

How to Service Veterans According to the Type of Injury and to Provide Solutions for Improving Their Quality of Life; A Case Study of Kermanshah Province

ARTICLE INFO

Article Type

Qualitative Study

Authors

Gholipour S.* PhD

How to cite this article

Gholipour S. How to Service Veterans According to the Type of Injury and to Provide Solutions for Improving Their Quality of Life; A Case Study of Kermanshah Province. *Iranian Journal of Isaar Studies*. 2020;1(2):49-59.

ABSTRACT

Aims Veterans, like ordinary people, do not have a 100% ability of solving everyday problems. Therefore, they need special services and attention so they can enjoy a good quality of life. The purpose of the present study was to investigate how to service veterans according to the type of injury and to provide solutions for improving their quality of life.

Instruments & Methods This study was conducted using a combination (quantitative and qualitative) method in 2014 among 368 veterans over 25% of Kermanshah province. Sampling in the quantitative part was a combination of classification and systematic, and in the qualitative section, was deliberate. The data gathering tool in the quantitative method was questionnaire and in the qualitative method was interviewing, observing, living experience and document review. Data analysis in quantitative method was based on SPSS 20 software by chi-square test, V Kramer, univariate analysis of variance and Shafa test And was performed in a qualitative way through open and closed coding and data organization.

Findings Satisfaction with the educational, welfare, sporting, cultural and cooperative services was not related to the type of injuries ($p>0.05$). The method of health services in the components of complementary therapeutic insurance and dental services, and in urban space in the components of pavement, street, bus and urban fleet, parks and shopping centers and passages were related to the type of injuries. Type of injury was also effective on how to spend leisure time and quality of life ($p<0.05$).

Conclusion The type of injury does not affect the satisfaction of the educational, welfare, sporting, cultural and cooperative services, but it affects the satisfaction of health services, urban space services, leisure time and quality of life.

Keywords Quality of life; Service; Type of injury; Veteran

*Sociology Department, Social Science Faculty, Razi University, Kermanshah, Iran

Correspondence

Address: Sociology Department, Social Science Faculty, Razi University, Tagh-Bostan, Daneshgah Street, Kermanshah, Iran
Phone: +98 (83) 34277605
Fax: -
gholipoor.sia@gmail.com

Article History

Received: December 25, 2016
Accepted: April 25, 2017
ePublished: May 30, 2020

CITATION LINKS

[1] War and Anti-war. Besharat M, translator [2] An introduction to theoretical approaches and practical definitions of quality of life [3] The world health organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial; A report from the WHOQOL group [4] Quality of life and health: Concepts, methods and applications [5] Quality of life index of social development [6] Conceptualization of quality of life in cardiovascular research [7] Principles and generalities of health services [8] Factors affecting quality of life in veterans of Dezful [9] Unobtrusive measure (sage classics) revised edition [10] Review: Investigative social research: Individual and team field research [11] Integrating quantitative and qualitative research: how is it done? [12] Mixing qualitative and quantitative Methods: triangulation in action

نحوه خدمات‌رسانی به جانبازان بر حسب نوع مجروحیت و ارایه راهکارهای بهبود کیفیت زندگی آنان؛ مطالعه موردی استان کرمانشاه

سیاوش قلی‌پور * PhD

گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران

چکیده

اهداف: جانبازان مانند افراد عادی توان صددرصدی برای حل مشکلات روزمره ندارند. بنابراین نیازمند خدمات‌رسانی و توجه ویژه هستند تا بتوانند از کیفیت زندگی مناسبی برخوردار شوند. هدف پژوهش حاضر، بررسی نحوه خدمات‌رسانی به جانبازان بر حسب نوع مجروحیت و ارایه راهکارهایی برای بهبود کیفیت زندگی آنان بود.

ابزار و روش‌ها: این پژوهش به روش ترکیبی (کمی و کیفی) در سال ۱۳۹۳ در بین ۳۶۸ جانباز بالای ۲۵٪ استان کرمانشاه انجام شد. نمونه‌گیری در بخش کمی، ترکیبی از طبقه‌بندی و سیستماتیک و در بخش کیفی، عمدی بود. ابزار گردآوری اطلاعات در روش کمی پرسش‌نامه و در روش کیفی مصاحبه، مشاهده، تجربه زیسته و بررسی اسناد بود. تحلیل داده‌ها در روش کمی براساس نرم‌افزار SPSS 20 و توسط آزمون‌های مجذور کای، V کرامر، تحلیل واریانس تک‌متغیره و آزمون شفه و در روش کیفی از طریق کدگذاری باز و بسته و سازمان‌دهی داده‌ها صورت گرفت.

یافته‌ها: رضایت از نحوه خدمات‌رسانی آموزشی، رفاهی، ورزشی، فرهنگی و بخش تعاون با نوع مجروحیت رابطه‌ای نداشت ($p > 0/05$). نحوه خدمات‌رسانی درمانی در مولفه‌های بیمه‌های درمانی تکمیلی و خدمات دندان‌پزشکی و در حیطه فضای شهری در مولفه‌های طراحی پیاده‌رو، خیابان، اتوبوس و ناوگان شهری، پارک‌ها و مراکز خرید و پاساژها با نوع مجروحیت رابطه داشتند. نوع مجروحیت بر نحوه گذران اوقات فراغت و کیفیت زندگی نیز موثر بود ($p < 0/05$). **نتیجه‌گیری:** نوع مجروحیت بر رضایت از نحوه خدمات‌رسانی آموزشی، رفاهی، ورزشی، فرهنگی و بخش تعاون تاثیر ندارد، اما بر رضایت از نحوه خدمات‌رسانی بهداشتی و درمانی، فضای شهری، نحوه گذران اوقات فراغت و کیفیت زندگی تاثیر دارد.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، خدمات‌رسانی، نوع مجروحیت، جانباز

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۰/۰۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۲/۰۵

*نویسنده مسئول: gholipoor.sia@gmail.com

مقدمه

جنگ یکی از زیان‌بارترین پدیده‌هایی است که نتایج جبران‌ناپذیری را برای بشر به همراه داشته است. زیاده‌خواهی، کوتاه‌نظری، سوءتفاهم، نابرابری در توزیع امکانات، جدا کردن فرودستان و بسیاری عوامل دیگر در شعله‌ور شدن آتش آن نقش دارند^[۱]. جنگ در سطوح مختلف (افراد، گروه‌های کوچک، ملت‌ها و تمدن) صورت می‌گیرد، منابع هدر می‌روند، جوانان در جبهه کشته می‌شوند و خانواده‌ها بعد از جنگ باید مشکلات زیادی را تحمل کنند. ایران نیز در طول تاریخ، جنگ‌های زیادی را از سر گذرانده است. آخرین جنگ، بین ایران و عراق بود. این دو کشور در سال ۱۳۵۹ درگیر جنگی هشت‌ساله شدند که صدمات جبران‌ناپذیری را برای هر دو کشور به همراه داشت. بسیاری از قدرتمندان جهان از عراق حمایت کردند و انواع سلاح‌ها از جمله سلاح‌های شیمیایی و میکروبی را در اختیار این کشور قرار دادند. بسیاری از سلاح‌ها و ادوات جنگی در این جنگ به کار رفت. تعداد زیادی از رزمندگان شهید و مجروح شدند. بسیاری از شهرهای مرزی نظیر کرمانشاه توسط هوایمهای شکاری بمباران شدند. زیرساخت‌های شهری نابود شدند و برای سالیان متمادی در این شهر سرمایه‌گذاری‌های اقتصادی صورت نگرفت. بخش عظیمی از سرمایه‌های خصوصی نیز محل سرمایه‌گذاری خود را از این استان تغییر داده و به جاهای دیگری

منتقل کردند. بافت‌های مسکونی در بمباران خسارت دیدند و مردم بی‌دفاع مجروح شدند. می‌توان گفت چنان صدماتی به این استان وارد شد که حتی تا سالیان بعدی نمی‌توان آن را جبران کرد. جنگ علاوه بر تخریب زیرساخت‌ها و خسارت‌های مالی جمعیت انبوهی را از مرز، ریشه‌کن و به‌سوی شهر کرمانشاه سرازیر کرد که خود مشکلات زیادی را به‌همراه داشت.

در طول جنگ هشت‌ساله علاوه بر تلفات ناشی از جبهه‌های نبرد، روستاها و شهرهای مرزی زیر آتش توپخانه دشمن یعنی بودند و دیگر شهرها از جمله کرمانشاه زیر بمباران هوایی و حملات موشکی قرار داشتند. طبق آمار بنیاد شهید استان کرمانشاه در سال ۱۳۹۳، روی‌هم‌رفته، سهم استان کرمانشاه ۹۸۰۰ شهید و ۱۹۰۰۰ جانباز است که از این تعداد حدود ۹۲۰۰ نفر جانباز بالای ۲۵٪ هستند. این عزیزان بر حسب نوع مجروحیت به پنج گروه اعصاب و روان، آمپوتنه، ترکیبی، ویژه و شیمیایی تقسیم می‌شوند. تقسیم‌بندی مذکور بر مبنای جراحات‌های مختلف، قطع عضو، ضایعات روانی ناشی از انفجار و سلاح‌های شیمیایی است.

اکثریت جانبازان دارای ناتوانی‌های جسمی و حرکتی و اختلالات روان‌شناختی نظیر اضطراب، افسردگی، اختلال بدنی، اختلال خواب، تحریک‌پذیری، حساسیت بین‌فردی و مشکلات خانوادگی هستند. آنها به‌نسبت افراد عادی از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند و به‌طور کلی با مشکلات زیادی در عرصه‌های اجتماعی، فرهنگی و سلامت روبه‌رو هستند که بر خانواده‌های آنها و جامعه تاثیر می‌گذارد.

آنها برای ادامه تحصیل خود و خانواده‌هایشان مشکل دارند، زیرا بخشی از وقت خود و خانواده‌هایشان صرف مشکلات ناشی از جانبازی می‌شود، نمی‌توانند در فضاهای ورزشی عمومی حضور یابند، در محل کار و اشتغال توانایی بعضی کارها نظیر ساعات کاری زیاد را ندارند، هزینه‌های زندگی آنان از قبیل هزینه‌های درمان برخلاف افراد عادی بیشتر است. آنها به‌خاطر نیاز به داروهای خاص نیازمند کمک‌های ویژه هستند، اتومبیل آنها باید مجهزتر و در نتیجه گران‌تر باشد، بنابراین در حیطه شغلی نیازمند مشاغل متناسب با جانبازی، تقلیل ساعات کاری و افزایش حقوق هستند تا بتوانند از عهده هزینه‌های درمانی برآیند.

جانبازان مشکلات مربوط به حوزه بهداشت و درمان نظیر هزینه‌های بیمارستان، داروهای خاص، پیشگیری‌های درمانی، اعزام‌های درمانی، فیزیوتراپی، تجهیزات پزشکی، ویلچر، دستگاه اکسیژن‌ساز، بستری و جراحی و مواردی از این قبیل را دارند. خانواده این عزیزان درگیر مشکلات زیادی نظیر پرستاری کردن، کمک‌کردن به امور شغلی و کنار آمدن با درد و رنج ناشی از جانبازی هستند.

بسیاری به‌علت انفجار بمب، خمپاره و نظایر آن مشکلات عصبی پیدا کرده‌اند و تعادل سیستم روانی آنها مختل شده است یا به‌علت شدت انفجار شنوایی خود را از دست داده‌اند. مشکلات روانی این عزیزان بیش از همه در تماس با خانواده بروز پیدا می‌کند. روابط متقابل بین جانباز و خانواده دچار اختلال می‌شود. حساسیت و تحریک‌پذیری موجب ناسازگاری زن‌شوویی و اختلال در روابط خانوادگی شده و میزان حمایت‌های عاطفی خانواده از آنها را کاهش می‌دهد که همین کاهش حمایت موجب افزایش حساسیت و تحریک بین‌فردی می‌شود. از سویی، مشکلات جسمی ناشی از عوارض شیمیایی و داروهای مصرفی منجر به تخریب رابطه زن‌شوویی شده و زندگی خانوادگی جانباز دچار تنش می‌شود و ظاهراً راهی غیر از توانمندسازی خانواده‌های آنها وجود ندارد.

کیفیت زندگی به‌مثابه سازه‌ای عینی: مازلو و مک‌کال کیفیت زندگی را از بُعد عینی بررسی کرده‌اند و معتقدند که با لحاظ کردن جنبه‌های عینی کیفیت زندگی مانند جامعه انسانی و افراد آن بهتر می‌توان به تحلیل این مفهوم پرداخت.^[5]

کیفیت زندگی به‌مثابه سازه‌ای ترکیبی: این رویکرد هم بعد ذهنی و هم بعد عینی کیفیت زندگی را در نظر می‌گیرد. فرانس معتقد است که از لحاظ مفهومی کیفیت زندگی هم جسمی است و هم ذهنی، ولی جنبه ذهنی آن غلبه دارد. فرانس کیفیت زندگی را ادراک فرد از رفاه خود می‌داند و معتقد است که اگر درک فرد از کیفیت زندگی کاهش یابد سایر ویژگی‌های او تحت تاثیر قرار گرفته و باعث افت کیفیت زندگی می‌شود.^[6]

عوامل موثر بر کیفیت زندگی: فرانس چهار عامل اصلی که بر کیفیت زندگی تاثیرگذار هستند را وضعیت خانوادگی (شامل ارتباط با همسر، ارتباط با فرزندان و شادی‌های خانوادگی)، وضعیت اجتماعی و اقتصادی (شامل استحکام- کار، تعلیم و تربیت، وضعیت مالی- درآمد، دوست‌یابی در زندگی و رضایت از شهر و ملیت خود)، وضعیت جسمانی (شامل میزان تحرک و فعالیت، علایم جسمی، فعالیت جنسی، عوارض ناشی از داروها و توانایی در قبال مسئولیت‌ها و شرکت در فعالیت‌های تفریحی) و وضعیت روحی و روانی (شامل رضایت از زندگی، خلق، اضطراب و تنش، اعتمادبه‌نفس، دست‌یابی به اهداف مورد نظر، جنبه‌های روحی- مذهبی، افسردگی، سازگاری، شور و شوق زندگی و احساس امنیت) می‌داند.^[7]

به عقیده فرانس این چهار متغیر اصلی می‌توانند مستقلاً و به‌طور مستقیم بر کیفیت زندگی افراد تاثیرگذار باشند، اما این عوامل می‌توانند به‌صورت توأم با یکدیگر نیز بر کیفیت زندگی تاثیر بگذارند. شخصی که از کیفیت زندگی ضعیفی برخوردار است، این ضعف کیفیت زندگی می‌تواند بر ارتباطات خانوادگی او تاثیر بگذارد. همچنین کیفیت زندگی ضعیف می‌تواند موجب به‌کارگیری مکانیزم‌های مقابله و سازگاری ناموثر در افراد شده و سرانجام موجب افزایش تنش در زندگی آنان شود. افزایش تنش خود مستقیماً در ارتباط با عوامل فیزیکی و جسمی بوده و می‌تواند باعث تشدید بیماری در افراد شود.^[7] اوقات فراغت و حضور افراد در محیط‌های طبیعی و تفریحی تاثیرات مثبت بسیاری بر سلامت روانی و جسمانی افراد می‌گذارد و افزایش پیوندهای اجتماعی و رضایت اجتماعی را به‌همراه خواهد داشت. بنابراین هر چه افراد بیشتر از فضاهای عمومی، طبیعی و تفریحی استفاده کنند و اوقات فراغتشان از جنبه‌های گوناگون پربارتر باشد، هم روابط و تعاملات بیشتری خواهند داشت و هم از نظر جسمانی و روانی سالم‌تر خواهند بود که این در نهایت می‌تواند بر کیفیت زندگی آنها موثر باشد.^[8]

نادیده‌گرفتن هیچ گروه اجتماعی به‌صلاح و زیبنده نیست. ضمن توجه به همه اقشار و گروه‌ها لازم است که مشکلات و موانع و تنگناهای زندگی آنها بازنمایی و بیان شوند تا کیفیت زندگی در سطح بالاتری قرار گیرد. گرچه همه گروه‌ها جایگاه برابری دارند، اما جانبازان و شهدا در تمام جوامع بشر از اولویت بالاتری برخوردارند. آنها به‌خاطر ازجان‌گذشتگی و نوع‌دوستی چنین جایگاه ارزشمندی را کسب کرده‌اند. جانبازان مانند افراد عادی توان صددرصدی برای حل مشکلات روزمره ندارند. بنابراین نیازمند خدمات‌رسانی و توجه ویژه هستند تا بتوانند از کیفیت زندگی مناسبی برخوردار شوند. برای خدمات‌رسانی بهتر، شناسایی و فهم ابعاد مختلف زندگی آنها در اولویت قرار دارد. آنها با مرور زمان شرایط جدیدی در زندگی پیدا

جانبازان ویلچری و نابینا هنگام تردد در معابر شهری مشکلات عدیده‌ای دارند. آنها مجبورند برای سالیان متمادی با چنین مشکلی زندگی کنند. رفت‌وآمد جانبازان قطع عضو به‌دلیل نامناسب بودن فضاهای شهری بسیار محدود است. بافت‌های قدیمی، سکونتگاه‌های غیررسمی و ساختمان‌های قدیمی برای تحرک جانبازان ویلچری مناسب‌سازی نشده‌اند و ساخت‌وسازهای بی‌رویه شهری سد راه آنها هستند.

نحوه گذران اوقات فراغت جانبازان بسیار محدود است و مانند افراد عادی توان انجام هر کاری را ندارند. کوهنوردی، رفتن به پارک، استخر و بسیاری ورزش‌های دیگر برای آنها متفاوت از دیگران است. همسران آنها مرارت‌های زیادی را متحمل می‌شوند. گاهی به‌دنبال تعویض دستگاه اکسیژن‌ساز، گاهی به‌دنبال تعویض ویلچر و گاهی به‌دنبال داروهای خاص هستند. بدون شک ما می‌توانیم از خودگذشتگی این عزیزان هستیم و تا جایی که ممکن است باید به آنها خدمت کنیم تا کیفیت زندگیشان ارتقا یابد. این خدمات باید متنوع، متکثر و متناسب با نوع مجروحیت آنها باشد. خدمات‌رسانی مناسب سبب توانمندسازی و بالابردن استانداردهای زندگی آنان می‌شود.

تعریف کیفیت زندگی: کیفیت زندگی، همراه و مترادف با واژه‌های دیگری همچون بهزیستی، زندگی رضایت‌بخش، رفاه اجتماعی، شرایط بهتر زندگی، شرایط مطلوب زندگی و مانند اینها به‌کار رفته است.^[2] کوون معتقد است کیفیت زندگی مجموعه‌ای از رفاه جسمی، روانی و اجتماعی است که به‌وسیله شخص یا گروهی از اشخاص درک می‌شود؛ مانند سلامتی، ازدواج، کار و موقعیت اقتصادی، فرصت‌های آموزشی، خلاقیت، احساس مالکیت و همکاری با دیگران. براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی یعنی درک افراد از جایگاهشان در زندگی با توجه به بافت فرهنگی و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کنند. در این حالت درک افراد از زندگی در ارتباط با اهداف، انتظارات، ملاک‌ها و عقایدشان است. سازمان جهانی بهداشت، مفهوم وسیعی از کیفیت زندگی را مد نظر قرار می‌دهد که این مفهوم تلفیقی از سلامت فیزیکی، وضعیت روان‌شناختی، سطح استقلال، روابط اجتماعی، اعتقادات فردی و ارتباط این عوامل با ویژگی‌های محیطی است.^[3]

ابعاد مفهومی کیفیت زندگی: مفهوم کیفیت زندگی دارای ابعاد گوناگونی شامل: (۱) بهزیستی فیزیکی، (۲) بهزیستی مادی، (۳) حقوق، (۴) ادخال اجتماعی، (۵) روابط بین‌فردی، (۶) خودتعیینی، (۷) رشد فردی و (۸) بهزیستی عاطفی است. در دسته‌بندی دیگری ابعاد کیفیت زندگی به‌صورت: بُعد جسمانی (دریافت فرد از توانایی‌هایش در انجام فعالیت‌ها و وظایف روزانه که نیاز به صرف انرژی دارد، درد و ناراحتی، استراحت و خواب و ظرفیت و توان انجام کارها)، بُعد روانی (جنبه‌های روحی و احساس سلامت مانند افسردگی، ترس، عصبانیت، خوشحالی و آرامش که بعضی از رده‌های این بُعد عبارتند از؛ تصویر از خود، احساسات مثبت، احساسات منفی، اعتقادات مذهبی، فکرکردن، یادگیری، حافظه و تمرکز حواس) و بُعد اجتماعی (توانایی فرد در برقرارکردن ارتباط با اعضای خانواده، همسایگان، همکاران و سایر گروه‌های اجتماعی، وضعیت شغلی و شرایط اقتصادی کلی) تعریف شده است.^[4]

کیفیت زندگی به‌مثابه سازه‌ای ذهنی: کیفیت زندگی به احساسات، انتظارات، اعتقادات و پندارهای فرد بستگی دارد، بدین معنی که حتماً باید توسط خود شخص، براساس نظر او و نه فرد جایگزین تعیین شود. لذا در مطالعات کیفیت زندگی، ارزیابی خود فرد از سلامت یا خوب‌بودنش عامل کلیدی است.

طریق تحلیلی عاملی و ضریب آلفای کرونباخ (۰/۸۵) به دست آمد. متغیر کیفیت زندگی از طریق سه عامل جسمی، روانی و اجتماعی بررسی شد که ضرایب آلفای کرونباخ برای عامل جسمی ۰/۸۰، برای عامل روانی ۰/۸۳ و برای عامل اجتماعی ۰/۹۰ محاسبه شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها در روش کمی براساس نرم‌افزار SPSS 20 و در روش کیفی از طریق کدگذاری باز و بسته و سازمان‌دهی داده‌ها صورت گرفت. برای تعیین رابطه بین مولفه‌های آموزشی، رفاهی، ورزشی، فرهنگی، بهداشتی و درمانی، بخش تعاون، حیطه فضای شهری و حیطه گذران اوقات فراغت با نوع مجروحیت، از آزمون‌های مجذور کای و V کرامر و برای تعیین رابطه بین وضعیت خانوادگی و کیفیت زندگی با نوع مجروحیت از آزمون تحلیل واریانس تک‌متغیره و آزمون شفه استفاده شد.

یافته‌ها

خدمات‌رسانی آموزشی: رضایت از نحوه خدمات‌رسانی آموزشی به نوع مجروحیت ارتباطی نداشت ($p > 0.05$). رضایت از خدمات آموزشی به درصد جانبازی بستگی بیشتری داشت تا نوع مجروحیت. جانبازان بالای ۵۰٪ خدمات بیشتری دریافت می‌کنند، در نتیجه رضایت بیشتری داشتند.

میزان رضایت از آموزش عمومی در جانبازان زیر ۵۰٪ با مجروحیت‌های شیمیایی، آمپوته، ترکیبی و ویژه "کم" و با مجروحیت اعصاب و روان "خیلی کم" و در جانبازان بالای ۵۰٪ با مجروحیت‌های شیمیایی، آمپوته، ترکیبی و ویژه "متوسط" و با مجروحیت اعصاب و روان "کم" بود. رضایت از آموزش عالی در جانبازان زیر ۵۰٪ با همه انواع مجروحیت‌ها "متوسط" و در جانبازان بالای ۵۰٪ "متوسط رو به بالا" بود. موضوع مورد بحث در جانبازان زیر ۵۰٪، کاهش شهریه مدارس شاهد، هم‌سطح‌سازی ارایه خدمات آموزشی برای جانبازان زیر ۵۰٪ و بالاتر از آن در مدارس و موضوع مورد بحث در جانبازان بالای ۵۰٪ مربوط به تقویت بنیه علمی بود.

نیاز به آموزش مهارت‌های زندگی: جانبازان در تمام مصاحبه‌ها، وجود کلاس‌های آموزشی در زمینه زندگی جانباز را الزامی می‌دانستند و شدیداً بدان نیاز داشتند (جدول ۱).

"همسر من سال‌هاست با تمام مرارت‌ها مشکلات زندگی مرا به دوش می‌کشد. انصافاً گاهی اوقات حس می‌کنم در حق ایشان ظلم می‌کنم. لازم است معلمین مجرب، اساتید کارکننده و پژوهشگران این عرصه برای ما کلاس بگذارند تا ما را از حد و حدود خودمان آگاه سازند" (جانباز اعصاب و روان ۴۵٪).

به‌نظر عدم دسترسی آسان به این کلاس‌ها آن را ضروری ساخته است. آنها احساس نوعی یکنواختی می‌کردند و دوست داشتند خوب یا بد، درست یا غلط، مناسب یا نامناسب، واقعیت‌های زندگی در این زمینه به آنها گفته شود. جانبازان نه‌تنها خود را محتاج به آموزش می‌دانستند، بلکه این مهم را برای خانواده‌هایشان ضروری‌تر ارزیابی می‌کردند.

"فکر کنم همسر من از اینکه این همه سال مجبور است زحمات مرا تقبل کند دچار شک و تردید می‌شود. گاهی بر سر خیلی چیزها با هم اختلاف داریم. لازم است کسان دیگری نظیر اساتید مباحثی را برای آنها مطرح کنند که به بهبود روابط خانوادگی کمک نماید" (جانباز قطع نخاع ۷۰٪).

حضور در کلاس‌ها برای خانواده‌های جانبازان علاوه بر افزایش معلومات، حس مورد توجه بودن و ارزشمند بودن را تقویت می‌کند.

می‌کنند، فرزندان آنها نیاز به شغل دارند، بدنشان به‌مرور زمان مشکلات بیشتری در حوزه سلامت پیدا می‌کند، به سن بازنشستگی می‌رسند و در مواردی همسرانشان مانند گذشته توان پرستاری آنها را ندارند. بدین دلیل ضروری است که جوانب مختلف زندگی آنها مطالعه شود تا بتوان برای خدمات‌رسانی به آنها برنامه‌ریزی مناسبی انجام داد. بدون مطالعه دقیق زندگی جانبازان برنامه‌ریزی‌ها نمی‌تواند مثمر ثمر باشند و به جامعه هدف کمک کنند. هدف از پژوهش حاضر، بررسی نحوه خدمات‌رسانی به جانبازان بر حسب نوع مجروحیت و ارایه راهکارهایی برای بهبود کیفیت زندگی آنان بود.

ابزار و روش‌ها

این پژوهش به روش ترکیبی (کمی و کیفی) [9-12] در سال ۱۳۹۳ در بین کلیه جانبازان بالای ۲۵٪ استان کرمانشاه به تعداد ۹۲۰۸ نفر انجام شد. روش کمی مورد مطالعه پیمایش و روش کیفی تئوری زمینه‌ای بود. حجم نمونه براساس فرمول کوکران ۳۶۸ نفر برآورد شد. در بخش کمی نمونه‌گیری ترکیبی از طبقه‌بندی و سیستماتیک و در بخش کیفی نمونه‌گیری تعدمی بود.

ابزار گردآوری اطلاعات در روش کمی پرسش‌نامه و در روش کیفی مصاحبه، مشاهده، تجربه زیسته و بررسی اسناد بود. در پرسش‌نامه مورد استفاده، میزان رضایت از: ۱- خدمات‌رسانی آموزشی (شامل مولفه‌های شهریه مدارس شاهد و غیرانتفاعی، سرویس مدارس شاهد و غیرانتفاعی، هزینه کلاس‌های کنکور، تشویق ممتازان، نقل و انتقال دانشجویی، کمک‌شهریه دانشجویی، کمک‌هزینه دانشجویی، استفاده از سهمیه در کنکور و تقویت بنیه علمی دانشجویان)، ۲- خدمات‌رسانی رفاهی (شامل مولفه‌های واگذاری مسکن، واگذاری زمین، کمک‌هزینه مسکن، ودیعه مسکن، وام قرض‌الحسنه، وام مسکن، کمک‌هزینه ازدواج، معافیت مالکیت و عوارض مسکن، تسهیلات خودرو و معافیت خدمت سربازی)، ۳- خدمات‌رسانی ورزشی (شامل مولفه‌های اعزام به مسابقات و تمرینات ورزشی و لوازم ورزشی)، ۴- خدمات‌رسانی فرهنگی (شامل مولفه‌های جوایز و هدایای فرهنگی، سفر به مراکز تفریحی زیارتی، ملاقات و عیادت مسئولان، خدمات مشاوره‌ای و مددکاری و شرکت در مراسم هفته جانباز)، ۵- خدمات‌رسانی بهداشتی و درمانی (شامل مولفه‌های هزینه‌های بیمارستان، بیمه‌های درمانی همگانی، بیمه‌های درمانی تکمیلی، خدمات آمبولانس، تجهیزات پزشکی، توان‌بخشی، خدمات پاراکلینیک، خدمات ناباروری، فیزیوتراپی، خدمات دندان‌پزشکی، تامین داروهای خاص، انواع بستری و اعمال جراحی، امور اداری بیمارستان، انواع پیشگیری و پایش سلامت)، ۶- خدمات در بخش تعاون (شامل مولفه‌های هزینه‌های مازاد بر بیمه‌های تکمیلی، بیمه‌های درمانی ایثارگران، بیمه عمر و حوادث و نگهداری از فرزند معلول)، ۷- خدمات‌رسانی در حیطه فضای شهری (شامل مولفه‌های طراحی پیاده‌رو، خیابان، اتوبوس و ناوگان شهری، کوچه‌های محل زندگی، ساختمان‌های دولتی، مدارس و دانشگاه‌ها، پارک‌ها و مراکز خرید و پاساژها)، ۸- گذران اوقات فراغت (شامل مولفه‌های تماشای برنامه‌های سرگرمی تلویزیون، شرکت در مراسم مذهبی، گوش دادن به موسیقی سنتی، گوش دادن به برنامه‌های دینی تلویزیون، رفتن به پارک، مصرف شبکه‌های ماهواره‌ای، رفتن به سینما و مطالعه کردن)، ۹- وضعیت خانوادگی و ۱۰- کیفیت زندگی مورد ارزیابی قرار گرفت.

اعتبار این شاخص‌ها از طریق محتوی و اعتبار و روایی مقیاس از

مجتمع مذکور تنها مجتمع جانبازان در استان کرمانشاه است. در محلات دیگر یا حتی در شهرستان‌های اطراف چنین امکاناتی وجود ندارد و همین امر عدم رضایت جانبازان را به‌دنبال داشت.

"ما به‌خاطر نقص بدنی نمی‌توانیم با مردم عادی به استخر بریم. حتماً لازم است که ساعات مشخصی در روز به جانبازان اختصاص داده شود تا ما هم استفاده کنیم" (جانباز آمپوته ۴۰٪، شهرستان هرسین).

بنیاد تلاش نکرده است که با همکاری اداره تربیت‌بدنی بعضی روزها استخر یا دیگر سالن‌های ورزشی را به جانبازان اختصاص دهد. این امر در شهرستان‌ها بیشتر مشهود بود.

خدمات‌رسانی فرهنگی: رضایت از خدمات فرهنگی برای همه علی‌السویه بود و به نوع مجروحیت ارتباطی نداشت ($p > 0/05$).

خدمات‌رسانی پزشکی و درمانی: نوع مجروحیت فقط بر رضایت از بیمه‌های درمانی تکمیلی ($V = 0/187$; $p = 0/03$) و خدمات دندان‌پزشکی ($V = 0/41$; $p = 0/02$) تاثیرگذار بود.

میان دو متغیر نوع مجروحیت و رضایت از بیمه‌های درمانی تکمیلی، رابطه ضعیفی وجود داشت. جانبازان ویژه، شیمیایی و آمپوته در حیطه بیمه‌های درمانی تکمیلی رضایت به‌مراتب پایین‌تری نسبت به جانبازان ترکیبی و اعصاب و روان داشتند. از آنجا که بیمه‌های تکمیلی مبلغ بیشتری می‌پردازند و این عزیزان هزینه‌های درمانی بیشتری دارند، بیشتر به این بیمه‌ها نیاز دارند.

بین دو متغیر نوع مجروحیت و رضایت از خدمات دندان‌پزشکی رابطه متوسط وجود داشت. جانبازان شیمیایی و اعصاب و روان رضایت بیشتری نسبت به جانبازان آمپوته، ترکیبی و ویژه داشتند. ظاهراً این گروه‌ها مشکلات درمانی زیادی دارند و وقتی در مقایسه با دندان‌پزشکی فکر می‌کنند رضایت بیشتری را بروز می‌دهند.

مصاحبه‌ها نشان دادند که جانبازان در بحث کمیسیون تعیین درصد اصلاً رضایت نداشتند. جانبازان از اینکه پزشکان کمیسیون از موضع بالا با آنها تعامل می‌کنند ناراضی بودند.

"پزشکان کمیسیون پزشکی از موضع بالایی به جانبازان نگاه می‌کنند و با آنها همدلی و همدردی نمی‌کنند. حتی در مواردی بی‌استعداد و ناتوان از درک توضیحات جانبازان هستند" (جانباز ترکیبی ۳۰٪).

در مباحث جامعه‌شناسی پزشکی، دو نوع تعامل بین پزشک و بیمار وجود دارد؛ مورد اول پزشک‌محور است. در این نوع تعامل بیمار به‌مثابه یک ایژه است و هیچ بازخوردی از وی مد نظر نیست. این نوع تعامل شدیداً مورد نقد اندیشمندان در اواخر قرن بیستم قرار گرفته است. نوع دوم بیمارمحور است. باید پزشک براساس فضای فرهنگی و شرایط زندگی بیمار به طبابت وی بپردازد. به‌نظر می‌رسد کمیسیون پزشکی نیاز به تعاملات بیمارمحور دارد.

"اعضای کمیسیون پزشکی بد برخورد می‌کنند و به دیده ترحم و گاهی نیازمند به ما نگاه می‌کنند. مشکلاتم را برای یکی از همین پزشکان توضیح می‌دادم. در جواب به من گفت: مگر من ضامن بودم که تو دیوانه شدی" (جانباز اعصاب و روان ۶۰٪).

چنانچه نگاه بیمارمحور حاکم بود چنین تصویری شکل نمی‌گرفت. یکی دیگر از مشکلات جدی تعیین درصد کمیسیون پزشکی این است که به‌پس‌زمینه بیماری و تاریخچه آن توجه ندارند و بیمار را فردی در لحظه و بدون تاریخ می‌بینند.

"یکی از مشکلات جدی کمیسیون پزشکی این است که حرف جانبازان و پزشکان معالج آنها را قبول ندارند. برای مثال بنده ۱۳ ساله تحت نظر فلان پزشک اعصاب و روان هستم و دارای پرونده پزشکی مفصل و قطوری هستم. اعضای کمیسیون پزشکی بنیاد به

خدمات‌رسانی رفاهی: رضایت از نحوه خدمات رفاهی برای همه علی‌السویه بود و به نوع مجروحیت ارتباطی نداشت ($p > 0/05$). تمام جانبازان از ارایه خدمات در این حوزه رضایت نداشتند. بنیاد، فعالیت جدی و متمرکز در این عرصه نداشته است. چنانچه قرار باشد برنامه‌ای طراحی شود توجه به نوع جانبازی خیلی تاثیر ندارد. روی هم‌رفته عملکرد بنیاد در حوزه مسکن و بخش رفاه به‌خصوص برای جانبازان بالای ۵۰٪ قابل قبول بود. هیچ کدام از این عزیزان در این حوزه گله و شکایتی نداشتند. آنها اغلب ماشین‌های مناسب و مسکن در خور داشتند.

"خدا را شکر امورات زندگیمان می‌گذرد و از این بابت شکایتی نیست، گرچه در هر حال کمبودهایی هست" (جانباز آمپوته ۷۰٪).

این قضیه در مورد جانبازان زیر ۵۰٪ تا حدودی متفاوت بود. برخی از آنها رضایت و برخی نارضایتی داشتند.

"بعد از این همه دردسر و جانبازی هنوز سرپناهی نداریم و باید هر سال از این محله به محله دیگری جابه‌جا شویم" (جانباز ترکیبی ۲۵٪).

در مورد مصاحبه اخیر متوجه شدم که فرزند ایشان تصادف کردند و مجبور شدند ۶۰ میلیون تومان دیه پرداخت نمایند و به همین دلیل منزلشان را فروختند و الان مستاجر هستند. جانبازانی که در سنین کمتر از ۴۰ سال قرار داشتند بیشتر مستاجر بودند، اما در سنین بالاتر بیشتر مالک بودند.

روی هم‌رفته نحوه خدمات‌رسانی در این حوزه به نوع جانبازی بستگی نداشت، بلکه بیشتر تحت تاثیر درصد جانبازی بود. جانبازان زیر ۵۰٪ از مولفه‌های مربوط به مسکن رضایت متوسط و جانبازان بالای ۵۰٪ رضایت بالایی داشتند. در بحث خودرو جانبازان زیر ۵۰٪ اصلاً رضایت نداشتند، اما جانبازان بالای ۵۰٪ کاملاً راضی بودند.

خدمات‌رسانی ورزشی: رضایت از خدمات ورزشی برای همه علی‌السویه بود و به نوع مجروحیت ارتباطی نداشت ($p > 0/05$). مصاحبه‌های ما بیانگر این مدعا بودند. سالن بدن‌سازی گرچه مورد استقبال بود، اما تردمیل و دوچرخه برقی در آن نبود. فضای داخلی آن رنگ‌آمیزی مناسبی نداشت و اغلب وسایل کهنه بودند. البته فضای آن به‌لحاظ مترائ مناسب بود. سالن تنیس دارای ۶ میز تنیس بود و با جابه‌جایی مدیریت جدید دیوارها رنگ‌آمیزی و دارای سیستم تهویه مناسبی بود.

"امکانات ورزشی مناسب نیست. توپ و راکت تنیس را خودمان می‌خریم. رنگ سالن هم پول خودمان بود. مدیرکل جدید (حاج آقا عسکری) لطف کردند سیستم خنک‌کننده را راه‌اندازی کردند. اما امکانات ورزشی بنیاد روی هم‌رفته مناسب نیست" (جانباز آمپوته ۷۰٪).

مصاحبه بالا نشان داد که ورزشکاران راضی نیستند، زیرا توپ تنیس و راکت‌ها را خود خریداری می‌کنند و بیان داشتند که بنیاد هرگز در این زمینه خدماتی ارایه نداده است.

چندین روز در هفته سالن فوتسال و سالن استخر نیز به نهادهای دیگر اجاره داده شده بود و جانبازان از آن استفاده نمی‌کردند. همچنین جانبازان از عدم حضور پزشک واهمه داشتند.

"کرمانشاه هیچ‌گونه امکانات ورزشی و تفریحی ندارد. مثلاً در استخر بنیاد کرمانشاه یک پزشک حضور ندارد تا چنانچه مشکلی پیش آمد، رسیدگی کند" (جانباز آمپوته ۵۰٪).

"تنها همین مجموعه ورزشی وجود دارد. کاش در محلات دیگر نیز چنین چیزی وجود داشت. نگاه کنید باشگاه بدن‌سازی اینجا امکانات کافی ندارد. به‌راحتی می‌توان آن را تجهیز کرد" (جانباز ویژه ۳۰٪).

این پرونده توجه ندارند و حرف خودشان را می‌زنند" (جانباز اعصاب و روان ۴۰٪).

از دیگر مشکلات کمیسیون تعیین درصد، عدم دقت در تعیین درصد بود. من شاهد بودم که برخی افراد (۴۰/۱۰٪) واقعاً در تداوم زندگی مشکل داشتند، اما افراد سالمی که هیچ مشکلی در ظاهر نداشتند و مانند یک فرد عادی زندگی و ورزش می‌کردند، ۵۵٪ بودند. جانبازان اعصاب و روان در این زمینه اغلب شکایت داشتند.

"شما نگاه کنید یا و دست ندارم. بیش از ۳۰٪ ترکش توی بدنم هست. ترکش‌ها حتی اجازه نمی‌دهند از سرم. آر. آی بگیرند، اما ۵۵٪ برایم تعیین کردند. تعیین درصد بنیاد واقعاً معیوب و غیرمنصفانه است" (جانباز ترکیبی).

"مشکل جدی کمیسیون پزشکی این است که در تعیین درصد دقت لازم را ندارند. مخصوصاً در مورد اعصاب و روان اشتباه می‌کنند" (جانباز اعصاب و روان ۳۰٪).

معیار تعیین درصد، گزارش سانحه است. طبیعی است در شرایط جنگ و اضطراب خیلی از زوایای آسیب‌دیدگی معلوم نیست و در گزارش نیامده است. لازم است که پزشکان این کمیسیون با دقت و نگاه کلی به این موارد توجه کنند.

"مشکل جدی کمیسیون پزشکی برداشت آنها از گزارش سانحه است. این گزارشات اغلب هنگام جنگ و در شرایط اضطراب نوشته شده‌اند و در اغلب موارد دقت لازم را ندارند. البته اون موقع کسی هم به این مساله توجه نداشت. برای مثال در مورد من که سال ۶۷ مجروح شدم در گزارش گواهی مجروحیت علت را "ترکش خمپاره دشمن بعضی از ناحیه چشم راست" عنوان کرده‌اند. در صورتی که موج انفجار مجروحیت اعصاب و روان را برای من نیز داشت. حالا کمیسیون پزشکی به خاطر عدم ذکر موج انفجار در گزارش قبول ندارد که خمپاره همراه با موج انفجار است. نمی‌دانم با چه زبانی به آنها بفهمانم که این دو ملازم همدیگرند" (جانباز ترکیبی ۴۰٪).

"در گزارش سانحه، اشاره‌ای به ترکش‌های توی سر من نشده است. کمیسیون پزشکی نیز به همین خاطر قبول ندارد و درصد جانبازی من را پایین زده‌اند. کسی نیست به اینها بفهماند مگر من می‌توانم ترکش خمپاره توی سر خودم فرو کنم. مگر کسی توی دنیا این کار را کرده که من نفر بعدی باشم. واقعاً نمی‌دانم با چه زبانی با آنها صحبت کنم" (جانباز اعصاب و روان ۳۵٪).

"گزارش سانحه دقیق نبوده و به خاطر اصابت ترکش خمپاره درصد چشم زدن و اشاره‌ای به اعصاب و روان نکردند" (جانباز ۴۰٪).

مشکل دیگری که کمیسیون تعیین درصد دارد این است که جانبازان عزیز پیر می‌شوند و بدن آنها طراوت و جوانی خود را از دست می‌دهد و لازم است با این مهم درصد جانبازی آنها بالاتر رود، اما چنین کاری در عمل اتفاق نمی‌افتد.

"تعیین درصد کمیسیون پزشکی هر چهار سال یک‌بار و حتی گاهی بیشتر است. جلسات خیلی دیر تشکیل می‌شوند و خیلی هم دقیق نیستند. برای مثال بنده سال ۱۳۷۸ جانباز ۴۰٪ بودم، سال ۱۳۸۹ نیز ۴۰٪ زدن. تنها تفاوتی که داشت ۵٪ از بقیه موارد کم و به ۵٪ اعصاب و روان تغییر دادند" (جانباز ترکیبی ۴۰٪).

مشکل جدی که کمیسیون تعیین درصد درگیر آن است، حب و بغض است و تهدیدی که از طریق آن جانبازان را مجبور به سکوت می‌کنند.

"چنانچه با هر کدام از اعضای کمیسیون تعیین درصد درگیر شوی حتماً درصد جانبازی را کم خواهند کرد. من سال ۱۳۸۹، جانباز ۴۰٪ بودم اما الان ۳۵٪ هستم" (جانباز ۳۵٪).

به نظر می‌رسد در تعیین پزشکان کمیسیون دقت زیادی لازم است. "اگره پیش پزشک خصوصی می‌ریم که قبول ندارند. معتقدند که این پزشکان در ارزیابی شدت جانبازی غلو می‌کنند. خود بنیاد هم پزشک حاذق و دلسوز ندارد. بهتره پزشک خوب بیارن و درصدها را درست تشخیص بدهند تا بیش از این هم به ما توهین نشه" (جانباز ویژه).

بعضی از پزشکان خود جانباز هستند و مشکلات آنها را درک می‌کنند. بهتر است که در تیم تعیین درصد، این افراد هم حضور داشته باشند. برای مثال بیشتر جانبازان آمپوته اعتقاد داشتند دکتر سیروس رضایی یکی از پزشک‌های معتمد آنهاست.

خدمات‌رسانی در بخش تعاون: نوع مجروحیت بر رضایت از خدمات‌رسانی در حوزه تعاون تأثیری نداشت ($p > 0/05$).

خدمات‌رسانی در حیطه فضای شهری: نوع مجروحیت بر رضایت از طراحی پیاده‌رو ($p = 0/009$; $v = 0/236$)، خیابان ($p = 0/05$; $v = 0/05$)، اتوبوس و ناوگان شهری ($p = 0/003$; $v = 0/17$)، پارک‌ها ($p = 0/171$; $v = 0/006$) و مراکز خرید و پاساژها ($p = 0/002$; $v = 0/181$) تأثیر داشت. در مورد طراحی پیاده‌رو جانبازان آمپوته، در مورد طراحی خیابان جانبازان آمپوته، ویژه و ترکیبی و در مورد طراحی پارک و مراکز خرید و پاساژها جانبازان آمپوته و ترکیبی کمترین رضایت را داشتند. بیشترین میزان رضایت هم در تمام موارد مربوط به جانبازان اعصاب و روان بود. البته باید در نظر داشت که بعضی از جانبازان آمپوته مشکل حرکت‌کردن نداشتند. آنها از ناحیه دست جانباز بودند.

گذران اوقات فراغت: نوع مجروحیت بر تماشای برنامه‌های سرگرمی تلویزیون تأثیر داشت ($p = 0/001$; $v = 0/222$). جانبازان آمپوته بیشترین استفاده از برنامه‌های سرگرمی تلویزیون و جانبازان شیمیایی و اعصاب و روان کمترین استفاده از چنین برنامه‌هایی را داشتند.

نوع مجروحیت با شرکت در مراسم مذهبی مرتبط بود ($p = 0/139$; $v = 0/007$). همچنین نوع مجروحیت بر گوش‌دادن به موسیقی سنتی ($p = 0/001$; $v = 0/199$) و برنامه‌های دینی تلویزیون ($p = 0/180$; $v = 0/002$) تأثیر داشت. جانبازان آمپوته بیشترین مصرف موسیقی سنتی و برنامه‌های دینی تلویزیون را داشتند. آنان به خاطر عدم تحرک و جابه‌جایی بیشتر در خانه هستند و به موسیقی گوش می‌دهند. جانبازان شیمیایی، اعصاب و روان و ترکیبی مصرف موسیقی سنتی و برنامه‌های دینی کمتری داشتند.

نوع مجروحیت بر رفتن به پارک نیز مؤثر بود ($p = 0/001$; $v = 0/204$). جانبازان شیمیایی کمتر از دیگران و جانبازان ویژه بیشتر از همه به پارک می‌رفتند. به نظر می‌رسد جانبازان اعصاب و روان بیش از دیگران به پارک رفتن نیازمند هستند.

مصرف شبکه‌های ماهواره‌ای نیز با نوع مجروحیت رابطه داشت ($p = 0/001$; $v = 0/28$). جانبازان آمپوته بیشترین مصرف برنامه‌های ماهواره‌ای و جانبازان اعصاب و روان کمترین مصرف را داشتند.

نوع مجروحیت بر رفتن به سینما، مطالعه‌کردن و روزنامه‌خواندن تأثیری نداشت ($p > 0/05$). ظاهراً جانبازان در حوزه مطالعه کتاب مانند هم هستند و رغبت چندانی به این کار ندارند. اتفاقاً این حوزه‌ای است که می‌تواند برای همگان مفید باشد.

جایگاه جانباز در خانواده: اختلاف میانگین جایگاه جانبازان در درون خانواده بر حسب نوع مجروحیت به لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($p > 0/05$). گرچه میانگین مذکور معنی‌دار نبود، اما بالاترین جایگاه در خانواده به ترتیب از بالا به پایین مربوط به نوع مجروحیت

بهبودترین شرایط را داشتند. به احتمال بیش از ۹۵٪ اختلاف میانگین کیفیت زندگی (۱۶/۳۴) میان جانبازان آمپوته و شیمیایی (p=۰/۰۰۱) و اختلاف میانگین کیفیت زندگی (۱۱/۴۲) میان جانبازان آمپوته و اعصاب و روان (p=۰/۰۲) قابل تعمیم به جامعه آماری است. روی هم رفته، کیفیت زندگی جانبازان آمپوته به مراتب بهتر بود. آنها هم به لحاظ جسمی راحت‌تر هستند و هم به لحاظ روانی و در تعاملات اجتماعی با جامعه و خانواده موفق‌ترند. اما جانبازان شیمیایی و اعصاب و روان در سطح پایین‌تری قرار داشتند.

آمپوته (۲۵/۲۴±۵/۵۱)، ویژه (۲۵/۰۵±۴/۲۴)، ترکیبی (۲۴/۳۷±۴/۷۰)، اعصاب و روان (۲۴/۲۸±۵/۲۵) و شیمیایی (۲۴/۱۴±۴/۰۴) بود.

کیفیت زندگی: اختلاف میانگین کیفیت زندگی بر حسب نوع مجروحیت به لحاظ آماری معنی‌دار بود (p=۰/۰۰۰۱). بالاترین میانگین کیفیت زندگی به ترتیب مربوط به نوع مجروحیت آمپوته (۲۹/۲۳±۱۱۹/۹۴)، ویژه (۹۶/۲۰±۱۱۵/۵۵)، ترکیبی (۷۴/۱۸±۱۱۳/۵۶) اعصاب و روان (۱۶/۱۷±۱۰۸/۵۲) و شیمیایی (۴۸/۲۱±۱۰۳/۵۹) بود. جانبازان شیمیایی بدترین و جانبازان آمپوته

جدول ۱) نیاز به آموزش مهارت‌های زندگی بر حسب نوع مجروحیت

نوع مجروحیت	نیاز به آموزش برای جانباز	نیاز به آموزش برای خانواده جانباز	موضوع مورد بحث (به ترتیب اولویت)
شیمیایی	خیلی زیاد	الزامی و اجباری*	بهداشت و درمان، روابط اجتماعی
	خیلی خیلی زیاد*	الزامی و اجباری*	بهداشت و درمان، روابط اجتماعی
اعصاب و روان	خیلی خیلی زیاد*	الزامی و اجباری*	روابط اجتماعی، روان‌شناسی
	خیلی خیلی زیاد*	الزامی و اجباری*	روابط اجتماعی، روان‌شناسی
آمپوته	خیلی زیاد	اختیاری	روابط خانوادگی، فضای شهری، اینترنت
	خیلی خیلی زیاد*	الزامی و اجباری*	روابط خانوادگی، فضای شهری، اینترنت
ترکیبی	زیاد	اختیاری	متنوع
	خیلی زیاد	الزامی	روابط اجتماعی، متنوع
ویژه	زیاد	اختیاری	متنوع
	خیلی زیاد	الزامی	روابط اجتماعی، متنوع

موارد حد*

مذکور دارای دو بخش هستند، کلاس‌هایی که برای تمام جانبازان علی‌السویه است و محتوای این کلاس‌ها می‌تواند آموزش مدارا، هنر گفتگو و نظایر آن باشد. بعضی کلاس‌ها نیز براساس نوع جانبازی با هم فرق می‌کنند. برای مثال کلاس مهارت‌های زندگی برای جانباز ویلچری، شیمیایی یا اعصاب و روان کاملاً فرق دارند. محتوای مباحث این کلاس‌ها می‌تواند برای جانبازان شیمیایی به صورت بهداشت و سلامت و مهارت‌های زندگی، برای جانبازان اعصاب و روان به صورت روان‌شناسی و مدارای اجتماعی، مهارت‌های زندگی و مهارت‌های کلامی، برای جانبازان آمپوته مهارت‌های حرکتی، دانش مربوط به فضاهای شهری، مهارت‌های زندگی و مهارت‌های کلامی و برای جانبازان ترکیبی و ویژه به صورت متنوع باشد.

۲- برگزاری کلاس آموزشی برای خانواده جانبازان (به ویژه همسران) به منظور تقویت روحیه آنها: لازم است اساتید و روسای دانشگاه‌ها برای این جلسات دعوت شوند. افزایش مهارت‌های زندگی و تمرین تساهل از مهم‌ترین این بحث‌هاست. نکته کلیدی دیگر در این کلاس‌ها آموزش هنر گفتگو است و اینکه افراد یاد بگیرند چگونه خود را بخشی از گفتگو ببینند و یاد بگیرند که مشکلات طرف دیگر را درک کرده و از خودمحوری دوری نمایند.

۳- حذف شهریه ثبت نام در مدارس شاهد برای جانبازان زیر ۵۰٪. ۴- برگزاری کلاس توجیهی برای کارمندان بنیاد در راستای تکریم ارباب رجوع: از آنجا که زندگی کارمندی در معرض خطر عادت و روزمرگی قرار دارد، لازم است که کارمندان محترم این سازمان در کلاس‌های مختلف ضمن خدمت که محتوای آنها نحوه تعامل

بحث

خدمات‌رسانی آموزشی: رضایت از نحوه خدمات‌رسانی آموزشی به نوع مجروحیت ارتباطی نداشت. آنها اغلب در این زمینه تلقی برابری داشتند. چون این خدمات به تحصیل فرزندان یا تحصیل در دانشگاه مرتبط است و خارج از خانه محسوب می‌شود، خیلی به نوع مجروحیت افراد مرتبط نمی‌شود و برای همگان علی‌السویه است. به نظر می‌رسد بنیاد در بحث آموزش رسمی، کاری بیش از پرداختن هزینه از پیش نخواهد برد. لازم است که به مقوله آموزش‌های غیررسمی در حیطه مهارت زندگی پرداخته شود. آموزش صرفاً محدود به مدرسه و دانشگاه یا سنین خاصی نیست. انسان در تمام مراحل عمر و در تمام مکان‌ها نیاز به آموزش دارد. برای جانبازان فراگیری مهارت‌های زندگی در خانواده و عرصه عمومی حیاتی است. موضوعی که در برنامه‌های بنیاد مغفول است. در واقع این نوع آموزش به واقعیت زندگی جانباز نزدیک‌تر و عینی‌تر است. این مهارت‌ها در عرصه‌های مختلفی نظیر تعامل جانباز با همسر، تعامل جانباز با فرزندان، تعامل جانباز با خویشاوندان، تعامل جانباز با عامه مردم و سازمان‌های دولتی، تقویت مهارت‌های جسمی، شان و منزلت جانباز و توانمند کردن وی است

آموزش‌های غیررسمی برای خانواده‌های جانبازان لازم و ضروری است و محتوای این آموزش‌ها به نوع مجروحیت ارتباط دارد. پیشنهادت ارایه شده در این زمینه، به شرح زیر است:

۱- ارایه کلاس‌های آموزشی برای جانبازان: بنیاد می‌تواند از فضای آموزشی نظیر مدارس شاهد برای این مهم کمک بگیرد. کلاس‌های

مثبت با جانبازان است، شرکت کنند.

خدمات رسانی رفاهی: رضایت از نحوه خدمات رسانی رفاهی با نوع مجروحیت ارتباطی نداشت و نمی‌توان گفت که فلان گروه جانبازان برای ارایه این خدمات نسبت به دیگران اولویت دارد و می‌توان این خدمات را برای همگان برابر دانست. پیشنهادات ارایه شده در این زمینه، به شرح زیر است:

۱- احداث شهرک جانبازان یا چندین بلوک ساختمانی مخصوص جانبازان: از آنجا که جانبازان نیازمند خدمات متنوع و گسترده‌ای هستند، در کنار هم بودن آنها دسترسی و خدمات رسانی را آسان‌تر می‌کند. برای مثال می‌توان با تاسیس یک اتاق بیمه و به کارگماردن یک نفر در شهرک تمام کارهای بیمه‌ای جانبازان را انجام داد تا نارضایتی آنها در این بخش مرتفع شود. همچنین با طراحی شهری مناسب در این شهرک می‌توان مشکل رفت و آمد جانبازان قطع عضو را از بین برد. یکی از ویژگی‌های ارزنده این کار این است که شانس دسترسی به طراحی‌های مختلف در عرصه ساخت و ساز و به اشتراک گذاشتن تجارب را ممکن می‌سازد. یکی از راه‌های تداوم این شهرک با ساختار جانبازی و عدم دخالت سوداگران این است که تا صد سال حق فروش نداشته باشند. همچنین می‌توان با ایجاد فضاهای متناسب با اوقات فراغت نسخ‌های مختلف جانبازی، مشکل فراغت جانبازان را حل کرد.

۲- محدود کردن حوزه خدمات رفاهی و بالابردن کیفیت آن.

۳- ارایه تسهیلات خودرو برای جانبازان زیر ۵۰٪ به گونه‌ای که احساس تبعیض نسبت به افراد بالای ۵۰٪ نداشته باشند.

۴- کارت جانباز برای حمل و نقل عمومی: بعضی جانبازان توان رانندگی و بضاعتهای مالی برای خرید خودرو ندارند. بهتر این است که آنها از خدمات عمومی به طور رایگان استفاده نمایند. کارت جانبازی می‌تواند این مهم را عملیاتی کند.

خدمات رسانی ورزشی: رضایت از خدمات ورزشی برای همه علی‌السویه بود و به نوع مجروحیت ارتباطی نداشت. در مباحث کیفی مشخص شد که نوع ورزش بر حسب نوع مجروحیت فرق می‌کند. عموماً جانبازان ویلچری بیشتر به تنیس، جانبازان ویژه به بدن‌سازی و جانبازان اعصاب و روان به استخر گرایش داشتند. چنانچه به طور کلی به قضیه نگاه کنیم جانبازان چندان به فعالیت‌های ورزشی علاقه نشان نمی‌دهند. پیشنهادات ارایه شده در این زمینه، به شرح زیر است:

۱- تاسیس باشگاه جانبازان در شهرستان‌ها: جانبازان به خاطر نقص عضو نمی‌توانند در مکان‌های عمومی حضور یابند و در مواردی احساس خودکم‌بینی می‌کنند. ضروری است که آنها باشگاه مخصوص خود را داشته باشند. چنانچه امکانات و بودجه نیست، می‌توانند یک‌بار در هفته یکی از باشگاه‌های شهر را اجاره کنند.

۲- طراحی و تدوین مسابقات ورزشی به طور منظم و اهدای جوایز.

۳- حضور معلولان ورزشکار در باشگاه جانبازان به منظور تشویق و همراهی با یکدیگر.

۴- تعامل با سازمان تربیت‌بدنی برای استفاده از سالن‌های ورزشی: در شهرستان‌های تابع کرمانشاه مجتمع ورزشی مخصوص جانبازان وجود ندارد. همچنین تنها مجتمع کرمانشاه هم امکان دسترسی برای جانبازان را مشکل ساخته است. بهتر است که بنیاد با سازمان تربیت‌بدنی برای اجاره یک روز برخی سالن‌ها برای جانبازان و خانواده‌های آنها هماهنگ شود.

۵- حضور پزشک و نجات‌گریق در استخر جانبازان: این کار به جانبازانی که مشکل تنفسی و حرکتی دارند، جرات می‌دهد که

به راحتی از فضای استخر لذت ببرند.

خدمات رسانی فرهنگی: رضایت از نحوه خدمات رسانی فرهنگی به نوع مجروحیت ارتباطی نداشت. به بیان دیگر، در برنامه‌ریزی‌های این حوزه توجه به نوع مجروحیت نمی‌تواند خیلی تاثیرگذار باشد. اما در روش کیفی مشخص شد که جانبازان ناتوان حرکتی نیازمند توجه ویژه‌ای در مورد سفرهای زیارتی هستند. پیشنهادات ارایه شده در این زمینه، به شرح زیر است:

۱- تهیه نشریه داخلی برای بنیاد: این نشریه می‌تواند به صورت هفتگی و با امکانات بسیار اندکی منتشر شود. نشریه باید توسط جانبازان اداره شود و تمام مشکلات، شادی‌ها و شرایط زندگی آنها در آن منعکس شود. نشریه مذکور می‌تواند در دو صفحه A4 در مراحل اولیه منتشر شده و سپس با کیفیت بهتری ارایه شود. ضروری است که این نشریه از تبلیغ کردن برای افرادی خاص یا دفاع از گروهی از جانبازان بپرهیزد.

۲- برگزاری مسابقات قرآن، نهج البلاغه و ارایه جوایز برای برندگان.

۳- برگزاری نشست‌های تحلیل و نقد و بررسی کتب.

۴- برگزاری نشست‌های تحلیل و نقد و بررسی فیلم‌های مربوط به جانبازان، نظیر از کرخه تا راین.

۵- ملاقات با جانبازان بر حسب برنامه‌ای مدون: یکی از مولفه‌های جدی فرهنگی در زندگی جانبازان ملاقات مسئولان با آنهاست. به نظر می‌رسد این مولفه نزد آنها جایگاه ارزشمندی دارد. لذا بهتر است که بنیاد یا براساس درصد جانبازی یا بر حسب نوع جانبازی چنان برنامه‌ریزی نماید که بتواند ظرف دو یا سه سال از منزل این عزیزان ملاقات به عمل آورد.

۶- تهیه اردوهای سیاحتی و زیارتی: بهتر است بنیاد تورهایی زیارتی را در این زمینه تدارک ببیند و سعی نماید با تقبل بخشی از هزینه سفر و مشارکت دادن آنها نیز زمینه فرح بخشی را برای خانواده عزیزان فراهم آورد. چون برخی جانبازان توانایی رانندگی کردن ندارند لازم است که به صورت تور باشد. سفر به مکان‌های مذهبی یکی از خواسته‌های جدی خانواده جانبازان است.

خدمات رسانی بهداشتی و درمانی: نوع مجروحیت بر رضایت از برخی مولفه‌های بهداشتی و درمانی (بیمه‌های درمانی تکمیلی و خدمات دندان پزشکی) موثر بود. در روش کیفی مشخص شد که خدمات پزشکی با نوع جانبازی ارتباط دارد. جانبازان شیمیایی در تهیه دستگاه اکسیژن‌ساز، داروهای خاص، هزینه بیمارستان، انواع پیشگیری‌ها، اعزام درمانی و پایش سلامت شدیداً نیازمند هستند و لازم است توجه خاصی به این عزیزان بشود. جانبازان اعصاب و روان و شیمیایی باید در بحث امور اداری مورد توجه ویژه قرار گیرند. جانبازان آمپوته در بخش فیزیوتراپی، توان بخشی و پروتز نیازمند توجه ویژه هستند. جانبازان ترکیبی و ویژه هم به فراخور مشکل جسمی که دارند نیازمند توجه هستند. پیشنهادات ارایه شده در این زمینه، به شرح زیر است:

۱- تاسیس درمانگاه اختصاصی جانبازان: از آنجا که نهادهایی چون سپاه پاسداران، ارتش و غیره درمانگاه و بیمارستان مخصوص خود دارند، ضروری است که جانبازان نیز دارای چنین امکاناتی باشند تا بتوانند تمام موارد درمانی خود را دریافت نمایند و تمام مشکلات بیمه‌ای آنها در همین مکان مرتفع شود. این بدان خاطر است که جانبازان برای برگرداندن هزینه‌های درمانی خویش مجبورند علی‌رغم مشکلات جسمانی، مرارت پیگیری بیمه را نیز به دوش بکشند که از نظر آنها کار طاقت‌فرسایی است، مخصوصاً برای

توپوگرافی چنین چیزی ممکن نیست، ضروری است صرفاً مسیر جانبازان و معلولان مشخص و هم‌سطح شود.

۲- مناسب‌سازی خیابان‌ها، پیاده‌روها و ورودی مغازه‌ها: حق رفت‌وآمد به مغازه‌ها و پاساژها و مراکز خرید حق تمام اقشار و گروه‌های اجتماعی است. جانبازان و معلولان نیز دارای چنین حقی هستند و معلولیت نباید آنها را از چنین حقی محروم سازد. ضروری است اختلاف مغازه‌ها با تعبیه رمپ رفع شود و محل تلاقی کوچه‌ها و پیاده‌روها که اغلب دارای ناهمواری و دست‌انداز است نیز اصلاح شود. در طراحی جدید در قسمت تعریض خیابان مدرس محل عبور ویلچرها دقیق و با مصالح پردوام ساخته شود.

۳- مناسب‌سازی پارک‌ها و ساختمان‌های دولتی: لازم است محل عبور ویلچر در پارک‌ها مشخص باشد، ورودی ساختمان‌های دولتی دارای رمپ باشد و داخل طبقات آنها هم‌سطح شود. همچنین آسانسورهای مناسب در طبقات آنها تعبیه شود.

۴- مناسب‌سازی کامل ساختمان بنیاد شهید: ضروری است که ساختمان‌های بنیاد شهید از هر لحاظ با شرایط جانبازان مناسب‌سازی شود. این مطلب در مورد رمپ‌ها مناسب است، اما در مورد دستشویی‌ها چنین نیست. دستشویی‌ها توالیت فرنگی ندارند.

۵- محل پارک ماشین مخصوص جانبازان: از آنجا که جانبازان قطع عضو قدرت تحرک مکانی چندانی ندارند، بهتر است در خیابان‌ها و برخی معابر عمومی محل پارک ماشین برای آنها در نظر گرفته شود. چون تعداد جانبازان شهر و استان کرمانشاه زیاد است بهتر است این جایگاه‌ها بیشتر باشد.

۶- نصب تابلوی جانبازی جلوی منزل جانبازان: این کار سبب می‌شود که هنگام تعمیرات داخل کوچه و حفر کانال یا نظایر آن به ایاب و ذهاب جانباز توجه شود تا در این کار خللی وارد نشود و ماشین‌ها در آنجا پارک و مزاحمت ایجاد نکنند.

گذران اوقات فراغت: نوع مجروحیت در این حوزه نیز نقش اساسی داشت. جانبازان آمپوته به‌خاطر مشکل حرکتی و مناسب‌نبودن فضای شهری اغلب به برنامه‌های تلویزیون توجه می‌کنند و موسیقی گوش می‌دهند. جانبازان شیمیایی کمتر از همه به پارک می‌روند. اغلب جانبازان به سینما نمی‌روند، البته فرهنگ سینما رفتن در سطح شهر به‌طور کلی پایین است. همچنین این عزیزان مطالعه نمی‌کنند یا روزنامه نمی‌خوانند. فراغت جانبازان از مهم‌ترین حوزه‌هایی است که در تقویت کیفیت زندگی آنها نقش دارد. پیشنهادات ارایه‌شده در این زمینه، به شرح زیر است:

۱- احداث پارک جانبازان: اخیراً در ایران پارک انرژی و پارک بانوان ایجاد شده است. به‌نظر می‌رسد پارک جانبازان نیز می‌تواند در این عرصه مناسب باشد. طراحی محل رفت‌وآمد ویلچرها، خانه فرهنگ و سرای محله در آن امکان تشکیل کلاس‌های مشاوره‌ای را ممکن می‌سازد. همچنین آلاچیق‌های آن را می‌توان در چندین نوع و مدل متناسب با نوع جانبازی ساخت.

۲- تدوین برنامه‌های فراغتی: فراغت جانبازان مبتنی بر نوع جانبازی است. در مورد جانبازانی که کمتر توان جابه‌جایی دارند بهتر است ضمن توانمندسازی آنها در زمینه استفاده از اینترنت و نرم‌افزارهای مربوط، این جانبازان در تهیه نشریه داخلی بنیاد مشارکت نمایند. برای جانبازان اعصاب و روان برنامه‌های کوهنوردی و مسابقات کتابخوانی مناسب است.

جایگاه در خانواده و کیفیت زندگی: جایگاه در خانواده به نوع مجروحیت ارتباط داشت. گرچه اختلاف میانگین مذکور معنی‌دار نبود، اما بالاترین جایگاه در خانواده به ترتیب از بالا به پایین

جانبازان اعصاب و روان، شیمیایی و ویلچری‌ها.

۲- اصلاح ساختار کمیسیون پزشکی و تعیین درصد: شکایات زیادی مبنی بر عدم صلاحیت تیم کمیسیون تعیین درصد وجود داشت. ضروری است پزشک‌هایی که قایل به رویکرد پزشک‌محور هستند کنار گذاشته شوند و پزشک‌های بیمارمحور جایگزین آنها شوند یا حداقل اینکه تعداد آنها در ساختار کمیسیون برابر باشد.

۳- همکاری با مراکز درمانی برای خارج از نوبت‌بودن جانبازان: یکی از مشکلات جانبازان تحمل صف‌های طولانی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی نظیر کلینیک‌ها و مراکز دیابت است. ضروری است که مسئولان بنیاد از طریق شورای تامین استان و همکاری و استناداری ترتیبی اتخاذ نمایند که این عزیزان یا جانبازان بالای ۵۰٪ و جانبازان شیمیایی و اعصاب و روان توی این صف‌های طولانی قرار نگیرند.

۴- تعویض کپسول اکسیژن: با تهیه نیسان و یک کارگر می‌توان روزانه کپسول اکسیژن جانبازان را از در خانه‌ها تحویل و ضمن پرکردن آنها به خانواده‌ها برگرداند. این کار هزینه چندانی برای بنیاد در بر ندارد و بسیاری از مشکلات این عزیزان را مرتفع خواهد نمود.

۵- ضروری است تعداد آمبولانس‌های بنیاد بیشتر و راننده‌های مجرب‌تری برای این کار تعیین شود.

۶- لازم است جانبازان ویلچری برای ارتقای زندگی خود بیش از یک ویلچر داشته باشند، حداقل یکی برای بیرون و یکی برای داخل خانه.

خدمات‌رسانی در بخش تعاون: ارایه این خدمات برای همه جانبازان لازم و علی‌السویه بود و ربطی به نوع مجروحیت نداشت. پیشنهادات ارایه‌شده در این زمینه، به شرح زیر است:

۱- هدفمندکردن حق پرستاری: بعضی از جانبازان به مراقبت‌های خاصی در خانه نیاز دارند و بعضی حتی به مراقبت نیاز ندارند. لازم است در این مورد نیازسنجی دقیقی صورت گیرد و نحوه پرداخت‌ها متفاوت شود. قطعاً جانبازی که در طول شبانه‌روز مجبور است از دو شیفت پرستار برای انجام کارهای خویش کمک بگیرد با کسی که در بعضی موارد به کمک نیاز دارد کاملاً متفاوت هستند.

۲- لحاظ‌کردن هزینه نگهداری از فرزندان معلول: جانبازانی که قطع پا، اعصاب و روان یا شیمیایی هستند و فرزند معلول دارند دارای شرایط دشواری هستند. هزینه نگهداری فرزندان برای این عزیزان باید مناسب و هدفمند باشد.

۳- هزینه‌های مازاد بر بیمه‌های تکمیلی برای جانبازان شیمیایی ضروری است. جانبازان آمپوته و اعصاب و روان نیازی به آن ندارند.

خدمات‌رسانی در حیطه فضای شهری: نوع مجروحیت در این حوزه نقش اساسی داشت. به ترتیب جانبازان آمپوته، ترکیبی و ویژه بیشترین تاثیر را از فضای شهری نظیر طراحی پیاده‌رو، خیابان‌ها، اتوبوس و ناوگان شهری، مدارس و دانشگاه‌ها، پارک‌ها و مراکز خرید می‌پذیرفتند. فضای شهری کرمانشاه و شهرهای تابع به‌نحوی است که امکان جابه‌جایی و تحرک را برای این عزیزان دشوار ساخته است. مناسب‌سازی فضای شهری یکی از مولفه‌های جدی در ارتقای کیفیت زندگی برای جانبازان و معلولان است. ضروری است بنیاد و شهرداری در این زمینه فعالیت‌های مشترکی داشته باشند و کارگروه‌هایی را به‌کار گیرند. اقدامات فوری که در این زمینه لازمند عبارتند از:

۱- مناسب‌سازی کوچه‌ها و معابر شهری: هموارسازی و مسطح‌بودن کوچه‌ها برای جانبازان و معلولان ضروری است. چنانچه به‌خاطر

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به این موارد اشاره کرد: ۱- اطلاعات ما در مورد افراد جامعه آماری مربوط به دو سال پیش بود که این امر مشکلاتی را برای ما به همراه داشت؛ به‌عنوان مثال در مواردی شماره تلفن آنها عوض شده بود و امکان دسترسی به آنها نبود یا با مراجعه به درب منزل آنها متوجه می‌شدیم که از آن مکان به محله یا شهر دیگری رفته‌اند. همچنین بعضی از نمونه‌های انتخابی ما فوت شده بودند و خانواده‌ها حاضر به همکاری نبودند. ۲- بسیاری از نمونه‌های ما امنیتی به قضیه نگاه می‌کردند و وقت زیادی را به پرسش و پاسخ درباره اینکه ما از کجا آمدیم صرف می‌کردند. آنها معرفی‌نامه را جدی نمی‌دانستند و از طریق تماس با حراست بنیاد، راستی‌آزمایی می‌کردند.

در پایان توصیه می‌شود تا مسئولان امر با در نظر گرفتن نیازهای مطرح شده و سطح رضایت‌مندی جانبازان از نحوه خدمات‌رسانی، در جهت افزایش کیفیت زندگی این عزیزان اقدامات لازم را مبذول نمایند.

نتیجه‌گیری

رضایت از نحوه خدمات‌رسانی آموزشی، رفاهی، ورزشی، فرهنگی و بخش تعاون با نوع مجروحیت رابطه‌ای ندارد، اما نحوه خدمات‌رسانی بهداشتی و درمانی در مولفه‌های بیمه‌های درمانی تکمیلی و خدمات دندان‌پزشکی، نحوه خدمات‌رسانی در حیطه فضای شهری در مولفه‌های طراحی پیاده‌رو، خیابان، اتوبوس و ناوگان شهری، پارک‌ها و مراکز خرید و پاساژها و نحوه گذران اوقات فراغت در مولفه‌های تماشای برنامه‌های سرگرمی تلویزیون، شرکت در مراسم مذهبی، گوش‌دادن به موسیقی سنتی، گوش‌دادن به برنامه‌های دینی تلویزیون، رفتن به پارک و مصرف شبکه‌های ماهواره‌ای با نوع مجروحیت رابطه دارند. همچنین نوع مجروحیت بر کیفیت زندگی جانبازان موثر است.

تشکر و قدردانی: از مسئولان محترم سازمان بنیاد شهید و امور ایثارگران استان کرمانشاه به‌ویژه سرکار خانم /برهیمی و سرکار خانم چرغی صمیمانه قدردانی به‌عمل می‌آید.

تأییدیه اخلاقی: مجوزهای لازم برای انجام پژوهش از حراست بنیاد شهید استان کرمانشاه اخذ شد.

تعارض منافع: موردی از سوی نویسندگان بیان نشده است.
منابع مالی: این طرح با حمایت مالی بنیاد شهید و امور ایثارگران استان کرمانشاه انجام شده است.

منابع

- 1- Toffler A, Toffler H. War and Anti-war. Besharat M, translator. New York: Warner Books, Inc;1993.
- 2- Rabbani Khurasgani A, Kianpour M. An introduction to theoretical approaches and practical definitions of quality of life. J Soc Work. 2006;5(4):42-57.
- 3- Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The world health organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial; A report from the WHOQOL group. Q life Res. 2004;13(2):299-310.
- 4- Jenkinson C. Quality of life and health: Concepts, methods and applications. Qual Health Care. 1996;5(4):260.
- 5- Ghaffari GH, Omid R. Quality of life index of social development. Tehran: Shirazeh Press; 2011. [Persian]

مربوط به آمپوته، ویژه، ترکیبی، اعصاب و روان و شیمیایی بود. مطالعات کیفی بیانگر آن بودند که جانبازان اعصاب و روان به مشاوره و کلاس‌های آموزشی، جانبازان آمپوته به مناسب‌سازی خانه و جانبازان شیمیایی به بهداشتی‌کردن بیشتر فضای خانه و دسترسی به داروهای خاص نیاز دارند. اما کیفیت زندگی جانبازان بر حسب نوع مجروحیت تفاوت داشت. جانبازان شیمیایی و اعصاب و روان کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند. این در حالی است که جانبازان آمپوته و ویژه به‌نسبت در شرایط بهتری بودند. پیشنهادات ارائه‌شده در این زمینه، به‌شرح زیر است:

۱- تقدیر و تشکر از همسران جانبازان: همسران جانبازان مشکلات بسیاری را تحمل کرده و اکنون نیز بار سخت مشکلات زندگی را به دوش می‌کشند. ضروری است در حد امکانات از این عزیزان دعوت به‌عمل آید تا مراتب تشکر و قدردانی انجام شود. این امر می‌تواند به‌صورت برگزاری همایش یا اختصاص حق پرستاری به خود آنها باشد.

۲- مناسب‌سازی مسکن جانباز: لازم است جانبازان قطع عضو، ویلچری، اعصاب و روان، شیمیایی و غیره، مسکن مناسب با شرایط خویش داشته باشند. برای مثال انواع رمپ ورودی حیاط، ورودی خانه و شیب آن باید کاملاً با توانایی‌های جانباز و نوع ویلچر آن تناسب داشته باشد. خانه‌های بدون پله، کف هم‌سطح و راهروهای مناسب برای این کار ضروری است. ضروری است کابینت آشپزخانه مناسب با ویلچر باشد و به‌نحوی طراحی شود که دسترسی به آنها مقدور شود. ضروری است سرویس بهداشتی با نحوه ورود ویلچر همساز و طراحی‌های انجام‌شده در این زمینه مد نظر قرار گیرد. اختصاص متراژ مسکونی و حیاط و نحوه استفاده از فضای سبز بر حسب نوع جانبازی فرق دارد. جانبازانی که عمده وقت خود را به‌ناچار در خانه می‌گذرانند می‌بایست فضای باز بیشتری در اختیار داشته باشند. آپارتمان‌ها و ساختمان‌های آنها به‌ویژه در رمپ‌های ورودی، پارکدها و درب آسانسور می‌بایست مناسب‌سازی شوند. لازم است درب ورودی آنها در قسمت کف هم‌سطح‌سازی شود.

۳- طراحی‌های زیادی برای خوانایی فضای خانه برای کمک به نابینایان انجام گرفته، لازم است که این طرح‌ها در دستور کار سازندگان خانه جانبازان نابینا یا کم‌بینا قرار گیرد.

۴- طراحی اتاق جانباز ویلچری نیاز به متراژ بالاتری دارد، مخصوصاً اگر بیش از یک ویلچر استفاده نماید. گاهی این عزیزان گرمای بدنشان بیش از افراد سالم بالا است و نیاز به کولر گازی دارند. پیشنهاد می‌شود ساخت خانه همراه با ارایه طرح‌های مختلف در خدمت جانبازان قرار گیرد تا این عزیزان خود به طراحی و ساخت خانه مبادرت ورزند.

۵- اشتغال فرزندان: اکثر جانبازان علاوه بر مشکلات جسمی و روحی با معضل بی‌کاری فرزندان نیز روبه‌رو شده‌اند. داده‌ها نشان می‌دهند که تعداد فرزندان این عزیزان زیاد و در سن اشتغال هستند. بی‌کاری فرزندان به مشکلات آنها افزوده است. ضروری است در این زمینه چاره‌ای اندیشیده شود.

۶- آموزش مهارت‌های زندگی برای همسران جانبازان برای بهبود سلامت روانی، افزایش دانش، توانایی و تغییر نگرش و سازگاری با اعضای خانواده لازم و ضروری است.

۷- آموزش مهارت‌های ارتباطی (گوش‌دادن موثر، دوری از خودمحوری، گوش‌دگی در گفتگو، خودافشایی و صادق‌بودن و غیره) برای خانواده‌های جانبازان

Unobtrusive measure (sage classics) revised edition. Chicago: SAGE Publications; 1999.

10- Douglas JD. Review: Investigative social research: Individual and team field research. *American J Sociol.* 1977;83(3):809-11.

11- Bryman A. Integrating quantitative and qualitative research: how is it done?. *J Qual Res.* 2006;6(1):97-113.

12- Jick TD. Mixing qualitative and quantitative Methods: triangulation in action. *Adm Sci Q.* 1979;24(4):602-11.

6- Ferrans CE. Conceptualization of quality of life in cardiovascular research. *Prog Cardiovasc Nurs.* 1992;7(1):2-6.

7- Agha Molaei T. Principles and generalities of health services. Tehran: Andishe Rafi'e Press; 2005. [Persian]

8- Latifi Gh, Farrokh Vandi A. Factors affecting quality of life in veterans of Dezful. *Soc Dev Welfare Plan.* 2011;3(9)81-122. [Persian]

9- Web EJ, Campbell DT, Schwartz RD, Sechrest L.