

Comparison of the Effectiveness of Illustration through Information Reprocessing and Treatment of Coherent Reminiscence on Feelings of Loneliness, Worry, Hopefulness and Quality of Life of the Elderly in Astaneh-ye Ashrafiieh

Seyyede-Fatemeh Alimoradi-Astaneh¹, Javad Khalatbari^{2*}

1. PhD Student of General Psychology, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. Associate Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

***Corresponding Author:** Javad Khalatbari, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

Email: j.khalatbari@toniau.ac.ir

Received: 24 December 2021

Accepted: 27 February 2022

Published: 27 April 2022

How to cite this article:

Alimoradi-Astaneh F, Khalatbari J. Comparison of the Effectiveness of Illustration through Information Reprocessing and Treatment of Coherent Reminiscence on Feelings of Loneliness, Worry, Hopefulness and Quality of Life of the Elderly in Astaneh-ye Ashrafiieh. *Salāmat-i ijtimāi (Community Health)*. 2022; 9(2):63-76. DOI: <http://doi.org/10.22037/ch.v9i2.31553>.

Abstract

Background and Objective: Elderly people experience feelings of sadness due to loss of social support, less participation in society and more isolation which leading to loneliness. The aim of this study was to compare the effectiveness of illustration through information reprocessing and treatment of coherent reminiscence on feelings of loneliness, worry, hopefulness and quality of life of the elderly in Astaneh-ye-Ashrafiieh.

Materials and Methods: The research method was semi-experimental in control group with pre-test, post-test and three-month follow-up. The statistical population included all people aged 60 years and over who residing in nursing homes located in Astaneh-ye Ashrafiieh. A total 60 eligible subjects were selected based on inclusion and exclusion criteria and were randomly assigned to experimental and control groups. Data collection tools were Pennsylvania Worry Questionnaire, Short Form of Health Context, Hopefulness Scale and Loneliness Questionnaire. Both experimental groups and control group were tested before and after intervention. Then, coherent reminiscence intervention was performed in six sessions and imagery intervention was performed through data processing through in seven sessions for experimental groups. At the end of the interventions, both experimental groups and control group were tested using the research tool. Data were analyzed using covariance analysis test and SPSS Statistics for Windows, version 22.0 (SPSS Inc., Chicago, Ill., USA).

Results: In the reminiscence group, the mean (SD) of hopefulness increased from 19.5 (2.1) in the pre-test to 28.7 (1.1) in the post-test ($P<0.001$) and in the follow-up phase reached 30.7 (1.1) which, indicates that the effect of the intervention was stable ($P<0.001$). In the illustration group, the mean (SD) of hopefulness increased from 19.9 (1.7) in the pre-test to 26.4 (1.1) in the post-test ($P<0.001$) and in the follow-up phase to 28.4 (1.1), which indicates that the effect of the intervention was stable ($P<0.001$). In the reminiscence group, the mean (SD) of quality of life increased from 63.4 (1.8) in the pre-test to 73.3 (2.9) in the post-test ($P<0.001$) and in the follow-up phase 75 (1.6), which indicates that the effect of the intervention was stable ($P<0.001$). In the illustration group, the mean (SD) quality of life increased from 63.3 (1.4) in the pre-test to 73.9 (1.9) in the post-test ($P<0.001$) and in the follow-up phase 75.9 (1.9), which shows that the effect of the intervention was stable ($P<0.001$). In the reminiscence group, the mean (SD) of feeling lonely decreased from 82.4 (1.5) in the pre-test to 72.3 (2.9) in the post-test ($P<0.001$) and in the follow-up phase to 70 (2.6) which indicates that the effect of the intervention was stable ($P<0.001$). In the illustration group, the mean (SD) feeling of loneliness decreased from 82.7 (1.4) in the pre-test to 75.6 (1.6) in the post-test ($P<0.001$) and in the follow-up phase 73.6 (1.5) which shows that the effect of the intervention was stable ($P<0.001$). In the reminiscence group, the mean (SD) of anxiety decreased from 52.4 (1.6) in the pre-test to 44.7 (1.7) in the post-test ($P<0.001$) and in the follow-up phase to 42.7 (1.7), which indicates that the effect of the intervention was stable ($P<0.001$). In the illustration group, the mean (SD) of concern decreased from 52.8 (2.3) in the pre-test to 40.7 (1.1) in the post-test ($P<0.001$) and in the follow-up phase 38.7 (1.1) which indicates that the effect of the intervention was stable ($P<0.001$). In the control group, mean (SD) showed no difference in hopefulness, quality of life, loneliness and anxiety.

Conclusion: The study showed that coherent reminiscence therapy was more effective than imagery through information reprocessing in increasing hopefulness and reducing the feeling of loneliness in the elderly. Imaging through information reprocessing was more effective in reducing the anxiety of the elderly than the coherent reminiscence therapy. However, there was no difference between the two interventions in terms of quality of life.

Keywords: Imagery, information processing, Coherence reminiscence, Hopefulness, Quality of life, Loneliness, Worry.

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.IAU.CTB.REC.1400.033.

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

مقایسه اثربخشی تصویرسازی از طریق باز پردازش اطلاعات و درمان خاطره پردازي انسجامي بر احساس تنهائي، نگراني، اميد به زندگي و كيفيت زندگي سالمندان آستانه اشرفيه

سیده فاطمه علیمرادی آستانه^۱، جواد خلعتبری^{۲*}

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

* نویسنده مسئول: جواد خلعتبری، گروه روان شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

Email: j.khalatbari@toniau.ac.ir

تاریخ پذیرش: بهمن ۱۴۰۰

تاریخ دریافت: آذر ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: سالمندان به دلیل از دست دادن حمایت اجتماعی، مشارکت کمتر در اجتماع و انزوای بیشتر، دچار احساس غم و اندوه می شوند که منجر به احساس تنهائی در آنها می شود. مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان تصویرسازی از طریق بازپردازش اطلاعات و درمان خاطره پردازي انسجامي بر احساس تنهائي، نگراني، اميد به زندگي و كيفيت زندگي سالمندان انجام شد.

روش و مواد: روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع گروه گواه با پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری سه ماهه بود. این مطالعه با مشارکت ۶۰ نفر از افراد ۶۰ سال به بالا مقیم در خانه سالمندان واقع در استان گیلان که به شیوه هدفمند انتخاب شده و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه جایگزین شدند، انجام شد. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه های نگرانی پنسیلوانیا، مقیاس کیفیت زندگی، مقیاس امید به زندگی و احساس تنهائی بود که برای هر دو گروه آزمایش و گروه گواه، قبل و بعد از مداخله تکمیل گردید. سپس مداخله خاطره پردازي انسجامي طی شش جلسه و مداخله تصویرسازی از طریق بازپردازش اطلاعات طی هفت جلسه برای گروه های آزمایش مختص خود، اجرا شد. داده ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس و نرم افزار SPSS-22 تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: در گروه خاطره پردازي، میانگین (انحراف معیار) امید به زندگی از (۲/۱) ۱۹/۵ در پیش آزمون به (۱/۱) ۲۸/۷ در پس آزمون ($P<0/001$) و در مرحله پیگیری (۱/۱) ۳۰/۷ ($P<0/001$) و در گروه تصویرسازی از (۱/۷) ۱۹/۹ در پیش آزمون به (۱/۱) ۲۶/۴ در پس آزمون ($P<0/001$) و در مرحله پیگیری (۱/۱) ۲۸/۴ ($P<0/001$) یافت ($P<0/001$). در گروه خاطره پردازي، میانگین (انحراف معیار) کیفیت زندگی از (۱/۸) ۶۳/۴ در پیش آزمون به (۲/۹) ۷۳/۳ در پس آزمون ($P<0/001$) و در مرحله پیگیری (۱/۶) ۷۵/۳ ($P<0/001$) و در گروه تصویرسازی کیفیت زندگی از (۱/۴) ۶۳/۳ در پیش آزمون به (۱/۹) ۷۳/۹ در پس آزمون ($P<0/001$) و در مرحله پیگیری (۱/۹) ۷۵/۹ ($P<0/001$) افزایش یافت ($P<0/001$). در گروه خاطره پردازي، میانگین (انحراف معیار) احساس تنهائی از (۱/۵) ۸۲/۴ در پیش آزمون به (۲/۹) ۷۲/۳ در پس آزمون ($P<0/001$) و در مرحله پیگیری (۲/۶) ۷۰/۴ ($P<0/001$) و در گروه تصویرسازی احساس تنهائی از (۱/۴) ۸۲/۷ در پیش آزمون به (۱/۶) ۷۵/۶ در پس آزمون ($P<0/001$) و در مرحله پیگیری (۱/۵) ۷۳/۶ ($P<0/001$) کاهش یافت ($P<0/001$). در گروه خاطره پردازي، میانگین (انحراف معیار) نگرانی از (۱/۶) ۵۲/۴ در پیش آزمون به (۱/۷) ۴۴/۷ در پس آزمون ($P<0/001$) و در مرحله پیگیری (۱/۷) ۴۲/۷ ($P<0/001$) و در گروه تصویرسازی نگرانی از (۲/۳) ۵۲/۸ در پیش آزمون به (۱/۱) ۴۰/۷ در پس آزمون ($P<0/001$) و در مرحله پیگیری (۱/۱) ۳۸/۷ ($P<0/001$) کاهش یافت ($P<0/001$). در گروه گواه میانگین (انحراف معیار) امید به زندگی، کیفیت زندگی، احساس تنهائی و نگرانی تفاوتی نشان نداد.

نتیجه گیری: مطالعه نشان داد درمان خاطره پردازي انسجامي نسبت به تصویرسازی از طریق بازپردازش اطلاعات در افزایش امید به زندگی و کاهش احساس تنهائی سالمندان اثربخشی بیشتری داشت. تصویرسازی از طریق بازپردازش اطلاعات نسبت به درمان خاطره پردازي انسجامي در کاهش نگرانی سالمندان اثربخشی بیشتری داشت. با این حال، تفاوتی بین دو مداخله در مورد کیفیت زندگی وجود نداشت.

واژگان کلیدی: تصویرسازی از طریق بازپردازش اطلاعات، خاطره پردازي انسجامي، امید به زندگی، کیفیت زندگی، احساس تنهائی، نگرانی.

مقدمه

در سال های اخیر کیفیت زندگی به عنوان شاخص مهمی برای ارزیابی سلامت فردی، تصمیم گیری و قضاوت درمورد سلامت کلی جامعه و یافتن مشکلات اصلی در ابعاد گوناگون زندگی افراد در پژوهش های حوزه بهداشت روان مطرح بوده است (۱) و ازجمله معیارهای قابل سنجش برای تعیین نیازها و بهبود شرایط سلامت سالمندان، به شمار می رود. بر اساس آمارهای منتشر شده، سالمندان از کیفیت زندگی پایینی برخوردار هستند (۲). در ایران، یک مطالعه مروری نشان داد که ۷٪ از سالمندان ایرانی کیفیت زندگی بالا، ۴۲٪ پایین و ۵۰٪ کیفیت زندگی متوسط برخوردار بودند. همچنین کیفیت زندگی سالمندان ایرانی تحت تأثیر حمایت اجتماعی، عوامل اقتصادی، طبقه اجتماعی، وضعیت سلامت جسمانی، تغذیه و عوامل جمعیت شناختی بوده است (۳). سالمندان همچنین به دلیل از دست دادن حمایت اجتماعی، مشارکت کمتر در اجتماع و انزوای بیشتر، دچار احساس غم و اندوه می شوند که منجر به احساس تنهایی در آنها می شود (۴). عواملی مانند تجربه فقدان و ابتلا به بیماری های جسمی و روانی نیز موجب تجربه احساس تنهایی در سالمندان می شوند (۵). احساس تنهایی موجب تغییر در ابعاد مختلف سبک زندگی سالمندان می شود و انگیزه آنان را کاهش می دهد (۶). نتایج پژوهش ها نشان دهنده ارتباط بین احساس تنهایی و سطح بالای افسردگی در افراد سالمند است (۷ و ۸). احساس تنهایی می تواند به بسیاری از مشکلات روانی سالمندان از قبیل افسردگی، ترس، ناامیدی، احساس بیهودگی، غم و اضطراب نیز منجر شود (۹). از سویی دیگر، نگرانی متغیر دیگری است که با فراخوانی شناخت های ناکارآمد مانع از این می شود که افراد سالمند بتوانند تمام منابع توجهی خود را بر روی زندگی ارزشمند خود متمرکز کنند (۱۰). نگرانی با افزایش خطر بروز اختلال های روانی، اجتماعی و شغلی، افزایش استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی و ایجاد مشکلات جسمی همراه است (۱۱). سالمندانی که نگرانی هایی پیرامون وضعیت سلامتی دارند، کیفیت ذهنی خواب پایین تری دارند و بیشتر در معرض احساس تنهایی هستند (۱۲). از سویی دیگر، دوران سالمندی زمانی است که افراد سالمند درمی یابند که ابعاد مهم، اعم از همسر، دوستان، سلامت جسمانی، نیروی جسمانی، هوشیاری ذهنی، استقلال و سودمندی اجتماعی آنها از دست رفته یا در حال از دست رفتن هستند. در این شرایط ممکن است حفظ انسجام خود دشوار شده و فرد احساس ناامیدی کند (۱۳). امید به عنوان عاملی برای غنای زندگی، افراد را قادر می سازد تا با چشم اندازی فراتر از وضعیت کنونی، خود را ببینند (۱۴). از سوی دیگر، امید به زندگی باعث افزایش انعطاف پذیری، نشاط، توانمندی رهایی از چالش ها، تحمل ناکامی و مقابله با مشکلات می شود و با متغیرهای اساسی در سالمندی همچون افزایش رضایت از زندگی، بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی رابطه دارد (۱۵ و ۱۶). طبق پژوهش های انجام گرفته، سطوح بالای امید به زندگی با سلامت جسمی، خودارزشی، تفکر مثبت و روابط اجتماعی فوق العاده رابطه مستقیم دارد (۱۷). مطالعه Hawro و همکاران (۱۸) نیز نشان داد بین امید به زندگی با کیفیت زندگی ارتباط مستقیمی وجود دارد. به منظور افزایش کیفیت زندگی و بهزیستی روان شناختی سالمندان طرح ها و مداخلات متعددی براساس رویکردهای متفاوت مطرح شده است که از جمله آنها می توان به تصویرسازی از طریق بازپردازش اطلاعات و درمان خاطره پردازی انسجامی اشاره کرد (۱۹ و ۲۰). در تصویرسازی از طریق بازپردازش اطلاعات به افراد کمک می شود با بیان افکار منفی و تصاویر آزاردهنده و سپس با پردازش شناختی مجدد از فشارهای روانی آن رهایی یابند (۲۱). مفروضه اساسی این روش این است که تصورات ذهنی تأثیر زیادی بر احساسات، ادراکات، افکار و رفتار افراد دارند و مشکلات عاطفی رابطه مستقیمی با تصویرسازی ذهنی افراد دارد، بنابراین، با اصلاح ذهنی تصاویر تنش زا می توان به تغییرات هیجانی مهمی دست یافت (۲۲). گرچه این روش نخست توسط Smucker (۲۳) برای قربانیان تجاوز جنسی و یا افراد مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه ابداع گردید، اما توسط بسیاری از محققان در زمینه های مختلف مانند کاهش افسردگی سالمندان (۲۴)، کاهش اضطراب و نگرانی در بیماران با اضطراب سلامتی (۲۵)، افزایش خوش بینی (۲۶) و افزایش کیفیت زندگی در بیماران اختلال استرس پس از سانحه (۲۷) بکار گرفته شد و از پشتوانه تجربی بالایی برخوردار است. از سویی دیگر، درمان خاطره پردازی انسجامی بر اساس نظریه رشد Erikson که در آن هشت مرحله از رشد بیان شده، شکل گرفته است. این مداخله با ایجاد پیوستگی بین گذشته و حال عمل می کند و به افراد این دیدگاه را می دهد که

در چرخه زندگی چگونه رشد کرده و احساس آنها در حال حاضر چگونه است (۲۸). درواقع، این رویکرد درمانی به فرد سالمند کمک می کند تا گذشته اش را مرور کند که نتیجه آن کمک به فرد برای گذر و حل مرحله رشدی یکپارچگی شخصیت در برابر ناامیدی است (۲۹). خاطره پردازی به عنوان یک جنبه مهم در سالمندی مطرح می شود و از ویژگی های برجسته خاطره پردازی در سن بالا تجدیدکردن تجربیات مهم و آمادگی برای مرگ است که این جنبه از خاطره پردازی می تواند همراه با ایجاد معنای زندگی و تولید رفتار جدید باشد (۳۰). مطالعات نشان داده اند درمان خاطره پردازی بر شاخص های سلامتی، شرایط سلامتی، درک از سلامتی، رضایت از زندگی (۳۱)، اضطراب (۳۲) و کاهش احساس تنهایی (۳۳) سالمندان مؤثر است. با توجه پیشینه تحقیقات انجام شده در زمینه سالمندی در داخل و خارج کشور و تأیید مؤثر بودن مداخلات درمانی روانشناختی توسط تحقیقات انجام شده، هدف مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی تصویرسازی از طریق بازپردازش اطلاعات و درمان خاطره پردازی انسجامی بر احساس تنهایی، نگرانی، امید به زندگی و کیفیت زندگی سالمندان است.

روش و مواد

پژوهش حاضر، از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه افراد ۶۰ سال به بالا مقیم در خانه های سالمندان استان گیلان در سال ۱۳۹۹ بودند. تعداد نمونه بر اساس اندازه اثر ۰/۲۵، آلفای ۰/۰۵ و توان ۰/۸۰ در سه گروه، حداقل تعداد نمونه برای دست یابی به توان مورد نظر، ۲۰ نفر در هر گروه جمعاً ۶۰ نفر به دست آمد. معیارهای ورود شامل حداقل سن ۶۰ و حداکثر ۸۰ سال، حداقل اقامت در خانه سالمندان به مدت شش ماه، توانایی برقراری ارتباط چشمی و کلامی، کسب نمره برابر یا بالاتر از نقطه برش در متغیرهای احساس تنهایی و نگرانی، کسب نمره برابر یا پایین تر از نقطه برش در متغیرهای امید به زندگی و کیفیت زندگی و رضایت از همکاری در پژوهش بود. معیارهای خروج از پژوهش شامل مصرف داروهای روان پزشکی، ابتلا به یک بیماری حاد جسمی که منجر به بستری شدن در بیمارستان شود، عدم حضور در بیش از دو جلسه مداخله درمانی و دریافت مداخلات روان شناختی دیگر بود. نمونه گیری اولیه به شیوه غربالگری و بر اساس نمره برش پرسشنامه های تحقیق، پرسشنامه امید به زندگی (نمره بالاتر از ۱۸)، پرسشنامه کیفیت زندگی (نمره بالاتر از ۶۰)، پرسشنامه احساس تنهایی (نمره بالاتر از ۸۰) و پرسشنامه نگرانی (نمره بالاتر از ۵۰) صورت گرفت. به طوری که پس از در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج از پژوهش و غربالگری، نمونه اولیه ۹۸ نفر به دست آمد. سپس تعداد ۶۰ سالمند بر اساس غربالگری و به صورت هدفمند انتخاب شدند. همچنین، نمرات حاصل از این پرسشنامه ها به عنوان پیش آزمون در نظر گرفته شد. افراد انتخاب شده، به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه، هر گروه ۲۰ نفر، جایگزین شدند. یکی از گروه های آزمایش به مدت شش جلسه ۱۲۰ دقیقه ای هفتگی تحت مداخله خاطره پردازی پردازی انسجامی و گروه آزمایش دیگر، به مدت هفت جلسه ۱۲۰ دقیقه ای هفتگی تحت مداخله تصویرسازی از طریق بازپردازش اطلاعات قرار گرفتند. افراد گروه گواه در این زمان هیچ مداخله ای دریافت نکردند. در پایان مداخله از هر دو گروه آزمایش و گروه گواه پس آزمون به عمل آمد. پس از گذشت شش ماه، مرحله پیگیری انجام شد. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به این صورت بود که شرکت در این پژوهش کاملاً اختیاری بود. قبل از شروع طرح، مشارکت کنندگان با مشخصات طرح و مقررات آن آشنا شدند. نگرش و عقاید افراد مورد احترام بود. اعضای گروه آزمایش و گواه، اجازه خروج از پژوهش در هر مرحله ای داشتند. علاوه بر این، اعضای گروه گواه در صورت علاقه مندی می توانستند بعد از اتمام طرح، مداخله انجام شده برای گروه آزمایش را در جلسات درمانی مشابه، عیناً دریافت کنند. کلیه مدارک و پرسشنامه ها و سوابق محرمانه، تنها در اختیار مجریان بود. مشارکت در تحقیق با رضایت آگاهانه بود. ابزار جمع آوری داده ها به شرح زیر بود.

مقیاس کیفیت زندگی: فرم کوتاه ۳۶ سوالی زمینه یابی سلامت به منظور سنجش کیفیت زندگی توسط Ware & Sherbourne در سال ۱۹۹۲ ساخته شد. این مقیاس شامل ۳۶ عبارت است که هشت خرده مقیاس را مورد ارزیابی قرار می دهد. تعداد سوالات برای هر خرده مقیاس بدین ترتیب است: عملکرد جسمی (۱۰ سوال)، عملکرد اجتماعی

(۲ سوال)، ایفای نقش جسمی (۴ سوال)، ایفای نقش هیجانی (۳ سوال)، سلامت روان (۵ سوال)، سرزندگی (۴ سوال)، درد بدنی (۲ سوال) و سلامت عمومی (۵ سوال). سوال شماره ۲ در هیچ یک از خرده مقیاس ها قرار نگرفته و فقط با نمره کل جمع می شود. این مقیاس همچنین دو سنجش کلی را از کارکرد فراهم می آورد، نمره کلی مؤلفه فیزیکی و نمره کلی مؤلفه روانی. مؤلفه فیزیکی از جمع خرده مقیاس های عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، درد بدنی و سلامت عمومی و مؤلفه روانی از جمع خرده مقیاس های سلامت روان، سرزندگی، ایفای نقش هیجانی و عملکرد اجتماعی به دست می آید. نمره گذاری این مقیاس برای درجات مختلف از راست به چپ ۱ به بالا است. مثلاً در سوال شماره ۱، ضعیف کمترین نمره (۱) و عالی بیشترین نمره (۵) را دریافت می کند. یا در سوال شماره ۳، مشکل دارم کمترین نمره (۱) و اصلاً مشکل ندارم بیشترین نمره (۳) را دریافت می کند. این شیوه نمره گذاری برای سوالات شماره ۲۳، ۲۶، ۲۷، ۳۰، ۳۴، ۳۶ برعکس است. پایین ترین نمره در این مقیاس، ۳۶ و بالاترین نمره ۱۴۹ است و نمره بالاتر به منزله کیفیت زندگی بهتر است. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی مورد تایید قرار گرفته است که ضرایب همسانی درونی خرده مقیاس های آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ و ضرایب بازآزمایی آنها با فاصله زمانی یک هفته بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ گزارش شده است (۳۴). همچنین این پرسشنامه می تواند در تمام شاخص ها، افراد سالم را از افراد بیمار تفکیک نماید (۳۴). در مطالعه بور و همکاران (۳۵) نیز همسانی درونی سوالات این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۲ و برای خرده مقیاس های مؤلفه فیزیکی (عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، درد بدنی و سلامت عمومی) به ترتیب برابر با ۰/۷۹، ۰/۸۵، ۰/۸۱ و ۰/۷۷ و برای خرده مقیاس های مؤلفه روانی (سرزندگی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش هیجانی و سلامت روان) به ترتیب برابر ۰/۸۴، ۰/۸۱، ۰/۸۲ و ۰/۸۰ به دست آمد. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۹ به دست آمد.

مقیاس امید به زندگی: این مقیاس توسط Snyder در سال ۱۹۹۱ ساخته شد و دارای ۱۲ ماده است که با مقیاس لیکرت پنج درجه ای (از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۵) نمره گذاری می شود. این شیوه نمره گذاری در مورد سوالات شماره ۳، ۷ و ۱۱ معکوس است. این مقیاس شامل دو خرده مقیاس تفکر عامل و تفکر گذرگاهی است. خرده مقیاس تفکر گذرگاهی (راهیابی) با پرسش های شماره ۱، ۴، ۷ و ۸ و خرده مقیاس تفکر عامل (اراده) با پرسش های شماره ۲، ۹، ۱۰ و ۱۲ سنجیده می شود. همچنین چهار پرسش دیگر (۳، ۵، ۶، ۱۱) هم انحرافی است که نمره هایشان محسوب نمی شود. حداقل نمره در این مقیاس هشت و حداکثر ۴۰ و نمره برش آن ۲۴ است. Snyder و همکاران (۳۶) اعتبار این مقیاس را از طریق بازآزمایی بعد از سه هفته ۰/۸۵ و برای زیرمقیاس تفکر عامل ۰/۸۱ و برای تفکر گذرگاهی ۰/۷۴ گزارش کردند. در ایران اعتبار و روایی این پرسشنامه بر روی یک نمونه ۳۷۱ نفری محاسبه شده است. این مقیاس از اعتبار و روایی خوبی برخوردار است و ضریب اعتبار آن با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و از طریق بازآزمایی ۰/۸۱ به دست آمده است (۱۰). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۳ به دست آمد.

مقیاس نگرانی: پرسشنامه نگرانی پنسیلوانیا یک مقیاس خودگزارش دهی ۱۶ سؤالی است که توسط Meyer و همکاران در سال ۱۹۹۰ ساخته شده است. این مقیاس، نگرانی شدید، مفرط و غیر قابل کنترل را اندازه می گیرد و به عنوان ابزاری برای غربالگری اختلال اضطراب فراگیر نیز به کار می رود. این پرسشنامه دارای دو خرده مقیاس نگرانی عمومی (سوالات ۱ تا ۱۱) و فقدان نگرانی (سوالات ۱۲ تا ۱۶) است و نمره کل دارد. مقیاس پاسخگویی به سوالات بر اساس طیف لیکرت پنج درجه ای است و به هر سوال نمره ۱ (اصلاً صادق نیست) تا ۵ (بسیار صادق است) تعلق می گیرد. این شیوه نمره گذاری در مورد سوالات ۱، ۳، ۸، ۱۰ و ۱۱ معکوس است. حداقل امتیاز ممکن در این مقیاس ۱۶ و حداکثر ۸۰ خواهد بود و هرچه امتیاز بالاتر باشد، نشانگر شدت نگرانی بالاتر فرد است. نسخه فارسی این پرسشنامه توسط دهشیری و همکاران در سال ۱۳۸۸ در بین ۴۴۴ دانشجوی ایرانی هنجاریابی شد. نتایج تحلیل عاملی این پرسشنامه نشان داد که مدل دو عاملی پرسشنامه (عامل نگرانی عمومی و فقدان نگرانی) نسبت به مدل تک عاملی دارای برازش بهتری است. ضرایب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) معادل ۰/۸۸ برای نمره کل و ۰/۷۶ و ۰/۶۳ به ترتیب برای عامل های نگرانی عمومی و فقدان

نگرانی به دست آمد (۳۷). همچنین بازآزمایی با فاصله زمانی یک ماه معادل با ۰/۷۹ برای نمره کل و ۰/۸۰ و ۰/۶۷ به ترتیب برای عامل های نگرانی عمومی و فقدان نگرانی نیز در حد بالایی گزارش شد. همچنین همبستگی معنی دار نمره های پرسشنامه با نمره های اضطراب صفت ۰/۶۸ و افسردگی ۰/۴۳ بیانگر روایی این پرسشنامه بوده است (۳۸). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۰ به دست آمد.

مقیاس احساس تنهایی: پرسشنامه احساس تنهایی توسط دهشیری و همکاران در سال ۱۳۸۷ ساخته شد و دارای ۳۸ سؤال است. این پرسشنامه شامل سه خرده مقیاس تنهایی ناشی از ارتباط با خانواده، تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان و نشانه های عاطفی تنهایی است. شیوه نمره گذاری در مقیاس لیکرت پنج درجه ای از خیلی زیاد (۱) تا خیلی کم (۵) است که برای سوالات ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۳، ۱۷، ۲۲، ۲۴، ۲۵، ۲۷، ۲۸، ۳۲، ۳۴، ۳۶، ۳۷ به صورت معکوس می باشد. حداقل نمره در این مقیاس ۳۸ و حداکثر نمره ۱۹۰ است. ضریب اعتبار این پرسش نامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۸۴ گزارش شده است. همچنین روایی همگرا و واگرایی مقیاس از طریق محاسبه همبستگی آن با نمرات مقیاس تجدید نظر شده احساس تنهایی UCLA و مقیاس شادکامی آکسفورد به ترتیب ۰/۶۰ و ۰/۶۰- گزارش شده است. روایی سازه مقیاس نیز از طریق تحلیل عاملی تایید شده است (۳۹). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۶ به دست آمد.

مداخله خاطره پردازی انسجامی: این مداخله شامل شش جلسه بود که طبق دفترچه راهنمای مداخلات Watt, & Cappeliez (۳۲) به علت شرایط خاص فیزیکی نمونه پژوهش به صورت هفته ای یک بار و به مدت ۱۲۰ دقیقه برگزار شد. هر هفته، شرکت کنندگان خاطراتی را مورد بحث قرار می دادند. در روش انسجامی فرد با کمک درمانگر بعد از پایان هر بحث به تفسیر و ارزیابی از مطالب می پرداخت و سعی در یافتن و معنی دادن به آنچه که فرد گذرانده بود و پذیرش تجارب منفی گذشته و تلفیق آنها با زندگی حال داشت.

جدول شماره ۱- برنامه و محتوای جلسات مداخله خاطره پردازی انسجامی

جلسه	محتوای جلسات
اول	پیرامون حوادث سرنوشت ساز زندگی بحث شد. درمانگر توضیح داد که یک حادثه سرنوشت ساز در زندگی، تجربه ای است که فرد در طی زندگی داشته است و تغییر مهمی در زندگی به همراه آورده است.
دوم	پیرامون زندگی خانوادگی سوال شد. اینکه افراد خانواده فرد چه کسانی بودند، چه کسی در شکل دادن زندگی افراد شرکت کننده تأثیر مثبت یا منفی زیادی داشت، چه کسانی بیشتر در امور زندگی به فرد کمک کردند و در پیشرفت او سهیم بودند.
سوم	پیرامون حرفه یا کار عمده زندگی بحث شد. درمانگر توضیح داد که یک حرفه یا کار در زندگی می تواند اشکال زیادی داشته باشد و ممکن است شامل کار در بیرون از منزل و نقش های فرد در خانه و جامعه باشد.
چهارم	پیرامون تاریخچه عشق ها و نفرت ها سوال شد. درمانگر توضیح داد که عشق یک تعلق عاطفی قوی به یک شخص، مکان یا موضوع ویژه است. سوال این بود که عشق های عمده زندگی فرد چه بودند و آیا در طول زندگی عاشق شدند یا از کسی نفرت پیدا کردند.
پنجم	پیرامون تجارب همراه با استرس سوال شد و اینکه آیا افراد می توانند لحظه ای استرس را در گذشته خود تصور کنند و اینکه چگونه با آن برخورد کردند.
ششم	پیرامون معنی و هدف زندگی سوال شد و اینکه آیا به هدف هایی که افراد در طول زندگی داشتند ست پیدا کردند، آیا برای دستیابی به اهدافی که دست نیافتند، تلاشی صورت داده بودند.

مداخله تصویرسازی از طریق بازپردازش اطلاعات: این مداخله شامل هفت جلسه بود که طبق بسته درمانی Smucker و همکاران (۲۳) به صورت هفته ای یک بار و به مدت ۱۲۰ دقیقه برگزار شد.

جدول شماره ۲- برنامه و محتوای جلسات مداخله تصویرسازی از طریق بازپردازش اطلاعات

جلسه	محتوای جلسات
اول	گفتگو در مورد مشکل درمانجو و تأثیرات روانشناختی آن در زندگی فرد، ایجاد انگیزه برای همکاری در درمان، اهداف درمان و صحبت در مورد این رویکرد درمانی، تجسم نمودن تصاویر آزاردهنده به طور آزمایشی و دادن تکالیف خانگی.
دوم	بررسی تکالیف خانگی، تجسم تصاویر آزاردهنده با چشمان بسته و بررسی ارتباط آن با احساس تنهایی، نگرانی ها و چالش های زندگی فرد و دادن تکالیف خانگی.
سوم	بررسی تکالیف خانگی، تمرین آرمیدگی و تجسم نمودن تصاویر آزاردهنده با جزئیات کامل و با چشمان بسته و بررسی ارتباط آن با خلق، مشکلات خواب، بدبینی، نگرانی ها، احساس تنهایی و سایر مشکلات فرد. گفتگو در مورد مرور ذهنی و بازسازی شناختی، دادن تکالیف خانگی.
چهارم	بررسی تکالیف خانگی، تجسم تصاویر آزاردهنده با جزئیات کامل و با چشمان بسته، تصویرسازی ذهنی هدایت شده از سوی درمانگر به منظور ایجاد احساس فردی و کنترل درمانجو بر روی تصاویر آزاردهنده، دادن فن چرخش ذهنی، مرور ذهنی، دادن تکالیف خانگی.
پنجم	بررسی تکالیف خانگی، مرور شناختی بر تصاویر آزاردهنده و ارتباط آن با مشکلات روان شناختی و جسمانی. تصویرسازی ذهنی هدایت شده همراه با بازسازی شناختی و چرخش ذهنی از سوی درمانجو، دادن تکالیف خانگی.
ششم	بررسی تکالیف خانگی، تمرکز بر بازسازی شناختی تصاویر آزاردهنده همراه با بازپردازش آن از سوی درمانجو، به کارگیری فن چرخش ذهنی همراه با غربالگری ذهنی، کنترل جرقه های ذهنی بازگشتی، پردازش مجدد همراه با تغییر در معانی تجارب استرس زا، دادن تکالیف خانگی.
هفتم	بررسی تکالیف خانگی، کنترل جرقه های ذهنی بازگشتی و بکارگیری مداوم فن چرخش ذهنی به منظور کنترل تصاویر آزاردهنده، بازپردازش شناختی تجارب استرس زای زندگی و ارتباط آن با مشکلات روان شناختی و جسمانی فرد.

در پژوهش حاضر به منظور تحلیل فرضیه پژوهش، آزمون تحلیل کوواریانس به کار برده شد. داده ها با استفاده از نرم افزار کامپیوتری SPSS-22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها

پس از بررسی مفروضه های رابطه خطی، برابری واریانس ها (توزیع نرمال)، همگنی شیب های رگرسیون و همبستگی متقابل بین متغیرهای وابسته (امید به زندگی، کیفیت زندگی، احساس تنهایی و نگرانی) مشخص شد استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری برای تجزیه و تحلیل داده ها مانعی ندارد. بررسی میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون میزان متغیرهای ذکر شده در گروه های آزمایش و گواه در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

یافته ها نشان داد در گروه خاطره پردازی، میانگین (انحراف معیار) امید به زندگی از (۲/۱) ۱۹/۵ در پیش آزمون به (۱/۱) ۲۸/۷ پس آزمون افزایش یافت ($P < 0/001$) و در مرحله پیگیری (۱/۱) ۳۰/۷ بود که نشان می دهد تأثیر مداخله پایدار بود ($P < 0/001$). در گروه تصویرسازی میانگین (انحراف معیار) امید به زندگی از (۱/۷) ۱۹/۹ در پیش آزمون به (۱/۱) ۲۶/۴ پس آزمون افزایش یافت ($P < 0/001$) و در مرحله پیگیری (۱/۱) ۲۸/۴ بود که نشان می دهد تأثیر مداخله پایدار بود ($P < 0/001$). در گروه خاطره پردازی، میانگین (انحراف معیار) کیفیت زندگی از (۱/۸) ۶۳/۴ در پیش آزمون به (۲/۹) ۷۳/۳ پس آزمون افزایش یافت ($P < 0/001$) و در مرحله پیگیری (۱/۶) ۷۵/۳ بود که نشان می دهد تأثیر مداخله پایدار بود ($P < 0/001$). در گروه تصویرسازی میانگین (انحراف معیار) کیفیت زندگی از (۱/۴) ۶۳/۳ در پیش آزمون به (۱/۹) ۷۳/۹ پس آزمون افزایش یافته ($P < 0/001$) و در مرحله پیگیری (۱/۹) ۷۵/۹ بود که تأثیر مداخله پایدار بود ($P < 0/001$).

جدول شماره ۳- میانگین (انحراف معیار) نمرات متغیرهای تحقیق در سه گروه

متغیر	گروه	میانگین (انحراف معیار)	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	میانگین (انحراف معیار)	P-value
امید به زندگی	خاطره پردازی	۱۹/۵ (۲/۱)	۲۸/۷ (۱/۱)	۳۰/۷ (۱/۱)	۰/۰۰۱		
	تصویرسازی	۱۹/۹ (۱/۷)	۲۶/۴ (۱/۱)	۲۸/۴ (۱/۱)	۰/۰۰۱		
	گواه	۲۰/۳ (۱/۸)	۲۱/۱ (۱/۹)	۲۲/۱ (۱/۹)	۰/۷۵		
کیفیت زندگی	خاطره پردازی	۶۳/۴ (۱/۸)	۷۳/۳ (۲/۹)	۷۵/۳ (۱/۶)	۰/۰۰۱		
	تصویرسازی	۶۳/۳ (۱/۴)	۷۳/۹ (۱/۹)	۷۵/۹ (۱/۹)	۰/۰۰۱		
	گواه	۶۳/۴ (۱/۶)	۶۴/۷ (۱/۵)	۶۳/۳ (۱/۶)	۰/۶۹		
احساس تنهایی	خاطره پردازی	۸۲/۴ (۱/۵)	۷۲/۳ (۲/۹)	۷۰/۴ (۲/۶)	۰/۰۰۱		
	تصویرسازی	۸۲/۷ (۱/۴)	۷۵/۶ (۱/۶)	۷۳/۶ (۱/۵)	۰/۰۰۱		
	گواه	۸۱/۸ (۱/۳)	۸۰/۱ (۱/۳)	۷۸/۸ (۱/۳)	۰/۵۶		
نگرانی	خاطره پردازی	۵۲/۴ (۱/۶)	۴۴/۷ (۱/۷)	۴۲/۷ (۱/۷)	۰/۰۰۱		
	تصویرسازی	۵۲/۸ (۲/۳)	۴۰/۷ (۱/۱)	۳۸/۷ (۱/۱)	۰/۰۰۱		
	گواه	۵۲ (۱/۱)	۵۱ (۱/۱)	۵۰/۱ (۱/۱)	۰/۵۱		

در گروه خاطره پردازی، میانگین (انحراف معیار) احساس تنهایی از ۸۲/۴ (۱/۵) در پیش آزمون به ۷۲/۳ (۲/۹) پس آزمون کاهش یافت ($P < ۰/۰۰۱$) و در مرحله پیگیری (۲/۶) ۷۰/۴ بود که نشان می دهد تأثیر مداخله پایدار بود ($P < ۰/۰۰۱$). در گروه تصویرسازی میانگین (انحراف معیار) احساس تنهایی از ۸۲/۷ (۱/۴) در پیش آزمون به ۷۵/۶ (۱/۶) پس آزمون کاهش یافت ($P < ۰/۰۰۱$) و در مرحله پیگیری (۱/۵) ۷۳/۶ بود که نشان می دهد تأثیر مداخله پایدار بود ($P < ۰/۰۰۱$). در گروه خاطره پردازی، میانگین (انحراف معیار) نگرانی از ۵۲/۴ (۱/۶) در پیش آزمون به ۴۴/۷ (۱/۷) پس آزمون کاهش یافت ($P < ۰/۰۰۱$) و در مرحله پیگیری (۱/۷) ۴۲/۷ بود که نشان می دهد تأثیر مداخله پایدار بود ($P < ۰/۰۰۱$). در گروه تصویرسازی میانگین (انحراف معیار) نگرانی از ۵۲/۸ (۲/۳) در پیش آزمون به ۴۰/۷ (۱/۱) پس آزمون کاهش یافت ($P < ۰/۰۰۱$) و در مرحله پیگیری (۱/۱) ۳۸/۷ بود که نشان می دهد تأثیر مداخله پایدار بود ($P < ۰/۰۰۱$). در گروه گواه میانگین (انحراف معیار) امید به زندگی، کیفیت زندگی، احساس تنهایی و نگرانی تفاوتی نشان نداد.

جدول شماره ۴- تحلیل کوواریانس چند متغیره تصویرسازی از طریق بازپردازش اطلاعات و درمان خاطره پردازی انسجامی و گروه گواه بر امید به زندگی و کیفیت زندگی سالمندان در مرحله پس آزمون

منبع پراش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p	اندازه اثر
امید به زندگی	۵۵۸/۵۶۳	۲	۲۷۹/۲۸۲	۱۴۱/۹۴۴	۰/۰۰۰۵	۰/۸۴۳
	۱۰۴/۲۸۰	۵۳	۱/۹۶۸			
کیفیت زندگی	۹۶۹/۱۵۷	۲	۴۸۴/۵۷۹	۱۸۹/۷۳۵۱۰۳	۰/۰۰۰۵	۰/۸۷۷
	۱۳۵/۸۱۳	۵۳	۲/۵۶۳			
احساس تنهایی	۶۹۷/۸۶۴	۲	۳۴۸/۹۹۴۳۲	۷۷/۹۴۴	۰/۰۰۰۵	۰/۷۴۶
	۲۳۷/۲۶۴	۵۳	۴/۴۷۷			
نگرانی	۹۷۲/۶۸۶	۲	۴۸۶/۳۴	۲۶۱/۵۶۷	۰/۰۰۰۵	۰/۹۰۸
	۹۸/۵۴۵	۵۳	۱/۸۵۹			

نتایج جدول شماره ۴ نشان می دهد بین گروه آزمایش که تحت تأثیر تصویرسازی از طریق بازپردازش اطلاعات و درمان خاطره پردازی انسجامی قرار گرفتند و گروه گواه که تحت هیچ گونه مداخله ای قرار نگرفت، حداقل بین دو گروه در میزان میانگین تعدیل شده متغیرهای وابسته (امید به زندگی، کیفیت زندگی، احساس تنهایی و نگرانی) تفاوت معنادار وجود دارد.

با توجه به معنادار شدن F محاسبه شده برای مقایسه تفاوت میانگین‌های گروه آزمایش و گروه گواه، از آزمون تعقیبی شفه، برای متغیرهای امید به زندگی، کیفیت زندگی، احساس تنهایی و نگرانی در مرحله پیگیری با توجه به میانگین نمرات افتراقی پیگیری از پیش آزمون استفاده شد.

جدول شماره ۵- نتایج آزمون تعقیبی شفه گروه های آزمایش و گروه گواه بر متغیرهای وابسته

متغیرها	گروه	گروه	تفاوت	انحراف	p
امید به زندگی	درمان خاطره پردازی انسجامی	تصویرسازی از طریق بازپردازش اطلاعات	۲/۶۵	۰/۶۵۱	۰/۰۰۰۵
کیفیت زندگی	درمان خاطره پردازی انسجامی	تصویرسازی از طریق بازپردازش اطلاعات	-۰/۶۵	۰/۶۲۲	۰/۵۸۲
احساس تنهایی	درمان خاطره پردازی انسجامی	تصویرسازی از طریق بازپردازش اطلاعات	-۲/۹۰	۰/۶۴۶	۰/۰۰۰۵
نگرانی	درمان خاطره پردازی انسجامی	تصویرسازی از طریق بازپردازش اطلاعات	۴/۲۵	۰/۶۳۱	۰/۰۰۰۵

با توجه به مقایسه تفاوت میانگین های دو گروه درمان خاطره پردازی انسجامی و تصویرسازی از طریق بازپردازش اطلاعات (۲/۹۰-) نشان داده شده است که درمان خاطره پردازی انسجامی نسبت به تصویرسازی از طریق بازپردازش اطلاعات در کاهش احساس تنهایی در مرحله پیگیری اثربخشی ماندگارتری دارد. با توجه به مقایسه تفاوت میانگین های دو گروه درمان خاطره پردازی انسجامی و تصویرسازی از طریق بازپردازش اطلاعات (۴/۲۵) نشان داده شده است که درمان تصویرسازی از طریق بازپردازش اطلاعات نسبت به خاطره پردازی انسجامی در کاهش نگرانی در مرحله پیگیری اثربخشی ماندگارتری دارد. با توجه به مقایسه تفاوت میانگین های دو گروه درمان خاطره پردازی انسجامی و تصویرسازی از طریق بازپردازش اطلاعات (۲/۶۵) نشان داده شده است که درمان خاطره پردازی انسجامی نسبت به تصویرسازی از طریق بازپردازش اطلاعات در افزایش امید به زندگی در مرحله پیگیری اثربخشی ماندگارتری دارد. با توجه به مقایسه تفاوت میانگین های دو گروه درمان خاطره پردازی انسجامی و تصویرسازی از طریق بازپردازش اطلاعات (۰/۶۵) نشان داده شده است که درمان خاطره پردازی انسجامی و تصویرسازی از طریق بازپردازش اطلاعات در کیفیت زندگی در مرحله پیگیری ماندگاری برابری دارند. باتوجه به نتایج بدست آمده از تجزیه و تحلیل اطلاعات براساس آزمون آماری تحلیل واریانس با ۰/۹۹ احتمال می توان گفت که فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه بین اثربخشی درمان تصویرسازی از طریق بازپردازش اطلاعات و درمان خاطره پردازی انسجامی بر احساس تنهایی، نگرانی، امید به زندگی و کیفیت زندگی سالمندان تفاوت وجود دارد، تایید می شود.

بحث

مطالعه نشان داد در گروه خاطره پردازی، میانگین (انحراف معیار) امید به زندگی از (۲/۱) ۱۹/۵ در پیش آزمون به (۱/۱) ۲۸/۷ پس آزمون و در گروه تصویرسازی میانگین (انحراف معیار) امید به زندگی از (۱/۷) ۱۹/۹ در پیش آزمون به (۱/۱) ۲۶/۴ پس آزمون افزایش یافت. در هر دو گروه تأثیر مداخله پس از پیگیری شش ماهه پایدار بود. در گروه خاطره پردازی، میانگین (انحراف معیار) کیفیت زندگی از (۱/۸) ۶۳/۴ در پیش آزمون به (۲/۹) ۷۳/۳ پس آزمون و در گروه تصویرسازی میانگین (انحراف معیار) کیفیت زندگی از (۱/۴) ۶۳/۳ در پیش آزمون به (۱/۹) ۷۳/۹ پس آزمون افزایش یافت. در هر دو گروه تأثیر مداخله پس از پیگیری شش ماهه پایدار بود. در گروه خاطره پردازی، میانگین (انحراف معیار) احساس تنهایی از (۱/۵) ۸۲/۴ در پیش آزمون به (۲/۹) ۷۲/۳ پس آزمون و در گروه تصویرسازی میانگین (انحراف معیار) احساس تنهایی از (۱/۴) ۸۲/۷ در پیش آزمون به (۱/۶) ۷۵/۶ پس آزمون کاهش یافت. در هر دو گروه تأثیر مداخله پس از پیگیری

شش ماهه پایدار بود. در گروه خاطره پردازی، میانگین (انحراف معیار) نگرانی از (۱/۶) ۵۲/۴ در پیش آزمون به (۱/۷) ۴۴/۷ پس آزمون و در گروه تصویرسازی میانگین (انحراف معیار) نگرانی از (۲/۳) ۵۲/۸ در پیش آزمون به (۱/۱) ۴۰/۷ پس آزمون کاهش یافت. در هر دو گروه تأثیر مداخله پس از پیگیری شش ماهه پایدار بود. در گروه گواه میانگین (انحراف معیار) امید به زندگی، کیفیت زندگی، احساس تنهایی و نگرانی تفاوتی نشان نداد. همچنین درمان خاطره پردازی انسجامی نسبت به تصویرسازی از طریق بازپردازش اطلاعات در افزایش امید به زندگی و کاهش احساس تنهایی سالمندان اثربخشی بیشتری داشت. تصویرسازی از طریق بازپردازش اطلاعات نسبت به درمان خاطره پردازی انسجامی در کاهش نگرانی سالمندان اثربخشی بیشتری داشت. همچنین، درمان خاطره پردازی انسجامی و تصویرسازی از طریق بازپردازش اطلاعات در کیفیت زندگی سالمندان اثربخشی برابر داشتند. یافته مطالعه حاضر نشان داد تصویرسازی ذهنی از طریق بازپردازش اطلاعات بر کاهش احساس تنهایی سالمندان مؤثر است. اگرچه مطالعه ای همسو با این یافته وجود نداشت، اما پژوهش وکیل آباد و همکاران (۴۰) بیانگر اثربخشی آموزش تصویرسازی ذهنی بر کاهش افسردگی سالمندان بوده است. در تبیین این یافته می توان گفت سالمندان به دلیل کهولت سنشان، احساس غم و اندوه داشته که منجر به احساس تنهایی در آنها می شود. تصویرسازی ذهنی از طریق بازپردازش اطلاعات به بازآفرینی تصویری با استفاده از مواجهه تصویری برای فعال ساختن تصاویر، هیجانات، و باورهای مرتبط با خاطرات آسیب زا می پردازد. این تکنیک کمک می کند تا سالمندان آسیب های روانی خود را تجزیه و تحلیل کنند و خاطرات آسیب زای گذشته به یک صورت انطباقی تر تغییر شکل یابد. این شیوه موجب ایجاد تغییرات هیجانی مثبت می شود و با کاهش افکار منفی، احساس تنهایی را کاهش می دهد. یافته مطالعه حاضر نشان داد درمان خاطره پردازی انسجامی بر کاهش احساس تنهایی سالمندان مؤثر است. این یافته همسو با مطالعه سید الیاس و همکاران (۲۶) است که نشان دادند درمان خاطره پردازی گروهی موجب کاهش احساس تنهایی در سالمندان می شود. در تبیین این یافته می توان گفت خاطره پردازی انسجامی از انواع مثبت خاطره پردازی است که طی آن فرد سالمند به معنی و هدف در زندگی دست می یابد. در این روش درمانی، فرد سالمند با مرور خاطرات گذشته، از تجربیات خود، ارزش خویش را به عنوان یک انسان درمی یابد و با یافتن ارزش و معنی در زندگی که خود آن را طی کرده است و پذیرش تجارب منفی و تلفیق آن با زندگی حال، شرایط سالمندی موفق را تجربه می کند. سالمندان به ارزیابی زندگی گذشته خود می پردازند و مسئله آن ها در این ارزیابی رضایت یا عدم رضایت از زندگی است که به نظر می رسد در برنامه مداخله ای انسجامی، بیشتر رضایت از زندگی نمود پیدا کرده است، به گونه ای که در سایه انسجام بین گذشته و حال و پذیرفتن شکست ها و موفقیت ها در جهت کاهش احساس افسردگی و احساس تنهایی سالمندان بوده است. یافته مطالعه حاضر نشان داد درمان تصویرسازی از طریق بازپردازش اطلاعات نسبت به گروه تحت درمان درمان خاطره پردازی انسجامی بر کاهش نگرانی اثربخشی بیشتری دارد. نتیجه تحلیل کوواریانس نشان داد تصویرسازی از طریق بازپردازش اطلاعات بر کاهش نگرانی سالمندان مؤثر است. این یافته در راستای مطالعه Nilsson و همکاران (۲۴) است مبنی بر اینکه پس از مداخله بازنویسی تصویری، میزان قابل توجهی از اضطراب و نگرانی در بیماران با اضطراب سلامتی کاهش می یابد. در تبیین این یافته می توان گفت دوران سالمندی زمانی است که افراد سالمند در می یابند که ابعاد مهم، اعم از همسر، دوستان، سلامت جسمانی، نیروی جسمانی، هوشیاری ذهنی، استقلال و سودمندی اجتماعی آنها از دست رفته یا در حال از دست رفتن هستند. به نظر می رسد در مطالعه حاضر، روش تصویرسازی از طریق بازپردازش اطلاعات باورهای نادرست ثانویه نظیر ناتوانی، بی اعتمادی، نقص و بی کفایتی در سالمندان را طی مراحل بازآفرینی تصویری خودحمایتگری و تسلط یابی، به چالش کشیده است. در این فرایند، پرسش گری سقراطی، در مدت بازآفرینی تصویری، به سالمندان کمک کرده است تا باورهای نادرست خود را تعیین کنند، به چالش بکشند و اصلاحشان کنند و در ضمن در تسلط یافتن بر تصورات شان توانا شوند. این روش درمانی موجب کنترل افکار منفی، جرقه های ذهنی بازگشتی و تغییر در معانی رویدادهای منفی نقش داشته و موجب کاهش مشکلات روان شناختی همچون نگرانی در سالمندان شده است. یافته مطالعه حاضر نشان داد درمان خاطره پردازی انسجامی بر کاهش نگرانی سالمندان مؤثر است. اگرچه مطالعه ای بر روی نگرانی سالمندان و همسو با این

یافته وجود نداشت، اما نتیجه مطالعه پیشوایی و همکاران (۴۱) و عبدالله زاده و خبازی (۴۲) که نشان دادند درمان خاطره پردازی بر اضطراب سالمندان مؤثر است، با یافته مطالعه حاضر همخوان است. در تبیین این یافته می توان گفت خاطره پردازی از طریق حفظ توانایی ها و ارتباطات اجتماعی از یک سو و از سویی دیگر با استفاده از تخلیه هیجانی، منجر به ایجاد رضایت و خوشحالی و ارتقای سلامت روان در سالمندان شده و این مسئله منجر به تغییر نگرش آنها نسبت به نگرانی ها می شود. ارزش انطباقی خاطره پردازی به دلیل فرار از نگرانی ها و مشکلات زمان حال و پناه بردن به گذشته نیست، سالمندان در این دوره سنی دوباره اتفاقات مختلف زندگی خود را در کنار هم قرار می دهند تا آخرین تکلیف رشدی خود را به انجام برسانند. درواقع خاطره پردازی به آنها کمک می کند تا دوباره این اجزا را در کنار هم قرار دهند و به نوعی از بینش نسبت به خود و سن و سالی که در آن هستند دست یابند. انجام این تکلیف به سالمند کمک می کند تا هیجانات مثبت بیشتری را تجربه کند و در نتیجه نگرانی کمتری را احساس کند. یافته مطالعه حاضر نشان داد درمان خاطره پردازی انسجامی نسبت به گروه تحت درمان تصویرسازی از طریق بازپردازش اطلاعات در میزان افزایش امید به زندگی اثربخشی بیشتری دارد. نتیجه تحلیل کوواریانس نشان داد تصویرسازی ذهنی از طریق بازپردازش اطلاعات بر امید به زندگی سالمندان مؤثر است. این یافته در راستای مطالعه Ji و همکاران (۲۸) و Blackwell و همکاران (۲۵) بود مبنی بر اینکه تصویرسازی ذهنی با خوش بینی همراه است. اما مطالعه ای بر روی امید به زندگی سالمندان یافت نشد. در تبیین این یافته می توان گفت از آنجا که تصویرسازی دارای کارکرد انگیزشی است می تواند موجب ایجاد امید در فرد شود. از سویی دیگر، تصویرسازی عینی و واقع گرایانه اغلب به شکل فعال برای اهداف خاصی انتخاب می شود تا توانایی غلبه بر مشکلات، انطباق با چالش ها یا تغییر رفتارهای ناراحت کننده را تسهیل کند، می تواند موجب افزایش امید به زندگی در سالمندان شود. یافته مطالعه حاضر نشان داد درمان خاطره پردازی انسجامی بر امید به زندگی سالمندان مؤثر است. مطالعه نوری پورلیاوی و همکاران (۴۳) از این یافته حمایت می کند که نشان دادند درمان خاطره پردازی بر شادکامی و امید به زندگی سالمندان مؤثر است. در تبیین این یافته می توان گفت در مرحله سالمندی، مرور زندگی به بخشی از زندگی عادی افراد تبدیل می شود که ابزاری برای درک نزدیک شدن به پایان زندگی و مرگ است. درمان خاطره پردازی دو هدف را دنبال می کند: اول اینکه، به فرد کمک می کند تا از بازدارنده شناختی کم کند و افکار مزاحم و ناخواسته و عواطف مربوط به حوادث منفی گذشته را از نظر عاطفی پردازش کند. دوم اینکه، موقعیتی ایجاد می کند که طی آن درمانگر معانی جدیدتر و ساختار یافته تری را برای تجربه های گذشته و حال فرد خلق می کند که به جمع بندی موفقیت آمیز تجربه های زندگی کمک می کند. این فرایند موجب تسهیل تطابق حال و زندگی فرد شده و درنهایت می تواند موجب افزایش امید به زندگی شود. یافته مطالعه حاضر نشان داد درمان خاطره پردازی انسجامی و تصویرسازی از طریق بازپردازش اطلاعات در میزان افزایش کیفیت زندگی اثربخشی برابری دارند. نتیجه تحلیل کوواریانس نشان داد درمان تصویرسازی از طریق بازپردازش اطلاعات بر کیفیت زندگی سالمندان مؤثر است. این یافته همسو با مطالعه Steil و همکاران (۳۱) و Long & Quevillon (۲۹) بود که در مطالعه خود نشان دادند مداخله بازنویسی تصویری برای بهبود کیفیت زندگی بیماران اختلال استرس پس از سانحه مؤثر است. در تبیین این یافته می توان گفت تصویرسازی ذهنی فرد را از جنبه های مثبت خود، آگاه می سازد و خلق را افزایش می دهد، قدرت خودکنترلی را افزایش می دهد. پژوهشگران و درمانگران، بر اهمیت تصویرسازی ذهنی در افزایش سطح آرامش، کاهش استرس، بهبود وضعیت خلقی، کنترل فشار خون بالا، کاهش درد، تقویت سیستم ایمنی و کاهش میزان کلسترول و قند خون، تاکید کرده اند که مجموعه این عوامل می توانند موجب ارتقای کیفیت زندگی در سالمندان شود.

یافته مطالعه حاضر نشان داد درمان خاطره پردازی انسجامی بر کیفیت زندگی سالمندان مؤثر است. این یافته در راستای مطالعه حمزه زاده و همکاران (۴۴) و Hsu و همکاران (۲۷) بود مبنی بر این که درمان خاطره پردازی در ارتقای کیفیت زندگی سالمندان مؤثر است. در تبیین این یافته می توان گفت خاطره پردازی همچنین، بر پایه نظریه گزینش اجتماعی-هیجانی شکل گرفته است که مبین اثرات مثبت خاطره پردازی بر سلامت روان، از طریق تنظیم هیجانی و پردازش اطلاعات مربوط به محرک های خوشایند است. سالمندان به علت چالشی که به واسطه کمبودهای رده سنی خود

در روابط اجتماعی با آن مواجه می شوند، تجربیات و احساسات و خاطرات را در گروه های کوچک با یکدیگر به اشتراک می گذارند و این به اشتراک گذاری تجارب موجب روشن شدن نقاط مشترک با دیگران می شود و احساس رضایت درونی و افزایش کیفیت زندگی را در پی دارد. در یک جمع بندی کلی، یافته مطالعه حاضر نشان داد بین اثربخشی درمان تصویرسازی از طریق بازپردازش اطلاعات و درمان خاطره پردازي انسجامی بر احساس تنهایی، نگرانی و امید به زندگی سالمندان تفاوت وجود دارد اما بین اثربخشی درمان تصویرسازی از طریق بازپردازش اطلاعات بر کیفیت زندگی سالمندان تفاوت معناداری مشاهده نشد. از آنجا که درمان خاطره پردازي انسجامی مبتنی بر نظریه رشد روانی-اجتماعی اریکسون است، یادآوری خاطرات گذشته موجب غلبه انسجام خود بر ناامیدی می شود. این مرحله از رشد سالمندی، یک تکلیف روانی به شمار می رود و موجب افزایش امید به زندگی در فرد می شود و پیامدهای مثبت دیگری همچون افزایش بهزیستی روان شناختی، کاهش افسردگی، کاهش احساس تنهایی، کاهش نگرانی و افزایش کیفیت زندگی را به همراه داشته است. همچنین بر اساس تبیین هایی که پیش از این ارائه شد، از آنجا که هر دو درمان مطرح شده بر پایه بنیان های نظری و تجربی معتبری مطرح شده اند، موجب افزایش سلامت روان فرد و ارتقای کیفیت زندگی در سالمندان شده اند، بنابراین تفاوت معناداری در اثربخشی افزایش کیفیت زندگی سالمندان نشان ندادند. پیرامون ماندگاری اثرات درمان خاطره پردازي انسجامی در مرحله پیگیری احتمالاً به دلیل اجرای آسان این مداخله، پس از اتمام فرایند درمان توسط پرسنل مراکز نگهداری سالمندان و یا خود سالمندان اجرا شده و موجب ماندگاری اثرات درمانی شده است. همچنین پیرامون ماندگاری اثرات درمانی تصویرسازی از طریق بازپردازش اطلاعات، چون درمان اثرات مثبتی در مرحله پس از آزمون داشته است، نکات آموزشی آن توسط سالمندان به کار گرفته شده است و در نتیجه، دستاوردها و پیامدهای مطلوب خود را در پیگیری سه ماهه نیز حفظ کرده است. در پایان، لازم به ذکر است یکی از محدودیت های مطالعه حاضر عدم امکان پیگیری های بلندمدت تر به دلیل محدودیت های زمانی محقق بود. با توجه اثربخشی بیشتر خاطره پردازي بر احساس تنهایی و امید به زندگی و با در نظر داشتن تکلیف روانی مهم غلبه انسجام من بر ناامیدی در دوران سالمندی، پیشنهاد می شود این مداخله به عنوان تکنیکی ساده، ارزان قیمت و قابل اجرا مورد توجه کارشناسان سلامت روان در مراکز نگهداری سالمندان قرار گیرد. همچنین، کاربست هرچه بیشتر مداخلات مطرح شده در مطالعه حاضر در مراکز نگهداری سالمندان پیشنهاد می شود.

نتیجه گیری

درمان خاطره پردازي انسجامی نسبت به تصویرسازی از طریق بازپردازش اطلاعات در افزایش امید به زندگی و کاهش احساس تنهایی سالمندان اثربخشی بیشتری داشت. تصویرسازی از طریق بازپردازش اطلاعات نسبت به درمان خاطره پردازي انسجامی در کاهش نگرانی سالمندان اثربخشی بیشتری داشت. با این حال، تفاوتی بین دو مداخله در مورد کیفیت زندگی وجود نداشت.

تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از رساله دکترای تخصصی نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی و دارای کد اخلاق IR.IAU.CTB.REC.1400.033 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی می باشد. در پایان از تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می دارند هیچ گونه تعارض منافع در مورد این مقاله وجود ندارد.

REFERENCES

1. Kazemi N, Sajjadi H, Bahrami G. Quality of Life in Iranian Elderly. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2019;13(5):518-533
2. Pourabdol S, Abbasi M, Pirani Z, Abbasi M. The relationship between life expectancy and psychological well-being with quality of life in the elderly. Aging Psychology. 2015; 1(1): 57-65.

3. Bongers PJ, Greenberg CA, Hsiao R, Vermeer M, Vriens MR, Holzik MF, Goldstein DP, Devon K, Rotstein LE, Sawka AM, Pasternak JD. Differences in long-term quality of life between hemithyroidectomy and total thyroidectomy in patients treated for low-risk differentiated thyroid carcinoma. *Surgery*. 2020;167(1):94-101.
4. Courtin E, Knapp M. Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health & social care in the community*. 2017;25(3):799-812.
5. Crocker TF, Brown L, Clegg A, Farley K, Franklin M, Simpkins S, Young J. Quality of life is substantially worse for community-dwelling older people living with frailty: systematic review and meta-analysis. *Quality of Life Research*. 2019;28(8):2041-56.
6. Griffin B, Loh V, Hesketh B. A mental model of factors associated with subjective life expectancy. *Social Science & Medicine*. 2013;82(1):79-86.
7. Grossman ES, Hoffman YS, Palgi Y, Shrira A. COVID-19 related loneliness and sleep problems in older adults: Worries and resilience as potential moderators. *Personality and individual differences*. 2021;168(1):11-30.
8. Eskelinen K, Hartikainen S, Nykänen I. Is loneliness associated with malnutrition in older people?. *International Journal of Gerontology*. 2016;10(1):43-5.
9. Holvast F, Burger H, de Waal MM, van Marwijk HW, Comijs HC, Verhaak PF. Loneliness is associated with poor prognosis in late-life depression: Longitudinal analysis of the Netherlands study of depression in older persons. *Journal of affective disorders*. 2015;185(2):1-7.
10. Nezamdoust Sedehi M, Borjali A, Poursharifi H, Kraskian Mujembari A, Seirafi M. The relationship between hope and sense of coherence with psychosocial well-being among older people: Mediating role of attitude toward death. *Aging Psychology*. 2018;4(3):179-95.
11. Sagna AO, Kemp ML, DiNitto DM, Choi NG. Impact of suicide mortality on life expectancy in the United States, 2011 and 2015: age and sex decomposition. *Public health*. 2020;179(2):76-83.
12. Hofer J, Busch H, Au A, Poláčeková Šolcová I, Tavel P, Tsien Wong T. Reminiscing to teach others and prepare for death is associated with meaning in life through generative behavior in elderlies from four cultures. *Aging & mental health*. 2020;24(5):811-9.
13. King DB, Cappeliez P, Canham SL, O'Rourke N. Functions of reminiscence in later life: Predicting change in the physical and mental health of older adults over time. *Aging & mental health*. 2019;23(2):246-54.
14. Peerenboom L, Collard RM, Naarding P, Comijs HC. The association between depression and emotional and social loneliness in older persons and the influence of social support, cognitive functioning and personality: A cross-sectional study. *Journal of affective disorders*. 2015;182(1):26-31.
15. Safarzadeh, S. The Effectiveness of Group Reminiscence on Defeat, Gratitude and Optimism Feelings in the Elderly Women in Nursing Homes. *Aging Psychology*. 2019; 5(1):27-40.
16. Edwards D. Restructuring implicational meaning through memory-based imagery: Some historical notes. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2007;38(4):306-16.
17. Hallion LS, Steinman SA, Kusmierski SN. Difficulty concentrating in generalized anxiety disorder: An evaluation of incremental utility and relationship to worry. *Journal of anxiety disorders*. 2018;53(2):39-45.
18. Hawro T, Maurer M, Hawro M, Kaszuba A, Cierpiałkowska L, Królikowska M, Zalewska A. In psoriasis, levels of hope and quality of life are linked. *Archives of dermatological research*. 2014;306(7):661-6.
19. Stancliffe RJ, Wiese MY, Read S, Jelts G, Clayton JM. Knowing, planning for and fearing death: Do adults with intellectual disability and disability staff differ?. *Research in developmental disabilities*. 2016;49(3):47-59.
20. Reames TG, Bravo MA. People, place and pollution: Investigating relationships between air quality perceptions, health concerns, exposure, and individual-and area-level characteristics. *Environment international*. 2019;122(1):244-55.
21. Hackmann A. Original research Article imagery rescripting in PTSD. *Cognitive & behavioral practice*. 2011;18(4):425-32.
22. May J, Andrade J, Kavanagh DJ. An imagery-based road map to tackle maladaptive motivation in clinical disorders. *Frontiers in psychiatry*. 2015;6(2):14-20.
23. Smucker MR, Dancu C, Foa EB, Niederee JL. Imagery rescripting: A new treatment for survivors of childhood sexual abuse suffering from posttraumatic stress. *Journal of cognitive psychotherapy*. 1995;9(2):3-13.

24. Nilsson JE, Knutsson J, Jalamo BS, Lundh LG. Imagery rescripting of early memories in health anxiety disorder: a feasibility and non-randomized pilot study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2019;65:10-24.
25. Blackwell SE, Rius-Ottenheim N, Schulte-van Maaren YW, Carlier IV, Middelkoop VD, Zitman FG, Spinhoven P, Holmes EA, Giltay EJ. Optimism and mental imagery: A possible cognitive marker to promote well-being?. *Psychiatry Research*. 2013;206(1):56-61.
26. Syed Elias SM, Petriwskyj A, Scott T, Neville C. Spiritual reminiscence therapy for older people with loneliness, anxiety and depression living in a residential aged care facility, Malaysia: A qualitative approach. *Australasian journal on ageing*. 2019;38(1):25-30.
27. Hsu FY, Yang YP, Lee FP, Wang CJ, Wang JJ. Effects of group reminiscence therapy on agitated behavior and quality of life in taiwanese older adults with dementia. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*. 2019;57(8):30-6.
28. Ji JL, Holmes EA, Blackwell SE. Seeing light at the end of the tunnel: Positive prospective mental imagery and optimism in depression. *Psychiatry research*. 2017;247(2):155-62.
29. Long ME, Quevillon R. Imagery rescripting in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of cognitive psychotherapy*. 2009;23(1):67-76.
30. Mohammadzadeh A, Dolatshahy B, Mohammadkhani P. The effects of integrative reminiscence therapy on signs and symptoms of depression in the elderly. *Iranian Journal of Ageing*. 2011;6(1):12-23.
31. Steil R, Lechner-Meichsner F, Johow J, Krüger-Gottschalk A, Mewes R, Reese JP, Schumm H, Weise C, Morina N, Ehring T. Brief imagery rescripting vs. usual care and treatment advice in refugees with posttraumatic stress disorder: study protocol for a multi-center randomized-controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*. 2021;12(1):18-27.
32. Watt LM, Cappeliez P. Integrative and instrumental reminiscence therapies for depression in older adults: Intervention strategies and treatment effectiveness. *Aging & mental health*. 2000;4(2):166-77.
33. Westerhof GJ, Bohlmeijer E, Webster JD. Reminiscence and mental health: A review of recent progress in theory, research and interventions. *Ageing & Society*. 2010;30(4):697-721.
34. Ware Jr JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*. 1992;1(2):473-83.
35. Bour A, Khanekeshi A, Emamgholipoor N. compare of sleep quality and quality of life between patients using soporific drugs and normal individuals. *Journal of Psychology New Ideas*. 2017;1(2):9-18.
36. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, Yoshinobu L, Gibb J, Langelle C, Harney P. The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of personality and social psychology*. 1991;60(4):570-81.
37. Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behaviour research and therapy*. 1990;28(6):487-95.
38. Rashtbari A, Malekizadeh H, Saed O, Akataobi US, Subramanian DK, Patel A, George MJ, Sugunanandagopan SC, Krishna S, Kelu SV, Kalluvirath J. Comparison of factor structure and psychometric properties of original and abbreviated version of the Penn State Worry Questionnaire in a nonclinical sample: a cross-sectional psychometric study. *Asia Pacific Journal of Clinical Trials: Nervous System Diseases*. 2020;5(4):43-56.
39. Dehshiri GR, Borjali A, Sheykhi M, Habibi AM. Development and validation of the loneliness scale among the university students. *Journal Of Psychology*. 2009;1(4):67-75.
40. Vakilabad B, Fallahi Khoshknab M. The effect of mind education by imagery on depression of elders. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2012;7(27):10-17.
41. Pishvaei M, Moghanloo RA, Moghanloo VA. The efficacy of treatment reminders of life with emphasis on integrative reminiscence on self-esteem and anxiety in widowed old men. *Iranian journal of psychiatry*. 2015;10(1):19-30.
42. Abdollahzadeh H, Khabbazi M. Effectiveness of Integrative Reminiscence on Health anxiety, Death Depression and Perceived Stress in Elderly. *Quarterly Journal of Health Psychology*. 2017;6(22):101-14.
43. Nori Pourlayavali R, Alikhani M, Hoseynian S, Soheylizadeh S, Mohammadifar M. The Effect of Group Reminiscence on Happiness and Life Expectancy of Elderly. *Aging Psychology*. 2016;1(3):147-56.
44. Hamzehzadeh M, Golzari M, Rafiemanesh H, Meshki V, Abdolalizadeh M, Hoseini L, Foroughan M. Investigating the Effectiveness of Reminiscence Therapy on of Elderlies Depression and Optimism: An Experiment Study. *Prensa Med Argent*. 2018;104(1):6-16.