

مسائل و مشکلات جسمانی، اجتماعی و روانی سال‌مندان منطقه 13

دکتر علیرضا کلدی*، دکتر انجم‌علی اکبری کامرانی**
دکتر مهشید فروغان***

این تحقیق با عنوان «بررسی مسائل و مشکلات جسمانی، اجتماعی و روانی سال‌مندان منطقه 13 تهران» انجام شده است که در قالب مطالعات نیازسنجی سال‌مندان است. افراد 60 ساله و بیشتر 6/6 درصد (4/6 میلیون نفر) از کل جمعیت کشور را تشکیل می‌دهند که حدود 500/000 نفر از آنان در تهران زندگی می‌کنند.

هدف از این مطالعه، ارائه تصویری روشن از مشکلات جسمانی، روانی و اجتماعی سال‌مندان در تهران است. روش این پژوهش، توصیفی و از نوع پیمایشی است. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده شد. جامعه مطالعه شده، سال‌مندان بالاتر از 60 سال منطقه 13 تهران، و روش جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه بود. پرسشنامه‌ها

* جامعه‌شناس، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی <a.r.kaldi@uswr.ac.ir>

** متخصص داخلی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

*** روان‌پزشک، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

در میان 300 نفر از سال‌مندان مراجعه‌کننده به «فرهنگسرای سال‌مند»، «خانه فرهنگ حافظیه» و «پارک پیروزی» توزیع شد و داده‌ها پس از جمع‌آوری با ابزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که 52 درصد جامعه تحت مطالعه مونث، 32/3 درصد بی‌سواد، 3 درصد مجرد هستند. 55 درصد از پاسخ‌گویان دارای مشکلات اقتصادی هستند، 25/6 درصد از آنان مشکل انجام فعالیت‌های روزانه (ADL) دارند، 21 درصد از شرایط جاری زندگی اظهار نارضایتی کرده‌اند، 27/3 درصد بیمه نیستند و 24 درصد دارای نوعی مشکل روانی هستند. در بحث نیازسنجی می‌توان اظه‌ار داشت سال‌مندان در تهران به ویژه زنان سال‌مند با مشکلات متعدد جسمانی، اجتماعی و روانی روبه‌رو هستند؛ به طوری‌که این مشکلات بر روی کیفیت زندگی آنان تأثیر می‌گذارد. این مطالعه نشان داد که برای برطرف کردن انواع مشکلات جسمانی، اجتماعی و روانی و نیز رفع نیازهای سال‌مندان، اقدامات سیستماتیک و برنامه‌ریزی شده لازم است تا زندگی بهتری برای سال‌مندان عزیز فراهم آید.

کلیدواژه‌ها: تهران، سال‌مند، مشکلات اجتماعی، مشکلات جسمانی، مشکلات روانی

تاریخ دریافت مقاله : 1383/6/15
تاریخ پذیرش مقاله : 1383/9/10

مقدمه

پیشرفت چشم‌گیر در علوم پزشکی، بالا رفتن سطح بهداشت جامعه و امکانات زیستی، کاهش مرگ و میر و تولد، میانگین عمر بشر را بالا برده است. امروزه متوسط عمر در بعضی از کشورهای پیشرفته به بیش از 85 سال رسیده است (سیام، 1380). در ایران نیز بر اساس آخرین آمار رسمی، میانگین عمر به 67 سال رسیده و بر اساس آمار سال 1375 جمعیت بالاتر از 60 سال در ایران بیش از چهار میلیون نفر است (شجری، 1378). کوچکتر شدن خانواده‌ها به خصوص در شهرهای پرجمعیت و کلان‌شهرها، به‌ویژه تهران که ناشی از ضرورت کار تمام وقت بیشتر اعضاء در خارج از منزل است، و بالا بودن سرسام آور هزینه‌های زندگی و مسکن منجر به کوچکتر شدن فضای زندگی و کم شدن اوقات فراغت می‌شود.

به نظر می‌رسد سالمندان به دلیل کهولت و کاهش توانایی‌هایشان و هم اینکه از اقشار آسیب پذیر جامعه محسوب می‌شوند، بایستی تحت توجه و حمایت‌های لازم قرار گیرند و نیازهای آنان در ابعاد جسمی، اجتماعی و روانی ارزیابی و بررسی شود. لذا این تحقیق به منظور دست‌یابی به اطلاعاتی در زمینه مشکلات جسمی، اجتماعی و روانی سالمندان انجام شد تا راهکارهای مناسب برای رفع این مشکلات تحت بررسی قرار گیرد.

سالمندان قشری از جامعه هستند که در دنیای معاصر همگام با پیشرفت‌های عظیم صنعت، علم و

تکنولوژی، به عنوان جمعیت رو به رشد با نیازهای ویژه، محسوب می شوند و دولت ها خود را ملزم می دانند که به این قشر بیش از پیش توجه نشان دهند. امروزه در دنیای فوق صنعتی، برای نیازهای این گروه از جم له نیازهایی چون درمان، توان بخشی، تغذیه مناسب، مسکن و اوقات فراغت سرمایه گذاری های عظیمی صورت می گیرد. کشورهای در حال توسعه در ارائه خدمات فوق به این قشر از جامعه با مسائل و مشکلات عدیده ای روبه رو هستند و نه تنها پوشش همگانی در ارائه خدمات مختلف به این گروه ندارند بلکه اغلب نمی توانند به نیازهای اساسی آن ها نیز پاسخ مناسبی دهند (حاتمی، 1377).

بیماری، ناتوانی، اختلالات ذهنی، فوت همسر، فقر و بسیاری عوامل اجتماعی دیگر باعث می شود تا نیازهای سالمندان در پاره ای موارد متفاوت با نیازهای سایر اقشار جامعه باشد که توجه به آن ها حائز اهمیت بسیاری است.

در مطالعاتی که به تفکیک در خصوص مسائل و مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی به عمل آمده، هیچگاه این ابعاد سه گانه مشکلات در کنار هم دیده نشده است. مثلاً در یک بررسی که در خصوص مشکلات زنان سالمند به عمل آمده، اظهار شده که مشکلات اقتصادی زنان بیش تر از مردان است، یا اینکه میزان بی سواد ی زنان سالمند کشور بیش تر از مردان سالمند است (شجری، 1378). همچنین اظهار شده که زنان کم تر از مردان برای زندگی مستقل آمادگی دارند و ضمناً بیماری ها و محدودیت های کارکردی در زنان بیش تر است (جغتائی و اسدی، 1378؛ تقوی، 1376). مجموع مطالعات فوق ضرورت توجه به مسائل و مشکلات سالمندان و یافتن راه حل های مناسب را ایجاب می کند.

سالمندی فرآیندی زیستی است که تمام موجودات زنده، از جمله انسان را در بر می‌گیرد. بالا رفتن سن، بیماری نیست، بلکه یک پدیده حیاتی است که همگان را شامل می‌شود و در واقع یک مسیر طبیعی است که در آن تغییرات فیزیولوژیکی و روانی در بدن رخ می‌دهد (Braunwald et al., 1998; Hazzard et al., 1999). از نظر پزشکی سالمندی نتیجه یک سیر و روند کند بیولوژیک است که علایم ظاهری آن شامل سپید شدن مو، چین و چروک در پوست، پیرچشمی، کاهش شنوایی، کندی در تحرک، خمیدگی، کم شدن قدرت عضلات، مشکلات تنفسی و امثال آن است (Beers, 2000).

گرچه پیری یک عارضه پاتولوژیک (بیماری) نیست، ولی فعالیت کامل جسمی و ذهنی را محدود کرده، بر فعالیت‌های جسمی، روانی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی فرد تاثیر می‌گذارد (Hooyman, 2002).

در باب مکانیسم پیری تئوری‌های متفاوتی وجود دارد که گاه با هم متناقض‌اند، اما بر خلاف مبهم بودن نحوه تغییرات بیولوژیک، دگرگونی‌های فیزیولوژیکی مشخص‌تر است. به‌طور کلی تغییرات فیزیولوژیکی به سبب کاهش ظرفیت عملکردی اعضای بدن به وجود می‌آید. این کاهش ظرفیت عملکردی حدوداً از دهه سوم عمر شروع می‌شود و تدریجی و پیش‌رونده است، که البته سرعت آن در افراد مختلف متفاوت است (Morgan, et al., 2001).

ترکیب بدن از چهار بخش عمده تشکیل شده است: استخوان، توده فعال سلولی، چربی و آب. تمامی اجزای یادشده با افزایش سن از راه‌های مختلف متأثر می‌شوند. گرچه این تغییرات می‌تواند از فردی به فرد دیگر متفاوت باشد، اما وجود الگوی مشترک در این خصوص باعث شده است که تقریباً تمامی سالمندان به گونه‌ای مشابه دچار تغییراتی در این چهار ترکیب عمده شوند.

از جمله مهم‌ترین تغییرات وابسته به سن و

بیماری‌های ناشی از آن می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

الف) فشار خون بالا، ب) بیماری‌های قلبی، ج) سکته مغزی، د) دیابت، هـ) سرطان‌ها، و) بیماری‌های تنفسی، ز) بی‌اختیاری ادرار، ح) اختلالات بینایی و شنوایی، ط) اختلالات روانی، ی) تروماها، ک) مشکلات دهان و دندان.

نقش و اهمیت سالمندان در جوامع مختلف بسیار متفاوت است. به نظر می‌رسد در جوامع سنتی، سالمند تا زمانی احترام دارد که از نظر قوای ذهنی و جسمی قادر به مشارکت در امور فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی جامعه باشد. در جوامع پیشرفته مفهوم پیری عمدتاً با بیماری، بی‌مصرف بودن و وابستگی مترادف می‌شود. نظریه‌پردازان در این جوامع معتقدند که عمر زیاد پس از بازنشستگی، وظایف و هزینه‌های سنگین دولت در مراقبت از سالمندان، خارج بودن این گروه از عرصه تولید و تعداد روزافزون آنان در کنار ارزش‌های فعالیت‌های اقتصادی و پول در این جوامع، از جمله شاخص‌ها و عواملی است که سالخوردگان را کم‌اهمیت می‌نمایاند (Freeman et al., 1989).

در چین بر خلاف کشورهای غربی، سالمندی مترادف زوال ذهنی تلقی نمی‌شود. در آزمون‌های ذهنی، سالمندان چینی نمره‌های بالاتر از هم‌سالان آمریکایی خود به دست آورده‌اند. گروهی این تفاوت را به هنجارهای فرهنگی این دو جامعه نسبت می‌دهند که در اولی سالمندی پدیده‌ای است ارزشمند و سالمندان افرادی محترم و خردمند محسوب می‌شوند و در دومی معنایی به کلی متفاوت و متضاد با جامعه اول وجود دارد.

بیمه‌های اجتماعی عمدتاً خدمات خود را در دو بخش اصلی بازنشستگی و درمان ادامه می‌دهند و پدیده سالخوردگی تأثیر بسیاری بر هر دو بخش

می‌گذارد.

تغییراتی که در دهه های آینده در ساختار سنی جمعیت ایران به وقوع خواهد پیوست، موجب خواهد شد که سال خوردگی جمعیت ملموس تر شود (عشقپور، 1370). همچنین به دنبال سال خوردگی دو پدیده منفی در اقتصاد کشور بروز خواهد کرد که عبارت‌اند از: کاهش نیروی کار و افزایش بار تکفل جامعه. این دو عامل دو پیامد خواهد داشت: از سویی بار مالی صندوق‌های بیمه افزایش می‌یابد، که به دنبال آن نارضایتی بیمه‌شدگان شدت پیدا خواهد کرد، و از سوی دیگر بار مالی سازمان های حمایتی افزایش یافته و بر تعهدات دولت افزوده خواهد شد (Bonton, 1995).

بر اساس آخرین اعلام مرکز اطلاعات جمعیتی سازمان ثبت احوال کشور، 58 درصد سالمندان، تحت پوشش بیمه های مختلف قرار دارند و در این میان 36/7 درصد آن ها بیمه شده سازمان تأمین اجتماعی هستند.

آمارهای منتشره از سوی معاونت فنی و درآمد سازمان تأمین اجتماعی نشانگر این مطلب است که آهنگ رشد تعداد بازنشسته ها بسیار سریع تر از بیمه‌شدگان است: به طوری که در طی یک دوره ده ساله (1363 تا 1373)، شمار بیمه‌شدگان دو برابر و شمار بازنشستگان بیش از 3 برابر شده است. بدیهی است با سالخورده تر شدن جمعیت کشور این نرخ بسیار افزایش خواهد یافت و بار مالی آن نیز افزون خواهد گشت (شجری، 1373).

تاکنون بسیاری از کشورها در زمینه های مختلف بیمه سالمندان، از جمله بازنشستگی و خدمات درمانی، اصلاحات اساسی انجام داده اند. روند اجرای این سیاست ها در سال های اخیر، تدابیر احتیاطی فردی را به ویژه از طریق پس انداز

بازنشستگی و پس انداز خصوصی تشویق کرده است، به گونه ای که کسانی که توانایی لازم برای حمایت از خود را دارند، بتوانند بدون توسل به کمک های دولتی خود را اداره کنند (Tiuker, 1984). در بسیاری از کشورها تحقق نظام مساعدت اجتماعی و تحت پوشش قرار دادن همه اقشار جامعه از جمله سال مندان برای دریافت خدمات اجتماعی، مهمترین هدف فرض می شود (Pampel, 1998).

هدف این بررسی ارائه تصویری روشن از نیازهای جسمی، روانی و اجتماعی سالمندان تهران است. همچنین شناخت وضع موجود مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی سال مندان، ارائه رهنمود مناسب برای ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان از دیگر اهداف این پژوهش است. بنابراین با شناخت دقیق نیازها، تلاش می شود تا با ارائه راهکارهای مناسب در رفع نیازهای اساسی سالمندان از جمله درمان، توان بخشی، تغذیه و اوقات فراغت، اقدامات اساسی صورت پذیرد.

1) مبانی نظری

سالمندی که برای اکثر جوامع از 60 سالگی آغاز می شود، دورانی است که دارای برخی ویژگی های جسمی، روانی و اجتماعی است. در مطالعه سن اجتماعی، نقش های یک فرد، عادات و رفتار او در ارتباط با دیگر افراد جامعه تحت بررسی قرار می گیرد.

اریکسون (Erikson, 1982) آخرین مرحله از مراحل تحول روانی - اجتماعی را مرحله شکفتگی و رشد یافتگی در مقابل نومییدی می داند. بررسی سالمندی توأم با موفقیت، از جمله موضوعات مهم تحقیق متخصصان حوزه سال مندشناسی است. ریف سال مندی موفق را به مثابه عملکردی ایده آل یا مثبت، در

ارتباط با فعالیت های متغیر در طول دوره زندگی تعریف کرده است. فیشر در مصاحبه خود با سالمندان مرکز سال خوردگان، به این نتیجه رسی د که آن ها سال مندی موفق را در واژه هایی مانند راه بردهای غلبه بر مشکل تعریف می کنند. گیبسون اظهار می دارد سال مندی موفق مرتبط است با رسیدن به پتانسیل های فردی و رسیدن به سطحی از سلامت بدنی، اجتماعی و روان شناختی در سن پیری که برای فرد و دیگران رضایت بخش است. در یک تعریف دایره المعارفی، پیری پالمور سال مندی موفق را ترکیبی از بقاء (طول عمر)، تن درستی (فقدان ناتوانی)، و رضایت از زندگی (شادمانی) عنوان کرده است.

نظریه های دیگری نیز در خصوص سال مندی وجود دارد. یک نظریه «نظریه رهایی از قید» است که از طرف هنری کا مینگ مطرح شد (Cumming, 1961). بنا براین نظریه، در وضعیت نرمال، افراد در دوره پیری به تدریج از نقش های اجتماعی کناره گیری می کنند. در این الگو افراد سالمند موفق، به طور مشتاقانه از کار یا زندگی خانوادگی کناره گیری کرده و زمینه را برای جوانان آماده می کنند. نظریه دیگر «نظریه فعالیت» است. بر اساس این نظریه افراد مسن، موقعی سالمندانی موفق خواهند بود که در تمام فعالیت های روزانه مشارکت فعال داشته و سرگرم باشند (Bengston et al., 1996).

نظریه دیگر «نظریه پیوستگی» است. بر اساس این نظریه، افرادی در دوره بزرگ سالی زندگی موفقیت آمیزی دارند که عادات، عملکردها و شیوه های مؤثر زندگی خود را از دوره میان سالی به این دوره منتقل کرده اند. این همان شیوه آماده سازی میان سالان برای دوران سال خوردگی است و به عبارتی خیلی از ویژگی های جسمی، روان شناختی و اجتماعی در طول زندگی ثابت می مانند. بیرن، کاکس

و هاموندز معتقدند که اعتقادات مذهبی یک راهبرد عمومی برای غلبه بر مشکلات دوره سال مندی است. بنابراین می‌توان اعتقادات و اعمال مذهبی را نیز به عنوان یکی از روش‌های مقابله با مشکلات سال‌مندی دید.

در این تحقیق سعی شده است با مروری بر این دیدگاه‌های نظری، یافته‌های پژوهش ارزیابی شود.

(2) روش

در این مطالعه از روش مطالعه اسنادی و روش پیمایش بهره گرفته شده است. واحد آماری در این تحقیق، سال‌مندان مراجعه کننده به «فرهنگسرای سال‌مند»، «خانه فرهنگ حافظیه» و «پارک پیروزی» هستند.

با توجه به آمار سال‌مندان، در شهریور ماه 1382، نمونه در دسترس، از بین مراجعان به نهادهای فوق انتخاب شدند که مجموعاً 300 نفر سال‌مند بالای 60 سال بودند. محققان با حضور در این نهادها با سال‌مندان مصاحبه کرده و به تکمیل پرسشنامه‌ها اقدام کردند.

جامعه آماری این پژوهش 4811 نفر بودند که نمونه 300 نفری از بین این جامعه به طور تصادفی انتخاب شدند.

متغیرهای این تحقیق عبارت‌اند از سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت تحصیلی، شغل، قومیت، درآمد و دین که به عنوان متغیرهای مربوط به مشخصات پاسخ‌گویان مطرح است. به علاوه متغیرهای مربوط به مشکلات جسمانی، اجتماعی و روانی نیز در این پژوهش تحت بررسی قرار می‌گیرد.

با توجه به اینکه روش این تحقیق پیمایشی است، برای گردآوری اطلاعات لازم برای سنجش مفاهیم تحت بررسی، از پرسشنامه محقق‌ساخته استفاده شده است.

طبق نظر هومن (1373)، پرسشنامه می‌تواند حاوی سؤالات باز و بسته باشد که از دو قسمت تشکیل شده است: سؤالات زمینه‌ای یا وضعیتی، و سؤالات مربوط به سنجش متغیرهای مستقل و وابسته با استفاده از سؤالات با پاسخ‌های دو گزینه‌ای و چندگزینه‌ای، بر اساس آنچه کیوی (1377) مطرح کرده است.

ساختار پرسشنامه به‌گونه‌ای بوده که حاوی سیزده سؤال دربارهٔ مشخصات پاسخ‌گو، سیزده سؤال در خصوص مشکلات جسمانی، نوزده سؤال در باب مشکلات اجتماعی، هفت سؤال در باب مشکلات روانی بوده است؛ همچنین دو سؤال باز نظرخواهی از پاسخ‌گویان در انتهای سؤالات پرسشنامه که مجموعاً پنجاه و چهار سؤال را شامل شده است. سؤالات پرسشنامه از طرف متخصصان طب سال مندی، روان‌پزشکان متخصص حوزهٔ سال مندی و متخصصان حوزهٔ علوم اجتماعی که در حوزهٔ سال مندی صاحب تحقیقات متعدد هستند، تهیه شده است.

برای بررسی اعتبار ابزار، با استفاده از اجرای آزمایشی در نمونه‌ای کوچک، که تعداد آن 30 نفر بود اقدام شد و بعد به جمع‌آوری اطلاعات و تکمیل پرسشنامه‌ها پرداخته شد. سپس با بررسی ضریب آلفای کرون باخ به سنجش اعتبار پرسشنامه اقدام شد که مقدار 0/86 - که اعتبار بالایی است - به دست آمد.

همچنین برای بررسی روایی، مطابق نظر کرلینجر (1374)، از روایی محتوایی به صورت روایی نمونه‌ای، و روایی صوری - به این شکل که ابتدا پرسشنامه طراحی شده را به تعدادی از متخصصان داده تا نظرات خود را در موارد اصلاحی پرسشنامه ارائه کنند - به منظور اصلاح و مناسب‌سازی پرسشنامه استفاده شد.

پس از جمع آوری اطلاعات و کدگذاری آن ها پردازش داده ها با استفاده از نرم افزار رایانه ای SPSS به عمل آمد.

برای تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون کای اسکوتر برای تعیین میزان ارتباط بین متغیرها (جداول دو بعدی، کای اسکوتر) استفاده شد.

(3) یافته ها

در این بخش اطلاعات کلی از خصوصیات جامعه آماری تحت مطالعه به صورت جداول توزیع فراوانی و جداول دو بعدی ارائه می شود.

طیف سنی پاسخگویان بین 60 سال و 86 سال و میانگین سنی 67/7 سال بوده است. 40/3 درصد در گروه سنی 60-65 سال، 34 درصد در گروه سنی 66-70 سال، 17/7 درصد در گروه سنی 71-75 سال و 8 درصد نیز در سنین بالاتر از 76 سال بوده اند. 52 درصد پاسخگویان را سالمندان زن و 48 درصد را سالمندان مرد تشکیل داده اند. همچنین 65 درصد پاسخگویان متأهل، 3 درصد مجرد، 30/3 درصد بدون همسر (در اثر فوت) و 1/7 درصد بدون همسر - در اثر طلاق - بوده است. 32/3 درصد پاسخگویان بی سواد، 59/7 درصد دارای تحصیلات کم تر از دیپلم و 8 درصد دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر بوده اند. 12 درصد پاسخگویان شاغل و بقیه غیرشاغل هستند. 5 درصد، درآمد کم تر از 50.000 تومان در ماه، 41/7 درصد با درآمد 51000 تا 100000 تومان در ماه، 8/7 درصد با درآمد ماهانه بین 101000 تا 150000 تومان و 6 درصد با درآمد بیش از 150000 تومان در ماه داشته اند. 38/7 درصد نیز به این سؤال پاسخ نداده اند.

با توجه به این که مراجعات ادواری به پزشک از

سوی سال‌مندان برای بررسی وضعیت سلامت آنان بسیار حائز اهمیت است، 57/7 درصد پاسخ‌گویان اظهار داشته‌اند که به طور مرتب و دوره ای به پزشک مراجعه می‌کنند و 42/3 درصد پاسخ منفی داده‌اند.

جدول 1: توزیع فراوانی پاسخ‌گویان بر حسب وجود مشکل در دستگاه‌های بدن

وجود مشکل در دستگاه بدن	فراوانی	درصد
مغز و اعصاب	30	10
بینایی	42	14
شنوایی	17	5/7
قلب و عروق	61	20/3
تنفس	17	5/7
گوارش	24	8
کلیه و مجاری ادرار	46	15/3
خون	33	11
استخوان و مفاصل	73	24/3
پوست	4	1/3
غدد داخلی	22	7/3
دستگاه تناسلی	21	7
سایر موارد	16	5/3

مطابق جدول شماره 1، بیش‌ترین فراوانی مشکلات جسمی به استخوان و مفاصل (24/3 درصد)، بعد قلب و عروق (20/3 درصد) و سپس کلیه و مجاری ادرار (15/3 درصد) تعلق داشته است.

زمین خوردن یکی از مشکلات عمده سالمندی است. در سنین بالاتر از 60 سالگی، گاهی تعادل آن‌سان دچار مشکل شده و یکی از شایع‌ترین پی‌آمدهای این مشکل، همین به زمین خوردن است. 27 درصد پاسخ‌گویان اظهار داشته‌اند که طی یک‌سال گذشته مشکل زمین خوردن داشته‌اند.

کاهش وزن نیز از مشکلات دوره سالمندی است. آب بدن به تدریج کم شده و چین و چروک بر روی پوست بدن نمایان می شود. از طرف دیگر، کم اشتها و کم غذایی در بین بعضی از سالمندان مشاهده می شود. بدین ترتیب 51 درصد پاسخگویان اظهار داشته اند که وزن آنها در یک سال اخیر کاهش یافته است. در دوره سالمندی حواس و اعضای بدن در کارکردهای خود به تدریج دچار مشکل می شوند. 59 درصد از پاسخگویان این پژوهش اظهار داشته اند که از عینک برای رفع اشکال بینایی خود استفاده می کنند؛ 5 درصد از سمعک، 8/7 درصد از عصا و واکر، 66/3 درصد از دندان مصنوعی و 0/3 درصد نیز از صندلی چرخ دار استفاده می کنند.

جدول 2: توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب احساس رضایت از زندگی

احساس رضایت از زندگی	فراوانی	درصد
بلی	228	76
خیر	63	21
بدون جواب	9	3
جمع	300	100

در پاسخ به این سؤال که آیا به طور کلی از زندگی تان احساس رضایت می کنید، 76 درصد پاسخ مثبت داده اند؛ حال آن که 21 درصد از آنها به این سؤال پاسخ منفی داده اند. اظهار عدم رضایت از زندگی از سوی سالمندان علل بسیاری دارد که از عمده آنها مشکلات اقتصادی است. از پاسخگویان سؤال شد از ارتباط اجتماعی با بستگان و اطرافیان خود چه قدر راضی هستید؟ 18/7

درصد پاسخ داده اند که بسیار زیاد، 24/3 درصد زیاد، 43/7 درصد متوسط، 9/3 درصد کم و 2/7 درصد خیلی کم را اظهار داشته اند.

جدول 3: توزیع فراوانی پاسخ‌گویان بر حسب داشتن اوقات فراغت، فعالیت اجتماعی و ورزشی

فعالیت	فراوانی	درصد
اوقات فراغت	223	74/4
بلي	76	25/3
خير	1	0/3
بدون جواب		
فعالیت اجتماعی	54	18
بلي	233	77/7
خير	13	4/3
بدون جواب		
فعالیت ورزشی	173	57/7
بلي	124	41/3
خير	3	1
بدون جواب		

74/4 درصد پاسخ‌گویان اظهار داشته اند که دارای اوقات فراغت هستند؛ 18 درصد دارای فعالیت اجتماعی بوده و 57/7 درصد نیز فعالیت ورزشی دارند. داشتن برنامه اوقات فراغت، مشارکت اجتماعی و فعالیت اجتماعی و نیز داشتن فعالیت ورزشی برای سال‌مندان بسیار حائز اهمیت است. ورزش‌های محبوب پاسخ‌گویان شامل نرمش، دو، کشتی، پیاده‌روی، کوه‌پیمایی، شنا، تنیس، تیراندازی و پینگ‌پنگ است.

همچنین فعالیت اجتماعی اظهار شده از سوی پاسخ‌گویان، فعالیت در مسجد محل، فعالیت در بسیج محل، امور خیریه، خانه فرهنگ محل و نیز فعالیت در فرهنگسرا و کانون سالمندان بوده است. از پاسخ‌گویان سؤال شد آیا شما بیمه هستید؟ 72/4 درصد پاسخ‌گویان اظهار داشتند که از بیمه (بازنشستگی، درمانی و ...) برخوردارند؛ حال آن‌که 27/3 درصد به این سؤال پاسخ منفی داده‌اند. این مشکل جای مطالعه و بررسی دارد، زیرا نبودن بیمه ممکن است انواع مشکلات دیگر از جمله اقتصادی را به همراه داشته باشد. افرادی که اظهار داشته‌اند بیمه هستند هر یک نوعی از این بیمه‌ها ذکر کرده‌اند: بیمه تأمین اجتماعی، بیمه خدمات درمانی، بیمه بانکی، بیمه ارتش و نیروهای مسلح، کمیتۀ امداد، بیمه خویش فرما، بیمه عمر، بیمه دانا، بیمه شرکت نفت، بنیاد شهید، کانون سردفتران و بیمه شهرداری.

جدول 4: توزیع فراوانی پاسخ‌گویان بر حسب انواع مشکلات روانی

درصد	فراوانی	انواع مشکلات روانی
25 48 26/3 0/7	75 144 79 2	آیا اغلب احساس تنهایی می‌کنید؟ خیر تأخوری اغلب بدون جواب
22 48/3	66 145	آیا اخیراً کم‌حوصله شده‌اید؟

29 0/7	87 2	خير تاحدودي اغلب بدون جواب
29 42/7 27/3 1	87 128 82 3	آيا زياد عصباني مي شويد؟ خير تاحدودي اغلب بدون جواب

ادامه جدول 4:

34/3 44 21 0/7	103 132 63 2	آيا حس مي كنيد زندگي براي تان پوچ شده است؟ خير تاحدودي اغلب بدون جواب
22/3 53/4 24	67 160 72	آيا اغلب اوقات ، نگراني شما را آزار مي دهد؟ خير

0/3	1	تأحدودی اغلب بدون جواب
30 44/7 25 0/3	90 134 75 1	آیا بیش تر شب ها بی خواب می شوید؟ خیر تأحدودی اغلب بدون جواب
20/7 50/7 28/3 0/3	62 152 85 1	آیا اکثر روزها احساس خستگی می کنید؟ خیر تأحدودی اغلب بدون جواب

در بررسی مشکلات روانی سال مندان، احساس تنهایی، کم‌حوصلگی، عصبانیت، احساس پوچی، دلهره و

نگرانی، بی‌خوابی، و خستگی و کوفتگی از عمده‌ترین این مشکلات است.

26/3 درصد پاسخ‌گویان اظهار داشته‌اند که اغلب احساس تنهایی می‌کنند؛ 48 درصد تا حدودی به این احساس دچارند؛ و تنها 25 درصد این احساس را ندارند.

29 درصد پاسخ‌گویان اظهار داشته‌اند که اخیراً اغلب کم‌حوصله شده‌اند؛ 48/3 درصد نیز گفته‌اند تا حدودی کم‌حوصله‌اند و 22 درصد پاسخ منفی داده‌اند. 27/3 درصد پاسخ‌گویان اظهار داشته‌اند که اغلب زیاد عصبانی می‌شوند، 42/7 درصد نیز تا حدودی عصبانی می‌شوند و 29 درصد نیز پاسخ منفی داده‌اند.

در پاسخ به سؤال «احساس پوچی در زندگی»، 21 درصد اغلب، 44 درصد تا حدودی و 34/3 درصد پاسخ خیر داده‌اند.

در پاسخ به این سؤال که «آیا اغلب اوقات، دلهره و نگرانی شما را آزار می‌دهد؟» 24 درصد اغلب، 53/4 درصد تا حدودی و 22/3 درصد منفی پاسخ داده‌اند.

در خصوص بی‌خوابی در شب‌ها، 25 درصد اغلب پاسخ داده‌اند، 44/7 درصد تا حدودی و 30 درصد نیز پاسخ منفی. 28/3 درصد پاسخ‌گویان اظهار داشته‌اند که اکثر روزها احساس خستگی می‌کنند، 50/7 درصد گفته‌اند تا حدودی حس خستگی می‌کنند و 20/7 درصد نیز به این سؤال پاسخ منفی داده‌اند.

جدول 5: ارتباط وضعیت تأهل و احساس رضایت از زندگی

وضعیت تاهل	احساس رضایت از زندگی		
	بلی	خیر	جمع
متاهل	54/6	10	64/6

3/1	1/4	1/7	مجرد
32/3	10/3	22	بیوه
100	21/6	78/4	جمع

$$X^2=12/890$$

$$DF=2$$

$$P=0/002$$

همان‌طور که از جدول شماره 5 - در خصوص معنی‌داری ارتباط بین دو متغیر وضعیت تأهل و احساس رضایت از زندگی - برمی‌آید، مقدار X^2 (12/890) در سطح معنی‌داری 0/002 قرار دارد. به عبارت دیگر بین این دو متغیر رابطه معنی‌داری وجود دارد؛ بدین معنی که افراد متأهل در زندگی از افراد غیرمتأهل احساس رضایت بیشتری دارند.

جدول 6: ارتباط وضعیت تحصیلی و احساس رضایت از زندگی

جمع	خیر	بلی	احساس رضایت از وضعیت تحصیلی زندگی
32/3	8/6	23/7	بی‌سواد
59/8	10	49/8	زیر دیپلم
7/9	3/1	4/8	دیپلم و بالاتر
100	21/6	78/4	جمع

$$X^2=8/046$$

$$DF=2$$

$$P=0/018$$

طبق جدول شماره 6، رابطه معنی‌داری بین دو متغیر وضعیت تحصیلی و احساس رضایت از زندگی وجود دارد. مقدار X^2 با 8/046 در سطح 0/018 معنی‌دار بوده و بر افزایش احساس رضایت از زندگی بر اساس افزایش سطح تحصیلی پاسخ‌گویان دلالت می‌کند.

4) بحث و نتیجه‌گیری

در زمینه مشکلات دوره سالمندی می‌توان اظهار داشت که یکی از عمده‌ترین این مشکلات در بعد اقتصادی

مطرح است؛ به طوری که در این پژوهش، 55 درصد از نمونه مطالعه شده اظهار داشته‌اند که درآمد آن‌ها برای هزینه زندگی کافی نیست. از سوی دیگر در خصوص میزان درآمد نمونه تحت مطالعه، تنها 6 درصد دارای درآمد بیش از 150 هزار تومان بوده‌اند. بنابراین می‌توان ملاحظه کرد که درآمد قشر سالمند جامعه برای گذران زندگی کافی نبوده و به همین علت است که معمولاً سالمندی با فقر همراه بوده و به ویژه این امر در باره سالمندان زن صادق است. یافته‌های این مطالعه، مؤید نتایج حاصل از مطالعه شهره سیام (1380) است. به سبب ناکافی بودن درآمد، مراجعه ادواری به پزشک که برای سالمندان بسیار ضروری است صورت نمی‌گیرد. این مشکل برای گروهی از سالمندان مضاعف است، زیرا در این پژوهش 27/3 درصد از نمونه مطالعه شده اظهار داشته‌اند که از هیچ نوع بیمه‌ای برخوردار نیستند. همچنین در این پژوهش، 26/3 درصد از نمونه تحت مطالعه اغلب احساس تنهایی می‌کنند. کم‌حوصلگی و بی‌حوصلگی نیز از دیگر مشکلات اغلب سالمندان است. دو مشکل یادشده با مشکل دیگری به نام عصبانیت همراه است. دلهره و نگرانی نیز از دیگر مشکلات دوران سالمندی است؛ همچنین بی‌خوابی و احساس خستگی و کوفتگی از مشکلات شایع سالمندان است، به طوری که در این پژوهش، حدود یک سوم نمونه مطالعه شده اظهار داشته‌اند که اکثر روزها احساس خستگی و کوفتگی می‌کنند.

بررسی مسائل و مشکلات جسمانی، اجتماعی و روانی سالمندان منطقه 13 تهران نشان می‌دهد بسیاری از افراد در نمونه مطالعه شده دارای مشکلات مختلف جسمانی، اجتماعی و روانی هستند. بیشترین فراوانی مشکلات جسمانی به ترتیب در زمینه های

استخوان و مفاصل، قلب و عروق و کلیه و مجاری ادرار است. یافته‌های این تحقیق نیز بررسی ترش را تأیید می‌کند (Tresch, 1999).

21 درصد از پاسخ‌گویان در خصوص احساس رضایت از زندگی پاسخ م‌ نفی داده اند. همچنین بسیاری از افراد سالمند در نمونه تحت مطالعه برنامه مشخصی برای اوقات فراغت، فعالیت‌های اجتماعی و فعالیت‌های ورزشی خود ندارند. این امر نشان می‌دهد که مشکلات اجتماعی سالمندان به میزانی است که مانع از آن می‌شود که آن‌ها اوقات فراغتی با آرامش کامل داشته باشند. همچنین مانع انجام فعالیت‌های اجتماعی مفید آن‌ها می‌شود. مشکلاتی مانند احساس تنهایی، کم‌حوصلگی، عصبانیت، بی‌خوابی، خستگی و... نیز، در کنار سایر مشکلات، مزید بر علت شده است. یافته‌های این تحقیق، بحث اریکسون را در باب آخرین مرحله از مراحل و موضوعات رشدی تأیید می‌کند (Erikson, 1982).

برای رفع یا کاهش هر یک از مشکلات فوق، همکاری خود سالمند از یک طرف و مساعدت‌های دیگر اعضای خانواده و جامعه می‌تواند مفید باشد. همچنین توجه به همه مشکلات جسمانی، اجتماعی و روانی و تلاش در رفع این مشکلات به صورت متفق، در بهبود وضعیت سالمندان و ارتقای سلامت و کیفیت زندگی آنان مؤثر است.

5) پیشنهادات

بهره‌مند کردن سالمندان از کیفیت مطلوب زندگی در زمینه‌های اقتصادی، اجتماعی، بهداشتی، درمانی، جسمی، روانی و فرهنگی، و سهم‌پذیر کردن آنان در توسعه کشور - از طریق بازخوانی آنان در مشارکت‌های فعال جامعه میسر است تفصیل این موضوع به این قرار است:

– آگاه کردن افراد خانواده و خود سالمندان در پیشگیری از بیماری‌ها و خطرات احتمالی با توجه به آسیب‌پذیر بودن سالمندان در مقابل بیماری‌ها و خطرات بهداشتی؛

– تلاش همه جانبه در راستای اعتلای موقعیت اجتماعی سالمندان در خانواده و جامعه، و تقویت مبانی نظام خان‌واده بر اساس ارزش‌های فرهنگی و اسلامی حمایت از سالمندان؛

– ایجاد جو مساعد و تشویق‌کننده اقتصادی برای پس‌انداز زمان سال‌خوردگی؛

– ایجاد سیستم یارانه برای سالمندانی که از هیچ نوع مستمري و درآمدی برخوردار نیستند، مخصوصاً زنان سالمند.

از دیگر راه‌بردها و طرّی‌هایی که در این خصوص می‌توان برشمرد این موارد است:

– در اکثر موارد در راه‌کوشش سالمندان برای مشارکت در فعالیت‌های اقتصادی مشکلاتی وجود دارد.

دولت باید به طرق مناسب تبعیض سنی را از بین ببرد تا سن سالمند حربه‌ای برای جدایی او از جامعه و فعالیت‌های اجتماعی نشود و مشارکت آنان

در زندگی اقتصادی تسهیل شود. (در این باره سازمان ملل در 1999 به منافع همه افراد بدون در نظر گرفتن سن و سال، به ویژه سالمندان تأکید

کرده است)؛

– مسائل بهداشتی و درمانی سالمندان باید از اولویت خاصی برخوردار باشد، زیرا سالمندان از

دیگر اقشار جامعه آسیب‌پذیرتر هستند و برای بیماری و معلولیت آمادگی لازم را دارند؛

– بخش‌های طب سالمندی در بیمارستان‌ها تأسیس و تجهیز شود و نیروی انسانی لازم برای اجرای

برنامه سلامت سال‌مندان تربیت شوند. همچنین دوره‌های آموزش طب سالمندی و سالمندشناسی به

صورت جامع دایر شود؛

- بازآموزی پزشکان - کارشناسان بهداشت ی -
- پرستاران - مددکاران و جامعه شناسان در زمینه
- مراقبت‌های مرتبط به سالمندان و فرهنگسازی جامعه
- در زمینه حفظ حرمت سالمندان؛
- انجام مشاوره های خانوادگی و بهداشت روانی
- برای خانواده های دارای سالمند و خود سالمندان؛
- انجام تحقیقات در کلیه جنبه های سالمندی به
- منظور کسب اطلاعات بیش تر برای حفظ سلام ت جسمی
- روانی و اجتماعی سالمندان؛
- ایجاد نظام مراقبت‌های بهداشتی سالمندان در
- منزل به کمک تیم پزشکی و پیراپزشکی؛
- تشکیل مراکز رفاهی سالمندان به صورت روزانه
- یا اقامت‌های کوتاه مدت؛
- تشکیل باشگاه های سالمندان به صورت روزانه؛
- تشکیل شورای ملی سالمندان که مطابق
- پیشنهاد اجلاس مادرید اسپانیا است . در این
- راستا دولت باید برنامه های مختلف سالمندان را
- به صورتی یکپارچه و هماهنگ درآورد و فعالیت‌های
- کلیه سازمان‌ها و نهادهای موازی را با این موضوع
- همسو کند. همچنین هیأت ویژه ای را با اختیارات
- تام برای تصمیم‌گیری در ابعاد مختلف بهبود کیفیت
- زندگی سالمندان مأمور کند؛
- خانه ها و مراکز آسایش گاه سالمندی بایستی
- حتی‌الامکان براساس حداقل استاندارد جهانی بوده و
- به علاوه در م جاورت محیط زندگی اف راد دیگر
- اجتماع قرار داشته باشد؛
- مساعی لازم به عمل آید تا فراگرد سالخوردگی،
- سالمندان را از ادامة ایفای نقش مثبت محروم
- نسازد و فرصت‌هایی را برای تعلیم و حتی بازآموزی
- سالمندانی که قادر به کار و فعالیت هستند ب ه
- وجود آورد؛
- در رفع تبعیض حقوقی بین سالمندان بازنشسته
- و شاغلان کوشش شود؛ زیرا سالمندان به تناسب

افزایش اعضای خانواده نیاز به منابع مالی بیشتری دارند؛
- تنظیم و اجرای برنامه هایی که نگرش و رفتار جامعه را به سالمندان تغییر دهد و تصور مثبتی از آنان در ذهن اعضای خانواده مخصوصاً جوانان به وجود آورد.

1. تقوي، علي (1376) «سال‌خوردگی جمعیت و آثار آن در نظام تأمین اجتماعی». ماهنامه اطلاعات سیاسی و اقتصادی، سال دوازدهم، شماره چهارم، آذر و دی ماه.
2. جغتایی، محمد تقی؛ اسدی، محمدحسین (1378) «وضعیت موجود سال‌مندان و ضرورت توجه به نیازهای آنان». مجله پژوهشی حکیم، دوره دوم، شماره اول.
3. حاتمی، مسعود (1377) «طرح رفاه مستمری بگیران سازمان تأمین اجتماعی». تهران: انتشارات سازمان تأمین اجتماعی.
4. رفیع پور، فرامرز (1373) کند و کاوها و پنداشته‌ها. تهران: شرکت سهامی انتشار.
5. سیام، شهره (1380) وضعیت اقتصادی سالمندان. بهداشت جهان، سال چهاردهم، شماره اول و دوم، (پیاپی 4).
6. شجری، ژیل (1373) نگرشی بهداشتی بر مسئله سالمندان. تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی.
7. شجری، ژیل (1378) سال مندی و چالش‌های آن. تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی ایران.
8. عشقپور، مجتبی (1370) مشکلات دوران پیری. تهران: انتشارات معین.
9. کرلینجر، فردریک نیکلز (1374) مبانی پژوهش در علوم رفتاری. ترجمه حسن پاشا شریفی و جعفر نجفی زند. تهران: آوای نور.
10. کیوی، ریمون وکاپنهود، لوک وان (1377) روش تحقیق در علوم اجتماعی. ترجمه عبدالحسین نیک‌گهر. تهران: نشر و فرهنگ معاصر.
11. هومن، حیدر علی (1373) پایه‌های پژوهش در علوم رفتاری. تهران: نشر دیبا.

12. Beers, Mark H. (2000). **"The Merck Manual of Geriatrics"**. Third Edition. Merck Research Laboratories.
13. Bengston, V., et al. (1996) **"Paradoxes of Families and Ageing"**. in R.H. Binstock et al., Handbook of Ageing and the Social Sciences. New York: Academic Press.
14. Bonton, R. (1995) **"The Sociology of Health Promotion"**. London: Routledge.
15. Braunwald, M., et al. (1998) **"Principles of Internal Medicine"**. N.Y.: McGraw Hill.
16. Cumming, E. (1961) **"Growing Old: The Process of Disengagement"**. New York: Basic Books.
17. Erikson, E. (1982) **"The Life Cycle Completes: A Review"**. New York: Norton.
18. Freeman, G., et al. (1989) **"Hand book of Medical Sociology"**. Oxford: Cambridge.
19. Hazzard, William R., et al. (1999) **"Principles of Geriatric Medicine and Gerontology"**. Fourth Edition. New York: McGraw Hill.
20. Hooyman, N.R., et al. (2002) **"Social Gerontology"**. Allyn & Bacon.
21. Morgan, Leslie., et al. (2001) **"Aging: The Social Context"**. Pine Forge.
22. Pampel, Fred (1998) **"Aging, Social Inequality, and Publicity"**. Pine Forge.
23. Tiuker, Anthea (1984) **"The Elderly in Modern Society"**. London : Longman.
24. Tresch, Donald D., et al. (1999) **"Cardiovascular Disease in the Elderly Patient"**. Second Edition. Marcel Dekker.