بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی در سالمندان شهری و روستایی

زهرا حاجی هاشمی[۱]، روشنک وامقی[۲*]، علی منتظری[۳]، محمدرضا سهرابی[۴]، احمد علی اکبری کامرانی[۵]

۱. گروه سالمندی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
۲. مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
۳. گروه پژوهشی سلامت روان، مرکزتحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران، ایران
۴. گروه پزشکی اجتماعی. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۵. مرکز تحقیقات مسایل اجتماعی و روانی سالمندان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

فصلنامه پایش
سال دوازدهم شماره سوم خرداد ـ تیر ۱۳۹۲ صص ۲۶۲-۲۵۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱/۲۸
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۲ اردیبهشت ۹۲]

چکیده

این مطالعه با هدف مقایسه کیفیت زندگی در سالمندان شهر نشین و روستانشین مراجعه‌کننده به درمانگاه داخلی بیمارستان امام سجاد شهریار از تیر ماه۱۳۸۹ تا تیر ماه۱۳۹۰ انجام شد. این مطالعه توصیفی ـ تحلیلی بر روی ۲۰۳ سالمند شهری و روستایی مراجعه‌کننده سرپایی به درمانگاه داخلی انجام شد. کیفیت زندگی با پرسشنامه SF36 اندازه‌گیری شد. داده‌های جمع‌آوری شده با آزمون مقایسه میانگین‌ها و همچنین آزمون رگرسیون برای تعیین مهمترین عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در آزمون رگرسیون با استفاده از روش step wise در حیطه عملکرد جسمانی؛ جنسیت، گروه سنی و اشتغال بر کیفیت زندگی اثر معنی‌دار داشتند. در حیطه محدودیت ایفای نقش بدلیل مشکلات جسمانی فقط وضعیت تحصیلات بر کیفیت زندگی اثر داشته است. در حیطه درد جسمانی؛ وضعیت تحصیلات، جنسیت و محل زندگی بر کیفیت زندگی اثر داشتند. در حیطه سلامت عمومی؛ جنسیت و وضعیت اشتغال بر کیفیت زندگی اثر داشتند. در حیطه شادابی و نشاط و در حیطه عملکرد اجتماعی؛ وضعیت اشتغال بر کیفیت زندگی اثر داشته است. در حیطه محدودیت ایفای نقش بدلیل مشکلات عاطفی؛ محل زندگی و در حیطه سلامت روانی؛ جنسیت بر کیفیت زندگی اثر داشته‌اند. محل زندگی در حیطه درد بدنی و محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی بر روی کیفیت زندگی تأثیری داشت.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، سالمند، شهر، روستا، کیفیت زندگی وابسته به سلامت، SF-36

* نویسنده پاسخگو: تهران، اوین، بلوار دانشجو، خیابان کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مرکز تحقیقات توانبخشی اطفال
تلفن و دورنگار: ۲۲۱۸۰۰۹۹
E-mail: r_vameghi@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-04]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.3.3.6]

مقدمه

سالم و فعال پیر شدن نقش کلیدی برای سالمندان جهت ادامه ایفای نقش (شامل تمام ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی) در جامعه دارد. با بهبود کیفیت زندگی، سالمندان احساس بهتری خواهند داشت و استفاده مؤثرتری از خدمات بهداشتی و اجتماعی به عمل خواهند آورد[۱]. کیفیت زندگی اغلب با ابعاد عینی و ذهنی توصیف می‌شود. ابعاد عینی شامل استاندارد زندگی، درآمد، تحصیلات، وضعیت سلامتی، طول عمر، پول، دارایی، دانش، انرژی فیزیکی و فکری، ارتباطات اجتماعی و امنیت و ابعاد ذهنی آن شامل رضایت از زندگی، شادی، رتبه‌بندی شخصی، درک فرد از وضعیت زندگی در سیستم فرهنگی و ارزشی که فرد در آن زندگی می‌کند، می‌شود[۲]. اگر چه افزایش سن در سالمندان به خودی خود و بطور طبیعی با درجاتی از افت کیفیت زندگی آنان همراه است اما اثر سایر متغیرهای زمینه‌ای را نباید در این کاهش ازنظر دور داشت[۳]. اولین گام جهت ارتقاء سلامت، پیشگیری از بروز و ابتلای به بیماریهای مزمن و کاهش شیوع بیماریهای خاص در سالمندان، شناسایی وضعیت زندگی و سلامتی سالمندان و عوامل مؤثر بر آن است. یکی از معیارهای قابل سنجش برای تعیین نیازها و شرایط سلامتی سالمندان، شاخص کیفیت زندگی است[۴]. اندازه‌گیری کیفیت زندگی مربوط به سلامتی یک راه ارزیابی وضعیت سلامتی بزرگسالان است و به کمک آن می‌توان عواملی که با سلامتی خوب و حفظ عملکرد مطلوب و بهبود کیفیت زندگی ارتباط دارند را نیز شناسایی کرد[۵]. به نظر می‌رسد سالمندانی که در روستاها زندگی می‌کنند به‌خاطر عوامل اقتصادی اجتماعی خاص محیط خود در معرض خطر کاهش کیفیت زندگی نسبت به همتایان خود در شهرها هستند. این عوامل شامل جدایی جغرافیایی و اجتماعی از جامعه بزرگتر شهری، محدودیت دسترسی به مراقبت‌های تخصصی و احتمالا وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین‌تر هستند. در چند تحقیق در آمریکا نشان داده شده، سالمندانی که در روستا زندگی می‌کنند احتمالاً نگرش یکسانی به استقلال نداشته یا نسبت به استفاده از خدمات سلامتی تمایل یا اعتماد ندارند. این افراد به دلیل حمایت قوی خانواده ممکن است از منابع سنتی طبابت کمتر استفاده کنند. تمام این عوامل بهمراه تغییرات پیری در دستگاههای قلب و عروق، عضلانی اسکلتی و تنفسی منجر به افزایش گزارش عدم رضایت سالمندان روستاها نسبت به کیفیت زندگی خود می‌شود. این تفاوتها نه فقط بین ایالات مختلف بلکه در داخل هر ایالت نیز وجود دارد. دانستن چگونگی درک کیفیت زندگی توسط سالمندان به طور منطقه‌ای، می‌تواند پزشکان را در تصمیم‌گیری‌هایشان راهنمایی کند[۶]. شهرستان شهریار با جمعیت ۱۰۴۴۷۰۹ نفر واقع در غرب استان تهران با رشد جمعیت ۸ در صد با معضل مهاجرت بی‌رویه و رشد بالای جمعیت روبرو است[۷]. این شهرستان دارای ۳ بخش مرکزی، ملارد و قدس (قلعه حسن خان) و ۹ شهر و ۱۱ دهستان و ۱۰۳ آبادی است[۸]. طبق برآورد جمعیتی ابتدای سال ۱۳۸۹ از شبکه بهداشت و درمان شهرستان شهریار جمعیت شهری بخش مرکزی ۵۵۲۹۸۵ نفر، جمعیت روستایی۸۹۰۷۱ نفر. شهرستان ملارد جمعیت شهری ۲۵۴۷۴۸ نفر، جمعیت روستایی۴۹۰۳۲ نفر و شهرستان قدس جمعیت شهری ۲۹۵۸۷۸ نفر، جمعیت روستایی۵۷۱۶ نفر بود. بحران جمعیتی باعث شده است امکانات با تقاضاهای شهرستان متناسب نبوده و در پاره‌ای موارد نیز فاصله زیادی با معیارها و ضوابط موجود در کشور هم پیدا نماید و تأمین نیازهای بهداشتی، امنیتی، درمانی، عمرانی، رفاهی و....در آن شهرستان با مشکل روبرو باشد[۹]. با توجه به موقعیت جغرافیایی، اقتصادی و اجتمایی و روند رو به رشد جمعیت سالمندان این منطقه [۹] و با توجه به ارجاع بسیاری از بیماران از مناطق روستایی به بیمارستان امام سجاد شهرستان شهریار، بررسی وضعیت کیفیت زندگی مربوط به سلامتی در سالمندان مراجعه‌کننده به درمانگاه داخلی این بیمارستان و مقایسه وضعیت بین سالمندان شهری و روستایی به عنوان هدف تحقیق حاضر مدنظر قرار گرفت.

مواد و روش کار

این مطالعه توصیفی- تحلیلی از نوع مقطعی بر روی سالمندان مراجعه‌کننده به درمانگاه داخلی بیمارستان امام سجاد(ع) شهرستان شهریار انجام شد. با توجه به در دسترس نبودن اطلاعات کافی از تفاوت میانگین دو گروه شهری و روستائی در مطالعات قبلی جهت تخمین حجم نمونه انجام مطالعه آزمایشی در نظر گرفته شد. با محاسبه اختلاف میانگین کیفیت زندگی دو گروه شهری و روستائی در مطالعه آزمایشی بر روی ۱۰ نفر روستایی و ۱۰ نفر شهری، با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه "مقایسه دو میانگین"، حجم نمونه محاسبه شده برابر با ۹۵ نفر بود که با احتساب احتمال ریزش، تعداد ۱۰۰ نفر شهری و ۱۰۰ نفر روستایی برای انجام مطالعه تعیین گردید. روش نمونه گیری در دسترس یا آسان از بین نمونه های شهری وروستایی مراجعه‌کننده به درمانگاه داخلی بیمارستان امام سجاد (ع) شهرستان شهریار تا رسیدن به حجم

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.3.3.6]

نمونه مورد نظر انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه سن بالای ۶۰ سال و مراجعه‌کننده به درمانگاه داخلی بودن و معیار های خروج از مطالعه بد حال بودن سالمندان (به‌طوری که نیاز به بستری داشته باشند)، وجود مشکلات شنوایی، میهمان بودن از سایر مناطق کشور، ملیت‌های غیر ایرانی و وجود اختلالات شناختی، تعیین شد. برای جمع آوری داده‌ها پس از هماهنگی با ریاست بیمارستان امام سجاد و مسئول درمانگاه وکسب اجازه، نمونه‌ها از مراجعین به درمانگاه داخلی انتخاب شدند. در این مطالعه ابتدا به مخاطبان توضیح ارائه شده و پس از اخذ رضایت، داده‌ها با استفاده از پرسشنامه استاندارد SF-36 با روش مصاحبه چهره به چهره توسط پزشک متخصص داخلی مستقر در آن درمانگاه جمع آوری شد.

SF-36 یک ابزار بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت است. بررسی وضعیت سلامتی با SF-36 برای مطالعات پیامد در علم پزشکی طرح‌ریزی شده است و به‌طور وسیع مورد آزمایش و اعتبار سنجی قرار گرفته است. این پرسشنامه در آمریکا برای فهم چگونگی تأثیر سیستم مراقبت بهداشتی بر سلامتی طراحی شده و موارد استفاده بسیاری دارد. برای اندازه‌گیری سلامت عمومی جمعیت‌ها و همچنین جهت مقایسه سلامتی بیماران با شرایط پزشکی SF-36 یک ابزار اندازه‌گیری عمومی کیفیت زندگی است و همچنین نشان می‌دهد که آیا یک فرد سالم است یا خیر[۱۰]. این مقیاس دارای ۸ خرده مقیاس عملکرد جسمانی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی، درد بدنی، سلامت عمومی، شادابی و نشاط، عملکرد اجتماعی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی و سلامت روانی است. همچنین این ابزار ۲ مقیاس خلاصه سنجش سلامت جسمانی و خلاصه سنجش سلامت روانی نیز دارد. امتیازات از صفر تا ۱۰۰ تعیین شده است. به‌طوری که نمره بالاتر در هر خرده مقیاس به معنی شرایط بهتر است. در ایران SF-36 در سال ۱۳۸۴توسط دکتر علی منتظری در معیت۴۱۶۳ نفری سنین ۱۵سال به بالا به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای طبقه‌بندی شده از ۲۲ منطقه تهران مورد بررسی قرار گرفته است و روایی و پایایی آن در جمعیت عمومی تأییدشده است (آلفا کرونباخ۰/۹۰-۰/۷۷ در همه خرده مقیاس‌ها به جز خرده مقیاس شادابی و نشاط ۰/۶۵)[۱۱]، متغیر مستقل در مطالعه حاضر محل زندگی سالمندان (شهر یا روستا) و متغیرهای زمینه‌ای مورد بررسی سن، جنسیت، تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، علت مراجعه، بیماریهای همراه، و تعداد داروی مصرفی بودند. متغیرهای وابسته مورد نظر شامل بعد عملکرد جسمانی کیفیت زندگی، بعد محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی کیفیت زندگی، بعد درد جسمانی کیفیت زندگی، بعد سلامت عمومی کیفیت زندگی، بعد شادابی و نشاط کیفیت زندگی، بعد عملکرد اجتماعی کیفیت زندگی، بعد محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی کیفیت زندگی و بعد سلامت روانی کیفیت زندگی، بودند. در این مطالعه سالمند به افراد دارای سن تقویمی ۶۰ سال و بالاتر، روستا جامعه‌ای با جمعیت کمتر از۵۰۰۰ نفر و شهر به جامعه‌ای با جمعیت بیشتر از ۵۰۰۰ نفر، و پلی فارماسی به مصرف تعداد ۵ دارو و بیشتر در روز توسط شخص اتلاق شد. داده‌های جمع‌آوری شده وارد نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ شده و با آزمون مقایسه میانگین‌ها (آزمون t و آنالیز واریانس و آزمون تک متغیری) و همچنین آزمون رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

در کل از ۲۰۳ نمونه سالمند ۶۰ سال و بالاتر مورد مطالعه ۱۰۳ نفر شهری و ۱۰۰ نفر روستایی بودند. میانگین (انحراف معیار) سنی نمونه‌های شهری ۶۸/۸۳ (۶/۷۲) در بازه ۹۲-۶۰ سال و میانگین (انحراف معیار) سنی نمونه‌های روستایی ۶۹/۹ (۷/۴) در بازه، ۹۴-۶۰ سال بود، که این توزیع سنی بین شهر و روستا تفاوت معنی دار نداشت (P =۰/۲۷). جدول شماره یک توزیع جنسیتی نمونه های شهری و روستایی را نشان می‌دهد. نمونه‌های شهری و روستایی از نظر توزیع جنسیتی همگن بوده و تفاوت معنی دار نداشتند (P =۰/۴). میزان تحصیلات گروه نمونه روستایی در همه رده‌ها به طور معنی‌دار کمتر از نمونه شهری بود (P<۰/۰۰۱). تعداد موارد بیوه در روستاها به طور معنی‌دار بیشتر از شهر بوده است (P =۰/۰۱)، که این اختلاف در زنان معنی دار (P =۰/۰۱۴) و در مردان معنی‌دار نبود (P =۰/۰۹). وضعیت اشتغال نمونه‌ها به تفکیک شهری و روستایی الگوی تقریباً مشابهی داشتند(P =۰/۰۵). در مجموع از ۱۸۴ سالمند مورد مطالعه ۱۵۳ نفر شاغل نبودند (۸۳ درصد). بیشترین علت مراجعه سالمندان شهری به درمانگاه داخلی بیمارستان امام سجاد شهریار مشکلات عضلانی اسکلتی (۱۷درصد) و آزمایشات دوره‌ای (۱۶درصد) و در روستائیان مشکلات عضلانی اسکلتی (۱۶درصد) و قلبی و عروقی (۱۵درصد) بوده‌است. در مقایسه علت مراجعه بین افراد شهری و روستایی تفاوت معنی‌دار

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.3.3.6]

وجود نداشت (P =۰/۱۶). از ۱۰۱ سالمند مراجعه‌کننده شهری ۸۷ نفر (۸۶ درصد)، از ۱۰۰ سالمند مراجعه‌کننده روستایی تنها ۶۵ نفر (۶۵ درصد) و از کل مراجعه‌کنندگان سالمند شهری و روستایی ۱۵۲ نفر (۷۵/۶ درصد) یک بیماری همراه یا بیشتر داشته‌اند. تعداد بیماری همراه در مراجعین شهری به طور معنی‌دار از مراجعین روستایی بیشتر بوده است (P <۰/۰۵). از کل سالمندان مراجعه کننده ۲۴ سالمند (۱۲درصد) بیش از ۴ دارو مصرف می‌کردند (پلی فارماسی). الگوی مصرفی از نظر تعداد داور در دو گروه شهری و روستایی مشابه بود (P =۰/۵۴). جدول شماره ۲ میانگین نمره حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی به تفکیک شهر و روستا را نشان می‌دهد. در مقایسه بین سالمندان شهری و روستایی در هیچ کدام از حیطه‌های کیفیت زندگی تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد. با آزمون تک متغیری نمره کیفیت زندگی در حیطه‌های عملکرد جسمانی، دردجسمانی سلامت عمومی، شادابی و سلامت روانی هم در شهر و هم در روستا در مردان به طور معنی‌دار بیشتر از زنان بود، در حالیکه در حیطه‌های محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی و عملکرد اجتماعی بین زنان و مردان شهری و روستایی تفاوت وجود نداشت (جدول شماره ۳). در آزمون رگرسیون با استفاده از روش step wise در مجموع سالمندان شهری و روستایی در حیطه عملکرد جسمانی با جنسیت، گروه سنی (P<۰/۰۰۱) اشتغال بر کیفیت زندگی اثر داشتند. در حیطه محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی فقط وضعیت تحصیلات بر کیفیت زندگی اثر داشته است (r^2 =۰/۸۹). در حیطه درد بدنی وضعیت تحصیلات جنسیت و محل زندگی بر کیفیت زندگی اثر داشتند (r^2 =۰/۱۸). در حیطه سلامت عمومی جنسیت و وضعیت اشتغال بر کیفیت زندگی اثر داشتند(r^2 =۰/۱۴). وضعیت اشتغال، در حیطه شادابی و نشاط (r^2 =۰/۰۳) و در حیطه عملکرد اجتماعی با (r^2 =۰/۰۶) برکیفیت زندگی اثر داشته است. در حیطه محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی، محل زندگی (r^2 =۰/۰۲) و در حیطه سلامت روانی، جنسیت (r^2 =۰/۰۵) بر کیفیت زندگی اثر داشته‌اند.

جدول ۱: توزیع جنسیتی مراجعه‌کنندگان شهری و روستایی به درمانگاه داخلی بیمارستان امام سجاد (ع) شهرستان شهریار طی سال ۹۰-۱۳۸۹

	شهری	روستایی	جمع
	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	
مرد	۳۹(۳۷/۹)	۴۴(۴۴)	۸۳
زن	۶۴(۶۲/۱)	۵۶(۵۶)	۱۲۰
جمع	۱۰۳(۱۰۰)	۱۰۰(۱۰۰)	۲۰۳

جدول ۲: توزیع فراوانی میانگین نمره کیفیت زندگی و حیطه های مختلف SF36 به تفکیک شهر و روستایی مراجعین به درمانگاه داخلی بیمارستان امام سجاد (ع) شهرستان شهریار طی سال ۹۰-۱۳۸۹

	شهری	روستایی	
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	P
عملکرد جسمانی	۵۸/۲۶(۲۹)	۵۴/۰۲(۲۹/۲)	۰/۳۲
محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی	۴۰/۴۴(۳/۳۹)	۳۲/۵(۳۴)	۰/۱۳
درد بدنی	۴۳/۶(۲۷/۱)	۴۸/۲(۲۶)	۰/۲۲
سلامت عمومی	۵۴/۴۲(۱۸/۳)	۵۳/۸۳(۱۸/۳)	۰/۸۲
شادابی و نشاط	۵۸/۲(۲۳/۹)	۵۵/۶(۲۰/۵)	۰/۴۲
عملکرد اجتماعی	۶۰/۷۵(۲۷/۵)	۶۰/۶(۲۵/۵)	۰/۹۷
محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی	۵۷/۵(۴۲۸/۸)	۴۷/۵۵(۴۲)	۰/۰۹
سلامت روانی	۶۰/۷۲(۲۲/۱)	۶۱/۷(۱۹/۸)	۰/۷۴

جدول ۳: توزیع فراوانی میانگین نمره کیفیت زندگی در حیطه‌های مختلف به تفکیک جنس و محل زندگی مراجعین سالمند به درمانگاه داخلی بیمارستان امام سجاد شهرستان شهریار ۹۰-۱۳۸۹

	شهری		روستایی		P
	مرد (انحراف معیار)	زن (انحراف معیار)	مرد (انحراف معیار)	زن (انحراف معیار)	
عملکرد جسمانی	۷۱/۶(۲۵/۵)	۵۰/۴۳(۲۸/۲۴)	۶۳/۹۳(۲۹/۴۵)	۴۶,۰۵(۲۶/۶)	<۰/۰۰۱
محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی	۴۴/۷۳(۴۰/۴۳)	۳۷/۸۹(۳۸/۸۳)	۳۲/۳۸(۳۵/۶)	۳۲/۵۹(۳۳)	۰/۳۷
درد بدنی	۵۲/۱(۲۸/۰۱)	۳۸/۴(۲۵/۳)	۵۵/۷(۲۵/۶)	۴۲/۴۳(۲۴/۹)	۰/۰۰۲
سلامت عمومی	۶۰/۰۷(۱۶/۷)	۵۰/۹(۱۸۵/۵)	۶۱/۴(۱۷/۴)	۴۷/۹(۱۶/۸۵)	<۰/۰۰۱
شادابی و نشاط	۶۴/۰۷(۲۳/۸)	۵۴/۴(۲۳/۳)	۶۰/۹(۲۱/۹)	۵۱/۲(۱۸/۲)	۰/۰۲۱
عملکرد اجتماعی	۶۵/۵(۲۶/۲)	۵۷/۹(۲۸/۰۱)	۶۱/۹۳(۲۷/۶)	۵۹/۵۹(۲۳/۹۵)	۰/۵۴
محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی	۶۳/۱۵(۴۲/۳)	۵۷/۵۴(۲۲/۹)	۶۸/۳(۱۸/۰۳)	۵۶/۹(۱۹/۸)	۰/۲۱
سلامت روانی	۶۶/۰۵(۱۹/۸)	۵۷/۵۴(۲۲/۹)	۶۸/۳(۱۸/۰۳)	۵۶/۹(۱۹/۸)	۰/۰۱

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-04]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.3.3.6]

جدول ۴: نتیجه آزمون رگرسیون در حیطه‌های کیفیت زندگی براساس تست SF-36 در سالمندان شهری و روستایی مراجعه‌کننده به درمانگاه داخلی بیمارستان امام سجاد شهرستان شهریار ۹۰-۸۹

	Beta	Sig
عملکرد جسمانی		
جنسیت	۰/۲۴	۰/۰۰۴
شغل	۰/۲۱۱	۰/۱۰
سواد	۰/۱۶۸	۰/۰۲۵
محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی		
سواد	۰/۲۹۸	<۰/۰۰۱
درد جسمانی		
سواد	۰/۳۱۷	<۰/۰۰۱
جنسیت	۰/۲۲	۰/۰۰۳
محل زندگی	۰/۲۰	۰/۰۰۷
سلامت عمومی		
جنسیت	۰/۲۳	۰/۰۰۵
شغل	۰/۲۲	۰/۰۰۷
شادابی و نشاط		
شغل	-۰/۱۸	۰/۰۱۷
عملکرد اجتماعی		
شغل	-۰/۲۴	۰/۰۰۲
محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی		
محل زندگی	-۰/۱۵	۰/۰۴۹
سلامت روانی		
جنسیت	-۰/۲۲	۰/۰۰۵

نتیجه گیری

در مطالعه ما بر روی سالمندان مراجعه‌کننده به درمانگاه داخلی بیمارستان شهریار و مقایسه کیفیت زندگی آنها بین دو گروه شهری و روستایی در هیچ کدام از حیطه‌های هشتگانه از نظر آماری تفاوت معنی‌دار نبود، و با حذف اثر متغیرها با احتمال اثر مخدوش‌کنندگی این رابطه تغییری نداشت؛ بنابراین هیچ کدام از متغیرها اثر مخدوش کنندگی نداشتند. در مطالعه صباح و همکاران بر روی جمعیت لبنان در سال ۲۰۰۰ در رنج سنی ۸۶-۱۴سال در بین جمعیت شهری و روستایی فقط در شادابی و نشاط روستایی‌ها نمره بالاتر داشتند. و سالمندان در بعضی ابعاد به‌جز عملکرد جسمانی رضایت بیشتری از جوانترها داشتند[۱۲]. در مطالعه‌ای توسط Oguzturk در مناطق شهری و روستایی کریکاکه ترکیه در سال۲۰۰۴ (با ابزار پرسشنامه خلاصه شده SF12)، نمره کیفیت زندگی در روستایی‌ها پایین‌تر از شهرنشین‌ها بوده‌است. در این مقاله ذکر شده که با توجه به اینکه کیفیت زندگی مربوط به سلامتی موضوعی است که تحت تأثیر درک، انتظارات و تفسیرات از سلامتی است. دلایل بدتر بودن شاخص‌های عملکردی و سلامتی عینی و ذهنی در روستاییان در مقایسه با شهری‌ها ناشناخته است و عوامل اجتماعی و محیطی ممکن است منجر به این تفاوتها شوند که نیاز به بررسی دارند[۱۳]. در مطالعه ما در آزمون رگرسیون با استفاده از روش step wise مشخص شد که محل زندگی بر کیفیت زندگی در حیطه درد جسمانی (P=۰/۰۰۷) و محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی (P=۰/۰۴۹) اثر داشته است (جدول شماره۴). در مطالعه‌ای دیگر در مقایسه کیفیت زندگی شهری و روستایی در جمعیت مسن چینی در سال۲۰۰۵، در روستا سطح کیفیت زندگی پائین‌تر از شهر بوده است. ضمن اینکه افراد روستایی علائم افسردگی بالاتری ناشی از احساس تنهائی وحمایت پائین اجتماعی نیز داشته و این کاهش کیفیت زندگی در جمعیت روستایی با تفاوتهایی در مشخصات دموگرافیک و سایکولوژیکی همراه بوده‌است[۱۴]. در مطالعه ما متغیرهای زمینه‌ای از جمله جنسیت، سن، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، تعداد بیماری همراه، تعداد داروی مصرفی، نوع بیمه و علت مراجعه مورد مطالعه قرار گرفت با آزمون تک متغیری مشخص شد که اکثر تفاوتهای مشاهده شده بین کیفیت زندگی شهری و روستایی مربوط به تفاوت متغیرهای زمینه‌ای مانند جنسیت بوده و محل زندگی نقشی در این تفاوت نداشته است. در مطالعه‌ای بر روی کیفیت زندگی ساکنین شهری و روستایی جمعیت مسن چینی دریافتند که جمعیت شهری از روستایی خوشحالتر بوده و مهمترین عوامل در این زمینه ارتباط بین فرزند و والدین بوده است. همچنین مطرح شده که برای بهبود کیفیت زندگی در شهر و روستا نیازهای متفاوتی وجود دارد، در حالیکه سالمندان شهری بر روی نیازهای معنوی تمرکز دارند، سالمندان روستایی هنوز به نیازهای اولیه مادی اهمیت می‌دهند[۱۵]. درمطالعه دیگر توسط Zhou در استان Zhejiang چین از اکتبر تا دسامبر۲۰۰۷ در مقایسه کیفیت زندگی شهری و روستایی همه نمرات SF-36 به‌جز سلامت عمومی در جمعیت روستایی پائین‌تر از شهری بوده است (P<۰/۰۰۱). در این مطالعه عوامل افزاینده کیفیت زندگی در هر دو گروه سالمند شهری و روستایی، جنسیت مرد، مصرف چای، درآمد و مصرف الکل ذکر شده است، در حالیکه سن و تعداد بیماری مزمن، همراهی منفی با کیفیت زندگی داشتند. در این مطالعه بدست آمد که مداخلات برای کاهش بیماریهای مزمن، ثبات مکانیسم امنیتی، حقوق بازنشستگی، گسترش دانش شیوه صحیح زندگی ممکن است در سالمندان این استان بخصوص در مناطق روستایی منجر به افزایش کیفیت زندگی شود[۱۶]. ما نیز در این مطالعه تأثیر منفی سن و داشتن یک بیماری همراه مزمن را بر روی کیفیت زندگی به دست آوردیم. در

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.3.3.6]

مطالعه‌ای مشخص شد که علت تفاوت کیفیت زندگی بین شهر و روستا مربوط به عوامل اقتصادی اجتماعی، عدم اعتماد نسبت به خدمات سلامتی و نبودن نگرش یکسان به استقلال و استفاده کمتر از منابع سنتی طبابت در روستاها، به‌دلیل حمایت قوی خانواده بوده و این امر منجر به افزایش عدم رضایت سالمندان روستایی از کیفیت زندگی شده است[۶]. به نظر می‌رسد در مطالعه حاضر معنی‌دار نبودن تفاوت بین کیفیت زندگی ساکنین شهر و روستا در گروه مورد مطالعه می‌تواند به نزدیک بودن بافت شهری و روستایی شهرستان شهریار ارتباط داشته باشد، و نیز احتمالا افراد روستایی که به درمانگاه داخلی شهری مراجعه می‌کرده اند، اقشار خاصی از جامعه روستایی بوده‌اند که مشکلات دسترسی به امکانات تخصصی را نداشته و یا مشکلات اقتصادی- اجتماعی کمتری داشته‌اند. در مطالعه ماکه بر روی جمعیت در دسترس سالمندان شهری و روستایی انجام شده است از نظر توزیع جنسیتی و میانگین سنی همگن بودند و از نظر وضعیت شغلی، علت مراجعه، تعداد داروی مصرفی بین شهر و روستا تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. ولی در سطح تحصیلات، سطح تحصیلات شهری‌ها بالاتر از روستاییان، از نظر وضعیت تأهل، تعداد زنان بیوه روستایی بالاتر و تعداد بیماریهای همراه مراجعین شهری از روستایی بیشتر بوده است. در این مطالعه نیز همانند سایر مطالعات که تأثیر سطح تحصیلات، وضعیت شغلی، داشتن شغل قبلی و استخدام بودن و داشتن و نداشتن بیماری مزمن بر کیفیت زندگی را نشان داده‌اند[۱۹-۱۷] مشخص شد که چه در بین سالمندان ساکن شهر و چه روستا، افزایش تحصیلات در حیطه‌های عملکرد جسمانی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی، درد بدنی منجر به افزایش کیفیت زندگی می‌شود. شاغل بودن در حیطه‌های عملکرد جسمانی، سلامت عمومی، شادابی و نشاط و عملکرد اجتماعی منجر به افزایش کیفیت زندگی می‌شود. داشتن بیماری همراه در حیطه‌های عملکرد جسمانی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی، شادابی و نشاط منجر به کاهش کیفیت زندگی شده است. علاوه بر اینها در این مطالعه مشخص شد که مردان در همه حیطه‌ها بجز محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی، عملکرد اجتماعی و محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی کیفیت زندگی بالاتری از زنان داشته اند. مصرف دارو (پلی فارماسی) در همه حیطه‌ها به‌جز محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی و عملکرد اجتماعی منجر به کاهش کیفیت زندگی شده است. وضعیت تأهل درحیطه عملکرد جسمانی و سلامت عمومی بر کیفیت زندگی تأثیر داشته است. در یک مطالعه در روستای ایداهو آمریکا نمره کیفیت زندگی سالمندان آن از جمعیت عمومی آمریکا کمتر بود. زنان۷۵ سال و بالاتر در این روستا نمره خلاصه سنجش سلامت جسمانی بالاتری نسبت به همان گروه از جمعیت عمومی داشتند. نتایج این مطالعه مطرح می‌کند که زنان مسن‌تر ساکن روستا کیفیت زندگی بالاتر از حد انتظار داشته‌اند که مشخص می‌کند ساکن بودن در روستا همیشه الزامی یک شاخص بدون واسطه برای کاهش کیفیت زندگی سالمندان نمی‌باشد[۶]. در مطالعه ما در مقایسه دو گروه سنی تنها در حیطه عملکرد جسمانی بین شهر و روستا تفاوت معنی‌دار بود و کیفیت زندگی در ۷۵سال و بالاتر در کل کاهش نشان داد. بر اساس نتایج تحقیق حاضر پیشنهاد می‌شود دستگاههای مسئول در امر سالمندان در کشور برای افزایش کیفیت زندگی سالمندان باید نکات زیر را مد نظر داشته باشند.

- توجه و رسیدگی به وضعیت اشتغال سالمندان توانمندتر و به تبع آن در آمد سالمندان که وابسته به آن است
- توجه و رسیدگی به وضعیت زنان سالمند که کیفیت زندگی کمتری از مردان داشتند
- توجه ویژه به سالمندانی که دارای بیماریهای مزمن هستند و داروهای متعدد مصرف می‌کنند

در پایان پیشنهاد می‌شود که مطالعه گسترده‌ای در سطح کشور با حجم نمونه بیشتر بین مناطق شهری و روستایی انجام شود و نتایج آن در برنامه‌ریزی ملی مورد استفاده قرار گیرد. محل زندگی در شهر و یا روستای شهریار به‌جز در حیطه درد بدنی و محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی بر روی کیفیت زندگی سالمندان تأثیری نداشت.

سهم نویسندگان

زهرا حاجی هاشمی: طراحی، اجرای پژوهش و نگارش مقاله
روشنک وامقی: استاد راهنمای پایان نامه، نظارت بر اجرا و ویرایش
علی منتظری: مشاور پژوهش، ویرایش مقاله
محمدرضا سهرابی: مشاور متدولوژی و آمار، ویرایش مقاله
احمدعلی احمدی کامرانی: مشاور پژوهش

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.3.3.6]

تشکر و قدردانی

لازم است از زحمات بیدریغ و همکاری شایسته مدیریت درمان و واحد گسترش شبکه بهداشت و درمان شهرستان شهریار، حوزه ریاست و کارکنان محترم درمانگاه داخلی بیمارستان امام سجاد (ع) تشکر و قدردانی نماییم. این مقاله حاصل پایان‌نامه دوره عالی سلامت با گرایش سالمندی در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی در سال ۹۰ می‌باشد.

منابع

1. Rafati N, Yavari P, mehrabi Y, Montazeri A. Quality of Life Among Kahrizak Charity Institutionalized Elderly People. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2005;3:67-76

2. Netuveli G, Blane D. Quality of life in older ages. British Medical Bulletin 2008;85:113-26

3. Vahdani Nia MS, Goshtasebi A, Montazeri A, Maftoon F. Health-related quality of life in an elderly population in Iran: a population-based study. Payesh 2005;4:113-20[Persian]

4. Alipour F, Sajadi H, Forouzan A, Biglarian A, Alilian A. Elderly quality of life in Tehran's district two. Salmand Fall 2008- Winter 2009; 3:72-80 2008

5. Nejati V, Shirinbayan P, Akbari Kamrani A, Foroughan M, Taheri P, Sheikhvatan M. Quality of life in elderly people in Kashan, Iran. Middle East Journal of Age and Ageing 2008; 5:2

6. Cleary K K, Howell DM. Using the SF-36 to determine perceived health-related quality of life in rural idaho seniors. Journal of Allied Health 2006; 35 3:156-61

7. cited 2010 19 Aug]; Available from: http://fa.wikipedia.org/wiki/shahreyar- shahrestan.

8. Shahriar introduction. [cited 2011 10 July]; Available from: www.radioalborz.com/west/shahreyar.aspx

9. Shahriar. [cited 2011 10 July]; Available from: http://iranpedia.ir./

10. Ware JE, Sherbourne CD. The mos 36 itemshort form health survey (SF 36). 1. Conceptual framework and item selection. Medical Care 1992; 30:473-483

11. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The short form health survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. Quality of Life Research 2005; 14: 875-82

12. Sabbah I, Drouby N, Sabbah S, Retel-Rude N , Mercier M. Quality of life in rural and urban populations in Lebanon. Using SF-36 Health Survey. Health and Quality of Life Outcomes 2003; 1:30

13. Oguzturk O. Differences in quality of life in rural and urban populations. Clinical Investigative Medicine, 2008; 31: 346-50

14. Dong XQ, SimonMA. Health and aging in a Chinese population: urban and rural disparities. Geriatrics & Gerontology International 2010; 10: 85-93

15. Wei LCh, Xueling WH. A Comparative Study on the quality of life of urban and rural ederly population in China. Journal of Zhejiang University (Humanities and Social Sciences 2008; 6: 45-58

16. Zhou B, Chen K, Wang J, Wang H, Zhang S, Zheng W. Quality of life and related factors in the older rural and urban Chinese populations in Zhejiang Province. Journal of applied Gerantology-April 2011,30 ;199-225

17. Resnick NM. Geriatric Medicine. In: Tierney LM, McPhee SJ, Papadakis MA. Current medical diagnosis and treatment 2000, 39th Edition, East Norwalk, Lange Medical Books: McGraw-Hill, 2000

18. Bouchet C, Guillemin F, Dauphin AP et al. Selection of quality-of-life measures for a prevention trial: a psychometric analysis. Controlled Clinical Trials 2000; 21: 30-43

19. Canbaz S, Sunter AT, Dabak S, Peksen Y. The prevalence of chronic diseases and quality of life in elderly people in Samsun. Turkish Journal of Medical Sciences 20
2010; 22: 445-54

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.3.3.6]

ABSTRACT

Comparing quality of life among rural and urban elderly outpatients

Zahra Hajihashemi [1], Roshanak Vameghi [2*], Ali Montazeri[3], Mohammad Reza Sohrabi [4], Ahmad Akbari-Kamrani[5]

1. Department of gerontology, University of social welfare and rehabilitation sciences, Tehran, Iran
2. Children neurologic rehabilitation research center, University of social welfare and rehabilitation sciences, Tehran, Iran
3. Mental Health Research Group, Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran
4. Community medicine department, Social determinants of health Research center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
5. Social and Mental problems of elderly research center, University of social welfare and rehabilitation sciences, Tehran, Iran

Payesh 2013; 12: 255-262
Accepted for publication: 16 April 2012
[EPub a head of print-12 May 2013]

Objective (s): The purpose of this study was to compare quality of life among rural and urban elderly outpatients attending the Imam Sajjad Hospital of Shahryar during 2010-2011.
Methods: This was a cross-sectional study of a sample of 203 rural and urban elderly outpatients. HRQoL was measured using the Short Form Health Survey (SF-36). Data were analyzed using student t-test, ANOVA, and regression analysis in order to indicate the major quality of life determinants**.**
Results: In a step-wise regression analysis gender, age and employment had significant effect on physical functioning. For role physical, education; for bodily pain, education, gender and living area; for general health, gender and employment; for vitality, employment; for social functioning, employment; for role emotional, living area; and for mental health, gender had a significant effect on quality of life.
Conclusion: Overall the findings suggest that the urban and rural environment do not have significant effect on health-related quality of life.

Key Words: Health-Related Quality of Life, Elderly, Rural, Urban, SF-36, Iran

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-04]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.3.3.6]

Corresponding author: Children neurologic rehabilitation research center, University of social welfare and rehabilitation sciences, Tehran, Iran
Tel: 22180099
E-mail: r_vameghi@yahoo.com