

## تأثیر خاطره‌گویی گروهی بر معیار ناتوانی در سالمندی، در سالمندان ساکن در خانه‌های سالمندان شهر مشهد، در سال ۱۳۹۰

(مقاله پژوهشی برگرفته از پایان نامه دانشجویی)

\* هادی کوشیار<sup>۱</sup>، بهرام‌علی قنبری هاشم‌آبادی<sup>۲</sup>، حبیب‌الله اسماعیلی<sup>۲</sup>، زهرا پروندی<sup>۴</sup>، فرهاد قندهاریان<sup>۵</sup>، رحیم حبیبی<sup>۶</sup>

### چکیده:

**هدف:** هدف از تحقیق حاضر، تعیین تأثیر خاطره‌گویی گروهی بر معیار ناتوانی سالمندان ساکن در خانه‌های سالمندان شهر مشهد بود.

**روش بررسی:** در این مطالعه نیمه‌تجربی، ۵۶ نفر از سالمندان ساکن در خانه‌های سالمندان شهر مشهد به روش در دسترس انتخاب شدند. واحدهای پژوهشگر هریک از خانه‌های سالمندان، به صورت غیر تصادفی به گروه خاطره‌گویی گروهی (۳۰ نفر) و کنترل (۲۶ نفر) اختصاص داده شدند. به این ترتیب، ۶ گروه خاطره‌گویی ۴ تا ۸ نفری تشکیل شد. خاطره‌گویی گروهی، در مدت ۸ هفته، هفتگی برگزار شد و هر جلسه حدود یک ساعت طول کشید. معیار ناتوانی در سالمندی، افسردگی، عملکرد شناختی و درد، به ترتیب با استفاده از نسخه دوم پرسش‌نامه سنجش ناتوانی سازمان بهداشت جهانی، مقیاس ۱۵ ایتمی افسردگی سالمندان، آزمون خلاصه شده وضعیت روانی و مقیاس دیداری درد اندازه‌گیری شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از نرم‌افزار SPSS، نسخه ۵/۱۱ و آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتیجه آزمون‌های آنالیز واریانس با مقادیر تکراری و من‌ویتنی، نشان داد بین تغییرات معیار ناتوانی در سالمندی ( $P=0/94$ ) و زیرمجموعه‌های آن؛ یعنی برقراری ارتباط و درک مطلب ( $P=0/20$ ) تحرک و جابه‌جایی ( $P=0/20$ )، انجام فعالیت‌های خودمراقبتی ( $P=0/92$ ) سازش و زندگی کردن با دیگران ( $P=0/72$ ) و مشارکت ( $P=0/88$ ) در دو گروه کنترل و خاطره‌گویی گروهی تفاوت آماری معناداری وجود نداشت.

**نتیجه‌گیری:** برگزاری ۸ جلسه هفتگی یک ساعتی برای خاطره‌گویی گروهی، معیار ناتوانی در سالمندی و زیرمجموعه‌های آن را در سالمندان ساکن در خانه‌های سالمندان کاهش نداد. بنابراین، مطالعات بیشتر در این زمینه توصیه می‌شود.

**کلیدواژه‌ها:** خاطره‌گویی، خاطره‌گویی گروهی، معیار ناتوانی در سالمندی، سالمندان

تاریخ دریافت: ۹۱/۲/۱۲ تاریخ پذیرش: ۹۱/۵/۴

۱- دکتری تخصصی پرستاری سالمندان، مربی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران  
۲- دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی، دانشیار دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه فردوسی مشهد  
۳- دکتری آمار زیستی، دانشیار دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مشهد  
۴- کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد  
۵- پزشک عمومی، مسئول خانه سالمندان سلامتی مشهد  
۶- کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد  
آدرس نویسنده مسئول: مشهد، چهارراه دکتر، خیابان ابن‌سینا، دانشکده پرستاری و مامایی  
تلفن: ۰۵۱۱۸۵۹۱۵۱۱  
رایانامه: h\_kooshiar@yahoo.com

به حدود ۲۷ میلیون نفر؛ یعنی ۲۸ درصد از کل جمعیت خواهد رسید (۱). با مسن شدن جمعیت، اولویت‌ها نیز در سیستم مراقبت بهداشتی تغییر می‌کند.

یکی از معیارهای اصلی اندازه‌گیری سطوح سلامتی در سالمندان، ناتوانی است (۲). براساس تعریف طبقه‌بندی بین‌المللی عملکرد ناتوانی و سلامتی (ICF)<sup>۲</sup>، ناتوانی اصطلاحی چترمانند است که نقایص و محدودیت‌های فعالیتی و موانع مشارکت را پوشش داده، حاصل تعامل فعال بین شرایط طبی و عوامل زمینه‌ای (عوامل محیطی و عوامل فردی) است.

### مقدمه

تعداد و نسبت افراد سال‌خورده در تمام کشورها، اعم از پیشرفته و در حال توسعه، در حال افزایش است؛ به طوری که سازمان ملل<sup>۱</sup> در سال ۲۰۰۹، تعداد کل سالمندان جهان را حدود ۷۵۰ میلیون نفر برشمرد. این تعداد در سال ۲۰۵۰، به ۲ میلیارد نفر خواهد رسید. طبق گزارش این سازمان، در ایران نیز در سال ۲۰۰۹، حدود ۵ میلیون نفر؛ یعنی ۷ درصد از کل جمعیت را افراد بیش از ۶۰ سال تشکیل می‌دادند. این تعداد در سال ۲۰۵۰،

1- United Nations

2- International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

مطالعه بیندر و همکاران<sup>۵</sup> (۲۰۰۲) نیز نشان داد که ورزش‌های هوازی و مقاومتی، شیوع ناتوانی در انجام فعالیت‌های روزمره را کاهش می‌دهد (۱۱). باوجود این، گزارشی جدید از سازمان بهداشت جهانی بر فقدان نسبی اطلاعات تجربی در این زمینه، به‌خصوص در کشورهای با درآمد کم و متوسط، تأکید می‌کند (۱۲).

امروزه مددجویان در هر سنی و با تشخیص‌های مختلف طبی و روانی از فواید گروه‌درمانی بهره‌مند می‌گردند. یکی از انواع روان‌درمانی‌های گروهی که در همه گروه‌های سنی، به‌خصوص در گروه سالمندان، به‌منظور ارتقای سطح سلامت به کار می‌رود، خاطره‌گویی گروهی است (۱۳).

مطالعاتی نیز به بررسی تأثیر خاطره‌گویی گروهی بر ناتوانی سالمندان پرداخته‌اند. اغلب سالمندان این گروه به دمانس مبتلا بوده‌اند. این مطالعات بر بررسی ناتوانی در فعالیت‌های روزمره زندگی یا عملکردشناختی تمرکز کرده‌اند و کاملاً به جنبه‌های مختلف ناتوانی در سالمندان، که به کرات به چشم می‌خورد، نپرداخته‌اند. نتایج این مطالعات متناقض است. برای مثال، هوانگ و همکاران (۲۰۰۹) خاطره‌گویی گروهی را بر عملکردشناختی در سالمندان مبتلا به دمانس بی‌اثر گزارش کرده‌اند (۱۴)، اما وانگ (۲۰۰۷) و یامگامی<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۰۷) (۱۶) گزارش کردند خاطره‌گویی گروهی عملکرد عاطفی و حافظه را در سالمندان بهبود می‌بخشد. وانگ و هسو (۲۰۰۹) (۱۷)، دهکردی و همکاران (۲۰۰۸) (۱۸) و لین (۲۰۱۰) (۱۹) گزارش کردند که خاطره‌گویی گروهی بر توانایی فرد در انجام فعالیت‌های خودمراقبتی اثری ندارد.

هدف پژوهشگر از بررسی تأثیر خاطره‌گویی گروهی بر معیار ناتوانی در سالمندان ساکن در خانه‌های سالمندان شهر مشهد، عبارت است از: شیوع بسیار ناتوانی در سالمندان و عوارض و هزینه‌های درمانی مربوط به آن؛ اثربخشی خاطره‌گویی گروهی به‌عنوان مداخله‌ای کم‌هزینه، پذیرفتنی و تقریباً بدون عارضه پرستاری بر برخی از عوامل مرتبط با ناتوانی؛ اندکی و تناقض مطالعات در رابطه با تأثیر خاطره‌گویی گروهی بر ناتوانی سالمندان؛ نبود مطالعه ثبت شده در زمینه تأثیر خاطره‌گویی گروهی بر معیار ناتوانی سالمندی در سالمندان ساکن در خانه‌های سالمندان در ایران.

به این ترتیب، شرایط طبی و عوامل فردی و زمینه‌ای مرتبط با افزایش سن از جمله کاهش توانایی‌های جسمی و ذهنی، افزایش تعداد بیماری‌های مزمن، مصرف هم‌زمان داروهای متعدد، بازنشستگی و کاهش درآمد، افسردگی، از دست دادن عزیزان و ... باعث کاهش توانایی‌های فرد در برقراری ارتباط و درک مطلب، تحرک و جابه‌جایی، انجام فعالیت‌های خودمراقبتی، سازش و زندگی کردن با دیگران، انجام کارهای مربوط به خانه و شغل و مشارکت خواهد شد (۳). نتایج مطالعه شهبازی و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد ۳/۸۸ درصد از سالمندان ساکن در تهران، از درجات مختلفی از ناتوانی در برقراری ارتباط و درک مطلب، تحرک و جابه‌جایی، انجام فعالیت‌های خودمراقبتی، سازش و زندگی کردن با دیگران، وظایف خانه و خانواده و مشارکت اجتماعی رنج می‌برند (۴). نتایج مطالعه صادقی و کاظمی (۲۰۰۴) نشان داد که ۴/۴۳ درصد از سالمندان ساکن در خانه‌های سالمندان شهر تهران دچار اختلال در عملکردشناختی هستند (۵). مروتی و حسینی (۲۰۰۰) نیز گزارش کردند ۳/۱ تا ۹/۲۶ درصد از سالمندان مورد مطالعه آن‌ها در انجام فعالیت‌های روزمره، محدودیت کامل داشتند (۶).

ناتوانی، عوارض متعددی برای سالمندان به‌دنبال دارد. اسملتزر و باری<sup>۱</sup> (۲۰۰۹) می‌نویسند: «سالمندی و کاهش توانایی باعث کاهش استقلال، افزایش وابستگی سالمندان به دیگران، افزایش هزینه‌های مراقبت و فشار اقتصادی بر سیستم بهداشتی درمانی شده و بر کیفیت زندگی سالمندان و خانواده‌های آن‌ها اثر می‌گذارد» (۷). تعدادی از مطالعات، به بررسی تأثیر مداخلات طبی و روانی بر جنبه‌های مختلف ناتوانی در سالمندان پرداخته‌اند. کالاهان<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۵) به بررسی تأثیر مدل مراقبت مشارکتی بر عملکرد جسمی در سالمندان افسرده پرداختند. نتایج مطالعه آنها نشان داد مراقبت مشارکتی، عملکرد جسمی را در سالمندان ارتقا می‌دهد (۸). نتایج مطالعه لین<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۳) نیز نشان داد که درمان‌های افسردگی (دارودرمانی و روان‌درمانی) بر درد و عملکرد جسمی سالمندان مبتلا به آرتریت روماتوئید مؤثر است (۹). چانگ<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۸) نیز به بررسی تأثیر برنامه ارتقای خودمراقبتی - خودکارآمدی بر توانایی‌های خودمراقبتی سالمندان پرداختند. نتایج مطالعه آن‌ها نشان داد این برنامه، توانایی‌های خودمراقبتی سالمندان را افزایش می‌دهد (۱۰). نتایج

## روش بررسی

این مطالعه، پژوهشی نیمه تجربی در دو گروه قبل و بعد است که جامعه نمونه آن را همه سالمندان ساکن خانه‌های سالمندان شهر مشهد و جامعه در دسترس آن را سالمندانی که در سال ۱۳۹۰، در ۶ خانه سالمندان منتخب در شهر مشهد ساکن بودند، تشکیل می‌دادند. روش نمونه‌گیری، در دسترس بود؛ به طوری که ابتدا خانه‌های سالمندانی که تعداد افراد واجد شرایط مطالعه در آن‌ها بیشتر بود (۶ خانه سالمندان از بین ۱۲ خانه سالمندان وابسته به سازمان بهزیستی شهر مشهد)، انتخاب و سپس واحدهای پژوهش به روش در دسترس از بین ساکنان این خانه‌های سالمندان انتخاب شدند. شرایط ورود عبارت بود از: ۱- سن ۶۰ سال و بیشتر؛ ۲- حداقل، یک ماه اقامت در خانه سالمندان؛ ۳- توانایی صحبت کردن به زبان فارسی؛ ۴- نداشتن اختلال بینایی و شنوایی شدید؛ ۵- نداشتن اختلال شناختی براساس آزمون خلاصه شده وضعیت روانی؛ ۶- نمره کسب شده از نسخه دوم پرسش‌نامه سنجش ناتوانی سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup> بزرگتر از ۵ و کوچکتر از ۷۶؛ ۷- مبتلا نبودن به بیماری‌های روانی؛ ۸- مبتلا نبودن به بیماری‌های حاد و نداشتن کوادری پلژی<sup>۲</sup>. شرایط خروج از مطالعه عبارت بود از: ۱- ابتلا به یک بیماری حاد؛ ۲- بستری شدن در بیمارستان؛ ۳- غیبت در بیش از دو جلسه خاطره‌گویی گروهی و تجربه بحران‌های اجتماعی و خانوادگی در زمان مطالعه. ابزار جمع‌آوری اطلاعات نیز عبارت بود از: ۱- پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک؛ ۲- نسخه دوم پرسش‌نامه سنجش ناتوانی سازمان بهداشت جهانی؛ ۳- مقیاس ۱۵ آیتی افسردگی سالمندان<sup>۴</sup>؛ ۴- آزمون خلاصه شده وضعیت روانی و مقیاس دیداری درد<sup>۵</sup> که به ترتیب برای اندازه‌گیری مشخصات فردی، معیار ناتوانی در سالمندی، افسردگی، عملکرد شناختی و درد از آن‌ها استفاده شد. نسخه دوم پرسش‌نامه سنجش ناتوانی سازمان بهداشت جهانی، دارای ۳۶ سؤال و ۶ حوزه برقراری ارتباط و درک مطلب (۶ سؤال)، جابه‌جایی و تحرک (۵ سؤال)، انجام فعالیت‌های خودمراقبتی (۴ سؤال)، سازش و زندگی کردن با دیگران (۵ سؤال)، انجام فعالیت‌های زندگی روزمره (۸ سؤال) و مشارکت (۸) است که در پژوهش حاضر، حوزه فعالیت‌های زندگی روزمره به‌علت

عدم تناسب با ساکنان خانه‌های سالمندان حذف شد. ابزار به‌صورت لیکرت ۵ نمره‌ای (۱ به هیچ‌وجه، ۲ خفیف، ۳ متوسط، ۴ شدید، ۵ خیلی شدید یا اصلاً نتوانسته‌ام) نمره‌گذاری شد. دامنه نمرات کلی ابزار به‌کاررفته در این پژوهش، ۲۶ تا ۱۳۰ بود که براساس الگوریتم سازمان جهانی بهداشت نمرات خام تبدیل به نمرات ۰ تا ۱۰۰ شدند. افرادی که امتیازات ۰ تا ۴۰ را کسب کردند بدون ناتوانی و کسانی که امتیازات ۵ تا ۲۵، ۲۶ تا ۵۰، ۵۱ تا ۷۵ و ۷۶ تا ۱۰۰ را به دست آوردند، ناتوانی کم، متوسط، شدید و خیلی شدید داشتند. روایی این ابزار به روش روایی محتوا با قرارگرفتن در اختیار ۱۲ تن از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و مسئولان خانه‌های سالمندان تأیید شد و پایایی آن به روش آزمون آزمون مجدد و همسانی درونی به ترتیب با  $R=0/91$  و ضریب آلفای کرونباخ  $0/83$  تأیید شد. روایی مقیاس ۱۵ آیتی افسردگی سالمندان و آزمون خلاصه شده وضعیت روانی نیز با استفاده از روش روایی محتوا و پایایی آن‌ها با استفاده از روش آزمون آزمون مجدد با ضریب هم‌بستگی به ترتیب  $0/87$  و  $0/93$  تأیید شد. مقیاس دیداری درد نیز ابزاری استاندارد است. در مرحله قبل از مداخله این ابزارها از ۷۰ نفر از سالمندان ساکن در خانه‌های سالمندان مصاحبه شد که ۶۵ نفر از این افراد، واجد شرایط مطالعه بودند. در هر یک از خانه‌های سالمندان، افراد انتخاب شده به‌صورت غیرتصادفی در گروه کنترل (۳۲ نفر) و خاطره‌گویی گروهی (۳۳ نفر) جای گرفتند. به این ترتیب، در هر خانه سالمندان یک گروه خاطره‌گویی و در مجموع شش گروه خاطره‌گویی تشکیل شد. طی مطالعه، ۶ نفر از افراد گروه کنترل و ۳ نفر از افراد گروه خاطره‌گویی گروهی حذف شدند و ۵۶ نفر مطالعه را تکمیل کردند. گروه‌های خاطره‌گویی، متشکل از ۴ تا ۸ سالمند، رهبر و کمک رهبر بودند. برای هر گروه، به مدت ۸ هفته، هر هفته جلسه‌ای یک ساعت برای خاطره‌گویی گروهی برگزار شد. در جلسه اول معارفه، اهداف و قوانین و موضوعات مشخص شد. در ۱۰ دقیقه اول جلسات بعدی، از تصاویر قدیمی و آهنگ‌های قدیمی مرتبط با موضوع جلسه برای برانگیختن حافظه استفاده شد. سپس هر یک از اعضای گروه، خاطره خود را در ۵ تا ۱۰ دقیقه بازگو کردند. پایان هر جلسه نیز موضوع جلسه بعد به اطلاع

1- Mini Mental Status Examination (MMSE)

2- World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS II)

3- Quadriplegia

4- Geriatric Depression Scale (15- GDS)

5- Visual Analogue Scale (VAS)

نظر جنس، شدت افسردگی، مدت اقامت در خانه سالمندان، شدت درد، فعالیت منظم بدنی، وضعیت تأهل و استقلال مالی تفاوت آماری معناداری بین گروه کنترل و مداخله وجود نداشت و تنها، نوع خانه سالمندان در دو گروه تفاوت معناداری داشت ( $P=0/04$ ). البته، ارتباط معناداری بین نوع خانه سالمندان و میانگین معیار ناتوانی در سالمندی یافت نشد ( $P=0/54$ ).

نتایج آزمون تی مستقل نشان داد میانگین نمره پیش‌آزمون برقراری ارتباط و درک مطلب، سازش و زندگی با دیگران، مشارکت و معیار ناتوانی در سالمندی در دو گروه کنترل و خاطره‌گویی گروهی تفاوت آماری معناداری با یکدیگر نداشتند. نتایج آزمون من‌ویننی نیز نشان داد نمره پیش‌آزمون تحرک و جابه‌جایی و انجام فعالیت‌های خودمراقبتی در دو گروه کنترل و خاطره‌گویی گروهی تفاوت آماری معناداری با یکدیگر نداشتند. اهداف اصلی پژوهش: برای دستیابی به اهداف اصلی پژوهش، تغییرات معیار ناتوانی در سالمندی و زیرمجموعه‌های آن در دو گروه کنترل و خاطره‌گویی گروهی مقایسه شد. نتایج آزمون آنالیز واریانس با مقادیر تکراری نشان داد تغییرات برقراری ارتباط و درک مطلب ( $P=0/60$ )، سازش و زندگی با دیگران ( $P=0/72$ )، مشارکت ( $P=0/88$ ) و معیار ناتوانی در سالمندی ( $P=0/94$ ) در دو گروه کنترل و خاطره‌گویی گروهی تفاوت آماری معناداری با یکدیگر نداشت (جدول ۱ و ۲).

اعضا رسانده می‌شد؛ در ۱۰ دقیقه پایانی جلسه هشتم نیز، خداحافظی و از اعضا تشکر شد. گروه کنترل، در طول مطالعه، فقط مراقبت‌های عادی خانه‌های سالمندان را داشته‌اند. پس‌آزمون، یک هفته پس از آخرین جلسه انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS، نسخه ۵/۱۱ و آمار توصیفی (توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (آزمون آنالیز واریانس با مقادیر تکراری و آزمون من‌ویننی) انجام شد. برای تعیین نرمالیتی داده‌ها نیز از آزمون کولموگروف اسمیرنوف<sup>۱</sup> استفاده شد.

## یافته‌ها

مشخصات واحدهای پژوهش: افراد مورد مطالعه، ۵۶ نفر با سن ۶۰ تا ۹۴ سال و با میانگین و انحراف معیار سنی  $75/70 \pm 8/78$  بودند. ۳۳/۹ درصد از پاسخ‌دهندگان مرد و ۶۶/۱ درصد زن بودند. اکثر واحدهای پژوهش بیوه (۷۱/۴ درصد) و بی‌سواد (۴۴/۶ درصد) بودند. ۸۵/۷ درصد دچار اختلال در عملکرد یک یا دو اندام بودند و ۴۸/۲ درصد آن‌ها فعالیت منظم بدنی داشتند (توسط خود فرد یا فیزیوتراپ). ۲۶/۸ درصد افسردگی نداشتند. ۶۷/۹ درصد از افسردگی متوسط و ۵/۴ درصد از افسردگی شدید رنج می‌بردند. ۶۰/۷ درصد از شرکت‌کننده‌های پژوهش از داروهای آنتی‌سایکوتیک یا ضد افسردگی یا ضد اضطراب استفاده می‌کردند و همگی از یک یا چند بیماری مزمن رنج می‌بردند. از نظر استقلال مالی، ۵۵/۴ درصد به خانواده یا به مؤسساتی مانند کمیته امداد امام خمینی (ره) وابسته بودند. از

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و تغییرات برقراری ارتباط و درک مطلب و معیار ناتوانی در سالمندان مورد مطالعه

در دو گروه کنترل و خاطره‌گویی گروهی

گروه	معیار ناتوانی در سالمندی		تغییرات		برقراری ارتباط و درک مطلب	
	قبل	بعد	تغییرات	قبل	بعد	تغییرات
	انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین
کنترل	۴۴/۷۷±۱۴/۲۲	۴۶/۲۰±۱۵/۵۶	-۱/۴۳±۷/۴۰	۳۰/۳۸±۱۴/۲۷	۲۸/۸۴±۱۲/۲۱	۱/۵۳±۱۲/۶۳
خاطره‌گویی گروهی	۴۵/۶۴±۱۲/۶۳	۴۴/۷۸±۱۳/۳۲	۰/۸۵±۵/۷۶	۳۰/۱۶±۱۳/۶۱	۲۵/۵۰±۱۲/۰۵	۴/۶۶±۱۰/۱۶
اثر دوره	F=۰/۱۰ P=۰/۷۴		اثر دوره	F=۴/۱۴ P<۰/۰۵		
نتیجه آزمون آنالیز واریانس با مقادیر تکراری	F=۰/۰۰ P=۰/۹۴		اثر گروه	F=۰/۲۷ P=۰/۲۰		
	F=۱/۶۸ P=۰/۲۰		اثر متقابل	F=۱/۰۵ P=۰/۳۱		

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و تغییرات سازش و زندگی کردن با دیگران و مشارکت سالمندان مورد مطالعه در دو گروه کنترل و خاطره‌گویی گروهی

	کنترل	خاطره‌گویی گروهی
	۳۱/۵۳±۱۸/۰۴	۳۲/۳۳±۱۸/۳۲
	۳۴/۶۱±۱۳/۳۳	۳۱/۰۰±۱۶/۰۴
	-۳/۰۷±۱۷/۶۱	۱/۳۳±۱۳/۸۲
	۴۹/۵۱±۱۴/۶۴	۴۹/۳۰±۱۶/۰۱
	۵۲/۸۸±۱۵/۱۷	۵۱/۹۲±۱۵/۸۴
	-۳/۳۶±۹/۹۳	-۲/۶۳±۱۰/۱۷
اثر دوره	F=۰/۱۷ p=۰/۶۸	F=۴/۹۶ P=۰/۰۳
اثر گروه	F=۰/۱۳ p=۰/۷۲	F=۰/۰۲ P=۰/۸۸
اثر متقابل	F=۱/۱۰ p=۰/۳۰	F=۰/۰۷ P=۰/۸۰

نتایج آزمون من‌ویتنی نیز تفاوت آماری معناداری بین تغییرات تحرک و جابه‌جایی (P=۰/۲۰) و انجام فعالیت‌های خودمراقبتی (جدول ۳).

جدول ۳- میانه و دامنه میان‌چارکی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و تغییرات تحرک و جابه‌جایی و انجام فعالیت‌های خودمراقبتی سالمندان مورد مطالعه در دو گروه کنترل و خاطره‌گویی گروهی

گروه	تحرک و جابه‌جایی		انجام فعالیت‌های خودمراقبتی	
	قبل	بعد	قبل	بعد
کنترل	میانه (دامنه میان چارکی)	میانه (دامنه میان چارکی)	میانه (دامنه میان چارکی)	میانه (دامنه میان چارکی)
خاطره‌گویی گروهی	میانه (دامنه میان چارکی)	میانه (دامنه میان چارکی)	میانه (دامنه میان چارکی)	میانه (دامنه میان چارکی)
نتیجه آزمون من‌ویتنی	Z= -۰/۴۵	Z= -۰/۰۹	Z= -۱/۲۵	Z= -۰/۱۰
	p=۰/۶۵	p=۰/۹۲	p=۰/۲۰	p=۰/۹۲
	۶۲/۵۰ (۴۸/۴۳)	۷۵/۰۰ (۴۶/۹۰)	۶۲/۵۰ (۵۶/۲۵)	۶۵/۶۲ (۵۶/۲۵)
	۶۲/۵۰ (۶۲/۵۰)	۶۲/۵۰ (۶۲/۵۰)	۵۰/۰۰ (۷/۸۱)	۵۰/۰۰ (۵۰/۰۰)

## بحث

(۱۸) خاطره‌گویی گروهی باعث افزایش معنادار در عملکردشناختی سالمندان شد؛ نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر همخوانی ندارد. تفاوت نتایج مطالعه حاضر با این مطالعات ممکن است به دلایل زیر باشد: ۱- تفاوت در ابزارهای استفاده شده که در مطالعات قبلی از آزمون خلاصه شده وضعیت‌شناختی برای بررسی عملکردشناختی استفاده شده است، ۲- محدود بودن حجم نمونه پژوهش حاضر، ۳- در مطالعه نعمتی دهکردی و همکاران (۲۰۰۸) براساس تفاوت بین نمره پیش‌آزمون و پس‌آزمون فعالیت‌شناختی در گروه مداخله، در رابطه با اثربخشی خاطره‌گویی گروهی بر عملکردشناختی قضاوت شده است و تغییرات فعالیت‌شناختی در دو گروه کنترل و مداخله با یکدیگر مقایسه نشده است؛ بنابراین باید در تفسیر نتایج این مطالعات با احتیاط عمل کرد، ۴- واحدهای پژوهش مطالعه اوکومورا<sup>(۲۰۰۸)</sup> (۲۰) و نعمتی دهکردی و همکاران (۲۰۰۸) (۱۵)،

پژوهش حاضر، با هدف کلی تعیین تأثیر خاطره‌گویی گروهی بر معیار ناتوانی در سالمندی در سالمندان ساکن در خانه‌های سالمندان شهر مشهد انجام شد. نتایج پژوهش، نشان داد تغییرات برقراری ارتباط و درک مطلب در گروه خاطره‌گویی گروهی بیشتر از گروه کنترل است؛ اما این تفاوت به لحاظ آماری معنادار نبوده و خاطره‌گویی گروهی بر برقراری ارتباط و درک مطلب سالمندان مؤثر نیست. در مطالعه هوانگ و همکاران (۲۰۰۹) نیز بعد از برگزاری ۸ جلسه خاطره‌گویی گروهی، نمرات عملکردشناختی افزایش یافت. اما، این افزایش به لحاظ آماری معنادار نبود (۱۴)؛ نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. در مطالعات وانگ (۲۰۰۷) (۱۵)، اوکومورا<sup>(۲۰۰۸)</sup> (۲۰) و نعمتی دهکردی و همکاران (۲۰۰۸) (۱۵)،

در گروه مداخله وجود داشت، دربارهٔ اثربخشی خاطره‌گویی گروهی بر عملکرد جسمی سالمندان نتیجه‌گیری کردند؛ در واقع، میانگین تغییرات فعالیت جسمی را در دو گروه مقایسه نکرده‌اند. نتیجهٔ مطالعه مرادی‌نژاد و همکاران (۲۰۱۰) (۲۵) نیز نشان داد خاطره‌گویی گروهی (۸ جلسه در ۴ هفته) توانایی جسمی را در سالمندان مقیم سرای سالمندان بهبود می‌بخشد. نتایج این مطالعه نیز با مطالعهٔ ما همخوانی ندارد. این تفاوت ممکن است به علت تفاوت در پرسش‌نامه‌های استفاده شده باشد. در پژوهش مرادی‌نژاد و همکاران عملکرد جسمی با استفاده از زیرمقیاس عملکرد جسمی پرسش‌نامهٔ سلامت عمومی بررسی شد. همچنین مطالعهٔ مرادی‌نژاد و همکاران، گروه کنترل نداشت؛ بنابراین از نظر کنترل متغیرهای مداخله‌گر ضعف دارد.

نتایج پژوهش حاضر درخصوص تأثیر خاطره‌گویی گروهی بر انجام فعالیت‌های خودمراقبتی نشان داد بین تغییرات انجام فعالیت‌های خودمراقبتی در دو گروه کنترل و خاطره‌گویی گروهی تفاوت آماری معناداری وجود ندارد و خاطره‌گویی گروهی بر انجام فعالیت‌های خودمراقبتی در سالمندان مؤثر نیست. نتایج این مطالعه با نتایج مطالعات قبلی در این زمینه همخوانی دارد. در مطالعات وانگ و هسو (۲۰۰۹) (۱۷)، دهکردی و همکاران (۲۰۰۸) (۱۸)، کلاوسنر و همکاران (۱۹۹۸) (۲۶) و وانگ و همکاران (۲۰۰۹) (۲۷) نیز شرکت در جلسات خاطره‌گویی گروهی نتوانست توانایی سالمندان ساکن در جامعه و ساکن در خانه‌های سالمندان را برای انجام فعالیت‌های خودمراقبتی به‌طور معناداری افزایش دهد.

علت بی‌اثری خاطره‌گویی گروهی بر توانایی انجام فعالیت‌های خودمراقبتی از قبیل حمام کردن، توالیت رفتن، لباس پوشیدن و... در سالمندان ساکن در خانه‌های سالمندان ممکن است به دلایل زیر باشد: ۱- وجود افراد مراقبتی و دخالت ایشان در انجام کارهای روزمره سالمندان که باعث افزایش ناتوانی در سالمندان می‌شوند، در این زمینه آموزش به کارکنان ممکن است مؤثر باشد. ۲- در زمینهٔ بررسی اثربخشی خاطره‌گویی گروهی بر عملکرد جسمی سالمندان مک‌موردو و رینی (۱۹۹۳)<sup>۳</sup> معتقد هستند که با کاهش پیشرونده‌ای که در عملکرد جسمی سالمندان بستری در مؤسسات وجود دارد، اغلب تشخیص دادن بهبود در عملکرد جسمانی ایشان مشکل است (۲۸). ۳- ممکن است

شدید بودند؛ درحالی‌که واحدهای پژوهش مطالعه حاضر، دچار نقص شناختی خفیف بودند. این در حالی است که باترز (۲۱) گزارش می‌کند: «در سالمندان افسرده‌ای که در ابتدای مطالعه نقص بیشتری در عملکرد شناختی داشته باشند، بعد از دریافت درمان‌های کاهش‌دهنده افسردگی، بهبودی بیشتری در عملکرد شناختی آن‌ها مشاهده می‌شود».

نتایج پژوهش درخصوص تأثیر خاطره‌گویی گروهی بر تحرک و جابه‌جایی سالمندان ساکن در خانه‌های سالمندان نشان داد بین تغییرات تحرک و جابه‌جایی در دو گروه کنترل و خاطره‌گویی گروهی تفاوت آماری معناداری وجود ندارد و خاطره‌گویی گروهی بر تحرک و جابه‌جایی سالمندان مؤثر نیست.

در مطالعهٔ بوهلمیجر<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۵) (۲۲) نیز شرکت در جلسات خاطره‌گویی گروهی نتوانست عملکرد جسمی را در سالمندان ساکن در جامعه به‌طور معناداری افزایش دهد. نتایج این مطالعه با مطالعهٔ حاضر همخوانی دارد. نتیجهٔ مطالعهٔ دهکردی و همکاران (۲۰۰۸) (۱۸) نشان داد خاطره‌گویی گروهی عملکرد جسمی سالمندان ساکن در جامعه را به‌طور معناداری افزایش می‌دهد. نتایج این مطالعه با نتایج مطالعهٔ حاضر همخوانی ندارد. این ناهمخوانی ممکن است به علت تفاوت در ابزارهای استفاده شده باشد. در پژوهش حاضر برای بررسی تحرک و جابه‌جایی از زیرمجموعهٔ تحرک و جابه‌جایی، پرسش‌نامهٔ سنجش ناتوانی سازمان بهداشت جهانی استفاده شد که ناتوانی در تحرک و جابه‌جایی را عینی اندازه‌گیری می‌کند اما، در پژوهش دهکردی و همکاران از زیرمقیاس عملکرد فیزیکی پرسش‌نامهٔ کیفیت زندگی لیپاد برای بررسی عملکرد فیزیکی استفاده شده است که عملکرد جسمی را ذهنی اندازه‌گیری می‌کند. دلیل دیگر، ممکن است تفاوت در واحدهای پژوهش باشد. واحدهای پژوهش بررسی در مطالعهٔ دهکردی و همکاران در جامعه ساکن بودند اما، واحدهای پژوهش مطالعهٔ حاضر در خانه‌های سالمندان ساکن بودند و افراد ساکن در خانهٔ سالمندان در مقایسه با افراد ساکن در جامعه، مشکلات جسمی بیشتری تجربه می‌کنند. مطالعات نشان داده‌اند اثرات خاطره‌گویی گروهی بر سالمندان ساکن در جامعه بیشتر از اثرات این درمان بر سالمندان ساکن در خانه‌های سالمندان است (۲۳) (۲۴). به‌علاوه، دهکردی و همکاران براساس تفاوت معناداری که بین نمرهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون عملکرد جسمی

نظر شناختی سالم یا دچار دمانس خفیف بودند، این مطالعه این مشکل را پوشش نداد.

نتایج پژوهش حاضر در زمینه تأثیر خاطره‌گویی گروهی بر مشارکت در سالمندان ساکن در خانه‌های سالمندان نشان داد بین تغییرات مشارکت در دو گروه کنترل و خاطره‌گویی گروهی تفاوت آماری معناداری وجود ندارد و خاطره‌گویی گروهی بر مشارکت در سالمندان ساکن در خانه‌های سالمندان مؤثر نیست. براساس نظریه تکاملی اریکسون، خاطره‌گویی گروهی به فرد در پیدا کردن راه‌هایی برای مشارکت در جامعه کمک می‌کند (۳۵). همچنین صحبت کردن در گروه و تأیید یا حمایت از سوی اعضای گروه، باعث انگیزش فرد و افزایش تعاملات اجتماعی وی می‌شود (۱۷).

نتایج مطالعات وانگ و هسو (۲۰۰۹) (۱۷)، دهکردی و همکاران (۲۰۰۸) (۱۸)، وانگ و همکاران (۲۰۰۹) (۲۷) و مرادی‌نژاد و همکاران (۲۰۱۰) (۲۵) در زمینه تأثیر خاطره‌گویی گروهی بر مشارکت اجتماعی سالمندان، نشان داد شرکت در جلسات خاطره‌گویی گروهی باعث بهبود عملکرد اجتماعی در سالمندان ساکن در جامعه و ساکن در خانه‌های سالمندان می‌شود. نتایج این مطالعات، با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد. این تفاوت ممکن است به علت ابزار استفاده شده باشد. در پژوهش حاضر، از زیرمقیاس مشارکت پرسش‌نامه سنجش ناتوانی سازمان بهداشت جهانی برای اندازه‌گیری مشارکت استفاده شد. این پرسش‌نامه، علاوه بر بررسی مشارکت اجتماعی، سؤالاتی نیز دارد که به بررسی اثرات جسمی و عاطفی و اقتصادی بیماری‌ها بر فرد می‌پردازد. همچنین، به علت قوانین و محدودیت‌های مؤسسه‌ای و محدود بودن تعداد برنامه‌های جمعی در خانه‌های سالمندان، شاید بررسی دقیق مشارکت اجتماعی در ساکنان خانه‌های سالمندان امکان‌پذیر نباشد.

براساس پرسش‌نامه سنجش ناتوانی سازمان بهداشت جهانی، معیار ناتوانی در سالمندی، متأثر از ناتوانی آن‌ها در برقراری ارتباط و درک مطلب، تحرک و جابه‌جایی، انجام فعالیت‌های خودمراقبتی، سازش و زندگی کردن با دیگران و مشارکت است و چون در این پژوهش، خاطره‌گویی گروهی بر هیچ‌یک از این ابعاد مؤثر نبود، نتوانست تغییرات معناداری در معیار ناتوانی در سالمندی ایجاد کند.

محدودیت‌های جسمی بیولوژیکی مرتبط با سن، با وجود بهبود در وضعیت عاطفی بهبود نیابند.

نتایج پژوهش حاضر درخصوص تأثیر خاطره‌گویی گروهی بر سازش و زندگی کردن با دیگران در سالمندان ساکن در خانه‌های سالمندان نشان داد بین تغییرات سازش و زندگی کردن با دیگران در دو گروه کنترل و خاطره‌گویی گروهی تفاوت آماری معناداری وجود ندارد و خاطره‌گویی گروهی بر سازش و زندگی کردن با دیگران در سالمندان مؤثر نیست.

شرکت در گروه اطلاعاتی، درخصوص اینکه هریک از اعضای گروه چه استرس‌زاهایی دارند و چگونه با آن مقابله می‌کنند برای اعضا فراهم است؛ بنابراین افراد بیشتر یکدیگر را می‌کنند (۲۹). شرکت در گروه، فرصتی نیز برای یافتن دوستان جدید و عمیق‌تر کردن دوستی‌های پیشین فراهم می‌کند (۳۰).

نتایج تعدادی از مطالعات، از جمله شیبانی تذرچی و همکاران (۲۰۱۰) (۳۱)، کونز و سولتیس<sup>۱</sup> (۲۰۰۷) (۳۲)، آکانوما<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۱) (۳۳) و چیانگ<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۰) (۳۴) نیز نشان داده است شرکت در جلسات خاطره‌گویی گروهی، که یکی از درمان‌های گروهی در سالمندان است، باعث کاهش احساس تنهایی و بهبود تعاملات با نزدیکان در سالمندان ساکن در جامعه و ساکن در خانه‌های سالمندان شده است. نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر همخوانی ندارد.

نتایج مطالعه کلاوسنر<sup>۴</sup> و همکاران (۱۹۹۸) (۲۶) نشان داده است شرکت در جلسات خاطره‌گویی گروهی (۱۱ جلسه) نتوانسته تعاملات با اعضای خانواده را در سالمندانی مبتلا به افسردگی شدید بهبود بخشد. نتایج این مطالعه با مطالعه حاضر همخوانی دارد. البته، کلاوسنر و همکاران، علت این بی‌اثری را پایین بودن سطح اضطراب و بالابودن سطح فعالیت افراد شرکت‌کننده در مرحله قبل از مداخله می‌دانند.

بی‌اثری خاطره‌گویی گروهی بر سازش و زندگی کردن با دیگران در سالمندان مورد مطالعه در پژوهش حاضر، ممکن است مربوط به عواملی باشد که در اهداف قبلی مطرح شده است. به‌نظر می‌رسد از جمله عوامل مؤثر بر ناتوانی در حفظ روابط دوستانه در سالمندان، مشکلات جسمی ایشان باشد که درمان‌های روانی بر آن چندان مؤثر نیست. به‌علاوه، اختلالات شناختی، یکی از علل مهم ناسازگاری سالمندان ساکن در خانه‌های سالمندان با یکدیگر بود. به دلیل اینکه گروه‌ها متشکل از افرادی بود که از

1- Kunz & Soltys

2- Akanuma

3- Chiang

4- Klausner

## نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر، شرکت در ۸ جلسه خاطره‌گویی گروهی در برقراری ارتباط و درک مطلب، تحرک و جابه‌جایی، انجام فعالیت‌های خودمراقبتی، سازش و زندگی کردن با دیگران، مشارکت و درنهایت، معیار ناتوانی در سالمندی در سالمندان ساکن در خانه‌های سالمندان اثر معناداری نداشت. بنابراین، مطالعات بیشتر با روش‌شناسی قوی‌تر، حجم نمونه بیشتر، استفاده از سایر ابزارهای اندازه‌گیری معتبر و مدت طولانی‌تر توصیه می‌شود.

## تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله، از همه اساتید دانشگاه علوم پزشکی مشهد، به‌خصوص اساتید دانشکده پرستاری و مامایی، ریاست و همه کارکنان سازمان بهزیستی استان خراسان رضوی و شهرستان مشهد و مسئولان و کارکنان و ساکنان خانه‌های سالمندان شهر مشهد و همه دوستانی که پژوهشگران را در اجرای مداخله یاری کردند، قدردانی می‌کنیم.

## REFERENCES

## منابع

1. Population ageing: A celebration and a challenge [Internet]. 2009. Available from: <http://www.unfpa.org/pds/ageing.html>
2. Guralnik JM, Fried LP, Salive ME. Disability as a public health outcome in the aging population. *Annu Rev Public Health*. 1996;17: 25-46.
3. Federici S, Meloni F, Lo Presti A. International literature review on WHODAS II (World Health Organization Disability Assessment Schedule II). *Life Span and Disability* 2009;12: 83-110.
4. Shahbazi M, Mirkhani M, Hatami Zadeh N, Rahgozar M. Assessment older adult's disability rate in Tehran city. *Salmand Iranian Journal of Ageing* 2008;3(10): 84-92.
5. Sadeghi M, Kazemi H. Prevalence of depression and dementia in elder residents of Tehran nursing homes. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2004;9(4): 49-55.
6. Morovvati SharifAbad MA, Hosseini Sharif Abad M. Assessment ADL status of people with 65 years and over in Yazd city. *Journal of Shaeed Sadoughi University of Medical Sciences* 2000;8(4): 46-54.
7. Smeltzer S, Bare B, Hinkle J, Cheever K. Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
8. Callahan CM, Kroenke K, Counsell S, Hendrie H, Perkins A, Katon W, et al. Treatment of depression improves physical functioning in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society* 2005;53(3): 367-73.
9. Lin EH, Katon W, Von Korff M, Tang L, Williams Jr J, Kroenke K, et al. Effect of improving depression care on pain and functional outcomes among older adults with arthritis: A randomized controlled trial. *JAMA*. 2003;290(18): 2428.
10. Chang S-H, Wung S-F, Crogan NL. Improving activities of daily living for nursing home elder persons in Taiwan. *Journal of Nursing Research* 2008;57(3): 191-8.
11. Binder EF, Schechtman KB, Ehsani AA, Steger-May K, Brown M, Sinacore DR, et al. Effects of exercise training on frailty in community dwelling older adults: Results of a randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society* 2002;50(12): 1921-8.
12. Sousa RM, Ferri CP, Acosta D, Guerra M, Huang Y, Jacob K, et al. The contribution of chronic diseases to the prevalence of dependence among older people in Latin America, China and India: a 10/66 dementia research group population-based survey. *BMC Geriatr*. 2010 Aug;10: 53.
13. Scogin F, McElreath L. Efficacy of psychosocial treatment for geriatric depression: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1994;64(1): 69-74.
14. Huang S-L, Li C-M, Yang C-Y, Chen J-JJ. Application of reminiscence treatment on older people with dementia: A case study in Pingtung, Taiwan. *Journal of Nursing Research* 2009;17(2): 112-119.
15. Wang J-J. Group reminiscence therapy for cognitive and affective function of demented elderly in Taiwan. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007;22(12): 1235-40.
16. Yamagami T, Oosawa M, Ito S, Yamaguchi H. Effect of activity reminiscence therapy as brain-activating rehabilitation for elderly people with and without dementia. *Psychogeriatrics* 2007;7(2): 69-75.



17. Hsu Y-C, Wang J-J. Physical, affective, and behavioral effects of group reminiscence on depressed institutionalized elders in Taiwan. *Journal of Nursing Research* 2009;58(4): 294-9.
18. Nemati Dehkordi SH, Nemati Dehkordi MN, Nekuee A, Fruzande R. The effect of group reminiscence therapy on quality of life of elderly. *Armaghane Danesh* 2008;13(4): 58-64.
19. Lin L-j. Impact of the revised life review program on quality of life for residents with Alzheimer's disease in South Taiwan's long term care facilities [DISSERTATION]. Minnesota: Minnesota University; 2010.
20. Okumura Y, Tanimukai S, Asada T. Effects of short-term reminiscence therapy on elderly with dementia: A comparison with everyday conversation approaches. *Psychogeriatrics* 2008;8(3): 124-33
21. Butters MA, Becker JT, Nebes RD, Zmuda MD, Mulsant BH, Pollock BG, Reynolds CF. Changes in cognitive functioning following treatment of late-life depression. *Am J Psychiatry*. 2000;157(12): 1949-54.
22. Bohlmeijer E, Valenkamp M, Westerhof G, Smit F, Cuijpers P. Creative reminiscence as an early intervention for depression: Results of a pilot project. *Aging & Mental Health* 2005;9(4): 302-4.
23. Bohlmeijer E, Roemerb M, Phdab PC, Smita F. The effects of reminiscence on psychological well-being in older adults: A meta-analysis. *Aging & Mental Health* 2007;11(3): 291-300.
24. Bohlmeijer E, Smit F, Cuijpers P. Effects of reminiscence and life-review on late life depression: A meta-analysis. *International Journal of Geriatric Studies* 2003;18(12): 1088-94.
25. Moradi Nejad S, Sahbaji F, Nakavand M, Zare M. Effect of reminiscence on mental health in older people. *Salmand Iranian Journal of Ageing* 2010;5(17): 60-6.
26. Klausner EJ, Clarkin JF, Spielman L, Pupo C, Abrams R, Alexopoulos GS. Late-Life depression and functional disability: The role of goal-focused group psychotherapy. *Int J Geriat Psychiatry*. 1998;13(10): 707-16.
27. Wang J-J, Yen M, OuYang W-C. Group reminiscence intervention in Taiwanese elders with dementia. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2009;49(2): 227-32.
28. McMurdo MET, Rennie L. A controlled trial of exercise by residents of old people's homes. *Age and Ageing* 1993;22(1): 5-11.
29. Pearson L. The effect of integrative reminiscence on depression, ego integrity and personal mastery in the elderly [A Clinical Dissertation]. San Francisco: Alliant International Univ; 2006.
30. Berghorn FJ, Schafer DE. Reminiscence intervention in nursing homes: What and who changes? *International Journal of Aging & Human Development* 1987;24(2): 113-27.
31. Sheibani Tezerji F, Pakdaman SH, Hassan Zadeh Tavakoli MR. The effect of reminiscence on depression and loneliness in elderly. *Journal of Applied Psychology* 2010;4(13): 26-39.
32. Kunz JA, Soltys FG. Transformational reminiscence: Life story work. New York: Springer publication; 2007.
33. Akanuma K, Meguro K, Meguro M, Sasaki E, Chiba K, Ishii H, Tanaka N. Improved social interaction and increased anterior cingulate metabolism after group reminiscence with reality orientation approach for vascular dementia. *Psychiatry Research: Neuroimaging* 2011;192(3): 183-7.
34. Chiang K, Chu H, Chang H, Chung M, Chen C, Chiou H, Chou KR. The effects of reminiscence therapy on psychological well being, depression, and loneliness among the institutionalized aged. *International journal of geriatric psychiatry* 2010;25(4): 380-8.
35. Wortman CB. Coping with victimization: Conclusions and implications for future research. *Journal of Social Issues* 1983;39(2): 195-221.