

ارزیابی اجتماعی تأثیر برنامه‌های توانمندسازی سازمان بهزیستی بر کیفیت زندگی سالمندان شهر خلخال

اقباله عزیزخانی*^۱، محمد هدایتی^۲

۱- عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خلخال - دکترای جامعه‌شناسی اقتصادی و توسعه

۲- دانش‌آموخته کارشناسی ارشد پژوهش علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خلخال

چکیده:

هدف این پژوهش، بررسی ارزیابی اجتماعی تأثیر برنامه‌های توانمندسازی سازمان بهزیستی بر کیفیت زندگی سالمندان شهر خلخال می‌باشد. چارچوب نظری این پژوهش را نظریه‌های؛ محیط اجتماعی گربویوم، برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه جان ای کروت، سیستم‌های مبتنی بر جامعه گرین، اوندریچ و لدیتکا، برنامه‌های مبتنی بر جامعه یامی چن و نظریه سرمایه پیربردیو تشکیل می‌دهد. روش تحقیق به صورت پیمایشی بوده است. تعداد نمونه شامل ۶۰ نفر (۳۰ نفر گروه آزمون، ۳۰ نفر گروه شاهد) هستند که از بین سالمندان شهر خلخال به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده‌اند. اطلاعات مورد نیاز با استفاده از تکنیک پرسشنامه جمع‌آوری شده است. نتایج نشان‌دهنده تفاوت میان دو گروه آزمون و شاهد است به طوری که سالمندانی که در برنامه‌های توانمندسازی شرکت داشته و خدمات معناداری را دریافت کرده‌اند از میزان کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بوده‌اند. همچنین نتایج حاصل از رگرسیون چندمتغیره نشان می‌دهد برنامه‌های توانمندسازی سالمندان ۵۵ درصد از واریانس میزان کیفیت زندگی سالمندان را پیش‌بینی می‌کند. با توجه

به نتایج مثبت به دست آمده در این پژوهش و با توجه به کم هزینه‌تر بودن این برنامه‌ها، گسترش این برنامه‌ها ضروری به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: برنامه‌های توانمندسازی، کیفیت زندگی، سالمندان.

مقدمه

با افزایش امید به زندگی و کاهش میزان مرگ و میر، جمعیت سالمند رو به افزایش گذاشته است (شیانی و دیگری، ۱۳۹۱: ۴۷). به طوری که امروزه حدود ۵۸۰ میلیون نفر از جمعیت جهان را سالمندان بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهند (علیخانی، ۱۳۸۱: ۵۲). به دنبال افزایش جمعیت سالمندان در اروپا و سایر نقاط جهان، در ایران نیز مسأله سالخوردگان به تازگی به یک دغدغه مهم تبدیل شده است. پیش‌بینی‌ها حاکی از این است که تا سال ۲۰۲۰ میلادی، تعداد سالمندان جهان به یک میلیارد نفر برسد. به طور متوسط، ۱۶ درصد جمعیت کشورهای صنعتی را سالمندان تشکیل می‌دهند و پیش‌بینی می‌شود تا چند دهه آینده، این میزان تا ۳ درصد افزایش یابد (جدیدی و دیگران، ۱۳۹۰: ۴۹). طبق آخرین سرشماری نیز جمعیت سالخورده کشور از ۷۵۱۳۰۷ نفر در سال ۱۳۳۵ به ۴۲۹۶۷۶۹ نفر در سال ۱۳۹۰ رسیده است. در سال ۱۳۳۵ از کل جمعیت کشور، ۴ درصد جمعیت سالخورده بوده است که این رقم در سرشماری‌های ۱۳۴۵، ۱۳۵۵ و ۱۳۶۵ روند کاهشی داشته است، اما از سرشماری ۱۳۷۵ به بعد، دوباره شاهد روند افزایشی جمعیت سالخورده کشور نسبت به کل جمعیت می‌باشیم؛ به گونه‌ای که در سرشماری ۱۳۹۰، ۷/۵ درصد از کل کشور جمعیت سالخورده بوده است (سرشماری نفوس و مسکن، ۱۳۹۰). اگر این سیر ادامه پیدا کند، از این پس در ایران شاهد جمعیتی خواهیم بود که از آن به عنوان جمعیت سالمند یاد می‌شود. در حال حاضر، شهر خلخال نیز مانند بسیاری از شهرهای کشور، مرحله انتقال ساختار سنی جمعیت از جوانی به سالخوردگی را تجربه می‌کند. به علاوه مهاجرت جوانان به شهرهای بزرگ نیز به این روند افزوده است.

مسئله‌ای که با رشد شتابان در تعداد سالمندان، ایجاد می‌شود این است که اکثر مردم با رسیدن به کهنسالی با ناتوانایی‌های متعددی مواجه می‌شوند. ورود به این مرحله ممکن

است آنان را در معرض ابتلا به بیماری‌های مختلف، تنهایی، انزوا، نداشتن حمایت اجتماعی، کاهش توانایی در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی، کاهش توان برقراری ارتباط با دیگران و مشارکت و حضور در جامعه و کاهش نقش‌های اجتماعی کند که قبلاً برای آنان منزلت، رضایت و نفوذ به همراه داشته است (میرزایی و دیگران، ۱۳۹۱: ۵۷). این اختلالات می‌توانند بر جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی سالمندان تأثیر بگذارند. بنابراین بایستی به دنبال راه‌حلی بود تا بتوان سالمندان را دوباره به اجتماع بازگرداند و به نیازهای جسمانی، روانی، اجتماعی آنان پاسخ داد و سطح قابل قبولی از رفاه را برای آنان تأمین نمود.

کیفیت زندگی یکی از مهمترین مسایل عصر امروز در مراقبت سلامتی است و یکی از بزرگترین اهداف بهداشتی برای بالا بردن سلامت افراد است و در سال‌های اخیر از مهمترین عوامل مؤثر در زندگی افراد به خصوص سالمندان و افراد ناتوان شناخته شده است. سازمان بهداشت جهانی تعریف جامعی از کیفیت زندگی ارائه نموده است که عبارت است از «درک افراد از وضعیت زندگی در قالب فرهنگ و ارزش‌های حاکم بر جامعه و در راستای اهداف، استانداردها و علایق افراد می‌باشد. (فاسینو و دیگران، ۲۰۰۲: ۲۱). به منظور ایجاد کیفیت زندگی بهتر برای سالمندان، در گذشته مراقبت طولانی‌مدت مترادف با مراقبت پرستاری در منزل صورت می‌گرفت. بعد از گذشت زمان، این تعریف به خدمات سلامتی و خدمات مربوط به سلامتی گسترش یافت و فراهم کردن آن به طور رسمی و غیررسمی در مؤسسات یا منازل با توجه به کارکردها و تاریخچه بیماری افراد امکان‌پذیر گردید (فرناندو، ۲۰۰۱؛ به نقل از شیانی و زارع، ۱۳۹۱: ۴۷). مراقبت‌های پزشکی مدرن امید به زندگی را افزایش داده و همچنین زمان استفاده سالمندان از این خدمات را گسترش داده و بیشتر سالمندان ترجیح می‌دهند که دوران سالمندی خود را در محیط زندگی خودشان بسر برند. از اینرو، توجه به برنامه‌های توانمندسازی و گسترش آن‌ها راه‌حل مناسبی برای پاسخ به نیازهای این گروه از افراد به نظر می‌رسد.

با در نظر گرفتن روند رو به رشد جمعیت سالمندی و کاهش توانایی‌های جسمی، روانی و فراوانی بیشتر بیماری‌های مزمن در سالمندان توجه به توانمندسازی آن‌ها یک ضرورت

محسوب می شود. «زیرا فراوانی بیماری‌های مزمن در سالمندان باعث شده است که بیشتر بودجه بهداشتی و درمانی صرف درمان و مراقبت آن‌ها شود. از سویی دیگر، افزایش هزینه‌های بستری در بیمارستان، مشکلات ناشی از دوری از خانواده و خطر ابتلا به عفونت‌های بیمارستانی موجب شده که امروزه، مراقبت در منزل مورد استقبال بیشتری قرار گیرد. به همین دلیل، اهمیت طراحی راه‌های خلاقانه و معنی‌دار برای کسب برآیندهای سلامتی با توانمندکردن سالمندان در همه ابعاد مراقبتی لازم است. این مداخلات، مشارکت سالمند را در اخذ تصمیمات مرتبط با سلامتی و ارتقاء سلامت افزایش می‌دهد» (فتوکیان و دیگران، ۱۳۹۲: ۶۶).

ظهور مفهوم توانمندسازی از زمانی است که جوامع با افزایش هزینه‌های مراقبت بهداشتی و درمانی روبرو شدند. لذا دولت‌ها تلاش کردند تا هزینه‌های مراقبت بهداشتی و درمانی را با تقویت مسئولیت مراقبت از خود، در بیماران و سالمندان کاهش دهند. این مفهوم، نخستین بار در دهه ۱۹۷۰ به عنوان یک عامل ارتقاء سلامت توسط پائولو فریر مطرح شد. وی معتقد بود که توانمندسازی یک فرآیند و برآیند است. در بعد فرآیند، توانمندسازی یک فرایند پویا و مثبت است که بر قدرت، شایستگی، قابلیت‌های افراد و «خودصلاحیتی» متمرکز است (همان). در ایران رویکرد خدمات توانمندسازی سالمندان به ویژه از دهه ۱۳۷۰ مورد توجه سازمان‌های دولتی و غیردولتی قرار گرفته و برخی از سازمان‌های دولتی مانند سازمان بهزیستی به طور مستقل یا با همکاری سازمان‌های غیردولتی کشوری و یا با همکاری مشترک سازمان‌ها و کارگزاران بین‌المللی و بین‌دولتی شروع به تجربه و گسترش برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه کرده‌اند (بابایی، ۱۳۸۹: ۱۸). «این برنامه‌ها، خدمات مورد نیاز سلامت و کیفیت زندگی سالمندان را ارائه می‌دهند و از آنها در جامعه حمایت می‌کنند. به طور کلی این خدمات کم‌هزینه‌تر از خدمات مراقبت خانگی و پرستاری در منزل هستند و به افراد اجازه می‌دهند که در خانه و محیط زندگی خود بمانند» (نوروزی، ۱۳۸۵: ۱۱). اجرای یک برنامه توانمندسازی با اهداف افزایش دانش، انگیزه، عزت نفس و خودکارآمدی که به خودکنترلی رفتاری و اتخاذ رفتارهای

پیشگیرانه منجر می‌شود به منظور ارتقای بهداشت و بهبود کیفیت زندگی لازم است (مسعودی و دیگران، ۱۳۸۹: ۵۹). با توجه به اینکه مطالعه‌ای در زمینه ارزیابی تأثیر برنامه‌های توانمندسازی سازمان بهزیستی بر کیفیت زندگی سالمندان شهر خلخال انجام نشده است، پژوهشگر بر آن شد تا تأثیر توانمندسازی را بر ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان شهر خلخال تبیین نماید. لذا هدف از این مطالعه تعیین میزان تأثیر برنامه‌های توانمندسازی سازمان بهزیستی بر کیفیت زندگی سالمندان بوده است و در پی پاسخ به این پرسش هستیم که آیا برنامه‌های توانمندسازی سازمان بهزیستی بر کیفیت زندگی سالمندان تأثیر می‌گذارد؟ اهمیت و ضرورت تحقیق، در یافتن راه‌حلی برای جلوگیری از انزوای گروه‌های خاص از جمله سالمندان و استقلال آن‌ها در اداره امور مربوط به خود است که به نظر می‌رسد خدمات و برنامه‌های توانمندسازی سازمان بهزیستی نقش مهمی داشته باشد. برنامه ریزان اجتماعی، در بسیاری از جوامع بر اساس وضعیت اقتصادی و رفاه اجتماعی اقشار گروه‌های مختلف جامعه، به سالمندان توجه کرده‌اند. در این زمینه، سالمندان به دلیل ارزشمندی و نقش مشارکتی‌شان در پیشرفت‌های اقتصادی، در دوره فعالیت خود، شایسته توجه ویژه هستند. همچنین، این برنامه‌ها این فرصت را به دولت‌ها می‌دهند که با هزینه کمتر، خدمات مراقبت طولانی‌مدت را گسترش دهند (شیانی و زارع، ۱۳۹۲: ۱۶). این برنامه‌ها با مشارکت فرد، خانواده و جامعه می‌تواند منجر به کیفیت زندگی بیشتر سالمندان گردد. با اجرای این برنامه‌ها می‌توان از انزوا و مطرودیت افراد جلوگیری نمود و توانمندی و استقلال بیشتری را برای آنان جهت اداره امور مربوط به خودشان فراهم کرد. هم چنین زمینه را برای مشارکت اجتماعی بیشتر در حل مسائل به وجود آورد و منجر به همفکری و همیاری بیشتر در جهت بهبود و ارتقا کیفیت زندگی گردید (شیانی و زارع، ۱۳۹۱: ۴۸).

هدف اصلی از انجام این پژوهش، ارزیابی اجتماعی تأثیر برنامه‌های توانمندسازی سازمان بهزیستی بر میزان کیفیت زندگی سالمندان شهر خلخال در سال ۱۳۹۴ بود. علاوه بر این هدف، اهداف دیگری نیز مدنظر بوده است که عبارتند از:

- ۱- بررسی تأثیر آموزش شیوه زندگی سالم به سالمندان بر میزان کیفیت زندگی آنان.
- ۲- بررسی تأثیر ارائه خدمات توانبخشی به سالمندان بر میزان کیفیت زندگی آنان.

- ۳- بررسی تأثیر ارائه خدمات حمایتی به سالمندان بر میزان کیفیت زندگی آنان.
- ۴- بررسی تأثیر ارائه خدمات فرهنگی، هنری و ورزشی به سالمندان بر میزان کیفیت زندگی آنان.
- ۵- بررسی تأثیر ارائه خدمات اوقات فراغت و گردشگری به سالمندان بر میزان کیفیت زندگی آنان.
- ۶- تعیین تفاوت میزان کیفیت زندگی سالمندان گروه آزمایش با میزان کیفیت زندگی سالمندان گروه شاهد.
- ۷- تعیین تفاوت میزان کیفیت زندگی سالمندان برحسب متغیرهای زمینه‌ای (سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، پایگاه اقتصادی و اجتماعی).
از آنجا که مباحث مرتبط با برنامه‌های توانمندسازی سالمندان بسیار جدید است، لذا دانش نظری در این زمینه محدود می‌باشد لذا بحث در مورد موضوع و شناسایی ابعاد مختلف آن و ارتباط آن با کیفیت زندگی سالمندان و مسائل دیگر جامعه به لحاظ نظری بسیار قابل تأمل است. دیدگاه‌های نظری در سالمندی را می‌توان در سطح کلان (ساختاری) یا در سطح خرد (اجتماعی - روانشناختی) طبقه‌بندی کرد و همچنین بعدها بر مبنای اینکه آیا فرضیات فردی - اجتماعی بهنجار و قاعده‌مند (رفتار فردی به شکل دنبال کردن هنجارها تعریف می‌شود) هستند یا تفسیری (افراد هنجارها را می‌سازند ولی لزوماً به آنها وفادار نمی‌مانند)، می‌توان آنها را دسته‌بندی کرد. دهه ۱۹۶۰ دوره خیره‌کننده‌ای از توسعه‌های نظری در جامعه‌شناسی سالمندی هم در سطح خرد و هم در سطح کلان بود که اغلب در درون سنت‌های هنجاری رخ می‌داد. بورگس تغییر تاریخی «نقش - نقش کمتر» را برای سالخوردهگان از سده نوزدهم به این طرف توصیف و اساسی را برای فرضیه سالمندی و نوین‌سازی فراهم کرد که بعدها توسط کاوگیل و هولمز به صورت منظم‌تر توسعه داده شدند. کامینگ و هنری نخستین نظریه چندرشته‌ای حقیقی را درباره سالمندی مطرح و عنوان کردند که قطع درگیری افراد مسن با جامعه، بخشی عادی از روند سالمندی است. در این نظریه، فرض بر این بود که عقب‌نشینی‌های روان‌شناختی و اجتماعی حالتی

جهانی، اجتناب‌ناپذیر و انطباقی دارند تا هم فرد و هم جامعه را برای مرگ احتمالی آماده کنند. ولی نظریه‌ی عدم تعهد با «نظریه فعالیت» تداخل داشت که به طور ضمنی سالمندی را نوعی ضایعه عنوان می‌کند که باید با تلاش برای حفظ سطوح فعالیت میانسالی تا آنجا که ممکن است تطبیق داده شود. «نظریه فعال‌نگهداشتن» برای سالمندی موفق، سازگاری بیشتری با ارزش‌های آمریکایی فردگرایی و خودمختاری نسبت به دیدگاه عدم تعهد داشت و با کاربردهای واقعی از جمله توسعه‌ی مراکز برای شهروندان مسن و توسعه‌ی خانه‌هایی برای گذران اوقات فراغت همراه بود. این دو نظریه رقابتی، مباحثی را در جامعه‌شناسی سالمندی برانگیختند که در گذشته بحث‌برانگیز نبودند و در عوض، این مسئله هم به پیشرفت و توسعه‌ی صریح مفاهیم و نظریه‌ها در طول دو دهه‌ی آینده منجر خواهد شد (سترستن و آنجل، ۱۳۹۴). الیان کامینگ و ویلیام هنری در سال ۱۹۶۱ تحلیل ویژه‌ای در زمینه تأثیرات سالخورده‌گی مطرح کردند که به نظریه «عدم مشارکت، عدم تعهد و جدایی اجتماعی» معروف شد. مطابق این نظریه جامعه و فرد سالمند در رابطه با یکدیگر، بسیاری از روابط دوجانبه خود را متقابلاً محدود می‌کنند. بنابراین غیرقابل اجتناب بودن مرگ، فرد را وادار می‌کند که بخش مهمی از نقش‌های اجتماعی خویش را ترک کند (علیخانی، ۱۳۸۱: ۱۱). نظریه فعالیت یا فعال‌نگه‌داشتن، مخالف نظریه عدم تعهد، می‌باشد و توسط هویگ هرست بیان شده است. وی عقیده دارد که «فعالیت، سلامتی را در پیری افزایش می‌دهد» بنابراین بزرگسالانی که فعال می‌مانند در فعالیت‌های تشویق شده و جایگاهها، روابط، سرگرمی‌ها و علایق جدیدی را بدست می‌آورند و با احساس رضایت و آرامش، پیر می‌شوند. زندگی رضایت‌آمیز در سالمندی شامل شیوه تأمین زندگی فعال در میانسالی می‌باشد. یک بزرگسال نمونه، بزرگسالی است فعال، که ارتباطات اجتماعی خود را، حفظ کرده و با فعالیت‌های جمعی، مسافرت‌ها و داشتن سرگرمی‌ها مشغول است (فروغ عامری و دیگران، ۱۳۸۰: ۹-۱۰). فرضیه فعالیت هنوز در توصیه‌های فعلی درباره «سالمندی موفق» مشهود است. راول و کان در کتاب پرفروش خود به همین نام این بحث را مطرح می‌کنند که کلید سالمندی موفق در فعال بودن به چهار روش نهفته است: «درگیری اجتماعی فعال، تمرینات فعال، رژیم پیش فعال و جلوگیری از بیماری‌ها» (سترستن و

آنجل، ۱۳۹۴: ۲۵). بعدها صاحب‌نظرانی همچون؛ هویک هرست (۱۹۷۶)، راو و کان (۱۹۷۹)، جیمز داود (۱۹۸۰)، ریلی، مان و فونر (۱۹۹۴)، گربویوم (۲۰۰۰)، اشلی (۲۰۰۲)، لاری و بامسر (۲۰۰۲)، جان ای کروت (۲۰۰۹)، گرین اوندریچ و لدیتکا (۲۰۰۳) و یامی چن (۲۰۱۰) این نظریه‌ها را توسعه دادند.

چارچوب نظری این پژوهش را نظریه‌های؛ محیط اجتماعی گربویوم، برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه جان ای کروت، سیستم‌های مبتنی بر جامعه گرین، اوندریچ و لدیتکا، برنامه‌های مبتنی بر جامعه یامی چن و نظریه سرمایه پیربورديو تشکیل می‌دهد (جدول ۱).

جدول (۱): ماتریس چارچوب نظری پژوهش

نظریه پرداز	نظریه	مفاهیم اساسی	فرصیه های پژوهش
جان ای کروت	برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه جان ای کروت بیان می‌کند: این خدمات مبتنی بر جامعه، طیف وسیعی از خدمات را شامل می‌شود که خارج از شبکه‌های مؤسسه‌ای فراهم می‌شوند تا به رفاه و استقلال سالمندان به روش‌های مختلف کمک کند. خدماتی که به طور سنتی اجتماع محور تعریف می‌شدند، این موارد را شامل می‌شوند: مراقبت خانگی، مراقبت شخصی، خانه‌داری، خدمات تغذیه‌ای، سلامت ذهنی، آموزش شیوه زندگی سالم، توسعه اطلاعات، مدیریت موردی، مراکز ارشد، مراقبت فرج‌ای، مراقبت روزانه بزرگسالان، مسکن و حمل و نقل. این خدمات مکمل خدمات مؤسسه‌ای و خدمات مراقبت طولانی‌مدت هستند تا به طور مداوم به افراد یاری رسانند. خدمات خانه اجتماع محور، شامل دو نوع خدمات احتیاطی و غیراحتیاطی است. خدمات احتیاطی استفاده از خدمات اولیه بهداشتی (سلامت) هستند که با انتخاب مشخص می‌شود. خدمات مراقبت شخصی یا مراقبت کننده نمونه‌ای از این خدمات هستند. در مقابل، خدمات غیراحتیاطی وجود دارد که شامل خدمات بهداشتی (سلامت) از قبیل پرستاری پیشرفته است.	آموزش شیوه زندگی سالم	۱- آموزش شیوه زندگی سالم به سالمندان بر میزان کیفیت زندگی آنان تأثیر دارد.
جان ای کروت	برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه جان ای کروت بیان می‌کند: این خدمات مبتنی بر جامعه، طیف وسیعی از خدمات را شامل می‌شود که خارج از شبکه‌های مؤسسه‌ای فراهم می‌شوند تا به رفاه و استقلال سالمندان به روش‌های مختلف کمک کند. خدماتی که به طور سنتی اجتماع محور تعریف می‌شدند، این موارد را شامل می‌شوند: مراقبت خانگی، مراقبت شخصی، خانه‌داری، خدمات تغذیه‌ای، سلامت ذهنی، توسعه اطلاعات، مدیریت موردی، خدمات توانبخشی، مراقبت فرج‌ای، مراقبت روزانه بزرگسالان، مسکن و حمل و نقل.	ارائه خدمات توانبخشی	۲- ارائه خدمات توانبخشی به سالمندان بر میزان کیفیت زندگی آنان تأثیر دارد.
گربویوم	گربویوم در نظریه محیط اجتماعی معتقد است سه عامل مهم بر سطح فعالیت فرد مسن تأثیر می‌گذارد: سلامتی، وضعیت اوضاع مالی و پشتیبانی‌های اجتماعی. از آنجایی که حمایت محیطی - اجتماعی و موقعیت مالی سالمندان در ماندن آنها در اجتماع تأثیر دارد، این فاکتورها به عنوان توانمندسازی اجتماعی و مالی در برنامه‌های توانمندسازی تعریف شده‌اند. فاکتورهای توانمندسازی اجتماعی منابع فکری هستند که سالمندان را توانمند می‌کنند که در اجتماع بمانند. دسترسی به انواع شبکه‌های رسمی و غیررسمی حمایت‌های اجتماعی این کمک را به سالمندان می‌نماید که برنامه‌های توانمندسازی این دسترسی را با فراهم آوردن موقعیت مشارکت اعضای خانواده و جامعه، تقویت می‌کنند و باعث می‌شود که سالمندان مدت بیشتری به طور مستقل در جامعه باشند و از این طریق کیفیت زندگی بهتری داشته باشند.	ارائه خدمات حمایتی	۳- ارائه خدمات حمایتی به سالمندان بر میزان کیفیت زندگی آنان تأثیر دارد.
جان ای کروت	برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه جان ای کروت بیان می‌کند: این خدمات مبتنی بر جامعه، طیف وسیعی از خدمات را شامل می‌شود که خارج از شبکه‌های مؤسسه‌ای فراهم می‌شوند تا به رفاه و استقلال سالمندان به روش‌های مختلف کمک کند. خدماتی که به طور سنتی اجتماع محور تعریف می‌شدند، این موارد را شامل می‌شوند: مراقبت خانگی، مراقبت شخصی، خدمات تغذیه‌ای، سلامت ذهنی، توسعه اطلاعات، خدمات فرهنگی، هنری و ورزشی، مراکز ارشد، مراقبت فرج‌ای، مراقبت روزانه بزرگسالان.	ارائه خدمات فرهنگی، هنری و ورزشی	۴- ارائه خدمات فرهنگی، هنری و ورزشی به سالمندان بر میزان کیفیت زندگی آنان تأثیر دارد.
گرین، اوندریچ و لدیتکا	گرین، اوندریچ و لدیتکا در نظریه سیستم‌های مبتنی بر جامعه معتقدند که علاوه بر پتانسیل فواید اقتصادی، نگهداری سالمندان در جامعه فواید غیرقابل درکی را هم برای سالمندان و هم برای خانواده هایشان ارائه می‌کند: ارزش‌های بنیادی که توسط سالمندان بیان می‌شود آنها را راضی نگه می‌دارد باقی ماندن آنها در محیط آشنای زندگی خودشان و توانایی انتخاب درباره وضعیت زندگی‌شان است. خانواده مراقبت گیرندگان به کمک می‌پردازند و هم چنین موسسات ارائه خدمات برای سالمندان برای کاهش استرس در میان سالمندان استفاده از خدمات	ارائه خدمات اوقات فراغت و گردشگری	۵- ارائه خدمات اوقات فراغت و گردشگری به سالمندان بر میزان کیفیت زندگی آنان تأثیر دارد.

	<p>مبتنی بر جامعه (خدمات فرجای، مراقبت روزانه، حمل و نقل، اوقات فراغت و سیستم پاسخگویی به فوریت‌ها) را پیشنهاد می‌کنند.</p>		
<p>یامی چن و پیر پوردیو</p>	<p>بر طبق مدل اندرسون و چن، فاکتورهای زمینه‌ای مانند سن، جنس، تحصیلات و... و همین‌طور مؤلفه‌های توانمندسازی سالمندان مانند: تسهیلات بهداشتی، منابع حمایت اجتماعی (حمایت خانواده و جامعه)، منابع مالی (درآمد، مسکن، بیمه‌های اجتماعی)، مؤلفه ناتوانی و نیاز در استفاده سالمندان از خدمات مراقبت‌های مبتنی بر اجتماع موثرند و این برنامه‌ها به گونه‌ای دسترسی سالمندان به این مؤلفه‌ها را تقویت می‌کنند و بر میزان کیفیت زندگی سالمندان تأثیر می‌گذارند. به نظر پوردیو موقعیت عامل در فضای اجتماعی بستگی به حجم و میزان سرمایه (سرمایه اقتصادی، سرمایه اجتماعی و سرمایه فرهنگی) او دارد؛ یعنی هرچه قدر سرمایه فرد بیشتر باشد، در فضای اجتماعی موقعیت بالاتری خواهد داشت و این خود رفتار و سبک زندگی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد.</p>	<p>سن، جنسیت، وضعیت تأهل، وضعیت مسکن، سطح تحصیلات، پایگاه اقتصادی و اجتماعی</p>	<p>۶- میزان کیفیت زندگی سالمندان بر اساس متغیرهای زمینه‌ای (سن، جنسیت، وضعیت تأهل، وضعیت مسکن، سطح تحصیلات، پایگاه اقتصادی و اجتماعی) متفاوت است.</p>

روش‌شناسی پژوهش

با توجه به ماهیت موضوع و مولفه‌های مورد بررسی، رویکرد حاکم بر این پژوهش رویکرد کمی و شیوه به کار برده شده برای جمع‌آوری اطلاعات روش پیمایشی است. جامعه آماری این پژوهش شامل ۳۸۵ نفر از سالمندان شهر خلخال هستند که تحت حمایت مستقیم اداره بهزیستی شهرستان خلخال می‌باشند. تعداد نمونه شامل ۶۰ نفر (۳۰ نفر گروه آزمایش و ۳۰ نفر گروه کنترل) هستند که از بین سالمندان به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده‌اند. برای سنجش تأثیر برنامه‌های توانبخشی سازمان بهزیستی بر کیفیت زندگی سالمندان، یک گروه از سالمندان به عنوان گروه آزمون (مورد بهره‌گیرنده از خدمات برنامه‌های توانمندسازی بهزیستی) و گروه دیگر به عنوان شاهد در نظر گرفته شده است. از بین ۳۸۵ نفر زن و مرد سالمند ۶۰ سال به بالایی که در برنامه‌های مراقبت روزانه و مراقبت خانگی بودند در زمان انجام این پژوهش ۸۰ پرونده فعال وجود داشت که از بین این افراد ۳۰ نفر به صورت کاملاً تصادفی به عنوان جامعه آماری گروه آزمون انتخاب شده‌اند. گروه شاهد سالمندانی هستند که برای ورود به این برنامه ثبت نام کرده‌اند ولی هنوز خدمات معنی‌داری را دریافت نکرده‌اند. با مراجعه به مرکز تعداد ۳۰ نفر به طور کاملاً تصادفی انتخاب شده‌اند. برای جوسازی این دو گروه از میانگین توزیع فراوانی سن، جنسیت، سطح تحصیلات استفاده شده است.

ابزار گردآوری اطلاعات در بخش نظری، اسناد کتبی و منابع مکتوب در زمینه توانمندسازی سالمندان و کیفیت زندگی آنان (مراجعه و یادداشت برداری از کتب فارسی و خارجی تخصصی، نشریات و مجلات علمی تحقیقاتی، مقالات و سایت‌های مهم اینترنتی و...) و برای جمع‌آوری اطلاعات در بخش میدانی از پرسشنامه محقق‌ساخته و

استاندارد شده استفاده شده است. این پرسشنامه شامل اطلاعات دموگرافیک (سن، جنس و . . .)، پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و پرسشنامه محقق ساخته خدمات توانمندسازی سالمندان می‌باشد. پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سؤال می‌سنجد. هر یک از حیطه‌ها به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳، و ۸ سؤال می‌باشد) ۲ سؤال اول به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارند و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند (خوشه‌مهری و دیگران، ۱۳۹۱: ۲۰). این پرسشنامه توسط گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و با همکاری ۱۵ مرکز بین‌المللی از سرتاسر دنیا تدوین شده، سعی در تهیه و تنظیم ابزاری بین فرهنگی جهت سنجش و اندازه‌گیری کیفیت زندگی داشته است. روایی و پایایی پرسشنامه هم در داخل و هم در خارج کشور در تحقیقات قبلی مورد تأیید قرار گرفته بود. علاوه بر این در مطالعات مربوط به روانسنجی این پرسشنامه، انطباق‌پذیری و بومی‌سازی مطابق فرهنگ ایرانیان انجام شده است (علی بیگ و دیگران، ۱۳۹۱: ۷۱۲). این سؤال‌ها دارای مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی می‌باشند.

پرسشنامه خدمات توانمندسازی سازمان بهزیستی: این پرسشنامه ۵ بعد؛ آموزش شیوه زندگی سالم، ارائه خدمات توانبخشی، ارائه خدمات حمایتی، ارائه خدمات فرهنگی، ورزشی، هنری، ارائه خدمات گردشگری و اوقات فراغت را شامل می‌شود. مقیاس اندازه‌گیری سؤال‌ها، طیف لیکرت پنج‌گزینه‌ای و روش امتیازگذاری به ترتیب ۱ تا ۵ می‌باشد. شکل سؤال‌های پرسشنامه نیز از نوع بسته و شیوه اجرای آن حضوری می‌باشد. برای تعیین اعتبار ابزار تحقیق (پرسشنامه) از روش اعتبار صوری که نوعی اعتبار محتوایی است، استفاده شده است. برای ارزیابی و سنجش پایایی پرسشنامه مبتنی بر قدرت تبیین‌کنندگی گویه‌ها از آلفای کرونباخ استفاده شده است. محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای متغیر کیفیت زندگی به عنوان متغیر وابسته با مقدار ضریب (۰/۸۴۰)، توانمندسازی سالمندان به عنوان متغیر مستقل با مقدار ضریب (۰/۷۴۳)، آموزش شیوه زندگی سالم با مقدار ضریب (۰/۷۳۲)، ارائه خدمات توانبخشی با ضریب (۰/۷۳۹)، ارائه خدمات حمایتی

با ضریب (۰/۷۴۶)، ارائه خدمات فرهنگی، هنری و ورزشی با مقدار ضریب (۰/۷۶۷) و ارائه خدمات اوقات فراغت و گردشگری به سالمندان با مقدار ضریب (۰/۷۸۱) به دست آمد که نشان می‌داد سوالات خوب طراحی شده اند، با همدیگر هماهنگی درونی دارند و یک چیز را می‌سنجند.

یافته‌های پژوهش

یافته‌های توصیفی

داده‌های تجربی نشان می‌دهند که از کل حجم نمونه ۴۵ درصد مرد و ۵۵ درصد زن هستند، ۱۰ درصد از سالمندان مجرد، ۶۳/۳ درصد متأهل و ۲۶/۷ از پاسخگویان نیز عنوان کرده‌اند که از همسرشان جدا شده‌اند. از نظر میزان تحصیلات، ۴۵ درصد بی‌سواد، ۱۸/۳ درصد ابتدایی، ۱۵ درصد دارای مدرک زیردیپلم، ۱۱/۷ درصد دیپلم و ۱۰ درصد افراد نیز دارای مدرک فوق‌دیپلم و بالاتر را داشتند. ۴۰ درصد از افراد دارای درآمد ماهانه کمتر از ۷۰۰ هزار تومان، ۱۶/۷ درصد بین ۷۰۱ تا ۹۰۰ هزار تومان، ۱۸/۳ درصد بین ۱۱۰۱ تا ۱۳۰۰ هزار تومان، ۱۳/۳ درصد بین ۱۳۰۱ تا ۱۵۰۰ هزار تومان و ۱۱/۷ درصد نیز درآمدی بالاتر از ۱۵۰۱ هزار تومان دارند. ۳۶/۷ درصد افراد در رده سنی ۶۰-۷۰ سال قرار دارند، ۵۵ درصد در رده سنی ۷۱-۸۰ سال، ۸/۳ درصد افراد نیز در رده سنی بالاتر از ۸۱ سال قرار دارند. از نظر وضعیت مسکن سالمندان، ۱۳/۳ درصد سالمندان دارای مسکن استیجاری بوده‌اند، ۲۳/۳ درصد رهنی و ۶۳/۳ درصد دارای مسکن ملکی بوده‌اند.

نتایج یافته‌های توصیفی متغیرهای مستقل و وابسته نشان می‌دهد که میانگین نمره کیفیت زندگی گروه آزمایش ۸۶/۷۰ (با توجه به بازه نمره ۶۸ تا ۱۰۱) و میانگین نمره کیفیت زندگی گروه شاهد ۷۴/۳۰ (با توجه به بازه نمره ۴۷ تا ۱۰۱) می‌باشد. میانگین نمره آموزش شیوه زندگی سالم ۴۸/۴۶ (با توجه به بازه نمره ۴۲ تا ۵۵)، خدمات توانبخشی ۱۰/۲۶ (با توجه به بازه نمره ۷ تا ۱۴)، خدمات حمایتی ۱۶/۷۶ (با توجه به بازه نمره ۱۱ تا ۲۳)، خدمات فرهنگی، هنری و ورزشی ۱۳/۷۶ (با توجه به بازه نمره ۹ تا ۲۰) و میانگین نمره خدمات اوقات فراغت و گردشگری ۷/۵۰ (با توجه به بازه نمره ۵ تا ۱۰) بوده است.

همچنین نتایج پژوهش نشان می‌دهد که نمره میانگین متغیر کیفیت زندگی کلی ۸۰/۵۰ (با توجه به بازه نمره ۴۷ تا ۱۰۱) است.

یافته‌های استنباطی

آزمون فرضیه‌های پژوهش

جدول (۲): نتایج آزمون فرضیه‌های پژوهش

فرضیه	متغیر مستقل	متغیر وابسته	نوع آزمون	مقدار آزمون	سطح معنی‌داری	تأیید یا رد فرضیه
۱ آموزش شیوه زندگی سالم به سالمندان بر میزان کیفیت زندگی آنان تأثیر دارد.	آموزش شیوه زندگی سالم	کیفیت زندگی سالمندان	پیرسون	$R=0/700$	۰/۰۰۰	تأیید فرضیه
۲ ارائه خدمات توانبخشی به سالمندان بر میزان کیفیت زندگی آنان تأثیر دارد.	ارائه خدمات توانبخشی	کیفیت زندگی سالمندان	پیرسون	$R=0/796$	۰/۰۰۰	تأیید فرضیه
۳ ارائه خدمات حمایتی به سالمندان بر میزان کیفیت زندگی آنان تأثیر دارد.	ارائه خدمات حمایتی	کیفیت زندگی سالمندان	پیرسون	$R=0/799$	۰/۰۰۰	تأیید فرضیه
۴ ارائه خدمات فرهنگی، هنری و ورزشی به سالمندان بر میزان کیفیت زندگی آنان تأثیر دارد.	ارائه خدمات فرهنگی، هنری و ورزشی	کیفیت زندگی سالمندان	پیرسون	$R=0/439$	۰/۰۱۵	تأیید فرضیه
۵ ارائه خدمات اوقات فراغت و گردشگری به سالمندان بر میزان کیفیت زندگی آنان تأثیر دارد.	ارائه خدمات اوقات فراغت و گردشگری	کیفیت زندگی سالمندان	پیرسون	$R=0/410$	۰/۰۲۴	تأیید فرضیه
۶ میزان کیفیت زندگی سالمندان گروه آزمایش با میزان کیفیت زندگی سالمندان گروه شاهد متفاوت است.	برنامه‌های توانبخشی	کیفیت زندگی سالمندان	T- Test	$T=4/057$	۰/۰۰۰	تأیید فرضیه
۷ کیفیت زندگی سالمندان از لحاظ جنسیت آنان متفاوت است.	جنسیت	کیفیت زندگی سالمندان	T- Test	$T=3/226$	۰/۰۰۲	تأیید فرضیه
۸ کیفیت زندگی سالمندان از لحاظ وضعیت تاهل پاسخگویان متفاوت است.	وضعیت تاهل	کیفیت زندگی سالمندان	تحلیل واریانس	$F=7/127$	۰/۰۰۲	تأیید فرضیه
۹ کیفیت زندگی سالمندان از لحاظ سن آنان متفاوت است.	سن	کیفیت زندگی سالمندان	تحلیل واریانس	$F=2/888$	۰/۰۴۰	تأیید فرضیه

۱۰	کیفیت زندگی سالمندان از لحاظ میزان تحصیلات آنان متفاوت است.	میزان تحصیلات	کیفیت زندگی سالمندان	تحلیل واریانس	$F= ۶/۷۸۶$	۰/۰۰۱	تأیید فرضیه
۱۱	کیفیت زندگی سالمندان از لحاظ وضعیت مسکن آنان متفاوت است.	وضعیت مسکن	کیفیت زندگی سالمندان	تحلیل واریانس	$F= ۴/۷۵۸$	۰/۰۱۲	تأیید فرضیه
۱۲	کیفیت زندگی سالمندان بر حسب پایگاه اقتصادی - اجتماعی آنان متفاوت است.	پایگاه اقتصادی - اجتماعی	کیفیت زندگی سالمندان	تحلیل واریانس	$F= ۵/۳۳۷$	۰/۰۰۸	تأیید فرضیه

با توجه به جدول بالا، بین دو متغیر آموزش شیوه زندگی سالم به سالمندان و میزان کیفیت زندگی آنان رابطه معناداری وجود دارد. ضریب همبستگی پیرسون به دست آمده (۰/۷۰۰) و سطح معنی داری آن (۰/۰۰۰) است که نشان‌دهنده رابطه بین دو متغیر می‌باشد. به عبارت دیگر با افزایش آموزش شیوه زندگی سالم به سالمندان، میزان کیفیت زندگی آنان نیز افزایش می‌یابد. درباره رابطه بین ارائه خدمات توانبخشی به سالمندان و میزان کیفیت زندگی آنان، با توجه به ضریب همبستگی به دست آمده (۰/۷۹۶) و سطح معنی داری بین دو متغیر (۰/۰۰۰) نتایج حاکی از این است که بین دو متغیر رابطه مستقیم، مثبت و خیلی قوی وجود دارد. بین دو متغیر ارائه خدمات حمایتی به سالمندان و میزان کیفیت زندگی آنان با توجه به ضریب همبستگی (۰/۷۹۹) و سطح معناداری (۰/۰۰۰) رابطه مثبت، مستقیم و خیلی قوی وجود دارد. به عبارت دیگر با افزایش ارائه خدمات حمایتی به سالمندان، میزان کیفیت زندگی آنان نیز افزایش می‌یابد. همچنین نتایج نشان می‌دهد که بین متغیر ارائه خدمات فرهنگی، هنری و ورزشی به سالمندان و میزان کیفیت زندگی آنان با توجه به ضریب همبستگی (۰/۴۳۹) و سطح معناداری (۰/۰۱۵) رابطه مثبت، مستقیم و نسبتاً قوی وجود دارد. بین ارائه خدمات اوقات فراغت و گردشگری به سالمندان و میزان کیفیت زندگی آنان رابطه وجود دارد. ضریب همبستگی پیرسون به دست آمده (۰/۴۱۰) و سطح معنی داری آن (۰/۰۲۴) است که نشان‌دهنده رابطه بین دو متغیر می‌باشد.

با توجه به فرضیه ششم و اصلی پژوهش مشاهده می‌شود مقدار T به دست آمده در واریانس‌های برابر، (۴/۰۵۷) محاسبه گردیده است که سطح معناداری T از سطح معناداری موردنظر (۰/۰۵) کمتر است، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که میزان کیفیت زندگی

سالمندان گروه آزمایش با میزان کیفیت زندگی سالمندان گروه شاهد متفاوت است و سالمندانی که از خدمات توانمندسازی استفاده کرده‌اند، از میزان کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند. همان‌گونه که در جدول بالا نیز مشاهده می‌شود مقدار T به دست آمده در واریانس‌های برابر، (۳/۲۲۶) محاسبه گردیده است که سطح معناداری T از سطح معناداری موردنظر (۰/۰۵) کمتر است، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که میزان کیفیت زندگی سالمندان بر حسب جنسیت آنان متفاوت است و مردان نسبت به زنان از میزان کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند.

با توجه به فرضیه هشتم پژوهش، کیفیت زندگی سالمندان از لحاظ وضعیت تأهل پاسخگویان متفاوت است. نتایج آزمون تحلیل واریانس با مقدار F برابر (۷/۱۲۷) و سطح معنی‌داری (۰/۰۰۲) نشان می‌دهد که میانگین کیفیت زندگی گروه‌های مختلف از نظر وضعیت تأهل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. میانگین متغیر کیفیت زندگی برای پاسخگویانی که مجرد هستند ۶۷/۳۳ و برای پاسخگویانی که متأهل هستند ۸۴/۶۵ و برای پاسخگویانی که از همسرشان جدا شده‌اند ۷۵/۵۶ می‌باشد. در این بین ملاحظه می‌شود میانگین کیفیت زندگی مجردها کمتر از بقیه گروه‌هاست و متأهلان بیشترین میانگین کیفیت زندگی را دارند. کیفیت زندگی سالمندان از لحاظ سن آنان متفاوت است. نتایج آزمون تحلیل واریانس با مقدار F برابر (۲/۷۸۸) و سطح معنی‌داری (۰/۰۴۰) نشان می‌دهد که بین میانگین کیفیت زندگی گروه‌های مختلف سنی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. میانگین متغیر کیفیت زندگی برای سالمندانی که سن ۷۰-۶۰ دارند ۸۵/۰۴، برای سالمندانی که سن ۸۰-۷۱ دارند ۷۸/۷۸ و برای سالمندانی که سن بیشتر از ۸۱ سال دارند ۷۱/۸۰ می‌باشد.

کیفیت زندگی سالمندان از لحاظ تحصیلات آنان متفاوت است. نتایج آزمون تحلیل واریانس با مقدار F برابر (۶/۷۸۶) و سطح معنی‌داری (۰/۰۰۱) نشان می‌دهد که بین میانگین متغیر کیفیت زندگی گروه‌های مختلف تحصیلی سالمندان تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج نشان می‌دهد نشان می‌دهد که میانگین متغیر کیفیت زندگی برای پاسخگویانی که سواد ندارند ۷۵/۴۸ و برای پاسخگویانی که میزان تحصیلات ابتدایی دارند ۷۷/۰۹ و

برای پاسخگویی که میزان تحصیلات زیردیپلم دارند ۷۹/۴۴ و برای پاسخگویی که میزان تحصیلات دیپلم دارند ۹۲/۴۲ و برای پاسخگویی که میزان تحصیلات فوق دیپلم و بالاتر دارند ۹۷/۰۰ می باشد.

کیفیت زندگی سالمندان از لحاظ وضعیت مسکن آنان متفاوت است. نتایج آزمون تحلیل واریانس با مقدار F برابر (۴/۷۵۸) و سطح معنی داری (۰/۰۱۲) نشان می دهد که میانگین متغیر کیفیت زندگی سالمندان از لحاظ وضعیت مسکن تفاوت معنی داری وجود دارد. نتایج بیانگر آن است که میانگین متغیر کیفیت زندگی برای پاسخگویی که مستأجر هستند ۶۹/۸۷ و برای پاسخگویی که وضعیت مسکن رهنی دارند ۷۷/۲۸ و برای پاسخگویی که مسکنشان ملکی است ۸۳/۹۲ می باشد. در این بین ملاحظه می شود سالمندانی که از خودشان خانه دارند، کیفیت زندگی بالاتری نیز دارند.

کیفیت زندگی سالمندان بر حسب پایگاه اجتماعی و اقتصادی آنان متفاوت است. نتایج آزمون تحلیل واریانس با مقدار F برابر (۵/۳۳۷) و سطح معنی داری (۰/۰۰۸) نشان می دهد میانگین کیفیت زندگی گروه‌های مختلف اقتصادی - اجتماعی تفاوت معنی داری وجود دارد. یافته‌ها حاکی است که میانگین متغیر کیفیت زندگی برای پاسخگویی که پایگاه اقتصادی - اجتماعی پایین دارند ۷۳/۸۸۲ و برای پاسخگویی که پایگاه اقتصادی - اجتماعی متوسط دارند ۸۱/۱۹ و برای پاسخگویی که پایگاه اقتصادی - اجتماعی بالا دارند ۹۲/۰۰ می باشد.

بررسی رابطه بین متغیر وابسته و متغیرهای مستقل با کمک رگرسیون

جدول (۳): خلاصه مدل

ضریب همبستگی R	ضریب تعیین R Square
۰/۵۷۷	۰/۵۵۴

با توجه به جدول (۳) مقدار ضریب همبستگی چندگانه مدل رگرسیونی برابر ۰/۵۷۷ است. مقدار ضریب تعیین برابر ۰/۵۵۴ است یعنی ۰/۵۵/۴ از تغییرات متغیر وابسته توسط متغیرهای مستقل تبیین می شود.

جدول (۴): آنالیز واریانس (ANOVA)

سطح معنی داری	مقدار آماره F
۰/۰۰۰	۹۹۳/۴۳۷

با توجه به جدول (۴) مشاهده می‌شود سطح معنی داری آزمون ۰/۰۰۰ کمتر از ۰/۰۵ است بنابراین فرض صفر رد شده و با اطمینان ۹۵٪ می‌توان گفت مدل برازش داده شده مدل مناسبی است و رابطه رگرسیون خطی است.

جدول (۵): ضریب رگرسیون

سطح معنی داری	ضریب بتای استاندارد شده	ضریب بتا
۰/۰۵۰	-/۱۱۳	-/۳۶۷
۰/۶۱۴	۰/۰۲۸	۰/۱۶۵
۰/۰۰۰	۰/۶۰۱	۱/۵۹۶
۰/۰۰۰	۰/۵۱۲	۱/۲۴۹
۰/۰۰۷	۰/۱۹۳	۰/۹۲۹

با توجه به جدول فوق مشاهده می‌شود سطح معنی داری چهار متغیر مستقل آموزش شیوه زندگی سالم، خدمات توانبخشی، خدمات فرهنگی، هنری و ورزشی و خدمات حمایتی کمتر از ۰/۰۵ است بنابراین وارد مدل رگرسیونی می‌شوند و سطح معنی داری متغیر خدمات اوقات فراغت (۰/۶۱۴) کمتر از ۰/۰۵ نمی‌باشد بنابراین وارد مدل رگرسیون نمی‌شوند.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر برنامه‌های توانمندسازی سالمندان بر میزان کیفیت زندگی سالمندان شهر خلخال انجام شده است. نتایج به دست آمده از آمار استنباطی نشان می‌دهد که برنامه‌های توانمندسازی سالمندان توانسته است به طور معناداری همه ابعاد کیفیت زندگی گروه مداخله را، به نسبت گروه شاهد افزایش دهد. این امر نشان‌دهنده ضرورت استفاده از مداخلات آموزشی برنامه‌ریزی شده در جهت ارتقاء ابعاد جسمانی، اجتماعی و روانشناختی کیفیت زندگی سالمندان می‌باشد. در زیر به شرح یافته‌های به دست از هر یک از فرضیه‌های پژوهش اشاره می‌شود:

بر اساس فرضیه اول پژوهش بین آموزش شیوه زندگی سالم به سالمندان و کیفیت زندگی آنان رابطه معناداری وجود دارد. بر این اساس، سالمندانی که آموزش شیوه زندگی سالم را دریافت نموده‌اند، از میزان کیفیت زندگی بالاتری نیز برخوردارند.

بین ارائه خدمات توانبخشی به سالمندان و کیفیت زندگی آنان رابطه معناداری وجود دارد. بنابراین با افزایش خدمات توانبخشی به سالمندان (ویزیت و معاینه بالینی سالمند و ارجاع به بخش‌های تخصصی به منظور استفاده از خدمات تخصصی، خدمات تخصصی توانبخشی شامل؛ فیزیوتراپی، گفتار درمانی، رادیومتری، اپتومتری، مشاوره و...) میزان کیفیت زندگی آنان نیز افزایش می‌یابد. بین ارائه خدمات حمایتی به سالمندان و کیفیت زندگی آنان رابطه معناداری وجود دارد. بدین ترتیب با افزایش خدمات حمایتی؛ خدمات بیمه‌ای به سالمندان نیازمند بدون پوشش بیمه، کمک‌های مالی، اقتصادی و موردی و ... ، کیفیت زندگی سالمندان نیز افزایش می‌یابد.

بین ارائه خدمات فرهنگی، هنری و ورزشی به سالمندان و کیفیت زندگی آنان رابطه معناداری وجود دارد. یعنی با افزایش دریافت خدمات فرهنگی، هنری و ورزشی به سالمندان، کیفیت زندگی آنان نیز افزایش می‌یابد. بین ارائه خدمات اوقات فراغت به سالمندان و کیفیت زندگی آنان رابطه معناداری وجود دارد و با افزایش دریافت خدمات اوقات فراغت به سالمندان؛ فراهم آوردن امکانات جهت گذراندن اوقات فراغت سالمندان،

درون شهری شامل (سینما، موزه، پارک و ...) به صورت گروهی و برون شهری به صورت تورهای گردشگری زیارتی، سیاحتی، هماهنگی با ارگان‌ها و سازمان‌های ذیربط به منظور کسب امکانات دولتی جهت پر کردن اوقات فراغت سالمندان شامل تخفیف بلیط سینما، تئاتر، موزه، قطار، هواپیما و ... کیفیت زندگی آنان نیز افزایش می‌یابد.

یافته‌ها از فرضیه اصلی پژوهش حاکی است که کیفیت زندگی سالمندان گروه آزمایش با کیفیت زندگی سالمندان گروه شاهد متفاوت است. با توجه به اینکه میانگین گروه اول یعنی سالمندانی که از خدمات توانمندسازی استفاده کرده‌اند، بیشتر از میانگین گروه دوم یعنی سالمندانی که از خدمات توانمندسازی استفاده نکرده‌اند، است، بنابراین می‌توان گفت کیفیت زندگی گروه اول بالاتر از کیفیت زندگی گروه دوم است. این یافته چارچوب نظری پژوهش را مورد تأیید قرار می‌دهد. گربویوم در نظریه محیط اجتماعی معتقد است که رفتار دوران پیری به برخی شرایط بیولوژیکی و اجتماعی بستگی دارد (گنجی، ۱۳۷۹: ۶۹). سالمندان با شرکت در برنامه‌های توانمندسازی، این خدمات و مراقبت‌ها را دریافت می‌کنند. این خود با رفاه و توانمندسازی اجتماعی و مالی سالمندان که از طریق این برنامه‌ها افزایش می‌یابد، رابطه دارد. از آنجایی که حمایت محیطی - اجتماعی و موقعیت مالی سالمندان در ماندن آنها در اجتماع تأثیر دارد، این فاکتورها به عنوان توانمندسازی اجتماعی و مالی در برنامه‌های توانمندسازی تعریف شده‌اند. این برنامه‌ها علاوه بر ایجاد توانمندسازی مالی با مشارکت دولت و سازمان‌های مختلف بیمه‌ای در توانمندسازی مالی و به تبع کیفیت زندگی بیشتر این افراد مؤثر است. فاکتورهای توانمندسازی اجتماعی منابع فکری هستند که سالمندان را توانمند می‌کنند که در اجتماع بمانند. دسترسی به انواع شبکه‌های رسمی و غیررسمی حمایت‌های اجتماعی این کمک را به سالمندان می‌نماید که برنامه‌های توانمندسازی این دسترسی را با فراهم آوردن موقعیت مشارکت اعضای خانواده و جامعه، تقویت می‌کنند و باعث می‌شود که سالمندان مدت بیشتری به طور مستقل در جامعه باشند و از این طریق کیفیت زندگی بهتری داشته باشند. به لحاظ تجربی نیز این نتیجه با نتایج پژوهش‌های؛ پاسوان و همکارانش (۲۰۰۵)، اندرسون و همکارانش (۲۰۰۸)،

بری سینگ و همکارانش (۲۰۰۸)، رانا و همکارانش (۲۰۰۴)، کاستیلون گوالار (۲۰۰۴) و در پژوهش‌های داخلی با نتایج پژوهش شینانی و زارع (۱۳۹۱)، مسعودی و همکارانش (۱۳۸۹)، شینانی و زارع (۱۳۹۲) و فرهادی و همکارانش (۱۳۹۲) همخوانی دارد.

کیفیت زندگی سالمندان از لحاظ جنسیت آنان متفاوت است. با توجه به اینکه میانگین گروه اول یعنی مردها بیشتر از میانگین گروه دوم است. بنابراین می‌توان گفت کیفیت زندگی سالمندان مرد بیشتر از سالمندان زن است. این نتیجه با یافته‌های پژوهش جورج و همکارانش (۲۰۰۸) همخوانی دارد ولی با نتایج پژوهش مرادی و همکارانش (۱۳۹۰) مخالف است. کیفیت زندگی سالمندان از لحاظ وضعیت تأهل پاسخگویان متفاوت است. میانگین متغیر کیفیت زندگی برای پاسخگویانی که مجرد هستند $67/33$ و برای پاسخگویانی که متأهل هستند $84/65$ و برای پاسخگویانی که از همسرشان جدا شده‌اند $75/56$ می‌باشد. در این بین ملاحظه می‌شود میانگین کیفیت زندگی مجردها کمتر از بقیه گروه‌هاست و متأهلان بیشترین میانگین کیفیت زندگی را دارند. از آنجا که یکی از خطرات بالقوه تهدیدکننده سلامتی در سنین سالمندی، تنهایی و انزوا است، توجه به محیط حمایتی و توانمندسازی سالمندان به منظور مواجهه مناسب با این عامل ضروری به نظر می‌رسد.

کیفیت زندگی سالمندان از لحاظ سن آنان متفاوت است. میانگین متغیر کیفیت زندگی برای سالمندانی که سن $70-60$ دارند $85/04$ ، برای سالمندانی که سن $80-71$ دارند $78/78$ و برای سالمندانی که سنی بیشتر از 81 سال دارند $71/80$ می‌باشد. در این بین ملاحظه می‌شود میانگین کیفیت زندگی سالمندانی که در گروه سنی $70-60$ سال قرار دارند بیشتر از بقیه گروه‌هاست. کیفیت زندگی سالمندان از لحاظ تحصیلات آنان متفاوت است. نتایج نشان می‌دهد نشان می‌دهد که میانگین متغیر کیفیت زندگی برای پاسخگویانی که سواد ندارند $75/48$ و برای پاسخگویانی که میزان تحصیلات ابتدایی دارند $77/09$ و برای پاسخگویانی که میزان تحصیلات زیردیپلم دارند $79/44$ و برای پاسخگویانی که میزان تحصیلات دیپلم دارند $92/42$ و برای پاسخگویانی که میزان تحصیلات فوق دیپلم و بالاتر دارند $97/00$ می‌باشد. ملاحظه می‌شود میزان کیفیت زندگی سالمندانی که تحصیلات فوق دیپلم و بالاتر دارند، از سایر گروه‌های تحصیلی بیشتر است. این یافته نظریه سرمایه

بورديو را تأييد می‌کند. زیرا کسانی که از سرمایه فرهنگی بالاتری برخوردارند، آگاهی بیشتری در مورد سلامتی دارند و کیفیت زندگی آن‌ها نیز بالاتر است. این یافته در تأييد یافته‌های مطالعات دیگر (زحمتکشان و همکارانش، ۱۳۹۱) نشان‌دهنده آن است که تحصیلات به عنوان نقطه مثبتی در برخورداری از یک زندگی سالمندی سالم مؤثر بوده و این امر به سلامتی و کیفیت زندگی بهتر منجر می‌شود.

کیفیت زندگی سالمندان از لحاظ وضعیت مسکن آنان متفاوت است. نتایج بیانگر آن است که میانگین متغیر کیفیت زندگی برای پاسخگویانی که مستأجر هستند ۶۹/۸۷ و برای پاسخگویانی که وضعیت مسکن رهنی دارند ۷۷/۲۸ و برای پاسخگویانی که مسکنشان ملکی است ۸۳/۹۲ می‌باشد. در این بین ملاحظه می‌شود سالمندانی که از خودشان خانه دارند، کیفیت زندگی بالاتری نیز دارند.

کیفیت زندگی سالمندان بر حسب پایگاه اجتماعی و اقتصادی آنان متفاوت است. یافته‌ها حاکی است که میانگین متغیر کیفیت زندگی برای پاسخگویانی که پایگاه اقتصادی-اجتماعی پایین دارند ۷۳/۸۸۲ و برای پاسخگویانی که پایگاه اقتصادی-اجتماعی متوسط دارند ۸۱/۱۹ و برای پاسخگویانی که پایگاه اقتصادی-اجتماعی بالا دارند ۹۲/۰۰ می‌باشد. بر اساس مدل چن که پایه مدل نظری را تشکیل می‌دهند، عوامل زمینه‌ای مانند سن، جنس، تحصیلات و ... و همین‌طور مؤلفه‌های توانمندسازی مالی و اجتماعی سالمندان، مانند تسهیلات بهداشتی، منابع حمایت اجتماعی (حمایت خانواده و جامعه)، منابع مالی (درآمد و مسکن و بیمه‌های اجتماعی)، بر میزان کیفیت زندگی سالمندان تأثیر می‌گذارد. به نظر بورديو موقعیت عامل در فضای اجتماعی بستگی به حجم و میزان سرمایه (سرمایه اقتصادی، سرمایه اجتماعی و سرمایه فرهنگی) او دارد؛ یعنی هرچه قدر سرمایه فرد بیشتر باشد، در فضای اجتماعی موقعیت بالاتری خواهد داشت و این خود رفتار و سبک زندگی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (قاسمی و دیگران، ۱۳۸۷: ۱۸۷). به هر حال مقوله کیفیت زندگی سالمندان به شکل وسیعی با مفهوم رفاه، روابط اجتماعی، مشارکت اجتماعی، پایگاه اجتماعی و اقتصادی و سرمایه فرهنگی در قالب سطح تحصیلات ارتباط پیدا می‌کند. این

یافته با یافته‌های پژوهش علیزاده و همکارانش (۱۳۸۸) و زحمتکشان و همکارانش (۱۳۹۱) همخوانی دارد. تنگناهای اقتصادی، مشکلات معیشتی و کوچکی فضای زندگی، همگی عواملی است که روان افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در این شرایط سالمندان در معرض فشار بیشتری قرار می‌گیرند و دامنه برخورد میان آن‌ها و اطرافیان بیشتر می‌شود. فقر و محرومیت‌های اجتماعی از بزرگترین موانع آسایش و امنیت در افراد پیر می‌باشند، به علاوه در سالمندان فقیر ابتلا به بیماری‌ها نیز بیشتر می‌باشد که موجب کاهش کیفیت زندگی آنان می‌شود. از آنجا که کیفیت زندگی در این دوران می‌تواند به راحتی مورد تهدید قرار گیرد، در نظر داشتن عوامل زمینه‌ای مؤثر بر کیفیت زندگی سالمندان از اهمیت بالقوه‌ای برخوردار است.

نتایج تحلیل رگرسیونی چندمتغیره نشان می‌داد که در مجموع، متغیر مستقل؛ برنامه‌های توانمندسازی سالمندان ۵۵ درصد از واریانس میزان کیفیت زندگی سالمندان به عنوان متغیر وابسته را پیش‌بینی می‌کند. آموزش شیوه زندگی سالم با ضریب تعیین ۵۱ درصد، خدمات توانبخشی با ضریب تعیین ۱۹ درصد، خدمات فرهنگی، هنری و ورزشی با ضریب تعیین ۱۱ درصد و خدمات حمایتی با ضریب تعیین ۶۰ درصد از تغییرات میزان کیفیت زندگی سالمندان را تبیین می‌کنند. با توجه به اینکه سطح معنی‌داری متغیر خدمات اوقات فراغت (۰/۶۱۴) کمتر از ۰/۰۵ نمی‌باشد بنابراین وارد مدل رگرسیون نشده است.

بر اساس نتایج توصیفی پژوهش در دامنه ۴۷ تا ۱۰۱، میانگین کیفیت زندگی برای سالمندان ۸۱ می‌باشد که نشان می‌دهد کیفیت زندگی سالمندان در حد متوسط است. با توجه به میانگین کیفیت زندگی جمعیت مورد مطالعه، می‌توان نتیجه گرفت که در مجموع، کیفیت زندگی در جمعیت سالمندان مورد مطالعه پایین‌تر از حد طبیعی می‌باشد و این اهمیت ضرورت اقدام عملی درخصوص توجه به کیفیت زندگی سالمندان و آگاه کردن آنها از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی ایشان و آموزش شیوه زندگی سالم را مورد تأیید و تأکید قرار می‌دهد.

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان نتیجه گرفت که کاربرد این برنامه‌ها، با توجه به نبودن آن‌ها، در میزان کیفیت زندگی سالمندان تأثیر داشته است و کسانی که از

این خدمات استفاده کرده‌اند، از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بوده‌اند. همچنین، بررسی ابعاد کیفیت زندگی نشان می‌دهد که این برنامه‌ها در میزان سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و محیطی (اقتصادی و کالبدی) تأثیر مثبت داشته است. به طور کلی، می‌توان این گونه نتیجه گرفت که برنامه‌های توانمندسازی اگرچه مدت زیادی نیست که در کشور اجرا می‌شود، بر سلامت و کیفیت زندگی افراد تأثیر چشمگیری داشته است. بسیاری از نظریه‌های سالمندی (نظریه عدم مشارکت و نظریه مبادله و نظریه محیط اجتماعی) معتقدند که دوران سالمندی، دورانی است که افراد به حاشیه می‌روند و نقش‌های منفعلی پیدا می‌کنند. با کمک این برنامه‌ها می‌توان از به انزوا رفتن و منفعل شدن آن‌ها جلوگیری کرد. همان‌طور که نظریه‌های فعالیت و تداوم اعتقاد دارند که باید سبک‌ها و عادت‌ها و سلیقه‌های افراد، در دوران سالمندی حفظ شوند، این برنامه‌ها زمینه‌هایی فراهم می‌کنند که افراد به حفظ فعالیت‌های خود همراه با رفاه ذهنی بیشتر در جامعه بپردازند. همان‌طور که نظریه‌های اجتماع‌گرایی بیان می‌کند، افراد با بازگشت به اجتماع و فعالیت‌های اجتماعی هویت فردی و اجتماعی خود را بازمی‌یابند. می‌توان از طریق این برنامه‌ها هویت فردی و نقش‌ها و تعهدات سالمندان را به آن‌ها بازگرداند و از سرمایه‌های اجتماعی و فرهنگی و انسانی آن‌ها استفاده کرد. بسیاری سیاست‌گذاران معتقدند باید سالمندان را سرمایه‌های اجتماعی و فرهنگی دانست که این هدف با اجرای برنامه‌های توانمندسازی محقق می‌شود. براساس یافته‌های حاصل از این پژوهش برای دستیابی به کیفیت زندگی مطلوب و ارتقای آن در ابعاد مختلف در سالمندان پیشنهادات کاربردی زیر ممکن است راهگشا باشد:

پیشنهادات کاربردی

- لذا آموزش اجتماع و خانواده‌ها برای پیدا کردن دیدگاهی مثبت نسبت به پدیده سالمندی و سالمندان و استفاده بیشتر از تجارب با ارزش آن‌ها در جهت رشد و پیشرفت جامعه توصیه می‌گردد.

- ارتقای سطح آگاهی‌های بهداشتی در سالمندان.

- تأسیس مراکز ارائه خدمات پیشگیری، درمانی و پزشکی به سالمندان

- دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی به منظور دستیابی و حفظ سلامت فیزیکی و روانشناختی و پیشگیری از بیماری‌ها.
- تأکید بر تشکیل صندوق‌های بیمه‌ای مورد نیاز از قبیل بیمه خاص زنان بیوه و سالخورده توسط دولت.
- تأکید بر حوزه حمایتی، توانبخشی و امدادی و پیش‌بینی سیاست‌ها و برنامه‌هایی برای سالمندان.
- تأکید بر تدوین سیاست پیشگیری، فراگیری، توانمندسازی، کارگستری و نیازمندیابی فعال که برنامه‌های مرتبط با سالمندی موظف به رعایت آنها هستند و لزوم تبعیت همه برنامه‌ها و اقدامات در زمینه مسائل اجتماعی از سیاست‌های تدوین شده.
- کاهش اضطراب‌ها و فشارهای روحی و روانی از طریق ایجاد انجمن‌های خود همیار، اردوهای مسافرتی دسته‌جمعی، کلوپ‌های ویژه سالمندان و ...؛
- آینده‌نگری الگوی متناسب جمعیتی و تدوین برنامه اقتصادی و اجتماعی خاص سالمندان در برنامه‌های توسعه اقتصادی و اجتماعی پنج‌ساله کشور.

منابع

- بابایی، ن. (۱۳۸۹)، بررسی توانمندسازی اقتصادی اجتماع محور در محله‌های حاشیه‌نشین، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، گروه رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
- جدیدی، ع و دیگران. (۱۳۹۰)، بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی سالمندان مقیم آسایشگاه کهریزک، نشریه پرستاری ایران، دوره بیست و چهارم، شماره ۷۲، صص ۴۸-۵۶.
- خوشه‌مهری، گ و دیگران. (۱۳۹۱)، مقایسه کیفیت زندگی زنان و مردان سالمند مقیم آسایشگاه‌های سالمندان استان البرز با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۳۹۰، نشریه دانشگاه علوم پزشکی البرز، دوره دوم، شماره اول، ۱۹-۲۴.
- زحمتکشان، ن و دیگران. (۱۳۹۱)، بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر بوشهر، مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا، سال دوم، شماره اول، صص ۵۳-۵۸.
- سترستن، ر و آنجل، ژ. (۱۳۹۴)، جامعه‌شناسی سالمندی، ترجمه: مجتبی امیری و شهرزاد نیری. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- سرشماری عمومی نفوس و مسکن (۱۳۹۰) معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی مرکز آمار ایران.
- شیانی، م و زارع، ح. (۱۳۹۱)، بررسی تأثیر برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه بر میزان کیفیت زندگی سالمندان کهریزک: یک مطالعه مورد - شاهدی، فصلنامه اخلاق زیستی، سال دوم، شماره پنجم، صص ۴۵-۶۵.
- شیانی، ش و زارع، ح. (۱۳۹۲)، بررسی تأثیر برنامه‌های اجتماع محور بر رفاه ذهنی سالمندان، مجله سالمندی ایران، سال هشتم، شماره بیست و نهم، صص ۱۶-۲۹.
- علی‌بیک، ف و دیگران. (۱۳۹۱)، تأثیر آموزش خوش‌بینی بر کیفیت زندگی دانشجویان دختر مقیم خوابگاه دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی، دوره نهم، شماره دوازدهم، صص ۷۰۹-۷۲۰.
- علیخانی، و. (۱۳۸۱)، پیری از دیدگاه‌های مختلف. تهران: انتشارات انجمن اولیاء و مربیان.
- علیزاده، م و دیگران. (۱۳۸۸)، کیفیت زندگی، رفاه و افسردگی سالمندان ایرانی مقیم سیدنی استرالیا، مجله سالمندی ایران، سال چهارم، شماره چهاردهم، صص ۱۵-۲۶.

فتوکیان، ز و دیگران. (۱۳۹۲)، تحلیلی بر مداخلات توانمندسازی در سالمندان مبتلا به بیماری مزمن: مطالعه مروری، مدیریت ارتقای سلامت، دوره دوم، شماره ۴، صص ۶۵-۷۶.

فروغ عامری، گ و دیگران. (۱۳۸۰)، تعاریف و نظریه‌های سالمندی، فصلنامه حیات، سال هفتم، شماره ۳ و ۴، پیاپی ۱۴، صص ۴-۱۳.

فرهادی، ا و دیگران. (۱۳۹۲)، تأثیر اجرای برنامه آموزش شیوه زندگی سالم بر کیفیت زندگی سالمندان روستایی شهرستان دشتی، مجله سالمندی ایران، سال هشتم، شماره سی ام، صص ۳۵-۴۳.

قاسمی، و و دیگران. (۱۳۸۷)، تعیین کننده های ساختاری و سرمایه‌ای سبک زندگی سلامت محور، فصلنامه مسائل اجتماعی ایران، سال شانزدهم، شماره ۶۳، صص ۴۶-۶۵.

گنجی، ح. (۱۳۷۹)، مبانی روان شناسی عمومی. تهران: نشر روان.

مرادی، ش و دیگران. (۱۳۹۱)، بررسی رابطه مشارکت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان عضو کانون‌های سالمندی شهر تهران در سال ۱۳۹۰، مجله سالمندی ایران، سال هفتم، شماره بیست و هفتم، صص ۴۱-۴۶.

مسعودی، ر و دیگران. (۱۳۸۹)، تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده - محور بر کیفیت زندگی سالمندان، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، سال چهاردهم، شماره ۱، پیاپی ۵۴، صص ۵۷-۶۴.

مطیع حق شناس، ن. (۱۳۹۰)، ابعاد جامعه‌شناختی سالخورده‌گی جمعیت و چالش سالمندی فعال در ایران، فصلنامه مطالعات جامعه شناختی ایران، سال اول، شماره دوم، صص ۱۳۳-۱۴۷.

میرزایی، م و دیگران. (۱۳۹۱)، بررسی اثربخشی به کارگیری روش توسعه مددکاری گروهی با تمرکز بر آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود کیفیت زندگی و سلامت عمومی سالمندان فرهنگسرای سالمند تهران، مجله سالمندی ایران، سال هفتم، شماره بیست و ششم، صص ۵۷-۶۵.

نوروزی، ک. (۱۳۸۵)، طراحی و ارزشیابی مدل مراقبت جامعه‌نگر برای سالمندان، پایان‌نامه دکترا، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس.

Andersson M, Hallberg IR, Edberg AK. (2008). Old people receiving municipal care, their experiences of what constitutes a good life in the last phase of life: a qualitative study. *Int J Nurs Stud*; 45(6): 818-28.

Fassino S, Leombruni P, Abbate Daga. (2002). **Quality of life in delendent older adults living at home.** Arch gerontol geriatr, 359: 20-34.

Guallar-Castillón, P., et al.(2006). Differences in quality of life between women and men in the older population of Spain.**Social science & medicine**;60(6):1229-1240.

Gureje O, Kola L, Afolabi E, Olley BO.(2008). Determinants of quality of life of elderly Nigerians: results from the Ibadan study of ageing. **Afr J Med Med Sci**;37(3): 239-47.

Rana, A.M., et al.(2009). Impact of health education on health-related quality of life among elderly persons: results from a community-based intervention study in rural Bangladesh. **Health promotion international**;24(1):36-45.

Resnik B, Luisi D, Voggel A. (2008). Testing the Senior Exercise self-efficacy Project (SESEP) for use with urban dwelling minority older adults. **Public Health Nurs**, May-Jun: 25 (3): 221-34.

Paswan S, Punia S, Balda S.(2005). Empowerment of Senior Citizens for Retired Life. **J Soc Sci**; 11(3): 255-6.

