

تاثیر برنامه ارتقاء همدلی بر سلامت اجتماعی سالمندان مراجعه کننده

به انجمن سالمندان استان اصفهان

اکرم ریسمانچیان^۱، جهانگیر مقصودی^۲

^۱. کارشناسی ارشد روانپرستاری، گروه روانپرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

مرکز تحقیقات مراقبت سالمندی و ارتقاء سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

^۲. (استادیار)، گروه روانپرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

نویسنده مسئول :

جهانگیر مقصودی

چکیده :

اهداف: یکی از چشمگیرترین وقایع قرن بیست و یکم، افزایش جمعیت سالمندان می باشد و حفظ سلامت آنان دغدغه ی بسیار مهمی است. از عوامل تاثیر گذار بر سلامت سالمندان، سلامت اجتماعی آنان است که نقشی اساسی در کارکرد فرد و تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفاء می کند؛ از طرفی مرور مطالعات نشان داد روابط عاطفی نیز بر بسیاری از ابعاد زندگی فردی و اجتماعی انسان ها تاثیرگذار است. آموزش مهارتهای زندگی برنامه ای است که به افراد کمک می کند تا زندگی بهتر و سالمتری داشته باشند و یکی از مهمترین این آموزش ها، مهارت همدلی است که به معنی توانایی قرار دادن خود به جای دیگران و درک بهتر احساسات و تجربیات آنهاست. هدف این مطالعه تعیین تاثیر یک برنامه ارتقاء همدلی بر سلامت اجتماعی سالمندان مراجعه کننده به انجمن سالمندان استان اصفهان بوده است.

مواد و روش ها: پژوهش حاضر به صورت کارآزمایی بالینی بر ۷۰ سالمند عضو انجمن سالمندی استان اصفهان که به روش در دسترس نمونه گیری و سپس به صورت تصادفی به دو گروه آزمون و کنترل تخصیص یافتند، انجام شد. گروه آزمون در هشت جلسه ۴۵ دقیقه ای برنامه ارتقاء همدلی شرکت کرد. پرسشنامه سلامت اجتماعی کییز قبل از مداخله، بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله تکمیل شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ تجزیه و تحلیل شد. پایایی پرسشنامه مورد تایید و ضریب آلفا کرونباخ 0/8567 بود.

یافته ها: بین میانگین نمرات گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی داری وجود داشت. میانگین نمره سلامت اجتماعی به تدریج در طی زمان های بررسی در گروه آزمون افزایش یافت ($P < 0.001$)، در حالیکه میانگین نمره سلامت اجتماعی در گروه کنترل پس از مطالعه افزایش معنا داری نداشت.

نتیجه گیری: برنامه ارتقاء همدلی بر سلامت اجتماعی سالمندان تاثیر مثبت داشته است؛ لذا این برنامه به عنوان یک رویکرد عملی می تواند جهت ارتقاء سلامت اجتماعی در سالمندان بکار رود.

واژه های کلیدی: همدلی؛ سلامت اجتماعی؛ سالمند

کد ثبت : IRCT 2016090329674N1

مقدمه :

برخوردار بودن از نعمت سلامتی برای اغلب انسانها فوق العاده مهم می باشد و انسان همواره برای رسیدن به آن تلاش می کند (۱). مفهوم سلامت از جمله مفاهیمی است که تا مدتها با اتکا به نقطه مقابل آن، یعنی بیماری تعریف می شد و سازمان بهداشت جهانی سلامت را در نبود بیماری یا نقص و نوعی آسایش جسمی - روانی و اجتماعی تعریف می کرد، اما امروزه سازمان بهداشت جهانی در تعریف خود سلامت را به عنوان حالتی از رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی و نه صرفاً فقدان بیماری تعریف می کند (۲).

با توجه به این تعریف، سلامت؛ ابعاد مختلفی دارد. یکی از این ابعاد، سلامت اجتماعی است. در حقیقت زمانی فرد را دارای سلامت اجتماعی می دانیم که بتواند فعالیتها و نقش های اجتماعی خود را در حد متعارف انجام دهد و با جامعه و هنجارهای اجتماعی احساس پیوند و اتصال برقرار نماید (۳).

مفهوم سلامت اجتماعی دارای شاخص های متعددی است که این ابعاد شامل: انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی می باشد. انسجام اجتماعی به معنای احساس حمایت شدن از طریق جامعه و سهم داشتن در آن است. در پذیرش اجتماعی فرد نگرش مثبت و احساس خوبی در مورد خود و زندگی گذشته اش دارد و با وجود ضعفها و ناتوانی هایی که دارد همه جنبه های خود، جامعه و مردم آن را می پذیرد. مشارکت اجتماعی بدین معنی است که فرد خود را عضو حیاتی اجتماع می داند و فکر می کند چیز ارزشمندی برای عرضه به دنیا دارد. این افراد تلاش می کنند که احساس دوست داشته شدن کنند و در دنیایی که صرفاً به دلیل انسان بودن برای آنها ارزش قائل است سهیم باشند. شکوفایی اجتماعی یعنی باور به این که اجتماع سرنوشت خویش را در دست دارد و به مدد توان بالقوه اش مسیر تکاملی خود را کنترل می کند و انطباق اجتماعی درکی است که فرد نسبت به کیفیت، سازمان دهی و اداره دنیای اجتماعی اطراف خود دارد (۴).

طبق آمار اعلام شده از سوی سازمان بهداشت جهانی، یکی از مهمترین تغییراتی که در قرن بیست و یکم در ساختار اجتماعی جوامع رخ داده است، افزایش جمعیت سالمندان می باشد. گرچه سالمندی با بیماری و ناتوانی هم معنی نیست اما سالمندان نسبت به جوان ترها بیشتر در معرض بیماری ها و عوارض آن ها و مرگ و میر قرار دارند. در فرایند پیر شدن، علاوه بر کاهش میزان سلامتی به دلیل افزایش سن و کهولت، عوامل مهم دیگری نیز تأثیرگذار هستند. از جمله این عوامل می توان به کم شدن دوستان، جدایی از فرزندان، از دست دادن شغل، کاهش درآمد و موقعیت و هویت اشاره نمود. این کمبودها ممکن است باعث اثرات معنی داری روی سلامت افراد سالمند و تشدید عوامل خطر و کاهش سلامت در ابعاد روانی - اجتماعی، رفتاری و محیطی آن ها مانند: کاهش احساس حمایت اجتماعی، سبک زندگی غیر سالم و خطرات محیطی شوند؛ لذا دوره ی سالمندی دوره ی بحرانی خاصی است که توجهات خاصی را نیز می طلبد و بایستی در مراقبت های سلامت جایگاه ویژه ای داشته باشد (۵). این امر امروزه موجب چالشهای زیادی شده است. اهمیت مسئله به ویژه زمانی بیشتر می شود که برخی مطالعات نشان می دهند که مشکلات این قشر روندی فزاینده دارد و تأمین بهداشت روانی و جسمانی سالمندان به عنوان یک گروه آسیب پذیر جامعه توجه ویژه ای را می طلبد (۶).

از آنجا که جمعیت ایران روز به روز به سمت سالمندی پیش می رود، اگر به منظور حمایت از سالمندان به موقع تدبیری اندیشیده نشود؛ در آینده با چالشهای زیادی روبه رو خواهیم شد. در حال حاضر جایگاه سالمندان در خانواده همانند گذشته نیست و متأسفانه در خانواده ها و حتی محیط های اجتماعی احترام به سالمند کمرنگ شده است، اگر فرد سالمند از تماس های اجتماعی کنار گذاشته شود، تامین نیازهای روانی در او بسیار مشکل خواهد بود. در حالی که با گسترش احساس همدلانه، توانایی زبانی نیز افزایش یافته و بیان احساسات در شکل کلامی نمایانگر اندیشه ورزانه تر شدن همدلی بوده و آنان را به داشتن احساس مثبت تری نسبت به خود ترغیب می کند (۷).

مرور مطالعات نشان داده است که روابط عاطفی بر بسیاری از ابعاد زندگی فردی و اجتماعی انسان ها تاثیر می گذارد لذا آنان برای مقابله ی سازگاران با موقعیت های تنش زا به آموختن برخی مهارتها نیاز دارند. از آنجا که سالمندی فرآیندی همگانی است شیوه برخورد با این مسئله نیز باید جامع بوده و همه جنبه های حیاتی این فراگرد مد نظر قرار گیرد. حفظ سلامت اجتماعی، جسمانی و روانی آنان دغدغه ی بسیار مهمی است و لازم است افراد سالمند بتوانند نقش ها و فعالیتهای اجتماعی خود را در حد متعارف در خانواده و اجتماع بروز دهند و در قالب هنجارهای اجتماعی ارتباط برقرار نمایند. یکی از عوامل تاثیر گذار بر سلامت سالمندان، سلامت اجتماعی آنان است که نقشی اساسی در کارکرد فرد و تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفاء می کند؛ مرور مطالعات نشان داد افرادی که دارای روحیه همدلانه بیشتری باشند می توانند در چالش ها عملکرد بهتری ارائه دهند (۸). متخصصان علوم رفتاری معتقدند یکی از موثرترین برنامه هایی که به افراد کمک می کند تا زندگی بهتری سالمتری داشته باشند، آموزش مهارتهای زندگی است، آموزش مهارتهای زندگی برنامه ای است که به افراد کمک می کند تا زندگی بهتری سالمتری داشته باشند (۹) و یکی از مهمترین این آموزش ها، مهارت همدلی است که به معنی توانایی قرار دادن خود به جای دیگران و درک بهتر احساسات و تجربیات آنهاست (۱۰).

در واقع همدلی، توانایی شناخت حالات روانی، احساسات و انگیزش های دیگران و پاسخ به آنان با هیجانات همخوان تعریف می شود. همدلی اجازه آگاهی از احساسات افراد و پیش بینی رفتار آنان را به ما می دهد و کلید رشد و حفظ روابط انسانی است (۱۱). پژوهش ها نشان داده بین همدلی، خود کار آمدی، مسئولیت و رفتارهای اجتماعی ارتباط مستقیم وجود دارد (۱۲).

نتایج مطالعه خانجانی (۲۰۱۵) تحت عنوان "مقایسه همدلی شناختی، همدلی عاطفی و عملکرد اجتماعی در گروههای مختلف سنی" نشان داد که در افراد مسن همدلی عاطفی افزایش یافته است اما عملکرد اجتماعی که یک متغیر مربوط به همدلی است به دلیل توانایی محدود برای ایجاد رابطه اجتماعی کاهش یافته است. با توجه به کاهشی که در همدلی شناختی تحت تاثیر سالمندی، دیده شد به نظر می رسد برخی افراد مسن در توانایی تفسیر نشانه های عاطفی، اختلال دارند. این کاهش همدلی شناختی وابسته به سن ممکن است دلیلی برای عملکرد اجتماعی ضعیف در افراد مسن باشد (۱۳).

باتوجه به آمار بالای سالمندان در جهان و تسریع روند پیر شدن جمعیت ایران و آنچه درباره اهمیت و ضرورت توجه به مسئله سلامت اجتماعی در مباحث بالا آمد؛ انگیزه انجام این تحقیق تحت عنوان تعیین تاثیر یک برنامه ارتقاء همدلی بر سلامت اجتماعی سالمندان فراهم گردید. امید

است. نتایج این تحقیق با توجه به نو و جدید بودن مداخله مورد نظر و هم چنین متغیر سلامت اجتماعی که خود شامل چندین مولفه قابل توجه می باشد بینش ما نسبت به عوامل تاثیر گذار بر سلامت اجتماعی سالمندان را وسیع تر نماید.

روش پژوهش :

پژوهش حاضر یک کارآزمایی بالینی دو گروهی و سه مرحله ای است (کد ثبت IRCT 2016090329674N1).

حجم نمونه، برای انجام آزمون دوطرفه در سطح معناداری ۵ درصد ($\alpha=0/05$)، با توان آزمون ۹۰ درصد ($\beta=0/1$) و برای تشخیص تفاوتی حداقل به اندازه مقدار انحراف معیار ($\sigma=\delta$)، طبق فرمول زیر برابر با ۳۰ نفر در هر گروه آزمایشی محاسبه شد و با در نظر گرفتن ۱۵٪ بعنوان ریزش نمونه، ۳۵ نفر در هر گروه آزمایشی انتخاب گردید.

$$n = \frac{2\sigma^2(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2}{\delta^2}$$

در نهایت مطالعه بر روی ۷۰ سالمند عضو انجمن سالمندی استان اصفهان انجام شد. در طول مطالعه ۳ سالمند به دلیل بیماری، از مطالعه خارج شدند. نمونه گیری از تاریخ ۲۸ فروردین لغایت ۱۵ اردیبهشت به طول انجامید. معیارهای ورود به پژوهش شامل: نداشتن بیماری آلزایمر یا بیماری های جسمی و توانایی شرکت در جلسات مداخله بود. معیارهای خروج از پژوهش شامل مواجهه با استرس های حاد و شدید در طول مطالعه و غیبت حداقل ۲ جلسه در برنامه ارتقاء همدلی بود. پس از کسب رضایت کتبی، نمونه گیری به روش در دسترس انجام شد و نمونه ها به صورت تصادفی، بدین صورت که یک کارت که روی آن "کنترل" و کارت دیگر که "مداخله" نوشته شده بود، در پاکت در بسته ای قرار گرفت و در زمان نمونه گیری از آنها خواسته شد یک کارت را انتخاب نمایند. افرادی که کارت آزمون را داشتند در گروه "آزمون" و سالمندانی که کارت کنترل به آنها اختصاص یافته بود در گروه "کنترل" قرار گرفتند. در ابتدا گروه آزمون فرم اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه سلامت اجتماعی کییز را تکمیل نموده، سپس در هشت جلسه ۴۵ دقیقه ای که به صورت گروه های هشت و نه نفره (چهار گروه) و هفتگی در محل انجمن برگزار می شد، شرکت کردند. از گروه کنترل تقاضا شد که فقط در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری شرکت کنند و در روزهای مخالف روز برگزاری مداخله برای گروه آزمون، در محل انجمن حضور یافته و پیرامون مشکلات دوران سالمندی و تجارب خویش صحبت نمایند. علت تقسیم بندی هریک از گروه های آزمون و کنترل، رعایت سقف هشت نفر برای جلسه های مداخله گروهی بود. هریک از اعضای گروه ها در سه مقطع پیش از شروع مداخله، بلافاصله بعد از مداخله و یک ماه بعد (مرحله پیگیری) به وسیله پرسشنامه سلامت اجتماعی کییز مورد ارزیابی قرار گرفتند. پرسشنامه مورد استفاده در این پژوهش توسط کییز در بنیاد علمی مک آرتور^۳ ایالات متحده آمریکا به سال ۲۰۰۴ ساخته و در چندین دوره مطالعاتی روایی و پایایی آن مورد آزمون واقع شده است. پرسش نامه سلامت اجتماعی کییز حاوی ۵ خرده مقیاس انسجام اجتماعی (شامل ۵ سوال)، پذیرش اجتماعی (شامل ۸ سوال)، مشارکت اجتماعی (شامل ۸ سوال)، شکوفایی اجتماعی (شامل ۶ سوال) و یکپارچگی اجتماعی (شامل ۵ سوال) است که دارای ۳۲ سوال می باشد که با مقیاس لیکرت در ۵ سطح کاملاً موافقم، موافقم، بی تفاوت، مخالفم و کاملاً مخالفم سنجش شد. هر گویه دارای ۵ امتیاز می باشد که پاسخ گو برای پاسخ گویی به هر سؤال نمره ۱ تا ۵ را دریافت می نماید و سر انجام نمره نهایی کسب شده از این مقیاس ها- که از ۱۶۰ می باشد- در سه سطح خوب (۱۶۰-۱۱۸)، متوسط (۱۱۷-۷۵) و ضعیف (۷۴-۳۲) گزارش می گردد (۱۴). در ایران نیز روایی و پایایی این پرسشنامه توسط باباپور و همکاران (۱۳۸۸) با آلفای کرونباخ ۰/۸۰ مورد تایید قرار گرفت (۱۵).

³ Mac Artour

فرایند برگزاری یک دوره هشت جلسه ای با برنامه خود تنظیمی - که بر اساس مرور مطالعات مرتبط و نظر خواهی از استادان دانشکده پرستاری و مامایی، علوم تربیتی و روان شناسی تدوین و طرح ریزی شده است- به شرح ذیل بود:

جدول شماره ۱

جلسه	محتوی
اول	آشنایی پژوهشگر با واحدهای پژوهش، معرفی کامل پژوهشگر و بیان اهداف پژوهش، ارائه اطلاعاتی راجع به مراحل پژوهش و تکمیل پرسشنامه ها.
دوم	بیان اهمیت همدلی، سنجش توانایی همدلی اعضا گروه به وسیله پرسشنامه همدلی و درخواست جهت انجام همدلی طبق باورهای شخصی خود در خانواده به عنوان تکلیف تا هفته آینده .
سوم	بررسی و مرور مطالب جلسه قبل، دانش افزایی در مورد سه واژه بی تفاوتی، همدردی و همدلی و تفاوت آنها با یکدیگر و درخواست دقت در روابط اطرافیان و کشف اینکه این روابط در کدام دسته قرار می گیرد به عنوان تکلیف هفته آینده.
چهارم	بررسی و مرور مطالب جلسه قبل، آموزش موانع همدلی (انتقاد، برچسب زدن، سرزنش کردن و ...).
پنجم	بررسی و مرور مطالب جلسه قبل، شناختن خطاهای تفسیری (پرهیز از نام گذاری، برچسب زدن، تشخیص گذاری).
ششم	بررسی و مرور مطالب جلسه قبل، انجام مهارتهای همدلی (فنون گوش دادن و انعکاس) تکرار و تمرین این مهارتها به عنوان تکلیف جهت هفته آینده.
هفتم	بررسی و مرور مطالب جلسه قبل، اصلاح اشکالات و ادامه انجام مهارتهای همدلی (توجه به زبان بدنی و ابراز وجود) تکرار و تمرین این مهارتها به عنوان تکلیف طی هفته آینده.
هشتم	بررسی و مرور مطالب جلسات قبل و بیان جمع بندی از تمام جلسات، تقویت همدلی، رفع نواقص و مشکلات مربوط به مطالب جلسات قبل، تکمیل پرسشنامه ها.

داده های جمع آوری شده با استفاده از برنامه SPSS 18 و آزمون های تی زوج، کای اسکور و آنالیز واریانس با مشاهدات تکراری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها :

یافته های مطالعه نشان داد که گروه آزمون و کنترل از نظر متغیرهایی همچون سن، جنسیت، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، تعداد فرزندان و سطح مخارج تقریباً همسان بودند و نتایج آزمون های آماری، تخصیص تصادفی نمونه های مورد مطالعه به دو گروه آزمون و کنترل را تایید نمود (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: مقایسه توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک واحدهای پژوهش در گروه کنترل و آزمون

گروه	کنترل		آزمون		کل		آزمون %	P مقدار
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
مونث	۱۸	*۵۴/۵	۲۰	*۵۸/۸	۳۹	۵۵/۷	۱/۰۰۰	۰/۶۲
مذکر	۱۵	۴۵/۵	۱۴	۴۱/۲	۲۹	۴۴/۳		
۶۰-۷۰ سال	۱۸	*۵۴/۳	۲۱	*۶۲/۸	۳۹	۵۸/۲	۲۸	۰/۱۰۹
۷۰-۸۰ سال	۱۵	۴۵/۷	۱۳	۳۷/۲	۲۸	۴۱/۸		
مجرد	۴	۱۴/۲	۲	۵/۷	۶	۸/۹		
متاهل	۲۰	*۶۰/۲	۲۷	*۸۰/۲	۴۷	۷۰/۱		
همسر فوت شده	۵	۱۴/۲	۱	۲/۸	۶	۸/۵	۴/۴۸۹	۰/۱۰۶
مطلقه	۲	۵/۷	۱	۲/۸	۳	۴/۲		
ازدواج مجدد	۲	۵/۷	۳	۸/۵	۵	۷/۱		
بیسواد	۷	۲۴/۷	۵	۱۳/۳	۱۲	۲۰/۰		
زیر دیپلم	۲	۶/۸	۵	۱۳/۳	۷	۱۰/۰		
دیپلم	۷	۲۰/۰	۱۱	۳۳/۳	۱۸	۲۵/۷	۲/۳۷۴	۰/۴۹۹
تحصیلات	۱۷	*۴۶/۵	۱۳	*۴۰/۱	۳۰	۴۴/۳		
دانشگاهی								
کمتر از مخارج	۲۲	*۶۶/۷	۲۷	۷۹/۸	۴۹	*۷۳/۱	۰/۷۲۳	۰/۶۹۷
در حد مخارج	۵	۱۳/۳	۲	۶/۷	۷	۱۰/۰		
بیشتر از حد مخارج	۶	۲۰/۰	۵	۱۳/۳	۱۱	۱۶/۹		

جدول شماره ۳: میانگین نمره سلامت اجتماعی در گروه کنترل و آزمون قبل، بلافاصله بعد و یک ماه بعد از مداخله

زمان	گروه		کنترل		آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
قبل از مداخله	83.97	8.48	84.44	9.31		
بلافاصله بعد از مداخله	84.33	9.32	92.44	9.64		
یک ماه بعد از مداخله	82.94	9.28	89.59	9.18		

میانگین نمرات سلامت اجتماعی در هر دو گروه کنترل و آزمون، بلافاصله قبل از مداخله نسبت به قبل از مداخله بیشتر بوده ولی یک ماه بعد از مداخله نسبت به بلافاصله قبل از مداخله کاهش داشته است (جدول ۳). بمنظور مقایسه میانگین امتیازات سلامت اجتماعی طی سه مرحله اندازه گیری در دو گروه مطالعه از طرح آنالیز واریانس با اندازه های تکراری ۲×۳ استفاده شد. بر اساس نتایج این آزمون اثرات اصلی گروه آزمایشی و زمان اندازه گیری و اثر متقابل این دو در سطح خطای پنج درصد معنادار مشاهده شد ($p < 0.05$) (جدول ۴). بر اساس نتایج آزمون تعقیبی

بونفرونی مربوط به اثرات متقابل مشخص شد که در گروه کنترل اختلاف معناداری بین میانگین نمرات سلامت اجتماعی قبل، بلافاصله بعد و یک ماه پس از مداخله وجود نداشته است ($p > 0.05$). در حالیکه در گروه آزمون میانگین نمرات سلامت اجتماعی افراد بلافاصله بعد از مداخله و یک ماه پس از مداخله بطور معناداری بیشتر از میانگین نمرات قبل از مداخله بوده است ($p < 0.05$). همچنین در این گروه میانگین نمرات افراد در یک ماه پس از مداخله بطور معناداری نسبت به بلافاصله بعد از مداخله کمتر بوده است ($p < 0.05$). بعلاوه در مقایسه میانگین نمرات سلامت اجتماعی بین دو گروه، در ابتدای مطالعه تفاوت معناداری بین گروه کنترل و آزمون مشاهده نشد ($p > 0.05$) ولی بلافاصله بعد از مداخله و یک ماه بعد از مداخله میانگین نمرات گروه آزمون بطور معناداری بیشتر بود ($p < 0.05$).

جدول ۴: آزمون اندازه‌های تکراری در مقایسه روند تغییر نمرات سلامت اجتماعی بین افراد دو گروه در سه مرحله اندازه‌گیری

منبع تغییر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره ازمون	سطح معناداری
بین گروهی	1294.470	1	1294.470	6.269	0.015
خطا	13420.844	65	206.475		
داخل گروهی	585.75	2	292.876	12.186	<.001
زمان آزمون	550.41	2	275.204	11.451	<.001
زمان آزمون*گروه	3124.34	65	48.067		
خطا					

بحث:

در مطالعه حاضر نتایج نشان می‌دهد که قبل از مداخله، میانگین نمره سلامت اجتماعی بین دو گروه آزمون و کنترل اختلاف معنا دار نداشته اما بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله میانگین نمره سلامت اجتماعی در گروه آزمون به طور معنا داری بیشتر از گروه کنترل بوده و به مرور زمان نیز افزایش معنا داری داشته است. در گروه کنترل میانگین نمره سلامت اجتماعی به مرور زمان افزایش معنا داری نداشته است. همچنین در گروه آزمون، میانگین نمره سلامت اجتماعی بلافاصله بعد از مداخله بیشتر از قبل از مداخله ولی یک ماه بعد، کمتر از بلافاصله بعد از مداخله بوده است؛ که نشان دهنده نیاز به تکرار و پیگیری مطالب برای سالمندان به صورت مداوم است و نشان دهنده تاثیر زمان بر فراموشی مطالب ارائه شده می‌باشد.

توجه به نتایج فوق نشان می‌دهد بین میانگین نمره سلامت اجتماعی در سه مقطع قبل، بلافاصله بعد و یک ماه بعد از مداخله در گروه آزمون تفاوت معنا دار وجود دارد. اگرچه مطالعه ای که تاثیر همدلی را بر سلامت اجتماعی سالمندان بررسی کرده باشد یافت نشد، اما مطالعات متعدد در همین راستا نشان داده اند که سلامت اجتماعی سالمندان به عوامل مختلفی همچون سن، جنسیت، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، حمایت اجتماعی و حمایت خانوادگی مرتبط می‌باشد (۱۵ و ۹ و ۱۰ و ۲ و ۱۵).

از طرفی، مهارت همدلی در واقع تبلور احساس قربت با اطرافیان است و می تواند در تحکیم روابط نقش به سزایی داشته باشد، و با توجه به نتایج مطالعات، کاهشی که در همدلی شناختی تحت تاثیر سالمندی دیده می شود نشان از اختلال در توانایی تفسیر نشانه های عاطفی در افراد مسن دارند (۵). این کاهش همدلی شناختی وابسته به سن، ممکن است دلیلی برای عملکرد اجتماعی ضعیف در افراد مسن باشد (۱۵).

خلیلی (۱۳۹۰) نیز در تحقیق خود منحصر به بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی پرداخته است، از آنجا که حمایت اجتماعی غالباً از دل خانواده ها منشاء می گیرد، کلید موفقیتی در برقراری ارتباط موثر در اجتماع است و آنچه می تواند در ایجاد و تداوم آن نقش داشته باشد همدل نمودن افراد جامعه با یکدیگر و ایجاد و پرورش این مهارت در سنین مختلف و ارتقاء آن در سالهای بعد می باشد. لذا حمایت اجتماعی در گرو داشتن جامعه ای همدل می باشد (۸).

همچنین افکاری (۱۳۹۴) در تحقیقی تحت عنوان "بررسی اثر برنامه مداخله اجتماعی بر سلامت اجتماعی سالمندان سرای سالمندان شهر کرمانشاه" نشان داد انجام مداخلات اجتماعی همچون جلسه مهمانی خانوادگی، اردوهای داخل و خارج شهری و استفاده از شبکه های اجتماعی در سرای سالمندان باعث افزایش سلامت اجتماعی سالمندان گردیده است (۷). در پژوهش حاضر نیز با توجه به نتایج بدست آمده می توان اظهار نمود که برنامه ارتقاء همدلی توانسته است در دو مرحله بلافاصله و پیگیری، در گروه آزمون منجر به افزایش معنادار آماری در میانگین نمره سلامت اجتماعی گردد. با توجه به اینکه در پژوهش فوق مداخله ی صورت گرفته، اقدامی در جهت روابط بین فردی و اجتماعی سالمندان به شمار می آید، از طرفی انجام و آموزش همدلی نیز راهکاری در جهت ایجاد و حفظ این روابط می باشد، می توان به همسو بودن مطالعه حاضر و پژوهش افکاری رسید. جملگی مطالعات انجام شده و نتایج مطالعه حاضر حاکی از وجود رابطه بین سلامت اجتماعی و بعد روانی سالمندان می باشد.

از طرفی نتایج تعدادی از مطالعات نیز نمایانگر تاثیر آموزش همدلی بر متغیر های متفاوت می باشد. به عنوان مثال یافته های این پژوهش، همسو با نتیجه گیری وزیری و لطفی (۱۳۹۰)، پراسکو و همکاران (۲۰۱۱) و بگیان و همکاران (۱۳۹۲) مبنی بر اینکه پرورش همدلی را می توان به عنوان یکی از راه کارهای افزایش سلامت جسم و روان مطرح کرد، همسو می باشد (۱۶، ۱۷ و ۱۸).

یافته های پژوهش حاضر نشان داد همدلی به فرد امکان می دهد خود را با آنچه دیگران در باره او احساس یا فکر می کنند، هماهنگ سازد و امکان برقراری تماس موثر با دنیای اجتماعی پیرامون خود و جلوگیری از آسیب افراد دیگر را فراهم کند. از طرفی پرورش همدلی با ایجاد ادراکی درست از دیگران، از تعبیر و تفسیر دلخواه موضوع ها می کاهد و شانس رفتارهای مبنی بر تفاهم و پذیرش را بیشتر می کند و همین موضوع به افزایش سلامت اجتماعی منتهی می شود.

نتیجه گیری نهایی:

نظر به اینکه سلامت اجتماعی به سالمندان کمک می کند تا با بکارگیری روش های صحیح بتوانند با محیط خود سازگار شده و راه حل مطلوبی جهت حل مشکلات خود انتخاب کنند، از طرفی تجهیز افراد به سلامت اجتماعی باعث افزایش ایمنی آنها در برابر مشکلات می شود و آنان به راحتی می توانند با شرایط متغیر زندگی انطباق یابند و همچنان نقش مفیدی در جامعه داشته باشند، مبرهن است یکی از راههای ارتقاء سلامت اجتماعی شناخت عواملی است که در افزایش این بعد از سلامتی تأثیرگذار است. از طرفی اثر مثبت آموزش بر سطح سلامت، بر کسی پوشیده نیست. آموزش مهارت های زندگی نیز مداخله موثری است که می تواند در دوران سالمندی به حفظ و ارتقاء سلامت آنان کمک کرده و در ایستادگی در برخورد با چالش ها و تغییرات خاص این دوره تأثیر گذار باشد. و با توجه با تأثیر مثبت برنامه ارتقاء همدلی در سلامت اجتماعی سالمندان، استفاده از این برنامه می تواند به عنوان یک رویکرد عملی در سالمندان، مورد نظر قرار گیرد. از محدودیت های پژوهش حاضر، می توان به تفاوت های فردی، قرار گرفتن در جمع همسالان و وضعیت روانی سالمندان اشاره کرد. لذا با قراردادن سالمندان بطور تصادفی در گروه آزمون و کنترل و برگزاری کلاس ها در ساعات مختلف سعی گردید محدودیت های مذکور به حداقل برسد. پیشنهاد می گردد که در پژوهش های آتی، علاوه بر به حداقل رساندن محدودیت های ذکر شده، با به کارگیری نمونه های بیشتر و پیگیری طولانی تر نارسایی های این پژوهش مرتفع گردد.

تشکر و قدردانی:

این مطالعه با بهره گیری از اعتبار تخصیص یافته از سوی معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با کد اخلاق ۳۹۵۱۶۳ انجام گرفته و نتایج آن برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانپرستاری می باشد. نویسندگان این مقاله بر خود لازم می دانند که از همکاری اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، هیات مدیره و پرسنل محترم انجمن سالمندی استان اصفهان و نیز مشارکت خانواده های سالمندان تشکر نمایند.

- [1] Seifzadeh, A. Investigating the Elders' Social Health and Its Related Factors a Case Study of Azarshahr City. *journal of geriatric nursing*. 2015;1(4):95-106.
- [2] Adinan, M. Examining Social And Economic Factors Affecting Public Health Among Resident Of Kahrizak Charity Foundation. [M.SC thesis]. Tehran: Allameh Tabataba'i University; 2010
- [3] Baghiyan, M. Pazhuhinia, S. Rezazadeh, B. The Effectiveness Of Empathy Training Program On Improving Relations Between Their Personal And Emotional Adjustment Of Students With Symptoms Of ADHD. *Journal Of School Psychology*. 2013;2(1):155-163.
- [۴] Samaram, E. Yazdanpour, F. Effective Factors on Life Quality of Elderly in Khomein. *Social Development and Welfare Planning*
- [۵] Billington, J. Baron-Cohen, S. Wheelwright, S. Cognitive Style Predicts Entry In To Physical Sciences And Humanities. Questionnaire And Performance Tests Of Empathy And Systemizing. *Journal of Learning Individual Differences*. 2007;17:260-268.
- [۶] Gutierrez, SM. Escarti, CA. Pascual, BC. Relationship Among Empathy Prosocial Behavior Aggressiveness Self-Efficacy And Pupils Personal And Social Responsibility. *Psicothema*. 2011;23: 13-19
- [۷] Afkari, S. Effect of a Community Health Elderly Intervention on Elderly Home in Kermanshah. A Thesis for the Degree of M.Sc in Nursing. 2015
- [۸] Emami Naeeni, N. Life Skills for adults. Tehran: Honarabi Publishers; 2013
- [۹] Farzaneh, S. Alizadeh, S. The Relationship Between Perceived Social Support And Social. *Seintific Research Journal of Health System Research*. 2012;2(1):183-208.
- [۱۰] Fathi, M. Ajamnejad, R. Khakrangin, M. (). Factors Contributing to Social Health among Teachers of Maraghe City. *Social Welfare Quarterly*. 2013;12(47): 225-243
- [۱۱] Khalili, F. Sam, S. Shariferad, G. Hassanzadeh, A. Kazemi, M. The Relationship Between Perceived Social Support And Social. *Seintific Research. Journal of Health System Research*. 2011; 7(6):1216-1225
- [1۲] Krill, A. Platek, M. Wathne, K. Felling of Control During Social Exclusion are Parthy Account Ted for by Empathizing Personality. *Journal Personality and Individual Differences*. 2008; 45(7): 684-668.
- [۱۳] Khanjani, Z et al. Comparison of Cognitive Empathy, Emotional Empathy, and Social Functioning in Different Age Groups. *Australian Psychologist Journal*. 2015; 50(1): 80-85
- [1۴] Mohammad khani, Sh. Life Skills. Tehran: Espand Art Publisher; 1384.
- [1۵] Porrastar, M. Hekmati, I. Anticipated Public Health Based On Religious Beliefs Among Students. *Journal of woman & Study of Family*. 2009; 2(7): 27-40.
- [1۶] Pour afkari, N. Factors Affecting The Social Health Of The Pave City. *Jornal of Social Sciences of Islamic Azad University*. 2011; 18: 41-60.
- [1۷] Samandari, S. Elders Psychiatry. *Institute of Cultural and Artistic Inventors and Artists Aria*. 1392
- [1۸] Vaziri, S. LotfiAzami, A. *Journal Of Developmental Psychology Iranian Psychologist*. 2011; 8(30): 167-175.

[۱۹] Vyskocilova, J. Prasko, J. Slepecky, M. Empathy In Cognitive Behavioral Therapy And Supervision. *Activitas Nervosa Superior Rediviva*. 2011; 53(2): 72-83.

[۲۰] www.who.int.com

[۲۱] Cheng, YH. Chi, I. Boey, KW. Ko LSF. Chou, KL. Self-Rated Economic Condition And The Health Of Elderly Persons In Hong Kong. *Social science & medicine*. 2002; 55(8): 1415-1424.

[۲۲] Babapour Kheiroddin, J. Toosi, F. Hekmat, I. Study of Determinant Factors Role of Students' Social Well-Being. *Journal of Psychology*. 2008; 4(16): 1-19.