

## اثر بخشی مرور زندگی بر افزایش سلامت عمومی معتادین خوددرمانجو

سمیه کاظمیان<sup>۱</sup>

دکتر علی دلاور<sup>۲</sup>

تاریخ وصول:

تاریخ پذیرش:

### چکیده

**مقدمه:** هدف پژوهش حاضر، بررسی اثر بخشی مرور زندگی بر افزایش سلامت عمومی معتادین خوددرمانجو است. روش: جامعه آماری پژوهش، بیمارانی بودند که برای ترک اعتیاد به یکی از مراکز ترک اعتیاد بیماران سرپایی وابسته به سازمان بهزیستی مشهد مراجعه کرده بودند. تعداد اعضای نمونه ۲۰ نفر هستند که به صورت نمونه گیری در دسترس و براساس نمرات آنها در پرسشنامه GHQ (نمره ۲۳ و بالاتر) انتخاب شده و سپس به صورت تصادفی ساده در دو گروه ۱۰ نفره آزمایشی و گواه جایگزین شدند. ابزار به کار رفته در این پژوهش، پرسشنامه GHQ است که دارای روایی و پایایی مناسبتی است. روش تحقیق به صورت نیمه تجربی است و برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شده است. **یافته‌ها:**

---

1- دانشجوی دکتری مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی.  
kazemian\_somaye@yahoo.com

2- استاد دانشگاه علامه طباطبائی.  
delavarali@yahoo.com

نتایج نشان داد که درمان مرور زندگی بر افزایش سلامت عمومی معتادین خوددرمانجو و به عبارتی کاهش خرده آزمون‌های آن یعنی علایم جسمانی، علایم اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کنش اجتماعی و علایم افسردگی مؤثر بوده است. نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد به کارگیری روش درمانی مرور زندگی به شکل چشم‌گیری در افزایش سلامت روانی معتادین در حال ترک مؤثر باشد.

واژه‌های کلیدی: مرور زندگی، سلامت عمومی، معتادین خوددرمانجو

#### مقدمه

سلامتی از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت عبارت است از برخورداری از آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نداشتن بیماری و نقص عضو، با توجه به تعریف سلامتی (تعریف WHO)<sup>۱</sup> متوجه می‌شویم که سلامتی یک مسأله چندبعدی است. حتی امروزه علاوه بر بعد جسمی، روانی و اجتماعی، جنبه معنوی را هم در نظر می‌گیرند. باید توجه داشت که ابعاد مختلف سلامتی و یا بیماری بر یکدیگر اثر کرده و تحت تأثیر یکدیگر قرار دارند (سید نوزادی، ۱۳۸۵). تأثیر متقابل جسم و روان از زمان‌های قدیم بر انسان آشکار بوده است (برادری، ۱۳۸۶).

اعتیاد می‌تواند هر گوشه از زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهد ارتباطات، کار، عقاید مذهبی و چگونگی روابط اجتماعی با دیگران همگی ممکن است تحت تأثیر قرار گیرند (ملک‌پور، ۱۳۸۷). اعتیاد یک بیماری روانی، اقتصادی و اجتماعی است که پاسخ فیزیولوژیک بدن را در مقابل مصرف مکرر مواد مخدر یا هر عامل دیگری که تکرار مصرف آن باعث وابستگی و تسکین و آرامش موقت شده، نشان می‌دهد (مناجاتی، ۱۳۸۴).

---

1. World Health Organization (WHO)

اعتیاد را به عادت کردن، خو گرفتن و خود را وقف عادت‌نی‌نکوهیده کردن معنا کرده‌اند؛ در سال ۱۹۵۰ سازمان ملل متحد تعریف زیر را برای اعتیاد به مواد مخدر ارائه کرد: «اعتیاد به مواد مخدر عبارت است از مسمومیت تدریجی یا حادی که به علت استعمال مداوم دارویی اعم از طبیعی یا ترکیبی ایجاد می‌شود و به حال شخص و اجتماع زیان‌آور است (تامس، ۱۹۹۹). امروزه از دیدگاه علم روان‌شناسی، اعتیاد یا وابستگی به مواد، یک اختلال روانی محسوب می‌شود. این واژه که در تقسیم‌بندی‌های روان پزشکی، تحت عنوان اختلال‌های سوء مصرف مواد تعریف شده است، دومین اختلال شایع روانی بوده است (کاپلان، ۱۹۹۴).

بر اساس ادبیات و مطالعات پیشین، حدود ۹۰ درصد معتادین به مواد مخدر، یک یا چند اختلال روان‌پزشکی دیگر نیز دارند که مهمترین این اختلال‌های شامل: اختلال‌های خلقی (افسردگی یا مانیا)، اختلال‌های اضطرابی و اختلال شخصیت ضد اجتماعی می‌باشند (کاپلان، ۱۹۹۸؛ به نقل از نقیبی، ۱۳۸۱). مطالعات بسیاری بر شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی همچون اضطراب و افسردگی در بیماران وابسته به مواد تاکید کرده‌اند (گرنر و هارفورد، ۱۹۹۵، اسچاکیت، ۱۹۹۶، کسلر و همکاران، ۱۹۹۷، بیجل و همکاران، ۱۹۹۸، به نقل از جانینا، ۲۰۰۵). این یافته‌ها بیانگر این نکته‌اند که افسردگی و اضطراب می‌تواند در حین مصرف مواد و یا ترک آن رخ دهد. چرا که داده‌ها نشان می‌دهند بیش از ۳۷ درصد سوء مصرف کنندگان الکل و ۵۳ درصد سوء مصرف کنندگان داروها، حداقل دارای نوعی بیماری روانی جدی هستند. از سوی دیگر، افسردگی و سایر بیماری‌های روانی نیز خطر ابتلاء به اعتیاد را افزایش می‌دهند؛ با استناد به اینکه آمارها نشان می‌دهند ۲۹ درصد افرادی که دارای نوعی بیماری روانی بوده‌اند، از سوء مصرف الکل یا داروهای غیرقانونی دیگر نیز رنج می‌برده‌اند (همان منبع).

بنابراین، موضوع مهمی که در درمان اعتیاد اهمیت اساسی دارد، وجود بیماری‌های روانی زمینه‌ساز آن و یا اختلال‌های روانی متعاقب ترک اعتیاد است. چرا که می‌تواند به عنوان عوامل شکست درمان نیز به شمار رود. به عنوان مثال پژوهش‌ها نشان داده‌اند که

معتادین افسرده نسبت به معتادین غیرافسرده کنترل کمتری روی آزمون‌های عملکرد شناختی دارند. هم‌چنین گزارش شده است ارتباط محکمی بین وقایع استرس‌آور زندگی و عود اعتیاد در میان معتادین خوددرمانجو وجود دارد (پرویزی فرد، ۱۳۸۰).

از آنجایی که بخشی از مراجعه‌کنندگان به مراکز خدمات مشاوره‌ای را معتادینی تشکیل می‌دهند که در حال ترک هستند و اغلب از انواع مشکلات روانی و جسمی از قبیل افسردگی و اضطراب شکایت می‌کنند، یافتن عوامل مرتبط با این شکایات جسمانی و روانی و به دنبال آن رایج راهکارها و شیوه‌های مشاوره‌ای کارآمد، ضروری به نظر می‌رسد.

افسردگی، اضطراب، اختلال خواب، اختلال در کنش اجتماعی از علایم شایع در بسیاری از معتادین به مواد است که در زمان اعتیاد و دوران ترک برای آنها آزار دهنده بوده و وجود آن حتی هنگام ترک نیز ممکن است، منجر به عود مصرف مواد گردد. براین اساس ما توجه خود را معطوف به تبیین‌های روان‌شناختی کرده و درصدد ارتقاء سلامت معتادین خوددرمانجو برآمدیم. تبیین‌های روان‌شناختی بر تفاوت‌های فردی اشخاص در شیوه تفکر و احساس درباره رفتار خویش تاکید دارد (علی سلیمی و محمد داوری، ۱۳۸۰). مداخله‌های روان‌شناختی عبارت‌اند از: شناخت درمانی، مصاحبه درمانی، درمان‌های بین فردی، درمان حل مسأله، درمان‌های روان‌پویایی، کتاب درمانی، خاطره پرداز، درمان مرور زندگی (فریزر و همکاران، ۲۰۰۵). یکی از درمانهایی که با توجه به اهداف درمانی آن به نظر می‌رسد بتواند در افزایش سلامت عمومی معتادین خوددرمانجو مؤثر باشد، درمان مرور زندگی است.

باتلر (۱۹۶۳) اصطلاح مرور زندگی را در مقاله‌ی تاریخی خود ارائه کرد (مستل - اسمیت<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). باتلر (۱۹۶۳) مرور زندگی را کنش طبیعی و فرآیند عمومی می‌داند که طی آن فرد تجربیات گذشته را فراموشی خواند، به آن فکر می‌کند، آن را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و با هدف دستیابی به خودشناسی بیشتر در بحر آن فرو می‌رود. باتلر (۱۹۷۴) با ارائه چارچوبی برای انجام این وظیفه رشدی آن را هدفمندتر ساخته و شکل درمانی

1. Mastel-Smith, B. A

به آن بخشید (باتلر، ۱۹۷۴). جنبه درمانی مرور زندگی از این لحاظ است که زنده شدن این تجارب و تعارضات، باعث ارزیابی مجدد و حل آنها و در نتیجه انسجام و یکپارچگی شخصیت می‌شود (نورمن<sup>۱</sup>، ۱۹۹۷، به نقل از هالند<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱).

هدف از مرور زندگی این است که به افراد در یکپارچه سازی موفقیت‌آمیز تجارب زندگی کمک شود و با خاصیت تغییر انطباقی این درمان، معنای جدید را به زندگی فرد وارد کند. مرور زندگی برای معتادین خوددرمانجو که درصدد ترک هستند، درمانی مؤثر است چرا که آنان، میل به حل تعارضات روانی درونی خویش داشته و در جستجوی معنای جدیدی برای تجارب خویش‌اند. طی فرایند مرور زندگی با بازبینی تجارب زندگی و قالب دهی مجدد و بازسازی شناختی حوادث زندگی، فهم و درک خویش از تاریخ زندگی شخصی‌اش را گسترش می‌دهد، که این امر به طور مستقیم بر احساسات فرد تأثیر می‌گذارد، بنابراین، وقوع مرور زندگی ذاتاً و یک فرایند درمانی است که منجر به بینش و درک بیشتر از خود همراه با تغییرات عاطفی، رفتاری و شناختی می‌شود (ویس<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰).

در انجام فرایند مرور زندگی، متخصص بهداشت روانی باید از دو عامل در حین فعالیت آگاهی داشته باشد اول: نوع محتوایی که بیان می‌شود و می‌بایست تغییر مثبت در آن ایجاد شود و دوم روابط بین فردی مشاور و مراجع، چرا که مؤثرترین عنصر رشد حسن تفاهم و رابطه نزدیک رابطه فرد به فرد است که عاملی ضروری برای درمان مرور زندگی است (هایت<sup>۴</sup>، ۱۹۹۱، به نقل از ویس<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰). منطبق درمان مرور زندگی این است که فرد مضطرب درگیر یک فرایند بهبود بخشی بررسی سختی‌ها و سستی‌های زندگی خویش شود و از اضطراب و نشخوار فکری دائمی رهایی یابد. (مرکر<sup>۵</sup>، ۲۰۰۹). لکن وقوع مرور زندگی ضرورتاً به آسانی

- 
1. Norman, M.
  2. Holland, D. S.
  3. Weiss, J. C.
  4. Haight, B.
  5. Mearcker, J. C

روی نمی‌دهد. راجمن<sup>۱</sup> در سال ۱۹۸۶ پیشنهاد کرد که هرگاه حادثه‌ای تلخ و ناگوار روی می‌دهد، افراد باید در همان زمان و یا بعداً در طول زندگی به ارزیابی و جمع‌بندی آن رویداد اقدام کنند؛ اما به لحاظ ماهیت تلخ و بار عاطفی ناراحت‌کننده این حوادث، اغلب افراد از تلفیق و یکپارچه ساختن آنها خودداری می‌کنند که می‌توان آن را بازداری شناختی نامید (راجمن، ۱۹۸۰، به نقل از هرسک و موراتگلو، ۱۹۹۹). درمان مرور زندگی موضوعاتی را مورد خطاب قرار می‌دهد که با ملاحظه تعارضات حل نشده، ایجاد احساس گناه، رنجش و تنفر ناشی از آن، مراجع در مرور آنها به تنهایی مشکل دارد (باتلر، ۱۹۶۳). لوییس<sup>۲</sup> و باتلر در سال ۱۹۷۴ معتقدند که مرور زندگی تنها زمانی موفقیت‌آمیز خواهد بود که فرد بتواند این تعارضات را حل کند (لوییس و باتلر، ۱۹۷۴، به نقل از هرسک و موراتگلو، ۱۹۹۹). هدف از درمان مرور زندگی این است که به مراجع کمک شود تا از بازداری شناختی کم کند و افکار مزاحم و ناخواسته و عواطف مربوط به حوادث منفی گذشته را مورد پردازش عاطفی قرار دهد (فرای<sup>۳</sup>، ۱۹۸۳، به نقل از هرسک و موراتگلو، ۱۹۹۹).

هدف دیگری که باتلر (۱۹۶۳) برای درمان مرور زندگی ذکر می‌کند، ایجاد موقعیتی است که طی آن مشاور و مراجع معانی جدیدتر و ساختاریافته‌تری را برای تجارب گذشته و حال مراجع خلق کرده و به مراجع در جمع‌بندی موفقیت‌آمیز تجارب زندگی‌اش کمک شود. درمان مرور زندگی معمولاً با دیدگاه روان‌پویایی مفهوم‌سازی می‌شود که طی آن مراجع به کمک درمانگر حوادث و تجارب را فراخوانی و منعکس می‌سازد. لکن فنونی که طی درمان مرور زندگی استفاده می‌شود از رویکردهای گوناگون درمانی گرفته شده است. درمان مرور زندگی شامل تفاسیر درمانگر و استفاده از این تفاسیر جهت پردازش شناختی و عاطفی تجارب مراجع است. به طور خاص وظیفه درمانگر اکتشاف هدایت شده تعارضات،

---

1. Rachman, S.

2. Lewis, M.

3. Fry, D.

تفسیر همدلانه و تعابیر مثبت از حوادث و بررسی خطاهای شناختی مراجع است که ممکن است به معتادین خوددرمانجو در درک بهتر تجارب زندگی کمک کرده و باعث ایجاد خویشتن پذیری در آنان گردد (هرسک و موراتگلو، ۱۹۹۹).

با توجه به اطلاعات فوق این مسئله برای پژوهشگر مطرح شد که آیا درمان مرور زندگی می‌تواند در افزایش سلامت عمومی معتادین خوددرمانجو نیز مؤثر باشد؟  
بر اساس این سؤال می‌توان فرضیه تحقیق را چنین بیان کرد که درمان مرور زندگی بر افزایش سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن در معتادان خوددرمانجو مؤثر است.

### روش پژوهش

روش تحقیق نیمه تجربی است. طرح تحقیق، طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش، بیمارانی بودند که برای ترک اعتیاد به یکی از مراکز ترک اعتیاد بیماران سرپایی وابسته به سازمان بهزیستی مشهد مراجعه کرده بودند. به منظور انتخاب اعضا، ابتدا از طریق چندین فراخوان از افراد مراجعه کننده به کلینیک ترک اعتیاد برای شرکت در گروه مشاوره دعوت به عمل آمد. سپس پرسشنامه GHQ بر روی افرادی که داوطلب بودند، اجرا و کسانی که نمره بالاتر از نقطه برش، یعنی ۲۳ و بالاتر را گرفته بودند انتخاب شدند. در مرحله بعد تعداد ۲۰ نفر از این مجموعه به صورت تصادفی ساده انتخاب و سپس به صورت تصادفی ساده در دو گروه ۱۰ نفره آزمایشی و گواه جایگزین شدند. در این پژوهش، پرسشنامه سلامت عمومی GHQ<sup>۱</sup> مورد استفاده قرار گرفت. برای سنجش سلامت عمومی از این پرسشنامه ۲۸ سوالی استفاده شد که شامل چهار خرده آزمون است. خرده آزمون‌ها شامل علائم جسمانی، علائم اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کنش اجتماعی و

---

1. General Health Questioner

علایم افسردگی اساسی است. هومن (۱۳۷۶) ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۲ و برای خرده آزمون علایم جسمانی ۰/۸۵، علایم اضطراب و اختلال خواب ۰/۸۷، اختلال در کنش اجتماعی ۰/۷۹ و علایم افسردگی اساسی ۰/۹۸ به دست آورده است. در این پرسشنامه نمره پایین به معنای سلامت و نمره بالا به معنای عدم سلامت است.

### یافته‌های پژوهش

در این پژوهش محقق، داده‌ها را با استفاده از تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار داده است که نتایج به شرح جداول زیر است:

**فرضیه اول:** درمان مرور زندگی بر افزایش سلامت عمومی معتادین خوددرمانجو مؤثر است.

F محاسبه شده برای تفاوت نمرات پس آزمون دو گروه با همراه کردن نمرات پیش آزمون برابر ۴۸/۵۳ است که در سطح اطمینان ۰/۹۹ معنادار است. می‌توان نتیجه گرفت که درمان مرور زندگی در سطح اطمینان ۰/۹۹ بر افزایش سلامت عمومی معتادین خوددرمانجو مؤثر است و فرض صفر در این مورد رد شده است.

جدول ۱- نتایج مربوط به تحلیل کوواریانس مبتنی بر درمان مرور زندگی بر افزایش سلامت عمومی معتادین خوددرمانجو در گروه‌های آزمایشی و گواه

اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
سلامت عمومی پیش آزمون	۲۰۷/۵۰	۱	۲۰۷/۵۰	۶/۴۴	۰/۰۰۲
گروه‌ها	۱۵۶۴/۵۹	۱	۱۵۶۴/۵۹	۴۸/۵۳	۰/۰۱
خطا	۵۴۸/۱۰	۱۷	۳۲/۲۴		



**فرضیه دوم:** درمان مرور زندگی بر کاهش افسردگی معتادین خوددرمانجو مؤثر است. F محاسبه شده برای تفاوت نمرات افسردگی پس از آزمون دو گروه با همراه کردن نمرات پیش از آزمون برابر ۶۰/۲۴ است که با توجه به سطح خطا ( $P=0/00$ ) فرض صفر رد می شود. یعنی در سطح اطمینان ۰/۹۹ درمان مرور زندگی بر افزایش سلامت عمومی معتادین خوددرمانجو مؤثر است.

**جدول ۲- نتایج مربوط به تحلیل کوواریانس مبتنی بر درمان مرور زندگی بر کاهش افسردگی معتادین خوددرمانجو در گروه های آزمایشی و گواه**

اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
افسردگی پیش از آزمون	۱۳/۲۳	۱	۱۳/۲۳	۳/۸۳	۰/۰۷
گروه ها	۲۰۸/۲۵	۱	۲۰۸/۲۵	۶۰/۲۴	۰/۰۱
خطا	۵۸/۷۷	۱۷	۳/۴۶		

**فرضیه سوم:** تعیین اثر بخشی درمان مرور زندگی بر افزایش کارکرد اجتماعی معتادین خوددرمانجو

**جدول ۳- نتایج مربوط به تحلیل کوواریانس مبتنی بر درمان مرور زندگی بر افزایش کارکرد اجتماعی معتادین خوددرمانجو در گروه های آزمایشی و گواه**

اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
کارکرد اجتماعی پیش از آزمون	۱۴/۸۰	۱	۱۴/۸۰	۹/۱۹	۰/۰۱
گروه ها	۴۸/۵۹	۱	۴۸/۵۹	۳۰/۱۵	۰/۰۱
خطا	۲۷/۴۰	۱۷	۱/۶۱		

F محاسبه شده برای تفاوت نمرات پس‌آزمون دو گروه در مقیاس کارکرد اجتماعی با همراه کردن نمرات پیش‌آزمون برابر ۳۰/۱۵ است که با توجه به سطح خطا ( $P=0/00$ ) در سطح اطمینان ۰/۹۹ معنادار است. می‌توان گفت که درمان مرور زندگی در سطح اطمینان ۰/۹۹ بر بهبود کارکرد اجتماعی معتادین خوددرمانجو مؤثر است و فرض صفر رد می‌شود.

**فرضیه چهارم:** درمان مرور زندگی بر کاهش علائم اضطرابی معتادین خوددرمانجو مؤثر است.

F محاسبه شده برای تفاوت نمرات پس‌آزمون دو گروه در مقیاس علائم اضطرابی با همراه کردن نمرات پیش‌آزمون برابر ۲۴/۹۸ است که با توجه به سطح خطا ( $P=0/00$ ) در سطح اطمینان ۰/۹۹ معنادار است. می‌توان گفت که درمان مرور زندگی در سطح اطمینان ۰/۹۹ بر کاهش علائم اضطرابی معتادین خوددرمانجو مؤثر است یعنی فرض صفر رد می‌شود.

**جدول ۴- نتایج مربوط به تحلیل کوواریانس مبتنی بر درمان مرور زندگی بر کاهش علائم اضطرابی معتادین خوددرمانجو در گروه‌های آزمایشی و گواه**

سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	اثر
۰/۰۱	۳۵/۱۳	۱۴۸/۹۳	۱	۱۴۸/۹۳	علائم اضطرابی پیش‌آزمون
۰/۰۱	۲۴/۹۸	۱۰۵/۹۱	۱	۱۰۵/۹۱	گروه‌ها
		۴/۲۴	۱۷	۷۲/۰۷	خطا

فرضیه پنجم: درمان مرور زندگی بر کاهش علائم جسمانی معتادین خوددرمانجو مؤثر است.

جدول ۴- نتایج مربوط به تحلیل کوواریانس مبتنی بر درمان مرور زندگی بر کاهش علائم جسمانی معتادین خوددرمانجو در گروه‌های آزمایشی و گواه

سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	اثر
۰/۰۱	۷/۳۴	۲۸/۱۲	۱	۲۸/۱۲	علائم جسمانی پیش‌آزمون
۰/۰۱	۱۰/۲۴	۳۹/۲۱	۱	۳۹/۲۱	گروه‌ها
		۳/۸۳	۱۷	۶۵/۰۸	خطا

F محاسبه شده برای تفاوت نمرات پس‌آزمون دو گروه در مقیاس علائم جسمانی با همراه کردن نمرات پیش‌آزمون برابر ۱۰/۲۴ است که با توجه به سطح خطا (P=۰/۰۰) در سطح اطمینان ۰/۹۹ معنادار است. می‌توان گفت که درمان مرور زندگی در سطح اطمینان ۰/۹۹ بر کاهش علائم جسمانی معتادین خوددرمانجو مؤثر است و فرض صفر رد می‌شود.

### بحث و نتیجه‌گیری

با وجود اختلاف نظری که درباره اختلال بودن اعتیاد میان پزشکان وجود دارد امروزه، اعتیاد به عنوان بیماری یا اختلال پذیرفته شده است. این بیماری یا اختلال، آثار ناگواری روی فرد و خانواده او می‌گذارد. از جمله آثار فردی می‌توان از افسردگی، اضطراب و علایم جسمانی نام برد (نورمن، ۱۳۸۱ و رحمدل، ۱۳۸۲).

به طور کلی همانطور که وات و کیلیز (۲۰۱۰) نیز اشاره کرده‌اند درمان مرور زندگی سریع‌تر از درمان‌های کلینیکی سنتی نتیجه می‌دهد چرا که برای مراجعان شناخته شده‌تر است.

مراجع در این درمان از محتوای فرایند زندگی خویش به خوبی آگاهی دارد و نیازی به یادگیری مهارت جدیدی ندارد. همچنین دعوت از معتادین برای بحث درباره تجارب زندگی گذشته‌شان فعالیتی جذاب و خوشایند است و زمانی که با کمک مشاور از نکات مثبت و قوت درونی خویش آگاهی می‌یابند اضطراب آنها رو به بهبودی می‌رود.

ویس (۲۰۱۰) طی تحقیق گروه درمانی مرور خاطرات زندگی را با گروه درمانی‌های دیگر مقایسه کرده و برتری گروه درمانی خاطره‌پردازی را گزارش داده است. هایت و همکاران (۲۰۰۸) مدارکی را برای متداول شدن درمان گروهی مرور زندگی و اثربخشی آن ارائه می‌کند. همخوانی نتایج این پژوهش با نتایج تحقیق ویس (۲۰۱۰) و هایت و همکاران (۲۰۰۸) می‌تواند بیانگر وجه برتری درمان مرور زندگی بر سایر گروه‌های درمانی‌ها باشد. از جمله دلایل این موضوع می‌تواند این باشد که در درمان مرور زندگی تجربه‌های گمشده ولی مؤثر افراد آشکار می‌شود، تجربه‌های منفی مورد بررسی منطقی‌تر می‌گردد و تجربه‌های مثبت یادآوری می‌شود و به این ترتیب احساس مفید بودن و مؤثر بودن تمدید می‌شود و زمانی که این درمان به صورت گروهی انجام می‌شود جنب‌وجوش و پویایی اعضای گروه که در خاطرات یکدیگر شریک می‌شوند و ادراک شخصی از حوادث زندگی یکدیگر و اعضای گروه برای حل مشکلات خویش بدون حساسیت کمک می‌کنند.

از سوی دیگر که پژوهش حاضر در ایران انجام شده است و نتایج آن با سایر پژوهش‌هایی که در کشورهای دیگر انجام شده همخوان است، این ادعای باتلر (۲۰۰۲) که مرور زندگی را فرایند روانی عمومی و پدیده بهنجار جهانی می‌داند، تأیید می‌شود. نتایج مثبت درمان مرور زندگی در این پژوهش با نتایج تحقیقات هرسک و موراتگلو (۱۹۹۹) که اثربخشی این درمان بر روی معتادین؛ و نتایج تحقیق مرک (۲۰۰۱) و اسمعیلی (۱۳۹۰) که مفید بودن مرور زندگی در افراد دارای اختلال PTSD<sup>۱</sup> و هایت و همکاران (۲۰۰۸) که مؤثر بودن این درمان به‌اندازه سایر درمان‌های شناختی را گزارش کرده‌اند، همخوان است. بنابراین، می‌توان

<sup>۱</sup> . Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)

نتیجه گرفت که درمان مرور زندگی با رویکردهای شناخت درمانی هماهنگ بوده و بازسازی شناختی تجارب منفی مراجع که از فنون مشترک درمان‌های شناختی و درمان مرور زندگی است، یکی از وظایف درمانگر در طول فرایند درمان مرور زندگی است. به طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که درمان مرور زندگی در کاهش اختلال‌های روان‌پزشکی هم چون افسردگی، اضطراب، اختلال خواب در معتادان و سوء مصرف کنندگان مواد، دارای نتایج اثربخش و مفیدی است. زیرا بتدریج که این علائم کاهش می‌یابد، آنها می‌توانند راه‌های مقابله با رویدادهای منفی زندگی و عوامل استرس‌زا را فرا گیرند. هم‌چنین توانمندسازی بیماران از طریق رفع مشکلات گوناگون آنها می‌تواند امید بخش زندگی سالم و عاری از مواد در آنها باشد. در عین حال باید در نظر داشت که نتیجه‌گیری از درمان‌ها و مداخلات روان‌شناختی به عوامل مهمی نظیر مسائل فرهنگی، اعتقادی، اقتصادی- اجتماعی، خانوادگی و فردی نمونه‌های مورد مطالعه بستگی دارد که بهتر است در حد امکان همه عوامل علی - معلولی در نظر گرفته شوند تا نتایج مثبت‌تر و مفیدتری از مداخلات به بار آید.

### منابع فارسی

- برادری، د. (۱۳۸۶). بیماری روان تنی و نگاهی نو به تن، سایت اندیشه زمانه.  
بروشور کالج سلطنتی روان‌پزشکی. (۲۰۰۷). بیماری جسمی، سلامت روانی، ترجمه: م. ملک پور. [www.multiple.sclerosis.journal.com](http://www.multiple.sclerosis.journal.com).  
پرویزی فرد، علی اکبر؛ بیرشک، بهروز؛ عاطف وحید، محمد کاظم؛ شاکری، جلال.  
(۱۳۸۰). بررسی همبودی اختلال‌های خلقی و اضطرابی در معتادان جویای درمان و افراد بهنجار، فصلنامه روان‌شناسی و علوم تربیتی، اندیشه و رفتار، تابستان و پاییز ۱۳۸۰ - شماره ۲۵ و ۲۶.

رحمدل، منصور. (۱۳۸۲). اعتیاد و سوء مصرف مواد در ایران، جرم‌زدایی یا جرم‌انگاری، رفاه اجتماعی، س ۳ ش ۹.

سید نوزادی، م. (۱۳۸۵). کتاب جامع بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد.  
سلیمی، علی؛ داوری، محمد (۱۳۸۰)، جامعه‌شناسی کجروی، قم، پژوهشکده حوزه و دانشگاه.

مناجاتی، و. فرنام، ر. (۱۳۸۴). درمان اعتیاد ۲، انتشارات دریای نور، چاپ اول. ص ۵۹.  
اسماعیلی، معصومه. (۱۳۹۰). بررسی تأثیر موریتا درمانی بر کاهش اضطراب، پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، سال اول، شماره ۱.

نورمن، اس. میلر. (۱۳۸۱). روان پزشکی اعتیاد (تشخیص و درمان‌های جاری)، مترجم دکتر مهران ضرغامی، انتشارات معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مازندران، چاپ اول.

کاپلان، سادوک. (۱۳۷۹). خلاصه روان پزشکی، ترجمه: پورافکاری، جلد اول، صفحات ۶۰۶ تا ۶۱۶ تهران: انتشارات شهرآب.

نقیبی و همکاران. (۱۳۸۱). تشخیص و درمان اعتیاد، چاپ اول، اصفهان: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی، اصفهان.

#### منابع انگلیسی پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

Butler, R. (1974). Successful aging and the role of the life review. *Journal of American Geriatric Society*, 22 (12), 529-535 .

Butler, R. (2002). *Living With Grief: Loss in later life*. Washington, D. C. : Hospice Foundation of America.

Butler, R. (1963). The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26, 65-76.

- Frazer, C. J. ; Christensen, h. ; Griffiths. K. M. (2005). Effectiveness of treatments for anxiety in young people. *Medical Journal of Australia*, 182 (12), 627-632
- Haight, B. , Michel, Y. , & Hendrix, S. (2008). Life review: Preventing despair in newly relocated nursing home residents short-term and long-term effects. *International Journal of Aging and Human Development*, 47, 119-142
- Hirsch, C. R. , & Mouratoglou, V. M. (1999). Life review of an adult with memory Difficulties. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 261-265.
- Holland, D. S. (2011). The effects of life review on ego integrity versus ego despair in the geriatric population: A case study. United
- Janina, G. Gallus, B. & Susa, R. (2005). Intention to change drinking behavior in general practice patients whit problematic drink and comorbid depression or anxiety. *Alcohol & Alcoholism*. 40 (5),394-400.
- Levine, B. H. (1991). *Your Body Believes Every Word you Say: The Language of the Body/ Mind Connection*. Boulder Creek, CA: Asian.
- Mastel-Smith, B. , Binder, B. , Malech, A. , Hersch, G. , Symes, L. & McFarlane, J. (2007). Testing therapeutic life review offered by home care workers to decrease anxiety among home-dwelling women. *Issues in mental health nursing*, 27 (10), 1037-1049.
- Mearcker, A. (2009). Life review technique in the treatment of PTSD in the patients: Rational and Three single case studies. *Journal of Clinical Geropsychology*. 8 (3), 236-249.
- Thombs , D. L . (1999) . *Introduction to addictive behaviors . ( 2 nd ed )* . New York : Guilford .

- Thorpe, G. L, & Olson, S. L. (1990). Behavior Therapy: Concepts, Procedures, and Applications. Boston: Allyn & Bacon.
- Watt, L. , & Cappeliez, P. (2010). Integrative and instrumental reminiscence therapies for anxiety in adults: Intervention strategies and treatment effectiveness. *Aging & Mental Health*, 4, 166-183.
- Weiss, J. C. (2010). A comparison of cognitive group therapy to life review group therapy with adults. Dissertation abstract, West Virginia University, Morgantown, West Virginia.





This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.  
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.

