



## بررسی تطبیقی کیفیت زندگی سالمندان روستایی مهاجر به نواحی پیراشهری (مطالعه موردی: دهستان تبادکان شهرستان مشهد)

مریم قاسمی\*<sup>۱</sup>، زهرا نسیمی

\*۱- استادیار گروه جغرافیا- دانشکده ادبیات و علوم انسانی- دانشگاه فردوسی مشهد. magh30@um.ac.ir

۲- دانش آموخته دکتری، گروه جغرافیا- دانشکده ادبیات و علوم انسانی- دانشگاه فردوسی مشهد. nasii.zahra@ail.um.ac.ir

### چکیده

امروزه بهبود کیفیت زندگی هدف اصلی تمام برنامه ها و سیاست ها و مقصد مشترک توسعه در سطوح محلی، ملی و بین المللی است، مطالعه حاضر با هدف بررسی تطبیقی کیفیت زندگی سالمندان روستایی مهاجر به نواحی پیراشهری کلانشهر مشهد نسبت به قبل از مهاجرت یعنی کیفیت زندگی آنها در مبداء مهاجرت تدوین گردیده است. روش تحقیق توصیفی- تحلیلی با رویکرد تطبیقی است. جهت پیگیری کیفیت زندگی سالمندان مهاجر روستایی در طول زمان از طرح تحقیق «شبه پانل» استفاده گردید. در این مطالعه کیفیت زندگی به کمک ۱۲ مولفه و ۵۲ متغیر در طیف لیکرت مورد بررسی قرار گرفت. آلفای کرونباخ ۰.۸۱ حاکی از پایایی مطلوب ابزار تحقیق است. نتایج تحقیق نشان می دهد کیفیت زندگی روستائیان در روستاهای پیراشهری نسبت به قبل از مهاجرت تا حدودی بهبود یافته است. به طوری که کیفیت زندگی پاسخگویان از ۲.۳۹ به ۲.۶۸ افزایش یافته است. اگر چه کیفیت زندگی در هر دو مقطع زمانی کمتر از میانه نظری (عدد ۳) است، اما در مجموع روستائیان بعد از مهاجرت کیفیت زندگی خود را نسبت به قبل مطلوبتر عنوان نموده اند. بهبود کیفیت زندگی روستائیان در روستاهای پیراشهری علی رغم شرایط نامناسب این روستاها، حاکی از وخامت اوضاع در نواحی روستایی کم توان است. "ضمن اینکه روستاهای پیراشهری به جهت فاصله کم تا شهر به تدریج ویژگی های شهر را اختیار می کنند

**کلیدواژه ها:** شهرستان مشهد، روستاهای پیراشهری، دهستان تبادکان، مهاجرت، کیفیت زندگی، سالمندان.

### ۱. مقدمه

سالمندی پدیده ای زیستی و ناگزیر و نشاندهنده تجمع تغییرات در یک فرد در طول زمان است که این تغییرات شامل تغییرات فرآیندی در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی است. مطابق با تعاریف سازمان بهداشت جهانی، به افراد ۶۰ سال یا ۶۵ سال و بالاتر براساس معیارهای توسعه ای هر جامعه، فرد سالمند اطلاق می شود. در دهه های اخیر، به دلیل توسعه امکانات بهداشتی، درمانی و بهبود شرایط زندگی شاهد افزایش امید زندگی در سراسر دنیا بوده ایم که این امر باعث افزایش جمعیت سالمندان کشورها نیز شده است (چراغی و همکاران، ۱۳۹۸: ۱۴۶). بنابر آمار سازمان جهانی بهداشت تا سال ۲۰۰۰، جمعیت افراد 60 ساله و بیشتر حدود ۶۰۰ میلیون نفر بوده است و این تعداد تا سال ۲۰۲۵ به ۱/۲ میلیارد نفر خواهد رسید. علاوه بر این بیش از دو سوم جمعیت سالمند در کشورهای در حال توسعه، به ویژه آسیای شرقی ساکن هستند که تا سال 2025 افزایش بیش از ۳۰۰ درصدی در این کشورها مشاهده خواهد شد

(کاظمی و همکاران، ۱۳۹۷: ۱). ایران نیز به عنوان یکی از کشورهای در حال توسعه از این قضیه مستثنا نیست؛ و بررسی ها و شاخص های آماری حاکی از رشد پر شتاب سالخوردگی جمعیت است؛ بطوریکه پیش بینی می شود در سال ۱۴۱۰ در کشور ما انفجاری در جمعیت سالمندی رخ خواهد داد و ۲۵ تا ۳۰ درصد جمعیت در سنین بالای ۵۰ سال قرار خواهند گرفت (فرهادی و همکاران، ۱۳۹۰: ۳۸).

امروزه با توجه به افزایش جمعیت سالمندان، مساله رفاه سالمندان از لحاظ ابعاد جسمانی، روحی و اجتماعی به عنوان نیاز جمعیت سالمند مورد توجه است. اولین گام جهت ارتقای سلامت سالمندان و پیشگیری از بروز بیماری و کاهش شیوع بیماری های خاص، شناسایی وضعیت سالمندان است. یکی از شاخص هایی که به خوبی بیانگر وضعیت سالمندان است، شاخص کیفیت زندگی است (حاجی هاشمی و همکاران، ۱۳۹۲: ۲۵۶). به طور کلی کیفیت زندگی، تعریف مشخص و یکسانی ندارد؛ هر چند مردم به شکل غریزی معنی آن را به راحتی درک می کنند، لیکن این مفهوم برای آنها یکسان نیست. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی، به درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت هایشان اطلاق می شود. همچنین سلامت جسمی، وضعیت روحی- روانی، سطح استقلال، روابط اجتماعی، باورهای شخصی و ارتباط با ویژگی های برجسته از خود و محیط زیست بر کیفیت زندگی درک شده افراد تاثیرگذار است و وضعیت افراد یک جامعه را با توجه به عوامل برونزایی نظیر زیرساخت ها، نهادهای اجتماعی، روابط اجتماعی، محیط زیست و غیره تحت تاثیر قرار می دهد (چراغی و همکاران، ۱۳۹۸: ۱۴۶). درواقع پیامدهای کیفیت زندگی را می توان در دو بعد ذهنی و عینی در نظر گرفت. بعد عینی آن مانند رشد اقتصادی، رفاه و بهزیستی اجتماعی که ثروت را عامل خوشبختی می داند و بعد ذهنی آن که می تواند رضایتمندی و شاد زیستن باشد (نودهی مقدم و همکاران، ۱۳۹۸: ۲۱۴). کیفیت زندگی سالمندان که جزء ذهنی بهزیستی به شمار می آید، به معنی تاکید بیشتر بر سیاست های اجتماعی و اصلاح اهداف اجتماعی در راستای ایجاد سالمندی سالم و پویا است. (چراغی و همکاران، ۱۳۹۸: ۱۴۶) سالمندی پویا مفهوم جدیدی است که به عنوان فرایند بهینه سازی فرصت ها برای سلامتی، مشارکت، و امنیت به منظور بهبود کیفیت زندگی افراد سالمند تعریف می شود (رضوانی و همکاران، ۱۳۹۲: ۳۰۲). در بین سالمندان به نظر می رسد سالمندانی که در روستاها زندگی می کنند به خاطر عوامل اقتصادی اجتماعی خاص محیط خود در معرض خطر کاهش کیفیت زندگی نسبت به همتایان خود در شهرها هستند. این عوامل شامل جدایی جغرافیایی و اجتماعی از جامعه بزرگتر شهری، محدودیت دسترسی به مراقبت های تخصصی و احتمالاً وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین تر هستند (حاجی هاشمی، ۱۳۹۲: ۲۵۶). از اینرو بسیاری از خانواده های روستایی به همراه سالمندان به امید دست یابی به شرایط مطلوبتر، زندگی روستا را ترک گفته و به سکونتگاه های جمعیتی مطلوبتر مهاجرت می نمایند. طی این جریان، مهاجرین روستایی به دلیل نداشتن توان اقتصادی کافی و شانس پایین سکونت در متن شهر، منطقاً در مجاورت رانده شدگان متن شهری در «روستاهای پیراشهری» ساکن می گردند. ریشه اصطلاح «پیراشهری» هنوز کاملاً مشخص نیست، اما اهمیت آن از حدود یک قرن پیش در نتیجه محدود شدن دوگانگی بین شهر و روستا مشخص گردید. این سکونت گاه ها که با اصطلاحاتی مانند روستا - شهری، حومه شهری، لبه شهر، حاشیه شهری و پیراشهری معرفی می شوند (سازمان همکاری و توسعه اقتصادی اروپا، ۱۹۷۹: ۴) به موازات رشد شتابان شهرها در کشورهای درحال توسعه شکل می گیرند. ساده ترین تعاریف روستاهای پیراشهری، تعاریف فضایی است. در این تعاریف روستاهای پیراشهری در حاشیه ناحیه شهری با ویژگی های خاص خود (همچون افت شتابان محیطی، دگرگونی بی برنامه کاربری اراضی، کمبود شدید خدماتی و امثالهم) تعریف می شوند (ادل، ۱۹۹۹: ۱۱).

شهرستان مشهد در استان خراسان رضوی، به دلیل مرکزیت و تمرکز امکانات، خدمات، سرمایه و جریان ها و ... به لحاظ جریان های مهاجرتی از شرایط ویژه و قابل تأملی برخوردار است. طی دوره ده ساله ۱۳۷۵-۱۳۸۵ از کل مهاجران وارد شده به استان، ۵۲/۵ درصد وارد شهرستان مشهد شده اند. از مجموع مهاجران وارد شده به شهرستان مشهد، ۳۲/۲ درصد از شهرستان های استان خراسان رضوی (۷۱/۸ درصد شهری و ۲۸/۲ درصد روستایی) و ۴۲ درصد از سایر استان های کشور وارد شهرستان مشهد شده اند (سالنامه آماری استان خراسان رضوی، ۱۳۹۰: ۱۲۰). در پژوهش حاضر مورد مطالعه، روستاهای پیراشهری دهستان تبادکان شهرستان مشهد است که به عنوان دروازه های ورودی شمال شرق مشهد، بخش مهمی از مهاجران روستاشهری را در خود جای داده اند. به طوریکه براساس نتایج سرشماری ۱۳۹۰، دهستان تبادکان دارای ۸۳۱۵۹ نفر جمعیت است (شناسنامه آبادیهای استان خراسان رضوی، ۱۳۹۰). این حجم جمعیت از جمعیت پانزده شهرستان در استان خراسان رضوی (باخرز، بجستان، بردسکن، بینالود، تخت جلگه و ...) در سال ۱۳۹۰ بیشتر بوده است. بدیهی است جمعیت زیاد این دهستان به دلیل رشد غده ای روستاهای پیراشهری در این دهستان بر اثر مهاجرت های روستاشهری بوده است. از آنجا که اغلب این مهاجرت ها برای دستیابی به زندگی بهتر و ارتقای کیفیت زندگی انجام می شود، سؤال اصلی پژوهش این است که کیفیت زندگی سالمندان روستایی در نواحی پیراشهری، در مقایسه با روستا چه تغییری کرده است؟

## ۲. پیشینه تحقیق

در عصر حاضر سالمندی صرفاً یک دوره از زندگی نیست بلکه به عنوان یک واقعیت و جایگاه مهم، ویژگی های خود را در بستر زمان می گسترده و در روند تکاملی خود در تعامل بسیار نزدیک با حیطه های مختلف علوم از جمله جغرافیا، علوم اجتماعی، پزشکی، توانبخشی، اقتصاد و ... قرار می گیرد. جدول (۱) به بررسی مطالعات انجام شده طی سال های اخیر پیرامون کیفیت زندگی سالمندان روستایی می پردازد.

جدول (۱): ادبیات تحقیق پیرامون کیفیت زندگی سالمندان روستایی

| نویسندگان                     | عنوان                                                                                                        | یافته ها                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| هاشم محمدیان و همکاران (۱۳۹۸) | تأثیر مصاحبه انگیزشی بر پرفشاری خون، خودمراقبتی و کیفیت زندگی سالمندان روستایی کاربردی از مدل اعتقاد بهداشتی | در این مطالعه نیمه تجربی بدون گروه شاهد در سال ۱۳۹۶، تعداد ۱۲۰ سالمند روستایی بالای ۶۰ سال تحت پوشش خانه های بهداشت شهرستان رامهرمز به روش نمونه گیری تصادفی چندمرحله ای انتخاب شدند. سالمندان طی یک ماه هر هفته ۲ جلسه به مدت ۴۵-۳۰ دقیقه در کلاس آموزشی های مصاحبه انگیزشی شرکت کردند. نتایج نشان می دهد بعد از مداخله آموزشی، میانگین فشار خون سیستولیک - دیاستولیک و میانگین نمرات حمایت اجتماعی، موانع درک شده، خودکارآمدی، خودمراقبتی و کیفیت زندگی به صورت معنی داری بهبود یافته است و نتایج نشاندهنده این است که مصاحبه انگیزشی می تواند با اصلاح باورهای ذهنی سالمندان موجب تبیین بهتر مدل اعتقاد بهداشتی در خودمراقبتی و کیفیت زندگی شود. |
| محمدی (۱۳۹۳)                  | بررسی تطبیقی کیفیت زندگی سالمندان شهری و روستایی شهرستان زنجان                                               | نتایج به دست آمده گویای آن است که ابعاد مختلف کیفیت زندگی در شهر زنجان نسبت به جامعه روستایی زنجان دارای وضعیت مناسب تری است و تنها در بعد سلامت روابط اجتماعی سالمندان روستایی نسبت به سالمندان شهری برتری دارند. و به طور جداگانه سلامت جسمانی، محیطی، روحی-روانی مردان و زنان شهری نسبت به زنان و مردان روستایی دارای سطح کیفیت زندگی بالاتری هستند. از سوی دیگر سلامت روابط اجتماعی مردان و زنان روستایی نسبت به مردان و زنان شهری دارای وضعیت مطلوب تر است.                                                                                                                                                                                    |
| حاجی هاشمی و                  | بررسی مقایسه ی                                                                                               | این مطالعه با هدف مقایسه کیفیت زندگی در سالمندان شهرنشین و روستانشین مراجعه                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

| نویسندگان                    | عنوان                                                                                       | یافته‌ها                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| همکاران (۱۳۹۲)               | کیفیت زندگی در سالمندان شهری و روستایی                                                      | کننده به درمانگاه بیمارستان امام سجاد شهریار بر روی ۲۰۳ سالمند مراجعه کننده انجام شد. نتایج نشان می دهد در حیطه محدودیت ایفای نقش بدلیل مشکلات جسمانی فقط وضعیت تحصیلات بر کیفیت زندگی اثر داشته است. در حیطه درد جسمانی؛ وضعیت تحصیلات، جنسیت و محل زندگی در حیطه سلامت عمومی؛ جنسیت و وضعیت اشتغال در حیطه شادابی و نشاط و در حیطه عملکرد اجتماعی؛ وضعیت اشتغال در حیطه محدودیت ایفای نقش بدلیل مشکلات عاطفی؛ محل زندگی و در حیطه سلامت روانی؛ جنسیت و همچنین محل زندگی در حیطه درد بدنی و محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی بر روی کیفیت زندگی تاثیر داشته اند.                       |
| رضوانی و همکاران (۱۳۹۲)      | سنجش عوامل موثر بر کیفیت زندگی سالمندان در مناطق روستایی (شهرستان نیشابور)                  | حدود ۳۶ درصد سالمندان روستای مورد مطالعه کیفیت زندگی خود را خوب و بسیار خوب، ۵۵ درصد افراد کیفیت زندگی را متوسط، و حدود ۹ درصد کیفیت زندگی را بد و بسیار بد ارزیابی کرده‌اند. از ده عامل کلیدی برای تعیین ابعاد کیفیت ذهنی زندگی سالمندان نتایج تحلیل رگرسیون نشان می‌دهد. شش عامل سرزندگی، بهزیستی ذهنی، توانایی جسمی و ذهنی، کیفیت خدمات بهداشتی و قابلیت دسترسی به آن، روابط اجتماعی، تعامل اجتماعی، به ترتیب میزان اهمیتی که در تبیین متغیر وابسته دارند وارد معادله رگرسیونی شدند. در مجموع این شش عامل توانسته اند بیش از ۶۰ درصد تغییرات کیفیت زندگی را در ناحیه مورد مطالعه تبیین کنند. |
| پهلوان زاده و جارالهی (۱۳۹۰) | بررسی تاثیر عوامل اجتماعی بر سلامت روان سالمندان روستایی                                    | این پژوهش با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای، وضعیت ۲۸۴ نفر از سالمندان ۶۰ سال و بالاتر دهستان دشت، از توابع مشکین شهر را بررسی کردند. در این مقاله تاثیر عوامل اجتماعی همچون حمایت خانوادگی، پایگاه اقتصادی و اجتماعی، وضعیت تاهل، حضور فرزندان در خانه و میزان فعالیت‌های روزمره بر سلامت روانی سالمندان روستایی تایید شد. در میان عوامل اجتماعی، وضعیت تاهل قوی‌ترین متغیری است که سلامت روانی را تضمین می‌کند.                                                                                                                                                                           |
| فرهادی و همکاران (۱۳۹۰)      | کیفیت زندگی سالمندان روستایی، مطالعه موردی شهرستان دشتی استان بوشهر                         | در این مقاله کیفیت زندگی سالمندان شهرستان دشتی استان بوشهر با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی SF36 بررسی کردند. در این مقاله دو بعد روانی (سرزندگی، عملکرد اجتماعی، نقش هیجانی، سلامت روان) و جسمانی (عملکرد جسمانی، نقش فیزیکی، درد بدنی، سلامت عمومی) عوامل تعیین کیفیت زندگی معرفی شدند. یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد کیفیت زندگی سالمندان روستایی این شهرستان پایین‌تر از حد متوسط است به طوری که به رسیدگی فوری نیاز دارد و مداخله جهت بهبود کیفیت زندگی آنها ضروری است.                                                                                                                |
| فرهادی (۱۳۸۹)                | بررسی تاثیر اجرای برنامه آموزش شیوه زندگی سالم بر کیفیت زندگی سالمندان روستایی شهرستان دشتی | این مطالعه از نوع نیمه تجربی و پیش آزمون پس آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل است. جامعه پژوهش سالمندان روستایی شهرستان دشتی است. نمونه های پژوهش به روش نمونه گیری خوشه ای چندمرحله ای از بین سالمندان ساکن روستاهای بادوله و تلخو از بخش کاکي شهرستان دشتی استان بوشهر بودند. نتایج نشان می دهد آگاهی سالمندان روستایی شهرستان دشتی از شیوه زندگی سالم کم بوده و همچنین زندگی آنها بی کیفیت است؛ همچنین، مشخص شد که آموزش شیوه زندگی سالم باعث ارتقای میزان آگاهی از شیوه زندگی سالم و بهبود کیفیت زندگی سالمندان در گروه مداخله می شود درحالیکه در گروه کنترل، کیفیت زندگی کاهش می یابد.    |
| Tesai (2004)                 | رابطه کیفیت زندگی و سلامت در بین سالمندان شهری و روستایی                                    | این مطالعه در قالب پرسشنامه و مصاحبه ساختمند در بین سالمندان شهری و روستایی تایوان انجام شد که به طور کلی سالمندان شهری تایوان نسبت به سالمندان روستایی دارای کیفیت زندگی بالاتری هستند و این به دلیل سالم بودن جسمی سالمندان شهری است. از آنجا که روستانشینان در مناطق صخره‌ای و صعب‌العبور زندگی می‌کنند و مجبورند روزانه                                                                                                                                                                                                                                                                     |



| نویسندگان | عنوان | یافته‌ها                                                                                                                        |
|-----------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           |       | مسافت بسیاری را پیاده روی کنند زندگی‌شان را سخت‌تر کرده است. همچنین در این مناطق وضعیت تغذیه و آب و هوا نسبت به شهر مناسب نیست. |

منبع : یافته‌های تحقیق با استفاده از منابع در دسترس، ۱۳۹۹

مرور ادبیات تحقیق نشان می‌دهد تاکنون پژوهش‌های متعددی در زمینه‌ی کیفیت زندگی سالمندان در مناطق مختلف ایران و جهان صورت گرفته است. تفاوت تحقیقات پیشین با پژوهش حاضر بدین جهت است که مطالعات پیشین اغلب به برخی عوامل جمعیت‌شناسی، اجتماعی، اقتصادی و سلامت همچون تاثیر بیماری‌های مزمن بر کیفیت زندگی سالمندان، نقش حمایت‌های اجتماعی در کیفیت زندگی سالمندان، سنجش کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن و.. پرداخته است و پژوهشی با رویکرد تحقیق حاضر یعنی تحلیل تطبیقی کیفیت زندگی سالمندان مهاجر در مباد و مقصد مهاجرت مشاهده نگردید. نتایج مطالعات کیفیت زندگی سالمندان می‌تواند برنامه‌ریزان و مدیران را به منظور ارتقای کیفیت زندگی سالمندان این نواحی یاری رساند.

### ۳. مبانی نظری تحقیق

#### ۳-۱- تاریخچه کیفیت زندگی

اولین بار در سال ۱۹۲۰ واژه ی کیفیت زندگی در کتابی تحت عنوان «اقتصاد رفاه» که توسط اقتصاددان انگلیسی به نام پیگو نوشته شده بود، به کار رفت. وی در این کتاب درباره حمایت‌های دولت از طبقه پایین اجتماعی و تاثیر آن بر زندگی افراد و سرمایه ی ملی سخن گفته بود که واکنش‌هایی را در پی داشت، اما با وقوع جنگ جهانی دوم، مفهوم کیفیت زندگی برای مدتی به دست فراموشی سپرده شد، پس از پایان جنگ و به دنبال تغییر روابط تعریف سلامت توسط سازمان بهداشت جهانی و از طرفی به دلیل نابرابری‌های اجتماعی موجود در جوامع غربی آن زمان، بار دیگر توجه به مفهوم کیفیت زندگی جلب شد. در ابتدا کیفیت زندگی بیشتر به شاخص‌های مادی نسبت داده می‌شد و معرف اصلی سنجش آن تولید ناخالص ملی بود، ولی به مرور با توجه به انتقاداتی که به این شاخص‌ها وارد شد، علاوه بر توجه به ارزش‌های مادی، ارزش‌های غیرمادی موجود در حوزه‌های محیطی، سیاسی و اجتماعی نیز در آن لحاظ گردید. بنابراین کاربرد گسترده کیفیت زندگی مربوط می‌شود به دهه ی ۱۹۶۰ میلادی یعنی هنگامی که در کشورهای اروپای غربی واکنش‌های بسیار جدی در مخالفت با رشد اقتصادی به وجود آمده بود، چرا که در این دهه بیشتر کشورهای پیشرفته صنعتی از لحاظ کیفیت زندگی با چالش‌ها و مسائل بسیاری روبه‌رو شده بودند، زیرا به رغم اینکه کالاها، فرآورده‌ها و تسهیلات زندگی مادی به وفور در جامعه تولید و فراهم شده بود اما جامعه انسانی از لحاظ جنبه‌های بوم‌شناختی، روان‌شناختی و جامعه‌شناختی با مشکل‌های بزرگی روبرو بود. که در نتیجه ی آن از اواخر دهه ۶۰ میلادی بسیاری از کارشناسان مسائل توسعه، جامعه‌شناسان، روان‌شناسان و دیگر دانشمندان علوم اجتماعی و انسانی به نقد و ارزیابی هدف‌های رشد و توسعه اقتصادی در کشورهای پیشرفته و صنعتی پرداختند و به اولویت‌دهی هدف‌های اجتماعی توسعه و کیفیت خدمات و کالاها و مناسب بودن آنها با نیازها و شرایط زندگی مردم تاکید ورزیدند. (حاج یوسفی، ۱۳۸۰؛ ۳۰-۳۲). تحت تاثیر فضای موجود و بحث‌ها و پژوهش‌هایی که صورت می‌گرفت کم‌کم توجه به کیفیت زندگی وارد حوزه‌های زیست محیطی، توسعه، فرهنگی و اجتماعی و... شد و این پرسش که انسان‌ها از زندگی در چنین جهانی چه پنداشت و برداشتی دارند و چگونه آنرا ارزیابی می‌کنند، موضوع پژوهش‌های پیمایشی

متعددی در حوزه های مختلف علمی شد، رشد پژوهش هایی از این دست و تحولات و تغییرات اجتماعی از سوی دیگر، مفهوم کیفیت زندگی را موجب شد (همان؛ ۱۳).

در ایران موضوع کیفیت زندگی برای نخستین بار در دومین سمینار رفاه اجتماعی که از سوی دبیرخانه شورای عالی رفاه اجتماعی در سال ۱۳۵۵ برگزار شده بود، مطرح گردید. اما توجه ویژه به کیفیت زندگی و ورود آن به عنوان یک حوزه تحقیقاتی خاص در مطالعات علمی کشور به اوایل سال ۱۳۷۰ باز می گردد. که تا پیش از این دهه مولفه های مختلف کیفیت زندگی در تحقیقات متعددی مورد استفاده قرار گرفته اند ولی نمی توان این مولفه ها را به عنوان سازه کیفیت زندگی قلمداد کرد. به دلیل اینکه مولفه های به کار گرفته شده قابلیت پوشش بخش های مختلف سازه کیفیت زندگی را ندارند. روند مطالعات کیفیت زندگی در ایران حاکی از آن است که نخستین کارهایی که سازه کیفیت زندگی عنوان موضوعی آنها را شامل می شود مربوط به سال ۱۳۷۲ است. (غفاری و همکاران، ۱۳۹۱؛ ۱۲۴). از اوایل دهه ۱۳۸۰ علاقه به سازه کیفیت زندگی در ایران به شکل معناداری افزایش یافت که یکی از مهمترین دلایل آن را می توان ورود بیش از پیش حوزه های مختلف علمی به بحث های مربوط به کیفیت زندگی دانست. به طوریکه از اواخر دهه ۱۳۷۰ مباحث مربوط به کیفیت زندگی از انحصار رشته های پزشکی و روانشناسی خارج شد و حوزه های دیگر علمی این فرصت را یافتند که با تغییر در شاخص ها و مولفه های کیفیت زندگی دیدگاه جدیدی نسبت به این موضوع ارائه نمایند. (همان، ۱۲۵).

### ۳-۲- تعاریف کیفیت زندگی

«شرایط و نحوه زندگی» در ادبیات علمی رایج، با استفاده از مفهوم کیفیت زندگی مطرح شده است که می توان آن را به طرق مختلف تعریف کرد، این واژه مفهومی فراگیر دارد که از نظر فلسفی، سیاسی، بهداشتی و سلامت، روان شناسی، اجتماعی، زیستی و غیره تعاریف متمایزی دارد (بهمنی، ۱۳۸۳؛ ۲۳).

برخی کیفیت زندگی را به معنای زندگی خوب داشتن و احساس رضایت از زندگی تعریف کرده اند (کوکبی، ۱۳۸۴؛ ۹) اما پاسخ به این سوال که زندگی خوب و توام با رضایت چگونه زندگی ایست؟ چندان ساده نیست، چرا که یک زندگی خوب از مجموعه متنوعی از شرایط و ویژگی ها که با شیوه های پیچیده با یکدیگر در ارتباط هستند، تشکیل شده است. موضوع زمانی پیچیده می شود که مشخص شود زندگی خوب از سوی افراد مختلف اغلب کاملاً متفاوت ارزیابی می شود. در کل باید گفت؛ کیفیت زندگی مفهوم نامشخصی است که به هیچ وجه دارای چارچوب مفهومی مشترک و گستره ی معنایی یکسان نمی باشد، و معنی آن بستگی بسیار به بستری دارد که در آن مورد استفاده قرار می گیرد. (ابراهیم پور، ۱۳۹۵؛ ۷۲). با این وجود از منظر علمی تلاش های متعددی برای ارائه تعریف کاربردی از مفهوم کیفیت زندگی انجام شده و تعاریف متعددی نیز ارائه گردیده است که در ادامه به برخی از این تعاریف اشاره می شود؛

- تعریف کمپل: کمپل و همکاران کیفیت زندگی را در یک معنای عمومی احساس سعادت تعریف کرده اند، که این تعریف احساس رضایت از زندگی خانوادگی، ارکان رضایت کلی از زندگی و در نتیجه احساس سعادت به وجود می آورد (ربانی خوارسگانی، ۱۳۸۵؛ ۴۶).
- تعریف تورانس: تورانس معتقد است که «کیفیت زندگی در حال حاضر مفهومی وسیع دارد که تمامی جنبه های زندگی فعلی خود را در بر می گیرد. این جنبه ها شامل موفقیت فرد در رسیدن به شرایط خاص یا موقعیتی از پیش تعیین شده و نیز تجربه ی کنونی احساس سلامتی و رضایت مندی فرد می شود.» (بهمنی، ۱۳۸۳؛ ۳۳)

- تعریف مالمان: مالمان مفهوم کیفیت زندگی را مفهومی می داند که اشاره به افراد دارد، ولی همانند امیال و آرزوها، بوسیله ارتباط متقابل و پویا بین یک فرد، جامعه ی او و عادات او مشخص می گردد. از آنجا که این مفهوم بوسیله ی ارضای امیال و آرزوها مشخص می شود بایستی حداقل توسط همان تعداد از ابعادی که فضای انسانی را می سازند، مورد تحلیل قرار گیرد. تعداد ابعاد فضای انسانی، بوسیله حداقل نیازهای مستقل همراه با مجموعه ی ویژه ای از امیال هر فرد مشخص می گردد (دیوب، ۱۳۷۷؛ ۱۹۱).
  - تعریف ویور: کیفیت زندگی عبارت است از برداشت هر فرد از وضعیت سلامت خود و میزان رضایت از این وضع، البته باید توجه داشت که «سلامتی برابر با رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی در نظر گرفته می شود و فراتر از عدم وجود بیماری یا معلولیت می باشد. این تعریف از سلامتی مفهوم بهزیستی را بدست می دهد که دارای دو جنبه عینی و ذهنی است (تولایی ۱۳۸۴: ۲).
  - تعریف یونسکو: کیفیت زندگی یک مفهوم کلی است که تمام جنبه های زیستی، شامل رضایت مادی، نیازهای مادی و همچنین جنبه های انتقالی زندگی نظیر توسعه ی فردی، خودشناسی و بهداشت اکوسیستم را پوشش می دهد (دیوب، ۱۳۷۷؛ ۹۲).
  - تعریف سازمان بهداشت جهانی (WHO): کیفیت زندگی به عنوان ادراک افراد از موقعیت شان در زندگی در حوزه های فرهنگی و نظام ارزشی که در آن زندگی می کنند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی هایشان تعرف می شود. این تعرف دارای مفهومی با دامنه وسیع می باشد که به شیوه پیچیده ای با سلامت فیزیکی، وضعیت روان شناختی، سطح استقلال، روابط اجتماعی افراد در رابطه آنها با خصوصیات برجسته محیطی شان در هم آمیخته شده است. (زائری لطف، ۱۳۹۱: ۱۱۴).
- با توجه به آنچه که ذکر گردید، می توان گفت که در زمان حاضر اتفاق نظر چندانی در زمینه مفهوم کیفیت زندگی وجود ندارد، ولی اگر مشترکات این تعاریف مدنظر قرار گیرد، در آن صورت می توان گفت که کیفیت زندگی عبارت است از شرایط بهتر زندگی که در آن توازن، هماهنگی، مطلوبیت و برابری عادلانه نهادینه شده و یا زمینه های لازم برای زندگی همراه با سلامت، امنیت، آسایش، آرامش، نشاط، خلاقیت و زیبایی پدید آمده باشد (یوسفی، ۱۳۸۱: ۱).
- در زمینه کیفیت زندگی رویکرهای گوناگونی مطرح شده است. در این پژوهش سه رویکرد ۱- رویکرد دیالکتیک دموکراتیک (برنارد، ۲) رویکرد کیفیت فراگیر برگر- اشمیت و نول، و ۳) کیفیت زندگی از دیدگاه روان شناسی اجتماعی به کار گرفته شده است که در ادامه مطلب به آنها اشاره می شود.

#### • رویکرد دیالکتیک دموکراتیک برنارد:

مدل برنارد با بحثی انتقادی از همبستگی اجتماعی آغاز می شود و در عین حال که کیفیت زندگی فردی را به طور ضمنی پوشش می دهد، آشکارا به مسائل جمعی کیفیت زندگی اجتماعی می پردازد. او برای ایجاد نقطه اتکای مناسب برای مفهومی سازی مجدد همبستگی اجتماعی، هرمی را ترسیم می کند که در آن هر سه عامل آزادی، برابری و انسجام لازمه دموکراسی هستند که باید در راستای بهینه سازی آنها تلاش کرد نه بیشینه کردن آنها، چراکه میزان بیش از اندازه هر کدام از آنها می تواند منجر به آسیب زدن به ساختار جامعه دموکراتیک شود. او استدلال می کند که این اهداف نمی تواند به تنهایی و جدای از یکدیگر بهینه شوند. آزادی نیازمند آن است تا با خمیرمایه هایی از احساس همبستگی اجتماعی و محترم شدن حقوق و نیازهای دیگران آمیخته شود. همچنین هرگونه انسجامی که برابری خواه نباشد، سودجویانه است و انسجام بدون آزادی نیز همچون برابری بدون آزادی، حقوق فردی انسان را نادیده می گیرد و

تاکید برابری بی توجه به انسجام، متمیزه شدن جامعه را در پی دارد. براساس نظر برنارد ترکیب آزادی و انسجام می تواند منجر به ایجاد جامعه ای منسجم شود اما همچنین این امکان وجود دارد که میزان بالایی از نابرابری را در جامعه به همراه داشته باشد. در این راستا برنارد مفهوم همبستگی اجتماعی را بسیار مهمتر از انسجام صرف و حتی انسجام توأم با آزادی می داند چرا که برابری را بهتر پوشش می دهد. برابری یک عنصر ضروری برای نظم دموکراتیک اجتماعی است که با آزادی و انسجام در یک رابطه دیالکتیک پیوند می خورد. بحث برنارد تحلیل صریحی را از سازه های اجتماعی در ارزیابی کیفیت زندگی اجتماعی، به خصوص در جوامع ناهمگن، متکثر و چندفرهنگی ارائه می دهد. براساس دیدگاه برنارد ادغام و برابری اجتماعی در حوزه اقتصادی، مشروعیت و مشارکت در حوزه سیاسی و تاکید تعلق در حوزه اجتماعی، فرهنگی از عوامل اساسی در ارتقای کیفیت زندگی اجتماعی است. (کاکاوند، ۱۳۹۵: ۷۴).

#### • رویکرد کیفیت فراگیر برگر - اشمیت و نول

برگر و نول در سطح فردی میان جنبه های شناختی و عاطفی رفاه ذهنی و میان ابزار (منابع و ظرفیت ها) و اهداف یا دستاوردهای (شرایط زندگی) رفاه عینی تمایز قایل شدند. همچنین در سطح اجتماعی، دو سازه اصلی کیفیت زندگی را همبستگی اجتماعی و تداوم پذیری می دانند (غفاری و امیدی، ۱۳۹۰: ۵۰ به نقل از فیلیپس، ۲۰۰۶: ۱۶۷). در این مدل، همبستگی اجتماعی دارای دو عنصر است، یکی کاهش تفاوت ها و نابرابری ها و دیگری تقویت پیوندها، شبکه ها و روابط اجتماعی، افزایش احساس تعلق به جماعت و پیوند با آن براساس ارزش های مشترک، هویت جمعی و اعتماد میان اعضا. از این منظر همبستگی اجتماعی با اصول دو گانه یعنی برابری و انسجام پیوند می خورد. در این دیدگاه اصطلاح تداوم پذیری به حفظ سرمایه های جامعه، شامل سرمایه انسانی، سرمایه اجتماعی، سرمایه طبیعی و سرمایه فیزیکی مربوط می شود. کیفیت فراگیر اجتماعی، رویکرد عملکردگرایانه در حوزه سیاستگذاری اجتماعی است که دو مفهوم رفاه و کیفیت زندگی را به هم پیوند می دهد (غفاری و امیدی، ۱۳۹۰: ۴۹).

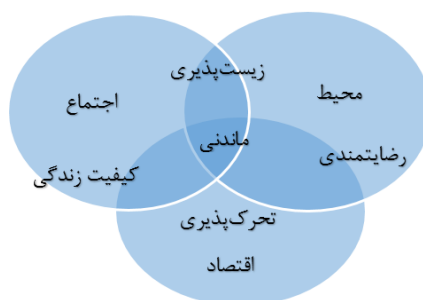
#### • کیفیت زندگی از دیدگاه روان شناسی اجتماعی

تبیین های روانشناختی اجتماعی کیفیت زندگی پلی است بر شکاف موجود میان محیط گرایی گسترده در تبیین های جامعه شناسی و فردگرایی محدود در تبیین های روان شناختی و زیست شناختی، تبیین هایی که در آن کانون اصلی تحلیل عمدتاً متوجه موقعیتی است که فرد تلقی خاصی از کیفیت زندگی خود دارد و فرض نیز بر آن است که نحوه ارزیابی کیفیت زندگی در خلال کنش های متقابل اجتماعی فراگرفته می شود و این فراگیری نیز ناشی از فرایندهایی مانند یادگیری شرطی، تقویت، مشاهده، الگوسازی و همچنین برچسب اجتماعی است (مختاری و نظری، ۱۳۸۹: ۸۳).

برای تبیین مفهوم کیفیت زندگی مدل های نظری مختلفی از سوی اندیشمندان مطرح شده است. در این پژوهش کیفیت زندگی در سه بعد اجتماعی - فرهنگی، زیست محیطی و اقتصادی و براساس مدلی که توسط شیفر<sup>۲</sup> در سال ۲۰۰۰ ارائه شده است مورد بررسی قرار می گیرد. مزیت این مدل این است که تقابل بین قلمروها صریحاً معین گردیده است و تصویری از مفاهیم زیست پذیری، کیفیت زندگی و پایداری (ماندنی) در ارتباط متقابل با یکدیگر بیان گردیده است. که زیست پذیری نتیجه تامین مطلوب محیطی و اجتماعی است و بیشتر از نظر زمانی، نگاه به حال حاضر دارد، اما پایداری بیشتر متأثر از جنبه های محیطی است که از نظر زمانی، نگاه به آینده دارد. در واقع می توان حوزه های اجتماعی، محیطی و اقتصادی را به عنوان سه رکن اصلی کیفیت زندگی در نظر گرفت. (شکل ۱) (وان کمپ و همکاران، ۲۰۰۳: ۱۱ و خواجه شاهکویی و مینایی، ۱۳۹۲: ۵). در نواحی روستایی نیز، ابعاد کیفیت زندگی، شامل اجتماعی - فرهنگی مانند سنت ها، وجود زیرساخت های اجتماعی، میزان انسجام اجتماعی؛ بعد زیست محیطی به

<sup>۲</sup> Sheffer

معنای رفاه انسان که ناشی از حفاظت و ارتقای محیط زیست و میراث طبیعی روستا باشد و بعد اقتصادی که به معنای رفاه کفایت و امنیت درآمد است، می باشد (پیکت و ویلکینسون، ۲۰۰۹: ۳۱).



شکل ۱: مدل عوامل سهمیم در کیفیت زندگی از دیدگاه اکولوژی انسانی

منبع: وان کمپ و همکاران، ۲۰۰۳: ۱۱

### ۳-۳- سالمندی:

یکی از ویژگی های مهم جمعیت شناسی در دهه های اخیر افزایش امید زندگی و شمار سالمندان است (کاکاوند، ۱۳۹۵: ۶۰). واژه سالمندی براساس موارد و جوانب مورد توجه و تاکید متخصصین در علوم مختلف تعاریف گوناگونی دارد که در ادامه مطلب به این تعاریف پرداخته می شود. سالمندی فرایندی طبیعی در زندگی انسان و حاصل فرسایش تدریجی ارگان های حیاتی است و هم اکنون در تمام جوامع به عنوان یک مسئله مهم مطرح است (سید میرزایی، ۱۳۸۶: ۲۰۴). سالمندی را به طور قراردادی مترادف با آغاز سن ۶۵ سالگی می دانند (بریک هید، ۱۹۸۹) و در تعاریف دیگر سالمندان افرادی هستند که سن آنها ۶۰ سال و یا بالاتر است (شاملو، ۱۳۶۴) سالمندی عبارت است از اضمحلال تدریجی در ساختمان و ارگانیسم بدن که بر اثر دخالت عامل زمان پیش می آید و تغییراتی را در ساختمان و عمل اعضاء مختلف بدن به وجود می آورد که سفید شدن مو، چین و چروک پوست، ریزش مو، کاهش قدرت دید، نقصان شنوایی، خمیدگی، کندی در تحرک، کاهش قدرت عضلانی، اختلال و آشفتگی در حافظه و ادراک، اختلال در جهت یابی، کاهش ظرفیت و کارایی ریه و سیستم قلبی و عروقی از آن جمله اند (عشقپور، ۱۳۷۰: ۴۵).

به طور کلی سالمندی پدیده ای است که به وسیله تغییرات بیولوژی، فیزیولوژی، بیوشیمی و آناتومی در سلول های بدن ایجاد می شود. این تغییرات به مرور زمان بر عملکرد سلول ها اثر می گذارد. پیری یک سرایشی ساده نیست که همه با یک شتاب آن را به پایین طی کنند، بلکه پلکانی است با نرده های بی نظم که برخی از آن با سرعتی بیش از دیگران به پایین می آیند (فروغ عامری و همکاران، ۱۳۸۰: ۴-۶). روان شناسان معمولاً دوره پیری را به عنوان دوره انحطاط در نظر می گیرند. افراد در دوره پیری با مجموعه ای از ناتوانی های جسمی و محرومیت های اجتماعی روبرو می شوند، که باید با آنها کنار بیایند. در این دوره، نیرومندی و سلامت جسمانی آنها کاهش می یابد و همراه با بازنشسته شدن از شغل خود تا حد زیادی درآمدشان را از دست می دهند و به مرور زمان رابطه شان با همسر، خویشان و دوستان کم می شود. همراه با این آسیب ها آنها دچار افت جایگاه اجتماعی نیز می شوند که ملازم پیری است و همانگونه که در آمریکا مطرح است، احساس منفعلی از «بی مصرف» بودن می کنند. اخیراً بعضی از روان شناسان سعی کرده اند تصویر خوشبینانه ای از

این دوران ترسیم کنند. آنها در عین حال که بعضی از مشکلات و فقدان‌های دوره پیری را می‌پذیرند اما براین باورند که سن پیری می‌تواند با خشنودی هم همراه باشد و مادامی که شخص با محیط خود فعالانه برخورد می‌کند، می‌تواند تجربه‌های جدیدی را به دست آورد (کرین، ۱۳۸۴: ۳۷۴). آنچه مسلم است اینکه تحول تا آخرین سال‌های زندگی ادامه می‌یابد و اگر انسان در بخش پایانی بزرگسالی شاهد تقلیل ظرفیت‌های بدنی خویشتن است، با این وجود همواره توانایی و میل مهار کردن محیط اطراف خود را حفظ می‌کند و اگر پاره‌ای از افرادی را که دوست داشته از دست داده است اما هنوز نیاز به دوست داشتن و نیاز به محبت در وجود او بیدار است.

به طور کلی بخش پایانی بزرگسالی که به برکت بهبود مداوم مراقبت‌های پزشکی، تغذیه و محیط جسمانی به تعداد بیشتری از افراد فرصت می‌دهد تا به دهه هفتاد و حتی بیشتر قدم بگذارند، هدیه قرن بیستم است. با این همه پدیده پیری با مقیاس جهانی امری حساس است. تخمین‌های جمعیت‌شناسی در غرب حاکی از این بوده است که در فاصله ۱۹۷۰ تا ۲۰۰۰ تعداد افراد مسن دو برابر می‌شود در پایان قرن حاضر پانزده درصد جمعیت جهان را افراد بالای ۶۵ سال تشکیل خواهد داد (منصور، ۱۳۸۱: ۲۲۰).

#### ۴-۳- کیفیت زندگی سالمندان

در تعریف کیفیت زندگی مناسب برای جمعیت سالمند همانند واژه کیفیت زندگی اجماعی وجود ندارد. به نظر فارکواری (۱۹۹۴) سالمندان با شرایط متفاوتی درباره کیفیت زندگی شان سخن می‌گویند؛ اما معیارهای مهم یک کیفیت زندگی خوب، خانواده (فرزندان)، ارتباط اجتماعی، سلامت، تحرک، شرایط مادی، فعالیت، شادی، جوانی و محیط زندگی است؛ علاوه بر این، ارزیابی سالمندان از کیفیت زندگی‌شان، مبتنی بر انتظاراتشان است (فیشر، ۱۹۹۲). انتظارات سالمندان نیز مبتنی بر تجرب زندگی و بیوگرافی زندگی‌شان است. آنها به مقایسه با تجارب هم سن و سالان خود و همچنین، به مقایسه زندگی خودشان می‌پردازند (فارکواری، ۱۹۹۴: ۱۵۳؛ به نقل از بوند و کورنر، ۱۳۸۹: ۱۵). هرچند کیفیت زندگی به طور زیادی وابسته به ادراک شخص است ولی در اکثر گزارش‌های تجربی کیفیت زندگی شامل ابعاد عینی و ذهنی است. محیط فیزیکی و اجتماعی، عوامل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، فاکتورهای استقلال فردی، سلامت جسمی و روانی از عوامل زمینه‌ای مؤثر بر کیفیت زندگی افراد است. ارتباط با خانواده و دوستان، روابط اجتماعی، سلامت خود، استقلال، تحرک، سلامت عاطفی، شرایط معنوی، شرایط مادی، اوقات فراغت و محیط خانه نیز از جمله فاکتورهای مؤثر بر کیفیت زندگی سالمندان هستند (فارکواری، ۱۹۹۴ به نقل از بوند و کورنر، ۱۳۸۹: ۱۲۶-۱۲۵).

نظریات مرتبط با سالمندی نیز می‌توانند برای بحث کیفیت زندگی مؤثر واقع شوند. در این میان، به نظر میرسد که نظریه فعالیت، نظریه انفعال و نظریه مدرنیزاسیون بتوانند ارتباط بیشتری را با بحث کیفیت زندگی داشته باشند. بر اساس این نظریات، میتوان چنین استدلال کرد که فعال بودن و انجام نقش‌های مختلف و داشتن ارتباط در شبکه‌های ارتباطی گوناگون، می‌تواند سبب افزایش رضایت، بهزیستی و کیفیت زندگی سالمندان شود.

#### • نظریه فعالیت:

نظریه فعالیت معتقد است فعالیت سالمندان در امور به نفع آنها بوده و سبب رضایت بیشتر آنها میشود (ویلیس، اس، دلبیو، ۱۹۹۶ به نقل از شیخی، ۱۳۸۹: ۲۳۰). ایده اصلی تئوری فعالیت، سالمندی موفق است که از طریق الگوهای فعالیت و ارزش‌های میان سالی ایجاد می‌شود. با انکار شروع سالمندی می‌توان به شادکامی رسید و در جایی که ارتباطات، فعالیت‌ها و نقش‌های میان‌سالی از دست می‌رود، جایگزین کردن آنها با نمونه‌های جدید به منظور حفظ

رضایت از زندگی بسیار مهم است. طبق این نظریه، ارتباطی خطی بین سطوح فعالیت و رضایت از زندگی وجود دارد؛ اما پیچیدگی ارتباطات، نقش محیط و سایر عوامل روانی اجتماعی مانع از تأیید قطعی این رابطه می شود (بوند و کورنر، ۱۳۸۹: ۱۰۷). یافته ها نیز نشان می دهد که بالابودن میزان فعالیت ها و تعاملات اجتماعی، سطح رضایتمندی افراد را بالا می برد (هاویگهورست و آلبرشت، ۱۹۵۳ به نقل از بنگستان، ۱۳۹۴: ۱).

#### • نظریه انفصال

کامینگ و هنری (۱۹۶۱) به این موضوع توجه کردند که افراد مسن چگونه از نقش های کاری خود منفصل می شوند و برای انفصال نهایی آماده می شوند. آنها مطرح می کنند که کنارگذاری تدریجی افراد مسن از نقش های کاری و ارتباطات اجتماعی یک پروسه اجتناب ناپذیر کاملاً طبیعی است (هاویقرست، ۱۹۵۰؛ البرشت، ۱۹۵۳ به نقل از پاول، ۲۰۰۱ به نقل از صادقی فسایی و خادمی، ۱۹۳۲: ۱۲۶). آنها بر این باورند که پیرشدگی طبیعی با دورشدن و یا بی تعهد شدگی متقابل فرد مسن از دیگر اعضای گروه اجتماعی ای همراه است که سالمند جزو آن محسوب می شود. این انفصال در کاهش تعداد نقش های اجتماعی ایفا شده به وسیله شخص و در کاهش تعاملات اجتماعی نمود پیدا می کند (کارادک، ۱۳۹۱: ۱۲۴). نظریه عدم تعهد، بیانگر این است که کلید آسایش در سالمندی، رهاکردن نقش های ساخته شده در اوایل بزرگسالی و زندگی با توقعات کمتر در یک دنیای کوچکتر است (مادوکس و داگلاس، ۱۹۷۴ به نقل از جورج، ۱۳۹۴: ۴۳). نظریه انفصال خلاف نظریه فعالیت است (کومینگ و هنری، ۱۹۶۱). این نظریه به خروج از الگوی طبیعی سالمندی و بهره مندی افراد و جامعه از کناره گیری سالمندان از نقش ها و فعالیت های قبلی خود اعتقاد دارد (آچنبوم و بنگستون، ۱۹۹۴ به نقل از بنگستان، ۱۳۹۴: ۲).

#### • نظریه مدرنیزاسیون:

به وسیله کوگیل و هاولمز (۱۹۷۲) برای توضیح وضعیت تنزل ارزش سالمندان پیشنهاد شد که این نظریه سن گرایی نیز نامیده می شود (بنگستان، ۱۳۹۴: ۵). (نظریه مدرنیزاسیون در آرایه یک دیدگاه اجتماعی ناب به سالمندی، نقشی تعیین کننده داشته است. این نظریه وضعیت سالمندی را در میان فرهنگ های مختلف بررسی و مشخص کرد که چگونه تغییرات اجتماعی مرتبط با مدرنیزاسیون؛ مانند تغییرات در اقتصاد، پزشکی، فناوری، تحصیلات و شهرنشینی، در وضعیت نامساعد افراد پیرتر سهمیم هستند (آنجل و سترستن، ۱۳۹۴: ۴). این نظریه مطرح می کند که انقلاب صنعتی و توسعه ملت، تبعات منفی برای سالمندان داشته و آنها را در «نقش کمتر» گرفتار ساخته است (برگس، ۱۹۶۰). این نظریه توضیح می دهد که چگونه ویژگی های جامعه مدرن، افراد سالمند را به حاشیه می کشاند و قدرت و نفوذ آنها را کاهش می دهد و آنها کمتر از گذشته در حیات اجتماعی درگیر میشوند. در این نظریه، کنار گذاری اجتماعی افراد سالمند از زندگی اجتماعی فعال به عنوان امری اجتناب ناپذیر که محصول مدرنیزاسیون است، دیده می شود (صادقی فسایی و خادمی، ۱۳۹۲: ۱۲۸).

#### ۴. روش تحقیق

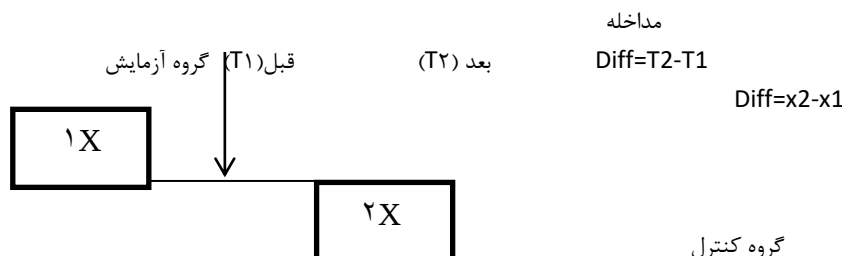
مطالعه حاضر به روش توصیفی-تحلیلی با رویکرد تطبیقی است. با توجه به این امر که امکان پیگیری کیفیت زندگی سالمندان روستایی در طول زمان (قبل از مهاجرت به روستاهای پیراشهری) با توجه به عدم وجود داده در این زمینه، میسر نمی باشد، از طرح تحقیق «شبه پانل» استفاده گردید، در این طرح می توان اطلاعات را در یک مقطع زمانی گردآوری کرد منتهی درباره دو یا چند مقطع زمانی از افراد سوال کرد و به وقایعی که در این فاصله زمانی رخ داده است پی برد. در این



همایش ملی جغرافیا و توسعه پایدار اجتماعی  
(فرهنگ، امنیت، نظم و توسعه)  
۲۷ فروردین ماه ۱۴۰۴

---

روش می توان میزان تغییر را از زمان اول تا زمان دوم محاسبه و مشخص کرد که آیا این تغییر در گروه آزمایشی بیشتر بوده است یا خیر؟ (دواس، ۱۹۹۵، ص. ۴۸). (شکل شماره ۱)



شکل ۳- طرح شبه پانل

مأخذ: دواس، ۱۹۹۵، ص. ۴۸

در پژوهش حاضر، واحد تحلیل «سالمندان روستایی مهاجر» به روستاهای پیراشهری در دهستان تبادکان است. لازم به ذکر است در این تحقیق عمدتاً خانوارهایی مورد بررسی قرار گرفته اند که حداکثر از زمان مهاجرت آنها به روستاهای پیراشهری ۵ سال می گذرد. این محدودیت به واسطه نوع طرح تحقیق (شبه پانل) است تا بتواند محدودیت این طرح را از جهت یادآوری به کنترل درآورد. روش جمع آوری اطلاعات و داده های تحقیق به صورت پیمایشی و اسنادی می باشد و خانوارهای نمونه در هر روستا به طور تصادفی انتخاب گردید. علاوه بر آن، سوالات پرسشنامه به مقوله هایی می پردازد که کیفیت زندگی خانوارهای روستایی را در دو مقطع زمانی (قبل و پس از مهاجرت به روستاهای پیراشهری) مورد بررسی قرار می دهد. متغیرهای تحقیق با توجه به بررسی مبانی نظری و تجارب مطالعاتی انتخاب گردید. در این تحقیق ۱۲ مولفه با ۵۲ متغیر در نظر گرفته شد. ارزش گذاری داده ها عمدتاً با استفاده از طیف ۵ گزینه ای لیکرت انجام شد.

به منظور احراز پایایی سئوالات متعدد تحقیق از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید که باتوجه به ضرایب به دست آمده، مشاهده می گردد که دقت لازم برای احراز پایایی پرسشنامه به کار گرفته شده و گویه های طراحی شده برای سنجش متغیرها با یکدیگر همبستگی درونی دارند؛ به طوری که ضریب آلفای کرونباخ در سازه کلی کیفیت زندگی، ۰.۸۱۹ به دست آمد که حاکی از سطح بالای اعتماد (پایایی) پرسشنامه می باشد.

دهستان تبادکان در بخش مرکزی شهرستان و در مجاورت شهر (شمال شرق شهر) قرار دارد. تبادکان در سال ۱۳۹۰ دارای ۸۶ آبادی دارای سکنه با ۸۲۲۹۹ نفر جمعیت بوده است (سالنامه آماری استان خراسان رضوی، ۱۳۹۰). روستاهای دهرود، همت آباد و گرجی سفلی با توجه به فاصله بسیار کم تا شهر مشهد (جدول ۴) و به جهت دارا بودن ویژگی های خاص جزء روستاهای پیراشهری مشهد محسوب می گردند و به عنوان مطالعه موردی در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند. جهت تعیین حجم خانوار نمونه از فرمول کوکران به شرح ذیل استفاده گردید و سپس حجم نمونه هر یک از روستاهای مورد بررسی بر اساس قاعده تسهیم به نسبت تعیین شد (جدول ۴).

$$n = \frac{\frac{(1/96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.065)^2}}{1 + \frac{1}{7730} \left( \frac{(1/96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.065)^2} - 1 \right)} \approx 220$$

جدول ۴- جمعیت روستاهای مورد مطالعه در سال ۱۳۹۰ و حجم نمونه.

| دهستان  | نام آبادی | تعداد جمعیت | تعداد خانوار | حجم نمونه | فاصله تا مشهد<br>km |
|---------|-----------|-------------|--------------|-----------|---------------------|
| تبادکان | گرچی سفلی | ۱۵۴۲۰       | ۴۲۰۳         | ۱۲۰       | ۴                   |
| تبادکان | دهرود     | ۱۰۳۷۳       | ۲۸۴۹         | ۸۰        | ۱                   |
| تبادکان | همت آباد  | ۲۵۰۰        | ۶۷۸          | ۲۰        | ۳                   |
| جمع     |           | ۲۸۲۹۳       | ۷۷۳۰         | ۲۲۰       | -                   |

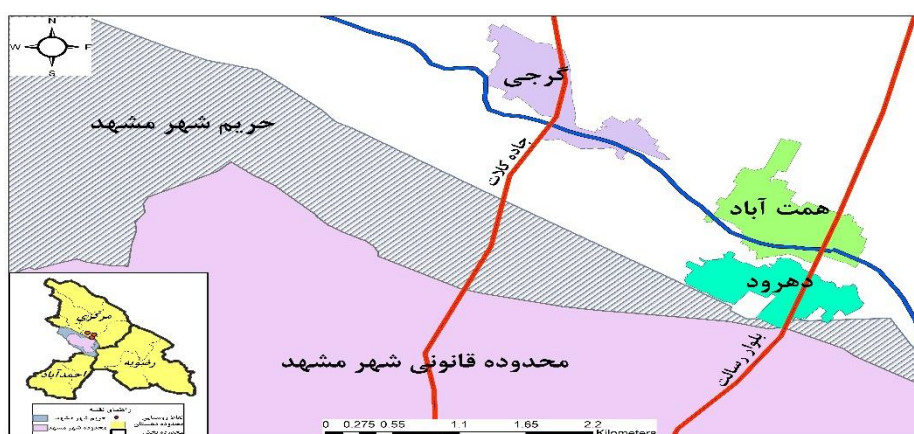
مأخذ: نتایج عمومی سرشماری نفوس و مسکن، شهرستان مشهد، ۱۳۹۰

همانگونه که در جدول ۵ مشاهده می گردد، روستای دهرود، با نرخ رشد ۱۳ درصد در دهه ۱۳۴۵-۱۳۴۵، ۲۰/۹ درصد در دهه ۱۳۴۵-۱۳۴۵، ۲/۲ درصد در دهه ۱۳۴۵-۱۳۴۵، ۴/۹ درصد در دهه ۱۳۴۵-۱۳۴۵ و ۸ درصد در دهه ۱۳۴۵-۱۳۴۵، در مقایسه با روستاهای گرچی سفلی و همت آباد از نرخ رشد بالاتری برخوردار بوده است. این روستا طی دوره ۱۳۴۵-۱۳۹۰، جمعیت پذیری بالایی داشته و مهاجران زیادی از سایر سکونتگاه های شهری و روستایی شهرستان و استان را پذیرفته است. روستاهای پیراشهری شهرستان مشهد نقش سکوی پرتاب به مادرشهر را برای مهاجران ایفا می نمایند به طوری که مهاجران پس از مدتی، امکان اسکان در متن شهر را به دست آورده و از روستاهای پیراشهری به مادرشهر مهاجرت می نمایند.

جدول ۵- جمعیت و نرخ رشد روستاهای مورد بررسی طی دوره ۱۳۴۵ تا ۱۳۹۰

| دوره<br>روستا | جمعیت<br>۹۰ | جمعیت<br>۸۵ | جمعیت<br>۷۵ | جمعیت<br>۶۵ | جمعیت<br>۵۵ | جمعیت<br>۴۵ | جمعیت<br>۳۵ | جمعیت<br>۲۵ | جمعیت<br>۱۵ | جمعیت<br>۵ |
|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| دهرود         | ۱۰۳۷۳       | ۷۰۶۲        | ۴۳۶۳        | ۳۴۹۳        | ۵۲۲         | ۱۵۴         | ۱۳/۰        | ۲۰/۹        | ۴/۹         | ۸/۰        |
| گرچی سفلی     | ۱۵۴۲۰       | ۱۳۳۶۷       | ۸۳۴۱        | ۶۲۱۰        | -           | -           | -           | -           | ۴/۸         | ۲/۹        |
| همت آباد      | ۲۵۰۰        | ۱۹۰۳        | ۱۴۲۰        | ۱۶۶۱        | ۶۵۰         | ۱۳۴         | ۱۷/۰        | ۹/۸         | ۱/۶         | ۵/۶        |

مأخذ: مرکز آمار ایران، نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن، شهرستان مشهد سالهای ۱۳۴۵ تا ۱۳۹۰



نقشه ۱- روستاهای مورد بررسی و موقعیت هر یک در حاشیه شهر مشهد و در سطح شهرستان مشهد

## ۵. یافته‌های تحقیق

### ۳.۵. کیفیت زندگی

جدول ۸- میانگین و میزان تغییر وضعیت متغیرهای کیفیت زندگی

| مؤلفه           | شاخص                                                           | میانگین در روستا | میانگین در شهر | میزان تغییر وضعیت | جهت تغییر |
|-----------------|----------------------------------------------------------------|------------------|----------------|-------------------|-----------|
| قدرت خرید       | توانایی تامین هزینه تحصیل فرزندان                              | ۲.۳۳             | ۲.۵۶           | ۰.۲۳              | ↑         |
|                 | توانایی تامین پوشاک خانواده                                    | ۲.۱              | ۲.۵۱           | ۰.۴۱              | ↑         |
|                 | تامین مخارج مواد غذایی مورد نیاز خانواده                       | ۲.۶۹             | ۲.۸۵           | ۰.۱۶              | ↑         |
|                 | متوسط هزینه های خانواده                                        | ۲.۷۴             | ۳.۶۷           | ۰.۹۳              | ↑         |
| تعامل اجتماعی   | تمایل به شرکت در انتخابات                                      | ۳.۴۶             | ۳.۹            | ۰.۴۴              | ↑         |
|                 | مشارکت در امور مختلف مذهبی                                     | ۳.۲۳             | ۳.۵۱           | ۰.۲۸              | ↑         |
|                 | تمایل به شرکت در مناسبت های ملی                                | ۲.۸۷             | ۳              | ۰.۱۳              | ↑         |
|                 | بازدید از اقوام و خویشاوندان                                   | ۳.۴۱             | ۳.۱۵           | -۰.۲۶             | ↓         |
| همبستگی اجتماعی | رابطه خانوادگی و رفت و آمد با همسایگان                         | ۳.۳۶             | ۲.۸۲           | -۰.۵۴             | ↓         |
|                 | حل اختلافات بصورت کدخدا منشانه در محل                          | ۳.۳۸             | ۲.۰۸           | -۱.۳              | ↓         |
|                 | یکپارچگی قومی و دوری از نزاع و کشمکش                           | ۲.۵۹             | ۳.۱۸           | ۰.۵۶              | ↑         |
|                 | همفکر، هم عقیده و هم شان بودن همسایه ها                        | ۳.۳۶             | ۲.۹۲           | -۰.۴۴             | ↓         |
| اوقات فراغت     | توان انجام مسافرت سالانه به همراه خانواده                      | ۲                | ۲.۳۳           | ۰.۳۳              | ↑         |
|                 | دسترسی به امکانات فرهنگی، هنری و ورزشی                         | ۱.۸۵             | ۲.۵۴           | ۰.۶۹              | ↑         |
|                 | توانایی خرید مسکن                                              | ۲                | ۱.۶۲           | -۰.۳۸             | ↓         |
|                 | توانایی پس انداز                                               | ۲.۱              | ۱.۷۴           | -۰.۳۶             | ↓         |
| دارایی و ثروت   | توانایی خرید خودرو                                             | ۱.۷۹             | ۱.۵۱           | -۰.۲۸             | ↓         |
|                 | وجود زمینه های شغلی برای جوانان                                | ۱.۹۲             | ۲.۸۲           | ۰.۹               | ↑         |
|                 | سطح دستمزدها                                                   | ۱.۹۲             | ۲.۶۴           | ۰.۷۲              | ↑         |
|                 | رضایت از شغل                                                   | ۲.۰۸             | ۲.۵۹           | ۰.۵۱              | ↑         |
| درآمد و اشتغال  | تناسب درآمد با میزان زحمت متحمل شده                            | ۱.۹              | ۲.۴۹           | ۰.۵۹              | ↑         |
|                 | رضایت از درآمد                                                 | ۲.۲۸             | ۲.۶۷           | ۰.۳۹              | ↑         |
|                 | رضایت از زندگی                                                 | ۲.۸۲             | ۲.۷۲           | -۰.۱              | ↓         |
|                 | احساس پیشرفت و بهتر شدن                                        | ۲.۱۵             | ۳.۰۳           | ۰.۸۸              | ↑         |
| بهبودی          | احساس عدالت اجتماعی و برخورداری از فرصت های برابر با شهرنشینان | ۲.۱۳             | ۲.۹۵           | ۰.۸۲              | ↑         |
|                 | احساس شادی و مسرت                                              | ۳.۱              | ۲.۵۹           | -۰.۵۱             | ↓         |
|                 | مصرف هفتگی مواد پروتئینی                                       | ۲.۵۶             | ۲.۶۲           | ۰.۰۶              | ↑         |
|                 | مصرف هفتگی سبزیجات و میوه در برنامه غذایی                      | ۲.۵۶             | ۲.۷۲           | ۰.۱۶              | ↑         |
| بهداشت و سلامت  | برخورداری از بیمه درمانی                                       | ۲.۵۴             | ۲.۸۲           | ۰.۲۸              | ↑         |
|                 | دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی                               | ۲.۱۸             | ۲.۹            | ۰.۷۲              | ↑         |
|                 | زندگی در شرایط اضطراب اور                                      | ۲.۳۱             | ۳.۴۹           | ۱.۱۸              | ↑         |

|   |       |      |      |                                                 |                 |
|---|-------|------|------|-------------------------------------------------|-----------------|
| ↓ | -۰.۹۵ | ۲.۵۴ | ۳.۴۹ | احساس سلامت جسمانی                              | امنیت عمومی     |
| ↑ | ۰.۶۹  | ۳    | ۲.۳۱ | حضور موثر نیروی انتظامی                         |                 |
| ↑ | ۱.۳۴  | ۳.۹  | ۲.۵۶ | میزان وقوع جرم                                  |                 |
| ↓ | -۰.۶۶ | ۲.۴۴ | ۳.۱  | رضایت کلی از وضعیت امنیت                        |                 |
| ↑ | ۰.۸۴  | ۳.۴۶ | ۲.۶۲ | نگرانی از تردد همسر و فرزندان در شب             |                 |
| ↑ | ۱.۲۶  | ۴.۰۳ | ۲.۷۷ | اجاره بهاء مسکن                                 | مسکن            |
| ↑ | ۰.۵۴  | ۲.۷۲ | ۲.۱۸ | کیفیت مصالح بکار رفته در مسکن                   |                 |
| ↑ | ۰.۴۸  | ۲.۷۴ | ۲.۲۶ | تجهیزات و امکانات مسکن                          |                 |
| ↑ | ۰.۳۶  | ۲.۲۸ | ۱.۹۲ | انطباق مسکن با قوانین و استانداردهای ساخت و ساز |                 |
| ↑ | ۰.۳۳  | ۱.۹۵ | ۱.۶۲ | توانایی تهیه کالاهای غیراساسی                   | رفاه اقتصادی    |
| ↑ | ۰.۱   | ۱.۹۲ | ۱.۸۲ | توانایی تعویض وسایل فرسوده منزل                 |                 |
| ↓ | -۰.۰۵ | ۱.۹۵ | ۲    | کفایت پس انداز برای مواجهه با پیشامدهای ناگهانی |                 |
| ↑ | ۰.۲۳  | ۲.۰۸ | ۱.۸۵ | بهداشت محیط زندگی                               | کیفیت محیط      |
| ↑ | ۰.۲   | ۲.۲۳ | ۲.۰۳ | جمع آوری و دفع زباله                            |                 |
| ↓ | -۰.۹  | ۱.۳۸ | ۲.۲۸ | کیفیت آب آشامیدنی                               |                 |
| ↑ | ۰.۴۱  | ۲.۴۴ | ۲.۰۳ | دسترسی به پارک و فضای سبز                       |                 |
| ↑ | ۰.۶۱  | ۳.۵۶ | ۲.۹۵ | آلودگی صوتی و سروصدا                            |                 |
| ↑ | ۰.۹۵  | ۳.۴۱ | ۲.۴۶ | دسترسی به امکانات تجاری                         | دسترسی به خدمات |
| ↑ | ۰.۹۵  | ۳.۴۱ | ۲.۴۶ | دسترسی به وسایل حمل و نقل عمومی                 |                 |
| ↑ | ۰.۹۵  | ۳.۳۶ | ۲.۴۱ | دسترسی به امکانات زیربنایی مانند گاز، برق       |                 |
| ↑ | ۰.۲۵  | ۲.۳۳ | ۲.۰۸ | دسترسی به خدمات مالی و اعتباری                  |                 |

منبع: یافته های تحقیق، ۱۴۰۳

#### ۴. یافته های استنباطی

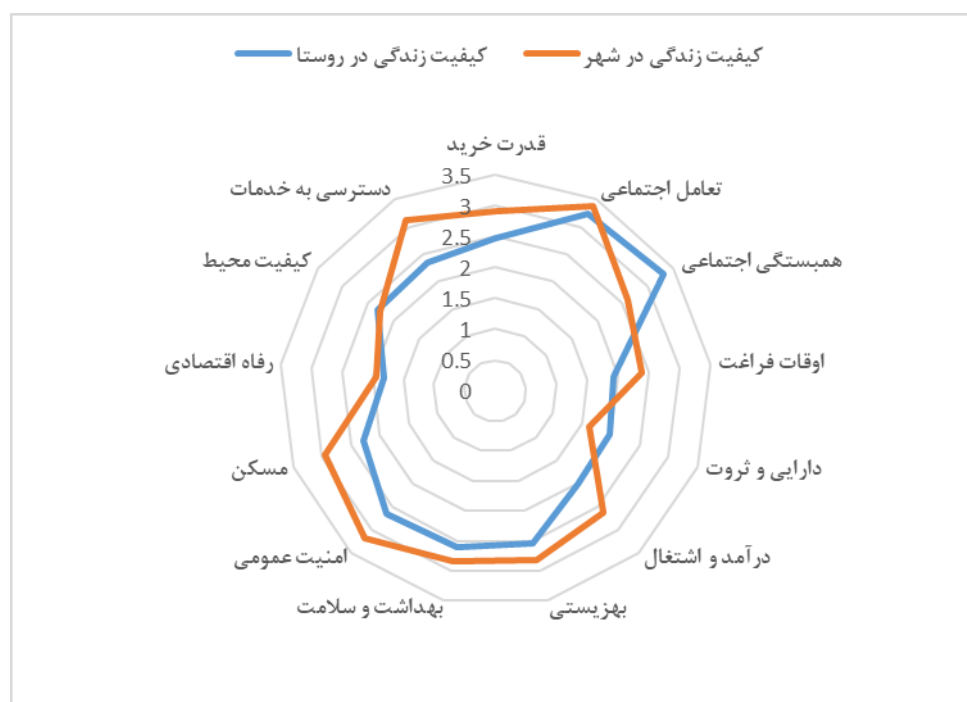
به منظور بررسی نرمال بودن توزیع صفات از ضرایب چولگی و کشیدگی به تفکیک هر یک از مولفه های کیفیت زندگی استفاده شد. ضرایب چولگی و کشیدگی ( $sk \text{ \& } Ku \leq 0.5$ ) نشان می دهد که توزیع مولفه های مورد بررسی از وضعیت نرمال تبعیت می کند. با توجه به نرمال بودن توزیع صفات جهت بررسی تفاوت یا عدم وجود تفاوت در مورد میانگین مولفه ها و ابعاد کیفیت زندگی از آزمون تی جفت نمونه ای Paired Samples Test استفاده گردید. همان گونه که در جدول مشاهده می شود با توجه به سطح معناداری ( $sig \leq 0.05$ ) در آزمون تی جفت نمونه ای تفاوت میانگین در مورد کلیه مولفه های کیفیت زندگی معنادار است.

جدول ۱۰- نتایج آزمون تی جفت نمونه ای در مورد مولفه های کیفیت زندگی سالمندان.

| Paired Samples Test |         |                                    |          | کیفیت<br>زندگی در<br>شهر | کیفیت<br>زندگی در<br>روستا | مولفه های کیفیت زندگی |                     |
|---------------------|---------|------------------------------------|----------|--------------------------|----------------------------|-----------------------|---------------------|
| sig                 | آماره t | میزان اختلاف در<br>سطح اطمینان ۹۵٪ |          |                          |                            |                       | خطای<br>میانگی<br>ن |
|                     |         | حد بالا                            | حد پایین |                          |                            |                       |                     |
| ۰.۰۰                | ۷.۲۷    | ۰.۵۵                               | ۰.۳۱۲    | ۰.۰۵۹                    | ۲.۹۰                       | ۲.۴۷                  | قدرت خرید           |
| ۰.۰۰                | ۱.۶۱    | ۰.۳۳                               | -۰.۰۳    | ۰.۰۹۲                    | ۳.۳۹                       | ۳.۲۴                  | تعامل اجتماعی       |

|      |       |       |       |       |      |      |                 |
|------|-------|-------|-------|-------|------|------|-----------------|
| ۰.۰۱ | -۵.۱۳ | -۰.۴۳ | -۰.۹۹ | ۰.۱۴  | ۲.۶۰ | ۳.۳۲ | همبستگی اجتماعی |
| ۰.۰۰ | ۵.۶۴  | ۰.۶۲  | ۰.۲۹  | ۰.۰۸۲ | ۲.۳۹ | ۱.۹۳ | اوقات فراغت     |
| ۰.۰۰ | -۳.۱۱ | -۰.۱۲ | -۰.۵۶ | ۰.۱۱  | ۱.۶۲ | ۱.۹۷ | دارایی و ثروت   |
| ۰.۰۰ | ۶.۶۲  | ۰.۸۱  | ۰.۴۳  | ۰.۰۹۴ | ۲.۶۴ | ۲.۰۲ | درآمد و اشتغال  |
| ۰.۰۰ | ۲.۷۴  | ۰.۴۶  | ۰.۰۷  | ۰.۰۹۸ | ۲.۸۲ | ۲.۵۵ | بهریستی         |
| ۰.۰۰ | ۴.۳۰  | ۰.۴۱  | ۰.۱۵  | ۰.۲۸  | ۲.۶۹ | ۲.۹۷ | بهداشت و سلامت  |
| ۰.۰۰ | ۵.۸۷  | ۰.۷۲  | ۰.۳۷  | ۰.۵۴  | ۲.۵۲ | ۳.۰۵ | امنیت عمومی     |
| ۰.۰۱ | ۷.۵۵  | ۰.۸۳  | ۰.۴۸  | ۰.۰۸۷ | ۲.۹۴ | ۲.۲۸ | مسکن            |
| ۰.۰۰ | ۱.۷۵  | ۰.۲۷  | -۰.۰۱ | ۰.۰۷۳ | ۱.۹۴ | ۱.۸۱ | رفاه اقتصادی    |
| ۰.۰۰ | -۰.۳۵ | ۰.۲۴  | -۰.۳۴ | ۰.۱۵  | ۲.۲۶ | ۲.۳۱ | کیفیت محیط      |
| ۰.۰۰ | ۷.۳۳  | ۰.۹۸  | ۰.۵۶  | ۰.۱۱  | ۳.۱۳ | ۲.۳۵ | دسترسی به خدمات |

مأخذ: یافته‌های تحقیق، ۱۴۰۳



شکل ۴- نمودار عنکبوتی میانگین متغیرهای کیفیت زندگی سالمندان در روستاهای پیراشهری

در مجموع کیفیت زندگی مهاجران روستاهای پیراشهری نسبت به قبل بهبود یافته است؛ به طوری که میانگین کیفیت زندگی از ۲.۳۹ به ۲.۶۸ افزایش یافته است (شکل ۵).

جدول ۱۱- نتایج آزمون تی جفت نمونه ای در مورد کیفیت زندگی

| Paired Samples Test |    |         |                                 |          | کیفیت زندگی در شهر | کیفیت زندگی در روستا | سازه مورد بررسی      |              |
|---------------------|----|---------|---------------------------------|----------|--------------------|----------------------|----------------------|--------------|
| sig                 | df | آماره t | میزان اختلاف در سطح اطمینان ۹۵٪ |          |                    |                      |                      | انحراف معیار |
|                     |    |         | حد بالا                         | حد پایین |                    |                      |                      |              |
| ۰.۰۰                | ۷۷ | -۶.۵    | -۰.۲۱                           | -۰.۳۸    | ۰.۳۹               | ۲.۶۸                 | کیفیت زندگی سالمندان |              |

مأخذ: یافته‌های تحقیق، ۱۴۰۳

## ۶. نتیجه گیری

طی دهه های اخیر، در فرجام عدم تعادل های ناحیه ای و فضایی - خصوصا بین شهر و روستا- نواحی روستایی تبدیل به فضاهای سکونتی کم توان گردید، نتیجه طبیعی این امر شکل گیری جابجایی های جمعیتی گسترده روستاشهری بوده است. طی این جریان جمعیت مهاجر روستایی به دلیل مسکن ارزان قیمت و دستیابی آسان به شهر جهت اشتغال در روستاهای پیراشهری ساکن گردیده و موجبات افزایش نامتعارف جمعیت در روستاهای پیراشهری را فراهم آورده است. به طوری که در حال حاضر روستاهای پیراشهری مشهد در نتیجه عدم تعادل های فضایی تبدیل به هسته های جمعیتی نامتجانس و ناهمگن گردیده است. بدیهی است رشد غده ای روستاهای پیراشهری را بایستی با توجه به برنامه ریزی منطقه ای مناسب حل نمود زیرا ریشه اصلی نابسامانی ها و حرکت های شدید روستا شهری در وضعیت نامناسب اقتصادی- معیشتی روستاهای کشور نهفته است و در حال حاضر بیش از ۲۰۰ مرکز حاشیه نشین با جمعیتی افزون بر یک میلیون نفر کلان شهر مشهد را دربر گرفته که با چالشهایی چون نحوه استقرار، ساخت و بافت جمعیت، جرم و بزه، اشتغال و بیکاری، گسست کالبدی، مسائل زیست محیطی و ... روبرو است.

علاوه بر آن امروزه کیفیت زندگی یکی از مهمترین حوزه های مطالعات روستایی محسوب گردیده و به عنوان سر فصلی مهم در تدوین استراتژیهای مربوط به توسعه، مد نظر قرار می گیرد.

هر چند روستاهای پیراشهری کمتر نشانی از توسعه و توسعه پایدار روستایی دارند و معمولا گرفتار چالشهای متعددی از قبیل الودگی های زیست محیطی و ... هستند با این حال نتایج تحقیق نشان می دهد کیفیت زندگی روستائیان در روستاهای پیراشهری نسبت به قبل از مهاجرت تا حدودی بهبود یافته است. به طوری که کیفیت زندگی پاسخگویان از ۲.۳۹ به ۲.۶۸ افزایش یافته است. اگر چه کیفیت زندگی در هر دو مقطع زمانی کمتر از میانه نظری (عدد ۳) است، اما در مجموع روستائیان بعد از مهاجرت کیفیت زندگی خود را نسبت به قبل مطلوبتر عنوان نموده اند. بهبود کیفیت زندگی روستائیان در روستاهای پیراشهری علی رغم شرایط نامناسب این روستاها، حاکی از وخامت اوضاع در نواحی روستایی کم توان است. "ضمن اینکه روستاهای پیراشهری به جهت فاصله کم تا شهر به تدریج ویژگی های شهر را اختیار می کنند" (Webster, 2005: P.5).

لازم به تاکید است که تداوم نابرابری ها، فقدان فرصت های شغلی و کیفیت نازل زندگی در اغلب سکونتگاههای روستایی شهرستان، استان به تبع کل کشور، ضرورت تمهید و اختیار شیوه هایی متفاوت اما امکان پذیر در برنامه ریزی و مدیریت را مطرح می کند. فقر گسترده، رشد سریع جمعیت، بیکاری، مهاجرت، حاشیه نشینی شهری و غیره از پیامدهای نبود توجه به کیفیت زندگی در نواحی روستایی است بدیهی است عمده روستائیان جهت دستیابی به کیفیت مطلوب زندگی اقدام به مهاجرت به شهرها و اسکان در حاشیه شهر می کنند.

## • منابع

- ابراهیم پور، ابوالفضل (۱۳۹۵). تاثیر حمایت اجتماعی بر کیفیت زندگی سالمندان سرای مشهد، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی، دانشکده علوم اجتماعی.
- آنجل، ژ. و سترستن، ج. (۱۹۳۴). آینده جامعه شناسی سالمندی در دهه های آتی. دست نامه جامعه شناسی سالمندی: تأمل های شخصی در نظریه ها. ترجمه مجتبی امیری و وجیهه جوانی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

- بنگستان. م. (۱۹۳۴). پیری شناسی با حرف " J " : تأملی شخصی بر نظریه پردازی در جامعه شناسی سالمندی. دست نامه جامعه شناسی سالمندی تأمل های شخصی در نظریه ها. ترجمه مجتبی امیری و وجیهه جوانی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- بهمنی، بهمن؛ تمدنی، مجتبی و عسگری، مجید. (۱۳۸۳). بررسی کیفیت زندگی و رابطه آن با نگرش دینی و عملکرد تحصیلی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد جنوب.
- تولایی، نوین؛ شریفیان ثانی، مریم. (۱۳۸۴). نقش سرمایه اجتماعی در برنامه ریزی اجتماعات محلی، مجموعه مقالات نخستین سمپوزیوم سرمایه اجتماعی و رفاه اجتماعی؛ دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- جورج، ل. (۱۹۳۴). زمان همینطور می گذرد: تفکر در مسیر زندگی و پیری شناسی. دست نامه جامعه شناسی سالمندی تأمل های شخصی در نظریه ها. ترجمه مجتبی امیری و وجیهه جوانی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران
- چراغی، پروین، اسکندری، زهرا، بزرگمهر، شیوا، زنجری، نسیم، چراغی، زهرا (۱۳۹۸)، کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بین سالمندان، مجله آموزش و سلامت جامعه، دوره ۶، شماره ۳. تابستان ۱۳۹۸.
- حاج یوسفی، علی. (۱۳۸۰)، کیفیت زندگی و راهبردهای اسلامی، فصلنامه مددکاری اجتماعی، سال دوم، شماره ۸.
- حاجی هاشمی، زهرا، وامقی، روشنگر، منتظری، علی، سهرابی، محمدرضا، اکبری کامرانی، احمدعلی (۱۳۹۲)، بررسی مقایسه ای کیفیت زندگی در سالمندان شهری و روستایی، فصلنامه پایش، سال دوازدهم، شماره سوم، تیر ۱۳۹۲.
- دیوب، شیاما چاران. (۱۳۷۷). نوسازی و توسعه، ترجمه مصطفی قره باغیان و مصطفی ضرغامی؛ نشر تهران.
- ربانی خوراسگانی، علی؛ کیان پور، مسعود. (۱۳۸۵). درآمدی بر رویکردهای نظری و تعاریف علمی مفهوم کیفیت زندگی؛ فصلنامه مددکاری اجتماعی، سال ۵، شماره ۴.
- رضوانی، محمدرضا، منصوریان، حسین، احمدآبادی، حسن، احمدآبادی، فرشته، پروایی هره دشت، شیوا (۱۳۹۱)، سنجش عوامل موثر بر کیفیت زندگی سالمندان در مناطق رستایی (مطالعه موردی شهرستان نیشابور)، مجله پژوهش های روستایی دوره ۴، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۲.
- زائری لطف، حسن؛ امانیان، ابوالفضل. (۱۳۹۱)، بررسی تاثیر حمایت اجتماعی بر کیفیت زندگی سالمندان در تهران. فصلنامه مددکاران اجتماعی متخصص، شماره ۱.
- سیدمیرزایی، سیدمحمد (۱۳۸۶). ملاحظاتی پیرامون ابعاد سالمندی با نگاهی به تجربه ژاپن. پژوهشنامه علوم انسانی، شماره ۵۳.
- شیخی، م. ت. (۱۳۸۹). جامعه شناسی سالمندی. تهران: نشر حریر.
- صادقی فسایی، س. و خادمی، ع. (۱۹۳۲). روایت زنان سالمند از زندگی در دنیای مدرن. نامه انجمن جمعیت شناسی. ۸ (۱۵).
- عشقپور، مجتبی، (۱۳۷۰). مشکلات دوران پیری. تهران: انتشارات معین و مهتاب
- غفاری، غلامرضا و امید، رضا (۱۳۹۰). کیفیت زندگی (شاخص توسعه اجتماعی). تهران: نشر شیرازه
- غفاری، غلامرضا؛ امیری، رضا. (۱۳۸۸)، کیفیت زندگی، شاخص توسعه اجتماعی، تهران: انتشارات شیرازه.

- فرهادی، اکرم (۱۳۸۹). بررسی تاثیر اجرای برنامه آموزش شیوه زندگی سالم بر کیفیت زندگی سالمندان روستایی شهرستان دشتی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و وان بخشی. گروه مدیریت توان بخشی.
- فرهادی، اکرم، فروغان، مهشید، محمدی، فرحناز، صحرانورد، محسن (۱۳۹۲). تاثیر اجرای برنامه ی آموزش شیوه ی زندگی سالم بر کیفیت زندگی سالمندان روستایی شهرستان دشتی. مجله سالمندی ایران، سال هشتم، شماره سی ام، پاییز ۱۳۹۲.
- فروغ عامری، گلناز (۱۳۸۰)، تعاریف و نظریه های سالمندی، فصلنامه پرستاری، مامایی، سال هفتم، شماره ۳ و ۴ (پیاپی ۱۴).
- کارادک، و. (۱۳۹۱). جامعه شناسی پیری و پیرشدگی. ترجمه سوسن کباری. تهران: انتشارات جامعه شناسان.
- کاظمی، نیلوفر، سجادی، حمیرا، بهرامی، گیتی (۱۳۹۷)، کیفیت زندگی سالمندان ایرانی: یک مطالعه موردی، مجله سالمند، دوره ۱۳، شماره ویژه.
- کاکاوند، یونس (۱۳۹۵)، بررسی عوامل اجتماعی و فرهنگی مرتبط با کیفیت زندگی در بین سالمندان شهر کرمانشاه با تاکید بر ابعاد مختلف حمایت اجتماعی، رساله دکتری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، دانشکده علوم اجتماعی.
- کرین، ویلیام کریستوفر (۱۳۸۴). نظریه های رشد و مفاهیم و کاربردها. ترجمه غلامرضا خوی نژاد و علیرضا رجایی، تهران: رشد
- کوبی، افشین؛ پورجعفر، محمدرضا و تقوایی، علی اکبر. (۱۳۸۴). برنامه ریزی کیفیت زندگی شهری در مراکز شهری و تعاریف و شاخص ها؛ نشریه جستارهای شهرسازی، سال ۱۲.
- محمدی، رضا (۱۳۹۳)، بررسی تطبیقی کیفیت زندگی سالمندان شهری و روستایی شهرستان زنجان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی، دانشکده علوم اجتماعی.
- محمدیان، هاشم، بازرگان، اسما، لطیفی، سی محمود، مرادقلی، اصغر (۱۳۹۸). تاثیر مصاحبه انگیزشی بر پرفشاری خون، خودمراقبتی و کیفیت زندگی سالمندان روستایی کاربردی از مدل اعتقاد بهداشتی، مجله آموزش و سلامت جامعه، دوره ۶، شماره ۲، بهار ۱۳۹۸
- مختاری، مرضیه، نظری، جواد (۱۳۸۹). جامعه شناسی کیفیت زندگی. تهران، انتشارات جامعه شناسان.
- منصور، محمود (۱۳۸۱). روان شناسی ژنتیک، تهران: سمت
- نودهی مقدم، افسون، رشید، نفیسه، حسینی اجداد نیکی، سید جلیل، حسین زاد، سمانه (۱۳۹۸)، بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر مشهد در سال ۱۳۹۶، مجله سالمند، دوره ۱۴، شماره ۳، پاییز.
- وند، ج. و کورنر، ل. (۱۳۸۹). کیفیت زندگی و سالمندان. ترجمه حسین محقق کمال. چاپ اول. تهران: دانژه.
- یوسفی، علی (۱۳۸۱)، کیفیت زندگی و اصلاحات و استراتژی ها، مجله دهاتی، شماره ۲۸

## Comparative Study of the Quality of Life of Elderly Rural Migrants to Peri-Urban Areas (Case Study: Tabadkan Rural District, Mashhad County)

### Abstract

Nowadays, improving the quality of life is the main goal of all programs and policies and the common goal of development at the local, national and international levels. The present study was designed to conduct a comparative study of the quality of life of rural elderly migrants to the peri-urban areas of the Mashhad metropolis compared to their quality of life before migration, that is, their quality of life at the origin of migration. The research method is descriptive-analytical with a comparative approach. In order to follow the quality of life of rural migrant elderly over time, a "quasi-panel" research design was used. In this study, quality of life was examined using 12 components and 52 variables on the Likert scale. Cronbach's alpha of 0.81 indicates the desirable reliability of the research instrument. The results of the study show that the quality of life of villagers in peri-urban villages has improved somewhat compared to before migration. So that the quality of life of the respondents has increased from 2.39 to 2.68. Although the quality of life in both time periods is lower than the theoretical median (number 3), in general, the villagers have stated that their quality of life is more desirable after migration than before. The improvement in the quality of life of the villagers in peri-urban villages, despite the poor conditions of these villages, indicates the deterioration of the situation in underprivileged rural areas. "In addition, peri-urban villages are gradually adopting the characteristics of the city due to their short distance from the city.

**Keywords:** Mashhad County, Peri-urban Villages, Tabadkan Rural District, Migration, Quality of Life, Elderly.