

# بررسی اثربخشی مداخله مددکاری اجتماعی گروهی مبتنی بر توانمندسازی بر ارتقاء کیفیت زندگی زنان سالمند

فاطمه سلیمانی\* ، حمیده عادلیان راسی\*\*

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۸/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۵/۱

## چکیده

مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی مداخله مددکاری اجتماعی مبتنی بر توانمندسازی بر روی کیفیت زندگی زنان سالمند انجام شده است. پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه کنترل انجام گرفته است. در این طرح، آزمودنی‌ها به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه مداخله و کنترل قرار داده شدند. نمونه آماری این پژوهش را ۳۰ نفر از زنان سالمند منطقه ۱۵ تهران تشکیل دادند که از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. بسته مداخله تحقیق در طی نه جلسه برای گروه آزمایش اجرا شد. در حین مداخله مهارت‌های حل مسئله، خود تصمیم‌گیری و افزایش عزت‌نفس آموزش داده شد. همچنین برای افزایش سلامت افراد، آموزش خود مراقبتی در ۴ بعد جسمی، روانی، اجتماعی و مذهبی مورد تأکید قرار گرفت. برای ارزیابی

---

\* کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

fatima.salomoni.sw@gmail.com

addelyan@atu.ac.ir

\*\* استادیار گروه مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی (نویسنده مسول)

تأثیرات مداخله، از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت و برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد. برای مقایسه میانگین متغیرهای وابسته در دو گروه به تفکیک زمان اندازه‌گیری (سه تکرار) از آزمون تی زوجی (من-وینتی) و برای مقایسه میانگین متغیرهای وابسته در سه زمان قبل و بعد و پیگیری به تفکیک گروه از آنالیز واریانس اندازه‌های تکراری (فریدمن) استفاده شد. نتایج نشان داد که مداخله مددکاری گروهی بر افزایش کیفیت زندگی کلی و خرده مقیاس‌های جسمی، روانی، محیطی و اجتماعی هم بعد از مداخله هم در پیگیری اثربخش بوده است. بر اساس نتایج بدست آمده، به مداخله کنندگان و سیاست‌گذاران توصیه می‌شود تا در راستای ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی سالمندان بر مداخلات مبتنی بر توانمندسازی تأکید نموده تا بدین ترتیب نقش سالمندان در فرآیندهای تصمیم‌گیری در زندگی خود افزایش یافته به‌گونه‌ای که بتوانند با سالمندی فعال، ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی را تجربه نمایند.

**واژه‌های کلیدی:** مددکاری اجتماعی گروهی، سالمندی، توانمندسازی، کیفیت زندگی.

### مقدمه و بیان مسئله

سالمندی از دوران حساس زندگی بشر است و توجه به مسائل و نیازهای این مرحله یک ضرورت اجتماعی است. جمعیت جهان به‌سرعت در حال سالمند شدن است امروزه در اکثر جوامع، سالمندی به‌عنوان یک مسئله مهم مطرح است (لیلی و همکاران، ۱۳۹۰). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت (WHO) جمعیت سالمندان جهان (افراد دارای ۶۰ سال سن و بالاتر) از میزان ۹٫۲ درصد از کل جمعیت کره زمین در سال ۱۹۹۰ به ۱۱٫۷ درصد در سال ۲۰۱۳ رسیده است و پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۵۰ این میزان به ۲۱٫۱ درصد برسد. این تغییر بزرگ در جمعیت از کشورهایی با میانگین درآمد بالا مثل ژاپن آغاز شد و پیش‌بینی می‌شود در کشورهایی با درآمد پایین

مثل ایران، شیلی، روسیه ادامه پیدا کند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۵). پس بدین ترتیب تمام کشورها فارغ از سطح توسعه‌یافتگی با چالش‌های بزرگی در زمینه سلامت و بهزیستی سالمندان روبه‌رو خواهند شد. بر اساس روند کنونی رشد جمعیت، ایران در آینده کشور دارای میزان قابل‌توجهی سالمند می‌باشد. در سال ۱۳۹۵ جمعیت کشور ۷۹۹۲۶۲۷۰ نفر گزارش شده است که از این تعداد ۶,۱ درصد بالاتر از ۶۵ سال سن داشتند و این نشان‌دهنده ۰,۹ درصد رشد در طول ۱۰ سال اخیر است (مرکز ملی آمار ایران، ۱۳۹۵).

سه موضوع سالمندی، سلامت و جامعه ضمن این‌که ارتباط تنگاتنگی با هم دارند، تأثیر بسیاری بر یکدیگر می‌گذارند. یکی از موضوعات عمده‌ای که کشورهای رو به توسعه با آن مواجه هستند، همانا سالمند شدن جمعیت این کشورهاست که به دنبال تغییراتی که در ساختار جمعیت، ساختار جامعه، خدمات بهداشتی و درمانی و نظایر آن بوجود آمده است. گروه‌های سنی ۶۰ ساله و بیشتر به‌طور سریعی در جوامع در حال توسعه، رو به افزایش است به‌طوری‌که بر اساس برآوردهای جهانی ۲/۳ گروه‌های سنی ۶۰ ساله و بیشتر در جوامع رو به توسعه زندگی می‌کنند (شیخی، ۱۳۸۹). بنابراین می‌توان گفت که موضوع سالمندی یا ظاهرشده یا در حال ظهور است و اگرچه موضوع یادشده قبلاً در کشورهای صنعتی تجربه‌شده است و آن‌ها آشنایی طولانی با این پدیده دارند، اما جوامع توسعه‌نیافته، تجربه زیادی در این خصوص ندارند. سالمندان در این جوامع نیاز به خدمات ویژه‌ای دارند که اغلب در اختیار آنان قرار نمی‌گیرد (Pina, et al., 1999).

سالمندی به‌طور طبیعی همراه با تحلیل قوای جسمی و روحی است به‌طوری‌که سبب می‌شود تا سالمند در گروه‌های آسیب‌پذیر قرار گیرد. سلامت در ابعاد مختلف آن بر زندگی سالمندان تأثیر فراوان می‌گذارد. با افزایش سن، معلولیت‌های جسمی و انزوای اجتماعی و متعاقب آن احساس عمیق ناامیدی بیشتر می‌شود. عارضه سالمندی و فرآیند زیستی و اجتماعی آن به‌طور طبیعی موجب اختلال در کارکرد اندام‌های مختلف

بدن و ناتوانی تدریجی در انجام و اداره امور شخصی و ایفای نقش اجتماعی فرد سالم می‌شود که تأثیر این نارسایی‌ها در بُعد اجتماعی زندگی سالمندان، بارزتر می‌باشد. به طوری که محدود شدن شبکه ارتباطات شخصی را می‌توان برآیند این عوامل دانست. این در حالی است که بُعد اجتماعی زندگی، تأثیر بسزایی در سلامت به صورت عام و کیفیت زندگی به صورت خاص دارد (علی پور و همکاران، ۱۳۸۸؛ مقدم و همکاران، ۲۰۱۴).

کاهش مرگ‌ومیر ناشی از پیشرفت‌های علوم پزشکی و آموزش و پرورش موجب افزایش نرخ امید به زندگی و طول عمر گردیده است هم‌زمان با افزایش کمیت زندگی سالمندان توجه به کیفیت زندگی آن‌ها و شناسایی عوامل مؤثر بر آن جهت سیاست‌گذاری‌های جامع و صحیح برای این قشر از افراد جامعه از اهمیت زیادی برخوردار است. بنابراین آنچه دانش امروزی باید به آن توجه داشته باشد تنها طولانی کردن دوران زندگی نیست، بلکه باید توجه داشت که سال‌های پایانی عمر در نهایت سلامت جسمی، روانی و اجتماعی سپری گردد، و در صورتی که چنین شرایطی تأمین نشود، پیشرفت‌های علمی برای تأمین زندگی طولانی‌تر مخاطره‌آمیز خواهد بود (مرادی، ۱۳۹۰). فارغ از مباحث زیست‌شناسانه مربوط به سالمندان، بسیاری از بیماری‌ها و مشکلات دوران سالمندی، ناشی از شیوه زندگی ناسالم است به طوری که یکی از مهم‌ترین موضوعات در این حوزه، خطر به حاشیه رانده شدن و محرومیت اقتصادی، اجتماعی و فردی و به طور کلی حق مشارکت فعالانه در جامعه می‌باشد که می‌تواند کیفیت زندگی سالمندان را تحت تأثیر قرار دهد (سیفی و زینالی، ۱۳۸۶؛ واحدانی نیا و همکاران، ۱۳۸۴).

بنابراین می‌بایست پایه و اساس سلامت را با به‌کارگیری شیوه صحیح و ارتقاء کیفیت زندگی، از اولین مراحل حیات پیریزی نموده و به موازات آن با ایجاد زمینه‌های مناسب مشارکت سالمندان در خانواده و جامعه، و نیز فراهم ساختن فضای مناسب حمایتی در کلیه جنبه‌های اقتصادی-اجتماعی و بهداشتی، در جهت نیل به سالمندی

سالم و موفق گام برداشت (ستاری، ۱۳۸۵). یکی از حرفه‌هایی که می‌تواند در زمینه ارتقاء سلامت، کیفیت زندگی و توانمندسازی سالمندان مؤثر واقع شود، حرفه مددکاری اجتماعی است. با توجه به این‌که مددکاری اجتماعی حرفه‌ای است که با هدف اعمال تغییر اجتماعی، حل مسئله در روابط انسانی و توانمندسازی جهت دستیابی افراد به رفاه اجتماعی شکل گرفته است بنابراین به افراد کمک می‌کند که کنترل بیشتری روی زندگی خود داشته باشند.

از طرفی، مددکاری اجتماعی برای رسیدن افراد به رضایت فردی ضمن آموزش روش‌های جدید فکر کردن و تغییر رفتار، تلاش می‌کند تا افراد را در برابر آسیب‌های اجتماعی مختلف مقاوم نموده و ظرفیت‌ها و قابلیت‌های ذاتی آنان را شناسایی کرده تا بتوانند در مقابله با مشکلات خود بدون وابستگی توانمند باشند. آن‌ها همچنین، یاد می‌گیرند که چگونه از خودشان مراقبت کنند تا بتوانند تغییرات مثبت در زندگی ایجاد کنند (عادلیان راسی، ۲۰۱۳، عادلیان راسی و همکاران، ۲۰۱۵). بنابراین رویکرد توانمندسازی می‌تواند یکی از مؤثرترین رویکردهای انسان‌گرایانه در عمل مددکاری اجتماعی باشد. این رویکرد در سال‌های اخیر در زمینه سالمندان و نقش آنان در فرآیند درگیر شدن و تصمیم‌گیری و مشارکت در ارتقاء کیفیت زندگیشان بسیار حائز اهمیت است (Thompson and Thompson, 2001).

در این پژوهش، سعی بر این است تا با استفاده از رویکرد توانمندسازی و تکنیک‌های مددکاری اجتماعی گروهی، مدل رشد و توسعه، از قبیل بحث متمرکز گروهی، بارش فکری و خودشناسی به تغییر باورها، افکار و ارزش‌های سالمندان پرداخته و ضمن آموزش فعال مهارت‌هایی از قبیل حل مسئله به‌عنوان یک ظرفیت درونی، مهارت‌های ارتباطی، ارتقاء اعتمادبه‌نفس و عزت‌نفس و آموزش‌های خودمراقبتی، افزایش سلامت و کیفیت زندگی آنان را داشته باشیم. به‌طورکلی ما، به دنبال افزایش قدرت درونی افراد جهت کنترل بیشتر زندگی از طریق توانمندسازی و با تأکید بر خود تصمیم‌گیری و افزایش عزت‌نفس در آن‌ها هستیم.

بر اساس تعاریف و نظریه‌های توانمندسازی (Thompson and Thompson, 2001; Payne, 1997/2005; Turner, 1996/2011; Adams, 2003)، طراحی مداخله در این مطالعه، حول این چهار بُعد صورت گرفته است:

- (۱) کنترل بر زندگی: تصمیم‌گیری‌ها، شیوه زندگی و فعالیت‌های مؤثر بر سلامتی؛
- (۲) شناخت خود - افزایش اعتماد به نفس و عزت نفس؛
- (۳) آموزش مهارت‌ها: مهارت حل مسئله - مهارت‌های ارتباطی،
- (۴) آگاهی از خدمات و منابع و یا سایر فرصت‌های حل مشکل در جامعه و استفاده از آن‌ها.

این پژوهش با استفاده از مددکاری گروهی، مدل رشد و توسعه، مداخله‌ای را مبتنی بر رویکرد توانمندسازی در پنج بُعد یادشده (متغیر مستقل) به‌منظور استفاده در بین گروهی از سالمندان منطقه ۱۵ شهر تهران طراحی نموده و هدفش سنجش میزان اثربخشی مداخله مورد نظر بر کیفیت زندگی (متغیر وابسته) سالمندان است. پژوهش حاضر بر آن است تا مداخلات مددکاری اجتماعی را در بین جامعه سالمندان ترویج نموده و به توسعه روش‌های جدید در این زمینه بپردازد و نتیجتاً به افزایش کیفیت زندگی سالمندان کمک نماید.

### مرور پیشینه

پژوهشی در سال ۱۳۹۳ توسط دشمن‌گیر و همکاران مبنی بر تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر الگوی پرسید بر ارتقای کیفیت زندگی سالمندان به‌صورت نیمه تجربی بر روی ۸۰ سالمند که به‌صورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شده بودند اجرا شد. قبل از اجرای مداخله مطابق با الگوی پرسید پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی و پرسشنامه محقق ساخته مطابق با مراحل الگوی پرسید توسط دو گروه تکمیل شد و یک ماه بعد از مداخله هر دو گروه مجدداً پرسشنامه یادشده را تکمیل نمودند. تحلیل داده‌ها و نتایج حاصله نشان‌دهنده اختلاف معنادار در ابعاد جسمی و سلامت روانی، اجتماعی

بررسی اثربخشی مداخله مددکاری اجتماعی گروهی ... ۱۹۳

و محیطی قبل و بعد از مداخله آموزشی در گروه مداخله بود. نتایج نشان می‌دهد که این الگو می‌تواند منجر به شناسایی عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی سالمندان و در نتیجه تدوین برنامه آموزشی مؤثر گردد.

مطالعه‌ای با عنوان بررسی تأثیر برنامه‌های اجتماع‌محور بر رفاه ذهنی سالمندان در ۱۳۹۱ توسط شیانی و زارع انجام شد. در این پژوهش تجربی ۱۰۰ نفر از سالمندان ۶۰ سال و بالاتر ساکن آسایشگاه کهریزک شعبه کرج انتخاب و به‌صورت کاملاً تصادفی به دو گروه آزمون و شاهد تقسیم شدند. ویژگی اصلی، تفکیک شرکت در برنامه‌های اجتماع‌محور بوده است. روش بررسی به‌صورت مداخله‌ای بوده و با استفاده از پرسشنامه و مصاحبه اطلاعات لازم جمع‌آوری و برای تحلیل از آزمون تی استفاده شده است. سالمندانی که در برنامه اجتماع‌محور شرکت کرده بودند شاخص رفاه ذهنی بیشتری از خود نشان دادند. در بررسی شاخص‌های رفاه ذهنی همچنین میزان رضایت از زندگی و کیفیت زندگی بیشتر بود.

مطالعه‌ای با بررسی تأثیر اجرای برنامه خود مراقبتی Orem در سال ۱۳۹۱ توسط همتی مسلک پاک و همکاران بر عزت‌نفس سالمندان ساکن خانه‌های سالمندان ارومیه به‌صورت نیمه تجربی انجام شد. ۵۰ نفر سالمند به دو گروه ۲۵ نفره کنترل و مداخله تقسیم شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسشنامه‌های نیازهای سالمندان بر اساس مدل اووم و عزت‌نفس بود که در دو مرحله قبل و یک ماه بعد از اجرای برنامه خود مراقبتی سنجیده شد. اختلاف میانگین عزت‌نفس قبل و بعد از مداخله بین دو گروه نشان‌دهنده اختلاف معنادار بود و نشان داد که برنامه خود مراقبتی اووم تأثیر مثبتی بر افزایش عزت‌نفس سالمندان دارد.

فلان<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۲)، به ارزیابی بازده برنامه‌های یک مرکز روزانه و تأثیر آن بر سلامت عمومی سالمندان پرداخته‌اند. این مطالعه با طراحی پیش‌آزمون - پس‌آزمون

---

1. Phelan, et. al.

بر روی ۳۰۴ سالمند بالای ۶۵ ساله در یک مرکز روزانه واشنگتن آمریکا به انجام رسید. برنامه‌ریزی شامل کلاس‌های ورزشی، مشاوره و صحبت با همسالان بود. از جمله تأثیرات این مرکز، کاهش قابل توجه افسردگی و علائم جسمانی سالمندان پس از شرکت آن‌ها نسبت به زمان قبل از شرکت بود.

مطالعه‌ای با عنوان بسط و ارزیابی حمایت دوطرفه گروهی، مراقبت طولانی‌مدت در منزل در سال ۲۰۱۲ توسط کریستین تیورر<sup>۱</sup> همکاران در کانادا انجام شد. این ارزیابی بر مبنای مسیر، ساختار و محتوای مداخله تأکید داشته، مدل مداخله بر اساس مدل شخصی تام کیت وود و به صورت بحث گروهی هفتگی درباره موضوعی که خود شرکت‌کنندگان انتخاب می‌کنند بوده است. این انتخاب شامل انتخاب موسیقی، مطالعه داستان و انتخاب عکس هم بوده است. مدل تام کیت وود بر روی خودتصمیم‌گیری، رابطه محکم حمایتی در دریافت و ارائه کمک و تمرکز روی افزایش قدرت درونی تأکید دارد. جریان به صورت چند روشی و کیفی و چینش دایره‌ای در حین بحث متمرکز گروهی، و مشاهده سیستماتیک از ۶ گروه (جمعاً ۶۵ نفر) بوده است. تلاش تسهیلگرانه برای کاهش وابستگی اعضا و افزایش خودتصمیم‌گیری در جریان گروه قرار داشته است به طوری که اعضا بتوانند بین ارائه حمایت به دیگران و دریافت حمایت تعادل برقرار کنند. کل مداخله در محیطی شبیه خانه، جهت شنیدن موسیقی و نوشیدن قهوه در مدت زمان ۴۵ دقیقه تا یک ساعت انجام شده است. تسهیلگر تلاش برای تشویق اعضا جهت همکاری در تنظیم و هماهنگی امور آن خانه را داشته است. نتایج از اثر مثبت این نوع گروه‌درمانی حاکی است و به طور معناداری میزان حس تنهایی و دل‌تنگی بین اعضا کاهش یافت و گسترش روابط دوستانه، افزایش مهارت‌های تطابقی، حمایت متقابل و افزایش فهم و درک اعضا افزایش یافت.

---

1. Kristine Theurer, et, al



فکویی<sup>۱</sup> در سال ۲۰۰۳ مداخله‌ای را با زنانی با میانگین سنی ۵۳ سال و ۵۰ نفر (۲۵ نفر گروه مداخله ۲۵ نفر گروه کنترل) در سه گروه با رویکرد آموزشی و هم‌زمان بودن در گروه حمایتی طراحی و اجرا نمود. این مداخله به مدت ۶ هفته و به مدت ۱ ساعت و ۳۰ دقیقه انجام گرفت. وی مهارت‌های تطابقی و مدیریت استرس و آموزش مسائل مربوط به بهداشت و سلامتی را در برنامه قرار داد که نتایج حاکی از کاهش میزان تنهایی و بالا رفتن میزان اعتماد و رضایت از کمک‌های درمانی بود.

لوک<sup>۲</sup> در سال ۱۹۹۰ با دو گروه ۳۳ و ۳۲ نفره به ترتیب گروه مداخله و گروه کنترل در سوئد برای سالمندان ۷۱ تا ۷۸ ساله خانه‌نشین و دارای معلولیت یک برنامه مداخله‌ای اجرا کرد. افراد این پژوهش همگی به موسسه مرکز مراقبت روزانه مراجعه می‌کردند. برنامه شامل بحث گروهی همراه با انعکاس نظرات برای افزایش خودتصمیم‌گیری به مدت ۱۲ هفته برای گروه مداخله اجرا شد. شاخص‌های اندازه‌گیری شده شامل میزان فعالیت بیرون از موسسه، اندازه شبکه اجتماعی، میزان ناامیدی، افسردگی و تنهایی و سلامتی مشهود، از دید خودشان بود. اندازه شبکه اجتماعی در شش هفته اول بعد از مداخله گسترش یافت ولی بعد از دوازده هفته اثرات گسترش ناپدید شده بود، پیگیری بعد از ۲۴ ماه نشان‌دهنده افزایش مصاحبت افراد و کاهش احساس تنهایی و افسردگی بود.

روتوسولو<sup>۳</sup> در فنلاند مداخله‌ای را روی سالمندان ۸۰ ساله که بیوه بودند به مدت سه ماه به صورت هفتگی در سال ۲۰۰۹ اجرا کرد. گروه مداخله ۱۱۷ نفر و گروه کنترل ۱۱۸ نفر بودند. گروه تشکیل شده شامل فعالیت‌های تنفسی و ورزشی و گروه شامل مداخلات روانی اجتماعی بوده است که نتایج حاکی از بالا رفتن تعداد دوستان و کاهش حس تنهایی و افزایش میزان بهزیستی روانی اجتماعی بوده است.

---

1. Fukui  
2. Lökk  
3. Routusulo

جمع‌بندی کلی نشان می‌دهد که مداخلات مبتنی بر آموزش شیوه زندگی فعال، خودمدیریتی، آموزش برنامه‌ریزی برای آینده، برنامه‌های ورزشی، مشاوره و صحبت با همسالان تأثیر قابل‌توجهی در ارتقاء بهزیستی و سلامت سالمندان و کاهش افسردگی و علائم جسمی آنان داشته است. همچنین مداخلات دربرگیرنده حمایت متقابل گروهی، انجام بحث متمرکز گروهی، خودتصمیم‌گیری، افزایش قدرت درونی، خدمات توانبخشی در منزل، درمان شناختی، تسکین درمانی و امیدافزایی باعث کاهش احساس انزوا، گسترش روابط دوستانه، افزایش مهارت‌های تطابقی و کیفیت زندگی سالمندان شده است. همچنان که مشاهده می‌شود هیچ‌کدام از این مداخلات به‌طور ویژه سعی در توانمندسازی سالمندان از طریق مددکاری اجتماعی گروهی و بررسی اثر آن بر کیفیت زندگی آن‌ها نداشته‌اند. پس این پژوهش مداخله‌ای می‌تواند از این جهت در نوع خود قابل‌توجه باشد.

## مبانی نظری

### سالمندی و نظریه‌های آن

به‌طورکلی پیری یک امر نسبی است. یک فرد صدساله ممکن است نسبت به یک فرد ۶۵ ساله سرحال‌تر و شاداب‌تر باشد. نقش و موقعیت سالمندان از جامعه‌ای به جامعه دیگر تفاوت دارد، اما بعضی از مسائل سالمندان نظیر افزایش خطر مرگ، افزایش سن و وجود بیماری مزمن، همواره در همه جوامع مشترک می‌باشند. پیری، فرآیندی است که برای همه‌کس پیش می‌آید و از آن‌گیزی نیست، به همین جهت پیری را می‌بایست به‌عنوان یک پدیده زیست‌شناختی هنجار و اجتناب‌ناپذیر به‌شمار آورد (مرادی، ۱۳۹۰). پیر شدن موفقیت‌آمیز با حفظ کیفیت زندگی بالا از سه جنبه: رهایی از بیماری، فعال بودن در زندگی و مهارت‌های جسمی و روانی تشکیل شده است. کیفیت زندگی بالا به این معنا است که افراد احساس بهتری داشته، در کارهای روزانه بهتر عمل کرده و

بررسی اثربخشی مداخله مددکاری اجتماعی گروهی ... ۱۹۷

می‌توانند زندگی مستقل داشته باشند (Spirduso and Cornin, 2001). سالمندی عبور از مرز ۶۰ سالگی است و سازمان بهداشت جهانی، (۱۹۹۷) فرآیند پیری را به چهار مرحله زیر تقسیم می‌کند:

۱- میانسال (۴۵ تا ۵۹ سال)

۲- مسن یا سالمند (۶۰ تا ۷۴ سال)

۳- پیر یا سالخورده (۷۵ تا ۹۰ سال)

۴- خیلی پیر یا کهنسال (۹۰ سالگی به بالا)

در ایران نیز، مطابق برنامه سوم توسعه کشور، کلیه افراد ۶۰ سال و بالاتر را سالمند می‌نامند (قانون برنامه سوم توسعه، ۱۳۸۳).

### نظریه اریکسون

از نظریه‌های برجسته دیدگاه روان‌شناختی در حوزه سالمندی، می‌توان به نظریه چرخه زندگی اریکسون<sup>۱</sup> (۱۹۶۳) اشاره کرد. وی، رشد انسان را طی یک فرآیند هشت مرحله‌ای تبیین می‌کند، در این فرآیند، سالمندی به‌عنوان آخرین مرحله رشد، دارای یک نقطه بحرانی با دوگانه انسجام- ناامیدی است. اریکسون اشاره می‌کند که افراد، همان‌طور که به مرگ نزدیک می‌شوند، درگیر چیزی می‌شوند که او آن را «مرور زندگی» می‌نامد. آن‌ها، نگاهی به زندگی گذشته خود می‌اندازند و با شگفتی از خود می‌پرسند که آیا زندگی باارزشی داشته‌اند یا نه؟ در این فرآیند، آن‌ها دچار ناامیدی فراوان می‌شوند و احساس می‌کنند زندگیشان، آن‌طور که باید، نبوده است و اکنون هم، زمان از دست‌رفته است و فرصتی برای آزمودن انتخاب‌های دیگر وجود ندارد، که در فراسوی این احساس نارضایتی از عمر تلف‌شده، احساس نفرت قرار دارد. اریکسون معتقد است که این نفرت، در واقع احساس سرزنش آن‌ها نسبت به خود است.

---

1. Ericson

اریکسون با پذیرفتن این واقعیت که سالمندان نمی‌توانند همچون گذشته خود فعال باشند، سعی می‌کند بر تلاش درونی این دوره، یعنی تلاشی که ظرفیت توسعه توانایی‌ها را فراهم می‌کند، تأکید نماید (Karin, 2004).

### نظریه عدم تعهد

بنا بر نظریه عدم تعهد، پیر شدن با عدم تعهد متقابل فرد و جامعه همراه است، فرد رفته‌رفته از مداخله در زندگی اجتماعی بازمی‌ایستد و اجتماع نیز کمتر از پیش انواع مختلف امتیازات را به او عرضه می‌دارد. نخست چنین به نظر می‌رسد که فرآیند عدم تعهد متقابل چه برای فرد و چه برای جامعه، مزایایی دارد، ولی این نظریه پس از چند سال پژوهش تغییر یافت و تنوع سبک زندگی سالمندان را منعکس ساخت. فرمول‌بندی‌های بعدی بیشتر روی تفاوت‌های فردی در سازگاری با پیری تأکید کرد و آن را رفته‌رفته به مفهوم گرایش کلی به‌سوی عدم تعهد قرار داد (Cumming and Henry, 1961).

### نظریه نقش

نظریه نقش، موقعیت سالمندان را برحسب سازگاری با نقش‌های باارزش اجتماعی (به‌ویژه نقش کار در مردان) تبیین می‌کند. بازنشستگی و از دست دادن برخی نقش‌های سالمندان، غالباً برای خانواده‌ها نیز مسائل و مشکلات اجتماعی، اقتصادی و روانی ایجاد می‌کند و حتی برای افرادی که وقت آزاد تازه بدست آورده خود را به‌عنوان یک فرصت تلقی می‌کنند، دوره انتقالی مهمی است. بازنشستگی عملاً همیشه متضمن از دست دادن درآمد است، و این امر بسیاری از سالمندان و خانواده‌های آنان را با فقر مواجه می‌سازد. در جامعه‌ای که کار در آن دارای ارزش اساسی است، بازنشستگی اغلب به معنای از دست دادن منزلت تلقی می‌شود و فقدان کارهای جاری که ممکن است زندگی یک فرد را برای مدتی، حدود نیم‌قرن شکل داده باشد، خلأیی ایجاد می‌کند که

پرفردن آن بسیار مشکل است. بدیهی است برای زنان خانه‌دار چیزی به‌عنوان بازنشستگی وجود ندارد و حضور شوهر در خانه طی روز، ممکن است کار اضافی ایجاد کند. سازگار شدن با این وضعیت جدید مسلماً مستلزم ایجاد تغییراتی است. سازگاری موفقیت‌آمیز با بازنشستگی، با به‌عهده‌گرفتن نقش‌های جدید و کیفیت‌گذران اوقات فراغت وابسته است و بر نیاز برای انعطاف و انطباق با نقش تأکید شده است (Baltes and Carstensen, 1996).

### سالمندی موفق

دیدگاه سالمندی موفق تأکید بر درگیری فعال سالمند با زندگی، پذیرش نقش‌های اجتماعی هدفمند، تعامل اجتماعی مناسب و ایجاد زمینه مشارکت در جامعه دارد. این دیدگاه به دنبال ارتقاء کنش‌شناختی، ادراک کنترل و رضایتمندی از زندگی است (روشن‌بخش، ۱۳۷۹). مدل‌های اولیه سالمندی موفق مبتنی بر رویکرد عینی‌گرا بوده که بیشتر بر سطح توانایی‌های جسمی و روانی تأکید داشتند. امروزه رویکرد ذهنی‌گرا با تمرکز بر معنای ذهنی سالمندی موفق بیشتر مورد توجه می‌باشد. تجارب درونی سالمندی مثل رضایت از زندگی، شادکامی، کنترل ادراک‌شده، توانمندسازی، خودشکوفایی و تاب‌آوری از جمله مؤلفه‌های رویکرد ذهنی‌گرا هستند (زنجری و همکاران، ۱۳۹۶).

### کیفیت زندگی

کیفیت زندگی، مفهومی بسیار انتزاعی و امری نسبی و متأثر از زمان و مکان است و نمی‌توان برای آن تعریف مطلق و جهانی ارائه داد. همچنین کیفیت زندگی ضمن دارا بودن ابعاد عینی و وابستگی به شرایط عینی و بیرونی، امری ذهنی و درونی و در نتیجه به تصورات و ادراک فرد از واقعیت زندگی‌اش بستگی دارد (Delle Buane, et al.,

1998). کیفیت زندگی در طول چند دهه اخیر به مفهوم مهمی در تحقیقات علوم اجتماعی و بهداشتی تبدیل شده است، با این وجود توافق کمی بر روی تعریف دقیق این مفهوم وجود دارد. برخی نویسندگان کیفیت زندگی را به عنوان بهزیستی توصیف نموده‌اند (Schalock, 2004). یا آن را به عنوان معرفی از بهزیستی روانشناختی، شرایط عملکردی یا سلامت به کار برده‌اند (Hendry, et al., 2004).

بیرن و دیکمن<sup>۱</sup> (۱۹۹۱)، مطرح نمودند که کیفیت زندگی واژه‌ای است که به ارزشیابی شرایط زندگی فرد، گروه و یا جامعه می‌پردازد. از نظر گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی عبارت است از: «پندارهای فرد از نظر وضعیت زندگی‌اش، با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند و ارتباط این دریافت‌ها با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های مورد نظر» (محقق کیما، ۱۳۸۶). به نظر می‌رسد که کیفیت زندگی، پارادایمی است که با پارادایم‌های توسعه پایدار و اقتصاد نوین نسبت به پارادایم‌های متعارف اقتصاد و توسعه همخوانی بیشتری داشته باشد. پس در اینجا است که باید میان دو مفهوم استاندارد زندگی و کیفیت زندگی تفاوت قائل شویم، چون مفهوم استاندارد زندگی معرف پیشرفت‌هایی است که بیشتر ماهیت اقتصادی دارند و با مؤلفه‌های اقتصادی سنجیده می‌شوند و کیفیت زندگی همان‌طور که گفته شد مفهومی پیچیده، نسبی و ذهنی از احساس رضایت است (Squire, 2002).

### رویکرد توانمندسازی و کاربرد آن در سالمندی

توانمندسازی، فرآیند پیچیده‌ای است که در سطح فردی، سازمانی یا اجتماعی به وقوع می‌پیوندد. به‌واقع توانمندسازی تنها تغییر افراد نیست بلکه تغییر محیط، سیستم‌ها و سازمان‌ها را نیز در برمی‌گیرد. تغییرات فردی، می‌تواند تغییر در سیستم‌هایی که مانع انتخاب‌های سالم می‌شوند، را نیز به دنبال داشته باشد. در بررسی‌ای که در زمینه

---

1. Birren and Dieckmann

تعاریف موجود انجام شده، ادبیات سلامت به صورت گسترده‌ای بر اندازه‌گیری جنبه‌های فردی توانمندسازی و مفاهیمی چون خودکارآمدی و عزت نفس تأکید داشته است، در حالی که توانمندسازی فردی و اجتماعی مفاهیم به هم پیوسته‌ای هستند و خیلی نمی‌توان بین این دو مرز مشخصی را ترسیم کرد.

توانمندسازی فردی به نگرش‌هایی می‌پردازد که ظرفیت‌های شخصی را می‌سازند، این نوع توانمندسازی شامل ایجاد اعتماد در مردم، احساس ارزشمندی، افزایش عزت نفس، توسعه مکانیزم‌های مقابله‌ای یا افزایش مهارت‌های فردی در آن‌ها به منظور داشتن انتخاب‌های سالم‌تر است. توانمندسازی فردی بدین معنا است که مردم احساس کنند بر زندگی‌شان کنترل دارند. این احساس خصوصاً از آنجاکه تأثیر مستقیمی بر سلامت روان و جسم انسان‌ها دارد از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (Koelen and Lindstrom, 2005).

پاین<sup>۱</sup> (۲۰۰۵) نقش مددکاران اجتماعی را در فرآیند توانمندسازی چنین بیان می‌کند: مددکاران در فرآیند توانمندسازی، متخصصینی هستند که به‌عنوان مشاور به مراجعین در زمینه استفاده از منابع درونی و بیرونی برای تقویت اعتماد به نفس و اصلاح توانایی‌ها، مشاوره می‌دهند و همچنین به‌عنوان آموزش‌دهنده در این فرآیند به دو مسئله می‌پردازند: ابتدا به مددجویان جهت شناخت خود و دوم آموزش مهارت‌هایی که در انجام و نقش‌های مراجعین مؤثر افتد کمک و یاری می‌رسانند. حرفه مددکاری اجتماعی به دلیل داشتن ارزش‌های آزادمنشانه و مردم‌سالاری‌اش، مشارکتی و انسان‌محور بودن آن و تأکید بر تجربه گروهی و تأثیر بر دیگران، حرفه‌ای است که توانمندسازی را در مرکز عمل خود قرار می‌دهد (Payne, 2014). بدین ترتیب توانمندسازی هم به‌عنوان یک فلسفه در عمل مددکاری اجتماعی و هم به‌عنوان یک فرآیند و نتیجه در مددکاری اجتماعی می‌تواند در کار با جامعه سالمندی مؤثر واقع شود.

---

1. Payne

مدل توانمندسازی در حوزه سالمندی، مددکار اجتماعی را به‌عنوان تسهیل‌گر و توان‌گر می‌شناسد و به‌جای این‌که به مددکار هویت متخصص بدهد که به‌جای سالمندان برای فراهم آوردن خدمات رفاهی تصمیم گرفته و اقدام نماید، برای خود سالمندان نقش مهمی را در تصمیم‌گیری و درگیر شدن در امور خود در نظر می‌گیرد. به عبارتی بر این عقیده است که افراد نمی‌توانند با کمک افراد دیگر توانمند شوند، آن‌ها می‌توانند خودشان را توانمند کنند. این توانمندسازی می‌تواند جمعی یا فردی باشد. در واقع در مدل سنتی مستقیماً به افراد یاد داده می‌شود و چیزهایی را به‌عنوان مدرس القا می‌کنند اما در فلسفه جدید، مدرس یادگیری را تسهیل می‌کند و از یادگیرندگان حمایت می‌کند تا آن‌ها خود در این سیر یادگیری نسبت به خودشان احساس مسئولیت کنند و آن را به مفهوم اجتماعی و سیاسی خود پیوند دهند (Thompson and Thompson, 2001).

توانمندسازی به این معنی نیست که وظایف حرفه‌ای خود را رها کنیم و به‌سادگی زیر پرچم توانمندسازی، سالمندان را در حل مشکلات خود تنها بگذاریم، آنچه معلوم است یکی از اصول پایه‌ای در توانمندسازی داشتن شریک<sup>۱</sup> است و متخصصان باید ارزیابی خود را از توانمندسازی فرد به همراه شریک خود فردی که جریان توانمندسازی برای وی صورت می‌گیرد انجام دهند. توانمندسازی از فعالیت‌های مخرب مانند ارائه تعریف حرفه‌ای و متخصصانه از نیازهای سالمندان بدون مراجعه به خود سالمندان و درگیری با تجارب آن‌ها و یا رهاسازی برای بیان نیازهای خود جلوگیری می‌کند. آنچه مددکار اجتماعی در بهبود روابط شریکانه با سالمند در توانمندسازی می‌تواند انجام دهد شامل موارد زیر است:

- (۱) ایجاد مهارت حل مسئله و بین شخصی برای این‌که این افراد از فشار درونی خویش آزاد شوند؛ به‌عنوان مثال افزایش اعتماد به نفس و عزت نفس آنجایی که ضروری است و یا در مورد مفروضات ذهنی فرد سالمند چالشی وجود دارد.
- (۲) آگاهی از خدمات و منابع و یا سایر فرصت‌های حل مشکل



۳) ایجاد توانایی در تجزیه و تحلیل شرایط شخصی و یا اجتماعی و تعیین تعدادی از ساختارهای ممکن برای تجزیه و تحلیل آنها (همان منبع).

در واقع در این ارتباط دو طرفه بین مددکار و سالمند تمام تلاش دو طرف بر این است که تعین کنند چه نیازهایی وجود دارد و برای رفع آنها بهترین کار چیست؟ در اینجا مددکار اجتماعی نه مثل یک پزشک متخصص رفتار می‌کند و بیمار را به دور از احساسات و رفتار منحصر به فرد انسانی مورد ارزیابی قرار می‌دهد و نه به عنوان فردی منفعل تنها پای صحبت بیمار می‌نشیند و صحبت وی را ضبط می‌کند (Leenaars, 2004). بلکه، ویژگی مهم این رویکرد این است که بر حقوق افراد تأکید دارد. این مدل شبیه حرکت و نهضت حمایت از معلولین است که به جای دریافت خدمات، بر حقوق معلولین اشاره می‌کند (Thompson and Thompson, 2001). این تمرکز بر حقوق اشاره به این دارد که وقتی به افراد از سر نیکوکاری کمکی شود این بیشتر آنها را به انزوای اجتماعی می‌کشاند و به وابستگی سوق می‌دهد اما زمانی که فرد به عنوان مثال حق حضور در جریانات جامعه را داشته باشد آنها را به سوی توانمندسازی و استقلال سوق می‌دهد. این نگرش سالمندان را از وضعیت دریافت کنندگان خدمات مراقبتی، به توانمندسازی، استقلال و مشارکت سوق می‌دهد. استراتژی‌های ارتقاء توانمندسازی را در سه مهم می‌توان خلاصه نمود: درگیری فرد، آموزش و آگاه‌سازی.

**درگیری فرد:** بدین معنی است که مراجع کننده باید در تمام سطوح برنامه‌ریزی درمانی از تشخیص، ارزیابی و مدیریت مشکلات تا ارزشیابی خدمات درگیر باشد و مشارکت فعالانه داشته باشد هر چند این مشارکت فعالانه سختی مربوط به خود را دارد. **آموزش:** از راه‌های مختلفی صورت می‌گیرد که همگی در مسیر ایجاد تغییرات مؤثر، تلاش می‌کنند.

**آگاه‌سازی:** تشویق سالمندان از نتیجه توانمندسازی و چشم‌انداز روبه‌رو می‌تواند ضمن افزایش مشارکت سالمند، نقش او را در جریان توانمندسازی پررنگ‌تر نماید (همان منبع).

## چارچوب نظری

برای طراحی مداخله از تعاریف و نظریه‌های صاحب‌نظران (آدامز، ترنر، پاین و تامپسون) مددکاری اجتماعی در توانمندسازی استفاده شد. پاین (۱۹۹۷/۲۰۰۵) توانمندسازی را فرآیند کمک به افراد برای کسب قدرت عمل متفکرانه می‌داند. وی معتقد است که این مهم از طریق کاهش اثر موانع فردی و اجتماعی و افزایش ظرفیت‌ها و اعتمادبه‌نفس و همچنین انتقال قدرت از محیط به فرد صورت می‌گیرد. ترنر (۱۹۹۶/۲۰۱۱) نیز بیان می‌کند که در رویکرد توانمندسازی، مددکاران اجتماعی برای دستیابی به سازگاری و تطابق افراد، به ارتقاء و بهبود تفکر، بازتاب متفکرانه و حل مسئله از طریق کنش متقابل بین فرد و محیط می‌پردازند. آدامز (۲۰۰۳) از دیگر نظریه‌پردازان، مرکزیت توانمندسازی را در تئوری و عمل مددکاری اجتماعی بیان کرده و توضیح می‌دهد که توانمندسازی بر شناخت خود، کنترل خود و این حقیقت که افراد از طریق ابزارهای شناختی-عقلایی قادر به کنترل زندگیشان هستند، تأکید دارد. تامپسون و تامپسون (۲۰۰۱) آنچه را که مددکار اجتماعی در بهبود روابط شریکانه با سالمند در توانمندسازی می‌تواند انجام دهد، چنین می‌بینند: الف) ایجاد مهارت حل مسئله و بین شخصی برای این‌که این افراد از فشار درونی خویش آزاد شوند به‌عنوان مثال افزایش اعتمادبه‌نفس و عزت‌نفس آنجایی که ضروری است و یا در مورد مفروضات ذهنی فرد سالمند چالشی وجود دارد. ب) آگاهی از خدمات و منابع و یا سایر فرصت‌های حل مشکل. ج) ایجاد توانایی در تجزیه و تحلیل شرایط شخصی و یا اجتماعی و تعیین تعدادی از ساختارهای ممکن برای تجزیه و تحلیل آن‌ها. بدین ترتیب بستر مداخله مددکاری اجتماعی گروهی بر اساس رویکرد توانمندسازی قادر است تا درگیری و مشارکت افراد را توسعه داده و ضمن آموزش و آگاه‌سازی، فرصت‌های یادگیری و تغییر را برای مشارکت‌کنندگان داشته باشد. تغییر سبک زندگی، الگوهای رفتاری و پذیرش و سازگاری با نقش‌های جدید، از مواردی است که می‌تواند به سالمندی موفق و متعاقباً ارتقاء بهزیستی و کیفیت زندگی بینجامد. (نمودار ۱).

بررسی اثربخشی مداخله مددکاری اجتماعی گروهی ... ۲۰۵

این پژوهش با استفاده از نظریات مطرح شده، مداخله مددکاری اجتماعی گروهی را با رویکرد توانمندسازی طراحی و از آنجا که کیفیت زندگی یکی از مؤلفه‌های مهم در حوزه مددکاری اجتماعی و سالمندی می‌باشد، سعی دارد تا فرضیات زیر را مورد بررسی قرار دهد:

- مداخله مددکاری گروهی با رویکرد توانمندسازی، کیفیت زندگی کلی سالمندان را افزایش می‌دهد.
- مداخله مددکاری گروهی با رویکرد توانمندسازی، کیفیت زندگی در بُعد جسمی سالمندان را افزایش می‌دهد.
- مداخله مددکاری گروهی با رویکرد توانمندسازی، کیفیت زندگی در بُعد روانی سالمندان را افزایش می‌دهد.
- مداخله مددکاری گروهی با رویکرد توانمندسازی، کیفیت زندگی در بُعد اجتماعی سالمندان را افزایش می‌دهد.
- مداخله مددکاری گروهی با رویکرد توانمندسازی، کیفیت زندگی در بُعد محیطی سالمندان را افزایش می‌دهد.

### روش مطالعه

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی است که با استفاده از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام گرفته است. در این طرح، آزمودنی‌ها به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفته شدند. جامعه آماری پژوهش کل سالمندان زن ۶۰ تا ۷۵ ساله منطقه ۱۵ تهران و نمونه آماری سالمندان زن مراجعه‌کننده به سرای محله منطقه ۱۵ در سال ۱۳۹۴ بودند. نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای تصادفی انجام شد. به این ترتیب که از بین ۱۹ سرای محله واقع در منطقه ۱۵، به روش نمونه‌گیری سه محله به تصادف انتخاب شد و سپس به طور تصادفی از بین سالمندان زن مراجعه‌کننده به این

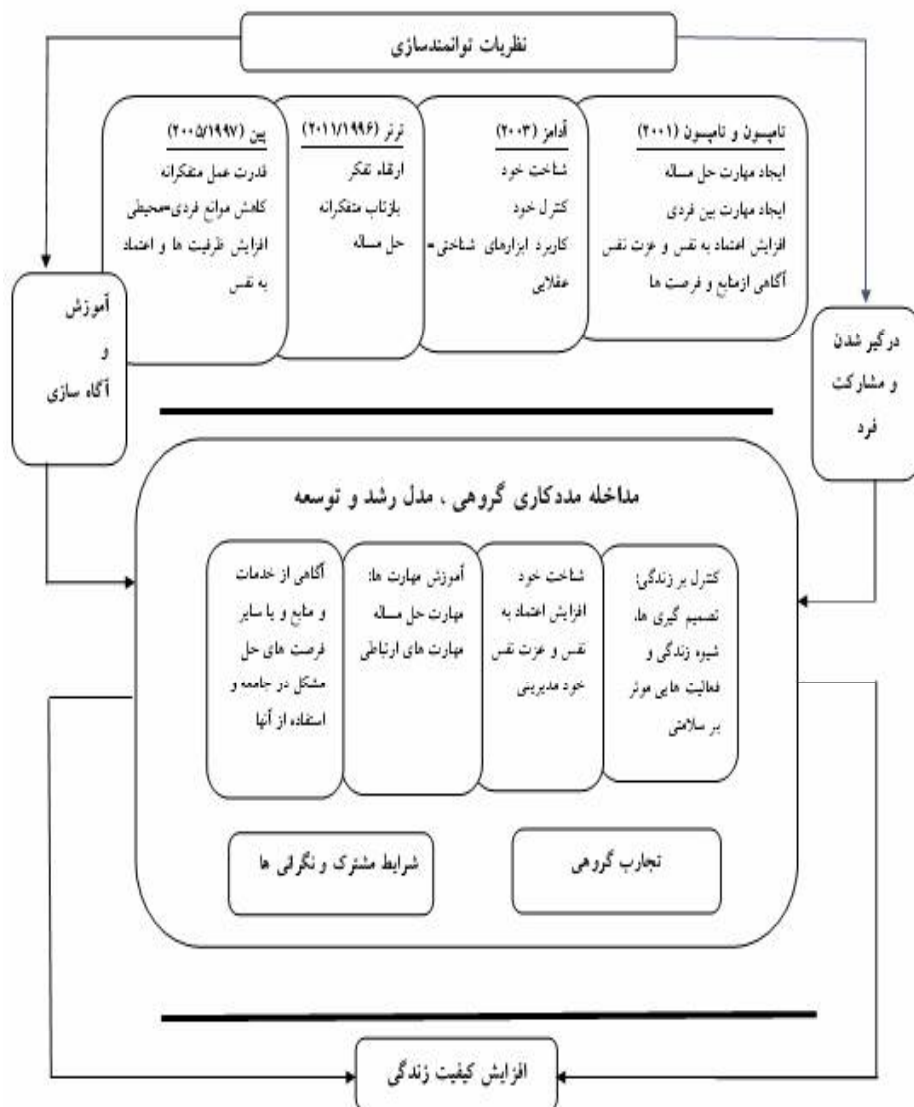
سه سرای محله، ۳۰ نمونه پژوهش انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. افراد نمونه در منطقه مورد نظر سکونت داشتند. سواد خواندن و نوشتن و توانایی حضور در جلسات را داشته و بیماری روانی مزمن نداشتند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه WHOQOL-BERF بود که چهار حیطه سلامت جسمانی، روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سؤال می‌سنجد. (هر یک از حیطه‌ها به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳، و ۸ سؤال می‌باشد. دو سؤال اول به هیچ‌یک از حیطه‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. بنابراین پرسشنامه در مجموع دارای ۲۶ سؤال است). پس از انجام محاسبه‌های لازم برای هر حیطه امتیازی معادل ۴-۲۰ بدست خواهد آمد که در آن ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت حیطه مورد نظر است. این امتیازها قابل تبدیل به امتیازی با دامنه ۰-۱۰۰ می‌باشند. این پرسشنامه برای اولین بار در سال ۱۳۸۴ توسط انستیتو تحقیقات بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی خدمات بهداشتی دانشگاه تهران ترجمه، روان‌سنجی و استاندارد شده است (نجات و همکاران، ۱۳۸۵).

در ابتدای کار فرم رضایت آگاهانه توسط این افراد تکمیل شد و سپس پیش‌آزمون (پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت) اجرا شد. سالمندان به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. در ادامه مداخله مددکاری گروهی با رویکرد توانمندسازی برای افراد گروه مداخله به صورت نه جلسه به مدت ۲ ساعت که به دو بخش ۱ ساعته تقسیم می‌شد، اجرا شد. در این مداخله مهارت‌هایی همچون مهارت‌های ارتباطی، حل مسئله و خودمدیریتی به صورت فعال با اعضای گروه تمرین شد. طی بحث متمرکز گروهی باورهای غلط اعضا نسبت به وضعیت و توانایی‌های خود شناسایی شد و سعی در تغییر آن به عمل آمد. به بررسی نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدات مؤثر در میزان مشارکت اجتماعی آن‌ها و وضعیت سلامت پرداخته شد. اعضا ترغیب شدند که راه‌های افزایش مشارکت اجتماعی و ارتقاء سطح سلامت خویش را بیابند.

## بررسی اثربخشی مداخله مددکاری اجتماعی گروهی ... ۲۰۷

همه افراد گروه مداخله به صورت سه بار در هفته به انجام ورزش پرداختند (برنامه ورزشی متناسب با وضعیت جسمی آنها توسط متخصص امور تربیت بدنی و زیر نظر متخصص توانبخشی فیزیکی طراحی و ارائه شد) همچنین بر اساس بسته خودمراقبتی وزارت بهداشت، خود مراقبتی، در ۴ سطح جسمی، روانی، اجتماعی و مذهبی آموزش داده شد. حین اجرای برنامه از تکنیک‌های بارش فکر، بحث گروهی و آرام‌سازی استفاده شد. بلافاصله بعد از پایان مداخله و یک ماه و نیم پس از پایان جلسات به صورت پیگیری در هر دو گروه پرسشنامه‌های کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت و مشارکت اجتماعی جهت بررسی تأثیر مداخله مجدداً تکمیل شد. پس از اجرای پس‌آزمون و پیگیری به منظور رعایت اصول اخلاقی ۲ جلسه با موضوع آموزش مداخله مددکاری اجتماعی با رویکرد توانمندسازی برای گروه کنترل برگزار گردید و مهم‌ترین مباحث به صورت مختصر به این افراد ارائه شد.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌های توصیفی نمونه‌های مورد بررسی از شاخص‌های آماری تعداد، درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. نرمال بودن متغیرهای پاسخ (وابسته) با آزمون شاپیرو-ویلک بررسی شد. همگنی گروه‌ها از نظر متغیرهای زمینه‌ای مثل سن و ... با آزمون تی زوجی و کای-دو بررسی شد. برای مقایسه میانگین متغیرهای وابسته در دو گروه به تفکیک زمان اندازه‌گیری (سه تکرار) از آزمون تی زوجی (من ویتنی) و برای مقایسه میانگین متغیرهای وابسته در سه زمان قبل و بعد و پیگیری به تفکیک گروه از آنالیز واریانس اندازه‌های تکراری (فریدمن) استفاده شد.



نمودار ۱- ارتباط بین ساختار، فرآیند و پیامد مداخله

### یافته‌ها

در گروه مداخله میانگین سن افراد ۶۴/۰۶ و در گروه کنترل ۶۶ محاسبه شده است و طبق آزمون آنالیز واریانس یک طرفه تفاوت معناداری در سن سالمندان در دو گروه کنترل و مداخله وجود ندارد ( $p < ۰/۰۵$ ). بنابراین دو گروه از نظر متغیر سن همسان هستند. اکثریت افراد در هر دو گروه دارای تحصیلات پایین، خواندن و نوشتن بوده‌اند و تعداد افراد دارای تحصیلات سیکل تا دیپلم کمترین درصد را به خود اختصاص داده است. بر اساس آزمون کای-دو تفاوت معناداری در تحصیلات سالمندان در دو گروه کنترل و مداخله وجود ندارد ( $p > ۰/۰۵$ ). بنابراین دو گروه از نظر متغیر تحصیلات همسان بودند. از نقطه نظر ازدواج نیز ۶۶/۷ درصد از افراد در گروه مداخله و ۷۳/۳ درصد در گروه کنترل متأهل بودند و آزمون کای-دو نشان داد تفاوت معناداری در وضعیت تأهل سالمندان در دو گروه کنترل و مداخله وجود ندارد ( $p > ۰/۰۵$ ). بنابراین دو گروه از نظر متغیر وضعیت تأهل همسان بودند. از نظر تعداد فرزندان نیز در هر دو گروه بیشتر افراد بیش از سه فرزند داشتند و همگی در زمان مداخله به‌طور میانگین درآمد خانوادگی کمتر از یک میلیون تومان داشتند. آزمون کای-دو نشان داد از نظر تعداد فرزندان و درآمد تفاوت معناداری بین سالمندان در دو گروه کنترل و مداخله وجود ندارد ( $p > ۰/۰۵$ ). (جدول ۱)

جدول ۱- مقایسه توزیع متغیرهای دموگرافیک

p-value	کنترل-زن		مداخله-زن		سطوح	متغیر زمینه‌ای
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰,۱۱۵	۸۶,۷%	۱۳	۶۰%	۹	خواندن و نوشتن	تحصیلات
	۱۳,۳%	۲	۳۳,۳%	۵	ابتدایی تا سیکل	
	۰	۰	۶,۷%	۱	بالتر از سیکل تا دیپلم	
۰,۶۰۲	۷۳,۳%	۱۱	۶۶,۷%	۱۰	متأهل	وضعیت تأهل

	۲۶.۷	۴	۳۳.۳%	۵	بدون همسر	
تعداد فرزندان	۳۳.۳%	۵	٪۲۰	۳	کمتر از ۳ فرزند	۰.۱۳۵
	۶۶.۷%	۱۰	٪۸۰	۱۲	بیشتر از ۳ فرزند	
وضعیت شغلی	۳۳.۳%	۵	۳۳.۳%	۵	شاغل	۰.۶۲۲
	۶۶.۷%	۱۰	۶۶.۷%	۱۰	بیکار	
درآمد	٪۶۰	۹	٪۶۰	۹	تا یک میلیون تومان	۰.۱۷۲
	٪۴۰	۶	٪۴۰	۶	یک تا دو میلیون تومان	

جدول ۲- مقایسه نمره ابعاد کیفیت زندگی دو گروه مداخله و کنترل

سطح معناداری	پیگیری		سطح معناداری	بعد از مداخله		سطح معناداری	قبل از مداخله		ابعاد کیفیت زندگی
	کنترل	مداخله		کنترل	مداخله		کنترل	مداخله	
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
۰.۰۰۵***	۲۲.۱۳ (۳.۶۶)	۲۱.۶۰ (۱.۵۹)	<۰.۰۰۰۱***	۲۱.۰۶ (۲.۱۳)	۱۸.۰۶ (۲.۱۸)	۰.۶۲۵**	۲۲ (۳.۴۸)	۲۱.۲۶ (۲.۰۸)	کیفیت زندگی جسمی
<۰.۰۰۰۱***	۱۶.۶۰ (۱.۵۰)	۱۵.۴۰ (۲.۱۳)	۰.۰۰۱**	۱۶.۶۶ (۱.۴۹)	۱۵.۰۶ (۱.۳۴)	۰.۳۷۲*	۱۶.۴۰ (۱.۶۹)	۱۷ (۱)	کیفیت زندگی روانی
۰.۰۰۵***	۹.۹۳ (۱.۶۶)	۷.۹۳ (۰.۸۸)	۰.۰۱۵**	۹.۸۶ (۱.۴۵)	۷.۸۰ (۱.۲۶)	۰.۴۴۰**	۹.۹۳ (۱.۶۶)	۹.۴۰ (۱.۴۰)	کیفیت زندگی اجتماعی
۰.۰۱۳**	۲۲.۶۰ (۲.۱۹)	۲۱.۰۶ (۲.۹۳)	<۰.۰۰۰۱***	۲۲.۷۳ (۲.۱۹)	۲۰.۹۳ (۲.۳۱)	۰.۲۸۲*	۲۲.۸۰ (۲.۲۷)	۲۳.۱۳ (۳.۰۹)	کیفیت زندگی محیطی
<۰.۰۰۰۱***	۶.۳۳ (۱.۶۳)	۶.۹۳ (۰.۸۸)	<۰.۰۰۰۱***	۶.۲۶ (۱.۵۷)	۵.۰۶ (۱.۰۹)	۰.۶۰۶**	۶.۲ (۱.۶۹)	۶ (۱)	کیفیت زندگی کلی

\*p<0.05. \*\*p<0.01. n.s., not statistically significance



در این پژوهش هر چهار بُعد کیفیت زندگی به صورت جداگانه مورد بررسی قرار گرفت و همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد بر اساس آزمون آنالیز واریانس اندازه‌های تکراری، میانگین نمره کیفیت زندگی جسمی در گروه مداخله، بعد از مداخله و در زمان پیگیری تفاوت معناداری داشت ( $p\text{-value} < 0/05$ )، در حالی که در گروه کنترل تفاوت معناداری مشاهده نشد ( $p > 0/05$ ). در ابتدای طرح و قبل از شروع مداخله، میانگین نمره کیفیت زندگی جسمی در دو گروه حدود ۲۱ بوده است و آزمون تی زوجی نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری بین آن‌ها وجود نداشت، اما بعد از مداخله و در مرحله پیگیری میانگین‌های چهار گروه در بُعد جسمی کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری داشتند ( $p\text{-value} < 0/05$ ).

در بررسی بُعد روانی کیفیت زندگی سالمندان آزمون فریدمن به عمل آمد و نشان داد میانگین نمره کیفیت زندگی روانی در گروه مداخله، بعد از مداخله و در زمان پیگیری تفاوت معناداری داشت ( $p\text{-value} < 0/05$ ) در حالی که در گروه کنترل تفاوت معناداری مشاهده نشد ( $p > 0/05$ ). مقایسه دو گروه کنترل و مداخله با کمک نتایج آزمون من ویتنی انجام شد و این آزمون نشان داد در حالی که قبل از مداخله تفاوت معناداری وجود نداشت ( $p > 0/05$ ) بعد از مداخله و در زمان پیگیری بین نمرات گروه مداخله و گروه کنترل تفاوت معنادار مشاهده می‌شود ( $p\text{-value} < 0/05$ ). همچنین نتیجه برازش مدل GEE برای کیفیت زندگی روانی که اثر متغیرهای مستقل بر کیفیت زندگی روانی را می‌سنجد، نشان داد که عوامل گروه، تکرار اندازه‌گیری، اثر متقابل گروه و تکرار، تحصیلات و سن افراد بر پاسخ آن‌ها اثر معنی‌داری داشتند. اگرچه متغیر گروه نشان می‌دهد که بین میانگین کیفیت زندگی روانی در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود نداشته اما متغیر تکرار نشان می‌دهد که برخی میانگین اندازه‌های کیفیت زندگی روانی در قبل، بعد و پیگیری تفاوت معنی‌داری داشتند و همچنین علاوه بر این دو عامل، عوامل دیگر تحصیلات و سن نیز اثر معنی‌داری بر کیفیت زندگی روانی دارند و جهت کنترل اثر آن در مدل وارد شد و نتایج نشان داد ضریب متغیر کمی

سن در این مدل برابر  $0/16 - (SE = 0/05)$  بود که نشان می‌دهد به ازای یک سال افزایش سن، میانگین کیفیت زندگی روانی این افراد به میزان  $0/16$  کاهش یافت. در بُعد اجتماعی کیفیت زندگی آزمون فریدمن نشان داد درحالی‌که در گروه کنترل طی تکرار آزمون‌ها تفاوت معناداری مشاهده نشد ( $p > 0/05$ ) اما در گروه مداخله میانگین نمره کیفیت زندگی اجتماعی بعد از مداخله و در زمان پیگیری تفاوت معناداری داشته است ( $p\text{-value} < 0/05$ ). جهت مقایسه دو گروه در زمان‌های مختلف از آزمون من ویتنی استفاده شد که نشان می‌دهد به صورت کلی بعد از مداخله و در زمان پیگیری بین نمرات گروه مداخله و گروه کنترل تفاوت معنادار مشاهده می‌شود ( $p\text{-value} < 0/05$ )، درحالی‌که قبل از مداخله تفاوت معناداری وجود نداشته است ( $p > 0/05$ ). جهت بررسی نمرات آزمودنی‌ها در بُعد محیطی نمودار از آزمون آنالیز واریانس اندازه‌های تکراری استفاده شد. نتایج نشان داد درحالی‌که در گروه کنترل تفاوت معناداری در نمرات گروه طی تکرارهای مختلف وجود ندارد ( $p > 0/05$ ) اما در گروه مداخله میانگین نمره کیفیت زندگی محیطی، بعد از مداخله و در زمان پیگیری تغییر یافته و تفاوت معناداری با نمرات قبل از مداخله دارد ( $p\text{-value} < 0/05$ ).

جهت مقایسه دو گروه باهم، آزمون آنالیز تی زوجی به عمل آمد که نشان داد به صورت کلی قبل از مداخله بین دو گروه تفاوت معناداری وجود نداشته ( $p > 0/05$ ) اما بعد از مداخله و در زمان پیگیری بین نمرات گروه مداخله و گروه کنترل، تفاوت معنادار مشاهده می‌شود ( $p\text{-value} < 0/05$ ). جهت اثر متغیرهای مستقل، تحلیل‌های بیشتر به عمل آمد. بر اساس نتیجه مدل GEE که اثر متغیرهای مستقل بر کیفیت زندگی محیطی را می‌سنجد، مشاهده شد که عوامل تکرار اندازه‌گیری، اثر متقابل گروه و تکرار و شغل افراد بر پاسخ آن‌ها اثر معنی‌داری داشتند. اگرچه متغیر گروه نشان می‌دهد که میانگین کیفیت زندگی محیطی در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی‌داری نداشت، اما متغیر تکرار نشان می‌دهد که برخی میانگین اندازه‌های کیفیت زندگی محیطی در قبل، بعد و پیگیری تفاوت معنی‌داری داشتند. علاوه بر این دو عامل، عامل متغیر شغل

نیز اثر معنی‌داری بر کیفیت زندگی بُعد محیطی دارد که جهت کنترل اثر آن در مدل وارد شد. مدل نشان داد که میانگین کیفیت زندگی محیطی در سه گروه شغلی تعریف‌شده تفاوت معنی‌داری داشتند.

در بررسی کلی کیفیت زندگی به‌عنوان یک متغیر از آزمون‌های فریدمن و من ویتنی استفاده شد. جدول (۲) نشان می‌دهد که بر اساس آزمون فریدمن میانگین نمره کیفیت زندگی کلی در گروه مداخله، بعد از مداخله و در زمان پیگیری تفاوت معناداری داشت ( $p\text{-value} < 0/05$ ) در حالی که در گروه کنترل تفاوت معناداری مشاهده نشد ( $p > 0/05$ ). جهت مقایسه دو گروه کنترل و مداخله از آزمون من ویتنی استفاده شد در ابتدای طرح و قبل از شروع مداخله، میانگین در دو گروه حدود ۶ بوده و آزمون من ویتنی نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری بین آن‌ها وجود نداشت، اما بعد از مداخله و در مرحله پیگیری، آزمون من ویتنی نشان می‌دهد که میانگین‌های دو گروه تفاوت معنی‌داری داشتند ( $p > 0/05$ ). نتایج این آزمون نشان می‌دهد که به‌صورت کلی بعد از مداخله و در زمان پیگیری بین نمرات گروه مداخله و گروه کنترل تفاوت معنادار مشاهده می‌شود ( $p\text{-value} < 0/05$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

از آنجایی که فرضیات این پژوهش تأیید گردید و نتایج نشان داد که این مداخله توانست سلامت و کیفیت زندگی سالمندان را افزایش دهد می‌توان ادعا نمود مداخلات مددکاری اجتماعی گروهی با رویکرد توانمندسازی با گروه سالمندان می‌تواند به‌عنوان مدلی برای کار با سالمندان در ایران و سایر کشورهای در حال توسعه یا توسعه‌نیافته، که سالمندان در آن‌جا از حمایت اجتماعی و خدمات بهداشتی کافی برخوردار نیستند، بکار رفته و مؤثر افتد. داده‌های مربوط به شرکت‌کنندگان در پژوهش نشان‌دهنده ارتقاء قابل‌توجه کیفیت زندگی آن‌هاست. در هر چهار بُعد کیفیت زندگی، بین گروه مداخله و

کنترل تفاوت معناداری وجود دارد و نشان از تأثیر مداخله بر سلامت جسمی، روانی، زیست‌محیطی و اجتماعی در پس‌آزمون و پیگیری دارد.

می‌توان این‌گونه برداشت کرد که شرکت‌کنندگان این واقعیت را پذیرفتند که نمی‌توانند به علت تغییرات ناشی از افزایش سن و سایر عوامل اجتماعی، به زندگی خود با همان روند و انتظارات قبل از رسیدن به دوره سالمندی ادامه دهند (نظریات اریکسون و نقش بین‌کننده این موقعیت سالمندی است) و اکنون باید برای تطابق با شرایط جدید در طول این دوره مداخله تلاش کنند تا توانایی خود را در زمینه حل مسائل اجتماعی و روابط اجتماعی افزایش دهند و اعتماد به نفس، عزت‌نفس و آگاهی خود از منابع و فرصت‌ها را در جامعه بالا ببرند تا بتوانند دوران سالمندی را به یک تجربه خرسند برای خود تبدیل نمایند. این نتایج حاصله در راستای نظریه‌های توانمندسازی (Turner, 1996-2011) و (Payne, 1995-2005)، می‌باشد که بر روی ایجاد ظرفیت و توسعه از طریق کارهای گروهی، تأکید داشتند. همچنین نظریه سالمندی موفق نیز این نتایج را تبیین می‌نماید.

به نظر می‌رسد شرکت‌کنندگان مشارکت داوطلبانه در این مداخله را به‌عنوان نوعی از مشارکت اجتماعی قلمداد کرده‌اند و تلاش کرده‌اند تا از منابع اجتماعی محیط اطراف خود به‌عنوان وسیله‌ای برای دستیابی به اهداف خود در راستای ارتقا سلامت استفاده نمایند. همچنین چون افراد با ورود به دوره سالمندی در نقش‌های خود در خانواده و محیط اطراف دچار تغییر می‌شوند به نظر می‌رسد مداخله با بازتعریف و ارزشمند دانستن نقش جدید در محیط خانواده، محله و جامعه، میزان سلامت اجتماعی افراد را بالا برده است. این نتایج همسو با نظر تامپسون می‌باشد که توانمندسازی فردی را پیش‌شرط توانمندسازی بین فردی و اجتماعی می‌داندست (Thompson and Thompson, 2001).

در بُعد سلامت جسمی با توجه به این‌که این مداخله بر فعالیت‌های ورزشی از یک‌سو و توجه به بحث خودمراقبتی در تمام ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و مذهبی از

سوی دیگر اهمیت توجه به آن در دوران سالمندی تأکید ویژه‌ای داشته است و مبتنی بر توانمندسازی و افزایش عزت‌نفس بوده همچنین سعی بر تغییر باورها و نگرش سالمندان نسبت به توانایی‌های خود داشته است، توانسته گروه مداخله را نسبت به سلامت جسمی خود حساس نموده و با انجام فعالیت‌هایی از جمله شناخت و استفاده از منابع اجتماعی، ورزشی، پزشکی در محیط اطراف خود که از موارد اجراشده حین مداخله بود زمینه را برای بهبود سلامت سالمندان فراهم آورد.

تحلیل نتایج در بُعد اجتماعی کیفیت زندگی در راستای پژوهش توسط هاشیزوم یومی<sup>۱</sup> و همکاران، (۱۹۹۶) در زمینه تأثیر مشارکت سالمندان در فعالیت‌های اجتماعی بر کیفیت زندگی بود که نتایج آن حاکی از تأثیر بسزای دریافت خدمات توانبخشی، در بهبود روابط متقابل اجتماعی، قادرسازی و وضعیت سلامت عمومی سالمندان زن بود این نتایج با مطالعه‌ای با عنوان نقش حمایت‌های اجتماعی در کیفیت زندگی سالمندان توسط فردین علی پور و همکاران (۱۳۸۸) همسو بوده است که نشان داد حمایت عاطفی بیشترین تأثیر را بر روی زندگی سالمند داشت و انواع حمایت اجتماعی بیشترین همبستگی را با بُعد اجتماعی کیفیت زندگی داشتند. به نظر می‌رسد این مداخله محیطی را فراهم آورده است که افراد با گسترش روابط دوستانه و کسب مهارت‌های ارتباطی به‌طور معناداری میزان حس تنهایی و گوشه‌گیری خود را کاهش دهند و به‌صورت فعالانه با محیط اجتماعی خود تلفیق شوند.

از طرفی در بُعد سلامت روانی به افراد کمک شده تا با تغییر استانداردهای زندگی، در زندگی و توجه به سایر حیطه‌های زندگی به‌جز حیطه‌ای که در آن دچار مشکل هستند، احساس شادمانی کنند و سلامت روانی در آن‌ها افزایش یابد. به نظر می‌رسد وجود تمرینات خودمدیریتی، مدیریت احساسات و بیان درست احساسات، تمرینات آرام‌سازی، آشنایی با مفاهیم عزت‌نفس و اعتمادبه‌نفس و تمرینات گروهی و

---

1. Hashizume Yumi, et. al.

فردی مربوط به افزایش این دو مهارت و مهارت خود تصمیم‌گیری باعث افزایش کنترل افراد روی زندگی و بالا رفتن بهزیستی و سلامت روان در آن‌ها شده است. در بُعد محیطی کیفیت زندگی، نمرات دو گروه بعد از مداخله و در زمان پیگیری نمره کیفیت زندگی نیز تفاوت معناداری داشت و میانگین نمره در گروه آزمایش افزایش پیدا کرده بود و این افزایش در زمان پیگیری همچنان به طرز معناداری با گروه کنترل تفاوت داشت. این نتیجه حاکی از آن است که گروه درمانی مبتنی بر توانمندسازی بر کیفیت زندگی در بُعد محیطی تأثیر مثبت داشته است. علت آن را این‌گونه می‌توان تبیین کرد که مداخله دیدی واقع‌بینانه از محیط و شرایط زندگی به فرد می‌دهد، تا در جایی که فرد توانایی تغییر محیط را ندارد با تغییر نگرش خود نسبت به محیط زندگی، این شرایط را قابل‌تحمل‌تر می‌کند و در جایی که افراد توانایی تغییر را دارند برای تغییر اقدام می‌کنند. همچنین می‌توان برداشت کرد که افراد گروه مداخله در این پژوهش توانسته‌اند با انجام فعالیت‌هایی که حین شرکت در جلسات مداخله مکلف به انجام آن بوده‌اند تغییرات مثبتی در محیط زندگی خود ایجاد کرده و این تغییرات باعث ایجاد احساس بهتر در ذهن نسبت به محیط زندگی‌شان شده است.

در تبیین نظری این فرضیه می‌توان به نظریه هاقس<sup>۱</sup> (۱۹۹۰) اشاره کرد که عوامل محیطی مؤثر کیفیت زندگی را به دو دسته کلی تقسیم می‌کند که عوامل محیط اجتماعی شامل شبکه‌ها و حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی، سطوحی از فعالیت تفریحی و تماس با سازمان‌های دولتی و داوطلبانه بوده و عوامل محیط فیزیکی شامل مسکن استاندارد، کنترل روی محیط فیزیکی، دسترسی آسان به مراکز خرید، حمل‌ونقل عمومی و فراغت تقسیم‌بندی شده است. در این دو دسته عوامل، هم موارد تغییرپذیر و هم موارد تغییرناپذیر وجود دارند که فرد ضمن درک درست و بدست آوردن شناخت از محیط زندگی خود سعی در تغییر بخشی از آن‌ها و پذیرش مابقی با دید جدیدی داشته که بواسطه مداخله کسب کرده است.

---

1. Hughes

### پیشنهادهای کاربردی

۱) با توجه به معنادار بودن فرضیات پژوهش و اثربخشی مداخله، توصیه می‌شود این مداخله در مراکزی که در زمینه ارتقاء سلامت سالمندان فعال هستند از قبیل شهرداری، بهزیستی، وزارت بهداشت و آسایشگاه‌های سالمندان اجرا شود.

۲) با توجه به این که پس از اجرای مداخله تمایل افراد به سلامت اجتماعی رسمی افزایش یافت، نشان‌دهنده این است که سالمندان در صورت آگاهی و شناخت، آمادگی حضور فعال در نهادهای اجتماعی را دارند، پس پیشنهاد می‌شود نهادهای مدنی و سمن‌های فعال با محوریت افزایش مشارکت سالمندان اقدامات لازم را مبذول نمایند.

۳) همچنین سمن‌های فعال در حوزه سالمندی می‌توانند این مداخله را به صورت طرح‌های جامعه‌ای متناسب با گروه هدف و اهداف و شرایط سازمان مربوطه به کار گیرند.

۴) پیشنهاد می‌شود این مداخله به عنوان یک بسته آموزشی یا کتابچه با هدف ارتقاء کیفیت زندگی و میزان مشارکت سالمندان در اختیار سازمان‌های مربوطه در امور سالمندان قرار داده شود.

۴) پیشنهاد می‌شود کانون‌های سالمندی سرای محلات با فراهم آوردن برنامه‌های تفریحی، آموزشی، ورزشی زمینه را برای جذب سالمندان و افزایش مشارکت اجتماعی آنان فراهم آورند.

## منابع

- برنامه سوم پنج‌ساله کشور: [egovernment.ir/storage/app/media/national-programs/national-programs-04.pdf](http://egovernment.ir/storage/app/media/national-programs/national-programs-04.pdf)
- ترابی، مؤمن؛ راهب، الهام؛ علی پور فردین، غنچه و بیگلریان، اکبر. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی مداخله مددکاری اجتماعی گروهی با رویکرد توسعه بر توانمندسازی روانی و اجتماعی زنان سرپرست خانوار. *مجله توانبخشی*، دوره ۱۸، شماره ۳.
- دشمن‌گیر، پری ناز؛ شیرزادی، شایسته؛ تقدیسی، محمدحسین و دشمنگیر، لیلا. (۱۳۹۳). تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر الگوی پرسید بر ارتقای کیفیت زندگی سالمندان. *مجله آموزش و سلامت جامعه*. دوره ۱، شماره ۲.
- روشن‌بخش، حسین، (۱۳۷۹). سی سال تجربه در برنامه‌ریزی خانه سالمندان، *مقاله در مجموعه سالمندی* (جلد ۲ مسائل اجتماعی و محیط زندگی در سالمندی)، گروه بانوان نیکوکار، تهران: آسایشگاه معلولین و سالمندان کهریزک، چاپ اول.
- زنجری، نسیم؛ شریفیان ثانی، مریم؛ حسینی چاوشی، میمنت؛ رفیعی، حسن و محمدی شاه‌بلاغی، فرحناز، (۱۳۹۶). مقایسه دیدگاه متخصصان و سالمندان پیرامون سالمندی موفق، *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، دوره ۲، شماره ۹.
- ستاری، بهزاد (۱۳۸۵). بررسی وضعیت اجتماعی و سلامت سالمندان روستایی با رویکرد طرح توانمندسازی روستایی، *فصلنامه سالمند*، دوره ۱، شماره ۲.
- سیفی، غلامعلی و زینالی، امیر حمزه. (۱۳۸۶). جایگاه سالمندی در نظام حقوق مدنی ایران. *رفاه اجتماعی*، دوره ۷، شماره ۲۶.
- شیانی، ملیحه و زارع، حنانه. (۱۳۹۱). بررسی تأثیر برنامه‌های اجتماع‌محور بر رفاه ذهنی سالمندان. *نشریه علمی پژوهشی سالمند*. دوره ۸، شماره ۲۹.
- شیخی، محمدتقی (۱۳۸۹). *جامعه‌شناسی سالمندی*، تهران: نشر حریر.
- علی پور، فردین. سجادی، حمیرا. فروزان، ستاره. خدمتی، اسماعیل (۱۳۸۸). نقش حمایت‌های اجتماعی در کاهش اضطراب و افسردگی سالمندان. *نشریه سالمند*، دوره ۱، شماره ۲.



۲۱۹ بررسی اثربخشی مداخله مددکاری اجتماعی گروهی ...

- فیروزه مقدم، سارا؛ سهرابی، فرامرز (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش شادکامی برافزایش رضایت‌مندی از زندگی در سالمندان. *نشریه علمی پژوهشی سالمند*: شماره ۳۲.

- کرین، ویلیام سی (۱۳۸۷). *پیشگامان روانشناسی رشد*، ترجمه: فرید فدایی، تهران: انتشارات اطلاعات.

- محقق‌کی‌کمال، سید حسین (۱۳۸۶) بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی سالمندان مستمری‌بگیر سازمان تأمین اجتماعی و سازمان بازنشستگی کشوری شهر قم. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد* رفاه اجتماعی. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

- مرادی، شیرزاد (۱۳۹۰). بررسی رابطه مشارکت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان عضو کانون‌های سالمندی شهر تهران در سال ۱۳۹۰. *نشریه علمی پژوهشی سالمند*، ۱۳: ۲۰. دوره ۷، شماره ۲۷.

- مرکز ملی آمار ایران، (۱۳۹۵). سرشماری عمومی سال ۹۵. <https://www.amar.org.ir>

- مقدم، فیروزه و سهرابی، فرامرز. (۲۰۱۴). اثربخشی آموزش شادکامی برافزایش رضایت‌مندی از زندگی در سالمندان. *نشریه علمی پژوهشی سالمند*. دوره ۹، شماره ۳۲.

- نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکویی نائینی، کورش و مجدزاده، محمدکاظم. (۲۰۰۶). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL) (BREF) ترجمه: روان‌سنجی گونه ایرانی. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*. شماره ۳.

- واحدانی‌نیا، مریم‌السادات؛ گشتاسبی، آزیتا، منتظری، علی و مفتون، فرزانه. (۱۳۸۴). کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در سالمندان: مطالعه جمعیتی. *فصلنامه پایش*. سال چهارم، شماره دوم.

- همتی مسلک‌پاک، معصومه؛ هاشملو، لیلا و خلخالی، حمیدرضا. (۱۳۹۱). بررسی تأثیر اجرای برنامه خود مراقبتی اورم بر عزت‌نفس سالمندان ساکن خانه‌های سالمندان ارومیه. *مجله پرستاری داخلی - جراحی*، شماره ۱.

- Adams, R. (2003). *Social Work and Empowerment* (3rd ed.). New York, NY: Palgrave Macmillan.
- Addelyan Rasi, H. (2013). *Empowering Women in the Middle East by Psychosocial Interventions: Can provision of learning spaces in individual and group sessions and teaching of coping strategies improve women's quality of life?* Linkoping: Linkoping University (Doctoral Dissertation).
- Addelyan Rasi, H., & Moula, A. (2015). Towards a Conceptual Framework for Socio-Cognitive Empowerment: Lessons from Intervention Research with Women in Iran, *Clinical Social Work Journal*, 43(4): 375-387, DOI: 10.1007/s10615-015-0518-5.
- Baltes, M., & Carstensen, L. (1996). The Process of Successful Ageing. *Ageing and Society*, 16(4), 397-421.
- Birren, J. and Dieckmann, L. (1991) Concepts and content of quality of life in later years. *Annual Review of Sociology*, 10:215-37.
- Cumming E., & Growing Old, H. W. (1979). *The Process of Disengagement*. Basic Books, New York: Arno.
- Delle Buane, M. Ourcioli Deleo, D. (1998). Quality of life and longevity; A Study of Centenarians. *Journal of Age and Ageing*, 72, 702-782.
- Fukui, S. Koike, M. Ooba, A. Uchitomi, Y. (2003). The Effect of a Psychosocial Group Intervention on Loneliness and Social Support for Japanese Women with Primary Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*. 30(5): 823-830.
- Hendry F., McVittie C. (2004). Is quality of life a healthy concept? Measuring and understanding life experiences of older people. *Qual Health Res*. DOI:10.1177/1049732304266738.
- Hughes B. (1990). Quality of life. In: SM. Sheila, M. Peace. *Researching Social Gerontology: Concepts, Methods and Issues*. Thousand Oaks, CA: Sage Publication.
- Koelen, M.A., & Lindstrom, B. (2005). Making healthy choices easy choices: The role of empowerment. *European Journal of Clinical Nutrition*. 59, S10-S15.
- Leenaars A. A., Anawak J., Brown C., Hill-Keddie T., Taparti L. (2004). Genocide and suicide among Indigenous people. *Journal of Community Psychology*. 34, 129.
- Løkk J. (1990). Emotional and social effects of a controlled intervention study in a day-care unit for elderly patients. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 8 (3): 165-172.

- Niemelä, K. Leinonen, R. Laukkanen, P. (2012). A supportive home visit program for older adults implemented by non-professionals: Feasibility and effects on physical performance and quality of life at one year—A pilot study. *Archives of gerontology and geriatrics*, 54(3), e376-e382.
- Payne, M. (1997/2005/2014). *Modern Social Work Theory*. London, UK: Palgrave Macmillan.
- Phelan, E. A., Williams, B., Leveille, S., Snyder, S., Wagner, E. H., LoGerfo, J. P. (2002). Outcomes of Community-Based Dissemination of the Health Enhancement Program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(9), 1519-1524.
- Pina P, Dukeshire S, Wong M, Scanlan A, Chambres L, Lindsay J. (1999). Patterns of self-reported health care use in injured and uninjured older adults. *Journal of Age and Ageing*. 28: 316–318.
- Schalock, R. L. (2004). Quality of life: What we know and what we don't know. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48, 203–216.
- Sirven, N., & Debrand, T. (2001). *Promoting social participation for healthy aging*: A counterfactual analysis from the Survey of Health, Aging, and Retirement in Europe (SHARE). Paris, France: IRDES Institute for Research and Information in Health Economics.
- Spirduso, W.W., & Cronin, D.L. (2001). Exercise dose-response effects on quality of life and independent living in older adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33(6 Suppl.) S598–S608, discussion S609–S610.
- Squire, A. (2002). *Health and Wellbeing for Older People*. Bailliere Tindall.
- Statistical Centre of Iran. (2016). National Account 2006–2016. Retrieved from: <https://www.amar.org.ir/>
- Theurer, K., Wister, A., Sixsmith, A., Chaudhury, H., Lovegreen L. (2012). The development and evaluation of mutual support groups in long-term care homes. *Journal of Applied Gerontology*, 2012:0733464812446866.
- Thompson, N., & Thompson, S. (2001). Empowering older people. *Journal of Social Work*, 1, 61–76. <https://doi.org/10.1177/146801730100100105>.
- Turner, F. J. (1996). *Social work treatment: Interlocking theoretical approach* (4th ed.). New York, NY: The Free Press.
- Turner, F. J. (2011). *Social work treatment: Interlocking theoretical approach* (5th ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- WHO. (2015). Aging & health. Factsheet no. 404. World Health Organization. Retrieved from: <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/en>.

- Wuthnow, R. (1991). *Acts of compassion: Caring for others and helping ourselves*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Yumi Hashizume, R.N., M.Hlth.Sc., Katsuko Kanagawa R.N., Dr.Hlth.Sc. (1996). Correlates of Participation in Adult Day Care and Quality of life in Ambulatory Frail Elderly in Japan. *Journal of Public Health Nursing*, 13(6), 404-415.