

اثر بخشی شناخت - رفتار درمانگری بر وضعیت حافظه و خواب سالمندان

دکتر مهناز علی‌اکبری دهکردی
دانشگاه پیام نور تهران

دکتر زیبا برقی ایرانی ✉
دانشگاه پیام نور تهران

محمدجواد بگیان کوله‌مرز
دانشگاه لرستان

پذیرش: ۱۳۹۴/۰۷/۰۳

دریافت: ۱۳۹۴/۰۵/۲۸

اختلالات حافظه و خواب از جمله موضوعاتی هستند که مشکلات زیادی برای سالمندان ایجاد، و سلامت روانی و جسمانی آنها را تهدید می‌کنند. بنابراین این پژوهش با هدف بررسی اثر بخشی شناخت-رفتار درمانگری بر وضعیت حافظه و خواب سالمندان انجام شد. این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه‌ی سالمندان مبتلا به بیماری پارکینسون مراجعه کننده به مرکز تحقیقات مغز و اعصاب و کلینیک تخصصی پارکینسون دکتر شهیدی شهر تهران تشکیل می‌دادند. نمونه‌ی پژوهش شامل ۴۰ نفر از بیماران ۵۱ تا ۶۹ ساله‌ی مبتلا به بیماری پارکینسون مراجعه کننده به این مراکز بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه‌ی هفتگی تحت شناخت-رفتار درمانگری سالمندی قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس کیفیت خواب پترزبورگ (بویس، رینولد، مونک، برمن، و کاپفر، ۱۹۸۹) و پرسشنامه‌ی حافظه روزمره (ساندرلند، هریس، و بدلی، ۱۹۸۳) استفاده شد. نتایج حاصل از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که شناخت-رفتار درمانگری سالمندی بر اختلالات خواب و حافظه روزمره‌ی سالمندان مؤثر است ($P \leq 0.05$). و نتایج آزمون‌های تعقیبی LSD نشان داد که بین هر دو مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری در اختلالات خواب و حافظه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین به روان‌شناسانی که در حوزه‌ی سالمندان فعالیت می‌کنند توصیه می‌شود که از شناخت-رفتار درمانگری به منظور بهبود کیفیت خواب و حافظه‌ی سالمندان استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: شناخت-رفتار درمانگری سالمندان، خواب، حافظه، سالمندان، پارکینسون

افزایش طول عمر و امید به زندگی پدیده‌ی سالمندی را در جوامع به دنبال داشته است (کینسلا و فلیپس، ۲۰۰۵). پدیده‌ی افزایش جمعیت سالمندان یکی از مهمترین چالش‌های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی در قرن بیست و یکم به شمار می‌رود (کالاج، آبودراین و هوسکین، ۲۰۰۹). سالمندی دوران حساسی از زندگی است و توجه به مسائل و نیازهای این مرحله یک ضرورت اجتماعی به شمار می‌آید (مسعودی و همکاران، ۱۳۸۹). در ایران جمعیت

بهبود شرایط زندگی، مراقبت‌های بهداشتی و درمانی و

زیبا برقی ایرانی، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه پیام نور تهران، ایران؛ مهناز علی‌اکبری دهکردی، دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده‌ی ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه پیام نور تهران، ایران؛ محمد جواد بگیان کوله‌مرز، دانشجوی دکتری روان‌شناسی و مدرس مرکز آموزش عالی دلفان، دانشگاه لرستان، ایران. ✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به زیبا برقی ایرانی، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه پیام نور تهران، ایران، باشد.

پست الکترونیکی: kimia2010@gmail.com

سالمدان، مشکل خواب خود را گزارش می‌کنند و تنها ۱۲ درصد آنها از مشکلات خواب شاکی نیستند (فولی و همکاران، ۱۹۹۵). بیش از ۴۰ درصد افرادی که سن بالاتر از ۶۰ سال دارند کیفیت خوابشان ضعیف است (سالگورو، مارتینز- گارسیا، مولینرو، و مارگوس، ۲۰۱۱). شیوع مشکلات خواب در سالمندان، بالا است و شامل مشکل در به خواب رفتن (۱۰ تا ۳۹ درصد)، بیدار شدن در طول شب (۱۸ تا ۶۰ درصد)، بیدار شدن زود هنگام در صبح (۱۲ تا ۲۳ درصد)، احتیاج به چرت روزانه (۱۸ تا ۳۶ درصد) می‌شود (سیورتنس و همکاران، ۲۰۰۶). در واقع اگرچه با افزایش سن، زمانی که فرد در بستر طی می‌کند افزایش می‌یابد، ولی میزان واقعی خواب، از جمله عمیق‌ترین قسمت‌های آن (مراحل سوم و چهارم خواب بدون حرکات سریع چشمی) که کیفیت خواب به طور عمده به آن بستگی دارد، کاهش می‌یابد (احمدی و همکاران، ۱۳۸۹). در سن ۷۰ سالگی مرحله دلتا (دوره‌های خواب عمیق) کمتر از ۱۰ درصد خواب شبانه را در مقایسه با ۲۵ تا ۵۰ درصد خواب عمیق در دوره نوجوانی و جوانی تشکیل می‌دهد. با این وجود پژوهش در حیطه خواب به دلایل مختلف مورد کم توجهی واقع شده است. نتایج مطالعات نشان می‌دهد کیفیت خواب نامطلوب منجر به خواب آلودگی روزانه (بانکس و دینکوس، ۲۰۰۷)، تغییرات خلقی (هایدالگو و کامو، ۲۰۰۲) و افزایش خطر مصرف مواد مخدر (تایلور و براموت، ۲۰۱۰) می‌گردد. همچنین کیفیت خواب نامناسب با افزایش تنش، تحریک پذیری، افسردگی و به طور کلی با رضایت کمتر از زندگی ارتباط دارد (هایدالگو و کامو، ۲۰۰۲). از سوی دیگر کم خوابی با کاهش کیفیت زندگی، سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و عاطفی فرد را به مخاطره می‌اندازد (کشاورز اخلاقی و قلعه‌بندی، ۱۳۸۸). مطالعه‌ی منواج و استیگ گولد (۲۰۰۹) نشان می‌دهد که کیفیت و کمیت خواب بر یادگیری، حافظه و تعداد زیادی از توانایی‌های شناختی مؤثر است، به ویژه اعمالی که مرتبط با ذخیره اطلاعات جدید و مهارت در محیط‌های آموزشی می‌باشد. همچنین مطالعات نشان می‌دهد که بسیاری از اختلالات خواب به طور غیر مستقیم تهدید کننده‌ی زندگی محسوب می‌شوند (عباسی، مهدی زاده و پیامی بوساری، ۱۳۹۱). سیورتنس و همکاران (۲۰۰۶) در پژوهش خود دریافتند افرادی که درمان شناختی- رفتاری

بالای ۶۰ سال تا سال ۲۰۲۰ حدود ۱۰ میلیون نفر و تا سال ۲۰۵۰ به بیش از ۲۶ میلیون نفر خواهد رسید (علی‌پور، سجادی، فروزان، بیگلریان و جلیلیان، ۱۳۸۷). 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 (کوچکی، حجتی و ثناگو، ۱۳۹۱). علی‌رغم، رشد جمعیت سالمندان و تغییرات هرم جمعیتی کشور، هنوز بر روی نیازهای سالمندان به عنوان یک گروه آسیب‌پذیر جامعه تمرکز نشده است (ادیب‌حاج‌بابایی و آقاحسینی، ۱۳۸۶). 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 (اسگیوزاتا، گارسیز-لیم و کاسیمپرو، ۲۰۰۶)، وضعیت اجتماعی و اقتصادی نامطلوب (اینوایی و پدرازانی، ۲۰۰۷)، بیماری‌های جسمی و تنهائی (چانگ، کروگن و وانگ، ۲۰۰۷)، افسردگی، خودکشی و یأس شدید (آدامز و سامرز، ۲۰۱۰؛ مک اینز و وایت، ۲۰۱۱) را تجربه می‌کنند. یکی از فاکتورهایی که نقش مهمی در سلامتی انسان دارد، خواب است (آماگای و همکاران، ۲۰۱۰). خواب، مکانیزم فیزیولوژیک بدن در بازیابی توان از دست رفته و خستگی ناشی از فعالیت‌های بدن در طول زندگی روزمره است و معیار مهمی در حفظ سلامت جسمی و روانی انسان محسوب می‌شود (احمدی، خانکه، محمدی، فلاحی خشکناب و رضاسلطانی، ۱۳۸۹). خواب یکی از نیازهای اساسی انسان است و هرگونه اختلال در جریان طبیعی آن، علاوه بر ایجاد مشکلات روانی، می‌تواند کارایی فرد را نیز کاهش دهد (کشاورز اخلاقی و قلعه‌بندی، ۱۳۸۸). خواب ناکافی می‌تواند تأثیر بسیاری بر کیفیت زندگی و توانایی عملکرد افراد بگذارد (پیپریدو و و کارلو واسیتو، ۲۰۰۸). تحقیقات نشان داده‌اند که خواب با کیفیت ضعیف بعد از سردرد و اختلالات گوارشی در رتبه سوم مشکلات سالمندان قرار دارد و یکی از مشکلات شایع و دلیل مراجعه‌ی افراد سالمند به پزشکان است (کوترونو، گاریر، لاکاوا و کابودی، ۲۰۰۴؛ کوچکی و همکاران، ۱۳۹۱). مطالعات همه‌گیرشناسی^۱ نشان داده‌اند که بیش از ۵۷ درصد

^۱ epidemiology

پریس و مسجید، ۲۰۱۲). 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 به کارگیری روش‌های تجربی مبتنی بر رفتارگرایی و شناخت‌گرایی برای درمان و کنترل پاسخ نادرست است (عبداللهی، نظری، حسنی، درهرج، و بهنام‌مقدم، ۱۳۹۳). در روش شناختی- رفتاری تکنیک‌های مختلفی به کار گرفته می‌شود. فنون رفتاری موجود در این روش به طور عمده دربرگیرنده‌ی شیوه‌های اجتناب از موقعیت‌های محرک و یا تغییر پاسخ نسبت به چنین محرک‌ها و دادن پاسخ‌های تازه به آنها می‌باشد. از سوی دیگر استفاده از تکنیک‌های آرامش عضلانی در هنگام اضطراب شدید به جای استفاده از مواد و ارائه‌ی تقویت‌های تازه و مناسب نیز از فنون دیگر این روش درمانی می‌باشد. با استفاده از تکنیک‌های شناختی نیز مراجعان قادر می‌شوند که افکار معیوب را تشخیص داده و بکوشند تا افکار مناسبی را جایگزین آنها کنند. با این فنون به مراجعان آموزش داده می‌شود که روابط و موقعیت‌ها را با دید تازه‌ای بنگرند (کارول و روزننیل، ۲۰۰۷). موریس^۲ و موریس (۱۹۹۱)، به نقل از گورنستین، تاگر، شاپیرو، مونک، و سالوان، (۲۰۰۷) اظهار می‌دارند که بنا به دلایلی مداخله‌گری‌های شناختی- رفتاری می‌تواند به ویژه بر سالمندان مؤثر باشد، چون این مداخلات 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 هستند و بر خود بازنگری تأکید دارند.

گرانهولم و همکاران (۲۰۰۷) در مطالعه‌ای دریافتند که با تکنیک آموزش مهارت‌های زندگی شناختی- رفتاری برای سالمندان می‌توان سطح عملکرد اجتماعی آنها را بهبود بخشید و میزان افسردگی و خطاهای شناختی را در آنها کاهش داد. نتایج مطالعات (مانند لواتو، لاک، رایت، و کناوی، ۲۰۱۴؛ ویویانا، ووتریچ، رونالد، و رایبی، ۲۰۱۳) نشان می‌دهد که آموزش مهارت‌های شناختی- رفتاری به سالمندان نه تنها سطح کیفیت زندگی آنها را بهبود می‌بخشد، بلکه توانایی تصمیم‌گیری، خود-مدیریتی فردی و حل مسأله‌ی شناختی را نیز بهبود می‌بخشد. کنوب، وان کیس و موس- موریس (۲۰۱۲) نیز در بررسی خود به

را دریافت کرده بودند در پس‌آزمون، میزان کیفیت خواب خود را ۸۱/۴ و بعد از ۶ ماه پیگیری ۹۰/۱ گزارش کردند و افرادی که درمان دارویی زوپیکلون دریافت کرده بودند میزان کیفیت خواب خود را در پس‌آزمون ۸۱/۹ و در پیگیری ۶ ماهه ۸۲/۳ گزارش کردند. همچنین شرکت-کنندگان که درمان شناختی- رفتاری دریافت کرده بودند، بیشتر زمان خواب خود را در مرحله‌ی سوم و چهارم خواب گذرانده و در مقایسه با درمان دارویی و گروه کنترل از کیفیت خواب بالاتری در پیگیری ۶ ماهه برخوردار بودند.

سالمندی، یک فرد بالغ سالم را به فردی ضعیف با کاهش در ظرفیت‌های مختلف فیزیولوژیکی و افزایش استعداد ابتلا به بسیاری از بیماری‌ها و مرگ تبدیل می‌کند (یانگ و کوکران، ۲۰۰۵). مهم‌ترین بیماری‌های روانی سالمندان به ترتیب عبارتند از: اختلالات افسردگی، اختلالات شناختی، حالت ترس، اعتیاد، خودکشی و اختلالات خواب (هاومن نایس و دی‌گروت، ۲۰۰۳). از میان این موارد، یکی از مشکلات شایع بیماران مبتلا به پارکینسون کاهش توانایی شناختی، از جمله حافظه است. برتولدوینده (۲۰۰۸) در مطالعه‌ی خود نشان داد که با کاهش سلامت شناختی، فعالیت‌های روزانه سالمندان و عملکرد اجتماعی آنها کاهش می‌یابد، و آنها بیشتر منزوی می‌شوند. در پژوهشی دیگر ون مالدرن، میتس، و گروس (۲۰۱۲) دریافتند که اصلاح الگوی زندگی و توجه به کیفیت آن تا حد بسیار زیادی می‌تواند باعث افزایش کارایی و استقلال سالمندان گردد و آنها را در کنترل عوارض متعدد سالمندی و درمان‌های مختلف آن کمک نماید. کیرچبرگر، میسنجر، زیمرمن، و توراند (۲۰۱۲) بیان می‌کنند که هر چه سن بیماران بالاتر می‌رود، بیشتر در معرض بیماری‌های مزمن، ناتوانی و اختلالات شناختی قرار می‌گیرند و میزان بستری شدن در آنان افزایش می‌یابد. ابتلای همزمان به دو یا چند بیماری در سالمندان بالای ۶۰ سال، تقریباً معادل ۵۸/۶ درصد ذکر شده است.

یکی از رویکردهای درمانی که می‌تواند بر اختلالات خواب و حافظه سالمندان مؤثر باشد، درمان‌های شناختی- رفتاری^۱ است. در طی پنجاه سال گذشته درمان‌های شناختی- رفتاری جزء مهمی از درمان‌های روان‌شناختی مؤثر برای بسیاری از مشکلات بوده است (میتچل، گرم،

^۲ Morris^۱ cognitive behavioral therapy

شرایط طبی، که هنوز در آغاز راه است، اما بنظر می‌رسد که اثربخشی و فواید بالینی این روش درمانی در این قلمرو امیدوار کننده باشد. اگر مشکلات روانشناختی در افراد سالمند درمان نشده رها شود به ویژه اگر سالمندان این مشکلات را نوعی واکنش و بنابراین پدیده ای قطعی بدانند این موضوع سبب به وجود آمدن بیماری‌های روانی و جسمانی می‌شود و می‌تواند به مرگ زودرس منجر شود. با تاملی دوباره در آنچه از نظر گذشت، پژوهش حاضر در قسمت مهمی از چشم‌اندازهای فراروی خود به دنبال واکاوی بیشتر این مسأله است که آیا شناخت- رفتار درمانگری سالمندی^۱ بر کیفیت خواب و حافظه روزمره سالمندان مبتلا به بیماران مبتلا به پارکینسون مؤثر است؟

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی بوده و در آن از طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری 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 این‌که آیا اثربخشی روش درمانی تداوم خواهد داشت یا نه، پس از گذشت یک ماه از اتمام دوره‌ی درمان، مجدد انجام شد. جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه‌ی افراد ۶۰ تا ۷۰ ساله مبتلا به پارکینسون شهر تهران در سال ۱۳۹۲ تشکیل می‌دادند، که تمایل به شرکت در پژوهش و در اختیار قرار دادن تجربیات خود را داشتند. نمونه‌ی پژوهش شامل 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 تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند (هر گروه ۲۰ نفر). مراحل انتخاب نمونه‌ی پژوهش شامل: انتخاب داوطلبانه از سالمندان مبتلا به پارکینسون، هم‌تا کردن افراد گروه‌های آزمایش و کنترل و انتصاب تصادفی در گروه‌های آزمایشی و کنترل. همچنین دامنه‌ی سنی نمونه‌ی مورد پژوهش از ۵۱ تا ۶۹ سال بود، میانگین سنی (و انحراف استاندارد) گروه آزمایش برابر با ۵۹/۷۵ (و ۴/۹۶) و میانگین

تأثیر معنی دار درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به آسیب‌های نخاعی پی بردند. علاوه بر این که روش درمانی شناختی- رفتاری و تأثیر آن در بیماری‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته، بیماری نخاعی نیز از این قاعده مستثنی نبوده و روش‌های درمانی مختلف بر روی این گروه از بیماران انجام گرفته شده است. دوبکین، مینزا و بینفالیست (۲۰۰۹) در مطالعه‌ی خود دریافتند که شناخت- رفتار درمانگری در کاهش افسردگی بیماران پارکینسون مؤثر است. نتایج مطالعات میتچل و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که درمان شناختی- رفتاری در مقایسه با درمان دارویی از اثربخشی بیشتری در طولانی مدت برخوردار است. لواتو و همکاران (۲۰۱۴)، در مطالعه‌ای کنترل شده نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری بر بهبود خودکارآمدی و کیفیت خواب سالمندان مؤثر است. هسو و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهش خود به بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر افسردگی و اختلالات خواب بیماران سالمندان پرداختند که بین گروه آزمایش و کنترل پس از پایان درمان تفاوت معنی‌داری وجود داشت و گروه آزمایش از افسردگی و اختلالات خواب کمتری برخوردار بودند. کراپلینا، سون نیگسون، لیندفورث و کالدوا (۲۰۱۴) در پژوهشی موردی به بررسی اثربخشی آموزش شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی و اضطراب بیماران پارکینسون پرداختند و به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی- رفتاری در کاهش افسردگی و اضطراب بیماران پارکینسون مؤثر است. همچنین یی هو و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که سالمندانی که برنامه شناختی- رفتاری را به مدت دو ماه دریافت کرده و بعد از آموزش درمان شناختی- رفتاری از سطح حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار بودند، مشکلات خواب، اضطراب و افسردگی پایین‌تری داشتند.

در مجموع با توجه به این‌که داشتن خواب کافی نقش مهم و غیر قابل انکاری در افزایش سلامت روانی انسان و بهبود سازگاری اجتماعی دارد و با عنایت به این‌که 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

¹ Cognitive-Behavior Therapy With Older (CBTO)

نامناسب بودن کیفیت خواب است. حساسیت و ویژگی پرسشنامه‌ی کیفیت خواب پترزبورگ به ترتیب ۸۹/۶ و ۸۶/۵ است (بویس و همکاران، ۱۹۸۹). روایی و پایایی این ابزار در مطالعه‌ی ملک، حلوانی، فلاح و جعفری ندوشن (۱۳۹۰) معادل برای هر یک از خرده مقیاس‌ها ۰/۷۸ تا ۰/۸۲ گزارش شده است. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از خرده مقیاس‌ها بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۲ بدست آمد.

پرسشنامه حافظه روزمره ساندرلند^۳: این پرسشنامه توسط ساندرلند و همکاران (۱۹۸۳) به منظور اندازه‌گیری خطاها و لغزش‌های حافظه در زندگی روزمره طراحی شده است. نمرات این پرسشنامه از ۱ تا ۹ است و نمره‌گذاری آن به شرح زیر است: مجموع نمرات از ۲۸ تا ۵۸ نشان دهنده‌ی آن است که فرد حافظه‌ی خوبی دارد. نمرات ۵۸ تا ۱۱۶ حافظه‌ی متوسط و نمرات ۱۱۶ تا ۲۴۳ حافظه پایین‌تر از متوسط را نشان می‌دهد (زارع، ۱۳۸۸). اعتبار این پرسشنامه به روش آزمون مجدد سنجیده شد، به این صورت که پرسشنامه با فاصله ۱۵ روز، توسط ۱۰ نفر از نمونه‌های واجد شرایط تکمیل شد و نتایج حاصل با حدود اطمینان ۰/۸۳ با هم تطبیق داده شد.

روش مداخله: درمان شناختی- رفتاری گروهی بر اساس پروتکل درمان شناختی- رفتاری نظریه بک^۴ صورت گرفت (یونک، وینبرگ و بک، ۲۰۰۱). این مداخله طی ۱۰ جلسه به شرح زیر آموزش داده شد. شرح جلسات در جدول شماره‌ی ۱ گزارش شده است.

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 که واجد شرایط پژوهش بودند (بیمارانی که نمره‌ی ۱۱۶ و بالاتر در حافظه‌ی روزمره و نمره‌ی کلی ۶ و بیشتر در مقیاس کیفیت خواب کسب کرده بودند) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار داده شدند. سپس مجموعه فعالیت‌های سازمان یافته‌ای مبتنی بر فنون شناخت- رفتار درمانی سالمندی (طی ۱۰ جلسه‌ی

سنی (و انحراف استاندارد) گروه کنترل ۶۰/۰۵ (و ۲۳۵) بود. ۴۰ درصد از شرکت‌کنندگان (۱۶ نفر) زن و ۶۰ درصد (۲۴ نفر) مرد بودند.

همچنین با بکارگیری ملاک‌های ورود و خروج زیر معیار همگونی^۱ شرکت‌کنندگان رعایت گردید: ملاک‌های ورود عبارت بودند از اینکه (۱) طبق نظر متخصص مغز و اعصاب مبتلا به بیماری پارکینسون تشخیص داده شده باشند، (۲) بیشتر از یک ماه تحت درمان دارویی لوودوپا و 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 ۵۰ سال و کمتر از ۷۰ سال، (۶) عدم سوء مصرف مواد، (۷) داشتن سواد کافی برای پاسخگویی به پرسشنامه‌ها و (۸) کسب نمره‌ی ۱۱۶ و بالاتر در حافظه‌ی روزمره و نمره‌ی کلی ۶ و بیشتر در مقیاس کیفیت خواب. عدم وجود معیارهای ورود به مطالعه باعث خارج شدن شرکت‌کنندگان از مطالعه می‌شد. در ضمن، در صورتی که جلسات درمان دو هفته متوالی و یا سه هفته متناوب توسط بیماران کنسل می‌شد از روند پژوهش خارج می‌شدند.

ابزار

پرسشنامه کیفیت خواب پترزبورگ^۲: این پرسشنامه که توسط بویس و همکاران (۱۹۸۹) ساخته شده است، نگرش بیمار را پیرامون کیفیت خواب طی ۴ هفته‌ی گذشته بررسی می‌کند. پرسشنامه‌ی کیفیت خواب پترزبورگ هفت نمره برای مقیاس‌های توصیف کلی فرد از خواب (کیفیت ذهنی خواب)، تأخیر در به خواب رفتن، طول مدت خواب مفید، کفایت خواب (که بر اساس نسبت طول مدت خواب مفید از کل زمان سپری شده در رختخواب محاسبه می‌شود)، اختلالات خواب (بیدار شدن شبانه‌ی فرد)، میزان داروی خواب‌آور مصرفی و عملکرد صبحگاهی (مشکلات تجربه شده توسط فرد در طول روز ناشی از بدخوابی) به دست می‌دهد. نمره‌ی هر یک از مقیاس‌های پرسشنامه بین صفر تا ۳ قرار می‌گیرد. حاصل جمع نمرات مقیاس‌های هفت‌گانه، نمره‌ی کلی را تشکیل می‌دهد که بین صفر تا ۲۱ خواهد بود. نمره‌ی کلی ۶ یا بیشتر به معنی

³ Every Day Memory

⁴ Beck

¹ benchmark

² Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

مداخلات درمانی در دفعات متعدد و کوتاه برگزار شود. همچنین در این پژوهش با اخذ رضایت‌نامه‌ی آگاهانه؛ حفظ استقلال شرکت‌کنندگان در پژوهش با اطمینان دادن به آنها در زمینه‌ی آزاد بودن در شرکت، عدم شرکت و یا خروج از پژوهش؛ اطمینان دادن به آنها در زمینه‌ی تجزیه و تحلیل داده‌ها به صورت بی‌نام؛ اطمینان دادن به آنها در زمینه‌ی محرمانه ماندن اطلاعات ارائه شده و آزاد گذاشتن آنها در بیان یا عدم بیان اطلاعات خود، ملاحظات اخلاقی رعایت شد. در نهایت داده‌های جمع‌آوری شده از طریق تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون‌های تعقیبی LSD مورد تحلیل قرار گرفتند.

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 دوره‌ی درمانی آزمون‌های مخصوص سالمندان گرفته شد و با مرحله‌ی قبل از مداخله مقایسه شد. به منظور پیگیری مجدد و ثبات تأثیر روش درمانی، بعد از یک ماه دوباره پرسشنامه‌ها برای هر دو گروه اجرا شد. به دلیل ویژگی‌های خاص بیماران پارکینسون (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 کرد. بر همین اساس سعی شد بر حسب نیاز، مصاحبه‌ها و

جدول ۱

برنامه آموزشی شناخت- رفتار درمانگری برای سالمندان مبتلا به بیماری پارکینسون

جلسه	محتوای جلسات
اول	آشنایی اولیه و برقراری رابطه‌ی درمانی، طرح شکایت‌های اصلی سالمندان، معرفی اجمالی نوع درمان، تشریح مساعی با نمونه‌ی پژوهش در تعیین اهداف پروتکل درمانی، تعیین رابطه‌ی بین شناخت، هیجان و رفتار، انتخاب اهداف و تشخیص آم‌اج‌ها و توافق بر سر تکالیف خانگی، ثبت رویدادهای زندگی بر اساس مدل ABC.
دوم	صورت‌بندی مشکلات کلی سالمندان در قالب مدل شناختی-رفتاری، ادغام مثلث شناختی در راهبردهای درمانی، استفاده از تکنیک‌های استاندارد فعال‌سازی رفتاری، طرح مجدد افکار خودآیند منفی و ارائه‌ی برگه ثبت افکار ناکارآمد.
سوم	ادامه‌ی کار با افکار خودآیند، بررسی برگه‌های ثبت افکار ناکارآمد، چالش با افکار خودآیند به روش سقراطی.
چهارم	بازشناسایی باورهای زیربنایی و چگونگی فعال شدن آنها در موقعیت‌های خاص، استفاده از تکنیک پیکان رو به پایین، بررسی چند مورد از مسائل آم‌اجی بیماران.
پنجم	توسعه‌ی آگاهی نسبت به باورهای زیربنایی، تقویت خودگویی‌های مثبت، استفاده از تکنیک‌های رفتاری جهت جایگزینی افکار مثبت به جای افکار منفی
ششم	استفاده از تکنیک‌های شناختی-رفتاری در مورد جرأت‌آموزی، حل مسأله و آموزش مهارت‌های اجتماعی.
هفتم	شناسایی بیشتر باورهای غیرشرطی و باورهای هسته‌ای، ضعیف‌سازی باورهای غیر شرطی از طریق زیر سؤال بردن آنها به روش سقراطی و درجه‌بندی باورهای منفی بر روی یک مقیاس ۰-۱۰۰درجه‌ای.
هشتم	ادامه‌ی تولید و توسعه‌ی باورهای مثبت جایگزین از طریق توسعه‌ی مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی، توسعه‌ی مهارت‌های حل مسأله و رفتارهای شجاعانه، درجه‌بندی افکار جایگزین، ایجاد آمادگی برای به کار گرفتن روش‌های آموخته شده در شرایط زندگی آینده.
نهم	آموزش مهارت‌های ارتباطی، بحث گروهی، ارائه‌ی فعالیت‌های تکمیلی، آموزش سبک پاسخ‌دهی کلامی کارآمد و مهارت‌های گوش کردن فعال به شرکت‌کنندگان و تقاضا از آنها برای توجه به واکنش دیگران به این سبک‌های پاسخ‌دهی کلامی. بستن قرارداد وابستگی با شرکت‌کنندگان در انتهای جلسه (یک شیوه‌ی درمانی رفتاری که به موجب آن به منظور مبادله‌ی پاداش برای ابراز رفتارهای مطلوب بین اعضای گروه توافق‌هایی صورت می‌گیرد).
دهم	آموزش مهارت‌های کنترل خود و هوشیاری، بحث گروهی، ارائه‌ی فعالیت‌های تکمیلی و اجرای پس‌آزمون. لازم به ذکر است در هر جلسه مطالب و تکالیف خانگی جلسه‌ی قبل مورد بررسی قرار می‌گرفت و در پایان جلسه تکالیف جدید به شرکت‌کنندگان محول می‌شد.

یافته‌ها

نتایج شاخص‌های توصیفی مربوط به استرس در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲

مقایسه میانگین و انحراف استاندارد نمرات اختلال خواب و حافظه در پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری						
متغیرها	گروه	موقعیت	میانگین	انحراف استاندارد	بیشترین	کمترین
اختلالات خواب	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۶/۹	۴/۴۳	۳۶	۲۲
		پس‌آزمون	۲۴/۱۵	۵/۷۲	۳۴	۱۲
		پیگیری	۲۴/۹۵	۵/۴۹	۳۵	۱۷
حافظه روزمره	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۷/۳۵	۴/۱۵	۳۶	۲۳
		پس‌آزمون	۲۷/۰۵	۴/۴۱	۳۷	۲۲
		پیگیری	۲۷/۰۵	۴/۶۱	۳۶	۱۹
حافظه روزمره	کنترل	پیش‌آزمون	۷۱/۱	۲۳/۷۵	۱۳۲	۲۷
		پس‌آزمون	۷۷/۰۵	۲۷/۸۱	۱۳۴	۳۳
		پیگیری	۷۷/۳	۲۸/۲۹	۱۳۷	۳۵
حافظه روزمره	کنترل	پیش‌آزمون	۷۳/۳۵	۲۱/۰۲	۱۳۲	۴۷
		پس‌آزمون	۷۴/۰۵	۲۰/۱۱	۱۲۸	۴۸
		پیگیری	۶۹/۵	۱۷/۶۹	۹۲	۳۲

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین و انحراف استاندارد نمره‌ی کلی اختلالات خواب در گروه آزمایش و کنترل در سه موقعیت پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری آمده است.

جدول ۳

نتایج آزمون موشلی برای پیش‌فرض تساوی واریانس‌های دو گروه در نمرات اختلالات خواب و حافظه‌ی روزمره در پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	ضریب موشلی	درجه‌آزادی	کای اسکور	سطح معناداری
اختلالات خواب	۰/۹۷۸	۲	۰/۸۳۹	۰/۶۵۷
حافظه روزمره	۰/۷۵۸	۲	۱۰/۲۳	۰/۰۰۶

بر اساس آزمون کرویت موشلی که برای اختلالات خواب معنی‌دار نشده می‌توان گفت فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها رعایت شده است.

جدول ۴

نتایج آزمون‌های باکس و لون برای پیش‌فرض تساوی واریانس‌های دو گروه در نمرات اختلالات خواب و حافظه‌ی روزمره در پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	درجه‌آزادی ۱	درجه‌آزادی ۲	F	سطح معناداری
باکس				
اختلالات خواب	۶	۱۰۴۶۲/۱۸	۱/۹۷	۰/۰۶۶
حافظه روزمره	۶	۱۰۴۶۲/۱۸	۳/۸۷	۰/۰۰۱
لون				
اختلالات خواب	۱	۳۸	۰/۳۳	۰/۵۶۴
حافظه روزمره	۱	۳۸	۰/۲۸۷	۰/۵۹۵

بر اساس آزمون باکس که برای متغیر با $(BOX=1/97, F=1/97, P=0/066)$ معنی‌دار نبوده است. شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کواریانس به درستی رعایت شده است. بر اساس آزمون لون و عدم

شده است که چون گمارش شرکت کنندگان به صورت تصادفی بوده و گروه‌ها با هم برابر بوده‌اند می‌توان این فرض را نادیده گرفت.

معنی‌داری آن برای همه‌ی متغیرها، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی نیز رعایت شده است. لازم به ذکر است ضریب موشلی و آزمون باکس برای حافظه معنی‌دار

جدول ۵

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مربوط به اثر درمان شناختی- رفتاری بر متغیرهای اختلال خواب و حافظه

متغیر	مجموع مجزورات	درجه‌آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	توان آماری
اختلالات خواب	۳۱/۲۱	۱/۹۵	۱۵/۹۵	۴/۱۶	$P \leq 0.02$	۰/۷۱
حافظه روزمره	۳۳۱/۲۱	۱/۹۳	۱۵/۹۲	۴/۲۳	$P \leq 0.02$	۰/۸۱

و بهبود حافظه‌ی روزمره مؤثر بوده است. به منظور مشخص نمودن اینکه هر کدام از متغیرهای اختلالات خواب و حافظه روزمره در کدام مرحله‌ی آزمون با هم تفاوت معنی‌دار دارند، از آزمون‌های تعقیبی LSD با رعایت شرط همگنی واریانس‌ها استفاده شد.

بر اساس نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، روان‌درمانگری شناختی- رفتاری بر اختلالات خواب ($F=4/16, P<0/05$) و حافظه‌ی روزمره ($F=4/23, P<0/05$) اثر معنی‌داری دارد. به عبارتی دیگر روان‌درمانگری شناختی- رفتاری بر کاهش اختلالات خواب

جدول ۶

نتایج آزمون تعقیبی اختلالات خواب و حافظه روزمره در سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیرها	آزمون‌ها	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
اختلالات خواب	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۱/۵۲	۰/۴۱۴	$P \leq 0.001$
	پیش‌آزمون - پیگیری	۱/۱۲	۰/۴۱۹	$P \leq 0.01$
	پس‌آزمون - پیگیری	۱/۷۳	۰/۰/۸۱	$*P \leq 0.04$
حافظه روزمره	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۱/۳۳	۰/۲۶	$P \leq 0.001$
	پیش‌آزمون - پیگیری	۰/۰۹۶	۰/۲۵	$P \leq 0.002$
	پس‌آزمون - پیگیری	۱/۳۲	۰/۶۲	$*P \leq 0.04$

* $P \leq 0.05$

(۲۰۰۶)، لواتو و همکاران (۲۰۱۴) و هسو و همکاران (۲۰۱۵) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت مداخله‌گری‌های رفتاری نظیر بهداشت خواب، مهار محرک‌ها، محدودیت خواب، تنش‌زدایی و بازساخت‌دهی شناختی می‌توانند برای سالمندانی که از مشکلات مربوط به خواب شکایت دارند بسیار مؤثر باشند. به ویژه مداخله‌گری‌های رفتاری در مورد بیمارانی که دارودرمانی ممکن است برای آنان مشکلاتی داشته باشد مفید است. شکل غیر فعال تنش‌زدایی نیز طرح‌ریزی شده است. بدین ترتیب که شخص سالمند آموزش می‌بیند تا تنش جسمانی خود را تشخیص داده و تا حد قابل ملاحظه‌ای آن را آرام کند، در عین حال که همزمان از تصویرسازی تدریجی، هم برای آرام کردن تنش‌های عضلانی و کاهش اشتغال ذهنی استفاده می‌کند (هیس، مارتین، سیستی و اسپیتزا، ۲۰۰۵). از سوی دیگر یکی از مکانیسم‌های اصلی

همانطور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود متغیر اختلالات خواب و حافظه‌ی روزمره در هر سه مرحله پیش‌آزمون-پس‌آزمون، پیش‌آزمون-پیگیری و پس‌آزمون پیگیری معنی‌دار می‌باشد و این نشان می‌دهد که مداخله صورت گرفته در هر دو مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معنی‌داری داشته است.

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی شناخت-رفتار درمانگری سالمندی بر بهبود اختلالات خواب و حافظه سالمندان مبتلا به بیماری پارکینسون بود. یافته‌های بدست آمده نشان داد که اثر روش درمانی شناختی-رفتاری سالمندی بر اختلالات خواب ($F=4/16, P<0/02$)، در سطح $P<0/05$ معنی‌دار است.

این نتایج با یافته‌های پژوهش زلاکویت و استینس

مؤلفه‌ی اصلی سلامت در سالمندی است درمان‌های مبتنی بر مداخلات شناختی-رفتاری در بهبود مشکلات خواب و متعاقباً افزایش سطوح سازش‌یافتگی بهینه و نهایتاً ارتقای سطوح سلامت روانی سالمندان مبتلا به پارکینسون می‌توانند بطور بالقوه در منظومه‌ی کمک‌های قابل بهره‌برداری در نظام مراقبت‌های بهداشتی از این بیماران بسیار مفید واقع شوند.

همچنین یافته‌های بدست آمده نشان داد که اثر روش درمانی شناختی-رفتاری سالمندی بر روی حافظه‌ی روزمره ($F=4/23, P<0/02$)، در سطح $P<0/05$ معنی‌دار است. این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش برتولدوبنده (۲۰۰۸)، دوبکین و همکاران (۲۰۰۹)، و کیرچبرگر و همکاران (۲۰۱۲) همسو می‌باشد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که در درمان‌های شناختی-رفتاری قسمت مربوط به مداخله‌ی شناختی پررنگ‌تر از قسمت رفتاری است. از طرفی با توجه به اینکه بهبود قوای حافظه از جمله تغییرات شناختی در ذهن است، بنابراین می‌توان گفت از آنجا که مداخلات شناختی-رفتاری اصلاح و بازسازی شناخت‌ها را هدف قرار می‌دهد، احتمالاً توانسته باشد در سطح حافظه‌ی روزمره هم تأثیر بگذارد. دوم اینکه حافظه‌ی روزمره به توان فرد در حفظ فرآیندهای روزانه و ساده مربوط است و همسو با این مسأله، فنون شناختی-رفتاری هم بیشتر فعالیت‌هایی است که به شکل ساده در چارچوب برنامه‌های روزمره طرح و هدایت می‌شوند. در انجام هر پژوهش، پژوهشگران با محدودیت‌هایی مواجه هستند. از جمله 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 اشاره کرد. کم‌کاری شرکت‌کنندگان در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری و عدم کنترل متغیرهای دیگر که می‌توانند در نتایج مطالعه تأثیرگذار باشند نیز از محدودیت‌های دیگر این پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی مداخله‌ی مبتنی بر شناخت-رفتار درمانی سالمندان متغیرهای دیگر نیز مورد بررسی قرار گیرد.

سپاس‌گزاری

از تمام افراد و شرکت‌کنندگانی که ما را در انجام این پژوهش یاری دادند سپاسگزاریم.

درگیر در اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مربوط به تأثیر عمیق این درمان بر افکار و باورهای افراد در مورد بی‌خوابی است. اکثر سالمندان مبتلا به بی‌خوابی، افکار و باورهای نادرستی در مورد خواب و بی‌خوابی دارند و این افکار به اضطراب عملکرد و در نتیجه افزایش شدت بی‌خوابی منجر می‌گردد (سانچز و همکاران، ۲۰۱۲). مؤلفه‌ی شناختی این درمان با تغییر این افکار و باورها، سطح اضطراب و در نتیجه نشانه‌های بی‌خوابی را کاهش می‌دهد. نکته‌ی مهم دیگر این است که این درمان وقتی به صورت گروهی اجرا شود، می‌تواند باعث ایجاد انگیزه‌ی بیشتر در افراد شود. از آنجا که گروه از تعدادی افراد با مشکلی مشابه تشکیل شده است، اعضا با شرکت در جلسات گروهی متوجه می‌شوند که افراد دیگری نیز مشکل آنها را دارند و این آگاهی باعث آرامش آنها می‌شود. از دیگر دلایل مؤثر بودن این مداخله می‌توان به ساختار منظم جلسه‌های گروهی و تعهد اعضای گروه نسبت به یکدیگر اشاره کرد. همچنین استفاده از تکنیک‌های آموزش آرمیدگی و بهداشت خواب به عنوان مؤلفه‌های رفتاری درمان شناختی-رفتاری می‌تواند منجر به مقابله با عادات مخل و در نتیجه بهبود خواب شود (پایگون و همکاران، ۲۰۱۲).

با توجه به نتایج پژوهش حاضر و مقایسه‌ی آن با پژوهش‌های پیشین می‌توان نتیجه گرفت که در کار با سالمندان، بخصوص مبتلایان به پارکینسون شکایت از کم‌خوابی پدیده‌ای مهم است. اگر چه کم‌خوابی در اواخر زندگی عوامل مختلفی دارد، اما جدا از نوع مشکلات خواب، مداخله‌گری‌های درمانی شناختی-رفتاری نخستین گزینه‌ی درمانی در مشکلات مربوط به خواب محسوب می‌شوند. همسو با سانچز و همکاران (۲۰۱۲) که معتقدند ما اغلب با بیماران چالش می‌کنیم. کسانی که از انواع مشکلات خواب رنج می‌برند دارودرمانی را به عنوان نخستین گزینه درمانی درخواست می‌کنند. به دلیل آنکه اثرات درمانی آن سریع‌تر است. از این موضع، لازم است که منطق آموزشی و درمانی محکمی به بیماران پیشنهاد کنیم تا تشویق شوند روش‌های جدید آداب خوابیدن را یاد بگیرند و باورهای نادرست مربوط به خواب را تغییر دهند، به گونه‌ای که در درازمدت مفید واقع شوند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که با توجه به اهمیت بنیادین خواب سالم و کافی در سازش‌یافتگی سالمندان که در واقع

منابع

- احمدی، ش.، خانکه، ح. ر.، محمدی، ف.، فلاحی خشکتاب، م.، رضاسلطانی، پ. (۱۳۸۹). اثربخشی درمان با محدودسازی بر کیفیت خواب سالمندان. *سالمندی (مجله سالمندی ایران)*، ۵ (۱۶)، ۷-۱۵.
- ادیب حاج بابایی، م.، و آقاحسینی، ش. (۱۳۸۶). بررسی میزان ناتوانی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر کاشان در سال ۱۳۸۶. *سالمندی (مجله سالمندی ایران)*، ۳ (۸)، ۵۴۷-۵۵۵.
- سلطانی شال، ر.، آقامحمدیان شهرباف، ح. ر.، و غنایی چمن آباد، ع. (۱۳۹۲). اثربخشی ورزش بر سلامت عمومی، کیفیت خواب و کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، ۱۷ (۴)، ۳۹-۴۶.
- زارع، ح.، اباذریان طهرانی، م.، و علیپور، ا. (۱۳۹۱). اثر سیکل قاعدگی بر فراحافظه، حافظه روزمره و حافظه آینده نگر در زنان ۱۸-۴۵ سال. *مجله زنان مامایی و نازایی ایران*، ۱۵ (۴۱)، ۱-۸.
- عباسی، س.، مهدی زاده، س.، و پیامی بوساری، م. (۱۳۹۱). ارتباط سطح سلامت عمومی با کیفیت خواب در مصدومان شیمیایی مبتلا به برونشیت انسدادی. *مجله طب نظامی*، ۱۴ (۱)، ۱۵-۱۹.
- عبداللهی، ع.، نظری، ع. م.، حسینی، ج.، درهرج، م.، و بهنام مقدم، م. (۱۳۹۳). اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر علایم بی خوابی دانشجویان. *ارمغان دانش، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج*، ۲ (۱)، ۱۱-۱۸.
- علی پور، ف.، سجادی، ح.، فروزان، آ.، بیگلریان، ا.، و جلیلیان، ع. (۱۳۸۷). کیفیت زندگی سالمندان منطقه ۲ تهران. *سالمندی (مجله سالمندی ایران)*، ۳ (۹ و ۱۰)، ۷۵-۸۳.
- کشاوری اخلاقی، ا. ع.، و قلعه بندی، م. ف. (۱۳۸۸). کیفیت خواب و ارتباط آن با سلامت روان در دانش آموزان پیش دانشگاهی کرج. *مجله روان پزشکی و علوم رفتاری*، ۳ (۱)، ۴۴-۴۹.
- کوچکی، گ.، حجتی، ح.، و ثناگو، ا. (۱۳۹۱). ارتباط احساس تنهایی با رضایت از زندگی در سالمندان (شهرهای گرگان و گنبد). *مجله توسعه پژوهش در پرستاری و مامایی*، ۹ (۱)، ۶۸-۶۱.
- مسعودی، ر.، سلیمانی، م. ع.، هاشمی نیا، ع. م.، قربانی، م.، حسن پور دهکردی، ع.، و بهرامی، ن. (۱۳۸۹). تأثیر
- الگوی توانمندسازی خانواده-محور بر کیفیت زندگی سالمندان. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین*، ۱۴ (۱)، ۶۴-۵۸.
- ملک، م.، حلوانی، غ. ح.، فلاح، ح.، و جعفری ندوشن، ر. (۱۳۹۰). بررسی ارتباط شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ با تصادفات جاده‌ای رانندگان کامیون. *فصلنامه علمی پژوهشی طب کار*، ۳ (۱)، ۲۰-۱۴.
- Adams, K., Sanders, S., & Auth, E. (2010). Loneliness and depression in independent living retirement communities: risk and resilience factors. *Aging and Mental Health*, 8 (3), 475-485.
- Amagai, Y., Ishikawa, S., Gotoh, T., Kayaba, K., Nakamura, Y., & Kajii, E. (2010). Sleep duration and incidence of cardiovascular events in a Japanese population: The Jichi medical school cohort study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 20(2), 106-110.
- Banks, S., & Dinges, D. F. (2007). Behavioral and physiological consequences of sleep restriction. *Journal of Clinical Sleep Medicine Research & Review* 3(1), 519-528.
- Bertoldobenede, H. M. (2008). Quality of life in breast cancer patients aged over 75 years. *European Journal of Cancer*, 3 (1), 945-951.
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F. I., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Journal of Psychiatric Research*, 28(2), 193-213.
- Carroll, K. M., & Rounsaville, B. J. (2007). A vision of the next generation of behavioral therapies research in the addictions. *Addiction*, 102 (5), 850-862.
- Chang, S. H., Crogan, N. L., & Wung, S. F. (2007). The self-care self-efficacy enhancement program for Chinese nursing home elders. *Journal of Geriatric Nursing*, 28(1), 31-36.
- Cotroneo, A., Gareri, P., Lacava, R., & Cabodi, S. (2004). Use of zolpidem in over 75-year-old patients with sleep disorders and co morbidities. *Arch Gerontology Geriatric Supply*, 14 (9), 93-96.

- Dobkin, R. D., Menza, M. D., & Bienfait, K. L. (2009). CBT for the treatment of depression in Parkinson's disease: A promising non-pharmacological approach. *Expert review of neurotherapeutics*, 8(1), 27-35.
- Foley, D., Monjan, A., Brown, S., Simonsick, E., Wallace, R., & Blaer, D. (1995). Sleep complaints among elderly persons: an epidemiologic study of three communities. *Sleep new York*, 18 (6), 425-32.
- Gorenstein, E. E., Tager, F. A., Shapiro, P. A., Monk, C., & Sloan, R. P. (2007). Cognitive-Behavior Therapy for Reduction of Persistent Anger. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14 (2), 168-184.
- Granhölm, E., McQuaig, J., Simje, E., McCluer, F., Auslander, L., Perivoliotis, D.,... Paterson, T. A. (2007). Randomized controlled trial on cognitive behavioral social skills training for middle aged and older outpatients with chronic Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 162 (3), 529-552.
- Havm-Nies, A., & DeGroot, L. C. (2003). Dietary quality, lifestyle factors and healthy aging in Europe, *Age Aging*, 32 (4), 427-434.
- Hayes, R. D., Martin, S. A., Sesti, A. M., & Spitzer, K. (2005). Psychometric properties of the medical outcomes study sleep measure. *Sleep Medical*, 6 (1), 41-44.
- Hidalgo, M. P., & Caumo, W. (2002). Sleep disturbances associated with minor psychiatric disorders in medical students. *Neural Stem Cell Institute, Rensselaer*, 23 (1), 35-39.
- Hsu, H. M., Chou, K. R., Lin, K. C., Chen, K. U., Su, S. F., & Chung, M. H. (2015). Effects of Cognitive Behavioral Therapy in Patients with Depressive Disorder and Comorbid Insomnia: A Propensity Score-matched Outcome Study. *Behavior Research and Therapy*, In Press.
- Inouye, K., & Pedrazzani, E. S. (2007). Educational status, social economic status and evaluation of some dimensions of octogenarians quality of life. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15 (4), 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), 2-14.
- Kinsella, K., & Phillips, D. R. (2005). Global Aging: The Challenge of Success. *Population Reference Bureau*, 60 (1), 1-15.
- Knoop, H., van Kesse, K., & Moss-Morris, R. (2012). Which cognitions and behaviours mediate the positive effect of cognitive behavioural therapy on fatigue in patients with multiple sclerosis? *Psychological Medicine*, 42, 205-213.
- Kirchberger, I., Meisinger, C., Heier, M., Zimmermann, A. K., Thorand, B., Autenrieth C. S.,...Döring, A. (2012). Patterns of multi morbidity in the aged population: Results from the KORA-Age Study. *PLOS One*, 7(1), e30556.
- Kraepeliena, M., Svenningssonb, P., Lindeforsa, N., Kaldoa, V. (2014). Internet-based cognitive behavioral therapy for depression and anxiety in Parkinson's disease: A pilot study. *Internet Interventions*, 2(1), 1-6.
- Lovato, N., Lack, L., Wright, H., & Kennaway, D. J. (2014). Evaluation of a Brief Treatment Program of Cognitive Behavior Therapy for Insomnia in Older Adults. *Sleep*, 37(1), 117-126.
- Lunefeld, B. (2008). The ageing male: demographics and challenges World. *Journal of Urology*, 20(1), 11-16.
- Manoach, D. S., & Stickgold, R. (2009). Does abnormal sleep impair memory consolidation in schizophrenia? *Frontiers in Human Neuroscience*, 3(1), 1-8.
- McInnis, G. J., & White, J. H. (2011). A phenomenological exploration of loneliness in the older adult. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17 (3), 128-139.
- Mitchell, M. D., Gehrman, P., Perlis, M. & Umscheid, C. A. (2012). Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review. *Boston Medical Center Family Practice*, 13 (10), 13-24.
- Pigeon, W. R., Moynihan, J., Matteson-Rusby, S., Jungquist, C. R., Xia, Y., Tu, X., & Perlis, M. L. (2012). Comparative effectiveness of CBT interventions for co-

- morbid chronic pain & insomnia: A pilot study. *Behavior Research Therapy*, 50 (2), 685-689.
- Piperidou, C., Karlovasitou, A., Triantafyllou, N., Terzoudi, A., Constantinidis, T., Vadikolias, K., ... Balogiannis, S. (2008). Influence of sleep disturbance on quality of life of patients with epilepsy. *Seizure: European Journal of Epilepsy*, 2(5), 1-17.
- Salguero, A., Martínez-García, R., Molinero, O., & Márquez, S. (2011). Physical activity, quality of life and symptoms of depression in community-dwelling and institutionalized older adults. *Journal of Gerontology and Geriatrics*, 53(2), 152-157.
- Sánchez, A. I., Díaz-Piedra, C., Miró, E., Martínez, M. P., Gálvez, R., & Buela-Casal, G. (2012). Effects of cognitive-behavioral therapy for insomnia on polysomnographic parameters in fibromyalgia patients. *Behavior Research Therapy*, 53(6), 235-241.
- Sguizzatto, G. T., Garcez-Leme, L. E., & Casimiro, L. (2006). Evaluation of the quality of life among elderly female athletes. *Sao Paulo Medical Journal*, 124 (8), 30-45.
- Sivertsen, B., Omvik, S., Pallesen, S., Bjorvatn, B., Havik, O. E., Kvale, G., ... Nordhus, I. H. (2006). Cognitive behavioral therapy vs zopiclone for treatment of chronic primary insomnia in older adults. A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 295 (24), 2851-2858.
- Sunderland, A., Harris, J., & Baddeley, A. (1983). Do laboratory tests predict everyday memory? A neuropsychological study. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 22 (3), 341-357.
- Taylor, D. J., & Bramoweth, A. D. (2010). Patterns and Consequences of Inadequate Sleep in College Students: Substance Use and Motor Vehicle Accidents. *Journal of Adolescent Health*, 8(1), 1-13.
- Van Malderen, L., Mets, T., & Gorus E. (2012). Interventions to enhance the quality of life of older people in residential Long-term care: A systematic review *Ageing Research Reviews*, 12 (1), 141-50.
- Viviana, M., Wuthrich, S., Ronald, M., Rapee, Z. (2013). Randomised controlled trial of group cognitive behavioural therapy for comorbid anxiety and depression in older adults. *Behaviour Research and Therapy*, 51 (12), 779-786.
- Yee Ho, f., Ka-Fai, Chung., Wing-Fai, Yeung., Tommy, H. Ng., Ka-Shing, Kwan., Kam-Ping, Yung., & Sammy, K. Cheng. (2015). Self-help cognitive-behavioral therapy for insomnia: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Sleep Medicine Reviews*, 19 (4), 17-28.
- Young H. M., & Cochrane B. B. (2005), Health aging for older women. *Nursing Clinics of North America*, 39 (1), 131-143.
- Young, J. E., Weinberger, A. D., & Beck, A. T. (2001). Cognitive therapy for depression. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (pp. 264-308). New York: Guilford press.
- Zalaquett, C. P., & Stens, A. N. (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.

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Elderly's Sleep and Memory State

Ziba Barghi Irani, Ph.D ✉
Payameh Noor

Mahnaz Alii Akbari Dehkordi, Ph.D
Payameh Noor

Mohammad Javad Bagian kulehmarz

Lorestan University

Received: 2015.09.25

Accepted: 2015.08.19

Memory and sleep disorders are among the topics that create many problems for the elderly, and threaten their physical and mental health. So this study was done with aim to investigate the effectiveness of cognitive-behavior therapy on elderly memory and sleeping. This was a quasi-experimental study and used pretest- posttest and follow-up with control group. The population of this study consisted of all elderly whit Parkinson's disease that referred to research center of neurology and Parkinson's clinic of Dr.shahidi in Tehran. The sample size of 40 patients with Parkinson were selected by available sampling and randomly were assigned to experimental and control groups. The experimental group received elderly cognitive-behavior therapy for 10 sessions, one session each week. To collect data, the scale of Peterzbargs (1989) sleep quality and daily (1983) memory questionnaire were used. Variance analysis whit repeated measures was used to analyze data statistically. The results of variance analysis whit repeated measures showed that cognitive- behavioral therapy affect the sleep disorders of elderlies ($p < 0.05$). The results of follow up LSD tests showed that there is a significant difference between post- test and follow up in sleep disorders and memory. So it is recommended to psychologists who work in the field of elderly use the cognitive-behavior therapy to improve the sleep quality and memory of elderly.

Key words: cognitive-behavioral therapy, sleep, memory, elderly

Ziba Barghi Irani, assistant professor, Dept. of Psychology, faculty of Literature & Human Sciences, Payam-e-Noor University, Tehran, I.R. Iran; Mahnaz Alii Akbari Dehkorid, associate professor, Dept. of Psychology, faculty of Literature & Human Sciences, Payam-e-Noor University, Tehran, I.R. Iran; Mohammad Javad bagian kulehmarz, Ph.D Student in Psychology, Faculty of Social Sciences, University of Lorestan, I.R. Iran

✉Correspondence concerning this article should be addressed to Ziba Barghi Irani, assistant professor, Dept. of Psychology, faculty of Literature & Human Sciences, Payam-e-Noor University, Tehran, I.R. Iran.
Email: kimia2010@gmail.com