

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

دانشگاه الزهرا (س)

دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی

پایان نامه

جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد

رشته پژوهش علوم اجتماعی

عنوان

بررسی تأثیر خدمات اجتماعی-رفاهی بر سلامت اجتماعی و روانی سالمندان

(نمونه مورد بررسی: سالمندان بالای ۶۰ سال شهر گرگان)

استاد راهنما

دکتر محمد تقی شیخی

استاد مشاور

دکتر مرضیه موسوی

دانشجو

ربابه کشیری

مهر ۱۳۹۱

کلیه دستاوردهای این پایان نامه متعلق به

دانشگاه الزهرا (س) می باشد.

این پایان نامه را ضمن تشکر و سپاس بیکران و در کمال افتخار و امتنان

تقدیم می نمایم به

پدر بزرگ و مادر بزرگ عزیزم که نفس خیرشان و دعای روح پرورشان

همیشه بدرقه راهم بوده و هست.

اساتید گرامی

جناب آقای دکتر محمد تقی شیخی

سرکار خانم دکتر مرضیه موسوی

بسی شایسته است که از تلاش های مداوم و کوشش های مستمر شما در
اشاعه ی تعلیم و تربیت و بسط و توسعه علم و دانش و نیز کمک های
ثمر بخش شما به عنوان اساتید راهنما و مشاور در تدوین و ارائه ی
این پایان نامه مراتب سپاسگذاری را به عمل آورم.

چکیده

اگر چه آمار رسمی در مورد سلامت سالمندان وجود ندارد ولی وضعیت موجود در جامعه نشان می‌دهند که ساختارهای کلان و خرد جامعه به نحوی هستند که توانایی تأمین بهداشت روانی، سلامت جسمی و اجتماعی سالمندان را در سطح مطلوبی فراهم نکرده‌اند و بسیاری از سالمندان از سلامت اجتماعی و روانی مناسبی برخوردار نیستند. لذا برآن شدیم تا در این پژوهش به بررسی تأثیر خدمات اجتماعی-رفاهی بر سلامت اجتماعی و روانی سالمندان بپردازیم. این تحقیق با استفاده از روش پیمایش انجام شده است و ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه بوده است. برای سنجش سلامت اجتماعی سالمندان از پرسشنامه استاندارد سلامت اجتماعی کییز و برای سنجش سلامت روانی سالمندان از پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ استفاده شده است. همچنین برای سنجش خدمات اجتماعی-رفاهی با توجه به تئوری‌ها و مطالعات پیشین از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شده است که قبل از اجرا روایی و اعتبار آن مورد بررسی قرار گرفت. جامعه آماری پژوهش سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر شهر گرگان اعم از زن و مرد می‌باشند. که تعداد ۱۲۴ نفر با استفاده از فرمول کوکران به عنوان نمونه انتخاب شدند. نتایج مطالعه حاکی از آنست که رضایت از خدمات اجتماعی-رفاهی هم به طور مستقیم و هم به واسطه متغیر احساس رضایت از زندگی بر سلامت اجتماعی سالمندان تأثیرگذار است ولی بر سلامت روان سالمندان فقط به واسطه احساس رضایت از زندگی تأثیرگذار است و تأثیر مستقیمی ندارد.

از بین خدمات اجتماعی-رفاهی، متغیرهای رضایت از خدمات بیمه‌ای و اوقات فراغت بیشترین تأثیر را بر سلامت روان سالمندان داشته‌اند. رضایت از خدمات بیمه‌ای همچنین دارای بیشترین تأثیر بر سلامت اجتماعی سالمندان می‌باشد.

واژگان کلیدی: سلامت اجتماعی، سلامت روانی، خدمات اجتماعی-رفاهی، سالمندی.

فهرست مطالب

فصل اول: کلیات

- ۱-۱ مقدمه ۱
- ۲-۱ بیان مسأله ۳
- ۳-۱ پرسش های پژوهش ۷
- ۴-۱ اهمیت و ضرورت پژوهش ۷
- ۵-۱ اهداف پژوهش ۸

فصل دوم: مبانی مفهومی و نظری

- ۱-۲ مقدمه ۱۰
- ۲-۲ مبانی مفهومی ۱۱
- ۱-۲-۲ تعریف مفهومی خدمات اجاماعی-رفاهی ۱۱
- ۲-۲-۲ تعریف مفهومی سلامت اجتماعی ۱۳
- ۳-۲-۲ تعریف مفهومی سلامت روان ۱۶
- ۴-۲-۲ تعریف مفهومی سالمندی ۲۰
- ۱-۴-۲-۲ سالمندان و رفاه اجتماعی ۲۴
- ۱-۱-۴-۲-۲ خدمات درمانی سالمندان ۲۵
- ۲-۱-۴-۲-۲ وضعیت مسکن سالمندان ۲۶
- ۳-۱-۴-۲-۲ اوقات فراغت سالمندان ۲۷
- ۳-۲ مبانی نظری ۲۹
- ۱-۳-۲ نظریه های سالمندی ۲۹
- ۱-۱-۳-۲ نظریه های روانشناختی سالمندی ۲۹
- ۱-۱-۳-۲ نظریه نیازهای انسان ۲۹
- ۲-۱-۳-۲ نظریه یونگ ۳۱
- ۳-۱-۳-۲ نظریه اریکسون ۳۱

۳۲	..... ۴-۱-۱-۳-۲ بهینه سازی انتخابی
۳۲	..... ۵-۱-۱-۳-۲ نظریه روند زندگی
۳۳	..... ۲-۱-۳-۲ نظریه های جامعه شناختی سالمندی
۳۳	..... ۱-۲-۱-۳-۲ نظریه عدم مشارکت
۳۵	..... ۲-۲-۱-۳-۲ نظریه فعالیت
۳۸	..... ۳-۲-۱-۳-۲ نظریه مبادله
۴۰	..... ۴-۲-۱-۳-۲ نظریه محیط اجتماعی
۴۰	..... ۵-۲-۱-۳-۲ نظریه پیوستگی
۴۲	..... ۲-۳-۲ دیدگاه های نظری درباره رفاه
۴۲	..... ۱-۲-۳-۲ دیدگاه اول
۴۲	..... ۲-۲-۳-۲ دیدگاه دوم
۴۳	..... ۳-۲-۳-۲ دیدگاه سوم
۴۴	..... ۳-۳-۲ دیدگاه های مربوط به سلامت اجتماعی
۴۴	..... ۱-۳-۳-۲ دیدگاه سلامت اجتماعی کلیدی
۴۸	..... ۲-۳-۳-۲ دیدگاه سلامت اجتماعی کنت نول
۴۹	..... ۳-۳-۳-۲ دیدگاه سلامت اجتماعی دورکیم
۴۹	..... ۴-۳-۳-۲ دیدگاه سلامت اجتماعی فوردهام
۵۰	..... ۵-۳-۳-۲ شاخص ترکیبی سلامت اجتماعی در ایران
۵۲	..... ۴-۲ مروری بر مطالعات پیشین
۵۲	..... ۱-۴-۲ مطالعات داخلی
۵۷	..... ۲-۴-۲ مطالعات خارجی
۶۰	..... ۵-۲ چارچوب نظری
۶۷	..... ۶-۲ مدل نظری تحقیق
۶۸	..... ۷-۲ فرضیات تحقیق

فصل سوم: روش تحقیق

۷۰	..... ۱-۳ مقدمه
۷۰	..... ۲-۳ تعاریف مفاهیم و نحوه سنجش متغیرها

۷۰	..... ۱-۲-۳ تعاریف نظری و عملیاتی متغیرهای وابسته
۷۰	..... ۱-۱-۲-۳ تعریف نظری سلامت روانی
۷۱	..... ۲-۱-۲-۳ تعریف عملیاتی سلامت روانی
۷۴	..... ۳-۱-۲-۳ تعریف نظری سلامت اجتماعی
۷۵	..... ۴-۱-۲-۳ تعریف عملیاتی سلامت اجتماعی
۷۸	..... ۲-۲-۳ تعریف نظری و عملیاتی متغیر واسطه ای
۷۸	..... ۱-۲-۲-۳ تعریف نظری احساس رضایت اززندگی
۷۸	..... ۲-۲-۲-۳ تعریف عملیاتی احساس رضایت اززندگی
۷۸	..... ۳-۲-۳ تعریف نظری و عملیاتی متغیر مستقل
۷۸	..... ۱-۳-۲-۳ تعریف نظری خدمات اجتماعی-رفاهی
۷۹	..... ۲-۳-۲-۳ تعریف عملیاتی خدمات اجتماعی-رفاهی
۸۱	..... ۳-۳ روش تحقیق
۸۲	..... ۴-۳ نوع مطالعه
۸۲	..... ۵-۳ جامعه آماری و واحد تحلیل
۸۲	..... ۶-۳ روش نمونه گیری
۸۳	..... ۷-۳ برآورد حجم نمونه
۸۴	..... ۸-۳ روش جمع آوری اطلاعات
۸۴	..... ۹-۳ اعتبار وروایی متغیرها
۸۵	..... ۱-۹-۳ روایی پرسشنامه
۸۵	..... ۲-۹-۳ تعیین اعتبار(روایی)متغیرها
۸۵	..... ۱-۲-۹-۳ اعتبارپرسشنامه خدمات اجتماعی-رفاهی
۸۶	..... ۲-۲-۹-۳ اعتبار پرسشنامه سلامت اجتماعی
۸۷	..... ۳-۲-۹-۳ اعتبارپرسشنامه سلامت روان
۸۸	..... ۱۰-۳ روش تجزیه و تحلیل داده ها

فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده ها

۹۰	..... ۱-۴ مقدمه
۹۱	..... ۲-۴ توصیف یافته ها

- ۹۱ ۱-۲-۴ توصیف متغیرهای زمینه ای
- ۹۱ ۱-۱-۲-۴ توزیع فراوانی جنسیت
- ۹۲ ۲-۱-۲-۴ توزیع فراوانی سن
- ۹۲ ۳-۱-۲-۴ توزیع فراوانی وضعیت تأهل
- ۹۳ ۴-۱-۲-۴ توزیع فراوانی سطح تحصیلات
- ۹۴ ۵-۱-۲-۴ توزیع فراوانی سطح تحصیلات همسر
- ۹۵ ۶-۱-۲-۴ توزیع فراوانی وضعیت اشتغال
- ۹۶ ۷-۱-۲-۴ توزیع فراوانی وضعیت اشتغال همسر
- ۹۷ ۸-۱-۲-۴ توزیع فراوانی ساعات کار پاسخگویان در حال اشتغال
- ۹۷ ۹-۱-۲-۴ توزیع فراوانی وضعیت سرپرست خانوار
- ۹۷ ۱۰-۱-۲-۴ توزیع پراکندگی هزینه مصرفی خانوار
- ۹۸ ۱۱-۱-۲-۴ توزیع پراکندگی چگونگی تأمین هزینه های زندگی
- ۹۹ ۱۲-۱-۲-۴ توزیع پراکندگی متغیر میزان درآمد
- ۱۰۰ ۱۳-۱-۲-۴ توزیع فراوانی چگونگی وضعیت مسکن
- ۱۰۰ ۱۴-۱-۲-۴ توزیع پراکندگی تعداد اعضای خانواده
- ۱۰۱ ۲-۲-۴ توصیف متغیرهای وابسته
- ۱۰۱ ۱-۲-۲-۴ توزیع فراوانی و پراکندگی متغیر سلامت روان
- ۱۰۱ ۱-۱-۲-۲-۴ توزیع فراوانی ابعاد متغیر سلامت روان
- ۱۰۷ ۲-۱-۲-۲-۴ توزیع پراکندگی متغیر سلامت روان و ابعاد مختلف آن
- ۱۰۹ ۲-۲-۲-۴ توزیع فراوانی و پراکندگی متغیر سلامت اجتماعی
- ۱۰۹ ۱-۲-۲-۲-۴ توزیع فراوانی ابعاد متغیر سلامت اجتماعی
- ۱۱۴ ۲-۲-۲-۲-۴ توزیع پراکندگی متغیر سلامت اجتماعی و ابعاد مختلف آن
- ۱۱۷ ۳-۲-۴ توصیف متغیر مستقل
- ۱۱۷ ۱-۳-۲-۴ توزیع فراوانی میزان استفاده از خدمات بیمه ای
- ۱۱۸ ۲-۳-۲-۴ توزیع فراوانی میزان استفاده از خدمات مشاوره ای
- ۱۱۹ ۳-۳-۲-۴ توزیع فراوانی میزان استفاده از پارک ها و فضاهای سبز
- ۱۲۰ ۴-۳-۲-۴ توزیع فراوانی میزان استفاده از اردوهای سیاحتی-زیارتی
- ۱۲۰ ۵-۳-۲-۴ توزیع فراوانی میزان استفاده از باشگاه ها و سایت های ورزشی

۱۲۱	..... ۶-۳-۲-۴ توزیع فراوانی وضعیت مراکز خرید
۱۲۱	..... ۷-۳-۲-۴ توزیع فراوانی میزان استفاده از وام ها
۱۲۲	..... ۸-۳-۲-۴ توزیع فراوانی سازمان های حمایت کننده
۱۲۲	..... ۹-۳-۲-۴ بررسی میزان رضایت ابعاد مربوط به سنجش متغیر مستقل
۱۲۴	..... ۱۰-۳-۲-۴ بررسی میزان رضایت از خدمات اجتماعی-رفاهی
۱۲۵	..... ۴-۲-۴ توصیف متغیر واسط
۱۲۶	..... ۳-۴ آزمون فرضیه ها
۱۲۶	..... ۱-۳-۴ نتایج آزمون همبستگی بین متغیرهای مستقل و وابسته
۱۲۸	..... ۲-۳-۴ نتایج آزمون همبستگی بین ابعاد متغیر مستقل و ابعاد سلامت اجتماعی ...
۱۳۰	..... ۳-۳-۴ نتایج آزمون همبستگی بین ابعاد متغیر مستقل و ابعاد سلامت روان
۱۳۱	..... ۴-۳-۴ جمع بندی آزمون همبستگی پیرسون
۱۳۲	..... ۴-۴ رگرسیون چند متغیره
۱۳۲	..... ۱-۴-۴ نتایج آزمون تحلیل رگرسیون بین متغیرهای مستقل و سلامت اجتماعی ..
۱۳۴	..... ۲-۴-۴ نتایج آزمون تحلیل رگرسیون بین متغیرهای مستقل و سلامت روان
۱۳۵	..... ۵-۴ تحلیل مسیر

فصل پنجم: نتیجه گیری

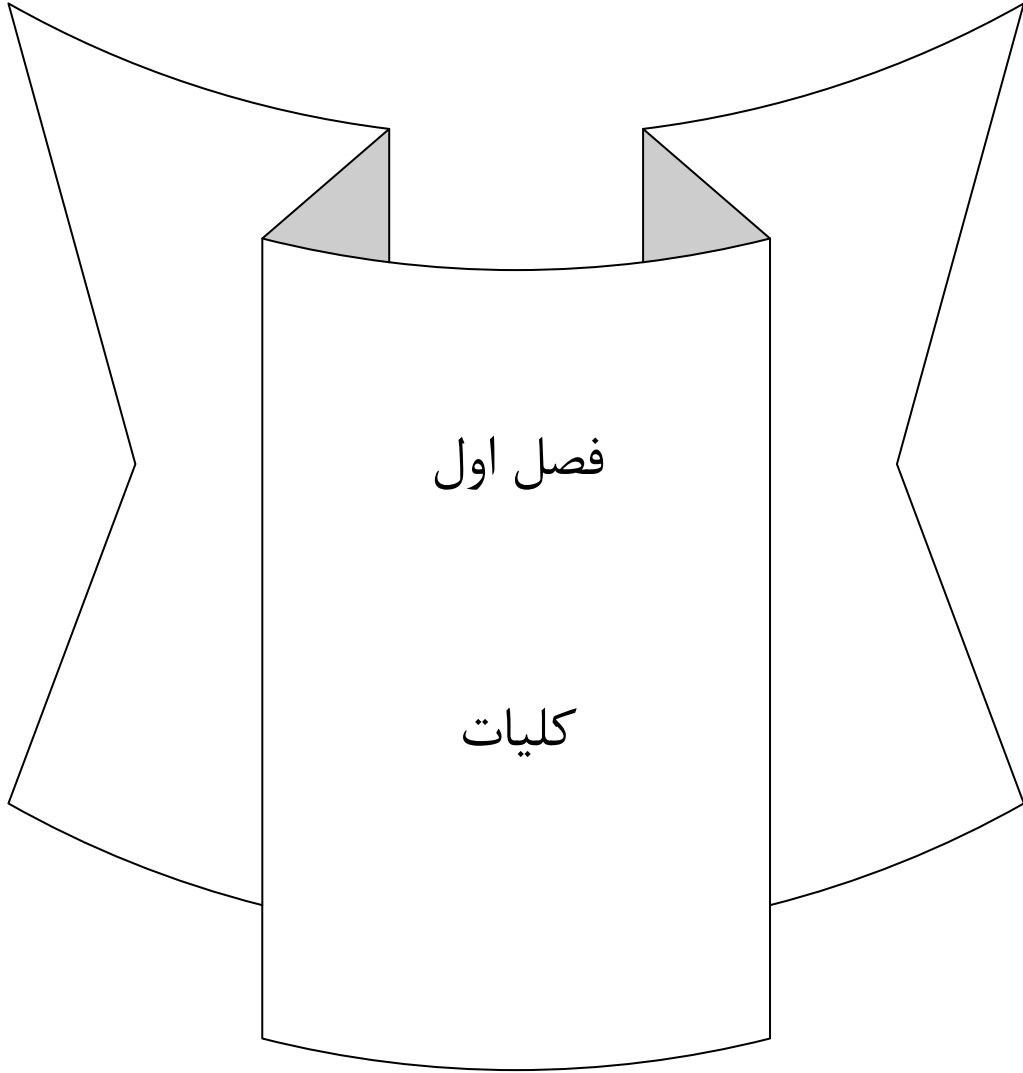
۱۳۹	..... ۱-۵ مقدمه
۱۳۹	..... ۲-۵ بحث و نتیجه گیری
۱۴۶	..... ۳-۵ محدودیت های پژوهش
۱۴۷	..... ۴-۵ پیشنهادات پژوهش
۱۴۸	..... فهرست منابع
۱۵۸	..... پیوست

فهرست جداول

- جدول شماره (۱-۲) سطح تحلیل در سلامت اجتماعی..... ۵۵
- جدول شماره (۱-۳) چگونگی اعتبار گویه های سلامت اجتماعی..... ۸۶
- جدول شماره (۲-۳) چگونگی اعتبار گویه های سلامت روان..... ۸۸
- جدول شماره (۱-۴) توزیع فراوانی جنسیت پاسخگویان..... ۹۱
- جدول شماره (۲-۴) توزیع فراوانی گروه های سنی پاسخگویان..... ۹۲
- جدول شماره (۳-۴) توزیع فراوانی وضعیت تأهل پاسخگویان..... ۹۳
- جدول شماره (۴-۴) توزیع فراوانی سطح تحصیلات پاسخگویان..... ۹۴
- جدول شماره (۵-۴) توزیع فراوانی سطح تحصیلات همسر..... ۹۵
- جدول شماره (۶-۴) توزیع فراوانی وضعیت اشتغال پاسخگویان..... ۹۶
- جدول شماره (۷-۴) توزیع فراوانی وضعیت اشتغال همسر..... ۹۶
- جدول شماره (۸-۴) توزیع فراوانی وضعیت سرپرست خانوار..... ۹۷
- جدول شماره (۹-۴) توزیع فراوانی چگونگی تأمین هزینه های زندگی..... ۹۸
- جدول شماره (۱۰-۴) توزیع پراکندگی متغیر درآمد خانوار..... ۹۹
- جدول شماره (۱۱-۴) توزیع فراوانی درآمد پاسخگویان..... ۱۰۰
- جدول شماره (۱۲-۴) توزیع پراکندگی وضعیت مسکن پاسخگویان..... ۱۰۰
- جدول شماره (۱۳-۴) توزیع فراوانی تعداد اعضای خانواده..... ۱۰۱
- جدول شماره (۱۴-۴) توزیع فراوانی مؤلفه های بعد شکایات جسمانی متغیر سلامت روان..... ۱۰۲
- جدول شماره (۱۵-۴) توزیع فراوانی مؤلفه های بعد استرس متغیر سلامت روان..... ۱۰۳
- جدول شماره (۱۶-۴) توزیع فراوانی مؤلفه های بعد عزت نفس متغیر سلامت روان..... ۱۰۵
- جدول شماره (۱۷-۴) توزیع فراوانی مؤلفه های بعد افسردگی متغیر سلامت روان..... ۱۰۶
- جدول شماره (۱۸-۴) توزیع پراکندگی سلامت روان وابعاد..... ۱۰۸
- جدول شماره (۱۹-۴) توزیع فراوانی متغیر سلامت روان..... ۱۰۹
- جدول شماره (۲۰-۴) توزیع فراوانی بعد انسجام اجتماعی متغیر سلامت اجتماعی..... ۱۱۰
- جدول شماره (۲۱-۴) توزیع فراوانی بعد پذیرش اجتماعی متغیر سلامت اجتماعی..... ۱۱۱

- جدول شماره (۲۲-۴) توزیع فراوانی بعد مشارکت اجتماعی متغیر سلامت اجتماعی..... ۱۱۲
- جدول شماره (۲۳-۴) توزیع فراوانی بعد انطباق اجتماعی متغیر سلامت اجتماعی..... ۱۱۳
- جدول شماره (۲۴-۴) توزیع فراوانی بعد شکوفایی اجتماعی متغیر سلامت اجتماعی..... ۱۱۳
- جدول شماره (۲۵-۴) توزیع فراوانی بعد احساس عدالت اجتماعی متغیر سلامت اجتماعی..... ۱۱۴
- جدول شماره (۲۶-۴) توزیع پراکندگی سلامت اجتماعی و ابعاد..... ۱۱۶
- جدول شماره (۲۷-۴) توزیع فراوانی متغیر سلامت اجتماعی..... ۱۱۷
- جدول شماره (۲۸-۴) توزیع فراوانی بعد خدمات بیمه ای متغیر رضایت از خدمات اجتماعی-رفاهی..... ۱۱۸
- جدول شماره (۲۹-۴) توزیع فراوانی بعد خدمات مشاوره ای متغیر رضایت از خدمات اجتماعی-رفاهی..... ۱۱۹
- جدول شماره (۳۰-۴) توزیع فراوانی میزان استفاده از پارک ها و فضاهای سبز..... ۱۱۹
- جدول شماره (۳۱-۴) توزیع فراوانی میزان استفاده از اردوهای سیاحتی-زیارتی..... ۱۲۰
- جدول شماره (۳۲-۴) توزیع فراوانی میزان استفاده از باشگاه ها و سایت های ورزشی..... ۱۲۰
- جدول شماره (۳۳-۴) توزیع فراوانی وضعیت مراکز خرید..... ۱۲۱
- جدول شماره (۳۴-۴) توزیع فراوانی میزان استفاده از وام ها..... ۱۲۱
- جدول شماره (۳۵-۴) توزیع فراوانی سازمان های حمایت کننده..... ۱۲۲
- جدول شماره (۳۶-۴) توزیع فراوانی میزان رضایت از ابعاد مختلف خدمات اجتماعی-رفاهی..... ۱۵۱
- جدول شماره (۳۶-۴) توزیع فراوانی میزان رضایت از ابعائی مختلف رضایت از خدمات اجتماعی-رفاهی..... ۱۲۴
- جدول شماره (۳۷-۴) بررسی میزان رضایت از خدمات اجتماعی-رفاهی ۱۲۵
- جدول شماره (۳۸-۴) توزیع فراوانی متغیر واسطه (احساس رضایت از زندگی) ۱۲۶
- جدول شماره (۳۹-۴) همبستگی دو متغیره بین متغیرهای مستقل و وابسته ۱۲۸
- جدول شماره (۴۰-۴) همبستگی دو متغیره بین ابعاد رضایت از خدمات اجتماعی-رفاهی و ابعاد سلامت اجتماعی ۱۳۰
- جدول شماره (۴۱-۴) همبستگی دو متغیره بین ابعاد رضایت از خدمات اجتماعی-رفاهی و ابعاد سلامت روان ۱۳۱
- جدول شماره (۴۲-۴) نتایج مدل تحلیل رگرسیون متغیر سلامت اجتماعی..... ۱۳۳
- جدول شماره (۴۳-۴) نتایج همبستگی متغیرهای مستقل و سلامت اجتماعی..... ۱۳۳

- جدول شماره (۴-۴۴) نتایج مدل تحلیل رگرسیون متغیر سلامت روان.....۱۳۵
- جدول شماره (۴-۴۵) نتایج همبستگی متغیرهای مستقل و سلامت روان.....۱۳۵
- جدول شماره (۴-۴۶) تحلیل مسیر متغیر سلامت اجتماعی.....۱۳۶
- جدول شماره (۴-۴۷) تحلیل مسیر متغیر سلامت روان.....۱۳۷



۱- مقدمه

انسان ها طی فرآیند خودزیستی با مرحله ای به نام سالمندی روبه رو می شوند که در گذرگاه رشد طبیعی حادث می شود به طوری که با سرنوشت آدمی عجین شده و ضرورتی اجتناب ناپذیر محسوب می شود. این پدیده در کلیه ادوار تاریخی وجود داشته، اما امروزه برخلاف گذشته، پیشرفت های علمی پزشکی، وضعیت تغذیه و اعمال روش های درمانی مطلوب موجب ازدیاد تعداد سالمندان در جوامع مختلف شده است و به قول سووی^۱ جامعه شناس اروپایی، سالمند شدن یکی از پدیده های زمان ماست که جای کمترین مقابله در آن وجود ندارد، پیشرفت آن به طریق مطمئنی صورت می گیرد، به راحتی می توان وضع آن را در آینده پیش بینی کرد و شاید بیشترین عواقب را در خود پنهان دارد (برغمندی و همکارش، ۱۳۸۹). بر این اساس تأمین سلامت سالمندان اهمیت خود را بیشتر نمایان خواهد ساخت. ارتقاء سطح سلامت سالمندان، وابسته به اجرای راهبردهای مختلفی است و از جمله مهمترین راهبردها، فراهم کردن بستر سلامت عمومی در سطح جامعه، در ابعاد مادی، اجتماعی، جسمانی و روانی برای سالمندان می باشد. بنابراین از آنجایی که سالخوردگی فراگردی همگانی است و در کل دوران زندگی ادامه دارد، آماده ساختن کل جمعیت برای دوران سالمندی باید جنبه تفکیک ناپذیری از سیاست های توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی باشد تا این مرحله از زندگی افراد جامعه، در یک شرایط رفاهی مناسب سپری گردد (احمدی راد، ۱۳۸۹).

در دهه های اخیر توجه به مسائل سالمندی و ابعاد مختلف اجتماعی، اقتصادی، جمعیت شناختی و بهداشتی آن مورد تأکید برخی از صاحب نظران قرار گرفته است (نیازی و همکارش، ۱۳۹۰). با این حال علیرغم رشد جمعیت سالمندان و تغییرات هرم جمعیتی کشور، هنوز بر روی نیازهای سالمندان به عنوان یک گروه آسیب پذیر جامعه متمرکز نشده

¹ Sevy

است(هروی و همکارانش،۱۳۸۹). بنابراین نیاز به انجام مطالعات عمیق، وسیع و مؤثر بر روی موضوعات وابسته به جمعیت سالمندان احساس می شود. فراهم کردن امنیت در این دوره یکی از موضوعات عمده مربوط به این قشر می باشد و تأمین اجتماعی، خدمات پزشکی، مسکن و . . . از جمله موارد تأمین در دوره سالمندی به حساب می آید. این موضوع که از دید بسیاری از پژوهشگران تا حد زیادی در ایران پنهان مانده است ضمن اینکه در جوامع صنعتی طی قرن بیستم در حد گسترده ای به آن پرداخته اند در جامعه علمی ایران کمتر مورد کنکاش قرار گرفته است. از این رو در این بررسی ابعاد مختلف زندگی اجتماعی، رفاهی و سلامت این قشر مورد مطالعه قرار می گیرد.

۲-۱ بیان مسئله

سازمان ملل در سال ۲۰۰۶ تعداد کل سالمندان جهان را ۶۸۷ میلیون و ۹۲۳ هزار نفر اعلام و برآورد کرد که این تعداد تا سال ۲۰۵۰ به رقم یک میلیارد و ۹۶۸ میلیون و ۱۵۳ هزار نفر خواهد رسید. این در حالی است که هم اکنون ۶۰ درصد از افراد سالمند در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند. بر اساس گزارشات در حال حاضر ۶ درصد از کل جمعیت ایران را افراد سالمند بالای ۶۰ سال تشکیل می دهند که معادل چهار میلیون و ۵۶۲ هزار نفر می باشند. پیش بینی می شود این رقم تا سال ۲۰۵۰ به ۲۶ میلیون ۳۹۳ هزار نفر، معادل ۲۶ درصد کل جمعیت کشور برسد (حبیبی سولا و دیگران، ۱۳۸۷).

مسئله سالمندی جمعیت ایران که به دلایل مختلف از جمله کاهش میزان مولید، پیشرفت های علم پزشکی، بهداشت، آموزش و پرورش و افزایش امید زندگی در حال ظهور است پدیده نوینی به شمار می آید. از آنجاییکه این پدیده در تمام جنبه های زندگی جوامع بشری از جمله طیف گسترده ای از ساختارهای سنی، ارزش ها و معیارها و ایجاد سازمان های اجتماعی، تحولات قابل ملاحظه ای به وجود می آورد از این رو، مقابله با چالش های فراراه این پدیده و اتخاذ سیاستهای مناسب برای ارتقای وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی سالمندان از اهمیت بالایی برخوردار است. از طرفی با توجه به اینکه پدیده سالمندی امری همگانی است، آماده ساختن جمعیت برای دوران سالخوردگی باید جنبه تفکیک ناپذیری از سیاست های توسعه اجتماعی و اقتصادی باشد و با مساعی زیاد در تمام سطوح کشوری، محلی، خانوادگی و فردی توأم شود (قیصریان، ۱۳۸۸). مسئله ای بودن سالمندی بدین معناست که: موضوع سالمندی ظاهر شده یا در حال ظهور است، قبلا در کشورهای صنعتی تجربه شده است، و آنها آشنایی طولانی با این پدیده دارند، اما جوامع کمتر توسعه یافته تجربه زیادی در این خصوص ندارند. یکی از مسائل مورد بحث در مورد سالمندان سلامت این قشر است. و از طرفی موضوع سلامت، بنیادی ترین عنوانی است که حیات انسان بر آن استوار است و

در تاریخ زندگی بشر همواره مطرح بوده است. آرامش و سلامت، گمشده ای است که بشر به دنبال آن می گردد ولی هر گاه از آن سخنی به میان آمده، بیشتر بعد جسمانی آن مورد توجه بوده و جنبه اجتماعی و روانی آن کمتر به بحث گذاشته شده است. سازمان جهانی بهداشت ضمن توجه دادن کشورها در راستای تأمین سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی اعضای جامعه، بر این نکته تأکید دارد که هیچکدام از ابعاد سلامتی بر دیگری برتری ندارد (امینی رارانی: ۱۳۸۹، ۲۸). در کشور ما با وجود کاستی های موجود، به خصوص در مناطق محروم، برای سلامت جسمی افراد گام های مناسبی برداشته است. اما آنچه فقدان آن در تمام عرصه های کشور محسوس است، عدم توجه به ابعاد روانی و اجتماعی سلامت است (مرندی، ۱۳۸۵، به نقل از امینی رارانی: ۱۳۸۹، ۲۹).

سلامتی حق اساسی هر انسان و یک هدف اجتماعی است و تمام دولت ها و حکومت ها موظف به تأمین سلامت افراد می باشند (پورخاکی و دیگران، ۱۳۸۸). اگر چه آمار رسمی در مورد سلامت سالمندان وجود ندارد، ولی وضعیت موجود در جامعه نشان می دهند که ساختارهای کلان و خرد جامعه به نحوی هستند که توانایی تأمین بهداشت روانی، سلامت جسمی و اجتماعی سالمندان را در سطح مطلوبی فراهم نکرده اند و بسیاری از سالمندان از سلامت اجتماعی و روانی مناسبی برخوردار نیستند. از طرفی که سالمندان در مقایسه با گروه های سنی جوان تر جامعه نیاز به خدمات بهداشتی و پزشکی بیشتری دارند (شیخی، ۱۳۸۹: ۱۱۱). چرا که به بیماریهای دیگر مبتلا می شوند که موجب کاهش توانمندی آنها می شود. بر این اساس تأمین سلامت سالمندان اهمیت خود را بیشتر نمایان خواهد ساخت. ارتقاء سطح سلامت سالمندان، وابسته به اجرای راهبردهای مختلفی است و از جمله مهمترین راهبردها، فراهم کردن بستر سلامت عمومی در سطح جامعه، در ابعاد مادی، اجتماعی، جسمانی و روانی برای سالمندان می باشد. بنابراین از آنجایی که سالخوردگی

فراگردی همگانی است و در کل دوران زندگی ادامه دارد، آماده ساختن کل جمعیت برای دوران سالمندی باید جنبه تفکیک ناپذیری از سیاست های توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی باشد تا این مرحله از زندگی افراد جامعه، در یک شرایط رفاهی مناسب سپری گردد (احمدی راد، ۱۳۸۹). از جانبی دیگر مشکلات روانی در دوران سالمندی با فراوانی قابل ملاحظه ای مشاهده می شود و اثراتی بر وضعیت روانی، عاطفی و رفتاری سالمندان بر جای می گذارد. در سه ربع آخر قرن بیستم، مطالعات سبب شناسی نشان می دهد که اختلالات روانی با نشانه های جدی، بین ۱۵ تا ۲۰ درصد افراد بالای ۶۵ سال را مبتلا می سازد (نوابی نژاد، ۱۳۷۹ به نقل از صاحب دل: ۱۳۸۷، ۱۳). تحقیقات مختلف نشان می دهند که سالمندان از نظر سلامت روان و خوش بینی در سطح بسیار نامطلوبی قرار دارند و درصد بالای بیماری های روانی در این قشر بیانگر این وضعیت است. علیرغم پیشرفت علمی در تمام رشته ها و تخصص ها و بخصوص در آن دسته از رشته های علمی که به نوعی با جریان پیری در ارتباطند، در رابطه با مسایل زندگی و سلامت و بهداشت سالمندان حرف زیادی برای گفتن وجود ندارد و تدابیر مثبت و سازنده ای در این زمینه آنگونه که انتظار می رود در دسترس نیست (بشیری، ۱۳۸۷).

بنابراین فراهم سازی امکانات در زمینه سلامتی سالمندان، پیشگیری و درمان بیماری های مزمن که به دلیل بالا رفتن سن پدید می آید و طراحی راهبردهای اساسی در زمینه درمان های طولانی مدت و توسعه خدمات ویژه سالمندان از موضوعات دیگر قابل توجه می باشد (پورجعفری و آریایی، ۱۳۸۱). بنابراین، همانطور که طول عمر افراد افزایش می یابد، اهمیت رفتارهای ارتقا دهنده سلامت نیز، با توجه به حفظ کارکرد و استقلال افراد و افزایش کیفیت زندگی آنها روز به روز بیشتر آشکار می شود (حبیبی سولا و دیگران، ۱۳۸۷).

از سویی دیگر، غالباً افراد مسن به طور عام نیاز به خدمات اجتماعی و رفاهی بیشتری دارند، به خصوص که سالخوردگان امروز، بیش از سالخوردگان نسل های گذشته تمایل به