

کیفیت زندگی سالمندان روستایی: مطالعه‌ای در شهرستان دشتی استان بوشهر

(مقاله پژوهشی برگرفته از پایان‌نامه)

اکرم فرهادی^{۱*}، مهشید فروغان^۲، فرحناز محمدی^۳

چکیده:

هدف: امید به زندگی در دنیا افزایش یافته و به طور روز افزونی بر شمار سالمندان افزوده می‌شود. اکنون تنها زنده بودن هدف نیست بلکه چگونگی زندگی نیز مورد توجه است. سالمندان روستایی نیز از این امر مستثنی نیستند. باید کیفیت زندگی آنها بررسی شده تا تصمیم‌گیری‌های مناسب براساس نتایج به دست آمده، اتخاذ گردد. هدف این پژوهش بررسی کیفیت زندگی سالمندان روستایی است.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی توصیفی تحلیلی بوده که کیفیت زندگی سالمندان روستایی شهرستان دشتی استان بوشهر را در بهمن‌ماه سال ۱۳۸۸ با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی SF36 مورد بررسی قرار داده است. با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای، ۶۹ سالمند روستایی که ملاک‌های ورود به مطالعه را دارا بودند، به عنوان نمونه پژوهش برگزیده شدند. از نرم افزار آماری SPSS17 جهت تحلیل داده‌ها استفاده شد. همچنین از آزمون t مستقل و تحلیل واریانس یکطرفه جهت بررسی رابطه متغیرهای دموگرافیک با کیفیت زندگی استفاده گردید.

یافته‌ها: در بررسی رابطه کیفیت زندگی با متغیرهای دموگرافیک مشخص گردید که در دو قلمرو سرزندگی و سلامت روان با توجه به سن و وضعیت تأهل، بین سالمندان تفاوت وجود دارد ($p < 0/05$). تفاوت آماری معناداری در کیفیت زندگی سالمندان مرد و زن مشاهده نشد ($p > 0/05$). میانگین نمرات سالمندان با سواد قرآنی در قلمرو نقش فیزیکی، بالاتر از سالمندان بی‌سواد بود ($p = 0/016$). همچنین میانگین نمرات کیفیت زندگی، ابعاد و قلمروهای آن به جزء قلمرو عملکرد اجتماعی، پایین‌تر از متوسط بود.

نتیجه‌گیری: کیفیت زندگی سالمندان روستایی شهرستان دشتی پایین‌تر از متوسط است به طوری که احتیاج به رسیدگی فوری داشته و انجام مداخلاتی جهت بهبود کیفیت زندگی آنها ضروری به نظر می‌رسد.

کلید واژه‌ها: سالمندان روستایی، کیفیت زندگی، شهرستان دشتی، استان بوشهر

۱- کارشناسی ارشد مدیریت توانبخشی

* پست الکترونیک نویسنده مسئول:

ak.farhadi@gmail.com

۲- استادیار - مرکز تحقیقات مسائل اجتماعی -

روانی سالمندان - گروه مدیریت توانبخشی -

دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۳- استادیار گروه پرستاری - دانشگاه علوم

بهزیستی و توانبخشی

مقدمه

۳۰ درصد جمعیت در سنین بالای ۵۰ سال قرار خواهند گرفت (۳). همچنین با نگاهی به آمار و ارقام مشخص می‌شود که تعداد سالمندان روستایی کشورهای در حال توسعه در سال ۱۹۹۵ بیش از ۲۱۵ میلیون نفر بوده که برآورد شده است تا سال ۲۰۲۵ به ۴۰۰ میلیون نفر خواهد رسید و از این تعداد ۳۳۷ میلیون نفر در کشورهای آسیایی ساکن خواهند بود (۴). پدیده افزایش جمعیت سالمندان یکی از مهم‌ترین چالش‌های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی قرن ۲۱ به شمار می‌رود (۵) و این چالش برای کشورهای در حال توسعه که بیشتر جمعیت سالمندان در آن کشورها زندگی خواهند کرد (۶)، جدی‌تر است. بهبود تغذیه و خدمات بهداشتی از مهم‌ترین دلایل افزایش امید به زندگی است؛ اما این نیز واقعیتی است که با افزایش امید به زندگی، فرد

در اوایل قرن بیستم امید به زندگی^۱ در جهان، ۴۸ سال بود و فقط ۴٪ از مردم، بالای ۶۰ سال سن داشتند (۱). در صورتی که در اواخر قرن بیستم، این شاخص به ۶۵ سال افزایش یافت و بر اساس برآورد و اعلام سازمان بهداشت جهانی، پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۰۲۰ امید به زندگی به ۷۷ سال برسد و ۲۰٪ از کل جمعیت جهان را جمعیت افراد بالای ۶۵ سال تشکیل دهد (۲) که از این میزان، ۷۰ درصد در کشورهای در حال توسعه زندگی خواهند کرد. در ایران نیز بررسی‌ها و شاخص‌های آماری حاکی از رشد پرشتاب سالخوردگی جمعیت است؛ بطوریکه پیش‌بینی می‌شود در سال ۱۴۱۰ در کشور ما انفجاری در جمعیت سالمندی رخ خواهد داد و ۲۵ تا

1- life expectancy

زیادی مورد غفلت قرار گرفته است. سالمندان روستایی از جهات مختلف مانند سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی و دسترسی به مراقبتهای بهداشتی با سالمندان شهری تفاوت دارند (۱۳)، بنابراین، نتایجی که از مطالعه کیفیت زندگی سالمندان شهری به دست آمده قابل تعمیم به سالمندان روستایی نخواهد بود. این امر ضرورت انجام پژوهش بر روی کیفیت زندگی سالمندان روستایی را نشان می‌دهد که هدف اصلی پژوهش حاضر قرار گرفته است. با توجه به نتایج پژوهش‌های قبلی در باره پایین بودن کیفیت زندگی سالمندان شهر نشین مناطق حاشیه‌ای کشور، پژوهش حاضر بر آن است که با بررسی «کیفیت زندگی سالمندان روستایی شهرستان دشتی استان بوشهر» بر اطلاعات کنونی درباره وضعیت سالمندان کشور، به ویژه سالمندان روستایی، در مناطق حاشیه‌ای کشور بیفزاید.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی توصیفی تحلیلی است که کیفیت زندگی سالمندان روستایی شهرستان دشتی استان بوشهر را در بهمن ماه سال ۱۳۸۸ با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی SF36 مورد بررسی قرار داده است. جامعه آماری این پژوهش کلیه افراد بالای ۶۰ سال ساکن مناطق روستایی شهرستان دشتی در زمستان سال ۱۳۸۸ بوده است. طبق سرشماری سال ۱۳۸۵ جمعیت شهرستان دشتی ۷۴۸۹۸ نفر بود، که ۵۱۶۹ نفر سن بالای ۶۰ سال داشته و از این تعداد ۲۷۱۸ نفر ساکن مناطق روستایی بودند (۱۴). با توجه به گستردگی جامعه مورد مطالعه (روستائیان شهرستان دشتی)، از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای استفاده شد. بدین ترتیب که ابتدا از بخش‌های تابعه شهرستان دشتی که شامل سه بخش مرکزی، شنبه و کاکلی است، یک بخش (کاکلی) به تصادف انتخاب شده، سپس از آن بخش، دو روستا (تلخو و بادوله) برگزیده شد و در نهایت با مصاحبه اولیه با تمامی سالمندان آن دو روستا (روستای تلخو دارای ۷۰ سالمند و روستای بادوله دارای ۱۹۶ سالمند بود)، ۶۹ سالمند آن دو روستا که فاقد بیماریهای ناتوان کننده شدید نظیر نقص‌های نورولوژیک (سکته مغزی، پارکینسون) اختلالات قلبی - عروقی، بیماری‌های مزمن ناپایدار (دیابت و بدخیمی)، نقص‌های مادرزادی شدید و اختلالات عضلانی - اسکلتی محدودکننده بودند (وجود یا عدم وجود این بیماری‌ها با پرسش از خود فرد سنجیده شد)، به عنوان نمونه پژوهش وارد مطالعه شدند. قبل از اجرای پژوهش مجوزهای لازم جهت ورود به جامعه مورد مطالعه از دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران و معاونت

ناگزیر است تا فرا رسیدن زمان مرگ، سالهای بسیاری را با بیماری دست و پنجه نرم کند، مگر آن که پیش بینی‌های لازم در زمینه پیشگیری از اختلالات شایع دوره سالمندی به عمل آمده باشد. هدف برنامه‌های ارتقاء سلامت، صرفاً افزایش سنات عمر نیست. به عبارت دیگر، برنامه‌های ارتقاء سلامت تنها به افزایش کمیت زندگی (تعداد سال‌های زنده بودن) نمی‌پردازند، بلکه همراه با افزایش کمیت خواهان افزایش کیفیت زندگی نیز هستند (۷). بنابراین بحث کیفیت زندگی سالمندان، بطور اعم، و در کشورهای در حال توسعه، به طور اخص، باید جایگاه ویژه‌ای را به خود اختصاص دهد. بحث کیفیت زندگی برای چند دهه است که ذهن پژوهشگران ایرانی را نیز به خود مشغول کرده است و برخی از آنها به بررسی کیفیت زندگی سالمندان پرداخته‌اند. به عنوان نمونه، مطالعه‌ی نجاتی و عشایری (۱۳۸۷) نشان داد که سالمندان کاشانی از کیفیت زندگی خوبی برخوردارند (۸). در مطالعه سجادی و بیگلریان (۱۳۸۵) که بر روی سالخوردگان یکی از مراکز نگهداری سالمندان شهر تهران انجام شده بود، مشخص شد که ۵۸/۱ درصد از سالمندان از کیفیت زندگی خوب و خیلی خوب برخوردار بودند (۹). حبیبی‌سولا، نیک پور، صحبت‌زاده و حقانی (۱۳۸۶) کیفیت زندگی ۴۱۰ نفر از سالمندان غرب تهران را بررسی کردند و دریافتند که سالمندان مورد مطالعه آنها از کیفیت زندگی متوسط برخوردارند (۱۰). آلبوکردی، رضانی و عریضی (۱۳۸۵) کیفیت زندگی ۱۰۰ سالمند شاهین‌شهر اصفهان را بررسی کردند و دریافتند که ۵۸ درصد از افراد تحت مطالعه از کیفیت زندگی خوبی برخوردارند؛ در مابقی افراد مورد مطالعه کیفیت واجد زندگی پایین بوده بطوریکه در ۷ درصد از آنها کیفیت زندگی بسیار نامناسب توصیف شده بود (۱۱). سالار، احمدی و فقیه زاده (۱۳۸۲) در پژوهشی که بر روی ۲۰۰ سالمند شهر زاهدان انجام دادند، دریافتند که سالمندان زاهدانی از کیفیت زندگی کمتر از متوسط برخوردارند (۱۲). در یک نتیجه‌گیری از مطالعات بالا، چند مطلب آشکار می‌شود، اول آنکه کیفیت زندگی سالمندانی که در شهرهای مرکزی ایران (تهران، اصفهان و کاشان) زندگی می‌کنند متوسط و بالاتر است در حالی که کیفیت زندگی سالمندان شهر زاهدان که در حاشیه جنوب شرقی کشور قرار دارد پایین‌تر از متوسط است که این نشان می‌دهد کیفیت زندگی سالمندان با توجه به منطقه و شرایط محل زندگی آنها، تغییر می‌کند و نکته مهم‌تر اینکه جامعه هدف تمامی پژوهش‌های انجام شده، سالمندان شهری بوده‌اند و کیفیت زندگی سالمندان روستایی در پژوهش‌های مذکور تا حدود

این مقیاس شامل نمرات صفر تا ۱۰۰ می‌باشد. در ۱۱ سؤال این پرسشنامه، نمره صفر نشانگر بدترین و نمره ۱۰۰ بهترین حالت ممکن برای فرد است و در ۲۵ سؤال دیگر، نمره صفر نمایانگر بهترین حالت ممکن برای فرد است. بنابراین ترتیب مقیاس اندازه‌گیری در ۱۱ سوال با نمره مربوط به اندازه‌گیری کیفیت زندگی کلی رابطه مستقیم و در ۲۵ سوال دیگر رابطه معکوس دارد. با جمع نمرات مربوط به هر خرده مقیاس و تقسیم عدد حاصل بر تعداد سوالات آن خرده مقیاس، نمره آن خرده مقیاس بدست می‌آید که میانگین نمرات ۵۰ و انحراف معیار آن نیز ۱۰ می‌باشد. نمره نزدیک به ۱۰۰، نشانه کیفیت زندگی بالا و کمتر از ۵۰، سطح پایین تلقی می‌شود (۱۵).

پس از جمع‌آوری داده‌ها، از نرم افزار آماری SPSS17 جهت تحلیل داده‌ها استفاده شد. همچنین از آزمون t مستقل و تحلیل واریانس یک طرفه جهت بررسی رابطه متغیرهای دموگرافیک با کیفیت زندگی استفاده گردید.

یافته‌ها

از ۶۹ سالمند شرکت کننده در این پژوهش ۲/۲۳٪ زن و ۸/۷۶٪ مرد بودند. ۵/۲۷٪ در دامنه سنی ۶۰ تا ۷۰ سال، ۸/۶۳٪ در دامنه سنی ۷۰ تا ۸۰ سال قرار داشته و ۸/۸٪ آنها بیشتر از ۸۰ سال سن داشتند. ۷/۷۹٪ آنها بی‌سواد بوده و ۳/۲۰٪ سواد قرآنی داشتند. ۵/۸۵٪ متأهل، ۹/۲٪ مطلقه و ۶/۱۱٪ همسر مرده (در مجموع ۱۴/۵ درصد فاقد همسر) بودند. در جدول ۱ مشاهده می‌شود که کیفیت زندگی و ابعاد آن در گروه‌های سنی مختلف سالمندان تفاوت آماری معناداری ندارد ($p > 0.05$).

بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر کسب گردید. سپس با مراجعه به روستاهای مورد نظر اهداف مطالعه برای نمونه‌های پژوهش توضیح داده شد و در صورت موافقت آنان برای مشارکت، باتوجه به اینکه اکثر واحدهای مورد مطالعه بی‌سواد بودند، سوالات پرسشنامه SF36 برای آنها خوانده شد. این پرسشنامه یکی از شناخته شده‌ترین ابزارهای عمومی سنجش کیفیت زندگی است که تا کنون به زبانهای بسیاری، از جمله زبان فارسی، ترجمه شده است. پرسشنامه فوق‌الذکر توسط سازمان بین‌المللی بررسی کیفیت زندگی تهیه شده و شامل ۳۶ سوال در دو بعد اصلی جسمی و روانی می‌باشد که هشت قلمرو مرتبط با سلامت را مورد سنجش قرار می‌دهد (۱۵). روایی و پایایی پرسشنامه SF-36 برای اولین بار در ایران توسط منتظری و همکاران (۱۳۸۴) بر روی ۴۱۶۳ نفر در رده سنی ۱۵ سال به بالا ارزیابی گردید. ضریب پایایی در ۷ قلمرو از ۷۷٪ تا ۹۵٪ گسترده بود و در قلمرو سرزندگی ۶۵٪ بود (۱۶). از آنجا که اعتبار سنجی این پرسشنامه توسط منتظری و همکاران (۱۳۸۴) در جمعیت شهری انجام شده، در پژوهش حاضر روایی پرسشنامه از طریق همبستگی خرده آزمون‌ها با نمره کل آزمون بررسی گردید که ضرایب همبستگی به دست آمده در دامنه ۴۵٪ تا ۷۲٪ قرار داشتند. تمامی ضرایب به لحاظ آماری در سطح ۰/۰۱ معنادار بودند؛ همچنین ضریب همبستگی بعد جسمی با نمره کل ۰/۸۸ و ضریب همبستگی بعد روانی با نمره کل ۰/۶۶ به دست آمد و پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ محاسبه گردید. آلفای به دست آمده برای کل پرسشنامه ۰/۸۰ برای بعد جسمی ۰/۸۳ و برای بعد روانی ۰/۷۸ محاسبه گردید. برای نمره‌گذاری SF36 از یک مقیاس رتبه‌ای استفاده می‌شود.

جدول ۱- مقایسه کیفیت زندگی و ابعاد آن بر حسب گروه سنی

متغیر	۶۰ تا ۷۰ (n=۱۹)		۷۰ به بالا (n=۵۰)		مقدار احتمال
	M	SD	M	SD	
بعد روانی کیفیت زندگی	۴۱/۸۲	۹/۴۸	۴۳/۱۵	۸/۷۷	۰/۵۸۵
سرزندگی	۴۳/۴۲	۱۲/۵۸	۴۵/۴۰	۱۲/۷۷	۰/۵۶۶
عملکرد اجتماعی	۵۱/۲۱	۲۱/۲۰	۵۸/۲۵	۲۲/۵۳	۰/۲۵۰
نقش هیجانی	۳۵/۰۸	۱۷/۴۷	۳۲/۰	۱۷/۷۶	۰/۵۱۹
سلامت روان	۳۷/۴۷	۱۰/۷۶	۳۶/۹۶	۱۱/۲۴	۰/۸۶۴
بعد جسمانی کیفیت زندگی	۳۶/۱۸	۸/۴۴	۳۷/۲۲	۷/۸۹	۰/۶۳۳
عملکرد جسمانی	۳۵/۷۸	۱۶/۰۱	۳۲/۱۰	۱۵/۵۲	۰/۳۸۵
نقش فیزیکی	۲۳/۶۸	۱۳/۱۰	۲۸/۰	۱۶/۴۷	۰/۳۱۰
درد بدنی	۳۹/۷۳	۱۵/۲۷	۴۵/۱۰	۲۰/۶۶	۰/۳۱۰
سلامت عمومی	۴۵/۵۲	۷/۹۷	۴۳/۷۰	۸/۹۶	۰/۴۳۹
کیفیت زندگی کل	۳۲/۵۸	۵/۴۱	۳۱/۶۲	۷/۲۴	۰/۶۰۴

با توجه به جدول ۲، کیفیت زندگی و ابعاد آن باتوجه به وضعیت تأهل سالمندان متفاوت نیست ($p > 0/05$). تنها در قلمرو سلامت روان تفاوت آماری معناداری دیده می‌شود.

جدول ۲- مقایسه میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی و ابعاد آن بر حسب وضعیت تأهل

متغیر	متأهل (n=۵۹)		بدون همسر (n=۱۰)		مقدار احتمال
	SD	M	SD	M	
بعد روانی کیفیت زندگی	۹/۴۰	۴۱/۴۷	۵/۴۸	۴۱/۴۷	۰/۶۲۰
سرزندگی	۱۱/۴۱	۴۰/۵۰	۱۸/۶۲	۴۰/۵۰	۰/۲۴۲
عملکرد اجتماعی	۲۳/۷۱	۵۸/۷۵	۱۰/۲۹	۵۸/۷۵	۰/۷۱۴
نقش هیجانی	۱۸/۵۳	۳۶/۶۶	۱۰/۵۴	۳۶/۶۶	۰/۴۶۳
سلامت روان	۱۰/۴۵	۳۰/۰	۱۲/۲۵	۳۰/۰	۰/۰۲۷
بعد جسمانی کیفیت زندگی	۷/۸۵	۳۷/۶۲	۹/۲۱	۳۷/۶۲	۰/۷۷۲
کارکرد جسمانی	۱۵/۱۱	۲۷/۰	۱۷/۹۸	۲۷/۰	۰/۱۸۳
نقش فیزیکی	۱۶/۰۵	۳۲/۵۰	۱۲/۰۷	۳۲/۵۰	۰/۲۱۶
درد بدنی	۸/۴۹	۴۵/۵۰	۲۳/۵۳	۴۵/۵۰	۰/۷۴۴
سلامت عمومی	۸/۴۹	۴۵/۵۰	۱۰/۱۲	۴۵/۵۰	۰/۶۱۳
کیفیت زندگی کل	۶/۹۹	۳۱/۳۶	۵/۴۸	۳۱/۳۶	۰/۷۹۴

در جدول ۳ مشاهده می‌شود که تفاوت آماری معناداری در کیفیت زندگی سالمندان مرد و زن وجود ندارد ($p > 0/05$). همچنین تفاوت آماری معناداری در کیفیت زندگی و ابعاد آن در بین سالمندان بی‌سواد و آنهایی که سواد قرآنی داشتند، مشاهده

جدول ۳- مقایسه میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی و ابعاد آن بر اساس وضعیت جنسیت

متغیر	جنسیت					
	زن (n=۱۶)		مرد (n=۵۳)		کل (n=۶۹)	
	SD	M	SD	M	SD	M
بعد روانی کیفیت زندگی	۵/۸۳	۴۱/۴۹	۹/۶۷	۴۳/۱۷	۸/۹۲	۴۲/۷۸
سرزندگی	۱۵/۰۰	۴۳/۷۵	۱۲/۰۰	۴۵/۱۸	۱۲/۶۵	۴۴/۸۵
عملکرد اجتماعی	۲۰/۲۶	۵۳/۹۰	۲۲/۹۳	۵۷/۰۷	۲۲/۲۳	۵۶/۳۴
نقش هیجانی	۱۷/۲۱	۳۳/۳۳	۱۷/۸۹	۳۲/۷۰	۱۷/۶۱	۳۲/۸۵
سلامت روان	۹/۶۳	۳۵/۰۰	۱۱/۴۳	۳۷/۷۳	۱۱/۰۳	۳۷/۱۰
بعد جسمانی کیفیت زندگی	۷/۳۳	۳۸/۰۸	۸/۲۲	۳۶/۵۹	۷/۹۹	۳۶/۹۳
عملکرد جسمانی	۱۶/۱۹	۳۱/۵۶	۱۵/۵۷	۳۳/۵۸	۱۵/۶۲	۳۳/۱۱
نقش فیزیکی	۱۱/۰۶	۲۶/۵۶	۱۶/۸۷	۲۶/۸۸	۱۵/۶۴	۲۶/۸۱
درد بدنی	۲/۰۴	۴۷/۳۴	۱۹/۰۳	۴۲/۵۰	۱۹/۴۶	۴۳/۶۲
سلامت عمومی	۶/۸۰	۴۶/۸۷	۹/۰۸	۴۳/۳۶	۸/۶۸	۴۴/۲۰
کیفیت زندگی کل	۶/۵۸	۳۲/۷۷	۶/۸۵	۳۱/۶۲	۶/۷۶	۳۱/۸۸

بحث

بررسی نقش متغیرهای دموگرافیک بر کیفیت زندگی سالمندان روستایی شهرستان دشتی نشان داد که: در پژوهش حاضر سن نقشی در کیفیت زندگی کلی سالمندان روستایی نداشت ولی در دو قلمرو سرزندگی و سلامت روان، سالمندان بالای ۸۰ سال از سرزندگی و سلامت روان کمتری نسبت به سالمندان زیر ۸۰ سال برخوردارند. از آنجا که مفهوم بازنشستگی در شهر و روستا متفاوت است و سالمندان روستایی تا زمانی که توانایی کار داشته باشند کماکان نقش فعال اقتصادی و تولیدی خود را حفظ می‌کنند، به نظر می‌رسد که با رسیدن به سنینی که به دلیل ضعف جسمی فرد توان انجام فعالیت‌های سنگین کشاورزی را از دست می‌دهد و ناگزیر از کناره‌گیری از کار می‌شود افتی نیز در وضعیت روانی و سرزندگی او ایجاد می‌شود.

تأهل نقشی در کیفیت زندگی نداشت ولی در قلمرو سلامت روان، سالمندان متأهل از سرزندگی و سلامت روان بیشتری نسبت به سالمندان بدون همسر برخوردار بودند؛ این یافته را با توجه به تجربه ناخوشایند فوت همسر یا متارکه، احساس تنهایی پس از آن، و خصوصاً ضد ارزش بودن طلاق در جامعه ایران، خصوصاً در جوامع روستایی، می‌توان توجیه کرد.

وضعیت سواد نقشی در کیفیت کلی زندگی نداشت و تنها در قلمرو نقش فیزیکی تفاوت معنی‌داری وجود داشت به طوری که میانگین نمرات سالمندان با سواد قرآنی بالاتر از سالمندان بی‌سواد بوده است. با توجه به این که نمونه‌های پژوهش در واقع همگی از تحصیلات رسمی محروم بوده و فقط گروه کوچکی سواد قرآنی داشتند نمی‌توان بر اساس پژوهش حاضر درباره همبستگی تحصیلات با کیفیت زندگی در سالمندان نتیجه‌گیری مشخصی نمود.

جنسیت نقشی در کیفیت کلی زندگی نداشت؛ این نتایج با نتایج پژوهش‌هایی که نشان دادند سالمندان مرد کیفیت زندگی بالاتری نسبت به سالمندان زن دارند (۸، ۱۰، ۲۰، ۱۸، ۱۹، ۱۷)، همسویی ندارد. این یافته را احتمالاً میتوان با ترکیب جنسیتی نمونه‌های پژوهش که بیشتر آن را مردان تشکیل می‌دادند، توجیه کرد.

برخی پژوهش‌های گذشته نشان داده‌اند که کیفیت زندگی با تحصیلات رابطه مثبت (۱۰، ۲۰، ۱۸، ۱۹، ۱۷) و با سن رابطه منفی دارد (۱۸، ۲۰) و متأهلان کیفیت زندگی بالاتری در قیاس با سایر وضعیت‌های تأهل دارند (۱۷، ۲۰، ۱۸). از سوی دیگر،

نتایج پژوهش سجادی و بیگلریان (۱۳۸۵) (۹) که نشان داد بین متغیرهای دموگرافیک و کیفیت زندگی سالمندان رابطه‌ای وجود ندارد تا حدودی با نتایج پژوهش حاضر همسوست. یکی از مهم‌ترین دلایل در توجیه تفاوت‌های مشاهده شده، تفاوت در جامعه مورد مطالعه است. پژوهش‌های گذشته جامعه سالمندان شهری را شامل می‌شد، در حالی که در مطالعه حاضر سالمندان روستایی مورد بررسی قرار گرفته‌اند و این امر بار دیگر بر ضرورت انجام پژوهش‌های مستقل بر روی سالمندان روستایی تأیید می‌کند.

شاید مهم‌ترین نتیجه پژوهش حاضر آن بود که کیفیت زندگی کلی، ابعاد و قلمروهای آن، جز در قلمرو عملکرد اجتماعی، در سالمندان روستایی شهرستان دشتی پایین‌تر از متوسط است، به گونه‌ای که سالمندان مشارکت‌کننده در این پژوهش توانستند تنها نزدیک به یک سوم نمره کل کیفیت زندگی (۳۱/۸۸ نمره) را کسب نمایند؛ این نتیجه تنها به نتایج پژوهش سالار، احمدی و فقیه زاده (۱۳۸۲) بر روی ۲۰۰ سالمند شهر زاهدان نزدیک است که دریافتند سالمندان زاهدانی از کیفیت زندگی کمتر از متوسط برخوردارند. با این همه، در مطالعه مذکور میانگین کل کیفیت زندگی در حدود ۴۱ بود که باز هم از میانگین کل به دست آمده در این پژوهش بیشتر است (۱۲).

در پژوهش میرباقری و همکاران (۱۳۸۶) که بر روی ۵۰ سالمندان مبتلا به بیماریهای مزمن انسدادی ریه در شهر اصفهان انجام شده بود، میانگین کیفیت زندگی و قلمروهای عملکرد جسمانی، نقش فیزیکی، درد بدنی، سلامت روان و نقش هیجانی بالاتر از میانگین به دست آمده در پژوهش حاضر و قلمروهای سلامت عمومی، سرزندگی و عملکرد اجتماعی پایین‌تر از میانگین به دست آمده در پژوهش حاضر بود (۲۰)، که با توجه به ابتلای نمونه‌های پژوهش به اختلال ربوی مزمن اهمیت این تفاوت آشکارتر می‌شود، زیرا کلیه المنندان مبتلا به اختلالات شدید جسمی و روانی از مطالعه ما کنار گذاشته شده بودند. آلبوکردی، رمضانی و عریضی (۱۳۸۵) کیفیت زندگی ۱۰۰ سالمند شاهین شهر اصفهان را بررسی کردند. نتایج آنها حاکی از آن است که میانگین کیفیت زندگی و تمام قلمروهای آن، به جز قلمرو سرزندگی، در سالمندان مورد مطالعه، بیشتر از میانگین به دست آمده در پژوهش حاضر است (۱۱)؛ نجاتی و عشایری (۱۳۸۷) کیفیت زندگی سالمندان شهر کاشان را مطالعه کردند و

بیشتر از میانگین به دست آمده در پژوهش حاضر می‌باشد (۲۱). در چندین مطالعه دیگر که کیفیت زندگی سالمندان شهری را بررسی کرده‌اند، میانگین کیفیت زندگی سالمندان مورد مطالعه آنها بالاتر از میانگین کیفیت زندگی سالمندان پژوهش حاضر بوده است (۲۲، ۲۳، ۲۴).

نتایج آنها حاکی از آن است که میانگین کیفیت زندگی و تمام قلمروهای آن در سالمندان مورد مطالعه‌شان، بیشتر از میانگین به دست آمده در پژوهش حاضر است (۸). رستمی و همکاران (۱۳۸۸) کیفیت زندگی سالمندان شهر مسجد سلیمان را مطالعه کردند که نتایج آنها هم حاکی از آن است که میانگین کیفیت زندگی و تمام قلمروهای آن در سالمندان مورد مطالعه‌شان،

جدول ۵-۱. مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی سالمندان پژوهش حاضر با پژوهش‌های گذشته

محقق	مستخلص از پژوهش	عملکرد جسمانی		نقش فیزیکی		درد بدنی		سلامت عمومی		سرزندگی		عملکرد اجتماعی		سلامت روان		نقش هیجانی		کیفیت زندگی	
		ح	گ*	ح	گ	ح	گ	ح	گ	ح	گ	ح	گ	ح	گ	ح	گ	ح	گ
	۱۳۸۵																		
آلبوکردی و همکاران	شاهین شهر	۶۲/۸	۳۳/۱۱	۵۲/۷	۲۶/۸۱	۷۷/۶	۴۲/۶۲	۵۲/۹	۴۴/۲۰	۴۲/۷	۴۴/۸۵	۷۸/۲	۵۶/۳۴	۶۴/۸	۳۲/۸۵	۳۷/۵	۳۷/۱۰	۶۰/۰	۳۱/۸۸
	۱۰۰ نفر																		
	۱۳۸۷																		
نجاتی و عشایری	کازرون	۵۷/۰۱	۳۳/۱۱	۴۷/۵۴	۲۶/۸۱	۵۷/۲۲	۴۳/۶۲	۵۵/۵۹	۴۴/۲۰	۵۹/۷۰	۴۴/۸۵	۷۸/۰۳	۵۶/۳۴	۹۱/۴۳	۳۲/۸۵	۶۱/۲۱	۳۷/۱۰	۵۹/۶۷	۳۱/۸۸
	۳۸۹																		
	۱۳۸۸																		
رستمی و همکاران	مسجد سلیمان	۴۸/۸۴	۳۳/۱۱	۵۵/۳۴	۲۶/۸۱	۵۳/۳۹	۴۲/۶۲	۳۶/۸۱	۴۴/۲۰	۴۹/۹۸	۴۴/۸۵	۵۷/۴۷	۵۶/۳۴	۴۷/۱۷	۳۲/۸۵	۵۲/۱۷	۳۷/۱۰	۴۹/۱۶	۳۱/۸۸
	۳۴۹																		

* گ: منظور میانگین در پژوهش گذشته است و ح: منظور میانگین در پژوهش حاضر است.

شهری انجام شده بودند و بدیهی است که تفاوت‌هایی به لحاظ میزان تحصیلات، میزان درآمد، دسترسی به امکانات بهداشتی و ... بین سالمندان شهری و روستایی در کشور ما وجود دارد. سالمندان شرکت کننده در این پژوهش روستایی، تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی و بهزیستی، و بیسواد بودند. تحصیلات سالمندان در پژوهش‌های گذشته با کیفیت زندگی شان مرتبط

از بررسی متون پژوهش‌های گذشته این نتیجه استنباط می‌شود که میانگین کیفیت زندگی سالمندان پژوهش حاضر، از آنچه در مطالعات گذشته گزارش شده، پایین‌تر است. چندین دلیل می‌توان جهت توجیه این تفاوت اقامه کرد. بارزترین تفاوت در جامعه مطالعاتی است. جامعه پژوهش حاضر سالمندان روستایی بودند، در صورتی که پژوهش‌های گذشته بر روی سالمندان

زندگی در گروه سالمندان اعتبار و روایی کافی را نداشته باشد.

نتیجه گیری

نتایج به دست آمده از این پژوهش نشان داد که کیفیت زندگی سالمندان روستایی شهرستان دشتی از متوسط پایین تر است، لذا به توجه و رسیدگی فوری نیاز داشته و انجام مداخلاتی جهت بهبود کیفیت زندگی آنها را می طلبد.

تشکر و قدردانی

از بهورزان پرتلاش و سالمندان روستاهای بادوله و تلخوی شهرستان دشتی استان بوشهر که در این پژوهش مشارکت داشته‌اند، نهایت سپاس را داریم.

دانسته شده (۲۵، ۲۰، ۱۷، ۱۸، ۲۶، ۲۳) و مشخص شده است که کیفیت زندگی رابطه مستقیم با تحصیلات دارد. همچنین کیفیت زندگی با شغل و وضعیت اقتصادی نیز مرتبط بوده (۲۷، ۱۷، ۲۳) و رابطه مثبت بین وضعیت اقتصادی و کیفیت زندگی به اثبات رسیده است. بنابراین پایین بودن کیفیت زندگی سالمندان مطالعه حاضر باتوجه به اینکه روستایی، اکثراً بیسواد و به لحاظ اقتصادی فقیر بودند، قابل توجه است.

نتایج این پژوهش با محدودیت‌هایی روبروست. از جمله بی سواد بودن اکثر افراد مورد مطالعه که ممکن است در نحوه پاسخگویی آنها اثر گذاشته باشد و نیز محدود بودن تعداد زنان مشارکت کننده در پژوهش که نتیجه گیری در زمینه همبستگی عوامل دموگرافیک با کیفیت زندگی را در سالمندان روستایی شهرستان دشتی دشوار می کند، و همچنین ممکن است پرسشنامه کیفیت

REFERENCES

منابع

1. Kaldi A, Akbari kamrani A, Azari GH, Ghasemi S. Relationship between knowledge, attitude & elderly's health behavior with general health of them in Tehran city. *Journal of .Social worker*. 2005;3:4.
2. Khazaii K. elderly's psychology & Role of social support. Tehran: Ashna book publications; 2002.
3. Joghataii M, Nejati V. Surveying situation of elderly's health in Kashan. *Salmand Iranian journal of Aging*. 2006;1(1).
4. Du Guerny J. The rural elderly and the ageing of rural population. *The world congree of gerontology*; 1997 20 Sep; Available at <http://www.fao.org.20/09/2009>
5. Mohtasham Amiri Z, Farazmand A, Toloei M. Causes of patient's hospitalization in Guilan university hospitals. *J Guilan Univ Med Sci*. 2002; 11(42): 28-32.
6. Haji Jafari M. Prevalence of common chronic diseases in pensioners of Imam Khomeini relief committee in Kashan, from Feb to May 2007:43.
7. Haveman-Nies A, Groot, L & Staveren, W. Relation of Dietary Quality, Physical Activity, and Smoking Habits to 10-Year Changes in Health Status in Older Europeans in the SENECA Study. *Am J Public Health*. 2003, 93(2): 318-323.
8. Nejati V, Ashayeri H. Health-Related Quality of Life in the Elderly in Kashan. *Iraian journal of Psychiatry & clinical psychology* 2008;1:56-61.
9. Sajadi H, Biglerian A. Quality of life among Kahrizak charity institutionalized women elderly. *Payesh journal* 2006;2:105-108.
10. Habibi A, Nikpour S, Sohbatzadeh R, Haghani H. Quality Of Life among elderly people in west area of Tehran. *Iranian Journal of Nursing Research* 2007;6:1-10.
11. Albokordi M, Ramezani MA, Arizi F. Quality of life in Shahinshahr's elderly. *Scientific medical journal* 2004;4:709.
12. Salar A, Ahmadi F, Faghih zadeh S. The effect of continuous consultation care model on elderly's quality of life in Zahedan city *Tabibe shargh Journal* 2005;4:261-268.
13. Yang-Heui A, Mi Ja k. Health care needs of elderly in a rural community in Korea. *Public health nursing*. 21(2):153-161.
14. Boshahr province statistic year-book
15. Manokian A, Pedram Razi SH, Monjamed Z, Faghihzadeh S. Comparative study of nurse's job satisfaction of hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences. *Hayat journal* 2006;3:65.
16. Montzeri A, Gohoshtasbi A, Vahdaninia M, Gandek B. The short form health survey (s-f 36): translation and validation study of the Iranian version. *Quality of life Research* 2005; 14: 875-882.
17. Vahdani M, Gashtasebi A, Montazeri A, Mafton F. Health related of quality of lif: Demogeraphy Study. *Payesh journal* 2005;2:113-120.
18. Ahangari M, Arjmand Hesabi M, Kamali M. Quality of elderly's life in Tehran senile cultur House Clubs. *Iranian journal of Aging* 2007;3:182-190.
19. Rafati N, mehrabi Y, Montazeri A. Quality of life among Kahrizak charity institutionalized Elderly People. *Journal of school of public health & institute of public health research* 2004;3:67-75.
20. Mirbagheri N, Meamarian R, Mohammadi E. Effects of regular walking programme on quality of life of elderly patients with moderate COPD. *Iranian Journal of Nursing Research* 2007;6:19-27.
21. Baraz S, Rostami M, Farzianpor F, Rasekh A. Effect of Orem Self Care Model on ederies' quality of life in health care centers of Masjed Solaiman in 2007-2008. *Arak University of Medical Sciences Journal* 2009; 12 (2) :51-59.
22. Namati Dehkordy Sh, Dasht Bozorgy B, Pakseresht S, Rasekh AR. The effect of reminiscence therapy on elderly's quality of life. *Sharekord University of Medical Sciences Journal* 2007;9:75-81.
23. Bazrafshan M, Hosseini M, Rahgozar M, Mddah S. Effect of exercise in elderly women's quality of life. 2007;3:196-202.
24. Mohagheghi H, Sajadi H, Biglerian A. Quality of life: A comparison between pensioners of Social Security Organization and National Retirement Fund (Qom County, 2006). *Journal of Health Administration* 2007; 10 (27) :49-56.

25. Sullivan MD, Kempen GIJM, Sonderen EV, Ormel J. Models of health-related quality of life in a population of community-dwelling Dutch elderly. *Quality of Life Research* 2000; 9(7): 801-810.
26. Alipour F, Sajadi H, Fourozan A, Biglerain A, Jilian A. Quality of elderly' s life in Tehran. *Iranian journal of Aging* 2008;9:75-84(Persian).
27. Low G, Molzahn AE. Predictors of Quality of Life in Old Age: A Cross-Validation Study. *Research in Nursing & Health* 2007, 30, 141–150.