Original Article

Evaluating the physical, psychological and social problems and their relation to demographic factors among the elderly in Zahedan city during 2010-2012

Salar AR[1], Boryri T[2*], Khojasteh F[2], Salar E[3], Jafari H[4], Karimi M[5]

1- Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, I. R. Iran.
2- Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, I. R. Iran.
3- Medical Student, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, I. R. Iran.
4- Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Sari University of Medical Sciences, Sari, I. R. Iran.
5- Department of Health, Faculty of Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, I. R. Iran.

Received June 23, 2012; Accepted May 8, 2013

Abstract:

Background: The number of elderly people is increasing in different societies, including Iran. Considering that the prevalence of physical, mental and social problems increases with age and care for elderly imposes a heavy economic burden on the community, this study aimed to evaluate the physical, psychological and social problems and their relation to demographic factors among the elderly people in Zahedan.

Materials and Methods: This cross-sectional study was performed on 315 elderly people (173 men and 142 women) in Zahedan, Iran, during 2010-2012. Subjects were randomly selected from all urban elderly people. Data were collected through a questionnaire and then analyzed using the SPSS software.

Results: Results showed that 54.9% of the participants were male, 42.9% illiterate, 1.6% single and 61.3% with physical problems. The most common physical problems were related to cardiovascular diseases (43.8%). Moreover, 89.5% of the subjects felt emotionally relaxed and 36.9% were not satisfied with their lives.

Conclusion: It seems that the elderly people, especially elderly women, have many physical, mental and social problems, so these problems affect their quality of life and to remove or reduce the problems, cooperation of elderly, family and society is necessary.

Keywords: Elderly, Physical problems, Mental problems, Social problems

* **Corresponding Author.**
Email: boryri_tahereh@yahoo.com
Tel: 0098 912 360 4873
Fax: 0098 541 244 2481

Conflict of Interests: ***No***

Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences July, 2013; Vol. 17, No 3, Pages 305-311

Please cite this article as: Salar AR, Boryri T, Khojasteh F, Salar E, Jafari H, Karimi M. Evaluating the physical, psychological and social problems and their relation to demographic factors among the elderly in Zahedan city during 2010-2012. ***Feyz*** 2013; 17(3): 305-11.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23]

بررسی مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی و ارتباط آن با عوامل دموگرافیک در سالمندان شهر زاهدان طی سال ۱۳۹۰

علیرضا سالار[۱]، طاهره بریری[*۲]، فرنوش خجسته[۲]، احسان سالار[۳]، هدایت جعفری[٤]، محمود کریمی[٥]

خلاصه:

سابقه و هدف: تعداد سالمندان در جوامع مختلف از جمله ایران رو به افزایش است. با افزایش سن مشکلات متعدد جسمانی، روانی و اجتماعی گریبان‌گیر افراد می‌شود که می‌تواند هزینه‌های سنگین اقتصادی را در بر داشته باشد. هدف از این مطالعه بررسی این مشکلات و ارتباط آن با عوامل دموگرافیک است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی طی سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۰ بر روی ۳۱۵ نفر (۱۷۳ مرد و ۱٤۲ زن) سالمند انجام شد. شرکت کنندگان با مراجعه به منازل شهر و به‌طور تصادفی انتخاب شدند. به‌وسیله‌ی پرسشنامه اطلاعات آنها جمع‌آوری شد و سپس داده‌ها تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهند که ٥٤/۹ درصد جامعه مذکر، ٤۲/۹ درصد بی‌سواد، ۱/٦ درصد مجرد بوده و ٦۱/۳ درصد پاسخ‌گویان دارای مشکلات جسمانی هستند. بیشترین مشکلات جسمی مربوط به دستگاه قلب و عروق با ٤۳/۸ درصد بود. ۸۹/٥ درصد احساس آرامش می‌کردند و ۳٦/۹ درصد افراد از زندگی خود راضی نبودند.

نتیجه‌گیری: در مجموع می‌توان گفت که سالمندان زاهدان به‌خصوص زنان سالمند دارای مشکلات متعدد جسمانی، روحی و اجتماعی هستند؛ به‌طوری‌که این مشکلات روی کیفیت زندگی آنها تأثیر می‌گذارد و برای رفع یا کاهش این مشکلات نیازمند همکاری سالمند، خانواده و جامعه می‌باشیم.

واژگان کلیدی: سالمند، مشکلات جسمی، روانی، اجتماعی

دو ماه‌نامه علمی- پژوهشی فیض، دوره هفدهم، شماره ۳، مرداد و شهریور ۱۳۹۲، صفحات ۳۱۱-۳۰٥

مقدمه

سالمندی در طول نیمه دوم قرن بیستم و ابتدای قرن بیست و یکم به‌دلیل افزایش امید به زندگی و کاهش تدریجی میزان موالید رو به افزایش بوده است [۱]. جمعیت سالمندی در تمامی کشورها از جمله ایران در حال افزایش بوده و به‌عنوان یک فاکتور تاثیرگذار بر نظام اجتماعی و اقتصادی جوامع مطرح می‌باشد؛ به‌عبارت دیگر سالخوردگی جمعیت یک فرایند شناخته شده به‌عنوان پیامد "انتقال جمعیت شناختی" است که در آن باروری و مرگ و میر از سطوح بالا به سطوح پائین کاهش پیدا می‌کند [۲].

بر اساس بر آورد سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰٦ جمعیت افراد بالای ٦۰ سال ٦٥۰ میلیون نفر بوده که در سال ۲۰۲٥ به ۱/۲ بیلیون نفر رسیده و در سال ۲۰٥۰ به ۲ بیلیون نفر خواهد رسید [۳]. در سال ۲۰۰۰ میلادی سالمندان با سن بالای ٦٥ سال در کشورهای توسعه یافته بین ۱۲/٥تا ۱۷ درصد کل جمعیت را تشکیل می‌داند؛ به‌طوری‌که آمریکا با ۱۲/٥ در صد کمترین و ژاپن با ۱۷/۱ درصد، بالاترین نسبت جمعیت سالمند را داشته‌اند [٤]، لیکن طی ۳-٤ دهه آینده در تمامی کشورها، جمعیت سالمندان از درصد موجود پیشی خواهد گرفت و نمای متفاوتی را نشان خواهد داد [٥،٤]. آنچه به‌عنوان روند افزایش جمعیت سالمندان در جهان و ایران عنوان گردیده، دارای تبعاتی بر ابعاد مختلف اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی درمانی است [٦]. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی در مقابل هر کودکی که در کشورهای در حال توسعه به‌دنیا می‌آید ۱۰ سالمند ٦٥ ساله و بالاتر وجود دارد و تخمین زده می‌شود که این رقم تا سال ۲۰۲۰ به ۱٥ نفر برسد [۷]. ایران نیز از این تغییرات جمعیتی بی نصیب نخواهد بود و پس از تجربه گذر از تغییرات اپیدمیولوژیک بیماری‌ها، می‌بایست خود را برای مدیریت موج سالمندی در چند دهه آینده آماده کند. بر اساس برآورد مرکز آمار ایران و پیش‌بینی‌های جمعیتی، جمعیت

[۱] مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

[۲] مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

[۳] دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

[٤] مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ساری

[٥] دانشجوی دکترای بهداشت و ارتقای سلامت، گروه بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک

* **نشانی نویسنده مسئول:**
دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

تلفن: ۰۹۱۲ ۳٦۰۴۸۷۳ **دورنویس:** ۰٥۴۱ ۲۴۴۲۴۸۱

پست الکترونیک: boryri_tahereh@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۱/۴/۳ **تاریخ پذیرش نهایی:** ۹۲/۲/۱۸

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23]

بالای ٦٠ سال ایران در سال ۲۰۲۱ بیش از ۱۰ درصد برآورد می‌شود که به‌نظر می‌رسد تا سال ۲۰۵۰ به مرز ۲۰ درصد برسد [۸]. در حال حاضر نرخ رشد جمعیت کشور ایران ۱/٦ درصد می‌باشد و این در حالی است که نرخ رشد جمعیت سالمندی ۲/۵است [۱]. علی‌رغم رشد جمعیت سالمندان و تغییرات هرم جمعیتی کشور، هنوز بر روی نیازهای سالمندان به‌عنوان یک گروه آسیب‌پذیر جامعه تمرکز نشده است [۹]. اگرچه، سالمندی جمعیت را نمی‌توان متوقف نمود ولی می‌توان با به‌کارگیری روش‌ها و مراقبت‌های مناسب، از اختلالات و معلولیت‌های سالمندی پیشگیری نمود و یا آن را به تعویق انداخت تا بتوان از عمر طولانی همراه با سلامت و رفاه که همواره هدف و آرزوی بشر بوده، بهره مند شد [۸،٦]. در واقع، افزایش جمعیت سالمندان گرچه به‌عنوان موفقیت در سیاست‌های بهداشتی و توسعه اجتماعی‌اقتصادی در نظر گرفته می‌شود [۱۰]، اما به‌عنوان یک چالش اصلی قرن ۲۱ مطرح می‌باشد که تمام جنبه‌های اجتماعی را به‌منظور به حداکثر رساندن ظرفیت سلامتی و عملکردی، مشارکت اجتماعی و امنیت سالمندان به مبارزه می‌طلبد [۱۲،۱۱]. بنابراین، با توجه به روند افزایش جمعیت این قشر آسیب پذیر جامعه از یک طرف و کاهش باروری با افزایش امید به زندگی که مشخصه سالمندشدن جمعیت می‌باشد از طرف دیگر، و تاثیر عوامل محیطی و اجتماعی و فرهنگی بر کیفیت زندگی سالمندان، بر آن شدیم این مطالعه را با هدف شناخت مشکلات سالمندان با توجه به ابعاد مختلف جسمی، روانی و اجتماعی در شهر زاهدان انجام دهیم تا با دست‌یابی به اطلاعاتی در زمینه‌های فوق بتوان راه‌کار مناسب جهت کاهش مشکلات دوران سالمندی ارائه نماییم.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی است که در سال ۱۳۹۰ بر روی ۳۱۵ نفر (۱۷۳ مرد و ۱٤۲ زن) از سالمندان بالای ٦۵ سال شهر زاهدان انجام شده است. برای محاسبه تعداد نمونه، با توجه به میزان شیوع مشکلات جسمی در مطالعات قبلی [۱۳] که ۸٦ درصد گزارش شده بود و در نظر گرفتن دقت ٤ درصد و ضریب اطمینان ۹۵ درصد، حجم نمونه لازم برای شرکت در مطالعه ۲۸۸ نفر محاسبه شد که برای افزایش دقت مطالعه ۳۱۵ نفر وارد مطالعه شدند. با توجه به پراکندگی جغرافیایی جمعیت مورد مطالعه، نمونه گیری در مطالعه حاضر به‌صورت خوشه‌ای و بر اساس تقسیم زاهدان به ۵ منطقه (مرکز، شمال، جنوب، شرق و غرب) انجام شد. سپس از درون هر منطقه یک مرکز بهداشتی و درمانی به‌صورت تصادفی جهت نمونه‌گیری انتخاب شد. در مرحله بعد با در نظر گرفتن جمعیت تحت پوشش هر منطقه، نسبت نمونه شرکت‌کننده در مطالعه از هر منطقه مشخص شد. در مرحله پایانی از لیست خانوار موجود در هر مرکز تعداد نمونه مورد نیاز به‌روش تصادفی ساده انتخاب شده و به‌عنوان واحدهای پژوهش وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه روان سنجی شده گردآوری شده از پژوهش‌های قبلی [۱۳،۱۲،۹،۱]، با تنظیم در چهار بخش بود. بخش اول شامل ۱٤ پرسش مربوط به ویژگی‌های دموگرافیک، بخش دوم ۸ سوال در مورد مشکلات جسمانی بود که با سئوالاتی نظیر"آیا طی یک سال اخیر کاهش وزن داشته‌اید؟" مشکلات جسمانی واحدهای پژوهش بررسی شد. بخش سوم ۱۲ سئوال برای بررسی مشکلات اجتماعی درک شده واحدهای پژوهش با سئوالاتی نظیر"معمولا اوقات فراغت خود را چگونه می‌گذرانید ؟" بود و بخش چهارم ۱٦ سئوال در مورد مشکلات روانی بود که با سئوالاتی نظیر"آیا هیچ وقت احساس کردید که زندگی ارزشی ندارد؟" مشکلات اجتماعی واحدهای پژوهش بررسی شد. پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ با ۲۰ نفر از سالمندان بررسی شده و با امتیاز بالای ۰/۷۵ تایید شد. پس از انجام هماهنگی‌های لازم و اخذ مجوز لازم از دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، تیم تحقیق به‌همراه پرسشگران آموزش دیده به درب منازل سالمندان انتخاب شده مراجعه نموده و به‌روش مصاحبه اقدام به جمع‌آوری اطلاعات نمود. اطلاعات جمع‌آوری شده بعد از کد بندی وارد رایانه شد و با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۸ و آمارهای توصیفی شامل توزیع فراوانی مطلق و نسبی، میانگین و انحراف معیار جهت توصیف داده‌ها، و آزمون مجذور کای جهت مقایسه عوامل مرتبط کیفی و آزمون t یا آنالیز واریانس جهت مقایسه عوامل مرتبط کمی استفاده شد. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش با بی‌نام بودن پرسشنامه‌ها، داوطلبانه بودن شرکت در مطالعه و ارایه توضیحات لازم در مورد اهداف مطالعه به نمونه‌ها و خانواده آن‌ها رعایت شد.

نتایج

در این پژوهش ۱۷۳ مرد با میانگین سنی ۵/۱±۷۰/۰ و ۱٤۲ زن با میانگین سنی ٦/۱±۷۰/٦ سال شرکت داشتند. ۵۸ درصد از زنان بی‌سواد، ۲۸ درصد دارای سطح سواد ابتدایی و سیکل، ۱۱ درصد دیپلم و ۳ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند. این میزان در مردان به‌ترتیب ۳۰، ۳۵، ۱۸ و ۱٦ درصد بود. از نظر وضعیت اشتغال ۵/۳ درصد از زنان و ۲۹ درصد از مردان در حال حاضر شاغل بودند و در مجموع ٤٤/۷ درصد از واحدهای پژوهش دارای

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23]

حقوق بازنشستگی بودند. ٤١ درصد از زنان و ٧ درصد از مـردان بیوه بودند، ٦٦درصد از زنان و ٧٤ درصد از مردان با فرزندانشـان زندگی می‌کردند. نتایج این پژوهش نشـان داد کـه ٦١/٣ درصـد افراد مورد بررسی دچار مشکلات جسمی بودند و بیشترین مشکل جسمی مربوط به سیستم قلب و عروق (٤٣/٨ درصد) بود (نمودار شماره ١). هم‌چنین، بین زنان و مردان از نظر میـزان نـارحتی‌هـای جسمی و بیماری‌های مزمن، میزان زمین خوردن در طـی یـک‌مـاه گذشته و توانایی انجام کارهای روزانه تفاوت آمـاری معنـی‌داری وجود داشت (جدول شماره ١).

جدول شماره ١- توزیع فراوانی مطلق و نسبی برخی از مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی سالمندان مورد مطالعه

متغیر	زن				مرد				P
	بلی		خیر		بلی		خیر		
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
ناراحتی جسمی و بیماری مزمن	١٠١	٧٢	٤٠	٨	٩٤	٥٤	٧٩	٤٦	٠/٠٠٢
زمین خوردن	٥٤	٣٨	٨٧	٦٢	٤٦	٢٧	١٢٥	٧٣	٠/٠٣٩
توانایی انجام کارهای روزانه و شخصی	٦٦	٤٧	٧٥	٥٣	١٠٢	٥٩	٧١	٤١	٠/٠٥٠
احساس آرامش	١٢٥	٨٩	١٦	١١	١٥٦	٩٠	١٧	١٠	٠/٦٦٢
احساس محبت نسبت به اطرافیان	١١٢	٧٩	٢٩	٢١	١٣٤	٧٧	٣٩	٢٣	٠/٤٤٥
راضی بودن از زندگی گذشته	٨٦	٦١	٥٥	٤٩	١١٨	٦٨	٥٣	٣٢	٠/٠٢١
تمایل به انجام کار	٥٠	٣٧	٨٥	٦٣	٨٠	٥١	٧٦	٤٩	٠/٠٢٨
مسافرت به شهر دیگر	١١١	٧٩	٣٠	٢١	١٢٦	٧٣	٤٧	٢٧	٠/١٩٩
رضایت از خدمات درمانی	١١٤	٨٠	٢٧	٢٠	١٤٠	٨١	٣٣	٩	٠/٨٣٩

در این پژوهش تفاوت معنی‌داری بین زنان و مردان از نظر احساس آرامش و محبت نسبت به اطرافیان وجود نداشت. هم‌چنین، در این پژوهش ٥٣ درصد از سالمندان ما مفهوم دوران پیری را مصـادف با ناتوانی جسمی و روحی و نیازمند بودن به دیگران مـی‌دانسـتند (جدول شماره ٢).

جدول شماره ٢- توزیع فراوانی پاسخ‌گویان بر حسب مفهوم دوران پیری

مفهوم پیری	فراوانی	درصد
ناتوانی جسمی و روحی و نیازمند دیگران بودن	١٦٧	٥٣
آغاز بازنشستگی	٧	٢/٢
آخرین مرحله زندگی	٣٠	٩/٥
دوره‌ی هجوم امراض و بیماری‌ها	١٣	٤/١
طرد شدن از خانواده و اجتماع	٩	٢/٩
دوره‌ی لذت بردن از زندگی در کنار فرزندان و نوه‌ها	١٠	٣/٢
بدون پاسخ	٧٩	٢٥/١
جمع	٣١٥	١٠٠

در ارتباط با مشکلات بعد اجتماعی٣٩/٧ درصد افراد فراغت خود را با شرکت در جلسات دوسـتان و اقـوام و ٣٧/١ درصـد افـراد اوقات فراغت خود را در مسجد و با دستورات مذهبی سپری می‌کردند (جدول شماره ٣).

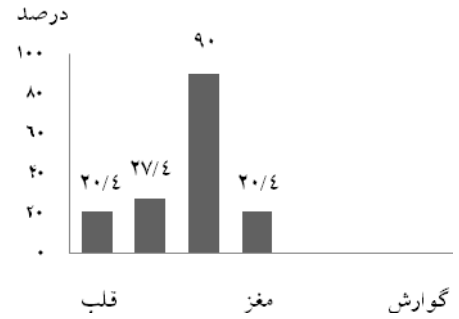
جدول شماره ٣ - توزیع فراوانی پاسخ‌گویان بر حسب چگونگی گذراندن اوقات

چگونگی گذراندن اوقات فراغت	فراوانی	درصد
مطالعه	٤٠	١٢/٦
ورزش	١٣	٤/١
شرکت در جلسات دوستان و اقوام	١٢٦	٣٩/٧
مسجد و دستورات مذهبی	١١٨	٣٧/١
کارهای دستی و هنری	١٣	٤/١
سرگرمی‌های دیگر	٦٠	١٨/٩
بدون جواب	١٥	٤/٧
جمع	٣١٥	١٠٠

در ارتباط با عوامل دموگرافیک و ابعاد جسمی بین متغیر جنسیت با داشتن مشکلات جسمی رابطـه معنـی‌دار آمـاری وجـود داشـت ($P<٠/٠٠٢$)؛ به‌طوری‌که زنان ٧١/٩ درصد بیشتر از مـردان مبـتلا به ناراحتی جسمی بودند. بین متغیر جنسیت بـا برآمـدن از عهـده کارهای محوله رابطه آماری وجود داشت ($P<٠/٠٠١$)؛ به‌طوری‌که مردان ٥٥ درصد نسبت به زنان بیشتر از عهده کارهای محولـه بـر می‌آمدند. بین متغیر تحصیلات، و داشتن مشکلات جسـمی رابطـه وجود داشت ($P<٠/٠٠١$)؛ به‌طوری‌که هر چـه میـزان تحصـیلات افزایش می‌یافت داشتن مشکلات جسمی کاهش مـی‌یافـت. هـم-چنین، بین میزان تحصیلات و مشکل زمین خـوردن ($P<٠/٠٠١$)، رابطه وجود داشت؛ به‌طوری‌که هر چه میزان تحصـیلات افـزایش

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23]

می‌یافت، مشکل زمین خوردن کاهش پیدا می‌کرد. بین متغیر تحصیلات و کاهش وزن نیز رابطه وجود دارد ($P<۰/۰۰۳$)؛ به‌طوری‌که هر چه میزان تحصیلات افزایش می‌یابد افراد کمتر دچار کاهش وزن می‌شوند. در ارتباط با عوامل دیگر دموگرافیک و ابعاد جسمی بین متغیر تأهل و عهده برآمدن کارها روزانه نیز ارتباط وجود دارد ($P<۰/۰۰۲$)؛ به‌طوری‌که افراد متأهل بهتر از عهده کارهای روزانه خود برمی‌آیند. بین متغیر شغل قبلی و مشکلات جسمی رابطه وجود دارد ($P<۰/۰۰۱$)؛ به‌طوری‌که افرادی که شغل آنها خانه‌داری است دارای مشکلات جسمانی بیشتری بودند. هم‌چنین، بین شغل قبلی و کاهش وزن رابطه وجود دارد ($P<۰/۰٤$)؛ به‌طوری‌که افرادی که شغل‌شان کشاورزی است بیشتر از سایرین دچار کاهش وزن شده‌اند. بین متغیر درآمد ماهیانه و نیز با مشکل جسمی ارتباط وجود دارد ($P<۰/۰۰۱$)؛ به‌طوری‌که افرادی که بیشترین درآمد ماهیانه خود را صرف دارو و درمان می‌کنند بیشتر دچار مشکلات جسمی بودند. بین عوامل دموگرافیک و ابعاد روانی بین متغیر جنس و احساس ارزشمند بودن زندگی و رضایت از زندگی ($P<۰/۰۰۱$) و عکس العمل‌های دیگران نسبت به صحبت‌های آنان ($P<۰/۰۰۲$) و مصرف مواد مخدر ($P<۰/۰۰٤$) و علاقه داشتن به کار ارتباط وجود دارد ($P<۰/۰۲$)؛ به‌طوری‌که زنان بیشتر از مردان احساس می‌کنند که زندگی ارزش ندارد. هم‌چنین، مردان بیشتر از زنان از زندگیشان راضی هستند و مردان بیشتر فکر می‌کنند دیگران نسبت به صحبت‌های آنها مشتاقند اما زنان بیشتر فکر می‌کنند که عکس العمل دیگران عادی است. هم‌چنین، مردان بیشتر از زنان از مواد مخدر استفاده می‌کردند و بیشتر دوست دارند که کار داشته باشند. بین متغیر تحصیلات و جمع کردن حواس حین انجام کار ($P<۰/۰۰۱$) و ارزشمند بودن زندگی ($P<۰/۰۰۲$) ارتباط وجود دارد؛ به‌طوری‌که هرچه میزان تحصیلات افزایش یابد توانایی تمرکز حواس نیز بیشتر است. هم‌چنین، احساس ارزشمند بودن زندگی افزایش می‌یابد. بین متغیر تعداد فرزندان و احساس محبت نسبت به اطرافیان ($P<۰/۰۰٦$) رابطه وجود دارد؛ به‌طوری‌که افرادی که تعداد فرزندان‌شان کمتر از ۵ تا می‌باشد، نسبت به اطرافیانش احساس محبت بیشتری می‌کنند. بین عوامل دموگرافیک و ابعاد اجتماعی نظیر متغیر جنس با محل سکونت ($P<۰/۰۰۱$) ارتباط وجود دارد؛ به‌طوری‌که محل سکونت مردان بیشتر متعلق به خودشان است، اما محل سکونت زنان بیشتر متعلق به کسی است که او را تحت تکفل دارد. بین جنسیت و کار خارج از خانه رابطه وجود دارد ($P<۰/۰۲$)؛ به‌طوری‌که مردان بیشتر دوست دارند کار خارج از خانه داشته باشند. در ارتباط با مشکلات اجتماعی و عوامل دموگرافیک بین متغیر تحصیلات و نحوه گذراندن اوقات فراغت ارتباط وجود داشت، به‌طوری‌که افراد با سطح تحصیلات بالاتر ($P<۰/۰۰۰۱$) بیشتر به مطالعه می‌پردازند، در حالی‌که افراد با سطح تحصیلات پایین‌تر بیشتر به شرکت در جلسات دوستان و اقوام اوقات فراغت خود را می‌گذرانند. هم‌چنین، بین متغیر تحصیلات و عضویت در مجامع اجتماعی ارتباط وجود دارد ($P<۰/۰۰۱$)؛ به‌طوری‌که هر چه میزان تحصیلات افزایش می‌یابد، عضویت در مجامع اجتماعی نیز افزایش می‌یابد. بین شاغل بودن، نوع محل سکونت ارتباط وجود دارد ($P<۰/۰۰۱$)؛ به‌طوری‌که محل سکونت افرادی که شاغل هستند، بیشتر از افرادی که شاغل نیستند متعلق به خود فرد است. هم‌چنین، بین متغیر امرار معاش، نوع محل سکونت ارتباط وجود دارد ($P<۰/۰۰۱$).



نمودار شماره ۱- توزیع فراوانی پاسخ‌گویان بر حسب وجود مشکل در دستگاه‌های بدن

بحث

باتوجه به ارتقاء استانداردهای بهداشتی و سلامتی تعداد زیادی از افراد جامعه دوره‌ی سالمندی را تجربه کنند؛ در عین حال آنچه دانش امروزی به آن توجه می‌کند تنها طولانی کردن دوران زندگی نیست، بلکه بایستی توجه و تلاش شود تا سال‌های اضافی عمر انسان سالمند در کمال آرامش و سلامت جسمی و روانی سپری شود. در این رابطه شناخت نیازهای جسمانی و روان‌شناختی سالمندان برای فراهم سازی زمینه زندگی آرام و مطمئن از اهمیت فراوانی برخوردار است. در راستای همین نظر پژوهش جاری برای بررسی مشکلات جسمانی، روانی و اجتماعی سالمندان و ارتباط آن با عوامل دموگرافیک آنان در شهر زاهدان انجام شد که نتایج ذیل حاصل این بررسی است. نتایج این پژوهش در رابطه با مشکلات جسمی نشان داد که در این رابطه ٦۱/۳ درصد پاسخ‌گویان دارای حداقل یک شکل جسمی در سیستم‌های مختلف بدن‌شان هستند که بیشترین شکل جسمی

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23]

مربوط به سیستم قلب و عروق با ٤٣/٨ درصد و کمترین مشکل مربوط به سیستم شنوایی با ٢/١ درصد بود. مطالعه Wang و همکاران نشان می‌دهد که سالمندانی که توسط سرویس‌های پزشکی و اورژانس به نقاط شهری در تایوان انتقال داده شده بودند بیشترین مشکلات جسمانی سالمندان یعنی ٧١/٢ درصد به‌علت مشکلات قلبی و عروقی بوده که با پژوهش ما هم‌خوانی دارد [١٤]. هم‌چنین، مطالعه Kaldi [١٥] نشان می‌دهد که ٢٧ درصد از سالمندان مشکل زمین خوردن دارند که با مطالعه ما که ٣٠/٨ درصد از سالمندان در طی یک سال گذشته مشکل زمین خوردن داشته‌اند، هم‌خوانی دارد. نتایج مطالعه Wang و همکاران نیز نشان داد که ٤٤/٢ درصد از سالمندان مقیم در مراکز سلامت مشکل جویدن و بلعیدن داشته‌اند [١٦]، در حالی‌که در مطالعه ما مشکلات گوارشی فقط ١/٣ درصد بود که شاید سالمندان آن مراکز نسبت به سالمندانی که در خانه هستند، از توانایی کمتر برخوردار بوده‌اند. نتایج این پژوهش در رابطه با مشکلات روانی نشان داد که ٨٩/٥ درصد از پاسخ‌گویان با افراد خانواده راحت کنار می‌آیند و احساس آرامش می‌کنند. ٦٢/٦ درصد از زندگی گذشته خود راضی بودند، در حالی‌که طبق مطالعه Cheryl و همکاران ٦٦/٧ درصد افراد تنها زندگی می‌کردند و این تنهایی با میزان افسردگی و مشکلات روانی آنها ارتباط داشت ($P<$٠/٠٠٠١) که با مطالعه ما هم‌خوانی ندارد [١٧]. شاید این به‌علت مسائل فرهنگی این استان که افراد سالمند را به‌عنوان بزرگ و ریش سفید مورد احترام قرار می‌دهند و افراد سالمند با فرزندان خود در یک خانواده زندگی می‌کنند و افراد سالمند را در خانه سالمندان نگهداری نمی‌کنند و این باعث احساس رضایت و آرامش سالمند از زندگی می‌شود. در مطالعه ما مردان بیشتر از زنان از زندگی‌شان راضی بودند و نسبت به زنان کمتر دچار مشکلات روحی و روانی بودند و هم‌چنین مردان نسبت به زنان بیشتر از مواد مخدر استفاده می‌کردند. مطالعه‌ی ما با مطالعه‌ی نجاتی که در آن میزان افسردگی و مشکلات روحی و روانی در زنان بیشتر از مردان سالمند بود و مردان بیشتر از زنان از سوء مصرف مواد داشتند، هم‌خوانی دارد [١٣]. در پژوهش ما، افراد شرکت کننده سن شروع سالمندی را ٥٠–٤٠ سالگی می‌دانند و در واقع زودتر پیری را می پذیرند که با مطالعات دیگران هم‌خوانی ندارد. نتایج این پژوهش در ارتباط با مشکلات اجتماعی نشان داد که بیشتر پاسخ‌گویان اوقات فراغت خود را با شرکت در جلسات دوستان و اقوام و یا شرکت در مساجد و مراسم مذهبی سپری می‌کردند، در حالی‌که مطالعه محمدی در کرمان نشان داد که ١٨ درصد افراد زمان فراغت را در مساجد و امور خیریه صرف می‌کردند و ٥٧/٧ درصد فعالیت ورزشی دارند که به‌نظر می‌رسد این تفاوت با توجه به شرایط فرهنگی حاکم بر استان قابل توجه باشد [١٨]. در پژوهش ما سالمندان تمایل به مسافرت‌های زیارتی داشتند که با پژوهش‌های دیگران هم‌خوانی ندارد [١٥،١٢]. در ارتباط با مشکلات جسمانی و عوامل دموگرافیک بین متغیر جنسیت و مشکلات جسمی ($P<$٠/٠٠٢) رابطه وجود داشت؛ به‌طوری‌که زنان با ٧١/٩ درصد بیشتر از مردان با ٥٤/٤ درصد مبتلا به مشکلات جسمی هستند. این مطالعه با مطالعه Lena-AshkokK و همکارانش هم‌خوانی دارد [١٩].

نتیجه‌گیری

در مجموع می‌توان گفت که سالمندان شهر زاهدان انواعی از مشکلات جسمانی، روانی و اجتماعی را دارا می‌باشند که این مشکلات با عوامل دموگرافیک آنان در ارتباط است. برای رفع کاهش هر یک از مشکلات فوق همکاری خود سالمند از یک طرف و مساعدت دیگر اعضای خانواده و جامعه از طرف دیگر می‌تواند مفید باشد.

تشکر و قدردانی

در خاتمه از کلیه دانشجویان و سالمندانی که در این تحقیق ما را صمیمانه یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

References:

[1] Karimy M.Evaluation of the effect of educational intervention based on empowerment model of health promotion behaviors on menopautic women. ***DaneshvarMed*** 2012; 18(94): 21-9. [in Persian].

[2] Dickson VV, Howe A, Deal J, McCarthy MM. The relationship of work, self-care, and quality of life in a sample of older working adults with cardiovascular disease. ***Heart Lung*** 2012; 41(1): 5-14.

[3] Heidari M, Shahbazi S. Effect of Self-Care Training Program on Quality of Life of Elders. ***Iran J Nurs*** 2012; 25(75): 1-8.

[4] Beattie BL, Whitelaw N, Mettler M, Turner D. A vision for older adults and health promotion. ***Am J Health Promotion*** 2003; 18(2): 200-4.

[5] Sadatinejad M, Mousavi GA, Rasolinejad V. The Kashansenile's attitude towards health and religious issues at year 2004-5. ***Feyz***2010; 14(1): 76-82. [in Persian]

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23]

[6] Rana AK, Wahlin A, Lundborg CS, Kabir ZN. Impact of health education on health related quality of life among elderly persons:results from a community-based intervention study in rural Bangladesh.***Health PromotInt***2009; 24(1):36-45.
[7] Yen CH, Liao WC, Chen YR, Kao MC, Lee MC, Wang CC.A Chinese version of Kogan's attitude toward older people scale: reliability and validity assessment. ***Int J Nurs Stud*** 2009; 46: 37-43.
[8] Ghahremani L, Nazari M, Mosavi M. Improvement of Quality of Life in Elderly men in Kahrizak Nursing Home Based on Educational Intervention. ***Knowledge Health*** 2008; 4(2): 18-23.
[9] Rezai S, Manoochehri M. Comparison of mental disorder between home owner residents and nurse homes elders. ***Iran J Aging*** 2008; 3(7): 16-25.
[10] Adib-Hajbaghery M, Akbari H. The severity of old age disability and its related factors. ***Feyz*** 2009; 3(13): 225-34. [in Persian]
[11] DarvishpoorKakhki A, AbedSaeedi J, Delavar A, Saeed-O-Zakerin M. Autonomy in the Elderly: A Phenomenological Study. ***Hakim Res J*** 2010; 12(4): 1- 10.
[12] NematiDehkordi SH, NematiDehkordi MN, Nekuee A, Fruzande R.The effect of group reminiscence therapy on quality of life of elderly. ***Armaghane-danesh*** 2008; 13(4): 58-64. [in Persian]
[13] Nejati V. Assessing the health status of elderly people in the province of Qom (2007). ***J Qazvin Univ MedSci*** 2009; 1(13): 67-72. [in Persian]
[14] Wang CY, Hung SC, Lai SW, Liu LL, Hsu CH. The elderly emergency medical services utilization in mountain area in nantou, Taiwan. ***J Indian Academy Geriatrics*** 2012; 8(1): 5-6.
[15] Kaldi AR. A study on physical, social and mental problems of the elderly in district 13 of Tehran. ***Age Ageing*** 2004; 33(3): 322.
[16]Wang TF, Chen IJ, Li IC.Associations between Chewing and Swallowing Problems and Physical and Psychosocial Health Status of Long-Term Care Residents in Taiwan: A Pilot Study. ***GeriatrNurs*** 2012; 33(3): 184–93.
[17] Cheryl A. Krause-Parello: Pet Ownership and Older Women: The Relationships Among Loneliness, Pet Attachment Support, Human Social Support, and Depressed Mood. ***Geriatric Nurs*** 2012; 33(3): 194-203.
[18] Mohammady M, Yazdy B, Rahgozar M, Meesgar P, FagherHosseni GH, Barjesteh H. Epidiomologicpsycharetic disorders in province Kerman. ***Rafsanjan J Med Sci*** 2005; 3(4): 136-45. [in Persian]
[19] Lena-AshkokK, PadmM,Kamath V, Kmath A. Health and social problems of the elderly: Across – sectional study in UdupiTaluk, Karnataka. ***Indian J Med Sci*** 2009; 34(2): 134-7.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23]