

اثربخشی شناخت درمانی گروهی بر کاهش افسردگی و اضطراب زنان سالمند شهر کرمانشاه

چکیده

زمینه: افسردگی و اضطراب در بین سالمندان به ویژه زنان از شایع ترین اختلالات روانی محسوب می شود. پژوهش حاضر جهت بررسی شناخت درمانی گروهی بر کاهش افسردگی و اضطراب زنان سالمند شهر کرمانشاه انجام شد.

روش ها: روش پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. ۳۰ سالمند زن با روش نمونه گیری در دسترس از مرکز روزانه سالمندان "مهر نیکان" شهر کرمانشاه انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند، ابزارهای مورد استفاده پرسشنامه افسردگی سالمندان (GDS)، پرسشنامه اضطراب آشکار و پنهان اشیپیل برگر (STAI) و پرسشنامه جمعیت شناختی بود. ۱۰ جلسه شناخت درمانی گروهی به روش فری به صورت هفته ای دوبار برای گروه آزمایش اجرا گردید. در حالی که گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای دریافت نکرد. در پایان مداخله، هر دو گروه مجدداً با آزمون های مذکور مورد ارزیابی قرار گرفتند. یافته ها با استفاده از تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: نتایج نشان داد که شناخت درمانی گروهی بر کاهش افسردگی، اضطراب آشکار و پنهان زنان سالمند مؤثر است ($P < 0/001$).

نتیجه گیری: با توجه به اثربخشی شناخت درمانی گروهی بر کاهش افسردگی و اضطراب زنان سالمند به نظر می رسد می توان از شناخت درمانی گروهی در کاهش افسردگی و اضطراب زنان سالمند استفاده کرد.

کلید واژه ها: افسردگی، اضطراب، شناخت درمانی، زنان، سالمند.

منا عزیزی^۱، خدامراد مومنی^{۲*}

۱. گروه روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

۲. گروه روان شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

***عهده دار مکاتبات:** کرمانشاه، دانشگاه رازی، دانشکده علوم اجتماعی، گروه روانشناسی.

Email: khmomeni2000@yahoo.com

این مقاله حاصل بخشی از اطلاعات بدست آمده از پایان نامه کارشناسی ارشد خانم منا عزیزی می باشد.

مقدمه:

جمعیت جهان در حال پیر شدن است، برآورد می شود در سال ۲۰۲۵ جمعیت جهان به هفت میلیارد و هشتصد و بیست و سه میلیون نفر و تعداد افراد بالای ۶۵ سال به ۱۰/۴٪ برسد^۱. طبق سرشماری جمعیت عمومی ایران در سال ۱۳۷۵ حدود ۴/۳۲٪ کل جمعیت ۶۰ میلیون نفری کشور را سالمندان ۶۵ سال تشکیل می دادند. جمعیت سالخوردگان ایران در سال ۲۰۵۰ به بیش از ۲۶ میلیون نفر و نسبت آن به کل جمعیت به حدود ۲۳٪ خواهد رسید^۲ و سالمندی را معمولاً سن بالای ۶۵ سال برمی شمارند^۳. اصولاً جمعیت سالمند نیازمند توجه ویژه در زمینه مسائل مختلف است. افراد سالمند همان طور که از نظر جسمی، مستعد بیماری و ناتوانی های مختلف هستند، از نظر سلامت روان نیز جزو گروه های آسیب پذیرند، بدین معنی که بعضی از مشکلات روانی در این

دوره زندگی شیوع بیش تری دارد^۴. حدود ۱۵ تا ۲۵٪ افراد مسن، مسائل روانی مهمی دارند^۵. مهمترین بیماری های روانی سالمندان به ترتیب عبارتند از ۱- اختلالات افسردگی ۲- اختلالات شناختی ۳- حالت ترس ۴- اعتیاد ۵- خودکشی^۶. یکی از حوزه های مهم سلامت سالمندان بعد روانی آن است که نیازمند توجه خاص به آن و پیشگیری از اختلالاتی نظیر اضطراب و افسردگی در آنان است. افسردگی یکی از شایع ترین اختلالات روانپزشکی در سالمندان، بخصوص در میان زنان^۷ و از شایع ترین عوامل خطر خودکشی در سالمندان است که نزدیک به ۲۴٪ خودکشی های موفق را شامل می شود^۸. شیوع اختلال افسردگی اساسی در بررسی های مختلف در کل جامعه ۱٪ بوده است و این در حالی است که ۲۴٪ جمعیت سالمندان از افسردگی تحت بالینی رنج می برند^۹. نتایج پژوهش فروغان و همکاران (۱۳۸۲) حاکی از

آن است که یک سوم از مراجعان سرپایی سالمند از اختلال روانی رنج می‌برند.^{۱۱} افسردگی کیفیت زندگی سالمندان را کاهش داده و وابستگی آن‌ها به دیگران را افزایش می‌دهد.^{۱۲} همچنین منجر به افزایش مصرف دارو، افزایش هزینه بیمار جهت داروهای تجویزی و فاقد نسخه، خطر بالاتر مصرف الکل، افزایش مدت بستری و هزینه‌های مراقبتی می‌شود.^{۱۳} افسردگی بیماری است که تمایل به عود و دائمی شدن دارد.^{۱۴} به طور کلی بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که افسردگی، پرخاشگری، اضطراب و استرس، تأثیر منفی بسزایی روی عملکرد سیستم ایمنی افراد دارند.^{۱۶} اضطراب نیز، یک مسئله شایع در دوران سالمندی است، زیرا این دوره مملو از انواع احساس کمبودها و ناتوانایی‌ها می‌باشد. به عبارتی سالمندان به‌ویژه آن‌هایی که در موسسات سالمندی زندگی می‌کنند، به علت 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 استرس و اضطراب بیشتری قرار دارند.^{۱۷} شیوع اضطراب در سالمندان از ۴٪ تا ۶٪ در نوسان است.^{۱۹} از سویی زمانی که افراد خصوصاً سالمندان در معرض سطوح بالایی از استرس قرار می‌گیرند، بروز بیماری‌های مختلفی از جمله تنفسی و قلبی افزایش می‌یابد، عملکردهای ایمنی سرکوب می‌شود.^{۲۰}

با توجه به پیامدهای منفی که اضطراب و افسردگی بر میزان سلامت روانی سالمندان دارد، لذا بهتر است از درمان‌هایی استفاده شود که عوارض ناشی از مصرف داروها که با ناخوشی و افزایش مرگ و میر سالمندان همراه است، را در بر نداشته باشد و با توجه به این که نتایج مداخلات روانشناختی، بخصوص درمان‌های شناختی- رفتاری، چهارچوب نویدبخشی را فراهم کرده است^{۲۱، ۲۲، ۲۳} و با عنایت به این که سالمندان در این دوره زندگی به شناخت‌های غلط و تفکرات غیرواقعی وابسته می‌شوند، لذا به نظر می‌رسد که شناخت درمانی می‌تواند از جمله روش‌های درمانی سودمند برای این گروه باشد. در واقع درمان شناختی، با ایجاد تغییر و دگرگونی در نظام شناختی فرد، موجب می‌شود که واکنش‌های فرد به وسیله‌ی کیفیات شناختی تغییر یافته و شخص

بتواند به طور صحیح واقعیت‌ها را درک و تفسیر کند.^{۲۴، ۲۵، ۲۶} شناخت درمانی مبتنی بر نظریه‌ی ساده‌ای است که معتقد می‌باشد به جای حوادث بیرونی، افکار و طرز تلقی افراد است که موجب شکل‌گیری روحیه آنان می‌شود.^{۲۷} مطالعات زیادی روش مشاوره گروهی شناختی بک (Beck) را در کاهش میزان افسردگی و اضطراب مؤثر یافته‌اند. اکثر مطالعات نشان داده‌اند که مشاوره گروهی شناختی از نظر تأثیر با دارودرمانی برابر بوده و اثرات جانبی کمتری نسبت به دارودرمانی دارد و پیگیری با آن نیز بهتر انجام می‌گیرد.^{۲۸} اما شناخت‌درمانی سنتی تنها باورهای عقلانی فرد را تغییر می‌دهد در حالی که باورهای هیجانی آن‌ها را کمتر دستکاری می‌کند و گروهی کردن این مداخلات، باعث موثرتر شدن آن می‌شود.^{۲۹} این که فرد در گروه، از حمایت سایر اعضای گروه برخوردار شده و می‌تواند مهارت‌های اجتماعی خود را گسترش دهد^{۳۰}، در واقع فرد در گروه نحوه برخورد خود را در اجتماع می‌بیند و این امر باعث رشد بیش از بصیرت او می‌شود. ضمن این که تجارب جدید برای برقراری ارتباط با دیگران را یاد می‌گیرد، با فرد جدید آشنا شده، احساس قدرت می‌کند و اعتماد به نفس وی افزایش می‌یابد.^{۳۱} علاوه بر این، مقرون به صرفه بودن اقتصادی و زمانی یکی دیگر از نقاط قوت گروه‌درمانی می‌باشد به ویژه در موقعیت‌هایی که محدودیت زمانی مطرح است.^{۳۲} در خصوص پژوهش‌های صورت گرفته می‌توان به مطالعات هامبلین و همکاران (۱۹۹۳) و اسکات و استرادلینگ (۱۹۹۰) اشاره کرد که نشان دادند، مشاوره گروهی شناختی در کاهش اضطراب و افسردگی اثربخش‌تر از درمان دارویی است.^{۳۳، ۳۴} اسکات و همکاران (۲۰۰۳) در مطالعه‌ی ای که برای بررسی درمان شناختی در جلوگیری از افسردگی مزمن انجام دادند، در مورد تأثیر شناخت‌درمانی بر اختلال افسردگی مطرح کردند که میزان عود بیماری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش یافته بود.^{۳۵} جارت و همکاران (۲۰۱۳) اثربخشی شناخت درمانی را در کاهش افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی نشان دادند.^{۳۶}

نتایج پژوهش اهلرز و همکاران (۲۰۱۳) حاکی از اثربخش بودن شناخت‌درمانی گروهی در کاهش اضطراب و

افسردگی بیماران مبتلا به استرس پس از سانحه بود^{۳۷}. همچنین مطالعات خوش کنش و همکاران (۱۳۸۸) و تقوایی و حمیدی (۱۳۸۳) نیز که بر روی زنان سالمند صورت گرفته بود حاکی از اثربخشی مشاوره گروهی شناختی در کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی این گروه بود^{۳۹،۳۸}، حال با در نظر گرفتن روند صعودی جمعیت سالمندان و تبعاتی که این افزایش بر ابعاد مختلف اجتماعی و اقتصادی و سلامتی جامعه دارد و همچنین موضوع افسردگی و اضطراب سالمندان که می‌تواند نحوه ادراک آن‌ها از مسائل را تحت تأثیر قرار دهد و موجب افزایش اختلالات و مشکلات ارتباطی، سلامتی و اجتماعی برای آن‌ها شود، موضوع توجه به افسردگی و اضطراب سالمندان را حائز اهمیت می‌سازد. کاربرد شناخت درمانی گروهی در کاهش افسردگی و اضطراب در بین گروه‌ها و جمعیت‌های دیگر صورت گرفته است، اما پژوهش‌هایی که در زمینه اثربخشی شناخت-درمانی گروهی بر کاهش افسردگی و اضطراب زنان سالمند باشد، بسیار اندک است و از آنجایی که زنان در قیاس با مردان اضطراب بیشتری را نسبت به این دوره از زندگی تجربه می‌کنند که این می‌تواند ناشی از نگرانی‌های مختلف آن‌ها باشد^{۴۰،۴۱،۴۲}، و همچنین از سویی ضرورت فرهنگی و ساختار جمعیتی شهر کرمانشاه ایجاب می‌کند که در حوزه سالمندان نیز مطالعاتی صورت گیرد، به همین سبب پژوهش حاضر در صدد بررسی اثربخشی شناخت درمانی گروهی بر کاهش افسردگی و اضطراب زنان سالمند می‌باشد. فرضیه‌ها پژوهش به شرح ذیل می‌باشد:

- شناخت‌درمانی گروهی باعث کاهش افسردگی زنان سالمند می‌شود.

- شناخت‌درمانی گروهی باعث کاهش اضطراب آشکار زنان سالمند می‌شود.

- شناخت‌درمانی گروهی باعث کاهش اضطراب پنهان زنان سالمند می‌شود.

مواد و روش‌ها:

پژوهش حاضر، شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل است، اطلاعات گردآوری شده برای بررسی اثر متغیر مستقل (شناخت درمانی گروهی به روش فری) بر متغیر

وابسته (افسردگی و اضطراب) زنان سالمند صورت گرفته است. جامعه‌ی آماری این پژوهش، شامل زنان سالمند مراجعه کننده به مرکز روزانه سالمندان "مهر نیکان" شهر کرمانشاه بود. در این مرکز سالمندان به طور پاره‌وقت حضور دارند و ساعات صبح تا ظهر خود را در آنجا می‌گذرانند و بعد به منزل خویش باز می‌گردند. از میان این سالمندان، به صورت نمونه‌گیری در دسترس، ۳۰ نفر که در مقیاس افسردگی سالمندان نمره ۸ و بالاتر و در مقیاس اضطراب آشکار و پنهان نمرات ۴۳ و بالاتر دریافت کردند در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) به صورت تصادفی قرار داده شدند.

ملاک ورود به پژوهش: گرفتن نمرات ۴۳ و بالاتر در مقیاس اضطراب آشکار و پنهان اشیپیل برگر (State-Trait Anxiety Inventory) و نمره ۸ و بالاتر در مقیاس افسردگی سالمندان (Geriatric Depression Scale)، عدم اختلال روانشناختی (آلزایمر، دمانس، روان‌گسیختگی) بر اساس پرونده‌های پزشکی آنان، داوطلب همکاری در پژوهش. و معیارهای خروج شامل عدم تمایل به شرکت در پژوهش و وجود بیماری‌های جسمانی و روانی و شناختی بارز و دریافت هرگونه اقدام پزشکی و روان‌پزشکی در زمینه کاهش افسردگی. سپس گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه تحت مداخله شناخت درمانی گروهی قرار گرفت، مداخله‌ای که برای گروه آزمایش اجرا شد عبارت بود از برنامه‌ی شناخت‌درمانی گروهی که توسط فری (۱۹۹۹) به کار گرفته شده است^{۲۹}. در این برنامه ۱۰ جلسه به مدت یک ساعت و نیم به صورت هفته‌ای دو جلسه توسط پژوهشگر اجرا شد. این شیوه‌ی درمانی مدلی از نقش عوامل شناختی در اختلالات هیجانی که زیربنای برنامه‌ی شناخت درمانی گروهی است را به همراه جنبه‌های کاربردی آن توضیح می‌دهد و از مدل شناختی بک در خصوص افسردگی، اضطراب و خشم افراطی و رویکردهای الیس (۱۹۶۲) و مک‌مولین (۱۹۸۱) استفاده شده است^{۲۹}. اما برای گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای اجرا نشد. بعد از اتمام جلسات، هر دو گروه با پرسشنامه‌ی افسردگی سالمندان و اضطراب آشکار و پنهان اشیپیل برگر مورد ارزیابی مجدد قرار

گرفتند. یافته‌ها به وسیله تحلیل کواریانس مورد بررسی قرار گرفت.

از ابزارهای زیر جهت گردآوری اطلاعات استفاده شد:

- پرسشنامه افسردگی سالمندان: این پرسشنامه حاوی ۱۵ سؤال است و وجود افسردگی را اندازه می‌گیرد و با دو آیتم بله و خیر جواب داده می‌شود. در این پرسشنامه نمره ۴-۰ به منزله عدم وجود افسردگی، نمره ۹-۵ به منزله افسردگی متوسط، نمره ۱۵-۱۰ نشان دهنده افسردگی شدید و امتیاز کل بیشتر از ۷ به معنای خطر ایجاد افسردگی شدید است^{۴۳}. و نقطه برش برای این پرسشنامه در پژوهش ملکوتی و همکاران (۱۳۸۵) نمره ۸ می‌باشد. روایی و پایایی این پرسشنامه نیز در جمعیت سالمندان ایرانی بررسی و تأیید گردید و ضریب پایایی مقیاس افسردگی سالمندان با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹ و تنصیف ۰/۸۹ و آزمون - باز آزمون ۰/۵۸ بود^{۴۴}.

- پرسشنامه اضطراب آشکار و پنهان اسپیل برگر: این پرسشنامه حاوی ۴۰ سؤال است که اضطراب آشکار و پنهان را می‌سنجد. مقیاس اضطراب آشکار (فرم ۱) شامل بیست جمله است که احساسات فرد را در «این لحظه و در زمان پاسخگویی» ارزشیابی می‌کند. مقیاس اضطراب پنهان (فرم ۲) هم شامل بیست جمله است که احساسات عمومی و معمولی افراد را می‌سنجد^{۴۵}. در پاسخگویی آزمودنی‌ها به مقیاس اضطراب آشکار، تعدادی

گزینه برای هر عبارت ارائه شده است که شامل: خیلی کم، کم، زیاد و خیلی زیاد و در پاسخگویی به مقیاس اضطراب پنهان هم گزینه‌های هر عبارت شامل: تقریباً هرگز، گاهی اوقات، بیشتر اوقات و تقریباً همیشه می‌باشد. و برای هر کدام از عبارات، وزنی از ۱ تا ۴ اختصاص داده می‌شود. نمرات هر کدام از دو مقیاس اضطراب آشکار و پنهان، می‌تواند در دامنه‌ای بین ۸۰ - ۲۰ قرار بگیرد. ملاک‌های تفسیری، جهت اضطراب آشکار و پنهان بر اساس پژوهش هنجاریابی آزمون اضطراب آشکار و پنهان به این صورت می‌باشد:

اضطراب آشکار: خفیف (۳۱-۲۰)، متوسط به پایین (۴۲-۳۲)، متوسط به بالا (۵۳-۴۳)، نسبتاً شدید (۶۴-۵۴)، شدید (۷۵-۶۵) و بسیار شدید (۷۶ به بالا).

اضطراب پنهان: خفیف (۳۰-۲۰)، متوسط به پایین (۴۲-۳۲)، متوسط به بالا (۵۲-۴۳)، نسبتاً شدید (۶۲-۵۳)، شدید (۷۲-۶۳) و بسیار شدید (۷۳ به بالا). میزان پایایی برای گروه هنجار، در مقیاس اضطراب آشکار و پنهان بر اساس آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۹۰۸۴ و ۰/۹۰۲۵ است. علاوه بر این، این مقیاس دارای روایی ملاکی همزمان است که جهت مطالعه روایی آزمون، میانگین‌های اضطراب آشکار و پنهان و بالاخره اضطراب مجموع در دو سطح ۰/۹۵ و ۰/۹۹ به صورت مجزا محاسبه شد که نتایج محاسبه اطمینان ۹۵ درصد و ۹۹ درصد معنادار بود^{۴۵}.

جدول ۱. طرح شناخت درمانی گروهی در درمان افسردگی و اضطراب به روش مایکل فری (۱۹۹۹)

جلسات	محتوای جلسات
جلسه نخست	خوش آمدگویی، مروری بر ساختار جلسات، قوانین و مقررات مربوطه، تفکر و احساس، توضیح مدل سه سیستمی از هیجان انسان، تمثیل چمدان برای اشاره به فرایند شناخت درمانی، تکالیف برای جلسه آینده
جلسه دوم	مرور تکالیف جلسه نخست، نظریه شناختی افسردگی، تکالیف برای جلسه آینده
جلسه سوم	مرور تکالیف جلسه قبل، القاء فکر، روش پیکان عمودی رو به پایین - تمثیل شبکه لامپ‌ها، تکالیف برای جلسه بعد
جلسه چهارم	مرور تکالیف جلسه قبل، تهیه فهرست اصلی باورها، نقشه‌های شناختی، تهیه درجه‌بندی واحدهای ناراحتی ذهنی، تکالیف برای جلسه بعد
جلسه پنجم	مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش تغییر باورها، آزمون باورها (تمثیل غول دریاچه)، تحلیل استاندارد، تکالیف برای جلسه بعد
جلسه ششم	مرور تکالیف جلسه قبل، تحلیل کارآمدی، تحلیل هماهنگی، تکالیف برای جلسه بعد
جلسه هفتم	مرور تکالیف جلسه قبل، ساخت سلسله مراتب، مخالفت ورزی، تکالیف برای جلسه بعد
جلسه هشتم	مرور تکالیف جلسه قبل، تغییر ادراکی، بازداری ارادی کر تکس، تکالیف برای جلسه بعد
جلسه نهم	مرور تکالیف جلسه قبل، خودتنبیهی - خودپاداش دهی، تکالیف برای جلسه بعد
جلسه دهم	مرور تکالیف جلسه قبل، مروری بر برنامه، برنامه اختتامیه

یافته‌ها:

نمونه‌های پژوهش ۳۰ نفر با دامنه سنی ۶۰ تا ۷۶ سال و میانگین و انحراف معیار؛ ۱/۸ ± ۶۸/۱۱ بود که میانگین سنی و انحراف معیار در گروه آزمایش؛ ۲/۱ ± ۶۹/۱۱ و در گروه کنترل؛ ۱/۵ ± ۶۷/۱۱ بود.

نتایج شاخص‌های توصیفی مربوط به افسردگی و اضطراب آشکار و پنهان در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ گزارش شده است. جهت انجام تحلیل کواریانس ابتدا پیش-فرض‌های آن مورد بررسی قرار گرفت که همه‌ی شرایط تحلیل کواریانس برقرار بود.

پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثربخشی شناخت-درمانی گروهی بر کاهش افسردگی زنان سالمند مورد بررسی قرار گرفت، که با توجه به نتایج جدول ۳ میزان $F=124/40$ به دست آمده در سطح معناداری $P<0/001$ حاکی از اثربخشی شناخت-درمانی گروهی بر کاهش افسردگی زنان سالمند می‌باشد. با توجه به اندازه اثر محاسبه شده اِتا و معنادار بودن آن نیز می‌توان گفت که ۸۲/۲ درصد واریانس افسردگی توسط متغیر مستقل شناخت-درمانی گروهی تبیین می‌شود.

پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثربخشی شناخت-درمانی گروهی بر کاهش اضطراب آشکار زنان سالمند مورد بررسی قرار گرفت، که با توجه به نتایج جدول ۴ میزان $F=304/72$ به دست آمده در سطح معناداری $P<0/001$ حاکی از اثربخشی شناخت‌درمانی گروهی بر کاهش اضطراب آشکار زنان سالمند می‌باشد. با توجه به اندازه اثر محاسبه شده اِتا و معنادار بودن آن نیز می‌توان گفت که ۹۱٪ واریانس اضطراب آشکار توسط متغیر مستقل شناخت‌درمانی گروهی تبیین می‌شود.

پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثربخشی شناخت-درمانی گروهی بر کاهش اضطراب پنهان زنان سالمند مورد بررسی قرار گرفت، که با توجه به نتایج جدول ۵ میزان $F=230/64$ به دست آمده در سطح معناداری $P<0/001$ حاکی از اثربخشی شناخت‌درمانی گروهی بر کاهش اضطراب پنهان زنان سالمند می‌باشد. با توجه به اندازه اثر محاسبه شده اِتا و معنادار بودن آن نیز می‌توان گفت که ۸۹/۵ درصد واریانس اضطراب پنهان توسط متغیر مستقل شناخت‌درمانی گروهی تبیین می‌شود.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی مربوط به افسردگی، اضطراب آشکار و پنهان

متغیرها	گروه‌ها	آزمایش		کنترل
		میانگین	انحراف معیار	
افسردگی	پیش‌آزمون	۱۱	۲/۰۳۵	۲/۰۷
	پس‌آزمون	۶/۴۶	۱/۴۵	۱/۹۸
اضطراب پنهان	پیش‌آزمون	۵۸/۰۶	۵/۲۲	۷/۶۴
	پس‌آزمون	۵۰/۶۶	۴/۴۰	۷/۵۱
اضطراب آشکار	پیش‌آزمون	۵۱/۶۰	۷/۸۰	۹/۰۳
	پس‌آزمون	۴۱/۴۶	۵/۶۴	۸/۹۵

جدول ۳. خلاصه تحلیل کواریانس نمرات متغیر افسردگی

شاخص‌های آماری	مجموعه مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات
پیش‌آزمون	۳۸/۱۴۱	۱	۳۸/۱۴۱	۲۲/۱۳۴	۰/۰۰۱	۰/۴۵۰
گروه	۲۱۴/۳۷۹	۱	۲۱۴/۳۷۹	۱۲۴/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۸۲۲
خطا	۴۶/۵۲۶	۲۷	۱/۷۲۳			

جدول ۴. خلاصه تحلیل کواریانس نمرات متغیر اضطراب آشکار

شاخص‌های آماری	مجموعه مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات
پیش‌آزمون	۱۶۶۶/۸۲	۱	۱۶۶۶/۸۲	۶۴۴/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۹۶
گروه	۷۸۸/۲۸۸	۱	۷۸۸/۲۸۸	۳۰۴/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۹۱
خطا	۶۹/۸۴۵	۲۷	۲/۵۸			

جدول ۵. خلاصه تحلیل کواریانس نمرات اضطراب پنهان

شاخص‌های آماری	مجموعه مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات
پیش‌آزمون	۹۷۹/۶۹	۱	۹۷۹/۶۹	۵۱۲/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۹۵۰
گروه	۴۴۱/۱۴۷	۱	۴۴۱/۱۴۷	۲۳۰/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۸۹۵
خطا	۵۱/۶۴۲	۲۷	۱/۹۱۳			

بحث:

پژوهش حاضر جهت بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی گروهی بر کاهش افسردگی، اضطراب آشکار و پنهان در میان زنان سالمند شهر کرمانشاه انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که شناخت‌درمانی گروهی بر کاهش افسردگی زنان سالمند تأثیر معناداری داشت ($P < 0/001$). نتایج این پژوهش با مطالعات اهلرز و همکاران^{۳۷}، جارت و همکاران^{۳۶}، اسکات و همکاران^{۳۵}، هامبلین

و همکاران^{۳۳} و اسکات و استرادلینگ^{۳۴} و خوش‌کنش و همکاران^{۳۸} و تقوایی و حمیدی^{۳۹} همسو می‌باشد. در تبیین این امر می‌توان اشاره کرد که در درمان‌های شناختی، اصل اساسی این است که اعمال و احساسات افراد به نحوه‌ی تفسیر آن‌ها از دنیا بستگی دارد، لذا شناخت‌درمانی به آن‌ها کمک می‌کند تا این افکار و هیجانات ناکارآمد را در درجه نخست شناسایی کنند و سپس نشخوارهای ذهنی و افکار خودآیند منفی و حتی محتوای

ها کاهش یابد و این امکان را به آن‌ها می‌دهد تا در مورد راه-حل‌ها یا راهبردهای مقابله‌ای، تبادلات سازنده‌ای با هم داشته باشند و این تجربه همفکری و همدلی برای مشکلات و ناراحتی-های دیگران، به احیاء عزت‌نفس آن‌ها نیز کمک می‌کند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان محدود شدن نمونه به زنان سالمند و انتخاب نمونه مورد نظر از میان مرکز روزانه سالمندان و همچنین خودگزارشی بودن متغیرهای پژوهش را اشاره کرد که در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط را رعایت کرد. از دیگر محدودیت‌ها نیز اجرای برنامه مداخله‌ای توسط پژوهشگر بود که می‌تواند در سوگیری نتایج تأثیر گذار بوده باشد.

نتیجه‌گیری:

براساس یافته‌های پژوهش حاضر، شناخت درمانی گروهی در زنان سالمندی که افسردگی و اضطراب داشتند مؤثر واقع گردید. از این رو به مشاوران و درمانگران توصیه می‌گردد که روش فوق را برای کمک به چنین افرادی مورد توجه قرار دهند و در درمان اختلالات اضطرابی و افسردگی در کنار دیگر روش‌های درمانی مورد استفاده قرار دهند. همچنین پیشنهاد می‌شود مسئولان مراکز سالمندان به کاربرد چنین طرح‌هایی برای سالمندان مقیم مراکز خود اقدام نمایند. لذا با توجه به نتایج حاصله توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی اثربخشی شناخت‌درمانی جهت درمان انواع مختلف اضطراب و افسردگی نیز مورد مطالعه قرار گیرد.

سپاسگزاری:

از تمام سالمندانی که در این پژوهش شرکت داشتند و همچنین از مسئولین مرکز سالمندان "مهر نیکان" که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منفی افکار مرتبط با افسردگی را کاهش دهند. این شیوه درمانی حتی کمک می‌کند تا آن‌ها باورهای جدید را جایگزین باورهای قدیمی کنند و این‌گونه باعث تغییر و دگرگونی تفسیر پدیده‌ها شوند. یادگیری بازسازی شناختی همچنین سالمندان را قادر می‌سازد تا برجسته‌های مثبت زندگی تمرکز کنند و مهارت‌های درونی‌شان را برای تغییر و اصلاح افکار افسرده‌زا گسترش دهند. شناخت‌درمانی حتی با کاستن از فشارهای عصبی و ایجاد امیدواری به آینده فرد را در موقعیتی قرار می‌دهد تا باقیمانده عمر خود را بهتر بگذراند.

نتایج این مطالعه همچنین نشان داد که شناخت‌درمانی گروهی بر کاهش اضطراب آشکار و پنهان زنان سالمند تأثیر معناداری داشت ($P < 0/001$). نتایج این پژوهش با مطالعات اهلرز و همکاران^{۳۷}، هامبلین و همکاران^{۳۳} و اسکات و استرادلینگ^{۳۴} و خوش‌کنش و همکاران^{۳۸} همسو می‌باشد. به نظر می‌رسد که شناخت‌درمانی به افراد کمک می‌کند تا افکار خودآیند منفی سطحی و زیربنایی اضطراب را شناسایی کنند و مهارت‌هایی را جهت چالش با تحریف‌های شناختی به افراد می‌آموزد. از آن-جایی که افراد مضطرب در احتمال وقوع خطر نیز اغراق می‌کنند، لذا این تکنیک موجب منطقی و عینی اندیشی افراد در موقعیت‌ها و حوادث می‌شود.

از سویی استفاده از تکنیک شناختی در کنار گروهی کردن این درمان این فرصت را نیز برای سالمندان فراهم می‌سازد تا آن‌ها متوجه این مسئله شوند که اضطراب و افسردگی صرفاً مختص به آن‌ها نمی‌باشد و لذا این تجارب را دیگران هم دارند و بدین ترتیب احساس تنهایی، سرزنش و احساس شرم و گناه آن-

References:

1. Zhou W, He G, Gao J, Yuan Q, Feng C, Zhang CK. The effects of group reminiscence therapy on depression, self-esteem, and affect balance of Chinese community-dwelling elderly. *Arch Gerontol Geriatr* 2012; 54 (3): 440-447.
2. Zahmatkeshan N, Bagherzade R, Akaberiyan Sh, Yazdankhah Fard M, Mirzaei K, Yazdan Panah S, et al. Assessing Quality of Life and Related Factors in Bushehr's Elderly People. *J Fasa Univ Med Sci* 2012; 2(5): 253-258 (Persian).
3. World Health Organization. Definition of an older or elderly person. *Health statistics and*

- health information systems <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html>, 2010.
4. Afshar H, Salehi M. *Geriatric psychiatry*. In: Department of Psychiatry of Isfahan Medical University faculty members. *Clinical Psychiatry (for students of medicine and related disciplines)*. 1st Ed. Isfahan: Oruo Publisher 2004; 246-254
5. Ingersoll B, Silverman A. *Cooperative Group Psychotherapy for the Aged*. *Gerontologist* 1978; 18: 201-206.
6. Havm-Nies A, De Groot LC. *Dietary quality, lifestyle factors and healthy ageing in*

- Europe: the SENECA study. *Age Ageing* 2003; 32 (4): 427-34.
7. Kaplan HI, Sadock BJ. *Synopsis Psychiatry, Behavioral Science/ Clinical Psychiatry* (9th ed.) Baltimore: Williams & Wilkins. 2005; 685-699.
 8. Davidian H. Recognition and treatment of depression in Iranian culture. Tehran: Academy of Medical Sciences, Iran. 2007: 81.
 9. Reynolds CF. Depression: making the diagnosis and using SSRIs in the older patient. *Geriat* 1996; 51(10):28-34.
 10. Steffens DC, Skoog I, Norton MC, Hart AD, Tschanz JT, Plassman BL, et al. Prevalence of depression and its treatment in an elderly population: the Cache County study. *Arch Gen Psychiat* 2000; 57(6):601- 7.
 11. Froghan M, Farahani Z, Kamrani A. Prevalence of mental disorders in outpatient clients of Poya clinic. *Iran J Ageing* 2003; 106(Persian).
 12. Sherina M, Rampal L, Mustaqim A. The prevalence of depression among the elderly in Sepang, Selangor. *Med J Malaysia* 2004; 59(1):45-49.
 13. Unützer J, Patrick DL, Simon G, Grembowski D, Walker E, Rutter C, et al. Depressive symptoms and the cost of health services in HMO patients aged 65 years and older: a 4-year prospective study. *J Amer Med Assoc* 1997; 277(20):1618-1623.
 14. Schoevers RA, Geerlings MI, Beekman AT. Association of depression and gender with mortality in old age. Results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Brit J Psychiat* 2000; 177: 336.
 15. Ziegelstein RC. Depression in patients recovering from a myocardial infarction. *J Amer Med Assoc* 2001; 286: 1621.
 16. Suinn RM. The terrible twos-anger and anxiety hazardous to your health. *Am Psychol* 2001; 56(1):27-36.
 17. Chop WC. Social aspect of aging. In: Farrell G, Miller WC. *Nursing care of older person*. Philadelphia: McGraw Hill Company. 2001; 1115-29.
 18. Lang AJ, Stein MB. Anxiety Disorders: How to recognize and treat the medical symptoms of emotional illness. *Geriat*, 2001; 56(5):24-7& 31-4.
 19. Fuintes k, Cox JB. Prevalence of anxiety disorders in elderly adults: A critical analysis. *J Behav Ther Exp psy* 1997; 28: 269-279.
 20. Sara LD, Rosemarie AM, Rohsenow J. hardiness instruction for Stress abstinence: Pre-treatment Correlates and relationship to outcomes. *Addict Behav* 2008; 33: 678-688.
 21. Stark KD, Reynolds WM, Kaslow N. A comparison of the relative efficacy of self-control therapy and behavioral problem-solving therapy for depression in children. *J Abnorm Child Psych* 1987; 15: 91-113.
 22. Rudolph KD, Hammen C, Burge D. A cognitive-interpersonal approach to depressive symptoms in preadolescent children. *J Abnorm Child Psych* 1997; 25: 33-45.
 23. Stark KD, Kendall PC, McCarthy M, Stafford M, Barron R, Thomeer M. *Taking action: A workbook for overcoming depression*. Ardmore, PA: Workbook Publishing 1996.
 24. Hollon SD, Beck AT. Cognitive and Cognitive behavioral therapies. In: *Handbook of psychotherapy and behavior chang* (4th ed), ed. S. L. Garfield & A. E. Berrgin. New York: Wiley.1995:428-66
 25. Roth A, Fonagy P. *What Works for Whom? Second Edition: A Critical Review of Psychotherapy Research*. New York: Guilford Press.2005.
 26. Reinecke MA, Ryan NE, DuBois DL. Cognitive-behavioral therapy of depression and depressive symptoms during adolescence: A review and meta-analysis. *J Am Acad Audiol* 1997; 37(1): 26-34.
 27. Hofmann SG, Reinecke MA. *Cognitive-behavioral Therapy with Adults: A guide to Empirically Informed Assessment and Intervention*. New York: Cambridge.2010.
 28. Sadock B, Sadock V. *Pocket handbook of clinical psychiatry*. 3th ed. Translated by Poorafkari. Tehran: Shahre Ab Publication. 1993: 47-48.
 29. Free M. *Cognitive therapy in groups: guide lines and resources for practice*.1999. Translated by Mohammadi & Farnam, 2005. Tehran: Roshd Publication (Persian).
 30. Montgomery C. Role of dynamic group therapy in psychiatry. *Psychiat Treat* 2002; 8(1): 34-41.
 31. Coppeliz P. Presentation of depression and response to group cognitive therapy with order adults. *J Clinic Gerontol*, 2000; 6(4): 156-74.
 32. Phares EJ, Trull T. *Clinical psychology: concepts, methods and profession*. 6th ed. Translated by Firoozbakht. Tehran: Roshd Publication. 2002.
 33. Hamblin DL, Beutler LE, Scogin F, Corbishley A. Patient responsiveness to therapist values and outcome in group cognitive therapy. *Psychother Res* 1993; 3(1): 36-46.
 34. Scott MJ, Stradling SG. Group cognitive therapy for depression produces clinically significant reliable change in community-based settings. *Behav Psychol* 1990; 18(1): 1-19.
 35. Scott J, Palmer S, Paykel E, Teasdale J, Hayhurst H. Use of cognitive therapy for relapse prevention in chronic depression. *Brit J Psychiat* 2003; 182:221-7.

36. Jarrett RB, Minhajuddin A, Kangas JL, Friedman ES, Callan JA, Thase ME. Acute phase cognitive therapy for recurrent major depressive disorder: who drops out and how much do patient skills influence response? *Behav Res Ther* 2013; 51(4/5): 221-230.
37. Ehlers A, Grey N, Wild J, Stott R, Liness Sh, Deale A, et al. Implementation of cognitive therapy for PTSD in routine clinical care: Effectiveness and moderators of outcome in a consecutive sample. *Behav Res Ther* 2013; 51(11): 742-752.
38. Khoshkonesh A, Taghi Pour E, Bashiri E. The Examination of Effects of cognitive group counseling on the anxiety and depression factors in female senior citizens staying at nursing homes in Sabzevar in 2008-2009. *Iran j ageing* 2010; 14: 7-14 (Persian).
39. Taghvaei Z, Hamidi M. The effect cognitive group therapy on depression in older women. *J Counsel Res Develop*. 2004, 12: 65-79 (Persian).
40. Abramson A, Silverstein M. Images of aging in America 2004: A summary of selected findings. Retrieved September 20, from <http://assets.aarp.org/rgcenter/general/> Images. Aging. 2006.
41. Cummings SM, Kropf NP, DeWeaver KL. Knowledge of and attitudes toward aging among non-elders: Gender and race differences. *J Women Aging* 2000; 12: 77-91.
42. Lynch S. Measurement and prediction of aging anxiety. *Res Aging* 2000; 22: 533-558.
43. Maghsoodnia Sh. Primary Health Care of the Elderly. *Univ Welfare Rehab Sci* 2006; 51: 129 (Persian).
44. Malakooti K, Fatollahi P, Mirabzadeh A, Salavati M, Kehani Sh. Normalization of Geriatric Depression Scale 15-question form in Iran. *J Res Med Sci* 2006; 30(4): 361-368 (Persian).
45. Behdani F, Sargolzaei M, Ghorbani A. Study of the relationship between lifestyle and prevalence of depression and anxiety in the students of Sabzevar University. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2000; 7(2):27-38 (Persian).

The effectiveness of cognitive group therapy on reducing depression and anxiety in the Kermanshah older women

Mona Azizi¹, Khodamorad Momeni^{*1, 2}

1. General Psychology Department, Kermanshah Branch of Azad University, Azad University, Kermanshah, Iran.

2. Psychology Department, School of Social Science, Razi University, Kermanshah, Iran.

***Corresponding Author:**
Kermanshah, Razi University,
School of Social Science,
Psychology Department.

Email: khmomeni2000@yahoo.com

Abstract

Background: Depression and anxiety among the elderly, especially women, are the most common mental disorders. The present study was conducted to investigate the effectiveness of cognitive group therapy on reducing depression and anxiety in the Kermanshah older women.

Methods: The study was a semi-experimental design with pre-posttest design with control group. 30 elderly women were selected based on the available sampling in a boarding center for the elderly, "Kermanshah Mehre Neikan" and assigned to the experimental and control groups, randomly. The instruments used were the geriatric depression scale (GDS), State and Trait Anxiety Inventory (STAI) for Spiel Berger and the demographic questionnaire. Ten sessions of cognitive group therapy with Ferry method was administered to experimental group as biweekly; while the control group did not receive the intervention. At the end of the intervention, both groups were evaluated again by the tests. The data were analyzed using analysis of covariance.

Results: The data showed cognitive group therapy is effective on reducing depression, state and trait anxiety in older women ($P < 0.001$).

Conclusion: According to the effectiveness of cognitive group therapy on reducing depression and anxiety in older women, apparently can be used to cognitive group therapy for reducing depression and anxiety in older women.

Key words: Depression, Anxiety, Cognitive therapy, Elderly, Women.

How to cite this article

Azizi M, Momeni K. The effectiveness of cognitive group therapy on reducing depression and anxiety in the Kermanshah older women. J Clin Res Paramed Sci 2014; 3(3):178-187.