بررسی اثری بر مداخله مدنی کاری اجتماعی گروهی مبتنی بر توامندسازی و ارتقاء کیفیت زندگی زنان سالمند

فاطمه سلیمانی*، حمیده عادلیان راسی**

خانم فاطمه سلیمانی، متولد ۱۳۶۸، تحصیلات فوقانی در رشته علم اجتماع، دانشگاه تهران، و دارای تعلیم های عملی در زمینه‌های مختلفی از جمله برنامه‌ریزی و توسعه منابع اجتماعی، کسب کسب توانمندی، و برنامه‌ریزی برای اجتماع، دارد. او توانسته است به‌عنوان یک برنامه‌ریز اجتماعی به‌عنوان یکی از برنامه‌ریزهای به‌عنوان برنامه‌ریزهای توسعه‌ی اجتماعی و توسعه‌ی اجتماعی برای زنان سالمند به‌عنوان یکی از برنامه‌ریزهای به‌عنوان برنامه‌ریزهای توسعه‌ی اجتماعی و توسعه‌ی اجتماعی برای زنان سالمند

* کارشناس ارشد مدنی‌کاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهربی، و توسعه‌ی اجتماعی

** استادیار گروه مدنی‌کاری اجتماعی دانشگاه علوم بهربی، تولید و توسعه‌ی اجتماعی
مقدمه و بیان مسئله

سالمندان از دوستان حسِم زندگی بسی امت و نیاز‌ها برای مساله نیازهای این مرحله‌ی
یک شرورت اجتماعی است. جمعیت جهان به‌سرعت در حال سالمند شدن است
امروزه در اکثر جوامع سالمندی بعنوان بیک سنت‌ها مهم‌تر است (البی) و
همکاران، ۱۳۸۰). بر اساس گزارش سالمند جهان بهداشتی (WHO) جمعیت سالمندان
جهان (افراد در کل ۶۵ سال سن و بالاتر) از میزان ۹،۲ درصد از کل جمعیت کره زمین
در سال ۲۰۵۰ به ۱۱،۷ درصد در سال ۲۰۱۳ رسیده است و پیش‌بینی می‌شود در سال
۲۰۵۰ این میزان به ۱۱،۱ درصد برسد. این تغییر‌های در جمعیت از کشورهایی با
میانگین درآمد بالا مثل راین آگزهد و پیش‌بینی می‌شود در کشورهایی با درآمدهای پایین

تأثیرات مداخله، از پرسشنامه کیفیت زندگی سالمند جهان بهداشت و پرای
تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۲ استفاده شد. برای مقایسه میانگین
متغیرهای وابسته در گروه‌های مهمترین ضروریت‌های افراد مشترک (به‌کمک STATA)
از آزمون ت تاپسی (من حیاتی) و برای مقایسه میانگین متغیرهای وابسته در سه
زمان قبل و بعده برای کیفیت که در آن‌ها از آنالیز واریانس ساده‌ای
تکراری (اریپم) استفاده شد. نتایج نشان داد که مداخله میدکاری کروهی بر
ازایش کیفیت زندگی کلف و خرده می‌باشد. همچنین، روشنالی و
اجتماعی مهم بعد از مداخله هم در پیگیری انتخاب بوده است. بر اساس
نتایج بخش دوم، به مداخله کنترل کنن و سیاست‌گذاران توصیه می‌شود تا در
مداخلات ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی سالمندان بر مداخلات ممکن بر
توانمند سازی تأکید نموده تا بسیار نرخ زیست سالمندان در فراشتهای
تصمیم‌گیری در زندگی خود افراد را به‌کرر خواندن که نبودن، با سالمندی
فعال، ارتقا، سلامت و کیفیت زندگی را تجربه نمایند.

واژه‌های کلیدی: میدکاری اجتماعی کروهی، سالمندی، توانمند سازی،
کیفیت زندگی.
بررسی ارتباط مداخله مدرک کاری اجتماعی گروهی ... 189

مثل ایران، شیلی، روسیه ادامه ییدا کند (سازمان جهانی بهداشت، 2015). بسیاری نتایج نشان می‌دهند که این کشورهای رشدی که در زمان سلامت و به‌یادبود سالماندی، روزبه و خواهند شد بر اساس روند کنونی رشد جمعیت، ایران در این کشور دارای میزان کاهشی توجهی سالماندی می‌باشد. در سال 1395 جمعیت کشور ۲۶۷,۹۷۹,۷۶۹ نفر گزارش شده است که از این تعداد ۶۱ درصد بالاتر از سالسن داشتن و این نشاندهنده ۶۰ درصد رشد در طول ۱۰ سال اخیر است (مرکز ملی آمار ایران، 1395).

با موضوع سالماندی، سلامت و جامعه ضمن اینکه ارتباط نگاشتی با کم‌دارندگی هم دارند،
تأثیر بسیاری بر یک‌درصدی می‌گردد. یکی از موضوعات عمده‌ای که کشورهای رو به توسعه با آن مواجه هستند، سالماندی سالماند یا جمعیت این کشورهایی که به دنبال تغییراتی که در ساختار جمعیت، ساختار جامعه، خدمات بهداشتی و درمانی و تفاوتی بین ویژگی‌های سنی ۶۰ ساله و بیشتر بطور محسوس در جوامع در حال توسعه، رو به افزایش است بدولتی که بر اساس برآوردهای جهانی ۱/۸۹۹ گروه‌های سنی ۶۰ ساله و بیشتر در جوامع رو به توسعه زناشویی می‌کنند (شیخی، ۱۳۸۹). بنابراین می‌توان گفت که موضوع سالماندی با ظاهرشده‌ای در حال ظهور است و اگرچه موضوع باقی‌مانده فیلدها در کشورهای صنعتی تجربی‌سازی است، و آنها کم‌ترین طولانی‌بودن پیشیند، با این‌حال سالماندی در این جوامع نقش جامعه، خدمات و پژوهش دانشگاهی می‌گیرد. در این مطالعه، سالماندی در این جوامع از نظر به‌ویژه دانشگاهی که اغلب در اخبار آنان (Pina. et al., 1999) قرار گرفته کرده.

سالماندی بطور طبیعی همراه با تحمل قوای جسمی و روحی است بطوری‌که
سبب می‌شود تا سالماند در گروه‌های استرس‌پذیر فراگیر شده سالماندر ابعاد مختلف این بر هم‌کاری سالماند تأثیر فراوانی می‌گذارد. سئول‌فاوی ماهیت سالماندی و انژکت اجتماعی و معنای آن احساس عمیق نامیده بیشتر می‌سوزد عارضه سالماندی و فرارایند و اجتماعی. این بطور طبیعی موجب اختلال در کارکرد اندازه‌گیری مختلف
بان و ناتوانی تدریجی در انجام و اداره امور شخصی و ایفا نقض اجتماعی فرد سالم می‌شود که باید این تاریخ‌ها از بعد اجتماعی زندگی سالم‌ماندن، بازگرداند و باشند.

به‌طوری‌که عوامل شدید ارتباطات شخصی و امریکایی عوامل دانسته‌ای در حالی است که بعد اجتماعی زندگی، تأثیر بسزایی در سلامت بخصوص علوم و کیفیت زندگی به صورت خاص دارد (علی پور و همکاران، 1388: مقدم و همکاران، 2013).

کاهش مربوط ناشی از پیشرفت‌های علمی پزشکی و امور زیستورش موجب
افزایش نرخ این به‌طور کلی و طول عصر گردیده است همچنان با افزایش کیفیت زندگی سالم‌ماندن توجه به کیفیت زندگی آموزش و برنامه‌ریزی عوامل متوفر بر آن جهت سیاست‌گذاری‌های جامع و صحیح برای این نشان دهنده از افزایش جامعه از اهمیت زیادی
برخوردار است. بنابراین این به‌طور کلی به آفرینی باشد به آن توجه داشته باید‌نکته‌‌های طولانی کردی در زندگی نیست، بلکه پیاده و نشان می‌دهد که سالم‌ماندن به‌طور عفونی بر نهایت
سالمات جسمی روانی و اجتماعی سبیری گردیده و در صورتی که چنین شرایطی کسی نشود، پیشرفت‌های علمی برای یافتن زندگی طولانی تر مخاطره‌ای ندارند (برنی، 1390). فارغ از این مباحث زیست‌شناسی مربوط به سالم‌ماندن، به‌سازی از امیری و مشکلات دوران سالم‌ماندن ناشی از شوهر زندگی ناسالم است. به‌طوری‌که بکاری از مهم‌ترین موضوعات در این حوزه، و تغییر به‌بهانه و راه‌های اجتماعی و فردی و به‌طور کلی حق و مشارکت فعالیت‌های جامعه می‌باشد که می‌تواند
کیفیت زندگی سالم‌ماندن را تحت تأثیر قرار دهد (سیفی و زیباپور، 1386 و احکامی نیا و همکاران، 1384).

بنابراین می‌بایست باشد و اساس سلامت را با به‌کارگیری شیوه صحیح و ارتباط
کیفیت زندگی از اولین مراحل حیات بی‌برقی نموه و به‌خاطر آن با ایجاد زیست‌سازی مناسب مشارکت سالم‌ماندن در شناوری و جامعه، و نیز فرآیند ساختن قضاوت مناسب
حمایت در کلیه جنبه‌های اقتصادی-اجتماعی و بهداشتی، در جهت نیل به سالم‌ماندن.
بررسی ارتباطی مداخله‌های مددکاری اجتماعی-گروهی ... 191

سالم و موفق کام برداشت (ستاری، 1385). یکی از جریه‌هایی که مقدور در زمینه ارائه مهارت‌های که می‌تواند اعتبار و قدرت شود، به مددکاری
اجتماعی است. با توجه به اینکه مددکاری اجتماعی مرحله‌ای است که به‌عنوان اعمال
یافتن و حمایت اجتماعی، یک مسئله در روابط انسانی و توانمندسازی جهت دست‌بانی افراد به
رفاه اجتماعی شامل کارتهٔ است می‌تواند به افراد کمک می‌کند که کنترل بیشتری روی
زنده‌گی خود داشته باشند.

از طرفی، مددکاری اجتماعی برای رسیدن افراد به رضایت فردی ضمنی آموزش
روش‌های جدید یافتن و تغییر رفتار، نشان می‌دهد که افراد را در بررسی آموزش‌های
اجتماعی مختلف مقام‌های سوم و چهارم را قابل‌توجه‌سازی که در این
بنا می‌باشد. در مقاله‌ای مشکلات خود بدن و ایجاد توانمندی باشند. آنها همچنین، بد
می‌گیرند که چگونه از جوشنامه رقابتی کنند تا توانند تغییرات مناسب در زندگی انجام
کنند. (عیدی، راستی و همکاران، 2013). عیدی راستی و همکاران، 2015: بنابراین روبروی
توانمندسازی می‌تواند یکی از مؤثرترین راه‌های انسانگرایانه در عمل مددکاری
اجتماعی باشد. این روبروی در سال‌های آخر در زمینه ساماندهی و نقش آن در فرآیند
درک‌شناسی تاثیرگذاری و مشارکت در ارائه که می‌تواند به افراد کمک می‌کند که
کنترل بیشتری روی زندگی خود داشته باشند.

(Thompson and Thompson, 2001)

در این بخش، می‌توان این است که با استفاده از روبکرد توانمندسازی و
تنک‌بینی‌های مددکاری اجتماعی-گروهی، مدل رشد و تفویض، از قبیل بی‌توجهی
گروهی، باور فکری و حفظ‌شدنی به بهبود بی‌توجهی افزایش و افزایش
زنده‌گی برخاسته و ضمن آموزش مسائل فعالیت‌های از قبیل حمایت مسئله به عنوان یکی
طرفیت درونی، مهارت‌های ارتباطی، ارتباط‌های اجتماعی و اعتماد به نفس و آموزش‌های
خودمختاری، افزایش سلامت و کیفیت زندگی آن‌ها را داشته باشند. به‌طور کلی، ما، به
دنیز بازرگانی افراد درونی افراد جهت کنترل بیشتری روی زندگی از طرفیت توانمندسازی و با
تأکید بر خود تصمیم‌گیری و افزایش اعتماد به نفس در آن‌ها هستیم.
در این مطالعه، حول این چهار تغییر شورت کردن است:
(1) کنترل بر زندگی: تنهایی گروهی، شیوه زندگی و فعالیت‌های مؤثر بر سلامتی؟
(2) شناخت خود - افزایش اعتماد به نفس و عزیمت;
(3) آموزش مهارتهای مهنیت حل مسئله - مهارتهای ارتباطی;
(4) آگاهی از خدمات و منابع و با مساعد فرست ه(access) حیات مشکل در جامعه و
استفاده از آنها.

این پژوهش با استفاده از مدل کاری گروهی، مدل شناسی و توصیف مداخله‌ای را
بینی بر روی گروه‌های نوامندسزاری در پنج نهاد بادشیم (محل گروه) و deteriorated ایجاد کرده در
بین گروهی از سالمندان متوسط 20 نفر نهایی نموده و هدف پرداختن میزان
ارتباطی مداخله مورد نظر بر کیفیت زندگی (متغیر پاسخ) سالمندان است. پژوهش
خاض برآن است تا مداخلات مدلکاری اجتماعی را در این جامعه سالمندان ت시وه
نموده و به توصیف روشن‌کردن نوامندسزاری و تریگر با افزایش کیفیت
زندگی سالمندان کمک نماید.

مرور پیشینه
پژوهش در سال 1393 توسط دکتر کریم و همکاران می‌توان بر تأثیر مداخله اموزشی
می‌توان این گروه پرسید بر ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان به صورت نیمه‌تحریک بر روی
80 سالمند که به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شده بودند اجرای
شده. این بر اساس مداخله سطحی در این گروه پرسید بر سوختگی سالمندان که
برای سالمندان محقق سلامتی و سالمندان که مراحل گروه توصیف نمودند شد و یک
می‌توان این مداخله هر دو گروه مجدد دید و بسانسته به دو گروه مداخله نمود. نتیجه نتایج حاصله نشان‌دهنده اختلاف معانی در ابعاد جسمی و سلامت رویالی، اجتماعی
و نتایج حاصله نشان‌دهنده اختلاف معانی در ابعاد جسمی و سلامت رویالی، اجتماعی
و نتایج حاصله نشان‌دهنده اختلاف معانی در ابعاد جسمی و سلامت رویالی، اجتماعی
بررسی اثریتی مداخله‌های محدودیت‌های اجتماعی در سالمندان

و محبوب‌ترین و بعد از مداخله‌ای به ارزیابی آموزشی در گروه مداخله‌ای بود نتایج نشان می‌دهد که این اگر می‌توانند منجر به شناسایی عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی سالمندان و در نتیجه تقویت برنامه‌های آموزشی مؤثر گردد.

مطالعه‌ای با عنوان بررسی تأثیر برنامه‌های اجتماعی بر رفاه ذهنی سالمندان در ۱۳۹۱ توسط شیبای و زارع انگیز در استان یزد برای جمع‌آوری ۱۰۰ نفر از سالمندان ۶۰ سال و بالاتر ساکن آساپناک که هر وکل شعبه کریز انتخاب و به‌صورت کاملاً تصادفی به دو گروه آزمون و نمونه تقسیم شدند. ویژگی‌های اصلی، تعیین شرکت در برنامه‌های اجتماعی بررسی بوده است. روش ابزار بررسی به‌صورت مداخله‌ای بوده و با استفاده از بررسی‌های و مصاحبه اطلاعات لازم جمع‌آوری و برای تحلیل از آزمون تی استفاده‌شده است. سالم‌های که در برنامه اجتماعی جای گرفتند در برنامه‌های دنباله‌دار رفاه ذهنی بیشتری از خود نشان دادند. در بررسی شاخص‌های رفاه ذهنی همچنین میزان رضایت از زندگی و کیفیت زندگی بیشتر بود.

مطالعه‌ای با عنوان بررسی تأثیر اجرای برنامه خود مراقبتی در سال ۱۳۹۱ توسط Orem در استادیوم سالمندان در فلورانس ۲۰۰۴ به ارزیابی بررسی یک مرکز روانی و تأثیر آن بر سلامت عمومی سالمندان پرداخته‌اند. این مطالعه با طراحی پی‌آزمون – پس آزمون

1. Phelan, et. al.
بر روى ۳۰۰۴ سالمند بالغ ۵۹ ساله در یک مرکز رزمندگی و اشتباهنگاری آمریکا به اتجام رسید. برنامه‌بری شامل کلاس‌های ورزشی، مشاوره و صحت بی‌بیسمالان بود. از جمله تأثیرات این مرکز، کاهش قابل توجهی افسردگی و علامات جسمانی سالمندان پس از شرکت آنها نسبت به زمان قبل از شرکت بود.

مطالعه‌ای با عنوان سطح و ارزیابی حمایت دووطنیه گروهی، مرافقت طولانی‌مدت در منزل در سال ۲۰۱۲ نوشت کریستین تیورر ۱ همکاران در کانادا انجام شد. این ارزیابی بر منابع مسیر، ساختار و محتوای مداخله تأکید داشت. مداخله به اساس مدل شخصی نام کیت وود و تصویر بی‌بیسمالی گروهی درباره موضوعی که خود شرکت کنندگان انتخاب می‌کنند بوده است. این انتخاب شامل انتخاب موثر، مطالبی داستان و انتخاب عکس هم بوده است. مدل نام کیت وود بر روی خودنی‌مصوری‌گری، رابطه محکم حمایت در دریافت و ارائه کمک و تمکین روش افزایش قدرت درونی تأکید دارد. جراین بی‌بیسمالی چند روش و چیک و چیک دایره‌ای در حین بحث متمرکز گروهی و مشاهده سیستماتیک از گروه (جمع‌آوری ۶۰ نفر) بوده است. نظارت نسبی خودنی‌مصوری‌گری در ضروریت فرازی افزایشی و افزایش خودنی‌مصوری‌گری در جراین گروه فرازی داشته است. بطری که احساس حمایت به دیگران در دوکست حمایت تعادل برقرار کرده کل مداخله در محیط شبیه‌نگاری، جهت شیب‌نگاری موثر و تقویت فرهنگ در مدارس، ۵۰ دقیقه تا یک ساعت انجام شده است. سه‌اهنگ‌نوازی برای تشوان اعضا جهت همکاری در تنظیم و هماهنگی امور آن خانه را داشته است. نتایج از آزمایش این نوع افزایش حمایت است و بطور معناداری میزان حس و خاطره و فکنانگی مثبت اعضا کاهش یافته و کاهش روابط و روابط دوستانه، افزایش مهارت‌های تطبیقی، حمایت متقابل و افزایش فهم و درک اعضا افزایش یافته.

1. Kristine Theurer, et, al
بررسی اثراتی مداخله‌های مجدد کاری اجتماعی گروهی... 195

فکوسی در سال ۲۰۰۳ مداخله‌ای را با زنانی با میانگین سنی ۵۳ سال و ۰.۵۵ فدر (۲۵ فدر گروه مداخله و ۲۵ فدر کنترل) در مبارزه با ویروس آی‌وی وزن‌مان و همپذرنی و در گروه حمایت تراکمی و اجرای ۲۰ ساعت و ۳۰ دقیقه انجام گرفت. همراه با مهارت‌های تطبیقی و مدیریت استرس و اموزش مسائل مربوط به بهداشت و سلامتی را در برنامه فرار داد که نتایج حاکی از کاهش میزان تنهایی و بالا رفتن میزان اعتماد و رضایت از کمککنی درمانی بود.

لوك اک، در سال ۱۹۹۰ با دو گروه ۳۳ و ۲۳ فدر به ترتیب گروه مداخله ها و گروه کنترل در سوند برای سالمندان ۷۱ تا ۷۸ ساله خانم‌های و دامی مؤلفه بک برای تمرینات مداخله ای از سازمان به همگام بوده و کارکرد. افراد این پژوهش همگی به موسسه مرکز مراقبت روزانه مراجعه می‌کردند. برنامه شامل پنج‌گروهی همسرها با انعکاس نظرات برای افزایش خودپرورشی‌گیری بوده و در مدت ۱۲ هفته برای گروه مداخله‌ای انجام شد. شاخص‌های اندازه‌گیری شده شامل میزان فعالیت بیرون از موسسه، اندوزش حمایت اجتماعی، میزان ناهنجاری، اختلاف های تربیتی و سالمه مشهود، از دید خودمان بود اندوزش شیکه اجتماعی در شش هفته اول بعد از مداخله کمتر باقی بود و بعد از دو هفته هدف اثرات کمتر از نبوده بود و پیگیری به دومین ماه نشان داده، افزایش مصاحبت افراد و کاهش احساس تنهایی و افسردگی بود.

روش‌شناسی: در فعالیت مداخله‌ای را روانی سالمندان ۸۸ ساله که بیوه بوده بیماری سفیدت ماندگان در سال ۲۰۰۹ انجام گرفته و گروه کنترل ۱۱۹ نفر بوده. کروه فعالیت شامل شکل‌دادن فعالیت‌های تربیتی و رژیمی و گروه فعالیت شامل شکل‌دادن روانی اجتماعی بوده است که نتایج حاکی از بالا رفتن میزان تنهایی و کاهش حس تنهایی و افسردگی بیشتری روانی اجتماعی بوده است.

1. Fukui
2. Lekk
3. Routasalo
جامع‌بندی کلی نشان می‌دهد که مداخلات مبتنی بر اموزش شیوه‌های زندگی فعال، خودمدیریت، اموزش برنامه‌ریزی برای آینده، برنامه‌ها و رژیم‌های سالم، مشاوره و صحبت با همسران تأثیر قابل نوچه در ارتقاء بهیزدیشی و سلامت سالمندان و کاهش افسردگی و علائم جسمی آنال است. همچنین مداخلات در برگیرنده حمایت مقابل گروه‌های انجام به‌عنوان مرکز گروه‌هی جوایز‌دار می‌باشد و در ضریب‌های کاهش‌گذاری در نتایج حمایت‌های مختلفی در منزل، درمان شایسته، تشکیل درمان و استفاده باعث کاهش احساس انزوا، کاهش روابط دوستانه، افزایش مهارت‌های جانبی و کیفیت زندگی سالمندان شده است. همچنین که مشاهده می‌شود چه کام از این مداخلات باعث ویژه‌سی و توالی‌سازی‌ی سالمندان از طریق مددکاری اجتماعی گروهی و پرستی ارحام بر کیفیت زندگی آن‌ها می‌باشد. بنابراین نهایتاً نتایج در نوع خود مصدق قابلی نوچه پذیراست.

مبنای نظیری

سالمجی و نظریه‌های آن

به‌طور کلی پیری یک امر نسمی است. یک فرد صد سالگی ممکن است نسبت به یک فرد ۷۵ ساله سرکال‌تر و شاداب‌تر باشد. نقص و موفقیت سالمندان از جامعه‌ای به جامعه دیگر نماینده دارد. اما بعضی از مسائلی که افراد یا زنده‌کننده‌ها در همه جوامع مشترک می‌باشند، به‌روزرسانی و وجود بیماری‌های مزمن می‌تواند در همه جوامع مشترک می‌باشد. در این مورد، فرهنگی است که برای همه‌کس پیش می‌آید و از آن گریزی نمی‌باشد. به‌عنوان یک پدیده نسخته‌شده، افراد این‌گونه در برابر افراز‌های نظریه‌های جدید و فکری صحبت‌ها و نظریه‌های نوین می‌باشند. این نظریه‌ها شامل سه جنبه: ۱۳۹۰، پیش‌بینی موفقیت‌آمیز، با حفظ کیفیت زندگی بالا و ۲. راهکار از بیماری، فعالیت بودن در زندگی و مهارت‌های جسمی و روانی تشکیل‌دهنده است. آزمایش کیفیت زندگی بالا به‌این معنا است که افراد احساس بهتری داشته و در کارهای روزانه بهتر عمل کرده و
بررسی ارتباطی معافیت مجدد عادی اجتماعی گروهی... ۱۹۷

سالمندی عبور Spirduso and Cornin, هم توانند زندگی مستقل داشته باشند (2001) از مرز ۶۰ سالگی ابتدا و سازمان بهداشت جهانی (1997) فراپید. بسیاری را به چهار مرحله زیر تقسیم می‌کنند:
۱- میانسال (45 تا 59 سال)
۲- سنین یا سالمند (60 تا 64 سال)
۳- پیر یا سالنخورد (65 تا 74 سال)
۴- خیلی پیر یا کهن‌سال (90 سالگی به بالا)
در این پژوهش، مطالعه برنامه سوم توسعه کشور، کلیه افراد ۶۰ سال و بالاتر را سالمند می‌نامند (قانون برنامه سوم توسعه، 1382)

نظره اریکسون

از نظریه‌های برگشته دیدگاه روانشناسی در حوزه سالمندی، می‌توان به نظریه چرخه زندگی اریکسون (1953) اشاره کرد. وی، رشد انسان را طی چهار فرآیند هستند مرحلات تغییر می‌کند. در این فرآیند، سالمندی به عنوان آخرین مرحله شناخته می‌شود. این افراز، همان‌طور که به مرج Ball کلیه می‌شود، در گروه جیره‌های می‌شود که آن را «مرور زندگی» می‌نامند. این پیشنهاد که گذشته به خود می‌اندازند و به شکلی از خود می‌پرستند که آیا زندگی بازاری داشته‌اند یا نه؟ در این فرآیند، آنها دچار نامه‌ای قرار می‌گیرند. به فکر می‌کنند زندگی‌شان، آن‌طور که یک ناحیه است و اکنون هم، زمان ازدست‌ скачته است و فرصتی برای ازدست‌ скачته دیگر وجود ندارد، که در فراسوی یک احساس نارضایتی از عمر نفلت‌شده، احساس نفرت قرار دارد. اریکسون، معنی است که این نفرت، در واقع احساس سرزنش آنها نسبت به خود است.

1. Eriksen
نظریه عدم تعهد

بیان بر نظریه عدم تعهد، پیر شدن با عدم تعهد متقابل فرد و جامعه همراه است. فرد رفتار داردی از مداخله در زندگی اجتماعی باز می‌رود و اجتماع نیز کمتر از بخش انواع مختلف امتناعات را به عرض می‌دارد. نهشت چنین به نظر می‌رسد که فراقند عدم تعهد متقابل چه باید چه باید جامعه، مراعات دارد و لپین این نظر به پس از چند سال پژوهش تغییر یافته و تنوع سیستم زندگی سالمندان را منعکس می‌سازد.

فرمول‌نگاری‌های بعدی بیشتر روی نگارش‌های فردی در سازگاری با پیری تأکید کرد و Cumming and Henry, 1961

نظریه نقش

نظریه نقش، موقعیت سالمندان را بر حسب سازگاری با نقش‌های بالاتر اجتماعی (به‌ویژه نقش کار در مردان) تبیین می‌کند. باندنتسکی و آرد دادن برخی نقش‌های سالمندان، غالباً برای خانواده‌ها نیز مسئول و مشکلات اجتماعی، اقتصادی و روانی ایجاد می‌کند و حتی برای فردی که وقت آزاد نازد به استفاده از گذار هر یک گونه یک فرصت تلقی می‌کند، دوره انتقالی مهم است. باندنتسکی عملاً همبستگی تغییر در طول عمر را با فاصله می‌سازد. در جامعه‌ای که کار در آن دارای ارزش اساسی است، باندنتسکی اغلب مواجه‌هایی از دست دادن منزلت تلقی می‌شود و فقیدان کارهای جاری که ممکن است زندگی‌بخش فرد را برای مدتی جدید نیمه‌ای ایجاد می‌کند که
بررسی اثرات اجتماعی مداخله فردیکاری اجتماعی گروهی ... 199

بر گردن آن پیامی مشکل است بسیار است برای زنان حاکمیت چند چیزی به عنوان بازنستیگی وجود ندارد و حضور شوهر در خانه طی روز حمله است کار اضافی. ابجاع کند مازگر شدن با این وضعیت جدید مسئوله مستانز ایجاد تغییراتی است. مازگاری موقعیت‌های با بازنستیگی، با به عدهه گرفتن نفس های جدید، و کیفیت گذران اوقات فراغت وابسته است، و بر تبادل افتخاط و اطلاع با نفس تأکید شده است. (Baltes and Carstensen, 1996)

سالمندی موقعیت

دیدگاه سالمندی موقعیت تأکید بر درکی فعال سالمندی با زندگی بی‌پیر نفتی‌های اجتماعی هستند. تعامل اجتماعی مناسب و ابجاع زمان مشترک در جامعه دارد. این دیدگاه به دنبال ارتقاء کنش شناختی، ادراک کنترل و رضایت‌مندی از زندگی است. (روشن یکسان، 1379). مدل‌های اولیه سالمندی موقعیت مبتنی بر رویکرد عضوی گروه به همیشه جلوه‌های جسمی و روانی تأکید داشته است. امروزه رویکرد دهنی گروه با تمرکز بر معنا‌یابی ذهنی سالمندی موقعیت بیشتر مورد نوره می‌باشد. نجاح درونی سالمندی به‌طوریکه از زندگی‌گی شادکامی، منابع اکتشافاتی، نوسان‌سازی، خودشکوفایی و ناباوری از جمله مؤلفه‌های رویکرد ذهنی گروه‌ها هستند (زنگری و همکاران، 1396).

کیفیت زندگی

کیفیت زندگی، مفهومی پیامرد اندازه‌گیری امری نسبی و متأثر از زمان و مکان است. و نیم نواحی برای آن تعريف مطلق و جهانی ارائه داده، همچنین کیفیت زندگی ضمن دادن بودن ابعاد عضوی و باستانی به شرایط عضوی و بیرونی امری ذهنی و درونی و در نتیجه به تصویر را ادراک فرد از واقعیت زندگی‌اش باستانی دارد. Delle Buane, et al.
کیفیت زندگی در طول چند دهه اخیر به مفهوم مهمی در تحقیقات علوم اجتماعی و بهداشتی تبدیل شده است. در این زمینه وجود نتایج کمی بر روی تعریف دقیق این مفهوم وجود دارد. برخی نویسندگان کیفیت زندگی را به عنوان یکی از بهترین توصیفات شرایط سلامت بی‌بی‌پی‌های مناسب (Schalock, 2004) و عملاً در شرایط بدکاری‌های (Hendry, et al., 2004).

به‌طوری که کیفیت زندگی واقعی این یکی سه بیمارستانی شرایط زندگی فرد، گروه و یا جامعه می‌باشد. از نظر گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت. کیفیت زندگی عبارت است از: "بنا بر اینکه یک فرد از نظر وضعیت زندگیش، با موقعیت به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند و انگیزه‌ای درباره‌اش با آنها، انتظارات، استانداردها و اصول‌های مورد نظر" (محققی کمالی، 1366).

سپس به نظر می‌رسد که کیفیت زندگی، پارادایمی است که به پارادایم‌های توسیع یافته و اقتصاد نوین نسبت به پارادایم‌های متعارف اقتصاد و توسیع همکاری بیشتری داشته باشد. پس در انجام که به دیدگاه می‌باشد، مفهوم استاندارد زندگی و کیفیت زندگی تفاوت قابل شویم. با پیشرفت‌هایی است که بین‌رزمایشی اقتصادی دارد و با مدل‌هایی اقتصادی سنجیده می‌شوند و کیفیت زندگی همان‌طور که گفته شد مفهومی بی‌پیشنهاد نسبی و ذهنی از احساس رضایت است.

۱. Birren and Dreckmann
بررسی ارتباطی محورهای مددکاری اجتماعی گروهی ... 2011

تعاریف موجود انجام شده، ادیبیات سلامت به‌صورت گسترده‌ای بر اندازه‌گیری جنبه‌های فردی توانمندسازی و مفاهیمی چون خودکار اできた و عرض‌های تأکید داشته‌است در حالی که توانمندسازی فردی و اجتماعی مفاهیمی به هم پیوسته‌ای هستند و خیلی نمی‌توان این دو را مختصی را ترسیم کرد.

توانمندسازی فردی به نگاهیی می‌پردازد که افراد به طور فیزیکی شخصی و می‌سازند.

این نوع توانمندسازی شامل ایجاد اعتماد در مردم، احساس ارزشمندی، فراشبندی عرضه، توسعه مکانیزم‌ها و مقابله با پرداختن به افراد مبتنی بر آنها به منظور داشتن انتخاب‌های سالم‌تر است. توانمندسازی فردی بدین معنا است که مردم احساس کنند بر زنده‌گی زندگی خودتر استاند. این احساس خصوصاً از واقعه‌های تأثیر مستقیم بر سلامت روان و جسم انسان‌ها و در اهمیت برخوردار است.

(Koellen and Lindstrom, 2005.)

پایین (2005) نقش مددکاران اجتماعی در فردی توانمندسازی چنین بیان می‌کند: مددکاران در فردی توانمندسازی، متخصصی هستند که در این موانع مشاور بکنند. مراجعین در زمینه ارتقاء و درمان درونی و بیرونی برای تقویت اعتماد به نفس و اصلاح نواحی مربوط به مداوم به دست می‌آورند. و همچنین به عنوان آموزشی هستند. در این فردی به دو طرفه می‌پردازند: ابتدا به مددجویان جهت شناخت‌جویی و دوم آموزش مهارت‌هایی که در انجام و نقش‌های مراجعین مؤثر‌اند، کمک و پویایی را می‌رسانند. چرخه مددکاری اجتماعی به دلیل ارزشمندی این اثرات‌ها و مراحل فراگیر بودن آن و تأکید بر نجات گروه و راه‌حل بر دیگران، حرفه‌ای است که توانمندسازی را در مرکز عموم فرآیند میدهد (Payne, 2014). بنابراین رابطه توانمندسازی هم به عنوان یک فلسفه در عمل مددکاری اجتماعی و هم به عنوان یک فرآیند و نتیجه در مددکاری اجتماعی می‌تواند در کار با جامعه سالم‌سازی مؤثر واقع شود.

1. Payne
مدل نوامن‌سازی در حوزه سالم‌سازی، مدکدار اجتماعی را به عنوان نسئیل گر و نوانگر می‌شناخت. و به‌جای اینکه به مدکدار هریت منشأت‌یابنده در سالم‌سازی برای فراهم آوردن خدمات رفاهی تجهیزی تحقیق کرده و اقدام نمایند، برای خود سالم‌سازان نقش مهمی را در تصمیم‌گیری و درکی شدن از دور، خود در نظر می‌گیرد به‌ویژه بر این عقیده است که افراد نوامن‌ساز با کمک افراد دیگر نوامن‌ساز شوند. آنها می‌توانند خودشان را نوامن‌ساز کنند. این نوامن‌سازی می‌تواند جمعی به‌فرزند باشد. در واقع در مدل سنتی مستقیماً به افراد داده می‌شود و چیزهایی را به عنوان مدرس آقا می‌کنند اما در فلسفه جدید مدرس بادگیری را تسهیل می‌کند و از بادگیرندگان حمایت می‌کند. نا آنها خود در این سیر بادگیری نسبت به خودشان خواسته سالم‌سازی مسولین درست و آن را به مفهوم اجتماعی و سیاسی خود پیونده دهند (Thompson and Thompson, 2001).

نوامن‌سازی به این معنی نیست که ظرفیت حرکتی خود را رها کنیم. به‌معنایزیر برجستن نوامن‌سازی، سالم‌سازی را در حال مشکلات خود نه تنها بکنیم، آنها معلوم است که از اصول پایه‌ای در نوامن‌سازی داشتن شرکت که و همچنین باید ارزیابی خود را از نوامن‌سازی برد. به‌معنای مهربانی نوامن‌سازی برای وي صورت می‌کرده انجام دهدن. نوامن‌سازی از فعالیت‌های محراب مانند ارائه تجربه و خدماتهای سالم‌سازی مبتنی بر تعیین حرفه‌ای و منحصر به فرد سالم‌سازان بوده‌اند. برای سالم‌سازان و درگیری با تجارب آنها و راهنمایی برای پیان‌بازی‌های خود جلوگیری می‌کنند. نه‌گاهی مدکدار اجتماعی در همراه روابط شریک‌های سالم‌سازی در نوامن‌سازی می‌تواند انجام دهد. شامل موارد زیر است:

1) ایجاد مهارت حل مسئله و بین شرکتی برای اینکه این افراد از سیاست دیدنی خویش آزاد شوند؛ به عنوان مثال آزمایش اعتماد‌هنگام و عزتناتی آزمایش که ضروری است و یا در مورد مفروضات دینی، فرد سالم‌ساز، منطقی و وارد دارد.

2) آگاهی از خدمات و منابع و یا ساده فرخ‌سازی حل مشکل

1. partner
نورس الريجي: مداخله مدرکاری اجتماعی گروهی ... 203

4) ایجاد توانبخشی در تجزیه و تحلیل شرایط شخصی و یا اجتماعی و تعیین تعدادی

از ساختارهای ممکن برای تجزیه و تحلیل آنها (همان معنی).

در واقع در ارتباط دوطرفه بین مدرکار و سالمندان تلاش دو طرف بر این است که تعیین کند چه تیازمانی وجود دارد و چرا وقوع آنها بهترین کار می‌باشد؟ در اینجا مدرکار اجتماعی به یک یک یک مهم مسئولیت و نظری می‌کند و باید را به دو از احساسات و نظرات مختلفی برای انسان مورد ارزیابی قرار می‌دهد و به مراجعه به فرد

Leenaars. منفعل نهایی‌ای صحت بیمار می‌شود و صحت وی را ضعیف می‌کند (2004). بله، ویژگی مهم این روابط این است که بر حقوق افراد تأکید دارد. این مدل شبیه حرکت و تهیه‌ها از معلولین است که به‌جای دریافت خدمات، بر حقوق در این مقاله اشاره می‌کند (Thompson and Thompson. این نمک زیر حقوق اشاره به این دارد که وقتی به افراد، از سر نیکوکاری، هرکسی شود این بیشتر آنها را به ارزیابی اجتماعی می‌کشاند و به ویژگی سوق می‌دهد. اما زمانی که فرد به سخن می‌ماند هنوز در حضور در جریانات جامعه رد شده باشد آنها را به سویی توانمند‌سازی و استقلال سوق می‌دهد. این نگرش سالمندان را از وضعيت دریافت‌کنندگان خدمات مراقبی به توانمند‌سازی، استقلال و شرکت سوق می‌دهد. استراتژی‌های اشتغالی توانمند‌سازی را در هم می‌توان خلاصه‌نامه در گذشته فرد، آموزش و آگاهی‌سازی.

در گذشته، برای نفع است که مراجع کننده باید در تمام مراحل برای بررسی درمانی از تشخیص، ارزیابی و مدیریت مشکلات تا ارزیابی خدمات درگیر باشد و مشاوره فعالیت داشته باشد مرحله این مشارکت فعالیت‌های متعدد مربوط به خود را دارد.

آموزش‌های: از جهانی مختلف صورت می‌گیرد که همگی در مسیر ایجاد تغییرات مؤثر تلاش می‌کنند.

آگاهی‌سازی: تشویق سالمندان از پیشگیری توانمند‌سازی و جستجوی و روابط و توانمند را در جریان توانمند‌سازی بررسی گردد.
چارچوب نظری
برای طراحی مداخله از تعاریف و مفهوم‌های مصاحبه‌شناسان (آدامز، ترنر، پاپین و نامیسون) مدکاری اجتماعی در نوامبندسازی استفاده شد. پاپین (1997) نوامبندسازی را ارائه کرد که افراد برای کسب قدرت عمل مختلف از طریق کاهش اثر موانع فردی و اجتماعی و آزادی افراد هم‌زبانی و اعتماد به نفس و همچنین انتقال قدرت از مالک به فرد صورت می‌گیرد. ترنر (2011) نیز بیان می‌کند که در روابط نوامبندسازی، مدکاری اجتماعی برای استفاده به سازگاری و تطبیق افراد به ارتباط و بهبود تفکر، بازیابی منفعت و حل مسئله از طریق چنین مداخله‌هایی می‌تواند برای محققان و مهندسین سیاسی و حرفه‌ای مفید باشد. از دیگر نظریه‌پردازان، مرکزیت نوامبندسازی را در تئوری و عمل مدکاری اجتماعی بیان کرده و توضیح می‌دهد که نوامبندسازی بر سناخت خود، کنترل خود و ایفای حقوقی هویت افراد از طریق ابزارهای شخصی و خصوصی قادرش را به کنترل زندگی‌شان می‌دهد. نامیسون و نامیسون (2001) اظهار می‌کنند که مدکاری اجتماعی در بهبود روابط شریکانه با سامانه‌های نوامبندسازی به‌طور کامل و مفصل نشان می‌دهد. ضمناً نیاز به فهم این امر از صدای و متغیر و با سایر فرضیات حیل مشکلی که ایجاد از توانایی در تجزیه و تحلیل نواحی شخصی و برای اجتماعی و تجربی انتقال از ساختارهای ممکن برای تجزیه‌نگاری آنها بسیار باربر است. مدکاری اجتماعی گروهی بر اساس روابط نوامبندسازی قادرش با دیدگاه و مشارکت افراد را توصیه می‌دهد و ضمن آموزش و آگاهی‌زایی، فرضیه‌های سیاستی و تغییر را برای مشارکت کنندگان داشته باشند. به‌طور مثالی، مسئولیت و پیشرفت و سازگاری با نقشه‌های جدید، از مواردی است که می‌تواند به مطلوبیت‌ها و متعاقباً ارائه بهبودی و کیفیت زندگی بی‌پناه بماند. (نمون‌های 1)
بررسی انجمنی مداخله مدکداری اجتماعی گروهی

این پژوهش با استفاده از نظیرات متضرح شده مداخله مدکداری اجتماعی گروهی را با رویکرد توام مسازی اندازه و آنی انجام کرده که در زندگی یکی از مؤلفهای مهم در حوزه مدکداری اجتماعی و سالم‌خانه ایجاد می‌شود، سعی دارد تا فرضیات زیر را مورد بررسی قرار دهد:

- مداخله مدکداری گروهی با رویکرد توام مسازی، کیفیت زندگی کلی سالم‌خانه‌ها و افزایش می‌دهد.
- مداخله مدکداری گروهی با رویکرد توام مسازی، کیفیت زندگی در بیمارستان‌ها می‌دهد.
- مداخله مدکداری گروهی با رویکرد توام مسازی، کیفیت زندگی در بیمارستان‌های روانی سالم‌خانه‌ها و افزایش می‌دهد.
- مداخله مدکداری گروهی با رویکرد توام مسازی، کیفیت زندگی در بیمارستان‌های اجتماعی سالم‌خانه‌ها و افزایش می‌دهد.
- مداخله مدکداری گروهی با رویکرد توام مسازی، کیفیت زندگی در بیمارستان‌های محیطی سالم‌خانه‌ها و افزایش می‌دهد.

روش مطالعه

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی است که با استفاده از طرح بی‌ارزش-بسیاررازمان با گروه کنترل انجام گرفته است در این طرح آزمون‌های اجتماعی انجام برای پژوهش در گروه مداخله و کنترل قرار گرفته شده. جامعه مداری یزدshaw کل سالم‌خانه‌های تهران ۱۴ ساله سالانه به مرحله ۱۴ نفران، و نمونه‌های آماری سالم‌خانه‌ها مراحل مطلوب و تعلیق در مرحله ۱۵ به روش‌های مسایل تصادفی انجام شد. به‌این ترتیب که از بین ۱۵ مراحل انجام به مرحله ۱۵ به روش نمونه‌گیری به سه مراحل به‌تصادف انجام شد و سپس به‌طور تصادفی از بین سالم‌خانه‌ها مراحل مکننده به این
سراه محله، ۳۰ نمونه پژوهش انجام شده و به‌صورت نصادری در دو گروه مداحی و حضور در جلسات و نشست‌های حضور در جلسات را داشته و نیز روابطی و نشاید سوالات مشابه WHOOQL-BERF

سالمات جسمانی، روانی و اجتماعی و سلامت محیط را با ۳۴ سوال می‌سنجد. هر

یک از سوالات به ترتیب ۱.۵، ۲.۷ و ۵ سوال می‌باشد و سوال اول به هیچ‌یک از

حبیب‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی

قرار می‌دهد. نتایج آن بر پرسترشامه در مجموع دارای ۲۶ سوال است. یک از انجام

محاسبه‌های لازم برای هر حیطه امتبازی معادل ۲۰۰ بهسیط خواهد که به آن

شانس‌های بهترین و ۲۰ شانس بهترین و وضعیت حیطه مورد نظر است. این امتبازی را قابل

یابی امتبازی با داده می‌باشد این بر پرسترشامه برای اولین بار در سال ۱۳۸۴ نوشته

استندی تحقیقات بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی خدمات بهداشتی دانشگاه تهران

ترجمه، روان‌سنجی و استاندارد شده است (نگاه و همکاران، ۱۳۸۵).

در ابتدای کار افراد اکنون توهین نمی‌کنند این افراد تکمیل شده و سپس پیش آمده

پرسترشامه گروهی زندگی سازمان جهانی بهداشت (برای مثال) نیازمند به‌صورت

تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تکمیل شده‌اند. در ادامه مداخله مدکاری گروهی با

رویکرد توانمندسازی برای افراد گروه مداخله پهلوی دچار به جنگ به دفع ۴ ساعت که

به دو بخش ۱ ساعتی تقسیم می‌شود. این‌ها شده در این مداخله مهارت‌های همچون

مهارت‌های ارتباطی، حل مسئله و خودسنجیدن به‌صورت فعال با اعضای گروه تمرین

شد. مثلاً بحث متمرکز گروهی باورهای غلط اعضا نسبت به وضعیت و نوبات می‌رود

خود شناسایی شد و سعی در تغییر آن به عمل آمد. به‌روزرسانی نظر سیاست. ضعف،

فرض شده و تهدیدات شورید در میزان مشارکت اجتماعی آنها و وضعیت سلامت

برداشتی شده. اعضای ترغیب شدند که راه‌های افزایش مشارکت اجتماعی و ارتقاء سلطه

سلامت خویشتن را بپایند.
همه افراد جروه مداخله بهصورت سه بار در هفته به انجام ورزش پرداختند (برنامه ورزشی مناسب با وضعیت جسمی آنها نوشتی امور نیبیستی و زبر نظر منحصر نوینی نخستین فیزیکی طراحی و ارائه شد) همچنین بر اساس بسته خودمراقبت وزارت بهداشت، خود مراقبتی، به ۴ مقطع جسمی، روانی، اجتماعی و مذهبی آموزش داده شد. باعث اجرای برنامه از نکته‌های بارش فکری، بحث جروه و آرام‌سازی استفاده شد. بالا قابلیت‌ها بعد از پایان مداخله و یک ماه و نیم پس از پایان جلسات به‌صورت پیگیری در هر دو جروه پرسش‌های کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت و مشارکت اجتماعی جهت بررسی تأثیر مداخله مجدداً تکمیل شد. پس از اجرای پس آزمون با پیگیری به‌منظور تعیین اصول اخلاقی ۴ جلسه با موضوع آموزش مداخله مدرک‌کاری اجتماعی با روش‌های نمودار سازی برای جروه کنترل برجک کرده و مهم‌ترین مباحث به‌صورت مختصر به این افراد آورده شد.

جهت تعریف و تحلیل داده‌های توصیفی نمونه‌های مورد بررسی از شاخه‌های آماری تعداد درصد. منابع و انحراف معیار استفاده شد. نرم‌افزار منابع به‌سیستم با سیستم جامع طراحی و نظر منحصر به فرد‌های زیست‌شناسی مثل سن و از آزمون نی‌روپیشگان و کاهش در بررسی شد. برای مقایسه سیستم تجزیه‌توان و ابعاد در دو جروه به تفکیک یکسان اندازه‌گیری (سی‌تکاری) از آزمون نی‌روپیشگان و برای مقایسه سیستم تجزیه‌توان و ابعاد در دو جروه کنترل و بعد و پیگیری به تفکیک گروه از دو ابزار طراحی اندازه‌گیری تکاری (فریپک) استفاده شد.
بافت‌ها

در گروه مداخله مبتنی 644/06 و در گروه کنترل 647/06 محاسبه‌شده است.

و طبق آزمون آنتایز واریانس یک‌طرفه تفاوت معناداری در سه سالمندان در دو گروه کنترل و مداخله وجود ندارد (p<0.05). بنابراین در گروه از نظر متغیر سه سالمند هم‌ستند. ویژگی افراد در هر دو گروه دارای تعداد مشابه پایین، خواندن و نوشتن وجود ندارد.

و تعداد افراد دارای تعداد مشابه سیگنال تا دیپلم گم‌شده درصد. اما به خود اختصاص داده است، بر اساس آزمون کای ارسال تفاوت معناداری در تعداد سالمندان در دو گروه کنترل و مداخله وجود ندارد (p<0.05). بنابراین در گروه از نظر متغیر تعداد سالمندان هم‌ستند. بنابراین درصد از افراد در دو گروه مداخله و 73.3 درصد در گروه کنترل متأهل بودند. و آزمون کای ارسال متأهل داشت تفاوت معناداری در

وضعیت تعلق سالمندان در دو گروه کنترل و مداخله وجود ندارد (p<0.05). بنابراین در گروه از نظر منعیت تعلق متأهل سالمندان بودند. از نظر تعداد فرزندان، نیز در هر دو گروه بیشتر افرادی به سه فرزند داشتند. و همگی در دو گروه مداخله سیگنال مشابه مبتنی در آمده خانوادگی ماهانه کمتر از پیش‌بینی داشتند. آزمون کای ارسال نیز متأهل داشت تفاوت معناداری بین سالمندان در دو گروه کنترل و مداخله وجود ندارد (p<0.05).

جدول 1- مقایسه توزیع متغیرهای دموگرافیک

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر زمینه</th>
<th>تعداد</th>
<th>مداخله</th>
<th>کنترل</th>
<th>p-value</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>تحصیلات</td>
<td></td>
<td>86.75</td>
<td>67.95</td>
<td>0.115</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>13</td>
<td>6</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>2</td>
<td>13</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>0.012</td>
<td>0.012</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>1.00</td>
<td>0.67</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>0.66</td>
<td>0.33</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>0.00</td>
<td>0.00</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>0.00</td>
<td>0.00</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>1.00</td>
<td>1.00</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>0.00</td>
<td>0.00</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>0.00</td>
<td>0.00</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>0.00</td>
<td>0.00</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

منابع: تأثیر تعلق و نحوه تصمیم‌گیری اجتماعی بر روی سلامتی گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک

(جدول 1)
<p>| | | | | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>a</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>b</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>c</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>d</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>e</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>f</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>g</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>h</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>i</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>j</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>k</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>l</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>m</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>n</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>o</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>p</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>q</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>r</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>s</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>t</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>u</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>v</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>w</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>x</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>y</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>z</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Note: The table contains data that is not clearly visible in the image. The significance levels are indicated as *p < 0.05* and **p < 0.01**, with non-significant results marked as 'NS'.
در بررسی انجام شده که تعداد کیفیت زندگی مبتلا به بیماری گروهی، کارکرد و هماهنگی که جدول ۲ نشان می‌دهد بر اساس آزمون آنالیس واریانس تاخیره‌ای نکاریده میانگین تعداد کیفیت زندگی جسمی در گروه معنا به بعد از مداخله و در زمان پیکری نشان می‌دهد (p-value<0.05). در این‌روتی طرح که در شروع مداخله، میانگین تعداد کیفیت زندگی جسمی در دو گروه حداکثر ۲۱ بوده است و آزمون تی زوجی نشان می‌دهد که نتایج معنی‌داری با اندازه‌گیری پیش از وجود داشته‌است، اما بعد از مداخله و در مراحل پیکری میانگین‌های جی‌پیچنگ گروه در بعد از جسمی کیفیت زندگی نشان می‌دهد (p-value<0.05)

در بررسی انجام شده که تعداد کیفیت زندگی مبتلا به بیماری گروهی به عمل آمد و نشان داد میانگین تعداد کیفیت زندگی روانی در گروه معنا به بعد از مداخله و در زمان پیکری نشان می‌دهد (p-value<0.05). در این‌روتی طرح که در شروع مداخله، میانگین تعداد کیفیت زندگی جسمی در دو گروه حداکثر ۲۱ بوده است و آزمون تی زوجی نشان می‌دهد که نتایج معنی‌داری با اندازه‌گیری پیش از وجود داشته‌است، اما بعد از مداخله و در مراحل پیکری میانگین‌های جی‌پیچنگ گروه در بعد از جسمی کیفیت زندگی نشان می‌دهد (p-value<0.05).
سن در این مدل بر اساس (SE=0.05) بوده که نشان می‌دهد به ازای یک سال آفزایش سن، میانگین کیفیت زندگی روانی افراد به میزان 0.16 کاهش یافت.

در تعداد اجتماعی کیفیت زندگی آزمون فردی داده‌های زیر در حالت که در گروه کنترل تفاوت معنی‌داری مشاهده نشده (p-value>0.05) اما در گروه مداخله میانگین نمره کیفیت زندگی اجتماعی بکر در دو مداخله و در زمان پیگیری با تفاوت معنی‌داری داشته است (p-value<0.05). به گونه‌ای استفاده شده که نشان می‌دهد بحصورت کلی به یک مداخله بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (p-value>0.05) اما بعد از مداخله و در زمان پیگیری بین نمرات گروه مداخله و گروه کنترل تفاوت معنی‌داری در نمرات گروه میانگین کیفیت زندگی محیطی بکر در این دو گروه مداخله و در زمان پیگیری با تفاوت معنی‌داری بکر داشته است (p-value<0.05).

جهت مقایسه دو گروه یا یک آزمون آنالیز تی زوجی به عمل آمده که نشان داد

به گونه‌ای استفاده شده که نشان می‌دهد اثرات تفاوت در نگاه دادن به حالت کیفیت زندگی محیطی را می‌سنجد. مشاهده نشان می‌دهد که نشان می‌دهد اثر تفاوت در نگاه دادن به حالت کیفیت زندگی محیطی در دو گروه مداخله و در زمان پیگیری با تفاوت معنی‌داری داشته است. اما تنها تفاوت در نشان می‌دهد که برخی میانگین افزایشی کیفیت زندگی محیطی در قبل، بعد و پیگیری با تفاوت معنی‌داری داشته. علاوه بر این دو عامل، عامل متغیر ششگانه
بررسی ارتباطی مداخله‌های مصرف‌گرگری اجتماعی گروهی ... 

نیاز اثر معنی‌داری بر کیفیت زندگی تعد محیطی دارد که چه بخت کنترل اثر ان در مسیر وارد شد. مدل نشان داد که میانگین کیفیت زندگی محیطی در سه گروه مسعود، درحالی که در گروه کنترل ناقص معنا نداده (p-value<0.05).

در بررسی کلی کیفیت زندگی به عنوان یک متریک از ادمینیس‌های فردی می‌باشد و می‌توانی امتیاز داده شود. جدول (4) نشان می‌دهد که بر اساس آزمون فرضیه میانگین تعیین کیفیت زندگی کلی در گروه مداخله. بعدها از مداخله و در زمان پیگیری نتایج معناداری داشته (p-value<0.05). به طور گسترده‌ای در گروه کنترل ناقص معنا نداده (p-value<0.05).

بحث و نتیجه‌گیری

از انجام‌های که فرضیه این پژوهش نسبتاً گردیده و نتایج نشان داد که این مداخله توانست سلامت و کیفیت زندگی مسلمانان را افزایش دهد. می‌تواند ایده ای نسبت مداخلات می‌کند که ایجاد اجتماعی گروهی با رویکرد توانمندسازی با گروه مسلمانان می‌تواند. به عنوان مثال برای کار با مسلمانان در انرژی و سایر کشورهای در حال توسعه، به توسعه‌های، كه سالمدانان در آن جای حمایت اجتماعی و خدمات بهداشتی کمکی برخوردار نیستند. البته می‌تواند در مورد بازگشت کنترل کمی در پژوهش نشان‌دهنده ارتباط قابل نوشت کیفیت زندگی آزادیست. در هر جهان بعد کیفیت زندگی، بین گروه مداخله و
کنترل تفاوت معناداری وجود درد و نشان از تأثیر مداخله بر سلامت جسمی، روانی، زیست‌محیطی و اجتماعی در پس‌آزمون و پیگیری دوره.

می‌توان این کودک را درون‌کشیدن کرده که شرکت‌کنندگان این واقعیت را بپذیرد که تغییرات ناشی از افراد، سن و سابع عوامل اجتماعی به زندگی خود با همان روند و انگیزه‌ها که در دوره سالمندی ادامه دهند (تجربه‌ها و نکات بین کننده این موضوعات سالمندی است) و اکنون باید برای تطابق با شرایط جدید در طول این دوره مداخله نلایش کنند. توانایی خود را در زمینه حمل مسؤولیت اجتماعی و روابط اجتماعی را با جامعه بازپردازند. دوران سالمندی را به‌یک تجربه خرسند و برای خود به‌بدل نمایند این نتایج حاصل در راستای نظریه‌های نوازنده‌سازی (1992-1994 و 2005) (Turner، 2005) و (Payne، 1994)، می‌باشد که بسی‌روی ابزار تحلیل و توسعه از طریق کارهای گروهی، تأکید داشته‌اند. همچنین نظریه سالمندی موفقیت‌یاب نتایج را تأیید می‌نماید.

به نظر می‌رسد شرکت‌کنندگان مشترک داوطلبانه در این مداخله را به‌عنوان نوعی از مشارکت‌های اجتماعی لئوداد کرده‌اند. و ناتوان کرده‌اند. این از دیدگاه اجتماعی دیدگاه اطراً خود به‌عنوان سیاست‌های باید دستیابی به اهداف خود در راستای ارتقای سلامت استفاده نماید. همچنین جوون افراد با ورد به دوره سالمندی در نقشه‌های خود در خانواده و مهیج اطراً دچار تغییر می‌شوند. به نظر می‌رسد مداخله باید نوازنده و ارزش‌مند باشند. همچنین، نوش نش جدید در مهیج خانواده، محقق، و مبنا سالمندی ایفای حاصل در بازه‌های است. این نتایج احتمالاً به نظر ناپیما شده و بهترین که نوازنده‌سازی فردی را پیش‌بینی می‌کند (Thompson and Thompson، 2001).

در بعد سلامت جسمی با توجه به اینکه این مداخله بر فعالیت‌های ورزشی ایتکسو و توجه به بحث خودفرآیندی در تمام ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و مدیتی از
سومی دیگر اهمیتی نهشته بذاری به آن در دوران سالمندی تاکید، ویژگی‌های داخلی است و مبنی بر نوآمرنگسازی و افزایش عزت نفس بوده موجب است که تغییر باورها و نگرش سالمندان نسبت به توانایی‌های خود داشته اعم. توانته، گروه مداخله و نسبت به سلامت جسمی خود حساس نمودی به انگیزه فعالیت‌هایی از جمله شناخت و استفاده از منابع اجتماعی و روشی، پژوهش در محیط اطراف خود که استوار اجرای آن حین مداخله بود زمینه را برای بهبود سلامت سالمندان فراهم آورد.

تحلیل نتایج در تعداد اجتماعی کمیت زندگی در راستای بی‌پرهش توسط هاکیومی و همکاران. (1994) در زمینه تأثیر مشارکت سالمندان در فعالیت‌های اجتماعی بر کیفیت زندگی بود که نتایج آن حاکی از تأثیر بسیاری دردی‌های توانبخشی، در بهبود روابط متقابل اجتماعی، فارس‌سازی و وضعیت سلامت عمومی سالمندان یک بود این نتایج به‌طور مطلوبی با عنوان نفاذ حمایت‌های اجتماعی در کیفیت زندگی سالمندان توسط سالمندان فردین حسین و همکاران (1388) همسر بوده است که سالمندان دار حمایت عاطفی بیشتری ناشی را از راهی زندگی سالمندان داشته و انسجام حمایت اجتماعی بیشترین همین‌گی را با تعداد اجتماعی کیفیت زندگی داشته‌اند. به نظر مرید این مداخله محیطی و فراهم آورده است که افراد با گسترش روابط دوستانه و کسب مهارت‌های ارتباطی بطور مختصری میزان حس تنها‌گری و گوش‌گیری خسارت را کاهش دهد و به صورت فعالیت‌ها با محیط اجتماعی خود تلفیق شوند.

از طرفی در تعداد سالمند روانی به افراد کمک شده، نما باید تغییر استانداردهای زندگی در زندگی و توجه به سایر حیطه‌های زندگی بی‌حیطه‌ای که در آن دچار مشکل هستند، احساس شادمانی کند. و سلامت روانی در آنها افزایش یابد. به نظر می‌رسد وجود تمرینات خوددرمانی، مدیریت احساسات و پیمان درست احساسات تمرینات آرام‌سازی، آشنا‌گری با مفاهیم عزت نفس و اعتماد نفس و تمرینات گروهی و

فردی مربوط به افراد این دو مهارت و مهارت حوذ تصمیم‌گیری باعث افزایش کنترل افراد روی زندگی و بالا رفتن بهره‌برداری و سلامت روان در آنها شده است.

در تعیین کیفیت زندگی، نمرات در کروه بعد از مداخله و در زمان پیگیری نمره کیفیت زندگی بیشتر می‌باشد. در آزمایش افراد

به داشته باشیم که نتایج نهایی از این است که گروه‌هایی که می‌تواند به

در تعیین کیفیت زندگی در تعیین نتایج نهایی است. در این است که گروه‌هایی که می‌تواند به

کیفیت زندگی در تعیین نتایج نهایی است. در این است که گروه‌هایی که می‌تواند به

کد که مداخله دیده و این بسته‌ها از محیط و شرایط زندگی به فرد می‌دهد. نمای در جامعه

که فرد تنوانایی تغییر محیط را ندارد با تغییر نگرش خود نسبت به محیط زندگی، این

شرایط را قابل حمل نمی‌کند. در جامعه که افراد تنوانایی تغییر را دارند، برای تغییر

به کن‌های همچنین می‌توان برداشت کرد که افراد کروه مداخله در این پژوهش

توانسته‌اند با انجام تغییرات همیشه که هنگام شرکت در جلسات مداخله موفق به انجام ان

بوده‌اند. تغییرات مثبت در محیط زندگی خود ایجاد کرده و این تغییرات باعث ایجاد

احساس بهتر در ذهن نسبت به محیط زندگی شان شده است.

در تئوری این فرضیه می‌توان به نظر به‌هایان ۱۹۴۶ اشاره کرد که عوامل

محیطی مؤثر کیفیت زندگی را به دو دسته کلی تقسیم می‌کند که عوامل محیط اجتماعی

شامل شیکا و حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی، سرسو و عقلیت‌گرایی و

نیازی به سازمان‌های دولتی و داوطلبانه بوده و عوامل محیط فیزیکی شامل مسکن

استاندارد، کنترل روی محیط فیزیکی، دسترسی آسان به مراکز خرید، حمایت نقلیه، خدمات

و فرهنگ تقصیمی دیگر است. در این دو دسته عوامل هم مواردی تغییر پذیر و هم

موارد تغییر پذیری و وجود دارند که فرد می‌تواند درک دسته نسخه آورد شناخت

محیط زندگی خود بسیار در تغییر بخشد از آنها و پایدار شود. مثلاً با دید جدیدی داشته

که با استاندارد مداخله کسب کرده است.

1. Hughes
پیشنهادهای کاربردی

1) با توجه به معنادار بودن فرضیاتای برخی از افراد مداخله هم و همبستگی مداخله، نصیحت می‌شود این مداخله در مراکز که در زمینه ارتقاء سلامت سالمندان فعال هستند از طرف شرکت سازمان بهره‌مند شود.

2) با توجه به اینکه پس از اجرای مداخله تماشای افراد بهسالات اجتماعی و سه سالی اقدامی از ایستادگی افراد می‌شود. نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای نهادهای اجتماعی و مادرزاد غیر حاضر نبوده‌ای

3) همچنین سرمایه‌ای فعال در حوزه سالمندی مربوط به این مداخله را که جمع‌بندی می‌شود به‌کار گیرند.

4) پیشنهاد می‌شود این مداخله به‌عنوان یک بخشی از برنامه‌های کتابی با هدف ارتقای کیفیت زندگی و بهبود شرایط سالمندان در انتخاب سالمندان‌های مربوطه در اورور سالمندان قرار داده شود.

5) پیشنهاد می‌شود کانون‌های سالمندی سرای محلات با فراهم آوردن برنامه‌های ترغیبی، آموزشی، ورزشی زمینه را برای جذب سالمندان و افراد مشابه اجتماعی آنان فراهم آورند.
منابع

egovernment.ir/storage/app/media/national-programs/national-programs-04.pdf

- برایی، مؤمن؛ راهب، الهام؛ علی پور فردوین، خانم و مهدی رضایی، اکبر. (1396). بررسی تأثیر مداخله مبتنی بر مهارت‌های اجتماعی کروهی با رویکرد نوسه بر نوآمدهای مثبت روی و اجتماع زنان سرپرست خانوار. مجله توانبخشی. دوره 18، شماره. 3.

- همایونی، کیانه نازه، شیرازی، مشایی؛ سیدی، مجید حسینی و نیکشاری، لیلایی. (1395). تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر الگوی بیبی بر ارتقای کیفیت زندگی سالمندان. مجله آموزش و سلامت جامعه. دوره 1، شماره 2.

- روحانی، حسین. (1379). سی سال تجربی در برنامه‌ریزی خانه سالمندان، مقاله در مجموعه سالمندی (جلد 4 مسائل اجتماعی و محیط زندگی در سالمندی) کرون بانوان نیکوکار، تهران: اسلیشدان معلولین و سالمندان کیرومی، جناب او.

- زاهدی، نیکیه، شریفیان نام، منیا؛ حسینی، حاجی، مهندی، رفیعی، حسن و محمدرضا شاهی‌نژاد. فرخزاده. (1396). مقایسه، کارکنان منصوبان و سالمندان پیش‌رانان سالمندی موفک، مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی. دوره 20، شماره 9.

- سنایی، بهزاد. (1385). بررسی وضعیت اجتماعی و مسائل سالمندان و روستایی با رویکرد طرح توانبخشی روستایی، قصاید سالمندان، دوره 1، شماره.

- سیفی‌ی، علی‌اصفی، زینالی، امیر حمید. (1386). گزارش‌های سالمندان در نظام حقوق ماذی ایران، رفاه اجتماعی. دوره 7، شماره 4.

- تیران، میلادی و زاهدی، جلاله. (1391). بررسی تأثیر برنامه‌ای اجتماعی بر روی رفاه زندگی سالمندان، تشریح علمی، پژوهشی سالمند. دوره 27، شماره 6.

- شیخی، محمدعلی (1385). جامعه‌شناسی سالمندی تهران، تهران: تهران کتاب‌سرای حیرت.

- علی پور، فرکی، سراج. حسینی، فرشاد. سلیمانی، حسن‌اصفی، سعید. (1388). تفسیر جامعه‌ای اجتماعی در کاهش اختلالات و افسردگی سالمندان. تشریح سالمند، دوره 1، شماره 4.
بررسی اثراتی مداخله مددکاری اجتماعی گروهی

بیروزه مقدم، سالاربسهای، فرامرز (1389). الیخانی، آموزش شادکامی برای زنان
رضایتمندی از زندگی در سالمندان تشنجات عصبی پزشکی سالمند: شماره 27.
کریمی، ویلایی اس (1387). پیشگاهی روانشناسی بالینی، نگاه جدیدی به فسفایی، تهران:
انتشارات اطلاعات.
محققی کمال، سید حسین (1386). بررسی مفایحه کمیته زندگی سالمندان
مستمریگیر سازمان تأمین اجتماعی و سازمان پزشکی کشوری در تابعه پایداری
کارشناسی ارشد رفاه اجتماعی، تهران: دانشگاه علوم پزشکی و دندانپزشکی.
بردسی، شهروز (1390). بررسی رابطه مشارکت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان عضو
کانونهای سالمندی شهر تهران در سال 1390. تشنجات عصبی پزشکی سالمند، 2013.

مکتوبات ملی آمار ایران (1395). مرکز ملی آمار و عمومی‌سالی.
https://www.amar.org.ir

بیروزه مقدم، سالاربسهای، فرامرز (1389). الیخانی، آموزش شادکامی برای زنان
رضایتمندی از زندگی در سالمندان تشنجات عصبی پزشکی سالمند: شماره 27.

نگاه سحران، مفاهیمی، علی‌اکبر نامی‌نیا، کوشش و عملکرد اجتماعی، 1384.

WHOQOL استانداردهای بررسی کیفیت زندگی سالمندان جهانی بهدافت‌بر
ترجمه و دریافت کنون ایرانی، مجسمه دانشکده بهداشت و روانشناسی BREF

تحمیلات بهداشتی، شماره 3.

راهاوی نیا، مریم ساداتی، گشایشی، آوین، منظوری، علی‌اکبر و مفاهیم، فرامرزه (1384).

کیفیت زندگی مرتبه بالا سالمندان در سالمندان مطالعه جامعه‌نشین، پایش، سال
پیش در نمایه، شماره دوم.

همه مسئله پاک، معصومه، هاشمیلو، لیلا و خلجی، حمیدرضا (1391). بررسی تأثیر
احراز برنامه خود مردمی اورم بر عزلتی سالمندان ساکن خانه‌های سالمندان
ارومیه، مجله پرستاری داخلی- جراحی، شماره 1.


