



Comparing the Effectiveness of “Mindfulness Therapy Based on Stress Reduction” and “Narrative Therapy” on Death Anxiety in the Elderly

Fatemeh Ramezani¹, Lida Leilabadi^{2*}, Suzan Emamipour³

1- Ph.D. Student of Health Psychology, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran,

3- Associate Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Corresponding author: Lida Leilabadi, Assistant Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Email: lida.leilabadi@gmail.com

Received: 5 April 2023

Accepted: 12 June 2023

Abstract

Introduction: One of the common psychological problems of old age is anxiety, and one of the types of anxiety that the elderly face is death anxiety. The purpose of the present study was to compare the effectiveness of “Mindfulness Therapy Based on Stress Reduction” and “Narrative Therapy” on the death anxiety of the elderly.

Methods: The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test-follow-up design and a control group. The statistical population of this research was made up of elderly people who referred to health centers in Tehran in 2019 and 2014, who had health records in these centers. Among them, 45 people were selected by convenience sampling method and randomly assigned to 2 intervention groups and 1 control group. Research instruments included demographic questionnaire and "Templer Death Anxiety Scale". Content validity of the instrument was measured by qualitative method and reliability by internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient. After conducting 8 sessions of “Mindfulness Therapy Based on Stress Reduction” and 9 sessions of “Narrative Therapy” for the intervention groups, the data were analyzed in SPSS. 24.

Results: “Mindfulness Therapy Based on Stress Reduction” and “Narrative Therapy” were effective on death anxiety in the intervention groups ($P=0.043$). The effect of time on death anxiety ($P=0.001$) was effective compared to the pre-test stage. The interaction effect of time*groups was effective on death anxiety ($P=0.001$) compared to the control group. In the post-test stage, the difference in the average death anxiety of the group “Mindfulness Therapy Based on Stress Reduction” and “Narrative Therapy” and control ($P<0.05$) and “Narrative Therapy” and control ($P<0.05$) was significant, but the difference of “Mindfulness Therapy Based on Stress Reduction” and “Narrative Therapy” and “Narrative Therapy” ($P<0.05$) was not significant.

Conclusions: "Mindfulness Therapy Based on Stress Reduction" and "Narrative Therapy" were effective on death anxiety of the elderly. It is suggested that in order to reduce the death anxiety of the elderly, the above therapy should be conducted along with pharmaceutical treatments.

Keywords: Death Anxiety, Narrative Therapy, Mindfulness, Elderly.



مقایسه اثربخشی «درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش تنش» و «روایت درمانی» بر اضطراب مرگ سالمندان

فاطمه رمضانی^۱، لیدا لیل آبادی^{۲*}، سوزان امامی پور^۳

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

۲- استادیار، گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۳- دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: لیدا لیل آبادی، استادیار، گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
ایمیل: lida.leilabadi@gmail

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۳/۲۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱/۱۶

چکیده

مقدمه: یکی از مسائل شایع دوره سالمندی اضطراب است، و یکی از انواع اضطراب که سالمندان با آن مواجه هستند اضطراب مرگ است. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی «درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش تنش» و «روایت درمانی» بر اضطراب مرگ سالمندان بود.

روش کار: روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را سالمندان مراجعه کننده به مراکز بهداشت در شهر تهران در سال ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰ تشکیل می دادند که در این مراکز دارای پرونده سلامت بودند. از میان آن ها ۴۵ تن به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در ۲ گروه مداخله و ۱ گروه کنترل قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه جمعیت شناختی و «مقیاس اضطراب مرگ تمپلر» (Templer Death Anxiety Scale) بود. روایی محتوای ابزار به روش کیفی و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ اندازه گیری شد. پس از اجرای ۸ جلسه «درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش تنش» و ۹ جلسه «روایت درمانی» برای گروه های مداخله، داده ها در نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۴ تحلیل شد.

یافته ها: «درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش تنش» و «روایت درمانی» بر اضطراب مرگ در گروه های مداخله اثرگذار بود ($P=0/043$). اثر زمان بر اضطراب مرگ ($P=0/001$) نسبت به مرحله پیش آزمون اثرگذار بود. اثر متقابل زمان* گروه ها بر اضطراب مرگ ($P=0/001$) نسبت به گروه کنترل اثرگذار بود. در مرحله پس آزمون تفاوت میانگین اضطراب مرگ گروه «درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش تنش» و کنترل ($P<0/05$) و «روایت درمانی» و کنترل ($P<0/05$) معنادار بود، اما تفاوت «درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش تنش» و «روایت درمانی» ($P>0/05$) معنادار نبود.

نتیجه گیری: «درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش تنش» و «روایت درمانی» بر اضطراب مرگ سالمندان اثربخش بودند. پیشنهاد می شود که در جهت کاهش اضطراب مرگ سالمندان درمان های فوق در کنار درمان های دارویی برگزار شود.

کلیدواژه ها: اضطراب مرگ، روایت درمانی، ذهن آگاهی، سالمندان.

مقدمه

سالمندی (elderly) فرآیند تغییرات طبیعی ناشی از گذشت زمان است، که با تولد آغاز و در طول زندگی ادامه پیدا می‌کند (۱). افراد مسن، به‌طور کلی با توجه به طیف وسیعی از ویژگی‌ها از جمله سن، تغییر در نقش اجتماعی و تغییرات در توانایی‌های عملکردی تعریف می‌شوند (۲). سالمندی از پدیده‌های مطرح در عرصه بهداشت و سلامت جهانی است با رشد سریع جمعیت سالمندی تخمین زده می‌شود که تا ۴۰ سال آینده، جمعیت بالای ۶۵ سال جهان دو برابر شود (۳). در بیشتر کشورهای توسعه یافته غربی، آغاز سن پیری از ۶۰ تا ۶۵ سال است؛ با این حال، کشورها و جوامع مختلف، شروع سن پیری را از اواسط ۴۰ تا ۷۰ سالگی در نظر می‌گیرند که این امر براساس میزان پیشرفته بودن کشورها متغیر است (۴).

سالمندان به‌علت کاهش اعتماد به نفس، نقصان فعالیت و حرکت، از دست دادن دوستان و نزدیکان، کاهش استقلال مادی و جسمانی و ابتلا به بیماری‌های مزمن، در معرض اضطراب بیشتری قرار دارند. اضطرابی که شاید بیش از همه شایع باشد اضطراب مرگ (death anxiety) است (۵). اضطراب مرگ نوعی از اضطراب است که انسان‌های زنده آن را تجربه می‌کنند و می‌تواند سلامتی وجودی فرد را، تحت تأثیر قرار دهد. اضطراب مرگ، می‌تواند نگرش منفی، درباره پیری را افزایش دهد و حتی به اضطراب و ترس بیشتری منجر شود (۶). بنابراین، اضطراب مرگ در زندگی سالمندان امری مهم و ضروری است و لازم است بررسی شود (۷). اضطراب مرگ یکی از مسائل شایع دوره سالمندی است؛ خلوتی و همکاران (۸) در یک بررسی فراتحلیل نشان دادند کمترین میانگین سنی مربوط به اضطراب مرگ در پژوهش‌ها سن ۶۰ سال و بیشترین میانگین سنی ۷۴ سال بوده است. سطح اضطراب مرگ در افراد می‌تواند به دلیل تفاوت‌های فردی و بسیاری از عوامل اجتماعی، عوامل محیطی و دیدگاه درباره مرگ متفاوت باشد. معنویت و عبادت باعث کاهش اضطراب مرگ و افسردگی در سالمندان شده و استفاده از این‌گونه مداخله‌ها ممکن است به‌زیستی روانشناختی را در میان سالمندان ارتقا بخشد (۸).

«درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش تنش» (Mindfulness Based Stress Reduction Therapy) موجب آگاهی و درک هیجان‌ها، پذیرش هیجان‌ها، توانایی کنترل افکار،

احساسات و رفتار به هنگام تجربه هیجان‌های منفی می‌شود (۹) و از این رو می‌تواند سبب کاهش اضطراب مرگ شود. روانشناسی بالینی و پزشکی از دهه ۱۹۷۰ چندین برنامه درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای کمک به افرادی که شرایط مختلفی را تجربه می‌کنند، ارائه کرده است (۱۰). ذهن آگاهی، آگاهی از لحظه حاضر و بدون قضاوت است. این آگاهی به محیط اطراف، افکار و احساسات شخص منتهی می‌شود، بدون اینکه هیچ چیز را تثبیت کند یا این که آن را خوب یا بد تلقی کند. بنابراین، ذهن آگاهی تنظیم ارزیابی‌های شناختی و مشاهده عینی تجربیات را نیز به همراه دارد (۱۱). ذهن آگاهی، آگاهی روشن شخص نسبت به آنچه که در درون و در تعامل با محیط بیرون در لحظات متوالی ادراک رخ می‌دهد است که می‌تواند به رهاسازی افراد از افکار خودکار، عادات و الگوهای رفتاری ناسالم کمک نماید؛ از این رو نقش مهمی را در تنظیم رفتاری ایفا می‌کند (۱۲).

برخی از پژوهش‌ها به اثربخشی مداخله ذهن آگاهی بر اضطراب مرگ سالمندان اشاره داشته‌اند. به عنوان مثال، ولی زاده و احمدی (۱۳) نتیجه گرفتند که «درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش تنش» برای بهبود کیفیت خواب و کاهش اضطراب مرگ سالمندان اثربخش است. در پژوهش غلامی و همکاران (۱۴) روش‌های ذهن آگاهی و مهارت‌های مقابله‌ای معنوی به طور معناداری باعث کاهش اضطراب مرگ و فشارخون سالمندان مبتلا به فشار خون بالا شدند. در پژوهش قدم پور و همکاران (۱۵) نیز درمان «درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش تنش» منجر به کاهش احساس تنهایی و اضطراب مرگ در سالمندان شده بود. Xiang-Zi & Jia-yuan (۱۶) در مطالعه خود نشان دادند که «درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش تنش» می‌تواند سطح اضطراب مرگ و فرسودگی شغلی پرستاران را کاهش دهد.

یکی دیگر از رویکردهایی که در کاهش اضطراب مرگ به نظر مؤثر است، «روایت درمانی» (Narrative Therapy) است. نگرش کلی «روایت درمانی» بر مبنای چگونگی روایت داستان‌هایی که از زندگی خویش نقل می‌کنند، استوار است (۸). واژه «روایت» بازگویی چند داستانی بودن هویت فرد و معانی مربوط به آن‌ها است. «روایت درمانی» به فرد یاری می‌دهد تا مسیر داستان گویی متفاوتی از مسیر مشکل را برای خویش روشن کند؛ مسیری که شامل آمال، ارزش‌ها و تعهدات خود فرد است. یک روایت

فاطمه رضانی و همکاران

به جدول Cohen، با توجه به تعداد گروه ها $n=3$ ، سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون $0/8$ و اندازه اثر $0/7$ تعداد نمونه معادل ۱۵ تن برای هر گروه بدست آمد (۲۱).

از جمله معیارهای ورود به پژوهش حاضر شامل سن ۶۵ تا ۷۵ سال، تحصیلات خواندن و نوشتن و طبقه اجتماعی-اقتصادی متوسط، عدم ابتلا به بیماری مزمن، دریافت همزمان مداخله شناختی و ابتلا به بیماری های مزمن، رضایت آگاهانه و تمایل به همکاری در پژوهش و آشنایی با پلت فرم اسکایپ بود. معیارهای خروج از پژوهش حاضر شامل ابتلا به بیماری جسمانی خاص و مزمن، زندگی بدون همسر و فرزندان و تعداد جلسه های غیبت بیشتر از ۲ جلسه بود. به منظور جمع آوری اطلاعات از ابزارهایی به شرح زیر استفاده شد.

«پرسشنامه جمعیت شناختی» که شامل جنس، سن، وضعیت تأهل و تحصیلات بود.

«مقیاس اضطراب مرگ تمپلر» (Templer Death Anxiety Scale) که توسط Templer در آمریکا در سال ۱۹۷۰ طراحی شده و شامل ۱۵ عبارت است که نسخه اصلی آن به صورت بله=۱ و خیر= صفر است. نسخه ایرانی هنجار شده آن در یک طیف ۵ درجه ای لیکرت از کاملاً مخالف= ۱ تا کاملاً موافق= ۵ نمره گذاری می شود. در این ابزار حداقل نمره ۱۵ و حداکثر نمره ۷۵ است. در این ابزار نمره بالاتر در این ابزار به معنای اضطراب مرگ بیشتر است، به طوری که نمره ۱۵ تا ۲۵ بیانگر اضطراب مرگ پایین، نمره ۲۶ تا ۵۰ بیانگر اضطراب مرگ متوسط و ۵۱ تا ۷۵ بیانگر اضطراب مرگ بالا است (۲۲، ۲۳) Templer. روایی سازه به روش روایی همگرا «مقیاس اضطراب مرگ تمپلر» در نمونه ای شامل ۷۶ تن دانشجوی آمریکایی را با «مقیاس اضطراب ولس» (Welsh Anxiety Scale) برابر با $0/39$ و ضریب ثبات به روش بازآزمایی با فاصله زمانی ۳ هفته برای نمونه فوق را $0/83$ گزارش کرد. Tomás-Sábado & Gómez-Benito در نمونه ای شامل ۱۸۷ تن دانشجوی اسپانیایی روایی سازه «مقیاس اضطراب مرگ تمپلر» را به روش تحلیل عاملی تأییدی بررسی و ساختار تک عاملی تأیید شد. ضریب ثبات به روش بازآزمایی با فاصله زمانی ۳ هفته برای نمونه فوق را $0/87$ گزارش کردند (۲۳).

شریف نیا و همکاران (۲۴) در مطالعه خود، روایی سازه «مقیاس اضطراب مرگ تمپلر» به روش تحلیل عاملی تأییدی را روی ۲۱۱ تن جانباز ایرانی بررسی و ساختار

درمانگر، مشتاق است تا فرد را یاری رساند تا بتواند مسیرها، روایتها، اشکال مختلف بخشهای زندگی، فرصتها و احتمالات مختلف را به طور گسترده ای در زندگی ترسیم کند. «روایت درمانی»، به طور همزمان فرد را به پژوهشی مشترک درباره تأثیرات گسترده مشکل در زندگی خود و اطرافیانش نیز ترغیب می کند. در این مسیر به جای تمرکز بر مشکل به عنوان بخشی از ماهیت وجودی فرد، با تمرکز بر تأثیرات احتمالی یک مشکل در زندگی وی، روایت درمانگر میان فرد و مشکلی فاصله ای ایجاد می کند (۱۷).

در پژوهش زنهاری و همکاران (۱۸) داستان گویی موجب افزایش دانش و بهبود نگرش مراقبان آسایشگاه های نسبت به مفهوم سالمندی و مراقبت از سالمندان شد. نتایج پژوهش عبدالله پور و همکاران (۱۹) نشان داد، روش «روایت درمانی» و «درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش» به صورت معنادار در کاهش اضطراب وجودی و باورهای غیرمنطقی سالمندان اثربخش بوده است. خدابخش پیر کلانی و همکاران (۲۰) معتقدند سالمندی از عوامل مهم ناتوانی محسوب می شود، به کار بردن شیوه های درمانی کوتاه مدت و کم هزینه برای افزایش ارتقای عملکرد سالمندان و کاهش مشکلات سلامت به ویژه اضطراب های آن ها امری ضروری و مهم است.

با توجه به مطالب ذکر شده، پژوهشی که به بررسی مقایسه اثربخشی مقایسه اثربخشی «درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش تنش» و «روایت درمانی» بر اضطراب مرگ پرداخته باشد، یافت نشد. از این رو، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی «درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش تنش» و «روایت درمانی» بر اضطراب مرگ سالمندان انجام شد.

روش کار

روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را سالمندان مراجعه کننده به مراکز بهداشت تختی، صفریور، راه آهن، دهکده المپیک و والفجر واقع در غرب تهران در سال ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰ تشکیل می دادند که در این مراکز دارای پرونده سلامت بودند. از میان آن ها ۴۵ تن به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در ۲ گروه مداخله و ۱ گروه کنترل قرار گرفتند. با مراجعه

مدت نیم ساعت، حرکات ایستادن و چندین حرکت کشش یوگا و تنفس آگاهانه به صورت نشسته انجام شد. تمرین ۹ نقطه روی تخته توضیح داده شد و انجام گردید. بقیه جلسه صرف صحبت درباره تکلیف هفته گذشته و تمرین کاربرد جلسه پیش بررسی شد و در پایان کاربرد تکالیف هفتگی و سی دی شماره ۲ (یوگا) تحویل شرکت کنندگان گردید و توضیحات مربوط به آن ها نیز ارائه شد.

جلسه سوم

جلسه با صحبت کوتاه و چنددقیقه‌ای با اعضا در مورد احوالات و عواطف شان شروع شد و با دراز کشیدن روی زمین و انجام تمرینات یوگا به مدت نیم ساعت، صحبت در مورد تمرین انجام شده و جویا شدن از حس‌ها، عواطف و افکار آن‌ها در حین تمرین ادامه پیدا کرد. سپس در مورد تمرینات هفته گذشته با اعضا صحبت شد. تمرین تنفس شکمی و نشستن هوشیارانه انجام شد، کاربرد مربوط به تکالیف هفتگی تحویل شد.

جلسه چهارم

جلسه با صحبت کوتاه و چنددقیقه‌ای با اعضا در مورد احوالات و عواطف شان شروع شد و سپس اعضا به نشستن هوشیارانه پرداختند و در مورد تمرین‌های انجام شده در گام دوم و حس‌ها، عواطف و افکار آن‌ها در حین تمرین در گروه صحبت شد، سپس چند حرکت کششی یوگا به مدت ده دقیقه به صورت ایستاده انجام شد و اعضا در مورد تمرینات هفته گذشته به‌خصوص یوگا تجربه خود را بیان کردند، تمرین تجارب ناخوشایند روی تخته به کمک اعضا انجام شد، سپس اعضا تمرین تنفس شکمی با چشمان بسته را به صورت نشسته انجام دادند، در پایان کاربرد مربوط به تکالیف هفتگی تحویل شد.

جلسه پنجم

حرکات یوگا و نشستن هوشیارانه تمرین شد. صحبت کوتاه با اعضا در مورد احوالات و عواطف شان صورت گرفت و کاربرد مربوط به تکالیف هفتگی و سی دی شماره ۳ تحویل شد. ارزشیابی نیمه دوره به وسیله صحبت با گروه در مورد سؤالات زیر انجام شد:

۱. آیا در حال یادگیری و تغییر هستید؟

۲. در حال حاضر در کجا قرار دارید؟

۳. آیا بنا به تعهدی که دارید تمرین کرده‌اید؟ اگر نه چرا؟

۴. آیا مایل به تعهد جدیدی هستید؟

جلسه ششم

تک عاملی تأیید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای نمونه فوق، $0/89$ گزارش شد. سلیمانی و همکاران (۲۵) در مطالعه خود، روایی سازه «مقیاس اضطراب مرگ تمپلر» به روش تحلیل عاملی تأییدی روی ۳۲۶ تن زن و مرد ایرانی بررسی و ساختار تک عاملی تأیید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای نمونه فوق را در دامنه ای از $0/78$ تا $0/81$ گزارش کردند.

در پژوهش حاضر روایی محتوا به روش کیفی «مقیاس اضطراب مرگ تمپلر» برای تمام عبارت‌ها مورد تأیید ۵ تن از مدرسین روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز قرار گرفت. نتایج حاکی از روایی محتوا مطلوب بود. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ «مقیاس اضطراب مرگ تمپلر» بر روی ۴۵ تن از سالمندان مراجعه کننده به مراکز بهداشت واقع در غرب تهران و شرکت کننده در پژوهش حاضر، $0/73$ به دست آمد.

در مطالعه حاضر جلسات «درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش تنش» براساس مداخله ارائه شده توسط Kabat Zinn در طی ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد (۲۶). در ایران این پروتکل در پژوهش برقی ایرانی و دهقان صابر (۲۷) در جمعیت سالمندان استفاده شده و روایی آن مورد بررسی قرار گرفته است. در پژوهش حاضر، در پایان هر جلسه به شرکت کنندگان تکالیف خانگی ارائه و در هر جلسه تکالیف خانگی جلسه قبل اعم از مرور مطالب کلاسی توسط پژوهشگر اول مقاله حاضر، بررسی می شد.

محتوای جلسات «درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش تنش»

جلسه اول

در این جلسه اعضای گروه با یکدیگر آشنا شدند و مقررات و قوانین مربوط به گروه و کلاس برای آن‌ها بیان شد. خوردن ذهن آگاهانه کشمش تمرین و معاینه بدن با چشمان بسته توسط ذهن به مدت نیم ساعت انجام شد. کاربرد مربوط به تکالیف هفتگی و سی دی شماره ۱ (معاینه هوشیارانه) تحویل شرکت کنندگان گردید و توضیحات مربوط به آن‌ها نیز ارائه شد.

جلسه دوم

جلسه با صحبت کوتاه و چنددقیقه‌ای با اعضا در مورد احوالات و عواطف شان شروع شد، معاینه هوشیارانه بدن به

جلسه دوم

موضوع داستان زندگی بررسی شد، برون سازی آغاز و روایت‌های غالب، داستان‌های اشیاع از مشکل مشخص شدند. اکتشاف استعاره خود (چگونگی ساخت داستان‌ها) آغاز و نفوذ مشکل و بالعکس انجام شد.

جلسه سوم

موضوعات رویدادهای مهم زندگی، اصول حاکم بر داستان‌گویی افراد، استعاره‌های افراد و داستان‌ها از منظری دیگر، بررسی شدند.

جلسه چهارم

نام‌گذاری مشکل، از قدرت انداختن مشکل، بررسی راهبردهای مشکل، بحث گروهی راجع به نگرش‌های سالمندان نسبت به مشکل انجام شد.

جلسه پنجم

اعضاء به چالش (بحث گروهی در مورد پسخوراند جلسات قبلی) کشیده شده و بحث گروهی در مورد پسخوراند جلسات قبلی انجام شد و ابتکارات آن‌ها و عواطف مثبت و منفی مؤثر در مورد داستان‌ها و چالش‌های بزرگ زندگی بررسی شد. تکالیف خانگی در مورد جمع‌آوری مجموعه عکس و مطالب مرتبط با موضوعات موردعلاقه انجام شد.

جلسه ششم

بررسی موضوعات پیامدهای بی‌همتا، بررسی تکلیف جلسه قبل، بررسی پیامدهای منحصربه‌فرد، بررسی معایب خود، به‌کارگیری عناصر جدید در روایت‌ها، بررسی اولویت‌ها، آرزوها، اهداف و افراد مهم در زندگی، نکاتی در خصوص نیرودهندگان مشکل، ایفای نقش، توضیح تمرین جملات ناتمام انجام شد.

جلسه هفتم

بازسازی و بازگویی روایت زندگی صورت گرفت و بر نکات قوت مراجع تأکید شد. ارتباط روایت‌های جدید با زندگی فرد بررسی و جریان بخشیدن به روایت‌های جدید کار شد. نکات بحرانی بررسی و در مورد داستان‌هایی از تصورات شخصی در مورد رویدادهای زندگی بررسی انجام گرفت.

جلسه هشتم

بازنویسی داستان زندگی و بررسی داستان‌های تازه فرد، پیش‌بینی مشکلات احتمالی، بحث گروهی و بررسی احساسات فرد، بازنویسی روایت‌های زندگی از گذشته تا حال انجام شد.

جلسه نهم

اعضای گروه به کنار پنجره رفتند و به شهر نگاه کردند، سپس نشستن مراقبه‌ای با استعاره از شهر انجام شد و درباره شهر درون با گروه صحبت شد، نام‌گذاری احساسات، تمرین راه رفتن و قدم زدن و نشستن هوشیارانه و تمرین دقت بر تنفس انجام شد. کار برگ مربوط به تکالیف هفتگی تحویل شد.

بعد از جلسه ششم و قبل از جلسه هفتم یک روز از ساعت ۹ صبح تا ۲ بعدازظهر گروه تمام تمرینات انجام شده را مرور کرده و آن روز اعضای گروه در سکوت کامل این تمرینات را انجام دادند، حتی صرف نهار نیز در سکوت انجام شد.

جلسه نهم

از اعضا خواسته شد در جایی از کلاس که هیچ وقت آن را دوست نداشته‌اند، بنشینند و سپس نشستن هوشیارانه، احساس حضور در گروه و قدم زدن آگاهانه به مدت یک ربع تمرین شد. در پایان کار برگ مربوط به تکالیف هفتگی تحویل شد.

جلسه هشتم

جلسه با صحبت کوتاه و چنددقیقه‌ای با اعضا در مورد احوالات و عواطف شان شروع شد و سپس دراز کشیدن و معاینه هوشیارانه بدن به مدت نیم ساعت انجام شد، در مورد تمرین انجام شده و تغییرات به وجود آمده در اعضا در طی این ۲ ماه بحث و گفت و گو شد، صحبت پایانی اعضا گروه برای یکدیگر، توصیه‌های برای شرکت‌کنندگان در این دوره انجام شد.

در مطالعه حاضر جلسات «روایت درمانی» براساس مداخله ارائه شده توسط White & Epston در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد (۲۸). در ایران این پروتکل در پژوهش چنگیزی و پناه‌علی (۲۹) در جمعیت سالمندان استفاده شده و روایی آن مورد بررسی قرار گرفته است، به شرکت‌کنندگان تکالیف خانگی ارائه و در هر جلسه تکالیف خانگی جلسه قبل اعم از مرور مطالب کلاسی توسط پژوهشگر بررسی می‌شد.

محتوای جلسات «روایت درمانی»

جلسه اول

در این جلسه اعضای گروه با یکدیگر آشنا شدند و مقررات و قوانین مربوط به گروه و کلاس برای آن‌ها بیان شد. سپس اصول «روایت درمانی» برای اعضا تشریح گردید و اعضا برای توصیف داستان‌های مسلط و روایت زندگی خود تشویق شدند.

از آزمون شاپیرو- ویلک (Shapiro-Wilk test)، آزمون لویین (Levene's test)، آماره ام باکس (M.Box) و آزمون کرویت موخلی و سطوح معناداری ۰/۰۵ و ۰/۰۱ استفاده شد. داده ها در نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۴ تحلیل شد.

یافته ها

در پژوهش حاضر در هر گروه ۷ زن (۴۶/۶۷ درصد) و ۸ مرد (۵۳/۳۳ درصد) حضور داشتند. در پژوهش حاضر میانگین \pm انحراف معیار گروه «درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش تنش» $3/52 \pm 67/56$ میانگین \pm انحراف معیار، «گروه روایت درمانی» $3/28 \pm 68/93$ و میانگین \pm انحراف معیار گروه کنترل $3/58 \pm 68/86$ بود. بررسی تفاوت میانگین-های ۳ گروه نشان داد، ۳ گروه به لحاظ میانگین سنی تفاوت معناداری با هم نداشتند ($F=0/446, P=0/643$). در گروه «درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش تنش» ۱۳ تن (۱۳/۳ درصد) متأهل و ۲ تن (۸۶/۷ درصد) مجرد بودند. در گروه «روایت درمانی» ۱۴ تن (۶/۷ درصد) متأهل و ۱ تن (۹۳/۳ درصد) مجرد بودند. در گروه کنترل ۱۴ تن (۶/۷ درصد) متأهل و ۱ تن (۹۳/۳ درصد) مجرد بودند. در گروه «درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش تنش» ۴ تن (۲۶/۶۷ درصد) تحصیلات زیردیپلم، ۴ تن (۲۶/۶۷ درصد) تحصیلات دیپلم، ۵ تن (۳۳/۳۳ درصد) تحصیلات کارشناسی و ۲ تن (۳۳/۳۳ درصد) تحصیلات بالاتر از کارشناسی داشتند. در گروه «روایت درمانی» ۴ تن (۲۶/۶۷ درصد) تحصیلات زیردیپلم، ۴ تن (۲۶/۶۷ درصد) تحصیلات دیپلم، ۴ تن (۲۶/۶۷ درصد) تحصیلات کارشناسی و ۳ تن (۲۰/۰۰ درصد) تحصیلات بالاتر از کارشناسی داشتند. در گروه کنترل ۴ تن (۲۶/۶۷ درصد) تحصیلات زیردیپلم، ۴ تن (۲۶/۶۷ درصد) تحصیلات دیپلم، ۵ تن (۳۳/۳۳ درصد) تحصیلات کارشناسی و ۲ تن (۳۳/۳۳ درصد) تحصیلات بالاتر از کارشناسی داشتند. در ادامه پیش فرض های تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر مورد بررسی قرار گرفت. آزمون ام. باکس و لویین برای هیچ یک از مراحل پژوهش معنادار نبود، بنابراین، شرط همگنی ماتریس های واریانس- کوواریانس و مفروضه همگنی واریانس برای اضطراب مرگ در ۳ مرحله رعایت شده بود. بررسی نتایج آزمون کرویت موخلی نشان داد فرض برابری واریانس های درون آزمودنی ها برای متغیر اضطراب مرگ برقرار بود.

ایجاد روایت های جدید و جمع بندی، بازنویسی روایت های زندگی درباره حال و آینده، دادن عنوان جدید به روایت های جدید زندگی، ویرایش نهایی روایت های جدید، ایفای نقش در داستان جدید، بحث گروهی درباره تغییرات ایجاد شده در افراد به واسطه شرکت در جلسات انجام شد و شواهد مربوط به تغییر در گروه بررسی شدند.

نحوه اجرای پژوهش به این شکل بود که پس از اخذ مجوز لازم از دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، فراخوان شرکت در این پژوهش به همراه شماره تلفن تماس با پژوهشگر در مراکز بهداشت واقع در غرب تهران شامل تختی، صفرپور، راه آهن، دهکده المپیک و والفجر در غرب تهران پخش شد. پس از تماس بیماران و اعلام همکاری و رضایت آگاهانه شفاهی، پرسشنامه جمعیت شناختی برای آن ها به صورت «برخط» (online) ارسال شد. بدین ترتیب معیار های ورود و خروج براساس پاسخ های افراد به پرسشنامه جمعیت شناختی بررسی شد و در نهایت ۴۵ تن انتخاب شدند. پس از گمارش تصادفی شرکت کننده ها، در مرحله بعد، ابزارها به عنوان پیش آزمون بر روی شرکت کننده های گروه مداخله و کنترل قبل از شروع مداخله به اجرا درآمد. سپس، افراد گروه های «درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش تنش» و «روایت درمانی» را دریافت کردند. در این مدت گروه های مداخله و کنترل با هم تماسی نداشتند. در پایان مداخله نیز تمامی شرکت کننده های ۳ گروه، جهت پس آزمون و پس از گذشت ۱ ماه جهت پیگیری پرسشنامه ها را تکمیل کردند. کل مدت دوره ۲ ماه به طول انجامید. به جهت رعایت اصول اخلاقی گروه کنترل نیز از مداخله پس از پایان مطالعه بهره مند شدند. لازم به ذکر است که برای رعایت ملاحظات اخلاقی به تمام شرکت کننده ها این اطمینان داده شد که تمام اطلاعات حاصل از این مطالعه تنها به منظور ارائه نتایج در پژوهش است و تمام اطلاعات آن ها محرمانه باقی خواهد ماند. همچنین، به آن ها یادآور شد که هر زمان که مایل بودند می توانند از مطالعه خارج شوند.

در پژوهش حاضر جهت توصیف داده ها از میانگین و انحراف معیار و تحلیل داده ها از روش های تحلیل واریانس (analysis of variance) و آزمون کای دو (chi-square) و تحلیل واریانس با طرح اندازه گیری مکرر (analysis of variance with repeated measures design) و آماره فیشر (Fisher statistic) و برای آزمون پیش فرض های آزمون

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار اضطراب مرگ

| گروه | پیش آزمون | | پس آزمون | | پیگیری |
|-------------------------------------|-----------|--------------|----------|--------------|--------|
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | |
| «درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش تنش» | ۶/۹۳ | ۳/۱۰ | ۳/۶۰ | ۲/۲۶ | ۴/۱۳ |
| «روایت درمانی» | ۶/۶۷ | ۳/۵۸ | ۳/۲۷ | ۲/۴۶ | ۲/۱۳ |
| کنترل | ۶/۰۷ | ۲/۹۱ | ۶/۱۳ | ۳/۱۱ | ۶/۶۷ |

جدول ۱ میانگین و معیار اضطراب را در شرکت کنندگان گروه‌های مداخله و کنترل، در ۳ مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.

جدول ۲: اثرات درون و بین آزمودنی‌ها برای اضطراب مرگ

| اثر | منبع تغییرات | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | آماره F | مقدار احتمال | مجذور اتا |
|--------------|--------------|---------------|------------|-----------------|---------|--------------|-----------|
| درون آزمودنی | زمان | ۱۴۹/۶۴۴ | ۲ | ۷۴/۸۲۲ | ۵۳/۹۷۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۱۱ |
| | گروه*زمان | ۱۱۶/۷۵۶ | ۴ | ۲۹/۱۸۹ | ۱۷/۱۵۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۵۰ |
| بین آزمودنی | گروه | ۱۱۷/۷۳۳ | ۲ | ۵۸/۸۶۷ | ۳/۱۵۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۱۳۱ |

جدول ۲ نشان می‌دهد «درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش تنش» و «روایت درمانی» بر اضطراب مرگ در گروه‌های مداخله اثرگذار بود ($P=۰/۰۴۳$). اثر زمان بر جدول ۲ نشان می‌دهد «درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش تنش» و «روایت درمانی» اثر متقابل زمان*گروه‌ها بر اضطراب مرگ اثرگذار بود. نسبت به مرحله پیش آزمون ($P=۰/۰۰۱$) اضطراب مرگ اثرگذار بود. نسبت به گروه کنترل اثرگذار بود. ($P=۰/۰۰۱$)

جدول ۳: آزمون تعقیبی بفرونی برای مقایسه‌های دوتایی اضطراب مرگ گروه‌ها در مراحل پس آزمون و پیگیری

| زمان | مقایسه | تفاوت میانگین | خطای معیار | مقدار احتمال |
|----------|---|---------------|------------|--------------|
| پس آزمون | «درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش تنش»، «روایت درمانی» | ۰/۳۳۳ | | ۱/۰۰ |
| | «درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش تنش»، کنترل | -۲/۵۳۳° | ۰/۹۶۳ | ۰/۰۳۶ |
| | «روایت درمانی»، کنترل | -۲/۸۶۷° | | ۰/۰۱۴ |
| پیگیری | «درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش تنش»-«روایت درمانی» | -۲/۰۰۰° | | ۰/۰۴۹ |
| | «درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش تنش»، کنترل | -۲/۵۳۳° | ۰/۷۹۸ | ۰/۰۰۸ |
| | «روایت درمانی»، کنترل | -۴/۵۳۳° | | ۰/۰۰۱ |

بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی «درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش تنش» و «روایت درمانی» بر اضطراب مرگ سالمندان بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد «درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش تنش» و «روایت درمانی» بر اضطراب مرگ سالمندان اثربخش بودند. این نتایج با نتایج حاصل از پژوهش‌های ولی زاده و احمدی (۱۳)، غلامی و همکاران (۱۴)، قدم پور و همکاران (۱۵)، Xiang-Zi & Jia- (۱۶)، زنهاری و همکاران (۱۸) و عبدالله پور و همکاران (۱۹) همسو بود. در تبیین اثربخشی «درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش

جدول ۳ نشان می‌دهد در مرحله پس آزمون تفاوت میانگین اضطراب مرگ در گروه «درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش تنش» و کنترل ($P<۰/۰۵$) و گروه «روایت درمانی» و کنترل ($P<۰/۰۵$) معنادار بود، اما تفاوت گروه‌های «درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش تنش» و «روایت درمانی» ($P>۰/۰۵$) معنادار نبود. در مرحله پیگیری تفاوت میانگین اضطراب مرگ در گروه «درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش تنش» و کنترل ($P<۰/۰۱$) و گروه «روایت درمانی» و کنترل ($P<۰/۰۱$) و تفاوت گروه‌های «درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش تنش» و «روایت درمانی» ($P<۰/۰۵$) معنادار بود.

در این ارتباط تلاش مشاور بر این است تا روایت فرد از خویشتن و زندگی اش به اصطلاح قوی تر و ضخیم تر شود. طی این روند، روایت درمانگر سوالات ویژه‌ای را از سالمندان می‌پرسید تا حوادث و وقایع زندگی آن‌ها، از مختصات تازه و روشنی روایت شوند. مختصاتی که تاکنون بخشی از طرح و نقشه داستان مشکل آفرین نبوده‌است (۳۶).

در تبیین اثربخشی «روایت درمانی» بر اضطراب مرگ سالمندان می‌توان گفت «روایت درمانی» سعی دارد، مشکلات افراد را از خود آن‌ها جدا کند و با استفاده از روش «بیرونی سازی» این نگرش را در فرایند کار با مراجعین عملی می‌سازد. حتی نقاط قوت و توانایی‌های مثبت فرد نیز «بیرونی سازی» می‌شود تا فرد بتواند روایت بهتر و شفاف تری از ماهیت زندگی و خویشتن خویش کسب کند. طی فرایند «بیرونی سازی» مشکل، کار بررسی و تحلیل تأثیرات احتمالی مشکل برای فرد آسان تر می‌شود. نمونه‌ای دیگر از فرایند «بیرونی سازی» زمانی میسر می‌شود که فرد اَمال و آرزوها، مقاصد، ارزش‌ها و تعهداتش را کنکاش می‌کند و با آن‌ها در ارتباط نزدیک قرار می‌گیرد. وقتی ارزش‌ها و اهداف فرد در بخش‌هایی از زندگی نمود پیدا می‌کنند و مکان یابی می‌شوند، این ارزش‌ها و اهداف می‌توانند تجربه و در نتیجه روایت فرد از زندگی را بازنویسی کنند و در نهایت در برابر مشکلات احتمالی زندگی اش مقاومت ایجاد کنند. در سطح عملی، «روایت درمانی» شامل فرایندهای بازسازی معنا و در هم شکستن ساختارهای نادرست گذشته است که موجب شکل گیری ساختارهای تازه برای سالمند می‌شود. این فرایندها طی روند خاصی از پرس و جو و همکاری متقابل میان روایت درمانگر و فرد مراجعه کننده انجام می‌شوند (۳۷)؛ همچنانکه همسو با این یافته‌ها در پژوهش زنهاری و همکاران (۱۸) نشان دادند داستان گویی موجب تغییر نگرش سالمندان نسبت به زندگی سالمندی و بازسازی معنا در آن‌ها می‌شود. به طور کلی می‌توان گفت در روایت درمانی سالمندان با مرور خاطرات و تجربیات خود و به اشتراک گذاشتن آن با دیگران، در واقع به زندگی خود اعتبار، معنا و مفهوم می‌بخشند و با بیان خاطرات گذشته خود در گروه، احساسات مثبت و منفی خود را نسبت به گذشته ابراز نموده و نسبت به زمان حال بینش جدیدی کسب می‌کنند که این موجب تغییر نگرش آن‌ها شده و در نتیجه از میزان اضطراب آن‌ها کاسته می‌شود (۳۶). «روایت درمانی» بر

تنش «بر اضطراب مرگ سالمندان می‌توان گفت ذهن آگاهی مثبت با افزایش خودشفقت‌ورزی می‌تواند راهبرد تنظیم هیجان در نظر گرفته شود که طی آن از تجربه هیجان‌های دردآور و ناگوار ممانعت به عمل نمی‌آید (۳۰)؛ بلکه تلاش می‌شود بسیار مهربانانه با احساسات و هیجان‌ها به همان صورتی که هستند برخورد شود و مورد پذیرش قرار گیرند؛ در چنین شرایطی است که احساسات منفی جای خود را به احساسات مثبت می‌دهند و فرد قادر خواهد بود از راهبردهای مقابله‌ای سازنده و جدید استفاده کند (۳۱) و بدین ترتیب در این فرایند فرد با تمرین توجه (۳۲) و با به چالش کشیدن محتوای افکار و هیجان‌های خود بر افکار ناکارآمد خود درباره مرگ و نیستی فائق می‌آید (۳۳). «درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش تنش» فنونی را بکار می‌برد تا دیدگاه فرد در مورد مفید بودن شیوه‌های مقابله و مواجهه با افکار و هیجان‌اتش را تغییر دهد و او را به سمت تجربه اصلاحی هیجان‌ات ناخوشایند و پذیرش آن‌ها سوق دهد تا سالمند، در مقابله با هیجان‌اتش احساس خودکنترلی و تسلط و در نهایت خودتنظیمی بیشتری داشته باشد (۳۴). «درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش تنش» به افراد می‌آموزد که به‌عنوان اولین گام هیجان‌های خود و واقعیت زندگی خود از جمله مرگ را بپذیرند و با زندگی اینجا و اکنون، میزان انعطاف‌پذیری شناختی خود را بهبود بخشند و باحالت‌های جسمی و هیجانی تنش‌زا و چالش‌انگیز خود به شیوه متفاوتی ارتباط برقرار و از روش‌های جایگزین مقابله استفاده نمایند تا بتوانند علت‌های زیربنایی رفتارهای ناسازگارانه خود را تشخیص دهند، از عادت‌های رفتاری و شناختی رها شوند و مهارت‌های خود را در مواجهه با چالش‌های زندگی روزمره بهبود بخشند (۳۵). همسو با این یافته‌ها، ولی زاده و احمدی (۱۳) عنوان داشتند که اساس «درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش تنش» یافتن حضور ذهن در هر لحظه، جلوگیری از نشخوارهای ذهنی، کنترل وقایع روزانه، بازشناسی الگوهای افکار خودکار با تمرکز بر تنفس، تمرکز و یکپارچه بودن بیشتر، توجه به شناخت‌های معیوب و استفاده از پذیرش و رویارویی با افکار است که موجب کاهش اضطراب مرگ می‌شود.

روایت درمانگر در طول روند مشاوره، تمرکز بر روایت گویی فرد مراجعه کننده دارد. ارتباط میان درمانگر و فرد در این نوع از درمانی (مشاوره) یک ارتباط همسطح و یاری‌گرانه است و نه از نوع ارتباط یک متخصص با فرد مراجعه کننده.

بود. بنابراین، در تعمیم نتایج احتیاط باید صورت گیرد.

سیاسگزاری

این مطالعه بخشی از نتایج رساله دکتری فاطمه رضانی رشته روانشناسی سلامت، با راهنمایی خانم دکتر لیدا لیل آبادی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز است که در سامانه ملی اخلاق در پژوهش های زیست پزشکی به نشانی <https://ethics.research.ac.ir/EthicsProposalView.php?id=251873> IR.IAU.CTB.REC.1400.114 ثبت شده است. بدین وسیله از همه سالمندانی که در این پژوهش شرکت کردند، همچنین مسئولین دانشگاه آزاد اسلامی که با همکاری خود امکان این پژوهش را فراهم آوردند تشکر و قدردانی می شود.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچگونه تضاد منافی را گزارش نکرده اند.

References

1. Pruchno R. Chapter 19 - Successful aging: An obscure but obvious construct. In: Schaie KW, Willis SL, editors. Handbook of the Psychology of Aging. 9th edition: Academic Press; 2021. p. 301-18. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-816094-7.00008-8>
2. de Almeida Roediger M, de Fátima Nunes Marucci M, Duim EL, Santos JLF, de Oliveira Duarte YA, de Oliveira C. Inflammation and quality of life in later life: Findings from the health, well-being and aging study (SABE). Health and Quality of Life Outcomes. 2019;17(1):26-36. <https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/10068039/> <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1092-2>
3. Fotoukian Z, Mohammadi Shahboulaghi F, Fallahi Khoshknab M. Analytical on empowerment interventions in older people with chronic disease: A review literature. Journal of Health Promotion Management. 2013;2(4):65-76. <https://jhpm.ir/article-1-239-en.html>
4. Curto E, Crespo-Lessmann A, González-Gutiérrez MV, Bardagí S, Cañete C, Pellicer C, Bazús T, Vennera MDC, Martínez C, Plaza V. Is asthma in the elderly different? Functional and clinical characteristics of

باورهای غیرمنطقی گذاشته و از این طریق باعث در هم شکستن ساختارهای ذهنی قبلی و برخورد با پیش فرض- های سالمندان درباره دوره سالمندی شده و به نوعی بازسای شناختی و در نتیجه بازنویسی داستان زندگی خود می شود. در طی جلسات «روایت درمانی» سالمندان داستان جدیدی از زندگی خود می سازند و به نوعی باورها و شناخت هایشان تغییر می کند و جایگزین باورهای ناکارآمد قبلی می شود و بدین ترتیب با معادهی به زندگی آن ها اضطراب مرگ را در سالمندان کاهش می دهد (۳۷).

نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد «درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش تنش» و «روایت درمانی» بر اضطراب مرگ سالمندان اثربخش بودند. پیشنهاد می شود که در جهت کاهش اضطراب مرگ سالمندان روش های درمانی فوق برای این افراد در کنار درمان های دارویی برگزار شود. این پژوهش با محدودیت هایی چون استفاده از ابزار خودگزارش دهی و استفاده از نمونه گیری غیرتصادفی روبرو

- asthma in individuals aged 65 years and older. Asthma Research and Practice. 2019;5(1):1-10. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30937177/> <https://doi.org/10.1186/s40733-019-0049-x>
5. Jangi Jahantigh L, Latifi Z, Soltanzadeh M. [Effect of self-healing training on death anxiety and sleep quality of older women living in nursing homes]. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2022;17(3):380-397. <https://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-2314-en.html> <https://doi.org/10.32598/sija.2022.3319.1>
 6. Maxfield M, Stelzer E-M, Greenberg J. Chapter 8 - The Final Challenge of Aging: Death and Dying. In: Schaie KW, Willis SL, editors. Handbook of the Psychology of Aging. 9th edition: Academic Press; 2021. p. 119-135. <https://asu.pure.elsevier.com/en/publications/the-final-challenge-of-aging-death-and-dying> <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-816094-7.00003-9>
 7. Poordad S, Momeni K, Karami J. [Death anxiety and its relationship with social support and gratitude in older adults]. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2019;14(1):26-39. <https://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-1415-en.html>
 8. Khalvati M, Babakhanian M, Khalvati M,

- Nafei A, Khalvati M, Ghafari R. [Death anxiety in the elderly in iran: A systematic review and meta-analysis]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2021;16(2):152-171. <https://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-2028-en.html> <https://doi.org/10.32598/sija.16.2.862.2>
9. Niazi AK, Niazi SK. [Mindfulness-based stress reduction: A non-pharmacological approach for chronic illnesses]. *North American Journal of Medical Sciences*. 2011;3(1):20-23. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22540058/> <https://doi.org/10.4297/najms.2011.320>
 10. Harrington A, Dunne JD. When Mindfulness is Therapy: Ethical qualms, historical perspectives. *American Psychologist*. 2015;70(7):621-631. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26436312/> <https://doi.org/10.1037/a0039460>
 11. Gardhouse K, Segal Z. Mindfulness. In: Wright JD, editor. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. 2nd edition. Oxford: Elsevier; 2015. p. 549-553. https://jdisabilstud.org/browse.php?a_id=2193&sid=1&slc_lang=en <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.14148-0>
 12. Khoramirad A, Ansari Shahidi M, Rezaii Jamaloi H, Sadeghimoghaddam P. [The effect of mindfulness-based developmental care on maternal stress and bonding with premature infants hospitalized in NICU]. *Qom University of Medical Sciences Journal*. 2020;14(1):61-73. <https://journal.muq.ac.ir/article-1-2700-en.html> <https://doi.org/10.29252/qums.14.1.61>
 13. Valizadeh H, Ahmadi V. [Effectiveness of mindfulness-based therapy on sleep quality and death anxiety in the elderly with hypertension]. *Journal of Caspian Health and Aging*. 2021;6(2):71-84. <https://cjhaa.mubabol.ac.ir/article-1-162-en.html>
 14. Gholmi M, Hafezi F, Askari P, Naderi F. [The comparison between the effectiveness of mindfulness and spiritual/religious coping skills on death anxiety and blood pressure of the elderly patients with hypertension]. *Aging Psychology*. 2016;2(2):143-151. https://jap.razi.ac.ir/article_580.html?lang=en
 15. Gadampour E, Moradzadeh S, Shakarami M. [The study of effectiveness of training of mind consciousness on reduction of the elderly 's feeling of loneliness and death anxiety in Sedigh Center of Khoramabad city]. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2019;26(4):44-53. <https://rjms.iuums.ac.ir/article-1-5501-en.pdf>
 16. Xiang-Zi J, Jia-yuan Z. Mindfulness exercises reduce death anxiety and burnout in intensive care nurses. *Death Studies*. 2023;47(5):600-605. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36016467/> <https://doi.org/10.1080/07481187.2022.2113480>
 17. Kissane DW, Doolittle M. 54-clinical counseling and applied psychotherapy in supportive oncology. In: Davis MP, Feyer PC, Ortner P, Zimmermann C, editors. *Supportive Oncology*. Saint Louis: W.B. Saunders; 2011. p. 555-566. <https://research.monash.edu/en/publications/clinical-counseling-and-applied-psychotherapy-in-supportive-oncol> <https://doi.org/10.1016/B978-1-4377-1015-1.00054-0>
 18. Zenhari N, Foroughan M, Hosseini MA, Karimloo M, Farhadi A. [The effects of storytelling on knowledge and attitude toward aging and caring for aged among caregivers working at nursing homes]. *Journal of Health Promotion Management*. 2016;5(6):19-26. <https://jhpm.ir/article-1-736-en.html> <https://doi.org/10.21859/jhpm-06023>
 19. Abdollahpour M, Hafezi F, Ehteshamzadeh P, Naderi F, Pasha R. [The effectiveness of narrative therapy and (ACT) in existential anxiety and irrational beliefs, on elders who resided in nursing homes]. *Aging Psychology*. 2019;4(4):323-335. https://jap.razi.ac.ir/article_1119.html?lang=en
 20. Khodabakhsh Pirkalani R, Ramezan Saatchi L, MalekiMajdM. [TheeffectivenessofMindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on depression, death anxiety and life expectancy in elderly women]. *Journal of Gerontology*. 2018;3(3):11-20. <https://joge.ir/article-1-243-en.html> <https://doi.org/10.29252/joge.3.2.11>
 21. Lakens D. Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: A practical primer for t-tests and ANOVAs. *Frontiers in Psychology*. 2013;4(1):1-12. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2013.00863/full> <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00863>
 22. Templer DI. The construction and validation of a Death Anxiety Scale. *Journal of General Psychology*. 1970;82(1):165-177. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4394812/> <https://doi.org/10.1080/00221309.1970.9920634>
 23. Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J. Psychometric properties of the Spanish form of Templer's Death Anxiety Scale. *Psychological Reports*. 2002;91(3_suppl):1116-1120.

- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12585522/>
<https://doi.org/10.2466/pr0.2002.91.3f.1116>
24. Sharif Nia H, 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):29-37. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25798171/>
 25. Soleimani MA, Bahrami N, Yaghoobzadeh A, Banihashemi H, Nia HS, Haghdoost AA. [Validity and reliability of the Persian version of Templer Death Anxiety Scale in family caregivers of cancer patients]. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2016;21(3):284-290. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27186206/>
<https://doi.org/10.4103/1735-9066.180390>
 26. Kabat Zinn J. *Mindfulness for Beginners: Reclaiming the Present Moment and Your Life*. Colorado: Sounds True; 2016. <https://www.worldcat.org/title/7475336222>
 27. Barghi Irani Z, Dehghan Saber L. [The comparison of the effectiveness of mindfulness based therapy and spiritual therapy on irrational beliefs and anxiety in the older women]. *Aging Psychology*. 2021;6(4):339-21. https://jap.razi.ac.ir/article_1612.html?lang=en
 28. White M, Epston D. *Narrative Means to Therapeutic Ends*. 1st edition. New York: W. W. Norton & Company; 1990. <https://scirp.org/reference/referencespapers.aspx?referenceid=2018291>
 29. Changizi F, Panahali A. [Effectiveness of Group Narrative Therapy on life expectancy and happiness of the elderly in Tabriz]. *Journal of Instruction and Evaluation*. 2016;9(34):63-76. <https://www.semanticscholar.org/paper/EFFECTIVENESS-OF-GROUP-NARRATIVE-THERAPY-ON-LIFE-OF-Fereshteh-Amir/879722bed2816ff7b0e70b77d9a4d6beb0c19877>
 30. Jankowski T, Holas P. Metacognitive model of mindfulness. *Consciousness and Cognition*. 2014;28C:64-80. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25038535/>
<https://doi.org/10.1016/j.concog.2014.06.005>
 31. Morgan LPK, Danitz SB, Roemer L, Orsillo SM. Mindfulness Approaches to Psychological Disorders. In: Friedman HS, editor. *Encyclopedia of Mental Health*. 2nd edition. Oxford: Academic Press; 2016. p. 148-155. https://www.researchgate.net/publication/286777625_Mindfulness_Approaches_to_Psychological_Disorders
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397045-9.00264-0>
 32. Wimmer L, Bellingrath S, von Stockhausen L. Mindfulness Training for Improving Attention Regulation in University Students: Is it effective? and do yoga and homework matter? *Frontiers in Psychology*. 2020;11(1): 1-15. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32411045/>
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00719>
 33. Jalali D, Aghaei A, Talebi H, Mazaheri M. [Comparing the effectiveness of Nativated Mindfulness Based Cognitive Training (MBCT) and Cognitive - Behavioral Training on dysfunctional attitudes and job affects in employees]. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*. 2015;5(1):1-20. https://cbs.ui.ac.ir/article_17354.html?lang=en
 34. Davoudi R, Manshaee G, Golparvar M. [Comparing the effectiveness of adolescent-centered mindfulness with Cognitive Behavioral Therapy and Emotion-Focused Therapy on emotion regulation among adolescents girl with Nomo-Phobia]. *Journal of Health Promotion Management*. 2019;8(4):16-25. <http://jhpm.ir/article-1-1014-en.html>
 35. Nauphal M, Cardona ND, Morgan LPK, Eustis EH. Mindfulness-based approaches to mental health. *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*: Elsevier; 2022. https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=en&user=M5ZtVSUAAAAJ&citation_for_view=M5ZtVSUAAAAJ:ufrVoPGSRksC
 36. Alpert E, Hayes AM, Barnes JB, Sloan DM. Using client narratives to identify predictors of outcome in written Exposure Therapy and Cognitive Processing Therapy. *Behavior Therapy*. 2023;54(2):185-99. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005789422001174>
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.09.002>
 37. Ortigo KM, Bauer A, Cloitre M. Chapter 18 - Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation (STAIR) Narrative Therapy: Making meaning while learning skills. In: Tull MT, Kimbrel NA, editors. *Emotion in Posttraumatic Stress Disorder*: Academic Press; 2020. p. 513-43. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-816022-0.00018-1>