



The Effectiveness of Psychological Empowerment on Social Health of Aging Women in Tehran

Kermanshahi F¹, Heidari H^{2*}, Zare Bahramabadi M³, Davoodi H⁴

1- PhD Student, Department of Counseling, Faculty of Humanities, Khomein Branch, Islamic Azad University, Khomein, Iran.

2- Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Humanities, Khomein Branch, Islamic Azad University, Khomein, Iran.

3- Associate Professor, Department of Behavioral Sciences, Research Institute for Humanities Research and Development Samt Organization, Tehran, Iran.

4- Assistant Professor, Department of Counseling, Faculty of Humanities, Khomein Branch, Islamic Azad University, Khomein, Iran.

Corresponding Author: Hassan Heidari, Department of Counseling, Faculty of Humanities, Khomein Branch, Islamic Azad University, Khomein, Iran.

Email: heidarihassan@yahoo.com

Received: 16 Feb 2022

Accepted: 18 May 2022

Abstract

Introduction: The emphasis of World Health Organization on importance of social health, along with physical health, have turned social health into a common concern for social planners in all societies. Thus, present study attempts to study the effectiveness of psychological empowerment on social health of aging women in Tehran.

Methods: This experimental study was conducted with a pretest-posttest design with control group. The statistical population included all women aged 60 to 70 years in Tehran in 2020-2021. Twenty-four people (12 in the control group and 12 in the experimental group) were randomly assigned to the experimental and control groups by available sampling method. Using a pre-test and post-test pilot design with the control group, the aging first completed the Keyes social health questionnaire and then the experimental application of psychological empowerment was performed in 8 sessions on the experimental group and after the post-test sessions was presented for both groups. Multivariate analysis of covariance was used to analyze the data using SPSS v.19 software.

Results: The results showed that psychological empowerment training program on social actualization ($F=10.278$ and $P=0.005$), Social integration ($F= 19.303$ and $P=0.001$), Social coherence ($F=10.685$ and $P=0.005$), social acceptance ($F=11.422$ and $P=0.004$) and social contribution ($F= 9.649$ and $P=0.006$) There was a significant difference between the two groups in the two stages of evaluation has done. This means that the psychological empowerment program promoted the social health of the aging.

Conclusions: Based on the results of this study, it can be said that psychological empowerment program is effective on the components of social health of older women and the knowledge of experts in the fields of counseling, aging, psychology and health of these trainings can be helpful.

Keywords: Empowerment, Aging, Social Determinants of Health.

<https://doi.org/10.22034/JOGE.7.1.53>

تأثیر توانمندسازی روانشناختی بر سلامت اجتماعی زنان سالمند شهر تهران

فاطمه کرمانشاهی^۱، حسن حیدری^{۲*}، مهدی زارع بهرام‌آبادی^۳، حسین داودی^۴

۱- دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران.

۲- دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران.

۳- دانشیار، گروه علوم رفتاری پژوهشکده تحقیق و توسعه علوم انسانی، سازمان سمت، تهران، ایران.

۴- استادیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران.

نویسنده مسئول: حسن حیدری، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران.
ایمیل: heidarihassan@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۲/۲۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۲۷

چکیده

مقدمه: تأکید سازمان بهداشت جهانی بر اهمیت سلامت اجتماعی، در کنار سلامت فیزیکی، سبب شده تا امروزه سلامت اجتماعی در سالمندان به دغدغه‌ی مشترک برنامه‌ریزان اجتماعی در هر جامعه‌ای تبدیل شود. بنابراین مطالعه حاضر با هدف تأثیر توانمندسازی روانشناختی بر سلامت اجتماعی زنان سالمند شهر تهران انجام شد.

روش کار: این پژوهش از نوع آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان ۶۰ تا ۷۰ ساله شهر تهران در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود. تعداد ۲۴ نفر (۱۲ نفر گروه گواه و ۱۲ نفر گروه آزمایش) به شیوه نمونه‌گیری در دسترس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. با بهره‌گیری از یک طرح آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه، سالمندان ابتدا پرسشنامه سلامت اجتماعی کییز را تکمیل کردند و سپس کاربندی آزمایشی توانمندسازی روانشناختی در ۸ جلسه بر روی گروه آزمایش اجرا و بعد از اتمام جلسات پس‌آزمون برای هر دو گروه ارائه شد. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کواریانس چندمتغیری به کمک نرم‌افزار SPSS v.19 استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که برنامه آموزشی توانمندسازی روانشناختی بر شکوفایی اجتماعی ($F=10/278$ و $P=0/005$)، انطباق اجتماعی ($F=19/303$ و $P=0/001$)، انسجام اجتماعی ($F=10/685$ و $P=0/005$)، پذیرش اجتماعی ($F=11/422$ و $P=0/004$) و مشارکت اجتماعی ($F=9/649$ و $P=0/006$) بین دو گروه در دو مرحله ارزیابی تفاوت معنی‌داری ایجاد کرده است. به این معنی که برنامه توانمندسازی روانشناختی باعث ارتقای سلامت اجتماعی سالمندان شد.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این پژوهش می‌توان گفت، برنامه توانمندسازی روانشناختی بر مؤلفه‌های سلامت اجتماعی زنان سالمند اثربخش بوده و آگاهی متخصصان حوزه‌های مشاوره، سالمندی، روان‌شناسی و سلامت از این آموزش‌ها می‌تواند کمک‌کننده باشد.

کلیدواژه‌ها: توانمندسازی، سالمندی، تعیین‌کننده‌های سلامت اجتماعی.

مقدمه

در دنیای مدرن و پیشرفته امروزی، توسعه اجتماعی اقتصادی منجر به کاهش رشد جمعیت و افزایش امید زندگی در سطح جهانی شده است و به این ترتیب فرایند تغییرات جمعیتی تغییر ساختار سنی جمعیت و به عبارتی گذار سنی جمعیت را در پی داشته است، به طوری که

انتظار می‌رود به تدریج وزن جمعیت از گروه‌های سنی جوان به گروه‌های سنی بالا منتقل شود (۱). سالمندی یکی از مهمترین تغییرات و چالش‌های جمعیتی و رفاهی در بسیاری از کشورهای جهان در نیمه اول قرن اخیر یعنی قرن بیست و یکم می‌باشد (۲). در سال ۲۰۱۹ برای اولین بار در تعداد سالمندان بیشتر از کودکان (زیر ۵ سال) در

پژوهش نشان داده است که افزایش نسبت سالمندان زن و زنانه شدن سالمندی، نتیجه توسعه و موفقیت نظام سلامت است و مدیریت نادرست سالمندی، یک تهدید جدی برای سیستم‌های بهداشتی درمانی، اقتصادی اجتماعی و توسعه پایدار است، به طوری که تفاوت شاخص‌های اقتصادی، اجتماعی، جمعیتی و سلامت در سالمندان زن وضعیت نامطلوب‌تری نسبت به مردان دارد که ناشی از اثرات متفاوت عوامل مؤثر بر سلامت به ویژه سلامت اجتماعی در زنان سالمند است (۱۱).

از این رو، با توجه به آنچه گفته شد ارائه مداخلات روانشناختی برای کاهش مشکلات اجتماعی سالمندان به ویژه زنان سالمند می‌تواند به بهبود سلامت اجتماعی آنان کمک کند. یکی از مداخلاتی که می‌تواند به این زنان کمک کند، آموزش توانمندسازی روانشناختی است. توانمندسازی یک فرایند پویا، مثبت و تعاملی است که طی آن سطح آگاهی سالمندان نسبت به واقعیت‌های بیرونی افزایش یافته و آنها را به توانمندی‌های درونی خود واقف می‌کند و هنجارها و ارزش‌هایی احیا می‌شود که بر رفاه و عدالت اجتماعی در زندگی فردی، خانوادگی، اجتماعی و سیاسی سالمندان تأثیر می‌گذارد و می‌تواند باعث افزایش کارایی و استقلال سالمندان گردد و آنها را در کنترل عوارض متعدد سالمندی و درمان‌های مختلف آن کمک نماید. به طوری که پیشینه تحقیقاتی نشان داده است که آموزش توانمندسازی و آموزش خودمراقبتی در سالمندان می‌تواند در افزایش کارکردهای روانشناختی و اجتماعی در این افراد مؤثر واقع شود (۱۲).

همچنین نتیجه یک پژوهش نشان داده است که توانمندسازی روانشناختی می‌تواند به کاهش افسردگی سالمندان کمک کرده، به طوری که با به کارگیری برنامه توانمندسازی منظم و مداوم در زنان سالمند، توانمندسازی بتواند به عنوان شیوه‌ای مؤثر و مکمل در کنار درمان‌های رایج دیگر و همچنین به عنوان یک درمان غیر دارویی در بهبود افسردگی سالمندان زن به کار گرفته شود (۱۳). بنابراین آنچه که مشخص است توانمندسازی روانشناختی بخشی از برنامه سالمندان برای افزایش توانمندی آنان است که بتوانند مشکلات کمتری را تجربه کنند، اما از آنجایی که در تحقیقات پیشین پژوهشی که نشان داده باشد که این برنامه روانشناختی بر سلامت اجتماعی زنان سالمند تأثیر دارد یا خیر مشخص نیست. لذا با توجه به آنچه در فوق مطرح شده و با توجه به نقش سالمندان در جامعه و اهمیت توانمندسازی آن‌ها، این به بررسی اثربخشی برنامه

سطح جهان شد و انتظار می‌رود تا سال ۲۰۵۰ در سطح جهانی تعداد سالمندان ۶۰ ساله و بیشتر، دو برابر و سالمندان ۸۰ ساله و بیشتر سه برابر افزایش یابد و در ایران، هر چند در حال حاضر کمتر از ۱۰ درصد جمعیت را سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر تشکیل می‌دهد، اما انتظار می‌رود این نسبت، به ویژه از سال ۲۰۳۰ به بعد، با سرعت چشمگیری افزایش یابد و در سال ۲۰۵۰ به حدود یک سوم جمعیت ایران برسد (۳). بنابراین رشد جهانی جمعیت سالمندان و تامین سلامت سالمندان، رخدادهای جهانی و از مهم‌ترین چالش‌ها و دغدغه‌های نظام سلامت کشورها به ویژه کشورهای در حال توسعه و ایران است (۴). می‌توان در مورد مشکلات سالمندان گفت که با افزایش سن، عملکرد بیشتر دستگاه‌های بدن و عملکرد فیزیولوژیک آن‌ها به صورت تدریجی افت پیدا می‌کند و دگرگونی و اختلال در عملکرد اندام‌های بدن از جمله عملکرد حرکتی افزایش می‌یابد. این در حالی است که در دوران سالمندی به دلیلی کهولت سن و کاهش فعالیت و تحرک بدنی، این افت بیشتر و بیشتر خواهد شد (۵). افزون بر مشکلات جسمانی سالمندان، در وضعیت روانشناختی آنان نیز تغییراتی ایجاد می‌شود، به عنوان مثال تحقیقات نشان داده است که سالمندان نسبت به دیگر افراد جوان تر مشکلات روانشناختی بیشتری مانند افسردگی (۶) و نشانگان اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند (۷).

در کنار این مشکلات جسمانی و روانشناختی، سالمندان همچنین درگیر برخی مشکلات اجتماعی نیز می‌شوند که یکی از این مشکلات بحث سلامت اجتماعی آنان است؛ به طوری که تحقیقات نشان داده است که با افزایش سالمندان مساله بهداشت، سلامت و تامین آسایش اجتماعی آنان در جامعه هر روز ابعاد گسترده‌ای پیدا می‌کند (۸). یکی از ابعاد سلامت، سلامت اجتماعی می‌باشد که در کنار سلامت جسمی و روانی نقش و اهمیت گسترده‌ای یافته است. به طوری که سلامتی دیگر فقط عاری بودن از بیماری‌های جسمی و روانی نیست، بلکه چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی و چگونگی تفکر وی درباره اجتماع نیز به عنوان معیارهای ارزیابی سلامت فرد در سطح کلان جامعه به شمار می‌رود (۹).

همچنین سلامت اجتماعی به توانایی فرد در تعامل مؤثر با دیگران و اجتماع به منظور ایجاد روابط ارضا کننده شخصی و به انجام رساندن نقش‌های اجتماعی اطلاق می‌شود (۱۰). از سوی دیگر پیش‌بینی‌ها حکایت از زنانه شدن سالمندی در جهان و ایران دارد؛ به طوری نتایج یک

توانمندسازی روانشناختی بر سلامت اجتماعی زنان سالمند پرداخته است.

روش کار

این پژوهش به لحاظ هدف کاربردی است. طرح پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان سالمند مراجعه کننده به بنیاد خیریه فرزندگان وابسته به بهزیستی شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بودند. در مرحله اول به شیوه نمونه گیری در دسترس ۲۴ نفر زن سالمند در دسترس ساکن انتخاب و این زنان در گام دوم به صورت تصادفی ساده در یک گروه آزمایش (۱۲ نفر) و یک گروه کنترل (۱۲ نفر) جایگزین شدند. رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، دامنه سنی ۶۰ تا ۷۰ سال، حداقل تحصیلات دیپلم از ملاک های ورود به پژوهش بودند. ناقص بودن پاسخننامه مربوط به پرسشنامه-ها، شرکت همزمان در جلسات درمانی و آموزشی در طول پژوهش و غیبت بیش از دو تا سه جلسه در جلسات درمانی از ملاک های خروج از پژوهش بود. این پژوهش برخی اصول اخلاقی از جمله توضیح اهداف پژوهش برای افراد نمونه، کسب رضایت آگاهانه از آنها، اختیاری بودن پژوهش، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر

بودن مداخله درمانی، پاسخ به سوالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل به آنان و ارائه جلسات مداخله به صورت فشرده به افراد نمونه گروه کنترل بعد از اجرای مرحله پس آزمون را رعایت نمود. افزون بر این پژوهش با کد اخلاق IR.IAU.ARAK.REC.1400.027 در کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک به تصویب رسیده است. از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل کوواریانس چندمتغیره) و نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد. در ادامه ابزارهای پژوهش آمده است. در پژوهش حاضر به منظور گردآوری داده ها، علاوه بر گردآوری اطلاعات جمعیت شناختی از دو پرسشنامه نیز استفاده گردید که پرسشنامه های مورد استفاده به شرح ذیل بودند:

الف: برنامه توانمندسازی روانشناختی: پس از بررسی مطالعاتی که بر روی برنامه‌های توانمندسازی روانشناختی سالمندان صورت گرفته و همچنین پس از مطالعات گسترده در زمینه پژوهش‌های که به نقش توانمندسازی روانشناختی در سالمندان پرداختند، مهمترین موارد مربوط به توانمندسازی روانشناختی سالمندان شناسایی شده و در ۸ جلسه به شرح زیر ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه برنامه آموزشی توانمندسازی روانشناختی سالمندان

جلسه	عنوان جلسه	شرح جلسه
اول	معارفه و بررسی تفاوت قدرت و توانمندی	در این جلسه پس از معارفه سالمندان و اجرای پیش‌آزمون به بررسی و تعریف مفاهیم کلیدی مرتبط با توانمندسازی روانشناختی سالمندان پرداخته می‌شود. در این جلسه تفاوت بین توانایی با سایر اصطلاحات مانند قدرت مورد بررسی قرار می‌گیرد.
دوم	شناخت موانع ذهنی توانمندسازی	ضمن گزارشی از وضعیت جلسه قبل و ارائه بازخورد، در اینجا با کمک افراد موانع ذهنی تعریف شده و از اعضا خواسته شده تا موانع ذهنی خود را بیان کنند و با فهرست کردن این موانع راه‌های از میان برداشتن آن‌ها را با یکدیگر مرور کنند.
سوم	خودآگاهی و ایجاد نگرش مثبت	ضمن گزارشی از وضعیت جلسه قبل و ارائه بازخورد، در این جلسه به افراد آموزش داده می‌شود تا خود و توانایی‌های خود را بشناسند. همچنین خودآگاهی در این جلسه تعریف شده و اجزاء آن مشخص شد و همچنین به افراد آموزش داده می‌شود که چگونه نسبت به خود نگرش مثبتی داشته باشند.
چهارم	افزایش اعتماد به نفس	ضمن گزارشی از وضعیت جلسه قبل و ارائه بازخورد، در این جلسه بهترین راه کسب اعتماد به نفس، ضرورت فراگیری و داشتن اعتماد به نفس و عزت نفس برای افراد توضیح داده شد. همچنین ضمن تعریف دقیق اعتماد به نفس و اصطلاحات مرتبط، از اعضا خواسته شد تا تفاوت بین اعتماد به نفس، عزت نفس و خودپنداره را بیان کنند.
پنجم	داشتن حس معنی‌داری و رشد شخصی	ضمن گزارشی از وضعیت جلسه قبل و ارائه بازخورد، در این جلسه ایجاد حس معنی داری از طریق ساختن تصویری هیجان‌انگیز به فرد آموزش داده می‌شود. همچنین به فرد آموزش داده می‌شود که چگونه به رشد شخصی خود اهمیت داده و سعی در گسترش آن نماید.
ششم	استقلال فکری و خودمختاری	ضمن گزارشی از وضعیت جلسه قبل و ارائه بازخورد در این جلسه، تعریف استقلال فکری و خودمختاری، روش‌های دستیابی به استقلال فکری، آشنایی با راه‌های رسیدن به استقلال فکری، بررسی موقعیت‌های استقلال فکری و خودمختاری اعضا و تفکر در مورد موانع استقلال فکری و خودمختاری مورد بررسی قرار گرفت.
هفتم	ایجاد حس شایستگی و لیاقت	ضمن گزارشی از وضعیت جلسه قبل و ارائه بازخورد، در این جلسه تعاریف شایستگی، لیاقت، خودکارآمدی به فرد آموزش داده می‌شود و ضمن تقویت کارآمدی فرد، طریقه دستیابی به موفقیت‌های گذشته اعضا و توجه بیشتر به مهارت‌های خود فرد، به آن‌ها توضیح داده می‌شود.
هشتم	ایجاد حس مؤثر بودن و اختتامیه	ضمن گزارشی از وضعیت جلسه قبل و ارائه بازخورد، در این جلسه اهمیت انعطاف پذیر دانستن محیط بیان شده و به رویدادهای مهم و درگیر کردن ذهن فراگیران و همچنین میزان مؤثر بودنشان توجه شد. همچنین خلاصه‌ای از دوره آموزش ارائه شده و در انتهای این جلسه پس‌آزمون از گروه آزمایش گرفته شد.

مجلات، مقالات و پایان‌نامه‌ها در دانشگاه‌های مختلف، مرکز اسناد و مدارک ایران و دیگر مراکز علمی گردآوری شدند. دوم روش میدانی، با توجه به اینکه ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش پرسشنامه و پروتکل بود، پژوهشگر به افراد پرسشنامه‌ها را به صورت مجازی ارائه داد. نحوه اجرا نیز به این صورت بود که برنامه آموزشی توانمندسازی روانشناختی در ۸ جلسه برگزار شد (هفته‌ای ۱ جلسه به مدت ۲ ماه). با توجه به همه‌گیری بیماری کرونا، اجرای پروتکل درمانی به صورت آنلاین بود. در انتهای جلسات، از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد.

یافته‌ها

بر اساس نتایج میانگین سن گروه آزمایش ۶۴/۸۳ با انحراف معیار ۳/۸۵۷ و میانگین سن گروه کنترل ۶۴/۱۷ با انحراف معیار ۳/۴۰۷ بود. میزان تی مستقل بدست آمده حاصل از مقایسه میانگین‌های سنی دو گروه برابر با $t\text{-test} = ۰/۴۴۹$ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد [$P = ۰/۶۵۸$] که نشان دهنده هم‌تا بودن دو گروه از نظر سن می‌باشد. همچنین از گروه آزمایش ۳ نفر (۲۵ درصد) دیپلم، ۵ نفر (۴۱/۶۷ درصد) فوق دیپلم، ۲ نفر (۱۶/۶۷ درصد) لیسانس و ۲ نفر (۱۶/۶۷ درصد) فوق لیسانس‌ها و بالاتر بودند. از گروه کنترل ۴ نفر (۳۳/۳۳ درصد) دیپلم، ۳ نفر (۲۵ درصد) فوق دیپلم، ۳ نفر (۲۵ درصد) لیسانس و ۲ نفر (۱۶/۶۷ درصد) فوق لیسانس‌ها و بالاتر بودند، که برای هم‌تاسازی تحصیلات دو گروه از آزمون‌های دو استفاده شد که میزان‌های دو بدست آمده حاصل از مقایسه فراوانی‌های دو گروه در متغیر تحصیلات برابر با $\text{chi-square} = ۰/۸۴۳$ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد [$P = ۰/۸۳۹$] که نشان دهنده هم‌تا بودن دو گروه از نظر تحصیلات می‌باشد. افزون بر آن برای بررسی یافته‌های توصیفی از میانگین به عنوان شاخص گرایش مرکزی و انحراف استاندارد به عنوان شاخص پراکندگی استفاده شد. نتایج توصیفی در (جدول ۲) ارائه شده است.

ب: پرسشنامه سلامت اجتماعی کییز (Keyes): این پرسشنامه در سال ۱۹۹۸ توسط کییز طراحی و تدوین شده است. داری ۲۰ سؤال بوده که سلامت اجتماعی را در ۵ بعد شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی مورد بررسی قرار می‌دهد. ابزار بر روی یک طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم قرار دارد. این شیوه نمره‌گذاری در مورد سوالات شماره ۳، ۵، ۶، ۷، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰ معکوس می‌باشد. برای بدست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد، مجموع امتیازات سوالات مربوط به آن بعد جمع می‌شوند. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سوالات با یکدیگر جمع می‌شوند و امتیاز کل بدست می‌آید. امتیازات بالاتر نشان دهنده سلامت اجتماعی بالاتر خواهد بود و برعکس. میزان اعتبار این پرسشنامه و مؤلفه‌ها آن را به روش آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۵ تا ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند (۱۴). برای بررسی پایایی این ابزار در ایران از همسانی درونی استفاده شد و نتایج نشان داد که آلفای به دست آمده برای کل مقیاس ۰/۷۸ و برای هر یک از خرده مقیاس‌ها عبارت بود از ۰/۷۴ برای مشارکت اجتماعی، ۰/۷۴ برای پذیرش اجتماعی، ۰/۷۱ برای همبستگی اجتماعی، ۰/۷۰ برای شکوفایی اجتماعی، ۰/۷۷ برای انسجام اجتماعی، که نشان می‌دهد این ابزار از پایایی مطلوبی برخوردار است (۱۵).

نحوه اجرای پژوهش

شرکت در پژوهش برای تمامی آزمودنی‌ها به صورت داوطلبانه بود و شرکت‌کنندگان در صورت عدم تمایل به ادامه همکاری، می‌توانستند مجموعه آزمون‌ها را ارجاع نمایند. محرمانه بودن اطلاعات کسب شده، جلب رضایت آگاهانه آزمودنی‌های پژوهش، عدم انتشار اطلاعات آزمودنی‌ها به دیگران و ایجاد یک جو اطمینان‌بخش از جمله ملاحظات بود که پژوهشگران مد نظر قرار داده‌اند. در این پژوهش جمع‌آوری اطلاعات از دو طریق صورت گرفت. نخست روش کتابخانه‌ای که اطلاعات با مطالعه کتاب‌ها،

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون (انحراف معیار ± میانگین)	پس‌آزمون (انحراف معیار ± میانگین)
	آزمایش	۱۱/۴۲±۵/۰۷	۱۶/۰۰±۲/۰۹
شکوفایی اجتماعی	کنترل	۱۱/۶۷±۳/۳۷	۱۱/۷۳±۲/۹۰
	کل	۱۱/۵۴±۴/۲۱	۱۳/۸۳±۳/۳۲
	آزمایش	۹/۰۸±۳/۹۶	۱۲/۹۲±۱/۸۳
همبستگی اجتماعی	کنترل	۸/۶۷±۲/۷۱	۹/۰۹±۱/۹۲
	کل	۹/۰۸±۳/۳۲	۱۰/۷۹±۲/۸۴
	آزمایش	۷/۴۲±۲/۴۷	۱۱/۷۵±۲/۱۴
انسجام اجتماعی	کنترل	۷/۰۰±۱/۱۹	۸/۰۸±۱/۹۷
	کل	۷/۲۱±۲/۱۳	۹/۹۲±۲/۷۵
	آزمایش	۱۰/۹۲±۴/۰۳	۱۹/۴۲±۴/۱۹
پذیرش اجتماعی	کنترل	۱۳/۳۳±۲/۳۱	۱۲/۹۲±۱/۸۳
	کل	۱۲/۱۲±۳/۴۴	۱۶/۱۷±۴/۵۸
	آزمایش	۱۵/۷۵±۴/۳۷	۲۱/۲۵±۳/۳۹
مشارکت اجتماعی	کنترل	۱۴/۳۳±۴/۲۱	۱۵/۰۸±۳/۷۰
	کل	۱۵/۰۴±۴/۲۶	۱۸/۱۷±۴/۶۹
	آزمایش	۵۴/۵۸±۱۵/۹۸	۸۱/۳۳±۸/۵۵
سلامت اجتماعی کل	کنترل	۵۵/۴۲±۱۱/۹۵	۵۶/۴۲±۱۰/۵۶
	کل	۵۵/۰۰±۱۳/۸۱	۶۸/۸۷±۱۵/۸۲

همان‌گونه که در (جدول ۲) مشاهده می‌شود میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها و مراحل آزمون ارائه شده است. پس از بررسی یافته‌های توصیفی در ادامه به بررسی یافته‌های استنباطی پژوهش پرداخته شد. قبل از انجام تحلیل‌های مربوطه، وضعیت کلی داده‌ها مورد بررسی قرار گرفت. ابتدا وجود داده‌های پرت تک‌متغیری با استفاده از نمودار مستطیلی بررسی و نتایج نشان داد که هیچ داده پرتی در متغیرها وجود ندارد. برای بررسی یافته‌های پژوهش از روش تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. در این پژوهش برنامه توانمند سازی روانشناختی به عنوان متغیر مستقل، نمرات افراد در پس‌آزمون مؤلفه‌های سلامت اجتماعی به عنوان متغیر وابسته و نمرات آنها در پیش‌آزمون مؤلفه‌های سلامت اجتماعی به عنوان متغیر کمکی یا همپراش در نظر گرفته شده‌اند. آزمون کواریانس دارای مفروضه‌هایی است. در نتیجه، لازم است نرمال بودن متغیرها، همگنی شیب رگرسیون، ارتباط خطی و برابری واریانس‌های نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در متغیر مورد نظر بررسی شود.

برای بررسی نرمال بودن داده‌ها حاکمی از نرمال بودن داده‌ها بود ($P > 0.05$). از دیگر شرایط آزمون کواریانس وجود ارتباط خطی بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر مورد پژوهش است. نتایج نشان داد مفروضه ارتباط خطی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون سلامت اجتماعی مبنی بر موازی بودن خطوط رگرسیون صادق نبود؛ یعنی، با توجه به این واقعیت که شیب‌ها به طور تقریبی موازی هستند، این امر تأیید نشده است و لذا شیب‌ها موازی نبوده و هم‌دیگر را قطع می‌کنند. مفروضه دیگر آزمون کواریانس همگنی شیب رگرسیون نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. نتایج این بررسی نشان داد تعامل ناشی از داده‌های این آزمون معنی‌دار نمی‌باشد. یعنی، فرضیه همگنی شیب رگرسیون تأیید می‌شود که حاکمی از برقراری این مفروضه می‌باشد. پس از بررسی مفروضات کلی تحلیل کواریانس، در ادامه نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره ارائه شد. برای بررسی برابری ماتریس واریانس - کواریانس از آزمون ام‌باکس استفاده شد که نتایج نشان داد این مفروضه برقرار است ($F = 1.518, P = 0.090, M = 30.360$ باکس). علاوه بر آن به

منظور بررسی واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شده است. نتایج این آزمون در (جدول ۳) ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون لون برای بررسی واریانس‌های خطا در مؤلفه‌های سلامت اجتماعی

متغیرها	آماره F	درجه آزادی بین گروهی	درجه آزادی درون گروهی	معناداری
شکوفایی اجتماعی	۰/۲۷۱	۱	۲۲	۰/۶۰۸
همبستگی اجتماعی	۰/۶۰۶	۱	۲۲	۰/۴۴۴
انسجام اجتماعی	۰/۹۲۴	۱	۲۲	۰/۳۴۷
پذیرش اجتماعی	۰/۷۵۸	۱	۲۲	۰/۴۷۵
مشارکت اجتماعی	۰/۰۰۳	۱	۲۲	۰/۹۵۴

تحلیل کوواریانس چندمتغیری حکایت از تفاوت معناداری در نمرات سلامت اجتماعی دو گروه داشت ($P=۰/۰۱۰$ ، $F=۴/۹۱۹$ ، $F=۰/۳۴۶$ ، لانداوی و پلکز).

همانطور که در (جدول ۳) مشاهده می‌شود پیش شرط برابری واریانس‌های خطا و مفروضه واریانس - کوواریانس برای متغیرهای پژوهش برقرار بود. از این رو نتایج آزمون

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مؤلفه‌های سلامت اجتماعی

اثرات	ارزش F	df فرضیه	df خطا	معنی داری	اندازه اثر	توان آزمون
اثر پیلائی	۴/۹۱۹	۵	۰/۱۳	۰/۰۱۰	۰/۶۵۴	۰/۸۹۵
اثر لانداوی و پلکز	۴/۹۱۹	۵	۰/۱۳	۰/۰۱۰	۰/۶۵۴	۰/۸۹۵
اثر هتلینگ	۴/۹۱۹	۵	۰/۱۳	۰/۰۱۰	۰/۶۵۴	۰/۸۹۵
اثر رویس لارگت	۴/۹۱۹	۵	۰/۱۳	۰/۰۱۰	۰/۶۵۴	۰/۸۹۵

دارد. به منظور مشخص شدن این تفاوت نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در (جدول ۵) شده است.

نتایج (جدول ۴) حاکی از آن است که بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر سلامت اجتماعی تفاوت معنی داری وجود

جدول ۵: نتایج آزمون کوواریانس تک متغیری برای مقایسه گروهی متغیرهای پژوهش

منابع	شاخص آماری	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	معنی داری	مجذور اتا	توان آزمون
شکوفایی اجتماعی	۶۹/۸۴۴	۱	۶۹/۸۴۴	۱۰/۲۷۸	۰/۰۰۵	۰/۳۷۷	۰/۸۵۶	
همبستگی اجتماعی	۶۲/۳۶۲	۱	۶۲/۳۶۲	۱۹/۳۰۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳۲	۰/۹۸۵	
انسجام اجتماعی	۴۱/۰۴۷	۱	۴۱/۰۴۷	۱۰/۶۸۵	۰/۰۰۵	۰/۳۸۶	۰/۸۶۹	
پذیرش اجتماعی	۱۲۴/۴۰۹	۱	۱۲۴/۴۰۹	۱۱/۴۲۲	۰/۰۰۴	۰/۴۰۲	۰/۸۸۹	
مشارکت اجتماعی	۱۳۹/۹۱۳	۱	۱۳۹/۹۱۳	۹/۶۴۹	۰/۰۰۶	۰/۳۶۲	۰/۸۳۳	

درجات آزادی= df

مؤلفه‌های سلامت اجتماعی کسب کرده‌اند.

بحث

هدف از پژوهش حاضر اثربخشی توانمندسازی روانشناختی بر سلامت اجتماعی زنان سالمند شهر تهران بود. نتایج این پژوهش نشان داد در سلامت اجتماعی بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد. به این معنی که گروه آزمایش پس از دریافت مداخله توانمندسازی روانشناختی، نمرات بالاتری در

همانطور که در (جدول ۵) مشاهده می‌شود در همه مؤلفه‌های سلامت اجتماعی بین گروه‌ها تفاوت معنی داری مشاهده شده است. همچنین با مشاهده میانگین‌های مؤلفه‌های سلامت اجتماعی می‌توان ادعان نمود که برنامه توانمندسازی روانشناختی بر سلامت اجتماعی زنان سالمند اثربخش بود، به این معنی که گروه آزمایش پس از دریافت مداخله توانمندسازی روانشناختی، نمرات بالاتری در

برای افرادی که از کار و فعالیت خود بازنشسته شده اند، بوجود می آید. به طور کلی افراد سالخورده به دشواری می توانند خود را با شرایط دوران از کار افتادگی تطبیق دهند، از این رو غالباً احساس تنهایی و بی هدفی می کنند (۱۷). در تبیین نتایج این پژوهش باید گفت زمانی که سالمندان تکنیک‌ها و راهبردهای توانمندسازی روانشناختی را دریافت می‌کنند می‌توانند به ارتقای سلامت اجتماعی خود کمک کنند. همانطور که نتایج این پژوهش نیز نشان داده است، با شناخت موانع ذهنی توانمندسازی، خودآگاهی و نگرش مثبت به سالمندی، افزایش اعتماد به نفس، داشتن حس خوب و ارتقای رشد شخصی، ایجاد حس شایستگی و لیاقت و ایجاد حس مؤثر بودن در جامعه می‌توان به سالمندان در همبستگی اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی سالمندان در جامعه کمک کرد که این امر به نوبه خود سلامت اجتماعی سالمندان در جامعه را تقویت خواهد کرد. بنابراین از نتایج این پژوهش می‌توان استنباط نمود که توانمندسازی روانشناختی سالمندان می‌تواند در سلامت اجتماعی آن‌ها اثربخش واقع شود و به سالمندی موفق‌تر و با کیفیت‌تر بیانجامد.

مانند هر پژوهشی، این پژوهش نیز محدودیت‌هایی داشته است. یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر آن است که یافته‌های بدست آمده از طریق پرسشنامه و به صورت خودگزارش‌دهی توسط شخص بدست آمده و مشخص نیست تا چه اندازه با رفتارهای واقعی در زندگی روزمره مرتبط است. محدودیت دیگر این پژوهش مربوط به قلمرو مکانی و زمانی مطالعه است. این مطالعه بر روی زنان ۶۰ تا ۷۰ ساله شهر تهران در سال ۱۳۹۹ اجرا شد. لذا نمی‌توان یافته‌های آن را به سایر اقشار و شهرهای دیگر تعمیم داد. در صورت تعمیم دهی باید جوانب احتیاط صورت گیرد. محدودیت دیگر این پژوهش مربوط به روش پژوهشی است. در این مطالعه به بررسی روابط علی و همچنین همبستگی بین متغیرها پرداخته نشد و پژوهش به صورت مداخله‌ای بود و لذا به دست آوردن این یافته‌ها با استفاده از سایر روش‌های پژوهش می‌تواند مورد ملاحظه قرار گیرد. در این پژوهش نمونه‌گیری با توجه به جنسیت صورت گرفت و زنان ۶۰ تا ۷۰ ساله جامعه آماری این پژوهش بوده اند، لذا تعمیم یافته‌های پژوهش حاضر به گروه مردان و یا زنان

نمرات بهتری در مؤلفه‌های سلامت اجتماعی کسب کرده است. از این رو مداخله توانمندسازی روانشناختی باعث ارتقای سلامت اجتماعی زنان سالمند شد. این یافته با نتایج پژوهش‌های اورکی و همکاران (۱۲) و مبارکی و همکاران (۱۳) همسویی دارد. در توجیه نتایج این پژوهش باید عنوان کرد که یکی از ابعاد سلامت، سلامت اجتماعی است که کنار سلامت جسمی و روانی نقش و اهمیت گسترده‌ای دارد، به طوری که سلامتی دیگر عاری بودن از بیماری‌های جسمی و روانی نیست، بلکه چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی و چگونگی تفکر وی درباره اجتماع نیز به عنوان معیارهای ارزیابی سلامت فرد در سطح کلان جامعه به شمار می‌رود (۹). همچنین باید عنوان کرد، سلامت سالمندان یکی از مسائل و مشکلات بهداشتی در اکثر جوامع به شمار رفته و مقابله با این مشکلات نیازمند سیاستگذاری و برنامه‌ریزی‌های دقیق و صحیح می باشد. یکی از دلایل بررسی وضعیت اجتماعی سالمندان آن است که این افراد با توجه به مشکلاتی مانند بازنشستگی و طردشدگی در معرض خطرات فزاینده‌ای قرار دارند و از این رو توانمندسازی روانشناختی سالمندان می‌تواند به عنوان یک اقدام مهم، در جهت سالمندی موفق کمک‌کننده باشد. از سویی باید عنوان کرد، سالخوردگی دورانی است که دارای برخی ویژگی‌های جسمی، اجتماعی و روانی است. یکی از این ویژگی‌ها کاهش نسبی قوای جسمانی است (سلامت جسمانی). دومین ویژگی دوران سالمندی بازنشستگی و از دست دادن موقعیت‌های شغلی است، کاهش مسئولیت‌هایی که مرتبط با شغل و ارتباطات اجتماعی فرد بوده است نیز از جمله این ویژگی‌هاست (سلامت اجتماعی). ویژگی دیگری که در این مرحله از زندگی مطرح است تنهایی یا احساس تنهایی است، فرد سالخورده هر چند وقت یکبار شاهد مرگ یکی از دوستان یا بستگان و آشنایان، همسن و سالان خویش است، لذا هر روز بیش از پیش احساس تنهایی بیشتری به او دست می‌دهد و توانمندسازی روانشناختی می‌تواند در جهت بهبود این مشکلات سالمندان و متعاقباً سلامت اجتماعی آن‌ها مفید واقع شود (۱۶). بسیاری از افراد سالخورده به ویژه افرادی که با داشتن پست‌های بالا بازنشسته می‌شوند و توان و امکان کار از دست آنها می‌رود، احساس می‌کنند اقتدار خود را از دست داده‌اند و گونه ای افسردگی روانی و انزوا در عالم تنهایی به ویژه

نتیجه گیری

با توجه به آنچه گفته شد پیش‌بینی‌ها حکایت از زنانه شدن سالمندی در جهان و ایران دارد؛ به طوری نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که افزایش نسبت سالمندان زن و زنانه شدن سالمندی، نتیجه توسعه و موفقیت نظام سلامت است و مدیریت نادرست سالمندی، یک تهدید جدی برای سیستم‌های بهداشتی درمانی، اقتصادی اجتماعی و توسعه پایدار است، لذا در این پژوهش به بررسی اثربخشی توانمندسازی روانشناختی بر سلامت اجتماعی زنان سالمند شهر تهران پرداخته شد که نتایج نشان داد که توانمندسازی روانشناختی بر سلامت اجتماعی زنان سالمند موثر است، که در این زمینه نتیجه‌گیری می‌شود که توانمندسازی کردن زنان سالمندان از نظر روانشناختی اهمیت و ضرورت دارد و برنامه ریزان و سیاست گذران مربوطه در این زمینه باید اقدامات لازم را انجام دهند تا زنان سالمند از نظر سلامت اجتماعی در وضعیت بهتری قرار گیرند.

سیاسگزاری

نویسندگان از تمامی زنان سالمند شرکت کننده در این پژوهش و همچنین مسئولین مرکز خیریه فرزنانگان که با تهیه زیرساخت های لازم برای اجرای آنلاین این پژوهش کمک کردند کمال تشکر و قدردانی را دارند.

سنین دیگر باید با احتیاط صورت گیرد. محدودیت دیگر این پژوهش، هم راستایی با همه‌گیری پاندومی کوید ۱۹ (کرونا) بوده و بر این اساس نمونه‌گیری در دسترس صورت گرفت و احتمال تعمیم‌دهی به همه سالمندان باید با احتیاط صورت گیرد. بر اساس این محدودیت‌ها پیشنهاد می‌شود که این پژوهش بر روی مردان سالمند که قابلیت اجرا دارد، می‌تواند مورد بررسی قرار گیرد و با نتایج این تحقیق مقایسه گردد. پیشنهاد می‌شود که در آینده مطالعاتی را طرح‌ریزی کنند که تأثیر توانمندسازی روانشناختی و سلامت اجتماعی در کنار متغیرهای مختلف دیگر مانند احساس تنهایی، رضایت از زندگی، نگرش به سالمندی، بهزیستی و شادکامی در سایر سالمندان و یا افراد گروه‌های مختلف مورد بررسی قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود از این پژوهش به منظور آموزش و ارتقای سلامت اجتماعی سالمندان استفاده شود. علاوه بر آن با توجه به اهمیت توانمندسازی روانشناختی بر سلامت اجتماعی سالمندان، پیشنهاد می‌شود در رسانه‌های آموزشی، اجتماعی و ارتباطی به اصول و تکنیک‌های توانمندسازی روانشناختی پرداخته شود و به عنوان یک حرکت ملی به آن نگریده شود تا عموم مردم بخصوص افراد سالمند، تغییرات لازم را در خود به وجود آورند.

References

1. Bahador F, Mahfoozpour S, Masoudiasl I, Vahdat S. A Systematic Review of Management of Preventive Healthcare for the Elderly in the World. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2022;16(4):0-. <https://doi.org/10.32598/sija.2021.3180.2>
2. Selander K, Nikunlaakso R, Laitinen J. Association between work ability and work stressors: cross-sectional survey of elderly services and health and social care service employees. *Archives of Public Health*. 2022;80(1):1-9. <https://doi.org/10.1186/s13690-022-00841-2>
3. Zanjari N, Sadeghi R. Measuring of Older Adults' Well-Being in Iranian Provinces Using Age Watch Index. *Iranian Journal of Ageing*. 2022;16(4):0-. <https://doi.org/10.32598/sija.2022.16.4.2814.1>
4. Samouei R, Keyvanara M. Explaining the Challenges of the Iranian Health System in the Face of Future Aging: A Qualitative Study. *Iranian Journal of Ageing*. 2021;10(40):21-42.
5. Sguizzatto GT, Garcez-Leme LE, Casimiro L. Evaluation of the quality of life among elderly female athletes. *Sao Paulo Medical Journal*. 2006;124:304-5. <https://doi.org/10.1590/S1516-31802006000500014>
6. Harralson TL, Lawton MP. Saliency of positive and negative affect in the recognition of depression among elderly persons. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2022.
7. Yue Z, Liang H, Gao X, Qin X, Li H, Xiang N, et al. The association between falls and anxiety among elderly Chinese individuals: the mediating roles of functional ability and social participation. *Journal of affective disorders*. 2022. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.070>
8. Samadi F, Dalir M. The Role of psychological and social health on sexual health of elderly women. *Quarterly Social Psychology Research*. 2021;10(40):21-42.

9. Keyes CL. The Black-White paradox in health: Flourishing in the face of social inequality and discrimination. *Journal of personality*. 2009; 77 (6): 1677-706. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2009.00597.x>
10. Bavazin F, Sepahvandi MA. The study of the relationship between social support and social and psychological well-being among elderly people in city of Khorramabad in 2017. *Nurs Midwifery J*. 2019;15 (12:101):931-8.
11. Tayeri S, Jafari M, Alimohammadzadeh K, Hosseini SM, Shahanaghi K. A Conceptual Model for Iranian Older Women's Health: A Review Study. *Iranian Journal of Ageing*. 2021;16(3):304-29. <https://doi.org/10.32598/sija.2021.16.3.3090.1>
12. Oraki M, Mehdizadeh A, Dortaj A. The effectiveness of self-care empowerment training on life expectancy, happiness and quality of life of the elderly in Iranian elderly care centers in Dubai. *Iranian Journal of Ageing*. 2019;14 (3):320-31.
13. Mobaraki H, Kamali M, Farhodi F. The effect of empowerment programs on geriatric depression in daily rehabilitation Farzanegan center of khorramabad city. *Modern Rehabilitation*. 2013;6(4).
14. Keyes CL, Shapiro AD. Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology. *How healthy are we*. 2004; 15 (3):350-72.
15. Babapour Kheiroddin J, Toosi F, Hekmati I. Study of determinant factors role of students' social well-being. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2010; 4 (16):1-19.
16. Bousquet J, Malva J, Nogues M, Mañas LR, Vellas B, Farrell J, et al. Operational definition of active and healthy aging (AHA): the European innovation partnership (EIP) on AHA reference site questionnaire: Montpellier October 20-21, 2014, Lisbon July 2, 2015. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2015;16(12):1020-6. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.09.004>
17. Carpentieri J, Elliott J, Brett CE, Deary IJ. Adapting to aging: Older people talk about their use of selection, optimization, and compensation to maximize well-being in the context of physical decline. *The Journals of Gerontology: Series B*. 2017; 72 (2): 351-61. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw132>