



Designing a Model on Quality of Life Components for the Elderly based on Social Changes in Iran

Adel Sojoodi^{1*}, Mohsen Niazi², Ali Farhadian³

1. Ph.D. Candidate in Sociology of Iran's Social Problems, University of Kashan, Kashan, Iran (Corresponding Author); adelsojodi@yahoo.com
2. Professor of Sociology, University of Kashan, Kashan, Iran; niazim@kashanu.ac.ir
3. Assistant Professor of Management, University of Kashan, Kashan, Iran; farhadian@kashanu.ac.ir

Review Article

Abstract

Background and Aim: With the rise of social and cultural changes in societies, the quality of life of the elderly as a multifaceted structure has become of interest to researchers and scholars. The purpose of this study is to design a model on the quality of life's components for the elderly based on social changes in Iran.

Method and Data: The research method used in this study is meta-synthesis. In the present paper, 21 published articles between 2003-2021 were selected for inclusion in the analysis.

Findings: We designed a model on the quality of life components for the elderly in Iran which includes two objective and subjective dimensions. Our designed model includes two categories and eleven subcategories. Results of analysis show that the researchers identified 11 concepts and the experts identified 10 concepts, with 8 concepts in common for both cases.

Conclusion: The objective dimension of the quality of life of the elderly includes the components of physical function, body pains, general health, physical role and economic ability. The components of the subjective dimension of quality of life of the elderly include vitality, mental health, emotions, sexual satisfaction, life satisfaction and quality of sleep. The designed model was validated based on the identification of quality of life's components.

Keywords: Quality of life, Elderly, Social changes, Meta-synthesis, Designing model

Key Message: In the coming years, the elderly population in Iran is increasing. Therefore, policymaking and macro planning regarding the quality of life of the elderly should lead to its improvement.

Received: 11 October, 2021

Accepted: 22 May, 2022

Citation: Sojoodi, A.; Niazi, M.; Farhadian, A. (2022) Designing a Model on Quality of Life Components for the Elderly based on Social Changes in Iran. *Journal of Social Continuity and Change*, 1(1): 185-200. <https://doi.org/10.22034/jscc.2022.2698>





طراحی الگوی مؤلفه‌های کیفیت زندگی سالمندان در پرتو تغییرات اجتماعی در ایران

عادل سجودی^{۱*}، محسن نیازی^۲، علی فرهادیان^۳

- ۱- دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران (نویسنده مسئول): adelsojodi@yahoo.com
۲- استاد جامعه‌شناسی، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران: niazim@kashanu.ac.ir
۳- استادیار مدیریت صنعتی، گروه مدیریت و اقتصاد، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران: farhadian@kashanu.ac.ir

مقاله مروری

چکیده

زمینه و هدف: امروزه با تغییرات اجتماعی و فرهنگی در جوامع، کیفیت زندگی سالمندان به مثابه سازه‌ای چندوجهی مورد توجه محققان و پژوهشگران است. هدف از این پژوهش، طراحی الگوی مؤلفه‌های کیفیت زندگی سالمندان بر اساس تغییرات اجتماعی در ایران است.

روش و داده‌ها: روش تحقیق این مطالعه، فراترکیب می‌باشد. در این مطالعه، نتایج پژوهش‌های پیشین با روش فراترکیب مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. همچنین از سال ۱۳۸۲ تا ۱۴۰۰ به تعداد ۲۱ مقاله برای تجزیه و تحلیل انتخاب شد.

یافته‌ها: با توجه به یافته‌های تحقیق طراحی الگوی کیفیت زندگی سالمندان در ایران شامل دو بُعد عینی و ذهنی می‌باشد. الگو طراحی شده مؤلفه‌های کیفیت زندگی سالمندان شامل دو مقوله و یازده زیرمقوله است که محققان ۱۱ مفهوم و خبرگان ۱۰ مفهوم را شناسایی کردند. در این بین هشت مفهوم مشترک بود.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج تحقیق، بُعد عینی کیفیت زندگی سالمندان مؤلفه‌های عملکرد جسمی، دردهای بدن، سلامت عمومی، نقش فیزیکی و توانایی اقتصادی را در بر می‌گیرد. مؤلفه‌های بُعد ذهنی کیفیت زندگی سالمندان شامل شادابی و نشاط، سلامت روانی، هیجانات و احساسات، رضایت جنسی، رضایت از زندگی و کیفیت خواب است. بر اساس شناسایی مؤلفه‌های کیفیت زندگی، الگوی ارائه و اعتبارسنجی شد.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، سالمندان، تغییرات اجتماعی، فراترکیب، طراحی الگو

پیام اصلی: با توجه به روند روزافزون سالمندی جمعیت ایران در سال‌های آینده، سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی کلان در مورد کیفیت زندگی سالمندان به منظور بهبود کیفیت زندگی آنان ضرورت دارد.

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۰۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۷/۱۹

ارجاع: سجودی، عادل؛ نیازی، محسن؛ فرهادیان، علی (۱۴۰۱). طراحی الگوی مؤلفه‌های کیفیت زندگی سالمندان در پرتو تغییرات اجتماعی در ایران، تداوم و تغییر اجتماعی، (۱): ۱۸۵-۲۰۰. <https://doi.org/10.22034/jscc.2022.2698>



مقدمه و بیان مسأله

ارتقای سطح زندگی از بدو خلقت تا به امروز همیشه هدف اصلی انسان بوده است. در سال‌های نه چندان دور، انسان برای رسیدن به این هدف فقط یک عامل را مدنظر داشت و آن بهبود شرایط اقتصادی زندگی بود. روزگاری انسان تنها عامل رسیدن به کیفیت مطلوب زندگی را داشتن رفاه مادی می‌دانست. اما امروزه عموماً پذیرفته اند که رفاه مادی یا بهزیستی اقتصادی تنها یک بعد از ابعاد مختلف کیفیت زندگی را تشکیل می‌دهد و تنها داشتن رفاه مادی موجب افزایش میزان کیفیت زندگی نمی‌شود. در واقع کیفیت زندگی خود مفهومی چند وجهی و سیال است که تمامی ابعاد زندگی انسان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و خود تحت تأثیر عوامل گوناگون است. بنابراین داشتن یک جامعه توسعه یافته در گرو مطلوب بودن کیفیت زندگی در آن جامعه است. به همین دلیل امروزه این مفهوم مورد توجه متخصصان رشته‌های علمی مختلف و موسسات پژوهشی متعددی قرار گرفته است (شمس‌الهی و کفاشی، ۱۳۹۲: ۱۶۲).

اصطلاح کیفیت زندگی دارای معانی گوناگون برای افراد و گروه‌های مختلف است. برخی آن را به عنوان قابلیت زیست‌پذیری یک ناحیه، برخی دیگر به عنوان اندازه ای برای میزان جذابیت و برخی به عنوان رفاه عمومی، بهزیستی اجتماعی، شادکامی، رضایت‌مندی و... تفسیر کرده اند. با این وجود، هنوز هم یک تعریف قابل قبول جهانی برای این مفهوم وجود ندارد، زیرا بسیاری از محققان بر این باورند که کیفیت زندگی مفهومی چند وجهی، نسبی، متأثر از زمان، مکان، ارزش‌های فردی و اجتماعی است. کیفیت زندگی به وسیله نیروهای بیرونی مرتبط با افراد یا گروه‌های اجتماعی مثل تکنولوژی تولید، زیرساخت‌ها، روابط با سایر گروه‌ها، نهادهای جامعه، محیط طبیعی و همچنین به وسیله نیروهای درونی مثل تعاملات درون جامعه و ارزش‌های شخص یا جامعه تعیین و تغییر می‌یابد. از این رو می‌توان به طور کلی کیفیت زندگی را سازه ای چند بعدی، متشکل از شرایط عینی زندگی و بهزیستی ذهنی تعریف کرد. بعد عینی، وضعیت ظاهری و ملموس زندگی را نمایش می‌دهد، اما بعد ذهنی شامل ادراکات و ارزش‌هایی افراد از وضعیت زندگی‌شان می‌باشد (رضوانی و همکاران، ۱۳۸۷: ۸۹).

کیفیت زندگی به مثابه مؤلفه ذهنی، از ادراک فرد از جایگاه خود در زندگی شکل می‌گیرد و با توجه به بستر فرهنگی و نظام ارزشی مرتبط با اهداف، استانداردها و آرزوهای هر فرد می‌باشد. کیفیت زندگی بر پایه خلاصه‌ای از ارزش‌ها، عقاید، سبب‌ها و تجارب شکل گرفته و راهی را برای شناخت و فهم شرایط و تجارب انسان در زندگی فراهم می‌کند (صمدی طاری و جهانگیر، ۱۳۹۷: ۲۰۸). گسترش مراقبت‌های بهداشتی اولیه، بهبود شرایط اقتصادی، پیدایش فناوری جدید پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری‌ها، موجب افزایش جمعیت افراد بالای ۶۰ سال شده است که به نوبه خود تغییرات اجتماعی و جمعیتی را در جامعه ایجاد می‌کند. با توجه به چشم‌انداز جمعیت جهان تا سال ۲۰۵۰، از هر شش نفر در جهان یک نفر بالای ۶۵ سال سن خواهد داشت. پیش‌بینی می‌شود تعداد افراد بالای ۸۰ سال سه برابر شود و از ۱۴۳ میلیون در سال ۲۰۱۹ به ۴۲۶ میلیون در سال ۲۰۵۰ برسد (United Nations, 2019).

به موازات تأثیرات چنین بهبودی در طول عمر، شاخص‌های آماری نشان می‌دهند که روند سالمندشدن جمعیت (بالای ۶۵ سال) در کشور ما نیز آغاز شده است، بر اساس آمار موجود در سال ۱۳۹۰، جمعیت سالمندان ایران ۸/۶ درصد بوده است، همچنین طی سال‌های ۱۳۴۵ تا ۱۳۹۰ جمعیت سالمندان ۴ برابر شده و در سال ۱۳۹۰ به حدود ۲ درصد از کل جمعیت کشور رسیده است. نگاهی به جمعیت سالمند کشور از سال ۱۳۳۵ تا ۱۳۹۰ نشان می‌دهد غیر از دهه ۵۵ تا ۶۵ که در کشور انقلاب و پس از آن نیز جنگ رخ داده است، در باقی سال‌ها، جمعیت سالمند رو به افزایش بوده است. نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵، گویای آن است که جمعیت سالمندی کشور به ۷۹۹۲۶۲۷ نفر رسیده که معادل ۹/۲ درصد جمعیت کشور است. سالخوردگی جمعیت بیش از هر چیز، معلول و محصول دو عامل جمعیت‌شناختی و تغییرات آن می‌باشد. نخست کاهش باروری و تداوم آن در یک دوره نسبتاً طولانی و دوم کاهش مرگ و میر و افزایش امید زندگی در تشدید یا تخفیف روند سالخوردگی جمعیت نقش دارد. به این ترتیب در روند انتقال جمعیت، تغییرات شگرفی در ساخت سنی جمعیت، پدید می‌آید که برخی از آن با عنوان انتقال سنی یاد می‌کنند. برخی از جامعه‌شناسان و پیری‌شناسان

همچون پیترو پیترسون، بر مبنای همین تغییرات سنی و سالخورده‌شدن از خاکستری‌شدن جمعیت سخن به میان آورده‌اند (Griffiths and Giddens, 2006: 287). در سال‌های آتی با روند پیری جمعیت در کشور یکی از مسائلی که توجه بسیاری از محققان و پژوهشگران را به خود جلب می‌کند، کیفیت زندگی سالمند است.

شناخت، اندازه‌گیری و بهبود کیفیت زندگی سالمندان از اهداف عمده محققان، برنامه‌ریزان و دولت‌ها در سال‌های آتی خواهد بود. یکی از ابزارهای سنجش کیفیت زندگی سالمندان، تحقیقات عملی است. زندگی جدید، تغییر ساختار خانواده و جامعه نگهداری سالمندان در خانواده را با چالش‌های فراوانی مواجهه کرده است. از این رو با تغییر مناسبات و روابط درون نهاد خانواده، مؤلفه‌های کیفیت زندگی سالمندان نیز دگرگون شده است. ضمن این که سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است که در آن از یک‌سو، منابع تأمین نیازها کاهش می‌یابد و از سوی دیگر، وسعت و نوع نیازها افزایش می‌یابد. مطالعه و ارزیابی کیفیت زندگی سالمندان و اتخاذ سیاست‌های مناسب برای ارتقای وضعیت جسمی، اجتماعی و روانی آنها، در چنین دوره حساسی، از ضروریات مطالعات سالمندی در ایران است. مدل‌های تحقیقات گوناگون کیفیت زندگی سالمندان در ایران، براساس نظریه‌های غیریومی تدوین شده است. لذا این مطالعه درصدد طراحی الگوی بومی کیفیت زندگی سالمندان براساس تغییرات اجتماعی در ایران است.

ملاحظات نظری

با توجه به این که مفهوم کیفیت زندگی ساحتی چندوجهی و سیال دارد، در این بخش به رویکردهای گوناگون پیرامون مفهوم کیفیت زندگی می‌پردازیم. بر اساس نظر آبرهام مازلو نیازهای انسان شامل جسمانی، ایمنی و امنیت، اجتماعی، عزت نفس و خودشکوفایی است. مازلو در نظریه خود، نیازها را در قالب یک نوع سلسله مراتب قرار می‌دهد. به این ترتیب تا زمانی که نیازهای سطح اول رفع نگردد، نیازهای سطح دیگر برطرف نمی‌شود. به عبارتی دیگر، از نظر او، نیازها با همان ترتیب تقدّم و تأخّر که عنوان می‌کند، ظاهر می‌شوند. هر نیاز پس از آنکه کلاً یا به طور نسبی ارضاء شد، جای خود را به نیاز برآورده نشده سطح بالاتر می‌دهد یا آنکه همان نیاز به صورت دیگر و با شدتی بیشتر تجلی می‌یابد. از دیدگاه چپیر کیفیت زندگی بازتاب عملی از پاسخ‌های فیزیکی، روانی و اجتماعی فرد به بیماری و درمان آنها است یعنی در واقع به بعد عملکردی فرد توجه دارد. شوماکر کیفیت زندگی را از بُعد روان‌شناسانه می‌نگرد و آن را رضایت کلی فرد از زندگی، بهزیستی و رفاه تعریف می‌کند (فیروزجاه، ۱۳۹۵: ۱۴). از نظر زان کیفیت زندگی یک مفهوم چندبُعدی است که شامل رضایت از زندگی تصور از خود عوامل بهداشتی عملکردی، اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، محیطی و سن را در بر می‌گیرد. مفهوم درک شده از کیفیت زندگی در نتیجه اثر متقابل بین شخص و محیط زندگی او است (حاجی‌میزابابا، ۱۳۹۲: ۴۷).

از نظر فینویک، ناگلیر و براون (۱۹۹۶) کیفیت زندگی مفهومی اجتماعی است و خود معنایی واقعی ندارد و بلکه صرفاً افراد در آن معنا می‌بخشند. بر اساس برداشت کامپ و همکاران مفهوم کیفیت زندگی به طور عمیقی از تفکر مرتبط با سلامت نشأت می‌گیرد و دیدگاه واحدی درباره علت آن وجود ندارد. آبرامز (۱۹۷۳) کیفیت زندگی را درجه‌ای از رضایت یا نارضایتی تعریف می‌کند که افراد در ابعاد مختلف زندگی‌شان آن را احساس می‌کنند. به عبارت دیگر کیفیت زندگی تدارک شرایط لازم برای شادی و رضایت می‌باشد (کاکاوند، ۱۳۹۵: ۳۴). براون کیفیت زندگی را با توجه به دو سطح خرد (فردی و ذهنی) و کلان (اجتماعی و عینی) تعریف می‌کند. شاخص‌های کلان کیفیت زندگی شامل درآمد، اشتغال، مسکن، آموزش و پرورش و سایر شرایط زندگی و محیطی است. شاخص‌های خرد شامل ادراکات کلی از کیفیت زندگی، تجارب و ارزش‌های فرد و معرف‌های مرتبط مانند رفاه، خوشبختی و رضایت از زندگی را در بر می‌گیرد (فرخی، ۱۳۸۶: ۱۳). کاتر (۱۹۸۵) کیفیت زندگی را به مثابه رضایت فرد از زندگی و محیط پیرامونی تعریف می‌کند که نیازها، خواسته‌ها،

ترجیحات سبک زندگی و سایر عوامل ملموس و غیرملموس را که بر بهزیستی همه جانبه فرد تأثیر دارند، در بر می‌گیرد (غفاری و امیدی، ۱۳۹۰: ۵).

کوچلر و اسکریر، کیفیت زندگی را دارای سه بُعد عمومی رابطه، زمان و تجربه می‌دانند؛ رابطه شامل مؤلفه‌های خانواده، گروه‌های اجتماعی، چارچوب فرهنگی-سیاسی و خود فرد است. دومین بُعد زمان است که به طور عمده بیانگر وضعیت موجود می‌باشد و تجارب زندگی و تاریخچه بیماری‌ها نیز در کنار هم، قسمت دیگر این بُعد را تشکیل می‌دهد. همچنین انتظاری که فرد ممکن است از آینده دور داشته باشد بر روی این بُعد اثر می‌گذارد. تجربه، سومین بُعد است که ایمان مذهبی، وضعیت اقتصادی-اجتماعی، (وضعیت مالی، سلامت جسمی، محیطی، شغل و اوقات فراغت) را در بر می‌گیرد. حوزه فردی نیز در برگیرنده نحوه ارتباط با خویشاوندان و دوستان، مهارت اشخاص در برقراری ارتباطات جدید و الگوی تماس‌های اجتماعی افراد می‌باشد.

گوتی و همکاران (۱۹۹۲) کیفیت زندگی را یک حالت رفاه و ویژه می‌دانند که در ترکیب با دو بُعد مشخص می‌شود، بعد توانایی انجام فعالیت‌های روزانه که خود با رفاه جسمی، روانی و اجتماعی مرتبط است و دومین بُعد رضایت بیمار در سطوح عملکردی و کنترل بیماری و درمان نشانه‌های وابسته به بیماری است. تستا و سیمونسون (۱۹۹۶) کیفیت زندگی را ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی می‌دانند که محدود به تجارب، اعتقادات، انتظارات و ادراک بیمار است (محمدی، ۱۳۹۳: ۲۳). نوردن فلت (۱۹۹۱) کیفیت زندگی را در ارتباط با خشنودی توصیف و تعریف نموده است که به نظر وی سنجش خشنودی افراد از طریق بررسی تجربی آنان از میزان حصول‌شان به آمال و آرزوهای‌شان انجام‌پذیر است و بر همین اساس این تجربه ممکن است برای افراد دیگر هم آن معنی و مفهوم را نداشته باشد (نظرزاده، ۱۳۸۸: ۲۷).

پترا بونک (۲۰۰۷) به بُعد ذهنی کیفیت زندگی توجه دارد. او معتقد است که کیفیت زندگی یک جامعه در واقع انعکاس ذهنی افراد جامعه در زمینه رضایت از زندگی است. کامنس (۲۰۰۰) کیفیت زندگی ذهنی را به عنوان یک مفهوم چندبُعدی تعریف کرده است. به نظر او، کیفیت زندگی شامل هفت حوزه زندگی می‌شود که هر فردی برحسب اهمیتی که هر حوزه برای او دارد، آن را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. لذا این هفت حوزه وزن‌های مختلفی از دید افراد پیدا می‌کنند. این هفت حوزه که از آن به عنوان شاخص‌های کیفیت زندگی یاد می‌کنند، شامل بهزیستی جسمانی، بهداشت، بهره‌وری، صمیمیت، امنیت، اجتماع و بهزیستی عاطفی می‌شود. فیلیپس (۲۰۰۶) در زمینه کیفیت زندگی به بررسی این مفهوم در ابعاد فردی و جمعی با استفاده از مؤلفه‌های عینی و ذهنی پرداخته است. از دید فیلیپس لازمه کیفیت زندگی فردی در بُعد عینی، نیازهای اساسی و برخوردار از منابع مادی جهت برآوردن خواسته‌های اجتماعی شهروندان است و در بُعد ذهنی به داشتن استقلال عمل تأکید دارد. افزایش رفاه ذهنی شامل مؤلفه‌های لذت‌جویی، رضایتمندی، هدفداری در زندگی و رشد شخصی، رشد و شکوفایی در مسیر سعادت و دگرخواهی، مشارکت در سطح گسترده‌ای از فعالیت‌های اجتماعی است. همچنین کیفیت زندگی در بُعد اجتماعی شامل ثبات و پایداری محیط اجتماعی، منابع اجتماعی درون‌گروهی، 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 می‌باشد.

یکی از مفاهیم اساسی در سالمندی، مفهوم سالمندی پویا است. واژه سالمندی پویا در اواخر دهه ۱۹۹۰ توسط سازمان بهداشت جهانی ابداع شد. سالمندی پویا، فرایند بهینه‌سازی فرصت‌ها برای سلامتی، مشارکت و امنیت به منظور افزایش کیفیت زندگی افراد رو به سالمندی است. سالمندی پویا، هم برای افراد و هم برای گروه‌های جمعیتی اعمال می‌شود. این مفهوم به مردم فرصت می‌دهد تا به نیرو و استعداد بالقوه خود برای داشتن سلامت جسمی، اجتماعی و روانی در طول دوره زندگی پی ببرند و در جامعه طبق نیازها، تمایلات و ظرفیت‌های‌شان مشارکت نمایند، ضمن این که برای آنها حفاظت، امنیت و مراقبت مکفی در زمان نیاز آنها فراهم گردد. کلمه فعال به

معنی تداوم مشارکت در امور اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، معنوی و روابط شهروندی است، نه فقط توانایی فعالیت جسمی و مشارکت در نیروی کار (حاجی‌میزابابا، ۱۳۹۲: ۵۱).

پس از این به مرور تحقیقات انجام شده، پیرامون کیفیت زندگی سالمندان می‌پردازیم. یافته‌های درویش‌پور کاخکی و عابدسعیدی (۱۳۹۲) نشان‌دهنده آن است که بین سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، همراهان زندگی و تعداد مراجعات سالیانه به پزشک با ابعاد مختلف کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان رابطه معنادار آماری وجود دارد. نتایج تحقیق حسینی‌نثار و همکاران (۱۳۹۶) حاکی از آن است که سه متغیر حمایت اجتماعی، مشارکت و تحصیلات با کیفیت زندگی سالمندان، هم به صورت دو به دو و هم به صورت توأمان، رابطه معنادار داشتند. بر اساس نتایج پژوهش رستم‌پور واجاری و همکاران (۱۳۹۹) از دیدگاه سالمندان مدرن، تغییر شکل خانواده، مشارکت اجتماعی، شهرنشینی، اشتغال زنان، سرمایه فرهنگی، شکاف نسلی، ارزشمند بودن جوانی، تغییرات اجتماعی و تکنولوژی به ترتیب بیشترین تأثیرات مثبت را بر کیفیت زندگی سالمندان می‌گذارد. اما از دیدگاه سالمندان سنتی متغیر معنویت، سرمایه اجتماعی و در مرحله بعد متغیر مشارکت اجتماعی و حمایت دولتی بیشترین تأثیر مثبت را بر کیفیت زندگی آنها دارد.

یافته‌های پژوهش یوسفی‌افراشته و رضایی (۱۴۰۰) نشان داد معنویت به واسطه خودشفقت‌ورزی و احساس انسجام، توان لازم برای پیش‌بینی کیفیت زندگی در بین سالمندان را دارد. هندری و مک ویتی (۲۰۰۴) در یک پژوهش کیفی بر روی سالمندان آمریکایی به این نتیجه رسیدند که سطح بالا یا متوسط سرمایه اجتماعی بر سلامت جسمانی و روانی سالمندان اثر می‌گذارد (به عنوان شاخصی از کیفیت زندگی). نتایج نشان داد سالمندانی که سرمایه اجتماعی بیشتری داشته‌اند و ضمن قرارگرفتن در شبکه‌های وسیع، مؤثر و عمیق اجتماعی با اعضای قابل اعتماد این شبکه‌ها ارتباطات مستمری داشته‌اند، در برخی شاخص‌های کیفیت زندگی هم‌چون سلامت روانی، جسمانی و رضایت از ابعاد مختلف زندگی وضعیت بهتری نسبت به هم‌تایان خود داشتند.

دیویدسون (۲۰۰۸) در تحقیقی با عنوان درک سالمندان آمریکایی و فنلاندی از حمایت اجتماعی به این نتیجه رسید که دریافت سطوح بالای حمایت اجتماعی می‌تواند به عنوان سپر در مقابل علایم روانی منفی مانند افسردگی، اضطراب و سطح پایین احترام به خود از سالمندان محافظت کند و یک منبع ضروری برای سلامت باشد. فلیکس ریکونا (۲۰۱۰) در پژوهشی به بررسی رابطه بین بهزیستی و حمایت اجتماعی و روابط اجتماعی در بین سالمندان پرداخت. نتایج حاکی از آن است که محیط بین شخصی افراد، بهزیستی احساسی یا شادمانی سالمندان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در واقع، درجه بهزیستی درونی سالمندان و شادکامی آنها با تعداد افرادی که زمینه اجتماعی بلافصل آنها را شکل می‌دهند، افزایش می‌یابد. این امر مؤید آن است که شبکه‌های شخصی و به ویژه شبکه‌های دوستی بر روی بهزیستی درونی و شادکامی سالمندان تأثیر خواهد داشت. یول هک (۲۰۱۴) رساله دکترا، با عنوان بهزیستی و کیفیت زندگی در اسکاتلند انجام داده است. در این بررسی، بین امید به زندگی، سلامتی روانی، اجتماعی، جسمانی و کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود داشت. شرتا و همکاران (۲۰۲۰) در تحقیقی به بررسی افسردگی و ارتباط آن با کیفیت زندگی در سالمندان نپال پرداختند. بر اساس یافته‌های تحقیق، ۱۵۹ فرد مسن، با میزان افسردگی ۳۹٫۶ درصد با میانگین سنی ۷۶ سال بودند. افسردگی نهادینه شده در مردان (۴۲ درصد) بیشتر بود. همچنین در این پژوهش، بین سن، جنس و وضعیت افسردگی ارتباط معنی‌داری وجود داشت.

ساین کاسر و کارمان (۲۰۲۱) در مطالعه‌ای به زندگی در قرنطینه؛ انزوای اجتماعی، تنهایی و کیفیت زندگی در افراد مسن در طول همه‌گیری کووید ۱۹ پرداختند. هدف این پژوهش، بررسی انزوای اجتماعی، تنهایی و کیفیت زندگی افراد مسن در طول دوره همه‌گیری کووید ۱۹- و ارائه پیشنهادات برای بهبود وضعیت سالمندان است. این تحقیق به بررسی تحقیقات علمی از دسامبر ۲۰۱۹ تا مارس ۲۰۲۱

در پایگاه‌های PubMed, Scopus, ProQuest, Cochrane Library و Cinahl می‌پردازد. با پالایش از تحقیقات انجام شده، ۷ مقاله گزینش شد. بر اساس یافته‌های این تحقیق، استفاده از فناوری و شبکه‌های اجتماعی منجر به تنه‌ای و انزوا در سالمندان شده است. بنابراین ضرورت دارد از طریق رفتاردرمانی و شناخت اجتماعی در جهت بهبود وضعیت سالمندان توجه شود. با توجه به مطالب طرح شده سؤالات زیر را می‌توان در مورد کیفیت زندگی سالمندان طراحی کرد.

۱- مؤلفه‌های عینی کیفیت زندگی سالمندان در ایران کدامند؟

۲- مؤلفه‌های ذهنی کیفیت زندگی سالمندان در ایران کدامند؟

روش و داده‌های تحقیق

روش این تحقیق از نوع کیفی است که با استفاده از روش‌شناسی فراترکیب انجام شده است. فراترکیب یکی از اقسام روش‌های فرامطالعه است. فراترکیب، نوعی مطالعه کیفی می‌باشد که اطلاعات و یافته‌های استخراج‌شده از مطالعات کیفی دیگر با موضوع مرتبط و مشابه را بررسی می‌کند. فراترکیب، مرور یکپارچه ادبیات کیفی موضوع مورد نظر نیست. همچنین تجزیه و تحلیل داده ثانویه و داده اصلی از مطالعات منتخب نیز نیست، بلکه تحلیل یافته‌های این مطالعه‌ها است. فراترکیب، ترکیب تفسیرهای داده‌های اصلی مطالعه‌های منتخب است. فراترکیب، بر مطالعه‌های کیفی که لزوم مبانی نظری وسیعی را شامل نمی‌شود، تمرکز دارد و به جای ارائه خلاصه جامعی از یافته‌ها، یک ترکیب تفسیری از یافته‌ها را ایجاد می‌کند. فراترکیب با فراهم کردن یک نگرش نظام‌مند برای پژوهشگران از طریق ترکیب پژوهش‌های کیفی مختلف به کشف موضوع‌ها و استعاره‌های جدید و اساسی می‌پردازد و با این روش، دانش جاری را ارتقا داده و یک دید جامع و گسترده‌ای را به مسائل به وجود می‌آورد. فراترکیب مستلزم این است که پژوهشگر بازنگری دقیق و عمیقی انجام دهد و یافته‌های پژوهش‌های کیفی مرتبط را ترکیب کند. از طریق بررسی یافته‌های مقاله‌های اصلی پژوهش، پژوهشگران واژه‌هایی را آشکار و ایجاد می‌کنند که نمایش جامع‌تری از پدیده تحت بررسی را نشان می‌دهد. مشابه نگرش نظام‌مند، استفاده از فراتلفیق نتیجه‌ای را حاصل می‌کند که بزرگتر از مجموع بخش‌هایش است (سهرابی و همکاران، ۱۳۹۰: ۱۴).

فراترکیب مشابه فراتحلیل، برای یکپارچه‌سازی چندین مطالعه برای ایجاد یافته‌های جامع و تفسیری صورت می‌گیرد. در مقایسه با رویکرد فراتحلیل کمی که بر داده‌های کمی ادبیات موضوع و رویکردهای آماری تکیه دارد، فراترکیب متمرکز بر مطالعات کیفی بوده، به ترجمه مطالعات کیفی به یکدیگر و فهم عمیق پژوهشگر برمی‌گردد (نیرومند و همکاران، ۱۳۹۱: ۱۸۱). ساندلوسکی و باروسو بر این باورند که افتدا و پایبندی به اصول فوق پژوهشگران و فراترکیب‌گران، مطالعه کیفی را در موقعیتی قرار می‌دهد که از ماهیت، بینش و ویژگی‌های خاص پژوهش‌های کیفی از جمله بینش بازاندیشی و انتقادی این پژوهش‌ها و ماهیت پیوسته پدیداری طرح‌های آن صیانت کنند و بتوانند از ارائه تفاسیر غلط و غیرواقعی از نتایج پژوهش و تجارب زیسته مشارکت‌کنندگان در آن اجتناب کنند (ودادهیر، ۱۳۸۹: ۳۳). در فراترکیب برای ارزیابی پایایی مدل طراحی‌شده از شاخص کاپا استفاده می‌شود؛ بدین طریق که خبرگان بدون اطلاع از نحوه ادغام کدها و مفاهیم ایجاد شده توسط محقق، اقدام به دسته‌بندی کدها در مفاهیم می‌کنند. سپس مفاهیم ارائه شده توسط شاخص کاپا ارزیابی می‌شود.

برای دستیابی به هدف پژوهش از روش فراترکیب، مطابق با الگوی سندلوسکی و باروسو (۲۰۰۷) استفاده شد. این الگو شامل هفت مرحله است.

گام اول، تنظیم سؤال پژوهش؛ برای تنظیم سؤال تحقیق از پارامترهای مختلفی مانند جامعه مورد مطالعه، چه چیزی، چه موقع و چگونگی روش استفاده می‌شود. در این پژوهش، این سؤال مورد کنکاش قرار گرفت، «مؤلفه‌های کیفیت زندگی سالمندان براساس مطالعاتی که در ایران صورت گرفته، کدامند؟»

گام دوم، مروری سامانمند ادبیات؛ برای گردآوری داده‌های پژوهش، از داده‌های ثانویه به نام اسناد و مدارک گذشته استفاده شده است. این اسناد و مدارک شامل کلیه پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه کیفیت زندگی سالمندان بوده است. در فراترکیب، متن پژوهش‌های گذشته به عنوان داده‌ها محسوب می‌شود. جامعه مورد بررسی این پژوهش شامل کلیه پژوهش‌های انجام گرفته در خصوص کیفیت زندگی سالمندان که از محل همایش‌ها، نشریات، کتب، پایگاه‌های اینترنتی تأمین شده است. با بررسی و شناسایی پژوهش‌ها از طریق سایت‌های جهاد دانشگاهی، پایگاه مجلات تخصصی نور، مقالات علمی کنفرانس‌های کشور، پایگاه نشریات کشور با کلیدواژه‌های مرتبط با کیفیت زندگی سالمندان یافت شد.

گام سوم، جستجو و انتخاب متون مناسب؛ فرایند بازمینی و پالایش از میان ۶۰ مقاله ۳۹ مورد آن حذف و ۲۱ پژوهش برای تجزیه و تحلیل اطلاعات انتخاب شدند. معیار گزینش مقاله‌ها، مؤلفه‌های بومی کیفیت زندگی سالمندان در ایران است.

گام چهارم، استخراج اطلاعات پژوهش؛ در پژوهش حاضر، اطلاعات پژوهش‌ها در جدولی دسته‌بندی شد. این جدول شامل، اطلاعات مؤلفه‌های کیفیت زندگی سالمندان، نام و نام‌خانوادگی پژوهشگران، سال انتشار مقاله است.

گام پنجم (بررسی و ترکیب نتایج)؛ هدف فراترکیب ایجاد تفسیر مستجم و نو از نتایج مطالعات انجام شده است. روش فراترکیب، شفاف‌سازی مفاهیم، الگوها، پالایش یافته‌های تحقیقات، مدل‌های عملیاتی و نظری را واکاوی می‌کند (فینفگلد، ۲۰۰۶). بر این اساس، پژوهشگر موضوع‌ها یا تم‌هایی را جستجو می‌کند که در بین تحقیقات حاضر در فراترکیب پدیدار می‌شود. در این پژوهش، نخست همه عوامل استخراج‌شده از تحقیقات به عنوان کد در نظر گرفته شد. سپس با در نظر گرفتن مفهوم هر یک از این کدها، در قالب مشابه دسته‌بندی شدند.

گام ششم (کیفیت نتایج تحقیق)؛ مدل طراحی‌شده از طریق جلسه‌های مشترک با خبرگان علوم اجتماعی و روانشناسی در دانشگاه کاشان ارائه شد. اعتبار مدل تحقیق، به دو شکل احصاء شده است؛ نخست، استفاده از اجزا مدل‌های ارائه شده پیشین که خود به اعتبار منجر می‌شود؛ دوم، تشکیل جلسه‌های مشترک بین متولیان رشته علوم اجتماعی و روانشناسی دانشگاه کاشان.

گام هفتم (اعلام نتایج)؛ در این مرحله یافته‌های حاصل از فراترکیب ارائه می‌شود. بر این مبنای ۲۱ مقاله برگزیده توسط محقق مورد بررسی قرار گرفت و مفاهیم مورد نیاز برحسب طراحی الگوی مؤلفه‌های کیفیت زندگی سالمندان در ایران، شناسایی شد. ترکیب یافته‌ها پس از اعمال نظر خبرگان دانشگاهی در دو مقوله و یازده زیرمقوله حاصل شد.

یافته‌ها

در این قسمت مؤلفه‌های کیفیت زندگی در مقالات مورد بررسی قرار گرفته است. می‌توان ویژگی‌های کلیدی مؤلفه‌های کیفیت زندگی را به شرح جدول ذیل ارائه نمود.

جدول ۱- مؤلفه‌های کیفیت زندگی سالمندان در ایران

مؤلفه‌های کیفیت زندگی سالمندان	حجم نمونه و میدان مطالعه	روش تحقیق	منبع
عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، ایفای نقش عاطفی، انرژی و نشاط، سلامت روانی، عملکرد اجتماعی، دردهای بدنی و سلامت عمومی	۴۰۰ نفر شهر تهران	توصیفی-همبستگی	درویش پور کاخکی، عابدسعیدی (۱۳۹۲)
عملکرد و امنیت اقتصادی، سلامت جسمی، احساس بهزیستی و احساس رضایت از زندگی	۳۸۴ نفر شهر تهران	پیمایش	موسوی و مصطفائی (۱۳۹۰)
فعالیت فیزیکی، درک کلی از سلامتی، ایفای نقش جسمی، فعالیت اجتماعی، ایفای نقش عاطفی، قوه یا نیروی حیاتی، سلامت روانی و درد جسمی	۳۸۹ نفر شهر کاشان	توصیفی-مقطعی	نجاتی و عشایری (۱۳۸۷)
عملکرد جسمانی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی، درد بدنی، سلامت عمومی، شادابی و نشاط، عملکرد اجتماعی و سلامت روانی	۲۰۳ نفر شهرستان شهریار	توصیفی-همبستگی	حاجی‌هاشمی و همکاران (۱۳۹۲)
عملکرد جسمانی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی، دردهای جسمانی، سلامت عمومی، شادابی و نشاط، عملکرد اجتماعی و سلامت روانی	۲۰۲ نفر شهر تهران	توصیفی-مقطعی	رفعتی و همکاران (۱۳۸۴)
سر زندگی، عملکرد اجتماعی، نقش هیجانی، سلامت روان، عملکرد جسمانی، نقش فیزیکی، درد بدنی و سلامت عمومی	۶۹ نفر شهرستان دشتی	توصیفی-مقطعی	فرهادی و همکاران (۱۳۹۰)
عملکرد جسمانی، محدودیت عملکرد جسمانی، عملکرد اجتماعی، درد بدنی، سلامت روانی، محدودیت در ایفای نقش به علت مسائل روانشناختی، سر زندگی و فعالیت، سلامت عمومی	۱۳۲ نفر جنوب شهر تهران	توصیفی-همبستگی	سادات میرسعیدی و افتخاراردبیلی (۱۳۹۳)
سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط	۲۴۲ نفر شهر تهران	توصیفی-همبستگی	عسگری و شفیعی (۱۳۹۶)
عملکرد فیزیکی، ایفای نقش جسمی، ایفای نقش عاطفی، عملکرد اجتماعی، سلامت عاطفی، سر زندگی و نشاط، درد بدن و سلامت عمومی	۸۷ نفر شهر کرد	توصیفی-مقطعی	ناصر و همکاران (۱۳۹۳)
فعالیت فیزیکی، سلامت عمومی، درد جسمی، عملکرد اجتماعی، سر زندگی، عملکرد روانی، عملکرد جسمی و سلامت روانی	۳۶۰ نفر شهر بوشهر	توصیفی-مقطعی	زحمتکشان و همکاران (۱۳۹۱)
سلامت جسمی، کیفیت خواب، عملکرد ذهنی، آرامش روانی، رضایت جنسی، توانایی اقتصادی و رضایت از زندگی	۴۰۰ نفر شهر رشت	پیمایش	حسینی نثار و همکاران (۱۳۹۶)
فعالیت فیزیکی، ایفای نقش جسمی، ایفای نقش عاطفی، قوه یا نیروی حیاتی، سلامت روانی، فعالیت اجتماعی، درد جسمی و درک کلی سلامت عمومی	۶۷۳ نفر شهر اصفهان	توصیفی-همبستگی	بابک و همکاران (۱۳۹۵)
عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی، سلامت روان	۴۵۷ نفر شهر تهران	توصیفی-مقطعی	سادات وحدانی نیا و همکاران (۱۳۸۴)
عملکرد جسمانی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی، درد جسمی، سلامت عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی و سلامت روان	۳۶۰ نفر شهر تهران	توصیفی-مقطعی	هروی کریموی و همکاران (۱۳۹۲)

رفاه معنوی، انسجام خانواده، استقلال، توانایی مشارکت اجتماعی، احساس توانمندی، احساس بیمار نبودن، امنیت و رفاه اجتماعی، روان سالم	۱۱۴۷ نفر شهر تهران	توصیفی-همبستگی	رجیبی و همکاران (۱۳۹۶)
درک کلی از سلامتی، فعالیت فیزیکی، ایفای نقش جسمی، درد جسمی، فعالیت اجتماعی، ایفای نقش عاطفی، نیروی حیاتی، سلامت روحی	۲۰۰ نفر شهر زاهدان	توصیفی-همبستگی	احمدی و همکاران (۱۳۸۳)
قلمرو سلامت جسمانی، قلمرو روحی و روانی، قلمرو ارتباطات اجتماعی و قلمرو محیطی	۱۹۰ نفر شهر خمین	پیمایش	یزدانیپور و سام‌آرام (۱۳۹۰)
سلامت عمومی، عملکرد جسمی، محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات جسمانی، درد جسمی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات روحی و سلامت روانی	۴۰۰ نفر شهرستان کامیاران	توصیفی-همبستگی	سالاری لک و همکاران (۱۳۹۱)
سلامت عمومی، عملکرد جسمانی، محدودیت جسمانی، مشکلات روحی، درد بدنی، عملکرد اجتماعی و انرژی و شادابی	۳۵۰ نفر شهر اصفهان	توصیفی-همبستگی	شهنازی و همکاران (۱۳۹۷)
سلامت روانی، سلامت عمومی، ایفای نقش عاطفی، ایفای نقش جسمانی، عملکرد اجتماعی، شادکامی، درد بدنی و عملکرد جسمانی	۵۶ نفر شهر تبریز	توصیفی-مقطعی	قادری و مصطفایی (۱۳۹۳)
سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و محیط زندگی	۳۷۰ نفر شهر زنجان	توصیفی-همبستگی	یوسفی افراشته و رضایی (۱۴۰۰)

با توجه به جدول فوق، غالب مطالعات صورت گرفته در مورد کیفیت زندگی سالمندان با روش توصیفی-همبستگی است و در شهر تهران انجام شده است. مؤلفه‌های بُعد عینی کیفیت زندگی سالمندان در تحقیقات انجام شده شامل عملکرد فیزیکی، دردهای جسمی، سلامت عمومی و وضعیت اقتصادی می‌باشد. همچنین بُعد ذهنی کیفیت زندگی سالمندان در تحقیقات انجام شده شامل شادکامی، سلامت روانی، رضایت جنسی و رضایت از زندگی است. الگو طراحی شده تحقیق شامل دو مقوله و یازده زیرمقوله می‌باشد. پژوهشگر ۱۱ مفهوم و خبره دیگر ۱۰ مفهوم را شناسایی کردند در این بین ۸ مفهوم مشترک هستند.

جدول ۲- وضعیت تبدیل کدها به مفاهیم

نظر محقق				
مجموع	خیر	بله		
9	B=1	A=8	بله	نظر خبره دیگر
3	D=0	C=3	خیر	
12	1	11	مجموع	

$$\text{توافقات مشاهده شده} = \frac{a+d}{n} = \frac{8}{12} = 0.666$$

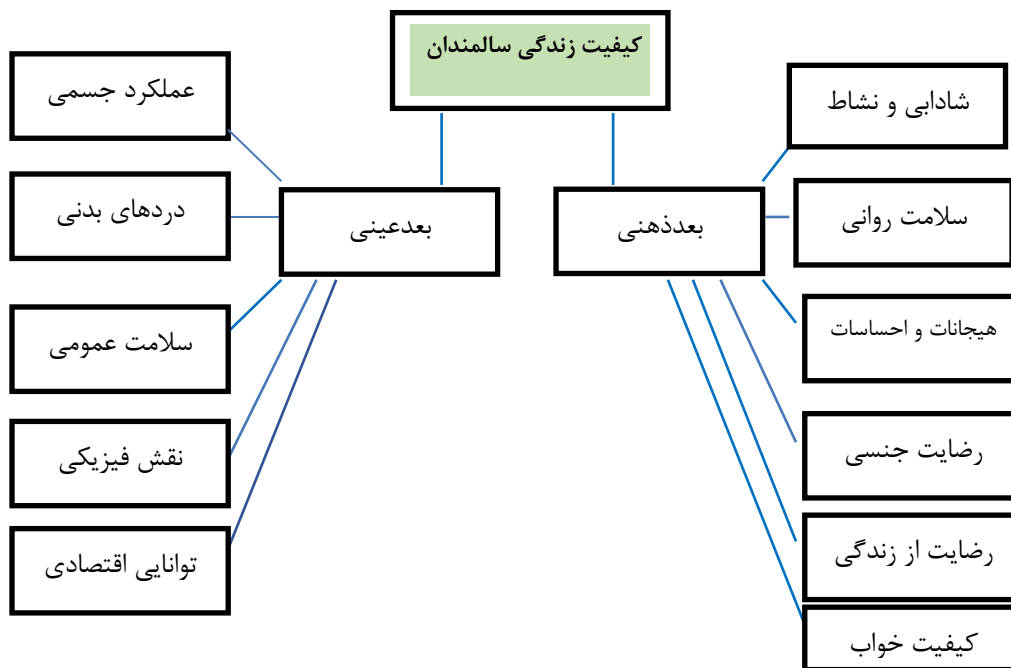
مقدار شاخص کاپا معادل با ۰/۶۶۶ محاسبه شد. براساس وضعیت شاخص کاپا (جدول ۳) در سطح معتبری قرار دارد.

جدول ۳- وضعیت شاخص کاپا

ضعیف	۰
بی‌اهمیت	۰-۰/۲
متوسط	۰/۲۱-۰/۴
مناسب	۰/۴۱-۰/۶
معتبر	۰/۶۱-۰/۸
عالی	۰/۸۱-۱

$$\text{توافقات احتمالی} = \frac{a+b}{n} \times \frac{d+c}{n} + \frac{c+a}{n} \times \frac{b+d}{n} = \frac{8+1}{12} \times \frac{0+3}{12} + \frac{3+8}{12} \times \frac{1+0}{12}$$

با توجه به بررسی صورت گرفته از مقالات پالایش شده از سال ۱۳۸۲ تا سال ۱۴۰۰ سالمندان در ایران، مؤلفه‌های کیفیت زندگی به شرح ذیل استخراج شده است.



شکل ۱- الگوی مؤلفه‌های کیفیت زندگی سالمندان در ایران

بحث و نتیجه‌گیری

تغییرات اجتماعی، فناوری و فرهنگی دشواری‌های مختلفی از قبیل عزت سالمندان، تغییر ساختار نظام خانواده و خویشاوندی از حالت گسترده به خانواده هسته‌ای، از دست دادن اشتغال خارج از خانه، کاهش عزت نفس و احترام، ظهور زندگی ماشینی، مهاجرت‌ها و جابجایی خانواده‌ها در جهت امرار معاش و تحصیل، روند جدازستی خانواده‌ها از همدیگر به

ویژه در شهرها، مسائل عدیده‌ای برای سالمندان به وجود آورده است. امروزه با تغییر جمعیتی در نوک هرم سنی و همچنین کاهش باروری با سالخوردگی مواجه هستیم. اغلب سالمندان در انجام فعالیت‌های روزانه توانمند هستند. با این وجود، سالمندی به عنوان فرایند زیستی منجر به تغییرات اجتماعی-فیزیولوژیکی و روانی شده است و به عنوان یک پدیده خاص اجتماعی مطرح می‌گردد.

با توجه به این که در تحقیقات انجام شده از مدل غیربومی برای کیفیت زندگی سالمندان در ایران استفاده شده است؛ از این رو، رویکرد فراترکیب یک روش تحقیق اکتشافی برای استخراج و ایجاد یک چارچوب مشترک برای نتایج تحقیقات گوناگون در حوزه کیفیت زندگی سالمند در ایران است. بر این اساس در فراترکیب، محقق واژه‌هایی را آشکار می‌نماید که نمایش جامع‌تری از پدیده تحت بررسی را بازنمایی کند. در واقع، فراترکیب با یکپارچه کردن تحقیقات چندگانه کیفیت زندگی سالمندان در ایران یافته‌های تفسیری و جامعی را خلق می‌نماید. لذا، این تحقیق درصدد طراحی الگوی بومی کیفیت زندگی سالمندان در ایران است. در واقع، این پژوهش با پویایی تفکر، تفسیر، انعکاس و بصیرت‌های ایجاد شده از مراحل فراداده و فراروش، ترکیب جدیدی از یافته‌های مطالعات کیفیت زندگی سالمندان در ایران را یکپارچه کرد. هدف این بررسی کیفی، طراحی الگوی مؤلفه‌های کیفیت زندگی سالمندان بر اساس تغییرات اجتماعی در ایران است. از بررسی ۲۱ مقاله منتخب، کیفیت زندگی سالمندان به دو بُعد عینی و ذهنی تقسیم شدند.

مؤلفه‌های بُعد عینی کیفیت زندگی سالمندان عملکرد جسمی، دردهای بدن، سلامت عمومی، نقش فیزیکی و توانایی اقتصادی است. مؤلفه‌های بُعد ذهنی کیفیت زندگی سالمندان شامل شادابی و نشاط، سلامت روانی، هیجانات و احساسات، رضایت جنسی، رضایت از زندگی و کیفیت خواب می‌باشد. در اکثر مقالات مورد بررسی از سال ۱۳۸۲ تا ۱۴۰۰ در مورد کیفیت زندگی سالمندان در ایران، بر هشت مؤلفه عملکرد جسمانی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی، دردهای جسمانی، سلامت عمومی، شادابی و نشاط، عملکرد اجتماعی و سلامت روانی تأکید داشتند. مقاله حسینی‌نثار و همکاران (۱۳۹۶) چند مؤلفه منحصر به فرد کیفیت زندگی سالمندان را مورد سنجش قرار داد. در این مقاله، مؤلفه‌های کیفیت زندگی رضایت جنسی و کیفیت خواب سالمندان مورد ارزیابی قرار گرفت که در سایر مقالات مربوط به کیفیت زندگی سالمندان مشاهده نشده است.

همچنین با توجه به بررسی صورت گرفته از مجموع مقالات، پیرشدن موفقیت‌آمیز از نظر روانی، در توانایی فرد برای سازگاری با فقدان‌های جسمی، روانی و اجتماعی و دستیابی به خرسندی و وقار و آرامش و رضایت از زندگی انعکاس می‌یابد. سالمندان برای مواجهه با تغییرات اجتماعی و فناوری به مهارت‌مدارا و انعطاف‌پذیری نیاز دارند و داشتن استقلال به بهبود کیفیت زندگی سالمند کمک می‌کند. سالمندی دارای شرایط خاصی است، دورانی که در آن فرد به حداکثر تکامل و انسجام رسیده است. سالمندان به دنیا نگاه خاص دارند که حداقل دلبستگی‌های دنیوی و تغییر دیدگاه ارزشی را در این دوران سبب می‌شود. با توجه به تغییرات اجتماعی و اقتصادی در اکثر کشورهای جهان مسائل پیرامون سالمندان از قبیل بالارفتن هزینه‌های خدمات بهداشتی و رفاهی به موازات نیاز به فراهم کردن خدمات برای تعداد روز افزونی از سالمندان پیچیده شده است و نیاز به برنامه‌ریزی و سیاستگذاری جامع و دقیق دارد. در گذشته حمایت از سالمندان معمولاً از طریق توافقات

غیررسمی خانواده و جامعه ارائه می‌شد. اما امروزه این گونه توافقات و ارائه حمایت‌های مورد نیاز سالمندان تقریباً در همه جوامع تضعیف شده است. در اکثر جوامع پیشرفته حمایت از سالمندان توسط مراقبت‌های بهداشتی دولتی و سازمان‌های بازنشستگی خصوصی ارائه می‌گردد.

باتوجه به تغییرات اجتماعی و فناوری در جوامع مدرن، مفهومی به نام سالمندی پویا به وجود آمده است. سالمندی پویا، می‌تواند در بالندگی و بهبود وضعیت این گروه اجتماعی مؤثر باشد. هدف سالمندی پویا، افزایش طول عمر توأم با سلامتی و ارتقای کیفیت آن برای تمام مردم از جمله افراد ضعیف، ناتوان و آنهایی که نیازمند مراقبت مستمر هستند، می‌باشد. لذا در چارچوب سالمندی پویا، سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌هایی که سلامت روانی و روابط اجتماعی را ارتقاء می‌بخشد، از اهمیت بالایی برخوردار است. حفظ استقلال و عدم وابستگی سالمندان، یک هدف کلیدی هم برای خود افراد و هم برای سیاست‌گذاران است. علاوه بر این، سالمندی در بستر یا زمینه‌ای اجتماعی رخ می‌دهد. کیفیت زندگی سالمندان به مخاطرات و موقعیت‌هایی که در طول زندگی با آن روبه رو شدند و به روش حمایتی نسل مراقبت‌کننده آنها، بستگی دارد. از محدودیت‌های تحقیق این است که صرفاً مقالات فارسی کیفیت زندگی سالمندان مورد بررسی قرار گرفته‌اند و مقالات انگلیسی کیفیت زندگی سالمندان ایرانی واکاوی نشده‌اند.

منابع

- احمدی، فضل ا...، سالار، علیرضا، فقیه‌زاده، سقراط (۱۳۸۳). بررسی کیفیت زندگی سالمندان شهر زاهدان. *مجله حیات*، ۱۰(۳)، ۶۷-۶۱.
- بابک، آناهیتا، دانش‌پژوه‌نژاد، پرنیان، داوری، سهیلا، عقدک، پژمان، پیرحاجی، امید، جهانگیری، پگاه (۱۳۹۵). بررسی کیفیت زندگی سالمندان تحت پوشش مراکز بهداشتی-درمانی استان اصفهان و ارتباط آن با افسردگی و شاخص توده بدنی. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، ۳۴(۳)، ۸۹۲-۸۸۵.
- حاجی‌میرزا بابا، المیرا (۱۳۹۲). بررسی کیفیت زندگی سالمندان شهر تهران و عوامل مرتبط با آن (مطالعه موردی منطقه ۶). پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد. گروه برنامه ریزی و رفاه اجتماعی. دانشکده علوم اجتماعی. دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
- حاجی‌هاشمی، زهرا، وامقی، روشنگر، منتظری، علی، سهرابی، محمدرضا، اکبری کامرانی، احمدعلی (۱۳۹۲). بررسی مقایسه ای کیفیت زندگی در سالمندان شهری و روستایی. *پایش*، ۱۲(۳)، ۲۶۲-۲۵۵.
- حسینی‌نثار، مجید، زنجانی، حبیب‌اله، سی میرزایی، محمد، کلدی، علیرضا (۱۳۹۶). بررسی کیفیت زندگی سالمندان در استان گیلان و عوامل مؤثر بر آن. *توسعه اجتماعی ایران*، ۱۰(۱)، ۷۵-۸۸.
- درویش‌پور کاخکی، علی، عابدسعیدی، ژیلا (۱۳۹۲). بررسی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی وابسته به سلامت سالمندان شهر تهران. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی*، ۲۳(۳)، ۱۶-۸.

رجبی، محسن، جهانشیری، سمیه، کاشانی موحد، بهاره، رضایی‌حسین‌آبادی، حسین، حسینی شفیع‌آبادی، مصطفی، محمد قشقایی، افشان، بهرامی، علیرضا، منصوری، شعله (۱۳۹۶). سنجش کیفیت زندگی سالمندان شهر تهران و عوامل مرتبط با آن. *پایش، ۱۶*(۴)، ۵۴۱-۵۳۱.

رستم‌پور واجاری، منیر، امیر مظاهری، امیر مسعود، کاشانی، مجید (۱۳۹۹). مقایسه جامعه‌شناختی تأثیر سرمایه اجتماعی بر کیفیت زندگی سالمندان و سستی و مدرن (مورد مطالعه: سالمندان شهر رشت). *مدیریت سرمایه اجتماعی، ۷*(۴)، ۶۱۱-۵۸۷.

رضوانی، محمدرضا، شکیبا، علیرضا، منصوریان، حسین (۱۳۸۷). ارزیابی کیفیت زندگی در نواحی روستایی. *رفاه اجتماعی، ۸*(۳)، ۵۹-۳۵.

رفعتی، نرگس، یآوری، پروین، محرابی، یدا...، منتظری، علی (۱۳۸۴). کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر ساکن در آسایشگاه خیریه کهریزک تهران. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۳*(۲)، ۹-۱.

زحمتکشان، نسرين، باقرزاده، راضیه، اکابریان، شرافت، یزدانخواه‌فرد، محمدرضا، میرزایی، کامران، یزدانپناه، سیامک، خرم رودی، رزیتا، غریبی، طیبیه، کمالی دشت ارژنی، فرحناز، جمند، طیبیه (۱۳۹۱). بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر بوشهر. *مجله علوم پزشکی فسا، ۲*(۱)، ۵۸-۵۳.

سادات میرسعیدی، زهره، افتخار اردبیلی، حسن (۱۳۹۳). بررسی کیفیت زندگی و متغیرهای دموگرافیک مؤثر بر آن در سالمندان تحت پوشش مرکز بهداشت جنوب تهران. *سالمند، ۹*(۴)، ۳۲۶-۲۶۸.

سادات‌وحدانی‌نیا، مریم، گشتاسی، آریتا، منتظری، علی، مفتون، فرزانه (۱۳۸۴). کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در سالمندان: مطالعه‌ای جمعیتی. *پایش، ۴*(۲)، ۱۲۰-۱۱۳.

سالاری‌لک، شاکر، گرگین‌کرجی، لیدا، امیری، سعیده (۱۳۹۱). بررسی کیفیت زندگی سالمندان ساکن شهرستان کامیاران. *مطالعات پزشکی، ۲۴*(۱)، ۲۹-۲۴.

سهرابی، بابک، اعظمی، امیر، یزدانی، حمیدرضا (۱۳۹۰). آسیب‌شناسی پژوهش‌های انجام شده در زمینه مدیریت اسلامی با رویکرد فراترکیب. *چشم‌انداز مدیریت دولتی، ۶*(۲)، ۲۴-۹.

شمس‌الهی، سیمین، کفاشی، مجید (۱۳۹۲). عوامل اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر کیفیت زندگی شهروندان شهر تهران. *پژوهش اجتماعی، ۳*(۳)، ۱۸۱-۱۶۱.

شهنازی، حسین، سبحانی، آمنه، چرکزی، عبدالرحمان (۱۳۹۷). بررسی ارتباط بین ابعاد مختلف سبک زندگی با کیفیت زندگی سالمندان. *مجله علوم پزشکی سبزوار، ۲۵*(۳)، ۳۷۰-۳۶۳.

صمدی طاری، مریم، جهانگیر، پانته (۱۳۹۷). پیش‌بینی کیفیت زندگی بر اساس طرحواره‌های ناسازگار و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به بیماری ام اس مراجعه کننده به انجمن ام اس تهران. *رویش روانشناختی، ۷*(۲۸)، ۲۱۹-۲۰۷.

- عسگری، شهناز، شفیع، حسن (۱۳۹۶). پیش‌بینی کیفیت زندگی سالمندان بر اساس انسجام درونی، ذهن آگاهی و هوش معنوی. *پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت*، ۳(۳)، ۷۴-۶۱.
- غفاری، غلامرضا، امید، رضا (۱۳۹۰). *کیفیت زندگی (شاخص توسعه اجتماعی)*. تهران: نشر شیرازه.
- فرخی، جواد (۱۳۸۶). کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد. گروه مددکاری اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی. دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
- فرهادی، اکرم، فروغان، مهشید، محمدی، فرحناز (۱۳۹۰). کیفیت زندگی سالمندان روستایی: مطالعه‌ای در شهرستان دشتی استان بوشهر. *سالمند*، ۶(۲)، ۴۶-۳۸.
- فیروزجاه، بیژن (۱۳۹۵). بررسی کیفیت زندگی سالمندان ساکن در خانه و ساکن در سرای سالمندان. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد. گروه مشاوره و توانبخشی. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی. دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
- قادری، داود، مصطفایی، علی (۱۳۹۳). بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی و کیفیت زندگی در سالمندان مرد ساکن در خانه و ساکن در خانه سالمندان شهرستان تبریز. *سالمند*، ۹(۱)، ۲۱-۱۴.
- کاکاوند، یونس (۱۳۹۵). بررسی عوامل اجتماعی فرهنگی مرتبط با کیفیت زندگی در بین سالمندان شهر کرمانشاه با تأکید بر ابعاد مختلف حمایت اجتماعی. پایان‌نامه دکترای. گروه علوم اجتماعی. دانشکده علوم اجتماعی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز.
- محمدی، رضا (۱۳۹۳). بررسی تطبیقی کیفیت زندگی سالمندان شهری و روستایی شهرستان زنجان. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد. گروه برنامه ریزی و رفاه اجتماعی. دانشکده علوم اجتماعی. دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
- مختاری، مریضه، نظری، جواد (۱۳۸۹). *جامعه‌شناسی کیفیت زندگی*. تهران: انتشارات جامعه‌شناسان.
- موسوی، مرضیه، مصطفائی، اقدس (۱۳۹۰). تحلیل کیفیت زندگی سالمندان بازنشسته شهر تهران. *برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، ۳(۳)، ۱۶۳-۱۳۷.
- ناصر، لادن، علی‌شیحی، رحیم، رفیعی، فروغ (۱۳۹۳). کیفیت زندگی سالمندان مقیم سراهای سالمندی و برخی عوامل مرتبط با آن. *مجله پرستاری ایران*، ۲۷(۸۷)، ۷۸-۶۷.
- نجاتی، وحید، عشایری، حسن (۱۳۸۷). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان شهرستان کاشان. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۴(۱)، ۶۱-۵۶.
- نظرزاده، فرزانه (۱۳۸۸). مقایسه کیفیت زندگی زنان و مردان سالمند عضو کانون جهاندیدگان فدک. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد. گروه مطالعات زنان. دانشکده ادبیات علوم انسانی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- نیرومند، پوراندخت، رنجبر، محبوبه، سعدی، محمدرضا، امیرشاهی، میراحمد (۱۳۹۱). شناسایی و طبقه‌بندی مدل‌های کسب و کار موبایل مبتنی بر رویکرد فراترکیب. *فصلنامه مدیریت فناوری اطلاعات*، ۴(۱)، ۲۰۱-۱۷۹.
- ودادهیر، ابوعلی (۱۳۸۹). فراترکیب نتایج واکاوی‌های کیفی و مطالعات فرهنگی، واقعیت یا توهم. *برگ فرهنگ*، ۱۱(۲)، ۲۴-۴۵.

- هروی کریموی، مجیده، رژه، ناهید، منتظری، علی (۱۳۹۲). کیفیت زندگی سالمندان و تجربه سوء رفتار توسط اعضای خانواده. *پایش*، ۱۲(۵)، ۴۷۹-۴۸۸.
- یزدانپور، فاطمه، سام‌آرام، عزت‌اله (۱۳۹۰). عوامل مرتبط با کیفیت زندگی سالمندان (شهرستان خمین). *برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، ۳(۶)، ۴۵-۶۳.
- یوسفی افراشته، مجید، رضایی، شمسی (۱۴۰۰). معنویت و کیفیت زندگی در سالمندان نقش میانجی خودشفقت‌ورزی و احساس انسجام. *فصلنامه روانشناسی پیری*، ۷(۲)، ۱۵۱-۱۳۷.
- Bandayrel, K., Wong, S. (2011). Systematic Literature Review of Randomized Control Trials Assessing the Effectiveness of Dwelling Older Adults. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 43(4), 251-262.
- Davidson, L. M. (2008). United States and Finnish Adolescents, perceptions of social support: Across-Cultural Analysis. *School Psychology International*. 28(1), 360-365.
- Diener, E., & Seligman, M. E. P. (2004). Beyond Money: Toward an Economy of Well-Being. *Psychological Science in the Public Interest*, 5(1), 1-31. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2004.00501001.x>
- Diener, Ed, & Scollon, C.N. (2003). *Subjective Well-Being Is Desirable, but Not the Summum Bonum*. Paper presented at the Workshop on Well-Being, Minneapolis, MN, USA. Online Available at: https://ink.library.smu.edu.sg/soos_research/912
- Fayers P M, Machin D. (2000). *Quality of Life Assessment, Analysis and Interpretation*. John Willey, New York.
- Finfgeld-Connett D. (2006) Meta-synthesis of presence in nursing, *Journal of Advanced Nursing*, 55(6), 708-714.
- Giddens, A. Griffiths. S. (2006). *Sociology*. Fifth Edition, London: Politi Prees.
- Gotay, C., Korn, L., McCabe, M., Moore, T.D., Cheson, B. (1992). Quality-of-life assessment in cancer treatment protocols: research issues in protocol development. *Journal of the National Cancer Institute*, 84(4):76-101.
- Hendry, F., & McVittie, C. (2004). Is quality of life a healthy concept? Measuring and understanding life experiences of older people. *Qualitative health research*, 14(7), 961-975. <https://doi.org/10.1177/1049732304266738>
- Nilsson, J., Rana, A. K., & Kabir, Z. N. (2006). Social capital and quality of life in old age: results from a cross-sectional study in rural Bangladesh. *Journal of aging and health*, 18(3), 419-434. <https://doi.org/10.1177/0898264306286198>
- Philips, D. (2006). *Quality of life; Cocepts, Policy & Practice*. London & New York.

- Requena, F. (2010). Social capital, satisfaction and quality of life in the workplace. *Social Indicators Research*, 61(3), 331-360.
- Sayin Kasar, K., & Karaman, E. (2021). Life in lockdown: Social isolation, loneliness and quality of life in the elderly during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *Geriatric Nursing* 42(5), 1222–1229. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.03.010>
- Shrestha, K, Ojha, S, Dhungana, S. Shrestha, S. (2020). Depression and its association with quality of life among elderly: An elderly home- cross sectional study. *Journal of Neurology, Psychiatry and Brain Research*, 38(3), 1- 4. <https://doi.org/10.1016/j.npbr.2020.08.003>
- Sousa, L., & Lyubomirsky, S. (2001). Life satisfaction. In J. Worell (Ed.), *Encyclopedia of Women and Gender: Sex Similarities and Differences and the Impact of Society on Gender*, (Vol. 2, pp. 667-676). San Diego, CA: Academic Press.
- Testa, M. A., & Simonson, D. C. (1996). Assessment of quality-of-life outcomes. *The New England journal of medicine*, 334(13), 835–840. <https://doi.org/10.1056/NEJM199603283341306>
- Ul Haq, Zia (2014). Adiposity and Subjective Well-being, PhD. Thesis, University of Glasgow.
- United Nations (2019). Global Issues: Ageing, Online available at: <https://www.un.org/en/global-issues/ageing>