

کیفیت زندگی سالمندان شهر تهران و مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی آن‌ها با تأکید بر جنس

محمد میرزایی*

زینب کاوه فیروز*

تغییرات ناشی از گذار اجتماعی در ایران همگام با گذار جمعیتی سبب گردیده تا کیفیت زندگی سالمندان تحت تأثیر قرار گیرد. بی‌شک متغیرهای جمعیتی، اجتماعی در وضعیت کیفیت زندگی سالمندان بی‌تأثیر نبوده است. عدم حمایت عاطفی، کاهش شبکه ارتباطات اجتماعی و در نتیجه کاهش مشارکت‌های اجتماعی از عوامل مؤثر در افت کیفیت زندگی سالمندان است. تحقیق حاضر با هدف بررسی وضعیت کیفیت زندگی سالمندان شهر تهران و تأثیر مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی بر کیفیت زندگی آنان به تفکیک جنس انجام شده است. داده‌هایی که برای انجام این بررسی مورد استفاده قرار گرفتند، برگرفته از نتایج یک تحقیق پیمایشی با عنوان «تأثیر ساختار جمعیتی و اجتماعی بر کیفیت زندگی سالمندان شهر تهران» بوده که بر روی نمونه‌ای با ۳۸۴ سالمند ۶۰ سال و بالاتر ساکن در شهر تهران انجام شده است. نتایج تحقیق به‌طور کلی گویای آن است که کیفیت زندگی مردان سالمندان شهر تهران در سطح بالاتری نسبت به زنان قرار دارد و اختلاف قابل ملاحظه‌ای بین کیفیت زندگی مردان و زنان وجود دارد. همچنین میزان مشارکت سالمندان در فعالیت‌های اجتماعی در سطح پایینی قرار داشته و با وارد کردن متغیر جنس، می‌توان گفت زنان سالمند مشارکت بسیار کمتری در فعالیت‌های اجتماعی نسبت به سالمندان مرد دارند. علاوه بر آن، متغیر مستقل مشارکت اجتماعی بر کیفیت زندگی سالمندان تأثیر معنی‌دار داشته به‌طوری که سالمندانی که دارای مشارکت اجتماعی بیشتری هستند، کیفیت زندگی بهتری را تجربه می‌کنند.

واژگان کلیدی: سالمندان، کیفیت زندگی، مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی، جنس

mmirzaie@ut.ac.ir
z.kavehfirouz@gmail.com

* استاد گروه جمعیت‌شناسی، دانشگاه تهران
☆ دانشجوی دکترای جمعیت‌شناسی دانشگاه تهران

مقدمه

سازمان ملل در سال ۲۰۰۶ تعداد کل سالمندان جهان را ۶۸۷ میلیون و ۹۲۳ هزار نفر برآورد و اعلام کرد که این تعداد تا سال ۲۰۵۰ به رقم یک میلیارد و ۹۶۸ میلیون و ۱۵۳ نفر خواهد رسید. این در حالی است که هم‌اکنون ۶۰ درصد افراد سالمند در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند. در حال حاضر ۷/۲ درصد از کل جمعیت ایران را افراد سالمند بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهند که معادل پنج میلیون و ۱۳۰ هزار نفر است. پیش‌بینی می‌شود این رقم تا سال ۲۰۵۰ به ۲۶ میلیون و ۳۹۳ هزار نفر معادل ۲۶ درصد کل جمعیت کشور برسد. امید زندگی برای مردان و زنان ایرانی بعد از ۶۰ سالگی طی سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۰ به ترتیب ۱۷ و ۱۸ سال برآورد شده است. نرخ رشد سالانه جمعیت در فاصله سرشماری‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۵ در کشور ایران ۱/۶ درصد بوده و این در حالی است که نرخ رشد جمعیت سالمند ۲/۵ درصد است. طبق سرشماری ۱۳۸۵، ۸/۷ درصد از جمعیت شهر تهران در سنین ۶۰ سالگی و بالاتر قرار داشته است. با توجه به ساختار کنونی جمعیت کشور، انتظار می‌رود که در سال‌های آتی نسبت این جمعیت بیش از گذشته نیز افزایش یابد. افزایش نسبت سالمندی در کشور ما از سال ۱۴۲۰ به بعد خودنمایی خواهد کرد (مرکز آمار ایران ۱۳۸۱، ۱۳۸۵).

تحولات جمعیتی از جمله کاهش باروری، کاهش مرگ و میر و در نتیجه افزایش طول عمر که پیامد پیشرفت‌های پزشکی بوده، موجب افزایش تعداد و به خصوص نسبت سالمندان شده است. ایران نیز از این قاعده مستثنی نبوده است. کاهش سطح زاد و ولد و باروری علاوه بر تأثیر قاطعی که بر میزان رشد جمعیت و از آن طریق تعدیل شتاب افزایش تعداد جمعیت داشته، بر ترکیب و ساختار جمعیت نیز تأثیر خواهد گذاشت. کاهش مستمر زاد و ولد و انتقال از باروری طبیعی به باروری کنترل‌شده به تدریج ساختار سنی جمعیت را از وضعیت جوانی خارج و به طرف سالخوردگی سوق می‌دهد. به همین لحاظ هرم سنی جمعیت ایران که به جرئت می‌توان گفت در طول تاریخ همواره قاعده‌ای گسترده داشته و به لحاظ تمرکز بیش از ۴۰ درصد از کل جمعیت در سنین کمتر از ۱۵ سال از ساختاری جوان برخوردار بود، در دو دهه اخیر به علت کاهش باروری تغییر شکل داده و نوعی فرورفتگی در قاعده هرم سنی ایجاد شده است. به سبب تغییر شکل هرم سنی، نسبت جمعیت کمتر از ۱۵ سال از رقمی بیش از ۴۵ درصد در سال ۱۳۶۵ به رقمی کمتر از ۳۰ درصد در حال حاضر کاهش و در واقع در فاصله ۲۰ سال با روندی بی‌سابقه به کمتر از دو سوم تقلیل یافته است (میرزایی ۱۳۸۵)، لذا کاهش باروری و در کنار آن کاهش مرگ و میر موجب ازدیاد نسبی سالمندان شده است.

امروزه 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 صاحب‌نظران و محققان در امور سالمندی را به خود جلب کرده است. کیفیت زندگی در حوزه تحقیقات اجتماعی مفهوم نسبتاً جدیدی است اما توجه و تلاش‌های بسیاری در دهه‌های اخیر در این زمینه به عمل آمده است. در اواسط قرن بیستم با توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشورها و پیشرفت علوم و تکنولوژی، انسان‌ها به تدریج از سطح رفاه بالاتری برخوردار شدند و خواستار کیفیت زندگی بهتری شدند. به همین دلیل کیفیت زندگی در قرن ۲۰ مورد توجه زیادی قرار گرفت و تلاش‌هایی چشمگیر در رابطه با مفهوم‌سازی و تعریف کیفیت زندگی در جهان انجام شد. نکته قابل ذکر این است که در علوم متفاوت بسته به ابعاد و ماهیت متفاوتی که این سازه دارد، تعابیر متفاوتی برای کیفیت زندگی به کار رفته است. به عنوان مثال اقتصاددانان مفهوم مطلوبیت را به جای کیفیت زندگی به کار می‌برند یا روان‌شناسان از واژه شادکامی و یا رضایت‌مندی استفاده می‌کنند. با توجه به کاربرد این سازه در حوزه جمعیت‌شناسی، می‌توان از تعریفی که سازمان بهداشت جهانی از کیفیت زندگی دارد، استفاده نمود. بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف و انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است. به عبارت دیگر، کیفیت زندگی ضمن دارا بودن ابعاد عینی و وابستگی به شرایط عینی و بیرونی، امری است ذهنی و درونی و در نهایت به تصورات و ادراک فرد از واقعیت‌های زندگی بستگی دارد (نجات و دیگران ۱۳۸۵؛ گروه سازمان بهداشت جهانی ۱۹۹۳).

افزایش نسبی سالمندان چالش‌های فراوانی را در عصر حاضر ایجاد کرده است و این افزایش نسبی در بیشتر جوامع مسائلی جدیدی را در تمامی زمینه‌ها مطرح می‌کند و به برنامه‌ریزی‌های مختلف در کلیه جنبه‌های اجتماعی، اقتصادی، بهداشتی، پزشکی و روانی نیاز خواهد داشت. امروزه فرایند سالمندی و تحلیل مسائل مربوط به آن امری اجتناب‌ناپذیر است. همچنین مسائل سالمندان از جنبه‌های مختلف می‌تواند بر کیفیت زندگی آنان تأثیرگذار باشد. تغییرات ایجادشده در دوران سالمندی باعث کاهش ناتوانی‌های فیزیکی، تغییر پاسخ بدن به داروها، تجربه وقایع مهم زندگی چون بازنشستگی، انتقال به خانه‌های سالمندی، کاهش درآمد، کم شدن موقعیت‌هایی جهت برقراری تماس‌های اجتماعی که باعث ایجاد تنهایی در سالمندان شده و در نتیجه همه این عوامل می‌تواند زندگی سالمندان را تحت تأثیر قرار دهد (محققی کمال و دیگران ۱۳۸۷).

توجه به مسئله و نیازهای دوران سالمندی یک ضرورت اجتماعی است. با در نظر داشتن

نیازهای خاص این دوران، توجه به کیفیت زندگی در سالمندان نیز امر مهمی است که عمدتاً مورد غفلت قرار می‌گیرد. با کاهش شدید باروری و بهبود وضعیت بهداشتی جامعه و افزایش امید زندگی و افزایش قابل توجه تعداد در نتیجه افزایش قابل توجه سالمندان، نه تنها طول عمر بلکه بایستی کیفیت زندگی آن‌ها نیز ارتقا یابد. چالش اصلی بهداشت در قرن بیستم «زنده ماندن» بود در حالی که چالش قرن حاضر «زندگی با کیفیت بهتر» است (روچا و دیگران^۱ ۲۰۰۲)، زندگی طولانی‌تر باید همراه با مشارکت و امنیت باشد. سالمندی پویا فرایند بهینه‌سازی فرصت‌ها برای سلامتی، مشارکت و امنیت به منظور بهبود کیفیت زندگی افراد رو به سالمندی است. سالمندی دوره‌ای از زندگی است که طی آن سالمندان در معرض تهدیدات بالقوه‌ای نظیر ابتلا به بیماری‌های مزمن، تنهایی، انزوا، عدم برخورداری از حمایت‌های اجتماعی بوده و به دلیل ناتوانی‌های جسمی و ذهنی در موارد زیاد استقلال فردیشان را از دست می‌دهند. این عوامل می‌تواند منجر به افت کیفیت زندگی شود.

درحالی که خانواده در ایران در حال حاضر با دگرگونی‌های مختلف روبه‌روست، فضای فیزیکی خانواده‌ها کاهش یافته و خانواده از قالب سنتی به شکل مدرن در حال تغییر است. سالمندان نیز در این تحولات با ناامنی مواجه شده‌اند. درحالی که جامعه ایرانی و عمدتاً شهر تهران به‌طور وسیعی در حال دگرگونی است. بسیاری از خصوصیات اجتماعی، روانی، اقتصادی و فرهنگی مربوط به کلان شهرها در حال ظهور و پدیدار شدن است. در این حرکت، پدیده سالمندشدن، نگهداری آنان، کیفیت محل اقامت، چگونگی مراقبت از آن‌ها و نیز شبکه‌های ارتباطی و مشارکت‌های آنان در فعالیت‌های اجتماعی از دید جمعیت‌شناسان و جامعه‌شناسان نیز از اهمیت خاصی برخوردار است.

به‌طور کلی از آن‌جا که با افزایش سن و دگرگونی در وضعیت جمعیتی، اجتماعی و اقتصادی سالمندان سلامت آنان را از ابعاد مختلف جسمانی، روانی، اجتماعی و محیطی تحت تأثیر قرار داده، لذا توجه به عوامل حمایت‌کننده نظیر مشارکت سالمندان در فعالیت‌های اجتماعی و تأثیر متغیرهای زمینه‌ای نظیر جنس در جهت توانمندسازی سالمندان که منجر به ارتقا کیفیت زندگی در آنان می‌گردد، ضرورت و اهمیت می‌یابد. بر این اساس، سؤالات اساسی تحقیق حاضر این است که کیفیت زندگی سالمندان در حال حاضر در چه وضعیتی قرار دارد؟ آیا سالمندان مرد کیفیت زندگی بهتری را نسبت به سالمندان زن تجربه می‌کنند؟ آیا مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی این دسته از افراد کمک می‌کند؟ به عبارتی آیا

1. Rocha

سالمندانی که مشارکت بیشتری در فعالیت های اجتماعی دارند، از کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند؟ آیا مشارکت مردان سالمند در فعالیت های اجتماعی نسبت به زنان در سطح بالاتری قرار دارد؟

با توجه به سؤالات مطرح شده، این مقاله به دنبال بررسی وضعیت کیفیت زندگی سالمندان ساکن شهر تهران و نقش مشارکت در فعالیت های اجتماعی بر کیفیت زندگی سالمندان با در نظر گرفتن متغیر جنس است.

در مجموع، با توجه به نتایج برخی مطالعات انجام شده در ایران (نجات و دیگران ۱۳۸۵) به نظر می رسد وضعیت زندگی سالمندان در ایران در سطح مطلوبی نبوده و از کیفیت بالایی برخوردار نیست، لذا با توجه به ساختار جمعیتی ایران در حال حاضر و ادامه این روند در آینده، جامعه ایران نیازمند اتخاذ سیاست های بنیادی جهت رفاه و بهبود وضعیت بهداشتی، اقتصادی، اجتماعی سالمندان است. بر این اساس، بررسی مسائل و مشکلات سالمندان و وضعیت موجود آنان پژوهش هایی را در این زمینه می طلبد. بدیهی است تحقیقات کاربردی از ابعاد مختلف می تواند مسائل و مشکلات سالمندان را مورد بررسی قرار داده و با ارائه راه کارهای عملی و کاربردی، راه گشای مشکلات و مسائل آنان از ابعاد متفاوت باشند. امروزه بحث کیفیت زندگی می تواند به عنوان مکانیسم بازخورد، ارزیابی و اصلاح مسیر سیاست های خرد و کلان عمل کند. با توجه به این مسئله که کیفیت زندگی مفهومی جامع است که همه جنبه های زندگی از قبیل تأمین و ارضای نیازهای اساسی، و نیز جنبه های والاتر نظیر خود-تحقق افراد، ارتقاء شخصی و... را در بر می گیرد، از این رو شناخت این مفهوم در سالمندان و نقش و تأثیر متغیرهای اجتماعی نظیر مشارکت در فعالیت های اجتماعی می تواند برنامه ریزان را در جهت دادن به سیاست ها و برنامه ریزی های توسعه کمک کند.

مبانی نظری پژوهش

اگرچه تعریف و ارزیابی کیفیت زندگی و ساختارهای مرتبط اغلب ساده به نظر می رسد، اما از موضوعات ذهنی کاملاً پیچیده است. از این رو مکاتب فکری مهمی هر یک با طرفدارانی در مورد چگونگی مفهوم سازی و ارزیابی کیفیت زندگی وجود دارد (فرارو^۱ ۲۰۰۶: ۲۵۶). در این قسمت سعی بر آن است تا ابتدا به بررسی مفهوم کیفیت زندگی و تعاریف موجود در این زمینه و نیز اندازه گیری آن پرداخته، سپس نظریه ها و رویکردهای موجود در زمینه کیفیت زندگی ارائه و

1. Ferraro

نیز تئوری‌های موجود در زمینه مشارکت سالمندان در فعالیت‌های اجتماعی مورد بحث قرار گیرد.

مفهوم کیفیت زندگی و اندازه‌گیری آن

مهم‌ترین مسئله در بررسی کیفیت زندگی این است که آیا کیفیت زندگی به وسیله ارزشیابی ذهنی از رفاه شخصی مفهوم‌سازی می‌شود یا این‌که بایستی شاخص‌های بیشتری از شرایط زندگی نظیر وضع سلامت و بهداشت، وضعیت اقتصادی و اجتماعی و ... را نیز مورد توجه قرار داد؟ همان‌گونه که دینر^۱ و سو^۲ ۱۹۹۷ (به نقل از فرارو ۲۰۰۶: ۲۵۴) اشاره کردند، مفهوم‌سازی کیفیت زندگی مبتنی بر نظریه‌های مشخصی است و اندازه‌گیری کیفیت زندگی به تعریف مفاهیم نیاز دارد.

از نظر لاوتن^۳ (۱۹۹۱: ۲۹) کیفیت زندگی به صورت تئوریک شامل سلامت فیزیکی، سلامت اجتماعی روانی، عملکرد، استقلال، کنترل بر زندگی و شرایط مادی و محیط بیرونی است. کیفیت زندگی مفهومی است که به تصورات فرد وابسته است. کیفیت زندگی مجموعه‌ای از ابعاد عینی و ذهنی را که در تعامل اند، منعکس می‌کند. لاوتن (۱۹۸۳)، یک مدل معروف در ارزیابی کیفیت زندگی ارائه داد و پیشنهاد کرد که بهزیستی و رفاه در سالمندان ممکن است توانایی‌ها و شایستگی‌های رفتاری و اجتماعی، کیفیت زندگی دریافت شده، رفاه و بهزیستی روان، و محیط فیزیکی عینی و خارج از منزل سالمندان را منعکس کند و این‌گونه شد که او یک مفهوم چهارجانبه از زندگی مطلوب سالمندان را توسعه داد و بعدها آن را به عنوان تعریفی از کیفیت زندگی مطرح کرد. از نظر وی کیفیت زندگی به وسیله ابعاد ذهنی (ارزیابی ذهنی فرد از هر بعد زندگی)، روانی (شاخص‌های سلامت ذهنی، داوری‌شناختی از رضایت زندگی، تصورات مثبت و منفی)، بیرونی و عینی (فیزیکی) و در نهایت، محیطی (شاخص‌های منزل و اقتصاد) اندازه‌گیری می‌شود. او ابتدا مفهوم «زندگی خوب» را برای سالمندان به کار برد و بعدها این مفهوم را به «کیفیت زندگی» برای محاسبه همه ابعاد زندگی تغییر داد.

مورای^۴ (۱۹۸۸: ۲۷) در رویکردی تلفیقی، چهار مجموعه شرایط را برای بهبود کیفیت زندگی مؤثر می‌داند. منابع مادی، امنیت، عزت نفس و خشنودی، و در هر زمینه یک سطح آستانه را پیش‌بینی می‌کند که در آن سطح شادکامی فرد تحقق می‌یابد. او عدالت و آزادی را به

1. Diener
3. Lowton

2. Suh
4. Murray

عنوان پیش‌نیازهای این شرایط فرض می‌کند و بر این عقیده است که کیفیت زندگی در صورتی بهبود می‌یابد که منابع مادی پایه‌ای در دسترس باشد؛ قدرت سیاسی برای اجرا و تقویت استانداردهای جمعی وجود داشته باشد؛ محیطی فراهم باشد که در آن افراد بتوانند مسئولیت کارهایشان را بپذیرند و اعتماد به نفس خود را بهبود بخشند؛ و افراد بتوانند استقلال و توانمندی لازم برای خشنودی انسانی را تجربه کنند.

محققانی که کیفیت زندگی را به عنوان ترکیبی از ویژگی‌های عینی و شناخت‌های ذهنی تعریف کرده‌اند، موضع اصولی اتخاذ می‌کنند. یعنی این‌که فرضیات ضمنی وجود دارد مبنی بر این‌که دانشمندان قادرند معیارهای معتبر کیفیت زندگی و معیارهایی که به‌طور همگانی قابل اجرا هستند را توسعه دهند. متخصصانی که فرض می‌کنند کیفیت زندگی به معنی چیزهای مختلف برای افراد متفاوت است و بر خود ارزیابی تکیه دارند، موضع غیراصولی و تجربی اتخاذ می‌کنند. هر دو استراتژی به وفور در تحقیقات مختلف ارائه می‌شوند. متخصصانی که کیفیت زندگی را به عنوان ترکیبی از شناخت‌های ذهنی و ویژگی‌های عینی مفهوم‌سازی می‌کنند، معمولاً از مقیاس‌های چندبُعدی استفاده می‌کنند. یکی از مقیاس‌های جهانی برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی WHOQOL-BREF^۱ سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۶) است و چهار بعد اساسی کیفیت زندگی را تعیین می‌کند که عبارتند از: سلامت فیزیکی، سلامت روانی، سلامت اجتماعی و سلامت محیط. این پرسش‌نامه یکی از پرسش‌نامه‌های بسیار معتبری است که در تحقیقات کیفیت زندگی مورد استفاده قرار گرفته است. طبق بررسی‌های انجام شده، این پرسشنامه در بیش از ۴۰ کشور جهان ترجمه و مورد اعتبارسنجی قرار گرفته است (نجات و همکاران ۱۳۸۵؛ نجات و همکاران ۱۳۸۶). در این بررسی از پرسشنامه مذکور استفاده شده است.

رویکردهای نظری کلی به کیفیت زندگی

رویکردهای نظری موجود پیرامون کیفیت زندگی به‌طور کلی رویکردهای توصیفی و تبیینی هستند. این رویکردها رابطه کیفیت زندگی را با عوامل مختلف بررسی نموده و مسئله محوری آن‌ها سنجش کیفیت زندگی بر اساس متغیرهای مختلف زمینه‌ای، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی بوده و نیز به دنبال شناخت عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی اعم از عوامل عینی و ذهنی هستند. رویکردهای موجود در این زمینه عبارتند از: رویکردهای عاملیت‌گرا^۲ و رویکردهای

1. World Health Organization Quality of Life Bref
2. Actional approach

ساختارگرا^۱ که هر کدام به چند دسته تقسیم می‌شوند. در این جا صرفاً به بررسی رویکرد عاملیت‌گرا پرداخته می‌شود و رویکردهایی که در زیرمجموعه آن‌ها قرار می‌گیرد و با مدل و مفروضات تحقیق در ارتباط هستند، تشریح خواهد شد.

رویکردهای عاملیت‌گرا

این رویکردها غالباً مبتنی بر فردگرایی روش‌شناختی بوده و جامعه را نه به عنوان یک کلیت بلکه به عنوان جمع جبری افراد جامعه مورد توجه قرار می‌دهند. هرچند که این‌گونه رویکرد عوامل فرافردی را برای تبیین مفید می‌داند اما عوامل فرافردی را به زمینه‌های فردی فرو می‌کاهد (غفاری و دیگران ۱۳۸۴) و برکنش فرد در شکل‌دهی به فرایندها تأکید دارد. به عبارت دیگر، در رویکرد عاملیت‌گرا، فرد در مرکز بحث پیرامون کیفیت زندگی قرار دارد و این رویکرد بیشتر ناظر بر ذهنیات، قابلیت‌ها و توانمندی‌های افراد است تا شرایط ساختاری اجتماعی یا محیط پیرامون. به‌طور کلی چهار نظریه‌عاملیتی را می‌توان در رابطه با کیفیت زندگی مطرح نمود که عبارتند از: رویکرد مطلوبیت‌گرایی^۲، رویکرد ارزش‌های عام^۳، رویکرد نیازمحور^۴ و رویکرد قابلیت^۵. با توجه به ارتباط نظریه مطلوبیت‌گرایی و ارزش‌های عام با موضوع تحقیق، در این جا صرفاً دو نظریه مذکور مطرح می‌شود.

نظریه مطلوبیت‌گرایی

این نظریه بیشتر بر این اصل استوار است که از میان امکانات و گزینه‌های مختلفی که در هر زمینه در برابر ما وجود دارد، باید آن امکانی را انتخاب نماییم که برای ما بیشترین فایده و مطلوبیت را دارد. بررسی ارزش یک فایده با توجه به خود آن فایده برای فرد به چهار عامل مختلف شدت، مدت، قطعیت و نزدیکی بستگی دارد.

بنتام^۶ (۱۹۷۰) معتقد است عمل افراد به منظور کسب فایده یا سعادت به هر شکل، سلیقه‌ای و دلخواه بوده و هیچ شخص دیگری نمی‌تواند درباره کیفیت یا درجه سعادت آن قضاوت و داوری نماید. اگر هر فرد تنها داور آن عملی باشد که به او فایده می‌رساند، در این صورت خود وی می‌تواند درباره آن رفتار یا عمل قضاوت نماید. بر اساس نظریه بنتام، انسان‌ها به عنوان افرادی مستقل از همدیگر و محیط خویش در نظر گرفته می‌شوند و جامعه به صورت

1. Structural approach
2. Desirability approach
3. General values approach
4. Demand-driven approach
5. Capability approach
6. Bentham

مجموعه‌ای از افراد منفرد پنداشته می‌شود. بر این اساس مطلوبیت جامعه نیز به صورت جمع جبری مطلوبیت یکایک افراد مورد محاسبه قرار می‌گیرد. هرچند نظریه پردازان دیگری به انتقاد از نظریه بتنام پرداخته‌اند اما نظر آنان در محتوا به مفاهیمی چون فایده، سود و لذت برمی‌گردد.

نظریه ارزش‌های عام

در نظریه ارزش‌های عام بر احساسات و خواسته‌های مردم تأکید می‌شود. این‌که مردم چه احساسی داشته، خواسته‌هایشان چیست و چه می‌کنند. ارزش‌های عام به دنبال این مسئله است که چه چیزی زندگی شخص را برای وی ارزشمند می‌سازد. این‌ها ارزش‌هایی هستند که سبب بهبود کیفیت زندگی فرد می‌شود و مبتنی بر مفهومی از کیفیت زندگی هستند که بر طبیعت بشر استوار است. این ارزش‌ها این امکان را فراهم می‌آورد که فرد به دنبال این مسئله باشد که زندگی چگونه بهتر می‌شود.

گریفین^۱ (۱۹۶۸: ۵۹) معتقد است ارزش‌های عام عبارتند از مهارت و موفقیت؛ عناصر خاص وجود انسان که شامل عاملیت، خودمختاری، آزادی و قابلیت‌های اساسی است؛ شناخت شامل خودشناسی، رهایی از آشفتگی، جهل و خطا؛ شناخت جهان پیرامون لذت؛ و نیز روابط عمیق شخصی.

قزلباش^۲ (۱۹۹۸) به نقل از فیلیپس (۲۰۰۶: ۳۹) ارزش‌های عام را به گونه‌ای وسیع‌تر و روشن‌تر طبقه‌بندی می‌نماید: لذت‌جویی، خودمختاری و آزادی اراده، شناخت، داشتن روابط مناسب با دیگران و مشارکت در زندگی اجتماعی و در نهایت موفقیت و مهارت. این ارزش‌ها از دو منظر در بین افراد متفاوتند. یکی از جنبه برداشت‌های متنوعی که افراد مختلف از کیفیت بالای زندگی یا زندگی خوب دارند و دیگری از جنبه اهمیت وزن متفاوتی که علی‌رغم یکسان بودن مجموعه ارزش‌ها - هر کدام از این ارزش‌ها ممکن است برای افراد داشته باشد.

به نظر می‌رسد مهم‌ترین نقطه قوت این نظریه، ارائه مناسب ارزش‌های مرتبط با کیفیت زندگی نظیر داشتن روابط مناسب با دیگران و نیز مشارکت در زندگی اجتماعی است که با موضوع تحقیق در ارتباط است.

1. Griffin

2. Qizilbash

رویکردهای نظری مشارکت در فعالیتهای اجتماعی

مشارکت به معنای سهمی در چیزی یافتن و از آن سود بردن یا در گروهی شرکت جستن و با آن همکاری داشتن است. مشارکت می‌تواند اشکال و درجات گوناگونی پیدا کند نظیر همکاری، همیاری، همبستگی، انطباق، سازگاری، پذیرش، انقیاد، ایفای نقش‌های اجتماعی و انجام وظایفی که با این نقش‌ها ملازمت دارند. ایفای این نقش‌ها تجلی اراده انسان‌ها در تعلق به جمع و یکپارچگی و یگانگی با آن است (محسنی تبری ۱۳۶۹). از نظر فرارو (۲۰۰۶: ۲۵۴) سه نوع مشارکت اجتماعی به عنوان متغیرهای تأثیرگذار بر کیفیت زندگی در دوران سالمندی مورد ارزیابی قرار می‌گیرند که عبارتند از تعداد نقش‌های اجتماعی فرد، مشارکت مذهبی و شرکت در فعالیتهای داوطلبانه.

از دیدگاهی دیگر هلی^۱ (۲۰۰۱) بیان می‌دارد مشارکت‌های داوطلبانه و عضویت در گروه‌هایی خارج از خانواده جزء مشارکت اجتماعی محسوب می‌شود. هلی اشکال مشارکت اجتماعی را به دو دسته تقسیم می‌کند. الف. مشارکت نهادی (رسمی) که در برگیرنده عضویت در سازمان‌ها، انجمن‌ها و کلوب‌ها (باشگاه‌ها) با فعالیتهای برنامه‌ریزی شده در یک زمان و مکان مشخص است. ب. مشارکت غیررسمی، که خود دربرگیرنده دو نوع است. درگیری اتفاقی شامل شرکت در فعالیتهای گروهی با فواصل نامنظم مثل همکاری با خیریه‌هایی که در جهت کمک به محرومین و افراد خاص تشکیل می‌شود و مشارکت پایدار که شامل مشارکت قاعده‌مند و فعالیت در گروه‌هایی است که به صورت مؤسسه و سازمان نیستند ولی نسبتاً دائمی و همیشگی‌اند. در این بررسی منظور از مشارکت سالمندان در فعالیتهای اجتماعی، مشارکت فعالانه آن‌ها در گروه‌های سالمندی به اشکال مختلف است.

فرارو (۲۰۰۶: ۲۵۴-۲۵۵) معتقد است نقش‌های متعدد نیز در دوران سالمندی کیفیت زندگی وی را بالا می‌برد. همچنین فقدان نقش‌های اجتماعی در دوران پیری طوری تشریح شده که کیفیت زندگی را کاهش می‌دهد. الگوی متداول مشخصاً الگویی است که در آن نقش‌های متعدد برای کیفیت زندگی فرد مسن مفید است.

بر طبق نظریه فقدان نقش‌ها (اسمیت بلو^۲ ۱۹۷۳)، بازنشستگی و بیوه‌گی به شرکت فرد سالمند در ساخت‌های نهادی اصلی اجتماع (کار و خانواده) پایان می‌دهد، بنابراین موقعیتهایی که آن‌ها بتوانند خود را از نظر اجتماعی مفید نشان دهند، بسیار کم است. در نتیجه فرد به موجب از دست دادن نقش‌های اجتماعی دچار انزوا شده و همین مسئله می‌تواند کیفیت

1. Helly

2. Blau

زندگی وی را تحت تأثیر قرار دهد.

مجموعه قابل ملاحظه‌ای از نتایج تحقیق‌ها دال بر این است که مشارکت مذهبی به خصوص حضور در مراسم مذهبی، مؤلفه قابل قبول و مستحکمی در کیفیت زندگی برای افراد مسن است. شواهدی پیرامون تأثیر اشکال غیرسازمانی فعالیت‌های مذهبی وجود دارد. برای نمونه الیسون^۱ و همکارانش بر این باورند که اعتقاد به زندگی ابدی در ارتباط با کیفیت زندگی تأثیر مثبتی داشته است. کراوز (۲۰۰۴) معتقد است که یافتن هدف از طریق مذهب برای کیفیت زندگی مفید است. در مجموع، اهمیت مذهب به عنوان منبع آرامش ذهنی و در نتیجه آسایش و سلامت روان در مطالعات علمی در مورد سالمندان پذیرفته شده است. علاوه بر آن، شواهد تحقیقات طولی انجام شده (روزاریو^۲، هینترلینگ^۳ و هرور^۴ ۲۰۰۳؛ هینترلینگ، روزاریو، مووی^۵ و تنگ^۶ ۲۰۰۴؛ ون ویلیگن^۷ ۲۰۰۰) نشان می‌دهد فعالیت‌های داوطلبانه باعث رضایت از زندگی شده و کیفیت زندگی فرد سالمند را تحت تأثیر قرار می‌دهد. علاوه بر این، ویلیگن (۲۰۰۰) گزارش می‌دهد که مشارکت‌های داوطلبانه مزیت‌های بیشتری برای افراد مسن نسبت به افراد میانسال به همراه دارد و باعث ارتقا کیفیت زندگی آنان می‌شود (فرارو ۲۰۰۶: ۲۵۶).

کامینگ و هنری^۸ (۱۹۶۱) در تئوری خود به نام دل‌کندن بیان می‌دارند که کاهش تعامل اجتماعی نتیجه دل‌کندن جامعه از افراد مسن بوده و در نتیجه فرد دچار انزوا و تنهایی می‌گردد. بسیاری از دانشمندان نظیر مگازینر^۹ (۱۹۸۸) به این مسئله اشاره کرده‌اند. بولینگ^{۱۰} و دیگران (۱۹۹۱) معتقدند اگر فرد روابط اجتماعی خود را حداقل در سطحی ثابت نگه دارد، سلامت جسمی و به خصوص سلامت روانی بهتری خواهد داشت. تیل برگ^{۱۱} (۲۰۰۰) معتقد است هر قدر تعداد خویشاوندان فرد افزایش یابد و روابط اجتماعی وی محدود نگردد و تماس‌های اجتماعی بیشتری داشته باشد، از سلامت بیشتری برخوردار خواهد بود. یا زان زنه گو^{۱۲} و دیگران (۲۰۰۳) اظهار داشته‌اند هر قدر تناوب تماس‌های اجتماعی فرد حفظ گردد، سلامت روانی و در نتیجه کیفیت زندگی بالاتری را تجربه خواهد کرد. این افراد حتی به داشتن رابطه رو در رو تأکید داشته‌اند. کراوز (۲۰۰۶) معتقد است افراد در تعامل با اجتماع جامعه‌پذیر می‌شوند و از

- | | |
|-----------------|---------------------|
| 1. Elison | 2. Rozario |
| 3. Hinterling | 4. MorrowHereu |
| 5. Mowey | 6. Tang |
| 7. Van Willigen | 8. Coming and Henry |
| 9. Magaziner | 10. Bowling |
| 11. Tillburg | 12. Zunzunegui |

طریق روابط اجتماعی به مبادله و تعامل در جهان اجتماعی می‌پردازند. هر قدر روابط اجتماعی افراد سالمند قوی‌تر باشد، سلامت ذهنی و جسمی بالاتری خواهند داشت. روک^۱ (۱۹۸۷) بیان می‌دارد وقتی افراد با هم‌سن و سالان خود در ارتباط هستند، در بیان احساسات و آرزوهای هم شریک می‌شوند. این مسئله می‌تواند فرد را در حالتی از رضایت نگه‌دارد. طبق نظر کونیدیز و دیویس^۲ (۱۹۹۰) داشتن رابطه صمیمی با دوستان و به عبارتی داشتن مشارکت اجتماعی می‌تواند اثر کمبودهای پیش‌رونده نظیر از دست دادن همسر و بازنشستگی را خنثی کند. افرادی چون ساراسون^۳ (۱۹۹۸)، مارتین^۴ و دیگران (۱۹۹۶) اظهار می‌دارند بین کیفیت زندگی با انزوای اجتماعی رابطه معنی‌دار وجود دارد به نحوی که افرادی که انزوای اجتماعی را کمتر تجربه می‌کنند از سلامت روانی بالاتری برخوردارند. در نتیجه تعامل اجتماعی کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد. آن‌ها اظهار می‌دارند روابط اجتماعی، فعالیت‌های اجتماعی فرد را افزایش می‌دهد.

فراو (۲۰۰۶) معتقد است نقش‌های متعدد در دوران پیری کیفیت زندگی فرد را افزایش داده و فقدان نقش‌های اجتماعی بر عکس عمل می‌کند زیرا به دنبال آن فرد احساس ناامیدی کرده و احساس ناخوشایندی را تجربه می‌کند که این مسئله می‌تواند کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهد. محققانی نظیر کراوز (۲۰۰۴) نشان داده‌اند فعالیت‌های داوطلبانه مزیت‌های بسیاری را به همراه داشته و باعث ارتقا کیفیت زندگی فرد می‌شود.

در مجموع، مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی یکی از مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی است (موسوی ۱۳۸۶). بر این اساس می‌توان گفت مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی از سوی سالمندان می‌تواند به نوعی سرمایه اجتماعی آنان تلقی شود. برای برخورداری از سرمایه اجتماعی بایستی فرد با دیگران در ارتباط باشد و در واقع همین دیگران هستند که منبع برخورداری فرد از مزایا و امتیازات محسوب می‌شوند. بر این اساس سرمایه اجتماعی حاصل تعاملات و هنجارهای گروهی و اجتماعی بوده و افزایش آن می‌تواند موجب کاهش هزینه‌های درمان گردد، چراکه افزایش مشارکت اجتماعی سالمندان، سلامت روان آن‌ها را تحت تأثیر قرار داده و در نتیجه احساس انزوا و تنهایی نمی‌کنند.

بر اساس نظرات فوق می‌توان گفت هر قدر روابط اجتماعی و مشارکت‌های فرد بیشتر می‌شود، پیامدهای بهتری نیز به دنبال خواهد داشت، چراکه این احساس را در فرد ایجاد می‌کند که بایستی از خود مراقبت بیشتری به عمل آورد.

1. Rook
3. Sarason

2. Connidis and David
4. Martin

روش گردآوری داده‌ها

مطالعه حاضر از نوع مطالعه پیمایشی و ابزار مورد استفاده، پرسش‌نامه بوده است. جامعه آماری بررسی حاضر، کلیه سالمندان ساکن شهر تهران بوده که با استفاده از طبقه‌بندی مناطق شهر تهران بر اساس سطح توسعه اقتصادی اجتماعی، ۷ منطقه از شهر تهران انتخاب و سپس با استفاده از فرمول کوکران تعداد ۳۸۴ نفر از سالمندان ساکن شهر تهران در مناطق انتخابی مورد بررسی قرار گرفتند.

فرضیات تحقیق

با توجه به ایده‌های اخذ شده از پژوهش‌های کاربردی و مباحث نظری، فرضیات تحقیق به شرح زیر به نظر رسیده است.

۱. کیفیت زندگی در بین سالمندان زن و مرد تفاوت دارد به طوری که سالمندان مرد کیفیت زندگی بهتری نسبت به سالمندان زن دارند.
۲. بین مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی سالمندان و جنس رابطه وجود دارد به طوری که سالمندان مرد مشارکت اجتماعی بیشتری نسبت به سالمندان زن دارند.
۳. کیفیت زندگی سالمندان بر حسب سطح فعالیت‌های اجتماعی آنان تفاوت دارد. به طوری که سالمندانی که به لحاظ وضع فعالیت اجتماعی، حضور بیشتری در اجتماع داشته و فعالیت‌های اجتماعی بیشتری دارند، کیفیت زندگی بهتری نسبت به سالمندانی دارند که در فعالیت‌های اجتماعی مشارکت ندارند یا سطح مشارکت آن‌ها در فعالیت‌های اجتماعی کمتر است.

یافته‌های تحقیق

یافته‌های تحقیق در دو قسمت یافته‌های توصیفی و آزمون فرضیات تحقیق ارائه شده است. در قسمت اول کیفیت زندگی سالمندان نمونه تحقیق و میزان مشارکت اجتماعی آنان در فعالیت‌های اجتماعی به تفکیک جنس با استفاده از آمارهای توصیفی مورد بررسی قرار گرفته و در قسمت دوم فرضیات تحقیق با استفاده از آمارهای استنباطی با توجه به نوع متغیرهای به کار رفته در فرضیات، به آزمون گذاشته شده است.

یافته‌های توصیفی

کیفیت زندگی سالمندان به تفکیک جنس

همان‌طور که گفته شد در تحقیق حاضر برای سنجش کیفیت زندگی سالمندان از پرسش‌نامه WHOQOL-BREF استفاده شده است. تعداد سؤالات پرسش‌نامه مربوط سنجش کیفیت زندگی سالمندان در مجموع ۲۶ سؤال بوده که از ۲۶ سؤال، سؤالات ۱ و ۲ کیفیت زندگی را به‌طور کلی اندازه‌گیری می‌کند و سایر سؤالات کیفیت زندگی سالمندان را از ابعاد مختلف سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و در نهایت سلامت محیطی مورد بررسی قرار می‌دهد. بر این اساس، ۲۶ سؤال مطرح شده که پاسخ‌های آن در قالب طیف لیکرت بوده و پنج گزینه‌ای می‌باشد. از آن‌ها خواسته شده که به سؤالات مربوطه پاسخ داده و نظرات خود را در طیف خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم و اصلاً پاسخ گویند. در این بررسی کیفیت زندگی سالمندان صرف‌نظر از تفکیک ابعاد کیفیت زندگی و به صورت کلی سنجش شده است. به عبارتی نمره‌ای که هر فرد در مجموع از ۲۴ سؤال ارزیابی کیفیت زندگی کسب کرده، ملاک بررسی بوده است. کیفیت زندگی سالمندان نمونه تحقیق در پنج وضعیت خیلی خوب، خوب، متوسط، بد و خیلی بد طبقه‌بندی شد و بر این اساس هر یک از افراد با توجه به نمره کسب شده^۱ در یکی از طبقات مشخص شده جای گرفتند. جدول ۱ وضعیت کیفیت زندگی افراد نمونه تحقیق را به تفکیک جنس نشان می‌دهد.

جدول ۱. توزیع درصد نمونه آماری برحسب وضع کیفیت زندگی به تفکیک جنس

وضع کیفیت زندگی	مرد	زن	کل
خیلی خوب	۱۰/۲	۱/۶	۶/۰
خوب	۳۴/۲	۱۶/۵	۲۵/۵
متوسط	۳۸/۸	۴۲/۶	۴۰/۶
بد	۱۶/۸	۳۵/۶	۲۶/۰
خیلی بد	۰/۰	۳/۷	۱/۸
درصد	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
کل	۱۹۶	۱۸۸	۳۸۴

۱. دامنه نمرات کیفیت زندگی بین ۳۹ تا ۱۰۶ در نوسان بوده است.

همان‌طور که در جدول ۱ ملاحظه می‌گردد ۴۰/۶ درصد سالمندان نمونه تحقیق به لحاظ وضع کیفیت زندگی در سطح متوسط قرار دارند. ۲۵/۵ درصد افراد کیفیت زندگی خوب و تنها ۶ درصد کیفیت زندگی را در سطح خیلی خوب تجربه می‌کنند. در مقابل، ۲۶ درصد سالمندان نمونه تحقیق کیفیت زندگی بدی داشته و ۱/۸ درصد سالمندان کیفیت زندگی خیلی بدی دارند. کیفیت زندگی سالمندان با در نظر گرفتن متغیر جنس تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای را نشان می‌دهد. در پنج سطح در نظر گرفته شده، زنان با اختلاف بسیار کمی نسبت به مردان سالمند کیفیت زندگی در حد متوسطی دارند در حالی که در سطوح کیفیت زندگی خوب و بد اختلاف زنان و مردان قابل توجه است. ۱۰/۲ درصد مردان کیفیت زندگی خیلی خوبی را تجربه می‌کنند در حالی که تنها ۱/۶ درصد زنان دارای کیفیت زندگی بسیار خوبی هستند و در شرایط مطلوبی به سر می‌برند. ۳۴/۲ درصد مردان سالمند دارای کیفیت زندگی خوب بوده و این در حالی است که ۱۶/۵ درصد زنان سالمند کیفیت زندگی در حد خوبی را تجربه می‌کنند. از سوی دیگر ۱۶/۸ درصد مردان کیفیت زندگی بدی داشته در صورتی که زنان سالمند واقع در شرایط کیفیت زندگی پایین ۳۵/۶ درصد را در بر می‌گیرند. همچنین ۳/۷ درصد زنان سالمند مورد بررسی کیفیت زندگی خیلی بدی را تجربه می‌کنند و در شرایط بسیار سختی به سر می‌برند در حالی که هیچ‌کدام از سالمندان مرد نمونه تحقیق کیفیت زندگی در سطح خیلی بد را تجربه نمی‌کنند. با توجه به وضعیت کیفیت زندگی سالمندان به تفکیک جنس، ملاحظه می‌گردد که در مجموع زنان کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به مردان سالمند دارند.

مشارکت سالمندان در فعالیت‌های اجتماعی

نقش‌ها و فعالیت‌های اجتماعی یک از مؤلفه‌هایی تأثیرگذار احتمالی در کیفیت زندگی سالمندان در تحقیق حاضر در نظر گرفته شده است. تئوری‌های متعددی در مورد فعالیت‌های اجتماعی سالمندان و نقش آن در ارتقا سلامت روان سالمندان و در نتیجه افزایش کیفیت زندگی آنان مطرح شده است. به عنوان نمونه فرارو (۲۰۰۶) معتقد است داشتن نقش‌های متعدد در دوران سالمندی کیفیت زندگی را بالا برده و فقدان نقش‌های اجتماعی به کاهش کیفیت زندگی فرد سالمند می‌انجامد. تقسیم‌بندی‌های متعددی از فعالیت‌های اجتماعی شده است. در این بررسی، شاخص مشارکت سالمندان در فعالیت‌های اجتماعی با هفت نوع فعالیت سنجش شده که عبارتند از: ۱. فعالیت‌های فرهنگی نظیر شرکت در تئاتر، موسیقی، نگارش کتاب و... ۲. انجام امور خیریه نظیر کمک در برگزاری بازارچه خیریه، عضویت در انجمن‌های مختلف خیریه، ۳. عضویت در گروه‌های داوطلبانه مانند شرکت در کاروان‌های زیارتی و سیاحتی،

۴. شرکت در تورهای مسافرتی، ۵. شرکت در دوره‌های فامیلی و دوستانه، ۶. مشارکت در فعالیت‌های مذهبی نظیر شرکت در مراسم دعای کمیل، ندبه و انجام فرائض دینی در مساجد و...، ۷. تماشای مسابقات ورزشی از استادیوم و...

از افراد نمونه سؤال شد که آیا در این فعالیت‌ها مشارکت دارند یا خیر و در صورت عدم مشارکت در فعالیت‌های ذکر شده، آیا محدودیت جسمی مانع از حضور در این‌گونه فعالیت‌ها بوده است. نتایج این بررسی در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲. توزیع درصد نمونه آماری برحسب میزان حضور در فعالیت‌های اجتماعی به تفکیک

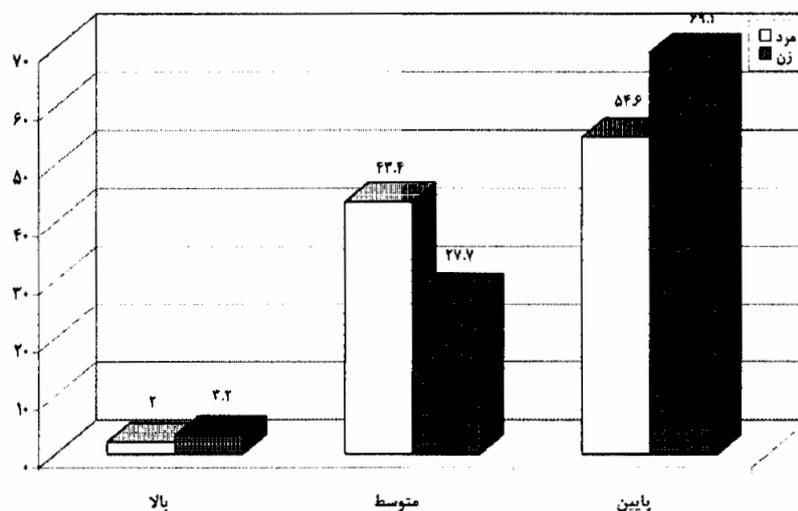
جنس

جنس	فعالیت‌های اجتماعی	بلی	خیر	محدودیت جسمی	کل
مرد	فعالیت‌های فرهنگی	۸/۷	۸۸/۸	۲/۶	۱۰۰
	انجام امور خیریه	۴۴/۴	۵۳/۱	۲/۶	۱۰۰
	عضویت در گروه‌های داوطلبانه	۲۲/۴	۷۱/۴	۶/۱	۱۰۰
	شرکت در تورهای مسافرتی	۹/۷	۸۵/۲	۵/۱	۱۰۰
	شرکت در دوره‌های فامیلی و دوستانه	۵۲/۶	۴۵/۴	۲/۰	۱۰۰
	مشارکت در فعالیت‌های مذهبی	۵۹/۷	۳۴/۲	۶/۱	۱۰۰
	تماشای مسابقات ورزشی	۳۶/۷	۶۰/۷	۲/۶	۱۰۰
زن	فعالیت‌های فرهنگی	۱۵/۴	۷۷/۷	۶/۹	۱۰۰
	انجام امور خیریه	۳۱/۴	۵۹/۰	۹/۶	۱۰۰
	عضویت در گروه‌های داوطلبانه	۲۳/۹	۵۹/۶	۱۶/۵	۱۰۰
	شرکت در تورهای مسافرتی	۱۱/۲	۷۸/۲	۱۰/۶	۱۰۰
	شرکت در دوره‌های فامیلی و دوستانه	۴۱/۰	۵۰/۰	۹/۰	۱۰۰
	مشارکت در فعالیت‌های مذهبی	۵۲/۱	۲۷/۱	۲۰/۷	۱۰۰
	تماشای مسابقات ورزشی	۱۸/۱	۸۰/۳	۱/۶	۱۰۰

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌گردد میزان مشارکت افراد در فعالیت‌های اجتماعی به تفکیک جنس آورده شده است. بیشترین مشارکت مردان در فعالیت‌های اجتماعی، مشارکت در فعالیت‌های مذهبی (۵۹/۷ درصد)، شرکت در دوره‌های فامیلی و دوستانه (۵۲/۶ درصد) و انجام امور خیریه (۴۴/۴ درصد) بوده و در زنان سالمند نیز بالاترین درصد مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی، شرکت در فعالیت‌های مذهبی با ۵۲/۱ درصد است. نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد در مجموع مشارکت مردان در برخی فعالیت‌های اجتماعی بیشتر از زنان بوده و محدودیت جسمی زنان به عنوان مانعی بر مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی بیشتر از مردان است.

با تلفیق متغیرهای فوق که به‌طور جداگانه مشارکت افراد سالمند را در فعالیت‌های اجتماعی

سنجش می‌کند، میزان مشارکت سالمندان در فعالیت‌های اجتماعی به‌طور کلی سنجش شد. دامنه تغییرات سطح مشارکت افراد در نقش‌ها و فعالیت‌های اجتماعی بین ۶ تا ۱۵ در نوسان بوده است. بر این اساس میزان مشارکت سالمندان نمونه در فعالیت‌های اجتماعی در سه دسته فعالیت‌های اجتماعی بالا، فعالیت‌های اجتماعی متوسط و فعالیت‌های اجتماعی پایین، جای گرفت. نمودار ۱ میزان مشارکت سالمندان در فعالیت‌های اجتماعی را به تفکیک جنس نشان می‌دهد.



نمودار ۱. توزیع درصد آماری بر حسب میزان مشارکت آنان در فعالیت‌های اجتماعی به تفکیک جنس

طبق نتایج به دست آمده بیش از نیمی از سالمندان (۶۱/۶ درصد) فعالیت اجتماعی پایینی داشته‌اند که سهم مردان ۵۴/۶ درصد و سهم زنان ۶۹/۱ درصد بوده است. در مجموع می‌توان گفت مشارکت اجتماعی سالمندان در فعالیت‌های اجتماعی پایین بوده است. همچنین مشارکت زنان به نسبت مردان در فعالیت‌های اجتماعی کمتر بوده است. تنها ۲/۶ درصد سالمندان نمونه تحقیق مشارکت بالایی در انجام فعالیت‌های اجتماعی داشته که سهم مردان در این مورد ۲/۱ درصد و سهم زنان ۳/۲ درصد بوده است. ۳۵/۸ درصد سالمندان نیز مشارکت اجتماعی در حد متوسط داشته‌اند که سهم مردان سالمند ۴۳/۴ درصد

در حالی که سهم زنان ۲۷/۷ درصد بوده است. نتایج تحقیقات متعدد (کلدی و همکاران، ۱۳۸۳) نشان می‌دهد بسیاری از افراد سالمند برنامه مشخصی برای اوقات فراغت و فعالیت‌های اجتماعی خود ندارند. این امر نشان می‌دهد که مشکلات اجتماعی سالمندان به میزانی است که مانع از آن می‌شود که آن‌ها اوقات فراغتی با آرامش کامل داشته باشند و همچنین مشکلات سالمندان مانع انجام فعالیت‌های اجتماعی مفید آن‌ها می‌شود.

آزمون فرضیات

ارزیابی رابطه کیفیت زندگی و جنسیت

بر اساس فرضیات تحقیق انتظار بر آن است که کیفیت زندگی در بین سالمندان زن و مرد متفاوت باشد به طوری که سالمندان مرد کیفیت زندگی بهتری نسبت به سالمندان زن داشته باشند. با توجه به فرضیه اول، جنسیت به عنوان یک متغیر جمعیتی احتمالی تأثیرگذار بر کیفیت زندگی سالمندان فرض شده است. بر این اساس، برای آزمون ارتباط بین متغیر کیفیت زندگی در سطح سنجش فاصله‌ای و جنس در سطح سنجش اسمی از کمیت تی استفاده شده است. جدول ۳ نتایج میانگین و رقم کیفیت زندگی را نشان می‌دهد.

جدول ۳. میانگین کیفیت زندگی نمونه آماری به تفکیک جنس و نتایج آزمون تی بین کیفیت زندگی و جنس

متغیر وابسته	جنس	تعداد مشاهدات	میانگین	درجه آزادی	مقدار تی	سطح معنی‌داری
کیفیت زندگی	مرد	۱۹۶	۷۸/۹۶	۳۸۲	۷/۳۶۵	۰/۰۰۰
	زن	۱۸۸	۷۰/۲۹			

نتایج حاصل از تفاوت میانگین‌ها نشان می‌دهد که میانگین کیفیت زندگی برای مردان ۷۸/۹۶ بوده و این مقدار برای زنان ۷۰/۲۹ است. بنابراین تفاوت قابل ملاحظه‌ای بین میانگین کیفیت زندگی مردان و زنان وجود دارد. علاوه بر آن، نتایج آزمون تی در سطح معنی‌داری ۹۹/۹ درصد حاکی از تأیید تفاوت کیفیت زندگی به تفکیک جنس است (۷/۳۶۵).

ارزیابی رابطه مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و جنس

بر اساس فرضیه دوم انتظار بر این بود بین مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی سالمندان و جنس رابطه وجود داشته باشد به طوری که سالمندان مرد از سطح مشارکت اجتماعی بالاتری نسبت به سالمندان زن برخوردار باشند. برای آزمون رابطه بین مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و جنس از آزمون خی دو استفاده شده است. جدول ۴ معنی‌داری رابطه بین دو متغیر مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و جنس را نشان می‌دهد.

جدول ۴. نتایج آزمون خی دو برای رابطه بین مشارکت اجتماعی سالمندان و جنس

درجه آزادی	مقدار خی دو	سطح معنی‌داری
۲	۱۰/۴۱۹	۰/۰۰۵

مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و جنس

طبق نتایج جدول ۴ آزمون خی دو در سطح معنی‌داری ۰/۰۰۵ نشان‌دهنده رابطه معنی‌دار مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی سالمندان بین دو جنس است. به عبارتی بین مشارکت اجتماعی مردان و زنان سالمند تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

نتایج مطالعات و بررسی‌های مختلف (شیخی ۱۳۸۶) نشان داده عواملی نظیر محدود بودن دایره ارتباطات سالمندان زن با دوستان و اقوام و عدم حمایت عاطفی از سوی خانواده و دوستان و نیز وجود مشکلات جسمی و روانی متعدد، مشارکت اجتماعی سالمندان زن را نسبت به سالمندان مرد در سطح پایین‌تری قرار داده و در نتیجه عدم شرکت در فعالیت‌های اجتماعی نیز عاملی تأثیرگذار بر کیفیت زندگی آنان خواهد بود.

ارزیابی رابطه کیفیت زندگی و فعالیت‌های اجتماعی

بر مبنای سومین فرضیه تحقیق، کیفیت زندگی سالمندان برحسب سطح فعالیت‌های اجتماعی آنان تفاوت دارد. به طوری که سالمندانی که به لحاظ وضع فعالیت اجتماعی، حضور بیشتری در اجتماع داشته و فعالیت‌های اجتماعی بیشتری دارند، کیفیت زندگی بهتری نسبت به سالمندانی دارند که در فعالیت‌های اجتماعی مشارکت ندارند یا سطح مشارکت آن‌ها در فعالیت‌های اجتماعی کمتر است.

نقش‌های اجتماعی به عنوان یک متغیر اجتماعی تأثیرگذار بر کیفیت زندگی در نظر گرفته شده است. به عبارت دیگر، یکی از سوالات مطرح شده این است که آیا فعالیت‌های اجتماعی سالمندان بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیرگذار است؟ جهت سنجش متغیر کیفیت زندگی به عنوان یک متغیر در سطح سنجش فاصله‌ای و نقش‌های اجتماعی به عنوان یک متغیر در سطح سنجش رتبه‌ای از آزمون اف استفاده شده است. جدول ۵ میانگین کیفیت زندگی سالمندان برحسب وضع فعالیت‌های اجتماعی و نیز آزمون اف را در مورد رابطه بین کیفیت زندگی و وضع فعالیت‌های اجتماعی سالمندان نشان می‌دهد.

جدول ۵. میانگین کیفیت زندگی نمونه آماری به تفکیک مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و نتایج آزمون تحلیل واریانس بین مشارکت اجتماعی و کیفیت زندگی

متغیر وابسته	فعالیت‌های اجتماعی	تعداد مشاهدات	میانگین	منبع تغییرات	درجه آزادی	کمیت اف	سطح معنی‌داری
کیفیت زندگی	بالا	۱۰	۸۵/۶	بین گروهی	۲		
	متوسط	۱۳۷	۸۰/۸۸			۴۰/۷۱۷	۰/۰۰۰
	پایین	۲۳۷	۷۰/۶۹	درون گروهی	۳۸۱		

آزمون تحلیل واریانس جهت سنجش رابطه بین کیفیت زندگی و نقش‌های اجتماعی سالمندان تفاوت معناداری را بین دو متغیر مذکور در سطح معنی‌داری ۰/۰۰۰ نشان داد (۴۰/۷۱). نقش‌های اجتماعی سالمندان و میزان مشارکت آن‌ها در داشتن نقش‌های اجتماعی در

سه دسته بالا، متوسط و پایین جای گرفت. بر اساس نتایج جدول ۵ می‌توان گفت میانگین کیفیت زندگی سالمندانی که از نقش‌های اجتماعی بیشتری برخوردارند و مشارکت اجتماعی آن‌ها بالاست ۸۵/۶ بوده، میانگین کیفیت زندگی سالمندانی که مشارکت در حد متوسطی داشته ۸۰/۸۸ و در نهایت میانگین کیفیت زندگی سالمندانی که دارای نقش‌های اجتماعی کمتری هستند و مشارکت آن‌ها در فعالیت‌های اجتماعی در حد پایین قرار گرفته ۷۰/۶۹ است. بنابراین می‌توان استنباط نمود که اختلاف قابل توجهی بین کیفیت زندگی سالمندانی که دارای نقش‌های اجتماعی بیشتری هستند با سالمندانی که در فعالیت‌های اجتماعی مشارکت کمی دارند، وجود دارد که نتایج آزمون تام هن نیز این تفاوت را تأیید می‌کند. اما تفاوت معناداری بین کیفیت زندگی سالمندان دارای نقش‌های اجتماعی بیشتر و سالمندان دارای نقش‌های اجتماعی در حد متوسط دیده نشد. بر این اساس می‌توان سالمندان نمونه تحقیق را به دو گروه سالمندان با فعالیت‌های اجتماعی بالا و متوسط که دارای کیفیت زندگی بهتر هستند به عنوان یک گروه و سالمندان با نقش‌های اجتماعی کم را به عنوان سالمندانی که دارای کیفیت زندگی ضعیف‌تر می‌باشند را به عنوان گروه دیگر تقسیم نمود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این تحقیق، بررسی کیفیت زندگی سالمندان شهر تهران و رابطه آن با مشارکت‌های اجتماعی با تأکید بر متغیر جنس با استفاده از داده‌های تحقیق پیمایشی با عنوان «ساختار جمعیتی اجتماعی تأثیرگذار بر کیفیت زندگی سالمندان شهر تهران» بوده است. با در نظر گرفتن هدف و نیز سؤالات اصلی تحقیق، تئوری‌های موجود در این زمینه مورد بررسی قرار گرفت. با استفاده از سؤالات استاندارد WHOQOL-BREF جهت سنجش کیفیت زندگی سالمندان و نیز سؤالاتی به منظور سنجش تأثیر مشارکت اجتماعی بر کیفیت زندگی سالمندان نتایج مورد نظر استخراج شد و یافته‌های توصیفی و فرضیات تحقیق با استفاده از نرم‌افزار SPSS پردازش شد.

نتایج تحقیق نشان داد بین متغیر جنس و کیفیت زندگی رابطه معنی‌دار وجود داشته و نتایج آزمون تی در تحقیق حاضر نشان‌دهنده تفاوت معنی‌دار کیفیت زندگی سالمندان به تفکیک جنس است. به عبارتی میانگین کیفیت زندگی مردان بهتر از میانگین کیفیت زندگی زنان سالمند نمونه تحقیق بوده است. نتایج تحقیقات مختلف نیز نشان‌دهنده تفاوت معنی‌دار بین متغیر

جنس و کیفیت زندگی سالمندان است. به عنوان مثال پین کارت و سورنسن^۱؛ ۲۰۰۱؛ رفعتی ۱۳۸۳؛ شیخی ۱۳۸۶ نشان دادند زنان سالمند نسبت به مردان همسن خود سطح پایین‌تری از کیفیت زندگی را دارند. همچنین آن‌ها نشان دادند اختلاف جنسیتی در کیفیت زندگی همراه با بالا رفتن سن عمیق‌تر می‌شود.

تفاوت‌های جنسی در سالمندان نیز قابل تأمل است. در اکثر جوامع زنان به علت طول عمر بیشتر، بخش عمده جمعیت سالمند را تشکیل می‌دهند. به عبارتی با بالا رفتن سن بعضی از تفاوت‌های جنسی نمایان‌تر می‌شود. عمر زنان از مردان بیشتر است بنابراین احتمال این‌که برخی از سالمندان قسمتی از سال‌های پایانی خود را بیوه باشند وجود دارد. اما این دسته از افراد به دلیل آن‌که فرصت آموزشی و اشتغال کمتری داشته‌اند، فقیرتر و آسیب‌پذیرتر هستند. علاوه بر آن، از آن‌جایی که زنان در مقایسه با مردان در سنین پایین‌تری ازدواج می‌کنند تعداد زنانی که همسر خود را بعضاً به عنوان تنها منبع درآمدی از دست داده‌اند، بیشتر از مردان است. زنان سالمند فعلی که نسل گذشته را تشکیل می‌دهند، معمولاً خانه‌دار بوده و درصد بی‌سوادی آن‌ها بیشتر از مردان سالمند است و در نتیجه از آن‌جا که وابستگی آن‌ها به خانواده بیشتر بوده و به لحاظ اجتماعی فعال نیستند، فعالیت‌های اجتماعی کمتر آن‌ها را منزوی می‌کند. آنتونوسکی^۲ (۱۹۸۱) تفاوت‌های میان زنان و مردان را در چهار ملت بررسی کرده و اظهار داشته احتمال این‌که زنان در دوره بیوه‌گی، بیماری و مشکلات مالی را نسبت به مردان هم‌سن خود تجربه کنند بیشتر است. وی معتقد است زنان در دوران سالمندی تنهایی بیشتری را تجربه می‌کنند و بیماری و تنهایی آن‌ها را از مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی باز می‌دارد.

فعالیت‌های اجتماعی افراد سالمند یکی از متغیرهای مستقل مفروض تأثیرگذار بر کیفیت زندگی سالمندان است. نتایج بررسی نشان داد بین فعالیت‌های اجتماعی فرد سالمند و میانگین کیفیت زندگی وی رابطه معنادار وجود دارد. به عبارتی هر قدر میزان مشارکت فرد سالمند در فعالیت‌های اجتماعی بیشتر باشد، از میانگین کیفیت زندگی بهتری برخوردار است. در مقابل، سالمندانی که فعالیت‌های اجتماعی کمی دارند، میانگین کیفیت زندگی به مراتب پایین‌تری را دارند. نظریه فرارو (۲۰۰۶: ۱۲۱) نیز تأییدکننده همین امر می‌باشد. وی معتقد است داشتن نقش‌های متعدد و مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی در دوران سالمندی، کیفیت زندگی فرد را بالا برده و زمانی که فرد سالمند احساس می‌کند که توانایی انجام فعالیت‌های اجتماعی را نداشته، این احساس ناخوشایند، احساس ناامیدی را افزایش می‌دهد و سلامت روانی و در

1. Pinquart and Soerensen

2. Antonovsky

نهایت کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

در مجموع، مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی به عنوان یکی از متغیرهای کنشی که ناشی از اراده و تمایل فرد است، در کیفیت زندگی افراد سالمند اثرگذار بوده و حتی در بین متغیرهای کنشی بیشترین تأثیر را بر کیفیت زندگی داشته است. همچنین مشارکت اجتماعی در مردان سالمند بیشتر از زنان سالمند است. نکتهٔ حائز اهمیت این‌که جنس به عنوان یک متغیر زمینه‌ای و متغیر باواسطه بیشترین تأثیر را بر کیفیت زندگی داشته است. بر این اساس توجه به مشارکت اجتماعی سالمندان با در نظر گرفتن جنس یکی از مسائل بسیار مهمی است که در سیاست‌گذاری‌های مربوط به امور سالمندان نباید نادیده گرفته شود. چراکه با افزایش مشارکت اجتماعی سالمندان به‌ویژه در زنان می‌توان به ارتقا کیفیت سالمندان کمک نمود.

با توجه به نتایج بررسی مبنی بر نقش و اهمیت مشارکت اجتماعی سالمندان با در نظر گرفتن جنس، یکی از مهم‌ترین سیاست‌های دولت می‌تواند توانمندسازی سالمندان باشد. دورهٔ سالمندی معنای از کارافتادگی و ناتوانی را نمی‌دهد. افراد مسن در این دورهٔ ویژگی‌های بالقوه‌ای دارند که می‌تواند در قالب کمک‌های فراوان به خانواده و جامعه و به شکل سالمندی سالم و فعال جلوه‌گر شود. شاید در بعضی از جوامع، سالمندان را افرادی ناتوان یا حتی سربار تلقی نمایند در صورتی که سالمندی دورهٔ خردمندی و باتجربگی و دورهٔ انتقال تجارب زندگی به نسل‌های بعدی است. بنابراین استفاده از رویکردهای جنسیتی و کاهش تبعیض بین سالمندان به لحاظ جنس می‌تواند در بهبود وضعیت زنان سالمند جامعه ما مؤثر واقع گردد. بر این اساس بایستی بسترها و زمینه‌های لازم برای مشارکت زنان فراهم گردد و در عین حال باورها و ارزش‌های خاصی که مانع حضور و یا تعامل جدی‌تر زنان در عرصه‌های اجتماعی است، شناسایی شوند.

امروزه توجه روزافزون سالمندان و توقع آنان برای داشتن یک زندگی مطلوب در جامعه و همچنین خواسته‌ها و انتظارات‌شان برای داشتن سطح بهداشت مطلوب و مراقبت‌ها و خدمات اجتماعی، منجر به توجه نظر بین‌المللی به کیفیت زندگی و سنجش آن شده است. سیاست دولت‌ها بایستی بر این مسئله متمرکز گردد که سالمندان را توانمند سازند تا بتوانند استقلال خود را حفظ کنند و به حضور فعالانهٔ خود در جامعه ادامه دهند و در نتیجه به سال‌های مفید عمرشان اضافه گردد. بنابراین سنجش کیفیت زندگی بایستی به‌طور معمول به عنوان یک نقطهٔ نهایی در ارزشیابی سیاست عمومی (یعنی بر تشخیص پیامدهای بهداشت و مراقبت‌های اجتماعی) استفاده شود. بدین منظور به دورنمایی چندوجهی از کیفیت زندگی نیاز است تا با یک جابه‌جایی در رویکردهای تک‌بعدی که فقط بر بعد خاصی از زندگی مثل سلامت جسمی یا

عملکردی، حمایت‌های اجتماعی، رضایت‌مندی، سلامت روانی و بهزیستی متمرکز شده بودند، تغییراتی ایجاد کند.

بدیهی است که حل مسئله سالمندی از عهده تنها یک سازمان و نهاد برنمی‌آید و ترکیب توانمندی‌ها و دخالت تمامی بخش‌ها اعم از دولتی و خصوصی را می‌طلبد. دولت‌ها از طریق تلفیق امکانات مؤسسات دولتی با کمک سازمان‌های بین‌المللی، نهادهای غیردولتی و بخش خصوصی و از همه مهم‌تر مشارکت خود سالمندان قادر به اجرای این تعهدات خواهند بود.

منابع

- رفعتی، نرگس (۱۳۸۲)، «بررسی کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر ساکن آسایشگاه خیریه کهریزک»، تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.
- شیخی، محمدتقی، (۱۳۸۶)، «امنیت اجتماعی و آسیب‌شناسی سالمندان در شهر تهران: پژوهشی از دیدگاه جامعه‌شناسی»، *مجله سالمندی ایران*، سال دوم، شماره ششم، ۱۵۴-۱۶۱.
- غفاری، غلامرضا و نازمحمد اونق. (۱۳۸۵)، «سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی»، *مجله مطالعات اجتماعی ایران*، دوره اول، شماره ۱، صص ۱۵۹-۱۹۹.
- کلدی علیرضا و دیگران. (۱۳۸۳)، «مسائل و مشکلات جسمانی، اجتماعی و روانی سالمندان منطقه ۱۳ تهران»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، سال چهارم، شماره ۱۴، ۲۳۳-۲۵۵.
- محسنی تبریزی، علیرضا. (۱۳۶۹)، «بررسی زمینه‌های مشارکتی روستاییان و ارتباط آن با ترویج کشاورزی»، *جهاد سازندگی، معاونت ترویج و مشارکت بررسی، طرح تدوین نظام ترویج ایران*.
- محقق‌کی‌کمال، سید حسین، حمیرا سجادی و دیگران. (۱۳۸۷)، «مقایسه کیفیت زندگی سالمندان مستمری‌بگیر سازمان‌های تأمین اجتماعی و بازنشستگی کشوری ساکن شهر قم»، *فصلنامه سلامت*، دوره ۱۰، شماره ۲۷، صص ۸-۱۵.
- مرکز آمار ایران، (۱۳۸۱)، *بررسی وضعیت سالمندان در ایران*، تهران: انتشارات مرکز آمار ایران.
- مرکز آمار ایران، (۱۳۸۵)، *سرشماری عمومی نفوس و مسکن*.
- موسوی، میرطاهر. (۱۳۸۶)، «مشارکت اجتماعی یکی از مولفه‌های سرمایه اجتماعی»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، سال ششم، شماره ۲۳، صص ۶۷-۹۲.
- میرزایی، محمد و مهری شمس قهفرخی، (۱۳۸۶)، «جمعیت‌شناسی سالمندان در ایران بر اساس سرشماری‌های ۱۳۳۵-۱۳۸۵»، *مجله سالمندی ایران*، سال دوم، شماره ۵، صص ۳۲۶-۳۳۲.
- نجات، سحرناز و دیگران. (۱۳۸۵)، «استانداردسازی پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF) ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی»، *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، دوره ۴، شماره ۴، صص ۱-۱۲.
- نجات، سحرناز و دیگران. (۱۳۸۶)، «کیفیت زندگی مردم شهر تهران بر اساس پرسش‌نامه WHOQOL-BREF مجله پژوهشی حکیم، دوره دهم، شماره ۳: صص ۱-۸».

Antonovsky, L.J. (1981). "Effects of social interaction and children's relative inputs on

- older woman's Psychology, well-being". *Journal of Personality and Social Psychological*, 41, 1075-1086.
- Bentham, J. (1970). "An introduction to the principles of morals and legislation", London, The Athlone Press.
- Blau, Z.S. (1973). "Old age in a changing society". New York: Among the oldest old in London. *Journal of Gerontology*, 46, 20-32.
- Bowling, A and P, Brown. (1991). "Social networks, health, and emotional well-being among the oldest old in London" *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 46, 20-32.
- Connidis, I. A., and L, Davies. (1990). "Confidants and companions in later life: The place of family and friends", *Journal of Gerontology*, 45, 141-149.
- Cumming, E and W.E, Henry. (1961). *Growing old*. New York: Basic books.
- Ferraro, K. (2006) "Health and aging" in R. Binstock and L. George (eds.) *Handbook of Aging and the Social Sciences* (pp. 238-259), Academic Press.
- Griffin, J. (1968) "Well-being: Its Meaning Measurement and Moral Importance", Oxford, Oxford University Press.
- Helly, D. (2001). "Voluntary and Social participation by people of Immigrant Origin: Overview of Canadian research", Second National Metropolis Conference, Montreal, November 1997.
- Krause, N. (2004). "Common facets of religion, unique facets of religion, and life satisfaction among older blacks", *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 59, 109-117.
- Lawton, M.P. (1991) "Background: A Multidimensional View of Quality of Life in Frail Elders", in J.E.Birren, J. Lubben, J. Rowe and D. Deutchman (eds) *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly*, San Diego, Academic Press.
- Lawton, M.P. (1983) "Environment and Other Determinants of Well-being in Older People" *The Gerontologist*, 23, 349-357.
- Magaziner, J., D.A, Cadigan., J.R, Hebel and R.E, Parry. (1988), "Health and living arrangements among older women: Does living alone increase the risk of illness". *Journal of Gerontology*, 43 (5), 127-133.
- Martin, P., L.W, Poon., E, Kim and M.A, Johnson. (1996). "Social and Psychological Resources of the Oldest Old", *Experimental aging Research*, 22, 121-139.
- Miles, I. (1985). "Social Indicator for Human Development
- Murray, C. (1988) "In Pursuit of Happiness and Good Government", New York, Simon and Schuster.
- Pinquart, M and S, Soerensen. (2001). "Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age: *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 56, 195-213.

- Rocha, FL., D.V, Uchoa., HL, Guerra., P, Huxley and K, Bridges. (2002). "Prevalence of sleep complaints and association Factors in Community-Dwelling older people in Brazil: the Bambui Health and Ageing Study (BHAS)", *Sleep med* 3 (3): 231-238
- Rook, K. S. (1987) "Social Support versus com-Panionship: Effects on Life Stress, Loneliness, and evaluations of others", *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 1132-1147.
- Sarason, I. (1998). "Social support, personality and health in aging", *Jornal of Stress and Health Psychology*, 25, 109-127.
- Tilburg, W. (2000). "Association of Depression and Gender With Mortality in old Age. Results From the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL)", *British Journal of Psychiatry*, 177, 336-342.
- WHOQoL Group. (1993). *Measuring Quality of Life*, Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization. (2006). Division of Mental Health: Field Trial WHOQOL-100. Geneva, WHO.
- Zunzunegui, M., B.E, Alvarado., T, Del Ser and A, Otero. (2003). "Social Networks, Social integration, and social engagement determine cognitive decline in community-dwelling Spanish older adults", *Journal of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58: 593-S100.