

تأثیر خاطره‌گویی گروهی بر نشاط سالمندان

زهرا یوسفی^۱، * خدیجه شریفی^۲، زهرا تقریبی^۳، حسین اکبری^۳

۱. دانش‌آموخته کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
۲. مربی گروه پرستاری مدیریت و بهداشت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
۳. مربی گروه آمار و بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

*نویسنده مسؤول: کاشان، کیلومتر ۵ بلوار قطب راوندی، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پرستاری و مامایی
پست الکترونیک: sharifi_kh@kaums.ac.ir

چکیده

مقدمه: برخی مطالعات تأثیر خاطره‌گویی بر سلامت روان را تأیید می‌کند؛ اما هنوز نتایج متناقضی در این زمینه وجود دارد. تاکنون مداخله مطالعه‌شده، بومی‌شده و تأییدکننده تأثیر این مداخله درمانی بر بهزیستی ذهنی سالمندان در داخل کشور انجام نشده است.

هدف: تعیین تأثیر خاطره‌گویی گروهی بر نشاط سالمندان.

روش: در این کارآزمایی بالینی، ۶۴ سالمند مراجعه‌کننده به کانون جهان‌دیدگان گرگان به روش در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. نمرات نشاط قبل مداخله، حین، پایان و یک ماه بعد از پایان مداخله اندازه‌گیری شد. خاطره‌گویی در ۶ جلسه طی ۳ هفته اجرا شد. در گروه کنترل، جلسات بحث گروهی برگزار گردید. داده‌ها با پرسشنامه‌های روا و پایایی نشاط (Oxford)، معاینه مختصر روانی شناختی جمع‌آوری و از آزمون‌های فیشر، مجذور کای، تی-مستقل، آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری و آزمون تعقیبی بنفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین سنی شرکت‌کنندگان $65/5 \pm 6/2$ سال بود و $50/8$ درصد افراد مرد بودند. نمرات نشاط قبل از مداخله در گروه کنترل $43/9 \pm 10/6$ و مداخله $45/6 \pm 8/3$ بود ($p > 0/05$). تحلیل چندمتغیره با اندازه‌های تکراری نشان داد اثر متقابل زمان با گروه درمانی بر تغییرات نمره نشاط سالمندان معنی‌دار است ($p < 0/01$). آزمون تعقیبی بنفرونی بین نمرات قبل و پایان مداخله ($p < 0/03$) و نمرات حین و پایان مداخله ($p < 0/03$) تفاوت معنی‌داری را نشان داد.

نتیجه‌گیری: بحث گروهی و خاطره‌گویی در افزایش نمرات نشاط سالمندان مؤثر بود؛ اما میزان تأثیرگذاری مداخله خاطره‌گویی بیشتر بود؛ بنابراین، می‌توان از آن به عنوان روشی کم‌هزینه و بدون عوارض جانبی برای افزایش نشاط سالمندان استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: خاطره‌گویی، سالمند، نشاط

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۱/۲۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۷/۰۷

مقدمه

پدیده سالمندی یکی از وقایع اجتناب‌ناپذیری است؛ که در زندگی انسان رخ می‌دهد. سلامت جسمی و روانی در این دوران نسبت به سایر دوره‌های زندگی با خطر بیشتری روبروست (۱). آمارهای جهانی نشان می‌دهد که جمعیت این گروه سنی تا سال ۲۰۵۰ به دو برابر خواهد رسید. سرعت پیرشدن جمعیت در کشورهای در حال توسعه از جمله ایران در حال افزایش است (۲). ایران در حال حاضر با پشت‌سر گذاشتن تغییر ساختار جمعیتی، به زودی به جمع کشورهای با ترکیب جمعیتی پیر خواهد پیوست (۳).

سلامت روان و احساس نشاط در سالمندی بیش از هر زمان از زندگی اهمیت دارد؛ زیرا سلامت روان تأثیر بر سلامت جسم دارد و بر عکس آن نیز صادق است. این در حالی است که بسیاری از سالمندان در معرض بیماری‌های روحی روانی هستند. بنا به گزارش سازمان جهانی بهداشت، بیش از ۲۰ درصد سالمندان از یک اختلال روانی عصبی رنج می‌برند (۴).

افزایش سن می‌تواند همراه با از دست دادن عملکرد و کاهش ظرفیت‌های فیزیولوژیکی و روانی و مشارکت‌های اجتماعی باشد. بنابراین از دست دادن قابلیت‌ها و عملکردها می‌تواند افراد را لحاظ روحی، عاطفی و جسمی آسیب‌پذیر کند و در برخی از سالمندان، زمینه ابتلا به افسردگی را افزایش دهد (۵). اختلالات روانی با نشانه‌های جدی نظیر افسردگی، اضطراب، کاهش حافظه، تغییر الگوی خواب، احساس تنهایی و انزوای اجتماعی ۱۵ تا ۲۵ درصد سالمندان را مبتلا می‌سازد (۶). همچنین گرایش سالمندان به رکود و سکون، باعث می‌شود که شادابی، نشاط و احساس سودمندی خویش را از دست دهند (۷).

«نشاط» نام علمی ارزیابی افراد از زندگی‌شان است؛ که به صورت قضاوت کلی یا ارزیابی از حیطه‌های خاص زندگی‌شان، احساسات هیجانی اخیر خود را در رابطه با آن چه برایشان رخ داده است ارزیابی می‌کند (۸). نشاط یکی از ملاک‌های مهم سلامت روان است (۹). معنا و هدف زندگی و در نتیجه آن، نشاط با افزایش سن کم می‌شود (۱۰). بنابراین، هدف کلیدی مداخلات روانی سالمندان باید در جهت حفظ و اعاده معنای زندگی حتی در مواجهه با رویدادهای تلخ این دوران باشد.

یکی از اقدامات در راستای افزایش سلامت روان سالمندان، شرکت در گروه‌های خاطره‌گویی سازمان‌یافته است. خاطره‌گویی موقعیت و مداخله‌ای است که اغلب برای سالمندان به کار می‌رود و اساس آن یادآوری رویدادها، احساسات و تفکرات گذشته به منظور ایجاد و تسهیل احساس لذت و بالا بردن کیفیت زندگی یا سازگاری با موقعیت‌های فعلی است (۱۱) و (۱۲). سالمند در خاطره‌گویی، سراسر زندگی خود را با تمرکز بر مراحل هشت‌گانه اریکسون مرور و واکاوی می‌کند (۱۳) و با

کمک بازسازی مجدد حوادث زندگی، آن‌ها را در یک قالب جدید جای داده و درک خود را از معنای زندگی خویش گسترش می‌دهد (۱۴).

خاطره‌گویی یک مداخله مستقل پرستاری است و انجمن پرستاری آمریکا نیز از این شیوه درمانی به عنوان یک مداخله استاندارد پرستاری حمایت کرده است (۱۵). خاطره‌گویی انواع مختلفی دارد؛ که از بین آن‌ها، خاطره‌گویی ابزاری و روایتی ارزش درمانی دارد (۱۶). خاطره‌گویی روایتی بیشتر جنبه توصیفی دارد و هدف آن بیان حوادث گذشته، آموزش و ایجاد ارتباط با دیگران است. البته این نوع از خاطره‌گویی نسبت به بقیه امتیازاتی دارد و باعث افزایش احساسات مثبت در تعاملات اجتماعی و رضایت از زندگی و ایجاد صمیمیت و مدیریت احساسات فعلی می‌شود (۱۷).

خاطره‌گویی می‌تواند در بیمارستان‌ها و خانه‌های سالمندان استفاده شود و نقش مثبتی در بهبود کیفیت زندگی، عملکرد حافظه، آگاهی و ارتقای سلامت سالمندان داشته باشد (۱۸) و (۱۹). تأثیر خاطره‌گویی بر کاهش علائم افسردگی، یکی از مواردی است که بارها بررسی شده است (۱۸ و ۲۰). نتایج مطالعه‌ای بر روی مردان سالمند ساکن خانه سالمندان نشان داد که خاطره‌گویی منجر به بهبود اجتماعی شدن، افسردگی و سلامت روان شرکت‌کنندگان شد (۲۱). در مطالعه Stinson (۲۰۰۶) پس از اتمام جلسات خاطره‌گویی، کاهش معنی‌داری از لحاظ علائم افسردگی و افزایش تعالی خود در زنان سالمند مورد مطالعه مشاهده نشد (۱۵). همچنین یافته‌های مطالعه مومنی (۱۳۹۰) تأکید دارد که خاطره‌گویی روایتی در کاهش علائم افسردگی تأثیر ندارد (۲۲).

مطالعات دیگری نشان می‌دهد که خاطره‌گویی گروهی در بهبود مهارت درک فرد از موقعیت کنونی، تقویت اعتماد به نفس، کاهش ناامیدی (۲۳) و درمان احساسات منفی همچون اضطراب مؤثر است (۲۴) و با احساس لذت، امنیت، سلامت، احساس تعلق داشتن، توانایی مثبت یادآوری چیزهای خوب، آمادگی برای مرگ و توانایی حل مشکلات همراه است (۱۷).

مطالعه نظامند Yen-Chun Lin و همکاران (۲۰۰۳) خاطره‌گویی را در بهبود خلق و خوی، رضایت از زندگی و عزت نفس در سالمندان سالم، افسرده و نیز دارای مشکلات شناختی مؤثر می‌داند. همچنین وجود تناقض در نتایج مطالعات مختلف را به علت تفاوت در نوع خاطره‌گویی به کار رفته، نتایج مختلف مورد بررسی و استفاده از تعداد کم افراد ساکن در مراکز نگهداری سالمندان می‌داند (۲۵).

در زمینه تأثیر خاطره‌گویی بر سلامت روان، یافته‌های مطالعه Bohlmeijer و همکاران (۲۰۰۸) نشان می‌دهد که

کنترل وارد شدند. سپس هر یک از دو گروه مورد و شاهد در مرحله اجرا به ۴ گروه ۸ نفره (۲ گروه زن و ۲ گروه مرد) تقسیم شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن سن بالای ۶۰ سال؛ برخورداری از شنوایی قابل قبول؛ صحبت کردن به زبان فارسی؛ سواد خواندن و نوشتن؛ نداشتن اختلال شناختی (کسب امتیاز بالای ۲۰ بر اساس آزمون MMSE (Mini-mental state examination)؛ شرکت کننده مورد شناخته شده روان پزشکی بر اساس تشخیص روان پزشک نباشد؛ عدم مصرف داروی روان پزشکی عمده به علت مشکلات سایکولوژیک؛ داشتن توانایی جسمی لازم برای حضور و نشستن در جلسات؛ داشتن رضایت برای شرکت در مطالعه بود.

معیارهای خروج از مطالعه شامل: ابتلا به اختلالات شنوایی در طول مطالعه (مثل اشکال در عملکرد سمعک)؛ اقدام به مصرف قرص‌های اعصاب و روان به علت مشکلات سایکولوژیک در طول مطالعه؛ غیبت بیشتر از یک جلسه؛ تجربه بحران‌های شدید خانوادگی در طول مطالعه مانند: سوگ افراد خانواده؛ بیماری ناگهانی یکی از افراد خانواده و ابتلا به بیماری حاد منجر به بستری و عدم همکاری در طول مطالعه بود.

ابزارهای گردآوری داده‌ها در این مطالعه شامل: پرسشنامه دموگرافیک؛ که حاوی ۱۲ پرسش در خصوص سن، جنس، تحصیلات، شغل، وضعیت مالی، تأهل، مصرف دخانیات، حمایت خانوادگی، اعتقاد مذهبی، بیماری‌های زمینه‌ای، نوع منزل مسکونی و نحوه زندگی بود.

برای تعیین وضعیت شناختی شرکت کنندگان از آزمون معاینه مختصر وضعیت روانی (MMSE) استفاده شد. این پرسشنامه متداول‌ترین ابزار غربالگری اختلالات شناختی در جهان است؛ که به زبان‌های مختلف ترجمه و در فرهنگ‌های مختلف استاندارد شده است. این آزمون کارکردهای مختلف شناختی را سنجیده و برآوردی کلی از وضعیت شناختی آزمودنی‌ها فراهم می‌کند. تعیین روایی معاینه مختصر وضعیت شناختی نشان داد که این آزمون از روایی کافی برخوردار است. همچنین با محاسبه پایایی آن، آلفای کرونباخ ($\alpha=0/78$) در نقطه برش ۲۱ حساسیت ۹۰ درصد و ویژگی ۸۴ درصد به دست آمد.

برخی مطالعات نمره ۲۰ را به عنوان نقطه برش مطلوب، خصوصاً در جمعیت کم‌سواد توصیه کرده‌اند (۲۹). نتایج مطالعات نشان داد که معاینه مختصر وضعیت شناختی واجد ویژگی‌های روان‌سنجی مناسب برای غربالگری شناختی سالمندان دارای سواد خواندن و نوشتن است (۳۰). این آزمون شامل پرسش‌هایی در خصوص آگاهی به مکان و زمان، هوشیاری، توجه، توان محاسبه و حافظه است.

خاطره‌گویی تأثیر چشمگیری بر مفهوم و هدف کلی زندگی، کاهش ارزیابی منفی از خود و آینده و افزایش ارزیابی مثبت از گذشته دارد (۲۶). همچنین نتایج مطالعه Bryant و همکاران (۲۰۰۵) حاکی از تأثیر مثبت معنی دار خاطرات خوشایند گذشته بر روی افزایش شادی دانشجویان با استفاده از خاطره‌گویی ساختارمند بود (۲۷).

با توجه به نتایج متفاوت مطالعات انجام شده در زمینه تأثیر خاطره‌گویی بر ابعاد مختلف سلامت روان و کمبود پژوهش‌هایی در زمینه روانشناسی مثبت‌گرا مانند نشاط در سالمندان، کاستی‌های مطالعات مشابه و تفاوت در ابزارهای سنجش، متغیرهای اندازه‌گیری شده، نداشتن عوارض جانبی نامطلوب با این شیوه درمانی و مقرون به صرفه بودن آن و نیز با توجه به تفاوت‌های فرهنگی جامعه ما در خاطره‌گویی و افشای خود و پیامدهای آن، پژوهشگر بر آن شد تا مطالعه‌ای با هدف «تعیین تأثیر خاطره‌گویی گروهی بر نشاط سالمندان مراجعه‌کننده به کانون روزانه جهان‌دیدگان شهر گرگان» انجام دهد.

روش‌ها

مطالعه حاضر یک کارآزمایی بالینی دوگروهی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون بود؛ که بر روی سالمندان مراجعه‌کننده به کانون روزانه جهان‌دیدگان گرگان از شهریور تا آذرماه سال ۱۳۹۲ انجام شد. این کانون یک مرکز غیردولتی است؛ که سالمندان در این مرکز به صورت نیمه‌وقت حضور دارند و پس از استفاده از برنامه‌های کانون که مجموعه‌ای از فعالیت‌های آموزشی، فرهنگی، هنری، ورزشی و مذهبی است، به منزل خود باز می‌گردند.

ابتدا به مرکز مراجعه شد و لیست شرکت‌کنندگان در برنامه‌ها استخراج گردید. با توجه به مطالعه مرادی نژاد و همکاران (۱۳۸۹) (۲۸) و با در نظر گرفتن میانگین و انحراف تعیین نمره سلامت روان به ترتیب ۳۴/۵ و ۷/۸۸ و سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۹۰ درصد و حداکثر خطای قابل برآورد ۵ نمره، حداقل حجم نمونه لازم برابر با ۲۶ نفر در هر گروه محاسبه گردید و برای جبران ریزش احتمالی، هر گروه ۳۲ نفر در نظر گرفته شد.

بنابراین از بین افراد دارای شرایط ورود، ۶۴ نفر (۳۲ نفر در هر گروه) انتخاب و به صورت تصادفی‌سازی بلوکی (Stratified Block Randomization) توزیع شدند؛ به این گونه که ابتدا در قالب بلوک‌های ۴-تایی ۶ نوع بلوک تعریف و شماره‌گذاری شد. سپس بر اساس جدول اعداد تصادفی، برای هر یک از دو گروه زن و مرد، جداگانه با توجه به حجم نمونه، ۸ بلوک انتخاب شد و بر اساس شماره بلوک‌های انتخابی، افراد به ترتیب اسامی در لیست مرکز، به هر یک از دو گروه مداخله و

موضوع هر جلسه بر اساس پروتکل وات-کپلیاز (Cappeliez - watt) به ترتیب: جلسه اول: حوادث سرنوشت‌ساز زندگی، جلسه دوم: تاریخچه خانوادگی، جلسه سوم، حرفه یا فعالیت عمده در زندگی و علایق فردی، جلسه چهارم، تجارب استرس‌زای زندگی، جلسه پنجم، مروری بر عشق‌ها و نفرت‌های زندگی فرد، جلسه ششم، معنای زندگی و اهداف مورد نظر هر فرد در زندگی انتخاب شد (۳۴).

در آغاز، جلسه اول با خوش‌آمدگویی به اعضاء، معرفی رهبر گروه به اعضاء و اعضاء به یکدیگر، بررسی اهداف، مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی، تعیین اهداف مشترک با همکاری رهبر و اعضاء شروع شد. برای صرفه‌جویی در وقت در ابتدای هر جلسه، مدت زمان بازگویی خاطرات برای هر فرد تعیین می‌شد به نحوی که همه افراد گروه وقت صحبت کردن داشته باشند. به هر فرد بسته به موضوع ۱۰ تا ۱۵ دقیقه فرصت داده می‌شد تا به بیان مطالب خود بپردازد.

روز قبل از هر جلسه با واحدهای پژوهش تماس گرفته و ساعت و عنوان هر جلسه به آن‌ها یادآوری می‌شد. با شروع جلسه، رهبر گروه شرکت‌کنندگان را به بازگویی خاطرات دعوت می‌نمود و افراد به صورت داوطلبانه شروع به صحبت می‌کردند و در ادامه، با علاقه مند شدن دیگر شرکت‌کنندگان برای بیان خاطرات خود، جلسات شکل می‌گرفت. در حین بیان خاطرات توسط فرد گوینده، دیگر اعضای گروه نیز ملزم به گوش دادن بدون هیچ‌گونه اظهارنظر و یا قضاوتی، مگر به درخواست رهبر گروه بودند.

در پایان هر جلسه پس از اتمام خاطره‌گویی توسط همه شرکت‌کنندگان، از حضور اعضاء تشکر و قدردانی می‌شد. سپس موضوع جلسه بعدی توسط رهبر گروه اعلام می‌شد و از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شد تا خود را برای جلسه بعدی آماده کنند. این کار مهارت شرکت‌کنندگان را در استفاده از روش مداخله تسهیل می‌کرد. به این ترتیب، افراد بر محتوای ذهنی خود مروری دوباره داشتند و با روش مداخله به سرعت درگیر و هماهنگ می‌شدند و پس از آماده کردن خود در جلسات، از زمان نیز به طور مؤثرتری استفاده می‌شد.

مزیت دیگرش این بود که با کمک آن انطباق شرکت‌کنندگان با این مداخله در طی جلسات قابل ارزیابی بود؛ به گونه‌ای که با این روش، افراد به سرعت توانستند خود را با اهداف جلسات هماهنگ کنند. تمامی ۶ جلسه به همین منوال برگزار شد. در گروه کنترل در ساعت و روز مشخص به مدت یک ساعت به صورت هفته‌ای دو جلسه بر اساس روند ذکر شده در گروه مداخله، جلسات تشکیل شد؛ با این تفاوت که افراد در این گروه به بحث گروهی درباره مسایل روز و مورد علاقه گروه

نمرات کسب شده آن بین صفر تا ۳۰، به ترتیب کمترین و بیشترین نمره حاصل از آزمون است؛ که نمرات «بالای ۲۴» نشان‌دهنده عدم وجود مشکل شناختی، نمرات ۲۳-۲۰ اختلال خفیف شناختی، نمرات ۱۹-۱۰ بیماری آلزایمر متوسط و ۹-۰ نشان‌دهنده ابتلا به آلزایمر شدید است (۳۱). پایایی این ابزار در مطالعه حاضر محاسبه شد و آلفای کرونباخ آن $(\alpha=0/66)$ به دست آمد. این پرسشنامه فقط یک بار قبل از مداخله برای تعیین وضعیت شناختی افراد برای ورود به مطالعه استفاده شد.

برای تعیین میزان نشاط از مقیاس اندازه‌گیری نشاط آکسفورد (OXFORD) استفاده شد. این مقیاس توسط آرگیل و لو (۱۹۹۰) تهیه شده است و دارای ۲۹ ماده می‌باشد. پرسشنامه ۲۹ سؤالی آکسفورد اولین بار توسط آرگیل و لو به منظور سنجش نشاط با معکوس کردن مواد مقیاس افسردگی (بک) مطرح و توسط خود آن‌ها نیز هنجاریابی گردید. هر یک از پرسش‌های این آزمون دارای ۴ گزینه است؛ که ۳-۰ نمره‌دهی می‌شود و کمترین و بیشترین نمره کسب‌شده از پرسشنامه بین ۸۷-۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده نشاط بیشتر است (۳۲).

روایی و پایایی این پرسشنامه در تحقیقات متعدد داخلی و خارجی بررسی شده است؛ که نتیجه آن‌ها، معرفی این مقیاس به عنوان یک ابزار نیرومند و معتبر در سنجش نشاط بوده است. به عنوان مثال، در مطالعات داخلی، علی‌پور و نوربالا (۱۳۷۸) ضریب پایایی آن را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آوردند و روایی صوری آن را نیز تأیید کردند (۳۳). پایایی این ابزار در مطالعه حاضر محاسبه شد و آلفای کرونباخ آن $(\alpha=0/86)$ به دست آمد.

به منظور نمونه‌گیری، پس از در نظر گرفتن شرایط ورود به مطالعه و ارایه توضیحاتی در خصوص هدف پژوهش و روش کار، ابتدا آزمون معاینه مختصر وضعیت روانی MMSE با حضور فرد سالمند در مکانی خلوت با پرسش از فرد و ثبت جواب در پرسشنامه توسط پژوهشگر انجام شد و در صورت کسب نمره بالای ۲۰، افراد به مطالعه وارد می‌شدند.

پس از انتخاب نمونه، مداخله به صورت ۶ جلسه خاطره‌گویی در گروه مداخله اجرا شد. جلسات به صورت کارگروه‌های ۸ نفره در ساعتی که با توافق شرکت‌کنندگان تعیین شد؛ در مدت ۳ هفته و هر هفته دو جلسه (۲۷) در مکانی که از تهویه، نور و دمای مناسب برخوردار بود و به دور از سروصدا تشکیل شد. مدت زمان هر جلسه بسته به موضوع جلسه بین ۱/۵ تا ۲ ساعت بود. خاطره‌گویی استفاده شده در گروه‌های مداخله از نوع روایتی بود؛ که افراد صرفاً در جلسات به بیان خاطرات خود پرداختند و قضاوت و تفسیری بر مطالب گفته شده شرکت‌کنندگان صورت نگرفت.

دموگرافیک و زمینه‌ای در دو گروه یکسان بود و از لحاظ آماری اختلاف معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد (جدول الف و ب). (۱)



نمودار فرآیند نمونه‌گیری

جدول ۱: وضعیت مشخصات دموگرافیک و زمینه‌ای (دسته‌بندی شده) به تفکیک در دو گروه مداخله و کنترل

نوع و نتیجه	مداخله n= ۳۰	کنترل n= ۲۹ (درصد) تعداد		گروه متغیر	پ
		مداخله	کنترل		
جنسیت	زن	۱۵ (۵۰/۰)	۱۴ (۴۸/۳)	زن	p=۰/۸۹ ⁰
	مرد	۱۵ (۵۰/۰)	۱۵ (۵۱/۷)	مرد	
تحصیلات	ابتدایی	۸ (۲۶/۷)	۱۴ (۴۸/۳)	ابتدایی	p=۰/۸۶ ⁰
	راهنمایی	۷ (۲۳/۳)	۱ (۳/۴)	راهنمایی	
	دیپلومات	۱۰ (۳۳/۳)	۸ (۲۷/۶)	دیپلومات	
	دانشگاه	۵ (۱۶/۷)	۶ (۲۰/۷)	دانشگاه	
شغل	خانه دار	۱۳ (۴۳/۳)	۱۳ (۴۴/۸)	خانه دار	p=۰/۹۸ ⁰
	بازنشسته	۱۲ (۴۰/۰)	۱۱ (۳۶/۰)	بازنشسته	
	شغل آزاد	۵ (۱۶/۷)	۵ (۱۷/۲)	شغل آزاد	
وضعیت مالی	متوسط	۱۷ (۵۶/۷)	۱۹ (۶۵/۵)	متوسط	p=۰/۴۸ ⁰
	خوب	۱۳ (۴۳/۳)	۱۰ (۳۴/۵)	خوب	
وضعیت تأهل	بیوه	۶ (۲۰/۰)	۶ (۲۰/۷)	بیوه	p=۰/۹۴ ⁰
	متاهل	۲۴ (۸۰/۰)	۲۳ (۷۹/۳)	متاهل	
سیگار	می‌کشم	۵ (۱۶/۷)	۳ (۱۰/۳)	می‌کشم	p=۰/۷۰*
	نمی‌کشم	۲۵ (۸۳/۳)	۲۶ (۸۹/۷)	نمی‌کشم	
قلیان	می‌کشم (گاهی)	۱ (۳/۳)	۱ (۳/۴)	می‌کشم (گاهی)	p=۱/۰*
	نمی‌کشم	۲۹ (۹۶/۶)	۲۸ (۹۶/۶)	نمی‌کشم	
مواد مخدر	مصرف می‌کنم	۱ (۳/۳)	۰ (۰/۰)	مصرف می‌کنم	p=۱/۰*

می‌پرداختند و موضوعات هر جلسه در همان روز و بر اساس انتخاب گروه تعیین می‌گردید. در ابتدای جلسه اول، پرسشنامه داده‌های دموگرافیک و مقیاس ارزیابی نشاط اکسفورد توسط شرکت‌کنندگان تکمیل گردید.

پرسشنامه اکسفورد در پایان جلسه سوم و پایان جلسه ششم برابر با جلسه آخر برای پیگیری نتایج جلسات و بررسی تأثیر زمان بر میزان نشاط (۱۵) و یک ماه بعد از پایان مداخله برای پیگیری ثبات اثرات حاصل از مداخله مجدداً توسط شرکت‌کنندگان دو گروه کنترل و مداخله تکمیل شد.

ملاحظات اخلاقی رعایت شده در این مطالعه شامل اخذ مجوز انجام مطالعه از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کاشان و معرفی نامه از دانشگاه مذکور به کانون جهان‌دیدگان گرگان، کسب رضایت‌نامه کتبی از نمونه‌های مورد پژوهش برای شرکت در مطالعه پس از دادن اطلاعات در مورد اهداف پژوهش، نقش شرکت‌کنندگان، دادن حق کناره‌گیری از مطالعه در هر زمان دلخواه و محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات افراد در جریان مطالعه بوده است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۲۰ با کمک آزمون‌های مجذورکای و دقیق فیشر (به منظور بررسی وضعیت متغیرهای دموگرافیک کیفی در دو گروه مطالعه)، تی مستقل (برای بررسی وضعیت متغیرهای دموگرافیک کمی و مقایسه نمرات نشاط دو گروه در زمان‌های مختلف) همچنین به منظور بررسی اثر عامل زمان و گروه‌های مورد مطالعه و عوامل دیگر بر وضعیت نشاط سالمندان از آنالیز واریانس با اندازه‌گیری تکراری و آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه‌های دوتایی استفاده شد. معیار موخلی (Mauchly) به عنوان معیار کرویت در نظر گرفته شد و با فرض اسفیریسیتی (Sphericity)، مدل برازنده شد. سطح معنی‌داری در تمام موارد کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه از ۶۴ فرد واجد شرایط، ۵ نفر در طی پژوهش به علت عدم علاقه (یک نفر)، بیماری (سه نفر) و غیبت بیش از یک جلسه (یک نفر) از ادامه مطالعه خارج شدند و در نهایت، مطالعه با ۵۹ نفر در دو گروه آزمون (۳۰ نفر) و کنترل (۲۹ نفر) انجام شد (نمودار ۱).

میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۶۵/۵±۶/۲ سال بود. ۵۰/۸ درصد واحدهای مورد مطالعه مرد بودند و ۷۹/۶ درصد افراد متأهل بودند. میانگین نمره MMSE گروه کنترل ۲۶/۶±۲/۱ و مداخله ۲۶/۰۳±۱/۸ بود؛ که اختلاف معنی‌دار آماری بین میانگین نمره وضعیت شناختی دو گروه مشاهده نشد (p=۰/۲۵). بر اساس یافته‌ها، ملاحظه شد که توزیع داده‌های

میانگین و انحراف معیار نمره نشاط قبل از مطالعه در گروه کنترل $43/9 \pm 10/6$ و در مداخله $45/6 \pm 8/3$ بود. آزمون تی مستقل اختلاف آماری معنی‌داری بین آن‌ها نشان نداد ($p=0/43$). همچنین با استفاده از آزمون تی زوجی برای مقایسه میانگین نمرات نشاط در زمان‌های مختلف مورد بررسی در طی مطالعه نیز تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه مداخله و کنترل مشاهده نشد (جدول ۲).

برای تعیین اثر عامل زمان، گروه‌های مورد مطالعه، نوع مداخله و دیگر عوامل بر میزان نشاط، آزمون آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری انجام شد و معیار Mauchly به عنوان معیار کروییت در نظر گرفته شد و با فرض Sphericity مدل برازنده شد. یافته‌ها نشان داد که نوع گروه بر نمرات نشاط تأثیر معنی‌دار نداشت ($p=0/28$)؛ به این معنی که بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌دار بین نمرات نشاط افراد در زمان‌های مورد بررسی وجود نداشت.

همچنین تحلیل چندمتغیره با اندازه‌گیری تکراری بیانگر اثرگذاری عامل زمان به همراه اثر متقابل زمان با گروه درمانی بر تغییرات نمره نشاط سالمندان است ($p<0/01$). به عبارت دیگر، تغییرات نمره نشاط در زمان‌های مورد بررسی در هر گروه متفاوت بوده و گذر زمان نقش تعدیل‌کنندگی بر تأثیر خاطره‌گویی در افزایش نشاط دارد و اثر زمان معنی‌دار شد ($p<0/008$)؛ به این معنی که با گذشت زمان از شروع مداخله، نمرات ارتقاء یافتند و تأثیرات ناشی از حضور در گروه‌ها با نزدیک شدن به پایان مداخله بر روی نمرات نشاط افراد در هر دو گروه مثبت بود.

مقایسه دوتایی انجام‌شده توسط آزمون تعقیبی بنفرونی نشان داد که این تفاوت بین نمرات قبل و پایان مداخله ($p<0/03$) و نمرات حین و پایان مداخله ($p<0/03$) از لحاظ آماری معنی‌دار بوده است (نمودار ۲). همچنین در مقایسه دوتایی، با توجه به اثر متقابل زمان به همراه گروه، تغییرات الگو در دو گروه نیز یکسان نیست ($p<0/006$). البته اثر متقابل سه‌گانه شامل زمان و گروه به همراه وضعیت تأهل ($p<0/006$) و زمان به همراه نمره MMSE و گروه نیز بر تغییرات نمره نشاط مؤثر بود ($p<0/008$) میزان این تأثیر با وضعیت تأهل نیز معنی‌دار شد ($p<0/01$)؛ یعنی متأهل بودن و نمره MMSE بالاتر تأثیر مثبتی بر نمره نشاط داشت (جدول ۴).

		۲۹(۹۶/۷)	۲۹(۱۰۰/۰)	مصرف نمی‌کنم	
		۳(۱۰/۰)	۴(۱۳/۸)	بسیار کم	حمایت خانوادگی
		۹(۳۰/۰)	۱۳(۴۴/۸)	متوسط	
		۱۸(۶۰/۰)	۱۲(۴۱/۴)	زیاد	
		۱۱(۳۶/۷)	۱۰(۳۴/۵)	بسیار معتقد	اعتقاد مذهبی
		۷(۲۳/۳)	۴(۱۳/۸)	نسبتاً زیاد	
		۹(۳۰/۰)	۱۲(۴۱/۴)	متوسط	
		۳(۱۰/۳)	۳(۱۰/۳)	کم	
		۱۹(۶۳/۳)	۲۰(۶۹/۰)	دارم	بیماری جسمی
		۱۱(۳۶/۷)	۹(۳۱/۰)	ندارم	
		۲۵(۸۳/۳)	۲۷(۹۳/۱)	ملک شخصی	منزل مسکونی
		۵(۱۶/۷)	۲(۶/۹)	استیجاری	
		۶(۲۰/۰)	۶(۲۰/۷)	با همسر	
		۴(۱۳/۳)	۷(۲۴/۱)	با فرزند	نحوه زندگی
		۱۶(۵۳/۳)	۱۵(۵۱/۷)	با همسر و فرزند	
		۴(۱۳/۳)	۱(۳/۴)	تنها	

* Fisher's Exact ^o Chi-Square

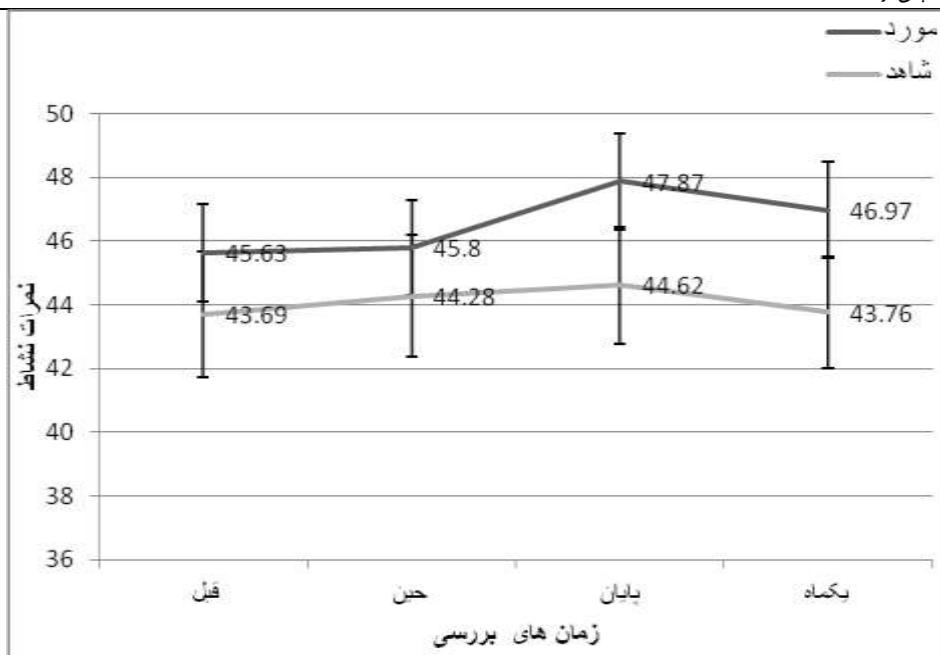
سطح معنی‌داری در همه جداول کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است

جدول ب ۱: وضعیت مشخصات دموگرافیک کمی به تفکیک در دو گروه مداخله و کنترل

گروه	مداخله n=۳۰	کنترل n=۲۹	نوع و نتیجه آزمون
متغیر	انحراف معیار±میانگین	انحراف معیار±میانگین	تی مستقل
سن	۶۵/۵±۵/۸	۶۵/۷±۶/۸	p=0/۸۷
تعداد فرزند	۳/۶±۱/۸	۳/۷±۳/۱	p=0/۶۰
نمره MMSE	۲۶/۳±۱/۸	۲۶/۶±۲/۱	p=0/۲۵

جدول ۲: مقایسه بین نمرات نشاط دو گروه قبل، حین، پایان و پس از مداخله

نوع و نتیجه آزمون	مداخله n=۳۰	کنترل n=۲۹	گروه	زمان‌های مورد بررسی
آزمون تی مستقل	SD± میانگین نمره نشاط	SD± میانگین نمره نشاط		
p=۰/۴۳	۴۵/۶ ± ۸/۳	۴۳/۹ ± ۱۰/۷		۱. قبل از مداخله
p=۰/۴۴	۴۵/۸ ± ۸/۱	۴۴/۳ ± ۱۰/۴		۲. حین مداخله
p=۰/۱۷	۴۷/۹ ± ۸/۲	۴۴/۶ ± ۹/۹		۳. پایان مداخله
p=۰/۱۷	۴۶/۹ ± ۸/۲	۴۳/۸ ± ۹/۵		۴. یک ماه پس از مداخله



نمودار ۲: مقایسه میزان نشاط در زمان‌های مختلف در هر دو گروه تجربی و مداخله

جدول ۴: تعیین اثر متقابل زمان و نوع مداخله بر میزان نشاط دو گروه

نتیجه آزمون	F	مجدور میانگین	درجه آزادی	مجموع مجذورات	Source
*۰/۰۰۸	۴/۱۳۴	۲۹/۶۲۳	۳	۸۸/۸۶۸	زمان
*۰/۰۰۶	۴/۲۶۹	۳۰/۵۹۱	۳	۹۱/۷۷۴	زمان * گروه
۰/۰۷	۲/۳۸۰	۱۷/۰۵۲	۳	۵۱/۱۵۵	زمان * وضعیت مالی
*۰/۰۰۶	۴/۳۶۹	۳۱/۳۰۶	۳	۹۳/۹۱۷	زمان * وضعیت تأهل
*۰/۰۲	۲/۶۳۰	۱۸/۸۴۴	۶	۱۱۳/۰۶۵	زمان * نحوه زندگی
*۰/۰۱	۳/۶۶۴	۲۶/۲۵۹	۳	۷۸/۷۷۶	زمان * نمره MMSE
*۰/۰۱	۳/۸۸۳	۲۷/۸۲۷	۳	۸۳/۴۸۰	زمان * گروه * وضعیت تأهل
۰/۰۷	۱/۹۹۷	۱۴/۳۱۳	۶	۸۵/۸۷۹	زمان * گروه * نحوه زندگی
*۰/۰۰۸	۴/۱۳۴	۲۴/۶۳۴	۳	۸۸/۹۰۱	زمان * گروه * نمره MMSE

*Significant ANOVA with repeated measure

بحث

پژوهش نشان داد که مداخله خاطره‌گویی می‌تواند نمرات نشاط سالمندان درون گروه مداخله را به طور معنی‌دار افزایش دهد؛ اما

مطالعه حاضر با هدف تعیین اثر خاطره‌گویی بر نشاط سالمندان مراجعه‌کننده به کانون جهان‌دیدگان گرگان انجام شد. یافته‌های

در مقایسه بین میانگین نمره نشاط دو گروه مداخله و کنترل در زمان‌های مختلف، اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده نشد. نتایج نشان داد که میانگین نمرات دو گروه با شروع مطالعه، روند افزایشی داشت؛ اما شیب تغییرات میانگین نمرات در گروه مداخله کمی بیشتر بود. به نظر می‌رسد که این تفاوت در روند افزایشی در گروه مداخله ناشی از تأثیر محتوای جلسات و مداخله خاطره‌گویی بوده است؛ که توانست تا اندازه‌ای بر میانگین نمرات نشاط شرکت‌کنندگان مؤثر باشد؛ اگر چه انطباق شرکت‌کنندگان گروه کنترل با محتوای جلسات سریعتر بود؛ ولی به تدریج به علت ماهیت جلسات، نمرات نشاط افراد شرکت‌کننده در بحث گروهی نوسانات کمتری داشت.

در حین مطالعه مشاهده شد که شرکت‌کنندگان در جلسات بحث گروهی افراد مشتاقی هستند که پس از پایان جلسات، راضی به نظر می‌رسند؛ اما این اثرات نتوانست در تعاملات درونی افراد تغییر به سزایی ایجاد کند. این در حالی است که در جلسات خاطره‌گویی با توجه به عنوان بعضی از جلسات، فضای جلسه همراه با یادآوری تلخی‌های گذشته بود و گاهی مسایل گفته شده توسط فرد گوینده، بقیه شرکت‌کنندگان را متأثر می‌کرد؛ اما نقش بهتری در افزایش نشاط شرکت‌کنندگان داشت؛ که این موضوع به مکانیسم خاطره‌گویی در حل‌وفصل‌درگیری‌های ذهنی با گذشته برمی‌گردد. هنگامی که این مسایل در جمعی آشنا و همسان که تقریباً دغدغه‌های درونی یکسانی دارند مطرح می‌شود، می‌تواند به کنار آمدن با مسایل گذشته و آینده و زیستن در زمان حال کمک کند.

در راستای تبیین نتایج حاصل از یافته‌ها، می‌توان دو نکته اساسی را محور اصلی قرار داد. یکی نقش تعامل و ارتباطات انسانی به ویژه با همسالان (که می‌توان علت افزایش نمره شرکت‌کنندگان در گروه بحث گروهی را به آن ربط داد) و دیگری نقش برون‌ریزی و تداعی خاطرات تلخ و شیرین گذشته و بازسازمان‌دهی خاطرات و نقاط کور قدیم است. در واقع، خاطره‌گویی افراد سالخورده را تشویق می‌کند تا با شنوندگان کنونی ارتباط داشته باشند و دریافت بازخوردهای مثبت از آن‌ها باعث ارتقای هیجان‌هایی مانند نشاط می‌گردد. بنابراین می‌توان گفت مداخله خاطره‌گویی نقش کمک‌کننده‌ای در حمایت از سلامت روان دارد (۳۵).

مجدوبی و همکاران (۱۳۹۲) تأثیر خاطره‌پردازی ساختارمند بر شادکامی و کیفیت زندگی را بررسی کردند؛ که نتایج نشانگر تأثیر مداخله بر شادکامی و عدم تأثیر معنی‌دار بر کیفیت زندگی بود (۳۶). مطالعه Bryant (۲۰۰۵) نشان داد که خاطرات خوشایند در شادی کنونی دانشجویان مؤثر است و در تبیین نتایج مطالعه خود چند عامل را در ایجاد شادی در

شرکت‌کنندگان که مورد خاطره‌پردازی ساختارمند قرار گرفتند دخیل می‌داند. او معتقد است ایجاد بینش نسبت به خویشتن و زمان حال و تصویرسازی ذهنی دوران گذشته دو عاملی است که باعث ایجاد هیجان مثبت و شادکامی می‌شود (۲۷).

نتایج این مطالعات با نتیجه پژوهش حاضر همخوانی ندارد. به نظر می‌رسد که این تفاوت به علت نوع خاطره‌گویی به کار رفته، تفاوت در ابزارهای اندازه‌گیری، تعداد جلسات و تفاوت در سن شرکت‌کنندگان باشد. البته مطالعات انجام شده در زمینه تأثیر خاطره‌گویی بر نشاط سالمندان بسیار اندک است.

نتایج یک سری مطالعات نیز بیانگر تأثیر خاطره‌گویی در سالمندان در ارتقاء و بهبود ابعاد کلی سلامت روان و بهزیستی است (۲۱ و ۳۷). نتایج مطالعه متآنالیز Bohlmeijer و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد که مداخله خاطره‌گویی تأثیر متوسطی بر رضایت از زندگی و بهزیستی دارد (۳۸). مطالعاتی هم وجود دارد که خاطره‌گویی را بر برخی ابعاد روان مؤثر نیافتند.

نتایج مطالعه Chao (۲۰۰۶) نشان داد که خاطره‌گویی گروهی بر اعتماد به نفس سالمندان مؤثر است؛ ولی بر رضایت از زندگی و علایم افسردگی آنان تأثیر معنی‌داری ندارد (۳۹). Wang (۲۰۰۷) تأثیر خاطره‌گویی در ارتقای سلامت روان بر روی سالمندان را بررسی کرد. بر اساس نتایج این مطالعه، تفاوت آماری معنی‌داری بین علایم افسردگی قبل و بعد از اجرای خاطره‌گویی در گروه مداخله دیده شد؛ اما بین سطوح وضعیت خلقی، عزت نفس و درک از سلامتی خود بعد از پایان مطالعه در گروه مداخله تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشد (۴۰).

تغییرات درون‌گروهی گروه کنترل نشان می‌دهد که تغییرات نمرات نشاط قبل و حین آزمون در این گروه نسبت به گروه مداخله کمی بیشتر بوده است. تحلیل این موضوع ارتباط با نوع مداخله به کار رفته در دو گروه دارد؛ به این صورت که جلسات بحث گروهی به علت ماهیت آشنا و فضای آزادش، باعث انطباق سریعتر افراد شرکت‌کننده با نوع مداخله می‌شود. بنابراین، افراد بعد از گذشت سه جلسه، اثرات نوع مداخله را درک می‌کنند و تفاوت بیشتری در میانگین نمرات قبل و حین مداخله این گروه دیده می‌شود.

در گروه مداخله به دلیل نوع مداخله به کار رفته، افراد در جلسات ابتدایی در فضایی بین‌خاطراتی که می‌توان در گروه بیان کرد و آنچه که از دیگران می‌شنوند و آنچه که در ادامه تمایل دارند در گروه مطرح کنند به سر می‌برند؛ بنابراین، دیرتر با مداخله تطابق می‌یابند. در نتیجه، تفاوت ناچیزی از لحاظ میانگین نمرات قبل و حین در گروه مداخله دیده شد.

گروه، به نوع خاطره‌گویی به کار رفته در گروه مداخله ارتباط دارد.

مداخله خاطره‌گویی انواع مختلفی دارد؛ که نوع روایتی آن در این مطالعه استفاده شد. خاطره‌پردازی روایتی بیشتر جنبه توصیفی دارد و مطالب گوینده هیچ گونه ارزیابی روان‌شناختی نمی‌شود، هدف آن بیان حوادث گذشته، آموزش و ایجاد ارتباط با دیگران است، البته باعث افزایش احساسات مثبت در تعاملات اجتماعی و رضایت از زندگی و ایجاد صمیمیت و مدیریت احساسات فعلی می‌شود (۱۷). می‌توان گفت مداخله خاطره‌گویی روایتی به دلیل ماهیت آن و عدم دستکاری در چالش‌های باقی‌مانده ذهنی برای کمک به پذیرش گذشته و حل تضادهای درونی و توانایی‌سازی با زوال عملکرد دوران پیری نمی‌تواند روشی همراه با اثرات پایدار باشد و افزایش نمرات افراد در گروه به دلیل جنبه‌های سرگرم‌کننده، تعاملات درون‌گروهی و تا حدی برانگیختن حس همسان‌سازی افراد گروه با یکدیگر بوده است.

مطالعه مؤمنی نشان داد که خاطره‌پردازی یکپارچه باعث کاهش افسردگی زنان مقیم سرای سالمندان می‌شود؛ اما خاطره‌پردازی روایتی این تأثیر را ندارد (۲۲). Lin (۲۰۰۳) در نتایج مطالعه خود بیان می‌کند تفاوت در ساختار، محتوا و سطوح خاطره‌گویی می‌تواند بر نتایج درمانی آن تأثیرگذار باشد. بنابراین، پژوهشگران باید در انتخاب نوع مداخله و عوامل مؤثر در نتایج مانند حجم نمونه و محل نمونه‌گیری از قبیل بیمارستان و خانه‌های سالمندان و غیره باید دقت کنند (۲۵). به این معنی که عملکرد مداخله خاطره‌گویی می‌تواند تحت تأثیر عوامل گوناگونی قرار بگیرد که محیط زندگی افراد از جمله خانه‌های سالمندان و غیره، ساختار فرهنگی حاکم بر جامعه‌ای که نمونه از آن انتخاب شده است، از جمله مهمترین آن‌ها است؛ زیرا تأثیری که ساختار، محیط و هنجارهای فرهنگی مرسوم در جامعه در افشای خود و بیان صادقانه گذشته دارد، نتایج مورد انتظار از بیان خاطرات گذشته در گروه مانند حل‌وفصل تضادهای گذشته و حال را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

همچنین نوع ابزار اندازه‌گیری اثرات خاطره‌گویی و متغیرهای مرتبط، نوع خاطره‌گویی به کار رفته و پروتکل و استمرار سازمان‌دهی‌های مختلف جلسات، زمان و مکان و استمرار جلسات، همگی در نتایج حاصل از مداخله مؤثر است. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمرات نشاط افراد شرکت‌کننده در دو گروه خاطره‌گویی و بحث گروهی پس از گذشت یک ماه بعد از پایان مداخله نسبت به جلسه پایانی کاهش داشت؛ که در گروه کنترل، میانگین نمرات تقریباً به

هر دو نوع مداخله که به صورت جلسات گروهی با دو رویکرد متفاوت بود توانست نمرات نشاط افراد را نسبت به قبل از اجرای مداخله افزایش دهد. در واقع، در تبیین تأثیر درون‌گروهی معنی‌دار خاطره‌گویی می‌توان گفت که مکانیسم تأثیر مداخله خاطره‌گویی به گونه‌ای است که در آن سالمندان اقدام به ابراز استعدادهای و ارزش‌های خویش می‌کنند. آن‌ها سعی می‌کنند بیشتر تأکید بر کارهای ارزشمند خود در طول زندگی داشته باشند و چگونگی حل مشکلات زندگی در برهه‌های مختلف خود را بازگو می‌کنند.

پاسخ و بازتاب افراد گروه به خاطرات سایر اعضای گروه باعث ایجاد ارزشمندی در افراد و خاطرات طی شده زندگی‌شان می‌شود. در طول توضیح این خاطرات، شرکت‌کنندگان متوجه می‌شوند که زندگی هر یک از آن‌ها مجموعه‌ای از شادی‌ها، خشم، غم و لذت است. بنابراین فرآیند در میان گذاشتن خاطرات و تحسین گروه در طول کار گروهی می‌تواند همراه با هیجان مثبت و شادکامی باشد. به نظر می‌رسد که شرکت در جلسات بحث گروهی با ترکیب سنی و جنسی یکسان نیز در بهبود خلق و ایجاد نشاط در سالمندان مؤثر است؛ زیرا اعضای گروه در این جلسات می‌توانند از تجربیات دیگران آگاه شوند، از آن‌ها درس بگیرند و با پشتیبانی عاطفی یکدیگر، رفتارهای تازه‌ای را تجربه کنند.

همچنین سالمندان چالشی که به علت کمبودهای رده سنی خود در روابط اجتماعی مواجه هستند را می‌توانند با شرکت در جلسات گروهی جبران کنند و در نتیجه، تجربیات و احساسات خود را در گروه‌های کوچک با یکدیگر به تبادل نظر می‌گذارند. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمرات در دو گروه تا پایان مداخله روند افزایشی داشت و این افزایش در گروه مداخله بیشتر بود. با این حال، بین میانگین نمرات دو گروه تفاوت آماری معنی‌دار مشاهده نشد. به نظر می‌رسد که عدم تفاوت معنی‌دار در دو گروه به دلیل وجود نوعی مداخله در هر دو گروه است؛ به این معنی که مداخله اجرا شده در گروه کنترل نیز تا اندازه‌ای بر تغییرات نمرات نشاط افراد تأثیر داشته است؛ تا حدی که اختلاف میانگین دو گروه معنی‌دار نشد.

یافته‌های مطالعه Pinguart (۲۰۱۲) نیز نشان داد که مداخلات غیرخاص برای گروه کنترل مانند معاشرت و بحث گروهی در مورد رویدادهای جاری می‌تواند منبعی برای افزایش احساسات مثبت باشد. بنابراین، می‌توان چنین استدلال کرد که شرکت سالمندان در جلسات گروهی می‌تواند در بهبود ارزیابی افراد از هیجان‌های درونی‌شان مؤثر باشد (۱۶). به نظر می‌رسد که علت دیگر در عدم معنی‌دار شدن میانگین نمره نشاط بین دو

دخیل بوده باشد و از محدودیت‌های مطالعه باشد. بنابراین، پیشنهاد می‌گردد که برای دستیابی به نتایج بهتر، پژوهش‌های بعدی با حجم نمونه بیشتر، وجود گروه کنترل بدون دریافت مداخله و به کار بردن انواع دیگر خاطره‌گویی انجام پذیرد.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که خاطره‌گویی و بحث گروهی، هر دو می‌تواند سبب افزایش نشاط در سالمندان شود. بنابراین، می‌توان بر اساس شرایط موجود و اجرایی بودن، از این دو روش استفاده نمود. اما با توجه به افزایش بیشتر نمره نشاط در گروه خاطره‌گویی، بهتر است از این روش به عنوان یک روش درمانی کم‌هزینه و بدون عوارض جانبی در افزایش نشاط سالمندان استفاده شود؛ تا نتایج بیشتری حاصل شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد سالمندان مصوب دانشگاه علوم پزشکی کاشان است. شماره ثبت در پایگاه ثبت کارآزمایی بالینی ایران IRCT2013122915978N1 است. پژوهشگران مراتب تشکر و قدردانی خود را از همیاری معاونت محترم شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان به خاطر حمایت مالی (شماره طرح ۹۲۵۰)، مسؤوولین محترم قانون روزانه جهان‌دیدگان و زنان سالمند شهر گرگان که بدون همراهی آن‌ها انجام این مطالعه میسر نبود اعلام می‌دارند.

سطح قبل از مداخله رسید و در گروه مداخله، این نمره نسبت به نمره قبل از آغاز بیشتر بود.

Kirk و Stinson (۲۰۰۵) تأثیر خاطره‌گویی سازمان‌یافته را در کاهش افسردگی و افزایش تعالی خود در زنان سالمند ساکن در خانه سالمندان پس از طی سه مرحله، ابتدا، سه هفته و شش هفته پس از شروع بررسی کردند. در پایان، پس از اجرای مداخله، کاهش معنی‌داری در علایم افسردگی و افزایش تعالی خود در هیچ یک از زمان‌های مورد بررسی مشاهده نشد. آنان معتقدند که خاطره‌گویی می‌تواند یک مداخله مؤثر برای درمان افسردگی زنان سالمند باشد؛ اما انجام مطالعات بیشتر را برای استفاده از این روش توصیه می‌کنند (۱۵).

همانند مطالعه حاضر، مداخله اجراشده آنان، اثرات ماندگار نداشت. در پژوهش Hsieh (۲۰۱۰)، داده‌ها یک هفته قبل و ۳ ماه پس از مداخله گردآوری شد؛ که بر اساس آن، پس از جلسات خاطره‌گویی گروهی، یک روند کاهشی در خلق افسرده، نمره آپاتی شناختی، مقیاس افسردگی شناختی در گروه مداخله مشاهده شد. نتایج این پژوهش نشانگر تأثیر مداخله خاطره‌گویی پس از گذشت ۳ ماه بود (۴۱). یافته‌های این مطالعه با پژوهش حاضر همخوانی ندارد. خاطره‌گویی گروهی در مطالعه Gudex (۲۰۱۰) و همکاران، ۶ ماه پس از مداخله، تأثیر خود را بر کیفیت زندگی حفظ کرد؛ ولی پس از گذشت ۱۲ ماه از مداخله، اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد (۴۲).

به نظر می‌رسد که حجم کم نمونه و عدم وجود گروه کنترل بدون دریافت مداخله، در نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر

References

- Giordana JY, Roelandt JL, Porteaux C. Mental Health of Elderly People: The prevalence and Representations of Psychiatric Disorders. *L'Encéphale*. 2010;36(3):59-64.
- Risks to Mental Health: an Overview of Vulnerabilities and Risk Factors. 2012; Available from: http://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_EN_27_08_12.pdf.
- Aging and Life Course. 2008; Available from: www.who.int/ageing/en.
- Mental Health and Older Adults. 2013; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>.
- Chiang K, Chu H, Chang HJ, Chung MH, Chen CH, Chiou HY, et al. The Effects of Reminiscence Therapy on Psychological Well Being, Depression, and Loneliness Among the Institutionalized Aged. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010;25(4): 380-388
- Abdi Zrin S, Akbarian M. Successful Aging in the Light of Religion and Religious Beliefs. *J Ageing*. 2007;2(4). (Persian)
- Tuntichaivanit C, Nanthamongkolchai S, Munsawaengsub C, Charupoonphol P. Life Happiness of the Elderly in Rayong Province. *J. Public Health*. 2013;39(1):39-47.
- Diener M. Frequently Asked Questions (FAQ's) About Subjective Well-Being (Happiness and Life Satisfaction): a Primer For Reporters and Newcomers. 2007; Available from: <http://www.Psych.uiuc.edu/~ediener/faq.html>.
- Feldman F. Whole Llife Satisfaction Concepts of Happiness. *Theoria*. 2008;74(3):219-38.

10. Montazeri A, Azin SA, Jahangiri K, Siddiqui J, Ebadi M, Hedayati AA, et al. Happiness of The People of Iran and its Associated Factors: a Study From the Perspective of Health. *Quarterly Monitoring*. 2012;11(4):467-75. (Persian)
11. Hsieh HF, Wang JJ. Effect of Reminiscence Therapy on Depression in Older Adults: a systematic review. *IJNS*. 2003;40(4):335.
12. Woods B, Spector A, Jones C, Orrell M, Davies S. Reminiscence Therapy for Dementia. *CDSR*. 2005;2.
13. Chen T-j, Li H-j, Li J. The Effects of Reminiscence Therapy on Depressive Symptoms of Chinese Elderly: Study Protocol of a Randomized Controlled Trial. *BMC psychiatry*. 2012;12(1):1-6.
14. Ando M, Morita T. Efficacy of the Structured Life Review and The Short-Term Life Review on the Spiritual Well-Being of Terminally Ill Cancer Patients. *Health*. 2010;2(4):342-6.
15. Stinson C, Kirk E. Structured Reminiscence: an Intervention to Decrease Depression and Increase Selftranscendence in Older Woman. *JCN* 2005;15(2).
16. Pinquart M, Forstmeier S. Effects of Reminiscence Interventions on Psychosocial Outcomes: A Meta-Analysis. *Aging & mental health*. 2012;16(5):541-58.
17. Cappeliez P, Rivard V, Guindon S. Functions of Reminiscence in Later Life: Proposition of a Model and Applications. *Eur Rev Appl Psychol*. 2007;57(3):151-6.
18. Pinquart M, Duberstein P, Lyness J. Effects of Psychotherapy and Other Behavioral Interventions on Clinically Depressed Older Adults: a Meta-Analysis. *Aging & mental health*. 2007;11(6):645-57.
19. Wang JJ. The Effects of Reminiscence on Depressive Symptoms and Mood Status of Older Institutionalized Adults in Taiwan. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005;20(1):57-62.
20. Wang J. Group Reminiscence Therapy for Cognitive and Affective Function of Demented Elderly in Taiwan. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007;22(12):1235-40
21. Chiang KJ, Chu H, Chang HJ, Chung MH, Chen CH, Chiou HY, et al. The Effects of Reminiscence Therapy on Psychological Well Being, Depression, and Loneliness Among the Institutionalized Aged. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010;25(4):380-8.
22. Momeni k. Memory Processing Narrative Coherence and Effectiveness in Reducing Depressive Symptoms in Elderly Women Living in Sanitarium. *Journal of Family Counseling & Psychotherapy*. 2012;1(3):366-81. (Persian)
23. Korte J, Bohlmeijer ET, Westerhof GJ, Pot AM. Reminiscence and Adaptation to Critical Life Events in Older Adults With Mild to Moderate Depressive Symptoms. *Aging & mental health*. 2011;15(5):638-46.
24. Chou Y, Lan Y, Chao S. Application of Individual Reminiscence Therapy to Decrease Anxiety in an Elderly Woman With Dementia]. *Hu Li Za Zhi*. 2008;55(4):105.
25. Lin YC, Dai YT, Hwang SL. The Effect of Reminiscence on the Elderly Population: a systematic review. *PHNs*. 2003;20(4):297-306.
26. Bohlmeijer E, Westerhof G, Emmerik-de Jong M. The Effects of Integrative Reminiscence on Meaning in Life: Results of a Quasi-Experimental Study. *Aging & Mental Health*. 2008;12(5):639-46.
27. Bryant FB, Smart CM, King SP. Using the Past to Enhance the Present: Boosting Happiness Through Positive Reminiscence. *J Happiness Stud*. 2005;6(3):227-60.
28. Moradi nejad s, Sahbaee F, Nekavand m. Effects of Reminiscence and Mental Health Elderly. *Journal of Aging*. 2009;5(17):60-6. (Persian)
29. De Silva H, Gunatilake S. Mini Mental State Examination in Sinhalese: a Sensitive Test to Screen For Dementia in Sri Lanka. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2002;17(2):134-9.

30. Frooghan M, jaafari Z, Shirin bayan P, ghaem Farahani Z, Rahghozar M. Brief Cognitive Status Examination Standardization Elderly in Tehran 2006. *Advances in Cognitive Science*. 2008;10(2):29-37. (Persian)
31. Lin LC, Watson R, Lee YC, Chou YC, Wu SC. Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia (EdFED) Scale: Cross Cultural Validation of the Chinese Version. *J Adv Nurs*. 2008;62(1):116-23.
32. Ghasemi A, Abedi A. Effectiveness of Group Education Based on Expectancy Theory Snyder on Elderly Happiness. *Knowledge and Research in Psychology Islamic Azad University*. 2010;41:17-44. (Persian)
33. Alipoor A, Noorbala A. A Preliminary Evaluation of the Validity and Reliability of the Oxford Happiness Questionnaire in Students in the Universities of Tehran. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 1999;5(1):55-66. (Persian)
34. Watt LM, Cappeliez P. Integrative and Instrumental Reminiscence Therapies for Depression in Older Adults: Intervention Strategies and Treatment Effectiveness. *Aging & Mental Health*. 2000;4(2):166-77.
35. Hanaoka H, Okamura H. Study on Effects of Life Review Activities on the Quality of Life of the Elderly: a Randomized Controlled Trial. *Psychother Psychosom*. 2004;73(5):302-11.
36. Majzoobi MR, Moeni K, Amani R, Hojjatkah M. The Effectiveness of Structured Group Reminiscence on the Enhancement of the Elderly's Life Quality and Happiness. *Developmental Psychology (journal of iranian psychologists)*. 2013;9(34):189-202. (Persian)
37. Afonso R, Bueno B. Effects of a Reminiscence Program on Depressive Symptomatology in an Elderly Population in Portugal. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44(6):317.
38. Bohlmeijer E, Roemer M, Cuijpers P, Smit F. The Effects of Reminiscence on Psychological Well-Being in Older Adults: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*. 2007;11(3):291-300.
39. Chao S, Liu H, Wu C, Jin S, Chu T, Huang T, et al. The Effects of Group Reminiscence Therapy on Depression, Self Esteem, and Life Satisfaction of Elderly Nursing Home Residents. *J Res Nurs*. 2006;14(1):36.
40. Wang JJ. Group Reminiscence Therapy for Cognitive and Affective Function of Demented Elderly in Taiwan. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007;22(12):1235-40.
41. Hsieh C-J, Chang C, Su S-F, Hsiao Y-L, Shih Y-W, Han W-H, et al. Reminiscence Group Therapy on Depression and Apathy in Nursing Home Residents With Mild-to-Moderate Dementia. *J Exp Clin Med*. 2010;2(2):72-8.
42. Gudex C, Horsted C, Jensen AM, Kjer M, Sørensen J. Consequences From Use of Reminiscence-a Randomised Intervention Study in ten Danish Nursing Homes. *BMC geriatrics*. 2010;10(1):33.

The effect of group reminiscence on happiness of the elderly

Zahra yousefi¹, *khadijeh sharifi², Zahra tagharrobi², hossein akbari³

1. Masters Student of geriatric nursing, School of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

2. Instructor of Nursing, Department of Health- Management Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

3. Department of Biostatistics and Public Health, Faculty of Health, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

* Corresponding author, Email:sharifi_kh@kaums.ac.ir

Abstract

Background: some studies have confirmed the effectiveness of reminiscence on mental health, although there are conflicting results in this area. There are no interventional, localized and confirmed studies into the effectiveness of this intervention on mental wellbeing of old people in our country.

Aim: To determine the effect of reminiscence therapy on the elderly happiness.

Methods: In this clinical trial, 64 elderly referred to the Jahandidegan center of Gorgan were selected and randomly divided into control and intervention groups. Happiness scores were measured before intervention, during, and one month after the end of intervention. Reminiscence was conducted in six sessions over three weeks. Group discussions were held for the control group. Data were collected using valid and reliable happiness questionnaires (oxford) and a brief cognitive-mental examination. Fisher's exact test, Chi-square, independent, repeated measures ANOVA with Bonferoni post-hoc and SPSS version 20 were used.

Results: The mean age of the participants was 65.5 ± 6.2 , and 50.8% of them were men. Happiness pre-intervention scores were 43.9 ± 10.6 and 45.6 ± 8.3 in control and the intervention groups, respectively ($p > 0.05$). Multivariate analysis with repeated measures showed that the interaction between treatment group and the time was significantly effective on the elderly happiness score ($p < 0.01$). Bonferoni post-hoc test scores before and after the intervention ($P < 0.03$) and scores during and after the intervention ($P < 0.03$) showed significant differences.

Conclusion: group discussion and reminiscence are effective in increasing the elderly happiness scores. However, reminiscence was a more effective intervention; therefore, it can be an inexpensive way to increase the vitality of the elderly with no side-effects.

Keywords: reminiscence, elderly, happiness

Received: 16/04/2013

Accepted: 29/10/2013

