

اثربخشی خاطره‌پردازی ساختارمند گروهی بر ارتقای کیفیت زندگی و شادکامی سالمندان

The Effectiveness of Structured Group Reminiscence on the Enhancement of the Elderly's Life Quality and Happiness

Mohammad Reza Majzoubi Khodamorad Momeni, PhD
MA in General Psychology Razi University

خدایمرد مؤمنی
استادیار دانشگاه رازی
محمد رضا مجذوبی
کارشناس ارشد روانشناسی عمومی

Rozita Amani, PhD Mohsen Hojjat Khah, PhD
Bu-Ali Sina University Razi University

محسن حجت‌خواه
استادیار دانشگاه رازی
رزیتا امانی
استادیار دانشگاه بوعلی سینا

چکیده

این مطالعه به منظور تعیین اثربخشی خاطره‌پردازی ساختارمند گروهی بر ارتقای کیفیت زندگی و شادکامی سالمندان شهرستان همدان انجام شد. طرح مطالعه از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه، و روش آماری آن تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر دوگانه بود. ۲۴ سالمند (۱۰ زن، ۱۴ مرد) با دامنه سنی ۶۰ تا ۸۲ سال (میانگین = ۷۰/۷۹، انحراف استاندارد = ۷/۸۳) به طور مساوی در دو گروه آزمایشی و گواه قرار گرفتند. سالمندانی که در گروه آزمایشی قرار داشتند به مدت ۱۲ جلسه هفتگی تحت خاطره‌پردازی ساختارمند قرار گرفتند. به منظور ثبت سیر تغییرات نمره‌ها از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی (وار و شربورن، ۱۹۹۲) و پرسشنامه افسردگی-شادکامی (مک‌گریل و جوزف، ۱۹۹۳) را در مرحله پیش‌آزمون، جلسه سوم، جلسه ششم، جلسه نهم، جلسه دوازدهم و یک ماه بعد از پایان مداخله تکمیل کنند. نتایج نشان دادند که خاطره‌پردازی ساختارمند گروهی اثر معناداری بر نمره کیفیت زندگی سالمندان نداشته است. با این حال، نمره شادکامی سالمندان را به طور معناداری افزایش داد و چنین دستاوردی در پیگیری یک ماهه حفظ شد. براساس یافته‌های این پژوهش، بر ضرورت کاربرد خاطره‌پردازی ساختارمند گروهی به منظور ارتقای هیجان‌های مثبت در سالمندان تأکید شد.

واژه‌های کلیدی: سالمندان، خاطره‌پردازی ساختارمند گروهی، کیفیت زندگی، شادکامی

Abstract

This study was performed to examine the efficacy of structured group reminiscence on the enhancement of life quality and happiness of the elderly in Hamedan. The study design was pretest-posttest with control group. The statistical method was variance analysis with double repeated measure analysis. Twenty four elderlies (10 females, 14 men) with age ranges of 60-82 years old ($M=70.79$, $SD=7.83$) were assigned equally to control and experimental groups. The experimental group received 12 weekly sessions of structured reminiscence. To record the trend of changes in scores, the participants were asked to complete the short form of Life Quality (SF-36; Ware & Sherbourne, 1992) and Depression-Happiness (McGreal & Joseph, 1993) questionnaires in the pretest phase, the third session, the sixth session, the ninth session, the twelfth session and one month after the intervention. The results indicated that structured group reminiscence did not have any significant effect on life quality score of the elderly. Yet, the score of happiness increased significantly and these achievements were remained in one-month follow up. Based on the findings, the necessity of using structural group reminiscence for enhancing positive emotions in the elderly was emphasized.

Keywords: the elderly, structured group reminiscence, life quality, happiness

received: 4 September 2012

accepted: 19 November 2012

Contact information: khmomeni200@yahoo.com

دریافت: ۹۱/۶/۱۴

پذیرش: ۹۱/۸/۲۹

این مقاله بر گرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی است.

مقدمه

بیشتری در فهم ماهیت خاطره‌پردازی دارد. با توجه به این نظریه، وقتی فردی در زندگی خویش از مرحله‌ای به مرحله دیگر وارد می‌شود و با تغییراتی مواجه می‌شود، تلاش می‌کند با مرور خاطرات خویش به تعبیر و تفسیر این تغییرات بپردازد. این عمل منجر به احساس بسیار مهم پیوستگی می‌شود و سازش با مرحله جدید را تسهیل می‌کند. تغییرات حاصل از ادراک گذشته باعث ایجاد پیوستگی در ویژگی‌های شخصیتی درون‌روانی، رفتارهای اجتماعی و محیط اجتماعی می‌شود. بنابراین، خاطره‌پردازی سازوکاری فراهم می‌آورد که فرد از طریق آن با تغییراتی که در طول زندگی رخ می‌دهد، سازش یابد.

اگرچه در دهه ۱۹۸۰ اجرای خاطره‌پردازی رواج زیادی داشت، در همان دوران بود که نوعی ناباوری اجتماعی عمیق در مورد این روی آورد به وجود آمد. به‌واقع، به‌رغم آنچه در مورد فواید خاطره‌پردازی مطرح می‌شد، در مطالعات کنترل‌شده، داده‌های معناداری مبنی بر اثربخشی این مداخله به دست نمی‌آمد (تورنتون و برتچی، ۱۹۸۷). این موضوع لاینحل باقی ماند تا اینکه متخصصان شروع به تقسیم‌بندی خاطره‌پردازی کردند (وات و وانگ، ۱۹۹۱) و نگاه‌ها از خاطره‌پردازی ساده به جنبه‌های مختلف خاطره‌پردازی معطوف شد. وات و وانگ (۱۹۹۱) دلیل ناهماهنگی و عدم قطعیت در نتایج پژوهش‌ها را در این واقعیت می‌دانستند که در تلاش‌های بالینی در حوزه خاطره‌پردازی همیشه این مفهوم به‌عنوان مفهومی واحد در نظر گرفته شده است. آنها بر این باور بودند که خاطره‌پردازی پدیده‌ای چندبندی است و ابعاد خاصی از آن دارای خاصیت درمانی‌اند و به این ترتیب شروع به تقسیم‌بندی خاطره‌پردازی به انواع مختلف آن کردند. وات و وانگ خاطره‌پردازی را به انواع متفاوتی تقسیم کردند که عبارت بودند از: خاطره‌پردازی یکپارچه^۱ که در آن، سالمند زندگی خود را مرور می‌کند و از تجربیات خود، معنا و ارزش خود به‌عنوان یک انسان را می‌یابد. خاطره‌پردازی ابزاری^۲ که طی آن، فرد تجربیات گذشته خود را به‌منظور حل مسئله و تقویت عملکرد حال حاضر خود مرور می‌کند. خاطره‌پردازی انتقالی^۳ که دارای عنصر آموزشی است و

جهان در سایه پیشرفت‌های علمی شاهد افزایش جمعیت سالمندان است. جمعیت کل جهان در سال ۲۰۰۰، شش میلیارد و پنجاه و پنج میلیون نفر بوده است که از این تعداد ۶/۹ درصد آن را افراد بالای ۶۵ سال تشکیل می‌دادند و برآورد می‌شود در سال ۲۰۲۵ جمعیت جهان به هفت میلیارد و هشتصد و بیست و سه میلیون نفر و تعداد افراد بالای ۶۵ سال به ۱۰/۴ درصد برسد (ژاو و دیگران، ۲۰۱۲). همچنین، طبق سرشماری عمومی جمعیت ایران در سال ۱۳۷۵، حدود ۴/۳۲ درصد کل جمعیت ۶۰ میلیون نفری کشور را سالمندان ۶۵ سال تشکیل می‌دادند. به عبارت دیگر ۲/۶ میلیون نفر از جمعیت ایران شامل سالمندان می‌شد. جمعیت سالخورده‌گان ایران در سال ۲۰۵۰ به بیش از ۲۶ میلیون نفر و نسبت آن به کل جمعیت به حدود ۲۳ درصد خواهد رسید (زحمتکشان و دیگران، ۱۳۹۱). این باور که افراد سالخورده، در گذشته زندگی می‌کنند، بخشی از اعتقادات هر جامعه‌ای است. اتفاقاً چنین باوری که وقتی افراد مسن‌تر می‌شوند تمایل آنها به خاطره‌گویی افزایش می‌یابد در برخی از مطالعات (برای مثال، ریپوت، ۱۹۸۲) نیز مد نظر قرار گرفته است.

یکی از افرادی که باور عمیقی به این موضوع دارد، باتلر (۱۹۶۳) است و بر اساس چنین باوری، نوعی از درمانگری به نام خاطره‌پردازی^۱ را پایه‌گذاری کرده است. کامینگ و هنری (۱۹۶۱) خاطره‌پردازی را مربوط به نظریه جدایی^۲ می‌دانند. این نظریه بیان می‌کند که سالمندی موفقیت‌آمیز در گرو فرایند جدایی از زندگی اجتماعی و آماده شدن برای جدایی نهایی، یعنی مرگ، است. از سوی دیگر، کووچ (۱۹۹۱) خاطره‌پردازی را مبتنی بر مفهوم یکپارچگی^۳ من^۳ اریکسون (۱۹۵۰) می‌داند و معتقد است فردی که در سالمندی به یکپارچگی خود دست می‌یابد، بر این باور است که زندگی او اهمیت و معنا داشته و از زندگی خود راضی بوده است و هراسی از مرگ ندارد. باتلر (۱۹۶۳) با گسترش نظریه اریکسون بر این باور است که یکپارچگی خود از طریق مرور گذشته فرد با چشم‌انداز تحلیلی و ارزیابانه حاصل می‌شود. اما، به نظر پارکر (۱۹۹۵) نظریه پیوستگی^۴ در مقایسه با نظریه جدایی و یکپارچگی، اهمیت

1. reminiscence therapy
2. disengagement theory
3. ego-integrity

4. continuity theory
5. credibility gap
6. integrative reminiscence

7. instrumental
8. transmissive

اما در کنار چنین تقسیماتی، گروه دیگری از پژوهشگران به دنبال قرار دادن مجدد جنبه‌های مفید و مؤثر خاطره‌پردازی در کنار یکدیگر بودند. از جمله کسانی که اقدام به چنین کاری کردند استینسون و کیرک (۲۰۰۵) بودند. آنها معتقد بودند که تفاوت مرور زندگی و خاطره‌پردازی در این موضوع نهفته است که در فرایند خاطره‌پردازی، مداخله‌گر از کشیده شدن افراد به سوی انواع منفی خاطره‌پردازی، مثل خاطره‌پردازی وسواسی یا گریزی جلوگیری می‌کند. به همین دلیل از اصطلاح خاطره‌پردازی ساختارمند استفاده کردند. استینسون و کیرک بر این باورند که در خاطره‌پردازی ساختارمند با تعیین موضوعات و ساختار مشخص برای مرور خاطرات، فرد در چهارچوبی مشخص حرکت می‌کند و به نوعی از خاطره‌پردازی‌های منفی جلوگیری می‌شود و فرد در کنار روایت خاطرات به ترکیبی از انواع خاطره‌پردازی مثبت مثل روایتی، یکپارچه، و ابزاری هدایت می‌شود. دلیل نامگذاری این نوع از خاطره‌پردازی به نام خاطره‌پردازی ساختارمند در واقع حرکت دادن فرد در ساختار چهارچوبی مشخص و از پیش تعیین شده است. استینسون و کیرک (۲۰۰۵) در ادامه کار خود، اقدام به ارائه پروتکل درمانی برای خاطره‌پردازی ساختارمند کردند. در سال‌های بعد، این پروتکل در چندین مطالعه مورد استفاده قرار گرفت که نتایج تمامی آنها مبنی بر اثربخشی این پروتکل بر متغیرهایی همچون افسردگی (استینسون، یانگ، کیرک و والکر، ۲۰۱۰؛ استینسون، ۲۰۰۹؛ استینسون و کیرک، ۲۰۰۵)، حرمت خود، احساس تنهایی و رضایت از زندگی (لیو، لین، چن و هوآنگ، ۲۰۰۷) بود. همان‌طور که در پیشینه پژوهشی مشخص است تا به امروز خاطره‌پردازی ساختارمند بیشتر برای متغیرهایی همچون افسردگی، احساس تنهایی و غیره به کار رفته و در حوزه‌هایی مثل شادکامی و کیفیت زندگی، کمتر به کار گرفته شده است. برای مثال، چاین (۲۰۰۷) و برایانت، اسمارت و کینگ (۲۰۰۵) از این روش برای ارتقای شادکامی سالمندان استفاده کردند و نتایج آنها حاکی از این بود که خاطره‌پردازی ساختارمند باعث ارتقای شادکامی سالمندان می‌شود. از سوی دیگر سولتیز، ریدا و لئسون (۲۰۰۲)، مک‌کی و دیگران (۲۰۰۲) و نعمتی‌دهکردی، دشت‌بزرگ، پاک‌سرشت و راسخ

در آن، حافظه برای در میان گذاشتن دانشی خاص مرور می‌شود. خاطره‌پردازی گریزی^۱ شامل یادآوری گذشته و ادراک آن به‌عنوان دورانی بهتر از حال حاضر می‌شود. در واقع، این نوع خاطره‌پردازی شبیه حسرت گذشته است. خاطره‌پردازی وسواسی^۲ شامل یادآوری دوران منفی و بد زندگی و فکر کردن مکرر به آنهاست. خاطره‌پردازی روایتی^۳ که چیزی شبیه داستان‌سرایی است، شامل توصیف موضوعات مختلف بر اساس شواهد موجود است. وات و وانگ (۱۹۹۱) معتقد بودند که از بین انواع خاطره‌پردازی، خاطره‌پردازی یکپارچه، ابزاری و روایتی ارزش درمانی دارد؛ در حالی که جنبه‌هایی از خاطره‌پردازی مانند خاطره‌پردازی وسواسی و گریزی نه‌تنها مفید نیستند، بلکه اثر تخریبی نیز دارند و بر این اساس، نگاه‌ها از خاطره‌پردازی به عنوان یک روش واحد، به جنبه‌های مختلف آن معطوف شد.

از زمانی که خاطره‌پردازی به انواع متفاوت تقسیم شد، مطالعات مختلفی به اثربخشی آنها پرداختند. این مطالعات حاکی از آن است که خاطره‌پردازی بر سلامت و بهزیستی شرکت‌کنندگان تأثیرگذار است و افسردگی و احساس تنهایی آنها را کاهش می‌دهد (چیانگ و دیگران، ۲۰۱۰؛ فوجیوارا و دیگران، ۲۰۱۲)، سطح خودارزشمندی را افزایش می‌دهد (اولری و باری، ۲۰۰۶)، از طریق تأثیر بر نظم‌دهی هیجانی^۴ باعث سلامت جسمانی و روانی می‌شود (آلیا و بلاک، ۲۰۰۳؛ پازوپتی، ۲۰۰۳). مطالعات زیادی حاکی از تأثیر خاطره‌پردازی بر نشانه‌های افسردگی (سو، وو و لین، ۲۰۱۲)، احساس تنهایی (وو، چاو و واو، ۲۰۱۲)، رضایت از زندگی و حرمت خود در سالمندان سالم و افسرده بوده است (هیالو و دیگران، ۲۰۰۲). در مطالعه دیگری شلمن، موکل و هایت (۲۰۰۹) از خاطره‌پردازی یکپارچه برای بهبود نشانه‌های افسردگی در سالمندان آمریکایی-آفریقایی استفاده کردند و متوجه شدند که این نوع از خاطره‌پردازی تأثیر مثبت معناداری در کاهش نشانه‌های افسردگی دارد. نتایج مطالعه مؤمنی (۱۳۹۰) نشان داد خاطره‌پردازی یکپارچه باعث کاهش افسردگی زنان مقیم سرای سالمندان می‌شود، اما خاطره‌پردازی روایتی چنین تأثیری ندارد.

تأثیر دارد. ادینگتون و شومن (۲۰۰۴) معتقدند از آنجا که کهولت سن و فقدان سلامت باعث مختل شدن فرایند دستیابی به اهداف می‌شود، تأثیر منفی بر شادکامی دارد.

مسئله سالمندی جمعیت جهان که به دلایل مهمی از جمله کاهش مرگ و میر ناشی از پیشرفت علوم پزشکی، بهداشت، کنترل موالید، آموزش و پرورش و در نتیجه افزایش نرخ امید به زندگی و طول عمر در سطح جهانی مطرح شده است، پدیده نسبتاً نوینی است (صیادپور، ۱۳۹۱). از آنجا که این پدیده در کلیه جنبه‌های زندگی جوامع بشری، از جمله در طیف گسترده‌ای از ساختارهای سنتی، ارزش‌ها، هنجارها و ایجاد سازمان‌های اجتماعی تحولات قابل ملاحظه‌ای به وجود می‌آورد، لذا مقابله با چالش‌های فراروی این پدیده و استفاده از تدابیر مناسب در جهت ارتقای وضعیت جسمانی، روانی و اجتماعی سالمندان اهمیت والایی دارد و در دستور کار تمام جوامع بین‌المللی قرار گرفته است. بنابراین، با توجه به وجود مسئله‌ای مبنی بر پایین بودن کیفیت زندگی و شادکامی در سالمندان ایرانی و نقش اساسی این دو متغیر در زندگی آنها و اطرافیان‌شان، هدف از اجرای این پژوهش تعیین تأثیر خاطره‌پردازی ساختارمند (استینسون و کیرک، ۲۰۰۵) بر ارتقای کیفیت زندگی (وار و شربورن، ۱۹۹۲) و شادکامی (مک گریل و جوزف، ۱۹۹۳) سالمندان است. فرضیه‌های این مطالعه عبارت‌اند از: خاطره‌پردازی ساختارمند گروهی باعث افزایش کیفیت زندگی سالمندان می‌شود، و خاطره‌پردازی ساختارمند گروهی باعث افزایش شادکامی سالمندان می‌شود.

روش

تحقیق حاضر از نوع طرح‌های نیمه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه است. به منظور تحلیل سیر تغییرات از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر دوگانه^۱ استفاده شده است. در این مطالعه، دو متغیر وابسته (کیفیت زندگی و شادکامی) در دو گروه (آزمایشی و گواه) در شش نوبت اندازه‌گیری شده‌اند. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر دوگانه مناسب موقعیتی است که پژوهشگر علاوه بر بررسی روند تغییرات، علاقه‌مند به بررسی روند تغییرات دو متغیر در طول

(۱۳۸۶) از خاطره‌پردازی برای ارتقای کیفیت زندگی سالمندان بهره گرفتند و نتایج آنها حاکی از اثربخشی این روش بر ارتقای کیفیت زندگی سالمندان بود.

سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را احساس درک فرد از وضعیت زندگی خود در قالب نظام ارزشی-فرهنگی-که برمبنای آرمان‌ها، انتظارات، معیارها و علایق فرد است- تعریف کرده است (اسچولینگ و لیکیس، ۲۰۰۶). کیفیت زندگی صرفاً به معنای عدم وجود بیماری و اختلال نیست، بلکه شامل بهزیستی کامل در حوزه‌های جسمانی، روانی و اجتماعی می‌شود (ایوبی، تیموری و نیری، ۱۳۸۹). کیفیت زندگی عبارت است از احساس بهزیستی فرد که از رضایت یا نارضایتی وی از حوزه‌های مهم زندگی‌اش سرچشمه می‌گیرد (بروکس، ۱۹۹۶). در این تعاریف بر عواملی مانند بهزیستی، رضایت، شادی، انتظارات و کارایی تأکید می‌شود. بنابراین، کیفیت زندگی با در نظر گرفتن تمام ابعاد موجود در فرد، عبارت است از بهزیستی روانی و جسمانی به معنای واقعی کلمه. کیفیت زندگی یکی از مهم‌ترین مسائل عصر امروز در مراقبت از سلامتی است و یکی از بزرگ‌ترین اهداف بهداشتی برای بالا بردن سلامت افراد است و در سال‌های اخیر از مهم‌ترین عوامل مؤثر در زندگی افراد به‌خصوص سالمندان و افراد ناتوان شناخته شده است. مطالعات مختلفی حاکی از پایین بودن سطح کیفیت زندگی در سالمندان ایرانی است (زحمتکشان و دیگران، ۱۳۹۱).

تعاریف زیادی از شادکامی وجود دارد. ونهون (۲۰۰۲) شادکامی را به عنوان قضاوت فرد در مورد اینکه تا چه حد از کیفیت زندگی خود رضایت دارد، تعریف می‌کند. شادکامی به بهزیستی روانی اطلاق می‌شود و با هیجان‌های مثبت و خوشایندی مشخص می‌شود که دامنه آن از رضایت سطحی تا احساس خوشحالی عمیق کشیده شده است (رجبی، صارمی و بیاضی، ۱۳۹۱). برخی از نظریه‌پردازان بر این باورند که شادکامی مفهومی سیال است و تحت تأثیر عوامل زیادی همچون سن، فرهنگ، اعتقادات مذهبی و ازدواج قرار دارد. اما، در میان این عوامل آنچه امروزه بیش از پیش مورد بررسی قرار گرفته است، نقش سن در شادکامی افراد است (ابدل-کالک، ۲۰۰۷). سن و تجارب حاصل از آن احتمالاً بر شادکامی افراد

به مطالعه و خروج از آن در میان ۱۰۶ سالمندی که در این مرکز عضویت داشتند، بررسی شد و پس از آن محقق از طریق شیوه‌نفرگیری، تعداد افراد حاضر به همکاری را مشخص کرد که در نهایت، ۲۴ سالمند (۱۰ زن و ۱۴ مرد) که دامنه سنی آنها بین ۶۰ تا ۸۲ سال ($M=70/79$ ، $SD=7/83$) بود، باقی ماندند که به شیوه جایگزینی تصادفی در گروه‌های آزمایشی و گواه گمارده شدند. جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه پژوهشی را نشان می‌دهد.

زمان نیز باشد (تاباچنیک و فیدل، ۲۰۰۳). جامعه آماری مطالعه شامل تمام سالمندان حاضر در مرکز سالمندان «حیب ابن مظاهر» شهرستان همدان بود. در این مرکز، سالمندان به‌طور پاره‌وقت حضور دارند و ساعات صبح تا ظهر خود را در آنجا می‌گذرانند و بعد به منزل خویش بازمی‌گردند. در تحقیقات نیمه‌آزمایشی معمولاً انتخاب نمونه به صورت تصادفی مشکل است؛ بنابراین، در این نوع طرح‌ها از آزمودنی‌های داوطلب یا در دسترس و از جایگزینی تصادفی استفاده می‌شود. در این مطالعه، روش نمونه‌برداری به این صورت بود که شرایط ورود

جدول ۱
ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه نمونه

	وضعیت اشتغال			وضعیت تأهل			سن			جنس	
	کارمند	آزاد	خانهدار	همسر از دست داده	مجرد	متأهل	۶۰-۷۰	۷۰-۸۰	۸۰-۹۰	مرد	زن
آزمایش	n	۸	۴	۴	۵	۳	۴	۵	۳	۸	۴
	%	۶۶/۶	۳۳/۳	۳۳/۳	۴۱/۶	۲۵	۳۳/۳	۴۱/۶	۲۵	۶۶/۶	۳۳/۳
گواه	n	۶	۶	۶	۵	۱	۶	۵	۱	۶	۶
	%	۵۰	۵۰	۵۰	۴۱/۶	۸/۳۳	۸/۳۳	۴۱/۶	۸/۳۳	۵۰	۵۰

مطالعه، مداخله‌ای که برای گروه آزمایش اجرا شد عبارت بود از برنامه‌خاطرپردازی ساختارمند گروهی^۱ که توسط استینسون (۲۰۰۹) به کار گرفته شده است. در این برنامه، ۱۲ موضوع اصلی در ۱۲ جلسه هفتگی به مدت یک تا یک و نیم ساعت مورد بحث قرار می‌گیرد. در هر یک از این جلسه‌ها از محرک‌هایی برای یادآوری خاطرات مرتبط با موضوع جلسه استفاده می‌شود که بسته به موضوع جلسه ممکن است شامل عکس، ابزار کار، اسباب‌بازی‌های دوران کودکی و ... شود. مداخله به مدت سه ماه در مورد ۱۲ سالمند به صورت هفتگی اجرا شد.

افزون بر پرسشنامه جمعیت‌شناختی، پرسشنامه‌های کیفیت زندگی (وار و شربورن، ۱۹۹۲) و شادکامی-افسردگی (مک‌گیل و جوزف، ۱۹۹۳) اجرا شدند که با توجه به ناتوانی برخی از سالمندان، مراقبین مرکز آنها را در تکمیل پرسشنامه‌ها یاری می‌کردند. پرسشنامه کیفیت زندگی^۱ (فرم کوتاه): وار و شربورن (۱۹۹۲) پرسشنامه کیفیت زندگی را در کشور آمریکا طراحی کرده‌اند. این ابزار دارای ۳۶ ماده است و پاسخ‌دهی به آن برای افراد عادی بین پنج تا ۱۵ دقیقه طول می‌کشد. نمره حاصل از

شرایط ورود به مطالعه عبارت بود از: موافقت سالمند برای شرکت در پژوهش، گذشت حداقل یک سال از ثبت نام سالمند در سرای سالمندان، حداقل سن ۶۰ سال، کسب نمره کمتر از ۴۷ در آزمون کیفیت زندگی و نمره کمتر از ۴۲ در آزمون شادکامی. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل وجود بیماری یا اختلال بسیار شدید ذهنی (دمانس، آلزایمر، روان‌گسیختگی، افسردگی شدید) بر اساس پرونده پزشکی و تجربه سوگ (مرگ نزدیکان) در شش ماه گذشته می‌شد.

بعد از انتخاب و جایگزینی تصادفی سالمندان در گروه‌های آزمایشی و گواه، سالمندان حاضر در گروه آزمایشی به مدت ۱۲ جلسه تحت مداخله قرار گرفتند. طبق طرح تحقیقی انتخاب‌شده، در فرایند اجرای مداخله برای مقایسه گروه آزمایشی و گواه، و بررسی سیر تغییر نمره‌ها کیفیت زندگی و شادکامی، علاوه بر پیش‌آزمون (جلسه اول، زمان ۱)، آزمودنی‌ها طی ۱۲ جلسه، در جلسه سوم (زمان ۲)، جلسه ششم (زمان ۳)، جلسه نهم (زمان ۴)، جلسه دوازدهم (زمان ۵) و پس‌آزمون (و یک ماه پس از مداخله (پیگیری، زمان ۶) پرسشنامه‌ها را مجدداً کامل کردند. در این

1. structured group reminiscence therapy

2. Quality of Life Questionnaire (SF-36)

جدول ۲

برنامه خاطره‌پردازی ساختارمند گروهی

جلسه	عنوان جلسه	محرک جلسه	هدف جلسه
۱	مقدمات	شناسنامه، سند ازدواج و هر چیزی که هویت فرد را مشخص می‌کند.	ایجاد احساس راحتی در افراد، معرفی افراد به یکدیگر، شروع خاطره‌پردازی، ایجاد علاقه و شور و شوق در افراد، یادآوری افرادی که در نام‌گذاری آنها نقش داشته‌اند.
۲	کودکی و زندگی خانوادگی	عکس‌های خانوادگی، بازی‌های کودکانه، طناب مخصوص بازی، تپله و تمام اسباب‌بازی‌های آن زمان	ایجاد احساس تعلق به گروه، تجربه مجدد احساس کودکی، همکاری با یکدیگر برای یادآوری گذشته
۳	دوران مدرسه	تخته، گچ، کیف مدرسه، کارنامه‌های مدرسه، قلم، کره زمین آموزشی، لباس فرم مدرسه، نام معلم، محل مدرسه	ادامه ایجاد حس تعلق به گروه، تجربه مجدد جنبه‌های خوب و بد دوران مدرسه، بازسازی احساسات رایج در آن دوران
۴	شروع شغل و زندگی کاری افراد	ابزار و آلات کار، خط‌کش چوبی، پول قدیمی، مدرک کارآموزی، پیش‌بند کار	تقدیر از مهارت‌ها و پیشرفت‌های گذشته فرد، یافتن خاطرات و زمینه‌های مشترک میان اعضای گروه، توصیف خوشی‌های موجود در دوران جوانی و بی‌تجربگی
۵	رفتن به فضای باز و خوش گذرانی	محیط باز، فضای سبز، اماکن مخصوص گردشگری شهر	یادآوری لذت‌های گذشته، یادآوری احساس جوانی، زیبایی و خوش‌اندازی، در میان گذاشتن تجربیات، مثل سینما رفتن، اولین رابطه عاشقانه، اولین عطر مورد استفاده و ...
۶	ازدواج	سند ازدواج، حلقه ازدواج، عکس‌های عروسی، هدیه عروسی، نامه‌های عاشقانه، دوران نامزدی	یادآوری کارهایی که برای حفظ روابط زناشویی خود انجام می‌داده‌اند، توجه و یادآوری زیباترین لحظات زندگی و در میان گذاشتن تجربیات مشترک
۷	خانه، باغ و حیوانات مورد علاقه	قلمو و سطل رنگ، ابزارهای باغبانی، چکش، خانه‌های قدیمی، عکس‌های محله‌های قدیمی	یادآوری فضای خانه‌ای که در دوران کودکی، نوجوانی، جوانی و تأهل و بزرگسالی در آن سکونت داشته‌اند، یادآوری فعالیت‌ها و مهارت‌های مرتبط و خانه شخصی فرد (مثل باغبانی، طراحی دکوراسیون خانه)
۸	نسل بعدی، نوزادی و کودکی	شیشه شیر قدیمی، سنجاق قفلی بزرگ، پیش‌بند بچه، عروسک، روغن بچه، کتاب نگهداری از کودک، کتاب انتخاب نام کودک، الگوهای بافتنی، لباس کودک، عکس‌هایی از بچه‌ها در لباس‌های قدیمی	یادآوری دوران نگهداری از نوزاد و یا کودک خویش و خاطرات مربوط به آن، لیخند و احساسات کودک، سر و صدا و حرکات او، غلغلک دادن و دنبال کردن آنها، بوسیدن آنها و شیطنت‌هایشان
۹	غذا و آشپزی	کتاب‌های آشپزی، قاشق‌های چوبی و ظرف مخلوط کردن، سینی چای، عکس غذاهای مختلف	یادآوری اکتشافات مهم در زمینه آشپزی، فراهم آوردن فرصتی برای یادآوری و به‌کارگیری مهارت‌های گذشته، همکاری با دیگران برای انجام دادن آشپزی
۱۰	تعطیلات و مسافرت‌ها	سوغاتی‌ها، چمدان مسافرت، کوله‌پشتی، نقشه، وسایل نقلیه، صدف، یادگاری‌های هر شهری	یادآوری غنای زندگی افراد و شایستگی و ماجراجویی‌های گذشته آنها، در میان گذاشتن شور و شوق موجود و مکان‌های مورد علاقه و یادآوری لذت و بدبختی‌هایی که در مسافرت و تعطیلات برای آنها پیش آمده است.
۱۱	جشن	بیشتر محرک‌های این جلسه توسط خانواده‌ها فراهم می‌شود. در عین حال عکس‌هایی که از افراد در طول جلسه‌های متعدد این پروژه گرفته شده نیز می‌تواند مفید باشد.	ایجاد فرصتی برای شرکت‌کنندگان که در کنار یکدیگر باشند و در کنار هم بودن را با یکدیگر جشن بگیرند و از افراد شرکت‌کننده در جلسات تقدیر شود.
۱۲	جمع‌بندی جلسه‌ها	عکس‌هایی از پروژه، نوشته‌ها و نقاشی‌ها و فعالیت‌های افراد، نمایش دادن دفتر ثبت وقایع خانواده‌ها در پروژه	شنیدن نظر همه افراد در مورد معنایی که این جلسات برای آنها داشته است، یادآوری آنچه که اعضای گروه در این روزها انجام داده‌اند و برنامه‌ریزی برای ادامه چنین جلساتی

مورد استفاده قرار گرفته است. این پرسشنامه، ۹ دسته ماده دارد که به بررسی کیفیت زندگی در ابعاد کنش‌وری جسمانی، محدودیت انجام دادن فعالیت در اثر مشکلات جسمانی، محدودیت انجام دادن فعالیت در اثر مشکلات هیجانی، انرژی،

این پرسشنامه بین صفر تا ۱۰۰ است که هر چه نمره بالاتر باشد حاکی از بالاتر بودن کیفیت زندگی فرد است. نقطه برش در نظر گرفته شده برای این مقیاس ۴۶ است. این ابزار مکرراً توسط محققان برای بررسی کیفیت زندگی گروه‌های مختلف

افکار، احساسات و تجارب بدنی مثبت هستند که به صورت مستقیم نمره گذاری می شوند. نمره کل پرسشنامه از صفر تا ۷۵ در نوسان است. نمره های بالا مشخص کننده فراوانی بیشتر افکار، احساسات و تجارب مثبت و فراوانی پایین افکار، احساسات و تجارب منفی است. برخی از ماده های آن عبارت اند از: احساس غمگینی می کنم (معکوس)، از زندگی ام راضی هستم، احساس شادی می کنم، احساس می کنم زندگی بی معناست (معکوس). اعتبار این پرسشنامه در پژوهش های متعددی بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۳ گزارش شده است (علی پور و نوری، ۱۳۸۵). بیانی (۱۳۸۵) روایی این پرسشنامه را با استفاده از روش روایی سازه و اجرای پرسشنامه شادکامی آکسفورد^۳ (OHI) و سیاهه افسردگی بک^۴ (BDI) برآورد کرد. بین پرسشنامه افسردگی-شادکامی و پرسشنامه شادکامی آکسفورد ضریب همبستگی مثبت و معنادار (۰/۸۱) و بین پرسشنامه افسردگی-شادکامی و پرسشنامه افسردگی بک ضریب همبستگی منفی معنادار (۰/۷۳-) به دست آمد.

یافته ها

در این بخش داده های به دست آمده از شش نوبت اندازه گیری دو متغیر کیفیت زندگی و شادکامی با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر دوگانه تحلیل شدند. در ادامه، ابتدا اطلاعات توصیفی یافته های پژوهش ارائه می شود.

سلامت روانی، کنش ووری اجتماعی، درد بدنی و سلامت کلی می پردازد. هر ماده از صفر تا ۱۰۰ نمره گذاری می شود و نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت بالاتر در آن بعد است. روایی و اعتبار این پرسشنامه در مطالعات متعددی در داخل کشور بررسی شده است. معتمد، آیت اللهی، زارع و صادقی حسن آبادی (۱۳۸۱) اعتبار این پرسشنامه را در شیراز بررسی کرده اند و آلفای کرونباخ ۰/۸۷ را گزارش کرده اند. منتظری، گشتاسبی و وحدانی نیا (۱۳۸۴) از آزمون روایی همگرایی و با استفاده از همبستگی هر ماده با مقیاس فرضیه سازی شده استفاده کردند که نتایج مطلوبی به دست آمد و تمامی ضرایب همبستگی بیش از مقدار توصیه شده ۰/۴۰ بود (دامنه تغییرات ۰/۵۸ تا ۰/۹۵). در همین مطالعه، آزمون تحلیل عاملی نیز دو جزء اصلی (جسمانی-روانی) را به دست داد که ۶۵/۹ درصد پراکنندگی میان مقیاس های پرسشنامه را توجیه می کرد.

پرسشنامه افسردگی- شادکامی: این مقیاس که در سال ۱۹۹۳ توسط مک گریل و جوزف ساخته شده است، یک پرسشنامه خودسنجی^۲ است که ۲۵ ماده دارد که تجارب عاطفی، شناختی و بدنی را می سنجد. هر ماده در یک مقیاس چهار درجه ای هرگز (صفر)، به ندرت (۱)، گاهی اوقات (۲)، و اغلب اوقات (۳) نمره گذاری می شود. از مجموع ماده ها ۱۳ ماده به افکار، احساسات و تجارب بدنی منفی مربوط هستند که به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. ۱۲ ماده دیگر شامل جدول ۳

میانگین و انحراف استاندارد برای متغیرهای کیفیت زندگی و شادکامی در شش نوبت اندازه گیری به تفکیک دو گروه

نوبت اندازه گیری	شادکامی				کیفیت زندگی			
	گروه آزمایش		گروه گواه		گروه آزمایش		گروه گواه	
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
اول (پیش آزمون)	۹/۲۹	۲۳/۷۵	۱۱/۸۳	۲۴/۳۳	۱۲/۶۵	۲۸/۱۱	۱۳/۹۷	۲۸/۱۵
دوم	۹/۲۹	۲۳/۵۸	۱۲/۰۳	۲۵/۲۵	۱۲/۶۲	۱۳/۴۲	۱۳/۴۲	۲۸/۶۱
سوم	۹/۷۱	۲۴/۵۰	۱۱/۵۹	۳۳/۶۷	۱۱/۱۳	۲۷/۶۰	۱۱/۸۳	۲۸/۶۴
چهارم	۸/۵۱	۲۴/۴۲	۸/۹۲	۴۰/۶۷	۱۲/۳۲	۲۸/۴۴	۱۱/۴۷	۲۹/۶۴
پنجم (پس آزمون)	۸/۳۰	۲۴/۶۷	۶/۹۶	۴۸/۴۲	۱۰/۸۶	۲۷/۹۶	۱۰/۰۸	۲۹/۷۷
ششم (پیگیری)	۷/۶۸	۲۵/۳۳	۶/۵۸	۴۸/۰۰	۱۰/۶۵	۲۸/۵۷	۱۰/۲۶	۳۰/۲۹

نیستند. معنادار نبودن اثر گروه به معنی عدم تفاوت کلی متغیرهای مورد بررسی در بین دو گروه آزمایش و گواه است. معنی دار نبودن اثر زمان نیز دال بر عدم تفاوت کلی میانگین

در ادامه، نتایج آزمون چندمتغیره بر اساس لامبدای ویلکس گزارش شده اند. نتایج جدول ۴ نشان می دهند که اثرات اصلی مهم، یعنی گروه و زمان، در سطح ۰/۰۵ معنادار

1. Depression-Happiness Questionnaire
2. Self-Assessment Questionnaire

3. Oxford Happiness Questionnaire
4. Beck Depression Inventory

متغیرها در طول زمان و بین گروه‌ها بررسی شده باشد از آزمون‌های تک‌متغیره استفاده شده است که نتایج در ادامه نشان داده شده است.

متغیرها در طول زمان است. این یافته‌های چندمتغیره شواهدی مربوط به تک‌تک متغیرها و مقایسه آنها در گروه‌ها به‌دست نمی‌دهند. به‌منظور کشف یافته‌های دقیق‌تر که تک‌تک

جدول ۴

نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره برای بررسی اثرات کلی

منبع تغییرات	درجه آزادی خطا	درجه آزادی فرض	اندازه اثر	F	P
اثر گروه	۶/۰۰	۱۰/۰۰۰	۰/۸۵	۳/۳۱	۰/۰۸
اثر زمان	۳۰۴/۳۷	۵۰/۰۰۰	-۰/۱۵	۱/۱۶	۰/۲۲

حاصل از جدول بالا نوع روند و شکل تغییرات را مشخص نمی‌کند. در ادامه، روند تغییرات تنها برای سه متغیر سلامت روانی، کنش‌وری اجتماعی و شادکامی گزارش شده است.

همان‌طور که در جدول ۵ مشخص است این مقدار تنها برای دو زیرمقیاس کیفیت زندگی (سلامت روانی و کنش‌وری اجتماعی) و همچنین متغیر شادکامی معنادار است. لازم به ذکر است نتایج

جدول ۵

نتایج تحلیل واریانس تک متغیره برای بررسی تغییرات متغیرها در طول زمان

متغیرها	df	SS	MS	F	اندازه اثر
کنش‌وری جسمانی	۳/۴۸	۲۸/۱۳	۸/۰۹	۰/۱۰	۰/۰۱
محدودیت جسمانی	۳/۹۷	۱۰۶/۳۷	۲۶/۷۹	۰/۳۲	۰/۰۲
محدودیت هیجانی	۳/۹۷	۱۰۱/۹۸	۲۵/۶۷	۰/۴۱	۰/۰۳
انرژی	۴/۹۳	۳۵۵/۸۶	۷۲/۲۴	۱/۱۴	۰/۰۷
سلامت روانی	۷۶۸/۳۶	۴/۸۹	۱۵۷/۳۴	۳/۰۰*	۰/۱۷
کنش‌وری اجتماعی	۶۲۶/۸۵	۵/۰۰	۱۲۵/۳۷	۲/۷۱*	۰/۱۵
درد بدنی	۲۰/۱۷	۴/۳۰	۴/۶۹	۰/۹۰	۰/۰۶
سلامت کلی	۷۶/۲۹	۵/۰۰	۱۵/۲۶	۰/۲۷	۰/۰۲
کیفیت زندگی (نمره کل)	۲۴/۰۹	۵/۰۰	۴/۸۲	۰/۸۸	۰/۰۶
شادکامی	۸۷/۹۷	۳/۸	۲۶/۸۷	۲/۶۷*	۰/۱۵

*P<۰/۰۵

جدول ۶

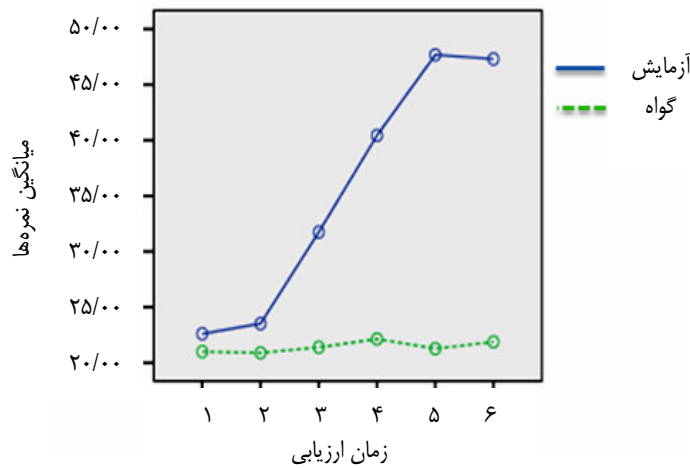
نتایج تحلیل روند متغیرها در طول زمان

متغیرها	SS	MS	f	اندازه اثر
سلامت روانی	۵۲۶/۳۷	۵۲۶/۳۷	۸/۴۵*	۰/۳۶
کنش‌وری اجتماعی	۴۴۸/۵۱	۴۴۸/۵۱	۶/۵۰*	۰/۳۰
شادکامی	۵۶۶/۷۱	۵۶۶/۷۱	۳/۱۶**	۰/۳۸

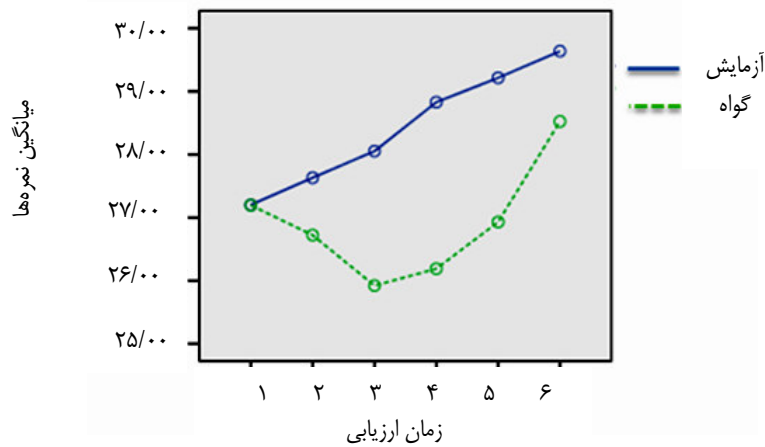
**P<۰/۰۱ * P<۰/۰۵

کیفیت زندگی معنادار نیست. جدول ۷، نتایج آزمون‌های تک‌متغیره را برای مقایسه دو گروه آزمایش و گواه نشان می‌دهد. همان‌طور که از نتایج جدول ۷ مشخص است، تنها متغیر شادکامی بین دو گروه تفاوت معنادار دارند. این متغیر در مجموع شش اندازه‌گیری در بین دو گروه آزمایش و گواه میانگین‌های متفاوتی را به‌دست داده است.

شکل تغییرات خطی برای هر سه متغیر مورد بررسی معنادار شده است. روند خطی به معنی افزایش یا کاهش نسبی میانگین متغیر مورد بررسی در چندین نوبت اندازه‌گیری است. نتایج نشان‌دهنده افزایش نسبی سلامت روان، کنش‌وری اجتماعی و شادکامی در طول زمان است. نمودارهای ۱ و ۲ روند خطی را برای دو متغیر اصلی شادکامی و کیفیت زندگی نشان می‌دهند. لازم به یادآوری است که روند خطی در متغیر



نمودار ۱. روند تغییرات شادکامی دو گروه در طول زمان



نمودار ۲. روند تغییرات کیفیت زندگی دو گروه در طول زمان

تفاوت معناداری نداشته‌اند. بنابراین، گروهی که خاطره‌پردازی ساختارمند را دریافت کرده‌اند نسبت به گروهی که فاقد این مداخله بوده‌اند، چه در بُعد زمان و چه در بُعد تفاوت گروهی، عملکرد متفاوتی نشان نداده‌اند. از سوی دیگر، متغیر شادکامی

به‌طور کلی می‌توان نتیجه گرفت تغییرات دو متغیر سلامت روانی و کنش‌وری اجتماعی در طول زمان معنادار و خطی بوده است و دیگر متغیرها تغییرپذیری معناداری در طول زمان نداشته‌اند. دو گروه در هیچ یک از مؤلفه‌های کیفیت زندگی

جدول ۷

تحلیل واریانس (بین گروهی) برای اثر برنامه درمانگری بر متغیرهای پژوهش

متغیرها	SS	MS	F	اندازه اثر
کنش‌وری جسمانی	۲۳۷/۰۱	۲۳۷/۰۲	۰/۴۴	۰/۰۳
محدودیت جسمانی	۱/۰۱	۱/۰۱	۰/۰۰	۰/۰۰
محدودیت هیجانی	۲۶۷/۹	۲۶۷/۹۹	۰/۶۳	۰/۰۴
انرژی	۵/۰۴	۵/۰۴	۰/۰۰۴	۰/۰۰
سلامت روان	۲۶۴۶/۸۶	۲۶۴۶/۸۶	۳/۵۲	۰/۱۹
کنش‌وری اجتماعی	۳۹/۶۰	۳۹/۶۰	۰/۰۶	۰/۰۰
درد بدنی	۳۷/۰۶	۳۷/۰۶	۰/۰۷	۰/۰۱
سلامت کلی	۲۱/۳۶	۲۱/۳۶	۰/۰۲	۰/۰۰
کیفیت زندگی (نمره کل)	۲۷/۸۰	۲۷/۸۰	۰/۰۵۵	۰/۰۰
شادکامی	۳۹۶۱/۷۲	۳۹۶۱/۷۲	۱۰/۴۳*	۰/۴۱

* $P < 0.01$

شدت درگیر نیازهای اقتصادی خانواده است. لازم به ذکر است که تاجور، عرب و منتظری (۲۰۰۸) در مطالعه تعیین‌کننده‌های کیفیت زندگی سالمندان تهران، دریافتند وضعیت اقتصادی مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده جنبه‌های جسمانی و روانی کیفیت زندگی در این افراد است. به نظر می‌رسد وقتی فردی هنوز به فکر رفع چنین نیازهایی است نمی‌توان انتظار داشت با اجرای برنامه‌ای سه ماهه که به‌هیچ‌وجه هیچ یک از این نگرانی‌ها را رفع نمی‌کند، باعث ارتقای کیفیت زندگی وی شود.

فرضیه دوم این مطالعه مبنی بر اینکه خاطره‌پردازی ساختارمند گروهی باعث ارتقای شادکامی سالمندان می‌شود، تأیید شد. این نتیجه همسو با نتایج مطالعات برایانت و دیگران (۲۰۰۵)، سولتیز و دیگران (۲۰۰۲)، وبستر و مک‌کال (۱۹۹۹)، و استراک، شوارتس و اشندینگر (۱۹۸۵) است. برایانت و دیگران (۲۰۰۵) در تبیین نتایج مطالعه خود چند عامل را دلیل ایجاد شادی در سالمندانی می‌داند که مورد خاطره‌پردازی ساختارمند قرار می‌گیرند. آنها معتقدند ایجاد بینش نسبت به خویشتن و زمان حال، و تصویرسازی ذهنی دوران گذشته دو عاملی هستند که در خاطره‌پردازی ساختارمند باعث ایجاد هیجان مثبت و شادکامی می‌شوند. آنها به صراحت بیان می‌کنند که ارزش‌سازی^۲ خاطره‌پردازی در فرار از مشکلات زمان حال و پناه بردن به گذشته نیست، بلکه خاطره‌پردازی ابزاری سازنده برای ایجاد احساس بینش نسبت به زمان حال است. سالمندان در این دوره سنی به دنبال در کنار هم قرار دادن مجدد اجزای زندگی خود هستند تا آخرین تکلیف تحولی خود را نیز انجام دهند. در واقع، خاطره‌پردازی به آنها کمک می‌کند تا دوباره این اجزا را در کنار هم قرار دهند و به نوعی از بینش نسبت به خود و سن و سالی که در آن هستند، دست یابند. انجام دادن این تکلیف به سالمند کمک می‌کند تا هیجان‌های مثبت بیشتری را تجربه کند و در نتیجه، احساس شادکامی بیشتری داشته باشد. از سوی دیگر، تصویرسازی ذهنی رویدادهای مثبت گذشته در ذهن سالمند باعث احیای همان هیجان‌های مثبت در وی می‌شود. برایانت و دیگران (۲۰۰۵) معتقدند آنچه در تصویرسازی ذهنی باعث ایجاد هیجان‌های مثبت در فرد می‌شود، تخیل‌سازی درباره

تغییرپذیری معنادر و خطی در طول زمان داشته است و دو گروه در متغیر شادکامی تفاوت معناداری داشته‌اند. بنابراین، گروهی که خاطره‌پردازی ساختارمند را دریافت کرده‌اند نسبت به گروهی که فاقد این مداخله بوده‌اند در ابعاد زمان و تفاوت گروهی، عملکرد بهتری داشته‌اند.

بحث

این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی خاطره‌پردازی ساختارمند گروهی بر ارتقای کیفیت زندگی و شادکامی سالمندان انجام گرفت. فرضیه اول این مطالعه مبنی بر اینکه خاطره‌پردازی ساختارمند باعث ارتقای کیفیت زندگی در سالمندان می‌شود، تأیید نشد. این یافته با نتایج پژوهش‌های سولتیز و دیگران (۲۰۰۲)، مک‌کی و دیگران (۲۰۰۲)، و نعمتی‌دهکردی و دیگران (۱۳۸۶) همسو نیست. نتایج این مطالعات حاکی از اثربخشی خاطره‌پردازی ساختارمند بر ارتقای کیفیت زندگی آنها است. مک‌کی و دیگران (۲۰۰۲) در تبیین یافته‌های خود معتقدند وقتی سالمندان بیش از پیش ناتوان می‌شوند و ظرفیت خود را برای مشارکت در فعالیت‌هایی که مستلزم توان جسمانی است از دست می‌دهند، جایگزین کردن این فعالیت‌ها با کارهایی که نیاز چندانی به توان جسمانی ندارد، مثل خاطره‌پردازی، می‌تواند مشارکت اجتماعی سالمند را به قوت خود باقی نگه دارد و کیفیت زندگی وی را حفظ کند. در واقع، خاطره‌پردازی با حفظ سالمند در چهارچوب تعاملی نمادین، به او کمک می‌کند تا هویت و خودش^۱ را حفظ کند.

از آنجا که در این مطالعه مشخص شد که خاطره‌پردازی گروهی باعث بهبود کیفیت زندگی در سالمندان نشده است، تبیین جدیدی برای چنین موضوعی لازم است. با توجه به شرایطی که سالمندان در ایران و به خصوص شهرستان‌های کوچک دارند، برخی از آنها هنوز در سنین ۶۰ سالگی به بالا درگیر رفع نیازهای فیزیولوژیک و اولیه زندگی خویشتن هستند. در این مطالعه، بر اساس بررسی کیفی و گفت‌وگو با شرکت‌کنندگان مشخص شد که بیشتر این سالمندان، به ویژه مردها، به شدت درگیر و نگران رفع نیازهای اولیه خود و خانواده هستند. در واقع، کیفیت زندگی این افراد هنوز هم به

1. self

2. adaptive value

و ظرفیت بیشتری برای تغییر دارد (دینر، ۲۰۰۰). برخلاف مرور زندگی که در آن فرد با دیدی انتقادی به ارزیابی زندگی و رویدادهای مثبت و منفی آن می‌پردازد، در خاطره‌پردازی تمرکز بر خاطرات مثبت و جذاب است و این کار باعث ایجاد جوی خوشایند و آرامش‌بخش برای شرکت‌کنندگان می‌شود. بنابراین، منطقی است که انتظار داشته باشیم سازه‌هایی مثل شادکامی - نه کیفیت زندگی - تحت تأثیر خاطره‌پردازی قرار بگیرد. شادکامی تجربه احساسات یا عواطف را منعکس می‌کند و این در حالی است که کیفیت زندگی نوعی قضاوت و یا تجربه شناختی را نشان می‌دهد. شادکامی بیشتر تحت تأثیر سیستم هیجانی ماست و به همین دلیل، بیشتر تحت تأثیر رویدادهای کوتاه‌مدت قرار می‌گیرد. این واقعیت می‌تواند مبین این موضوع باشد که چرا شرکت‌کنندگان بعد از خاطره‌پردازی، احساس شادکامی بیشتری داشتند. در مقابل، کیفیت زندگی قضاوت کلی فرد در مورد زندگی خویش را منعکس می‌کند و بیشتر تحت تأثیر رویدادهای درازمدت است تا مداخله‌هایی که دو یا سه ماه طول می‌کشد. بنابراین، انتظار اینکه در طول مداخله‌ای چند هفته‌ای تغییر معناداری در آن ایجاد شود تا حدی غیرمنطقی به نظر می‌آید. از میان محدودیت‌هایی که در این مطالعه وجود داشت، می‌توان به عدم وجود زمان کافی برای پیگیری بلندمدت نتایج به‌دست‌آمده اشاره کرد. با توجه به اثرات خاطره‌پردازی ساختارمند گروهی بر هیجان‌های سالمندان، پیشنهاد می‌شود مسؤولان مراکز سالمندان به کاربرد چنین طرح‌هایی برای سالمندان مقیم مراکز خود اقدام کنند.

منابع

- ایوبی، س.، تیموری، س. و نیری، م. (۱۳۸۹). سرسختی، کیفیت زندگی و احساس بهزیستی. *روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی* ۶ (۲۴)، ۳۶۰-۳۵۳.
- بیانی، ع. ا. (۱۳۸۵). پایایی و روایی مقیاس افسردگی-شادکامی، *مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی*، ۲۰، ۴۰-۳۱.
- رجیبی، م.، صارمی، ع. ا. و بیاضی، م. ح. (۱۳۹۱). ارتباط بین الگوهای مقابله دینی با سلامت روانی و شادکامی. *روان‌شناسی*

خاطرات است. آنها معتقدند تصویرسازی ذهنی باعث افزایش تخیل‌سازی درباره خاطرات گذشته می‌شود. در تخیل‌سازی درباره خاطرات، جزییات موجود در آن خاطره خاص که گاهی می‌تواند منفی نیز باشد، به یاد فرد نمی‌آید. در واقع، فرد در جلسه‌های خاطره‌پردازی تخیل خود درباره خاطراتش را برای دیگران تعریف می‌کند که معمولاً برخی از جنبه‌های آن به یاد نمی‌آید و این فرایند باعث افزایش بسیار زیاد هیجان‌های مثبت و شادکامی در سالمند می‌شود. برایانت و دیگران معتقدند در طول جلسه‌های خاطره‌پردازی، سالمندان اقدام به ابراز استعدادها و ارزش‌های خویشان می‌کنند، و خاطرات شاد و قضایای جالبی را که در زندگی آنها رخ داده بود در گروه، تعریف می‌کنند. آنها کارهای مهم و ارزشمندی که در زندگی خود انجام داده‌اند و چگونگی حل مشکلات هر برهه‌ای از زندگی را برای بقیه شرکت‌کنندگان توضیح می‌دهند. پاسخ و پسخوراند^۱ بقیه اعضای گروه به خاطرات هر یک از آنها باعث ارزشمندی بیشتر این خاطرات می‌شود. در طول توضیح این خاطرات هر یک از شرکت‌کنندگان متوجه می‌شوند که زندگی هر فردی مجموعه‌ای از شادی‌ها، خشم، ناراحتی، و لذت است و هر فردی سرگذشت منحصر به فرد خود را دارد که در نوع خود برای بقیه افراد جالب و شنیدنی است. بنابراین، فرایند در میان گذاشتن و تحسین یکدیگر در طول کار گروهی، نوعی همکاری و صمیمیت را برای گروه به ارمغان می‌آورد که سرشار از هیجان مثبت و شادکامی است.

به‌طور کلی، نتایج این مطالعه نشان داد سالمندانی که به خاطره‌پردازی پرداخته بودند، شادکامی بیشتری را نسبت به گروه گواه تجربه کرده بودند و این مداخله در طول زمان به‌طور معناداری باعث افزایش شادکامی آنها شده بود، اما کیفیت زندگی آنها تغییر معناداری نکرده بود. شاید بتوان گفت که چنین نتیجه‌ای ناشی از ماهیت متفاوت این دو سازه روان‌شناختی است. کیفیت زندگی سازه‌ای نسبتاً مستحکم و باثبات است که به نحوه قضاوت فرد در مورد زندگی خویشان برمی‌گردد و تغییر آن نیاز به زمان و فعالیت گسترده‌ای دارد. اما، از سوی دیگر، هیجان‌هایی مانند غم یا شادی به واکنش‌های موقعیتی فرد در برابر رویدادهای زندگی اشاره دارد

- happiness through positive reminiscence. *Journal of Happiness Studies*, 6, 227-260.
- Butler, R. N. (1963).** The life-review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26, 63-76.
- Chiang, K. J., Chu, H., Chang, H. J., Chung, M. H., Chen, C. H., Chiou, H. Y., & Chou, K. R. (2010).** The effects of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among the institutionalized aged. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 380-388.
- Chin, A. M. (2007).** Clinical effects of reminiscence therapy in older adults: A meta-analysis of controlled trials. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 17 (1), 10-22.
- Cumming, E., & Henry, W. (1961).** *Growing old: The process of disengagement*. New York: Basic Books.
- Diener, E. (2000).** Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43.
- Eddington, N., & Shuman, R. (2004).** Subjective well-being. *Continuity Psychology Education*, 61, 282-312.
- Erikson, E. H. (1950).** *Childhood and society*. New York: Norton.
- Fujiwara, E., Otsuka, K., Sakai, A., Hoshi, K., Sekiai, S., Kamisaki, M., Ishikawa, Y., Iwato, S., & Chida, F. (2012).** Usefulness of reminiscence therapy for community mental health. *Psychiatry Clinical Neuroscience*, 66 (1), 74-79.
- Hsiao, C. Y., Yin, T. J. C., Shu, B. C., Yeh, S. H., & Li, I. C. (2002).** The effects of reminiscence therapy on depressed institutionalized elderly. *The Journal of Nursing*, 49 (4), 43-53.
- Kovach, C. (1991).** Reminiscence: Exploring the تحولی: روان‌شناسان ایرانی، ۸ (۳۲)، ۳۶۳-۳۷۱.
- زحمتکشان، ن.، باقرزاده، ر.، اکابریان، ش.، یزدانخواه‌فرد، م.، میرزایی، ک.، یزدانپناه، س. و دیگران (۱۳۹۱).** بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر بوشهر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا*، ۲ (۵)، ۲۵۸-۲۵۳.
- صیادیپور، ز (۱۳۹۱).** حافظه، سن و هیجان در دوره سالمندی. *روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۸ (۳۲)، ۴۱۷-۴۱۸.
- علی‌پور، ا. و نوری، ن. (۱۳۸۵).** بررسی پایایی و روایی مقیاس افسردگی-شادکامی در کارکنان دادگستری شهر اصفهان. *اصول بهداشت روانی*، ۸ (۳۱)، ۸۷-۹۶.
- معتد، ن.، آیت‌اللهی، س.ع.، زارع، ن. و صادقی‌حسن‌آبادی، ع. (۱۳۸۱).** بررسی روایی و پایایی پرسشنامه SF-36 در کارکنان دانشکده علوم پزشکی شیراز. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی بهداشتی زنجان*، ۲۸، ۳۸-۴۶.
- منتظری، ع.، گشتاسبی، ا. و وحدانی‌نیا، م (۱۳۸۴).** ترجمه، تعیین پایایی و روایی گونه فارسی ابزار استاندارد SF-36. *فصلنامه بایش*، ۵ (۱)، ۴۹-۵۶.
- مؤمنی، خ. (۱۳۹۰).** اثربخشی خاطره پردازی انسجامی و روایتی بر کاهش نشانه‌های افسردگی زنان سالمند مقیم سرای سالمندان. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۱ (۳)، ۳۸۱-۳۶۱.
- نعمتی‌دهکردی، ش.، دشت‌بزرگی، ب.، پاک‌سرشت، س. و راسخ، ع. (۱۳۸۶).** تأثیر خاطره‌گویی گروهی بر کیفیت زندگی سالمندان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، ۹ (۴)، ۷۵-۸۱.
- Abdel-Khalek, A. (2007).** Religiosity, happiness, health, and psychopathology in a probability sample of Muslim adolescents. *Mental Health, Religion & Culture*, 10 (6), 571-583.
- Alea, N., & Bluck, S. (2003).** Why are you telling me that? A conceptual model of the social function of autobiographical memory. *Memory*, 11, 165-178.
- Brooks, R. (1996).** EuroQoL: The current state of play. *Health Policy*, 37, 53-72.
- Bryant, F. B., Smart, C. M., & King, S. P. (2005).** Using the past to enhance the present: Boosting

- groups' process for reminiscence. *Journal of Geropsychiatry*, 35 (1), 51-61.
- Stinson, C. (2009).** Structured group reminiscence: An intervention to decrease depression in older adults. *Journal of Continuing Nurse Education*, 40 (11), 521-528.
- Stinson, C. K., & Kirk, E. (2005).** Structured reminiscence: An intervention to decrease depression and increase self-transcendence in older women. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 208-218.
- Stinson, C. K., Young, E. A., Kirk, E., & Walker (2010).** Use of a structured reminiscence protocol to decrease depression in older women. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 665-673.
- Strack, F., Schwarz, N., & Gschneidinger, E. (1985).** Happiness and reminiscing: The role of time perspective affect, and mode of thinking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49 (6), 1460-1469.
- Su, T. W., Wu, L. L., & Lin, C. P. (2012).** The prevalence of dementia and depression in Taiwanese institutionalized leprosy patients, and the effectiveness evaluation of reminiscence therapy: A longitudinal, single-blind, randomized control study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(2), 187-196.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2003).** *Using multivariate statistics*. New York: Allyn and Bacon.
- Tajvar, M., Arab, M., & Montazeri, A. (2008).** Determinant of health-related quality of life in elderly in Tehran. *BMC Public health*, 8 (323), 1-8.
- Thornton, S., & Brotchie, J. (1987).** Reminiscence: A critical review of the empirical literature. *British origins, processes, and consequence. Nursing Forum*, 26 (3), 14-20.
- Liu, S. J., Lin, C. J., Chen, Y. M., & Huang, X. Y. (2007).** The effects of reminiscence group therapy on self-esteem, depression, loneliness and life satisfaction of elderly people living alone. *Mid Taiwan Journal of Medicine*, 12 (3), 133-142.
- McGreal, R., & Joseph, S. (1993).** The Depression-Happiness Scale. *Psychological Reports*, 73 (2), 1279-1282.
- McKee, K., Wilson, F., Elford, H., Goudie, F., Chung, M. C., Bolton, G., & Hinchliff, S. (2002).** Evaluating the impact of reminiscence on the quality of life of older people. *Gerontology*, 47 (suppl. 1), 60.
- O'Leary, E., & Barry, N. (2006).** Gestalt reminiscence therapy. In O'Leary, E. & Murphy, M. (Eds.), *New approaches to integrations in psychotherapy (pp 50-60)*. London: Routledge.
- Parker, R. G. (1995).** Reminiscence: A continuity theory framework. *Gerontologist*, 35, 515-525.
- Pasupathi, M. (2003).** Emotion regulation during social remembering: Differences between emotions elicited during an event and emotions elicited when talking about it. *Memory*, 11, 151-163.
- Ribot, T. (1982).** *The diseases of memory*. New York: Appleton.
- Schuiling, K., & Likis, F. (2006).** *Women's gynecologic health*. Boston: Jones and Battle.
- Shellman, J. M., Mokel, M., & Hewitt, N. (2009).** The effects of integrative reminiscence on depressive symptoms in older African-Americans. *Western Journal of Nursing Research*, 31(6), 772-786.
- Soltys, F. G., Reda, S., & Letson, M. (2002).** Use of

- sion. *Journal of Adult Development*, 6 (1), 73-85.
- Wu, L. F., Chuo, H. J., & Wu, S. T. (2012).** The effect of group instrumental reminiscence therapy in older single veterans who live in a veterans home in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27 (1), 107-108.
- Zhou, W., He, G., Gao, J., Yuan, Q., Feng, C., & Zhang, C. K. (2012).** The effects of group reminiscence therapy on depression, self-esteem, and affect balance of Chinese community-dwelling elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54 (3), 440-447.
- Journal of Clinical Psychology*, 26, 93-111.
- Veenhoven, R. (2002).** The four qualities of life. *Journal of Happiness Studies*, 1 (1), 1-39.
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992).** The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30 (6), 473-483.
- Watt, L. M., & Wong, P. T. P. (1991).** A taxonomy of reminiscence and therapeutic implications. *Journal of Gerontological Social Work*, 16, 137-57.
- Webster, J. D., & McCall, M. E. (1999).** Reminiscence functions across adulthood: A replication and exten-