

## بهبود کیفیت زندگی مردان سالمند مبتلا به دمانس از طریق تحریک چندحسی و تمرین یوگای دسته‌جمعی

محمدتقی اقدسی<sup>۱</sup>، امیر وزینی طاهر<sup>۲</sup>، فراز پاک‌ضمیر<sup>۳</sup>، مسلم رحمانی<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۱/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۲/۲۵

### چکیده

هدف این پژوهش استفاده از تحریک چندحسی و تمرین یوگا به‌عنوان روش‌هایی غیر دارویی به‌منظور بهبود کیفیت زندگی مردان سالمند مبتلا به دمانس بود. در این پژوهش نیمه تجربی، ۸۰ مرد سالمند در دامنه سنی ۶۰-۸۸ سال با میانگین سنی ۵/۵۹ ع ۷۰/۹۴ سال به‌طور تصادفی انتخاب شده و در سه گروه آزمایشی (تمرین یوگای دسته‌جمعی، تحریک چندحسی و ترکیبی) و یک گروه کنترل قرار گرفتند. نتایج نشان داد، اختلاف نمره کلی کیفیت زندگی و چهار حیطه آن در سه گروه آزمایشی در پیش و پس‌آزمون معنادار بود. گروه تمرین ترکیبی که از هر دو نوع مداخله سود می‌برد بیشترین پیشرفت را در نمره‌های کیفیت زندگی داشت. از نظر جسمانی، یوگا از تحریک چندحسی مفیدتر بود؛ درحالی‌که تحریک چندحسی آثار مثبت محیطی بیشتری برای سالمندان مبتلا به دمانس داشت. در مجموع، مشغول کردن سالمندان مبتلا به دمانس در محیط‌ها و فعالیت‌هایی که تنوع و میزان محرک‌ها در آنها بالاست، از نظر روان‌شناختی، جسمانی و اجتماعی، کمک فراوانی به آنها می‌کند. یافته‌های این پژوهش در طراحی و اجرای برنامه‌های ارتقاء سلامتی سالمندان مبتلا به دمانس می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد.

**کلیدواژه‌ها:** سالمندان مبتلا به دمانس، یوگا، تحریک چندحسی، کیفیت زندگی.

## Improvement in the quality of life between older adult men with dementia through multi-sensory stimulation and group yoga exercise

Mohammad Taghi Aghdasi, Amir Vazini Taher, Faraz Pak Zamir, Moslem Rahmani

### Abstract

This study aimed to investigate the effects of these methods on quality of life among demented elderly men. In the present study which used a semi-experimental method, 80 elderly men aged from 60-88 years old were selected randomly (mean age=70/94) and divided into three experimental (Group yoga, multi-sensory stimulation and combined) and on control group. The results showed that there were significant differences in quality of life and its four domains in pre-posttests between three experimental groups. The combined group which exploited from both types of intervention had most improvements in scores of quality of life. Furthermore, yoga was more effective than multi-sensory stimulation in physical domain, while multi-sensory stimulation had more positive effects in environmental domain between demented elderly men. Overall, engaging demented elderly people in environments and activities which are high in diversity and frequency of stimuli can significantly help them from psychological, physical and social perspectives. The findings of this study can be applied in designing and practicing the health promotion programs for demented elderly people.

**Key words:** demented older adult, multi-sensory stimulation, quality of life, yoga.

## مقدمه

نشانیان نقص عملکرد مغزی (دمانس)<sup>۱</sup>، سندروم شایعی در میان سالمندان است. مبتلایان به دمانس به علت نقص شناختی و ازدست‌دادن حافظه، در تشخیص زمان، مکان و افراد دچار مشکلاتی هستند. دمانس علاوه بر کاهش عملکرد شناختی، با علائم عصبی - روانی و ناتوانی‌های عملکردی همراه است. در بیش از ۸۰ درصد این بیماران رفتارهای آشفته‌ای مشاهده می‌شود که به موجب عوامل جسمانی، ذهنی و محیطی ایجاد می‌شود و احساس ناامنی و عصبیت در فرد به وجود می‌ورد (فرناندز، گوپارت و بالانا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). در این بیماران، تحلیل رفتگی به قدری شدید است که توانایی فرد در انجام امور شغلی و فعالیت‌های روزانه زندگی مانند ارتباطات را مختل می‌کند. معمولاً دمانس، به دنبال تخریب قشر مخ (بخشی از مغز که مسئول تفکر، حافظه، اعمال و شخصیت است) به وجود می‌آید. حدود ۵۰ تا ۷۰ درصد کل موارد دمانس به دلیل بیماری آلزایمر<sup>۳</sup>، ۱۵ تا ۲۰ درصد آنها به علت بیماری‌های قلبی - عروقی، و مواردی نیز به دلیل مواردی مانند بیماری‌ها و آسیب‌ها ایجاد می‌شوند. باید توجه کرد که دمانس مترادف با آلزایمر نیست و در واقع به هرگونه نشانیان مغزی اطلاق می‌شود که به مشکلاتی در حافظه<sup>۴</sup>، جهت‌یابی<sup>۵</sup>، قضاوت<sup>۶</sup> و ارتباط<sup>۷</sup> منجر می‌گردد (بیوتنر و فیتزیمونز<sup>۸</sup>، ۲۰۰۹). رفتارهای ساکن<sup>۹</sup> از شایع‌ترین علائم رفتاری دمانس است که به انزوا و عدم فعالیت بیمار منجر می‌شود. با وجود خطری که رفتارهای ساکن در آفت شناختی و

عملکردی فرد دارند، بسیاری از پرستاران کمتر به آنها توجه می‌کنند. برخی مطالعات نشان داده‌اند که فعالیت‌های تفریحی<sup>۱۰</sup>، رفتارهای ساکن را کاهش داده و از افت عملکردی پیش‌گیری می‌کنند. افراد دارای دمانس ممکن است که نتوانند در فعالیت‌هایی شرکت کنند که زمانی برای آنها لذت بخش بوده است، بنابراین فعالیت‌هایی باید برای آنها در نظر گرفته شود که با توانایی عملکردی‌شان انطباق داشته و مشارکت آنان را ارتقاء می‌دهد (کولانوسکی و بیوتنر<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۸).

تاکنون طیفی از روش‌های درمانی مستقیم و غیر مستقیم برای کمک به بیماران مبتلا به دمانس مورد آزمایش قرار گرفته است. از جمله گزینه‌های درمانی مستقیم که در دسترس متخصصان هستند؛ درمان با دارو<sup>۱۲</sup> یا روان‌درمانی<sup>۱۳</sup>، یا ترکیبی از هر دو (مراقبت استاندارد<sup>۱۴</sup>) را شامل می‌شود. بیماری دمانس اثرات مخربی بر جنبه‌های مختلف سلامتی و کیفیت زندگی دارد؛ از این رو مداخله‌های دیگری علاوه بر مراقبت استاندارد مورد نیاز است. تمرین‌های ورزشی یکی از این نوع مداخله‌هاست. مطالعات نشان داده‌اند که این تمرین‌ها بر هر دو دسته عوامل روان‌شناختی و فیزیولوژیکی که با کاهش کیفیت زندگی ناشی از افزایش سن مرتبط هستند، تأثیر می‌گذارد (ماترز، ووس، استیونسون و بگ<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۰). با این حال میزان بهینه‌تمرین از لحاظ تواتر، مدت و شدت با مقاصد درمانی و پیشگیری به‌طور کامل تعریف نشده است. نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تمرین یوگا روشی مؤثر در ارتقاء سلامتی سالمندان از نظر زندگی شخصی، شغلی و اجتماعی به حساب می‌آیند. ریشه-

1. Dementia
2. Fernandez, Gobartt & Balana
3. Alzheimer
4. Memory
5. Orientation
6. Judgment
7. Communication
8. Buettner & Fitzsimmons
9. Passive behaviors

10. Recreational activities
11. Kolanowski & Buettner
12. Medicine Therapy
13. Psychotherapy
14. Standard Care
15. Mathers, Vos, Stevenson & Begg

از آن کنترل ذهن است. پیشنهاد شده است که افزایش سطح خودکنترلی که از تمرین یوگا حاصل می‌شود، به ارتقاء سلامت و عملکرد روانی و در نتیجه کیفیت زندگی بالاتر منجر می‌شود (شارما و همکاران، ۲۰۰۵). اگرچه، ۱۶/۵ درصد از افرادی که یوگا انجام می‌دهند، در سنین ۵۴ سال و بالاتر هستند (سایر و همکاران، ۲۰۰۴)، تنها پژوهش‌های معدودی اثر یوگا بر کیفیت زندگی سالمندان را بررسی کرده‌اند.

از سوی دیگر، در طی سه دهه اخیر، روش درمانی جدیدی برای کمک به افراد دارای مشکلات ذهنی توسعه پیدا کرده است. تحریک چندحسی<sup>۱۰</sup>، روشی غیر مستقیم است که با استفاده از آثار نور، رنگ، صدا، موسیقی، بو و غیره، ترکیبی از مواد مختلف را فراهم می‌کند که فرد می‌تواند فقط با حس کردن و بدون ارتباط کلامی آنها را کاوش کند. اگرچه ریشه این روش به مفهوم اسنوزلن<sup>۱۱</sup> برمی‌گردد که در دهه ۱۹۷۰ در هلند برای اولین بار استفاده شد، با این حال در حیطه ناتوانایی‌های یادگیری، هالسگ و ورهیل<sup>۱۲</sup> در سال ۱۹۸۷ اولین بار در انگلستان مطرح کردند. منطق استفاده از این روش در ایجاد یک محیط حسی ریشه دارد و با اینکه تقاضای کمتری بر توانایی‌های ذهنی تحمیل می‌کند، اما توانایی‌های حسی - حرکتی موجود در فرد مبتلا به دمانس را حفظ می‌کند (بیوتنر و فیتزیموتز، ۲۰۰۹). برخلاف برخی روش‌های درمانی سنتی که بیمار در محیطی قرار می‌گیرد که انتظار می‌رود برای دستیابی به اهدافی تلاش کند که فراتر از توان اوست (بایلون، ون‌دایپن و پرتیمن<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۲)، اتاق‌های تحریک چندحسی<sup>۱۴</sup> مکان‌هایی هستند که در آنها، پرستاران موارد مختلفی را به‌گونه‌ای قرار می-

های یوگای مدرن به‌عنوان یک روش درمانی به ۲۰۰۰ سال پیش می‌رسد (باور، وولری، استرنلیب و گرت<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). یوگا روشی کم‌هزینه و غیرتهاجمی است که به‌سادگی در قالب گروه‌های چند نفره می‌تواند انجام شود. از لحاظ روان‌شناختی، یوگا؛ خشم (بوشان و سینا<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱) و استرس (باور و همکاران، ۲۰۰۵؛ شاپیرو<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۵) را کاهش داده و خلق را بهتر می‌کند (لاوی، شرمین، میوزر و کوردوا<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵). تاکنون سازوکارهای زیربنایی متعددی درمورد اثر یوگا بر سلامت روانی پیشنهاد شده است. از جمله اینکه، تحریک‌پذیری را کاهش داده، تمرکز و خودکنترلی را افزایش می‌دهد (شارما، یاداوا و هودا<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵). بر اساس نظریه‌های کلاسیک یوگا، هدف اصلی از تمرین یوگا دستیابی به خودکنترلی بیشتر است (ساراسواتی<sup>۶</sup>، ۲۰۰۱). مفهوم خودکنترلی، به‌قدری با نظریه و اجرای یوگا درهم‌آمیخته است که واژه پرانایاما<sup>۷</sup> (اشاره به تکنیک‌های تنفس یوگا) از نظر ادبی نیز به‌معنی «کنترل انرژی» تفسیر شده است (سایر، آیزنبرگ، دیویس، کولپپر و فیلیپس<sup>۸</sup>، همکاران، ۲۰۰۴). محور اصلی تمرین یوگا، پرانایاما و آسانا<sup>۹</sup> (تمرین‌های جسمانی) هستند. در آساناها، بدن برای مدت مشخصی از زمان، در حالت جسمانی ثابتی نگه‌داشته می‌شود. هدف از نگه‌داشتن بدن بدین صورت، نه تنها آموختن کنترل عضلانی، بلکه مهم‌تر

1. Bower, Woolery, Sternlieb & Garet
2. Bhushan & Sinha
3. Shapiro
4. Lavey, Shermann, Mueser & Cordova
5. Sharma, Yadava & Hooda
6. Saraswati
7. Pranayama
8. Saper, Eisenberg, Davis, Culpepper & Phillips
9. Asanas

10. Multi-Sensory Stimulation
11. Snoezelen
12. Hulsegge & Verheul
13. Bailon, Van Diepen & Prettyman
14. Multi-Sensory Rooms

دهند که همه حواس را تحریک کند؛ به طوری که محیطی فراهم شود تا آرمیدگی و حمایت را ارتقاء دهد. علاوه بر این، در این محیط، بیمار تجاربی را انتخاب می‌کند که بیشتر از آنها لذت می‌برد. پژوهشگران نشان داده‌اند که غنی‌سازی محیط با علائم آشنا و خلق محیطی امن با حمایت از تعامل به ارتقای رفتار مناسب و احساس امنیت در افراد مبتلا به دمانس می‌تواند کمک کند (ادواردسون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸).

یوگا به‌عنوان یک روش درمانی سنتی برای مشکلات مربوط به سلامت روانی و جسمانی در سراسر جهان شناخته شده است. از طرف دیگر، درمان با تحریک چندحسی، مداخله جدیدی است که بر آرمیدگی، تحریک و پاسخ‌های فردی به محرک‌های غیرمستقیم تأکید دارد. اما در مورد تأثیر این دو روش بر سالمندان مبتلا به دمانس اطلاعات کافی موجود نیست. بنابراین هدف این پژوهش استفاده از این دو روش به‌عنوان روش‌هایی غیردارویی به منظور بهبود کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به دمانس بود.

### روش پژوهش

در این پژوهش از روش نیمه تجربی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه مراجعه‌کنندگان مرد ۶۰-۸۸ سال به مراکز توانبخشی سالمندان شهر تهران بود که از بین افراد واجد شرایط، ۸۰ نفر به‌طور تصادفی به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان در چهار گروه ۲۰ نفری به مدت هشت هفته (هر هفته سه جلسه) تحت مداخله قرار گرفتند؛ گروه تمرین یوگای دسته جمعی، گروه تحریک چندحسی، گروه ترکیبی و گروه کنترل. گروه‌های اول و دوم هفته‌ای سه جلسه و در هر نوبت یک ساعت تحت مداخله مربوط به خود قرار می‌گرفتند. گروه ترکیبی نیز همین تعداد جلسات را داشت اما به صورت یک‌درمیان تحت مداخله با یوگا و تحریک

چندحسی قرار می‌گرفت. گروه کنترل نیز هیچ‌نوع تغییری در برنامه‌های خود نسبت به پیش از شروع پژوهش نداشت. پیش از شروع جلسه‌های مداخله، طی یک جلسه یک‌ساعته موضوع پژوهش برای پرستاران، همکاران و آزمودنی‌ها شرح داده شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: کسب نمره کمتر از ۲۱ در معاینه مختصر شناختی<sup>۲</sup>، برخوردار بودن از توانایی ارتباط، توانایی انجام حرکت، داشتن تحصیلات به‌میزان حداقل چهار سال و داشتن حداقل ۶۰ سال سن. روانپزشک این افراد را از قبل به‌عنوان افراد دارای معیارهای تشخیصی دمانس با استناد به راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روان-پزشکی آمریکا<sup>۳</sup> شناسایی کرده بود. ابزارهای به‌کار رفته در پژوهش عبارت بودند از: فرم جمع‌آوری مشخصات دموگرافیک، معاینه مختصر وضعیت شناختی و ابزار بررسی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی<sup>۴</sup>. ضمن اینکه از اتاق تحریک حسی و تمرین یوگا به‌عنوان روش‌های مداخله استفاده شد.

معاینه مختصر وضعیت شناختی، به‌عنوان متداول‌ترین ابزار غربالگری اختلال شناختی در جهان شناخته می‌شود (برنز، لالور و کریگ<sup>۵</sup>، ۱۹۹۹) که با سنجش کارکردهای مختلف شناختی، برآوردی کلی از وضعیت شناختی فرد را ارائه می‌دهد. این ابزار دارای ۳۰ امتیاز است و از ۱۱ جزء تشکیل شده است. فروغان و همکاران (۱۳۸۷) در بررسی روایی معاینه مختصر وضعیت شناختی در سالمندان شهر تهران با روش ملاکی همزمان، نشان داد که این آزمون از روایی مناسبی برخوردار است. همچنین پایایی آن با استفاده از روش‌های آلفای کرونباخ و دونیمه‌کردن تأیید شد (فروغان و همکاران، ۱۳۸۷). این پژوهشگران نمره

2. Mini-Mental State Examination (MMSE)  
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)  
4. WHO QOL-BREF  
5. Burns, Lawlor & Craig

1. Edvardson

۲۱ در معاینه مختصر شناختی را به عنوان نقطه برش آزمون معرفی کردند.

ابزار بررسی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی یکی از معروفترین و معتبرترین ابزارها در زمینه سنجش سلامت روانی سالمندان است که در نزدیک به ۴۰ کشور به طور موفقیت آمیز مورد استفاده قرار گرفته است (مک کلین و کیمبرلی، ۲۰۰۶). این پرسشنامه از ۲۶ سؤال در چهار حیطه تشکیل شده است: سلامت جسمانی (فعالیت‌های زندگی روزمره، جابه‌جایی و غیره)، روان‌شناختی (تصویر و ظاهر جسمانی، عزت نفس و غیره)، روابط اجتماعی (ارتباطات فردی، حمایت اجتماعی و فعالیت جنسی) و محیطی (منابع مالی، امنیت و غیره). این حیطه‌ها به ترتیب هفت، شش، سه و هشت سؤال را به خود اختصاص می‌دهند. آهنگری و همکاران (۱۳۸۷) پایایی این پرسشنامه را در سالمندان شهر تهران به میزان ۰/۹۱ گزارش کردند (آهنگری، کمالی و ارجمند حسایی، ۱۳۸۷).

برای ایجاد تحریک حسی از اتاق تحریک چندحسی بدین ترتیب استفاده شد که دو دسته تصویر (محیط جنگل و بازار سنتی) روی صفحه‌های بزرگی در اطراف اتاق چسبانده شدند. چهار دستگاه بلندگو از چهار گوشه اتاق، موسیقی ملایم همراه با صداهایی از دریا و پرندگان را پخش می‌کردند که در پشت صفحه‌ها مخفی بودند. از دستگاه تولید رایحه (با رایحه گل‌های بهاری) نیز برای شبیه‌سازی بهتر محیط بهره گرفته شد. در شرایطی که زمینه طبیعت حاکم بود، گل و درختچه‌های مصنوعی در مقابل تصاویر قرار گرفتند و در زمینه بازار سنتی از وسایل مربوط به موقعیت مانند سبدهای حصیری و کوزه‌های سفالی استفاده شد. ضمن این‌که در سبدها مقداری مواد خوراکی خشک قرار داده شده بود که افراد می‌توانستند از آنها استفاده کنند. نور اتاق به‌طور طبیعی از یک پنجره و به‌طور مصنوعی با لامپ‌های مخفی

فراهم می‌شد (رایلی داست، ۲۰۰۹؛ وبگاه هندیکت<sup>۲</sup> و وبگاه اسنوزلن اینفو<sup>۳</sup>). در گوشه‌ای از اتاق، وسایل سرگرمی و بازی از جمله روزنامه، جدول، شطرنج، جورچین و وسایلی از این قبیل در سبدهایی گذاشته شدند که فرد می‌توانست وسیله مورد علاقه خود را برداشته، روی صندلی بنشیند و عمل دلخواه خود را انجام دهد. لازم به ذکر است که به‌علت محدودیت ظرفیت اتاق، افراد در چهار گروه پنج نفره به نوبت تحت مداخله با اتاق تحریک چندحسی قرار می‌گرفتند که انتخاب گروه به دلخواه خود آنها بود.

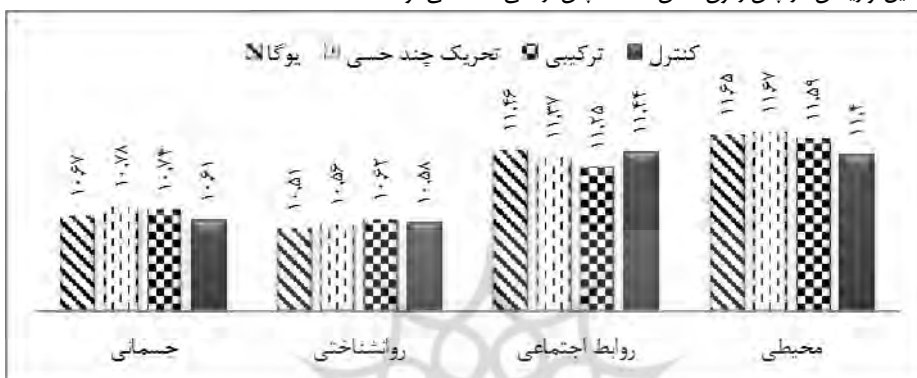
برای تجزیه و تحلیل آماری یافته‌ها از نرم افزار «اس. پی. اس. اس» نسخه ۱۷ استفاده شد. آزمون‌های تحلیل واریانس یک‌راهه و تعقیبی توکی برای بررسی تفاوت بین گروه‌ها در سطح معناداری  $P < 0/05$  به کار رفت.

#### یافته‌ها

میانگین سن شرکت‌کنندگان در پژوهش ۵/۵۹ ع ۷۰/۹۴ سال بود. از نظر میزان تحصیلات ۳۶ نفر (۴۵٪) از سطح سواد ابتدایی، ۲۴ نفر (۳۰٪) راهنمایی و ۲۰ نفر (۲۵٪) دبیرستان و بالاتر برخوردار بودند. میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های آزمودنی‌ها در معاینه مختصر شناختی برابر با ۷/۷۶ ع ۱۳/۷۳ بود که نشان می‌داد همگی دارای ملاک تشخیصی بیمار مبتلا به دمانس هستند. آزمودنی‌ها از نظر میانگین نمره کلی کیفیت زندگی در پیش‌آزمون امتیاز ۱۱/۰۶ را کسب کردند، ضمن اینکه میانگین امتیاز آنها در زیر مقیاس‌های جسمانی، روان‌شناختی، روابط عمومی و محیطی به ترتیب عبارت بود از: ۱۰/۷۲، ۱۰/۵۶، ۱۱/۳۸ و ۱۱/۵۵. اما امتیازهای آنها در پس‌آزمون از نظر چهار عامل مذکور در بالا به ترتیب ۱۳/۰۸، ۱۳/۶۹، ۱۳/۴۵ و ۱۳/۸۰ بود. میانگین نمره کلی آنها

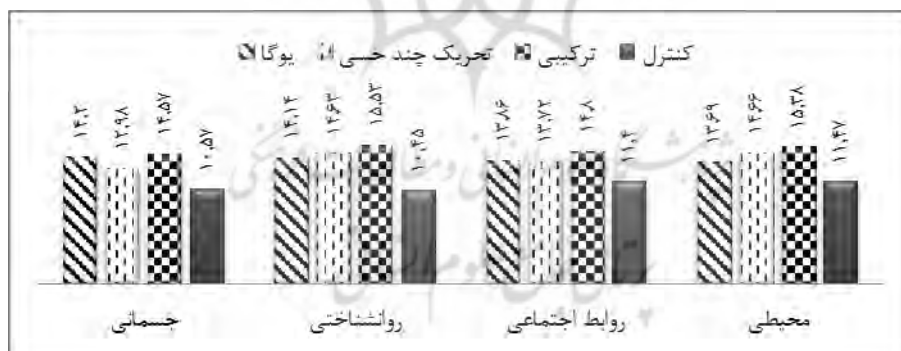
1. Riley-Doust  
2. www.handycat.com  
3. www.snoezeleninfo.com

نیز در پس‌آزمون ۱۳/۵۰ به‌دست آمد. بر اساس نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه، مشاهده شد که چهار گروه در پیش‌آزمون تفاوت معناداری از نظر نمره‌های کیفیت زندگی باهم ندارند ( $P < 0.05$ ). اما نتایج تحلیل واریانس در پس‌آزمون نشان داد که پس از طی هشت هفته مداخله، تفاوت معناداری بین گروه‌ها به‌وجود آمده است ( $P < 0.05$ ). میانگین نمره‌های آزمودنی‌های سه گروه آزمایشی و گروه کنترل از نظر کیفیت زندگی پیش از اعمال مداخله درمانی در نمودار شماره ۱ مشاهده می‌شود.



نمودار ۱. میانگین نمره‌های چهار گروه از نظر کیفیت زندگی در پیش‌آزمون

میانگین نمره‌های آزمودنی‌های سه گروه آزمایشی و گروه کنترل از نظر کیفیت زندگی پس از هشت هفته مداخله در نمودار شماره ۲ مشاهده می‌شود.



نمودار ۲. میانگین نمره‌های چهار گروه از نظر کیفیت زندگی در پس‌آزمون

همان‌طور که در نمودار شماره ۲ مشاهده می‌شود نمره‌های گروه ترکیبی در پس‌آزمون بالاتر از سایر گروه‌ها بود و پس از آن گروه‌های تحریک چندحسی و تمرین یوگا قرار گرفتند. گروه کنترل نیز از میانگین نمره‌های پائین‌تری نسبت به سه گروه آزمایشی برخوردار بود. نتایج تحلیل واریانس برای بررسی تفاوت چهار گروه پژوهش در پیش و پس‌آزمون از نظر نمره کلی کیفیت زندگی و چهار حیطه آن در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱. تفاوت بین گروه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون از نظر کیفیت زندگی

معنی داری	F	میانگین مجدورات درون گروهی	
*۰/۰۰۱	۱۸/۲۸	۱۵۷/۳۳	کلی
*۰/۰۱۲	۱۰/۴۳	۱۱۱/۵۸	حیطه جسمانی
*۰/۰۰۰	۲۵/۳۹	۲۴۲/۸۲	حیطه روان‌شناختی
*۰/۰۰۹	۱۱/۳۸	۱۲۶/۳۱	حیطه روابط اجتماعی
*۰/۰۰۲	۱۶/۲۷	۱۵۲/۷۰	حیطه محیطی

\*اختلاف معنادار در سطح  $P < 0.05$

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که هر دو روش تمرین یوگای دسته‌جمعی و تحریک چندحسی اثر معنادار مشهودی بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به دمانس داشته است؛ به طوری که بیشترین تأثیر در گروهی مشاهده شد که از هر دوی این مداخلات بهره می‌برد. اما هر کدام از این روش‌ها زیربناهای مختلفی دارند که بر نتایج استفاده از آنها و اهداف مورد نظر تأثیرگذار است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که فرد سالمند با قرار گرفتن در معرض تحریک چندحسی از طریق کاوش و تعامل، فواید عاطفی زیادی را تجربه می‌کند که به افزایش حس بهزیستی او می‌انجامد (ملیلو و هودی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). ملیلو (۲۰۰۵) گزارش داد که تحریک چندحسی به افزایش ارتباطها و بهبود روابط بین فردی کمک می‌کند. اما فرد سالمند با انجام یوگای دسته‌جمعی از حالت انزوا خارج شده و وارد تعاملات اجتماعی می‌شود، ضمن اینکه مرکز توجه او از درون به بیرون منحرف می‌شود که در مجموع این شرایط با مزایای روان‌شناختی بسیاری همراه است (بنورا و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶). نتایج پژوهش حاضر از این یافته‌ها حمایت می‌کند. رایلی-داست<sup>۳</sup> (۲۰۰۹) با استفاده از محیط‌های چندحسی درون منزل برای سالمندان مبتلا به دمانس نشان داد که استفاده از تجهیزات تحریک چندحسی

طبق اطلاعات ارائه شده در جدول شماره ۱ در پیش و پس‌آزمون از نظر نمره کلی کیفیت زندگی و چهار حیطه آن، اختلاف معناداری بین گروه‌ها به وجود آمد. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه چهار گروه پژوهش با یکدیگر از نظر نمره کلی کیفیت زندگی به شرح زیر بود:

گروه تمرین ترکیبی که بیشترین نمره‌ها را در پس-آزمون کسب کرده بود با همه گروه‌ها تفاوت معناداری داشت. ضمن اینکه گروه کنترل که نمره‌های کمتری را در پس‌آزمون داشت نیز دارای اختلاف معناداری با سایر گروه‌ها بود. اما بین دو گروه تمرین یوگای دسته‌جمعی و تحریک چندحسی از نظر نمره کلی کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود نداشت ( $p = 0.096$ ). با این حال، تجزیه و تحلیل‌های جزئی‌تر نشان داد که این دو گروه از لحاظ حیطه محیطی کیفیت زندگی تفاوت معناداری داشتند ( $p = 0.005$ ). بدین معنی که، گروه تحریک چندحسی امتیازهای بالاتری در حیطه محیطی به دست آوردند. گروه تمرین ترکیبی ضمن اینکه در حیطه‌های روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیطی اختلاف معناداری با سایر گروه‌های آزمایشی داشت، در حیطه جسمانی نیز دارای تفاوت معناداری با گروه تحریک چندحسی بود. گروه کنترل نیز در تمام حیطه‌ها اختلاف معناداری با هر سه گروه آزمایشی داشت.

1. Melillo & Houde
2. Bonura et al.
3. Riley-Doucet

تجربه بسیار خوبی برای هر دوی بیماران و مراقبان آنها بود. این پژوهشگر پیشنهاد داد که استفاده از این روش مداخله دو بار در روز می‌تواند بیشترین فایده را داشته باشد. این پژوهش از نظر تواتر مداخله و محیط ارائه آن با پژوهش حاضر که در آن هفته‌ای سه جلسه مداخله در محیطی خارج از خانه ارائه شد متفاوت است. اگرچه پروتکل تمرینی در پژوهش حاضر نیز تأثیر معناداری بر بهبود کیفیت زندگی داشت اما از آنجا که محیط خانه ارتباط با دوستان و خویشاوندان را تسهیل می‌کند، به نظر می‌رسد که محیط چندحسی در خانه آثار مطلوب‌تری در زمینه تعاملات بین فردی داشته باشد. البته در پژوهش حاضر فراهم کردن شرایطی که بتوان محیط چندحسی را در خانه تمام شرکت‌کنندگان ایجاد کرد، به دلیل محدودیت‌های مالی و روش‌شناختی فراهم نبود. از سوی دیگر، رایلی - داست نشان داد، برای دستیابی به آثار بهینه، تعداد تواتر بالاتر ارائه مداخله لازم است. پژوهشگران در پژوهش حاضر دریافتند که اغلب سالمندان در تمام مدت حضور در محیط چندحسی احساس خوبی دارند؛ که از گزارش رایلی - داست حمایت می‌کند. اما برخی از آنها به علت مشکلات سلامتی و نیاز به مراقبت پزشکی تحمل حضور طولانی در این محیط را ندارند. البته برای این دسته از سالمندان یک تخت فراهم شد تا در صورت نیاز استراحت کنند. با این حال در صورت فراهم کردن امکانات پزشکی مورد نیاز این سالمندان می‌توان تواتر ارائه مداخله را افزایش داد. با توجه به کمبود شواهد در این زمینه، به دلیل نوظهور بودن درمان به‌روش تحریک چندحسی، به‌طور مسلم نیاز به مطالعات بیشتری روی سالمندان مبتلا به دمانس وجود دارد.

از طرف دیگر، پژوهش‌های پیشین حاکی از اثر بالقوه مداخله با یوگا در کاهش خشم، اضطراب و افسردگی،

همچنین افزایش بهزیستی بوده‌اند (نتز و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). مولاسارن و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۰۶) گزارش دادند که یوگا می‌تواند بر کیفیت زندگی سالمندان آثار مطلوبی داشته باشد که با یافته‌های پژوهش حاضر نیز همسو است. همچنین به‌عنوان یک روش غیر دارویی در درمان اختلالات ذهنی سالمندان به‌عنوان نوعی مکمل یا جایگزین می‌تواند استفاده شود (مولاسارن و همکاران، ۲۰۰۶). تمرین یوگا، به دلیل بهبود وضعیت جسمانی از طریق افزایش قدرت، انعطاف‌پذیری و تعادل، خودکارآمدی فرد را در انجام تکالیف روزانه می‌تواند افزایش دهد. به‌علاوه، این روش با افزایش تمرکز، به نتایج موفقیت‌آمیزتری در تکالیف روزمره فرد منجر می‌شود (باور و همکاران، ۲۰۰۵). در پژوهش حاضر گروه تمرین یوگای دسته‌جمعی از نظر کیفیت زندگی نمره‌های بالاتری را نسبت به گروه کنترل به‌دست آورد که دلایل ذکر شده در بالا می‌تواند توجیهی برای این نتایج باشد. این یافته‌ها بر تأثیر مثبت یوگا بر افزایش خودکنترلی و خودکارآمدی دلالت دارد که می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی نیز منجر شود. لازم به ذکر است که یوگا از نظر تعداد افرادی که آن را آموزش می‌دهند و آموزش می‌بینند رو به افزایش است؛ اما مطالعات محدودی در مورد تأثیر آن بر سالمندان انجام شده است (آریاس، اشتاینبرگ، بانگا و ترستمن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶). از محدودیت‌های روش‌شناختی شایع در این مطالعات، می‌توان به کوچک‌بودن نمونه پژوهش و گروه کنترل، عدم بررسی طولانی‌مدت، و عدم یکپارچگی میان شرکت‌کنندگان اشاره داشت. در پژوهش حاضر تلاش شد تا با نمونه‌گیری تصادفی با حجم کافی و قرار دادن آزمودنی‌ها به مدت هشت هفته در شرایط آزمایش، محدودیت‌های مذکور را برطرف کرد.

1. Netz et al.

2. Moolasarn et al.

3. Aryas, Steinberg, Banga &amp; Trestman



متخصصان می‌توانند قرار دهد. با این حال، به‌خاطر دشواری فراهم کردن شرایط پژوهشی که همه عوامل مؤثر تحت کنترل قرار گرفته باشند، توصیه می‌شود که مطالعات دیگری نیز با کنترل عواملی انجام گیرد که به‌طور بالقوه بر کیفیت زندگی سالمندان تأثیر می‌گذارد. ضمن اینکه استفاده از اتاق تحریک چندحسی به‌دلیل ایجاد محیط شاداب‌تر و دادن آزادی بیشتر به هر دوی بیمار و پرستار در طی فرایند درمان، می‌تواند در ارتقاء وضعیت روانی هر دوی آنها سودمند باشد. از این رو انجام مطالعه‌ای با بررسی تأثیر این مداخله بر ویژگی‌های روان‌شناختی پرستاران، پزشکان و کارکنان مراکز توانبخشی سالمندان اطلاعات جدیدی را در اختیار ما قرار خواهد داد.

در مجموع با توجه به نتایج مطالعه حاضر مبنی بر این که هشت هفته مداخله با استفاده از ترکیبی از تمرین یوگای دسته‌جمعی و تحریک چندحسی تأثیر معناداری بر کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان داشت و با در نظر گرفتن مطالعات مشابه، این مداخله به‌عنوان یک روش غیردارویی مؤثر برای کمک به بهبود کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به دمانس پیشنهاد می‌شود.

### تشکر و قدردانی

از کارکنان زحمت‌کش مراکز توانبخشی سالمندان که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند کمال امتنان را داریم. همچنین از پزشکان محترم و مراجعان عزیز این مراکز به‌دلیل حسن توجه و همکاری آنها در طول انجام این پژوهش سپاسگزاریم.

### منابع:

۱. آهنگری، م؛ کمالی، م؛ ارجمند حسایی، م. (۱۳۸۷). اثرات فشار خون بالا بر کیفیت زندگی سالمندان عضو فرهنگسرای سالمند شهر تهران. سالمند، سال سوم، شماره هفتم، صفحه ۲۶ تا ۳۲.

پیشنهادکنندگان یوگا برای افزایش سلامت و کیفیت زندگی سالمندان، اعتقاد دارند که یوگا به‌دلیل ترکیب وضعیت‌های جسمانی (آسانا) با آرمیدگی (شواسانا)، حس عمیقی از آرامش و آزادی را در همان لحظه درون فرد ایجاد می‌کند (بودت، ۲۰۰۶). در سوی دیگر، تحریک چندحسی به‌عنوان یک مدالیته<sup>۳</sup> محیطی شناخته می‌شود که در تسهیلات طولانی-مدت برای ایجاد حس آرامش<sup>۴</sup> در سالمندان مبتلا به دمانس به‌کار می‌رود (ملیلو، ۲۰۰۵). هر دوی این روش‌ها با کاهش اضطراب و خشم در سالمندان همراه هستند، اما این مسئله که کدام روش آثار ماندگارتر و مؤثرتری خواهد داشت، به بررسی‌های بیشتری نیاز دارد. در مطالعه حاضر، با بررسی میانگین امتیازات کسب شده در حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی توسط سالمندان مبتلا به دمانس مشاهده شد که گروه تمرین با یوگا در حیطه‌های جسمانی و روابط اجتماعی نمره‌های بالاتری را کسب کردند، درحالی‌که نمره‌های گروه تحریک چندحسی در حیطه‌های روان‌شناختی و محیطی بیشتر بود. این تفاوت در حیطه‌های جسمانی و محیطی از نظر آماری معنادار بود. بنابراین، به‌نظر می‌رسد که یوگا نسبت به روش تحریک چندحسی آثار مثبت جسمانی بیشتری دارد؛ درحالی‌که تحریک چندحسی از نظر محیطی برای سالمندان مبتلا به دمانس می‌تواند مفیدتر باشد. به‌طورکلی، درگیر کردن سالمندان مبتلا به دمانس در فعالیت‌ها و محیط‌هایی که محرک‌های متنوعی را در اختیار آنها قرار می‌دهد، می‌تواند تحریک، تعاملات اجتماعی، سلامت روانی و جسمانی را ارتقاء دهد. نتایج این پژوهش، اطلاعات مفیدی را برای طراحی و اجرای برنامه‌های ارتقاء سلامتی سالمندان در اختیار

4. Shavasana  
1. Boudette  
2. Modality  
3. Sense of Calm

۲. باقری کریمی، ا؛ باغداساریانس، ا. (۱۳۸۹). بررسی مقایسه‌ای وضعیت شناختی سالمندان زن و مرد سالم و مبتلا به دمانس پیری، چکیده مقاله‌های اولین کنگره سراسری روانشناسی ایران، صفحه ۲۱.
۳. بحیرایی، ا.ر. (۱۳۸۱). بررسی مقدماتی کارآیی آزمون معاینه مختصر وضعیت روانی در سرند سالمندان مبتلا به دمانس، مجموعه مقالات بررسی مسائل سالمندی در ایران و جهان، تهران: انتشارات کتاب آشنا، صفحه ۳۵.
۴. پناغی، ل؛ ابارشی، ز؛ منصوری، ن؛ دهقانی، م. (۱۳۸۸). کیفیت زندگی و ویژگی‌های جمعیت-شناختی مرتبط با آن در سالمندان شهر تهران، سالمند، سال چهارم، شماره دوازدهم، صفحه ۷۷-۸۷.
۵. فروغان، م؛ جعفری، ز؛ شیرین بیان، پ؛ قائم مقام فراهانی، ض؛ رهگذر، م. (۱۳۸۷). هنجاریابی معاینه مختصر وضعیت شناختی (MMSE) در سالمندان شهر تهران. مجله تازه-های علوم شناختی. سال دهم، شماره ۲، صفحه ۲۲-۳۷.
۶. نجات، س؛ منتظری، ع؛ هلاکوئی نائینی، ک؛ محمد، ک؛ مجد زاده، س.ر. (۱۳۸۵). استاندارد سازی پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات پزشکی، سال چهارم، شماره چهارم، صفحه ۱۲-۱.
7. Arias, A., Steinberg, K., Banga, A., Trestman, R. (2006). Systematic review of the efficacy of meditation techniques as treatments for medical illness. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 12, 817 ° 832.
8. Baillon, S., Van Diepen, E. Prettyman, R. (2002). Multi-sensory therapy in psychiatric care. *Advances in psychiatric treatment*. 8, pp. 444-450.
9. Bonura, K.B., Aloe, A., Becker, B.J., Tenenbaum, G. (2006). The Effects of yoga on psychological health and well-being: Initial meta-analysis. Unpublished manuscript, Florida State University, Tallahassee.
10. Bower, J.E., Woolery, A., Sternlieb, B., Garet, D. (2005). Yoga for cancer patients and survivors. *Cancer Control: Journal of the Moffitt Cancer Center*, 12, 165-171.
11. Bhusan, S., Sinha, P. (2001). Yoganidra and management of anxiety and hostility. *Journal of Indian Psychology*, 19, 44-49.
12. Boudette, R. (2006). Question & answer: Yoga in the treatment of disorder eating and body image disturbance: How can the practice of yoga be helpful in recovery from an eating disorder? *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 14, 167 ° 170.
13. Buettner, L.L., Fitzsimmons, S. (2009). Promoting Health in Early-Stage Dementia: Evaluation of a 12-week Course. *Journal of Gerontological Nursing*, 35 (3), 39-49.
14. Burns, A., Lawlor, B., Craig, S. (1999). *Assessment scales in old age psychiatry*. London, Martin Donitz.
15. Damodaran, A., Malathi, A., Patil, N., Shah, N., Suryavanshi, Marathe, S. (2002). Therapeutic potential of yoga practices in modifying cardiovascular risk profile in middle aged men and women. *The Journal of the Association of Physicians of India*, 50, 633- 640.
16. Edvardsson, D. (2008). Therapeutic Environments for Older Adults: Constituents and Meanings. *Journal of Gerontological Nursing*. 34 (6), 32-40.

17. Fernández, M., Gobartt, A.L., Balañá, M., COOPERA Study Group. (2010). Behavioral symptoms in patients with Alzheimer's disease and their association with cognitive impairment. *BMC Neurol.* 10, 87-89.
18. Hughes, B. (1995). Quality of life In S. Peace (ed.), *Researching social gerontology*. London: Sage.
19. Kolanowski A. Buettner, L. (2008). Prescribing Activities that Engage Passive Residents: An Innovative Method. *Journal of Gerontological Nursing.* 34(1), 13° 18.
20. Lavey, R., Sherman, T., Mueser, K. T., Osborne, D. D., Currier, M., Wolfe, R. (2005). The effects of yoga on mood in psychiatric inpatients. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28, 399-402.
21. Mathers, C.D., Vos, E.T., Stevenson, C.E, Begg, S.J. (2001). The burden of disease and injury in Australia. *Bull WHO*, 79.10.76° 84.
22. Mc Clane, K. (2006). Screening Instruments for Use in a Complete Geriatric Assessment. *Clinical Nurse Specialist*, 20(4), 201-207.
23. Melillo, K.D., Houde, S.C. (2005). *Geropsychiatric and mental health nursing*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.
24. Moolasarn, S., Sripa, S., Kuessirikiet, V., Sutawee, K., Huasary, J., Chaisila, C., Chechom, N., Sankan, S. (2006). Randomized, controlled, six-month trial of yoga in healthy seniors: Effects on cognition and quality of life. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 12, 40° 47.
25. Netz, Y., Wu, M.-J., Becker, B. J., Tenenbaum, G. (2005). Physical activity and psychological well-being in advanced age: A meta-analysis of intervention studies. *Psychology and Aging*, 20 (2), 272-284
26. Riley-Doucet, C. (2009). Use of Multi-sensory Environments in the Home for People with Dementia. *Journal of Gerontological Nursing.* 35 (3), 42-52.
27. Saper, R.B., Eisenberg, D.M., Davis, R.B., Culpepper, L., Phillips, R.S. (2004). Prevalence and patterns of adult yoga use in the United States: Results of a national survey. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 10, 44-49.
28. Saraswati, S. N. (2001). Yoga and personality. *Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 8, 19-22.
29. Shapiro, S., Astin, J., Bishop, S., Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, 12, 164° 176.
30. Sharma, N. R., Yadava, A., Hooda, D. (2005). Effect of yoga on psycho-physical functions. *Journal of Indian Psychology*, 23, 37-42.
31. Ware, Jr J.E., Manning, Jr W.G., Duan, N., Wells, K.B., Newhouse, J.P. (1984). Health status and the use of outpatient mental health services. *Am Psychol*, 39, 10,90° 100.
32. [www.handycat.com/en/multisensory-spaces-handycat.2/25/2013](http://www.handycat.com/en/multisensory-spaces-handycat.2/25/2013)
33. [www.snoezeleninfo.com/main.asp.2/25/2013](http://www.snoezeleninfo.com/main.asp.2/25/2013)
34. Yuen, E., Baime, M. (2006). Meditation and healthy aging. In E. Mackenzie & B. Rakel, Eds., *Complementary and alternative medicine for older adults: A guide to holistic approaches to healthy aging*, pp. 233 ° 270. New York: Springer Publishing Co.

