بررسی تأثیر برنامه‌های اجتماع‌محور بر رفاه ذهنی سالمندان

(مقاله پژوهشی برگرفته از پایان‌نامه‌ی دانشجویی)

* ملیحه شیانی[1]، حنان زارع[2]

چکیده:

هدف: در دهه‌های اخیر برای مقابله با مشکلات سالمندان و دیگر گروه‌های خاص، برنامه‌های اجتماع‌محور به‌کار گرفته شده است. ازآنجاکه اجرای چنین برنامه‌هایی مراحل اولیهٔ رشد خود را در کشورهای مختلف می‌گذراند؛ ازاین‌رو هدف از پژوهش، بررسی برنامه‌های اجتماع‌محور در سالمندان و تأثیر آن بر میزان رفاه ذهنی آنان بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع تجربی با گروه کنترل بود. ۱۰۰ نفر از سالمندان ۶۰ سال و بالاتر ساکن در 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 در برنامه‌های اجتماع‌محور بوده است. روش بررسی به‌صورت مداخله‌ای بوده که با استفاده از پرسش‌نامه و مصاحبه، اطلاعات ضروری، جمع‌آوری و برای تحلیل داده‌ها از آزمون تی استفاده شده است.

یافته‌ها: میانگین رفاه ذهنی گروه آزمون ۲/۵۵ و میانگین گروه شاهد ۱/۳۴- بوده است که تفاوت معنادار را نشان می‌دهد. سالمندانی که در برنامه‌های اجتماع‌محور شرکت کرده و خدماتی با تأثیر معنادار را دریافت کرده‌اند، در بررسی شاخص‌های رفاه ذهنی میزان بیشتری از رضایت از زندگی و شادکامی و کیفیت زندگی را داشته‌اند.

نتیجه‌گیری: افراد شرکت کننده در این برنامه‌های اجتماع‌محور با بازگشت به اجتماع و انجام فعالیت‌های مختلف، هویت فردی و اجتماعی خویش را بازیافته و توانسته‌اند درمقایسه با دیگر سالمندان از میزان رفاه ذهنی بیشتری در ابعاد احساس شادکامی، کیفیت زندگی و رضایت از زندگی برخوردار شوند.

کلید واژه‌ها: برنامه‌های اجتماع‌محور، رفاه ذهنی، سالمند

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۵/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۲/۲۱

۱. استادیار، دکترای جامعه‌شناسی، گروه برنامه‌ریزی رفاه اجتماعی، دانشکدهٔ علوم‌اجتماعی دانشگاه تهران

۲. کارشناس ارشد برنامه‌ریزی رفاه‌اجتماعی، دانشگاه تهران

* آدرس نویسندهٔ مسئول: بزرگراه جلال احمد، پل گیشا، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران

* تلفن: ۶۱۱۱۷۹۷۰

* رایانامه: mshiani@ut.ac.ir

مقدمه

سالمندی فرایندی است حاصل تعامل پیچیدهٔ عوامل ژنتیک، متابولیک، هورمونی و همچنین روانی و اجتماعی که بر عملکرد بدن اثر گذاشته و باعث پیری می‌شود(۱). با افزایش امید به زندگی و کاهش میزان مرگ‌ومیر، جمعیت سالمند رو به افزایش گذاشته است(۲)؛ به‌طوری‌که امروزه حدود ۵۸۰ میلیون نفر از جمعیت جهان را سالمندان بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهند. نکتهٔ درخور توجه آن است که برای بسیاری از این سالمندان سال‌های آخر عمر، دورهٔ انزوا، آزردگی و کاهش نقش‌های اجتماعی تلقی می‌شود که قبلاً برای آنان منزلت و رضایت و نفوذ به‌همراه داشته است(۳). بنابراین باید به‌دنبال راه‌حل‌هایی بود تا بتوان سالمندان را دوباره به اجتماع بازگرداند و به نیازهای جسمانی و روانی و اجتماعی آنان پاسخ داد و سطحی پذیرفتنی از رفاه را برای آنان تأمین کرد(۴). مراقبت‌های پزشکی مدرن، امید به زندگی را افزایش داده است این امر منجر به استفاده گسترده‌تر سالمندان از خدمات پزشکی و سلامتی گردیده است.و بیشتر سالمندان ترجیح می‌دهند که دوران سالمندی خود را در محیط زندگی خودشان به‌سر برند(۵).

توجه به برنامه‌های اجتماع‌محور و گسترش آن‌ها راه‌حل مناسبی برای پاسخ به نیازهای این گروه از افراد به‌نظر می‌رسد. اجتماع‌محوری رویکردی است که در سال‌های اخیر، اغلب حوزه‌ها و زمینه‌های توسعه را درنوردیده است؛ به‌نحوی‌که امروزه کمتر حوزه و برنامهٔ توسعه‌ای می‌توان یافت که این پسوند را با خود به‌همراه نداشته باشد. در ایران نیز سازمان‌های دولتی و غیردولتی به این رویکرد، به‌ویژه از دههٔ ۱۳۷۰، توجه کرده‌اند. برخی سازمان‌های دولتی مانند سازمان بهزیستی، به‌طور مستقل یا با همکاری سازمان‌های غیردولتی کشوری یا با همکاری مشترک سازمان‌ها و کارگزاران بین‌المللی و بین‌دولتی شروع به تجربه و گسترش برنامه‌های اجتماع‌محور کرده‌اند(۶).

اهمیت و ضرورت تحقیق، در یافتن راه‌حل‌هایی برای جلوگیری از انزوای گروه‌های خاص ازجمله سالمندان و استقلال آن‌ها در ادارهٔ امور مربوط به خود است که به‌نظر می‌رسد این برنامه‌ها

نقش مهمی داشته باشد. برنامه‌ریزان اجتماعی، در بسیاری از جوامع براساس وضعیت اقتصادی و رفاه اجتماعی اقشار گروه‌های مختلف جامعه، به سالمندان توجه کرده‌اند. دراین‌زمینه، سالمندان به‌دلیل ارزشمندی و نقش مشارکتی‌شان در پیشرفت‌های اقتصادی، در دورهٔ فعالیت خود، شایستهٔ توجه ویژه هستند. همچنین، این برنامه‌ها این فرصت را به دولت‌ها می‌دهند که با هزینهٔ کمتر، خدمات مراقبت طولانی‌مدت را گسترش دهند. به‌طورکلی، هدف از این مطالعه، بررسی تأثیر برنامه‌های اجتماع‌محور بر رفاه ذهنی سالمندان است(۷).

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع تجربی با گروه کنترل بود. با توجه به مسئله و پرسش‌های تحقیق و نیز متغیرهای بررسی شده، از دو روش اسنادی (با استفاده از کتب و مجلات و...) و مداخله‌ای و یکی از تکنیک‌های متداول آن برای جمع‌آوری داده‌ها، یعنی پرسش‌نامه و مصاحبه بهره گرفته شده است. به‌منظور سنجش تأثیر برنامه‌های اجتماع‌محور بر رفاه ذهنی سالمندان، از روش مقیاس‌های (T-Test) و برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار spss استفاده شده است. یک گروه از سالمندان به‌عنوان گروه آزمایش در نظر گرفته شده و اثر این برنامه‌ها بر آن‌ها سنجیده شده و گروه دیگر به‌عنوان شاهد در نظر گرفته شده است. شایان ذکر است که از میان ۱۰۰ نفر از سالمندان این مرکز که مورد مطالعه قرار گرفتند ۵۰ نفر به عنوان گروه آزمایش و ۵۰ نفر به عنوان گروه شاهد به طور کاملاً تصادفی انتخاب شده‌اند. گروه آزمایش سالمندانی بودند که از خدمات اجتماع محور بهره‌مند شده بودند. گروه گواه یا شاهد، سالمندانی بودند که برای ورود به این برنامه ثبت‌نام کرده یا تازه وارد این برنامه‌ها شده‌اند؛ و هنوز از خدمات ارائه شده بهره‌مند نشده بودند؛ که با مراجعه به مرکز به‌طور کاملاً تصادفی انتخاب شده‌اند. برای جورسازی این دو گروه از میانگین سن، توزیع فراوانی جنس، طبقهٔ اجتماعی (درآمد) و تحصیلات استفاده شده که در جدول زیر توضیح داده شده است. سپس نتایج بررسی‌ها با هم مقایسه می‌شوند.

جدول۱. مقایسهٔ میانگین‌های دو گروه

میانگین	زن	مرد	سن	تحصیلات	میزان درآمد
گروه آزمون	۷۰	۳۰	۶۹/۲	۱/۹	۲۲۴۰۰۰
گروه شاهد	۷۴	۲۶	۶۷/۴	۱/۷	۲۴۵۰۰۰

در این پژوهش، رفاه اجتماعی در بُعد ذهنی، متغیر وابسته شناخته شده است

مفهوم و محتوای رفاه اجتماعی در طول چند دههٔ گذشته تحولات گسترده‌ای یافته است. در دهه‌های ۱۹۷۰ تا ۱۹۸۰، رفاه اجتماعی به مجموعهٔ اقدامات و خدمات گوناگون اجتماعی که هدف آن تأمین حداقل نیازهای اساسی افراد و گروه‌های جامعه است، محدود بود. همچنین بیشتر به بُعد عینی رفاه (درآمد و اشتغال و مسکن) توجه می‌شد؛ اما امروزه علاوه بر بُعد عینی به بُعد ذهنی رفاه نیز توجه می‌شود.

رفاه ذهنی را می‌توان چنین تعریف کرد: انواع مختلفی از ارزیابی‌های مثبت و منفی که افراد از زندگی‌شان می‌سازند. این ارزیابی‌ها شامل ارزیابی‌های شناختی (مقیاس‌های) ازقبیل رضایت از زندگی، رضایت شغلی، بهره‌وری، اشتغال و واکنش‌های احساسی به وقایع زندگی مثل لذت و ناراحتی است؛ بنابراین رفاه ذهنی اصطلاحی چترمانند است که برای ارزیابی‌های مختلفی که مردم دربرابر زندگی‌شان و وقایعی که برایشان اتفاق می‌افتد، فکر و بدنشان و چگونگی تفصیل آن‌ها از زندگی می‌سازد. همچنین به ساختاری اشاره می‌کند که شامل واکنش‌های احساسی مردم و رضایت حوزه‌ای می‌شود. احساس بهزیستی یا بیچارگی مفاهمی ذهنی‌اند؛ اما در اعمال افراد ظاهر می‌شوند. رفاه ذهنی و احساس بیچارگی ممکن است به‌طور عینی در رفتار شفاهی یا غیرشفاهی، واکنش‌ها، زیست، توجه و حافظهٔ افراد آشکار شود. اصطلاح بهزیستی اغلب به‌جای رفاه ذهنی استفاده می‌شود؛ زیرا از هر مفهوم قراردادی یا ناشناخته دربارهٔ مشمولیت این مفهوم اجتناب می‌کند(۸). برای سنجش میزان رفاه ذهنی از چهار شاخص شادکامی، کیفیت زندگی، رضایت از زندگی و رضایت محیطی استفاده شده است.

شادکامی: ازجمله مظاهر شادی است و بر نوعی مسرور بودن دلالت دارد. در این تحقیق، شادکامی با پنج گویه سنجیده شده است. این گویه‌ها در پرسش‌نامهٔ شادکامی دانشگاه آکسفورد به‌کار رفته است(۹). هریک از این گویه‌ها به‌صورت طیف لیکرت هفت‌تایی (اصلاً، بسیار کم، کم، تاحدودی، زیاد، بسیار زیاد، کاملاً) میزان شادکامی افراد را بررسی می‌کنند.

✓ تا چه حد در زندگی خود احساس شادی می‌کنید؟

✓ تا چه حد به چیزهایی که در زندگی‌تان وجود دارد علاقه‌مند هستید؟

✓ در حال حاضر، زندگی تا چه حد برای شما ارزش دارد؟
✓ تا چه حد با دیگران شوخی می‌کنید؟
✓ تا چه حد کارهای دلخواه خود را انجام می‌دهید؟

رضایت از زندگی: تعریف جامع رضایت از زندگی چندان آسان نیست؛ زیرا هر فرد از این مفهوم برداشتی متفاوت دارد. برخی رضایت از زندگی را در رسیدن به هدفی خاص جست‌وجو می‌کنند و برخی دیگر آن را به‌معنای داشتن تحصیلات دانشگاهی، ازدواج، تندرستی، موفقیت شغلی و فرزندان موفق و سالم می‌دانند.

رضایت از زندگی به فرایند ارزیابی سراسری کیفیت زندگی براساس معیارهای منتخب فرد اشاره دارد. قضاوت دربارهٔ رضایت، به مقایسهٔ وضع زندگی فرد با استانداردهای آن بستگی دارد. برای سنجش رضایت از زندگی، از مقیاس SWLS استفاده شده است. مقیاس مذکور در قالب طیف لیکرت هفت‌تایی (اصلاً، بسیار کم، کم، تاحدودی، زیاد، بسیار زیاد، کاملاً) است و افراد می‌توانند میزان موافقت یا مخالفت خود را با هریک از گویه‌ها بیان کنند. درنهایت، تمامی سؤالات تجمیع شده و نمرهٔ ۷ تا ۶۳ به رضایت اختصاص خواهد یافت. کسب نمرهٔ ۶۳ به‌معنای رضایت کامل از زندگی است.

✓ انجام فعالیت‌های روزانه
✓ وضعیت جسمانی و سلامتی
✓ روابط اجتماعی با دیگران
✓ وضعیت و موقعیت اجتماعی
✓ وضعیت روحی و روانی
✓ وضعیت اقتصادی
✓ دستیابی به خواسته‌ها
✓ خانواده و فرزندان
✓ وضعیت درمانی و توانبخشی

کیفیت زندگی: 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 خُرد (فردی ذهنی) و کلان (اجتماعی عینی) تعریف کرد. سطح خُرد شامل این شاخص‌ها می‌شود: ادراک کیفیت زندگی، تجارب، ارزش‌های فرد، معرف‌های مرتبط مانند رفاه و خوشبختی و رضایت از زندگی، میزان درآمد، اشتغال، مسکن، آموزش‌وپرورش و سایر شرایط زندگی و محیط. در مفهومی کلی، کیفیت زندگی تمام ابعاد زیستی شامل رضایت مادی و نیازهای حیاتی و همچنین جنبه‌های انتقالی زندگی نظیر توسعهٔ فردی و خودشناسی و بهداشت اکوسیستم را پوشش می‌دهد. در این پژوهش برای سنجش کیفیت زندگی، چهار آیتم از هشت آیتم مقیاس FA[1] استفاده شده است که اهمیت جنبه‌های مختلف زندگی را می‌سنجد. این مقیاس در زمانی کوتاه و به‌صورت جامع، کیفیت زندگی افراد جامعه را پوشش می‌دهد. افراد باید میزان موافقت خود را با هریک از موارد، با زندگی خود بیان کنند.

✓ زندگی من، زندگی معنادار و هدفمندی است؛
✓ روابط اجتماعی من با دیگران، همیشه توأم با پاداش و حمایت بوده است؛
✓ فعالیت‌های روزانهٔ من همیشه موردعلاقه و پسندم است؛
✓ من به آینده خوش‌بینم؛
✓ احساس آسایش و امنیت می‌کنم؛
✓ از نحوهٔ گذران اوقات فراغت راضی‌ام.

نحوهٔ گذراندن اوقات فراغت	رفتن به مسافرت	خواندن روزنامه یا کتاب	تماشای تلویزیون	گوش کردن به رادیو	دیدو بازدید اقوام	رفتن به پارک یا سینما	حضور در مساجد و مجالس مذهبی	سایر
بله								
خیر								

رضایت محیطی: قضاوت‌هایی که افراد در ارزیابی حوزه‌های مهم زندگی مانند سلامت جسمی، روحی، کار، فراغت، روابط اجتماعی و خانواده دارند. معمولاً افراد چگونگی رضایتشان را در حوزه‌های مختلف نشان می‌دهند؛ اما ممکن است اندازهٔ رضایتشان را نیز نشان دهند: چگونگی ایدئال‌بودن در هر حوزه و مقدار لذت بردن از تجربه‌هایشان در هر حوزه و اینکه به چه میزان علاقه دارند که زندگی‌شان را در هر حوزه تغییر دهند. ارزیابی جنبه‌های مختلف رفاه ذهنی و احساس بیچارگی مانند احساسات مثبت و خالصانه به همسایه‌ها و جامعه و احساسات تشویق کننده در کار، در کنار مقیاس‌های جهانی، برای سیاست‌گذاران مفید است.

1. Flourishing scale

رضایت حوزه‌ای دارای این شاخص‌هاست: استانداردهای زندگی و سلامت شخصی و شغل. برای سنجش رضایت، از افراد در دو حیطهٔ خُرد (سه گویه) و کلان (سه گویه) جامعه پرسش‌هایی می‌شود. این شاخص‌ها برای سنجش میزان امکانات موجود در خانواده و جامعه برای سهولت استفادهٔ سالمندان از آن‌ها و تطابق آن‌ها با اوضاع است، مانند محل سکونت، محیط‌های تفریحی، دسترسی به مراکز بهداشتی و... .

- ✓ محل سکونت؛
- ✓ محیط‌های تفریحی؛
- ✓ امکانات موجود در منزل (آسانسور و...)؛
- ✓ دسترسی به مراکز بهداشتی؛
- ✓ سهولت استفاده از وسایل نقلیهٔ عمومی.

سنجش متغیر مستقل: خدمات اجتماع‌محور طیف وسیعی از خدمات را شامل شده که خارج از شبکه‌های مؤسسه‌ای فراهم می‌شوند تا به روش‌های مختلف، به سلامت و رفاه سالمندان کمک کنند. خدماتی که به‌طور سنتی اجتماع‌محور تعریف می‌شده‌اند، شامل این خدمات می‌شوند: مراقبت خانگی، مراقبت شخصی، خانه‌داری، خدمات تغذیه‌ای، سلامت ذهنی، توسعهٔ اطلاعات، مدیریت موردی، مراکز ارشد، مراقبت فرجه‌ای، مراقبت روزانهٔ بزرگسالان، مسکن و حمل‌ونقل. این خدمات مکمل خدمات مؤسسه‌ای و خدمات مراقبت طولانی‌مدت هستند تا به‌طور مداوم به افراد یاری رسانند(۱۰).

برای سنجش برنامه‌های اجتماع‌محور از سه شاخص آن، یعنی متغیرهای زمینه‌ای و توانمندسازی اجتماعی و مالی، ناتوانی و نیاز استفاده می‌کنیم. البته شایان ذکر است که این متغیرها در قالب برنامه‌های اجتماع‌محور در نظر گرفته می‌شوند. آن‌ها را به‌صورت زیر تعریف می‌کنیم:

۱. ویژگی‌های فردی سالمندان عبارت‌اند از: سن و جنس و تحصیلات.

۲. توانمندسازی مالی: درآمد و مسکن و استفاده از بیمه‌های اجتماعی.

۳. توانمندسازی اجتماعی عبارت است از: حمایت خانوادگی، تعداد تماس با فرزندان و خویشاوندان و دوستان، عضویت و فعالیت در گروه‌های مختلف اجتماعی، ادبی، فرهنگی و مذهبی.

۴. متغیر ناتوانی و نیاز: موقعیت سلامتی سالمندان و انواع بیماری‌های متداول در دوران سالمندی، مانند آرتروز، بیماری‌های قلبی، فشارخون، دیابت و دهان و دندان.

پایایی[1] منظور از پایایی تحقیق، میزان دقت شاخص‌ها و معیارهایی است که در راه سنجش پدیده مدنظر تهیه شده‌اند. درواقع، پایایی با این مسئله سروکار دارد که ابزار اندازه‌گیری تا چه حد دقیق اندازه‌گیری می‌کند. برای تعیین پایایی ابزار اندازه‌گیری از سه روش پایایی محتوا و پایایی ملاکی و پایایی سازه استفاده می‌شود. پایایی محتوایی به‌طورکلی، متضمن بررسی منظم محتوای آزمون به‌منظور پاسخ به این سؤال است که آیا آزمون، نمونه‌های معرف از حوزهٔ رفتار اندازه‌گیری‌شده را دربرمی‌گیرد یا خیر. پرسش‌های این پژوهش را استاد راهنما و مشاور و تعدادی از استادان متخصص در حوزهٔ سالمندی و رفاه اجتماعی تأیید کرده‌اند. ازاین‌رو، در تحقیق حاضر، پرسش‌نامه ابزار اندازه‌گیری مبتنی‌بر پایایی صوری (پایایی از نظر کارشناسان) و محتوایی است.

روایی[2]: منظور از تعیین پایایی وسیلهٔ اندازه‌گیری این است که معلوم شود پرسش‌نامه تا چه حد از اشتباه منظم و تصادفی مُبراست. به بیان دیگر، اگر این وسیلهٔ اندازه‌گیری روی همان پاسخگویان یا پاسخگویان مشابه با یک فاصلهٔ زمانی منطقی آزمون شود، نتایج یکسانی به‌دست خواهد آمد یا خیر؟ در این تحقیق، برای بررسی پایایی سؤالات و گویه‌ها از ضریب آلفا استفاده شده که در جدول زیر نشان داده شده است و نشان دهندهٔ این است که متغیرها برای سنجش مفاهیم مدنظر، از همبستگی درونی برخوردارند.

جدول۲. ضریب پایایی گویه‌ها

شاخص	ضریب پایایی
کیفیت زندگی	۰/۸۷
رضایت از زندگی	۰/۹۰
رضایت محیطی	۰/۷۵
شادکامی	۰/۶۰
رفاه ذهنی	۰/۸۵

یافته‌ها

جدول۳. مقایسهٔ میانگین‌های دو گروه

میانگین	زن	مرد	سن	تحصیلات	میزان درآمد
گروه آزمون	۷۰	۳۰	۶۹/۲	۱/۹	۲۲۴۰۰۰
گروه شاهد	۷۴	۲۶	۶۷/۴	۱/۷	۲۴۵۰۰۰
کل	۷۲	۲۸	۶۸/۳	۱/۸	۲۳۴۵۰۰

میانگین سن و جنسیت و تحصیلات دو گروه آزمون و شاهد، در جدول (۳) نشان داده شده است. ۷۲ درصد کل سالمندان را زنان و ۲۸ درصد را مردان تشکیل داده‌اند. میانگین سن دو گروه ۶۸/۳ و میانگین تحصیلات آن‌ها ۱/۸ و میانگین میزان درآمد آن‌ها ۲۳۴/۵۰۰ تومان است.

1. Validity
2- Reliability

جدول۴. توزیع فراوانی افراد برحسب ابتلا به بیماری‌های سالمندی

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

در گروه آزمون، ۱۶ درصد سالمندان به بیماری‌های قلبی مبتلا بودند، ۵۲ درصد به آرتروز، ۲۴ درصد به دیابت، ۲۲ درصد به فشارخون، ۸ درصد به بیماری‌های دهان و دندان و ۴۲ درصد به سایر بیماری‌ها که در سایر بیماری‌ها به بیماری‌های چشمی، چربی، بیماری‌های گوارشی، پروستات، ناراحتی اعصاب، پوکی استخوان، دیسک کمر و رماتیسم اشاره شده است.

در گروه شاهد، ۱۶ درصد افراد به بیماری‌های قلبی مبتلا بودند، ۶۰ درصد به آرتروز، ۲۶ درصد به دیابت، ۳۲ درصد به فشارخون، ۱۴ درصد به بیماری‌های دهان و دندان و ۵۶ درصد به سایر بیماری‌ها. در مجموع دو گروه، بیشتر سالمندان گرفتار بیماری آرتروز بودند.

جدول۵. توزیع فراوانی سالمندان برحسب وضعیت بیمه

گروه مطالعهٔ	موارد	گروه آزمون		گروه شاهد		کل	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
دارا بودن بیمه	بله	۳۹	۷۸	۲۹	۵۸	۶۸	۶۸
	خیر	۱۱	۲۲	۲۱	۴۲	۳۲	۳۲
	کل	۵۰	۱۰۰	۵۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
نوع بیمه	تأمین اجتماعی	۲۳	۵۹	۱۲	۴/۴۱	۳۵	۳۱/۷
	خدمات درمانی	۱۲	۳۰/۸	۱۳	۸/۴۴	۲۵	۱۹/۶
	بیمهٔ مکمل	۱	۶/۲	۳	۳/۱۰	۴	۲/۸
	سایر	۳	۷/۷	۱	۳/۴	۴	۵/۵
	کل	۳۹	۱۰۰	۲۹	۱۰۰	۶۸	۱۰۰
رضایت از نوع بیمه	بسیار کم	۹	۲۳/۱	۴	۱۳/۸	۱۳	۱۸/۴
	کم	۴	۱۰/۳	۶	۲۰/۷	۱۰	۱۵/۵
	تاحدودی	۲۰	۵۱/۳	۱۴	۴۸/۳	۳۴	۴۹/۸
	زیاد	۶	۱۵/۴	۵	۱۷/۲	۱۱	۱۶/۳
	کل	۵۰	۱۰۰	۲۹	۱۰۰	۶۸	۱۰۰
تأمین لوازم توان‌بخشی توسط بیمه	بله	۳۷	۹۴/۹	۰	۰	۳۷	۴۷/۴
	خیر	۲	۵/۱	۲۹	۱۰۰	۳۱	۵۲/۵
	کل	۳۹	۱۰۰	۲۹	۱۰۰	۶۸	۱۰۰

در مجموع دو گروه، ۶۸ درصد تحت پوشش یکی از انواع بیمه بودند که اکثر آن‌ها از نوع بیمه‌ای که استفاده می‌کردند، رضایت متوسط داشتند. ۵۲ درصد اظهار کرده‌اند که بیمه، لوازم توان‌بخشی آن‌ها را تأمین نمی‌کند.

جدول۶. توزیع فراوانی سالمندان برحسب ارزیابی وضعیت سلامت خود

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

همان‌گونه که جدول (۶) نشان می‌دهد، افرادی که در برنامه‌های اجتماع‌محور شرکت کرده‌اند، وضعیت سلامتی خود را به میزان بیشتری خوب ارزیابی کرده‌اند.

جدول ۷. رگرسیون رفاه ذهنی براساس مدت زمان برنامه‌های اجتماع‌محور

مدت زمان	مجموع مربعات	درجهٔ آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معناداری
رگرسیون	۱۰/۶۳۵	۱	۱۰/۶۳۵	۴/۲۶۰	۰/۰۴
باقی‌مانده	۱۱۷/۳۲۵	۴۷	۲/۴۹۶	....	....
مجموع	۱۲۷/۹۵۹	۴۸	....	....	....

مطابق جدول ۷، میزان آمارهٔ F برابر ۴/۲۶۰ و میزان سطح معنی‌داری، ۰/۰۴ است؛ بنابراین، فرضیهٔ تحقیق که رابطهٔ مدت زمان برنامه‌های اجتماع‌محور و رفاه ذهنی در بین سالمندان را بررسی می‌کند، تأیید می‌شود. به‌منظور بیان تأثیر این رابطه، ضرایب مدل رگرسیونی را بررسی می‌کنیم.

جدول۸. ضرایب رگرسیونی مدت زمان برنامه‌های اجتماع‌محور

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

ضریب بتای ۲/۶۴ نشان می‌دهد که تغییر یک انحراف استاندارد در متغیر مدت زمان برنامه‌های اجتماع‌محور باعث تغییر ۲/۶۴ انحراف استاندارد در متغیر رفاه ذهنی می‌شود. آمارهٔ تی تأثیرگذاری مدت زمان اجرای برنامه را بر رفاه ذهنی تأیید می‌کند.

جدول ۹. ضریب همبستگی مدت زمان برنامه‌های اجتماع‌محور و رفاه ذهنی

همبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل‌شده	خطای استاندارد برآورد
۰/۲۸۸	۰/۰۸۳	۰/۰۶۴	۱/۵۷۹

همان‌طورکه جدول ۹ نشان می‌دهد، مقدار ضریب تعیین تعدیل شده ۰/۰۶۴ است؛ یعنی، ۶/۴ درصد از تغییرات متغیر وابستهٔ رفاه را مدت زمان برنامه‌های اجتماع‌محور تعیین می‌کند و باقی‌ماندهٔ آن تحت تأثیر متغیرهای خارج از مدل است.

جدول ۱۰. آزمون مقایسهٔ میانگین‌ها

موارد		آزمون تی	میانگین	سطح معناداری	اختلاف میانگین
رفاه ذهنی	گروه آزمون	۲/۵۵	۷/۷۹	۰/۰۱	۰/۵۹
	گروه شاهد	-۱/۳۴	۶/۸۴	۰/۱۸	-۰/۳۶
شادکامی	گروه آزمون	۳۲/۳۰	۲/۰۶	۰/۰۲	۰/۸۰
	گروه شاهد	-۲/۵۱	۱/۶۴	۰/۰۱	-۰/۲۰
رضایت از زندگی	گروه آزمون	۰/۷۵	۲/۰۸	۰/۴۵	۰/۰۷
	گروه شاهد	-۱/۶	۱/۹۴	۰/۲۴	-۰/۰۷
کیفیت زندگی	گروه آزمون	۲/۰۷	۲/۳۶	۰/۰۴	۰/۱۹
	گروه شاهد	-۱/۸۸	۱/۹۸	۰/۰۶	-۰/۱۹
رضایت محیطی	گروه آزمون	۰/۲۴	۱/۳۸	۰/۸۰	۰/۰۵
	گروه شاهد	-۰/۶۱	۱/۲۸	۰/۵۴	-۰/۰۵

آزمون مقایسهٔ میانگین نشان می‌دهد سالمندان شرکت کننده در برنامه‌های اجتماع‌محور از رفاه ذهنی، احساس شادکامی، کیفیت زندگی و رضایت محیطی بیشتری برخوردار بوده‌اند؛ اما مقایسهٔ میانگین رضایت از زندگی، رابطهٔ معناداری نشان نمی‌دهد.

بحث

در زمینهٔ سال‌خوردگی (۶۵ سالگی) و مسائل مرتبط با آن، به‌ویژه در ارتباط با جامعه، تحلیل‌های متعددی در قالب دیدگاه‌ها و نظریه‌ها مطرح شده است. الیان کامینگ و ویلیام هنری در سال ۱۹۶۱، تحلیل ویژه‌ای دربارهٔ تأثیرات سال‌خوردگی مطرح کردند که به نظریهٔ «عدم مشارکت» معروف شد. مطابق این نظریه، جامعه و فرد سالمند در ارتباط با یکدیگر، بسیاری از روابط دوجانبهٔ خود را متقابلاً محدود می‌کنند. بنابراین اجتناب‌ناپذیربودن مرگ، فرد را وادار می‌کند که بخش مهمی از نقش‌های اجتماعی خویش را ترک کند(۴). درمقابل دیدگاه کنش متقابل اجتماعی، نظریهٔ فعالیت این‌گونه استدلال می‌کند که شخص سالمندی که فعال باقی بماند، به‌گونهٔ بهتری با اوضاع تطابق خواهد یافت. طرف‌داران این نظریه نتیجه می‌گیرند که سالمندان به‌اندازهٔ افراد میان‌سال، به برقراری روابط اجتماعی تمایل دارند.

جیمز داود جامعه شناس آمریکایی در سال ۱۹۸۰ با استفاده از نظریه مبادله‌تلاش کرد به پرسشی پاسخ بدهد که در نظریه‌های دیگر بدون جواب مانده بود: چرا سالمندان، تعامل یا روابط متقابل اجتماعی ضعیف‌تری دارند؟ در پاسخ، توجیهات سنتی معتقدند سالمندان در مقایسه باجوانان از تندرستی و درآمد کمتری برخوردارند. سالمندان، بازنشسته شده و حتی خانهٔ خویش را ترک و درمقابل، برحسب نوع و وضع جامعه، پاداش‌های متفاوتی نظیر حقوق بازنشستگی، تأمین اجتماعی، مراقبت‌های پزشکی و احتمالاً چیزهای دیگر، دریافت می‌کنند. علاوه برآن، کناره‌گیری را نتیجهٔ اجتماعی یک سری از روابط مبادله‌ای می‌دانند که براثر آن، قدرت نسبی سالمندان به‌تدریج رو به کاهش می‌رود(۱۱).

گربریوم[1] با ارائهٔ نظریهٔ «محیط اجتماعی» معتقد است که رفتار دوران پیری به برخی حالات و موقعیت‌های بیولوژیکی و اجتماعی بستگی دارد. درواقع، محیطی که سالمند در آن زندگی می‌کند، نه‌تنها بافت اجتماعی با هنجارهای خود را دربرمی‌گیرد؛ بلکه موانع مادی و مشاغل را نیز شامل می‌شود. براساس این نگرش، سه عامل مهم بر فعالیت فرد مسن تأثیر می‌گذارند: سلامتی و وضعیت مالی و پشتیبانی‌های اجتماعی(۱۲). اشلی[2] معتقد است که آخرین مرحلهٔ زندگی، دنبالهٔ مراحل قبلی است. موقعیت‌های اجتماعی ممکن است معرف نوعی ناپیوستگی باشد؛ اما سازگاری و سبک زندگی اصولاً از طریق سبک‌ها و عادت‌ها و ذوق‌هایی اتفاق می‌افتد که در تمام طول زندگی کسب شده‌اند (نظریهٔ تداوم). سازگاری اجتماعی با پیری با رویکردهایی از همین نوع را اصولاً رفتارهای گذشته تعیین می‌کند. رویدادهای اجتماعی که در جریان آخرین سال‌های زندگی رخ می‌دهد، بی‌شک فشارهایی وارد می‌کند و پذیرش برخی رفتارها را به‌دنبال می‌آورد؛ ولی این رفتارها مسیری را در پی می‌گیرد که قبلاً در زندگی انتخاب شده است (۱۲).

1. Gurbrium 2- Ashly

اجتماع‌محوری رویکردی جدید است که در دهه‌های اخیر، برای رفاه و استقلال هرچه بیشتر سالمندان مطرح شده است. جان ای. کروت[1] در کتاب «فراهم کردن خدمات اجتماع‌محور برای سالمندان روستایی» بیان می‌کند: خدمات اجتماع‌محور، طیف وسیعی از خدمات را شامل می‌شود که خارج از شبکه‌های مؤسسه‌ای فراهم می‌شوند تا به رفاه و استقلال سالمندان به روش‌های مختلف کمک کند. خدماتی که به‌طور سنتی اجتماع‌محور تعریف می‌شدند، این موارد را شامل می‌شوند: مراقبت خانگی[2]، مراقبت شخصی[3]، خانه‌داری، خدمات تغذیه‌ای[4]، سلامت ذهنی، توسعهٔ اطلاعات، مدیریت موردی[5]، مراکز ارشد[6]، مراقبت فرجه‌ای[7]، مراقبت روزانهٔ بزرگسالان[8]، مسکن و حمل‌ونقل. این خدمات مکمل خدمات مؤسسه‌ای و خدمات مراقبت طولانی‌مدت هستند تا به‌طور مداوم به افراد یاری رسانند (۱۳).

خدمات خانه اجتماع‌محور[9]، شامل دو نوع خدمات احتیاطی و غیراحتیاطی است. خدمات احتیاطی[10] استفاده از خدمات اولیهٔ بهداشتی (سلامت) هستند که با انتخاب مشخص می‌شود. خدمات مراقبت شخصی یا مراقبت کننده نمونه‌ای از این خدمات هستند. درمقابل، خدمات غیراحتیاطی[11] وجود دارد که شامل خدمات بهداشتی (سلامت) ازقبیل پرستاری پیشرفته است(۱۳).

همچنین در این برنامه‌ها، خدمات در مکان‌هایی صورت می‌گیرد که مردم در آنجا کار و زندگی یا تحصیل می‌کنند. این خدمات، کیفیت بالایی دارند که طی آن در هزینه‌ها صرفه‌جویی شده و بر پیشگیری از بروز بیماری‌ها و ارتقا و بهبود سلامتی و رفاه تأکید می‌شود. این خدمات افراد را در تمامی طول دامنهٔ زندگی‌شان دربرمی‌گیرد. نیز افرادی با فرهنگ‌های مختلف را پوشش داده و در دسترس گروه‌های در معرض خطر و بروز مشکلات سلامت قرار می‌گیرد. به‌علاوه، این سیستم‌ها توسعه و ارتقای ظرفیت‌های بهداشتی را مدنظر داشته است. مسئولان این سیستم‌ها در زمینهٔ تغییر و اصلاح سیستم‌های بهداشتی، با سیاست‌گذاران مذاکره کرده و می‌کوشند محیط را سالم‌تر کنند(۱۴).

گرین و اوندریچ و لدیتکا، در بازنگری تحلیل سیستم‌های اجتماع‌محور، به این نتیجه رسیده‌اند که اگر این برنامه‌ها دقیق و مفید و هدفمند باشند، از این طریق ممکن است به نوعی بی‌طرفی بودجه دست یابیم(۱۵). استفاده از خدمات اجتماع‌محور به‌دلیل مزایای مشخص پیشنهاد می‌شود:

۱. این سیستم بسیاری از ترجیحات سالمندان را ارضا می‌کند تا در منزل خود، مستقل زندگی کنند.

۲. این سیستم به افراد کمک می‌کند تا ذخیرهٔ مالی (سرمایه) خود را نگه دارند، به جای اینکه آن را صرف مراقبت‌های گران‌قیمت مؤسسات کنند. مطالعات نشان می‌دهد که ۱/۴ افرادی که از مراقبت‌های پرستاری در منزل استفاده می‌کردند، همهٔ ذخیرهٔ مالی (سرمایه) خود را صرف آن کرده‌اند.

۳. این خدمات ممکن است بسیار انعطاف‌پذیرتر از مراقبت‌های پرستاری در منزل، در تأمین نیازهای خاص سالمندان در مراقبت‌های طولانی‌مدت باشد (۱۵).

۴. این سیستم به سالمندان اجازه می‌دهد با هزینهٔ بسیار کمتری تحت مراقبت قرار گیرند و مهم‌تر اینکه این مراقبت در محیط آشنای خانه و زندگی خودشان صورت می‌گیرد.

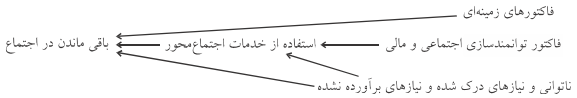
۵. علاوه بر فواید اقتصادی، نگهداری سالمندان در جامعه، هم برای سالمندان و هم برای خانواده‌هایشان، فواید تصورناپذیری به‌همراه دارد: ارزش‌های بنیادی که سالمندان بیان می‌کنند، آن‌ها را راضی نگه می‌دارد. سالمندان در محیط آشنای زندگی خودشان باقی می‌مانند و دربارهٔ وضعیت زندگی‌شان توانایی انتخاب دارند. خانوادهٔ افراد تحت مراقبت نیز کمک می‌کنند. همچنین مؤسسات ارائهٔ خدمات سالمندی، برای کاهش استرس در میان سالمندان، استفاده از خدمات اجتماع‌محور (خدمات فرجه‌ای، مراقبت روزانه، حمل‌ونقل و سیستم پاسخ‌گویی به فوریت‌ها) را پیشنهاد می‌کنند.

ازجمله صاحب‌نظران در زمینهٔ برنامه‌های اجتماع‌محور برای سالمندان، یامی چن[12] است. چن در مطالعهٔ خود سه بخش را توضیح داده و تلاش کرده است سه بُعد را در نظم زمانی مشخصی به‌وسیلهٔ چارچوب نظری ساختاری نشان داده و احتمال ماندن افراد را در اجتماع توضیح دهد. او از مدل مبادلهٔ ساختاری[13] و مدل رفتاری سلامت اندرسون[14] استفاده کرده است تا بتواند مدل برنامه‌های اجتماع‌محور را از دیدگاه طولی[15] پایه‌گذاری کند(۱۶).

1- John A. Krout 2- Home health 3- Personal care 4- Nutrition service 5- Case management
6- Senior center 7- Respite care 8- Adult day care 9- HCBS 10- Discretionary services
11- Nondiscretionary services 12- Ya- Mei Chen 13- Structural equation modeling
14- Health behaviorial model 15- Longitudinal

چن از مدل رفتاری سلامت اندرسون که از مدل‌های بسیار گسترده و مهم در تحلیل سرویس‌های مراقبت سلامتی است، برای ارائهٔ مدل برنامه‌های اجتماع‌محور از دیدگاه طولی، استفاده کرده است. این مدل فرض می‌کند که بهره‌گیری از این خدمات و توانایی ماندن آن‌ها در اجتماع، کارکردی است برای این‌ها:

۱. زمینه‌سازی (سن، جنس، تحصیلات و...) آن‌ها برای استفاده از خدمات؛ ۲. عواملی که آن‌ها را توانمند می‌کند یا مانع از آن می‌شود که از این خدمات استفاده کنند (مسکن، بیمه، حمایت‌های اجتماعی و...)؛ ۳. نیازهای درک شدهٔ[1] آن‌ها (انواع بیماری‌های سالمندی و ناتوانی و...) برای استفاده از خدمات و توانایی سالمندان برای باقی‌ماندن در اجتماع.



درنهایت، چن به این نتایج دست یافته است که آگاهی از نیازهای برآورده نشده و استفاده از فعالیت‌های روزانهٔ زندگی، عواملی مهم در این مدل هستند که باعث می‌شوند سالمندان، برای ادامهٔ زندگی، در جامعه باقی بمانند. او توضیح می‌دهد که خدمات اجتماع‌محور و استفاده از خدمات فعالیت‌های روزانهٔ زندگی ممکن است به سالمندان کمک کند بیشتر از مواقعی که از خدمات پرستاری در منزل استفاده می‌کنند، در محیط زندگی خودشان باقی بمانند و یافته‌های آنان برای استفاده در سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌ها در آینده مهم است. علاوه برآن، زمانی که سالمندان نیازهای برآورده نشدهٔ خود را بهتر می‌شناسند و از آن آگاهی می‌یابند، استفادهٔ آن‌ها از این نوع خدمات افزایش می‌یابد و این خدمات به آن‌ها کمک می‌کند زمان بیشتری را در جامعه به فعالیت بپردازند، به‌ویژه زمانی که سالمندان با ناتوانی مواجه‌اند. همچنین مدل اندرسون برای تشخیص نیازها و آگاهی از آن‌ها به ما کمک بیشتری می‌کند(۱۹).

تحقیقات انجام شده در این زمینه، با توجه به جدید بودن موضوع بسیار محدود بوده است؛ ولی کوشش محقق این بوده است که تا جای ممکن به موضوعات مرتبط با پژوهش بپردازد. «فهم عوامل مؤثر در موفقیت خدمات خانه اجتماع‌محور، در نگهداری سالمندان، در شبکهٔ جامعه»، عنوان تحقیقی است که یامی‌چن و الین آدامز تامسون[2] در سال ۲۰۱۰ در امریکا انجام داده‌اند. موضوع اصلی مطالعهٔ آن‌ها بررسی روابط غیررسمی در میان فاکتورهای شخصی سالمندان و استفادهٔ سالمندان از خدمات خانه اجتماع‌محور و باقی‌ماندن آن‌ها در جامعه است. روش آن‌ها استفاده از مدل «مبادلهٔ ساختاری» است که بر پایهٔ مدل رفتاری سلامت اندرسون[3] توسعه یافته است. نتایج تحقیق آن‌ها این بوده است که دو عامل حمایتی مهم برای ادامهٔ زندگی سالمندان در جامعه، تشخیص نیازهای برآورده نشده و استفاده از خدمات فعالیت‌های زندگی روزانه است. از نظر آن‌ها، برای تشویق سالمندان به استفاده از این خدمات حمایتی خانه اجتماع‌محور، تشخیص و تعیین نیازهای برآورده نشده بسیار مهم است و نقش اساسی دارد.

در که در سال ۲۰۱۱، کاسودو[4] و همکارانش، در امریکا، تحقیقی با عنوان نیازهای برآورده نشدهٔ خدمات خانه اجتماع‌محور برای سالمندان انجام داده‌اند و به نتایج زیر دست یافته‌اند: روش آن‌ها نمونه‌گیری تصادفی از جمعیت استفاده کننده از خدمات مراقبت‌های طولانی‌مدت ملی بوده و برای تحلیل داده‌هایشان از تحلیل رگرسیون مرتبه‌ای استفاده کرده‌اند. مدل نظری استفاده شدهٔ آن‌ها، مدل رفتاری سلامت اندرسون است. آن‌ها معتقدند ناآگاهی و بی‌علاقگی و در دسترس نبودن خدمات، عواملی مهم برای نیازهای برآورده نشده در خدمات خانه اجتماع‌محور هستند. عوامل مهمی که با نیازهای برآورده نشده مرتبط‌اند، عبارت‌اند از: نژاد سیاه و قومیت و نیازهای مراقبتی وسیع (محدودیت‌های مالی و مشکلات رفتاری). این تحقیق پیشنهاد می‌کند که برای بهره‌برداری از خدمات، توجه بیشتر به نیازهای برآورده نشده لازم است(۱۵).

در این زمینه، تحقیقات انجام شده در ایران بسیار محدود است. دو تحقیق را کیان نوروزی انجام داده که رسالهٔ دکتری و تحقیق ایشان و همکارانشان است، با عنوان «ارزشیابی مدل سیستم مراقبتی جامعه‌نگر طراحی‌شده برای سالمندان شهر تهران». هدف از این تحقیق که در سال ۱۳۸۴ انجام گرفته است، طراحی و به‌کارگیری و ارزیابی کارایی و اثربخشی این‌گونه سیستم‌هاست. روش بررسی آن‌ها انگولاسیون، شامل بررسی جامع منابع مطالعاتی مرتبط و نظرسنجی از متخصصان و نیازسنجی از سالمندان بوده است که در قالب مطالعه‌ای از نوع کارآزمایی بالینی دربارهٔ ۳۶ نفر سالمند واجد شرایط، به‌مدت شش ماه اجرا و ارزشیابی شده است.

1. Perceived need 2- Elin Adams Thompson 3- Anderson’s Health Behavioral Model 4- Casado

یافته‌های آنان نشان می‌دهد که بررسی شاخص‌های منعکس‌کنندهٔ نتایج مطلوب به‌کارگیری سیستم، شامل موارد زیر می‌شود: فعالیت‌های روزمرهٔ زندگی، احساس تندرستی، میزان رضایت از خدمات دریافتی، امید به زندگی و... . این یافته‌ها نشان دهندهٔ آن است که قبل از انجام مداخلات، اختلاف معناداری میان دو گروه وجود نداشته است؛ ولی پس از مداخله، این اختلاف معنادار بوده است. آنان، درنهایت به این نتیجه رسیده‌اند که نتایج اولیهٔ به‌دست آمده از به‌کارگیری این سیستم مراقبتی و بررسی برآیندهای مورد انتظاری همچون افزایش کیفیت زندگی و امید در سالمندان، نشان دهندهٔ کارایی سیستم بوده است؛ هرچند تحقیقات تکمیلی بعدی و به‌خصوص بررسی از بُعد هزینه فایده توصیه می‌شود.

نوروزی به نتایج زیر دست یافته است: در حال حاضر در کشورهای توسعه‌یافته مدل‌های گوناگون سیستم‌های ارائه کنندهٔ خدمات مراقبتی مبتنی‌بر جامعهٔ ویژهٔ سالمندان تدارک دیده شده است که این سیستم، نیازهای خاص هر گروه از سالمندان را پاسخ می‌دهد. در ایران، به‌عنوان کشوری در حال توسعه، درصد درخور توجهی از سالمندان نیازمند دریافت خدمات مراقبتی و بهداشتی، در جامعه زندگی می‌کنند. برای پاسخ‌گویی به این نیازهای مراقبتی، طراحی و به‌کارگیری الگوی مراقبتی با در نظر گرفتن عواملی همچون منابع و اطلاعات موجود و دست‌یافتنی (منابع مالی و نیروی انسانی)، مسائل اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی و ویژگی‌های خاص گروه‌های مختلف سالمندان لازم به‌نظر می‌رسد.

در این مطالعه، در طراحی الگوی مراقبتی، از سه روش جمع‌آوری داده استفاده شده است: ۱. مرور منابع مطالعاتی موجود و مرتبط در زمینهٔ ساختارهای مراقبتی ویژهٔ سالمندان و اصول و مبانی پایه و طراحی در راه‌اندازی این نوع سیستم‌های مراقبتی؛ ۲. انجام مطالعهٔ قوم‌شناسی روی تعدادی از سالمندان ساکن در سطح جامعه و خانواده‌هایشان، با هدف دستیابی به الگوی غالب سبک زندگی و دیدگاه‌ها و باورهای بهداشتی آن‌ها؛ ۳. استفاده از نظر کارشناسان و متخصصان مسائل سالمندی در قالب تشکیل جلسات کارشناسی به شیوهٔ گروه اسمی و تجزیه‌وتحلیل و ترکیب داده‌های به‌دست‌آمده. سپس، طراحی مدل مراقبتی اجتماع‌محور برای گروهی از سالمندان صورت گرفت و در مرحلهٔ دوم طراحی مدل سیستم مراقبتی اجتماع‌محور به‌دست آمده در قالب مطالعه‌ای از نوع کارآزمایی بالینی دربارهٔ ۳۶ سالمند واجد شرایط، به‌مدت شش ماه، اجرا و ارزشیابی شد.

به‌کارگیری ابزار جامع ارزیابی سالمندان، برگزاری جلسات تیمی با هدف برنامه‌ریزی مراقبت‌ها، استفاده از رویکرد بخشی (همکاری پرستار، پزشک، مددکار، روان‌شناس، درمانگر، فیزیوتراپ و...) در فعالیت‌ها و مرکز توجه قرار دادن سالمند به‌عنوان فرد و نه صرفاً تمرکز بر بیماری‌ها، از مشخصات اصلی این الگوی مراقبتی است. نتایج اولیهٔ به‌دست آمده از به‌کارگیری این سیستم مراقبتی و برآیندهای مورد انتظاری همچون افزایش میزان کیفیت زندگی و امید به زندگی، نشان دهندهٔ کارایی این سیستم بوده است.

در تحقیقی در سال ۱۳۸۴ با عنوان «بسیج جامعه برای ارتقای سلامت سالمندان در محلهٔ اکباتان تهران» که حسین ملک‌افضلی و همکاران انجام داده‌اند، نتایج زیر به‌دست آمده است: طی این پژوهش توصیفی، نیازهای سلامت ۱۰۰ نفر مرد و ۱۰۰ نفر زن سالمند با استفاده از پرسش‌نامه و به روش نمونه‌گیری تصادفی و با مشارکت مردم بررسی شد؛ سپس براساس نتایج نیازسنجی، برنامه‌های مداخله تدوین گردید. نتایج تحقیق آن‌ها بیانگر آن است که در منطقهٔ مطالعه شده، ۸۹ درصد سالمندان باسوادند. از نظر سلامت جسمانی، طبق اظهارنظر آن‌ها، ۹۲ درصد زنان و ۷۰ درصد مردان مسن، دچار بیماری بوده و تحت درمان هستند. شیوع بیماری‌های مختلف مانند فشارخون، آرتروز، پوکی استخوان و دیابت، در زنان بیشتر از مردان است. در بُعد روانی، ۷۰ درصد سالمندان از زندگی‌شان احساس رضایت می‌کنند. ۳۰ درصد می‌گویند زندگی معنی خود را برای آنان از دست داده است. ۶۶/۵ درصد از افراد نگران هستند که اتفاق بدی برای آنان بیفتد. بیش از ۹۰ درصد، دارای اوقات فراغت بوده و بیشتر آنان در اوقات فراغت خود تلویزیون تماشا می‌کنند. ۶۷ درصد، فعالیت ورزشی انجام می‌دهند. ۸۸ تا ۹۸ درصد افراد تحت مطالعه، از رژیم غذایی حاوی گروه‌های اصلی استفاده می‌کنند. با توجه به نتایج نیازسنجی، مداخلات مناسب در ابعاد شناسایی بیماری‌های شایع و روش‌های پیشگیری از آن، بهداشت روان، ورزش، اوقات فراغت و تغذیهٔ سالم طراحی شد.

در تحقیقی با عنوان «نقش حمایت‌های اجتماعی در کیفیت زندگی» که فردین علی‌پور و همکاران انجام داده‌اند، نتایج زیر به‌دست آمده است: این تحقیق از نوع علمی مقیاس‌های است.

اطلاعات آن با استفاده از پرسش‌نامهٔ کیفیت زندگی مخصوص سالمندان (لیپاد) و پرسش‌نامهٔ حمایت اجتماعی نوربک، در یک نمونهٔ ۱۰۰ نفری از سالمندان منطقهٔ ۲، جمع‌آوری شده است و برای تحلیل از آزمون‌های رگرسیون و ضریب هم‌بستگی استفاده شده است. نتایج نشان داده است که نمرات کیفیت زندگی مردان سالمند، در دامنهٔ ۲۸ تا ۷۲ با میانگین ۶۱/۴۵ و نمرات کیفیت زندگی زنان سالمند، در دامنهٔ ۲۷ تا ۷۰ با میانگین ۵۱/۶۷ قرار دارد. همچنین با استفاده از آزمون هم‌بستگی مشخص شد که بین انواع حمایت اجتماعی (عاطفی، ساختاری، کارکردی و مادی) و کیفیت زندگی، رابطهٔ مستقیم و معناداری وجود دارد. با انجام تحلیل رگرسیون چندگانه و وارد شدن انواع حمایت‌های اجتماعی به مدل، مشخص شد که حمایت‌های عاطفی و ساختاری، پیش‌بینی کننده‌های معنادار کیفیت زندگی هستند.

نتیجه‌گیری

هدف اصلی این پژوهش، بررسی تأثیر برنامه‌های اجتماع‌محور بر میزان رفاه سالمندان مطالعهٔ موردی کهریزک (شعبه کرج) است. سالمندی در بیشتر جوامع، پدیده‌ای روبه‌رشد به شمار می‌رود. تخمین زده می‌شود که کشور ما در ۱۵ سال آینده با این پدیدهٔ جدی روبه‌رو خواهد شد. خواسته‌ها و نیازهای این گروه، توجه سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان را به خود جلب کرده است. بدیهی است که سالمندان را به‌عنوان قشری از جامعه، نمی‌توان و نباید کنار زد؛ بلکه باید راه‌حل‌های مناسب برای تأمین نیازها و رفاه این گروه از افراد به‌وجود آورد. از راه‌هایی که در سال‌های اخیر برای تأمین رفاه این افراد محل توجه قرار گرفته، برنامه‌های اجتماع‌محور است. ازآنجاکه مباحث مرتبط با برنامه‌های اجتماع‌محور بسیار جدید است، دانش نظری در این زمینه محدود است؛ ازاین‌رو بحث دربارهٔ موضوع و شناسایی ابعاد مختلف آن و ارتباط آن با رفاه سالمندان و مسائل دیگر جامعه، به‌لحاظ نظری بسیار تأمل‌برانگیز است. از لحاظ کاربردی نیز باید خاطرنشان کرد نظر به اینکه این برنامه‌ها سه سال است که در کهریزک کرج اجرا می‌شوند، درخور توجه بوده و از اهمیت زیادی برخوردارند. می‌توان این برنامه‌ها را در سطح کشور و برای گروه‌های مختلف جامعه گسترش داد و عملی کرد. درضمن، متغیر رفاه اجتماعی به‌عنوان یکی از شاخص‌های کلیدی توسعهٔ انسانی و اجتماعی در نظر گرفته می‌شود و به‌مثابه یکی از معیارهای سنجش توسعه نیز به‌کار می‌رود(۱۸).

در مجموع، مطالعات نظری نشان می‌دهد رفاه ذهنی و برنامه‌های اجتماع‌محور که از مؤلفه‌های رفاه اجتماعی محسوب می‌شوند، رکن مهم توسعه در کشورها معرفی شده‌اند و توجه به هر دوی آن‌ها ضروری به‌نظر می‌رسد. درخصوص برنامه‌های اجتماع‌محور، با توجه به محدودیت‌های منابع و اطلاعات موجود و باتوجه به نظریه‌های اجتماع‌گرایی، می‌توان گفت فرد در جامعه و اجتماع معنی و هویت می‌یابد و سالمندان، به‌عنوان قشری از جامعه که در برهه‌هایی از تاریخ حتی طرد شده‌اند، نیازهای خاص خود را دارند. راه سومی‌ها معتقدند به سالمندان باید به‌عنوان سرمایه‌های اجتماعی و انسانی و اقتصادی نگریست، نه به‌عنوان عضو منفعل و از کارافتاده. برنامه‌های اجتماع‌محور نیز 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 اندوخته‌های خود را به نسل آینده منتقل کنند، به سالمندان کمک می‌کند که توانایی‌های گذشتهٔ خود را تا حدودی بازیابند.

مقولهٔ رفاه اجتماعی هم‌زمان با انقلاب صنعتی شکل گرفت؛ اما به‌صورت جدی، در آغاز قرن بیستم در ادبیات توسعهٔ اقتصادی و اجتماعی مطرح شد. گفتنی است که امروزه علاوه بر شاخص‌های عینی، بیشتر بر بُعد ذهنی رفاه تأکید می‌شود. از دههٔ ۱۹۸۰ به‌بعد، رفاه اجتماعی به وضعی اطلاق می‌شود که در آن، رضایت و خشنودی انسان در زندگی مطرح است و از این تعریف به این نتیجه می‌رسیم که رفاه از جنس فعالیت‌ها به جنس وضعیت‌هاو حالت‌ها تبدیل شده است؛ یعنی همان رفاه ذهنی که اهمیت روزافزونی در ادبیات علوم‌اجتماعی می‌یابد(۱۸). در مجموع، سالمندان به‌عنوان اعضای جامعه، درخور احترام و توجه هستند و در جامعه باید زمینه‌ای برای آن‌ها فراهم شود که رفاه بیشتری داشته باشند. برنامه‌های اجتماع‌محور از راهکارهای مناسب ایجاد رفاه بیشتر برای این قشر از جامعه است.

نظریه‌های اجتماع‌گرایی بیان می‌کنند که هویت فردی افراد در قالب روابط و تعلقات انسانی و اجتماعی، مانند خانواده و مذهب و... شکل می‌گیرد و برای افراد، مشکل و حتی غیرممکن است که خود را جدا از این تعلقات بدانند. درواقع، فرد در جامعه و اجتماع معنی و هویت می‌یابد و هیچ فردی خارج از متن اجتماعی ممکن نیست به‌طور مستقل وجود داشته باشد. همین‌طور، اجتماع‌گرایان دموکراتیک معتقدند افراد صرفاً از

طریق اجتماعات درک می‌شوند و ما از طریق مناسباتمان است که «ما» می‌شویم و به خانواده، اجتماع، اجتماع محلی و گروه‌های مختلف فرهنگی و اجتماعی تعهد و تعلق داریم و آن‌ها فرصت مشارکت را برای ما فراهم می‌کنند. ازطرفی، سالمندی دورانی است که از تمام نقش‌ها، تعهدات، وظایف و مشارکت‌ها کاسته می‌شود و سالمندان ممکن است به انزوا کشیده شده یا حتی طرد شوند؛ ولی برنامه‌های اجتماع‌محور زمینه را برای فعالیت و تعهد و مشارکت دوبارهٔ سالمندان فراهم می‌کند. بنابراین، این برنامه‌ها زمینه را برای بازگشت دوباره به اجتماع برای سالمندان مهیا می‌کند و این موضوع، خودبه‌خود، به رفاه اجتماعی بیشتر سالمندان منجر می‌شود.

برای استفادهٔ افراد از خدمات رفاهی، برخی زمینه‌ها باید مهیا و در دسترس باشد که به افراد اجازه دهد نیازی را برآورده کنند. ازآنجاکه حمایت محیطی‌اجتماعی و موقعیت مالی سالمندان بر ماندن آن‌ها در اجتماع تأثیر دارد، این شاخصه‌ها به‌عنوان توانمندسازی اجتماعی و مالی در برنامه‌های اجتماع‌محور تعریف شده‌اند. این برنامه‌ها علاوه بر ایجاد توانمندسازی مالی با مشارکت دولت و سازمان‌های مختلف بیمه‌ای، در توانمندسازی مالی و به‌تبع آن رفاه ذهنی بیشتر این افراد، مؤثر است. شاخصه‌های توانمندسازی اجتماعی منابع فکری هستند که سالمندان را توانمند می‌کند در اجتماع بمانند. دسترسی به انواع شبکه‌های رسمی و غیررسمی حمایت‌های اجتماعی، این کمک را به سالمندان می‌کند و برنامه‌های اجتماع‌محور این دسترسی را با فراهم آوردن موقعیت مشارکت اعضای خانواده و جامعه، تقویت می‌کند. همچنین باعث می‌شود سالمندان بیشتر در جامعه باشند و از این طریق، رفاه بیشتری کسب کنند.

شاخصه‌های توانمندسازی مالی و زمینه‌ساز، در استفادهٔ افراد از این خدمات ضروری است؛ اما کافی نیست. در جست‌وجوی خدمات، فرد باید برخی نیازها را برای انجام دادن درک (احساس) کند. نیازهای درک‌شده ممکن است درنتیجهٔ بیماری یا وابسته به سن و کارکرد ناتوانایی‌ها باشد. این نیازها بهترین دلیل برای استفاده از این خدمات است. برنامه‌های اجتماع‌محور، توانمندسازی مالی و اجتماعی سالمندان را افزایش داده و به رفاه بیشتر این گروه منجر خواهد شد. این برنامه‌ها، با توجه به این نیازها، به افراد اجازه می‌دهد انتخابی مناسب از ارائهٔ خدمات داشته باشند که افراد را توانمند می‌سازد تا مستقل زندگی کنند. سالمندان باید درک کنند که برای انجام دادن هر فعالیت یا بخشی از آن، به کمک نیاز دارند؛ بنابراین چن بر این باور است که شاخصه‌های نیاز از شاخصه‌های ناتوانی مشتق می‌شوند. نیازها به ناتوانی خود تعریف شده و نیازهای برآورده نشده، تعریف شده‌اند. زمانی‌که سالمندان نیازهای برآورده نشدهٔ خود را بهتر می‌شناسند و از آن آگاه می‌شوند، استفادهٔ آن‌ها از این نوع خدمات افزایش می‌یابد. این خدمات به آن‌ها کمک می‌کند که زمان بیشتری در جامعه فعالیت کنند، به‌خصوص زمانی که سالمندان با ناتوانی مواجه هستند(۱۸).

لاری و بامسر نظریهٔ «پذیرفته‌شدن» را ارائه می‌دهند. براساس این نظریه می‌توان سالمندان را قشری از جامعه در نظر گرفت که به داشتن روابط اجتماعی با دیگران و پذیرفته‌شدن نیاز دارند. برنامه‌های اجتماع‌محور به سالمندان کمک می‌کند که در جامعه به‌عنوان عضوی مستقل باقی بمانند و روابط اجتماعی خود را با دیگران حفظ کنند. این به برطرف کردن نیازهای آن‌ها و جلوگیری از انزوا و طردشدن آن‌ها کمک می‌کند و سبب می‌شود رفاه بیشتری داشته باشند(۱۹).

کامینگ و ویلیام هنری که نظریهٔ «عدم مشارکت» و نظریهٔ «فعالیت» را بیان کردند، معتقدند که سالمندان بنابر موقعیت خاص خود، نقش‌های اجتماعی خود را از دست می‌دهند و در حالت عدم فعالیت قرار می‌گیرند. اقامت در خانهٔ سالمندان و آسایشگاه‌ها در بی‌فعالیتی و کاهش نقش آن‌ها در جامعه مؤثر است؛ اما شرکت در برنامه‌های اجتماع‌محور این فرصت را به افراد می‌دهد که تا حدی به نقش‌های اجتماعی سابق خود برگردند و از حالت انزوا و بی‌فعالیتی خارج شوند.

نظریهٔ «مبادله»، بیان می‌کند که افراد، درقبال فعالیت‌هایشان در جامعه، باید پاداش دریافت کنند و سالمندان، درقبال کناره‌گیری از فعالیت‌های اجتماعی خود، باید از پاداش‌هایی مانند مراقبت‌های بهداشتی، حقوق بازنشستگی، تأمین اجتماعی و... بهره‌مند شوند. طبق نظریهٔ «محیط اجتماعی» گربوریوم، عوامل مؤثر بر موقعیت سالمندان در جامعه، مربوط به سلامتی و پشتیبانی‌های اجتماعی و اوضاع مالی آن‌هاست. سالمندان با شرکت در این برنامه‌ها، این خدمات و مراقبت‌ها را دریافت می‌کنند. این خود با رفاه و توانمندسازی اجتماعی و مالی سالمندان که از طریق این برنامه‌ها افزایش می‌یابد، رابطه دارد. طبق نظریهٔ «تداوم»، عادت‌ها و سلیقه‌ها و سبک‌های زندگی افراد

که در طول زندگی‌شان کسب شده است، بر موقعیت آن‌ها در سالمندی نیز تأثیر دارد. بازگشت به این عادت‌ها و سبک‌ها و سلیقه‌ها به‌وسیلهٔ این برنامه‌ها برای سالمندان میسر می‌شود.

براساس مدل اندرسون و چن که پایهٔ مدل نظری را تشکیل می‌دهند، عوامل زمینه‌ای مانند سن، جنس، تحصیلات و... و همین‌طور مؤلفه‌های توانمندسازی مالی و اجتماعی سالمندان، مانند تسهیلات بهداشتی، منابع حمایت اجتماعی (حمایت خانواده و جامعه)، منابع مالی (درآمد و مسکن و بیمه‌های اجتماعی)، مؤلفهٔ ناتوانی و نیاز، در استفادهٔ سالمندان از خدمات مراقبت‌های اجتماع‌محور مؤثر است. این برنامه‌ها دسترسی سالمندان را به این مؤلفه‌ها تقویت می‌کند و بر میزان رفاه سالمندان تأثیر می‌گذارد.

طبق مدل مشارکت اجتماعی، افراد جامعه هستند که به تعیین نیازها و اولویت‌های مسائل سلامتی و رفاهی می‌پردازند و طبق نظریهٔ اجتماع‌گرایی، فرد در گروه و جامعه معنا و هویت می‌یابد. این برنامه‌ها زمینه را برای مشارکت افراد در تعیین و برآورده کردن نیازها فراهم می‌سازد. در مدل اندرسون نیز شاخصهٔ نیاز و تشخیص ناتوانی اساس تعریف است. طبق نظریه‌های بنیادی و جمع‌گرایی، رفاه اجتماعی و تمامی نظریه‌های دیگر در این زمینه، خدمات رفاهی تمامی حوزه‌ها و برنامه‌ها را چه دولت اجرا کند و چه افراد و جامعه، دربرمی‌گیرد. برنامه‌های اجتماع‌محور، ابزار ایجاد رفاه اجتماعی بیشتر برای سالمندان است که از طریق مشارکت فرد و جامعه و دولت اجرا می‌شود. این برنامه‌ها راه‌حلی است برای افزایش بهزیستی و رفاه اجتماعی افراد در جامعه.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان نتیجه گرفت که کاربرد برنامه‌های اجتماع‌محور، با توجه به نو بودن آن‌ها، در میزان رفاه ذهنی سالمندان تأثیر داشته است و کسانی که از این خدمات استفاده کرده‌اند، از رفاه ذهنی بیشتری برخوردار بوده‌اند. همچنین، بررسی مؤلفه‌های رفاه ذهنی شادکامی، رضایت از زندگی، کیفیت زندگی و رضایت محیطی، نشان می‌دهد که این برنامه‌ها در میزان شادکامی و کیفیت زندگی و تا حدودی رضایت محیطی سالمندان تأثیر مثبت داشته است؛ اما میزان رضایت از زندگی سالمندان، تحت تأثیر قرار نگرفته است. به‌طورکلی، می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که برنامه‌های اجتماع‌محور اگرچه مدت زیادی نیست که در کهریزک اجرا می‌شود، بر سلامت و رفاه ذهنی افراد تأثیر چشمگیری داشته است. بسیاری از نظریه‌های سالمندی (نظریهٔ عدم مشارکت و نظریهٔ مبادله و نظریهٔ محیط اجتماعی) معتقدند که دوران سالمندی، دورانی است که افراد به حاشیه می‌روند و نقش‌های منفعلی پیدا می‌کنند. با کمک این برنامه‌ها می‌توان از به انزوا رفتن و منفعل شدن آن‌ها جلوگیری کرد. همان‌طورکه نظریه‌های فعالیت و تداوم اعتقاد دارند که باید سبک‌ها و عادت‌ها و سلیقه‌های افراد، در دوران سالمندی حفظ شوند، این برنامه‌ها زمینه‌هایی فراهم می‌کنند که افراد به حفظ فعالیت‌های خود همراه با رفاه ذهنی بیشتر در جامعه بپردازند. همان‌طورکه نظریه‌های اجتماع‌گرایی بیان می‌کند، افراد با بازگشت به اجتماع و فعالیت‌های اجتماعی هویت فردی و اجتماعی خود را بازمی‌یابند. می‌توان از طریق این برنامه‌ها هویت فردی و نقش‌ها و تعهدات سالمندان را به آن‌ها بازگرداند و از سرمایه‌های اجتماعی و فرهنگی و انسانی آن‌ها استفاده کرد. بسیاری سیاست‌گذاران معتقدند باید سالمندان را سرمایه‌های اجتماعی و فرهنگی دانست که این هدف با اجرای برنامه‌های اجتماع‌محور محقق می‌شود.

با توجه به نتایج مثبت به‌دست آمده در این پژوهش و با توجه به کم هزینه‌تر بودن این برنامه‌ها، گسترش این برنامه‌ها ضروری به‌نظر می‌رسد. همچنین با توجه به اینکه این برنامه‌ها زمینه‌هایی برای سالمندان فراهم می‌کند که با همکاری خود و جامعه و خانواده، به‌طور مستقل به ادارهٔ امور مربوط به خود بپردازند، این برنامه‌ها جایگزین مناسبی برای خدمات پرهزینه و گاهی کسالت‌آور آسایشگاه‌ها هستند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از دکتر میرطاهر موسوی، مشاور پایان‌نامه، بابت راهنمایی‌های ارزشمند ایشان در کنار سایر کارکنان آسایشگاه کهریزک (شعبهٔ کرج) قدردانی می‌شود.

REFERENCES منابع

1. Dobovar S.old age[MA.tousi,trans].Tehran:Shabaviz Pub; 1972.
2. Zahedi ASL M .introduction to social welfare. Tehran: Alameh Tabataba'ee University; 2002.
3. Jabari H. [Participation & poverty the sociological analysis of the role of community participation in the possibility of moving out of poverty in the city of Tabriz (in Persian)]. [Phd thesis]. Tehran: University of Tehran; 2007.
4. Alikhani V. [Different approach about aging (in Persian)]. Tehran: Oliya and Morabian Group Publisher; 2001.
5. Reder H, Hedrick S, Guihan M, Miller S. Barries to home and community based service referrals: The physicians' role. Gerontology and Geriatrics Education 2009 ;(30)1:21-33.
6. Babaei N. [The study of community economic empowerment in settlement of border town (in Persian)]. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences Publisher; 2007.
7. Barrayo EA, Salmon JR, Polivca L, Dunlop BD. Who is Being Served? Program eligibity and home- and community- based services use. Journal of Applied Gerontology 2004;(42)5:120-124.
8. Joghataei M. [Social welfare in the world (in Persian)]. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences Publisher;1999.
9. Dinner. Edward .Subject Well-being. University of IIIionois at champaign – urbana1984 ;(5)2: 534-575.
10. Dinner ED. Guidelines for national indicators of subject well-being and Ill-being. Applied Research in Quality of Life 2006 ;1(2):151-157.
11. Krout JA. Providing community- based services to the rural elderly. London: SAGE;1994.
12. Ganji H. [Pychology (in Persian)]. Tehran: Savalan; 1979
13. Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, Studenski S, High KP, Asthana S. Hazzard's geriatric medicine and gerontology, Sixth edition. McGrwHill.2009
14. Norouzi K. [Model evaluation system of care community designed for seniors in Tehran (in Persian)]. [Phd thesis]. Tehran:Tarbiat Modarees University; 2006.
15. Schwab TC, Leung KM, Gelb E, Meng YY, Cohn J.Home-and community-based alternatives to nursing homes: services and costs to maintain nursing home eligible individuals at home. Journal of Aging and Health 2003 ;(15) 2:353-370.
16. Anderson RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care does it matter. Journal of Health and Social Behavioral 1995 ;(36)1: 1-10.
17. Ya-Mei chen and Elaine Adams Thompson. Understanding factors success of home-and community-based services in keeping older adults in community settings. J Ageing Health 2010;(22)3: 267- 91.
18. Tsuann K. Factors affecting of utilization of health services and home and community-based care programs by older Taiwanes in the United States. 2003 ;23(1): 14-36.
19. Leroy white, Connetion Matters: Exploring the implications of social capital and social Networks for social policy. Systems Research and Behavioral Science 2002;19(3):255-269.