

بررسی تأثیر معلولیت بر طرد اجتماعی سالمندان شهر ورامین

دکتر علی اکبر تاج مزینانی^۱ و مهدیه لاریجانی^۲

تاریخ وصول: ۹۷/۲/۴

تاریخ پذیرش: ۹۸/۷/۱۳

چکیده:

سالمندان به عنوان بخش مهمی از افراد جامعه، ممکن است گاهی مورد غفلت واقع شوند، حال آنکه مسائل و مشکلات مربوط به سالمندی با افزایش روزافزون جمعیت آنان، بیش از پیش اهمیت می یابد. احتمال می رود طرد اجتماعی سالمندان با افزایش بیماری ها و معلولیت آن ها بیشتر شود. مشکلات و هزینه های ناشی از غفلت در رابطه با سالمندان بویژه سالمندان معلول ضرورت این پژوهش ها را بیشتر می کند. در این مقاله تأثیر معلولیت بر طرد اجتماعی سالمندان با استفاده از روش پیمایش و تکنیک پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفته است. پاسخگویان ۳۷۸ نفر می باشد که با استفاده از نمونه گیری تصادفی طبقه بندی شده، از میان سالمندان شهر ورامین انتخاب شده اند. نتایج نشان می دهد که بین متغیر معلولیت با مطرودیت اجتماعی رابطه ای معنادار وجود دارد به این معنا که سالمندان معلول در معرض طرد اجتماعی بیشتری قرار دارند. از لحاظ ابعاد مطرودیت اجتماعی هم میانگین مطرودیت در سالمندان معلول و سالم در بعد سیاسی و فرهنگی تفاوت چندانی با یکدیگر ندارد و در بعد اقتصادی یکسان است. در بعد اجتماعی، مطرودیت سالمندان غیر معلول بیشتر از سالمندان معلول است.

مفاهیم کلیدی: سالمند، مطرودیت اجتماعی، معلولیت، مدل اجتماعی معلولیت

^۱ دانشیار سیاست گذاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی (ره)، تهران، ایران

atmazinani@yahoo.com

^۲ کارشناس ارشد برنامه ریزی و رفاه اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی (ره)، تهران، ایران (نویسنده ی مسئول)
mahdiehlarjani@yahoo.com

مقدمه و بیان مسأله

از قرن بیستم به بعد و بخصوص سال‌های اخیر، ترقی و پیشرفت علم پزشکی، کشف و اختراع انواع داروها و درمان‌ها و انجام جراحی‌های قلب و مغز و دیگر اعضای بدن، مرگ و میر بشر را بسیار کاهش داده و در نتیجه طول عمر انسان زیاد شده است (Eshghpour, 2001:26). بنابراین جوامع، با سالمندی و پیری جمعیت بیشتری رو به رو هستند.

انتظار می‌رود بین سال‌های ۱۹۵۰ تا ۲۰۲۵ جمعیت جهان به سه برابر افزایش یابد و پیش‌بینی شده است که در سال ۲۰۲۵ از هر هفت تن جمعیت دنیا، یک تن بیش از ۶۰ سال عمر خواهد کرد. جامعه‌شناسان از مفهوم "خاکستری شدن جمعیت" در آمریکا یاد می‌کنند که کنایه از افزایش نسبت سالمندان است (Alikhani, 2002:15). اداره‌ی سرشماری نفوس آمریکا تخمین زد که در سال ۲۰۴۰ در حدود ۴/۵ درصد جمعیت، احتمالاً ۸۵ ساله و بیشتر خواهد بود (Piespens, 2011:7).

اگر چه در حال حاضر پیری جمعیت در کشورهای توسعه‌یافته بیشتر به چشم می‌خورد اما از اهمیت این مسأله برای کشورهای در حال توسعه کاسته نمی‌شود زیرا سیر تحولات جمعیتی نشان می‌دهد در سال‌های آتی احتمال مواجه شدن با پیری جمعیت در کشورهای در حال توسعه همچون ایران وجود دارد (Moidfar, 2010: 241).

در بررسی جمعیت سالمندان، آن چه بیشتر موجب نگرانی می‌شود آن است که اکثر این افراد سالخورده، از نظر اقتصادی، افرادی غیر سازنده و از نظر اجتماعی تنها و منزوی و از نظر سلامت در معرض خطر ابتلا به بیماری‌های مزمن و معلولیت‌ها و ناتوانی‌های ناشی از آن هستند (Manjeneh, 1996; Samie Farahani, 2009:3). نیازهای جسمانی و مسائل روانی ناشی از سالمندی نیز تحولات بسیاری در روش زندگی این گروه به وجود می‌آورد. در دوره‌ی سالمندی، شخص ممکن است به دلیل محدودیت‌های ناشی از تغییرات پیری برای برآورده کردن نیازهای اساسی به کمک یک پرستار یا کارکنان مراقبت بهداشتی، نیاز داشته باشند (Golchin & Azimiyan, 2002:105).

در این راستا چگونگی رفتار با فرد سالمند و حمایت از وی در میان جوامع، فرهنگ‌ها و افراد مختلف، متفاوت است. در ایران هر چند مردم به برخی اعتقادات فرهنگی و دینی پایبند هستند و سالخوردگی هنوز آن چنان ویژگی بارز جمعیتی نیست و وجود ارزش‌های فرهنگی مثبت، هم در نهاد خانواده و هم در نظام فامیلی، کمتر سالخورده‌ای را از حمایت‌های خانوادگی محروم می‌دارد اما چنین نیست که خانواده‌ها در هر شرایطی پذیرای سالمندان خویش باشند. از آنجا که بسیاری از سالمندان بیمارند و مراقبت از آن‌ها

کاری سخت و دشوار است. وجودشان از نظر اعضای خانواده در خانه باعث مزاحمت می‌شود، امر و نهی آن‌ها و بهانه‌گیری برخی از آنان دشواری آفرین است، پس برای دستیابی به یک زندگی راحت، خانه باید از وجودشان خالی شود (*ghaemi, 1987*; *Samie Farahani, 2009: 4*).

این در حالی است که مشارکت دادن فرد سالمند در خانواده و یا جامعه مسأله‌ای حیاتی برای وی محسوب می‌شود که از دید بسیاری از افراد و یا حتی پژوهشگران دور مانده است. یکی از نمودهای طردشدگی سالمندان را می‌توان در سپردن آن‌ها به آسایشگاه‌ها دید. به‌طور کلی علی‌چون کاهش میزان اعتقاد به سنت‌ها و ارزشمند بودن سالمندی، تغییر ساز و کارهای انتقال دانش و تجربیات، کاهش مشارکت سالمندان در تولید اقتصادی، هسته‌ای شدن خانواده‌ها، کاهش کارکردهای خانواده‌های جدید، اشتغال زنان، افزایش شکاف بین نسل‌ها، ارزشمند شدن جوانی و ظواهر فیزیکی و جسمی افراد و تغییر در معماری و فضای زندگی منازل مسکونی؛ در کاهش اهمیت و ارزش سالمندان و بروز شرایط نامناسب زندگی برای آن‌ها و به نوعی طرد شدن آن‌ها از جامعه تأثیرگذار بوده است (*Niyazi & Babai Fard, 2011: 93*). البته بیان این نکته هم حائز اهمیت است که وجود مراکزی چون سراهای سالمند و آسایشگاه‌ها در مواقعی که خانواده‌ها به بن‌بست می‌رسند و قادر به ارائه‌ی خدمات درمانی و مراقبتی با استانداردهای روز به سالمندانشان نیستند بسیار کارگشا است. اما آنچه سبب می‌شود تا سپردن سالمندان به آسایشگاه‌ها به‌عنوان نمودی از طردشدگی در نظر گرفته شود بیشتر از دید خود سالمندان و از آن جهت می‌باشد که اغلب به‌عنوان اولین راه از سوی خانواده‌ها در نظر گرفته می‌شود.

از جمله موارد مهم دیگری که به طرد سالمندان منجر می‌شود، معلولیت و ناتوانی آن‌ها است. گفته شده است هر چه جمعیت مسن‌تر می‌شود، تعداد و درصد افراد معلول و ناتوان افزایش می‌یابد (*Brodsky, 2003; Ghasemi Barghi & et. al., 2011: 72*). جامعه‌ی ما تعریف و شناخت درستی از معلول ندارد و یک انسان معلول با برخوردهای غلطی که ناشی از درک ناقص جامعه است، مواجه می‌شود. بنابراین معلول، خود را محکوم به ناتوانی و گاهی نیازمند ترحم می‌بیند (*Afroz, 1991; Ghasemi Barghi & et. al., 2011: 72*).

ضرورت بررسی وضعیت طرد اجتماعی سالمندان این است که سالمندان با توجه به رویدادهایی مانند پایان اشتغال و بازنشستگی، احساس تنهایی، طردشدگی و همچنین فشار ناشی از صنعتی‌شدن جوامع، که به جدایی عاطفی و روانی افراد منجر می‌شود، در

معرض خطرات فزاینده‌ای قرار می‌گیرند (Ezazi, 1997; Niyazi & Babai Fard, 2011: 18).

از سوی دیگر هزینه‌هایی که افزایش جمعیت سالمند و توجه نکردن به این قشر بر جامعه تحمیل خواهد کرد ضرورت این پژوهش‌ها را بیشتر می‌کند؛ چرا که سالمندان گروهی هستند که بیماری‌ها و ناتوانی‌های متعددی به‌طور شایع در آن‌ها دیده می‌شود و معلولیت، این مشکلات را دو چندان خواهد کرد (Savanborg & Tiroshi, 1985; Niyazi & Babai Fard, 2011: 19). حتی به نظر می‌رسد سالمندان دارای معلولیت، بیشتر با ناملایمتی و طرد اجتماعی رو به رو شوند.

سالمندانی که از لحاظ سرمایه‌ی فرهنگی، پایگاه اقتصادی - اجتماعی و ... جایگاه مناسبی دارند و تنها به دلیل ناتوانی و معلولیت از سوی خانواده یا جامعه طرد می‌شوند بیشتر آسیب می‌بینند و زندگی‌شان دچار عواقب جبران‌ناپذیری خواهد شد. گاه تنها به سبب فقدان جزئی توانایی سالمندان و یا بیماری‌هایی که در این دوران به سراغ آن‌ها می‌آید، با ناملایمتی و نامهربانی با آنها برخورد می‌شود و یا از جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند طرد می‌شوند و فرصت مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی از آنها گرفته می‌شود. علیرغم این که در اکثر موارد بروز بیماری و کاهش توانایی سبب انزوای فرد سالمند می‌شود، سالمندان توانایی انجام برخی از کارهای اجتماعی را دارند ولی افراد جامعه آنها را از حضور در اجتماع و یا مشارکت اجتماعی محروم می‌سازند. از این‌رو بررسی تأثیر معلولیت به‌عنوان عاملی تشدیدکننده و یا کاهنده در رابطه با طرد اجتماعی سالمندان در راستای پیشگیری و یا بهبود وضعیت آنان از اهمیت بالایی برخوردار است. هدف اصلی این تحقیق بررسی و مطالعه‌ی تأثیر معلولیت بر طرد اجتماعی سالمندان در شهر ورامین با تأکید بر ابعاد مختلف مطرودیت اجتماعی می‌باشد. سؤالات تحقیق نیز به شرح ذیل ارائه می‌گردد:

- وضعیت مطرودیت اجتماعی سالمندان شهر ورامین چگونه است؟
- وضعیت معلولیت سالمندان شهر ورامین چگونه است؟
- آیا معلولیت بر طرد اجتماعی سالمندان تأثیرگذار است؟
- آیا نوع طردشدگی (سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی) سالمندان دارای معلولیت یکسان است؟

پیشینه پژوهش

الف) تحقیقات داخلی

از میان تحقیقات داخلی تحقیقی که مشخصاً در راستای تحقیق حاضر باشد یافت نشد از این رو تحقیقاتی که در سال‌های اخیر تا حدی به پژوهش حاضر نزدیک بودند با موضوعاتی چون مطرودیت اجتماعی، معلولیت و سالمندان ذکر گردید.

تاج مزینانی و همکارانش (۱۳۹۰)، پژوهشی انجام داده‌اند که به لحاظ بررسی مطرودیت، با مقاله‌ی حاضر مشترک است اما به طبقه‌ی سنی جوانان پرداخته است. این پژوهش با عنوان تحلیل چند سطحی مطرودیت جوانان انجام شده است. روش تحقیق از نوع تحلیل ثانویه، مصاحبه‌ی گروه متمرکز و پیمایش بوده و اطلاعات بر اساس چارچوبی معین و ملاک‌هایی مشخص در چهار سطح مختلف (سطح فردی، سطح ارائه‌ی خدمات، سطح ساختاری و سیاسی و سطح اجتماعی) گردآوری و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است (Tajmazinani & et. al., 2011).

صادقی فسایی و فاطمی‌نیا (۱۳۹۳)، با رویکرد جامعه‌شناختی به داده‌های موجود در دو سطح جهانی و ملی، پدیده‌ی معلولیت را مورد بررسی قرار دادند و آن را به‌عنوان یک مسئله‌ی اجتماعی معرفی کردند و بیان نمودند که جامعه‌ی معلولین از حیث دسترسی به فضاهای اجتماعی، آموزش، اشتغال، برابری فرصت‌ها، منابع اقتصادی و بسیاری موارد دیگر در رنج هستند و به کمک و توجه بیشتر مسئولان و سیاست‌گذاران اجتماعی نیازمندند (Sadeghi Fassaei & Fatemi Nia, 2015).

فروغمند اعرابی و کریمی‌فرد (۱۳۹۴)، با تأکید بر نظریه‌های سلامت روان و نظریه‌های طراحی فضاهای شهری و معماری، معیارهایی در طراحی مراکز تعاملات اجتماعی سالمندی در قالب افزایش فضای تعاملات اجتماعی ارائه و در پایان نیز راهکارهایی در راستای تحقق‌پذیری شهرهای دوستدار سالمند و پیشنهادهای در حوزه‌ی معیارهای طراحی برای ارتقاء سلامت روان‌شناختی سالمندان بیان کردند (Foroghmand & Arabi & Karimi Fard, 2015).

سجادی و زنجری (۱۳۹۴)، شیوع معلولیت در ایران، ویژگی‌ها و همبسته‌های اقتصادی و اجتماعی آن را مطالعه کردند. در این پژوهش شیوع معلولیت در ایران حدود ۱۴ در هزار برآورد شد و میزان شیوع معلولیت در مناطق روستایی بیشتر از مناطق شهری و در میان مردان بیشتر از زنان بود. همچنین افراد دچار معلولیت، وضعیت اقتصادی و

اجتماعی پایین تر و نامناسب تری در مقایسه با افراد فاقد معلولیت داشتند (Sajadi & Zanjari, 2015).

ب) تحقیقات خارجی

در رابطه با تحقیقات خارجی نیز پژوهشی که به تأثیر معلولیت بر طرد اجتماعی سالمندان بپردازد یافت نشد. تحقیقات خارجی بیشتر به صورت پراکنده در رابطه با سالمندان، ناتوانی و معلولیت و انزوای اجتماعی آنها بحث کرده‌اند که حجم این تحقیقات در سال‌های اخیر بسیار کم و اندک می‌باشد و می‌توان به موارد زیر اشاره کرد.

پژوهشی با عنوان جنسیت، سالمندان و مطرودیت اجتماعی، به روش تحلیل ثانویه داده‌ها، در انگلستان توسط *Del Bono* و همکارانش (۲۰۰۷-۱۳)، انجام شد. این محققان تلاش نمودند تا سطح مطرودیت اجتماعی را بر اساس تفاوت‌های جنسیتی مطالعه نمایند. یافته‌ها نشان داد که تفاوت میان مردان سالمند و زنان سالمند در استفاده از خدمات، تأمین مراقبت غیر رسمی و مشارکت در شبکه‌های اجتماعی، اغلب پیامد تفاوت در وضعیت تأهل و برنامه‌های زندگی می‌باشد و تفاوت‌های جنسیتی ارتباط معنی‌داری با مطرودیت اجتماعی ندارد.

Vrooman و Gijbers (۲۰۰۸)، پژوهشی با عنوان مطرودیت اجتماعی سالمندان: مطالعه‌ی تطبیقی ایالات اروپا انجام دادند. در این پژوهش ابعاد مطرودیت اجتماعی در چهار بعد مورد بررسی قرار گرفته است. یافته‌ها نشان می‌دهد که سالمندان کشورهای اروپای شمالی (اسکاندیناوی) و هلند کمترین مطرودیت را تجربه می‌کنند. درآمد خانواده تأثیر مهمی بر محرومیت مادی و دسترسی به حقوق اجتماعی در بیشترین کشورها داشته است اما سن و جنسیت عوامل تأثیرگذار جدی بر ابعاد مطرودیت اجتماعی نیستند همچنین اگر کشورها سطح بیشتری از رفاه مادی، حمایت اجتماعی، نابرابری درآمدی کمتر و امید به زندگی بیشتر را فراهم نمایند، سالمندان کمتر طرد می‌شوند.

Muhli (۲۰۱۰)، تنش‌های نهادی و تخصصی (حرفه‌ای) در مراقبت از سالمندان سوئدی را بررسی کرد. این پژوهش با استفاده از رویکردهای ارتباطی، نیازهای ضروری و محیط پیرامون مراقبت سالمندان را در مرکز سالمندان و خانه مطالعه می‌کند. هدف این پژوهش توصیف و تحلیل سازمان رفاهی با توجه به مراقبت سالمندان می‌باشد. تعداد ۱۱ مصاحبه با کارمندان اداره‌ی رفاه و سازمان مراقبت از معلولین تهیه و تحلیل ثانویه بر روی داده‌ها انجام شد. بعد از آن ۴ ویژگی در اداره رفاه پیدا شد که شامل حق سالمندی،

زندگی در خانه، ارتباط خوب، شغف و خوشحالی می‌شد. نهایتاً می‌توان گفت این اداره از رویکردهای متفاوت و دوگانه استفاده می‌کند. مهارت و تخصص نیز بسیار ناآگاهانه و بدون تأثیر پذیرفتن از تکنیک و استراتژی مراقبت، اعمال می‌شود.

Tong و همکارانش (۲۰۱۱)، پژوهشی با عنوان اثر محرومیت اجتماعی در نشانه‌های افسردگی: زندگی سالمندان چینی تنها در شانگهای چین انجام دادند. این مطالعه نشان داد که متغیرهای محرومیت اجتماعی از دیگر عوامل اجتماعی و جمعیت‌شناختی در چین معاصر از اهمیت بالاتری برخوردار است. حمایت مالی و بهبود مسکن برای ارائه خدمات جهت تقویت شبکه‌های اجتماعی روابط افراد سالمند ضروری است.

مرور پیشینه‌های داخلی نشان می‌دهد پژوهش‌های زیادی در رابطه با سالمندان انجام شده است اما موضوعات، بسیار تکراری و تفاوت‌ها فقط در سطح تغییر در میدان تحقیق می‌باشد. از پژوهش‌های در دسترس، موردی در رابطه با تأثیر معلولیت بر طرد اجتماعی سالمندان یافت نشد و تنها در چند پژوهش به مسئله‌ی مطرودمت به تنهایی به عنوان مسئله‌ای اجتماعی پرداخته شد و در بحث معلولیت، نظرات خانواده‌های معلولین و شیوع معلولیت و موضوعاتی از این دست مورد بررسی قرار گرفت.

در پژوهش‌های خارجی نیز کارهای متعددی انجام شده است اما اکثر این پژوهش‌ها قدیمی می‌باشند و به مسائل مرتبط با سالمندی مانند پرداخت‌های مستمری، بیمه‌های تکمیلی، رضایت از زندگی سالمندان و ... می‌پردازند. این پژوهش‌ها بیشتر از تحلیل ثانویه و به‌طور کلی از روش کیفی استفاده نمودند. هر چند پژوهش کیفی ویژگی‌های مثبتی دارد ولی مهم‌ترین اشکال در این شیوه مربوط به اعتبار و تعمیم‌دهی آن است که به راحتی امکان‌پذیر نمی‌باشد.

با توجه به نبود پژوهشی در راستای تأثیر معلولیت بر طرد اجتماعی سالمندان در ایران و همچنین انجام تحقیقات خارجی به روش کیفی و محدود بودنشان در سال‌های اخیر، امید می‌رود این مقاله بتواند تا حد امکان جای خالی این بعد از مسئله سالمندان را در میان تحقیقات پر کند.

مبانی نظری پژوهش

در این بخش به بررسی نظریه‌های جامعه‌شناسی مربوط به سالمندی، معلولیت و طرد اجتماعی پرداخته شده است که در ذیل به تفکیک به آن‌ها اشاره می‌گردد.

نظریات مربوط به سالمندی

دانشمندان از دیدگاه‌های متفاوتی به بررسی موضوع سالمندی پرداخته‌اند. گروهی نظریه‌ی خود را بر اساس جنبه‌های پزشکی، فیزیولوژی و پاتولوژی عنوان کرده‌اند. این نظریه‌پردازان عامل ارث را مهم‌ترین عامل در طول عمر انسان می‌دانند. نظریه‌های این دانشمندان شامل اختلال در کنش دستگاه ایمنی بدن، پیر شدن سلولی، تغییرات سیستم غدد داخلی، نظریه‌ی توارثی، فرسودگی و نظریه‌ی مواد زائد می‌شود.

رویکرد عمده‌ی دیگر در رابطه با سالمندی، رویکردهای جامعه‌شناختی است که به نقش عوامل اجتماعی در پدیدار شدن سالمندی، روند اجتماعی سالمندی، نوع نگاه جامعه به سالمند و همچنین نقش اجتماعی در حمایت از سالمندان و مانند این‌ها توجه دارند (Niyazi & Babai Fard, 2011: 68). این نظریه‌ها به نظریه‌های عدم مشارکت، فعالیت، مبادله، محیط اجتماعی، نظریه‌ی تداوم و نظریه تضاد اشاره دارند.

به‌طور خلاصه نظریه‌ی عدم مشارکت یا عدم تعهد به این امر اشاره دارد که غیر قابل اجتناب بودن مرگ، فرد را وادار می‌کند که بخش مهمی از نقش‌های اجتماعی خویش را ترک کند. این نقش‌ها می‌تواند شامل کار کردن، خدمات داوطلبانه، همسر بودن، کارهای تفننی و حتی خواندن مطالب باشد (Alikhani, 2002:43). نظریه‌ی فعالیت بیان می‌کند که شهروندان سالمند تنها وقتی احساس رضایت می‌کنند که بتوانند از دید جامعه، به ویژه از طریق کار با مزد، مفید و مولد باشند (Hoseyn Zadeh & et. al., 2007; Niyazi & Babai Fard, 2011:78). در نظریه‌ی مبادله بیان می‌شود که روابط و عمل متقابل اجتماعی میان افراد وقتی به گونه‌ای کامل مطرح می‌شود که تمامی شرکت‌کنندگان در آن احساس کنند از روابط میان خود سود می‌برند (Alikhani, 2002:45). نظریه‌ی محیط اجتماعی به عواملی چون سلامتی، اوضاع مالی و پشتیبانی اجتماعی که بر سطح فعالیت فرد مسن تأثیر می‌گذارد اشاره می‌کند (Niyazi & Babai Fard, 2011: 79). در مقابل نظریه‌ی محیط اجتماعی، نظریه‌ی تداوم بیان می‌کند که آخرین مرحله‌ی زندگی دنباله‌ی مراحل قبلی است. موقعیت‌های اجتماعی می‌تواند معرف نوعی عدم پیوستگی باشد اما سازگاری و سبک زندگی به‌طور اساسی از طریق سبک‌ها، عادات و ذوق‌هایی که در تمام طول زندگی کسب شده است، تعیین می‌شود (Brukman, 1977; Niyazi & Babai Fard, 2011: 80). نظریه‌ی تضاد نیز مانند سایر نظریه‌ها به نقد نظریه‌ی عدم تعهد و فعالیت می‌پردازد. این نظریه بیان می‌کند که این دیدگاه‌ها اغلب تأثیر طبقه‌ی اجتماعی را در زندگی سالمندی نادیده گرفته‌اند. موقعیت ممتاز طبقه‌ی بالا به‌طور معمول سبب

می‌شود سلامت و انرژی آنها بهتر باشد و علایم پیری، دیرتر در آنها ظاهر گردد (Mohseni Tabrizi, 2000; Niyazi & Babai Fard, 2011: 81).

نظریات مربوط به معلولیت

Helander برخورد جوامع انسانی با ناتوانی و معلولیت را به پنج دوره‌ی مختلف و مهم تقسیم می‌کند که عبارتند از:

الف) دوره‌ی حذف یا ریشه‌کنی؛

ب) دوره‌ی نگهداری در نوان‌خانه‌ها، برای آن که این افراد جلوی چشم سایرین (غیر معلول) قرار نداشته باشند؛

ج) دوره‌ی مراقبت توسعه‌ای که همراه با تأمین مراقبت‌های لازم بر اساس جداسازی افراد دارای معلولیت اعمال می‌شده است؛

د) دوره‌ی تداخل اجتماعی که همراه با تشویق افراد دارای ناتوانی به حضور در بین خانواده، جامعه و نیز در نظام‌های اجتماعی بوده است؛

ه) دوره‌ی خودشکوفایی یا خودگردانی و قادرسازی که با خلق موقعیت‌هایی که فرد ناتوان قادر به توسعه کامل ظرفیت‌های خود باشد؛ معنی پیدا می‌کرد (*Helander, 1996; Kamali, 2004: 46*).

هر چند عواملی چون ابداعات و اکتشافات پزشکی، شرایط و ضرورت‌های اقتصادی، کمبود نیروهای متخصص برای ارائه‌ی مراقبت‌های درمانی و توانبخشی، رشد مناسب افراد دارای معلولیت و گروه‌های والدین آنها در انجام این تغییرات نقش داشته‌اند، اما به نظر می‌رسد شرایطی چون سلسله مراتب نیازهای مازلو را نیز می‌توان در این مورد به تصویر کشید. اگر نیازهای فیزیولوژیک را در قاعده‌ی هرم مازلو و نیازهای تأمین و ایمنی را در مرحله‌ی بعدی قرار دهیم، به نظر می‌رسد که رسیدگی در نوان‌خانه‌ها و مراقبت‌های مؤسسه‌ای چیزی بیشتر از مراقبت برای بقا، معنا نمی‌شد؛ لیکن رفته رفته با رشد اجتماعی مردم در جوامع، نیازهای اجتماعی و حضور در میان جمع، جایگاه خود را باز کرده و دوره‌ی تداخل اجتماعی آغاز می‌شود. به دنبال تحقق این سطح از نیازها، دوره‌ی رشد، نیاز به کسب احترام و سپس خودشکوفایی برای افراد دارای معلولیت رقم خورده است (*Kamali, 2004: 47*).

به عبارت دیگر اوج گیری توجه به مسئله‌ی معلولیت با سه موضوع مهم همبسته است. اول، تغییر قابل ملاحظه‌ای در تفکر سیاست‌گذاری رخ داده است. زمانی معلولیت به عنوان نقصانی در درون فرد نگریسته می‌شد اما اکنون به مثابه نوعی تبعیض و نارسایی و نقصان در جامعه دیده می‌شود. دوم، حرکتی همسو در قلمرو سیاست‌گذاری از مراقبت و جبران مالی به سوی سیاست‌گذاری مبتنی بر حقوق انسانی و حذف موانع برابری اجتماعی شکل گرفته است. سوم، اینکه در میان خود معلولان نیز موج بلند خودسازمانی شکل گرفته که به مشارکت بیشتر آنان در دعاوی سیاست‌گذاری و تولید رفاه انجامیده است (Alcok & *et.al.*, 2012: 306).

در ارتباط با موضوع اول، یعنی تغییر نگرش نسبت به نقصان بدنی، بسیاری از مباحث معاصر از تمایز بین مدل‌های متفاوت معلولیت، و همچنین شیوه‌های متفاوت اندیشیدن درباره‌ی نیازهای معلولان شروع می‌شود. مدل اجتماعی معلولیت، برخلاف سیاست‌های سنتی که راه حل‌ها را مبتنی بر درمان و معالجه و یا جبران محدودیت‌های معلولان می‌دانست؛ رهیافت متفاوتی اتخاذ کرده است. رویکرد اجتماعی، محرومیت تجربه شده به وسیله‌ی معلولان را نه به محدودیت‌های خود فرد بلکه به محدودیت‌های جامعه منتسب می‌نماید. همان‌طور که Oliver خاطر نشان می‌کند:

"در مدل اجتماعی، معلولیت به تمام محدودیت‌هایی گفته می‌شود که به معلول تحمیل می‌شود، از پیش داوری شخصی گرفته تا تبعیض نهادی، از ساختمان‌های غیر قابل دسترس گرفته تا سیستم‌های حمل و نقل غیر قابل استفاده، از آموزش تفکیکی گرفته تا طرد شدن از کار و نظایر آن. علاوه بر این، پیامدهای چنین محدودیت‌هایی پیش پا افتاده نیست و افراد به‌طور تصادفی دچار آن نمی‌شوند بلکه چنین تبعیض نهادینه شده‌ای به‌طور نظام مند دامن‌گیر معلولان در سرتاسر جامعه می‌شود" (Alcok, 2012: 307).

دبیر کل سابق سازمان ملل متحد Dekojar (۱۹۹۶) در مقدمه کتابش^۱ بیان می‌کند: "بیش از ۲۵۰ میلیون نفر دارای معلولیت شدید و متوسط در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند که سالیانه ۱۰ میلیون نفر به تعداد آن‌ها افزوده می‌شود. اکثریت آن‌ها را افراد فقیر، وابسته، تحت ظلم و خشونت، فراموش شده و محروم از آموزش‌ها عمومی و حرفه‌ای، فاقد شغل تشکیل می‌دهند. اکثریت آن‌ها هیچ‌گونه مشارکتی در برنامه‌های توسعه‌ی اجتماعی ندارند و به‌طور مجازی از برنامه‌های خدمات عمومی کنار

^۱ prejudice and dignity

گذاشته شده‌اند. آن‌ها نیازمند آماده‌سازی برای حضور و زندگی در جامعه هستند. حقوق بشر برای آن‌ها در نظر گرفته نشده است" (Helander, 1996; Kamali, 2004: 42). این امر حاکی از آن است که محرومیت معلولان به حدی گسترده است که با تلاش‌های ذکر شده و فعالیت‌های طرفداران معلولین نیز به راحتی قابل حل نمی‌باشد. بنابراین طرد و کنارگذاری معلولان همچنان وجود دارد و این بحث در مسائل نسلی اهمیت بیشتری می‌یابد چرا که کودکان و سالمندان معلول، با کاهش فرصت‌های مشهودتری رو به رو هستند. از این‌رو بررسی متغیر معلولیت (معلولیتی که محرومیت‌های تجربه شده را به محدودیت‌های جامعه منتسب می‌کند نه به محدودیت‌های خود فرد) به‌عنوان یکی از عوامل تأثیرگذار بر مطرودیت اجتماعی سالمندان جای بحث دارد.

نظریات مربوط به مطرودیت اجتماعی

در رابطه با مطرودیت اجتماعی، *Gereb* با استفاده از نظریه‌های وبر، دورکیم، مرتون، مارشال، به گروه‌هایی اشاره می‌کند که می‌توانند از طریق انسداد اجتماعی برتری‌شان را به هزینه‌ی کسانی که متفاوت با اعضای آن‌ها هستند، تأمین و حفظ کنند. ایده‌ی اصلی رویکردهای فرهنگی مثل نظریه‌ی طبقه‌ی پایین از *Murray* (۱۹۹۴)، این است که مطرودیت باید در ایستارها و رفتارها (یا سبک زندگی) فرد طرد شده ریشه‌یابی شود. برعکس، طرفداران رویکردهای ساختاری همچون *Morris* (۱۹۹۴) بر عوامل ساختاری (مثل بازار کار) که باعث محرومیت گروه‌های خاص از امتیازات متوسط یک جامعه می‌شود تأکید دارند (*Tajmazinani, 2010:2*).

از نظر *Silver* (۱۹۹۴)، تعریف و علت مطرودیت اجتماعی و به تبع آن، رویکردها و مقیاس‌ها برای جلوگیری و یا خنثی کردن مطرودیت اجتماعی، به وسیله‌ی فرهنگ سیاسی غالب تعیین می‌شود. گونه‌شناسی سه‌گانه‌ی او از مطرودیت اجتماعی شامل همبستگی، تخصصی کردن و انحصار، بر مبنای رویکردهای تئوریک، ایدئولوژی‌های سیاسی و مباحث ملی مختلف قرار دارد. او همچنین در مقاله‌ی خود گونه‌ی چهارمی را به‌عنوان پارادایم ارگانیک مشخص می‌کند (*Theobald, 2005: 9*).

نظریه‌پردازی چون *Kroner* (1997)، به ابعاد مختلف مطرودیت پرداخته است. مطرودیت اقتصادی مثل مشارکت در بازار کار، استاندارد کافی زندگی، مطرودیت نهادی مثل دسترسی به نهادهای عمومی، مطرودیت فرهنگی مثل انتظارات از گروه‌های خاص در

جامعه، مطروودیت اجتماعی مثل عدم وجود ارتباطات اجتماعی و مطروودیت فضایی مثل جدایی محلی حوزه‌ی زندگی (Theobald, 2005:7). گروهی دیگر نیز مطروودیت اجتماعی را شامل ۵ بعد می‌دانند. مطروودیت از منابع مادی، مطروودیت از روابط اجتماعی، مطروودیت از فعالیت‌های مدنی، مطروودیت از خدمات اساسی و مطروودیت همسایگی که هر بعد دارای اجزای چند گانه ای است (Scharf & et. al., 2001:5).

علاوه بر این نظریه‌ها، الگوی چند سطحی تبیین مطروودیت اجتماعی تاج مزینانی ارائه شده است، به طوری که عناصر تبیینی و همخوان نظریات مختلف را در قالب یک الگوی واحد جمع‌بندی نموده است. بر اساس این الگو عواملی را که منجر به مطروودیت اجتماعی می‌شوند، می‌توان در پنج سطح فردی، خانوادگی، محله‌ای، ملی و بین‌المللی شناسایی و تقسیم‌بندی نمود. این عوامل به صورت سلسله مراتبی و تعاملی سبب می‌شوند که افراد دچار مطروودیت شده و نتوانند از آن چه به‌طور معمول در اختیار متوسط افراد جامعه قرار دارد بهره‌مند شوند (Tajmazinani, 2011:585). در این الگو، جنسیت، قومیت، معلولیت، سرمایه‌ی فرهنگی در سطح فردی؛ پایگاه اقتصادی - اجتماعی، محیط و جو خانواده، جهت‌گیری ارزشی خانواده، ساختار خانواده در سطح خانوادگی؛ منطقه‌ی جغرافیایی، سطح توسعه‌یافتگی محل زندگی در سطح محله‌ای؛ تغییرات جمعیت‌شناختی، بازار کار، نظام آموزشی، ایدئولوژی سیاسی، نظام دادرسی، نظام رفاهی در سطح ملی و بحران‌های منطقه‌ای و جهانی، تحریم‌های جهانی، جهانی‌شدن در سطح بین‌المللی قرار می‌گیرد (Tajmazinani, 2011).

در این پژوهش تلفیقی از نظریه‌های مطرح شده به‌عنوان چارچوب نظری، استفاده شده است به این ترتیب که سطح فردی از میان پنج سطح تعیین شده، و معلولیت به‌عنوان یکی از شاخص‌های سطح فردی در نظریه‌ی تبیین مطروودیت اجتماعی تاج مزینانی انتخاب گردید. به علت انتخاب شهر ورامین به‌عنوان میدان تحقیق، سطح ملی و بین‌المللی قابل بررسی نبود و از سوی دیگر انتخاب منطقه‌ی شهری، امکان مطالعه‌ی شکاف بین شهر و روستا و یا مقایسه سطح توسعه‌یافتگی را سلب می‌کرد.

برای تبیین متغیر مورد بررسی (معلولیت) در سطح فردی از نظریه‌ی مدل اجتماعی معلولیت استفاده شد. همچنین با توجه به نظریه‌های مطرح شده درباره‌ی مطروودیت اجتماعی، ابعاد مختلفی چون بعد سیاسی مطروودیت، بعد اقتصادی، بعد اجتماعی و بعد

فرهنگی نیز مورد استفاده قرار گرفت تا ارتباط و جایگاه معلولیت در ابعاد مختلف مطروذیت سالمندان شناسایی شود.

فرضیه‌های پژوهش

الف) فرضیه اصلی

به نظر می‌رسد بین سالمندان معلول و سالم شهر ورامین، از لحاظ طرد اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد.

ب) فرضیه‌های فرعی

۱- به نظر می‌رسد بین سالمندان معلول و سالم شهر ورامین، از لحاظ بعد سیاسی مطروذیت تفاوت معناداری وجود دارد.

۲- به نظر می‌رسد بین سالمندان معلول و سالم شهر ورامین، از لحاظ بعد اقتصادی مطروذیت تفاوت معناداری وجود دارد.

۳- به نظر می‌رسد بین سالمندان معلول و سالم شهر ورامین، از لحاظ بعد اجتماعی مطروذیت تفاوت معناداری وجود دارد.

۴- به نظر می‌رسد بین سالمندان معلول و سالم شهر ورامین، از لحاظ بعد فرهنگی مطروذیت تفاوت معناداری وجود دارد.

روش‌شناسی پژوهش

در این تحقیق از روش پیمایش استفاده شده است. جامعه‌ی آماری این تحقیق کلیه‌ی سالمندان ۶۰ سال به بالای شهر ورامین است که در بین اعضای خانواده خویش زندگی می‌کردند که از تعداد کل ۲۴۴۰۶ نفر، تعداد ۳۷۸ نفر از طریق فرمول کوکران و نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌بندی شده انتخاب شدند. اطلاعات از طریق پرسشنامه‌ی محقق ساخت جمع‌آوری گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از نرم‌افزار SPSS و آمارهای توصیفی و استنباطی استفاده شد.

واحد تحلیل در این مطالعه فرد سالمند و سطح تحلیل خرد است. برای سنجش اعتبار و پایایی تحقیق نیز از اعتبار محتوا و ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است. میزان

آلفای کرونباخ در متغیر مطروودیت اجتماعی ۰/۸۰ به دست آمد؛ از آنجا که این متغیر، آلفایی بالای ۰/۷ دارد، لذا می‌توان گفت که از پایایی بالایی برخوردار است. در پرسشنامه‌های محقق ساخت لازم است تعاریف عملیاتی به همراه شاخص‌ها و گویه‌های مورد استفاده بیان شوند. تعریف عملیاتی به تعریفی اطلاق می‌شود که از طریق آن، مفهوم با استفاده از شاخص‌هایی که برای اندازه‌گیری آن به کار برده می‌شود، تعریف شود (Delavar, 2011:55).

پیری و سالمندی: سن سالمندی از نظر دانشمندان، فلاسفه و نویسندگان مختلف، با یکدیگر متفاوت است. به‌عنوان مثال Houeh و Gartnez معتقدند که یک دوره رشد جوانی وجود دارد که به ۴۰ سالگی می‌رسد و بعد یک دوره پیش سالمندی است که دارای دو مرحله است (نخست مرحله‌ی گذر نامیده می‌شود و از ۴۵ تا ۶۰ سالگی است، مرحله‌ی دوم آرامش و سازش است که از ۶۰ تا ۷۵ سالگی یا ۸۰ سالگی است). بعد از آن دوران سالمندی واقعی فرا می‌رسد که از ۹۰ سالگی به بعد ادامه می‌یابد (Shamloo, 1985:8).

به‌طور کلی می‌توان گفت در اکثر کشورها ابتدا و شروع پیری را از ۶۰ سالگی تعیین می‌کنند، ولی این تحول و شروع فقدان قدرت و نیروی تدریجی و روزافزون بدن؛ بیشتر نسبت به طرز و نوع زندگی تغییر می‌کند (Eshghpour, 1991: 9). لازم به ذکر است که ما نیز در پژوهش حاضر ۶۰ سالگی را ملاک شروع سالمندی قرار داده‌ایم.

مطروودیت اجتماعی: به‌طور خلاصه می‌توان گفت Loytas و همکاران (۲۰۰۷)، مفهوم مطروودیت را بدین شرح تعریف می‌کنند: "فرایندی پیچیده و چند بعدی که شامل نداشتن یا محروم‌سازی از منابع، حقوق، کالاها و خدمات و قادر نبودن بر مشارکت در روابط و فعالیت‌های معمولی می‌شود که برای اکثریت افراد یک جامعه در دسترس است" (Tajmazinani & et. al., 2011: 584).

در این پژوهش، مطروودیت اجتماعی از طریق چهار بعد اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی سنجیده شد.

بعد اقتصادی: یکی از جنبه‌های کلیدی و ملموس مطروودیت است. مطروودیت اقتصادی به ناتوانی در مشارکت در کسب مشاغلی است که درآمد کافی برای برآوردن نیازهای ابتدایی سالمند به وی می‌دهد. این بعد به سؤال‌هایی چون درآمد، تولید، دسترسی به کالاها و خدمات و بازار کار و شغل مربوط می‌شود (Yekkalam, 2012:6).

در این پژوهش این بعد، از طریق سؤال درباره درآمد کافی داشتن برای برآوردن احتیاجات، امکان پیدا کردن کار مناسب در صورت تمایل داشتن و دریافت وام در صورت نیازمند بودن سنجیده شد.

بعد سیاسی: مطروودیت سیاسی فقدان دسترسی به منابع قدرت و ناتوانی در مشارکت معنادار در فرآیندهای تصمیم‌گیری فراتر از سطح خانواده، تعریف شده است. این بعد بخش مهمی در کشورهای در حال توسعه به شمار می‌آید و با موضوع حق شهروندی، دسترسی و لذت از این حقوق شناخته می‌شود. برنامه‌ی توسعه‌ی اتحادیه‌ی اروپا (UNDP) اشاره می‌کند که این حقوق شامل امنیت شخصی، آزادی بیان، مشارکت سیاسی و برابری فرصت‌ها می‌شود (Yekkalam, 2012:6).

در این پژوهش بعد سیاسی از طریق سؤال درباره‌ی شرکت کردن در انتخابات، یکسان دانستن قوانین برای همه‌ی اعضای جامعه و دفاع از حق در صورت ضایع شدن؛ از طریق مراجعه به مراکز قانونی، سنجیده شد.

بعد اجتماعی: Bahala و Lapier، سه مقوله‌ی مهم از جنبه‌ی اجتماعی مطروودیت بیان می‌کنند؛ که شامل محدودیت دسترسی به خدمات اجتماعی (سلامت و تحصیل)، دسترسی به بازار کار و فرصت برای مشارکت اجتماعی و نهایتاً روابط میان افراد، دولت و شهروندان می‌شود. به‌طور خلاصه این بعد بر محرومیت از پیوندهای اجتماعی خانواده، دوستان و همسایگان و میزان اعتماد و امنیت در مرحله‌ی پایانی زندگی اشاره می‌کند (Yekkalam, 2012:7).

در این پژوهش این بعد از طریق سؤال درباره‌ی ارتباط سالمند با خانواده (کمک مالی خانواده، تسلی خاطر دادن در وقت ناراحتی، حامی بودن در وقت بیماری، یادآوری زمان خوردن داروها توسط آنها)، ارتباط با خویشاوندان (شرکت در جشن‌ها و مراسم فامیل)، ارتباط با دوستان (ملاقات آنها در خارج از منزل)، اعتماد به همسایگان و احساس امنیت در وقت تنهایی، سنجیده شد.

بعد فرهنگی: بر اساس کار ایواندرو، در زمینه‌ی مطروودیت از فعالیت‌های فرهنگی، معیارهای شرکت در اجتماعات مذهبی، گروه‌های اجتماعی و فعالیت‌های مدنی مورد ارزیابی قرار گرفته است (Scharf & et. al., 2001:7).

در این پژوهش این بعد از طریق سؤال درباره‌ی شرکت کردن سالمند در جشن‌ها و هیئت‌های مذهبی، مسجد رفتن و شرکت در مراسم و برنامه‌های مربوط به مسجد، سنجیده شد.

معلولیت: در سال ۱۹۸۰ سازمان جهانی بهداشت بر اساس مطالعات و بررسی‌های خود ناتوانی و معلولیت را در یک فرآیند مشخص تعریف نمود. در این تعریف از سه مفهوم نقص، ناتوانی و معلولیت استفاده شد. نقص^۱ در مفاهیم توانبخشی هر گونه فقدان یا ناهنجاری در زمینه‌ی روانی، عملکردی یا کالبدی انسان نامیده شد. به دنبال آن ناتوانی، هر نوع محدودیت در انجام فعالیت‌هایی که روند طبیعی فعالیت افراد عادی تلقی می‌شود، در نظر گرفته شد. معلولیت نیز، مرتبط با محرومیت‌هایی است که فرد به‌عنوان نتیجه‌ی اختلالات و ناتوانی‌ها تجربه می‌کند. بنابراین معلولیت منعکس‌کننده‌ی تعامل و انطباق فرد با محیطش است. هر کدام از این طبقه‌بندی‌ها در یک تعامل با سطح بالاتر به وقوع می‌پیوندند، به این ترتیب که ناتوانی به دنبال نقص - که در سطح عضوهای بدن رخ می‌دهد - به وجود می‌آید و کلیت وجود فرد را درگیر می‌کند و اما معلولیت در ارتباط با جامعه تعریف می‌شود به نحوی که به واسطه‌ی عدم ارائه‌ی خدمات مناسب توانبخشی و اجتماعی و ... فرد قادر به استفاده از امکانات جامعه نیست (Kamali & Iran, 2003:97).

با توجه به تعریف معلولیت، و مدل اجتماعی معلولیت که در مبانی نظری توضیح داده شد؛ در این پژوهش معلولیت از طریق پرسش‌هایی چون داشتن بیماری (چشمی، تنفسی، قلب و عروق، خونی، پوستی و ...) در ۱۲ ماه گذشته، طول کشیدن بیماری در ۱۲ ماه یا بیشتر، ایجاد شدن محدودیت در فعالیت‌ها (حرکت کردن، انجام کارهای شخصی، انجام کارهای منزل، یادگیری و ...) در اثر بیماری مطرح شده، سنجیده شد (WHO, 2009).

¹ impairment

یافته‌های پژوهش

۱- توصیف مشخصه‌های جمعیتی پاسخگویان

جدول ۱: مشخصه‌های جمعیتی پاسخگویان

Table 1: Respondents Demographic Characteristic

مرد	زن	درصد	مرد	زن	درصد
man	woman	percentage	man	woman	percentage
درصد	درصد	متغیر	درصد	درصد	متغیر
percent age	percent age	variable	percent age	percent age	variable
2/1	0/5	متخصصان	35/4	29/6	60-64
3/2	1/6	تکنسین‌ها و دستیاران	28/0	23/8	65-69
46/0	19/6	کارمندان امور اداری و دفتری	15/3	15/9	70-74
20/6	4/8	کارکنان خدماتی و فروشندگان	13/8	15/9	75-79
6/3	2/1	کارکنان ماهر کشاورزی، جنگلداری	3/7	10/1	80-84
		نوع فعالیت	3/7	4/8	85+
3/7	0/0	صنعتگران	0/0	0/5	هرگز ازدواج نکرده
6/3	0/0	مونتازکاران و رانندگان	81/0	54/0	متاهل
11/6	1/1	کارگران ساده	1/1	5/3	طلاق گرفته
0/0	70/4	خانه‌دار	18/0	40/2	بیوه
1/1	2/6	101 تا 200 هزار	28/0	42/9	بیسواد
2/6	5/3	201 تا 300 هزار	0/5	4/2	قرآنی
1/6	7/4	301 تا 400 هزار	13/8	23/3	ابتدایی
19/6	28/6	401 تا 600 هزار	6/3	4/2	راهنمایی
41/8	24/3	601 تا 800 هزار	10/8	2/1	دبیرستان
18/0	15/3	801 تا 1 میلیون	24/3	15/9	دیپلم
15/3	16/4	1 میلیون ت به بالا	16/4	7/4	تحصیلات دانشگاهی
378					نمونه

تعداد زنان و مردان در سه گروه سنی با هم تفاوت قابل توجهی دارند؛ در گروه سنی ۶۴-۶۰ سال تعداد مردان نزدیک به ۶٪ و در گروه سنی ۶۹-۶۵ سال ۴/۲٪ بیشتر از زنان است. بر عکس در گروه سنی ۸۴-۸۰ سال تعداد زنان ۶/۴٪ بیشتر از مردان است. در سایر گروه‌های سنی تعداد زنان و مردان به هم نزدیک می‌باشد. بیشترین درصد متأهلین با ۸۱٪ به مردان و بیشترین درصد بیوه‌ها با ۴۰٪ به زنان اختصاص دارد. در خصوص تحصیلات نیز باید گفت که ۳۵/۴٪ از کل نمونه (زنان و مردان) بیسواد هستند، ۲/۴٪ سواد قرآنی دارند، ۱۸/۵٪ در مقطع ابتدایی، ۵/۳٪ در مقطع راهنمایی، ۶/۳٪ در مقطع دبیرستان هستند، ۲۰/۱٪ از نمونه دیپلم دارند و ۱۱/۹٪ هم دارای تحصیلات دانشگاهی هستند. ۷۰/۴٪ از زنان خانه‌دار هستند و نزدیک به ۲۰٪ از آن‌ها کارکنان امور اداری و دفتری هستند. ۴۶٪ از مردان خود را از کارکنان امور اداری و دفتری معرفی نموده‌اند؛ و ۲۰/۶٪ جزء کارکنان خدماتی و فروشندگان هستند. کارگران ساده هم ۱۱/۶٪ از نمونه مردان را تشکیل می‌دهد. در خصوص درآمد پاسخگویان نیز باید گفت که بیشتر زنان میزان درآمد خانوار خویش را با ۲۸/۶٪، ۴۰۱ تا ۶۰۰ هزار تومان اعلام کردند و مردان با ۴۱/۸٪، ۶۰۱ تا ۸۰۰ هزار تومان اعلام کردند.

۲- توزیع پاسخگویان بر حسب داشتن یا نداشتن بیماری

جدول ۲: توزیع پاسخگویان بر حسب داشتن یا نداشتن بیماری

Table 2: Distribution of Respondents According to Whether or Not They Have the Disease

انواع بیماری								پاسخ
Kinds of Disease								
خونی		قلب		تنفسی		چشمی		Anser
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
26/7	101	14/8	56	10/6	40	30/4	115	بله
73/3	277	85/2	322	89/4	338	69/6	263	خیر
100/0	378	100/0	378	100/0	378	100/0	378	کل
انواع بیماری								پاسخ
گوارش		تومور		عفونی		پوستی		
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
10/8	41	1/9	7	4/5	17	14/3	54	بله
89/2	337	98/1	371	95/5	361	85/7	324	خیر

انواع بیماری								پاسخ
Kinds of Disease								
خونی		قلب		تنفسی		چشمی		Anser
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
100/0	378	100/0	378	100/0	378	100/0	378	کل
انواع بیماری								پاسخ
رفتاری		اعصاب		زنان		غدد		
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	پاسخ
2/4	9	7/9	30	1/9	7	8/7	33	
97/6	369	92/1	348	98/1	371	91/3	345	خیر
100/0	378	100/0	378	100/0	378	100/0	378	کل
انواع بیماری								پاسخ
حادثه		گوش و حلق		تناسلی		مفصلی		
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	پاسخ
7/1	27	14/8	56	11/1	42	46/8	177	
92/9	351	85/2	322	88/9	336	53/2	201	خیر
100/0	378	100/0	378	100/0	378	100/0	378	کل

بنابر جدول ۲ و مقایسه‌ی بیماری‌ها می‌توان گفت که بیشترین بیماری که توسط سالمندان ذکر گردید بیماری عضلانی، مفصلی یا استخوانی بود؛ که ۴۶/۸٪ از سالمندان این بیماری را داشتند و ۵۳/۲٪ مابقی این بیماری را نداشتند. بعد از این بیماری، بیماری چشمی قرار می‌گیرد که ۳۰/۴٪ سالمندان با آن مواجه شده بودند و در مرتبه‌ی بعدی بیماری خونی بود که ۲۶/۷٪ از نمونه‌ی دچارش بودند. در ادامه به ترتیب بیماری قلب و عروق و بیماری گوش، حلق و بینی هر دو با ۱۴/۸٪، بیماری پوستی با ۱۴/۳٪، بیماری دستگاه ادراری و تناسلی با ۱۱/۱٪، بیماری گوارش با ۱۰/۸٪، بیماری تنفسی با ۱۰/۶٪، بیماری غدد و تغذیه با ۸/۷٪، بیماری مغز و اعصاب با ۷/۹٪، جراحی ناشی از حادثه با ۷/۱٪، بیماری عفونی و انگلی با ۴/۵٪، بیماری روانی و رفتاری با ۲/۴٪ و در نهایت بیماری‌های زنان و تومور هر دو با ۱/۹٪ قرار داشت.

۳- توزیع پاسخگویان بر حسب طول کشیدن بیماری بیش از ۱۲ ماه

جدول ۳: توزیع پاسخگویان بر حسب طول کشیدن بیماری بیش از ۱۲ ماه

Table 3: Distribution of Respondents by Disease Duration Over 12 Months

درصد	فراوانی	پاسخ
Percentage	N of Item	Anser
64/3	243	بله
35/7	135	خیر
100/0	378	کل

از ۳۷۸ پاسخگو، ۲۴۳ نفر معادل با ۶۴/۳٪ بیان کردند که بیماری شان ۱۲ ماه یا بیشتر طول کشیده است؛ و ۱۳۵ نفر معادل با ۳۵/۷٪، یا اصلاً بیماری نداشتند و یا بیماری شان ۱۲ ماه یا بیشتر طول نکشیده است.

۴- توزیع پاسخگویان بر حسب ایجاد شدن محدودیت در فعالیت‌هایشان در اثر بیماری

جدول ۴: توزیع پاسخگویان بر حسب ایجاد شدن محدودیت در فعالیت‌هایشان در اثر بیماری

Table 4: Distribution of Respondents in Terms of Limiting Their Activities Due to Illness

فعالیت‌هایی که سالمندان در آن‌ها دچار محدودیت شده‌اند										پاسخ
Limited Activities										
فعالیت اجتماعی		یادگیری		کارهای منزل		کارهای شخصی		حرکت کردن		Anser
Social activities		learning		Homework		Personal stuff		moving		
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	Anser
percentage	N of Item	percentage	N of Item	percentage	N of Item	percentage	N of Item	percentage	N of Item	
17/7	67	10/3	39	24/1	91	15/6	59	40/5	153	بله
82/3	311	89/7	339	75/9	287	84/4	319	59/5	225	خیر
100/0	378	100/0	378	100/0	378	100/0	378	100/0	378	کل

با توجه به جدول فوق از بین سالمندانی که بیمار بودند و بیماری شان هم ۱۲ ماه یا بیشتر طول کشیده بود؛ ۱۵۳ نفر معادل ۴۰/۵٪ اظهار داشتند که بیماری شان باعث ایجاد

محدودیت در حرکت کردن (مثل راه رفتن، بلند کردن یا حمل اشیاء و ...) شده است. بعد از حرکت کردن، بیشترین آمار به ترتیب به محدودیت در انجام کارهای منزل (مثل خرید، آشپزی و ...) با ۲۴/۱٪، محدودیت در فعالیتهای اجتماعی (تفریحی، مذهبی و سرگرمی و ...) با ۱۷/۷٪، محدودیت در انجام کارهای شخصی (مثل لباس پوشیدن، نظافت شخصی و ...) با ۱۵/۶٪ و نهایتاً محدودیت در یادگیری و به کارگیری دانش (دیدن، شنیدن و خواندن و ...) با ۱۰/۳٪ مربوط می‌شد.

۵- توزیع پاسخگویان بر حسب معلول دانستن یا ندانستن خود

جدول ۵: توزیع پاسخگویان بر حسب معلول دانستن یا ندانستن خود

Table 5: Distribution of Respondents According to Self-Definition about Disability

درصد	فراوانی	پاسخ
Percentage	N of Item	Anser
13/2	50	بله
86/8	328	خیر
100/0	378	کل

از بین پاسخگویان تنها ۵۰ نفر، معادل با ۱۳/۲٪ خود را معلول می‌دانستند.

۶- وضعیت معلولیت پاسخگویان

جدول ۶: توزیع فراوانی و درصدی متغیر معلولیت بر حسب جنسیت پاسخگویان

Table 6: Distribution of Disability Variable by Gender of Respondents

کل جمعیت نمونه		مرد		زن		متغیر معلولیت
Total		Man		Woman		
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	disability variable
percentage	N of Item	Percentage	N of Item	Percentage	N of Item	
50/8	192	65/1	123	36/5	69	نداشتن معلولیت
49/2	186	34/9	66	63/5	120	داشتن معلولیت
100/0	378	100/0	189	100/0	189	کل

طبق تعریف، ۴۹/۲٪ از نمونه دارای معلولیت هستند و ۵۰/۸٪ معلولیت ندارند. البته این میزان بر حسب جنسیت بسیار متفاوت و قابل توجه است؛ به طوری که ۶۵٪ از مردان سالمند معلولیت ندارند و در مقابل ۶۳/۵٪ از زنان معلولیت دارند. بنابراین مشاهده می‌شود که بیشترین تعداد معلولین را زنان سالمند تشکیل می‌دهند.

تفاوت آمارهای جدول ۵ و ۶ نشان می‌دهد که بین واقعیت و تصور سالمندان نسبت به معلولیت خویش تفاوت زیادی وجود دارد. در واقعیت مشخص شد که ۴۹٪ از سالمندان دارای معلولیت هستند ولی تنها ۱۳/۲٪ از سالمندان خود را معلول می‌دانستند و ۸۶/۸٪ از آن‌ها با معلول دانستن خود مخالفت کردند.

۷- وضعیت مطروودیت اجتماعی پاسخگویان

متغیر مطروودیت اجتماعی، شامل ۴ بعد می‌باشد. برای تشکیل متغیر مطروودیت اجتماعی همه‌ی معرف‌ها با هم ترکیب و بعد از رتبه‌بندی، در سه مقوله‌ی پایین، متوسط و بالا جای داده شدند. بنابر کدگذاری می‌توان گفت، نمونه‌ای که نمره‌ی بالا کسب کند و در گروه بالا قرار بگیرد مطروودیت ندارد و نمونه‌ای که نمره‌ی پایین کسب کند و در گروه پایین قرار بگیرد دارای مطروودیت است.

جدول ۷: توزیع فراوانی و درصدی متغیر مطروودیت اجتماعی بر حسب جنسیت پاسخگویان

Table 7: Distribution of Social Exclusion Variable by Gender of Respondents

کل جمعیت نمونه		مرد		زن		شدت	متغیر
Total		Man		Woman			
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	Intensity	Variable
Percentage	N of Item	Percentage	N of Item	Percentage	N of Item		
9/8	37	4/8	9	14/8	28	پایین	مطروودیت اجتماعی
73/8	279	78/8	149	68/8	130	متوسط	
16/4	62	16/4	31	16/4	31	بالا	
378	100/0	189	100/0	189	189	کل	

با توجه به جدول فوق می‌توان گفت که ۷۳/۸٪ سالمندان مطروودیت متوسط دارند. مطروودیت اجتماعی زنان و مردان سالمند نیز در حد متوسط است. هر دو نیز از نظر فراوانی در طبقه‌ی بالا (نداشتن مطروودیت)، یکسان هستند. تفاوتی که بین زنان و مردان

مشاهده می‌شود این است که زنان مطرودیت اجتماعی بالاتری نسبت به مردان دارند؛ چرا که زنان ۱۴/۸٪ از گروه پایین و مردان ۴/۸٪ از گروه پایین را تشکیل می‌دهند؛ به عبارت دیگر چون زنان بیشتر از مردان، نمره‌ی پایین کسب کردند پس میزان مطرودیت اجتماعی‌شان بیشتر از مردان است. اما همان‌طور که گفته شد در هر دو جنس بیشترین درصد مطرودیت، به طبقه‌ی متوسط و مطرودیت اجتماعی نسبی اختصاص دارد.

آزمون فرضیات

آزمون تفاوت میانگین نمره مطرودیت اجتماعی بر حسب متغیر معلولیت

جدول ۸: آزمون تفاوت میانگین نمره‌ی مطرودیت اجتماعی بر حسب متغیر معلولیت
Table 8: Average Difference Test of Social Exclusion In Terms of Disability

متغیر	مقوله	میانگین مطرودیت اجتماعی	آزمون T
Variable	Category	Average of Social Exclusion	T test
معلولیت	معلول	55/54	-5/42
	غیر معلول	50/28	Sig= 0/00

مطابق داده‌های جدول فوق، بین سالمندان معلول و سالمندان غیر معلول از لحاظ میانگین نمره‌ی مطرودیت اجتماعی، تفاوت معناداری وجود دارد؛ چرا که سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد. به این معنا که میانگین نمره‌ی مطرودیت اجتماعی سالمندان معلول بیشتر از سالمندان غیر معلول است؛ بنابراین سالمندان معلول طرد اجتماعی بیشتری نسبت به غیر معلولین یا سالمندان سالم دارند.

جدول قبل مربوط به فرضیه‌ی اصلی تحقیق بود و جداول زیر مربوط به فرضیات فرعی (ابعاد مطرودیت اجتماعی شامل بعد سیاسی مطرودیت، بعد اقتصادی مطرودیت، بعد اجتماعی مطرودیت و بعد فرهنگی مطرودیت) می‌باشد.

آزمون تفاوت میانگین نمره مطروذیت سیاسی (بعد سیاسی) بر حسب متغیر معلولیت

جدول ۹: آزمون تفاوت میانگین نمره ی مطروذیت سیاسی بر حسب متغیر معلولیت
Table 9: Average Difference Test of Political Exclusion In Terms of Disability

متغیر	مقوله	میانگین مطروذیت سیاسی	آزمون T
Variable	Category	Average of Political Exclusion	T Test
معلولیت	معلول	2/60	3/83 Sig= 0/00
	غیر معلول	2/87	

جدول فوق نشان می دهد بین سالمندان معلول و سالمندان غیر معلول از لحاظ بعد سیاسی مطروذیت تفاوت معناداری وجود ندارد؛ میانگین نمره ی مطروذیت سیاسی سالمندان معلول و سالمندان غیر معلول به هم نزدیک است؛ بنابراین سالمندان معلول و سالم از لحاظ بعد سیاسی مطروذیت شبیه به یکدیگر هستند.

آزمون تفاوت میانگین نمره مطروذیت اقتصادی (بعد اقتصادی) بر حسب متغیر معلولیت

جدول ۱۰: آزمون تفاوت میانگین نمره ی مطروذیت اقتصادی بر حسب متغیر معلولیت
Table 10: Average Difference Test of Economic Exclusion in Terms of Disability

متغیر	مقوله	میانگین مطروذیت اقتصادی	آزمون T
Variable	Category	Average of Economic Exclusion	T Test
معلولیت	معلول	2/44	4/69 Sig= 0/00
	غیر معلول	2/44	

همانطور که جدول ۱۰ نشان می دهد نمره ی میانگین مطروذیت اقتصادی در سالمندان معلول و سالم یکسان است. بنابراین تفاوت معناداری بین سالمندان معلول و سالم از لحاظ بعد اقتصادی مطروذیت وجود ندارد.

آزمون تفاوت میانگین نمره مطرودیت اجتماعی (بعد اجتماعی) بر حسب متغیر معلولیت

جدول ۱۱: آزمون تفاوت میانگین نمره مطرودیت اجتماعی بر حسب متغیر معلولیت

Table 11: Average Difference Test of Social Exclusion (Social Dimension) in Terms of Disability

متغیر	مقوله	میانگین مطرودیت اجتماعی	آزمون T
Variable	Category	Average of Social Dimension of Exclusion	T test
معلولیت	معلول	4/52	3/85 Sig= 0/00
	غیر معلول	5/70	

جدول ۱۱ نشان می‌دهد بین سالمندان معلول و سالمندان غیر معلول از لحاظ بعد اجتماعی مطرودیت تفاوت معناداری وجود دارد؛ چرا که سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد؛ به این معنا که میانگین نمره مطرودیت اجتماعی سالمندان غیر معلول بیشتر از سالمندان معلول است؛ بنابراین از لحاظ بعد اجتماعی مطرودیت، سالمندان معلول شرایط بهتری دارند.

آزمون تفاوت میانگین نمره مطرودیت فرهنگی (بعد فرهنگی) بر حسب متغیر معلولیت

جدول ۱۲: آزمون تفاوت میانگین نمره مطرودیت فرهنگی بر حسب متغیر معلولیت

Table 12: Average Difference Test of Cultural Exclusion in Terms of Disability

متغیر	مقوله	میانگین مطرودیت فرهنگی	آزمون T
Variable	Category	Average of Cultural Exclusion	T test
معلولیت	معلول	3/16	2/72 Sig= 0/00
	غیر معلول	3/66	

جدول ۱۲ نشان می‌دهد بین سالمندان معلول و سالمندان غیر معلول از لحاظ بعد فرهنگی مطرودیت تفاوت معناداری وجود ندارد؛ میانگین نمره مطرودیت فرهنگی سالمندان معلول و سالمندان غیر معلول به هم نزدیک است؛ بنابراین سالمندان معلول و سالم از لحاظ بعد فرهنگی مطرودیت شبیه به یکدیگر هستند.

رگرسیون

جدول ۱۳: رگرسیون تبیین مطرودیت اجتماعی و متغیر معلولیت

Table 13: Regression of Social Exclusion and Disability

متغیرها	ضریب Beta	سطح معناداری
Variable	Beta	sig
معلولیت	0/115	0/040

سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ است و می‌توان گفت مدل در جامعه‌ی ما از نظر آماری معنادار است.

ضریب Beta با $Beta = 0/11$ نشان می‌دهد که متغیر معلولیت در طرد اجتماعی مؤثر است بدان معنا که با افزایش یک واحد انحراف معیار در معلولیت، نمره‌ی مطرودیت اجتماعی به اندازه‌ی ۰/۱۱ واحد افزایش می‌یابد و بر عکس.

نتیجه‌گیری

سالمندان با افزایش جمعیت رو به رشد جوامع به سوی پیری به‌عنوان قشر مهمی محسوب می‌شوند که بررسی وضعیت و نیازهای آن‌ها بسیار حیاتی و با اهمیت است. هر روزه شاهد افزایش ناملایمی نسبت به سالمندان و سپردن آن‌ها به سراهای سالمندان هستیم. هر چند خانواده‌هایی هم هستند که با آغوش باز پذیرای افراد سالمند هستند اما نمی‌توان گسترش روزافزون سراهای سالمند و کنارگذاری سالمندان توسط افراد و خانواده‌ها را انکار نمود. بخصوص سالمندانی که از بیماری‌های مزمن و ناتوانی‌های جسمی، حرکتی، رفتاری، روانی و ... رنج می‌برند و در واقع به‌عنوان سالمندان معلول شناخته می‌شوند.

طبق پژوهش حاضر، آمارها نشان می‌دهد که بیشترین نمونه‌ی تحقیق در گروه سنی ۶۴-۶۰ سال قرار دارند. از نظر تأهل هم بیشترین گروه را متأهلین و بعد بیوه‌ها تشکیل می‌دهند. اکثر آمارها در رابطه با تحصیلات سالمندان، به بیسوادان و در مرتبه‌ی بعد، به کسانی که دیپلم دارند اختصاص می‌یابد. نوع فعالیت آن‌ها نیز در زنان، بیشتر به خانه‌دار و در مردان به کارمندان امور اداری و دفتری و کارکنان خدماتی و فروشندگان مربوط می‌شود. از لحاظ درآمدی ۳۳٪ سالمندان دارای درآمد ماهیانه بین ۶۰۰ تا ۸۰۰ هزار تومان هستند و طبقات پایین درآمدی، کمترین درصد را به خود اختصاص می‌دهد.

بیشترین میزان پاسخگویی سالمندان در رابطه با بیماری‌ها با ۴۶/۸٪ به بیماری‌های عضلانی، مفصلی یا استخوانی و کمترین میزان پاسخگویی با ۱/۹٪ به بیماری‌های زنان و تومور مربوط می‌شود. از ۳۷۸ پاسخگو، ۲۴۳ نفر معادل با ۶۴/۳٪ بیان کردند که بیماری‌شان ۱۲ ماه یا بیشتر طول کشیده است؛ و ۱۳۵ نفر معادل با ۳۵/۷٪، یا اصلاً بیماری نداشتند و یا بیماری‌شان ۱۲ ماه یا بیشتر طول نکشیده است.

از لحاظ محدود شدن فعالیت در اثر بیماری، بیشترین ناراحتی و محدودیت با ۴۰/۵٪ در حرکت کردن (مثل راه رفتن، بلند کردن یا حمل اشیاء و ...) سالمندان و کمترین محدودیت با ۱۰/۳٪ در یادگیری و به‌کارگیری دانش (دیدن، شنیدن و خواندن و ...) ایجاد شده است.

۴۹/۲٪ از نمونه دارای معلولیت هستند و ۵۰/۸٪ معلولیت ندارند. البته این میزان بر حسب جنسیت بسیار متفاوت و قابل توجه است؛ به‌طوری که ۶۵٪ از مردان سالمند معلولیت ندارند و در مقابل ۶۳/۵٪ از زنان معلولیت دارند. بنابراین مشاهده می‌شود که بیشترین تعداد معلولین را زنان سالمند تشکیل می‌دهند. این در حالی است که نتایج مطالعه سجادی و زنجری (۱۳۹۴)، بیان می‌کند شیوع معلولیت در میان مردان بیشتر از زنان است (Sajadi & Zanjari, 2015).

تفاوت آمارهای جدول ۵ و ۶ نشان می‌دهد که بین واقعیت و تصور سالمندان نسبت به معلولیت خویش تفاوت زیادی وجود دارد. در واقعیت مشخص شد که ۴۹٪ از سالمندان دارای معلولیت هستند ولی تنها ۱۳/۲٪ از سالمندان خود را معلول می‌دانستند و ۸۶/۸٪ از آن‌ها با معلول دانستن خود مخالفت کردند.

در رابطه با فرضیه‌ی اصلی، جداول رابطه‌ی دو متغیره نشان می‌دهد که معلولیت و مطرودیت اجتماعی رابطه‌ی معناداری با یکدیگر دارند. میانگین نمره‌ی مطرودیت اجتماعی سالمندان معلول بیشتر از سالمندان غیر معلول است؛ بنابراین سالمندان معلول طرد اجتماعی بیشتری نسبت به غیرمعلولین یا سالمندان سالم دارند. همچنین با توجه به آمارهای به دست آمده از آنجایی که زنان بیشترین درصد معلولیت را به خود اختصاص دادند طرد اجتماعی بیشتری را نیز تجربه می‌کنند. نتایج به دست آمده از مطالعه‌ی شریفیان ثانی و همکارانش (۱۳۸۵)، با مطالعه‌ی حاضر همخوانی دارد و بیان می‌کند که زنان معلول، معلولیتی مضاعف را تحمل می‌کنند (Sharifian Sani & et. al., 2006). هر چند که در بیشتر بررسی‌های مربوط به معلولیت تا سال‌های اخیر، بحث جنسیت، نقش خاصی را در تحلیل مشکلات مربوط به معلولیت ایفا نمی‌کرد و حتی در مطالعات

فمینیستی، این وجه مورد غفلت قرار گرفته بود. امروزه، تبعیض مضاعفی که بر زنان دچار معلولیت روا داشته می‌شود، مورد توافق متخصصان مطالعات معلولیت است. از سوی دیگر برخلاف نتایج ذکر شده، یافته‌های دل بونو و همکارانش (۲۰۰۷-۱۳) نشان می‌دهد که تفاوت میان مردان و زنان سالمند در مشارکت در شبکه‌های اجتماعی، اغلب پیامد تفاوت در وضعیت تأهل و برنامه‌های زندگی می‌باشد و تفاوت‌های جنسیتی ارتباط معنی‌داری با مطروودیت اجتماعی ندارد. یافته‌های جوئل جیزبرز و ورومن (۲۰۰۸)، نیز برخلاف پژوهش حاضر نشان داد که درآمد خانواده تأثیر مهمی بر محرومیت مادی و دسترسی به حقوق اجتماعی در بیشتر کشورها دارد و سن و جنس عوامل تأثیرگذار جدی بر ابعاد مطروودیت اجتماعی نیستند.

در رابطه با فرضیه‌های فرعی که به رابطه‌ی معلولیت و ابعاد متغیر مطروودیت اجتماعی (سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی) مربوط می‌شد نتایج نشان می‌دهد که: میانگین مطروودیت در سالمندان معلول و سالم در بعد سیاسی و فرهنگی به هم نزدیک است و تفاوت چندانی با یکدیگر ندارد و در بعد اقتصادی میانگین مطروودیت، یکسان است. این به این معنا است که سالمندان معلول و سالم از لحاظ پردشدگی در بعد سیاسی، فرهنگی و اقتصادی تفاوتی با یکدیگر ندارند.

در بعد اجتماعی مطروودیت نیز تفاوت قابل ملاحظه‌ای وجود نداشت اما میانگین مطروودیت (بعد اجتماعی) سالمندان غیر معلول تا حدی بیشتر از سالمندان معلول است؛ به این معنا که سالمندان معلول از لحاظ بعد اجتماعی، پردشدگی کمتری را تحمل می‌کنند. احتمال می‌رود این امر برگرفته از احساس درونی سالمندان (مورد حمایت قرار گرفتن) که ناشی از برقراری رابطه با خویشاوندان و دوستان و همسایگان است (با توجه به گویه‌های به کار رفته) باشد. این امر با نتایج تحقیق جوئل جیزبرز و ورومن (۲۰۰۸)، که بیان می‌کند فراهم آوردن سطح بالاتری از حمایت اجتماعی و امید به زندگی، پرد سالمندان را کمتر خواهد کرد همخوانی دارد.

رگرسیون تبیین مطروودیت اجتماعی و متغیر معلولیت نشان می‌دهد که با افزایش یک واحد انحراف معیار در معلولیت، نمره‌ی مطروودیت اجتماعی به اندازه‌ی ۰/۱۱ واحد افزایش می‌یابد و برعکس.

همان‌طور که در مبانی نظری هم بیان شد اکثریت معلولین، هیچ‌گونه مشارکتی در برنامه‌های توسعه‌ی اجتماعی ندارند و به‌طور مجازی از برنامه‌های خدمات عمومی کنار گذاشته شده‌اند (Helander, 1996; Kamali, 2004: 42). در مدل اجتماعی معلولیت

هم بیان شد که معلولیت به محدودیت‌هایی گفته می‌شود که به معلول تحمیل می‌شود، از پیش‌داوری شخصی گرفته تا تبعیض نهادی و ... (Alcok & et. al., 2012: 307).

در این پژوهش هم مشاهده شد که هر چند از لحاظ تعاریف علمی سالمندان دارای معلولیت بوده و دچار طرد اجتماعی شده‌اند اما از بین ۵۰ درصدی که معلولیت داشتند تنها ۱۳ درصد خود را معلول می‌دانستند. بنابراین بخشی از کنارگذاری‌های سالمندان توسط افراد و خانواده‌هایشان به آن‌ها تحمیل می‌شود و این در صورتی است که آن‌ها هنوز خود را سالم و بخشی مفید از جامعه می‌دانند. این‌گونه مطالعات نشان می‌دهند که منابع اجتماعی چون خانواده، دوستان و دسترسی به خدمات اجتماعی به خصوص برای افراد ناتوان جسمی از جمله عوامل پیش‌بینی کننده‌ی بهزیستی و رضایتمندی هستند. جستجوی حس تعلق و حمایت اجتماعی همیشه مورد توجه روانشناسان و جامعه‌شناسان بوده و فراموش نیز بر اثرات قطع تعلقات اجتماعی، احساس تنهایی و کناره‌گیری اجتماعی بسیار تأکید می‌ورزید و بسیاری از نابسامانی‌های روانی - اجتماعی را معلول آن می‌دانست. ایجاد ارتباط با دیگران معمولاً مانعی برای بروز احساس تنهایی اجتماعی است. برخی از نظریه‌پردازان اعتقاد دارند که افراد در فرایند ارتباط با دیگران، توانایی‌ها و نگرش‌های خود را ارزیابی نموده و توسعه‌ی این ارتباطات و دریافت حمایت اجتماعی می‌تواند منجر به کاهش اجتناب‌ها شود (Rostami & Ahmadniya, 2011; Atadokht & et. al., 2014: 28). حمایت اجتماعی به احساس تعلق داشتن، پذیرفته شدن، مورد علاقه، عشق و محبت قرار گرفتن اطلاق می‌شود و برای هر فرد یک رابطه‌ی امن به وجود می‌آورد که در این رابطه ویژگی‌های اساسی، احساس امنیت، صمیمیت و نزدیکی است (Fakhari & et. al., 2012; Atadokht & et. al., 2014: 24). پس باید از سویی به رفع موانع و مشکلات سالمندان معلول و خانواده‌هایشان بپردازیم و از سوی دیگر نگرش خود را نسبت به طرد اجتماعی و کنارگذاری سالمندان معلول تغییر دهیم چرا که هنوز امید به زندگی، در وجود بیشتر سالمندان معلول وجود دارد.

پیشنهادات پژوهش

۱- با توجه به جوانی جمعیت کشورمان طی سال‌های اخیر، اکثر برنامه‌ریزی‌ها روی مسائل جوانان متمرکز بوده است ولی همان‌طور که گفته شد روند رو به رشد سالمندان؛ مطالعات بیشتر و همچنین برنامه‌ریزی‌های بیشتری را می‌طلبد.

۲- هزینه‌های درمانی و مراقبتی سالمندان بسیار زیاد است که با توجه به پایگاه اقتصادی - اجتماعی آنان، پرداخت این هزینه‌ها دشوار است. باید شرایطی در جامعه پیش آید که بیمه‌ها، هزینه‌های درمانی سالمندان را تحت پوشش قرار دهند و حتی سالمندانی هم که بیمه نیستند بتوانند از مزایای خاص برخوردار شوند. سازمان تأمین اجتماعی می‌تواند با تدابیر و برنامه‌ریزی‌های حساب شده به این امر رسیدگی نماید.

۳- همچنین می‌توان مراکز بهداشتی - درمانی که تنها به سالمندان اختصاص داشته باشد تأسیس کرد تا سالمندان راحت‌تر بتوانند خدمات پزشکی را با هزینه‌ی مناسب دریافت کنند و یا ابزارهای کمکی مانند عصا، عینک، سمعک، دندان مصنوعی و ... را خریداری نمایند. سازمان بهزیستی می‌تواند با کمک بیمارستان‌ها و مراکز درمانی، سالمندان را در این رابطه حمایت کند.

۴- یکی از مسائلی که در برنامه‌ریزی‌های شهری اهمیت پیدا می‌کند مناسب‌سازی خیابان‌ها، پیاده‌روها، پارک‌ها و سایر نقاط شهری برای سالمندان است که به شهرداری و بخش زیباسازی مناطق شهری ارتباط پیدا می‌کند. قبل از برنامه‌ریزی در این رابطه انجام پژوهش‌هایی در این راستا و یا مرور مطالعاتی چون پژوهش فروغمند اعرابی و کریمی‌فرد (۱۳۹۴)، که با تأکید بر نظریه‌های سلامت روان و نظریه‌های طراحی فضاهای شهری و معماری، معیارهایی در طراحی مراکز تعاملات اجتماعی سالمندی در قالب افزایش فضای تعاملات اجتماعی ارائه کرده‌اند بسیار حائز اهمیت می‌باشد (*Foroughmand Arabi & Karimi Far, 2015*).

از آنجا که معلولیت سالمندان بر طرد اجتماعی آنان تأثیرگذار است در پژوهش‌های آتی می‌توان به بررسی و ارائه‌ی راهکارهایی برای بهبود سطح و سبک زندگی سالمندان جهت جلوگیری از پیری زودرس همچون برنامه‌های ورزشی، تغذیه و ... پرداخت.

Reference:

Alikhani, V. (2002). *Aging from Different Perspectives*, First Edition, Tehran: Parents and Educators Association Publications. (Persian).

Atadokht, A., Jokar-Kamalabadi, N., Hosseini-Kiasari, T., Bashar-Pour, S. & T. (2014). "The Role of Perceived Social Support in Predicting Psychological Disorders in People with Physical Disability and Its Comparison with Normal Subjects", *rehabilitation Quarterly*, 15 (3), 26-35. (Persian).

Del Bono, E.; Sala, E.; Hancock, R.; Gunnell, Ca. & Parisi, L. (2007). "Gender, Older People and Social Exclusion. A Gender Review and Secondary Analysis of the Data", *ISER Working Paper 2007-13*, Colchester: University of Essex, pp 1-105.

Delavar, A. (2011). *Research Methods in Psychology and Educational Sciences*, Tehran: Virayesh Publication. (Persian).

Eshghpour, M. (1991). *The Problems of Aging*, First Edition, Tehran: Moein Publications - Mahtab Publications. (Persian).

Foroughmand Arabi, H. & Karimi Fard, I. (2015) "Elderly Friendly City and Design Criteria for Aging Social Interaction Centers with Mental Health Approach", *Urban Management Quarterly*, 39, 34-7. (Persian).

Ghasemi Barghi, R., Hassanzadeh, G. R., Javadi, M., Asadi, M., Bayat, B., Saiepour, N. & et. al. (2011). "Determination of views of disabled person and their families than disability in the Qazvin and Karaj", *payavard*, 5 (2) ,71-77. (Persian).

Golchin, M. & Azimian, J. (2002). "Investigating the Prevalence of Health Problems in Elderly People in Qazvin nursing home", *Proceedings of the Congress on Aging Issues in Iran and the World*, First Edition, Ashna Publications, 110-105. (Persian).

Hong Mei Tong & Daniel W. L. Lai & Qun Zeng & Wen Yan Xu (2011). "Effects of Social Exclusion on Depressive Symptoms: Elderly Chinese Living Alone in Shanghai, China", *J Cross Cult Gerontol*, 26, pp 349-364.

Jehoel-Gijbers, G. & Vrooman, C. (2008). "Social Exclusion of the Elderly: A Comparative Study of EU Member States", ENEPRI Research Report, No. 57, p. 1- 85.

Kamali, M. & Iran, F. (2003). "The review on rights of disabled children", *Social Welfare Quarterly*, 2 (7), 93-11. (Persian).

Kamali, M. (2004). "Disability and Human Right", *Social Welfare Quarterly*, 4(13), 41-56. (Persian).

Moidfar, S. (2010). "Iranian Social problems (Sociology of stratum and Vulnerable Groups)", *Using Classroom Vulnerability Research and Student Collaboration*, First Edition, Tehran: Science Publishing. (Persian).

Muhli, U. H. (2010). "Accounts of Professional and Institutional Tension in the Context of Swedish Elderly Care", *Journal of Aging Studies* 24, pp 47-56.

Niyazi, M. & A. Babaei Fard (2011). *The Sociology of Aging*, First Edition, Kashan: Sokhanvaran publications. (Persian).

Pour Jafari, H. & Abaei, H. (2002). Investigation and Comparison of the Aging Factor in Iran during Two Population and Housing Censuses: The Years of 1986 and 1996, *Proceedings of the Congress on Aging Issues in Iran and the World*, First Edition, Book Publishing Familiar, 5-9. (Persian).

Sadeghi Fassaei, S. & Fatemi Nia, M. A. (2015). "Disability, the Hidden Part of Society: A Sociological Study on the Status of Disability in Iran and the World", *Social Welfare Quarterly*, 15 (58), 159-194 (Persian).

Sajjadi, H., Zanjari, N. (2015). "Disability in Iran: Prevalence, Characteristics and Socio-Economic Correlates", *rehabilitation Quarterly*, 16(1), 36-47. (Persian).

Samiei-Farahani, S. (2009). *A Comparative Study of the Socio-Social Status of the Elderly Residents of the Nursing Home and the Elderly Living in Families in Tehran*, Supervisor: Dr. Mohammad Zahedi Asl, Advisor: Dr. Ezatollah Sam Aram, Thesis Master of Social Welfare Planning, Allameh Tabatabai University. (Persian).

Scharf, T.; Phillipson, Ch.; Smith, A. ;Kingston, P. (2001). "Older People In Deprived Neighbourhoods, Social Exclusion and

Quality of Line In Old Age”, Senter for Social Gerontology, pp. 1-18 .

Shamloo, Gh. A. (1985). What is Aging? Why Do We Get Older? Preliminary Plan of Clinical Epidemiology and Elderly Rehabilitation, Tehran: chehr Publications. (Persian).

Sharifian-Sani, M., Sajjadi, H., Toluie, F. & Kazemnejhad, A. (2006). “Girls and womens with Physical Disability: needs and problems”, rehabilitation Quarterly, 7(2), 41-48. (Persian).

Taj Mazinani, A. A. & et. al. (2011). A review of the Literature on the Situation of Youth in Iran and Prioritization of Youth Issues in Iran, UNICEF Representative in Iran publication. (Persian).

Theobald, H. (2005). Social exclusion and care for the elderly: Theoretical concept and changing realities in European Welfare states, WZB Discussion Paper, No. SP I 2005-301, available at: <http://econstor.eu/bitstream/10419/47367/1/482174676.pdf>.

WHO (2009). International Classification of Functioning, Disability and Health(ICF) [online] Available from:<<http://www.who.int/classifications/icf/en>.

Yekkalam, N. (2012). “Patterns and Risk Factors of Social Exclusion Among Older People in India”, Umea. Universitet, pp 1-67.

Alcock, P.; May, M., Rowlingson, K. (2012). The companion to social policy, Translated by Ali Akbar Taj Mazinani, Mohsen Ghasemi and Morteza Ghelich, 1ed, Tehran: Emam Sadegh Publication. (Persian).

Pie spens, A. (2001). Aging in humans, Translated by Amir Nezamoddin Ghafari and Fariborz Hashemi, Welfare Organization publication and University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences Publication. (Persian).

Study of Effect of Disability on the Social Exclusion of Elderly Varamin Town

Ali Akbar Taj Mazinani (Ph.D)¹ and Mahdieh Larijani²

DOI: 10.22055/qjsd.2019.15266

Abstract:

Elderly people as an important part of society may sometimes be neglected, while age related issues become more and more important as their population grows. Social exclusion of the elderly is likely to increase with disease and disability. Problems and costs resulting from the neglect of the elderly, especially elderly people with disabilities in relation to the need for further research. In this research, we study the impact of disability on social exclusion of elderly with use of survey method and 378 questionnaires among varamins elderly. This people choose by random stratified sampling. The results indicating that disability associated with social exclusion, that disabled elderly are more at risk of social exclusion. On the other side, healthy elderly and disabled are close together in terms of the political and cultural dimensions of exclusion and same on the economic front. Disabled elderly only in social dimension of exclusion received higher scores than healthy elderly.

Key Concepts: Elderly, Social Exclusion, Disability, Social Model of Disability

¹ Associate professor in Social Policy, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran, atmazinani@yahoo.com

² MA. in Social Welfare and Planning, Allame Tabatabai University, Tehran, Iran, (Corresponding Author), mahdiehlarijani@yahoo.com



© 2019 by the authors. Licensee SCU, Ahvaz, Iran. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-Non Commercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0 license) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).