

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الحمد لله رب العالمين  
والصلاة والسلام على  
سيدنا محمد وآله الطيبين  
الطاهرين أجمعين  
فلا اله الا الله  
محمد عبده  
والصلاة والسلام على  
سيدنا محمد وآله الطيبين  
الطاهرين أجمعين



دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

گروه آموزشی مددکاری اجتماعی

پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد

عنوان:

بررسی رابطه مشارکت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان عضو کانون های سالمندی  
( جهاندیدگان ) شهرداری تهران

نگارنده:

شیرزاد مرادی قشلاقی

استاد راهنما:

دکتر حسین فکرآزاد

اساتید مشاور:

دکتر میر طاهر موسوی

ملیحه عرشی

اسفند ۱۳۹۰

ثبت: ۷۰۰-۲۰۷



دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

تاییدیه اعضای هیات داوران

آقای شیرزاد مرادی قشلاقی

دانشجوی رشته: مددکاری اجتماعی مقطع: کارشناسی ارشد به شماره دانشجویی: ۸۸۱۶۹۳۰۰۲ از

پایان نامه خود تحت عنوان: "بررسی رابطه بین مشارکت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان عضو

کانون‌های سلامت شهرداری تهران سال ۱۳۹۰" در تاریخ: ۹۰/۱۲/۲۳ در حضور هیات داوران دفاع

نموده و بر اساس مصوبات شورای تحصیلات تکمیلی نمره ۱۸/۴۹

به ایشان تعلق گرفت. (همچنین در فریل و نه‌اسلام) با امتیاز: عالی

هیات داوران

۱. استاد راهنما:

جناب آقای دکتر حسین فکر آزاد

۲. اساتید مشاور:

جناب آقای دکتر میرطاهر موسوی

سرکار خانم ملیحه عرشی

۳. اساتید داور:

جناب آقای دکتر مصطفی اقلیما

سرکار خانم دکتر رباب صحاف

۴. مدیر گروه آموزشی:

جناب آقای دکتر سید هادی معتمدی

۵. کارشناس تحصیلات تکمیلی:

خانم

## تعهد نامه چاپ مطالب و مقالات مستخرج از پایان نامه / رساله دانشجویی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

با عنایت به اینکه هر گونه مقاله استخراج شده از پایان نامه یا رساله و/ یا چاپ و انتشار بخشی یا تمام مطالب آن مبین قسمتی از فعالیت‌های علمی- پژوهشی دانشگاه می باشد، بنابراین اینجانب **شیرزاد مرادی قشلاقی** دانش آموخته رشته **مددکاری اجتماعی** متعهد می شوم که موارد ذیل را کاملاً رعایت نمایم:

۱. در صورت اقدام به چاپ هر مقاله ای از مطالب پایان نامه/ رساله، خود را بعنوان دانش آموخته دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و مقاله را برگرفته از پایان نامه دانشجویی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی معرفی نموده و از درج نام و آدرس دیگر خودداری کنم.

۲. در صورت اقدام به چاپ بخشی از /یا تمام پایان نامه یا رساله خود، مراتب را قبلاً به طور کتبی به اطلاع "انتشارات" و "دفتر تحصیلات تکمیلی" دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی برسانم.

۳. در صورت اقدام به چاپ هر گونه متن علمی اعم از مقاله، کتاب، پمفلت و ... مستخرج از تمام یا بخشی از پایان نامه/ رساله خود، حتماً اسامی کلیه افرادی را که در انجام آن به صورت راهنما، مشاور، مشاور آمار و افتخاری بطور رسمی همکاری داشته اند، ذکر می کنم.

۴. در صورت اقدام به چاپ پایان نامه یا رساله در صفحه سوم کتاب (پس از برگ شناسنامه) عبارت ذیل را درج نمایم:

" کتاب حاضر حاصل پایان نامه/ رساله کارشناسی ارشد آقای **شیرزاد مرادی قشلاقی** در رشته **مددکاری اجتماعی** می باشد که در سال ۱۳۹۰ در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی به راهنمایی **جناب آقای دکتر حسین فکر آزاد** و مشاوره **جناب آقای دکتر میرطاهر موسوی / سرکار خانم ملیحه عرشکی** انجام و در سال ۱۳۹۱ از آن دفاع شده است."

۵. به منظور جبران بخشی از هزینه های انتشارات دانشگاه، تعداد یک درصد شمارگان کتاب (در هر نوبت چاپ) را به انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی اهداء نمایم. (دانشگاه می تواند مازاد نیاز خود را به نفع مرکز نشر در معرض فروش قرار دهد).

۶. در صورت عدم رعایت بند ۵، +۵٪ بهای شمارگان چاپ شده را به عنوان خسارت به دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تادیه می کنم.

۷. قبول می کنم که در صورت خودداری از پرداخت بهای خسارت، یا عدم رعایت هر یک از مواد این تعهدنامه دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی می تواند مورد را از طریق دفتر حقوقی دانشگاه مطالبه و پیگیری قانونی نماید.

اینجانب **شیرزاد مرادی قشلاقی** دانشجوی رشته **مددکاری اجتماعی** مقطع کارشناسی ارشد **کلیه مفاد تعهد فوق و ضمانت اجرایی آن را بدون قید و شرط قبول می نمایم، و به انجام آن ملتزم می شوم.**

نام و نام خانوادگی  
امضاء و تاریخ

## باسپاس فراوان از:

استاد راهنمای کراتقدم دکتر حسین فکر آزاد که با دقت فراوان و  
حسن خلق یاریکرم بودند و افتخار شاگردیشان را دارم و خواهم  
داشت.

اساتید مشاور بزرگوارم دکتر میرطاهر موسوی و سرکار خانم ملیحه عرشی  
که در تمام مراحل پایان نامه یاریکم کردند.

اساتید عزیزم در گروه مددکاری اجتماعی به ویژه دکتر مصطفی اقلیما

و سرکار خانم دکتر غنچه راهب که همواره مشوق و راهنمایم بودند.

دوستان خوبم که همدلی شان بایه اطمینان و پشتیبانی ام بوده و هست.

همکلاسی های صمیمی و همکاران خوب و مهربانم که دلگرمی شان، نشاط

بخش لحظه به لحظه زمان برایم بوده و خواهد بود.

تقدیم به

پدر بزرگوارم که هر چه در من تکوین یافته از تقدس روان و

صفای باطنی ایشان نشأت گرفته است

مادر عزیز و صبورم که خشکی ناپذیری را به من آموخت

سایر اعضای خانواده ام که با شکیبایی، صداقت و

از خودگذشتگی یار و یاورم بوده اند.

## چکیده:

**هدف:** مطالعه حاضر با هدف، بررسی رابطه مشارکت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان عضو کانون‌های سالمندی (جهان‌دیدگان) شهرداری تهران انجام شده است.

**روش بررسی:** این مطالعه به روش مقطعی انجام شد، تعداد نمونه این تحقیق شامل ۲۰۰ نفر از سالمندان ۶۰ سال به بالای عضو کانون‌های سالمندی شهرداری تهران در سه منطقه ۱۲، ۱۱ و ۲۰ است که به روش نمونه‌گیری مضاعف انتخاب گردیدند و اطلاعات با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی لیپاد، پرسشنامه محقق ساخته مشارکت اجتماعی و چک لیست اطلاعات دموگرافیک و روش مصاحبه تکمیلی کسب گردید. داده‌ها نیز با استفاده از نرم افزار SPSS-۱۶ و با استفاده از آزمون‌های T و F و Tuky، همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** در این پژوهش برای مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی ( $Sig= ۰,۱۲۷$ ) و مشارکت اجتماعی ( $Sig= ۰,۴۷۲$ ) مردان و زنان سالمند از آزمون تی مستقل استفاده شد که تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد. جهت بررسی رابطه مشارکت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که رابطه معناداری بین این دو متغیر و ابعاد آن‌ها یافته شد ( $Sig= ۰,۰۰$ )

**نتیجه گیری:** نتایج پژوهش حاکی از معنادار بودن رابطه بین مشارکت اجتماعی و ابعاد آن با کیفیت زندگی سالمندان می‌باشد و مشارکت غیرنهادی پیش‌بینی‌کننده قویتری جهت بررسی تغییرات واریانس کیفیت زندگی می‌باشد که این دلالت بر غلبه مشارکت غیرنهادی در میان سالمندان دارد.

**کلمات کلیدی:** مشارکت اجتماعی، کیفیت زندگی، سالمندان، کانون سالمندی



## فهرست مطالب

صفحه

عنوان

چکیده

### فصل اول: مقدمه و کلیات

۱	..... مقدمه
۲	..... بیان مسأله
۶	..... ضرورت و اهمیت پژوهش
۸	..... اهداف پژوهش
۹	..... فرضیات پژوهش

### فصل دوم: ادبیات پژوهش

۱۱	..... سالمندی
۱۱	..... مقدمه سالمندی
۱۱	..... تعاریف سالمندی
۱۳	..... جمعیت سالمندی
۱۳	..... سالمندان در فرهنگ های مختلف
۱۴	..... مفهوم و تعریف مشارکت
۱۵	..... سنخ شناسی مشارکت
۱۶	..... مشارکت اجتماعی
۱۷	..... مشارکت اجتماعی نهادی و غیر نهادی

۱۸	..... تاریخچه مشارکت اجتماعی
۲۱	..... مشارکت اجتماعی و سالمندان
۲۲	..... مقدمه کیفیت زندگی
۲۲	..... مفهوم و تعریف کیفیت زندگی
۲۴	..... تاریخچه کیفیت زندگی
۲۵	..... مفهوم اروپایی کیفیت اجتماعی
۲۵	..... کمیت و کیفیت زندگی
۲۷	..... کانون سالمندی
۳۰	..... نظریه های مرتبط با موضوع
۳۰	..... تئوری های سالمندی
۳۰	..... نظریه اریکسون
۳۱	..... نظریه کامینگ و هنری
۳۲	..... نظریه تداوم
۳۲	..... نظریه فعالیت
۳۳	..... نظریه نقش
۳۳	..... تئوری های مشارکت اجتماعی
۳۳	..... دیدگاه لیپست
۳۴	..... تالکوت پارسونز
۳۴	..... سیلرز

۳۵	..... جورج هومنز
۳۶	..... دانیل لرنر
۳۷	..... نلسون
۳۸	..... ارنشتاین و نردبان مشارکت شهروندی
۳۹	..... راپاپورت و اقتدار بخشیدن به شهروندان
۴۱	..... چنن و شاخص های مشارکت
۴۲	..... تئوری های کیفیت زندگی
۴۲	..... دیدگاه کینگ و هینداس
۴۲	..... دیدگاه هانستاد و آلبرکسن
۴۳	..... کیفیت زندگی سالمندان هیوجز
۴۴	..... مدل ادراکی کیفیت زندگی فرانس
۴۵	..... مدل ادراکی کیفیت زندگی ژان
۴۶	..... بررسی متون
۴۶	..... متون خارجی
۴۸	..... متون داخلی
۵۳	..... مدل مطالعه
<b>فصل سوم: روش شناسی پژوهش</b>	
۵۴	..... مقدمه
۵۵	..... نوع مطالعه

۵۵	..... جامعه آماری
۵۶	..... روش نمونه گیری
۵۸	..... حجم نمونه
۵۸	..... ابزار جمع آوری داده ها
۶۲	..... روش تجزیه و تحلیل داده ها
۶۲	..... روش اجرای پژوهش
۶۳	..... متغیرها
۶۴	..... ملاحظات اخلاقی

### فصل چهارم: توصیف و تحلیل داده ها

۶۵	..... مقدمه
۶۶	..... آمار توصیفی
۷۲	..... آمار تحلیلی

### فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۹۰	..... مقدمه
۹۰	..... بررسی ویژگی های جمعیت شناختی
۹۱	..... بحث و تحلیل فرضیات
۹۳	..... محدودیت های پژوهش
۹۴	..... پیشنهادهای پژوهشی
۹۶	..... منابع

## فهرست جداول

عنوان	صفحه
جدول ۱-۲) نردبان مشارکت شهروندی ارنشتاین	۳۸
جدول ۲-۲) شاخص‌های مشارکت چنن	۴۱
جدول ۳-۲) حوزه‌های کیفیت زندگی از نظر هیوجز	۴۳
جدول ۴-۲) مدل ادراکی کیفیت زندگی فرانس	۴۴
جدول ۱-۳) جامعه آماری سالمندان عضو کانون‌های سالمندی شهرداری ۱۳۹۰	۵۵
جدول ۲-۳) تقسیم بندی مناطق بر حسب توسعه ، براساس پژوهش فیروزآبادی و جاجرمی ۱۳۸۵	۵۶
جدول ۳-۳) تقسیم بندی مناطق بر حسب نواحی و کانون‌های سلامت	۵۷
جدول ۴-۳) تعداد سالمندان مناطق نمونه و سهم آن‌ها در حجم نمونه	۵۸
جدول ۵-۳) ابعاد و گویه‌های سنجش کیفیت زندگی سالمندان (لییاد)	۶۰
جدول ۶-۳) ابعاد و گویه‌های سنجش مشارک اجتماعی	۶۱
جدول ۱-۴) توزیع فراوانی سالمندان بر حسب منطقه سکونت به تفکیک جنس	۶۶
جدول ۲-۴) توزیع فراوانی وضعیت تاهل سالمندان به تفکیک جنس	۶۶
جدول ۳-۴) توزیع فراوانی وضعیت سنی سالمندان به تفکیک جنس	۶۷
جدول ۴-۴) توزیع فراوانی تحصیلات سالمندان به تفکیک جنس	۶۸
جدول ۵-۴) توزیع فراوانی سالمندان بر حسب شغل به تفکیک جنس	۶۹
جدول ۶-۴) توزیع فراوانی سالمندان بر حسب محل درآمد به تفکیک جنس	۶۹

- جدول ۴-۷) توزیع فراوانی سالمندان بر اساس همراهان زندگی به تفکیک جنس ..... ۷۰
- جدول ۴-۸) توزیع فراوانی نمره کیفیت زندگی سالمندان بر حسب جنس ..... ۷۰
- جدول ۴-۹) توزیع فراوانی نمره ابعاد کیفیت زندگی سالمندان بر حسب جنس ..... ۷۱
- جدول ۴-۱۰) توزیع فراوانی نمره مشارکت اجتماعی سالمندان بر حسب جنس ..... ۷۱
- جدول ۴-۱۱) توزیع فراوانی نمره ابعاد مشارکت اجتماعی سالمندان بر حسب جنس ..... ۷۲
- جدول ۴-۱۲ الف) نتایج مقایسه کیفیت زندگی سالمندان به تفکیک جنس ..... ۷۲
- جدول ۴-۱۲ ب) نتایج مقایسه نمره بعد اجتماعی کیفیت زندگی سالمندان بر اساس جنس ..... ۷۳
- جدول ۴-۱۲ ج) نتایج مقایسه نمره بعد جنسی کیفیت زندگی سالمندان بر اساس جنس ..... ۷۳
- جدول ۴-۱۳) نتایج مقایسه کیفیت زندگی سالمندان به تفکیک وضعیت تاهل ..... ۷۳
- جدول ۴-۱۴) نتایج مقایسه کیفیت زندگی سالمندان به تفکیک گروه‌های سنی ..... ۷۴
- جدول ۴-۱۵) نتایج مقایسه کیفیت زندگی سالمندان به تفکیک شغل ..... ۷۵
- جدول ۴-۱۶) نتایج مقایسه کیفیت زندگی سالمندان به تفکیک همراهان زندگی ..... ۷۶
- جدول ۴-۱۷) نتایج مقایسه کیفیت زندگی سالمندان به تفکیک منطقه سکونت ..... ۷۷
- جدول ۴-۱۸) نتایج مقایسه کیفیت زندگی سالمندان به تفکیک منبع درآمد ..... ۷۸
- جدول ۴-۱۹) نتایج مقایسه کیفیت زندگی سالمندان به تفکیک تحصیلات ..... ۷۹
- جدول ۴-۲۰) نتایج مقایسه مشارکت اجتماعی سالمندان به تفکیک جنس ..... ۸۰
- جدول ۴-۲۱) نتایج مقایسه امتیاز مشارکت اجتماعی سالمندان به تفکیک وضعیت تاهل ..... ۸۱
- جدول ۴-۲۲) نتایج مقایسه امتیاز مشارکت نهادی سالمندان به تفکیک وضعیت تاهل ..... ۸۲
- جدول ۴-۲۳) نتایج مقایسه امتیاز مشارکت غیرنهادی سالمندان به تفکیک وضعیت تاهل ..... ۸۳

- جدول ۴-۲۴) بررسی رابطه همبستگی متغیرهای کیفیت زندگی و سن در سالمندان ..... ۸۴
- جدول ۴-۲۵) نتایج آزمون همبستگی پیرسون بین کیفیت زندگی و ابعاد مشارکت اجتماعی ..... ۸۴
- جدول ۴-۲۶) نتایج آزمون همبستگی پیرسون بین مشارکت اجتماعی و ابعاد کیفیت زندگی ..... ۸۵
- جدول ۴-۲۷) نتایج آزمون همبستگی بین مشارکت نهادی و ابعاد کیفیت زندگی ..... ۸۶
- جدول ۴-۲۸) نتایج آزمون همبستگی بین مشارکت غیرنهادی و ابعاد کیفیت زندگی ..... ۸۷
- جدول ۴-۲۹) ضرایب مربوط به رگرسیون چندمتغیره ..... ۸۸
- جدول ۴-۳۰) جدول تحلیل واریانس ..... ۸۸
- جدول ۴-۳۱) ضرایب رگرسیونی متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته ..... ۸۹

# فصل اول

## کلیات پژوهش

- بیان مساله
- ضرورت و اهمیت مساله
- اهداف
- فرضیات



## ۱-۱) مقدمه

در یک صد سال اخیر، شناسایی و آگاهی بشر بر ساز و کار تن آدمی، پایگاه برجسته ای پیدا کرده است. پیامد های این همه کوشیدن، جستجو کردن و یافتن، آن بوده است، که امروز می توانیم برای بهتر کردن کمیت و کیفیت زندگی انسان ها برنامه ریزی های خاصی داشته باشیم. کاهش میزان مرگ و میر ناشی از پیشرفت های علوم پزشکی، بهداشت و آموزش و پرورش، موجب افزایش نرخ امید به زندگی و طول عمر گردیده است و این موضوع از چنان اهمیتی برخوردار است که عدم توجه به آن، جامعه انسانی را در آینده ای نزدیک در مقابل مسایل و مشکلاتی پیچیده تر و چه بسا لاینحل قرار میدهد (حسن پور دهکردی و همکاران، ۱۳۸۶: ۴۳۷). بنابراین، آنچه را که دانش امروزی باید بدان توجه کند، تنها طولانی کردن دوران زندگی نیست، بلکه باید توجه داشته باشد که سال های پایانی عمر انسان در نهایت آرامش و سلامت جسمی و روانی سپری گردد، و در صورتی که چنین شرایطی تامین نشود پیشرفت های علمی برای تامین زندگی طولانی تر بی نتیجه و مخاطره آمیز خواهد بود، و در این میان سالمندان از اهمیت ویژه ای برخوردارند.

امروزه، محققان زیادی علاقه مند به بررسی تاثیر مشارکت اجتماعی بر سلامت و افزایش طول عمر سالمندان شده اند و نشان داده اند که مشارکت فرد سالمند در انجمن ها و دیگر گروه های رسمی و غیر رسمی می تواند اندازه شبکه اجتماعی وی - که در سنین بازنشستگی به احتمال زیاد کاهش پیدا می کند - حفظ کند یا گسترش دهد و از این طریق در حفظ توانایی های جسمی و روانی وی مؤثر واقع گردد. هم چنین درگیر شدن در فعالیت های مختلف، از آنجا که نیازمند کار فکری مستمر است، به حفظ سلامت ذهنی سالمندان کمک می کند. از این رو توجه به مسایل و نیازهای این مرحله یک ضرورت اجتماعی است. لذا با در نظر داشتن نیازهای خاص این دوران، توجه به رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و کیفیت زندگی در سالمندان امر بسیار مهمی است که عمدتاً مورد غفلت قرار می گیرد.

حال این موضوع به ذهن متبادر می شود که چه عواملی می توانند سلامت و کیفیت زندگی سالمندان را تحت الشعاع خود قرار دهند، و از میان این عوامل، تاثیرگذارترین عوامل اجتماعی کدامند؟

## ۲-۱) بیان مساله

آنچه در جهان امروز، در انواع خانواده ها، در مسیر صنعتی شدن یا حرکت به سوی جامعه صنعتی مشاهده می شود، از یک سو، تلاشی است برای حفظ فرد و جامعه در جریان رشد و توسعه و از سوی دیگر، حفظ خصوصیات فرهنگی مناسب که بتواند فشارهای وارده و روز افزون به نهادهای اجتماعی را کاهش دهد و تا حد ممکن، بین امکانات فرهنگی قدیم، که برخی نیازهای عاطفی و روانی را جوابگو هستند و شرایط جدیدی که در جامعه صنعتی هر روز به شکل خاصی مطرح می شوند، نوعی تطابق و هماهنگی و یا همزیستی مسالمت آمیز به وجود آورد که در این فرآیند سالمندان جایگاه ویژه ای دارند (پیراد، ۱۳۷۹: ۳۲۰).

اضمحلال خانواده گسترده از یک سو، شهری و صنعتی شدن و تغییرات سریع جوامع معاصر از سوی دیگر، پایگاه اجتماعی سالخوردهگان را دگرگون ساخته و به تدریج به عنوان افرادی منزوی، افسرده، بی اثر، ناتوان، واپس گرا و ...، از سوی جامعه بر چسب می خورند (احمدی، ۱۳۷۹: ۲۴۴). در ۵۰ سال آینده نیز، جوانان ۱۵ ساله امروز با توجه به رشد بهداشت در جامعه، اکثریت به ۶۵ سالگی خواهند رسید در حالی که این گروه، فرزندان کمتری خواهند داشت. نتیجه این که، در ۵۰ سال آینده جامعه با گروه عظیمی از سالمندان روبه رو می شود که فرزندان زیادی برای دریافت حمایت و مراقبت ندارند و در عوض، خانواده ها شامل برادران و خواهران سالخورده ای است که جز درک سنتی یکدیگر، قادر به ارایه کمک های مراقبت متقابل نیستند. فرزندان آنها نیز چه از نظر تعداد و چه از جهت داشتن وقت کافی برای ارایه این خدمات بسیار محدود هستند.

افزایش جمعیت سالمندی می تواند یک موفقیت بزرگ برای حوزه بهداشتی و درمانی باشد. که با کنترل موالید، کاهش مرگ و میر و دسترسی مردم به خدمات بهداشتی و درمانی صورت گرفته باشد. در بررسی این تحول عظیم آنچه بیشتر موجب نگرانی است، آن است که اکثریت سالخوردهگان از نظر اقتصادی، افرادی غیرمولد و مصرف کننده، از نظر اجتماعی، تنها و منزوی و از نظر سلامت و بهداشت، در معرض ابتلا به بیماری های مزمن و معلولیت ها و ناتوانی های ناشی از آن هستند. بدیهی است که با توجه به افزایش روزافزون سالمندان، توجه به مسایل سالمندی، از جمله امور مهم در

سیاست‌گذاری اجتماعی کشورها محسوب می‌شود و بدون آگاهی از نیازهای اساسی و ابعاد سالمندی نمی‌توان به برنامه‌ریزی در راستای رفاه روانی-اجتماعی این قشر پرداخت (انتصاری، ۱۳۸۷: ۳).

جامعه‌شناسان نیز با عنایت به انتظارات و ارزش‌های فرهنگی جامعه، پدیده سالمندی را چنین تعریف می‌کنند: سالمند کسی است که بر اثر افزایش سن و کهولت، توانایی انجام نقش‌ها و مسئولیت‌های اجتماعی و اگذار شده از سوی خانواده و جامعه را نداشته باشد (ریاحی، ۱۳۸۷: ۱۱). اما براساس مستندات سازمان بهداشت جهانی، افراد ۶۰ سال و بالاتر به عنوان سالمند شناخته می‌شوند، که براساس این تقسیم‌بندی، سالمندان به ۳ گروه: ۶۰ تا ۶۹ سال «سالمند»، ۷۰ تا ۷۹ سال «سالمند سالخورده»، ۸۰ سال و بالاتر «سالمند سالخورده تر» تقسیم می‌شوند (میرزایی و شمس قهفرخی، ۱۳۸۶: ۳۲۸) و براساس برآوردها و اعلام سازمان بهداشت جهانی، پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۰۲۰، امید به زندگی به ۷۷ سال برسد و جمعیت بالای ۶۵ سال، ۲۰ درصد از جمعیت جهان را شامل شود، که حدود ۷۰ درصد از این جمعیت در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند (خزایی، ۱۳۸۱: ۳۶۳).

کشور ما نیز به عنوان یکی از کشورهای در حال توسعه، از این قضیه مستثنی نیست، به طوری که روند پیر شدن در کشور از رشد جمعیت سالمندی حکایت دارد (علیپور، ۱۳۸۷: ۱) و براساس آخرین نتایج سرشماری عمومی کشور در سال ۱۳۸۵، تعداد سالمندان بالای ۶۰ سال کشور حدود ۷,۲۷ درصد کل جمعیت ذکر شده است، که با استناد به این آمار، جمعیت سالمندان کشور در فاصله شش سرشماری از سال ۱۳۵۵ تا سال ۱۳۸۵ از نسبت ۳,۳ درصد کل جمعیت به ۷,۲۷ درصد رسیده است، یعنی بالای صد درصد رشد داشته است (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵).

علی‌رغم افزایش تعداد و نسبت سالمندان کشور در چند دهه اخیر، موقعیت و جایگاه آنان به ویژه در شهرهای بزرگ در مقایسه با گذشته، تضعیف شده و آنها را با مشکلاتی مواجه ساخته است. پژوهش‌های انجام شده نیز حاکی از وضعیت نابسامان سالمندان در زمینه‌های مختلف زندگی فردی و خانوادگی است که عمدتاً به دنبال کاهش اعتبار و اقتدار آنان در جامعه و خانواده امروزی به وجود آمده است (ریاحی، ۱۳۸۷: ۱۴).

با توجه به اینکه یکی از نیازهای اساسی سالمندان، حفظ سلامتی و تدارک زندگی سالم است. مفاهیم مختلف زیادی چون «زندگی سالم» و «سالمندی فعال» و...، در ارتباط با سلامتی افراد مطرح شده، که هر یک از منظری به اهمیت و روش های گسترش تندرستی و کیفیت زندگی دوره سالمندی اشاره نموده اند (شیخنا و امینی، ۱۳۸۴: ۲۸)، چنانکه در قرن بیستم، چالش اصلی بهداشت «زنده ماندن» بود، در صورتی که چالش قرن حاضر «زندگی با کیفیت بهتر» می باشد. بنابراین امروزه با توجه به افزایش شاخص طول عمر و امید به زندگی، مساله مهمتری تحت عنوان چگونگی گذران عمر و به عبارتی کیفیت زندگی مطرح شده است، که پرداختن به این موضوع ذهن صاحب نظران و محققین در امور سالمندی را به خود جلب نموده است (حسن پور دهکردی و همکاران، ۱۳۸۶: ۴۳۸)، لذا برای رسیدن به سالمندی فعال و سالم، باید به تمام ابعاد بهداشت جسمی و روحی، اجتماعی، اقتصادی و معنوی زندگی سالمندان توجه داشت.

فارغ از مباحث زیست شناسانه مربوط به سالمندان، بسیاری از بیماری ها و مشکلات دوران سالمندی، ناشی از شیوه زندگی ناسالم است. به طوری که یکی از مهمترین موضوعات در این حوزه، خطر به حاشیه رانده شدن و محرومیت از اعمال حقوق اقتصادی، اجتماعی و فردی و به طور کلی حق مشارکت فعالانه افراد سالمند در جامعه می باشد (سیفی و زینالی، ۱۳۸۶: ۲۴۸). بنابراین کم شدن موقعیت هایی جهت برقراری تماس های اجتماعی، که باعث ایجاد تنهایی در سالمندان می شود و همه عوامل مرتبط می توانند کیفیت زندگی سالمندان را تحت تاثیر قرار دهد (منتظری، گشتاسبی و واحدانی نیا، ۱۳۸۴: ۱۷۶).

در دهه ۱۹۷۰، کیفیت زندگی در پی ظهور آثار منفی رشد اقتصادی و پیدایش نظریه توسعه پایدار، کیفیت زندگی ابعاد و پنداشتی اجتماعی تر پیدا کرد. به طوری که دهه ۱۹۹۰ سرآغاز بحث از کیفیت زندگی اجتماعی با تاکید بر سازه های اجتماعی نظیر سرمایه اجتماعی، همبستگی اجتماعی، عدالت اجتماعی و مشارکت اجتماعی قرار گرفت (غفاری و امیدی، ۱۳۸۷: ۱۰). آن گونه بود که بهزیستی اجتماعی و کیفیت زندگی، در راس اهداف توسعه قرار گرفتند.

واژه "کیفیت زندگی" برای اولین بار در برنامه پنجم عمرانی قبل از انقلاب (۱۳۵۲-۱۳۵۶)، در متن برنامه وارد شده است. در این برنامه، ارتقاء کیفیت زندگی قشرهای اجتماعی، از طریق گسترش نهاد