

اثربخشی درمان مرور زندگی بر اضطراب مرگ و رضایت از زندگی زنان سالمند ساکن شهر تهران

کبری دهقان^۱، آسیه شریعتمدار^۲، آتوسا کلانتر هرمزی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۰/۲۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۳/۱۵

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان اثربخشی درمان مرور زندگی بر اضطراب مرگ و رضایت از زندگی زنان سالمند شهر تهران برگزار شد. پژوهش از نوع مطالعات نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کلیه سالمندان زن ساکن آسایشگاه‌های شهر تهران در اردیبهشت و خرداد ماه سال ۹۴ بود. از بین آسایشگاه‌های موجود در شهر تهران، آسایشگاه مهر گل به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. پس از اجرای آزمون (اضطراب مرگ (داس) (۱۹۷۰) و رضایت از زندگی داینر، آمونز، لارسن و گریفین (۱۹۸۵)) بر ۵۷ نفر از سالمندان زن آسایشگاه، ۳۰ نفر از کسانی که در آزمون اضطراب مرگ نمره بالاتر از ۷ و در رضایت از زندگی نمره پایین گرفته بودند، به‌طور تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش جایگزین شدند. برای گروه آزمایش ۸ جلسه گروه درمانی مرور زندگی بر اساس طرح درمانی پژوهش اجرا شد. پس از اتمام جلسات درمانی، پس‌آزمون اضطراب مرگ و رضایت از زندگی برای هر دو گروه اجرا شد و نتایج با آزمون تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری بین دو گروه بر روی نمرات تعدیل شده متغیر اضطراب مرگ $F(1/27)=39.87$ و سطح معناداری $0/001$ تفاوت معناداری را بین دو گروه با ۹۹ درصد اطمینان نشان داد ($P<0.01$). نتیجه گرفته می‌شود درمان مرور زندگی در کاهش اضطراب مرگ سالمندان زن مؤثر بوده است. همچنین نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری بین دو گروه بر روی نمرات تعدیل شده متغیر رضایت از زندگی با $F(1/27)=44.54$ و سطح معناداری $0/001$ تفاوت معناداری را بین دو گروه با ۹۹ درصد اطمینان نشان داد ($P<0.01$). نتیجه گرفته می‌شود درمان مرور زندگی در افزایش رضایت از زندگی

۱. کارشناس ارشد مشاوره توانبخشی دانشگاه علامه طباطبائی. مقاله پژوهشی برگرفته از پایان نامه

kobradehghan@yahoo.com.

۲. استاد یار گروه مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی

۳. استاد یار گروه مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی

سالمدان زن مؤثر بوده است. بنابراین برای افزایش سطح رضایت از زندگی و کاهش اضطراب مرگ، به‌ویژه در مراکز سالمندان می‌توان از درمان‌های گروهی مرور زندگی بهره گرفت.

واژگان کلیدی: مرور زندگی، اضطراب مرگ، رضایت‌از زندگی، سالمندی

مقدمه

انسان در طول تاریخ به نحوی دستخوش دگرگونی، تغییر و تحول بوده است و هرگز حالت ایستا ندارد. با این تفاوت که در طول بخش اول زندگی تغییرات تکاملی هستند که به رشد و نضج ساختار و کارکرد می‌انجامد. در بخش بعدی زندگی این تغییرات عمدتاً انحطاطی هستند که متضمن برگشت به مرحله اولیه زندگی می‌باشد؛ این دوران به دوران "سالمندی یا کهنسالی" معروف است (پاشا، صفرزاده و مشاک، ۱۳۸۶). از دیدگاه اریکسون^۱ مرحله پایانی فرایند رشد، به دوره سالمندی اختصاص دارد. فرد سالمند در این مقطع سنی که تقریباً از ۶۵ سالگی آغاز می‌شود و تا آخر عمر ادامه می‌یابد، به مرور و ارزیابی مراحل پیشین زندگی می‌پردازد. هر اندازه فرد در گذشته به نحو بهتر و کارآمدتری با مشکلات کنار آمده باشد، در این دوره بیشتر احساس خشنودی و رشدیافتگی می‌کند. فرد سالمندی که از مرور رویدادهای زندگی خود ناخوش‌تر است و غم فرصت‌های از دست رفته را می‌خورد، احساس نومیدگی و واماندگی به او دست می‌دهد و از هدف‌های تحقق‌نیافته رنج می‌برد (شولتز و شولتز، ۲۰۱۳، ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۲). افراد در دوره سالمندی با مجموعه‌ای از ناتوانی‌های جسمی، روانی و محرومیت‌های اجتماعی روبه‌رو می‌شوند، که باید با آن‌ها کنار بیایند. در این دوره، نیرومندی و سلامت جسمانی آن‌ها کاهش می‌یابد و همراه با بازنشسته شدن از شغل خود تا حد زیادی درآمدشان را از دست می‌دهند و به مرور زمان، رابطه‌شان با همسر، خویشاوندان و دوستان کم می‌شود و ممکن است شاهد مرگ این افراد باشد که می‌تواند از نظر روانی به آن‌ها آسیب جدی وارد کند. همراه با این آسیب‌ها آن‌ها دچار افت جایگاه

1. Erickson
2. Schultz & Schultz

اجتماعی نیز می‌شوند که ملازم پیری است و احساس منفعلی از "بی‌مصرف" بودن می‌کنند (کرین^۱، ۲۰۱۳، ترجمه خوی‌نژاد و رجایی، ۱۳۹۲). تحقیقات انجام شده در این زمینه نشان می‌دهد که روند پیر شدن جمعیت در سال‌های اخیر شتاب بیشتری گرفته و تعدد و تنوع استرس‌هایی که افراد در دوران سالمندی با آن روبرو می‌شوند، توجه به مقوله سلامت روان در دوره سالمندی را به یک ضرورت تبدیل کرده است. علاوه بر سیر نزولی فرایندهای زیست‌شناختی و افزایش کمی و کیفی استرس‌های دوران سالمندی، مواجهه با مرگ^۲ اجتناب‌ناپذیر و اضطراب همراه با آن نیز در ایجاد اختلالات روانی در این دوره نقش مهمی دارند (میراب‌زاده، ۱۳۸۷).

مرگ مقدری ست که جایگاه ویژه‌ای در درمان وجودی دارد. در تفکر وجودی، مرگ برای کشف معنا و هدف زندگی کاملاً ضروری است. بدون پذیرش مرگ حتمی و خارج از کنترل، نمی‌توان زندگی راحتی داشت. با پذیرش مرگ به عنوان یک مقدر، زندگی با شور و معنای خاصی پیش می‌رود. ترس یا وحشت از مرگ، دفاع‌هایی را بسیج می‌کند که شالوده این دفاع‌ها انکار است. در این رویکرد، آسیب‌شناسی روانی، که عوامل مرضی را دربرمی‌گیرد، ریشه در وحشت یا اضطراب مرگ^۳ دارد (موزیری، بهمنی، نظری، بیگلریان، ۱۳۹۲).

اضطراب مرگ یک اضطراب واقعی و یکی از مهمترین مؤلفه‌ها در سلامت روانی افراد به ویژه سالمندان است. نظریه‌پردازان وجودی معتقدند: اضطراب مرگ، نوعی هراس و اختلال تعمیم‌یافته ناشی از اضطراب هستی است. آن‌ها می‌گویند ما اضطراب هستی را تجربه می‌کنیم، بدین دلیل که: می‌دانیم زندگی ما محدود است و از مرگی که انتظارمان را می‌کشد، می‌هراسیم. بسیاری افراد، از کنار آمدن با مرگ خودداری می‌کنند، و راه‌هایی همچون سرکوب، انکار و پرهیز را در پیش می‌گیرند و از مکان‌هایی که ممکن است مرگ را یادآوری کند، فاصله می‌گیرند و این، همان برخورد مضطربانه

1. Crane
2. Death
3. Death anxiety

با مرگ است (علیان‌سب، ۱۳۸۹، پروچاسکا و نوراکس^۱، ۲۰۰۷، ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۱).

با این حال یالوم (۲۰۰۲، ترجمه حبیب، ۱۳۹۰) معتقد است: نمی‌توان تعریف دقیقی از اضطراب مرگ داشت، اما شایع‌ترین ترس‌ها در اضطراب مرگ را چنین فهرست می‌کند: ترس از (۱) غم و اندوه دوری از دوستان و بستگان، (۲) ناتمامی برنامه‌ها و نقشه‌ها، (۳) درد ناشی از مرگ، (۴) ناتوانی در تجربه دوباره زندگی، (۵) ناتوانی در مراقبت از افراد تحت تکلف، (۶) ناآگاهی از آنچه پس از مرگ اتفاق می‌افتد و (۷) بی‌اطلاعی از سرنوشت جسم.

پژوهش‌های صورت گرفته نیز حاکی از آن هستند که این نوع اضطراب پدیده‌ای شایع است. کاستنباوم^۲ (۲۰۰۵). با مرور اجمالی بر تحقیقات انجام شده در جمعیت غیربالیینی نشان داد که اضطراب مرگ پدیده‌ای شایع است. در مورد پژوهش‌هایی که در حیطه اضطراب مرگ انجام شده است سهیل و اکرم^۳ (۲۰۰۲)، به این نتیجه رسیدند، زنان، افراد مسن و کسانی که اعتقادات مذهبی ضعیف‌تری دارند، نسبت به مرگ قریب‌الوقوع ترس بیشتری از خود نشان می‌دهند. همچنین سرون‌دیان و حسن‌پور (۱۳۸۲) در پژوهش خود به این نتیجه رسیده‌اند که بین ترس از مرگ و احساس تنهایی زنان و مردان سالمند رابطه معناداری وجود دارد.

سالمندان با برنامه‌ریزی مناسب می‌توانند از دوران سالخوردگی شاد و مولد، لذت برده و به عنوان یک جزئی از جامعه تلقی شوند. از بین این برنامه‌ریزی‌ها می‌توان به انواع روش‌های روان‌درمانی اشاره کرد. هدف از روان‌درمانی در سالمندان فراهم کردن حمایت، کاهش اضطراب و افزایش اجتماعی شدن است (سهرابی، ذوالفقاری، مهدی‌زاده، آقایان، قاسمیان و شریعتی، ۱۳۸۷). یک نوع روان‌درمانی مؤثر و تقریباً بدون تأثیر نامطلوب، شرکت در گروه‌های درمانی مرور زندگی^۴ است.

1. Prochaska & Norcross
2. Kastenbaum
3. Suhail & Akram
4. Life review

مرور زندگی، نقش طولانی مدت هرچند نه همیشگی در روان درمانی سالمندان دارد (نایت^۱، ۲۰۰۴). باتلر^۲ (۱۹۶۳) اصطلاح مرور زندگی را در مقاله تاریخی خود ارائه کرد (ماستل، فارلان، سرپینا، مالچا و هایل^۳، ۲۰۰۷). باتلر مرور زندگی را کنش طبیعی و فرایند عمومی می‌داند که طی آن فرد تجربیات گذشته خود را فرا می‌خواند، به آن فکر می‌کند، آن را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و با هدف دستیابی بیشتر در عمق آن فرو می‌رود (باتلر، ۱۹۶۳). جنبه درمانی مرور زندگی از این لحاظ است که زنده شدن این تجارب و تعارضات، باعث ارزیابی مجدد، حل آنها و در نتیجه انسجام و یکپارچگی شخصیت می‌شود (هالند^۴، ۱۹۹۷).

ریشه مرور زندگی به نظریه رشدی اریکسون، جایی که در مرحله هشتم، فرد سعی می‌کند به یکپارچه‌سازی دست یابد، برمی‌گردد (پروین، ۲۰۰۰، ترجمه کدیور و جعفری، ۱۳۸۱). مرحله نهایی که در سن پیری تجربه می‌شود، مرحله یکپارچه‌سازی است. تعارض روانی این دوره انسجام من در برابر ناامیدی است که کنار آمدن با زندگی را شامل می‌شود، افرادی که به یکپارچه‌سازی دست می‌یابند، از دستاوردهای خود احساس کامل بودن و رضایت می‌کنند (برک، ۲۰۰۱، ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۷). احساس انسجام بر اثر نگاه به زندگی گذشته، از طریق مرور زندگی به دست می‌آید (اسدورو، ۲۰۰۸، ترجمه صادقی، ۱۳۹۳).

بر اساس نظریه اریکسون مرور زندگی می‌تواند به فرد سالم در پذیرش چرخه زندگی منحصر به فرد خود کمک کند (کلایتن^۵، ۱۹۷۵).

درمان مرور زندگی موضوعاتی را مورد خطاب قرار می‌دهد که با تعارضات حل نشده، احساس گناه، تنفر و رنجش همراه هستند و مراجع در مرور آنها به تنهایی مشکل دارد. هدف از درمان مرور زندگی این است که به مراجع کمک شود تا افکار مزاحم،

-
1. Night
 2. Butler
 3. Mastel- Smith, Farlane, Sierpina, Malecha & Hail
 4. Holland
 5. Clayton

ناخواسته و عواطف مربوط به حوادث منفی گذشته را مورد پردازش عاطفی قرار دهد (واندرکیفت^۱، ۲۰۰۱). هدف دیگری که باتلر برای درمان مرور زندگی ذکر می‌کند ایجاد موقعیتی است که طی آن مشاور و مراجع معانی جدیدتر و ساختاریافته‌تری را برای تجارب گذشته و حال مراجع خلق کرده و مراجع در جمع‌بندی موفقیت‌آمیز تجارب زندگی‌اش کمک کند (باتلر، ۱۹۷۴).

ووئیس^۲ (۲۰۱۰) در پژوهشی گروه‌درمانی مرور زندگی با گروه‌درمانی‌های دیگر مقایسه کرده و برتری قدرت درمانی آن را بر سایر گروه‌درمانی‌ها گزارش داده است. هایت، میشل و هندریکس^۳ (۲۰۰۸) نیز پژوهش‌هایی در رابطه با مؤثر بودن گروه‌درمانی مرور زندگی بر کاهش میزان اضطراب مطرح کرده‌اند. همچنین تفت و نهرک^۴ (۱۹۹۰)، وات و کپلینز^۵ (۲۰۱۰)، هرسک و مورتالگو^۶ (۱۹۹۹) و هایت، میچل و هندریکس (۲۰۰۹) اهمیت درمان مرور زندگی بر کاهش اضطراب سالمندان را به تفصیل بیان کرده‌اند. این پژوهشگران دریافته‌اند که تصویرسازی و مرور ذهنی حوادث آسیب‌زا (که یکی از عناصر درمان مرور زندگی است) در درمان بسیاری از اختلال‌های روانی سالمندان از جمله اضطراب مؤثر است. مرکر^۷ (۲۰۰۹) در یک مطالعه موردی نشان داد که فن مرور زندگی در درمان اختلال استرس پس از سانحه مؤثر است. فرایند مرور زندگی به سالمندان این فرصت را می‌دهد که با در نظر گرفتن موفقیت‌های خودشان به حل تعارضات طولانی و قدیمی خود پردازند و باعث تسکین خاطر و آرامش روح آن‌ها شود (ووئیس، ۲۰۱۰).

رضایت یا عدم رضایت از زندگی در دوره سالمندی تحت تأثیر مرور گذشته زندگی فرد است (لطف‌آبادی، ۱۳۷۹). اصطلاح رضایت از زندگی را می‌توان به عنوان همه حیطه‌های زندگی فرد در مقطع خاصی از زمان یا به عنوان یک قضاوت یکپارچه در

1. Vanderkift
2. Weiss
3. Haigh, Michel & Hendrix
4. Taft & Nehrke
5. Watt & Cappeliez
6. Hirsch & Mouraglou
7. Mearcher

مورد زندگی شخصی از بدو تولد تعریف کرد. رضایت از زندگی، ارزیابی فردی از زندگی کنونی و سال‌های قبل را نیز در بر می‌گیرد. این ارزیابی شامل واکنش هیجانی افراد به حوادث، حالات روانی و قضاوت‌های آن‌ها در خصوص میزان رضایتمندی از زندگی، کمال و رضایت از زمینه‌های خاص زندگی مثل ازدواج و کار است (مایرز^۱، ۲۰۰۰).

سالخوردگی به عنوان مرحله‌نهایی رشد برای بازنگری و روشن کردن و معنا بخشیدن به چگونگی گذران زندگی گذشته است. ادامه رشد فرد در این دوره وقتی میسر است که بتوان با واقعیت‌بینی و انعطاف‌پذیری، خود را با تغییرات و فقدان‌ها سازگار کرد و این سال‌های عمر خود را با احساس ارزشمندی و مؤثر بودن بگذراند. مهمتر اینکه فرد محصول و میوه زندگی خود در سال‌های گذشته را در این دوره از زندگی، خواه در وجود فرزندان، خواه در روابط انسانی با دیگران و یا در آثار تولیدی و خدمات فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی احساس می‌کند و زندگی خود را معنادار ببیند و از آن دوره احساس رضایت کند (لطف‌آبادی، ۱۳۷۹).

با بالا رفتن سن، رضایت از زندگی به آهستگی کاهش می‌یابد، این کاهش به دلیل سیر نزولی سلامت جسمانی و روانی در سالمندان است (ملیندز و توماس^۲، ۲۰۰۹). احساس بی‌ارزشی، کهنه شدن و از دست دادن نیرو و توان در سالمندان موانع قابل توجهی در داشتن یک زندگی رضایتمندانه در افراد سالمند هستند (ملاگلو و تانسی^۳، ۲۰۱۰).

این موارد در ساکنین آسایشگاه‌ها بیشتر دیده می‌شود، به نظر می‌آید که نبود استقلال، خودمختاری و کنترل در انجام فعالیت‌های روزانه منجر به بروز مشکلات عدیده‌ای برای سالمندان می‌شود. نداشتن آزادی شخصی، محدودیت مکانی برای جا به جا شدن و نداشتن کنترل بر جوانب زیادی از زندگی باعث ایجاد اختلالات روان‌شناختی در سالمند می‌شود. از نظر سالمندان، مؤسسات نگهداری سالمندان مانند

1. Meyers
2. Melendez, J.C., J.M. Tomas
3. Mollaoglu, and Tuncacy

زندانی است که باید عمر خود را به بطالت و بیکاری بگذرانند تا بمیرند (چیانگ، چو، چانگ، چن، چو و چو، ۲۰۰۹). نقل مکان به خانه سالمندان به عنوان یکی از حوادث استرس‌زا برای شخص محسوب می‌شود که با افسردگی، اضطراب، تنهایی، بی‌خوابی و اقدام به خودکشی همراه است (لسی^۲، ۲۰۰۲). تجربه استرس، احساس شادکامی را کاهش می‌دهد. هرچه فرد استرس بیشتری تجربه کند از میزان شادکامی او کم شده و سلامت روانی وی مورد تهدید قرار می‌گیرد. قرار گرفتن در موقعیت‌هایی که برای فرد ایجاد استرس می‌کند و باعث فشار روانی می‌شود احساس رضایت از زندگی را در شخص کاهش می‌دهد (اکستیرمرا و دوران، ۲۰۰۹^۳).

افرادی که رضایت از زندگی بالاتری دارند، از سبک‌های مقابله‌ای مؤثرتر و مناسب‌تر استفاده می‌کنند، عواطف و احساسات عمیق‌تری را تجربه می‌کنند و از سلامت عمومی بالاتری برخوردارند و نارضایتی از زندگی با وضعیت سلامتی ضعیف‌تر، علائم افسردگی، مشکلات شخصیتی، رفتارهای نامناسب بهداشتی و وضعیت ضعیف اجتماعی همبسته است (مالتبای، مکوچن، گیلت، هوران و اشی^۴، ۲۰۰۴).

کوهن، پیرز و چامبرز^۵ (۲۰۰۵) دریافته‌اند که مذهب از طریق تأثیر بر اعتقاد زندگی پس از مرگ و کاهش اضطراب مرگ، بر رضایت از زندگی اثر می‌گذارد. حال با توجه به اینکه تدارک خدمات حرفه‌ای بهداشت روانی برای ارائه راهبردهای درمانی اثربخش به منظور مقابله با چالش‌های اضطراب مرگ ضروری هستند، پژوهش در این زمینه می‌تواند نقطه‌ی شروعی برای پژوهش در این حیطه باشد، لذا پژوهش حاضر به منظور پاسخ به این سؤال تلاش خواهد کرد که آیا آموزش درمان مرور زندگی بر اضطراب مرگ و رضایت از زندگی سالمندان مؤثر است؟

-
1. Chiang ، Chu ، Chang ، Chen ، Chiou ، Chou
 2. Lacy
 3. Extremera and Duran
 4. Maltbay, Mccutcheon, Gillett, Houran & Ashe
 5. Cohe, Pierce & Chamers

روش پژوهش

با توجه به هدف پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی درمان مرور زندگی با اضطراب مرگ و رضایت از زندگی، پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بوده است. کلیه سالمندان ساکن در آسایشگاه‌های تهران در سال ۹۴ جامعه آماری این پژوهش را تشکیل دادند. از بین آسایشگاه‌های موجود در شهر تهران، سرای سالمندان مهرگل به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. از بین ۵۷ نفر حاضر در سرای سالمندان سی نفر زن که در آزمون اضطراب مرگ نمره ۷ و بالاتر و رضایت از زندگی نمره پایینی کسب کردند، مشخص شدند. این ۳۰ نفر به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند و جلسات درمانی برای گروه آزمایش بر اساس فرایند درمان مرور زندگی هایت و ویستر (۱۹۹۵) اجرا شد.

ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات

۱) پرسشنامه اضطراب مرگ: این پرسشنامه در سال ۱۹۷۰ توسط تمپلر ساخته شده است و شامل ۱۵ ماده است که نگرش آزمودنی‌ها را به مرگ می‌سنجد. آزمودنی‌ها پاسخ‌های خود را به هر سؤال با گزینه‌های بله یا خیر مشخص می‌کنند. پاسخ بلی نشانگر وجود اضطراب در فرد است. بدین ترتیب، نمره‌های این مقیاس می‌تواند بین صفر تا ۱۵ متغیر باشد که نمره بالا معرف اضطراب زیاد افراد در مورد مرگ است. بررسی‌های به عمل آمده در مورد روایی و پایایی مقیاس اضطراب مرگ نشان می‌دهد که این مقیاس از اضطراب قابل قبولی برخوردار است. مقیاس سنجش اضطراب به مرگ تمپلر، یک پرسشنامه استاندارد بود، و در پژوهش‌های مختلف در سطح جهان جهت سنجش اضطراب مورد استفاده قرار گرفته و در فرهنگ اصلی، ضریب بازآزمایی مقیاس ۰/۸۳. و روایی همزمان آن بر اساس همبستگی با مقیاس اضطراب آشکار ۰/۲۷. و با مقیاس افسردگی ۰/۴۰. گزارش شده است. (رجبی و بحرانی، ۱۳۸۰). در کشور ایران نیز ترجمه، تحلیل عاملی و اعتبار یابی شده است. بطور مثال رجبی و بحرانی (۱۳۸۰) آن را در شهر اهواز بررسی کردند و همسانی درونی آن ۰/۷۳. گزارش کرده‌اند. برای بررسی روایی مقیاس اضطراب

مرگ تمپلر از دو مقیاس نگرانی مرگ مقیاس اضطراب آشکار استفاده شده که نتیجه آن ۴۰٪ برای ضریب همبستگی مقیاس اضطراب مرگ با مقیاس نگرانی مرگ ۳۴٪. برای ضریب همبستگی اضطراب مرگ با مقیاس اضطراب آشکار بود.

۲) پرسشنامه رضایت از زندگی: این مقیاس توسط دینر، آمونز، لارسن و گریفین^۱ (۱۹۸۵) ساخته شده است. این مقیاس پنج گویه دارد که بر اساس مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم برای میزان رضایت کلی از زندگی تهیه شده است. این مقیاس برای استفاده در ایران منطبق شده است و شواهد روایی و پایایی آن مطلوب گزارش شده است. در پژوهشی که روی ۵۷۷ دانش‌آموز دبیرستانی انجام شده است، ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۰. و روایی آن به شیوه تحلیل عاملی محاسبه شده است (پورسردار، عباسپور، عبدی‌زرین و سنگری، ۱۳۹۱). اعتبار و روایی مقیاس رضایت از زندگی در مطالعات متعددی بررسی شده است. دینر، آمونز، لارسن و گریفین (۱۹۸۵) ضریب همبستگی بازآزمایی نمره‌های این مقیاس را در یک جمعیت ۱۷۶ نفری دانشجویان ۸۲٪ و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷. گزارش نمود هاند. همچنین پایایی این مقیاس توسط لطف‌آبادی (۱۳۷۹)، با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳. و با روش بازآزمایی ۰/۶۹. به دست آمد.

روش اجرای پژوهش

روش اجرای پژوهش حاضر به این صورت بود که در بهار ۹۴ پس از اخذ مجوزهای لازم از دانشگاه و بهزیستی شهر تهران، از بین آسایشگاه‌های موجود در شهر تهران، خانه سالمندان مهرگل به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد و پس از تبیین اهداف و اخذ رضایت از افراد سالمند حاضر در آن، از آن‌ها خواسته شد به صورت انفرادی به پرسشنامه‌های رضایت از زندگی و اضطراب مرگ پاسخ بدهند. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، افراد مورد نظر برای شرکت در جلسات درمانی مرور زندگی به صورت گروه

1. Diener, E. D., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin

کنترل (۱۵ نفر) و گروه آزمایشی (۱۵ نفر) مشخص شدند. پس از پایان جلسات درمانی، پس از آزمون نیز از آنها گرفته شد.

روش و تجزیه و تحلیل داده‌ها

مدل درمان مرور زندگی هایت و وبستر: طرح درمانی این پژوهش بر اساس فرایند درمان مرور زندگی هایت و وبستر (۱۹۹۵) در ۸ جلسه گروه‌درمانی ۶۰ دقیقه‌ای می‌باشد. سه جلسه اول به کودکی، خانه و خانواده، سه جلسه بعدی به نوجوانی، جوانی و حال و دو جلسه نهایی به خلاصه، ارزیابی و جمع‌بندی زندگی فرد متمرکز می‌شود. تلاش بر آن است که طی این جلسات هشت مرحله رشدی اریکسون و تعارضات مربوط به هر مرحله که ممکن است لاینحل باقی مانده باشد، پوشش داده شود. پژوهشگر طی این مداخلات از مهارت‌های پایه مشاوره مثل درک، پذیرش مراجع، عدم پیش‌داوری، ایجاد رابطه صمیمانه، تفسیر و قاب‌دهی مجدد و حمایت اعضای گروه نیز استفاده می‌کند. در جهت توصیف اطلاعات از روش‌های آمار توصیفی (شامل میانگین، انحراف معیار) استفاده شد و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در حوزه آمار استنباطی از روش تجزیه و تحلیل کواریانس برای کنترل اثر پیش‌آزمون استفاده شد.

یافته‌ها

در این مرحله، داده‌ها در سطح توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شد. ابتدا نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گواه بررسی و آمارهای توصیفی مربوط به متغیرها استخراج شد که در جدول یک و دو می‌بینید؛ سپس با استفاده از نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای نرمال بودن توزیع نمرات و نیز آزمون لوین برای تساوی واریانس‌ها و همگنی رگرسیون، پیش‌فرض‌های لازم برای استفاده از آزمون‌های پارامتریک تأیید شد و سپس داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل کواریانس در معرض تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌های توصیفی این پژوهش، شامل شاخص‌های آماری مانند میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای مورد مطالعه و عامل‌های استخراج شده است. در این تحقیق متغیر جنسیت نداشتیم همه شرکت‌کنندگان زن بودند. جنسیت ثابت بوده.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیر اضطراب مرگ در پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه

گروه‌ها	شاخص‌های آماری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
آزمایش	میانگین	۹/۱۳	۶/۰۰
	انحراف معیار	۱/۷۲	۱/۳۰
	میانگین تعدیل شده	-	۶/۰۶
کنترل	میانگین	۹/۳۳	۸/۳۳
	انحراف معیار	۱/۸۳	۱/۷۹
	میانگین تعدیل شده	-	۸/۲۵

همانطور که جدول ۱ نشان می‌دهد، میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون متغیر اضطراب مرگ در گروه آزمایش ۹/۱۳ و ۱/۷۲ و در گروه کنترل ۹/۳۳ و ۱/۸۳ بوده است. میانگین و انحراف معیار پس‌آزمون این متغیر در گروه آزمایش ۶ و ۱/۳۰ و در گروه کنترل ۸/۳۳ و ۱/۷۹ بوده است. همانطور که دیده می‌شود میانگین گروه آزمایش کمتر از گروه کنترل بوده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیر رضایت از زندگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه

گروه‌ها	شاخص‌های آماری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
آزمایش	میانگین	۱۱/۹۳	۱۷/۷۳
	انحراف معیار	۴/۱۸	۴/۵۱
	میانگین تعدیل شده	-	۱۸/۰۵
کنترل	میانگین	۱۲/۶۰	۱۴/۰۷
	انحراف معیار	۲/۷۹	۳/۱۰
	میانگین تعدیل شده	-	۱۳/۷۴

همانطور که جدول ۲ نشان می‌دهد، میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون متغیر رضایت از زندگی در گروه آزمایش ۱۱/۹۳ و ۴/۱۸ و در گروه کنترل ۱۲/۶۰ و ۲/۷۹ بوده است. میانگین و انحراف معیار پس‌آزمون این متغیر در گروه آزمایش ۱۷/۷۳ و ۴/۵۱ و در گروه کنترل ۱۴/۰۷ و ۳/۱۰ بوده است. همانطور که دیده می‌شود میانگین گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل بوده است.

یافته‌های استنباطی

در این بخش با استفاده از آزمون‌های آماری به آزمون فرضیه‌های پژوهش پرداخته می‌شود. این پژوهش دارای دو متغیر وابسته (اضطراب مرگ و رضایت از زندگی) و یک متغیر مستقل دارای دو سطح آزمایش و کنترل بوده است. گروه آزمایش در معرض درمان مرور زندگی قرار گرفت. طرح پژوهش پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود که به این دلیل برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای تعدیل اختلافات اولیه دو گروه آزمایش و کنترل استفاده شد. قبل از انجام آزمون‌ها، مفروضه نرمال بودن با استفاده از آزمون کالمگروف اسمیرنف، مفروضه همگنی واریانس‌ها در دو گروه با استفاده از آزمون لوین، مفروضه همگنی شیب رگرسیون با استفاده از آزمون واریانس بررسی شدند و همی در هر دو متغیر اضطراب مرگ و رضایت از زندگی با آلفای بزرگتر از ۰/۰۵ تأیید شدند.

فرضیه اول: درمان مرور زندگی اضطراب مرگ سالمندان زن را کاهش می‌دهد.

جدول ۳. آزمون کالمگروف اسمیرنف برای بررسی مفروضه نرمال بودن متغیر اضطراب مرگ در دو گروه

آزمون کالمگروف-اسمیرنف			گروه	آزمون	متغیر
سطح معناداری	درجه آزادی	آماره			
۰/۲۰	۱۵	۰/۱۳	آزمایش	پیش‌آزمون	اضطراب مرگ
۰/۲۰	۱۵	۰/۱۷	کنترل		
۰/۲۰	۱۵	۰/۱۷	آزمایش	پس‌آزمون	
۰/۲۰	۱۵	۰/۱۷	کنترل		

همانطور که جدول ۳ نشان می‌دهد مفروضه نرمال بودن در متغیر اضطراب مرگ در دو گروه با سطح معناداری بالاتر از ۰/۰۵ ($p > 0.05$) تأیید شد.

جدول ۴. آزمون F لوین برای بررسی مفروضه یکسانی واریانس‌ها در دو گروه مورد مطالعه

متغیرها	شاخص‌های آماری		
	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	F
اضطراب مرگ	۱	۲۸	۲/۹۰
			سطح معناداری
			۰/۰۹

همانطور که جدول ۴ نشان می‌دهد، آزمون F لوین برای بررسی مفروضه یکسانی واریانس‌ها در دو گروه در متغیر اضطراب مرگ با سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ تأیید شد. ($p > 0.05$).

جدول ۵. آزمون واریانس برای بررسی شیب رگرسیون در متغیر اضطراب مرگ در دو گروه

منبع	شاخص آماری		
	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F
گروه	۰/۲۹	۱	۰/۳۱
پیش‌آزمون	۴۴/۳۸	۱	۴۸/۱۲
گروه*پیش‌آزمون	۰/۳۲	۱	۰/۳۵
خطا	۲۳/۹۷	۲۶	
کل	۱۶۵۱/۰۰	۳۰	

با توجه به جدول ۵ آزمون واریانس برای بررسی شیب رگرسیون در دو گروه در متغیر اضطراب مرگ با $F(1, 26)$ و سطح معناداری ۰/۵۵ تأیید شد ($p > 0.05$).

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری بر روی نمرات تعدیل شده متغیر اضطراب مرگ بین دو گروه

متغیرها	شاخص آماری		
	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F
پیش‌آزمون	۴۵/۰۳	۱	۵۰/۰۴
گروه	۳۵/۸۸	۱	۳۹/۸۷
خطا	۲۴/۲۹	۲۷	
کل	۱۶۵۱/۰۰	۳۰	

با توجه به جدول ۶ نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری بین دو گروه بر روی نمرات تعدیل شده متغیر اضطراب مرگ با $(F = 39/87)$ سطح معناداری $0/001$ تفاوت معناداری را بین دو گروه با ۹۹ درصد اطمینان نشان می‌دهد. $(P < 0/001)$. درمان مرور زندگی با اندازه اثر $0/59$ ، ۵۹ درصد از متغیر اضطراب مرگ را تبیین می‌کند و تحلیل کوواریانس با توان آماری ۱ توانسته بود فرض صفر را رد کند.

فرضیه دوم: درمان مرور زندگی رضایت از زندگی سالمندان زن را افزایش می‌دهد.

جدول ۷. آزمون کالمنگروف اسمیرنف برای بررسی مفروضه نرمال بودن متغیر رضایت از زندگی در دو گروه

متغیر	آزمون	گروه	آزمون کالمنگروف-اسمیرنف	
			آماره	درجه آزادی
رضایت از زندگی	پیش آزمون	آزمایش	۰/۱۳	۱۵
	پس آزمون	کنترل	۰/۲۱	۱۵
رضایت از زندگی	پس آزمون	آزمایش	۰/۱۱	۱۵
	پس آزمون	کنترل	۰/۱۷	۱۵

همانطور که جدول ۷ نشان می‌دهد مفروضه نرمال بودن در متغیر رضایت از زندگی در دو گروه با سطح معناداری بالاتر از $0/05$ ($p > 0/05$) تأیید شد.

جدول ۸. آزمون F لوین برای بررسی مفروضه یکسانی واریانس‌ها در متغیر رضایت از زندگی

متغیرها	شاخص‌های آماری			
	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	F	سطح معناداری
رضایت از زندگی	۱	۲۸	۱/۳۷	۰/۲۵

با توجه به جدول ۸ آزمون F لوین برای بررسی مفروضه یکسانی واریانس‌ها در دو گروه در متغیر رضایت از زندگی با $P(1,28) = 1/37$ و سطح معناداری $0/25$ تأیید شد ($p > 0/05$).

جدول ۹. آزمون واریانس برای بررسی شیب رگرسیون در متغیر رضایت از زندگی در دو گروه

منبع	شاخص آماری	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری
گروه	۹/۰۷	۱	۲/۸۱	۰/۱۰	
پیش آزمون	۲۸۸/۰۷	۱	۸۹/۲۹	۰/۰۰	
گروه*پیش آزمون	۰/۰۰۷	۱	۰/۰۰۲	۰/۹۶	
خطا	۸۳/۸۷	۲۶			
کل	۸۱۰۵/۰۰	۳۰			

با توجه به جدول ۹- آزمون واریانس برای بررسی شیب رگرسیون در دو گروه در متغیر رضایت از زندگی با $F(1/26) = 0.02, 0$ و سطح معناداری ۰/۹۶ تأیید شد ($p > 0.05$).

جدول ۱۰. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری بر روی نمرات تعدیل شده متغیر رضایت از زندگی بین دو گروه

متغیرها	شاخص آماری	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
پیش آزمون	۳۳۵/۹۸	۱	۱۰۸/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۸۰	۱/۰۰	
گروه	۱۳۸/۳۸	۱	۴۴/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱/۰۰	
خطا	۸۳/۸۸	۲۷					
کل	۸۱۰۵/۰۰	۳۰					

با توجه به جدول ۱۰- نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری بین دو گروه بر روی نمرات تعدیل شده متغیر رضایت از زندگی با $F = 44/54$ و سطح معناداری ۰/۰۰۱ تفاوت معناداری را بین دو گروه با ۹۹ درصد اطمینان نشان می دهد ($P < 0.01$).

درمان مرور زندگی با اندازه اثر ۰/۶۲، ۶۲ درصد از واریانس متغیر رضایت از زندگی را تبیین می کرد و تحلیل کوواریانس با توان آماری ۱ توانسته بود فرض صفر را رد کند.

بحث و نتیجه‌گیری

همانگونه که بیان گردید هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مرور زندگی بر اضطراب مرگ و رضایت از زندگی سالمندان می‌باشد. در این پژوهش ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و برای اندازه‌گیری متغیر پژوهش از فرم ۱۵ سؤالی اضطراب مرگ و ۵ سؤالی رضایت از زندگی استفاده شد. از آمار توصیفی برای توصیف نتایج و برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از تحلیل کواریانس استفاده شد.

یافته‌های حاصل نشان داد که درمان مرور زندگی باعث کاهش اضطراب مرگ سالمندان شده است. همخوانی نتایج این پژوهش با نتایج تحقیق تقدسی و فهیمی‌فر (۱۳۹۳)، اسماعیلی (۱۳۸۹) و کریمی (۱۳۸۷) بیانگر مؤثر بودن درمان مرور زندگی است و از جمله دلایل این موضوع این است که در درمان مرور زندگی تجربه‌های گم‌شده، ولی مؤثر افراد آشکار می‌شود، تجربه‌های منفی مورد بررسی منطقی قرار می‌گیرد و تجربه‌های مثبت یادآوری می‌شود و به این ترتیب فرد احساس مفید بودن و مؤثر بودن می‌کند. زمانی که این درمان به صورت گروهی انجام می‌شود جنب و جوش و پویایی اعضای گروه که در خاطرات یکدیگر شریک می‌شوند، افزایش می‌یابد و موجب تغییر ادراک شخصی آن‌ها از حوادث زندگی می‌شود و به حل مؤثر مشکلات آنان کمک می‌کند. پژوهش حاضر در طول مدت ۶ هفته انجام شد و نتایج مثبت آن با نتایج وات و کپلیز (۲۰۱۰)، هایت و میشل و هندریکس (۲۰۰۸)، هرسک و موراتگلو (۱۹۹۹)، هایت و وبستر (۱۹۹۵) و تفت و نهرک (۱۹۹۰) که بهبود نشانه‌های اضطراب بر اثر مرور زندگی ۶ هفته‌ای در سالمندانی که اضطراب داشتند را گزارش کرده‌اند، همخوانی دارد. احتمالاً دلایل همخوانی استفاده از فرآیند مرور زندگی تدوین شده توسط هایت و وبستر می‌باشد. اشتراک دیگر توجه به عوامل اثربخش درمان مرور که توسط هایت بیان شده، یعنی سرمایه کافی از زمان (۶ هفته یا طولانی‌تر) توجه به گستره عمر از تولد تا به حال، ارزیابی (تجزیه و تحلیل) خاطراتی که توسط آزمودنی‌ها بیان می‌شدند، توجه به طول جلسات درمان (۱ ساعت) که به دلیل شرایط خاص فیزیکی افراد سالمند از نکات بسیار مهم می‌باشد، از

دیگر دلایل موفقیت این طرح بود. نتایج مثبت درمان مرور زندگی در این تحقیق با نتایج تحقیق باتلر و اریکسون (۱۹۶۳) که اثر بخشی این درمان بر روی اضطراب مرگ سالمندان را گزارش کرده‌اند همخوان است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان مرور زندگی نه تنها بر کاهش میزان اضطراب مرگ مؤثر است، با رویکردهای شناخت درمانی نیز هماهنگ است، زیرا بازسازی شناختی تجارب منفی مراجع از فنون مشترک درمان‌های شناختی و درمان مرور زندگی است. از سوی دیگر احتمالاً آنچه در این پژوهش سبب کاهش اضطراب مرگ سالمندان شده است این است که افراد سالمند ممکن است از مرور زندگی برای معنابخشی مثبت به زندگی و مرگ استفاده کنند که این امر می‌تواند منجر به آرامش روحی و روانی آن‌ها شود و در نتیجه اضطراب مرگ آن‌ها و همچنین تجمیع تفکرات فناپذیری آن‌ها را کاهش دهد همچنین مرور زندگی باعث شکل‌گیری احساس هویت در اواخر زندگی می‌شود. افراد زمانی که فرصت می‌یابند تا حوادث و تجربیات گذشته خود را با خشنودی و لذت منعکس می‌سازند، یک ثبات روانی به دست می‌آورند و اساساً معنا و رضایت از زندگی دارند و از مرگ نمی‌هراسند. بطور کلی همانطور که وات و کپلیز (۲۰۱۰) نیز اشاره کرده‌اند این درمان سریعتر از درمان‌های پزشکی سنتی نتیجه می‌دهد. چرا که برای سالمندان شناخته‌شده‌تر است. سالمند در این درمان از محتوای فرایند زندگی خویش به خوبی آگاهی دارد و نیازی به یادگیری مهارت جدیدی ندارد. همچنین دعوت از سالمندان برای بحث درباره تجارب زندگی گذشته‌شان فعالیت جذاب و خوشایند است. زمانی که با کمک مشاور از نکات مثبت و توانایی درونی خود آگاهی می‌یابند اضطراب مرگ آن‌ها کمتر می‌شود.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند درمان مرور زندگی باعث بهبود رضایت از زندگی زنان سالمند شده است. همخوانی نتایج پژوهش در افزایش و بهبود رضایت از زندگی سالمندان با تحقیقات چیانگ، چو، چانگ و چن (۲۰۰۹) که اثر بخشی درمان مرور زندگی را در افزایش رضایت از زندگی را گزارش کرده‌اند، فرض اولیه باتلر (۱۹۶۳) را که مرور زندگی را یک درمان تعدیل‌شده مخصوص سالمندان می‌داند تأیید می‌کند. در پژوهش حاضر، آنچه احتمالاً بر بهبود رضایت از زندگی سالمند مؤثر بوده است، این است که

مرور زندگی موجب می‌شود تا سالمند با بازبینی تجارب زندگی و بازسازی شناختی حوادث زندگی، مفهوم درک خویش از تاریخ زندگی‌اش را گسترش می‌دهد که این امر مستقیم بر احساسات فرد تأثیر می‌گذارد و بنابراین، وقوع مرور زندگی ذاتاً و فی‌نفسه یک فرآیند درمانی است که منجر به بینش و درک بیشتر از خود، همراه با تغییرات عاطفی، رفتاری و شناختی است که این امر موجب بهبود رضایت از زندگی سالمندان می‌شود. در طی فرایند مرور زندگی آنچه باعث بهبود رضایت از زندگی افراد سالمند می‌شود بازگو کردن خاطرات خوب است. زمانی که سالمندان تجارب خوشایند خود را تعریف می‌کنند، حس خوب نهفته شده در پس آن‌ها زنده می‌شود، گویی آن خاطرات مجدد اتفاق افتاده است. از طرفی دیگر در طی جلسات مرور زندگی آن‌ها دیدگاه امیدوارانه و خوش‌بینانه‌ای نسبت به زندگی می‌یابند که موجب شادابی و سرزندگی آن‌ها می‌شود.

نتایج مثبت درمان مرور زندگی با نتایج پژوهش بوهل، میچر و فیلیپ (۲۰۰۳) که اثر بخشی درمان مرور زندگی بر افزایش رضایت زندگی را گزارش کرده‌اند، هماهنگ است. در پژوهش حاضر آنچه که می‌تواند بر بهبود رضایت از زندگی افراد سالمند تأثیر بگذارد جامع بودن مرور زندگی در ارزیابی حوزه‌های شناخته شده تجربیات سالمند است. مرور زندگی به مسائل رشدی سالمند نظیر تجربیات آموزش، درک مراجع از عضویت در گروه همسالان و تأثیر آن بر هویت، رشد جنسی و تاریخچه آن، سرگذشت عشقی، ازدواج یا ازدواج‌ها، فرزندان و سایر جنبه‌های زندگی خانوادگی در بزرگسالی، تاریخچه شغلی و ارزیابی مراجع از آن، تجربه‌های درک و احساس مراجع نسبت به آینده (مثلاً زمان باقی مانده چقدر است؟ چه کارهایی باید تمام شوند؟) توجه می‌کند (کریمی، ۱۳۸۷). زمانی که سالمندان گذری به این خاطرات می‌زنند، روزهایی را به خاطر می‌آورند که بسیار پر جنب و جوش بوده و در موقعیت‌های اجتماعی حضور فعال داشته‌اند، با یادآوری و زنده کردن این خاطرات احساس بهتری پیدا می‌کنند و خود را در زمان گذشته درخشان می‌بینند که این دیدگاه همراه با احساس حمایت اجتماعی موجب افزایش انرژی روانی و شادکامی و بهبود رضایت از زندگی می‌شود. همچنین نتیجه درمان مرور زندگی این پژوهش با نتایج پژوهش فیلدن (۱۹۹۰) و کوک (۱۹۹۸) مبنی بر اینکه مرور زندگی منجر

به افزایش رضایت از زندگی در سالمندان می‌شود همخوانی دارد. دلیل این امر می‌تواند این باشد که سالمندان در خلال مرور گذشته، احساسات و هیجانات مثبت و منفی گذشته را بیرون می‌ریزند و در مقام بررسی اتفاقات و احساسات بر می‌آیند و در یک ارزیابی مجدد به تغییر نگرش دست می‌یابند، این تغییر در نگرش و افزایش توجه به خود، موجب کنار آمدن با تحولات تازه می‌شود. در واقع اتصال گذشته و حال به یک ارزیابی واقعی‌تر از وضعیت موجود منجر می‌شود که نتیجه آن رضایت از زندگی است. بنابراین می‌توان گفت این درمان سریع‌تر از درمان‌های کلینیکی سنتی نتیجه می‌دهد، چرا که برای مراجعان شناخته شده‌تر و ملموس‌تر است. مراجع در این درمان از محتوای فرآیند زندگی خویش به خوبی آگاهی دارد و نیازی به یادگیری مهارت جدیدی ندارد.

در نهایت آموزش مداوم این طرح و برگزاری دوره‌های آموزشی مرور زندگی در مراکز مربوط به بیماران صعب‌العلاج که با مرگ قریب‌الوقوع روبرو هستند، به مسئولین زیربط پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

از مدیریت محترم آسایشگاه مهرگل و تمامی سالمندان عزیز که در این پروژه همکاری داشته‌اند تشکر و قدردانی می‌کنم.

منابع

- اسدوروی، لستر. (۲۰۰۸). *روان‌شناسی* (چاپ پنجم). (ترجمه جهانبخش صادقی، ۱۳۹۳). تهران: سمت.
- اسماعیلی، معصومه. (۱۳۸۹). مطالعه اثربخشی درمان مرور زندگی با تاکید بر اصول هستی‌شناسی اسلامی بر کاهش نشانگان اختلال استرس پس از سانحه. فرهنگ مشاوره و راهنمایی. ۲، ۲۰-۱.
- برک، لورا. ای. (۲۰۰۱). *روان‌شناسی رشد* (جلد دوم). (ترجمه یحیی سید محمدی، ۱۳۸۷). تهران: ارسباران.

- پاشا، غلامرضا، صفرزاده، سحر، و مشاک، رویا. (۱۳۸۶). مقایسه سلامت عمومی و حمایت اجتماعی بین سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان ساکن در خانواده. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*. ۳، ۵۰۴-۵۰۳.
- پروچاسکا، جیمز، و نور کراس، جان. (۲۰۰۷). *نظریه‌های روان‌درمانی*. (ترجمه یحیی سید محمدی، ۱۳۹۱). تهران: روان.
- پروین، لارنس. (۲۰۰۰). *روان‌شناسی شخصیت: نظریه و تحقیق* (چاپ دوم). (ترجمه پروین کدیور و محمد جعفر جوادی ۱۳۸۱). تهران: موسسه خدمات فرهنگی رسا.
- پور سردار، فیض‌الله؛ عباس پور، ذبیح‌الله؛ عبدی زرین، سهراب؛ سنگری، علی اکبر. (۱۳۹۱). تاثیر تاب‌آوری بر سلامت روانی و رضایت از زندگی، یک الگوی روان‌شناختی از بهزیستی. *فصلنامه یافته*، (۱۴) ۱، ۸۹-۸۱.
- تقدسی، محسن، و فهیمی فر، آمنه. (۱۳۹۳). تاثیر درمان مرور زندگی با رویکرد معنوی بر کیفیت زندگی در بین بیماران مبتلا به سرطان. *دو ماه نامه علمی - پژوهشی فیض*، (۲) ۱۸، ۱۴۴-۱۳۵.
- رجبی، غلامرضا، و بحرانی، محمود. (۱۳۸۰). تحلیل عاملی سؤالات مقیاس اضطراب مرگ. *مجله روانشناسی*، ۲۰، ۳۴۴-۳۳۱.
- سروندیان، نگین، و حسن پور، ندین. (۱۳۸۲). مقایسه احساس تنهایی و ترس از مرگ در زنان و مردان سالمند برای سالمندان شهرستان اهواز ۱۳۸۲-۱۳۸۱. پایان نامه کارشناسی روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
- سهرابی، محمد باقر، ذوالفقاری، پونه، مهدی زاده، فرزانه، آقاییان، محمد، قاسمیان، مجتبی و شریعتی، زهرا. (۱۳۸۷). بررسی مقایسه‌ای وضعیت شناختی و افسردگی سالمندان مقیم سزای سالمندان و ساکن منزل شخصی. *فصلنامه دانش و تندرستی*. ۲۷، ۳۲-۲۸.
- شولتز، دوان، شولتز، سیدنی آلن. (۲۰۱۳). *روانشناسی شخصیت* (چاپ ۲۶). (ترجمه یحیی سید محمدی، ۱۳۹۲). تهران: رشد.

- علیزاده فرد، سوسن. (۱۳۹۱). تاثیر روش درمان گروهی مرور زندگی در سالمندان مبتلا به درد مزمن. *مجله سالمندی ایران*، (۲۵) ۷، ۶۷-۶۰.
- علیا نسب، سید حسن (۱۳۸۹). بررسی رابطه دین داری و اضطراب مرگ در بین دانشجویان و طلاب ضهر قم. *مجله روانشناسی و دین*، ۱، ۶۸-۵۵.
- کریمی، مریم. (۱۳۸۷). اثربخشی درمان مرور زندگی در مرحله یکپارچه سازی با تاکید بر نظریه اریکسون بر میزان افسردگی زنان سالمند یزد. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- کرین، ویلیامز. (۲۰۱۳). *نظریه های رشد، مفاهیم و کاربردها* (چاپ نهم). (ترجمه ی غلامرضا خوی نژاد و علیرضا رجایی، ۱۳۹۲). تهران: رشد.
- لطف آبادی، حسین. (۱۳۷۹). *روان شناسی رشد* (۲) *نوجوانی، جوانی و بزرگسالی* (چاپ دوم). تهران: سمت.
- موزیری، عباس؛ بهمنی، بهمن؛ نظری، علی محمد؛ و بیگلریان، اکبر. (۱۳۹۲). اثربخشی گروه درمانی وجودی بر اضطراب مرگ در سالمندان. *پژوهش های مشاوره*، ۴۳، ۱۳۶-۱۵۰.
- میراب زاده اردکانی، آرش. (۱۳۸۷). سالمندی بهنجار، مجموعه مقالات اولین کنفرانس بین المللی سالمندی در ایران، مسائل روان شناختی، ورزش و تغذیه در سالمند (جلد سی). تهران: گروه بانوان نیکوکار.
- یالوم، اروین. (۲۰۰۲). *روان درمانی انگریستانسیال*. (ترجمه سپیده حبیب، ۱۳۹۰). تهران: نی.

- Butler, R., Erikson, E. (1963). Relationships Among an Older Adults life Review, Ego Integrity, and Death Anxiety. *International Psychogeriatrics*, 4(4), 267-277.
- Butler, R. (1963). The life review: an interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*. 26: 65- 76.
- Butler, R. (1974). Successful aging and the role of the life review. *J AM Geriatr S.O C.22* , 529- 535.

- Bohlmeijer, E.S., & Filip, C.P. (2003). Effects of reminiscence and lifereview on late depression: A meta analysis. *International Journal of Ggeriatric Psychiatry*, 18(12), 1088-1094.
- Chiang K. J, Chu H, Chang H.J, Chung M. H, Chen C. H, Chiou H. Y, Chou K. R. (2009). The effects of reminiscence therapu on psychological well- being, depression and lineliness among the institutionalized aged. *International Journal of Geriatric psychiatry* 25(4): 380-8.
- Clayton, v.(1975). Ericksons theory of human development as it apples to the ged. *Human Development*. 18, 119- 128.
- Cohen, AB, Pierce, JD, Chambers, J.(2005). Meade religiosity, belief in the after life, death anxiety and life satisfaction in young Catholics and Protestans. *JJRP*. 39 ,307-324.
- Dinner, E., Oishi, S., Lucas, R.E. (2003). Personality, Culture and subjective well being, Emotional andcognitive evaluations of life annul review of psychology.
- Diener, E. D., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of personality Assesment*, 1, 71-75.
- Erlen, J.A., Mellors, M.P., Sereika, S.M. , Cook, C. (2001).The use of life review to enhance uality of life of people living whth AIDS: A feasibility study. *Quality of life research*, 19, 453-464.
- Extremera, N., A. Duran. (2009). “The moderating effect of trait meta – mood perceived strss on life satisfaction.” *Personality and Individual Differences*, 47(2), 116-121.
- Haber, D. (2006). Life review: Implementation. Theory, research, and therapy. *International Journal of aging and Human Development*, 63(2), 153-171.
- Haight, B. , Mchel, y, and Hendrix, S.(2009). The extended effect of the life review in nursing home residents. *Internasional Sournal af Aging and Human Development*. 50, 151- 168.
- Haight, B. , Mchel, y, and Hendrix, S.(2008). Life review: preventing despair in newly relocated nursing home residents short- time and long- time effectives. *International Journal af Aging and human Development*. 47, 119- 142.
- Haight, B.K, Webster.J.D. (1995). *The artan science of reminiscence* wash ington. D.C.: Taylor & Francis.
- Hirsch, C.R. , and Mouratoglou, V.M.(1999). Life review of an adults with memory Difficutties. *International Journal of Geriatriis psychiatry*.14 , 261-265.
- Holland ,D.S. (1997). The effect of life review on ego despair in the geriatric population: A case study. *united states: UMI*.
- Kastenbaum ,R.(2005). *The psychology of death(3 re)*. New York: springer.

- Lacy, S.D. (2002). Facilitating life review of the terminally ill: perceptions of the experience. *Dissertation Abstracts International*, 63(04-A), 12-25.
- Maltbay, J., Mccutcheon, LE., Gillet, R., Houran, g., and Ashe, D.D. (2004). Prsonality and coping: A contex for examining celebrity worship and mental health. *British Journal of Psychology*. 95, 411-428.
- Mastel-smity, B.A., farlane, J., Sierpina, M., Malecha, A., Hail, B. (2007). Improving depressaion symptoms in community- dwelling older adnlts a psychological intervention using life review and writing. *Journal of Geront o Logical Nursing*. 56, 146- 150.
- Mearcher, A. (2009). Life review technique in the treatment of PTSD in the patients: Rational and three single case studies. *Journal of Clinical Neuropsychology*. 8, 236-249.
- Melendez, J.C., J.M. Tomas, l. (2009). Psychological and Physical dimensions explaining life satisfaction among the elderly: A Structuralmodel examination" *Archives of Gerontology and Geriatrics* 48, 291-295.
- Meyers, D. (2000). The friends, funds, and faith of happy people. *American Psychology*. 55, 56- 67.
- Mollaoglu, M., O. Tuncacy, (2010). Mobility disability and life satisfaction in elderly people. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 51, 115-119.
- pickrel, J. (1989). Tell me your story: using life review in counseling the terminaly ill. *Death Study*, 13, 127-135.
- Suhail, K.B., Akrams, M.S. (2002). Correlats of deaty anxiety in pakistan. *Death Studies*, 26(1), 39-50.
- Taft, L.L., Nehrke, M. (1990). Reminiscence, life review, and ego integrity in nursing home residents. *International Journal of aging and human Develompent*. 30, 189- 196.
- Templer, D.L. (1970). The construction and validation of a death anxiety scale. *Journal of General Psychology*. 82, 165-177.
- Vanderkift, G.K. (2001). Breaking bad news. *A M fam physicin*. 64, 197-198.
- Watt, l., Cappeliez, p. (2010). Integrative and instrument reminiscence therapies for anxiety in adults: intervevtion strategies and treatment effevtiveness. *Aging & mental Health*. 4, 166-183.
- Weiss, J. (2010). Acamparison of cognitive group therapy to life review group therapy with adults. *Dessrrtation abstract*, West, Virginia university, Moranton, West Virginia.

Wilson, L.A. (2006). A comparison of the effects of reminiscence therapy and transmissive reminiscence therapy on levels of depression in nursing home residents. USA: proQuest Information and Learning compony.

Archive of SID