

The effect of group's Logo therapy on social participation of Retired teachers of the Retirement Center Education Bojnourd



CrossMark
click for updates

Pakzad M¹, Jafar zade Fakhari M², *Nodehi S³

1- MSc, School of Nursing and Midwifery, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran.

2- School of Nursing and Midwifery, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

3- MSc, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (**Corresponding Author**)

Email: sanaz_nd@yahoo.com

Abstract

Introduction: Social participation in elders is one of the important factors affecting the physical and mental health and Logo therapy, is provided an opportunity to enable members to recognize, understand, and free themselves from barriers that impede their freedom. This study aimed to evaluate effect of group's Logo therapy on social relationship of Retirees members of the Education Center of Bojnourd.

Method: The research units of this study were 50 retirees of the Education Center of Bojnourd. The available sampling method was used to select the research units. The research units were randomly assigned to two groups of Test and control. The group's Logo therapy were held for an 8-week a 90 minutes session every week. To eliminate the effects of the group, talk sessions on daily for the control group held every week for a 90-minute session for every week. Social participation was measured using the Canadian Community Health Survey (CCHS) questionnaire and in two previous steps and immediately after the intervention. Statistical analysis was performed by SATA ver.12. Analytical tests including T test, Mann Whitney, Shapiro-Wilk, Chi square and covariance tests.

Results: Based on the results of this study, the mean of social participation in the Logo therapy group before and after the intervention was $13/24 \pm 3/58$ and $52/57 \pm 17/83$ after intervention ($P < 0.05$) There was significant difference between two studied intervention groups which received logo therapy and Not ($P = 0.004$).

Conclusion: In this study, we concluded that logo therapy sessions were effective significantly in social relationship of retired individuals.

Key words: Retirement, social participation, Group's Logo therapy.

Received: 23 August 2019

Accepted: 12 October 2019

Access this article online



Website:
www.joge.ir

DOI:
[10.29252/joge.4.1.53](https://doi.org/10.29252/joge.4.1.53)

تأثیر معنادرمانی بر میزان مشارکت اجتماعی بازنشستگان فرهنگی عضو کانون بازنشستگان آموزش و پرورش شهر بجنورد

مرضیه پاکزاد، مهدی جعفرزاده فخاری^۱، *سمانه نودهی^۲

۱- کارشناس ارشد پرستاری سالمندی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.

۲- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.

۳- کارشناس ارشد آموزش پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (نشانی نویسنده مسئول: دانشگاه علوم پزشکی ایران (نویسنده مسئول) پست الکترونیکی: sanaaznd@gmail.com)

نشریه سالمندشناسی دوره ۴ شماره ۱ تابستان ۱۳۹۸، ۶۰-۵۳

چکیده

مقدمه: مشارکت اجتماعی در سالمندان از عوامل مهم و اثرگذار بر سلامت جسمی و روحی می باشد و معنادرمانی گروهی فرصتی فراهم می کند تا اعضا به شناخت، درک و رهاسازی خود دست یابند. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر معنادرمانی گروهی بر میزان مشارکت اجتماعی بازنشستگان فرهنگی عضو کانون بازنشستگان آموزش و پرورش شهر بجنورد انجام شد.

روش: روش مطالعه، کار آزمایشی میدانی تصادفی دو گروهی و جامعه پژوهش بازنشستگان عضو کانون بازنشستگان آموزش و پرورش شهرستان بجنورد می باشد. تعداد ۵۰ نفر با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه کنترل و مداخله اختصاص داده شدند. معنادرمانی در هر هفته یک جلسه برگزار شد، زمان هر جلسه ۹۰ دقیقه بود و به مدت ۸ هفته اجرا شد. مشارکت اجتماعی با استفاده از پرسشنامه مشارکت اجتماعی طرح بررسی سلامت جامعه کانادا در دو مرحله قبل و بلافاصله بعد از مداخله اندازه گیری شد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار Stata نسخه ۱۲ استفاده شد. آزمون های آماری مورد استفاده شامل تی تست، من ویتنی، شاپیرو ویلک، کای دو و کورایانس می باشد.

یافته ها: یافته های مطالعه نشان داد، میانگین نمره مشارکت اجتماعی در گروه مداخله قبل از انجام مداخله $3/58 \pm 13/24$ و در گروه کنترل $4/96 \pm 13/48$ بود. میانگین نمره مشارکت اجتماعی بعد از مداخله در گروه مداخله به $1/83 \pm 20/04$ و در گروه کنترل به $4/74 \pm 14/2$ تغییر یافت ($P < 0/05$). تفاوت معناداری بین دو گروه مداخله با دریافت معنادرمانی گروهی با نتیجه به دست آمده از گروه مقایسه که مداخله معنادرمانی را دریافت نکردند وجود دارد.

نتیجه گیری: بر اساس نتایج این پژوهش می توان گفت برگزاری جلسات معنادرمانی در افزایش میزان مشارکت اجتماعی بازنشستگان به صورت معنی داری مؤثر بوده است.

کلیدواژه ها: بازنشستگی، مشارکت اجتماعی، معنادرمانی گروهی.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۶/۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۷/۲۰

مقدمه

کننده این هستند که داشتن تماس اجتماعی و شخصیت مردم آمیز با رضایت از زندگی و روحیه عالی در سن پیری ارتباط دارد (۴-۵). مشارکت اجتماعی از عوامل مهم و اثرگذار بر سلامت جسمی و روحی افراد مسن می باشد، که ضمن توجه به حقوق سالمندان، در حفظ نظم اجتماعی و بهبود کیفیت زندگی روزمره آنان نیز می تواند مفید واقع گردد. مشارکت اجتماعی فرایند سازمان یافته ای است که افراد از روی آگاهی و اطلاع، داوطلبانه، گروهی و با عنایت به علایق معین و مشخص که منجر به خودشکوفایی و نیل به اهداف و سهیم در منابع قدرت می گردد، فعالیت می کنند که بر حسب سازماندهی، شامل مشارکت رسمی (نهادی) و مشارکت غیررسمی (غیرنهادی)

بازنشستگی، تدارک گذر از نقشی به نقش دیگر و انتقال به مرحله جدیدی از زندگی است (۱) و به معنای جدا شدن فرد از نقشی که سال های متمادی داشته و در قالب جدیدی درآمدن است (۲). بازنشستگی می تواند الگوهای زندگی را تغییر دهد (۳). طیف وسیعی از عوامل زندگی روزمره وجود دارند که هر کدام از آنها می تواند رضایت فرد از بازنشستگی را تحت تاثیر قرار دهد (۴). بسیاری از کسانی که بیش از ۶۵ سال دارند در حالت انزوای اجتماعی بسر می برند و این حالت به آنها اجازه نمی دهد که با دیگران ارتباط نزدیک و صمیمی داشته باشند. در حالیکه تحقیقات مختلف بیان

می باشد (۴). کاهش فعالیت های اجتماعی برای سالمندان به حدی عمیق و اثر گذار است که احساس سرباری ایجاد می نماید و با توجه به مشکلات جسمی و روانی که برای سالمندان ایجاد می گردد، هر روز بر این احساس افزوده می شود (۷،۶). مشارکت اجتماعی در برگیرنده فعالیت هایی از قبیل شرکت در مراسم های مذهبی، برنامه های ورزشی، تفریحی، آموزشی و فرهنگی، انجمن های اجتماعی و محله ای، امور خیریه و کارهای خانوادگی بیرون از منزل می باشد (۶). مطالعات صورت گرفته نشان می دهند که مشارکت اجتماعی در دوران سالمندی علاوه بر کاهش میزان مرگ، از کار افتادگی و افسردگی سالمندان، منجر به احساس سلامتی، بهبود سلامتی شناختی و رفتارهای سلامتی، بهبود سلامتی شناختی و رفتارهای سلامتی آنان می شود (۶). مشارکت از دید سازمان جهانی بهداشت به عنوان یکی از اجزای مهم سلامت در فرایند سالمندی به شمار می رود و به عنوان بخشی از زندگی و یکی از اجزای کلیدی عملکرد است (۸،۷). میزان مرگ و میر پایین، کیفیت زندگی بالا با مشارکت اجتماعی بالا مرتبط هستند (۹-۱۱). به همین دلیل بهبود مشارکت اجتماعی سالمندان، یکی از سیاست های کلیدی سازمان بهداشت جهانی در رابطه با سالمندان است و تحقیقات فراوانی در زمینه مشارکت اجتماعی و ارتباط آن با سلامت سالمندان انجام گرفته است (۱۲). هسته اصلی اختلالات عاطفی و روانی انسان ها احساس انزوا و تنهایی است و انسان به عنوان یک موجود اجتماعی به روابط گروهی به عنوان پشتوانه ای برای کسب اطمینان خاطر و آرامش نیازمند است. گروه درمانی بازنشستگان فرصتی برای حمایت متقابل و وسیله ای برای کمک به فرد برای مدارا نمودن با استرس و سازش با منابع کاهنده زندگی فراهم می آورد (۱۳). بنابراین پرداختن به نوعی روان درمانی که بتواند باعث ارتقاء مشارکت اجتماعی بازنشستگان، شود حایز اهمیت خواهد بود. معنادرمانی یکی از انواع روان درمانی مؤثر و تقریباً بدون تأثیر نامطلوب است. در واقع با معنادادن به رنج ها و دردها باعث می شود که سالمندان بر از دست رفته ها تمرکز نکنند و با توجه به گذرا بودن زندگی، وقت، عمر و امکانات خود را صرف کیفیت بخشیدن به زندگی و نه کمیت آن کنند و با نگاهی خوشبینانه به آینده، تعیین اهداف، ارزش ها و طرح ریزی برنامه های جدید در زندگی جرات روبرو شدن صادقانه و حقیقی با زندگی را پیدا کنند، می توان گفت آگاهی و درک جدیدتر و عمیق تری که برای آنها ایجاد شده و آنان را ترغیب نموده که امیدوارانه و با انگیزه تر به زندگی خود ادامه دهند؛ همچنین آموخته اند که با تمرکز نکردن به زمان و چگونگی مرگ خود زندگی هدفمندتری داشته باشند (۱۴). معنا درمانی گروهی فرصتی فراهم می کند تا اعضا به شناخت، درک

و رهاسازی خود از موانعی که آزادی آنان را سد کرده، دست یابند و با مشارکت کامل و آگاهانه فرایند فوق را تجربه کنند. معنا درمانی گروهی می تواند به افراد مسن کمک کند تا معنایی در زندگی خود بیابند و در پناه حمایت های اجتماعی به دست آمده با غم و اندوه، کمبودها، بیماری های مزمن و در نهایت مرگ سازگار شوند (۱۵). در معنادرمانی هدف آن است که مراجع را توانا سازیم تا معنایی برای زندگی خویش بیابند و نه آن گونه که در روان تحلیل گری مرسوم است، صرفاً به ارضاء سائق ها و غرایز خویش بپردازد و نوعی درمان برای بیمار، نوعی حمایت برای فرد رنجور، نوعی آموزش برای یک ذهن آشفته و نوعی فلسفه برای یک شخص ناکام است. معنادرمانی در بردارنده و مرتبط با ابعاد زیستی، روان شناختی و معنوی بشر است. ابعادی که گرد هم آمده و بعد کارکردی انسان را شکل می دهند. هدف اصلی فرانکل از طرح معنادرمانی انسانی تر کردن رواندردمانی و عرضیه آن به عنوان یک روش تازه از نگاه به دنیا، هم به لحاظ فلسفی و هم به لحاظ درمانی بود. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر معنادرمانی بر میزان مشارکت اجتماعی بازنشستگان فرهنگی عضو کانون بازنشستگان آموزش و پرورش شهر بجنورد انجام شد.

روش مطالعه

روش پژوهش حاضر کارآزمایی بالینی می باشد. جامعه پژوهش را کلیه بازنشستگان فرهنگی عضو کانون بازنشستگان آموزش و پرورش شهر بجنورد که واجد شرایط مطالعه بودند، تشکیل دادند. با فرض احتمال خطای نوع اول ۵ درصد و احتمال خطای نوع دوم ۲۰ درصد و نیز با مشارکت اجتماعی فرض انحراف معیار ۴/۳۰ برای گروه کنترل و گروه مداخله، ماکزیمم تعداد حجم نمونه برابر ۲۱ نفر برای هر گروه بدست آمد که با فرض ۱۰ درصد ریزش تعداد ۲۵ نفر در هر گروه انتخاب شد.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: تمایل به شرکت در مطالعه، دامنه سنی ۸۰-۶۵، فقدان سابقه بیماری های مرتبط با افسردگی (نمره ۵-۰ آزمودنی در مقیاس افسردگی سالمندان (GDS) و مشکلات شناختی (نمره بالاتر از ۲۵ در مقیاس بررسی سلامت شناختی سالمندان (MMSE) و استفاده نکردن از درمان روانشناختی دیگر از ۶ ماه قبل از ورود به پژوهش. وجود سابقه بیماری های مرتبط با افسردگی و مشکلات شناختی و تجربه استفاده از درمان روانشناختی طی ۶ ماه اخیر موجب عدم ورود به مطالعه می گردید. همچنین در صورت عدم تمایل به ادامه همکاری پس از شروع مطالعه، ابتلا به یک بیماری حاد و بستری شدن در بیمارستان در طی مطالعه، غیبت در بیش از دو جلسه، موجب خروج نمونه از

مطالعه می گردید.

ابزارهای گردآوری داده ها را فرم رضایت آگاهانه، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، مقیاس افسردگی سالمندان، پرسشنامه عملکرد شناختی و مشارکت اجتماعی سالمندان تشکیل می دادند. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل اطلاعاتی نظیر: جنسیت، سطح تحصیلات، سابقه بیماری، سن و میزان درآمد بود. مقیاس افسردگی سالمندان (GDS) با فرم کوتاه ۱۵ سوالی این مقیاس بود که آزمودنی با انتخاب گزینه های بلی یا خیر به آن پاسخ می دهد از فرم ۳۰ سوالی آن اخراج شد. در نمره گذاری برای هر پاسخ درست به بلی یا خیر، یک نمره داده می شود. این پرسشنامه به صورت گروهی و انفرادی قابل اجراست. و گروه تحت بررسی را به ۳ گروه دارای افسردگی متوسط (۵-۱۰)، افسردگی شدید (۱۰-۱۵) و فرد سالم تقسیم می کند. این مقیاس توسط امینی راستابی و همکاران (۲۰۱۳)، روی نمونه ای ۳۸۰ نفره از سالمندان بالاتر از ۶۰ سال ساکن شهرستان شهرکرد با روش نمونه گیری خوشه ای تصادفی هنجار شده است. این آزمون روایی و اعتبار مطلوبی دارد و اعتبار آن از طریق محاسبه همبستگی نیمه اول و دوم آن بر پایه تصنیف ۰/۷۶ برآورد شده است (۱۶). بررسی سلامت شناختی سالمندان با فرم کوتاه آزمون کوتاه وضعیت ذهنی (MMSE) بود که دارای ۳۰ سوال می باشد جهت یابی، ثبت در حافظه، توجه، محاسبه، حافظه اخیر، زبان و توانایی های دیداری - ساختاری را می آزماید. نمره کامل پرسشنامه ۳۰ و نمره کمتر از ۲۵ احتمال وجود اختلال شناختی را مطرح می سازد. نمره بیشتر از ۲۱، بیانگر اختلال شناختی ضعیف، نمره ۱۰ تا ۲۰ اختلال شناختی متوسط و نمره زیر ۹ بیانگر اختلال شناختی شدید است. نسخه فارسی این آزمون را سیدیان و همکاران (۲۰۰۷) معرفی کردند. پایایی درونی پرسشنامه براساس ضریب آلفای کرونباخ ۸۱ درصد و در نقطه برش ۲۲ دارای حساسیت ۹۰ درصد و ویژگی ۹۳/۵ است (۱۷). پرسشنامه مورد استفاده در این طرح پرسشنامه مشارکت اجتماعی طرح بررسی سلامت جامعه کانادا (CCHS) بود. این پرسشنامه در بر گیرنده ۹ عبارت درباره انجام کارهای دسته جمعی، شرکت در مراسم مذهبی، ورزش های گروهی، فعالیت های آموزشی و فرهنگی، فعالیت در کانون ها و نهادهای اجتماعی و خیریه و سرگرمی های گروهی می باشد و نیز شامل ۱۵ عبارت در خصوص موانع مشارکت اجتماعی می باشد که در قالب پاسخ بلی و خیر به هر یک از موانع مشارکت اجتماعی پاسخ می دادند. نحوه محاسبه نمره قسمت اول این پرسشنامه در برگیرنده محاسبه نمره میانگین مجموع عبارات این قسمت می باشد. نمره بالاتر از نمره میانگین این قسمت از پرسشنامه بیانگر مشارکت اجتماعی بهتر می باشد. محاسبه

نمره قسمت دوم این پرسشنامه نیز بر اساس شمارش فراوانی هریک از موانع مشارکت اجتماعی می باشد. از آنجایی که این پرسشنامه برای گروه های مختلف در کشور کانادا از جمله ایرانیان مقیم در آن کشور بکار رفته است، پس از ترجمه این پرسشنامه به زبان فارسی، روایی محتوی این پرسشنامه توسط ۱۰ صاحب نظر در سالمندی و مشارکت اجتماعی مورد تأیید قرار گرفت و پایایی آن با استفاده از روش محاسبه آلفای کرونباخ و بر اساس نمرات ۳۰ سالمند ۰/۷۶ بدست آمد که مورد پذیرش می باشد (۱۷).

روش مطالعه حاضر به این صورت بود که پس از انتخاب بازنشستگان مورد نظر به روش در دسترس، با روش تخصیص تصادفی ساده گروه مداخله و کنترل تقسیم بندی شدند و پیش آزمون که شامل پرسشنامه های (دموگرافیک، پرسشنامه مشارکت اجتماعی (CCHS)، افسردگی سالمندان (GDS) و سلامت شناختی سالمندان (MMSE) بر روی گروه های مداخله و کنترل انجام شد. برای گروه مداخله، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای معنادرمانی گروهی در اتاقی که به همین منظور در سازمان کانون بازنشستگان آموزش و پرورش شهر بجنورد در نظر گرفته شده بود در شیفیت صبح (ساعت ۱۰:۰۰ الی ۱۱:۳۰) برگزار شد. جلسات معنادرمانی گروهی از ۲۵ بازنشسته، یک رهبر و یک کمک رهبر تشکیل می شد. موضوعات جلسات در گروه مداخله شامل: آزادی معنوی، مسئولیت شخصی، اضطراب مرگ، یافتن معنایی برای درد و رنج، ازدواج، ارزشهای خلاق و تحمل درد و رنج بود.

در ابتدای هر جلسه اعضاء گروه حضور و غیاب می شدند. سپس خلاصه ای از جلسه قبل طی مدت ۵ دقیقه بیان می شد. آنگاه اطلاعات پایه ای در مورد معنادرمانی (هستی شناسی وجودی و ۴ مفهوم مرگ، تنهایی، آزادی و بی معنایی) و خط سیر مورد نظر معنا تحلیل گری (روند ۸ جلسه ای درمان) و پرسش هایی در ارتباط با معنادرمانی - معناتحلیلی مطرح می شد، سپس موضوع جلسه بعد به اعضاء گروه اطلاع رسانی می شد. فرآیند برگزاری جلسات در گروه کنترل که به گفت و گوی گروهی در مورد مسائل روزمره می پرداختند به این گونه بود که قوانین و جلسه اول مانند گروه مداخله بود ولی در جلسات دوم تا هشتم ابتدا اعضاء حضور و غیاب می شدند. و خلاصه ای از جلسه قبل طی مدت ۵ دقیقه بیان می شد. سپس از هر یک از اعضاء گروه خواسته می شد تا نظرات خود را در مورد مسائل روزمره در طی مدت ۱۰-۵ دقیقه بازگو کنند. پس از انجام مداخله و در جلسه هشتم پس آزمون با پرسشنامه مشارکت اجتماعی بر روی گروه کنترل و مداخله انجام شد.

روش تجزیه و تحلیل: داده ها پس از جمع آوری با استفاده از

یافته ها

در ابتدا بررسی دو گروه از لحاظ متغیرهای دموگرافیک مورد بررسی انجام شد. نتایج آن در (جدول ۱) نشان داده شده است. نتایج نشان داد که افراد شرکت کننده در مطالعه حاضر از محدوده سنی ۶۰ سال تا ۷۲ سال بودند و در هر دو گروه مورد مطالعه ۱۷ نفر آقا و ۸ نفر خانم شرکت کرده اند (جدول ۱). ارتباط معنی داری بین جنسیت و سن افراد شرکت کننده در دو گروه مداخله و کنترل وجود نداشت ($P > 0.05$). همچنین دو گروه به لحاظ میزان تحصیلات همگن بودند و بیشترین درجه تحصیلاتی افراد مسن شرکت کننده در مطالعه لیسانس با فراوانی ۶۸ درصد بود ($P > 0.05$). همچنین از لحاظ وجود بیماریهای زمینه‌ای مانند استئوپروز و دیابتی در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری محسوسی وجود نداشت ($P > 0.05$). در نهایت دو گروه به لحاظ میزان حقوق و درآمد خانوار یکسان بودند و تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه وجود نداشت ($P > 0.05$) (جدول ۱).

آزمون های پارامتری و ناپارامتری توسط نرم افزار SATA نسخه ۱۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در ابتدا پراکندگی متغیرها از لحاظ نرمال بودن یا غیرنرمال بودن با کمک تست شاپیرو-ویلک سنجیده شد. سپس ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک کیفی مانند جنسیت، تحصیلات و سابقه بیماری با کمک آزمون کای اسکوار و متغیرهای کمی مانند سن و میزان درآمد در دو گروه مداخله و کنترل با آزمون تی مستقل سنجیده شد. همچنین بررسی نمره مشارکت اجتماعی نیز در دو گروه در قبل و بعد از مداخله با کمک تست تی مستقل و من ویتنی و بین دو گروه با کمک آزمون کوواریانس مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت. بررسی تفاوت مولفه های مشارکت اجتماعی نیز بین دو گروه با کمک آزمون کوواریانس و تی تست انجام شد. در تمامی محاسبات آماری سطح معنی داری ۹۵ درصد معادل با ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک افراد شرکت کننده در مطالعه به تفکیک گروه کنترل و مداخله

Pvalue	گروه		طبقات	متغیر
	کنترل (درصد) تعداد	مداخله (درصد) تعداد		
۱	۱۷ (۶۸٪)	۱۷ (۶۸٪)	مرد	جنسیت
۰/۸۸	۸ (۳۲٪)	۸ (۳۲٪)	زن	تحصیلات
	۴ (۱۶٪)	۳ (۱۲٪)	دیپلم	
۰/۵۵	۴ (۱۶٪)	۵ (۲۰٪)	فوق دیپلم	بیماری
	۱۷ (۶۸٪)	۱۷ (۶۸٪)	لیسانس	
	۷ (۲۸٪)	۵ (۲۰٪)	بلی	
	۱۸ (۷۲٪)	۲۰ (۸۰٪)	خیر	
۰/۴۸	۶۲/۵۲ ± ۲/۷۸	۶۳/۲ ± ۲/۳۶	سن (انحراف معیار ± میانگین)	
۰/۵۵	۲۲۵۲۰۰ ± ۷۲۸۶۵۱	۲۱۱۴۰۰ ± ۶۵۷۸۸۸	درآمد خانوار به تومان (انحراف معیار ± میانگین)	

از مداخله وجود دارد ($P < 0.05$). این تفاوت در مشارکت اجتماعی برای گروه کنترل در پایان مطالعه نسبت به ابتدای مطالعه مشهود نبود ($P > 0.05$) (جدول ۲).

همچنین تحلیل کوواریانس پس آزمون نمرات مشارکت اجتماعی پس از تعدیل پیش آزمون نشان می‌دهد که با حذف اثر نمره‌های پیش آزمون، اثر مداخله (معنا درمانی گروهی) بر نمره‌های پس آزمون معنادار است ($P < 0.001$). به این ترتیب زمانی که اثر پیش آزمون از روی نتایج پس آزمون مربوط به گروه‌ها حذف می‌شود تفاوت بین گروه‌ها معنادار است و می‌توان نتیجه گرفت که معنا درمانی گروهی برافزایش مشارکت اجتماعی مؤثر بوده است (جدول ۲).

نمره مشارکت اجتماعی در هر دو گروه مورد مطالعه در طی دو مرحله در قبل و بعد از مداخله انجام شد (جدول ۲). نتایج نشان داد که در ابتدای ورود بیماران در هر دو گروه تفاوت آماری معنی داری از لحاظ نمره مشارکت اجتماعی ندارند ($P < 0.05$). آنالیزهای آماری نشان دادند که بعد از مداخله معنادرمانی در گروه مداخله میزان میانگین نمره مشارکت اجتماعی (20.04 ± 1.83) به صورت معنی داری بسیار بالاتر از گروه کنترل (14.2 ± 4.74) در نتیجه برای متغیر مشارکت اجتماعی فرض مطالعه (مشارکت اجتماعی در گروه مداخله و کنترل تفاوتی دارند) تایید شد. هر چند ادامه آنالیزهای آماری نشان دادند که بعد از برگزاری جلسات معنادرمانی در گروه مداخله نیز تفاوت آماری محسوسی در نمره مشارکت اجتماعی با قبل

جدول ۲: نمره مشارکت اجتماعی افراد شرکت کننده در مطالعه به تفکیک گروه کنترل و مداخله

آماره آزمون (P-value)	گروه		نمره مشارکت اجتماعی
	کنترل (انحراف معیار ± میانگین)	مداخله (انحراف معیار ± میانگین)	
۰/۸۷	۱۳/۴۸ ± ۴/۹۶	۱۳/۲۴ ± ۳/۵۸	قبل مطالعه
*۰/۰۱	۱۴/۲ ± ۴/۷۴	۲۰/۰۴ ± ۱/۸۳	بعد از مطالعه
-----	*۰/۰۸	*۰/۰۱	آماره آزمون (P-value)

* سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است.

در فعالیت های آموزشی و فرهنگی و فعالیت های ورزشی و تفریحی به صورت معنی داری بیشتر از گروه کنترل می باشد ($P=0/001$). در مورد سایر مولفه های مشارکت اجتماعی شامل فعالیت های بیرون از منزل، فعالیت های امور خیریه، فعالیت های اجتماعی و حرفه ای و فعالیت ها در انجمن های اجتماعی، اگر چه نمره بالاتری در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل مشاهده شد اما از لحاظ آماری معنی دار نبود ($P>0/05$) (جدول ۳).

در این مطالعه بررسی مولفه های مشارکت اجتماعی مانند بررسی فعالیت های آموزشی و فرهنگی، فعالیت های ورزشی و تفریحی، فعالیت های بیرون از منزل، فعالیت های امور خیریه، فعالیت های اجتماعی و حرفه ای و فعالیت ها در انجمن های اجتماعی نیز بین افراد شرکت کننده در انتهای مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل بررسی شد و نتایج با آزمون تی تست تحلیل شد (جدول ۳). نتایج نشان داد که در گروه مداخله دو مولفه شرکت افراد

جدول ۳: نمره پرسشنامه مشارکت اجتماعی به تفکیک مولفه ها در مطالعه به تفکیک گروه کنترل و مداخله

آماره آزمون (P-value)	گروه		متغیرها
	کنترل (انحراف معیار ± میانگین)	مداخله (انحراف معیار ± میانگین)	
*۰/۰۰۱	۳/۸ ± ۱/۴۷	۵/۱۲ ± ۰/۷۸	فعالیت های آموزشی و فرهنگی
*۰/۰۱	۳/۹ ± ۱/۹۳	۶/۲۸ ± ۰/۳۸	فعالیت های ورزشی و تفریحی
۰/۰۹۴	۲/۴۴ ± ۰/۵۸	۲/۸۸ ± ۰/۳۳	فعالیت های بیرون از منزل
۰/۵۴	۲/۰۴ ± ۰/۶۷	۲/۶ ± ۰/۵۷	فعالیت های امور خیریه
۰/۶۵	۱/۱۶ ± ۰/۱۷	۱/۹۶ ± ۰/۰۴	فعالیت های اجتماعی و حرفه ای
۰/۴۵	۰/۸۴ ± ۱/۰۶	۱/۲ ± ۰/۷۰	فعالیت های انجمن های اجتماعی

* سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است.

حاضر همخوانی دارد (۱۹). در مطالعه شیبا و همکاران (۲۰۱۷) نشان داده شد که بازنشستگی ممکن است علائم افسردگی را در میان افراد سالخورده ژاپنی، به ویژه مردان پایین تر از طبقه کارگر افزایش دهد اما تشویق به مشارکت اجتماعی و تفریحی می تواند عواقب ناگوار بازنشستگی را بر سلامت روان مردان مسن ژاپنی کاهش دهد (۲۰). مطالعه حاضر تفاوتی بین نمره مردان و زنان در مشارکت اجتماعی وجود نداشت و به صورت کلی افراد در گروه مداخله دارای نمره مشارکت اجتماعی بالاتری از گروه کنترل که معنادرمانی در آنها صورت نگرفته، داشتند. همچنان که مبانی نظری و نتایج پژوهش ها نشان می دهند، معنادرمانی به دلیل دیدگاه فلسفی و مفاهیم درمانی آن می تواند در مواجهه با بحران ها مؤثر باشد...

در مطالعه درویش پور کاخکی، سعیدی و عباس زاده (۲۰۱۳) بررسی میزان مشارکت اجتماعی، موانع و عوامل مرتبط با آن میزان مشارکت اجتماعی سالمندان پایین گزارش شد که با نتیجه به دست آمده در پژوهش حاضر همخوانی دارد (۲۱).

بحث

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر معنادرمانی گروهی بر مشارکت اجتماعی بازنشستگان فرهنگی روی بازنشستگان آموزش و پرورش شهر بجنورد انجام شد. نتایج نشان داد که بین گروه مداخله و مقایسه از نظر میزان نمره مشارکت اجتماعی تفاوت آماری معناداری وجود دارد. علاوه بر تفاوت بین گروه مداخله و مقایسه، بین قبل و بعد از آزمون خود گروه مداخله از نظر مشارکت اجتماعی نیز تفاوت معناداری وجود دارد، به طوری که میزان مشارکت این گروه پس از معنادرمانی گروهی افزایش یافته است.

در این خصوص مطالعاتی صورت گرفته است، که می توان به موارد زیر اشاره کرد: مطالعه مرادی، شجاعیان و سودانی (۲۰۱۲) نشان داد که معنادرمانی گروهی سبب افزایش امید به زندگی در مردان بازنشسته می شود (۱۸). مطالعه زنجیران و همکاران (۲۰۱۵)، مشخص کرد که معنادرمانی گروهی بر احساس تنهایی زنان سالمند ۶۰ تا ۷۵ ساله مقیم سرای سالمندان شده است که با نتایج پژوهش

زمان فقدان دوستان قدیم شروع کرده و همچنین افزایش احترام و اعتماد به نفس پیدا می کنند.

از مهمترین محدودیت های این پژوهش می توان به این نکته اشاره کرد که این پژوهش فقط در جامعه بازنشستگان فرهنگی شهر بجنورد انجام شده است و در تعمیم پذیری نتایج آن به بازنشستگان سایر مشاغل باید احتیاط کرد. روش نمونه گیری در دسترس نیز از تعمیم نتایج پژوهش می کاهد. از دیگر محدودیتهای پژوهش می توان به همکاری نکردن برخی از مسئولان، کوتاهی جلسات درمانی و کمبود امکانات آموزشی اشاره کرد.

نتیجه گیری نهایی

یافته های مطالعه حاضر نشان دهنده این است که مداخلات و شیوه های معنادرمانی به عنوان نوعی روش توانبخشی در افزایش مشارکت اجتماعی بازنشستگان تأثیر دارد. یکی از یافته های مهم این پژوهش تأکیده های خاص معنادرمانی بر زمان حال و همچنین معنای رنج برای بازنشستگان است که به ارزش کاربردی آن در ارتقای مشارکت اجتماعی سالمندان اشاره می کند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه توسط دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دانشکده پرستاری و مامایی تصویب و حمایت مالی شده است. بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، کانون بازنشستگان آموزش و پرورش شهر بجنورد و همچنین از بازنشستگان عزیزی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند تشکر و قدردانی می شود.

References

1. Ghaffari S. Investigate of employment status retirement and effective factors. Country Retirement Organization. 2005; 1-134. [Persian].
2. Salimzadeh H, Ephtekhar H, Pourreza A, Moghimbeigi A. Reproffision of retirement and quality life criteria. Sotiwelfare Research Journal. 2007; 7 (26): p.287-97. [Persian].
3. Rosenkoetter MM. Is your older client ready for a role change after retirement? Journal Gerontology Nursing. 1985; 11(9): 21-4.
4. Yazdanpanah L. [The study of obstacles of social participation among citizenship in Tehran city. Journal of Social Welfare. 2007; 7 (26): 106-28. [Persian].
5. Darvishpoor Kakhki A, Abed Saedi Z, Delavar

پژوهشگران دریافته اند که می توان با هدایت بیماران در جهت شناخت افکار خود و همچنین ایجاد بحث و تعاملات گروهی آنان را تشویق نمود که در جهت تغییر افکار و درنهایت احساس خود تلاش کنند. از طرفی از آنجایی که پرستاران درک بسیار بالایی از فرایندهای گروهی دارند، می توانند رهبران خوبی برای گروه ها و انجام فرایندهای گروهی باشند (۲۲).

بنظر می رسد که گروه می تواند محیطی مشابه با روابط و مشارکت اجتماعی را برای بازنشستگان فراهم آورد و سبب افزایش مشارکت اجتماعی شود و آنان را از حالت انزوا و تنهایی درآورد. همچنین این امر می تواند آنها را در ایجاد روابط موفقیت آمیز با دیگران کمک کند (۲۳).

مشاوره گروهی با ایجاد محیطی مناسب سبب ارضاء نیازهای اعضاء گروه می شود و حس مسئولیت و رسیدن به موفقیت را در اعضاء گروه افزایش می دهد، که این امر سبب کاهش اضطراب و تنش اعضاء می شود و همچنین سبب بهبود عملکرد آنها می شود. ارضاء نیاز دوست داشتن و دوست داشته شدن در گروه به خوبی صورت می پذیرد، همچنین گروه می تواند محیط مناسبی را برای رسیدن به هویت موفق و احساس آرامش فراهم آورد (۲۴).

انسان موجودی اجتماعی است و به پشتیبانی، آرامش و اطمینان خاطری که در کارها و همکاری های گروهی از جانب دیگر افراد فراهم می شود، نیاز دارد. انسان با درمیان گذاشتن صحبت های خود با دیگران و در گروه می تواند مشکلات خود را واضح تر ببیند. گروه درمانی سالمندان فرصتی است برای حمایت متقابل و همچنین وسیله ای است برای کمک به بیماران برای مقابله مؤثر با استرس و سازش با منابع کاهنده زندگی. اعضاء گروه رفاقت های تازه ای را در

- A, Saeed-O-Zakerin M. [Autonomy in the elderly: A phenomenological study]. Hakim Research Journal. 2010; 12 (4): 1- 10. [Persian].
6. Gilmour H. Social participation and the health and well-being of Canadian seniors. Health Reports. 2014; 23 (4): 3-12.
7. Levasseur M, Richard L, Gauvin L, Raymond É. Inventory and analysis of definitions of social participation found in the ageing literature: Proposed taxonomy of social activities. Social Science & Medicine. 2010; 71 (12): 2141-9.
8. Rashedi V, Gharib M, Yazdani AA. Social articipation and mental health among older adults in Iran. Iranian Rehabilitation Journal. 2014; 12 (19): 9-13.
9. Berkman LF. The role of social relations in health

- promotion. *Psychosomatic Medicine*. 1995; 57 (3): 245-54.
10. Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*. 2000; 51(6): 843-57.
 11. Levasseur M, Desrosiers J, Tribble DS. Subjective quality of life predictors for older adults with physical disabilities. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2008; 87 (10): 830- 41
 12. World Health Organization. Active ageing: A policy framework. Madrid: Building Global Capacity for Better Health; 2002. https://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/.
 13. Sirven N, Debrand T. Promoting social participation for healthy ageing: A counterfactual analysis from the survey of health, Ageing, and retirement in Europe (SHARE). IRDES Institute for Research and Information in Health Economics. 2008; 7: 1 - 20.
 14. Evans LK, Strumpf NE. Tying down the Elderly. A review of the literature on physical restraint. *J Am Geriatr Soc*. 1989; 37 (1): 65-74.
 15. Qafari Q. Social and cultural factors influencing participation of social, economic, Iran organized the villagers as a mechanism for rural development. PhD Thesis, Sociology of development. Faculty of Social Sciences, Tehran University. 2000. 147. [Persian].
 16. Amini Rastabi Z, Sharif AK, Refahi J. Iranian geriatric depression scale. Psychometrics properties. *Iranian Journal of Ageing* 2013; 8 (2): 54-59.
 17. Seydian M, Fallah M, Noruzian M, Nejat SN, Delavar A, Qasem Zade HA. Preparation and validation of the Persian version of the short test of mental status. *Journal of the Medical Council of the Islamic Republic of Iran*: 2007; 25 9 (4); 408 -414.
 18. Moradi F, Shogaeyan M, Sodani M. The effectiveness of group logo therapy on the increase of life expectancy in retired men of the retirement center of Mamasani. *Armaghane-danesh, Journal of Yasuj University of Medical Sciences*. 2012; 19(6): 497-506. [Persian].
 19. Zanjiran. Sh, Keyani. L, Zare. M, Shayeghian. Z. The Effectiveness of Group Logotherapy on the Sense of Loneliness of Elderly Women Resident in Nursing Home. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2015; 16 (3): 60 - 67.
 20. Shiba K., Kondo N, Katsunori K & Ichiro K. Retirement and mental health: does social participation mitigate the association? A fixed-effects longitudinal analysis. *Departments of Health and Social Behavior/Health Education and Health Sociology, BMC Public Health*. 2017; 30; 17 (1): 526.
 21. Darvishpoor Kakhki A, Abed Saeeedi Z, Delavar A, Saeed-O-Zakerin M. [Autonomy in the elderly: A phenomenological study]. *Hakim Research Journal*. 2010; 12 (4): 1- 10. [Persian].
 22. Faraji J, Fallahi KM, H. K. The effect of poetry therapy on the cognitive status in elderly residents of a nursing home. *Associate Professor university of social welfare and rehabilitation sciences*. 2013; 2 (4): 312 - 23.
 23. Fakhar F, Navvabinejad S, Froghan M. The investigation of effect of group counseling using logo therapy in mental health of women elders staying in Kahrizak nursing home. *Salmand Iranian Journal of Ageing*. 2014; 8 (7): 24-33.
 24. Wubbolding RE, Brickell J, Imhof L, Kim RI-z, Lojk L, Al-Rashidi B. Reality therapy: A global perspective. *International Journal for the advancement of counselling*. 2004; 26 (3): 219 -28.