

بررسی تأثیر الگوی توانمندسازی روانی - اجتماعی بر سلامت روان زنان دارای همسر بیمار روانی مزمن

عفت بهاری* ، غنچه راهب** ، مصطفی اقلیما***

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۸/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۴/۳۰

چکیده

توانمندسازی در مداخله‌های اجتماعی به عنوان یک استراتژی مداخله برای کمک به خانواده‌هایی است که عوامل خطرسازی در رابطه با سلامت روان آنها وجود دارد. این پژوهش نیز به منظور بررسی تأثیر الگوی توانمندسازی روانی-اجتماعی در بهبود سلامت روان زنان دارای همسر بیمار روانی مزمن انجام شد. در این پژوهش نیمه تجربی (با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری و گروه کنترل)، ۴۰ نفر از زنانی که همسرشان مبتلا به اختلالات مزمن روانی بوده و در سال ۱۳۹۱ در بیمارستان روانپزشکی فرشچیان همدان بستری گردیده‌اند، انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل ۲۰ نفره قرار گرفتند. گروه آزمایش در ۸ جلسه توانمندسازی روانی-اجتماعی شرکت کردند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها از طریق

* دانشجوی دکتری مداخله‌های اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران (نویسنده مسئول).

ef.bahary@gmail.com

** دانشیار مداخله‌های اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران. ghraheb@gmail.com

*** استادیار مداخله‌های اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران. mostafaeghlina@gmail.com.

پرسشنامه سلامت روان *SCL-90-R* جمع‌آوری شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس دومتغیری با اندازه‌گیری‌های مکرر روی یک متغیر و آزمون توکی استفاده شد.

نمره سلامت روان زنان دارای همسر بیماری روانی مزمن در گروه مداخله در آزمون *SCL-90-R* نسبت به گروه کنترل، در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری کاهش بیشتری ($p=0/01$) نشان می‌دهد. نتیجه این که استفاده از الگوی توانمندسازی در ارتقاء سلامت روان زنانی که همسران آنها از اختلالات مزمن روانپزشکی در رنج‌اند مؤثر می‌باشد و بنابراین توانمندسازی با این الگو می‌تواند بالقوه منجر به بهبود سلامت هم در بیماران و هم اعضای خانواده آنها گردد.

واژه‌های کلیدی: الگوی توانمندسازی، سلامت روان، اختلالات مزمن روانپزشکی، مددکاری اجتماعی

بیان مسئله

اختلالات روانی از جمله معضلات بهداشتی و اقتصادی پیش روی جوامع بشری از جمله جامعه ما می‌باشد (خانکه و همکاران، ۱۳۸۸: ۶۱). امروزه به دلیل کمبود منابع، قسمت اعظم مسئولیت نگهداری و مراقبت بیماران روانی بر عهده خانواده‌ها و بستگان‌شان می‌باشد (قادر زاده و درویش منش، ۱۳۹۶: ۵۱).

خانواده‌ها با مسائلی از قبیل فشار اقتصادی ناشی از درمان، بیکاری، زندگی اجتماعی مختل بیمار، کمبود اطلاعات در مورد بیماری و انتخاب مداوای مناسب Heru (Ryan, 2002: 56): تبعیض و تمسخر و احساس شرم به دلیل انگ یا برچسب، (صادقی و همکاران، ۱۳۸۲: ۱۷): اختلال و بد کارکردی در ابعادی چون کارکرد کلی، حل مسئله، پاسخگویی عاطفی و کنترل رفتار (محسنی و همکاران، ۱۳۹۰: ۳۷۳) روبرو هستند. مراقبت از فرد مبتلا به اختلالات روانی مزمن هم از لحاظ جسمی هم از لحاظ

عاطفی طاقت فرساست و ممکن است به تخریب روحی و روانی آن‌ها منجر شود. در برخی مطالعات مشکلات روانی در ۴۱٪ مراقبین این بیماران گزارش شده است (ملکوتی و همکاران، ۱۳۸۲: ۲).

بدون شک همسر فردی با بیماری مزمن از جمله نزدیک‌ترین اطرافیان وی می‌باشد و بیش‌ترین و گسترده‌ترین روابط را به لحاظ عاطفی و شناختی، کلامی و غیرکلامی و نیز در ارتباط رودررو و دائم با فرد بیمار داشته و در صورت عدم ارضا نیازهای عاطفی و ارتباط نامناسب در خانواده، انتظار می‌رود بیشترین مشکلات و ناراحتی‌ها را متحمل شود (فرامرزی و همکاران، ۱۳۹۰: ۲۱۹). انتقال ناگهانی سرپرستی، از دست دادن درآمد، تربیت فرزندان و ایفای نقش دوگانه (حسینی و همکاران، ۱۳۸۸: ۱۱۹)؛ همچنین اختلالات روانی مزمن به‌عنوان یک منبع فشار مضاعف در خانواده می‌تواند اثرات زیان‌باری بر سلامت روان این زنان داشته باشد (نویدیان و همکاران، ۱۳۸۰: ۳۳). هنگامی که کار مراقبت از بیمار با جنسیت به‌عنوان زن بودن تلفیق می‌شود مسائل را پیچیده‌تر هم می‌سازد، زیرا زنان ۱,۳ برابر بیشتر از مردان در معرض ابتلا به اختلالات روانی قرار دارند (نوربالا و همکاران، ۱۳۸۷: ۴۸۰). در نتیجه سلامت روان زنان دارای همسر بیماری مزمن در معرض خطر بالایی قرار دارد. از آنجایی که سلامت روان صرفاً نداشتن بیماری نیست بلکه توان واکنش در برابر انواع گوناگون تجربیات زندگی به‌صورت انعطاف‌پذیر و معنی‌دار است (صالحی، ۱۳۸۶: ۲) پس هنگامی که این زنان توانمندی مواجهه مؤثر با مشکلات زندگی خود را نداشته باشند دچار مشکلات بیشتری در سلامت جسم و روان خواهند شد. (قاسمی و همکاران، ۱۳۷۹: ۵۳؛ عمرانی فرد و همکاران، ۱۳۸۸: ۵۶۵)

جهت رسیدن به هدف این پژوهش که افزایش سلامت روان^۱ زنان دارای همسر با اختلالات روان مزمن است نیازمند بکارگیری نظریه‌ای هستیم که روش و شیوه مداخله

را برای ما مشخص کند، این چارچوب تئوریک، توانمندسازی است. امروزه درک و بکارگیری استراتژی توانمندسازی یک آرمان آشکار برای ارتقای سلامت جامعه است. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت توانمندسازی فرایندی است که افراد از طریق آن کنترل بیشتری بر تصمیم‌گیری‌ها و شیوه زندگی و فعالیت‌هایی که بر سلامتی آنان مؤثر است، خواهند داشت (پور اسلامی، ۱۳۸۲: ۱۲).

در ادبیات مددکاری اجتماعی این توافق وجود دارد که کاربست اصول توانمندسازی^۱ در کار با زنان مفید است (Parsons, 2003). به نقل از کیمیایی، ۱۳۹۰: ۶۵). همچنین نتایج یک فرا تحلیل نشان داد که توانمندی زنان و مادران، عملکرد اجتماعی و سلامت روانشناختی آنان را بهبود می‌بخشد (kar, 1999: 1431). به عبارتی توانمندسازی روانشناختی زنان به ارتقاء کیفیت نقش مادرانه آنها انجامیده و از پریشانی‌های روانشناختی خانواده می‌کاهد (Davis, 2011: 72). توانمندسازی، درگیر کردن مددجویان و خانواده آنها در تصمیم‌گیری برای سلامتی و رفاه تعریف شده است که لازمه آن داشتن قدرت یا توانایی برای گرفتن تصمیم است. منظور از توانمندسازی، ارتقای حس اعتماد و سازگاری مثبت، احساس کنترل قدرت و کمک به دیگران در دستیابی به اهداف است. اصول توانمندسازی شامل توانایی در حل مسئله، خودتکایی و ایجاد اعتماد به نفس است به طوری که توانمندسازی رکن اصلی در جهت ارتقای بهداشت جامعه است (الحانی، ۱۳۸۲).

در متون مختلف توانمندسازی را دارای ابعاد اجتماعی، فرهنگی، روانی، اقتصادی و سیاسی ذکر کرده‌اند (پیشگاهی فرد و همکاران، ۱۳۸۸: ۹۰؛ رضایی قادی، ۱۳۸۸: ۱۸۱). اما توانمندی روانی اهمیت زیربنایی بیشتری برای زنان دارد و زنان در این بُعد سطح پایین‌تری از توانمندی را دارا هستند (رضایی قادی، ۱۳۸۸؛ کیمیایی، ۱۳۹۰؛ خلوتی، ۱۳۸۶). از طرفی توانمندسازی اجتماعی و افزایش پتانسیل جامعه در پذیرش سلامتی برای جامعه نیز مؤثر خواهد بود (پور اسلامی، ۱۳۸۲: ۱۱). توانایی‌های روانی - اجتماعی

عبارت است از آن گروه از توانایی‌ها که فرد را برای مقابله مؤثر و پرداختن به کشمکش‌ها و موقعیت‌های زندگی، یاری می‌بخشند. این توانایی‌ها فرد را قادر می‌سازد تا با سایر انسان‌ها، جامعه، فرهنگ و محیط خود مثبت و سازگارانه عمل کند و سلامت روان خود را تأمین نماید. توانایی‌های روانی-اجتماعی در ارتقای بهداشت و سلامت روان نقش مهمی بر عهده‌دارند.

در این راستا این پژوهش نیز با درک اهمیت سلامت زنانی که همسر آن‌ها از اختلالات روانی مزمن در رنجند، با هدف شناخت اثربخشی الگوی توانمندسازی روانی-اجتماعی بر سلامت روان زنان دارای همسر بیمار روان مزمن و با هدف کاربردی ارتقاء سطح بهداشت روان زنان دارای همسر بیمار روانی مزمن به بررسی سؤال پژوهشی زیر پرداخته است:

- آیا الگوی توانمندسازی روانی-اجتماعی بر افزایش سلامت روان زنان دارای همسر بیمار روانی مزمن، مؤثر است؟

مرور پیشینه‌ها

پژوهش‌های مرتبط انجام‌شده در داخل ایران

خدیجه رضایی قادی (۱۳۸۸) در بررسی شاخص‌های توانمندسازی زنان سرپرست خانوار به این نتیجه رسیده است که از میان چهار شاخص توانمندی روانی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی؛ توانمند کردن زنان سرپرست خانوار صرفاً از لحاظ اقتصادی اهمیت ندارد بلکه این گروه از افراد آسیب‌پذیر در بُعد فرهنگی و اجتماعی خصوصاً بُعد روانی نیاز به توانمند شدن دارند. طبق پژوهش وی بیش از ۵۰ درصد زنان مورد مطالعه به لحاظ شاخص توانمندی کل در سطح پایینی قرار دارند و در خصوص سایر شاخص‌ها؛ توانمندی روانی در پایین‌ترین سطح قرار داشتند همچنین وی خودباوری و عزت‌نفس زنان را از تأثیرگذارترین عوامل در فرایند توانمندسازی می‌داند (رضایی قادی، ۱۳۸۸).

ملیحه خلوتی (۱۳۸۶) در پژوهشی به بررسی میزان توانمندی زنان خانه‌دار و عوامل مؤثر بر آن در شهر شیراز پرداخته است. نتایج تحقیقات وی نشان می‌دهد که توانمندی زنان خانه‌دار پایین است و عوامل سرمایه روانی، دسترسی، مشارکت و کنترل در حوزه دولت و جامعه با میزان توانمندی زنان دارای بیشترین همبستگی بوده‌اند. در واقع عواملی مانند عزت‌نفس، خود کارآمدی، توانایی بیان آرزوها و علایق و جامه عمل پوشاندن به آن‌ها حتی زمانی که عرف و جامعه آن را نمی‌پذیرند و به چالش طلبیدن شرایط موجود، آگاهی از عوامل ناتوانی و مقابله با آن‌ها به صورت گروهی، توانایی تصمیم‌گیری در حوزه‌های مهم و استراتژیک زندگی، دسترسی به منابع مالی، مشارکت در حوزه‌های اجتماعی و سیاسی، تعیین‌کننده‌های اصلی میزان توانمندی زنان خانه‌دار در ایران هستند (خلوتی، ۱۳۸۶).

سید علی کیمیایی (۱۳۹۰) در پژوهشی با عنوان شیوه‌های توانمندسازی زنان سرپرست خانوار نشان داده که اجرای برنامه‌های توانمندسازی نتایج مثبتی را به همراه داشته و نه تنها به اشتغال و افزایش سطح درآمد و ارتقاء آن‌ها به سطوح بالاتر اجتماعی و اقتصادی جامعه منجر می‌شود بلکه به کمک آموزش شغلی از وابستگی آن‌ها به سازمان‌های حمایتی کاسته شده و به لحاظ اقتصادی-اجتماعی خود را همچون سایر افراد جامعه می‌بینند. علاوه بر این اجرای طرح توانمندسازی روانی اجتماعی سبب شده است که این زنان در حوزه‌های مختلف روانشناختی هم چون: خود کارآمدی، خود ارزشمندی، عزت‌نفس، کنترل بر زندگی، قدرت تصمیم‌گیری، حل مسئله و افزایش سازگاری نیز توانمند شوند (کیمیایی، ۱۳۹۰).

پژوهش‌های مرتبط انجام‌شده در خارج از ایران

آلسوپ و هینسون (۲۰۰۵) در ۵ کشور مختلف دنیا به بررسی مطالعات نظری انجام شده در خصوص توانمندسازی زنان پرداخته‌اند و بیان می‌دارند که رابطه متقابلی بین عاملیت و ساختارهای فرصت دهنده در درجات توانمندی وجود دارد. نویسندگان

با بررسی مطالعات گذشته و نظم بخشی به آنها در سه بعد دولت، بازار و جامعه، چارچوبی جدید، آسان و فراگیر برای ارزیابی و مقایسه فراهم کرده‌اند (Alsop & Heinsohen, 2005).

کار^۱ و همکاران (۱۹۹۹) در مقاله‌ای با عنوان توانمندسازی زنان برای ارتقاء سلامت، در یک فرا تحلیل به بررسی ۴۰ پژوهش از سراسر جهان پرداخته‌اند. موضوع این مقاله شناسایی عوامل شرایط و روش‌هایی است که زنان و مادران را برای اقدام اجتماعی و جنبش‌های ارتقاء سلامت توانمند می‌کند. در نهایت یافته‌های کلیدی منجر به یک مدل توانمندسازی در ۵ مرحله شده‌اند که عبارت‌اند از: جنبش برای اقدام، حمایت توانمندسازی، اقدام ضروری فردی، موسسه سازی و بازخورد. این پژوهش نشان می‌دهد که مادران و زنان مراقبین اولیه در بیشتر فرهنگ‌ها هستند؛ آن‌ها در نهایت فلاکت و بدبختی رهبران برجسته ایی هستند و هنگامی که توانمند و درگیر می‌شوند، می‌توانند شرکای مؤثری در برنامه‌های ارتقاء سلامت باشند (kar & et, 1999).

در پژوهش دیگری که یک پروژه همکاری بین سازمان ملل متحد و اتحادیه اروپا در سال ۲۰۰۹ با هدف حمایت دولت‌های عضو در منطقه اروپا برای ایجاد جامعه‌ای است که در آن افرادی با مشکلات بهداشت روان و خانواده‌هایشان بتوانند همه توانایی بالقوه‌شان را همانند سایر شهروندان نمایان کنند، بوده است، پژوهش نشان می‌دهد که با وجود همه موفقیت‌هایی که در دهه‌های گذشته به وجود آمده، هنوز هم نیازهای قوی برای توانمندسازی افراد و خانواده‌هایی با مشکلات سلامت روان وجود دارد. زیرا آن‌ها در خطر محروم‌سازی اجتماعی و تبعیض در همه واقعیات زندگی قرار دارند. به‌طور مثال آن‌ها به‌عنوان شرکای برابری در تصمیم‌گیری برای فرایندهای خدمات بهداشت روان لحاظ نگردیده‌اند. این پژوهش معتقد است کلید توانمندسازی در سلامت روان، رفع موانع رسمی و غیررسمی در انتقال قدرت بین افراد، جوامع، خدمات و دولت‌ها است (WHO, 2010).

مبانی و چارچوب نظری

با عنایت به آنچه گذشت، به نظر می‌رسد توانمندسازی یکی از روش‌های بهبود سلامت و سلامت روان است. پژوهش‌های انجام‌شده حاکی از آن است که افزایش توانمندسازی منجر به افزایش عزت‌نفس، خودشناسی و توانایی کنترل بر رفتار خود می‌شود. همان‌گونه که این مفهوم بر ابعاد گسترده‌ای از زندگی افراد مؤثر است، عوامل گوناگون مؤثر بر آن نیز بارها به بوتۀ آزمایش گذارده شده‌اند. بررسی پژوهش‌های انجام شده در مورد توانمندسازی در ایران و خارج از ایران، مشخص کرد، توانمندسازی می‌تواند در پروتکل گروه مداخله جهت افزایش سلامت گنجانده شود. همان‌طور که پیش‌ازاین نیز اشاره شد، بسیاری از گروه‌هایی که به‌منظور افزایش توانمندسازی تشکیل شده‌اند بر ابعاد اقتصادی تکیه کرده و نیز اذعان داشته‌اند که افزایش عزت‌نفس و خودباوری در فرایند توانمندسازی از مهم‌ترین عوامل بشمار می‌آید.

در این پژوهش برای رسیدن به اهداف از الگوی توانمندسازی استفاده می‌شود. این الگو حاصل یک تحقیق کیفی از نوع گراند تئوری^۱ است که توسط فاطمه الحانی در رساله دکتری ایشان پس از طی مراحل تشکیل مفاهیم، توسعه مفاهیم، مشخص کردن فرایند روانی-اجتماعی مسئله و منتج شدن متغیر مرکزی (توانمندسازی)، مراحل الگوسازی برای ایجاد یک الگوی کاربردی را طی کرد (الحانی، ۱۳۸۲). مراحل اجرایی الگو شامل چهار گام به شرح زیر است: گام اول، تهدید درک شده است که به افزایش دانش و تغییر نگرش مربوط می‌گردد، این مرحله مجموعه‌ای از اطلاعات، رفتارها و عملکردهایی است که بر اساس نیازهای جامعه آماری پژوهش، برای کاهش و پیشگیری از عوارض و خطرات بیماری همسر بر روی خود مراقب به کار گرفته شده است. گام دوم، ارتقای مشکل‌گشایی گروهی است که منجر به ارتقاء خودکارآمدی می‌شود. گام سوم، مشارکت آموزشی است که با افزایش عزت‌نفس همراه شده و برآیند این سه

1. Grounded Theory

مرحله نهایتاً منجر به رفتارهای خودکنترلی می‌شود. گام چهارم، ارزشیابی فرایند است که طی جلسات و در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری انجام می‌گیرد (مسعودی و همکاران، ۱۳۸۹: ۹۰).

سلامت روان: کارشناسان سازمان بهداشت جهانی، سلامت روان را قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی، حل تضادها و تمایلات شخصی به‌طور منطقی، عادلانه و مناسب تعریف کرده‌اند. همه بر این باورند که سلامت روان، صرفاً نداشتن بیماری نیست بلکه توان واکنش در برابر انواع تجربیات زندگی به‌صورت انعطاف‌پذیر و معنی‌دار است (صالحی، ۱۳۸۶: ۲؛ ریاحی، ۱۳۸۹: ۸۶).

اختلالات روانی مزمن: سندرم یا الگوی روان‌شناختی یا رفتاری است که با ناراحتی یا ناتوانی همراه است و به‌علاوه سندرم یا الگوی مزبور نباید صرفاً واکنش‌های قابل‌انتظار و موردقبول فرهنگ جامعه در برابر رویداد خاص نظیر مرگ عزیزان باشد. شامل گروهی از بیماری‌ها هستند که اولاً مزمن‌اند یعنی در طول زمان پایدار هستند، ثانیاً روانی‌اند زیرا عواطف احساسات و رفتار را تحت تأثیر قرار می‌دهند و در نهایت توانایی فرد برای انجام وظایف اساسی اجتماعی فردی و شغلی را کم می‌کنند. آن‌ها بیماری‌اند زیرا همانند سایر بیماری‌ها توسط اختلالات هیجانی، عدم تعادل شیمیایی یا مشکلات نورولوژیکال و یا اختلالات روحی و اجتماعی ایجاد می‌شوند (ابراهیمی بلبل، ۱۳۸۵).

در این پژوهش، منظور از اختلالات روانی مزمن، به گروهی از بیماران مبتلا به اختلالات روانی اطلاق می‌گردد که بیماری آن‌ها شروع و پیشرفت تدریجی داشته باشد. به مدت طولانی (حدود دو سال) دوام یابد و تمایل به عود داشته، منجر به افت عملکرد و ایجاد ناتوانی یا معلولیت شود. بیمار به دلیل بیماری روانی سابقه بستری شدن در بیمارستان به مدت بیش از یک‌بار در طی ۲ سال گذشته را داشته باشد و در حال حاضر از نظر عملکرد اجتماعی و شغلی و یا هر دو دچار مشکل باشند. این نوع بیماری‌ها شامل: اسکیزوفرنی، اختلالات خلقی عاطفی، اختلالات نافذ رشد (کودکان اتیستیک) و مانند آن‌ها می‌شود.

توانمندسازی: برای اصطلاح توانمندسازی تعاریف متعددی شده است. تعریف لغت توانمندی^۱ در وبستر^۲ عبارت است از: "قدرت دادن یا اختیار دادن به کسی، توانمند کردن، قادر کردن و اجازه دادن" که اشاره به این نکته دارد که قدرت می‌تواند به دیگری داده شود. توانمندسازی جریانی است که از طریق آن مددکاران اجتماعی به حمایت مددجویان می‌پردازند تا آنان بتوانند نسبت به نیازهای احتمالی که در زندگی با آنها روبرو می‌شوند، شناخت و درک بهتری داشته باشند. کار مددکاران در این فرآیند، متمرکز بر کمک به مراجعین در تصمیم‌گیری‌هایی است که بر زندگی آنها تأثیرات مهمی خواهند گذاشت (بنی اسد، ۱۳۹۰).

توانمندسازی زنان: فرایندی پویا است که توانایی زنان برای تغییر ساختارها و ایدئولوژی‌هایی که آنها را در موقعیت فرودستی و وابستگی نگه داشته است را دربرمی‌گیرد. این فرایند به زنان برای دستیابی بیشتر به منابع و کنترل بر زندگی کمک می‌کند و موجب احساس استقلال و اعتمادبه‌نفس بیشتری در آنها می‌شود. این فرایند موجب افزایش عزت‌نفس زنان می‌گردد به این معنا که موجب بهبود تصویری می‌شود که زنان از خودشان دارند (Ugbomeh, 2001: 293). در این پژوهش منظور از توانمندسازی اجرای الگوی توانمندسازی در دو بُعد روانی و اجتماعی است. الگوی توانمندسازی در چهار مرحله تهدید درک شده، مشکل‌گشایی گروهی، مشارکت آموزشی و ارزشیابی اجرا می‌شود که به خودکنترلی و رفتارهای پیشگیرانه منجر می‌شود و باعث ارتقاء سطح سلامت می‌گردد.

توانمندسازی روانی: منظور افزایش توانمندی زنان در مؤلفه‌هایی چون عزت‌نفس، استقلال فکری، احساس قدرت و خودکارآمدی می‌باشد (رضایی قادی، ۱۳۸۸: ۹۱). پیشگاهی فرد، ۱۳۸۸: ۹۱).

1. Empower
2. Webster

بررسی تأثیر الگوی توانمندسازی روانی-اجتماعی بر ... ۴۷

الف- عزت‌نفس: با الهام از پرسشنامه عزت‌نفس کوپر اسمیت (۱۹۶۷) مقولاتی چون احساس موفقیت در زندگی و داشتن توانایی‌های زیاد، احساس رضایت از خود، توانایی کمک مؤثر برای اطرافیان در صورت بروز مشکل، احساس شرمندگی از خود در غالب اوقات و احساس بی‌فایده بودن در گاهی اوقات تعریف می‌شود (شکوری، ۱۳۸۶:۷؛ رضایی قادی، ۱۳۸۸:۱۹۱).

ب- خود کارآمدی: باورهای افراد درباره قابلیت‌ها و لیاقت‌هایشان برای اعمال کنترل بر عملکرد خویش بر رویدادها و حوادث زندگی و باورهای خودکارآمدی تعریف شده است. این باورها علاوه بر تفسیر و معنادگی به رویدادها و تجارب محیطی به‌عنوان یک تعیین‌کننده مستقیم و باواسطه در انگیزش و رفتار انسان عمل می‌کنند. این مؤلفه از طریق هفت مقوله احساس توان بهبود وضعیت خود و آینده، احساس ناتوانی در تغییر زندگی خود و خانواده با امکانات موجود، باور به حل مشکل با سعی و تلاش در صورت رویارویی با آن، خوداتکایی در مواجهه با مشکل، احساس بی‌فایده بودن تلاش‌های فردی و بدتر شدن فزاینده وضع زندگی، توانایی حفظ خونسردی در برخورد با مشکلات و توان استفاده از مهارت‌ها برای اداره زندگی تعریف می‌شود (شکوری، ۱۳۸۶:۸؛ رضایی قادی، ۱۳۸۸:۱۹۱).

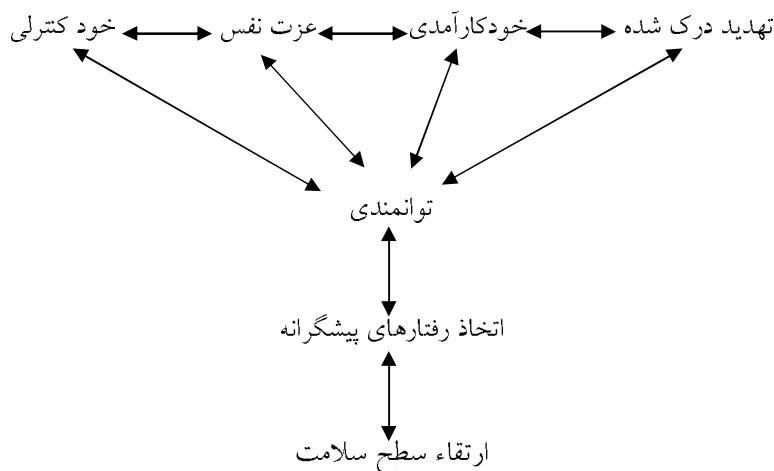
ج- استقلال فکری: این مفهوم به اعتماد بیشتر زنان به خودشان در اتخاذ تصمیم و بیان ایده و نظرات و مشارکت در بحث‌های خانوادگی اطلاق می‌شود (شکوری، ۱۳۸۶:۸؛ رضایی قادی، ۱۳۸۸:۱۹۱). در این مطالعه استقلال زنان در مواردی چون ازدواج فرزندان، خرید یا تغییر منزل، مدیریت خرج خانه و تعیین مدرسه و رسیدگی به مسائل تحصیلی فرزندان مدنظر می‌باشد.

د- احساس قدرت: مقصود داشتن قدرت کافی برای مهار رویدادهای سیاسی و اقتصادی و پیامدهای آن است. محورهایی چون باور داشتن به تغییر سرنوشت، باور به داشتن توان در اثر گذاری بر رویدادهای جامعه و باور داشتن به از بین بردن فقر و نیازمندی است (شکوری، ۱۳۸۶:۸؛ رضایی قادی، ۱۳۸۸:۱۹۲).

توانمندسازی اجتماعی: توانمندی اجتماعی با مؤلفه‌های تغییر نگرش نسبت به زنان، مشارکت در امور اجتماعی، جمع‌گرایی و تمایل به حضور در فضاهاى عمومی تعریف شده است (شکوری، ۱۳۸۶: ۹؛ پیشگاهی فرد، ۱۳۸۸: ۹۲).

الف- شرکت در فعالیتهای اجتماعی: به معنی حضور فعال در گروه‌ها و انجمن‌های اجتماعی است که با شرکت در انتخابات ریاست جمهوری، مجلس و... و شرکت در امور اجتماعی مانند انجمن اولیاء و مربیان، انجمن‌های فرهنگی و شرکت در مجالس مذهبی، شرکت در فعالیتهای خیریه و انجام فعالیتهای گروهی در محل سکونت فرد مشخص می‌گردد (شکوری، ۱۳۸۶: ۹؛ رضایی قادی، ۱۳۸۸: ۱۹۲).

ب- تغییر نگرش نسبت به نقش زنان: به معنی تغییر نظام عقاید و باورهای زنان نسبت به نقش خود می‌باشد. این مؤلفه نگرش زنان در زمینه‌هایی چون داشتن مشاغل همچون مردان، عدم محدودیت نقش زنان به کار درون خانه (خانه‌داری و بچه‌داری)، توان زنان برای به عهده گرفتن امور بیرون خانه و باور به موفق‌تر بودن مردان در کار خارج از منزل نسبت به زنان را مورد سنجش قرار می‌دهد (شکوری، ۱۳۸۶: ۹؛ رضایی قادی، ۱۳۸۸: ۱۹۲).



نمودار ۱- فرایند نقش توانمندی در ارتقاء سطح سلامت

روش‌شناسی (روش پژوهش)

پژوهش حاضر با روش شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون-پیگیری با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنانی که همسرشان به اختلالات روانپزشکی مزمن مبتلا هستند و بیمار آن‌ها در سال ۱۳۹۱ جهت درمان در بیمارستان روانپزشکی فرشچیان همدمان بستری شده‌اند، تشکیل می‌دهند. نمونه پژوهش را افرادی از این جامعه تشکیل می‌دهند که معیارهای ورود به مطالعه را دارا باشند و در این مطالعه ۴۰ نفر از افرادی که دارای ویژگی‌های ورود به مطالعه بودند و تمایل خود را به شرکت در پژوهش به صورت کتبی اعلام نمودند به صورت تمام شماری به عنوان حجم نمونه انتخاب گردیدند و پس از تکمیل پرسشنامه دموگرافیک و SCL-90-R (پیش‌آزمون) به طور تصادفی در ۲ گروه ۲۰ نفره مداخله و کنترل تفکیک گردیدند. سپس گروه مداخله، بر اساس چهار گام الگوی توانمندسازی طی ۸ جلسه مورد آموزش و توانمندسازی قرار گرفتند و گروه کنترل این آموزش را دریافت نمودند. یک ماه پس از اتمام جلسات آموزشی دوباره پرسشنامه SCL-90-R بر روی هر دو گروه اجرا شد (اولین پس‌آزمون) و به منظور تعیین اثر ماندگاری مداخلات اعمال شده، سه ماه پس از پایان جلسات مجدداً آزمون SCL-90-R برای هر دو گروه اجرا شد (مرحله پیگیری). از آنجایی که شرایط حضور در جلسات قبلاً برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد تا پایان دوره آموزشی همه شرکت‌کنندگان حاضر بودند و هیچ افت آزمودنی وجود نداشت.

معیارهای ورود به پژوهش

- بهره هوشی نرمال داشته باشند.
- در رده سنی ۲۵-۴۵ سال قرار داشته باشند.
- بیماری روانی شناخته‌شده‌ای در فرد وجود نداشته باشد.
- فرد سواد خواندن و نوشتن داشته باشد.

۵۰ پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، سال چهارم، شماره ۱۳، پاییز ۱۳۹۶

- در شهرستان همدان سکونت داشته باشد.
- همسر وی سابقه ۲ تا ۵ سال بیماری روانی مزمن داشته باشد.
- از حداقل ۲ سال قبل تاکنون در حال زندگی با همسر خود باشد.

معیارهای خروج از پژوهش

- عدم تمایل آزمودنی به ادامه همکاری
- غیبت در بیش از دو جلسه آموزشی
- عدم تمایل در شرکت در پس‌آزمون

ملاحظات اخلاقی

پژوهشگر در مراحل مختلف اجرای پژوهش، خود را موظف به رعایت نکات زیر می‌داند:

- ارائه توضیحی جامع در مورد هدف‌های مطالعه و سودمندی آن برای زنان جامعه مورد مطالعه و احترام به ایشان و در نظر گرفتن حق خودتصمیم‌گیری افراد
- کسب رضایت آگاهانه و فارغ از هرگونه اجبار، تهدید، تطمیع و اغوا، از تمام شرکت‌کنندگان در پژوهش
- خروج افراد شرکت‌کننده در مطالعه در هر زمان از اجرای مداخله در صورت تمایل
- اطمینان‌بخشی به شرکت‌کنندگان که در هر صورت، نتایج فردی تحقیق، محرمانه باقی خواهد ماند و رعایت اصل رازداری حرفه‌ای در مددکاری اجتماعی
- عدم درج نام و نام خانوادگی بر روی پرسشنامه‌ها و استفاده از کد به منظور انتقال داده‌ها

- اجرای دقیق مراحل پژوهش و تعهد به آن
- ارائه نتایج پژوهش به آزمودنی‌ها و بیمارستان فرشچیان همدان
- اجرای برنامه توانمندسازی برای گروه کنترل پس از اتمام مداخلات

خلاصه محتوای جلسات آموزشی

اهداف	جلسه	گام
الف) ایجاد یک ارتباط مستحکم و حمایتگر بین اعضا و مددکار اجتماعی ب) ایجاد یک برداشت مثبت از عضویت در گروه ج) آشنایی با اهداف جلسات آموزشی د) آشنایی با اصول و معیارهای بهداشت روان و نقش خانواده در توسعه و حفظ سلامت اعضای خانواده	اول	گام اول درک تهدید
الف) ایجاد جو مثبت و شکستن سردی بین اعضا ب) شناخت راهکارهای عملی برای بهبود سلامت	دوم	
الف) آشنایی با علل و عوامل مؤثر در ایجاد اختلالات روانی ب) آشنایی با سبب‌شناسی، علائم و نشانه‌ها، انواع و سیر و پیش‌آگهی اسکیزوفرنیا و اختلالات خلقی	سوم	
الف) شناخت صحیح مشکل ب) یادگیری مهارت حل مسئله نظام‌مند با روش بحث گروهی متمرکز ج) کمک به فرد برای درک اهمیت پیشگیری	چهارم	گام دوم مشکل‌گشایی
الف) توسعه مهارت حل مسئله نظام‌مند و مهارت‌های رهبری با روش بحث گروهی متمرکز ب) گسترش استفاده از راه‌حل‌های سازگارانه و کاهش تمایل به استفاده از راه‌حل‌های عادی	پنجم	
آموزش مطالب مطرح‌شده در جلسات قبل به اعضای خانواده توسط زنان شرکت‌کننده با استفاده از برگه‌های راهنمای عملی و کارت‌های آموزشی که از نتایج بحث گروهی تهیه‌شده بود (مشارکت آموزشی)		گام سوم مشارکت آموزشی
الف) شناخت مهارت‌ها و توانایی‌های فردی مرتبط با زمان حال (خود واقعی) ب) آشنایی با ایده آل‌ها و آرزوهای خود (خود ایده آل) ج) شناخت وظایف فرد از دیدگاه خود و دیگران (خود بایدی)	ششم	
الف) شناخت نقش جنسیتی زنان در جامعه ب) شناخت شبکه روابط اجتماعی و اهمیت آن در زندگی ما	هفتم	

الف) داشتن باورهای مثبت به زندگی ب) بررسی احساسات از طریق مرور فرآیند کار	هشتم	
الف) ارزشیابی تهدید درک شده: پرسش ۵ سؤال شفاهی از مطالب جلسه قبل ب) ارزشیابی خودکارآمدی: با نشان دادن یا انجام ۲ مهارت از مهارت‌های آموزش داده‌شده ج) ارزشیابی عزت‌نفس: بررسی میزان همکاری مراقبین در مشارکت آموزشی	ارزشیابی طی جلسات	گام چهارم ارزشیابی
الف) اجرا آزمون SCL-90-R ۱ ماه پس از آخرین جلسه توانمندسازی برای گروه آزمون و شاهد ب) تکمیل مجدد پرسشنامه ۳ ماه پس از اجرای برنامه توسط گروه آزمون و شاهد	ارزشیابی نهایی	

ابزارهای اندازه‌گیری

در این پژوهش جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه دموگرافیک و پرسشنامه سلامت روان SCL-90-R استفاده شده است. فرم مشخصات فردی برای کسب اطلاعات در زمینه سن، وضعیت تحصیلی، وضعیت اشتغال، اطلاعات مربوط به ازدواج و اطلاعات خانوادگی و بیماری همسر توسط پژوهش‌گر تنظیم و به‌منظور سنجش متغیرهای زمینه‌ای مورد استفاده قرار گرفت.

پرسشنامه ^۱SCL-90-R: چک‌لیست تجدیدنظر شده نشانه‌های اختلال روانی یکی از پرستفاده‌ترین ابزارهای تشخیص روانپزشکی است که توسط دروگاتیس^۲ و همکارانش معرفی شد و شامل ۹۰ سؤال برای ارزشیابی علائم روانی است که با استفاده از آن می‌توان افراد سالم را از افراد بیمار تشخیص داد. هر یک از سؤالات از یک طیف

1. Symptom Check List- 90-Revisd
2. Derogatis

۵ درجه‌ای میزان ناراحتی که از نمره صفر (هیچ) تا چهار (به‌شدت) می‌باشد، تشکیل شده است. این آزمون دارای ۹ بعد از نشانه‌های بیماری که عبارت‌اند از: شکایت جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری (خصوصت)، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی؛ و ۳ شاخص کلی به نام‌های شاخص شدت کلی، شاخص ناراحتی نشانه‌های مثبت و جمع نشانه‌های مثبت است.

اعتبار و روایی آزمون SCL-90-R: در بررسی اعتبار درونی این پرسشنامه توسط سازندگان آزمون، بیشترین ضریب همبستگی برای افسردگی (۰/۹۵) و کمترین آن برای روان‌پریشی (۰/۷۷). به دست آمد (فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸ به نقل از صالحی، ۱۳۹۰: ۸). در ایران نیز روایی هم‌زمان و تمیز آزمون بررسی شده و ضرایب قابل قبولی به دست آمد (بلداجلی، ۱۳۷۹ به نقل از صالحی، ۱۳۹۰: ۸). از جمله، مدبرنیا و همکاران ۱۳۸۴ بین ۹ بُعد SCL-90-R و مقیاس‌های MMPI همبستگی معناداری مشاهده کردند. اسماعیلی (۱۳۷۶) نیز در هنجاریابی این آزمون ضریب آلفای کرونباخ مربوط به عوامل نه گانه آزمون را گزارش کرده است که چهار بعد آن عبارت‌اند از: حساسیت در روابط متقابل (۰/۷۹)، افسردگی (۰/۸۶)، اضطراب (۰/۷۸)، پرخاشگری (۰/۷۷). میرزایی (۱۳۵۹) و رضا پور (۱۳۷۶) همچنین برای روایی هم‌زمان و پایایی مناسبی در جمعیت ایرانی به دست آوردند. در ضمن حساسیت این ابزار در پژوهش بهادر خان، ۹۰ درصد گزارش شده است (به نقل از صالحی، ۱۳۹۰: ۸).

شیوه اجرا و نمره‌گذاری آزمون SCL-90-R: این آزمون حالات فرد را از یک هفته قبل تا زمان حال مورد ارزشیابی قرار می‌دهد. نمره‌گذاری آزمون بسیار ساده است و شامل یک عملیات ساده ریاضی یعنی جمع زدن و تقسیم تا دو رقم اعشاری می‌باشد. به هریک از سؤال‌ها بسته به پاسخ‌داده‌شده از صفر تا چهار نمره تعلق می‌گیرد. برای نمره‌گذاری ابعاد نه گانه ابتدا نمره به‌دست‌آمده از هر بُعد را محاسبه نموده و بر تعداد سؤال‌های آن تقسیم می‌نماییم. برای به دست آوردن شاخص کلی جمع نمره‌های خام

به دست آمده از علائم ۹ بُعد و سؤال‌های اضافی را محاسبه نموده و سپس عدد به دست آمده را به تعداد سؤال‌های پرسشنامه تقسیم می‌کنیم. برای به دست آوردن شاخص نشانه‌های مثبت جواب‌های صفر یا هیچ که توسط مراجع علامت زده شده شمارش می‌شود و از تعداد سؤال‌ها (۹۰) کسر می‌گردد. برای محاسبه شاخص ناراحتی نشانه‌های مثبت جمع نمره‌های خام را بر شاخص نشانه‌های مثبت تقسیم می‌کنیم. میانگین نمرات یک و بالاتر از آن حالت مرضی و بالاتر از ۳ حالت روان گسستگی را نشان می‌دهد. در بُعد افسردگی نمره بالاتر از ۳ معمولاً نشان‌دهنده افسردگی شدید و روان گسستگی می‌باشد. قاعده کلی این است که نمره T بالاتر از ۶۳ حاکی از وجود سطح معنادار از مشکلات روانی است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

در تحلیل داده‌های پژوهش حاضر از فنون آمار توصیفی مانند: محاسبه میانگین، انحراف استاندارد و همچنین برای دو گروه میانگین تفاضل، تحلیل واریانس دو متغیری با اندازه‌گیری‌های مکرر برای یک متغیر و آزمون توکی استفاده شده است. داده‌ها به وسیله نرم‌افزار SPSS 18 محاسبه شده است.

یافته‌ها

نتایج حاصل از انجام آزمون (t) برای مقایسه همسانی دو گروه آزمایش و کنترل در شرایط پیش‌آزمون نشان داد که دو گروه از نظر سن، سن همسر، مدت ازدواج و مدت بیماری همسر با یکدیگر تفاوت معنادار ندارند. برای متغیرهای محل سکونت، دفعات بستری همسر، استفاده از منابع جامعه و وضعیت اشتغال از آزمون مجذور کای (χ^2) در پیش‌آزمون استفاده شد که نشان داد دو گروه در این متغیرها نیز با یکدیگر تفاوت معنادار ندارند.

بررسی تأثیر الگوی توانمندسازی روانی-اجتماعی بر ... ۵۵

جدول ۱- نتایج آزمون t مربوط به مقایسه میانگین زنان دارای همسر بیمار روانی مزمن در دو گروه مداخله و کنترل در متغیرهای سن، سن همسر، مدت ازدواج و مدت بیماری همسر

گروه	متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t آماره	سطح معناداری
مداخله	سن	۲۰	۳۷,۲	۶,۴	۱,۹۰۳	۰,۰۶۵
		۲۰	۳۳,۳	۶,۵		
مداخله	سن همسر	۲۰	۴۲,۶	۷,۶	۲,۰۱	۰,۰۵۲
		۲۰	۳۷,۵	۸,۶		
مداخله	مدت ازدواج	۲۰	۱۷,۷	۷,۴	۱,۹۸۸	۰,۰۵۴
		۲۰	۱۲,۹	۸,۱		
مداخله	مدت بیماری همسر	۲۰	۱۵,۳	۸,۷	۱,۲۸۲	۰,۲۰۷
		۲۰	۱۵,۳	۵,۹		

P>0/0

جدول ۲- نتایج آزمون مجذور کای (χ^2) مربوط به مقایسه فراوانی زنان دارای همسر بیمار روانی مزمن بر مبنای استفاده از منابع جامعه، دفعات بستری همسر، درآمدزایی و محل سکونت

متغیر	گروه	فراوانی مشاهده شده	فراوانی مورد انتظار	χ^2	سطح معناداری
استفاده از منابع جامعه	مداخله	۱۳	۱۳	۰,۰۰۰	-
	کنترل	۱۳	۱۳		
عدم استفاده از منابع جامعه	مداخله	۷	۷		
	کنترل	۷	۷		
دفعات بستری همسر ۲ تا ۵ بار	مداخله	۱۴	۱۳	۰,۴۴	۰,۵۰۷
	کنترل	۱۲	۱۳		
دفعات بستری همسر ۶ و بالاتر	مداخله	۶	۷		
	کنترل	۸	۷		

۰,۵۱۹	۰,۴۱۷	۸	۷	مداخله	شرکت‌کننده در درآمدزایی خانواده نقش دارد
		۸	۹	کنترل	
		۱۲	۱۳	مداخله	شرکت‌کننده در درآمدزایی خانواده نقش ندارد
		۱۲	۱۱	کنترل	
۰,۰۹۱	۲,۸۴۹	۱۳	۱۱	مداخله	محل سکونت شهر
		۱۳	۱۶	کنترل	
		۷	۹	مداخله	محل سکونت روستا
		۷	۴	کنترل	

P>0/05

همچنین در متغیرهای اصلی پژوهش (سلامت روان و ابعاد شکایت جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی) بر اساس نتایج آزمون t ، دو گروه در پیش‌آزمون تفاوت معناداری با هم نداشته‌اند. نتایج آزمون $scI-90$ در مرحله پیش‌آزمون نشان داد میانگین نمرات سلامت روان این زنان در گروه نمونه نسبت به جمعیت عادی بالاتر است. این مطلب مؤید پایین بودن سطح بهداشت روان در چنین خانواده‌هایی و در مراقبین این بیماران می‌باشد چنان‌که در پژوهش‌های دیگری نیز مورد تأیید قرار گرفته است (ملکوتی و همکاران، ۱۳۸۲؛ نویدیان و همکاران، ۱۳۸۰؛ حسینی و همکاران، ۱۳۸۸؛ فرامرزی و همکاران، ۱۳۹۰؛ نوربالا و همکاران، ۱۳۸۷؛ قاسمی و همکاران، ۱۳۷۹).

بررسی تأثیر الگوی توانمندسازی روانی-اجتماعی بر ... ۵۷

جدول ۳- میانگین و انحراف استاندارد نمرات زنان دارای همسر بیمار روانی مزمن در ابعاد و نمره کل آزمون **sc190** در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و نتایج آزمون **t** در پیش‌آزمون

مراحل		پیش‌آزمون			تفاوت معناداری	پس‌آزمون			پیگیری	
نمره	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد		میانگین	انحراف استاندارد	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
مداخله	شکایت	۲۰	۲۱,۱	۹,۳	۰,۴۶۷	۰,۴۴۳	۲۰	۱۵	۱۶	۷,۵
کنترل	جسمانی	۲۰	۲۰	۴,۹			۲۰	۲۰,۱	۲,۲	۵,۱
مداخله	وسواس و اجبار	۲۰	۱۶,۹	۶,۱	۰,۴۴۸	۰,۴۵۷	۲۰	۱۳,۶	۱۳,۸	۵
کنترل	اجبار	۲۰	۱۶,۱	۵,۹			۲۰	۱۵,۷	۱۵,۹	۵,۷
مداخله	حساسیت	۲۰	۱۷,۳	۶,۵	۰,۷۴۳	۰,۴۶۲	۲۰	۱۲,۲	۱۲,۱	۵,۳
کنترل	بین فردی	۲۰	۱۵,۸	۵,۸			۲۰	۱۵,۹	۱۵,۶	۶,۳
مداخله	افسردگی	۲۰	۲۵,۷	۱۱,۲	۰,۹۵۸	۰,۳۴۴	۲۰	۱۸,۳	۱۹,۷	۸,۷
کنترل		۲۰	۲۲,۶	۸,۸			۲۰	۲۳,۱	۲۲,۶	۷,۹
مداخله	اضطراب	۲۰	۱۶,۲	۸,۳	۰,۳۱۱	۰,۷۵۸	۲۰	۹,۹	۱۱	۵,۹
کنترل		۲۰	۱۵,۴	۶,۹			۲۰	۱۵,۶	۱۵,۵	۷,۱
مداخله	پرخاشگری	۲۰	۹,۱	۴,۲	۰,۶۹۱	۰,۴۹۴	۲۰	۶,۱	۶,۴	۳,۱
کنترل		۲۰	۸,۱	۴,۵			۲۰	۸	۸,۱	۴,۸
مداخله	ترس	۲۰	۹,۳	۷,۱	۰,۲۳	۰,۵۱۹	۲۰	۷,۳	۷,۲	۶,۲
کنترل	مرضی	۲۰	۸,۸	۵,۱			۲۰	۸,۶	۸,۶	۴,۷
مداخله	افکار	۲۰	۱۰,۵	۵	۱,۳۵۴	۰,۱۸۴	۲۰	۸,۴	۸,۱	۴,۵
کنترل	پارانوئیدی	۲۰	۱۲,۷	۵,۳			۲۰	۱۲,۳	۱۲,۸	۴,۹
مداخله	روان‌پریشی	۲۰	۱۲,۱	۷	۱,۷۳۲	۰,۰۹۱	۲۰	۹,۸	۱۰	۶,۳
کنترل		۲۰	۱۵,۷	۶,۳			۲۰	۱۴,۷	۱۴,۷	۶,۷
مداخله	نمره کل	۲۰	۱۵۰,۱	۵۸	۰,۱۹۱	۰,۸۵	۲۰	۱۰۹,۲	۱۱۲,۸	۴۶
کنترل		۲۰	۱۴۷,۲	۳۵,۵			۲۰	۱۴۵,۴	۱۴۶	۳۴,۱

مقایسه میانگین تفاضل نمرات سلامت روان آزمودنی‌های گروه مداخله نشان‌دهنده این بود که علائم روانی در زنان گروه مداخله در مرحله (پیش‌آزمون-)

پس‌آزمون) در مقایسه با (پس‌آزمون- پیگیری) کاهش بیشتری نشان می‌دهد که به دلیل نزدیکی نمرات آزمون سلامت روان در مرحله پس‌آزمون و پیگیری است و این نزدیکی میانگین نمرات خود نشان‌دهنده تأثیرگذاری الگوی توانمندسازی و ثبات آن در طول زمان می‌باشد.

جدول ۴- میانگین و انحراف استاندارد تفاضل نمرات زنان دارای همسر بیمار روانی مزمن در نمره کل آزمون scl90 در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

گروه	تفاضل پیش‌آزمون- پس‌آزمون			تفاضل پس‌آزمون- پیگیری		
	تعداد	میانگین تفاضل	انحراف معیار تفاضل	تعداد	میانگین تفاضل	انحراف معیار تفاضل
مداخله	۲۰	-۴۰٫۹	۱۴٫۵	۲۰	۳۰٫۶	۴٫۱
کنترل	۲۰	-۱٫۹	۶٫۳	۲۰	۰٫۷	۶٫۸

جدول ۵- نتایج آزمون تحلیل واریانس دو متغیری با اندازه‌گیری‌های مکرر روی یک متغیر مربوط به مقایسه میانگین تفاضل نمرات زنان دارای همسر بیمار روانی مزمن در آزمون scl90 در مراحل پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پس‌آزمون- پیگیری

منبع تغییرات	مجموع تفاضل	درجه آزادی	میانگین تفاضل	F	سطح معناداری
بین آزمودنی‌ها					
عامل A (گروه‌ها)	۶۵۳۴٫۱۱۲	۱	۶۵۳۴٫۱۱۲	**۱۴۴٫۹۵۹	۰٫۰۰۰
آزمودنی‌های درون گروه‌ها	۱۷۱۲٫۸۷۵	۳۸	۴۵٫۰۷۶		
درون آزمودنی‌ها					
عامل B (مراحل)	۱۱۰۲٫۵۱۲	۱	۱۱۰۲٫۵۱۲	**۹۸٫۲۴۵	۰٫۰۰۰
AB (گروه‌ها×مراحل)	۸۷۹۹٫۰۱۲	۱	۸۷۹۹٫۰۱۲	**۷۸٫۴۳۴	۰٫۰۰۰
آزمودنی‌های درون گروه‌ها×B	۴۲۶۲٫۹۷۵	۳۸	۱۱۲٫۱۸۴		

P<0/01

براساس نتایج جدول ۵ چون F محاسبه شده برای عامل A (گروه‌ها، ۱۴۴,۹۵۹) در سطح ۰,۰۱ معنادار است، بنابراین فرض صفر رد شده و نتیجه گرفته می‌شود که بین میانگین تفاضل نمرات زنان دارای همسر بیمار روانی مزمن دو گروه مداخله و کنترل در آزمون scl-90 (بدون توجه به اثر عامل B) تفاوت معنادار وجود دارد. بدین معنا که الگوی توانمندسازی روانی-اجتماعی، به کاهش علائم بیماری روانی در زنان گروه مداخله منجر شده است. در مورد عامل B (مراحل) چون F محاسبه شده (۹۸,۲۴۵) در سطح ۰,۰۱ معنادار است، بنابراین فرض صفر رد شده و نتیجه گرفته می‌شود که بین میانگین تفاضل نمرات زنان دارای همسر بیمار روانی مزمن در آزمون scl-90 (بدون توجه به اثر عامل A) در مراحل پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پس‌آزمون- پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد. بدین معنا که علائم بیماری روانی در زنان یادشده در مرحله پیش‌آزمون- پس‌آزمون در مقایسه با پس‌آزمون- پیگیری کاهش بیشتری نشان می‌دهد.

در مورد عامل AB (گروه × مراحل)، چون F محاسبه شده (۷۸,۴۳۴) در سطح ۰,۰۱ معنادار است، بنابراین فرض صفر رد شده و نتیجه گرفته می‌شود که بین میانگین تفاضل نمرات زنان دارای همسر بیمار روانی مزمن دو گروه مداخله و کنترل در آزمون scl-90 در مراحل پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پس‌آزمون- پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد. بدین معنا که اثر سطوح عامل A (مداخله و کنترل) بر سطوح عامل B (پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پس‌آزمون- پیگیری) یکسان نیست. حال به‌منظور درک این مطلب که تفاوت کدام‌یک از زوج میانگین‌های عامل A و B معنادار است از آزمون توکی استفاده شده که نتایج آن در جدول ۶ ارائه شده است

جدول ۶- نتایج آزمون توکی مربوط به مقایسه میانگین تفاضل نمرات زنان دارای همسر بیمار روانی مزمن در آزمون scl-90 در مراحل پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پس‌آزمون- پیگیری

ردیف	مراحل	میانگین			
		۱	۲	۳	۴
		-۴۰,۹	-۱,۹	۳,۶	۰,۷
۱	مداخله پیش‌آزمون- پس‌آزمون	-	*۳۹	*۴۴,۵	*۴۰,۲
۲	کنترل پیش‌آزمون- پس‌آزمون	-۱,۹	-	۵,۵	۲,۶
۳	مداخله پس‌آزمون- پیگیری	۳,۶	-	-	۲,۹
۴	کنترل پس‌آزمون- پیگیری	۰,۷	-	-	-

P<0/05 HSD: 8/9

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد که از بین مقایسه‌های انجام‌شده، مقادیر ۳۹، ۴۴,۵ و ۴۰,۲ در سطح ۰,۰۵ معنادار است و بین سایر مقایسه‌ها تفاوت معناداری به دست نیامده است. بدین معنا که تفاوت بین دوه‌دو میانگین‌های ۲ و ۱، ۳ و ۱ و ۴ و ۱ در سطح ۰,۰۵ معنادار است. این نتایج بیانگر این است که: میانگین تفاضل نمرات زنان دارای همسر بیمار روانی مزمن در آزمون scl-90 گروه مداخله در مراحل پیش‌آزمون- پس‌آزمون در مقایسه با مراحل پس‌آزمون- پیگیری همین گروه و هر دو مرحله در گروه کنترل کاهش بیشتری نشان می‌دهد. در واقع الگوی توانمندسازی روانی- اجتماعی، به کاهش علائم روانی در زنان گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل منجر شده که این تأثیر رو به کاهش در مراحل پیش‌آزمون- پس‌آزمون بیش از پس‌آزمون- پیگیری است.

بحث و نتیجه‌گیری

استفاده از مداخلات توانمندسازی در ارتقاء سلامت یکی از مداخلات مؤثر بوده است. چنان‌که نتایج پژوهش کار و همکاران (۱۹۹۹) با روش فراتحلیل نشان داد که توانمندی

زنان و مادران، عملکرد اجتماعی و سلامت روانشناختی آنان را بهبود می‌بخشد که با نتایج این پژوهش همسو است (Kar, 1999: 1431). پژوهش داویس (۲۰۱۱) هم مؤید این نتیجه است که توانمندسازی روانشناختی زنان به ارتقاء کیفیت نقش مادرانه آنها انجامیده و از پریشانی‌های روانشناختی خانواده می‌کاهد (Davis, 2011: 72).

این یافته‌ها با نتایج پژوهش چیمه (۱۳۸۷) که نشان داد ارائه آموزش، مهارت‌ها یا منابع به خانواده بیماران اسکیزوفرن می‌تواند علاوه بر ارتقای سلامت روانی و جسمانی مراقبین این بیماران، به بهبود عضو بیمار خانواده هم کمک کند، نیز همسو است (چیمه و همکاران، ۱۳۸۷: ۲۷۷). جعفری و محمدی (۱۳۸۷) نشان دادند، حفظ عزت‌نفس و ایجاد سلامت روانی زنان سرپرست خانوار در گرو توجه به توانمندسازی زنان سرپرست خانوار می‌باشد. همان‌طور که در الگوی توانمندسازی بکار گرفته‌شده در این پژوهش بهبود سلامت روان با توانمندسازی میسر گردید و افزایش عزت‌نفس هم به‌عنوان یک مؤلفه اساسی در الگوی توانمندسازی روانی-اجتماعی مطرح بود.

سازمان جهانی بهداشت نیز مواردی در خصوص کاربرد اصول ارتقاء سلامت از طریق توانمندسازی مردم در کاهش عوامل مخاطره‌آمیز خاص و پیشگیری از بیماری‌ها در موقعیت‌ها و جمعیت‌های ویژه را ارائه داده است به‌طور مثال: در کشور فنلاند مرگ‌ومیر بر اساس سن و به دلیل بیماری‌های قلبی عروقی در مردان از ۷۲٪ در ابتدای اجرای برنامه‌های توانمندسازی به ۴۴٪ طی ۲۵ سال کاهش یافته است. همچنین توانمندسازی جوانان در کشور آمریکا جهت پیشگیری از ابتلای افراد به استعمال دخانیات، در کشور بلژیک جهت عدم استعمال مواد مخدر و الکل پیش از رانندگی، در کشور تایلند جهت پیشگیری از ابتلا به HIV و ایدز تأثیرات چشمگیری داشته است.

در خصوص اثربخشی ابزار مداخله یعنی الگوی توانمندسازی و تأثیر آن بر بهبود سلامت؛ کریمی (۱۳۹۰) در بررسی تأثیر مداخله آموزشی مدون بر اساس الگوی توانمندسازی فردی بر رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در دوران یائسگی به این نتیجه رسید که طراحی و اجرای برنامه آموزشی بر اساس الگوی توانمندسازی تأثیری مثبت

بر رفتارهای ارتقای سلامت دوران یانسگی دارد (کریمی، ۱۳۹۰: ۷۳). در پژوهش دیگری مسعودی و همکاران (۱۳۸۹) به نتیجه رسیدند که الگوی توانمندسازی در افزایش خشنودی درک شده و افزایش عزت نفس مثبت در مراقبین بیماران مولتیپل اسکلروزیس مؤثر است. استفاده از ابزار آموزش به مراقبین خانگی بیماران با اختلالات روانپزشکی یکی از مداخله‌های تأییدشده به جهت کاهش مشکلات روانی مراقبین خانگی است. محتوای آموزش‌ها در بیشتر مداخلات بررسی شده شامل آموزش‌هایی در مورد اختلالات روانپزشکی، علائم، عود، درمان‌ها و نقش خانواده در درمان بیماری است. به علاوه آموزش‌هایی چون مهارت‌های زندگی و حل مسئله نیز در مداخلات گنجانده شده‌اند (مسعودی و همکاران، ۱۳۸۹: ۸۷).

مطالعه نویدیان، پهلوانزاده و یزدانی (۱۳۸۹) با عنوان تأثیر اثربخشی آموزش خانواده بر میزان بار روانی مراقبین خانوادگی بیماران بستری یکی از این پژوهش‌ها است. نتایج این مطالعه مؤید اثربخشی این آموزش‌ها در کاهش بار روانی و بهبود کیفیت زندگی خانواده و بیماران است (نویدیان؛ پهلوانزاده، یزدانی، ۱۳۸۹: ۹۹). در همین زمینه یعنی تأثیر افزایش آگاهی مراقبین نتایج تحقیق بیرچوود، اسمیت و کوکران^۱ (۱۹۹۲) نشان می‌دهد آموزش به مراقبان خانوادگی می‌تواند از استرس و فشار روانی آن‌ها بکاهد، بدین صورت که ترس از مراقبت را با برطرف کردن افسانه‌ها و کج‌فهمی‌ها از بیماری کاهش می‌دهد. رفتارهای دردآور را با قابل فهم کردن نشانه‌های بیماری پیش‌بینی پذیر تر می‌کند. تحمل بیشتر و گرایش پذیرنده‌تر را نسبت به بیمار تشویق می‌کند و به مراقب کمک می‌کند تا احساس کنترل بیشتری بر موقعیت داشته باشد و از این طریق بر احساس ناامیدی و بدبینی غلبه می‌کند (Birchwood, Smith & Cochrane, 1992: 806). نتایج تحقیق همان‌گونه که قبلاً ذکر شد افزایش آگاهی در موضوعات بهداشتی یکی از عواملی است که روی باورها و نگرش افراد مؤثر است و موجب اتخاذ رفتارهایی مسئولانه‌تر خواهد شد. به‌طورکلی پژوهش‌های انجام‌شده در

1. Birchwood, Smith & Cochrane

زمینه توانمندسازی نشان‌دهنده تأثیر آن بر افزایش سلامت روانی و جسمانی، تقویت اعتماد به نفس و احترام به فرد، کمک به تقویت ارتباط بین فردی، پیشگیری از مشکلات روانی، رفتاری و اجتماعی و کاهش اضطراب و افسردگی بوده است.

بر اساس نتایج به دست آمده، معنادار بودن تفاوت بین نمرات سلامت روان گروه مداخله و کنترل ناشی از تأثیر الگوی توانمندسازی روانی-اجتماعی یا به عبارت دیگر توانمندشدن گروه مداخله در ابعاد روانی و اجتماعی است. قصد و فرآیند توانمندسازی از درون انسان سرچشمه می‌گیرد و دیگری نمی‌تواند آن را به وی تحمیل نماید، نقش مددکار در این فرآیند صرفاً همکاری و مساعدت است، همچنین باید منابع و امکانات به صورت درونی (ظرفیت‌های بالقوه افراد، گروه‌ها و جوامع) و بیرونی (منابع بالقوه خارجی)، در نظر گرفته شوند. بنابراین می‌توان اهمیت مفاهیمی مثل: اعتماد به نفس، خودرهبی، خودتصمیم‌گیری و تعهد و مسئولیت را در فرآیند توانمندسازی به عنوان منابع بیرونی در نظر داشت. بدین ترتیب توجه به رویکردهای شناختی در درمان می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای در این راستا داشته باشد. از طرفی کار روی توانمندی‌ها و ظرفیت‌های درونی به مراجع یا جامعه هدف کمک می‌کند تا به طور مؤثری با محیط و منابع آن ارتباط داشته باشند (اقلیما و عادلین راسی، ۱۳۸۸).

همان‌گونه که پیش‌ازین نیز گفته شد، سلامت خانواده نیازمند توانمندسازی زنان است. زنان توانمند می‌توانند از طریق رعایت و ترویج الگوی زندگی سالم، نقش مدیران تأمین‌کننده سلامت خود و خانواده خود و در نهایت جامعه را ایفا نمایند (پور اسلامی، ۱۳۸۲). از آنجایی که توانمندسازی، درگیر کردن مددجویان و خانواده آن‌ها در تصمیم‌گیری برای سلامتی و رفاه تعریف شده و لازمه آن داشتن قدرت یا توانایی برای گرفتن تصمیم است، پس ارتقای حس اعتماد و سازگاری مثبت، احساس کنترل قدرت و کمک به دیگران در دستیابی به اهداف توانمندسازی، به مددجو در فهم نیازها و روش برطرف سازی آن‌ها کمک می‌کند و به همین جهت، اصول توانمندسازی شامل توانایی در حل مسئله، خوداتکایی و ایجاد اعتماد به نفس است که منجر به توانمندسازی

می‌شود که رکن اصلی در جهت ارتقای بهداشت جامعه است (الحانی، ۱۳۸۲). زیرا اگر فرد عزت‌نفس و خودکارآمدی بالایی داشته باشد، تأثیر نامطلوب محیطی که از لحاظ اجتماعی، اقتصادی و آموزشی حمایت‌کننده نیست، تا حدی خنثی می‌شود. کمک به افزایش این دو ویژگی مثبت در افراد مختلف، از اهداف عمده الگوی توانمندسازی است؛ البته چنین ویژگی‌هایی به‌مثابه مهارت، آموخته نمی‌شوند، بلکه یادگیری و تمرین مهارت‌های زندگی همچون خودآگاهی و مهارت‌های حل مسئله کسب چنین ویژگی‌هایی را تسهیل می‌کند (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۹).

آموزش احتمالاً می‌تواند منشأ تغییرات، از جمله تغییر در نگرش‌ها و باورها باشد و این امر به‌نوبه خود باعث می‌شود افراد از جمله مراقبین بیماران روان و یا زنان سرپرست خانوار، شناخت بیشتری از خود پیدا کنند، نقاط قوت و ضعف خود را بشناسند و به حدی از خودشناسی نائل شده و برای اصلاح نقاط ضعف و تقویت نقاط قوت خود اقدام کنند. در نتیجه، فرد واقعیت‌ها را بهتر می‌پذیرد، با آن‌ها به‌طور صحیح‌تر سازش می‌یابد و این امر باعث کاهش فشار روانی و بهبود سلامت روان می‌شود.

ماهیت آموزش گروهی، خود می‌تواند تأثیر مثبت در افزایش سازگاری داشته باشد؛ زیرا جمع شدن افراد در گروه و این‌که تک‌تک افراد احساس کنند دیگران نیز مشکلاتی مشابه با آن‌ها دارند، خود در کاهش فشار روانی و کاستن از روحیه منفی و در نتیجه افزایش قبول واقعیت و کنار آمدن با آن مؤثر است. در این زمینه برگ، لندرت و فال^۱ می‌گویند: اکثر مشکلات اساساً ماهیت اجتماعی و میان فردی دارند، هنگامی که افراد در جلسه مشاوره گروهی قرار می‌گیرند، قادر می‌شوند با ویژگی‌های سازنده سایر افراد در گروه همانندسازی کنند و از طریق مشاهده رفتار دیگران، درک صحیح از مشکلات خود به دست آورند. گروه فرصتی به دست می‌دهد تا فرد راه‌های جدید و رضایت‌بخش‌تری را برای ارتباط با دیگران و حل مشکلات خود به دست آورد (پورسید و همکاران، ۱۳۸۹: ۱۰). مشارکت در گروه و مشارکت جمعی برای رفع مسائل

1. Berg, Landreth & Fall

بررسی تأثیر الگوی توانمندسازی روانی-اجتماعی بر ... ۶۵

پیش روی این زنان یکی از عوامل اساسی توانمندشدن افراد گروه مداخله از نظر اجتماعی می‌باشد. همه این موارد باعث می‌شود که عوامل مخل سلامت روانی در فرد به وجود نیاید و به دنبال آن بهداشت روانی مفید و مؤثر در فرد ایجاد شود، چرا که به نظر می‌رسد بیشتر اختلالات روانی از ناتوانی در عمل کردن طبق معیارهای خود و به تبع آن ناکامی از دستیابی به پیامدهای مورد نظر و همچنین نداشتن دانش کافی و باورهای غلط و ناصواب در مورد خود و جهان اطراف، ناشی می‌شود.

محدودیت‌های پژوهش

- کمبود پژوهش‌های انجام‌شده توسط مددکاران اجتماعی در زمینه توانمندسازی در ایران
- محدودیت زمانی اعمال‌شده از سوی دانشگاه و عدم امکان اجرای مداخلات بلندمدت و پیگیری نتایج

پیشنهادهایی برای پژوهش آتی

- فراهم آوردن شواهد تجربی قوی‌تری برای اثربخشی مداخلات توانمندسازی از طریق تکرار چنین پژوهش‌هایی در بین گروه‌های مختلف مراقبین بیماران با اختلالات روانی و مقایسه بین زنان و مردان.
- فراهم آوری شواهد تجربی جهت بررسی اثربخشی الگوی توانمندسازی بیماران.

پیشنهادهای کاربردی

- توجه بیشتر به نقش خانواده در فعالیتهای درمانی بیمارستانی و گنجانده شدن برنامه‌های توانمندسازی در بیمارستان‌های روانپزشکی با همکاری مددکاران اجتماعی و سایر اعضای تیم توانبخشی.

- بهبود عزت‌نفس و خودکارآمدی زنانی که همسران آنها به اختلالات روانپزشکی مبتلا هستند از طریق بهبود مهارت‌های آنها در حل مسئله و سایر مهارت‌های زندگی.
- کمک به ایجاد و توسعه سازمان‌های مردم‌نهاد جهت حمایت مادی و معنوی از زنان جامعه پژوهش و سایر مراقبین خانگی و بیماران با اختلالات روانی.

منابع

- ابراهیمی بلبل، فاطمه. (۱۳۸۵)، بررسی تأثیر اجرای نمایش روانی گروهی بر میزان افسردگی وضعیت روانی بیماران روانی مزمن زن بستری در مرکز روانپزشکی رازی، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان پرستاری*، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- اقلیما، مصطفی و عادلین راسی، حمیده. (۱۳۸۷)، *تکنیک‌های کار با جامعه مددکاری جامعه‌ای*، مشهد: انتشارات فرا انگیزش، چاپ اول.
- بنی اسد، اسما. (۱۳۹۰)، اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی با رویکرد توانمندسازی مددکاری اجتماعی بر سازگاری فردی - اجتماعی دختران معلول جسمی - حرکتی، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مددکاری اجتماعی*، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- پور اسلامی، محمد. (۱۳۸۲) «*مجله طب و تزکیه*، دوره ۴۸ - شماره ۴۸.
- پورسید، سید رضا؛ حبیب‌اللهی، سعید و فرامرزی، سالار. (۱۳۸۹) «*اثر بخشی برنامه*، *مجله راهبردهای آموزش*، سال سوم، شماره ۱.
- پیشگاهی فرد، زهرا؛ تجلی اردکانی، فاطمه و کاظمیان امیری، مریم. (۱۳۸۸) «*طراحی و* آزمون روش‌های توانمندسازی زنان سرپرست خانوار (نمونه مطالعه: زنان سرپرست خانوار شهر اراک) *از مجموعه مقالات دومین همایش توانمندی و توان‌افزایی زنان سرپرست خانوار*.
- چیمه، نرگس؛ ملکوتی، سید کاظم؛ پناغی، لیلی؛ احمدآبادی، زهره؛ نجومی، مرضیه و احمدی تنکابنی، علی. (۱۳۸۷) «*عوامل مؤثر بر فرسودگی و سلامت روانی مراقبین*»، *فصلنامه خانواده‌پژوهشی*، سال چهارم، شماره ۱۵.
- الحان، فاطمه. (۱۳۸۲)، طراحی و ارزشیابی الگوی توانمندسازی خانواده محور در پیشگیری از کم‌خونی فقر آهن، *پایان‌نامه دکتری رشته آموزش بهداشت*، دانشگاه تربیت مدرس.

- حسینی، سیداحمد؛ ستاره فروزان، آمنه و امیریار، معصومه. (۱۳۸۸) «بررسی سلامت روان زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر ...»، *فصلنامه پژوهش اجتماعی*، سال دوم، شماره ۳.

- خانکه، حمیدرضا؛ انجمینان، وحید؛ احمدی، فضل اله؛ فلاحی خشکناب، مسعود؛ رهگذر، مهدی و رنجبر، مریم. (۱۳۸۸) «تأثیر مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران ...»، *مجله پژوهش پرستاری*، دوره

چهارم، شماره ۱۵.

- خلوتی، ملیحه. (۱۳۸۶)، بررسی میزان توانمندی زنان خانه‌دار و عوامل مؤثر بر آن در شهر شیراز، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مددکاری اجتماعی*، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

- رضایی قادی، خدیجه. (۱۳۸۸) «شاخص

مجموعه مقالات دومین همایش توانمندی و توان‌افزایی زنان سرپرست خانوار.

- ریاحی، محمداسماعیل؛ وردی نیا، اکبرعلی و پورحسین، سیده زینب. (۱۳۸۹) «بررسی ...»، *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*،

سال دهم شماره ۳۹.

- شکوری، علی؛ رفعت جاه، مریم و جعفری، معصومه. (۱۳۸۶)، «مؤلفه‌های توانمندی زنان و تبیین عوامل مؤثر بر آن ...»، *زن در توسعه و سیاست (پژوهش زنان)*، دوره پنجم، شماره ۱.

- صادقی، مجید؛ کاویانی، حسین و رضایی، رضا. (۱۳۸۲) «بررسی مقایسه‌ای انگ بیماران ...»

مجله تازه‌های علوم شناختی، سال پنجم، شماره ۲.

- صالحی، اعظم؛ باغبان، ایران؛ بهرامی، فاطمه و احمدی، سید احمد. (۱۳۹۰) «رابطه بین راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و مشکلات هیجانی با توجه به عوامل فردی و

...»، *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، سال اول، شماره ۱.

بررسی تأثیر الگوی توانمندسازی روانی-اجتماعی بر ... ۶۹

- صالحی، لیلی. (۱۳۸۶) «رابطه بین اعتقادهای مذهبی و منبع کنترل با سلامت روان در «مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، سال یازدهم، شماره ۱.

- عمرانی فرد، ویکتوریا؛ اسماعیلی نژاد، یوسف؛ مرانی، محمدرضا و داورپناه جزئی، امیر حسین. (۱۳۸۸) «اثربخشی مداخلات آموزشی روان‌شناختی تعدیل‌شده بر کاهش فشار

مجله دانشکده پزشکی اصفهان، سال بیست و هفتم، شماره ۱۰۰.

- فرامرزی، سالار؛ همایی، رضا و ایزدی، راضیه. (۱۳۹۰) «اثربخشی آموزش شناختی و رفتاری مهارت‌های زندگی بر سلام

اجتماعی، سال یازدهم، شماره ۴۰.

- قادر زاده، امید و درویش منش، میدیا. (۱۳۹۶) «مطالعه کیفی دلایل و پیامد های بیماری «مسائل اجتماعی ایران، سال هشتم، شماره ۱.

- قاسمی، غلامرضا؛ نجمی، سید بدرالدین و اسدالهی، قربانعلی. (۱۳۷۹) «آموزش‌های تربیتی و روانی خانواده بر عملکرد اجتماعی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و اختلالات «مجله پژوهش در علوم پزشکی، سال پنجم، شماره ۱.

- کریمی، محمود. (۱۳۹۰)، «تأثیر مداخله آموزشی مدون بر اساس الگوی توانمندسازی فردی بر رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در دوران یائسگی»، دو ماهنامه علمی پژوهشی دانشور پزشکی، سال هیجدهم، شماره ۹۴.

- کیمیایی، سید علی. (۱۳۹۰) «شیوه

علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال یازدهم، شماره ۴۰.

- محسنی، مصطفی؛ چیمه، نرگس؛ پناغی، لیلی و منصوری، نادر. (۱۳۹۰) «مقایسه کارکرد خانواده و هیجان ابرازشده در خانواده های بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید و «فصلنامه خانواده پژوهی، سال هفتم، شماره ۲۷.

- مسعودی، رضا؛ الحانی، فاطمه؛ مقدسی، جعفر و قربانی، مصطفی. (۱۳۸۹) «تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر دانش، نگرش و عملکرد مراقبین بیماران مبتلا به مولتیپل «مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، دوره هفدهم، شماره ۲.

۷۰ پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، سال چهارم، شماره ۱۳، پاییز ۱۳۹۶

- ملکوتی، کاظم و پشت مشهدی، مرجان. (۱۳۸۴) «مقایسه اثر کلوزاپین و ضد پسیکوز های کلاسیک بر فشار روانی و سلامت روانی مر

مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال یازدهم، شماره ۴.

- ملکوتی، کاظم؛ نوری قاسم‌آبادی، ربابه؛ نقوی، محسن؛ احمدی ابهری و علی و همکاران. (۱۳۸۲) « فشار روانی مراقبان بیماران مزمن روانی و نیاز آنان به خدمات مراقبتی و

»، فصلنامه علمی پژوهشی زابل، دوره ششم شماره ۲.

- نوربالا، احمدعلی؛ باقری یزدی، سید عباس؛ اسدی لار و محسن و همکاران. (۱۳۸۷)

«وضعیت سلامت روان افراد ۱۵ ساله و بالاتر شهر تهران در سال

روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال شانزدهم، شماره ۴.

- نویدیان، علی؛ پهلوانزاده، سعید و یزدانی، محسن. (۱۳۸۹) «اثربخشی آموزش خانواده بر

»، مجله روانپزشکی و روانشناسی

بالینی ایران، سال شانزدهم، شماره ۲.

- نویدیان، علی؛ سالار، علیرضا؛ کیخایی، اسداله و هاشمی نیا، علی. (۱۳۸۰) «فرسودگی و

خستگی روانی مراقبین خانوادگی بیماران روانی (بیمارستان و مرکز جامع روانپزشکی

زاهدان، ۱۳۷۹»، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بابل، دوره سوم،

شماره ۴.

- Alsop, Ruth, Nina Heinsohen. (2005). *Measuring empowerment in Practice: Structing Analysis and Farmin Indicators*. World Bank Policy Research Working Paper 3510.
- Birchwood-Smith, Cochrane. (1992). "Specific and non-specific effects of educational intervention for families living with schizophrenia: A comparison of three methods." *British Journal of Psychiatry*, 160(6), 806-814.
- Davis-Slone, Tang. (2011). "Role occupancy, quality, and psychological distress among Caucasian and African American women." *Affilia- journal of women and social work*, 26(1), 72-87.
- Heru M., Alison, and Ryan E. Christine. (2002). "Depressive symptoms and family functioning in the caregivers of recently hospitalized patients with chronic/ recurrent mood disorders ", *International Journals of Psycho Rehabilitation*, 7, 53-60.

بررسی تأثیر الگوی توانمندسازی روانی-اجتماعی بر ... ۷۱

- Kar-Pascual, Chickering. (1999). "Empowerment of women for health promotion: a Meta-analysis." *Social science and medicine*, 46 (11) ,1431-1460.
- Ugbomeh, M.M. George. (2001). "Empowerment woman in agricultural education for sustainable rural development." *Community Development Journal*, 36 (4), 289-302.
- WHO. (2010). "Empowerment in Mental Health – A partnership project of the WHO Regional Office for Europe and the European Commission", Fact sheet for the EU Thematic Conference “Promoting Social Inclusion and Combating Stigma for Mental Health”, Lisbon, 8–9.