اثربخشی درمان شناختی- رفتاری (CBT) گروهی بر کاهش اختلال سازگاری در سالمندان

مینا پورفرخ[1]، رضا کرمی‌نیا[2]، حسن احدی[3]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان شناختی- رفتاری (Cognitive behavioral therapy یا CBT) گروهی بر کاهش اختلال سازگاری در سالمندان انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع کاربردی و نیمه آزمایشی و جامعه آماری آن شامل سالمندانی بود که برای درمان یا ارتقای سطح روان‌شناختی خود به مراکز توان‌بخشی روزانه سالمندان و کانون جهاندیدگان تهران مراجعه کرده بودند. نمونه‌ها به صورت در دسترس و به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. ابتدا پرسش‌نامه رویدادهای مهم زندگی (Chief Life Events Inventory یا CIEI) و سپس پرسش‌نامه استاندارد معاینه مختصر وضعیت شناختی (Mini Mental Status Examination یا MMSE) به همراه مصاحبه بالینی اجرا گردید. در مرحله بعد، با اجرای پرسش‌نامه سازگاری Bell (Bell Adjustment Inventory یا BAI)، افراد مبتلا به اختلال سازگاری بر اساس Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th Edition (DSM-5) انتخاب شدند. از بین افراد مبتلا به اختلال سازگاری، ۳۰ نفر به طور تصادفی انتخاب شدند و در دو گروه ۱۵ نفره شامل گروه آزمایش (اجرای مداخله CBT) و شاهد (در لیست انتظار) قرار گرفتند. سپس پس‌آزمون و پیگیری یک ماهه بر روی هر دو گروه اجرا گردید.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌های آزمون‌های تعقیبی Tukey و تحلیل واریانس، تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش در کاهش اختلال سازگاری کل در سالمندان وجود داشت (P = ۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: مداخله CBT بر اختلال سازگاری سالمندان مؤثر می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: سالمندان، اختلال سازگاری، درمان شناختی- رفتاری، گروه درمانی

ارجاع: پورفرخ مینا، کرمی‌نیا رضا، احدی حسن. **اثربخشی درمان شناختی- رفتاری (CBT) گروهی بر کاهش اختلال سازگاری در سالمندان.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۶؛ ۱۵ (۲): ۱۹۷-۱۸۹

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۱/۲۸ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۳/۲۵

مقدمه

امروزه در جهان توسعه یافته و در حال توسعه، افراد عمر طولانی دارند و افزایش طول عمر در سراسر جوامع، هم به عنوان یک دستاورد اجتماعی و هم چالشی فرا روی این جوامع به شمار می‌آید (۱). سن پیری اغلب زمان فقدان‌ها توصیف می‌شود که از آن جمله می‌توان به از دست دادن سلامتی، از دست دادن درامد و از دست دادن دوستان و بستگان در اثر داغدیدگی اشاره نمود. تعداد کمی از سالمندان می‌توانند خود را با این تغییرات سازگار نمایند و بیشتر آن‌ها با وقایع خاص یا ترکیبی از رخدادها که فراتر از تحمل یا توانایی و مهارت‌های مقابله‌ای است، مواجه می‌شوند و حس درماندگی دارند که در نهایت، به افسردگی منتهی می‌شود. مشکلات روان‌شناختی این جمعیت شامل اضطراب، افسردگی و اختلالات سازگاری (Adjustment disorder) که در بسیاری از موارد با بیماری‌های جسمی همراه می باشد، درمان را مشکل می‌کند. این تعامل مشکلات روان‌شناختی و جسمی، بحث اساسی در روان درمانی سالمندان است (۲).

سالمندان امروزی بیش از نسل قبلی با چالش‌های حاصل از افزایش اوقات فراغت که نتیجه افزایش امید به زندگی است، مواجه می‌شوند؛ به این دلیل که تعداد ساعت‌های مختص کار کردن کاهش می‌یابد، اما به جای آن، زمانی برای انجام کارهای ناتمام یا فعالیت‌های داوطلبانه اختصاص نمی‌یابد. در حال حاضر، سالمندان اوقات زیادی از دوران بازنشستگی خود را به فعالیت‌های منفعلانه می‌گذرانند (۳). رابطه بین سلامت جسمانی و روانی می‌تواند تبدیل به دور باطلی شود که هر یک دیگری را تشدید می‌کند. گاهی تحلیل رفتن سریع یک سالخورده بیمار، نتیجه یأس و ناامیدی و دست کشیدن از تلاش است (۴). فقدان محبوب، یکی از بزرگ‌ترین مصائبی است که اغلب انسان‌ها آن را تجربه می‌کنند و این بحران، تنش‌زاترین اتفاقی است که هر فردی با آن مواجه می‌شود (۵).

اختلال سازگاری طی سه ماه از شروع عامل استرس‌زا آغاز می‌گردد و بیشتر از شش ماه بعد از این که عامل استرس‌زا و پیامدهای آن متوقف شدند، ادامه نمی‌یابد. اگر عامل استرس‌زا و پیامدهای آن ادامه یابند، اختلال سازگاری نیز ممکن است ادامه پیدا کند و مداوم شود. بیشترین عوامل استرس‌زا شامل مشکلات مالی، بیماری‌های جسمی یا اختلافات میان فردی است. تصویر بالینی

۱- دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲- استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، تهران، ایران

۳- استاد، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

نویسنده مسؤول: رضا کرمی‌نیا

Email: reza.karaminia@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.7.8]

(مجموعه علایم) فرد ممکن است شامل عاطفه مضطرب یا عاطفه افسرده باشد یا ممکن است خودش را به صورت آشفتگی یا مختل شدن سلوک (Disturbance of conduct) نشان دهد (۶). زندگی می‌تواند استرس‌زا باشد. هر کسی با ترکیب مختلفی از ضروریات و سازگاری‌ها در زندگی روبه‌رو می‌شود. تحت شرایط استرس طاقت‌فرسا، حتی کسی که پیش‌تر آدم استواری بوده، ممکن است دچار مشکلات روان‌شناختی موقتی (گذرا) شود و توانایی لذت بردن از زندگی را از دست بدهد. این فروپاشی می‌تواند ناگهانی یا تدریجی باشد. افرادی که شرایط زندگی در حال تغییر را خوب تحمل نمی‌کنند، امکان دارد نسبت به جزیی‌ترین ناکامی یا فشار، آسیب‌پذیر باشند که در این میان، کودکان و سالمندان آسیب‌پذیرتر هستند و افرادی که از کفایت و ارزش خود مطمئن نیستند، خیلی بیشتر از کسانی که در کل احساس اطمینان و ایمنی می‌کنند، دستخوش تهدید می‌شوند (۷).

پرطرفدار ترین روش درمان برای اختلالات سازگاری، روان درمانی است. گروه درمانی در مورد کسانی که عوامل استرس‌زای مشترکی داشته‌اند، می‌تواند مفید واقع شود؛ چرا که افراد وقتی در گروه قرار می‌گیرند، از مشکلات یکدیگر باخبر می‌شوند و خود را تنها نمی‌بینند و این نقطه عطفی برای امیدوار شدن به حل مسأله و مقابله با مشکلات در جهت سازگاری می‌باشد (۸). امروزه رویکردهای درمانی متنوعی وجود دارد که مورد توجه روان‌شناسان و درمانگران قرار گرفته است. توجه به جامعه مورد نظر، ویژگی‌های خاص هر بیمار و شیوه درمانی که درمانگر در آن تبحر دارد، از جمله مهم‌ترین عوامل انتخاب نوع درمان می‌باشد. مشاوره گروهی یک فرایند درون فردی و بین فردی و پویا است که احساسات و رفتار اعضای گروه، محتوای آن را تشکیل می‌دهد. رهبر گروه یک مشاور متخصص آموزش دیده است که قادر به ایجاد جوی توأم با اعتماد، صداقت، مسؤولیت و اتکای متقابل (Interdependency) از طریق فرایندهای درمانی درک کردن، مهربانی کردن و مدیریت کنترل تعارض (Conflict management) می‌باشد. گروه از اشخاصی تشکیل شده است که در محدوده‌های طبیعی و بهنجار سازگاری عمل می‌کنند و در پی افزایش آگاهی از خود و دیگران هستند. بنابراین، ممکن است با موقعیت‌های رشدی بهتر کنار بیایند (۹).

درمان شناختی- رفتاری (Cognitive behavioral therapy یا CBT)، نوعی نگرش درمانی روان‌شناختی تثبیت شده است که در اختلالات و بیماری‌هایی همچون افسردگی اساسی، اضطراب، بی‌خوابی و بسیاری از بیماری‌های دیگر کاربرد دارد و شامل استراتژی‌های ارزیابی، شناخت و تکنیک‌های رفتار درمانی مشتمل بر همکاری بیمار با متخصص بالینی و انجام تکالیف کاربردی در منزل می‌باشد. رویکرد CBT برای درمان نشانه‌ها و رفتارهای غیر عادی استفاده می‌شود. از آن‌جایی که افکار و اعمالی از این نوع، اغلب با یکدیگر همراهی دارند، در بیشتر موارد از تکنیک‌های رفتاری و شناختی همراه با هم استفاده می‌شود (۱۰). رویکرد CBT بر این فرض استوار است که اختلال عاطفی و علایم اختلال رفتاری در نتیجه تفکر غیر منطقی ادامه پیدا می‌کند و می‌تواند با استفاده از تکنیک‌های متنوع رفتاری، عاطفی و شناختی نه تنها در طی جلسات درمانی، بلکه در بین جلسات به صورت ارایه تکلیف تغییر پیدا کند (۱۱). بر اساس رویکرد CBT، تجارب افراد به تشکیل فرض‌ها و یا طرحواره‌هایی درباره خویشتن و جهان می‌انجامد و این فرض یا طرحواره‌ها بر سازمان‌بندی ادراکی و کنترل و ارزیابی رفتار تأثیر می‌گذارد. رویکرد CBT بیماران را به حل فعالانه مسایل و درگیری جرأت‌مندانه در محیط تشویق و بر توانایی فرد جهت تفسیر و تغییر مناسب رویدادها تأکید می‌نماید (۱۲). همچنین، مداخله‌های رفتاری ویژه در CBT، بر افزایش میزان اشتغال فرد به فعالیت‌های لذت‌بخش تأکید دارد. هدف از این روش آن است که به فرد کمک شود تا بتواند حداقل یک بار در هفته برای انجام فعالیت‌های لذت‌بخش برنامه‌ریزی کند تا بتواند تغییر عمده‌ای در کیفیت خلق و زندگی فرد ایجاد نماید.

بیشتر افراد سالمند بعد از بازنشستگی زندگی بی‌تحرکی دارند (۱۳). به همین دلیل، اغلب سطوح پایین فعالیت و مشغولیت اجتماعی را گزارش می‌کنند و در نتیجه، در خطر انزوای کامل اجتماعی قرار می‌گیرند؛ به ویژه اگر تنها زندگی کنند. فایده اصلی به کارگیری روش برنامه‌ریزی فعالیت‌ها برای افراد سالمند، این است که باورهای پیری آن‌ها به عنوان غیر قابل تغییر بودن یک فرد سالمند به چالش کشیده می‌شود (۲). با توجه به مسایل ذکر شده در زمینه اختلالات سازگاری و مشکلاتی که برای سالمندان به همراه دارد، در مطالعه حاضر، روش CBT بر روی سالمندان مراجعه کننده به مراکز توان‌بخشی روزانه که زیر نظر سازمان بهزیستی کشور فعالیت می‌کنند و کانون جهاندیدگان که تحت نظر معاونت سلامت شهرداری قرار دارد، انجام شد. لازم به ذکر است که بیماران در بستر خانواده زندگی می‌کردند و تنها برای دریافت خدمات توان‌بخشی جسمی، روانی یا اجتماعی به این مرکز مراجعه می‌نمودند.

بر اساس نتایج تحقیق Clark و همکاران، عواملی مانند «اساس خودکفایی و خودشناسی، نظام حمایتی مناسب، میزان معقول از آزمایش جسمانی، شیوه زندگی که به قدر کافی برانگیزاننده باشد، حس معنا و هدف داشتن در زندگی و تحریک کافی برای اشتغال به فعالیت‌های رضایت‌بخش» با سازگاری موفقیت‌آمیز با پیری ارتباط دارد (۱۴). Schulze و همکاران به این نتیجه رسیدند که سالمندان در مواجهه با دو یا چند بیماری مزمن، ممکن است دچار اختلال سازگاری شوند و کیفیت زندگی آن‌ها از جمله سازگاری روانی- اجتماعی تحت تأثیر قرار گیرد که پیامد آن، استرسی است که پردازش شناختی- عاطفی از بیماری و زمینه فهم و ادراک بیماری و تنظیم هیجانات فردی، رابطه سازگاری را دچار اختلال می‌کند (۱۵). از طرف دیگر، Cristea و همکاران با بررسی ۲۶ پژوهش که در زمینه کیفیت رویکرد CBT بر روی افراد بزرگسال مبتلا به افسردگی انجام شد، نشان دادند که این شیوه با کاهش افکار ناکارامد، سبب بهبود افسردگی می‌شود و اثر بهبود آن در ۴ پژوهش با دارو درمانی برابر بود (۱۶). همچنین، نتایج پژوهش Freedland و همکاران حاکی از آن بود که مداخله CBT بر کاهش افسردگی و بهبود خودمراقبتی بیماران قلبی اثر داشت. همچنین، منجر به کاهش میزان اضطراب و خستگی، بهبود عملکرد اجتماعی و کیفیت بهتر زندگی مرتبط با سلامت گردید (۱۷). Arch و همکاران نتیجه‌گیری کردند که هر دو گروه درمان ذهن‌آگاهی و CBT، بهبود قابل توجهی را در درمان اختلالات عمده نشان دادند و در پیگیری سه ماهه، CBT در بهبود اختلالات عاطفی و خلقی نسبت به درمان ذهنی‌آگاهی مؤثرتر بود (۱۸).

مواد و روش‌ها

این پژوهش به منظور بررسی اثربخشی مداخله CBT بر اختلال سازگاری در سالمندان انجام شد. جامعه آماری پژوهش را افراد سالمند ۶۰ سال به بالای مراجعه کننده به کانون جهاندیدگان وابسته به شهرداری تهران و مراکز

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.7.8]

توان‌بخشی روزانه سالمندان وابسته به بهزیستی تهران و فاقد اختلالات شناختی (فراموشی، دمانس و آلزایمر) تشکیل داد. مطالعه از نوع تحقیقات کاربردی و نیمه آزمایشی بود. طرح پژوهشی حاضر به صورت پیش‌آزمون- پس‌آزمون همراه با دوره پیگیری چند گروهی با گروه شاهد انجام گردید (۱۹). گروه آزمایش تحت مداخله CBT قرار گرفتند و گروه شاهد نیز در لیست انتظار بودند.

روش اجرا: ابتدا با حضور در کانون جهاندیدگان و مراکز توان‌بخشی روزانه تهران که سالمندان برای بهبود مشکلات و ارتقای سطح روان‌شناختی خود به آنجا مراجعه می‌کردند، پرسش‌نامه رویدادهای مهم زندگی (Chief life Events Inventory یا CIEI) اجرا شد. در صورت وجود نمرات بالای استرس، بر اساس مصاحبه بالینی و پرسش‌نامه استاندارد معاینه مختصر وضعیت شناختی (Mini Mental Status Examination یا MMSE) (۲۰)، افرادی که وضعیت شناختی مطلوبی داشتند، وارد مطالعه شدند. سپس با اجرای پرسش‌نامه سازگاری Bell (Bell Adjustment Inventory یا BAI)، افراد مبتلا به اختلال سازگاری بر طبق Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th Edition (DSM-5) انتخاب شدند. از بین افراد مبتلا به اختلال سازگاری، ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند و در دو گروه ۱۵ نفره شامل گروه آزمایش (اجرای مداخله CBT و شاهد (در لیست انتظار) قرار گرفتند. از آن‌جا که طرح تحقیق به صورت پیش‌آزمون- پس‌آزمون و همراه با دوره پیگیری با گروه شاهد بود، تحلیل کواریانس به عنوان بهترین روش برای آزمون فرضیه‌ها در نظر گرفته شد (۲۱). پس از انتخاب نمونه‌ها و جایگزینی تصادفی آن‌ها در گروه‌های مورد نظر، همه شرکت کنندگان پرسش‌نامه BAI را در مرحله پیش‌آزمون تکمیل نمودند. سپس گروه‌هایی که به عنوان گروه آزمایش تعیین شده بودند، مداخله CBT گروهی (۱۰ جلسه، هفته‌ای ۱/۵ ساعت) را دریافت کردند؛ در حالی که گروه شاهد در این مدت هیچ‌گونه مداخله درمانی را دریافت نکرد. در ادامه شرح مختصری از مداخلات درمانی که طی ۱۰ جلسه بر روی گروه‌های آزمایش اعمال شد، آمده است.

پروتکل CBT: طرح کلی جلسات CBT که در سال ۲۰۰۱ توسط Craig مطرح شد، به صورت ارایه منطق درمان و مروری بر چگونگی جلسات و ارزشیابی و آموزش سطوح شناختی برای شرکت کنندگان؛ توافق بر روی اهداف درمان در چارچوب الگوی شناختی- رفتاری؛ توضیح نظریه شناختی اختلال سازگاری و همراه بودن خلق افسرده، اضطراب، آشفتگی هیجانی و آشفتگی سلوک همراه با آموزش سازگاری با مشکلات از طریق کنار آمدن و یادگیری آن بود. درمانگر شناختی- رفتاری با تمرکز بر روی موقعیت کنونی تا وضعیت قبلی بیمار، از اطلاعات گذشته بیمار و سابقه اجتماعی و خانوادگی، جهت حل مشکلات فعلی او استفاده می‌کند. شناسایی و کار بر روی باورهای بنیادین ناکارامد و تضعیف آن‌ها، ایجاد باورهای سازگارانه‌تر جدید و تشویق درمان‌جویان به ایجاد تغییر در باورها و شناسایی موقعیت‌هایی که باعث ناسازگاری، خلق افسرده، اضطراب و پریشانی هیجانی و سلوک می‌شود و استفاده از فنون تمرکز فکر و توجه برگردانی جهت تحمل حالت خلقی ناکارامد همراه با شروع فعالیت‌های لذت‌بخش به درمان‌جویان، در رسیدن به سازگاری مؤثر بود (۲۲). لازم به ذکر است که در هر جلسه، ارایه تکلیف به افراد به منظور اندیشیدن در مورد مطالب جلسه و دادن بازخورد در جلسه بعدی انجام شد.

جهت جمع‌آوری داده‌ها، ابزارهایی مورد استفاده قرار گرفت که در ادامه به تفصیل آمده است.

پرسش‌نامه CIEI: این مقیاس جهت سنجش میزان استرس آزمودنی‌ها استفاده شد. پرسش‌نامه CIEI توسط مهاجر و همکاران بر روی گروهی از دانشجویان و همچنین، بر روی گروهی از کارکنان اجرا و برای جامعه ایرانی بازنگری شد و مختصری حذف و اضافه در آن صورت گرفت. در نهایت، چهار رویداد «بمباران هوایی شهر، اعتیاد عضو نزدیک از خانواده، نازایی و مشکل در روابط جنسی با همسر» به آن اضافه گردید و تعداد رویدادها از ۶۵ به ۶۹ رسید که به صورت تصادفی ردیف شد. ضریب پایایی این ابزار از طریق روش بازآزمایی برای تعداد رویدادها، ۰/۷۸ و برای میزان استرس، ۰/۸۲ گزارش شده است (۲۰).

نتایج تحقیق مهاجر و همکاران (۲۰) نشان داد که به طور کلی رتبه‌بندی رویدادهای مهم زندگی تفاوت زیادی با تحقیق Paykel و همکاران (۲۳) ندارد. در تجزیه و تحلیل آن‌ها مشخص گردید که اگر رویدادی هیچ فشار روانی برای فرد به همراه نداشته باشد، به آن نمره ۱ و به رویدادی که بیشترین فشار روانی را داشته باشد، نمره ۲۰ تعلق می‌گیرد (۲۳، ۲۰).

پرسش‌نامه MMSE: از این پرسش‌نامه برای سنجش وضعیت شناختی سالمندان استفاده گردید که حداکثر نمره آن، ۳۰ می‌باشد. نمره بین ۳۰-۲۴ بیانگر سلامت شناختی و نمرات ۲۳ یا پایین‌تر نشان دهنده اختلال شناختی است. نمره بالای ۲۱ اختلالات شناختی خفیف، نمره ۲۰-۱۰ اختلال شناختی متوسط و نمره کمتر از ۹ اختلال شناختی شدید را نشان می‌دهد. پرسش‌نامه MMSE از ۱۱ سؤال تشکیل شده است و ۳۰ نمره دارد که شامل ۱۶ نمره برای زیرمقیاس حافظه و جهت‌یابی، ۵ نمره برای زیرمقیاس توجه و تمرکز، ۸ نمره برای ارزیابی توانایی‌های زبان و فهم و ۱ نمره برای توانایی دیداری فضایی است. از آن‌جایی که MMSE متداول‌ترین ابزار غربالگری اختلال شناختی در سطح جهان محسوب می‌شود، به زبان‌های مختلف ترجمه و در فرهنگ‌های مختلف استاندارد شده است.

مطالعه مقطعی فروغان و همکاران به منظور تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس MMSE و تهیه جدول هنجاری آن در سالمندان شهر تهران در دو مرحله صورت گرفت. در مرحله اول، آزمون بر روی ۱۰۱ شرکت کننده (با میانگین سنی ۶/۶ ± ۷۶/۳ سال) دارای تشخیص دمانس [بر مبنای معیارهای DSM-4th Edition (DSM-IV) و مقیاس تباهی همه جانبه] و ۱۰۴ همتای سالم با حداقل چهار کلاس سواد اجرا شد. در مرحله دوم، آزمون بر روی ۳۷۰ سالمند ساکن جامعه انجام و نتایج در سه گروه سنی و تحصیلی و هر دو جنس تنظیم گردید. نتایج آزمون از روایی رضایت‌بخشی برخوردار بود (α = ۰/۷۸) و در نقطه برش ۲۱، حساسیت ۹۰ درصد و ویژگی ۸۴ درصد به دست آمد. همبستگی نمرات با سن و سطح تحصیلات در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار بود (۲۴). پایایی پرسش‌نامه در پژوهش غضنفری و همکاران با توجه به مطالعه مقدماتی بر روی گروهی از بازنشستگان با ضریب همبستگی ۰/۷۶، مورد تأیید قرار گرفت. همچنین، روایی پرسش‌نامه مذکور با نظر متخصصان امر تأیید گردید (۲۵).

پرسش‌نامه BAI: این مقیاس ویژه بزرگسالان می‌باشد که در سال ۱۹۶۱ توسط Bell تدوین شد. پرسش‌نامه BAI ۱۶۰ سؤال دارد که هر سؤال از سه گزینه «بلی، خیر و نمی‌دانم» تشکیل شده است. او در زمینه سازگاری دو پرسش‌نامه ارایه کرد؛ یکی مربوط به دانش‌آموزان و دانشجویان و دیگری مربوط

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.7.8]

به بزرگسالان می‌باشد که پنج بعد سازگاری را در برمی‌گیرد. سؤالات مربوط به ابعاد مختلف سازگاری (سازگاری در خانه، سازگاری بهداشتی، سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی و سازگاری شغلی) به صورت پراکنده در BAI منظور شده‌اند و هر سؤال با انتخاب یکی از سه گزینه مذکور پاسخ داده می‌شود. نمره‌گذاری هر سؤال طبق جدول هنجار شده انجام می‌گیرد. در این آزمون فقط پاسخ‌های بلی یا خیر امتیاز دریافت می‌کنند. بر اساس جدول هنجار شده، به گزینه انتخابی عدد صفر یا یک تعلق می‌گیرد. نمره سازگاری فرد، برابر با مجموع امتیازاتی است که از تمام سؤالات به دست آورده است. علاوه بر نمره کل، می‌توان نمره‌های سازگاری فرد را در هر یک از ابعاد سازگاری در خانه، بهداشتی اجتماعی، عاطفی و شغلی محاسبه نمود که نشان دهنده میزان سازگاری فرد در آن بعد می‌باشد. لازم به ذکر است که نمرات در هر بعد به دو قسمت نمرات مربوط به نمونه‌های مرد و زن تقسیم می‌شود. سطح نمرات این دو گروه تا حدی با هم تفاوت دارد. مدت زمان اجرا برای نمره‌گذاری، ۵ دقیقه می‌باشد.

برای به دست آوردن نمرات مربوط به سازگاری در خانه، ابتدا نسبت به نمره‌گذاری پاسخ‌نامه از طریق تهیه کلید مطابق با نمونه کلید خانه اقدام شد. برای نمونه، کلید مربوط به سازگاری در خانه تحت عنوان کلید خانه بر روی پاسخ‌نامه قرار داده شد و دو مربع سیاه پایین و بالای صفحه را بر روی کلید خانه منطبق گردید؛ به طوری که هر دو مربع در پاسخ‌نامه و کلید خانه منطبق شدند. سپس تعداد مواردی که در پاسخ‌نامه علامت خورده است، شمارش و در پایین صفحه یادداشت گردید و در ادامه، همین الگو برای تهیه کلید مربوط به سازگاری تندرستی، سازگاری اجتماعی و سازگاری عاطفی، به کار گرفته شد و با تهیه کلید مربوط به هر معیار، شمارش علامت‌های هر معیار با سهولت انجام شد و پس از به دست آوردن نمرات کلیه معیارها، نمرات به دست آمده با هنجارهای پرسش‌نامه BAI مقایسه گردید و نمره کل به دست آمده برای بررسی سازگاری کلی مورد مقایسه قرار گرفت. در ضمن، علامت‌هایی که در قسمت استفهام (؟) پاسخنامه به عنوان «نمی دانم» درج شده بود، نمره‌گذاری نشد.

اعتبار آزمون- بازآزمون پرسش‌نامه BAI در راهنمای آزمون از مقادیر ۰/۷۰ تا ۰/۹۳ و ضریب همسانی درونی آن از ۰/۷۴ تا ۰/۹۳ گزارش شده است. ضرایب اعتبار (پایایی) برای خرده مقیاس‌های سازگاری در خانه، سازگاری بهداشتی، سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی و سازگاری شغلی و برای کل آزمون به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۱، ۰/۸۸، ۰/۹۱، ۰/۸۵ و ۰/۹۴ گزارش شده است. همچنین، این آزمون روایی بالایی در تشخیص گروه‌های بهنجار از نوروتیک دارد و همبستگی معنی‌داری را با آزمون شخصیت Eysenck نشان داد (۲۶). رضاخانی در مطالعه خود، روایی آزمون BAI را ۰/۹۴ محاسبه نمود و پایایی آن را برای پنج سطح سازگاری در خانه، سازگاری تندرستی، سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی، سازگاری شغلی و مجموع نمرات به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۱، ۰/۸۸، ۰/۹۱، ۰/۸۵ و ۰/۹۴ به دست آورد (۲۷). علاوه بر این، میزان پایایی پرسش‌نامه BAI توسط اعرابی، ۰/۹۸ گزارش شده است (۲۸). ضریب پایایی مقیاس مذکور در پژوهش حاضر ۰/۸۵ محاسبه شد که نشان دهنده ضریب پایایی خوبی است.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار نمره انواع اختلال سازگاری گروه‌های آزمایش و شاهد در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۱ ارایه شده است. بر اساس داده‌های به دست آمده، میانگین نمره اختلال سازگاری خانه، سازگاری سلامتی، سازگاری عاطفی، سازگاری شغلی و سازگاری اجتماعی در گروه آزمایش کاهش یافت. همچنین، میانگین نمره کل اختلال سازگاری در گروه آزمایش نیز با کاهش همراه بود.

در پژوهش حاضر برای بررسی اثر مداخله CBT بر کاهش اختلال سازگاری در سالمندان، از آزمون آنالیز کواریانس استفاده شد. پیش از اجرای آزمون، بررسی پیش شرط‌های آن الزامی است که چهار پیش شرط اولیه آزمون آنالیز کواریانس (نرمال بودن توزیع متغیرها، همگنی نمرات پیش‌آزمون دو گروه شاهد و آزمایش، خطی بودن همبستگی بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و همگونی واریانس) نمرات بررسی گردید و سطح معنی‌داری آزمون Kolmogorov-Smirnov برای تمام نمرات بیشتر از ۰/۰۵ به دست آمد. بنابراین، ادعای نرمال بودن توزیع نمرات اختلال در هر دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش پذیرفته می‌شود.

برای بررسی همگن بودن نمرات پیش‌آزمون گروه‌های شاهد و آزمایش با استفاده از آزمون Independent t، نمرات پیش‌آزمون اختلال سازگاری‌های خانه، سلامتی، عاطفی، شغلی، اجتماعی و نمره کل اختلال سازگاری سالمندان در دو گروه مقایسه گردید. نتایج مقایسه نمرات پیش‌آزمون در گروه‌های شاهد و آزمایش نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($P > ۰/۰۵$). بنابراین، نمرات پیش‌آزمون اختلال سازگاری در گروه‌های شاهد و آزمایش همگن بود.

نتایج حاصل از آزمون خطی بودن همبستگی بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون حاکی از آن بود که مقادیر F نمرات پیش‌آزمون در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار می‌باشد (جدول ۲) و این یافته نشان دهنده آن است که پیش‌فرض همبستگی بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون رعایت شده است.

جدول ۱. آمار توصیفی نمره انواع اختلال سازگاری (پیش‌آزمون و پس‌آزمون)

گروه	شاهد		آزمایش	
متغیر	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
نمره اختلال سازگاری خانه	۱۳/۸۶ ± ۲/۰۹	۱۳/۸۶ ± ۲/۱۳	۱۳/۶۶ ± ۲/۰۵	۸/۳۳ ± ۱/۶۷
نمره اختلال سازگاری سلامتی	۹/۶۶ ± ۲/۷۹	۹/۵۳ ± ۳/۰۲	۱۰/۴۶ ± ۳/۲۴	۸/۳۳ ± ۳/۱۳
نمره اختلال سازگاری عاطفی	۱۶/۲۶ ± ۳/۲۱	۱۵/۸۰ ± ۲/۹۳	۱۵/۹۳ ± ۳/۷۵	۱۲/۲۶ ± ۳/۴۵
نمره اختلال سازگاری شغلی	۱۱/۹۳ ± ۳/۱۵	۱۱/۷۳ ± ۲/۴۶	۱۲/۳۳ ± ۴/۲۵	۷/۶۷ ± ۳/۱۳
نمره اختلال سازگاری اجتماعی	۱۲/۳۳ ± ۳/۴۳	۱۱/۹۳ ± ۳/۰۳	۱۲/۲۶ ± ۳/۶۵	۷/۴۰ ± ۳/۱۸
نمره کل اختلال سازگاری	۶۴/۸۰ ± ۶/۴۱	۶۳/۴۰ ± ۵/۲۲	۶۴/۷۳ ± ۸/۹۵	۴۳/۰۶ ± ۴/۸۰

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.7.8]

جدول ۲. نتایج آزمون خطی بودن همبستگی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون (گروه آزمایش)

نمرات	آماره آزمون (F)	مقدار P
اختلال سازگاری خانه	۲۴/۹۳۴	< ۰/۰۰۱
اختلال سازگاری سلامتی	۱۱۲/۰۸۵	< ۰/۰۰۱
اختلال سازگاری عاطفی	۱۳۴/۷۶۳	< ۰/۰۰۱
اختلال سازگاری شغلی	۵۷/۲۴۲	< ۰/۰۰۱
اختلال سازگاری اجتماعی	۲۸/۷۷۴	< ۰/۰۰۱
اختلال سازگاری کل	۱۴/۹۸۱	۰/۰۰۱

همچنین، برای بررسی همگونی واریانس نمرات در دو گروه شاهد و آزمایش، از آزمون Leven استفاده شد. فرض صفر این آزمون همگونی واریانس نمرات در دو گروه و فرض مقابل عدم همگونی واریانس نمرات در دو گروه است و نشان داد که سطح معنی‌داری این آزمون برای تمام نمرات بیشتر از ۰/۰۵ بود. بنابراین، فرض صفر آزمون تأیید گردید و تمام نمرات دو گروه واریانس همگون داشتند.

پس از اطمینان از شرایط اولیه، برای بررسی اثربخشی روش CBT بر کاهش اختلال سازگاری در سالمندان، از آنالیز کواریانس استفاده شد. بر اساس نتایج آزمون خطی بودن همبستگی بین نمره پیش‌آزمون و پیگیری، کل مقدار F در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار بود؛ یعنی پس از خارج کردن تأثیر پیش‌آزمون، اختلاف معنی‌داری بین نمرات اختلال سازگاری دو گروه (شاهد و آزمایش) مشاهده شد. بنابراین، می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که روش CBT می‌تواند بر اختلال سازگاری مؤثر باشد.

برای اثبات اثربخشی روش CBT بر کاهش اختلال سازگاری در سالمندان، با توجه به فراهم بودن شرایط، آزمون آنالیز کواریانس مورد استفاده قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۳ خلاصه شده است. آزمون‌ها معنی‌دار بودند ($P < ۰/۰۵$)؛ بدین معنی که اثر مداخله (روش CBT) بر گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد تأثیر معنی‌داری در اختلال سازگاری داشت و با توجه به میانگین نمرات پس‌آزمون، این تأثیر مثبت بود؛ یعنی این روش بر کاهش اختلال سازگاری سالمندان تأثیر مثبتی داشت.

جهت بررسی بیشتر در مرحله پیگیری، از آزمون تحلیل واریانس دو عاملی با یک عامل مکرر برای مقایسه نمره اختلال سازگاری کل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارایه شده است. اثر کل آزمون در سطح خطای ۰/۰۵ معنی‌دار بود. بنابراین، اختلاف معنی‌داری بین نمرات سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری وجود داشت. با توجه به این که اثر گروه (گروه آزمایش و شاهد) نیز معنی‌دار بود؛ تنها در گروه آزمایش تفاوت معنی‌داری در کاهش نمره اختلال سازگاری کل به وجود آمد.

با توجه به معنی‌داری آزمون تحلیل واریانس دو عاملی با یک عامل مکرر، برای بررسی محل اختلاف در مراحل مختلف در گروه آزمایش، از آزمون تعقیبی Bonferroni تعدیل شده استفاده گردید. نتایج نشان داد که اختلاف معنی‌داری بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($P = ۰/۰۰۱$)، مراحل پیش‌آزمون و پیگیری ($P = ۰/۰۰۱$) و مراحل پس‌آزمون و پیگیری ($P = ۰/۰۰۱$) وجود داشت. بنابراین، معنی‌داری آزمون تحلیل واریانس دو عاملی با یک عامل مکرر، ناشی از اختلاف بین هر سه مرحله در گروه آزمایش بود. با توجه به میانگین نمره اختلال سازگاری، می‌توان گفت که پس از انجام مداخله، نمره اختلال سازگاری به طور معنی‌داری کاهش یافت. سپس در مرحله پیگیری نیز به صورت معنی‌داری چند واحد افزایش در اختلال رخ داد، اما با توجه به معنی‌داری اختلاف بین مرحله پیش‌آزمون و پیگیری، می‌توان به نتایج روش CBT امیدوار بود.

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر، اثربخشی روش CBT گروهی بر کاهش اختلال سازگاری در سالمندان مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که روش CBT بر کاهش اختلال سازگاری سالمندان مؤثر است. این روش بر دیدگاه فرد درباره خود و جهان اطراف خود تأکید دارد. بر اساس روش CBT، تجارب افراد به تشکیل فرض‌ها و یا طرحواره‌هایی درباره خویشتن و جهان می‌انجامد و این فرض یا طرحواره‌ها بر سازمان‌بندی ادراکی و کنترل و ارزیابی رفتار تأثیر می‌گذارد. بر اساس دیدگاه Beck، افسردگی نتیجه اختلال در فرایندهای شناختی و تفسیر غلط بیمار از رویدادهای اطرافش است. از نظر وی، روش CBT بیماران را به حل فعالانه مسایل و درگیری جرأت‌مندانه در محیط تشویق می‌کند و بر توانایی فرد جهت تفسیر و تغییر مناسب رویدادها تأکید می‌نماید (۱۲).

میانگین نمره اختلال سازگاری خانه در گروه آزمایش از ۱۳/۶۶۶ به ۸/۳۳۳ کاهش یافت و روش CBT در بهبود اختلال سازگاری خانه در سالمندان مؤثر بود. همچنین، ملاحظه می‌شود که میانگین نمره اختلال سازگاری سلامتی در گروه آزمایش از ۱۰/۴۶۶ به ۸/۳۳۳ کاهش پیدا کرد و روش CBT در بهبود اختلال سازگاری سلامتی در سالمندان تأثیر داشت. نتایج پژوهش‌های Chan و همکاران (۲۹) و Schulze و همکاران (۱۵) نشان داد که سالمندان ممکن است در مواجهه با دو یا چند بیماری مزمن، دچار اختلال سازگاری شوند و استرس ایجاد شده ناشی از آن، باعث اختلال در پردازش شناختی- عاطفی در زمینه فهم و ادراک بیماری و تنظیم هیجانات فردی در رابطه با سازگاری می‌گردد که با درک عمیق‌تر از فرایند بیماری، می‌توان منجر به بهبود کیفیت زندگی شد.

جدول ۳. نتایج آزمون‌های آنالیز کواریانس اثربخشی روش CBT (Cognitive behavioral therapy) بر کاهش اختلال سازگاری در سالمندان

نمرات	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	آماره آزمون (F)	مقدار P	اندازه اثر
اختلال سازگاری خانه	۲۱۸/۶۰۲	۲۱۸/۶۰۲	۱۱۰/۱۵۰	< ۰/۰۰۱	۰/۸۰۳
اختلال سازگاری سلامتی	۲۷/۴۰۳	۲۷/۴۰۳	۱۴/۳۷۹	۰/۰۰۱	۰/۳۴۷
اختلال سازگاری عاطفی	۷۹/۲۴۱	۷۹/۲۴۱	۴۴/۶۱۱	< ۰/۰۰۱	۰/۶۲۳
اختلال سازگاری شغلی	۱۳۹/۲۱۰	۱۳۹/۲۱۰	۵۲/۷۶۲	< ۰/۰۰۱	۰/۶۶۱
اختلال سازگاری اجتماعی	۱۵۱/۲۷۹	۱۵۱/۲۷۹	۳۱/۱۸۸	< ۰/۰۰۱	۰/۵۳۶
اختلال سازگاری کل	۳۰۹۰/۹۰۴	۳۰۹۰/۹۰۴	۱۸۴/۱۷۶	< ۰/۰۰۱	۰/۸۷۲

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.7.8]

جدول ٤. مقایسه میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و شاهد

مرحله	گروه	میانگین ± انحراف معیار
پیش‌آزمون	آزمایش	۶۴/۷۳ ± ۵/۹۶
	شاهد	۶۴/۸۰ ± ۶/۶۱
پس‌آزمون	آزمایش	۴۳/۰۷± ۴/۸۰
	شاهد	۶۳/۴۰ ± ۵/۲۲
پیگیری	آزمایش	۴۴/۹۳ ± ۴/۳۷
	شاهد	۶۴/۴۰± ۴/۵۳
آزمون تحلیل واریانس دو عاملی با یک عامل مکرر	اثر کل	F = ۱۱۹/۶۳۳ ،P = ۰/۰۰۱
	اثر گروه	F = ۶۲/۵۹۰ ،P = ۰/۰۰۱

صالح‌زاده و همکاران نیز در مطالعه خود، تأثیر گروه درمانی CBT را بر بهبود افسردگی بیماران مبتلا به صرع موفقیت‌آمیز ارزیابی نمودند (۳۰). Cristea و همکاران با بررسی ۲۶ پژوهش از سال ۲۰۰۲ که بر روی کیفیت مطالعه روش CBT بر روی بزرگسالان مبتلا به افسردگی انجام شد، نشان دادند که این شیوه درمان با کاهش افکار ناکارامد، سبب بهبود افسردگی می شود و اثر بهبود آن در ۴ پژوهش با دارو درمانی برابر بود (۱۶). همچنین، یافته‌های پژوهش Freedland و همکاران حاکی از آن بود که مداخله CBT منجر به کاهش افسردگی و خودمراقبتی بهتر بیماران قلبی شد. همچنین، این روش باعث کاهش میزان اضطراب و خستگی، بهبود عملکرد اجتماعی و کیفیت بهتر زندگی مرتبط با سلامت این بیماران گردید (۱۷).

میانگین نمره اختلال سازگاری عاطفی در گروه آزمایش از ۱۵/۹۳۳ به ۱۲/۲۶۶ کاهش یافت. بنابراین، مداخله CBT در بهبود اختلال سازگاری عاطفی در سالمندان مؤثر می‌باشد. نتایج تحقیق Zhang و همکاران نشان داد که وجود پشتیبانی عاطفی کم در دوران کودکی، مصرف مقدار زیادی از داروهای سوماتیک، وجود اختلال شناختی و شاخص توده بدنی پایین‌تر و ابتلا به سایر اختلالات روان‌شناختی، افراد را بیشتر مستعد اضطراب فراگیر می‌کند (۳۱). در پژوهش دیگری نیز Arch و همکاران به این نتیجه رسیدند که هر دو گروه درمان ذهن‌آگاهی و CBT، باعث بهبود قابل توجهی در درمان اختلالات عمده می‌شوند و در پیگیری سه ماهه، درمان CBT در بهبود اختلالات عاطفی و خلقی نسبت به درمان ذهنی‌آگاهی مؤثرتر بود (۱۸). همچنین، اسکندری و همکاران نتیجه‌گیری کردند که مداخله CBT بر افزایش تصور از خود و کاهش عواطف منفی در بیماران مبتلا به پراشتهایی عصبی مؤثر است (۳۲). بنابراین، به نظر می‌رسد که شیوه‌های CBT کمک می‌کند تا سالمندان بتوانند با ممانعت از تحریف‌های شناختی (تفکر همه یا هیچ، برچسب‌زنی شتاب‌زده، تعمیم افراطی و فاجعه‌سازی)، در برقراری ارتباطات عاطفی موفق‌تر عمل کنند و به سازگاری عاطفی برسند.

میانگین نمره اختلال سازگاری شغلی در گروه آزمایش از ۱۲/۳۳۳ به ۷/۶۶۶ کاهش یافت و مداخله CBT در بهبود اختلال سازگاری شغلی در سالمندان تأثیر داشت. نتایج تحقیق Zhang و همکاران نشان داد که زنان خانه‌دار بیشتر از مردان به اضطراب فراگیر مبتلا می‌شوند (۳۱). Norton و همکاران نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که در یک گروه از زنان خانه‌دار بالای ۶۵ سال دارای علایم اضطرابی، محدودیت‌های اجتماعی و محدودیت‌هایی در فعالیت‌های خانه، تحرک و محدودیت‌های ابزاری در زندگی روزمره مشاهده شد. همچنین، نشان داد که اضطراب یک پیش‌بینی قدرتمند از محدودیت فعالیت در سالمندان و مستقل از همبودی با افسردگی در آنان است (۳۳). به نظر می‌رسد که به علت نبود انگیزه و هدف مشخص در افراد خانه‌دار و بازنشسته و داشتن فراغت زیاد بدون برنامه‌ریزی و تغییر سناریو ناشی از بازنشستگی، احتمال قرار گرفتن افراد در سیکل منفی افسردگی همراه با اختلال سازگاری بیشتر است. بنابراین، با مداخله CBT و تمرکز بر موقعیت کنونی و ایجاد باورهای سازگارانه‌تر، می‌توان به درمان اختلال سازگاری شغلی در سالمندان پرداخت.

میانگین نمره اختلال سازگاری اجتماعی در گروه آزمایش از ۱۲/۲۶۶ به ۷/۴۰۰ کاهش پیدا کرد و مداخله CBT در بهبود اختلال سازگاری اجتماعی در سالمندان مؤثر بود. Chan و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که بین فرهنگ و سازگاری اجتماعی افراد رابطه وجود دارد (۲۹). در تحقیق امانی مشخص شد که درمان CBT گروهی، بر سازگاری فردی و اجتماعی بازنشستگان آموزش و پرورش شهر همدان مؤثر بود، اما بر افزایش سطح سازگاری جسمانی تأثیری نداشت (۳۴). Davidson و Spring نیز در تحقیق خود به بررسی رابطه حمایت اجتماعی مشاهده نشده و رفتارهای سازگاری جوانان پرداختند و نتیجه گرفتند که ارتباط معنی‌داری بین حمایت اجتماعی و رفتارهای سازگارانه دانش‌آموزان وجود دارد (۳۵). در تبیین این امر می‌توان گفت، به نظر می‌رسد که با استفاده از فنون تمرکز فکر و توجه برگردانی جهت تحمل حالت خلقی ناکارامد و استفاده از فعالیت‌های مغایر با حالت‌های خلقی موجود و یادآوری گذرا بودن حالت خلقی و استفاده از شیوه‌های آرمیدگی به منظور مقابله با استرس ناشی از تنش‌های خارج از خانه و محیط پیرامون و کمبود حمایت‌های اجتماعی، می‌توان به درمان اختلال سازگاری اجتماعی پرداخت (۳۵).

میانگین نمره کل اختلال سازگاری در گروه آزمایش از ۶۴/۷۳۳ به ۴۳/۰۶۶ کاهش یافت و مداخله CBT در بهبود اختلال سازگاری در سالمندان تأثیر داشت. همچنین، نتایج آزمون‌ها معنی‌دار بود (P < ۰/۰۵)؛ بدین معنی که اثر مداخله تأثیر معنی‌داری بر گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد در متغیر اختلال سازگاری داشت و با توجه به میانگین نمرات پس‌آزمون، این تأثیر مثبت بود؛ یعنی مداخله CBT بر کاهش اختلال سازگاری سالمندان تأثیر داشت که در این زمینه نتایج پژوهش‌های Cristea و همکاران (۱۶)، Freedland و همکاران (۱۷)، Davidson و Spring (۳۵)، Antonuccio و همکاران (۳۶) و Fava و همکاران (۳۷) با یافته‌های مطالعه حاضر همسو بود.

سپاسگزاری

مطالعه حاضر برگرفته از رساله دکتری مصوب دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران می‌باشد. بدین وسیله از استادان محترم، همکاران و سالمندان گرامی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.7.8]

References

1. World Health Organization. A global response to elder abuse and neglect: Building primary health care capacity to deal with the problem world-wide: Main report; Geneva, Switzerland: WHO; 2008.
2. Laidlaw K, Thompson LW, Dick-Siskin L, Gallagher-Thompson D. Cognitive behavior therapy with older people. Trans. Zarani F, Ferdosi T, Bagherian Sararoudi R, Islami Shahr Babaki H, Goodarzi N. Tehran, Iran: Jeihoon Publications; 2008. [In Persian].
3. Knight BG, Satre DD. Cognitive behavioral psychotherapy with older adults. Clin Psychol 1999; 6(2): 188-203.
4. Berk LE. Development through the lifespan. Trans. Mohammadi SY. Tehran, Iran: Arasbaran Publications; 2013. [In Persian].
5. Boelen PA, Prigerson HG. The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults: A prospective study. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2007; 257(8): 444-52.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM). Trans Mohammadi SY. Tehran, Iran: Ravan Publications; 2014. [In Persian].
7. Butcher J, Mineka S, Hooley J. Abnormal psychology. Trans. Mohammadi SY. Tehran, Iran: Arasbaran Publications; 2011. [In Persian].
8. Sadock BJ, Kaplan HI. Kaplan and Sadock synopsis of psychiatry. Trans. Ganji H. Tehran, Iran: Savalan Publications; 2014. [In Persian].
9. Berg R, Landreth GL, Fall KA. Group counseling (concepts and procedures). Trans Zahrakar K, Paniankoy F, Kahlooei Z. Tehran, Iran: Arasbaran publications; 2009. [In Persian].
10. Gelder MG, Gath D, Mayou R. Oxford textbook of psychiatry. 1989; Trans. Pour Afkari N. Tabriz, Iran: Zoghi Tabrizi Publications; 1989. [In Persian].
11. Neimeyer RA, Keesee NJ, Fortner BV. Loss and meaning reconstruction: Propositions and procedures. In: Malkinson R, Rubin S, Witztum E, Editors. Traumatic and Nontraumatic Loss and Bereavement: Clinical Theory and Practice. Madison, CT: Psychosocial Press; 2000.
12. Bowers WA. Treatment of depressed in-patients. Cognitive therapy plus medication, relaxation plus medication, and medication alone. Br J Psychiatry 1990; 156: 73-8.
13. Gauthier AH, Smeeding TM. Time use at older ages: Cross-national differences. Research on Aging 2003; 25(3).
14. Clark R, Anderson NB, Clark VR, Williams DR. Racism as a stressor for African Americans. A biopsychosocial model. Am Psychol 1999; 54(10): 805-16.
15. Schulze T, Maercker A, Horn AB. Mental health and multimorbidity: Psychosocial adjustment as an important process for quality of life. Gerontology 2014; 60(3): 249-54.
16. Cristea IA, Huibers MJ, David D, Hollon SD, Andersson G, Cuijpers P. The effects of cognitive behavior therapy for adult depression on dysfunctional thinking: A meta-analysis. Clin Psychol Rev 2015; 42: 62-71.
17. Freedland KE, Carney RM, Rich MW, Steinmeyer BC, Rubin EH. Cognitive behavior therapy for depression and self-care in heart failure patients: A randomized clinical trial. JAMA Intern Med 2015; 175(11): 1773-82.
18. Arch JJ, Ayers CR, Baker A, Almklov E, Dean DJ, Craske MG. Randomized clinical trial of adapted mindfulness-based stress reduction versus group cognitive behavioral therapy for heterogeneous anxiety disorders. Behav Res Ther 2013; 51(4-5): 185-96.
19. Delavar A. Theoretical and scientific principles of research in humanities and social sciences. Tehran, Iran: Roshd Publications; 2016. [In Persian].
20. Mohajer M, Mottaghi Pour Y, Katooziyan B. Rating and stressful life events. Pajouhesh Dar Pezeshki 1990; 14(1-2): 33-48. [In Persian].
21. Gall MD, Gall JP, Borg WP. Educational research: An introduction. Pearson; 1996.
22. Craig AW. Cognitive-behavioral therapy for medical chronic disorders. Trans. Moludi R, Fattahi K. Tehran, Iran: Arjomand Publications; 2011. [In Persian].
23. Paykel ES, Myers JK, Dienelt MN, Klerman GL, Lindenthal JJ, Pepper MP. Life events and depression. A controlled study. Arch Gen Psychiatry 1969; 21(6): 753-60.
24. Foroughan M, Jafari Z, Shirinbayan P, Ghaem Magham Farahani Z, Rahgozar M. Normalization of mini mental status examination in seniors living in Tehran. Adv Cogn Sci 2008; 10(2): 29-37. [In Persian].
25. Ghazanfari F, Hashemi S, Sepahvand R. The survey for relation between cognitive status and life quality in older people at army retired community in Khorramabaad -2011. Nurse and Physician within War 2013; 3(21-22): 11-7. [In Persian].
26. Fathi Ashtiyani A, Dastani M. Psychological tests-personality evaluation and mental health. Tehran, Iran: Beasat Publications; 2009. [In Persian].
27. Rezakhani S. Normalization of Bell Adjustmentt Inventory [MSc Thesis]. Roodehen, Iran: Roodehen Branch, Islamic Azad University; 1998. [In Persian].
28. Aarabi S. The effectiveness of teaching life skills on social adjustment of female teenagers participating in leisure time programs of Isfahan Welfare Organization [MSc Thesis]. Isfahan, Iran: Khorasgan Branch, Islamic Azad University; 2001. [In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.7.8]

29. Chan SM, Chiu FK, Lam CW, Wong SM, Conwell Y. A multidimensional risk factor model for suicide attempts in later life. Neuropsychiatr Dis Treat 2014; 10: 1807-17.
30. Salehzadeh M, Kalantari M, Moulavi H, Najafi Mr, Ebrahimi A. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on depression in intractable epileptic patients. Adv Cogn Sci 2010; 12(2): 59-68. [In Persian].
31. Zhang X, Norton J, Carriere I, Ritchie K, Chaudieu I, Ancelin ML. Generalized anxiety in community-dwelling elderly: Prevalence and clinical characteristics. J Affect Disord 2015; 172: 24-9.
32. Eskandari M, Bagheri M, Perak K. The influence of cognitive-behavioural stress management therapy on self-concept personality trait and negative emotions in women with Bulimia nervosa disorder. Behbood J 2013; 17(12): 767-72. [In Persian].
33. Norton J, Ancelin ML, Stewart R, Berr C, Ritchie K, Carriere I. Anxiety symptoms and disorder predict activity limitations in the elderly. J Affect Disord 2012; 141(2-3): 276-85.
34. Amani R. Effectiveness of group cognitive therapy on adjustment improvement in retired teachers of Hamedan City [MSc Thesis]. Tehran, Iran: Allameh Tabataba'i University; 2000. [In Persian].
35. Davidson KW, Spring B. Developing an evidence base in clinical psychology. J Clin Psychol 2006; 62(3): 259-71.
36. Antonuccio DO, Thomas M, Danton WG. A cost-effectiveness analysis of cognitive behavior therapy and fluoxetine (prozac) in the treatment of depression. Behav Ther 1997; 28(2): 187-210.
37. Fava GA, Savron G, Grandi S, Rafanelli C. Cognitive-behavioral management of drug-resistant major depressive disorder. J Clin Psychiatry 1997; 58(6): 278-82.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.7.8]

Effectiveness of Group Cognitive Behavioral Therapy on Reduction of Adjustment Disorder in the Elderly

Mina Pourfarokh[1], Reza Karaminia[2], Hassan Ahadi[3]

Original Article

Abstract

Aim and Background: The aim of this study was the evaluation of the effectiveness of group cognitive behavioral therapy (CBT) on the reduction of adjustment disorder in elderly individuals.

Methods and Materials: This was a semi-experimental and empirical study. The statistical population consisted of elderly individuals referring to daily rehabilitation centers and the Institute of Jahan Didegan in Tehran, Iran, for treatment and promotion of their psychological status. Subjects were selected via simple random and convenience sampling method. First, the Critical Life Event Inventory (CIEI) and Mini-Mental State Examination (MMSE) were completed through clinical interviews. Then, by performing the Bell Adjustment Inventory (BDI), those with adjustment disorder were identified based on the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th Edition (DSM-V) criteria. Among the individuals with adjustment disorder, 30 elderly individuals were selected randomly and divided into 2 groups (N = 15 in each) of cognitive-behavior therapy (experimental) and control (waiting list). Finally, the posttest and 1-month fallow-up were conducted for both groups.

Findings: ANOVA and Tukey test results revealed that there was a significant difference between the mean posttest and follow-up scores of the cognitive-behavioral therapy group on the reduction of adjustment disorder in elderly individuals (P = 0.001).

Conclusions: CBT was effective on reducing adjustment disorder in elderly individuals.

Keywords: Elderly, Adjustment disorder, Cognitive behavioral therapy, Group therapy

Citation: Pourfarokh M, Karaminia R, Ahadi H. **Effectiveness of Group Cognitive Behavioral Therapy on Reduction of Adjustment Disorder in the Elderly.** J Res Behav Sci 2017; 15(2): 189-97.

Received: 17.04.2017 Accepted: 15.06.2017

1- PhD Student, Department of Psychology, School of Humanities and Social Sciences, Science and Research Branch, Islamic Azad university, Tehran, Iran
2- Professor, Department of Psychology, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3- Professor, Department of Consulting, School of Humanities and Social Sciences, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
Corresponding Author: Reza Karaminia, Email: reza.karaminia@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.7.8]