



## Comparing Perception of Aging, Quality of Life, and Their Association Among Urban and Rural Older Adults

Mohaddeseh Amini<sup>1</sup> , Farahnaz Mohammadi Shahboulaghi<sup>2✉</sup> , Mohammad Reza Din Mohammadi<sup>3</sup> , Mehdi Noroozi<sup>4</sup> 

1. Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. E-mail: [mamini4956@gmail.com](mailto:mamini4956@gmail.com)
2. Corresponding Author, Professor of Iranian Research Center on Aging, Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. E-mail: [f.mohammadi@uswr.ac.ir](mailto:f.mohammadi@uswr.ac.ir)
3. Social Determinants of Health Research Center, Social Health Research Institute, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. E-mail: [mo.dinmohammadi@uswr.ac.ir](mailto:mo.dinmohammadi@uswr.ac.ir)
4. Assistant Professor of Epidemiology Department of Psychiatry, Psychosis Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. E-mail: [Noroozimehdi04@gmail.com](mailto:Noroozimehdi04@gmail.com)

Received: 22 December 2025 ; Revised: 25 May 2026 ; Accepted: 23 May 2026.

### ABSTRACT

**Introduction:** Older adults' perceptions of aging may be associated with their quality of life and may differ across urban and rural living environments. Understanding these differences can help develop context-sensitive supportive programs. This study aimed to compare perceptions of aging, quality of life, and the association between them among urban and rural older adults in Khoy County, West Azerbaijan Province, Iran, in 2024.

**Methods:** This cross-sectional descriptive-correlational study was conducted on 199 older adults aged 60 years and above, including 99 urban and 100 rural participants. A multistage systematic sampling method was used among eligible older adults covered by urban and rural comprehensive health centers. Data were collected using a demographic questionnaire, the Abbreviated Mental Test, the Aging Perceptions Questionnaire, and the Older People's Quality of Life Questionnaire. Data were analyzed in SPSS version 23 using descriptive statistics, independent t-test, Mann-Whitney U test, chi-square/Fisher's exact test, and Spearman correlation.

**Results:** The mean perception of aging score was higher among urban older adults than rural older adults. Similarly, the mean quality of life score was higher in the urban group, with significant differences in all dimensions except culture and religion. A positive and significant correlation was found between perception of aging and quality of life in both urban and rural groups.

**Conclusion:** More positive perceptions of aging were associated with higher quality of life among older adults. Given the cross-sectional design, the findings should be interpreted as associations rather than causal relationships.

**Keywords:** *Aging perceptions; Quality of life; Older adults; Urban-rural differences; Aging Perceptions Questionnaire (APQ); OPQOL-35*

**Cite this article:** Amini, M., Shahboulaghi, M.F., Dinmohammadi, M & Noroozi, M. (2026). Comparing Perception of Aging, Quality of Life, and Their Association Among Urban and Rural Older Adults. *Journal of Healthy ageing and exercise*, 2 (1), 39-55. DOI: 10.22059/jhae.2026.407889.1027

**Copyright © 2026:** Journal of Healthy Ageing and Exercise. This open-access article is available under the [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 \(CC BY-NC 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) International License, which allows for the copying and redistribution of the material only for noncommercial purposes, provided that the original work is properly cited.

**Publisher:** University of Tehran Press.

## Extended Abstract

### Introduction

In recent decades, advances in medical care, public health, and living conditions have substantially increased life expectancy, contributing to the rapid growth of the older adult population worldwide. As a result, gerontological research has increasingly shifted from merely extending lifespan to promoting healthy aging and improving quality of life (QoL). Among the psychological determinants of well-being in later life, perceptions of aging—defined as individuals' beliefs, interpretations, and emotional responses toward the aging process—have received growing attention. Evidence suggests that more positive perceptions of aging are associated with greater psychological resilience, better health-related behaviors, and higher life satisfaction, whereas more negative perceptions are linked to depressive symptoms, anxiety, and reduced social participation.

Perceptions of aging do not develop in isolation; rather, they are shaped by environmental, social, and cultural contexts. Living environment may play a particularly important role, as urban older adults typically have greater access to healthcare services, recreational facilities, and educational opportunities, while rural older adults may benefit from stronger social cohesion and community support but encounter barriers related to limited infrastructure and fewer formal resources. Clarifying how these contextual differences relate to perceptions of aging and QoL can inform the design of context-sensitive policies and interventions aimed at reducing disparities and promoting well-being in later life.

Accordingly, the present study aimed to (1) compare the mean levels of perceptions of aging and QoL and (2) examine and compare the association between perceptions of aging and QoL among urban and rural older adults in Khoy County, Iran, in 2024.

### Methods

This cross-sectional, descriptive-correlational study was conducted on 199 elderly individuals aged 60 years and older who attended urban and rural comprehensive health centers in Khoy County. A multistage systematic sampling method was used. First, two urban and two rural comprehensive health centers were selected, and then

eligible older adults were systematically selected from the electronic health records of the selected centers. Inclusion criteria included being 60 years or older, willingness to participate, and the absence of diagnosed cognitive or psychiatric disorders. Data were collected using four validated instruments: a demographic questionnaire, the Abbreviated Mental Test (AMT) to screen cognitive status, the Aging Perceptions Questionnaire (APQ) to assess beliefs and attitudes toward aging, and the Older People's Quality of Life Questionnaire (OPQOL-35) to evaluate multidimensional aspects of QoL including physical health, psychological well-being, social relationships, environment, and cultural-religious domains.

Data were analyzed using SPSS version 23. Descriptive statistics (mean, standard deviation) and inferential tests such as independent t-test, Mann–Whitney U test, chi-square, and Spearman correlation were employed. Statistical significance was set at  $p < 0.05$ .

### Results

The study included 102 men (51.3%) and 97 women (48.7%) with a mean age of  $71.12 \pm 7.99$  years. Urban elderly showed a significantly higher mean score in perception of aging ( $118.2 \pm 22.82$ ) than rural elderly ( $110.43 \pm 20.18$ ), indicating a more positive outlook toward the aging process among urban participants. Similarly, the total quality of life score was significantly greater in the urban group ( $117.59 \pm 14.51$ ) compared to the rural group ( $109.82 \pm 13.84$ ). Among the QoL subdomains, all dimensions except “culture and religion” demonstrated significantly higher scores among urban elderly.

Furthermore, a positive and statistically significant correlation was found between perception of aging and quality of life in both groups—stronger in urban ( $r = 0.413$ ,  $p < 0.001$ ) than in rural elderly ( $r = 0.268$ ,  $p < 0.001$ ). These findings suggest that individuals with a more positive view of aging also report higher satisfaction and well-being in different aspects of life. Differences between the two groups can be attributed to environmental conditions, access to social and healthcare resources, and economic stability

## **Conclusion**

This study highlights the crucial role of the perception of aging as a psychological determinant of quality of life in later life. The results demonstrate that urban elderly generally experience better QoL and a more positive perception of aging compared to their rural counterparts. Since attitude toward aging can be modified through education and supportive interventions, programs aimed at promoting a positive self-perception of aging may contribute to improved health outcomes and life satisfaction among older adults.

Health policymakers and geriatric care providers are recommended to design targeted interventions that strengthen elderly individuals' self-concept and perception of aging, especially in rural areas where limited access to services may compromise overall well-being. Emphasizing the development of educational, social, and community-based initiatives can foster active, healthy aging and reduce urban–rural disparities in the quality of life among older adults.

## **Footnotes**

### **Ethical approval**

This study was approved by the Ethics Committee of the University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran (Ethics Code: [IR.USWR.REC.1403.216](#)). Written informed consent was obtained from all participants, and confidentiality of data was strictly maintained.

### **Funding**

This research received no financial support from any governmental, academic, or private organization.

### **Authors' contribution**

M.A: Conceptualization, study design, data collection, analysis, and manuscript drafting.

F.M.S: Supervision, project guidance, and critical revision of the manuscript.

M.D.M: Consulting on theoretical framework and interpretation of findings.

M.N: Statistical consultation and data analysis.

All authors reviewed and approved the final version of the manuscript.

### **Conflict of interest**

The authors declare no conflict of interest related to this study.



## مقایسه ادراک از پیری، کیفیت زندگی و رابطه بین آن‌ها در سالمندان شهری و روستایی

محدثه امینی<sup>۱</sup>، فرحناز محمدی شاهبلاغی<sup>۲</sup>، محمدرضا دین‌محمدی<sup>۳</sup>، مهدی نوروزی<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی گروه آموزشی پرستاری دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران. رایانامه: [mamini4956@gmail.com](mailto:mamini4956@gmail.com)
۲. نویسنده مسئول، استاد، مرکز تحقیقات سالمندی، گروه آموزشی پرستاری، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران. رایانامه: [f.mohammadi@uswr.ac.ir](mailto:f.mohammadi@uswr.ac.ir)
۳. عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران. رایانامه: [mo.dinmohammadi@uswr.ac.ir](mailto:mo.dinmohammadi@uswr.ac.ir)
۴. دانشیار اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران: [Noroozimehdi04@gmail.com](mailto:Noroozimehdi04@gmail.com)

دریافت: ۱ دی ۱۴۰۴؛ بازنگری: ۲۵ اردیبهشت ۱۴۰۵؛ پذیرش: ۲ خرداد ۱۴۰۵

### چکیده

**مقدمه:** ادراک سالمندان از پیری می‌تواند با کیفیت زندگی آنان همراه باشد و این رابطه ممکن است در محیط‌های شهری و روستایی متفاوت باشد. شناخت این تفاوت‌ها برای طراحی برنامه‌های حمایتی متناسب با زمینه زندگی سالمندان اهمیت دارد. این مطالعه با هدف مقایسه ادراک از پیری، کیفیت زندگی و رابطه میان آن‌ها در سالمندان شهری و روستایی شهرستان خوی، استان آذربایجان غربی، ایران در سال ۱۴۰۳ انجام شد.

**روش پژوهش:** این مطالعه مقطعی - توصیفی همبستگی بر روی ۱۹۹ سالمند ۶۰ سال و بالاتر شامل ۹۹ سالمند شهری و ۱۰۰ سالمند روستایی انجام شد. نمونه‌گیری به صورت چندمرحله‌ای - سیستماتیک از میان سالمندان واجد شرایط تحت پوشش مراکز جامع سلامت انجام گرفت. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، آزمون مختصر وضعیت شناختی، پرسشنامه ادراک پیری و پرسشنامه کیفیت زندگی سالمندان گردآوری و با آزمون‌های تی مستقل، من-ویتنی، کای‌دو/دقیق فیشر و همبستگی اسپیرمن در SPSS نسخه ۲۳ تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** میانگین نمره ادراک پیری در سالمندان شهری بالاتر از سالمندان روستایی بود. همچنین، میانگین کیفیت زندگی در سالمندان شهری بیشتر بود و تفاوت در همه ابعاد به جز فرهنگ و مذهب معنادار گزارش شد. بین ادراک پیری و کیفیت زندگی در سالمندان شهری و روستایی همبستگی مثبت و معنادار مشاهده شد.

**نتیجه‌گیری:** ادراک مثبت‌تر از پیری با کیفیت زندگی بالاتر در سالمندان همراه بود؛ با توجه به طراحی مقطعی، نتایج صرفاً بیانگر ارتباط میان متغیرها هستند. بنابراین، توجه به نگرش سالمندان نسبت به سالمندی، به‌ویژه در مناطق روستایی، می‌تواند در برنامه‌ریزی مداخلات آموزشی و سلامت‌محور مفید باشد.

**کلید واژه‌ها:** ادراک از پیری؛ کیفیت زندگی؛ سالمندان؛ تفاوت‌های شهری-روستایی؛ نگرش به سالمندی

**استناد:** امینی، محدثه؛ محمدی شاهبلاغی، فرحناز؛ دین محمدی، محمدرضا؛ و نوروزی، مهدی (۱۴۰۵). مقایسه ادراک از پیری، کیفیت زندگی و رابطه بین آن‌ها در سالمندان شهری و روستایی. *نشریه سالمندی سالم و ورزش*، ۲ (۱)، ۳۹-۵۵. DOI: 10.22059/jhae.2026.407889.1027

حق چاپ © ۱۴۰۵، نشریه سالمندی سالم و ورزش. این مقاله با دسترسی آزاد تحت مجوز بین‌المللی Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 (CC BY-NC 4.0) منتشر شده است. این مجوز اجازه کپی و بازتوزیع مطالب را تنها برای مقاصد غیرتجاری می‌دهد، به شرطی که به اثر اصلی به درستی استناد شود.  
ناشر: انتشارات دانشگاه تهران.

## مقدمه

با تحولات مداوم اجتماعی-اقتصادی و پیشرفت‌های مستمر در حوزه مراقبت‌های بهداشتی، امید به زندگی به‌طور چشمگیری افزایش یافته و در نتیجه، جمعیت سالمندان با سرعت در حال رشد است (۱). از این‌رو، در عصر حاضر، تمرکز اصلی از افزایش صرف طول عمر به سمت ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان تغییر یافته است. نحوه‌ی نگرش افراد سالمند به سن و فرایند سالمندی، می‌تواند تأثیر چشمگیری بر سلامت روانی و میزان تاب‌آوری آنان داشته باشد. ادراک مثبت از سالمندی با پیامدهای مطلوبی همچون بهبود عملکرد شناختی، ارتقاء وضعیت سلامت جسمانی و تقویت روابط اجتماعی همراه است. در مقابل، ادراک منفی از پیری با پیامدهایی مانند افزایش احساس تنهایی، افسردگی و کاهش عزت نفس مرتبط است (۲). افزون بر این، با روند رو به رشد سالمندی جمعیت جهانی، توجه به درک سالمندان از فرایند پیری اهمیت فزاینده‌ای یافته است. لازم به ذکر است که این درک می‌تواند با توجه به زمینه‌های فرهنگی، اجتماعی و تاریخی در جوامع مختلف، متفاوت بوده و در گذر زمان نیز دستخوش تغییر شود (۳،۴).

در این مطالعه، ادراک از پیری به ادراک‌های چندبعدی سالمند درباره فرایند سالمندی اشاره دارد که در قالب ابعادی مانند آگاهی زمانی از سالمندی، پیامدهای مثبت و منفی، کنترل، بازنمایی‌های هیجانی و تغییرات مرتبط با سلامت با پرسشنامه ادراک پیری (APQ) سنجیده شد (۳،۵). همچنین، کیفیت زندگی سالمندان به‌عنوان سازه‌ای چندبعدی در نظر گرفته شد که حیطه‌های کلی زندگی، سلامت، روابط و مشارکت اجتماعی، استقلال و کنترل بر زندگی، خانه و محله، بهزیستی روانی-هیجانی، شرایط مالی و فرهنگ/مذهب را دربر می‌گیرد و در این پژوهش با پرسشنامه OPQOL-۳۵ اندازه‌گیری شد (۶،۷)<sup>۱</sup>.

از منظر چارچوب‌های سالمندی موفق، کیفیت زندگی سالمندان صرفاً به نبود بیماری محدود نمی‌شود، بلکه با حفظ ظرفیت‌های جسمی و روانی، مشارکت اجتماعی و سازگاری با تغییرات دوره سالمندی نیز پیوند دارد (۸). در همین راستا، مدل‌های ادراک از پیری نشان می‌دهند که برداشت سالمندان از سالمندی می‌تواند با سلامت جسمی و روانی، رفتارهای سلامت‌محور و ارزیابی آنان از کیفیت زندگی همراه باشد (۲،۹،۱۰). بنابراین، ادراک مثبت‌تر از پیری ممکن است با کیفیت زندگی مطلوب‌تر همراه باشد، هرچند در مطالعات مقطعی نمی‌توان رابطه علی میان این متغیرها استنباط کرد (۲).

محیط زندگی می‌تواند تأثیر چشمگیری بر ادراک سالمندان از پیری و در نتیجه کیفیت زندگی آن‌ها داشته باشد. شهرنشینی با فراهم کردن دسترسی بهتر به خدمات بهداشتی و اجتماعی، تجربه‌ای متفاوت نسبت به زندگی در روستا ایجاد می‌کند، جایی که شبکه‌های اجتماعی قوی‌تر اما منابع محدودتر هستند. سالمندان شهری ممکن است با چالش‌هایی مانند انزوای اجتماعی و شتاب زندگی مواجه باشند، در حالی که سالمندان روستایی از کمبود امکانات رنج می‌برند. این تفاوت‌ها می‌توانند بر درک آن‌ها از پیری و میزان رضایتشان از زندگی تأثیرگذار باشند. شناخت این عوامل زمینه‌ای برای طراحی مداخلات مؤثر حمایتی بسیار حیاتی است (۴).

افزایش جمعیت سالمندان، چالش‌های متعددی در حوزه سلامت ایجاد کرده و کیفیت زندگی (QoL)<sup>۲</sup> به‌عنوان شاخصی کلیدی برای رفاه آن‌ها مطرح شده است (۱۱). کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی است که ابعاد فیزیکی، عاطفی، اجتماعی و روانی را در بر می‌گیرد و تحت تأثیر ادراک فرد از پیری قرار دارد (۸،۱۲،۱۳). نگرش مثبت به پیری با رضایت بیشتر از زندگی و سلامت بهتر مرتبط است، درحالی‌که نگرش منفی می‌تواند منجر به انزوا، افسردگی و کاهش عزت نفس شود (۹،۱۴،۱۵). تفاوت‌های محیطی در شهر و روستا (مانند دسترسی به خدمات یا شبکه‌های اجتماعی) می‌توانند تجربه سالمندی را متفاوت کنند (۱۶،۱۷).

تفاوت‌های زندگی سالمندان در محیط‌های شهری و روستایی را می‌توان در سه بُعد کلیدی خلاصه کرد: نخست، دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی که در شهرها به دلیل تمرکز امکانات و متخصصان بسیار بهتر از مناطق روستایی است، در حالی که سالمندان روستایی

1. APQ: Aging Perceptions Questionnaire

2. Quality-of-life

اغلب با کمبود منابع، فاصله‌های جغرافیایی و نبود متخصصان مواجه‌اند؛ دوم، روابط اجتماعی و مشارکت اجتماعی که در روستاها با وجود پیوندهای اجتماعی قوی‌تر، به دلیل مهاجرت جوانان و کاهش جمعیت ممکن است منجر به انزوای سالمندان شود، و در شهرها علی‌رغم فرصت‌های اجتماعی متنوع، سبک زندگی ماشینی باعث احساس تنهایی می‌شود؛ و سوم، ادراک از پیری که در جوامع روستایی اغلب مثبت‌تر و با ارزش‌گذاری بر تجربه و خرد همراه است، در حالی که در جوامع شهری کلیشه‌های منفی رایج‌ترند و ممکن است منجر به احساس طردشدگی شوند. در این میان، پرستاران نقش مهمی در ارتقاء کیفیت زندگی دارند و با آموزش، مداخلات پیشگیرانه و حمایت روانی می‌توانند درک مثبت‌تری از پیری در سالمندان ایجاد کنند (۱۸، ۱۹).

مطالعات مختلفی به بررسی وضعیت کیفیت زندگی سالمندان در مناطق شهری و روستایی پرداخته‌اند و یافته‌هایی متنوع ارائه کرده‌اند. برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که در حالی که حمایت اجتماعی در مناطق روستایی بالاتر گزارش شده، کیفیت زندگی در محیط‌های شهری از وضعیت بهتری برخوردار است (۲۰). در برخی مطالعات دیگر، محل زندگی به‌تنهایی تأثیر معنی‌داری بر کیفیت زندگی نداشته، اما عواملی چون جنسیت، سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال در برخی ابعاد آن اثرگذار بوده‌اند (۲۱). همچنین، پژوهش‌هایی کیفیت زندگی سالمندان را در هر دو منطقه در سطح مطلوب ارزیابی کرده‌اند و به نقش تفاوت‌های سبک زندگی و ساختارهای اجتماعی در این میان اشاره داشته‌اند. این یافته‌ها نشان‌دهنده اهمیت پرداختن به تفاوت‌های محیطی در تحلیل کیفیت زندگی سالمندان و لزوم طراحی مداخلات متناسب با شرایط فرهنگی و جغرافیایی متفاوت است (۲۲).

با وجود انجام مطالعاتی درباره کیفیت زندگی سالمندان در ایران، شواهد محدودی درباره مقایسه همزمان ادراک از پیری، کیفیت زندگی و رابطه میان آن‌ها در سالمندان شهری و روستایی وجود دارد. همچنین بیشتر مطالعات پیشین یا تنها بر کیفیت زندگی تمرکز داشته‌اند یا تفاوت‌های محیطی و زمینه‌ای شهر و روستا را کمتر در تحلیل رابطه ادراک از پیری و کیفیت زندگی در نظر گرفته‌اند. بنابراین، بررسی این موضوع در شهرستان خوی، با توجه به تفاوت‌های فرهنگی، اقتصادی و دسترسی به خدمات در مناطق شهری و روستایی، می‌تواند به طراحی مداخلات زمینه‌محور برای سالمندان کمک کند.

با توجه به روند رو به رشد سالمندی در ایران و اهمیت کیفیت زندگی به‌عنوان شاخصی کلیدی در سلامت و رفاه این گروه، هدف این مطالعه بررسی و مقایسه میزان درک از پیری و کیفیت زندگی در میان سالمندان شهری و روستایی شهرستان خوی در سال ۱۴۰۳ است. این پژوهش در پی آن است که با سنجش و مقایسه این متغیرها، تفاوت‌های مرتبط با محیط زندگی، عوامل فرهنگی، اجتماعی و میزان دسترسی به خدمات را در زمینه ادراک سالمندان از پیری و کیفیت زندگی آنان بررسی کند. همچنین، با بررسی ارتباط بین ادراک پیری و کیفیت زندگی در هر دو گروه، اطلاعات کاربردی برای طراحی برنامه‌های حمایتی، آموزشی و مداخلات بهداشتی متناسب با بافت شهری و روستایی ارائه دهد تا زمینه‌ساز بهبود سلامت جسمی و روانی سالمندان و کاهش نابرابری‌ها در دوران سالمندی شود.

## روش‌شناسی پژوهش

این مطالعه از نوع توصیفی - همبستگی بوده که به بررسی و مقایسه میزان درک از پیری و کیفیت زندگی در میان سالمندان شهری و روستایی شهرستان خوی در سال ۱۴۰۳ می‌پردازد.

## شرکت‌کنندگان

جامعه پژوهش در این مطالعه شامل کلیه زنان و مردان ۶۰ سال به بالا ساکن مناطق شهری و روستایی شهرستان خوی بود که تحت پوشش مراکز جامع سلامت قرار داشتند. براساس آمار رسمی معاونت بهداشت شهرستان، جمعیت سالمندان واجد شرایط تحت پوشش این مراکز بالغ بر ۴۶۱۶۴ نفر می‌باشد (۳۱۹۷۸ نفر شهری و ۱۴۱۸۴ نفر روستایی). معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن سن ۶۰ سال و

بالتر، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، و نداشتن اختلالات شناختی، بیماری روانی تأیید شده از سوی روانپزشک و یا ناشنوایی تأثیرگذار بر پاسخ‌دهی بود. برای سنجش وضعیت شناختی از آزمون AMT استفاده شد و تنها افرادی با نمره ۷ یا بالاتر وارد مطالعه شدند. معیار خروج نیز عدم تمایل به ادامه همکاری پس از شروع مطالعه در نظر گرفته شد. نمونه‌گیری در این مطالعه به صورت چندمرحله‌ای انجام شد. ابتدا از میان مراکز جامع سلامت شهرستان خوی، دو مرکز شهری و دو مرکز روستایی با استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند. انتخاب مراکز به گونه‌ای انجام شد که جمعیت‌هایی با وضعیت اجتماعی و اقتصادی متفاوت را پوشش دهند. سپس از هر مرکز ۵۰ نفر سالمند واجد شرایط انتخاب شدند. در هر مرکز، فهرست سالمندان ۶۰ سال و بالاتر دارای پرونده الکترونیک در سامانه سبب تهیه شد و با تقسیم تعداد کل سالمندان واجد شرایط هر مرکز بر سهم نمونه آن مرکز، فاصله نمونه‌گیری تعیین گردید. سپس افراد بر اساس فاصله تعیین شده از فهرست انتخاب و از طریق تماس تلفنی برای شرکت در مطالعه دعوت شدند. در صورت عدم حضور یا عدم تمایل فرد انتخاب‌شده، فرد واجد شرایط دیگری از همان فهرست جایگزین شد.

حجم نمونه در این مطالعه با استفاده از فرمول برآورد حجم نمونه برای آزمون ضریب همبستگی و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد، توان آزمون ۸۰ درصد، خطای نوع اول ۰.۰۵ و خطای نوع دوم ۰.۲۰ محاسبه شد. بر اساس ضریب همبستگی گزارش شده در مطالعه مشابه اینگرنند<sup>۱</sup> و همکاران، حداقل حجم نمونه موردنیاز ۱۹۴ نفر برآورد گردید (۲) با در نظر گرفتن احتمال ریزش یا عدم تکمیل داده‌ها، حجم نمونه نهایی ۲۰۰ نفر تعیین شد که در نهایت داده‌های ۱۹۹ سالمند وارد تحلیل شد.

## ابزار

در این مطالعه، برای جمع‌آوری داده‌ها از سه ابزار اصلی شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه ادراک پیری (APQ)، و پرسشنامه کیفیت زندگی سالمندان<sup>۲</sup> (OPQOL-35) استفاده شد. همچنین به منظور سنجش وضعیت شناختی، آزمون مختصر وضعیت شناختی<sup>۳</sup> (AMT) به کار رفت.

## آزمون مختصر وضعیت شناختی:

برای بررسی وضعیت شناختی سالمندان، از آزمون مختصر وضعیت شناختی استفاده شد که نخستین بار توسط هادکینسون در سال ۱۹۷۲ طراحی شده است. این ابزار شامل ۱۰ سؤال است و آگاهی و عملکرد شناختی فرد را ارزیابی می‌کند. به هر پاسخ صحیح یک امتیاز تعلق می‌گیرد و دامنه نمرات آن از صفر تا ۱۰ است. نمرات ۰ تا ۳ نشان‌دهنده اختلال شدید شناختی، نمرات ۴ تا ۶ بیانگر اختلال متوسط شناختی، و نمره ۷ و بالاتر نشان‌دهنده وضعیت شناختی طبیعی است. روایی و پایایی نسخه فارسی این ابزار در ایران توسط فروغان و همکاران تأیید شده است (۲۳).

## پرسشنامه ادراک پیری:

برای سنجش ادراک پیری، از پرسشنامه ادراک پیری بارکر و همکاران استفاده شد (۲۴). این پرسشنامه در سال ۲۰۰۷ طراحی شده و دارای ۴۹ سؤال در دو بخش اصلی است. بخش نخست شامل ۳۲ سؤال درباره نگرش‌ها و دیدگاه‌های فرد نسبت به سالمندی و بخش دوم شامل ۱۷ سؤال درباره تغییرات مرتبط با سلامت است. این ابزار هشت بعد شامل خط زمانی حاد/مزمن، خط زمانی چرخشی، نمایش احساسات، کنترل مثبت، کنترل منفی، پیامدهای مثبت، پیامدهای منفی و تغییرات سلامتی را بررسی می‌کند. نمره‌گذاری آن بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌گزینه‌ای انجام می‌شود و نمرات بالاتر نشان‌دهنده ادراک مثبت‌تر از پیری است. روایی و پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه نیز توسط میرعمادی و همکاران تأیید شده است (۵).

1. Ingrand

2. OPQOL-35: Older People's Quality of Life Questionnaire

3. AMT: Abbreviated Mental Test

### پرسشنامه کیفیت زندگی سالمندان:

برای ارزیابی کیفیت زندگی سالمندان، از پرسشنامه کیفیت زندگی سالمندان استفاده شد که توسط بولینگ و همکاران در سال ۲۰۱۱ طراحی شده است (۲۵). این پرسشنامه شامل ۳۵ گویه و ۸ زیرمقیاس شامل درک از زندگی، سلامت، روابط اجتماعی و فعالیت‌ها، استقلال و کنترل بر زندگی، محیط و مسکن، وضعیت روانی و احساس خوب داشتن، دسترسی به امکانات، و فرهنگ و مذهب است. گویه‌ها بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌گزینه‌ای از «کاملاً موافق» تا «کاملاً مخالف» نمره‌گذاری می‌شوند و نمرات بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر هستند. در ایران نیز نسخه فارسی این ابزار توسط نیکخواه و همکاران بررسی و تأیید شده است (۷).

در مطالعه حاضر، پایایی درونی ابزارهای اصلی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد. ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه ادراک پیری برابر با ۰.۷۱ و برای پرسشنامه کیفیت زندگی سالمندان برابر با ۰.۷۳ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی درونی قابل قبول ابزارها در نمونه مورد مطالعه بود.

### روند اجرای پژوهش

پژوهشگر در روزهای تعیین شده به مراکز مراجعه کرده و با سالمندان صحبت کرده و از آن‌ها رضایت آگاهانه و کتبی کسب نمود. سپس جهت اطمینان از یکنواختی در جمع‌آوری داده‌ها، تمام پرسشنامه‌ها به صورت فردی با مصاحبه چهره به چهره و با حفظ حریم شخصی توسط خود محقق تکمیل شد. این فرایند در سال ۱۴۰۳ در مراکز جامع سلامت شهرستان خوی انجام گرفت.

### روش آماری

اطلاعات پس از جمع‌آوری، وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ شد و مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. برای توصیف داده‌ها، از شاخص‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای کمی و فراوانی و درصد برای متغیرهای کیفی استفاده شد. نرمال بودن توزیع متغیرهای کمی با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف بررسی شد. برای مقایسه مشخصات دموگرافیک بین دو گروه سالمندان شهری و روستایی، از آزمون تی مستقل برای متغیر سن، آزمون من-ویتنی برای متغیر تعداد فرزندان، و آزمون کای‌دو یا آزمون دقیق فیشر برای متغیرهای کیفی شامل جنسیت، سرپرست خانواده، تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، وضعیت درآمد، وضعیت مسکن، نوع زندگی و نوع بیمه استفاده شد. برای مقایسه نمره ادراک پیری و ابعاد کیفیت زندگی بین دو گروه شهری و روستایی، از آزمون ناپارامتری من-ویتنی استفاده گردید. همچنین، با توجه به نرمال بودن توزیع نمره کل کیفیت زندگی، مقایسه این متغیر بین دو گروه با آزمون تی مستقل انجام شد. برای بررسی رابطه بین ادراک پیری و کیفیت زندگی سالمندان نیز از آزمون همبستگی اسپیرمن استفاده شد. سطح معنی‌داری در تمام آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### یافته‌های پژوهش

در این مطالعه به طور کلی ۱۹۹ نفر شرکت کردند که شامل ۹۹ نفر سالمندان ساکن مناطق شهری و ۱۰۰ نفر ساکن مناطق روستایی بودند. نتایج مشخصات دموگرافیک افراد مورد مطالعه در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱. مقایسه دو گروه شهری و روستایی شرکت کنندگان بر حسب مشخصات دموگرافیک

متغیرها	شهری	روستایی	آماره آزمون	p-value
M ± SD سن	۷۰/۸۳±۶/۷۴	۷۱/۴۱±۹/۰۹	۰/۵۲۹-	۰/۶۰۹
جنسیت تعداد(درصد)	مرد	۴۳ (۴۳/۴)	۵۴ (۵۴)	۰/۱۳۶
	زن	۵۶ (۵۶/۶)	۴۶ (۴۶)	
سرپرست خانواده تعداد(درصد)	هست	۵۹ (۵۹/۶)	۶۳ (۶۳)	۰/۱۶۲۲
	نیست	۴۰ (۴۰/۴)	۳۷ (۳۷)	
تحصیلات تعداد(درصد)	بی سواد	۳۵ (۳۵/۴)	۶۸ (۶۸)	۰/۰۰۱>
	خواندن و نوشتن	۲۵ (۲۵/۳)	۲۷ (۲۷)	
	دیپلم	۲۵ (۲۵/۳)	۵ (۵)	
	دانشگاهی و بالاتر	۱۴ (۱۴/۱)	۰ (۰)	
وضعیت تأهل تعداد(درصد)	مجرد	۰ (۰)	۱ (۱)	۰/۱۵۷
	متأهل	۸۲ (۸۲/۸)	۷۰ (۷۰)	
	متارکه	۱ (۱)	۱ (۱)	
	فوت شده	۱۶ (۱۶/۱)	۲۸ (۲۸)	
M ± SD تعداد فرزندان	۳/۴۹±۱/۳۴	۵/۹۲±۲/۴۱	۱۸۱۶	۰/۰۰۱>
وضعیت اشتغال تعداد(درصد)	شاغل	۷ (۷/۱)	۱۷ (۱۷)	۰/۰۰۱>
	بیکار	۸ (۸/۱)	۵ (۵)	
	خانه‌دار	۴۰ (۴۰/۴)	۳۹ (۳۹)	

				مستمری بگیر		
		۱۲ (۱۲)	۳۷ (۳۷/۴)			
				از کار افتاده		
		۲۷ (۲۷)	۷ (۷/۱)			
				دارای درآمد		
		۶۰ (۶۰)	۷۲ (۷۲/۷)			
وضعیت درآمد تعداد(درصد)	۸/۹۳	۰/۰۱۲		تحت حمایت		
			۱۰ (۱۰)	۸ (۸/۱)		
				از کار افتاده		
		۳۰ (۳۰)	۱۹ (۱۹/۲)			
وضعیت مسکن تعداد(درصد)	۱/۰۴۱	۰/۳۰۸		شخصی		
			۹۹ (۹۹)	۹۵ (۹۵/۹)		
				اجاره‌ای		
		۱ (۱)	۴ (۴/۱)			
نوع زندگی تعداد(درصد)	۲/۸۳۵	۰/۱۲۷		همراه با خانواده		
			۷۹ (۷۹)	۸۸ (۸۸/۹)		
				تنها		
		۲۱ (۲۱)	۱۱ (۱۱/۱)			
نوع بیمه تعداد(درصد)	۵/۲۱۵	۰/۰۰۱		تأمین اجتماعی		
			۹ (۹)	۴۵ (۴۵/۵)		
					سلامت	
			۲ (۲)	۳۶ (۳۶/۳)		
				روستایی		
		۸۸ (۸۸)	۰ (۰)			
				سایر		
		۱ (۱)	۱۸ (۱۸/۲)			

یادداشت. مقایسه بین دو گروه شهری و روستایی با آزمون‌های زیر انجام شد: سن (آزمون تی مستقل)؛ تعداد فرزندان (آزمون من-ویتنی)؛ جنسیت، سرپرست خانواده، تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، وضعیت درآمد، وضعیت مسکن، نوع زندگی و نوع بیمه (آزمون کای-دو یا آزمون دقیق فیشر).

طبق جدول ۱، نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین سن، توزیع جنسیت، وضعیت تأهل، سرپرستی خانواده و نوع مسکن سالمندان ساکن در مناطق شهری و روستایی تفاوت معنی‌داری با یکدیگر نداشتند. به عبارتی، میانگین سنی در دو گروه نزدیک بود و توزیع زنان و مردان نیز تقریباً برابر گزارش شد. همچنین، درصد بالای افراد متأهل در هر دو گروه دیده شد و اکثر سالمندان در خانه‌های شخصی زندگی می‌کردند. این شباهت‌ها بیانگر آن است که برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی سالمندان صرف‌نظر از محل سکونت نسبتاً مشابه‌اند.

با این حال، تفاوت‌های قابل‌توجهی میان سالمندان شهری و روستایی در زمینه تحصیلات، تعداد فرزندان، وضعیت اشتغال، منبع درآمد و نوع بیمه مشاهده شد. سالمندان روستایی به‌طور چشمگیری بی‌سوادتر بودند، فرزندان بیشتری داشتند و بیشتر شاغل یا از کار افتاده بودند، در حالی که سالمندان شهری بیشتر مستمری‌بگیر بودند. همچنین، میزان برخورداری از درآمد در گروه شهری بیشتر بود و نوع بیمه در دو گروه تفاوت معنی‌داری داشت، به‌گونه‌ای که بیمه روستایی در گروه روستایی غالب بود. این یافته‌ها نشان‌دهنده تفاوت‌های ساختاری و اقتصادی بین سالمندان ساکن شهر و روستا هستند.

به منظور تعیین و مقایسه ی میزان درک از پیری در سالمندان شهری و روستایی، بررسی آماری با استفاده از آزمون من ویتنی روی نتایج پرسشنامه‌ها صورت گرفت که نشان می‌دهد سالمندان شهری در مقایسه با سالمندان روستایی، درک بهتری از پیری دارند (جدول ۲).

جدول ۲. مقایسه ی میانگین درک از پیری سالمندان بین دو گروه شهری و روستایی

پرسشنامه	گروه	M ± SD	سطح معنی داری
ادراک پیری	شهری	۱۱۸/۲±۲۲/۸۲	۰/۰۰۳
	روستایی	۱۱۰/۴۳±۲۰/۱۷۶	

معنی‌دار به منظور تعیین و مقایسه ی میزان کیفیت زندگی در سالمندان شهری و روستایی، بررسی آماری با استفاده از آزمون من ویتنی و تی مستقل روی نتایج پرسشنامه‌ها صورت گرفت که نتایج در جدول ۳ قابل مشاهده است.

جدول ۳. مقایسه ی میانگین ابعاد کیفیت زندگی بین گروه شهری و روستایی

ابعاد پرسشنامه	گروه	M ± SD	آماره	سطح معنی داری
کیفیت زندگی کل	روستایی	۱۰۹/۸۲±۱۳/۴	۳/۹۱۷	<۰/۰۰۱
	شهری	۱۱۷/۵۱±۱۴/۲۹		
فرهنگ و مذهب	روستایی	۸/۱۹±۱/۷۲۷	۴۸۴۴	۰/۸۵۹
	شهری	۸/۱۱±۱/۷۹۷		
شرایط مالی	روستایی	۱۰/۱۲±۳/۱۶۳	۳۸۹۵	۰/۰۰۶
	شهری	۱۱/۱۹±۲/۱۱۶		
سلامت روانی و عاطفی	روستایی	۱۴/۶۴±۴/۰۴۲	۳۹۶۵	۰/۰۱۳
	شهری	۱۶/۱۳±۴/۱۹۹		
خانه و محله	روستایی	۱۶/۵۸±۲/۳۰۶	۳۷۴۸	۰/۰۰۴
	شهری	۱۷/۶۳±۲/۷۳۳		
استقلال، کنترل و آزادی	روستایی	۱۲/۹۱±۱/۹۳۴	۳۴۲۰/۵	<۰/۰۰۱
	شهری	۱۳/۹۹±۱/۹۵۱		
روابط اجتماعی	روستایی	۱۱/۹۹±۱/۱۷۶	۳۳۴۳/۵	<۰/۰۰۱
	شهری	۱۲/۷۶±۱/۶۷۶		
سلامتی	روستایی	۱۵/۳۱±۱/۹۲۶	۳۴۸۸	<۰/۰۰۱
	شهری	۱۶/۴۴±۲/۰۵۱		
درک از زندگی	روستایی	۲۰/۰۸±۲/۲۹	۳۴۶۱/۵	<۰/۰۰۱
	شهری	۲۱/۳۴±۲/۴۶۷		

**یادداشت.** مقایسه ابعاد کیفیت زندگی شامل درک از زندگی، سلامتی، روابط اجتماعی، استقلال، کنترل زندگی و آزادی، خانه و محله، سلامت روانی و عاطفی، شرایط مالی، و فرهنگ و مذهب بین دو گروه شهری و روستایی با آزمون من ویتنی انجام شد. مقایسه نمره کل کیفیت زندگی، با توجه به نرمال بودن توزیع آن، با آزمون تی مستقل انجام گردید.

طبق جدول ۳، یافته‌ها نشان می‌دهد که کیفیت زندگی سالمندان شهری در بُعد درک از زندگی به‌طور معنی‌داری بالاتر از سالمندان روستایی بود. در بُعد سلامتی نیز میانگین نمره گروه شهری بیشتر از گروه روستایی گزارش شد. همچنین در بُعد روابط اجتماعی، سالمندان ساکن شهر نمره بالاتری نسبت به سالمندان روستا داشتند.

در بُعد استقلال، کنترل زندگی و آزادی، سالمندان شهری نمره بالاتری کسب کردند. همچنین نمرات مربوط به بُعد خانه و محله نیز در گروه شهری بیشتر بود. در بُعد سلامت روانی و عاطفی نیز کیفیت زندگی سالمندان شهر به‌طور معنی‌داری بالاتر از روستا گزارش شد. شرایط مالی نیز در بین سالمندان شهری نسبت به روستاییان مطلوب‌تر ارزیابی شد. در بُعد فرهنگ و مذهب، نمره سالمندان روستایی اندکی بالاتر بود، اما این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود. در نهایت، نمره کل کیفیت زندگی سالمندان شهری به‌طور معنی‌داری بالاتر از سالمندان روستایی گزارش شد.

به منظور تعیین و مقایسه‌ی میزان همبستگی بین درک از پیری و کیفیت زندگی در سالمندان شهری و روستایی، تحلیل آماری با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن بر روی داده‌های حاصل از پرسشنامه‌ها انجام شد. نتایج این تحلیل به تفکیک برای هر گروه در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. مقایسه‌ی همبستگی درک از پیری و کیفیت زندگی در گروه شهری و روستایی

ادراک پیری (روستایی)	ادراک پیری (شهری)	مقادیر	درک از پیری پرسشنامه کیفیت زندگی
۰/۲۳۰*	۰/۲۶۵	ضریب همبستگی	درک از زندگی
<۰/۰۰۱	۰/۰۰۸	P-value	
-۰/۱۸۲	۰/۰۹۲-	ضریب همبستگی	سلامتی
۰/۰۷۰	۰/۳۶۵	P-value	
۰/۲۸۶*	۰/۲۷۴	ضریب همبستگی	روابط اجتماعی
۰/۰۰۴	۰/۰۰۶	P-value	
-۰/۱۵۲	۰/۱۱۳-	ضریب همبستگی	استقلال، کنترل زندگی و آزادی
۰/۱۳۲	۰/۲۶۱	P-value	
۰/۱۰۹	۰/۳۸۰	ضریب همبستگی	خانه و محله
۰/۲۷۸	۰/۰۰۱>	P-value	
۰/۰۶۵	۰/۳۵۹	ضریب همبستگی	سلامت روانی و عاطفی
۰/۵۲۳	۰/۰۰۱>	P-value	
-۰/۲۴۹*	۰/۰۶۷-	ضریب همبستگی	شرایط مالی
۰/۰۱۳	۰/۵۰۵	P-value	
-۰/۱۲۳	۰/۰۴۶-	ضریب همبستگی	فرهنگ و مذهب
۰/۲۲۳	۰/۶۴۹	P-value	
۰/۲۶۸	۰/۴۱۳	ضریب همبستگی	نمره کل پرسشنامه کیفیت زندگی
<۰/۰۰۱	۰/۰۰۱>	P-value	

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده، در هر دو گروه سالمندان شهری و روستایی، بین درک از پیری و کیفیت زندگی رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری وجود دارد، با این تفاوت که این همبستگی در گروه شهری قوی‌تر بوده است. این ارتباط به این معناست که با افزایش درک مثبت از پیری، سطح کیفیت زندگی نیز در هر دو گروه افزایش می‌یابد.

در گروه سالمندان شهری، ارتباط معنی‌داری بین درک از پیری و ابعاد مختلفی از کیفیت زندگی مانند درک از زندگی، روابط اجتماعی، خانه و محله و سلامت روانی و عاطفی مشاهده شد. این نتایج نشان می‌دهد که در شهر، هرچه فرد درک مثبت‌تری از پیری داشته باشد، وضعیت روانی و اجتماعی او نیز بهتر ارزیابی می‌شود. با این حال، در ابعادی مانند سلامت جسمی، استقلال، شرایط مالی و مذهب، ارتباط معکوس مشاهده شد، ولی این روابط معنی‌دار نبودند.

در گروه سالمندان روستایی نیز ادراک پیری با کیفیت زندگی به‌صورت کلی ارتباط مثبت و معنی‌داری داشت. این ارتباط به‌طور خاص در ابعاد درک از زندگی و روابط اجتماعی معنی‌دار بود. اما در سایر ابعاد، مانند خانه و محله و سلامت روانی و عاطفی، هرچند ارتباط مثبت وجود داشت، ولی معنی‌دار نبود. در مقابل، درک از پیری در این گروه با ابعاد سلامت جسمی و شرایط مالی رابطه‌ی معکوس و معنی‌دار داشت، به این معنا که با افزایش درک پیری، این دو جنبه از کیفیت زندگی کاهش می‌یافتند.

همچنین در ابعاد استقلال و مذهب، در سالمندان روستایی نیز رابطه‌ی معکوس ولی غیرمعنی‌داری با درک پیری مشاهده شد. در مجموع، مقایسه بین دو گروه نشان می‌دهد که ارتباط میان درک از پیری و کیفیت زندگی در سالمندان شهری گسترده‌تر و قوی‌تر از سالمندان روستایی است.

## بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف مقایسه ادراک از پیری، کیفیت زندگی و بررسی رابطه میان این دو متغیر در سالمندان شهری و روستایی شهرستان خوی در سال ۱۴۰۳ انجام شد. یافته‌ها نشان داد که میانگین نمره ادراک از پیری در سالمندان شهری بالاتر از سالمندان روستایی بود. همچنین، نمره کل کیفیت زندگی و بیشتر ابعاد آن، به‌جز بُعد فرهنگ و مذهب، در سالمندان شهری به‌طور معنی‌داری بیشتر از سالمندان روستایی گزارش شد. علاوه بر این، بین ادراک از پیری و کیفیت زندگی در هر دو گروه شهری و روستایی رابطه مثبت و معنی‌دار مشاهده شد، اگرچه شدت این رابطه در سالمندان شهری بیشتر بود.

بالاتر بودن نمره کیفیت زندگی در سالمندان شهری با نتایج برخی مطالعات داخلی از جمله مطالعه کمالوندی و همکاران و نیز مطالعه حاجی‌هاشمی و همکاران تا حدی همسو است که در آن‌ها تفاوت‌هایی در کیفیت زندگی یا برخی ابعاد آن بین سالمندان شهری و روستایی گزارش شده است (۲۰،۲۱). همچنین، یافته‌های مطالعه حاضر با شواهدی همخوانی دارد که نشان می‌دهند کیفیت زندگی سالمندان می‌تواند تحت تأثیر عوامل جمعیت‌شناختی، روانی، اجتماعی و محیطی قرار گیرد (۸،۱۲،۱۳). این همسویی می‌تواند با دسترسی بیشتر سالمندان شهری به خدمات سلامت، امکانات رفاهی، منابع اجتماعی و فرصت‌های مشارکت اجتماعی مرتبط باشد؛ موضوعی که در برخی مطالعات مربوط به تفاوت‌های شهری و روستایی در کیفیت زندگی نیز مورد تأکید قرار گرفته است (۱۶،۱۷،۲۶). با این حال، برخی مطالعات دیگر کیفیت زندگی سالمندان را در مناطق شهری و روستایی در سطح نسبتاً مطلوب گزارش کرده‌اند یا تفاوت محل زندگی را در همه ابعاد کیفیت زندگی معنی‌دار ندانسته‌اند (۲۲). تفاوت در ابزارهای سنجش، ویژگی‌های جمعیت مورد مطالعه، سطح توسعه مناطق روستایی و تفاوت‌های فرهنگی و اقتصادی می‌تواند بخشی از ناهمخوانی نتایج مطالعات را توضیح دهد (۴،۱۷،۲۶).

یافته دیگر مطالعه حاضر، بالاتر بودن میانگین ادراک از پیری در سالمندان شهری بود. این نتیجه نشان می‌دهد سالمندان شهری در نمونه مورد بررسی، نگرش مثبت‌تری نسبت به فرایند سالمندی داشته‌اند. این یافته می‌تواند با برخورداری بیشتر از منابع آموزشی، دسترسی آسان‌تر به خدمات سلامت، فرصت‌های اجتماعی و آگاهی بیشتر درباره سالمندی مرتبط باشد. مطالعات پیشین نیز نشان داده‌اند که ادراک مثبت‌تر از پیری با پیامدهایی مانند سلامت روان بهتر، رفتارهای سلامت‌محورتر، آسیب‌پذیری کمتر و کیفیت زندگی بالاتر همراه است (۲،۹،۱۰). همچنین، شواهد نشان می‌دهد که ادراک از پیری می‌تواند تحت تأثیر منابع فرهنگی، اجتماعی و محیطی قرار گیرد و در گروه‌های مختلف سالمندان، بسته به زمینه زندگی، متفاوت باشد (۳،۴). با این حال، از آنجا که مطالعه حاضر مقطعی است، نمی‌توان نتیجه گرفت که محل سکونت به‌طور مستقیم باعث تغییر ادراک از پیری شده است.

نتایج این مطالعه همچنین نشان داد که ادراک مثبت‌تر از پیری با کیفیت زندگی بالاتر در هر دو گروه شهری و روستایی همراه بود. این یافته با مطالعه اینگراد و همکاران همسو است که نشان داد ادراک مثبت از پیری یکی از عوامل مهم مرتبط با کیفیت زندگی در سالمندان است (۲). همچنین، یافته حاضر با مطالعاتی همخوانی دارد که نشان داده‌اند خودادراکی از سالمندی، نگرش نسبت به سالمندی و برداشت فرد از تغییرات مرتبط با سن می‌تواند با سلامت عمومی، سلامت روان، رفتارهای سلامت‌محور و رضایت از زندگی در دوران سالمندی همراه باشد (۹،۱۰،۱۵). از منظر نظری، سالمندانی که فرایند سالمندی را با پذیرش، احساس کنترل، ارزشمندی و امکان مشارکت اجتماعی تجربه می‌کنند، ممکن است ارزیابی مطلوب‌تری از زندگی، روابط اجتماعی و سلامت روان خود داشته باشند (۲،۸،۱۰). البته این ارتباط باید به‌عنوان همبستگی تفسیر شود و نه رابطه علی.

در سالمندان روستایی، رابطه معکوس و معنی‌داری بین ادراک از پیری و بُعد شرایط مالی مشاهده شد. این یافته می‌تواند نشان‌دهنده آن باشد که تجربه سالمندی در مناطق روستایی، حتی در صورت برخورداری از برخی حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی، ممکن است با محدودیت‌های اقتصادی، دسترسی کمتر به منابع مالی پایدار و فرصت‌های کمتر رفاهی همراه باشد. مطالعات پیشین نیز به برخی چالش‌های سالمندان روستایی از جمله محدودیت دسترسی به خدمات سلامت، منابع اجتماعی و حمایت‌های رسمی اشاره کرده‌اند (۱۶،۱۸،۲۶). از سوی دیگر، برخی مطالعات نشان داده‌اند که در مناطق روستایی، پیوندهای اجتماعی نزدیک‌تر می‌تواند با احساس حمایت و بهزیستی ذهنی سالمندان همراه باشند، اما این مزیت الزاماً همه ابعاد کیفیت زندگی، به‌ویژه ابعاد اقتصادی و دسترسی به خدمات، را پوشش نمی‌دهد (۱۸،۲۰). بنابراین، تفسیر این یافته باید با توجه به شرایط اقتصادی، اجتماعی و ساختار خدمات سلامت در مناطق روستایی انجام شود.

از نظر کاربردی، یافته‌های مطالعه حاضر می‌تواند برای طراحی برنامه‌های آموزشی و حمایتی سالمندان، به‌ویژه در مناطق روستایی، مورد استفاده قرار گیرد. این برنامه‌ها بهتر است بر ارتقای نگرش مثبت نسبت به سالمندی، افزایش مشارکت اجتماعی، تقویت حمایت روانی — اجتماعی و بهبود دسترسی سالمندان به خدمات سلامت تمرکز داشته باشند. شواهد پیشین نیز نشان داده‌اند که توجه به ادراک سالمندان از سالمندی و تقویت سبک زندگی فعال و اجتماعی می‌تواند با پیامدهای مطلوب‌تری در سلامت و کیفیت زندگی آنان همراه باشد (۲،۱۰،۲۷). همچنین، ارائه‌دهندگان خدمات سلامت می‌توانند در ارزیابی سالمندان، علاوه بر شاخص‌های جسمانی، به نگرش آنان نسبت به سالمندی و کیفیت زندگی نیز توجه کنند (۸،۱۳،۱۹).

این مطالعه دارای چند محدودیت بود. نخست، طراحی پژوهش مقطعی بود؛ بنابراین، امکان استنباط رابطه علی بین ادراک از پیری و کیفیت زندگی وجود ندارد. دوم، اگرچه نمونه‌گیری به‌صورت چندمرحله‌ای و سیستماتیک از مراکز منتخب انجام شد، مطالعه فقط در

شهرستان خوی انجام شده است و تعمیم نتایج به سایر مناطق ایران باید با احتیاط صورت گیرد. سوم، گردآوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه و مصاحبه چهره‌به‌چهره انجام شد که ممکن است با سوگیری پاسخ‌دهی یا تمایل به ارائه پاسخ‌های اجتماعی مطلوب همراه باشد. چهارم، با وجود بررسی برخی متغیرهای جمعیت‌شناختی، امکان کنترل کامل همه متغیرهای مخدوش‌کننده مانند وضعیت بیماری‌های مزمن، سطح فعالیت بدنی، حمایت خانوادگی، وضعیت روان‌شناختی و دسترسی واقعی به خدمات سلامت وجود نداشت.

در مجموع، یافته‌های این مطالعه نشان داد که سالمندان شهری در مقایسه با سالمندان روستایی، میانگین بالاتری در ادراک از پیری و کیفیت زندگی داشتند. همچنین، ادراک مثبت‌تر از پیری با کیفیت زندگی بالاتر در هر دو گروه همراه بود. این یافته‌ها با شواهد پیشین درباره اهمیت ادراک از پیری، سالمندی موفق، منابع اجتماعی و تفاوت‌های محیطی در کیفیت زندگی سالمندان همخوانی دارد (۲۶، ۲۰، ۱۷، ۱۰، ۹، ۸، ۲). با توجه به ماهیت مقطعی مطالعه، این یافته‌ها نشان‌دهنده وجود ارتباط میان متغیرها هستند و نباید به صورت رابطه علی تفسیر شوند. توجه به نگرش سالمندان نسبت به سالمندی و طراحی برنامه‌های حمایتی متناسب با شرایط شهری و روستایی می‌تواند در برنامه‌ریزی خدمات سلامت سالمندان مفید باشد.

## پی‌نوشت

### تأییدیه اخلاق

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد م.ا، دانشجوی رشته علوم رفتاری و شناختی ورزشی دانشگاه تهران است. این پژوهش با کد اخلاق [IR.USWR.REC.1403.216](https://doi.org/10.21860/IR.USWR.REC.1403.216) در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی تأیید شده است. کلیه اصول اخلاقی از جمله اخذ رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از شرکت‌کنندگان و حفظ محرمانگی اطلاعات آنان رعایت شده است.

### حمایت مالی

این پژوهش هیچ‌گونه حمایت مالی از سازمان‌ها، نهادها یا مؤسسات دولتی و غیردولتی دریافت نکرده است.

### مشارکت نویسندگان

محدثه امینی: ایده‌پردازی، طراحی مطالعه، جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، تأیید نسخه نهایی؛ فرحناز محمدی‌شاهبلاغی: استاد راهنما در طراحی، نظارت و بازبینی نسخه نهایی مقاله، تأیید نسخه نهایی؛ محمدرضا دین‌محمدی: استاد مشاور در تنظیم چارچوب نظری و تحلیل‌های محتوایی، تأیید نسخه نهایی؛ مهدی نوروزی: استاد مشاور آمار، در تحلیل داده‌ها و تفسیر نتایج آماری، تأیید نسخه نهایی؛ کلیه نویسندگان نسخه نهایی مقاله را خوانده و تأیید کرده‌اند.

### تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تعارض منافع در انجام این پژوهش و نگارش مقاله وجود ندارد.

### منابع

1. Manton K. Past and future life expectancy increases at later ages: their implications for the linkage of chronic morbidity, disability, and mortality. *J Gerontol.* 1986.

2. Ingrand I, Paccalin M, Liuu E, Gil R, Ingrand P. Positive perception of aging is a key predictor of quality-of-life in aging people. *PLoS One*. 2018;13(10):e0204044. doi: 10.1371/journal.pone.0204044
3. Miremadi M, Heravi-Karimooi M, Rejeh N, SharifNia H, Montazeri A. Validation of the Persian version of Aging Perceptions Questionnaire (APQ). *Payesh (Health Monitor)*. 2018;17(2):199–207.
4. Cramm JM, Nieboer AP. Positive ageing perceptions among migrant Turkish and native Dutch older people: a matter of culture or resources? *BMC Geriatrics*. 2017;17:1–12.
5. Barker M, O’Hanlon A, McGee HM, Hickey A, Conroy RM. Cross-sectional validation of the Aging Perceptions Questionnaire: a multidimensional instrument for assessing self-perceptions of aging. *BMC Geriatr*. 2007;7:9. doi: 10.1186/1471-2318-7-9
6. Bowling A. The Psychometric Properties of the Older People’s Quality of Life Questionnaire, Compared with the CASP-19 and the WHOQOL-OLD. *Curr Gerontol Geriatr Res*. 2009;2009:298950. doi: 10.1155/2009/298950
7. Nikkhah M, Heravi-Karimooi M, Montazeri A, Rejeh N, Sharif Nia H. Psychometric properties the Iranian version of Older People’s Quality of Life Questionnaire (OPQOL). *Health Qual Life Outcomes*. 2018;16:— doi: 10.1186/s12955-018-1002-z
8. Bowling A, Iliffe S. Which model of successful ageing should be used? Baseline findings from a British longitudinal survey of ageing. *Age Ageing*. 2006;35(6):607–614. doi: 10.1093/ageing/af1100
9. Moser C, Spagnoli J, Santos-Eggimann B. Self-perception of aging and vulnerability to adverse outcomes at the age of 65–70 years. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2011;66(6):675–680. doi: 10.1093/geronb/gbr004.
10. Wurm S, Tomasik MJ, Tesch-Römer C. On the importance of a positive view on ageing for physical exercise among middle-aged and older adults: Cross-sectional and longitudinal findings. *Psychol Health*. 2010;25(1):25–42. doi: 10.1080/08870440902741330
11. Saxena S, Orley J; WHOQOL Group. Quality of life assessment: the World Health Organization perspective. *Eur Psychiatry*. 1997;12:263s–266s.
12. Fernández-Ballesteros R, Zamarrón MD, Ruíz MA. The contribution of socio-demographic and psychosocial factors to life satisfaction. *Ageing & Society*. 2001;21(1):25–43.
13. Tkatch R, Musich S, MacLeod S, Alsgaard K, Hawkins K, Yeh CS. Population health management for older adults: review of interventions for promoting successful aging across the health continuum.
14. Ericson A-S. The Employment of Older Workers Abroad. *Monthly Labor Review*. 1960;:270–274.
15. Nazari S, Sharifi F, Gashtili N. Investigating the relationship between aging perception with stress, anxiety and depression in the elderly members of Tehran’s social security retirees in 2020. *J Gerontol*. 2021;6(3):78–88.
16. Arslantas D, Ünsal A, Metintas S, Koc F, Arslantas A. Life quality and daily life activities of elderly people in rural areas, Eskişehir (Turkey). *Arch Gerontol Geriatr*. 2009;48(2):127–131. doi: 10.1016/j.archger.2008.06.007
17. Shucksmith M, Cameron S, Merridew T, Pichler F. Urban–rural differences in quality of life across the European Union. *Reg Stud*. 2009;43(10):1275–1289.
18. Mair CA, Thivierge-Rikard R. The strength of strong ties for older rural adults: Regional distinctions in the relationship between social interaction and subjective well-being. *Int J Aging Hum Dev*. 2010;70(2):119–143.
19. Fallowfield L. What is quality of life. *Health Economics*. 2009;1(8):1–8.

20. Kamalvandi R, Mozafari M, Mohammadnejad S, Pakzad R. Relationship between perceived social support and quality of life in the elderly's urban and rural communities in Ilam. 2018.
21. Hajhashemi Z, Vameghi R, Montazeri A, Sohrabi MR, Akbari-Kamrani A. Comparing quality of life among rural and urban elderly outpatients. *Payesh (Health Monitor)*. 2013;12(3):255–262.
22. Sakineh G, Maryam L, Ameneh M. Study of quality of life in elderly attending health care centers (residing in city and village ) in Sepidan County in 1389 (2010). 2012.
23. Foroughan M, Wahlund LO, Jafari Z, Rahgozar M, Farahani IG, Rashedi V. Validity and reliability of an Abbreviated Mental Test Score (AMTS) among older Iranian. *J Gerontol*. 2017;17(6):460–465.
24. Miremadi M, Heravi-Karimooi M, Rejeh N, Nia HS, Montazeri A. Validation of the Persian version of Aging Perceptions Questionnaire (APQ). *Payesh (Health Monitor)*. 2018;17(2):199–207.
25. Bowling A, Hankins M, Windle G, Bilotta C, Grant R. A short measure of quality of life in older age: The performance of the brief Older People's Quality of Life questionnaire (OPQOL-brief). *Arch Gerontol Geriatr*. 2013;56(1):181–187. doi: 10.1016/j.archger.2012.10.007
26. Heidari M, Sheikhi RA, Rezaei P, Abyaneh SK. Comparing quality of life of elderly menopause living in urban and rural areas. *J Menopausal Med*. 2019;25(1):28–34.
27. Fratiglioni L, Paillard-Borg S, Winblad B. An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *Lancet Neurol*. 2004;3(6):343–353. doi: 10.1016/S1474-4422(04)00767-7
28. Akindahunsi T, Fadojutimi BL, Olasunkanmi FD, Tundealao S. Public Health Policies and Programs for Alzheimer's and Dementia: A Data-Driven Evaluation of Effectiveness and Areas for Improvement in the United States. *Int Neuropsychiatric Dis J*. 2024;
29. Hyun J, Hall C, Katz M, Derby C, Lipton R. Neighborhood health care facilities and incident dementia: results from the Einstein Aging Study. *Innovation in Aging*. 2023;7(Suppl 1):1087.