

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال هشتم شماره ۳۰ تابستان ۱۳۹۲

اثر بخشی شناخت – رفتار درمانگری سالمندی (CBTO) بر مولفه‌های سلامت عمومی مبتلایان به بیماری پارکینسون (PD)

مهناز علی اکبری دهکردی^۱

احمد علی پور^۲

حسین زارع^۳

غلامعلی شهیدی^۴

زیبا برقی ایرانی^۵

چکیده

هدف: بیماری پارکینسون نوعی اختلال تحلیل برنده سیستم عصبی مرکزی در سالمند است و پژوهش حاضر با هدف اثربخشی شناخت-رفتار درمانگری بر مولفه‌های سلامت عمومی سالمندان مبتلا به بیماری پارکینسون بود.

روش: در این مطالعه روش پژوهش به صورت نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه از جامعه آماری سالمندان مبتلا به پارکینسون در نظر گرفته شد، نمونه‌های پژوهش شامل ۴۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و با روش تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. گروه آزمایشی تحت درمان شناختی-رفتاری سالمندی در ۱۰ جلسه

۱- دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور

۲- استاد گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور

۳- دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور

۴- فلوشیپ مغز و اعصاب دانشگاه علوم پزشکی ایران

۵- مربی و دانشجوی دکتری گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور (نویسنده مسئول)

قرار گرفتند. ابزار پژوهش، پرسشنامه سلامت عمومی GHQ-28 بود که در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجرا گردید.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که درمان شناختی - رفتاری موجب بهبود مولفه‌های سلامت عمومی در گروه آزمایش شده است ($p < 0/01$).

نتیجه‌گیری: شناخت-رفتار درمانگری سالمندی موجب بهبود کلیه مولفه‌های سلامت عمومی بیماران مبتلا به پارکینسون می‌شود. بنابراین این روش را می‌توان در بیمارستان‌ها و آسایشگاه‌ها به عنوان یک درمان تکمیلی به کار بست. بنابراین ارائه درمان شناختی - رفتاری در کنار سایر مداخلات پزشکی به عنوان بخشی از درمان و مراقبت به سالمندان مبتلا به پارکینسون توصیه می‌گردد.

واژگان کلیدی: شناخت - رفتار درمانگری سالمندی، سلامت عمومی، پارکینسون.

مقدمه

در جهان توسعه یافته و در حال توسعه، افراد عمر طولانی دارند و افزایش طول عمر در سراسر جوامع، هم یک دستاورد اجتماعی به شمار می‌آید و هم چالش فرا روی این جوامع است (سازمان جهانی بهداشت^۱، ۲۰۰۲).

در سال‌های اخیر مشکلات مزمن پزشکی شیوع فزاینده‌ای یافته است. مردم طولانی‌تر زندگی می‌کنند و مشکلات پزشکی که در گذشته با خطر مرگ و میر قابل ملاحظه‌ای همراه بودند هم اکنون به صورت موثرتری کنترل می‌شوند. ترنر و کلی^۲ (۲۰۰۰) معتقدند که پیشرفت‌های صورت گرفته در روش‌های درمان بیماری‌های مزمن جسمی ممکن است به بهای کیفیت زندگی بیماران تمام شود. اسکاندلین^۳ (۲۰۰۰) بر این باور است که بیماری‌های مزمن، نگاه به زندگی را به عنوان فرایندی منظم و مستمر به چالش می‌کشند، چالشی که می‌تواند پیامدهای روانی مهمی به دنبال داشته باشد.

1- World Health Organization
3- Scandlyn

2- Turner & Kelly

با توجه به اینکه سالمندان از تمام گروه‌های سنی ناهمگن‌ترند و غالباً تفاوت‌های آنها بیشتر از شباهت‌هایشان است (استیور^۱ و هامن^۲، ۱۹۸۳؛ فاترمن^۳ و تامپسون^۴، گالاگر^۵، ریس^۶، ۱۹۹۵). احتمال شکل‌گیری یک بیماری مزمن جسمی با افزایش سن فرد بیشتر می‌شود. براساس زمینه‌یابی عمومی مربوط به خانواده که در سال ۱۹۹۸ در بریتانیا صورت گرفت، ۵۹ درصد افراد بین ۶۵ تا ۷۴ ساله و ۶۶ درصد افراد ۷۵ ساله و بالاتر تجربه ابتلا به یک بیماری معلولیت را گزارش کردند. رایج‌ترین بیماری‌های مزمن بیماری‌های عضلانی - اسکلتی، بیماری‌های مربوط به گردش خون، بیماری‌های قلبی و بیماری‌های نورولوژیک هستند که با افزایش سن بیشتر می‌شود (لایدلاو^۷، تامپسون^۸ و لاری^۹، ۱۳۸۷). اگر چه، ضعف سلامت جسمانی می‌تواند عامل خطر ساز عمده‌ای در شکل‌گیری اختلال‌های روانی باشد (کرامر^{۱۰}، فوکس^{۱۱} و موجنسترم^{۱۲}، ۱۹۹۲)، ولی نشانه‌های این اختلال‌ها اغلب از دید متخصصان بهداشتی که به درمان شکایت‌های جسمانی سالمندان می‌پردازند، ناشناخته باقی می‌مانند. به طور مثال درست است که افسردگی خطر از کار افتادگی را افزایش می‌دهد و از کار افتادگی نیز می‌تواند خطر شکل‌گیری افسردگی را افزایش دهد (گارلند^{۱۳} ترسی^{۱۴}، اسمیت^{۱۵}، بلک^{۱۶}، گس^{۱۷} و ادلاویچ^{۱۸}، ۱۹۹۸) اما ارتباط بین این دو پیچیده‌تر از نوعی تناظر یک به یک است.

در این راستا یکی از این بیماری‌های مزمن، بیماری پارکینسون است. بیماری پارکینسون^{۱۹} نوعی اختلال تحلیل‌برنده سیستم عصبی مرکزی در سالمندان است. علائم حرکتی این بیماری در نتیجه مرگ سلول‌های تولیدکننده دوپامین در منطقه‌ای از مغز

1- Steure	2- Hamman
3- Futterman	4- Thompson
5- Gallagher	6- Ferris
7- Laidlaw	8- Tomson
9- Lary	10- Kramer
11- Fox	12- Morgensterm
13- Gurland	14- Teresi
15- Smith	16- Blak
17- Hughes	18- Edlavitch
19- Parkinson's Disease	

میانی به نام جسم خاکستری^۱ ایجاد می‌شود. علت این مرگ سلولی هنوز مشخص نیست (جانکوویک^۲، ۲۰۰۸). علائم این بیماری برای اولین بار در سال ۱۸۱۷ میلادی توسط دانشمند بریتانیایی به نام دکتر جیمز پارکینسون شناسایی شد. وی نام این بیماری را "فلج لرزان"^۳ نامید که امروزه آن را تحت عنوان بیماری پارکینسون می‌شناسند (لوییس و کنل^۴، ۲۰۰۹). اکثر این بیماران به نوع ایدیوپاتیک^۵ (بدون هیچ علت شناخته شده) به پارکینسون مبتلا می‌شوند. بیماری پارکینسون دومین اختلال نورودژنراتیو^۶ شایع بعد از بیماری آلزایمر است. میانگین سن شروع این بیماری ۶۰ سالگی است، اگرچه در ۵ تا ۱۰ درصد موارد که به عنوان پارکینسون با شروع در دوره جوانی اطلاق می‌شود، در سنین ۲۰ تا ۵۰ سالگی آغاز می‌گردد (سامی^۷، نوتچی^۸، رانسومبر^۹، ۲۰۰۴). شیوع این بیماری در میان کشورهای اروپایی در حدود ۱۰۸ تا ۲۵۷ مورد در هر صد هزار نفر (۰/۱ تا ۰/۲۵ درصد) گزارش شده است (لیندگرین و همکاران^{۱۰}، ۲۰۰۵). پارکینسون در میان سالمندان بسیار شایع بوده و شیوع آن از ۱ درصد در افراد بیش از ۶۰ سال به ۴ درصد در افراد بالای ۸۰ سال افزایش پیدا می‌کند (دی لو و برتلر^{۱۱}، ۲۰۰۶). شیوع پارکینسون در جمعیت عمومی ایران ۲ در صد هزار نفر است که این میزان در افراد بالای ۶۵ سال به ۲ در هزار نفر (۱۰ برابر) افزایش می‌یابد. بر همین اساس و با احتساب جمعیت ۷۵۱۴۹۶۶۹ میلیون نفری کشور در سال ۱۳۹۰، پیش‌بینی می‌شود بین ۱۵۰ تا ۱۶۰ هزار نفر بیمار مبتلا به پارکینسون در کشور وجود داشته باشد (شهیدی، ۲۰۱۲). نظر به اینکه جمعیت سالمندان کشور تا ۳۰ سال آینده رشد چشمگیری خواهد داشت، بنابراین تعداد بیماران مبتلا به پارکینسون نیز رشد فزاینده‌ای خواهد یافت. در برخی از مطالعات عنوان شده است که این بیماری در مردان شایع‌تر از زنان است (دی لو و برتلر، ۲۰۰۶).

بیماری پارکینسون حرکات افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و سبب ایجاد اختلالات

1- Substantia Nigra
3- Shaking Palsy
5- Idiopathic
7- Samii
9- Ransombr
11- Delau & Breteler

2- Jankovic
4- Lewis and Knell
6- Neurodegenerative
8- Nuttjg
10- Lindgren

حرکتی می‌شود. بارزترین علائم حرکتی در شروع بیماری عبارتند از لرزش یا ترمور^۱، سفتی^۲، برادی کینزی^۳ یا کندی حرکت و اختلال در راه رفتن یا عدم تعادل وضعیتی^۴. سایر علائم و نشانه‌های حرکتی شناخته شده، منجر به اختلال در گام برداشتن و ایستادن (مانند شتابزدگی غیرارادی^۵ [حرکات سریع به این سو و آن سو در گام برداشتن و وضعیت خم شده به سمت جلو در هنگام راه رفتن]) (جانکوویک، ۲۰۰۸). اختلال در تکلم و بلع (روسل^۶، سیوسی^۷، کانر^۸ و اسخالرت^۹، ۲۰۱۰)؛ ماسکه شدن صورت^{۱۰}؛ و ریز شدن دست‌خط^{۱۱} می‌شوند؛ اگرچه دامنه مشکلات حرکتی ممکن است حتی وسیع‌تر از این نیز باشد. علائم غیرحرکتی شامل اختلال عملکرد اتونومیک، مشکلات عصبی-روانی (خلق، شناخت، رفتار یا تغییرات فکری) و مشکلات حسی و خواب می‌باشد (جانکوویک^{۱۲}، ۲۰۰۸). با کاهش کیفیت زندگی در مبتلایان و مراقبان آنها، افزایش مرگ و میر و افزایش احتمال نیاز به پرستار در منزل همراه است (کابالو^{۱۳}، مارتی^{۱۴}، تولوسا^{۱۵}، ۲۰۰۷).

از سویی شایع‌ترین اختلالات خلقی در این بیماران افسردگی، بی‌عاطفگی^{۱۶} و اضطراب هستند (جانکوویک، ۲۰۰۸) میزان شیوع افسردگی در مبتلایان به پارکینسون، بالای ۵۰ تا ۶۰ درصد گزارش شده است (برن^{۱۷}، ۱۹۹۲؛ کیومینگ^{۱۸}، ۱۹۹۲؛ مسترمن^{۱۹}، ۱۹۹۹). در یک مرور سیستماتیک شیوع افسردگی شدید ۱۷ درصد، افسردگی خفیف ۲۲ درصد و افسرده‌خویی^{۲۰} ۱۳ درصد گزارش شده است (ریچندرس^{۲۱}، ایهرت^{۲۲}، وبر^{۲۳}، ارسلند^{۲۴}، لیتنتجنس^{۲۵}، ۲۰۰۸). شدت افسردگی معمولاً خفیف تا متوسط بوده و خودکشی

1- Tremor	2- Rigidity
3- Slowness of Movement	4- Postural Instability
5-Festination	6-Russell
7- Ciucci	8- Connor
9- Schallert	10- Mask-like face expression
11-Small handwriting	12- Jankovic
13- Caballol	14- Marti
15- Tolosa	16-Apathy
17- Burn	18- Cummings
19- Master man	20- Dysthymia
21- Reijnders	22- Ehrt
23- Weber	24- Arsland
25- Leentjens	

در این بیماران به ندرت اتفاق می‌افتد (بورن، ۲۰۰۲).

اگر چه افسردگی شایع‌ترین مشکل روانی عصبی^۱ بیماران مبتلا به پارکینسون است اما اغلب تشخیص داده نمی‌شود و بیشتر از ۵۰ درصد بیماران درمانی برای افسردگی دریافت نمی‌کنند. یکی از دلایل این آمار قابل توجه بدین خاطر است که بسیاری از پزشکان افسردگی این گروه از بیماران را به عنوان پاسخی به اختلالات حرکتی در نظر می‌گیرند (شولمن^۲، تاباکرل^۳، رابینستن^۴ و وینر^۵، ۲۰۰۲). وجود افسردگی در مبتلایان به پارکینسون تشخیص و درمان دارویی این بیماران را مشکل‌تر می‌کند (پوهو یوگینگر^۶، ۱۹۹۹) رفتارهای برانگیزشی از قبیل مصرف و تمایل^۷ بیش از حد دارو، شرابخواری^۸، تمایل جنسی بیش از حد^۹ و قماربازی مرضی^{۱۰} می‌تواند در بیماران مبتلا به پارکینسون دیده شود و با مصرف داروهایی که برای کنترل این بیماری مورد استفاده قرار می‌گیرند، ارتباط دارند (جانکوویک، ۲۰۰۸).

تغییر در درک حس‌ها شامل اختلال در حس بویایی، احساس درد، گزگز و سوزن سوزن شدن است. همه این علائم ممکن است در طی سال‌های قبل از تشخیص این بیماری نیز وجود داشته باشند (جانکوویک، ۲۰۰۸). در صورت عدم رعایت صحیح رژیم درمانی گاهی اوقات این علائم به قدری تشدید می‌یابد که به ناتوانی کامل بیمار منجر می‌شود. تشدید علائم حرکتی، عصبی و روانی می‌تواند سبب ناامیدی بیمار در خود مراقبتی شود. بنابراین در این بیماران علاوه بر مراقبت‌های جسمانی، توجه به نیازهای شناختی و روانی اهمیت دارد. پیش‌رونده بودن اختلالات حرکتی به همراه اختلالات خلقی الگوی فعالیت‌های روزانه زندگی فرد را مختل کرده و فرد را روز به روز ناتوان‌تر می‌کند. به نظر می‌رسد الگوهای رفتاری این بیماران در امر مراقبت از خود با سایر بیماران متفاوت باشد. بیماری پارکینسون بخصوص در نوع پیش‌رونده، به ناچار تغییراتی

1- Neuropsychiatric
3- Tabackrl
5- Weiner
7- Craving
9- Hypersexuality

2- Shulman
4- Rabinsten
6- Poewe & Euginger
8- Binge Eating
10- Pathological Gambling

در زندگی بیماران به وجود می‌آورد و اگر بیمار توان سازگاری روانی با آن را نداشته باشد بهداشت روانی‌اش به مخاطره می‌افتد. بیماری‌های جسمی، توانایی‌ها و قدرت جسمانی و عملکردی فرد را دچار اختلال می‌کند و بدین طریق برای بیمار وضعیت ناامیدکننده‌ای را به وجود می‌آورد که به کاهش اعتماد به نفس و امیدواری در فرد منجر می‌شود که این نوع نگرش و تفکر تا حد زیادی سلامت روانی فرد را به خطر می‌اندازد و او را در برابر مشکلاتی چون افسردگی، اضطراب و... آسیب‌پذیر می‌سازد. غالباً همه مطالعات مقایسه‌ای میزان بالایی از افسردگی را در میان گروه‌های بیماران مبتلا به پارکینسون را گزارش کرده‌اند (فریدمن^۱، ۲۰۱۰).

لینتجنس^۲، دوجاردین^۳، مارش^۴، مارتینز^۵، ریچارد^۶، استارختین^۷ (۲۰۱۲) در مطالعه‌ای با عنوان "اضطراب و نوسانات حرکتی^۸ در بیماری پارکینسون: یک مطالعه مشاهده‌ای مقطعی به توصیف ماهیت ارتباط میان علائم اضطرابی و نوسانات حرکتی و نیز توصیف علائم اضطراب در طی فازهای خاموش و عود دیسکینزی پرداختند. به‌طور قابل توجهی در مقایسه با بیماران فاقد نوسانات حرکتی، بیمارانی که نوسانات حرکتی داشتند دو برابر بیشتر مبتلا به اختلالات اضطرابی فراگیر^۹ بودند (۲۳ درصد در مقابل ۹ درصد). اختلالات هراسی^{۱۰} در بیماران دارای نوسانات حرکتی شایع‌تر نبود اما در این بیماران شیوع ترس از مکان‌های شلوغ^{۱۱} و هراس اجتماعی بیشتر بود. آنها پیشنهاد می‌کنند که مطالعات بیشتری برای بررسی وضعیت اضطرابی و نوسانات حرکتی مورد نیاز هستند.

به همین منظور یکی از درمان‌هایی که در دامنه وسیعی از اختلالات رایج در حوزه بهداشت روانی موثر است، درمان شناختی- رفتاری می‌باشد. این رویکرد تلفیقی از دو الگوی موفق رفتار درمانی و شناخت درمانی است که نقش موفق آن در درمان بسیاری از مشکلات روانشناختی به خصوص افسردگی و اضطراب به اثبات رسیده است (مهلمانا و گرم^{۱۲}، ۲۰۰۵). همچنین یکی از راهبردهای مهم برای دستیابی به اثربخشی این نوع

1- Friedman

3- Dujardin

5- Martines

7- Starkstein

9- Generalized Anxiety Disorder

11- Agoraphobia

2- Leentjens

4- Marsh

6- Richard

8- Motor Fluctuations

10- Panic Disorder

12- Mohlmana & Gorman

درمان به خصوص در سالمندان، این است که به صورت فردی و باتوجه به ویژگی‌ها و توانمندی‌های افراد می‌تواند به صورت منعطف به کار برد. درمان شناختی - رفتاری بر ابعاد شناختی و رفتاری و بر اندیشیدن، قضاوت، تصمیم‌گیری، تجزیه و تحلیل تأکید دارد و دارای ویژگی‌های منطقی، تفسیری، مستقیم، متقاعدکننده و فلسفی است (نوابی‌نژاد، ۱۳۸۱).

البته اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر سلامت عمومی در گروه‌های مختلف از جمله دانش آموزان، بیماران صرعی، بیماران مبتلا به سردردهای تنشی، بیماران سرطانی، بیماران مبتلا به ام اس و زنان دارای همسر مبتلا به اختلال مواد در ایران بررسی شده که نتایج همه این پژوهش‌ها اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری را بر بیماران نشان دادند (مختاری، نشاط دوست و مولوی ۱۳۸۷؛ دین‌دوست و علی اکبری، ۱۳۸۴؛ علی محمدی، آقایی، گلپرور و اعتمادی‌فر، ۱۳۸۶؛ هزیر، احدی، پورشهباز و رضایی، ۱۳۹۰).

ورسل^۱، انگستراند^۲ و گرانیوس^۳ (۲۰۰۷) در نتایج پژوهش خود عنوان کردند زندگی روزانه بیماران و وابستگان حتی اگر بیمار در مراحل پیشرفته بیماری نباشند بسیار تحت تأثیر قرار می‌گیرد. آنها نیاز دارند دیده شوند، شنیده شوند و در فرسودگی‌ها حمایت شوند. مطالعه دیگری که از سوی شاو^۴ (۱۹۷۴) بر روی بیماران مبتلا به پارکینسون انجام گرفت نشان داد که شناخت درمانی در شرایط بالینی از کارایی زیادی برخوردار است. شاو روش‌های شناختی را در مورد بیماران افسرده‌ای به کار گرفت که جملگی تحت درمان با روش‌های متعارف روان‌درمانی قرار گرفته بودند، اما تغییری در آنها به وجود نیامده بود. این بیماران هفته‌ای دو بار و به مدت پنج هفته مورد درمان قرار گرفتند. در پایان هفته پنجم، از جمع هفت بیمار، شش بیمار حالشان خوب شده بود. پنج هفته بعد، جدول تعیین امتیاز افسردگی نشان می‌داد که میزان افسردگی این بیماران به کمترین حد خود رسیده است.

1- Wressle
3- Granerus

2- Engstrand
4- Shouve

در سال ۱۹۸۹ دابسون^۱ یک فراتحلیل در مورد کارآیی شناختی بک برای ارتقای سلامت روان منتشر کرد. او بیست و هشت بررسی را مشخص کرد و بعد، درمان شناختی را با سایر نظام‌های روان‌درمانی مقایسه کرد. درمان جویی که تحت درمان شناختی قرار گرفته بود، از نود و هشت درصد افراد درمان نشده گواه، بهتر بود. این نتایج نشان دادند که درمان شناختی در مقایسه با بی‌درمانی، دارودرمانی، رفتار درمانی و سایر روان-درمانی‌ها تغییرات مثبت بیشتری را در مراجعان به وجود آورده بود (به نقل از هژیر احدی، پورشهباز و رضایی، ۱۳۹۰).

دهقان و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای به بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پارکینسون با و بدون علائم خستگی پرداختند و این محققان به این نتیجه رسیدند که تلاش مضاعف در جهت ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پارکینسون که دارای علائم خستگی هستند ضروری به نظر می‌رسد (دهقان و همکاران، ۲۰۱۰).

اسخراچ^۲، جهانشاهی و کوین^۳ (۲۰۰۰) مطالعه‌ای را با هدف شناسایی فاکتورهایی تعیین‌کننده کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پارکینسون ایدیوپاتیک انجام دادند در این پژوهش نویسندگان به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی زنان و مردان از نظر آماری با هم متفاوت نبود. تغییرات دیسکنیزی، بی‌اختیاری، عدم تعادل، بی‌خوابی، درد، اختلال کلامی و بلع تأثیر معنی‌داری بر کیفیت زندگی بیماران نداشت. کیفیت زندگی بیماران با افسردگی، شدت بیماری، اختلالات حرکتی همبستگی مثبت و با وضعیت شناختی همبستگی معکوس داشت. اما بین کیفیت زندگی با سن بیماران و طول مدت ابتلا به بیماری آنان ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. بنابراین افسردگی، ناتوانی، ناپایداری وضعیتی و اختلالات شناختی بیشترین تأثیر را بر کیفیت زندگی بیماران داشته است. لذا در درمان این بیماری باید به بهبود این علائم توجه ویژه‌ای داشت (اسخراچ و همکاران، ۲۰۰۰).

در وضعیت کنونی که بیماری پارکینسون هزینه‌های روانی و مالی سرسام‌آوری بر

1- Dobsoun

2- Schrag

3- Quinn

قربانیان و خانواده‌های آنها تحمیل می‌کند و از دیگرسو به رغم این مهمم درمانگری‌های مبتنی بر مداخله‌های پزشکی که عمدتاً بر دارو درمانگری استوار است در کنار مراقبت‌های خانگی به درمان اصلی این بیماری تبدیل شده است و از دیگرسو شناخت - رفتاردرمانگری در خلال دو دهه اخیر به درمانی موثر برای طیف مختلف بیماری‌های روانی و نیز شرایط طبی در سالمندان تبدیل شده است مسئله اصلی این است که آیا می‌توان این درمانگری‌های مبتنی بر مداخله‌های روانشناختی را جایگزین درمان‌های طبی این بیماری در سالمندان نمود؟ و یا حداقل به منزله بخش مهمی از مداخله‌گری‌ها در کنار دارودرمانگری‌ها از آن بهره‌مند شد؟ چه در مطالعات کون^۱، تامپسون^۲ و گالاگر^۳ (۲۰۰۲) و لیسانکی^۴ و کلاف^۵ (۱۹۹۶) مداخله‌گری‌های شناختی و رفتاری بر طیف مختلف مشکلات روانشناختی بیماران مبتلا به شرایط طبی از جمله بیماری‌های مزمن ریوی و نیز بر افزایش میزان فعالیت این بیماران موثر بوده است. از دیگر سو در همین جبهه یافته‌های حاصل از مطالعه درایسیگ^۶، بچمن^۷، ورموت^۸، اسخولاند^۹ و بچ^{۱۰} (۱۹۹۹) در کاربرد شناخت-رفتار درمانگری در کاهش و درمان افسردگی بیماران پارکینسون این خوش‌بینی را ایجاد کرده است که شناخت - رفتار درمانگری منجر به کاهش افسردگی و اضطراب در بیماران پارکینسون می‌شود. اگر چه در وضعیت کنونی پژوهش‌های تصادفی کنترل شده در مورد کاربرد شناخت - رفتاردرمانگری در اثر درمان مشکلات روانشناختی حاصل از پارکینسون وجود ندارد اما اثربخشی این درمان در این گستره همچنان تحت بررسی است. اما روان‌درمانگری افسردگی در این بیماری با یافته‌های بالینی هماهنگ است. چنانچه من یام (۱۹۹۷) اظهار می‌دارد هدف اساسی در تمام مراحل درمان دستیابی به بهبود کنش‌وری بیماران پارکینسون از طریق تجویز حداقل داروهای ممکن است.

لذا تا اینجا باید مشخص شده باشد که شواهد مربوط به اثربخشی شناخت رفتار

1- Coon
3- Gallagher
5- Clough
7- Bechmann
9- Skovlund

2- Thompson
4- Lisanky
6- Drisig
8- Wermuth
10- Bech

درمانگری در درمان افسردگی و اضطراب و کارکردهای اجتماعی موجود در انواع بیماری-ها و شرایط طبی از جمله پارکینسون هنوز در آغاز راه است. اما به نظر می‌رسد که اثربخشی و فواید بالینی شناخت-رفتار درمانگری در این قلمرو امیدوارکننده باشد. با این حال اگر افسردگی و اضطراب در این بیماران درمان نشده رها شود به‌ویژه اگر سالمندان افسردگی را نوعی واکنش و بنابراین پدیده‌ای قطعی بدانند این موضوع سبب طولانی شدن دوره بیماری جسمانی می‌شود که افسردگی درمان نشده آن می‌تواند به مرگ زودرس منجر شود. با تأملی دوباره آنچه از نظر گذشت پژوهش حاضر در قسمت مهمی از چشم‌اندازهای فرا روی خود به دنبال واکاوی بیشتر این مسئله است. با توجه به مطالعات کمی گوناگون و انجام برخی مطالعات کیفی در این زمینه، هنوز درمان‌های روانشناختی در افراد مبتلا به پارکینسون به خوبی و به صورت روشن و کامل تبیین نشده است. هر کدام از مطالعات عنوان شده به بررسی ابعادی از مشکلات و ناتوانی‌های افراد مبتلا به پارکینسون و وابستگان آنها پرداخته‌اند. بر اساس بررسی‌های پژوهشگر، مطالعاتی که به جنبه‌های کنترل، پیگیری و بازتوانی و سازگاری این بیماران در کشورهای دیگر و کشور ما انجام شده باشد، یافت نشد. بنابراین پژوهشگر بر آن بود تا با انجام پژوهش حاضر به بررسی اثرات مدل درمان شناختی-رفتاری سالمندی^۱ بر بهبود شاخص‌های سلامت جسمی و روانی چون افسردگی، اضطراب، کارکردهای جسمی و روانی در سالمندان مبتلا به پارکینسون بپردازد.

روش پژوهش

این پژوهش با روش نیمه‌آزمایشی از نوع کاربردی انجام شد. طرح تحقیق، پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمایش و گروه گواه با انتخاب در دسترس بود. جامعه آماری تحقیق سالمندان مبتلا به پارکینسون مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی پارکینسون بودند.

در پژوهش حاضر میانگین سنی زنان، ۵۷/۸ سال و میانگین سنی مردان ۵۳/۷ سال و

1- CBTO

میانگین زمان ابتلا به بیماری ۳/۲ سال بوده است. باتوجه به اینکه یک گروه آزمایشی و یک گروه کنترل بود دو گروه ۲۰ نفری به صورت همتاسازی انتخاب شده و سپس به صورت تصادفی در هر گروه جایگزین شدند. با توجه به اهمیت کنترل عوامل مزاحم شرایط ورود به نمونه پژوهش عبارت بودند از: ۱- 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- تا ۵ سال قبل از تشخیص ابتلا به پارکینسون دچار اختلالات عمده محور I روانپزشکی نبوده باشند؛ ۵- عدم ابتلا به بیماری مزمن و یا معلولیت جسمانی جدی تا قبل از ابتلا به پارکینسون ۶- سن بیشتر از ۶۰ سال و کمتر از ۷۰ سال؛ ۷- عدم سومصرف مواد؛ ۸- مدت زمان ابتلا به بیماری بین ۱ تا ۵ سال باشد؛ ۹- در صورتی که دو هفته متوالی و یا سه هفته متناوب جلسات درمان توسط بیماران کنسل می‌شد از روند پژوهش خارج می‌شدند.

ابزارهای اندازه‌گیری

در پژوهش حاضر از پرسشنامه سلامت عمومی استفاده شد، این پرسشنامه توسط گلدبرگ^۱ و بلک ویل^۲ در سال ۱۹۷۲ ابداع شده و به‌طور گسترده در پژوهش‌های متعددی مورد استفاده قرار می‌گیرد و شناخته‌شده‌ترین ابزار غربالگری در روان‌پزشکی است (گلدبرگ، بلک ویل، ۱۹۷۲). فرم اصلی و اولیه این پرسشنامه مشتمل بر ۶۰ سؤال است که متن سؤالات درباره وضع سلامتی و ناراحتی‌های فرد و به‌طور کلی سلامت عمومی او، با تأکید بر مسائل روانشناختی و اجتماعی در زمان حال است که بعدها فرم‌های کوتاه‌تری مشتمل بر ۱۲، ۲۰، ۲۸، ۳۰ و ۴۴ ماده‌ای نیز تهیه شد. در این پژوهش از فرم ۲۸ ماده‌ای این پرسشنامه که از چهار مقیاس تشکیل یافته استفاده شد. نمره‌گذاری بر اساس مقیاس لیکرت است که در آن برای هر فرد پنج نمره به دست می‌آید که چهار نمره به مقیاس‌های فرعی و یک نمره به کل مواد پرسشنامه مربوط می‌شود، نمره بیشتر

1- Goldberg

2- Black Will

در هر مقیاس نشانگر وضعیت نامطلوب می‌باشد. با انجام این پرسشنامه بر روی کارمندان ژاپنی، ضریب پایایی (آلفای کرونباخ) $0/90$ را برای این پرسشنامه گزارش کردند. چیونگ و اسپیرز (۱۹۹۴) ضریب اعتبار این پرسشنامه را در گروه کامبوجی‌های ساکن در نیوزلند به روش بازآزمایی با فاصله زمانی ۲ تا ۴ هفته با استفاده از فرمول ضریب همبستگی اسپیرمن به میزان $0/55$ برآورد نمودند و ضریب هماهنگی درونی این پرسشنامه را با روش نمره گذاری لیکرت به میزان $0/85$ گزارش کردند. هومن (۱۳۷۶) در هنجاریابی پرسشنامه سلامت عمومی در ایران، میزان هماهنگی درونی زیرمقیاس‌های این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، به ترتیب $0/85$ ، $0/87$ ، $0/70$ و $0/91$ گزارش نمود و برای کل مقیاس که نشان‌دهنده سلامت عمومی است، برابر با $0/85$ گزارش کرده است.

روند اجرای پژوهش: پس از انتخاب ۴۰ نفر از سالمندان مبتلا به پارکینسون در مورد همگی آنها پیش آزمون سلامت عمومی انجام گردید و سپس با روش انتصاب تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۲۰ نفر) جای گرفتند. پس از انتخاب آزمودنی‌ها ابتدا به آنها در خصوص هدف پژوهش، مدت آن و فواید شرکت در آن توضیحاتی ارائه گردید. سپس به شرکت‌کنندگان یادآوری شد که کلیه اطلاعاتی را که در اختیار پژوهشگر قرار می‌دهند به صورت محرمانه باقی خواهد ماند. پس از این مرحله قرارهای جلسات درمانی با گروه آزمایش تنظیم و از آنها رضایت نامه کتبی گرفته شد تا در تمامی جلسات حضور داشته باشند. همچنین به گروه گواه توضیح داده شد که پس از پایان کار گروه آزمایش، کار با آن‌ها نیز آغاز خواهد شد. در این مرحله گروه آزمایش هفته ای دو جلسه و در مجموع ۱۰ جلسه یک ساعته تحت درمان با این روش قرار گرفتند. در ضمن جلسات به صورت انفرادی و به شیوه سخنرانی و بحث و بر اساس تکالیف در حین جلسه و تکالیف تهیه شده در بسته درمانی برای انجام در بین جلسات انجام شد. محتوی درمان شناخت-رفتار درمانی عبارت بود از:

جلسه اول) آشنایی و معرفی مختصر درمانگر و درمان شناختی-رفتار درمانگری، طرح اهداف جلسه و انتظارات، تبیین هدف و قوانین آن، بحث در مورد ماهیت اختلالات رفتاری، توضیح درخصوص تفکر و احساس، روابط بین احساسات و افکار و اهمیت شرکت آنان در همه جلسات آموزش و اهمیت انجام تکالیف خانگی بود.

جلسه دوم) ابعاد اصلی نظریه‌های شناختی افسردگی، اضطراب و خشم، ویژگی‌های افکار خودآیند و چگونگی شناسایی آنها، تحریف‌های شناختی، شناسایی محرک‌های رفتاری، کاوش افکار و احساسات آزردهنده.

جلسه سوم) توضیح تأثیر رفتار بر احساسات، افکار و چگونگی شکل‌گیری سیستم باورها و نگرش‌ها، آشنا کردن شرکت‌کنندگان با این موضوع که افکار خودآیند پیامدهای رفتاری و هیجانی به‌دنبال دارد، تشخیص خطاهای شناختی، تزریق فکر، واکنش‌های منطقی مناسب با موقعیت.

جلسه چهارم) تعریف و توضیحی در مورد مؤلفه‌های چهارگانه سلامت روان، راه‌های غلبه بر افسردگی و اضطراب، ارائه آموزش آرام‌سازی و تمرینات تنفسی به عنوان یک برنامه شناختی.

جلسه پنجم) تبیین و تشریح بقیه افکار غیرمنطقی مطابق با روش بک^۱ و تعیین ارتباط آن با سطح سلامت روان و مؤلفه‌های آن، آموزش در خصوص جایگزین کردن افکار منطقی به جای افکار غیرمنطقی.

جلسات ششم، هفتم، هشتم و نهم) کنترل بر کاهش فراوانی افکار خودآیند، استفاده از تکنیک‌های توجه برگردانی، کنترل بر چگونگی احساس خود، استفاده شیوه‌های افزایش لذت و تسلط، افزایش قابلیت‌های مقابله با احساسات منفی، پاسخ به افکار منفی از طریق ارزیابی و یافتن گزینه‌های مفیدتر، تکنیک القای حالت خلقی و افکار جایگزین، تحلیل مزایا و معایب باورها، تغییر افکار منفی از طریق رفتار، تکنیک پیوستارنگری، تکنیک

1- Beck

تکنیک راه حل آفرینی سازنده، تمرین پذیرش و آموزش تکنیک ماشین زمان.

جلسه دهم) چگونگی برخورد با واقعیت و راهکارهای پذیرش واقعیت، ارزیابی بازخوردهای اعضا نسبت به جلسات و نتایج حاصله (جمع بندی جلسات)، پاسخگویی به سؤالات اعضا پس از اتمام این جلسات، آزمودنی‌های هر دو گروه توسط ابزار پژوهش مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. داده‌های حاصل از پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که ابتدا با استفاده از روش‌های آمار توصیفی، داده‌ها توصیف شدند. سپس با استفاده از روش‌های آماری استنباطی (تحلیل کوواریانس) تفاوت‌های موجود بین دو گروه پژوهش بررسی شد.

یافته‌های پژوهش

میانگین و انحراف معیار نمرات کل مربوط به سلامت عمومی در هر دو مرحله پیش-آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل به تفکیک اندازه‌گیری شده است.

جدول (۱) مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون سلامت عمومی آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل

گروه	متغیر	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	سلامت عمومی	۲۰	۳۶/۱۱	۱۱/۴۲	۲۰/۱۵	۱۰/۶۷
کنترل	سلامت عمومی	۲۰	۳۵/۹۲	۸/۴۷	۳۴/۹۷	۹/۳۱

متغیرها	آزمون کالموگروف اسمیرونف		آزمون لویون			آزمون باکس		
	P	Z	P	F	Box M	F	P	
سلامت عمومی	۰/۹۶	۰/۴	۰/۲۷	۱/۰۷				
اضطراب	۱/۱۴	۰/۱	۰/۶۴	۱/۷۵				
کارکرد اجتماعی	۰/۶۷	۰/۷	۰/۴۴	۰/۹۱	۱۰/۳۲	۰/۹	۰/۵۳	
افسردگی	۰/۹۸	۰/۱۵	۰/۱۷	۲/۲۵				
سلامت جسمی	۰/۸۸	۰/۵	۰/۵۸	۰/۳۷				

چنان‌که در جدول ۲ مشاهده می‌شود پیش‌آزمون و پس‌آزمون ابعاد سلامت عمومی دارای توزیع نرمال هستند ($P > 0/05$). همچنین در بخش نتایج مربوط به آزمون لوین، در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نیز ابعاد سلامت عمومی دارای برابری واریانس‌ها در بین دو گروه آزمایش و کنترل هستند ($P > 0/05$). بالاخره چنان‌که در جدول ۲ در بخش نتایج مربوط به آزمون باکس مشاهده می‌شود برابری ماتریس واریانس-کوواریانس‌ها نیز در پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر دو رعایت شده است ($P > 0/05$).

نتایج تحلیل کوواریانس در مرحله پس‌آزمون برای متغیرها، در جدول ۳ ارائه گردیده است.

جدول (۳) نتایج تحلیل کوواریانس دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر سلامت روان و زیر مقیاس‌های آن

منبع/شاخص	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	مقدار آتا	توان آماری
سلامت	۱	۱۵۹۱/۲۱	۳۵/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۱
عمومی	۱	۱۷۶۳/۳۳	۳۸/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۱
سلامت	۱	۱۰۱/۸۸	۱۴/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۳۴	۰/۹۵
جسمانی	۱	۴۸/۸	۶/۷۷	۰/۰۱	۰/۲۰	۰/۷۰
اضطراب	۱	۶۲/۴۷	۸/۴۱	۰/۰۰۲	۰/۲۳	۰/۷۹
کارکرد	۱	۲۳۸/۵۸	۳۲/۴۴	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳	۱
اجتماعی	۱	۵۲/۸۹	۷/۱۵	۰/۰۱	۰/۲۰	۰/۷۳
افسردگی	۱	۵۱/۶۵	۶/۸۵	۰/۰۱	۰/۲۰	۰/۷۲
پس‌آزمون	۱	۲۲۵/۴۵	۲۱/۴۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴	۰/۹۹
پس‌آزمون	۱	۱۵۷/۶۷	۱۴/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۰/۹۶

چنان‌که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در پس‌آزمون سلامت عمومی بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری ($F=38/97$ و $P < 0/001$) وجود دارد. مجذور سهمی آتا برابر با ۰/۵۶ و به این معنی است که ۵۶ درصد تفاوت سلامت عمومی پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل مربوط به شناخت-رفتاردرمانی بوده است. توان آزمون نیز برای

سلامت جسمانی پس‌آزمون برابر با $1/00$ به این معنی است که تحلیل کوواریانس چندمتغیری با 100 درصد توان تفاوت‌های بین سلامت عمومی پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل را بر پایه تعداد نمونه مورد مطالعه تأیید نموده است. چنانکه در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در پس‌آزمون سلامت عمومی بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری ($F=6/77$ و $P<0/01$) وجود دارد. مجذور سهمی اتا برابر با $0/20$ و به این معنی است که 20 درصد تفاوت سلامت جسمانی پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل مربوط به شناخت-رفتار درمانی بوده است. توان آزمون نیز برای سلامت جسمانی پس‌آزمون برابر با $0/7$ به این معنی است که تحلیل کوواریانس چندمتغیری با 70 درصد توان تفاوت‌های بین سلامت جسمانی پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل را بر پایه تعداد نمونه مورد مطالعه تأیید نموده است. چنانکه در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در پس‌آزمون اضطراب بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری ($F=32/44$ و $P<0/0001$) وجود دارد. مجذور سهمی اتا برابر با $0/53$ و به این معنی است که 53 درصد تفاوت اضطراب پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل مربوط به شناخت-رفتار درمانی بوده است. توان آزمون نیز برای اضطراب پس‌آزمون برابر با $1/00$ به این معنی است که تحلیل کوواریانس چندمتغیری با 100 درصد توان تفاوت‌های بین اضطراب پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل را بر پایه تعداد نمونه مورد مطالعه تأیید نموده است. چنانکه در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در پس‌آزمون کارکرد اجتماعی بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری ($F=6/85$ و $P<0/01$) وجود دارد. مجذور سهمی اتا برابر با $0/20$ و به این معنی است که 20 درصد تفاوت کارکرد اجتماعی پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل مربوط به شناخت-رفتار درمانی بوده است. توان آزمون نیز برای کارکرد اجتماعی پس‌آزمون برابر با $0/72$ به این معنی است که تحلیل کوواریانس چندمتغیری با 72 درصد توان تفاوت‌های بین کارکرد اجتماعی پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل را بر پایه تعداد نمونه مورد مطالعه تأیید نموده است. چنانکه در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در پس‌آزمون افسردگی بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری ($F=14/96$ و $P<0/0001$) وجود دارد. مجذور سهمی اتا برابر با $0/35$ و به این معنی است که 35 درصد تفاوت افسردگی

پس آزمون گروه آزمایش و کنترل مربوط به شناخت- رفتار درمانی بوده است. توان آزمون نیز برای افسردگی پس آزمون برابر با ۰/۹۶ به این معنی است که تحلیل کوواریانس چندمتغیری با ۹۶ درصد توان تفاوت‌های بین افسردگی پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل را بر پایه تعداد نمونه مورد مطالعه تأیید نموده است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های بدست آمده نشان داد که گروه آزمایش که تحت آموزش شناخت- رفتار درمانی قرار گرفته بود نسبت به گروه کنترل که مداخله‌ای دریافت نکرده بود، بهبود قابل ملاحظه‌ای در سلامت عمومی و زیرمقیاس آن را تجربه کرد بنابراین درمان شناختی- رفتاری در کاهش افسردگی، اضطراب، نشانه‌های جسمانی و افزایش کارکرد اجتماعی و در نهایت بر شاخص‌های سلامت عمومی و روانی سالمندان مبتلا به پارکینسون تأثیر معنادار دارد. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های تیلور^۱ (۱۹۷۴)، لایدلاو و همکاران (۱۳۸۷)، کرامر و همکاران (۱۹۹۲)، جانکوویک (۲۰۰۸)، مهلمان و گرم (۲۰۰۵)، مختاری (۱۳۸۷)، علی‌محمدی و همکاران (۱۳۸۶)، هژیر و همکاران (۱۳۹۰)، شاو (۱۹۷۴)، دابسون (۱۹۸۹)، کونیک و همکاران (۲۰۰۱)، انکینز و همکاران (۱۹۸۴)، لیسانکی و کلاک (۱۹۹۶) درایسینگ و همکاران (۱۹۹۹) همسو می‌باشد. این محققان در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیدند که شناخت- رفتار درمانی موجب کاهش معنی‌دار نشانه‌های افسردگی و اضطراب شده در نتیجه ارتقای سلامت عمومی را به‌دنبال دارد. سین و لیوبومیرسکی^۲ (۲۰۰۹) در پژوهشی همسو با یافته‌های پژوهش حاضر نشان داده‌اند که شناخت- رفتار درمانی در افزایش سلامت عمومی آزمودنی‌ها مبتلا به پارکینسون اثرگذار است. همچنین میتچل، استانی میرویک و کلین^۳ (۲۰۰۹) در بررسی مقایسه‌ای بین شناخت- رفتار درمانی با روان درمانی مبتنی بر حل مسأله و گروه‌های دریافت‌کننده پلاسبو، مشخص کردند که شناخت درمانی سلامت روان آزمودنی‌ها را نسبت به دو درمان دیگر بیشتر افزایش می‌دهند.

1- Taylour

2- Sin & Lyubomirsky

3- Mitchell, Stanimirovice, & Klein

گروهی از پژوهشگران مرکز شناخت درمانی دانشکده پزشکی پنسیلوانیا و از راش^۱، دکتر آرون بک، دکتر ماریا کواکس^۲ و دکتر استیو هولن^۳، پژوهشی در مقایسه تأثیر شناخت-رفتار درمانی با یکی از مؤثرترین داروهای ضدافسردگی یعنی توفرانیل^۴ انجام دادند و نتایج پژوهش‌های آنها معلوم کرد که شناخت درمانی از جمیع جهات به داروهای ضدافسردگی برتری دارد. مطالعه دیگری که از سوی شاو^۵ (۱۹۷۴) انجام گرفت نشان داد که شناخت درمانی در شرایط بالینی از کارآیی زیادی برخوردار است. شاو روش‌های شناختی را در مورد بیماران افسرده‌ای به کار گرفت که جملگی تحت درمان با روش-های متعارف روان‌درمانی قرار گرفته بودند، اما تغییری در آنها به وجود نیامده بود. پنج هفته بعد از درمان شناختی-رفتاری، جدول تعیین امتیاز افسردگی نشان می‌داد که میزان افسردگی این بیماران به کمترین حد خود رسیده است و در پژوهش‌های درایسنگ و همکاران (۱۹۹۹) این خوش‌بینی را ایجاد کرد که شناخت-رفتار درمانگری منجر به کاهش افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به پارکینسون می‌شود.

بنابر پژوهش‌های ذکر شده فوق مبنی بر تأثیر شناخت رفتاردرمانگری بر افسردگی، اضطراب و سلامت جسمانی و روانی و باتوجه به اینکه درمان شناختی-رفتاری بر ابعاد شناختی، رفتاری، اندیشیدن، قضاوت، تصمیم‌گیری، تجربه و تحلیل تأکید دارد و دارای ویژگی‌های منطقی، تفسیری، مستقیم، متقاعدکننده و فلسفی است (نوابی‌نژاد، ۱۳۸۱) می‌توان نتیجه گرفت که تأثیر بسزایی بر ارتقای سلامت عمومی و کیفیت زندگی و کنش اجتماعی سالمندان مبتلا به پارکینسون خواهد داشت.

باتوجه به اینکه در بیماری پارکینسون دامنه مشکلات جسمی بخصوص حرکتی وسیع بوده (جانکوویک، ۲۰۰۸) و بر اثر همین مشکلات جسمانی که روز به روز نیز بیشتر می‌شود بیمار دچار اضطراب شده و متعاقباً مشکلات بدنی و جسمانی خود را غیرواقعی‌تر از آنچه که هست برآورد می‌کند و طبیعتاً تنها مشکلات جسمانی مضاعف می‌شود بلکه

1- John Rush
3- Steve Holen
5- Shouve

2- Maria Kouackse
4- Toufranil
6- Shouve

فرد دچار افسردگی شده و عملکردش در جامعه نیز تحت شعاع قرار می‌گیرد، مجموعه عوامل مذکور موجب می‌شود فرد نتواند مانند گذشته ارتباطات و تعاملات اجتماعی سودمند و رضایت‌بخشی داشته باشد بنابراین می‌توان نتیجه گرفت هرگونه تلاشی من جمله شناخت- رفتار درمانی می‌تواند موجب بهبود در مولفه‌های روانشناختی چون افسردگی، اضطراب، خودبیمار انگاری و عملکرد اجتماعی که آنها نیز مولفه‌هایی از سلامت عمومی هستند، باشند، بنابراین می‌توان شناخت- رفتار درمانگری را درمانی در راستای کاهش نیاز به مراقب در منزل و حتی مرگ و میر برای سالمندان مبتلا به پارکینسون در نظر گرفت. حتی در نگاه بلندمدت اقدامات شناخت- رفتار درمانگری در راستای رفع احساس انزوا، ناامیدی، اضطراب و افسردگی می‌تواند منجر به ارتقای کیفیت زندگی و پیروی دارویی در این سالمندان شده و سلامت جسمانی و روانی بهتری را به دنبال داشته باشد.

هر طرح پژوهشی دارای محدودیت‌های ویژه‌ای است و تفسیر نتایج باید در پرتو این محدودیت‌ها مورد توجه قرار گیرد. از جمله محدودیت‌های این پژوهش، نداشتن دوره پیگیری است که دلیل آن در دسترس نبودن جامعه آماری به علت کهولت سن و مشکلات رفت و آمد آنها بود، که پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی از دوره پیگیری نیز برای ارزیابی تداوم نتایج درمان استفاده گردد. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش تعداد پایین آزمودنی‌ها و روش نمونه‌گیری در دسترس بود. لذا پیشنهاد می‌گردد که در پژوهش‌های آتی از نمونه‌های با حجم بزرگ‌تر و گسترده‌تر از لحاظ فرهنگی و اجتماعی استفاده شود. همچنین با توجه به نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود تاثیر درمان شناختی- رفتاری سالمندی بر سایر مولفه‌های روانشناختی که مبتلایان به پارکینسون با آنها درگیر هستند مانند عملکرد جنسی، کیفیت زندگی، ادراک بیماری و مولفه‌های شناختی نیز مورد بررسی قرارگیرد. با توجه به یافته‌های حاصل از این پژوهش و سایر مطالعات صورت گرفته در این زمینه می‌توان نتیجه گرفت که اجرای برنامه‌های مختلف مداخلات روانشناختی همچون آموزش مهارت‌های زندگی می‌تواند با تغییر در سبک

زندگی و اصلاح نظام رفتاری و روانشناختی سالمندان مبتلا به پارکینسون گام‌های اساسی در جهت کاهش سرعت پیشرفت بیماری و تسریع روند بهبودی بیماران برداشت.

تشکر و قدردانی

این پژوهش با همکاری کلینیک تخصصی پارکینسون دکتر شهیدی در تهران انجام شده است. از کلیه کسانی که در انجام این پژوهش بخصوص سالمندان مبتلا به پارکینسون و اساتید مساعدت‌ها و راهنمایی‌های لازم را فراهم کرده‌اند تشکر و قدردانی می‌شود.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۰۵
تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۲/۰۲/۲۸
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۰۸/۱۰

References

منابع

- دین‌دوست، لعیلا و علی‌اکبری، ساناز (۸۴-۱۳۸۳). بررسی سلامت روان بیماران ام‌اس اقدام‌کننده به خودکشی با دیگر بیماران ام‌اس، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور واحد کرج.
- علی‌محمدی، نرگس؛ آقایی، اصغر، گلپور، محسن، اعتمادی، مسعود (۱۳۸۶). تأثیر آموزش گروهی شناختی- رفتاری بر استرس بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)، شماره ۳۲، ص ۱۶-۱.
- لایدلاو، کن؛ تامپسون، لاری (۱۳۸۷). شناخت رفتاردرمانگری سالمندان، ترجمه: سیدموسی کافی و علی احمدی ازغندی، تهران: سمت.
- مختاری، ستاره، نشاط دوست، حمیدطاهر، مولوی، حسین (۱۳۸۷). بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی بر افسردگی و شکایات جسمانی بیماران مبتلا به ام‌اس، مجله روانشناسی، گروه روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان، پیاپی (۴۷)، ص ۲۵۱-۲۴۲ نوایی نژاد، شکوه، (۱۳۸۱). نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی گروهی، انتشارات سمت.
- هژیر، فرهاد، احدی، حسین، پورشهباز، عباس، رضایی، منصور (۱۳۹۰). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در تغییر بازنمایی‌های ادراکی از بیماری و ارتقا حالات عاطفی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس، ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه (بهبود)، سال پانزدهم، شماره ششم.
- هومن علی (۱۳۷۶). استانداردهای سازی و هنجاریابی پرسشنامه سلامت عمومی برای دانشجویان دوره روزانه کارشناسی دانشگاه تربیت معلم، مؤسسه تحقیقاتی دانشگاه تربیت معلم.
- Beck, AT. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*, New York: International Universities Press.
- Burn, D. (2002). Beyond the Iron Mark: towards Better Recognition and Treatment of Depression Associate d with Parkinson's Disease, *Mov Disord*, 17, 445-54.
- Caballol, N., Marti, M.J. & Tolosa, E. (2007). Cognitive Dysfunction and Dementia in Parkinson Disease, *Movement Disorders*, 22, S358-S366.

-
- Coon, D., Thompson, L.W. & Gallagher-Thompson, D. (2002) *Intervention for Distressed Caregivers: From Research to Practice*, Springer Publishing Co.
- Cummings, J.L. (1992). Depression and Parkinson's Disease: A Review. *The American Journal of Psychiatry*.
- Cummings, J.L. (1992). Depression and Parkinson's Disease: A Review, *The American Journal of Psychiatry*.
- Delau, L.M.L. & Breteler, M. (2006). Epidemiology of Parkinson's disease. *The Lancet Neurology*, 5, 525-535.
- Dehghan, A., Ghaem, H., Haghighi, A.B., Kashfi, M. & Zeyghami, B. (2010). Comparison of Quality of Life in Parkinson's Patients with and without Fatigue *Hormozgan Medical Journal*, 15, 49-55.
- Dreisig, H., Bechmann, J., Wermuth, L., Skovlund, S. & Bech, P. (1999). Psychologic Effects of Structured Cognitive Psychotherapy in Young patients with Parkinson Disease: A Pilot Study, *Nordic Journal of Psychiatry*, 53, 217-221.
- Friedman, J.H. ((2010). Parkinson's Disease Psychosis 2010: a Review Article, *Parkinsonism & Related Disorders*, 16, 553-560.
- Futterman, A., Thompson, L.W., Gallagher-Thompson, D. & Ferris, R. (1995). Depression in Later Life: Epidemiology, Assessment, Etiology, and Treatment, In E.E. Beckham & W.R. Leber (Eds), *Handbook of Depression* (2nd edn). New York: Guilford Press.
- Futterman, A., Thompson, L.W., Gallagher-Thompson, D. & Ferris, R. (1995) Depression in Later Life: Epidemiology, Assessment, Etiology, and Treatment, In E.E. Beckham & W.R. Leber (Eds), *Handbook of Depression* (2nd edn). New York: Guilford Press.
- Goldberg, D., Blak, P., (1972). *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*, Oxford University Press: London.
- Gurland, B.J., Teresi, J.J., Smith, W.M., Black, D., Hughes, G. & Edlavitch, S. (1998). Effects of Treatment for Isolated Systolic Hypertension on Cognitive Status and Depression in the Elderly, *Journal of the American Geriatrics Society*, 36, 1015-1022.
-

- Jankovic, J.(2008). Parkinson's Disease: Clinical Features and Diagnosis, *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 79, 368.
- Kramer, A.M., Fox, P.D. & Morgenstern, N. (1992) Geriatric Care Approaches in Health Maintenance Organizations, *Journal of the American Geriatrics Society*, 40, 1055- 1067.
- Laidlaw, K. (2003). Impact of Mental Health and Illness on Successful Ageing, In Kovacs, M. (Ed.), *Late Life Depression and Anxiety*. Budapest: Springer.
- Leentjens, A., Dujardin, K., Marsh, L., Martinez-Martin, P., Richard, I. & Stakstein, S. (2012). Anxiety and Motor Fluctuations in Parkinson's Disease: A Cross-sectional Observational Study, *Parkinsonism & Related Disorders*, 1-5.
- Lewis, C. & Knell, S. J. (2009). *The making of the Geological Society of London*, Geological Society.
- Lindgren, P., Von Campenhausen, S., Spottke, E., Siebert, U. & Dodel, R.(2005). Cost of Parkinson's Disease in Europe, *European Journal of Neurology*, 12, 68-73.
- Lisanky, D.P. & Clough, D.H. (1996) A Cognitive-behavioral Self-help Educational Program for Patients with COPD: A. Pilot Study, *Psychotherapy & Psychosomatics*, 65, 97-101.
- Mitchell J, Stanimirovic R, Klein B, VellaBrodrick DA. (2009). Randomized Controlled trail of a Self-guided Internet Intervention Promoting Well-being, *Compu Hum Beha*; (25): 749-760.
- Poewe, W. (2006). The Natural History of Parkinson's Disease, *J Neurol*, 253 Suppl 7, VII2-6.
- Reijnders, J.S.A. M., Ehrt, U., Weber, W.E.J., Arslan, D. & Leentjens, A.F.G. (2008). A Systematic Review of Prevalence Studies of Depression in Parkinson's Disease, *Movement Disorders*, 23, 183-189.
- Reijnders, J.S.A.M., Ehrt, U., Weber, W.E.J., Aarsland, D. & Leentjens, A.F.G. (2008). A Systematic Review of Prevalence Studies of Depression in Parkinson's Disease, *Movement Disorders*, 23, 183-189.
- Russell, J.A., Ciucci, M.R., Connor, N.P. & Schallert, T. (2010). Targeted Exercise Therapy for Voice and Swallow in Persons with Parkinson's Disease, *Brain research*, 1341, 3-11.

-
- Samii A, Nuttgj & Ransombr (2004). Parkinson's Disease, *Lancet*, 363, 1783-93.
- Scandlyn, J. (2000). When Aids Became a Chronic Disease, *Wester Journal of Medicine*, 172, 130-133.
- Schrag, A., Jahanshahi, M. & Quinn, N. (2000). What Contributes to Quality of Life in Patients with Parkinson's Disease? *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 69, 308-312.
- Shahidi, G.A. (2012). Prevalence Parkinson's Disease in Iranian Population. Tehran: Iranian Neurological Research Center.
- Shergill, S.S., Walker, Z. & Lekatona, C.(1998). A Preliminary Investigation of Laterality in Parkinson's Disease and Susceptibility to Psychosis, *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 65, 610-611.
- Shigemi TM, Toshihide T. (2000). Stability of Factor Structure and Correlation with Perceived job stress in General Health Questionair: A Three Way Survey over One Year in Japanese Workers. *J Occu Heal*; (42): 284- 291.
- Shulman L.M., Tabackl, Rabinstein A.A. & Weiner W.J. (2002). Non-Recognition of Depression and Other Non-motor Symptoms in Parkinson's Disease, *Parkinsonism Relat Disord*, 8, 193-7.
- Sin N., Lyubomirsky S. (2009). Enhancing Well-being and Alleviating Depressive Symptoms with Positive Psychology Interventions: A Practice-friendly Mete-analysis, *J Clin Psychol*; 65(5): 467-487.
- Sinclair, G.V., Scroggie, J. (2005). Effects of a Cognitive-Behavioral Program for Women with Multiple Sclerosis, *Journal of NeuroscienceNursing*, 37(5): 249-57, 276.
- Steuer, J.L. & Hammen, C.L. (1983). Cognitive-behavioral Group Therapy for the Depressed Elderly: Issues and Adaptations, *Cognitive Therapy and Research*, 7, 285-296.
- Taylor, C., Keim, S.K., & Parker, A. (2004). *Social and Cultural Barriers to Diabetes Prevention in Oklahoma American Indian Woman*, *Preventive Chronis Disease*, 1(2).
- Turner, J., & Kelly, B. (2000), Emotional Dimensions of Chronic Disease, *Western Journal of Medicine*, 172, 124-128.
-

- World Health Organization (2002). Health Education in Self-care: Possibilities and Limitations, *Report of a Scientific Consultation, Geneva: World Health Organization*, 21-25, Oct; 12(10): 1160-5
- Wressle, E., Engstrand, C. & Granerus, A.K. (2007). Living with Parkinson's Disease: Elderly Patients' and Relatives' Perspective on Daily Living. *Australian Occupational Therapy Journal*, 54, 131-139.