

## اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری (CBT) بر نشانه‌های روانی (افسردگی و بهزیستی روانشناختی) در سالمندان

نازنین اصغری<sup>۱</sup>، محمدابراهیم مداحی<sup>۲\*</sup>، آدیس کراسکیان موجمناری<sup>۳</sup>، رباب صحاف<sup>۴</sup>

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر نشانه‌های روانی (افسردگی و بهزیستی روانشناختی) در سالمندان انجام شد.

**روش:** پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون همراه با گروه آزمایش و کنترل بود. در یک پژوهش نیمه تجربی، ۲۴ نفر از زنان سالمند واجد شرایط و مراجعه کننده به دو مرکز توانبخشی خانه یاس و آرمان شایان شهر تهران در سال ۱۳۹۶ با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و گروه کنترل (۱۲ نفر) جایگزین شدند. گروه مداخله با روش گروه درمانی شناختی رفتاری آموزش دیدند و گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند. ابزارهای پژوهش پرسشنامه‌های افسردگی سالمندان یسویج و همکاران (۱۹۸۲) و بهزیستی روانشناختی سازمان بهداشت جهانی بودند. داده‌ها در نرم افزار SPSS-22 با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره در سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که گروه درمانی شناختی رفتاری (CBT) باعث بهبود افسردگی و بهزیستی روانشناختی زنان سالمند شد ( $P < 0/05$ ). این یافته بدین معنی بود که مداخله درمانی منجر به افزایش میزان بهزیستی روانشناختی در زنان سالمند شد. از سوی دیگر، نگاهی به مقادیر سطح معناداری، مجذور اتا و توان آزمون نشان داد که مداخله درمانی در گروه آزمایش موثر و معنادار و میزان این اثربخشی برابر با ۰/۴۳ درصد بود.

**نتیجه گیری:** بر اساس یافته‌های پژوهش، گروه درمانی شناختی رفتاری (CBT) با بهبود علائم و واکنش‌های منفی روانشناختی از قبیل افسردگی، احساس فقدان و تنهایی می‌تواند منجر به افزایش امیدواری زنان سالمند، معنایابی در فقدان، کاهش اضطراب مرگ و بهبود نگرش آنها نسبت به آینده و خود شود.

**کلید واژه‌ها:** درمان شناختی رفتاری (CBT)، نشانه‌های روانی، افسردگی، بهزیستی روانشناختی

۱ گروه روانشناسی، واحد بین المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران.

۲ استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران (مسئول). [memadahi@yahoo.com](mailto:memadahi@yahoo.com)

۳ استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، کرج، ایران.

۴ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

## مقدمه

امروزه چالش‌های غیرقابل پیش‌بینی برای سلامتی، چه از لحاظ تغییر شرایط آب و هوایی، چه بیماری‌های عفونی نوظهور و یا میکروب‌هایی که باعث مقاومت بدن در برابر دارو می‌شوند، وجود دارند که منجر به تسریع در رشد جمعیت سالمند در سراسر جهان می‌شوند. برای اولین بار در تاریخ اکثر مردم می‌توانند تا ۶۰ سالگی و فراتر از آن زندگی کنند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۵). در سال‌های اخیر تعداد افراد سالمند در سطح جهان افزایش یافته است و بر اساس پیش‌بینی بخش جمعیت سازمان ملل متحد جمعیت سالمندان در جهان از حدود ۱۰/۵ درصد در سال ۲۰۰۷ به حدود ۲۱-۸ درصد در سال ۲۰۵۰ افزایش خواهد یافت. در ایران نیز پیش‌بینی می‌شود در سال ۱۴۱۰، نزدیک به ۲۵ تا ۳۰ درصد جمعیت سالمند باشد (کریمی‌متین، رضایی، علی‌نیا، شاه‌احمدی، ۱۳۹۲).

امروزه جامعه شناسانی که در زمینه مطالعه پیری تخصص دارند سالمندان را به سه دسته (پیر جوان)<sup>۲</sup>، (پیر سالخورده)<sup>۳</sup>، (پیر فرتوت)<sup>۴</sup> تقسیم می‌کنند. از نظر سنی، پیر جوان به افراد ۶۵ تا ۷۴ ساله که معمولاً فعال، با نشاط و توانمند هستند؛ اصطلاح پیر سالخورده به افراد ۷۵ تا ۸۴ ساله و اصطلاح پیر فرتوت به افراد ۸۵ سال به بالا که معمولاً ضعیف و رنجورند و در انجام فعالیت‌های زندگی روزمره مشکل دارند اطلاق می‌شود. اگرچه افزایش سن و امید به زندگی یک خبر خوب به حساب می‌آید، اما معمولاً با کاهش توان فیزیکی و فیزیولوژیکی و همچنین افزایش شانس ابتلا به بیماری‌های جسمی، روحی و ناتوانی همراه است که موجب کاهش کیفیت زندگی می‌گردد. در اغلب جوامع، سالمندان با بیشترین خطر کاهش توانایی‌های جسمی، روانی و شناختی روبرو هستند و با احتمال بیشتری جهت حفظ سلامت، عملکرد و خودکفایی به حمایت‌های رسمی و غیررسمی وابسته می‌گردند (برهانی‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۳).

سالمندان با مشکلات روانشناختی متعددی از جمله افسردگی بالا (لی، جینگ و ژانگ<sup>۵</sup>، ۲۰۱۹)، بهزیستی روانشناختی پایینی (خاوشی و همکاران، ۱۳۹۳) مواجه هستند. به گفته وزیر بهداشت ایران میزان شیوع افسردگی در ایران طی ۲۶ سال گذشته دوبرابر شده است. افسردگی نتیجه پیری نیست بلکه یک پاسخ قابل درک به چالش‌های پیری است. افراد مسن تر به دلایل متعددی افسرده می‌شوند. اما افراد مسن افسرده اغلب افسردگی خود را به سن مرتبط می‌دانند و به عنوان یک پیامد سالمندی کمتر به سراغ درمان آن می‌روند (سارکیسیان و دیگران، ۲۰۰۳ به نقل از لیدولا<sup>۶</sup>، ۲۰۱۶). افسردگی حالتی هیجانی است که از طریق غم و اندوه شدید، احساس گناه و بی‌ارزشی، کناره‌گیری از دیگران، کاهش خواب، اشتها و میل جنسی و نیز فقدان علاقه به فعالیت‌های روزمره مشخص می‌شود. حوادث منفی مانند تغییرات وضعیت فیزیکی فرد به عنوان علامت جدی تری دیده می‌شوند. بیماری‌های طبی ممکن است میزان افسردگی را در اواخر زندگی افزایش

1World Health Organization

2Young old

3Old

4Oldest old

<sup>5</sup> Li, Jiang, Zhang

<sup>6</sup> Laidlaw, Ken. Kishita, Naoko. Chellingsworth, Marie

دهد. با افزایش ظرفیت بیماری، خطر ابتلا به افسردگی زیاد می شود. عوارض پزشکی تشخیص و درمان افسردگی و اضطراب را دشوار می کند (کریشان و همکاران، ۲۰۰۲ به نقل از لیدولا، ۲۰۱۶). همچنین سالمندی، بسیاری از کارکردهای روانی فرد سالمند از جمله مراقبت از خود، روابط با دیگران و حق زندگی رضایت بخش و همراه با لذت و آرامش را از وی سلب و درجه اول بهزیستی روانشناختی افراد سالمند را تهدید می کند (چنگ و فارنهام، ۲۰۱۴). بهزیستی روانشناختی به نوعی از احساس سلامتی اشاره دارد که از آگاهی کامل از تمامیت و یکپارچگی جنبه های فردی ناشی می شود و از عناصر معنوی زندگی تشکیل شده است (کووارد و ریف، ۲۰۱۶). احساس بهزیستی هم دارای مؤلفه های عاطفی و هم مؤلفه های شناختی است. افراد با احساس بهزیستی بالا به طور عمده ای هیجانانگیز مثبت را تجربه می کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند، در حالی که افراد با احساس بهزیستی پایین حوادث و موقعیت زندگی شان را نامطلوب ارزیابی می کنند و بیشتر هیجانانگیز منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می کنند (مایرز، ۲۰۰۲).

در دو دهه اخیر پژوهشگران و روان شناسان بسیاری از رویکرد درمان شناختی رفتاری بهره می گیرند تا به افراد یاد بدهند که چگونه با زندگی کنار بیایند. رویکرد رفتار درمانی شناختی خود از تلفیق دو رویکرد رفتار درمانی و رویکرد شناختی - چه در قالب شناخت درمانی و چه در چارچوب نظریه ها و گرایش ها، نسبتی متفاوتی را در خود جای داده است. شاید بتوان گفت تنها وجه مشترک آن ها توجه به نقش میانجی گری فرآیندهای شناختی در پردازش اطلاعات و در بروز واکنش فرد به محرک ها است. راهبرد کلی، ترکیبی از مداخلات گفتاری و تکنیک های تغییر رفتار است که شامل کمک به مراجعان در شناسایی شناخت های غلط خود، آزمون مبانی شناختها و تصحیح مفهوم سازی های تحریف شده و عقاید ناکارآمد می باشد و با بهره گرفتن از تکنیک های دیدگاه های شناختی-رفتاری به مراجع کمک می کند با الگوهای تحریف شده، رفتار ناکارآمد خود را تغییر دهد که در جنبه هایی از درمان تأکید عمدتاً رفتاری و جنبه های دیگر شناختی است (هاوتون، ترجمه قاسم زاده، ۱۳۸۲).

این الگوی درمانی، رویکردی است فعال، جهت بخش، محدود از لحاظ زمانی و سازمان یافته، بر این منطق نظری زیر بنایی استوار است که عاطفه و رفتار هر فرد عمدتاً برحسب ساخت یابی جهان از نظر او تعیین می گردد. بررسی نتایج پژوهش ها حاکی از اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی بر کاهش اختلال سازگاری در سالمندان (پورفرخ، کرمی نیا و احدی، ۱۳۹۶)، اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر افزایش کیفیت خواب سالمندان مبتلا به اختلال بی خوابی سالمندان (متقی، کامکار و ماردپور، ۱۳۹۵)؛ اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افسردگی و اختلالات خواب بیماران سالمندان (هسو و همکاران، ۲۰۱۵)، درمان شناختی رفتاری بر کاهش مشکلات خواب، اضطراب و افسردگی (یوهو و همکاران، ۲۰۱۵) می باشد.

به طور کلی، با اینکه پژوهش‌های زیادی درباره اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر متغیرهای روانشناختی انجام شده است، اما پژوهش‌ها کمتر به اثربخشی آن بر روی افسردگی و بهزیستی روانشناختی بطور خاص در جامعه سالمندان پرداختند و با توجه به متفاوت بودن سالمندان با سایر متغیرهای روانشناختی نمیتوان نتایج آنها را به سالمندان تعمیم داد. و با توجه به اینکه امروزه افراد سالمند علاوه بر درمان‌های دارویی و کمک گرفتن از تیم‌های پزشکی نیازمند درمان‌های روانشناختی و بررسی وضعیت روانی برای توانمندسازی، ارتقا سلامت، استقلال می‌باشند و با توجه به درمان‌های روانشناختی نظیر درمان گروهی شناختی رفتاری می‌توان به بهبود حال روحی آن‌ها اقدام کرد. در همین راستا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی گروه شناختی رفتاری بر افسردگی و بهزیستی روانشناختی زنان سالمند انجام شد.

### روش پژوهش

مداخله مطالعه حاضر نیمه تجربی بود که در سال ۱۳۹۶ در یکی از کلینیک‌های خدمات روانشناختی شهر تهران انجام شد. آزمودنی‌ها، پژوهشگر جمع‌آوری‌کننده پرسشنامه‌های پژوهش و متخصص آمار از گروه بندی بیماران مطلع نبودند. دلیل انتخاب این نوع روش جلوگیری از تورش و عدم تاثیرگذاری حضور پژوهشگر بر رفتار فیزیکی و روانی آزمودنی‌ها به صرف حضور پژوهشگر بود. در خصوص متخصص آماری، چون فرد تحلیل‌گر مطالعه عضوی از تیم پژوهش بود، در تیم پژوهش تصمیم‌گیری شد که ایشان تا نگارش نهایی مطالعه از گروه بندی آزمودنی‌ها اطلاعی نداشته باشد.

جامعه آماری مطالعه زنان سالمند مراجعه‌کننده به مراکز توانبخشی خانه یاس و آرمان شایان شهر تهران در سال ۱۳۹۶ بودند و در پژوهش حاضر ۲۴ نفر در قالب دو گروه مداخله و شاهد شرکت داشتند. بنابراین، نمونه‌گیری از دو مرکز توانبخشی ذکر شده صورت گرفت، اما مداخله در یکی از کلینیک‌های خدمات روانشناختی انجام شد. حجم نمونه برای هر گروه بر اساس پژوهش حبیبی، سولا و همکاران (۱۳۸۶)، معادل ۱۰/۹۰ محاسبه شد که برای اطمینان از حجم نمونه و ریزش احتمالی ۲۴ نفر در قالب دو گروه مداخله و شاهد (هر گروه ۱۲ نفر) مورد مطالعه قرار گرفتند. ابتدا با روش در دسترس تعداد ۲۴ نفر از زنان سالمند سرپایی دو مرکز توانبخشی سالمندان پس از بررسی معیارهای ورود به مطالعه انتخاب و سپس به هر کدام از آنها یک عدد از ۱ تا ۲۴ اختصاص یافت و برگه‌های شماره آنها داخل یک گلدان انداخته شد. پس از آن ۱۲ نفر از آنها به روش تصادفی ساده انتخاب و کدهای آنان یادداشت و به عنوان گروه مداخله در نظر گرفته شد و ۱۲ نفر دیگر به عنوان گروه شاهد در نظر گرفته شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل زن بودن، تمایل آزمودنی‌ها به شرکت در مطالعه و امضای رضایت‌نامه، مشارکت فعال در فرایند آموزش، داشتن سن بیشتر از ۶۵ سال، حداقل تحصیلات سیکل، کسب نمره بالاتر از نقطه برش (یعنی نمره ۸) در پرسشنامه افسردگی سالمندان یسویج و همکاران (۱۹۸۲) جهت داشتن حداقل افسردگی متوسط و نیاز داشتن به مداخله بودند. معیارهای خروج از مطالعه شامل مصرف داروهای روانپزشکی، سابقه دریافت درمان شناختی رفتاری، عدم همکاری آزمودنی، انصراف از ادامه همکاری و غیبت بیشتر از یک جلسه بودند. در این پژوهش برای جمع

آوری داده‌ها از فرم ثبت مشخصات فردی سن و تحصیلات و پرسشنامه‌های سنجش افسردگی سالمندان و بهزیستی روانشناختی استفاده شد.

پرسشنامه افسردگی سالمندان: این پرسشنامه توسط یسویج و همکاران (۱۹۸۲) با ۱۵ گویه ساخته شد که هم برای معیار ورود و هم برای بررسی تغییرات قبل و بعد از مداخله از آن استفاده شد. گویه‌ها به روش بله و خیر نمره گذاری می‌شوند، لذا دامنه نمرات بین ۱۵-۰ و نمره بالاتر به معنای افسردگی بیشتر می‌باشد. در گویه‌های ۲، ۴، ۵، ۶، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۴ و ۱۵ به پاسخ بله نمره یک و در گویه‌های ۱، ۳، ۷، ۱۱ و ۱۳ به پاسخ خیر نمره یک داده می‌شود. همچنین نقطه برش این ابزار نمره ۸ است (یعنی نیاز به درمان دارند)؛ به طوری نمره ۴-۰ نشان دهنده عدم افسردگی، ۸-۵ افسردگی خفیف، ۱۱-۹ افسردگی متوسط و ۱۵-۱۲ افسردگی شدید است. روایی همگرای آن با پرسشنامه افسردگی بک تأیید و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ محاسبه شد (شیخ و یساج، ۱۳۸۷). در ایران روایی با روش تحلیل عاملی تأیید و پایایی آن با روش‌های آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و تنصیف ۰/۸۹ محاسبه شد (ملکوتی و همکاران، ۱۳۸۵). در مطالعه حاضر پایایی با روش آلفای کرونباخ برای افسردگی سالمندان ۰/۹۳ بدست آمد.

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی: این پرسشنامه توسط سازمان بهداشت جهانی با ۵ گویه ساخته شد. گویه‌ها به روش طیف شش گزینه ای لیکرت (۰=هیچ وقت تا ۵=همیشه) نمره گذاری می‌شوند، لذا دامنه نمرات بین ۲۵-۰ و نمره بالاتر به معنای بهزیستی روانشناختی بیشتر می‌باشد. روایی صوری و محتوایی ابزار تأیید و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ گزارش شد (تریسی و همکاران، ۲۰۱۸). در ایران روایی همگرای ابزار با پرسشنامه شادکامی و روایی واگرای آن با پرسشنامه افسردگی تأیید و پایایی آن با روش‌های آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و بازآزمایی ۰/۸۲ محاسبه شد (دهشیری و موسوی، ۱۳۹۵). در مطالعه حاضر پایایی با روش آلفای کرونباخ برای بهزیستی روانشناختی سالمندان ۰/۸۶ بدست آمد.

روش اجرا در گروه مداخله: در اجرای مطالعه پژوهشگر پس از انتخاب نمونه‌ها بر اساس معیارهای ورود به مطالعه، مشخصات فردی جمع آوری و سپس مداخله توسط یک متخصص روانشناسی سلامت دارای مدرک دوره شناختی-رفتاری در یکی از کلینیک‌های خدمات روانشناختی شهر تهران در فصل زمستان سال ۱۳۹۶ انجام شد. این مداخله ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (دو جلسه در هفته) به صورت گروهی برای ۱۲ سالمند گروه مداخله بدون همراهی همراهان با استفاده از روش‌های پرسش و پاسخ، بحث گروهی، سخنرانی و تمرین عملی راهکارها در ساعات آموزشی اجرا شد. محتوای مداخله گروه درمانی شناختی-رفتاری در جدول ۱ ارائه شد (موسوی و دشت بزرگی، ۱۳۹۶).

جدول ۱. مداخله گروه درمانی شناختی-رفتاری به تفکیک جلسات موسوی و دشت بزرگی (۱۳۹۶).

جلسات	محتوی مداخله
اول	برقراری رابطه درمانی با مراجعان، بیان اهداف پژوهش. قوانین گروه. صحبت درباره سالمندی و مشکلات دوران سالمندی و افسردگی به عنوان اختلال شایع روانشناختی در این دوره و در طول زندگی و همچنین تعریف مفهوم بهزیستی روانشناختی. همچنین صحبت درباره لزوم استفاده از درمان های روانشناختی از جمله درمان شناختی رفتاری.
دوم	بررسی تکلیف جلسه قبل. آشنایی با مفاهیم شناختی رفتاری. نظریه شناختی افسردگی. مقاومت در برابر درمان. توضیح باورها و علت مشکل سازی باورها. شناسایی باورها و سنجش ارزشمندی آنها. آموزش آرام سازی عمیق عضلانی
سوم	بررسی تکلیف جلسه قبل. پاسخ گویی به سوالات. بیان توضیحات مربوط به افکار خودآیند، مثلث شناختی و خطاهای منطقی. ارائه تکالیف مربوط به شناسایی افکار، خطاهای منطقی، باورهای مرکزی. ارائه تکلیف خانگی
چهارم	بررسی تکالیف خانگی جلسه قبل. توضیح ارتباط افکار، باورها و رفتار و هم چنین پیامد رفتاری ناشی از باورها. تمرین القای فکر. آشنایی با روش پیکان عمودی روبه پایین. تمرین پیکان روبه پایین.
پنجم	بررسی تکلیف خانگی جلسه قبل، مرور جلسات قبل. توضیح مجدد مدل ABC. بررسی اینکه هر فکر خودآیند چه معنایی دارد و چرا ناراحت کننده است. تهیه فهرست اصلی باورها. تهیه نقشه های شناختی. تهیه درجه بندی واحدهای ناراحتی ذهنی ... ارائه تکالیف جلسه بعد.
ششم	بررسی تکالیف جلسه. توضیح تغییر باورها و ارتباط آن با هیجانات. توضیح تحلیل عینی باورها بر اساس شواهد و بدون توجه به احساسات. آموزش آزمایش باورها. تمثیل غول دریاچه. تحلیل عینی. تحلیل استاندارد. انجام تحلیل کارآمدی و تحلیل هماهنگی بر روی همه باورهای موجود در فهرست اصلی باورها. تکلیف خانگی جلسه بعد.
هفتم	بررسی تکلیف جلسه قبل. ایجاد مخالف رز یا بدیل برای باورهای منفی. آموزش تنبیه خود، خود پاداش دهی، استفاده از تصویر سازی ذهنی، شبیه سازی. تقویت افکار مثبت. تکلیف جلسه بعد.
هشتم	بررسی تکلیف جلسه قبل. جمع بندی آن چه در جلسات قبل گفته شد. کسب بازخورد از اعضای گروه. قراردایی به منظور پی گیری و ارزیابی پس از درمان

روش اجرا در گروه شاهد: گروه شاهد هیچ گونه مداخله ای دریافت نکرد و روند طبیعی زندگی خود را طی نمود. به منظور رعایت اخلاق در پژوهش، بعد از اتمام فرایند و دوره مداخله، پژوهشگر به اعضای گروه شاهد اعلام نمود که در صورت تمایل می توانند روش گروه درمانی شناختی-رفتاری آموزش داده شده به گروه مداخله را فراگیرند. بر این اساس هر ۱۲ نفر اعلام آمادگی کردند و متخصص روانشناسی سلامت به همه آنان گروه درمانی شناختی-رفتاری را آموزش داد. داده ها در نرم افزار SPSS-22 با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره در سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شدند.

### یافته های پژوهش

شرکت کنندگان ۲۴ زن سالمند در دو گروه ۱۲ نفری بودند که مقایسه تحصیلات، سن و افسردگی آنان به تفکیک گروه های مداخله و کنترل در جدول ۲ ارائه شد.

جدول ۲. مقایسه میانگین سنی، میانگین افسردگی و تحصیلات زنان سالمند به تفکیک گروه های مداخله و کنترل

متغیرها	گروه مداخله	گروه شاهد	P Value
تحصیلات			۰/۱۸۴
سیکل	۴(۳۳/۳۳)	۵(۴۱/۶۷)	
دیپلم	۵(۴۱/۶۷)	۶(۵۰)	
کاردانی	۲(۱۶/۶۷)	۱(۸/۳۳)	

کارشناسی	۱(۸۳۳)	۰(۰)
سن	۷۱/۲۵ ± ۴/۴۳	۷۱/۹۱ ± ۳/۷۵
افسردگی	۱۱/۰۰ ± ۲/۱۲	۱۱/۱۸ ± ۲/۱۹

اطلاعات در جدول به صورت (درصد) تعداد و یا انحراف معیار ± میانگین آمده است. بر اساس نتایج جدول ۲ گروه های مداخله و شاهد بر اساس آزمون یو-من-ویتی از نظر تحصیلات و بر اساس آزمون تی مستقل از نظر میانگین سنی و میانگین افسردگی قبل از مداخله تفاوت معناداری ندارند ( $P > 0/05$ ). نتایج میانگین و انحراف معیار افسردگی و بهزیستی روانشناختی زنان سالمند به تفکیک گروه های مداخله و شاهد در مراحل ارزیابی در جدول ۳ ارائه شد. بر اساس نتایج جدول ۳ گروههای مداخله و شاهد در مرحله پیش آزمون بر اساس آزمون تی مستقل از نظر افسردگی و بهزیستی روانشناختی تفاوت معنی داری ندارند ( $P > 0/05$ ). اما گروه ها در مرحله پس آزمون بر اساس آزمون تی مستقل از نظر همه متغیرها تفاوت معنی داری دارند ( $P > 0/05$ ).

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار افسردگی و بهزیستی روانشناختی زنان سالمند گروه ها در مراحل ارزیابی

متغیرها	پیش آزمون		پس آزمون		
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
افسردگی	گروه				
	گروه درمان شناختی- رفتاری	۱۰,۱۶	۱,۶۴	۶,۲۵	۳,۱۶
بهزیستی روانشناختی	گروه				
	گروه گواه	۱۱,۰۸	۲,۱۹	۱۱,۱۶	۲,۲۴
گروه درمان شناختی- رفتاری	گروه	۶,۳۳	۲,۷۷	۱۱,۷۵	۳,۶۲
	گروه گواه	۷,۳۳	۱,۸۲	۷,۳۳	۱,۸۲

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر نشانه های روانی زنان سالمند در جدول ۴ ارائه شد. بر اساس نتایج جدول ۴ گروه درمانی شناختی-رفتاری حداقل باعث بهبود یکی از متغیرهای پژوهش یعنی افسردگی و بهزیستی روانشناختی در زنان سالمند شد ( $P > 0/05$ ).

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره بر متغیر مستقل گروه درمانی شناختی-رفتاری

نوع آزمون	مقدار	ضریب F	P Value	اندازه اثر
اثر پیلایی	۰/۶۸	۱۲/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۵۳
لامبدای ویلکز	۰/۲۵	۱۲/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۵۳
اثر هاتلینگ	۱/۲۳	۱۲/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۵۳
بزرگترین ریشه روی	۱/۲۳	۱۲/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۵۳

بنابراین نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره برای بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر هر یک از نشانه های افسردگی و بهزیستی روانشناختی زنان سالمند در جدول ۵ و ۶ ارائه شد.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره بر افسردگی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig	ضریب توان اثر
افسردگی گروه		۹۹,۸۷۳	۱	۹۹,۸۷۳	۲۲,۸۴۷	۰,۰۰۰۱	۰,۵۲۱

طبق نتایج جدول ۵ درمان گروهی شناختی- رفتاری بر افسردگی زنان سالمند اثربخش بوده و این اثربخشی معنادار است ( $P > 0/05$ ). این یافته بدین معنی است که مداخله درمانی منجر به کاهش میزان افسردگی در زنان

سالمند شده است. از سوی دیگر، نگاهی به مقادیر سطح معناداری، مجذور اتا و توان آزمون نشان می‌دهد که مداخله درمانی در گروه آزمایش موثر و معنادار بوده است و میزان این اثربخشی برابر با حدوداً ۰/۹ درصد بوده است.

جدول ۶. نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره بر بهزیستی روانشناختی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig	ضریب اتا	توان اثر
بهزیستی روانشناختی	گروه	۱۹۸,۲۹۰	۱	۱۹۸,۲۹۰	۱۶,۲۷۷	۰,۰۰۱	۰,۴۳۷	۰,۹۷۰

طبق نتایج جدول ۶ درمان گروهی شناختی- رفتاری بر بهزیستی روانشناختی زنان سالمند اثربخش بوده و این اثربخشی معنادار است ( $P > ۰/۰۵$ ). این یافته بدین معنی بود که مداخله درمانی منجر به افزایش میزان بهزیستی روانشناختی در زنان سالمند شد. از سوی دیگر، نگاهی به مقادیر سطح معناداری، مجذور اتا و توان آزمون نشان داد که مداخله درمانی در گروه آزمایش موثر و معنادار بوده است و میزان این اثربخشی برابر با ۰/۴۳ درصد بود.

### بحث و نتیجه گیری

با توجه به اینکه زنان سالمند با مشکلات فراوانی مواجه هستند و برای بهبود آنها نیاز به مداخلات روانشناختی دارند؛ در نتیجه پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی گروهی شناختی- رفتاری بر نشانه‌های روانی (افسردگی و بهزیستی روانشناختی) زنان سالمند انجام شد. یافته‌ها نشان داد که گروهی شناختی- رفتاری باعث بهبود افسردگی زنان سالمند شد. این یافته یا نتایج پژوهش‌های صالح، محمودی و پایدار (۱۳۹۴)، هسو و همکاران (۲۰۱۵)، یی هو و همکاران (۲۰۱۵) که نشان دادند درمان شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی موثر است در یک راستا می‌باشد. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت؛ درمان‌های شناختی سعی می‌شود افکار غیرمنطقی و ناکارآمد برانگیزاننده علائم افسردگی شناسایی شود، فرد نسبت به نقش این افکار در افسردگی بینش یابد و افکار دیگری را جایگزین آن‌ها نماید. از آنجا که زنان سالمند آسیب‌پذیری زیادی دارند که باعث می‌شود یک سوگیری منفی و گزینشی نسبت به سیر بهبودی زابطه خود نشان دهند. زنان آسیب‌دیده از خیانت کم‌کم به سوی درماندگیو نافعالی کشیده می‌شوند و این موضوع آن‌ها را از بسیاری از تجربه‌های مثبت باز می‌دارد. انزوا و نافعالی نیز ادراک خود فرد را تحت تأثیر قرار داده و مجموعه این عوامل سبب می‌شود که فرد احساس ناکارآمدی و درماندگی را به تمام تجربیات خود منتقل نماید و عملاً بسیاری از فرصت‌های عملکرد موثر را از دست بدهد. با استفاده از درمان شناختی که شامل اصلاح افکار اتوماتیک منفی و باورهای زیربنایی زنان سالمند بود، نگرش فرد به چالش کشیده شد. از آنجا که فرد افسرده نسبت به کوچکترین شکست‌ها حساس بوده و ادراک خود منفی‌گری در آن‌ها تقویت می‌شود، برنامه‌ریزی فعالیت‌ها به فرد کمک می‌کند تا احتمال شکست را در رسیدن به برنامه‌های روزانه به حداقل برساند (موسوی و دشت بزرگی، ۱۳۹۶).



در نتیجه دیگر این پژوهش یافته‌ها نشان داد که گروهی شناختی- رفتاری باعث منجر به افزایش میزان بهزیستی روانشناختی در زنان سالمند شده است. یافته‌های پژوهش حاضر در این زمینه به نوعی با یافته‌های قادری و همکاران (۱۳۹۴)، بارنزا<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۱) مبنی بر اثربخش بودن درمان‌های گروهی از جمله درمان شناختی- رفتاری بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روان، همسو می‌باشد.

با توجه ماهیت درمان شناختی- رفتاری در تغییر و اصلاح افکار و رفتار سالمند و با تأکید بر فعالیت‌های عینی و رفتاری، فرد را به انجام تکالیف اجتماعی تحریک می‌کند و با درگیری فرد در فعالیت‌های اجتماعی، می‌توان درگیری‌های ذهنی را کاهش دهد. همچنین می‌توان گفت که درمان شناختی- رفتاری گروهی ظرفیت سالمندان را در شناخت احساسات خود و دیگران بالا برده و با ایجاد انگیزه در آن‌ها کمک کرده تا آن‌ها اضطراب خود را کنترل کنند و همچنین نگرش خود را تعدیل کنند. از سوی دیگر حضور در گروه، با افرادی که با مشکلی روبه‌رو هستند و وجود دیدگاه‌های متفاوت آن‌ها از بار اضطراب آنان بکاهد. تخلیه روانی و بیان احساسات در مورد مواجهه با مرگ، شناخت باورهای خودکار و غیرمنطقی و همچنین تکالیف رفتاری و فنون شناختی از عوامل تأثیرگذار در درمان هستند که در این درمان به کار گرفته شده‌اند. بنابراین می‌توان گفت درگیری سالمند در انجام تکالیف‌های مربوط به طرح درمانی و موفقیت او در انجام این فعالیت‌ها، می‌تواند توجیه‌کننده این یافته باشد که درمان شناختی- رفتاری، موجب افزایش امیدواری در سالمندان باشد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی- رفتاری به طور معنی‌داری میزان اضطراب را در سالمند کاهش داده است. از طرفی بهبود علائم و واکنش‌های منفی روان‌شناختی از قبیل افسردگی، احساس فقدان و تنهایی می‌تواند منجر به افزایش امیدواری فرد، معنایابی در فقدان، کاهش اضطراب مرگ و بهبود نگرش او نسبت به آینده و خود شود و در نتیجه فرد به احساس رضایت و آرامش بیشتری در درازمدت دست می‌یابد. تشویق سالمند به انجام فعالیت‌های مثبت و هدف‌دار منجر به افزایش خودکفایی فردی می‌شود و افزایش خودکفایی فردی می‌شود و افزایش خودکفایی سبب افزایش امیدواری می‌گردد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

<sup>1</sup> Barnes

## منابع

- برهانی نژاد، وحید رضا؛ نقیب زاده تهامی، احمد؛ نبوی، سید حمید؛ راشدی، وحید وهمکاران. (۱۳۹۳). . وضعیت بهره مندی از خدمات سلامت و عوامل موثر بر آن در سالمندان شهر کرمان (۲): ۲۲۹-۲۴.
- پورفرخ، مینا؛ کرمی نیا، رضا؛ احدی، حسن. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری (CBT) گروهی بر کاهش اختلال سازگاری در سالمندان، مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۵(۲): ۱۹۷-۱۸۹.
- حبیبی سولا، عقیل؛ نیکپور، صغرا؛ صحبت زاده، رزاق؛ حقانی، حمید. (۱۳۸۶). بررسی کیفیت زندگی سالمندان غرب تهران. پژوهش پرستاری، (۶): ۲۹-۳۵.
- خاوشی، نعیمه؛ طل، آذر؛ شجاعی زاده، داود؛ شمشیری، احمد رضا. (۱۳۹۳). تأثیر مداخله آموزشی بر سبک زندگی سالمندان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان اسلامشهر: کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی. آموزش پرستاری. ۳ (۴): ۲۸-۱۹
- دهشیری، غلامرضا؛ موسوی، سیده فاطمه. (۱۳۹۵). بررسی ویژگی های روان سنجی نسخه فارسی شاخص بهزیستی پنج سئوالی سازمان بهداشت جهانی، مجله روان شناسی بالینی ۸(۲): ۷۷-۶۷.
- صالح، جبار؛ محمودی، عثمان؛ و پایدار، مسعود. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی دانش آموزان. فصلنامه تحول روان شناختی کودک ۲(۱): ۸۸-۸۳.
- قادری، مصعب؛ نصیری، مرتضی؛ ذاکری، یدالله؛ و خدردی میر قائدی، رستم. (۱۳۹۴). بررسی هوش هیجانی دانشجویان دانشگاه های شهر اهواز در سال ۱۳۹۳. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان. ۱۴(۵): ۳۷۹-۳۹۲
- کرمی متین، بهزاد؛ رضایی، ستار؛ علی نیا، سیروس؛ شاحمدی، فربرز (۱۳۹۲). سالمندی در ایران ۱۴۱۰؛ هشدار برای نظام سلامت، طب و تزکیه ۲۲(۲): ۱۸-۹.
- متقی، رضا؛ کامکار، علی؛ ماردپور، علیرضا. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کیفیت خواب سالمندان مبتلا به اختلال بی خوابی، سالمندان ۱۱(۲): ۳۴۸-۳۵۷.
- ملکوتی، کاظم؛ فتح الهی، پردخت؛ میراب زاده، آرش؛ صلواتی، مژده؛ وهمکاران. (۱۳۸۵). هنجاریابی مقیاس افسردگی؛ فرم ۱۵ سوالی در ایران. پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی). دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، ۳۰(۴): ۳۶۱ تا ۳۶۸
- موسوی، مریم؛ دشت بزرگی، زهرا. (۱۳۹۶). تأثیر گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان ضریب سختی و استرس ادراک شده بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. آموزش بهداشت و ارتقای سلامت. ۵ (۴): ۳۱۱-۳۱۹.
- هاوتون، کیت. (۱۳۸۲). رفتار درمانی شناختی راهنمایی کاربردی در درمان اختلال های روانی. مترجم: حبیب الله قاسم زاده. (۱۳۸۲). تهران: ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ندارد).
- Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., Roche, B., Smeets, P. (2001). Exemplar training and a derived transformation of function in accordance with symmetry: II. *The Psychological Record*, (51): 589-604.
- Cheng, H., Furnham, A. (2014). The associations between parental socio-economic conditions, childhood intelligence, adult personality traits, social status and mental well-being. *Social indicators research*, 117(2): 653-660.
- Coward, D.D., Ryff, P.G. (2016). *Self-Transcendence: a resource for healing at the end of life*. *Issues in Mental Health Nursing*, (17): 275-88.
- Hsu, H.M., Chou, K.R., Lin, K.C., Chen, K.U., et all. (2015). Effects of Cognitive Behavioral Therapy in Patients with Depressive Disorder and Comorbid Insomnia: A

- Propensity Score-matched Outcome Study. Behavior Research and Therapy, In Press.
- Laidlaw, K., Kishita, N., Chellingsworth, M. (2016). A Clinical Guide To: CBT With Older People
- Li, C., Jiang, S., Zhang, X. (2019). Intergenerational relationship, family social support, and depression among Chinese elderly: A structural equation modeling analysis. *Affect Disord.* 248: 73-80.
- Mayers, J.D. (2002). Primary divisions of personality and their scientific contributions: From the trilogy-of mind to the systems set. *Journal for the theory of social Behavior*, 31: 449-477.
- Tracey, D., Gray, T., Truong, S. (2018). Ward K. Combining Acceptance and Commitment Therapy with Adventure Therapy to Promote Psychological Wellbeing for Children At-Risk. *Front Psychol.* 9:1565.
- Yee Ho, F., Ka-Fai, Ch., Wing-Fai, Y., Tommy, H., et al. (2015). Self-help cognitive-behavioral therapy for insomnia: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Sleep Medicine Reviews*, 19 (4):17-28.
- Yesavage, JA., Brink, TL., Rose, TL., Lum, O., et al. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *J Psychiatr Res.* 17(1): 37-49.
- Yesavage, JA., Sheikh, JI. (2008). Geriatric Depression Scale (GDS). *Clin Gerontologist*, 5(2):165-73



# The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy (CBT) on Psychological Symptoms (Depression and Psychological Well-Being) in the Elderly

Nazanin Asghari<sup>1</sup>, Mohammad Ebrahim Madahi<sup>2</sup>, Adis Keraskian Moojmenari<sup>3</sup>, Robab

Sahaf<sup>4</sup>

## Abstract

**Purpose:** The purpose of this study was to determine the effectiveness of cognitive behavioral group therapy on psychological symptoms (depression and psychological well-being) in the elderly.

**Methodology:** The present study was a quasi-experimental with a pretest-posttest design with an experimental and control group. In a semi-experimental study, 24 eligible elderly women who referred to two rehabilitation centers of Yas House and Arman Shayan in Tehran in 2017 were selected by available sampling method and tested in two groups (12 people) and control group (12) were replaced. The intervention group was trained by cognitive-behavioral therapy group and did not receive training control group. The research tools were Elderly depression questionnaires Yesavage & Et al (1982) and WHO psychological well-being. Data were analyzed by SPSS-22 software and at the significance level of 0.05 using multivariate analysis of covariance.

**Findings:** The findings showed that CBT improved depression and psychological well-being in older women ( $P < 0.05$ ). This finding meant that the intervention led to an increase in psychological well-being in older women. On the other hand, a look at the values of significance level, chi square and test power showed that the intervention was effective and meaningful in the experimental group and its effectiveness was 0.43%.

**Conclusion:** According to the findings of the study, CBT can improve hopefulness, lack of meaning, and decrease in elderly women by improving symptoms and negative psychological reactions such as depression, feelings of loss and loneliness. Anxiety of death and improving their attitude towards the future and themselves.

**Keywords:** Cognitive-Behavioral Therapy (CBT), Psychological Symptoms, Depression, Psychological Well-being

<sup>1</sup> Department of Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran.

<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahed University, Tehran, Iran (responsible). memadahi@yahoo.com

<sup>3</sup> Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Karaj Branch, Karaj, Iran

<sup>4</sup> Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran