

# کیفیت زندگی سالمندان ساکن در مناطق حاشیه‌ای شهر ایلام و عوامل مرتبط با آن

مسعود الماسی<sup>۱</sup>

زینب احسانی<sup>۲</sup>

در راستای توجه به مسائل سالمندان، پژوهش حاضر در پی آن است تا به بررسی وضعیت کیفیت زندگی سالمندان و عوامل مرتبط با آن بپردازد. روش پژوهش، پیمایشی است و اطلاعات مورد نیاز به شیوه کل شماری و با توزیع پرسشنامه در بین ۲۰۶ نفر از سالمندان مناطق حاشیه‌نشین شهر ایلام گردآوری شده است. ارزیابی یافته‌ها بیانگر آن است که پاسخگویان از کیفیت زندگی نسبتاً بالایی برخوردارند و همبستگی بین متغیرهای مستقل نگرش دینی، سازگاری و حمایت اجتماعی با متغیر وابسته، معنیدار و مستقیم، و رابطه متغیرهای پرخاشگری و احساس بیگانگی با کیفیت زندگی معنیدار، اما معکوس است. همچنین رابطه معنیداری بین متغیرهای سن، وضع تاهل، وضعیت سواد، درآمد، چگونگی گذران اوقات فراغت و احساس محرومیت نسبی با متغیر وابسته مشاهده نمی‌شود. تفسیر نتایج تحلیل رگرسیونی نشان می‌دهد که متغیرهای احساس بیگانگی و نگرش دینی طی دو مرحله وارد معادله شده و در نهایت ۵۵ درصد از تغییرات متغیر وابسته یعنی کیفیت زندگی را تبیین نموده‌اند. در پایان راهکارهایی در زمینه بهبود و ارتقای کیفیت زندگی سالمندان ساکن در مناطق حاشیه‌ای شهر ایلام ارائه شده است.

واژگان کلیدی: سالمندان، نگرش دینی، سازگاری، حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی

---

۱. عضو هیات علمی گروه علوم اجتماعی دانشگاه پیام‌نور، [almasi\\_57@yahoo.com](mailto:almasi_57@yahoo.com)  
۲. دانش‌آموخته کارشناسی علوم اجتماعی دانشگاه پیام‌نور ایلام، [ehsanizeynab@gmail.com](mailto:ehsanizeynab@gmail.com)

## مقدمه و بیان مسأله

موفقیت در ارائه خدمات بهداشتی و کاهش میزان باروری از یک سو، و کاهش مرگ و میر و افزایش میزان امید به زندگی از سوی دیگر، باعث افزایش قابل توجه جمعیت سالمندان شده است. این مسأله از مهمترین مسائل جمعیتی، اقتصادی و اجتماعی است که رفته رفته در ایران نیز در حال تکوین است. ارزیابی سرشماری‌های مرکز آمار ایران، بیانگر آن است که نسبت جمعیت سالمندان در طی سال‌های ۱۳۳۵ تا ۱۳۸۵ به نسبت ۲/۲۷ برابر افزایش یافته و در حال حاضر ۸,۲ درصد جمعیت کشور را سالمندان تشکیل می‌دهند (مرکز آمار ایران، ۹۰-۱۳۳۵). بر همین اساس و در سرشماری سال ۱۳۹۰، جمعیت بالای ۶۵ سال شهر ایلام ۹۱۹۷ نفر گزارش شده که ۴,۵ درصد کل جمعیت این شهر را شامل شده است (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۰). بنابراین افزایش سرعت رشد جمعیت سالمندان نسبت به رشد جمعیت کشور، لزوم توجه به برنامه‌ریزی مناسب برای این گروه از جمعیت را بیش از پیش می‌نماید.

مسأله سالمندی و پیری که باعث کاهش تحرک، مراقبت ناکافی، درآمد کم و افزایش شیوع بیماری‌های جسمی و روانی افراد است (سانباز<sup>۱</sup> و دیگران، ۲۰۰۳) خاص یک گروه مشخص نبوده، و همه افراد آن را به مرور تجربه خواهند کرد (ابرسول<sup>۲</sup> و دیگران، ۱۹۹۰) امروزه پژوهشگران و محققان بیش از پیش به این باور رسیده‌اند که در این دوره، رفتارهای ارتقاء دهنده سطح سلامت، با توجه به حفظ کارکرد و استقلال افراد و افزایش کیفیت زندگی آنها، اهمیت فراوانی پیدا می‌کند (لی، کو و لی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶) لذا توجه خود را به انجام پژوهش‌های متعدد و گوناگون در زمینه کیفیت زندگی سالمندان معطوف نموده‌اند.

کیفیت زندگی درک افراد از موقعیت خود در زندگی با توجه به فرهنگ و سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند و اهداف، انتظارات و استانداردها است. بنا بر این مقوله‌ای کاملاً فردی بوده و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی شان استوار است (سازمان بهداشت جهانی<sup>۴</sup>، ۱۹۹۶). این مسأله وضعیت فرد و یا افراد یک جامعه را با توجه به عوامل برون‌زایی نظیر فن‌آوری تولید، زیرساخت‌ها، روابط اجتماعی، نهادهای اجتماعی، محیط زیست و مانند آن‌ها تحت تأثیر قرار داده است. به عبارت دیگر، علاوه بر مسائل اقتصادی، نگرانی‌های اجتماعی و محیط زیست را نیز مد نظر قرار می‌دهد (روبک<sup>۵</sup>، ۱۹۸۲: ۱۲۵۹). از این‌رو حفظ و بهبود وضعیت سلامت و کیفیت زندگی در دوران سالمندی بیش از گذشته اهمیت پیدا کرده است. از سوی دیگر و از آنجا که کیفیت زندگی ابعاد مختلفی را در بر می‌گیرد که متاثر از عوامل گوناگونی است، توجه به آن ابعاد از اهمیت خاصی برخوردار است، لذا در

1. Canbaz
2. Ebersol
3. Lee, Ko and Lee
4. WHO
5. Roback

روند مراقبت از سالمندان همواره باید به عوامل مؤثر در کیفیت زندگی آن‌ها توجه شود. از جمله این عوامل، زندگی در مناطق حاشیه شهر و حاشیه‌نشینی است.

حاشیه‌نشینی، دو وجه بیرونی و درونی دارد. معمولاً وجه بیرونی و ظاهر آن مورد توجه عموم مردم و مبنای قضاوت درباره این پدیده است. افراد در این وضعیت در مناطقی اقامت می‌کنند که با جامعه میزبان ارتباط کمی دارند و بین محل سکونت آنها و منطقه اصلی شهر نوعی جدایی وجود دارد. این امر ممکن است به دلیل وضعیت نامطلوب اقتصادی و عدم توانایی مالی خانواده‌ها باشد که به علت هزینه‌های بالای زندگی قادر به زندگی در مناطق اصلی شهر نیستند. علت دیگر آن وجود موانع جذب در جامعه میزبان است. از آنجا که بسیاری از مناطق سنتی به آسانی نمی‌توانند وجود این مهاجرین را بپذیرند، لذا آنان به مناطقی روی می‌آورند که امکان کنترل‌های اجتماعی و هنجاری کمتری در آنجا وجود دارد. این مناطق بیشتر در حاشیه شهرهای بزرگ قرار دارند. اما وجه درونی حاشیه‌نشینی با نظام فرهنگی اجتماعی و نیز موقعیت روانی افراد مرتبط است. بر این اساس وضعیت حاشیه‌نشینی آن گونه که رابرت پارک بیان می‌دارد، شرایطی یا عالمی است برزخ‌گونه که فرد را از نظر اجتماعی و فرهنگی به حالت تعلیق در می‌آورد. فرد خود را در شرایطی می‌یابد که در آن، روابط اجتماعی و ارزش‌های فرهنگی و ملی تا حدودی دستخوش تزلزل شده، ولی روابط و ارزش‌های دیگری هنوز به‌طور کامل جایگزین آنها نشده است. به اعتقاد وی تجربه چنین شرایط بحرانی موجب شخصیت متمایزی برای فرد می‌شود. در اغلب موارد چنین فردی در برابر برخورد فرهنگ‌ها، حالت کناره‌گیری از خود نشان می‌دهد و نمی‌تواند در متن جامعه با عقیده راسخ به فعالیت خویش ادامه دهد. به عبارت دیگر، به علت ناباوری نسبت به ارزش‌ها، بیگانگی با موقعیت جدید، فرد از جامعه کناره می‌گیرد و در حالتی معلق در حاشیه اجتماع می‌نشیند (انصاری، ۱۳۵۵ به نقل از جمشیدی‌ها و عنبری، ۱۳۸۳: ۵۵-۵۴). عدم مشارکت، احساس تبعیض، نداشتن روحیه تعلق شهروندی، کامروایی معوق و... از ویژگی‌های عمده شخصیتی حاشیه‌نشینان است. حاشیه‌نشین این احساس را دارد که شهر خانه او نیست، اگر چه خانه او در شهر است و لذا پیوسته در تضاد میان عینیت و ذهنیت به سر می‌برد (نقدی و صادقی، ۱۳۸۵: ۲۲۱). با توجه به آنچه گذشت، سالمندان ساکن در مناطق حاشیه شهر ایلام نیز از این قضیه مستثنی نیستند، و ایشان از مشکلات دو وجه درونی و بیرونی حاشیه‌نشینی، توأم رنج می‌برند، بنابراین نیازمند توجه دوچندان می‌باشند.

در حال گذار بودن شهر ایلام از سنت به مدرنیسم و افزایش مشکلات و مسائل ناشی از شرایط زندگی شهری، و همچنین نوع مسکن و وضع بهداشت نامناسب، تراکم بالای جمعیت و محدود بودن میزان خدمات اجتماعی در مناطق حاشیه‌نشین این شهر، و تاثیر همه این موارد بر اخلاص در کیفیت زندگی سالمندان ساکن در این مناطق، لزوم انجام پژوهش‌های علمی در این زمینه را موجب شده

است. در این راستا مقاله حاضر به بررسی وضعیت زندگی و شناسایی مهم‌ترین عوامل اثرگذار بر کیفیت زندگی سالمندان ساکن در مناطق حاشیه‌ای شهر ایلام پرداخته است.

## الگوی نظری

در جوامع امروزی با توجه به افزایش شاخص طول عمر و امید به زندگی، مسئله مهمتری تحت عنوان چگونگی گذران عمر و به عبارتی کیفیت زندگی مطرح شده است که پرداختن به این موضوع ذهن نظریه‌پردازان و صاحب‌نظران در امور سالمندی را به خود معطوف نموده است، لذا نظریات متعدد و متفاوتی در این زمینه مطرح شده است. نظریه‌های اولیه مربوط به کیفیت زندگی، بیشتر بر نگرانی‌ها و اولویت‌های فردی تأکید داشتند اما در سال‌های اخیر مباحث نظری، از فرد محوری به سمت نگرانی‌های اجتماعی نظیر امنیت، آزادی، گستردگی کیفیت زندگی و ساختار و کیفیت روابط اجتماعی افراد در جامعه (اشمیت<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲: ۴۰۴) و نیز عوامل مرتبط با آن تغییر یافته است. بر این اساس برای بررسی کیفیت زندگی سالمندان، اشاره به یک عامل و یک دیدگاه کافی نیست، زیرا پدیده‌های اجتماعی چند بعدی و پیچیده هستند و باید از دیدگاه‌های مختلف بررسی شوند. در این راستا در مقاله حاضر، کیفیت زندگی سالمندان از ابعاد مختلف مورد بررسی قرار گرفته و سعی شده است مهمترین متغیرهای اثرگذار در این زمینه سنجش شوند.

همانگونه که اشاره شد در روند مراقبت از سالمندان همواره باید به عوامل مؤثر در کیفیت زندگی آن‌ها توجه شود و راهکارهای مراقبتی، زمانی مفید و مؤثر خواهند شد که کیفیت زندگی آنان را بهبود بخشند. یکی از متغیرهای مرتبط با کیفیت زندگی سالمندی، حمایت اجتماعی است. نیومن و همکاران<sup>۲</sup> (۱۹۹۰: ۲۸۳-۱۷۰) معتقدند که حمایت اجتماعی اثر مستقیمی بر شکایات جسمانی افراد داشته، و سالمندان دارای حمایت اجتماعی بالا حتی در صورت تجربه حادثه ناگوار در مقابل بیماری کمتر آسیب‌پذیرند. به عبارت دیگر هر اندازه افراد سالمند دارای حمایت اجتماعی بالاتری باشند، به این معنا که این متغیر به عنوان مجموعه‌ای از ذخائر ارزشمند (مانند اعتماد متقابل در بین افراد، حمایت‌های روانی و مالی، وجود شبکه‌های خویشاوندی، حس تعلق و وابستگی، حسن تفاهم، همدردی، دوستی، همبستگی و سرمایه) در برنامه‌های مختلف زندگی برای سالمندان وجود داشته باشد، کیفیت زندگی آنها در وضعیت بهتری قرار خواهد گرفت. یکی دیگر از این موارد، که به عنوان حمایت‌کننده عاطفی و وسیله‌ای برای تفسیر مثبت رویدادهای زندگی از آن یاد می‌شود،

1. Schmitt  
2. Newman et al

نگرش دینی است. داینر، سو و اوشی<sup>۱</sup> (۱۹۹۷؛ همچنین گلاتز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰) معتقدند که پایبندی به اعتقادات با کیفیت زندگی رابطه مستقیم دارد و افراد معتقد از کیفیت زندگی بهتری برخوردارند. بر این اساس سالمندان با گرایش دینی و این عقیده که در جهان مقصد والایی وجود دارد، می‌توانند کیفیت زندگی خود را ارتقا بخشند. احساس محرومیت نسبی به عنوان تصور وجود تفاوت بین انتظارات ارزشی انسان‌ها و توانایی‌های ارزشی آنها از دیگر عوامل مرتبط با کیفیت زندگی سالمندان است. محرومیت نسبی برداشت بازیگران از وجود اختلاف بین انتظارات ارزشی و توانایی‌های ارزشی است. انتظارات ارزشی، کالاها و شرایط زندگی می‌باشند که مردم خود را مستحق آنها می‌دانند. توانایی‌های ارزشی، کالاها و شرایطی هستند که مردم فکر می‌کنند در صورت داشتن ابزارهای اجتماعی می‌توانند آنها را به دست آورند و حفظ کنند (گار، ۱۳۸۷). دیدگاه محرومیت نسبی بر آن است که انسانها عموماً به مقایسه خود با دیگران می‌پردازند و در این رابطه وقتی احساس فقر و بی‌عدالتی می‌کنند، واکنش‌های شدید عاطفی (مانند تعویض شغل، کارشکنی، خودکشی و...) انجام می‌دهند و وقتی این احساس به درجه بالای خود برسد، به احساس تضاد اجتماعی می‌انجامد و تعارضات شدیدی را در پی دارد (رفیع‌پور، ۱۳۷۸: ۴۵). بر این اساس سالمندان نیز در صورت احساس محرومیت، دچار زودرنجی و گوشه‌گیری شده و کیفیت زندگی آنها مختل می‌شود.

راهبردهای کنار آمدن و سازگاری با مشکلات روانی از دیگر عوامل مرتبط با کیفیت زندگی سالمندان است. در برخورد سالمندان یک جامعه با مشکلات زندگی و روانی، هر اندازه راهبرد عقلانی در جهت حل مسائل به کار گرفته شود و بر اساس عقل سلیم با مشکل برخورد شود، فشارهای روانی ناشی از آن مساله کاهش می‌یابد. بنابراین در استراتژی حل مساله و برخورد به شیوه عقلانی با مساله و مشکل روانی، فرد مستقیماً به سوی مدیریت آن مشکل متمرکز می‌شود و در جریان این فرایند سعی دارد منابعی را جایگزین استرس کند (کاسیچ<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴: ۲۷۰). به همین صورت، عدم انطباق نگرش سالمندان با نگرش اطرافیان نسبت به اتفاقات زندگی محیطی، کاهش سطح فعالیت‌ها به دلیل از کارافتادگی، سلب اراده و آزادی عمل از آنها، وافت قوای جسمانی که منجر به بی‌اعتمادی دیگران نسبت به سالمندان می‌شود، سبب بروز و جایگزینی رفتارهای نابهنجار مانند افسردگی، از خودبیگانگی، عصبانیت، پرخاشگری، و حتی گریه و زاری بی‌مورد در بین سالمندان است. فرد سالمند به لحاظ اینکه جایگاه خود را در بین اطرافیان از دست داده، دچار افسردگی شدید شده که این افسردگی همراه با ضعف کیفیت ارتباط اجتماعی وی در این سنین، منجر به تنزل آستانه تحمل در مقابل خواسته‌ها یا

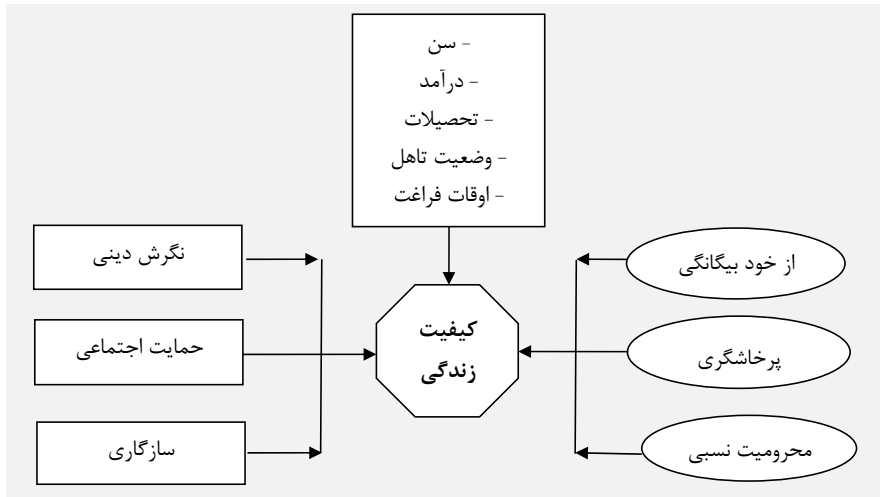
1. Diener, Suh and Oishi  
2. Glatzer  
3. Kosic

قبول کردن دیگران می‌شود و بدون دلیل تغییر مزاج پیدا کرده و پرخاشگر می‌شود. نظریه‌های اجتماعی که درباره بیگانگی مطرح شده‌اند نیز تلویحاً در برگزیده مقوله رضایت از زندگی هستند. به عبارت دیگر می‌توان احساس بیگانگی اجتماعی را تلویحاً به معنای تبیین نارضایتی و عدم بهروزی به شمار آورد. بر پایه نظر سیمن<sup>۱</sup> (۱۹۵۹) ساختار بوروکراسی جامعه مدرن، شرایطی را ایجاد و ابقا کرده است که در آن، انسان‌ها از یک سو نمی‌توانند عواقب و نتایج رفتارهای خود را کنترل کنند و از سوی دیگر نحوه کنترل و مدیریت جامعه و سیستم پاداش‌دهی اجتماعی نیز به گونه‌ای است که فرد، بین رفتار خود و پاداش مأخوذ از سوی جامعه نمی‌تواند ارتباط برقرار کند و در چنین شرایطی، احساس انفعال و از خود بیگانگی بر فرد سالمند مستولی می‌شود و او را به کنشی منفعلانه و غیرمشارکتی وا می‌دارد.

### فرضیه‌ها

- سن با کیفیت زندگی سالمندان رابطه دارد.
- درآمد با کیفیت زندگی سالمندان رابطه دارد.
- کیفیت زندگی سالمندان بر حسب سطح تحصیلات تفاوت دارد.
- کیفیت زندگی سالمندان بر حسب وضع تاهل تفاوت دارد.
- کیفیت زندگی سالمندان بر حسب چگونگی گذران اوقات فراغت تفاوت دارد.
- از خود بیگانگی با کیفیت زندگی سالمندان رابطه دارد.
- پرخاشگری با کیفیت زندگی سالمندان رابطه دارد.
- احساس محرومیت نسبی با کیفیت زندگی سالمندان رابطه دارد.
- نگرش دینی با کیفیت زندگی سالمندان رابطه دارد.
- حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی سالمندان رابطه دارد.
- سازگاری (راهبردهای کنار آمدن با فشارهای روانی) با کیفیت زندگی سالمندان رابطه دارد.

شکل ۱. مدل مفهومی تحقیق



### روش تحقیق

در انجام این پژوهش از روش پیمایش<sup>۱</sup> استفاده شده است. وجود تنها ۳ منطقه منطبق با ویژگی‌های مناطق حاشیه‌نشین در شهر ایلام و نبود آمار دقیق از تعداد سالمندان ساکن این مناطق، سبب استفاده از شیوه کل شماری، و توزیع پرسشنامه در بین کلیه سالمندان بالای ۶۵ سال ساکن در این مناطق (که در فروردین ۹۲ در دسترس بوده‌اند) شد و در نهایت تعداد ۲۰۶ پرسشنامه مورد ارزیابی قرار گرفت. برای بررسی روایی<sup>۲</sup> گویه‌های شاخص اصلی تحقیق، از روایی درونی، آلفای کرونباخ<sup>۳</sup> و ضریب پایایی، و جهت سنجش متغیر وابسته، از پرسشنامه WHOQOL-BREF استفاده شد. سایر سوالات مندرج در این پرسشنامه از رساله‌های کارشناسی ارشد و دکتری داخل کشور و یا از مقالات لاتینی اخذ شده که توسط اساتید داخلی ترجمه و هنجاریابی شده‌اند. پرخاشگری؛ از پرسشنامه استاندارد گروه روان‌شناسی دانشگاه تهران، راهبردهای انطباق؛ از مقاله ترجمه شده لی و همکاران (۲۰۰۴)، حمایت اجتماعی؛ از پرسشنامه سنجش‌ها و نگرش‌های ایرانیان توسط چلبی و همکاران، نگرش دینی؛ از پرسشنامه استاندارد آلپورت و راس (۱۹۶۰)، محرومیت نسبی؛ از رساله دکتری دستغیب در دانشگاه

1. Survey Method  
2. Validity  
3. cronbachs alpha.

تهران، احساس از خودبیگانگی؛ از طرح تحقیقی انجام شده در خرم آباد توسط حسینی و همکاران اخذ شده است. پرسشنامه تهیه شده، ابتدا مورد پیش‌آزمون، و پس از تایید روایی و پایایی آن، مورد استفاده قرار گرفت.

جدول ۱. ضریب آلفای کرونباخ (پایایی) گویه‌های هر طیف

طیف	کیفیت زندگی	حمایت اجتماعی	نگرش دینی	سازگاری	محرومیت نسبی	برخاشگری	از خودبیگانگی
تعداد گویه‌ها	۲۶	۸	۸	۷	۷	۱۲	۸
آلفای کرونباخ	۰/۹۲	۰/۷۰	۰/۹۷	۰/۷۵	۰/۷۰	۰/۸۳	۰/۷۰

## یافته‌ها

### یافته‌های توصیفی

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که نیمی از پاسخگویان سن خود را بین ۶۹-۶۵ سال اعلام نموده و بیش از ۵۳ درصد آنها از درآمدی کمتر از ۲۰۰ هزار تومان برخوردار بوده‌اند. کمترین درآمد ۴۵ هزار تومان حاصل از یارانه و بیشترین آن هشتصد هزار تومان بوده و ۳۹,۳ درصد پاسخگویان حقوق بازنشستگی را منبع تامین درآمد خود اعلام نموده‌اند. در مورد وضعیت تاهل، یافته‌ها بیانگر آن بود که ۷۶,۷ درصد پاسخگویان متأهل، و ۲۳,۳ درصد فوت همسر داشته‌اند. از نظر سطح سواد ۷۳,۳ درصد پاسخگویان بی‌سواد و ۲۶,۶ درصد دارای تحصیلات ابتدایی بوده‌اند. در توزیع پاسخگویان بر اساس مالکیت مسکن یافته‌ها نشان داد ۹۳,۳ درصد دارای منازل شخصی، و ۶,۷ درصد در منازل فرزندان ساکن بوده‌اند. بیشتر پاسخگویان تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی (۳۶,۷ درصد) و خدمات درمان (۲۶,۷ درصد) و ۳۰ درصد آنها فاقد بیمه بوده‌اند. ۴۶,۷ درصد پاسخگویان اوقات فراغت خود را با دوستان و همسالان، و ۴۳,۳ درصد آنها بیکار و در منزل سپری می‌کردند. در تبیین متغیر وابسته، میانگین نمره اخذ شده ۹۸,۹ بیانگر آن است که پاسخگویان از کیفیت زندگی نسبتاً خوبی برخوردارند. همچنین میانگین نمرات اخذ شده برای هر یک از متغیرهای مستقل، در مقایسه با میانگین ممکن برای هر متغیر، از میزان متوسط به بالایی برخوردار بوده است.



جدول ۲. توزیع درصدی ویژگی‌های پاسخگویان در نمونه تحقیق

درصد	متغیر	
۵۰ درصد	۶۵-۶۹	سن
۱۳,۳ درصد	۷۰-۷۴	
۱۰ درصد	۷۵-۷۹	
۱۶,۷ درصد	۸۰-۸۴	
۱۰ درصد	۸۵-۸۹	
۵۳,۳	کمتر از ۲۰۰	درآمد (به هزار تومان)
۱۳,۳	۲۰۱ تا ۴۰۰	
۲۰	۴۰۱ تا ۶۰۰	
۱۳,۳	۸۰۰ تا ۶۰۱	وضع تاهل
۷۶,۷ درصد	متاهل	
۲۳,۳ درصد	فوت همسر	سطح سواد
۷۳,۳ درصد	بی سواد	
۲۶,۶ درصد	ابتدایی	مالکیت مسکن
۹۳,۳ درصد	منازل شخصی	
۶,۷ درصد	منازل فرزندان	نوع بیمه
۳۶,۷ درصد	تامین اجتماعی	
۲۶,۷ درصد	خدمات درمان	
۳۰ درصد	فاقد بیمه	اوقات فراغت
۴۶,۷ درصد	با دوستان	
۴۳,۳ درصد	بیکار و در منزل	
۱۰ درصد	سایر	

#### آزمون فرضیه‌ها

در ارزیابی فرضیه‌ها، اطلاعات موجود در جدول ۳ بیانگر آن است که همبستگی بین متغیرهای مستقل؛ نگرش دینی ( $r = 0.556$ )، سازگاری ( $r = 0.545$ ) و حمایت اجتماعی ( $r = 0.524$ ) با متغیر وابسته، مستقیم، و در سطح ۹۹ درصد معنی دار است. به این صورت که هرچه سطح این متغیرها در میان پاسخگویان بیشتر باشد، کیفیت زندگی آنها نیز افزایش می‌یابد. از سوی دیگر رابطه متغیرهای ازخودبیگانگی ( $r = -0.662$ ) و پرخاشگری ( $r = -0.368$ ) با کیفیت زندگی، معنی دار، اما معکوس بوده

است، به عبارت دیگر با افزایش مقدار متغیرهای مذکور در بین سالمندان، کیفیت زندگی آنها کاهش یافته است. همچنین رابطه معنی‌داری بین متغیرهای سن، درآمد و محرومیت نسبی با متغیر وابسته مشاهده نمی‌شود.

**جدول ۳. بررسی رابطه متغیرهای مستقل با کیفیت زندگی سالمندان**

سطح معناداری	ضریب همبستگی	فرضیه
۰,۴۰۴	-۰,۱۵۸	رابطه سن با کیفیت زندگی سالمندان
۰,۳۲	۰,۱۹۰	رابطه درآمد با کیفیت زندگی سالمندان
۰,۰۶	-۰,۳۴۳	رابطه احساس محرومیت نسبی با کیفیت زندگی سالمندان
۰,۰۰	-۰,۳۶۸*	رابطه پرخاشگری با کیفیت زندگی سالمندان
۰,۰۰	-۰,۶۶۲**	رابطه از خود بیگانگی با کیفیت زندگی سالمندان
۰,۰۰	۰,۵۲۴**	رابطه حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی سالمندان
۰,۰۰	۰,۵۵۶**	رابطه نگرش دینی با کیفیت زندگی سالمندان
۰,۰۰	۰,۵۴۵**	رابطه سازگاری با کیفیت زندگی سالمندان

\* معنی‌داری در سطح ۹۵ درصد \*\* معنی‌داری در سطح ۹۹ درصد

جدول ۴ در ارزیابی سایر فرضیه‌ها نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری در نمره کیفیت زندگی سالمندان بر حسب متغیرهای وضعیت تاهل، سطح تحصیلات و چگونگی گذران اوقات فراغت، وجود ندارد و فرضیه‌های مربوط به این متغیرها تایید نشده است.

**جدول ۴. بررسی تفاوت میانگین متغیرهای مستقل با کیفیت زندگی سالمندان**

سطح معناداری	آزمون F یا T	انحراف معیار	میانگین	شاخص	فرضیه
۰,۸۴	۰,۰۴۱	۲۳,۵۷	۹۹,۳۴	متاهل	تفاوت میانگین نمره کیفیت زندگی بر حسب وضعیت تاهل
		۱۴,۷۹	۹۷,۴۲	فوت همسر	
۰,۶۹	-۰,۳۹۱	۲۳,۳۴	۹۷,۹۵	بی‌سواد	تفاوت میانگین نمره کیفیت زندگی بر حسب سطح تحصیلات
		۱۷,۰۷	۱۰۱,۵	ابتدایی	
۰,۳۴	۱,۰۹	۱۱,۳۵	۱۰۴	شاغل	تفاوت میانگین نمره کیفیت زندگی بر حسب چگونگی گذران اوقات فراغت
		۲۵,۳۷	۹۲,۲۳	بیکار در منزل	
		۱۸,۷۱	۱۰۴	با دوستان	

**تحلیل رگرسیونی چند متغیره**

تفسیر نتایج جدول ۵ جهت تحلیل رگرسیونی چند متغیره نشان می‌دهد که متغیرهای احساس بیگانگی و نگرش دینی طی ۲ مرحله وارد معادله شده و در نهایت با همبستگی ۰,۷۴۲ و ضریب تعیین ۰,۵۵ تقریباً ۵۵ درصد از تغییرات متغیر وابسته یعنی کیفیت زندگی را تبیین نموده‌اند. در مجموع ارزیابی یافته‌ها نشان می‌دهد که مدل پژوهش حاضر از قدرت تبیین و پیش‌بینی بالایی برخوردار است.

**جدول ۵. تحلیل چند متغیره برای پیش‌بینی کیفیت زندگی**

مرحله	R	R <sup>۲</sup>	R <sup>۲</sup> تعدیل شده	خطای استاندارد
اول	۰,۶۶۲	۰,۴۳۸	۰,۴۱۸	۱۶,۵۰۲۵۲
دوم	۰,۷۴۲	۰,۵۵۰	۰,۵۱۷	۱۵,۰۳۳۳۴
Sig= ۰,۰۱		Constant = ۷۳,۹۴۰		

با توجه به علائم ضرایب B موجود در جدول ۶ مشاهده می‌شود که متغیر نگرش دینی دارای اثر مثبت بر کیفیت زندگی می‌باشند. به عبارت دیگر عامل فوق دارای رابطه‌ای مستقیم با متغیر وابسته است. همچنین متغیر احساس بیگانگی ( $B = -1.984$ ) دارای رابطه معکوس با کیفیت زندگی است.

**جدول ۶. عناصر درون معادله برای پیش‌بینی کیفیت زندگی**

متغیر	ضریب B	T	SigT
احساس بیگانگی	-۱,۹۸۴	-۳,۸۰۳	۰,۰۰
نگرش دینی	۱,۵۵۸	۲,۵۹۶	۰,۰۱

معادله پیش‌بینی رگرسیون چند متغیره با توجه به جداول فوق برای پیش‌بینی میزان کیفیت زندگی در میان نمونه مورد بررسی به صورت زیر است:

$$Y = (73.940) + (-1.984 \times x_1) + (1.558 \times x_2)$$

جدول ۷ نشان می‌دهد متغیرهای؛ حمایت اجتماعی، سازگاری و پرخاشگری خارج از معادله قرار گرفته‌اند. این مساله به معنی کم اهمیت بودن متغیرهای مذکور نمی‌باشد، بلکه از آنجاکه در روش مرحله به مرحله، هدف انتخاب بهترین متغیرها برای پیش‌بینی است، حصول این نتیجه به دلیل وجود همبستگی بین متغیرهای خارج از معادله با متغیرهای درون معادله است.

جدول ۷. متغیرهای خارج شده از مدل رگرسیونی به روش گام به گام

متغیر	همبستگی جزئی	Beta	T	Sig T
حمایت اجتماعی	۰,۱۸۶	۰,۱۸۷	۰,۹۶۶	۰,۳۴۳
سازگاری	۰,۰۸۸	۰,۰۹۳	۰,۴۵۱	۰,۶۵۶
پرخاشگری	-۰,۰۶۶	-۰,۰۴۹	-۰,۳۳۵	۰,۷۴۰

### جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

با توجه به اهمیت و نقش اساسی مساله کیفیت زندگی، پژوهش‌های متعدد و متفاوتی پیرامون آن در درون جوامع و بین افراد صورت گرفته است. بررسی‌ها نشان می‌دهد پژوهش‌های انجام شده بر روی کیفیت زندگی و ابعاد متعدد آن به طوری است که مقالات موجود با عنوان کیفیت زندگی بین سال‌های ۱۹۸۵ تا ۱۹۹۵ از ۲۱ درصد به ۷۶ درصد افزایش یافته است (آپولون و موسکونی، ۱۹۹۸). در این راستا مقاله حاضر نیز به بررسی کیفیت زندگی سالمندان شهر ایلام و عوامل مرتبط با آن پرداخته است. فرضیه‌های اساسی، از چارچوب نظری حاصل از تلفیقی از نظریه‌های مختلف روان‌شناختی، جامعه‌شناختی و روان‌شناختی اجتماعی، و پیشینه‌های داخلی و خارجی گرفته شد. روش پژوهش، پیمایشی است و اطلاعات مورد نظر در زمینه متغیرهای مستقل و وابسته، از طریق توزیع پرسشنامه به صورت کل شماری در بین ۲۰۶ نفر از سالمندان مناطق حاشیه‌ای شهر ایلام جمع‌آوری شده است. وجود تنها ۳ منطقه منطبق با ویژگی‌های مناطق حاشیه‌نشین در شهر ایلام، و نیز جمعیت پایین این مناطق و اندک بودن تعداد سالمندان ساکن در این مناطق، علت استفاده از شیوه کل شماری است.

ارزیابی یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که متغیرهای سن، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، درآمد، محرومیت نسبی و چگونگی گذران اوقات فراغت، رابطه معناداری با کیفیت زندگی سالمندان نداشته و فرضیه‌های مربوط به این متغیرها رد شده‌اند. از سوی دیگر رابطه متغیرهای نگرش دینی، سازگاری، حمایت اجتماعی، ازخودبیگانگی و پرخاشگری با متغیر وابسته تایید شده است. همچنین در تفسیر نتایج تحلیل رگرسیونی چند متغیره، یافته‌ها نشان داد که متغیرهای احساس بیگانگی و نگرش دینی طی دو مرحله وارد معادله شده و ۵۵ درصد از تغییرات متغیر وابسته یعنی کیفیت زندگی را تبیین نموده‌اند.

همانگونه که اشاره شد ارزیابی فرضیه‌های مورد بررسی، حاکی از وجود همبستگی معنی‌دار و معکوس بین متغیرهای پرخاشگری و ازخودبیگانگی با کیفیت زندگی سالمندان است. عدم انطباق نگرش سالمندان با نگرش اطرافیان نسبت به اتفاقات زندگی محیطی، کاهش سطح فعالیت‌ها به

دلیل از کارافتادگی، سلب اراده و آزادی عمل از آنها، و افت قوای جسمانی که منجر به بی‌اعتمادی دیگران نسبت به سالمندان می‌شود، از علل بروز رفتارهای ناپه‌نجان مانند افسردگی، از خودبیگانگی، عصبانیت، پرخاشگری، و حتی گریه و زاری بی‌مورد در بین سالمندان است. بر این اساس نتایج پژوهش حاضر نیز بیانگر آن است که فرضیه ششم، "از خودبیگانگی با کیفیت زندگی سالمندان رابطه دارد"، و فرضیه هفتم، "پرخاشگری با کیفیت زندگی سالمندان رابطه دارد" مورد تأیید قرار گرفته‌اند. نظریه‌های اجتماعی مطرح شده درباره بیگانگی، تلویحاً در برگزیده مقوله رضایت از زندگی و احساس شادی و نشاط هم هستند. به عبارت دیگر می‌توان احساس بیگانگی اجتماعی را تلویحاً به معنای تبیین نارضایتی و عدم بهروزی به شمار آورد. ساختار بوروکراسی جامعه مدرن، شرایطی را ایجاد و ابقا کرده است که در آن، انسان‌ها از یک سو نمی‌توانند عواقب و نتایج رفتارهای خود را کنترل کنند و از سوی دیگر نحوه کنترل و مدیریت جامعه و سیستم پاداش دهی اجتماعی نیز به گونه‌ای است که فرد، بین رفتار خود و پاداش مأخوذ از سوی جامعه نمی‌تواند ارتباط برقرار کند و در چنین شرایطی، احساس انفعال و از خودبیگانگی بر فرد مستولی می‌شود و او را به کنشی منفعلانه و غیرمشارکتی و می‌دارد (سیمن، ۱۹۵۹). از سوی دیگر افراد سالمند به لحاظ اینکه جایگاه خود را در بین اطرافیان از دست داده‌اند، دچار افسردگی شدید شده که این افسردگی همراه با ضعف کیفیت ارتباط اجتماعی آنها در این سنین، منجر به تنزل آستانه تحمل‌شان در مقابل خواسته‌ها یا قبول کردن دیگران می‌شود و بدون دلیل تغییر مزاج پیدا کرده و پرخاشگر می‌شوند. در این راستا و در جهت پیشگیری از احساس انزوا و گوشه‌گیری ایشان، می‌توان با احداث مراکز نگهداری روزانه سالمندان در سه منطقه حاشیه‌ای و نیز سایر مناطق شهر ایلام،- که در آن به مدت چند ساعت از روز سالمند نگهداری شود-، گام‌های موثری برداشت. از سوی دیگر با توجه به وضعیت اقتصادی ضعیف خانواده‌های ساکن در این مناطق، تقویت و حمایت خانواده‌ها از سوی مسئولین ذیربط در جهت نگهداری بهتر سالمندان نیز می‌تواند راهکار موثری در این زمینه باشد.

یکی دیگر از موارد مؤثر بر کیفیت زندگی، که به عنوان حمایت‌کننده عاطفی و وسیله‌ای برای تفسیر مثبت رویدادهای زندگی می‌باشد، نگرش دینی است. سالمندان با گرایش دینی و این عقیده که در جهان مقصد والایی وجود دارد، می‌توانند کیفیت زندگی خود را ارتقا بخشند. ارزیابی فرضیه نهم تحقیق، «نگرش دینی با کیفیت زندگی سالمندان رابطه دارد»، بیانگر تأیید این فرضیه است. در این راستا نتایج پژوهش‌های داینر، سو و اوشی (۱۹۹۷) و (گل‌تزر، ۲۰۰۰) نیز نشان می‌دهند که پابندی به اعتقادات با کیفیت زندگی رابطه مستقیم دارد و افراد معتقد از کیفیت زندگی بهتری برخوردارند.

در بررسی فرضیه دهم، "حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی سالمندان رابطه دارد"، نتایج آزمون فرضیه‌ها نشان می‌دهد پاسخگوبانی که از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار باشند، از درجه کیفیت

زندگی بالاتری نیز برخوردارند. به عبارت دیگر هر اندازه افراد سالمند دارای حمایت اجتماعی بالاتری باشند، به این معنا که این متغیر به عنوان مجموعه‌ای از ذخائر ارزشمند مانند اعتماد متقابل در بین افراد، حمایت‌های روانی و مالی، وجود شبکه‌های خویشاوندی، حس تعلق و وابستگی، حسن تفاهم، همدردی، دوستی، همبستگی و سرمایه در برنامه‌های مختلف زندگی برای سالمندان وجود داشته باشد، کیفیت زندگی آنها در وضعیت بهتری قرار خواهد گرفت. ایجاد و تقویت سیستم جامع حمایت اجتماعی سالمندان در جهت افزایش رفاه آنان و فراهم نمودن امکانات بیمه عمومی برای سالمندان ساکن مناطق حاشیه‌نشین، که انواع خدمات برای ایشان را تحت پوشش قرار دهد، می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی آنها اثرگذار باشد.

بحث دیگری که مباحث تئوریک و نتایج پژوهش حاضر بر آن دلالت دارد، این است که در برخورد افراد یک جامعه با مشکلات زندگی و روانی، هر اندازه راهبرد عقلانی در جهت حل مسائل به‌کار گرفته شود و بر اساس عقل سلیم با مشکل برخورد شود، فشارهای روانی ناشی از آن مساله کاهش می‌یابد. ارزیابی یافته‌ها نشان می‌دهند سالمندانی که توانایی بیشتری در سازگاری با مشکلات و محیط زندگی از خود نشان داده‌اند، دارای کیفیت زندگی بهتری بوده‌اند. بنابراین فرضیه یازدهم "سازگاری با کیفیت زندگی سالمندان رابطه دارد" نیز مورد تایید قرار گرفته است. آموزش و گسترش فرهنگ خودمراقبتی به سالمندان برای اصلاح روش و سبک زندگی، افزایش ارتباطات اجتماعی، پرکردن اوقات فراغت با استفاده از شیوه‌ها و علائق نسلی و یا متناسب با زمان، افزایش فعالیت جسمی و ورزش، اصلاح الگوی تغذیه، کنترل مصرف سیگار، فراهم نمودن زمینه مشارکت فعال در برنامه‌ریزی و اجرای تمام مسایل مربوط به خود و محله، می‌تواند سالمندان را در کنار آمدن با فشارهای روانی یاری نماید.

## منابع

- جمشیدیه، غلامرضا و موسی عنبری (۱۳۸۳). «تعلقات اجتماعی و اثرات آن بر بازگشت مهاجرین افغانی». نشریه نامه علوم اجتماعی، دوره ۳، شماره ۲۳. صص: ۶۸-۴۳.
- رفیع‌پور، فرامرز (۱۳۷۸). *انومی یا آشفتگی اجتماع*، تهران: سروش.
- گار، تد رابرت (۱۳۸۷). *چرا انسانها شورش می‌کنند؟*، (ترجمه: علی مرشدی‌زاد)، تهران: پژوهشکده مطالعات راهبردی، چاپ سوم.
- مرکز آمار ایران، نتایج تفصیلی سرشماری‌های عمومی نفوس و مسکن کل کشور، سال‌های ۸۵-۱۳۳۵.
- مرکز آمار ایران (۱۳۹۰). نتایج تفصیلی سرشماری عمومی نفوس و مسکن استان ایلام، سال ۱۳۹۰.
- نقدی، اسداله و رسول صادقی (۱۳۸۵). «حاشیه‌نشینی چالشی فراروی توسعه پایدار شهری (با تأکید بر شهر همدان)». فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال پنجم، شماره ۲۰. صص: ۲۳۳-۲۱۳.

- Apolone, G. and P. Mosconi (1998). "Review of the concept of quality of life assessment and discussion of the present trend in clinical research". *Nephrol Dial Transplant*. 13(1): 65-69. Online available at: [http://ndt.oxfordjournals.org/content/13/suppl\\_1/65.full.pdf](http://ndt.oxfordjournals.org/content/13/suppl_1/65.full.pdf)
- Canbaz, S and A. T. Sunter, and S. Dabak, and Y. Peksen (2003). "The prevalence of chronic disease and quality of life in elderly people in Samsun". *Turkish Journal medical Sciences*. 33(5): 335-340. Online available at: <http://mistug.tubitak.gov.tr/bdyim/abs.php?dergi=sag&rak=0210-15>
- Diener, E and Suh, E and Oishi, S (1997). Recent Finding on subjective well being. *Indiana Journal of Clinical Psychology*, 24(1): 25-41. Online available at: <http://medind.nic.in/imvw/imvw9527.html>
- Ebersole, P and T. Touhy, and P. Hess, and K. Jett, and A. S. Luggen (1990). *Toward Healthy Aging, human needs and nursing responses*. St. Louis: The CV Mosby Company. Online available at: <http://www.lavoisier.fr/livre/notice.asp?ouvrage=1256497>
- Glatzer, W (2000). "happiness: classic theory in the light of Current research". *Journal of happiness studies*. 1(4): 501-511. Online available at: <http://link.springer.com/article/10.1023%2FA%3A1011550727571?LI=true#>
- Kosic, A (2004). "Acculturation strategies, coping process and acculturation stress", *Scandinavian Journal of Psychology*, 46(4): 269-278. Online available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9450.2004.00405.x/pdf>
- Lee, T.W and I.S. Ko, and K.J. Lee (2006). »Health promotion behaviors and quality of life among community dwelling elderly in Korea". *International Journal of Nursing Studies*, 43(3): 293-300. Online available at: <http://europepmc.org/abstract/MED/16105668>
- Newman, S. J. and R. Struyk, and P. Wright, and M. Rice (1990). "Overwhelming Odds: Care giving and the risk of institutionalization". *Journal of Gerontology*. 45(5): 173-183. Online available at: <http://geronj.oxfordjournals.org/content/45/5/S173.abstract>

- Roback, J (1982). "Wages, Rents, and the Quality of Life.« *The Journal of Political Economy*, 90(6): 1257-1278. Online available at: [http://francois.marginalq.com/Biblio/Roback\\_JPE\\_1982.pdf](http://francois.marginalq.com/Biblio/Roback_JPE_1982.pdf)
- Seeman, M (1959). »On the meaning of Alienation«, *American Sociological Review*. 24(6): 783-791. Online available at: <http://www.jstor.org/stable/2088565>
- Schmitt, R. B (2002). »Considering Social Cohesion in Quality Of Life Assessments: Consept and Measurement«, *Social Indicators Research*,58 : 403-428. Online available at: [http://link.springer.com/chapter/10.1007/0-306-47513-8\\_18#page-1](http://link.springer.com/chapter/10.1007/0-306-47513-8_18#page-1)
- WHO (1996). *WHOQOL-BREF: Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of Assessment*. World Health Organization Geneva. Online available at: [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/76.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf)