

**Research Paper****Effectiveness of Group Cognitive-Behavioral Therapy on Strategies for Coping with Stress of Family Caregivers of Patients with Alzheimer's Disease**Masoumeh Mahmoodi<sup>1</sup>, \*Parvaneh Mohammad Khani<sup>2</sup>, Bagher Ghobari Banab<sup>3</sup>, Fariborz Bagheri<sup>1</sup>

1. Department of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. Department of Clinical Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

3. Department of Psychology and Exceptional Children's Education, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.

**Citation:** Mahmoodi M, Mohammad Khani P, Ghobari Banab B, Bagheri F. [The effectiveness of group cognitive-behavioral therapy on strategies for coping with Stress of family caregivers of patients with Alzheimer disease (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2016; 11(4):190-201. <http://dx.doi.org/10.21859/sija-1101190>

**doi:** <http://dx.doi.org/10.21859/sija-1101190>

Received: 06 Oct. 2015

Accepted: 18 Feb. 2016

**ABSTRACT**

**Objectives** Alzheimer's disease is a progressive and degenerative disease of the brain that severely damages the thinking and memory functions of human beings. This disease is the most common form of dementia, which comprises a set of signs and symptoms such as loss of memory, judgment, and reasoning that subsequently changes the attitude, behavior, and communication ability.

Taking care of people with Alzheimer's disease can become very stressful for their families. Group cognitive-behavioral therapy has played an important role in teaching how to use compatible coping strategies. Thus, this research aimed to investigate the effectiveness of group cognitive-behavioral therapy on strategies for coping with stress of family caregivers of patients with Alzheimer's disease.

**Methods & Materials** This research was conducted using a quasi-experimental design. The study sample comprised 32 voluntary caregivers as per Iran's Alzheimer Community Care in 2011. They were selected by convenience sampling method and were randomly assigned into experimental and control groups. We used the questionnaire of coping inventory with stressful situations (CISS), which was completed before group therapy and after the treatment course in 3 stages of pretest, posttest, and follow-up. Data analysis was performed by analysis of covariance, multivariate analysis of covariance, and repeated measures.

**Results** The results showed that the components of compatible strategies (problem-oriented and social entertainment) in the experimental group were significantly increased compared to pretest and control group due to cognitive-behavioral therapy ( $P=0.001$ ). However, the components of incompatible strategies (emotion-oriented and attention processing) due to cognitive-behavioral therapy was significantly decreased in the experimental group compared to the pretest and control group ( $P=0.001$ ). The results of repeated measuring plan between 3 stages of pretest, posttest, and follow-up showed that the effects of cognitive-behavioral therapy on increasing compatible coping style (problem-oriented and social entertainment) and decreasing incompatible coping style (emotion-oriented and attention processing) as well as the effect of intergroup actions and repetition were significant. There was also a significant difference between experimental group and control group. Moreover, the time factor was ineffective in lowering the effect of cognitive-behavioral therapy from posttest to follow-up period.

**Conclusion** Based on the results, the group cognitive-behavioral therapy can increase the use of compatible strategies for coping with stress and decrease the use of incompatible strategies. This issue is related to factors such as complete understanding of Alzheimer's disease and its effects, creating an atmosphere for presentation and an opportunity for social interaction, understanding the importance of sport and allocating time for recreational activities, learning body relaxation in stressful situations, understanding life problems, solving problem techniques, feeling of control, and time management. Thus, we recommend using group cognitive-behavioral therapy as a low-cost treatment for family caregivers of patients with Alzheimer's and patients with chronic diseases.

**Key words:**

Alzheimer, Caregivers, Cognitive-behavioral therapy, Stress

**\* Corresponding Author:**

Parvaneh Mohammad Khani, PhD

Address: Department of Clinical Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Kodakyar Ave., Daneshjo Blv., Evin, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 22180045

E-mail: parmohamir@yahoo.com

## اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر راهبردهای مقابله با استرس در خویشاوندان مراقبت‌کننده مبتلایان به آلزایمر

معصومه محمودی<sup>۱</sup>، پروانه محمدخانی<sup>۲</sup>، باقر غباری‌بناب<sup>۳</sup>، فریبرز باقری<sup>۱</sup>

۱- گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.

۲- گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۳- گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

### حکیده

تاریخ دریافت: ۱۴ مهر ۱۳۹۴

تاریخ پذیرش: ۲۹ بهمن ۱۳۹۴

**اهداف:** آلزایمر یک بیماری پیشرونده و از بین برنده مغز است که به‌طور جدی سبب آسیب به بخش تفکر و حافظه انسان می‌شود. این بیماری، شایع‌ترین نوع زوال عقل است که شامل مجموعه‌ای از علائم نظیر: ازدست‌رفتن حافظه، قضاوت و استدلال در افراد است که سبب تغییرات در خلق، رفتار و توانایی ارتباط می‌شود. مراقبت از مبتلایان به آلزایمر با رفتار و اعمالی که افراد مبتلا به آلزایمر انجام می‌دهند، در صورت بی‌کفایتی منابع کنار آمدن فرد، بیشتر برای خویشاوندان استرس‌زاست. گروه درمانی شناختی-رفتاری در آموزش به‌کارگرفتن راهبردهای مقابله‌ای سازگار، نقش مهمی داشته است. بنابراین، هدف این پژوهش بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر راهبردهای مقابله با استرس در خویشاوندان مراقبت‌کننده مبتلایان به آلزایمر بود.

**مواد و روش‌ها:** روش تحقیق حاضر نیمه‌آزمایشی و طرح آن پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. ۳۲ مراقب داوطلب مراجعه‌کننده به انجمن آلزایمر ایران در سال ۱۳۹۰ به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل به روش تصادفی گمارده شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه مقابله با استرس (CISS<sub>۲۱</sub>) بود که پیش از آغاز گروه‌درمانی و در پایان دوره درمان در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌وسیله گروه‌ها تکمیل شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس، تحلیل کوواریانس چندمتغیره و اندازه‌گیری مکرر صورت گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد مؤلفه‌های راهبردهای سازگار (مسئله‌مدار و سرگرمی اجتماعی) در اثر گروه درمانی شناختی-رفتاری در گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون و گروه کنترل، به‌طورمعناداری افزایش یافته بود ( $P=0/001$ ). این در حالی است که مؤلفه‌های راهبردهای ناسازگار (هیجان‌مدار و توجه گردانی) در اثر گروه درمانی شناختی-رفتاری در گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون و گروه کنترل، به‌طورمعناداری کاهش یافته بود ( $P=0/001$ ). نتایج طرح اندازه‌گیری مکرر بین ۳ مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داد که اثرات گروه درمانی شناختی-رفتاری بر افزایش سبک مقابله‌ای سازگار (مسئله‌مدار و سرگرمی اجتماعی) و کاهش سبک مقابله‌ای ناسازگار (هیجان‌مدار و توجه گردانی) و نیز اثر تعامل بین گروه و تکرار معنادار بود و بین دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود داشت. عامل زمان در کاهش اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری، از پس‌آزمون به پیگیری بی‌تأثیر بود.

**نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌های پژوهش حاضر، گروه درمانی شناختی-رفتاری می‌تواند استفاده از راهبردهای مقابله با استرس سازگار را افزایش و استفاده از راهبردهای مقابله با استرس ناسازگار را در خویشاوندان مراقبت‌کننده مبتلایان به آلزایمر کاهش دهد. این امر با عواملی مانند شناخت کامل بیماری آلزایمر و تأثیر آن بر روند زندگی، ایجاد فضایی برای ابراز وجود، ایجاد فضایی برای برقراری تعاملات اجتماعی، پی‌بردن به اهمیت ورزش و اختصاص زمان برای تفریح، آموختن تن‌آرامی در شرایط پر استرس، شیوه درک مسائل زندگی، مهارت حل مسئله، احساس کنترل، مدیریت زمان ارتباط دارد. با توجه به نتایج مثبت، استفاده از گروه درمانی شناختی-رفتاری به‌عنوان درمانی کم‌هزینه برای مراقبت‌کنندگان مبتلایان به آلزایمر و دیگر گروه‌های مراقبت‌کننده مبتلایان به بیماری‌های مزمن پیشنهاد می‌شود.

### کلیدواژه‌ها:

آلزایمر، مراقبان، درمان شناختی-رفتاری، استرس

\* نویسنده مسئول:

دکتر پروانه محمدخانی

نشانی: تهران، اوین، خیابان دانشجو، بن‌بست کودکان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه روانشناسی بالینی.

تلفن: ۰۲۱ ۲۲۱۸۰۰۴۵ (۲۱) ۹۸+

پست الکترونیکی: parmohamir@yahoo.com

## مقدمه

می‌تواند آموزش داده شود و کسب این مهارت برای حفظ سلامت روان لازم است [۱۰]. مقابله تلاشی است که فرد برای موقعیتی که نیاز به سازگاری دارد، انجام می‌دهد تا محرک تنش را حذف کند یا تقلیل دهد و بیشتر میان راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار و هیجان‌مدار یا سازگار و ناسازگار تمایزهایی وجود دارد [۱۱].

روان‌شناسی سلامت، در سال‌های اخیر اهمیت زیادی برای نحوه رویارویی با استرس و چالش‌های زندگی در بهبود وضعیت سلامت جسمانی و روانی افراد قائل شده است و مستقیم‌ترین روش مداخله را تقویت پاسخ‌های مقابله‌ای سازگارانه و توانمندی‌های شناختی آنان می‌داند [۱۲]. به‌بیان‌دیگر، مقابله یک متغیر تعدیلگر مهم در زمینه استرس به‌شمار می‌رود [۱۳]. از این رو، اگر تلاش‌های مقابله‌ای فرد از نوع مؤثر، باکفایت و سازگارانه (راهبردهای مسئله‌مدار و سرگرمی اجتماعی) باشد، استرس کمتر فشارزا به‌شمار می‌رود و واکنش نسبت به آن نیز در راستای کاهش پیامدهای منفی صورت می‌گیرد.

از سوی دیگر اگر سبک یا الگوی مقابله، ناسازگارانه (راهبردهای هیجان‌مدار و راهبردهای اجتنابی) باشد، نه تنها استرس را مهار نمی‌کند، بلکه خود این واکنش، منبع فشار به‌شمار می‌آید و شرایط را بدتر می‌کند [۱۴]. بنابراین، متخصصان علوم پیشگیری در صدد تقویت نقاط قوت انسان‌ها از طریق راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه به‌عنوان سپری علیه بیماری روانی و افزایش سلامت روان هستند [۱۵].

ویلکس<sup>۷</sup> و همکاران [۱۶] در تحقیقشان دریافتند وقتی مراقب بیمار مبتلا به آلزایمر در مقابل پرخاشگری‌های بیمار از راهبردهای مقابله سازگار (راهبردهای مسئله‌مدار و سرگرمی اجتماعی) استفاده می‌کند، انعطاف‌پذیری وی افزایش می‌یابد و وقتی در مقابل پرخاشگری بیمار از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار (هیجان‌مدار) مانند پرخاشگری متقابل یا راهبردهای اجتنابی استفاده می‌کند، انعطاف‌پذیری وی کاهش می‌یابد. این تحقیق، لزوم آموزش راهبردهای مقابله‌ای سازگار را آشکار می‌سازد.

برنامه‌های مداخله‌ای زمانی احتمال موفقیت دارند که مبتنی بر نظریه و دارای حمایت پژوهشی باشند. در رابطه با بزرگسالان، این نوع مداخله را می‌توان براساس رویکرد شناختی-رفتاری ارائه نمود. پشتوانه پژوهشی محکم، رویکرد نظام‌مند، قابلیت خوب آموزشی بودن شیوه‌های شناختی-رفتاری و نگاه هم‌زمان و چندجانبه آموزش‌های آن به مؤلفه‌های شناختی، هیجانی، رفتاری و اجتماعی امتیازاتی است که باعث می‌شود این رویکرد انتخاب اصلی پژوهشگران علوم پیشگیری و ارتقای سلامت روان باشد [۱۷].

پژوهش‌های متعدد در حوزه روان‌شناسی سلامت تأثیر مثبت

بیماری آلزایمر، شایع‌ترین نوع دمانس است و بیشتر با کناره‌گیری تدریجی فرد از پرداختن فعال به زندگی شروع می‌شود. در پی این عارضه فعالیت‌های اجتماعی و تمایلات محدود می‌شوند، هوشیاری ذهنی و سازگارپذیری کاهش می‌یابند، معمولاً افکار و فعالیت‌ها خودمدار و بچگانه می‌شوند، حافظه فرد دچار اختلال می‌شود و چون بیماری آلزایمر به قطعه‌های گیجگاهی مغز آسیب می‌رساند، هذیان‌ها نیز در برخی بیماران یافت می‌شوند. اگرچه هذیان‌های گزند و آسیب، حاکم هستند، اما گاهی هذیان‌هایی که جنبه حسادت دارند نیز دیده می‌شود. فرد مبتلا به آلزایمر گاهی به مراقبان خود بدبین می‌شود و رفتارهای خصمانه‌ای از خود بروز می‌دهد. مراقبت از این بیماران بیشتر برای مراقبت‌کنندگان بسیار استرس‌زا است. هنگامی که این بیماری پیشرفت می‌کند، آنها با مشکلات فراوان مدیریتی چالش‌برانگیز روبه‌رو هستند [۱].

پژوهش‌هایی که در زمینه مراقبت‌کنندگان خویشاوند مبتلایان به بیماری آلزایمر صورت گرفته‌اند، از نشانه‌های استرس متعدد مراقبان خبر می‌دهند. براساس یک تحقیق وسیع، ۸۰٪ از مراقبان از استرس شدید رنج می‌برند [۲]. تحقیقات مختلفی به‌منظور بررسی شیوع اختلالات روانی، به‌ویژه استرس، در بین مراقبان خویشاوند مبتلایان به آلزایمر صورت گرفته است. یافته‌های مطالعات اپستین<sup>۱</sup> و همکاران [۳]، بروداتی و دانکین<sup>۲</sup> [۴]، لیوینگستون<sup>۳</sup> و همکاران [۵]، ماهونی<sup>۴</sup> و همکاران [۶]، آگولیا<sup>۵</sup> و همکاران [۷] سطح بالایی از استرس را در مراقبان خویشاوند مبتلایان به آلزایمر نشان دادند.

ویتالیانو و کاتون<sup>۶</sup> [۸] با انجام فراتحلیلی روی ۸۴ مقاله پیرامون مراقبان خویشاوند مبتلایان آلزایمر دریافتند که مراقبان سطوح بالایی از استرس را تجربه می‌کنند؛ بنابراین، مداخلات روان‌پزشکی و روان‌شناسی، برای شناسایی نشانگان استرس در مراقبان لازم است و آموزش مدیریت استرس به مراقبان را توصیه نمودند. باستانی و همکاران [۹] طی تحقیقی که پیرامون سلامت عمومی زنان مراقبت‌کننده بیمار مبتلا به آلزایمر داشتند، دریافتند که مراقبان در وضعیت مطلوبی از سلامت عمومی قرار نداشتند.

این حقیقت قابل ذکر است که استرس، غالباً تجربه‌ای است که فرد برای خود ایجاد می‌کند؛ یعنی افراد می‌توانند اضطراب و استرس خود را کنترل و مهار کنند. کنترل استرس و اضطراب، مهارتی است که

1. Epstin
2. Brodaty and Donkin
3. Livingston
4. Mahoney
5. Aguglia
6. Vitaliano and Katon

7. Wilks

## روش مطالعه

طرح این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و مطالعه پیگیری ۴ ماهه همراه گروه کنترل بود. جامعه تحقیق را کلیه خویشاوندان مراقبت‌کننده زنی تشکیل می‌داد که در سال ۱۳۹۰ به انجمن آلزایمر ایران (واقع در شهر تهران) مراجعه کرده بودند. با توجه به اینکه طرح نیمه‌آزمایشی بود و دو گروه کنترل و آزمایشی وجود داشت، با مراجعه به فرمول کوهن<sup>۱۰</sup>، با در نظر گرفتن حجم اثری معادل ۰/۶۰ و  $\alpha=5\%$  و توان آزمون معادل ۹۱، حجم نمونه برای هر گروه ۱۶ نفر بود و در کل، برای دو گروه ۳۲ نفر در نظر گرفته شد.

برای انتخاب نمونه، پس از تکمیل پرسشنامه توسط مراقبان در دسترسی که داوطلب شرکت در جلسات بودند، تعداد ۳۲ نفر از افرادی که به پرسشنامه پاسخ دادند و ملاک‌های ورود را داشتند، انتخاب شدند و به‌طور تصادفی به تعداد برابر در گروه آزمایش (با عنوان گروه‌درمانی شناختی-رفتاری) و گروه کنترل قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان رضایتنامه اخلاقی شرکت در پژوهش را امضا کردند و به آنها توضیح داده شد که اطلاعاتشان به‌صورت کاملاً محرمانه حفظ خواهد شد و نتایج پژوهش به‌طور نتیجه‌گیری کلی و آماری منتشر خواهد شد. علاوه بر این، قرار شد گروه کنترل نیز پس از اتمام پژوهش یک دوره گروه‌درمانی شناختی-رفتاری را بگذرانند.

ملاک‌های ورود به روند مطالعه عبارت بودند از: ۱- مراقبان خویشاوند بیمار مبتلا به آلزایمر باشند؛ ۲- زن باشند (یافته‌های مطالعات باستانی و همکاران [۹]، لسادا<sup>۱۱</sup> و همکاران [۲۵]، کروج<sup>۱۲</sup> و همکاران [۲۶]، ماهونی و همکاران [۶]، کناگی و کالتابیان<sup>۱۳</sup> [۲۷] نشان داد که زنان درصد بیشتری از جمعیت مراقبان خویشاوند مبتلایان به آلزایمر را در برمی‌گیرند و همچنین عوارض روانی ناشی از بار مراقبت در زنان بیشتر از مردان است)؛ ۳- افراد دارای حداقل مدرک سیکل باشند (باتوجه به ماهیت فعال‌گونه و مشارکتی درمان شناختی-رفتاری و انجام تکالیف روزانه به سطحی از توانایی افراد در شناسایی افکار و هیجان‌ها و درک رویکرد شناختی-رفتاری نیاز است)؛ ۴- قبل از شروع مراقبت، افراد سابقه بیماری روانی نداشته باشند.

به‌منظور سنجش راهبردهای مقابله مراقبت‌کنندگان فرم کوتاه پرسشنامه مقابله با شرایط پر استرس<sup>۱۴</sup> (فرم کوتاه CISS) به‌کاررفت. این پرسشنامه توسط کالزبیک<sup>۱۵</sup> و همکاران [۲۸] ساخته و از ۲۱ عبارت تشکیل شده است. این مقیاس دو سبک

استفاده از راهبردهای مقابله‌ای سازگار مانند مدیریت استرس مبتنی بر نظریه شناختی-رفتاری و استفاده از فنون شناختی-رفتاری در برابر موقعیت‌های تنش‌زا و هیجانات منفی را عامل مهمی در شکل‌گیری سلامت جسمانی و روانی افراد نشان داده‌اند [۱۸]. قاسم‌زاده و همکاران [۱۹]، عاشوری و همکاران [۲۰]، فروزنده و دل‌آرام [۲۱]، در پژوهش‌های خود به این نتیجه دست یافتند که گروه درمانی شناختی-رفتاری موجب افزایش استفاده از پاسخ‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار و کاهش استفاده از پاسخ‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار است. در مطالعه‌ای وزنر<sup>۸</sup> و همکاران [۲۲] دریافتند که یک دوره گروه‌درمانی شناختی-رفتاری در بیماران مبتلا به پانیک، استفاده از راهبردهای مقابله ناسازگار و ناکارآمد از جمله راهبرد توجه‌گردانی را به‌طور معناداری کاهش می‌دهد.

هامدان<sup>۹</sup> [۲۳] طی مطالعه‌ای اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری را بر کاهش استفاده از راهبرد مقابله توجه‌گردانی، مثبت‌ارزیابی کرد. البته برخی نتایج متفاوت نیز در این زمینه به‌دست آمده است که از اثرگذاری کم این رویکرد درمانی بر تغییر راهبردهای مقابله‌ای حکایت دارد. مصلانژاد و همکاران (۲۰۱۲) طی پژوهشی که روی زنان ناباور انجام دادند، نشان دادند بین افرادی که گروه‌درمانی شناختی-رفتاری دریافت کرده بودند و افراد گروه کنترل تفاوت معناداری در استفاده از راهبردهای مقابله‌ای دیده نشد [۲۴].

با توجه به نتیجه تحقیقاتی که حکایت از شدت فشار روانی مراقبان خویشاوند مبتلایان به آلزایمر دارند و توصیه‌های این تحقیقات مبنی بر لزوم آموزش راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه و با در نظر گرفتن اینکه فقر پژوهشی بارزی در این زمینه به‌چشم می‌خورد، با استناد به تأثیرات مثبت گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر افزایش استفاده از راهبردهای مقابله با استرس سازگار (مسئله‌مدار و سرگرمی اجتماعی) و کاهش استفاده از راهبردهای مقابله با استرس ناسازگار (هیجان‌مدار و توجه‌گردانی)، هدف پژوهش حاضر این بود که اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری را بر راهبردهای مقابله با استرس در خویشاوندان مراقبت‌کننده مبتلایان به آلزایمر بررسی نماید. در نتیجه، با توجه به مطالب پژوهشی موجود دو فرضیه اصلی برای انجام تحقیق حاضر مدنظر قرار گرفت:

- گروه‌درمانی شناختی-رفتاری در خویشاوندان مراقبت‌کننده مبتلایان به آلزایمر بر افزایش استفاده از راهبردهای مقابله با استرس سازگار آنها اثربخش است؛
- گروه‌درمانی شناختی-رفتاری در خویشاوندان مراقبت‌کننده مبتلایان به آلزایمر بر کاهش استفاده از راهبردهای مقابله با استرس ناسازگار آنها اثربخش است.

10. Cohen

11. Losadaa

12. Crooga

13. Conaghy and Caltabiano

14. Coping inventory for stressful situations

15. Calsbeek

8. Wesner

9. Hamdan

شناخت افکار غیرمنطقی و توضیح درباره خطاهای شناختی و نقش آنها در ایجاد استرس؛

**جلسه ششم:** آموزش ارزیابی مجدد افکار و چالش با افکار به‌عنوان راهکاری برای به‌مبارزه‌طلبیدن افکار غیرمنطقی؛

**جلسه هفتم:** آموزش مدیریت زمان با آموختن هدف‌گذاری، فهرست کارهای روزانه و کارهای اداری، اولویت‌بندی براساس اهمیت و فوریت، خودپایی و فعال‌سازی رفتاری و برنامه‌ریزی هفتگی موانع مدیریت زمان؛

**جلسه هشتم:** آموزش حل مسئله و واکنش مناسب در مقابل رفتار ناسازگار بیمار در حین مراقبت؛

**جلسه نهم:** آموزش مدیریت خشم و انجام تمرین‌های مربوط به راه‌های کنترل خشم و شیوه صحیح ابراز ناراحتی؛

**جلسه دهم و یازدهم:** آموزش راه‌های افزایش اعتمادبه‌نفس؛

**جلسه دوازدهم:** آموزش مهارت‌های ارتباطی و ابراز وجود، استفاده از حل مسئله برای تعارض‌ها (یافتن راه‌حل‌های عملی و بازی نقش)؛

**جلسه سیزدهم:** توضیح در مورد انواع حمایت اجتماعی و درک فواید آن، گفتگو در زمینه منابع شخصی و منابع اجتماعی با هدف درک گروه نسبت به اهمیت منابع اجتماعی که در غم، پیشرفت و... به فرد کمک سازنده می‌کند؛

**جلسه چهاردهم:** مرور کلی و تمرین مهارت‌های آموخته‌شده در جلسات قبل و تنظیم برنامه مدیریت استرس شخصی با توجه به آموخته‌های‌شان در طول دوره.

درمانگر در هر جلسه ابتدا موارد موردبحث را مشخص و تکالیفی را برای اجرا در فاصله جلسات معین می‌کند. سپس بین درمانگر و اعضای گروه در مورد تکالیف جلسه قبل، بحث و تبادل نظر صورت می‌گیرد. پس از آن درمانگر مهارت‌های جدید را به افراد آموزش می‌داد. افراد موظف بودند که در فاصله دو جلسه، تمرین‌های عملی تعیین‌شده در خانه را به‌طور عملی انجام دهند و در هر جلسه گزارشی از روند انجام آن تکلیف بیان کنند. بیست دقیقه از هر جلسه به تمرینات تن‌آرامی اختصاص داشت. در طی جلسات درمان، دو نفر از اعضای هر دو گروه بنا به دلایل شخصی به همکاری خود ادامه ندادند.

در پایان، داده‌های به‌دست‌آمده از پرسشنامه راهبردهای مقابله با استرس و پرسشنامه جمعیت‌شناختی به نرم‌افزار SPSS داده شد و در دو بخش توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ابتدا در بخش توصیفی به کمک شاخص‌های مرکزی و پراکندگی از جمله میانگین و انحراف استاندارد به‌همراه جدول داده‌هایی که جمع‌آوری شده‌اند، طبقه‌بندی و توصیف شدند و در بخش استنباطی برای بررسی معناداری، بین تفاضل بین میانگین

مقابله سازگار؛ یعنی مقابله مسئله‌مدار (هفت عبارت) و سرگرمی اجتماعی (سه عبارت) و دو سبک مقابله ناسازگار؛ یعنی مقابله هیجان‌مدار (هفت عبارت) و سبک مقابله اجتناب‌مدار (چهار عبارت) را مورد ارزیابی قرار داده است. پرسشنامه مقابله با شرایط پراسترس، ابزاری خودگزارشی است و شرکت‌کننده‌ها باید در یک طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (هرگز تا بسیار زیاد) مشخص کنند که تا چه حد از هر یک از راهبردهای ارائه‌شده استفاده کرده‌اند. برای به‌دست‌آوردن امتیاز هر زیرمقیاس، باید نمره تمام عبارات مربوط به زیرمقیاس موردنظر باهم جمع شود.

نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که زیرمقیاس‌های مقابله مسئله‌مدار، هیجان‌مدار، سرگرمی اجتماعی و توجه‌گردانی از همسانی درونی مطلوبی برخوردارند (ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۸۸-۰/۶۷). در پژوهش حاضر پرسشنامه مذکور مورد اعتباریابی مجدد واقع شد که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به‌دست آمد. نتایج تحلیل عامل تأییدی، ساختار پنج عاملی فرم کوتاه پرسشنامه مقابله با شرایط پراسترس را تأیید کرد که این امر حاکی از اعتبار سازه این آزمون است. به‌منظور به‌دست‌آوردن مشخصات فردی افراد مانند سن و تحصیلات، از پرسشنامه جمعیت‌شناختی محقق ساخته استفاده شد.

جلسات درمانی شامل ۱۴ جلسه بود که هر هفته یک‌بار به‌مدت ۱۸۰ دقیقه در مرکز انجمن آلزایمر شهر تهران تشکیل می‌شد. پیش از شروع درمان (پیش‌آزمون)، مجدداً ۵ ماه بعد از آغاز برگزاری جلسات (پس‌آزمون) و ۴ ماه بعد به‌منظور ارزیابی اعتبار درمان (پیگیری) از مراقبان در گروه کنترل و آزمایش خواسته شد تا به مقیاس راهبردهای مقابله با استرس پاسخ دهند.

جلسات گروه‌درمانی شناختی-رفتاری توسط محقق برای گروه آزمایش به شرح زیر بود:

**جلسه اول:** آشنایی با اعضا و بیان منطبق و اهداف جلسات آموزشی؛

**جلسه دوم:** بحث درباره بیماری آلزایمر و تأثیر آن بر روند زندگی مراقب به‌صورت یک استرس مزمن، ریشه‌ها و عوامل درونی و بیرونی ایجادکننده استرس؛

**جلسه سوم:** تعریف استرس و مقابله‌های سازگارانه و آموزش تن‌آرامی به‌عنوان روشی برای کاهش برانگیختگی جسمی در مواقع استرس، تأثیر مثبت ورزش بر سلامت روان و پرداختن روزانه به ورزش؛

**جلسه چهارم:** مشکل‌گشایی و طرح مسئله، شیوه درک مسائل زندگی، پنج جنبه تجارب زندگی (محیط، افکار، حالت‌های خلقی، رفتار و واکنش‌های جسمی) و شیوه ارتباط و تأثیرگذاری آنها بر یکدیگر؛

**جلسه پنجم:** تشخیص و درجه‌بندی حالات خلقی، راه‌های

گروه‌ها به‌طور هم‌زمان متغیرهای وابسته در گروه‌های مختلف، از تحلیل کوواریانس و تحلیل کوواریانس چندمتغیری<sup>۱۶</sup> و طرح اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

### یافته‌ها

اطلاعات جدول شماره ۱ نشان می‌دهد میانگین نمرات سبک‌های مقابله‌ای گروه آزمایش در سه مرحله پیش و پس از اجرای درمان و پیگیری متفاوت است، به‌گونه‌ای که میانگین نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحله پس از اجرای درمان در سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار و سرگرمی اجتماعی افزایش داشته، ولی در سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار و توجه‌گردانی به‌وضوح کاهش پیدا کرده است. همچنین در گروه گواه، میانگین نمرات سبک‌های مقابله‌ای در سه مرحله پیش و پس از اجرای درمان و

پیگیری تقریباً شبیه‌به‌هم بوده است و تفاوت چندان محسوسی با یکدیگر ندارند.

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکووا) برای مقایسه اثر دو گروه آزمایش و کنترل به‌صورت چندمتغیره بر مؤلفه‌های راهبردهای مقابله با استرس (شامل راهبردهای مسئله‌مدار، هیجان‌مدار، سرگرمی اجتماعی و توجه‌گردانی) و تعامل بین مؤلفه‌ها، در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. در این تحلیل، برای در نظر گرفتن تفاوت‌های فردی، مؤلفه‌های راهبردهای مقابله با استرس در پیش‌آزمون به‌عنوان متغیرهای همراه وارد تحلیل شده‌اند.

برای بررسی معناداری تحلیل از چهار آزمون اثر پیلایی، لامبدای ویلکس، اثر هوتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی استفاده شده است که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد هر چهار آزمون انجام‌شده در سطح ۰/۰۰۱ معنادار هستند. در نتیجه اثر دو گروه آزمایش و کنترل به‌صورت چندمتغیره بر تعامل بین مؤلفه‌های راهبردهای

16. MANCOVA

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار سبک‌های مقابله‌ای در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه افراد نمونه.

مرحله	گروه آزمایش		گروه گواه	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مسئله‌مدار	پیش‌آزمون	۱۶/۸۶	۴/۳۳	۴/۳۳
	پس‌آزمون	۲۹/۲۶	۳/۸۳	۱۴/۲۱
	پیگیری	۳۰/۴۳	۲/۴۴	۸/۶۹
هیجان‌مدار	پیش‌آزمون	۲۷/۴۳	۶/۰۷	۲۹/۳۴
	پس‌آزمون	۱۵/۶۴	۲/۹۵	۳۷/۳۱
	پیگیری	۸/۵۰	۰/۶۵	۳۱/۸۵
سرگرمی اجتماعی	پیش‌آزمون	۸/۰۸	۴/۲۵	۹/۳۵
	پس‌آزمون	۱۳/۲۱	۱/۷۲	۸/۴۳
	پیگیری	۱۱/۵۷	۱/۳۴	۵/۴۶
توجه‌گردانی	پیش‌آزمون	۱۳/۳۶	۵/۹۳	۸/۷۱
	پس‌آزمون	۶/۳۶	۲/۳۴	۱۰/۲۱
	پیگیری	۵/۴۳	۱/۴۰	۱۵/۵۴

### سند

جدول ۲. آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه اثر چندمتغیره گروه‌های آزمایش و کنترل بر تعامل مؤلفه‌های راهبردهای مقابله با استرس.

آزمون	آماره	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
اثر پیلایی	۰/۸۶	۸۴/۲۶	۴	۱۷	۰/۰۰
لامبدای ویلکس	۰/۱۳	۸۴/۲۶	۴	۱۷	۰/۰۰
اثر هوتلینگ	۳۱/۶	۸۴/۲۶	۴	۱۷	۰/۰۰
بزرگ‌ترین ریشه روی	۳۱/۶	۸۴/۲۶	۴	۱۷	۰/۰۰

### سند

جدول ۳. تحلیل کوواریانس مؤلفه‌های راهبردهای مقابله با استرس در پس‌آزمون.

مؤلفه	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
مسئله‌مدار	پیش‌آزمون	۱۱۶/۴۴	۱	۱۱۶/۴۴	۹/۸۱	۰/۰۰	۰/۲۸
	گروه	۸۱۰/۲۳	۱	۸۱۰/۲۳	۶۸/۲۵	۰/۰۰	۰/۷۳
	خطا	۲۹۶/۷۶	۲۵	۱۱/۸۷		۰/۰۰	
هیجان‌مدار	پیش‌آزمون	۳۰۱/۷۴	۱	۳۰۱/۷۴	۲۲/۷۵	۰/۰۰	۰/۴۸
	گروه	۱۰۴۵/۰۲	۱	۱۰۴۵/۰۲	۷۷/۸۰	۰/۰۰	۰/۷۶
	خطا	۳۱۸/۲۴	۲۴	۱۳/۲۶		۰/۰۰	
سرگرمی اجتماعی	پیش‌آزمون	۷۵/۶۱	۱	۷۵/۶۱	۱۹	۰/۰۰	۰/۴۴
	گروه	۱۷۸/۵۰	۱	۱۷۸/۵۰	۴۴/۸۵	۰/۰۰	۰/۶۵
	خطا	۹۵/۵۰	۲۴	۳/۹۷		۰/۰۰	
توجه‌گردانی	پیش‌آزمون	۱۳۲/۲۱	۱	۱۳۲/۲۱	۱۳/۵۸	۰/۰۰	۰/۳۵
	گروه	۱۹۰/۸۰	۱	۱۹۰/۸۰	۱۹/۶۰	۰/۰۰	۰/۴۳
	خطا	۲۴۳/۳۶	۲۵	۹/۷۳		۰/۰۰	

سالمند

جدول ۴. میانگین‌های تعدیل‌شده مؤلفه‌های راهبردهای مقابله با استرس در گروه‌های مختلف در پس‌آزمون.

فاصله اطمینان ۹۵٪					
متغیر	گروه	میانگین	خطای معیار	حد پایین	حد بالا
مسئله‌مدار	آزمایش	۲۵/۷۸	۰/۹۳	۲۳/۸۶	۲۷/۷۱
	کنترل	۱۴/۷۱	۰/۹۳	۱۲/۷۸	۱۶/۶۳
هیجان‌مدار	آزمایش	۱۵/۲۱	۰/۹۷	۱۳/۱۹	۱۷/۲۲
	کنترل	۲۷/۷۷	۱/۰۱	۲۵/۶۷	۲۹/۸۶
سرگرمی اجتماعی	آزمایش	۱۳/۳۹	۰/۵۵	۱۲/۲۵	۱۴/۵۴
	کنترل	۸/۲۰	۰/۵۳	۷/۰۹	۹/۳۰
توجه‌گردانی	آزمایش	۵/۴۶	۰/۸۶	۳/۶۷	۷/۲۵
	کنترل	۱۱/۱۰	۰/۸۶	۹/۳۲	۱۲/۸۹

سالمند

مؤلفه به‌طور جداگانه بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود داشته است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر تغییر راهبردهای مقابله با استرس تأثیر معناداری داشته است.

جدول شماره ۴ میانگین‌های تعدیل‌شده مؤلفه‌های راهبردهای مقابله با استرس در پس‌آزمون را با تعدیل اثر متغیر همراه (پیش‌آزمون) نشان می‌دهد. با توجه به معناداری آزمون اصلی کوواریانس و مقایسه میانگین‌های این جدول، می‌توان نتیجه

مقابله با استرس تأثیر معناداری داشته است؛ به‌عبارت‌دیگر، مؤلفه‌های راهبردهای مقابله با استرس و تعامل بین آنها در بین دو گروه مورد مطالعه تفاوت معناداری داشته‌اند.

برای مقایسه مؤلفه‌های راهبردهای مقابله با استرس شامل راهبردهای مسئله‌مدار، هیجان‌مدار، سرگرمی اجتماعی و توجه‌گردانی به‌طور جداگانه بین دو گروه آزمایش و کنترل از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شده است. نتایج تحلیل کوواریانس در جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که در هر چهار

جدول ۵. تحلیل طرح اندازه‌گیری مکرر برای مؤلفه‌های راهبردهای مقابله با استرس.

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	مجزورات
	عامل تکرار	۳۰/۶۹	۲	۱۵۰/۳۴	۱۴/۴۲	۰/۰۰	۰/۳۷
مسئله‌مدار	تکرار گروه	۱۳۴۸/۰۷	۲	۶۲۴/۰۳	۵۹/۸۶	۰/۰۰	۰/۷۱
	خطا	۵۰۰/۳۵	۴۸	۱۰/۴۲		۰/۰۰	
	عامل تکرار	۵۲۸/۲۴	۲	۲۶۴/۱۲	۱۶/۲۲	۰/۰۰	۰/۴۱
هیجان‌مدار	تکرار گروه	۲۰۵۶/۲۴	۲	۱۰۲۸/۱۲	۶۳/۱۵	۰/۰۰	۰/۷۳
	خطا	۷۴۸/۸۷	۴۶	۱۶/۲۸		۰/۰۰	
	عامل تکرار	۹۰/۸۳	۲	۴۵/۴۱	۷/۹۳	۰/۰۰	۰/۲۵
سرگرمی اجتماعی	تکرار گروه	۲۰۱/۴۴	۲	۱۰۰/۷۲	۱۷/۵۹	۰/۰۰	۰/۴۳
	خطا	۲۶۳/۴۰	۴۶	۵/۷۲			
	عامل تکرار	۹۳/۷۴	۲	۴۶/۸۷	۴/۲۳	۰/۰۲	۰/۱۵
توجه‌گردانی	تکرار گروه	۶۳۲/۴۱	۲	۳۱۶/۲۰	۲۸/۵۷	۰/۰۰	۰/۵۴
	خطا	۵۳۱/۲۳	۴۸	۱۱/۰۶			

## سالمند

### بحث

همان‌طور که در مقدمه به‌طور کامل اشاره شد، با توجه به نتایج تحقیقاتی مانند پژوهش ویتالینو و کاتون [۸] که با انجام فرآیندهای روی ۸۴ مقاله پیرامون مراقبان خویشاوند مبتلایان آلزایمر دریافتند که مراقبان، سطوح بالایی از استرس را تجربه می‌کنند. آنان مداخلات روان‌پزشکی و روان‌شناسی را برای شناسایی نشانگان استرس در مراقبان لازم دانسته و آموزش مدیریت استرس به مراقبان را توصیه کردند. همچنین ویلکس و همکاران [۱۶] طی تحقیق خود دریافتند استفاده از راهبردهای مقابله سازگار مراقب در مقابل پرخاشگری‌های بیمار، انعطاف‌پذیری وی را افزایش می‌دهد و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار در مقابل پرخاشگری بیمار مانند پرخاشگری متقابل یا راهبردهای اجتنابی، انعطاف‌پذیری وی را کاهش می‌دهد. تاکنون با وجود توصیه دانشمندان و محققان، پژوهشی پیرامون بررسی تأثیر مداخلات روان‌شناسی به‌منظور تغییر راهبردهای مقابله‌ای خویشاوندان مراقب مبتلایان به آلزایمر صورت نگرفته است و این پژوهش برای نخستین‌بار با هدف بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر تغییر راهبردهای مقابله‌ای خویشاوندان مراقب مبتلایان به آلزایمر صورت گرفت.

نتایج نشان داد که گروه‌درمانی شناختی-رفتاری باعث افزایش راهبرد مقابله‌ای سازگار مسئله‌مدار و کاهش راهبرد مقابله‌ای ناسازگار هیجان‌مدار در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شد

گرفت که مؤلفه‌های راهبردهای سازگار (مسئله‌مدار و سرگرمی اجتماعی) در اثر گروه‌درمانی شناختی-رفتاری به‌طور معناداری افزایش یافته‌اند. این در حالی است که مؤلفه‌های راهبردهای ناسازگار (هیجان‌مدار و توجه‌گردانی) در اثر گروه‌درمانی شناختی-رفتاری به‌طور معناداری کاهش یافته‌اند.

برای بررسی معنی‌داری تفاوت بین گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، از طرح اندازه‌گیری مکرر بین ۳ مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استفاده شده است که نتایج آن در جدول شماره ۵ آمده است. نتایج طرح اندازه‌گیری مکرر بین ۳ مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد که اثرات گروه درمان شناختی-رفتاری بر افزایش سبک مقابله‌ای سازگار (مسئله‌مدار و سرگرمی اجتماعی) و کاهش سبک مقابله‌ای ناسازگار (هیجان‌مدار و توجه‌گردانی) و همچنین اثر تعامل بین گروه و تکرار معنادار است و بین دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد.

با توجه به نتایج مذکور، فرضیه‌های این پژوهش تأیید می‌شود. به‌عبارت‌دیگر، گروه‌درمانی شناختی-رفتاری توانسته است بر افزایش استفاده از راهبردهای مقابله با استرس سازگار و کاهش استفاده از راهبردهای مقابله با استرس ناسازگار در خویشاوندان مراقبت‌کننده مبتلایان به آلزایمر تأثیر معنادار داشته باشد و عامل زمان در کاهش اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری، از پس‌آزمون به پیگیری اثر نداشته است.



در این پژوهش به‌طور گروهی صورت گرفت. گروه موقعیتی را فراهم می‌آورد که افراد در آن بهتر می‌توانند رابطه ایجاد کنند و تصمیمات گروهی معمولاً از ضمانت اجرایی بیشتری برخوردار است [۳۳]. شواهدی در دست است که نشان می‌دهد گروه‌ها هنگامی مؤثرند که برای شرکت‌کنندگان، فرصت‌هایی فراهم شود تا از طریق الگوبرداری، مهارت‌های اجتماعی تازه‌ای کسب کنند [۳۴].

نتایج پژوهش حاضر با نتایج تحقیق مصلازاد و همکاران [۲۴] همخوانی نداشت. در تبیین این ناهمخوانی می‌توان به جامعه آماری متفاوت و یکسان نبودن برنامه درمانی اجرا شده توسط درمانگران در این دو پژوهش اشاره کرد. در پژوهش مصلازاد و همکاران جامعه آماری زنان نابارور هستند؛ یعنی زنانی که به‌طور خاص از استرس‌های روانی ناشی از ناباروری رنج می‌برند. کاهش اعتماد به نفس، مخدوش شدن تصویر زنانگی، مشکلات در روابط زناشویی، ترس و اضطراب و افسردگی در این افراد نمونه‌ای از مشکلات روانی آنهاست. برنامه درمانی در این مطالعه شامل پرداختن به معنویت، بیوفیدبک، آرامش عضلانی، شناسایی افکار منفی، مسدود کردن افکار منفی، تمایز تخیل از واقعیت، بازسازی شناختی و آموزش مهارت‌های حل مسئله بوده است [۲۴] که با برنامه درمانی به‌کاررفته در پژوهش حاضر تفاوت‌هایی دارد.

### نتیجه‌گیری نهایی

برنامه گروه‌درمانی شناختی-رفتاری ۴ ماهه در گروه خویشتان‌اندان مراقب مبتلایان به آلزایمر تأثیر محسوس و معنی‌داری در افزایش دو راهبرد مقابله‌ای سازگار (مسئله‌مدار و سرگرمی اجتماعی) و کاهش دو راهبرد مقابله‌ای ناسازگار (هیجان‌مدار و توجه‌گردانی) در مراقبان داشت. این امر با عواملی مانند شناخت کامل بیماری آلزایمر و تأثیر آن بر روند زندگی، ایجاد فضایی برای ابزار وجود، ایجاد فضایی برای برقراری تعاملات اجتماعی، پی‌بردن به اهمیت ورزش و اختصاص زمان برای تفریح، آموختن تن‌آرامی در شرایط پراسترس، شیوه‌درک مسائل زندگی، مهارت حل مسئله، احساس کنترل، مدیریت زمان ارتباط داشت. این عوامل هر کدام به‌نوبه خود توانستند طی دوره گروه‌درمانی شناختی-رفتاری موجب افزایش راهبردهای مقابله‌ای سازگار مسئله‌مدار، سرگرمی اجتماعی و کاهش راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار هیجان‌مدار و توجه‌گردانی مراقبان شوند.

در انتها شایان ذکر است اگرچه بر پایه یافته‌های پژوهشی، رویکرد حاضر از اثربخشی برخوردار بود، اما در این پژوهش به‌دلیل تخصیص گروه نمونه از نظر جنسیت به زنان، تعمیم نتایج به مردان باید با احتیاط صورت گیرد. با توجه به اینکه این پژوهش تنها در انجمن آلزایمر ایران صورت گرفت؛ بنابراین، برای تعمیم نتایج آن به دیگر مناطق کشور (برای مثال مناطق محروم در کشور) باید احتیاط کرد. از آنجاکه در این پژوهش درمانگر و ارزیاب یک نفر بودند (با وجودی که نظر شخصی درمانگر اعمال نشده است)،

و این تأثیر در مطالعه پیگیری ۴ ماهه پابرجا بود. این یافته با یافته‌های حاصل از مطالعات پیشین قاسم‌زاده و همکاران [۱۹]، عاشوری و همکاران [۲۰]، فروزنده و دل‌آرام [۲۱] همخوانی دارد. نتایج مذکور با در نظر گرفتن نقش راهکارهای شناختی و رفتاری به‌کاررفته قابل تبیین است.

مقابله کارآمد به مهارت‌هایی نظیر تفکر سازنده، انعطاف در رفتار و شناختن توانایی‌ها و موقعیت نیاز دارد. بک معتقد است درمانگران می‌توانند مردم را در بازسازی افکار در راه مقابله بهتر با فشار روانی یاری نمایند [۲۹]. از آنجایی که مقابله تلاشی شناختی و رفتاری برای حل مشکل و اداره نیازهاست؛ بنابراین، درمان شناختی-رفتاری که آمیزش پیچیده‌ای از فنون شناختی و رفتاری است و هدف آن یافتن راه‌حلی برای مسائل بیمار است، می‌تواند در اصلاح این شیوه‌ها مؤثر باشد [۳۰].

همچنین نتایج نشان داد که گروه‌درمانی شناختی-رفتاری باعث کاهش راهبرد مقابله‌ای ناسازگار توجه‌گردانی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است و این تأثیر در مطالعه پیگیری ۴ ماهه پابرجا بود. این نتیجه با یافته‌های حاصل از مطالعات پیشین وزنز و همکاران [۲۲] و هامدان [۲۳] همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که درمان به‌شیوه شناختی-رفتاری با تمرکز بر مؤلفه‌های تعهد، کنترل و حل مسئله باعث افزایش سرسختی می‌شود.

درحقیقت، ایجاد ارزیابی‌های واقع‌بینانه و شناخت مناسب سبب می‌شود که فرد به‌جای فرار از مشکلات از روش‌های مقابله مطلوبی برای رفع یا مهار عامل استرس‌زا استفاده نماید. این درمان با تغییر شناخت فرد نسبت به خود و توانایی‌هایش باعث می‌شود که احساس ارزشمند بودن داشته باشد و این به‌نوبه خود باعث افزایش احساس تعهد و مبارزه‌جویی در فرد می‌شود، به‌طوری‌که مشکلات زندگی را میدانی برای مبارزه و رشد تلقی کند [۳۱].

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که گروه‌درمانی شناختی-رفتاری باعث افزایش راهبرد سازگار سرگرمی اجتماعی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شد و این تأثیر در مطالعه پیگیری ۴ ماهه پابرجا بود که این موضوع با یافته حاصل از مطالعه قاسم‌زاده و همکاران [۱۹] همخوانی دارد. همچنین، این یافته با نتایج مطالعاتی که نشان داده است آموزش راهبردهای مقابله‌ای سازگاران در درمان شناختی-رفتاری در ابعاد شناختی منجر به کاهش نشخوار فکری می‌شود و تنظیم هیجان‌ات با کارکرد اجتماعی افراد مانند ارتباطات بین‌فردی نیز رابطه دارد، قابل تبیین است. افرادی که از کیفیت روابط اجتماعی بهتری برخوردارند، کمتر به شناخت‌های منفی در زمینه برقراری رابطه با دیگران دچار می‌شوند [۳۲].

ازسوی دیگر، در تبیین نتایج این تحقیق می‌توان گفت درمان

## References

- احتمال سوگیری احتمالی وجود دارد؛ از این رو پیشنهاد می‌شود مطالعاتی تطبیقی در زمینه تأثیرپذیری گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بین مراقبان خویشاوند مؤنث و مذکر صورت گیرد.
- علاوه بر این، به منظور تعمیم بیشتر نتایج پیشنهاد می‌شود این پژوهش با تعداد نمونه بیشتر و در مناطق دیگر کشور نیز صورت گیرد و در مطالعات مشابه آتی، برای پیشگیری از سوگیری احتمالی در تشخیص و ارزیابی، از روش‌های دیگری مانند مصاحبه بالینی استفاده شود و محقق به‌شخصه، امر درمان را برعهده نگیرد. همچنین کاربرد این درمان برای مراقبان در انجمن‌های آلزایمر و دیگر انجمن‌های بیماری‌های مزمن پیشنهاد می‌شود.
- تشکر و قدردانی**
- در پایان پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که از مساعدت و همکاری صمیمانه مسئولین و کارکنان انجمن آلزایمر ایران و کلیه شرکت‌کنندگان این پژوهش تشکر و قدردانی نمایند.
- [1] Butcher S, Mineka J, Hooley J. *Abnormal Psychology* [Y. Seyed Mohammadi, Persian trans]. 5<sup>th</sup> ed. Tehran: Arasbaran Publication; 2009.
- [2] Hosseini H, Haji Yousefi A. [The Alzheimer's Association's training complex (Persian)]. Tehran: Donyaye Taghzieh; 2010.
- [3] Epstein-Lubow G, Gaudiano B, Darling E, Hinckley M, Tremont G, Kohn R, Marino LJ, et al. Differences in depression severity in family caregivers of hospitalized individuals with dementia and family caregivers of outpatients with dementia. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2012; 20(9):815-9.
- [4] Brodaty H, Donkin M. Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in clinical neuroscience. Journal of Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2009; 11(2):217-228.
- [5] Livingston G, Mahoney R, Regan C, Katona C. The Caregivers for Alzheimer's disease Problems Scale (CAPS): Development of a new scale within the LASER-AD study. *Age and Ageing*. 2005; 34(3):287-90.
- [6] Mahoney R, Regan C, Katona C, Livingston G. Anxiety and depression in family caregivers of people with Alzheimer disease: The LASER-AD study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2005; 13(9):795-801.
- [7] Aguglia E, Onor ML, Trevisiol M, Negro C, Saina M, Maso E. Stress in the caregivers of Alzheimer's patients: An experimental investigation in Italy. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*. 2004; 19(4):248-52.
- [8] Vitaliano PP, Katon WJ. Effects of stress on family caregivers: recognition and management. *Psychiatric Times*. 2006; 23(7):24.
- [9] Bastani F, Hosseiny R, Baniasad M, Haghni H. [Investigation of General Health in Female Care givers of Elderly People with Alzheimer (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2010; 5(3):43-51.
- [10] Turkington C. *Stress management for busy people* [R. Balali & F. Baezzat, Persian trans]. Tehran: Be'sat Publication; 2010.
- [11] Vlaeyen JW, Crombez G, Goubert L. The psychology of chronic pain and its management. *Physical Therapy Reviews*. 2007; 12(3):179-88.
- [12] Alloy LB, Riskind JH. *Cognitive vulnerability to emotional disorders*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 2006.
- [13] Tremblay PF, King PR. State and trait anxiety, coping styles and depression among psychiatric inpatients. *Canadian Journal of Behavioral Science*. 1994; 26(4):505-519.
- [14] Franken IH, Hendriks VM, Haffmans PM, van der Meer CW. Coping style of substance-abuse patients: Effects of anxiety and mood disorders on coping change. *Journal of Clinical Psychology*. 2001; 59(3):299-306.
- [15] Jan-Liapis E, Anderson P. *Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: A collection of country stories*. 2<sup>nd</sup> ed. Luxembourg: European Communities; 2006.
- [16] Wilks SE, Little KG, Gough HR, Spurlock WJ. Alzheimer's aggression: Influences on caregiver coping and resilience. *Journal of Gerontological Social Work*. 2011; 54(3):260-75.

- [17] Hollon SD. Cognitive therapy in the treatment and prevention of depression. In: Joiner JS, Brown J, editors. *The Interpersonal, Cognitive and Social Nature of Depression*. Mahwah, N.J.: Erlbaum; 2006.
- [18] Hamid N. The effectiveness of stress management based on cognitive-behavior method on depression, anxiety and fertilization of infertile women. *Journal of Behavioral Sciences*. 2011; 5(1):55-60.
- [19] Ghasemzadeh Nasaji S, Paivastegar M, Hoseinian S, Moutabi F, Banihashemi S. Effectiveness of cognitive-behavioral intervention on coping responses and cognitive emotion regulation strategies. *Journal of Behavioral Sciences*. 2010; 4(1):35-43.
- [20] Ashouri A, Mollazadeh J, Mohammadi N. [The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on the improvement of coping skills and relapse prevention in addicted individuals (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2008; 14(3):281-288.
- [21] Foroozandeh N, Dalaram M. [Effects of cognitive behavioral therapy on the coping strategies of non-medical students of Shahrekord university of medical sciences (Persian)]. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2003; 5(3):26-34.
- [22] Wesner AC, Gomes JB, Detzel T, Blaya C, Manfro GG, Heldt E. Effect of cognitive-behavioral group therapy for panic disorder in changing coping strategies. *Comprehensive Psychiatry*. 2014; 55(1):87-92.
- [23] Hamdan-Mansour AM, Puskar K, Bandak AG. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on depressive symptomatology, stress and coping strategies among Jordanian university students. *Issues in Mental Health Nursing*. 2009; 30(3):188-9.
- [24] Mosalanejad L, Khodabakshi Koolae A, Jamali S. Effect of group cognitive behavioral therapy on hardiness and coping strategies among infertile women receiving assisted reproductive therapy. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2012; 6(2):16-22.
- [25] Losada A, Márquez-González M, Peñacoba C, Romero-Moreno R. Development and validation of the caregiver guilt questionnaire. *International Psychogeriatrics*. 2010; 22(4):650-60.
- [26] Croog SH, Burleson JA, Sudilovsky A, Baume RM. Spouse caregivers of Alzheimer patients: Problem responses to caregiver burden. *Aging and Mental Health*. 2006; 10(2):87-100.
- [27] McConaghy R, Caltabiano ML. Caring for a person with dementia: Exploring relationships between perceived burden, depression, coping and well-being. *Nursing & Health Sciences*. 2005; 7(2):81-91.
- [28] Calsbeek H, Rijken M, Bekkers MJT, Kerssens JJ, Henegouwen GPV, Dekker J. The Social Position of Adolescents and Young Adults with Chronic Digestive Disorders. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*. 2002; 14(5):543-9.
- [29] Sarason IG, Sarason BR. *Abnormal psychology: The problem of maladaptive behavior* [Y. Seyed Mohammadi, Persian trans]. 5<sup>th</sup> ed. Tehran: Javaneh Roshd; 2002.
- [30] Hawton K, Salkovskis PM, Joan Kirk J, Clark DM. *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide* [H. Ghasemzadeh, Persian trans]. Tehran: Arjmand Publication; 1998.
- [31] Hasan Shahi M, Darayi M. [The impact of stress coping strategies on students' mental health (Persian)]. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2005; 26:77-98.
- [32] Gross JJ, Munoz RF. Emotion regulation and mental health. *Journal of Clinical Psychology*. 1995; 5(2):64-151.
- [33] Corey MS, Corey G. *Groups: Process and Practice*. [S. Bahari, Persian trans]. Tehran: Ravan Publication; 2002.
- [34] Azad H. [Mental Pathology (Persian)]. Tehran: Be'sat Publication; 2007.

