

مطالعه تطبیقی کیفیت زندگی سالمندان ساکن در منزل و ساکن در سرای سالمندی در شهر همدان

اعظم خطیبی*، نیره جاویدانی**، زهره عربی***

(تاریخ دریافت ۱۴۰۰/۱/۱۵، تاریخ پذیرش ۱۴۰۰/۳/۱۵)

چکیده

با تغییر نقش سنتی خانواده، فرهنگ سپردن سالمندان به سراهای سالمندی روبه افزایش است. هدف اصلی پژوهش حاضر نیز مقایسه کیفیت زندگی سالمندان ساکن منزل و ساکن سرای سالمندی است. روش پژوهش پیمایشی-مقایسه ای و جامعه آماری شامل ۱۶۰ سالمند (۸۰ نفر ساکن منزل و ۸۰ نفر مقیم سرای سالمندان) شهر همدان است که با دو روش تمام شماری (سرای سالمندی) و نمونه گیری در دسترس (مقیم منزل) انتخاب شده‌اند. از پرسش‌نامه استاندارد برای گردآوری اطلاعات و برای تحلیل از آزمون تی مستقل و رگرسیون چند متغیره و تحلیل مسیر استفاده شد. نتایج نشان داد که بین کیفیت زندگی سالمندان ساکن در منزل با سالمندان ساکن در سرای سالمندان تفاوت معنی داری وجود دارد ($t = 2/73$ و $sig = 0/001$). رگرسیون چند متغیره نشان داد سالمندان ساکن در سرای سالمندی در مقایسه با سالمندان ساکن در منزل از کیفیت زندگی پایین تری برخوردار هستند و متغیرهای سلامت اجتماعی، حمایت اجتماعی و امیدواری به زندگی از پیش بینی کننده‌های قوی تغییرات کیفیت زندگی سالمندان هستند. تحلیل مسیر نشان داد حمایت اجتماعی در هر دو گروه بیشترین تاثیر غیرمستقیم بر کیفیت زندگی سالمندان را دارد. با توجه به این که زندگی در سرای سالمندی به عنوان سبک زندگی جدید گریز ناپذیر

*. دانشیار جامعه شناسی، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور (نویسنده مسئول)

azamkh48@yahoo.com

n.javidani@gmail.com

setareh.zohreh23@gmail.com

** . استادیار جامعه شناسی، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور

*** . کارشناس ارشد جامعه شناسی، دانشگاه پیام نور

است و چون قفسی آهنین سالمندان را در بر می‌گیرد، باید خانواده‌ها و مسئولین در جهت افزایش کیفیت زندگی سالمندان تلاش کنند...

مفاهیم اصلی: امیدواری به زندگی، حمایت اجتماعی، سلامت اجتماعی، کیفیت زندگی،

مقدمه و بیان مسئله

سال‌خوردگی جمعیت^۱ یکی از مسائل اجتماعی و وقایع مهم جمعیت‌شناختی قرن حاضر است (دارابی و ترابی؛ ۱۳۹۶). اگرچه افزایش جمعیت سالمندان از نظر سازمان بهداشت جهانی یکی از شاخصه‌های توسعه اجتماعی به حساب می‌آید اما این امر در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه به یکی از مهم‌ترین چالش‌های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی در قرن ۲۱ مبدل شده است (بوند، ۲۰۰۴) و یک چالش جدی را برای خانواده به‌طور خاص و برای جامعه به‌طور عام ایجاد کرده است (حاتم حسینی، ۱۳۹۰: ۲۱). در راستای دگرگون شدن جامعه ایرانی از ابعاد اجتماعی، روانی، اقتصادی و فرهنگی مربوط به کلان‌شهرها، خانواده‌ها با دگرگونی‌هایی چون کاهش منزلت و اقتدار سالمندان روبه‌رو شده‌اند که متأثر از تغییرات مادی و غیر مادی مانند اشتغال زنان، تغییر در معماری و فضای زندگی منازل مسکونی، کاهش اعتقادات به سنت‌ها و ارزشمند بودن سالمندی، کاهش مشارکت سالمندان در تولیدات، هسته‌ای شدن خانواده، و... است (نیازی، ۱۳۹۱: ۲۲۵). لذا توجه به شرایط و کیفیت زندگی سالمندان از اهمیت قابل‌توجهی برخوردار است؛ خصوصاً که کاهش شبکه‌های اجتماعی، از دست دادن نزدیکان و احساس تنهایی، حفظ سبک زندگی سالم را برای بسیاری از سال‌خوردگان به چالشی بزرگ تبدیل کرده است. بنابراین مسئله اصلی برای سالمندان افزایش طول عمر آنان نیست بلکه کیفیت زندگی آنان است که مسئله اصلی تحقیق کنونی نیز می‌باشد. کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی و پیچیده دارد و عبارت است از: "برداشت هر شخص از وضعیت سلامت خود و میزان رضایت از این وضعیت" است (کینگ و پرات، ۲۰۰۶). در گذشته رفاه مادی و طول عمر بیشتر به معنی برخورداری از کیفیت زندگی بهتر بود؛ اما امروزه کیفیت زندگی در نقطه مقابل کمیت زندگی قرار گرفته و منظور از آن سال‌هایی از عمر است که همراه با سلامت اجتماعی، رضایت، شادمانی و لذت بخشی باشد که در تعامل با یکدیگر قرار دارند و مفهومی پویا است؛ چون متناسب ارزش‌ها، نیازها و نگرش‌های فردی و اجتماعی طی زمان در واکنش به رویدادها و تجارب زندگی دگرگون می‌شود. کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد. یکی از معیارها، برخورداری از سلامت اجتماعی است.

^۱ . Aging population

سلامت اجتماعی نوعی ارزیابی فرد از کیفیت روابطش با خانواده و دیگران و گروه‌های اجتماعی است و بخشی از سلامت فرد را می‌سنجد که نشانگر رضایت یا نارضایتی فرد از زندگی و محیط اجتماعی است و شامل پاسخ‌های درونی فرد یعنی احساس و تفکر و رفتار اوست (کییز و شاپیر، ۲۰۰۴). امروزه نگهداری از سالمندان در کنار اعضای خانواده صرف نظر از هزینه‌های اقتصادی آن از جنبه روانی نیز بغرنج شده و در این راستا تمایل خانواده‌ها را به سپردن سالمندان خود به سراهای سالمندی افزایش داده است (نظری، میرزا محمدی و یوسفی، ۲۰۱۵). این امر به معنای کاهش حمایت از سالمندان است. برخی از پژوهش‌ها (شلتون^۱ و همکاران، ۲۰۱۹؛ ساکرایا^۲ و همکاران، ۲۰۱۹؛ علی‌پور و همکاران ۱۳۸۷؛ پاشا و همکاران ۱۳۸۶؛ نووا و لیما^۳، ۲۰۰۷) نشان داده‌اند که با افزایش میزان حمایت اجتماعی سطح سلامتی سالمندان نیز افزایش می‌یابد. برخی از پژوهشگران، حمایت اجتماعی را میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف کرده‌اند (سارافینو^۴، ۱۹۹۸: ۱۷۸) که باعث تقویت احساس ارزشمندی و عزت‌نفس در سالمندان شده و منجر به بالا رفتن سلامت عمومی آنان در سطح جامعه گشته، امیدورای به زندگی را در آنان تقویت می‌کند. امیدواری به زندگی^۵ از معیارهایی است که به‌تازگی در خصوص کیفیت زندگی مطرح شده است (سیرامکا پاولک و همکاران^۶، ۲۰۱۳). افزایش طول عمر افراد این توقع را در آنان به وجود آورده است که سال‌های بیشتری را در سلامت و فعالیت سپری نمایند به‌نحوی که این مسئله متصدیان را بر آن داشته است تا واژه امید به زندگی را با مفهوم امیدواری به زندگی^۷ سالم^۸ " نه به مفهوم نبود بیماری بلکه به معنی زندگی بدون محدودیت عملکردی" جایگزین نمایند (جرالدسی^۸ و همکاران، ۱۳۷۱). از شرایطی که تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی سالمندان دارد، مکانی است که آن‌ها در آن بسر می‌برند. مطالعات متعدد در زمینه مرگ‌ومیر سالمندان نیز نشان می‌دهد سالمندانی که به آسایشگاه‌ها سپرده شده‌اند، نسبت به سالمندانی که با خانواده زندگی می‌کنند، طول عمر کمتری دارند و به میزان کمتری استقلال خود را حفظ می‌کنند (محمودی، ۱۳۹۵).

¹. Shelton & et al

². Sakurai & et al

³. Novo & Lima

⁴. Sarafino

⁵. Life expectancy

⁶. Szramka-Pawlak

⁷. Life Expectancy

⁸. Gerald

بر اساس داده‌های آماری استان همدان، چهارمین استان سالمند کشور محسوب می‌شود و رشد جمعیت سالمند دارای بیش از ۶۰ سال سن، از ۹/۴ در سال ۱۳۹۰ به ۹/۸ در سال ۱۳۹۵ افزایش داشته است (حاتم حسینی، ۱۳۹۹: ۴۸۶-۴۸۷). رشد کمی جمعیت سالمند نه تنها از بعد جمعیتی و بیماری مورد توجه است بلکه از ابعاد اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی و به‌طور کلی از بعد کیفی مورد توجه جامعه‌شناسان است. با توجه به در شهر همدان شمار سالمندان مقیم آسایشگاه‌ها رو به افزایش است، به همین دلیل هدف اصلی پژوهش حاضر مقایسه کیفیت زندگی سالمندان ساکن در منزل و ساکن در سرای سالمندی در این شهر است. در این راستا سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که؛ چه تفاوتی بین کیفیت زندگی سالمندان ساکن در منزل در مقایسه با سالمندان ساکن در سرای سالمندی وجود دارد؟ در ارتباط با این سوال اصلی سئوالات دیگری مطرح می‌شود از جمله: آیا بین سلامت اجتماعی، حمایت اجتماعی و امیدواری به زندگی سالمندان ساکن در منزل با سالمندان ساکن در سرای سالمندی تفاوت وجود دارد؟ چه راه‌کارهای عملی مرتبط با ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان می‌توان ارائه داد؟

سالمندی دوره‌ای از زندگی است که طی آن سالمندان در معرض تهدیدات بالقوه‌ای نظیر افزایش ابتلا به بیماری مزمن بوده و استقلال فردی‌شان مورد تهدید قرار می‌گیرد و شبکه روابطشان مختل می‌گردد. احساس تنهایی و طردشدگی و هم‌چنین فشار ناشی از صنعتی شدن جوامع که باعث جدایی عاطفی و روانی بین افراد شده است نیز مشکلات پیش روی آنان را دوچندان نموده‌است. در واقع کیفیت زندگی سالمندان فقط وابسته به میزان سلامت آن‌ها نبوده بلکه عوامل دیگری نیز در آن دخالت دارد. در این زمینه سمینارها و کنفرانس‌های متعددی (وین، ۱۹۸۲؛ جزیره مالی، ۱۹۹۲؛ کپنهاک، ۱۹۹۵؛ ایران، ۱۹۹۹ و سازمان ملل، ۲۰۰۲) در سطوح ملی و بین‌المللی در سراسر جهان برگزار شده که بر حل مسائل و مشکلات بهداشتی درمانی، رفاهی، اجتماعی و روانی سالمندان از سوی نهادهای گوناگون رسمی و غیررسمی به ویژه دولت‌ها تأکید شده‌است. سکونت در سرای سالمندان در این سمینارها عمده‌ترین عامل تأثیرگذار بر سالمندان گزارش شده‌است (دراگست^۱ و همکاران، ۲۰۱۱). اگرچه برخی از پژوهش‌ها به بررسی سلامت و کیفیت زندگی سالمندان حاضر در سرای سالمندی، در مقایسه با سالمندانی که با خانواده زندگی می‌کنند، پرداخته‌اند (عبداللهی و محمدپور، ۲۰۰۵؛ پاشا و همکاران، ۲۰۰۷) و برخی از محققین به بررسی حضور سالمندان در جمع خانواده و مصونیت آن‌ها در مقابل اثرات مضر استرس و اضطراب محافظت و احساس رفاه پرداخته‌اند (الکندری^۲، ۲۰۱۱). در مصاحبه حضوری نویسنده با سالمندان ساکن در سرای سالمندی، سالمندان نگران تنهایی و غربت خود و بی‌توجهی خانواده‌ها و دوستانی

^۱. Drageset

^۲. Al-Kandari

هستند که روزگاری را با هم سپری کرده و از عمر خود برای رشد و شکوفایی آن‌ها مایه گذاشته‌اند. کسی از آن‌ها سراغ نمی‌گیرد و به خواسته‌ها و عواطفشان توجهی ندارد. اندوه دوری از عزیزان و احساس تنهایی و عدم حمایت‌های عاطفی و ابزاری، سلامت آن‌ها را تهدید می‌کند و امیدواری‌شان به زندگی را می‌کاهد. همچنین در راستای موضوع مهم سالمندی و مسائل مرتبط با آن در شهر همدان، تحقیق جامعه‌شناختی انجام نگرفته است. همین نکته ضرورت و اهمیت بررسی موضوع و نو بودن آن را نشان می‌دهد. با انجام تحقیق و آگاه کردن خانواده‌ها از سطح کیفیت زندگی سالمندان و همچنین معطوف ساختن توجه خانواده‌ها و مسئولین امور اجتماعی و بهداشتی به نتایج حاصل از آن، ضرورتی است که می‌تواند نقش موثری در جهت رعایت حداقل استانداردهای جهانی و بهبود وضعیت و افزایش کیفیت زندگی سالمندان ایفا نماید. در این راستا پژوهش کنونی هدف زیر را دنبال می‌کند.

هدف پژوهش، شناخت و مقایسه کیفیت زندگی سالمندان ساکن در منزل با کیفیت زندگی سالمندان ساکن در سرای سالمندی در شهر همدان

پیشینه پژوهش

نتایج تحقیق شلتون^۱ و همکاران (۲۰۱۹) و ساکرایا^۲ و همکاران (۲۰۱۹) در امریکا نشان داد که شبکه اجتماعی ضعیف، تنها زندگی کردن، با بروز پیامدهای نامطلوب سلامتی در افراد مسن ارتباط دارد. فرناندز-بالستروز^۳ (۱۹۹۸) در تحقیقی دریافتند که سالمندان مقیم منزل از نظر سلامت روانی و جسمی نسبت به سالمندان ساکن سرای سالمندان وضعیت بهتری داشتند و اجتماعی‌تر بوده، ارتباط بهتری برقرار می‌کردند و کمتر حواس‌پرتی داشتند. نتایج تحقیق اورسیولی و همکاران^۴ (۱۹۹۸) در ایتالیا نشان داد که در ابعاد کیفیت زندگی و بعد مراقبت از خود، افراد ساکن سرای سالمندان اختلال بیشتری را در مقایسه با کهن‌سالان ساکن منزل نشان دادند. مطالعه کیز^۵ و شاپیرو (۲۰۰۴) با هدف "حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در میان سالمندان" نشان داد: کیفیت زندگی کل مردان در مقایسه با زنان بیشتر مرتبط با سلامت بود. همچنین حمایت ابزاری و عاطفی تأثیر بیشتری بر کیفیت زندگی سالمندان داشته‌است. مخصوصاً نقش مهم حمایت عاطفی در کیفیت زندگی زنان سالمند قابل توجه بود. نتایج پژوهش گراول^۶ و همکاران (۲۰۰۶) با

1. Shelton & et al

2. Sakurai & et al

3. Fernands- Ballestrose

4. Urciuoli and etal

5. Keyes

6. Geravel

عنوان "تعیین معیارهای کیفیت زندگی و شاخص‌های تأثیرگذار بر آن در انگلستان" نشان داد بیشترین عوامل تأثیرگذار از نظر این افراد وابستگی، نقش، رفاه، امنیت، کنترل و سلامتی بود. نتایج پژوهش گیلز و اوگی (۲۰۰۷)^۱ باهدف "بررسی ابعاد ساختاری شبکه‌های اجتماعی و ارتباط آن با سلامت و کیفیت زندگی سالمندان استرالیایی" بیانگر ارتباط مستقیم و بسیار قوی بین ابعاد ساختاری شبکه‌های اجتماعی سالمندان با شاخص‌ها و حوزه‌های گوناگون سلامت و کیفیت زندگی سالمندان است. نتایج تحقیق نبوی و همکاران (۱۳۸۸) در دزفول نشان داد رابطه مثبت و مستقیم بین حمایت اجتماعی و سلامت عمومی سالمندان وجود دارد و متغیرهای شبکه اجتماعی شخصی، حمایت عاطفی و حمایت اجتماعی ۳۶ درصد از واریانس مربوط به سلامت عمومی را پیش بینی نموده‌اند. نتیجه تحقیق پاشا و همکاران (۱۳۸۶) با "مقایسه سلامت عمومی و حمایت اجتماعی بین سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان ساکن در خانواده" نشان داد که بین سالمندان ساکن سرای سالمندان و سالمندان ساکن در خانه از نظر سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن؛ یعنی نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی، افسردگی و حمایت اجتماعی، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. هم‌چنین تفاوت معنی‌داری بین زنان و مردان در هر دو گروه سالمند از نظر حمایت اجتماعی وجود ندارد. یافته‌های پژوهش علی‌پور و همکاران (۱۳۸۷) با هدف "بررسی نقش حمایت‌های اجتماعی در کیفیت زندگی سالمندان در منطقه دو تهران" نشان داد که بین انواع حمایت اجتماعی (عاطفی، ساختاری، کارکردی، مادی) و کیفیت زندگی رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد. پژوهشگران نتیجه گرفتند که حمایت عاطفی، بیشترین تأثیر را بر کیفیت زندگی سالمندان دارد و حمایت اجتماعی بیشترین همبستگی را با بعد اجتماعی کیفیت زندگی دارد. نتایج پژوهش حسام‌زاده و دیگران (۱۳۸۸) در شهر تهران حاکی از آن است که سالمندان مقیم خانه دارای کیفیت زندگی مطلوب‌تری نسبت به سالمندان مقیم سرای سالمندان خصوصی و دولتی در ابعاد عملکرد جسمی، اجتماعی و رضایت از زندگی بودند. نتایج تحلیل رگرسیونی تحقیق مرادی و همکاران (۱۳۹۰) با عنوان "بررسی رابطه مشارکت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان عضو کانون‌های سالمندان مناطق ۲۰ و ۱۲ شهر تهران" نشان داد متغیر مشارکت اجتماعی و مؤلفه‌های آن یعنی مشارکت نهادی و غیر نهادی با متغیر کیفیت زندگی رابطه و همبستگی بالایی دارند و هنوز در جامعه و خصوصاً در میان قشر سالمندان غلبه با مشارکت غیر نهادی است. خلیلی و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهش "تعیین ارتباط بین حمایت اجتماعی درک شده با وضعیت سلامت اجتماعی سالمندان شهر اصفهان" دریافتند که بین حمایت اجتماعی درک شده و سلامت اجتماعی ارتباط مستقیم و معنی‌دار وجود دارد.

^۱. Giles & Ogay

همان‌طور که ملاحظه گردید، اغلب تحقیقات انجام شده در رابطه با کیفیت زندگی سالمندان، به مولفه‌های حمایت اجتماعی یا سلامت اجتماعی به طور جداگانه پرداخته‌اند. برخی تحقیقات رابطه بین حمایت اجتماعی را با سلامت اجتماعی سالمندان بررسی نموده‌اند. اما پژوهش کنونی برای اولین بار در شهر همدان به بررسی سلامت اجتماعی و حمایت اجتماعی و امیدواری به زندگی و اثرات مستقل و هم‌چنین افزایشی این سه مؤلفه بر کیفیت زندگی سالمندان مقیم منزل در مقایسه با سالمندان مقیم در سرای سالمندی پرداخته است که دلالت بر نو بودن از بعد موضوعی و مکانی دارد.

پس از بیان پیشینه تجربی به مبانی نظری پژوهش و برخی از مهم‌ترین نظریه‌های مرتبط با موضوع پرداخته می‌شود.

مبانی نظری پژوهش

کیفیت زندگی

سرجی^۱ (۱۹۸۶) معتقد است کیفیت زندگی برحسب سطح رضایت نیازها و بر اساس سلسله‌مراتب مردم مشخص و معین می‌شود. هرچه رضایت از برآورده شدن نیاز اکثریت مردم در یک جامعه بالاتر باشد، کیفیت زندگی آن جامعه بالاتر خواهد بود (کاو، فیروز، ۱۳۹۰: ۲۴-۲۳). هگرتی^۲ (۱۹۹۹: ۲۴) نیز معتقد است کمیت‌های غیراقتصادی هم‌چون نیاز به تعلق و احساس جمعی در بسیاری از کشورهای توسعه‌یافته یکی از عناصر و ابعاد کیفیت زندگی به شمار می‌آید. بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت «کیفیت زندگی درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است. به اعتقاد این سازمان کیفیت زندگی افراد را باید با توجه به چهار بعد زیر و مصادیق آن مورد سنجش و ارزیابی قرارداد:

۱- سلامت فیزیکی ۲- سلامت روانی ۳- روابط اجتماعی ۴- سلامت محیط (نجات و همکاران ۱۳۸۵: ۹ و ۱۱).

در نظریه زان^۳ (۱۹۹۲) میزان کیفیت زندگی یک مفهوم چندبعدی است و شاخص‌ها و مؤلفه‌های مختلفی دارد که شامل رضایت از زندگی، تصور از خود، فاکتورهای بهداشتی، عملکردی، اقتصادی و فرهنگی است. درک از کیفیت زندگی در نتیجه اثر متقابل بین شخص و محیط وی

^۱. Serge

^۲. Hagerty

^۳. zun

ایجاد می‌شود (به نقل از کاوه فیروز، ۱۳۹۰: ۲۶). از نظر فیلیپس^۱ (۲۰۰۶: ۲۴۲) لازمه کیفیت زندگی فردی در بعد عینی تأمین نیازهای اساسی و برخورداری از منابع مادی جهت برآوردن خواسته‌های اجتماعی شهروندان و در بعد ذهنی به داشتن استقلال عمل در افزایش رفاه ذهنی، رشد و شکوفایی، و مشارکت است. کیفیت زندگی در بعد جمعی آن بر ثبات و پایداری محیط فیزیکی و اجتماعی، منابع اجتماعی در گروه‌ها و جوامعی که در آن زندگی می‌کنند، شامل انسجام مدنی، هم‌کوشی و یک‌پارچگی، روابط شبکه‌ای گسترده و پیوندهای موقتی در تمامی سطوح جامعه، هنجارها و ارزش‌هایی اعم از اعتماد، نوع‌دوستی و رفتار دگرخواهانه، انصاف، عدالت اجتماعی و برابری طلبی تأکید دارد (نقل از غفاری و امیدی، ۱۳۹۰: ۹). بنابراین چه به اختصار از نظر گذشت، کیفیت زندگی متأثر از عواملی است که در بخش بعدی به آن‌ها پرداخته می‌شود.

سلامت اجتماعی

سلامت اجتماعی از جمله مفاهیم جدیدی است که به‌تازگی در ادبیات جامعه‌شناسی احیاء شده‌است و به عملکرد افراد در جامعه اشاره دارد (رضایی، مظلوم خراسانی، مجدی، ۱۳۹۴: ۱۳۹). واژه سلامت اجتماعی^۲ از دو کلمه social به معنی «اجتماعی» و wellbeing به معنی «زندگی خوب داشتن» است؛ که بیشتر ناظر به شادی و رضایت است و بر مفاهیم مثبت از سلامت تأکید دارد (نووی^۳ و لیما، ۲۰۰۶: ۵). در واقع شامل پاسخ‌های درونی فرد، احساس، تفکر، رفتار است (عبدالله‌تبار، ۱۳۸۷: ۱۷۳) که هم‌چگونگی احساس مردم را در برمی‌گیرد و هم نحوه‌ی عملکرد آن‌ها را. کبیز سلامت اجتماعی را به عنوان گزارش شخصی فرد از کیفیت ارتباطش با دیگران تعریف می‌کند. سلامت اجتماعی در این مفهوم یعنی درک فرد از اجتماع به‌صورت یک مجموعه معنی‌دار، قابل‌فهم، دارای نیروی بالقوه برای رشد و شکوفایی همراه با این احساس که متعلق به جامعه است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم بداند. طبق این تعریف شاخص‌های سلامت اجتماعی عبارت‌اند از: انسجام، پذیرش، شکوفایی، مشارکت و انطباق اجتماعی. منظور از انسجام اجتماعی یعنی ارزیابی کیفیت روابط فرد در جامعه و گروه اجتماعی که به آن تعلق دارد. پذیرش اجتماعی یعنی دیدگاه مطلوب نسبت به دیگران و شکوفایی اجتماعی به ارزیابی توانمندی‌های بالقوه اجتماع به‌صورت کلی برمی‌گردد. مشارکت اجتماعی، باوری است که طبق آن فرد خود را عضو حیاتی اجتماع می‌داند و انطباق اجتماعی یعنی درک اجتماع به‌صورت هوشمند، قابل‌درک و قابل‌پیش‌بینی

^۱. Philips

^۲. Social Wellbeing

^۳. Novo & Lima

تعریف می‌شود (کیبیز، ۱۹۹۸: ۱۲۲). بلوک و برسلو^۱ (۱۹۷۲) برای اولین بار در پژوهشی مفهوم سلامت اجتماعی را با درجه عملکرد اعضاء جامعه مترادف کرده و شاخص سلامت اجتماعی را ساختند. سازمان جهانی بهداشت^۲ (۱۹۴۶: ۱۰۰) سلامت را این‌گونه تعریف کرده است: «حالت سلامت کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً نبود بیماری و یا ناتوانی فرد». این تعریف سبب شد تا جنبه‌های اجتماعی سلامت بیشتر مورد توجه قرار گرفته و از دو دیدگاه لذت‌جویانه و کارکردی به آن پرداخته شود (ریف و سینگر^۳، ۲۰۰۷). دیدگاه لذت‌جویانه، سلامت اجتماعی را با رضایت از زندگی و تعادل جنبه‌های مثبت و منفی بررسی می‌کند. از سوی دیگر دیدگاه کارکردگرایانه، سلامت اجتماعی را با توجه به اهمیت فردی، هستی معنادار و میزان پتانسیل افراد برای ایفای وظائف خود می‌نگرد (واترمن^۴، ۱۹۹۳) و تأکید بر سلامت اجتماعی در یک بازه زمانی طولانی‌مدت‌تر دارد. ریف^۵ و کیبیز (۱۹۹۵) معتقد بودند که سلامت چیزی بیش از رضایت از زندگی و احساس خوشبختی است که در مفهوم لذت‌جویانه از سلامت مطرح می‌شود. امروزه سلامت اجتماعی منجر به استفاده از دامنه‌ای از واژه‌ها شد که باهم ارتباط درونی دارند از جمله: کیفیت زندگی (پاور^۶، ۲۰۰۳)، سلامت اجتماعی ذهنی و سلامت روانی (ریف و کیبیز، ۱۹۹۵) کارکرد مثبت فردی و سلامت عاطفی (واترمن^۷، ۱۹۹۳) و سلامت اجتماعی (کیبیز و شاپیرو، ۲۰۰۴). در این پژوهش سلامت اجتماعی کیبیز و شاپیرو به اختصار از نظر می‌گذرد.

کیبیز^۸ سلامت اجتماعی را به‌عنوان گزارش فرد از کیفیت روابطش با افراد، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که وی عضوی از آنهاست، تعریف می‌کند. مدل کیبیز از سلامت اجتماعی شامل پنج جنبه می‌شود که میزان کارکرد بهینه افراد را در عملکرد اجتماعی‌شان معلوم می‌کند. این ۵ عنصر عبارتند از:

- ۱- انسجام اجتماعی: به معنای ارزیابی فرد از کیفیت روابط خود در جامعه و گروه‌های اجتماعی. فردی که از انسجام اجتماعی برخوردار است، به اجتماع خود احساس نزدیکی می‌کند و گروه اجتماعی خود را منبعی از آرامش و اعتماد می‌داند.
- ۲- پذیرش اجتماعی: افراد برخوردار از پذیرش اجتماعی، اجتماع را به‌صورت مجموعه‌ای کلی و عمومی درک می‌کنند که از افراد مختلف تشکیل شده است و به دیگران به‌عنوان افراد با ظرفیت و مهربان، اعتماد و اطمینان دارند و باور دارند که مردم می‌توانند ساعی و مؤثر باشند. در پذیرش اجتماعی، فرد نگرش مثبت و احساس خوبی به خودش و زندگی گذشته دارد و با

¹. Block & breslow

². W.H.O

³. Riff & singer

⁴. Waterman

⁵. Riff

⁶. Power

⁷. Waterman

⁸. keys

وجود ضعف‌ها و ناتوانایی‌هایی که دارد، همه جنبه‌های خود را می‌پذیرد. ۳- انطباق اجتماعی: به معنای درک کیفیت و سازمان‌دهی و عملکرد دنیای اجتماعی فرد است. فرد سالم از نظر اجتماعی سعی می‌کند درباره دنیای اطراف خود بیشتر بداند. وقایع بی‌شماری در روز اتفاق می‌افتد که ممکن است مثبت یا منفی، غیرمنتظره یا پیش‌بینی‌پذیر، شخصی یا عمومی باشند. افراد سالم به طرح‌های اجتماعی علاقه‌مند بوده و احساس می‌کنند قادر به فهم وقایع اطراف‌شان هستند. انطباق اجتماعی معادل مفهوم دیدن دنیا به صورت منطقی و هوشمند و قابل‌درک و پیش‌بینی است. ۴- مشارکت اجتماعی: مشارکت اجتماعی باوری است که طبق آن، فرد خود را عضو حیاتی اجتماع می‌داند و فکر می‌کند چیزهای ارزشمندی برای عرضه به جامعه دارد. این افراد می‌کوشند احساس دوست داشته شدن کنند و در دنیایی سهیم باشند که صرفاً به دلیل انسان بودن برای آن‌ها ارزش قائل است. ۵- شکوفایی اجتماعی: شکوفایی اجتماعی عبارت است از ارزیابی توان بالقوه و مسیر تکاملی اجتماع و باور به این‌که اجتماع در حال تکاملی تدریجی است و توانمندی‌های بالقوه‌ای برای تحول مثبت دارد که از طریق نهادهای اجتماعی و شهروندان شناسایی می‌شود. افراد سالم درباره وضعیت آینده جامعه امیدوار و قادر به شناسایی نیروهای جمعی هستند و معتقدند که خود و سایر افراد از این نیروها و تکامل اجتماعی سود می‌برند (کییز و شاپیرو^۱، ۲۰۰۴).

حمایت اجتماعی

سارافینو^۲ (۱۹۹۸). با جمع‌بندی نظرات برخی از پژوهش‌گران به دسته‌بندی حمایت اجتماعی در پنج مقوله حمایت عاطفی ارزشیابانه^۳، ابزاری یا ملموس، اطلاعاتی و شبکه‌ای^۴ پرداخت. البته از حمایت اجتماعی ساختاری و کارکردی می‌توان نام برده‌اند. جنبه‌های ساختاری به موقعیت فرد در ساختارهای اجتماعی اشاره دارد، مثل مشارکت در سازمان‌های اجتماعی، حفظ ارتباطات اجتماعی و غوطه‌ور شدن در شبکه‌های اجتماعی نزدیک (نقل از هلگسون، ۲۰۰۳، ۲۷). حمایت اجتماعی کارکردی^۵ شامل ارتباطات و فعالیت‌های تعاملی است که در خدمت نیازهای مختلف عاطفی، اطلاعاتی و محسوس هستند (لی و همکاران، ۱۳۹۳). از نظر ساراسون و همکارانش (۱۹۸۳: ۴۵) حمایت اجتماعی به وجود و یا در دسترس بودن افرادی که ما می‌توانیم به آن‌ها تکیه کنیم تعریف می‌شود. رایج‌ترین انواع حمایت اجتماعی که توسط پژوهشگران معرفی شده و در تحقیقات متعددی

¹. Keyes and Shapiro

². Sarafino

³. Esteem

⁴. Network

⁵. Functional

موردبررسی قرار گرفته‌اند، شامل سه مقوله حمایت عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی بر اساس طبقه‌بندی ویلز^۱ (۱۹۸۵) است.

الف) حمایت عاطفی به معنی در دسترس داشتن فردی برای تکیه کردن و اعتماد داشتن به وی، به هنگام نیاز است.

ب) حمایت ابزاری^۲؛ به کمک‌های مادی، عینی و واقعی دریافت شده توسط یک فرد از سوی دیگران اطلاق می‌گردد.

ج) حمایت اطلاعاتی؛ به دست آوردن اطلاعات ضروری از طریق تعامل‌های اجتماعی با دیگران اطلاق می‌شود. به عبارتی حمایت اطلاعاتی شامل دادن توصیه‌ها، جهت‌گیری‌ها، پیشنهادها یا بازخوردها به یک فرد راجع به چگونگی عملکردش می‌باشد (کلمن، ۱۳۷۷: ۵۶).

امیدواری به زندگی^۳

از نظر اسنایدر^۴ (۲۰۰۰) امید حالت انگیزشی مثبتی است که مبتنی بر حس پایوری^۵ و راه‌یابی^۶ است و محصول تعامل فرد با محیط است. به عبارت دیگر امید عبارت است از: "ظرفیت تصور توانایی ایجاد مسیرهایی به سمت اهداف مطلوب و تصور داشتن انگیزه برای حرکت در این مسیرهاست." اسنایدر و همکاران (۲۰۰۶) در تعریف دیگری امید را مجموعه‌ای ذهنی می‌دانند که مبتنی بر حس متقابل اراده و برنامه‌ریزی برای رسیدن به هدف است. اگرچه ایده امید از زمان آغاز خلقت آدمی وجود داشته است، بررسی علمی آن در زندگی انسان قدمتی کوتاه دارد. در واقع امید، کلیدی برای یافتن راه‌حل مسئله در موقعیت‌های سخت زندگی است (ساناتانی و همکاران^۸، ۲۰۰۸). عاملی که به‌وسیله آن، افراد فعالانه یا با به‌کارگیری توانمندی خود برای رسیدن به هدف‌هایشان تلاش می‌کنند (اسنایدر، ۲۰۰۲). افرادی که می‌توانند امیدوار یا حتی خوش‌بین باشند، بیشتر احتمال می‌رود برای بهبود اوضاع و احوال خود تلاش کنند و همین امر تفاوت عمده‌ای را در شرایط عملی و روحی آنان ایجاد می‌کند (لازاروس، ۱۳۸۷). امید، باور داشتن به تحقق اهداف را القا می‌کند و با پیش‌بینی، گرامی داشتن و اعتماد مترادف و با ترس، شک و ناامیدی متضاد است

1. Wales

2. Theory of instrumental action

3. Life expectancy

4. Snyder

5. Pathways

6. Way finder

7. Hope

8. Sanatani & Et al

(کابورال و همکاران^۱، ۲۰۱۲). فهم امید از نظر نووتنی^۲، نیروی زندگی پویا و بلند. از نظر دارلینگتون^۳، اهمیت حمایت شدن از سوی دیگران. از نظر هاملستون و روث^۴ برقراری ارتباط نزدیک با ارزش‌های شخصی و اهداف و از نظر هاقتون^۵، توان دنبال کردن فعالیت‌های روزانه و متحرک نگه‌داشتن خود است (لی و گلاین، ۲۰۰۴). با توجه به آنچه گفته شد، می‌توان سه بعد کلی برای امید در نظر گرفت.

(۱) اهداف، (۲) مسیرهای دستیابی به این اهداف، (گذرگاه‌ها) (۳) عامل یا فاعلی که این اهداف برایش تعریف شده‌است (پرچم، فاتحی زاده و محققیان، ۱۳۹۲).
اشنایدر^۶ معتقد بود که امید پایه توارثی ندارد بلکه کاملاً جنبه شناختی و یادگیری دارد. معتقد است، امید تجربه انسانی پیچیده‌ای است که باعث رها شدن از رنج و معنادار شدن لحظات باقی‌مانده بیماران روبه‌مرگ می‌شود. یکی از ویژگی‌های آدمی این است که با اتکا به امید و آینده زندگی می‌کند. با از بین رفتن امید، اتکا روحانی نیز از دست‌رفته و سبب سقوط و پوسیدگی روحی و جسمانی می‌شود (فرانکل، ۱۳۸۵).

چارچوب و مدل نظری پژوهش

براساس آنچه گذشت، نظریه‌های حمایت‌کننده و پشتیبان چارچوب و مدل و فرضیه‌های پژوهش، نظریه‌های کیفیت زندگی (سرجی، ۱۹۸۶؛ فیلیپس، ۲۰۰۶ و زان، ۱۹۹۲) و سلامت اجتماعی کبیز (۱۹۹۸ و ۲۰۰۴) و حمایت اجتماعی ویلز (۱۹۸۵) و امیدواری به زندگی اشنایدر (۲۰۰۰) و (۲۰۰۶) است. هم‌چنین از پیشینه تحقیق استفاده شده است. مدل نظری در شکل (۱) ترسیم شده است.

¹. Caboral, M. F. et al

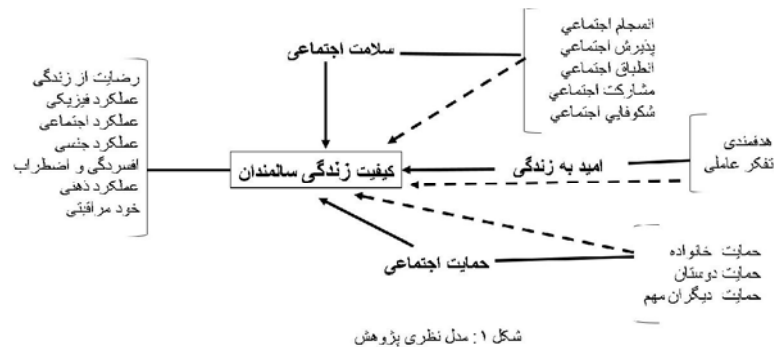
². Nowotny

³. Darlington

⁴. Hammelstein & Roth

⁵. Houeghton

⁶. schneider



فرضیه‌های پژوهش

بین کیفیت زندگی سالمندان ساکن در منزل با کیفیت زندگی سالمندان ساکن در سرای سالمندی تفاوت وجود دارد.

- بین سلامت اجتماعی سالمندان ساکن در منزل با سلامت اجتماعی سالمندان ساکن در سرای سالمندی تفاوت وجود دارد.

- بین حمایت اجتماعی سالمندان ساکن در منزل با حمایت اجتماعی سالمندان ساکن در سرای سالمندان تفاوت وجود دارد.

- بین امیدواری به زندگی سالمندان ساکن در منزل با امیدواری به زندگی سالمندان ساکن در سرای سالمندی تفاوت وجود دارد.

روش پژوهش

رویکرد پژوهش کنونی کمی و روش آن پیمایشی^۱ - مقایسه‌ای و از نظر زمانی مقطعی است. از ابزار پرسش‌نامه برای گردآوری داده‌ها استفاده شد و از نظر هدف نیز کاربردی، در سطح دامنه خرد است. زیرا واحد تحلیل فرد است و از نظر وسعت پهنانگر است. جامعه آماری تحقیق شامل کلیه افراد ۶۵ ساله و بالاتر شهر همدان (۱۱۲۸۸ نفر) است که خود از دو گروه افراد مقیم در منزل که در کنار خانواده و یا به تنهایی زندگی می‌کنند و افراد مقیم در سرای سالمندی تشکیل شده است. حجم نمونه ۱۶۰ سالمند است. زیرا این مطالعه از نوع تطبیقی است، ۸۰ نفر سالمند مقیم سرای سالمندی با معیارهایی که مشخص شده، انتخاب شدند و برای مقایسه پذیر بودن، ۸۰ نفر دیگر ساکن در

^۱. survey

منزل با دارا بودن همان معیارها و یا مشخصه‌ها مثل: داشتن ۶۵ سال و بالاتر، نداشتن مشکلاتی نظیر ناتوانی ذهنی حاد و آلزایمر، عدم اختلال در گفتار و شنوایی، توانایی درک سؤالات و هم‌چنین تمایل به پاسخ‌گویی، هم‌تا و انتخاب شده‌اند.

روش نمونه‌گیری ترکیبی از روش‌های سرشماری از سرای سالمندان و نمونه‌گیری در دست‌رس^۱ از سالمندان ساکن در منزل که قابل دست‌رس در مکان‌هایی مانند منازل، مساجد و پارک‌ها بودند، به طور چندمرحله‌ای انتخاب شدند. جهت صحت داده‌های جمع‌آوری‌شده در این تحقیق، پرسشگر آموزش‌دیده تک‌تک سؤالات را برای پاسخ‌گویان خوانده و پرسش‌نامه‌ها تکمیل شدند. منبع نظری و عملیاتی متغیرها و معرف‌ها در پرسش‌نامه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: منبع نظری و عملیاتی متغیرها

منبع معرف‌ها (با کمی تغییر)	مبانی نظری	متغیر
پرسش‌نامه نجات و همکاران (۱۳۸۵)	فیلیپس، زان و سرجی	کیفیت زندگی
خطیبی و رجیبی فر (۱۳۹۸)	کییز، کییز و شاپیرو	سلامت اجتماعی
ایروین ^۲ و همکاران (۱۹۸۳) نبوی و همکاران (۱۳۸۸)	ویلز	حمایت اجتماعی
پرچم، فاتحی زاده و محققیان (۱۳۹۲)	اشنایدر، اشنایدر و همکاران	امیدورای به زندگی

نمره‌گذاری گویه‌های پرسش‌نامه در قالب طیف پنج درجه‌ای لیکرت و روش نمره‌گذاری به صورت گزینه‌ی کاملاً مخالفم = صفر، مخالفم = ۱، تا حدودی = ۲، موافقم = ۳ و کاملاً موافقم = ۴ طراحی شد.

متغیرها و مؤلفه‌ها و پایایی آن‌ها در جدول ۲ به نمایش گذاشته شده است.

جدول (۲): متغیرها و مؤلفه‌ها و پایایی آن‌ها

نوع متغیر	متغیر	مؤلفه‌ها	آلفای کرونباخ
وابسته	کیفیت زندگی (۷ مؤلفه)	رضایت از زندگی، عملکرد فیزیکی، عملکرد اجتماعی، عملکرد جنسی، افسردگی و اضطراب، عملکرد ذهنی، خود مراقبتی، (۳۱ گویه)	۰/۰۹۱
مستقل	سلامت اجتماعی (۵ مؤلفه)	انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، انطباق اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی ۱۸ گویه	٪۹۲
	حمایت اجتماعی (۳ مؤلفه)	حمایت خانواده، حمایت دوستان و حمایت دیگران مهم (۱۱ گویه)	٪۹۰
	امیدورای (۲ مؤلفه)	تفکر عاملی (انگیزش)، هدفمندی (۱۲ گویه)	٪۹۳
	کل ۱۷ مؤلفه	۹۳ گویه	٪۹۱

^۱. Convenience sampling

^۲. Irwin & et al

در این پژوهش اعتبار پرسش‌نامه، از طریق اعتبار محتوای صوری و نظر داوران (اساتید راهنما، مشاور و اساتید جامعه‌شناس دیگر) و پایایی پرسش‌نامه از طریق آلفای کرونباخ با استفاده از نرم افزار spss با نسخه ۲۱ سنجیده شد.

یافته‌های آماری

یافته‌های توصیفی

توزیع فراوانی (درصد) پاسخ‌گویان به شرح زیر است.

میانگین سن پاسخ‌گویان ۶۹/۶۵ سال بود که بالاترین سن ۹۱ و کمترین سن ۶۵ سال بود و بالاترین فراوانی را داشته‌اند. ۱/۹ درصد تحصیلات پاسخ‌گویان، لیسانس و بالاتر (کمترین فراوانی) و ۹۱/۹ درصد زیر دیپلم که بیشترین درصد را به خود اختصاص داده‌است. ۵۶/۹ درصد پاسخ‌گویان مرد و ۴۳/۱ درصد زن بودند. ۴۱/۲ درصد ساکن در سرای سالمندان مجرد و ۳۶/۲ درصد متأهل و ۲۲/۵ درصد سایر (مطلقه یا همسر فوت شده) بودند. سالمندان ساکن در منزل ۷۳/۸ درصد متأهل و ۱/۲ درصد مجرد و ۲۵ درصد سایر (مطلقه یا همسر فوت شده) بودند.

آمار استنباطی

در این بخش از آزمون T-Test دو گروه مستقل و هم‌چنین رگرسیون چند متغیره استفاده شده است. تمامی آزمون‌ها در سطح ۵ درصد خطا و ۹۵ درصد اطمینان تحلیل شده‌اند.

آزمون فرضیه‌ها

فرضیه اصلی: بین کیفیت زندگی سالمندان ساکن در منزل با کیفیت زندگی سالمندان ساکن در سرای سالمندی تفاوت وجود دارد.

فرض تحقیق: $H_0 \neq H_1$: فرض صفر: $H_0 = H_1$

فرضیه دوم: بین سلامت اجتماعی سالمندان ساکن در منزل با سلامت اجتماعی سالمندان ساکن در سرای سالمندان تفاوت معناداری وجود دارد.

فرض تحقیق: $H_0 \neq H_1$ - فرض صفر: $H_0 = H_1$

فرضیه سوم: بین حمایت اجتماعی از سالمندان ساکن در منزل با حمایت اجتماعی (خانواده، دوستان، اقوام) از سالمندان ساکن در سرای سالمندان تفاوت معناداری وجود دارد.

فرض تحقیق: $H_0 \neq H_1$ - فرض صفر: $H_0 = H_1$

فرضیه چهارم: بین امیدواری به زندگی سالمندان ساکن در منزل با امیدواری به زندگی سالمندان ساکن در سرای سالمندی تفاوت معناداری وجود دارد. $H_0 = H_1 - H_0 \neq H_1$ یافته‌ها در جدول ۳ خلاصه شده است.

جدول (۳) آزمون T متغیر محل سکونت و کیفیت زندگی سالمندان

میانگین	سطح معنی‌داری	کمیت F	کمیت T	درجه آزادی	فرضیه‌ها	
۶۳/۲۸۷	۰/۰۰۱	۱۷/۹۳	۲/۷۳	۱۵۸	کیفیت زندگی و محل سکونت	واریانس های برابر
۳۸/۹۲	۰/۰۰۰	۱۶/۸۱۹	۳/۴۴	۱۵۸	سلامت اجتماعی و محل سکونت	
۲۳/۲۱	۰/۰۰۱	۱۱/۷۸	۲/۴۱	۱۵۸	حمایت اجتماعی و محل سکونت	
۲۸/۳۱	۰/۰۰۵	۸/۴۱۷	۲/۱۶	۱۵۸	امید به زندگی و محل سکونت	

تحلیل یافته‌های جدول آزمون T متغیر محل سکونت و کیفیت زندگی سالمندان

فرضیه نخست: با توجه به جدول ۳ تفاوت میانگین کیفیت زندگی سالمندان ساکن در منزل با کیفیت زندگی سالمندان ساکن در سرای سالمندی در سطح ۵ درصد با T به مقدار ۲/۷۳ معنی‌دار است. F به دست آمده با درجه آزادی ۱۵۸ برابر با ۱۷/۹۳ محاسبه شد. سطح معنی‌داری F از سطح معنی‌داری مورد نظر کوچکتر است ($\alpha = 0/001 < 0/005$)، پس فرضیه صفر رد و فرض تحقیق تأیید می‌شود. میانگین کیفیت زندگی سالمندان ساکن در منزل (۶۹/۷۷۵) بیشتر از میانگین کیفیت زندگی سالمندان ساکن در سرای سالمندان (۶۳/۲۸۷) است. یعنی بین میانگین کیفیت زندگی سالمندان ساکن در منزل با سالمندان ساکن در سرای سالمندی تفاوت معناداری وجود دارد.

فرضیه دوم: همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود تفاوت میانگین سلامت اجتماعی سالمندان ساکن در منزل با سلامت اجتماعی سالمندان ساکن در سرای سالمندی در سطح ۵ درصد با T به مقدار ۳/۴۴ معنی‌دار است. F به دست آمده برابر با ۱۶/۸۱۹ محاسبه گردیده است و سطح معنی‌داری F کوچکتر از سطح معنی‌داری مورد نظر است ($\alpha = 0/000 < 0/005$). بنابراین در سطح اطمینان ۹۵ درصد فرض صفر رد و فرض تحقیق تأیید می‌شود. میانگین سلامت اجتماعی سالمندان ساکن در منزل (۴۵/۵۶) بیشتر از میانگین سلامت اجتماعی سالمندان ساکن در سرای

سالمندان (۳۸/۹۲) است و نشان دهنده این مطلب است که سالمندان ساکن در منزل از سلامت اجتماعی بیشتری نسبت به سالمندان ساکن در سرای سالمندان برخوردار هستند. یعنی بین میانگین سلامت اجتماعی سالمندان ساکن در منزل با سالمندان ساکن در سرای سالمندان تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در نتیجه محل سکونت بر سلامت اجتماعی سالمندان تأثیرگذار است.

فرضیه سوم: به استناد جدول ۳ تفاوت میانگین حمایت اجتماعی از سالمندان ساکن در خانه با حمایت اجتماعی از سالمندان ساکن در سرای سالمندان در سطح ۵ درصد با T به مقدار ۲/۴۱ معنی‌دار است. F به دست آمده برابر با ۱۱/۷۸ محاسبه گردیده است. سطح معنی‌داری F از سطح معنی‌داری مورد نظر کوچکتر است ($\alpha=0/001 < 0/005$). لذا در سطح اطمینان ۹۵ درصد فرض صفر رد و فرض تحقیق تأیید می‌شود. یعنی بین میانگین حمایت اجتماعی از سالمندان ساکن در منزل با سالمندان ساکن در سرای سالمندی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. میانگین حمایت اجتماعی از سالمندان ساکن در سرای سالمندی (۲۳/۲۱) است و نشان دهنده این مطلب است که سالمندان ساکن در منزل از حمایت اجتماعی بیشتری نسبت به سالمندان ساکن در سرای سالمندان برخوردار هستند. یعنی محل سکونت بر حمایت اجتماعی از سالمندان تأثیرگذار است.

فرضیه چهارم: با عنایت به جدول ۳ تفاوت میانگین امیدواری به زندگی سالمندان ساکن در منزل با امیدواری به زندگی سالمندان ساکن در سرای سالمندی در سطح ۵ درصد با T به مقدار ۲/۱۶ معنی‌دار است. F به دست آمده در واریانس‌های برابر با ۱۵۸ درجه آزادی برابر با ۸/۴۱۷ محاسبه گردیده‌است. از آن جایی که سطح معنی‌داری F با سطح معنی‌داری مورد نظر برابر است ($\alpha=0/005 = 0/005$)، فرض تحقیق تأیید می‌شود. یعنی بین میانگین امیدواری به زندگی در بین سالمندان ساکن در منزل از سالمندان ساکن در سرای سالمندی تفاوت معناداری وجود دارد. میانگین امیدواری به زندگی سالمندان ساکن در منزل ۳۰/۹۷ بیشتر از میانگین امیدواری به زندگی سالمندان ساکن در سرای سالمندی ۲۸/۳۱ است و نشان دهنده این مطلب است که سالمندان ساکن در منزل از امیدواری به زندگی بهتری نسبت به سالمندان ساکن در سرای سالمندان برخوردار هستند. یعنی محل سکونت بر امیدواری به زندگی سالمندان تأثیرگذار است.

تحلیل مسیر

برای بررسی اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل (پیش‌بین) بر متغیر وابسته (ملاک=کیفیت زندگی سالمندان) و ساخت مدل ساختاری، تحلیل مسیر در دو مرحله انجام شد.

مرحله اول این تحلیل برای کیفیت زندگی سالمندان ساکن در سرای سالمندی انجام گرفت و در مرحله دوم برای کیفیت زندگی سالمندان ساکن در منزل به کار رفت. برای انجام تحلیل مسیر از رگرسیون یک و چند متغیره استفاده شد.

انجام تحلیل مسیر برای دو گروه سالمندان

الف- یافته‌های تحلیل مسیر اثرات متغیرهای پژوهش بر کیفیت زندگی سالمندان ساکن در سرای سالمندان

مرحله اول

کیفیت زندگی سالمندان ساکن در سرای سالمندان به‌عنوان متغیر وابسته و سلامت اجتماعی، حمایت اجتماعی و امیدواری به زندگی به‌عنوان متغیرهای مستقل وارد معادله رگرسیون چند متغیره شدند و اثراتشان مورد آزمون قرار گرفت. یافته‌ها در جدول ۴ خلاصه شد. برای تفسیر نتایج از میزان ضریب تعیین^۱ و ضرایب رگرسیون استاندارد شده (ضریب بتا)^۲ استفاده شد. مقدار ضریب تعیین نشان می‌دهد که سه متغیر مستقل "سلامت اجتماعی، حمایت اجتماعی و امیدواری به زندگی باهم ۰/۲۶ از تغییرات متغیر وابسته کیفیت زندگی سالمندان ساکن در سرای سالمندان را تعیین و پیش بینی می‌کنند. سلامت اجتماعی بیشترین تاثیر مستقیم (۰/۳۲۲) و امیدواری به زندگی کمترین تاثیر مستقیم (۰/۱۰۹) را بر کیفیت زندگی سالمندان سرای سالمندی دارد.

جدول ۴: ضرایب مسیر تأثیر سلامت اجتماعی، حمایت اجتماعی و امید به زندگی بر

کیفیت زندگی سالمندان ساکن در سرای سالمندان

مدل	ضریب خط b	R	R ²	ضریب استاندارد شده (بتا)	سطح معنی‌داری
سلامت اجتماعی (X ₁)	۰/۲۹۳	۰/۴۹	۱/۲۶	۰/۳۲۳	۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی (X ₂)	۰/۲۰۳			۰/۲۰۸	۰/۰۰۱
امید به زندگی (X ₃)	۰/۱۰۹			۰/۱۰۹	۰/۰۱۴

مرحله دوم

در این مرحله تأثیرات غیر مستقیم متغیرهای سلامت اجتماعی، حمایت اجتماعی و امیدواری به زندگی بر کیفیت زندگی سالمندان ساکن در سرای سالمندان بررسی شد. به این صورت که از طریق

^۱. R'square= R²

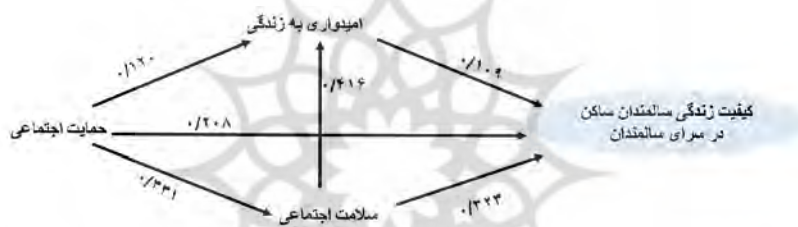
^۲. Beta

رگرسیون یک متغیره، هریک از متغیرهای پژوهش، نقش یک متغیر وابسته میانی یا واسطه را ایفا کرده و تأثیر متغیر مستقل دیگر بر روی آن‌ها سنجیده شد. این عملیات برای تک تک متغیرهای پژوهش اجرا شد و یافته‌ها در جدول ۵ و شکل ۲ خلاصه شده است.

جدول ۵: اثرات مستقیم و غیر مستقیم متغیرهای مستقل بر کیفیت زندگی سالمندان ساکن در سرای سالمندی

متغیر	مستقیم	غیر مستقیم	کل
سلامت اجتماعی	۰/۳۲۳	۰/۵۲۵ = ۰/۱۰۹ + ۰/۴۱۶	۱/۱۷۱
حمایت اجتماعی	۰/۲۰۸	۰/۳۳۱ + ۰/۳۲۳ + ۰/۳۳۱ + ۰/۱۰۹ + ۰/۱۲۰ ۱/۷۳۹ = ۰/۴۱۶ + ۰/۱۰۹	۱/۹۴۷
امیدواری به زندگی	۰/۱۰۹	-	۰/۱۰۹

همان‌طور که جدول نشان می‌دهد، حمایت اجتماعی بیشترین تأثیر غیرمستقیم (۱/۷۳۹) را بر کیفیت زندگی سالمندان دارد و امیدواری به زندگی اثر غیرمستقیم ندارد. مدل ساختاری تحلیل مسیر نهایی در شکل ۲ ترسیم شد.



شکل ۲: مدل ساختاری تأثیرات مستقیم و غیر مستقیم متغیرهای پژوهش بر کیفیت زندگی سالمندان سرای سالمندی

ب- یافته‌های تحلیل مسیر اثرات متغیرهای پژوهش بر کیفیت زندگی سالمندان ساکن در منزل

مرحله اول

کیفیت زندگی سالمندان ساکن در منزل به‌عنوان متغیر وابسته و سلامت اجتماعی، حمایت اجتماعی و امیدواری به زندگی به‌عنوان متغیرهای مستقل وارد معادله رگرسیون چند متغیره شدند و اثراتشان مورد آزمون قرار گرفت. یافته‌ها در جدول ۶ خلاصه شده است.

برای تفسیر نتایج از میزان ضریب تعیین و ضرایب رگرسیون استاندارد شده (ضریب بتا) استفاده شد. مقدار ضریب تعیین نشان می‌دهد که سه متغیر مستقل "سلامت اجتماعی، حمایت اجتماعی و امید زندگی باهم ۴۵٪ از تغییرات متغیر وابسته کیفیت زندگی سالمندان ساکن در سرای سالمندان را تعیین و پیش بینی می‌کنند. ضریب بتا تأثیرات مستقیم متغیرهای پژوهش بر کیفیت زندگی سالمندان مقیم در منزل را نشان می‌دهد. سلامت اجتماعی بیشترین تاثیر (۰/۴۲۲) و امیدواری به زندگی کمترین تاثیر (۰/۲۰۸) را بر کیفیت زندگی سالمندان دارد.

جدول ۶: ضرایب مسیر تأثیر سلامت اجتماعی، حمایت اجتماعی و امید به زندگی بر

کیفیت زندگی سالمندان ساکن در منزل

مرحله اول	ضریب خط B	R	R ²	ضرایب استاندارد شده (بتا)	سطح معنی داری
سلامت اجتماعی	۰/۳۹۲	۰/۵۵	۰/۴۵	۰/۴۲۲	۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی	۰/۳۰۲			۰/۳۰۷	۰/۰۰۱
امیدواری به زندگی	۰/۲۰۱			۰/۲۰۸	۰/۰۱۰

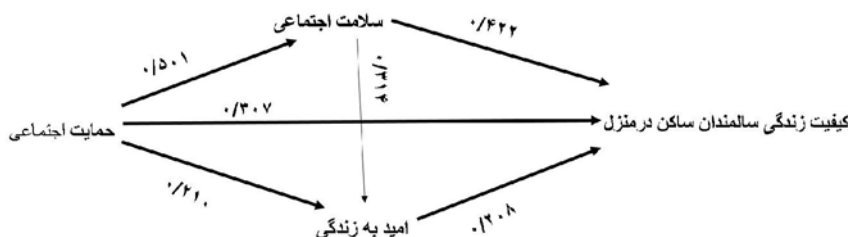
مرحله دوم

در این مرحله تأثیرات غیر مستقیم متغیرهای سلامت اجتماعی، حمایت اجتماعی و امیدواری به زندگی بر کیفیت زندگی سالمندان ساکن در منزل بررسی شد. به این صورت که از طریق رگرسیون یک متغیره، هر یک از متغیرهای پژوهش، نقش یک متغیر وابسته میانی یا واسطه را ایفا کرده و تأثیر متغیر مستقل دیگر بر روی آن‌ها سنجیده شد. این عملیات برای تک تک متغیرهای پژوهش اجرا شد و یافته‌ها در جدول ۷ و شکل ۳ خلاصه شده است.

جدول ۷: اثرات مستقیم و غیر مستقیم متغیرهای پژوهش بر کیفیت زندگی سالمندان ساکن در منزل

متغیر	مستقیم	غیر مستقیم	کل
سلامت اجتماعی	۰/۴۲۲	$۰/۲۰۸ + ۰/۳۱۴ = ۰/۵۲۲$	۰/۹۴۴
حمایت اجتماعی	۰/۳۰۷	$۰/۵۰۱ + ۰/۴۲۲ + ۰/۵۰۱ + ۰/۲۰۸ = ۲/۳۶۴$	۲/۶۷۱
امیدواری به زندگی	۰/۲۰۸	-	۰/۲۰۸

همان‌طور که جدول نشان می‌دهد، حمایت اجتماعی بیشترین تاثیر غیرمستقیم (۲/۳۶۴) و امیدواری به زندگی اثر غیرمستقیم ندارد. مدل ساختاری تحلیل مسیر نهایی در شکل ۳ ترسیم شد.



شکل ۳: تحلیل مسیر اثرات مستقیم و غیر مستقیم متغیرهای پژوهش بر کیفیت زندگی سالمندان مقیم در منزل

تأثیرگذاری‌های متغیرهای سلامت اجتماعی، حمایت اجتماعی و میزان امیدواری به زندگی بر متغیر کیفیت زندگی سالمندان ساکن در منزل بیش از سالمندان ساکن در سرای سالمندی است.

بحث و نتیجه‌گیری

بی توجهی به جنبه‌های اجتماعی سلامت سالمندان موجب آسیب‌پذیری هر چه بیشتر این گروه سنی در جامعه شده است. خصوصاً با توجه به نهاد خانواده و نظام خویشاوندی که در ایران تا اوایل دهه ۱۳۴۰ مسئولیت محافظت و مراقبت از سالمندان را بر عهده داشت. با ورود مظاهر مدرنیته، تغییر شکل و کارکرد داده و سبب تضعیف موقعیت و جایگاه سالمندان به ویژه در شهرها شده است. به همین دلایل این تحقیق کیفیت زندگی سالمندان ساکن در منزل را با کیفیت زندگی ساکن در سرای سالمندی بررسی نموده است.

نتایج فرضیه اصلی تحقیق نشان داد، بین کیفیت زندگی سالمندان ساکن در منزل با کیفیت زندگی سالمندان ساکن در سرای سالمندی تفاوت معناداری وجود دارد. میانگین کیفیت زندگی سالمندان ساکن در منزل ۶۹/۷۷ در مقایسه با میانگین کیفیت زندگی سالمندان ساکن در سرای سالمندان ۶۳/۲۸، به این معنا که سالمندان ساکن در منزل از کیفیت زندگی بهتری برخوردار هستند. در نتیجه محل سکونت بر کیفیت زندگی سالمندان تأثیرگذار است.

این نتیجه تأیید کننده یافته‌های پژوهش‌های فرناندوز- بالستروز (۱۹۹۴)، علی‌پور و همکاران (۱۳۸۷)، حسام‌زاده و دیگران (۱۳۸۸)، مرادی و همکاران (۱۳۹۰)، خلیلی و همکاران (۱۳۹۰) و رضایی، مظلوم خراسانی و مجد (۱۳۹۴) است و هم‌چنین همسو و هماهنگ با نظریه‌های سرچی (۱۹۸۶)، هگرتی (۱۹۹۹)، فیلیپس (۲۰۰۶) نوو و لیما (۲۰۰۶) است.

در توجیه این فرضیه باید اذعان داشت که این حالت در ارتباط با تطابق بیشتر با محل سکونت در طی زمان است که باعث می‌شود سالمندان احساس یکسانی نسبت به اطرافیان کسب نمایند و بین اعضاء خانواده و افراد دیگر تفاوتی قائل نشوند. بر اساس یافته‌های این پژوهش، سالمندان ساکن در منزل از سلامت اجتماعی و حمایت اجتماعی و امیدواری به زندگی بیشتر و بهتری نسبت به سالمندان ساکن در سرای سالمندی برخوردار هستند. شبکه روابط گسترده تری دارند و به دلیل برخورداری از استقلال و پذیرش اجتماعی و انسجام اجتماعی و هم‌چنین مشارکت در امور مختلف زندگی خانوادگی از شکوفایی بیشتری برخوردار هستند.

میانگین سلامت اجتماعی سالمندان ساکن در منزل (۴۵/۵۶) و بیشتر از میانگین سلامت اجتماعی سالمندان ساکن در سرای سالمندان (۳۸/۹۲) به دست آمد. ضریب بتای رگرسیون نشان داد که سلامت اجتماعی تأثیرمستقیم زیادی بر کیفیت زندگی سالمندان داشته و قابلیت پیش بینی پذیری تغییرات کیفیت زندگی سالمندان ساکن در منزل را دارد. این نتیجه تأیید کننده نتایج

پژوهش‌ها و نظریه‌های کبیز و شاپیرو (۲۰۰۴)، ریف و سینگر (۲۰۰۷)، نوو و لیما (۲۰۰۶) و واترمن (۱۹۹۳) و ریف و کبیز (۱۹۹۵) و پاور (۲۰۰۳) است. یعنی سالمندان ساکن در منزل به دلیل ارتباط شبکه‌ای و تنها نماندن قادر هستند بین جنبه‌های مثبت و منفی زندگی تعادل بیشتری برقرار کنند و از زندگی رضایت بیشتری داشته‌باشند. این موضوع عامل انسجام و همبستگی بیشتر آن‌ها با محیط و اجتماع دور و برشان است و می‌تواند به احساس خوشبختی بیشتری در آن‌ها منجر شود و از مقبولیت اجتماعی و خودشکوفایی بیشتری نسبت به سالمندان ساکن در سرای سالمندان برخوردار باشند.

هم‌چنین میانگین حمایت اجتماعی از سالمندان ساکن در منزل (۲۸/۶۵) بوده که بیشتر از میانگین حمایت اجتماعی از سالمندان ساکن در سرای سالمندی (۲۳/۲۱) به دست آمد و ضریب بتای رگرسیون تاثیر شدید حمایت اجتماعی بر کیفیت زندگی را نشان داد. یعنی سالمندان ساکن در منزل از حمایت اجتماعی بیشتری نسبت به سالمندان ساکن در سرای سالمندان برخوردار هستند. این نتیجه تایید کننده یافته‌های نبوی و همکاران (۱۳۸۸)، شلتون^۱ و همکاران (۲۰۱۹)، ساکریا^۲ و همکاران (۲۰۱۹) و دیویدسون و همکاران (۱۳۸۴)، سربورون و استوارت (۱۹۹۱)، لی و همکاران (۲۰۰۴)، ساراسون و همکاران (۱۹۸۳) و نظریه‌های ویلز (۱۹۸۵) و سارافینو (۱۹۹۸) است. در واقع سالمندانی که از حمایت ابزاری و عاطفی بیشتری از سوی خانواده، دوستان و آشنایان برخوردار هستند، کیفیت زندگی بهتری دارند زیرا از استقلال، مقبولیت و رضایت بیشتری برخوردار هستند. شبکه اجتماعی وسیعتری دارند و بیشتر با خانواده، دوستان و آشنایان در ارتباط هستند و کمتر احساس تنهایی دارند. در واقع کارکرد مثبت حمایت اجتماعی برای سالمندان ساکن در منزل به احساس همبستگی بیشتر و برقراری تعادل بین جنبه‌های مثبت و منفی زندگی آن‌ها منجر می‌گردد. اما سالمندان ساکن در سرای سالمندی کمتر از این نعمت برخوردار هستند و بیشتر در تنهایی و عدم ارتباط با آشنایان و دوستان قرار دارند.

میانگین امیدواری به زندگی سالمندان ساکن در منزل (۳۰/۹۷) نیز بیشتر از میانگین امیدواری به زندگی سالمندان ساکن در سرای سالمندی (۲۸/۳۱) است و ضریب بتای رگرسیون همبستگی بین امیدواری به زندگی با کیفیت زندگی را نشان داد. این یافته نشان می‌دهد که سالمندان ساکن در منزل نسبت به سالمندان ساکن در سرای سالمندی از امیدواری به زندگی بیشتری برخوردار هستند. این نتیجه تاییدکننده یافته‌های اسنایدر و همکاران (۲۰۰۶)، پرچم، فاتحی‌زاده و محققیان (۱۳۹۲)، منصور (۱۳۸۷)، ساناتانی و همکاران (۲۰۰۸)، لی و گلاین (۲۰۰۴) و نظریه‌های اسنایدر (۲۰۰۰)، لازاروس (۱۳۸۷) و فرانکل (۱۳۸۵) است. افراد امیدور به زندگی، خوشبین بوده و احتمال

^۱. Shelton & et al

^۲. Sakurai & et al

بهبود اوضاع و احوال خود را دارند. در واقع امیدورای به زندگی در تضاد با ترس و شک و ناامیدی است و سالمندان ساکن در منزل از این مزایا بیشتر از سالمندان ساکن در سرای سالمندی برخوردار هستند.

درواقع کیفیت مبتنی بر رضایت از زندگی و تصور از خود، منجر به عملکردهای اقتصادی، فرهنگی مستقل شده و عامل ایجاد اثر متقابل بین شخص و محیط است. و بنا بر اعتقاد فیلیپس لازمه کیفیت زندگی تامین نیازهای اساسی و خواسته‌های اجتماعی است و استقلال در عمل، در جهت افزایش رفاه ذهنی، رشد و شکوفایی و هم‌کوشی و مشارکت اجتماعی سالمند خواهد بود. با نظر دورکیمی، مشکل اصلی جوامع جدید رابطه‌ی فرد با جامعه است. مشکلی که به از هم پاشیدگی اجتماعی و ضعف پیوندهایی برمی‌گردد که فرد را به جامعه مربوط می‌کند. خانه سالمندی هم شبکه روابط و حمایت اجتماعی و هم انتظار و امیدواری به زندگی را برای سالمند کاهش می‌دهد. در واقع با کاهش سلامت اجتماعی و تضعیف خودشکوفایی و انسجام و پذیرش اجتماعی و کاهش حمایت‌های اجتماعی خانواده‌ها، دوستان و دیگران مهم در ابعاد مالی، عاطفی، تفریحی و شبکه روابط و مناسبت‌ها مثل دیدار و ملاقات و ... انتظار زندگی و کیفیت زندگی سالمند را تحت تاثیر قرار می‌دهد. سبک زندگی مدرن و شاغل بودن اعضای خانواده (زن و شوهر)، امکان نگهداری از سالمندان در درون خانواده را کاهش داده و نوع جدیدی از زندگی را برای سالمندان امروز بوجود آورده، که مانند قفس آهنینی بر آن‌ها تحمیل می‌شود و گریزی از آن نیست.

مقایسه مقادیر تحلیل مسیر بین دو گروه نشان داد که تاثیرگذاری‌های متغیرهای سلامت اجتماعی، حمایت اجتماعی و میزان امیدواری به زندگی بر متغیر کیفیت زندگی سالمندان ساکن در منزل بیش از سالمندان ساکن در سرای سالمندی است. در مجموع، هر سه متغیر سلامت اجتماعی، حمایت اجتماعی و امیدواری به زندگی نه تنها تأثیرمستقیم بر متغیر کیفیت زندگی سالمندان دارند بلکه دو متغیر سلامت اجتماعی و حمایت اجتماعی از طریق تاثیرگذاری بر امیدواری به زندگی، تأثیر غیرمستقیم نیز بر کیفیت زندگی سالمندان را دارند. یعنی سلامت و حمایت اجتماعی مهم‌ترین تقویت‌کننده‌های امیدورای به زندگی هستند که درخور توجه خانواده‌ها و مسئولین مرتبط با سالمندان هستند تا در برنامه‌ریزی‌های پایه‌ای برای سالمندان و ارتقای سطح کیفیت زندگی آن‌ها مورد توجه قرار دهند. سالمندان بیش از هر گروهی نیازمند حمایت همه جانبه اعضای خانواده خود و دیگران مهم هستند. بنابراین سکونت آن‌ها در منزل و توجه به شأن و منزلت آن‌ها، امیدواری به زندگی و سطح کیفیت زندگی آن‌ها را ارتقاء می‌بخشد.

منابع

- پاشا، غلام رضا؛ مشاک، رویا؛ صفرزاده، سحر (۱۳۸۶)، «مقایسه سلامت عمومی و حمایت اجتماعی در بین سالمندان ساکن در خانه سالمندان و سالمندان ساکن در خانواده»، *نشریه خانواده پژوهی*، شماره دوره ۳، صص ۵۰۳-۵۱۷.
- پرچم، اعظم؛ فاتحی زاده، مریم؛ محققیان، زهرا (۱۳۹۲)، «بررسی ابعاد سه گانه نظریه امید شنایدر و تطبیق آن با دیدگاه قرآن کریم»، *دو فصلنامه علمی پژوهش تحقیقات علوم قرآن و حدیث دانشگاه الزهراء س*، سال دهم، شماره ۱، پیاپی ۱۹، صص ۲۹-۱.
- جرالد سی، دیویدسون. ماروین، آر گلدفرید (۱۳۷۱)، *رفتار درمانی بالینی*، ترجمه احمد احمدی علون آبادی، چاپ اول، انتشارات مرکز نشر دانشگاهی.
- حاتم حسینی، جعفر (۱۳۹۰)، *جمعیت‌شناسی اقتصادی اجتماعی و تنظیم خانواده*، چاپ چهارم: ویراست دوم، همدان: انتشارات دانشگاه بوعلی سینا، چاپ پنجم.
- حاتم حسینی، جعفر (۱۳۹۹)، *جمعیت‌شناسی کاربردی*، چاپ اول، همدان: انتشارات دانشگاه بوعلی سینا.
- حسام زاده، علی؛ سید مداح، سادات‌باقر؛ محمدی شاه‌بلخی، فرحناز؛ فلاحی خشک‌ناب، مسعود و مهدی رهگذر (۱۳۸۸)، «مقایسه کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده، با سالمندان مقیم سراهای سالمندان خصوصی و دولتی شهر تهران»، *مجله سالمندی ایران*، سال ۴، شماره ۱۴، صص ۷۴-۶۶.
- خطیبی، اعظم و رجبی فر، مهناز (۱۳۹۸)، «بررسی نقش عوامل اجتماعی شدن در ارتقاء سلامت اجتماعی دانش آموزان دوره متوسطه شهر مریوان، *مجله جامعه‌شناسی ایران*، دوره بیستم، شماره ۴: ۱۷۵-۱۴۵.
- خلیلی، فاطمه؛ سام، شیما؛ شریفی‌راد، غلامرضا؛ حسن‌زاده، اکبر؛ کاظمی، منیره (۱۳۹۰)، «بررسی ارتباط حمایت اجتماعی درک شده با سلامت اجتماعی سالمندان شهر اصفهان»، *تحقیقات نظام سلامت*، دوره ۷، شماره ۶، صص ۵۱-۶۰.
- دارابی سعداله، ترابی فاطمه (۱۳۹۶)، «بررسی و مقایسه روند سال‌خوردگی جمعیت در کشورهای آسیایی و اروپایی طی سال‌های ۱۹۵۰ تا ۲۰۱۵»، *سالمند*، *مجله سالمندی ایران*، ۱۲ (۱)، صص ۳۰-۴۳.
- رضایی، امید؛ مظلوم خراسانی، محمد؛ مجدی، علی اکبر (۱۳۹۴)، «مطالعه تأثیر احساس امنیت اجتماعی بر سلامت اجتماعی شهروندان مشهد»، *مطالعات امنیت اجتماعی*، دوره ۲، شماره ۴۴، صص ۱۳۹-۱۶۲.
- سارافینو، ادوارد (۱۹۹۸)، *روانشناسی سلامت*، ترجمه گروهی از مترجمان زیر نظر دکتر الهه میرزایی (۱۳۸۷)، تهران: انتشارات رشد.
- عبدالله تبار، هادی (۱۳۸۷)، «بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان»، *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، شماره ۳۱ و ۳۰، صص ۱۸۹-۱۷۱.

- علی پور، فردین، بیگلریان، اکبر؛ فروزان، آمنه؛ سجادی، حمیرا (۱۳۸۷)، «نقش حمایت‌های اجتماعی در کیفیت زندگی سالمندان»، *فصلنامه علمی و پژوهشی رفاه اجتماعی*، سال ۹، شماره ۳۳، صص ۱۴۷-۱۵۲.
- غفاری، غلامرضا و امید، رضا (۱۳۹۰)، *کیفیت زندگی، شاخص توسعه اجتماعی*، تهران: نشر و پژوهش شیرازه.
- فرانکل، ویکتور (۱۳۸۵)، *انسان در جستجوی معنا*، ترجمه: مهین میلانی و نهضت صالحیان، تهران: انتشارات درسا.
- کاوه فیروز، زینب (۱۳۹۰)، بررسی ساختارهای جمعیتی، اجتماعی تأثیرگذار بر کیفیت زندگی سالمندان شهر تهران، پایان نامه دکتری رشته جمعیت‌شناسی دانشگاه تهران، دانشکده علوم اجتماعی.
- کلمن، جیمز (۱۳۷۷)، *بنیادهای نظریه اجتماعی*، ترجمه منوچهر صبوری، تهران: نشر نی.
- لازاروس، ریچارداس؛ ولازوس، برنایس ان (۱۳۸۷)، *کنار آمدن با سالمندی*، ترجمه جعفر نجفی زند، تهران: دانژه.
- لی، کریستینا؛ گلاین، اوونز (۱۳۹۳)، *روان‌شناسی سلامت مردان*، ترجمه جعفر نجفی زند، انتشارات آگاه.
- محمودی، محمدجواد (۱۳۹۵)، «سالخوردگی جمعیت: یک مسئله اجتماعی جمعیتی»، *فصلنامه شورای فرهنگی اجتماعی زنان و خانواده*، سال نوزدهم، شماره ۷۳، صص ۱۵۴-۱۷۵.
- مرادی، شیرزاد؛ فکرآزاد، حسین؛ موسوی، میرطاهر؛ عرشی، ملیحه (۱۳۹۰)، «بررسی رابطه مشارکت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان عضو کانون‌های سالمندان شهر تهران»، *گروه مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی*، تهران، دوره ۷، شماره ۴، صص ۴۱-۴۶.
- مرکز آمار ایران (۱۳۹۵)، نتایج عمومی سرشماری نفوس و مسکن.
- منصوری، خلیل (۱۳۸۷)، *آثار و کارکرد امید در زندگی انسان*، پایگاه مرکز فرهنگ و معارف قرآنی.
- نبوی، سید عبدالحسین؛ رضادوست، کریم و بهرامی نژاد، زهرا (۱۳۸۸)، «بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت عمومی سالمندان»، *مجله جامعه‌شناسی ایران*، دوره دهم، شماره ۴: ۱۰۴-۷۳.
- نجات، سحرناز و دیگران (۱۳۸۵)، «استانداردسازی پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت»، ترجمه و روانسنجی گونه ایرانی، *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، دوره ۴، شماره ۴، صص ۱-۱۲.
- نیازی، محسن (۱۳۹۱)، *جامعه‌شناسی سالمندی*، دانشگاه کاشان.

- Abdollahi F, Mohammadpour A. (2005), Quality of life in elderly nursing home residents at home and in the city of Sari, *The Second National Congress of Family Pathology*; Tehran.
- Al-Kandari YY. (2011), "Religiosity, Social Support, and Health among the Elderly in Kuwait", *Journal of Muslim Mental Health*, 6 (1): 81-68.

- Block N.B & Breslow L. (1972), "The relation of physical health status and health practices", *Preventive Medicine*, 1:46-64.
- Bond, J. (2004), *Quality of life and older people*. New York: McGraw- Hill, 4.
- Caboral, M. F. & Evangelista, L. S. (2012)" Hope in elderly adults with chornic heart failure, Concept Analysis", *Investigation, Educacion Enfermeria*,30 (3): 406-411.
- Drageset J, Kirkevold M, Espehaug B. (2011), "Loneliness and social support among nursing home residents without cognitive impairment: a questionnaire survey", *International Journal of Nursing Studies*,48 (5):611-619.
- Fernandez, C; Ballesteros, R (1998), "Quality of Life: The Different Conditions", *Psychology in Spain*,2 (1): 47-65.
- Fernandez- Ballesteros, R (1998), "Quality of Life: The Different Conditions", *Psychology in Spain*,2 (1): 47-65.
- Giles, H., & Ogay, T. (2007), *Communication Accommodation Theory*, In B. B. Whaley & W. Samter (Eds.), *Explaining communication: Contemporary theories and exemplars* (p. 293–310). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Grewal I. Lewis J. Flynn T. Bowen j. coast j. (2006), *National center for research*. UK.
- Hagerty, Micheal.R. (1999), Testing Maslows hierarchy of needs; National quality of life across time, *Social Indicators Research*.Vol 46, Iss3: 249-273.
- Helgeson, V.S. (2003)"Social support and quality of life", *Quality of Life Research*, 12(1): 25-31.
- Irwin G. Sarason, Henry M. Levine, Robert B. Basham, and Barbara R. Sarason (1983)" Assessing Social Support: The Social Support Questionnaire". *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 44, No. 1, 127-139
- Keyes, C. L. M., Shapiro, A.D, (2004), "Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology. A national study of well-being in midlife", *Social Indicators Research, Chicago ,IL: University of Chicago Pres*, vol 67, Issue 3, pp. 350-372.
- Keyes, C. L. M. (1998), "Social well-being". *Social Psychology Quarterly*, 61(2): 121–140.
- King. A. Proutt L. A. (2006)"Comparative effects of physical functioning and quality of life outcomes in older adults", *Gerontology. Med. Sci. J*; 137. (70): 825-832.
- Nazari H, Rashedi V, Mirza Mohammadi H, Yousefi, M. (2015), "Relationship between cognitive status and activities of daily living among the elderly of nursing homes". *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences (J Kermanshah Univ Med Sci)*, 18(12):744-6.
- Novo, R. Lima, M. (2006), "So Far So Good? Subjective and Social Well-Being in Portugal and Europe", *Portuguese Journal of Social Science*, Vol. 5, N. 1, P 5-33.

- Pasha G, Safarzadeh S, Meshkak R. (2007), "Comparison between health and social support among the elderly in nursing homes and elderly family". *Family Research*, 3 (9): 503-517.
- Power, Mick (2003), *Mood Disorders: A Handbook of Science and Practice*, British Library Cataloguing in Publication Data, Wiley-Blackwell.
- Phillips D, (2006), "Quality of life and sustainability", *International Journal of Environmental, Cultural, Economic and Social Sustainability*, 2(2): 103-112.
- Riff C. D & Singer. (2007) "Best news yet on the six-factor model of well-being", *Social Science Research*, 35 (4):1103-1119.
- Ryff & Keyes C. L. M. (1995), "The structure of psychological well-being revisited". *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 716-727.
- Sakurai, R, Kawai H, Suzuki H, KyungKim H, Watanabe Y, Hirano H, et al (2019), "Poor social network, not living alone, is associated with incidence of adverse health outcomes in older adults", *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(11):1438-1443.
- Sanatani, M. ; Schreier, G.; Larry, S. (2008), "Level and direction of hope in cancer patients: an exploratory longitudinal study", *Supportive care in cancer*, 16 (5): 493-499.
- Sarafino, Edward. P. (1998), *Health Psychology*, Third Edition, New York: John Wiley & Sons.
- Sarason, I. G, Levine, H.m, Basham, R. b, and Sarason, B.R. (1983) "Assessing social support; the social support questionnaire", *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139.
- Serge J. (1986), "A Model to Measure the Effects of Taxes on the Real and Financial Decisions of the Firm, National Tax Association", *National Tax Journal*, vol. 41(4), 467-481.
- Shelton, RC, Lee M, Brotzman LE, Crookes DM, Jandorf L, Erwin D. (2019), "Use of social network analysis in the development, dissemination, implementation, and sustainability of health behavior interventions for adults: A systematic review". *Social science & medicine*, 220: 81-101.
- Siramka-Pawlak B, Hornowska E, Walkowiak H. & Zaba, R. (2013), "Hope as a psychological factor affecting quality of life in patients with psoriasis", *Applied Research in Quality of Life*, 8 (2): 273-283.
- Snyder CR. (2000), "The past and possible futures of hope", *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19(1): 11-28.
- Snyder, C, R. Ritschel, L, A. Ravid, L, K. Berg, C, J. (2006), "Balancing Psychological Assessments: Including Strengths and Hope in Client Reports". *Journal of Clinical Psychology*. 62 (1), pp: 33-46.
- Urciuoli O, Dello Buono M, Padoani W, De Leo D. (1998), "Assessment of quality of life in the oldest-olds living in the nursing homes and homes", *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 6: 507-514.

- Waterman AS. (1993), "Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment", *Journal of Personality and Social Psychology*, 64:678–691.
- Wills, T.A. (1985), *Supportive Functions of Interpersonal Relationships*, in S. Cohen & S.L. Syme (eds) *Social Support and Health*, pp. 61-82. New York: Academic Press.
- World Health Organization (1946), *Summary report on proceedings, minutes and final acts of the International Health Conference held in New York from 19 June to 22 July 1946*. United Nations, World Health Organization, Interim Commission. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85573>.
- Zhan, L. (1992), "Quality of life: conceptual and measurement issues", *Journal of Advanced Nursing*, 17, pp. 795–800.

