کریم مراجعه می کنیم و از آیات قران کمک می گیریم. آیات قران از نیکی، توجه، کمک و مهربانی به پدر و مادر یاد کرده است و سفارش به تشکر از پدر و مادر بعد از تشکر از خداوند متعال را نیز مطرح کرده است. کیفیت بیان این مطلب در این آیات به شیوه ای بسیار مناسب و با روش بسیار موثر مطرح شده است به طوری که تنها نصیحت کردن به فرزندان در مورد والدین مطرح نیست، بلکه سفارشات است که همراه با سایر موارد مطرح می شود و انسان را در برابر آزمونهای مختلف قرار می دهد و همراه آنها موضوع والدین را مطرح می کند. از منابع مختلف چنین بر می آید که در فرهنگ اسلامی، سفارشات مثبت در جهت امر به معروف و تذکرات پیشگیرانه در جهت نهی از منکر در بسیاری از موارد همراه با سفارش به حمایت، مهربانی، کمک و محبت به والدین آمده است، شاید بتوان گفت اهمیت توجه به پدر و مادر (والدین سالمند) در سفارشات اسلامی به حدی است که همراه هر سفارش به این موضوع هم تاکید می کند.

## ۲-۴) طرح بین المللی اقدام در مورد سالمندان

طرح بین المللی اقدام در مورد سالمندان اولین سند بین المللی در مورد سالمندان است که هدایت گر اندیشه و تدوین سیاست ها و برنامه ها در مورد ایشان به شمار می رود. این سند که در سال ۱۹۸۲ مورد

موافقت مجمع عمومی سازمان ملل متحد (قطعنامه ۵۱/۳۷) قرار گرفت؛ پیشتر در همان سال در مجمع جهانی برای سالمندان در شهر وین اتریش پذیرفته شد. به احترام شهر مجمع، این سند را "طرح وین" می خوانند، اما به تازگی برای تاکید بر مرتبط بودن این طرح با همه منطقه های جهان، از آن به عنوان «طرح بین المللی» یاد می شود. هدف طرح، تقویت توانایی های حکومت ها و جامعه مدنی برای رسیدگی موثر به جمعیت های مسن و توجه به نیروی کمال یافته و نیازهای وابستگی سالمندان می باشد «طرح بین المللی»، همکاری بین المللی و منطقه ای را ترویج می کند. این طرح شامل ۶۲ توصیه برای اقدام در زمینه های پژوهش، جمع آوری و تحلیل داده ها، کارآموزی و آموزش و نیز حوزه های بخشی زیر است:

- بهداشت و تغذیه
- حمایت از مصرف کنندگان سالمند
- مسکن و محیط زیست
- خانواده
- رفاه اجتماعی
- اشتغال و تامین درآمد
- آموزش

این طرح بخشی از چارچوب معیارها و راهبردهای بین المللی است که جامعه جهانی در دهه های اخیر پرورده است. از این رو آن را باید در رابطه با معیارها و رهاوردهای مورد توافق در عرصه های حقوق بشر، پیشرفت زنان و خانواده ها، جمعیت، جوانان، اشخاص ناتوان، توسعه پایدار، رفاه بهداشت، مسکن، اشتغال، تامین درآمد و آموزش مورد ملاحظه قرار داد.

## ۲-۵) توصیه های طرح در مورد سالمند و خانواده

۱- خانواده صرف نظر از شکل یا سازمان آن واحد بنیادی جامعه شناخته شده است. با افزایش طول عمر، پیدایی خانواده های ۴ و ۵ نسلی به پدیده ای عادی در سراسر جهان تبدیل شده است. اما دگرگونی در موقعیت زنان موجب شده تا نقش سنتی زنان به مراقبت کنندگان از اعضای سالمند

کاهش یابد. ضرورت دارد که خانواده به طور کلی از جمله عضو مرد آن، مسئولیت کمک در خانواده و به وسیله خانواده را برعهده گیرند و در آن سهیم شوند. زنان برای دوره های طولانی تر وارد مجموعه ی نیروی کار می شوند و در آن باقی می مانند. بسیاری از آنان که وظایف پرورش کودکان خود را به انجام رسانده اند میان تمایل و نیاز به کار و کسب درآمد و قبول مسئولیت مراقبت از پدر و مادر سالمند یا پدر بزرگ و مادر بزرگ دچار مشکل می شوند.

۲- از آنجا که خانواده واحد بنیادین جامعه شناخته می شود، تلاش ها باید در جهت حمایت، پشتیبانی و تحکیم آن، همگام با نظام ارزش های فرهنگی در جامعه و در پاسخ به نیازهای اعضای سالمند آن صورت پذیرد. حکومت ها باید سیاست های اجتماعی تشویق کننده حفظ همبستگی خانوادگی میان نسل ها را با مشارکت همه اعضای خانواده در پیش گیرند. همچنین باید بر نقش و مشارکت سازمانهای غیر دولتی در کلیه سطوح در تحکیم خانواده به عنوان یک واحد تاکید کرد.

۳- حمایت مناسب از سوی جامعه گسترده تر، که در زمان و جای مورد نیاز در دسترس باشند می تواند در تمایل و توانایی خانواده ها در ادامه مراقبت از سالمندان، تمایز مهمی را بوجود آورد. در برنامه ریزی و ارائه خدمات، باید نسبت به لزوم مراقبت ها توجه کامل داشت.

۴- شواهد فراوانی در مورد ارزش و احترام به سالمندان در کشور های در حال توسعه وجود دارد. اما گرایش ها نسبت به صنعتی شدن و شهر نشینی روزافزون در خانواده دستخوش دگرگونی ژرفی است. در سرتاسر جهان، مسئولیت همه جانبه خانواده در تامین مراقبت سنتی و پشتیبانی از نیازهای سالمندان، در حال بی رنگ شدن است.

۵- راههای تضمین تداوم نقش حیاتی خانواده و شان، جایگاه و ایمنی سالمندان با در نظر گرفتن کلیه روندهای داخلی بین المللی موثر بر وضعیت تامین آنان، موضوع هایی هستند که به ملاحظه دقیق و اقدام حکومت ها و سازمانهای غیر حکومتی نیاز دارد. با تشخیص تعداد بیشتر زنان سالمند و شمار نسبتا بیشتر زنان بیوه در سرتاسر جهان باید در مورد نیازها و نقش این گروه توجه ویژه ای مبذول داشت.

۶- از حکومت ها مصرانه درخواست می شود که در برنامه ریزی و توسعه، رهیافت خانواده یکپارچه و مبتنی بر سن را بپذیرد که به معنی شناخت نیازها و خصوصیات ویژه سالمندان و خانواده های آنان است. سالمندان باید در کنار دیگران در روندهای تصمیم گیری حکومتی و غیر از آن، از جمله در حوزه های سیاسی، اجتماعی، فرهنگی، آموزشی و تربیتی شرکت داد و کودکان را باید به حمایت از پدران و مادران شان تشویق کرد.

۷- ارگانهای حکومتی و غیرحکومتی را باید در جهت ارائه خدمات اجتماعی برای حمایت از خانواده، آن زمان که سالمند در خانه است و انجام اقداماتی به ویژه برای خانواده های کم درآمد که خواستار نگهداری سالمندان در خانه هستند، تشویق کرد.

## ۲-۶) اصول ملل متحد برای سالمندان

مجمع عمومی ملل متحد، اصول ملل متحد برای سالمندان را در ۱۶ دسامبر ۱۹۹۱، تصویب کرد. حکومت ها تشویق شدند تا این اصول را در هر زمان ممکن در برنامه های خود بگنجانند. برخی نکته های برجسته این اصول عبارتند از:

### استقلال :

### سالمند باید؟

- به خوراک، آب، سرپناه، پوشاک و مراقبت بهداشتی کافی از راه تامین درآمد، حمایت از خانواده و اجتماع و خود یاری دسترسی داشته باشد.
- برای کار کردن یا دسترسی به دیگر فرصت های درآمد زا مجال داشته باشد.
- بتواند در تعیین زمان و شیوه ترک کار، مشارکت داشته باشد.
- به برنامه های مناسب کارآموزی و آموزشی دسترسی داشته باشد.
- بتواند در فضاهایی زندگی کنند که ایمن بوده و با ترجیحات شخصی و توانایی های در حال تغییر، سازگاری داشته باشند.

- بتوانند تا هر زمان که امکان داشته باشد در منزل اقامت داشته باشد.

## مشارکت

سالمندان باید؛

- ❖ به صورتی ادغام شده در جامعه بمانند، به گونه ای فعال در تدوین و اجرای سیاست های بهزیستی و راحتی آنان به طور مستقیم تحت تاثیر قرار می دهد، مشارکت نمایند و دانش و مهارتهای خود را در اختیار نسل های جوانتر قرار دهند.
- ❖ بتوانند برای خدمت به اجتماع و خدمت داوطلبانه در موقعیت های متناسب با علائق و قابلیت های خود، فرصت هایی را جستجو کنند و توسعه دهند.
- ❖ بتوانند جنبش ها یا انجمن های سالمندان را تشکیل دهند.

## مراقبت

سالمند باید:

- ② طبق نظام ارزش های فرهنگی جامعه از مراقبت و حمایت از خانواده و اجتماع بهره مند شوند.
- ② برای کمک به خود در حفظ ارزشها یا بازیابی سطح بهینه بدنی، ذهنی و عاطفی و پیشگیری یا به تعویق انداختن شروع بیماری، به مراقبت بهداشتی دسترسی داشته باشد.
- ② برای افزایش استقلال شخصی، حمایت و مراقبت، به خدمات اجتماعی و حقوقی دسترسی داشته باشد.
- ② بتوانند از سطوح مناسب مراقبت به وسیله مراکز حمایتی، توانبخشی و ایجاد انگیزش های اجتماعی و روانی در یک فضای انسانی و امن، بهره مند گردند.

2) بتوانند به هنگام اقامت در سرپناهی و با هر امکان مراقبتی و درمانی، از حقوق بشر و آزادی های اساسی، شامل احترام کامل به شان، اعتقادات، نیازها و زندگی خصوصی، حق اتخاذ تصمیمات در مورد مراقبت های بهداشتی و کیفیت زندگی خود برخوردار باشند.

## خودسازی

سالمندان باید؛

✚ بتوانند در پی فرصتهایی برای توسعه کامل توانمندیهای بالقوه خود باشند.  
✚ به امکانات و منابع آموزشی، فرهنگی، معنوی و تفریحی جامعه دسترسی داشته باشند.

## شان

سالمندان باید؛

🚩 بتوانند با سربلندی و امنیت زندگی کنند و از بهره کشی و سوء استفاده بدنی یا ذهنی در امان باشند.  
🚩 بدون در نظر گرفتن سن، جنس، پیشینه نژادی یا قومی، ناتوانی قومی، ناتوانی یا دیگر وضعیت ها برخوردار باشند و جدا از میزان مشارکت اقتصادی خود ارزش گذاری شوند.

## ۲-۷) رویکرد مبتنی بر سالمندی پویا

اگر قرار است سالمندی یک رویداد مثبت باشد زندگی طولانی تر باید همراه با فرصتهای همیشگی برای سلامت و مشارکت و امنیت باشد. سازمان بهداشت جهانی اصطلاح سالمندی پویا را برای بیان فرایند دستیابی به این رویداد برگزیده است. اما سالمندی پویا چیست؟ سالمندی پویا فرایند بهینه سازی فرصتها برای سلامتی مشارکت و امنیت به منظور افزایش کیفیت زندگی افراد رو به سالمندی است.

مفهوم سالمندی پویا هم برای افراد و هم برای گروه‌های جمعیتی اعمال می‌شود. این مفهوم به مردم فرصت می‌دهد تا به نیرو و استعداد بالقوه خود برای داشتن سلامت جسمی، اجتماعی، روانی در طول دوره زندگی پی ببرند و در جامعه طبق نیازها، تمایلات و ظرفیتهای خودشان مشارکت کنند، ضمن اینکه برای آنها حفاظت امنیت و مراقبت مکفی در زمان نیاز آنها فراهم گردد. هدف سالمندی پویا، افزایش طول عمر توأم با سلامتی و ارتقا کیفیت آن برای تمام مردم از جمله افراد ضعیف ناتوان و آنهایی که نیازمند مراقبت مستمر می‌باشند.

سلامتی یعنی تندرستی جسمانی، روانی و اجتماعی؛ آنچنان که در تعریف سازمان بهداشت جهانی آمده است. بنابراین در چارچوب سالمندی پویا، سیاست‌گذارها و برنامه‌ریزی‌هایی که سلامت روانی و روابط اجتماعی را ارتقا می‌بخشد از همان اهمیتی برخوردار است که بهبود سلامت جسمانی را باعث می‌شود. حفظ استقلال و عدم وابستگی با سالمند شدن فرد، یک هدف کلیدی هم برای خود فرد و هم برای سیاست‌گذاران است. علاوه بر این سالمندی در بستر یا زمینه اجتماعی رخ می‌دهد: دوستان همکاران، همسایگان، و اعضای خانواده. به همین دلیل است که وابستگی به یکدیگر و اتحاد بین نسلی از جمله پایه‌های سالمندی پویاست. کودکان دیروز، بزرگسالان امروز و پدر بزرگ و مادر بزرگان فردا اند. کیفیت زندگی آنها به عنوان پدر بزرگ یا مادر بزرگ به مخاطره‌ها و واقعیهایی است که در طول زندگی خود با آنها مواجهه شده‌اند؛ و نیز به روشی که نسل بعدی برای کمک و حمایت دو جانبه در زمان نیاز فراهم آورده‌اند، بستگی دارد. اصطلاح سالمندی پویا در اواخر دهه ۱۹۹۰ توسط سازمان بهداشت جهانی ابداع و به کار گرفته شد. این اصطلاح برای بیان و القای مفهومی اختصاصی‌تر از سالمندی سالم و نیز برای شناخت عواملی علاوه بر مراقبتهای بهداشتی که بر چگونگی افراد و جوامع اثر می‌گذارد، به کار گرفته می‌شود.

رویکرد مبتنی بر سالمندی پویا بر شناخت حقوق انسانی افراد سالمند و اصول ملل متحد در مورد استقلال، مشارکت، احترام، مراقبت و رضایتمندی فردی مبتنی است. این رویکرد برنامه‌های راهبردی از



رویکرد نیازمدار به رویکرد حق مدار سوق داده می شود که حقوق افراد را همچنان که به سوی سالمندی پیش می روند، در داشتن فرصتها و موقعیت هایی برابر و یکسان، در نظر می گیرد.

چنین رویکردی از برخورد مسئولانه سالمندان در مشارکتشان برای فرایندهای سیاسی و دیگر جنبه های زندگی اجتماعی حمایت می کند.

## ۲-۷-۱) مولفه های سالمندی پویا :

### مولفه های رفتاری:

اتخاذ سبک زندگی سالم و شرکت فعالانه در مراقبت از خود در تمامی مراحل روند زندگی مهم است. یکی از باورهای نادرست در مورد سالمندان این است که دیگر برای انتخاب چنین شیوه هایی از زندگی در سالهای پایانی عمر خیلی دیر می باشد. بر عکس داشتن فعالیتهای ورزشی مناسب، تغذیه سالم، عدم استفاده از دخانیات و مصرف عقلاانه داروها و... در سنین بالا می تواند از بیماریها و تحلیل کارایی فرد پیشگیری نموده، سبب افزایش طول عمر و ارتقاء کیفیت زندگی گردد.

### مولفه های شخصیتی:

ژنتیک و بیولوژی فاکتورهای روانشناختی از مولفه های مربوط به شخصیت می باشد. اگر چه ژنها می توانند در ایجاد بیماریها دخیل باشند، اما در مورد بسیاری از بیماری ها، عوامل خارجی و محیطی بیش از عوامل ژنتیکی و دورنی، علت اصلی محسوب می شوند. فاکتورهای روانشناختی چون هوش و ظرفیت درک (مثلا توانایی حل مشکلات و سازش با تغییرات و محرومیتها) پیش بینی کننده هایی قوی در حال پیر شدن فعال و طول عمر می باشند.

در طول پیر شدن نرمال برخی از ظرفیتهای شناختی از جمله سرعت یادگیری و حافظه به طور طبیعی با افزایش سن کاهش می یابد. اما این نقایص را می توان با کسب عقل دانش و تجربه جبران کرد. اغلب اوقات، نقصان در عملکرد شناختی بیشتر با عواملی چون استفاده نادرست ( نداشتن تمرین) بیماری (نظیر افسردگی) عوامل رفتاری (از جمله استفاده از الکل یا داروها)، عوامل روانشناختی (چون بی انگیزگی، کم

توقعی وعدم اعتماد به نفس)، عوامل اجتماعی (مثل تنهایی و گوشه گیری) شروع به تظاهر می نمایند تا به عامل پیری به تنهایی.

### **مؤلفه های اقتصادی:**

سه جنبه از عوامل اقتصادی به خصوص دارای بیشترین تاثیر در سالمندی پویا می باشد: در آمد، تامین اجتماعی و شغل.

### **مؤلفه های اجتماعی:**

تامین اجتماعی، امکان تحصیل و یادگیری در طول عمر، آرامش، محافظت در برابر خشونت و سوء رفتار، عوامل کلیدی در محیط جامعه هستند که همگان با افزایش سن افراد، سبب ارتقاء سطح سلامت، مشارکت و امنیت خواهند شد.

تنهایی و گوشه گیری، بی سوادی و نداشتن تحصیلات، سوء رفتار و مواجهه بودن با شرایط بحرانی، خطر بروز ناتوانایی و مرگ زودرس را در افراد سالمند به میزان زیادی افزایش می دهد. قطع ارتباط و مناسبات شخصی، تنهایی و انزوا و تعاملات همراه با اختلاف و نزاع، منابع عمده استرس هستند در حالیکه که ارتباط اجتماعی حمایت کننده و روابط صمیمی از منابع حیاتی تقویت عاطفی و احساسی به شمار می روند (توکلی قوچانی و آرمان، ۱۳۸۲، ۴۹).

### **بهداشت و خدمات اجتماعی:**

برای ارتقاء سالمندی پویا، سیستمهای بهداشتی می بایست دیدگاهی مبتنی بر سیر و روند زندگی اتخاذ نمایند. به طوریکه این نگرش، بر ارتقاء سلامتی، پیشگیری از بیماریها و امکان دستیابی به خدمات بهداشتی اولیه و مراقبتهای دراز مدت تمرکز داشته باشند.

## محیط فیزیکی:

محیط فیزیکی مناسب و سازگار با سن می توانند بین استقلال و وابستگی در مورد تمامی افراد تفاوت ایجاد نمایند. اما برای افراد در حال پیر شدن، از اهمیت ویژه برخوردار هستند در شهرها و روستاها خدمات حمل و نقل عمومی قابل دسترس کم هزینه مورد نیاز می باشد به طوریکه که افراد در تمامی سنین به شکلی تمام و کمال در زندگی خانوادگی و اجتماعی شرکت جویند.

## مولفه های زمینه ای: فرهنگ و جنسیت:

فرهنگ یک مولفه زیر بنایی موجود در چارچوب، برای درک سالمندی پویا است. فرهنگ که همه افراد وجوامع را احاطه می کند و نحوه پیر شدن ما را شکل می دهد چرا که بر تمامی مولفه های دیگر در سالمندی پویا موثر است. جنسیت به مانند ذره بینی است که صلاحیت و تناسب سیاستگذاری های گوناگون را محک زده و مشخص می کند که چگونه این خط مشی ها بر بهزیستی مردان و زنان موثر است ( توکلی قوچانی و آرمات، ۱۳۸۲: ۳۷).

## ۸-۲) تاریخچه مطالعات کیفیت زندگی<sup>۲۶</sup>

علاقه مندی به بررسی عوامل موثر بر رضایت و رفاه، پیشینه ای طولانی در تاریخ زندگی بشر دارد. این که چگونه باید و می توان زیست که بهترین کیفیت را از زندگی کسب کرد، شاید به قدمت قابلیت آدمی برای اندیشه در مورد آینده و عبرت گرفتن از گذشته باشد. منشا ظهور کیفیت زندگی به فیلسوف یونانی «ارسطو» بر می گردد. ارسطو اظهار داشت: شادی از نعمت های خداوندی است که از فعالیت های شرافتمندانه و با ارزش فرد ناشی می شود و انسان را به سمت زندگی خوب هدایت می کند. پس از ارسطو صاحب نظران اسلامی صدر اسلام تا عصر حاضر و همچنین برخی از صاحب نظران فلسفی و جامعه شناختی کشورهای غربی هر یک به نوعی کیفیت زندگی در بین مردم پرداخته اند. اما در سال ۱۹۲۰ برای اولین بار واژه کیفیت زندگی به عنوان یک مفهوم علمی خاص توسط پیگو<sup>۲۷</sup> در حوزه اقتصاد

---

26 . Quality of Life

27 . pigou

و رفاه بیان شد. بیان پیگو در مورد حمایت های دولت از طبقه پایین اجتماع و تاثیر آن بر زندگی افراد و سرمایه ملی بوده است. به علت بروز واکنش هایی نسبت به نوشته های پیگو و نیز بروز جنگ جهانی دوم، مفهوم کیفیت زندگی برای مدتی به دست فراموشی سپرده شد. پس از پایان جنگ و به دنبال تغییر و بسط تعریف سلامت توسط سازمان بهداشت جهانی و از طرفی به دلیل نابرابری های اجتماعی موجود در جوامع غربی آن زمان، بار دیگر توجه به کیفیت زندگی جلب شد (حیدری ۱۳۹۰: ۱۴ به نقل از کینگ، ۱۹۹۸: ۵).

در سال ۱۹۸۵ در شمال غرب انگلستان برای اولین بار تحقیقات کیفیت زندگی انجام شد. محور اصلی این مطالعات محدود به بیماری های روانی مزمن بود و از آن به عنوان شاخصی در جهت ارزیابی سلامت روانی استفاده می شد. امروزه از این مفهوم در اندازه گیری کارایی درمان ها، داروها، جراحی ها و بررسی شاخص های سلامت استفاده می گردد.

کیفیت زندگی در چند دهه اخیر به مفهوم مهمی در تحقیقات علوم اجتماعی، روان شناسی، اقتصاد، علوم طبیعی، جغرافیا و پزشکی تبدیل شده است؛ با وجود این، توافق اندکی بر سر تعریف این مفهوم وجود دارد. مرور انتقادی و جامع راپلی<sup>۲۸</sup> (۲۰۰۵) بر تعاریف کیفیت زندگی حاکی از این است که معدودی از تعاریف کیفیت زندگی مورد تایید وسیع، نه اجماع، قرار گرفته اند. تمامی این تعاریف اشاره دارند که کیفیت زندگی نوعی ادراک روانشناختی فردی از ابعاد مختلف واقعی های مادی جهان بیرونی است.

از دیدگاه تاریخی شاید بتوان گفت ابتدایی ترین مرجع تعریف کیفیت زندگی به نوشته های ارسطو بر می گردد که ذکر نمونه "کیفیت زندگی نه تنها مفهومی است که برای افراد معنای متفاوتی دارد بلکه در یک فرد از یک وضعیت به وضعیت دیگر متفاوت می باشد (احمدی، ۱۳۸۰: ۲۴).

بحث کیفیت زندگی به تازگی در ادبیات توسعه پایدار، برنامه ریزی اجتماعی، مباحث اقتصادی نوین مطرح شده و جایگاه ویژه ای یافته است و دولتها در سطح ملی و محلی و نیز موسسات متعددی بر روی آن سنجش و شاخص سازی نموده اند (احمدی، ۱۳۸۰: ۱۶).

در مجموع کیفیت زندگی را می توان در قالب مفهومی پیچیده و چند بعدی شناخت که تحت تاثیر مولفه هایی چون زمان و مکان، ارزش های فردی و اجتماعی قرار دارد. از این رو معناهای گوناگونی بای افراد و گروههای مختلف بر آن مترتب است. برخی آن را به عنوان قابلیت زیست پذیری یک ناحیه، برخی دیگر به عنوان اندازه ای برای میزا جذابیت و برخی به عنوان رفاه عمومی، بهزیستی اجتماعی، شادکامی و رضایت مندی و مواردی از این دست تعبیر کرده اند (کوکبی، ۱۳۸۶: ۸۶)

## ۲-۹) تعریف 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 در برگیرنده تفاوت های آن است که برای هر فرد بوده و با دیگران متفاوت است.

سطح زندگی در افکار عمومی کاربرد علمی آن به رفاه مادی دلالت می کند. (سطح زندگی معمولاً بر حسب کالاها و خدمات مصرف شده، از جمله اوقات فراغت، تعیین می شود. یکسان نبودن میزان مصرف خانوارها بستگی به تعداد افراد یا بعد خانوار دارد (مریدی و نوروزی، ۱۳۷۲: ۴۳۳). سطح زندگی حداقل نیازهای ضروری و لوازم تجملی زندگی است که یک شخص یا دسته ای از اشخاص با آنها خو گرفته اند. در سال ۱۹۵۴ در گزارشی از سازمان ملل، در مورد تعریف و سنجش «معیارها» و «سطوح زندگی» اجازی ممکن سطح زندگی برای مقایسه بین المللی مورد توجه قرار گرفت که این اجزا شامل شاخص های زیر می شدند:

- سلامت
- مواد غذایی و تغذیه
- آموزش (باسوادی و مهارتها)
- شرایط کار
- وضعیت اشتغال
- پس انداز و مصرف کلی

- حمل و نقل
- مسکن و وسایل خانگی
- پوشاک
- تفریح و سرگرمی
- امنیت اجتماعی
- آزادی انسانی (زاکس، ۱۳۷۷: ۲۱۵).

بدیهی است، معیارها و ملاکهای تعیین سطح زندگی بر حسب نوع جامعه، ارزش های فردی و اجتماعی و سطح رفاه اجتماعی از جامعه ای به جامعه دیگر متفاوت است.

کیفیت زندگی مجموعی از حالات عاطفی و شناختی افراد در برابر وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی خود است (Schwartz CE, Andresen 2007: 529). طی چند دهه اخیر کیفیت زندگی به عنوان معیار مهم سلامت شناخته شده است. به نحوی که این باور را ایجاد نموده است که نتایج خدمات سلامت نه تنها باید موجب افزایش امید به زندگی شود، بلکه باید موجب ارتقا کیفیت زندگی گردد. (Katschnig H. 2006:13)

بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی درکی است که فرد از موقعیت زندگی خود در بافت فرهنگی و سیستم ارزشی که در آن زندگی می کند، به دست می آورد. (WHO 1994) علاوه بر این «کیفیت زندگی وابسته به سلامت» یک مفهوم جامع از وضعیت جسمی، عاطفی، رفاه، سطح استقلال، ارتباطات اجتماعی و ارتباط آنها با وجوه برجسته محیطی می باشد (WHOQOL Group 1995:41).

کیفیت زندگی در حقیقت هدف آرمانی مراقبتهای بهداشتی است و میزان تأثیر سلامتی بر زندگی فرد را ارزیابی می نماید. بر این اساس کی خدمت بهداشتی، تنها زمانی مطلوب و شایسته است که کیفیت زندگی را به همراه کمیت زندگی در فرد تحت مراقبت، افزایش دهد

گروهی از مطالعات نشان داده اند که افراد جوان و افراد سالمند وجوه متفاوتی از زندگی را برای ارزیابی کیفیت زندگی خود مهم می دانند. افراد جوان بیشتر به ارتباط، شادی، کار و درآمد اهمیت می دهند، در مقابل سالمندان بیشتر به وضعیت سلامت خود اهمیت می دهند (Bowling A1995:165). بر این اساس اولوی تهای افراد در طول زندگی ثابت باقی نمی ماند و افراد در طول زندگی خود کیفیت زندگی خود را متفاوت ارزیابی می نمایند.

محققان کیفیت زندگی، ابتدا گروههایی از مردم مانند سالخورده و بیماران را به عنوان جمعیت های هدف برای مطالعه کیفیت زندگی برگزیدند. اما در حال حاضر گستره شمول این مفهوم به حوزه هایی فراتر از افراد مذکور کشیده شده است و کلیه شهروندان یک جامعه را در بر می گیرد. در مجموع در معنای کیفیت زندگی توافق وجود ندارد. اما اصطلاح کیفیت زندگی در بخش های متعدد مثل سیاست، اقتصاد، مذهب و... استفاده می شود که در ذیل با ارائه تعاریف گوناگون قصد داریم که به ابعاد مختلف آن بپردازیم.

چارلوک<sup>۲۹</sup> (۲۰۰۴) کیفیت زندگی را همان بهزیستی<sup>۳۰</sup> توصیف کرده است و کارسون<sup>۳۱</sup> (۲۰۰۰) آن را مترادف با رفاه **welfare** تلقی میکند؛ برخی هم اعتقاد دارند که مفهوم کیفیت زندگی با میزان سلامت افراد مرتبط است.

تستا و سیمونسون<sup>۳۲</sup> (۱۹۹۶) کیفیت زندگی را ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی می دانند که محدود به تجارب، اعتقادات، انتظارات و ادراک بیمار است. کالمن (۱۹۸۴) می گوید: کیفیت زندگی شامل امیدها و ارزوها است که از تجارب فرد نشات می گیرد (کالمن، ۱۹۸۴: ۲۴). فرانس و پاورس (۱۹۸۵) می نویسند کیفیت زندگی ؛ ادراک فرد از رفاه است که به نظر می رسد از رضایت یا عدم رضایت در حیطه های عمده ی زندگی ناشی می شود.

---

29 . Schakoack

30 .wellbing

31 .carlson

32 .Testa & simpson

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۲) در برداشت های خود از کیفیت زندگی اعلام می کند: کیفیت زندگی شامل ادراک فرد از وضعیت های زندگی در رابطه با فرهنگ و ارزش های زندگی و در رابطه با توقعات، اهداف و استانداردها و علائق آنهاست. در ابعاد گسترده تر کیفیت زندگی در ترکیب با بهداشت روانی افراد، وضعیت روان، سطوح وابستگی های اجتماعی، اعتقادات شخصی و وابستگی های متفاوت محیطی است.

زان<sup>۳۳</sup> (۱۹۹۲) کیفیت زندگی را درجه رضایت در تجارب زندگی فرد جستجو می کند او می گوید زندگی شامل رضایت در زندگی، تصور از خود، سلامت و عملکرد فاکتورهای اجتماعی و مسائل اقتصادی است. به عقیده وی کیفیت زندگی یک مفهوم چندبعدی می باشد که شاخص ها و معرف های مختلفی دارد. ابعاد کیفیت زندگی از نظر زان عبارتند از: رضایت از زندگی به طور کلی، تصور از خود، فاکتورهای بهداشتی و فردی، عوامل اقتصادی، اجتماعی، محیطی و همچنین داشتن احساس خوب مدل کیفیت زندگی او، تحت تاثیر زمینه های شخصی، سلامت، فرهنگی و محیط و سن می باشد. مفهوم درک شده از کیفیت زندگی در اثر متقابل بین شخص و محیط وی ایجاد می شود (آقا مولایی، ۱۳۸۴).

در برخی بررسی ها، مفاهیم وضعیت سلامتی و وضعیت کارکردی به جای کیفیت زندگی مورد استفاده قرار گرفته است که موجب سردرگمی و کاهش اهمیت یافته های تحقیق می گردد.

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۸) کیفیت زندگی، تلقی هر فرد از زندگی اش است با توجه به سیستم فرهنگی و ارزشی که در آن زندگی می کند و ارتباط این طرز تلقی با اهداف، انتظارات، ارزشها و اولویتهای مورد نظر وی که سلامت بدنی، وضعیت روانشناختی، میزان استقلال، روابط اجتماعی و باورهای فردی و رابطه شان را با خصوصیات بارز محیط را یکپارچه می سازد. کیفیت زندگی به یک ارزیابی ذهنی اشاره می کند که در یک زمینه فرهنگی، اجتماعی، زیست محیطی گنجانده شده است. نارکوهر (۱۹۹۵) می گوید کیفیت زندگی، یک مفهوم سخت و غیر قابل پیش بینی است؛ به دلیل اینکه مردم مختلف به چیزهای متفاوتی اهمیت می دهند.



از طرفی ونتگوت، آدرسن و مریک<sup>۳۴</sup> (۲۰۰۳) کیفیت زندگی را حس بودن فرد تعریف می کنند که ابعادی از جمله ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی و روحی فرد را شامل می شود. فرل<sup>۳۵</sup> (۱۹۹۷) کیفیت زندگی را در چهار بعد خوب بودن جسمانی، خوب بودن روانی، استرس عاطفی و خوب بودن اجتماعی تعریف می کند (هزار جریبی، ۲۴۷:۱۳۹۱). بدین ترتیب کیفیت زندگی به عنوان «رابطه بین ادراکات فردی و احساسات مردم با تجربه های آنها در درون فضایی که در آن زندگی می کنند»، در نظر گرفته می شود.

## ۲-۱۰) قلمرو های کیفیت زندگی

افزون بر مساله تعریف کیفیت زندگی، بحث های زیادی درباره قلمروهای مورد استفاده در مطالعه کیفیت زندگی وجود دارد. اسمیت (۱۹۷۳) شش قلمرو اصلی را که به طور گسترده ای در مطالعات کیفیت زندگی در کشورهای مختلف مورد استفاده قرار گرفته اند، شناسایی کرد:

۱. درآمد، ثروت و کار؛

۲. محیط؛

۳. سلامت؛

۴. آموزش؛

۵. مشارکت؛

۶. ناهنجاری های اجتماعی نظیر جرم و جنایت.

کامینز<sup>۳۶</sup> در تعریف خود از کیفیت زندگی، که هر دو بعد عینی و ذهنی را در نظر گرفته است بیان می دارد که از هفت قلمرو مهم شامل «بهبودی مادی، سلامت، بهره وری، تعلق، امنیت، اجتماع محلی و بهبودی عاطفی» می توان برای محاسبه شاخص ترکیبی کیفیت زندگی استفاده کرد.

---

34 .Ventegodt ، Adersen and Merick

35 .Ferell

36 .Cummins

هاگرتی<sup>۳۷</sup> و همکاران (۲۰۰۱) اظهار داشتند که هفت قلمرو شامل روابط با خانواده، بهزیستی عاطفی، بهزیستی مادی، سلامت، کار و فعالیت مولد، احساس تعلق به اجتماع و امنیت فردی می توانند فضای کیفیت زندگی را به خوبی پوشش دهند.

فلان گان<sup>۳۸</sup> معتقد است که اعضای یک جامعه از این نظر که کیفیت زندگی تا چه حد بر آنها تاثیر می گذارد، متفاوت هستند. این اختلاف نظر در میان گروههای سنی و جنسی قابل مشاهده است، چون افراد از این نظر که کدام بعد در زندگی آنها از اهمیت بیشتری برخوردار است متفاوت هستند. وی پنج حیطه را در گروهبندی کیفیت زندگی مطرح می کند که عبارت اند از :

۱. خوب بودن فیزیکی و مادی شامل رفاه مادی و تامین مالی و بهداشتی و شخصی؛

۲. ارتباط با سایرین همانند ارتباط با همسر و داشتن فرزند، ارتباط با والدین و خویشاوندان؛

۳. فعالیت های جمعی و اجتماعی از قبیل کمک به مردم؛

۴. تکامل فردی و آشکار سازی شخصیت همانند تکامل عقلانی؛

۵. اجتماعی شدن از قبیل فعالیت های سرگرم کننده (مختاری ونظری، ۱۳۸۹:۱۲۱).

مرکز ارتقا سلامت دانشگاه تورنتو، کیفیت زندگی را امکانات، فرصتها و محدودیت هایی که هر فرد در زندگی خود دارد و نشاندهنده تعامل عوامل انسانی و محیطی می باشد تعریف می کند.

نول<sup>۳۹</sup> دو نوع یا حوزه وسیع مفهوم سازی را در زمینه کیفیت زندگی یادآوری می کند: دیدگاه اسکاندیناویایی که مبتنی بر آثار نویسندگانی چون درنوفسکی<sup>۴۰</sup> (۱۹۸۴)، اریکسون<sup>۴۱</sup> و اوسیتالو<sup>۴۲</sup> (۱۹۹۳) است و متمرکز بر ایده هایی از «جامعه خوب» و بهزیستی اجتماعی به عنوان موضوعی در حوزه رفاه است. مقصود از رفاه، دسترسی به منابعی است که به واسطه آن مردم می توانند سطح زندگی خود را تنظیم و هدایت کنند. در این ارتباط اریکسون و اوسیتالو منابع مورد نیاز شهروندان برای تامین رفاه را

---

37 .Hagerty

38 .Flangan

39 .Noll

40 . Drenowski

41 . Erikson

42 . Usitalo

چنین بر می شمارند: پول، املاک، دانش، انرژی روحی و جسمی، روابط اجتماعی، امنیت و نظایر آن. تفکر اسکاندیناویایی به طور خاص متمرکز بر شاخص های عینی سطح زیست یا کیفیت زندگی و جامعه بطور کلی است.

مرور متون مرتبط و قلمروهای مطرح شده در ارتباط با کیفیت زندگی حاکی از اتفاق نظر صاحب نظران حوزه مفهومی در تعریف این واژه است. همانگونه که فلسه و پری<sup>۴۳</sup> (۱۹۹۵) نیز تاکید دارند، کیفیت زندگی مفهومی چند سویه و مبهم است که در سطوح مختلف، از سنجش اجتماع محلی تا ارزیابی خاص موقعیت و شرایط فردی و گروهی، به کار می رود. تعاریف عملیاتی کیفیت زندگی بسیار متنوع است. این تنوع نه تنها شامل استفاده از دیدگاههای اجتماعی یا فردی بلکه ناشی از طیف وسیع مدل های نظری یا جهت گیریهای دانشگاهی نیز است. در بسیاری از نوشته های مرتبط با کیفیت زندگی، به تنوع تعاریف کیفیت زندگی اشاره شده است. این نکته موید این حقیقت است که برای افراد مختلف اهمیت و ارزش هر یک از ابعاد مختلف کیفیت زندگی ممکن است متفاوت باشد. این امر می تواند گواهی بر فقدان تعریف عملیاتی مورد توافق در این زمینه باشد (سجادی، ۱۳۹۰:۱۴۳).

## ۲-۱۱) بررسی ابعاد و سنجش کیفیت زندگی

سالیوان<sup>۴۴</sup> (۱۹۹۲) ابعاد اصلی کیفیت زندگی را اینگونه بیان می کند:

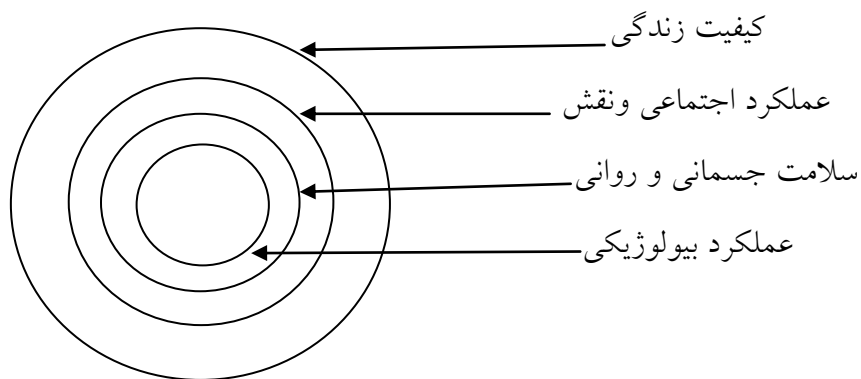
۱. شکایات و ناخوشی های جسمی، احساس خوب بودن.
۲. فشار روانی،
۳. وضعیت عملکردی،
۴. عملکرد نقش،
۵. عملکرد اجتماعی
۶. سلامتی.

---

43 .Felce & Perry

44. .Salivan

عده ای معتقدند که وقتی تنها یک بعد از کیفیت زندگی را در نظر می گیریم (مثل سلامت) نباید از واژه کلی کیفیت زندگی استفاده کرد. به عبارتی کیفیت زندگی مفهوم وسیعی است که شامل همه ابعاد زندگی میگردد؛ این ابعاد شامل سلامت هم می شود. اما تنها محدود به آن نمی گردد. شکل زیر ارتباط را بخوبی نشان می دهد.



شکل: ارتباط سلامت و کیفیت زندگی

از نظر دانان جایا<sup>۴۵</sup> (۲۰۰۴) کیفیت زندگی مجموعه ای چندبعدی از رفاه اقتصادی، شرایط محیطی و وضعیت سلامتی است که به وسیله شخص یا گروهی از افراد درک می شود، بنا به اظهار وی، WHO کیفیت زندگی را به عنوان درک فرد از موقعیت خود در زندگی و در متن فرهنگ و سیستم ارزشی جامعه می داند که با اهداف، انتظارات و استانداردهای وی در ارتباط است.

ریف کیفیت زندگی را شامل شش بعد به شرح زیر می داند:

۱. پذیرش خود: به معنای احترام به نفس بر اساس آگاهی از نقاط قوت و ضعف است.

۲. هدف داشتن در زندگی: روشن ترین نظریه در مورد هدف داشتن در زندگی ار فرانکل<sup>۴۶</sup> است. فرانکل بیان می کند که با استفاده از هدف در زندگی، افراد می توانند در مقابل سختی ها و رنج ها پایداری و مقاومت کنند.

۳. رشد شخصی: به صورت شکوفا ساختن کلیه نیروها و استعدادهای خود، به دست آوردن توانایی های جدید که مستلزم روبرو شدن با شرایط سخت و مشکلات است.

۴. تسلط بر محیط: یکی دیگر از مولفه های کیفیت زندگی تحت کنترل داشتن جهان پیرامون است؛ یعنی فرد باید بتواند تا حد زیادی بر زندگی و محیط اطراف خود تسلط داشته باشد. این کار در گرو آن است که فرد محیط را مطابق خصوصیات و نیازهای فردی خود شکل دهد و بتواند آن را به همان شکل نگه دارد.

۵. خود مختاری: به این معنا که فرد بتواند بر اساس معیارها و عقاید خویش عمل و زندگی کند، حتی اگر بر خلاف عقاید و رسوم پذیرفته شده در جامعه باشد.

۶. روابط مثبت با دیگران: یعنی توانایی بر قراری روابط نزدیک با دیگران و اشتیاق برای برقراری چنین رابطه ای و نیز عشق ورزیدن به دیگران (حیدری، قاسم، ۱۳۹۰).

به اعتقاد برخی از محققان تعداد ابعاد مورد بررسی کیفیت زندگی خیلی مهم نیست، بلکه آنچه اهمیت حیاتی دارد توجه به این مطلب است که هر مدل پیشنهادی، برای سنجش کیفیت زندگی، باید بتواند نیاز به داشتن یک چارچوب چند بعدی را تشخیص دهد و به این که چه چیزهایی برای مردم در تعیین کیفیت زندگی شان مهم است، توجه کند. مدل مزبور همچنین باید شاخص های اساسی هر بعدی در کنار سایر ابعاد در کل نماینده مفهوم کاملی از کیفیت زندگی بدانند. علیرغم اختلافات نظری فراوان، تحلیل اخیری که توسط شالوک (۲۰۰۴) صورت گرفته، حاکی از آن است که توافق قابل ملاحظه ای در خصوص هشت بعد مرکزی در سنجش کیفیت زندگی میان محققان وجود دارد. در مجموع اکثر محققان،

و متخصصین و صاحب نظران در مورد کیفیت زندگی معتقدند که کیفیت زندگی دارای شش بعد است، که شامل موارد زیر است:

۱. **بعد فیزیکی:** این بعد بیشتر از تعبیر ابعاد، معیارهای اندازه گیری نتایج را نشان می دهد. سوالات مربوط به بعد فیزیکی شامل: سوالات درباره قدرت، انرژی و توانایی برای انجام فعالیت های روزمره و خودمراقبتی می باشد. این سوالات بطور عمومی با ارزیابی پزشکان از وضعیت عملکردی و احساس بهتر بودن در ارتباط است.
۲. **بعد اجتماعی:** احساس بهتر بودن از لحاظ اجتماعی اشاره به این دارد که کیفیت زندگی ارتباطات افراد با خانواده، دوستان، همکاران و اجتماع گونه است.
۳. **بعد روانی:** احساس بهتر بودن از لحاظ روانی اغلب در ارتباط با مراقبت های بهداشتی از اهمیت قابل ملاحظه ای برخوردار است. شایع ترین نشانه های روانی ک مورد بررسی قرار می گیرد عبارتند از: اضطراب، افسردگی و ترس.
۴. **بعد جسمی:** این بعد به علائم و بیماری و عوارض جانبی درمان مانند درد اشاره دارد.
۵. **بعد روحی:** احساس بهتر بودن از لحاظ روحی به این مفهوم اشاره دارد که زندگی هر کس معنا و هدفی دارد.
۶. **بعد محیطی:** اشاره به این دارد که کیفیت محیط پیرامون زندگی بشر برای زیست چگونه است و اینکه آیا افراد اثرات خارجی مثبت بر محیط زیست خود و سایرین می گذارند یا نه؟ به عبارت دیگر تا چه حد سعی می کنند تا اثرات خارجی منفی تعاملات خود را کاهش دهند (هزارجریبی، ۱۳۹۱:۲۶۱).

## ۲-۱۲) نظریات کیفیت زندگی

در مباحث نظری، به بررسی رویکردهای موجود در زمینه کیفیت زندگی پرداخته می شود. تئوری های کیفیت زندگی هر کدام تلاش می کنند فرایندهای شناختی زندگی خود را ارزیابی، تعیین و تجربه می کنند را توصیف نمایند. اما هر یک از نظریه ها در توجه به عوامل موثر بر کیفیت زندگی با یکدیگر

تفاوت دارند. برای مثال نظریه های روانشناختی بر فراهم آوردن نیاز های اولیه انسان تاکید می کنند، درحالیکه نظریات اقتصادی اختصاص منابع مالی محدود را بر اساس اصول عقلانی در تعیین کیفیت زندگی حائز اهمیت می دانند. نظریات جامعه شناسی بر اهمیت روابط اجتماعی در کیفیت زندگی پا می فشارد.

## ۲-۱۲-۱) رویکرد اقتصادی

رویکرد اقتصادی نظریات اقتصادی بر فرایندهایی تاکید می کنند که از طریق آنها افراد به لحاظ عقلانی منابع موجود را برای برآورده ساختن نیازهایشان اختصاص می دهند و به این وسیله آنچه مطلوب و یا سودمند نامیده می شود را تولید می کنند در میان نظریه پردازان این رشته، لیو (۱۹۷۶) از جمله افرادی است که تلاش کرده است این مفهوم از کیفیت زندگی را در چارچوب کلی نظریه تولید وارد تحلیلهای اقتصاد خرد کند. تلاش دیگری که به تفضیل در حوزه نظریه اقتصادی روی کیفیت زندگی صورت گرفته است مربوط می شود به کار جاستر و همکاران (۱۹۸۱) به دنبال پل زدن میان شکاف در شیوه تفکر اقتصاددانان در باره احساس سعادت مادی و شیوه تفکر دیگر عالمان اجتماعی نسبت به این امر بوده اند (به نقل از ربانی خوراسگانی و کیان پور، ۱۳۸۵: ۲۱).

## ۲-۱۲-۲) رویکرد جامعه شناختی

رویکردهای جامعه شناختی بر اهمیت روابط اجتماعی در ارزیابی کیفیت زندگی تاکید دارد (موسوی، ۱۳۸۸: ۶۵). در این رویکردها عمدتاً کیفیت زندگی ناشی از روابط اجتماعی یا به عبارتی ناشی از شدت و نوع روابط اجتماعی است. روابط اجتماعی به طور کلی از دو جهت بر کیفیت زندگی تاثیر می گذارد؛ یکی به کمک مکانیزم های ایجابی و دیگری به واسطه مکانیزم های سلبی، مکانیزم های ایجابی، چون تاکید بر تعاون و مشارکت دارند، باعث تامین نیازهای عاطفی و شناختی می گردند و می توانند منبعی برای حمایت های اجتماعی و رفاه اجتماعی باشند. مکانیزم های سلبی نیز، به خاطر ویژگی های بازدارندگی و مهار تمایلات افراد، می توانند منبعی برای کنترل های اجتماعی و امنیت اجتماعی

گردند. از این رو روابط اجتماعی به خاطر گسترش حمایت های اجتماعی و هم کنترل امنیت اجتماعی به نوبه خود باعث ارتقا کیفیت زندگی می گردد (اونق، ۱۳۸۴: ۳۶).

## ۲-۱۲-۳) رویکردهای فرد گرایانه و رویکرد استیلابی

به اعتقاد گرسون<sup>۴۷</sup> (۱۹۷۶) دو رویکرد اصلی در حوزه مباحث کیفیت زندگی در علوم اجتماعی و جود دارد که این دو مفهوم را از دو منظر جداگانه مورد بررسی قرار می دهد. این دو رویکرد عبارتند از:

- فرد گرایانه<sup>۴۸</sup>
- استیلابی<sup>۴۹</sup>

رویکرد فرد گرایانه در معنایی که گرسون به آن اشاره می کند، عامل موثر در تعیین کیفیت زندگی را فعالیتها و دستاورد های فردی می داند. دستاوردهایی مانند تسلط یافتن بر محیط زندگی، به ویژه توانایی در غلبه بر فقر و بدبختی، آزادی از قید و بندها و محدودیت و مواردی از این دست است. به طور کلی رویکرد اول بر تقدم منافع فردی بر منافع جامعه تاکید می نماید و تمایل به درگیر شدن در حفظ آزادی فردی و رها کردن فرد از مشکلاتی است که در شرایط آزادی بدون محدودیت برای خود پدید می آید. در مقابل در رویکرد استیلابی بر مکمل بودن علائق فردی و کارکرد اجتماعی تاکید می کند. در این رویکرد بر اهمیت وفاداری و دیگر اشکال همبستگی تاکید می شود و منفعت اجتماعی خیر عمومی و همچنین اولویت داشتن جامعه نسبت به فرد مورد توجه قرار می گیرد.

گرسون (۱۹۷۶)، در نتیجه گیری خود ضمن تاکید بر این مطلب که هیچ کدام از رویکرد های فوق به خاطر تاکید یک عاملی قادر به ارائه تعریف کاملی از کیفیت زندگی نیستند، رهیافت سومی را پیشنهاد می کند که در آن افراد و جامعه یکدیگر را از طریق یک فرایند پیوسته مذاکره بازتولید می کنند. چنین رهیافتی در نظریه گرسون منجر به تعریف کیفیت زندگی بر اساس پیامدها و نتایج این مذاکرات می

---

47. Gerson

48. Individual approach

49. Transcendentalis approach



شود. به اعتقاد وی مساله کیفیت زندگی مربوط می شود، به تعریف اینکه چه معیارهایی برای التزام به سازمان اجتماعی باید به کار گرفته شوند و در مقابل چگونه نیازهای افراد در راستای این معیارها برآورده شود. (قاسمی، ۱۳۸۷: ۲۵) بنابراین مساله کیفیت زندگی از نظر او به مدیریت بهینه منابع و محدودیت ها بر می گردد.

## ۲-۱۲-۴) رویکرد روانشناختی و رویکرد روانشناسی اجتماعی

رویکرد روانشناختی درجه مطلوبیت کیفیت زندگی را ناشی از رشد کامل شخصی فرد می داند تا میان کیفیت زندگی و ویژگی های شخصیتی انسان رابطه برقرار کند. در این مشرب فکری کیفیت زندگی به عنوان یک نوع رفتار تلقی شده که ناشی از خصوصیات و ویژگی های فردی می باشد. بنابراین این رویکرد بر تفاوت های فردی اشخاص در شیوه تفکر و احساس در باره ی خودش تاکید دارد (مختاری و نظری، ۱۳۸۹: ۷۴).

رویکرد روانشناسی اجتماعی کیفیت زندگی، پلی است بر شکاف موجود بین محیط گرایی گسترده رویکردهای جامعه شناسی و فردگرایی در تبیین روانشناختی. رویکردهایی که در آن کانون اصلی تحلیل عمدتاً متوجه موقعیتی است که فرد تلقی خاصی از کیفیت زندگی خود دارد و فرض بر این است که نحوه ی ارزیابی کیفیت زندگی در خلال کنش های متقابل اجتماعی فراگرفته شود. در روانشناسی اجتماعی، کیفیت زندگی به کلیتی از نیازهای انسان بستگی دارد که باید ارضاء شوند؛ نیازهای قوی یا ضعیف، خوب یا بد، مثبت یا منفی که اگر برآورده شوند کیفیت زندگی انسان افزایش می یابد. برای مثال در دیدگاه پدیدار شناسی زیلر معتقد است کیفیت زندگی ارزیابی خود در ارتباط است و این ارزیابی نیز به نوبه خود به کنش متقابل فرد با دیگری بستگی دارد. در کنش متقابل مثبت با دیگران نتیجه کلیدی تاثیر گذار بر کیفیت زندگی همانا احترام به خود است که در نزد افراد افزایش می یابد. چرا که افراد اجتماعی و اهل معاشرت احترام به خود بالایی دارند ولی افراد از خود بیگانه معمولاً در انزوا به سر می برند و از احترام به خود پایینی برخوردارند. بنابر این در نظریه زیلر کیفیت زندگی مستقیم با میزان احترام به خود

فرد بستگی دارد. به طور خلاصه اگر فرد احترام زیادی برای خود قائل باشد از کیفیت زندگی بالایی هم برخوردار می شود و برعکس.

در نظریه روانی-اجتماعی اریکسون؛ رشد آدمی با رسیدن به دوران بلوغ جسمانی به پایان نمی رسد، بلکه فرایندی است مداوم با گسترده ای از تولد تا بزرگسالی و پیری. تغییرات بدنی در سراسر زندگی ادامه می یابد و برنگرشها، فرایندهای شناختی و رفتار فرد اثر می گذارد. اریکسون معتقد است که تحول روانی فرد بستگی به روابط اجتماعی خاصی دارد که وی در زمانهای گوناگون در طول زندگی خود برقرار می کند. در هر یک از این مراحل، فرد با مسائل اجتماعی ویژه با بحرانهایی روبرو است (افروز، ۱۳۸۸: ۴۱).

اریکسون تجارب اجتماعی را مهمترین عامل سازنده شخصیت می داند و معتقد است که شخصیت از ابتدای طفولیت تا پایان عمر یک سیر تکاملی را می پیماید و در هر مرحله از رشد، تجربه اجتماعی می تواند زندگی فرد را عوض کند. آخرین قسمت نظریه اریکسون انسجام خود در برابر ناامیدی، کنار آمدن با زندگی را شامل می شود. سالمندانی که آمیزه پیروزی ها و ناامیدی هایی که جزء اجتناب روابط عاشقانه، فرزند پروری، کار، روابط دوستی و مشارکت در جامعه هستند، سازگار شده اند؛ آنها می دانند که مسیرهایی را که دنبال کرده اند، برای ساختن یک زندگی هدفمند ضروری بوده اند، توانایی در نظر گرفتن زندگی خویش در بستر بزرگتر جامعه را داشته و به آرامش و خشنودی که انسجام را همراهی می کنند، می رسند.

نظریه آبراهام مازلو<sup>۵۰</sup> که از مشهورترین نظریه های انگیزشی است، نیازها را در قالب یک نوع سلسله مراتب تصویری قرار می دهد. به این ترتیب تا زمانی که نیازهای طبقه اول رفع نگردد توجهی به نیازهای طبقه دیگر نمی شود. به عبارت دیگر به همان تقدم و تاخر زمانی که او عموماً می کند؛ ظاهر می شوند. هر نیاز پس از آنکه کلاً یا به طور نسبی ارضا شد جای خود را به نیازهای برآورده نشده بالاتر می دهد یا آنکه همان نیاز به صورتی دیگر و با شدتی بیشتر متجلی می شود (کوکلان، ۱۳۸۵: ۱۲۴).

به اعتقاد مازلو همه افراد بشر پنج نوع نیاز دارند که به ترتیب اهمیت واز بالا به پایین عبارتند از:

۱. **نیازهای فیزیولوژیک یا جسمانی:** مانند نیاز به خوراک، پوشاک و مسکن که حیات و بقای انسان بدون ارضای آن میسر نیست. این نیاز در مقام مقایسه با نیازهای مراتب بالا محدودتر، محسوس تر و آشکارتر است. (همان: ۱۲۵)
۲. **نیاز به ایمنی و امنیت:** مانند دوری از خطر و ایمنی اقتصادی. پس از آنکه وسایل و موجباتی فراهم شد و شخص توانست با بهره گیری از آنها نیازهای جسمانی خود را ارضا کند؛ دومین نیاز او حصول اطمینان از آن است که در آینده نیز این وسایل و موجبات برایش فراهم و مهیا است و تامین نیازهای فیزیولوژیک او دچار اختلال نخواهد شد.
۳. **نیازهای اجتماعی گروهی (حس تعلق خاطر):** مانند عشق، محبت، پذیرش اجتماعی و تعلق گروهی. انسان موجودی است اجتماعی و حتی از زمان غارنشینی به صورت گروهی می زیسته است. انسان نیازمند آن است که با دیگران محشور بوده و با انسانهای دیگر مرادده داشته باشد. دوست داشتن و مورد توجه دیگران قرار گرفتن جزئی از سیستم نیازهای فردی را شکل میدهد.
۴. **نیاز به حرمت، مقام و موقعیت:** مانند پیشرفت، شناسایی، تاکید و احساس ارزشمندی در این مرحله انسان در پی آن است که مورد توجه و احترام دیگران قرار گیرد، از مقام و موقعیت و حرمتی متناسب با خصوصیات خود برخوردار باشد سایرین برایش قدر و منزلتی قائل باشند و او را عنصری ارزشمند تلقی کنند.
۵. **نیاز به خود شکوفایی:** مانند بالفعل سازی حداکثر استعدادهای بالقوه این نیاز بالاترین و والاترین نیاز انسان است. هر فرد دارای مهارت ها، توانایی ها و قابلیت‌هایی است. چنانچه به شخص فرصت و امکان داده شود و محیط مناسبی برایش فراهم آید تا بتواند به قضاوت و تشخیص خود از استعدادهایش بهره گیرد و اتخاذ تصمیم کند در جهت خود یابی او گام برداشته است. احترام به قضاوت و تشخیص و اعطای استقلال فکر و رای و تعمیم لازمه ارضای این نیازها است. محیطی که در آن به شخص کمتر اماکن ابراز وجود و اتخاذ تصمیم های مستقل داده می

شود ارضا این نیاز خود یابی دچار اختلال می شود به ادعای مازلو تنها وقتی نیازهای اساسی تر به طور نسبی بر آورده شوند نیازهای بالاتر مد نظر قرار می گیرند (ازکمپ، ۱۳۸۵: ۲۶۰).

نظریه ناهمسازی چندگانه نیز یک نظریه آرامش روانی است. این نظریه کاربردهای مختلفی دارد. برای مثال می تواند تبیین کند که چرا مردم نسبت به زندگی، شغل، شریک زندگی، بودجه، مسکن، دوستان و... رضایت دارند (Michalos, 1985). این نظریه همچنین اولویت ها یا گزینش های واقعی افراد را بر حسب سطوح رضایت مندی آنها مشخص کند. این امر منجر به عمق نظریه می شود. پیش فرض های اصلی نظریه ناهمسازی چند گانه عبارتند از :

- ۱- رضایت مندی محض گزارش شده (شادی یا آرامش) تابع خطی مثبت است از ناهمسازی درک شده بین آنچه که فرد دارد و می خواهد، افراد شایسته دارند، بهترین فرد در گذشته داشت.
- ۲- همه ناهمسازیهای درک شده، به استثنای ناهمسازی بین آنچه که فرد دارد و آنچه که فرد می خواهد، تابع مثبتی هستند از ناهمسازی های قابل سنجش از لحاظ عینی، که اینها نیز به طور مستقیم بر رضایت مندی و کنش ها تاثیر می گذارد.
- ۳- ناهمسازی درک شده بین آنچه فرد دارد و آنچه که می خواهد، متغیر واسطی است بین دیگر ناهمسازی های درک شده و رضایت مندی خالص برگزار شده.
- ۴- تعقیب و بقای رضایت مندی خالص، باعث تحریک کنش انسانی به سمت سطوح مورد انتظار رضایت مندی خالص می شود همه ناهمسازی ها، رضایت مندی و کنش ها، از متغیرهای سن و جنس ، تحصیلات، قومیت، درآمد، اعتماد به نفس و حمایت اجتماعی، به طور مستقیم و غیر مستقیم تاثیر می گذارد.
- ۵- ناهمسازی قابل سنجش تابع کنش انسانی و شرایط هستند. (همان منبع، ۱۹۸۵).

فرانس نیز در مدل ادراکی خود برای کیفیت زندگی چهار عامل اصلی خانواده، وضعیت اجتماعی و اقتصادی، وضعیت روحی و روانی و وضعیت جسمانی را موثر می داند (آقا مولایی، ۱۳۸۴: ۷۳).

این چهار متغیر اصلی می تواند مستقیماً یا توأم با یکدیگر بر روی کیفیت زندگی تاثیر گذار باشند. البته درک فرد از کیفیت زندگی نیز می تواند به هر یک از متغیر های نامبرده تاثیر گذار باشد. به طوری که، اگر درک فرد از کیفیت زندگی اش کاهش یابد می تواند بر توانایی های وی در محیط کاری و شغلی اش تاثیر گذاشته و موجب نقصان شرایط اقتصادی و اجتماعی وی گردد. برخورداری از کیفیت زندگی ضعیف می تواند بر روی ارتباطات خانوادگی نیز تاثیر بگذارد. کیفیت زندگی ضعیف نیز می تواند موجب به کارگیری مکانیسم های مقابله و سازگاری ناموثر در افراد شده و متعاقباً موجب افزایش تنش خود در ارتباط مستقیم با عوامل فیزیکی و جسمی بوده و می تواند شدت بیماری را در فرد افزایش دهد. لذا مشاهده می شود که کیفیت زندگی یک مفهوم و ساختار چند بعدی و پیچیده می باشد که بایستی از جنبه های مختلف ارزیابی شود. (همان، ۷۳)

## ۲-۱۲-۵) رویکرد اکولوژیکی

دیدگاه اکولوژیکی توعی نگرش تطبیقی دارند؛ زیرا در این دیدگاه ابعاد فیزیکی و اجتماعی مفهوم کیفیت زندگی باهم ترکیب می شوند. به اعتقاد بابلز و همکاران (۱۹۸۰) در رهیافت های اکولوژیکی، زندگی به عنوان یک عنصر در فرایند کلی دیده می شود که در آن هر عنصر در معرض تاثیر عناصر دیگر قرار دارد در اینجا گفته می شود که کیفیت زندگی به محیط زیست بستگی دارد و بنابراین زیستگاه عمومی در واکنش به تلاشهایی که مردم برای بهبود بخشیدن به کیفیت زندگی شان انجام میدهند دچار دگرگونی می شود.

میلبراث از نظریه پردازانی است که نظریه ایشان در رهیافت اکولوژیکی طبقه بندی می شود. او کیفیت زندگی را به عنوان جنبه ای از فرایند اکولوژیکی در نظر گرفته و آنرا به عنوان عنصری در کنار ابعاد بیولوژیکی محیط زیست تعریف می کند. در نگاه او کیفیت زندگی و زیستگاه به مانند داده و ستانده عمل می کنند. اگر توالی بین این دو به گونه ای آغاز شود که زیستگاه درون داد یا داده باشد و کیفیت زندگی برون داده یا ستانده، آنگاه در مرحله بعدی کیفیت زندگی تبدیل به داده می شود و محیط زیست را دچار

تغییر می کند و محیط زیست در نهایت کیفیت زندگی را تغییر می دهد و این چرخه همچنین ادامه می یابد. در این شیوه مدور کیفیت زندگی در طول زمان دچار تغییرات زیادی می شود (همان: ۷۲).

## ۲-۱۲-۶) رویکرد ذهنی و رویکرد عینی

فیلیپس<sup>۵۱</sup> (۲۰۰۶) دو رویکرد را برای کیفیت زندگی ارائه می دهد: ۱- عینی ؛ ۲- ذهنی

**تعریف عینی:** کیفیت زندگی مجموعه ای از شرایط واقعی زندگی شامل میزان حقوق و مزایا، وجود امکانات رفاهی و بهداشتی و ایمنی، امکان مشارکت در تصمیم گیری و جریان داشتن مردم سالاری می باشد.

**تعریف ذهنی:** کیفیت زندگی تصور و تلقی افراد از نوع زندگی است.

رویکرد عینی کیفیت زندگی را به عنوان مواردی آشکار و مرتبط با استانداردهای زندگی قلمداد می کند. این موارد سلامت جسمانی، شرایط شخصی (از جمله ثروت و شرایط زندگی)، ارتباطات اجتماعی، اقدامات اجتماعی، اقدامات شغلی و یا دیگر عوامل اجتماعی و اقتصادی می باشد (رضایی و دیگران، ۱۳۸۶: ۱۳۳). در این زمینه رویکرد معروف رویکرد اسکاندیناویایی است. این رویکرد به شرایط عینی زندگی و رفاه افراد از طریق ارضای نیازهای اولیه زندگی تاکید دارد. «جان درنیوسکی» و «ریچارد تیموس» از بنیانگذاران این رویکرد هستند (زاهدی و فرخی، ۱۳۸۹: ۷).

در رویکرد ذهنی، کیفیت زندگی را مترادف شادی یا رضایت فرد در نظر می گیرد و این منظر بیشتر بر عوامل شناختی در ارزیابی کیفیت زندگی تاکید می کند (رضایی و دیگران، ۱۳۸۶: ۱۳۳). رویکرد عمده در این زمینه رویکرد آمریکایی بوده و تاکید بر تجارب فرهنگی افراد در زندگی شان دارد که «رضایتمندی و خوشبختی» به عنوان معرف های اصلی این سنجش بکار برده می شود. انگوس کمپل<sup>۵۲</sup> به عنوان یکی از طرفداران این رویکرد معتقد است که شهروندان بهترین قضاوت کنندگان در خصوص موقعیت زندگی

---

51 . David Philips

52 .A.Campell

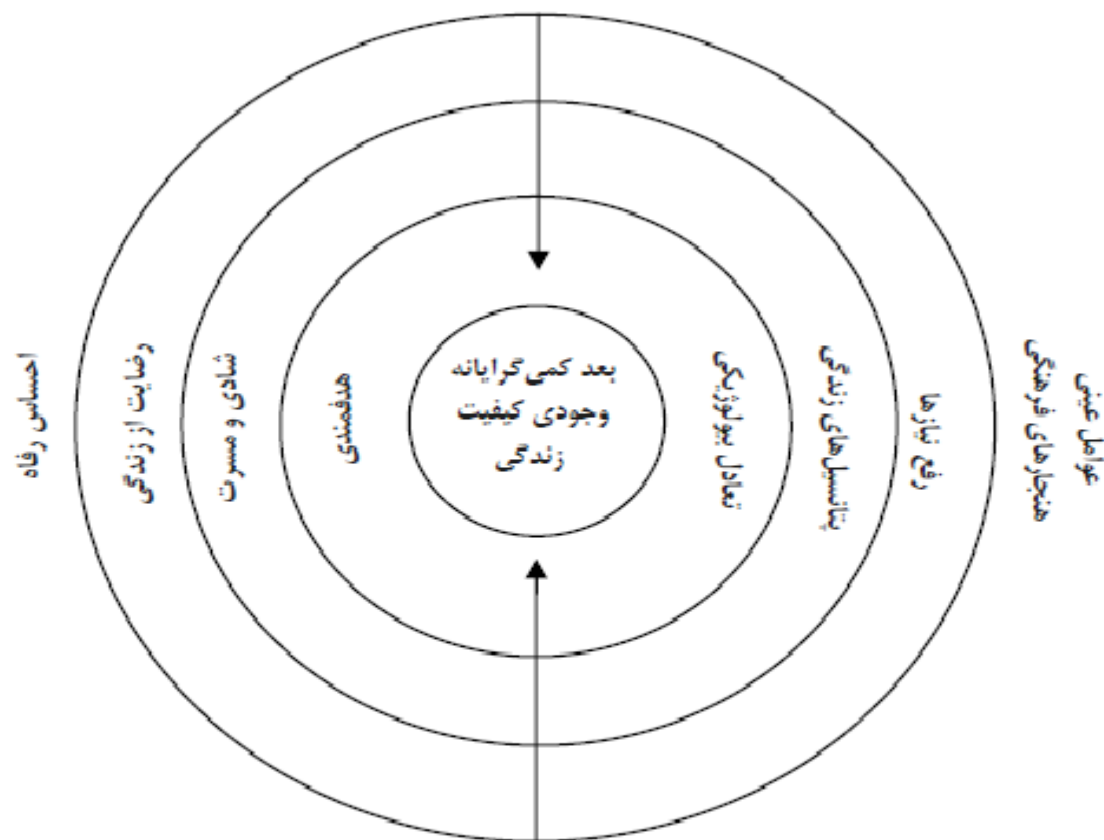
خود می باشند و لذا کیفیت زندگی را باید از دریچه چشم آنها مشاهده نمود (زاهدی اصل و فرخی، ۱۳۸۹: ۷).

در نوسان بین دو رویکرد عینی و ذهنی یک دیدگاه کل نگر (فلسه وپری<sup>۵۳</sup>، ۱۹۹۶) به وجود می آورد. این دیدگاه کیفیت زندگی را یک چدیده چند بعدی می بیند و هر دو مولفه عینی و ذهنی را در نظر می گیرد. در این ارتباط می توان گفت که یک تمایز قدیمی بین ذهنیت و عینیت کیفیت زندگی وجود دارد. اولی به درجه ای از زندگی که معیارهای زندگی خوب را تبیین می کند اشاره دارد که توسط یک ناظر بیرونی اندازه گیری شده است.. ذهنیت شامل ارزیابی از خود که مبتنی بر معیارهای تلویحی است ، می باشد.

در کیفیت زندگی باید به هر دو بعد عینی و ذهنی توجه داشت. اگر کیفیت زندگی عینی و ذهنی هر دو پایین باشد نشان از نوعی احساس محرومیت است و معمولاً احساس محرومیت خود باعث پیدایش نارضایتی در زندگی می شود. همانطور که تدگار (۱۳۷۵) در کتاب "انسان ها چرا شورش می کنند" بیان می کند عمدتاً احساس محرومیت در اثر توقعات فزاینده به شرایط برآورده کردن نیازها و یا شکاف بین وضعیت موجود و مطلوب در جامعه بوجود می آید. اما وجود کیفیت ذهنی و عینی مثبت باعث ایجاد بهزیستی که نشان از نوعی کیفیت زندگی بالاست همراه است و در چنین شرایطی می توان گفت که بهزیستی بالا از لوازم و ابعاد کیفیت زندگی بالا و کیفیت زندگی بالا از ابعاد و مولفه های سازنده رفاه در جامعه می باشد (هزارجریبی و صفری شالی، ۱۳۹۱: ۳۹۱).

بعد ذهنی کیفیت زندگی

بعد عینی کیفیت زندگی



شکل ۲. مدل تلفیقی کیفیت زندگی

منبع: Ventgoto, 2003

این مدل بیان می کند که ماهیت زندگی می تواند شامل طیفی از ذهنیات تا عینیات باشد که این طیف دربرگیرنده احساس رفاه، رضایت از زندگی، تعادل بیولوژیکی، درک توانایی های خود، تحقق نیازها و عوامل عینی از قبیل درآمد، وضعیت ازدواج و یا تحصیلات باشد. به طور کلی این مدل بیان می کند که کیفیت زندگی شامل سه بعد اساسی ذهنی، عینی، بعد وجودی یا هستی گرایانه است که هر یک در تعامل با دیگری است. بعد ذهنی کیفیت زندگی نشان دهنده چگونگی ارزیابی و احساس فرد در مورد زندگی است. در این بعد هر فرد چگونه زیستن خود و احساسش از زندگی را ارزیابی می کند. در بعد وجودی یا هستی گرایانه، چگونه خوب بودن زندگی هر فرد در سطحی عمیق تر بیان می شود. این بعد تناسب و توازن فردی را در سطحی عمیق تر منعکس می کند و در بعد عینی کیفیت زندگی این واقعیت



که زندگی فرد چگونه به وسیله جهان خارج و محیط های اطراف درک و تفسیر می شود، تبیین می گردد . این ابعاد دارای هم پوشانی اند و بر اساس آنچه پیش تر بیان شد، می توانند در طیفی از ذهنیات تا عنایات دسته بندی گردند. در این مدل احساس رفاه مهم ترین جنبه ذهنی کیفیت زندگی است . کیفیت زندگی در اینجا به معنای ارزیابی شخص از زندگی خود است . رضایت از زندگی نیز در این مدل به معنای احساس کردن زندگی، به گونه ای است که باید باشد . هنگامی که آرزوها و نیازهای افراد به وسیله محیط اطراف برآورده می شود، فرد راضی است . مسرت و شادی نیز مفهومی انتزاعی است . شادی فقط به معنای سرزنده بودن و خرسندی نیست بلکه احساس ویژه ای است که فقط فرد در درون خود درک می کند . در مورد هدفمندی، باید اذعان کرد که پرسش هایی محدود در این زمینه مطرح بوده اند، زیرا درک معنای دقیق زندگی تا حدود زیادی بستگی به وضعیت انسان دارد و عده کمی از افراد به این گونه پرسش ها پاسخ می دهند.

در مفهوم تعادل بیولوژیکی به عنوان وجهی از کیفیت زندگی، پرسشهایی دربارهٔ بنیاد نهادهای بیولوژیکی مرتبط با انسان مطرح است . از این دیدگاه، سلامت جسمانی فرد منعکس کننده وضعیت سیستم بیولوژیکی است که در آن سلول های بدن نیاز به اطلاعات دقیق و موشکافانه برای حفظ سلامتی دارند . در این مدل همچنین درک پتانسیل های زندگی از مفاهیم تعیین کننده و محوری کیفیت زندگی است . افراد از این پتانسیل ها برای فعالیت ها، ارتباطات اجتماعی و کار استفاده می کنند . مفهوم نیاز و تحقق آن در این مدل جایگاه ویژه و شاخصی دارد . نیازها به طور معمول با کیفیت زندگی مرتبط اند و بدیهی است هنگامی که نیازهای افراد برآورده گردد، کیفیت زندگی آنها بالا ارزیابی می شود . در مدل پیشنهادی وینگوتو، جنبه های عینی کیفیت زندگی با عوامل خارجی سروکار م یابند . این عوامل عبارت اند از : درآمد، وضعیت ازدواج، وضعیت سلامتی و ارتباطات اجتماعی .

عوامل عینی کیفیت زندگی دقیقاً فرهنگی هستند . به طور کلی باتوجه به مدل تلفیقی کیفیت زندگی می توان گفت که احساس رفاه و عوامل عینی عمدتاً سطحی اند، به این علت که با توانایی افراد برای

پذیرش ارزش های فرهنگی ارتباط دارند، در صورتی که ابعاد رضایت از زندگی و تحقق نیازها مرتبط با جنبه های عمیق کیفیت زندگی است ( Ventgato,2003: 1030-1040 )



شکل ۳. مدل مفهومی کیفیت زندگی

## ۲-۱۲-۷) رویکرد عاملیت گرا و رویکرد ساختار گرا

رویکردهایی که بطور مستقیم به کیفیت زندگی مربوط می شوند را می توان به دو دسته توصیفی و تبیینی تقسیم کرد. رویکرد توصیفی، رابطه بین کیفیت زندگی را با متغیرهایی چون سن، جنس و سواد و... بررسی می کند و مساله محوری آنها سنجش کیفیت زندگی بر اساس متغیرهای زمینه ای است. در این رویکرد ها گرایش نظری ضعیف است و بیشتر به دنبال توصیف می باشد و به دنبال یافتن روابط

علت ومعلول و مکانیسم های موجود نمی باشد. دغدغه اصلی این رویکرد تنها سنجش میزان کیفیت زندگی با توجه با متغیرهای زمینه ای است (عبدی و گودرزی، ۱۳۷۸). اما رویکردهای تبیینی معطوف به شناخت عوامل موثر بر کیفیت زندگی اعم از عوامل عینی و ذهنی هستند که به دو دسته تقسیم می شوند، رویکرد عاملیت گرا و رویکرد ساختارگرا (غفاری و ابراهیمی لویه، ۱۳۸۴:۱۳).

رویکردهای عاملیت گرا غالباً مبتنی بر فرد گرایی روش شناختی هستند و جامعه را به عنوان جمع جبری افراد را مورد توجه می دهند. این گونه تبیین هر چند می پذیرد که عوامل فردی برای تبیین مفید هستند، اما در آنها عوامل همچنان به زمینه های فردی کاسته می شود. در این رویکردها عاملیت فرد در مرکزیت بحث پیرامون کیفیت زندگی افراد قرار دارد یعنی بیشتر ناظر بر ذهنیات، قابلیت ها و توانمندی افراد است تا شرایط ساختاری اجتماعی یا محیط پیرامونی و از عمده ترین رویکردهای عاملیتی می توان به روزکردهای نیاز محور<sup>۵۴</sup> همچون نیازهای اساسی، نظریه نیازهای انسانی، نظریه توسعه انسانی رویکرد قابلیت اشاره کرد. این رویکردها بر مواردی چون تغذیه مناسب، مسکن، اشتغال، مراقبت های بهداشتی، آموزش و امنیت اقتصادی تاکید دارند (غفاری و امید، ۱۳۸۷:۱۴).

رویکرد ساختارگرا نسبت به رویکردهای عاملیتی از دو ویژگی متمایز برخوردارند: اول آنکه مفهومی کامل و فراگیر را در بر می گیرد و دوم آنکه بر جامعه به عنوان یک کلیت یکپارچه تمرکز می شود. در این رویکردها برای کیفیت زندگی عناصر سازنده و عوامل ایجادکننده ای تعیین می شود. این عناصر به صورت عام عبارتند از: خودمختاری، شناخت و وابستگی متقابل، برابری عواملی مانند امنیت، شهروندی و دموکراسی را برای محقق شدن نیاز دارد. به عبارت دیگر کیفیت زندگی در معنای واقعی آن نمی تواند مستقل از مناسبات روابط و پیوندهای مشترک اجتماعی و وابستگی های متقابل در زمینه عدالت توزیعی که امنیت شغلی و اقتصادی، حمایت شهروندی و حقوق انسانی را تضمین می کند، مفهوم سازی می شود. برنارد<sup>۵۵</sup>، برگر-اشمیت ونول<sup>۵۶</sup> از جمله مروجین این رویکرد هستند (غفاری و امید، ۱۳۸۸).

---

54 . Needs- based approaches

55 . Bernards

56 .Berger- Schmitt and Noll

## ۲-۱۲-۸) کیفیت زندگی سالمندان

فلاویو و مارکوس (۲۰۰۳)، در مقاله ای کیفیت زندگی در سالمندان را به ترتیب ذیل شرح داده اند. سالمندی برای هر فرد یک تجربه کیفی متفاوت می باشد، که برای برخی خوب و چون پاییزی عمیق ولی با رنگهای روشن، در حالی که برای برخی دیگر تجربه ای بد، محسوب می گردد که البته بین این دو وضعیت کیفی نیز طیف هایی وجود دارد.

اریکسون<sup>۵۷</sup> آن را به دو قطب، رضایتمندی و نارضایتی و یا به طور دقیق تر دو قطب سالم یا کامل<sup>۵۸</sup> و قطب ناامید<sup>۵۹</sup> تقسیم می کند. در تایید توضیحات اریکسون، کیمل<sup>۶۰</sup> و همکارانش، تفسیر این موضوع را با دو وضعیت عاطفی که سالمندان در سنین پیری با آن مواجه می شوند بیان می نمایند: اول اینکه اگر در فرد سالمند اعتماد سازی به شکل باقی ماندنی (که باقی ماندن این حس امنیت می تواند از طریق فرزندان و یا کلروی باشد) وجود داشته باشد. در این صورت یک وضعیت سالم به وجود می آید ولی اگر فرد برای این وضعیت نتواند راه حلی بیابد در آن صورت دچار نومیدی می شود. اینکه آیا سالمندی یک دوره زندگی لذت بخشی خواهد بود یا نه، به عوامل عینی زندگی و تفسیر ذهنی این وقایع عینی، به وسیله فرد بستگی دارد، بنابراین کیفیت زندگی مثبت و یا منفی یک فرد مسن، بستگی به متغیرهای درونی (نگرش عاطفی و احساسی وی در مواجهه با حقایق زندگی) و یا متغیرهای بیرونی (منابع محیطی) دارد. پس کیفیت زندگی در حد بسیار زیادی به تفسیر احساسی فرد از حقایق و حوادث وابسته می باشد، بنابراین به عنوان یک ارزیابی وابسته به ذهنیات فرد، مورد تایید قرار گرفته است. مثلا در زمینه خاص سلامت جسمی، بین ظرفیت مواجه شدن با محدودیت های جسمی، بیماری و انتظارات آنها در رابطه با سلامتی تفاوت های بسیاری وجود دارد.

براین اساس دو فرد با شرایط یکسانی از عملکرد و میزان سلامتی یکسان، جهت برداشتهای ذهنی متفاوت، می توانند احساسی متفاوت از یکدیگر را بیان کنند. فقدان و از دست دادن ها، به عنوان مثال

---

57 .Erkson

58 .ntegration

59 .Despair

60 . kimmell

حس بینایی فرد برای دو فرد مختلف، یکسان نخواهد بود و به عنوان عملکرد از دست رفته، می تواند اهمیت احساسی متفاوتی برای هر کدام داشته باشد.

سداوی<sup>61</sup> معتقد است که شدت عکس العمل فرد سالمند برای از دست دادن این حس، بستگی به میزان غرور و سرمایه احساسی آن فرد دارد. برای داشتن یک سالمندی لذت بخش، ویژگی های جسمی، عاطفی درونی متعددی اثرگذار خواهد بود، ویژگیهایی مانند تفسیر آسیب ها، شخصیتی که فرد در گذشته داشته، باورها و حتی وضعیت مواجهه شدن با مواردی مثل مرگ وجدایی، می تواند به سالمند در حفظ، پیشرفت و یا از دست دادن «خوب بودن» کمک کند.

رو<sup>62</sup> و کاهن<sup>63</sup> معتقدند که مهمترین مساله در سالمندی انعطاف پذیری است، یعنی ظرفیت عاطفی برای رهایی از عوامل استرس زا.

سداوی بیان می کند که بزرگترین وظیفه تکاملی سالمندی جبران آسیب های زیستی و روانی اجتماعی اجتناب ناپذیر مرتبط با این مرحله از زندگی است.

گوتی معتقد است که هنری در سالمندان وجود ندارد، مگر تحمل کردن سالمندی، برای بسیاری از سالمندان برای برطرف کردن عوامل استرس زا موجب جلوگیری از فقدان و از دست دادن چیزهای زیاد؛ در زمانهای کوتاه می شود، چون وقتی یک از دست دادنی رخ می دهد قبل از آنکه فرصت رهایی از حادثه را یابد، (از دست دادن های مکرر) می تواند موجب استرس و اندوه شود.

علاوه بر عوامل درونی، عوامل خارجی هم از یک شخص به شخص دیگر متفاوت است، از دست دادن استقلال و وابسته شدن برای همه وجود ندارد. از دست دادن منابع مالی تقریباً شیوع بیشتری دارد هرچند که میزان آن در افراد مخلف متفاوت است. بسیاری از سالمندان در جوامع ما -البته در زنان بیشتر از مردان- با مساله بیوه شدن مواجه هستند و یا ممکن است سناریوی ارگانیک متفاوتی به وجود آید؛ مثل شدت، کیفیت و تعداد محدودیت های سلامتی که ممکن است رخ دهد، اینها هر کدام برای هر فرد

---

61 .Sadavoy

62 . Rowe

63 . kohone

متفاوت می باشد. از کسانی که سلامتی آنها در دوران جوانی در وضعیت استاندارد قرار داشته و به عنوان سالمندی موفق نام برده می شود تا کسانی که بدون بهره مندی از زندگی اجتماعی می باشند. حتی سن نیز در میان سالمندان یک متغیر محسوب می شود که گاهی دامنه آن از ۳۰ نیز تجاوز می کند. پس از وقوع یک حادثه تلخ وجود عواملی معین، مثل ارتباطات محکم خانوادگی می تواند تاثیر حادثه را بر خوب بودن هموار سازد.

رینولدز و همکاران عوامل حمایتی یا متغیرهایی که می تواند اثر یک حادثه تلخ را برای خوب بودن، به حداقل برسانند، بررسی کرده اند. بر اساس نظر وی، حوادث منفی در تضاد با خوب بودن در سالمندان می باشند و عواملی که حمایت کننده هستند مثل منابع اقتصادی یا حمایت های خانوادگی، می توانند برای حفظ خوب بودن، پس از رخداد یک حادثه، وارد عمل شوند. این عوامل حمایت کننده و یا میزان این حمایتها در بین سالمندان متفاوت است.

یک بیماری ناتوان کننده در جوامع پیشرفته اثرات کمتری نسبت به همان بیماری در کشورهای بدون منابعی مثل بیمارستانهای روزانه یا اکسیژن درمانی در منزل دارد. دوران بیوگی در محیط هایی که مردم سالمند مهاجرت کرده اند و دوستان خود را از دست داده اند، مطمئناً بدتر از جوامعی است که حرکت های مهاجرت در آنها وجود ندارد.

بنابراین در سالمندی برای آن دسته از سالمندان که هماهنگ کننده هایی درونی و یا بیرونی برای آنها حاکم هستند کیفیت به طور غالب موثر است و یا اینکه سالمندی مرحله لذت بخش در زندگی خواهد بود یا نه؛ بستگی به منابع عاطفی فرد و میزان عوامل استرس زا و منابعی که توسط محیط در اختیار وی قرار می گیرد، دارد.

## ۲-۱۲-۹) کیفیت زندگی مرتبط با سلامت

حال به یکی از ابعاد مهم کیفیت زندگی، یعنی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت اشاره ای مختصر می شود. به ارزیابی ذهنی فرد از سلامت کنونی اش، مراقبت های بهداشتی و فعالیتهای ارتقای دهنده سلامتی که

موجب سطحی از فعالیت کلی می شود و به فرد اجازه می دهد که اهداف ارزشمند زندگی را پیدا کند، بر می گردد. چهار اصل برای کیفیت زندگی مرتبط با سلامت عبارتند از:

۱. بعد فیزیکی
۲. بعد ذهنی-روانی
۳. بعد اجتماعی
۴. ادراکات کلی از عملکرد و احساس بهتر بودن (قاسمی، ۱۳۸۷: ۲۸)

ابعاد عملکردی که در کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی اهمیت دارند عبارتند از: عملکرد اجتماعی- فیزیکی و شناختی، تحرک، مراقبت از خود، جنبه عاطفی احساس بهتر بودن، متغیرهای دیگر چون درد، انرژی و خواب و اشتها (همان: ۲۹)

ابعاد کیفیت زندگی اغلب به ابعاد عملکرد عینی و همچنین رفاه ذهنی تقسیم می شود صاحب نظران مختلف کیفیت زندگی را به ابعاد مختلف تقسیم کرده اند. کینگ و هیندس (۱۹۹۸) کیفیت زندگی را شامل چهار بعد می دانند که عبارتند از: رفاه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی سازمان بهداشت جهانی نیز ابعادی را برای کیفیت زندگی در نظر گرفته است که شامل بعد جسمانی، روانی سطح وابستگی بعد اجتماعی و بعد روحی مذهبی و اعتقادات شخصی می باشد. بروسون و همکاران (۱۹۹۳) هفت عملکرد جسمی، ایفای نقش، درد، رفاه عاطفی، وضعیت، خواب وضعیت خانوادگی و وضعیت کلی سلامت فرد را برای بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مطرح می کند.

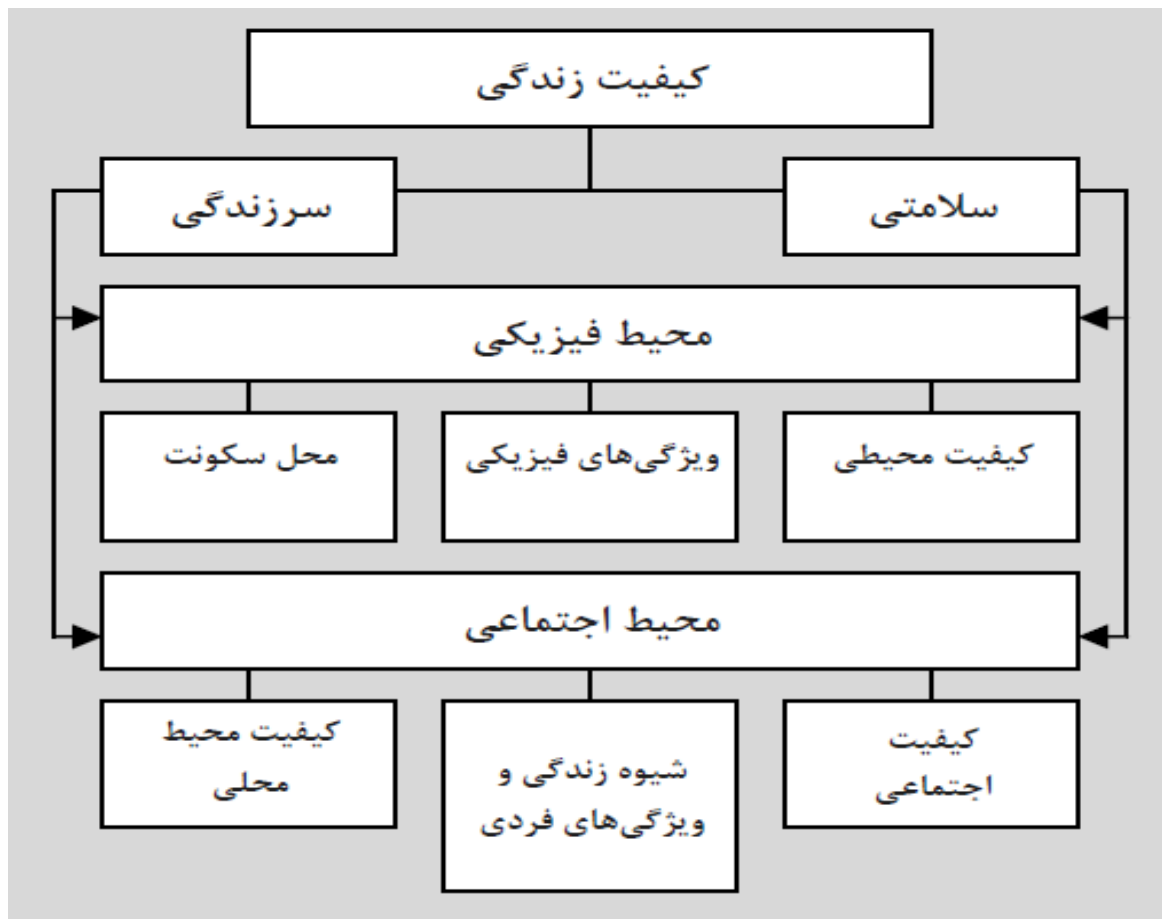
آندرسون (۱۹۹۵) با تحقیقی نشان داده است که متغیرهای روانی از قبیل افسردگی، اضطراب، اعتماد به نفس و خوش بینی می توانند به عنوان واسطه بر اثرات متغیرهای فردی (سن، وضعیت اقتصادی- اجتماعی) و حتی وضعیت بیماری بر روی کیفیت زندگی نقش داشته باشند. او سایر عوامل موثر بر کیفیت زندگی را به رضایت از خود، زندگی خانوادگی، منابع اقتصادی در دسترس و فعالیتهای اجتماعی معرفی می نمایند. ابعاد مختلف کیفیت زندگی به یکدیگر وابسته اند. بعد جسمانی به درک فرد از توانایی انجام فعالیتهای روزانه و انرژی بستگی دارد، بعد اجتماعی به روابط با خانواده فامیل و محیط اجتماعی

دیگر وابسته است و انزوا و وابستگی بیش از حد از نمود های غیر طبیعی آن است و بالاخره بعد روانی در اشتراک مفاهیم روانی و هیجانی است و مسائلی چون افسردگی، ترس، خشم، سعادت مطرح می شود (قاسمی، ۱۳۷۸: ۳۰) پاریلا و همکاران (۲۰۰۲) جنبه های مختلفی را که بر کیفیت زندگی اثر می گذارد بررسی نموده و بیان نموده اند که این جنبه شامل توانایی اشتغال به فعالیت های عادی، حمایت اجتماعی و بیمه درمانی می باشد.

یکی از مشخصات اصلی و بنیادین کیفیت زندگی، چندبعدی بودن آن است (کرد زنگنه، ۱۳۸۵) بیشتر محققان و صاحب نظران این حوزه معتقدند، که کیفیت زندگی دارای ابعاد فیزیکی، اجتماعی، روانشناختی، محیطی و اقتصادی است. در بعد فیزیکی، پرسش های مربوط به ابعاد جسمانی انسان شامل، قدرت، انرژی و توانایی انجام فعالیت های روزمره و خودمراقبتی و همچنین علائم بیماری مانند درد، مورد تفسیر و سنجش قرار می گیرند. در بعد اجتماعی، احساس بهتر بودن و کیفیت ارتباطات افراد با خانواده، دوستان، همکاران و اجتماع تبیین م ی شود. این در صورتی است که در بعد روان شناختی بیشتر نشانه های روانی شامل اضطراب، افسردگی، ترس و میزان محرومیت نسبی سنجیده می شود. در بعد محیطی، کیفیت محیط پیرامون زندگی بشر برای زیست مورد واکاوی قرار می گیرد؛ و در بعد اقتصادی مؤلفه هایی چون میزان رضایت از درآمد، نوع شغل و یا رضایت شغلی ارزیابی می شوند (دهداری، ۱۳۸۱: ۴۰).

ریم در سال مدلی را به عنوان عناصر اساسی کیفیت زندگی، سلامتی و محیط زندگی مطابق شکل زیر ارائه کرده است. در این مدل سلامتی و سرزندگی به موازات هم و به عنوان دو بعد اصلی کیفیت زندگی در نظر گرفته شده است. در این مدل، ترکیبی از ابعاد اندازه گیری شدنی و فضایی و فیزیکی و اجتماعی از محیط و درک صحیح از آنها مورد بررسی قرار می گیرد. این درک فقط مرتبط با ویژگی های عینی از محیط نیست بلکه جنبه های شخصی و زمینه ای را نیز دربرمی گیرد. در این مدل نمی توان به طور صحیح مشخص کرد که چگونه عناصر مختلف با هم مرتبط اند، بلکه لایه هایی از موضوعات مختلف را که با هم نشان می دهد (Kemp et al., 2003, 12).





شکل ۱. عناصر اساسی کیفیت زندگی

## ۲-۱۳) تحقیقات پیشین

### ۲-۱۳-۱) تحقیقات داخلی

مهناز آهنگری (۱۳۸۵) در پژوهشی تحت عنوان «بررسی کیفیت زندگی در سالمندان عضو فرهنگسرای شهر تهران» به تحلیل و بررسی کیفیت زندگی سالمندان شهر تهران پرداخته است. جامعه پژوهش، سالمندان عضو فرهنگسرای سالمند است که ۳۰۰ نفر نمونه، به صورت تصادفی از افراد بالای ۶۰ سال انتخاب شده اند و اهداف پژوهش در قالب شاخص های کیفیت زندگی مطرح شده اند.

بر اساس یافته ها، ۲۲۳ نفر زن (۷۴.۳۳) و ۷۷ نفر مرد (۲۵.۶۶) با دامنه سنی ۶۰-۸۵ و میانگین سنی ۶۸.۸ سال در مطالعه شرکت داشتند. نتایج پژوهشی حاکی از آن بود که بین زن ها و مردها، کیفیت زندگی تنها در حیطه جسمانی و روانی تفاوت معنی دار و امتیاز در مردها بالاتر از زن هاست. در بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و سن نیز، فقط در حیطه جسمانی و روانی اختلاف معنی دار بوده و در سایر حیطه ها اختلاف معنی داری مشاهده نمی شود. در ارتباط با کیفیت زندگی و وضعیت تاهل، افراد متأهل نسبت به کسانی که همسر خود را از دست داده اند، کیفیت زندگی بهتری دارند و افرادی که هرگز ازدواج نکرده اند از سلامت جسمانی بالتری برخوردار هستند و هر مقدار بر میزان تحصیلات افزوده شده است کیفیت زندگی نیز افزایش یافته است و ابتلا به بیماری نیز با کیفیت زندگی در همه حیطه ها تفاوت معنادار نشان داده به طوری که در همه حیطه ها کاهش وجود داشته است.

تیمور آقاملایی در پژوهشی تحت عنوان «کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان در شهر بندرعباس در سال ۱۳۸۵ که به صورت مقطعی انجام شده و جمعیت مورد مطالعه را سالمندان بالای ۶۰ سال ساکن شهر بندرعباس تشکیل داده اند. با استفاده از روش نمونه گیری خوشه ای ۱۰۰۰ نفر سالمند انتخاب شده اند و داده ها از طریق مصاحبه جمع اوری شده است. این تحقیق کیفیت زندگی را در هشت بعد شامل عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی و سلامت روان اندازه گیری نموده است. در تمام این ابعاد نمره کیفیت زندگی مردان بالاتر از زنان بوده است. این تفاوتها فقط در ابعاد عملکرد جسمی، نشاط و سلامت عمومی از لحاظ

آماري معنادار بوده است. در تمام ابعاد به جز مشکلات روحي، نمره كيفيت زندگي سالمندان جوان بالاتر از سالمندان پير بوده است و بين آنها اختلاف آماري معناداري وجود دارد.

بر اساس نتايج پژوهش حميدي زاده و صالحی ۱۳۸۳، که با هدف كيفيت زندگي سالمندان شهر تهران انجام شد، كيفيت زندگي ۷۰ سالمند در شهر تهران با ميانگين سني ۷۲ سال از پارک های محلی در نظر گرفته شد، ۴۵.۲ درصد افراد همسرمرده، ۵۳.۳ درصد بی سواد، ۵۷.۶ درصد بدون درآمد و ۵۴.۷ درصد تنها زندگي می کردند. بين كيفيت زندگي و درآمد افراد رابطه معناداري وجود دارد، بالاترين نمره كيفيت زندگي مربوط به بعد درآمد و کمترین نمره كيفيت زندگي در بعد سلامت روانی، انرژی و احساسات درونی بود.

عقيل حبيبي سولا در تحقيقي تحت عنوان « بررسی كيفيت زندگي و عوامل مرتبط، در سالمندان ساکن غرب تهران» پايان نامه کارشناسی ارشد ۱۳۸۵ در یک مطالعه توصيفی از نوع مقطعی بر روی ۴۱۰ نفر از سالمندان غرب تهران با استفاده از روش نمونه گيري خوشه ای چند مرحله ای و با ابزار پرسشنامه اطلاعات مربوط به واحد های مورد پژوهش را از طريق مصاحبه گردآوری کرده و به منظور تحليل داده ها از آمار توصيفی، آزمون تی تست و ANOVA استفاده شده است. میانگين كيفيت زندگي در واحدهای مورد مطالعه ۳۲.۸۴ بوده که دلالت بر كيفيت متوسط سالمندان داشته است. همچنين یافته ها نشان می دهد که كيفيت زندگي با جنس، سطح تحصيلات، پایگاه اقتصادی و وضع سلامت فعلی افراد ارتباط معناداری دارد.

عقيل حبيبي سولا و صغری نیکپور در تحقيقي تحت عنوان بررسی رفتارهای ارتقادهنده سلامت و كيفيت زندگي در سالمندان بر روی ۴۱۰ نفر از سالمندان منطقه غرب تهران که به روش پيمایش و به روش نمونه گيري خوشه ای چند مرحله ای انجام دادند به اين نتيجه رسيدند که بين كيفيت زندگي و رفتارهایی نظيرانجام ورزش يا پياده روی مصرف شير، لبنیات و غذاهای گوشتی، مصرف میوه و سبزیجات تازه، مصرف غذای نمک، مصرف غذای کم چرب، کنترل وضعيت سلامت و کنترل فشار خون ارتباط معنی داری وجود دارد؛ بطوریکه سالمندان دارای میانگين نمره كيفيت زندگي بالاتر، رفتارهای

انجام ورزش یا پیاده روی، مصرف شیر، لبنیات و غذاهای گوشتی و مصرف میوه و سبزیجات تازه و سالمندان دارای میانگین نمره کیفیت زندگی پایین تر، رفتارهای مصرف غذای کم نمک، مصرف غذای کم چرب، کنترل وضعیت سلامت و کنترل فشارخون را بیشتر رعایت کرده بودند. با توجه به تفاوت معناداری که بین رفتارهای ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی سالمندان مشاهده شد و از آنجا که کیفیت زندگی در این دوران می تواند براحتی مورد تهدید قرار گیرد، در نظر داشتن رفتارهای ارتقادهنده سلامت بهبود خدمات پزشکی و بهداشتی و ارائه خدمات مشاوره در جمعیت سالمندان مد نظر قرار گیرد. (عقیلی سولا، ۱۳۸۷: ۳۶-۲۹).

شهرین سالاروند نیز به بررسی کیفیت حمایت اجتماعی از دیدگاه سالمندان مقیم در سرای سالمندان در سال ۱۳۸۵ پرداخته است. در این پژوهش، روش فنومنولوژی همراه با مصاحبه عمیق با سالمندان در دوره ای ۹ ماهه انجام شده است. نمونه گیری نیز مبتنی بر هدف بوده است و تا اشباع اطلاعات که در آخر تعداد شرکت کنندگان به ده نفر رسید ادامه یافته است. در این پژوهش سه عنصر مهم از دیدگاه سالمندان وجود که عبارت از کارکنان، سایر مقیمان و خانواده هستند که اهمیت بسزایی در زندگی سالمندان داشته و شبکه حمایت اجتماعی را برای سالمندان فراهم آورده است. در این پژوهش افراد مقیم در سرای سالمندان در درجات متفاوتی از ارتباط با خانواده و دوستان و سایرین و احساس حمایت از جانب آنها را بیان کرده اند. بعضی شرکت کنندگان نداشتن ملاقات از طرف خانواده را بیان داشته اند و بعضی از آنها از ملاقات دوستان، افراد خانواده و فامیل راضی بودند تمام شرکت کنندگان ملاقات سایر مردم را دلگرم کننده و حمایت گر داشته اند.

دکتر نرجس رفعتی و همکاران در تحقیقی تحت عنوان کیفیت زندگی و عوامل موثر بر آن در بین سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر ساکن در آسایشگاه خیریه کهریزک تهران، پژوهش خود را بر روی ۲۰۲ نفر از سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر ساکن در آسایشگاه خیریه سالمندان ساکن در آسایشگاه خیریه سالمندان کهریزک تهران با طول مدت اقامت حداقل ۶ ماه که قادر به درک و پاسخگویی سوالات بودند انجام دادند. ۴۱.۶ درصد از حجم نمونه مرد و ۵۸.۴ زن بودند. طبق نتایج حاصله میانه امتیازات مربوط به کیفیت

زندگی در زنان پایین تر از مردان بود. بین سن و کیفیت زندگی رابطه ای مشاهده نشد. بین سطح تحصیلات، کار در کارگاه موجود در آسایشگاه، دریافت حقوق بازنشستگی، ابتلا به یکی از انواع شکستگی ها و تغییر شکل اندامها و آرتروز با کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی دار مشاهده گردید.

مریم سادات وحدانی نیا و همکارانش در تحقیقی تحت عنوان «کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در سالمندان، مطالعه جمعیتی» به گرد آوری اطلاعات مربوط به وضعیت سلامتی افراد از نظر ابتلا به بیماری های مزمن زمینه ای و نیز عوارض کوتاه مدت از ۳۹۶ سالمند از طریق مصاحبه اقدام کردند که ۳۹.۶ درصد مصاحبه شوندگان زن و ۸۰.۳ درصد متاهل بودند. در بررسی رابطه بین جنس و وضعیت سلامتی با میانگین امتیازهای سنجش های کیفیت زندگی در تمامی ابعاد تفاوت معنی داری از لحاظ آماری به دست آمد. در بررسی رابطه بین متغیرهای سن، تحصیلات، تاهل و شغل با امتیازهای سنجش های کیفیت زندگی نیز در بیشترین موارد روابط آماری معنی داری مشاهده شد. یافته های جمعیتی نشان دهنده آن است که کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در سالمندان با وضعیت سلامتی و متغیرهای جمعیتی وابسته است.

فاطمه مختاری و نوشاد قاسمی در پژوهشی که در سال ۱۳۸۹ تحت عنوان مقایسه کیفیت زندگی و سلامت روان در سالمندان ساکن در خانه سالمندان و سالمندان عضو کانون بازنشستگی که با استفاده از روش پیمایش و با استفاده از پرسشنامه استاندارد SF-36 انجام دادند (۶۰ سالمند ساکن دوسرای سالمندان و ۶۰ سالمند ساکن کانون بازنشستگی انجام دادند) در یافتند که بین دو گروه سالمند در متغیرهای کیفیت زندگی (  $t=8.41$  و  $p<0.1$  ) و سلامت روان (  $t=16.4$  و  $p<0.1$  ) و تمام اندازه های خرده مقیاس این دو متغیر تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین اثرات معنی دار مستقلی برای متغیرهای سن، جنس، شغل و سطح اقتصادی در تعیین واریانس دو متغیر کیفیت زندگی و سلامت روان مشاهده شد. یافته های پژوهش حاکی از تفاوت معنادار فاحش بین کیفیت زندگی، سلامت روان و کلیه خرده مقیاس های این دو متغیر بود. و در همه موارد، برتری با سالمندان عضو کانون بازنشستگی بود. علاوه بر این شواهد،

حاکی از آن است که متغیرهای جمعیت شناختی می تواند بر اثر محل سکونت نقش تعدیل کننده ای داشته باشند. هر چند میزان این تعدیل کنندگی چندان قابل ملاحظه نیست.

وحید نجاتی و حسن عشایری در مطالعه ای با عنوان «کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان شهرستان کاشان» در مطالعه ای از نوع توصیفی -مقطعی که بر روی ۳۸۹ سالمند به روش نمونه گیری تصادفی و با استفاده از پرسشنامه SF-36 انجام شد این نتایج به دست آمد که نمره کیفیت فعالیت فیزیکی افراد مورد بررسی ۵۹ (زنان ۵۷ و مردان ۶۶) و نمره درک کلی از سلامت در زنان سالمند ۵۵.۵، در مردان ۶۵.۷ و در کل ۶۰.۷ بود. نمره ایفای نقش جسمی آزمودنی ها ۵۱ (زنان ۴۷.۵، مردان ۵۴.۵)، نمره فعالیت اجتماعی ۷۸.۲ (۷۸ در زنان و ۷۸.۴ در مردان) و نمره ایفای نقش عاطفی ۶۱.۸ (زنان ۶۱.۲، مردان ۶۲.۴) بود. نمره سلامت روانی در زنان سالمند ۹۱.۴، در مردان ۹۷.۳ و در کل ۹۴.۴ و نمره جسمی ۶۱.۷ (زنان ۵۷.۲ و ۶۶.۱) بود (وحید نجاتی و حسن عشایری، ۱۳۸۷).

حمیرا سجادی و اکبر بیگلریان در تحقیقی با عنوان کیفیت زندگی سالمندان زن در آسایشگاه خیریه کهریزک به اندازه گیری کیفیت زندگی زنان سالمند آسایشگاه خیریه کهریزک پرداخته است. به این منظور، تعداد ۸۷ زن سالمند آسایشگاه خیریه کهریزک که قادر به پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه بودند، به صورت تصادفی به عنوان نمونه های این مطالعه توصیفی تحلیلی انتخاب شدند. برای جمع آوری اطلاعات از مصاحبه و پرسشنامه لیپاد استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش های آمار توصیفی و تحلیلی مانند میانگین، انحراف معیار، جدول توزیع فراوانی دو بعدی و ضریب همبستگی ناپارامتری اسپیرمن استفاده گردید.

بیشترین سالمندان مورد مطالعه در گروه سنی ۶۵-۷۴ سال و ۷۵-۸۴ سال (هریک ۳۵.۴ درصد) بودند و میانگین کلی سن، ۷۲.۵ سال بود. بیشتر این افراد، بی سواد (۶۳.۲ درصد) و ۸۸.۵ درصد از آنها درآمد ماهیانه کمتر از ۵۰۰۰۰۰ ریال داشتند. ۷۱.۸ درصد از آنها بیوه و ۱۲.۹ درصد از آنها مطلقه بودند. میانگین نمره استاندارد شده کیفیت زندگی ۵۴.۶۲ با انحراف معیار ۱۰.۲۲ بوده است. کیفیت زندگی در کل و در ابعاد فیزیکی، خودمراقبتی، اجتماعی و رضایت از زندگی در سطح خوب و در بعد افسردگی واضطراب و

بعد شناختی در سطح ضعیف به دست آمد. یافته های این تحقیق با یافته های سایر محققین همخوان نیست. به این معنی که کیفیت زندگی در کل و در بیشتر ابعاد، بخصوص در بعد رضایت از زندگی، بالاتر از سایر مراکز مراقبت و نگهداری از سالمندان است که می تواند ناشی از تلاش خیرین نیکوکار، مدیریت صحیح و موفق و ارائه خدمات بصورت مطلوب در آسایشگاه خیریه کهریزک باشد.

## ۲-۱۳-۲) تحقیقات خارجی

در تحقیق که تیلور و فرانسیس در آمریکا در سال ۲۰۰۲ انجام داده اند از تعداد زیادی زنان و مردان سالمند سوال شده است که سلامت ذهنی و کیفیت زندگی خود را چگونه ارزیابی می کنند؟ نتایج نشان داده که مردان کیفیت زندگی مرتبط با سلامی خود را خیلی مثبت تر از زنان ارزیابی می کنند و این نشان دهنده تفاوتی مرتبط با جنس می باشد. پژوهشگران عنوان می کنند که کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی به عنوان یک عنصر کلیدی در پیری زود رس موفقیت آمیز می باشد. با افزایش امید به زندگی، هورمون درمانی به منظور به دست آوردن کیفیت زندگی بالاتر در سنین پیری مدت زمانی است که مطرح شده، اما هورمون درمانی فقط بر روی زنان اجرا می شده، مطالعات زیادی که اخیرا انجام شده است، نشان می دهد که عوارض اصلی مرتبط با سن مانند عملکرد جسمی، کاهش فعالیت جنسی و زوال رفاه کلی ممکن است مربوط به تغییرات هورمونی در هر دو جنس باشد که یاد اور اختلالات هیپوفیز در بزرگسالی می باشد.

پژوهشی تحت عنوان «کیفیت زندگی و طول عمر: مطالعه ای بر روی سالمندان شصت ساله و بالاتر» توسط دلونو و همکارانش<sup>۶۴</sup> از سال ۱۹۹۲ تا ۱۹۹۵ در منطقه ونتو کشور ایتالیا انجام شد که هدف آن بررسی و مقایسه کیفیت زندگی در سه گروه مختلف سنی سالمندان بود. این گروه تحقیق برای سنجش کیفیت زندگی از پرسشنامه لیپاد استفاده نمودند. نتایج این پژوهش نشان داد که سالمندان از سلامتی خود شکایت داشتند ولی در مورد اختلالات عملکردی اظهار شکایت بیشتری کرده بودند. وضعیت عملکرد شناختی آنها به طور معناداری ( $p < 0.05$ ) خوب بود و امتیاز افسردگی و اضطراب در سالمندان مسن تر

کمتر از دو گروه سالمند دیگر بود ولی معنادار نبود. در مورد وضعیت فیزیکی و عملکرد اجتماعی معنادار نبود. (Dello Buono، ۱۹۹۸: ۲۱۶-۲۰۷)

موراک فارهار در سال ۱۹۹۵ در کشور انگلیس، به منظور توصیف و سنجش کیفیت زندگی مطالعه ای را بر روی سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر انجام داد. بر اساس نتایج به دست آمده، ۴۰ درصد از افراد تحت مطالعه کیفیت زندگی خود را قویا مثبت، ۲۱ درصد مثبت، ۲۳ درصد عادی یا از روزی به روز دیگر متفاوت، یک درصد منفی و ۱۸ درصد خیلی منفی توصیف کردند. نتایج حاصله از مطالعه بر اساس گروه سنی و محل زندگی نشان داد که در بین کسانی که کیفیت زندگی خود را خیلی بد توصیف کرده بودند، ۲۵ درصد متعلق به گروه سنی بالای ۸۵ سال و ۸ درصد کمتر از ۸۵ سال بوده اند. از بین علل کاهش کیفیت زندگی در دو گروه سنی بالای ۸۵ سال و کمتر از آن بر حسب نواحی مختلف زندگی به موارد زیر می توان اشاره کرد: احساس ناتوانی، بیماری و درماندگی، احساس غمگین بودن و بدبختی، آرزوی جوان بودن، کاهش ارتباطات اجتماعی و مسائل مالی (Farguhar, Morgan، ۱۹۹۵: ۵۰۵)

## ۲-۱۴) چارچوب نظری

سالمندی از ابعاد و جهات مختلف اقتصادی، جمعیتی، سیاسی، بهداشتی، درمانی و... تحولاتی را پدید آورده است اما از بعد جامعه شناختی، رشد و گسترش پدیده سالخوردگی مسایل و موضوعاتی را برانگیخته است که مهمترین آنها دگرگونی پایگاه اجتماعی و بازنشستگی اجباری سالمندان است در حالیکه قسمت اصلی جریان جامعه شناختی تا اواخر دهه ۱۹۶۰ از قلمرو عام پیری اجتماعی غافل و نسبت به آن بی اعتنا بوده و کماکان فاقد یک تحلیل و استنتاج نظری منظم در باب مساله سالمندی است.

کیفیت زندگی در چند دهه اخیر به مفهوم مهمی در تحقیقات علوم اجتماعی، روان شناسی، اقتصاد، علوم طبیعی، جغرافیا و پزشکی تبدیل شده است؛ با وجود این، توافق اندکی بر سر تعریف این مفهوم وجود



دارد. مرور انتقادی و جامع راپلی<sup>65</sup> (۲۰۰۵) بر تعاریف کیفیت زندگی حاکی از این است که محدودی از تعاریف کیفیت زندگی مورد تایید وسیع، نه اجماع، قرار گرفته اند. تمامی این تعاریف اشاره دارند که کیفیت زندگی نوعی ادراک روانشناختی فردی از ابعاد مختلف واقعی های مادی جهان بیرونی است. با توجه به آنچه که ذکر گردید، می توان گفت که در زمان حاضر اتفاق نظر چندانی در زمینه مفهوم کیفیت زندگی وجود ندارد، ولی اگر مشترکات این تعاریف مد نظر قرار گیرد، در آن صورت می توان گفت که کیفیت زندگی عبارت است از شرایط بهتر زندگی که در آن توازن، هماهنگی، مطلوبیت و برابری عادلانه نهادینه شده یا زمینه های لازم برای زندگی همراه با سلامت، امنیت، آسایش، آرامش، نشاط، خلاقیت و زیبایی پدید آمده باشد (یوسفی، ۱۳۸۱: ۱).

فلاویو و مارکوس (۲۰۰۳)، در مقاله ای کیفیت زندگی در سالمندان را به ترتیب ذیل شرح داده اند. سالمندی برای هر فرد یک تجربه کیفی متفاوت می باشد، که برای برخی خوب و چون پاییزی عمیق ولی با رنگهای روشن، در حالی که برای برخی دیگر تجربه ای بد، محسوب می گردد که البته بین این دو وضعیت کیفی نیز طیف هایی وجود دارد. چهار اصل برای کیفیت زندگی مرتبط با سلامت عبارتند از:

۱. بعد فیزیکی
۲. بعد ذهنی-روانی
۳. بعد اجتماعی
۴. ادراکات کلی از عملکرد و احساس بهتر بودن .

ابعاد عملکردی که در کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی اهمیت دارند عبارتند از: عملکرد اجتماعی- فیزیکی و شناختی، تحرک، مراقبت از خود، جنبه عاطفی احساس بهتر بودن، متغیرهای دیگر چون درد، انرژی و خواب و اشتها.

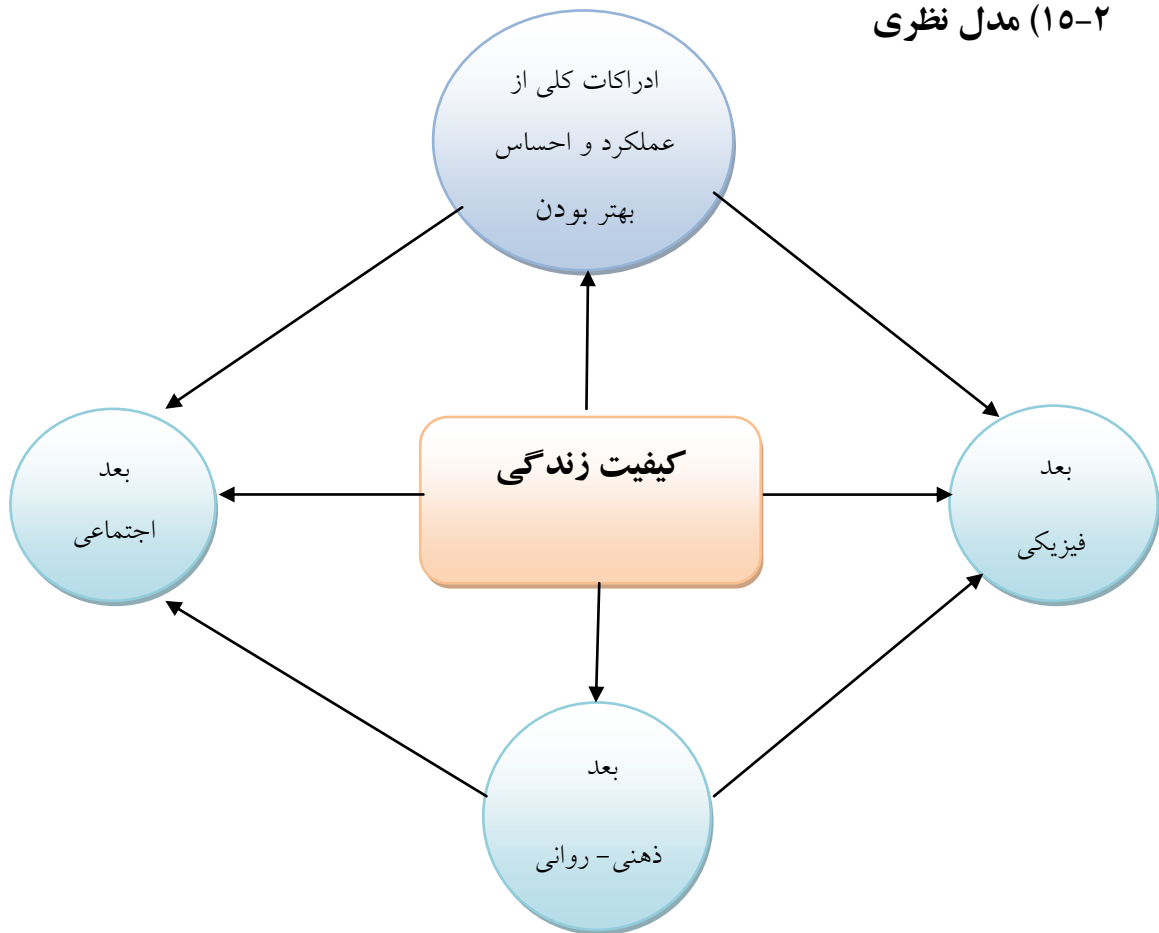
کینگ و هیندس (۱۹۹۸) کیفیت زندگی را شامل چهار بعد می دانند که عبارتند از: رفاه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی سازمان بهداشت جهانی نیز ابعادی را برای کیفیت زندگی در نظر گرفته است که

---

65 .Rapley

شامل بعد جسمانی، روانی سطح وابستگی بعد اجتماعی و بعد روحی مذهبی و اعتقادات شخصی می باشد. بروسون و همکاران (۱۹۹۳) هفت عملکرد جسمی، ایفای نقش، درد، رفاه عاطفی، وضعیت، خواب وضعیت خانوادگی و وضعیت کلی سلامت فرد را برای بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مطرح می کند. آندرسون (۱۹۹۵) با تحقیقی نشان داده است که متغیرهای روانی از قبیل افسردگی، اضطراب، اعتماد به نفس و خوش بینی می توانند به عنوان واسطه بر اثرات متغیرهای فردی (سن، وضعیت اقتصادی-اجتماعی) و حتی وضعیت بیماری بر روی کیفیت زندگی نقش داشته باشند. او سایر عوامل موثر بر کیفیت زندگی را به رضایت از خود، زندگی خانوادگی، منابع اقتصادی در دسترس و فعالیتهای اجتماعی معرفی می نمایند. ابعاد مختلف کیفیت زندگی به یکدیگر وابسته اند. بعد جسمانی به درک فرد از توانایی انجام فعالیتهای روزانه و انرژی بستگی دارد، بعد اجتماعی به روابط با خانواده فامیل و محیط اجتماعی دیگر وابسته است و انزوا و وابستگی بیش از حد از نمود های غیر طبیعی آن است و بالاخره بعد روانی در اشتراک مفاهیم روانی و هیجانی است و مسائلی چون افسردگی، ترس، خشم، سعادت مطرح می شود.

## ۱۵-۲) مدل نظری





فصل سوم

روش شناسی

### ۳-۱) روش تحقیق

روش تحقیق<sup>۶۶</sup> به راهبردی کلی که گردآوری و تجزیه و تحلیل داده‌های ضروری برای پاسخگویی مورد نظر را دنبال می‌کند، اطلاق می‌شود. هر یک از علوم از زمانیکه که به طور علمی از یکدیگر تفکیک شده‌اند، با توجه به ماهیت شان از روش‌های پژوهشی مخصوص به خود برای انجام تحقیقات در حوزه‌ی آن علم استفاده کرده‌اند. در حوزه علوم انسانی و اجتماعی نیز برای انجام پژوهش مورد نظر از روش‌های تحقیق خاصی استفاده می‌شود. به طور کلی تحقیقات علمی را براساس چگونگی به دست آوردن داده‌های مورد نیاز به دو قسمت توصیفی (غیر آزمایشی) و تحقیق آزمایشی تقسیم می‌کنند (سرمد و دیگران، ۱۳۸۱: ۸۱).

با توجه به ماهیت اجتماعی تحقیق حاضر که علاقه‌مند به جمع‌آوری داده‌ها برای جمعیتی بزرگ است که نمی‌توان آن را به طور مستقیم مشاهده کرد، این تحقیق به شیوه‌ی پیمایش مقایسه‌ای انجام گرفته است. «از تحقیق پیمایشی عمدتاً در مطالعاتی استفاده می‌شود که در آنها فرد، واحد تحلیل می‌باشد» (ببی، ۱۳۸۶: ۵۳۰) پیمایش روشی در تحقیق اجتماعی است که «دقیقا به معنی تکنیک خاصی در گردآوری اطلاعات نیست اما عمدتاً از پرسشنامه استفاده می‌شود... مشخصه پیمایش، مجموعه ساختمان یا منظمی از داده‌هاست... بدان معنا که اطلاعاتی درباره متغیرها یا خصوصیات یکسان، دست کم دو مورد جمع-آوری می‌کنیم و به یک ماتریس داده‌ها می‌رسیم» (دواس، ۱۳۸۶: ۱۳).

### ۳-۲) تکنیک و ابزار گردآوری اطلاعات

داده‌ها را می‌توان با مشاهده، مصاحبه عمیق، تحلیل محتوا، پرسشنامه یا تکنیک‌های مختلف دیگری گردآوری کرد. بدین معنی که داده‌های مورد نیاز را می‌توان از طریق فنون متعددی گردآوری کرد و در بسیاری از مطالعات چه بسا استفاده از چند روش تحقیق مختلف مناسب باشد. با این همه پرسشنامه رایج‌ترین تکنیک مورد استفاده در تحقیق پیمایشی است. در تحقیق حاضر نیز با توجه به موضوع مورد

---

66. Research method

بررسی، از تکنیک پرسشنامه جهت جمع‌آوری اطلاعات استفاده شده است. «پرسشنامه‌ها که موجب تثبیت عقاید نیز می‌شوند، آغاز مناسبی در بررسی‌های مربوط به حالات اجتماعی افراد هستند و مطالعه رفتار با آن، یکی از مظاهر جامعه‌شناسی تجربی است. بدین‌صورت که پرسشنامه ابزاری است برای اندازه‌گیری متغیرها، در پرسشنامه باید سوالاتی مطرح شود که به طور مستقیم در رابطه با موضوع تحقیق و فرضیه‌های تحقیق باشد» (ساعی، ۱۳۸۱: ۲۵).

در این کار پژوهشی برای سنجش کیفیت زندگی سالمندان از پرسشنامه کیفیت زندگی سالمندان SF-36 استفاده شده است. پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 برای مصارفی چون کار بالینی، ارزیابی سیاست‌های بهداشتی و نیز تحقیقات و مطالعات جمعیت عمومی کارایی خود را ثابت کرده است. فرم ۳۶ عبارتی توسط واروشریون در سال ۱۹۹۲ در کشور آمریکا طراحی شد و اعتبار و پایایی آن در گروه‌های مختلف بیماران مورد بررسی قرار گرفت. مفاهیمی که توسط این پرسشنامه سنجیده می‌شود، اختصاص به سن، گروه یا بیماری خاصی ندارد. هدف از طرح این پرسشنامه، ارزیابی حالت سلامت از هر دو نظر وضعیت جسمانی و روانی است که بوسیله ترکیب نمرات حیطه‌های هشت‌گانه تشکیل دهنده سلامت به دست می‌آید. این پرسشنامه دارای ۳۶ عبارت است که هشت حیطه مختلف سلامت را مورد ارزیابی قرار می‌دهد.

### ۳-۳) جامعه آماری، حجم نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه مورد مطالعه در این پژوهش، سالمندان ساکن در خانه سالمندان و سالمندان ساکن در منازل شخصی هستند. نمونه‌گیری از سالمندان منازل غیر شخصی با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انجام شد که ابتدا مناطق سه‌گانه شهر یزد را به خوشه‌های مختلف تقسیم بندی کرده و از بین هر یک از این مناطق دو حوزه را به تصادف انتخاب کرده و سپس از این هر کدام از این حوزه‌ها بلوک‌هایی را به تصادف انتخاب کرده و برای هر کدام از این بلوک‌ها منازل را با استفاده از نمونه‌گیری سیستماتیک انتخاب که در صورت داشتن فرد سالمند از آنها مصاحبه به عمل آمده و پرسشنامه پر

گردید. درباره سالمندان ساکن نیز با در دست داشتن چارچوب تصادفی ۸۱ نفر از آنها با نمونه گیری تصادفی انتخاب شده و مورد مصاحبه قرار گرفتند. در این پژوهش حجم نمونه برای سالمندان منازل شخصی با از فرمول آماری کوکران محاسبه شده است و با توجه به جمعیت سالمندان شهر یزد بر طبق سرشماری سال ۱۳۸۵ که برابر به ۷۷۹۸۴ نفر است بنابراین حجم نمونه برای سالمندان ساکن در منازل شخصی ۲۸۴ نفر به دست آمد. نمونه مربوط به خانه سالمندان برابر با ۸۱ نفر و سالمندان غیر ساکن نیز ۲۸۴ نفر به دست آمد.

### ۳-۴) واحد تحلیل

موضوع تحت مشاهده که محقق قصد جمع آوری اطلاعات آن را دارد واحد تحلیل نمونه گیری خوانده می شود، به عبارت دیگر واحد تحلیل، واحدی است که اطلاعات از آن گردآوری می شود. واحد تحلیل می تواند افراد، گروهها، سازمانها، جوامع مختلف و یا اشیاء خاص باشد مثل روزنامهها، مجله و کتاب (دواس، ۱۳۸۶: ۴۱). واحد تحلیل در این پژوهش افراد سالمند می باشند.

### ۳-۵) اعتبار<sup>۶۷</sup> و پایایی<sup>۶۸</sup>

در این پژوهش از پرسش نامه SF-36، پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی سالمندان استفاده شده که روایی و پایایی این ابزار برای سالمندان ایرانی در مطالعه ای قبلاً مورد تأیید قرار گرفته است. در این مطالعه ثبات درونی برای کلیه زیرآزمونهای پرسشنامه بالای ۰.۷ نشان داده شده است. همچنین تکرار پذیری پرسشنامه خوب و اعتبار آن نیز قابل قبول گزارش شده است.

### ۳-۶) فنون مورد استفاده برای تجزیه و تحلیل اطلاعات

در این تحقیق نیز پس از گردآوری پرسشنامهها و کنترل و بازبینی پاسخها، اطلاعات از پرسشنامهها استخراج شده و سپس به تجزیه و تحلیل آنها می پردازیم. در ابتدا متغیرهای زمینه ای را توصیف و در

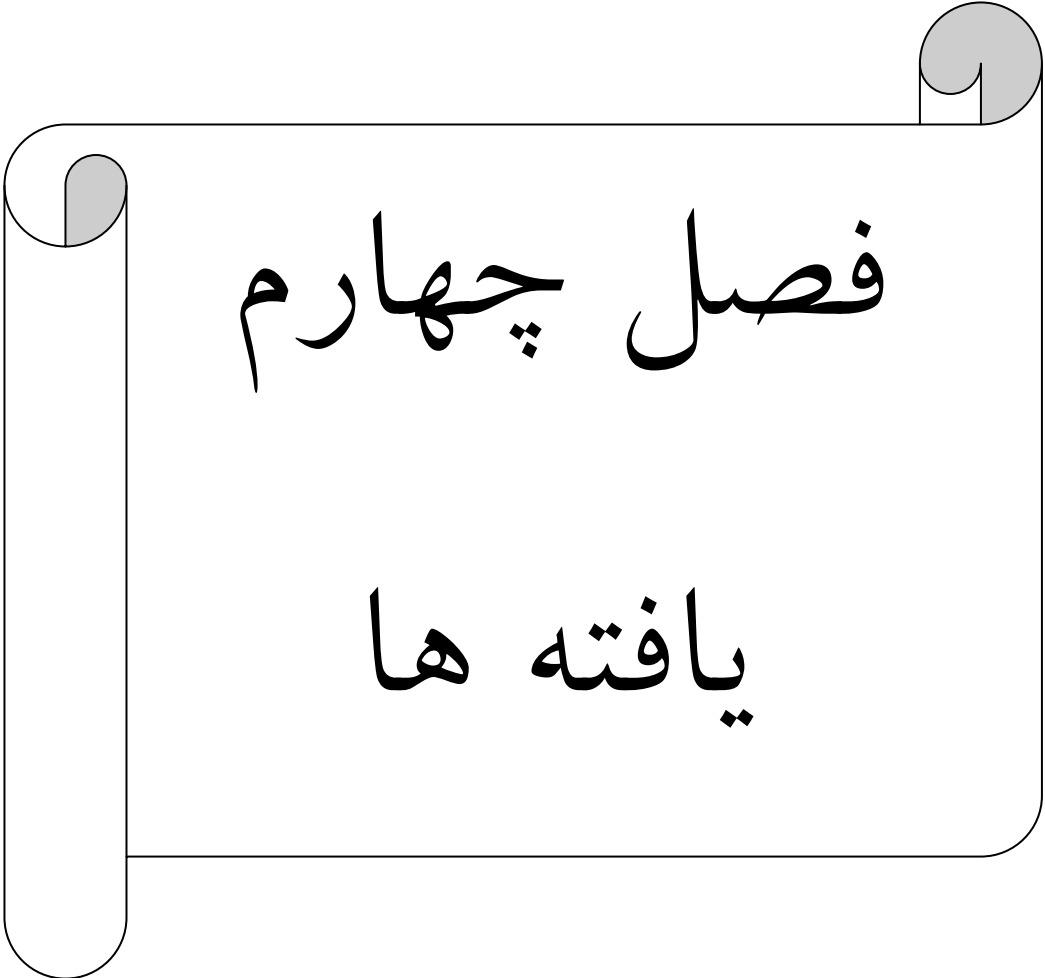
---

67. Validity

68. Reliability

ادامه با استفاده از آزمونهای آماری به بررسی فرضیه های پژوهش می پردازیم. در این پژوهش جهت بررسی و آزمون فرضیه ها ابتدا با استفاده از آزمون کولموگروف- اسمیرنف مشخص شد که هیچ کدام از ابعاد هشتگانه کیفیت زندگی دارای توزیع نرمال نیستند بنابراین برای آزمون فرضیات از آزمون ناپارامتری یومن وایتنی سود جستیم.





# فصل چهارم

## یافته ها

#### ۴-۱) بخش اول: یافته‌های توصیفی

تأکید زیاد بر تبیین به معنای بی‌اهمیتی تحقیق توصیفی نیست. تحقیق توصیفی با چگونگی امور و نه چرایی آنها سر و کار دارد. توصیف خوب اهمیت زیادی دارد. چنین توصیفی پایه و اساس نظریه معتبر است. اگر چیزی را کاملاً و با دقت توصیف نکرده باشیم تلاش‌مان برای تبیین آن به بیراه می‌گردد. ضمن اینکه توصیف خوب می‌تواند برانگیزنده تبیین و تحقیق باشد. توصیف‌ها می‌توانند معماها و مسائلی را که مستلزم راه‌حل‌اند برجسته کنند و پایه و اساسی برای نظریه‌پردازی فراهم آورند. «گذشته از این، تحقیق توصیفی در برجسته ساختن وجود مسائل اجتماعی و دامنه‌ی آنها نقش کلیدی دارد و می‌تواند برانگیزنده اقدامات اجتماعی باشد» (دواس، ۱۳۸۶: ۳۳). توصیف اساس کار تحقیق است و شناخت بی‌حد و اندازه‌ای درباره‌ی شکل و ماهیت جامعه‌مان فراهم می‌آورد و از طریق اشاره به مسائل اجتماعی، می‌تواند مفروضات مقبول درباره‌ی جریان امور را به چالش بکشد و باعث اقدام مناسب گردد.

## -سن پاسخگویان

جدول شماره ۴-۱) شاخص مرکزی و پراکندگی در باره سن

سن	سالمندان ساکن منازل شخصی	سالمندان ساکن خانه سالمندان
کمترین سن	60	61
بیشترین سن	91	85
میانگین	69.11	70
انحراف معیار	7.173	5.801
تعداد	284	81

همانطور که از جدول بالا مشخص است میانگین سنی سالمندان ساکن منازل شخصی ۶۹.۱۱ سال و انحراف معیار برابر با ۷.۱۷۳ است که کمترین سن ۶۰ و بیشترین سن ۹۱ سال می باشد. برای سالمندان ساکن خانه سالمندان میانگین برابر با ۷۰ سال، انحراف معیار ۵.۸۱ و کمترین و بیشترین سن نیز به ترتیب ۶۱ و ۸۵ سال می باشد.

## -جنس پاسخگویان

جدول شماره ۴-۲) توزیع پاسخگویان بر حسب جنس

درصد	فراوانی	جنس
73.6	209	سالمندان ساکن منازل شخصی
44.4	36	سالمندان ساکن خانه سالمندان
26.4	75	سالمندان ساکن منازل شخصی
55.6	45	سالمندان ساکن خانه سالمندان
0.77	284	سالمندان ساکن منازل شخصی
0.23	81	سالمندان ساکن خانه سالمندان

با توجه به جدول از مجموع کل سالمندان منازل شخصی که مجموعاً ۲۸۴ نفر می باشند ۷۳.۶ درصد مرد و ۲۶.۴ درصد نیز زن می باشند. ولی برای سالمندان ساکن خانه سالمندان درصد مرادن برابر با ۴۴.۴ درصد و زنان ۵۵.۶ درصد است.

## وضعیت تاهل

جدول شماره ۴-۳) توزیع پاسخگویان بر حسب وضعیت تاهل

درصد	فراوانی	وضعیت تاهل	
71.7	202	سالمندان منازل شخصی	متاهل
48.1	39	سالمندان ساکن خانه سالمندان	
1.8	5	سالمندان منازل شخصی	مطلقه
-	-	سالمندان ساکن خانه سالمندان	
27.1	77	سالمندان منازل شخصی	همسر فوت شده
51.9	42	سالمندان ساکن خانه سالمندان	
100	284	سالمندان منازل شخصی	کل
100	81	سالمندان ساکن خانه سالمندان	

وضعیت تاهل پاسخگویان بدینگونه است که در بین سالمندان منازل شخصی ۷۱.۷ درصد متاهل، ۱.۸ درصد مطلقه و ۲۷.۱ درصد نیز همسر فوت شده هستند و درصد فراوانی مربوط به مجرد صفر است. این میزان در بین پاسخگویان ساکن خانه سالمندان ۴۸.۱ درصد متاهل و ۵۱.۹ درصد نیز همسر فوت شده هستند. همانطور که از اعداد و ارقام این جدول بر می آید مشخص می شود نسبت متاهلین سالمندان ساکن منازل شخصی بیشتر از سالمندان ساکن خانه سالمندان است در حالی افراد ۵۱.۹ افراد ساکن در خانه سالمندان کسانی هستند که همسر آنان فوت شده است که این درصد در بین سالمندان غیر ساکن تقریباً نصف این مقدار است.

## میزان تحصیلات پاسخگویان

جدول شماره ۴-۴) توزیع پاسخگویان بر حسب میزان تحصیلات پاسخگویان

درصد	فراوانی	میزان تحصیلات پاسخگویان	
31.7	90	سالندان منازل شخصی	بی سواد
59.3	48	سالندان ساکن خانه سالندان	
30.3	86	سالندان منازل شخصی	پنجم ابتدایی
32.1	26	سالندان ساکن خانه سالندان	
13.0	37	سالندان منازل شخصی	سیکل
8.6	7	سالندان ساکن خانه سالندان	
6.7	19	سالندان منازل شخصی	دیپلم
-	-	سالندان ساکن خانه سالندان	
2.5	7	سالندان منازل شخصی	فوق دیپلم
-	-	سالندان ساکن خانه سالندان	
13.4	38	سالندان منازل شخصی	لیسانس
-	-	سالندان ساکن خانه سالندان	
2.5	7	سالندان منازل شخصی	فوق لیسانس و بالاتر
-	-	سالندان ساکن خانه سالندان	
100.0	284	سالندان منازل شخصی	کل
100.0	81	سالندان ساکن خانه سالندان	

وضعیت تحصیلات پاسخگویان بدینگونه است که از مجموع کل سالندان منازل شخصی ۳۱.۷ درصد بی سواد، ۳۰.۳ درصد دارای تحصیلات پنجم ابتدایی، ۱۳ درصد دارای تحصیلات سیکل، ۶.۷ درصد دیپلم، ۲.۵ درصد فوق دیپلم، ۱۳.۴ درصد لیسانس و ۲.۵ درصد نیز دارای تحصیلات فوق لیسانس و بالاتر هستند. وضعیت تحصیلات در بین پاسخگویان ساکن در خانه سالندان نیز به این صورت است که ۵۹.۳

درصد پاس‌گویان بی‌سواد، ۳۲.۱ درصد دارای تحصیلات پنجم ابتدایی و ۸.۶ درصد نیز سیکل هستند. همچنان که از مجموع ارقام و اعداد بالا مشخص می‌شود مشخص می‌شود سالمندانی که ساکن خانه سالمندان می‌باشند از نظر سواد و میزان تحصیلات به نسبت پایین‌تر از سالمندانی که باشند که در منازل شخصی سکونت دارند.

## وضعیت شغلی پاسخگویان

جدول شماره ۴-۵) توزیع پاسخگویان بر حسب وضعیت شغلی پاسخگویان

درصد	فراوانی	وضعیت فعلی پاسخگو	
3.2	9	سالمندان منازل شخصی	از کار افتاده
2.5	2	سالمندان ساکن خانه سالمندان	
37.7	107	سالمندان منازل شخصی	آزاد
27.2	22	سالمندان ساکن خانه سالمندان	
28.2	80	سالمندان منازل شخصی	بازنشسته
14.8	12	سالمندان ساکن خانه سالمندان	
20.4	58	سالمندان منازل شخصی	خانه دار
55.6	45	سالمندان ساکن خانه سالمندان	
7.0	20	سالمندان منازل شخصی	کارگر
-	-	سالمندان ساکن خانه سالمندان	
1.1	3	سالمندان منازل شخصی	کارمند
-	-	سالمندان ساکن خانه سالمندان	
2.1	6	سالمندان منازل شخصی	بیکار
-	-	سالمندان ساکن خانه سالمندان	
100	284	سالمندان منازل شخصی	کل
100	81	سالمندان ساکن خانه سالمندان	

از نظر وضعیت شغلی نیز وضع بدینگونه است که از مجموع کل سالمندان منازل شخصی ۳.۲ درصد از کار افتاده، ۳۷.۷ درصد آزاد، ۲۸.۳ درصد بازنشسته، ۲۰.۴ درصد خانه دار، ۷ درصد کارگر، ۱.۱ درصد نیز کارمند و ۲.۱ درصد نیز بیکار هستند. وضعیت شغلی در بین سالمندان ساکن نیز به این صورت است که ۲.۵ درصد آنان از کار افتاده، ۲۷.۷ درصد آزاد، ۱۴.۸ درصد بازنشسته و ۵۵.۶ درصد نیز خانه دار هستند. با توجه به این اعداد و ارقام مشخص می شود که در مجموع وضعیت شغلی و کاری سالمندانی که در خانه های خود سکونت دارند به مراتب بهتر از افراد ساکن در خانه سالمندان می باشند.



## وضعیت سلامتی

جدول شماره ۴-۶) توزیع پاسخگویان بر حسب وضعیت سلامتی

درصد	فراوانی	وضعیت سلامتی پاسخگویان	
33.5	95	سالمندان منازل شخصی	سالم
13.6	11	سالمندان ساکن خانه سالمندان	
48.2	137	سالمندان منازل شخصی	عوارض کوتاه مدت
66.7	54	سالمندان ساکن خانه سالمندان	
18.3	52	سالمندان منازل شخصی	ابتلا به بیماری مزمن
19.8	16	سالمندان ساکن خانه سالمندان	
100.0	284	سالمندان منازل شخصی	کل
100.0	81	سالمندان ساکن خانه سالمندان	

از نظر وضعیت سلامتی، ۳۳.۵ درصد سالمندان منازل شخصی سالم، ۴۸.۲ درصد دارای عوارض کوتاه مدت و ۱۸.۳ درصد نیز ابتلا به بیماری مزمن هستند. ولی این وضعیت در بین سالمندان ساکن بدین گونه است که ۱۳.۶ درصد سالمندان ساکن سالم، ۶۶.۷ درصد دارای عوارض کوتاه مدت و ۱۹.۸ درصد نیز مبتلا به بیماری های مزمن هستند. بنابراین مشخص است که از نظر میزان سلامتی، وضعیت سالمندان غیر ساکن به مراتب بهتر از سالمندان ساکن خانه های سالمندان می باشد.

## میانگین و انحراف معیار برای هر یک از ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی

جدول ۴-۷) میانگین و انحراف معیار برای هر یک از ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی

آماره یو من - وایتی	انحراف معیار	میانگین از صد	سالمندان	شاخص های کیفیت زندگی
$Z = -2.187$ سطح معناداری = 0.029	25.720	58.86	سالمندان منازل شخصی	عملکرد جسمانی
	25.619	65.94	سالمندان ساکن خانه سالمندان	
$Z = -4.670$ سطح معناداری = 0.000	21.497	11.71	سالمندان منازل شخصی	محدودیت ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی
	35.194	31.36	سالمندان ساکن خانه سالمندان	
$Z = -1.957$ سطح معناداری = 0.051	40.011	21.497	سالمندان منازل شخصی	محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی
	41.331	41.02	سالمندان ساکن خانه سالمندان	
$Z = -4.592$ سطح معناداری = 0.000	15.32643	55.1899	سالمندان منازل شخصی	خستگی یا نشاط
	18.019	63.83	سالمندان ساکن خانه سالمندان	
$Z = -3.269$ سطح معناداری = 0.001	11.92211	68.2000	سالمندان منازل شخصی	سلامت عاطفی
	16.456	73.33	سالمندان ساکن خانه سالمندان	
$Z = -2.976$ سطح معناداری = 0.003	24.20008	57.1429	سالمندان منازل شخصی	عملکرد اجتماعی
	24.600	66.05	سالمندان ساکن خانه سالمندان	
$Z = -3.415$ سطح معناداری = 0.001	24.40357	47.3125	سالمندان منازل شخصی	درد
	24.474	56.56	سالمندان ساکن خانه سالمندان	
$Z = -1.385$ سطح معناداری = 0.166	13.88044	24.40357	سالمندان منازل شخصی	سلامت عمومی
	17.018	48.15	سالمندان ساکن خانه سالمندان	
$t = 3.397$ سطح معناداری = 0.000	14.664	47.22	سالمندان منازل شخصی	کیفیت زندگی
	17.715	53.88	سالمندان ساکن خانه سالمندان	

همانطور که از اعداد و ارقام جدول پیداست در اکثر موارد، میانگین شاخص های کیفیت زندگی برای سالمندان منازل شخصی بیشتر از سالمندان ساکن سراهای سالمندان است.

## ۴-۲) یافته های تبیینی

در بخش مربوط به آزمون فرضیه‌ها، ابتدا باید مشخص کنیم که آیا توزیع متغیر وابسته، نرمال هست یا نه؟ که برای این امر از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده می‌شود. با توجه به مقدار آماره آزمون کولموگروف اسمیرنوف و سطح معناداری به دست آمده مشخص می‌شود که توزیع به دست آمده برای هیچ کدام ابعاد کیفیت زندگی نرمال نیست و به این خاطر برای آزمون تمامی فرضیه‌ها باید از آزمون‌های ناپارامتری استفاده کنیم.

جدول شماره ۴-۸) مقدار آماره اسمیرنوف-کولموگروف و سطح معناداری

سطح معناداری	اسمیرنوف کولموگروف	ابعاد کیفیت زندگی
۰.۰۰۰	۲.۵۵۸	عملکرد جسمانی
۰.۰۰۰	۵.۴۷	محدودیت ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی
۰.۰۰۰	۵.۱۶۸	محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی
۰.۰۲۲	۱.۵	خستگی یا نشاط
۰.۰۰۰	۲.۰۸۲	سلامت عاطفی
۰.۰۰۰	۳.۵۳۸	عملکرد اجتماعی
۰.۰۰۰	۲.۸۶۲	درد
۰.۰۰۰	۳.۰۱۲	سلامت عمومی

بعد از اینکه مشخص شد توزیع به دست آمده برای هیچ یک از ابعاد هشت گانه متغیر کیفیت زندگی نرمال نیست بنابراین برای آزمون فرضیه باید از آزمون‌های ناپارامتری استفاده کنیم. برای آزمون فرضیه های این پژوهش که باید تفاوت هریک از این ابعاد هشتگانه را در بین سالمندان ساکن و غیر ساکن بسنجیم از آزمون یومن وایتنی استفاده کنیم که این آزمون معادل آزمون  $t$  در آمار ناپارامتری است. البته باید خاطر نشان کرد که آزمون‌های ناپارامتری به جای میانگین از میانگین های رتبه ای استفاده می کند.

جدول زیر مقدار و سطح معناداری را برای هر یک از این ابعاد نشان می دهد که با استفاده از سطح معناداری قضاوت می کنیم که آیا تفاوتی بین سالمندان ساکن و غیر ساکن از نظر هر یک از این ابعاد هشت گانه وجود دارد یا نه؟

جدول شماره ۴-۹) مقدار و سطح معناداری آزمون یومن وایتنی برای هر یک از ابعاد هشتگانه کیفیت زندگی

عملکرد جسمانی	تعداد	میانگین رتبه ای
سالمندان منازل شخصی	281	187.39
سالمندان ساکن خانه سالمندان	80	158.56
محدودیت ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی	تعداد	میانگین رتبه ای
سالمندان منازل شخصی	278	192.24
سالمندان ساکن خانه سالمندان	80	135.23
محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی	تعداد	میانگین رتبه ای
سالمندان منازل شخصی	281	186.40
سالمندان ساکن خانه سالمندان	80	162.03
خستگی یا نشاط	تعداد	میانگین رتبه ای
سالمندان منازل شخصی	280	193.91
سالمندان ساکن خانه سالمندان	80	133.57
سلامت عاطفی	تعداد	میانگین رتبه ای
سالمندان منازل شخصی	282	191.61
سالمندان ساکن خانه سالمندان	81	148.53
عملکرد اجتماعی	تعداد	میانگین رتبه ای
سالمندان منازل شخصی	284	189.92
سالمندان ساکن خانه سالمندان	78	150.85
درد	تعداد	میانگین رتبه ای
سالمندان منازل شخصی	283	192.50
سالمندان ساکن خانه سالمندان	81	147.56
سلامت عمومی	تعداد	میانگین رتبه ای
سالمندان منازل شخصی	280	182.94
سالمندان ساکن خانه سالمندان	77	164.68

**فرضیه ۱: سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان ساکن منازل شخصی از نظر عملکرد جسمانی تفاوت معناداری با هم دارند.**

با توجه به اینکه متغیر وابسته (شاخص عملکرد جسمانی) دارای توزیع نرمال نبود بنابراین برای آزمون این فرضیه از آزمون ناپارامتری یومن- وایتنی استفاده می کنیم. بنابراین با توجه به سطح معناداری به دست آمده (۰.۰۲۹) و همچنین مقدار بدست آمده برای این آماره (۲.۱۸۷) نتیجه می شود که تفاوت معناداری از نظر عملکرد جسمانی بین این دو گروه وجود دارد. با توجه به میانگین های به دست آمده نیز مشخص می شود که سالمندان ساکن منازل شخصی (با میانگین ۱۸۷.۳۹) از نظر عملکرد جسمانی وضعیت به مراتب بهتری نسبت به سالمندان ساکن خانه سالمندان (با میانگین ۱۵۸.۵۶) دارند.

**فرضیه ۲: سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان ساکن منازل شخصی از نظر محدودیت ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی تفاوت معناداری با هم دارند.**

برای آزمون این فرضیه نیز از آماره یومن وایتنی استفاده می کنیم. مقدار به دست آمده برای این آزمون ۳.۶۷ و سطح معناداری به دست آمده ۰.۰۰۰ است. بنابراین نتیجه می شود که بین این دو گروه از حیث محدودیت ایفای نقش ناشی از سلامت جسمانی نیز تفاوت معناداری وجود دارد. و با توجه به میانگین های رتبه ای به دست آمده برای دو گروه (سالمندان ساکن منازل شخصی ۱۹۲.۲۴ و سالمندان ساکن ۱۳۵.۲۳) نتیجه می شود که سالمندان ساکن منازل شخصی وضعیت مناسب تری از نظر برای محدودیت ایفای نقش ناشی از سلامت جسمانی نسبت به سالمندان ساکن دارند.

**فرضیه ۳: سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان ساکن منازل شخصی از نظر محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی تفاوت معناداری با هم دارند.**

برای آزمون این فرضیه نیز از آزمون یومن وایتنی استفاده می کنیم. با توجه به سطح معناداری به دست آمده برای این آزمون که برابر با ۰.۰۵۱ است (که بزرگتر از ۰.۰۵ است) بنابراین نتیجه می شود که وجود

تفاوت از نظر محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی رد می شود. یعنی از این نظر بین سالمندان ساکن منازل شخصی و ساکن خانه سالمندان تفاوتی وجود ندارد و هر دو گروه شبیه همدیگرند.

**فرضیه ۴: سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان ساکن منازل شخصی از نظر خستگی یا نشاط تفاوت معناداری با هم دارند.**

با توجه به سطح معناداری به دست آمده (۰.۰۰۰) برای آزمون این فرضیه ( که کمتر از ۰.۰۵ است) وجود تفاوت معنادار از حیث خستگی یا نشاط تایید می شود. با توجه به سطح میانگین به دست آمده که برای سالمندان ساکن منازل شخصی ۱۹۳.۹۱ و برای سالمندان ساکن ۱۳۳.۵۷ است نتیجه می شود که سالمندان ساکن منازل شخصی از نظر وضعیت نشاط در وضعیت بهتری قرار دارند و نسبت به ساکنین خانه سالمندان با نشاط ترند.

**فرضیه ۵: سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان ساکن منازل شخصی از نظر سلامت عاطفی تفاوت معناداری با هم دارند.**

سطح معناداری به دست آمده برای آزمون این فرضیه (یومن- وایتنی) ۰.۰۰۱ است ( $< 0.05$ ) که این نشاندهنده وجود تفاوت در بین دو گروه است. با توجه به مقدار میانگین های به دست آمده برای دو گروه (برای سالمندان ساکن منازل شخصی ۱۹۱.۶۱ و برای سالمندان غیر ساکن ۱۴۸.۵۳) مشخص می شود که از نظر سلامت عاطفی نیز سالمندان غیر ساکن در وضعیت بهتری قرار دارند.

**فرضیه ۶: سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان ساکن منازل شخصی از نظر عملکرد اجتماعی تفاوت معناداری با هم دارند.**

سالمندان ساکن و غیر ساکن از حیث عملکرد اجتماعی نیز تفاوت معناداری باهم دارند. سطح معناداری به دست آمده برای این آزمون ۰.۰۰۳ است که موید این نکته می باشد. با عنایت به مقادیر میانگین های

به دست آمده برای سالمندان ساکن (۱۸۹.۹۲) و سالمندان ساکن منازل شخصی (۱۵۰.۸۵) از حیث عملکرد اجتماعی مشخص می شود وضعیت سالمندان ساکن منازل شخصی بهتر از سالمندان ساکن است.

**فرضیه ۷: سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان ساکن منازل شخصی از نظر داشتن درد تفاوت معناداری با هم دارند.**

از حیث داشتن درد نیز تفاوت معناداری بین این دو گروه وجود دارد. سطح معناداری به دست آمده ۰.۰۰۱ موید این تفاوت است. میانگین به دست آمده برای این دو گروه نشاندهنده این است که از لحاظ داشتن درد سالمندان ساکن خانه سالمندان درد بیشتری را نسبت به سالمندان ساکن منازل شخصی تحمل می کنند.

**فرضیه ۸: سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان غیر ساکن از نظر سلامت عمومی تفاوت معناداری با هم دارند.**

از نظر سلامت عمومی با توجه به سطح معناداری به دست آمده ۰.۱۶۶ مشخص می شود که از این حیث تفاوت معناداری بین سالمندان ساکن و سالمندان ساکن منازل شخصی وجود ندارد.

**فرضیه ۹: سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان ساکن منازل شخصی از نظر کیفیت زندگی تفاوت معناداری با هم دارند.**

با توجه به این که متغیر کیفیت زندگی (با توجه به سطح معناداری به دست آمده برای آزمون کولموگروف-اسمیرنف که برابر با ۰.۸۷ است) بنابراین برای توزیع نرمال است. بنابراین برای انجام مقایسه کیفیت زندگی بین این دو گروه از آزمون تی دو نمونه مستقل بهره می جوئیم. با توجه به مقدار سطح معناداری به دست آمده برای این آزمون (۰.۰۰۰) و مقدار  $t$  (۳.۳۹۷) مشخص می شود که کیفیت زندگی این دو گروه تفاوت معناداری با هم دارند. با توجه به میانگین های به دست آمده برای این دو گروه مستقل مشخص می شود کیفیت زندگی سالمندان ساکن منازل شخصی به مراتب بهتر از سالمندان ساکن سرای سالمندان است.

فصل پنجم

نتیجه گیری



## ۵-۱) نتیجه گیری

در این پژوهش کیفیت زندگی ۳۶۵ نفر از سالمندان بالای ۶۰ سال شامل ۲۸۴ نفر سالمند ساکن در خانه های شخصی و ۸۱ نفر از افراد ساکن در سرای سالمندان فعال در سطح شهرستان یزد مورد بررسی و مقایسه قرار گرفته است. ما در قالب این تحقیق کوشیده ایم به اهداف زیر نایل شویم:

۱. سنجش شاخصهای کیفیت زندگی سالمندان ساکن خانه سالمندان

۲. سنجش شاخصهای کیفیت زندگی سالمندان ساکن منازل شخصی

۳. مقایسه کیفیت زندگی سالمندان ساکن خانه سالمندان با سالمندان منازل شخصی.

بر اساس نتایج حاصل از فصل چهارم این پژوهش مشخص گردید که در محور اول یعنی ابعاد ۸ گانه کیفیت زندگی شامل عملکرد جسمانی، محدودیتهای ناشی از وضعیت سلامت جسمانی، محدودیتهای ناشی از مشکلات هیجانی، خستگی یا نشاط، سلامت عاطفی، عملکرد اجتماعی، درد، سلامت عمومی و سرانجام کیفیت زندگی در میان سالمندان ساکن، میانگین و انحراف معیار بدست آمده به ترتیب برای عملکرد جسمانی ۵۸.۸۶ و ۲۵.۷۲۰، برای محدودیت ناشی از سلامت جسمانی ۱۱.۷۱ و ۲۱.۴۹۷، برای محدودیتهای ناشی از مشکلات هیجانی ۲۱.۴۹۷ و ۴۰.۰۱۱، برای خستگی و نشاط ۵۵.۱۸ و ۱۵.۳۲، برای سلامت عاطفی ۶۸.۲۰ و ۱۱.۹۲، برای عملکرد اجتماعی ۵۷.۱۴ و ۲۴.۲۰، برای درد ۴۷.۳۱ و ۲۴.۴۰، برای سلامت عمومی ۲۴.۴۰ و ۱۳.۸۸ و سرانجام برای کیفیت زندگی ۴۷.۲۲ و ۱۴.۶۶۴ می باشد.

این در حالیست که در رابطه با هدف دوم، میانگین و انحراف معیار مولفه های ۸ گانه کیفیت زندگی برای سالمندان غیرساکن به ترتیب برای عملکرد جسمانی ۶۵.۹۴ و ۲۵.۶۱۹، برای محدودیتهای ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی ۳۱.۳۶ و ۳۵.۱۹، برای محدودیتهای ناشی از مشکلات هیجانی ۴۱.۰۲ و ۴۱.۳۳، برای خستگی یا نشاط ۶۳.۸۳ و ۱۸.۰۱ و سلامت عاطفی ۷۳.۳۳ و ۱۶.۴۵۶، برای عملکرد اجتماعی ۶۶.۰۵ و ۲۴.۶۰، برای درد ۵۶.۵۶ و ۲۴.۴۷۴، برای سلامت عمومی ۴۸.۱۵ و ۱۷.۰۱۸ و سرانجام برای کیفیت زندگی سالمندان ساکن منازل شخصی ۵۳.۸۸ و ۱۷.۷۱۵ می باشد.

در مورد هدف سوم نیز به منظور مقایسه کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن در میان دو گروه، از آزمون های آماری ناپارامتری به علت نرمال نبودن استفاده گردید که در مجموع نتایج زیر حاصل شده است:

از لحاظ عملکرد جسمانی، بین دو گروه تفاوت آماری معنا دار وجود دارد به عبارت سالمندان ساکن منازل شخصی با میانگین رتبه ای ۱۸۷.۳۹ در قیاس با سالمندان ساکن با میانگین ۱۵۸.۵۶ از نظر عملکرد جسمانی در وضعیت بسیار بهتری قرار دارند. به نظر می رسد با توجه به محکم بودن پیوند های عاطفی و خانوادگی در بین خانواده های یزدی صرفاً آن دسته از سالمندان دارای وضعیت جسمانی بسیار وخیم و فاقد توانایی حداقلی جهت اداره امور خود توسط ایشان به سرای سالمندان منتقل شده و لذا با توجه به واقعیت های فوق طبیعی است که سالمندان ساکن در قیاس با سالمندان ساکن منازل شخصی عملکرد جسمانی بدتری داشته باشند.

همچنین از نظر محدودیتهای ایفای نقش ناشی از نظر وضعیت سلامت جسمانی نیز این دو گروه تفاوت معناداری با هم دارند؛ به نحوی که سالمندان ساکن منازل شخصی با میانگین ۱۹۲.۲۴ به در قیاس با افراد ساکن با میانگین ۱۳۵.۲۳ دارای محدودیت ایفای نقش کمتری بوده و لذا کیفیت این بعد از زندگی ایشان بهتر می باشد.

با توجه به این واقعیت که سالمندان ساکن در سرای سالمندان از لحاظ فرسودگی جسمانی در وضعیت بدتری در قیاس با سالمندان ساکن منازل شخصی قرار دارند در نتیجه از لحاظ محدودیت ناشی از این مشکل نیز دارای وضعیت بدتری می باشند.

از حیث مولفه خستگی و نشاط نیز تفاوت معناداری بین دو گروه دیده شد؛ به نحوی که سالمندان غیر ساکن با میانگین ۱۹۳.۹۱ در قیاس با سالمندان ساکن منازل شخصی با میانگین ۱۳۳.۵۷ از لحاظ سطح نشاط بهتر می باشند. همچنین در زمینه سلامت عاطفی نیز افراد غیر ساکن با میانگین ۱۹۱.۶۱ در قیاس با سالمندان ساکن با میانگین ۱۴۸.۵۳ در وضعیت بهتری به سر می برند.

به نظر می‌رسد در اکثر موارد سالمندانی که در خانه‌های خود زندگی می‌کنند از کیفیت زندگی و سلامت روان بیشتری نسبت به سالمندان آسایشگاه‌ها برخوردارند. سالمندان ساکن در منزل توانایی عملکرد بهتری را از نظر احساس ذهنی و تعداد مشکلات موجود در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی نسبت به سالمندان ساکن سرای سالمندان گزارش کرده‌اند، شبکه اجتماعی غنی‌تری داشته و از نظر ارتباطات اجتماعی رضایتمندی بیشتری دارند. علاوه بر این سالمندان ساکن سرای سالمندان مشکلات بهداشتی بیشتری دارند و توانایی آنها در مراقبت از خود محدودتر می‌شود، نبودن همسر و سایر اعضا خانواده که می‌توانند حمایت‌های غیر رسمی را برای سالمندان فراهم آورند و نیازهای او را برطرف کنند یکی از مهم‌ترین عوامل سکونت سالمندان در مراکز نگهداری است.

سالمندانی که تماس‌های اجتماعی محدودتری دارند غالباً بخش اعظم وقت خود را به فکر کردن درباره فرزندان دور از خود یا حسرت خوردن برای همسر مرحوم خود می‌گذرانند، این‌گونه انزوا ممکن است منجر به افسردگی شود و بهداشت روان سالمند را تحت تأثیر قرار دهد. آمارها نیز نشان می‌دهند که افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی سالمندان و یکی از شایع‌ترین عوامل خطر خودکشی در سالمندان است که نزدیک به ۲۴ درصد خودکشی‌های موفق را شامل می‌شود علاوه بر این تصورات منفی که در سالمندان درباره خود و آینده وجود دارد، از دست دادن پست و مقام، ترس از مرگ، زودرنجی و انتظار توجه از دیگران، مشکلات خانوادگی و نبود همسر، خستگی از بیکاری و بی‌حوصلگی از عوامل اضطراب و افسردگی در سالمندان است که توجه به مسئله سلامت روان را در ایشان بیشتر می‌کند.

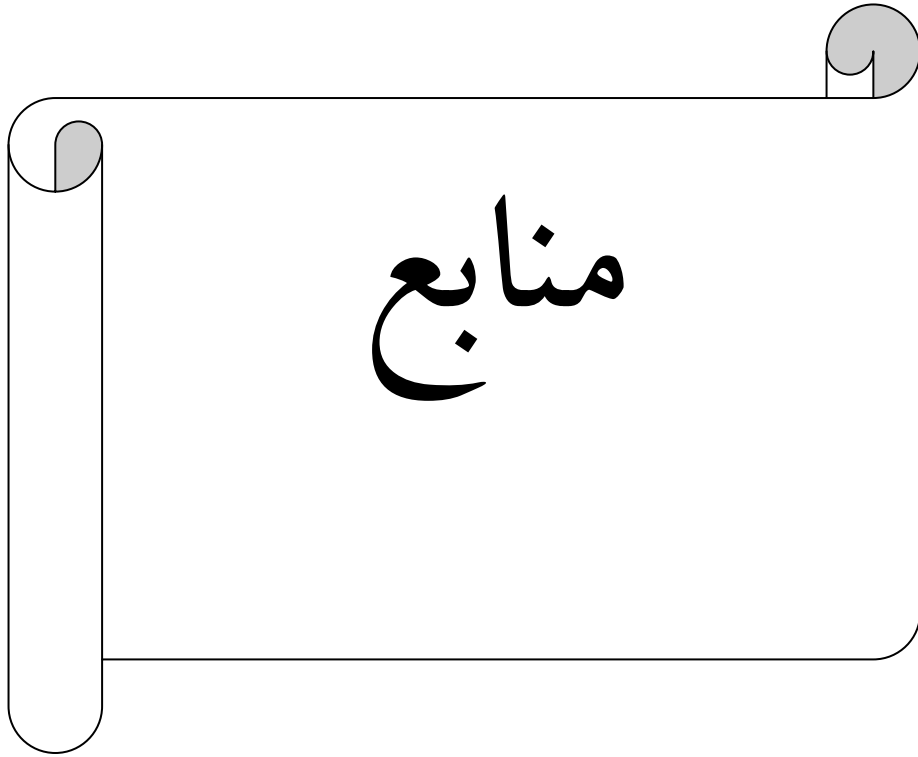
سالمندان ساکن و سالمندان ساکن منازل شخصی از حیث عملکرد اجتماعی نیز تفاوت معناداری باهم دارند. با عنایت به مقادیر میانگین‌های به دست آمده برای سالمندان ساکن ۱۸۹.۹۲ و غیر ساکن ۱۵۰.۸۵ از حیث عملکرد اجتماعی مشخص می‌شود وضعیت سالمندان ساکن منازل شخصی بهتر از سالمندان ساکن است.

از حیث داشتن درد نیز تفاوت معناداری بین این دو گروه وجود دارد.. میانگین به دست آمده برای این دو گروه نشان دهنده این است که از لحاظ داشتن درد سالمندان ساکن خانه سالمندان درد بیشتری را نسبت به سالمندان ساکن منازل شخصی تحمل می کنند.

و سرانجام کیفیت زندگی این دو گروه تفاوت معناداری با هم دارند. با توجه به میانگین های به دست آمده برای این دو گروه مستقل مشخص می شود کیفیت زندگی سالمندان ساکن منازل شخصی به مراتب بهتر از سالمندان ساکن سرای سالمندان است. در مجموع با توجه به نتایج حاصل در محورهای هشت گانه کیفیت زندگی می توان گفت سالمندان ساکن منازل شخصی به خاطر داشتن وضع جسمانی بهتر و نیز شبکه روابط اجتماعی و خانوادگی گسترده ای که زمینه را برای حمایت عاطفی و روحی و روانی فراهم می آورد در قیاس با سالمندان ساکن در سرای سالمندان که هم از لحاظ جسمانی فرسوده تر بوده و هم به خاطر از دست دادن و فقدان شبکه حمایتی خانوادگی خود دارای خلاء های روحی- عاطفی زیادی اند؛ دارای کیفیت زندگی بالاتری هستند.

## ۲-۵) پیشنهادات

مقایسه شرایط زندگی سرای سالمندان در کشورهای مختلف نشان می دهد که چگونگی اداره این گونه مراکز از اهمیت ویژه ای برخوردار است. در جوامعی که خانه های سالمندان، سخاوتمندانه توسط بودجه های دولتی حمایت می شوند و شرایط مطلوبی برای زندگی ساکنان این خانه ها فراهم می شود و ساکنان از اغلب فعالیت های اجتماعی خود برخوردار هستند، تفاوت این چنین فاحش بین سالمندان ساکن منزل و ساکن در سرای سالمندان وجود ندارد. بنابراین می توان گفت پرداختن به ابعاد مختلف راحتی و رفاه سالمندان آسایشگاه ها، از جمله توجه به نقش استراحت و خواب کافی، فعالیت های بدنی منظم، شرکت در فعالیت های اجتماعی فردی و گروهی، حمایت های دولتی و خصوصی، امکان استفاده از خدمات پزشکی و روانشناختی، کمک برای قبول سالمندی و تغییرات همراه آن، سازگاری با شرایط جدید و اطلاع رسانی برای روبه رو شدن با سالمندی، می تواند کیفیت زندگی مطلوب تر و سلامت جسم و روان را به همراه آورد.



## منابع و ماخذ

۱. احمدی، محمدرضا (۱۳۷۹)؛ مقایسه سلامت روانی دانش آموزان پسر ورزشکار و غیر ورزشکار دبیرستان های سنندج، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.
۲. ازکمپ، استوارت (۱۳۸۵)، روان شناسی اجتماعی کاربردی، ناشر : آستان قدس رضوی، شرکت به نشر
۳. اسماعیل زاده، حسن (۱۳۸۶)، تحلیلی بر مسائل شهرهای ایران (توسعه شهروندی و مدیریت مشارکتی)، تهران، فصلنامه پژوهش مدیریت شهری، شماره دوم ، بهار
۴. افروز، غلامعلی (۱۳۸۸)، مبانی روان شناختی احساس آرامش و تجربه خوشبختی، غلامعلی افروز، ناشر: یسپرون
۵. آقا مولایی تیمور، حسنی، لاله (۱۳۸۴)، موانع ارتباطی بین پرستاران و بیماران سالمند، مجله پزشکی هرمزگان سال چهاردهم شماره چهارم
۶. اونق، نازمحمد (۱۳۸۴)، بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی، مطالعه موردی شهر گنبد کاووس، دانشگاه تهران، دانشکده علوم اجتماعی.
۷. آهنگری، مهناز (۱۳۸۵)، بررسی کیفیت زندگی سالمندان عضو فرهنگسرای شهر تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی.
۸. بی، ارل (۱۳۸۵)، روشهای تحقیق در علوم اجتماعی، ترجمه رضا فاضل، تهران : انتشارات سمت
۹. بلیکی ، نورمن (۱۳۸۴) ، طراحی پژوهش های اجتماعی ، ترجمه حسن چاوشیان ، تهران: نشرنی.
۱۰. پارک، جی . ای .پارک، ک (۱۳۸۴). کلیات خدمات بهداشتی ، مترجمین : دکتر شجایی، تهرانی، حسین، ملک افضل. تهران: انتشارات سماط
۱۱. پزشکی و جامعه (۱۳۷۱) طب سالمندان .سال اول، شماره ۲، مهر ماه

۱۲. تاجور مریم. (۱۳۸۲)، بهداشت سالمندان و مروری بر جنبه های مختلف زندگی آنان، تهران، انتشارات نسل فردا
۱۳. توکلی قوچانی، حمید و آرمات، محمدرضا (۱۳۸۲)، سالمندی پویا، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد .
۱۴. حبیبی سولا، عقیل وهمکاران (۱۳۸۶)، بررسی کیفیت زندگی وعوامل مرتبط در سالمندان غرب تهران ، پژوهشنامه پرستاری ، دوره دوم شماره ۶
۱۵. حسام زاده، علی(۱۳۸۳)، مقایسه کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده با سالمندان مقیم سرای سالمندان شهر تهران در سال ۱۳۸۲ ،پایان نامه کارشناسی ارشد ، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
۱۶. حلم سرشت، پریش و دل پیشه، اسماعیل (۱۳۷۰)، توان بخشی و بهداشت معلولین. تهران : انتشارات چهر
۱۷. حیدری، ریحانه (۱۳۹۰)، مطالعه کیفیت زندگی در شهر خنداب از توابع استان مرکزی، پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد رشته برنامه ریزی رفاه اجتماعی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران.
۱۸. حیدری، قاسم(۱۳۹۰) بررسی کیفیت زندگی مردم شهر نکا و عوامل موثر بر آن، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته برنامه ریزی رفاه اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی
۱۹. دهداری، طاهره(۱۳۸۴)، بررسی تداوم تأثیرآموزش بهداشت بر کیفیت زندگی بیماران باعمل جراحی بای پاس عروق کرونر، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده بهداشت دانشگاه تربیت مدرس .
۲۰. دواس،دی.ای (۱۳۸۶)، پیمایش در تحقیقات اجتماعی، ترجمه هوشنگ نایی، تهران: انتشارات نشرنی
۲۱. ربانی خوراسگانی، مسعود کیانپور(۱۳۸۸)، مدل پیشنهادی برای سنجش کیفیت زندگی، مطالعه موردی شهر اصفهان، تهران: مجله جامعه شناسی کاربردی

۲۲. رضایی آدریانی مرتضی، آزادی آرمان، احمدی فضل اله، واحدیان عظیمی امیر (۱۳۸۶)، مقایسه میزان افسردگی، اضطراب، استرس و کیفیت زندگی دانشجویان پسر و دختر مقیم خوابگاه های دانشجویی، پژوهش پرستاری دوره ۲ شمار ههای ۴ و ۵ بهار و تابستان
۲۳. رضوانی، محمدرضا، و حسین منصوریان (۱۳۸۷)، سنجش کیفیت زندگی با بررسی شاخص ها و مدل ها و ارائه مدل پیشنهادی برای نواحی روستایی، فصلنامه روستا و توسعه، سال یازدهم، شماره ۳، پاییز
۲۴. رفعتی، نرجس وهمکاران (۱۳۸۲)، کیفیت زندگی وعوامل موثر بر آن در سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر ساکن در آسایشگاه خیریه کهریزک تهران، دانشکده پزشکی شهید بهشتی
۲۵. زاهدی اصل، محمد، فرخی، جواد (۱۳۸۹)، بررسی میزان سرمایه اجتماعی با کیفیت زندگی سرپرستان خانوارهای ساکن تهران، فصلنامه علوم اجتماعی شماره ۴
۲۶. ساروخانی، باقر (۱۳۸۶)، روشهای تحقیق در علوم اجتماعی، اصول ومبانی، تهران: پژوهشگاه علوم انسانی ومطالعات فرهنگی.
۲۷. ساعی، علی (۱۳۸۱)، روش تحقیق در علوم اجتماعی (بارهیافت عقلانیت انتقادی)، تهران: انتشارات سمت
۲۸. سادات وحدانی نیا، مریم وهمکاران (۱۳۸۴)، کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در سالمندان: مطالعه جمعیتی، فصلنامه پایش، سال چهارم، شماره دوم بهار
۲۹. سالاروند، شهین (۱۳۸۵)، بررسی کیفیت زندگی حمایت اجتماعی از دیدگاه سالمندان مقیم در سرای سالمندان، فصلنامه مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی وتوانبخشی تهران.
۳۰. سام آرام، عزت الله (۱۳۷۹)، موقعیت سالمندان در خانواده . مجموعه مقالات سالمندی . انتشارات گروه بانوان، نیکوکار . جلد دوم
۳۱. سجادی، حمیرا، بیگلریان، اکبر (۱۳۸۵)، کیفیت زندگی سالمندان زن در آسایشگاه خیریه کهریزک، فصلنامه پایش، سال پنجم شماره دوم بهار



۳۲. سرمد، غلامعلی، حافظ نیا، محمدرضا (۱۳۸۱)، مقدمه ای بر روش تحقیق در علوم انسانی، تهران: انتشارات سمت
۳۳. سلیمی، علی (۱۳۸۶)، نهج الفصاحه، تهران: جمهوری
۳۴. عقیلی سولا وهمکاران (۱۳۸۷)، بررسی رفتارهای ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی در سالمندان، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، دوره هشتم، شماره اول
۳۵. عبدی، عباس و گودرزی، محسن (۱۳۷۸)، تحولات فرهنگی در ایران، تهران: انتشارات روش
۳۶. غفاری، غلامرضا، ابراهیمی لویه، عادل (۱۳۸۴)، جامعه شناسی تغییرات، تهران: انتشارات آگرا
۳۷. غفاری، غلامرضا، امیدی، رضا (۱۳۸۷)، کیفیت زندگی، شاخص توسعه اجتماعی، تهران: انتشارات شیرازه
۳۸. قاسمی، حسین، حریرچی، محمود وهمکاران (۱۳۸۷)، مقایسه کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده و مقیم سرای سالمندان شهر اصفهان، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال دهم، شماره
۳۹. قاسمی سیما و موسوی نجم السادات. (۱۳۷۹)، راهنمای سلامتی برای سالمندان، تهران، انتشارات کتابخانه صدر
۴۰. قوچانی آرما (۱۳۸۲)، سالمندی پویا.. مشهد: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد. چاپ اول
۴۱. کرد زنگنه، جواد (۱۳۸۵)، مطالعه ای در باره ارتباط سلامتی با کیفیت زندگی در بین سالمندان ۶۰ سال و بالاتر (مطالعه موردی در شهر رامهرمز). پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تهران
۴۲. کلدی، علیرضا وهمکاران (۱۳۸۲)، مسائل ومشکلات جسمانی، اجتماعی و روانی سالمندان منطقه ۱۳ تهران، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال چهارم، شماره ۱۳
۴۳. کوبی، افشین (۱۳۸۶)، برنامه ریزی کیفیت زندگی در مراکز شهری: تعاریف و شاخص ها، جستارهای شهر سازی، شماره ۵
۴۴. مختاری، مرضیه، نظری، جواد (۱۳۸۹)، جامعه شناسی کیفیت زندگی، تهران: جامعه شناسان

۴۵. مریدی، سیاوش، نوروزی، علیرضا (۱۳۷۲)، فرهنگ اقتصادی، تهران: پیشبرد
۴۶. مرکز آمار ایران، نتایج تفصیلی سرشماری عمومی نفوس و مسکن، کل کشور، سال ۱۳۸۵
۴۷. موسوی، میرطاهر و محمدعلی محمدی (۱۳۸۸)، مفاهیم و نظریه های رفاه اجتماعی، تهران: نشر دانژه، چاپ اول.
۴۸. میشارا، بریان و رایدل، ج، روبرت (۱۳۷۱)، روان شناسی بزرگسالان، ترجمه حمزه گنجی، الما داودیان و فرنگیس، انتشارات اطلاعات، چاپ پنجم
۴۹. نجاتی، وحید، عشایری، حسن (۱۳۸۷)، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان شهرستان کاشان، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال چهاردهم، شماره ۱
۵۰. هروآبادی شیفته (۱۳۷۲)، ترجمه پرستاری بهداشت جامعه (خانواده محور) لوگان، چاپ اول، علوم پزشکی تهران
۵۱. هروی کریموی (۱۳۷۶)، تبیین دیدگاه سالمندان پیرامون پدیده احساس تنهایی: یک پژوهش کیفی، مجله سالمندی ایران، سال دوم، شماره ششم،
۵۲. هروی کریمی مجیده (۱۳۷۶)، بررسی تاثیر مشاوره با خانواده در پیشگیری از سوء رفتار نسبت به زنان سالمند شهر تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس
۵۳. هزار جریبی، جعفر، صفری شالی، رضا (۱۳۹۱)، آناتومی رفاه اجتماعی، تهران: انتشارات جامعه و فرهنگ

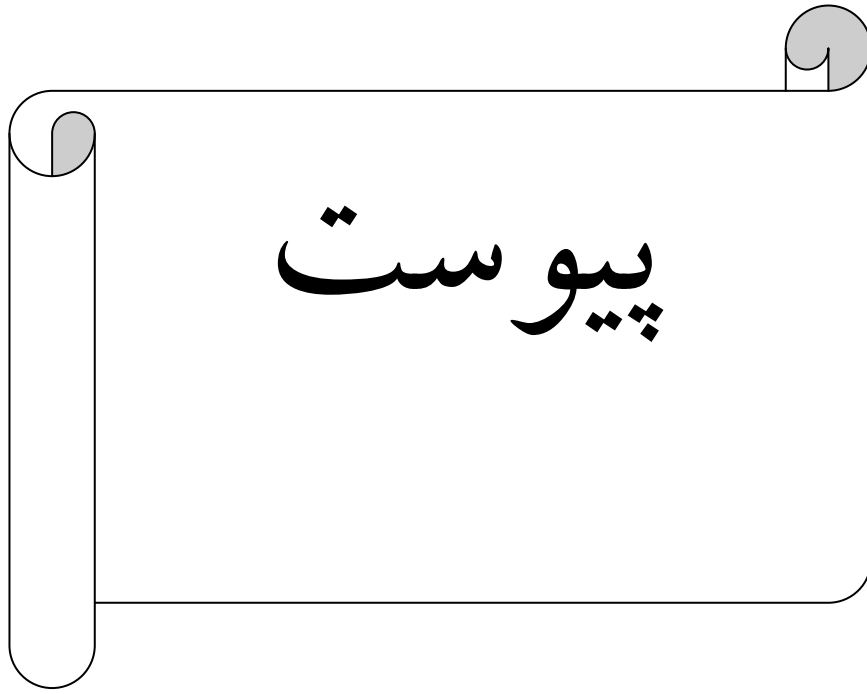
54-Herbert, Rosamund. "the Normal process Reviewed. Int. Nursing Research. 1992. Vol: 39.

55- Brunner, Lillian and suddarth, Doris. Text book of medical surgical nursing. Philadelphia: J.B.

56- Dello Buono, Marirosa, ourcioli, ornella, Deleo, Diego. "Quality of life and longevity": A Study of centenarians, Journal of Age and Ageing, 1998:207-216-

57- Farguhar, Morgan. Definition of quality of life:A taxonomy.journal of Advanced Nursing. 1995,no:22.pp:505

58- Kamp Irene Van, Leidelmeijer Kees, Marsman Gooitske and Hollander Augustinus de, 2003, Urban Environmental Quality and Human Well-being towards a Conceptual Framework and Demarcation of Concepts, a Literature Stud. Landscape and Urban Planning 65(2003) 5-18.



### بسمه تعالی

پرسشنامه ای که در اختیار شماست ، مربوط به انجام یک کار پژوهشی درباره « **مقایسه کیفیت زندگی سالمندان ساکن در خانه سالمندان با سالمندان ساکن در منازل شخصی شهر یزد** » است. بدون تردید پاسخ های صحیح ، دقیق و صادقانه شما اینجانب را در رسیدن به نتایج واقعی و علمی این پژوهش یاری می رساند. پیشاپیش از همکاری صمیمانه شما سپاسگزارم.

۱. سن .....؟ سال
۲. جنس : ۱- مرد <input type="checkbox"/> ۲- زن <input type="checkbox"/>
۳. وضعیت تاهل : ۱- مجرد <input type="checkbox"/> ۲- متاهل <input type="checkbox"/> ۳- مطلقه <input type="checkbox"/> ۴- همسر فوت شده <input type="checkbox"/>
۴. میزان تحصیلات : ۱- بی سواد <input type="checkbox"/> ۲- پنجم ابتدایی <input type="checkbox"/> ۳- سیکل <input type="checkbox"/> ۴- دیپلم <input type="checkbox"/>
۵- فوق دیپلم <input type="checkbox"/> ۶- لیسانس <input type="checkbox"/> ۷- فوق لیسانس و بالاتر <input type="checkbox"/>
۵. شغل : .....
۶. وضعیت سلامتی : ۱- سالم <input type="checkbox"/> ۲- عوارض کوتاه مدت <input type="checkbox"/> ۳- ابتلا به بیماری مزمن <input type="checkbox"/>

۱) به طور کلی، سلامت خود را چگونه توصیف می نمایید؟

۱- عالی  ۲- بسیار خوب  ۳- خوب  ۴- متوسط  ۵- بد

۲) در مقایسه با سال گذشته به طور کلی سلامت خود را در حال حاضر چگونه ارزیابی می کنید؟

۱- بسیار بهتر از سال گذشته است  ۲- کمی بهتر از سال گذشته است

۳- تقریباً مشابه سال گذشته است  ۴- کمی بدتر از سال گذشته است

۵- بسیار بدتر از سال گذشته است

موارد زیر شامل فعالیتهایی است که شما احتمالا طی یک روز عادی انجام می دهید. آیا وضعیت سلامتی شما در حال حاضر این فعالیتها را محدود کرده است؟ اگر چنین است به چه میزان؟

ردیف	فعالیتها	بله بسیار محدود کرده است (۱)	بله کمی محدود کرده است (۲)	خیر اصلا محدود نکرده است (۳)
۳	فعالیت های سنگین مثل دویدن، بلند کردن اجسام سنگین، شرکت در ورزش های قدرتی			
۴	فعالیت های متوسط مثل حرکت دادن یک میز، جابجایی جاروبرقی، انجام ورزش های سبک			
۵	بلند کردن یا حمل خواروبار منزل			
۶	بالا رفتن از چند راه پله			
۷	بالا رفتن از یک راه پله			
۸	دولا شدن، زانو زدن یا خم شدن			
۹	راه رفتن برای بیش از یک کیلومتر			
۱۰	راه رفتن برای بیش از چند کوچه			
۱۱	راه رفتن برای یک کوچه			
۱۲	حمام کردن یا پوشیدن لباس			

- آیا طی یک هفته گذشته در کار یا دیگر فعالیتهای روزمره، به علت وضعیت سلامت جسمانی خود یکی از مشکلات زیر را داشته اید؟

ردیف	گویه	بله	خیر
۱۳	کاهش مدت زمانی که صرف کار یا سایر فعالیت ها نموده اند.		
۱۴	به کمتر از آنچه تمایل داشته اید، دست یافته اید.		
۱۵	در انجام کارهای خاص یا سایر فعالیت ها محدودیت داشته اید.		
۱۶	در انجام کار یا سایر فعالیت ها دچار مشکل شده اید (مثلا نیازمند تلاش بیشتری بوده اید).		

- آیا طی ۴ هفته گذشته در کار و یا سایر فعالیت های روزمره، به علت مشکلات روحی خود یکی از مشکلات زیر را داشته اید.

ردیف	گویه	بله	خیر
۱۷	کاهش مدت زمانی که صرف کار یا سایر فعالیت ها نموده اید.		
۱۸	به کمتر از آنچه تمایل داشته اید، دست یافته اید.		
۱۹	کار یا سایر فعالیت های خود را با دقت معمول انجام نداده اید؟		

۲۰) طی ۴ هفته گذشته سلامت جسمانی یا مشکلات روحی شما تا چه حدی فعالیت های معمول اجتماعی شما را در رابطه با خانواده، دوستان، همسایگان یا مردم مختل کرده بود؟

۱- اصلا  ۲- کمی  ۳- تا حدی  ۴- زیاد  ۵- خیلی زیاد

۲۱) طی ۴ هفته گذشته چقدر درد داشته اید؟

۱- اصلا  ۲- بسیار کم  ۳- کم  ۴- تا حدی  ۵- شدید  ۶- بسیار شدید

۲۲) طی چهار هفته گذشته درد، تا چه حد در کار معمولی و همیشگی شما اختلال ایجاد کرده بود (هم کار بیرون از منزل و هم کار منزل).

اصلا  کمی  تا حدی  زیاد  خیلی زیاد

- این پرسش ها مربوط به احساسات و وضعیت شما طی ۴ هفته گذشته است. لطفا برای هر سول نزدیکترین پاسخ به احساس خود را انتخاب کنید. چه مدتی طی ۴ هفته گذشته:

ردیف	گویه	تمام اوقات	اغلب اوقات	خیلی وقتها	بعضی وقتها	به ندرت	هیچ وقت
۲۳	فردی سر حال و سرزنده بوده اید؟						
۲۴	فردی بسیار عصبی بوده اید؟						
۲۵	به حدی غمگین بوده اید که هیچ چیزی شما را شاد						

						نمی کرده است؟
						۲۶ احساس آرامش و امنیت داشته اید؟
						۲۷ خود را پر از انرژی احساس می کرده اید؟
						۲۸ خود را غمگین و افسرده احساس می کرده اید؟
						۲۹ احساس ضعف بیش از حد می کرده اید؟
						۳۰ فردی شاد بوده اید؟
						۳۱ احساس خستگی می کرده اید؟

۳۲ طی ۴ هفته گذشته، وضعیت جسمانی یا مشکلات روحی چه مدتی فعالیت های اجتماعی شما را مختل کرده بود(مثل دیدار دوستان، بستگان و غیره)؟

۱- تمام اوقات  ۲- بیشتر اوقات  ۳- بعضی اوقات  ۴- به ندرت  ۵- هیچ وقت

هر کدام از عبارات زیر تا چه حدی در مورد شما درست یا نادرست است؟

ردیف	گویه	کاملاً درست است (۱)	تا حدود زیادی درست است (۲)	نمی دانم (۳)	تا حدود زیادی نادرست است (۴)	کاملاً نادرست است (۵)
۳۳	به نظر می رسد که من نسبت به افراد دیگر راحت تر مبتلا به بیماری می شوم					
۳۴	سلامتی من مثل دیگر افرادی است که می شناسم					
۳۵	انتظار دارم که وضع سلامتی ام بدتر شود					
۳۶	وضعیت سلامتی من عالی است.					

با تشکر از همکاری و پاسخگویی شما