

Comparing the Effectiveness of Dream Conceive and Analytical Imagery Approaches on Death Anxiety, Depression and Sleep Quality among Students

Reyhaneh Moghaddasi¹, Mohsen Golparvar^{2*}, Hossein Hasan-Abadi³

1. Ph.D Student, General Psychology, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran.
2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran.
3. Associate Professor, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.

***Corresponding Author:** Mohsen Golparvar, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran.

Email: mgolparvar@khuif.ac.ir

Received: 18 January 2019

Accepted: 25 April 2019

Published: 30 October 2019

How to cite this article:

Moghaddasi R, Golparvar M, Hasan-Abadi H. Comparing the Effectiveness of Dream Conceive and Analytical Imagery Approaches on Death Anxiety, Depression and Sleep Quality among Students. *Salamat Ijtimai (Community Health)*. 2020; 7(1):46-56. DOI: <http://doi.org/10.22037/ch.v7i1.24053>.

Abstract

Background and Objective: The dream conceives and analytical imagery approaches can affect many variables including mental disorders and mental health. The aim of this study was comparing the effectiveness of dream conceive and analytical imagery approaches on death depression, anxiety and sleep quality among students.

Materials and Methods: The study was of semi-experimental design with pre-test, post-test and follow-up with control group. The statistical population consisted of students who were referred to counseling centers of Ferdowsi University of Mashhad in the winter of 2015, among whom 90 were selected and randomly divided into three equal groups. Therapeutic intervention was performed for two experimental groups, but no intervention was performed among the control group. The variables were measured before, after and three months after the intervention. Data were collected by Death Anxiety Inventory, Depression Scale and Sleep Quality Questionnaire. Data analysis was done by SPSS software version 16 using repeated measure design.

Results: The mean (SD) age of participants was 31.6 (7.3) years. Death anxiety score in the pre-test of dream conceive group was decreased from 10.2 (2) to 6.1 (2.5) in post-test and 5.9 (2.6) in follow up, $P < 0.001$. Death anxiety score in the analytic imagery group was reduced from 8.5 (2.7) in the pre-test to 4.9 (2.6) in the post-test and follow-up, but the mean (SD) of death anxiety scores of the control group in the pre-test, post-test and follow-up did not make any difference. The depression score in the pre-test group of dream conceive was decreased from 29.3 (10.6) to 11.5 (10) in the post-test and 9.2 (8.9) in the follow-up, $P < 0.001$; depression score in the pre-test, the analytic imagery group was reduced from 25.8 (9.4) in the pre-test to 12.2 (8.7) in post-test and 11 (7.9) follow-up, but the mean (SD) depression scores in the control group did not differ in pre-test, post-test and follow-up. The sleep quality score in the pre-test of the dream conceive group decreased from 19.1 (8.1) to 9.6 (6.3) in the post-test and 7.1 (4) in the follow-up ($P < 0.001$); the sleep disorder score in the pre-test of the analytic imagery group was reduced from 18.2 (9.4) in the pre-test to 9.4 (6.4) in post-test and 8.6 (6.2) in follow-up, but the mean (SD) of sleep quality in the control group did not differ in pre-test, post-test and follow-up. Comparing the two groups of dream conceive and analytical imagery approaches before, post-test and follow-up showed that there was no significant difference between the two groups in terms of death anxiety, depression and sleep quality.

Conclusion: The study showed that both dream conceive therapy and analytical imagery reduced death anxiety, depression and sleep quality among students, but did not differ in the effectiveness of these two therapeutic approaches.

Keywords: Dream conceive; Analytical imagery; Depression; Death anxiety; sleep quality.

Conflict of Interest: None of the authors has any conflict of interest to disclose.

Ethical publication statement: We confirm that we have read the Journal's position on issues involved in ethical publication and affirm that this report is consistent with those guidelines.

Ethical code: IR.KHUISF.REC.1395.41025.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

مقایسه اثربخشی رویا پرورانی با تصویرسازی تحلیلی بر افسردگی، اضطراب مرگ و کیفیت خواب دانشجویان

ریحانه مقدسی^۱، محسن گل پرور^{۲*}، حسین حسن آبادی^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

۳. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

* نویسنده مسئول: محسن گل پرور، گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

Email: mgolparvar@khu.ac.ir

تاریخ پذیرش: اردیبهشت ۱۳۹۸

تاریخ دریافت: دی ۱۳۹۷

چکیده

زمینه و هدف: دو رویکرد درمانی رویا پرورانی و تصویرسازی تحلیلی می توانند متغیرهای بسیاری از جمله اختلال های روانی و نیز متغیرهای سلامت روانی را تحت تأثیر قرار دهند. هدف این مطالعه مقایسه اثربخشی رویا پرورانی با تصویرسازی تحلیلی بر افسردگی، اضطراب مرگ و کیفیت خواب دانشجویان می باشد.

روش و مواد: روش پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون پس آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل دانشجویان مراجعه کننده به مراکز مشاوره دانشگاه فردوسی مشهد در زمستان سال ۱۳۹۴ بودند که از میان آنها، ۹۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب شده و به صورت تصادفی به سه گروه برابر (رویا پرورانی، تصویرسازی تحلیلی و گروه گواه) گمارده شدند. مداخله درمانی برای دو گروه آزمایش اجرا شد اما در گروه گواه، مداخله ای انجام نشد. متغیرهای مورد بررسی قبل و بعد و سه ماه بعد از اجرای مداخله اندازه گیری شدند. ابزار جمع آوری داده ها شامل پرسشنامه اضطراب مرگ، مقیاس افسردگی و پرسشنامه کیفیت خواب بود. تحلیل داده ها، با استفاده از آزمون طرح اندازه های مکرر با نرم افزار SPSS-16 انجام شد.

یافته ها: میانگین (انحراف معیار) سن شرکت کنندگان (۷/۳) ۳۱/۶ سال بود. میانگین (انحراف معیار) نمره اضطراب مرگ در پیش آزمون گروه رویا پرورانی از (۲) ۱۰/۲ به (۲/۵) ۶/۱ در پس آزمون و (۲/۶) ۵/۹ در پیگیری کاهش یافت ($P < ۰/۰۰۱$)، نمره اضطراب مرگ در پیش آزمون گروه تصویرسازی تحلیلی از (۲/۷) ۸/۵ در پیش آزمون به (۲/۶) ۴/۹ در پس آزمون و پیگیری کاهش یافت اما میانگین (انحراف معیار) نمرات اضطراب مرگ گروه گواه در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوتی نداشته است. نمره افسردگی در پیش آزمون گروه رویا پرورانی از (۱۰/۶) ۲۹/۳ به (۱۰) ۱۱/۵ در پس آزمون و (۸/۹) ۹/۲ در پیگیری کاهش یافت ($P < ۰/۰۰۱$)، نمره افسردگی در پیش آزمون گروه تصویرسازی تحلیلی از (۹/۴) ۲۵/۸ در پیش آزمون به (۸/۷) ۱۲/۲ در پس آزمون و (۷/۹) ۱۱ در پیگیری کاهش یافت اما میانگین (انحراف معیار) نمرات افسردگی در گروه گواه در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوتی نداشته است. نمره کیفیت خواب در پیش آزمون گروه رویا پرورانی از (۸/۱) ۱۹/۱ به (۶/۳) ۹/۶ در پس آزمون و (۴) ۷/۱ در پیگیری کاهش یافت ($P < ۰/۰۰۱$)، نمره کیفیت خواب در پیش آزمون گروه تصویرسازی تحلیلی از (۹/۴) ۱۸/۲ در پیش آزمون به (۶/۴) ۹/۴ در پس آزمون و (۶/۲) ۸/۶ در پیگیری کاهش یافت اما میانگین (انحراف معیار) نمرات کیفیت خواب در گروه گواه در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوتی نداشته است. مقایسه دو گروه رویا پرورانی تحلیلی و تصویرسازی تحلیلی در پیش و پس آزمون و پیگیری نشان داد که این دو گروه تفاوت معناداری از نظر اضطراب مرگ، افسردگی و کیفیت خواب نداشتند.

نتیجه گیری: مطالعه نشان داد که هر دو درمان رویا پرورانی و تصویر سازی تحلیلی، باعث کاهش اضطراب مرگ، افسردگی و کیفیت خواب شدند، اما در میزان اثربخشی بر این سه متغیر تفاوتی با هم نداشتند.

واژگان کلیدی: رویا پرورانی، تصویرسازی تحلیلی، افسردگی، اضطراب مرگ، کیفیت خواب.

مقدمه

اضطراب مرگ یک اضطراب واقعی و یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌ها در سلامت روانی افراد است. ما اضطراب هستی را تجربه می‌کنیم، بدین دلیل که می‌دانیم زندگی ما محدود است و از مرگی که انتظار ما را می‌کشد می‌هراسیم. بسیاری از افراد از کنار آمدن با مرگ خودداری می‌کنند و راه‌هایی همچون سرکوب، انکار و پرهیز را در پیش می‌گیرند و از مکان‌هایی که ممکن است مرگ را برای‌شان یادآوری کند، فاصله می‌گیرند و این همان برخورد غیر منطقی و مضطربانه با مرگ است. برای مقابله با وحشت مرگ دفاع‌هایی ایجاد می‌کنیم که این دفاع‌ها برپایه انکار بنا شده‌اند (۱). آنها ساختار مشترکی دارند و اگر غیرانطباقی باشند، نتیجه آن ناسازگاری بالینی است. به بیان گسترده‌تر، آسیب‌شناسی روانی از دیدگاه Yalom نتیجه شکست در تعالی دادن حس مرگ است و نشانه‌ها و علائم غیرانطباقی، ریشه در ترس از مرگ دارند (۲). این طرز تلقی نسبت به مرگ مسلماً ترس از مرگ و حتی ترس از صحبت کردن درباره آن را تشدید و تقویت می‌کند. مرگ یک تهدید نیست بلکه انسان را وادار می‌دارد حداکثر زندگی را تجربه کند و از هر فرصتی برای انجام کارهای معنادار استفاده کند (۳).

علاوه بر اضطراب، متغیر افسردگی نیز یک واکنش شایع در مواجهه با مسأله مرگ می‌باشد. افسردگی یکی از انواع اختلالات روان‌شناختی است که ویژگی اصلی آن تغییر خلق می‌باشد. این اختلال شامل احساس غمی است که از یک ناامیدی خفیف تا احساس یأس شدید را در بر می‌گیرد. این تغییر خلق نسبتاً ثابت و حتی برای سال‌ها ادامه می‌یابد. افسردگی زمانی به عنوان یک اختلال در نظر گرفته می‌شود که از نظر شدت و مدت با عامل ایجادکننده آن تناسب نداشته باشد (۴). با توجه به اینکه در افسردگی انگیزه حیات، کاهش یافته و شخص از مواجهه با تجربه‌های سخت و دردناک زندگی فرار می‌کند، بنابراین به تدریج تمایل او برای ادامه حیات کم می‌شود. از طرف دیگر مواجهه با مسائلی که خارج از توان کنترل فرد است، فرد را به سمت افسردگی سوق می‌دهد و مهم‌ترین پدیده خارج از کنترل انسانی، مرگ است.

هم اضطراب و هم افسردگی به خصوص زمانی که ریشه در پدیده مرگ داشته باشند بر متغیر کیفیت خواب اثری جدی می‌گذارند. در واقع پدیده خواب به خوبی می‌تواند درگیری‌های ذهنی افراد با موضوعات حل نشده‌ای همچون مرگ را نشان دهد. کیفیت خواب معیاری است که هم جنبه‌های عمیق خواب مانند طول مدت را در بر می‌گیرد و هم جنبه‌های ذهنی مانند عمق خواب، احساس آرامش، رضایت و شادابی پس از بیداری و عملکرد روزانه را شامل می‌شود (۵). اختلالات خواب نتیجه نقص در کیفیت خواب است که معمولاً از علائم اولیه اختلالات روانپزشکی است. بی‌خوابی شایع‌ترین اختلال خواب می‌باشد (۶). عوامل مختلفی به عنوان عوامل ایجادکننده اختلالات خواب مطرح شده‌اند، از جمله عوامل زیستی، عوامل شناختی، عوامل هیجانی، عوامل رفتاری و محیطی. در بین عوامل هیجانی مسائلی مانند اضطراب، خشم مزمن، نگرانی، افسردگی و نیز عوامل استرس‌زایی هم‌چون از دست دادن شغل و مرگ عزیزان مطرح شده‌اند. در این میان بروز پدیده مرگ به خصوص در وابستگان می‌تواند مکانیسم‌های سازگاری فرد را به شدت تضعیف نماید. از آنجا که تعامل نزدیک بین کیفیت خواب و مساله مرگ وجود دارد لذا می‌توان با تغییر نگرش و احساس فرد نسبت به پدیده مرگ کیفیت خواب را بهبود بخشید. بدین منظور مواجهه ذهنی و روانشناختی فرد با مرگ خود تحت هدایت درمانگر و در شرایط درمانی می‌تواند به طور غیر مستقیم باعث بهبود کیفیت خواب شود. بدین ترتیب نه تنها مساله مرگ تا حدود زیادی حل می‌شود بلکه اختلالات خواب نیز که یکی از دشوارترین زمینه‌های روان‌درمانی است رفع می‌گردد (۷).

هدف نهایی درمان‌های تحلیلی، رساندن مراجع به بینش عمیق نسبت به اختلال و وضعیتی است که در آن واقع است. بینش عمیق در فرهنگ تحلیلی، رسیدن به درمان محسوب می‌شود. زمانی که اضطراب مرگ از یک وضعیت هولناک و مهیب و تاریک، به اجزایی قابل درک در بیاید، مفهومی قابل هضم‌تر برای بشر خواهد بود. از دیگر سوی، گروه درمانی رویا‌پروانی تحلیلی با پرداختن به مسائل وجودی و هستی‌شناختی نظیر فناپذیری انسان و جهان به ارائه تفسیری اصیل‌تر از زندگی و انسان می‌پردازد. پرداختن به مفهوم مرگ و اضطراب روانی حاصل از آن به افراد این فرصت را می‌دهد تا در جوی همدلانه به بیان دغدغه‌ها و احساسات حل نشده و ناگفته خود بپردازند. این گفت‌وگوی همدلانه، منجر به کاهش اضطراب

می شود (۸). همچنین گروه درمانی تصویرسازی تحلیلی با ارائه مبانی تئوری و عملی تازه در راستای تحقق اهداف زیربنایی خود، اعضا را به انجام رفتاری فعالانه در جهت کاهش اضطراب تشویق می کند (۹).

یک مطالعه نشان داد که گروه درمانی وجودی و معنوی در کاهش اضطراب مرگ به صورت معناداری تأثیر دارد (۱۰). تلفیق روان درمانی وجودی و معنوی همراه با شرح تجربه های نزدیک به مرگ بر کاهش اضطراب مرگ تأثیر معناداری دارد. همچنین پژوهش دیگری نشان داد که شرکت کنندگان رویا پروانی در شب، کاهش بیشتری را در آشفتگی به خاطر مشکلات شان و نیز توانایی بیشتر حل مساله و یا بهبود در مشکلات اساسی شان را گزارش کردند. خلق مضطرب و افسرده، شرکت کنندگانی که رویا پروانی شبانه انجام می دادند نیز نسبت به گروه گواه کاهش بیشتری داشت (۱۱).

ضرورت اجرای این مطالعه در دانشجویان این است که دو رویکرد درمانی رویا پروانی و تصویرسازی تحلیلی، دارای توان بسیار بالایی هستند تا به عنوان رویکردهایی در عرصه درمان و نیز ارتقاء ظرفیت های وجودی دانشجویان به خصوص در مراکز مشاوره دانشگاه ها به کار گرفته شوند و از این طریق می توانند مشکلات بسیاری از جمله مسایل و مشکلات روانی و نیز سلامت روانی دانشجویان را تحت تأثیر قرار دهند و به بهبود کیفیت زندگی و بهزیستی روان شناختی دانشجویان کمک کند. بنابراین هدف این مطالعه، مقایسه اثربخشی رویا پروانی با تصویرسازی تحلیلی بر افسردگی، اضطراب مرگ و کیفیت خواب دانشجویان بود.

روش و مواد

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد بود که در زمستان سال ۱۳۹۴ برای رفع برخی از مشکلات فردی، تحصیلی و یا خانوادگی خود به مراکز مشاوره دانشگاه مراجعه کرده بودند. پس از نمونه گیری در دسترس، ۹۰ نفر انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه، هر گروه ۳۰ نفر گمارده شدند و سپس به صورت تصادفی یکی از دو گروه، مورد آموزش گروه درمانی تحلیلی متمرکز بر مسئله مرگ یا همان رویا پروانی و گروه دیگر مورد آموزش گروه درمانی مبتنی بر تصویرسازی تحلیلی قرار گرفتند. گروه درمانی تصویرسازی تحلیلی در پژوهش حاضر طی دوازده جلسه ۱۲۰ دقیقه ای هر هفته یک بار اجرا شد. همچنین گروه درمانی رویا پروانی پس از مراحل تدوین طی سیزده جلسه، هر جلسه ۱۲۰ دقیقه و در هر هفته یک جلسه انجام شد. گروه گواه نیز به عنوان گروهی که هیچ درمانی را دریافت نکردند، در پژوهش شرکت داشتند. بر اساس اندازه اثر ۰/۲۵، آلفای ۰/۵ و توان ۰/۸۰ در دو گروه، حداقل تعداد نمونه برای دستیابی به توان مورد نظر، ۳۰ نفر در هر گروه جمعاً ۶۰ نفر به دست آمد. معیارهای ورود به پژوهش شامل تمایل به شرکت در پژوهش، دانشجو بودن در دانشگاه فردوسی مشهد، وجود حداقل نمره افسردگی (نمره ۱۲) و اضطراب مرگ (نمره ۸) و معیارهای خروج، مصرف انواع مواد مخدر و الکل، مصرف داروهای روان پزشکی که بر روی خواب و کیفیت آن تأثیر می گذارند، ابتلا به بیماری های روانی مزمن نظیر انواع روان پریشی و عدم تمایل به شرکت یا انصراف از ادامه کار بود. علاوه بر متغیرهای وابسته که از طریق پرسشنامه مورد استفاده در پژوهش اندازه گیری شدند، متغیرهای جمعیت شناختی شامل سن (کمتر از ۲۵ سال، ۲۶ تا ۳۵ سال، ۳۶ سال و بالاتر)، جنسیت (مرد و زن)، وضعیت تاهل (مجرد، متاهل و مطلقه) و مقطع تحصیلی (کارشناسی، ارشد و دکتری) نیز مورد سنجش قرار گرفتند. پژوهشگر با دادن توضیحات کافی در خصوص هدف پژوهش و آگاه نمودن شرکت کنندگان در خصوص مطالعه، پرسشنامه را در اختیار آنان قرار داده، و پاسخ دهنده ها در صورت تمایل در پژوهش مشارکت می نمودند. این اطمینان به آزمودنی ها داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی مورد استفاده قرار خواهد گرفت. به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت کنندگان ثبت نشد و برای اطمینان از روند کار، کلیه پرسشنامه ها توسط خود پژوهشگر اجرا شد. متغیرهای مورد بررسی قبل و بعد و سه ماه بعد از اجرای مداخله اندازه گیری شدند.

جدول شماره ۱- شرح جلسات درمان رویاپرورانی

جلسه	هدف
اول	فرآیندهای معرفی درمانگر، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، ایجاد فضایی امن و قابل اعتماد جهت راحتی اعضا و ایجاد زمینه برای همبستگی گروهی و ارتباط با یکدیگر
دوم	تلاش برای ایجاد ارتباط و افزایش همبستگی و مشارکت، گفتگو اعضا با یکدیگر و صحبت در مورد مسائل و احساسات شخصی، تقویت حضور در این جا و اکنون و افزایش خود آگاهی، تبیین نقش رویا در زندگی روان شناختی در کودکی، نوجوانی، جوانی، زمان حال و رویاهای تکرار شونده، ارزیابی اعضا از مفهوم مرگ و مشخص کردن دفاعها در برابر اضطراب مرگ
سوم	تصویرسازی تحلیلی به صورت سفر روان شناختی، آموزش مراحل رویاپرورانی
چهارم	تجربه «فضای ناشناخته مرگ»، آموزش همدلی
پنجم	تجربه مواجه شدن با «اجساد بی جان»، بازخورد اعضای گروه به یکدیگر در مورد رویاهای یکدیگر، افزایش توان همدلی
ششم	بیان «کارهای ناتمام هنگام مرگ»، بازنمایی تجربه مواجه شدن با کارهای ناتمام و تجربه عواطف هم زمان
هفتم	تجربه «درد هنگام مرگ»، بازخورد اعضای گروه به یکدیگر در مورد رویاهای یکدیگر
هشتم	تجربه «از دست دادن بدن و تدفین جسم»، افزایش توان همدلی
نهم	بیان تجربه «از دست دادن خانواده و نزدیکان»، بازخورد اعضای گروه به یکدیگر در مورد رویاهای یکدیگر، افزایش توان همدلی و استفاده از فنون بازخورد، بسط و پیوند یونگ، توضیح و تحلیل
دهم	بیان تجربیات اعضای گروه در مورد رویاهای خود در زمینه تجربه «تنهایی»، بازخورد اعضای گروه به یکدیگر در مورد رویاهای یکدیگر، افزایش توان همدلی
یازدهم	بیان تجربیات اعضای گروه در مورد رویاهای خود در زمینه تجربه «واپس روی وجود و بی هویتی»، بازخورد اعضای گروه به یکدیگر در مورد رویاهای یکدیگر، افزایش توان همدلی
دوازدهم	بیان تجربیات اعضای گروه در مورد رویاهای خود در زمینه تجربه «مجازات و مکافات اعمال»، بازخورد اعضای گروه به یکدیگر در مورد رویاهای یکدیگر، افزایش توان همدلی
سیزدهم	بیان تجربیات اعضای گروه در مورد رویاهای خود در زمینه «بازتولد»، بازخورد اعضای گروه به یکدیگر در مورد رویاهای یکدیگر، افزایش توان همدلی

جدول شماره ۲- شرح جلسات درمان تصویرسازی تحلیلی

جلسه	هدف
اول	شامل آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، ایجاد فضایی امن و قابل اعتماد جهت راحتی اعضا و ایجاد زمینه برای همبستگی گروهی و ارتباط با یکدیگر و در نهایت اجرای پیش آزمون
دوم	شامل تلاش برای ایجاد ارتباط و افزایش همبستگی و مشارکت، گفتگو اعضا با یکدیگر و صحبت در مورد مسائل و احساسات شخصی، تقویت حضور در اینجا و اکنون و افزایش خود آگاهی
سوم	شامل پرداختن به مفهوم اولیه مرگ و بررسی میزان انکار یا مواجهه اعضا با آن، رویارویی ابتدایی اعضا با اضطراب ناشی از تصور مرگ و مردن، آشنایی با ابعاد متفاوت اضطراب مرگ. همچنین تبیین نقش تصویرسازی ذهنی و سفرهای روان شناختی در زندگی روان شناختی و آمادگی اعضا برای شرکت در فرآیند سفرهای روان شناختی.
چهارم تا یازدهم	سفر روان شناختی به ناشناخته، بازخورد و تحلیل، سفر روان شناختی به قلمرو مردگان، بازخورد و تحلیل، سفر روان شناختی نگاه کردن به کارهای ناتمام، بازخورد و تحلیل، سفر روان شناختی درد، بازخورد و تحلیل، سفر روان شناختی از بدن، بازخورد و تحلیل، سفر روان شناختی به هزارتوی خواب، بازخورد و تحلیل، سفر روان شناختی بدرد گفتن نزدیکان، بازخورد و تحلیل، سفر روان شناختی به دشت تنهایی، بازخورد و تحلیل، سفر روان شناختی واپس روی وجود و بی هویتی، بازخورد و تحلیل، سفر روان شناختی به سرزمین مجازات، بازخورد و تحلیل، سفر روان شناختی بازتولد، بازخورد و تحلیل
دوازدهم	تغییرات روانی و رفتاری حاصل از سفرهای روان شناختی در اعضا، مرور شده و با جمع بندی جلسات، اعضا توانایی ادامه مواجهه سازنده با مساله مرگ را بدون کمک درمانگر به دست آوردند. در این جلسه به ویژه بر تبیین تجربه گروه درمانی به عنوان آغاز ارتباطی جدید و سالم با دیگران، تبیین تجربه پایان دادن به فرایند گروه به عنوان شکلی از مرگ و بررسی احساسات اعضا نسبت به آن و سایر دغدغه های آنان و پایان دادن فرایند گروه تمرکز شد. در پایان این جلسه پس آزمون و سه ماه پس از آن مرحله پیگیری برای سنجش متغیرهای وابسته (افسردگی، اضطراب مرگ، کیفیت خواب) اجرا شد.

مقیاس اضطراب مرگ: برای سنجش اضطراب مرگ از پرسشنامه پانزده سوالی Templer (۱۲) که نگرش پاسخگو را به مرگ مورد سنجش قرار می دهد استفاده شد. مقیاس پاسخگویی این پرسشنامه دو درجه ای بلی (نشان دهنده وجود اضطراب در فرد است) و خیر (نشان دهنده فقدان اضطراب نسبت به مسئله مرگ است) است و نمرات بین ۱ تا ۱۵ در نوسان می باشد. با توجه به مقیاس پاسخگویی مورد استفاده افزایش نمرات در این پرسشنامه به معنای افزایش اضطراب مرگ است. بر اساس گزارش Templer (۱۲) در این پرسشنامه نمرات شش و هفت نقاط برش در نظر گرفته شده اند. به این معنی که نمرات بالاتر از هفت نشان دهنده اضطراب مرگ بالا و نمرات پایین تر از شش نشانگر اضطراب مرگ پایین می باشند. در مطالعات مختلف پایایی و روایی این پرسشنامه، بر اساس ضریب پایایی تصنیف برابر با ۰/۶۲ و ضریب همسانی درونی بر حسب ضریب آلفای کرونباخ را برابر با ۰/۷۳ گزارش کرده اند (۱۳). برای بررسی روایی مقیاس اضطراب مرگ نیز از دو آزمون مقیاس نگرانی مرگ و مقیاس اضطراب آشکار استفاده کردند و به همبستگی برابر با ۰/۴ بین مقیاس اضطراب مرگ با مقیاس نگرانی و به ضریب همبستگی برابر با ۰/۴۳ برای اضطراب آشکار، که هر دو با اطمینان ۹۹٪ معنادار بودند دست یافتند (۱۳). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر بر حسب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۷۹ به دست آمد.

مقیاس افسردگی Beck: این آزمون در سال ۱۹۶۱ از سوی Beck معرفی شد. همچنین، این آزمون در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه های مختلف تشکیل می شود و از فرد پاسخگو خواسته می شود شدت نشانه ها را براساس یک مقیاس از صفر تا سه درجه بندی کند. آزمون از نوع خودسنجی بوده و برای تکمیل آن بین پنج تا ده دقیقه زمان لازم است. برای درک سوالات داشتن توانایی خواندن در سطح پنج یا شش کلاس کافی است. دامنه نمره ها بین حداقل برابر با ۰ تا حداکثر برابر با ۶۳ قرار می گیرد. به طور معمول، نمره افراد افسرده از نظر بالینی و افراد ناسازگار غیر بیمار در دامنه ۱۲ تا ۴۰ قرار می گیرد. ضریب همسانی درونی این سیاهه بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ با میانگین ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ قرار دارد. نتیجه ارزیابی روایی محتوایی، همزمان و تمیزی و تحلیل عاملی به طور کلی مطلوب بوده است (۱۴). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر بر حسب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۸۳ به دست آمد.

پرسشنامه کیفیت خواب Pittsburg: این پرسشنامه یکی از مهم ترین پرسشنامه های به کار رفته در تحقیقات خارجی و داخلی است. این پرسشنامه نگرش بیمار را پیرامون کیفیت خواب در طی چهار هفته گذشته بررسی می نماید. پرسشنامه کیفیت خواب Pittsburg دارای هفت قسمت بوده و هفت نمره برای مقیاس های: توصیف کلی فرد از کیفیت خواب، تأخیر در به خواب رفتن، طول مدت خواب مفید، کفایت خواب، اختلالات خواب، میزان داروی خواب آور مصرفی، اختلال عملکرد روزانه و یک نمره کلی به دست می دهد. نمره هر یک از مقیاس های پرسشنامه بین ۰ تا ۳ در نظر گرفته شده است. نمرات ۰، ۱، ۲، ۳ در هر مقیاس به ترتیب بیان گر وضعیت طبیعی، وجود مشکل خفیف، متوسط و شدید می باشد. در این پرسشنامه مجموع نمرات ۵ یا بیشتر نشان دهنده کیفیت خواب ضعیف می باشد. اعتبار آن ۰/۸ و پایایی آزمون مجدد آن بین ۰/۹۳ تا ۰/۹۸ گزارش شده است (۱۵). روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران نیز نسبتاً بالا و ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۸ تا ۰/۸۲ گزارش شده است (۱۶). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر بر حسب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۸۶ به دست آمد.

لازم به ذکر است که برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش های آمار توصیفی یعنی شاخص های گرایش مرکزی و پراکندگی برای توصیف توزیع متغیرها و از تحلیل واریانس با اندازه های مکرر برای آزمون فرض های پژوهش استفاده شد. همچنین برای تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS-16 استفاده شد.

یافته ها

نتایج توصیفی مربوط به متغیرهای دموگرافیک از جمله تحصیلات، سن، تاهل و جنسیت در جدول شماره ۳ گزارش شده است. نرمال بودن متغیرهای وابسته و همگن بودن واریانس ها با استفاده از آزمون های شاپیرو-ویلک و لون در هر گروه مورد بررسی قرار گرفت و هر دو پیش فرض تایید شد. نتایج مربوط به طرح اندازه های تکرار شده در جدول شماره ۴ گزارش شده است.

جدول شماره ۳- اطلاعات دموگرافیک مشارکت کنندگان سه گروه

متغیر	گروه	گروه گواه (درصد) تعداد	گروه رویاپرورانی (درصد) تعداد	گروه تصویرسازی تحلیلی (درصد) تعداد
تحصیلات	دانشجوی کارشناسی	۸ (۲۶/۷)	۴ (۱۳/۳)	۴ (۱۳/۳)
	دانشجوی کارشناسی ارشد	۱۲ (۴۰)	۱۷ (۵۶/۷)	۱۴ (۴۶/۷)
	دانشجوی دکتری	۱۰ (۳۳/۳)	۹ (۳۰)	۱۲ (۴۰)
	جمع	۳۰ (۱۰۰)	۳۰ (۱۰۰)	۳۰ (۱۰۰)
سن	تا ۲۵ سال	۵ (۱۶/۷)	۱۰ (۳۳/۳)	۸ (۲۶/۷)
	۲۶ تا ۳۵ سال	۱۹ (۶۳/۳)	۱۳ (۴۳/۳)	۱۵ (۵۰)
	۳۶ سال و بالاتر	۶ (۲۰)	۷ (۲۳/۳)	۷ (۲۳/۳)
	جمع	۳۰ (۱۰۰)	۳۰ (۱۰۰)	۳۰ (۱۰۰)
وضعیت تاهل	مجرد	۱۲ (۴۰)	۱۶ (۵۳/۳)	۱۴ (۴۶/۷)
	متاهل	۱۲ (۴۰)	۸ (۲۶/۷)	۱۲ (۴۰)
	مطلقه	۶ (۲۰)	۶ (۲۰)	۴ (۱۳/۳)
	جمع	۳۰ (۱۰۰)	۳۰ (۱۰۰)	۳۰ (۱۰۰)
جنسیت	مرد	۱۲ (۴۰)	۱۲ (۴۰)	۱۰ (۳۳/۳)
	زن	۱۸ (۶۰)	۱۸ (۶۰)	۲۰ (۶۶/۷)
	جمع	۳۰ (۱۰۰)	۳۰ (۱۰۰)	۳۰ (۱۰۰)

جدول شماره ۴- میانگین (انحراف معیار) نمرات متغیرهای وابسته در گروه های مورد مطالعه

متغیر	گروه	پیش آزمون (انحراف معیار) میانگین	پس آزمون (انحراف معیار) میانگین	پیگیری (انحراف معیار) میانگین	P
اضطراب مرگ	گواه	۹/۱ (۲/۵)	۹ (۳)	۹/۴ (۲/۲)	۰/۷۳
	رویاپرورانی	۱۰/۲ (۲)	۶/۱ (۲/۵)	۵/۹ (۲/۶)	۰/۰۰۱
	تصویرسازی تحلیلی	۸/۵ (۲/۷)	۴/۹ (۲/۶)	۴/۹ (۲/۶)	۰/۰۰۱
افسردگی	گواه	۲۷ (۷/۴)	۲۸/۱ (۸/۳)	۲۹/۸ (۸/۷)	۰/۷۳
	رویاپرورانی	۲۹/۳ (۱۰/۶)	۱۱/۵ (۱۰)	۹/۲ (۸/۹)	۰/۰۰۱
	تصویرسازی تحلیلی	۲۵/۸ (۹/۴)	۱۲/۲ (۸/۷)	۱۱ (۷/۹)	۰/۰۰۱
کیفیت خواب	گواه	۱۹/۸ (۸/۳)	۲۰/۶ (۸/۴)	۲۰/۴ (۸/۱)	۰/۶۴
	رویاپرورانی	۱۹/۱ (۸/۱)	۹/۶ (۶/۳)	۷/۱ (۴)	۰/۰۰۱
	تصویرسازی تحلیلی	۱۸/۲ (۹/۴)	۹/۴ (۶/۴)	۸/۶ (۶/۲)	۰/۰۰۱

میانگین (انحراف معیار) نمره اضطراب مرگ در پیش آزمون گروه رویاپرورانی از ۱۰/۲ (۲) به ۶/۱ (۲/۵) در پس آزمون و ۵/۹ (۲/۶) در پیگیری کاهش یافت ($P < ۰/۰۰۱$)، نمره اضطراب مرگ در پیش آزمون گروه تصویرسازی تحلیلی از ۸/۵ (۲/۷) در پیش آزمون به ۴/۹ (۲/۶) در پس آزمون و پیگیری کاهش یافت اما میانگین (انحراف معیار) نمرات اضطراب مرگ گروه گواه در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوتی نداشته است. نمره افسردگی در پیش آزمون گروه رویاپرورانی از ۲۹/۳ (۱۰/۶) به ۱۱/۵ (۱۰) در پس آزمون و ۹/۲ (۸/۹) در پیگیری کاهش یافت ($P < ۰/۰۰۱$)، نمره افسردگی در پیش آزمون گروه تصویرسازی تحلیلی از ۲۵/۸ (۹/۴) به ۱۲/۲ (۸/۷) در پس آزمون و ۱۱ (۷/۹) در پیگیری کاهش یافت اما میانگین (انحراف

معیار) نمرات افسردگی در گروه گواه در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوتی نداشته است. نمره کیفیت خواب در پیش آزمون گروه رویا پروانی از $(۸/۱)$ به $(۶/۳)$ در $۹/۶$ در پس آزمون و (۴) در $۷/۱$ در پیگیری کاهش یافت $(P<۰/۰۰۱)$ ، نمره کیفیت خواب در پیش آزمون گروه تصویرسازی تحلیلی از $(۹/۴)$ به $(۶/۴)$ در $۹/۴$ در پس آزمون و $(۶/۲)$ در $۸/۶$ در پیگیری کاهش یافت اما میانگین (انحراف معیار) نمرات کیفیت خواب در گروه گواه در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوتی نداشته است. مقایسه دو گروه رویا پروانی تحلیلی و تصویرسازی تحلیلی در پیش و پس آزمون و پیگیری به کمک آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که این دو گروه تفاوت معناداری از نظر اضطراب مرگ، افسردگی و کیفیت خواب نداشتند $(P>۰/۰۵)$ و هر دو درمان به یک اندازه بر متغیرهای پژوهش تأثیر داشته‌اند.

بحث

مطالعه نشان داد میانگین (انحراف معیار) نمره اضطراب مرگ در پیش آزمون گروه رویا پروانی از (۲) به $(۲/۵)$ در $۶/۱$ در پس آزمون و $(۲/۶)$ در $۵/۹$ در پیگیری کاهش یافت $(P<۰/۰۰۱)$ ، نمره اضطراب مرگ در پیش آزمون گروه تصویرسازی تحلیلی از $(۲/۷)$ به $(۲/۶)$ در $۴/۹$ در پس آزمون و پیگیری کاهش یافت اما میانگین (انحراف معیار) نمرات اضطراب مرگ گروه گواه در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوتی نداشته است. نمره افسردگی در پیش آزمون گروه رویا پروانی از $(۱۰/۶)$ به $۲۹/۳$ در $۱۱/۵$ در پس آزمون و $(۸/۹)$ در $۹/۲$ در پیگیری کاهش یافت $(P<۰/۰۰۱)$ ، نمره افسردگی در پیش آزمون گروه تصویرسازی تحلیلی از $(۹/۴)$ به $(۸/۷)$ در $۱۲/۲$ در پس آزمون و $(۷/۹)$ در ۱۱ در پیگیری کاهش یافت اما میانگین (انحراف معیار) نمرات افسردگی در گروه گواه در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوتی نداشته است. نمره اختلال خواب در پیش آزمون گروه رویا پروانی از $(۸/۱)$ به $(۶/۳)$ در $۹/۶$ در پس آزمون و (۴) در $۷/۱$ در پیگیری کاهش یافت $(P<۰/۰۰۱)$ ، نمره اختلال خواب در پیش آزمون گروه تصویرسازی تحلیلی از $(۹/۴)$ به $(۶/۴)$ در $۹/۴$ در پس آزمون و $(۶/۲)$ در $۸/۶$ در پیگیری کاهش یافت اما میانگین (انحراف معیار) نمرات اختلال خواب در گروه گواه در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوتی نداشته است. مقایسه دو گروه رویا پروانی تحلیلی و تصویرسازی تحلیلی در پیش و پس آزمون و پیگیری نشان داد که این دو گروه تفاوت معناداری از نظر تأثیر اضطراب مرگ، افسردگی و کیفیت خواب نداشتند.

یافته‌های مربوط به تأثیر رویا پروانی بر اضطراب مرگ، افسردگی و کیفیت خواب و مقایسه آن با گروه گواه حاکی از آن بود که درمان رویا پروانی نسبت به گروه گواه بر اضطراب مرگ، افسردگی اثرات کاهشی و کیفیت خواب تأثیر افزایشی معنادار داشته است. به این معنی که گروه رویا پروانی نسبت به گروه گواه موجب تأثیرات کاهشی معنادار اضطراب مرگ، افسردگی و افزایش کیفیت خواب در مراجعین هم در مرحله پس آزمون و هم در مرحله پیگیری شدند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که رویا پروانی در کاهش اضطراب مرگ، افسردگی و افزایش کیفیت خواب مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های Iverach و همکاران (۱۷)، Peters و همکاران (۱۸)، Auxéméry (۱۹)، Sherman و همکاران (۲۰)، Greyson (۲۱)، Woo و همکاران (۱۰) و Fredrickson (۲۲) که نشان داده‌اند که مواجهه و تحلیل منشاء اضطراب مرگ خود می‌تواند موجب کاهش میزان این پدیده اضطرابی در انسان‌ها شود، همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که در رویا پروانی بر تحلیل رویاها و تصویرسازی‌های معطوف به مرگ تمرکز می‌شود و در عین حال به تحلیل جزئی منشاء و ریشه روانی و نیز ریشه‌های وجودی اضطراب مرگ توجه می‌شود.

یافته‌های مربوط به تأثیر تصویرسازی تحلیلی بر اضطراب مرگ، افسردگی و کیفیت خواب و مقایسه آن با گروه گواه حاکی از آن بود که تصویرسازی تحلیلی نسبت به گروه گواه بر اضطراب مرگ، افسردگی تأثیرات کاهشی و کیفیت خواب تأثیر افزایشی معنادار داشته است. به این معنی که گروه تصویرسازی تحلیلی نسبت به گروه گواه موجب تأثیرات کاهشی معنادار اضطراب مرگ، افسردگی و افزایش کیفیت خواب در مراجعین هم در مرحله پس آزمون و هم در مرحله پیگیری شدند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که تصویرسازی تحلیلی در کاهش اضطراب مرگ، افسردگی و افزایش کیفیت خواب مؤثر است. نمونه پژوهش‌هایی نظیر Watkins و همکاران (۲۳)، بهزاد و همکاران (۲۴) و Hill و همکاران (۲۵) نشان داده که تصویرسازی و همچنین مواجهه و تحلیل منشاء اضطراب مرگ خود می‌تواند موجب کاهش افسردگی در انسان‌ها شود. مرگ

برای انسان‌ها نقش یک پدیده کلی بزرگ و هولناک را ایفا می‌کند. بر پایه این مساله، پر واضح است که در تصویرسازی با تقسیم کل هولناک مرگ به اجزاء قابل درک، افراد احساس تسلط بیشتری را بر این پدیده تجربه می‌کنند. این احساس تسلط از احساس استیصال فرد می‌کاهد و این به نوبه خود می‌تواند منجر به کاهش افسردگی، اضطراب مرگ و بهبود کیفیت خواب شود. فرد از طریق تصویرسازی که به جلسه درمان می‌آورد سرنخ‌های مهمی را به درمان‌گر می‌دهد. گره‌های حل نشده‌ای که به صورت تصویر تجلی یافته است. افراد متوجه ریشه‌های اصلی افسردگی خود می‌شوند و می‌توانند معنای افسردگی خویش را برای خودشان ترجمه کنند.

از سوی دیگر خواب به دلیل ساختار و ویژگی‌هایش، تداعی‌کننده قوی پدیده مرگ است. در هر کیفیت خواب پایین، رگه‌های اضطراب مرگ قابل رویت است. کیفیت خواب پدیده‌ای است که می‌توان تجلی بسیاری از وضعیت‌های روانی را در آن مشاهده کرد. نشانه‌های افسردگی عوامل خطر مهمی برای پیش‌بینی بی‌خوابی می‌باشند و نیز افسردگی، همبودی زیادی با بی‌خوابی مزمن (صرف نظر از سبب‌شناسی آن) دارد (۲۹). اضطراب و اختلالات اضطرابی نیز خواب را در شروع با مشکل مواجه می‌کنند (مشکل در شروع به خواب رفتن)، و ادامه خواب را مختل می‌کند. در همین راستا چنین می‌توان تحلیل کرد که چنانچه درمانی بر اضطراب و افسردگی موثر باشد، نتیجه منطقی آن اثرگذاری بر بهبود کیفیت خواب است. نتایج آماری این مساله را تایید می‌کند و نشان می‌دهد رویاپروانی بر کیفیت خواب بسیار موثر بوده است. شاید بتوان این مساله را تأثیر با واسطه درمان اضطراب و افسردگی دانست.

مقایسه دو گروه رویاپروانی تحلیلی و تصویرسازی تحلیلی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای اضطراب مرگ، افسردگی و کیفیت خواب نشان داد که این دو گروه تفاوت معناداری از نظر اضطراب مرگ، افسردگی و کیفیت خواب نداشتند. یافته‌ای در جهت همسو یا ناهمسو بودن با این یافته مشاهده نشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت تصویرسازی و رویا و همچنین مواجهه و تحلیل منشاء اضطراب مرگ خود می‌تواند موجب بهبود کیفیت خواب در انسان‌ها شود. از آنجایی که در رویاپروانی و تصویرسازی تحلیلی نیز بر تحلیل رویاها و تصویرسازی‌های معطوف به مرگ تمرکز می‌شود و در عین حال به تحلیل جزئی منشاء و ریشه روانی و نیز ریشه‌های وجودی اضطراب مرگ توجه می‌شود، می‌توان گفت که هر دو درمان رویاپروانی و تصویرسازی تحلیلی به یک اندازه موجب بهبود اضطراب مرگ، افسردگی و کیفیت خواب شدند.

یافته‌های مربوط به تأثیر رویاپروانی بر کیفیت خواب و مقایسه آن با تصویرسازی تحلیلی حاکی از آن بود که درمان رویاپروانی در مقایسه با تصویرسازی تحلیلی تفاوت معناداری بر بهبود کیفیت خواب نداشته است. به این معنی که گروه رویاپروانی و تصویرسازی تحلیلی هر دو موجب بهبود معنادار کیفیت خواب در مراجعین هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری شدند اما با هم تفاوتی نداشتند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که رویاپروانی و تصویرسازی تحلیلی دارای تأثیرات به نسبت یکسان بر بهبود کیفیت خواب هستند. در پژوهش‌هایی نظیر پژوهش Posadzki و همکاران (۲۶)، Suguna و همکاران (۲۷)، و Luca و همکاران (۲۸) نشان داده شده که تصویرسازی و رویا و همچنین مواجهه و تحلیل منشاء اضطراب مرگ خود می‌تواند موجب بهبود کیفیت خواب در انسان‌ها شود.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که ساز و کار اثرگذاری رویاپروانی بر بهبود کیفیت خواب بدین نحو است که اضطراب‌های سرکوب شده نسبت به مرگ را به سطح آگاهی می‌آورد. چنانچه امر سرکوب شده حل نشود به فعالیت خود در ساحت روان ادامه می‌دهد و اضطراب‌هایی با منبع نامشخص ایجاد می‌کند. این اضطراب‌ها در زمان خواب که سانسورها به حداقل می‌رسد به فرد فشار آورده و بیرون ریخته می‌شود و کیفیت خواب پایین را باعث می‌شود. در رویاپروانی مرگ، اضطراب‌های ناشی از مرگ به صورت بخش‌های کوچک تر به سطح ناخودآگاه آورده می‌شود. به این اضطراب‌ها در فضای گروه درمانی که فضایی امن محسوب می‌شود به تفصیل رسیدگی می‌گردد. در واقع زمانی که اضطراب و ناامنی در فضایی امن بررسی گردد، امنیت ناشی از درمانگر و نیز ناشی از فضای گروهی به اضطراب تعمیم داده می‌شود و امنیت درونی را در پی دارد (۳۰).

محدودیت ها

محدودیت‌های این مطالعه شامل کوتاه بودن طول جلسات و دوره درمان بوده که انجام تحلیل‌های عمیق مبتنی بر رویکردهای روان تحلیل‌گرایانه و هستی‌گرایانه را با محدودیت مواجه کرد. همچنین به دلیل پیچیدگی و چندبعدی بودن مفهوم ممکن است همچنان جنبه‌های وجود داشته باشد که پژوهش حاضر آنها را پوشش نداده باشد. از آنجا که مداخله رویا پروانی بایستی در طول هفته و نیز پیش از خواب در منزل انجام می‌گرفت، با توجه به شرایط فرهنگی و اجتماعی در ایران، درمانگر تنها از طریق آموزش و پیگیری تمرینات در جلسات درمان اجرای برنامه رویا پروانی را کنترل نمود. این روش ممکن است برخی محدودیت‌ها را در تعمیم نتایج نسبت به شرایطی که درمان با حضور درمانگر قبل از خواب پیگیری و ادامه می‌یابد، ایجاد نماید. کمبود پژوهش‌های انجام شده در رابطه با تأثیرات مستدل و علمی رویا پروانی در ایران و جهان از جمله محدودیت‌هایی بود که باعث گردید تا در تطابق میان نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر با پژوهش‌های دیگر پژوهشگران به جای همخوانی یا ناهمخوانی به همسویی و عدم همسویی که نسبت به همخوانی و ناهمخوانی دارای محدودیت در تطابق است بسنده شود. با توجه به نتایج این پژوهش، پیشنهاد می‌شود مداخله‌ای با تعداد جلسات بیشتر برای پرداختن عمیق‌تر به مسائل ناشی از پدیده مرگ جهت کاهش اضطراب، افسردگی و بهبود کیفیت خواب انجام شود.

نتیجه‌گیری

مطالعه نشان داد که درمان رویا پروانی، باعث کاهش اضطراب مرگ، افسردگی و اختلال خواب شد، اما در کاهش میزان این سه متغیر تفاوتی با درمان تصویرسازی تحلیلی نداشت.

تشکر و قدردانی

نویسندگان کمال تشکر و قدردانی خود را از افراد شرکت‌کننده در این پژوهش و معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه اصفهان و مشهد به واسطه همکاری در اجرای این پژوهش اعلام می‌دارند. این مقاله منتج از پایان‌نامه دکتری تخصصی رشته روان‌شناسی و دارای کد IR.KHUISF.REC.1395.41025 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) می‌باشد.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

REFERENCES

1. Oliveira A, Sousa DC, Pires AA. Significant events in existential psychotherapy: The client's perspective. *Existential Analysis*. 2012;23:288-304.
2. Alegria S, Carvalho I, Sousa D, Correia EA, Fonseca J, SáPires B, Fernandes S. Process and Outcome Research in Existential Psychotherapy. *Existential Analysis: Journal of the Society for Existential Analysis*. 2016;27(1): 4-16.
3. Sinclair S. Impact of death and dying on the personal lives and practices of palliative and hospice care professionals. *Canadian Medical Association Journal*. 2011;183(2):180-7.
4. Peters L, Cant R, Payne S, O'Connor M, McDermott F, Hood K, Morphet J, Shimoinaba K. How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: a review of literature. *The open nursing journal*. 2013;7:14-20.
5. Gomes B, Higginson IJ, Calanzani N, Cohen J, Deliens L, Daveson BA, Bechinger-English D, Bausewein C, Ferreira PL, Toscani F, Meñaca A. Preferences for place of death if faced with advanced cancer: a population survey in England, Flanders, Germany, Italy, the Netherlands, Portugal and Spain. *Annals of oncology*. 2012;23(8):2006-15.
6. Rink M, Fajkovic H, Cha EK, Gupta A, Karakiewicz PI, Chun FK, Lotan Y, Shariat SF. Death certificates are valid for the determination of cause of death in patients with upper and lower tract urothelial carcinoma. *European urology*. 2012;61(4):854-5.
7. Borrell LN, Samuel L. Body mass index categories and mortality risk in US adults: the effect of overweight and obesity on advancing death. *American journal of public health*. 2014;104(3):512-9.
8. Missler M, Stroebe M, Geurtsen L, Mastenbroek M, Chmoun S, Van Der Houwen K. Exploring death anxiety among elderly people: A literature review and empirical investigation. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. 2012;64(4):357-79.

9. Miller AK, Lee BL, Henderson CE. Death anxiety in persons with HIV/AIDS: a systematic review and meta-analysis. *Death studies*. 2012;36(7):640-63.
10. Woo YW, Kim KH, Kim KS. Death anxiety and terminal care stress among nurses and the relationship to terminal care performance. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*. 2013;16(1):33-41.
11. Nia HS, Lehto RH, Ebadi A, Peyrovi H. Death anxiety among nurses and health care professionals: a review article. *International journal of community based nursing and midwifery*. 2016 Jan;4(1):2-12.
12. Nia HS, Ebadi A, Lehto RH, Mousavi B, Peyrovi H, Chan YH. Reliability and validity of the persian version of templer death anxiety scale-extended in veterans of Iran–Iraq warfare. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*. 2014;8(4):29-36.
13. Bertolazi AN, Fagondes SC, Hoff LS, Dartora EG, da Silva Miozzo IC, de Barba ME, Barreto SS. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh sleep quality index. *Sleep medicine*. 2011;12(1):70-5.
14. Sohn SI, Kim DH, Lee MY, Cho YW. The reliability and validity of the Korean version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Sleep and Breathing*. 2012;16(3):803-12.
15. Einollahi B, Motalebi M, Rostami Z, Nemati E, Salesi M. Sleep quality among Iranian hemodialysis patients: a multicenter study. *Nephro-urology monthly*. 2015;7(1): 72-85.
16. Nia HS, Lehto RH, Ebadi A, Peyrovi H. Death anxiety among nurses and health care professionals: A review article. *International journal of community based nursing and midwifery*. 2016;4(1):2-15.
17. Iverach L, Menzies RG, Menzies RE. Death anxiety and its role in psychopathology: Reviewing the status of a transdiagnostic construct. *Clinical psychology review*. 2014;34(7):580-93.
18. Peters L, Cant R, Payne S, O'Connor M, McDermott F, Hood K, et al. How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: a review of literature. *The open nursing journal*. 2013;7(1): 44-61.
19. Auxéméry Y. The "near-death experience" during comas: Psychotraumatic suffering or the taming of reality? *Medical hypotheses*. 2013;81(3):379-82.
20. Sherman DW, Norman R, McSherry CB. A comparison of death anxiety and quality of life of patients with advanced cancer or AIDS and their family caregivers. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2010;21(2):99-112.
21. Greyson B. The mystical impact of near-death experiences. *Shift: At the Frontiers of Consciousness*. 2008;17:9-13.
22. Fredrickson BL. The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American psychologist*. 2001;56(3):218-232.
23. Watkins LL, Koch GG, Sherwood A, Blumenthal JA, Davidson JR, O'Connor C, Sketch Jr MH. Association of anxiety and depression with all cause mortality in individuals with coronary heart disease. *Journal of the American Heart Association*. 2013;2(2):68-75.
24. Behzad VM, Fallahi KM, Saied BMS, Hosaini M. The effect of mind education by imagery on depression of elders. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2013; 7 (27): 10-17.
25. Hill J, Holcombe C, Clark L, Boothby MR, Hincks A, Fisher J, Tufail S, Salmon P. Predictors of onset of depression and anxiety in the year after diagnosis of breast cancer. *Psychological medicine*. 2011;41(7):1429-36.
26. Posadzki P, Ernst E. Guided Imagery for Musculoskeletal Pain.: A Systematic Review. *The Clinical journal of pain*. 2011;27(7):648-53.
27. Suguna A, Goud BR, Shanbhag D, Maria G, Jacob M, Pinto S, et al. Sleep Disturbances and Death Anxiety among the Elderly in a Rural Area of Southern Karnataka. *International Journal of Health Sciences and Research (IJHSR)*. 2015;5(9):24-9.
28. Luca A, Luca M, Calandra C. Sleep disorders and depression: brief review of the literature, case report, and nonpharmacologic interventions for depression. *Clin Interv Aging*. 2013;8(1033):9-18.
29. Irwin MR, Olmstead R, Motivala SJ. Improving sleep quality in older adults with moderate sleep complaints: A randomized controlled trial of Tai Chi Chih. *SLEEP-NEW YORK THEN WESTCHESTER-*. 2008;31(7):1001-14.
30. Nadorff MR, Porter B, Rhoades HM, Greisinger AJ, Kunik ME, Stanley MA. Bad dream frequency in older adults with generalized anxiety disorder: prevalence, correlates, and effect of cognitive behavioral treatment for anxiety. *Behavioral sleep medicine*. 2014;12(1):28-40.

مقیاس اضطراب مرگ Templer

لطفاً به سوالات زیر به صورت "صحیح یا غلط" یا غلط از نظر خودتان پاسخ دهید.

سوالات	بلی	خیر
۱. آیا دلوایس مردن هستید؟		
۲. آیا نگران هستید قبل از انجام کارهایتان از دنیا بروید؟		
۳. آیا نگران هستید قبل از مرگ برای مدت طولانی بیمار باشید؟		
۴. آیا این فکر شما را ناراحت می کند که دیگران ممکن است به درد و رنج شما وقتی که در احتضار هستید توجه کنند؟		
۵. آیا نگران هستید که مرگ ممکن است خیلی دردناک باشد؟		
۶. آیا فکر می کنید وقتی در حال احتضار هستید نزدیک ترین افراد نگران شما هستند؟		
۷. آیا درباره تنها بودن به هنگام مرگ نگران هستید؟		
۸. آیا فکر می کنید که قبل از مرگ کنترل ذهنی خود را از دست بدهید؟		
۹. آیا نگران هستید که ممکن است هزینه کفن و دفن شما برای دیگران سنگین باشد؟		
۱۰. آیا نگران هستید که مبادا پس از مرگتان دستورات یا تعلقات شما انجام نشود؟		
۱۱. آیا می ترسید که مبادا قبل از اینکه واقعا از دنیا بروید شما را به خاک بسپارند؟		
۱۲. آیا ترک افراد مورد علاقه هنگام مرگ شما را ناراحت می کند؟		
۱۳. آیا نگران هستید که مبادا آنهایی که نگران شما هستند بعد از مرگ شما را به یاد نیاورند؟		
۱۴. آیا فکر می کنید نگرانی شما این است که با مرگ برای همیشه نابود خواهید شد؟		
۱۵. آیا شما در مورد اینکه نمی دانید بعد از مرگ چه اتفاقی می افتد؟		

پرسشنامه افسردگی Beck

ردیف	امتیاز	سوال
۱	۰	غمگین نیستم
	۱	غمگین هستم
	۲	غم دست بردار نیست
	۳	تحلم را از دست داده ام
۲	۰	به آینده امیدوارم
	۱	به آینده امیدی ندارم
	۲	احساس می کنم آینده ی امید بخشی در انتظارم نیست
	۳	کمترین روزنه امیدی ندارم
۳	۰	ناکام نیستم
	۱	ناکام تر از دیگرانم
	۲	به زندگی گذشته ام که نگاه می کنم هرچه می بینم شکست و ناکامی است
	۳	آدم کاملاً شکست خورده ای هستم
۴	۰	مثل گذشته از زندگیم راضی هستم
	۱	مثل سابق از زندگی لذت نمی برم
	۲	از زندگی رضایت واقعی ندارم
	۳	از هرکس و هرچیز که بگویی ناراضی هستم
۵	۰	احساس تقصیر نمی کنم
	۱	گاهی اوقات احساس تقصیر می کنم
	۲	اغلب احساس تقصیر می کنم
	۳	همیشه احساس تقصیر می کنم
۶	۰	انتظار مجازات ندارم
	۱	احساس می کنم ممکن است مجازات شوم
	۲	انتظار مجازات دارم
	۳	احساس می کنم مجازات می شوم
۷	۰	از خود راضی هستم
	۱	از خود راضی نیستم
	۲	از خودم بدم میاد
	۳	از خودم متنفرم
۸	۰	بدتر از سایرین نیستم
	۱	از خودم به خاطر خطاهایم انتقاد می کنم
	۲	همیشه خودم را بخاطر خطاهایم سرزنش می کنم
	۳	برای هر اتفاق بدی خود را سرزنش می کنم
۹	۰	هرگز به فکر خودکشی نمی افتم
	۱	فکر خودکشی به سرم زده اما اقدامی نکرده ام
	۲	به فکر خودکشی هستم
	۳	اگر بتوانم خودکشی می کنم
۱۰	۰	بیش از حد معمول گریه نمی کنم
	۱	بیش از گذشته گریه می کنم
	۲	همیشه گریانم
	۳	قبلاً گریه می کردم اما حالا با اینکه دلم هم می خواهد نمی توانم گریه کنم

۱۱	۰	کم حوصله تر از گذشته نیستم
	۱	کم حوصله تر از گذشته هستم
	۲	اغلب کم حوصله هستم
	۳	همیشه کم حوصله هستم
۱۲	۰	مثل همیشه مردم را دوست دارم
	۱	به نسبت گذشته کمتر از مردم خوشم می آید
	۲	تا حدود زیادی علاقه ام را به مردم از دست داده ام
	۳	از مردم قطع امید کرده ام، به آن ها علاقه ای ندارم
۱۳	۰	مانند گذشته تصمیم می گیرم
	۱	کمتر از گذشته تصمیم می گیرم
	۲	نسبت به گذشته تصمیم گیری برایم دشوارتر شده است
	۳	قدرت تصمیم گیریم را از دست داده ام
۱۴	۰	جذابیت گذشته ها را ندارم
	۱	نگران هستم که جذابیتم را از دست ندهم
	۲	احساس می کنم هر روز که می گذرد جذابیتم را بیشتر از دست می دهم
	۳	زشت هستم
۱۵	۰	به خوبی گذشته کار می کنم
	۱	به خوبی گذشته کار نمی کنم
	۲	برای اینکه کاری بکنم به خودم فشار زیادی می آورم
	۳	دستم به هیچ کاری نمی رود
۱۶	۰	مثل همیشه خوب می خوابم
	۱	مثل گذشته خوابم نمی برد
	۲	یکی دو ساعتی زودتر از معمول از خواب بیدار می شوم خوابیدن دوباره برایم مشکل است
	۳	چند ساعت زودتر از معمول از خواب بیدار می شوم و دیگر خوابم نمی برد
۱۷	۰	بیش از گذشته خسته نمی شوم
	۱	بیش از گذشته خسته می شوم
	۲	انجام هر کاری خسته ام می کند
	۳	از شدت خستگی هیچ کاری از عهده ام ساخته نیست
۱۸	۰	اشتهایم تغییری نکرده است
	۱	اشتهایم به خوبی گذشته نیست
	۲	اشتهایم خیلی کم شده است
	۳	به هیچ چیز اشتها ندارم
۱۹	۰	اخیراً وزن کم نکرده ام
	۱	بیش از دو کیلو و نیم وزن کم کرده ام
	۲	بیش از پنج کیلو وزن بدنم کم شده است
	۳	بیش از هفت کیلو وزن کم کرده ام
۲۰	۰	بیش از گذشته بیمار نمی شوم
	۱	از سر درد و دل درد و یبوست کمی ناراحتم
	۲	به شدت نگران سلامتی خود هستم
	۳	آنقدر نگران سلامتی خود هستم که دستم به هیچ کاری نمی رود
۲۱	۰	میل جنسی ام تغییری نکرده است
	۱	میل جنسی ام کمتر شده است
	۲	میل جنسی ام خیلی کم شده است
	۳	کمترین میل جنسی در من نیست

پرسشنامه کیفیت خواب (PSQI)

نام و نام خانوادگی: تحصیلات: جنسیت: تاریخ:

پرسش های زیر در مورد رفتارهای خواب شما، تنها در یک ماه گذشته است پاسخ های شما باید در برگیرنده حالت های جامع در اکثر روزها و شب های ماه گذشته باشد لطفا به همه پرسش ها پاسخ دهید.

۱- در طول ماه گذشته معمولا چه ساعتی به رختخواب می رفتید؟

۲- در طول ماه گذشته معمولا چند دقیقه از دراز کشیدن تا به خواب رفتن شما طول می کشد؟

۳- در طول ماه گذشته معمولا چه موقعی از خواب بیدار می شدید؟

۴- در طول ماه گذشته خواب واقعی شما در طول شب معمولا چند ساعت بوده است؟ (این مقدار با ساعاتی که در رختخواب دراز می کشید متفاوت است)

۵- در طول ماه گذشته بعد از گذشت ۳۰ دقیقه از دراز کشیدن به خواب نمی رفتم.

هیچ مرتبه ☐ کمتر از یکبار در طول هفته ☐ یک یا دو بار در طول هفته ☐ سه مرتبه یا بیشتر در طول هفته ☐

۶- در طول ماه گذشته در نیمه شب یا اول صبح از خواب بیدار شدم.

هیچ مرتبه ☐ کمتر از یکبار در طول هفته ☐ یک یا دو بار در طول هفته ☐ سه مرتبه یا بیشتر در طول هفته ☐

۷- در طول ماه گذشته مجبور به بیدار شدن جهت رفتن به حمام بوده ام.

هیچ مرتبه ☐ کمتر از یکبار در طول هفته ☐ یک یا دو بار در طول هفته ☐ سه مرتبه یا بیشتر در طول هفته ☐

۸- در طول ماه گذشته در تنفس دچار مشکل می شدم.

هیچ مرتبه ☐ کمتر از یکبار در طول هفته ☐ یک یا دو بار در طول هفته ☐ سه مرتبه یا بیشتر در طول هفته ☐

۹- در طول ماه گذشته به علت سرفه یا خرخر کردن بلند از خواب بیدار می شدم.

هیچ مرتبه ☐ کمتر از یکبار در طول هفته ☐ یک یا دو بار در طول هفته ☐ سه مرتبه یا بیشتر در طول هفته ☐

۱۰- در طول ماه گذشته احساس سردی زیادی می کردم.

هیچ مرتبه ☐ کمتر از یکبار در طول هفته ☐ یک یا دو بار در طول هفته ☐ سه مرتبه یا بیشتر در طول هفته ☐

۱۱- در طول ماه گذشته احساس داغی زیادی می کردم.

هیچ مرتبه ☐ کمتر از یکبار در طول هفته ☐ یک یا دو بار در طول هفته ☐ سه مرتبه یا بیشتر در طول هفته ☐

۱۲- در طول ماه گذشته خواب های آشفته می دیدم.

هیچ مرتبه ☐ کمتر از یکبار در طول هفته ☐ یک یا دو بار در طول هفته ☐ سه مرتبه یا بیشتر در طول هفته ☐

۱۳- در طول ماه گذشته احساس درد داشتم.

هیچ مرتبه ☐ کمتر از یکبار در طول هفته ☐ یک یا دو بار در طول هفته ☐ سه مرتبه یا بیشتر در طول هفته ☐

۱۴- در طول ماه گذشته به چه دلایل دیگری در به خواب رفتن مشکل داشته اید؟ لطفاً نام ببرید به چه میزان؟

هیچ مرتبه ☐ کمتر از یکبار در طول هفته ☐ یک یا دو بار در طول هفته ☐ سه مرتبه یا بیشتر در طول هفته ☐

۱۵- در طول ماه گذشته جهت خوابیدن چند مرتبه مجبور به استفاده از داروهای خواب آور شده اید؟

☐ هیچ مرتبه ☐ کمتر از یکبار در طول هفته ☐ یک یا دو بار در طول هفته ☐ سه مرتبه یا بیشتر در طول هفته ☐

۱۶- در طول ماه گذشته در بیدار ماندن برای رانندگی، خوردن یا انجام فعالیت های روزمره مشکل داشته ام.

هیچ مرتبه ☐ کمتر از یکبار در طول هفته ☐ یک یا دو بار در طول هفته ☐ سه مرتبه یا بیشتر در طول هفته ☐

۱۷- در طول ماه گذشته به چه میزان برای پرداختن با اشتیاق به امور روزمره دچار مشکل بوده اید؟

☐ هیچ مرتبه ☐ کمتر از یکبار در طول هفته ☐ یک یا دو بار در طول هفته ☐ سه مرتبه یا بیشتر در طول هفته ☐

۱۸- در طول ماه گذشته کیفیت خواب خود را چگونه ارزیابی می کنید؟

خیلی خوب ☐ نسبتاً خوب ☐ نسبتاً بد ☐ خیلی بد ☐