

❖ مقدمه :

در آستانه قرن بیست و یکم یکی از مشکلات بزرگ کشورهای در حال توسعه، مراقبت از تعداد روزافزون افراد سالخورده است. طبق آمار سازمان ملل متحد در سال ۲۰۰۰ در سراسر جهان ۵۹۰ میلیون نفر سالمند وجود دارد.^(۸) بر اساس گزارش مرکز آمار ایران جمعیت سالمندان ایران در سال ۱۳۷۰ برابر ۵/۸ درصد و در سال ۱۳۷۵، ۶/۶ درصد جمعیت کشور بوده است. پیش بینی می شود که این آمار در سال ۱۴۰۵ به ۹ درصد جمعیت کشور برسد.^(۴)

بسیاری از زنان و مردان سالمند از نظر اقتصادی غیر مولد و مصرف کننده، از نظر اجتماعی تنها و منزوی و از نظر سلامتی مبتلا یا در معرض خطر ابتلا به بیماری های مزمن و عوارض آنها هستند. اختلال های حرکتی، زوال فکر، حوادث، افسردگی و بیماری های قلبی-ریوی از معضلات مهم آنهاست و به دلیل همین مشکلات و حمایت های اجتماعی، عاطفی و مالی ناکافی به خصوص در میان اقشار کم درآمد جامعه، سالمندان زندگی بسیار بدی را تجربه می کنند.^(۹،۲)

سازمان ملل توصیه می کند که فراهم کردن مراقبت برای سالمندان باید فراتر از امور درمانی باشد و رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی آنها مورد توجه قرار گیرد.^(۸،۳)

با بروز برخی تغییرات اجتماعی و دگرگونی سنت ها در ایران مانند هسته ای شدن خانواده ها، کوچک شدن منازل، افزایش تعداد زنان شاغل در خارج از منزل، افزایش طلاق ها و افزایش میزان شهرنشینی، مشکلات سالمندان افزایش و مراقبت از آنها کاهش می یابد و نیاز آشکاری برای ایجاد یک راهکار مناسب برای ارائه خدمات به سالمندان مشاهده می شود.^(۵)

تحقیق حاضر جهت ارزیابی نقش مددکار اجتماعی در رفع نیازهای سالمندان در فرهنگ بومی ایران اجرا شد تا راهکار مناسبی برای ارائه خدمات بهداشتی درمانی به سالمندان کشور تنظیم شود.

❖ مواد و روش ها :

این کارآزمایی شبه تجربی در عرصه به روش قبل و بعد در نیمه دوم سال ۱۳۷۹ بر روی ۷۵ سالمند بالای ۶۰ سال شهر اصفهان انجام شد. نمونه ها به روش چند مرحله ای تصادفی ساده از بین سالمندان تحت پوشش پایگاه های بهداشتی شهری انتخاب شدند. نیمی از نمونه ها از پرونده های خانوار و نیم دیگر آنها به وسیله پرسش نشانی سالمندان بی بضاعت یا ناتوان و نیازمند کمک، از سایر سالمندان در محله هایی از شهر اصفهان که به طور تصادفی انتخاب شده بودند به دست آمد. حجم نمونه با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد، قدرت مطالعه برابر ۸۰ درصد، کاهش نیازهای سالمندان با انحراف معیار ۱۰ و دقت مطالعه برابر ۵ محاسبه شد. ابزار جمع آوری اطلاعات قبل و پس از انجام مداخله، پرسش نامه ای دارای ۴۵ سؤال چند جوابی بود که روایی، محتوایی و ملاکی آن پس از طراحی توسط مجریان طرح بر مبنای اصول سنجش نیاز، توسط کارشناسان بهداشتی - درمانی تأیید شد و پایایی آن پس از اجرای پایلوت بر روی ده نفر از سالمندان به روش test-retest سنجیده شد و ضریب پایایی آلفای کورنباخ برابر $\alpha = 0/81$ به دست آمد.

۳ نفر کاردان بهداشتی انتخاب شدند و اهداف، روش طرح (نمونه گیری، روش های مددکاری و تکمیل پرسش نامه) و بیماری های شایع سالمندان به آنها

پس از اتمام دوره ۶ ماهه مددکاری، پرسش نامه نیازسنجی برای سالمندان تکمیل شد. در طول اجرای طرح بعضی از سالمندان به صورت تصادفی توسط مجری و همکار طرح بررسی می شدند. اطلاعات پرسش نامه ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS تجزیه و تحلیل شدند. تفاوت نمره نیازها قبل و پس از مداخله با آزمون آماری t زوج و تأثیر عوامل سن، جنس، تأهل و تحصیلات بر میانگین تفاوت نمره نیازها قبل و پس از مداخله، با آزمون ANOVA در سطح معنی داری ۵ درصد، تحلیل شدند.

❖ یافته ها :

از ۷۵ سالمند مورد مطالعه ۳ نفر (۴ درصد) به دلیل فوت از مطالعه خارج شدند. ۴۱ نفر سالمند (۵۴/۹ درصد) دارای همسر و ۳۱ نفر (۴۳/۱ درصد) بیوه بودند. ۳۹ نفر (۵۴/۲ درصد) زن و ۳۳ نفر (۴۵/۸ درصد) مرد بودند. میانگین سن آنها ۷۲/۳ سال بود. ۴۶ نفر (۶۳/۹ درصد) بی سواد و ۲۶ نفر (۳۶/۱ درصد) دارای سواد خواندن و نوشتن یا ابتدایی بودند. تقسیم سالمندان به دو گروه سالمندان جوان (۶۰ تا ۷۴ ساله) و پیر (۷۵ ساله و بالاتر) به ترتیب ۶۶/۷ و ۳۳/۳ درصد را در بر گرفت. یافته ها نشان داد نمره نیازهای عاطفی-روانی، بهداشتی-درمانی و کل نیازهای سالمندان در هر دو گروه سنی جوان و پیر، پس از دریافت خدمات مددکاری، نسبت به شروع مطالعه کاهش معنی داری داشت ($P < 0/001$). در هر دو گروه سالمندان جوان و پیر، میانگین کاهش نمره نیازهای عاطفی-روانی به طور معنی داری بیش تر از میانگین کاهش نیازهای بهداشتی-درمانی بود ($P < 0/001$) (جدول شماره ۱).

آموزش داده شد. برای انتخاب این افراد خصوصیات زیر مد نظر قرار گرفت:

توانایی برقراری ارتباط، توانایی جلب همکاری مسوولین سازمان ها، دانش و آگاهی از ضرورت امور مددکاری، فقدان اختلال های عاطفی، اخلاقی و خانوادگی، داشتن انگیزه معنوی برای پرداختن به کار مددکاری، داشتن فرصت کافی و سابقه اجرایی قبلی در زمینه شرکت در تحقیقات و مصاحبه با مردم.

پرسش نامه نیازسنجی اولیه در منزل سالمندان قبل از مداخله تکمیل شد و خدمات مددکاری به شرح زیر به مدت ۶ ماه ارائه شد:

مصاحبه و کسب شرح حال از سالمند، بررسی وضع عمومی سلامتی، گرفتن فشار خون، بررسی محل زندگی و روابط اجتماعی، ارجاع افراد بیمار به پزشکان مراکز بهداشتی-درمانی منطقه و متخصصین بر حسب نیاز، ارجاع سالمندان بی بضاعت به پزشکان داوطلب جهت ویزیت رایگان، بررسی تهیه دارو و نحوه مصرف آنها توسط سالمند، آموزش سالمند و خانواده اش در این زمینه، کمک به تهیه دارو توسط اطرافیان، آموزش تغذیه، آموزش پیشگیری از حوادث، راهنمایی اطرافیان در برقراری ارتباط با سالمند، دعوت سالمند به جلسه های تفریحی، ورزشی، دعا و قرآن، هماهنگی با خانواده و اطرافیان سالمند برای قرائت کتاب و روزنامه برای سالمند، همکاری در جلب کمک های سازمان های دولتی و غیر دولتی برای ارتقاء وضع منزل مسکونی و غیره.

بیش ترین تأکید بر نیازهای بهداشتی-درمانی بود، ولی مداخله برای سایر نیازها نیز انجام می شد.

جدول ۱- نمره نیازهای عاطفی-روانی و بهداشتی-درمانی افراد مورد مطالعه قبل و پس از ارائه خدمات مددکاری

| تفاوت قبل و بعد از مداخله | پس از مداخله | قبل از مداخله | گروه سنی | |
|---------------------------|--------------|---------------|------------------|--------------|
| | | | نوع نیاز | نمره |
| # ۹/۸ ± ۸/۴ | ۳۷/۳ ± ۱۰/۳ | ۴۷/۱ ± ۱۳ | عاطفی-روانی * | سالمنند جوان |
| # ۵/۶ ± ۶/۳ | ۴۰/۲ ± ۱۳/۱ | ۴۵/۸ ± ۱۵/۲ | بهداشتی-درمانی * | |
| ۱۵/۴ ± ۱۳/۹ | ۷۷/۵ ± ۲۰/۴ | ۹۲/۹ ± ۲۶/۵ | کل | |
| # ۹/۴ ± ۸/۷ | ۳۷/۹ ± ۱۰/۴ | ۴۷/۴ ± ۱۴/۵ | عاطفی-روانی * | سالمنند پیر |
| # ۵/۲ ± ۴ | ۵۵ ± ۲۱/۲ | ۶۰/۲ ± ۲۴/۳ | بهداشتی-درمانی * | |
| ۱۴/۶ ± ۱۱/۷ | ۹۲/۹ ± ۲۷/۹ | ۱۰۷/۶ ± ۳۵/۶ | کل | |
| # ۹/۶ ± ۸/۴ | ۳۷/۵ ± ۱۰/۲ | ۴۷/۲ ± ۱۳/۴ | عاطفی-روانی * | جمع |
| # ۵/۴ ± ۵/۶ | ۴۵/۱ ± ۱۷/۶ | ۵۰/۶ ± ۱۹/۷ | بهداشتی-درمانی * | |
| ۱۵/۱ ± ۱۳/۱ | ۸۲/۶ ± ۲۴/۱ | ۹۷/۸ ± ۳۰/۳ | کل | |

(* P < ۰/۰۰۰۱ و t-paired)

(# P < ۰/۰۰۱ و t-student)

بحث و نتیجه گیری :

یافته ها نشان داد خدمات مددکاری موجب کاهش نیازهای عاطفی-روانی و بهداشتی-درمانی سالمندان می شود. مددکاری فرآیندی کم هزینه است که با به کارگیری امکانات موجود و یافتن نیازهای واقعی سالمندان می تواند بسیاری از اهداف سلامت و بهداشت نظام ارائه خدمات بهداشتی-درمانی را در مورد سالمندان تأمین کند. در این پژوهش کاهش نمره نیازهای عاطفی-روانی در هر دو گروه سنی پیر و جوان بیش تر از نیازهای بهداشتی-درمانی بود. با توجه به این که حداکثر این کاهش در سالمندان بیوه مشاهده شد به نظر می رسد مهم ترین عامل در رفع نیازهای عاطفی-روانی سالمندان، مورد توجه واقع شدن و اهمیت دادن به آنها توسط مددکاران و نظام بهداشتی و متعاقباً توسط افراد خانواده است. نیاز به عشق و توجه در همه افراد وجود دارد و با

گروه سنی و جنس سالمندان ارتباط معنی داری با کاهش میانگین نمره نیازها نداشت، ولی تأهل با کاهش میانگین نمره نیازهای عاطفی-روانی ارتباط معنی دار داشت؛ به طوری که حداکثر کاهش نمره نیاز عاطفی-روانی در سالمندان بیوه $۱۲/۲ \pm ۹/۳$ و حداقل آن در سالمندان دارای همسر $۵/۵ \pm ۶$ بود ($P = ۰/۰۰۴$). وضعیت تأهل و سواد هر دو تأثیر معنی داری در کاهش نمره نیازهای بهداشتی-درمانی داشتند؛ به طوری که حداکثر کاهش نیاز بهداشتی-درمانی در سالمندان باسواد و بیوه $۱۱/۸ \pm ۱۱/۹$ و حداقل آن در سالمندان باسواد و دارای همسر $۳/۵ \pm ۴/۱$ مشاهده شد (به ترتیب $P = ۰/۰۲۹$ و $P = ۰/۰۱۲$). در مورد نیازهای کل نیز تأهل و سواد هر دو تأثیر معنی داری بر کاهش میانگین نمره نیاز داشتند و حداکثر کاهش نیازهای کل (۳۱ ± ۲۳) در سالمندان باسواد و بیوه و حداقل کاهش آن ($۹/۱ \pm ۱۱/۱$) در سالمندان دارای همسر و باسواد بود (به ترتیب $P = ۰/۰۴۹$ و $P = ۰/۰۰۹$).

یکی از راهکارهای مورد استفاده در خدمات مددکاری این مطالعه تشویق به ورزش و شرکت در محافل مذهبی بود. در مطالعه کاتلین نیز مشاهده شده است که عضویت در محافل مذهبی، به طرز مطلوبی نگرش افراد را تغییر داده و بر جنبه های روانی-عاطفی تأثیر مثبت داشته است.^(۷) مارتین نیز معتقد است که انجام ورزش در فضای باز، به ارتقاء سطح سلامت سالمندان کمک می کند.^(۸)

با توجه به نتایج تحقیق حاضر به نظر می رسد خدمات مددکاری در درازمدت به صرفه ترین راهکار برای ارائه خدمات به سالمندان باشد؛ چون توان مندی های بالقوه و خفته خانواده، اطرافیان، دوستان و سازمان های دولتی و غیردولتی را به جریان می اندازد و فعال می سازد. لیتوین ضمن مقایسه ای بین سیستم های حمایت اجتماعی سالمندان، خدمات مددکاری را در حمایت سالمندان بسیار بااهمیت به شمار می آورد.^(۹)

در این طرح مددکاران بیش تر آگاهی و کیفیت مراقبت از سالمندان را در خانواده افزایش دادند و باعث ایجاد انگیزه و تغییر نگرش در خانواده های سالمندان شدند و در عمل خانواده ها خود در مراقبت از سالمند و رفع نیازهای او، بیش از گذشته قبول مسوولیت نمودند. به منظور افزایش مشارکت خانواده ها، افراد خیر و سازمان های اجتماعی برای کاهش مشکلات سالمندان به خصوص مسائل بهداشتی-درمانی آنها پیشنهاد می شود کارکنان بهداشتی به عنوان مددکار پل ارتباطی سالمندان و گروه های حامی باشند. همچنین مراکز مشاوره ویژه سالمندان و تسهیلات درمانی خاص برای ارجاع توسط مددکار ایجاد شوند و سالمندان تحت پوشش بیمه خاص قرار گیرند.

❖ سپاسگزاری :

افزایش سن کم نمی شود. شخص سالمند به دلیل کاهش عملکرد جسمانی، انرژی کمتری برای تعامل اجتماعی دارد و تغییرات ظاهری می تواند تصویر خود را در او تغییر دهد. بزرگ شدن و جدا شدن فرزندان، فوت همسر و نقص شنوایی و تکلم موانع ارتباطی هستند که می توانند تنهایی سالمند را تشدید کنند. لذا به نظر می رسد توجه به سالمند در کاهش نیازهای عاطفی-روانی آنها نقش مهمی داشته باشد. در یک مطالعه نیز ارائه خدمات توان بخشی به سالمندان، موجب بهبود افسردگی آنها شد.^(۶)

این تحقیق نشان داد اگرچه نیازهای بهداشتی-درمانی بعد از خدمات مددکاری به طور واضحی کاهش یافته اند، ولی هنوز نیازهای بهداشتی-درمانی سالمندان به خصوص در گروه سالمندان پیر، خیلی بالاست. با توجه به این که اکثر سالمندان مورد بررسی در این تحقیق بیمار بودند، دارو مصرف می کردند و به مراقبت در منزل نیاز داشتند، قسمتی از نیازهای آنان قابل برطرف کردن نبود یا به دلیل زیاد بودن نیازها جلب همکاری خانواده ها محدود بود و همین عامل باعث تفاوت میان دو گروه سالمندان از نظر نیازها بود.

با تأمل بر این نکته که تأهل و سواد تأثیر قابل توجهی بر نتیجه مداخله مددکاری در کاهش نیازهای سالمندان داشت و این نیازها در گروه سالمندان باسواد بیوه بیش ترین کاهش را داشت، می توان به دو نکته دست یافت؛ یکی این که بیوه بودن مشکلات روحی و جسمی سالمند را افزایش می دهد و دوم این که باسواد بودن که به نوعی نشان گر نگرش فرهنگی فرد است، می تواند بر انتظارهای سالمند و میزان تبعیت او از راهنمایی های مددکار و همکاری بهتر و حتی خانواده او تأثیرگذار باشد. لذا سالمندان باسواد بیش ترین سود را از خدمات مددکاری برده اند.

۶. قربانی الف. دارو درمانی در سالمندان. مجموعه مقالات سالمندی، چاپ اول، تهران، انتشارات بانوان نیکوکار، ۱۳۷۹، ۷۰-۲۶۳

۷. کاپلان، سادوک. خلاصه روان پزشکی و علوم رفتاری، روانپزشکی بالینی. ترجمه ن پورافکاری، ایران، انتشارات شهرآشوب، جلد اول، ۱۳۷۵، ۷۰۷-۶۰۰

8. Grimly A. Oxford textbook of geriatric medicine. UK, 1998, 110-20

9. Lanrence C. Primary and secondary prevention strategies in the older. J Geriatric Nursing 1999; 4(19): 11-25

10. Litwin H. The development of community care policy for elderly. J Health 1996; 26(4): 691-708

بدین وسیله از همکاری آقایان خدیج، رمضان پور و قادری که مددکاری سالمندان را به عهده داشتند، تشکر می شود.

❖ مراجع :

۱. آزمون ج. ورزش سالمند. مجموعه مقالات سالمندی،

چاپ اول، تهران، انتشارات بانوان نیکوکار، ۱۳۷۹، ۳۵۵

۲. اسداللهی ق. روان پزشکی اجتماعی. چاپ اول،

اصفهان، معاونت بهداشتی، ۱۳۷۸، ۷۸-۹۱

۳. جبروتی ف، علیزاده م. مجموعه بهداشت سالمندان.

چاپ اول، تهران، اداره کل بهداشت خانواده، ۱۵-۴۴

۴. جغتایی م، اسدی م. وضعیت موجود سالمندان و

ضرورت توجه به نیازهای آنان. فصلنامه علمی پژوهشی

حکیم، مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور، ۱۳۷۸،

۲-۵:(۲)۱

۵. دلاور ب. بررسی وضعیت سلامت سالمندان کشور.

مجموعه مقالات سالمندی، چاپ اول، تهران، ۱۳۷۹،

۵۰-۱۰۰