

# جامعه‌شناسی بالینی

حیطه‌های مداخلاتی

رفتارهای پرخطر، رفتار سلامت، کار و شغل، سالمندان و

توانمندسازی گروه‌های آسیب‌پذیر

(جلد دوم)

تألیف

دکتر علیرضا محسنی تبریزی

استاد گروه جامعه‌شناسی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران



شماره مسلسل ۹۱۷۳

شماره انتشار ۳۸۴۹

انتشارات دانشگاه تهران

سرشناسه	: محسنی تبریزی، علیرضا، ۱۳۲۸-
عنوان و نام پدیدآور	: جامعه‌شناسی بالینی/ تألیف علیرضا محسنی تبریزی.
مشخصات نشر	: تهران: دانشگاه تهران، مؤسسه انتشارات، ۱۳۹۶.
مشخصات ظاهری	: ج.
فروست	: انتشارات دانشگاه تهران؛ شماره انتشار ۳۸۴۹.
شابک	: 978-964-03-7056-8
وضعیت فهرست‌نویسی	: فیپا
یادداشت	: کتابنامه.
مندرجات	: ج. ۱. مقدمه‌ای بر جامعه‌شناسی مداخله‌گر و درمان‌مدار. - ج. ۲. حیطه‌های مداخلاتی؛ رفتارهای پرخطر، رفتار سلامت، کار و شغل، سالمندان و توانمندسازی گروه‌های آسیب‌پذیر
موضوع	: جامعه‌شناسی بالینی
شناسه افزوده	: محسنی تبریزی، علیرضا، ۱۳۲۸-
شناسه افزوده	: دانشگاه تهران، مؤسسه انتشارات
رده‌بندی کنگره	: ۱۳۹۶ ج ۲ م ۵۸۵/۳ HM
رده‌بندی دیویی	: ۳۰۱/۰۹
شماره کتابشناسی ملی	: ۳۷۵۵۳۴۳

این کتاب مشمول قانون حمایت از حقوق مؤلفان و مصنفان است. تکثیر کتاب به هر روش اعم از فتوکپی، ریسوگرافی، تهیه فایل‌های pdf، لوح فشرده، بازنویسی در وبلاگ‌ها، سایت‌ها، مجله‌ها و کتاب، بدون اجازه کتبی ناشر مجاز نیست و موجب پیگرد قانونی می‌شود و تمامی حقوق برای ناشر محفوظ است.

ISBN:978-964-03-7056-8



9 789640 370568

عنوان: جامعه‌شناسی بالینی: حیطه‌های مداخلاتی؛ رفتارهای پرخطر، رفتار سلامت، کار و شغل، سالمندان و توانمندسازی گروه‌های آسیب‌پذیر (جلد دوم)

تألیف: دکتر علیرضا محسنی تبریزی

نوبت چاپ: اول

تاریخ انتشار: ۱۳۹۶

شمارگان: ۵۰۰ نسخه

ناشر: مؤسسه انتشارات دانشگاه تهران

چاپ و صحافی: مؤسسه انتشارات دانشگاه تهران

«مسئولیت صحت مطالب کتاب با مؤلف است»

بها: ۴۰۰۰۰۰ ریال

خیابان کارگر شمالی - خیابان شهید فرش مقدم - مؤسسه انتشارات دانشگاه تهران

پست الکترونیک: press@ut.ac.ir - تارنما: http://press.ut.ac.ir

پخش و فروش: تلفکس ۸۸۳۳۸۷۱۲



## فهرست مطالب

پیشگفتار.....	ع
بخش چهارم : حیطه‌های مطالعاتی و مداخلاتی در جامعه‌شناسی بالینی .....	۱
<b>فصل هشتم: حیطه رفتارهای پرخطر Risky Behaviors</b> .....	۳
مقدمه.....	۳
الف - بعد مطالعات مربوط به استقرار نظام پایش و اندازه‌گیری داریم.....	۶
ب- بعد مطالعات مربوط به تأسیس نظام اجرا.....	۶
ج- بعد مطالعات مربوط به استقرار نظام ارزیابی.....	۶
<b>۱ - استعمال سیگار و مواد دخانی</b> .....	۱۱
۱-۱- مقدمه.....	۱۱
۱-۲- تاریخچه مصرف مواد دخانی و وضعیت کنونی.....	۱۳
۱-۳- وضعیت‌های مختلف مرتبط با مصرف سیگار و فرآیند اعتیاد (تیپولوژی سیگاری‌ها):.....	۱۶
۱-۴- علل، عوامل، دلایل و تعیین کننده‌های عمده گرایش به استعمال و کشیدن سیگار براساس مبانی نظری و مطالعات پیشین: .....	۱۷
۱- عوامل اجتماعی: .....	۱۷
۲- عوامل خانوادگی: .....	۱۸
۳- عوامل فردی و روان شناختی: .....	۱۹
۴- عوامل زیستی، پزشکی و ژنتیکی: .....	۲۲
۵- ۱- نظریه‌های وابستگی به نیکوتین: .....	۲۵
۱- اعتیاد به عنوان انحراف و رفتاری غیراخلاقی: .....	۲۵
۲- اعتیاد به عنوان یک بیماری: .....	۲۷
۳- اعتیاد به عنوان رفتاری ناسازگارانه: .....	۳۰
۶- ۱- مطالعات اپیدمیولوژیکال در باب شیوع و گستره استعمال مواد دخانی: .....	۳۱
۷- ۱- اثرات و پیامدهای سیگار بر سلامتی.....	۳۵

۳۵	مقدمه.....
۳۷	۱-۷-۱- سیگار و مرگ‌ومیر:.....
۳۸	۱-۷-۲- امراض و بیماری‌های ناشی از استعمال دخانیات:.....
۴۱	۱-۸- هزینه‌های اقتصادی مصرف سیگار:.....
۴۳	۹ - ۱ - ترک، علائم ترک و منافع و مزایای بهداشتی ناشی از ترک سیگار:.....
	۱۰ - ۱ - ملاحظات بالینی جهت کنترل، پیشگیری، ترک و مداخلات
۴۴	درمانی مصرف سیگار:.....
۴۶	۲ - سوءمصرف مواد مخدر.....
۴۶	مقدمه.....
۴۸	۱ - ۲ - تعاریف و مفاهیم.....
۴۸	اعتیاد به مواد مخدر.....
۵۰	معتاد:.....
۵۰	مواد (ماده مخدر یا محرک).....
۵۱	وابستگی به مواد.....
۵۱	تحمل.....
۵۱	سوءمصرف مواد.....
۵۱	ترک.....
۵۲	مسمومیت.....
۵۲	سندرم قطع.....
۵۲	بازگشت (عود).....
۵۲	۲ - ۲ - مراحل معتاد شدن:.....
۵۳	۳ - ۲ - معیارهای تشخیص:.....
۵۳	۴ - ۲ - سابقه تاریخی مصرف مواد:.....
۵۵	۵-۲) طبقه‌بندی و سنخ‌شناسی مواد مخدر، محرک، توهم‌زا و دارای آثار ترکیبی:.....
۵۷	۱. مواد افیونی یا نارکوتیک.....
۵۹	۲. باربیتورات‌ها.....
۶۰	۳. مسکن‌ها، منوم‌ها و اضطراب زداها.....
۶۱	۴. قرص‌ها و داروهای ضد درد.....
۶۱	۵. الکل.....
۶۲	سوءمصرف الکل منجر به بیماری الکلیسم می‌شود.....
۶۳	۶. توتون.....

فهرست □ ج

۶۳	..... (ب) مواد سیکوآنالپتیک یا مواد بالابرنده، توان افزا و محرک سیستم عصبی:
۶۵	..... (ج) توهم‌زاهای یا هالوسینوزن‌ها:
۶۶	..... ۱. حشیش (ماری جوانا):
۶۷	..... ۲. ال اس دی (L. S. D):
۶۸	..... ۳. فن سیکلیدین‌ها و شبه فن سیکلیدین‌ها (پی سی پی PCP):
۶۸	..... (د) مواد استنشاقی:
۶۹	..... (ه) استروئیدهای آنابولیک:
۶۹	..... (و) سایر مواد:
۷۰	..... (ز) مواد دارای آثار ترکیبی:
۷۰	..... ۶-۲) مبانی و مدل‌های نظری در اتیولوژی اعتیاد:
۷۲	..... الف) نظریه‌های جامعه‌شناسی اعتیاد:
۷۲	..... ۱. پارادایم واقعیت اجتماعی:
۷۵	..... نظریه آنومی و انحراف مرتن:
۷۶	..... نظریه دانکن استنتن:
	..... نظریه وابستگی به مواد در اثر دسترسی به مواد، رهایی از قید منع مصرف و فشار نقش
۷۷	..... چارلز وینیک:
۷۷	..... نظریه پاره گروه بزهاکار آلبرت کوهن:
۷۸	..... نظریه بزهاکاری و فرصت‌های مشروع و نامشروع کلوارد و اهلین:
۷۸	..... نظریه کنترل اجتماعی هیرشی، فرایدی و هیگ:
۷۹	..... نظریه پیوند یا همنشینی افتراقی ادوین ساترلند:
۸۰	..... نظریه محیط اخلاص‌گر ایزدور چین:
۸۱	..... نظریه حمایت اجتماعی و سلامت روانی فلمینگ و بائم:
۸۱	..... نظریه کناره‌گیری از رابطه کومینگ و هنری:
۸۲	..... نظریه اجتماعی - فرهنگی پیشگیری از سوءمصرف مواد مسکووتیز، کرافت، نایرنبرگ:
۸۳	..... مدل نظری فرایدمن، پومرانس، سندر، سانتو، فینچام و آسبورن:
۹۰	..... ۲. پارادایم تعریف یا برساخت اجتماعی:
۹۱	..... ۱ - ۲ - نظریه درون‌فهمی کجرفتاری دیوید ماتزا:
۹۳	..... ۲ - ۲ - نظریه برچسب یا انگ‌زنی بکر و لمرت:
۹۴	..... ۳ - ۲ - نظریه تأثیر اجتماعی هوارد بکر:
۹۴	..... ۴ - ۲ - نظریه خودخوارانگاری هوارد کاپلان:
۹۴	..... ۵ - ۲ - نظریه رفتار مسئله‌دار جسر و جسر:

۹۷	۳. پارادایم رفتار اجتماعی.....
۹۸	۳-۱ نظریه مبادله اجتماعی جورج هومنس.....
۱۰۰	۳-۲ نظریه یادگیری اجتماعی آلبرت باندورا:.....
۱۰۲	۳-۳ نظریه ترکیب تأثیرات مک‌آلیف و گوردن:.....
۱۰۳	۳-۴ نظریه کنترل و وابستگی اولمان و کراسنر.....
۱۰۳	۳-۵ نظریه ایمن‌سازی روانی - رفتاری ایوانز:.....
۱۰۴	۳-۶ نظریه تقویت گروهی و آموزش مهارت‌های زندگی سیسون و آزرین.....
۱۰۵	ب - نظریه‌های روان‌شناسی اجتماعی اعتیاد:.....
۱۰۶	۱- نظریه تلفیقی روث کاوان:.....
۱۰۷	۲- نظریه کمبود استامتر:.....
۱۰۸	۳- نظریه شخصیت (خود) ادوارد خانتریان:.....
۱۰۹	۴- نظریه سلسله مراتبی جبرانی کانتور.....
۱۱۱	۵- مدل تخصیص کارکردی سایمون:.....
۱۱۱	ج - نظریه‌های روان‌شناسی و روانکاوی اعتیاد:.....
۱۱۶	- نظریه دلواپسی اکتسابی راجندرا میسرا:.....
۱۱۶	- نظریه بی‌اختیاری و مصرف موادمخدر مورفی و مورگنسترن:.....
۱۱۸	- نظریه ساختار تدافعی شخصیت معتاد و الاس.....
۱۱۸	- نظریه مصرف موادمخدر میلکمن و فراش:.....
۱۱۹	- نظریه ساختار تدافعی ورمسر:.....
۱۲۰	د- نظریه‌های زیستی و پزشکی اعتیاد:.....
۱۲۲	معانی مختلف بیماری:.....
۱۲۴	مقاومت در برابر دارو و ترک آن.....
	معیارهای لازم برای تشخیص وابستگی دارویی بر طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی.....
۱۲۵	روانی.....
۱۲۶	اعتیاد به عنوان یک بیماری نخستین.....
۱۲۷	ریشه‌های وراثتی اعتیاد: الگوی آمادگی.....
۱۲۸	ژنوتیپ و فتوتیپ.....
۱۲۹	آیا اعتیاد یک بیماری مغزی است.....
۱۳۲	اعتیاد به عنوان یک بیماری پیشرونده.....
۱۳۷	اعتیاد به عنوان یک بیماری مزمن.....
۱۳۸	مزیت‌های الگوی بیماری.....

فهرست □ خ

۱۳۹	ضعف‌های الگوی بیماری.....
۱۴۰	- نظریهٔ تجربیات اعتیادآور استنتون پیل:.....
۱۴۰	- نظریهٔ استرس و بازگشت به اعتیاد مارلات و گوردون:.....
۱۴۱	مطالعات و مداخلات در باب سوءمصرف مواد:.....
۱۵۵	سابقه مطالعات و تحقیقات مربوط به سوءمصرف مواد در ایران:.....
۱۶۰	برنامه‌ها و فعالیت‌های پیشگیری از سوءمصرف مواد در ایران.....
۱۶۱	طرح مدارس مروج سلامت.....
۱۶۲	<b>۳- خودکشی</b> .....
۱۶۲	مقدمه.....
۱۶۴	آمارها و روندهای خودکشی در ایران و جهان:.....
۱۷۰	الگوهای نظری غالب در سبب‌شناسی (اتیولوژی) خودکشی:.....
۱۷۳	پیشینه مطالعات و بنیان‌های نظری خودکشی.....
۱۸۱	مبانی نظری خودکشی دورکیم.....
۱۸۱	۱- خودکشی خودخواهانه:.....
۱۸۹	۲- خودکشی دیگرخواهانه:.....
۱۹۰	۳- خودکشی آنومیک یا ناشی از بی‌هنجاری:.....
۱۹۰	۴- خودکشی فATALیستیک یا ناشی از جبر و تقدیر:.....
۱۹۵	وضعیت اقتصادی اجتماعی و نرخ خودکشی.....
۱۹۶	خطای ناشی از غفلت:.....
۱۹۶	نژاد:.....
۱۹۷	جنس و سن:.....
۱۹۸	الکلیسم:.....
۱۹۸	بهداشت روانی و جسمانی:.....
۲۰۰	رابطه فرد و جامعه:.....
۲۰۰	نظریه خودکشی ماریس هالبواکس.....
۲۰۱	نظریهٔ خودکشی گیبس و مارتین:.....
۲۰۲	نظریه خودکشی هنری و شورت:.....
۲۰۳	نظریه خودکشی دوفلوری:.....
۲۰۳	نظریه خودکشی کارل منینگر.....
۲۰۶	نظریه خودکشی آرچیل دلماس.....
۲۰۷	نظریه‌های روان‌پزشکی خودکشی:.....

۲۱۱	..... نظریه خودکشی روث کاوان:
۲۱۲	..... نظریه خودکشی لوئیس دوبلین:
۲۱۲	..... نظریه خودکشی رونالد ماریس:
۲۱۶	..... نظریه خودکشی داگلاس:
۲۱۶	..... نظریه خودکشی بچلر:
۲۱۷	..... تئوری واکنش اجتماعی:
۲۱۷	..... دیدگاه ورسینگ و تیپرمین در باب ناخشنودی از زندگی و افکار خودکشانه:
۲۱۸	..... نظریهٔ افسردگی، پرخاشگری و دغدغهٔ مرگ بتس و والکر:
۲۱۸	..... نظریه خودکشی کاپلان:
۲۱۸	..... نظریه هویت تهدید شده و خودکشی ژیرارد:
۲۲۰	..... سبب‌شناسی (اتیولوژی) خودکشی:
۲۲۴	..... الف - بیماری‌های روانی:
۲۲۶	..... ب - مکانیسم‌های دفاعی و اختلال شخصیت:
۲۲۷	..... ج - جهت‌گیری جنسی:
۲۲۷	..... د - دوران قاعدگی و بارداری:
۲۲۸	..... ه - اعتیاد و سوءمصرف مواد و الکل:
۲۲۹	..... و - عوامل اقتصادی، اجتماعی، بیکاری و مسایل قانونی:
۲۳۱	..... ز - حمایت اجتماعی و رویدادهای فشارزا:
۲۳۱	..... ح - تعارضات و مسایل خانوادگی:
۲۳۴	..... ط - بیماری‌های جسمی:
۲۳۴	..... ی - ناتوانی‌های یادگیری:
۲۳۵	..... ک - مشاغل در معرض خطر:
۲۳۵	..... ل - زندان، پادگان و خودکشی:
۲۳۵	..... توصیه‌ها جهت اقدامات بالینی و پیشگیرانه:
۲۳۷	..... الف - مداخلات در سطح فردی:
۲۴۹	..... برنامه ادغام:
۲۴۹	..... پیشگیری اولیه از خودکشی در نظام:
۲۴۹	..... مراقبت‌های بهداشتی اولیه:
۲۵۱	..... وظایف سطوح مختلف شبکه مراقبت‌های بهداشتی اولیه:
۲۵۴	..... ۴ - وندالیسم (ویرانگری)
۲۵۴	..... مقدمه:



۲۵۹	مفهوم و تعریف وندالیسم
۲۶۰	وجه تسمیه و تاریخچه وندالیسم
۲۶۱	بنیان‌های نظری وندالیسم
۲۶۱	وندالیسم در نظریه‌های ناکامی، احساس اجحاف و پرخاشگری
۲۶۲	نظریه برآیند کلارک
۲۶۵	نظریه وندالیسم هوپر
۲۶۷	موارد مطالعه (Case of study) وندالیسم در ایران
۲۶۹	یافته‌های تحقیق
۲۷۶	الف) توصیف و تحلیل داده‌ها و یافته‌های فراتحلیل طبقه‌بندی مطالعات و تحقیقات مرور شده در فراتحلیل برحسب رشته مطالعاتی و گرایش تخصصی
۲۷۶	تخصصی
۲۷۷	طبقه‌بندی نظریه‌های مورد استفاده در تحقیقات مرور شده:
۲۷۷	شناسایی و طبقه‌بندی فرضیات و قضایای مطرح‌شده در تحقیقات و آثار مرور شده:
۲۷۸	شناسایی و طبقه‌بندی روش‌های تحقیق مورد استفاده در تحقیقات و مطالعات مرور شده:
۲۸۰	توصیف ویژگی‌های فردی و جمعیتی پاسخگویی در تحقیقات مرور شده:
	سبب شناسی (اتیولوژی) رفتار وندالیستی از طریق سنجش اندازه اثر هر یک از متغیرهای علی و همبسته (مستقل) بر متغیر تابع (تمایل به وندالیسم و رفتار وندالیستی) براساس قواعد آماری روش فراتحلیل:
۲۸۱	فراتحلیل:
۲۸۲	موضوعات مورد تخریب وندال‌ها
۲۸۴	ب) توصیف داده‌ها و تحلیل یافته‌های تحقیق کیفی (نظریه مبنایی)
۲۸۷	ویژگی‌های فردی و جمعیتی مصاحبه‌شوندگان
۲۸۸	تحلیل یافته‌ها:
۲۸۸	شرایط علی:
۲۸۸	زمینه:
۲۸۹	شرایط مداخله‌گر و میانجی
۲۸۹	پدیده:
۲۹۰	استراتژی کنش و کنش متقابل
۲۹۰	پیامد:
۲۹۲	استنتاج و استنباط کلی از یافته‌های تحقیق کمی و کیفی
۲۹۵	توصیه‌های کاربردی و مداخلاتی
۲۹۶	۲- استفاده از پلیس‌گری اجتماعی:

۲۹۷	..... (ب) راهکار سازگاری
۲۹۷	..... (ج) راهکار بسیج
۲۹۸	..... (د) راهکار پردازش مشکل
۲۹۸	..... ۳- استفاده از مواد و مصالح محکم در ساخت وسایل، تأسیسات، اماکن و
۲۹۸	..... ۴- استفاده از عامل ترس از پلیس
۲۹۹	..... ۵- بهبود و اصلاح محیط زیست
۳۰۰	..... ۶- آموزش و تبلیغ
۳۰۰	..... ۷- ایجاد مشارکت
۳۰۱	..... ۸- کنترل (نظارت) اجتماعی
۳۰۳	..... ۹- شناخت علل و انگیزه‌های وندالیسم جهت درمان آن‌ها
۳۰۷	..... <b>فصل نهم: حیطه پزشکی، بیماری و سلامت</b>
۳۰۷	..... مقدمه
۳۰۹	..... زمینه‌های اجتماعی سلامت و بیماری
۳۱۰	..... ۱- تغییرات تاریخی در امید به زندگی:
۳۱۰	..... ۲- مقایسه جغرافیایی:
۳۱۱	..... ۳- موقعیت اقتصادی - اجتماعی:
۳۱۱	..... ۴- حمایت‌ها و شبکه‌های اجتماعی:
۳۱۲	..... ۵- نابرابری اجتماعی:
۳۱۲	..... ۶- طبقه اجتماعی:
۳۱۳	..... تحولات مربوط به معانی سلامت و بیماری
۳۱۴	..... نمونه‌شناسی مفاهیم سلامتی
۳۲۰	..... مدل‌های سلامتی و بیماری
۳۲۱	..... الف) مدل زیستی - پزشکی (medical-beio model)
۳۲۲	..... ب) مدل اجتماعی (Social Model)
۳۲۵	..... سلامت و جامعه‌شناسی بالینی
۳۲۸	..... - ارتباط ارتقاء و ترویج سلامت با جامعه‌شناسی بالینی:
۳۳۱	..... - یادگیری رفتارهای ارتقای سلامت:
۳۳۳	..... - پارادایم‌ها و الگوهای مداخله:
۳۳۴	..... - تغییر سبک زندگی:
۳۳۵	..... - هدف‌گیری رفتار برای تغییر:

۳۳۶	- تغییر زمینه اجتماعی: .....
۳۴۰	- تصویرسازی الگوها: .....
۳۴۲	- نقش‌های جامعه‌شناسان بالینی: .....
۳۴۳	- راهبردهایی برای ترویج سلامت: .....
۳۴۵	- غلبه بر موانع پیش روی ترویج سلامت: .....
۳۴۶	- یک الگوی بالقوه ترویج سلامت: .....
۳۵۰	ایدز، زمینه‌های اجتماعی و مداخلات پیشگیرانه: .....
۳۵۱	تاریخچه ایدز: .....
۳۵۲	بیماری و عامل آن: .....
۳۵۳	انتقال ویروس: .....
۳۵۴	عفونت ایدز: .....
۳۵۵	گروه‌های هدف در مقابله با ایدز: .....
۳۵۶	اپیدمیولوژی و همه‌گیرشناسی ایدز: .....
۳۵۶	اپیدمیولوژی ایدز در جهان: .....
۳۵۶	ایدز در آفریقا: .....
۳۵۶	ایدز در آسیای مرکزی و اروپای شرقی: .....
۳۵۷	ایدز در استرالیا: .....
۳۵۷	ایدز در هائیتی و باهاما: .....
۳۵۷	ایدز در روسیه: .....
۳۵۷	ایدز در آمریکا و کانادا: .....
۳۵۸	اپیدمیولوژی ایدز در ایران: .....
۳۵۹	مبانی نظری ایدز: .....
۳۵۹	۱- رویکرد ریسک رفتاری: .....
۳۵۹	۲- پارادایم بر ساخت اجتماعی: .....
۳۵۹	۳- رویکرد بر ساخت اجتماعی رادیکال: .....
۳۶۰	۱- نظریه یادگیری اجتماعی: .....
۳۶۰	۲- نظریه پیوند و کنترل اجتماعی: .....
۳۶۱	۳- نظریه برچسب‌زنی: .....
۳۶۱	۴- نظریه تعیین‌کننده‌های ریسک جنسی برای HIV: .....
۳۶۳	۵- نظریه هم‌نشینی افتراقی: .....
۳۶۴	راهبردهای مداخلاتی: .....

۳۶۵	۱- آلودگی جمعیت: .....
۳۶۶	۲- تحول الگوهای جنسی و تغییر هرم جمعیتی: .....
۳۶۶	۳- تغییر پایگاه طبقاتی مبتلایان به ایدز: .....
۳۶۶	۴- ملازمت اعتیاد، رفتارهای محافظت نشده و روابط پرخطر جنسی و بیماری ایدز: .....
<b>۳۶۹</b>	<b>فصل دهم: حیطة کار و شغل .....</b>
۳۶۹	مقدمه .....
۳۶۹	استرس و استرس شغلی به مثابه بیماری اجتماعی .....
۳۶۹	تعریف: .....
۳۷۰	مبانی نظری استرس .....
۳۷۰	۱ - نظریه استرس تعاملی لازاروس و فولکمان: .....
۳۷۱	مدل نظری لازاروس - فولگمان .....
۳۷۲	۲ - نظریه استرس به عنوان درماندگی آموخته شده: .....
۳۷۲	۳ - نظریه تقاضا، حمایت و کنترل: .....
۳۷۳	مدل نظری کاراسک و تئورل .....
۳۷۳	۴ - نظریه بار عاطفی یا هزینه مراقبت: .....
۳۷۴	مدل نظری ماسلاچ .....
۳۷۴	۵ - نظریه نابرابری: .....
۳۷۵	مدل نظری آدامز .....
۳۷۵	۶ - نظریه شخص - محیط: .....
۳۷۶	استرس شغلی .....
۳۷۸	علل و زمینه‌های استرس شغلی .....
۳۷۹	شیوع و گسترش استرس .....
۳۸۱	پاسخ‌های جسمانی به استرس .....
۳۸۱	پاسخ‌های رفتاری به استرس .....
۳۸۶	پیشگیری، کنترل و مداخلات درمانی .....
۳۸۹	بیگانگی از کار: .....
۳۹۰	مقدمه .....
۳۹۴	معانی مفهوم در مباحث نظری .....
۳۹۴	نظریه‌های بیگانگی از کار: .....
۳۹۴	۱ - نظریه کارل مارکس .....

۳۹۷	۲- نظریه وایلنسکی.....
۳۹۸	۳- نظریه بلونر.....
۴۰۱	۲- بیگانگی سازمانی.....
۴۰۳	جامعه‌شناسی بالینی و بیگانگی‌زدایی.....
۴۰۵	فرسودگی شغلی و گرانباری نقش.....
۴۰۵	تعریف:.....
۴۰۷	آثار و نتایج:.....
۴۰۷	یافته‌های پژوهشی:.....
۴۰۸	۵- ۳- مداخلات بالینی.....
۴۰۹	ناراضیتی شغلی و راهبردی‌های مداخلاتی.....
<b>۴۲۵</b>	<b>فصل یازدهم: جامعه‌شناسی سالمندی و مداخلات اجتماعی.....</b>
۴۲۵	مقدمه.....
۴۲۶	مفهوم و تعریف سالمندی و پیری.....
۴۲۷	سالمندی به مثابه مسئله‌ای اجتماعی.....
۴۳۰	الف) روندهای جمعیتی:.....
۴۳۱	ب) تغییرات اجتماعی:.....
۴۳۳	علل متزلزل شدن پایگاه سالمندان.....
۴۳۵	الگوی اجتماعی پیر شدن:.....
۴۴۰	آثار و نتایج پیری:.....
۴۴۰	- آثار فردی و روانی سالمندی (پیر شدن):.....
۴۴۱	- اثرات اقتصادی پیر شدن و سالمندی.....
۴۴۱	- اثرات سیاسی پیر شدن و سالمندی.....
۴۴۲	- اثرات جمعیتی پیر شدن و سالمندی:.....
۴۴۲	نظریه‌های سالمندی.....
۴۴۲	نظریه زیستی - پزشکی:.....
۴۴۲	نظریه‌های جامعه‌شناختی:.....
۴۴۲	الف- نظریه عدم مشارکت یا عدم تعهد (Disengagement theory):.....
۴۴۳	ب- نظریه فعالیت:.....
۴۴۳	ج- نظریه مبادله (Exchange Theory).....
۴۴۵	د- نظریه محیط اجتماعی.....

۴۴۵	ه- نظریه تداوم.....
۴۴۶	و- نظریه سکونتگاه.....
۴۴۷	ز- نظریه تضاد (confict).....
۴۴۷	سالمندی و نظریه‌های روانشناختی.....
۴۴۸	الف- تغییرات حسی و حرکتی.....
۴۴۹	ب- تغییرات روانی.....
۴۴۹	بیماری‌های شایع و عوامل مؤثر بر سلامتی سالمندان.....
۴۵۰	الف- بیماری‌ها و اختلالات روانی شایع در سالمندان:.....
۴۵۰	افسردگی.....
۴۵۰	علل ایجاد افسردگی در سالمندان.....
۴۵۱	شیوه‌های درمان افسردگی.....
۴۵۱	آلزایمر.....
۴۵۱	ب- بیماری‌های جسمانی شایع در سالمندان:.....
۴۵۱	بیماری‌های ماهیچه‌ای و استخوانی:.....
۴۵۲	بیماری‌های قلبی و عروقی.....
۴۵۳	عوامل مؤثر بر سلامتی سالمندان.....
۴۵۵	سالمندان در کشورهای در حال توسعه: نیازها و مسایل.....
۴۵۶	اهم مسایل سالمندان در کشورهای در حال توسعه.....
۴۵۷	مراقبت از سالمندان: مداخلات اجتماعی.....
۴۵۷	تمرین درمانی:.....
۴۵۸	فعالیت‌های درمانی:.....
۴۵۸	فعالیت‌های داخل منزل Domestic Activity.....
۴۵۸	بازی‌ها Games :.....
۴۵۸	موسیقی Music :.....
۴۵۸	عکاسی و کاربرد تصاویر:.....
۴۵۸	تفریح درمانی:.....
۴۵۸	مراقبت در خانه Home Care:.....
۴۵۹	مشاوره به خانواده سالمندان:.....
۴۵۹	ورزش.....
۴۵۹	زیباسازی (Beauty Therapy).....
۴۶۱	رژیم غذایی مناسب:.....

فهرست □ ض

۴۶۲	سالمندی پویا و عوامل مؤثر بر آن:
۴۶۳	مؤلفه‌های سالمندی پویا: عوامل تأثیرگذار:
۴۶۴	۱- مؤلفه‌های زمینه‌ای: فرهنگ و جنسیت:
۴۶۴	۲- مؤلفه‌های مرتبط با سیستم‌های خدمات بهداشتی و اجتماعی:
۴۶۴	۱-۲- ارتقاء سلامتی و پیشگیری از بیماری‌ها:
۴۶۵	۲-۲- خدمات درمانی:
۴۶۵	۳-۲- مراقبت‌های طولانی مدت:
۴۶۵	۴-۲- خدمات بهداشت روانی:
۴۶۵	۵-۲- مؤلفه‌های رفتاری:
۴۶۶	۶-۲- مصرف توتون:
۴۶۷	۷-۲- فعالیت‌های ورزشی:
۴۶۸	۸-۲- تغذیه سالم:
۴۶۸	۹-۲- بهداشت دهان:
۴۶۹	۱۰-۲- مشروبات الکلی:
۴۶۹	۱۱-۲- دارو درمانی:
۴۷۰	۱۲-۲- عوارض ناشی از درمان:
۴۷۰	۱۳-۲- پای‌بندی:
۴۷۰	۳- مؤلفه‌های وابسته به فاکتورهای شخصی:
۴۷۰	۱-۳- ژنتیک و بیولوژی:
۴۷۱	۲-۳- فاکتورهای روانشناختی:
۴۷۲	۴- مؤلفه‌های مرتبط با محیط فیزیکی:
۴۷۲	۱-۴- محیط‌های فیزیکی:
۴۷۲	۲-۴- مسکن ایمن:
۴۷۳	۳-۴- افتادن (زمین خوردن):
۴۷۴	۴-۴- آب تمیز، هوای پاک و غذای سالم:
۴۷۴	۵- مؤلفه‌های مرتبط با محیط اجتماعی:
۴۷۴	۱-۵- حمایت اجتماعی:
۴۷۵	۲-۵- خشونت و بدرفتاری:
۴۷۵	۳-۵- آموزش و سواد:
۴۷۶	۶- مؤلفه‌های اقتصادی:
۴۷۶	۱-۶- درآمد:

۴۷۷	۶-۲- تأمین اجتماعی.....
۴۷۷	۶-۳- شغل.....

### فصل دوازدهم: آموزش مهارت‌های زندگی شیوه‌ای مداخلاتی در توانمندسازی

۴۷۹	گروه‌های ناتوان.....
۴۷۹	مقدمه.....
۴۸۰	تعریف توانمندسازی و توانمندسازی مراجع.....
۴۸۵	فواید توانمندسازی.....
۴۸۶	اهداف توانمندسازی.....
۴۸۷	رویکردهای توانمندسازی در سازمان‌ها:.....
۴۸۷	الف- توانمندسازی ساختاری:.....
۴۸۸	ب- توانمندسازی روانشناختی:.....
۴۸۸	ابعاد توانمندسازی روانشناختی.....
۴۸۹	۱- شایستگی:.....
۴۸۹	۲- انتخاب (استقلال):.....
۴۹۰	۳- احساس مؤثر بودن:.....
۴۹۱	۴- معنی‌دار بودن:.....
۴۹۱	۵- اعتماد به دیگران:.....
۴۹۲	منزلت و موقعیت:.....
۴۹۳	نقش‌ها:.....
۴۹۳	ارزش‌ها:.....
۴۹۴	توانمندسازی و پژوهش.....
۴۹۵	چهارچوب خطر و ترمیم‌پذیری در کار بالینی.....
۴۹۷	توجه به تنوع فرهنگی در مداخلات اجتماعی:.....
۴۹۹	تعریف مهارت‌های زندگی:.....
۴۹۹	صور و انواع مهارت‌های زندگی:.....
۵۰۰	۱- توانایی تصمیم‌گیری:.....
۵۰۰	۲- توانایی حل مسئله:.....
۵۰۱	۳- آموزش توانایی تفکر خلاق:.....
۵۰۱	اندیشه خلاق و اندیشه غیرخلاق.....
۵۰۲	هدف‌های آموزشی در دوران اولیه هر انسان.....



فهرست □ ظ

- ۴- آموزش توانایی تفکر نقادانه: ..... ۵۰۲
- ۵- آموزش مهارت برقراری ارتباط بین فردی سازگاران: ..... ۵۰۳
- الف- رابطه بین فردی..... ۵۰۳
- ب- سازگاری..... ۵۰۴
- ج- همدلی..... ۵۰۵
- ۶- توانایی ارتباط موثر: ..... ۵۰۶
- ۷- آموزش توانایی آگاهی از خود یا خودآگاهی: ..... ۵۰۷
- ج- عزت نفس و اعتماد به نفس و راه‌های افزایش آنها..... ۵۰۸
- د- کسب مهارت جهت صحبت در جمع: ..... ۵۰۹
- ه- نعمت سلامتی و دست کشیدن از گذشته‌ها: ..... ۵۱۰
- ۸- توانایی مقابله با هیجان‌ها، استرس و فشارهای روحی: ..... ۵۱۰
- ۱- برخی اختلالات روحی - روانی ناشی از استرس: ..... ۵۱۱
- ۲- اختلالات جسمی ناشی از استرس (اختلالات روان‌تنی): ..... ۵۱۱
- ۳- راه‌های مقابله با هیجانات و استرس‌ها..... ۵۱۲
- ب: درمان‌های دارویی برای مقابله استرس و هیجان: ..... ۵۱۳
- ۹- مهارت‌های مقابله با مسئله: ..... ۵۱۴
- روش‌های آموزش مهارت‌های زندگی: ..... ۵۱۵
- آثار مختلف آموزش مهارت‌های زندگی در طی زمان: ..... ۵۱۶
- اهم مسایل و موضوعات پیش‌روی گروه‌های هدف در فرایند توانمندسازی: ..... ۵۱۷
- محدودیت‌های عملی در توانمندسازی: ..... ۵۱۹
- فهرست منابع و مآخذ ..... ۵۲۱**
- الف. منابع فارسی..... ۵۲۱
- ب) منابع لاتین..... ۵۳۰
- واژه‌نامه انگلیسی - فارسی..... ۵۴۹**

## پیشگفتار

جامعه‌شناسی بالینی<sup>۱</sup> حوزه و گرایش تخصصی<sup>۲</sup> نسبتاً جوانی در جامعه‌شناسی محسوب می‌شود که موازی و مکمل با جامعه‌شناسی کاربردی<sup>۳</sup> به جامعه‌شناسی ورزشی<sup>۴</sup> اهتمام دارد و از این منظر هر دو حوزه از کاربران جامعه‌شناسی در عمل هستند. از عمر جامعه‌شناسی بالینی به شکل علمی و منظم، نزدیک به یک قرن می‌گذرد. مهد ظهور و توسعه آن ایالات متحده آمریکا است و پیدایی آن به اواخر دهه ۱۹۲۰ میلادی برمی‌گردد.<sup>۵</sup> با وجود این رشد این رشته در چند دهه گذشته در آمریکا و برخی از ممالک صنعتی اعجاب‌آور بوده است. این حوزه نیز چون حوزه‌های دیگر جامعه‌شناسی، همزمان با ازدیاد روزافزون دانش رشته‌های تخصصی به وجود آمد و به اقتضای تحولات سریع جامعه آمریکا و بنا به ضرورت‌ها و در پاسخ به نیازهای ملموس و عینی آن جامعه توسعه یافت.

جامعه‌شناسی بالینی حوزه‌ای علم محور<sup>۶</sup>، تجربه‌گرا<sup>۷</sup> و مداخله‌گر است و با تحقیق و تدریس صرف و مجرد و جدا از اهداف کاربردی و فعالیت‌های عملی و مداخلاتی جامعه‌شناسی مخالف است. این حوزه عمل‌گرا و مداخله‌گر می‌کوشد زمینه‌های هموار و چارچوبی متقن در جامعه‌شناسی ورزشی (فعالیت‌های عملی جامعه‌شناسان) فراهم سازد که در آن دانش اجتماعی، روش‌های تحقیقی آن و دیدگاه‌ها و رویکردهای نظریش به طور هدفمند و مفید به فایده در امر تشخیص و شناخت مسائل اجتماعی به کار رود و متقابلاً امکان حل مسائل، کنترل و پیشگیری آن‌ها را که متضمن مداخلات علم محور است فراهم سازد. در عین حال جامعه‌شناسی بالینی گرایش به نسبت تخصصی جوانی است که به قول فریتز نوعی موضع‌گیری، نحوه برداشت، روش و نگاه متفاوتی را نسبت به جامعه‌شناسی و اهداف و رسالت آن عرضه می‌کند (فریتز، ج ام، ۲۰۰۵: ۴۰-۵۶). توجه به وظایف، اهداف و رسالت‌های جامعه‌شناسی به‌ویژه در جامعه‌شناسی میکروسکوپیک و خردنگر آمریکا از زمانی آغاز شد که رسالت فواید عملی و سودمندی مشهود، قابل اندازه‌گیری و ملموس حوزه‌های علمی از جمله

---

1. Clinical Sociology

2. Area of Speciality

3. Applied Sociology

4. Sociological Practicing

۵. با وجود این، باید توجه داشت که زمینه‌ها و ریشه‌های تاریخی جامعه‌شناسی بالینی را می‌توان در آثار برخی از فلاسفه متقدم چون ابن خلدون و نیز در آراء و آثار پیشگامان دانش اجتماعی چون کنت و دورکهایم جست‌وجو کرد. در این خصوص رجوع شود به:

Fritz, J.M. The History of American Clinical Sociology: The First Couress, "Clinical Sociological Review" 9:5-26, 1991

6. Science - Based

7. Eimpirisist

## پیشگفتار □ غ

جامعه‌شناسی مطرح شدند. پیشگامان این حرکت جدید در جامعه‌شناسی نظیر برگس، اسمال<sup>۱</sup>، فریتز، رباک<sup>۲</sup>، بروهن<sup>۳</sup>، ویرث<sup>۴</sup>، گولدر<sup>۵</sup>، مک کلانک لی<sup>۶</sup> و نظایر آن بر این باور بودند که تدقیقات، تحقیقات، تفحصات و تتبعات در همهٔ علومی که دامنهٔ معارف و شناخت‌های بشری را گسترش و عمق می‌بخشند گرچه لازم هستند ولی به تنهایی کافی نیستند. آنان شناخت علمی را در خدمت عمل دانسته و مدعی شدند معرفت در باب حقایق پدیده‌ها از جمله پدیده‌های اجتماعی اگر با عمل و پراکتیس همراه نباشد در عمل ابتر است و عالم را به بی‌عملی سوق می‌دهد و او را یا اسیر تحقیق و تفحص صرف می‌سازد بدون آنکه نتایج آن تحقیقات و تفحصات در عمل در خدمت انسان قرار گیرند و یا اینکه غرق تعقلات ضمیری، تأملات ذهن‌گرایانه و تأویل‌گرایی صرف می‌سازد و به مباحث نظری بدون آثار و نتایج عملی و مفید به فایده می‌کشاند.

از این منظر جامعه‌شناسی بالینی را می‌توان حوزه‌ای تخصصی در جامعه‌شناسی تلقی کرد که با استعانت از نظریه‌ها، روش‌ها و فنون و معارف جامعه‌شناسی به طور هدفمند و منظم به امر شناخت، تشخیص<sup>۷</sup>، درمان<sup>۸</sup>، حل مسئله<sup>۹</sup> و پیشگیری<sup>۱۰</sup> از آسیب‌ها، اختلالات، انحرافات و مسائل اجتماعی اهتمام دارد. این مداخلات در سطح افراد، گروه‌ها، سازمان‌ها و نهادهای اجتماعی و از طریق طراحی<sup>۱۱</sup> و اجرای<sup>۱۲</sup> برنامه‌های مداخلاتی و به منظور تخفیف و تقلیل<sup>۱۳</sup> مسائل، ترمیم و بهبود شرایط و ارتقای قابلیت‌های بهره‌وری<sup>۱۴</sup>، عادی‌سازی<sup>۱۵</sup> کارکردها<sup>۱۶</sup> و وظایف و بهبود و توسعه فعالیت‌ها و نحوه عملکرد<sup>۱۷</sup> واحدهای اجتماعی صورت می‌گیرد. از این رو هوارد رباک<sup>۱۸</sup> و جان بروهن<sup>۱۹</sup> در کتاب خود با عنوان (Handbook of Clinical Sociology, 2001) جامعه‌شناسی بالینی را حوزه‌ای معطوف به عمل<sup>۲۰</sup> در جامعه‌شناسی تعریف کرده‌اند که به دنبال پیشگیری، کاهش و حل تعداد کثیری از مسائل و معضلات

- 
1. Small
  2. Rebach
  3. Bruhn
  4. Wirth
  5. Goldner
  6. Lee
  7. Diagnosis
  8. Treatment
  9. Problem Solving
  10. Prevention
  11. Designing
  12. Excuting
  13. Reduction
  14. Productivity
  15. Normalization
  16. Functions
  17. Performance
  18. Howard Rebach
  19. John Bruhn
  20. Action - Oriented

اجتماعی جامعه مدرن است.

کلمه بالینی اغلب با زمینه‌های پزشکی و شبه پزشکی<sup>۱</sup> مرتبط است و خصلت منتسبه بالینی به این حوزه، از آن است که جامعه‌شناسی به درمان و حل مسائل اجتماعی اهتمام می‌کند.

با توجه به نزدیکی و قرابت<sup>۲</sup> حوزه‌های جامعه‌شناسی بالینی و جامعه‌شناسی کاربردی<sup>۳</sup> به یکدیگر، به‌ویژه از حیث روش‌شناسی، بنیان‌های نظری، اهداف و مقاصد علمی و حرفه‌ای<sup>۴</sup> و نیز با توجه به اینکه هر دو به کار جامعه‌شناسی ورزی<sup>۵</sup> اهتمام دارند و از کاربران جامعه‌شناسی در عمل هستند، معهداً میان این دو حوزه می‌باید قایل به تمیز شد. جامعه‌شناسی کاربردی در تعریف فریتز (۱۹۸۹) و رباک و بروهن (۲۰۰۱) شاخه‌ای از جامعه‌شناسی مدرن است که با استعانت از اصول، مبانی نظری و روش‌های تحقیق جامعه‌شناسی به تحلیل و بررسی مسائل و معضلات عدیده اجتماعی و پیشنهاد برای تخفیف و حل آن مسائل می‌پردازد. جامعه‌شناسان کاربردی عمدتاً متوجه فهم و شناخت علمی مسائل فعلیه و فوریه<sup>۶</sup> جامعه‌اند و اغلب به ارائه راهکار یا راه حل بسنده می‌کنند و کم‌تر به مداخله مستقیم برای درمان، حل مسئله یا پیشگیری اقدام می‌نمایند. در مقابل جامعه‌شناسی بالینی، علم استفاده از دانش، تکنیک، فنون و روش‌های جامعه‌شناسی با هدف «مداخله»<sup>۷</sup> است. این حوزه جامعه‌شناسی معمولاً از نتایج مطالعات و تحقیقات جامعه‌شناسان کاربردی و به منظور طراحی برنامه‌های مداخلاتی جهت بهینه‌سازی، عادی‌سازی، ترمیم آسیب‌ها و بهبود شرایط و اوضاع و احوال و خرابی‌ها، درمان و حل مسائل اجتماعی و نیز پیشگیری و کنترل استفاده می‌کند. از این رو جامعه‌شناسی بالینی بیش از جامعه‌شناسی کاربردی سوگیری اجرایی<sup>۸</sup> دارد و بر سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی اجتماعی، طراحی، اجرا و ارزیابی در فرآیند جامعه‌شناسی ورزی و فعالیت‌های حرفه‌ای جامعه‌شناسی تأکید می‌کند.

نیازها و ضرورت‌های ایجابی در ایجاد و توسعه جامعه‌شناسی بالینی (دست‌کم در غرب و اغلب در اتازونی) قابل تامل و توجه‌اند. قراین و شواهد متعددی نشان می‌دهند که تأسیس و توسعه جامعه‌شناسی بالینی در اوایل سده بیستم به‌عنوان یک حوزه تخصصی جامعه‌شناسی در پاسخ به چند نیاز فوری و محسوس و به منظور تشفی آن نیازها در جامعه جدید بود: نخست، نضج و بسط جامعه‌شناسی خردنگر و میکروسکوپی در جامعه‌شناسی آمریکا در نیمه اول سده بیستم سبب شد که انتظارات جامعه علمی از علوم اجتماعی و رفتاری و در رأس آن جامعه‌شناسی به‌عنوان یک حوزه

---

1. Semi - Medical  
 2. Proximity  
 3. Applied Sociology  
 4. Professional Goals  
 5. Sociological Practice  
 6. Immediate  
 7. Intervention  
 8. Action - Orientation

## پیشگفتار □ ق

معرفتی نه صرفاً مجرد، نظری، مدرسه‌ای و بی‌عمل که منحصرأ در کلاس‌های درس تدریس می‌شود و پیوند و الفتی با مسائل ملموس و محسوس جامعه ندارد و منشأ خدمات و آثار و نتایج عملی سودمند و گره‌گشا نیست، افزایش یابد. در این رویکرد جدید به جامعه‌شناسی به‌عنوان علمی کاربردی، عمل‌گرا و مداخله‌گر نگریده شده که به کار آید، حل مسئله کند، راه کار و راه حل نشان دهد، به امر پیشگیری از مسائل بپردازد، پیش‌بینی حدوث وقایع کند، مداخله‌گر و درمانگر باشد و چون بسیاری از حوزه‌های علمی نظیر پزشکی، داروسازی، علوم فیزیکی و علوم تجربی منشأ خدمات و آثار عملی و سودمند شود. دوم، رواج و انجام مطالعات و تحقیقات متعدد و مکرر از سوی محققان و دانشمندان علوم اجتماعی و رفتاری در یک قرن گذشته در باب ابعاد و وجوه مختلف واقعیت‌های اجتماعی، رفتار پیچیده انسانی و سایر مظاهر و نمودهای زندگی اجتماعی و تجمیع و گرد آمدن تعداد بسیار و کثیری از اطلاعات، آمار و آگاهی‌های علمی و تجربی در این باب که خود ضرورت کاربرد و کاربست دانش و معرفت علمی را در کنترل، پیشگیری، پیش‌بینی، درمان و حل مسائل اجتماعی ایجاب می‌کرد.

سوم، نضج و رواج فلسفه پراگماتیسم<sup>۱</sup> از اوایل قرن بیستم در جامعه‌شناسی آمریکا که زیر نفوذ فلاسفه‌ای چون پیرس<sup>۲</sup>، جیمز<sup>۳</sup>، دیویی<sup>۴</sup> و مید<sup>۵</sup> پدید آمد و به عنوان فلسفه ویژه آمریکائیان مکتب پراگماتیسم کوشید علم و مذهب، نظر و عمل، اندیشه نظری و تحلیل، طبایع خیال‌پرداز و واقع‌گرا و مدرسه و زندگی را وحدت بخشد و مصلحت‌گرایی را به‌عنوان یک فلسفه سودمندی به حال انسان و جامعه رواج دهد. نفوذ فلسفه پراگماتیسم بر اذهان و افهام جامعه‌شناسان آمریکا در طول قرن بیستم و تاکنون پابرجاست و در گرایش‌های میکروسکوپییک جامعه‌شناس‌های آمریکایی و توسعه حوزه‌های جامعه‌شناسی تجربه‌گرا و عمل‌گرا مؤثر بوده است.

چهارم، پیدایی، بروز و رشد روزافزون صور، و اشکال گوناگونی از مسائل، بیماری‌های اجتماعی، ناهنجاری‌های رفتاری، آسیب‌ها و مسائل اجتماعی در جامعه جدید، جامعه صنعتی، جامعه در حال گذار و جامعه متحول و لزوم تشخیص و شناخت علمی علل و اسباب آنها به منظور اعمال مداخلات علم محور<sup>۶</sup> با هدف پیشگیری، کنترل، کاهش و حل این مسائل و اختلالات و در سطح افراد، گروه‌ها، سازمان‌ها و نهادهای اجتماعی.

از زمانی که میلتن سی وینترنیتز<sup>۷</sup> مدیر مدرسه پزشکی ییل<sup>۸</sup> و برگس<sup>۹</sup> استاد جامعه‌شناسی

- 
1. Pragmatism
  2. Peirce
  3. James
  4. Dewey
  5. Mead
  6. Science - Based
  7. Milton C. Winternits
  8. Yale
  9. Burgess

دانشگاه شیکاگو<sup>۱</sup> در اواخر دهه ۱۹۲۰ میلادی جامعه‌شناسی بالینی را ایجاد و در آغاز به‌عنوان یک درس آموزشی ارائه دادند، جامعه‌شناسی بالینی شاهد تحولات، بسط و توسعه فزاینده، در ابعاد و وجوه مختلف بوده است، به طوری که امروزه در برخی از دانشگاه‌های ممالک صنعتی و توسعه یافته به‌عنوان یک گرایش تخصصی جامعه‌شناسی مطرح است (فریتز، ۱۹۹۱: ۵ - ۴).

با تأسیس انجمن جامعه‌شناسی بالینی در سال ۱۹۷۸ در آمریکا بر دامنه و تعداد نشریات، منابع تخصصی و کتب مرجع در این حوزه افزوده شده است، به طوری که بعد از انتشار اولین مقاله در زمینه جامعه‌شناسی بالینی توسط لوئیس ویرث<sup>۲</sup> در سال ۱۹۳۱ میلادی در مجله جامعه‌شناسی آمریکا، صدها کتاب و مقاله تخصصی در حوزه جامعه‌شناسی بالینی و کاربردی در این کشور منتشر شده است. با وجود این از اواخر دهه ۱۹۷۰ میلادی به بعد جامعه علمی آمریکا شاهد انتشار آثار مکتوب در زمینه مباحث مختلف جامعه‌شناسی بالینی بوده است. به عنوان مثال می‌توان به آثار منتشر شده توسط اشتراوس<sup>۳</sup> (۱۹۷۹)، گلاسرنر<sup>۴</sup> و فریدمن<sup>۵</sup> (۱۹۷۹)، فریتز<sup>۶</sup> (۱۹۸۵)، فریتز و کلارک<sup>۷</sup> (۱۹۸۹)، رباک و بروهن (۱۹۹۱)، اشتراوس (۱۹۹۲)، فریتز (۱۹۹۱) و فریتز (۲۰۰۵) اشاره کرد.

در چند دهه گذشته علاقه به جامعه‌شناسی بالینی علاوه بر ایالات متحده آمریکا که مهد نضج و رشد آن بوده است، در بسیاری از کشورها و محیط‌های علمی جهان رو به توسعه و افزایش بوده است. به عنوان مثال فرانسه در ردیف نخستین کشورهایی است که در آن جامعه‌شناسی بالینی مورد توجه و تأکید بوده است، به طوری که زبان فرانسه در بسیاری از کنفرانس‌ها، کتب منتشر شده و مقاله‌های بین‌المللی در حوزه جامعه‌شناسی بالینی زبان غالب محسوب می‌شود. جامعه‌شناسان فرانسوی زبان با تشکیل یک شبکه بین‌المللی علمی به‌ویژه در ارتباط با جامعه‌شناس‌های فرانسوی زبان کانادایی مطالعات و تحقیقات ارزنده‌ای را در زمینه موضوعات و مباحث متنوع جامعه‌شناسی بالینی و کاربردی انجام داده‌اند. به طور اخص در این زمینه می‌توان به کارهای جکسن ون بوکستل<sup>۸</sup> و ماریا ون بوکستل<sup>۹</sup> (۱۹۶۸، ۱۹۶۳، ۲۰۰۴)، اگن انریکوئز<sup>۱۰</sup> (۱۹۹۷، ۱۹۹۳، ۱۹۹۲)، وینسنت دگالچیک<sup>۱۱</sup> و شرلی روی<sup>۱۲</sup> (۱۹۹۳)، جکسن ریهیوم<sup>۱۳</sup> (۱۹۹۷، ۱۹۹۳) و روبرت سونگی<sup>۱۴</sup>

- 
1. Chicago
  2. Lewis Wirth
  3. Straus
  4. Glassner
  5. Freedman
  6. Fritz
  7. Clark
  8. Jacques Van Bookstaele
  9. Maria Van Bookstaele
  10. Enriquez, Eugene
  11. Vincent de Gauleiac
  12. Shirley Roy
  13. Jacques Rheume
  14. Robert Seigny

## پیشگفتار □ ل

(۱۹۹۷، ۲۰۰۵) اشاره کرد در چند دهه گذشته ایتالیایی‌ها نیز میزبان کنفرانس‌های جامعه‌شناسی بالینی متعددی بوده‌اند و در این حوزه آثار مکتوب و کتب سودمندی منتشر کرده‌اند. آنان همچنین سمینارها و کارگاه‌های آموزشی مختلفی در حوزه جامعه‌شناسی بالینی در چند دهه گذشته برگزار نموده‌اند. از میان آثار جامعه‌شناس‌های بالینی ایتالیا می‌توان به میشلینا توسی<sup>۱</sup> و فرانچسکو باتیستی<sup>۲</sup> (۱۹۹۵)، لوسیولویزان<sup>۳</sup> و اوراردو میناردی<sup>۴</sup> (۲۰۰۵) اشاره کرد (فریتز، ۲۰۰۵: ۲۱-۱۹).

جامعه‌شناسی بالینی همچنین در سایر نقاط دنیا مانند ژاپن، برزیل، یونان، مکزیک و مالزی راه یافته است. در ژاپن برای اولین بار در سال ۱۹۹۴ کتابی با عنوان جامعه‌شناسی بالینی منتشر شد که عمدتاً بر مبحث سلامت و بیماری متمرکز بود (یوجی نوجوچی<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵). در مالزی هالیومون<sup>۶</sup> (۲۰۰۴) سازمانی حرفه‌ای برای انجام فعالیت‌های عملی و جامعه‌شناسی ورزی در این کشور تأسیس و دو کتاب نیز در این زمینه منتشر کرده است (فریتز، ۲۰۰۵: ۲۱). گرچه دانشوران عملگرای آمریکایی با تأکید بر نقش مداخله‌گرانه و متعهدانه جامعه‌شناسی در فعالیت‌های دانشگاهی و حرفه‌ای جامعه‌شناس‌ها در طول یک قرن گذشته نقش خطیر و موثری را در توسعه و تعالی جامعه‌شناسی بالینی برعهده داشته‌اند، اکنون آنان تنها یکی از ملت‌هایی هستند که در این امر خطیر سهیمند. با گسترش علوم از یک سو و شکل‌گیری تخصص‌های جدید همراه با نیازها و مسائل اجتماعی در جهان متحول امروز، جامعه‌شناسی بالینی طیف وسیعی از موضوعات و مسائل ذی‌علاقه را از مراقبت‌های پزشکی و بهداشتی تا ارتقای سطح کیفیت زندگی و سلامت، از حفاظت از محیط زیست تا توریسم و جهانی شدن، از توسعه سیاسی تا توانمندسازی زنان، از مطالعه رفتارهای پرخطر تا تدقیق در زمینه آسیب‌ها و انحراف‌های اجتماعی و نظایر آن در کانون توجه و مداخله خود قرار داده است.

سابقه جامعه‌شناسی ورزی و مداخلات جامعه‌شناختی در هیأت فعالیت‌های حرفه‌ای جامعه‌شناس‌های بالینی در ایران در طریقی که کارل پوپر (۱۹۶۱) آن را «مهندسی اجتماعی» می‌نامد بسیار اندک و قلیل است،<sup>۷</sup> به طوری که از بدو ورود جامعه‌شناسی به محافل دانشگاهی و محیط‌های دانشگاهی کشور در بیش از نیم قرن، این حوزه از علوم انسانی بیشتر غرق مباحث نظری، ملاحظات

1. Michelina Tosi
2. Francesco Battisti
3. Lucio Luison
4. Everado Minardi
5. Yuji Noguchi
6. Hulim Van

۷. پوپر ضمن اشاره به علوم اجتماعی تجربه‌گرا با استفاده از روش‌های کمی، نظریه‌هایی را در باب علیت‌های اجتماعی فراهم می‌آورد و برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران را در توصیف، تبیین و پیش‌بینی آثار و عواقب اوضاع کنونی اجتماع و در طراحی برنامه‌ها و اقدامات آتی با نتایج مطلوب و مفید به فایده باری می‌کند و می‌کوشد آن را به مهندسی اجتماعی تعبیر و تشبیه کند (به نقل از لیتل، ۱۹۹۱: ۳۷۹).

تربیتی و پداگوژیکال، تاملات و فعالیت‌های آموزشی و تدریس محض بوده است. علاوه بر این باوجود افزایش علاقه جامعه‌شناسان به تحقیق و تدقیق در میدان‌های اجتماعی در چند دهه گذشته، و افزایش تحقیقات اجتماعی در محیط‌های دانشگاهی و فراهم آمدن بازار کار برای پژوهشگران اجتماعی، تحقیقات اجتماعی مانند بسیاری از تحقیقات در علوم اجتماعی و انسانی همچنان در دایره تحقیقات محض باقی مانده و در عمل<sup>۱</sup>، اجرا و مداخله گام نگذاشته است، به طوری که می‌توان مدعی شد که تحقیق برای تحقیق همچنان هدف غایی پژوهشگران است. در مواردی هم که محققان علوم اجتماعی با استعانت از نظریه‌ها و روش‌های جامعه‌شناسی به تحقیق در امور و موضوعات اجتماعی می‌پردازند، راه کارها و پیشنهاد‌های ارائه شده از سوی آنان در اغلب موارد، زمینه‌ها و شرایط عینی اجرا و اعمال<sup>۲</sup> را نمی‌یابند. از این رو در اکثریت این تحقیقات «مداخله» که غایی‌ترین هدف و رکن اصلی در فعالیت‌های عملی و حرفه‌ای جامعه‌شناس‌هاست مغفول می‌ماند. به این ترتیب با گرایش جامعه‌شناس‌ها به تدریس محض و صرف وقت خود در امور آموزشی و یا پرداختن به فعالیت‌های پژوهشی مجرد و فارغ از ملاحظات اجرایی، عملی و مداخلاتی، جامعه‌شناسی عمل‌گرا<sup>۳</sup> و معطوف به فعالیت‌های حرفه‌ای و کلینکی در زمینه مسائل اجتماعی ایران از جایگاه شایسته و درخور توجهی برخوردار نیست. لذا می‌توان مدعی شد جامعه‌شناسی بالینی به‌عنوان حوزه‌ای تخصصی با اهداف مداخله‌گر و درمان‌مدار در ایران به لحاظ پیشینه تاریخی بسیار جوان و از حیث محتوایی فقیر، ساده‌انگارانه و ضعیف است. شناختن این معضل خود نیازمند مطالعات و بررسی‌های دقیق در خصوص وضعیت و مختصات جامعه‌شناسی در ایران است.

با تأسیس دوره‌های کارشناسی ارشد و دکتری «مسائل اجتماعی ایران» در گروه جامعه‌شناسی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران در اواخر دهه ۱۳۷۰ شمسی و متعاقباً بازنگری در دروس گرایش‌های تخصصی در این دوره‌ها در اوایل دهه حاضر، درس جامعه‌شناسی بالینی در فهرست دروس گرایش پژوهش در مسائل اجتماعی ایران در مقطع کارشناسی ارشد گنجانده و اولین بار این درس در نیمسال اول سال تحصیلی ۱۳۸۳-۸۴ برای دانشجویان این گرایش در دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران توسط نگارنده ارائه شد.

کتاب «جامعه‌شناسی بالینی: مقدمه‌ای بر جامعه‌شناسی مداخله‌گر و درمان‌مدار» که اینک به زیور طبع آراسته و برای دانش‌پژوهان و طلاب علوم اجتماعی و رفتاری عرضه می‌شود حاصل چند سال تدریس، تحقیق و مطالعه مدید در حوزه جامعه‌شناسی بالینی است.

اندک بودن منابع، کتب و متون تخصصی و علمی در حوزه جامعه‌شناسی بالینی در زبان

---

1. Action  
2. Imimplimentation  
3. Action - Oriented



فارسی که عمدتاً ناشی از فقدان زمینه‌ها و شرایط توسعه جامعه‌شناسی میکروسکوپیک و تخصص‌گرا و تأسیس گرایش‌های تخصصی در جامعه‌شناسی بود، سبب شد که از یک سو منابع مکتوب علمی و تخصصی اعم از منابع تالیفی و یا منابع ترجمه شده تولید و منتشر نشود. از سوی دیگر با تأسیس دوره تخصصی پژوهش در مسائل اجتماعی ایران در مقطع کارشناسی ارشد رشته جامعه‌شناسی در دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران و نیاز مبرم دانشجویان، دانش‌پژوهان و طلاب علوم اجتماعی به ویژه دانشجویان گرایش مسائل اجتماعی به متون و کتب تخصصی و علمی در این حوزه ضرورت تدوین و تألیف منبعی درسی در باب جامعه‌شناسی بالینی را ایجاب کرد. چنین ضرورت‌هایی سبب شد نگارنده با گردآوری دست نوشته‌های پراکنده و نوشته‌های چاپ نشده خود در شکل جزوه درسی و بازنگری و تنظیم و تنسيق مجدد آنها و نیز مراجعه به منابع جدید و به روز خارجی زمینه‌های تصنیف این اثر و تصمیم به انتشار آن را فراهم کند.

هدف اصلی مؤلف از تألیف این کتاب لذت آشنا کردن دانشجویان گرایش‌های مختلف جامعه‌شناسی به‌ویژه دانشجویان گرایش مسائل اجتماعی، جامعه‌شناسی پزشکی، روان‌شناسی اجتماعی و نیز دانشجویان سایر رشته‌های ذیربط نظیر مددکاری اجتماعی، پزشکی اجتماعی، بهزیستی و توانبخشی با مبانی جامعه‌شناسی بالینی و شیوه تفکر پیرامون مسائل آن است. از این منظر دانشجویان با موضوع و حیطه مطالعاتی، اهداف، تاریخچه پیدایی و تکوین، مبانی و اصول نظری، روش‌شناسی، شیوه‌های مداخلات جامعه‌شناختی و انجام فعالیت‌های بالینی در حیطه‌های اجتماعی و نیز موضوعات و زمینه‌های تحت مطالعه و مداخله در حوزه جامعه‌شناسی بالینی آشنا می‌شوند و از این طریق قادر خواهند بود قابلیت‌ها، مهارت‌ها و دانش لازم را در زمینه جامعه‌شناسی ورزی<sup>1</sup> تحصیل کنند و به‌طور عملی در مداخلات جامعه‌شناختی در عرصه‌های مختلف امور شرکت نمایند.

پیش از طرح رؤس مباحث و مطالب کتاب در بخش‌ها و فصل‌های مختلف آن، ذکر چند نکته را ضروری می‌داند: نخست آنکه، مطالعات و تحقیقات منظم و فعالیت‌های عملی و حرفه‌ای در حوزه جامعه‌شناسی بالینی هنوز در ایران پا نگرفته است. از این رو شواهد عینی و اطلاعات تجربی دقیق و مکفی در باب آثار و نتایج مداخلات جامعه‌شناختی در حیطه‌های مختلف و عرصه‌های گوناگون اجتماعی موجود نیست. از این رو مثال‌ها و شواهد ارائه شده در زمینه فعالیت‌های حرفه‌ای و عملی جامعه‌شناسان بالینی، بیشتر متکی به موارد و فعالیت‌هایی است که در برخی از کشورهای صنعتی و اغلب در ایالات متحده آمریکا صورت گرفته است،

دوم، و مرتبط با مورد اول، امکان ارزیابی‌های عملی در خصوص اثربخشی و کارآمدی روش‌ها، برنامه‌ها، راهبردها و مدل‌های مداخلاتی در هر یک از حیطه‌های مطالعاتی که در کتاب

حاضر بدانها پرداخته شده است نیست. بدیهی است با توسعه کمی و کیفی جامعه‌شناسی بالینی در ایران به ویژه به لحاظ محتوایی و همچنین افزایش علاقه و گرایش جامعه‌شناسان به جامعه‌شناسی ورزی انتظار می‌رود زمینه‌های عینی و عملی مداخلات و فعالیت‌های حرفه‌ای در جامعه‌شناسی ایران فراهم آید.

کتاب حاضر در دو مجلد و در چهار بخش و دوازده فصل فراهم آمده است.

مجلد اول مشتمل بر بخش‌ها و فصل‌های زیر است:

بخش اول با عنوان کلیات، مشتمل بر دو فصل اول و دوم است.

در فصل اول ضمن ورود به تعریف، مفهوم، موضوع و حیطه‌های مطالعاتی و مداخلاتی جامعه‌شناسی بالینی، تفاوت‌های میان جامعه‌شناسی بالینی و جامعه‌شناسی کاربردی و همچنین روابط متقابل میان این دو تشریح شده است و بالاخره اهداف جامعه‌شناسی بالینی تبیین و بررسی می‌شوند، فصل دوم ضمن مروری بر تاریخچه پیدایی و تکوین جامعه‌شناسی بالینی، ظهور آن را در ایالات متحده آمریکا و سپس سیر توسعه و تحولات آن را در سایر نقاط جهان، از جمله ایران بررسی می‌شود و در پایان فصل نگاهی مجمل به وضعیت کنونی و روند تحولات آتی آن دارد.

بخش دوم کتاب مشتمل بر دو فصل سوم و چهارم و ناظر بر مبانی نظری و تجربی جامعه‌شناسی بالینی است.

در فصل سوم به پارادایم‌ها، مکاتب و نظریه‌های مطرح شده در جامعه‌شناسی بالینی پرداخته شده است و هر یک از حوزه‌های واقعیت اجتماعی، تعریف اجتماعی و رفتار اجتماعی با مکاتب و نظریه‌های مربوط به آن تشریح شده‌اند. در این فصل همچنین الگوهای نظری مأخوذ از هر یک از نظریه‌های مطرح شده که در بررسی‌های بالینی و مداخلات اجتماعی در حیطه‌های مختلف به کار می‌روند، واکاوی و تشریح شده‌اند.

فصل چهارم مبانی تجربی و روش‌شناسی رایج در جامعه‌شناسی بالینی را مطرح می‌کند. در این فصل ضمن ورود به انواع روش‌های تحقیق در جامعه‌شناسی کاربردی و جامعه‌شناسی بالینی اعم از روش‌های کمی و روش‌های کیفی، روش‌های ترکیبی و گرایش به رویکردهای سیستمی نیز مورد توجه قرار می‌گیرد.

بخش سوم کتاب تحت عنوان مداخله مشتمل بر سه فصل پنجم، ششم و هفتم است.

در فصل پنجم با عنوان مداخله؛ مفهوم، راهبردها و مدل‌ها ضمن تبیین و تعریف مداخله، مفاهیم متناظر و مترادف با این مفهوم نظیر کنترل<sup>۱</sup>، حل مسئله<sup>۲</sup>، درمان<sup>۳</sup>، تقویت<sup>۴</sup> و مانند آن تشریح می‌شود

---

1. Control  
2. Problem Solving  
3. Treatment  
4. Reinforcement

پیشگفتار □ و

و در پایان به معرفی مدل‌ها و راهبردهای مداخلاتی علم محور مبتنی بر سه نظام پایش، اجرا و ارزیابی می‌پردازد.

در فصل ششم با عنوان پیشگیری به مثابه مداخله، ضمن تعریف پیشگیری و اهداف آن، انواع مدل‌ها و راهبردهای پیشگیری تشریح می‌شوند، نکاتی که در تدوین برنامه‌های پیشگیرانه از عوامل و شرایط تهدیدکننده، نابهنجار و نامطلوب در شکل بیماری، رفتار پرخطر، اختلال یا انحراف باید مورد توجه قرار گیرد طرح و بررسی می‌شود.

در فصل هفتم با عنوان ملاحظات اخلاقی در جامعه‌شناسی بالینی به طرح و تشریح اهم موضوعات و مسائل اخلاقی پرداخته شده است که جامعه‌شناس‌های بالینی در فعالیتهای حرفه‌ای و در جریان مداخله و میدان عمل با آنها مواجه‌اند. همچنین توصیه‌های لازم در توجه و رعایت این نکات از سوی جامعه‌شناس‌های بالینی مطرح می‌شود.

مجلد دوم به بخش چهارم کتاب اختصاص دارد. در این بخش پنج فصل زیر ارایه شده است:

در فصل هشتم تحت عنوان حیطة رفتارهای پرخطر<sup>۱</sup> رفتارهای خطرآفرینی نظیر مصرف مواد دخانی و سیگار<sup>۲</sup>، سوءمصرف مواد مخدر<sup>۳</sup>، سوءمصرف الکل<sup>۴</sup>، خودکشی<sup>۵</sup> و وندالیسم<sup>۶</sup> به مثابه رفتارهایی پرخطر و با عنایت به عوامل و شرایط بروز، بنیان‌های نظری، مدل‌های مطالعاتی و مداخله‌های بالینی و راهبردهای پیشگیری و درمان مورد تدقیق و بررسی قرار می‌گیرد.

در فصل نهم حیطة پزشکی و سلامت مورد توجه قرار گرفته است. در این فصل ابتداء مفاهیم سلامت<sup>۷</sup> و بیماری<sup>۸</sup> تشریح می‌شوند. سپس منشأ اجتماعی بیماری‌های روانی و جسمانی بررسی می‌گردند. متعاقباً شاخص‌های اجتماعی سلامت و بیماری مورد تدقیق قرار می‌گیرند. در پایان فصل استرس<sup>۹</sup> به عنوان یک بیماری با زمینه‌های اجتماعی، بنیان‌های نظری و شیوه‌های کنترل و درمان تحلیل و بررسی می‌شود.

در فصل دهم با عنوان حیطة کار و شغل مسائل، معضلات و چالش‌های عمده و اساسی در محیط‌های کار و تولید طرح و بررسی می‌شوند. متعاقباً ملاحظات بالینی در شکل پیشگیری و کاهش اختلال‌ها، آسیب‌ها و معضلات عمده در محیط‌های کار و شغل مورد تدقیق و بررسی قرار می‌گیرند.

- 
1. Risky Behaviors
  2. Smoking
  3. Drug Abuse
  4. Alcohol Abuse
  5. Suicide
  6. Vandalism
  7. Health
  8. Illness
  9. Stress

فصل یازدهم ناظر بر حیطه سالمندان و سالمندی<sup>۱</sup> است. در این فصل ضمن تعریف و تبیین معنا و مفهوم سالمند، مبانی نظری، چالش‌ها و مسائل اساسی سالمندی و سالمندان در جامعه معاصر و بالاخره مداخلات اجتماعی برای کاهش این معضلات و بهبود شرایط و زندگی سالمندان بررسی و تحلیل می‌شوند.

فصل دوازدهم حیطه توانمندسازی<sup>۲</sup> و آموزش مهارت‌های زندگی<sup>۳</sup> به گروه‌های در معرض خطر را مورد توجه قرار می‌دهد.

در این فصل ابتداء مفاهیم توانمندسازی و مهارت‌های زندگی تعریف و تشریح می‌شوند و سپس مدل‌های خاص مداخلاتی در توانمندسازی و آموزش مهارت‌های زندگی به گروه‌های در معرض خطر تدقیق و بررسی می‌شوند. در پایان فصل مدل‌ها و برنامه‌های خاص مداخلاتی جهت افزایش مهارت‌های زندگی در زنان نیازمند به‌عنوان یک مورد خاص تشریح و بررسی می‌شود.

امیدوار است، انتشار این اثر، علاوه بر آنکه علاقه‌مندان و به‌ویژه دانشجویان و دانش‌پژوهان علوم اجتماعی و رفتاری را با مباحث متنوع جامعه‌شناسی بالینی آشنا می‌کند، به ارتقای سطح دانش و مهارت‌های حرفه‌ای دانشجویان گرایش‌های مسائل اجتماعی، جامعه‌شناسی پزشکی، جامعه‌شناسی انحرافات، جامعه‌شناسی شهری، روان‌شناسی اجتماعی و سایر گرایش‌های مرتبط در کشف، فهم و شناخت علمی مسائل اجتماعی و شیوه‌های مقابله و مداخله مؤثر در هر یک از آن مسائل مدد و یاری رساند.

بی‌تردید هیچ کاری عاری از سهو و خطا و خالی از اشکال و ابهام نیست. امیدوار است، همکاران دانشگاهی، محققان و خوانندگان عزیز خطاها و ابهامات را با مؤلف در میان بگذارند. پیشاپیش از همه عزیزانی که زحمت نقد کتاب را بر خود هموار خواهند کرد تشکر و قدردانی می‌نماید.

**دکتر علیرضا محسنی تبریزی**

**گروه جامعه‌شناسی دانشگاه علوم اجتماعی دانشگاه تهران**

---

1. Elderly  
2. Empowerment  
3. Life skills