

Group narrative therapy in the elderly men; enhancing forgiveness and reducing depression



CrossMark
click for updates

Ebrahimmi M¹, Seyadi M.S², *Shoaeef F³

<https://crossmark.crossref.org/dialog/?doi=10.29252/joge.3.1.1>

1- MSc, Rehabilitation Counseling, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
2- PhD, Department of Counseling, Razi University, Kermanshah, Iran.
3- MSc, Counseling, Department of Counseling, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran (**Correspondent Author**)
E-mail: shoaeef@yahoo.com

Abstract

Introduction: Efforts to resolving the needs and problems of the elderly is considered as a social necessity due to the increasing growth of the aging population and the multiplicity of their problems. Therefore, the present study aimed to determine the effect of group therapy narration on forgiveness and depression in the elderly.

Method: This is a quasi - experimental study method using post-test design with a control group. 30 elderly people were selected and assigned to 2 experimental and control groups (n=15). The experiment group had eight 60 - minute sessions of group narrative therapy which took place once a week. the Persian version of the abbreviated mental test (AMT), The Persian version of Heartland Forgiveness Scale and also the Geriatric Depression Scale (GDS) were used for data gathering. The data were analyzed by SPSS-20 using covariance (ANCOVA).

Results: There was a significant difference between the two experimental and control groups in the variables of self forgiveness and other forgiveness and depression after controlling the effect of pretest ($P < 0.05$); But there was no significant difference in the forgiveness of uncontrolled situations.

Conclusion: Group therapy narrative is a non-aggressive and adapted to the spirit of the elderly. It could heal the annoyance of the aging period and subsequently reduce depression.

Keywords: Narrative Therapy, Forgiveness, Depression, Elderly.

Received: 6 July 2018

Accepted: 21 September 2018

Access this article online



Website:
www.joge.ir

DOI:
[10.29252/joge.3.1.1](https://doi.org/10.29252/joge.3.1.1)

روایت درمانی گروهی در سالمندان مرد؛ ارتقاء بخشش و کاهش افسردگی

محمد ابراهیمی^۱، محمدسجاد صیدی^۲، *فاطمه شعاعی^۳

۱- کارشناسی ارشد مشاوره توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۲- دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

۳- کارشناسی ارشد، گروه مشاوره، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
پست الکترونیکی: shoaef@yahoo.com

نشریه سالمندشناسی دوره ۳ شماره ۱ تابستان ۱۳۹۷، ۱-۱۳

چکیده

مقدمه: کوشش جهت رفع نیازها و مشکلات سالمندان با توجه به رشد روزافزون جمعیت سالمندی و تعدد مشکلات آنان به عنوان یک ضرورت اجتماعی مطرح است. از این رو پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی روایت درمانی گروهی بر بخشودگی و افسردگی سالمندان انجام شد.

روش: این مطالعه از نوع نیمه آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. تعداد ۳۰ نفر سالمند مرد به شیوه در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و گواه جایگزین شدند (۱۵ نفر). در گروه آزمایش مداخله روایت درمانی به طول هشت جلسه، هر جلسه به مدت یک ساعت در هفته انجام شد. از پرسشنامه کوتاه شناختی، نسخه فارسی مقیاس بخشش هارتلند و مقیاس افسردگی سالمندان برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد؛ و به وسیله نرم افزار SPSS-۲۰ با آزمون کوواریانس یک‌راهه مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: با کنترل اثر پیش‌آزمون بین دو گروه آزمایشی و کنترل در متغیرهای بخشش خود ($F=5/08$; $P=0/03$) و بخشش دیگران ($F=6/87$; $P=0/01$) و افسردگی ($F=16/29$; $P<0/01$) تفاوت معناداری وجود داشت؛ ولی در رابطه با بخشش موقعیت‌های کنترل ناپذیر ($F=2/02$; $P=0/16$) تفاوت معناداری دیده نشد.

نتیجه‌گیری: روایت‌درمانی گروهی به عنوان درمانی غیر تهاجمی و سازگار با روحیات سالمندان می باشد. این روش توان التیام بخشیدن به رنجش‌های دوره سالمندی و در پس آن کاهش افسردگی را دارا است.

کلیدواژه‌ها: روایت درمانی، بخشش، افسردگی، سالمندان.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۶/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۴/۱۵

مقدمه

پدیده سالمند شدن جمعیت، چالشی رو به افزایش در سراسر جهان و از جمله ایران می‌باشد که این موضوع تدابیر ویژه همه جانبه ای را نسبت به عوامل خطر ساز و عوامل حفاظتی جهت حرکت به سمت سالمندی موفق می‌طلبد. و بررسی مقایسه‌ای بین سرشماری‌های به عمل آمده در سال‌های اخیر به خوبی موید این موضوع می‌باشد. به طوری که نتایج سرشماری سال ۱۳۸۵، ۷/۳ درصد از جمعیت را افراد سالمند نشان داد و این نسبت در سال ۱۳۹۰ به ۸/۲ درصد به افزایش یافت (۱).

با افزایش سن و آغاز سالمندی افراد به تدریج برخی از کارکردهای زیستی، روانی-اجتماعی خود را از دست داده و با طیف وسیعی از فقدان‌ها و محدودیت‌ها مواجه می‌شوند که اثرات زیادی بر آسیب‌پذیری این گروه جمعیتی دارد. فقدان نقش‌های اجتماعی، از دست دادن استقلال، مرگ همسر، دوستان یا بستگان، افزایش انزوای محدودیت‌های مالی، کاهش سلامت جسمی و روانی، ترک خانه به‌وسیله فرزندان، معلولیت، بازنشستگی، کم شدن روابط اجتماعی، انتقال به سرای سالمندان و سازگار شدن با زندگی جدید، می‌توانند باعث بروز مشکلات جدی هیجانی در سالمندان شوند (۲).

تعدد و تنوع استرسورهای که افراد سالمند با آن مواجه‌اند توجه به مقوله سلامت روان در دوره سالمندی را به یک ضرورت تبدیل کرده است (۳). در رابطه با سلامت روان در سالمندان این طور گزارش شده است که در این گروه سنی، افسردگی از شایع‌ترین مشکلات روان‌شناختی می‌باشد (۴). طبق برآورد سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۱ شیوع افسردگی در سالمندان ۱۰ الی ۲۰ درصد گزارش شده است. این در حالی است که طبق بیانیه مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها، افسردگی در دوران سالمندی نتیجه طبیعی روند سالمندی نمی‌باشد و عواقب نامطلوب بسیاری را به همراه دارد. باعث کاهش فعالیت‌های فیزیکی، کاهش سطح روابط اجتماعی، رضایت از زندگی و کیفیت زندگی پایین سالمندان می‌شود (۵). نیز یکی از علل مهم بروز سوء رفتار (۶)، افزایش مصرف دارو و هزینه‌های مراقبت بهداشتی (۷،۸) و خطر خودکشی در سالمندان محسوب می‌شود (۴). به همین جهت ضرورت به کارگیری راهکارهای غیر دارویی در این راستا اهمیت بسزایی دارد؛ از طرفی توانایی بخشش به‌عنوان یک عامل حفاظتی و عنصر بهزیستی روان‌شناختی در دو دهه گذشته به طور چشمگیری مورد مطالعه بوده است (۹،۱۰). بیشتر پژوهشگران

معتقدند که بخشش نوعی راهبرد سازشی (۱۱-۱۳) یا یک صفت و رفتار انطباقی است (۱۴) که هیجان و عواطف منفی را کاهش و عواطف مثبت را گسترش می‌دهد (۱۵).

معنا و مفهوم بخشش در فرهنگ‌ها و ادیان گسترده و متفاوت است؛ اما می‌توان یک اتفاق نظر درباره آن یافت و آن آزادی از گذشته است. ری و پارگامنت بخشودگی را راهی از عواطف منفی (از قبیل نفرت و خصومت) و شناخت‌های منفی (از قبیل افکار کینه توزانه) و رفتارهای منفی (از قبیل خشونت کلامی) در پاسخ به بی‌عدالتی شدید تعریف می‌کنند (۱۶).

مشخص شده است افرادی که مایل یا قادر به بخشش رنجش‌های خود هستند به احتمال زیاد افسردگی کمتر و شادکامی بیشتری را در قیاس با کسانی که قادر به بخشش نیستند، تجربه می‌کنند (۱۷-۱۹). مطالعات پیشین نشان می‌دهد که بخشودگی می‌تواند تأثیری چشمگیری بر شاخص‌های از قبیل سلامت جسمی (۱۰)، کاهش چسبندگی خون (۲۰)، عصبانیت، اضطراب، افسردگی (۲۱،۲۲)، کاهش استفاده از مواد مخدر و داروهای آرام بخش، بدبینی (۲۳)، افزایش شادکامی (۲۴-۲۶)، کیفیت رابطه زناشویی و رضایت از رابطه (۲۷،۲۸) زیر داشته باشد.

گرایش به بخشش در ارتباط با سالمندان نیز دارای اثرات بالقوه زیادی است. به ویژه شواهد پژوهشی حاکی از آن‌اند که صفت بخشودگی تحت تأثیر عامل سنی قرار دارد و در افراد بالای ۶۰ سال نمود بیشتری پیدا می‌کند (۲۸-۳۱). با این حال پژوهش در مورد بخشش روی سالمندان خیلی کم بوده و پژوهش‌های معدودی نقش برجسته بخشش را دوره سالمندی محرز ساخته‌اند. به عنوان مثال در پژوهشی ابراهیمی و همکاران نشان دادند که ناتوانی در بخشش خود، دیگران و موقعیت‌های کنترل ناپذیر از قبیل بیماری مزمن و مرگ همسر با افسردگی همبسته است و از میان مؤلفه‌های بخشودن، بخشش موقعیت‌های کنترل ناپذیر و بخشش خود به ترتیب نقشی تعیین‌کننده‌تری در پیش‌بینی افسردگی سالمندان داشتند (۲)؛ از این رو با توجه به شیوع بالای اختلال افسردگی در سالمندان و ارتباط تنگاتنگ بین سلامت روان و بخشودن، توسعه و کاربست راهبردهای درمانی نوین به منظور ارتقاء بخشش و کاهش افسردگی در جمعیت سالمندی امری ضروری می‌نماید.

سالمند غالباً نگاه رو به گذشته دارد و غالباً چشم انداز او معطوف به ناکامی‌ها و رنجش‌های می‌باشد که تجربه کرده است. مطابق با دیدگاه اریکسون (۱۹۹۸)، غم زیادی به خاطر فرصت‌های

مکانیزمی در قالب گروه درمانی به دلیل این که با همدلی و حمایت عاطفی دیگر اعضای گروه توأم است می‌تواند به شکل سازنده و پویاتری رخ دهد؛ بنابراین با توجه به اهمیت این موضوع و نبود پژوهش‌های قبلی در این زمینه، به نظر می‌رسد که با ساختار شکنی روایت‌های مشکل‌دار و انتخاب روایت‌های جدید بتوان گام مؤثری در جهت کاهش مشکلات هیجانی و ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی افراد سالمند برداشت.

روش مطالعه

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه سالمندان مرد ساکن سرای سالمندی شهر کرمانشاه بود. از روش نمونه‌گیری در دسترس برای انتخاب شرکت کنندگان استفاده شد. به دلیل عدم دسترسی به تعداد نمونه داوطلب لازم زن و نیز به منظور سهولت تعامل افراد در گروه همگن و به تبع کنترل نقش متغیر جنسیت، تنها سالمندان مرد مورد مطالعه قرار گرفتند. حجم نمونه پژوهش با مراجعه به جدول کوهن در مطالعات آزمایشی (۳۶)، با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۷، توان آزمون ۰/۹۱ و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ براساس مطالعات مشابه قبلی مشخص گردید که حداقل نمونه لازم برای هر گروه ۱۲ نفر بود که جهت احتیاط لازم با در نظر گرفتن احتمال ریزش و با توجه به این که در طرح‌های تجربی و نیمه تجربی برای افزایش اعتبار درونی، در هر یک از گروه‌ها باید حداقل ۱۵ نفر شرکت داشته باشند (۳۷) حجم نمونه تعداد ۳۰ نفر در نظر گرفته شد؛ بر همین اساس ۳۰ مرد سالمند داوطلب و قادر به شرکت در جلسات درمانی که واجد معیارهای ورود به پژوهش بودند انتخاب شدند و به روش تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل؛ داشتن سن ۶۰ سال و بیشتر بوده، احراز نمره حداقل ۷ در آزمون کوتاه شناختی به منظور اطمینان از عدم وجود مشکل شناختی، در صورت استفاده از داروی ضدافسردگی بایستی دست‌کم به مدت سه ماه به ثبات در استفاده از دارو رسیده باشد، نداشتن مشکلاتی که ارتباط را دشوار و یا ناممکن می‌کنند مانند اختلال تکلم یا مشکل شنوایی، نداشتن بیماری حاد جسمی (بر اساس مندرجات پرونده) و توانایی درک در حد معمول زبان فارسی می‌باشند. همچنین استفاده هم‌زمان از داروهای روان‌گردان یا دریافت هم‌زمان هرگونه خدمات روان‌پزشکی یا روان‌درمانی دیگر، غیبت بیش از دو جلسه به‌عنوان

از دست رفته می‌خورد؛ احساس گناه، خود انتقادی و یأس به او دست می‌دهد و با نشخوار گذشته از یادآوری هدف‌های تحقق نیافته رنج می‌برد؛ بنابراین تا حدود زیادی تسهیل و ارتقاء بخشش و رهایی از بار هیجانات و عواطف منفی مرتبط با افسردگی منوط به بازسازی و باز معنایی خاطرات گذشته و حل تعارض‌های مربوط به آن خاطرات است. به علاوه آن‌ها با یادآوری و مرور دوران خوشی که روزی نسبت به امروز بارورتر و قدرتمندتر بودند لذت می‌برند. در این زمینه یکی از رویکردهای درمانی که در یادآوری و بازسازی بهینه گذشته سالمندان می‌تواند مفید باشد رویکرد روایت درمانی است. طبق این رویکرد هر یک از انسان‌ها روایت‌های در رابطه با زندگی برای خود بیان می‌کنند، درباره این که چه کسی هستند؟ و چه چیزی برایشان مهم است؟ رویدادها از روایت‌های زندگی معنا کسب می‌کنند. برخی از این روایت‌ها توسط خود فرد به‌صورت آگاهانه و بر اثر تجارب شخصی و برخی دیگر تحت تأثیر فرهنگ غالب و جامعه ساخته می‌شوند، هویت افراد تحت‌الشعاع روایت‌های آنان شکل می‌گیرد (۳۲). به طور مختصر فرضیات اصلی این رویکرد عبارت است از: احساسات و رفتارها به وسیله داستان‌ها و روایت‌های فرد تعیین می‌شود، داستان‌های که افراد قبول کرده اند به خود بگویند و اختلالات هیجانی ناشی از روایت‌های غالب معیوب است که با جرح و تعدیل این روایت‌ها، می‌توان مشکلات هیجانی را کاهش داد (۳۳). فرایند درمان، بررسی چگونگی تحلیل داستان زندگی افراد توسط خود آنان است و تمرکز و تأکید اصلی بر ایجاد معانی جدید در زندگی است.

پتانسیل کاربست این رویکرد در کار با سالمندان در ارتباط با بخشودگی و افسردگی در این است که روایت درمانی شکلی از گفتگوست که رویدادها را در طول زمان به هم وصل می‌کند و در نتیجه می‌تواند ابعاد هیجانی وجود فرد را نشان دهد. این گفتگوها می‌تواند شامل برونی‌سازی، استخراج پیامدها، تخریب و بازنویسی مجدد روایت‌های معیوب، پر رنگ کردن نقشه‌های تازه و اتصال آن به گذشته باشد (۳۴). به گونه‌ای که شخص را از مشکلی که دارد جدا کرد، چنین جداسازی باعث می‌شود که مشکل به عنوان ماهیتی که شخص بر آن تسلط داشته باشد در نظر گرفته شود (۳۳). به ویژه این خاصیت رویکردهای روایتی، با مفهوم بخشودن پیوند نزدیکی دارد، همچنان که بخشش یا به اصطلاح آزادی از گذشته مستلزم آن است که فرد خود را فراتر از رنجش هایش بداند و نیازی به آنها نداشته باشد. در واقع فرایند روایت درمانی، یک ابزار درست برای اعتراف کردن و بخشش را فراهم می‌کند (۳۵). و مهم‌تر این که چنین

ملاک افت محسوب می‌شد.

جدول ۱: پروتکل مداخله (ساختار و محتوای جلسات روایت‌درمانی گروهی)

جلسه (هدف)	محتوای جلسه
<p>(آشنایی) روایت‌های ساز برونی‌سازی (کل) م (چالش و شکنی) (باز معنایی جایگزین و بج) (بازنویسی زندگی) (بازگشت به سبب‌زا) مرور مباحث، تاثیر جایگزین)</p>	<p>آشنایی اعضا با یکدیگر، تحکیم رابطه درمانی مبتنی بر پذیرش و تفاهم، بیان قواعد بنیادین گروه، آشنایی با اهداف و اهداف کلی برای گروه کنترل فراهم شد تا جهت دریافت آغاز اکتشاف روایت خود و همدلی با روایت‌های آن‌ها، ایجاد موقعیت اشتراکی و محوریت بخشی به اعضا گروه، شرح و تسهیل روایت‌های مشکل دار و گوش دادن به جزئیات زبان اعضا، مشخص نمودن روایت‌های مشکل‌ساز و شناسایی مشکلات نام‌گذاری مشکل و جدا کردن هویت فرد از مشکل (استفاده از زبان برون‌سازی و تصور مشکل به صورت دشمن خارجی)، بررسی مشکلات از دیدگاه خود اعضا، تاریخچه مشکل، کشف اثرات مشکل و تکلیف در مورد مشکلات تعیین عوامل مثبت و منفی موثر در روایت‌ها، روشن‌سازی واکنش و عقاید اعضا در مقابل مشکلات و اهداف از طریق پرسش‌های تاثیرگذار، بازخورد اعضا به همدیگر در مورد روایت‌ها، شناسایی زمان‌هایی که مشکل کمتر تاثیرگذار است یا تاثیرگذار است (AMT): توسط هادکینسون (۱۹۷۲) روند انتخاب و ساخت شکنی روایت‌های مشکل‌دار برای تشخیص سریع دمانس در سالمندان ساخته شد. مشتمل بر ۱۰ بررسی اولویت‌ها، اهداف و افراد مهم زندگی، زدن برچسب جدید برای مشکل، و مطرح نمودن روایت جایگزین، بیان روایتی از تصورات شخصی درباره سالمندی، دادن تکلیف درباره ایجاد رفتارهای مغایر با روایت سرشار از مشکل، کمک به احساس عاملیت موافقی که موقعیت مکانی به گونه‌ای است که اجرای ماده مربوط به شخصی و امید در اعضا پرسش از مراجع درباره استثناءها، تاکید بر جزئیات، عواطف، و رفتارهای موارد منحصر به فرد و بسط این موارد، بسط روایت‌های جایگزین از طریق سوالات چشم انداز عمل و چشم انداز هوشیاری، ایفای نقش و توضیح جملات نقلی، نوشتن نامه‌های بست نشده، تصورات و معانی جدید. شناختی بهنجار از ناهنجار پیشنهاد شده است. بختیاری و همکاران گفتگو درباره افراد مهم زندگی اعضا در گذشته و اکنون جهت یادآوری مشکلات حل نشده، گذر از نگرش‌های رها کردن ذهن بخشیدن کسانی که در گذشته موجب خاطرات ناخوشایند بوده‌اند، نوشتن نامه‌های بست نشده، ساخته‌اند. روایی افتراقی آزمون برای تشخیص افراد بدون اختلال با گفتگو در مورد تجربه‌های جایگزین، تقویت روایت‌های و معانی جایگزین آزادی بخش، ردیابی تاریخچه و معنای منحصر بفرد و نام‌گذاری روایت جایگزین، ارزیابی روایت جدید و بازخورد به یکدیگر، بررسی احساسات راجع به تغییر روایت زندگی و پایان حساسیت ۰/۹۲ و ویژگی جلسات</p>
<p>لازم به ذکر است در پایان جلسه‌های مداخله روی گروه</p>	<p>در تشخیص اختلال شناختی در افرادی که نمره کمتر از ۷ داشته</p>

فرم اولیه آن دارای ۳۰ سؤال است که پاسخ به آن‌ها به صورت صفر یا یک (بله یا خیر) است. ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۹۴ و پایایی آن به روش باز آزمایی و تصنیف به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۹۴ است و روایی هم‌زمان آن با مقیاس افسردگی زونگ (SDS) و هامیلتون (HRS-D) به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۳ گزارش شده است (۴۰). ملکوتی و همکاران نسخه فارسی فرم ۱۵ سؤالی مقیاس را مورد اعتبارسنجی قرار دادند؛ نتایج پژوهش آن‌ها بر روی تعداد ۲۰۴ نفر از سالمندان با سن بالای ۵۹ سال ضرایب پایایی و روایی مطلوبی را به ویژه در مناطق شهری نشان داد، به طوری که ضرایب پایایی به روش آلفای کرونباخ، تصنیف و باز آزمایی به ترتیب برابر با ۰/۸۹، ۰/۸۹ و ۰/۵۸ بود، روایی این مقیاس به روش تحلیل عاملی ۰/۹۰ گزارش شد (۴۱). تحلیل عوامل این مقیاس به روش چرخش واریماکس دو عامل افسردگی و فعالیت روانی-اجتماعی را مشخص نمود، عامل افسردگی (شامل ۱۱ سؤال) به عنوان فرم کوتاه با ضریب آلفا ۰/۹۲ و همبستگی ۰/۵۸ با فرم اصلی، نقطه برش ۶ با حساسیت ۰/۹ و ویژگی ۰/۸۳ در مطالعه حاضر مورد استفاده قرار گرفت. همچنین آلفای کرونباخ آن در پژوهش حاضر ۰/۷۶ به دست آمد.

تجزیه و تحلیل

برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از روش تحلیل کوواریانس به منظور مقایسه میانگین‌های پس‌آزمون پس از تعدیل نمره‌های پیش‌آزمون استفاده شد. قبل از استفاده از آزمون پارامتریک، جهت رعایت مفروضه‌های آن آزمون لوین در مورد همگنی واریانس نمرات متغیرهای پژوهش و از آزمون کولوموگروف اسمیرنوف جهت رعایت پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات موردبررسی واقع شد. کلیه عملیات آماری به وسیله نرم‌افزار آماری SPSS-۲۰ انجام گرفت.

یافته‌ها

میانگین سنی دو گروه آزمایش و کنترل (۶۵/۸ و ۶۸/۲) با

باشند نسبتاً بالاست (۳۸). در این پژوهش، ضریب پایایی آن به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برابر ۰/۷۱ به دست آمد. نسخه فارسی مقیاس بخشش هاتلند (PVHFS): این مقیاس دارای ۱۸ گویه متشکل از سه زیر مقیاس (بخشش خود، بخشش دیگران و بخشش موقعیت‌های کنترل ناپذیر) است که توسط تامپسون و همکاران (۱۴) تدوین شده است؛ هر یک از زیر مقیاس‌ها دارای ۶ گویه می‌باشند. این مقیاس در نمونه‌های غیر بالینی بزرگ مورد آزمایش قرار گرفته و پایایی و روایی آن در مطالعات صورت گرفته تأیید و آلفای کرونباخ آن بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۳ گزارش شده است (۱۴). ابراهیمی و همکاران ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس را روی تعداد ۳۲۴ سالمند ایرانی مورد بررسی قرار دادند، ضرایب پایایی مقیاس به روش همسانی درونی برای کل مقیاس و زیر مقیاس‌های بخشودگی خود، دیگران و موقعیت‌ها به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۶، ۰/۸۳ و به روش باز آزمایی به فاصله دو هفته روی تعداد ۶۴ نفر برای کل مقیاس و زیرمقیاس‌های بخشودگی خود، دیگران و موقعیت‌ها به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۷۴، ۰/۸۲ و ۰/۷۷ بود، از لحاظ روایی همگرا و واگرا به ترتیب بین این مقیاس با مقیاس رضایت از زندگی همبستگی مثبت معنی‌دار ($r=0/53$) و با مقیاس نشخوار خشم همبستگی منفی معنی‌داری ($r=-0/45$) وجود داشت (۳۹). بر اساس نسخه فارسی مقیاس، پاسخ‌دهندگان در یک مقیاس لیکرتی ۴ درجه‌ای (از تقریباً همیشه برای من غلط است تا تقریباً همیشه برای من درست است) میزان موافقت و مخالفت خود را نسبت به هر گویه مقیاس معلوم می‌کنند، در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ کل برای همه آیت‌های مقیاس برابر با ۰/۸۱ و برای هر کدام از خرده مقیاس‌های بخشودگی خود، دیگری و موقعیت‌ها به ترتیب برابر با ۰/۷۳، ۰/۸۱ و ۰/۸۷ بود.

مقیاس افسردگی سالمندان (GDS): این مقیاس در مطالعات بالینی و غربالگری به طور وسیعی مورد استفاده قرار گرفته است،

اختلافی نزدیک به ۲/۵ سال تا حد زیادی به هم نزدیک است و انحراف استاندارد (۴/۷ و ۵/۳) متغیر سن نیز در دو گروه تفاوت چندانی با هم ندارد. از نظر وضعیت تاهل ۳/۳ درصد (۱ نفر) از افراد گروه کنترل مجرد (بیوه) بودند و بقیه اعضای گروه کنترل و نیز همگی افراد گروه آزمایشی (۹۶/۷) متأهل هستند و همسرانشان در قید حیات هستند. همچنین ۵۳/۳ درصد (هشت نفر) از اعضای گروه آزمایشی و ۴۶/۷ درصد (هفت نفر) از اعضای گروه کنترل با همسر خود زندگی می‌کردند. نیز در هر گروه ۴۶/۷ درصد (هفت نفر) با فرزندان خود و در این میان تنها یک نفر از گروه کنترل تنها زندگی می‌کرد. از نظر وضعیت تحصیلی بیشتر افراد شرکت‌کننده دارای تحصیلات زیر دیپلم (۱۳ نفر؛ ۴۳ درصد) و دیپلم (۱۲ نفر؛ ۴۰ درصد) بودند و بنابراین تحصیلات ۸۳ درصد افراد نمونه دیپلم و زیر دیپلم بوده است. هیچ‌یک از شرکت‌کنندگان مقاطع تحصیلات تکمیلی را نگذرانده و به طور کلی دو گروه آزمایشی و کنترل از لحاظ تحصیلات تفاوت چندانی نداشتند. میانگین و انحراف استاندارد نمرات بخشودگی و افسردگی در دو گروه پیش‌آزمون و پس‌آزمون در (جدول ۲) ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه

آماره متغیر	مرحله	میانگین		انحراف استاندارد تغییر	
		آزمایش	گواه	آزمایش	گواه است
بخشش (نمره کلی)	پیش‌آزمون	۴۴/۴۶	۴۸/۳۳	۱۰/۳۷	۵/۷۲
	پس‌آزمون	۵۰/۶	۴۵/۲	۶/۱۱	۴/۶۳
بخشش خود	پیش‌آزمون	۱۵/۲	۱۵/۴	۲	۲/۵۸
	پس‌آزمون	۱۶/۳۳	۱۵/۶	۲/۶۳	۲/۳۸
بخشش دیگران	پیش‌آزمون	۱۴/۵۳	۱۷/۳۳	۵/۴۶	۳/۰۱
	پس‌آزمون	۱۸/۸۶	۱۶/۳۳	۳/۵۶	۲/۷۱
بخشش موقعیت‌ها	پیش‌آزمون	۱۴/۷۳	۱۵/۶	۴/۲۸	۲/۲۲
	پس‌آزمون	۱۷/۶۶	۱۵/۸	۳/۲۸	۲/۶۲
افسردگی	پیش‌آزمون	۶/۹	۶/۱	۰/۹۲۵	۱/۳۷
	پس‌آزمون	۵/۳۳	۶/۴	۱/۴۴	۱/۴۱

استفاده شد؛ و در متغیرهای مورد بخشش و مؤلفه‌های آن و افسردگی در هر دو مرحله پیش و پس‌آزمون سطح معناداری در آزمون گلموگروف اسمیرنف بیشتر از ۰/۰۵ بود؛ در نتیجه مفروضه نرمال بودن داده‌ها در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون برقرار است.

نتایج (جدول ۲) نشان می‌دهد بیش‌ترین تغییر در میانگین گروه آزمایشی در پیش‌آزمون-پس‌آزمون در متغیرهای بخشش دیگران و افسردگی رخ داده است و درعین‌حال در گروه گواه هیچ

یکی دیگر از مفروضه‌های مهم در انجام تحلیل کواریانس، بررسی همگنی واریانس‌های دو گروه در مرحله پس‌آزمون است که بدین منظور از آزمون لون استفاده شد. نتایج آزمون لون محاسبه شده نشان داد هیچ‌یک از متغیرهای مورد بررسی از لحاظ آماری معنی‌دار نمی‌باشند ($P > 0.05$)؛ بنابراین مفروضه همگنی واریانس‌ها نیز تأیید شد و این امکان در استفاده از تحلیل واریانس در داده‌ها را می‌دهد. در ادامه نتایج تحلیل کواریانس فرضیه اول مبنی بر این که روایت درمانی گروهی، بخشودگی خود در سالمندان را افزایش می‌دهد در (جدول ۳) آمده است.

جدول ۳: تحلیل کواریانس برای بررسی تأثیر روایت درمانی گروهی بر بخشودگی خود

منبع	SS	df	MS	F	Sig	مجذور اتا	توان آماری
------	----	----	----	---	-----	-----------	------------

مدل تصحیح شده	۱۰۳/۳۴	۲	۵۱/۶۳	۴۹/۴	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۱
تعامل	۷/۷۵	۱	۷/۷۵	۷/۴۲	۰/۰۱	۰/۳۲	۰/۷۴
پیش‌آزمون	۱۰۲/۷۲	۱	۱۰۲/۷۲	۹۸/۳	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۱
گروه	۵/۴	۱	۵/۴	۵/۰۸	۰/۰۳	۰/۱۶	۰/۶
خطا	۲۱/۲۸	۲۷	۱/۰۴				
کل	۷۳۷۰	۳۰					
کل تصحیح شده	۱۳۱/۴۷	۲۹					

چنانکه نتایج (جدول ۳) نشان می‌دهد، بین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایشی و گواه پس از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($P = 0.03$; $F = 5.08$) و ضریب اتا در این آزمون بیانگر آن است که حدود ۰/۱۶ از تفاوت مشاهده شده در مرحله پس‌آزمون مربوط به اثربخشی

مداخله روایت درمانی گروهی است؛ بنابراین فرضیه اول تأیید می‌شود. نتایج مربوط به تحلیل کواریانس فرضیه دوم، اثربخشی روایت درمانی گروهی بر بخشودگی دیگران در (جدول ۴) آمده است. جدول ۴: تحلیل کواریانس برای بررسی تأثیر روایت درمانی گروهی بر بخشودگی دیگران

منبع	SS	df	MS	F	Sig	مجذور اتا	توان آماری
------	----	----	----	---	-----	-----------	------------

مدل تصحیح شده	۱۲۸/۴۵	۲	۶۴/۲۲	۳/۶۴	۰/۰۴	۰/۲۱	۰/۶۲
تعامل	۱۵۳/۶	۱	۱۵۳/۶	۸/۷۲	۰/۰۰۶	۰/۲۴	۰/۸۱
پیش آزمون	۹۱/۵۳	۱	۹۱/۵۳	۵/۴۵	۰/۰۲	۰/۱۷	۰/۶۱
گروه	۱۱۵/۴۲	۱	۱۱۵/۴۲	۶/۸۷	۰/۰۱	۰/۲	۰/۷۲
خطا	۴۵۳/۵۲	۲۷	۱۶/۸				
کل	۸۲۲۰	۳۰					
کل تصحیح شده	۶۰۳/۸۶	۲۹					

نتایج (جدول ۴) نشان می‌دهد که بین پس‌آزمون گروه آزمایشی و گواه با کنترل اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($F=۶/۸۷$)

؛ $P=۰/۷۲$) و مداخله آزمایشی توانسته $۰/۲$ واریانس بخشش دیگران را تبیین کند. این نتیجه به این معنا است که روایت درمانی گروهی

توانسته بر بخشش دیگران در سالمندان اثر داشته باشد. در ادامه

(جدول ۵) نیز نتایج تحلیل کواریانس تأثیر روایت درمانی گروهی بر

افزایش بخشش موقعیت‌های کنترل ناپذیر در سالمندان ملاحظه

جدول ۵: تحلیل کواریانس برای بررسی تأثیر روایت درمانی گروهی بر بخشودگی در موقعیت‌ها

منبع	SS	df	MS	F	Sig	مجذور اتا	توان آماری
مدل تصحیح شده	۵۸/۵۲	۲	۲۹/۶۲	۲/۸۸	۰/۰۷	۰/۱۸	۰/۵۲
تعامل	۴۷/۵	۱	۴۷/۵	۴/۶۸	۰/۰۴	۰/۱۵	۰/۵۵
پیش آزمون	۵۲/۸۹	۱	۵۲/۸۹	۵/۲۲	۰/۰۳	۰/۱۶	۰/۵۷
گروه	۲۰/۲۸	۱	۲۰/۲۸	۲/۰۲	۰/۱۶	۰/۰۷	۰/۲۸
خطا	۱۰/۱۴	۲۷	۲۷۳/۶۴				
کل	۷۳۳۳	۳۰					
کل تصحیح شده	۳۳۲/۱۶	۲۹					

نتایج (جدول ۵) نشان می‌دهد که بین پس‌آزمون گروه آزمایشی و گواه با کنترل اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد ($F=۲/۰۲$) ؛ $P=۰/۱۶$) و مداخله آزمایشی تنها $۰/۰۷$ واریانس بخشش

موقعیت‌های کنترل ناپذیر را تبیین کرده است. این نتیجه به این معنا

است که روایت درمانی گروهی نتوانسته بر بخشش در موقعیت‌های

کنترل ناپذیر در سالمندان اثر داشته باشد.

نتایج آزمون فرضیه اثربخشی روایت درمانی گروهی بر

افسردگی سالمندان با استفاده از تحلیل کواریانس یک متغیره با

کنترل اثر پیش‌آزمون در (جدول ۶) آمده است.

سالمندان اثر داشته است. میزان تأثیر $۰/۳۷$ بوده است. به این معنا که مداخله آزمایشی $۰/۳۷$ از واریانس نمرات پس‌آزمون را تبیین کرده است.

بحث

هدف اصلی این پژوهش تعیین اثربخشی روایت درمانی

گروهی بر افزایش بخشودن (خود، دیگران و موقعیت‌های کنترل

ناپذیر) و افسردگی سالمندان بود در این رابطه چهار فرضیه مطرح شد

توان آماری در ادامه به ترتیب به تشریح آن‌ها پرداخته می‌شود.

یافته‌های حاصله به طور مختصر نشان‌دهنده آن بود که میزان

گرایش به بخشش خود و دیگران در سالمندانی که در جلسات روایت

درمانی گروهی شرکت داشته‌اند در مقایسه با گروه کنترل به طور

معناداری افزایش داشته است ولی در ارتباط با بخشش موقعیت‌های

کنترل ناپذیر افزایش معناداری به دست نیامد. همچنین مشخص

شد که میزان افسردگی در سالمندانی که در جلسات روایت درمانی

گروهی شرکت داشته‌اند در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری

کاهش یافته است.

جدول ۶: تحلیل کواریانس برای بررسی تأثیر روایت درمانی گروهی بر

افسردگی سالمندان

منبع	SS	df	MS	F	Sig	مجذور اتا	توان آماری
مدل تصحیح شده	۳۳/۲۳	۲	۱۶/۶۱	۱۳/۹۲	۰/۰۰	۰/۵۰۸	۰/۹۹
تعامل	۰/۲۸۱	۱	۰/۲۸۱	۰/۲۳۵	۰/۶۳	۰/۰۰۹	۰/۰۷
پیش آزمون	۲۴/۷	۱	۲۴/۷	۲۰/۶۹	۰/۰۰	۰/۴۳۴	۰/۹۹
گروه	۱۹/۴۵	۱	۱۹/۴۵	۱۶/۳۹	۰/۰۰	۰/۳۷۶	۰/۹۷
خطا	۳۲/۲۲	۲۷	۱/۱۹				
کل	۱۰۹۸	۳۰					
کل تصحیح شده	۶۵/۴۶	۲۹					

نتایج (جدول ۶) نشان می‌دهد که بین پس‌آزمون گروه

آزمایشی و گواه با کنترل اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد

دیگران حق می دهد تا آن آنچه را آن گونه که بوده بپذیرند. زمانی که روابط گسسته و خدشه دار می شود خصوصاً بعد از آسیب ناشی از تجربیات ناگوار، ما سؤال می کنیم کیستیم؟ متعلق به چه کسی هستیم؟ چه نقش هایی را می توانیم ایفا کنیم و اینکه زندگی برای ما چه معنایی می تواند داشته باشد؛ بنابراین رویکردهای روایتی این فرصت را به ما می دهند تا راه و روشی که برای بخشودن مدنظر قرار داده بودیم و همچنین نقش هایی که برای خود و دیگران در مسیر بخشودن تعیین کرده بودیم را مورد بازبینی قرار دهیم؛ به طوری که بعد از آگاهی از حق انتخاب داشتن بین بخشودن و یا نبخشودن، به یک تجربه "آها" دست یابیم (۴۶). نیز از آنجایی که روایت درمانی به دنبال ساختار شکنی روایت های مشکل دار و دردرساز و باز معنایی و ساخت دهی مجدد این گونه روایت هاست، خصوصاً برای خلق فضا و زمان در جهت تأمین نیاز افراد به بخشودن سودمند است، روایت ها و داستان هایی که ما درباره زندگی خویش بیان می کنیم از آن نظر با اهمیت هستند که این داستان ها ما را قادر می سازد که به حوادث زندگی نظم ببخشیم و تجربیات گذشته، حال و آینده مان را بر اساس منطق بسازیم. همچنین یکی از مسائلی که در موقعیت های تمایل به نبخشودن، نقش اساسی دارد مسئله زمان می باشد به طوری که زمان گذشته برای به خاطر آورده شدن خیلی اندوه آور است، زمان حال مملوء از درد است و زمان آینده غیر قابل تصور است؛ بنابراین فرد قربانی یا آسیب دیده توان تنظیم و کنترل زمان را نخواهد داشت؛ اما روایت ها نه تنها سازمان دهنده زمان هستند، بلکه آن ها معنا بخش تجربیات زمانی ما هستند، به طوری که خاطرات گذشته در روایت درمانی التیام یافته، صبر و شکیبایی برای امروز افزایش یافته و ما یک آینده خیالی جدید را آغاز می کنیم (۴۷). از طرف دیگر همان طور که پیش تر ذکر شد روایت درمانی با مرور و بازبینی گذشته همراه است. همچنین این بازبینی گذشته که با شخصیت سازی ها در مورد مشکل همراه می شود، جدای از آن که به افراد اجازه می دهند بین خود و مشکل فاصله سازی کنند همین حق را به دیگر ایفا کنندگان عرصه زندگی شان می دهند. این فرآیند درمانی با رویکرد روایت داستان زندگی شرایطی فراهم می کند تا افراد سریعاً وارد مرحله بخشیدن نشوند زیرا فرآیند بخشودگی مفهومی متفاوت از فراموشی و یا نادیده انگاشتن مسائل است و نیازمند آگاهی، درک، تفسیر مثبت و امیدواری است که می توان در فرآیند روایت درمانی این شرایط احراز شوند.

یافتهی دیگر پژوهش بی اثر بودن روش روایت درمانی گروهی بر افزایش موقعیت های کنترل ناپذیر در سالمندان بود. به این صورت فرضیه سوم توسط یافته های حاصله از پژوهش حاضر تأیید نشد. پژوهش انجام شده مشابه در این زمینه یافت نشد. در

فرضیه اول پژوهش مبنی بر این که روایت درمانی گروهی بر افزایش بخشودگی خود تأثیر مثبت دارد تأیید شد. این نتیجه با یافته پژوهش وبر، کرین و لیزامیک که گزارش کردند که روایت درمانی باعث خود سرزنشگری کمتر می شود (۴۲) همخوان می باشد. نیز با نتایج پژوهش نوری تیرتاشی و کاظمی روی زنان ایرانی همسو می باشد (۴۳). در تبیین این یافته شاید بتوان گفت فرد سالمند با روایت تجارب خود زندگی خود را مرور کرده و به پذیرش تجارب منفی و تلفیق آن با زندگی حال، شرایط را برای حل گذشته دردناک فراهم کند. با توجه به این که فرآیند روایت درمانی شامل گفتن، گوش دادن، دوباره گفتن و دوباره شنیدن داستان ها است، این داستان ها مواد و منابعی برای ترسیم معنی، فهم و بینش به دست می دهد. انسان به جای واکنش صرف به وقایع، از راه داستان های که پیرامون موضوعات مهم خود می سازد معنا دهنده جهان خود نیز هست؛ چون هنگام بازگویی یا نوشتن داستان زندگی، فرد هم زمان به آن فکر می کند، بخش هایی از آن را انتخاب می کند و قسمت های نه چندان مهم را کنار می گذارد در واقع ویراستار داستان خود می شود (۴۴). این فرایند در روایت درمانی در راستای مبانی نظری اریکسون (۱۹۷۹) می تواند تلاشی در جهت یکپارچه سازی که منجر به افزایش رضایت از خود می شود باشد. سالمندی مرحله تأمل و زمان ارزیابی نهایی از زندگی است، روایت های بسیاری از سالمندان حاکی از این است که دوست دارند عملکرد و تلاش شان مورد تحسین و قدردانی قرار گیرد، نمی خواهند متأسف اشتباهاتی باشند که نمی توانند آن ها را اصلاح کنند. چه بسا با بازنگری در خود و اتصال بخش های تفکیک شده و گمشده در قالب روایت ها، معنای غنی تری به زندگی خود ببخشند و این که چطور توانسته اند با اشکال نامالایمات زندگی کنار بیایند احساس من منسجم تری کنند.

فرضیه دوم پژوهش مبنی بر این که روایت درمانی گروهی باعث افزایش بخشودگی دیگران در سالمندان می شود نیز توسط یافته های پژوهش تأیید شد؛ که با نتایج پژوهش بریمهال، گراندرو و هنلاین (۴۵) و تیرتاشی و کاظمی (۴۳) همسو است؛ چنانچه پیش تر گفته شد در واقع روایت درمانی، ابزاری برای اعتراف کردن است (فریدمن و کامز، ۱۹۹۶) که می تواند شرایط را برای حل رنجش های دردناک، بخشیدن دیگران و بخشیده شدن از سوی دیگری فراهم کند. زمانی که فرد رنجش هایش را به زبان می آورد معنای رنج های خود را با ریختن آن در قالب کلمات بهتر در می یابد و البته با شنیده شدن و تخلیه هیجانات مترکم مرتبط با آن ها احساس بهتری می کند، لحظه ای که فرد با پرسش یا تأمل در مورد چرا از زاویه دیگر به آن نگاه نکرد به آن می رسد. برون ریزی و خودافشائی که فرد به خود یا

آزمایش نسبت به گروه کنترل مؤثر است (۵۴). حتی و همکاران نیز نشان دادند که خاطره گویی بر ارتقاء عزت نفس و رضایت از زندگی سالمندان مؤثر است (۵۵).

افسردگی اغلب زمانی اتفاق می افتد که فرد با زاویه دید محدود تنها خاطرات غمگین، شکست‌ها، و ناکامی‌ها را می‌نگرد. به تبع حاصل این شکل اندیشیدن فراخوانی و روایت‌های با بار معنایی یأس و درماندگی است که جریان روزمره زندگی فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد و روایت درمانی با به سطح آوردن این گونه شناخت‌ها و افکار منفی، فضایی برای لمس و بازمعنایی آن‌ها به وجود آورده و از بار هیجانی این افکار و احساسات بیان نشده می‌کاهد. همچنین یادآوری این نکته ضروری است که در تمام موارد مذکور روایت‌درمانی در قالب مداخله گروهی به واسطه پویای‌های خاص از جمله همدلی و حمایت بین فردی، زمینه روایت‌گری، ساختار شکنی و ساخت‌دهی و بازمعنای روایت‌ها را بهتر فراهم می‌کند. روایت‌گری گروهی فرد را واقف می‌سازد که دیگران نیز مانند او از مشکلاتی رنج می‌برند و اشتراک‌گذاری روایت‌های شخصی، فرصت نگرستن به مسئله از زاویه دید دیگران را ممکن می‌سازد. این جریان به ساخت‌دهی مجدد و گسترش معنایی روایت‌های مشکل‌دار کمک زیادی می‌کند.

نتیجه‌گیری نهایی

یافته‌های این مطالعه از اثر بخشی روایت درمانی گروهی بر افزایش بخشش خود و دیگران و کاهش افسردگی سالمندان حمایت می‌کند. و این روش مداخله، غیر تهاجمی و سازگار با روحيات

مورد ناکارآمد بودن اثر روایت درمانی گروهی در افزایش بخشش موقعیت‌های کنترل ناپذیر سالمندان، آنچه که به نظر می‌رسد این است که بخشش موقعیت‌های کنترل ناپذیر ابعاد گسترده‌ای دارد؛ و عوامل زیادی از جمله محیط اجتماعی فرد، سطح رفاه اقتصادی و تحصیلات، معنویت و باورهای مذهب و ... می‌توانند در ایجاد و به‌تبع در ارتقاء و افزایش متغیرهای مذکور دخیل باشند. به عنوان مثال وضعیت اقتصادی ضعیف سالمندان بازنشسته از یک طرف و هزینه‌های بالای زندگی از طرف دیگر وضعیت روان‌شناختی آن‌ها را به شدت آسیب‌پذیر نموده و تا حد زیادی قدرت کنترل و عاملیت آن‌ها بر شرایط را تضعیف نموده است. همین امر با ایجاد استرس مداوم در زندگی این افراد، مانع اصلی برای ایجاد رضایت از زندگی و نیز بخشش در موقعیت‌های کنترل ناپذیر می‌باشند؛ بنابراین احتمالاً تنها استفاده از یک راهبرد مانند روایت درمانی اثربخش نباشد، بلکه به تناسب گستردگی ابعاد پدیده مورد نظر بیشتر نیازمند مداخله‌های تلفیقی از جمله درمان‌های حمایتی یا روان‌درمانی معنویت محور باشیم.

یافته آخر پژوهش مبنی بر این‌که روایت درمانی گروهی باعث کاهش افسردگی سالمندان می‌شود، توسط یافته‌های پژوهش تأیید شده است؛ نتایج این پژوهش را می‌توان با شواهد پژوهشی موجود همخوان دانست (۴۸-۵۳). البته پژوهش‌های مشابه در این رابطه نتایج همسو با نتیجه پژوهش حاضر را گزارش کرده‌اند. به عنوان مثال چنگیزی و پناه علی (۱۳۹۵) در پژوهشی نشان دادند که روایت درمانی گروهی بر میزان امید به زندگی و شادکامی سالمندان در گروه

[F. Razaeei, Persian trans]. Tehran: Arjmand Press. 2007.

References

- Center IS. Report of the 2011 census of housing and population of Iran. Tehran, Iran: Iran Statistical Center. 2013.
- Ebrahimi M, Azkhosh M, Foroughan M, Dolatshahi B, Shoaai F. Role of Failure to Forgive Self, Others and Uncontrollable Situations in Predicting Depression Among the Elderly. Iranian Journal of Ageing. 2015; 10 (1): 6-15.
- Fakhar F, Navayinezhad S, Foroughan M. The Role of Group Counseling With Logo-Therapeutic Approach on the Mental Health of Older Women. Iranian Journal of Ageing. 2008; 3 (1): 58-67.
- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry behavioral sciences [F. Razaeei, Persian trans]. Tehran: Arjmand Press. 2007.
- Kashfi S, Khani Jeihooni A, Farhadi S. The relationship between social and demographic factors and prevalence of depression among over 60 years old individuals, Shiraz, Iran. Bimonthly Journal of Hormozgan University of Medical Sciences. 2011; 14 (4): 319-25.
- Scogin F. Department of psychology university of Alabama at Tuscaloosa. Available from 2009 [Available from: <http://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/depression.aspx>].
- McKeen NA, Chipperfield JG, Campbell DW. A longitudinal analysis of discrete negative emotions and health-services use in elderly individuals. Journal of Aging and

- Health. 2004;16 (2): 204-27.
8. Rowan P, Davidson K, Campbell J, Dobrez D, MacLean D. Depressive symptoms predict medical care utilization in a population-based sample. *Psychological medicine*. 2002; 32 (5): 903-8.
 9. Berry JW, Worthington Jr EL, Parrott III L, O'Connor LE, Wade NG. Dispositional forgivingness: Development and construct validity of the Transgression Narrative Test of Forgivingness (TNTF). *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2001; 27(10):1277-90.
 10. Lawler KA, Younger JW, Piferi RL, Billington E, Jobe R, Edmondson K, et al. A change of heart: Cardiovascular correlates of forgiveness in response to interpersonal conflict. *Journal of behavioral medicine*. 2003; 26 (5): 373-93.
 11. Egan LA, Todorov N. Forgiveness as a coping strategy to allow school students to deal with the effects of being bullied: Theoretical and empirical discussion. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2009; 28 (2):198-222.
 12. Flanagan KS, Hoek KKV, Ranter JM, Reich HA. The potential of forgiveness as a response for coping with negative peer experiences. *Journal of Adolescence*. 2012; 35 (5):1215-23.
 13. Worthington EL, Scherer M. Forgiveness is an emotion-focused coping strategy that can reduce health risks and promote health resilience: Theory, review, and hypotheses. *Psychology & Health*. 2004; 19 (3):385-405.
 14. Thompson LY, Snyder CR, Hoffman L, Michael ST, Rasmussen HN, Billings LS, et al. Dispositional forgiveness of self, others, and situations. *Journal of personality*. 2005; 73 (2):313-60.
 15. Rye MS, Loiacono DM, Folck CD, Olszewski BT, Heim TA, Madia BP. Evaluation of the psychometric properties of two forgiveness scales. *Current Psychology*. 2001; 20 (3): 260-77.
 16. Rye MS, Pargament KI. Forgiveness and romantic relationships in college: Can it heal the wounded heart? *Journal of Clinical Psychology*. 2002; 58 (4): 419-41.
 17. Fayyaz F, Besharat MA. Comparison of forgiveness in clinical depressed, non-clinical depressed and normal people. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2011; 30:89-93.
 18. Maltby J, Macaskill A, Day L. Failure to forgive self and others: A replication and extension of the relationship between forgiveness, personality, social desirability and general health. *Personality and Individual Differences*. 2001; 30 (5): 881-5.
 19. Toussaint LL, Williams DR, Musick MA, Everson SA. Forgiveness and health: Age differences in a US probability sample. *Journal of adult development*. 2001; 8 (4): 249-57.
 20. Seybold KS, Hill PC, Neumann JK, Chi DS. Physiological and psychological correlates of forgiveness. *Journal of Psychology and Christianity*. 2001.
 21. Barber L, Maltby J, Macaskill A. Angry memories and thoughts of revenge: The relationship between forgiveness and anger rumination. *Personality and Individual Differences*. 2005; 39 (2): 253-62.
 22. Fehr R, Gelfand MJ, Nag M. The road to forgiveness: a meta-analytic synthesis of its situational and dispositional correlates. *Psychological bulletin*. 2010;136 (5): 894.
 23. Enright RD, North J. Introducing forgiveness. *Exploring forgiveness*. 1998: 3-8.
 24. Eldeleklioglu J. Predictive effects of subjective happiness, forgiveness, and rumination on life satisfaction. *Social Behavior and Personality: an international journal*. 2015; 43 (9):1563-74.
 25. Maltby J, Day L, Barber L. Forgiveness and happiness. The differing contexts of

- forgiveness using the distinction between hedonic and eudaimonic happiness. *Journal of Happiness Studies*. 2005; 6 (1):1-13.
26. Wade NG, Worthington Jr EL, Meyer JE. But do they work? A meta-analysis of group interventions to promote forgiveness. *Handbook of forgiveness*. 2005: 423-40.
 27. Fincham FD, Beach SR, Davila J. Longitudinal relations between forgiveness and conflict resolution in marriage. *Journal of Family Psychology*. 2007; 21 (3):542.
 28. Girard M, Mullet E. Forgiveness in adolescents, young, middle-aged, and older adults. *Journal of Adult Development*. 1997;4 (4): 209-20.
 29. Krause N, Ellison CG. Forgiveness by God, forgiveness of others, and psychological well-being in late life. *Journal for the scientific study of religion*. 2003; 42 (1):77-93.
 30. Lawler-Row KA, Piferi RL. The forgiving personality: Describing a life well lived? *Personality and Individual Differences*. 2006; 41(6):1009-20.
 31. Subkoviak MJ, Enright RD, Wu C-R, Gassin EA, Freedman S, Olson LM, et al. Measuring interpersonal forgiveness in late adolescence and middle adulthood. *Journal of adolescence*. 1995; 18 (6): 641-55.
 32. Corey G. *Theory and practice of counseling and psychotherapy*: Nelson Education; 2015.
 33. White M, White MK, Wijaya M, Epston D. *Narrative means to therapeutic ends*: WW Norton & Company; 1990.
 34. Carr A. Michael White's narrative therapy. *Contemporary Family Therapy*. 1998; 20 (4): 485-503.
 35. Jill M, Combs G. *Narrative therapy: The social construction of preferred realities*: WW Norton & Company; 1996.
 36. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd. Hillsdale, NJ: erlbaum; 1988. p. 310-1.
 37. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using multivariate statistics*. 6 nd ed. Boston: Allyn & Bacon/Pearson Education; 2013.
 38. Bakhtiyari F, Foroughan M, Fakhrzadeh H, Nazari N, Najafi B, Alizadeh M, et al. Validation of the Persian version of Abbreviated Mental Test (AMT) in elderly residents of Kahrizak Charity Foundation. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders*. 2014; 13 (6): 487-94.
 39. Ebrahimi M, Azkhash M, Shoaai F, Froughan M, Dolatshahi B. Psychometric Properties of Persian version of Heartland Forgiveness Scale in Elderly. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*. 2017; 3 (4): 9-20.
 40. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of psychiatric research*. 1982; 17 (1):37-49.
 41. Malakouti K, Fathollah C, Mirabzadeh A, Salavati M, Khany S. Standardization of geriatric depression scale (GDS); Form of 15 questions in Iranian. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006; 21 (6):588-93.
 42. Weber M, Davis K, McPhie L. Narrative therapy, eating disorders and groups: Enhancing outcomes in rural NSW. *Australian Social Work*. 2006; 59 (4): 391-405.
 43. Tir-Tashi EN, Kazemi N. The Effectiveness of Narrative Therapy on Amount of Forgiveness in Women. *Clinical Psychology*. 2012; 4 (2): 71-8.
 44. Banker JE, Kaestle CE, Allen KR. Dating is hard work: A narrative approach to understanding sexual and romantic relationships in young adulthood. *Contemporary Family Therapy*. 2010; 32 (2): 173-91.
 45. Brimhall AS, Gardner BC, Henline BH. *Enhancing narrative couple therapy*

- process with an enactment scaffolding. *Contemporary Family Therapy*. 2003; 25 (4): 391-414.
46. Skerrett K. "Good enough stories": Helping couples invest in one another's growth. *Family process*. 2010; 49 (4):503-16.
47. Malcolm LE, Ramsey JL. On forgiveness and healing: Narrative therapy and the Gospel story. *Word & World*. 2010; 30 (1): 23-32.
48. Dastbaz A, Yeganehfarzand SH, Azkhash M, Shoaee F, Salehi M. Effectiveness of narrative therapy and group counseling on depression and loneliness among elderly women. *Iranian Rehabilitation Journal*. 2014; 12 (2):11-5.
49. Gonçalves MM, Ribeiro AP, Silva JR, Mendes I, Sousa I. Narrative innovations predict symptom improvement: Studying innovative moments in narrative therapy of depression. *Psychotherapy Research*. 2016; 26 (4): 425-35.
50. Lopes RT, Gonçalves MM, Machado PP, Sinai D, Bento T, Salgado J. Narrative Therapy vs. Cognitive-Behavioral Therapy for moderate depression: Empirical evidence from a controlled clinical trial. *Psychotherapy Research*. 2014; 24 (6): 662-74.
51. Momeni k. Effectiveness of Integrative and Narrative Reminiscence Therapies on Depression Symptoms Reduction of Institutionalized Older Adults in Women. *Family Counseling and Psychotherapy*. 2012; 1 (3): 366-81.
52. Naziri Q, Ghaderi Z, Zare F. The Effectiveness of Narrative Therapy on Depression of Women in Marvdasht city. *Scientific Journal Management System*. 2010;1 (2): 65-78 [in Persian].
53. Vromans LP, Schweitzer RD. Narrative therapy for adults with major depressive disorder: Improved symptom and interpersonal outcomes. *Psychotherapy Research*. 2011; 21(1): 4-15.
54. 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.
55. Hojjati H, Akhonzadeh G, Hassanalipour S, Sharifnia S, Asayesh H. The effect of reminiscence on the amount of group self-esteem and life satisfaction of the elderly. *The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2011; 9 (5): 350-6.