



The Comparison of the Effectiveness of Humor Therapy and Cognitive Rehabilitation on Agitation and Apathy in the Elderly men with Mild Cognitive Impairment

Zahra Fereidooni Valashejerdi¹ , Shahnam Abolghasemi^{1*} , Javad Khalatbari¹ 
and Morteza Tarkhan² 

¹ Dept. of Health Psychology, Faculty of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran

² Dept. of Psychology, Faculty of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

Article Info

Article History

Received: 28.07.2021

Accepted: 30.12.2021

ePublished: 31.12.2021

Keywords

Humor therapy; cognitive rehabilitation; agitation; apathy; mild cognitive impairment

How to cite this article

Fereidooni Valashejerdi, Z., Abolghasemi, Sh., Khalatbari, J., & Tarkhan, M. (2021). The Comparison of the effectiveness of humor therapy and cognitive rehabilitation on agitation and apathy in the elderly men with mild cognitive impairment. *Aging Psychology*, 7(4), 377-390.

*Corresponding Author

Shahnam Abolghasemi

Email

sh.abolghasemi@toniau.ac.ir



© The Author(s)

Publisher: Razi University

Abstract

The elderly need proper medical and psychiatric care and attention. So, choosing an appropriate therapeutic method for their psychological care, especially in the elderly with cognitive impairment, will be effective in improving their psychological symptoms and health. Therefore, this study aimed to compare the effectiveness of humor therapy and cognitive rehabilitation on agitation and apathy in male elders with mild cognitive impairment. It was a quasi-experimental study with pretest-posttest design with a control group. The statistical population included all male elderly with mild cognitive impairment residing of nursing homes in Alborz province, Iran. At first, Kahrizak Charity Hospice was selected by purposeful sampling method, and then 51 elderly people were selected based on inclusion criteria, and assigned randomly into two experimental groups (humor and cognitive rehabilitation) and one control group. Cohen-Mansfield's Agitation Inventory, Apathy's Evaluation Scale and Montreal's Cognitive Assessment-Basic were used to collect data. The two intervention groups received eight 90-minute sessions of Humor therapy based on the Mcghee's 7 Humor Habits Program and Kelly and O'Sullivan's Cognitive Rehabilitation, and the control group did not receive any intervention during this period. The results of univariate analysis of covariance (ANCOVA) revealed that humor therapy reduces agitation and apathy. Moreover, cognitive rehabilitation reduced agitation and apathy. Meanwhile, there was no significant difference between humor therapy and cognitive rehabilitation in terms of reducing agitation and apathy. According to the effectiveness of humor therapy and cognitive rehabilitation in reducing agitation and apathy in this study, these interventions can be applied to improve psychological symptoms, personal functioning and interpersonal relationships in the elderly with mild cognitive impairment.



مقایسه اثربخشی شوخ‌طبعی درمانی و بازتوانی شناختی بر بی‌قراری و بی‌تفاوتی در مردان سالمند دچار اختلال شناختی خفیف

زهرا فریدونی و لاشجردی^۱، شهنام ابوالقاسمی^{۱*}، جواد خلعتبری^۱ و مرتضی ترخان^۱

^۱ گروه روانشناسی سلامت، دانشکده روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران
^۲ گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

چکیده

سالمندان نیاز به توجه و مراقبت پزشکی و روان‌پزشکی مطلوب دارند، و انتخاب رویکرد مناسب درمانی برای مراقبت‌های روان‌شناختی ایشان به ویژه در سالمندان دچار اختلال شناختی در بهبود علائم روان‌شناختی و سلامت آنها اثرگذار خواهد بود. بنابراین، هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی شوخ‌طبعی درمانی و بازتوانی شناختی بر بی‌قراری و بی‌تفاوتی مردان سالمند مبتلا به اختلال شناختی خفیف بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی سالمندان مرد دچار اختلال شناختی خفیف و مقیم سراهای سالمندی استان البرز بود. ابتدا آسایشگاه خیریه کهربزرگ به‌روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شد، سپس بر اساس ملاک‌های ورود، ۵۱ سالمند انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی (شوخ‌طبعی و بازتوانی شناختی) و یک گروه کنترل قرار گرفتند. سیاهه بی‌قراری کوهن-منسفیلد، مقیاس بی‌تفاوتی مارین و ارزیابی شناختی مونترال-پایه برای گردآوری داده‌ها استفاده شد. گروه مداخله شوخ‌طبعی، مهارت شوخ‌طبعی مک‌گی و گروه بازتوانی شناختی، راهبردها و فنون بازتوانی شناختی کلی و اوسالیوان را به‌طور مجزا در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند و گروه کنترل در این مدت هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری نشان داد مداخله شوخ‌طبعی موجب کاهش بی‌قراری و بی‌تفاوتی شد. بازتوانی شناختی نیز موجب کاهش بی‌قراری و بی‌تفاوتی شد. همچنین شوخ‌طبعی درمانی و بازتوانی شناختی تفاوت معناداری در کاهش بی‌قراری و بی‌تفاوتی نداشتند. با توجه به اثربخشی هر دو مداخله در کاهش بی‌قراری و بی‌تفاوتی در این پژوهش می‌توان از این مداخلات برای بهبود علائم روان‌شناختی، عملکرد فردی و روابط بین فردی سالمندان مبتلا به اختلال شناختی خفیف استفاده کرد.

اطلاعات مقاله

سابقه مقاله

دریافت: ۱۴۰۰/۰۵/۰۶

پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۰۹

چاپ الکترونیکی: ۱۴۰۰/۱۰/۱۰

کلیدواژه‌ها

شوخ‌طبعی درمانی، بازتوانی شناختی، بی‌قراری، بی‌تفاوتی، اختلال شناختی خفیف

نحوه ارجاع به مقاله

فریدونی و لاشجردی، ز.، ابوالقاسمی، ش.، خلعتبری، ج.، و ترخان، م. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی شوخ‌طبعی درمانی و بازتوانی شناختی بر بی‌قراری و بی‌تفاوتی در مردان سالمند دچار اختلال شناختی خفیف. *روان‌شناسی پیری*، ۷(۴)، ۳۹۰-۳۷۷.

* نویسنده مسئول

شهنام ابوالقاسمی

پست الکترونیکی

sh.abolghasemi@toniau.ac.ir

سنگینی بر سلامت تحمیل می‌کند و خطر ابتلا به زوال عقل را افزایش می‌دهد، ارزیابی قابل اعتماد از شیوع این اختلال در سراسر جهان مهم است (ساجدو و همکاران، ۲۰۱۵). اختلالات شناختی، بسیاری از خصوصیات رفتاری و هیجانی افراد مبتلا را نیز تحت تأثیر قرار داده و سبب بروز ناراحتی‌هایی مثل بی‌قراری^۶ (هولتزر و همکاران، ۲۰۰۳؛ پاسیاردی و همکاران، ۲۰۱۳) و بی‌تفاوتی^۷ (مارشال و همکاران، ۲۰۱۳؛ لانتکوت و همکاران، ۲۰۱۷) در این بیماران می‌گردد.

بی‌قراری به‌عنوان فعالیت حرکتی، آوایی یا کلامی نامناسب که بوسیله نیازها توجیه نمی‌شود تعریف می‌شود. همچنین بی‌قراری شامل اجزای کلامی و فیزیکی، تهاجمی و غیر تهاجمی است که مشخصه‌های آن شامل بی‌قراری حرکتی، افزایش پاسخگویی به محرک‌های درونی و بیرونی، تحریک‌پذیری، فعالیت کلامی یا حرکتی نامناسب یا بی‌هدف، همینطور یک دوره ناپایداری است (لیندن‌مایر، ۲۰۰۰). اعضاء خانواده و مراقبت‌کنندگان افراد دچار اختلال شناختی، بی‌قراری را یکی از چالش‌برانگیزترین رفتارهای این بیماران گزارش کرده‌اند. این رفتارها تأثیر زیادی بر ساکنان خانه‌های سالمندان و مراکز مراقبت از این بیماران می‌گذارد و هزینه زیادی نیز به آنها تحمیل می‌کند (پاسیاردی و همکاران، ۲۰۱۳).

مارین (۱۹۹۰) بی‌تفاوتی را کاهش انگیزه‌ای که مربوط به کاهش سطح آگاهی، اختلال شناختی یا پریشانی عاطفی نیست تعریف کرد. این کاهش انگیزه همزمان در همایندهای رفتاری، عاطفی و شناختی رفتار هدف رخ می‌دهد (مارین، ۱۹۹۱). فیشر نیز بی‌تفاوتی را اختلال در خودانگیزختگی در عمل و گفتار با پیشینه‌ای از محتوای فکری عادی، کاهش دامنه حرکت، کندی روانی، کاهش توجه، افزایش حواس پرتی و بی‌تفاوتی توصیف کرد (فیشر، ۱۹۸۴). به نقل از لازارو-پرلادو، (۲۰۱۹). به‌طور خلاصه اصطلاح بی‌تفاوتی یک مفهوم چند بعدی است که سه حیطه رفتار، عاطفه و شناخت، همراه با فقدان انگیزش را در برمی‌گیرد. با این حال، بیشترین شیوع بی‌تفاوتی، نه در یک رده تشخیصی خاص، بلکه در ساکنان خانه سالمندان یافت شده است (لوهرون و همکاران، ۲۰۱۸). بی‌تفاوتی می‌تواند مشکلات قابل توجهی در تشخیص رفتار اجتماعی

سرعت پیری جمعیت، بسیار سریع‌تر از گذشته شده است. به‌طوری‌که بین سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۵۰ نسبت جمعیت بالای ۶۰ سال در جهان از ۱۲ درصد به ۲۲ درصد (نزدیک به دو برابر) خواهد رسید و تا سال ۲۰۲۰ تعداد افراد ۶۰ ساله و بالاتر، از کودکان زیر ۵ سال بیشتر خواهد شد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۸). سالمندی فرآیندی طبیعی و یکی از مراحل رشد و تکامل انسان است، در دهه‌های کنونی بهبود شرایط زندگی، مراقبت‌های بهداشتی و درمانی منجر به افزایش طول عمر و افزایش جمعیت سالمندان شده است. حال آنکه سنگینی مسئولیت مراقبان و طولانی بودن مدت زمان بیماری زوال عقل باعث شده این بیماری بدخیم‌ترین بیماری زمان ما باشد (گیولی و همکاران، ۲۰۱۶).

سالمندان دچار بیماری آلزایمر^۱ در سیر پیشرونده بیماری‌شان مراحل مختلفی را طی می‌کنند. این بیماران در مرحله اول بیماری خود به اختلال شناختی خفیف^۲ مبتلا می‌شوند که به طور کلی در انواع دیگر دمانس نیز شایع است و روند پیشرفت سالانه این اختلال به بیماری آلزایمر، بیش از ۲۰ درصد و در پیگیری‌های ۳۰ ماهه حدود ۴۸ درصد گزارش شده است (جین و همکاران، ۲۰۱۰). اصطلاح اختلال شناختی خفیف نخستین بار در سال ۱۹۹۱ در عنوان مقاله‌ای توسط فلیکر و همکاران (۱۹۹۱) ظاهر شد. پس از آن پترسون و همکاران (۱۹۹۵)، به نقل از فلیکر و همکاران، (۱۹۹۱) در یک مطالعه پیرامون پیری^۴ در درمانگاه مایو^۵ اختلال شناختی خفیف را به‌عنوان یک تشخیص مستقل برای دسته‌بندی افراد دارای مشکلات حافظه که مبتلا به زوال عقل نبودند، در نظر گرفتند. معیارهای کلینیک مایو برای اختلالات شناختی خفیف، شکایت از اختلال حافظه (ترجیحاً توسط یک مراقب تأیید شود)، شواهد عینی از نقص حافظه، حفظ عملکرد شناختی، انجام فعالیت‌های زندگی روزانه، و عدم وجود زوال عقل عنوان شد (پترسون، ۲۰۰۴). نقص شناختی و زوال عقل نشان دهنده مشکلات مهم بهداشت عمومی است که توانایی حفظ عملکرد اجتماعی و زندگی مستقل را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از آنجا که اختلال شناختی خفیف هزینه

1 World Health Organization

2 Alzheimer's disease

3 Mild Cognitive Impairment-MCI

4 aging

5 Mayo Clinic

6 agitation

7 apathy

مناسب داشته باشد و جنبه اجتماعی زندگی فرد را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (نجامبورا و همکاران، ۲۰۱۴).

با توجه به پیش‌بینی افزایش تعداد سالمندان در سالهای پیشرو، همینطور وجود اختلالاتی از جمله بی‌قراری و بی‌تفاوتی در سالمندان دچار اختلال شناختی، مطالعه وضعیت بهداشت روانی این افراد در تعیین اثربخشی مداخلات درمانی و توانبخشی برای توانمندسازی و بهبود شرایط زندگی آنان می‌تواند از موضوعات مهم پژوهشی باشد. با این وصف بررسی روش‌های درمانی و مداخلات روان‌شناختی و مقایسه اثربخشی آنها از نظر کاربردی اهمیت دارد و می‌تواند به افزایش دانش متخصصان حوزه سالمندی و در نتیجه بهبود شرایط زندگی سالمندان، به ویژه سالمندان دچار اختلال شناختی کمک کند.

یکی از مداخلاتی که در این پژوهش به کار گرفته شد شوخ‌طبعی درمانی بود. شوخ‌طبعی درمانی آموزش مهارت‌های شوخ‌طبعی بر اساس برنامه ۷ عادت شوخ‌طبعی^۱ است که به شکل گروهی و در قالب ۸ جلسه صورت می‌گیرد (مک‌گی، ۲۰۱۰). می‌توان حس شوخ‌طبعی افراد را در مواجهه با رخداد‌های زندگی از طریق ایجاد نگرش طنز برای مثال با تماشای فیلم‌های کمدی، خواندن کتاب‌های لطیفه و غیره تقویت کرد. به این شکل که دنیا را با نگاه اغراق‌آمیز و با یک طرح خنده‌دار بنگریم. استفاده مؤثر از شوخی نیازمند تمرین و برنامه‌ریزی است. به‌طوری‌که شخص بتواند مهارت شوخ‌طبعی خودانگیزخته و در عین حال برنامه‌ریزی شده به‌واسطه فرآیند تقویت خزانه شوخی خود داشته باشد تا در مواقع لزوم از آن استفاده کند (سلطانوف، ۲۰۱۳). در کارگاه‌هایی که در زمینه شوخ‌طبعی وجود دارد بیشتر شرکت‌کننده‌ها می‌گویند: «من نمی‌توانم جوک بگویم.» در پاسخ باید گفت: «البته که می‌تواند اما باید مثل هر مهارت دیگری آن را یاد بگیرند و تمرین کنند.» بنابراین استفاده مؤثر از شوخی، نیازمند یادگیری مهارت‌های مربوط به آن و برنامه‌ریزی برای جستجوی فعالانه موقعیت و کاربرد آن در زندگی روزمره است (مک‌گی، ۲۰۱۰). علیرغم مزایای بالقوه طنز و خنده، فواید آن در زندگی سالمندان به‌خوبی شناخته نشده است (بیم، ۲۰۱۶). می‌توان از مداخلات مبتنی بر طنز به‌عنوان یک رویکرد غیردارویی برای بهبود رفاه سالمندان و به‌عنوان راهبردهای مقابله‌ای برای مقابله با چالش‌های زندگی

روزمره برای کنار آمدن با مشکلات فردی و بین فردی استفاده کرد. همچنین طنز درمانی نوعی درمان شناختی-رفتاری است (بیم، ۲۰۱۶). به عنوان یک روش درمانی جایگزین، تأثیر مثبتی بر سلامت روان و سیستم ایمنی بدن دارد و نیاز به تجهیزات خاصی ندارد. این مزایا می‌تواند بخشی از روند مداخلات درمانی باشد. اما برای اینکه متخصصان مداخلات معتبری را اجرا کنند و به‌طور مؤثر فنون توانبخشی را آموزش دهند، پژوهش‌های تجربی بیشتری درباره تأثیرات جسمی، روانی و اجتماعی خنده و شوخ‌طبعی باید انجام شود. مداخله شوخ‌طبعی در سال‌های گذشته برای کاهش بی‌قراری (شیباتا و همکاران، ۲۰۱۴؛ لو و همکاران، ۲۰۱۴؛ برودتی و همکاران، ۲۰۱۴؛ گودیناف و همکاران، ۲۰۱۲؛ کولانوسکی و همکاران، ۲۰۱۱)، بهبود خلق و خو و کاهش افسردگی (لو و همکاران، ۲۰۱۴) همچنین افزایش علاقه اجتماعی (شیباتا و همکاران، ۲۰۱۴؛ گودیناف و همکاران، ۲۰۱۲) در سالمندان به کار رفته است. به‌طور کلی شوخ‌طبعی می‌تواند به‌عنوان یک درمان مکمل با هدف کمک به مراجع برای مقابله با نشانه‌ها، بهبود توان‌بخشی از طریق اثر هیجانی، شناختی، اجتماعی و فیزیولوژیکی با تقویت و تسهیل درمان و توانمندسازی مراجع به‌کار رود (ژلکوف، ۲۰۱۱).

مداخله دیگری که در این پژوهش به کار گرفته شد بازتوانی شناختی است. بازتوانی شناختی مداخله‌ای پرکاربرد در توانبخشی بیماران و سالمندان دچار اختلال شناختی است. این پژوهش بر اساس راهبردها و فنون توانبخشی شناختی^۲ کلی و اوسالیوان (۲۰۱۵) صورت گرفت. بازتوانی شناختی مجموعه‌ای از فعالیت‌های درمانی مبتنی بر روابط مغز-رفتار است که به تغییر عملکرد از طریق فرآیندهایی شامل ایجاد الگوهای جدید فعالیت شناختی از طریق سازوکارهای شناختی جبرانی درونی و ایجاد الگوهای جدید فعالیت از طریق سازوکارهای جبرانی بیرونی به‌دست می‌آید، تا فرد بتواند با بهبود عملکرد شناختی خویش با ناتوانی شناختی خود، سازگار شود (سیسرون و همکاران، ۲۰۱۱). به بیان دیگر، بازتوانی شناختی روی باقیمانده توانمندی فرد برای رفتار سازگاران، کسب سطح بهینه سلامت با هدف قرار دادن عملکرد بهتر شخص است. (کلی و اوسالیوان، ۲۰۱۵). مطالعات مداخلات غیردارویی بازتوانی شناختی در اختلال شناختی خفیف نتایج امیدوار

² strategies and techniques for cognitive rehabilitation

¹ the 7 humor habits program

جمعیت سالمندان در کشورمان و جهان، همچنین شواهد پژوهشی مبتنی بر شیوع و افزایش اختلالات روان‌شناختی چون بی‌قراری و بی‌تفاوتی در سالمندان دچار اختلالات شناختی و تأثیر آن بر سلامت روان سالمندان، بررسی روش‌های درمانی و مداخله‌ای و مقایسه بین آنها از نظر کاربرد و افزایش دانش و نگرش کارشناسان و پژوهشگران در حوزه سالمندی دارای اهمیت بسیار است و به این وسیله می‌توان گام‌های مؤثری برای بهبود شرایط زندگی سالمندان برداشت. بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی شوخی‌طبعی درمانی و بازتوانی شناختی بر بی‌قراری و بی‌تفاوتی سالمندان مرد دچار اختلال شناختی خفیف صورت گرفت. فرضیه‌های این پژوهش شامل (۱) شوخی‌طبعی بر کاهش بی‌قراری در سالمندان دچار اختلال شناختی خفیف مؤثر است، (۲) شوخی‌طبعی بر کاهش بی‌تفاوتی در سالمندان دچار اختلال شناختی خفیف مؤثر است، (۳) بازتوانی شناختی بر کاهش بی‌قراری در سالمندان دچار اختلال شناختی خفیف مؤثر است و (۴) بازتوانی شناختی بر کاهش بی‌تفاوتی در سالمندان دچار اختلال شناختی خفیف مؤثر است، می‌شود و یک سؤال آیا بین میزان اثربخشی شوخی‌طبعی درمانی و بازتوانی شناختی بر بی‌قراری و بی‌تفاوتی سالمندان دچار اختلال شناختی خفیف تفاوت وجود دارد؟

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

طرح این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری تمامی سالمندان مرد مبتلا به اختلال شناختی خفیف ساکن سراهای سالمندان استان البرز در سال ۱۳۹۸ را شامل می‌شد، از این میان سالمندان دچار اختلال شناختی خفیف در آسایشگاه خیریه کهریزک استان البرز (به عنوان نمونه) به روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس ملاک‌های ورود، انتخاب شد. در مجموع ۵۱ مرد سالمند مبتلا به اختلال شناختی خفیف که شرایط ورود به این پژوهش را داشتند با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با روش تصادفی ساده به صورت قرعه‌کشی به گروه‌های مداخله (شوخی‌طبعی و بازتوانی شناختی) و کنترل (هر گروه ۱۷ سالمند) اختصاص داده شدند. ملاک‌های ورود به این پژوهش شامل (۱) جنسیت مذکر و ساکن آسایشگاه سالمندان، (۲) سن بالاتر از ۶۵ سال، (۳) داشتن تشخیص

کننده‌ای را در جلوگیری یا به تأخیر انداختن اختلال شناختی و ناتوانی عملکردی نشان داده است. به‌نظر می‌رسد تحریک شناختی باعث بهبود و حفظ فعالیت شناختی و اجتماعی می‌شود (گومز-سوریا و همکاران، ۲۰۲۰). درباره لزوم کاربرد توانبخشی شناختی باید اذعان کرد افرادی که اختلال شناختی خفیف دارند ممکن است در مرحله انتقالی بین پیری و بیماری آلزایمر باشند. حال آنکه سرعت بالای تبدیل اختلال شناختی خفیف به بیماری آلزایمر درمان زودرس را به یک مسئله مهم بالینی تبدیل می‌کند. شواهد اخیر نشان می‌دهد که مداخله آموزش شناختی سرعت پیشرفت بیماری آلزایمر را کاهش می‌دهد (رزینی و همکاران، ۲۰۰۷). همچنین مداخلات بازتوانی شناختی، برنامه‌های فعالیت فردی، درمان تحریکی شناختی. ترکیب دارودرمانی و آموزش فردی می‌تواند آغاز مهمی برای دورنمای درمان یا بهبودی بیماران دچار اختلال شناختی باشند (آنگ و همکاران، ۲۰۱۷). از سوی دیگر بازتوانی شناختی در بیماران دچار مشکلات خفیف شناختی به‌عنوان یک رویکرد توانبخشی مطرح شده است. یکی از اجزای احتمالی برنامه‌های مداخله زود هنگام برای افراد مبتلا به مرحله اولیه آلزایمر بازتوانی شناختی است که هدف آن پرورش توسعه راهبردهای رویارویی^۱ با مشکلات شناختی است. اثربخشی احتمالی بازتوانی شناختی در مراحل اولیه بیماری آلزایمر توسط مطالعات یادگیری عصبی روانی و تجربی^۲ حمایت شده و مطالعات اخیر بر روی درمان غیردارویی بی‌قراری (کورینگان و مایسو، ۱۹۸۸) و بی‌تفاوتی (مونتویا-موریو و همکاران، ۲۰۱۹؛ اسکیدمور و همکاران، ۲۰۱۵؛ اسکیدمور و همکاران، ۲۰۱۴)، مقداری بهبودی نشان داده که می‌تواند با فعالیت‌ها و آموزش‌های غیردارویی مرتبط باشند. اما کار بیشتری برای توسعه مداخلات بالینی مورد نیاز است که می‌تواند در محیط زندگی واقعی به‌کار گرفته شود. با این وصف خدمات و مداخلات روان‌شناختی می‌تواند در مراحل قبل از زوال عقل، از جمله در بیماران دچار اختلال شناختی خفیف مؤثر باشد.

پژوهش بر روی سالمندان که در سال‌های آینده بخش بزرگی از جمعیت را تشکیل می‌دهند از اهمیت زیادی برخوردار است. با توجه به سوابق ذکر شده از جمله افزایش

¹ Coping strategies

² neuropsychological and experimental learning studies

را به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۶۱ در نمونه فوق گزارش کردند. روایی همگرایی این ابزار در ایران با محاسبه ضریب همبستگی مؤلفه‌های آن با یکدیگر و با کل پرسشنامه بر روی ۱۰۰ تن از مراقبان بیماران مبتلا به زوال عقل در خانه‌های سالمندان شهر تهران تأیید شد. این ضرایب از ۰/۴۳ تا ۰/۹۰ در نوسان و معنادار بودند. ثبات این ابزار نیز به روش بازآزمایی، دونیمه‌سازی و پایایی به روش همبستگی همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ به ترتیب ضرایب ۰/۹۹، ۰/۹۲ و ۰/۸۲ به دست آمد (زارع و همکاران، ۱۳۹۱).

ارزیابی شناختی مونترال - پایه. توسط نصرالدین و همکاران (۲۰۰۵) طراحی شد و یک ابزار ۱۰ عبارتی شامل عملکرد اجرایی، یادآوری فوری، روانی، جهت‌یابی، محاسبه، انتزاع، یادآوری با تأخیر، ادراک بینایی، نامیدن، توجه است که به عبارت یادآوری فوری، نمره‌ای تعلق نمی‌گیرد در تحلیل آماری وارد نمی‌شود. این ابزار مجموعاً ۳۰ نمره دارد، کمترین نمره صفر و بیشترین نمره ۳۰ است. در این ابزار کسب نمره از ۲۶ تا ۳۰ بدون دمانس؛ بین ۱۸ تا ۲۶ اختلال شناختی خفیف؛ ۱۱ تا ۱۷ زوال عقل خفیف؛ ۶ تا ۱۰ زوال عقل متوسط؛ پایین‌تر از ۶ زوال عقل شدید را نشان می‌دهد. صالح و همکاران (۲۰۱۸) در مصر ۱۸۷ بیمار ۶۰ ساله و بالاتر که براساس معیارهای DSM-5 مبتلا به اختلال عصب شناختی بودند را با ۱۱۲ سالمند در آسایشگاه سالمندان با استفاده از ارزیابی شناختی مونترال - پایه مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج نشان داد ارزیابی شناختی مونترال - پایه در تمیز بین افراد عادی و مبتلا از روایی تفکیکی برخوردار است. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در نمونه فوق ۰/۹۱ به دست آمد. ارزیابی شناختی مونترال - پایه در ایران مورد استفاده قرار نگرفته است.

مقیاس ارزیابی بی‌تفاوتی^۴. مقیاس ۱۸ عبارتی که توسط مارین و همکاران (۱۹۹۱) طراحی شد. به هر کدام از عبارت‌های پرسشنامه براساس مصاحبه با شرکت‌کننده، امتیاز داده می‌شود. مصاحبه باید با توصیف علاقه، فعالیت‌ها و برنامه روزمره شرکت‌کننده شروع شود. نمره‌گذاری بر اساس اطلاعات کلامی و غیرکلامی صورت می‌گیرد. برای هر عبارت نمره ۱ برای هرگز؛ به‌ندرت ۲؛ تا

اختلال عصبی‌شناختی خفیف براساس ملاک‌های DSM-5، (۴) کسب نمره بین ۱۸ تا ۲۶ در ارزیابی شناختی مونترال - پایه^۱ و (۵) توانایی خواندن اعداد بود. ملاک‌های DSM-5 برای اختلال شناختی خفیف از این قرارند. ملاک الف: فرد، در مقایسه با سطح عملکرد قبلی، در یک یا چند زمینه شناختی (توجه، عملکرد اجرایی، فراشناخت)، یادگیری و حافظه، زبان، شناخت ادراکی - حرکتی یا شناخت اجتماعی، دچار افت شناختی خفیف شده باشد. ملاک ب: نقص شناختی به اندازه‌ای شدید نباشد که در استقلال فرد اختلال به وجود آورده باشد. ملاک ج: نقص شناختی منحصرأ در زمینه یک هذیان رخ نداده باشد. ملاک د: نقص شناختی را نمی‌توان به یک اختلال روان‌شناختی دیگر (مانند افسردگی شدید یا اسکیزوفرنیا) نسبت داد (راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ۲۰۱۳). ملاک‌های خروج این پژوهش نیز شامل (۱) ابتلا به افسردگی همزمان با اختلال شناختی خفیف براساس پرونده بیمار و تشخیص روان‌پزشک آسایشگاه، (۲) مصرف داروهای ضدافسردگی و (۳) مشکل در تکلم و شنوایی بود.

ابزار

سیاهه بی‌قراری کوهن-منسفیلد^۲. برای بررسی فراوانی تظاهرات رفتارهای آشفته در سالمندان نقص شناختی در سال ۱۹۸۶ در مراکز نگهداری سالمندان در انگلستان طراحی شد. این ابزار دارای ۲۹ عبارت ۷ درجه‌ای لیکرت است که به هر یک از عبارت‌ها نمره ۱ (هرگز)، ۲ (کمتر از یک بار در هفته)، ۳ (دو بار در یک هفته)، ۴ (چندین بار در یک هفته)، ۵ (یک یا دو بار در روز)، ۶ (چندین بار در یک روز) و ۷ (چندین بار در یک ساعت) تعلق می‌گیرد. از جمع نمره ۲۹ عبارت نیز نمره کل بی‌قراری به دست می‌آید. سیاهه شامل ۴ مؤلفه؛ رفتار پرخاشگرانه، رفتار فیریکی غیرپرخاشگرانه، پرخاش کلامی، و رفتار پنهانکارانه است. کمترین نمره ۲۹ و بیشترین نمره ۲۰۳ است و نمره بیشتر در این ابزار حاکی از بی‌قراری بیشتر است. در این پژوهش نمره کل بی‌قراری مد نظر بوده است (کوهن-منسفیلد ۱۹۹۱). در پژوهش گریفیتز و همکاران (۲۰۲۰) روایی ملاکی با مقیاس بی‌قراری پیتزبورگ^۳ بر روی ۷۲۶ سالمند در ۵۰ مرکز نگهداری سالمند مبتلا به دمانس در شهر لندن، ۰/۷۹ و پایایی ابزار

¹ Montreal Cognitive Assessment Basic

² Cohen-Mansfield Agitation Inventory

³ Pittsburgh Agitation Scale

⁴ Apathy Evaluation Scale (AES)

ارزیابی بی‌تفاوتی و ارزیابی شناختی مونترال- پایه از طریق هماهنگی نظرات ۹ تن از متخصصان گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن بررسی و تأیید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی ۳۰ سالمند از نمونه‌های این پژوهش برای سیاهه بی‌قراری کوهن-منسفیلد ۰/۸۰، برای مقیاس ارزیابی بی‌تفاوتی ۰/۷۳ و برای ارزیابی شناختی مونترال-پایه ۰/۷۵ به دست آمد.

پروتکل درمانی محتوای شوخی طبیعی درمانی از برنامه ۷ عادت شوخی طبیعی مک‌گی (۲۰۱۰) و بازتوانی شناختی بر اساس راهنمای بازتوانی شناختی کلی و اوسالیوان (۲۰۱۵) اقتباس شده، که برای ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طراحی شده است. در جدول ۱ هدف و محتوای جلسات ارائه شده است.

حدودی ۳؛ و زیاد ۴ در نظر گرفته می‌شود. مواردی که دارای نمره‌گذاری مثبت و منفی هستند با + / - مشخص می‌شوند. حیطه‌ها شامل شناختی، رفتاری، عاطفی و سایر هستند. رایمو و همکاران (۲۰۱۴) هفتاد بیمار مبتلا به فلج چندگانه (MS) بدون زوال عقل را تحت ارزیابی کامل بالینی و عصب روان‌شناختی قرار دادند، همسانی درونی مناسبی را نشان داد (آلفای کرونباخ، $\alpha = 0.87$). تجزیه و تحلیل سه عامل، به ترتیب نمایانگر حیطه شناختی (۰/۸۷)، نمره کل بی‌تفاوتی ($\alpha = 0.84$) و حیطه‌های رفتاری-عاطفی (۰/۷۴) را نشان داد. عوامل به‌طور قابل توجهی با نمره کل مقیاس بی‌تفاوتی در ارتباط بود ($r = 0.73$ ، $P < 0.001$). در این پژوهش برای بررسی روایی محتوا به روش کیفی سیاهه بی‌قراری کوهن-منسفیلد، مقیاس

جدول ۱

خلاصه جلسات برنامه آموزش شوخی طبیعی مک‌گی و بازتوانی شناختی کلی و اوسالیوان

جلسه	هدف	محتوای جلسات
خلاصه جلسات برنامه آموزش شوخی طبیعی مک‌گی		
۱	آشنایی	تعریف و فواید شوخی طبیعی، اثر آن بر وضعیت جسمی، روانشناختی و روابط اجتماعی به ویژه سالمندان
۲	ایجاد نگرش	نگرش شوخی طبیعی، تمایز بین شوخی و بی‌احتیاطی؛ همچنین الگوها و تمرین‌های ذهنی شوخی
۳	تمرین خنده	تمرین بدون دلیل و از ته دل خندیدن
۴	بازی با کلمه‌ها	گفتن لطیفه و معما، آموزش شیوه‌های خاص شوخی طبیعی؛ استفاده از کلمات جایگزین به‌عنوان لطیفه
۵	جستجوی شوخی	توجه برای یافتن جنبه خنده‌دار زندگی روزمره خود یا دیگران و ثبت آن
۶	خندیدن به خود	پیدا کردن نقاط حساس خود و تمرین خندیدن به آن، تمرین خندیدن اعضا با یکدیگر
۷	شوخی در بحران‌ها	آموزش کاربرد شوخی طبیعی در موقعیت‌های پرتنش به افراد گروه
۸	جمع‌بندی	خلاصه‌ای از برنامه آموزش شوخی طبیعی، ارزیابی آثار آن بر اعضای گروه و پس‌آزمون
خلاصه جلسات بازتوانی شناختی کلی و اوسالیوان		
۱	آشنایی	بحث در مورد قواعد گروه، مهارت‌ها و تمرین‌های بازتوانی شناختی
۲	یادآوری داستان	یادآوری مقاله‌ها یا داستان‌ها و خاطرات خود و دیگران با استفاده از سوالات باز پاسخ
۳	فراخوان چهره-نام	ارائه عکس یک فرد، توضیح آن، ایجاد یادیار با توافق اعضا، پیوند میان چهره-نام و یادیار
۴	یادآوری عدد	ارائه اعداد به اشکال شفاهی و نوشتاری، انتخاب یادیار با راهبرد تقطیع با کمک اعضا بازیابی با فاصله
۵	یادآوری فهرست/اشیاء	ترغیب اعضا برای تصویرسازی در حال انجام یک فعالیت یا تکلیف توضیح درباره جزئیات آن
۶	آموزش سیالی کلامی	ترغیب اعضا برای مشارکت در نامیدن و توصیف تصاویر
۷	تداعی کلمات	ارائه فهرستی از کلمات متفاوت برای پیدا کردن کلمات متناسب و همتای آنها توسط اعضا
۸	جمع‌بندی	نتیجه‌گیری و انجام بازآزمون

استان البرز هماهنگی اداری انجام شد. پس از اینکه مردان سالمند مبتلا به اختلال شناختی خفیف براساس ملاک‌های DSM-5 و کسب نمره بین ۱۸ تا ۲۶ در ارزیابی شناختی مونترال-پایه، به صورت هدفمند انتخاب شدند، به‌طور

روش اجرا

اجرای پژوهش حاضر به این صورت بود که پس از تأیید پروپوزال در کمیته پژوهش و دریافت کد اخلاق از دانشگاه آزاد واحد تنکابن، با مراجعه به آسایشگاه خیریه کهریزک

این مقاله) در آسایشگاه خیریه کهریزک استان البرز صورت گرفت. در زمان اجرای مداخلات، گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. بلافاصله پس از ۸ هفته (دو ماه) و پایان مداخله، از گروه‌های مداخله و کنترل پس از موعود به صورت جداگانه در هر یک از گروه‌ها (برای جلوگیری از مواجهه گروه‌ها با یکدیگر) اجرا شد. مطابق با مفاد کد اخلاق پس از پایان دو ماهه مداخله، گروه کنترل نیز یک دوره آموزش شوخ‌طبعی دریافت کردند. داده‌ها با روش‌های تحلیل کوواریانس تک متغیری و آزمون تعقیبی LSD در نرم‌افزار SPSS 24 تحلیل شد. این پژوهش دارای شناسه اختصاصی کمیته اخلاق IR.IAU.TON.REC.1399.050 و کارآزمایی بالینی به شماره IRCT20201012049009N1 است.

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی متغیرهای اصلی به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول ۲ آمده است.

تصادفی ساده (قرعه‌کشی) در هر یک از گروه‌های مداخله و کنترل قرار گرفتند. سپس با ارائه توضیحات کافی در مورد اهداف و اجزاء، از شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی دریافت و به سؤالات آنها پاسخ داده شد. شرکت‌کنندگان آزاد بودند در هر مرحله از اجرای این پژوهش، آن را ترک نمایند. شرکت‌کنندگان هر هفته یک جلسه برای آموزش شوخ‌طبعی شرکت کردند. این جلسات طوری تنظیم شد که تداخلی با زمان استراحت، حمام و ملاقات شرکت‌کنندگان نداشته باشد. دریافت اطلاعات با رعایت اصل رازداری و محرمانگی صورت گرفت. معیارهای حذف شرکت‌کنندگان در این پژوهش نیز شامل: (۱) غیبت بیش از دو جلسه و (۲) عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات بود. پس از اجرای پیش‌آزمون سه گروه (گروه‌های مداخله و کنترل)، گروه‌های مداخله ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی تحت مداخله شوخ‌طبعی مک‌گی (۲۰۱۰) و بازتوانی شناختی کلی و اوسالیوان (۲۰۱۵) قرار گرفتند. هر دو مداخله توسط پژوهشگر (عضو اول گروه پژوهش

جدول ۲

اطلاعات توصیفی مربوط به بی‌قراری و بی‌تفاوتی در سه گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	گروه شوخ‌طبعی درمانی		گروه بازتوانی شناختی		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
بی‌قراری	۱۰۴/۸۸	۷/۴۱	۹۷/۸۸	۱۰/۳۶	۱۰۳/۱۷	۸/۶۸
بی‌تفاوتی	۳۴	۳/۲۹	۳۲/۱۱	۱/۷۹	۳۳/۲۳	۴/۳۸
	۱۰۰/۲۳	۷/۶۸	۹۳/۹۴	۱۲/۶۷	۱۰۵/۱۷	۸/۵۵
	۲۹/۷۰	۲/۳۹	۲۹/۶۴	۲/۰۲	۳۴/۱۱	۴/۰۱

پس‌آزمون است. تحلیل همبستگی نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون بی‌قراری ($r=0/540, P<0/01$) و بی‌تفاوتی ($r=0/628, P<0/01$)، همبستگی معنادار وجود دارد. مفروضه همگنی شیب رگرسیون نمرات بی‌قراری ($F=0/953, df=51, P>0/05$) و بی‌تفاوتی ($F=2/924, df=51, P>0/05$) در گروه‌ها نیز مورد بررسی قرار گرفت. خطوط میزان و جهت شیب رگرسیون نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون بی‌قراری و بی‌تفاوتی در سه گروه مشابه است و بین متغیر وابسته و همپراش آن رابطه خطی برقرار است. برای آزمون فرضیه و مقایسه تفاوت اثر مداخله‌های شوخ‌طبعی و بازتوانی شناختی بر بی‌قراری و بی‌تفاوتی از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری و آزمون تعقیبی LSD استفاده شد که در جداول ۳ و ۴ آمده است.

به طور کلی نتایج جدول ۲ نشانگر آن است که در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل بی‌قراری و بی‌تفاوتی در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییر داشته است. برای بررسی همگونی واریانس دو گروه (آزمایشی و کنترل) در مرحله پس‌آزمون، از آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده شد. بر پایه نتایج آزمون لوین، واریانس نمرات پس‌آزمون بی‌قراری ($F_{2,48}=0/659$) و بی‌تفاوتی ($F_{2,48}=0/684, P>0/05$) در گروه‌های آزمایش و کنترل همگون است.

آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که توزیع نمرات علائم بی‌قراری ($Z=0/975, df=51, P>0/05$) و بی‌تفاوتی ($Z=0/965, df=51, P>0/05$) نرمال است. شرط اجرای تحلیل کوواریانس وجود همبستگی بین نمرات پیش‌آزمون و

جدول ۳

نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه تفاوت گروه‌های آزمایش و کنترل در نمرات بی‌قراری و بی‌تفاوتی

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معنی‌داری	اندازه اثر	توان آزمون
بی‌قراری	۴۱۴۴/۷۶۶	۱	۴۱۴۴/۷۶۶	۳۵۵/۲۹۱	۰/۰۰۰۱	۰/۸۸۱	۱/۰۰
پیش‌آزمون	۴۳۳/۹۹۴	۲	۲۱۶/۹۹۷	۱۸/۶۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۳۷	۱/۰۰
گروه	۵۳۶/۸۱۳	۴۶	۱۱/۶۷۰				
خطا							
بی‌تفاوتی	۲۶۳/۵۱۵	۱	۲۶۳/۵۱۵	۸۴/۰۶۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳۷	۱/۰۰
پیش‌آزمون	۲۲۷/۲۶۲	۲	۱۱۳/۶۳۱	۳۶/۲۵۰	۰/۰۰۰۱	۰/۶۰۲	۱/۰۰
گروه	۱۴۳/۶۴۸	۴۶	۳/۱۲۳				
خطا							
کل	۴۹۹۵۸/۰۰۰	۵۱					

مقدار ۳۶/۲۵ تفاوت پس‌آزمون را در گروه کنترل و دو گروه آزمایش در سطح $P < 0/01$ نشان می‌دهد.

جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس بی‌قراری با آماره آزمون F با مقدار ۱۸/۶۰۱ و بی‌تفاوتی با آماره آزمون F

جدول ۴

آزمون تعقیبی LSD تفاوت اثربخشی شوخی طبیعی و بازتوانی شناختی بر بی‌قراری و بی‌تفاوتی

گروه	کنترل		شوخی طبیعی	
	اختلاف میانگین	معنی‌داری	اختلاف میانگین	معنی‌داری
بی‌قراری				
شوخی طبیعی	۶/۴۲۸	۰/۰۰۱		
بازتوانی شناختی	۵/۶۳۵	۰/۰۰۱	۰/۷۹۳	۰/۵۲۶
بی‌تفاوتی				
شوخی طبیعی	۴/۷۴۸	۰/۰۰۰۱		
بازتوانی شناختی	۳/۹۲۵	۰/۰۰۰۱	۰/۸۲۲	۰/۲۰۸

بی‌قراری و بی‌تفاوتی هر دو گروه شوخی طبیعی درمانی و بازتوانی شناختی در مقایسه با نمرات پس‌آزمون گروه کنترل که آموزشی دریافت نکرده‌اند تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به این معنا که هر دو گروه‌های مداخله موجب کاهش بی‌قراری و بی‌تفاوتی شدند. اما در مقایسه بین گروه‌های مداخله (شوخی طبیعی درمانی و بازتوانی شناختی) تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

فرضیه اول این مطالعه مبنی بر اینکه شوخی طبیعی بر کاهش بی‌قراری در سالمندان دچار اختلال شناختی خفیف مؤثر است، تأیید شد که این یافته با مطالعات شیباتا و همکاران (۲۰۱۴)، برودتی و همکاران (۲۰۱۴)، لو و همکاران (۲۰۱۴)، گوداینف و همکاران (۲۰۱۲)، کولانوسکی و همکاران (۲۰۱۱) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت اثربخشی شوخی طبیعی بر بی‌قراری را

جدول ۴ یافته‌های حاصل از آزمون تعقیبی LSD و تفاوت نمره بی‌قراری و بی‌تفاوتی بین گروه‌های اول (شوخی طبیعی)، دوم (بازتوانی شناختی)، سوم (کنترل) را نشان می‌دهد. با توجه به نتایج، تفاوت بین شوخی طبیعی و بازتوانی شناختی در متغیر بی‌قراری ($M=0/793$ ، $P>0/05$) و بی‌تفاوتی ($M=0/822$ ، $P>0/05$) معنی‌دار نیست. در نتیجه هر دو مداخله بر کاهش بی‌قراری و بی‌تفاوتی سالمندان مؤثر هستند ولی بین آنها تفاوت معنی‌دار نیست.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش مقایسه اثربخشی شوخی طبیعی درمانی و بازتوانی شناختی بر بی‌قراری و بی‌تفاوتی مردان سالمند مبتلا به اختلال شناختی خفیف بود. نتایج این پژوهش نشان داد بین نمرات پس‌آزمون متغیرهای

به سر علاوه بر بهبود عملکرد شناختی، بی‌قراری نیز کاهش یافت. در تبیین این یافته می‌توان گفت احتمالاً بازتوانی شناختی علائم بی‌قراری را در مرحله حاد پس از ضربه تحت تأثیر قرار داده، با بهبود عملکرد شناختی و حافظه به شکل مستقیم باعث افزایش کارآمدی فرد شده و به‌طور غیرمستقیم بی‌قراری فرد را کاهش می‌دهد.

فرضیه چهارم این مطالعه مبنی بر اینکه بازتوانی شناختی بر کاهش بی‌تفاوتی در سالمندان دچار اختلال شناختی خفیف مؤثر است تأیید شد. این یافته با پژوهش مونتویا-موریو و همکاران (۲۰۱۹) همسو است. در تبیین این یافته باید یادآور شد مطالعه اندکی در رابطه با بازتوانی شناختی و بهبود بی‌تفاوتی در سالمندان دچار زوال عقل و بدون زوال عقل وجود دارد. پژوهش‌های آینده برای تعیین اینکه آیا بازتوانی شناختی می‌تواند بی‌تفاوتی را در سالمندان کاهش دهد، لازم است (نقل از مونتویا-موریو و همکاران، ۲۰۱۹). مونتویا-موریو و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه خود دریافتند که عملکرد شناختی و کیفیت زندگی سالمندانی که در گروه مداخله بازتوانی شرکت کردند بهبود یافته و بی‌تفاوتی و شکایات ذهنی آنها کاهش یافت. این یافته‌ها درک جدیدی از مزایای بازتوانی شناختی در سالمندان ارائه می‌دهد. می‌توان گفت دلایل مختلفی وجود دارد که بازتوانی شناختی علائم بی‌تفاوتی را در مرحله حاد پس از سکته مغزی تحت تأثیر قرار دهد. ممکن است راهبرد آموزی از طریق تمرکز بر تعیین هدف و برنامه‌ریزی، نظارت بر خود و حل مسئله، نقایص اصلی بی‌تفاوتی (یعنی فعالسازی و استقامت) را برطرف می‌کند. مزایای راهبرد آموزی ممکن است در کاهش علائم بی‌تفاوتی به‌خودی‌خود اثربخش نباشد، بلکه در پیشگیری از افزایش سطح علائم بی‌تفاوتی که ممکن است بدون مداخله رخ دهد مؤثر باشد. راهبرد آموزی از طریق تمرکز بر تعیین هدف و برنامه‌ریزی، نظارت بر خود و حل مسئله، نقایص اصلی بی‌تفاوتی (یعنی فعالسازی و استقامت) را برطرف می‌کند. به‌همین ترتیب، ممکن است بازتوانی شناختی به صورت گسترده‌ای از پیامدهای بعدی که بر علائم بی‌تفاوتی تأثیر می‌گذارند پیشگیری کند (اسکیدمور و همکاران، ۲۰۱۵). از سوی دیگر گزارش‌هایی مبنی بر اینکه بازتوانی شناختی نوید کاهش ناتوانی و بهبود عملکردهای شناختی اجرایی را در ۶ ماه اول پس از سکته مغزی نشان داده است. احتمالاً مانع کاهش انگیزه شده و

می‌توان ناشی از پرداختن به نیازهای برآورده نشده و فعالیت‌های بامعنی دانست که عاملی زمینه‌ساز در اختلال رفتاری در زوال عقل و اختلال شناختی فرض شده است. احتمالاً در اثر شوخ‌طبعی رفتارهای مثبت‌تری جایگزین رفتارهای منفی می‌شود، افزایش شادی در گروه مداخله از این تبیین حمایت می‌کند (لو و همکاران، ۲۰۱۴). بر مبنای پژوهش مارتین و همکاران (۲۰۰۱) افرادی که شوخ‌طبعی را فراگرفتند، احتمالاً راحت‌تر مشکلات‌شان را در قالب شوخی بیان می‌کنند و با حمایت دیگران در برابر مشکلات روزمره تلاش می‌کنند از غم، اندوه، تنش و بی‌قراری خود بکاهند. همین امر باعث می‌شود از تعامل با دیگران بیشتر لذت ببرند و آرامش بیشتری را تجربه کنند. از نظر فیزیولوژی نیز خنده با کاهش هورمون‌های سازنده باعث کاهش سطح سرمی کورتیزول، اپی‌نفرین می‌شود، خنده می‌تواند فعالیت دوپامین و سروتونین را تغییر دهد. اندورفین ترشح شده ناشی از خنده، تحریک‌پذیری را بهبود می‌بخشد (بیم، ۲۰۱۶). با این وصف مداخلات شوخ‌طبعانه می‌تواند علائم روان‌شناختی به ویژه بی‌قراری را در سالمندان مبتلا به اختلال شناختی خفیف بهبود بخشد.

فرضیه دوم این مطالعه مبنی بر اینکه اثربخشی شوخ‌طبعی بر بی‌تفاوتی در سالمندان دچار اختلال شناختی خفیف مؤثر است تأیید شد. پژوهشی همسو با نتایج این فرضیه در مورد اثربخشی شوخ‌طبعی بر بی‌تفاوتی سالمندان یافت نشد. در تبیین این پژوهش می‌توان گفت بی‌تفاوتی یکی از چالش‌برانگیزترین علائم رفتاری زوال عقل است. با افزایش ناتوانی و سرخوردگی مراقبان، کاهش کیفیت زندگی سالمندان درگیر با بیماری، پیامدهای ناتوانی و بیماری برای آنها، متعاقباً لزوم بستری شدن در مراکز شبانه‌روزی احساس می‌شود. مطالعات آشکار ساخت مداخلات غیردارویی پتانسیل کاهش بی‌تفاوتی را دارند. این بررسی نشان می‌دهد که فعالیت‌های درمانی، به‌ویژه فعالیت‌هایی که به‌صورت انفرادی ارائه می‌شوند، بهترین شواهد برای اثربخشی در علائم روان‌پزشکی همچون بی‌تفاوتی در زوال عقل را دارند (برودتی و برنز، ۲۰۱۲).

فرضیه سوم این مطالعه مبنی بر اینکه بازتوانی شناختی بر کاهش بی‌قراری در سالمندان دچار اختلال شناختی خفیف مؤثر است تأیید شد که این یافته با پژوهش کوریگان و مایسو (۱۹۸۸) همسو است. در پژوهش کوریگان و مایسو (۱۹۸۸) در بازتوانی بیماران دچار ضربه

اختلالات روان‌شناختی سالمندان، به ویژه سالمندان مبتلا به اختلال شناختی خفیف همینطور توسعه روابط بین فردی و ارتقاء سلامت آنان استفاده کنند.

سپاس‌گزاری

بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد واحد تنکابن به خاطر همکاری در اجرای پژوهش حاضر سپاس‌گزاری می‌شود. از همه سالمندان ساکن آسایشگاه خیریه کهریزک استان البرز که در این پژوهش شرکت کردند، همچنین مدیریت و کارکنان محترم این آسایشگاه که با همکاری دلسوزانه خود امکان این پژوهش را فراهم آوردند تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

زارع. م، شایقیان. ز، بیرشک. ب، و افخم ابراهیمی. ع. (۱۳۹۱). پایایی، روایی، و تحلیل عاملی پرسشنامه بی‌قراری کوهن- منسفیلد CMAI. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۸(۱)، ۶۷-۷۳.

References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association;
- Ang, Y.-S., Lockwood, P., Apps, M. A. J., Muhammed, K., & Husain, M. (2017). Distinct subtypes of apathy revealed by the apathy motivation index. *PLOS ONE*, 12(1), 1-16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169938>
- Brody, H., & Burns, K. (2012). Nonpharmacological management of apathy in dementia: A Systematic review. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(7), 549-564. <https://doi.org/10.1097/jgp.0b013e31822be242>
- Brody, H., Low, L.-F., Liu, Z., Fletcher, J., Roast, J., Goodenough, B., & Chenoweth, L. (2014). Successful ingredients in the SMILE study: Resident, Staff, and Management Factors Influence the Effects of Humor Therapy in Residential Aged Care. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(12), 1427-1437. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.08.005>

رفتار هدفمند را حفظ می‌کند. بنابراین به‌طور غیرمستقیم در کاهش علائم بی‌تفاوتی دارد. به همین ترتیب، بهبود عملکردهای شناختی اجرایی ممکن است مانع از کاهش علاقه و شروع رفتار هدفمند شود که به‌طور معمول پس از سکتة مغزی ظاهر می‌شود. همچنین ممکن است بازتوانی شناختی به بهبود خلق و خو بپردازد. به نظر می‌رسد بازتوانی شناختی به ابعاد شناختی (علاقه به فعالیت‌های هدفمند) و رفتاری (شروع و اتمام فعالیت‌های هدفمند) علائم بی‌تفاوتی می‌پردازد (اسکیدمور و همکاران، ۲۰۱۴).

تجزیه و تحلیل سؤال این پژوهش مبنی بر اینکه آیا بین میزان اثربخشی شوخی طبیعی درمانی و بازتوانی شناختی بر بی‌قراری و بی‌تفاوتی سالمندان دچار اختلال شناختی خفیف تفاوت وجود دارد؟ نشان داد تفاوت معنی‌داری در میزان اثربخشی این دو مداخله بر بی‌قراری و بی‌تفاوتی سالمندان دچار اختلال شناختی خفیف وجود ندارد. پژوهشی همسو با نتایج این سؤال در زمینه مقایسه این دو مداخله بر بی‌قراری و بی‌تفاوتی در سالمندان مبتلا به اختلال شناختی صورت نگرفته است. این پژوهش می‌تواند نقطه عطفی برای پاسخ به این سؤال برای انجام پژوهش‌های بیشتر در این زمینه در آینده گردد. با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش‌های مطروحه در تبیین فرضیه‌ها اثربخشی هر کدام از مداخله‌ها بر بی‌قراری و بی‌تفاوتی در سالمندان دچار اختلال شناختی خفیف است.

لازم به ذکر است عدم نمونه‌گیری تصادفی و عدم امکان انتخاب شرکت‌کنندگان بیشتر برای تعمیم بهتر نتایج بر جامعه پژوهش از جمله محدودیت‌های این پژوهش بود. انجام مداخله‌ها توسط یک پژوهشگر نیز محدودیت دیگری بود که ممکن است سبب سوگیری شده باشد. همچنین با توجه به اینکه این پژوهش بر روی مردان سالمند مبتلا به اختلال شناختی خفیف انجام شد. تعمیم آن به زنان سالمند مبتلا به اختلال شناختی باید با احتیاط صورت گیرد.

بر اساس نتایج این پژوهش، هر دو مداخله شوخی طبیعی و بازتوانی شناختی در کاهش بی‌قراری، بی‌تفاوتی سالمندان مبتلا به اختلال شناختی خفیف اثربخش هستند. از همین رو، پیشنهاد می‌شود متخصصان حوزه سلامت علاوه بر مداخلات توانبخشی و درمان‌های رایج پزشکی و دارویی متداول برای درمان طیف اختلالات شناختی، از مداخله‌های روان‌شناختی، مانند شوخی طبیعی درمانی و بازتوانی شناختی نیز برای دستیابی بهبود علائم و

- Cicerone, K. D., Langenbahn, D. M., Braden, C., Malec, J. F., Kalmar, K., Fraas, M., Felicetti, T., Laatsch, L., Harley, J. P., Bergquist, T., Azulay, J., Cantor, J., Ashman, T. (2011). Evidence-Based cognitive rehabilitation: Updated review of the Literature from 2003 through 2008. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(4), 519-530. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2010.11.015>
- Cohen-Mansfield, J. (1991). Instruction Manual for THE Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI). The Research Institute of the Hebrew Home of Greater Washington: USA. <https://www.yumpu.com/en/document/view/11662384/>
- Corrigan, J.D., Mysiw, W.J. (1988). Agitation following traumatic head injury: equivocal evidence for a discrete stage of cognitive recovery. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 69(7), 487-492. PMID: 3389986
- Flicker, C., Ferris, S. H., & Reisberg, B. (1991). Mild cognitive impairment in the elderly: Predictors of dementia. *Neurology*, 41(7), 1006-1006. <https://doi.org/10.1212/wnl.41.7.1006>
- Gelkopf, M. (2011). The use of humor in serious mental illness: A Review. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, Article 342837. <https://doi.org/10.1093/ecam/nep106>
- Giuli, C., Papa, R., Lattanzio, F., & Postacchini, D. (2016). The Effects of cognitive training for elderly: Results from my mind project. *Rejuvenation Research*, 19(6), 485-494. <https://doi.org/10.1089/rej.2015.1791>
- Gomez-Soria, L., Peralta-Marrupe, P., & Plo, F. (2020). Cognitive stimulation program in mild cognitive impairment: A Randomized controlled trial. *Dementia & Neuropsychologia*, 14(2), 110-117. <https://doi.org/10.1590/1980-57642020dn14-02000>
- Goodenough, B., Low, L.-F., Casey, A.-N., Chenoweth, L., Fleming, R., Spitzer, P., Brodaty, H. (2012). Study protocol for a randomized controlled trial of humor therapy in residential care: the Sydney Multisite Intervention of LaughterBosses and ElderClowns (SMILE). *International Psychogeriatrics*, 24(12), 2037-2044. <https://doi.org/10.1017/s1041610212000683>
- Griffiths, A. W., Albertyn, Ch. P., Burnley, N. L., Creese, B., Walwyn, R., Holloway, I., Safarikova, J., Surr, C. A. (2020). Validation of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory Observational CMAI-O tool. *International Psychogeriatric Association*, 321, 75-85. <https://doi.org/10.1017/S1041610219000279>
- Holtzer, R., Tang, M.-X., Devanand, D. P., Albert, S. M., Wegesin, D. J., Marder, K., Bell, K., Albert, M., Brandt, J., & Stern, Y. (2003). Psychopathological features in Alzheimer's Disease: Course and relationship with cognitive status. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(7), 953-960. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2389.2003.51308.x>
- Jean, L., Bergeron, M.-È., Thivierge, S., & Simard, M. (2010). Cognitive intervention programs for individuals with mild cognitive impairment: Systematic review of the literature. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(4), 281-296. <https://doi.org/10.1097/jgp.0b013e3181c37ce9>
- Kelly, M.E., & O'Sullivan, M. (2015). Strategies and techniques for cognitive rehabilitation: Manual for healthcare professionals working with individuals with cognitive impairment. *Department of Environment, Community and Local Government*. <https://alzheimer.ie/wp-content/uploads/2019/07/2015-Cognitive-Rehabilitation.pdf>
- Kolanowski, A., Litaker, M., Buettner, L., Moeller, J., & Costa Jr., P. T. (2011). A Randomized clinical trial of theory-based activities for the behavioral symptoms of dementia in nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(6), 1032-1041. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03449.x>
- Lanctôt, K. L., Agüera-Ortiz, L., Brodaty, H., Francis, P. T., Geda, Y. E., Ismail, Z., Marshall, G. A., Mortby, M. E., Onyike, Ch.

- U., Padal, P. R., Politis, A. M., Rosenberg, P. B., Siegel, E., Sultzer, D. L. Abraham, E. H. (2017). Apathy associated with neurocognitive disorders: Recent progress and future directions. *Alzheimer's & Dementia*, 13(1), 84-100. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2016.05.008>
- Lázaro-Perlado, F. (2019). Apathy; A Conceptual review. *Current Psychiatry Reviews*, 15(2), 88-104. <https://doi.org/10.2174/1573400515666190306150306>
- Le-Heron, C., Apps, M.A.J., Husain, M. (2018). The anatomy of apathy; A Neurocognitive framework for amotivated behaviour. *Neuropsychologia*. 11(8); 54-67. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2017.07.003>. Epub 2017 Jul 8.
- Lindenmayer, J.P. (2000). The pathophysiology of agitation. *The Journal of clinical psychiatry*. 61Suppl. 14; 5-10. PMID: 11154018.
- Low, L.-F., Goodenough, B., Fletcher, J., Xu, K., Casey, A.-N., Chenoweth, L., Fleming, R., Spitzer, P., Bell, J.-P., Brodaty, H. (2014). The Effects of humor therapy on nursing home residents measured using observational methods: The SMILE cluster randomized trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(8), 564-569. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.03.017>
- Marin RS. (1990). Differential diagnosis and classification of apathy. *The American Journal of Psychiatry*, 147(1), 22-30. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.1.22>
- Marin RS. (1991). Apathy: a neuropsychiatric syndrome. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 3(3), 243-254. <https://doi.org/10.1176/jnp.3.3.243>
- Marin, R.S., Biedrzycki, R.C., & Firinciogullari, S. (1991). Reliability and validity of the apathy evaluation scale. *Psychiatry Research*, 382, 143-162. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(91\)90040-v](https://doi.org/10.1016/0165-1781(91)90040-v)
- Marshall, G. A., Donovan, N. J., Lorius, N., Gidicsin, C. M., Maye, J., Pepin, L. C., Becker, J. A., Amariglio, R. E., Rentz, D. M., Sperling, R. A., Johnson, K. A. (2013). Apathy Is associated with increased Amyloid burden in mild cognitive impairment. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 25(4), 302-307. <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.12060156>
- Martin, R. A. (2001). Humor, laughter, and physical health: Methodological issues and research findings. *Psychological Bulletin*, 127(4), 504-519. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.4.504>
- McGhee, P. (2010). *Humor as survival training for a stressed-out world: The 7 humor habits program*, Bloomington, Indiana. <https://www.amazon.com/Humor-Survival-Training-Stressed-Out-World/dp/1452021813>
- Montoya-Murillo, G., Ibarretxe-Bilbao, N., Peña, J., & Ojeda, N. (2019). Effects of cognitive rehabilitation on cognition, apathy, quality of life, and subjective complaints in the elderly: A Randomized controlled trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 28(5), 518-529. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2019.10.011>
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bedirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool for Mild Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- Njombo, P., Humphreys, G.W, Deb, S. (2014). Exploring social cognition in patients with apathy following acquired brain damage, *BMC Neurology*. 14(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1471-2377-14-18>
- Pacciardi, B., Mauri, M., Cargioli, C., Belli, S., Cotugno, B., Di Paolo, L., & Pini, S. (2013). Issues in the management of acute agitation: How much current guidelines consider safety? *Frontiers in Psychiatry*, 4(26), 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00026>

- Petersen, R.C. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of Internal Medicine*, 256(3), 183-194. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2004.01388.x>
- Raimo, S., Trojano, L., Spitaleri, D., Petretta, V., Grossi, D., & Santangelo, G. (2014). Apathy in multiple sclerosis: A validation study of the apathy evaluation scale. *Journal of the Neurological Sciences*, 347(1-2), 295-300. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2014.10.027>
- Rozzini, L., Costardi, D., Chilovi, B. V., Franzoni, S., Trabucchi, M., & Padovani, A. (2007). Efficacy of cognitive rehabilitation in patients with mild cognitive impairment treated with cholinesterase inhibitors. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(4), 356-360. <https://doi.org/10.1002/gps.1681>
- Sachdev, P. S., Lipnicki, D. M., Kochan, N. A., Crawford, J. D., Thalamuthu, A., Gavin Andrews, G., Brayne, C., Matthews, F.E., Stephan, C.M., Andrews, G. (2015). The Prevalence of mild cognitive impairment in diverse geographical and ethnocultural regions: The COSMIC Collaboration. *PLOS ONE*, 10(11), 1-19. Article e0142388. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0142388>
- Saleh, A. A., Alkholy, R. S. A. E. H. A., Khalaf, O. O., Sabry, N. A., Amer, H., El-Jaafary, S., & Khalil, M. A. E. F. (2018). Validation of montreal cognitive assessment-basic in a sample of elderly Egyptians with neurocognitive disorders. *Aging & Mental Health*, 23(5), 551-557. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1428936>
- Shibata, M., Terasawa, Y., & Umeda S. (2014). Integration of cognitive and affective networks in humor comprehension. *Neuropsychologia*, 65(1), 137-45. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2014.10.02>
- Skidmore, E.R., Dawson, D.R., Butters, M.A., Grattan, E.S., Juengst, S.B., Whyte, E.M., Begley, A., Holm, M.B., & Becker, J.T. (2014). Strategy training shows promise for addressing disability in the first 6 months after stroke. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 29(7), 668-676. <https://doi.org/10.1177/1545968314562113>
- Skidmore, E.R., Whyte, E.M., Butters, M.A., Terhorst, L., & Reynolds, C.F. (2015). Strategy training during inpatient rehabilitation may prevent apathy symptoms after acute stroke. *PM&R*, 7(6), 562-570. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2014.12.010>
- Sultanoff, S.M. (2013). Integrating humor into psychotherapy; Research, theory, and the necessary conditions for the presence of therapeutic humor in helping relationships. *The Humanistic Psychologist*, 41(4), 388-399. <https://doi.org/10.1080/08873267.2013.796953>
- World Health Organization. (2018). Ageing and health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Yim, J. (2016). Therapeutic Benefits of Laughter in Mental Health: A Theoretical Review. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 239(3), 243-249. <https://doi.org/10.1620/tjem.239.243>
- Zare, M., Shayeghian, Z., Birashk, B., Azizeh-Afkham, E. (2012). Reliability, validity and factor analysis of Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI). *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 18(1), 67-73. <http://eprints.bpums.ac.ir/1253/1/ijpcp-v18n1p67-fa.pdf9>. [Persian]