

بررسی تأثیر برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه بر میزان کیفیت زندگی سالمندان کهریزک: یک مطالعه مورد - شاهدی

ملیحه شیانی

حنان زارع^۱

چکیده

مقدمه: افزایش پیشرونده جمعیت سالمند در بسیاری از کشورهای توسعه یافته موجب معطوف شدن توجه به مسایل این گروه سنی شده است. از جمله روش‌هایی که در دهه‌های اخیر برای مقابله با مشکلات سالمندان و دیگر گروه‌های خاص به کار گرفته شده، برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه است. اجرای چنین برنامه‌هایی در کشورهای مختلف از جمله ایران مراحل اولیه رشد خود را می‌گذراند. هدف از این پژوهش، بررسی تأثیر این برنامه‌ها در میان سالمندان کهریزک و تأثیر آن بر کیفیت زندگی آنان است.

روش: روش این مطالعه مورد - شاهدی است بوده است. در این مطالعه ۱۰۰ نفر از سالمندان ۶۰ سال به بالای آسایشگاه کهریزک (شعبه کرج) به روش نمونه‌گیری کاملاً تصادفی انتخاب شدند. این افراد در دو گروه ۵۰ نفری آزمون و شاهد قرار گرفتند. ویژگی اصلی تفکیک دو گروه، شرکت یا عدم شرکت در برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه بوده است. اطلاعات مورد نیاز با استفاده از تکنیک پرسشنامه و مصاحبه جمع‌آوری شده است.

یافته‌ها: نتایج نشان‌دهنده تفاوت میان دو گروه آزمون و شاهد است به‌طوری‌که سالمندانی که در برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه شرکت داشته و خدمات معناداری را دریافت کرده‌اند از میزان کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بوده‌اند.

۱. کارشناسی ارشد برنامه‌ریزی رفاه اجتماعی، گروه جامعه‌شناسی پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)

نتیجه‌گیری: با وجودی که مدت زیادی از اجرای برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه در کهریزک نمی‌گذرد، اما همان طور که در نظریه‌ها و مدل‌های نظری مشخص شده بود افراد شرکت‌کننده در این برنامه‌ها با بازگشت به اجتماع و انجام فعالیت‌های مختلف هویت فردی و اجتماعی خویش را باز یافته و توانسته‌اند در مقایسه با دیگر سالمندان از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار شوند.

واژگان کلیدی

برنامه‌ریزی، توانبخشی مبتنی بر جامعه، سالمندان، کیفیت زندگی، کهریزک

بررسی تأثیر برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه بر میزان کیفیت زندگی سالمندان کهریزک: یک مطالعه مورد-شاهدی

سالمندی فرایندی است که تمام موجودات زنده از جمله انسان را دربرمی‌گیرد. این دوره حاصل تعامل پیچیده عوامل ژنتیک، متابولیک، هورمونی و همچنین روانی و اجتماعی است که بر عملکرد بدن اثر گذاشته و باعث پیری می‌شود (دبوار، ۱۹۷۲، ص ۱۳). با افزایش امید به زندگی و کاهش میزان مرگ و میر، جمعیت سالمند رو به افزایش گذاشته است (جباری، ۱۳۷۸، ص ۸۲)، به‌طوری که امروزه حدود ۵۸۰ میلیون نفر از جمعیت جهان را سالمندان بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهند (علیخانی، ۱۳۸۱، ص ۵۲). نکته قابل توجه آن است که برای بسیاری از این افراد سال‌های آخر عمر دوره انزوای، آزردگی و کاهش نقش‌های اجتماعی تلقی می‌شود که قبلاً برای آنان منزلت، رضایت و نفوذ به همراه داشته است (وایت، ۲۰۰۲). بنابراین بایستی به دنبال راه‌حلهایی بود تا بتوان سالمندان را دوباره به اجتماع بازگرداند و به نیازهای جسمانی، روانی، اجتماعی آنان پاسخ داد و سطح قابل قبولی از رفاه را برای آنان تأمین نمود (میجلی، ۱۳۷۸، ص ۱۴).

به منظور ایجاد کیفیت زندگی بهتر برای سالمندان، در گذشته مراقبت طولانی مدت مترادف با مراقبت پرستاری در منزل صورت می‌گرفت. بعد از گذشت زمان، این تعریف به خدمات سلامتی و خدمات مربوط به سلامتی گسترش یافت و فراهم کردن آن به طور رسمی و غیررسمی در مؤسسات یا منازل با توجه به کارکردها و تاریخچه‌ی بیماری افراد امکان‌پذیر گردید (فرناندو، ۲۰۰۱، صص ۱۴-۳۴). مراقبت‌های پزشکی مدرن امید به زندگی را افزایش داده و همچنین زمان استفاده سالمندان از این خدمات را گسترش داده و بیشتر سالمندان ترجیح می‌دهند که دوران سالمندی خود را در محیط زندگی خودشان بسر ببرند.

از این رو، توجه به برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه و گسترش آنها راه حل مناسبی برای پاسخ به نیازهای این گروه از افراد به نظر می‌رسد. در ایران رویکرد مبتنی بر جامعه به‌ویژه از دهه ۱۳۷۰ مورد توجه سازمان‌های دولتی و غیردولتی قرار گرفته و برخی از سازمان‌های دولتی مانند سازمان بهزیستی به‌طور مستقل یا با همکاری سازمان‌های غیردولتی کشوری و یا با همکاری مشترک سازمان‌ها و کارگزاران بین‌المللی و بین دولتی شروع به تجربه و گسترش برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه کرده‌اند (بابائی، ۱۳۸۹، ص ۱۸).

برنامه‌های مبتنی بر جامعه، خدمات مورد نیاز سلامت و کیفیت زندگی سالمندان را ارائه می‌دهند و از آنها در جامعه حمایت می‌کنند. به‌طور کلی این خدمات کم‌هزینه‌تر از خدمات مراقبت خانگی و پرستاری در منزل هستند و به افراد اجازه می‌دهند که در خانه و محیط زندگی خود بمانند (نوروزی، ۱۳۸۵، ص ۱۱). در تلاش برای جبران کمبودهای سیستم‌های مراقبتی، مراقبت‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه این اجازه را به دولت‌ها می‌دهد که با هزینه کمتر خدمات مراقبت طولانی‌مدت را توسعه دهند. هدف از این برنامه‌ها، اجتناب از ماندن در منزل یا بیمارستان و کاهش هزینه‌های اضافی است (بارایا، ۲۰۰۴، صص ۱۲۰-۱۲۴).

بدیهی است این برنامه‌ها با مشارکت فرد، خانواده و جامعه می‌تواند منجر به کیفیت زندگی بیشتر سالمندان گردد. با اجرای این برنامه‌ها می‌توان از انزوا و مطرودیت افراد جلوگیری نمود و توانمندی و استقلال بیشتری را برای آنان جهت اداره‌ی امور مربوط به خودشان فراهم کرد. هم‌چنین زمینه را برای مشارکت اجتماعی بیشتر در حل مسائل به وجود آورد و منجر به همفکری و همیاری بیشتر در جهت بهبود و ارتقا کیفیت زندگی گردید.

در زمینه سالخوردگی (۶۵ سالگی) و مسایل مرتبط با آن به ویژه در ارتباط با جامعه، تحلیل‌های متعددی در قالب دیدگاه‌ها و نظریه‌ها مطرح شده است. لیان کامینگ و ویلیام هنری در سال ۱۹۶۱ تحلیل ویژه‌ای در زمینه تأثیرات سالخوردگی مطرح کردند که به نظریه «عدم مشارکت» معروف شد. مطابق این نظریه جامعه و فرد سالمند در رابطه با یکدیگر، بسیاری از روابط دوجانبه خود را متقابلاً محدود می‌کنند. بنابراین غیر قابل اجتناب بودن مرگ، فرد را وادار می‌کند که بخش مهمی از نقش‌های اجتماعی خویش را ترک کند (علیخانی، ۱۳۸۱، ص ۱۱). در مقابل دیدگاه کنش متقابل اجتماعی نظریه فعالیت، این‌گونه استدلال می‌کند شخص سالمندی که فعال باقی بماند به گونه بهتری با شرایط تطابق خواهد یافت. طرفداران این نتیجه می‌گیرند سالمندان به اندازه افراد میانسال، تمایل به برقراری روابط اجتماعی دارند.

نظریه مبادله را جیمز داود جامعه‌شناس آمریکایی در سال ۱۹۸۰ به‌عنوان نظریه سوم در مقابل دو نظریه پیشین ارائه کرد. وی تلاش کرد به سوالی پاسخ بدهد که در نظریه‌های دیگر بدون جواب مانده بود، چرا سالمندان دارای تعامل یا روابط متقابل اجتماعی ضعیف‌تری هستند؟ در پاسخ، توجیهات سنتی معتقدند سالمندان در مقایسه با جوانان از تندرستی و درآمد کمتری برخوردارند. سالمندان از کار بازنشسته شده و حتی خانه خویش را ترک می‌کنند و در مقابل پاداش‌هایی را متفاوت برحسب نوع و شرایط جامعه نظیر حقوق بازنشستگی، تأمین اجتماعی، مراقبت‌های پزشکی و احتمالاً چیزهای دیگر، دریافت می‌دارند. علاوه بر آن کناره‌گیری را نتیجه اجتماعی یک‌سری از روابط مبادله‌ای می‌داند که بر اثر آن شرایط و قدرت نسبی سالمندان به تدریج رو به کاهش می‌رود.

گربویوم^۱ با ارائه نظریه محیط اجتماعی معتقد است که رفتار دوران پیری به برخی شرایط بیولوژیکی و اجتماعی بستگی دارد. در واقع محیطی که سالمند در آن زندگی می‌کند، نه تنها بافت اجتماعی با هنجارهای خود را دربر می‌گیرد، بلکه موانع مادی و مشاغل را نیز شامل می‌شود. براساس این نگرش، سه عامل مهم بر سطح فعالیت فرد مسن تأثیر می‌گذارد: سلامتی، وضعیت اوضاع مالی و پشتیبانی‌های اجتماعی. اشلی^۲ عقیده دارد که آخرین مرحله زندگی دنباله‌ای مراحل قبلی است. موقعیت‌های اجتماعی می‌تواند معرف نوعی عدم پیوستگی باشد، اما سازگاری و سبک زندگی اصولاً از طریق سبک‌ها، عادات و ذوق‌هایی که در تمام طول زندگی کسب شده است، می‌شود (نظریه تداوم). سازگاری اجتماعی با پیری با رویکردهایی از همین نوع، اصولاً توسط گذشته تعیین می‌شود. رویدادهای اجتماعی که در جریان آخرین سال‌های زندگی رخ می‌دهد، بی‌شک فشارهایی وارد می‌کند و پذیرش برخی رفتارها را به دنبال می‌آورد، ولی این رفتارها مسیری را در پی می‌گیرد که قبلاً در زندگی انتخاب شده است (گنجی، ۱۳۷۹، ص ۶۹).

برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه رویکردی جدید است که در دهه‌های اخیر برای بالا بردن کیفیت زندگی هرچه بیشتر سالمندان مطرح شده است. جان ای کروت^۳ در کتاب فراهم کردن خدمات مبتنی بر جامعه برای سالمندان روستایی بیان می‌کند: خدمات مبتنی بر جامعه طیف وسیعی از خدمات را شامل می‌شود که خارج از شبکه‌های مؤسسه‌ای فراهم می‌شوند تا به رفاه و استقلال سالمندان به روش‌های مختلف کمک کنند. خدماتی که به‌طور سنتی به عنوان مبتنی بر جامعه تعریف می‌شدند شامل: مراقبت خانگی^۴، مراقبت شخصی^۵، خانه‌داری، خدمات تغذیه‌ای^۶، سلامت ذهنی، توسعه اطلاعات، مدیریت موردی^۷، مراکز ارشد^۸، مراقبت فرجه‌ای^۹، مراقبت روزانه بزرگسالان^{۱۰}، مسکن و حمل و

نقل می‌باشد. این خدمات مکمل خدمات موسسه‌ای و خدمات مراقبت طولانی‌مدت هستند تا به‌طور مداوم به افراد سرویس دهند (جان کروت، ۱۹۹۶، ص ۱۴).

خدمات توانبخشی مبتنی بر جامعه^{۱۱} شامل دو نوع خدمات احتیاطی و غیر احتیاطی است. خدمات احتیاطی^{۱۲} استفاده از خدمات اولیه بهداشتی (سلامت) به وسیله انتخاب مشخص است. خدمات مراقبت شخصی یا مراقبت‌کننده نمونه‌ای از این خدمات هستند. در مقابل خدمات غیراحتیاطی^{۱۳} است که شامل خدمات بهداشتی (سلامت) از قبیل پرستاری پیشرفته است (هازارد، ۱۹۹۶، ص ۲۷۵).

هم‌چنین در این برنامه‌ها خدمات در مکان‌هایی صورت می‌گیرد که مردم در آنجا کار و زندگی یا تحصیل می‌کنند. این خدمات از نوع با کیفیت بالا می‌باشند که طی آن در هزینه‌ها صرفه‌جویی شده و بر پیشگیری از بروز بیماری‌ها و ارتقاء و بهبودی سطح سلامتی و کیفیت زندگی تاکید می‌گردد. این خدمات افراد را در تمامی طول دامنه زندگیشان دربر می‌گیرد. این خدمات افراد با فرهنگ‌های مختلف را پوشش داده و خدمات در دسترس گروه‌های در معرض خطر و بروز مشکلات سلامتی قرار می‌گیرد. به علاوه این سیستم‌ها توسعه و ارتقای ظرفیت‌های بهداشتی را مدنظر داشته و مسئولان این سیستم‌ها با سیاستگذاران در زمینه تغییر و اصلاح سیستم‌های بهداشتی وارد مذاکره می‌شوند و تلاش می‌کنند تا محیط را سالم‌تر کنند (نوروزی، ۱۳۸۵، ص ۶۸).

گرین، اوندریچ و لدیتکا در تحلیل دوباره سیستم‌های مبتنی بر جامعه به این نتیجه رسیده‌اند که از طریق این برنامه‌ها ممکن است یک بی‌طرفی بودجه را به دست آوریم اگر این برنامه‌ها دقیق، مفید و هدفمند باشند (منگ، ۲۰۰۳، ص ۳۵۳-۳۷۰). استفاده از خدمات مبتنی بر جامعه به دلیل مزایای مشخص پیشنهاد می‌شود:

۱. این سیستم بسیاری از ترجیحات سالمندان را ارضا می‌کند برای اینکه در منزل خود به‌طور مستقل زندگی کنند.
 ۲. این سیستم به افراد کمک می‌کند تا ذخیره مالی خود را نگه دارند به جای اینکه آن را صرف مراقبت‌های گران‌قیمت موسسات کنند. مطالعات نشان می‌دهد که یک چهارم افرادی که از مراقبت‌های پرستاری در منزل استفاده می‌کردند همه‌ی ذخیره (سرمایه) مالی خود را صرف آن کرده‌اند.
 ۳. این خدمات می‌توانند بسیار قابل انعطاف‌تر از مراقبت‌های پرستاری در منزل، در تامین نیازهای خاص سالمندان در مراقبت‌های طولانی‌مدت باشند (همان).
 ۴. این سیستم به سالمندان اجازه می‌دهد که به‌طور قابل توجهی با هزینه کم مورد مراقبت قرار بگیرند و مهم‌تر اینکه افراد در محیط آشنای خانه و زندگی خودشان مورد مراقبت قرار بگیرند.
 ۵. علاوه بر پتانسیل فواید اقتصادی، نگهداری سالمندان در جامعه فواید غیرقابل درکی را هم برای سالمندان و هم برای خانواده‌هایشان ارائه می‌کند: ارزش‌های بنیادی که توسط سالمندان بیان می‌شود آنها را راضی نگه می‌دارد باقی ماندن آنها در محیط آشنای زندگی خودشان و توانایی انتخاب درباره‌ی وضعیت زندگی ایشان است. خانواده مراقبت‌گیرندگان به کمک می‌پردازند و هم چنین موسسات ارائه خدمات برای سالمندان برای کاهش استرس در میان سالمندان استفاده از خدمات مبتنی بر جامعه (خدمات فرجه‌ای، مراقبت روزانه، حمل و نقل، و سیستم پاسخگویی به فوریت‌ها) را پیشنهاد می‌کنند.
- از جمله صاحب‌نظران در زمینه برنامه‌های مبتنی بر جامعه برای سالمندان «یا می‌چن»^{۱۴} است.

چن در مطالعه خود سه بخش را توضیح داده و تلاش نموده سه بعد را در یک نظم زمانی مشخص به وسیله یک چارچوب تئوریک ساختاری نشان دهد و احتمال ماندن افراد در اجتماع را توضیح دهد. و از مدل مبادله ساختاری^{۱۵} استفاده کرده است. این تحقیق از مدل رفتاری سلامت اندرسون^{۱۶} استفاده کرده است. تا مدل مبتنی بر جامعه را از دیدگاه طولی^{۱۷} پایه گذاری کند (اندرسون، ۱۹۹۵، صص ۱-۱۰).

چن از مدل رفتاری سلامت اندرسون که یکی از گسترده ترین و مهمترین مدل ها در تحلیل سرویس های مراقبت سلامتی است جهت ارائه مدل برنامه های مبتنی بر جامعه از دیدگاه طولی استفاده کرده است. و این مدل فرض می کند که بهره گیری از این خدمات و توانایی ماندن آنها در اجتماع کارکردی است برای:

- ۱- زمینه سازی (سن، جنس، تحصیلات و...) آنها برای استفاده از خدمات
- ۲- فاکتورهایی که توانمند می کند یا مانع می شود از اینکه افراد از این خدمات استفاده کنند (مسکن، بیمه، حمایت های اجتماعی و...) ۳- نیازهای درک شده^{۱۸} (انواع بیماری های سالمندی، ناتوانی و...) آنها برای استفاده از خدمات و توانایی سالمندان برای باقی ماندن در اجتماع یک کارکرد از سه کارکرد فرض شده است در مدل است.

ملیحه شبانی، هان زان

فاکتورهای زمینه ای
 فاکتور توانمندسازی اجتماعی و مالی ← استفاده از خدمات اجتماع محور ← باقی ماندن در اجتماع
 ناتوانی و نیازهای درک شده و نیازهای برآورده نشده

در نهایت چن به این نتایج دست یافته است که آگاهی از نیازهای برآورده نشده و استفاده از فعالیت های روزانه زندگی فاکتورهای مهم در این مدل هستند که باعث می شوند سالمندان برای ادامه زندگی در جامعه باقی بمانند. او توضیح می دهد که خدمات مبتنی بر جامعه و استفاده از خدمات فعالیت های روزانه زندگی

ممکن است که به سالمندان کمک کند که بیشتر از مواقعی که از خدمات پرستاری در منزل استفاده می‌کنند در محیط زندگی خودشان باقی بمانند و یافته‌های آنان می‌تواند برای استفاده در سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌ها در آینده مهم باشد. علاوه بر آن، زمانی که سالمندان نیازهای برآورده نشده خود را بهتر می‌شناسند و نسبت به آن آگاهی می‌یابند استفاده آنها از این نوع خدمات افزایش می‌یابد و این خدمات به آنها کمک می‌کند که زمان بیشتری را در جامعه به فعالیت بپردازند بخصوص زمانی که سالمندان با ناتوانی مواجه هستند. و مدل اندرسون می‌تواند برای تشخیص نیازها و آگاهی از آنها به ما کمک بیشتری کند (چن، ۲۰۱۰، صص ۲۲۲-۲۹۱).

روش

این مطالعه با روش مورد-شاهدی انجام شده است. به منظور گردآوری اطلاعات از تکنیک پرسشنامه و مصاحبه بهره گرفته شده است. برای سنجش تأثیر برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه بر کیفیت زندگی سالمندان، یک گروه از سالمندان به عنوان گروه آزمون (مورد) (بهره‌گیرنده از خدمات برنامه‌های مبتنی بر جامعه) و گروه دیگر به عنوان شاهد در نظر گرفته شده است. از بین ۱۵۰ نفر زن و مرد سالمند ۶۰ سال به بالایی که در برنامه‌های مراقبت روزانه و مراقبت خانگی بودند در زمان انجام این پژوهش ۸۰ پرونده فعال وجود داشت که از بین این افراد ۵۰ نفر به صورت کاملاً تصادفی به عنوان جامعه آماری گروه آزمون انتخاب شده است.

گروه شاهد سالمندانی بودند که برای ورود به این برنامه ثبت‌نام کرده بودند ولی هنوز خدمات معنی‌داری را دریافت نکرده‌اند. با مراجعه به مرکز تعداد ۵۰ نفر

به طور کاملاً تصادفی انتخاب شده‌اند. برای جורسازی این دو گروه از میانگین توزیع فراوانی سن، جنس، درآمد و تحصیلات استفاده شده است.

اصلی‌ترین متغیر مورد بررسی کیفیت زندگی است که طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی یعنی درک و آگاهی فرد از جایگاهش در زندگی که در قالب فرهنگ و نظام ارزش‌های محل زندگی وی شکل می‌گیرد. کیفیت زندگی را می‌توان در دو سطح خرد (فردی - ذهنی) و کلان (اجتماعی - عینی) تعریف کرد. سطح خرد شاخص‌هایی نظیر ادراک کیفیت زندگی، تجارب و ارزش‌های فرد و معرف‌های مرتبط مانند رفاه، خوشبختی و رضایت از زندگی را شامل می‌شود و سطح شامل درآمد، اشتغال، مسکن و آموزش و پرورش و سایر شرایط زندگی و محیط است. در یک مفهوم کلی تمام ابعاد زیستی شامل رضایت مادی، نیازهای حیاتی، به علاوه جنبه‌های انتقالی زندگی نظیر توسعه فردی، خودشناسی و بهداشت اکوسیستم را پوشش می‌دهد. در این پژوهش برای سنجش کیفیت زندگی، چهار آیتم از هشت آیتم مقیاس^{۱۹} FA استفاده شده است که اهمیت جنبه‌های مختلف زندگی را می‌سنجد. این مقیاس در زمانی کوتاه و به صورت جامع کیفیت زندگی افراد جامعه را مورد پوشش قرار می‌دهد. افراد باید میزان موافقت خود با هریک از موارد را با زندگی خود بیان نمایند.

یافته‌ها

بنابر نتایج جدول شماره ۱ در گروه آزمون ۱۶ درصد سالمندان از بیماری‌های قلبی، ۵۲ درصد از آرتروز، ۲۴ درصد دیابت، ۲۲ درصد فشار خون، ۸ درصد بیماری‌های دهان و دندان و ۴۲ درصد از سایر بیماری‌ها رنج می‌بردند که در سایر

بیماری‌ها به بیماری‌های چشمی، چربی، بیماری‌های گوارشی، پروستات، ناراحتی اعصاب، پوکی استخوان و دیسک کمر و رماتیسم اشاره نمودند.

جدول (۱) توزیع فراوانی افراد بر حسب ابتلا به بیماری‌های سالمندی

انواع بیماری‌ها		گروه آزمون		گروه شاهد		کل
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
بیماری‌های قلبی	بله	۸	۱۶	۸	۱۶	۱۶
	خیر	۴۲	۸۴	۴۲	۸۴	۸۴
	کل	۵۰	۱۰۰	۵۰	۱۰۰	۱۰۰
آرتروز	بله	۲۶	۵۲	۳۰	۶۰	۵۶
	خیر	۲۴	۴۸	۲۰	۴۰	۴۴
	کل	۵۰	۱۰۰	۵۰	۱۰۰	۱۰۰
دیابت	بله	۱۲	۲۴	۱۳	۲۶	۲۵
	خیر	۳۸	۷۶	۳۷	۷۴	۷۵
	کل	۵۰	۱۰۰	۵۰	۱۰۰	۱۰۰
فشارخون	بله	۱۱	۲۲	۱۶	۳۲	۲۷
	خیر	۳۹	۷۸	۳۴	۶۸	۷۳
	کل	۵۰	۱۰۰	۵۰	۱۰۰	۱۰۰
بیماری‌های دهان و دندان	بله	۴	۸	۷	۱۴	۱۱
	خیر	۴۶	۹۲	۴۳	۸۶	۸۹
	کل	۵۰	۱۰۰	۵۰	۱۰۰	۱۰۰
سایر بیماری‌ها	بله	۲۱	۴۲	۲۸	۵۶	۴۹
	خیر	۲۹	۵۸	۲۲	۴۴	۵۱
	کل	۵۰	۱۰۰	۵۰	۱۰۰	۱۰۰

بررسی تأثیر برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه بر میزان کیفیت زندگی سالمندان

همچنان که نتایج جدول شماره ۱ نشان می‌دهد در گروه شاهد ۱۶ درصد افراد از بیماری‌های قلبی، ۶۰ درصد از آرتروز، ۲۶ درصد دیابت، ۳۲ درصد فشار خون،

۱۴ درصد بیماری‌های دهان و دندان و ۵۶ درصد از سایر بیماری‌ها رنج می‌بردند. در مجموع دو گروه بیشتر سالمندان از بیماری آرتروز رنج می‌بردند.

جدول (۲) توزیع فراوانی سالمندان بر حسب وضعیت بیمه

موارد		گروه آزمون		گروه شاهد		کل
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
دارا بودن بیمه	بله	۳۹	۷۸	۲۹	۵۸	۶۸
	خیر	۱۱	۲۲	۲۱	۴۲	۳۲
	کل	۵۰	۱۰۰	۵۰	۱۰۰	۱۰۰
نوع بیمه	تامین اجتماعی	۲۳	۵۹	۱۲	۴/۴۱	۳۱/۷
	خدمات درمانی	۱۲	۳۰/۸	۱۳	۸/۴۴	۱۹/۶
	بیمه مکمل	۱	۲/۶	۳	۳/۱۰	۲/۸
	سایر	۳	۷/۷	۱	۳/۴	۵/۵
	کل	۳۹	۱۰۰	۲۹	۱۰۰	۶۸
رضایت از نوع بیمه	بسیار کم	۹	۲۳/۱	۴	۱۳/۸	۱۸/۴
	کم	۴	۱۰/۳	۶	۲۰/۷	۱۵/۵
	تاحدودی	۲۰	۵۱/۳	۱۴	۴۸/۳	۴۹/۸
تأمین لوازم توانبخشی از سوی بیمه	زیاد	۶	۱۵/۴	۵	۱۷/۲	۱۶/۳
	کل	۵۰	۱۰۰	۲۹	۱۰۰	۶۸
	بله	۳۷	۹۴/۹	۰	۰	۴۷/۴
	خیر	۲	۵/۱	۲۹	۱۰۰	۵۲/۵
	کل	۳۹	۱۰۰	۲۹	۱۰۰	۶۸

ملیحه شبانی، حنان زارع

در جدول شماره ۲، در مجموع دو گروه، ۶۸ درصد تحت پوشش یکی از انواع بیمه بوده‌اند که اکثریت آن‌ها رضایت متوسط از نوع بیمه‌ای که استفاده می‌کرده داشتند. و ۵۲ درصد اظهار داشته‌اند که بیمه لوازم توانبخشی آن‌ها را تأمین نمی‌کند.

جدول (۳) توزیع فراوانی سالمندان بر حسب ارزیابی از وضعیت سلامت خود

ارزیابی از وضعیت سلامت خود						
بسیار بد	بد	معمولی	خوب	بسیار خوب	کل	
۲	۷	۲۱	۱۸	۲	۵۰	فراوانی
۴	۱۴	۴۲	۳۶	۴	۱۰۰	درصد
۶	۱۵	۲۰	۹	۰	۵۰	فراوانی
۱۲	۳۰	۴۰	۱۸	۰	۱۰۰	درصد
۸	۲۵	۴۱	۲۷	۲	۱۰۰	فراوانی
۸	۲۵	۴۱	۲۷	۲	۱۰۰	درصد

گروه آزمون
گروه شاهد

کل

همان گونه که نتایج جدول ۳ و ۴ نشان می دهد افرادی که که در برنامه های مبتنی بر جامعه شرکت داشتند وضعیت سلامتی خود را به میزان بالاتری خوب ارزیابی کرده اند. ضریب بتای ۲/۶۴ نشان می دهد که تغییر یک انحراف استاندارد در متغیر مدت زمان برنامه های مبتنی بر جامعه باعث تغییر ۲/۶۴ انحراف استاندارد در متغیر کیفیت زندگی می شود.

جدول (۴) ضرایب رگرسیونی مدت زمان برنامه های مبتنی بر جامعه

ضرایب استاندارد نشده				
B	خطای استاندارد	T	سطح معناداری	مدل
۹/۱۲۳	۰/۶۸۱	۱۳/۳۹۰	۰/۰۰	ثابت
۰/۹۵۶	۰/۴۶۳	۲/۶۴	۰/۰۴	مدل زمان

همان طور که جدول بالا نشان می دهد مقدار ضریب تعیین تعدیل شده ۰/۰۶۴ است یعنی ۶/۴ درصد از تغییرات متغیر وابسته یعنی کیفیت زندگی توسط

مدت زمان برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه تعیین می‌شود. و مابقی آن تحت تأثیر متغیرهای خارج از مدل می‌باشد.

جدول (۵) آزمون مقایسه میانگین‌ها

موارد	آزمون t	میانگین	سطح معناداری	اختلاف میانگین
کیفیت	۲/۰۷	۲/۳۶	۰/۰۴	۰/۱۹
زندگی	-۱/۸۸	۱/۹۸	۰/۰۶	-۰/۱۹

آزمون مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که سالمندانی که در برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه شرکت داشته‌اند از میزان کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بوده‌اند.

نتیجه

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه بر میزان کیفیت زندگی سالمندان مطالعه موردی کهریزک (شعبه کرج) انجام شده است. سالمندی به عنوان یک پدیده رو به رشد در بیشتر جوامع به شمار می‌رود. توجه به خواسته‌ها و نیازهای این گروه توجه سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان را به خود جلب کرده است. بدیهی است که سالمندان به عنوان یک قشر از جامعه نمی‌توانند و نایستی کنار زده شوند بلکه باید راه‌حل‌های مناسب برای تامین نیازها و رفاه این گروه از افراد بوجود آید یکی از راه‌هایی که در سال‌های اخیر برای تامین رفاه این افراد مورد توجه قرار گرفته برنامه‌های مبتنی بر جامعه است. از آنجا که مباحث مرتبط با برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه بسیار جدید است لذا دانش نظری در این زمینه محدود می‌باشد لذا بحث در مورد موضوع و شناسایی ابعاد مختلف آن و ارتباط آن با کیفیت زندگی سالمندان و مسائل دیگر جامعه به لحاظ نظری بسیار قابل تامل است. از لحاظ کاربردی نیز باید خاطر نشان کرد با نظر به اینکه این برنامه‌ها به مدت سه سال است که در کهریزک کرج اجرا می‌شوند درخور توجه و اهمیت زیادی می‌باشد که می‌توان این برنامه‌ها را در سطح کشور و برای گروه‌های مختلف جامعه گسترش داد و عملی کرد.

با توجه به محدودیت‌های منابع و اطلاعات موجود برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه و با توجه به نظریه‌های اجتماع‌گرایی می‌توان گفت که فرد در جامعه و اجتماع است که معنی و هویت می‌یابد و سالمندان به عنوان قشری از جامعه که در برهه‌هایی از تاریخ حتی طرد شده اند نیازهای خاص خود را دارند و با توجه به نظریات راه‌سومی‌ها که معتقدند به سالمندان باید به عنوان سرمایه‌های اجتماعی، انسانی و اقتصادی نگریست نه به عنوان یک عضو منفعل و از کارافتاده.

محدودیت‌های منابع و اطلاعات موجود با این دید که سالمندان نباید طرد شوند یا در آسایشگاه‌ها بمانند بلکه باید در جامعه و محیط زندگی خودشان بمانند و زندگی کنند و این سرمایه‌ها را به نسل آینده منتقل کنند به سالمندان کمک می‌کند که تا حدودی توانایی‌های گذشته خود را بازیابند.

مقوله‌ی کیفیت زندگی به صورت جدی در آغاز قرن ۲۰ در ادبیات توسعه اقتصادی و اجتماعی مطرح گردیده است. و در ابعاد ذنی و عینی مورد توجه قرار گرفته است. در مجموع سالمندان به عنوان اعضای جامعه قابل احترام و توجه هستند و اینکه شرایطی در جامعه باید برای آنها فراهم شود که کیفیت زندگی بیشتری داشته باشند و برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه می‌توانند یکی از راهکارهای مناسب برای ایجاد کیفیت زندگی بهتر و بیشتر برای این قشر از جامعه باشند.

برای استفاده افراد از خدمات رفاهی برخی از شرایط باید مهیا و در دسترس باشد. شرایطی که به افراد اجازه دهد که نیازی را برآورده کنند. از آنجایی که حمایت محیطی - اجتماعی و موقعیت مالی سالمندان در ماندن آنها در اجتماع تأثیر دارد این فاکتورها به عنوان توانمندسازی اجتماعی و مالی در برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه تعریف شده‌اند. این برنامه‌ها علاوه بر ایجاد توانمندسازی مالی با مشارکت دولت و سازمانهای مختلف بیمه‌ای در توانمندسازی مالی و به تبع کیفیت زندگی بیشتر این افراد مؤثر است. فاکتورهای توانمندسازی اجتماعی منابع فکری هستند که سالمندان را توانمند می‌کنند که در اجتماع بمانند. دسترسی به انواع شبکه‌های رسمی و غیررسمی حمایت‌های اجتماعی این کمک را به سالمندان می‌نماید که برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه این دسترسی را با فراهم آوردن موقعیت مشارکت اعضای خانواده و جامعه، تقویت می‌کنند و باعث

می‌شود که سالمندان مدت بیشتری به طور مستقل در جامعه باشند و از این طریق کیفیت زندگی بهتری داشته باشند.

اگرچه فاکتورهای توانمندسازی مالی و زمینه‌ساز در استفاده افراد در استفاده از این خدمات ضروری هستند اما کافی نیستند. در جستجوی خدمات فرد باید برخی از نیازها را برای انجام دادن درک کند (احساس کند). نیاز درک شده ممکن است در نتیجه‌ی بیماری و یا وابسته به سن و کارکرد ناتوانایی‌ها باشد. این نیازها بهترین دلیل برای استفاده از این خدمات هستند. برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه توانمندسازی مالی و اجتماعی سالمندان را افزایش داده و منجر به کیفیت زندگی بیشتر این گروه خواهد شد. این برنامه‌ها با توجه به این نیازها به افراد اجازه می‌دهد انتخابی مناسب از ارائه خدمات را داشته باشند که افراد را توانمند می‌سازد تا به طور مستقل زندگی کنند.

برطبق مدل اندرسون و چن که پایه‌ی مدل نظری را تشکیل می‌دهند فاکتورهای زمینه‌ای مانند سن، جنس، تحصیلات و... و همین‌طور مؤلفه‌های توانمندسازی سالمندان مانند تسهیلات بهداشتی، منابع حمایت اجتماعی (حمایت خانواده، جامعه)، منابع مالی (درآمد، مسکن، بیمه‌های اجتماعی)، مؤلفه ناتوانی و نیاز در استفاده سالمندان از خدمات مراقبت‌های مبتنی بر اجتماع موثرند و این برنامه‌ها به گونه‌ای دسترسی سالمندان به این مؤلفه‌ها را تقویت می‌کنند و بر میزان کیفیت زندگی سالمندان تأثیر می‌گذارند.

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که کاربرد این برنامه‌ها با توجه به نو بودن آنها در میزان کیفیت زندگی سالمندان تأثیر داشته است و کسانی که از این خدمات استفاده کرده‌اند از کیفیت زندگی بیشتری برخوردار بوده‌اند.

به طور کلی می توان این گونه نتیجه گرفت که با توجه اینکه برنامه های توانبخشی مبتنی بر جامعه مدت زیادی نیست که در کهریزک اجرا می شوند ولی بر روی سلامت و کیفیت زندگی افراد تأثیر قابل ملاحظه ای داشته است. و همان گونه که بسیاری از تئوری های سالمندی (تئوری عدم مشارکت، تئوری مبادله و تئوری محیط اجتماعی) معتقدند که دوران سالمندی دورانی است که افراد به حاشیه می روند و نقش های منفعلی پیدا می کنند با کمک این برنامه ها می توانیم از انزوا رفتن و منفعل شدن آنها جلوگیری کرده و همان طور که تئوری های فعالیت و تداوم اعتقاد دارند که باید سبک ها، عادات و سلیقه های افراد باید در دوران سالمندی حفظ شوند این برنامه ها شرایطی را فراهم می کنند که افراد به حفظ فعالیت های خود همراه با کیفیت زندگی بیشتر در جامعه بپردازند. و همان طور که نظریه های اجتماع گرایی بیان می کنند افراد با بازگشت به اجتماع و فعالیت های اجتماعی هویت فردی و اجتماعی خود را باز می یابند می توان از طریق این برنامه ها هویت فردی، نقش ها و تعهدات سالمندان را به آنها بازگرداند و از سرمایه های اجتماعی، فرهنگی و انسانی آنها استفاده کرد. بسیاری از سیاست گذاران معتقدند که باید به سالمندان به عنوان سرمایه های اجتماعی و فرهنگی نگریسته شود که این امر با اجرای برنامه های توانبخشی مبتنی بر جامعه محقق می شود.

با توجه به نتایج مثبت به دست آمده در این پژوهش و با توجه به کم هزینه تر بودن این برنامه ها گسترش این برنامه ها ضروری به نظر می رسد و با توجه به اینکه این برنامه ها شرایطی را برای سالمندان فراهم می کنند که با همکاری خود، جامعه و خانواده به طور مستقل به اداره امور مربوط به خود بپردازند این برنامه ها می تواند جایگزین مناسبی برای خدمات پرهزینه و گاهی کسالت آور آسایشگاه ها باشند.

پی‌نوشت‌ها

* مقاله حاضر از پایان‌نامه کارشناسی ارشد حنان زارع تحت عنوان «بررسی تأثیر برنامه‌های اجتماع محور بر رفاه ذهنی سالمندان (مطالعه موردی کهریزک شعبه کرج)» به راهنمایی دکتر ملیحه شیانلی در گروه برنامه‌ریزی رفاه اجتماعی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران استخراج شده است.

1. Gurbrium
2. Ashly
3. JohnA.krout
4. Home health
5. Personal care
6. Nutrition service
7. Case management
8. Senior center
9. Respite care
10. Adult day care
11. HCBS
12. Discretionary services
13. Nondiscretionary services
14. Ya- Mei Chen
15. Structural equation modeling
16. Health behavioral model
17. Longitudinal
18. Perceived need
19. Flourishing scale

فهرست منابع

- گنجی، حمزه. (۱۳۷۹). مبانی روان‌شناسی عمومی، تهران، نشر روان.
- علیخانی، ویدا. (۱۳۸۱). پیری از دیدگاه‌های مختلف، تهران، انتشارات انجمن اولیاء و مربیان.
- بابائی، نعمت‌اله. (۱۳۸۹). بررسی توانمندسازی اقتصادی اجتماع محور در محله‌های حاشیه‌نشین، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، گروه رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
- دبوار، سیمون. (۱۹۷۲). کهنسالی، ترجمه محمد علی طوسی، تهران، شباویز، جلد اول.
- نوروزی، کیان. (۱۳۸۵). طراحی و ارزشیابی مدل مراقبت جامعه نگر برای سالمندان، پایان‌نامه دکتر، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس.
- میجلی، جیمز. (۱۳۷۸). رفاه اجتماعی در جهان، ترجمه محمد جغتایی، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

زاهدی اصل، محمد. (۱۳۸۱). مبانی رفاه اجتماعی، تهران، دانشگاه علامه طباطبائی.

Reder, H., Hedrick, S., Guihan, M., Miller, S. (2009). Barries to home and community based service referrals: The physicians' role gentology and geriatrics education 30 (1): 21-33.

- White, Leroy. (2002). Connetion matters: Exploring the implications of social capital and social networks for social policy, London: faculty of health, south bank university.
- Tokkes- gil, Fernando M. (2001). Factors Affective of ulitization of health services and home and community-based care programs by older Taiwanese in the USA, university of California, Los Angeles.
- Evelin, Barrayo A., Salmon, Jennifer R., Dunlop, Burton D. (2004). Who is being served? Program eligibity and home- and community- based services use, USA. The journal of Applied: 120-124.
- Krout, John A. (1994). Providing community- based services to the rural elderly, London, sage.
- Dinner. Edward. (1984). Subject well-being, university of Illionois at champaign – urbana 5, 534-575.
- Dinner. Edward (2005). Guidelines for national indicators of subject well-being and ill-being, university of Illionois 1-7.
- Williamr, R., Hazard, MD. (2009). Geriatric medicine and gerontology, Seattle, Washington.
- ying ying, Meng. , Schwab, Timothy C., kwan- Mon, Lenug. (2003). Home and community-based alternative to nersing homes, Journal of Aging and Health, 353-370
- Ronald, Anderson M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care, Does it matter, university of Colifornia at Los Angles, Journal of Health and Social Behavioral 36, 1-10.
- Chen, Ya-Mei., Thompson, Elaine Adams. (2010). Understanding factors success of home- and community- based services in keeping older adults in community settings, University of Washington.

یادداشت شناسه مؤلفان

ملیحه شبانی: دانش آموخته دکترای جامعه‌شناسی از دانشگاه علامه طباطبایی و استادیار گروه برنامه‌ریزی رفاه اجتماعی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران. از جمله مهمترین علایق پژوهشی وی عبارت‌اند از رفاه اجتماعی و مشارکت شهروندی.

حنان زارع: دانش آموخته کارشناسی ارشد برنامه‌ریزی رفاه اجتماعی از دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران و پژوهشگر گروه جامعه‌شناسی پزشکی مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. از مهمترین علایق پژوهشی وی رفاه اجتماعی و سیاست اجتماعی سلامت است.

نشانی الکترونیک: hannanzare@gmail.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۶/۱۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۹/۳۰