تأثیر روش درمان گروهی مرور زندگی در سالمندان مبتلا به درد مزمن

(مقاله پژوهشی)

سوسن علیزاده فرد*

چکیده:

هدف: درد مزمن از مشکلات عمده در دورهٔ سالمندی است. میزان شیوع این درد در سالمندان ایرانی مقیم خانه‌های نگهداری از سالمندان نشان می‌دهد که در هر دوره، حداقل ۷۲ درصد آنان از درد مزمن رنج می‌برند. تحقیقات نشان می‌دهد که مرور ساختاریافتهٔ زندگی در افراد سالمند، هم مفید است و هم نوعی درمان محسوب می‌شود. هدف از شیوهٔ درمانی مرور زندگی، افزایش میزان رضایت از زندگی و ارتقای عزت نفس است؛ همچنین این شیوه به سالمند کمک می‌کند تا با بحران‌ها و تغییرات زندگی‌اش و آنچه از دست داده کنار آید و از طریق حل تعارضات گذشته، وضعیت امروز خود را بپذیرد. بر این اساس، بیمار می‌تواند در طول درمان، داستان زندگی‌اش را بازسازی کند و با همراهی درمانگر، تجربیات مثبت و منفی را دوباره بیازماید. پژوهش حاضر نیز اثر درمان روش مرور زندگی را بر درد مزمن سالمندان بررسی می‌کند.

روش بررسی: برای آغاز کار، ۴۰ سالمند از ۴ مرکز نگهداری از سالمندان شهر تهران انتخاب شدند. بعد از دریافت اطلاعات جمعیت‌شناختی، وضعیت درد آن‌ها با کمک پرسش‌نامهٔ درد مک‌گیل اندازه‌گیری شد؛ سپس به صورت تصادفی در دو گروه جایگزین شدند. گروه اول (N=۲۰) تحت درمان مرور زندگی قرار گرفتند و گروه دوم (N=۲۰) به عنوان گروه کنترل، هیچ درمانی را دریافت نکردند. بعد از پایان دورهٔ درمان، میزان درد افراد را با پرسش‌نامهٔ درد، دوباره اندازه‌گیری کردند و با نمرات اولیه مقایسه کردند.

یافته‌ها: نتایج تجزیه و تحلیل کواریانس نشان می‌دهد که بین این دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد و نمرهٔ درد افراد گروه اول پس از درمان، در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافته است.

نتیجه‌گیری: با توجه به این یافته، نتیجه‌گیری می‌شود که استفاده از روش درمانی مرور زندگی، به‌نحو چشمگیری، دردهای مزمن دورهٔ سالمندی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و موجب کاهش آن می‌شود.

کلیدواژه‌ها: درد مزمن، سالمندی، درمان مرور زندگی

تاریخ دریافت: ۹۱/۲/۱۳ تاریخ پذیرش: ۹۱/۸/۲۶

* دکترای تخصصی روان‌شناسی، عضو هیئت‌علمی (استادیار) دانشگاه پیام نور

* **آدرس نویسندهٔ مسئول:** دانشگاه پیام نور- گروه روان‌شناسی- تهران ۴۶۹۷-۱۹۳۹۵- ج.ا.ایران

* **تلفن:** ۷۷۲۷۶۳۵۴

* **رایانامه:** salizadehfard@gmail.com

مقدمه

آدمی همواره به دنبال یافتن راه‌های رهایی از درد تلاش کرده است؛ اما مشاهدات حکایت از آن دارند که درد از فرایندهای اساسی در حفظ سلامت و بقای انسان است؛ به‌طوری‌که بیش‌تر افرادی که به بی‌حسی مادرزادی مبتلا هستند و دردی را احساس نمی‌کنند، در سنین جوانی، به‌سبب بی‌توجهی به جراحت‌ها و بیماری‌هایی ساده، مانند آپاندیس می‌میرند(۱). درد تجربه‌ای حسی و روحی از ناراحتی است که معمولاً با آسیب واقعی یا عامل تهدیدکنندهٔ بافت‌ها ارتباط دارد(۲). متأسفانه بعضی دردها، مثل دردهای التهاب مفاصل، سردرد، دردهای قسمت پایین کمر و میگرن، به علل گوناگون، حالتی مزمن به‌خود می‌گیرند. طبق تعریف، درد مزمن دردی است که در طول ۶ ماه گذشته و حداقل به مدت ۳ ماه، هر روز ادامه داشته باشد(۳). در این وضعیت، درد به‌رغم درمان‌های انجام شده، ادامه می‌یابد و منجر به بروز اضطراب و یأس و درماندگی بیمار می‌شود. به همین سبب، درد مزمن معمولاً با عواطف منفی، افسردگی، ناتوانی، اختلال خواب، مشکلات حرفه‌ای یا خانوادگی و مراجعهٔ مکرر به مراکز درمانی همراه است.

دربارهٔ شیوع درد مزمن گزارش‌های مختلفی وجود دارد؛ برای مثال، در یک بررسی تحلیلی بر روی ۱۵ مطالعهٔ همه‌گیرشناسی در جمعیت بزرگ‌سال، شیوع آن را ۱۵ درصد اعلام کرده‌اند(۴).

این میزان در جمعیت بزرگ‌سال ایرانی، از ۹ درصد(۵) تا ۱۴ درصد(۶) گزارش شده است.

تقریباً در همهٔ جوامع، سالمندان بیش‌از دیگر گروه‌های سنی به دردهای مزمن مبتلا هستند، به‌طوری‌که شیوع این دردها در جمعیت سالمندان ۶۰ تا ۹۰ ساله در ایران، به ۶۷ درصد می‌رسد. ناگفته نماند که این مقدار در بین افراد مقیم خانه‌های نگهداری از سالمندان به ۷۲ درصد افزایش می‌یابد(۷). با پیشرفت علم، به خصوص علم پزشکی و نیز افزایش امید به زندگی، جمعیت سالمندان روبه افزایش است؛ برای مثال، تعداد افراد بالای ۶۵ سال ایرانی از ۳/۰۴ درصد در سال ۱۹۸۶به ۴/۴ درصد در سال ۲۰۰۴ افزایش یافته است(۸)؛ با این وصف، امروزه سالمندی و طب سالمندی به عنوان پدیده‌ای مهم، کانون توجه متخصصان بهداشت و سلامت قرار گرفته است.

این موضوع در ابتدا، با توجه به تحلیل‌رفتن قوای جسمانی سالمندان و تنوع و کثرت دردها و مشکلات جسمانی‌شان طبیعی به نظر می‌رسد؛ اما باید توجه داشت که در کنار افت قوای شناختی، تغییرات مهم سبک زندگی مانند بازنشستگی، مرگ همسالان به خصوص همسر و نیز دوری از فرزندان آنان را از نظر سلامت روانی بسیار آسیب‌پذیر می‌کند، به‌طوری‌که حدود ۱۵ تا ۲۵ درصد افراد مسن مشکلات روانی مهمی دارند(۹). بنابراین، در بررسی علل مشکلات روانی و انتخاب روش‌های درمانی نمی‌توان فقط بر جسم آن‌ها تمرکز کرد؛ بلکه توجه به علل روان‌شناختی و درمان‌های مربوط‌به بُعد روحی نیز راهگشا و مؤثر خواهد بود. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که افسردگی و کاهش کیفیت زندگی از مهم‌ترین علل روان‌شناختی دردهای مزمن در دورهٔ سالمندی است و رویکردهای زیستی روانی اجتماعی بهترین تبیین را در این خصوص دارند(۷). درواقع، منابع پژوهشی نشان می‌دهند که شاید عوامل روان‌شناختی و اجتماعی در شروع درد نقش چندانی نداشته باشند، اما در استمرار یافتن درد و ناتوانی ناشی از آن نقش بسیار مهمی دارند(۱۱، ۱۰).

ازجمله مداخلات روان‌شناختی در قسمت کنترل دردهای مزمن، درمان‌های مبتنی بر خود نظم‌بخشی و درمان‌های مبتنی بر نظریهٔ رفتار عامل و رفتار درمانی شناختی است که هر یک حمایت‌های تجربی و پژوهشی را نیز به همراه دارند(۱۲).

یکی از روش‌های مشاوره و درمان غیر رفتاری که به‌تازگی به آن توجه کرده‌اند، روش درمانی مرور زندگی[1] است(۱۵-۱۳). این روش بر پایهٔ نظریهٔ اریکسون بنا شده است و با مرور خاطرات و حوادث مهم زندگی سعی می‌کند تا فرد را در رویارویی با مسائل و مشکلات هر دوره از زندگی قرار دهد. مهم نیست که دقیقاً چه حوادثی در گذشتهٔ فرد رخ داده، بلکه مهم آن است که فرد چه حوادثی را به یاد آورده و بر چه مسائلی تأکید دارد؛ زیرا همین خاطرات باقی‌مانده هستند که بر ساختار روانی تأثیرگذارند؛ به‌این صورت که فرد با بازسازی مجدد حوادث زندگی، آن‌ها را در یک قالب جدید جای داده و فهم و درک خویش را از معنای زندگی‌اش گسترش می‌دهد. درمانگر در این روش، مانند مربی و همراه است و کمک می‌کند تا فرد سراسر زندگی خود را با تمرکز بر مراحل هشت‌گانهٔ اریکسون مرور و واکاوی کند. در هر دوره که تعارضی به وجود بیاید، این وظیفهٔ درمانگر است که با استفاده از فنون معنوی کمک کند که فرد تعارض‌ها را حل کند و درنهایت، به یکپارچه‌سازی موفقیت‌آمیز تجارب زندگی دست یابد. فنون معنوی بسیار مهم در این روش، دعا، مراقبه و اندیشهٔ معنوی، بخشایشگری، خدمت و همراهی است که به‌تناسب تعارض موجود و شیوهٔ پذیرش درمان‌جو انتخاب و ارائه می‌شود. مطالعات موجود اثربخشی روش مرور زندگی را بر افسردگی و ترس از مرگ و رضایت از زندگی افراد، به ویژه سالمندان، نشان داده است(۱۹-۱۴). با توجه به مطالب مطرح شده دربارهٔ اهمیت و اثربخشی مداخلات روان‌شناختی در کنترل دردهای مزمن از یک‌سو و تأثیر مثبت درمان مرور زندگی بر برخی وضعیت روان‌شناختی سالمندان از سوی دیگر و همچنین با توجه به نبود پژوهشی در زمینهٔ تأثیر این روش بر دردهای سالمندان، پژوهش حاضر با هدف پاسخ به این سؤال طراحی و اجرا شد: آیا روش درمانی مرور زندگی با رویکرد معنوی در کاهش دردهای مزمن سالمندان تأثیر دارد یا نه؟

روش بررسی

این مطالعه از نوع شبه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون همراه با گروه گواه است. متغیر مستقل، درمان مرور زندگی است که در طول ۸ جلسه و به مدت دو ماه انجام شد و نمرات شدت درد سالمندان به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد.

1. Life Review

جامعهٔ آماری این پژوهش تمام سالمندانی بودند که در سرای سالمندان شهر تهران اقامت داشتند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: سن بین ۶۰ تا ۹۰، ابتلا به درد مزمن بر مبنای ملاک‌های بالینی DSM-IV-TR، شرکت نکردن هم‌زمان در برنامه‌های درمان روان‌شناختی دیگر در زمان پژوهش و حداقل ۶ ماه پیش از آن، تغییر نکردن برنامهٔ درمان پزشکی از حداقل ۲۰ روز قبل از شروع تا پایان زمان پژوهش و نیز اعلام موافقت کتبی مبنی بر شرکت در برنامهٔ درمانی پژوهشی بود.

از جامعهٔ آماری مذکور ابتدا به صورت خوشه‌ای، چهار مرکز نگهداری از سالمندان از بین تمام مراکز شهر تهران به‌طور تصادفی مشخص شد و سپس، تعداد ۴۰ نفر نمونه با روش نمونه‌گیری در دسترس و براساس ملاک‌های ورود به پژوهش انتخاب شدند. سپس این افراد به‌طور تصادفی، در دو گروه آزمون و گواه قرار گرفتند. هر گروه ۲۰ نفر که شامل ۱۰ زن و ۱۰ مرد بود. خاطرنشان می‌سازیم که مشخصات جمعیت‌شناسی این افراد در جدول ۱ آمده است.

ابزارهای این پژوهش شامل پرسش‌نامهٔ اطلاعات فردی و پرسش‌نامهٔ درد بود که به شرح آن‌ها در زیر اشاره می‌شود:

۱ــ پرسش‌نامهٔ اطلاعات جمعیت‌شناختی: داده‌های جمعیت‌شناختی و طبی آزمودنی‌ها به کمک پرسش‌نامه‌ای تنظیم شده به دست آمد. این پرسش‌نامه با استفاده از اطلاعات پروندهٔ افراد در مراکز نگهداری سالمندان تکمیل شد.

۲ـ پرسش‌نامهٔ درد مک‌گیل: این پرسش‌نامه به گونه‌ای ابداع شده که ماهیت و شدت درد را از جنبه‌های متفاوتی، براساس روش‌های عینی و تجربی به صورت داده‌های آماری و کمّی بررسی و تجزیه و تحلیل می‌کند. بدین‌منظور ابعاد مختلف مفهوم درد بررسی و سنجش می‌شود و در قالب مجموعه‌هایی از عبارات توصیف شدنی بیان شده است. کلماتی که در زیر یک مجموعه قرار دارند، معمولاً بیش‌ترین تشابه را با هم دارند. بدون شک، بعضی از این کلمات هم‌معنی هستند؛ ولی از نظر شدت با هم فرق دارند. ملزاک[1] این پرسش‌نامه را برای اولین بار دربارهٔ ۲۹۷ بیمار که از انواع مختلف دردها رنج می‌بردند، به‌کار برد. پس از بررسی‌ها و مطالعات متعدد، از آن زمان، این پرسش‌نامه به عنوان ابزاری درخور اعتماد، برای مطالعه و بررسی درد با روش‌های مختلف بالینی معرفی و توصیه شده است(۲۰). این پرسش‌نامه ادراک درد را در چهار بُعد حسی، هیجانی، ارزیابی درد و دردهای متنوع اندازه‌گیری می‌کند. به علاوه، شدت کلی درد با مجموع نمرات ابعاد چهارگانه محاسبه‌پذیر است. روایی و اعتبار این پرسش‌نامه بارها بررسی و در سطح بالایی گزارش شده است. در پژوهش معتبری، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰۵ و ضریب بازآزمایی ۰/۷۱۳ شدت درد کلی و برای ادراک حسی ۰/۸۹۱، ادراک هیجانی ۰/۸۶۸، ارزیابی درد ۰/۷۱۶، دردهای متنوع ۰/۷۹۶ گزارش شده است (۲۱). در ایران نیز این پرسش‌نامه به عنوان ابزاری قابل اعتماد که روایی و پایایی آن سنجش شده، در بررسی‌های بالینی به جامعهٔ ایرانی معرفی و توصیه شده است(۲۲).

برای اجرای پژوهش، ابتدا به کمک مسئولان و پرستاران مراکز نگهداری سالمندان و مصاحبه با خود سالمندان، افراد مبتلا به درد مزمن در نظر گرفته شدند. سپس با خود سالمند و همچنین یکی از اعضای خانوادهٔ وی ارتباط برقرار شد و در صورت موافقت و داشتن معیارهای ورود، پرسش‌نامهٔ درد برای هریک تکمیل شد؛ البته این کار را پژوهشگر به صورت پرسش از فرد سالمند انجام داد. پس از مرحلهٔ تکمیل پرسش‌نامه‌ها، ۴۰ نفر به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. افراد گروه آزمایش طبق راهنمای درمان مرور زندگی (۲۳، ۲۴)، ۶ جلسهٔ ۱ ساعته و هر هفته ۲ جلسه تعیین و اجرا شد. در این طرح، درمان ساختار و جامعیت و فردیت مدنظر است. جلسهٔ اول بر کودکی، جلسهٔ دوم بر نوجوانی، جلسهٔ سوم بر جوانی، جلسهٔ چهارم بر میان‌سالی، جلسه پنجم بر دوران پیری و جلسه ششم بر خلاصه و ارزیابی و جمع‌بندی فرد تمرکز دارد. در این جلسات، درمانگر دربارهٔ اتفاقات مهم هر دوره با توجه به مراحل رشد روانی اجتماعی اریکسون پرسش‌هایی را طرح می‌کند و از افراد می‌خواهد تا هریک با یادآوری خاطرات و اتفاقات زندگی خود به پرسش‌ها پاسخ گویند. برای مثال، درمانگر برای یادآوری دورهٔ کودکی می‌پرسد: «می‌توانید مادرتان را توصیف کنید؟ در کودکی از چه چیزی می‌ترسیدید؟ بازی محبوبتان چه بود؟» البته ضمن جلسه، درمانگر مراقب است تا افراد از بیان گذشتهٔ خود بازخورد مثبت بگیرند و سعی می‌کند تا تعارضات هر مرحله را بشناسد. در ادامه، افراد تشویق می‌شوند تا با کمک درمانگر و اعضای گروه برای رفع و حل آن تعارض تلاش کنند. در جلسهٔ

1. Melzack

آخر نیز از افراد خواسته می‌شود تا تمام زندگی خود را در قالب داستانی کوتاه یا چند عبارت خلاصه و جمع‌بندی کنند. در ارزیابی نهایی، تلاش بر این است که افراد بتوانند با وجود نکات مثبت و منفی گذشته، در مجموع، زندگی خود را معنا بخشیده و هدف نهایی آن را درک کنند. این نکته را نیز یادآوری می‌کنیم که به‌سبب اینکه این جلسات در مرکز نگهداری سالمندان برگزار می‌شد و طول مدت درمان کوتاه بود، هیچ ریزشی وجود نداشت که این از نکات مثبت در اجرای پژوهش است. در طول این مدت، گروه کنترل هیچ مشاوره یا درمان روان‌شناختی دریافت نکردند. ۵ روز پس از پایان جلسات درمان، هر دو گروه آزمایش و گواه، مجدداً با استفاده از پرسش‌نامهٔ درد مک‌گیل ارزیابی شدند و نتایج آن با نتایج قبل از مداخله مقایسه شد.

یافته‌ها

در این مرحله، داده‌ها در سطح توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شد. ابتدا ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دو گروه آزمایش و گواه بررسی و استخراج شد که در جدول ۱ نمایش داده شده است؛ سپس نتایج پیش آزمون و پس آزمون گروه‌های آزمایش وگواه بررسی و آمارهای توصیفی مربوط‌به متغیرها استخراج شد که در جدول ۲ می‌بینید. با استفاده از نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای نرمال بودن توزیع نمرات و نیز آزمون لوین برای تساوی واریانس‌ها و همگنی رگرسیون، پیش‌فرض‌های لازم برای استفاده از آزمون‌های پارامتریک تأیید شد و سپس داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل کواریانس در معرض تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این تحلیل، عضویت گروهی متغیر مستقل و نمرات شدت درد متغیر وابسته در نظر گرفته شد و نمرات پیش آزمون، سن، تحصیلات و مدت اقامت در مرکز نگهداری سالمندان به عنوان متغیر کوواریت یا همگام محسوب شده‌اند. جدول ۳ نتایج تحلیل کواریانس عضویت گروهی بر نمرات پرسش‌نامهٔ درد مک‌گیل در پس آزمون را نشان می‌دهد. همان‌طورکه در جدول نیز مشاهده می‌شود، هیچ‌یک از متغیرهای جمعیت‌شناختی سن و سطح تحصیلات و طول مدت اقامت در مرکز نگهداری سالمندان با متغیر وابسته رابطهٔ معناداری ندارند و فقط نمرهٔ پیش آزمون است که رابطهٔ معناداری دارد و باید به عنوان متغیر کنترل در نظر گرفته شود. بر این اساس، نتایج حاکی از آن است که با کنترل اثر پیش آزمون، ۶۶ درصد از کل واریانس ناشی از عضویت گروهی و اعمال متغیر مستقل است. این یافته نشان می‌دهد که درمان مرور زندگی توانسته است نمرات درد افراد سالمند را به‌طور معناداری کاهش دهد.

جدول ۱- توزیع فراوانی گروه‌ها برحسب سطح تحصیلات و میانگین و انحراف استاندارد سن و مدت اقامت در مرکز نگهداری سالمندان برای گروه‌ها

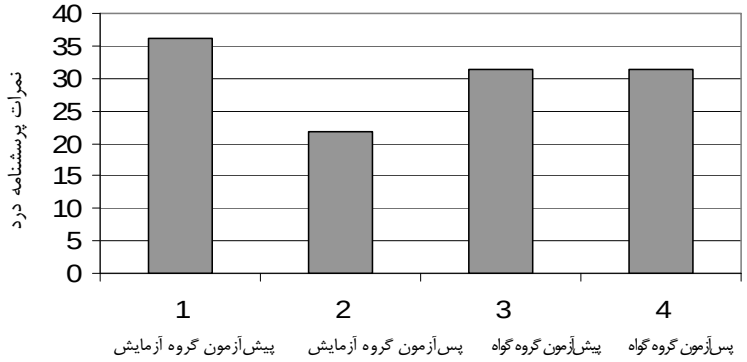
متغیر / گروه	تحصیلات								مدت اقامت در مرکز		سن	
	بی‌سواد		خواندن و نوشتن		دیپلم		لیسانس		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد				
گروه گواه	۳	۱۵	۱۴	۷۰	۳	۱۵	۰	۰	۳/۲۵	۲/۲۲	۷۴/۴۵	۶/۹۹
گروه آزمایش	۴	۲۰	۱۲	۶۰	۳	۱۵	۱	۵	۳/۴۰	۱/۹۵	۷۴/۴	۹/۷۷

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه‌ها در پرسش‌نامهٔ درد

	گروه گواه		گروه آزمایش	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
پیش آزمون	۳۱/۴۰	۱۱/۷۲۶	۳۶/۵۵	۱۳/۸۶۵
پس آزمون	۳۱/۳۵	۱۲/۳۳	۲۱/۹۵	۱۳/۲۳۶

جدول ۳- نتایج تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر نمرات پرسش‌نامهٔ درد مک‌گیل در پس آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مقدار F	سطح معناداری	میزان تأثیر	توان آزمون
پیش آزمون	۴۳۴۵/۷۸۸	۱	۱۵۵/۴۳۲	۰/۰۰۰	۰/۸۲۱	۱/۰۰۰
سطح تحصیلات	۹۹/۷۳۱	۱	۳/۵۶۷	۰/۰۶۷	۰/۰۹۵	۰/۴۵۰
سن	۱۶/۳۶۶	۱	۰/۵۸۵	۰/۴۵۰	۰/۰۱۷	۰/۱۱۵
مدت اقامت	۳/۱۰۲	۱	۰/۱۱۱	۰/۷۴۱	۰/۰۰۳	۰/۰۶۲
عضویت گروهی	۱۸۶۱/۰۰۶	۱	۶۶/۵۶۱	۰/۰۰۰	۰/۶۶۲	۱/۰۰۰



بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر روش مرور زندگی بر درد مزمن سالمندان شکل گرفت که نتایج آن بیانگر کاهش میزان درد در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بود. ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که مطالعه‌ای مشابه با پژوهش حاضر گزارش نشده؛ اما این نتایج با دیگر مطالعاتی که سودمندی روش درمان مرور زندگی را در دیگر موارد بررسی کرده‌اند، همسو و هماهنگ است(۱۴-۱۹).

در تبیین این نتیجه می‌توان از نظریات مطرح شده دربارهٔ کیفیت زندگی سالمندان کمک گرفت. آنچه دانش امروزی به آن توجه دارد، تنها طولانی‌تر کردن دوران زندگی نیست؛ بلکه سپری شدن سال‌های زندگی همراه با آرامش و سلامت جسمی روانی و ایجاد محیطی مناسب برای فعالیت است. بر این اساس، دانش امروزی سعی می‌کند برنامه‌های مناسبی برای سالمندان طراحی کند تا با ارتقای کیفیت زندگی، آنان را به عنوان جزئی یکپارچه با جامعه شکل دهد. بر طبق نظریات مطرح شده، ابعاد کیفیت زندگی عبارت‌اند از: عملکرد جسمی، عملکرد شناختی، عملکرد اجتماعی، افسردگی و اضطراب، مراقبت از خود، و رضایت از زندگی(۲۵). نکتهٔ درخور توجه آنکه ارتقای هریک از این ابعاد، بر ارتقا و بهبود ابعاد دیگر تأثیر می‌گذارد؛ یعنی این ابعاد هم به‌طور مستقیم و هم با تأثیر بر دیگر ابعاد، بر کیفیت زندگی اثرگذارند.

در درمان مرور زندگی، فرد دیگران را در خاطرات خود سهیم می‌کند؛ زیرا برقرارساختن ارتباط با مخاطبان، موجب افزایش تعاملات اجتماعی و احساس تعلق و ارزشمندی اجتماعی می‌شود. همچنین نقش فعالی که آن‌ها در بازگویی زندگی خود در جمع دارند، با افزایش اعتماد به نفس و عزت نفس آنان همراه است. ناگفته نماند که درمانگر نیز با کنترل فضای گروه، فضای بازخوردی مثبتی را فراهم می‌کند که نتیجهٔ آن بیش‌تر شدن حمایت اجتماعی از فرد سالمند است(۲۶). این مجموعه درمان بر طبق نتایج تحقیقات انجام شده، موجب افزایش و بهبود یکی از ابعاد مهم کیفیت زندگی، یعنی عملکرد اجتماعی است.

از سوی دیگر، سالمندان با بازنگری گذشتهٔ خود که دوران فعال زندگی‌شان بوده، احساس بهتری پیدا می‌کنند و خود را در زمان درخشان گذشته می‌بینند که این دیدگاه همراه با احساس

حمایت اجتماعی موجب افزایش انرژی روانی و شادکامی آنان و نیز کاهش اضطراب و افسردگی‌شان می‌شود که پژوهش‌ها نیز آن را تأیید می‌کند(۲۷). بیچام نیز اعلام کرد که روش مرور زندگی موجب افزایش حس کنترل، مراقبت فردی وکاهش افسردگی سالمندان خواهد شد(۲۸).

نتایج تحقیقات نشان می‌دهند که مرور خاطرات و اتفاقات دوران گذشته باعث تحریک و تقویت حافظه شده و استفادهٔ مکرر از حافظهٔ درازمدت همراه با کاهش اضطراب وافسردگی، در بهبود عملکردهای شناختی نیز کمک کننده است(۲۹). این یکی از روش‌های حفظ حافظه و فعالیت‌شناختی بیماران مبتلا به آلزایمر است(۳۰).

همچنین سالمندان در خلال مرور گذشته، احساسات و هیجان‌های مثبت و منفی گذشته را بیرون می‌ریزند و در مقام بررسی اتفاقات و احساسات برمی‌آیند و در یک ارزیابی مجدد تغییر نگرش دست می‌یابند. این تغییر در نگرش و افزایش توجه به خود، موجب کنار آمدن با تحولات تازه می‌شود. درواقع، اتصال گذشته و حال به یک ارزیابی واقعی‌تر از وضعیت موجود منجر می‌شود که نتیجهٔ آن پذیرندگی روانی (رضایت از زندگی) و جسمی (کاهش درد جسمی) است(۲۵).

همان‌طورکه بحث شد، درمان مرور زندگی بر همهٔ ابعاد کیفیت زندگی اثرگذار است و درنهایت، با توجه به نظریهٔ زیستی‌روانی‌اجتماعی دربارهٔ سبب‌شناسی بیماری‌های جسمی، ازجمله درد مزمن و با تأکید بر عوامل روانی‌اجتماعی، این‌گونه به دست می‌آید که افزایش سازگاری هیجانی باعث کاهش ادراک درد در گروه آزمایشی شده است.

محدودیت‌های تحقیق: با توجه به اینکه روایی و پایایی پرسش‌نامهٔ درد مک‌گیل در جمعیت متفاوتی انجام شده، ضمن اینکه محدودیت‌های پژوهشی داشته، مشکلات اجرایی نیز داشته است؛ بدین صورت که گروه درمانی شامل زن و مرد بودند؛ اما درمانگر خانم بود. بنابراین، ناتوانی در کنترل اثر جنسیت گروه درمانی محدودیت دیگر این پژوهش است.

پیشنهاد: ذکر این نکته ضروری است که هر تحقیقی باید هدایت کنندهٔ تحقیقات آینده باشد؛ لذا پیشنهاد می‌شود این موضوع با مقایسهٔ سالمندان مقیم مراکز نگهداری با سالمندان مقیم منازل شخصی بررسی شود. همچنین تفاوت اثربخشی درمان مرور زندگی بر زنان و مردان سالمند نیز می‌تواند موضوع پژوهش‌های آینده قرار گیرد. به عنوان آخرین پیشنهاد، مقایسهٔ همهٔ ابعاد کیفیت زندگی قبل و بعد از درمان مرور زندگی در قالب یک پژوهش واحد توصیه می‌شود.

نتیجه‌گیری

حفظ کیفیت زندگی از نظر سلامت جسمی و روانی و اجتماعی موجب سالمندی موفقیت آمیز خواهد شد که عموماً این موضوع به سبب موقعیت‌های خاص مراکز نگهداری سالمندان تأمین نمی‌شود. مسئولان و متصدیان همواره به دنبال روش‌هایی هستند تا به‌وسیلهٔ آن‌ها بتوان کیفیت زندگی سالمندان را ارتقا بخشید. در بخش درمان‌های روان‌شناختی، می‌توان به روش درمانی مرور زندگی اشاره کرد که در آن، درمانگر موقعیت‌هایی را فراهم می‌آورد تا سالمند معانی جدیدتر و ساختاریافته‌تری را برای تجارب گذشته و حال خود خلق کند و در مجموع، به جمع‌بندی موفقیت‌آمیز زندگی‌اش برسد. بنابراین، با آشکار ساختن تجربی اثرات مثبت این روش درمانی آسان، ارزان، کوتاه مدت و اجراشدنی جا دارد تمامی مراکز درمانی و نگهداری سالمندان و حتی خانوادهٔ سالمندان در منازل از آن استفاده کنند.

REFERENCES منابع

1. Chapman CR. New direction in the understanding and management of pain. Soc Sci and Med. 1984;(19): 1261-1277.
2. Sanders SH. Chronic pain: Conceptualization and epidemiology. Annu of Behav Med. 1985;(14): 567-580.
3. Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. Seattle: International association for the study for pain press;1994.
4. Verhaak PF, Kerssens JJ, Dekker J, Sorbi MJ, Bensing JM. Prevalence of chronic pain disorder among adults: A review of the literature. Pain 1998;77(3): 231-239.
5. Asghari Moghadam MA, Karami B, Sadrieh R. The prevalence of lifetime pain and chronic pain in two small cities in IRAN. Journal of psychology 2002;6(1): 30-51.
6. Asghari Moghadam MA. The prevalence rate of choronic pain and some of its associations among the employees of a big industrial company in Tehran. Daneshvar Raftar (2004);11(4): 1-14.
7. Asghari A, Ghaderi N, Ashory A. The prevalence of pain among residents of nursing homes and the impact of pain on their mood and quality of life. Arch of Iranian Med. 2006;9(4): 368-373.
8. Iran. Statistical Center of Iran. Iranian population and housing census. Tehran; 2008.
9. Ebrahimi A. The relationship between depression and religious attitude and performances in adults. Research in medical science 1998;1(8): 93-96.
10. Nicholas MK. Obstacles to recovery after an episode of low back pain. Pain 2010;148(3): 363-364.
11. Foster NE, Thomas E, Bishop A, Dunn KM, Main CJ. Distinctiveness of psychological obstacles to recovery in low back pain patients in primary care. Pain 2010;148(3): 398-406.
12. Asghari Moghadam MA. Chronic pain control: Application of psychological manner. Third congress of Iranian psychological association; 2011; Tehran, Iran.
13. Haight BK. The therapeutic role of a structured life review process in homebound elderly subjects. J of Gerontol. 1988;43(2): 40-44.
14. Haight B, Michel Y, Hendrix S. The extended effects of the life review in nursing home residents. Int J of Aging and Hum Dev. 2000;50(2)151-168.
15. Ando M, Morita T, Okamoto T, Ninosaka Y. One week short-term life review interview can improve spiritual well-being of terminally ill cancer patients. Psycho-Oncol. 2009;17(9): 885-890.
16. Mohammadi M, Fahimifar A, Alimohammadi AH. The effect of life review group therapy on fear of death in cancer patients. Third congress of Iranian psychological association; 2011; Tehran, Iran.
17. Jones ED, Beck-Little R. The use of reminiscence therapy for the treatment of depression in rural-dwelling older adults. Issues in Ment Health Nurs. 2002;23(3): 279-290.
18. Scogin F, Welsh D, Hanson A, Stump J, Coates A. Evidence-based psychotherapies for depression in older adults. Clin Psychol: Sci and Pract. 2005;12(3): 222-237.
19. Harber D. Life review: Implementation, theory, research and therapy. Int J of Aging and Hum Dev. 2006;63(2): 153-171.
20. Melzack R. The McGill pain questionnaire: Major properties and scoring methods. Pain 1975;1(3): 277-299.
21. Yakut Y, Yakut E, Bayar K, Uygur F. Reliability and validity of the Turkish version short-form McGill pain questionnaire in patients with rheumatoid arthritis. Clin Rheumatol. 2007;26(7): 1083-1087.
22. Ebrahiminejad GR, Ebrahiminejad A, Kohan S, Bahrampour A. The evaluation of pain in neurosurgical patients before and after operation in Kerman Shahid Bahonar hospital according to the McGill pain questionnaire. Journal of Kerman University of Medical Science 2004;2(11): 119-125.
23. Garthwait C. The social work practicum: A guide and workbook for students. 4th ed. Boston: Allyn and Bacon; 2008.
24. Garthwait C. Utilizing life review to teach social work practice and policy. Resource fair presentation at association of baccalaureate social work program directors annual conference; 2003; Reno, USA.
25. De Leo D, Diekstra FW, Lonnqvist J, Trabucchi M, Cleiren HPD, Giovani B, et al. LEIPAD, an internationally applicable instrument to access quality of life in elderly. Behav Med. 1998,24(1): 17-27.
26. Cappeliez P, O'Rourke N, Chaudhury H. Functions of reminiscence and mental health in later life. Aging and Mental Health 2005;9(4): 295-301.
27. Karimi M, Esmaeli M, Arian SKH. The effect of life review therapy for depression in older women. Salmand Iranian Journal of Ageing 2010;16(5): 41-45.

28. Beecham M, Anthony C, Kurtz J. A life review interview guide: A structured systems approach to information gathering. International Journal of Aging and Human Development 1998;46(1): 25-44.
29. Harrand AG, Bollstetter JJ. Developing a community-based reminiscence group for the elderly. Clin Nurse Spec. 2000 Jan;14(1): 17-22.
30. Frances I, Barandiarán M, Marcellan T, Moreno L. Psychocognitive stimulation in dementias. A Sist Sanit Navar. 2003 Sep-Dec;26(3): 405-22.