بررسی اثربخشی به‌کارگیری روش توسعهٔ مددکاری گروهی با تمرکز بر آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود کیفیت زندگی و سلامت عمومی سالمندان فرهنگ‌سرای سالمند تهران

(مقاله پژوهشی)

*مرضیه می‌رزایی[۱]، مصطفی اقلیما[۲]، غنچه راهب[۳]، ملیحه عرشی[۴]

چکیده:

هدف: هدف این تحقیق، شناخت تأثیر مداخلهٔ مددکاری اجتماعی با استفاده از مدل توسعهٔ مددکاری گروهی در قالب آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود کیفیت زندگی و سلامت عمومی سالمندان بود.

روش بررسی: در این پژوهشِ مداخله‌ای و شبه‌آزمایشی، ۶۰ سالمند بیش از ۶۰ سال (۳۰ زن و ۳۰ مرد) از فرهنگ‌سرای سالمند تهران با احتساب معیارهای ورود و خروج و با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، در دو گروه مرد و زن برگزیده شدند. مداخله‌ای مبتنی بر مدل توسعه مددکاری گروهی در دو مرحله و طی ۱۰ جلسه اجرا شد که عبارت‌اند از: ۱- تشکیل گروه؛ ۲- اجرای برنامه آموزشی مهارت‌های زندگی. اطلاعات با استفاده از پرسش‌نامه‌های دموگرافیک و کیفیت زندگی sf-۳۸ و سلامت عمومی GHQ-۲۸ با روش پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌دست آمد. برای تحلیل داده‌ها از spss۱۸ و آزمون‌های آماری کلموگرف-اسمیرنف، تی مستقل و وابسته استفاده شد.

یافته‌ها: کیفیت زندگی دو گروه جنسی شرکت کننده در مطالعه با یکدیگر متفاوت بود و کیفیت زندگی زنان به‌طور معناداری بیشتر بود (P=۰/۰۰۲). میانگین کیفیت زندگی سالمندان بعد از شرکت در دورهٔ آموزشی افزایش معناداری یافت (P=۰/۰۰). از نظر سلامت عمومی، تفاوت معناداری میان دو گروه جنسی دیده نشد (P=۰,۹۹) و میانگین سلامت عمومی سالمندان نیز پس از شرکت در دورهٔ آموزشی از شرکت در دوره افزایش معناداری یافت (P=۰/۰۰).

نتیجه‌گیری: مطالعهٔ حاضر نشان داد به‌کارگیری دیدگاه توسعهٔ مددکاری گروهی با رویکرد آموزش مهارت‌های زندگی، بر کیفیت زندگی و سلامت عمومی دو گروه جنسی سالمندان تأثیر مثبت داشته است. لذا، استفاده از این مدل برای مددکاران اجتماعی شاغل، به‌ویژه مددکاران سالمندی، توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: مدل توسعهٔ مددکاری گروهی، مهارت‌های زندگی، کیفیت زندگی، سلامت عمومی، سالمند

تاریخ دریافت: تاریخ پذیرش:

۱- کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم‌بهزیستی و توانبخشی تهران
۲- دکتری مددکاری توسعه، استدیار گروه مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم‌بهزیستی و توانبخشی تهران
۳- دکتری روان‌شناسی، استادیار گروه مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم‌بهزیستی و توانبخشی تهران
۴- دکتری مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم‌بهزیستی و توانبخشی تهران
آدرس نویسندهٔ مسئول: تهران، ولنجک، بلوار دانشجو، بن‌بست کودکیار، گروه مددکاری اجتماعی
تلفن: ۰۲۱-۲۲۱۸۰۰۳۵
رایانامه: uswr.master.sw@gmail.com

مقدمه

براساس آمارها، توزیع سنی جمعیت جهان در حال تغییر است. در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، به‌خصوص در آمریکای لاتین و آسیا، برای تعداد سالمندان تا سال ۲۰۵۰، تا ۳۰ درصد افزایش پیش‌بینی شده است؛ یعنی بیش از ۲ میلیارد نفر در سن ۶۰ سالگی وجود خواهند داشت که ۸۰ درصد این جمعیت در کشورهای در حال توسعه زندگی خواهند کرد (Ara، ۲۰۰۹). سازمان ملل با انتشار گزارشی اعلام کرده است که در حال حاضر، ۶ درصد از کل جمعیت ایران (معادل ۴ میلیون و ۵۶۲ هزار نفر) را سالمندان بیش از ۶۰ سال تشکیل می‌دهند. پیش‌بینی می‌شود این رقم تا سال ۲۰۵۰، به ۲۶ درصد (معادل ۲۶ میلیون و ۳۹۳ هزار نفر) خواهد رسید (Esfanjar konar، ۲۰۱۰). مسئله‌ای که با رشد شتابان در تعداد سالمندان ایجاد می‌شود این است که اکثر مردم با رسیدن به کهن‌سالی با ناتوانایی‌های متعددی مواجه می‌شوند. ورود به این مرحله ممکن است آنان را در معرض ابتلا به بیماری‌های مختلف، تنهایی، انزوا، نداشتن حمایت اجتماعی، کاهش توانایی در انجام فعالیت‌های روزمرهٔ زندگی، کاهش توان برقراری ارتباط با

دیگران و مشارکت و حضور در جامعه کند (Eghlima، ۲۰۰۴). به‌منظور بازگرداندن سالمندان به جامعه و بهره‌برداری از کارکردهای آنان و پیشگیری از اتلاف هزینه‌های درمانی، تلاش‌های بسیاری شده است. یکی از وجه‌های این تلاش‌ها، رشد و شکوفایی در زمینه کیفیت زندگی[1] و سلامت عمومی[2] سالمندان است (Ahangare، ۲۰۰۸). تعریف سازمان بهداشت جهانی[3] از سلامت عمومی عبارت است از بهزیستی کامل جسمی و روانی و اجتماعی (Haghighe، ۲۰۰۷). کیفیت زندگی نیز به‌عنوان احساس فرد از بهزیستی تعریف شده است؛ احساسی که اساسش بر رضایت فرد از جنبه‌هایی از زندگی است که برای وی اهمیت دارد (Shahbaz، ۲۰۰۸). مددکاران اجتماعی حرفه‌ای، برای حفظ احساس بهزیستی، غلبه بر مسائل و مشکلات و کسب حداکثر توانایی‌های فیزیکی، روان‌شناختی، اجتماعی و اقتصادی سالمندان، به آن‌ها و خانواده‌های مراقبت کننده‌شان کمک می‌کنند (Malakute، ۲۰۰۷). یکی از دیدگاه‌های مؤثر برای ارتقاء بهداشت روان، مدل توسعه از دیدگاه‌های پویایی گروه در مددکاری اجتماعی است. این مدل سه محور انسان‌دوستانه، پدیدارشناسانه و در جهت شکوفابودن دارد و تأیید می‌کند انسان، توانایی برخورد با مراحل دشوار رشد و شکوفایی، شرایط زندگی، مبارزات، فشارها، تنش‌ها و بحران‌ها را دارد (Montazere، ۲۰۰۶). این مدل، در قالب کار گروهی و در سه مرحله شروع و میانی و پایانی اجرا می‌شود.

یکی از راهکارهای ارتقاء بهداشت روان، آموزش مهارت‌های زندگی[4] است. این توانایی‌ها، فرد را برای واکنش مؤثر در برابر کشمکش‌ها و موقعیت‌های زندگی یاری بخشیده، به او کمک می‌کند تا با سایر انسان‌ها، جامعه، فرهنگ و محیط خود مثبت و سازگارانه عمل کرده و سلامت روانی خود را تأمین نماید (NikSirat، ۲۰۰۶). براساس تحقیقی که گرانهولم[5] با تکنیک آموزش مهارت‌های زندگی رفتاری ـ شناختی بر سالمندان مبتلا به بیماری اسکیزوفرن انجام داد، دریافت کننده‌های این آموزش در زمینه عملکردهای اجتماعی و افسردگی و علائم شناختی، تفاوت درخور ملاحظه‌ای با گروه دریافت کننده درمان معمولی داشتند (A، ۲۰۰۷). طبق نظر بوتوین[6] و کانتو[7] (۲۰۰۰) اجزای مهارت‌های زندگی عبارت‌اند از مهارت‌های خودمدیریتی و مهارت‌های اجتماعی. مهارت‌های خودمدیریتی فردی، شامل توانایی تصمیم‌گیری و حل مسئله، آگاهی از تأثیرات اجتماعی و مقاومت در برابر آنان، مقابله با اضطراب و افسردگی، خشم و ناکامی، تعیین هدف، خودرهبری و خودتقویت‌دهی است. مهارت‌های اجتماعی نیز بخش دیگری از مهارت‌های زندگی است که شامل برقراری ارتباط اجتماعی، مهارت جرئت‌مندی کلامی و غیرکلامی، احترام‌گذاشتن و افزایش شایستگی اجتماعی است (Emmami A ، ۲۰۰۰).

در این پژوهش، برای ارتقای کیفیت زندگی و سلامت عمومی سالمندان، مدل توسعهٔ مددکاری گروهی با رویکرد آموزش مهارت‌های زندگی استفاده شده است.

روش بررسی

در این پژوهش مداخله‌ای و شبه‌آزمایشی، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۶۰ سالمند بیش از ۶۰ سال (۳۰ زن و ۳۰ مرد) از فرهنگ‌سرای سالمند تهران انتخاب شدند. این گروه با در نظر گرفتن معیارهای ورود (عضویت در فرهنگ‌سرای سالمند، سن ۶۰ سال و بیشتر، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، مبتلا نبودن به بیماری‌های روانی و جسمی در یک سال اخیر و تمایل به شرکت در دوره آموزشی موردنظر) برگزیده و به دو گروه زن و مرد تقسیم شدند. پژوهش در دو مرحلهٔ مداخله (تشکیل گروه و اجرای برنامه آموزشی مهارت‌های زندگی، شامل خودآگاهی و همدلی، ارتباطات اجتماعی و ارتباطات بین فردی، تفکر خلاق و تفکر انتقادی، تصمیم‌گیری و حل مسئله و مقابله با هیجان و استرس) در دَه جلسه و به‌مدت یک ماه و نیم، دوبار در هفته، در قالب سه مرحلهٔ شروع و میانی و پایانیِ دیدگاه توسعه مددکاری گروهی و با آموزش مهارت‌های زندگی (با اقتباس از الگوی آموزشی مهارت‌های زندگی یونیسف) با رعایت اصول مددکاری اجتماعی اجرا شد.

آموزش مهارت‌های زندگی شامل دو بخش کلی است: ۱- یادگیری مفاهیم مهارت موردنظر؛ ۲- تمرین یادگیری مفاهیم آموخته شده، شامل مرور مطالب، گروه‌بندی اعضا و تقسیم‌بندی در گروه‌های پنج‌نفره، مشخص کردن فعالیت خاص و اجرای عملیِ تکنیک مدنظر در موقعیت فرضی، ارائهٔ کار و گزارش فعالیت گروه به سایر افراد، نکاتی برای بحث و بیان زمینه‌های کاربرد این تکنیک و عدم کاربرد آن در زندگی خود).

1- Quality of life 2- General health 3- World health organization
4- Life skills training 5- Grandholm 6- Botvin 7- Kantor

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌های کیفیت زندگی sf-۳۸ و سلامت عمومی GHQ-۲۸ بود که پیش و پس از مداخله آموزشی مبتنی بر مدل توسعه مددکاری گروهی، توسط نمونه‌ها تکمیل شد. پرسش‌نامه سنجش کیفیت زندگی SF-۳۸، از شناخته شده‌ترین ابزارهای عمومی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت است که در سال ۱۹۹۳، در ایالات متحده آمریکا ساخته شده است. این مقیاس، دارای ابعاد هشت‌گانه عملکرد فیزیکی، کار جسمانی، درد جسمی، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، نقش عاطفی و سلامت روانی است و ۳۶ شاخص دارد. هریک از ابعاد هشت‌گانه، ۲تا۱۰ شاخص را به خود اختصاص داده است. در پرسش‌نامهٔ کیفیت زندگی نیز، با سؤالی کلی، از بروز هرگونه تغییر در وضعیت عمومی سلامت در دوره‌ای یک‌ساله مطلع می‌شوند (Eric Granholm، ۲۰۰۵). این پرسش‌نامه را منتظری و همکاران در سال ۱۳۸۴، در ایران، روا و پایا کرده‌اند (Yumi Hashizume، ۱۹۹۶). همچنین، پرسش‌نامهٔ سلامت عمومی، فرم ۲۸ ماده‌ای است که توسط گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) براساس تفکیک تحلیل عاملی روی فرم ۶۰ ماده‌ای آن طراحی شده است. این پرسش‌نامه مشتمل بر چهار مقیاس فرعی است که در هریک از آن‌ها، ۷ سؤال قرار دارد. عناوین مقیاس‌های فردی این پرسش‌نامه عبارت است از ۱- علائم جسمانی، ۲- علائم اضطراب ،۳- کنش اجتماعی، ۴-علائم افسردگی،(۵). که در پژوهش ملکوتی و همکاران، نسخه ایرانی فرم ۲۸ سؤالی مقیاس سلامت عمومی GHQ سالمندان ساخته شد (Janssen، ۲۰۰۴). پرسش‌نامه‌های استفاده شده در این تحقیق روایی، ازطریق روایی ملاکی و برای سنجش میزان پایایی مقیاس‌های تحقیق از آزمون آلفای کرومباخ و برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از آزمون‌های تی مستقل و وابسته و آزمون‌های همسان‌سازی استفاده شد.

یافته‌ها

نمونه‌های مدنظر در این پژوهش، ۶۰ نفر با دامنهٔ سنی ۶۰تا۸۶ سال و با میانگین سنی ۶۸,۱۱ سال بودند. بیشترین تعداد شرکت کنندگان در ردهٔ تحصیلی زیردیپلم (۶۱,۷ درصد) و میانگین تحصیلات سیکل بودند. از نظر شغل و میزان درآمد، ۳۵درصد خانه‌دار (غیرمستمری‌بگیر یا بدون درآمد) و ۶۵ درصد شغل و درآمد با میانگین ۲۲۷۱۶۶ تومان داشتند. ۵ درصد نیز کمترین میزان درآمد، یعنی درآمدی کمتر از ۱۹۹هزارتومان داشتند.

برای همهٔ متغیرهای مورد مطالعه، به‌منظور بررسی توزیع از نظر نرمال‌بودن آزمون کلموگروف اسمیرنف استفاده شد و باتوجه‌به نرمال‌بودن متغیرها از آزمون‌های تی مستقل و تی زوجی استفاده شد. بررسی همسانی دو گروه جنسی مورد مطالعه از نظرعوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی و سلامت عمومی شامل تحصیلات، سن و درآمد، نشان داد بین میانگین نمرات تحصیلات، سن و درآمد در دو گروه جنسی اختلاف معناداری وجود نداشت.

در بررسی فرضیات، تفاوت بین دو گروه جنسی مورد مطالعه از نظر متغیر کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله نشان داد که در سطح اطمینان ۰,۹۹و با درجهٔ آزادی ۵۹، مقدار تی برابر با ۳۲/۱۰ است؛ یعنی بین میانگین نمرهٔ کیفیت زندگی، قبل و بعد از مداخله در سالمندان شرکت کننده تفاوت معناداری وجود دارد. بعد از مداخلهٔ آموزشی، نمرهٔ میانگین، نشان دهندهٔ افزایش کیفیت زندگی بود (P=۰/۰۰۰۱). ازطرفی، نمرهٔ کیفیت زندگی در زنان نشان داد که کیفیت زندگی زنان از مردان بالاتر است.

جدول ۱- مقایسه تفاوت میانگین نمرات کیفیت زندگی سالمندان زن و مرد قبل و بعد از مداخله آموزشی

نمره کیفیت زندگی	میانگین	اختلاف میانگین	T نمره	sig	df
قبل از مداخله	۱۶۱۷/۱۳	۴۳۵/۱۵	۱۰/۳۲	۰/۰۰۰۱	۵۹
بعد از مداخله	۲۰۵۲/۲۸				

همین بررسی دربارهٔ تفاوت میانگین نمرات کیفیت زندگی سالمندان زن قبل و بعد از مداخله آموزشی نشان داد بین میانگین نمره کیفیت زندگی در قبل و بعد از مداخله در زنان سالمند شرکت کننده تفاوت معناداری وجود داشت که بعد از مداخله آموزشی بیشتر شد. این نتیجه، نشان دهندهٔ تأثیر مداخلهٔ آموزشی بر بهبود کیفیت زندگی سالمندان بود.

جدول ۲- مقایسه تفاوت میانگین نمرات کیفیت زندگی سالمندان زن قبل و بعد از مداخله آموزشی

نمرهٔ کیفیت زندگی	میانگین	اختلاف میانگین	T نمره	sig	df
قبل از مداخله	۱۷۱۲/۵۶	۳۶۱/۸۰	۷/۴۷	۰/۰۰	۲۹
بعد از مداخله	۲۰۴۷/۳۶				

مقایسهٔ تفاوت میانگین نمرات کیفیت زندگی سالمندان مرد نیز قبل و بعد از مداخله آموزشی نشان داد بین میانگین نمرهٔ کیفیت زندگی در قبل و بعد از مداخله در مردان سالمند شرکت کننده تفاوت معناداری وجود دارد و بعد از مداخلهٔ آموزشی نمرهٔ کیفیت زندگی بیشتر شده است.

جدول ۳- مقایسهٔ تفاوت میانگین نمرات کیفیت زندگی سالمندان مرد، قبل و بعد از مداخله آموزشی

نمرهٔ کیفیت زندگی مردان	میانگین	اختلاف میانگین	T نمره	sig	df
قبل از مداخله	۱۵۲۱/۷۰	۵۰۸/۵۰	۷/۵۶	۰/۰۰	۲۹
بعد از مداخله	۲۰۳۰/۲۰				

دیگر یافته‌ها به بررسی متغیر سلامت عمومی پرداخت. بررسی تفاوت بین دو گروه جنسی از نظر متغیر سلامت عمومی قبل از مداخله نشان داد که در سطح اطمینان ۰,۹۵و با درجه آزادی ۵۸، مقدار تی برابر با ۰/۰۱ است؛ یعنی بین میانگین نمرهٔ سلامت عمومی در دو گروه جنسی شرکت کننده در مطالعه تفاوت معناداری وجود ندارد. بعد از مداخلهٔ آموزشی، بین میانگین نمرات سلامت عمومی سالمندان زن و مرد تفاوت معناداری وجود داشت و بعد از شرکت در دورهٔ آموزشی نمرهٔ سلامت عمومی کاهش یافته، سلامت عمومی پیشرفت کرد.

جدول ۴- مقایسه تفاوت میانگین نمرات سلامت عمومی سالمندان زن و مرد قبل و بعد از مداخله آموزشی

نمره سلامت عمومی	میانگین	اختلاف میانگین	T نمره	sig	df
قبل از مداخله	۳۶/۳۸	۵/۷۵	۵/۵۴	۰/۰۰	۲۹
بعد از مداخله	۳۰/۶۳				

مقایسه‌ای که به بررسی تفاوت میانگین نمرات سلامت عمومی سالمندان زن قبل و بعد از مداخله آموزشی پرداخت، نشان داد که بین میانگین نمره سلامت عمومی در قبل و بعد از مداخله در زنان سالمند شرکت کننده تفاوت معناداری وجود دارد و بعد از شرکت در دوره آموزشی نمره سلامت عمومی کمتر شده، سلامت عمومی پیشرفت کرده است.

جدول ۵- مقایسه تفاوت میانگین نمرات سلامت عمومی سالمندان زن قبل و بعد از مداخله آموزشی

نمره سلامت عمومی زنان	میانگین	اختلاف میانگین	T نمره	sig	df
قبل از مداخله	۳۶/۳۸	۷/۰۳	۴/۳۴	۰/۰۰	۲۹
بعد از مداخله	۲۹/۳۳				

آخرین جدول، نشان می‌دهد در مقایسهٔ تفاوت میانگین نمرات سلامت عمومی سالمندان مرد، قبل و بعد از مداخلهٔ آموزشی، تفاوت معناداری وجود داشت و بعد از شرکت در دورهٔ آموزشی نمرهٔ سلامت عمومی کاهش یافته و سلامت عمومی پیشرفت کرده است. نتیجه، نشان دهندهٔ تأثیر مداخلهٔ آموزشی است.

جدول ۶- مقایسهٔ تفاوت میانگین نمرات سلامت عمومی سالمندان مرد قبل و بعد از مداخلهٔ آموزشی

نمره سلامت عمومی مردان	میانگین	اختلاف میانگین	T نمرهٔ	sig	df
قبل از مداخله	۳۶/۴۰	۴/۴۶	۳/۴۹	۰/۰۰۲	۲۹
بعد از مداخله	۳۱/۹۳				

بحث

یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که بین نمرهٔ کیفیت زندگی در دو گروه جنسی شرکت کننده، در سطح اطمینان ۹۵ درصد، تفاوت معناداری وجود دارد و کیفیت زندگی زنان بالاتر است. این نتایج با یافته‌های آهنگری (۱۳۸۶)، گوت و همکاران (۲۰۰۶)، نیک‌سیرت (۱۳۸۴) و منتظری (۱۳۸۴) ازلحاظ تأیید وجود تفاوت میان کیفیت زندگی در مردان و زنان همسو (Eric Granholm، ۲۰۰۵)، (Yumi Hashizume، ۱۹۹۶)، (Phelan، ۲۰۰۲) و با نتایج تحقیق آرا (۱۳۸۷) ناهمسو بود (Haghighe، ۲۰۰۷). از نظر برتری نمره کیفیت زندگی در میان زنان نیز با آن‌ها مغایرت داشت.

در برخی تحلیل‌ها، علت تفاوت را عوامل اجتماعی و شیوهٔ زندگی می‌دانند (Haghighe، ۲۰۰۷). دلیل مغایرت در برتری کیفیت زندگی میان زنان ممکن است وضع سیاسی حاکم بر جامعه و مطرح شدن دیدگاه‌های اقتصادی جدید باشد که به اشتغال، اختلال فکری و مشکلات روحی میان مردان سالمند منجر می‌شود که مسئولیت اصلی زندگی را به‌عهده دارند.

یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد بعد از مداخله، بین میانگین نمرهٔ کیفیت زندگی در قبل و بعد از مداخله در سالمندان شرکت کننده، با T=۱۰/۳۲ و در سطح اطمینان ۹۵ درصد تفاوت معناداری وجود داشت. در تبیین این یافته‌ها، می‌توان گفت تأثیر مداخلات درقالب فعالیت گروهی، ازقبیل برنامه‌های ورزش گروهی، خاطره‌گویی گروهی و شرکت در کلاس‌های آموزشی بر سطح کیفیت زندگی افراد، در تحقیقات محمودیان و همکاران (۱۳۷۹)، می‌رمحسنی (۱۳۸۲)، حمیدی‌زاده (۱۳۸۶)، دهکردی (۱۳۸۶)، آرا (۱۳۸۷)، هاشی‌زوم و همکاران (۱۹۹۶) تأیید شده است. نتایج مطالعه حاضر با این تحقیقات همسوست: (Haghighe، ۲۰۰۷)، (B Resnick، ۲۰۰۸)، (L Kremers، ۲۰۰۶)، (Babazade، ۲۰۰۴)، (Sovla Habibi، ۲۰۰۶)، (Khazaee، ۲۰۰۵) و با یافته‌های استیگلبوت و همکاران (۲۰۰۷)، جانسن و همکاران (۲۰۰۴)، امامی (۲۰۰۰) مغایرت دارد (Rafebazrafshan)، (Moghadam Sadegh، ۲۰۰۱)، (Mahmoodian، ۲۰۰۴). در برخی تحلیل‌ها، اعتقاد بر این است که گاهی دلیل مؤثرنبودن مداخلات شاید تفاوت در زمان کلاس‌ها و جامعهٔ متفاوتی باشد که تحقیقات در آن انجام شده است.

در همین راستا، بررسی بین میانگین نمرهٔ کیفیت زندگی در قبل و بعد از مداخله در سالمندان زن شرکت کننده با T=۷/۴۷ و در سطح اطمینان ۹۵ درصد، تفاوت معناداری وجود داشت. در تبیین این یافته که با نتایج یافته‌های هاشی‌زوم و همکاران (۱۹۹۶)، کرمر و همکاران (۲۰۰۶)، بذرافشان و همکاران (۱۳۸۶) و آرا (۱۳۸۷) همسو بود (Haghighe، ۲۰۰۷؛ Khazaee، ۲۰۰۵؛ Moradi، ۲۰۰۷؛ Baumgarten، ۲۰۰۲) می‌توان به همان مواردی که در فرضیهٔ سوم اشاره شده است، توجه کرد. همچنین نتایج با نتایج جانسن و همکاران (۲۰۰۴) مغایرت دارد (Moghadam Sadegh، ۲۰۰۱) که ممکن است ماهیت و کارکرد متفاوت کلاس‌ها به این مغایرت منجر شود (جانسن به برنامه‌های تفریحی پرداخته است).

در سالمندان مرد شرکت کننده، بین میانگین نمرهٔ کیفیت زندگی در قبل و بعد از مداخله با T=۷/۵۶ و در سطح اطمینان ۹۵ درصد تفاوت معناداری وجود داشت. این نتایج با یافته‌های آرا (۱۳۸۷) همسو بود و با یافته‌های هاشی‌زوم و همکاران (۱۹۹۶) و جانسن و همکاران (۲۰۰۴) مغایرت داشت (Haghighe، ۲۰۰۷)، (Khazaee، ۲۰۰۵)، (Moghadam Sadegh، ۲۰۰۱).

تبیین‌های به‌کارگرفته شده در دو فرضیهٔ قبلی، در این مورد نیز توجیه‌پذیر است. به‌علاوه، هاشی‌زوم و همکاران نشان دادند مشارکت مردان در فعالیت‌های اجتماعی، ارتباط معناداری با کیفیت زندگی آن‌ها ندارد. دلیل این موضوع احتمالاً حضور بالفعل مردان در جامعه باشد. این برای زنان سالمند موجب بهبود روابط متقابل اجتماعی و توانایی آنان می‌شود (Haghighe، ۲۰۰۷) که درنهایت به تأثیر بر کیفیت زندگی بعد از مداخله میانجامد.

بررسی‌ها در ارتباط با سلامت عمومی نشان می‌دهد که بین نمره سلامت عمومی در دو گروه جنسی شرکت کننده، در سطح اطمینان ۹۵ درصد تفاوت معناداری وجود نداشت. این نتایج با یافته‌های بولینگ و همکاران (۱۹۹۱)، آل‌جادو و همکاران (۲۰۰۷) و آرا (۱۳۸۷) همسو بود (Haghighe، ۲۰۰۷)، (Nssere، ۲۰۰۷).

یافتهٔ ملکوتی (۱۳۸۵)، با سایر این تحقیقات ناهمسو بود و در آن، سلامت عمومی زنان بیشتر بود. یکی از عوامل تأثیرگذار در تفاوت یافته‌ها، بالاتربودن سطح میانگین تحصیلات (دیپلم) در گروه مطالعهٔ وی با سایرین بوده است (Janssen، ۲۰۰۴). درصورتی‌که در تحقیقات همسو با پژوهش حاضر، رابطهٔ جنس و سن و میزان تحصیلات با سلامت عمومی معنادار نبوده است.

بین میانگین نمرهٔ سلامت عمومی در قبل و بعد از مداخله در سالمندان شرکت کننده با T=۵/۵۴ و در سطح اطمینان ۹۵ درصد تفاوت معناداری وجود داشت. این نتیجه، با نتایج تحقیقات

صادق مقدم (۱۳۷۹)، ناصری (۱۳۸۳)، نویدی (۱۳۸۷)، آرا (۱۳۸۷)، برمکوهی (۱۳۸۸)، جان وایلی[1] و سانز (۲۰۰۱)، فلن و همکاران (۲۰۰۲)، کرمر[2] و همکاران (۲۰۰۶) همسوست که با مداخلات متفاوت (مهارت‌های زندگی، گروه‌درمانی، مشاوره و...) تأثیر مثبت مداخلات را بر سلامت عمومی نشان داده‌اند (Hamidi zade، ۲۰۰۹). در برخی تحلیل‌ها، افزایش مشارکت را دلیل این امر می‌دانند. تسلند و سیکز (۱۹۷۷)، بومگارتن و همکاران (۲۰۰۲) به نتایج غیرهمسویی دست یافته‌اند که ماهیت و کارکرد متفاوت کلاس‌ها می‌تواند دلیلی بر ناهمسویی در نتایج تحقیقات قلمداد شود.

یافته‌های تحقیق در سالمندان زن شرکت کننده نشان داد که بین میانگین نمره سلامت عمومی در قبل و بعد از مداخله در سطح اطمینان، ۹۵ درصد تفاوت معناداری وجود دارد. این نتیجه با یافته‌های آرا (۱۳۸۷) و مرادی (۱۳۸۵) همسو (Haghighe، ۲۰۰۷)، (Malakute، ۲۰۰۷) و با یافته‌های بومگارتن و همکاران (۲۰۰۲) مغایرت داشت. در تحلیل این امر، می‌توان به‌کارگیری ابزار سنجش متفاوت برای بررسی تأثیر مداخله و ماهیت و کارکرد مختلف کلاس‌ها را مؤثر دانست. در تحقیق آرا و مرادی از پرسش‌نامه GHQ-۲۸ استفاده شده بود؛ درحالی‌که در تحقیق بومگارتن از ابزارهای حساس‌تر و دقیق‌تر استفاده شده بود که قادر به سنجش هر بُعد سلامت عمومی به‌طور مجزا هستند.

یافته‌های تحقیق در سالمندان مرد شرکت کننده در مطالعه نشان داد که بین میانگین نمره سلامت عمومی در قبل و بعد از مداخله در سطح اطمینان ۹۵ درصد تفاوت معناداری وجود دارد. این نتایج با یافته‌های آرا (۱۳۸۷) و بنازاده (۱۳۸۲) همسو (Haghighe، ۲۰۰۷) و با یافته‌های بومگارتن و همکاران (۲۰۰۲) مغایرت داشت. در تحلیل این فرضیه نیز همان موارد فرضیهٔ قبلی با در نظر گرفتن این موضوع که طبق تحقیقات جنسیت در سلامت عمومی مؤثر نیست، به کار می‌رود.

نتیجه‌گیری

نتایج حاضر نشان می‌دهد ۱۰ جلسه آموزش مهارت‌های زندگی درقالب مدل توسعه مددکاری گروهی بر بهبود نمره کیفیت زندگی و سلامت عمومی سالمندان تأثیر مثبت گذاشته است؛ لذا، می‌توان از مدل توسعهٔ مددکاری گروهی برای ارتقای بهداشت روان سالمندان استفاده کرد.

محدودیت‌های پژوهش

این پژوهش نیز مانند بسیاری از پژوهش‌های دیگر با محدودیت‌هایی مواجه بوده است که به قرار زیر است:

نداشتن اطلاعات و منابع کافی درخصوص بحث مهارت‌های زندگی سالمندان در ایران و حتی منابع غیرفارسی، یکی از محدودیت‌های بزرگ است.

نبود وفاق جمعی در تعریف و مصادیق سلامت عمومی و کیفیت زندگی یکی دیگر از محدودیت‌های تحقیق در این حوزه است. تعاریف متنوع و ذکر شاخص‌های متنوع در تحقیقات انجام شده گویای توجه به این حوزه است، اما همچنان تلاش برای تعریفی تا حد ممکن جامع و مانع برای این دو مفهوم ناتمام مانده است. بازتاب این امر، خصوصاً باعث ایجاد سردرگمی در مطالعات تطبیقی و مقایسه یافته‌های تحقیقاتی با سایر نتایج تحقیقات می‌شود.

به دلیل اوضاع موجود در جامعه و اعمال سیاست‌های مالی جدید، این امکان وجود دارد که پاسخ‌های افراد به درستی، منعکس‌کنندهٔ سلامت عمومی و کیفیت زندگی آن‌ها نباشد و در پاسخ‌ها اغراق دیده شود.

به دلیل محدودیت زمانی در انجام کار، محقق ملزم به برگزاری کلاس‌ها به‌صورت فشرده بود.

محقق در اجرای این پژوهش، به‌دلیل محدودیت مالی در تأمین هزینه امکانات اجرایی (آموزشگر، هزینه پذیرایی کلاس‌ها، توزیع لوازم‌تحریر و...) مجبور به برگزاری کلاس‌ها در تعداد جلسات محدودتر، حذف برخی آیتم‌های دوره آموزشی شد.

با وجود محدودیت‌های یادشده، توجه به این نکات اهمیت دارد که تعداد بسیار تحقیقات در حوزه سالمندی، مهارت‌های زندگی، کیفیت زندگی و سلامت عمومی به‌طور مجزا و همچنین، تنوع در تعریف شاخص‌ها دست محقق را برای انتخاب تعریف موردپسند در میان مطالعات گسترده باز گذاشته است و درنهایت، به دلیل محدودیت‌های یادشده، محقق به خلاقیت‌های زیادی در برگزاری مداخله به کار برده است.

پیشنهادات پژوهش: ایدهٔ انجام این تحقیق، مفهوم دیدگاه توسعهٔ مددکاری گروهی است که معتقد است در قالب گروه‌های آموزشی مختلف، امکان ارتقاء توانایی‌ها و قابلیت‌های افراد در رویارویی با مسائل و مشکلاتشان وجود دارد. لذا، پیشنهادات زیر ارائه می‌شود:

1- Jan vaile 2- Kremers et all

۱- برگزاری کلاس‌های آموزشی (مهارت‌های زندگی) توسط متخصصان مددکاری اجتماعی با مدل‌های کار گروهی در فرهنگ‌سراهای سالمند برای ارتقای بهداشت سلامت روان سالمندان.

۲- ارائه پیشنهاد به فرهنگ‌سراها برای فراهم‌سازی تسهیلات ایجاد گروه با حمایت‌های مددکاران اجتماعی.

۳- تشکیل گروه‌های تسهیل‌گری برای حفظ و ارتقاء بهداشت روان در سالمندان.

۴- ارائه خدمات مداخله‌ای توسط مددکاران اجتماعی برای سالمندانی که سلامت روانی کمی دارند.

۵- تهیه و توزیع کتابچه‌های آموزشی درخصوص مسائل سالمندان برای افزایش آگاهی سالمندان و خانواده آنان.

۶- ارائه راهکارها و رهنمودهای مفید برای برطرف کردن یا کاهش مسائل اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی سالمندان توسط مددکاران اجتماعی.

۷- برگزاری سمینارها و همایش‌های مختلف علمی با حضور سالمندان، خانواده‌های آن‌ها و مسئولان امر که می‌تواند با حمایت مددکاران اجتماعی، راهگشای بسیاری از مسائل موجود در زمینه بهبود کیفیت زندگی و سلامت عمومی آن‌ها باشد.

REFERENCES منابع

1. Ara S. Investigating the effect of corporation of older adult's in activity of elderly center (Fars Jahandidegan club) on older adult´s quality of life and general health [MSc thesis]. Tehran: The University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2009.
2. Esfanjareikonar M. Determine relationship between occupational satisfaction with quality of life in staff of police station,Tehran [MSc thesis]. Tehran: The University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2010.
3. Eghlima M. Work with group: Cognition, dynamism, treatment. Tehran: Espande Honar publication; 2004.
4. AhangarI M, Kamali M, Arjmandhesabi M. Quality of eldely's life in Tehran senile culture house clubs. Salmand Iranian Journal of Aging 2007,2(3): 182-89.
5. Haghighi J, Moosavi, Mousavi M, Mehrabzadeh Honarmand M, Beshlide K. The effect of life skills training on mental health and self-esteem of female first grade high school students in Ilam. Journal of Education and Psychology 2006;1(13):61-78.
6. Shahbazi M, Mirkhani M, Hatami Zade N, Rahgozar M. Disability assessment in Tehranian elderly, 2007 Salmand Iranian Journal of Aging 2009;3(9-10): 81-89.
7. Malakouti K, Fatollahi P, Mirabzadeh A, Zandi T. Reliability, validity and factor structure of the GHQ-28 used among Iranian elderly International Psychogeriatrics 2007;19(4):623-34.
8. Montazeri A, Goshtasbi A, Vahdaninia M. The short form health survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version. Payesh Health Monitor 2006 Jan;5(1): 49-56.
9. Vameghi R, Niksirat Z, Hatamizade N, Kazemnejad A. Health-related quality of life in retired older people in Tehran city. Journal of Appliced Gerontology 2012;31(2):155-72.
10. Al-Jaddou H, Malkawi A. Prevalence, recognition and management of mental disorder in primary health care in Northern Jordan. Acta Psychitrica Scardinavia 1997 Jul; 96(1): 31-35.
11. Emami A, Torres S, Lipson JG, Ekman SL. An ethnographic study of a day care center for Iranian seniors. Western Journal of Nursing Research 2000;22(2): 169-88.
12. Granholm E, Mcquaic J, Simjee Mccluer F, Auslander L, Perivoliotis D, Pedrelli P, Paterson T. A randomized controlled trial on cognitive behavioral social skills training for middle aged and older outpatients whit chronic Schizophrenia. American Journal of Psychiatry 2005 Mar;162(3): 52-529.
13. Hashizume Y, Kanqawa K. Correlates of participation in adult day care and quality of life in ambulatory frail elderly in Japan. Journal of Public Health Nursing 1996 Dec;13(6): 404-15.
14. Janssen MA. The use of leisure education in assisted living facilities. American Journal of Recreation Therapy 2004;3(1):25-30.
15. Phelan EA, Williams B, Leveille S, Snyder S, Wagner EH, Logerfo JP. Outcomes of community-based dissemination of the health enhancement program. Journal of American Geriatrics society 2002,50(9): 1519-24.
16. Resnick B, Ory MG, Hora K, Rogers ME, Page P, Bolin NJ, et al. A proposal for a new screening paradigm and tool called exercise assessment and screening for you (esay). Journal of Psychiatry Aging 2008 Apr; 16(2): 215-33.
17. Kremers IP, Stevernik N, Albersnagel FA, Slaets JP. Improved self-management ability and well-being in older women after a short group intervention. Aging and Mental Health 2006;10(5): 476-84.
18. Banazadeh N. The effects of social relationships and self-confidence on the mental health of the elderly. Teb Va Tazkieh 2004;(51):37-40.
19. Habibi Sovla A, Nikpour S, Rezaei M, Haghani H. Investigating of relationship between health promoting behaviors and activities with the activities of daily living in older adults with tools to live West of Tehran. Salmand Iranian Journal of Aging 2007;2(5):331-39.
20. Khazaei D, Hossini E. English for the students of social work. Tehran: Samt; 2005.
21. Bazrafshan MR, Hosseini MA, Rahgozar M, Seyed Baghermadah M. Quality of eldely's life in Shiraz, Jahandidgan club. Salmand Iranian Journal of Aging 2008,3(7): 33-41.
22. Sadegh Moghadam L, Sadat Madah B, Falahi M. The effect of group therapy and elderly depression rate in Kahrizak complex. Journal of Oj-e-Danesh 2001;2(6): 8-15.
23. Mahmoudian A, Ganji F, Heidarzadeh A. Effect of social working inroduction of elderly health needs. Journal of Qazvin University of Medical Sciences 2004;7(5): 56-61.
24. Moradi A, KalantarI M. The impact of life skills training on psychology profile of women with physical-motor disabilities. Research on Exceptional Children 2006;1(6): 559-76.

25. Baumgarten M, Lebe H , Leclerc CH, Qnin CH. Adult day care for the frail elderly. Journal of Aging and Health 2002 May; 14(2): 237-59.

26. Hamidizadeh S, Ahmadi F, Aslani Y, Etemadifar S, Salehi K, Kord Yazdi RA. Study effect of a group-based exercise program on the quality of life in older men and women in 2007-2006. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services 2007, 16(1): 81-86.