

بررسی اثربخشی شناخت رفتار درمانگری سالمندی (CBTO) بر ارتقاء خودکارآمدی، سازگاری اجتماعی و عملکرد جنسی سالمندان مبتلا به بیماری پارکینسون (PD)

زیبا برقی ایرانی*، مهناز علی اکبری دهکردی**، احمد علی پور***

دریافت مقاله:

۱۳۹۴/۴/۳

پذیرش:

۱۳۹۴/۶/۱۴

چکیده

مقدمه و هدف: بیماری، بخصوص بیماری‌های مزمن در سالمندان شیوه زندگی آنان را تغییر می‌دهد. بیماری پارکینسون نیز نوعی اختلال تحلیل برنده سیستم عصبی مرکزی در سالمندی است. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی شناخت رفتار درمانگری سالمندی (CBTO) بر ارتقاء خودکارآمدی، سازگاری اجتماعی و عملکرد جنسی سالمندان مبتلا به بیماری پارکینسون (PD) انجام شد.

روش: در این مطالعه روش پژوهش بصورت نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه از جامعه آماری سالمندان مبتلا به پارکینسون در نظر گرفته شد، نمونه‌های پژوهش شامل ۴۰ نفر از بیماران پارکینسون مرکز تحقیقات مغز و اعصاب و کلینیک تخصصی پارکینسون دکتر شهیدی شهر تهران بود که با توجه به ملاکهای ورود و خروج شرایط حضور در پژوهش را داشتند به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. گروه آزمایشی تحت درمان شناختی-رفتاری سالمندی در ۱۰ جلسه قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس خودکارآمدی شرر (GSES)، پرسشنامه عملکرد جنسی زنان و مردان و مقیاس سازگاری اجتماعی بل استفاده شد. داده‌های جمع‌آوری شده به روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون‌های تعقیبی LSD مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان شناختی-رفتاری بر خودکارآمدی، سازگاری اجتماعی و عملکرد جنسی مؤثر است ($P \leq 0/001$). و نتایج آزمون‌های تعقیبی LSD نشان داد متغیرهای خودکارآمدی سازگاری اجتماعی در هر سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری معنی‌دار می‌باشد. ولی متغیر عملکرد جنسی در دو مرحله پس آزمون - پیگیری از لحاظ آماری معنی‌دار نیست و بنابراین تا پذیرش و گسترش این قبیل یافته‌ها راه درازی در پیش است.

نتیجه‌گیری: تلویحات حاصل از یافته‌های پژوهش در قلمروهای بالینی و مرضی از زاویه استلزام اصلاح نظام مراقبت بهداشتی سالمندان در سطح دیدگاهها و اقدامات عملی مورد بحث قرار گرفتند و در حد خطوط کلی نتایج پژوهش نشان داد که مداخله‌گری‌های مبتنی بر شناخت رفتار درمانگری بر مولفه‌های مختلف سلامت سالمندان مبتلا به پارکینسون به ویژه سلامت روانی آنها اثر معناداری داشته است.

کلید واژه‌ها: شناخت رفتاردرمانگری سالمندان (CBTO)، خودکارآمدی، سازگاری اجتماعی، عملکرد جنسی، سالمندان، پارکینسون.

* استادیار گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور تهران (نویسنده مسئول) E-mail: kimia2010@gmail.com

** دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور تهران

*** استاد گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور تهران

مقدمه

بهبود شرایط زندگی، مراقبت‌های بهداشتی و درمانی و افزایش طول عمر و امید به زندگی پدیده سالمندی را در جوامع به دنبال داشته است (کینسال و فلیپس^۱، ۲۰۰۵). پدیده افزایش جمعیت سالمندان یکی از مهمترین چالش‌های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی در قرن بیست و یکم به شمار می‌رود (لانفیلد^۲، ۲۰۰۸؛ کالاج و همکاران^۳، ۲۰۰۹). سالمندی دوران حساسی از زندگی است و توجه به مسایل و نیازهای این مرحله یک ضرورت اجتماعی است (مسعودی و همکاران، ۲۰۱۰). در ایران جمعیت بالای ۶۰ سال تا سال ۲۰۲۰ حدود ۱۰ میلیون نفر و تا سال ۲۰۵۰ به بیش از ۲۶ میلیون نفر خواهد رسید (علیپور و همکاران، ۲۰۰۸). طبق آمار مذکور می‌توان گفت ایران در شرایط فعلی در حال گذر از جمعیت جوان به جمعیت میانسال است و به زودی به کشورهای با ترکیب جمعیتی پیر خواهد پیوست (شریفی‌زاده و همکاران، ۲۰۱۰). علی‌رغم، رشد جمعیت سالمندان و تغییرات هرم جمعیتی کشور هنوز بر روی نیازهای سالمندان به‌عنوان یک گروه آسیب‌پذیر جامعه تمرکز نشده است (ادیب- حاج باقری و آقا حسینی، ۲۰۰۷). بنابراین نیاز به انجام مطالعات عمیق، وسیع و مؤثر بر روی موضوعات وابسته به جمعیت سالمندان احساس می‌شود. افرادی که در سنین کهولت و از

کارافتادگی قرار می‌گیرند اکثراً مشکلات متعددی از قبیل، عدم تحرک و فعالیت (اسکوزاتا و همکاران^۴، ۲۰۰۶)، وضعیت اجتماعی و اقتصادی نامطلوب (اینوایی و پدرازانی^۵، ۲۰۰۷)، بیماری‌های جسمی، تنهایی (چانگ و همکاران، ۲۰۰۷)، افسردگی، خودکشی و یأس شدید (آدامز و سامرز^۶، ۲۰۱۰؛ مک اینز و وایت^۷، ۲۰۱۱) را تجربه می‌کنند که این عوامل بر عملکرد جنسی آنها تأثیر می‌گذارد.

اختلال عملکرد جنسی^۸ بر کیفیت زندگی میلیون‌ها مرد و شریکان جنسی آنها در جهان اثر می‌گذارد و بسیاری از آنها ترجیح می‌دهند در سکوت رنج بکشند (شیرمحمدی، ۲۰۰۴). سازمان بهداشت جهانی، بهداشت جنسی را یکپارچگی و هماهنگی میان ذهن، احساس و جسم می‌داند که جنبه‌های اجتماعی و عقلانی انسان را در مسیر ارتقاء شخصیت او سوق داده و منجر به ایجاد ارتباط و عشق می‌شود. لذا هرگونه اختلال که منجر به ناهماهنگی و در نتیجه عدم رضایت از رابطه جنسی شود، می‌توان اختلال عملکرد جنسی را به همراه داشته باشد (آمیدو و همکاران^۹، ۲۰۱۰). معیار راهنمایی طبقه بندی بیماری‌ها^{۱۰} (ICD-10) اختلال عملکرد جنسی را ناتوانی فرد برای شرکت در رابطه جنسی دلخواه می‌داند که می-

4. Sguizzatto, Garcez-Leme & Casimiro
5. Inouye & Pedrazzani
6. Adams & Sanders
7. McInnis & White
8. Erectile Dysfunction
9. Amidu, Owiredo, Woode, Mensah, Quaye & Alhassan
10. International Classification of Diseases (ICD)

1. Kinsella & Phillips
2. Lunenfeld
3. Kalache, Aboderin & Hoskins

(۱۹۹۶؛ به نقل از خدایاری فرد، ۲۰۱۰) سازگاری اجتماعی را فرایندی می‌دانند که فرد را قادر می‌سازد تا از طرفی رفتار دیگران را، درک و پیش‌بینی نماید و از طرف دیگر رفتار خود را، کنترل کند تا نهایتاً تعاملات اجتماعی خود را، تنظیم نماید. در مجموع سازگاری به عنوان مسئله اصلی سلامت روان می‌توان زیربنای عملکرد خوب، تسهیل‌کننده نقش اجتماعی و رضایت بیشتر از زندگی باشد از سوی دیگر، وجود ناسازگاری علاوه بر ایجاد مشکل در عوامل فوق باعث بروز مشکل در روابط اجتماعی، گرایش به انحراف‌های اجتماعی و اخلاق و افول ارزشهای فرهنگی در فرد می‌شود (گرینو و پاستورلی، ۲۰۰۳؛ وای برانت، ۵، ۲۰۰۸). نتایج مطالعات نشان می‌دهد که سازگاری اجتماعی با روابط بین فردی سازش یافته، ساختارهای اجتماعی مطلوب رابطه مثبت و با احساس انزوا، تنهایی و رفتارهای ضد اجتماعی رابطه منفی دارد (پارک و همکاران، ۶، ۲۰۱۲).

از جمله عوامل تأثیرگذار دیگر بر رضایت از زندگی سالمندان خودکارآمدی است، که در واقع باورهای خودکارآمدی تعیین می‌کنند که انسانها چه اندازه برای انجام کارهایشان زمان می‌گذارند، هنگام برخورد با دشواری‌ها تا چه مدت مقاومت می‌کنند و در برخورد با موقعیت‌های گوناگون چه اندازه نرمش‌پذیرند (رجبی، ۲۰۰۶؛ ربیعی و همکاران، ۲۰۱۳). باور خودکارآمدی یک عامل حیاتی در موفقیت یا

تواند ناشی از مشکلاتی با منشاء زیست‌شناختی و تعارضات روانی باشد (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۳؛ به نقل از موسوی، نوقابی، هوشمند، مهران، علویان و محبی، ۱۳۹۲). نتایج مطالعات نشان می‌دهد که هر نوع مشکلات زیست‌شناختی، تعارضات روانی یا بین فردی، استرس، اختلالات هیجانی، افسردگی، اضطراب، مشکلات روابط بین زن و شوهر، ناآگاهی از فیزیولوژی و کارکرد جنسی روی عملکرد جنسی تأثیرگذار باشد (فلدمن و گلدشتاین، هازی چریتسو، کران و مک کینلی، ۱، ۲۰۰۸).

یکی از مهم‌ترین نشانه‌های سلامت روان سازگاری اجتماعی^۲ است، سازگاری اجتماعی از جمله مباحثی است که توجه بسیاری از روانشناسان را به خود جلب کرده است. رشد اجتماعی مهم‌ترین جنبه رشد هر شخص محسوب می‌شود. معیار اندازه‌گیری رشد اجتماعی فرد سازگاری او با دیگران است. رشد اجتماعی، نه تنها در سازگاری با اطرفیانی که فرد با آنها در ارتباط است مؤثر است، بلکه در میزان موفقیت شغلی و اجتماعی شخص نیز تأثیر دارد (روبینسون و روبینسون، ۳، ۲۰۰۹). اسلبی و گورا (۱۹۸۸؛ به نقل از خدایاری فرد، ۲۰۱۰) سازگاری اجتماعی را مترادف با مهارت اجتماعی توصیف نمودند که عبارتست از توانایی برقراری ارتباط متقابل با دیگران به طریقی خاص که در عرف جامعه قابل قبول باشد. در حالی که اسلوموسکی و دان^۴

1. Feldman, Goldstein, Hatzichristou, Krane & McKinlay
2. Social adjustment
3. Robbinson & Robinson
4. Slomowski & Dunn

5. Ybrandt

6. Park, Edmondson & Lee

شکست در سراسر زندگی انسان محسوب می‌شود (چانگ و همکاران^۱، ۲۰۰۷). برای یک فرد سالمند هرچه استقلال و توانایی انجام کار بیشتر حفظ شود به دنبال آن احساس رضایت بیمار از زندگی بیشتر می‌شود و در صورت عدم برخورداری از خودکارآمدی، ناامیدی و پوچی بروز می‌کند (قلی‌زاد و شیروانی، ۲۰۱۰؛ سینگ و شوکلا، ۲۰۱۰). نتایج مطالعات نشان می‌دهد که خودکارآمدی سالمندانی که در سرای سالمندان زندگی می‌کنند کمتر از سالمندانی است که در منزل می‌باشد (ترکی و همکاران، ۲۰۱۱).

یکی از رویکردها درمانی که می‌تواند بر خودکارآمدی، سازگاری و عملکرد جنسی سالمندان مؤثر باشد و تاکنون مورد توجه پژوهشگران قرار نگرفته، درمان‌های شناختی-رفتاری^۲ است. در طی پنجاه سال گذشته درمان‌های شناختی رفتاری جزء مهمی از درمان‌های روانشناختی مؤثر برای بسیاری از مشکلات بوده است (خدایاری فرد، ۲۰۰۳). درمان شناختی رفتاری شامل روش‌های مختلفی است که وجه اشتراک تمام آن‌ها تأکید بر نقش فرآیندهای شناختی رفتاری در شکل‌گیری و تداوم اختلالات روانشناختی و به‌کارگیری روش‌های تجربی مبتنی بر رفتارگرایی و شناخت‌گرایی برای درمان و کنترل پاسخ نادرست است (خدایاری فرد، ۲۰۰۳). از سوی دیگر هنگام شروع کار با سالمندان به‌ویژه در موقع بروز بیماری‌های جسمانی، اضطراب اینکه آیا روی آوردهای روانشناختی برای بیماران

مفید خواهد بود امری بسیار طبیعی است. کاربرد روان‌درمانگری برای درمان وقتی ناتوانی یک عامل سببی مهم در بروز بیماری شخص است، می‌تواند بسیار چالش‌انگیز باشد. احساس بی‌مهارتی و ناامیدی درباره مداخله‌گریهای درمانی ممکن و پیامدهای آن موضوعی بسیار طبیعی است (سیبروگس و همکاران^۳، ۲۰۱۱). موریس و موریس (۱۹۹۱؛ به نقل از کورنستین و همکاران^۴، ۲۰۰۷) اظهار می‌دارند که بنا به دلایلی مداخله‌گری‌های رفتاری-شناختی می‌تواند به‌ویژه بر سالمندان مؤثر باشد، چون این مداخله بر اینجا و اکنون تمرکز می‌کنند، مهارت‌ها را افزایش داده و به عمل در می‌آورند، دارای ساختار هستند و ماهیتی سازمان یافته دارند، هدف محور و بر خود‌بازنگری تأکید دارند.

زالاکویت و استینس^۵ (۲۰۰۶) در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که درمان‌های شناختی رفتاری و روان‌درمانی بین فردی بر خودکارآمدی و سازگار اجتماعی سالمندان مؤثر هستند. گرانهولم و همکاران^۶ (۲۰۰۷) در مطالعه‌ای دریافت با تکنیک آموزش مهارت‌های زندگی رفتاری-شناختی بر سالمندانی می‌توان سطح عملکرد اجتماعی را بهبود بخشید و میزان افسردگی و خطاهای شناختی را کاهش داد. نتایج مطالعات بوتوین و کانتو (۲۰۱۰؛ به نقل از لوواتو و همکاران، ۲۰۱۴) نشان می‌دهد که آموزش مهارت‌های شناختی رفتاری به سالمندان

3. Sebrogts, Falgerp, Appel, kester & Bar

4. Gorenstein, Tager, Shapiro, Monk & Sloan

5. Zalaquett & Stens

6. Granholm and et al.

1. Chang, Crogan & Wung

2. Cognitive Behavioral Therapy

باشد. با این حال اگر مشکلات روانشناختی در افراد سالمند درمان نشده رها شود به‌ویژه اگر سالمندان این مشکلات را نوعی واکنش و بنابراین پدیده‌ای قطعی بدانند این موضوع سبب به‌وجود آمدن بیماری‌های روانی و جسمانی می‌شود و می‌تواند به مرگ زودرس منجر شود. با تاملی دوباره آنچه از نظر گذشت پژوهش حاضر در قسمت مهمی از چشم اندازهای فرا روی خود به دنبال واکاوی بیشتر این مسئله است. که آیا شناخت رفتار درمانگری سالمندی (CBTO) بر ارتقاء خودکارآمدی، سازگاری اجتماعی و عملکرد جنسی سالمندان مبتلا به بیماری پارکینسون مؤثر است؟

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی بوده و در آن از طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. در این طرح تحقیق هر دو گروه سه بار مورد اندازه‌گیری قرار گرفتند. اندازه‌گیری اول با اجرای یک پیش‌آزمون و اندازه‌گیری دوم با یک پس‌آزمون و اندازه‌گیری سوم برای تعیین این که آیا روش‌های درمانی تداوم خواهد داشت یا نه پس از گذشت یک ماه پس از اتمام دوره درمان مجدد انجام شد تا بتوان تداوم اثر بخشی درمان را مورد بررسی قرار داد.

نه تنها سطح کیفیت زندگی آنها را بهبود می‌بخشد بلکه میزان تصمیم‌گیری، خودمدیریتی فردی و توانایی‌های حل مسأله شناختی را نیز بهبود می‌بخشد. نتایج مطالعات رسینگ و همکاران^۱ (۲۰۱۲) نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری بر بهبود عملکرد جنسی سالمندان مؤثر است. لوواتو و همکاران^۲ (۲۰۱۴). در مطالعه‌ای کنترل شده نشان دادند که درمان شناختی رفتاری بر بهبود خودکارآمدی و کیفیت خواب سالمندان مؤثر است.

در مجموع با توجه به این که داشتن خودکارآمدی نقش مهم و غیر قابل انکاری در افزایش سلامت روانی انسان و بهبود سازگاری اجتماعی و مقابله مؤثر با حوادث و رویدادهای زندگی دارد و با عنایت به این که سالمندان در مرحله‌ای قرار دارند که مروری بر زندگی گذشته خویش می‌اندازند و خودشان را ناتوان برای جبران در آینده می‌بینند، دچار نوعی آشفتگی روانی می‌شوند، همچنین با توجه به اثربخشی شناخت-رفتار درمانگری در درمان اختلالات روانشناختی موجود در انواع بیماری‌ها و شرایط طبی، که هنوز در آغاز راه است. اما به نظر می‌رسد که اثربخشی و فواید بالینی شناخت-رفتار درمانگری در این قلمرو امیدوارکننده

1. Resnick, Ory, Hora, Rogers, Page & Bolin
2. Lovato, Lack, Wright & Kennaway

جدول ۱: طرح آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه

نمونه‌گیری	گروه	پیش‌آزمون	مداخله	پس‌آزمون	پیگیری
R	E	۱۰	X	۲۰	۳۰
R	C	۴۰	-	۵۰	۶۰

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش را کلیه افراد ۶۰ تا ۷۰ ساله مبتلا به پارکینسون شهر تهران در سال ۱۳۹۲ تشکیل می‌دهند، که تمایل به شرکت در پژوهش را داشته و بتوانند تجربیات خود را در اختیار پژوهشگر قرار دهند و در روند درمان مداخله‌ای قرار گیرند. به دلیل ویژگی‌های خاص این بیماری (اختلالات حرکتی و سالمند بودن بیمار) این افراد ممکن است. زودتر از سایر گروه‌ها از جریان مصاحبه خسته شوند بنابراین پژوهشگر خروج آگاهانه و قطع مصاحبه برای بیمار را تضمین خواهد کرد. بر همین اساس سعی خواهد شد برحسب نیاز، مصاحبه‌ها و مداخلات درمانی در دفعات متعدد و کوتاه برگزار شود. نمونه پژوهش ۴۰ نفر از بیماران مبتلا به پارکینسون مرکز تحقیقات مغز و اعصاب و کلینیک تخصصی پارکینسون دکتر شهیدی شهر تهران بود که به صورت داوطلبانه از بین سالمندان مبتلا به پارکینسون با توجه به ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و به صورت کاملاً تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (هر گروه ۲۰ نفر) مراحل انتخاب نمونه پژوهش شامل: انتخاب داوطلبانه از سالمندان مبتلا به پارکینسون، هم‌تا کردن افراد گروه‌های آزمایش و کنترل و انتساب تصادفی گروه‌های در کاربست‌های آزمایشی و کنترل. همچنین با به کارگیری ملاک‌های ورود و خروج زیر معیار همگونی^۱ آزمودنی‌ها رعایت گردید: ۱. ملاک‌های ورود شامل: طبق نظر

متخصص مغز و اعصاب مبتلا به بیماری پارکینسون تشخیص داده شده باشند؛ ۲. بیشتر از یک ماه تحت درمان دارویی لوودوپا، آگونیست‌های دوپامین قرار داشته باشند؛ ۳. پیشرفت بیماری به مرحله دمانس نرسیده باشد؛ ۴. عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن و یا معلولیت جسمانی جدی تا قبل از ابتلا به پارکینسون؛ ۵. سن بیشتر از ۶۰ سال و کمتر از ۷۰ سال؛ ۶. عدم سوء مصرف مواد؛ ۷. در صورتی که دو هفته متوالی و یا سه هفته متناوب جلسات درمان توسط بیماران کنسل شود از روند پژوهش خارج شدند و ۸. داشتن سواد کافی برای پاسخگویی به پرسشنامه‌ها. ملاک‌های خروج مشتمل بر: ۱. مبتلا به دمانس بودن؛ ۲. ابتلا به بیماری‌های مزمن و معلولیت جسمانی؛ ۳. سن کمتر از ۶۰ و بیشتر از ۷۰؛ ۴. سوء مصرف‌کننده مواد بودن؛ ۵. بیشتر از سه جلسه در جلسات درمانی شرکت نداشتن و ۶. نداشتن سواد کافی برای پاسخگویی به پرسشنامه‌ها.

ابزار پژوهش

مقیاس خودکارآمدی عمومی شرر^۲ (GSES)

این مقیاس دارای ۱۷ گویه است که در سال ۱۹۸۲ توسط شرر و مادوکس ساخته شده است. وودروف و همکاران (۱۹۹۳) روایی و پایایی این مقیاس را تعیین کردند. ضریب همسانی درونی این مقیاس برابر ۰/۸۳ بوده و جهت مطالعه روایی ملاکی، همبستگی آن با مسند مهارگذاری درونی

2. General Self Efficacy Scale

1. Benchmark

مختلف ان با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ تا ۰/۸۶ گزارش شده است (روزن^۳، ۲۰۰۰). این پرسشنامه عملکرد جنسی را در ۶ حیطه میل جنسی، برانگیختگی، لغزندگی، درد، ارگاسم و رضایت جنسی می‌سنجد. با توجه به اینکه حداکثر امتیاز این پرسشنامه ۳۶ می‌باشد، برای بررسی اختلال عملکرد جنسی معیارهای زیر شامل: کمتر از ۱۰ اختلال عملکرد شدید، اختلال متوسط بین ۱۱ تا ۱۷ اختلال خفیف بین ۱۸ تا ۲۳ و نمرات کمتر از ۲۳ نشانگر بدون اختلال در نظر گرفته می‌شود (محمدی حیدری و فخیم‌زاده، ۲۰۰۸).

پرسشنامه سازگاری اجتماعی

این پرسشنامه در سال (۱۹۶۱) توسط بل تدوین گردیده است، بل در زمینه سازگاری تلاشهای گسترده‌ای انجام داده و از جمله افراد سرشناسی است که در این رابطه کارهای تحقیقاتی بسیاری را به انجام رسانیده است. این پرسشنامه دارای ۸ سؤال می‌باشد که بر اساس مقیاس چهار درجه‌ای: خیلی زیاد، زیاد، کمی و به هیچ وجه مشخص شده است. سؤالات ۲، ۵ و ۸ دارای یک سری سوال دیگری است که به صورت الف و ب مطرح شده است. هرچه نمره فرد در این آزمون کمتر باشد از نظر سازگاری در وضع بهتری به سر می‌برد. این مقیاس دارای چهار خرده مقیاس سازگاری عاطفی، اجتماعی، شغلی و خانوادگی می‌باشد. این پرسشنامه در سال ۱۳۷۵ توسط

راتر برابر با $r=0/343$ و در سطح $P \leq 0/01$ معنادار بوده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۱ به دست آمده است (مسعودنیا و ابراهیمی، ۲۰۰۸).

مقیاس عملکرد جنسی

الف) پرسشنامه جهت ارزیابی عملکرد جنسی مردان

پرسشنامه IIEF توسط روزن و همکاران در سال ۱۹۹۷ جهت اندازه‌گیری، تمایل جنسی، انجام فعالیت و رضایت از فعالیت جنسی ارائه گردید و شامل ۱۵ سؤال می‌باشد که به پنج حیطه تقسیم‌بندی شده است، عملکرد نعوظی، عملکرد رسیدن به لذت نهایی، تمایل جنسی، رضایت بخش بودن مقاربت و رضایت بخش بودن کل عملکرد جنسی است. هم اکنون این پرسشنامه مورد تأیید اکثر کشورها قرار گرفته و استفاده می‌گردد (وین، کاواسی و نوک^۱، ۲۰۰۷؛ به نقل از محمدی، حیدری و فخیم‌زاده، ۲۰۰۸).

ب) پرسشنامه جهت ارزیابی عملکرد جنسی زنان

عملکرد جنسی زنان با استفاده از پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان^۲ FSFI که آن هم توسط روزن و همکاران (۱۹۹۷) ساخته شده است مورد بررسی قرار خواهد گرفت. این پرسشنامه از پایایی و اعتبار ساختاری بالایی برخوردار است؛ بطوری که پایایی بخش‌های

1. Wein, Kavoussi & Novick
2. Female Sexual Function Index

3. Rosen

مهدیان در ایران هنجاریابی و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۷۶ گزارش شده است (شیرازی، ۱۳۸۳). فتحی آشتیانی (۱۳۸۸) ضریب پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ و ضریب پایایی بازآزمایی این پرسشنامه در ۵ هفته بعد از اجرا مجدداً ۰/۸۲ به دست آمد (به نقل از آذین و موسوی، ۱۳۹۰).

روش اجرا

به منظور گردآوری اطلاعات ابتدا به مرکز تحقیقات مغز و اعصاب و کلینیک تخصصی پارکینسون دکتر شهیدی مراجعه شد و پس از هماهنگی‌های لازم ۴۰ نفر از سالمندان مبتلا به پارکینسون را که واجد شرایط پژوهش بودند به روش نمونه‌گیری در دسترس - تصادفی انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایشی و کنترل تقسیم شدند. سپس پرسشنامه‌های مخصوص و پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک طی دو روز بر روی آزمودنی‌ها اجرا شد. سپس مجموعه فعالیت‌های سازمان یافته‌ای مبتنی بر فنون شناخت رفتار درمانی سالمندی که طی ۱۰ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایشی اجرا شد و پس از آن از هر دو گروه (آزمایشی و کنترل) مجدد طی دو جلسه پس از دوره درمانی زمان آزمون‌های مخصوص سالمندان گرفته شد و با مرحله قبل از مداخله مقایسه شد. به منظور پیگیری مجدد و ثبات تأثیر روش بعد از یک ماه دوباره برای هر ۲ گروه پرسشنامه‌ها اجرا شد و همبستگی آن با پس آزمون اول محاسبه شد. همچنین در این پژوهش با، اخذ رضایت‌نامه آگاهانه؛ حفظ استقلال

مشارکت‌کنندگان در پژوهش با اطمینان دادن به آنها در زمینه آزاد بودن در شرکت، عدم شرکت و یا خروج از پژوهش؛ اطمینان دادن به مشارکت‌کنندگان در پژوهش در زمینه تجزیه تحلیل داده‌ها به صورت بی‌نام؛ اطمینان دادن به مشارکت‌کنندگان در پژوهش در زمینه محرمانه ماندن اطلاعات ارائه شده توسط آنها و آزاد گذاشتن مشارکت‌کنندگان در پژوهش در بیان یا عدم بیان اطلاعات خود ملاحظات اخلاقی رعایت شد. در نهایت داده‌های جمع‌آوری شده با تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون‌های تعقیبی LSD مورد تحلیل قرار گرفتند.

روش مداخله

درمان شناختی - رفتاری گروهی بر اساس پروتکل درمان شناختی - رفتاری نظریه بک صورت گرفت (یونگ و همکاران^۱، ۲۰۰۱). این مداخله طی ۱۰ جلسه به شرح زیر آموزش داده شد:

جلسه اول: آشنایی اولیه و برقراری رابطه درمانی، طرح شکایت‌های اصلی سالمندان، معرفی اجمالی نوع درمان، تشریح مساعی با نمونه پژوهش در تعیین اهداف پروتکل درمانی، تعیین رابطه بین شناخت، هیجان و رفتار، انتخاب اهداف و تشخیص آماج‌ها و توافق بر سر تکالیف خانگی، ثبت رویدادهای زندگی بر اساس مدل ABC.

جلسه دوم: صورت‌بندی مشکلات کلی سالمندان در قالب مدل شناختی - رفتاری، ادغام مثلث شناختی در استراتژی‌های درمانی، استفاده

1. Young, Weinberger & Beck

جلسه به بیماران آموزش سبک پاسخ‌دهی کلامی کارآمد و مهارت‌های گوش کردن فعا داده شد سپس از افراد خواسته می‌شود تا به واکنش دیگران به این سبک‌های پاسخ‌دهی کلامی توجه کنند و در انتهای جلسه با بیماران قرارداد وابستگی بسته شد (یک شیوه درمانی رفتاری است که به موجب آن به منظور مبادله پاداش برای ابراز رفتارهای مطلوب بین اعضای گروه توافقی‌هایی صورت می‌گیرد).

جلسه دهم: آموزش مهارت‌های کنترل خود و هوشیاری، بحث گروهی، ارائه فعالیت‌های تکمیلی و اجرای پس‌آزمون. لازم به ذکر است در هر جلسه مطالب و تکالیف خانگی جلسه قبل مورد بررسی قرار می‌گرفت و در پایان جلسه تکالیف جدید به دانش‌آموزان محمل می‌شد.

نتایج

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین (و انحراف معیار) نمره کلی پیش‌آزمون گروه آزمایش در خودکارآمدی ۲۷/۴۵ (و ۳/۲)، عملکرد جنسی ۴۳/۳ (و ۲۲/۴۴) و سازگاری اجتماعی ۱۴/۱ (و ۳/۲۷)، نمره کلی پس‌آزمون گروه آزمایش در خودکارآمدی ۳۱/۸ (و ۱۳/۴۸)، عملکرد جنسی ۵۰/۱۵ (و ۲۵/۲۸) و سازگاری اجتماعی ۱۱/۱۵ (و ۳/۲) و نمره پیگیری گروه آزمایش در خودکارآمدی ۳۳ (و ۳/۷)، عملکرد جنسی ۴۹/۱ (و ۲۴/۱۸) و سازگاری اجتماعی ۱۱/۷ (و ۳/۶۴) می‌باشد. همچنین میانگین (و انحراف معیار) نمره کلی پیش‌آزمون گروه کنترل

از تکنیک‌های استاندارد فعال‌سازی رفتاری، طرح مجدد افکار خودآیند منفی و ارائه برگه ثبت افکار ناکارآمد.

جلسه سوم: ادامه کار با افکار خودآیند، بررسی برگه‌های ثبت افکار ناکارآمد بیماران، چالش با افکار خودآیند به روش سقراطی.

جلسه چهارم: بازشناسایی باورهای زیربنایی و چگونگی فعال شدن آنها در موقعیت‌های خاص، استفاده از تکنیک پیکان رو به پائین، بررسی چند مورد از مسائل آماجی بیماران.

جلسه پنجم: توسعه آگاهی نسبت به باورهای زیربنایی، تقویت خودگویی‌های مثبت، استفاده از تکنیک‌های رفتاری جهت جایگزینی افکار مثبت به جای افکار منفی.

جلسه ششم: استفاده از تکنیک‌های شناختی- رفتاری در مورد جرأت آموزی، حل مسئله و آموزش مهارت‌های اجتماعی به سالمندان.

جلسه هفتم: شناسایی بیشتر باورهای غیرشرطی و باورهای هسته‌ای، ضعیف‌سازی باورهای غیرشرطی از طریق زیر سؤال بردن آنها به روش سقراطی و درجه بندی باورهای منفی بر روی یک مقیاس ۰-۱۰۰ درجه.

جلسه هشتم: ادامه تولید و توسعه باورهای مثبت جایگزین از طریق توسعه مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی، توسعه مهارت‌های حل مسئله و رفتارهای شجاعانه، درجه بندی افکار جایگزین، ایجاد آمادگی برای به کار گرفتن روش‌های آموخته شده در شرایط زندگی آینده.

جلسه نهم: آموزش مهارت‌های ارتباطی، بحث گروهی، ارائه فعالیت‌های تکمیلی، در این

۴۱/۲۵ (و ۲۰/۵۹) و سازگاری اجتماعی ۱۴/۳ (و ۳/۱۳) می‌باشد. به عبارتی نمرات گروه آزمایش در خودکارآمدی و عملکرد جنسی افزایش و در سازگاری (نمره پایین‌تر نشان‌دهنده سازگاری بالاتر است). کاهش داشته است. اما در گروه گواه نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت چندانی با هم ندارند.

در خودکارآمدی ۲۸/۳ (و ۲/۴۹)، عملکرد جنسی ۴۲/۱ (و ۲۰/۸۱) و سازگاری اجتماعی ۱۴/۵۵ (و ۳/۹)، نمره کلی پس‌آزمون گروه کنترل در خودکارآمدی ۲۸/۵۵ (و ۲/۸۵)، عملکرد جنسی ۴۲/۵ (و ۲۱/۳) و سازگاری اجتماعی ۱۴/۲۵ (و ۳/۸۷) و نمره پیگیری گروه کنترل در خودکارآمدی ۲۸/۹ (و ۲/۶۵)، عملکرد جنسی

جدول ۱: مقایسه میانگین و انحراف استاندارد نمرات خودکارآمدی، سازگاری اجتماعی و عملکرد جنسی در پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	آزمایش				کنترل			
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
خودکارآمدی	۳/۲	۲۷/۴۵	۳/۸	۳۱/۸	۲/۴۹	۲۸/۳	۲/۸۵	۲۸/۹
عملکرد جنسی	۲۲/۴۴	۴۳/۳	۲۵/۲۸	۵۰/۱۵	۲۴/۱۸	۴۹/۱	۲۰/۸۱	۴۲/۵
سازگاری اجتماعی	۳/۲۷	۱۴/۱	۱۱/۱۵	۳/۲	۱۱/۷	۳/۶۴	۱۴/۳	۳/۱۳

جدول ۲: نتایج آزمون کرویت موجلی، باکس و لون در مورد پیش‌فرض تساوی واریانس‌های دو گروه در نمرات خودکارآمدی، سازگاری اجتماعی و عملکرد جنسی در پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	ضریب موجلی	DF	کای اسکور	P
خودکارآمدی	۰/۹۱۳	۲	۳/۳۵	۰/۱۸۷
عملکرد جنسی	۰/۸۱	۲	۷/۷۹	۰/۰۲
سازگاری اجتماعی	۰/۵۹۷	۲	۱۹/۱۱	۰/۰۰۱
BOX'SM	DF1	DF2	F	P
۲/۲۹	۶	۱۰۴۶۲/۱۸	۲/۲۹	۰/۳۲
Levene's	DF1	DF2	F	P
خودکارآمدی	۱	۳۸	۱/۷۵	۰/۱۹۳
عملکرد جنسی	۱	۳۸	۰/۳۵۳	۰/۵۵۶
سازگاری اجتماعی	۱	۳۸	۰/۲۷	۰/۶۰۶

معنی‌دار نشده می‌توان گفت فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها رعایت شده است همچنین بر اساس آزمون باکس که برای هیچ یک از متغیرها با (BOX= ۲/۲۹ و F=۲/۲۹، P=۰/۳۲) معنی‌دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل کواریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر جهت رعایت فرض‌های آن، از آزمون‌های کرویت موجلی، باکس و لون استفاده شد. براساس آزمون کرویت موجلی که برای خودکارآمدی و عملکرد جنسی

واریانس/کواریانس به درستی رعایت شده است. همه متغیرها، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی نیز رعایت شده است.

جدول ۳: خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مربوط به اثر روش شناختی رفتاری بر متغیرهای خودکارآمدی، عملکرد جنسی و سازگاری اجتماعی در دو گروه روان‌درمانگری شناختی- رفتاری و گروه گواه

متغیر	SS	DF	MS	F	P	Eta	توان آماری
خودکارآمدی	۱۴۰/۱۱	۱/۸۴	۷۶/۱۲	۲۹/۴۸	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۴۳۷	۱
عملکرد جنسی	۲۸۶/۲۱	۱/۶۸	۱۷۰/۲۹	۱۱/۶۳	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۲۲۴	۰/۹۸
سازگاری اجتماعی	۳۹/۶۵	۱/۴۲	۲۷/۸۲	۷/۲۲	$P \leq ۰/۰۰۴$	۰/۱۶	۰/۸۴۷

بر اساس نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر، اثر روان‌درمانگری شناختی- رفتاری بر خودکارآمدی با $(F=۲۹/۴۸, P<۰/۰۰۱)$ ، بر عملکرد جنسی $(F=۱۱/۶۳, P<۰/۰۰۱)$ و بر سازگاری اجتماعی $(F=۷/۲۲, P<۰/۰۰۴)$ اثر معنی‌داری دارد. به عبارتی دیگر روان‌درمانگری شناختی رفتاری بر خودکارآمدی، عملکرد جنسی و سازگاری اجتماعی مؤثر بوده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی خودکارآمدی، عملکرد جنسی و سازگاری اجتماعی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیرها	آزمون‌ها	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	P
خودکارآمدی	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	-۲/۳	۰/۳۱۹	$P \leq ۰/۰۰۱$
	پیش‌آزمون- پیگیری	-۳/۰۷	۰/۳۹۲	$P \leq ۰/۰۰۱$
	پس‌آزمون- پیگیری	۰/۷۷۵	۰/۳۱۸	$P \leq ۰/۰۰۲$
عملکرد جنسی	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	-۳/۶۲	۰/۸۷۶	$P \leq ۰/۰۰۱$
	پیش‌آزمون- پیگیری	-۲/۴۷	۰/۸۵۴	$P \leq ۰/۰۰۶$
	پس‌آزمون- پیگیری	-۱/۱۵	۰/۵۹	۰/۰۵۹
سازگاری اجتماعی	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۱/۶۲	۰/۲۴۸	$P \leq ۰/۰۰۱$
	پیش‌آزمون- پیگیری	۱/۳۲	۰/۴۶۱	$P \leq ۰/۰۰۷$
	پس‌آزمون- پیگیری	۱/۵۲	۰/۶۲	۰/۰۴

پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معنی‌داری داشته است. همچنین متغیر عملکرد جنسی در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تأثیر معنی‌داری داشته است. بنابراین مداخله صورت گرفته به خوبی در مرحله پس‌آزمون مؤثر بوده و اثر

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود متغیر خودکارآمدی، سازگاری اجتماعی در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار می‌باشد و این نشان می‌دهد که مداخله صورت گرفته در هر سه مرحله پیش‌آزمون،

روش درمانی شناختی رفتاری را در مرحله پس از آزمون نشان داده است اما مداخله مورد نظر در مرحله پس از آزمون - پیگیری از لحاظ آماری معنی دار نیست و بنابراین این مداخله در مرحله پیگیری به توجه بیشتری نیازمند می باشد.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی شناخت رفتار درمانگری سالمندی (CBTO) بر ارتقاء خودکارآمدی، سازگاری اجتماعی و عملکرد جنسی سالمندان مبتلا به بیماری پارکینسون بود. یافته‌های به دست آمده نشان داد که گروه آزمایش که تحت درمان شناخت رفتاردرمانی سالمندی قرار گرفته بود نسبت به گروه گواه که مداخله‌ای دریافت نکرده بود بهبود قابل ملاحظه‌ای در خودکارآمدی پیدا کردند. این یافته‌ها با یافته‌های پژوهشی دیگر برای مثال (زالاکویت و استینس، ۲۰۰۶؛ گرانهولم و همکاران، ۲۰۰۷؛ و لوواتو و همکاران، ۲۰۱۴) همسو می باشد. به منظور مشخص نمودن اینکه این متغیر در کدام مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم تفاوت معنی دار دارند، از آزمون‌های تعقیبی LSD با رعایت شرط همگنی واریانس‌ها استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که درمان شناختی- رفتاری در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون بر متغیر خودکارآمدی تأثیر معنی داری داشته است. بنابراین مداخله صورت گرفته به خوبی در مرحله پس‌آزمون مؤثر بوده و اثر روش شناختی رفتاری را در مرحله پس‌آزمون نشان داده شده است و مداخله

فوق در مرحله پس‌آزمون- پیگیری از لحاظ آماری نیز معنی دار است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، افزایش سطح خودکارآمدی در اثر درمان شناختی رفتاری است به نظر می‌رسد از آنجا که در فنون و تکنیک‌های درمان شناختی رفتاری درمقایسه با درمان‌های عمیق‌تر مثل روان تحلیل‌گری‌ها که به دنبال ایجاد تغییرات اساسی و دیرپا در سطح شخصیت هستند واقعا ساده به نظر می‌آیند و اجرای و انجام آنها برای افراد بیمار خیلی سخت نیست و دشواری و چالش خاصی به همراه ندارد بنابراین سالمندان یا هرگروه دیگر از بیماران با اندک سعی خود می‌توانند از پس انجام آن برآیند و یکی از علل توسعه شناخت رفتاردرمانگری‌ها در واقع پیچیدگی مضاعف درمان‌های مبتنی بر روان تحلیلگری بوده است از طرفی هسته مرکزی مفهوم خودکارآمدی در سطح نظری احساس کنترل بر شرایط و احساس تسلط بر انجام و پیشبرد امور را دربرمی‌گیرد بنابراین می‌توان گفت که موفقیت آزمودنی‌ها در اجرای تکنیک‌ها و تمرین‌های شناختی رفتاری توانسته باشد احساس کنترل بر وضعیت‌ها و احساس توانایی در انجام برخی کارها را در آنها ایجاد کرده باشد و احتمالاً از این طریق منجر به افزایش سطوح خودکارآمدی در آنان شده باشد (پاتریس و همکاران، ۲۰۰۹).

همچنین می‌توان گفت که استفاده از مؤلفه‌های درمانی شناختی- رفتاری و از جمله حل مسئله اجتماعی موجب اعتماد به نفس می‌شود و این موجب تقویت احساس شایستگی و تسلط در

مشخص نمودن اینکه این متغیر در کدام مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم تفاوت معنی‌دار دارند، از آزمون‌های تعقیبی LSD با رعایت شرط همگنی واریانس‌ها استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که درمان شناختی- رفتاری در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون بر متغیر سازگاری اجتماعی تأثیر معنی‌داری داشته است. بنابراین مداخله صورت گرفته به خوبی در مرحله پس‌آزمون مؤثر بوده و اثر روش شناختی رفتاری را در مرحله پس‌آزمون نشان داده شده است و مداخله فوق در مرحله پس‌آزمون- پیگیری از لحاظ آماری نیز معنی‌دار است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت، اجتماعی شدن فرایندی است که در آن هنجارها، مهارت‌ها، انگیزه‌ها، طرز تلقی‌ها و رفتارهای فرد شکل می‌گیرد. تابرای آنچه که نقش فعلی یا آتی او در جامعه لازم و مطلوب تشخیص داده می‌شود، هماهنگ شود (نقدی دور باطنی، ۱۳۸۰). اجتماعی شدن یک سیستم دو جانبه ارتباطی بین فرد و جامعه است و به همین دلیل جریانی بسیار پیچیده و جوانب بی‌شمار و گوناگونی دارد که سبب مهارت‌های اجتماعی، سازگاری اجتماعی و چگونگی ارتباط با سایر افراد از جمله ابعاد و جنبه‌های آن است دیدگاه یادگیری اجتماعی، سازگاری یا قابلیت انطباقی فرد را به عنوان توانایی وی در برآورده‌سازی و کنار آمدن با فشارهای روانی و مشکلات، همراه با حداقل بی‌نظمی در جریان مداوم زندگی که پیامدهای فوری و درازمدت رفتار را در بر می‌گیرد، مورد توجه قرار می‌دهد (دیلمی، ۱۳۸۰؛ به نقل از کوهسالی، ۱۳۸۵). همانگونه که پیشتر در تبیین اثر

سالمندان شده که پیامد آن حمایت اجتماعی برای آن می‌باشد (الن و همکاران، ۲۰۱۱). استفاده از نظام‌های حمایت اجتماعی به سالمندان کمک می‌کند تا با رویدادهای تنش‌زا مقابله کنند. مطالعات پژوهشی نشان داده است افرادی که از نظام حمایت اجتماعی خوبی برخوردارند، کمتر مضطرب و افسرده می‌شوند و در مقایسه با افرادی که از نظام حمایت اجتماعی ضعیفی برخوردارند، نسبت به زندگی خوشبین‌تر هستند (جورج، ۲۰۱۱). این حمایت اجتماعی و اعتماد به نفس در برقراری ارتباط سبب افزایش خودکارآمدی اجتماعی و هیجانی در این افراد شده و این باعث می‌شود که سالمندان به توانمندی‌های لازم جهت رسیدن به معیارهای اجتماعی و ارتباطات اجتماعی دست یابد و از انزوای اجتماعی و طرد از سوی خانواده‌رهایی یابند (پاتریس و همکاران، ۲۰۰۹). مهارت‌های شناختی- رفتاری مؤثر با سازگاری شخصی خوب ارتباط دارد و موجب حفظ کنترل درونی می‌شود که این به نوبه خود بر مسائل زندگی و پذیرش مسئولیت رفتارها و تلاش در جهت حل مسائل مختلف کمک می‌کند (آلن و همکاران، ۲۰۱۱).

همچنین یافته‌های به دست آمده نشان داد که گروه آزمایش که تحت درمان شناخت رفتاردرمانی سالمندی قرار گرفته بود نسبت به گروه گواه که مداخله‌ای دریافت نکرده بود بهبود قابل ملاحظه‌ای در سازگاری اجتماعی پیدا کردند. این یافته‌ها با یافته‌های پژوهشی دیگر برای مثال (بوتوین و کانتو، ۲۰۱۱؛ رسینگ و همکاران، ۲۰۱۲ و لوواتو و همکاران، ۲۰۱۴) همسو می‌باشد. به منظور

معنادار شناخت رفتار درمانگری بر بهبود عملکرد اجتماعی گفته شد به هر حال سازش یافتگی اجتماعی در سطح کلی از مولفه‌های مهم سلامت عمومی به معنای دقیق آنست. از این زاویه نگاه شاید بتوان رسالت و هدف اصلی تمامی درمانگریهای روانشناختی را به نوعی بهبود سازش یافتگی در سطح کلی دانست چه از زاویه روانشناسی مرضی تحولی هم سازش یافتگی در هر سطحی از کنش‌وری شرط اجتناب‌ناپذیر و بلامنازع سلامت روانی است که برپایه یک مسیر تحول بهنجار از حد کودکی تا بزرگسالی به منزله گستره فرآیند تحول روانی استوار است. بنابراین اگر هدف همه انواع درمانگری‌ها و مداخله‌گری‌های روانشناختی را بهبود وضعیت سازشیافتگی به منزله پدیده‌ای منتج از فرآیند تحول بهنجار روانی در تمام سطوح کنش‌وری بدانیم انتظار می‌رود که شناخت رفتاردرمانگری هم به‌عنوان بخشی از این مداخلات روانشناختی در سطح کلی توانسته باشد تغییرات مثبتی در وضعیت سازش یافتگی به طور کلی و سازش یافتگی اجتماعی به طور اخص (در این بررسی) ایجاد کند.

در تبیین دیگر اثربخشی رفتار درمانی شناختی- رفتاری بر سازگاری اجتماعی می‌توان گفت شرکت در جلسات آموزش مهارت‌های شناختی-رفتاری موجب شد تا سالمندان مشکل خود را بپذیرند و به طور منطقی با آن مواجه شوند. احتمالاً بیان تجارب موفق و ناموفق در حضور افرادی که با فرد ویژگی مشترک زیادی دارند، به وی احساس شاهد خویشتن،

صمیمیت، مسئولیت‌پذیری و سازگاری می‌دهد. شاید مداخله شناختی-رفتاری برای اولین بار این فرصت را برای این افراد فراهم می‌کند که با فاصله با مشکل خود مواجه شوند و احساس کنند مهارت‌هایی دارند که علی‌رغم وجود مشکلات خانوادگی، جسمی و هیجانی، امکان برقراری یک ارتباط لذت بخش را برای آنها ایجاد می‌کند (فریزل و همکاران، ۲۰۱۰). به علاوه، آموزش به گونه‌ای بود که سالمندان را به تأمل و تفکر وا می‌داشت، چرا که مبتنی بر سؤال و تفکر بود و مکرر تأکید می‌شد از پاسخ دادن سریع و غیرمرتبط پرهیز و بیشتر دقت و تأمل کنند. از سوی دیگر کاهش رفتارهای کناره‌گیری و افزایش رفتارهای حل مسأله اجتماعی، شاید به این دلیل باشد که در جلسات گروه، مشارکت عملی و کلامی افراد برای پیدا کردن راه حل به شدت مورد توجه قرار گرفته و رفتارهای مطلوب و پاسخ‌های سالمندان تشویق شده است (سیبروگست و همکاران، ۲۰۱۱).

همچنین یافته‌های به دست آمده نشان داد که گروه آزمایش که تحت درمان شناخت رفتاردرمانی سالمندی قرار گرفته بود نسبت به گروه گواه که مداخله‌ای دریافت نکرده بود بهبود قابل ملاحظه‌ای در عملکرد جنسی پیدا کردند. این یافته‌ها با یافته‌های پژوهشی دیگر برای مثال (زالاکویت و استینس، ۲۰۰۶؛ گرانهولم و همکاران، ۲۰۰۷؛ بوتوین و کانتو، ۲۰۱۱؛ رسینگ و همکاران، ۲۰۱۲ و لوواتو و همکاران، ۲۰۱۴) همسو می‌باشد. به منظور مشخص نمودن اینکه این متغیر در کدام مرحله

پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم تفاوت معنی‌دار دارند، از آزمون‌های تعقیبی LSD با رعایت شرط همگنی واریانس‌ها استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که درمان شناختی-رفتاری در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون بر متغیر عملکرد جنسی تأثیر معنی‌داری داشته است. بنابراین مداخله صورت گرفته به خوبی در مرحله پس‌آزمون مؤثر بوده و اثر روش شناختی رفتاری را در مرحله پس‌آزمون نشان داده شده است و مداخله فوق در مرحله پس‌آزمون- پیگیری از لحاظ آماری معنی‌دار نیست و بنابراین پذیرش و تعمیم این یافته‌ها مستلزم توجه و بررسی بیشتری است. در تبیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر عملکرد جنسی در مرحله پس‌آزمون و پیش‌آزمون می‌توان گفت از آنجا که عملکرد جنسی برخلاف سایر کشاننده‌های فیزیولوژیک از متغیرهای شناختی از جمله نظام باورها و جز آن بیشتر متأثر است و به عبارتی دیگر عملکرد جنسی از پیچیدگی‌های مضاعفی در مقایسه با سایر کنشهای فیزیولوژیک و کشاننده‌های بدنی برخوردار است و قسمت عمده این پیچیدگی‌ها به عوامل شناختی مؤثر بر کنش جنسی مربوط است بنابراین می‌توان انتظار داشت که طی کردن دوره‌ای از درمان موفقیت‌آمیز شناختی رفتاری توانسته باشد عملکرد جنسی را در سالمندی تاحدی بهبود داده باشد (کاتمیس و یورتسور، ۲۰۱۱). چه پر واضح است که با توجه به پیچیدگی نظام شناختی در دوره سالمندی که محصول سال‌ها تجربه است رضایت‌مندی

جنسی برخلاف دوره جوانی کمتر از ارضا و تشفی صرف کشاننده‌های بدنی متأثر است و بلکه بیشتر از شناخت‌ها و ابعاد روانشناختی رابطه با شریک جنسی اثر می‌پذیرد مثلاً عواملی از قبیل تعلق خاطر، احساس پذیرندگی و همدردی در کنار تجارب همگنی مربوط به دوره سالمندی می‌توانند در میزان رضایتمندی جنسی در این سن تأثیر قابل ملاحظه‌ای داشته باشند. بر خلاف دوره جوانی که عوامل صرفاً سکسی به معنای دقیق کلمه و البته در سطح ارگانیک مثل جذابیت بدنی طرفین، مقاومت و پر حرارتی در رابطه جنسی، تنوع طلبی در رفتارهای جنسی حین مقاربت، زیبایی، آمادگی بدنی حین رابطه جنسی و جز آن بیشتر از عوامل روانی به ویژه عوامل شناختی تعیین‌کننده میزان رضایتمندی جنسی است (کلایتون و همیلتون، ۲۰۱۰).

درباره عدم معناداری این تأثیر مداخله‌ای در مرحله پیگیری می‌توان به مسئله زوال فرآیندها و مکانیزم‌های درگیر در کنش جنسی در اثر پیری زیستی اشاره کرد که پیش‌تر نیز در تبیین عدم معناداری اثر شناخت رفتار درمانگری بر بهبود نشانه‌های سلامت ارگانیک بدان اشاره کردیم. چه به هر حال کنش‌وری جنسی در سالمندی به دلیل انحطاط و زوال تدریجی نظام‌های کنش‌وری بدنی در سطوح مختلف فرآیندها و سازوکارهای آنها تا اندازه‌ای افت پیدا می‌کند و این پیامد یک فرآیند رو به پایان یک کنش‌وری فیزیکی به معنای دقیق آن است.

در انجام هر پژوهش پژوهشگران با محدودیت‌های مواجه هستند از جمله

Alipour, F.; Sajadi, H.; Forouzan, A.; Biglarian, A.; Jalilian, A. (2008). Quality of life in elderly region2 Tehran. *Iranian Journal of Ageing*; 3(9): 75-83. (in Persian).

Amidu, N.; Owiredu, WK.; Woode, E.; Addai Mensah. O.; Quaye. L.; Alhassan. A. (2010). Incidence of sexual dysfunction: A prospective survey in Ghanaion Female. *Reproductive Biology & endocrinology*; 8: 106-112.

Singh, AP.; Shukla, A.; Singh, PA. (2010). Perceived Self Efficacy and Mental Health among Elderly. *Delhi Psychiatry Journal*; 13(2): 314-321.

Chang, SH.; Crogan, NL.; Wung, SF. (2007). The selfcare self-Efficacy Enhancement program for Chinese nursing home elders. *Geriatr Nurs*; 28(1): 31-36.

Clayton, AH.; Hamilton, DV. (2010). Female sexual dysfunction. *Psychiatr Clin North Am.*; 33 (2): 323-38.

Ellen, HW.; Paul, R.J.; Arnould, DM.; Frits, W.H. (2011). Psychology effects of a short behavior modification program in patients with acute myocardial in farction or cronary or tery bypass grafting. *Journal of psychosomatic research*; 58(5): 417-424.

Feldman, HA.; Goldstein, I.; Hatzichristou, DG.; Krane, R.J.; McKinlay, JB. (2009). Impotence and Its Medical and Psychosocial Correlates: Results of The Massachusetts Male Aging Study. *J Urol*; 151(1): 54-61.

Frizelle, DJ.; Lewin, R.J.; Kaye, G.; Hargreaves, C.; Hasney, K.; Beaumont, N.; et al. (2010). Cognitive-behavioural rehabilitation programme for patients with an implanted cardioverter defibrillator: a pilot study. *Br J Health Psychol*; 9 (Pt 3): 381-92.

George, LK. (2012). Stress, Social support and depression over the life-course. In: Ink S, editor. *markids & C.L Cooper(Eds.) Aging, stress and health*. New York: John Wiley & Sons; p195-201.

Gholizade, A.; Shiravani, E. (2010). The relationship between demographic factors, economic, social and family with life satisfaction of the elderly in Esfahan. *Applied Sociology*; 21(37): 69-82. (in Persian)

Gorenstein, EE.; Tager, FA.; Shapiro, PA.; Monk, C.; Sloan, RP. (2007). Cognitive-Behavior Therapy for Reduction of Persistent Anger. *Cogn Behav Prac*; (41): 168-184.

محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدود بودن حجم نمونه، به سالمندان مبتلا به پارکینسون شهر تهران که امکان تعمیم نتایج این پژوهش را به سایر سالمندان ساکن سرای سالمندان با محدودیت مواجه می‌سازد. همکار نداشتن شرکت‌کنندگان در مرحله بازآزمون و پیگیری و کنترل نکردن متغیرهای دیگر که می‌تواند در نتایج تأثیرگذار باشد از محدودیت‌های دیگر این پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی مداخله مبتنی بر شناخت رفتاردرمانی سالمندان بر سایر متغیرهای دیگر مورد بررسی قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه پژوهش حاضر با حجم نمونه بیشتر بر روی سالمندان صورت گیرد.

منابع

آذین، احمد و موسوی، سید محمود (۱۳۹۰). بررسی نقش عوامل آموزشی بر سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهرستان فریدونشهر. *جامعه‌شناسی کاربردی*. ۲۲ (۴۱)، ۲۰۰-۱۸۳.

موسوی، سید قاسم؛ اسدی نوقابی، احمدعلی؛ هوشمند، عباس؛ مهران، عباس؛ علویان، سید مؤید و محبی، سیامک (۱۳۹۲). بررسی ارتباط اختلال عملکرد جنسی و سطح افسردگی در مردان مبتلا به هیپاتیت مزمن. *مجله تحقیقات نظام سلامت*. ۹(۷)، ۶۷۱-۶۶۳.

Adams, K.; Sanders, S.; Auth, E.; (2010). Loneliness and depression in independent living retirement communities: risk and resilience factors. *Aging and Mental Health*; 8: 475-485.

Adib-Hajbaghery, M.; Aghahoseini, S. (2007). The evaluation of disability and its related factors among the elderly population in Kashan, Iran. *BMC Public Health*; 7(147): 261.

- Mohammadi, KH.; Heidari, M.; Faghihzadeh, S. (2008). The female sexual function index (FSFI): validation of the Iranian version. *Payesh*; 7(3): 269-78. (in Persian)
- Park, C.L.; Edmondson, D.; Lee, J. (2012). Development of self-regulation abilities as predictors of psychological adjustment across the first year of college. *Journal of Adult Deve-lopment*; 19: 40-49.
- Patrice, G.; Bang, H.; Powell, L.; Schneiderman, N.; Carlthoresen, Francis Keefe. (2009). The impact of cognitive behavioral group training on event-free survival in patients with myocardialinfarction. *Journal of Psychosomatic Research*; 67 (1): 45-56.
- Rabiei, L.; Mostafavi, F.; Masoudi, R.; Hassanzadeh, A. (2013). The effects of family-based Interventions on Empowerment of the elders. *J Educ Health Promot*; 2: 24-30. (in Persian).
- Rajabi, GR. (2006). Reliability and Validity of the General Self-Efficacy Beliefs Scale (GSE-10) Comparing the Psychology Students of Shahid Chamrin University and Azad University of Marvdasht. *New Thought Educate*; 2(1): 111-122. (in Persian)
- Resnick, B.; Ory, MG.; Hora, K.; Rogers, ME.; Page, P.; Bolin, NJ.; et al. (2012). A proposal for a new screening paradigm and tool called exercise assessment and screening for you (esay). *Journal of Psychiatry Aging*; 16(2): 215-33.
- Robbinson, N.; Robinson, HB. (2009). Translated by Farid M. Mentally Retarded Children. *Mashad :Astan Qods*; 52-43.
- Rosen, C. (2000). Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in men and women. *Curr Psychiatry Rep.*; 2: 189-95.
- Sebrogts, EH.;Falgerp, K.; Appel, SA.; Kester, AD.; Bar, FW. (2011). Psychological effects of a short behavior modification program in patient s with acute mypcardial in farction or coronary artery by pass grafting. A randomized controlled trial. *J Psychom Res.*; 58(5): 417-24.
- Sguizzatto, GT.; Garcez-Leme, LE.; Casimiro, L. (2006). Evaluation of the quality of life among elderly female athletes. *Sao Paulo Med J.*; 124: 30-45.
- Sharifzadeh, G.; Moudi, M.; Akhbari, H. (2010), Investigating health status of older people supported by Imam Khomeini. (Salmand) *Iranian Journal of Ageing*; 5(17): 52-60. (in Persian)
- Shirmohamadi, H. (2004). *Compelet Guidline for Diagnosis of Sexual Disorder*. Tehran: Jamee negar publication. (In Persian)
- Granholm, E.; Mcquaic, J.; Simjee Mccluer, F.; Auslander, L.; Perivoliotis, D.; Pedrelli, P.; Paterson, T. (2007). A randomized controlled trial on cognitive behavioral social skills training for middle aged and older outpatients whit chronic Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*;162(3): 52-529.
- Inouye, K.; Pedrazzani, ES. (2007). Educational status, social economic status and evaluation of some dimensions of octogenarians quality of life. *Rev Lat Am Enfermagen*; 15:742-747.
- Kalache, A.; Aboderin, I.; Hoskins, I. (2009). Compression of morbidity and active ageing: key priorities for public health policy in the 21st century. *Bulletin of the World Health Organization*; 80(3): 2-4.
- Khodayarfar, M. (2010). *Preparing measurement scales for spiritual attitudes in Sharif university students [Dissertation]*. Tehran: Sharif University of Technology.
- Khodayari Fard, M. (2003). Effectiveness of cognitive-behavioral therapies combined with medication therapy and schizophrenic disorder interventions (case study). *Psychology and education journal of University of Tehran*; 33: 1. (in Persian).
- Kinsella, K.; Phillips, DR. (2005). *Global Aging: The Challenge of Success*. *Population Bulletin, Population Reference Bureau*; 60 (1): 1-5.
- Kutmec, C.; Yurtsever, S. (2011). Effects of sexual function of essential hypertension in women. *Eur J Cardiovasc Nurs*; 10 (1): 56-63.
- Lovato, N.; Lack, L.; Wright, H.; Kennaway, DJ. (2014) Evaluation of a Brief Treatment Program of Cognitive Behavior Therapy for Insomnia in Older Adults. *Sleep*. Jan 1; 37(1): 117-126.
- Lunenfeld, B. (2008). The ageing male: demographics and challenges *World Journal of Urology*; 20(1):11-6.
- Masoudi, R.; Soleimani, MA.; Qorbani, A.; Hasheminia, MA.; Pour Dehkordi, AH.; Bahrami, N. (2010). The effect of family centered empowerment model on the quality of life in elderly people. *JQUMS*; 14(1): 57-64. (in Persian)
- Mas'oudnya, E. (2008), Perceived Self-efficacy and Contrastive Approaches in Stressful Situations. *Psychotherapy and Clinical Psychology of Iran*; 4(13): 405-415.
- McInnis, GJ.; White, JH. (2011). A Phenomenological Exploration of Loneliness in the Older Adult. *Archives of Psychiatric Nursing*; XV(3): 128-139.

- Ybrandt, H. (2008). The relation between self-concept and social functioning in adolescence. *Journal of Adolescence*; 31: 1-16.
- Zalaquett, CP.; Stens, AN. (2006). Psychosocial treatments for major depression and Dysthymia in older adults: a review of the research literature. *Journal of Counseling and Development*; 84(2): 192-202.
- Slomowski, C.; Dunn, J. (1996). Young Children's understanding of other people's feeling and beliefs. *Child Development*; 62: 1352-1336.
- Torki, Y.; Hajikazemi, E.; Bastani, F.; Haghani, H. (2011). General Self Efficacy in Elderly Living in Rest-Homes. *Iran Journal of Nursing*; 24(73): 55-62. (in Persian)
- World Health Organization. (1993). *The ICD-10 International Classification of Mental and Behavioural Disorders*. 10th ed. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines.