Journal of Gerontology (joge) Original Article

Vol 10, No 4, Winter 2026

Analysis of Gender Differences in Residential Facilities Indicators among Elderly Residents of Bojnord in 2024

Samaneh Pasandideh [1], Reza Mirzaei [2*], Ali Emami [3], Ahmad Heydari [4]

1- Ph.D. student, Department of Art and Architecture, Bi. C., Islamic Azad University, Birjand, Iran.
2- Assistant Professor, Department of Art and Architecture, Bi. C., Islamic Azad University, Birjand, Iran.
3-Assistant Professor, Department of Art and Architecture, GKM. C., Islamic Azad University, Gonbad Kavoos, Iran.
4-Assistant Professor, Department of Art and Architecture, Bi. C., Islamic Azad University, Birjand, Iran.

Corresponding author: Reza Mirzaei, Assistant Professor, Department of Art and Architecture, Bi. C., Islamic Azad University, Birjand, Iran.
Email: rezamirzaei@iau.ac.ir

Received: 2025/09/20 Accepted: 2025/10/6

Abstract

Introduction: The aging population is one of the most significant demographic transformations of the current century, highlighting the importance of life quality, particularly Residential Facilities in living environments. Life quality is influenced by multiple factors, including the physical environment, health infrastructure, social support, and physical and mental health. Gender differences in biological, psychological, social, and behavioral dimensions shape the needs and priorities of older adults. Understanding these differences can play a crucial role in improving the quality of life among the elderly.

Methods: This study employed a mixed-methods design. In the qualitative phase, semi-structured interviews were conducted, and a 38-item questionnaire covering five dimensions was developed and validated. In the quantitative phase, a causal-comparative approach was used with a sample of older adults. Data were analyzed using SPSS software, applying parametric and non-parametric tests after assessing the normality of variables. The significance level was set at 0.05, and gender was considered as an intervening factor.

Results: A total of 120 older adults participated in the study (53.3% women and 46.7% men). The findings showed that men reported higher Residential Facilities in terms of the physical environment, health infrastructure, and social support, whereas women placed greater emphasis on physical and mental health. Both groups reported the lowest Residential Facilities in collective interactions and recreational activities. Women valued psychological safety, mental calmness, and access to health infrastructure more, while men prioritized building quality, lighting, and connection with nature. Social support for women was mainly expressed through family emotional support, whereas for men it was reflected in broader social interactions.

Conclusions: The study underscores the importance of adopting a gender-sensitive approach in urban planning, developing health and care services, strengthening cultural infrastructure, and enhancing the physical environment to improve the quality of life for older adults in Iran.

Keywords: Aged Female, Aged Male, Residential Facilities, Gender.

دوره ۱۰ شماره ٤، زمستان ١٤٠٤

تحلیل تفاوت‌های جنسیتی در معیارهای کیفیت ادراک‌شده از سکونت سالمندان شهر بجنورد در سال ۱۴۰۳

سمانه پسندیده[۱]، رضا میرزایی[۲*]، علی امامی[۳]، احمد حیدری [٤]

۱- دانشجوی دکتری، گروه هنر و معماری، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.
۲- استادیار، گروه هنر و معماری، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.
۳- استادیار، گروه هنر و معماری، واحد گنبد کاووس، دانشگاه آزاد اسلامی، گنبدکاووس، ایران.
۴- استادیار، گروه هنر و معماری، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

نویسنده مسئول: رضا میرزایی، استادیار، گروه هنر و معماری، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.
ایمیل: rezamirzaei@iau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۶/۲۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۷/۱۴

چکیده

مقدمه: رشد جمعیت سالمندان یکی از تحولات اساسی قرن حاضر، ضرورت توجه به کیفیت زندگی، به‌ویژه کیفیت ادراک‌شده از سکونت را برجسته ساخته است. که تحت‌تأثیر عوامل متعددی همچون بستر کالبدی، زیرساخت‌های سلامت، پشتیبانی اجتماعی، کیفیت سلامت بدنی و ذهنی قرار دارد. تفاوت‌های جنسیتی در ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی و رفتاری بر نیازها و اولویت‌های سالمندان اثرگذار است. تحلیل تفاوت‌ها می‌تواند در ارتقای کیفیت زندگی سالمندان تاثیر گذار باشد.

روش کار: پژوهش به روش ترکیبی که در بخش کیفی، مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته انجام و پرسشنامه‌ای ۳۸ گویه‌ای در پنج بُعد طراحی و اعتبارسنجی شد، در بخش کمی روش علی–مقایسه‌ای با نمونه‌گیری اجرا گردید. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS، با استفاده از آزمون‌های پارامتریک و ناپارامتریک و پس از بررسی نرمال بودن متغیرها تحلیل شد. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد و جنسیت به عنوان عامل مداخله‌گر مورد بررسی قرار گرفت.

یافته ها: این پژوهش، با بررسی ۱۲۰ سالمند شامل ۵۳/۳٪ زن، ۴۶/۷٪ مرد نشان داد مردان به بستر کالبدی، زیرساخت‌های سلامت و پشتیبانی اجتماعی کیفیت ادراک‌شده بالاتری و زنان بیشتر به کیفیت سلامت بدنی و ذهنی توجه دارند و تعاملات جمعی – فعالیت‌های رفاهی کمترین میزان ادراک کیفی را در هر دو گروه داشت. همچنین زنان به امنیت روانی، آرامش ذهنی، دسترسی به زیرساخت‌های سلامت اهمیت بیشتری می‌دهند، اما مردان کیفیت ساختمان، نورپردازی و ارتباط با طبیعت را ارجح می‌دانند. پشتیبانی اجتماعی برای زنان بیشتر حمایت عاطفی خانواده و برای مردان ارتباطات اجتماعی گسترده نمود دارد.

نتیجه گیری: پژوهش حاضر نشان داد که اتخاذ رویکرد جنسیت‌محور در سیاست‌گذاری‌های شهری، توسعه خدمات مراقبتی و بهداشتی، تقویت زیرساخت‌های فرهنگی و ارتقای بستر کالبدی برای بهبود کیفیت زندگی در ایران ضروری است.

کلیدواژه ها: زنان سالمند، مردان سالمند، کیفیت ادراک‌شده از سکونت، جنسیت.

مقدمه

رشد شتابان جمعیت سالمندان به‌عنوان یکی از مهم‌ترین تحولات جمعیتی قرن حاضر، پیامدهای عمیقی در حوزه‌های اجتماعی، اقتصادی و کالبدی جوامع به همراه داشته است. در این میان، کیفیت ادراک‌شده از سکونت به‌عنوان شاخصی کلیدی از کیفیت زندگی سالمندان، نقشی بنیادین در ارتقای رفاه و سلامت آنان ایفا می‌کند، تعریف سازمان بهداشت جهانی از سالمند با توجه به بستر فرهنگیاجتماعی منطقه به افراد بالای ۶۰ سال گفته می شود (۱). کاهش نرخ باروری در ایران موجب شده است که جمعیت سالمندان بخش بیشتری از جمعیت کل کشور را تشکیل دهد و موجب افزایش سهم سالمندان در ترکیب جمعیتی کشور شود (۲). با توجه به پیش‌بینی‌های جمعیتی، انتظار می‌رود که سهم جمعیت سالمندان در ایران تا سال ۲۰۳۰ به حدود ۱۵ درصد از کل جمعیت کشور برسد. این روند، که در ادبیات پژوهشی با عنوان «سونامی سالمندی» یا «مرگ خاموش» شناخته می‌شود، نشان‌دهنده افزایش قابل توجه جمعیت سالمندان و تغییرات جمعیتی ناشی از کاهش نرخ باروری و افزایش امید به زندگی است. چنین تحولاتی پیامدهای گسترده‌ای در کشور دارد (۳)، در نتیجه افزایش رشد جمعیت سالمندان و اهمیت ارتقای کیفیت زندگی آنان، ضرورت توجه به عوامل مؤثر بر کیفیت ادراک‌شده از سکونت را بیش از پیش آشکار ساخته است و مطالعات نشان داده‌اند که جنسیت می‌تواند بر برداشت سالمندان از محیط سکونتی و عوامل مرتبط با کیفیت زندگی اثرگذار باشد، به طوری که مردان و زنان نیازها و اولویت‌های متفاوتی در این زمینه دارند (۴). تفاوت‌های جنسیتی در سالمندان به مجموعه‌ای از تفاوت‌های زیستی، روانی، اجتماعی و رفتاری میان زنان و مردان در سنین سالمندی اشاره دارد که بر نیازها، تجربیات و کیفیت زندگی آن‌ها اثر می‌گذارد. این تفاوت‌ها در حوزه‌های گوناگون خود را نشان می‌دهند: ۱-تفاوت‌های زیستی و سلامت‌محور: پژوهش‌ها نشان می‌دهند که زنان سالمند عموماً از وضعیت بهداشتی بهتری برخوردارند، اما در عین حال با شیوع بالاتری از بیماری‌های مزمن مواجه هستند (۵) اگرچه زنان سالمند به‌طور کلی امید به زندگی بیشتری نسبت به مردان دارند، اما با چالش‌های گسترده‌تری در دوران سالمندی روبه‌رو می‌شوند (۶)، به‌طور خاص، زنان بیش از مردان با بیماری‌های مزمن و ناتوانی‌های عملکردی دست و پنجه نرم می‌کنند که این امر می‌تواند بر کیفیت زندگی آنان تأثیرگذار باشد (۷) در مقابل، مردان سالمند بیش از زنان در معرض ابتلا به بیماری‌های قلبی‌عروقی و مرگ‌ومیر زودرس قرار دارند (۶)،۲-تفاوت های روانی و شناختی: از منظر روان‌شناسی، زنان سالمند معمولاً با سطوح بالاتری از افسردگی و اضطراب مواجه‌اند که می‌تواند بر ادراک مثبت آن‌ها از زندگی تأثیر بگذارد و زنان در مقایسه با مردان نمرات بالاتری در زمینه استرس و اختلالات روانی دارند (۸). با این حال، آن‌ها معمولاً توانایی بیشتری در تطابق با تغییرات مرتبط با سالمندی دارند. در مقابل، مردان سالمند ممکن است با کاهش عزت‌نفس و بحران هویتی مواجه شوند (۹)، علاوه بر این زنان بیشتر از مردان تحت تأثیر روابط اجتماعی و خانوادگی قرار دارند و این روابط تأثیر بیشتری بر کیفیت ادراک آن‌ها از زندگی دارد (۱۰)،۳-تفاوت های اجتماعی: مطالعات نشان می‌دهند که زنان سالمند نسبت به احساس امنیت، ارتباطات اجتماعی و استفاده مؤثر از زمان در محیط‌های سکونتی حساس‌تر هستند. در حالی‌که مردان سالمند استقلال فردی و آرامش را ترجیح می‌دهند. این موضوع اهمیت درک تفاوت‌های جنسیتی در طراحی فضاهای زندگی و خدمات شهری را برجسته می‌سازد (۶) ،زنان سالمند، به‌ویژه در جوامع سنتی، به‌دلیل سابقه اشتغال محدود و وابستگی اقتصادی به همسر، بیشتر در معرض فقر سالمندی قرار دارند. در مقابل، مردان با وجود وضعیت اقتصادی نسبتاً پایدارتر، با افت مشارکت اجتماعی مواجه‌اند که می‌تواند بر سلامت روان آن‌ها تأثیر منفی بگذارد (۹). به طور کلی زنان سالمند معمولاً در زمینه‌های اجتماعی و اقتصادی در موقعیت‌های ضعیف‌تری قرار دارند (۱۱)، ۴-تفاوت های رفتاری : تفاوت‌های رفتاری و سبک زندگی سالمندان به‌طور قابل توجهی تحت تأثیر جنسیت قرار دارد. مردان سالمند معمولاً در زمینه‌هایی همچون فعالیت‌های بدنی و رعایت رژیم غذایی سالم عملکرد مطلوب‌تری نشان می‌دهند، در حالی که زنان سالمند بیشتر در بعد اجتماعی فعال بوده و از شبکه‌های حمایتی و روابط اجتماعی گسترده‌تری برخوردارند (۱۲). تحلیل و بررسی تفاوت‌های جنسیتی در معیارهای کیفیت ادراک‌شده از سکونت سالمندان موضوعی است که به دلیل تأثیرات عمیق بر کیفیت زندگی این گروه سنی، اهمیت ویژه‌ای دارد. کیفیت ادراک شده از سکونت به عنوان یکی از عوامل کلیدی در تعیین کیفیت زندگی سالمندان شناخته می‌شود و می‌تواند تحت

تأثیر عوامل مختلفی از جمله جنسیت، سن، وضعیت تأهل و شرایط اجتماعی-اقتصادی قرار گیرد(۴). کیفیت ادراک‌شده از سکونت تحت تأثیر عوامل مختلفی مانند بستر کالبدی، زیرساخت‌های سلامت ، پشتیبانی اجتماعی ، تعاملات جمعی – فعالیت‌های رفاهی و کیفیت سلامت بدنی و ذهنی قرار دارد (۱۳). در ادامه توضیحات بیشتری در خصوص هر یک از این مولفه ها آورده شده است.۱- بستر کالبدی: کیفیت بستر کالبدی ، شامل طراحی مسکن، دسترسی به فضاهای سبز و ایمنی محله، تأثیر مستقیمی بر کیفیت ادراک‌شده از سکونت سالمندان دارد. محیطی ایمن و قابل دسترس می‌تواند حس استقلال و امنیت آنان را تقویت کند (۱۴)، ۲- زیرساخت‌های سلامت: دسترسی به زیرساخت‌های سلامت ، یکی از عوامل کلیدی در ارتقای کیفیت زندگی و کیفیت تجربه سکونت سالمندان است. سالمندانی که امکان استفاده از خدمات پزشکی محلی را دارند، احساس امنیت و رفاه بیشتری گزارش می‌کنند (۱۵)، ۳- پشتیبانی اجتماعی: پشتیبانی اجتماعی از سوی خانواده، دوستان و همسایگان، درک سالمندان از کیفیت سکونت را بهبود می‌بخشد. این حمایت‌ها احساس تعلق و امنیت اجتماعی را افزایش می‌دهند (۱۶)، ۴- فعالیت‌های اجتماعی-تفریحی: امکان مشارکت در تعاملات جمعی – فعالیت‌های رفاهی ، به سالمندان کمک می‌کند تا حس مفید بودن و تعلق به جامعه را حفظ کنند. این عامل ارتباط مستقیمی با افزایش کیفیت ادراک‌شده از سکونت دارد (۱۷)، ۵- کیفیت سلامت بدنی و ذهنی: وضعیت سلامت جسمی و روانی سالمندان یکی از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های کیفیت ادراک‌شده از سکونت است. سالمندانی که از نظر ذهن و بدن در وضعیت مطلوب تری قرار دارند، محیط زندگی خود را با کیفیت تر ارزیابی می‌کنند (۱۸)، بر این اساس، واکاوی تفاوت‌های جنسیتی در معیارهای کیفیت ادراک شده از سکونت نه‌تنها به غنای مباحث نظری در حوزه مطالعات سالمندی کمک می‌کند، بلکه از منظر کاربردی نیز می‌تواند زمینه‌ساز تدوین مداخلات و سیاست‌های جنسیت‌محور برای ارتقای کیفیت زندگی سالمندان در محیط‌های شهری باشد (۱۹)، بنابراین این پژوهش با هدف تحلیل و تبیین تفاوت‌های جنسیتی در معیارهای کیفیت ادراک‌شده از سکونت سالمندان میپردازد و سعی بر آن دارد تا با شناسایی عوامل مختلف در نیازها و اولویت‌های آنان، قدمی در جهت بهبود کیفیت زندگی این قشر از جامعه بردارد.

روش کار

این پژوهش با رویکرد ترکیبی (Mixed-Methods) طراحی و اجرا شد. در بخش کیفی، داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با سالمندان جمع‌آوری گردید و سپس داده های کیفی با بهره‌گیری از مدل‌های استاندارد کیفیت ادراک‌شده از سکونت سالمندان، از جمله WHOQOL-BREF، به پرسشنامه‌ای ساختاریافته تبدیل شد. پرسشنامه نهایی شامل ۳۸ گویه در ۵ بعد بود: بستر کالبدی (۱۰ سوال)، زیرساخت‌های سلامت (۷ سوال)، پشتیبانی اجتماعی (۶ سوال)، تعاملات جمعی-فعالیت‌های رفاهی (۷ سوال) و کیفیت سلامت بدنی و ذهنی (۸ سوال)، که تمامی گویه‌ها با مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای (از خیلی کم تا خیلی زیاد) سنجیده شدند. روایی محتوایی پرسشنامه توسط ۵ استاد خبره بررسی شد و نتایج نشان داد که ضریب توافق کاپا برابر با ۰/۶۵ و ضرایب CVR و CVI به ترتیب بالای ۰/۹۹ و ۰/۷۹ بودند، که نشان‌دهنده روایی محتوایی مطلوب است. در بخش کمی، از روش علی_مقایسه‌ای استفاده شد و تأثیر جنسیت سالمندان به عنوان یک عامل مداخله‌گر مورد بررسی قرار گرفت. جامعه آماری شامل سالمندان زن و مرد بالای ۶۰ سال شهر بجنورد بود و تعیین حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار G-Power (۲۰) انجام شد (اندازه اثر ۰/۶۰ و توان آزمون ۰/۹۰) و در نهایت ۱۲۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. معیار ورود به مطالعه شامل افراد بالای ۶۰ سال با حداقل ۱۰ سال سابقه سکونت در بجنورد بود و افرادی که تمایل به ادامه پاسخگویی نداشتند، از مطالعه حذف شدند. افرادی که قادر به تکمیل پرسشنامه به صورت آنلاین بودند یا با کمک دیگران آن را پاسخ می‌دادند، خودشان پاسخ‌ها را ثبت کردند و در مواردی که نیاز به کمک وجود داشت، هر سوال توسط پژوهشگر برای شرکت‌کننده خوانده و توضیح داده شد. پس از جمع‌آوری داده‌ها، پایایی پرسشنامه به‌صورت ابعادی و کلی با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد. ضرایب پایایی برای ابعاد بستر کالبدی، زیرساخت‌های سلامت، پشتیبانی اجتماعی، تعاملات جمعی– فعالیت‌های رفاهی و کیفیت سلامت بدنی و ذهنی به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۸۳، ۰/۷۷، ۰/۹۱ و ۰/۹۰ و آلفای کل پرسشنامه ۰/۹۲ بود که نشان‌دهنده پایایی بسیار مناسب ابزار اندازه‌گیری است. پس از بررسی، پرسشنامه‌های ناقص یا نامعتبر حذف شدند و داده‌های معتبر وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ شدند. تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و

استنباطی انجام شد و نتایج به صورت جداول و نمودارها ارائه گردید. تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی انجام شد و نتایج در قالب جداول و نمودارها ارائه گردید. نرمال بودن متغیرهای کمی با آزمون کولموگروف–اسمیرنوف (۲۱) ارزیابی شد. با توجه به نرمال بودن داده‌ها، از آزمون‌های پارامتریک t مستقل برای مقایسه میانگین‌ها استفاده شد و برای رتبه‌بندی هر بعد در هر جنسیت و مقایسه آن‌ها از آزمون ناپارامتریک فریدمن بهره گرفته شد. سطح معناداری در تمامی آزمون‌ها ۰/۰۵ تعیین شد.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد مطرح و با کد IR.IAU.BOJNOURD.REC.1403.019 مورد تایید قرارگرفت. پس از بیان اهداف پژوهش برای شرکت کنندگان، به آنها از محرمانه ماندن اطلاعات شخصی اطمینان خاطرداده شد.

یافته ها

در این مطالعه، تعداد ۱۲۰ شرکت‌کننده به‌عنوان نمونه مورد بررسی قرار گرفتند که از این میان، ۵۳/۳٪ زن و ۴۶/۷٪ مرد بودند. میانگین سنی هر گروه نمونه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. ویژگی‌های سنی شرکت‌کنندگان به تفکیک گروه‌ها: یک تحلیل توصیفی

متغیر	جنسیت	تعداد	میانگین	انحراف معیار	آزمون t مستقل
سن	زن	۶۴	۶۸/۲۰	۴/۲۸	۱/۴۲ (۰/۱۵۶)*
	مرد	۵۶	۶۷/۱۴	۳/۷۸	

*آماره t (مقدار معناداری)

بر اساس داده‌های جدول ۱، میانگین سنی سالمندان زن ۶۸٫۲۰ سال و سالمندان مرد ۶۷٫۱۴ سال محاسبه شد. تحلیل تفاوت میانگین‌ها با استفاده از آزمون t مستقل نشان داد که اختلاف میان گروه‌های جنسیتی از نظر آماری معنادار نیست ($p>0/05$).

به منظور تضمین انتخاب روش آماری مناسب و اعتبار تحلیل‌های پارامتریک، نرمال بودن توزیع متغیرهای کمی ابتدا با آزمون کولموگروف–اسمیرنوف بررسی شد. در این آزمون، مقادیر معناداری بالاتر از ۰/۰۵ نشان‌دهنده انطباق توزیع داده‌ها با توزیع نرمال است. نتایج جدول ۲ نشان داد که تمامی متغیرهای کمی، به تفکیک جنسیت، از توزیع نرمال برخوردارند. بنابراین، استفاده از آزمون t مستقل پارامتریک برای بررسی تفاوت میانگین‌ها، از نظر آماری و مفهومی توجیه‌پذیر است. رعایت این پیش‌فرض‌ها اعتبار نتایج تحلیل‌ها را تضمین کرده و امکان استنتاج علمی قابل اتکا از داده‌ها را فراهم می‌سازد.

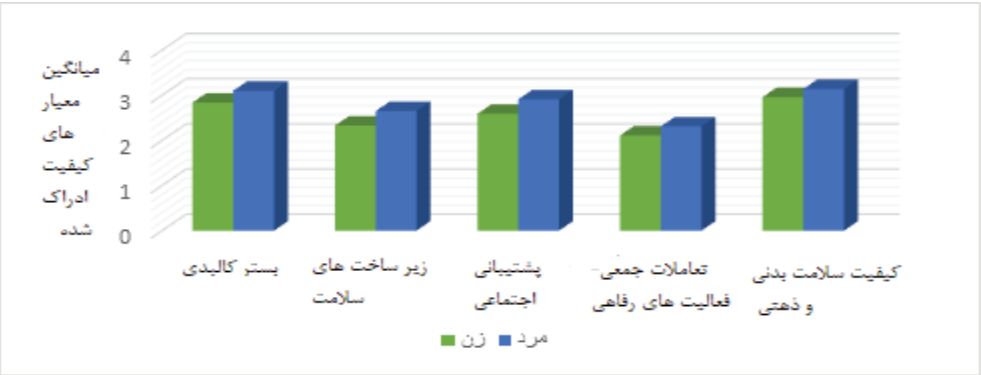
جدول ۲. تعیین انطباق توزیع متغیرهای کمی با توزیع نرمال از طریق آزمون کولموگروف–اسمیرنوف

متغیر	جنسیت	تعداد	مقدار آماره Z	مقدار معناداری	نتیجه
بستر کالبدی	زن	۶۴	۰/۱۰۲	۰/۰۹۶	نرمال
	مرد	۵۶	۰/۱۱۶	۰/۰۶۰	نرمال
زیرساخت‌های سلامت	زن	۶۴	۰/۰۹۰	۰/۲۰۰	نرمال
	مرد	۵۶	۰/۱۱۴	۰/۰۶۹	نرمال
پشتیبانی اجتماعی	زن	۶۴	۰/۱۱۰	۰/۰۵۲	نرمال
	مرد	۵۶	۰/۱۰۹	۰/۰۵۷	نرمال
تعاملات جمعی – فعالیت‌های رفاهی	زن	۶۴	۰/۱۰۶	۰/۰۶۹	نرمال
	مرد	۵۶	۰/۰۸۷	۰/۲۰۰	نرمال
کیفیت سلامت بدنی و ذهنی	زن	۶۴	۰/۱۰۷	۰/۰۶۵	نرمال
	مرد	۵۶	۰/۱۱۴	۰/۰۶۷	نرمال

بـر اسـاس یافته‌هـای حاصـل از آزمـون t مسـتقل (جـدول ۳)، مشـخص شـد کـه مـردان در مقایسـه بـا زنـان کیفیـت ادراک‌شـده بیشـتری از بسـتر کالبـدی محیـط زندگـی خـود دارنـد (t=-۲/۹۲، P<۰/۰۵). میانگیـن امتیـاز بالاتـر مـردان (۳/۱۰ در برابـر ۲/۸۴ بـرای زنـان) بیانگـر آن اسـت کـه آنـان از شـرایطی همچـون مسـکن، نورپـردازی و کیفیـت کلـی محیـط سـکونتی ادراک مثبـت بیشـتری دارنـد. همچنیـن نتایـج نشـان داد کـه سـطح کیفیـت ادراک‌شـده از زیرسـاخت‌های مرتبـط بـا سـلامت در میـان مـردان بالاتـر از زنـان اسـت. ایـن تفـاوت معنـادار می‌توانـد حاکـی از آن باشـد کـه زنـان بـا محدودیت‌هـا و موانـع بیشـتری در زمینـه دسترسـی بـه خدمـات درمانـی و مراقبتـی مواجه‌انـد. در شـاخص پشـتیبانی اجتماعـی نیـز مـردان ۲/۶۵ در برابـر ۲/۳۳ بـرای زنـان امتیاز بیشـتری کسـب کردنـد (t=-۲/۶۱، P<۰/۰۵). ایـن یافتـه احتمـالاً بازتابـی از گسـتردگی شـبکه‌های اجتماعـی مـردان و میـزان تعامـلات حمایتـی بیشـتر آنـان اسـت (t=-۴/۳۶، P<۰/۰۵). در مقابـل، شـاخص تعامـلات جمعـی و فعالیت‌هـای رفاهـی پایین‌تریـن سـطح کیفیـت ادراک شـده را در هـر دو گـروه نشـان داد، هرچنـد اختـلاف بیـن مـردان و زنان از لحـاظ آمـاری معنـادار نبـود (t=-۱/۵۹، P>۰/۰۵). ایـن امر نشـان می‌دهـد کـه صرف‌نظـر از جنسـیت، سـالمندان بـه طـور کلـی از کمبـود امکانـات تفریحـی و فعالیت‌هـای اجتماعـی مناسـب در محیـط زندگـی خـود رنـج می‌برنـد. در خصـوص شـاخص کیفیـت سـلامت جسـمی و روانـی نیـز تفـاوت آمـاری معنـاداری میـان زنـان و مـردان مشـاهده نشـد (t=-۱/۲۲، P>۰/۰۵). گرچـه مـردان میانگیـن امتیـاز بالاتـری بـه دسـت آوردنـد، امـا ایـن اختـلاف بـه سـطح معنـی‌داری نرسـید؛ بنابرایـن می‌تـوان گفـت کـه هـر دو گـروه تجربـه‌ای نسـبتاً مشـابه از کیفیـت سـلامت در ابعـاد جسـمانی و روانـی دارنـد. بـه طـور کلـی، نتایـج پژوهـش نشـان می‌دهـد کـه مـردان در سـه حـوزه‌ی بسـتر کالبـدی، زیرسـاخت‌های سـلامت و پشـتیبانی اجتماعـی، کیفیـت ادراک‌شـده بالاتـری را نسـبت بـه زنـان گـزارش کرده‌انـد. در مقابـل، پایین‌تریـن میـزان کیفیـت ادراکـی بـه شـاخص تعامـلات جمعـی و فعالیت‌هـای رفاهـی تعلـق دارد کـه نشـانگر ضـرورت توجـه بیشـتر بـه ارتقـای امکانـات اجتماعـی و تفریحـی در محیط زندگـی سـالمندان اسـت. در زمینـه کیفیـت سـلامت جسـمی و روانـی نیـز تفـاوت معنـاداری میـان دو گـروه دیـده نشـد. ایـن الگوهـا در نمـودار ارائه‌شـده در شـکل ۱ نیـز بـه وضـوح قابـل مشـاهده هسـتند.

جدول ۳. مقایسه میانگین متغیرها بین سالمندان زن و مرد با استفاده از آزمون t مستقل

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	آماره t	مقدار معناداری
بستر کالبدی	زن	۲/۸۴	۰/۶۰	-۲/۲۹	۰/۰۲۳
	مرد	۳/۱۰	۰/۶۵		
زیرساخت‌های سلامت	زن	۲/۳۳	۰/۶۰	-۲/۶۱	۰/۰۱۰
	مرد	۲/۶۵	۰/۷۶		
پشتیبانی اجتماعی	زن	۲/۵۹	۰/۴۰	-۴/۳۶	۰/۰۰۱
	مرد	۲/۹۱	۰/۳۹		
تعاملات جمعی - فعالیت‌های رفاهی	زن	۲/۱۱	۰/۶۴	-۱/۵۹	۰/۱۱۳
	مرد	۲/۳۱	۰/۷۰		
کیفیت سلامت بدنی و ذهنی	زن	۲/۹۶	۰/۷۲	-۱/۲۲	۰/۲۲۴
	مرد	۳/۱۴	۰/۹۰		



شکل ۱. مقایسه بین میانگین کیفیت ادراک شده از سکونت سالمندان در پنج عامل به تفکیک جنسیت سالمندان شهر بجنورد

جدول ۴ نشان‌دهنده اولویت‌بندی سالمندان زن و مرد در کیفیت ادراک شده از پنج شاخص اصلی است. طبق این نتایج، زنان بیشترین ادراک مثبت را به کیفیت سلامت بدنی و ذهنی داده‌اند. این نشان می‌دهد که برای آن‌ها احساس امنیت روانی، آرامش ذهنی، و کاهش استرس‌های محیطی اهمیت بالایی دارد و کیفیت ادراک‌شده آنها در این مورد بیشتر می باشد. از طرفی مردان دارای ادراک مثبت بیشتری در بستر کالبدی بوده اند. این امر بیانگر این است که کیفیت ساختمان، نورپردازی و امکانات رفاهی برای آن‌ها مهم‌تر از سایر شاخص‌ها است. اما طبق نتایج، پشتیبانی اجتماعی در هر دو گروه رتبه سوم را دارد. این نشان می‌دهد که سالمندان، صرف‌نظر از جنسیت، سطح متوسطی از پشتیبانی اجتماعی را تجربه می‌کنند. زیرساخت‌های سلامت در رتبه چهارم قرار دارد. این موضوع نشان می‌دهد که سالمندان به خدمات درمانی دسترسی دارند، اما این دسترسی برای آن‌ها در سطح ایده‌آل نیست. تعاملات جمعی – فعالیت‌های رفاهی کمترین میزان کیفیت ادراک شده از سکونت سالمندان را در بین هر دو گروه دارد. این یافته نشان می‌دهد که فرصت‌های تفریحی و اجتماعی برای سالمندان کافی نبوده و نیازمند توسعه است.

جدول ٤. رتبه بندی کیفیت ادراک شده از سکونت سالمندان نسبت به ۵ عامل به تفکیک جنسیت

متغیر	زن		مرد	
	میانگین رتبه	اولویت	میانگین رتبه	اولویت
کیفیت سلامت بدنی و ذهنی	۳/۷۴	۱	۳/۵۹	۲
بستر کالبدی	۳/۶۸	۲	۳/۷۷	۱
پشتیبانی اجتماعی	۳/۱۲	۳	۳/۲۲	۳
زیرساخت‌های سلامت	۲/۴۴	۴	۲/۵۷	۴
تعاملات جمعی – فعالیت‌های رفاهی	۲/۰۲	۵	۱/۸۵	۵

شکل ۲. نمودار عنکبوتی میانگین رتبه کیفیت ادراک شده از سکونت سالمندان نسبت به ۵ عامل به تفکیک جنسیت

جدول ۵، جزئیات شاخص‌های هر متغیر را بررسی کرده و نشان می‌دهد که چه عواملی بیشترین و کمترین کیفیت ادراک‌شده را در بین سالمندان زن و مرد ایجاد کرده‌اند. در بین شاخص های مربوط به بستر کالبدی: زنان بیشترین اهمیت را به «قابلیت تنظیم دمای محیط» داده‌اند، در حالی که مردان «نورپردازی مناسب» را مهم‌ترین شاخص ارزیابی کرده‌اند. هر دو گروه سالمندان زن و مرد نسبت به «فعال بودن سیستم های هشدار و اعلام خطر» کیفیت ادراک‌شده پایین تری داشته اند. در بین شاخصهای مربوط به زیرساخت‌های سلامت: زنان به «کوتاه بودن

فاصلـه مراکـز درمانـی» اهمیـت بیشـتری می‌دهنـد، در حالـی کـه مردان«دسترسـی بـه داروخانه‌هـا» را در اولویـت اول قـرار داده‌انـد. «ارتبـاط منظـم کارکنـان مراکـز بهداشـتی محلـی» از نظـر هـر دو گـروه کمتریـن کیفیـت ادراک‌شـده را داشـت کـه نیازمنـد تقویـت بیشـتر ایـن مـورد بـرای سـالمندان مـی باشـد. رتبـه بنـدی شـاخص هـای مربـوط بـه پشـتیبانی اجتماعی نشـان مـی دهـد کـه زنـان بیشـترین تأکیـد را بـر «حمایـت عاطفـی خانـواده» داشـته‌اند، در حالـی کـه مـردان «آسـان شـدن ارتبـاط بـا دوسـتان و خانـواده» را مهم‌تـر دانسـته‌اند. هـم زنـان و هـم مـردان نسـبت بـه «فعالیـت گروه‌هـای حمایتـی» کیفیـت ادراکـی پاییـن تـر داشـته‌اند، کـه نشـان می‌دهـد ایـن گروه‌هـا نتوانسـته‌اند نیازهـای آن‌هـا را به‌خوبـی تأمیـن کننـد. در بیـن شـاخص هـای مربـوط بـه فعالیت‌هـای اجتماعـی و تفریحـی: در هـر دو گـروه، «داشـتن فرصـت کافـی بـرای فعالیت‌هـای گروهـی و تفریحـی» جـز بالاتریـن کیفیـت ادراک‌شـده بـوده اسـت. امـا مـردان کیفیـت ادراک‌شـده کمتـری از «وجـود امکانات تفریحـی ماننـد سـینما، مـوزه و ...» علاقـه دارنـد، زنـان نسـبت بـه «برگـزاری برنامـه هـای فرهنگـی در محلـه» کمتریـن ادراک مثبـت را داشـته انـد. در نهایـت رتبـه بنـدی مربـوط بـه شـاخص هـای کیفیـت سـلامت بدنـی و ذهنـی نشـان داد کـه زنـان بـه «احسـاس امنیـت روانـی» و «آرامـش ذهنـی» بیشـترین کیفیـت ادراک‌شـده را داشـتند. امـا بـرای آنهـا « حفـظ کـردن یـا ارتقـا سـلامت جسـمی در محـل سـکونت» کمتریـن میـزان ادراک مثبـت را داشـت. از طرفـی مـردان بیشـترین کیفیـت ادراک‌شـده را از «ارتبـاط بـا طبیعـت و فضاهـای سـبز» داشـتند.

جدول ۵. رتبه بندی کیفیت ادراک شده از سکونت سالمندان نسبت به شاخص های متغیرهای بستر کالبدی، زیرساخت‌های سلامت، پشتیبانی اجتماعی، تعاملات جمعی – فعالیت‌های رفاهی و کیفیت سلامت بدنی و ذهنی به تفکیک جنسیت

متغیر	شاخص	زن		مرد	
		میانگین رتبه	اولویت	میانگین رتبه	اولویت
بستر کالبدی	طراحی مناسب برای حرکت آسان	۶/۳۲	۳	۵/۰۴	۸
	وجود تجهیزات ایمنی	۴/۹۱	۸	۵/۰۵	۷
	نورپردازی در طول روز و شب	۵/۹۸	۴	۶/۹۹	۱
	دسترسی آسان به فضای سبز و پارک	۵/۶۶	۵	۵/۱۲	۶
	کیفیت ساخت مسکن	۶/۷۶	۲	۶/۴۹	۲
	طراحی داخلی متناسب با نیازهای سالمندان	۵/۳۴	۷	۵/۰۵	۷
	محیط آرام و به دور از آلودگی صوتی	۵/۵۴	۶	۵/۶۹	۴
	وجود فضای مشترک برای برقراری ارتباط با دیگران	۴/۲۸	۹	۵/۵۰	۵
زیرساخت‌های سلامت	فعال بودن سیستم های هشدار و اعلام خطر	۲/۹۴	۱۰	۴/۰۵	۹
	قابلیت تنظیم دمای محیط محل سکونت	۷/۲۷	۱	۶/۰۲	۳
	کوتاه بودن فاصله مراکز درمانی و بهداشتی	۴/۸۷	۱	۴/۶۵	۲
	در دسترس بودن خدمات درمانی در مواقع اورژانسی	۴/۱۶	۴	۴/۶۰	۳
	وجود خدمات پزشکی تخصصی (مانند فیزیوتراپی یا توانبخشی)	۳/۹۵	۵	۳/۸۸	۵
	دسترسی آسان به داروخانه ها و مراکز عرضه تجهیزات پزشکی	۴/۷۷	۲	۴/۹۱	۱
	مناسب و قابل اعتماد بودن حمل و نقل عمومی به مراکز درمانی	۴/۶۵	۳	۴/۴۳	۴
	وجود داشتن خدمات مراقبت در منزل	۳/۳۸	۶	۳/۱۲	۶
	ارتباط منظم کارکنان مراکز بهداشتی محلی	۲/۲۳	۷	۲/۴۱	۷
پشتیبانی اجتماعی	برخورداری از حمایت عاطفی کافی از سوی اعضای خانواده	۴/۹۰	۱	۴/۵۱	۲
	حمایت دوستان یا همسایگان	۳/۲۳	۳	۳/۴۴	۴
	فعالیت گروههای حمایتی برای سالمندان	۲/۲۵	۵	۱/۹۸	۶
	در دسترس بودن کمک های اجتماعی در مواقع بحرانی	۲/۴۳	۴	۲/۳۳	۵
	انگیزه و انرژی مثبت گرفتن از ارتباطات اجتماعی با دیگران	۴/۰۹	۲	۴/۰۴	۳
	آسان شدن ارتباط با دوستان و خانواده	۴/۰۹	۲	۴/۷۱	۱

	برگزاری برنامه های فرهنگی در محله یا مجتمع مسکونی	۳/۷۱	۷	۳/۵۵	۵
	در دسترس بودن امکانات ورزشی مناسب سالمندان	۳/۸۰	۵	۳/۴۳	۶
تعاملات جمعی – فعالیت‌های رفاهی	داشتن فرصت کافی برای شرکت در فعالیتهای گروهی و تفریحی	۴/۷۷	۱	۵/۳۸	۱
	وجود کتابخانه ها یا مراکز آموزشی در نزدیکی محل سکونت	۴/۰۹	۲	۴/۳۴	۳
	فراهم نمودن فعالیت های داوطلبانه یا اجتماعی	۴/۰۱	۳	۴/۴۳	۲
	وجود امکانات تفریحی مانند سینما، موزه یا سالنهای نمایش	۳/۷۳	۶	۳/۲۱	۷
	وجود فضاهایی برای انجام کارهای هنری	۳/۸۸	۴	۳/۶۶	۴
	حفظ کردن یا ارتقا سلامت جسمی در محل سکونت	۳/۴۸	۸	۴/۵۴	۵
	کاهش استرسهای روزمره در شرایط محیطی محل سکونت	۳/۹۴	۵	۴/۶۳	۴
	مناسب بودن محل سکونت برای استراحت و بازیابی انرژی	۴/۳۱	۴	۴/۳۱	۶
	وجود امکانات ورزشی یا پیاده روی در محل سکونت	۳/۷۳	۷	۳/۳۶	۸
کیفیت سلامت بدنی و ذهنی	وجود احساس امنیت روانی کافی	۶/۰۵	۱	۴/۸۷	۲
	احساس آرامش از نظر ذهنی و عاطفی	۵/۶۳	۲	۴/۸۱	۳
	دسترسی به فعالیتهایی که کمک به کاهش تنهایی و بهبود روحیه می کنند	۳/۹۳	۶	۳/۷۳	۷
	ارتباط با طبیعت و فضاهای سبز در محیط اطراف محل سکونت	۴/۹۳	۳	۵/۷۶	۱

بـه طـور کلـی مـردان کیفیـت ادراک‌شـده بیشـتری از بسـتر کالبـدی دارنـد، در حالـی کـه زنـان بیشـتر بـر کیفیـت سـلامت بدنـی و ذهنـی تأکیـد دارنـد. کمتریـن میـزان کیفیـت ادراک‌شـده در هـر دو گـروه مربـوط بـه تعامـلات جمعـی – فعالیت‌هـای رفاهـی اسـت، کـه نشـان‌دهنده ضعـف امکانـات تفریحـی بـرای سـالمندان اسـت. زنـان بـه دسترسـی بـه زیرسـاخت‌های سـلامت و مراقبـت در منـزل اهمیـت بیشـتری می‌دهنـد، در حالـی کـه مـردان بیشـتر بـه امکانـات عمومـی درمانـی توجـه دارنـد. زنـان حمایـت عاطفـی را مهم‌تـر از روابـط اجتماعـی گسـترده‌تر می‌داننـد، امـا مـردان بـه بـه تعامـلات جمعـی – فعالیت‌هـای رفاهـی بازتـر علاقـه دارنـد. ایـن نتایـج نشـان می‌دهـد کـه برنامه‌ریزی‌هـای شـهری و اجتماعـی بایـد بـا در نظـر گرفتـن تفاوت‌هـای جنسـیتی در نیازهـای سـالمندان انجـام شـود تـا بتـوان کیفیـت زندگـی آن‌هـا را بهبـود بخشـید.

بحث

ایـن مطالعـه بـه تحلیـل تفاوت‌هـای جنسـیتی در معیارهـای کیفیـت ادراک‌شـده از سـکونت سـالمندان شـهر بجنـورد پرداخـت و یافته‌هـا نشـان داد کـه مـردان سـالمند در ابعـاد بسـتر کالبـدی، زیرسـاخت‌های سـلامت و پشـتیبانی اجتماعی، کیفیت ادراک‌شـده بیشـتری دارنـد، در حالـی کـه زنـان بیشـترین کیفیـت ادراک‌شـده خـود را در بُعـد کیفیـت سـلامت بدنـی و ذهنـی گـزارش کردنـد. عـلاوه بـر ایـن، هـر دو جنسـیت کمتریـن میـزان کیفیـت ادراک شـده از سـکونت را از تعامـلات جمعـی – فعالیت‌هـای رفاهـی داشـتند. مطالعـات پیشـین نیـز بـر اهمیـت تفاوت‌هـای جنسـیتی در کیفیـت زندگـی سـالمندان تأکیـد کرده‌انـد. بـه عنـوان مثـال مطالعـه بهرامـی و همـکاران در ایـران نشـان دادنـد کـه زنـان سـالمند بـه دلیـل ابتـلا بـه بیماری‌هـای مزمـن ماننـد دیابـت، فشـار خـون و مشـکلات مفصلـی و محدودیت‌هـای عملکـردی در فعالیت‌هـای روزمـره ومسـئولیت‌های مراقبتـی کیفیـت زندگـی پایین‌تـری نسـبت بـه مـردان گـزارش می‌کننـد (۲۲) ایـن موضـوع بـا یافته‌هـای حاضـر مطابقـت دارد کـه نشـان می‌دهـد مـردان بـه دلیـل وضعیـت جسـمی بهتـر، اسـتقلال حرکتـی بیشـتر و دسترسـی گسـترده‌تر بـه امکانـات و شـبکه‌های اجتماعـی، کیفیـت ادراک شـده بالاتـری در شـاخص‌های محیطـی و اجتماعـی دارنـد. همچنیـن، مطالعـه چیـن و همـکاران در تایـوان بیانگـر آن بـود کـه مـردان سـالمند رفتارهـای ارتقـاء سـلامت بیشـتری ،ماننـد: ورزش منظـم و پیگیـری مراقبت‌هـای پیشـگیرانه ، نسـبت بـه زنـان انجـام می‌دهنـد و ایـن امـر می‌توانـد نقـش محافظتـی در کیفیـت زندگـی آنـان داشـته باشـد (۱۱). ایـن یافته‌هـا بـا بالاتـر بـودن ادراک مـردان در ابعـاد بسـتر کالبـدی و زیرسـاخت‌های سـلامت در مطالعـه حاضـر همخوانـی دارد و تأکیـد می‌کنـد کـه سـبک زندگـی و دسترسـی بـه منابـع سـلامت می‌توانـد به‌طـور مسـتقیم بـر تجربـه کیفیـت زندگـی تأثیـر بگـذارد و نشـان می‌دهـد کـه جنسـیت می‌توانـد نقـش تعیین‌کننـده‌ای در ادراک سـالمندان از محیـط سـکونت و کیفیـت

زندگی آن‌ها داشته باشد. از سوی دیگر، نتایج این مطالعه مبنی بر اهمیت کیفیت سلامت بدنی و ذهنی، احساس امنیت در میان زنان، با پژوهش متیود و همکاران در اسپانیا مطابقت دارد. آنان دریافتند که زنان سالمند بیش از مردان دچار فشار روانی و مشکلات عاطفی هستند و در نتیجه حمایت عاطفی خانواده نقش کلیدی در ارتقای سلامت ذهن آنان دارد . این یافته بیانگر آن است که مداخلات مبتنی بر ارتقای سلامت روان و تقویت حمایت‌های عاطفی میتواند نقش کلیدی در ارتقای سلامت ذهن آنان داشته باشد. (۸) علاوه بر این، مطالعه‌ای که توسط هاجیان و همکاران بر روی جمعیت سالمندان ایرانی انجام شد، نشان داد که زنان در مقایسه با مردان در تمام زیرمقیاس‌های HRQL نمرات به‌طور معناداری کمتری کسب کرده‌اند. تفاوت میانگین تنظیم‌شده در نمرات کلی HRQL بین جنسیت‌ها قابل توجه بود و ضرورت حمایت هدفمند از زنان سالمند را برجسته می‌کند (۲۳). علاوه بر این، کیفیت ادراک‌شده پایین سالمندان در زمینه تعاملات جمعی – فعالیت‌های رفاهی ، یافته‌ای مهم در این مطالعه است که با نتایج ساهین و همکاران هم‌راستا می‌باشد. آنان نشان دادند که محدودیت در مشارکت اجتماعی و کمبود پشتیبانی اجتماعی منجر به کاهش کیفیت ادراک‌شده از زندگی و افزایش احساس انزوا در سالمندان می‌شود (۱۶).در این راستا، توسعه امکانات فرهنگی، هنری ، ورزشی و مشارکتی می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای در ارتقای کیفیت زندگی سالمندان ایفا کند. همچنین، یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر اهمیت بستر کالبدی برای مردان، با مطالعه یانگ و همکاران در چین همخوانی دارد که تأکید کردند کیفیت محیط داخلی منازل (مانند نورپردازی، ایمنی و طراحی مناسب) به طور مستقیم بر کیفیت ادراک شده از سکونت سالمندان اثرگذار است (۲۴). در مقابل، اولویت زنان برای زیرساخت‌های سلامت و مراقبت در منزل با مطالعه دیومیت و همکاران در لبنان مطابقت دارد که نشان داد زنان سالمند بیشتر از مردان در معرض محدودیت و مشکلات دسترسی به خدمات درمانی و مراقبتی قرار دارند مانند فاصله طولانی تا مراکز درمانی و ...، چنین موانعی باعث می‌شود زنان سالمند نتوانند به موقع و به طور کامل از خدمات سلامت بهره‌مند شوند، که کاهش کیفیت ادراک شده از سکونت و سلامت جسمی و روانی آنان را به دنبال دارد. به همین دلیل، دسترسی به زیرساخت‌های سلامت و مراقبت در منزل برای زنان اهمیت ویژه‌ای دارد و می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای در ارتقای کیفیت زندگی و کاهش فشارهای جسمی و روانی آنان ایفا کند (۵). به طور کلی، یافته‌های حاضر همراه با شواهد مطالعات پیشین نشان می‌دهد که کیفیت ادراک‌شده از سکونت و کیفیت زندگی سالمندان ماهیتی جنسیت‌محور دارد؛مردان عمدتا به جنبه‌های کالبدی و دسترسی‌های عمومی اهمیت می‌دهند، در حالی که زنان بر ابعاد ذهنی، امنیت عاطفی و مراقبت‌های بهداشتی تأکید دارند. این امر ضرورت طراحی سیاست‌های جامع شهری و اجتماعی را برجسته می‌سازد؛ سیاست‌هایی که با در نظر گرفتن تفاوت‌های جنسیتی و نیازهای متفاوت سالمندان زن و مرد، می‌توانند به بهبود کیفیت زندگی و ارتقای رفاه این گروه جمعیتی کمک کنند.

نتیجه گیری

یافته‌های استخراج‌شده از این مطالعه را می‌توان از جنبه‌های مختلف مورد تفسیر قرار داد. نخست، تفاوت‌های جنسیتی در سبک زندگی، الگوهای ارتباطی و دسترسی به منابع می‌تواند بر ادراک سالمندان از محیط سکونت اثرگذار باشد. مردان به‌دلیل برخورداری از شبکه‌های اجتماعی گسترده‌تر و استقلال بیشتر، کیفیت ادراک‌شده بالاتری از شاخص‌های محیطی و خدماتی نشان دادند. در مقابل، زنان سالمند به‌طور سنتی در معرض محدودیت‌های اجتماعی–فرهنگی، بار مراقبتی و چالش‌های سلامتی بیشتری قرار دارند؛ به همین دلیل کیفیت سلامت بدنی و ذهنی برای آنان اهمیت ویژه‌ای دارد. دوم، پایین بودن کیفیت ادراکی از تعاملات جمعی – فعالیت‌های رفاهی در هر دو جنسیت نشان می‌دهد که سیاست‌گذاری‌های شهری تاکنون نتوانسته‌اند به‌طور متوازن به ابعاد غیرمادی کیفیت زندگی سالمندان توجه کنند. از منظر کاربردی، نتایج این پژوهش چند پیام کلیدی برای سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان اجتماعی دارد:۱– لزوم رویکرد جنسیت‌محور در برنامه‌ریزی شهری و اجتماعی: تفاوت‌های نیازها و انتظارات زنان و مردان سالمند باید در طراحی محیط‌های سکونتی و خدمات اجتماعی لحاظ شود.۲– توسعه زیرساخت‌های سلامت و مراقبت در منزل: با توجه به اهمیت این موضوع برای زنان، گسترش خدمات مراقبتی و بهداشتی در دسترس می‌تواند نقش مهمی در ارتقای کیفیت زندگی آنان ایفا کند.۳– تقویت زیرساخت‌های اجتماعی و فرهنگی: ایجاد فضاهای مشارکتی، مراکز فرهنگی و تفریحی و فرصت‌های تعامل اجتماعی

می‌توانـد بـه کاهـش انـزوا و افزایـش کیفیـت ادراک شـده از سـکونت سـالمندان در هـر دو جنـس کمـک کنـد.۴- بهبود بسـتر کالبـدی: توجـه بـه طراحـی ایمـن، نورپردازی مناسـب، دسترسـی بـه فضاهـای سـبز و امکانـات شـهری می‌توانـد نیازهـای مـردان سـالمند را کـه بیشـتر بـه جنبه‌هـای فیزیکـی محیـط توجـه دارنـد، بـرآورده سـازد. در مجمـوع، یافته‌هـای پژوهـش حاضـر بـر ضـرورت بازنگـری در سیاسـت‌های سـالمندی در ایـران و به‌ویـژه شـهرهای متوسـطی چـون بجنـورد تأکیـد دارد. بـا توجـه بـه رونـد رو بـه رشـد سـالمندی جمعیـت کشـور، اتخـاذ رویکـردی جامـع و مبتنـی بـر عدالـت جنسـیتی در حـوزه رفـاه، سـلامت و سـکونت سـالمندان ضرورتـی اجتناب‌ناپذیـر اسـت. چنیـن رویکـردی می‌توانـد زمینه‌سـاز ارتقـای کیفیـت زندگـی سـالمندان، افزایـش مشـارکت اجتماعـی آنـان و در نهایـت تحقـق شـهرهای سـالمند - دوسـت در ایـران گـردد.

سپاسگزاری

نویسـندگان بـر خـود واجـب می‌داننـد تـا مراتـب سـپاس و قدردانـی خـود را از تمامـی سـالمندان گرامـی کـه بـا حضـور و همـکاری ارزنـده شـان در ایـن پژوهـش مشـارکت داشـته‌اند، ابـراز دارنـد. ایـن حضـور پـرارزش و دلسـوزانه، بـی شـک نقـش مهمـی در پیشـبرد اهـداف تحقیقاتـی ایفـا کـرده و موجـب غنـای هرچـه بیشـتر نتایـج ایـن تحقیـق گردیـد.

References

1. Keating N, Eales J, Phillips JE. Age-Friendly Rural Communities: Conceptualizing 'Best-Fit'. Can J Aging. 2013;32(4):319-32. https://doi.org/10.1017/S0714980813000408
2. Afshar PF, Asgari P, Shiri M, Bahramnezhad F. A review of the Iran's elderly status according to the census records. Galen Medical Journal. 2016;5(1):1-6. https://doi.org/10.31661/gmj.v5i1.397
3. Kiani S, Bayanzadeh M, Tavallaee M, Hogg RS. The Iranian population is graying: are we ready? Arch Iran Med. 2010;13(4):333-9.
4. Mridha M. The effect of age, gender and marital status on residential satisfaction. Local Environment. 2020; 25(8):540-58. https://doi.org/10.1080/13549839.2020.1801615
5. Doumit JH, Nasser RN, Hanna DR. Nutritional and health status among nursing home residents in Lebanon: comparison across gender in a national cross sectional study. BMC Public Health. 2014;14:629. https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-629
6. Deng J, Kong L, Li W. Gender disparities in healthy ageing in China: current status and future prospects. Front Public Health. 2025;13:1587922. https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1587922
7. Orfila F, Ferrer M, Lamarca R, Tebe C, Domingo-Salvany A, Alonso J. Gender differences in health-related quality of life among the elderly: the role of objective functional capacity and chronic conditions. Soc Sci Med. 2006;63(9):2367-80. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.06.017
8. Matud MP, García MC. Psychological Distress and Social Functioning in Elderly Spanish People: A Gender Analysis. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(3). https://doi.org/10.3390/ijerph16030341
9. Dziechciaż M, Filip R. Biological psychological and social determinants of old age: bio-psycho-social aspects of human aging. Ann Agric Environ Med. 2014;21(4):835-8. https://doi.org/10.5604/12321966.1129943
10. Oshio T, editor Gender Differences Among Elderly Japanese: Importance of family and social relations for life satisfaction2011.
11. Chen PL, Tsai YL, Lin MH, Wang J. Gender differences in health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly. J Women Aging. 2018;30(3):259-74. https://doi.org/10.1080/08952841.2017.1301170
12. Chakraborty S, editor Gendered Satisfaction about Quality of Life of Indian Elderly: An Inspection2014.
13. Yu Y, Wang F, Zhu F, Yin Z. Residential Satisfaction of Elderly as Determinant Behind Design Thinking in Urban Planning. Nano LIFE. 2018;08(02):1840004. https://doi.org/10.1142/S1793984418400044
14. Yang S, Bai T, Feng L, Zhang J, Jiang W. Indoor Environmental Quality in Aged Housing and Its Impact on Residential Satisfaction Among Older Adults: A Case Study of Five Clusters in Sichuan, China. Sustainability. 2025;17(11):5064. https://doi.org/10.3390/su17115064
15. Miranda LCV, Soares SM, Silva PAB, editors. Quality of life and associated factors in elderly people at a Reference2016.
16. Şahin DS, Özer Ö, Yanardağ MZ. Perceived social support, quality of life

and satisfaction with life in elderly people. Educational Gerontology. 2019;45(1):69-77. https://doi.org/10.1080/03601277.2019.1585065

17. Resende Rodrigues L, Santos Tavares D, Aparecida Dias F, Sousa Pegorari M, Fiori Marchiori G, dos Santos Tavares DM. QUALITY OF LIFE OF ELDERLY PEOPLE OF THE COMMUNITY AND ASSOCIATED FACTORS. Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE. 2017;3.
18. Zhou K, Tan J, Watanabe K. How does perceived residential environment quality influence life satisfaction? Evidence from urban China. J Community Psychol. 2021;49(7):2454-71. https://doi.org/10.1002/jcop.22545
19. Fernández GF-M, Pérez FR, Abuín JMR. Components of the Residential Environment and Socio-Demographic Characteristics of the Elderly. Journal of Housing For the Elderly. 2003;18(1):25-49. https://doi.org/10.1300/J081v18n01_03
20. Kang H. Sample size determination and power analysis using the G*Power software. J Educ Eval Health Prof. 2021;18:17. https://doi.org/10.3352/jeehp.2021.18.17
21. Berger VW, Zhou Y. Kolmogorov-smirnov test: Overview. Wiley statsref: Statistics reference online. 2014. https://doi.org/10.1002/9781118445112.stat06558
22. Bahrami Taghanaki P, Mosa Farkhani E, Nourbakhsh S, Srakhosh M. Health-Related Quality of Life and Gender Differences in Elderly People: a Cross-Sectional Study. Elderly Health Journal. 2024;10(2):97-103. https://doi.org/10.18502/ehj.v10i2.17363
23. Hajian-Tilaki K, Heidari B, Hajian-Tilaki A. Are Gender Differences in Health-related Quality of Life Attributable to Sociodemographic Characteristics and Chronic Disease Conditions in Elderly People? Int J Prev Med. 2017;8:95. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_197_16
24. Yang T, Li X, Wang X, Zhou J, Chen W. The mediating role of life satisfaction in the relationship between physical exercise and depressive symptoms among middle-aged and elderly individuals. Front Public Health. 2025;13:1511509. https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1511509