Medical Science Journal of Islamic Azad University Vol. 32, No. 2, Summer 2022 ORIGINAL ARTICLE

The comparison of elderly women and men's life quality in health centers in Amol

***Mehdi Fazli*[1], *Alireza, Kaldi*[2], *Seyedmohmmad Seyedmirzayei*[2]**
[1] *Sociology of Social Issues of Iran, Islamic Azad University, Science and Research Branch of Tehran, Tehran, Iran*
[2] *Professor of Social Sciences, Islamic Azad University, Science and Research Branch of Tehran, Tehran, Iran*

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-22]

[DOR: 20.1001.1.10235922.1401.32.2.5.2]
[DOI: 10.52547/iau.32.2.215]

Abstract

Background: One of the important and influential contexts on quality of life is gender. The aim of this study was to compare the quality of life of elderly men and women.
Materials and methods: This study is a descriptive-analytical research which is based in cross-sectional order. The statistical population of this study included all elderly people over 60 years old covered by Amol city health network in the year 2017. 450 participants were selected from among the elderly people in Amol health centers. The data collection instrument was Quality of Life Questionnaire (SF-36). Central and dispersion indices, Friedman rank test and independent t-test were used to analyze the data.
Results: There was a significant difference between most men and women in terms of quality of life in most of the underlying variables. But in two variables, namely lack of family custodial and others (Relief Committee, Welfare, etc.) as source of income, there was no significant difference between elderly men and women. Also in all aspects of quality of life, the difference between men and women was significant.
Conclusion: According to the findings of this study, it can be said that the mean score of quality of life for the elderly men was average but this rate was lower than the average for the elderly women.
Keywords: *Elderly, Quality of life, Health and medical centers.*

Cited as: Fazli M, Kaldi AR, Seyedmirzayei SM. The comparison of elderly women and men's life quality in health centers in Amol. Medical Science Journal of Islamic Azad University, Tehran Medical Branch 2022; 32(2): **215-227.**

Correspondence to: *Mehdi Fazli*
Tel: *+98 9113273006*
E-mail: mfazli81@yahoo.com
ORCID ID: 0000-0002-0420-8066
Received: 30 Jun 2021; **Accepted:** 14 Nov 2021

مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی
دوره ۳۲، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۱، صفحات ۲۱۵ تا ۲۲۷

Original Article

مقایسه کیفیت زندگی زنان و مردان سالمند تحت پوشش مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان آمل

مهدی فضلی[۱]، علیرضا کلدی[۲]، سیدمحمد سیدمیرزایی[۲]

[۱] دکتری جامعه شناسی مسائل اجتماعی ایران، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران
[۲] استاد گروه علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

چکیده

سابقه و هدف: *یکی از بسترهای مهم و تاثیرگذار بر کیفیت زندگی، جنسیت است. هدف این پژوهش مقایسه کیفیت زندگی زنان و مردان سالمند بود.*

روش بررسی: *این مطالعه یک پژوهش توصیفی – تحلیلی به صورت مقطعی است. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه سالمندان بالای ۶۰ سال تحت پوشش شبکه بهداشت شهرستان آمل در سال ۱۳۹۶ بود که با استفاده از روش نمونه گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای و به شکل تصادفی، از میان آنها تعداد ۴۵۰ سالمند انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) بود. جهت تحلیل داده‌ها از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی، آزمون رتبه ای فریدمن، آزمون آماری t مستقل استفاده شد.*

یافته‌ها: *در اغلب متغیرهای جمعیت شناختی مورد بررسی، اختلاف معنی‌داری بین زنان و مردان مشارکت کننده به لحاظ کیفیت زندگی وجود داشت. ولی در سه متغیر عدم سرپرستی خانوار، دیگران (کمیته امداد، بهزیستی و...) به عنوان منبع درآمد و به تنهایی زندگی کردن، اختلاف معنی‌داری بین زنان و مردان سالمند مشاهده نشد. در تمامی ابعاد کیفیت زندگی، اختلاف بین مردان و زنان سالمند معنی‌دار بود.*

نتیجه‌گیری: *با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت که میانگین نمره کلی کیفیت زندگی مردان سالمند در حد متوسط بود، ولی این میزان برای زنان سالمند پایین‌تر از حد متوسط بود.*

واژگان کلیدی: *سالمند، کیفیت زندگی، مراکزبهداشتی و درمانی.*

مقدمه

سالمندی به عنوان یک پدیده جهانی به دلیل بهبود علوم پزشکی، آموزش و در نتیجه توسعه در امید به زندگی رخ داده است؛ به گونه‌ای که پیر شدن جمعیت به یکی از مهم‌ترین چالش‌های بهداشت عمومی در سال‌های کنونی تبدیل شده است (۱). مطابق آمار سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۵، تعداد افراد بالای شصت سال کل جهان ۸۴۱ میلیون نفر بود که برآورد می‌شود این تعداد تا سال ۲۰۵۰ به دو برابر خواهد رسید (۲). روند سریع افزایش جمعیت سالمندان، مختص کشورهای پیشرفته نیست؛ بلکه پدیده‌ای است که کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه هر دو با آن مواجه هستند (۳). در ایران نیز تعداد جمعیت سالمندان ۶۰ ساله و بیشتر در چهار دهه اخیر (۹۵-۱۳۵۵) چهار برابر شده و از ۱/۸ میلیون نفر به ۷/۴ میلیون نفر رسیده است و نسبت سالمندی جمعیت نیز حدود دو برابر (از ۵/۳ به ۹/۳ درصد) شده است (۴). پیش بینی می‌شود جمعیت سالمند ایران تا سال ۲۰۵۰ به ۲۱/۷ درصد برسد (۵).

با اینکه در قرن بیستم چالش اصلی بهداشت عمومی "افزایش امید به زندگی" بود، در قرن بیست و یکم مهم‌ترین دغدغه در

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، مهدی فضلی
(email:Mfazli81@yahoo.com)
ORCID ID: 0000-0002-0420-8066

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۴/۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۸/۲۳

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-22]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1401.32.2.5.2]
[DOI: 10.52547/iau.32.2.215]

این حوزه زندگی با کیفیت بهتر است (۶). از این رو هدف از زندگی در سالمندان فقط داشتن عمر طولانی و زنده بودن نیست، بلکه کیفیت زندگی آن ها نیز مهم است. امروزه علاوه بر هدف افزایش امید زندگی و طول عمر افراد جامعه، مساله چگونگی گذارندن عمر و کیفیت زندگی نیز مورد توجه جامعه شناسان و سیاستگزاران امر سلامت را به خود جلب نموده است و یکی از شاخص هایی که به خوبی بیانگر وضعیت سالمندان است، شاخص کیفیت زندگی است. لذا اندازه گیری و ارزیابی کیفیت زندگی در جمعیت سالمندان در هر جامعه‌ای به یکی از فعالیت‌های اصلی تحقیقات بهداشتی و اطلاع رسانی در تصمیم گیری تخصیص منابع مرتبط با ارتقای سلامت و رفاه جمعیت تبدیل شده است (۷).

به طور کلی کیفیت زندگی، تعریف مشخص و یکسانی ندارد؛ هر چند مردم به شکل غریزی معنی آن را به راحتی درک می‌کنند، لیکن این مفهوم برای آنها یکسان نیست (۸). طبق تغریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی ای که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و الویت هایشان است (۹). همچنین سلامت جسمی، وضعیت روحی- روانی، سطح استقلال، روابط اجتماعی، باورهای شخصی و ارتباط با ویژگی‌های برجسته از خود و محیط زیست بر کیفیت زندگی درک‌شده افراد تاثیرگذار است و وضعیت افراد یک جامعه را با توجه به عوامل برونـــــزایی نظیر زیرساخت‌ها، نهادهای اجتماعی، روابط اجتماعی، محیط زیست و غیره تحت تاثیر قرار می‌دهد (۱۰). کیفیت زندگی که جزء ذهنی بهزیستی به شمار می‌آید، در سالمندان به معنی تاکید بیشتر بر سیاست‌های اجتماعی و اصلاح اهداف اجتماعی در راستای ایجاد سالمندی سالم و پویا است (۱۱). همچنین از اطلاعات کیفیت زندگی جمعیت عمومی یک کشور می‌توان به‌عنوان اطلاعات پایه‌ای در هنگام ارزیابی مداخلات استفاده کرد.

آگاهی در مورد عواملی که بر کیفیت زندگی در سنین سالمندی تاثیر می‌گذارند، از اهمیت والایی برخوردار است و می‌تواند کمک بزرگی در ارتقاء کیفیت زندگی این قشر محسوب گردد. یکی از بسترهای مهم تاثیر گذار بر کیفیت زندگی، جنسیت است. نتایج مطالعات متعدد نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین جنسیت و کیفیت زندگی سالمندان وجود دارد و مردان سالمند نسبت به زنان از نمره کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند (۱۵-۱۲). مقایسه کیفیت زندگی زنان و مردان دارای دلیل مهم و اساسی است: نخست، برای گسترش حساسیت توجه به تفاوت‌های زنان و مردان، دوم، به عنوان وسیله‌ای در راستای برنامه ریزی مناسب جهت اقدامات پیشگیرانه و ارتقای کیفیت زندگی زنان سالمند.

بدین ترتیب، افزایش بیماری‌ها و مسائل بهداشتی در دوران سالمندی از یک سو و انباشته شدن نابرابری های جنسیتی در طول دوران زندگی از سوی دیگر، بررسی تفاوت‌های زنان و مردان سالمند در کیفیت زندگی را به عنوان یک مسئله اجتماعی مطرح می‌سازد. از این رو، این مطالعه به دنبال تحلیل جنسیتی کیفیت زندگی سالمندان است. با توجه به اینکه هدف مقاله جنسیت به عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شد و تاثیر آن بر کیفیت زندگی مورد بدون کنترل و با کنترل متغیرهای جمعیت شناختی مورد بررسی قرار گرفت، متغیرهای سن، وضعیت تاهل، وضعیت سرپرست خانوار، محل سکونت، منبع درآمد، وضع سواد و نوع زندگی سالمندان به عنوان متغیرهای جمعیت شناختی در نظر گرفته شدند. در این راستا این دو پرسش مطرح می شود: ۱- عوامل جمعیت شناختی در تفاوت کیفیت زندگی زنان و مردان سالمند چه نقشی دارند؟ ۲-کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن بین زنان و مردان سالمند چه تفاوتی دارد؟

مواد و روشها

تحقیق توصیفی – تحلیلی حاضر به صورت مقطعی با هدف تعیین و مقایسه کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن و عوامل زمینه ای موثر بر کیفیت زندگی در بین زنان و مردان سالمند در سال ۱۳۹۶ انجام شد. جامعه آماری در این پژوهش ۴۲۵۹۹ نفر (۲۴۶۱۸ نفر شهرنشین و ۱۷۹۸۱ نفر روستانشین) از زنان و مردان سالمند بالای ۶۰ سال تحت پوشش مراکز بهداشتی- درمانی شهرستان آمل بود. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران برابر ۳۸۰ محاسبه شد که برای افزایش توان مطالعه به ۴۵۰ نفر افزایش داده شد. بعد از برآورد حجم نمونه، با توجه به گستردگی جامعه آماری و تعداد زیاد مراکز بهداشتی- درمانی نمونه گیری به صورت طبقه بندی خوشه‌ای چند مرحله ای تصادفی انجام شد. به این صورت که ابتدا از مجموع ۱۸ مرکز بهداشتی- درمانی در مناطق شهری، خوشه ها شامل ده مرکز بهداشتی – درمانی به شرح: ۱- دو مرکز واقع در ناحیه مرکزی ۲- دو مرکز در ناحیه شمال غربی ۳- دو مرکز در شمال شرقی۴- دو مرکز در جنوب شرقی و ۵- دو مرکز در جنوب غربی شهر آمل به تصادف انتخاب و در مرحله دوم از بین جمعیت سالمند تحت پوشش این مراکز، از هر مرکز به طور تصادفی ۲۵ نفر انتخاب

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-22]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1401.32.2.5.2]
[DOI: 10.52547/iau.32.2.215]

شدند. و اما نمونه گیری در مناطق روستایی شهرستان آمل که بر اساس تقسیمات کشوری این شهرستان دارای پنج بخش (مرکزی، دشت سر، دابو دشت، امام زاده عبدالله و بخش لاریجان)، و ۲۸ مرکز بهداشتی - درمانی روستایی است، در مرحله اول از هربخش دو مرکز بهداشتی و درمانی روستایی؛ و از هر مرکز یک خانه بهداشت روستایی را بصورت تصادفی انتخاب کرده و در مرحله دوم از بین زنان و مردان سالمند بالای ۶۰ سال تحت پوشش، از هر خانه بهداشت ۲۰ نفر به روش تصادفی انتخاب شدند. حجم نمونه کلی با احتساب جمعیت شهری و روستایی، توزیع سنی و جنسی انتخاب شدند.

شرایط شرکت در پژوهش برای نمونه ها، شامل سن ۶۰ سال و بالاتر، تمایل جهت ورود به مطالعه، توانایی درک و پاسخگویی به سوالات درج شده در پرسشنامه‌ها، آگاهی به زمان، مکان، شخص و نداشتن مشکلاتی از قبیل اختلال گفتاری، کاهش شنوایی شدید، عدم هشیاری و دمانس و آلزایمر بود. افراد در پاسخ دادن به سوالات پرسشنامه‌ها و شرکت در مصاحبه کاملا آزاد بودند و عدم تمایل به تکمیل پرسشنامه و عدم همکاری با پرسشگر از معیارهای خروج بود. فرد منتخب بر اساس نمونه گیری تصادفی، در صورت خروج، نداشتن شرایط جهت ورود به مطالعه و یا عدم دسترسی، با توجه به لیست موجود، نفر بعدی جایگزین می‌شد. به منظور جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 استفاده شد. پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی دربرگیرنده متغیرهای سن، جنس، وضعیت تاهل (دارای همسر/ بدون همسر)، وضعیت سرپرست خانوار، محل سکونت (شهری/ روستایی)، وضعیت سواد (باسواد/ بی سواد) و نوع زندگی (به تنهایی/ با خانواده) بود.

پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 ابزاری معتبر و استاندارد برای سنجش وضعیت کیفیت زندگی افراد است. ویر و شربورن این پرسشنامه خودگزارش دهی را برای بررسی کیفیت زندگی و سلامت طراحی کردند. پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 استاندارد است و در بسیاری از تحقیقات از آن استفاده شده است. روایی و پایایی آن نیز اثبات شده است. این ابزار یکی از ابزارهای معتبر بررسی کیفیت زندگی است که از زمان انتشار آن در سال ۱۹۹۰ تا کنون در بیش از ۵۰ کشور از جمله ایران استانداردسازی شده است. مدت زمان پاسخ به این پرسشنامه برای افراد عادی ۵ تا ۱۵ دقیقه است. در ایران روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعات متعددی ارزیابی شده است بیک زاده (۱۶)، ذبیحی و نودهی (۱۷) و همچنین منتظری و همکاران برای اولین بار در ایران روایی و پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 را روی ۴۱۶۳ نفر در رده سنی بیش از پانزده سال ارزیابی کردند. ضریب پایایی در ۷ خرده مقیاس مطلوب و از ۷۷ تا ۹۵ درصد گسترده و تنها در بعد انرژی و نشاط ۶۵ درصد بود (۱۸).

این پرسشنامه دارای ۳۶ سوال در دو بعد اصلی سلامت جسمانی (۲۱ سوال) و سلامت روانشناختی (۱۴ سوال) و از هشت زیر مقیاس تشکیل شده است که عبارتند از: عملکرد جسمی (۱۰ سوال)، ایفای نقش جسمی (۴ سوال)، دردهای بدنی (۲ سوال)، سلامت عمومی (۵ سوال)، انرژی و نشاط (۴ سوال)، عملکرد اجتماعی (۲ سوال)، ایفای نقش عاطفی (۳ سوال)، سلامت روانی (۵ سوال) و یک سوال مربوط به تغییر سلامت در یک سال گذشته است که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت افراد را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. از ادغام زیرمقیاس-های عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، دردهای بدنی و سلامت عمومی بعد سلامت جسمانی و همچنین از ادغام زیر مقیاس های انرژی/ نشاط، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش عاطفی و سلامت روانی بعد سلامت روانشناختی به دست می-آید. امتیاز دهی این پرسشنامه، به صورتی است که برای سوالات دو گزینه‌ای با نمره‌های (۰ و ۱۰۰)، سوالات سه گزینه‌ای با نمره‌های (۰، ۵۰ و ۱۰۰)، سوالات پنج گزینه‌ای با نمره‌های (۰، ۲۵، ۵۰، ۷۵ و ۱۰۰) و سوالات شش گزینه‌ای با نمره‌های (۰، ۲۰، ۴۰، ۶۰، ۸۰ و ۱۰۰) در نظر گرفته شده است. نمره کل کیفیت زندگی نیز از متوسط گیری ابعاد مختلف وضعیت سلامتی به دست می آید. برای به دست آوردن نمره هشت زیر مقیاس نمره سوالات مربوط به هر زیر مقیاس جمع زده می‌شود و سپس تقسیم بر تعداد سوالات می‌گردد.

چنانچه معیار صفر تا ۱۰۰ را که مربوط به پرسشنامه حاضر است در نظر بگیریم، می‌توان میانگین ۵۰ با انحراف معیار ۱۰ را به عنوان شاخص هنجار جامعه و شاخص قابل قبول و منصفانه برای وضعیت کیفیت زندگی سالمندان در نظر گرفت (۱۹)؛ بنابراین نمره‌های بالاتر و پایین تر از ۵۰ به ترتیب نشان دهنده کیفیت زندگی بالا و پایین هستند (۲۰).

در این پژوهش از اعتبار محتوی و محاسبه آلفای کرونباخ جهت تعیین اعتبار و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 استفاده شد. به منظور تعیین اعتبار محتوی، پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 در اختیار ۲۰ متخصص کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان قرار گرفت و از نظرات متخصصین برای قضاوت درباره اعتبار این پرسشنامه

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-22]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1401.32.2.5.2]
[DOI: 10.52547/iau.32.2.215]

برای اندازه گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان استفاده شده است. بر اساس نظرات متخصصان مذکور پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 دارای اعتبار محتوی جهت اندازه گیری کیفیت زندگی مرتبط با سالمندان بود. به منظور تعیین پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 از روش محاسبه آلفای کرونباخ استفاده شده است. ابتدا ۳۰ نفر از سالمندان جامعه مورد نظر به شیوه تصادفی انتخاب شدند و پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 در دو مرحله با فاصله ۷ روز میان آنها توزیع گردید. پس از جمع آوری پرسشنامه داده‌های به دست آمده تحلیل شده و آلفای کرونباخ بدست آمد. آلفای کرونباخ در کل برای پرسشنامه مذکور ۰/۹۵، مجموع ابعاد سلامت جسمانی ۰/۹۴، مجموع ابعاد سلامت روانشناختی ۰/۸۸ و برای هشت زیر مقیاس عملکرد جسمی ۰/۹۳، ایفای نقش جسمی ۰/۸۹، دردهای بدنی ۰/۸۹، سلامت عمومی ۰/۷۲، انرژی و نشاط ۰/۷۰، عملکرد اجتماعی ۰/۷۳، ایفای نقش عاطفی ۰/۹۸، سلامت روانی ۰/۷۳ به دست آمد. جهت انجام پژوهش، بعد از اخذ معرفی نامه کتبی از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، و با هماهنگی مرکز بهداشت شهرستان آمل آن را به مراکز بهداشتی – درمانی مناطق شهری و روستایی انتخاب شده در نمونه ارائه داده و پس از کسب اجازه از مسئولین محترم جهت دسترسی به نمونه‌های مورد نظر تا تکمیل نمونه‌ها به محیط پژوهش مراجعه می‌شد. پرسشگران که بهورزان مراکز بهداشتی-درمانی و خانه‌های بهداشت محل پژوهش بودند در یک جلسه توجیهی با موضوع، هدف و اهمیت تحقیق و شرایط شرکت کنندگان در پژوهش آشنا شدند و به آنها آموزش‌های لازم در مورد نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها داده شد. تکمیل پرسشنامه در مراکز بهداشتی-درمانی و خانه های بهداشت محل پژوهش با دعوت بهورزان از سالمندان انتخاب شده در نمونه، به صورت حضوری انجام گردید. سوالات را به صورت شفاهی آزمونگر می‌خواند و جواب هر سوال طبق پاسخ‌های سالمند به صورت دقیق و کامل نوشته می‌شد. برای تحلیل داده‌های به دست آمده از این پژوهش، از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار، و در سطح استنباطی پس از اطمینان از توزیع طبیعی داده‌ها و همگنی واریانس‌ها، از آزمون t مستقل برای مقایسه متغیرهای مورد پژوهش در دو گروه، در سطح معنی-داری کمتر از ۰/۰۵ و نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد. همچنین الزامات اخلاقی این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مازندران بررسی شد و بر اساس کد اخلاق IRMAZUMS.REC.96.d101 مورد تایید قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین سن مردان سالمند ۷۱/۷۹ (کمترین ۶۳ سال و بیشترین ۹۴ سال) و میانگین سنی مشارکت کنندگان زن ۷۱/۷۷ سال (کمترین ۶۰ سال و بیشترین ۹۱ سال) بود. در جدول ۱، شاخص‌های توصیفی سن در گروه مردان و زنان سالمند گزارش شده است.

جدول ۱. مشخصات فردی مردان و زنان سالمند (۴۵۰ نفر)

متغیر	گروه	کمینه	بیشینه	میانگین
سن	مردان	۶۳	۹۴	۷۱/۷۹
	زنان	۶۰	۹۱	۷۱/۷۷
	کل	۶۰	۹۴	۷۱/۷۸

از بین ۴۵۰ سالمند شرکت کننده در این مطالعه ۲۴۲ نفر (۵۳/۸ درصد) را مردان و ۲۰۸ نفر (۴۶/۲ درصد) را زنان تشکیل می‌دادند. افراد دارای همسر برای مردان به طور قابل ملاحظه‌ای بیشتر از زنان و در مقابل، بیوه گی در زنان (۴۹ درصد) به مراتب بیشتر از مردان (۱۰/۳ درصد) بود. ۶۴/۹ درصد از زنان مسئولیت سرپرستی خانوار را عهده داشتند که این میزان برای مردان سالمند ۹۴/۲ درصد بود. میزان باسوادی در مردان بیشتر از زنان بود. همچنین تفاوت محسوسی بین زنان و مردان مورد مطالعه از نظر منبع درآمد مشاهده شد. منبع درآمد ۳۶ درصد از زنان، دیگران (بهزیستی، کمیته امداد و ...) بوده در حالی که این میزان برای مردان ۱۰ درصد بود. نسبت زندگی به تنهایی برای مردان و زنان سالمند به ترتیب ۵/۸ و ۲۳/۶ درصد بود که تنهایی زنان سالمند در این پژوهش ۴ برابر بیشتر از مردان سالمند بود. علت بالا بودن زندگی به صورت تنها در بین زنان سالمند نسبت به مردان می‌تواند شانس بیشتر مردان سالمند برای ازدواج مجدد باشد. سایر اطلاعات زمینه‌ای در جدول ۲ ارائه شده است.

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود زنان سالمند ۶۹-۶۰ ساله، دارای همسر، غیرسرپرست خانوار، ساکن شهر، باسواد و زنانی با اعضای خانواده زندگی می‌کنند نسبت به زنان سالمند سنین بالاتر، بدون همسر، سرپرست خانوار، ساکن روستا ، بی سواد و زنانی سالمندی که به تنهایی زندگی می-کنند، از میانگین نمره کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند، ولی برخلاف زنان، مردان سالمند غیر سرپرست خانوار، ساکن شهر نسبت به مردان سالمند سرپرست خانوار و ساکن روستا دارای میانگین نمره کیفیت زندگی پایین‌تری بودند.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-22]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1401.32.2.5.2]
[DOI: 10.52547/iau.32.2.215]

جدول ۲. نتایج مقایسه میانگین کیفیت زندگی مردان و زنان سالمند در ارتباط با برخی از عوامل جمعیت شناختی

متغیر		گروه		نمره کیفیت زندگی (میانگین±انحراف معیار)		آزمون t برای مقایسه میانگین دو گروه		
		مرد	زن	مرد	زن	T	Df	Sig
سن (سال)	۶۹-۶۰	۱۰۴	۹۲	۶۵/۲۰±۷۳/۵	۵۰/۲۰±۴۰/۸	۵/۱۷۶	۱۹۴	<۰/۰۰۰۱
	۷۹-۷۰	۸۴	۷۳	۵۸/۲۳±۱۰/۵	۴۲/۱۶±۳۶/۸	۴/۷۵۸	۱۵۵	<۰/۰۰۰۱
	۸۰+	۵۲	۴۳	۴۷/۲۱±۲۷/۴	۳۳/۱۷±۳۰/۲	۳/۴۷۶	۹۵	۰/۰۰۱
تاهل	دارای همسر	۲۱۷	۱۰۶	۵۹/۲۲±۸۱/۱	۴۶/۲۱±۴۱/۲	۵/۴۴۰	۳۲۱	<۰/۰۰۰۱
	بدون همسر	۲۵	۱۰۲	۵۱/۲۰±۶۲/۵	۴۱/۱۸±۵۸/۱	۲/۴۲۴	۱۲۵	۰/۰۱۷
سرپرست خانوار	بلی	۲۲۸	۷۳	۵۹/۲۲±۸۴/۹	۴۱/۱۸±۶۷/۴	۶/۱۷۳	۲۹۹	<۰/۰۰۰۱
	خیر	۱۴	۱۳۵	۴۴/۱۶±۶۵/۷	۴۵/۲۰±۳۳/۵	-۰/۱۲۰	۱۴۷	۰/۹۰۵
سکونت	شهر	۱۳۶	۱۱۴	۵۷/۲۳±۰۸/۰	۴۴/۱۹±۱۸/۹	۴/۶۹۷	۲۴۸	<۰/۰۰۰۱
	روستا	۱۶	۹۴	۶۱/۲۲±۳۷/۵	۴۳/۱۹±۸۸/۸	۵/۷۹۸	۱۹۸	<۰/۰۰۰۱
منبع درآمد	خود (شغلی فعلی و...)	۲۱۸	۱۳۳	۶۱/۲۲±۹۹/۷	۴۷/۲۰±۷۶/۱	۳/۴۹۲	۱۳۸	۰/۰۰۱
	دیگران (کمیته امداد و...)	۲۵	۷۴	۳۹/۲۲±۱۵/۲	۴۰/۱۸±۴۶/۱	-۰/۲۹۴	۹۷	۰/۷۷۰
وضع سواد	باسواد	۱۳۶	۵۸	۶۳/۲۲±۸۳/۱	۴۸/۱۹±۵۰/۵	۴/۵۶۷	۱۹۲	<۰/۰۰۰۱
	بی سواد	۱۰۶	۱۵۰	۵۲/۲۲±۷۱/۳	۴۲/۱۹±۳۲/۷	۳/۹۳۵	۲۵۴	<۰/۰۰۰۱
نوع زندگی	به تنهایی	۱۴	۴۹	۵۳/۲۱±۵۵/۵	۴۳/۱۸±۴۹/۰	۱/۷۶۸	۶۱	۰/۰۸۲
	با خانواده	۲۲۸	۱۵۹	۵۹/۲۲±۲۹/۹	۴۴/۲۰±۲۲/۴	۶/۶۵۷	۳۸۵	<۰/۰۰۰۱

نتایج آزمون t مستقل نشان داد که در اغلب متغیرهای زمینه-ای مورد بررسی اختلاف معنی‌داری بین زنان و مردان مشارکت کننده به لحاظ کیفیت زندگی وجود دارد؛ ولی در سه متغیر عدم سرپرستی خانوار، سالمندانی که به تنهایی زندگی می کنند و دیگران (کمیته امداد، بهزیستی و...) به عنوان منبع درآمد؛ اختلاف معنی‌داری بین زنان و مردان سالمند مشاهده نمی‌شود. در جامعه مورد مطالعه، میانگین نمرات کیفیت زندگی مردان سالمند در اغلب متغیرهای زمینه ای به جز در دو متغیر "کمک دیگران به عنوان منبع درآمد" و "سرپرست خانوار نبودن"؛ بالاتر از زنان بود (جدول ۲).

میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی برای مردان و زنان سالمند به ترتیب ۵۸/۲۲±۹۶/۸ و ۴۴/۱۹±۰۵/۸ به دست آمد. یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد که بین میانگین نمره بعد جسمانی و بعد روانشناختی در مردان سالمند تفاوتی معنی‌داری وجود ندارد، ولی بین میانگین نمره بعد جسمانی و بعد روانشناختی زنان سالمند تفاوت معنی‌داری است. بیشترین و کمترین میانگین و انحراف معیار نمره کسب شده توسط مردان و زنان سالمند به ترتیب به زیر مقیاس های سلامت روانی و ایفای نقش عاطفی اختصاص داشت. دامنه نمرات کسب شده در زیر مقیاس های هشتگانه برای مردان و زنان سالمند به ترتیب از ۶۶/۱۹±۴۱ و ۵۹/۱۸±۴۹/۵ برای زیر مقیاس سلامت روانی تا ۵۰/۴۵±۴۳/۵ و ۳۱/۴۱±۷۴/۱ برای زیرمقیاس ایفای نقش عاطفی متغیر بود. جزئیات مر بوط به نمرات مجموع ابعاد جسمانی و روانشناختی کیفیت زندگی و اطلاعات مربوط به هر یک از زیر مقیاس ها در جدول ۳ بیان شده است. آزمون t مستقل بین میانگین نمرات کیفیت زندگی و جنس تفاوت معنی داری را نشان داد (جدول ۳).

با توجه به اهداف تحقیق، رتبه بندی زیرمقیاس‌های هشتگانه کیفیت زندگی سالمندان به تفکیک جنسیت مورد توجه بود که بدین منظور از آزمون رتبه‌ای فریدمن استفاده شد که نتایج آن در جداول ۴ و ۵ آورده شده است. یافته‌های جداول ۴ و ۵ نشان می‌دهد بین شاخص‌های مختلف کیفیت زندگی مردان و زنان سالمند تفاوت معنی داری وجود دارد و این شاخص ها رتبه یکسانی ندارند. بر اساس نتایج جدول ۴ عملکرد جسمی با میانگین رتبه‌ای ۵/۳۲ بالاترین و سلامت عمومی با میانگین رتبه‌ای ۳/۳۱، پایین‌ترین رتبه را در بین شاخص های مختلف کیفیت زندگی مردان سالمند داشت. ولی یافته‌های جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که در بین زنان سالمند، سلامت روانی با میانگین رتبه ای ۶/۰۷ و ایفای نقش عاطفی با میانگین رتبه ای ۳/۳۲، به ترتیب بالاترین و پایین-ترین شاخص های کیفیت زندگی را خود اختصاص دادند.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-22]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1401.32.2.5.2]
[DOI: 10.52547/iau.32.2.215]

جدول ۳. نتایج مقایسه میانگین شاخص های کیفیت زندگی مردان و زنان سالمند

شاخص های کیفیت زندگی	گروه		نمره کیفیت زندگی (میانگین±انحراف معیار)		آزمون t برای مقایسه میانگین دو گروه		
	مرد	زن	مرد	زن	T	Df	Sig
عملکرد جسمی*	۲۴۲	۲۰۸	۶۵/۳۰±۶۳/۶	۴۲/۲۶±۶۸/۸	۸/۳۹۴	۴۴۸	<۰/۰۰۰۱
ایفای نقش جسمی*	۲۴۲	۲۰۸	۵۴/۴۳±۰۴/۵	۳۶/۴۰±۱۸/۷	۴/۴۷۶	۴۴۸	<۰/۰۰۰۱
ایفای نقش عاطفی**	۲۴۲	۲۰۸	۵۰/۴۵±۴۳/۵	۳۱/۴۱±۷۴/۱	۴/۵۴۶	۴۴۸	<۰/۰۰۰۱
انرژی/نشاط**	۲۴۲	۲۰۸	۵۴/۲۱±۰۳/۹	۴۵/۱۸±۹۰/۵	۴/۲۲۲	۴۴۸	<۰/۰۰۰۱
سلامت روانی**	۲۴۲	۲۰۸	۶۶/۱۹±۴۱/۰	۵۹/۱۸±۴۹/۵	۳/۸۹۹	۴۴۸	<۰/۰۰۰۱
عملکرد اجتماعی**	۲۴۲	۲۰۸	۶۵/۲۷±۵۵/۳	۵۳/۲۵±۴۷/۵	۴/۸۲۹	۴۴۸	<۰/۰۰۰۱
دردهای بدنی*	۲۴۲	۲۰۸	۶۲/۲۸±۸۴/۶	۴۹/۲۶±۵۲/۱	۵/۱۲۴	۴۴۸	<۰/۰۰۰۱
سلامت عمومی*	۲۴۲	۲۰۸	۵۱/۲۰±۰۷/۵	۳۸/۲۰±۲۷/۷	۶/۵۶۰	۴۴۸	<۰/۰۰۰۱
مجموع ابعاد جسمانی	۲۴۲	۲۰۸	۵۹/۲۵±۳۹/۹	۴۰/۲۳±۹۶/۴	۷/۸۷۶	۴۴۸	<۰/۰۰۰۱
مجموع ابعاد روانشناختی	۲۴۲	۲۰۸	۵۹/۲۲±۳۳/۱	۴۸/۱۸±۸۰/۵	۵/۴۴۲	۴۴۸	<۰/۰۰۰۱
کل	۲۴۲	۲۰۸	۵۸/۲۲±۹۶/۸	۴۴/۱۹±۰۵/۸	۷/۳۴۰	۴۴۸	<۰/۰۰۰۱

جدول ۴. رتبه بندی شاخص‌های کیفیت زندگی مردان سالمند شهرستان آمل

ردیف	شاخص	میانگین	تعداد	خی دو	df	Sig
۱	عملکرد جسمی	۵/۳۲				
۲	سلامت روانی	۵/۱۵				
۳	عملکرد اجتماعی	۵/۱۵				
۴	درد	۴/۹۶	۲۴۲	۱۷۲/۴۰۲	۷	<۰/۰۰۰۱
۵	ایفای نقش جسمی	۴/۳۶				
۶	ایفای نقش عاطفی	۴/۱۲				
۷	انرژی / نشاط	۳/۶۳				
۸	سلامت عمومی	۳/۳۱				

جدول ۵.. رتبه بندی شاخص‌های کیفیت زندگی زنان سالمند شهرستان آمل

ردیف	شاخص	میانگین	تعداد	خی دو	df	Sig
۱	سلامت روانی	۶/۰۷				
۲	عملکرد اجتماعی	۵/۴۶				
۳	درد	۵/۱۴				
۴	انرژی / نشاط	۴/۵۰	۲۰۸	۲۴۲/۹۷۹	۷	<۰/۰۰۰۱
۵	عملکرد جسمی	۴/۲۶				
۶	سلامت عمومی	۳/۶۷				
۷	ایفای نقش جسمی	۴/۵۹				
۸	ایفای نقش عاطفی	۳/۳۲				

بحث

تجربه سالمندی بر حسب تفاوت های جنسیتی متفاوت است. این تفاوت‌ها به نابرابری دسترسی به سرمایه اقتصادی، سرمایه فرهنگی و نمادین، سرمایه اجتماعی و سرمایه سلامت زنان و مردان سالمند بر می‌گردد. زنان و مردان سالمند طی مسیر زندگی برای انباشت این سرمایه‌ها شرایط متفاوتی دارند که این تجارب متفاوت، سالمندی متفاوتی را برای آنها رقم می-زند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه وضعیت کیفیت زندگی مردان و زنان سالمند انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که کیفیت زندگی مردان سالمند شهرستان آمل در تمام ابعاد و زیرمقیاس های کیفیت زندگی بالاتر از ۵۰ به دست آمد که در حد متوسط و قابل قبولی قرار دارد. این یافته با نتایج مطالعات (۲۳-۲۱) هم راستا بود، اما با نتایج مطالعات (۲۶-۲۴) که در آن کیفیت زندگی مردان سالمند پایین‌تر از سطح متوسط

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-22]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1401.32.2.5.2]
[DOI: 10.52547/iau.32.2.215]

گزارش شد، مغایرت دارد. از دلایل احتمالی این مغایرت می-توان به تفاوت مطالعه ذکر شده با پژوهش حاضر در موضوعاتی همچون دامنه سنی افراد شرکت کننده، ابزار سنجش کیفیت زندگی، منطقه سکونت و میزان تحصیلات افراد اشاره کرد.

اگر میانگین نمره زیر مقیاس های کیفیت زندگی را ۵۰ در نظر بگیریم نمرات بالاتر و پایین تر از آن را به ترتیب نشان دهنده عملکرد بالا و پایین بدانیم (۲۰) کیفیت زندگی زنان سالمند شهرستان آمل در تمام ابعاد و زیر مقیاس ها به جز در دو زیر مقیاس "سلامت روانی" و "عملکرد اجتماعی" پایین‌تر از ۵۰ به دست آمد که پایین تر از حد متوسط و غیر مطلوب قرار دارد. این نتیجه هم راستا با نتایج مطالعات متعددی است (۱، ۱۱، ۲۵، ۲۷، ۲۸). همچنین در بررسی ابعاد کیفیت زندگی افراد شرکت کننده، بهترین وضعیت مربوط به زیر مقیاس سلامت روانی و بدترین وضعیت مربوط به زیرمقیاس-های سلامت عمومی و ایفای نقش عاطفی بود. این نتیجه در راستای مطالعه قبلی است (۱۰) نتایج تحقیق حاضر در خصوص رتبه بندی شاخص‌های مختلف کیفیت زندگی زنان و مردان سالمند شهرستان آمل نشان داد زیرمقیاس سلامت روانی، رتبه اول برای زنان و رتبه دوم برای مردان را به خود اختصاص داده است، که بیانگر تاثیرگذاری بالای این مولفه نسبت به سایر زیرمقیاسهای کیفیت زندگی برای هر دو جنس زن و مرد است. بیک زاده و همکاران (۱۶)، ذبیحی و نودهی (۱۷)، احمدی و همکاران (۲۹) و حامدی نیا و گلستانی (۳۰) در تحقیات شان نشان دادند که مولفه سلامت روانی یکی از مهم ترین شاخص کیفیت زندگی سالمندان بوده است. به نظر می‌رسد بالا بودن نمره در حوزه سلامت روانی ناشی از داشتن تفکر مثبت به زندگی، احساس آرامش و امید به آینده در شرکت کنندگان پژوهش حاضر باشد، که از رفتارهای مهم ارتقای سلامت به حساب می‌آید. همچنین مولفه سلامت عمومی برای مردان سالمند به عنوان هشتمین و آخرین عامل و برای زنان به عنوان ششمین عامل موثر در کیفیت زندگی شناخته شده است. پایین بودن نمره سلامت عمومی در سالمندان پژوهش حاضر به نظر می‌رسد ناشی از نگرش منفی آنها نسبت به وضعیت سلامت خود باشد، به طوری که افراد شرکت کننده در مطالعه نسبت به وضعیت سلامت خود در آینده چشم انداز روشنی نداشته و انتظار بدتر شدن وضعیت سلامتی شان را داشتند.

همچنین نتایج تحقیق حاضر نشان داد که در بین زیر مقیاس-های هشتگانه کیفیت زندگی سالمندان، دو زیر مقیاس ایفای نقش جسمی و ایفای نقش عاطفی که نمود بیرونی کیفیت زندگی هستند، به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌یابند که این کاهش برای زنان سالمند نسبت به مردان سالمند بیشتر است. اگرچه مبتلا بودن به بیماری‌های مختلف و متعدد می-تواند تبیین کننده کاهش ایفای نقش جسمی و عاطفی سالمندان باشد، اما به نظر می‌رسدکه علاوه بر مشکلات و ناراحتی‌های جسمی سالمندان، عدم تقاضای اجتماعی و ارزش گذاری جامعه برای حضور فعال سالمندان، احساس عاطلی و باطلی توسط سالمندان، نگرش منفی کلی نسبت به سالمندان در همه طبقات سیاسی و اجتماعی جامعه، احساس سرباری در جامعه و خانواده، ایفای نقش جسمی و عاطفی سالمندان را محدود می‌سازد و بیش از پیش سالمندان را در خود، خانواده و جامعه منزوی و تنها می‌سازد.

بین میانگین نمره کیفیت زندگی چه در زیر مقیاس‌های بعد جسمانی و چه در خرده مقیاس‌های بعد روانشناختی، در زنان و مردان سالمند اختلاف معنی‌داری وجود داشت و مردان در این زمینه از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند. این نتیجه هم راستا با نتاج مطالعات متعددی است (۷، ۲۳، ۳۳-۳۱). با توجه به نتیجه مطالعه آسانتاچای و مارانترا (۱۰) که در آن تحصیلات پایین، بیکاری و درآمد پایین، پیش بینی کننده‌های قوی برای کیفیت زندگی پایین گزارش شده و همچنین با در نظر گرفتن ویژگی‌های جمعیت شناختی زنان سالمند در جامعه ما (تحصیلات پایین و عدم استقلال مالی) این امر قابل توجیه است.

همچنین در تفسیر این یافته ها می توان گفت که بخشی از کیفیت زندگی پایین تر زنان سالمند در مقایسه با مردان سالمند مربوط به دوره قبل از سالمندی است که زنان به طور کلی کیفیت زندگی پایین‌تری از مردان دارند و بخشی مربوط به دوران سالمندی است. زایمان‌های متعدد و فرارسیدن دوره یائسگی و حساسیت بیش تر زنان در رویارویی با رویدادهای ناگوار می‌تواند بر سطح کیفیت زندگی زنان سالمند تاثیر منفی داشته باشد (۳۴). از طرفی بالاتر بودن کیفیت زندگی در مردان در ایران با توجه به مسایل فرهنگی و اجتماعی موجود، قابل توجیه است، به عبارتی جامعه فرصت و قدرت بیشتری به مردان می‌دهد (۳۵). تحصیلات پایین‌تر زنان، درآمد کمتر و فقر بیشتر زنان سالمند، سالمند آزاری و غفلت بیشتر از زنان سالمند، نگاه منفی جامعه نسبت به زنان سالمند، توانایی کمتر برای دفاع از حقوق انسانی و اجتماعی خود و تنها زندگی کردن زنان سالمند برای مدت نسبتا طولانی پس از مرگ همسر در مقایسه با مردان بیوه همه از عواملی هستند که

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-22]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1401.32.2.5.2]
[DOI: 10.52547/iau.32.2.215]

احتمالا می‌توانند تبیین کننده کیفیت زندگی پایین‌تر زنان سالمند در مقایسه با مردان سالمند باشد (۳۶).

بین کیفیت زندگی مردان سالمند و زنان سالمند در همه گروه‌های سنی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. مردان سالمند در همه گروه‌های سنی نسبت به زنان سالمند دارای کیفیت زندگی بالاتری بودند. در پژوهش حاضر مشاهده شد که افزایش سن در هر دو گروه زنان و مردان سالمند باعث کاهش کیفیت زندگی آنها می‌شود و مقایسه میزان کاهش نمره کیفیت زندگی در پژوهش حاضر نشان می‌دهد که در هر سه گروه سنی این کاهش تقریبا بین زنان و مردان سالمند تقریبا برابر است. در مطالعه بابک و همکارانش که بر روی ۶۳۷ نفر از سالمندان ۶۰ سال و بیش تر در استان اصفهان انجام شد، این نتیجه به دست آمد که در تمام گروه های سنی کیفیت زندگی مردان بالاتر از زنان بود و افزایش سن کاهش کیفیت زندگی را به دنبال داشت (۳۷). این مسئله می‌تواند ناشی از هم تغییری سن با متغیرهایی همچون وضعیت تاهل، اشتغال، وضعیت اقتصادی و اجتماعی، تنهایی و توانایی‌های جسمی باشد.

در مطالعه حاضر بین کیفیت زندگی مردان سالمند داری همسر و زنان سالمند داری همسر تفاوت معنی‌داری وجود داشت. مردان سالمند دارای همسر نسبت به زنان سالمند دارای همسر از کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند. با توجه به اینکه جامعه مورد را سالمندان نسل گذشته تشکیل می‌دهند؛ زنان شوهردار این نسل در حوزه خصوصی حضور داشته‌اند و موقعیت‌هایی که نظام شغلی و بازار کار برای مردان فراهم می-کرد، زنان را از بسیاری از فعالیت‌های اجتماعی محروم و یا به حاشیه می‌راند. نقش های مادری و همسری فعالیت‌های شغلی و تحصیلی زنان را محدود و آنها را در حوزه خصوصی حبس می‌کرد و کمتر فرصت برقراری ارتباط با بیرون از خانواده را داشته‌اند. عدم حضور برابر زنان با مردان در میدان‌های اجتماعی و اقتصادی باعث پیوندهای اجتماعی کمتر زنان نسبت به مردان گردیده و در نتیجه زنان سالمند حمایت‌های کمتری از شبکه‌های اجتماعی دریافت می‌کنند؛ که این شرایط در مجموع می‌تواند کاهش دهنده کیفیت زندگی زنان سالمند شوهردار نسبت به مردان سالمند شوهردار در جامعه مورد بررسی باشد.

بین کیفیت زندگی مردان سالمند بدون همسر و زنان سالمند بدون همسر تفاوت معنی‌داری وجود دارد. مردان سالمند بدون همسر نسبت به زنان سالمند بدون همسر از کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند. با توجه به اینکه زنان سالمند مورد مطالعه، متعلق به نسلی هستند که سرمایه اقتصادی‌شان وابسته به همسرشان است؛ در نبود همسر و فقدان دارایی‌های سرمایه‌ای به ارث رسیده از همسر و نداشتن درآمد حاصل از بازنشستگی، مشکلات اقتصادی زیادی نصیب این دسته از سالمندان شده که این امر از جمله دلایل پایین بودن کیفیت زندگی زنان سالمند بدون همسر نسبت به مردان سالمند بدون همسر در شهرستان آمل است. در جامعه‌ای مثل شهرستان آمل که عرفا مرد مالک اصلی ثروت و دارایی است، وجود همسر برای زنان در دوره سالمندی نقشی حیاتی در دسترسی به منابع و در نتیجه در کیفیت زندگی سالمندان ایفا می‌کند، چون که از دست دادن همسر منجر به فقر زنان سالخورده و از دست دادن حمایت مالی همسرانشان می‌شود.

همچنین در مطالعه حاضر سالمندان دارای همسر نسبت به افراد بدون همسر از کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند. در صورت زنده ماندن زن و مرد در سنین سالمندی تا حد زیادی خدمات مددکاری اجتماعی نسبت به یکدیگر، توسط خود آنها صورت می‌گیرد. در عین حال، در صورت مرگ هر یک، وابستگی فرد دیگر به لحاظ خدمات مددکاری اجتماعی افزایش می‌یابد که این امر می‌تواند تاثیر منفی بر کیفیت زندگی سالمندان داشته باشد. نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که ۴۹ درصد از زنان سالمند بدون همسر بودند و در مقابل این نسبت برای مردان سالمند تنها ۱۰ درصد بود. در تمامی سرشماری‌ها نسبت سالمندان زن بدون همسر بیش از ۵ برابر مردان سالمند بدون همسر بوده است (۳۸). پایین بودن سن ازدواج و بالا بودن امید زندگی در بین زنان و بیشتر بودن شانس ازدواج مجدد مردان در مقایسه با زنان از علل عمده بالاتر بودن نسبت سالمندان بدون همسر در زنان نسبت به مردان است.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین کیفیت زندگی مردان و زنان سالمند و تنهایی زندگی کردن آنها تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. همچنین داده‌های جدول ۲ بیانگر آن است که بین کیفیت زندگی مردان سالمندی که با خانواده زندگی می‌کنند نسبت به مردان سالمندی که به تنهایی زندگی می-کنند تفاوت معنی‌داری وجود دارد، ولی این تفاوت بین زنان سالمندی که به تنهایی زندگی می‌کنند با زنان سالمندی که با خانواده زندگی می‌کنند معنی‌دار نیست. مشکلات مردان تنها با فوت همسر که معمولا دوستان کمتری دارند، در مقایسه با زنان تنها با فوت همسر، بسیار سخت تر است؛ این وضعیت از آنجا ناشی می‌گردد که مردان عموما مهارت کمتری در امور خانه‌داری دارند. از آنجا که یکی از خطرات بالقوه تهدید کننده در سنین سالمندی، تنهایی و انزوا است، توجه به محیط

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-22]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1401.32.2.5.2]
[DOI: 10.52547/iau.32.2.215]

حمایتی و توانمند سازی به منظور مواجهه مناسب با این عامل ضروری به نظر می‌رسد.

بین کیفیت زندگی مردان سرپرست خانوار و زنان سرپرست خانوار تفاوت معنی‌دار آماری وجود داشت. بین کیفیت زندگی مردان و زنان سالمند غیر سرپرست خانوار تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. در پژوهش حاضر نشان داده شد که میانگین نمره کیفیت زندگی مردان سالمند سرپرست خانوار بالاتر از زنان سرپرست خانوار و کیفیت زندگی مردان سالمند سرپرست خانوار بیشتر از مردان غیر سرپرست خانوار بود و همچنین کیفیت زندگی زنان سالمند غیر سرپرست خانوار بالاتر از زنان سرپرست خانوار و مردان سالمند غیر سرپرست خانوار بود (جدول ۲). با توجه به این که در میان اکثر جوامع از جمله در کشور ما، پدر به عنوان اصلی‌ترین و محوری‌ترین عضو خانواده مسئولیت سرپرستی و مدیریت خانواده را بر عهده دارد. لذا به نظر می‌رسد حفظ کردن مسئولیت سرپرستی خانواده در دوران سالمندی اثر مثبتی بر کیفیت زندگی مردان داشته و فقدان چنین نقشی در این دوران از علل پایین بودن کیفیت زندگی آنها محسوب می‌گردد. اما زنان سرپرست خانوار نسبت به مردان مجبور به ایفای نقش های چندگانه ای از قبیل؛ اداره امور خانه، سختی در پیدا کردن شغل و کار خارج از خانه با دستمزد کمتر و غالبا محروم از مزایای بیمه هستند که در تعارض با یکدیگر قرار دارند. این امر منجر به بروز انواع بیماری های جسمی و روحی و تاثیرگذار بر سطح کیفیت زندگی آنان می‌شود (۳۹).

بین کیفیت زندگی مردان و زنان سالمند ساکن در مناطق شهری و روستایی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. مردان سالمند نسبت به زنان سالمند هم در مناطق شهری و هم در مناطق روستایی از کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند. نتایج تحقیق حاضر نشان می‌دهد که اختلاف میانگین نمره کیفیت زندگی در بین زنان و مردان سالمند روستایی بیشتر از زنان و مردان شهری است و همچنین زنان سالمند شهری دارای کیفیت زندگی بالاتری نسبت به زنان روستایی هستند. در مجموع میانگین نمره کیفیت زندگی زنان سالمند روستایی نسبت به مردان سالمند روستایی و زنان و مردان سالمند ساکن در مناطق شهری پایین تر بوده است (جدول ۲). در این رابطه می‌توان بیان داشت که در مناطق روستایی مورد بررسی زنان سالمند که دختران گذشته هستند، از موقعیت‌های اجتماعی پایین‌تری برخوردار بوده و امکان دست یابی کمتری به مواد غذایی مقوی، آموزش، کار مناسب و خدمات بهداشتی داشته اند. علاوه بر این زایمان‌های بیشتر در مناطق روستایی و نقش سنتی زنان به عنوان نگهدار و مراقب خانواده ممکن است به بیماری و فقر آنان در سنین بالاتر دامن زده و در کیفیت زندگی آنان تاثیر منفی داشته است. زنان روستایی در مقایسه با مردان سالمند به طور کلی و زنان سالمند شهری پس از مرگ بستگان نزدیک بیشتر مستعد ابتلا به افسردگی مزمن هستند و این نشان دهنده اثرات خانوادگرایی در سلامت روان است. از طرف دیگر مردان سالمند ساکن روستا نسبت به مردان ساکن شهر کیفیت زندگی بیشتری دارد. این تفاوت بین زنان سالمند ساکن روستا بسیار اندک است. فعالیت‌های روزمره زندگی مردان سالمند ساکن روستا باعث افزایش کیفیت زندگی و کاهش افسردگی می‌شود. سالمندان مرد روستایی فعالیت بدنی بیشتری نسبت به سالمندان مرد ساکن شهر و زنان سالمند به طور کلی دارند.

بین کیفیت زندگی مردان و زنان سالمند در ارتباط با متغیر منبع درآمد دیگران، تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. ممکن است نبود اختلاف بین کیفیت زندگی مردان و زنان سالمند در مطالعه حاضر به این دلیل باشد که در واقع نداشتن درآمد کافی از جمله عوامل موثر در ایجاد زندگی با کیفیت پایین است. چون نیازهای پایه فرد برآورده نمی‌شود و مانع مشارکت او در جامعه می‌شود. با توجه به اینکه دوره سالمندی همراه با بیماری‌های شایع مزمن است، نیاز به مراقبت های درمانی دارد که با بار مالی زیاد بر زندگی سالمند همراه است؛ بنابراین مردان و زنان سالمندی که منبع درآمد آن‌ها دیگران و یا نهادهای حمایتی باشند، به دلیل مشکلات جسمی مکرر و عدم دریافت مراقبت های بهداشتی لازم اغلب کیفیت زندگی پایینی دارند.

داده های جدول ۲ بیانگر آن است که منبع درآمد بیش از ۳۶ درصد از زنان سالمند از طریق نهادهای حمایتی و دیگران تامین می شود و در مقابل این نسبت برای مردان سالمند کمتر از ۱۰ درصد است. در این مطالعه سالمندانی که درآمد آنها از طریق نهادهای حمایتی و دیگران تامین شده بود در مقایسه با سالمندان شاغل و دارای حقوق بازنشستگی و یا دارایی شخصی، از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند. در مطالعه مشابه نیز این رابطه به دست آمده است (۴۰).

طبق یافته ها سالمندان باسواد از کیفیت زندگی بهتری نسبت به سالمندان بی سواد برخوردار بودند. به نظر می‌رسد که سواد نه تنها به طور مستقیم از طریق بهبود رفتارها و سبک زندگی سالم می‌تواند با کیفیت زندگی ارتباط داشته باشد، بلکه به طور غیر مستقیم از طریق فراهم آوردن شغل بهتر، سالمند را در معرض ناتوانی کمتر، وضعیت اقتصادی و موقعیت اجتماعی،

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-22]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1401.32.2.5.2]
[DOI: 10.52547/iau.32.2.215]

تغذیه و مسکن بهتر قرار خواهد داد و کیفیت زندگی بهتری را ایجاد خواهد نمود. بنابراین، افزایش سطح تحصیلات که اساس آن در دوران قبل از سالمندی پایه ریزی می‌شود می‌تواند زمینه را برای کیفیت زندگی بهتر در دوران سالمندی فراهم نماید. سالمندان مورد مطالعه در این تحقیق همانند سالمندان کل کشور از نظر وضعیت سواد و آموزش دو ویژگی مهم دارند. اول پایین بودن میزان باسوادی سالمندان، دوم اینکه تفاوت جنسیتی چشمگیری در این وضعیت وجود دارد و میزان باسوادی در مردها بیشتر از زن ها بوده است. با توجه به نتایج این تحقیق یکی از دلایل بالا بودن کیفیت زندگی سالمندان مرد نسبت به زنان این است که مردان از وضعیت تحصیلی بهتری برخوردار بودند.

تعمیم نتایج پژوهش حاضر به علت محدود بودن نمونه‌ها به سالمندان شهرستان آمل باید با احتیاط صورت پذیرد. همچنین باید به این نکته اشاره کرد که با توجه به عدم وجود ادبیات تحقیقاتی گسترده مرتبط در مورد مقایسه زیرمقیاس-های کیفیت زندگی بین مردان سالمند و زنان سالمند امکان مقایسه گسترده‌تر نتایج به دست آمده در این مطالعه حاصل نشد. علاوه بر این، پژوهش‌های پیشین که به مقایسه کیفیت زندگی بین مردان و زنان سالمند در رابطه با متغیرهای زمینه-ای پرداخته باشند یافت نشد. محدودیت دیگر پژوهش مقطعی بودن آن و تفاوت‌های ذهنی و فردی و اجتماعی سالمندان بود.

نتیجه گیری نهایی مطالعه حاضر این است که زنان نسبت به مردان از نمره کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند. زنان سالمند آتی، در حال حاضر جوانان فعلی هستند که از نعمت تحصیلات و اشتغال به عنوان منابع مهم برخوردارند؛ در حالی که نسل سالمندان امروز از این منابع، بهره کمتری داشتند. در نتیجه، به تدریج از تفاوت های جنسیتی کاسته می‌شود. هر چند تفاوت‌ها و نابرابری ها بین سالمندان نسل آتی کاهش می‌یابد، اما باید در راستای ارتقاء کیفیت زندگی زنان و مردان سالمند امروز و کاهش تفاوت‌ها و نابرابری های جنسیتی اقدام کرد و ابعاد جنسیتی سالمندی را در پژوهش‌ها و سپس سیاست گذاری‌ها لحاظ نمود.

تقدیر و تشکر

در پایان از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، مرکز بهداشت شهرستان آمل، پرسنل مراکز بهداشتی – درمانی و خانه‌های بهداشت منتخب و کلیه سالمندان شرکت کننده در مطالعه که در اجرای این پژوهش ما را یاری نمودند تقدیر و تشکر می‌گردد.

REFERENCES

1. Mohammadi Yeghaneh B, Einalia J, Charaghi M, Eskandari shahraki Z. Evaluation of quality of life and vulnerability components of elderly women in rural areas Zanjan city: Case study. JOGE 2019;3:67-77. [In Persian]

2. Jokar F, Asadollahi AR, Kaveh MH, Chahramani L, Nazari M. Relationship of Perceived Social Support With the Activities of Daily Living in Older Adults Living in Rural Communities in Iran. Iran J Ageing 2020; 15:350-365. [In Persian]

3. Khazaei Jalil S, Azmoon A, Abdohhali M, Ghomi N, Shamsizadeh M. Quality of life among Elderly Living at Nursing Home in Shahroud city. JGN 2015; 2:39-49.

4. Zanjari N, Sadeghi R, Delbari A. Analysis of Gender Differences in Time Use among Iranian Older Adults. Salmand: Iran J Ageing 2019; 13:588-603. [In Persian]

5. Salehi L, Eftekhar Ardebili H, Mohammad K, Taghdisi MH, Shogaei Zadeh D. Some factors affecting consumption of fruit and vegetable by elderly people in Tehran. Iran J Ageing 2010;4:34-44. [In Persian].

6. Saied M, Makarem A, Khanjani MS, Bakhtyari A. Comparison of Social Health & Quality of Life Between Residential and Non-residential Elderlies in Tehran. Salmand: Iran J Ageing 2019;14:178-187. [In Persian] Doi:10.32598/sija.13.10.150

7. Measuring and valuing quality of life for public health research: application of the ICECAP-O capability index in the Australian general population. Int Public Health 2013;58:367-76.

8. Nejat S. Quality of Life and its Measurement. Iran J Epidemiol 2008;4:57-62. [In Persian]

9. Kazemi N, Sajjadi H, Bahrami G. Quality of Life in Iranian Elderly. Salmand: Iran J Ageing. 2019;13:518-533. [In Persian]

10. Cheraghi P, Eskandari Z. Bozorgmehr Sh, Zanjari N, Cheraghi Z. Quality of Life and its Related Factors among Elderly People. J Educ Comm Health. 2019; 6:145-151. [In Persian]

11. Park K, ed. Parks textbook of perventiveand socialmedicine. 23rd Edition. Iidia: Bhanotplisher; 2015. p.14-43.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-22]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1401.32.2.5.2]
[DOI: 10.52547/iau.32.2.215]

12. Shaabani J, Rahgoi A, Nourozi K, Rahgozar M, Shaabani M. The Relationship Between Self-Efficacy and Quality of Life Among Elderly People. Iran J Ageing 2017;11:518-527. [In Persian]

13. Nilsson J, Rana M, Luong D.H, Winblad B, Kabir Z N. Health-Related Quality of Life in Old Age: A Comparison Between Rural Areas in Bangladesh and Vietnam. Asia Pac J Public Health 2012; 24: 610-619.

14. Sherizadeh Y, Sarkhoshi R, Babazadeh T, Moradi F, Shariat F, Mirzaeian K. The Quality of Life and its related Factors in the Elderly Covered by Health Care Centers in Khoy city, Iran. J Anal Res Clin Med 2016; 4: 139-145.

15. Datta D, Datta PP, Majumdar KK. Association of quality of life of urban elderly with socio- demographic factors. Int J Med Pub Health 2015;5:274-278.

16. Keykhosravi Beygzadeh Z, Rezaei A, Khalouei Y. the Relationship Between Social Support and Life Satisfaction with Happiness Among Home – Dwelling Older Adults in Shiraz. Iranian Journal of Ageing 2015; 10:172-179. [In Persian]

17. Zabihi E, Noudehi M,A. Comparison of Quality of Life Related to Health Between Active and Inactive faculty members of Islamic Azad universities in Semnan province. The first national Conference on Sports Sciences and Physical Education in Iran. Tehran; Iran; 2015. Available from: https://civilica.com/doc/419340/. [In Persian]

18. Montazeri A, Gashtasbi A, Vahdaninia M. Determining the reliability and validity of the Persian version of the SF-36 questionnaire. Payesh Journal 2005; 5:49-56. [In Persian]

19. Ahmadi F, Salar A, Faghihzadeh S. Quality of life in Zahedan elderly population. Hayat 2004; 10:61-67. [In Persian]

20. Naseh L, Heidari M. Relationship Between General Self-Efficacy and Quality of Life Among Elderly Living in Chaharmahal Bakhtiari Nursing Homes. Iran J Ageing. 2015; 10:62-71. [In Persian]

21. Khazaei Jalil S, Azmoon A, Abdohhali M, Ghomi NT, Shamsizadeh M. Quality of life among Elderly Living at Nursing Home in Shahroud city. Quarterly J Geriatr Nurs 2015; 2: 39-49. [In Persian]

22. Anahita B, Parnian D, Soheila D, Pejman A, Omid P, Pegah J. Quality of Life among the Elderly under the Protection of Health and Treatment Centers in Isfahan Province, Iran, and its Relationship with Depression and Body Mass Index. Journal of Isfahan Medical School. J Isfahan Med Sch 2016; 34: 885-892. [In Persian]

23. Vahidreza B, Leila K, Marjan H, Negin C. Quality of Life and Its Related Factors among Elderly with Diabetes. Iran J Ageing 2016; 11:162-173. [In Persian].

24. Naseh L, Heidari M. Relationship Between General Self-Efficacy and Quality of Life Among Elderly Living in Chaharmahal Bakhtiari Nursing Homes. Iran J Ageing 2015; 10:62-71. [In Persian]

25. Shaabani J, Rahgoi A, Nourozi K, Rahgozar M, Shaabani M. [The Relationship Between Self-Efficacy and Quality of Life Among Elderly People. Iran J Ageing 2017; 11:518-527. [In Persian]

26. Azh N, Javadi A, *Mertash B, Mostafaee MR. Comparison the effect of social and recreational interventions on quality of life of older adults at nursing homes with community dwelling older adults. JOGE 2018; 2: 36-43. [In Persian]

27. Borhaninezhad VR, Kazazi L, Haghi M, Chehrehnegar N. Quality of Life and Its Related Factors among Elderly with Diabetes. Iran J Ageing 2016; 11:162-173. [In Persian].

28. Hosseini A, Mjdy A, Hassani GH. Investigating the role of social support on the quality of life of the elderly in Mashhad. JOGE. 2016; 1: 12-20. [In Persian]

29. Ahmadi M, Noudehi M, Esmaeili M, Sadrollahi A. Comparing the Quality of Life Between Active and Non-Active Elderly Women With an Emphasis on Physical Activity. Iran J Ageing 2017; 12:262-275. [In Persian]

30- Hamedinia M, Golestani A. Quality of life related to health among physically active and inactive faculty members in Sabzevar universities. Olympic Journal 2004; 12:67-75. [In Persian]

31. Fazli M, Kaldi A, Seyedmirzayei S M. Quality of Life and Related Demographic Factors among Elderly in Amol, Iran. J Mazandaran Univ Med Sci 2019; 29:64-74. [In Persian]

32. Nabavi SH, Shoja M, Mohammadi S, Rashedi V. Health-related quality of life in community-dwelling older adults of Bojnourd. J North Khorasan Uni Med Sci 2014;6. [In Persian]

33. Kazemi N, Sajjadi H, Bahrami G. [Quality of Life in Iranian Elderly. Salmand: Iran J Ageing 2019; 13:518-533. [In Persian]

34. Khooshemehri G, Kaviani M, Asmari M, Rajabian H, Naserkhaki V. Comparison of Quality of Life for Elderly Men and Women Elderly Nursing Home Resident by Alborz Province in 2011. AUMJ 2013;2 :19-24. [In Persian]

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-22]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1401.32.2.5.2]
[DOI: 10.52547/iau.32.2.215]

35. Ataie Z, Allahverdi A, Dehnoalian A, Orooji A. The Relationship between Lifestyle and General Health among Elderly People in Neyshabur. Iran J Nursing 2018; 31:10-19. [In Persian]

36. DarvishpoorKakhki A, Abed-Saeedi J, Delavar A, Saeed-O-Zakerin M. Instrument Development to Measure Elderly Health-Related Quality of Life (EHRQoL). Hakim Res J 2012; 15:30-7. [In Persian]

37. Babak A, Daneshpajouhnejad P, Davari S, Aghdak P, Pirhaji O, Jahangiri P. Quality of Life among the Elderly under the Protection of Health and Treatment Centers in Isfahan Province, Iran, and its Relationship with Depression and Body Mass Index. J Isfahan Med Sch 2016; 34:885-892. [In Persian]

38. Statistics Center of Iran, detailed results of the Population and Housing Census. Available from: https://www.amar.org.ir/english/Population-and-Housing-Censuses. [In Persian]

39. Delpisheh A, Veisani Y, Sayehmiri K, Shahbazi N, Naderi Z, Sohrabnejad A. Relationship between socioeconomic status and quality of life in the female-headed households. J Soc Work 2014; 3:27-33. [In Persian]

40. Alizadeh M, Rahimi A, Arshinji M, Sharifi F, Arzaghi M, Fakhrzadeh H. Physical health status and socio-economic outcomes on elderly in Tehran metropolitan area. IJDM 2013;13:29-37. [In Persian]

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-22]

[DOR: 20.1001.1.10235922.1401.32.2.5.2]

[DOI: 10.52547/iau.32.2.215]