

بررسی کیفیت زندگی سالمندان در استان گیلان و عوامل موثر بر آن

مجید حسینی نثار^۱، حبیب اله زنجانی^۲، سید محمد سید میرزایی^۳، علیرضا کلدی^۴

چکیده

مقایسه جمعیت سالمندی گیلان با کشور، نشان از آن دارد که درصدی سالمندی گیلان، ۴ درصد بیشتر از درصد سالمندی کشور است و گیلان، حایز رتبه اول سالمندی در بین استان ها است. با توجه به افق جمعیتی استان گیلان، انتظار می رود این نسبت همچنان افزایش یابد و این مبحث به چالشی بزرگ برای استان تبدیل شود. هدف از این تحقیق، شناخت وضعیت موجود از نظر کیفیت زندگی سالمندان و برنامه ریزی برای آینده آنان است. چارچوب نظری تحقیق به صورت تلفیقی است. متغیر کیفیت زندگی هم به صورت عینی و هم به صورت ذهنی مورد بررسی قرار می گیرد. ابعادی از کیفیت زندگی مانند توانایی اقتصادی، سلامت، عملکرد ذهنی و همچنین مشارکت اجتماعی بر اساس نظریه فرانس، تنظیم شده است. حمایت اجتماعی نیز بر اساس نظریه لین، مورد سنجش و بررسی قرار گرفته است. روش تحقیق براساس رهیافت علمی و از نوع پیمایش است و از پرسشنامه برای جمع آوری اطلاعات، استفاده می شود. نمونه ها شامل ۴۰۰ نفر از سالمندان استان گیلان هستند که به روش خوشه ای چند مرحله ای انتخاب شده اند. نتایج 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 دارند. همچنین بر اساس ضریب بتای رگرسیون، به ترتیب از بیشترین تا کم ترین همبستگی، می توان مشارکت، حمایت اجتماعی و تحصیلات را نام برد. مجموع این سه متغیر، ۵۷ درصد از تغییرات کیفیت زندگی را تبیین می کنند.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، سالمندی، حمایت اجتماعی، مشارکت، گیلان.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۱۰/۰۴

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۱۲/۲۲

^۱ دانشجوی دکتری جامعه شناسی، گرایش مسایل اجتماعی ایران، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (Email: Hoseini.fm@gmail.com)

^۲ دانشیار جمعیت شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (نویسنده مسئول) (Email: h-zanjani@srbiau.ac.ir)

^۳ استاد جمعیت شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (Email: m-mirzaie@srbiau.ac.ir)

^۴ استاد جامعه شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (Email: Arkald@yahoo.com)

مقدمه

یکی از مهمترین موضوعات روز جمعیتی که توجهات زیادی را به خود جلب کرده است، سالخوردگی جمعیت می‌باشد. گسترش مراقبت‌های بهداشتی اولیه، بهبود شرایط اقتصادی و اجتماعی و پیدایش فناوری‌های جدید پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری‌ها، موجب افزایش جمعیت افراد ۶۰ ساله به بالا شده است که این افراد طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سالمند نامیده می‌شوند (World Health Organization, 2007). حدود ده درصد جمعیت جهان در سال ۲۰۰۰ را سالمندان تشکیل می‌دادند و پیش‌بینی شده است که این رقم تا سال ۲۰۵۰ به ۲۱ درصد خواهد رسید و در واقع از هر ۵ نفر ۱ نفر سالمند خواهد بود (Bandayrel, 2011, p 252). به موازات تاثیرات چنین بهبودی در طول عمر، شاخص‌های آماری نشان می‌دهند که روند سالمند شدن جمعیت در کشور ما نیز آغاز شده است، براساس آمار موجود در سال ۱۳۹۰، جمعیت سالمندان ایران ۸/۲۶ درصد بوده است، همچنین طی سال‌های ۱۳۴۵ تا ۱۳۹۰ جمعیت سالمندان ۴ برابر شده و در سال ۱۳۹۰ به حدود ۶/۲ میلیون نفر و ۸/۳ 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. بر اساس نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵، می‌توان گفت جمعیت سالمندی کشور به ۷۹۹۲۶۲۷۰ نفر رسیده که معادل ۹/۲ درصد از جمعیت کشور است و ۱ درصد، افزایش جمعیت سالمندی نسبت به سال ۱۳۹۰ را نشان می‌دهد. سالخوردگی جمعیت بیش از هر چیز، معلول و محصول دو عامل جمعیت‌شناختی و تغییرات آن‌ها می‌باشد. اول؛ کاهش باروری و تداوم آن در یک دوره نسبتاً طولانی و دوم؛ کاهش مرگ و میر و افزایش امید زندگی در کنار آن‌ها، مهاجرت هم می‌تواند در تشدید یا تخفیف روند سالخوردگی جمعیت نقش داشته باشد. به این ترتیب در روند انتقال جمعیت، تغییرات شگرفی در ساخت سنی جمعیت، پدیده می‌آید که برخی از آن با عنوان انتقال سنی^۱ یاد می‌کنند. برخی از جامعه‌شناسان و پیری‌شناسان همچون پتر پیترسون^۲ بر مبنای همین تغییرات سنی و سالخورده شدن جمعیت از «خاکستری شدن جمعیت»^۳ سخن به میان آورده‌اند (Giddens & Griffiths, 2006, p287).

بیان مساله

استان گیلان کمتر از یک درصد از خاک و بیش از ۳ درصد از جمعیت کشور را به خود اختصاص داده و پس از استان‌های تهران و البرز، بیش‌ترین میزان تراکم جمعیت (۱۸۰ نفر در کیلومتر مربع) را در میان استان‌های کشور در سال ۱۳۹۵ دارد. این در حالی است که میزان رشد جمعیت آن در تمامی دوره‌های سرشماری، بسیار پایین‌تر از سطح کل کشور بوده و این تفاوت همواره رو به افزایش بوده است. بر اساس آخرین سرشماری در سال ۱۳۹۵ میزان رشد جمعیت کشور سه برابر میزان رشد جمعیت استان گیلان بوده است. به گونه‌ای که در این سال، نرخ رشد جمعیت در کشور، ۱/۲۴ اما در گیلان، ۰/۴۰ است. استان گیلان، سالمندترین استان کشور است، به طوری که تعداد جمعیت ۶۰ ساله و بیشتر آن ۳۳۵۳۱۳ نفر است که ۱۳/۲ درصد از جمعیت کل استان را که مشتمل بر ۲۵۳۰۶۹۶ نفر در سال ۱۳۹۵ است؛ تشکیل می‌دهد (Statistical Centre of Iran, 2017). بر اساس نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۹۵، نسبت سالمندی گیلان، به ۱۳/۲ درصد رسیده است، در حالی که میانگین کشوری سالمندی ۹/۲ درصد از کل جمعیت است. رشد جمعیت سالمندان، هم برای آرایه‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی و هم برای اعضای خانواده و جامعه‌ای که سالمندان در آن زندگی می‌کنند، در حال تبدیل شدن به یک چالش مهم است و به مساله‌ای تبدیل می‌شود که ابعاد جمعیتی، اقتصادی، پزشکی، اجتماعی، روان‌شناختی، فرهنگی و خانوادگی مهمی در بردارد. سالمندی با مسایل و چالش‌های خاصی همراه است که این چالش‌ها، کیفیت زندگی سالمندان را تحت تاثیر قرار می‌دهد و باید برای آن، چاره‌اندیشی کرد. «سالمندی بخشی از سال‌های طولانی شده عمر خواهد بود که طی آن سالمندان در معرض تهدیداتی نظیر ابتلا به

1 Age Transition

2 Peter Peterson

3 Graying of the Population

بیماری‌های مزمن، تنهایی، انزوا، برخوردار نبودن از حمایت‌های اجتماعی و بسیاری مشکلات دیگر بوده و به دلیل ناتوانی‌های جسمی و ذهنی و نارسایی‌های شدید جسمی و روانی، در موارد زیاد استقلال فردی سالمندان از دست می‌رود و قدرت مقابله و مواجهه با دشواری‌ها و رویدادهای معمول از آن‌ها سلب می‌شود» (Mirzaei & Kaveh firoozeh, 2010).

از طرفی، زندگی جدید و تغییر ساختار خانواده و جامعه سبب شده است نگهداری سالمندان در خانواده، بسیار مشکل باشد. ضمن اینکه سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است که در آن از یک سو منابع تامین نیازها کاهش می‌یابد و از سوی دیگر وسعت و نوع نیازها و مسایل مترتب بر آن تغییر می‌کند. 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. از این رو، جهت ارتقای کیفیت زندگی سالمندان در مرحله اول، نیاز به اطلاعات جامع در مورد کیفیت زندگی آن‌ها است و این مقوله فقط از طریق اندازه‌گیری کیفیت زندگی ممکن است (Sajjadi & Biglariyan, 2006, pp105-108).

سوالات تحقیق

۱. عوامل موثر بر کیفیت زندگی سالمندان در گیلان کدامند؟
۲. آیا بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان در گیلان، رابطه وجود دارد؟
۳. آیا بین مشارکت اجتماعی سالمندان و کیفیت زندگی آن‌ها در گیلان، رابطه وجود دارد؟
۴. آیا بین تحصیلات و کیفیت زندگی سالمندان در گیلان، رابطه وجود دارد؟

پیشینه نظری

کیفیت زندگی

کیفیت زندگی را به عنوان درجاتی از رضایتمندی و نیل به نیازها در زمینه‌های فیزیکی اجتماعی، روانشناسی، ساختاری و رفتاری، فعالیتی و از همه مهمتر، «خوب بودن» تعریف می‌کنند. یا به عبارت دیگر، کیفیت زندگی درجه‌ای از رضایت یا ناراضی است که افراد در ابعاد مختلف زندگی شان آن را احساس می‌کنند، به بیانی ساده تر، کیفیت زندگی، تدارک شرایط لازم برای شادی و رضایت می‌باشد (Bond & Corner, 2004). عده‌ای از دانشمندان بر این باور هستند که شادی و رضایت، دو مشخصه اصلی کیفیت زندگی است (King & Hinds, 2003). تستا و سیمونسون نیز کیفیت زندگی را در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی مورد مطالعه قرار داده‌اند و آن را معطوف به تجارب، اعتقادات، انتظارات و ادراک فرد می‌دانند (Testa & Simonson, 1996, p836). در بررسی نظری و تجربی مفهوم کیفیت زندگی، می‌توان از دو رویکرد در سطوح عاملیتی و ساختاری بهره گرفت. آنچه پیشینه تحقیقات نشان می‌دهد این است که از ابتدای دهه ۶۰ میلادی، مفهوم کیفیت زندگی در کشورهای اروپایی رواج یافت. در برخی از جوامع پیشرفته این واژه همراه و گاهی مترادف با واژه‌های دیگری مانند، بهزیستی همگانی، رفاه اجتماعی، تامین اجتماعی و مانند آن به کار گرفته شده است (Haj yoosefi, 2006, p1) و طی چند دهه اخیر، جایگاه ویژه‌ای در الگوهای برنامه‌ریزی پیدا کرده است. نظریاتی متفاوتی در مورد کیفیت زندگی وجود دارد. بعضی از محققان معتقدند تنها در صورتی که چندین بعد از سلامتی سنجیده شود، می‌توان آن را کیفیت زندگی نامید. آن‌ها بر این باورند که هر یک از دامنه‌های کیفیت زندگی باید قابلیت این را داشته باشد که هم به صورت ذهنی و هم به صورت عینی، قابل اندازه‌گیری باشد. این گروه معتقدند که سنجش ذهنی اگرچه لازم است، ولی کافی نیست (Cummins, 2005, pp 699-706) و مهم آن است که در هر تحقیق که مرتبط با کیفیت زندگی باشد، تعریف آن از نظر محقق روشن گردد (Fayers, & Machin, 2000).

اغلب دانشمندان، توافق دارند که مفهوم کیفیت زندگی همواره ۵ بعد زیر را در برمی‌گیرد:

- ۱- فیزیکی^۱: به معنای قدرت، انرژی، توانایی انجام فعالیت‌های روزمره و مراقبت از خود.

۲- روانی^۱: شامل اضطراب، افسردگی و ترس.

۳- اجتماعی^۲: شامل رابطه فرد با خانواده، دوستان و همکاران و در نهایت جامعه است.

۴- روحی^۳: درک فرد از زندگی و هدف و معنای آن را در بر می گیرد.

۵- علائم مربوط به بیماری یا تغییرات مربوط به درمان: مواردی مانند درد، تهوع و استفراغ.

رابطه این دامنه‌ها با یکدیگر نیز از اهمیت زیادی برخوردار می‌باشد، برای تفسیر درست این رابطه، آگاهی از زیربنای تئوری

آن‌ها، لازم است (ibid).

حمایت اجتماعی

حمایت اجتماعی مفهومی چند بعدی است که به اشکال و طرق مختلفی تعریف شده است. برخی از پژوهشگران، حمایت اجتماعی را میزان برخورداری از محبت، همراهی، مراقبت، احترام، توجه و کمک دریافت شده توسط فرد از سوی افراد یا گروه‌های دیگر نظیر اعضای خانواده، دوستان و دیگران مهم تعریف کرده‌اند (Sarafino, 1998). برخی، حمایت اجتماعی را واقعیتی اجتماعی و برخی دیگر، آن را ناشی از ادراک و تصور فرد می‌دانند (Sarason, & et al, 1983, pp127-139).

در مجموع، دسته‌بندی‌های گوناگونی توسط پژوهشگران از مفهوم حمایت اجتماعی به عمل آمده است. در واقع، این دسته‌بندی‌ها در پاسخ به این سوال بوده است که حمایت اجتماعی، به طور ویژه، چه چیزی را برای یک شخص فراهم می‌آورد؟ سارافینو با جمع‌بندی نظرات برخی از پژوهشگران به دسته‌بندی حمایت اجتماعی در پنج مقوله حمایت عاطفی^۴، ارزشیابانه^۵، ابزاری یا ملموس^۶، اطلاعاتی^۷، و شبکه‌ای^۸ پرداخت (Sarafino, 1998). دیویدسون از حمایت اجتماعی ساختاری^۹ و کارکردی^{۱۰} نام برده است (Davidson, 2008, pp 360-365). سازمان جهانی بهداشت، حمایت اجتماعی را در چهار مقوله عاطفی، اطلاعاتی، ابزاری، و ارزشیابانه، دسته‌بندی کرده است (World Health Organization, 2007) هم چنین گاجل و همکاران در طبقه‌بندی حمایت اجتماعی به حمایت ارزشیابانه، اطلاعاتی، همراهی اجتماعی^{۱۱}، و ابزاری اشاره کرده‌اند. در مجموع، رایج‌ترین انواع حمایت اجتماعی که توسط پژوهشگران معرفی شده و در تحقیقات متعددی مورد بررسی قرار گرفته‌اند، شامل سه مقوله حمایت اجتماعی عاطفی، ابزاری، و اطلاعاتی می‌باشد (Gatchel, & et al, 1998).

پیشینه تجربی

مطالعات نشان داده‌اند که مشارکت اجتماعی پایین و فقدان حمایت اجتماعی، اثرات منفی بر سلامت افراد دارد (Herzong, & et al, 2002, p606). کراول معتقد است با تنوع روابط، افراد به طیف وسیعی از حمایت‌های مختلف دست می‌یابند که شامل حمایت ابزاری، حمایت‌های عاطفی و روحی و حمایت‌های اطلاعاتی است. حمایت‌های اجتماعی افراد را قادر می‌سازد تا توانایی رویارویی با مشکلات روزمره و بحران‌های زندگی را داشته باشند (Crowell, 2004). دیویدسون، در تحقیقی با عنوان «درک سالمندان آمریکایی و فنلاندی از حمایت اجتماعی» به این نتیجه رسیدند که دریافت سطوح بالای حمایت اجتماعی می‌تواند به عنوان سپر در مقابل علائم روانی منفی؛ مثل افسردگی، اضطراب و سطح پایین احترام به خود از سالمندان محافظت کند و یک منبع ضروری برای سلامت باشد (Davidson, 2008, pp 360-365).

2-Psychological

3-Social

4-Spiritual

4- Emotional

5- Esteem

6- Tangible

7- Informational

8- Network

9- Structural

10- Functional

11- Social companionship

سانگ و همکارانش در تحقیقی که در کشور چین انجام دادند، نشان دادند که حمایت عاطفی دو جانبه بین والدین و فرزندان، اثرات مثبتی بر ارزیابی سالمندان از سلامت خود داشت (Song, & et al, 2008, pp33-42).

کاریلو و همکارانش، معتقد بودند که انواع شبکه‌های حمایت اجتماعی و تاثیر آن بر سلامت، مختص فرهنگ است. به عنوان مثال در مکزیک، روابط خانوادگی، مهمترین نوع شبکه اجتماعی است (Carrillo, & et al, 2009, pp6-13).

چارچوب نظری مورد استفاده

در مورد کیفیت زندگی، از رویکرد ترکیبی استفاده شده است. رویکرد ترکیبی کیفیت زندگی، تلاش می‌کند تا با ترکیب دو رویکرد ذهنی و عینی، دید جامع تری در رابطه با کیفیت زندگی مطرح کند. نقطه شروع این کار را می‌توان در طبقه‌بندی فرانس دید. فرانس معتقد است که از لحاظ مفهومی، کیفیت زندگی هم جسمی است و هم ذهنی ولی جنبه ذهنی آن غلبه دارد. فرانس کیفیت زندگی را ادراک فرد از رفاه خود می‌داند و معتقد است که اگر درک فرد از کیفیت زندگی اش کاهش یابد، سایر ویژگی‌های او تحت تأثیر قرار می‌گیرد و باعث تحلیل آن‌ها و در نهایت، اُفت کیفیت زندگی می‌شود (Ferrans, 1992, pp2-6).

فرانس با بررسی مقالات و مطالعات انجام شده در ارتباط با کیفیت زندگی، به لحاظ حوزه مفهومی، این اصطلاح را در شش حوزه زندگی عادی، مطلوبیت اجتماعی، شادکامی، رضایت از زندگی، دستیابی به اهداف شخصی و استعدادهای ذاتی، شناسایی و دسته‌بندی می‌کند که در جدول زیر، این حوزه به همراه عناصر موثر مربوط به هر کدام مشاهده می‌شود.

جدول (۱): حوزه‌های مختلف بکارگیری مفهوم کیفیت زندگی بر اساس مطالعه فرانس

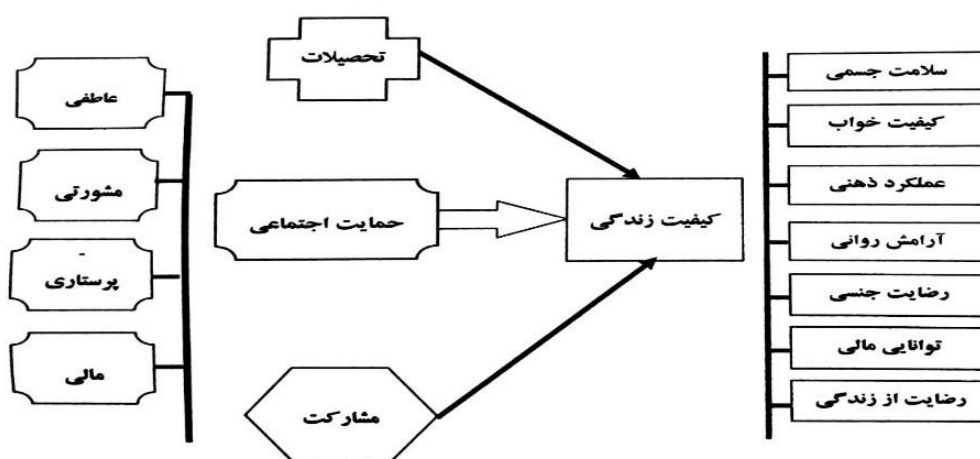
عناصر موثر در مفهوم‌سازی	حوزه کاربرد مفهوم
توان تامین نیازهای اساسی و حفظ سلامتی / تمرکز بر توانایی‌های کارکردی	زندگی عادی
توانایی فرد به منظور ایجاد یک زندگی مفید اجتماعی / ایفای نقش موثر در جامعه / برخورداری از موقعیت مناسب شغلی	مطلوبیت اجتماعی
تعامل میان احساس هیجان و افسردگی / متاثر از عوامل درونی و بیرونی / موقتی و کوتاه‌مدت	شادکامی
ارزیابی مثبت فرد از کیفیت زندگی خود / معطوف به توانایی‌های شخص / رضایتمندی در زمینه‌های مختلفی چون عشق، ازدواج، روابط دوستانه، اوقات فراغت، شغل و ...	رضایت از زندگی
توان فرد در دستیابی به اهداف / رضایت شخصی، خودباوری و رضایتمندی در هنگام مقایسه خود با دیگران / حداقل شکاف میان موقعیت واقعی و انتظارات فرد	دستیابی به اهداف شخصی
توانایی‌ها و استعدادهای فیزیکی و ذهنی بالفعل و بالقوه فرد (به طور فطری)	استعدادهای ذاتی

(Ferrans, 1992, p5)

در مورد حمایت اجتماعی نیز، از دیدگاه لین، استفاد می‌شود. لین حمایت اجتماعی را از دو جنبه متمایز شامل: جایگاه‌های ساختاری حمایت و کارکردهای حمایتی، در نظر می‌گیرد. حمایت اجتماعی در جنبه جایگاه‌های ساختاری به عنوان منابع حمایتی شبکه‌های حمایتی یا ساختارهای حمایتی به حساب می‌آیند. در واقع، بعد اول به جنبه ساختاری حمایت اجتماعی، توجه دارد. این دیدگاه حمایت را به عنوان منابعی که به وسیله دیگران فراهم می‌شود، در نظر می‌گیرد. از جمله این افراد می‌توان به اعضای خانواده، خویشاوندان، دوستان، همسایگان، آشنایان و... اشاره کرد (Lin, 1992). به عبارتی، جنبه ساختاری حمایت اجتماعی به میزان ادراک فرد از حمایت خانواده، دوستان و اطرافیان اطلاق می‌شود (Mostafaei, 2010, pp41-42).

جنبه دوم به عنوان فرآیندهای حمایتی یا کارکردهای حمایتی در نظر گرفته می‌شود. در این جنبه حمایت اجتماعی به عنوان فرآیند بسیج منابع اجتماعی در زمان نیاز، مفهوم‌سازی می‌شود. از نظر لین، حمایت‌های ابزاری و عاطفی به عنوان ابعاد کارکردی حمایت اجتماعی تلقی می‌شود (ibid).

چارچوب نظری تحقیق به صورت تلفیقی است. متغیر کیفیت زندگی هم به صورت عینی و هم به صورت ذهنی مورد بررسی قرار می‌گیرد. ابعادی از کیفیت زندگی مانند توانایی اقتصادی، سلامت، بهزیستی ذهنی و مشارکت از نظریه فرانس و برای حمایت اجتماعی نیز از نظریه لین، استفاده شده است. در این تحقیق، ناکید بر ابعاد کارکردی حمایت اجتماعی مانند عاطفی، پرستاری، مشورتی و مالی است.



شکل (۱): مدل تحقیق

فرضیه‌های تحقیق

- ۱- بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان، رابطه معنادار وجود دارد.
- ۲- بین مشارکت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان، رابطه معنادار وجود دارد.
- ۳- بین تحصیلات و کیفیت زندگی سالمندان، رابطه معنادار وجود دارد.

روش شناسی

روش شناسی شامل مواردی مانند روش تحقیق، ابزار تحقیق، جامعه آماری، حجم نمونه و شیوه نمونه‌گیری، روش‌ها و ابزار تجزیه و تحلیل داده‌ها، تعریف مفومی و عملیاتی مفاهیم و اعتبار و پایایی می‌شود.

روش تحقیق

روش تحقیق براساس رهیافت علمی و از نوع پیمایش است. «پیمایش غالباً با تعیین افرادی که نماینده و معرف گروه مورد بررسی‌اند (نمونه) و طرح سؤالاتی که باید از آن‌ها پرسیده شود، آغاز می‌شود» (Baker, 2015, p24). در تحقیق حاضر از پرسش‌نامه برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده می‌شود و اطلاعات به شیوه «پیمایش خود اظهاری» به‌دست خواهد آمد.

ابزار تحقیق

پرسشنامه کیفیت زندگی لپیاد^۱ (پرسشنامه استاندارد مخصوص سالمندان)، که دارای ۳۱ گویه با طیف ۴ گزینه‌ای لیکرت می‌باشد و توسط لئو و همکارانش، طراحی شده است (Leo & et al, 1998). اساس کار این تحقیق برای سنجش کیفیت زندگی است اما تغییرات و اصلاحاتی در آن ایجاد شد و به جای بعد مراقبت از خود، از مولفه‌های توانایی اقتصادی استفاده شد، همچنین برخی از گویه‌ها تغییر کرد و با انجام حذف و اضافه‌ها به ۳۶ مورد رسید. مشارکت نیز با ۵ گویه محقق ساخته، مورد سنجش قرار گرفت است.

جامعه آماری، حجم نمونه و شیوه نمونه‌گیری

جامعه آماری تحقیق، شامل سالمندان استان گیلان است که تعداد کل آن‌ها ۳۳۵۳۱۳ نفر هستند. برای تعیین حجم نمونه آماری تحقیق نیز از فرمول کوکران استفاده شد. نمونه‌ها با کمی افزایش، به ۴۰۰ نفر رسیده‌اند. نمونه‌ها در سه مرحله‌ای در سه شهر رشت، لاهیجان و انزلی انتخاب شدند. به این صورت که هر شهر به چند منطقه شهری تقسیم می‌شود. مرحله بعد، انتخاب ۲ محله از هر منطقه است، سپس، از هر محله، ۲ بلوک و از هر بلوک، ۱۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شد و در نتیجه، ۴۰۰ نفر از سالمندان در سطح استان گیلان، مورد بررسی قرار گرفتند.

تعریف مفومی و عملیاتی

کیفیت زندگی: در این تحقیق، شامل ابعاد زیر است:

- ۱- سلامت جسمی: این شاخص در واقع میزان توانایی فیزیکی و جسمی افراد را برای انجام وظایف روزانه، نشان می‌دهد. برای سنجش این حوزه، از مولفه‌هایی مثل توانایی جسمی فرد در مقوله‌هایی مانند راه رفتن، غذا خوردن، دوش گرفتن، لباس پوشیدن، دستشویی رفتن و غیره استفاده می‌شود.
- ۲- کیفیت خواب: این متغیر، به بررسی وضعیت خواب سالمند و میزان رضایتش از خواب و مشکلات احتمالی ناشی از کم خوابی یا بدخوابی می‌پردازد.
- ۳- عملکرد ذهنی: در این قسمت، منظور، سنجش توانایی و نحوه فعالیت ذهن سالمند است و برای سنجش این بعد، از مولفه‌هایی مانند پراکندگی حواس، عدم تمرکز، نحوه عملکرد حافظه و رضایت از حافظه استفاده می‌شود.
- ۴- آرامش روانی: این شاخص، بعد روحی — روانی کیفیت زندگی را پوشش می‌دهد و نشان می‌دهد که سالمندان تا چه حد در زندگی، آرامش فکری دارد. این بعد توسط مولفه‌هایی مثل احساس آرامش و اعتماد به نفس، سنجیده می‌شود.
- ۵- رضایت جنسی: برای ارزیابی رضایت جنسی، از معرف‌هایی مانند میزان علاقه مندی به رابطه جنسی و میزان رضایت جنسی استفاده شده است.
- ۶- توانایی اقتصادی: این شاخص بیانگر این است که توان سالمند در برآورده کردن نیازهای مادی چگونه است. این شاخص نیز به کمک چند مولفه مثل: توان مالی برای تامین نیازهای ضروری زندگی، رضایت از وضعیت مالی، دسترسی به امکانات تفریحی و رفاهی، دسترسی به امکانات بهداشتی و درمانی و غیره، مورد سنجش قرار می‌گیرد.
- ۷- رضایت از زندگی: منظور، رضایت سالمند از کیفیت زندگی خود در ابعاد مختلف است که شامل مواردی مانند میزان آرزوهای برآورد شده، امید به آینده، احساس خوشحالی و غیره است.

حمایت اجتماعی

- متغیر حمایت در این تحقیق شامل ابعادی از جمله عاطفی، مشورتی، پرستاری و مالی در ۳ شبکه خانواد، دوستان و آشنایان است.
- (الف) حمایت اجتماعی عاطفی: حمایت عاطفی به معنی در دسترس داشتن فردی برای تکیه کردن و اعتماد داشتن به وی، به هنگام نیاز می‌باشد. (Drentea, & et al., 2006) حمایت اجتماعی عاطفی دربردارنده احساس همدلی، مراقبت و توجه و علاقه نسبت به یک شخص است. این نوع از حمایت می‌تواند شخص را به مورد محبت قرار داشتن، در هنگام فشار و تنش، مجهز نماید (Sarafino, 1998).
- (ب) حمایت اجتماعی مالی: حمایت ابزاری به کمک‌های مادی، عینی و واقعی دریافت شده توسط یک فرد از سوی دیگران اطلاق می‌گردد. این نوع حمایت به افراد کمک می‌کند تا نیازهای روزانه خود را تأمین نمایند (Drentea, & et al., 2006).
- (ج) حمایت اجتماعی مشورتی (اطلاعاتی): به دست آوردن اطلاعات ضروری از طریق تعامل‌های اجتماعی با دیگران را حمایت مشورتی (اطلاعاتی) تعریف کرده‌اند. (گاجل و دیگران، ۱۳۷۷).
- (د) حمایت اجتماعی پرستاری: منظور، ارائه خدماتی از جمله بهداشتی و مراقبت از سالمندان به ویژه در ایام بیماری، توسط خانواده، دوستان و اطرافیان است (Samadiyan & Garoosi, 2015, pp196-197).

مشارکت

مشارکت، درگیری ذهنی و عاطفی افراد در موقعیت‌های گروهی است که آنان را برمی‌انگیزد تا برای دستیابی به هدف‌های گروه، همکاری کنند و در مسوولیت کارها، شریک شوند (Zande Razavi & et al, 2008, p104-105). در این تحقیق با ۵ گویه در مورد شرکت و عضویت در گروه‌های مختلف و فعالیت داوطلبانه در این گروه‌ها، اندازه‌گیری می‌شود.

اعتبار و پایایی

ضمناً اعتبار ابزار هم مبتنی بر اعتبار سازه ای^۱ است، اعتبار سازه ای از طریق تحلیل عاملی، مور بررسی قرار گرفته است. این روش به بررسی همبستگی درونی تعداد زیادی از متغیرها می‌پردازد و در نهایت آنها را در قالب عامل‌های عمومی محدودی، دسته‌بندی کرده و تبیین می‌کند. بر اساس جدول زیر، چون مقدار KMO برای هر سه متغیر کیفیت زندگی، مشارکت اجتماعی و حمایت اجتماعی، در حد بالایی است، همبستگی‌های موجود در بین داده‌ها برای تحلیل عاملی مناسب است. میزان معناداری آزمون بارتلت نیز برای هر سه، معادل ۰/۰۰۰ است که نشان از برازش تحلیل عاملی دارد؛ یعنی این متغیرها می‌توانند عامل‌های مورد نظر را به خوبی بسنجند و قابل تعمیم هستند. ضمناً بر اساس جدول شماره ۲، پایایی ابزار تحقیق به روش همبستگی درونی گویه‌ها از فرمول آلفای کرونباخ، محاسبه شده و همگی در حد قابل قبولی است.

جدول (۲): ضرایب آلفای کرونباخ، آزمون بارتلت و سنجح کیزر-میر-اولکین متغیرها

متغیر	سوالات (گویه‌ها).	ضریب آلفا	درصد واریانس	سنجح کیزر-میر-اولکین	آزمون بارتلت	
					کای اسکویئر	معناداری
سلامت جسمی	۱-۷	۰/۹۵	۲۲/۶۰۴	۰/۸۷۲	۹۲۱۸/۱۷۲	۰/۰۰۰
	۸-۹	۰/۷۹	۶/۲۹۷			
	۱۰-۱۳	۰/۸۵	۹/۲۸۹			
	۱۴-۱۷	۰/۸۷	۱۳/۲۸۴			
	۱۸-۱۹	۰/۸۵	۷/۲۶۶			
	۲۰-۲۳	۰/۸۱	۱۰/۹۰۱			
	۲۴-۲۷	۰/۸۶	۹/۱۰۹			
	۱-۲۷	۰/۹۳	۷۸/۷۵۰			
مشارکت اجتماعی	۳۹-۴۳	۰/۹۲	۷۶/۱۲۵	۰/۸۶۵	۱۵۳۹/۳۳۸	۰/۰۰۰
حمایت عاطفی	۴۴-۴۶	۰/۹۷	۲۴/۸۷۹	۰/۹۳۳	۷۰۹۹/۳۹۷	۰/۰۰۰
	۴۷-۴۹	۰/۹۱	۱۵/۶۲۹			
	۵۰-۵۳	۰/۹۲	۲۴/۰۱۷			
	۵۴-۵۷	۰/۹۳	۲۴/۱۰۴			
	۴۴-۵۷	۰/۹۶	-			

یافته‌های توصیفی

متغیر "کیفیت زندگی سالمندان" در این تحقیق، دارای ۲۷ گویه با طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت می‌باشد. و شامل ۷ بعد سلامت جسمی، کیفیت خواب، عملکرد ذهنی، آرامش روانی، رضایت جنسی، توانایی مالی و رضایت از زندگی است که ترکیب آن‌ها در جدول زیر در قالب توزیع فراوانی و درصدی ارائه شده است. ۱۵۲ نفر که ۳۸ درصد از نمونه‌ها را تشکیل می‌دهند، کیفیت زندگی شان، زیاد است، ۱۲۹ نفر یا به عبارتی، ۳۲/۳ درصد هم در حد متوسط کیفیت زندگی، قرار دارند. میانگین کیفیت زندگی هم ۳/۲۳ است که نشانگر کیفیت زندگی کمی بیشتر از حد متوسط است. در بین ابعاد کیفیت زندگی از نظر شاخص میانگین، آرامش روانی، بالاتر از همه و رضایت جنسی کمتر از همه است. این ابعاد به ترتیب عبارتند از: آرامش روانی ۳/۸۵، سلامت جسمی ۳/۷۷، عملکرد ذهنی ۳/۵۵، کیفیت خواب ۳/۵۱، توانایی مالی، ۲/۹۷ و رضایت جنسی ۱/۹۷.

جدول (۳): توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس متغیرهای وابسته

متغیرها	فراوانی					جمع	میانگین	واریانس
	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد			
کیفیت زندگی	۴	۷۳	۱۲۹	۱۵۲	۴۲	۴۰۰	۳/۳۳	۰/۵۲
سلامت جسمی	۳۲	۵۸	۲۸	۹۶	۱۸۶	۴۰۰	۳/۷۷	۱/۳۵
کیفیت خواب	۳۸	۴۶	۵۴	۱۵۲	۱۱۰	۴۰۰	۳/۵۱	۱/۲۵
عملکرد ذهنی	۱۶	۷۶	۶۷	۱۲۸	۱۱۳	۴۰۰	۳/۵۵	۰/۹۶
آرامش روانی	۱۰	۴۴	۶۲	۱۲۸	۱۵۶	۴۰۰	۳/۸۵	۰/۹۷
رضایت جنسی	۱۷۷	۱۲۱	۷۲	۲۴	۶	۴۰۰	۱/۹۵	۰/۸۳
توانایی مالی	۵۶	۹۱	۱۳۶	۵۵	۶۲	۴۰۰	۲/۹۷	۰/۸۴
رضایت از زندگی	۶۳	۱۰۹	۱۲۴	۶۴	۴۰	۴۰۰	۲/۷۷	۰/۹۷

میزان مشارکت در شبکه های اجتماعی (شبکه های خانوادگی، دوستی و غیره) از دیگر متغیرهای مستقل است. ترکیب پاسخ های مربوط به این متغیر که حاصل ۵ گویه است، میانگین ۳/۲۷ را نشان می دهد که نشانگر مشارکت بیشتر از حد متوسط است. بیشترین تعداد از نمونه ها در طبقه زیاد قرار می گیرند که شامل ۱۳۴ نفر و حدود یک سوم سالمندان است. متغیر مستقل حمایت اجتماعی در این تحقیق از چهار بعد عاطفی، مشورتی، پرستاری و مالی تشکیل شده که در قالب ۱۴ گویه، مورد اندازه گیری قرار گرفته است. بر اساس جدول زیر، میانگین متغیر حمایت اجتماعی، ۳/۵۷ است که نشانگر حمایت متوسط رو به بالا است. بیشتر نمونه ها در طبقه زیاد قرار می گیرند که شامل ۱۳۷ نفر و یا ۳۴/۳ درصد از آن ها است. ابعاد حمایت اجتماعی به ترتیب میانگین شامل حمایت پرستاری ۳/۸۷، حمایت مشورتی ۳/۶۲، حمایت عاطفی ۳/۵۹ و حمایت مالی ۳/۲۴ می شود.

جدول (۴): توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس متغیرهای مستقل

متغیرها	فراوانی					جمع	میانگین	واریانس
	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد			
مشارکت	۳۸	۹۴	۶۰	۱۳۴	۷۴	۴۰۰	۳/۲۷	۱/۱۵
حمایت اجتماعی	۲۵	۵۸	۷۲	۱۳۷	۱۰۸	۴۰۰	۳/۵۷	۱/۱۲
حمایت عاطفی	۲۳	۷۶	۴۶	۱۱۳	۱۴۲	۴۰۰	۳/۵۹	۱/۷۴
حمایت مشورتی	۲۹	۴۴	۶۸	۱۴۱	۱۱۸	۴۰۰	۳/۶۲	۱/۳۳
حمایت پرستاری	۲۱	۲۸	۵۶	۱۴۹	۱۴۶	۴۰۰	۳/۸۷	۱/۰۳
حمایت مالی	۵۹	۷۰	۷۴	۹۹	۹۸	۴۰۰	۳/۲۴	۱/۵۶

تحلیل داده ها

در این بخش داده های به دست آمده در قالب فرضیه های مطرح شده در تحقیق، مورد بررسی قرار می گیرد. ابتدا روابط دو متغیره و سپس روابط چند متغیره، مورد آزمون قرار می گیرد.

تحلیل دو متغیره

با توجه به این که متغیرهای مستقل و وابسته در سطح سنجش فاصله ای قرار دارند و از توزیع نرمال برخوردار هستند، برای آزمون رابطه بین آن ها، از همبستگی پیرسون استفاده شده است. لازم به ذکر است متغیر سن نیز به صورت سال های تحصیل مورد سنجش قرار گرفته است

فرضیه اول: بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان، رابطه معنادار وجود دارد.

تحلیل چند متغیره (رگرسیون)

جدول زیر روابط چند متغیره را نشان می دهد که بر اساس آن رابطه ۳ متغیر پیش بین، با یک متغیر ملاک به نام کیفیت زندگی، بررسی می شود. در این مدل رگرسیونی، بر اساس مقدار معناداری برای متغیرها می توان حکم به وجود رابطه بین هر سه متغیر پیش بین و ملاک داد. معناداری رابطه سه متغیر مشارکت، حمایت و تحصیلات با متغیر کیفیت زندگی، در سطح ۹۹ درصد احتمال صحت است. از نظر میزان و شدت رابطه نیز متغیر مشارکت اجتماعی با ضریب بتای ۰/۵۳۵ قوی ترین رابطه را با کیفیت زندگی دارد. مقدار ضریب همبستگی چندگانه معادل ۰/۷۵۸ است که رابطه نسبتاً قوی بین متغیرهای پیش بین و ملاک را نشان می دهد. همچنین با توجه به مقدار R^2 می توان گفت که ۵۷ درصد از تغییرات متغیر کیفیت زندگی، توسط متغیرهای مذکور تبیین می شود.

جدول (۸): بررسی میزان تأثیر متغیرهای مستقل بر کیفیت زندگی سالمندان (مدل ۱)

مدل ۱	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد		T	معناداری	ضریب همبستگی	ضریب تعیین	F	معناداری
	ضریب بی	خطای استاندارد	بتا	خطای استاندارد						
عدد ثابت	۱/۴۵۷	۰/۰۹۳	-	-	۱۵/۶۰۷	۰/۰۰۰	۰/۷۵۸	۰/۵۷۵	۱۷۸/۴۱۲	۰/۰۰۰
مشارکت	۰/۳۶۲	۰/۰۲۶	۰/۵۳۵	۰/۰۲۶	۱۳/۹۶۳	۰/۰۰۰				
حمایت اجتماعی	۰/۱۵۱	۰/۰۲۶	۰/۲۲۰	۰/۰۲۶	۵/۴۰	۰/۰۰۰				
تحصیلات	۰/۰۲۴	۰/۰۰۵	۰/۱۷۵	۰/۰۰۵	۴/۸۱۳	۰/۰۰۰				

بحث و نتیجه

- ۱- میانگین کیفیت زندگی بالاتر از حد متوسط است. در بین ابعاد هفت گانه کیفیت زندگی، بالاترین میانگین مربوط می شود به بعد آرامش روانی با عدد ۳/۸۵ و پایین ترین میانگین در بعد جنسی دیده شده است با عدد ۱/۹۵.
- ۲- بر اساس یافته ها می توان گفت میزان مشارکت در شبکه های اجتماعی (شبکه های خانوادگی، دوستی و غیره) با میانگین میانگین ۳/۲۷، کمی بیشتر از حد متوسط است.
- ۳- ابعاد حمایت اجتماعی نیز، همگی بالای حد متوسط قرار دارند و به ترتیب میانگین شامل حمایت پرستاری ۳/۸۷، حمایت مشورتی ۳/۶۲، حمایت عاطفی ۳/۵۹ و حمایت مالی ۳/۲۴ می شود. از آنجایی که سیستم های حمایت اجتماعی می توانند بسیار مهم باشند، بعد از تجربه یک فقدان یا اختلال، افراد حمایت کننده می توانند با ابزار محبت و حمایت به عنوان تکیه گاه مطمئن، به افراد سالمند کمک کنند.
- ۴- از نظر تحصیلات نیز، ۳۳/۲ درصد از سالمندان، بی سواد هستند. تحصیلات ۲۸ درصدشان هم در حد ابتدایی است.
- ۵- نتایج این پژوهش نشان داد که بین انواع حمایت دریافتی و کیفیت زندگی سالمندان رابطه مثبت وجود دارد، به این صورت که هر چه قدر سالمندان از نظر مالی، عاطفی، مشورتی و پرستاری، بیشتر مورد حمایت قرار بگیرند، کیفیت زندگی آنها بالاتر می رود. از بین ابعاد چهارگانه، حمایت مالی، دارای رابطه قوی تری با کیفیت زندگی است. در این مورد، با استناد به نظریه لین، می توان گفت که حمایت اجتماعی توانایی فرد در برابر مشکلات و فشار روانی را از طریق گوش دادن به مشکلات آنها (حمایت مشورتی) مراقبت و کمک در انجام کارها (حمایت پرستاری) ابراز احساسات و همدلی، فهم و قوت قلب دادن (حمایت عاطفی) افزایش می دهد، همچنین ارایه راهنمایی و توصیه جهت افزایش توانایی مقابله ای افراد، باعث ارتقای کیفیت زندگی می شود.
- ۶- رابطه بین مشارکت و کیفیت زندگی سالمندان نیز کاملاً معنادار است. این رابطه حتی قوی تر از رابطه حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی است. داشتن شخصیت مردم آمیز با روحیه عالی در پیری ارتباط دارد. در سالمندانی که از فرصت های

- معاشرت کردن حداکثر استفاده را می‌برند و با دیگران تعامل بیشتری دارند، تنهایی و افسردگی کاهش می‌یابد و عزت‌نفس و رضایت از زندگی و کیفیت آن تقویت می‌شود.
- ۷- تحلیل چندمتغیره هم گواه آن است که در مدل رگرسیونی، می‌توان حکم به وجود رابطه معنادار همزمان بین هر سه متغیر پیش بین و ملاک داد. به عبارتی، می‌توان گفت که ۵۷ درصد از تغییرات متغیر کیفیت زندگی، توسط سه متغیر مشارکت، حمایت اجتماعی و تحصیلات، قابل تبیین است.
- ۸- کیفیت زندگی افراد شاغل از افراد بازنشسته بیشتر است و افراد بازنشسته نیز کیفیت زندگی بالاتری از افراد بی‌کار دارند. شاغل بودن از جهات مختلف بر کیفیت زندگی سالمندان اثر می‌گذارد، چه از جهت افزایش توانایی مالی و چه از طریق قرار گرفتن در شبکه روابط گسترده تر و برخورداری از سرمایه اجتماعی بیشتر.
- ۹- کیفیت زندگی کسانی که متاهل هستند از افراد مجرد بیشتر است. همچنین کسانی که با همسر و یا با همسر و فرزندان، زندگی می‌کنند، کیفیت زندگی بیشتری دارند نسبت به کسانی که تنها هستند. در واقع افراد با از دست دادن روابط با اعضای شبکه های اجتماعی، از حمایت اجتماعی کمتری برخوردار می‌شوند و این از دست دادن شبکه حمایتی، منجر به کاهش کیفیت زندگی در ابعاد عینی و ذهنی می‌شود.
- ۱۰- هر چه سالخوردگان نسبت به توانایی خود در مقابله کردن با مشکلات جسمانی، خوشبین تر باشند، بهتر می‌توانند بر عواملی که سلامتی آنها را تهدید می‌کنند، چیره شوند و اختلالات روانی از جمله افسردگی را در آنها کاهش می‌دهد. سلامتی به سالخوردگان امکان می‌دهد تا در نقش‌های اجتماعی ارزشمند درگیر بمانند و بدین ترتیب از انزوای اجتماعی پیشگیری می‌کند و کیفیت زندگی را تقویت می‌نماید.

پیشنهادها

- ۱- تقویت نقش و حضور سالمند در خانواده و ایجاد نگرش مثبت و آموزش مهارت های لازم جهت ارتباط نسل ها با سالمندان از طریق اجرای برنامه های آموزشی برای خانواده های سالمند
- ۲- آینده نگری الگوی مناسب جمعیتی و تدوین برنامه اقتصادی و اجتماعی خاص سالمندان در برنامه های پنج ساله توسعه
- ۳- فراهم آوردن زمینه حضور سالمندان در جامعه و افزایش مشارکت اجتماعی آنان.
- ۴- اجرای طرح تکریم سالمندان در ادارات، سازمان های دولتی و غیردولتی، بانک ها، رستوران ها، اماکن عمومی و خصوصی.
- ۵- حمایت ویژه از خانوارهای دارای سالمند در قالب ارایه کمک های مالی، تخفیفات مالی، اعطای مرخصی و امتیازهای دیگر به مراقب سالمند در منزل
- ۶- شناسایی نیازهای سالمندان در رده های مختلف و پیش بینی خدمات لازم
- ۷- بسترسازی برای گسترش اقدامات خودیارانه: سالمندان در موارد زیادی، دارای مشترکات بیشتر با دوستان خود هستند تا اعضای جوان خانواده های خود. این گونه منافع و تجارب مشترک بین آن ها احساسات گرم و صمیمانه ای به آن ها می‌بخشد.
- ۸- خدمات مبتنی بر خانه و جامعه^۱: سالمندان و گروه های سنی ۶۰ ساله و بیشتر، عموماً در کشورهای پیشرفته از مراقبت های مختلفی برخوردارند که فقدان آن در جوامع رو به توسعه، خود جای نگرانی است. سیاست کلی، به حداقل رساندن نیاز به استفاده از سرای سالمندان است. در این جوامع، خدماتی که در اختیار سالمندان ساکن در خانه های خود و جامعه قرار

می‌گیرد، شامل موارد زیر است: الف- مراقبت در خانه^۱، ب- راه اندازی مراکز جامع سلامت^۲، ج- کلوب های^۳ نهار و د- مراکز روزانه^۴

References

1. Baker, T.L. (2015). Doing Social Research. (Nayebi, .H). Tehran: Method publications. [Persian]
2. Bandayrel K., Wong, S. (2011). Systematic Literature Review of Randomized Control Trials Assessing the Dffectiveness of Dwelling Older Adults. Journal of Nutrition Education and Behavior, Vol 43, No 4: 251-62.
3. Bond, J. Corner, j. (2010). Quality of Life and Elderly. (Mohagheghi Kamal, S. H.). Tehran: Dangeh publications. [Persian]
4. Carrilo-Gallegos, K., Mudgal, J., Sanchez, S., Wanger, F., Gallo, J., Salmeron, J., Garcia-p, C. (2009). Social Networks and Health-Related Quality of Life: a population based study among older adults. Saula Publica de Mexico, Vol 51 No 1: 6-13.
5. Crowell, L.F. (2004). Weak ties: A Mechanism for Helping Women to Expand Their Social Networks and Increase Their Capital. The Social Science Journal, 41: 15-28.
6. Cummins, RA. (2005). Moving From the Quality of Life Concept to a Theory. Journal of Intellectual disability research, 49(Pt 10): 699-706.
7. Davidson, L. M. (2008). United States and Finnish Adolescents, petceptions of social support: Across-Cultural Analysis. School psychology International. Vol 28, No 1: 360-365.
8. Drentea, P., & et al. (2006). Predictors of Improvement in Social Support. Social Sciences & Medicine, Vol 63, No 4: 957- 67.
9. Fayers P M, Machin D. (2000). Quality of Life Assessment, Analysis and Interpretation. John Willy, New York.
10. Ferrance, C: Powers, M. (1985). Quality of Life Index: Development and psychometric properties. ANS Adv Nurs Sci. Vol (8): 15-24, in Planning Degree the University of Tennessee, Knoxville.
11. Ferrans, C (1992). Conceptualization of Quality of Life in Cardiovascular Research. Progress in cardiovascular nursing, No 7: 2-6.
12. Gatchel, R. J., Baum, A., Krantz, D. (1998). An Introduction to Health Psychology. (Khoynjad, G) Behneshar Company, Astan Quds Razavi Publications. [Persian]
13. Ghazi, Tabatabae, M. (1997). Specific Research Techniques, Second Edition, Tehran, Payam Noor Publications. [Persian]
14. Giddens, A. Griffiths. S. (2006). Sociology. Fifth Edition, London, Politi Prees.
15. Haj Yousefi, A. (2006). Quality of Life and Corrective Strategies. Dehati Journal, No. 28: 1-28. [Persian]
16. Helgeson, V.S. (2003). Social support and quality of life. Quality of life Research, 12: 25-31.
17. Herzog, A. R., ofstedal, M. B., & Wheeler, L. M. (2002) Social Engagement and its Relationship to Health. Clinical Geriatric Medicine, Vol 18, No 3: 593-609.
18. King CR., Hinds PS. (2003). Quality of Life from Nursing and Patient Perspective. Jones and Bartlett publishers. Massachusettes.
19. Lin, Nan, (2001). Social Capital: A theory of social structure and action, Cambridge University Press.
20. Lin, Nan. (1999). Building a network theory of social capital. In Nam Lin, Katern Cook and Ronald s.burt, social capital: theory and research, New York: Adline de gruyter.

21. Mirzaei, M. & Kaveh Firouzeh, Z. (2009). Quality of Life of Elderly People in Tehran and Participation in Their Social Activities with an Emphasis on Gender. *Journal of Population Association of Iran*, Vol. 4, No. 8: 123-148. [Persian]
22. Mostafaei, A. (2010). Social Support and Quality of Life. Studying the formal and informal social support among retired elderly people in Tehran. M.S. Thesis, Unpublished, Social Science Research Group, Faculty of Social and Economic Sciences, AlZahra University. [Persian]
23. Mousavi Sardashty, M. & et al. (2014). The Study of the Relationship between Emotional Support and Quality of Life in the Elderly of Kurdistan. *Journal of Health Systems Research*, Vol 10, No 1: 58-66. [Persian]
24. Sajjadi, H., Biglariyan, A., (2006). Quality of Life of Elderly Women in Kahrizak Charity Nursing Home. *Quarterly Journal of Payesh*, Year 5, No 2, spring: 105-108. [Persian]
25. Samadiyan, F. Garoosi, S. (2015). The Study of Relationship between Attitudes, Social Support and Quality of Life in the Elderly (Case Study: The Elderly Residents of Kerman). *Journal of Social Sciences*, Faculty of Literature and Human Sciences, Ferdowsi University of Mashhad, 11th year, autumn and winter: 189-206. [Persian]
26. Sarafino, E. P. (1998). *Health Psychology*, Third Edition. New York, John Wiley & Sons.
27. Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B., & et al. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 44, No 3:127- 139.
28. Song, Lu. Shuzhuo, Li., Zhang, W., Feldman, M. (2008). International Support and Self-Rated Health of Elderly in Rural China: An Investigation in Chaohu, Anhui province. *Health longevity*, 20: 33-42.
29. Statistics Center of Iran. (2017). Detailed Results of Population Census and Country Statistics for 2006. Iranian Statistic Center Web Site, Available from: <https://www.amar.org.ir>, [Cited Sunday, 24 September, 2017]. [Persian]
30. Statistics Center of Iran. (2017). Detailed Results of Population Census and Country Statistics for 2011. Iranian Statistic Center Web Site, Available from: <https://www.amar.org.ir>, [Cited Sunday, 24 September, 2017]. [Persian]
31. Statistics Center of Iran. (2017). Detailed Results of Population Census and Country Statistics for 2016. Iranian Statistic Center Web Site, Available from: <https://www.amar.org.ir>, [Cited Sunday, 24 September, 2017]. [Persian]
32. Testa, MA. Simonson, DC. (1996). Assesment of Quality of Life Outcome. *N.Engl.J.Med.* Vol (334):835-40.
33. Zande Razavi, S. & et al. (2008). Investigating Barriers to agency Effective on organized Participation. (A Case Study of Bardsir Abadan City) *Journal of Social Research*, Vol. 1, No 1: 99-119. [Persian]