

Evaluation of quality of life and vulnerability components of elderly women in rural areas Zanjan city: Case study

Mohammadi Yeghaneh B¹, Einalia J², Charaghi M³, *Eskandari shahraki Z⁴

1- Associate Professor, Zanjan University, Zanjan, Iran.

2- Assistant Professor, Zanjan University, Zanjan, Iran.

3- Ph.D, Tehran University, Tehran, Iran.

4- Ph.D, Zanjan University, Zanjan, Iran (**Corresponding Author**)

E.mail: Z_eskandari69@yahoo.com

Abstract

Introduction: The need to determine the quality of life of the elderly has increased, due to the increasing trend of the elderly population in the world, especially in developing countries and our country, and the associated aging phenomenon with physical and mental disorders. The purpose of this study was to identify vulnerable components of women in rural areas to present to scientific and executive circles to preserve and improve the quality of life of the elderly.

Method: The present study was carried out with a combination of two qualitative and quantitative approaches, including using focused discussion groups in the qualitative section, and performing factor analysis in the quantitative section. The population in the first stage is the qualitative approach of elderly women in 25 villages in Zanjan city. In these villages, the number of women over 65 is more than 15% of the total population. The women consist of 784 women in 25 villages of this city. Using a targeted and homogeneous sampling, 130 of these women were selected as samples. Qualitative content analysis method was used to analyze qualitative aspects. It was also used to collect quantitative data from a researcher made questionnaire that was extracted from the above. The method of collecting information was by face-to-face interview and using a questionnaire. Data were collected after encoding and analyzed using SPSS software and descriptive and analytic tests including mean, T single sample and Spearman correlation coefficient.

Results: The results of the research show that the socioeconomic factor with a specific value of 13.145 and the variance of 23.670 was the most important component of vulnerability of rural women. Measuring the quality of life and identifying the vulnerability components of rural elderly women lead to planning, prevention and rehabilitation in the field of improving their life. Physical dimension of elderly quality of life had meaningful correlation with education level, employment status, economic situation, housing and the presence of disease.

Conclusion: Decreasing self-esteem and social value, powerlessness, lack of independence in deciding poverty trap is one of the most important components of vulnerability of elderly women in rural areas. In this regard, two major strategies for reducing these vulnerabilities can include the support of government organs and the empowerment of these elderly people. In the study area, social isolation is more likely to be problematic for women because their life span is generally higher than that of their spouses, which causes their vulnerability to varying degrees. In such situations, women are more likely to be exposed to psychological harm.

Keywords: Aging population, quality of life, vulnerability.

Received: 7 January 2019

Accepted: 21 February 2019

بررسی کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آسیب‌پذیری زنان سالمند در نواحی روستایی شهرستان زنجان: مطالعه موردی

بهروز محمدی یگانه^۱، جمشید عینالی^۲، مهدی چراغی^۳، *زهرا اسکندری شهرکی^۴

۱- دانشیار دانشگاه زنجان، زنجان، ایران

۲- استادیار جغرافیا و برنامه‌ریزی روستایی دانشگاه زنجان

۳- دانش‌آموخته‌ی دکتری جغرافیا برنامه‌ریزی روستایی دانشگاه تهران، تهران، ایران

۴- دانشجوی دکتری جغرافیا و برنامه‌ریزی روستایی دانشگاه زنجان، زنجان، ایران (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: Z_ eskandari69@yahoo.com

نشریه سالمندشناسی دوره ۳ شماره ۳ زمستان ۱۳۹۷، ۷۷-۶۷

چکیده

مقدمه: با توجه به روند افزایشی جمعیت سالمند در جهان و به ویژه کشورهای در حال توسعه و کشورمان و همراه بودن پدیده سالمندی با بروز اختلالات جسمی و روحی، ضرورت تعیین کیفیت زندگی این گروه سنی افزایش یافته است. هدف تحقیق حاضر شناسایی مؤلفه‌های آسیب‌پذیر زنان در مناطق روستایی جهت ارائه به محافل علمی و اجرایی جهت حفظ و ارتقای کیفیت زندگی سالمندان است.

روش: پژوهش حاضر با آمیخته‌ای از دو رویکرد کیفی و کمی، شامل استفاده از گروه‌های بحث متمرکز در بخش کیفی، و انجام تحلیل عاملی در بخش کمی انجام پذیرفته است. جامعه آماری در مرحله اول از رویکرد کیفی، زنان سالمند در ۲۵ روستای شهرستان زنجان می‌باشد که در این روستاها تعداد جمعیت زنان بالای ۶۵ سال بیش‌تر از ۱۵ درصد کل جمعیت زنان می‌باشد. این زنان شامل ۷۸۴ زن واقع در ۲۵ روستای این شهرستان می‌باشد، با استفاده از نمونه‌گیری هدفدار و همگن ۱۳۰ نفر از این زنان به عنوان نمونه انتخاب شدند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی از روش تحلیل محتوای کیفی استفاده شد. همچنین جهت گردآوری داده‌های کمی از ارسال پرسشنامه محقق ساخته که از مرحله فوق مستخرج گردید بهره گرفته شد. روش جمع‌آوری اطلاعات به صورت مصاحبه حضوری و با استفاده از پرسش‌نامه بود. و اطلاعات پس از جمع‌آوری کدگذاری شده و با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری توصیفی و تحلیلی شامل میانگین، T تک نمونه‌ای و ضریب همبستگی اسپیرمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج تحقیق نشان می‌دهد، عامل اجتماعی-اقتصادی با مقدار ویژه ۱۳/۱۴۵ و درصد واریانس ۲۳/۶۷ مهم‌ترین مؤلفه آسیب‌پذیری زنان روستایی شناخته شد. سنجش کیفیت زندگی و شناسایی مؤلفه‌های آسیب‌پذیری زنان سالمند روستایی موجب برنامه‌ریزی و پیشگیری و توان بخشی در زمینه ارتقای زندگی آنان می‌گردد بعد جسمی کیفیت زندگی سالمندان با مواردی از قبیل سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی، مسکن و وجود بیماری ارتباط آماری معنی‌دار دارد.

نتیجه‌گیری: کم شدن عزت نفس و ارزش اجتماعی، بی‌قدرتی، نداشتن استقلال در تصمیم‌گیری تله فقر از جمله مهم‌ترین مؤلفه‌های آسیب‌پذیری زنان سالمند در نواحی روستایی می‌باشد. در همین راستا دو راهکار اساسی جهت کاهش این آسیب‌پذیری‌ها می‌تواند شامل حمایت‌های ارگان‌های دولتی و توانمندسازی این سالمندان باشد. در محدوده مورد مطالعه، انزوای اجتماعی بیشتر برای زنان مسالسه آفرین است زیرا طول عمر آن‌ها عموماً بیشتر از همسرانشان است و این باعث آسیب‌پذیری آنها در زمینه‌های مختلف می‌شود. در چنین شرایطی، زنان بیشتر در معرض آسیب‌های روانی هستند.

کلیدواژه‌ها: سالمندی جمعیت، کیفیت زندگی، آسیب‌پذیری.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۰/۱۷

مقدمه

وضعیت بهداشت و زندگی آدمیان و افزایش امید به زندگی آنان دیده می‌شود ضرورت توجه به مشکلات این قشر را روزافزون نموده است (۲).

طبق آمار سازمان جهانی بهداشت تعداد افراد سالمند کل جهان ۲۰۵۰ از ششصد و پنج میلیون، به دو میلیارد نفر افزایش می‌یابد؛ و با روند سریع افزایش سالمندی؛ جمعیت جهان تا سال ۲۰۵۰ از هر پنج نفر یک نفر سالمند خواهد بود (۲). پیر شدن جمعیت

افزایش امید به زندگی و کاهش میزان باروری باعث افزایش تعداد افراد سالمند در سراسر جهان شده است؛ به گونه‌ای که پیر شدن جمعیت به یکی از مهم‌ترین چالش‌های بهداشت عمومی در سال‌های کنونی تبدیل گشته است (۱).

افزایش جمعیت سالمندان که به علت کاهش موالید و بهبود

حمایت‌های بهداشتی درمانی هستند از سوی دیگر، مداخله جدی را می‌طلبد (۷). مهم‌ترین بیماری‌های مزمن دوران سالخوردگی در سطح جهان شامل بیماری‌های قلبی عروقی، پرفشاری خون، سکتته، دیابت، سرطان، بیماری‌های مزمن انسدادی ریه، بیماری‌های عضلات و مفاصل، افسردگی، اختلالات بینایی، شنوایی، بی‌اختیاری ادرار و مشکلات دندان‌می‌باشد (۸). همچنین یکی از رنج‌بارترین مشکلاتی که کمتر به آن توجه شده، مسئله سوء رفتار نسبت به سالمندان است (۹)، که می‌تواند سلامت و کیفیت زندگی شخص سالمند را به خطر بیاندازد و برای او شرایط رنج‌آوری ایجاد کند (۱۰، ۱۱).

محیط‌های روستایی به دلیل مهاجرت جوانان و میانسالان در حال پیر شدن هستند (۳۲). تأثیر این پدیده در نواحی روستایی بیشتر از نواحی شهری است. از دیدگاه جهانی درصد جمعیت ۶۰ ساله و بیشتر در نواحی روستایی بیشتر است و این می‌تواند به روند مهاجرت‌های روستایی-شهری نسبت داده شود، جوانان به نواحی شهری مهاجرت می‌کنند، در حالی که افراد پیر در دوران بازنستگی به روستاها بازگشت دارند (۴، ۵). اگرچه ماهیت زندگی روستایی به طور اساسی برای ساکنین پیر روستایی متغیر بوده است، اما الگوی زوال روستایی، افزایش تحرک فردی، تغییر در ساختار خانواده و روابط میان افراد، نوسانات در اقتصاد محلی و جهانی، مهاجرت به خارج، شهرنشینی و سایر جریان‌های مهاجرت داخلی زندگی و پیری در جوامع روستایی را در چارچوب پویایی قرار داده است. (۳۵). پیری را در جوامع روستایی به عنوان "مردم آسیب‌پذیر در مکان‌های آسیب‌پذیر" توصیف کرده‌اند (۳۴). همچنین در حال حاضر حداقل در ۳۵ کشور جهان امید به زندگی در زنان به بیش از ۸۰ سال رسیده است، بنابراین افزایش طول عمر زنان به بیش از ۵۰ سال در همه مناطق جهان مشاهده می‌شود (۱۲). این در حالی است که، هم‌اکنون بیش از نیمی از جمعیت سالمندان دنیا را زنان تشکیل می‌دهند. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی هم‌اکنون در کشورهای آسیای شرقی و همچنین در کشورهای پاکستان، قطر و امارات، جمعیت زنان سالمند کمتر از مردان سالمند می‌باشد، این در حالی است که طبق پیش‌بینی این سازمان در آینده این نسبت به طور قابل ملاحظه‌ای تغییر کرده و جمعیت زنان سالمند افزایش خواهد یافت (۱۳، ۱۴). با این حال طول عمر بیشتر را نمی‌توان به زندگی سالم‌تر تعبیر کرد چرا که الگوی‌های سلامت و بیماری در مردان و زنان بسیار متفاوت است. طول عمر بیشتر زنان سبب شده است که آن‌ها بیشتر از مردان از بیماری‌های مزمن نظیر پوکی استخوان، دیابت، فشارخون، آرتروز، رنج ببرند (۲۵). زنان سالمند با توجه به ساختار

ناشی از تغییرات دموگرافیک است (۳۱). روند سریع افزایش جمعیت سالمندان، مختص کشورهای پیشرفته نیست؛ بلکه پدیده‌ای است که کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه هر دو با آن مواجه‌اند (۳). براساس برآوردهای بین‌المللی نیز جمعیت سالمند ایران از سال ۱۴۱۹ رشد سریع‌تری نسبت به سایر نقاط و حتی میانگین جهان خواهد یافت؛ و تا سال ۱۴۲۴ از میانگین رشد جمعیت سالمند جهان و ۵ سال بعد از آسیا نیز پیشی خواهد گرفت (۳۳). بررسی‌ها و شاخص‌های آماری حکایت از رشد پرشتاب جمعیت سالمند در کشور را دارد؛ به طوری که پیش‌بینی می‌شود جمعیت سالمند ایران تا سال ۲۰۵۰ به ۲۱،۷ درصد برسد (۵). بنابراین باروری، مرگ و میر و مهاجرت ساختار سنی جمعیت یک کشور را تعیین می‌کنند، و این متغیرها همراه با مهاجرت داخلی ترکیب سنی مناطق مختلف جغرافیایی کشور را تحت تأثیر قرار می‌دهند (مثلاً ترکیب سنی روستا در برابر شهر) (۲).

پیشرفت دانش پزشکی موجب افزایش طول عمر و در نتیجه افزایش جمعیت سالمندان گردیده است. اما دغدغه اصلی محققان صرفاً پرداختن به افزایش طول عمر نمی‌باشد بلکه چالش قرن جدید، زندگی کردن با کیفیت برتر است (۴۷). کیفیت زندگی یک احساس خوب بودن است که از رضایت یا عدم رضایت از جنبه‌های مختلف زندگی که برای شخص مهم هستند ناشی می‌شود. کیفیت زندگی شامل حوزه‌های سلامتی، کار، اقتصادی، اجتماعی، روانی، درجه عدم وابستگی و تکامل اجتماعی شخص می‌باشد (۴۸).

سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است، که طی آن سالمندان در معرض تهدیدات بالقوه‌ای نظیر افزایش ابتلا به بیماری‌های مزمن، تنهایی و انزوا، عدم برخورداری از حمایت اجتماعی بوده و به دلیل ناتوانی‌های جسمی و ذهنی در موارد زیادی نیز استقلال فردیشان مورد تهدید قرار می‌گیرد (۳۰). و از آن جایی که دوره سالمندی همراه با بسیاری از عوامل تنش‌زاهای رایج در سنین سالمندی مانند تغییرات طبیعی سالمندی مانند اختلال در عملکرد جسمی، اختلال در فعالیت و ظاهر فرد، ناتوانی‌های ناشی از بیماری‌های مزمن (۲۰، ۲۱)، فقدان‌های روانی-اجتماعی، کاهش درآمد، کاهش توانایی برای ایفای نقش فعالیت‌های قبلی، می‌باشد (۲۲، ۲۳، ۲۴)، و حفظ و بهبود وضعیت سلامت در دوران سالمندی، نه تنها باعث پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های مزمن می‌شود؛ بلکه به استقامت و شرکت سالمندان در فعالیت‌های خانوادگی و اجتماعی نیز کمک قابل توجهی می‌کند (۶). تغییر الگوی اپیدمیولوژیک بیماری‌ها در سنین میانسالی و سالمندی و گرایش به سوی بیماری‌های مزمن از یک سو و مواجه شدن با سالمندانی که سالم هستند ولی نیازمند

پر شمار، از جمله کار زیاد در مزرعه و خانه؛ دسترسی کم به اماکن و مراکز تفریحی، آزادی عمل محدود، احساس ناامنی (۴۵)، ضعف مهارت‌های ارتباطی، بی‌سوادی یا کم‌سوادی، بالا بودن ساعت کاری و انجام دادن بیشتر فعالیت‌های کشاورزی از سوی آنان (۱۷)، محرومیت از دریافت خدمات آموزشی، ضعف جسمانی و پایین بودن سطح بهداشت (۱۸)، و سایر موارد، به طور درخور توجهی مستعد کاهش کیفیت زندگی به ویژه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت شده‌اند (۱۹). این در حالی است که امروزه بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت از مباحث اصلی در کشورهای مختلف بوده و سلامت زنان به ویژه زنان سالمند به دلیل آسیب‌پذیری بیشتر آنان نسبت به مردان در نتیجه شرایط فیزیولوژیکی ناشی از بارداری و زایمان و عوارض آن‌ها، یکی از شاخص‌های مهم توسعه محسوب می‌شود (۲۰).

با توجه ذکر این نکته که نرخ سالمندی زنان جمعیت در نواحی روستایی کشورمان از ۱۱ درصد در سال ۱۳۳۵ به ۳۸ درصد در سال ۱۳۹۰ و در محدوده مورد مطالعه به ۴۰ درصد رسیده است، زنان روستایی به دلیل شرایط جغرافیایی و شغلی زندگی روستایی با چالش‌های بهداشتی خاص و منحصر به فردی روبرو هستند (۲۶). در این بین اغلب نیازهای زنان سالمند روستایی به طور کلی با نیازهای اجتماعی و به طور خاص با نیازهای روستایی اشتباه گرفته شده است و مورد غفلت قرار می‌گیرد، آن‌ها همانند سایر ساکنین روستا از وضع اسفناک بهداشت و درمان، بیماری‌های مزمن و دسترسی محدود به خدمات اجتماعی و بهداشتی ضروری رنج می‌برند. نگرانی خاص زنان سالمند در مورد تأمین نیازهای غذایی بدن است. بنابراین زنان سالمند روستایی به دلیل فقدان یا دسترسی محدود به مواد غذایی لازم آسیب‌پذیرتر می‌شوند (۲۷). از این رو با توجه به عدم دسترسی مناسب و کافی به امنیت غذایی در جوامع روستایی، ناامنی غذایی تبدیل به یک مسئله مهم برای زنان سالمند شده است که در نواحی روستایی زندگی می‌کنند (۲۸). بررسی‌ها نشان می‌دهد که سالمندانی که در روستاها زندگی می‌کنند به خاطر عوامل اقتصادی اجتماعی خاص محیط خود در معرض خطر کاهش کیفیت زندگی نسبت به هم‌تابان خود در شهرها هستند. این عوامل شامل جدایی جغرافیایی و اجتماعی از جامعه بزرگتر شهری، محدودیت دسترسی به مراقبت‌های تخصصی و احتمالاً وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین‌تر هستند (۲۹). لزوم شناخت مشکلات و مسائل این قشر بیشتر مورد نظر محققان قرار گرفته است. در محدوده مورد مطالعه به علت بروز مهاجرت‌های بالا، کاهش نرخ مولید و مرگ و میر جمعیت سالمند زنان افزایش پیدا کرده است که این افزایش همراه با آسیب‌پذیری این قشر بوده می‌باشد.

سنی نواحی روستایی و پائین بودن سطح توسعه یافتگی روستاهای کشورمان دارای آسیب‌پذیری جسمانی و روحی بالاتری نسبت به مردان سالمند می‌باشند. سه دلیل عمده، توجه بیشتر به سلامت زنان سالمند را الزامی می‌سازد:

افزایش تعداد زنان سالمند، افزایش بارز طول دوره حیات زنان پس از ۵۰ سالگی، نگرش مثبت جوامع نسبت به سلامت سالمندان به عنوان افرادی که می‌توانند منشأ خدمات مؤثری جهت خانواده و جامعه باشند (۳۶). و آنچه در این بین مسلم است دستیابی به توسعه بالاخص توسعه روستایی در گرو توسعه منابع انسانی است، و یکی از مسائلی که طی سال‌های اخیر ذهن اندیشمندان مربوط به توسعه روستایی را به خود مشغول کرده است، روند تحولات جمعیتی نواحی روستایی و تغییر ساختار جمعیتی این نواحی می‌باشد. طی ۵۰ سال اخیر و به ویژه بعد از پایان جنگ جهانی دوم، ساختار جمعیت نواحی روستایی به علت افزایش نرخ مهاجرت‌های روستایی-شهری و نیز افزایش امید به زندگی با پدیده‌ای به نام سالمندی جمعیت مواجه شده است. این سالمندی جمعیت رابطه مستقیمی با مهاجرت شدید جوانان روستایی به شهرها داشته و پیامدهای بسیاری را بر گروه‌های آسیب‌پذیر ساکن در روستاها به ویژه زنان به همراه دارد. و زنان روستایی به منزله‌ی یکی از بازیگران اصلی در رسیدن به اهداف توسعه هزاره در حمایت از خانواده‌ها و جوامع خود نقش کلیدی دارند (۴۴). در طول تاریخ جوامع بشری، زنان در نواحی روستایی به عنوان گروه‌های انسانی که نیمی از جامعه را تشکیل می‌دهند به ایفای نقش‌های متفاوت در جایگاه اجتماعی-اقتصادی پرداخته‌اند. این ایفای نقش در فرآیند توسعه، جایگاه اجتماعی-اقتصادی زنان روستایی بیش از سایرین دستخوش شرایط و تحولات اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و محیطی قرار گرفته است. بررسی‌ها نشان می‌دهد، در مواقعی استیلائی شاخص‌های ناپایداری (عقب ماندگی) در فضای روستایی باعث شده است که علاوه بر گستردگی مشارکت در فعالیت‌های روزانه زنان، همواره به عنوان قشر آسیب‌پذیر جامعه، گرفتار محرومیت‌هایی از قبیل: بی‌قدرتی، ضعف جسمانی و فقر شوند. همچنین مجموعه تحولات رخ داده باعث شده است تا در طی دهه‌های اخیر، آغاز یک تلاش هماهنگ و گسترده در زمینه توسعه بین‌المللی و در جهت توانمندسازی زنان آغاز شده و یکی از اهداف توسعه هزاره سوم ترویج برابری جنسیت و توانمندسازی زنان باشد. همچنین به رغم اهمیت نقش زنان در فرآیند توسعه روستایی، بررسی‌ها حاکی از آن است که در کشورهای مختلف، به ویژه کشورهای در حال توسعه همچون ایران توجه کمی به زنان به منزله بخش مهم و تأثیرگذار در توسعه جامعه شده و زنان روستایی به دلیل مواجهه با مشکلات

روش مطالعه

ماهیت کلی پژوهش حاضر، آمیخته بوده و از رویکرد تفسیری در آن استفاده شده است. در همین راستا پژوهش حاضر با آمیخته‌ای از دو رویکرد کیفی و کمی، گروه‌های بحث متمرکز در بخش کیفی، و تحلیل عاملی در بخش کمی انجام پذیرفته است. جامعه آماری در مرحله اول از رویکرد کیفی، زنان سالمند در ۲۵ روستای شهرستان زنجان می‌باشد که در این روستاها تعداد جمعیت زنان بالای ۶۵ سال بیش‌تر از ۱۵ درصد کل جمعیت زنان می‌باشد. این زنان شامل ۷۸۴ زن واقع در ۲۵ روستای این شهرستان می‌باشد، با استفاده از نمونه گیری هدفدار و همگن ۱۳۰ نفر از این زنان به عنوان نمونه انتخاب شدند. و همچنین جهت گردآوری داده‌های کیفی از راهبرد تحقیقی گروه‌های بحث متمرکز در دو مرحله بهره گرفته شد. راهبرد گروه کانونی جهت فهم دیدگاهها و نگرش‌های درونی مصاحبه شونده‌گان درباره یک موضوع مشخص کاربرد دارد. در این روش فهم دقیق مفاهیم گفته شده از طرف نمونه‌ها مد نظر قرار می‌گیرد. منشأ گروه‌های کانونی اولین بار توسط رابرت مرتون و در دهه ۱۹۶۰ میلادی بکار رفت (۳۷،۳۸،۳۹،۴۰،۴۱)

در تحقیق حاضر و در مرحله اول با تکیه بر چارچوب مفهومی و با طرح سؤالات نیمه ساختار یافته، مؤلفه‌های کیفیت زندگی و آسیب پذیری زنان شناسایی گردید. در مرحله دوم به منظور تعیین روایی این چارچوب، ابعاد و شاخص‌های مستخرج از گروه کانونی اول، توسط گروه کانونی دیگری متشکل از خبرگان و اساتید مورد بحث عمیق قرار گرفت و ضمن تحلیل محتوای کیفی مباحثات گروه اول، ابعاد ذکر شده در چارچوب مفهومی تبیین گردید و در این خلال شاخص‌های جدیدی نیز آشکار و موارد قبلی اضافه شد. در مجموع پرسشنامه‌ای متشکل از تمامی ابعاد و شاخص‌ها استخراج شد. در نهایت به منظور تعمیم سازی داده‌های مستخرج از مصاحبه‌های گروه کانونی، به جامعه‌ای وسیع‌تر رجوع شده و از رویکرد کمی استفاده گردید. همچنین جهت گردآوری داده‌های کمی از ارسال پرسشنامه محقق ساخته که از مرحله فوق مستخرج گردید بهره گرفته شد. جهت طراحی پرسشنامه از طیف هفت گزینه‌ای لیکرت استفاده گردیده است که موافقت کامل یا مخالفت کامل پاسخ دهندگان توسط آن سنجیده می‌شود. به منظور تأمین روایی درونی داده‌های کیفی ابتدا بر این موضوع اکتفا شد که حداقل دو تا سه نفر از مشارکت کنندگان در هر گروه کانونی در مورد آنچه تفسیر می‌کردند، توافق داشتند. سپس برای افزایش قابلیت اعتماد و روایی درونی از کنش متقابل سه گانه سازی نظری که عبارت است از ارزیابی داده

ها از دیدگاه‌های مختلف استفاده شد. برای پایایی کیفی ابتدا بر اشباع نظری تکیه شد؛ بدین صورت که در گروه کانونی اول بین نفر چهارم تا ششم اشباع نظری وجود داشت. علاوه بر این در پارادایم کلی نگرانه- استقرایی، روایی کامل، پایایی کامل را نیز در برمی‌گیرد. جهت سنجش روایی کمی، از دو روش روایی محتوایی و روایی سازه استفاده شد. از آنجا که روایی محتوایی توسط افرادی متخصص در موضوع تعیین می‌شود، ابتدا جهت تحلیل محتوای مصاحبه کانونی اول، از خبرگان و اساتید در گروه کانونی دوم خواسته شد تا مباحثات مطرح‌شده گروه اول را تحلیل نمایند. روایی سازه نیز بعد استخراج ابعاد و شاخص‌ها و طراحی پرسشنامه از اعتبار عاملی که صورتی از اعتبار سازه است به دست آمد و شرایط کفایت چارچوب مفهومی از نظر بار عاملی شاخص‌های مشاهده شده معین شد.

یافته‌ها

یافته‌های کیفی

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی از روش تحلیل محتوای کیفی استفاده شد. روشی برای تعیین، تحلیل و بیان الگوهای درونی داده‌ها بوده و شامل مراحل تلخیص داده‌ها؛ خلاصه کردن عبارت‌ها و دسته بندی آنها، و تحلیل می‌باشد که فرایند تحلیل خود شامل مراحل آماده سازی داده‌ها و مکتوب نمودن گزاره‌های کلامی، کدگذاری باز و محوری و حصول معانی و مفاهیم می‌باشد. جهت انجام مراحل فوق، ابتدا واحد تحلیل، موضوع در نظر گرفته شد و هر موضوع گستره‌ای از یک عبارت تا چند جمله را در بر گرفت. در تحلیل محتوا از هر دو شیوه تحلیل محتوای آشکار و نهفته استفاده شد. به عبارتی، در برخی از موارد محتوای نهفته در داده‌ها نیز تعبیر شد. قبل از آغاز تحلیل داده‌ها بصورت مکتوب درآمدند. سپس جدول‌هایی تهیه شد و گزاره‌های کلامی هر مصاحبه شونده در آنها وارد گردید. در مرحله بعد کدگذاری داده‌ها که ماده اولیه تحلیل می‌باشد، انجام شد. به این صورت که به هر مشارکت کننده کدی اختصاص یافت. در کدگذاری باز، مفاهیم کلیدی گفته‌های افراد بوده و در کدگذاری محوری عنوانی به مجموعه‌ای از مفاهیم مشترک بیان شده تعلق گرفت. در مرحله نهایی جهت خلق معانی و مفاهیم، تمام مفاهیم مشترک ارائه شده توسط شرکت کنندگان در گروه‌های کانونی در جدول‌هایی مجزا جمع آوری و ارائه گردید. نتایج حاصل از کدگذاری باز، بر اساس شمول موضوعی دسته بندی شده و طبقات گسترده تدوین شده و در قالب کدگذاری محوری در (جدول ۱) آورده شد.

جدول ۱: مفهوم سازی مؤلفه‌های آسیب پذیری زنان سالمند در نواحی روستایی از کد گذاری باز و محوری

طبقات گسترده	خرده طبقات	نمونه عبارت
عوامل اجتماعی (A)	بی احترامی از طرف جوانان روستا طرد شدن از طرف جامعه بی توجهی فرزندان افزایش وابستگی به دیگران بی احترامی به ارزش‌های سالمندان (ارزش‌های سنتی) مشکلات مربوط به کم سواد و بی سواد ترس از ازدواج مجدد نداشتن استقلال در تصمیم گیری نداشتن بیمه‌های اجتماعی	” برای کوچکترین کاری نیازمند کمک دیگران هستیم، حتی برای دریافت یارانه‌ها چون سواد لازم را نداریم“ ” از ترس تحقیر جوانان نمی‌توانیم درخواستمان را به آنها بگوییم“
اقتصادی (B)	نداشتن هزینه‌های درمان پزشکی نبود منابع درآمدی نداشتن مسکن مناسب عدم توانایی در خرید مایحتاج زندگی نداشتن فعالیت اقتصادی احساس فقر	” اغلب روزها برای کسب غذا منتظر کمک دیگران و افراد شهری که به روستا می‌آیند می‌باشیم“
روانی (C)	احساس تنهایی ترس از مرگ کم حوصلگی بی خوابی شبانه ترس از حیوانات روستا احساس ناامیدی و یاس کم توجهی از طرف فرزندان انتظار مرگ تدریجی احساس خجالت جهت انتقال بیماری به نزدیکان نبود هم صحبت برای درد و دل کردن داشتن اضطراب جهت انجام دادن کارها	” یکی از سالمندان به علت تنهایی و دوری از یافت روستا و ترس سال قبل دچار سکنه قلبی شد“ ” تا نزدیکان و فرزندان در مورد وضعیت سلامتی سوالی نپرسند نمی‌توانیم درد خود را به آنها بگوئیم“
جسمی (D)	کمبود دریافت مواد غذایی مناسب کاهش قدرت عملکرد بدن دردهای گوارشی زمین خوردگی مشکلات بینایی و شنوایی نبود سرویس‌های بهداشتی مناسب فراموشی و ضعف حافظه	” برای بدست آوردن آب اغلب باید خودمان اقدام کنیم که همراه با درد پا و خوردن به زمین است“ ” در تابستان منتظر حضور اقوام و آشناسان در منطقه برای آوردن آب شرب سالم به روستا هستیم“

یافته‌های کمی

همبستگی اسپیرمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. اطلاعات بدست آمده نشان داد که میانگین ۷۰/۳ درصد زنان متأهل، ۶۷/۳ درصد آنان بی سواد و ۷۰/۲ درصد افراد بیمه بودند، و اطلاعات مربوط به جمعیت شناختی پژوهش در (جدول ۲) آورده شده است.

در این قسمت پژوهش روش جمع آوری اطلاعات به صورت مصاحبه حضوری و با استفاده از پرسشنامه بود. و اطلاعات پس از جمع آوری کد گذاری شده و با استفاده از نرم افزار Spss و آزمون‌های اماری توصیفی و تحلیلی شامل میانگین، T تک نمونه‌ای و ضریب

جدول ۲: اطلاعات جمعیت شناختی زنان سالمند روستایی مورد بررسی

درصد	تعداد	خصوصیات جمعیت شناختی	
۷۰/۶	۹۱	بی سواد	سطح تحصیلات
۱۳/۱	۱۸	ابتدایی	
۱۰/۱	۱۳	سیکل	
۵/۱	۶	دیپلم	
۱/۱	۲	دانشگاهی	
۶/۲	۸	مجرد	وضعیت تأهل
۶۷/۳	۸۸	متاهل	
۲۶/۵	۳۴	بیوه	
۱۱/۶	۱۶	خیلی بد	توصیف وضعیت اقتصادی
۱۰/۸	۱۲	بد	
۵۹	۷۷	متوسط	
۱۸	۲۳	خوب	
۰/۶	۲	خیلی خوب	
۷۰/۳	۹۰	بیکار	توصیف وضعیت اشتغال
۱۱/۱	۱۵	بازنشسته	
۱۸/۶	۲۵	مستمری بگیر	
۶۴/۴	۸۴	شخصی	وضعیت مسکن
۳/۷	۵	استیجاری	
۳۱/۹	۴۱	منزل فرزندان	
۷۵/۶	۹۹	بلی	وجود بیماری مزمن
۲۴/۴	۳۱	خیر	
۷۰/۲	۹۲	بلی	برخوردار از خدمات بیمه
۲۹/۸	۳۸	خیر	

از ابعاد کیفیت زندگی فرد توجه دارد که شامل مواردی چون: فعالیت فیزیکی، درد جسمی، ایفای نقش جسمی، درک کلی از سلامت عمومی، قوه یا نیروی حیاتی، فعالیت اجتماعی، نقش عاطفی و سلامت روانی می‌گردد (۴۹).

در این قسمت پژوهش به بررسی مؤلفه‌های مؤثر بر کیفیت زندگی زنان سالمند روستایی می‌پردازیم، همچنین به وسیله‌ی پرسشنامه‌ی SF۳۶ که یکی از ابزارهای استاندارد بررسی کیفیت زندگی است به بررسی سلامت جسمی و روانی زنان سالمند روستایی پرداخته‌ایم. که این پرسشنامه دارای ۳۶ بند است و به هشت جنبه

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی در زنان سالمند روستایی شهرستان زنجان

انحراف معیار	میانگین	جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی
۲۹/۸	۴۲/۲	فعالیت فیزیکی
۲۰/۴۷	۴۲/۶	سلامت عمومی
۲۶/۳	۵۱/۲۲	درد جسمی
۲۵/۷	۴۶/۸	عملکرد اجتماعی
۱۸/۲	۴۸/۵	سر زندگی
۴۴/۵	۴۰/۷	عملکرد روانی
۲۹/۷	۴۴/۲	عملکرد جسمی
۱۹/۶	۵۰/۴	سلامت روانی
۲۱/۳	۴۳/۲	جنبه جسمی کیفیت زندگی
۲۰/۴	۵۰/۱	جنبه روانی کیفیت زندگی

کیفیت زندگی سالمندان با مواردی از قبیل سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی، مسکن و وجود بیماری ارتباط آماری معنی دار و با مواردی از قبیل جنس و نحوه انجام فعالیت‌های روزانه ارتباط آماری معنی داری نشان نداده است. همچنین بعد روانی کیفیت زندگی نیز با سطح تحصیلات، اشتغال، وضعیت اقتصادی، وجود

در زمینه سلامت جسمی میانگین نمره افراد در این پژوهش ۴۴/۲ و میانگین نمره سلامت روانی ۵۰/۴ بوده است. از طرفی اطلاعات بدست آمده نشان داد در بعد جسمی کیفیت زندگی بالاترین میانگین را درد جسمی ۵۱/۲۲ و کم‌ترین نمره میانگین عملکرد روانی ۴۰/۷ بوده است. همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد بعد جسمی

اسکلتی باشند. با توجه به این که بیماری‌های مزمن بر جنبه جسمی و روانی کیفیت زندگی افراد سالمند تأثیر گذاشته و موجب کاهش کیفیت زندگی می‌شوند (۴۶). همچنین در این پژوهش سلامت جسمی و روانی سالمندان با مواردی از قبیل سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی و مسکن و وجود بیماری‌های مزمن ارتباط معنی داری دارد و با مواردی از قبیل شرایط زندگی و نحوه انجام فعالیت‌های روزانه ارتباطی نشان نداده است. در ادامه با استفاده از آزمون تحلیل عاملی به شناسایی مؤلفه‌های آسیب پذیری زنان سالمند روستایی پرداخته شده است. بر همین اساس نتایج بدست آمده از آزمون تحلیل عاملی نشان می‌دهد، عامل اجتماعی-اقتصادی با مقدار ویژه ۱۳/۱۴۵ و درصد واریانس ۲۳/۶۷ مهم‌ترین مؤلفه آسیب پذیری زنان روستایی شناخته شد.

بیماری و وضعیت مسکن ارتباط معنی دار و با سایر موارد ارتباط معنی دار آماری نشان نداده است. همچنین اطلاعات بدست آمده از پژوهش نشان داد با افزایش سن میانگین نمرات سلامت جسمی و روانی زنان سالمند و به طور کلی کیفیت زندگی زنان کاهش می‌یابد. میانگین نمرات حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی در جدول نشان داده شده است که میانگین نمره سلامت جسمی کیفیت زندگی ۴۳/۲ و نمره سلامت روانی ۵۰/۱ می‌باشد همچنین در بررسی ابعاد ۸ گانه کیفیت زندگی نیز در ۵ جنبه میانگین نمرات کمتر از ۵۰ می‌باشد. اگر میانه را ۵۰ در نظر بگیریم اطلاعات نشان می‌دهد در بیشتر جنبه‌ها نمره کیفیت زندگی زنان سالمند کمتر از میانه می‌باشد. ۷۵/۶ درصد از زنان سالمند مورد بررسی حداقل از یک بیماری مزمن رنج می‌برند که این بیماری‌ها شامل: فشارخون بالا، بیماری‌های قلبی، دیابت، اختلالات تنفسی، اختلالات عصبی و دردهای عضلانی

جدول ۴: مؤلفه‌های آسیب پذیری زنان سالمند روستایی

نام عامل	شاخص‌ها	مقدار ویژه	درصد واریانس	درصد واریانس تجمعی
اجتماعی-اقتصادی	بی توجهی فرزندان بی احترامی از طرف جوانان روستا طرد شدن از طرف جامعه نداشتن استقلال در تصمیم گیری نداشتن بیمه‌های اجتماعی نبود منابع درآمدی نداشتن مسکن مناسب احساس فقر	۱۳/۱۴۵	۲۳/۶۷	۲۳/۶۷
روانی-اجتماعی	کم حوصلگی بی خوابی شبانه کم توجهی از طرف فرزندان انتظار مرگ تدریجی نبود هم صحبت برای درد و دل کردن احساس ناامیدی و یاس مشکلات مربوط به کم سوادی و بی سوادی ترس از ازدواج مجدد	۱۲/۶۵۴	۱۷/۴۷۸	۴۱/۱۴۸
اقتصادی-جسمی	نداشتن هزینه‌های درمان پزشکی عدم توانایی در خرید مایحتاج زندگی نداشتن فعالیت اقتصادی زمین خورده‌گی مشکلات بینایی و شنوایی کمبود دریافت مواد غذایی مناسب کاهش قدرت عملکرد بدن	۱۱/۲۴	۱۴/۲۴۱	۵۵/۳۸۹
جسمی-روانی	دردهای گوارشی نبود سرویس‌های بهداشتی مناسب فراموشی و ضعف حافظه احساس تنهایی ترس از مرگ	۸/۳۴۷	۱۲/۱۴۲	۶۷/۶۳۱
اجتماعی	افزایش وابستگی به دیگران بی احترامی به ارزش‌های سالمندان (ارزش‌های سنتی)	۵/۲۱۴	۱۰/۶۴۷	۷۸/۱۷۸
روانی	ترس از حیوانات روستا احساس خجالت جهت انتقال بیماری به نزدیکان داشتن اضطراب جهت انجام دادن کارها	۴/۶۴۷	۸/۶۴۷	۸۶/۸۲۵
جمع		۵۵/۳۴۷	۸۶/۸۲۵	-

نتیجه‌گیری نهایی

در محدوده مورد مطالعه، اغلب نیازهای زنان سالمند روستایی به طور کلی با نیازهای اجتماعی و به طور خاص با نیازهای روستایی اشتباه گرفته شده و مورد غفلت قرار می‌گیرد. آن‌ها همانند سایر ساکنین روستا از وضع اسفناک بهداشت و درمان، بیماری‌های مزمن و دسترسی محدود به خدمات اجتماعی و بهداشتی ضروری رنج می‌برند. نگرانی خاص زنان سالمند در مورد تأمین داروهای است. به دلیل اینکه دسترسی مناسبی به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ندارند، در نتیجه این زنان اغلب خوددرمانی را با انواع داروها و درمان‌های جایگزین انجام می‌دهند، از این رو با توجه به عدم دسترسی مناسب و کافی به مراقبت‌های بهداشتی در جوامع روستایی، خود مراقبتی تبدیل به یک مسئله مهم برای زنان سالمند شده است که در نواحی روستایی زندگی می‌کنند.

زنان روستایی در مقایسه با زنان شهری پس از مرگ بستگان نزدیک بیشتر مستعد ابتلا به افسردگی مزمن هستند و این احتمالاً نشان‌دهنده اثرات خانوادگاری در سلامت روان است (۴۲). از سوی رشد فردگرایی و تمایل به استقلال در نسل جوان وضعیت سالمندان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مطالعات نشان می‌دهد که شرایط اقتصادی - اجتماعی زنان مسن در چارچوب جمعیت‌شناختی و تغییرات فرهنگی آسیب‌پذیرتر است (۴۳). انزوا و تنهایی از جمله مسائل عمومی دوره سالمندی محسوب می‌شود که نتیجه فقدان ایفای نقش سالمندان نسبت به جامعه است. انزوا مربوط به شرایط و تنهایی مربوط به احساس است. انزوای اجتماعی برای زنان مساله آفرین است زیرا طول عمر آنها عموماً بیش از همسران‌شان است و همین امر آنها را در زمینه‌های مختلف آسیب‌پذیر می‌نماید (۱۵). یافته‌های تحقیق، در محدوده مورد مطالعه نشان می‌دهد، زنان روستایی اغلب جهت مراجعه به مراکز خدمات بهداشت روان حرفه‌ای مردد هستند زیرا مسائل اجتماعی (نظیر دیدگاه منفی نسبت به این مسائل) در نواحی روستایی مطرح بوده، بنابراین بهره کمی از هرگونه خدمات بهداشت روانی در بین زنان روستایی وجود دارد. در نواحی روستایی ترس از پاسخ به بیماری‌های روانی وجود داشته زیرا در شیوه زندگی روستایی قدرت فیزیکی، بهره‌وری و سرزندگی تعیین‌کننده سلامت ارزشمند هستند. افسردگی و بیماری‌های روانی قابل تحمل نبوده، حتی در مورد آنها صحبت نمی‌شود. در جوامع روستایی مشکل ناشناس ماندن در بهره‌گیری از خدمات بهداشت روانی وجود داشته، اگر وضعیت سلامت روان زن روستایی در تمام جامعه شناخته شود ممکن است اثر منفی در روابط شخصی و حرفه‌ای او داشته باشد. علی‌رغم اینکه زنان روستایی از وجود احساساتی مثل ناتوانی، ناهنجاری، از خود بیگانگی، اضطراب و اعتماد به نفس پایین رنج می‌برند، با این وجود

ارزشهای سنتی خانواده روستایی همراه با انزوا، جدایی و تنهایی برای زنان روستایی است.

به طور کلی، در اجتماع زنان قدرت کمتری نسبت به مردان دارند، آن‌ها کنترل کمتری بر منابع داشته و دستمزدهای کمتری را دریافت می‌کنند (۱۶). سطوح درآمد پایین به شیوه‌های مختلف مثل توانایی درگیر شدن در فعالیتهای اجتماعی، دسترسی به مسکن امن، تغذیه و مراقبت‌های بهداشتی مناسب و موارد بسیار دیگر می‌تواند بر سلامت شخص مسن تأثیر داشته باشد. در محدوده مورد مطالعه، طیف گسترده علل فقر زنان شامل: مسئولیت زنان برای کارهای خانه و مراقبت از کودکان، تاریخ حضور زنان در بازار کار یا عدم حضور آنها، طلاق، مرگ همسر و درآمدهای پایین در طول زندگی می‌باشد، از سوی امید به زندگی بالاتر در زنان منجر به احتمال بیوه شدن در زندگی آینده آنها می‌شود و این نیز یکی دیگر از دلایلی است که باعث شده است زنان در دوره سالمندی به دلیل بی‌سرپرست شدن فقر را تجربه کنند.

زنان روستایی با انزوا، تفکیک جغرافیایی و تنهایی روبرو هستند. در نتیجه آنها اغلب احساس ناتوانی و بی‌تأثیر بودن می‌کنند. علاوه بر این آنها آموخته‌اند احساساتشان را برای خودشان نگه دارند، بنابراین احساس انزوا و تنهایی آنها افزایش می‌یابد (۱۴). در محدوده مورد مطالعه، کم شدن عزت نفس و ارزش اجتماعی باعث شکل گیری اختلالات روانی در زنان سالمند شده است. افسردگی دومین اختلال روانشناختی شایع در زنان سالمند است. عوامل متعدد جسمی و اجتماعی در بروز اختلال روانی افسردگی دخالت دارند. انزوای ناشی از بازنشستگی و از کار افتادگی، فقدان رویکرد مناسب جامعه به قشر سالمند، مشکلات اقتصادی و بیماری‌هایی جسمی هر یک به گونه‌ای می‌توانند زمینه‌های کاهش ارزش اجتماعی و بروز افسردگی را ایجاد نمایند. در محدوده مورد مطالعه، انزوای اجتماعی بیشتر برای زنان مساله آفرین است زیرا طول عمر آن‌ها عموماً بیشتر از همسران‌شان است و این باعث آسیب‌پذیری آنها در زمینه‌های مختلف می‌شود. در چنین شرایطی، زنان بیشتر در معرض آسیب‌های روانی هستند، آن‌ها معمولاً دارای بیماری‌های متنوع‌تر و ناتوانی‌های کارکردی بیشتری می‌باشند. به طور کلی با افزایش روز افزون سالمندان به خصوص زنان سالمند روستایی مشکلات آن‌ها بیشتر شده است به گونه‌ای که هنوز راه حل رضایت‌بخشی برای آن نیافته‌اند و در بسیاری از کشورها این مساله به عنوان یک مسولیت مهم نظام مراقبت‌های بهداشتی ارج نهاده نمی‌شود. از این رو سنجش کیفیت زندگی و شناسایی مولفه‌های آسیب‌پذیری زنان سالمند روستایی موجب برنامه‌ریزی و پیشگیری و توان بخشی در زمینه ارتقای زندگی آنان می‌گردد.

References

1. Islam A, ZaffarTahir M. Health sector reform in South Asia: new challenges and constraints. *Health policy*. 2002; 60 (2): 151-169.
2. Ali Akbari Kamrani, Ahmad, Azadi, Farhad, Foroughan, Mahshid, Sidat, Saeid, Kaldi, Alireza (2006), Characteristics of falling in the elderly residing in the sanatorium (Iran's Old Age Magazine), Year 1, No. 2, pp. 101-105.
3. Khazaei Jalil S, Azmoon A, Abdohali M, Ghomi N, Shamsizadeh M. Quality of life among Elderly Living at Nursing Home i. Shahroud city. *jgn*. 2015; 2 (1): 39-49.
4. Gavril LA, Heuveline P. Aging of Population. In *The Encyclopedia of Population*. Edited by: Demeny P, McNicoll G. New York: Macmillan. 2003; 32-37.
5. Nabavi S, Shoja M, Mohammadi S, Rashedi V. Health-related quality of life in community-dwelling older adults of Bojnurd in 2014. *jkums*. 2014; 6 (2): 433-439.
6. UN (united nation). *World population ageing: 1950-2050/countries of area: Iran*. 2002.
7. Darvishpoor-Kakhki A, Abed Saeedi J, Delavar A, Saeed-O-Zakerin M. Tools for Measurement of Health Status and Quality of Life of Elderly People. *J Res Med Sci*. 2010; 33 (3): 162-173.
8. Joghatayi MT, Nejati V. Health status of elderly people in Kashan city. *Iranian Journal of Ageing*. 2006; 1 (1): 3-10.
9. Hatamti H, SM R. *Elderly Health*. Public Health. Second ed. Tehran: Arjomand. 2009; 1836-93
10. Heravi – Karimooi M, Anoosheh M, Foroughan M, Sheykhi MT, Hajizadeh E, Seyed Bagher Maddah M, et al. [Elder abuse from the perspectives of elderly people (Persian)]. *Journal of Shahid Beheshti School of Nursing & Midwifery*. 2008; 18 (61): 28-39.
11. Heravi-Karimooi M, Anoosheh M, Foroughan M, Sheykhi MT, Hajizadeh E. [Designing and determining psychometric proper-ties of the Domestic Elder Abuse Questionnaire (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2010; 5 (1): 7 – 21.
12. Luo Y, Waite LJ. Mistreatment and psychological well-being among older adults: Exploring the role of psychosocial resources and deficits. *Journals of gerontology Series B: Psychological Sci-ences and Social Sciences*. 2011; 66 (2): 217 – 29.
13. Shirazi Khah M. Study of Health and social indicators of elderly women in Iran. *Iranian Journal of Ageing*. 2012; 6 (23): 66-78. [Persian].
14. United Nations, Population Division, DESA. *World Population Ageing: 1950 - 2050* [online]. 2002. Available from: URL: <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/United>.
15. Shirazikhah M, Mousavi M, Sahaf R, Sarmadi M. Consequence of changes in the elderly people population: elderly women in Iran. *Life Science Journal*. 2012; 9 (4): 869 - 877.
16. UN Women. (2015). Rural women, their contributions and challenges, to be highlighted at UN Commission on the status of women. www.un.org/womenwatch/daw/csw/56sess.htm.
17. Sa'di, Heshmatollah, Latifi, Somayeh; Vedadi, Elham (1391). "The study of Masel and the problems of rural girls in Hamadan province", *Rural Development and Development Quarterly*, p. 15, pp. 1, pp. 176-153.
18. Ghasemi, Ramin; Rajabi Gilan, Nader; Rashadat, Soheila (1392). "Health measurement of rural women's quality of life in Kermanshah and some related factors", *Journal of Guilan University of Medical Sciences*, Volume 23, Vol 109, pp. 181-173.
19. Rostami, Farahnaz, Saharai, Marieh, Maleki, Tahereh, Sassanid, Fatemeh, Shahmoradi, Mehana (2014). "Pathology of Challenges and Problems of Girls in Rural Communities (Case Study: Mahid Khost Village, Kermanshah County)". *Journal of Women and Development Policy*, Vol. 12, p. 4, pp. 489 - 506.
20. Gravandi, Shahpar; Pope Woman, Abdul Hamid (1392). "Assessment of Satisfaction of Rural Women in Harsin City by Quality of Life", *Journal of Women and Society*, vol. 4, p. 4, pp. 81-67.
21. Jorfi, M., Afshari, P., Zaheri and Jahandideh, M. (2015). "The relationship between health promotion lifestyle and type of delivery in reproductive aged women in Ahvaz, Iran". *Bioassays*, 4, pp 3958-3963.
22. Chen YM. The Meaning of Health and Health Promotion Practices of Taiwanese Elders with Chronic Illness. *Care Manag J* 2003; 15 (6): 505 -510.
23. Wadensten B, Carlsson M. Nursing theory views on how to support the process of ageing. *J Adv Nurs* 2003; 42 (2): 118-124.
24. Eliopoulos C. *Gerontological nursing*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010. p. 14-20, 35-36.
25. Ouwehand C, de Ridder DTD, Bensing JM. A review of successful aging models: Proposing proactive coping as an important additional strategy. *Clin Psychol Rev* 2007; 27 (8): 873-884.

26. Matteson MA, Mcconell ES, Lintlon AD, Gerontological Nursing 2nd ED, W.B. Saunders. Company, 1997. Blankson, B and Hall, A (2012), The anthropometric status of elderly women in rural Ghana and factors associated with low body mass index, *The journal of Nutrition, Health & Aging*, Vol. 16, No. 10, pp: 881- 886.
27. Gaston, Marilyn Hughes (2001), 100% access and 0 health disparities: changing the health paradigm for rural women in the 21st century, *Women's health issues*, Vol. 11, Issue. 1, pp: 7-16.
28. Phillipson, Chris and Schharf, Thomas (2005), Rural and urban perspectives on growing old: developing a new research agenda, *European Journal of Ageing*, Vol. 2, pp: 67- 75.
29. Wang, Hsiu-Hung; Shieh, Carol and Wang Ruey-Hsia (2004), Self-care and well-being model for elderly women: a comparison of rural and urban areas, *The Kaohsiung journal of medical sciences*, Vol. 20, Issue. 2, pp: 63- 68.
30. 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.
31. Marais S, Conradie G, Kritzinger A, Risk factors for elder abuse and neglect: brief descriptions of different scenarios in South Africa, *International Journal of Older People Nursing* 2006; 1(3): 186-9.
32. Kirschner, Annabel; Berry, E. Helen and Glasgow, Nina (2006), The changing faces of rural America, *Population change and rural society*, Chapter 3, pp: 53- 74.
33. Hicks Patrick, Julie; Epperly Cottrell, Lesley and A. Barnes, Kristi (2001), Gender, emotional support, and well-being among the rural elderly, *Sex Roles*, Vol. 45, Nos. 1/ 2, pp: 15- 29.
34. Winterton, Rachel and Warburton, Jeni (2012), Ageing in the bush: the role of rural places in maintaining identity for long term rural residents and retirement migrants in north-east Victoria, Australia, *Journal of rural studies*, Vol. 28, Issue. 4, pp: 329- 337.
35. Davies, Amanda (2011), On constructing aging rural populations: capturing the grey nomad, *Rural Studies*, Vol. 27, Issue. 2, pp: 191- 199.
36. Walsh, Kieran; O'shea, Eamon; Scharf, Thomas and Murray, Michael (2012), Ageing in changing community contexts: cross-border perspectives from rural Ireland and Northern Ireland, *Journal of rural studies*, Vol. 28, issue. 4, pp: 347- 357.
37. Shirazikhah, Marzieh, Mousavi, Mirather, Sahaf, Robab and Sarmadi, Majid (2011), Study of Health and Social Indices of Elderly Women in Iran, *Elderly (Iranian Journal of Aging)*, Year 6, No 23, Pages 78-66.
38. Fontana, Andrea and James H. Frey. 1994. "Interviewing: The Art of Science." Pp. 361-76 in *The Handbook of Qualitative Research*, edited by N. K. Denzin and Y. S. Lincoln. Thousand Oaks, CA: Sage.
39. Morgan, David L. 1996. "Focus Groups." *Annual Review of Sociology* 22: 129 - 52.
40. Morgan, David L. 1997. *Focus Groups as Qualitative Research*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage.
41. George, Molly, 2012, *Teaching Focus Group Interviewing: Benefits and Challenges*, *Teaching Sociology*, 41(3) 257-270.
42. Bloor, Michael, Jane Frankland, Michelle Thomas, and Kate Robson. 2001. *Focus Groups in Social Research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
43. Gaston, Marilyn Hughes (2001), 100% access and 0 health disparities: changing the health paradigm for rural women in the 21st century, *Women's health issues*, Vol. 11, Issue. 1, pp: 7-16.
44. Prasad, Syam (2011), Deprivation and vulnerability among elderly in India, *Indira Gandhi institute of development research*, Mumbai, Available on: <http://www.igidr.ac.in/pdf/publication/WP-2011-013.pdf>.
45. Qaisarian, Isaac (2009), Survey of Social, Economic Dimensions of Elderly Life in Iran, *Population Quarterly*, No. 69-70, Pages: 28 1.
46. Ferdoushi, Ahmed; Chamhuri, Siwar; Nor Ain Hj, Idris and Md. Shahin, Mia (2011), Role of microcredit in reducing vulnerability of the rural women: evidence from Panchgarh district of Bangladesh, *World applied sciences journal*, vol. 15, No. 9, pp: 1325- 1333.
47. Lupo A, Trabucco G. Quality of life of the elderly patients on dialysis. *G Ital Nefrol*. 2008;25(6): 708-712.
48. 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 (3): 875-82.
49. Bazrafshan MR, Hosseini MA, Rahgozar M, Sadat Maddah SB. The effect of exercise on quality of life of elderly women of Jahandidegan Club Foundation, Shiraz, 2007. *HBI Online Journal*. 2011; 1 (2): 43.
50. Ahmadi F, Salar A, Fagihzadeh S. Survey quality of life elderly in Zahedan city. *Hayat* 2004; 10 (22): 61-7. (Persian).