

سنجش عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی سالمندان در مناطق روستایی

(مطالعه موردی: شهرستان نیشابور)

محمد رضا رضوانی^۱ - استاد و عضو قطب برنامه‌ریزی روستایی دانشگاه تهران

حسین منصوریان - دانشجوی دکتری جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری دانشگاه تهران

حسن احمدآبادی - دانشجوی کارشناس ارشد جغرافیا و برنامه‌ریزی روستایی دانشگاه تهران

فرشته احمدآبادی - دانشجوی کارشناس ارشد جغرافیا و برنامه‌ریزی روستایی دانشگاه خوارزمی تهران

شیوا پروائی هره‌دشت - کارشناس ارشد برنامه‌ریزی رفاه اجتماعی دانشگاه تهران

پذیرش نهایی: ۱۳۹۲/۳/۲۸

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۶/۱۵

چکیده

توجه به مسائل و نیازهای دوران سالمندی ضرورتی اجتماعی در جهت ارتقای کیفیت زندگی سالمندان به شمار می‌رود. هدف اصلی پژوهش حاضر سنجش عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی سالمندان در مناطق روستایی است. به همین منظور ۱۵۰ نفر (۷۲ مرد و ۷۸ زن) از سالمندان مناطق روستایی شهرستان نیشابور، به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای، انتخاب شدند و درباره زندگی آن‌ها مطالعه شد. چارچوب نظری تحقیق تلفیقی از نظریات جامعه‌شناسی سالمندی و نظریات کیفیت زندگی است. یافته‌ها نشان می‌دهد 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. نتایج تحلیل عاملی ده عامل کلیدی را برای تعیین ابعاد کیفیت ذهنی زندگی سالمندان نشان می‌دهد که این ده عامل ۷۴٫۰۱۶ درصد از کل واریانس را تبیین می‌کند. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان می‌دهد شش عامل سرزندگی در گام اول، بهزیستی ذهنی در گام دوم، توانایی جسمی و ذهنی در گام سوم، کیفیت خدمات بهداشتی و قابلیت دسترسی به آن در گام چهارم، روابط اجتماعی در گام پنجم، و تعامل اجتماعی در گام ششم، به ترتیب میزان اهمیتی که در تبیین متغیر وابسته دارند، وارد معادله رگرسیونی شده‌اند. در مجموع این شش عامل توانسته‌اند بیش از ۶۰ درصد تغییرات کیفیت زندگی را در ناحیه مورد مطالعه تبیین کنند. بنابراین، برای ارتقای کیفیت زندگی سالمندان مناطق روستایی ضرورت توجه و اقدامات عملی در حوزه عوامل شناسایی شده احساس می‌شود.

کلیدواژگان

سالمندان، شهرستان نیشابور، کیفیت زندگی، مناطق روستایی.

مقدمه

تعداد سالمندان بر کره زمین و از جمله کشور ایران در حال افزایش است. این موضوعی امیدوارکننده است؛ اما سالمندی و افزایش جمعیت سالمندان پدیده‌ای است که نادیده گرفتن آن می‌تواند، در آینده، همه جوامع از جمله جامعه ایران را با مشکلات بسیار مواجه سازد. اگرچه در ایران نسبت گروه‌های سنی جوان به کل جمعیت کشور درصد بالاتری دارد و کشور ما را از نظر ساختار جمعیتی در شمار کشورهای جوان قرار می‌دهد، طبق سرشماری سال ۱۳۳۵، ۶/۲ درصد جمعیت کشور، سال ۱۳۴۵، ۶/۵ درصد، سال ۱۳۵۵، ۵/۲ درصد، سال ۱۳۶۵، ۵/۴ درصد، سال ۱۳۷۵، ۶/۶ درصد، سال ۱۳۸۵، ۷/۳ درصد، و سال ۱۳۹۰، ۸/۳ درصد جمعیت کشور بالای ۶۰ سال داشته‌اند (مرکز آمار ایران، ۱۳۳۵-۱۳۹۰). تخمین زده می‌شود این نسبت در سال ۲۰۲۵ به ۱۰/۵٪ و در سال ۲۰۵۰ به ۲۱/۷٪ برسد. با توجه به آمار ارائه شده، برنامه‌ریزی برای بهبود کیفیت زندگی سالمندان امری ضروری است (پناغی و همکاران، ۱۳۸۸).

از آنجا که پدیده سالمندی در همه جنبه‌های زندگی جوامع بشری از جمله طیف گسترده‌ای از ساختارهای سنی، ارزش‌ها و معیارها، و ایجاد سازمان‌های اجتماعی تحولات قابل ملاحظه‌ای به وجود می‌آورد، مقابله با چالش‌های فراراه این پدیده و اتخاذ سیاست‌های مناسب برای ارتقای وضعیت جسمی و اجتماعی و روانی سالمندان اهمیت بسیار دارد. علاوه بر این، امروزه فقط زنده بودن هدف نیست؛ چگونگی و کیفیت زندگی نیز مهم است. حمایت از سالمندان نیز نباید فقط با این هدف انجام گیرد که امید به زندگی را در آنان افزایش دهد. امروزه سالمندی پویا هدف است؛ یعنی با افزایش جمعیت سالمندی به کیفیت زندگی آن‌ها نیز باید توجه شود (توکلی قوچانی و آرمان، ۱۳۸۲). سالمندی پویا فرایند بهینه‌سازی فرصت‌ها برای سلامتی، مشارکت، و امنیت به منظور بهبود کیفیت زندگی افراد سالمند است.

بر اساس سرشماری سال ۱۳۸۵، حدود ۶۳/۳٪ سالمندان در شهرها و ۳۵/۴٪ در روستاها ساکن‌اند. در مناطق شهری تعداد سالمندان از حدود ۲۲۵۰۰۰۰ نفر، در سال ۱۳۷۵، به حدود ۳۲۸۰۰۰۰ نفر، در سال ۱۳۸۵، رسیده است. به عبارت دیگر، طی دوره‌ای ده‌ساله، جمعیت سالمندان شهری حدود ۱/۵ برابر شده است. طی همین دوره، تعداد سالمندان مناطق روستایی با آهنگی بسیار کندتر نسبت به نواحی شهری از حدود ۱۷۳۰۰۰۰ نفر در سال ۱۳۷۵ به ۱۸۴۰۰۰۰ نفر در سال ۱۳۸۵ رسیده است. با این حال، آمار جمعیت سالمندان در مناطق شهری و روستایی نشان می‌دهد نسبت جمعیت سالمندان در مناطق روستایی، بر اثر مهاجرت

از روستا به شهر، بیش از مناطق شهری است؛ در حالی که امید به زندگی در روستاها معمولاً کمتر از شهرهاست. جوانان بسیار بیشتر از سالمندان از روستا به شهر مهاجرت می‌کنند که موجب کاهش جمعیت جوانان و افزایش نسبت جمعیت سالمندان در مناطق روستایی می‌شود. بنابراین، بسیاری از ساکنان روستا در رده سنی سالمندان قرار دارند. علاوه بر این، بیشتر روستاییان، به دلیل ویژگی‌های بازار کار در مناطق روستایی، کمتر تحت پوشش بیمه‌ها هستند. این موضوع کیفیت زندگی سالمندان روستایی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (پهلوان‌زاده و جاراللهی، ۱۳۹۰). هدف پژوهش حاضر این است که عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی سالمندان را، در مناطق روستایی، شناسایی و میزان نقش هر یک از این عوامل را در بهبود کیفیت زندگی آنها کشف کند.

جدول ۱. نسبت سالمندان ۶۰ سال و بالاتر به کل جمعیت طی سال‌های ۱۳۳۵-۱۳۹۰

شرح	۱۳۳۵	۱۳۴۵	۱۳۵۵	۱۳۶۵	۱۳۷۵	۱۳۸۵	۱۳۹۰
کل	۶۲	۶۵	۵۲	۵۴	۶۶	۷۳	۸۲۶
شهری	۵۳	۶۱	۵۱	۵۲	۶۱	۶۸	-
روستایی	۷۴	۶۸	۵۱	۵۷	۷۴	۸۳	-

منبع: سرشماری عمومی نفوس و مسکن ایران طی سال‌های ۱۳۳۵ تا ۱۳۹۰ (میرزایی و قهفرخی، ۱۳۸۶)

مبانی نظری

کیفیت زندگی به شیوه‌های مختلف تعریف شده است. برخی اندیشمندان بر این باورند که: کیفیت زندگی مجموعه‌ای است که نیازهای جسمی، عاطفی، اجتماعی، و امکانات زندگی را تشکیل می‌دهد (رهنما، ۱۳۵۷، ۳۴).

برخی دیگر می‌گویند:

کیفیت زندگی به معنای احساسی است که فرد نسبت به رفاه اجتماعی، عاطفی، و جسمانی خود دارد و این احساس متأثر از این است که یک فرد در شرایط مختلف زندگی تا چه اندازه به خشنودی شخصی نایل شده است (گیب، بوری و السون، ۲۰۰۴، ۱۱۲؛ به نقل از جواهری و همکاران، ۱۳۸۹).

در تعریفی دیگر از کیفیت زندگی آن را به مثابه مفهومی عینی و ذهنی بررسی می‌کنند که در آن صرفاً بر ستانده‌های اقتصادی و اجتماعی متمرکز نمی‌شوند، بلکه به دستاورد سیاست‌ها و تأثیری که افراد از آن می‌پذیرند نیز توجه می‌کنند (غفاری و امید، ۱۳۸۷، ۶). می‌توان گفت

این مفهوم تحت تأثیر مؤلفه‌هایی چون زمان، مکان، و ارزش‌های فردی و اجتماعی قرار دارد. به همین دلیل برخی کیفیت زندگی را قابلیت زیست‌پذیری یک ناحیه، برخی دیگر معیاری برای میزان جذابیت، و برخی رفاه عمومی و بهزیستی اجتماعی و شادکامی و رضایتمندی و مواردی از این قبیل تعبیر کرده‌اند (اپلی و منن، ۲۰۰۸). علاوه بر این، کیفیت زندگی رابطه بین ادراکات و احساسات با تجربه‌های فردی، درون فضایی که در آن زندگی می‌کنند، نیز تعریف می‌شود (ویش، ۱۹۸۶، ۹۴؛ به نقل از رضوانی و همکاران، ۱۳۸۸). به نظر فرانس (۱۹۹۶) کیفیت زندگی ساختاری چندبعدی دارد و همه حیطه‌های زندگی را در بر می‌گیرد. فرانس، با بررسی مقالات و مطالعات انجام شده در زمینه کیفیت زندگی، به لحاظ مفهومی، کاربرد این اصطلاح را در شش حوزه دسته‌بندی می‌کند:

۱. زندگی عادی: توانایی تأمین نیازهای اساسی و حفظ سلامت و تمرکز بر توانایی‌های کارکردی؛
۲. مطلوبیت اجتماعی: توانایی ایجاد یک زندگی مفید اجتماعی و ایفای نقش مؤثر در جامعه و برخورداری از موقعیت مناسب شغلی؛
۳. شادکامی: تعامل میان احساس هیجان و افسردگی، متأثر از عوامل درونی و بیرونی، به صورت موقت و کوتاه‌مدت؛
۴. رضایت از زندگی: ارزیابی مثبت فرد از کیفیت زندگی خود، معطوف به توانایی‌های شخص، رضایتمندی در زمینه‌های مختلف زندگی چون عشق، ازدواج، روابط دوستانه، شغل، و ...؛
۵. دستیابی به اهداف شخصی: توانایی در دستیابی به اهداف، رضایت شخصی، خودباوری و رضایتمندی هنگام مقایسه خود با دیگران، حداقل شکاف میان موقعیت واقعی و انتظارات فرد؛
۶. استعدادهای ذاتی: توانایی‌ها و استعدادهای فیزیکی و ذهنی بالفعل و بالقوه (فرانس، ۱۹۹۶؛ به نقل از غفاری و امیدی، ۱۳۸۷، ۸).

تعریف مورد نظر در این تحقیق مبتنی بر نظریات فرانس است که کیفیت زندگی ذهنی و عینی را در بر می‌گیرد. بر این اساس، فرد سالمندی که توانایی تأمین نیازهای اساسی و حفظ سلامت خود را دارد در جامعه نقشی تأثیرگذار ایفا می‌کند، در زندگی خوشحال و شاداب است، در جنبه‌های مختلف زندگی رضایت خاطر دارد، به اهداف شخصی خود دست یافته است، استعداد ذاتی برای پیشرفت دارد، و از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار است. شاخص مشترکی که در تعیین کیفیت زندگی به کار گرفته می‌شود شامل دو وجه یا سنجۀ عینی و ذهنی است. معیارهای عینی عمدتاً قابل لمس‌اند و جنبه‌های قابل تأیید زندگی، چون

شرایط اقتصادی و اجتماعی، را در بر می‌گیرند. این سنجه‌ها، که بیشتر بر امکانات مادی متمرکزند، عمدتاً متکی بر ترازهای درآمد ملی و میزان ارضا و پاسخگویی به نیازهای جامعه و نظایر آن است. از طرف دیگر، معیارهای ذهنی سنجش کیفیت زندگی عمدتاً به سنجش احساسات در خصوص زندگی و اینکه مردم چه تصویری از زندگی خود دارند می‌پردازد؛ که از طریق ارزیابی میزان رضایت یا شادکامی افراد جامعه قابل اندازه‌گیری است. در واقع، کیفیت زندگی در دو سطح کلان (اجتماعی و عینی) و خرد (شخصی و ذهنی) تعریف شده است. در این چارچوب ابتدا شاخص‌هایی از قبیل درآمد، اشتغال، مسکن، آموزش، و سایر امور و شرایط محیط زندگی اندازه‌گیری می‌شد؛ اما بعدها درک همه‌جانبه از کیفیت زندگی، مانند تجارب و ارزش‌های فردی و شاخص‌های مرتبط با آن، از جمله خوب‌بودن و شادی و رضایت از زندگی، نیز به این شاخص‌ها اضافه شد. همان‌گونه که لاوتن بیان کرد، می‌توان کیفیت زندگی را مجموعه‌ای پیچیده از تأثیرات متقابل بین ابعاد عینی و ذهنی دانست (لاوتن، ۱۹۹۱؛ به نقل از زهرا نیک‌سیرت، ۱۳۸۶، ۱۲). بنابراین، کیفیت زندگی دارای دو جنبه عینی و ذهنی است؛ یعنی این مفهوم هم به بهره‌مندی عینی و واقعی از دستاوردها و فرصت‌های زندگی مربوط است و هم حاصل ارزیابی فرصت‌ها و سرمایه‌های واقعی زندگی است.

از این رو، کیفیت زندگی با دو مفهوم نیازهای انسانی و رضایت از زندگی نیز رابطه دارد. به همین دلیل لازم است کیفیت زندگی شخصی در تعامل با کیفیت زندگی جمعی مطالعه شود (ذکایی، ۱۳۸۴، ۳؛ به نقل از جواهری و همکاران، ۱۳۸۹، ۱۴۷).

به نظر فارکوار، سالمندان با معیارهایی متفاوت درباره کیفیت زندگی‌شان سخن می‌گویند. اما معیارهای مهم 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 انتظارات آن‌ها و انتظارات آن‌ها مبتنی بر تجارب زندگی‌شان است. آن‌ها تجربه‌ها و زندگی خودشان را با تجربه و زندگی هم‌سن‌وسالان خود مقایسه می‌کنند. (فارکوار، ۱۹۹۴، ۱۵۳؛ به نقل از بوند و کورنر، ۱۳۸۹، ۱۵). بنابراین، کیفیت زندگی شامل ابعاد عینی و ذهنی است. محیط فیزیکی و اجتماعی، عوامل اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی، استقلال فردی، و سلامت جسمی و روانی از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی افراد است. ارتباط با خانواده و دوستان، روابط اجتماعی، سلامت جسمی و عاطفی، استقلال، تحرک، شرایط مادی و معنوی، اوقات فراغت، و محیط خانه نیز بر کیفیت زندگی سالمندان اثر می‌گذارد (همان).

هیوجز (۱۹۹۰) نیز هشت عامل را عوامل سازنده و بخشی از مدل مفهومی کیفیت زندگی معرفی می‌کند: استقلال فردی، رضایت اظهارشده، رفاه جسمی و روحی، وضعیت اجتماعی و اقتصادی، کیفیت محیط، فعالیت هدفمند، انسجام اجتماعی، و عوامل فرهنگی (بوند و کورنر، ۱۳۸۹، ۱۳-۱۴). این عوامل ابعاد عینی و ذهنی را در بر دارد. در زمینه کیفیت زندگی نظریات گوناگون مطرح شده است. در این تحقیق دو نظریه زیر به کار رفته است:

نظریه کیفیت زندگی جهانی (مدل تلفیقی کیفیت زندگی): این نظریه نظریه‌ای کلی است شامل سه بعد اساسی ذهنی- وجودی- عینی. کیفیت ذهنی زندگی به معنی احساس لذت فرد از زندگی است. فرد شرایط و احساسات و عقایدش را به صورت شخصی ارزیابی می‌کند. به عبارت دیگر، احساس رضایت فرد از زندگی منعکس‌کننده بعد ذهنی کیفیت زندگی است. کیفیت وجودی زندگی احساس لذت فرد از زندگی در سطحی عمیق‌تر است. در این دیدگاه فرض بر این است که فرد ماهیتی عمیق‌تر دارد و شایسته احترام است و می‌تواند منطبق با ماهیت خود زندگی کند. کیفیت عینی زندگی تحت تأثیر فرهنگی است که مردم در آن زندگی می‌کنند. در واقع دنیای پیرامون لذت‌بخش بودن زندگی فرد را تعیین می‌کند (ونتگوگ؛ به نقل از اونق‌ناز، ۱۳۸۴، ۴۱).

نظریه کیفیت زندگی اجتماعی: طبق این نظریه کیفیت زندگی عبارت است از شرایطی که شهروندان در آن قادر به مشارکت در زندگی اجتماعی و اقتصادی جامعه‌اند؛ به صورتی که بهزیستی و توانایی بالقوه آن‌ها نیز بهبود یابد. کیفیت زندگی اجتماعی مبتنی است بر: درجه تأمین اجتماعی- اقتصادی، دامنه ادغام (مشمولیت) اجتماعی، دوام و شدت همبستگی و انسجام اجتماعی بین نسل‌ها، و سطح خودمختاری و توانمندسازی شهروندان (نول، ۲۰۰۲، ۶۲؛ غفاری و امیدی، ۱۳۸۷، ۵۷-۵۸).

تأمین اجتماعی- اقتصادی شرایطی است که افراد در آن از امکانات کافی برخوردارند. این موضوع به دستاوردها و اقدامات حمایتی جامعه و نظام‌ها و مؤسسات اجتماعی بستگی دارد، که زمینه فرایند خودتحقیقی افراد را فراهم می‌آورند. ادغام اجتماعی شرایطی است که افراد در آن قادرند به نهادها و روابط اجتماعی دسترسی داشته باشند. این موضوع به مشارکت و فرایند ادغام در هویت‌های جمعی و واقعیت‌هایی که خودتحقیقی را محقق می‌کند بستگی دارد. همبستگی اجتماعی مبتنی است بر هویت‌ها و ارزش‌ها و هنجارهای مشترک، که از یک سو با انسجام هویت‌های جمعی ارتباط دارد و از

سوی دیگر با فرایندی که شبکه‌های اجتماعی و زیرساخت‌های اجتماعی این شبکه‌ها را ایجاد و پشتیبانی می‌کند. توانمندسازی اجتماعی نیز شامل قابلیت‌های شخصی افراد و توانایی فعالیت آن‌ها از طریق روابط اجتماعی است (به نقل از غفاری و امیدی، ۱۳۸۷، ۵۸-۵۹). طبق این نظریه کیفیت زندگی در جامعه زمانی بالاست که شهروندان به سطحی قابل قبول از تأمین اجتماعی-اقتصادی، فرصت‌ها، ادغام اجتماعی، و زندگی در اجتماعات منسجم و دارای همبستگی اجتماعی دست یابند.

در زمینه سالمندی نیز از دو نظریه فعالیت و نظریه نقش استفاده شد. اساس نظریه فعالیت بر این است که فعالیت در دوران بازنشستگی و سالمندی سلامت را افزایش می‌دهد. افراد بازنشسته و سالمند، با شرکت در نقش‌هایی که ویژگی‌های دوران میان‌سالی را دارد، جایگاه خویش را درمی‌یابند و با این مرحله از زندگی سازگار می‌شوند. در نتیجه، سالمندانی که پس از بازنشستگی به فعالیت‌های اقتصادی و اجتماعی ادامه می‌دهند از رضایت بالاتری برخوردارند. بر اساس نظریه فعالیت سالمندان، در حالی که به تدریج ناچارند برخی وظایف و مسئولیت‌های خود را به گروه‌های سنی جوان‌تر واگذار کنند، مسئولیت‌ها و وظایف جدیدی را عهده‌دار خواهند بود و نقش‌هایی متفاوت برایشان تعریف می‌شود (محسنی تبریزی، ۱۳۷۹). در این نظریه مسائل اجتماعی در زمینه ناسازگاری سالمندان مطرح می‌شود؛ یعنی، چنانچه شرایط طوری باشد که سالمند در نقش‌های باقی‌مانده و نقش‌های جدید، که جانشین نقش‌های قدیمی می‌شود، فعالیت کند، می‌تواند در فعالیت‌های خود مجدداً نظمی مناسب برقرار نماید. در غیر این صورت دچار بی‌نظمی دائمی خواهد شد و ممکن است موجب ناسازگاری و بیگانه‌شدن فرد با جامعه و خود شود (میشارا، ۱۳۶۵، ۶۰). نظریه پردازان فعالیت بر این باورند که سالمندان باید فعالیت‌های دوره میان‌سالی خود را حفظ کنند و عضو تمام‌عیار جامعه باشند (علی‌پور، ۱۳۸۵، ۶۳).

نظریه نقش نیز، با باور به اینکه شخصیت آدمی متشکل از نقش‌های گوناگونی است که در زندگی خود ایفا می‌کند، کار را یکی از نقش‌های بسیار مهم اجتماعی و ابزاری قوی برای ابراز هویت و شخصیت می‌داند. بسیاری از افراد هویت خود را با نقش اجتماعی و شغل خود معرفی می‌کنند؛ بنابراین، از دست دادن شغل به معنی انقطاع و گسیختگی غیر منتظره‌ای است که در زندگی اجتماعی فرد رخ می‌دهد و از پیامدهای آن نارضایتی، اضطراب، و افسردگی خواهد بود. در این قسمت لازم است تحقیقاتی که به‌طور مستقیم و غیر مستقیم به موضوع تحقیق مربوط می‌شود به‌اختصار بیاید.

پهلوان‌زاده و جاراللهی (۱۳۹۰)، در مقاله‌ای با نام «بررسی تأثیر عوامل اجتماعی بر سلامت

روان سالمندان روستایی»، با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای، وضعیت ۲۸۴ نفر از سالمندان ۶۰ سال و بالاتر دهستان دشت، از توابع مشکین‌شهر، را بررسی کردند. در این مقاله تأثیر عوامل اجتماعی-چون حمایت خانوادگی، پایگاه اقتصادی و اجتماعی، وضعیت تأهل، حضور فرزندان در خانه، و میزان فعالیت‌های روزمره- بر سلامت روانی سالمندان روستایی تأیید شد. در میان عوامل اجتماعی، وضعیت تأهل قوی‌ترین متغیری است که سلامت روانی را تضمین می‌کند. میزان فعالیت‌های روزمره و حضور فرزندان در خانه رتبه‌های بعدی تبیین واریانس متغیر سلامت روانی را به خود اختصاص می‌دهند.

فرهادی و همکاران او (۱۳۹۰)، در مقاله‌ای با نام «کیفیت زندگی سالمندان روستایی، مطالعه موردی: شهرستان دشتی استان بوشهر»، کیفیت زندگی سالمندان روستایی شهرستان دشتی استان بوشهر را در بهمن‌ماه ۱۳۸۸، با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی SF36، بررسی کردند. در این مقاله دو بُعد روانی (سرزندگی، عملکرد اجتماعی، نقش هیجانی، سلامت روان) و جسمانی (عملکرد جسمانی، نقش فیزیکی، درد بدنی، سلامت عمومی) عوامل تعیین کیفیت زندگی معرفی شد. 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 به نظر می‌رسد.

بهزاد ستاری (۱۳۸۵)، در مقاله‌ای با نام «بررسی وضعیت اجتماعی و سلامت سالمندان روستایی با رویکرد طرح توانمندسازی روستایی»، به تعیین وضعیت اجتماعی سالمندان و همچنین شناسایی نیازمندی‌های اساسی سالمندان روستایی، جهت ارائه خدمات به آن‌ها، پرداخت. وی در تحقیقات خود از روش پژوهشی توصیفی از نوع مطالعات پیمایشی مقطعی استفاده کرد. جهت جمع‌آوری اطلاعات و داده‌ها دو نوع پرسشنامه را به کار برد: پرسشنامه ارزیابی وضعیت اجتماعی و سلامت سالمندان و پرسشنامه نیازسنجی سالمندان. این طرح در بخش کورائیم شهرستان نیر، از استان اردبیل، اجرا شد. نتایج این تحقیق نشان می‌دهد ۲۰ درصد سالمندان نیازمند تغذیه و پوشاک و مسکن، ۱۹ درصد نیازمند خدمات پزشکی و بهداشتی، ۱۰ درصد نیازمند خدمات توان‌بخشی، ۴۱ درصد نیازمند برنامه‌های اوقات فراغت، و ۱۰ درصد نیازمند تکریم و ارزش‌گذاری اجتماعی‌اند.

تواتچای اپیدچکول (۲۰۱۱)، در مقاله‌ای با نام «مقایسه کیفیت زندگی و سلامت ذهنی در میان سالمندان روستا و مناطق حومه شهری تایلند»، بر اساس طرح مطالعه مقطعی، کیفیت زندگی و سلامت ذهنی و جسمی سالمندان بالای ۶۰ سال روستاها و مناطق حومه شهری

تایلند شمالی را ارزیابی کرد. وی در تحقیق خود روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای را به کار برد. ابزار مورد استفاده پرسشنامه سلامت عمومی (تایلندی- ۲۸)، ارزیابی کیفیت زندگی در تایلند (WHOQOL-BREF-THAI)، شرح حال (تاریخ)، و معاینه جسمی (فیزیکی) بود. روایی و پایایی این دو ابزار شناسایی شد. ضریب آلفای کرونباخ برای WHOQOL-BREF-THAI ۰/۸۴ و برای THAI-GHQ-28 ۰/۹۴ بود. مصاحبه‌های چهره‌به‌چهره را پژوهشگران آموزش‌دیده انجام دادند. کیفیت زندگی افراد مورد مطالعه مناطق حومه شهری در بُعد سلامت جسمانی $P=0.025$ و در بُعد روابط اجتماعی $P=0.012$ بود. روابط اجتماعی میان زنان مناطق مختلف تفاوتی معنادار داشت ($P=0.01$) و افراد ساکن مناطق روستایی نسبت به کسانی که در حومه شهرها زندگی می‌کردند سلامت ذهنی بالاتری داشتند.

بوردرز و همکاران او (۲۰۰۴)، در مقاله‌ای با نام «عوامل مرتبط با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در میان افراد سالمند در مناطق روستایی غربی»، کیفیت زندگی و رابطه آن را با سلامت سالمندان در منطقه جنوب غربی ایالات متحده مطالعه کردند. هدف تحقیق شناسایی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی و رابطه آن با سلامت و شناسایی زیرگروه‌های جمعیتی بود که بیشترین نیاز را به خدمات بهداشتی و اجتماعی داشتند. در این تحقیق از ۵۰۰۰ سالمند ۶۵ ساله و بالاتر نظرسنجی تلفنی انجام شد. جامعه آماری این تحقیق افراد مسن بالای ۷۵ سال با کمترین میزان سلامتی بود که تحصیلات پایین‌تر از دبیرستان داشتند، بازنشسته یا بی‌کار بودند، درآمد خانوار آن‌ها بسیار پایین بود، و در مناطق مختلف شهری و روستایی و مرزی زندگی می‌کردند. نتایج نشان داد، برای حفظ سلامت جسمی و اجتماعی و روانی افراد مسن ساکن در مناطق شهری و روستایی، خدمات اجتماعی و مراقبت‌های پزشکی و خدمات حمایتی مورد نیاز است؛ به‌ویژه میان اقشار اجتماعی و اقتصادی محروم.

هوئیجون لیو و همکاران او (۲۰۱۱)، در مقاله‌ای با نام «کیفیت زندگی و خطر مرگ‌ومیر سالمندان در مناطق روستایی چین: نقش حمایت از خانواده»، به آثار حمایت از خانواده در رفاه سالمندان مناطق روستایی چین پرداختند. افزایش تعداد سالمندان چین فراتر از رشد ظرفیت سیستم تأمین اجتماعی کشور است. در عین حال، مراقبت از خانواده چالش اساسی کاهش باروری و افزایش مهاجرت از مناطق روستایی به مناطق شهری است. در این مقاله آثار حمایت از خانواده در رفاه سالمندان مناطق روستایی چین، با استفاده از داده‌های پانل چهار موج بر ۱۴۵۶ فرد ۶۰ ساله و بالاتر، در منطقه چاوهو چین، بررسی شد. یافته‌ها نشان داد زندگی

مجردی در مقایسه با زندگی با دیگران خطر مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های مزمن را کاهش و زندگی با فرزندان بزرگسال خطر مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های قلبی-عروقی را افزایش می‌دهد، هرچند با کیفیت بهتر زندگی در کوتاه‌مدت همراه است. علاوه بر این، دستیابی به امکانات آموزشی و حمایت مالی از یک سو کیفیت زندگی و از سوی دیگر خطر بروز بیماری‌های قلبی-عروقی را، در حد متوسط، افزایش می‌دهد.

لی وی هویی و همکاران او (۲۰۱۰)، در مقاله‌ای با نام «عوامل تعیین‌کننده کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در میان افراد مسن در مناطق روستایی ویتنام»، برای طراحی و اجرای برنامه‌های مناسب، عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی در ارتباط با سلامت را در منطقه‌ای روستایی مطالعه کردند. در سال ۲۰۰۷، ۲۸۷۳ فرد ۶۰ ساله و بالاتر از ۲۲۴۰ خانوار، به صورت تصادفی، انتخاب شدند و با پرسشنامه دموگرافیک (DSS) و پرسشنامه عمومی HRQoL D5-EQ با آن‌ها مصاحبه شد. یافته‌های رگرسیون خطی چندمتغیره نشان داد تأثیر اولیه سالمندی در زوال کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سنین بالاتر، عمدتاً، به دلیل کاهش عملکرد جسمی است، نه عملکرد ذهنی. تأثیر نابرابری‌های آموزشی در این زمینه کم است و بیشتر در سطوح بالاتر آموزش و پرورش دیده می‌شود. شرایط اقتصادی نیز بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد. همچنین زندگی بلندمدت بیش از شرایط اقتصادی کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. نتایج نشان می‌دهد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان در سطحی بالا و با توجه به عوامل اقتصادی و اجتماعی متفاوت است. برنامه‌های بهداشتی و اجتماعی طراحی شده برای بهبود سلامت افراد مسن عوامل تعیین‌کننده کیفیت زندگی آنان است؛ به‌ویژه میان گروه‌های آسیب‌پذیر.

بر اساس مبانی نظری و پیشینه تحقیقات، مدل مفهومی این تحقیق مبتنی بر حوزه‌هایی است که هیوجز (۱۹۹۰) معرفی کرده و درباره کیفیت زندگی سالمندان است. این حوزه‌ها عبارت‌اند از استقلال فردی، رضایت اظهارشده، رفاه جسمی و روحی، وضعیت اجتماعی و اقتصادی، کیفیت محیط، فعالیت هدفمند، انسجام اجتماعی، و عوامل فرهنگی (بوند و کورنر، ۱۳۸۹، ۱۳-۱۴). در مقاله حاضر تلاش بر این است که عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی سالمندان در مناطق روستایی شهرستان نیشابور بررسی شود.

روش‌شناسی تحقیق

پژوهش حاضر با روش پیمایش و با استفاده از ابزار پرسشنامه و مراجعه حضوری پرسشگر به افراد نمونه مورد مطالعه انجام گرفت. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS استفاده شد. جامعه آماری

پژوهش حاضر سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر نه روستای شهرستان نیشابور است. از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای، با استفاده از فرمول کوکران، ۱۵۰ نفر انتخاب شدند. بعد از برآورد حجم نمونه، از پنج بخش شهرستان نیشابور سه بخش، از هر بخش یک دهستان، و از هر دهستان سه روستا، به ترتیب کوچک و متوسط و بزرگ، انتخاب شد. مراحل بعدی نمونه‌گیری نیز داخل روستاها انجام گرفت. بدین ترتیب که بر اساس جمعیت هر روستا و مراجعه حضوری به خانه‌ها، به صورت چند تا در میان، تعدادی سالمند انتخاب شدند و درباره آن‌ها مطالعه شد. در این تحقیق، با استفاده از رویکرد ذهنی، از هر حوزه (استقلال فردی، رضایت اظهارشده، رفاه جسمی و روحی، وضعیت اجتماعی و اقتصادی، کیفیت محیط، فعالیت هدفمند، انسجام اجتماعی، و عوامل فرهنگی) مؤلفه‌هایی انتخاب و بررسی شد. مؤلفه‌های مورد استفاده شامل توانایی جسمی و ذهنی، بهزیستی ذهنی، قابلیت دسترسی و کیفیت خدمات بهداشتی، سرزندگی، روابط اجتماعی، وضعیت تغذیه، فعالیت‌های فرهنگی و ورزشی، تعامل اجتماعی، ارتباط با فرزندان و اقوام، و امکان فعالیت‌های تفریحی بود (جدول ۲).

جدول ۲. مؤلفه‌های مورد استفاده در مطالعه کیفیت زندگی سالمندان

رضایت فردی	کیفیت عمومی زندگی که خود سالمند بیان می‌کند.
عوامل محیط فیزیکی	استاندارد مسکن، نهادینه کردن ترتیبات زندگی، کنترل محیط، دسترسی به تسهیلاتی نظیر فروشگاه، حمل‌ونقل عمومی، اوقات فراغت
عوامل محیط اجتماعی	شبکه‌ها و حمایت‌های خانواده و اجتماع، سطوح فعالیت‌های تفریحی، ارتباط با سازمان‌های رسمی و غیر رسمی
عوامل اجتماعی و اقتصادی	درآمد و ثروت، تغذیه، استاندارد عمومی زندگی
عوامل فرهنگی	سن، جنسیت، قومیت، پیشینه مذهبی و طبقاتی
عوامل وضعیت سلامتی	بهزیستی و سلامت فیزیکی، توانایی عملکرد و سلامت روان، بهزیستی و سلامت جسمی
عوامل شخصیتی	بهزیستی روانی و روحی، رضایت از زندگی و شادکامی، احساس شخص درباره خود، هویت فردی
عوامل استقلال فردی	توانایی تصمیم‌گیری و توانایی کنترل محیط پیرامون

منبع: (هیوجز، ۱۹۹۰؛ به نقل از بوند و کورنر، ۱۳۸۹، ۱۳-۱۴)

محدوده و قلمرو پژوهش

در سال ۱۳۸۵ سالمندان ۷/۲۷ درصد کل جمعیت کشور را تشکیل می‌دادند. این رقم برای استان خراسان رضوی ۱۰/۳۳ درصد و برای شهرستان نیشابور ۱۰/۰۴ درصد جمعیت بود.

جمعیت کل سالمندان شهرستان نیشابور، طبق آمار سال ۱۳۸۵، ۳۹۹۰۲ نفر بود که ۱۶۵۴۳ نفر زن و ۲۳۳۵۹ نفر مرد بودند. جمعیت سالمندان بالای ۶۰ سال، به تفکیک شهری و روستایی، نیز نشان داد تعداد سالمندان روستایی این شهرستان بالاست. تعداد سالمندان مناطق روستایی ۲۱۷۲۸ نفر (۵۴/۵) و تعداد سالمندان مناطق شهری ۱۲۱۶۵ نفر (۴۵/۵) بود. شهرستان نیشابور پنج بخش دارد به نام‌های میان‌جلگه، زبرخان، مرکزی، تخت‌جلگه، و سرولایت. بخش میان‌جلگه از سه دهستان بلهرات و عشق‌آباد و غزالی، بخش زبرخان از سه دهستان زبرخان و اردوغش و اسحق‌آباد، بخش مرکزی از چهار دهستان مازول و فضل و ریوند و درب‌قازی، بخش تخت‌جلگه از سه دهستان فیروزه و تخت‌جلگه و طاغنکوه، و بخش سرولایت از دو دهستان سرولایت و برزنون تشکیل شده است. برای این تحقیق از پنج بخش شهرستان نیشابور سه بخش، از هر بخش یک دهستان، و از هر دهستان سه روستا (کوچک، متوسط، بزرگ) انتخاب شد (جدول ۳).

جدول ۳. روستاهای مورد مطالعه و تعداد نمونه

نام روستا	احمدآباد	شهرآباد	نصرآباد	برزنون	زهن	بهران	مبارکه	لطف‌آباد	شادمهرک	جمع
فراوانی	۲۰	۱۵	۱۵	۲۰	۱۵	۱۵	۲۰	۱۵	۱۵	۱۵۰
درصد	۱۳/۳	۱۰	۱۰	۱۳/۳	۱۰	۱۰	۱۳/۳	۱۰	۱۰	۱۰۰

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی

از مجموع ۱۵۰ نمونه مورد مطالعه، ۷۲ نفر مرد (۴۸٪) و ۷۸ نفر زن (۵۲٪) بودند. بیشتر این افراد بی‌سواد بودند (۸۹٪/۳) و فقط حدود ۱۱ درصد سواد ابتدایی داشتند. درصد بالایی از افراد نمونه متأهل بودند و همسرشان در قید حیات بود (۷۳٪) و همسران ۲۶ درصد آن‌ها فوت کرده بود. به لحاظ درآمد، بیشتر این افراد جزء اقشار پایین جامعه بودند با درآمدی پایین‌تر از ۵۰۰۰۰۰ تومان در ماه. ۴۳ درصد افراد نمونه درآمد پایین‌تر از ۲۵۰۰۰۰ تومان و حدود ۴۸ درصد درآمدی بین ۲۵۰۰۰۰ تا ۵۰۰۰۰۰ تومان داشتند. کشاورزی و دامداری فعالیت اصلی بیش از ۵۲ درصد افراد مورد مطالعه بود. گفتنی است فقط ۳/۳ درصد سالمندان مورد مطالعه این تحقیق از مستمری

بازنشستگی استفاده می‌کردند. حدود ۴۳ درصد این افراد با همسران خود، ۱۵ درصد با فرزندان، ۲۹ درصد با همسر و فرزندان، و نزدیک ۱۳ درصد نیز تنها زندگی می‌کردند. برای سنجش کیفیت زندگی سالمندان در ناحیه مورد مطالعه از یک سؤال کلی استفاده شد. از پاسخگو خواسته شد میزان رضایت خود را از زندگی، با در نظر گرفتن جنبه‌های گوناگون، بیان کند. پاسخ افراد در طیف لیکرت پنج مقیاسی، از کاملاً راضی تا کاملاً ناراضی، بیان شد. نتایج نشان داد ۳۶ درصد افراد مورد مطالعه از کیفیت زندگی خود راضی و کاملاً راضی و ۹۴ درصد از کیفیت زندگی خود ناراضی و کاملاً ناراضی‌اند. بیش از ۵۴ درصد این افراد نیز کیفیت زندگی خود را در حد متوسط ارزیابی کردند. میانگین امتیاز کیفیت زندگی افراد مورد مطالعه برابر ۳/۳۱ بود (جدول ۴).

جدول ۴. رضایت از کیفیت زندگی

میزان رضایت از کیفیت زندگی	فراوانی	درصد	درصد تجمعی
کاملاً راضی	۷	۴٫۷	۴٫۷
راضی	۴۷	۳۱٫۳	۳۶٫۰
نه راضی، نه ناراضی	۸۲	۵۴٫۷	۹۰٫۷
ناراضی	۱۳	۸٫۶	۹۹٫۳
کاملاً ناراضی	۱	۰٫۷	۱۰۰
میانگین		۳٫۳۱	
انحراف استاندارد		۰٫۷۲۳	

یافته‌های تحلیلی

در پژوهش حاضر از روش آماری تحلیل عاملی برای شناسایی ابعاد کیفیت زندگی سالمندان در نواحی روستایی شهرستان نیشابور استفاده شد. تحلیل عاملی تکنیکی آماری است که معمولاً برای استخراج زیرمجموعه‌های غیر همبسته معرف‌هایی به کار می‌رود که واریانس مشاهده شده در مجموعه داده‌های اولیه را تبیین می‌کنند (رضوانی و همکاران، ۱۳۸۸، ۱۰۰). ۳۶ معرف ذهنی در تحلیل عاملی به کار رفت که در پیمایش سالمندان ناحیه مورد مطالعه گردآوری شد. به منظور بررسی مناسب بودن داده‌ها برای تحلیل عاملی، ضریب KMO و آزمون بارتلت به کار رفت. ارزش KMO برای این مطالعه ۰/۸۴۹ بود و آزمون بارتلت سطح معناداری در حدود ۰/۰۰ داشت که نشان می‌دهد داده‌ها برای تحلیل عاملی مناسب‌اند. نتایج تحلیل عاملی در جدول ۵ آمده است. برای استخراج عامل‌ها از دو معیار مقدار ویژه (مقدار ویژه بالاتر از ۱) و اسکری پلات استفاده شد. نتایج حاصل از تحلیل عاملی ده عامل کلیدی را برای تعیین ابعاد کیفیت ذهنی زندگی سالمندان نشان داد. این ده عامل ۷۴/۰۱۶ درصد از کل واریانس را شامل می‌شود.

جدول ۵. ماتریس بارهای عاملی برای کیفیت زندگی

عوامل		۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
معرفها	انجام دادن وظایف عمومی در خانه و محل کار	۰,۸۷۷									
	رفت و آمد با وسایل نقلیه عمومی	۰,۸۶۲									
	توانایی انجام دادن کارهای شخصی	۰,۸۴۱									
	انجام دادن خریدهای روزانه	۰,۸۳۱									
	مشکلات جسمی بازدارنده از انجام دادن کارها	-۰,۷۵۳									
	رضایت از توانایی انجام دادن امور زندگی	۰,۷۴۹									
	مشکل حافظه برای جلوگیری از انجام دادن کارها	-۰,۶۹۹									
	وضعیت کلی سلامت	۰,۶۷۶									
	وضعیت حافظه	۰,۶۱۹									
	تعداد دفعات مراجعه به پزشک	۰,۴۰۰									
اضطراب مانع از انجام دادن کارها	-۰,۹۰۵										
احساس افسردگی و اضطراب	-۰,۸۹۸										
احساس افسردگی مانع از انجام دادن کارها	-۰,۸۹۳										
غمگین و مضطرب بودن	-۰,۸۹۱										
لذت بردن از زندگی در مقایسه با گذشته	۰,۴۷۳										

۳۱۴

معرف‌ها	عامل‌ها									
	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
<p>سهولت دسترسی به مراکز بهداشتی</p> <p>میزان رضایت از دسترسی به خدمات بهداشتی</p> <p>میزان برخورداری از خدمات بهداشتی</p> <p>میزان رضایت از ارتباطات و وابستگی‌های اجتماعی</p> <p>لذت‌بردن از زندگی</p> <p>معناداربودن زندگی</p> <p>احساس شادابی</p> <p>روابط صمیمانه با همسایگان</p> <p>رضایت از شرایط محل سکونت</p> <p>مشارکت در گروه‌های دوستی</p> <p>رضایت از ارتباط با سایر افراد</p> <p>مصرف سبزی و میوه</p> <p>مصرف مواد پروتئینی</p> <p>میزان مشارکت در فعالیت‌های فرهنگی</p> <p>میزان مشارکت در گروه‌های ورزشی</p> <p>وجود فردی برای درد دل کردن</p>		۰٫۴۲۱	۰٫۹۶۱ ۰٫۹۵۹ ۰٫۹۳۵	۰٫۷۲۵ ۰٫۶۴۶ ۰٫۶۲۷ ۰٫۵۶۱	۰٫۷۱۲ ۰٫۶۳۹ ۰٫۵۵۵ ۰٫۵۰۴	۰٫۸۴۱ ۰٫۷۸۴	۰٫۸۶۹ ۰٫۸۲۵			
	۳۱۵									

معرف‌ها	عامل‌ها									
	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
مشارکت در فعالیت‌های مذهبی مشارکت در فعالیت‌های گروهی ارتباط با فرزندان ارتباط با اقوام امکان فعالیت‌های تفریحی								۰,۷۱۸ ۰,۵۷۲ ۰,۵۵۴		
								۰,۷۵۲ ۰,۶۰۳		
مقدار ویژه	۶,۹۳۰	۴,۸۰۸	۳,۰۹۰	۲,۴۱۴	۲,۰۲۰	۱,۶۲۳	۱,۵۷۴	۱,۵۵۸	۱,۴۶۳	۱,۱۷۰
واریانس	۱۹,۲۵	۱۳,۳۵۶	۸,۵۸۳	۶,۶۹۹	۵,۶۱۰	۴,۵۰۸	۴,۳۷۱	۴,۳۲۷	۴,۰۶۳	۳,۲۴۹
واریانس کل	۷۴,۰۱۶									

عامل نخست مهم‌ترین عامل است که ۱۹/۲۵۰ درصد از کل واریانس را در بر می‌گیرد. میزان پایایی درونی برای معرف‌های کیفیت ذهنی زندگی در این مطالعه ۰/۸۵۱ است، که درصد بالایی را نشان می‌دهد. نام‌گذاری این ده عامل به شرح زیر است:

عامل اول: این عامل را «توانایی جسمی و ذهنی» می‌نامند. معرف‌های اصلی این عامل عبارت است از انجام‌دادن وظایف عمومی در خانه و محل کار، رفت‌وآمد با وسایل نقلیه عمومی، توانایی انجام‌دادن کارهای شخصی، انجام‌دادن خریدهای روزانه، مشکلات جسمی بازدارنده از انجام‌دادن کارها، رضایت از توانایی انجام‌دادن امور زندگی، مشکل حافظه برای جلوگیری از انجام‌دادن کارها، وضعیت کلی سلامت، وضعیت حافظه، و تعداد دفعات مراجعه به پزشک.

عامل دوم: این عامل «بهبودی ذهنی» نامیده می‌شود. معرف‌های اصلی این عامل، که بارهای عاملی بالایی دارد، عبارت است از اضطراب مانع از انجام‌دادن کارها، احساس افسردگی و اضطراب، احساس افسردگی مانع از انجام‌دادن کارها، غمگین و مضطرب بودن، لذت بردن از زندگی در مقایسه با گذشته، و لذت بردن از زندگی کنونی. این عامل دارای مقدار ویژه ۴/۸۰۸ است و ۱۳/۳۵۶ درصد واریانس کل را به خود اختصاص می‌دهد.

عامل سوم: این عامل را «قابلیت دسترسی و کیفیت خدمات بهداشتی» می‌نامند. معرف‌های این عامل عبارت است از سهولت دسترسی به مراکز بهداشتی، میزان رضایت از دسترسی به خدمات بهداشتی، و میزان برخورداری از خدمات بهداشتی؛ که ۷/۴۱۹ درصد از کل واریانس را به خود اختصاص می‌دهد. از معرف‌های این عامل سهولت دسترسی به مراکز بهداشتی (۰/۹۶۱) قوی‌ترین بار عاملی را دارد.

عامل چهارم: این عامل «سرزندگی» نامیده می‌شود. معرف‌های این عامل عبارت است از میزان رضایت از ارتباطات و وابستگی‌های اجتماعی، لذت بردن از زندگی، معنادار بودن زندگی، احساس شادابی، و رضایت از ارتباط با سایر افراد.

عامل پنجم: این عامل را «اجتماع محلی» می‌نامند. بالاترین بارها در این عامل، به ترتیب، مربوط است به معرف‌های روابط صمیمانه با همسایگان، رضایت از شرایط محل سکونت، مشارکت در گروه‌های دوستی، و رضایت از ارتباط با سایر افراد؛ که مجموعاً ۵/۶۱۰ درصد واریانس داده‌ها را تبیین می‌کند.

عامل ششم: این عامل «وضعیت تغذیه» نامیده می‌شود. بالاترین بارها در این عامل مربوط به معرف‌های مصرف سبزی و میوه (۰/۸۴۱) و مصرف مواد پروتئینی (۰/۷۸۴) است.

عامل هفتم: این عامل را «فعالیت‌های فرهنگی و ورزشی» می‌نامند. قوی‌ترین بارها در این عامل به ترتیب مربوط به معرفه‌های میزان مشارکت در فعالیت‌های فرهنگی (۰/۸۶۹) و میزان مشارکت در گروه‌های ورزشی (۰/۸۴۵) است.

عامل هشتم: این عامل «همبستگی اجتماعی» نامیده می‌شود؛ که بیشترین بار عاملی را با سه معرفه وجود فردی برای درد دل کردن، مشارکت در فعالیت‌های مذهبی، و مشارکت در فعالیت‌های گروهی دارد. این عامل ۴/۳۲۷ درصد از واریانس داده‌ها را تبیین می‌کند.

عامل نهم: این عامل را «ارتباط با فرزندان و اقوام» می‌نامند. معرفه‌های این عامل عبارت است از ارتباط با فرزندان و اقوام؛ که مجموعاً ۴/۰۶۳ درصد از واریانس داده‌ها را به خود اختصاص می‌دهد.

عامل دهم: این عامل «امکان فعالیت‌های تفریحی» نامیده می‌شود. قوی‌ترین بارها در این عامل معرفه امکان فعالیت‌های تفریحی (۰/۸۷۳) است.

تحلیل رگرسیون

با استفاده از تحلیل رگرسیون چندمتغیره، با روش گام‌به‌گام، میزان تأثیر متغیرهای مستقل بر کیفیت زندگی سالمندان بررسی شد. ویژگی روش مذکور این است که در آغاز، با مقایسه همه متغیرهای مستقل، مهم‌ترین عامل وارد معادله می‌شود و به منزله مهم‌ترین عامل، که بیشترین قدرت تبیین متغیر وابسته را دارد، در نظر گرفته می‌شود. این روند همچنان در گام‌های دیگر تکرار می‌شود تا وقتی که هیچ متغیر مستقلی توانایی ورود به معادله رگرسیونی را نداشته باشد. متغیر وابسته در تحلیل رگرسیون کیفیت زندگی و متغیرهای وابسته مؤلفه‌های ده‌گانه مستخرج از تحلیل عاملی است. نتایج تحلیل رگرسیون نشان می‌دهد شش عامل سرزندگی در گام اول، بهزیستی ذهنی در گام دوم، توانایی جسمی و ذهنی در گام سوم، قابلیت دسترسی و کیفیت خدمات بهداشتی در گام چهارم، عوامل اجتماع محلی در گام پنجم، و همبستگی اجتماعی در گام ششم، به ترتیب میزان اهمیتی که در تبیین متغیر وابسته داشته‌اند، وارد معادله رگرسیونی شده‌اند و در مجموع توانسته‌اند بیش از ۶۰ درصد تغییرات کیفیت زندگی سالمندان را در ناحیه مورد مطالعه تبیین کنند (جدول ۶).

بر اساس مقادیر بتا، معادله رگرسیون چندمتغیره در تحقیق حاضر به صورتی است که در پی می‌آید:

$$QOL_t = (0.374 * f_4 + 0.343 * f_2 + 0.213 * f_1 + 0.148 * f_3 + 0.142 * f_5 + 0.141 * f_8)$$

کیفیت زندگی هر فرد سالمند = QOL_i ، سرزندگی = f_4 ، بهزیستی ذهنی = f_2 ، توانایی جسمی و ذهنی = f_1 ، قابلیت دسترسی و کیفیت خدمات بهداشتی = f_3 ، اجتماع محلی = f_5 و همبستگی اجتماعی = f_8 .

جدول ۶. عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی سالمندان با استفاده از تحلیل رگرسیون چند متغیره

گام	متغیر مستقل	R	R ²	F	B	Beta	T	Sig T
اول	عامل ۴	۰٫۵۷۴	۰٫۳۴۰	۲۴٫۰۱۶	۰٫۲۷۰	۰٫۳۷۴	۵٫۶۰۷	۰٫۰۰
دوم	عامل ۲	۰٫۷۰۷	۰٫۴۵۷	۲۵٫۴۷۵	۰٫۲۴۸	۰٫۳۴۳	۵٫۱۵۰	۰٫۰۰
سوم	عامل ۱	۰٫۷۵۰	۰٫۵۰۳	۲۱٫۱۴۳	۰٫۱۵۴	۰٫۲۱۳	۳٫۲۰۰	۰٫۰۰۲
چهارم	عامل ۳	۰٫۷۷۰	۰٫۵۲۵	۱۷٫۴۴۳	۰٫۱۰۷	۰٫۱۴۸	۲٫۲۲۶	۰٫۰۲۸
پنجم	عامل ۵	۰٫۷۸۷	۰٫۵۴۵	۱۵٫۱۷۴	۰٫۱۰۳	۰٫۱۴۲	۲٫۱۳۳	۰٫۰۳۵
ششم	عامل ۸	۰٫۸۰۴	۰٫۵۶۵	۱۳٫۷۰۱	۰٫۱۰۲	۰٫۱۴۱	۲٫۱۲۰	۰٫۰۳۶

تأثیر متغیرهای زمینه‌ای (خصوصیات فردی، اجتماعی-اقتصادی، و

جمعیتی) بر کیفیت زندگی سالمندان روستایی

کیفیت زندگی افراد می‌تواند متأثر از فاکتورهای فردی، اجتماعی-اقتصادی، و جمعیت‌شناختی باشد. در این زمینه آنالیز واریانس یک‌طرفه و آزمون T برای مقایسه تغییرات کیفیت زندگی پاسخگویان در طبقات مختلف به کار رفت. این مسئله به تشخیص معناداری آماری تغییرات کیفیت ذهنی زندگی با خصوصیات فردی، اجتماعی-اقتصادی، و جمعیت‌شناختی پاسخگویان کمک می‌کند.

فرض صفر این است که امتیاز میانگین پاسخگویان در طبقات مختلف برابر است. زمانی از آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه استفاده شد که امتیاز کیفیت زندگی بیش از دو طبقه با هم مقایسه گشت. برای آنالیز واریانس یک‌طرفه سطح معناداری ۰٫۰۵ انتخاب شد. آزمون T نیز برای مقایسه امتیاز کیفیت ذهنی زندگی دو طبقه‌ای (مثل جنسیت) به کار رفت.

جدول ۷ آزمون تفاوت میانگین کیفیت زندگی را بر حسب جنسیت، سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، میزان درآمد، منبع درآمد، وضعیت مسکن، همراهان زندگی، موقعیت طبیعی روستا، و فاصله روستا از شهر نشان می‌دهد.

نتایج نشان می‌دهد وضعیت تأهل، میزان درآمد، و منبع تأمین درآمد به‌طور معناداری بر

کیفیت زندگی سالمندان در ناحیه مورد مطالعه تأثیر می‌گذارد. به عبارت دیگر، افراد متأهل و با درآمد بالاتر کیفیت زندگی بهتری دارند. با وجود این، جنسیت، سن، میزان تحصیلات، وضعیت مسکن، همراهان زندگی، موقعیت طبیعی روستا، و فاصله روستا از شهر بر کیفیت زندگی پاسخگویان در نواحی روستایی شهرستان نیشابور تأثیر معنادار ندارد.

جدول ۷. آزمون تفاوت میانگین کیفیت زندگی بر حسب متغیرهای زمینه‌ای (n=150)

متغیر	مقوله	فراوانی	میانگین	مقدار F	سطح معناداری
جنسیت	مرد	۷۲	۳,۳۵	۰,۰۰۰	۰,۹۸۵
	زن	۷۸	۳,۲۷		
سن	۶۰-۷۴	۱۰۸	۳,۳۱	۰,۶۵۱	۰,۴۲۱
	۷۵-۹۰	۴۲	۳,۳۱		
میزان تحصیلات	بی‌سواد	۱۳۴	۳,۲۹	۰,۰۷۷	۰,۷۸۲
	ابتدایی	۱۶	۳,۴۴		
وضعیت تأهل	متأهل	۱۰۹	۳,۴۰	۴,۳۵۸	۰,۰۱۴
	همسر فوت‌شده متارکه یا مطلقه	۳۹ ۲	۳,۰۸ ۲,۵۰		
میزان درآمد	زیر ۲۵۰۰۰۰ تومان	۶۴	۳,۱۴	۲,۷۱۳	۰,۰۴۷
	۲۵۰۰۰۰-۵۰۰۰۰۰	۷۰	۳,۴۷		
	۵۰۱۰۰۰-۷۵۰۰۰۰	۹	۳,۱۱		
	۷۵۱۰۰۰-۱۰۰۰۰۰۰	۷	۳,۴۳		
منابع تأمین درآمد	مستمری بازنشستگی	۵	۳	۲,۸۷۶	۰,۰۰۸
	شغل آزاد	۱۸	۳,۳۹		
	کشاورزی یا دامداری	۷۸	۳,۴۴		
	سازمان‌های حمایتی	۱۸	۲,۷۲		
	اجاره اموال شخصی	۱۲	۳,۰۸		
	پارانه	۱	۳,۰۰		
	کمک فرزندان	۱۷	۳,۵۳		
سایر موارد	۱	۳,۰۰			
وضعیت مسکن	شخصی	۱۳۶	۳,۳۰	۲,۸۸۹	۰,۰۵۹
	استیجاری	۱	۵,۰۰		
	متعلق به اقوام و آشنایان	۱۳	۳,۲۳		

متغیر	مقوله	فراوانی	میانگین	مقدار F	سطح معناداری
همراهان زندگی	همسر	۶۴	۳/۴۱	۱,۷۲۱	۰,۱۴۸
	فرزندان	۲۳	۳,۰۰		
	همسر و فرزندان	۴۳	۳,۳۵		
	اقوام و آشنایان	۱	۴,۰۰		
وضعیت روستا از نظر موقعیت طبیعی	تنها	۱۹	۳,۲۱	۱,۰۰۴	,۹۵۱
	دشتی کوهستانی	۵۰	۳,۴۰		
فاصله روستا تا مرکز شهر	۱- ۲۰	۵۰	۳,۲۰	,۹۶۹	,۳۸۲
	۲۱- ۴۰	۵۰	۳,۳۲		
	۶۱- ۸۰	۵۰	۳,۴۰		
داشتن وسیله نقلیه	بلی	۱۹	۳,۵۳	,۶۹۶	,۴۰۶
	خیر	۱۳۱	۳,۲۷		

منبع: یافته‌های تحقیق

نتیجه گیری

با توجه به اینکه جمعیت سالمندان در جامعه ایران در حال افزایش است، توجه به مسائل و نیازهای این قشر ضروری است. علاوه بر این، از آنجا که نسبت جمعیت سالمندان در مناطق روستایی بیش از مناطق شهری است، ضرورت دارد نیازهای سالمندان در مناطق روستایی و عوامل مؤثر بر افزایش رفاه و کیفیت زندگی این قشر بررسی شود. در مقاله حاضر شش عامل اصلی تأثیرگذار بر کیفیت زندگی سالمندان روستایی - شامل سرزندگی، بهزیستی ذهنی، توانایی جسمی و ذهنی، کیفیت خدمات بهداشتی و قابلیت دسترسی به آن، عوامل اجتماع محلی، همبستگی اجتماعی - شناسایی شد که در ارتقای کیفیت زندگی سالمندان روستای مورد مطالعه بیشترین نقش را دارند.

میزان رضایت از ارتباطات و وابستگی‌های اجتماعی، لذت بردن از زندگی، معنادار بودن زندگی، احساس شادابی، و رضایت از ارتباط با سایر افراد، که با نام «سرزندگی» مطرح شد، بیشترین نقش را در کیفیت زندگی سالمندان دارند. اگرچه مناطق روستایی، از نظر امکانات، نسبت به مناطق

شهری محدودترند، به دلایل گوناگون- از جمله قناعت، هزینه‌های پایین زندگی، اشتغال در امور کشاورزی، عوامل مساعد طبیعی، وجود روابط خانوادگی و خویشاوندی- روستاییان احساس شادابی و سرزندگی و آرامش روحی و روانی می‌کنند و از روابط خود با سایر افراد نیز رضایت دارند. در واقع نقش روابط خانوادگی و حمایت‌های اجتماعی خانوادگی و خویشاوندی تا اندازه زیادی بر کیفیت زندگی سالمندان تأثیرگذار است. احساس افسردگی و اضطراب، غمگین و مضطرب بودن، لذت‌بردن از زندگی در مقایسه با گذشته، و لذت‌بردن از زندگی کنونی نیز در کیفیت زندگی سالمندان بسیار تأثیرگذار است. نبود اضطراب و افسردگی و رضایت از زندگی موجب افزایش بهزیستی ذهنی و در نتیجه ارتقای کیفیت زندگی و رفاه ذهنی می‌شود.

نتایج مطالعات نشان می‌دهد سالمندانی که توانایی انجام دادن فعالیت‌های بدنی، فعالیت‌های روزانه زندگی، پیاده‌روی منظم، و فعالیت‌های تفریحی و اوقات فراغت را دارند، به دلیل افزایش رضایت از زندگی، کیفیت زندگی بهتری دارند (اسادو و همکاران، ۱۹۹۵؛ سوباسی و همکاران، ۲۰۰۵؛ به نقل از آفانوری و همکاران، ۱۳۹۰). در مقاله حاضر نیز توانایی‌های جسمی و ذهنی- مثل توانایی انجام دادن وظایف عمومی در خانه و محل کار، رفت‌وآمد با وسایل نقلیه عمومی، توانایی انجام دادن کارهای شخصی، انجام دادن خریدهای روزانه، رضایت از توانایی انجام دادن امور زندگی، وضعیت کلی سلامت، وضعیت حافظه، تعداد دفعات مراجعه به پزشک، و ...- متغیرهایی هستند که نشان‌دهنده ارتباط توانایی جسمی و ذهنی با کیفیت زندگی سالمندان مورد مطالعه‌اند. سلامتی مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده کیفیت زندگی است که با افزایش سن کاهش می‌یابد. در سنین بالا احتمال بروز بیماری‌ها و ناتوانی‌ها بیشتر می‌شود و به صورت کاهش فعالیت و محدودیت‌های جسمی ظاهر می‌گردد. اختلال در وضعیت سلامتی و توانایی جسمی و ذهنی به کاهش کیفیت زندگی سالمندان منجر می‌شود. یافته‌ها نشان می‌دهد به‌طور کلی سالمندان روستاهای مورد مطالعه از نظر توانایی‌های جسمی و ذهنی در وضعیت نسبتاً خوبی به سر می‌برند. این موضوع نشان‌دهنده سلامت جامع سالمندان روستایی است.

قابلیت دسترسی و کیفیت خدمات بهداشتی- شامل سهولت دسترسی به مراکز بهداشتی، میزان رضایت از دسترسی به خدمات بهداشتی، میزان برخورداری از خدمات بهداشتی- نیز نقش مهمی در کیفیت زندگی سالمندان روستایی دارد. سالمندان روستایی از لحاظ دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی در وضعیت خوبی به‌سر می‌برند. ولی از نظر برخورداری از خدمات بهداشتی و درمانی در محرومیت‌اند و کمتر به آن‌ها رسیدگی می‌شود.

عوامل اجتماع محلی- مانند روابط صمیمانه با همسایگان، رضایت از شرایط محل سکونت، مشارکت در گروه‌های دوستی، رضایت از ارتباط با سایر افراد- نیز در کیفیت زندگی سالمندان نقش فراوان دارد. شبکه‌های روابط اجتماعی و تماس با دوستان و آشنایان و برخورداری از حمایت و کمک این شبکه‌ها می‌تواند در کیفیت زندگی سالمندان نقش بسیار داشته باشد. سالمندان مناطق روستایی به دلیل کوچک بودن محیط زندگی و آشنایی افراد با یکدیگر و روابط چهره‌به‌چهره و نیاز به همکاری گروهی و احساس تعلق به محل زندگی، از روابط اجتماعی مطلوبی برخوردارند که این امر در افزایش کیفیت زندگی آنان مؤثر است.

همبستگی اجتماعی، مثل وجود فردی برای درد دل کردن و مشارکت در فعالیت‌های مذهبی و فعالیت‌های گروهی، نیز بسیار تأثیرگذار است. میزان تعامل اجتماعی در جامعه سالمندان مورد مطالعه سطح نسبتاً خوبی دارد؛ زیرا در فعالیت‌های مناطق روستایی کارها به صورت گروهی انجام می‌شود. کار گروهی سبب اشتراک در انجام دادن امور می‌شود. بنابراین، تعامل اجتماعی افراد بالا می‌رود.

یافته‌های نتایج آماری نشان می‌دهد بین جنسیت، سن، وضعیت مسکن، همراهان زندگی، مالکیت وسایل نقلیه، موقعیت طبیعی روستا، و فاصله از شهر با کیفیت زندگی رابطه‌ای معنادار وجود ندارد؛ مثلاً چون بیشتر سالمندان نمونه‌های مورد مطالعه از تحصیلات رسمی محروم و بی‌سواد بودند و فقط گروه کوچکی سواد ابتدایی داشتند، نمی‌توان بر اساس پژوهش حاضر درباره همبستگی تحصیلات با کیفیت زندگی سالمندان نتیجه‌گیری مشخصی کرد. بر اساس اطلاعات آماری به دست آمده، میزان سواد سالمندان روستایی بسیار پایین است. این موضوع همه جوانب اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی مردم محدوده مورد مطالعه را تحت تأثیر قرار داده است. بین جنسیت و کیفیت زندگی نیز رابطه‌ای وجود ندارد؛ زیرا بیشتر مردان به فعالیت کشاورزی و دامداری می‌پردازند و همه زنان خانه‌دارند.

بین متغیر وضعیت تأهل، درآمد ماهیانه، و منابع تأمین درآمد با کیفیت زندگی رابطه‌ای معنادار وجود دارد؛ مثلاً وضعیت تأهل در کیفیت زندگی سالمندان تأثیرگذار است، زیرا امتیاز کیفیت زندگی در افرادی که با همسر زندگی می‌کنند بالاتر از افرادی است که تنها زندگی می‌کنند. افراد متأهل نسبت به افراد تنها و بیوه فشار کمتری را در زندگی متحمل می‌شوند. با توجه به کمبود امکانات بهداشتی و درمانی و رفاهی و نبود سیستم حمایتی کارآمد، که توانایی رفع نیازهای متفاوت روستایی را داشته باشد، ایجاد سازمان یا نهادی که متولی

رسیدگی به سالمندان شود بسیار ضروری است. از آنجا که توان اقتصادی روستاییان ایران، به‌ویژه سالمندان، بسیار کم است، گسترش امکانات روستایی برای سالمندان و همچنین سیستم حمایتی کارآمد از این قشر در ارتقای کیفیت زندگی و رفاه آنان نقشی بسزا دارد. علاوه بر این، گسترش امکانات فراغتی و سرگرمی و ایجاد فرهنگ‌سراها و آگاهی‌دادن به سالمندان مناطق روستایی درباره سلامت و بهداشت بسیار مؤثر است.

منابع

- اونق‌ناز، محمد، ۱۳۸۴، بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران.
- آقانووری، علی، محمودی، محمودف‌صالحی، حمیده، جعفریان، کوروش، ۱۳۹۰، بررسی کیفیت زندگی سالمندان تحت پوشش مراکز بهداشتی-درمانی مناطق شهری استان مرکزی در سال ۱۳۸۹، مجله سالمندی ایران، سال ششم، دوره ۶، شماره ۲۲.
- بوند، جان، کورنر، لین، ۱۳۸۹، کیفیت زندگی و سالمندان، ترجمه حسین محقق‌کمال، تهران، دانژه.
- پناغی، لیلی، ابارشی، زهره، منصور، نادر، دهقانی، محسن، ۱۳۸۸، کیفیت زندگی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مرتبط با آن در سالمندان شهر تهران، مجله سالمندی ایران، سال چهارم، شماره دوازدهم.
- پهلوان‌زاده، فرهاد، جاراللهی، عذرا، ۱۳۹۰، بررسی تأثیر عوامل اجتماعی بر سلامت روان سالمندان روستایی، مجله توسعه روستایی، دوره سوم، شماره ۱.
- توکلی قوچانی، حمید، آرمان، محمدرضا، ۱۳۸۲، ترجمه سالمندی پویا، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۱۵-۳۲.
- جواهری، فاطمه، سراج‌زاده، حسین، رحمانی، ریتا، ۱۳۸۹، تحلیل اثرات اشتغال زنان بر کیفیت زندگی آنان، مجله زن در توسعه و سیاست (پژوهش زنان)، دوره ۸، شماره ۲، ۱۴۳-۱۶۲.
- رضوانی، محمدرضا، متکان، علی‌اکبر، منصوریان، حسین، ستاری، محمدحسین، ۱۳۸۸، توسعه و سنجش شاخص‌های کیفیت زندگی شهری (مطالعه موردی: شهر نورآباد، استان لرستان)، مطالعات و پژوهش‌های شهری و منطقه‌ای، سال اول، شماره دوم، ۸۷-۱۱۰.
- رهنما، گیتی، ۱۳۵۷، گزارش درباره کیفیت زندگی کارگران ایران، تهران، امیرکبیر.
- ستاری، بهزاد، ۱۳۸۵، بررسی وضعیت اجتماعی و سلامت سالمندان روستایی با رویکرد طرح

- توانمندسازی روستایی، مجله سالمندی ایران، سال دوم، شماره دوم، ۱۳۲-۱۳۹.
- علی پور نشری، مریم، ۱۳۸۵، بررسی مشکلات اجتماعی سالمندان مقیم سراهای سالمندی شهر تهران، مطالعه موردی: آسایشگاه کهریزک، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران.
- غفاری، غلامرضا، امید، ۱۳۸۷، کیفیت زندگی در برنامه‌های عمرانی و توسعه ایران، فصلنامه علمی- پژوهشی رفاه اجتماعی، سال هشتم، شماره ۳۰ و ۳۱.
- فرهادی، اکرم، فروغان، مهشید، محمدی، فرحناز، ۱۳۹۰، کیفیت زندگی سالمندان روستایی: مطالعه موردی: شهرستان دشتی استان بوشهر، مقاله پژوهشی برگرفته از پایان نامه، مجله سالمندی ایران، سال ششم، شماره بیستم.
- محسنی تبریزی، علی رضا، ۱۳۷۹، بررسی وضعیت سالمندان در ایران، فصلنامه تأمین اجتماعی، سال دوم، شماره چهارم، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، تلخیص دکتر هرمز همایون پور.
- مرکز آمار ایران، نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن کل کشور طی سال‌های ۱۳۳۵-۱۳۹۰، تهران، مرکز آمار ایران.
- میرزایی، محمد، شمس قهفرخی، ۱۳۸۶، جمعیت‌شناسی سالمندان در ایران بر اساس سرشماری‌های ۱۳۸۵، مجله سالمندی ایران، سال دوم، شماره پنجم، ۳۲۶-۳۳۱.
- میشارا، بریان ال، رایدل، روبرت جی، ۱۳۶۵، روان‌شناسی پیری، ترجمه حمزه گنجی و همکاران، تهران، مؤسسه اطلاعات.
- نیک‌سیرت، زهرا، ۱۳۸۶، بررسی کیفیت زندگی سالمندان بازنشسته عضو سازمان بازنشستگی ساکن شهر تهران در سال ۱۳۸۴، کارشناسی ارشد دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
- Apidechkul, Tawatchai, 2011, **Comparison of quality of life and mental health among elderly people in rural and suburban areas**, Thailand, Southeast Asian J Trop Med Public Health, Vol. 42, No. 5.
- Borders TF, Aday LA, Xu KT, 2004, **Factors associated with health-related quality of life among an older population in a largely rural western region**, J Rural Health, 20 (1), 67-75.
- Epley, D. R., Menon, M., 2008, **A method of assembling cross-sectional indicators into a community quality of life**. Social Indicators Research, 88, 281-296.
- Gabe Jonathan, Mike Bury, Ann Elston, 2004, **Key Concepts in Medical Sociology**, United Kingdom: Sage.

- Ferrans, C. E., 1996, **Development of a conceptual model of Quality of life**, Scholarly inquiry of nursing Practice, Vol. 10, 243-304.
- Huijun Liu, Yanzhi Cai, Shuzhuo Li. 2011, **The Quality of Life and Mortality risk of Elderly People in Rural China: The Role of Family Support**.
- Le V Hoi, Nguyen TK Chuc, Lars Lindholm, 2010, **Health-related quality of life, and its determinants, among older people in rural Vietnam**, Hoi et al. BMC Public Health, 10: 549, <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/549>.
- Nol, H., 2002, **Towards a European system of social indicators: theoretical framework and system architecture**, social indicators research, Vol. 58, 47-87.
- Osada H, Shibata H, Haga H, Yasumura S., 1995, **Relationship of physical condition and functional capacity to depressive status in person aged 75 years**, Nippon Koshu Eisei Zasshi, 42 (10): 897-909.
- Subasi F, Hayran O., 2005, **Evaluation of life satisfaction index of the elderly people living in nursing home**, Arch Gerontol Geriatr, 41 (1): 23-29.
- Wish, B. N., 1986, **Are we really measuring the quality of life? Well-being has subjective dimensions, as well as objective ones**, American Journal of Economics and Sociology, 43, 93-99.

An Assessment on Factors Affecting the Quality of Life of Elderly in Rural Regions (Case Study: Neishabour County)

Mohammadreza Rezvani¹

Professor of Geography and Rural Planning in University of Tehran and
Member of Center of Excellence in Rural Planning

Hossein Mansourian

PhD Candidate in Geography and Urban Planning - University of Tehran

Hassan Ahmadadadi

Msc Student in Geography and Rural Planning - University of Tehran

Fereshte Ahmadabadi

Msc Student in Geography and Rural Planning - University of Tehran

Shiva Parvai Here-Dasht

Msc in Social Welfare Planning- University of Tehran

(Received: 5 Sep. 2012 Accepted: 18 May 2013)

Extended Abstract

Introduction

The main challenge for health in twenty century was survival, but in the new century the life with a better quality is an important matter. Aging is an emotion period in human life and attention to needs in this period is a social necessity. Therefore, attention to the quality of life of elders is very important in the social policy. The number of the elderly is increasing across the world and Iran is not exception in this regard. Notwithstanding such an increase as a promising issue, neglecting elderliness and world population ageing can make several problems in the future. From a demographic standpoint, although the ratio of young people to the total population in Iran pinpoints a young population, drawing on the 1956 census, Iran's population is aging. Around 6.2% of the population in 1966, 6.5% in 1976, 5.2% in 1986, 5.4% in 1996, 7.3% in 2006, and 8.3 in 2011 aged over 60 (Statistical Center of Iran, 1956-2011). It is projected that the percentage of the elderly to the total population will reach 10.5% in 2025 and surge to 21.7% in 2050. Having said this, there is no room for neglecting the needs of elderly and planning for improving the Quality Of Life (QOL) of elderly seems to be necessary.

¹ Responsible Author: rrezvani@ut.ac.ir

Methodology

The present study elicited data using a predefined questionnaire delivered to study subjects by the researcher, and the data was then analyzed using the SPSS software. A total number of 150 elders aged 60 and over from 9 villages of the Neishabour County were selected using the Cochran formula. Study Area. In 2006, elderly represented 7.27% of the total population in Iran. This figure was 10.33% for the Khorasan-razavi province and for the Neishabour county 10.04%. According to 2006 census, the total population of elders in the Neishabour county was 39902, 16543 of whom were male and 23359 female. Breakdown of population of elders over 60 in rural and urban districts also show that the rural elders represent a high proportion of the total population in this city. The population of elders in rural regions is 21728 (54.5%), while that of urban elders is 12165 (45.5%). Findings. In the present research factor analysis was used to identify dimensions of QOL of elderly in rural regions of the Neishabour county. Factor analysis is a statistical technique which is normally exploited for extraction of non-dependent subset of reagents explaining the observed variance in a set of initial data. The reagents used in factor analysis included 36 subjective reagents which have been compiled in a survey from the elderly in the studied region. The KMO coefficient as well as the Bartlett test were used for investigating the suitability of the data for factor analysis. For the present study, the KMO value equaled 0.849 and the Bartlett test enjoyed a significance level about 0.000 indicating the suitability of the data for factor analysis. The results attained from factor analysis manifested 10 key factors in determining subjective dimensions of QOL of the elderly. The 10 key factors constituted 74.016 percent of the total variance, of which the first factor was the most important with 19.250 percent of the total variance. Further, a high internal reliability which equaled 0.851 was achieved for the subjective dimensions of QOL.

Discussion and Concluding Remarks

Accessibility and quality of sanitary services which comprise ease of access to sanitary services, contentment with one's access to sanitary services and benefiting from such services also exert a vital influence on QOL of the rural elderly. Rural elderly are in a good condition in terms of their access to health services yet they are deprived in terms of their benefit from such services not receiving much attention. Social factors such as intimate relations with neighbors, contentment with conditions of residence, participation in friendship groups and contentment with relations with other people also play a crucial role in QOL of the rural elderly. Furthermore, social relation networks such as contact with friends and acquaintances and profiting from their support could exert major influences on QOL of the elderly. Given the small milieu where rural elders live, their familiarity with each other, face-to-face relations, the need for teamwork as well as a sense of belonging to the place they reside, they enjoy desirable social relations which consequently augment their QOL. Social cohesion, e.g. having someone to pour their heart out for them, participation in religious and group activities is also of vital effectiveness. Social interaction among the studied elderly is relatively high given that activities in rural regions

require teamwork; this teamwork leads to participation in the affairs of the team; hence, social interaction increases as a result of the aforesaid reasons. Further, grounded on the statistical results, no significant relationship could be observed between QOL and gender, age, housing status, life companions, ownership of vehicles, natural position of the village as well as distance from cities. Since the majority of the elderly in the studied sample was deprived of official education and was illiterate, it is not possible to draw any conclusive conclusions on the correlation between education and QOL of the elderly in the present study. Based on the obtained statistical data, literacy is very low among the rural elderly influencing all economical, social, and cultural aspects of people's life in the investigated area. No correlation was also found between gender and QOL given that a large number of males are employed in agriculture-animal husbandry and most females are housewife. On the other hand, there exists a significant relationship between QOL and marital status, monthly income of the elderly, as well as their income sources.

Keywords: elderly, Neishabour county, quality of life, rural regions.

References

- Aghanouri (2011). **Investigating quality of life of elders covered by health care insurance in urban regions of Markazi Province in 2010**. Iranian journal of Ageing, 6 (20)
- Onoughnaz, M. *et al.* (2005). **Studying the association between social capital and quality of life**. Unpublished Master of Social Sciences Thesis, University of Tehran.
- Bond, J.; Corner, L. (2010). **Quality of life and the elderly**. Translated by Mohagheghi, H, Danjeh, Publication, Tehran.
- Panaghi, L. *et al.* (2009). **Quality of life and the corresponding demographic features in elders of Tehran**. Iranian Journal of Ageing, 12.
- Pahlevanzadeh, F.; Jarelahi, O. (2011). **Investigating the effect of social factors on mental health of rural elders**. Journal of Rural Development, 3(1).
- Tavakkoli Ghouhani, H.; Arman, M. (2003). **Dynamic Elderliness**. Mashhad University of Medical Sciences Publication.
- Ja'fari, R. (2009). **Investigating health-related quality of life in rural female elders: a case study of Pain Roud**. Unpublished Master of Social Sciences Thesis, University of Tehran.
- Javaheri, F. *et al.* (2010). **Evaluating the effects of women's employment on their quality of life**. Women Studies: Women in development and politics, 8 (2), 143-162.
- Rabbani Khorasgani, A.; Kianpour, M. (2007). **A proposed model for measuring quality of life: a case study of Isfahan**. Journal of Literature and Humanities, 58.
- Rezvani, M. Mansourian, H. (2008). **Measuring quality of life: sttuding the associated concepts, indices, and models and offering a proposed model for rural regions**. Rural Development Quarterly, 44 (3).
- Alipour, M. (2006). **Investigating social problems of elders residing in senior care centers of Tehran: a case study of Kahrizak Senior Care Center**. Unpublished MA thesis, University of Tehran, Faculty of Social Sciences.
- Alikhani, V. (2002). **Ageing from different perspectives**. Parent-Teacher Association Publication, Tehran.

- Ghaffari, Q.; Omid (2008). **Quality of life in Iran development planning**. Social Welfare Quarterly, 30 and 31.
- Kaveh Firouz, Z. (2011). **Investigating demographic and social structures affecting quality of life of elders in Tehran**. Unpublished Ph.D. thesis, Faculty of Social Sciences, University of Tehran.
- Kord Zangane, J. (2006). **Investigating health-related quality of life of elders and the factors affecting it: a case study of Ramhormoz**, Unpublished MA thesis, University of Tehran.
- Statistical Center of Iran (1956-2011). Iran General Census of Population and Housing, Tehran, Statistical Center of Iran Publication.
- Mirzaee, M.; Shams (2007). **Demography of elders in Iran based on 2006 Census**. Iranian Journal of Ageing, 5, 326-331.
- Nejati, V.; Ashayeri, H. (2008). **Health-related quality of life in elders of Kashan County**. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 14 (1).
- Niksirat, Z. (2007). **Investigating quality of life of retired elders in Tehran, who are members of Retirement Association**. Unpublished MA thesis, University of Welfare and Rehabilitation Sciences.