








Causal Model of the Anticipation of Quality of Life Based on Activity of Daily Living and Social Capital in the Elderly: The Mediating Role of Self-Care

Mona Sharifi Fardshad¹ , Maryam Bahrami Hidaji^{1*} , Sheida Sodagar¹ 
Peyman Hassani Abharian² , Saeid Malihialzackerini¹ 

¹ Department of psychology, Faculty of psychology, Islamic Azad University of Karaj, Karaj, I. R. Iran

² Department of Cognitive Rehabilitation, Institute for Cognitive Science Studies, Tehran, I. R. Iran

Article Info

Article History

Received: 06.04.2021

Accepted: 27.10.2021

ePublished: 05.011. 2021

Keywords

Self-care, activity of daily living, social capital, quality of life, elderly

How to cite this article

Sharifi Fardshad, M., Bahrami Hidaji, M., Sodagar, Sh., Hassani Abharian, P., Malihialzackerini, S. (2021). Causal model of the anticipation of quality of life based on activity of daily living and social capital in the elderly: The Mediating role of self-care. *Aging Psychology*, 7(3), 301-315.

*Corresponding Author

Maryam Bahrami Hidaji

Email

bahrami_h3@yahoo.com



© The Author(s)

Publisher: Razi University

Abstract

According to population aging phenomenon all around the world, taking care of the older population is an important mission of the community health system to maintain their quality of life. Thus, it seems important that the experience of a long life is accompanied by desirable quality of life. Therefore, this study aimed to provide a quality of life model based on activity of daily living and social capital with the mediating role of self-care in the elderly. The population of the study included all the elderly aged over 60 living in Tehran in 2020, among whom 243 were selected through convenience sampling. Data were collected using the World Health Organization Short-Form Quality of Life (World Health Organization), Self-Care (Soderhamn), Social capital (Onyx and Bullen) and Activity of daily living (Mahoney and Barthel) questionnaires. Path analysis was used to analyze the causal model in AMOS-24. The results demonstrated that activity of daily living ($\beta=0.547$, $p<0.01$), social capital ($\beta=0.178$, $p<0.01$) and self-care ($\beta=0.420$, $p<0.01$) can predict quality of life in the elderly. Moreover, the mediating role of self-care in the relationship between activity of daily living and social capital with quality of life in the elderly was confirmed. According to the results of the present study, it can be said that the promotion of self-care through the health-related training programmes, appears to be an effective step in order to improve the quality of life in the elderly.



مدل علی پیش‌بینی کیفیت زندگی بر اساس فعالیت روزمره زندگی و سرمایه اجتماعی در سالمندان: نقش میانجی خودمراقبتی

مونا شرفی فردشاد^۱، مریم بهرامی هیدجی^{۱*}، شیدا سوداگر^۱،
پیمان حسنی ابهریان^۲، سعید ملیحی الذاکرنی^۱

^۱ گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
^۲ گروه توانبخشی شناختی، پژوهشکده مطالعات علوم شناختی، تهران، ایران

چکیده

با توجه به پدیده جهانی سالخوردگی جمعیت، مراقبت از جمعیت سالمند برای حفظ کیفیت زندگی آنها، یک مأموریت مهم برای سیستم بهداشتی جامعه به شمار می‌آید. بنابراین این موضوع دارای اهمیت بسیار است که تجربه داشتن یک زندگی طولانی با یک کیفیت مطلوب همراه باشد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف ارائه یک مدل از بررسی نقش واسطه‌ای خودمراقبتی در رابطه بین فعالیت‌های روزمره زندگی و سرمایه اجتماعی با کیفیت زندگی سالمندان انجام شد. جامعه پژوهش شامل سالمندان بالای ۶۰ سال ساکن شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بود که از بین آنها ۲۴۳ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار اندازه‌گیری شامل پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی - فرم کوتاه، توانایی خودمراقبتی افراد سالمند سودرهام و همکاران، سرمایه اجتماعی اونیکس و بولن و فعالیت‌های روزمره زندگی ماهونی و بارتل بود. برای تحلیل مدل علی از تحلیل مسیر با استفاده از نسخه ۲۴ نرم‌افزار AMOS استفاده شد. استفاده شده. یافته‌ها نشان داد که فعالیت روزمره زندگی ($\beta=0/547, P<0/01$)، سرمایه اجتماعی ($\beta=0/178, P<0/01$) و خودمراقبتی ($\beta=0/420, P<0/01$) می‌توانند کیفیت زندگی را در سالمندان پیش‌بینی کنند. همچنین میانجیگری خودمراقبتی در رابطه بین فعالیت روزمره زندگی، سرمایه اجتماعی با کیفیت زندگی تأیید شد. با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت ارتقاء خودمراقبتی از طریق برنامه‌های آموزشی مرتبط با سلامتی، اقدام مؤثری برای افزایش کیفیت زندگی سالمندان است.

اطلاعات مقاله

سابقه مقاله

دریافت: ۱۴۰۰/۰۱/۱۷

پذیرش: ۱۴۰۰/۰۸/۰۵

چاپ الکترونیکی: ۱۴۰۰/۰۸/۱۴

کلیدواژه‌ها

خودمراقبتی، فعالیت‌های روزمره زندگی، سرمایه اجتماعی، کیفیت زندگی، سالمند

نحوه ارجاع به مقاله

شرفی فردشاد، م، بهرامی هیدجی، م، سوداگر، ش، حسنی ابهریان، پ، ملیحی الذاکرنی، س. (۱۴۰۰). مدل علی پیش‌بینی کیفیت زندگی بر اساس فعالیت روزمره زندگی و سرمایه اجتماعی در سالمندان: نقش میانجی خودمراقبتی. *روان‌شناسی پیری*، ۷(۳)، ۳۰۱-۳۱۵.

* نویسنده مسئول

مریم بهرامی هیدجی

پست الکترونیکی

bahrami_h3@yahoo.com

و توجه به مسائل عاطفی و سایر مسائل بهداشتی بر کیفیت زندگی این افراد تأثیر مثبت دارد.

فعالیت‌های روزمره زندگی^۲ به بخشی از فعالیت‌های روزانه زندگی اطلاق می‌شود که نیازمند مهارت‌های پایه‌ای است و برای انجام کارهایی از قبیل لباس پوشیدن، غذا خوردن و رعایت بهداشت و نظافت شخصی لازم است و فرد به منظور حفظ خویشتن و کسب استقلال در زندگی روزمره‌اش انجام می‌دهد (لندی و همکاران، ۲۰۱۰). برای حفظ تحرک به صورت بی‌خطر و انجام فعالیت‌های روزمره زندگی، سلامت سیستم اعصاب و اسکلتی ضروری است. توانایی فرد سالمند در انجام فعالیت‌های روزانه به وی این امکان را می‌دهد که استقلال خود را حفظ کند و در جامعه فعال باشد، اما با افزایش سن و کاهش تراکم استخوان، از بین رفتن توده عضلانی و غشای سلول و ضعف عضلات و ایجاد عارضه زانوی بی‌ثبات به دلیل ضعف عضله چهار سر رانی تحرک فرد سالمند تحت تأثیر قرار می‌گیرد (اسملتر و بر، ۲۰۰۸). این در حالی است که ناتوانی در انجام فعالیت‌های روزمره در جامعه باعث صرف هزینه و کاهش کیفیت زندگی افراد سالمند می‌شود (ستاری، ۱۳۸۵). مطالعات نشان داده که فعالیت‌های روزمره زندگی با کیفیت زندگی سالمندان در ارتباط است (حیبی سولا و همکاران، ۱۳۸۷؛ مسگر و همکاران، ۱۳۹۱؛ پیاوه و همکاران، ۱۳۹۲؛ انسار و همکاران، ۲۰۱۵؛ سوسوا و همکاران، ۲۰۱۶؛ شیائو، ۲۰۱۷؛ تالارسکا و همکاران، ۲۰۱۸؛ مدهی و همکاران، ۲۰۱۹؛ کریستینسن و همکاران، ۲۰۱۹).

یکی دیگر از مهم‌ترین عوامل روان‌شناختی مرتبط با کیفیت زندگی، سرمایه اجتماعی است (کووالسکی و همکاران، ۲۰۱۰). مفهوم سرمایه اجتماعی را به طور کلی می‌توان منابعی تعریف کرد که میراث روابط اجتماعی‌اند و کنش جمعی را تسهیل می‌کنند. این منابع که از طریق اجتماعی شدن حاصل می‌شوند، در برگیرنده اعتماد، هنجارهای مشارکتی و شبکه‌هایی از پیوندهای اجتماعی هستند که موجب گرد آمدن افراد به صورتی منسجم در داخل گروه به منظور تأمین هدفی مشترک می‌شوند (زاهدی‌اصل و فرخی، ۱۳۸۹). مطالعات نشان داده که میزان برخورداری فرد از سرمایه اجتماعی^۳ و جایگاه اجتماعی فرد، میزان بهره‌مندی او از کیفیت زندگی مطلوب

پدیده سالخوردگی جمعیت در حال رخ دادن در بسیاری از کشورهای جهان است. شاخص‌های آماری در ایران نیز نشان از رشد جمعیت سالمند دارد، به گونه‌ای که پیش‌بینی می‌شود در سال ۱۴۱۰ در این کشور ۲۵ الی ۳۰ درصد جمعیت، وارد دوره سالمندی شوند (سوری و همکاران، ۱۳۹۵). سالمندی عبارت است از تغییر زیست‌شناختی و یا به عبارتی بهتر، پدیده سالمندی فرآیندی است زیستی که منجر به تغییرات فیزیولوژیکی، اجتماعی و روانی می‌شود و مسائل این پدیده خاص اجتماعی، هر روز ابعاد جدید و گسترده‌تری پیدا می‌کند (فیروزجاه، ۱۳۹۵). بیماری‌های مزمن و اختلالاتی چون بیماری‌های اسکلتی-عضلانی، بی‌اختیاری ادرار و مدفوع، مشکلات تکلم، سکتة مغزی، مشکل در حفظ تعادل، آلزایمر، پارکینسون و اختلالات شناختی و حافظه مشکلاتی است که جامعه سالمند با آن روبرو است. این اختلالات و بیماری‌ها موجب ناتوانی سالمندان در حوزه‌های مختلف زندگی از جمله ارتباط و درک مطلب، تحرک و جابجایی، مراقبت از خود، سازش و زندگی با مردم، شغل، وظایف و فعالیت‌های روزمره و مشارکت در جامعه می‌شود که مجموع این عوامل، کیفیت زندگی^۱ این گروه از افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (وفائی و همکاران، ۲۰۱۳). امروزه با توجه به افزایش شاخص طول عمر و امید به زندگی، مسأله مهمی تحت عنوان چگونگی گذران عمر و به عبارتی کیفیت زندگی مطرح شده است (عندلیب‌کوریب و محمودی‌نیا، ۱۴۰۰). بنابر تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است (بونومی و همکاران، ۲۰۰۰). مطالعات نشان داده اند که کیفیت زندگی با متغیرهای اساسی در سالمندی همچون اضطراب (توکلی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۴)، باورهای فراشناختی (علی‌محمد و همکاران، ۱۳۹۹)، استرس ادراک شده (علی‌محمدی و همکاران، ۱۳۹۸)، انسجام درونی (عسگری و شفیعی، ۱۳۹۶) رابطه منفی معنادار، و با حمایت اجتماعی (عاشوری، ۱۳۹۵) رابطه مثبت و معنادار دارد. میرسعیدی و همکاران (۱۳۹۱) در مطالعه‌ای که بر روی سالمندان تحت پوشش مرکز بهداشت جنوب تهران انجام دادند، دریافتند که آموزش شیوه زندگی سالم شامل فعالیت بدنی منظم و تغذیه سالم

² activity of daily living

³ social capital

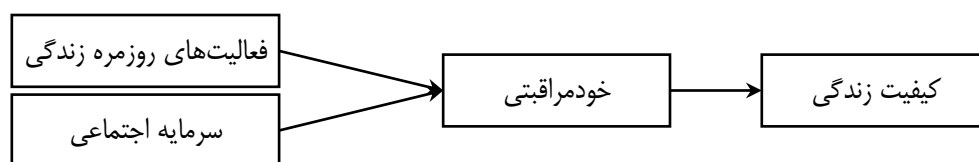
¹ quality of life

همکاران، ۱۹۷۷). با تغذیه مناسب، استفاده از مکمل‌های غذایی، ورزش منظم، کاهش وزن، کاهش استرس، کاهش دریافت چربی، عدم استفاده از دود، کاهش مصرف نمک، خودداری از خوددرمانی، مصرف میوه‌ها و سبزیجات در رژیم غذایی، کنترل روزانه فشار خون و افزایش مصرف آب، می‌توان گرایش به زندگی سالم را ایجاد کرد (تن‌بام و شاتن‌استین، ۲۰۰۷). مطالعات نشان داده‌اند که خودمراقبتی با کیفیت زندگی سالمندان رابطه معنادار دارد (اورکی و همکاران، ۱۳۹۸؛ کاظمی و همکاران، ۱۳۹۸).

آشکار است که با افزایش تعداد سالمندان، مسائل و مشکلات حمایت اجتماعی، توانبخشی و بهداشتی-درمانی آنان نیز افزایش خواهد یافت. در ایران نیز باید به این امر توجه شود که افراد نیاز دارند تا بتوانند سال‌های باقیمانده عمر خود را در کمال آرامش و سلامت جسمی و روانی سپری کنند و این موضوع دارای اهمیت بسیار است که تجربه داشتن یک زندگی طولانی با یک کیفیت مطلوب همراه باشد. پس به نظر می‌رسد فعالیت‌های روزمره، سرمایه اجتماعی و خودمراقبتی بر کیفیت زندگی سالمندان تأثیر می‌گذارد. بنابراین می‌توان مدلی ارائه کرد که در آن خودمراقبتی نقش واسطه‌ای در رابطه فعالیت‌های روزمره زندگی و سرمایه اجتماعی با کیفیت زندگی سالمندان را ایفا کند. بر این اساس فرضیه‌های این مطالعه عبارت بودند از اینکه (۱) خودمراقبتی در سالمندان رابطه بین فعالیت‌های روزمره و کیفیت زندگی را میانجی‌گری می‌کند و (۲) خودمراقبتی در سالمندان رابطه بین سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی را میانجی‌گری می‌کند.

را مشخص می‌کند. قرار گرفتن در شبکه‌های وسیع، مؤثر و عمیق اجتماعی و ارتباط مستمر با اعضای معتمد این شبکه‌ها نشان‌دهنده برخورداری از سرمایه اجتماعی بالاتر در سالمندان و بهره‌مندی از وضعیت بهتر در شاخص‌های کیفیت زندگی از جمله سلامت جسمی، روانی و رضایت از زندگی در این افراد می‌باشد (کیم و کاوچی، ۲۰۰۷). مطالعات گوناگونی نشان داده که سرمایه اجتماعی با کیفیت زندگی سالمندان در ارتباط است (علی‌زاده اقدم و همکاران، ۱۳۹۲؛ کسانی و همکاران، ۱۳۹۳؛ عاشوری، ۱۳۹۵؛ پراچانتاسن و همکاران، ۲۰۱۸؛ هیمنشو و همکاران، ۲۰۱۹؛ هی و همکاران، ۲۰۱۰؛ لین و همکاران، ۲۰۲۰).

اگرچه رابطه بین فعالیت‌های روزمره زندگی و سرمایه اجتماعی با کیفیت زندگی در سالمندان در مطالعات فوق بررسی شده است، اما تا به حال مطالعه‌ای که نشان دهد این متغیرها از چه طریق بر کیفیت زندگی اثر می‌گذارند موجود نیست. تغییر در ابعاد مختلف سلامتی در سالمندان از جمله ضعف جسمانی، روانی، و انواع بیماری‌ها با افزایش سن اجتناب‌ناپذیر است (احمدی و همکاران، ۱۳۸۳). با توجه به این تغییرات، فرد سالمند در معرض آسیب و کاهش کیفیت زندگی بوده و نیازمند توجه، رعایت و برخورداری از الگوی مراقبتی ویژه است. خودمراقبتی شامل رفتارهایی تعریف شده است که افراد برای مدیریت، متعهد کردن خود و ارتقاء سلامت به کار می‌برند (گریدی، ۲۰۰۸). خودمراقبتی، اقدامات و فعالیت‌های آگاهانه، آموخته شده و هدفداری است که فرد برای حفظ حیات و تأمین و ارتقای سلامت خود و خانواده‌اش انجام می‌دهد (لوین و



شکل ۱. مدل پیش‌فرض رابطه کیفیت زندگی با فعالیت روزمره زندگی و سرمایه اجتماعی از طریق خودمراقبتی

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

بالای تعداد نمونه بر اساس مطالعات مولر (۱۹۹۶) تعداد ۲۴۳ نفر شرکت‌کننده مورد ارزیابی قرار گرفتند. مولر (۱۹۹۶)، برای تعیین حجم نمونه از نسبت حجم نمونه به پارامتر آزاد برای برآورد استفاده می‌کند. وی حداقل این نسبت را ۵ به ۱، حد متوسط آن را نسبت ۱۰ به ۱ و حد

پژوهش حاضر از نوع همبستگی با روش مدلیابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش تمامی سالمندان بالای ۶۰ سال ساکن در شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بودند. با توجه به تعداد متغیرهای این پژوهش و در نظر گرفتن حد

توسط نجات و همکاران (۱۳۸۵) در دامنه‌ای بین ۰/۴۵ تا ۰/۸۳، و پایایی آن ۰/۸۸ بر اساس آلفای کرونباخ گزارش شده است. لازم به ذکر است که در پژوهش حاضر میزان پایایی درونی هر یک از زیر مقیاس‌ها بر اساس آلفای کرونباخ در حیطه‌های سلامت جسمانی، روان‌شناختی، محیط و وضعیت زندگی و روابط اجتماعی بالای ۰/۸۰ به دست آمد.

پرسش‌نامه فعالیت‌های روزمره زندگی^۲. این پرسش‌نامه توسط ماهونی و بارتل در سال (۱۹۶۵) با هدف بررسی سطح توانمندی در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی ساخته شد. این شاخص دارای ده جزء خوردن، توانایی استحمام، مراقبت از خود، لباس پوشیدن، کنترل مدفوع، کنترل ادرار، استفاده از توالت، جابه‌جایی، توانایی حرکت کردن و بالا رفتن از پله است. نحوه نمره‌گذاری آن به صورت صفر-۱-۲ است، که وضعیت استقلال یا وابستگی در عملکرد فعالیت‌های روزانه را در مقیاس ۲۰-صفر مشخص می‌کند. به گونه‌ای که نمره بالاتر نشانه وابستگی کمتر در انجام فعالیت‌های روزانه است. نمره ۲۰ نشان دهنده استقلال کامل، ۱۹-۱۳ وابسته جزئی، ۱۲-۹ نیمه مستقل و ۸-صفر نشان دهنده وابستگی کامل است. روایی آن بین ۰/۹۵ تا ۰/۹۶ (وید و هیوور، ۱۹۸۷) و پایایی آن ۰/۷۳ تا ۰/۷۷ بر اساس آلفای کرونباخ گزارش شده است (شروود و همکاران، ۱۹۷۷). و روایی و پایایی آن توسط طاهری تنجانی و همکاران (۱۳۹۴) بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۲ و ۰/۷۶ گزارش شده است. میزان پایایی درونی پرسش‌نامه در پژوهش حاضر بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۶۳ به دست آمد.

پرسش‌نامه سرمایه اجتماعی اونیکس و بولن^۳. این پرسش‌نامه توسط اونیکس و بولن (۲۰۰۰) با هدف سنجش سرمایه اجتماعی در دو سطح شناختی و ساختاری ساخته شد. بعد شناختی سرمایه اجتماعی در رابطه با مشارکت در اجتماع محلی، روابط همسایگی و اجتماعی با دوستان و بستگان بوده، و بعد ساختاری در خصوص فعال بودن در متن اجتماع، احساس اعتماد و امنیت اجتماعی، مدارای فرهنگی و ارزشمندی است. نحوه نمره‌گذاری آن به صورت لیکرت چهار گزینه‌ای و از بسیار کم، تا بسیار زیاد می‌باشد، که به ترتیب نمره‌ای از ۱ تا ۴ می‌گیرند. نمرات

بالای آن را نسبت ۲۰ به ۱ عنوان می‌کند. با توجه به تعداد متغیرهای موجود در این پژوهش و با در نظر گرفتن حد بالای حجم نمونه، تعداد ۲۴۳ نفر شرکت‌کننده به روش نمونه‌گیری در دسترس، با بیش برآورد به عنوان نمونه‌های این پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از (۱) سن بالای ۶۰ سال و (۲) داشتن میزان تحصیلات حداقل پنجم ابتدایی. ملاک‌های خروج از مطالعه نیز عبارت بودند از (۱) مبتلا بودن به دمانس، (۲) ابتلا به بیماری‌های مزمن در ۶ ماه گذشته و (۳) عدم رضایت برای شرکت در مطالعه. در این پژوهش ۸۲ مرد (۳۳/۷ درصد) و ۱۶۱ زن (۶۶/۳ درصد) شرکت داشتند که ۱۷۸ نفر (۷۳/۳ درصد) از آنان ۶۰ تا ۶۵ سال، ۴۱ نفر (۱۶/۹ درصد) ۶۵ تا ۷۰ سال، ۱۹ نفر (۷/۸ درصد) ۷۱ تا ۷۵ سال و ۵ نفر (۲/۱ درصد) بالاتر از ۷۵ سال داشتند. همسر ۱۸ نفر (۷/۴ درصد) فوت شده بود، ۲۲ نفر (۹/۱ درصد) از همسر خود جدا شده بودند و ۲۰۳ نفر (۸۳/۳ درصد) دارای همسر بودند. میزان تحصیلات ۱۲۷ نفر (۵۲/۲ درصد) از زیر دیپلم، ۶۷ نفر (۲۷/۶ درصد) دیپلم، ۲۰ نفر (۸/۲ درصد) فوق دیپلم و ۲۹ نفر (۱۲ درصد) لیسانس یا بالاتر از لیسانس بود.

ابزار

پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (فرم کوتاه - ۲۶ سؤالی)^۱. این پرسش‌نامه توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سؤالی در سال (۱۹۹۶) با هدف سنجش کیفیت زندگی کلی و عمومی افراد، ساخته شد که کیفیت زندگی افراد را در ۴ حیطه سلامت جسمانی، روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیط و وضعیت زندگی می‌سنجد و دارای ۲۶ سؤال است. نحوه نمره‌گذاری آن به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای می‌باشد و میزان کیفیت زندگی در هر حیطه از صفر تا ۱۰۰ مورد تفسیر قرار می‌گیرد. نمرات پایین نشان‌دهنده کیفیت زندگی کمتر و نمرات بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بیشتر است. روایی این پرسش‌نامه در دامنه‌ای بین ۰/۴۶ و ۰/۶۷ و پایایی آن برای خرده مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس بین ۰/۷۳ و ۰/۸۹ بر اساس آلفای کرونباخ گزارش شده است (اسکوینگتون و همکاران، ۲۰۰۴). در ایران نیز روایی آن

² activities of daily living (ADL)

³ onyx and bullen social capital scale (SCQ)

¹ world health organization quality-of-life scale (WHOQOL-BREF SF-26)

واحد کرج به شماره IR.IAU.K.REC.1399.034 و تهیه پرسش‌نامه‌های پژوهش، جهت دسترسی به اعضای نمونه که شامل سالمندان ساکن منازل بودند، به مراکز فرهنگی مناطق ۲۲ گانه شهرداری تهران مراجعه شد و پس از هماهنگی با مسئولین از آنان خواسته شد تا سالمندان واجد شرایط را به پژوهشگر معرفی کنند. همکاری شرکت‌کنندگان به شیوه نمونه‌گیری در دسترس از بین سالمندان جامعه مذکور انتخاب شدند و با رعایت اخلاق پژوهشی مانند محرمانه ماندن اطلاعات، مشارکت داوطلبانه، حق انصراف و غیره، و توضیح در مورد نحوه پاسخ‌دهی به سؤالات، پرسش‌نامه‌های کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، فعالیت‌های روزمره زندگی، سرمایه اجتماعی و همچنین پرسش‌نامه خودمراقبتی در اختیار آنها قرار گرفت. پرسش‌نامه‌ها در حضور پژوهشگر یا دستیار پژوهشگر تکمیل شدند. زمان تقریبی برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها ۲۵ تا ۳۵ دقیقه بود. پس از تکمیل اطلاعات، داده‌ها وارد نسخه ۲۴ نرم‌افزار AMOS شد و در دو بخش توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در بخش توصیفی از شاخص‌های فراوانی، میانگین و انحراف معیار استفاده شد و در بخش استنباطی، از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد.

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی دوگروه در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ آورده شده است.

پایین نشان دهنده سرمایه اجتماعی کمتر و نمرات بالا نشان دهنده سرمایه اجتماعی بیشتر است. روایی این پرسش‌نامه ۰/۸۴ (وینسترا، ۲۰۰۵) و پایایی آن ۰/۷۸ بر اساس آلفای کرونباخ گزارش شده است (اونیکس و بولن، ۲۰۰۰)، و روایی و پایایی آن توسط افتخاریان و همکاران (۱۳۹۴) ۰/۷۰ و ۰/۹۶ بر اساس آلفای کرونباخ گزارش شده است. پایایی درونی پرسش‌نامه در پژوهش حاضر بر اساس آلفای کرونباخ در بعد شناختی ۰/۸۳ و ساختاری ۰/۶۵ بود. **پرسش‌نامه توانایی خودمراقبتی افراد سالمند.** این پرسش‌نامه توسط سودرهمن و همکاران (۱۹۹۶) با هدف ارزیابی توانایی خودمراقبتی افراد سالمند ساخته شد. نحوه نمره‌گذاری به صورت مقیاس لیکرت است که امتیازات بین ۱ تا ۵ تقسیم بندی شده است. پاسخ به سؤالات به صورت کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم است. بالاترین امتیاز ۸۵ و پایین‌ترین امتیاز ۱۷ می‌باشد. نمره کمتر از ۶۹ نشان دهنده توان خودمراقبتی پایین و نمره مساوی و بیشتر از ۶۹ نشان دهنده توان خودمراقبتی بالا است. روایی و پایایی آن ۰/۶۸ و ۰/۸۸ گزارش شده است (سودرهمن و همکاران، ۲۰۰۸) و روایی و پایایی آن توسط هاشم‌لو و همکاران (۱۳۹۲) بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۷۴۳ و ۰/۸۶ گزارش شده است. پایایی درونی پرسش‌نامه در پژوهش حاضر بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۳ بود.

روش اجرا

بعد از کسب کد اخلاق از طرف شورای اخلاق دانشگاه آزاد

جدول ۱

اطلاعات توصیفی و ماتریس همبستگی کیفیت زندگی، سرمایه اجتماعی، فعالیت‌های روزمره زندگی، خودمراقبتی

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱. سرمایه اجتماعی - بعد شناختی	-							
۲. سرمایه اجتماعی - بعد ساختاری	۰/۵۳**	-						
۳. فعالیت‌های روزمره	۰/۲۱**	۰/۲۶**	-					
۴. خودمراقبتی	۰/۲۱**	۰/۳۵**	۰/۶۴**	-				
۵. کیفیت زندگی - سلامت جسمانی	۰/۲۲**	۰/۳۰**	۰/۶۴**	۰/۳۸**	-			
۶. کیفیت زندگی - سلامت روان	۰/۱۶*	۰/۲۲**	۰/۴۵**	۰/۴۵**	۰/۴۹**	-		
۷. کیفیت زندگی - روابط اجتماعی	۰/۲۴**	۰/۳۳**	۰/۴۸**	۰/۵۷**	۰/۶۱**	۰/۷۳**	-	
۸. کیفیت زندگی - سلامت محیطی	۰/۱۳*	۰/۱۷**	۰/۱۹**	۰/۳۹**	۰/۶۴**	۰/۵۶**	۰/۶۲**	-
میانگین	۴۰/۹۵	۲۵/۴۴	۱۷/۴۱	۶۶/۴۳	۲۳/۱۸	۱۸/۱۵	۸/۲۰	۲۵/۰۸
انحراف استاندارد	۷/۸۹	۵/۵۸	۳/۱۲	۱۳/۵۰	۵/۵۴	۴/۰۲	۲/۷۱	۵/۶۲

صورت مثبت و در سطح معناداری ۰/۰۱ با مؤلفه‌های چهارگانه کیفیت زندگی همبسته بود. مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها با مقادیر کشیدگی و چولگی مورد بررسی قرار گرفت، همچنین مفروضه همخطی بودن به کمک عامل تورم واریانس (VIF) و ضریب تحمل مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۲ قابل مشاهده است.

طبق جدول ۱ بعد شناختی سرمایه اجتماعی با مؤلفه‌های سلامت جسمانی و روابط اجتماعی کیفیت زندگی به صورت مثبت و در سطح معناداری ۰/۰۱ و با مؤلفه‌های سلامت روان و سلامت محیطی آن به صورت مثبت و در سطح معناداری ۰/۰۵ همبسته است. بعد ساختاری سرمایه اجتماعی به همراه فعالیت‌های روزمره و خودمراقبتی به

جدول ۲

بررسی مفروضه‌های نرمال بودن و همخطی سرمایه اجتماعی، فعالیت‌های روزمره زندگی، خودمراقبتی و کیفیت زندگی

متغیر	مفروضه نرمال بودن		مفروضه همخطی بودن	
	چولگی	کشیدگی	ضریب تحمل	تورم واریانس
سرمایه اجتماعی - بعد شناختی	۰/۴۰	-۰/۷۶	۰/۷۰	۱/۴۳
سرمایه اجتماعی - بعد ساختاری	۰/۲۸	-۰/۴۹	۰/۵۶	۱/۷۹
فعالیت‌های روزمره	-۰/۸۸	-۰/۹۳	۰/۳۷	۲/۶۹
خودمراقبتی	-۰/۸۲	-۰/۲۸	۰/۳۴	۲/۹۴
کیفیت زندگی - سلامت جسمانی	-۰/۰۱	-۰/۸۸	-	-
کیفیت زندگی - سلامت روان	۰/۷۷	-۰/۱۶	-	-
کیفیت زندگی - روابط اجتماعی	۰/۰۴	-۱/۲۷	-	-
کیفیت زندگی - سلامت محیطی	۰/۷۷	-۰/۰۹	-	-

شاخص‌های برازندگی مدل را نشان می‌دهد.

جدول ۳

شاخص‌های برازش مدل ساختاری

شاخص‌های برازندگی	مدل ساختاری
مجدور کای	۲۹/۶۰
درجه آزادی مدل	۱۶
X ² /df	۱/۸۵
GFI	۰/۹۷۶
AGFI	۰/۹۳۴
CFI	۰/۹۹
RMSEA	۰/۰۵۹

جدول ۳ نشان می‌دهد که همه شاخص‌های برازندگی حاصل از تحلیل مدل‌یابی معادلات ساختاری از برازش مدل ساختاری با داده‌های گردآوری شده حمایت می‌کنند ($\chi^2/df=1/85$, $GFI=0/976$, $AGFI=0/934$, $CFI=0/99$, $RMSEA=0/059$). جدول ۴ ضرایب مسیر بین متغیرها را در مدل ساختاری نشان می‌دهد. جدول ۴ ضرایب مسیر بین متغیرها را نشان می‌دهد.

جدول ۲ نشان می‌دهد که مقادیر کشیدگی و چولگی همه متغیرها در محدوده +۲ و -۲ قرار دارد، بنابراین مفروضه نرمال بودن توزیع در بین داده‌ها برقرار بود. همچنین با توجه به نتایج جدول ۲ که نشان می‌دهد مقادیر ضریب تحمل همه متغیرهای پیش‌بین بزرگتر از ۰/۱ و مقادیر عامل تورم واریانس آنها کوچکتر از ۱۰ است، نتیجه‌گیری شد که مفروضه همخطی در بین داده‌ها برقرار است. در این تحقیق مفروضه نرمال بودن توزیع چندمتغیری، از طریق تحلیل اطلاعات مربوط به «فاصله مه‌نویس» بررسی و نتایج نشان داد که مقادیر چولگی و کشیدگی نمرات آن به ترتیب برابر با ۰/۸۴ و ۰/۳۷ است، این مطلب بیانگر برقراری مفروضه نرمال بودن توزیع چندمتغیری در بین داده‌ها بود. پس از اطمینان از برازش قابل قبول مدل اندازه‌گیری با داده‌های گردآوری شده و اطمینان از توان نشانگرها در اندازه‌گیری متغیرهای مکنون، داده‌ها با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری آزمون شد. در مدل حاضر فرض شد که فعالیت‌های روزمره زندگی و سرمایه اجتماعی هم به طور مستقیم و هم با میانجیگری خودمراقبتی، کیفیت زندگی را پیش‌بینی می‌کند. جدول ۳

جدول ۴

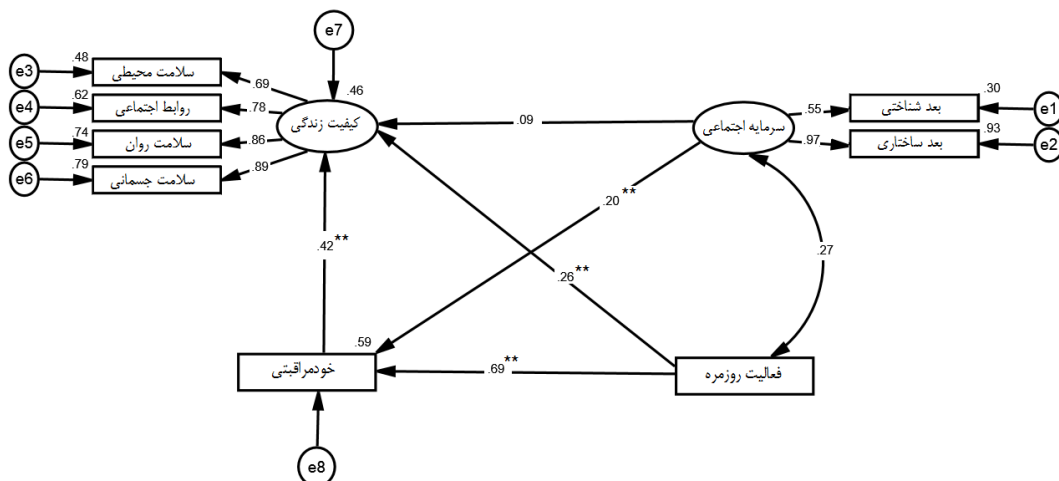
ضریب مسیر بین متغیرهای سرمایه اجتماعی، فعالیت‌های روزمره زندگی، خودمراقبتی و کیفیت زندگی در مدل

مسیر	متغیر پیش‌بین	b	S.E.	β	sig
مستقیم	فعالیت روزمره ← خودمراقبتی	۲/۹۹۲	۰/۲۲۷	۰/۶۹۱	۰/۰۰۱
	فعالیت روزمره ← کیفیت زندگی	۰/۴۰۵	۰/۱۷۹	۰/۲۵۷	۰/۰۳۲
	سرمایه اجتماعی ← خودمراقبتی	۰/۶۲۹	۰/۱۶۶	۰/۲۰۱	۰/۰۰۱
	سرمایه اجتماعی ← کیفیت زندگی	۰/۱۰۷	۰/۰۷۸	۰/۰۹۴	۰/۱۶۶
	خودمراقبتی ← کیفیت زندگی	۰/۱۵۳	۰/۰۳۸	۰/۴۲۰	۰/۰۰۱
غیرمستقیم	فعالیت روزمره ← کیفیت زندگی	۰/۴۵۸	۰/۱۲۶	۰/۲۹۰	۰/۰۰۱
	سرمایه اجتماعی ← کیفیت زندگی	۰/۰۹۶	۰/۰۳۳	۰/۰۸۴	۰/۰۰۱
کل	فعالیت روزمره ← کیفیت زندگی	۰/۸۶۳	۰/۱۱۲	۰/۵۴۷	۰/۰۰۱
	سرمایه اجتماعی ← کیفیت زندگی	۰/۲۰۳	۰/۰۷۴	۰/۱۷۸	۰/۰۰۶

می‌توان گفت که در بین سالمندان متغیر خودمراقبتی رابطه بین فعالیت‌های روزمره و سرمایه اجتماعی با کیفیت زندگی را به صورت مثبت و معنادار میانجیگری می‌کند.

شکل ۱ مدل ساختاری پژوهش در تبیین روابط بین فعالیت‌های روزمره زندگی، سرمایه اجتماعی و خودمراقبتی با کیفیت زندگی را در سالمندان نشان می‌دهد. شکل ۲ نشان می‌دهد که مجموع مجذور همبستگی‌های چندگانه برای متغیر کیفیت زندگی برابر با ۰/۴۶ به دست آمده است. این یافته بیانگر آن است که متغیرهای فعالیت‌های روزمره زندگی، سرمایه اجتماعی و خودمراقبتی در مجموع ۴۶ درصد از واریانس کیفیت زندگی را در سالمندان تبیین می‌کند.

جدول ۴ نشان می‌دهد که ضریب مسیر کل بین فعالیت‌های روزمره و کیفیت زندگی مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنادار است ($\beta=0/547, P<0/01$). همچنین ضریب مسیر کل بین سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنادار بود ($\beta=0/178, P<0/01$). ضریب مسیر بین خودمراقبتی و کیفیت زندگی نیز مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنادار بود ($\beta=0/420, P<0/01$). جدول فوق نشان می‌دهد که ضریب مسیر غیر مستقیم بین فعالیت‌های روزمره و کیفیت زندگی مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنادار است ($\beta=0/290, P<0/01$). ضریب مسیر غیرمستقیم بین سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی نیز مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنادار بود ($\beta=0/084, P<0/01$). بدین ترتیب



شکل ۲. مدل ساختاری رابطه کیفیت زندگی با فعالیت روزمره زندگی و سرمایه اجتماعی از طریق خودمراقبتی

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی این پژوهش ارائه یک الگو متشکل از فعالیت‌های روزمره زندگی و سرمایه اجتماعی به عنوان متغیرهای پیش‌بین با واسطه‌گری خودمراقبتی در پیش‌بینی کیفیت زندگی سالمندان بود. یافته‌ها نشان داد که فعالیت روزمره زندگی ($\beta=0/547, p<0/01$)، سرمایه اجتماعی ($\beta=0/178, p<0/01$) و خودمراقبتی ($\beta=0/420, p<0/01$) می‌توانند کیفیت زندگی را در سالمندان پیش‌بینی کنند. همچنین میانجیگری خودمراقبتی در رابطه بین فعالیت روزمره زندگی، سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی تأیید شد. فرضیه اول مبنی بر این که فعالیت‌های روزمره زندگی، با میانجیگری خودمراقبتی بر کیفیت زندگی سالمندان اثر مستقیم مثبت دارد تأیید شد. این نتیجه با نتایج حاصل از پژوهش‌های پیاوه و همکاران (۱۳۹۲)، کاظمی و همکاران (۱۳۹۸)، اورکی و همکاران (۱۳۹۸) و سوسوا و همکاران (۲۰۱۶) از این نظر که به بررسی ارتباط بین فعالیت‌های روزانه زندگی و همچنین خودمراقبتی بر کیفیت زندگی سالمندان پرداخته‌اند، همسو است. و با پژوهش زحمتکشان و همکاران (۱۳۹۱) که ارتباط معناداری بین انجام فعالیت‌های روزانه زندگی و ابعاد جسمی و روانی کیفیت زندگی در سالمندان شهر بوشهر پیدا نکردند، ناهمسو است. نتایج مطالعات گوناگون نشان داده است که محدودیت‌های حرکتی و افزایش وابستگی فرد به دیگران در انجام کارهای روزانه با افزایش سن افزایش می‌یابد که این عوامل می‌تواند در احساس خوب بودن فرد اثر گذاشته و منجر به کاهش کیفیت زندگی شود (ملور و همکاران، ۲۰۰۸). همچنین اختلال در عملکرد جسمانی در اثر افزایش سن، توانایی حفظ استقلال را در افراد سالمند تحت تأثیر قرار داده، و سبب کاهش کیفیت زندگی می‌شود (بری، ۲۰۰۰). آموزش خودمراقبتی به‌ویژه در زمینه ورزش مناسب، تغذیه سالم، کنترل شاخص‌های مهم بدن نظیر فشار خون و غیره می‌تواند از ناتوانی‌های حرکتی سالمندان جلوگیری کرده و یا ناتوانی‌های موجود را بهبود بخشد و در نتیجه باعث افزایش امید و افزایش کیفیت زندگی شود (ماکنباخ و همکاران، ۲۰۱۳). خودمراقبتی باعث افزایش بهداشت جسمانی-روانی و افزایش روابط اجتماعی می‌شود و سلامت جسم-روان و روابط اجتماعی مناسب می‌تواند سطح امید، شادکامی و کیفیت زندگی در سالمندان را در حد مطلوبی نگه دارد (لوریگ و همکاران، ۱۹۹۹).

در تبیین این نتیجه می‌توان بیان کرد که برای حفظ تحرک و انجام فعالیت‌های روزانه، سلامتی عاملی ضروری است. با بالا رفتن سن و بروز بیماری‌های مزمن و کاهش تراکم استخوان و ضعف عضلات، شاهد کاهش فعالیت‌های جسمی و محدودیت‌های حرکتی در سالمندان هستیم. این در حالی است که توانایی فرد سالمند در انجام فعالیت‌های روزانه به وی این امکان را می‌دهد که استقلال خود را حفظ کند و در جامعه فعال باشد. بهره‌مندی از این توانایی عامل مؤثری در حفظ سلامت و موفقیت سالمندان شناخته شده است. همچنین توانایی انجام فعالیت‌های روزانه زندگی با عوامل روان‌شناختی در ارتباط است. از سوی دیگر ناتوانی در انجام فعالیت‌های روزمره و کم‌تحرکی و عدم فعال بودن و به عبارتی هر نوع آسیب و نقص جسمانی که فعالیت‌های جسمی سالمندان را تحت تأثیر قرار دهد، در جامعه منجر به صرف هزینه، ایجاد مشکلات روان‌شناختی و کاهش کیفیت زندگی افراد سالمند می‌شود. از علل ناهمسویی نتیجه پژوهش حاضر با پژوهش زحمتکشان و همکاران (۱۳۹۱) می‌توان گفت که سالمندان شهر بوشهر به علت سبک زندگی که دارند، اغلب با خانواده زندگی می‌کنند و از حمایت‌های افراد خانواده بهره‌مند می‌شوند و نیاز به استقلال در انجام فعالیت‌های روزانه، ممکن است کمتر باشد.

فرضیه دوم مبنی بر این که سرمایه اجتماعی، با میانجیگری خودمراقبتی بر کیفیت زندگی سالمندان اثر مستقیم مثبت دارد تأیید شد. این نتیجه با نتایج حاصل از پژوهش‌های حبیبی سولا و همکاران (۱۳۸۷)، شیانو و همکاران (۲۰۱۷)، تالارسکا و همکاران (۲۰۱۸)، مدهی و همکاران (۲۰۱۹) و کریستینسن و همکاران (۲۰۱۹)، هیمنشو و همکاران (۲۰۱۹)، لین و همکاران (۲۰۲۰) از این نظر که به بررسی ارتباط بین سرمایه اجتماعی و همچنین خودمراقبتی بر کیفیت زندگی سالمندان پرداختند همسو است. تغییرات ایجاد شده در دوران سالمندی شامل کاهش توانایی فیزیکی، تغییر پاسخ بدن به داروها، تجربه وقایع زندگی چون بازنشستگی، انتقال به خانه‌های سالمندی، کاهش درآمد، کم شدن موقعیت‌ها جهت برقراری تماس‌های اجتماعی که باعث ایجاد احساس تنهایی در سالمندی می‌شود، می‌توانند کیفیت زندگی سالمندان را تحت تأثیر قرار دهند (گلیسر و همکاران، ۲۰۰۰). از جهتی افرادی که سبک زندگی فعالی دارند در

سپاس‌گزاری

نویسندگان مقاله بر خود واجب می‌دانند تا از افرادی که در اجرای این پژوهش همراه بودند، تشکر و قدردانی نمایند.

منابع

- احمدی، ف.، سالار، ع.، و فقیه زاده، س. (۱۳۸۳). بررسی کیفیت زندگی سالمندان شهر زاهدان. *مجله حیات*، ۱۰(۳)، ۶۱-۶۷.
- افتخاریان، ر.، کلدی، ع.، سام، ش.، صحاف، ر.، و فدایی وطن، ر. (۱۳۹۴). روایی پایایی نسخه فارسی پرسش‌نامه سرمایه اجتماعی اونیکس در سالمندان. *سالمند*، ۱۱(۱)، ۱۷۴-۱۸۹.
- اورکی، م.، مهدی‌زاده، آ.، و درتاج، ا. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش توانمندسازی خودمراقبتی بر امید به زندگی و شادکامی و کیفیت زندگی سالمندان در مراکز مراقبت از سالمندان ایرانی شهر دبی. *سالمند*، ۱۴(۳)، ۳۳۱-۳۲۰.
- پیاوه، ل.، خواجه بیشک، ی.، پورقاسم، ب.، اصغری جعفرآبادی، م.، و کبیر علوی، م. (۱۳۹۲). بررسی ارتباط کیفیت زندگی سالمندان با افسردگی و سطح فعالیت فیزیکی روزانه در شهر تبریز. *فصلنامه طب توانبخشی*، ۲(۲)، ۳۹-۴۶.
- توکلی زاده، ج.، جمالی، ز.، و صفرزاده، سمیه. (۱۳۹۴). نقش افسردگی، اضطراب و عوامل جمعیت‌شناختی در پیش‌بینی کیفیت زندگی سالمندان بازنشسته شهرستان گناباد. *افق دانش*، ۲۱(۴)، ۱۳۵-۱۲۹.
- حیبی سولا، ع.، نیکپور، ص.، سیدالشهدایی، م.، و حقانی، ح. (۱۳۸۷). ارتباط کیفیت زندگی با فعالیت‌های جسمی در سالمندان. *فصلنامه پرستاری ایران*، ۲۱(۵۳)، ۳۹-۲۹.
- زاهدی‌اصل، م.، و فرخی، ج. (۱۳۸۹). بررسی رابطه میزان سرمایه اجتماعی با کیفیت زندگی سرپرستان خانوارهای ساکن تهران. *فصلنامه علوم اجتماعی*، ۱۷(۴۹)، ۲۹-۱.
- زحمتکشان، ن.، باقرزاده، ر.، اکابریان، ش.، یزدانخواه فرد، م.، میرزایی، ک.، یزدانپناه، س.، خرم رودی، ر.، غریبی، ط.، کمالی دشت ارژنی، ف.، و وجمند، ط. (۱۳۹۱). بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر بوشهر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا*، ۲(۱)، ۵۸-۵۳.
- ستاری، ب. (۱۳۸۵). بررسی وضعیت اجتماعی و سلامت سالمندان روستایی با رویکرد طرح توانمندسازی روستایی. *سالمند: مجله سالمندی ایران*، ۲(۱)، ۱۳۹-۱۳۲.
- سوری، ا.، شعبانی مقدم، ک.، و سوری، ر. (۱۳۹۵). رابطه بین فعالیت بدنی و کیفیت زندگی زنان سالمند استان کرمانشاه. *فصلنامه علمی پژوهشی پژوهش‌های کاربردی در مدیریت ورزشی*، ۶(۱۶)، ۸۴-۷۵.

مقایسه با افراد کم‌تحرک، کمتر افسرده هستند و بیشتر شادمان و امیدوارند، از رضایت‌مندی، تعامل اجتماعی و روابط اعتمادآمیز مثبت‌تری برخوردارند و بنابراین کیفیت زندگی بالاتری دارند. آموزش خودمراقبتی می‌تواند سطح فعالیت فیزیکی و سلامت روانی را به سطح بهینه‌ای برساند. برای نگهداری کیفیت زندگی سالمندان در سطح بالا، فعالیت فیزیکی و سلامت روانی مهم هستند (دمورا و ساتو، ۲۰۰۳).

در تبیین این نتیجه می‌توان بیان کرد که در بعد ساختاری سرمایه اجتماعی عضویت سالمندان در گروه‌ها و انجمن‌ها، علاوه بر ایفای نقش، می‌تواند تأمین‌کننده سلامت جسمانی، روانی، محیطی و روابط اجتماعی باشد. همچنین تقویت همبستگی اجتماعی عامل مهمی در جهت ارتقای کیفیت زندگی سالمندان است. از طرفی با توجه به اینکه بعد شناختی سرمایه اجتماعی، مشارکت و همبستگی سالمندان در گروه‌ها می‌تواند روابط منسجم‌تری را شکل دهد، افراد روابط نزدیک‌تری را با دیگران برقرار می‌کنند و از تجربیات، توانمندی‌ها و هم‌فکری با دیگر اعضا بهره‌مند می‌شوند. سالمندانی که سرمایه اجتماعی بیشتری دارند، با قرار گرفتن در شبکه‌های وسیع، مؤثر و عمیق اجتماعی با اعضای قابل اعتماد این شبکه‌ها ارتباطات مستمری دارند، و در برخی از شاخص‌های کیفیت زندگی همچون سلامت روانی-جسمانی و رضایت از ابعاد مختلف زندگی از وضعیت بهتری نسبت به هم‌تایانی که فاقد تجربه اجتماعی مشابهی بوده‌اند برخوردار هستند. تقویت عملکردهای اجتماعی سالمندان و ارتقای مشارکت این افراد در راستای افزایش کارآمدی اجتماعی، اقتصادی و سلامتی منجر به ایجاد ارتباطات گسترده‌تر و در نهایت افزایش کیفیت زندگی در این گروه از افراد جامعه می‌شود.

با توجه به اینکه این پژوهش روی سالمندان ساکن شهر تهران انجام شد، و در شرایط شیوع بیماری کرونا، دسترسی به افراد بیشتری ممکن نبود، در تعمیم‌پذیری نتایج محدودیت‌هایی دارد. تعمیم نتایج مستلزم مطالعه در جمعیت‌های مختلف و بر روی سالمندان شهری و روستایی دیگر است. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی از روش طولی و دیگر متغیرهای اثرگذار بر روی کیفیت زندگی سالمندان استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که این مطالعه بر روی سالمندان دارای مشکلات شناختی، ساکن خانه‌های سالمندان و مبتلا به بیماری‌های مزمن نیز انجام شود.

میرسعیدی، ز.، افتخار اردبیلی، ح.، و نوری جلیانی، ک. (۱۳۹۱). تأثیر برنامه خودمراقبتی بر کیفیت زندگی سالمندان تحت پوشش مرکز بهداشت جنوب تهران. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۱۰(۴)، ۳۲-۱۷.

نجات، س.، منتظری، ع.، هلاکویی نائینی، ک.، کاظم، م.، و مجدزاده، س. (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF)، ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴(۴)، ۱۲-۱.

وفائی، ز.، حق‌دوست، ع.، علیزاده، م.، و درتاج، ا. (۱۳۹۲). بررسی شیوع ناتوانی و عوامل خطر آن در سالمندان شهر اصفهان در سال ۱۳۹۰. *سالمند: مجله سالمندی ایران*، ۸(۴)، ۳۲-۴۰.

هاشم لو، ل.، همتمی مسلک‌پاک، م.، و خلخالی، ح. (۱۳۹۱). تأثیر اجرای برنامه خودمراقبتی اورم بر توان خودمراقبتی سالمندان. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۱۱(۲)، ۱۱۹-۱۲۶.

References

- Ahmadi, F., Salar, A., & Faghizadeh, S. (2004). Quality of life in Zahedan elderly population. *Hayat*, 10 (3), 61-67. [Persian]
- Alimohamad, F., Setode Asl, N., & Karami, A. (2020). Developing a quality of life model based on metacognitive beliefs mediated with perceived stress in the elderly. *Journal of Aging Psychology*, 6(4), 341-355. [Persian]
- Alimohammadi, F., Setodeh-asl, N., & Karami, A. (2019). Designing a model of quality of life in elderly based on perceived stress and tolerance of distress. *Journal of Health and Care*, 21 (1), 53-65. [Persian] <https://hcjournal.arums.ac.ir/article-1-1001-fa.html>
- Alizadeh-Aghdam, M. B., & Soltani-Bahram, S., & Alizadeh-Aghdam, R. (2013). Relationship between social capital and the quality of life in university of Tabriz retirees. *Journal for Management and Development Process*, 26(3), 63-78. [Persian]
- Andalib Kourayem, M., & Mahmoodinia, S. (2021). The Quality of life in the elderly: The Role of resiliency and mindfulness. *Aging Psychology*, 7(2), 167-179. [Persian]

طاهری تنجانی، پ.، و آزادبخت، م. (۱۳۹۴). بررسی ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه‌های فعالیت‌های روزانه زندگی و فعالیت‌های ابزاری زندگی در سالمندان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۵(۱۰۳)، ۱۱۲-۱۳۲.

عاشوری، ج. (۱۳۹۵). بررسی نقش سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی و سخت رویی روان‌شناختی در پیش‌بینی کیفیت زندگی زنان سالمند. *فصلنامه پرستاری سالمندان*، ۲(۴)، ۷۰-۸۱.

عسگری، ش.، و شفیعی، ح. (۱۳۹۶). پیش‌بینی کیفیت زندگی سالمندان بر اساس انسجام درونی، ذهن آگاهی و هوش معنوی. *پژوهش نامه روانشناسی مثبت*، ۳(۱۱)، ۶۱-۷۴.

علی زاده اقدم، م.، سلطانی بهرام، س.، و علی زاده اقدم، ر. (۱۳۹۲). بررسی رابطه سرمایه اجتماعی با کیفیت زندگی بازنشستگان دانشگاه تبریز. *فرایند مدیریت و توسعه*، ۸۵(۱۶)، ۶۳-۷۸.

علی محمد، ف.، ستوده اصل، ن.، و کرمی، ا. (۱۳۹۹). تدوین مدل کیفیت زندگی بر اساس باورهای فراشناختی با میانجیگری استرس ادراک شده سالمندان. *مجله روانشناسی پیری*، ۴(۴)، ۳۵۵-۳۴۱.

علی محمدی، ف.، ستوده اصل، ن.، و کرمی، ا. (۱۳۹۸). طراحی الگوی کیفیت زندگی سالمندان بر پایه استرس ادراک شده و تحمل پریشانی. *مجله سلامت و مراقبت*، ۲۱(۱)، ۶۵-۵۳.

عندلیب کورایم، م.، و محمودی‌نیا، س. (۱۴۰۰). کیفیت زندگی سالمندان: نقش تاب‌آوری و ذهن آگاهی. *روانشناسی پیری*، ۲(۲)، ۱۶۷-۱۷۹.

فیروزجاه، ب. (۱۳۹۵). *بررسی کیفیت زندگی سالمندان ساکن در خانه و ساکن در سرای سالمندان (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده)*. دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.

کاظمی، ن.، سجادی، ح.، و بهرامی، گ. (۱۳۹۸). کیفیت زندگی سالمندان ایرانی: یک مطالعه مروری. *سالمند: مجله سالمندی ایران*، ۱۳(۵)، ۵۱۸-۵۳۳.

کسانی، ع.، منتی، ر.، منتی، و.، محسن، ش.، و میربلوچ زهی، ع. (۱۳۹۳). بررسی عوامل مؤثر بر سرمایه اجتماعی و ارتباط آن با کیفیت زندگی در سالمندان شهر ایلام. *نشریه علوم پزشکی صدر*، ۲(۳)، ۲۴۴-۲۳۵.

مسگر، س.، امینی‌نسب، ز.، نخعی، م.، شریف‌زاده، غ.، و جوادی نیا، س. (۱۳۹۴). بررسی کیفیت زندگی، افسردگی و فعالیت‌های روزمره زندگی در سالمندان روستایی شهرستان بیرجند سال ۱۳۹۱. *سالمند*، ۱۰(۳)، ۱۴۷-۱۴۳.

- Asgari, S., & Shafiee, H. (2017). Prediction of elderly quality of life based on internal coherence, mindfulness and spiritual intelligence. *Positive Psychology Research*, 3(3), 61-74. [Persian]
- Ashoori, J. (2016). Investigation the role of social capital, social support and psychological hardiness in predicting life quality of elderly women. *Journal of Geriatric Nursing*, 2 (4), 70-81. [Persian]
- Barry, P. P. (2000). An Overview of special considerations in the evaluation and management of the geriatric patient. *The American Journal of Gastroenterology*, 95(1), 8-10. [https://doi.org/10.1016/S0002-9270\(99\)00756-X](https://doi.org/10.1016/S0002-9270(99)00756-X)
- Bonomi, P., Kim, K., Fairclough, D., Cella, D., Kugler, J., Rowinsky, E., & Johnson, D. (2000). Comparison of survival and quality of life in advanced non-small-cell lung cancer patients treated with two dose levels of paclitaxel combined with cisplatin versus etoposide with cisplatin: results of an Eastern Cooperative Oncology Group trial. *Journal of Clinical Oncology*, 18(3), 623-631. <https://doi.org/10.1200/JCO.2000.18.3.623>
- Christiansen, L., Sanmartin Berglund, J., Lindberg, C., Anderberg, P., & Skär, L. (2019). Health-related quality of life and related factors among a sample of older people with cognitive impairment. *Nursing Open*, 6, 849-859. <https://doi.org/10.1002/nop2.265>
- Demura, S., & Sato, S. (2003). Relationships between depression, lifestyle and quality of life in the community dwelling elderly: A comparison between gender and age groups. *Journal of Physiological Anthropology and Applied Human Science*, 22(3), 159-66. <https://doi.org/10.2114/jpa.22.159>
- Eftekharian, R., Kaldi, A., Sum, S., Sahaf, R., & Fadayee Vatan, R. (2016). Validity and reliability of Persian version of Onyx social capital scale in elderly people. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 11 (1), 174-189. [Persian] <https://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-746-fa.html>
- Firouzjah, B. (2016). *Study of elder's life quality living in homes and nursery home* (Unpublished Master thesis). Allame Tabatabai University, Teharn. [Persian]
- Glaeser, E. Laibson, D., & Sacerdote, B. (2000). The economic approach to social capital. *National Bureau of Economic Research. Working paper*. N. 7728 (Cambridge, AM. National Bureau of economic research). <https://doi.org/10.3386/w7728>
- Grady, K. L. (2008). Self-care and quality of life outcomes in heart failure patients. *Journal of Cardiovascular Nursing Lippincott*, 23(3), 285-292. <https://doi.org/10.1097/01.JCN.0000305092.42882>
- Habibi-Sola, A., Nikpour, S., Seyedshohadie, M., Haghani, H. (2008). Health promotion behaviours and quality of life among elderly people: A cross-sectional survey. *Iran Journal of Nursing*, 21(53), 29-39. [Persian]
- Hashemlo, L., Hemmati Maslakpak, M., & Khalkhali, H. (2013). The Effect of Orem self-care program performance on the self-care ability in elderly. *Nursing and Midwifery Journal*, 11 (2), 119-126. [Persian]
- He, Q. Y., Hu, H., Gao, B., Yang, S. J., & Li, N. X. (2010). [The Study of the relationship between community social capital and quality of life among the middle-aged and elderly rural-to-urban residents]. *Sichuan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban*, 51(2), 225-230. <https://doi.org/10.12182/20200360502>
- Himanshu, H., Arokiasamy, P., & Talukdar, B. (2019). Illustrative effects of social on health and quality of life among older adult in India: Results from WHO-SAGE India. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 82, 15-21. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.01.005>
- Kassani, A., Menati, R., Menati, W., Shoja, M., & Mirbalouch, A. (2014). Investigation of the Effective factors in social capital and its relationship with quality of life in elders of Ilam, Iran. *Sadra Medical Sciences Journal*, 2(3), 235-244. [Persian]
- Kazemi, N., Sajjadi, H., & Bahrami, G. (2019). Quality of life in Iranian elderly. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 13 (5), 518-533. [Persian]

- Kim, D. & Kawachi, I. (2007). U.S. state level social capital and health related quality of life. *Annals of Epidemiology*, 17 (4), 258-269. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2006.10.002>
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling*, edition 2, Guilford press, New York & London.
- Kowalski, C. H., Ommen, O., Driller, E., Ernstmann, N., Wirtz, M. A., Kohler, T., & Pfaff H. (2010). Burnout in nurses - the relationship between social capital in hospitals and emotional exhaustion. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1654-1663. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02989.x>.
- Landi, F., Abbatecola, A. M., Provinciali, M., Corsonello, A., Bustacchini, S., Manigrasso, L., & Lattanzio, F. (2010). Moving against frailty: does physical activity matter? *Biogerontology*, 11(5), 537-545. <https://doi.org/10.1007/s10522-010-9296-1>
- Lane, A. P., Wong, C. H., Močnik, Š., Song, S., & Yuen, B. (2020). Association of neighborhood social capital with quality of life among older people in Singapore. *Journal of Aging and Health*, 32(7-8), 841-850. <https://doi.org/10.1177/0898264319857990>
- Levin, L. S., Katz, A. H. & Holst, E. (1977). *Self care: Lay initiatives in health*. Croom Helm: London.
- Lorig, K. R., Sobel, D. S., Stewart, A. L., Brown, J. R., Bandura, A., Ritter, P., Gonzalez, V. M., Laurent, D. D., & Holman, H. R. (1999). Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: A randomized trial. *Journal of the Medical Care*, 37(1), 5-14. <https://doi.org/10.1097/00005650-199901000-00003>
- Mackenbach, J.P., Hu, Y., & Looman, C.W.N. (2013). Democratization and life expectancy in Europe, 1960-2008. *Social Science & Medicine*, 93, 166-75. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.05.010>
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14(2), 61-65.
- Medhi, G.K., Sarma, J., Pala, S., Bhattacharya, H., Bora, P. J., & Visi, V. (2019). Association between health related quality of life (HRQOL) and activity of daily living (ADL) among elderly in an urban setting of Assam, India. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(5), 1760-1764. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_270_19
- Mellor, D., Russo, S., McCabe, M. P., Davison, T. E., & George, K. (2008). De-pression training program for caregivers of elderly care re-cipients: Implementation and qualitative evaluation. *Journal of Gerontological Nursing*, 34(9), 8-15. <https://doi.org/10.3928/00989134-20080901-09>
- Mesgar, S., Amini Nasab, Z., Nakhaei, M. H., Sharifzade, G., Seyyed Alira Javadinia, S.A. (2015). Study of quality of life, depression, and daily routines in rural elders in Birjand city, Iran, in 2013A. *Iranian Journal of Ageing*, 10(3), 143-147. [Persian]
- Mirsaeedi, Z. S., Eftekhari ardebili, H., Nourijalyani, & K. A. (2013). Effect of a self care program on quality of life of the elderly clients covered by health centers of Southern of Tehran. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, 10 (4), 17-32. [Persian]
- Mueller, R. O. (1996). *Basic Principles Modeling*, NY: Springer.
- Nejat, S., Montazeri, A., Holakouie Naieni, K., Mohammad, K., & Majdzadeh, S. (2006). The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, 4 (4), 1-12. [Persian]
- Onyx, J. & Bullen, P. (2000). Measuring social capital in five communities. *Journal of Applied Behavioral Science*, 36(1), 23-42. <https://doi.org/10.1177/0021886300361002>
- Oraki, M., Mahdizadeh, A., & Dortaj, A. (2019). The Effectiveness of self-care empowerment training on life expectancy, happiness and quality of life

- of the elderly in Iranian elderly care Centers in Dubai. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 14(3), 320-331. [Persian]
<https://doi.org/10.32598/sija.13.10.670>
- Payahoo, L., Khaje-bishak, Y., Pourghasem, B., Asghari jafarabadi, M., Kabir-alavi, M. B. (2013). The survey of the relationship between quality of life of elderly with depression and physical activity in Tabriz, Iran. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 2(2), 39-46. [Persian]
<https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=232256>
- Prachuntasen, K., Laohasiriwong, W., & Luenam, A. (2018). Social capital associated with quality of life among late adults and elderly population in the Northeast of Thailand. <https://doi.org/10.12688/f1000research.13954.1>
- Sattari, B. (2006). Studying the social status and health concerning rural elderly using the plan for rural empowering. *Iranian Journal of Ageing*, 1(2), 132-139.
- Sherwood, S., Morris, J., Mor, V., & Gutkin, C. (1977). *Compendium of measures for describing and assessing long-term care populations*. Boston: Hebrew Rehabilitation Center for the Aged.
- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research*, 13(2), 299-310. <https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00>
- Smeltzer, S.C. & Bare, B.G. (2008). *Brunner & Suddarths Textbook of Medical –Surgical Nursing* (11th Eds.). Lippincott Co.
- Soderhamn, O., Bachrach-Lindstorm, M. & EK, A. C. (2008). Self-care ability and sense of coherence in older nutritional at-risk patients. *European Journal of Clinical Nutrition*, 62 (1), 96-103. <https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1602691>
- Soderhamn, O., EK, A. C., & Porn I. (1996). The self-care ability scale for the elderly. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 3 (2), 69-78.
- Soosova, M. S. (2016). Determinations of quality of life in the elderly. *Central European Journal of Nurings and Midwifery*, 7(3), 484-493. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2016.07.0019>
- Soury, A., Shabani Moghadam, K., & Soury, R. (2016). The effect of physical activity on quality of life in elder women in Kermanshah Province. *Applied Research of Sport Management*, 4(4), 75-84. [Persian]
- Taheri Tanjani, P., & Azadbakht, M. (2016). Psychometric Properties of the Persian Version of the Activities of Daily Living Scale and Instrumental Activities of Daily Living Scale in elderly. *Journal of Mazandaran University Medical Sciences*, 25 (132), 103-112. [Persian]
- Talarska, D., Tobis, S., Kotkowiak, M., Strugala, M., Stanislawska, J., & Wieczorowska, K. (2018). Determinants of Quality of Life and the Need for Support for the Elderly with Good Physical and Mental Functioning. *Medical Science Monitor*, 24, 1604-1613. <https://doi.org/10.12659/MSM.907032>
- Tannenbaum, C. & Shatenstein, B. (2007). Exercise and nutrition in older Canadian women: opportunities for community intervention. *Canadian Journal of Public Health*, 98(3), 187-193. <https://doi.org/10.1007/BF03403710>
- Tavakolizadeh, J., Jamali, Z., & Safarzade, S. (2015). Role of depression, anxiety and demographical factors in predicting the quality of life of retired elderly of Gonabad city. *Horizon Medical Sciences*, 21(4), 129-135. [Persian]
<https://hms.gmu.ac.ir/article-1-2418-fa.html>
- Unsar, S., Dindar, I., & Kurt, S. (2015). Activities of daily living, quality of life social support and depression levels of elderly individuals in Turkish society. *Journal of Pakistan Medical Association*, 65(6), 642-646.
- Vafaei, Z., Haghdoost, A. A., Alizadeh, M., & Dortaj, E. (2014). Prevalence of disability and relevant risk factors in elderly dwellers in Isfahan province-2012. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 8 (4), 32-40. [Persian]
- Veenstra, G. (2005). Location, location,

- location: contextual and compositional health effects of social capital in British Columbia, Canada. *Social Science and Medicine*, 60(9), 2059-2071.
- Wade, D., & Hower, R. (1987). Functional abilities after stroke: Measurement, natural history and prognosis. *Journal of Neurological Neurosurgery and Psychiatry*, 50, 177-182. <https://doi.org/10.1136/jnnp.50.2.177>
- Xiao, H., Yoon, J. Y., & Bowers, B. (2017). Quality of life of nursing home residents in China: A mediation analysis. *Nursing & Health Sciences*, 19(2), 149-56. <https://doi.org/10.1111/nhs.12288>
- Zahedi Asl, M., & Farokhi, J. (2010). Studying the relation of life quality and social capital. *Quarterly Journal of Social Sciences*, 1(49), 1-29. [Persian]
- Zahmatkeshan, N., Bagherzadeh, R., Akaberian, S. H., Yazdankhah Fard, M., Mirzaei, K., Yazdanpanah, S., Khorram Roudi, R., Gharibi, T., Kamali Dasharzhani, F., & Vajmand, T. (2012). Study of quality of life and related aspects of it in the elderly in Boushehr. *Journal of Fasa University of Medical Sciences*, 2(1), 53-58. [Persian]