

October-November 2021, Volume 10, Issue 5

The Effectiveness of "Humor Training" on Agitation and Cognitive Function in Male Elders with Mild Cognitive Impairment

Zahra Fereidooni Valashejerdi¹, Shahn timer Abolghasemi^{2*}, Javad Khalatbari²,
Morteza Tarkhan³

1- PhD Student of Health Psychology, Department of Health Psychology, Faculty of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

2- Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

3- Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Corresponding author: Shahn timer Abolghasemi, Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

Emil: sh.abolghasemi@toniau.ac.ir

Received: 16 Jan 2021

Accepted: 21 April 2021

Abstract

Introduction: Mild cognitive impairment, in addition to imposing costs on community health, increases the risk of dementia. The aim of this study was to determine the effectiveness of "Humor Training" on agitation and cognitive function in male elders with mild cognitive impairment.

Methods: The present study is a quasi-experimental with pre-test-post-test design with a control group. The statistical population included elderly men with mild cognitive impairment in Kahrizak Charity in Alborz province in 2020. A sample of 34 male elders with mild cognitive impairment was purposefully selected based on the "Montreal Cognitive Assessment-Basic" score and randomly assigned to intervention and control groups. Data were collected from demographic questionnaire; "Cohen-Cohen-Mansfield Agitation Inventory" and "Montreal Cognitive Assessment-Basic". The validity of the instruments was determined by the convergent validity method and their reliability was determined by the internal consistency correlation method by calculating the Cronbach's alpha coefficient. The intervention group received 8 sessions of 90 minutes of "Humor Training" based on "The 7 Humor Habits Program". Data were analyzed in SPSS .24.

Results: After intervention, there was a significant difference between intervention and control groups in agitation and cognitive function ($P < 0.01$). After controlling the pre-test score, there was a significant difference between the intervention group with mean (99.80) and the control with mean (106.08) in agitation and the intervention group (mean 20.76) and control (mean, 16.82) in cognitive function was observed.

Conclusions: "Humor Training" reduced agitation and increased cognitive function in the elderly with mild cognitive impairment. Therefore, it is suggested that "Humor Training" be used to promote health, improve individual functioning and interpersonal relationships in the elderly with mild cognitive impairment.

Keywords: Humor Training, Agitation, Cognitive Function, Mild Cognitive Impairment, Elderly.

اثربخشی «آموزش شوخ طبعی» بر بی‌قراری و عملکرد شناختی در مردان سالمند مبتلا به اختلال شناختی خفیف

زهرا فریدونی ولاشجردی^۱، شهنام ابوالقاسمی^{۲*}، جواد خلعتبری^۲، مرتضی ترخان^۳

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

۲- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

۳- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: شهنام ابوالقاسمی، دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.
ایمیل: sh.abolhasemi@toniau.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۲/۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۰/۲۶

چکیده

مقدمه: اختلال شناختی خفیف، علاوه بر تحمیل هزینه بر سلامت جامعه، خطر ابتلا به زوال عقل را افزایش می‌دهد. هدف این پژوهش تعیین اثربخشی "آموزش شوخ طبعی" بر بی‌قراری و عملکرد شناختی در مردان سالمند مبتلا به اختلال شناختی خفیف بود.

روش کار: پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل سالمندان مرد مبتلا به اختلال شناختی خفیف در آسایشگاه خیریه کهریزک استان البرز در سال ۱۳۹۹ بود. نمونه‌ای شامل ۳۴ مرد سالمند مبتلا به اختلال شناختی خفیف براساس نمره "ارزیابی شناختی مونترال-پایه" (Montreal Cognitive Assessment Basic) به صورت هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی به‌صورت قرعه‌کشی در ۲ گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های جمعیت‌شناختی، "سیاه بی‌قراری کوهن-منسفیلد" (Cohen-Cohen-Mansfield Agitation Inventory) و "ارزیابی شناختی مونترال-پایه" (Montreal Cognitive Assessment Basic) استفاده شد. روایی ابزارها با روش روایی صوری و پایایی آن‌ها به روش همبستگی همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ انجام شد. گروه مداخله ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، "آموزش شوخ طبعی" براساس "برنامه ۷ عادت شوخ طبعی" (The 7 Humor Habits Program) دریافت کردند. داده‌ها در نرم‌افزار اسپ‌اس‌اس نسخه ۲۴ تحلیل شد.

یافته‌ها: بعد از مداخله، بین نمره گروه‌های مداخله و کنترل در بی‌قراری و عملکرد شناختی تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0.01$). پس از کنترل نمره پیش‌آزمون، تفاوت معناداری بین گروه مداخله با میانگین (۹۹/۸۰) و کنترل با میانگین (۱۰۶/۰۸) در بی‌قراری و گروه مداخله (میانگین ۲۰/۷۶) و کنترل (میانگین، ۱۶/۸۲) در عملکرد شناختی مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: "آموزش شوخ طبعی" موجب کاهش بی‌قراری و افزایش عملکرد شناختی سالمندان مبتلا به اختلال شناختی خفیف شد. لذا پیشنهاد می‌شود از "آموزش شوخ طبعی" برای ارتقاء سلامت، بهبود عملکرد فردی و روابط بین فردی سالمندان مبتلا به اختلال شناختی خفیف استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: شوخ طبعی، بی‌قراری، عملکرد شناختی، اختلال شناختی خفیف، سالمندی.

گزارش‌های رسمی نشان می‌دهد ۶۱ درصد از افراد مبتلا به آلزایمر قبل از ۸۰ سالگی فوت می‌کنند، حال آنکه این رقم در مقایسه با سالمندان سالم ۳۰ درصد است (۱). بیماران مبتلا به آلزایمر در سیر پیش‌رونده بیماری‌شان مراحل مختلفی را طی می‌کنند. آن‌ها در مرحله اول بیماری خود به اختلال شناختی خفیف (Mild Cognitive Impairment- MCI) مبتلا می‌شوند که به‌طور کلی در انواع دیگر دمانس نیز شایع است. روند پیشرفت سالانه اختلال شناختی خفیف به بیماری آلزایمر، بیش از ۲۰ درصد و در پیگیری‌های ۳۰ ماهه حدود ۴۸ درصد گزارش شده است (۲). برخی پژوهش‌های پیگیری نشان داده‌اند که ۸۰ درصد از بیماران دارای نقص شناختی نوع فراموشکار، طی ۶ سال به آلزایمر مبتلا می‌شوند (۳). در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) اختلال شناختی خفیف را در مرحله پیش از دمانس تشخیص‌گذاری کرده و آن را «اختلال شناختی عصبی خفیف» نامیده‌اند (۵،۴).

اولین بار اصطلاح اختلال شناختی خفیف در سال ۱۹۹۱ در تیتیر مقاله‌ای توسط Flicker و همکاران ظاهر شد (۶). پس از آن Peterson و همکاران در سال ۱۹۹۵، در یک مطالعه از پیری (aging) در کلینیک مایو (Mayo Clinic) اختلال شناختی خفیف را به‌عنوان یک تشخیص مستقل برای دسته‌بندی افرادی با مشکلات حافظه که مبتلا به زوال عقل نبودند، در نظر گرفتند (۷). Peterson معیارهای کلینیک مایو را 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 کردند (۸). در همان زمان طبقه‌بندی جامعی از اختلال شناختی خفیف ارائه شد که اختلال شناختی افراد مبتلا را بر اساس نوع یا حوزه و میزان نقص‌شان دسته‌بندی کرد. بر اساس این معیارها، ۴ زیرگروه اختلال شناختی خفیف؛ فراموشکار یک دامنه، فراموشکار چند دامنه، غیر فراموشکار یک دامنه، غیر فراموشکار چند دامنه پیشنهاد شد (۹، ۱۰). برخی نویسندگان، از جمله Jean و همکاران (۲)، نوع فراموشکار نقص شناختی را به‌عنوان مرحله میانی بین سالمندی طبیعی و دمانس نوع آلزایمر در نظر گرفتند.

از آنجاکه اختلال شناختی خفیف هزینه سنگینی بر سلامت تحمیل می‌کند و خطر ابتلا به زوال عقل را افزایش می‌دهد، ارزیابی قابل اعتماد از شیوع اختلال شناختی خفیف در سراسر جهان مهم است (۱۰). با این وجود گزارش شیوع اختلال شناختی خفیف به‌طور قابل توجهی در مطالعات مختلف متفاوت است و بین ۳ تا ۵۴ درصد گزارش شده است (۱۱). Budson & Gold (۱۲) مشکلاتی را که بیماران مبتلا به اختلال شناختی خفیف به‌طور شایع از آن رنج می‌برند را در حیطه‌های مختلف طبقه‌بندی می‌کنند که اختلالات عاطفی، حافظه، عملکردهای اجرایی، زبان، توجه و عملکرد بینایی را شامل می‌شود. از این میان، اختلالات حافظه مشکل عمده بیماران مبتلا به اختلال شناختی بوده و مهم‌ترین علت نیاز آن‌ها به مراقبت‌های بیشتر از سوی اطرافیان به شمار می‌رود (۱۲). اختلالات شناختی، بسیاری از خصوصیات رفتاری و هیجانی افراد مبتلا را نیز تحت تأثیر قرار داده و سبب بروز ناراحتی‌هایی از قبیل علائم خلقی (شامل فقدان احساس لذت، بی‌قراری، افسردگی، کاهش وزن و اشتها، عدم تمرکز و احساس گناه)، علائم روانی (شامل توهم، هذیان و سوءظن)، همینطور رفتارهایی مثل بی‌قراری، سرگردانی، پرخاشگری و خشونت در این بیماران می‌گردد (۱۲). Holtzer و همکاران (۱۳) نیز بیان می‌کنند شیوع بی‌قراری، ۵۹-۳۹ درصد است و کاهش عملکرد شناختی در بیماران مبتلا به اختلال شناختی خفیف در طول زمان افزایش می‌یابد اما پرخاشگری فیزیکی با نرخ شیوع ۲۲-۶ درصد در مقایسه با آلزایمر کمتر رواج دارد.

از این رو Husainh & Nobis (۱۴) اظهار می‌دارند درمان‌ها و رویکردهای پیشرفته در توان بخشی لزوماً در برطرف کردن کامل علائم جسمانی و روان شناختی موفق نیستند، اما می‌توانند در کاهش برخی علائم و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی آنان از طریق مدیریت نشانگان (۱۴)، ارتقاء خود مدیریتی و توانمند سازی بیماران (۱۵) مفید باشد. بسیاری از سالمندان برای مقابله با علائم بیماری‌شان احساس درماندگی می‌کنند و در نهایت حاضر به اقامت در بنیاد می‌شوند (۱۴). حال آنکه پیشگیری سطح سوم با استفاده از درمان‌های بازتوانی و آموزش‌های روان شناختی با هدف کاهش ناتوانی‌های حاصل از بیماری و افزایش سازگاری فرد با علائم بهبودناپذیر بیماری می‌تواند بخشی از کارایی

جسمانی و روانی افراد دچار ناتوانی را به آن‌ها بازگرداند. در سال‌های اخیر ادراک خوبی از طیف وسیعی از اثرات مستقیم و غیرمستقیم شوخی و خنده روی ادراکات، نگرش‌ها، قضاوت‌ها و هیجانات به وجود آمده، که می‌تواند به طور بالقوه در بهبود وضعیت جسمانی و روان‌شناختی مفید باشد (۱۶). اگرچه «علم شوخی» (Science of Humor) یک رشته نسبتاً جدید است، اما پژوهش‌ها از سال‌های گذشته اثربخشی مثبت شوخی بر سلامت را نشان می‌دهند. به نظر می‌رسد شوخی به‌طور بالقوه برای تسکین درد، تقویت عملکرد ایمنی (۱۷) بهبود احساسات مثبت، کاهش تنش متوسط، پرهیز از پریشانی، سرگردانی و بهبود فرآیندهای بین فردی اثربخش باشد (۱۸، ۱۹). شوخی شامل فرآیندهای شناختی مانند ایجاد و درک محرک‌های جالب و تجربه‌های عاطفی مانند لذت بردن از این محرک‌ها است (۲۰)، که بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی با استفاده از راهبردهای سالم و مثبت مقابله (۲۱) تمرکز دارد.

در همین راستا، Martin & Kazarian (۲۲) در مطالعه خود دریافتند که شوخی تأثیر مثبتی بر سلامت جسمانی و روان‌شناختی، بهزیستی، مهارت‌های سازگاری و رشد مهارت‌های فردی دارد. Low و همکاران (۲۳)، Brodaty و همکاران (۲۴)، Goodenough و همکاران (۲۵)، Konradt و همکاران (۲۶) در پژوهش‌های خود به «آموزش شوخ‌طبعی» به سالمندان با نشانگان مختلف پرداخته‌اند. یافته‌ها نشان از اثربخشی شوخ‌طبعی در کاهش علائم آن‌ها دارد. بنابراین، شوخ‌طبعی می‌تواند به‌عنوان یک درمان مکمل برای مقابله با نشانه‌ها، بهبود توان‌بخشی از طریق اثر هیجانی، شناختی، اجتماعی و فیزیولوژیکی با تقویت و تسهیل درمان و توانمندسازی افراد به کار رود (۱۶). لذا هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی «آموزش شوخ‌طبعی» بر بی‌قراری و عملکرد شناختی مردان سالمند مبتلا به اختلال شناختی خفیف در سال ۱۳۹۹ بود.

روش کار

این پژوهش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه این پژوهش مردان سالمند مبتلا به اختلال شناختی خفیف ساکن آسایشگاه خیریه کهریزک استان البرز در سال ۱۳۹۹ بودند. تعداد نمونه در این پژوهش

با توجه به تعداد نمونه در پژوهش‌های پیشین (۲۷، ۲۸) و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵٪، خطای آلفای ۰/۰۵، توان آزمون ۸۰ درصد، اندازه اثر ۰/۳ و احتمال ریزش ۱۰ درصد، ۱۸ تن برای هر گروه به دست آمد. ملاک‌های ورود به این پژوهش شامل: جنسیت مذکر و ساکن بنیاد سالمندان، سن بالاتر از ۶۵ سال، داشتن تشخیص اختلال عصبی-شناختی خفیف براساس ملاک‌های DSM-5 و کسب نمره بین ۱۸ تا ۲۶ از ۳۰ در «ارزیابی شناختی مونترال-پایه» (Montreal Cognitive Assessment Basic)، عدم ابتلا به افسردگی همزمان با اختلال شناختی خفیف براساس پرونده بیمار و تشخیص روانپزشک آسایشگاه، عدم مشکل در تکلم و شنوایی، توانایی خواندن اعداد و عدم مصرف داروهای ضدافسردگی 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 رانمی‌تواند به یک اختلال روانشناختی دیگر (مانند افسردگی شدید یا اسکیزوفرنیا) نسبت داد (۵). ملاک‌های خروج پژوهش حاضر شامل: غیبت بیش از ۲ جلسه و عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات بود. ۳۶ مرد سالمند مبتلا به اختلال شناختی خفیف با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با روش تصادفی ساده به‌صورت قرعه‌کشی به گروه‌های مداخله و کنترل (هر گروه ۱۸ بیمار) اختصاص داده شدند. در طول مدت مداخله یک تن از سالمندان از گروه مداخله فوت کرد. در نتیجه هنگام تحلیل داده‌ها برای برابری تعداد گروه‌های مداخله و کنترل، یک تن به‌صورت تصادفی از گروه کنترل حذف شد. در نهایت ۳۴ (۱۷ تن گروه مداخله و ۱۷ تن گروه کنترل) وارد تحلیل شدند.

برای جمع‌آوری داده‌ها ابزارهای زیر به کار گرفته شد: پرسشنامه جمعیت‌شناختی که در آن اطلاعاتی در مورد سن، وضعیت تأهل و میزان تحصیلات شرکت‌کنندگان به دست آمد.

فیزیکی غیرپرخاشگرانه مواردی مانند پرسه زدن، پوشیدن لباس نامناسب، خنده یا گریه با صدای عجیب، دست زدن بی‌هدف به اشیا و بی‌قراری عمومی را شامل می‌شود. در مؤلفه پرخاشگری کلامی؛ حداقل یک بار در روز رخ دهد، به عنوان مثال یک پرخاشگری کلامی با فراوانی ۵، یا حداقل ۲ پرخاشگری کلامی با فراوانی ۴، یا حداقل سه پرخاشگری کلامی با فراوانی ۳، یا حداقل ۴ پرخاشگری کلامی با فراوانی ۲ رخ داده باشد. حداقل نمره برای مؤلفه رفتار پنهانکارانه ذکر نشده است (۳۰).

در پژوهش Griffiths و همکاران (۳۱) در سال ۲۰۲۰، روایی ملاکی «سیاهه بی‌قراری کوهن-منسفیلد» با «مقیاس بی‌قراری پیتزبورگ» (Pittsburgh Agitation Scale) بر روی ۷۲۶ سالمند در ۵۰ مرکز نگهداری سالمند مبتلا به دمانس در شهر لندن، ۰/۷۹ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۶۱ در نمونه فوق گزارش کردند.

زارع و همکاران (۲۹) در ایران برای بررسی روایی «سیاهه بی‌قراری کوهن-منسفیلد» نخست آن را زبان فارسی ترجمه و از فارسی به انگلیسی برگرداند. پس از برگردان دوباره از انگلیسی به فارسی و اعمال نظر یک مترجم ۲ زبانه مورد تأیید ۳ کارشناس قرار گرفت. برای محاسبه روایی همگرایی این ابزار ۱۰۰ تن از مراقبان بیماران مبتلا به زوال عقل در خانه‌های سالمندان شهر تهران، در سال ۱۳۹۱ روایی همگرایی این ابزار با محاسبه ضریب همبستگی مؤلفه‌های آن با یکدیگر و با کل پرسشنامه بررسی و ضرایب از ۰/۴۳ تا ۰/۹۰ گزارش شد. ثبات به روش بازآزمایی، دونیمه‌سازی و پایایی به روش بررسی همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در نمونه فوق به ترتیب ضرایب ۰/۹۹، ۰/۹۲ و ۰/۸۲ به دست آمد. اقدامی زاده و همکاران (۳۲) در مطالعه‌ای روایی محتوا به روش کیفی «سیاهه بی‌قراری کوهن-منسفیلد» را با نظر ۱۳ تن از متخصصان حوزه‌های روان پرستاری، روانشناسی، روان‌پزشکی، زبان انگلیسی در میان سالمندان مبتلا به آلزایمر مقیم سرراهی سالمندان شهر تهران مورد بررسی و تأیید شد. پایایی این ابزار با استفاده از روش بازآزمایی در نمونه فوق به فاصله زمانی ۲ هفته در محیطی جدا از محیط مطالعه (انجمن آلزایمر) مورد بررسی و ضریب همبستگی ۰/۹۹ حاصل شد.

«سیاهه بی‌قراری کوهن-منسفیلد» (Cohen-Mansfield Agitation Inventory) برای بررسی فراوانی تظاهرات رفتارهای آشفته در سالمندان نقص شناختی است و در سال ۱۹۸۶ به‌عنوان یک ابزار پژوهشی برای اجرای طرح‌های پژوهشی در مراکز نگهداری سالمندان طراحی شد. این ابزار دارای ۲۹ عبارت و ۴ مؤلفه شامل: رفتار پرخاشگرانه (aggressive behavior) ۱۵ عبارت ۳، ۴، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۲۱، ۲۵، ۲۷، ۲۸؛ رفتار فیزیکی غیرپرخاشگرانه (physically nonaggressive behavior) ۸ عبارت ۱، ۲، ۱۲، ۱۶، ۲۰، ۲۲، ۲۶، ۲۹؛ پرخاشگری کلامی (verbally aggression) ۴ عبارت ۵، ۶، ۱۸، ۱۹، و رفتار پنهانکارانه (hiding behavior) ۲ عبارت ۲۳، ۲۴ است. نحوه پاسخ‌دهی به صورت 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. بیشترین و کمترین نمره در مؤلفه‌های رفتار پرخاشگرانه به ترتیب ۱۰۵ و ۱۵؛ رفتار فیزیکی غیرپرخاشگرانه به ترتیب ۸ و ۵۶؛ پرخاشگری کلامی به ترتیب ۴ و ۲۸؛ و رفتار پنهانکارانه به ترتیب ۲ و ۱۴ است. کمترین نمره ۲۹ و بیشترین نمره ۲۰۳ است و نمره بیشتر در این ابزار حاکی از بی‌قراری بیشتر است (۲۹). سطح بندی نمره وضعیت (status) بی‌قراری / عدم بی‌قراری (agitated/not agitated) در هر یک از مؤلفه‌های «سیاهه بی‌قراری کوهن-منسفیلد» به این شرح است: برای مؤلفه رفتار پرخاشگرانه؛ حداقل چندین بار در هفته رخ دهد، به‌عنوان مثال؛ حداقل یک رفتار پرخاشگرانه با فراوانی (frequency) ۴، یا حداقل ۲ رفتار پرخاشگرانه با فراوانی ۳، یا حداقل ۳ رفتار پرخاشگرانه با فراوانی ۲، یا حداقل ۲ رفتار پرخاشگرانه با فراوانی ۲ و یک رفتار پرخاشگرانه با فراوانی ۳ رخ داده باشد. در مؤلفه رفتار فیزیکی غیرپرخاشگرانه؛ حداقل یک بار در روز رخ دهد، به‌عنوان مثال یکی از رفتارهای فیزیکی غیرپرخاشگرانه با فراوانی ۵، یا حداقل ۲ رفتار فیزیکی غیرپرخاشگرانه با فراوانی ۴، یا حداقل ۳ رفتار فیزیکی غیرپرخاشگرانه با فراوانی ۳، یا حداقل ۴ رفتار فیزیکی غیرپرخاشگرانه با فراوانی ۲ رخ دهد. منظور از رفتار

«ارزیابی شناختی مونترال- پایه» (Montreal Cognitive Assessment-Basic) توسط Nasreddine و همکاران (۳۳) در سال ۲۰۱۵ طراحی شد یک ابزار ۱۰ سؤالی شامل: عملکرد اجرایی، یادآوری فوری، روانی کلامی، جهت‌یابی، محاسبه، انتزاع، یادآوری با تأخیر، ادراک بینایی، نامیدن و توجه است. نحوه پاسخ‌دهی به «ارزیابی شناختی مونترال- پایه» به این ترتیب است: به سؤال «عملکرد اجرایی» در صورت درست بودن پاسخ ۱ نمره تعلق می‌گیرد. به سؤال «یادآوری فوری» نمره‌ای تعلق نمی‌گیرد و در تحلیل آماری وارد نمی‌شود. در سؤال «روانی کلامی» اگر شرکت‌کننده ۱۳ مورد یا بیشتر نام ببرد ۲ نمره؛ اگر ۸ تا ۱۲ مورد نام ببرد ۱ نمره؛ اگر ۷ مورد یا کمتر نام ببرد نمره‌ای داده نمی‌شود. در سؤال «جهت‌یابی» به هر کدام از موارد که درست گفته شود، ۱ نمره و در مجموع ۶ نمره (در صورت درست بودن همه موارد) به این سؤال تعلق می‌گیرد. در سؤال «محاسبه» اگر شرکت‌کننده ۳ پاسخ درست ارائه دهد ۳ نمره؛ اگر ۲ پاسخ درست ارائه دهد ۲ نمره؛ اگر ۱ پاسخ درست ارائه دهد ۱ نمره و اگر هیچ پاسخی ندهد، نمره‌ای تعلق نمی‌گیرد. در سؤال «انتزاع» به هر مورد درست ۱ نمره و در مجموع ۳ نمره (در صورت درست بودن هر ۳ مورد) تعلق می‌گیرد. در سؤال «درک بینایی» اگر شرکت‌کننده ۹ تا ۱۰ مورد را نام ببرد ۳ نمره؛ اگر ۶ تا ۸ مورد را نام ببرد ۲ نمره؛ اگر ۴ تا ۵ مورد را نام ببرد ۱ نمره اختصاص داده می‌شود؛ در صورتی که ۳ مورد یا کمتر را نام ببرد هیچ نمره‌ای تعلق نمی‌گیرد. در سؤال «نامیدن» برای هر پاسخ درست ۱ نمره و در مجموع (در صورت درست بودن هر ۴ مورد) ۴ نمره اختصاص داده می‌شود. در سؤال «توجه» اگر شرکت‌کننده تکلیف را با ۲ خطا یا کمتر تکمیل کند ۲ نمره؛ چنانچه با ۳ خطا تکمیل کند ۱ نمره اختصاص داده می‌شود. اگر با ۴ خطا یا بیشتر تکمیل کند هیچ نمره‌ای اختصاص داده 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 (no dementia)؛ بین ۱۸ تا ۲۶ اختلال شناختی خفیف (mild cognitive impairment)؛ ۱۱ تا ۱۷ زوال عقل خفیف (mild dementia)؛ ۶ تا ۱۰ زوال عقل متوسط (moderate dementia)؛ پایین‌تر از ۶ زوال عقل شدید (severe dementia) را نشان می‌دهد

(۳۳). پاسخگویی به این ابزار ۱۵ تا ۲۱ دقیقه زمان نیاز دارد. Chen و همکاران (۳۴) در سال ۲۰۱۶ در بیمارستانی در شانگهای چین «ارزیابی شناختی مونترال- پایه» را روی ۲۴۶ فرد مبتلا به اختلال شناختی خفیف و ۱۶۰ فرد مبتلا به آلزایمر خفیف از کلینیک حافظه بیمارستان هواشان، و ۲۸۰ فرد در گروه کنترل که از نظر شناختی طبیعی بودند اجرا کردند. در پژوهش آن‌ها روایی ملاکی این ابزار و «آزمون مختصر روانی» (Mini Mental State Examination (MMSE)) برابر با ۰/۷۸ و پایایی آن به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد. Saleh و همکاران (۳۵) در سال ۲۰۱۸ در مصر ۱۸۷ بیمار ۶۰ ساله و بالاتر که براساس معیارهای DSM-5 مبتلا به اختلال عصب شناختی (Neurocognitive Disorder) بودند را با ۱۱۲ سالمند در بنیاد سالمندان با استفاده از «ارزیابی شناختی مونترال- پایه» مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج نشان داد «ارزیابی شناختی مونترال- پایه» روایی و اگر در تمیز بین افراد عادی و مبتلا از روایی تفکیکی مناسبی (۰/۹۸) 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 اما امساک و همکاران (۳۶) «ارزیابی شناختی مونترال» (فرم مشابه «ارزیابی شناختی مونترال- پایه») را در سال ۱۳۹۰ بر روی ۳۵ سالمند مبتلا به بیماری پارکینسون و ۴۰ سالمند سالم در شهر اصفهان مورد ارزیابی قرار دادند. روایی همزمان این ابزار با «آزمون مختصر روانی» (Mini Mental State Examination (MMSE)) ۰/۷۹ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی نمونه فوق ۰/۷۷ به دست آمد.

در پژوهش حاضر برای بررسی روایی محتوا به روش روایی صوری «سیاهه بی‌قراری کوهن- منسفیلد» 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 و برای «ارزیابی شناختی مونترال- پایه» ۰/۷۵ به دست آمد.

زهرا فریدونی ولاشجردی و همکاران

این پژوهش آن را ترک نمایند. شرکت در این پژوهش هیچ‌گونه هزینه‌ای دربرداشت. آزمودنی‌ها موظف بودند هر هفته یک جلسه برای «آموزش شوخ‌طبعی» شرکت کنند. 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.

پس از اجرای پیش‌آزمون از هر ۲ گروه مداخله و کنترل، گروه مداخله ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی تحت «آموزش شوخ‌طبعی» بر اساس «برنامه ۷ عادت شوخ‌طبعی» (The 7 Humor Habits Program, (McGhee) (۳۷) قرار گرفتند. «آموزش شوخ‌طبعی» توسط یک روانشناس (نویسنده اول مقاله) در محل بنیاد خیریه کهریزک استان البرز صورت گرفت.

روایی محتوایی برنامه «آموزش شوخ‌طبعی» از طریق هماهنگی نظرات ۵ تن از متخصصان گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن تأیید گردید.

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 بنیاد خیریه کهریزک 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 از ۳۰ در «ارزیابی شناختی مونترال-پایه»، به صورت هدفمند انتخاب شدند، به‌طور تصادفی ساده (قرعه‌کشی) در هر یک از گروه‌های مداخله و کنترل قرار گرفتند. سپس با ارائه توضیحات کافی در مورد اهداف و اجرا، از نمونه‌ها رضایت‌نامه کتبی دریافت و به سؤالات آن‌ها پاسخ داده شد. آزمودنی‌ها آزاد بودند در هر مرحله از اجرای

جدول ۱: خلاصه جلسات برنامه «آموزش شوخ‌طبعی» McGhee (۳۷)

جلسات	محتوای جلسات
۱	آشنایی با مفهوم شوخ‌طبعی؛ در این جلسه درباره تعریف و فواید شوخ‌طبعی، اثر آن بر وضعیت جسمانی، روانشناختی و روابط اجتماعی افراد به ویژه سالمندان بحث شد.
۲	ایجاد نگرش شوخ‌طبعی؛ در این جلسه به تمایز بین شوخی و بی‌احتیاطی؛ همچنین الگوها و تمرین‌های ذهنی شوخی پرداخته شد.
۳	تمرین خنده؛ در این جلسه بدون دلیل و از ته دل خندیدن تمرین شد.
۴	بازی با کلمه‌ها؛ گفتن لطفه و معما، آموزش شیوه‌های خاص شوخ‌طبعی مانند استفاده از کلمات جایگزین به‌عنوان لطفه در این جلسه بررسی شد.
۵	جستجوی شوخی در زندگی روزمره؛ توجه برای یافتن جنبه خنده‌دار زندگی روزمره خود یا دیگران و ثبت آن در این جلسه موضوع گفتگو بود.
۶	خندیدن به خود؛ پیدا کردن نقاط حساس خود و تمرین خندیدن به آن، خندیدن اعضاء با یکدیگر در این جلسه کار شد.
۷	کاربرد شوخی در شرایط بحرانی؛ آموزش کاربرد شوخ‌طبعی در موقعیت‌های پرتنش به افراد گروه، در این جلسه مورد بحث قرار گرفت.
۸	جمع‌بندی؛ خلاصه‌ای از برنامه آموزش شوخ‌طبعی، ارزیابی آثار آن بر اعضای گروه و پس از آزمون موضوع این جلسه بود.

میانگین سن شرکت‌کنندگان در گروه مداخله ۷۱/۳ سال و گروه کنترل ۷۱/۵ سال به‌دست آمد. از نظر وضعیت تأهل شرکت‌کنندگان؛ ۱۳ تن از گروه مداخله همسر فوت کرده، ۴ تن طلاق گرفته؛ در گروه کنترل ۱۱ تن همسر فوت کرده، ۶ تن طلاق گرفته، بودند. از نظر سطح تحصیلات در گروه مداخله ۲ تن بیسواد، ۱۰ تن ششم ابتدایی، ۴ تن دیپلم و ۱ تن تحصیلات دانشگاهی، همینطور در گروه کنترل ۶ تن بیسواد، ۹ تن ششم ابتدایی، ۱ تن دیپلم و ۱ تن تحصیلات دانشگاهی داشتند.

قبل از بررسی نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پیش فرض‌ها مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که هر ۲ متغیر بی‌قراری و عملکرد شناختی، در سطح ۰/۰۵ معنادار نیستند، بدین معنا که این

در زمان اجرای مداخله، گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. بلافاصله پس از ۸ هفته (دو ماه) و پایان مداخله، از گروه مداخله و کنترل پس از آزمون به‌صورت جداگانه در هر یک از گروه‌ها (برای جلوگیری از مواجهه گروه‌ها با یکدیگر) اجرا شد. مطابق با مفاد کد اخلاق پس از پایان ۲ ماهه مداخله، گروه کنترل نیز با یک دوره "آموزش شوخ‌طبعی" دریافت کردند. داده‌ها با روش‌های تحلیل کوواریانس تک‌متغیری و آزمون تعقیبی در نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۴ تحلیل شد.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر در هر دو گروه مداخله و کنترل مردان سالمند با دامنه سنی ۶۵ تا ۸۰ سال بودند.

۲ متغیر دارای توزیع نرمال در جامعه مورد بررسی بوده‌اند. همسانی واریانس‌ها رعایت شده است. همچنین آزمون لوین نشان داد که در متغیرهای فرض

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره در گروه مداخله و گروه کنترل در مراحل زمانی

متغیر	پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
بی‌قراری (نمره کل)	مداخله	۱۰۴/۸۸	۷/۴۱	۱۰۰/۷۰
	کنترل	۱۰۲/۹۳	۸/۹۱	۸۸/۸۷
رفتار پرخاشگرانه	مداخله	۲۴/۶۴	۳/۸۷	۲۴/۱۷
	کنترل	۲۵/۸۱	۶/۴۴	۲۷/۱۸
رفتار فیزیکی غیرپرخاشگرانه	مداخله	۴۴/۴۷	۵/۸۱	۴۳/۶۴
	کنترل	۴۵/۱۸	۸/۳۵	۴۵/۴۳
پرخاشگری کلامی	مداخله	۲۵/۶۷	۲/۱۲	۲۳/۴۱
	کنترل	۲۳/۵۶	۲/۶۵	۲۳/۶۲
رفتار پنهان کارانه	مداخله	۱۰/۰۰	۳/۲۴	۹/۴۷
	کنترل	۸/۳۷	۳/۷۷	۸/۸۷
عملکرد شناختی (نمره کل)	مداخله	۱۸/۱۷	۲/۱۵	۲۰/۸۸
	کنترل	۱۷/۸۸	۱/۶۵	۱۶/۷۰
عملکرد اجرایی	مداخله	۰/۷۰۵	۰/۴۶۹	۰/۶۴۷
	کنترل	۰/۷۶۴	۰/۴۳۷	۰/۶۴۷
روانی کلامی	مداخله	۱/۰۰	۰/۷۰۷	۰/۹۴۱
	کنترل	۱/۱۱	۰/۶۹۶	۱/۱۱
جهت‌یابی	مداخله	۴/۷۶	۰/۴۳۷	۵/۷۰
	کنترل	۴/۹۴	۰/۷۴۷	۵/۱۷
محاسبه	مداخله	۱/۴۷	۱/۱۲	۱/۸۸
	کنترل	۱/۰۵	۱/۱۹	۱/۰۰
انتزاع	مداخله	۲/۲۹	۰/۵۸۷	۲/۸۲
	کنترل	۲/۷۰	۰/۴۶۹	۲/۷۰
یادآوری با تأخیر	مداخله	۱/۶۴	۱/۲۷	۱/۷۰
	کنترل	۱/۴۷	۰/۹۴۳	۱/۵۲
ادراک بینایی	مداخله	۲/۰۵	۰/۶۵۸	۲/۰۵
	کنترل	۱/۶۴	۰/۷۰۱	۱/۸۲
نامیدن	مداخله	۲/۷۶	۰/۹۰۳	۳/۴۱
	کنترل	۳/۰۵	۰/۹۶۶	۳/۲۳
توجه	مداخله	۱/۴۷	۱/۵۰	۱/۷۰
	کنترل	۱/۱۱	۰/۹۲۷	۱/۲۹

در (جدول ۳ و ۴) نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی تأثیر "آموزش شوخ‌طبعی" بر بی‌قراری و عملکرد شناختی در بیماران مبتلا به اختلال شناختی خفیف آمده است.

(جدول ۲) نشانگر آن است که به‌طور کلی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل بی‌قراری کاهش و عملکرد شناختی در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون افزایش داشته است.

جدول ۳: خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس (آنکوا) روی نمره بی‌قراری

متغیر وابسته	درجه آزادی	نمره پس آزمون		F	P-value	اندازه اثر
		گروه مداخله	گروه کنترل			
رفتار پرخاشگرانه	۱	۲۴/۷۱	۲۶/۶۲۰	۱۰/۶۸۵	۰/۰۰۳	۰/۲۶۳
رفتار فیزیکی غیر پرخاشگرانه	۱	۴۳/۹۸۲	۴۵/۰۸۲	۹/۹۴۳	۰/۳۲۵	۰/۰۳۲
پرخاشگری کلامی	۱	۲۲/۶۸۷	۲۴/۳۹۵	۴/۸۴۱	۰/۰۳۶	۰/۱۳۹
رفتار پنهان کارانه	۱	۸/۷۹۲	۹/۵۹۶	۵/۰۳۸	۰/۱۹۷	۰/۰۵۵
نمره کل	۱	۹۹/۸۰۷	۱۰۶/۰۸۰	۳۱۹/۵۹	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱

در (جدول ۳) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که بین افراد شرکت‌کننده گروه مداخله و کنترل در نمره کل متغیر بی‌قراری تفاوت معناداری مشاهده شد (جدول ۲)، تفاوت معناداری بین گروه مداخله با میانگین (۹۹/۸۰) و کنترل با میانگین (۱۰۶/۰۸) وجود داشت. بنابراین، "آموزش شوخ‌طبعی" با اندازه اثر ۰/۶۱ موجب کاهش نمره کل متغیر بی‌قراری در گروه مداخله شد. به این صورت که بین گروه مداخله و کنترل در مؤلفه‌های رفتار پرخاشگرانه

در (جدول ۳) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که بین افراد شرکت‌کننده گروه مداخله و کنترل در نمره کل متغیر بی‌قراری تفاوت معناداری مشاهده شد (جدول ۲)، تفاوت معناداری بین گروه مداخله با میانگین (۹۹/۸۰) و کنترل با میانگین (۱۰۶/۰۸) وجود داشت. بنابراین، "آموزش شوخ‌طبعی" با اندازه اثر ۰/۶۱ موجب کاهش نمره کل متغیر بی‌قراری در گروه مداخله شد. به این صورت که بین گروه مداخله و کنترل در مؤلفه‌های رفتار پرخاشگرانه

در (جدول ۳) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که بین افراد شرکت‌کننده گروه مداخله و کنترل در نمره کل متغیر بی‌قراری تفاوت معناداری مشاهده شد (جدول ۲)، تفاوت معناداری بین گروه مداخله با میانگین (۹۹/۸۰) و کنترل با میانگین (۱۰۶/۰۸) وجود داشت. بنابراین، "آموزش شوخ‌طبعی" با اندازه اثر ۰/۶۱ موجب کاهش نمره کل متغیر بی‌قراری در گروه مداخله شد. به این صورت که بین گروه مداخله و کنترل در مؤلفه‌های رفتار پرخاشگرانه

جدول ۴: خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس (آنکوا) بر نمره عملکرد شناختی

متغیر وابسته	درجه آزادی	نمره پس آزمون		F	p-value	اندازه اثر
		گروه مداخله	گروه کنترل			
عملکرد اجرایی	۱	۰/۶۷۳	۰/۶۲۱	۰/۲۷۱	۰/۶۰۶	۰/۰۰۹
روانی کلامی	۱	۱/۰۰	۱/۰۵۹	۰/۹۶۲	۰/۳۳۴	۰/۰۳۰
جهت‌یابی	۱	۵/۷۳۱	۵/۱۶۲	۶/۹۰۱	۰/۰۱۳	۰/۱۸۲
محاسبه	۱	۱/۶۹۲	۱/۱۹۰	۹/۴۰۶	۰/۰۰۴	۰/۲۳۳
انتزاع	۱	۲/۹۲۴	۲/۶۰۶	۵/۹۷۶	۰/۰۲	۰/۱۶۲
یادآوری با تأخیر	۱	۱/۶۲۷	۱/۶۰۹	۰/۰۲۵	۰/۸۷۶	۰/۰۰۱
ادراک بینایی	۱	۱/۹۰۸	۱/۹۷۵	۰/۱۴۵	۰/۷۰۶	۰/۰۰۵
نامیدن	۱	۳/۴۸۷	۳/۱۶۰	۲/۸۲۸	۰/۱۰۳	۰/۰۸۴
توجه	۱	۱/۵۵۸	۱/۴۴۲	۰/۵۷۲	۰/۴۵۵	۰/۰۱۸
نمره کل	۱	۲۰/۷۶۰	۱۶/۸۲۹	۷۰/۶۶	۰/۰۰۰۱	۰/۰۷۲

در (جدول ۴) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که بین گروه مداخله و کنترل در نمره کل عملکرد شناختی تفاوت معناداری وجود دارد (جدول ۲)، عبارت دیگر، پس از کنترل نمره پیش آزمون (جدول ۲)، تفاوت معناداری بین گروه مداخله با میانگین (۲۰/۷۶) و کنترل با میانگین (۱۶/۸۲) وجود داشت. بنابراین، "آموزش شوخ‌طبعی" با اندازه اثر ۰/۷۲ موجب افزایش نمره کل عملکرد شناختی در گروه مداخله شد. بدین ترتیب که بین گروه مداخله و کنترل در متغیر عملکرد شناختی در نمره جهت‌یابی (F=۶/۹۰۱، P=۰/۰۱۳)، محاسبه (F=۹/۴۰۶، P=۰/۰۰۴) و انتزاع (F=۵/۹۷۶، P=۰/۰۲) تفاوت معناداری مشاهده شد. پس از کنترل نمره پیش آزمون، تفاوت معناداری بین میانگین‌های گروه مداخله (۵/۷۲) و کنترل (۵/۱۶) در نمره جهت‌یابی؛ میانگین‌های گروه مداخله

در (جدول ۴) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که بین گروه مداخله و کنترل در نمره کل عملکرد شناختی تفاوت معناداری وجود دارد (جدول ۲)، عبارت دیگر، پس از کنترل نمره پیش آزمون (جدول ۲)، تفاوت معناداری بین گروه مداخله با میانگین (۲۰/۷۶) و کنترل با میانگین (۱۶/۸۲) وجود داشت. بنابراین، "آموزش شوخ‌طبعی" با اندازه اثر ۰/۷۲ موجب افزایش نمره کل عملکرد شناختی در گروه مداخله شد. بدین ترتیب که بین گروه مداخله و کنترل در متغیر عملکرد شناختی در نمره جهت‌یابی (F=۶/۹۰۱، P=۰/۰۱۳)، محاسبه (F=۹/۴۰۶، P=۰/۰۰۴) و انتزاع (F=۵/۹۷۶، P=۰/۰۲) تفاوت معناداری مشاهده شد. پس از کنترل نمره پیش آزمون، تفاوت معناداری بین میانگین‌های گروه مداخله (۵/۷۲) و کنترل (۵/۱۶) در نمره جهت‌یابی؛ میانگین‌های گروه مداخله

(۱/۶۹) و کنترل (۱/۱۹) در نمره محاسبه و میانگین‌های گروه مداخله (۲/۹۲) و کنترل (۲/۶۰) در نمره انتزاع وجود داشت. بنابراین، "آموزش شوخ‌طبعی" با اندازه اثر ۰/۱۸۲ موجب افزایش نمره نمره جهت‌یابی، با اندازه اثر ۰/۲۳۳ موجب افزایش نمره محاسبه با اندازه اثر ۰/۱۶۲ و موجب افزایش نمره انتزاع در گروه مداخله شد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی "آموزش شوخ‌طبعی" بر بی‌قراری و عملکرد شناختی مردان سالمند مبتلا به اختلال شناختی خفیف انجام شد. نتایج نشان داد "آموزش شوخ‌طبعی" در کاهش نمره کل بی‌قراری و مؤلفه‌های آن (رفتار پرخاشگرانه، پرخاشگری کلامی) سالمندان مبتلا به اختلال شناختی خفیف اثربخش بود. این یافته‌ها با نتایج Low و همکاران (۲۳)، Brodaty و همکاران (۲۴)، Goodenough و همکاران (۲۵)، مینی بر اثربخشی "آموزش شوخ‌طبعی" بر کاهش بی‌قراری سالمندان ساکن خانه سالمندان همسو است. Low و همکاران (۲۳) در مطالعه خود روی سالمندان با علائم افسردگی و اضطراب نشان دادند که "آموزش شوخ‌طبعی" در کاهش بی‌قراری در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری اثربخش بود. Brodaty و همکاران (۲۴) در مطالعه خود بر روی سالمندان دچار زوال عقل با علائم پرخاشگری و تحریک‌پذیری نشان دادند که "آموزش شوخ‌طبعی" در کاهش بی‌قراری آن‌ها اثربخش بود. Goodenough و همکاران (۲۵) در مطالعه خود بر روی سالمندان دچار دمانس نشان دادند که "آموزش شوخ‌طبعی" در کاهش بی‌قراری و افزایش علاقه اجتماعی می‌تواند اثربخش باشد. در تبیین این یافته‌ها بر مبنای پژوهش Low و همکاران (۲۳) اثربخشی "آموزش شوخ‌طبعی" بر بی‌قراری را 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 "آموزش شوخ‌طبعی" رفتارهای مثبت‌تری جایگزین رفتارهای منفی می‌شود، افزایش شادی در گروه مداخله از این تبیین حمایت می‌کند (۲۳). بر مبنای پژوهش Martin (۲۰) افرادی که شوخ‌طبعی را فرا گرفتند، احتمالاً راحت‌تر مشکلات‌شان را در قالب شوخی بیان می‌کنند و با حمایت دیگران در برابر مشکلات روزمره سعی

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 (۲۰). از نظر فیزیولوژی نیز خنده با کاهش هورمون‌های سازنده باعث کاهش سطح سرمی کورتیزول و اپی‌نفرین می‌شود، خنده می‌تواند فعالیت دوپامین و سروتونین را تغییر دهد. اندورفین ترشح شده ناشی از خنده، تحریک‌پذیری را بهبود می‌بخشد (۳۸) با این وصف مداخلات شوخ‌طبعانه می‌تواند علائم روان‌شناختی به ویژه بی‌قراری سالمندان مبتلا به اختلال شناختی خفیف را بهبود بخشد.

براساس نتایج این پژوهش "آموزش شوخ‌طبعی" در بهبود عملکرد شناختی مردان سالمند مبتلا به اختلال شناختی خفیف اثربخش بود. این یافته با نتایج یافته‌های Zhao و همکاران (۳۹)، Bains و همکاران (۴۰)، مینی بر اثربخشی این مداخله بر بهبود عملکرد شناختی سالمندان ساکن خانه سالمندان همسو است. Zhao و همکاران (۳۹) در مطالعه خود روی ساکنین خانه سالمندان با علائم افسردگی و اضطراب نشان دادند که این مداخله در کاهش علائم افسردگی و اضطراب و بهبود عملکرد شناختی در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری اثربخش بود. Bains و همکاران (۴۰) در مطالعه خود بر روی سالمندان سالم نشان دادند که مداخله شوخ‌طبعی در بهبود عملکرد شناختی و حافظه آن‌ها اثربخش است. در تبیین این یافته‌ها بر مبنای پژوهش Bains و همکاران (۴۰) می‌توان گفت شوخ‌طبعی مستقیماً نمی‌تواند باعث یادگیری شود بلکه شرایط مناسبی را برای یادگیری ایجاد می‌کند. به این معنی که شوخ‌طبعی توجه را جلب و حفظ می‌کند، انگیزه را افزایش می‌دهد و روند یادگیری را لذت‌بخش و به یادماندنی می‌کند (۴۰). علاوه بر این، یک رابطه قدرتمند بین شوخ‌طبعی و هیجان‌ها وجود دارد. هیجان‌های عصبانیت، ترس، غم و شادی در انسان‌ها مشترک هستند. وقتی هیجان‌ها تجربه می‌شوند متعاقباً این تجارب به خاطر سپرده می‌شوند. در حقیقت، هرچه تأثیر یک هیجان بیشتر باشد، با شدت بیشتری جزئیات آن به خاطر سپرده می‌شوند و احتمال ذخیره آن در حافظه بلندمدت بالاتر می‌رود. علاوه بر این وقتی افراد موضوعات مشترکی برای خندیدن در قالب یک گروه دارند، با ایجاد ارتباطات عاطفی و اجتماعی مثبت فرایند ارتباط بین آن‌ها تسهیل می‌یابد (۴۱). با این وصف؛ آموزش شوخ‌طبعی

به اختلال شناختی باید با احتیاط صورت گیرد.

سیاسگزاری

این مطالعه بخشی از نتایج رساله دکتری زهرا فریدونی ولاشجردی، رشته روانشناسی سلامت، با راهنمایی آقای دکتر شهنام ابوالقاسمی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن است که در تاریخ ۹۷/۱۲/۲۵ در کمیته پژوهش دانشگاه با کد ۴۱۸۵۹ و تاریخ ۱۳۹۹/۵/۴ در سامانه پژوهشیار دانشگاه آزاد اسلامی به نشانی <https://ris.iau.ac.ir> ثبت شده و دارای شناسه اختصاصی کمیته اخلاق ۱۳۹۹۰۵۰ IR.IAU.TON.REC. و کارآزمایی بالینی به شماره IRCT20201012049009N1 است. بدینوسیله از همه سالمندان ساکن خانه سالمندان بنیاد خیریه کهریزک استان البرز که در این پژوهش شرکت کردند، همچنین مدیریت و کارکنان محترم این بنیاد که با همکاری دلسوزانه خود امکان این پژوهش را فراهم آوردند تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله هیچگونه تضاد منافی گزارش نکردند.

References

1. Alzheimer's Association. Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimer's Dementia. 2018. <https://www.alz.org/alzheimers-dementia/facts-figures>
2. Jean L, Bergeron MÈ, Thivierge S, Simard M. Cognitive intervention programs for individuals with mild cognitive impairment: Systematic review of the literature. American Journal of Geriatric Psychiatry. 2010; 18(4):281-96. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181c37ce9>
3. Lee Y, Kim J, Back JH. The influence of multiple lifestyle behaviors on cognitive function in older persons living in the community. Preventive Medicine. 2009; 48(1):86-90. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2008.10.021>
4. Simpson JR. DSM-5 and neurocognitive disorders. Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law. 2014; 42(2):159-64. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24986342/>
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013. [روشی لذت‌بخش و مفید است که اثر توانبخشی داشته و می‌تواند در کاهش بی‌قراری و افزایش عملکرد شناختی سالمندان مبتلا به اختلال شناختی خفیف اثربخش باشد.](http://repository.poltekkes-</div><div data-bbox=)

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج این مطالعه، "آموزش شوخ طبعی" در کاهش بی‌قراری و بهبود عملکرد شناختی سالمندان مبتلا به اختلال شناختی خفیف اثربخش است. از همین رو، پیشنهاد می‌شود متخصصان حوزه سلامت در کنار درمان‌های پزشکی و دارویی متداول برای درمان طیف اختلالات شناختی، از مداخله‌های روان‌شناختی، درمان‌های مکمل مانند "آموزش شوخ طبعی" نیز برای دستیابی برای ارتقاء سلامت و بهبود عملکرد و استقلال فردی و توسعه روابط بین فردی سالمندان مبتلا به اختلال شناختی خفیف استفاده کنند. محدودیت این پژوهش که احتمالاً می‌تواند نتایج را تحت تأثیر قرار دهند عدم نمونه‌گیری تصادفی از محدودیت‌های این پژوهش بود که در نتیجه در کنترل اثر تمام متغیرهای مزاحم تردید وجود دارد. همچنین با توجه به اینکه این پژوهش بر روی مردان سالمند مبتلا به اختلال شناختی خفیف انجام شد. تعمیم آن به زنان سالمند مبتلا

6. kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20_%20DSM-5%20%28%20PDFDrive.com%20%29.pdf
6. Flicker C, Ferris SH, Reisberg B. Mild cognitive impairment in the elderly: Predictors of dementia. Neurology. 1991; 41(7):1006-1009. <https://doi.org/10.1212/WNL.41.7.1006>
7. Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Tangalos EG, Kokmen E. Mild cognitive impairment: Clinical characterization and outcome. Archives of Neurology. 1999; 56:303-308. <https://doi.org/10.1001/archneur.56.3.303>
8. Petersen RC. Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. Journal of Internal Medicine. 2004; 256(3):183-94. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2004.01388.x>
9. Janelidze M, Botchorishvili N. Mild cognitive impairment. Alzheimer's disease-The 21st Century Challenge. Georgia: 2018. p. 91-107 Chapter 6 <https://doi.org/10.5772/intechopen.75509>
10. Sachdev PS, Lipnicki DM, Kochan NA. Cohort Studies of Memory in an International Consortium (COSMIC). The prevalence of mild

- cognitive impairment in diverse geographical and ethno cultural regions: The COSMIC collaboration. *PLoS One*. 2015;10(11): e0142388. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0142388>
11. Duff K. Mild cognitive impairment and dementia: Definitions, diagnosis, and treatment. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 2014; 29(7): 691-692. <https://doi.org/10.1093/arclin/acu034>
 12. Gold CA, Budson AE. Memory loss in Alzheimer's disease: Implications for development of therapeutics. *Expert Review of Neurotherapeutics*. 2008; 8(12): 1879-1891. <https://doi.org/10.1586/14737175.8.12.1879>
 13. Holtzer R, Tang MX, Devanand DP, Albert, SM, Wegesin DJ, Marder K, Stern Y. Psychopathological features in Alzheimer's disease: Course and relationship with cognitive status. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2003; 51(7): 953-960. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2389.2003.51308.x>
 14. Nobis L, Husain M. Apathy in Alzheimer's disease. *Current Opinion in Behavioral Sciences*. 2018; 22: 7-13. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2017.12.007>
 15. Fotoukian Z, Mohammadi Shahboulaghi F, Fallahi Khoshknab M. [Analytical on empowerment interventions in older people with chronic disease: A review literature]. *Health Promotion Management*. 2013; 4(8): 65-77 http://jhpm.ir/browse.php?a_id=239&sid=1&slc_lang=fa&ftxt=1
 16. Gelkopf M. The use of humor in serious mental illness: A review. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2011; (8)1,1-8. <https://doi.org/10.1093/ecam/nep106>
 17. Martin RA. *The Psychology of Humor: An Integrative Approach*, Elsevier, Burlington, Mass, 2007. https://booksite.elsevier.com/samplechapters/9780123725646/Sample_Chapters/01~FrontMatter.pdf
 18. Gelkopf M, Sigal M, Kramer R. Therapeutic use of humor to improve social support in an institutionalized schizophrenic inpatient. *The Journal of Social Psychology*. 1994; 134(2): 175-182. <https://doi.org/10.1080/00224545.1994.9711380>
 19. Bennett MP, Langacher C. Humor and laughter may influence health: III. Laughter and health outcomes. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2008; 5(1): 37-40. <https://doi.org/10.1093/ecam/nem041>
 20. Martin RA. Humor, laughter, and physical health: Methodological issues and research findings. *Psychological Bulletin*. 2001; 127(4): 504-519. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.4.504>
 21. Cooper CD. Just joking around? employee humor expression as an ingratiation behavior. *Academy of Management Review*. 2005; 30(4): 765-776. <https://doi.org/10.5465/amr.2005.18378877>
 22. Kazarian SS, Martin RA. Humor styles, culture-related personality, well-being, and family adjustment among Armenians in Lebanon. *Humor - International Journal of Humor Research*. 2006; 19(4): 405-423. <https://doi.org/10.1515/HUMOR.2006.020>
 23. Low LF, Goodenough B, Fletcher J, Xu K, Casey AN, Chenoweth L, Fleming R, Spitzer P, Bell JP, Brodaty H. 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*. 2014; 15(8): 564-9. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.03.017>
 24. Brodaty H, Low LF, Liu Z, Fletcher J, Roast J, Goodenough B, Chenoweth L. 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*. 2014; 22(12): 1427-37. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.08.005>
 25. Goodenough B, Low LF, Casey AN, Chenoweth L, Fleming R, Spitzer P, Bell JP, Brodaty H. Study protocol for a randomized controlled trial of humor therapy in residential care: The Sydney multisite intervention of Laughter Bosses and Elder Clowns (SMILE). *International Psychogeriatric*. 2012; 24 (12): 2037-44. <https://doi.org/10.1017/S1041610212000683>
 26. Konradt B, Hirsch RD, Jonitz MF, Junglas K. Evaluation of a standardized humor group in a clinical setting: A feasibility study for older patients with depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2013; 28(8): 850-7. <https://doi.org/10.1002/gps.3893>
 27. Zare H, Sharifi AA, Hashamdar S. [Effect of computerized cognitive rehabilitation on improvement of mild cognitive impairment and working memory capacity]. *Journal of Psychology*. 2020; 23 (92) ;371-387.

28. Liptak A, Tate J, Flatt J, Oakley M A, Lingler J. Humor and laughter in persons with cognitive impairment and their caregivers. *Journal of Holistic Nursing*. 2014; 32(1): 25-34. <https://doi.org/10.1177/0898010113500075>
29. Zare M, Shayeghian Z, Birashk B, Azizeh-Afkham E. [Reliability, validity and factor analysis of Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2012; 18(1): 67-73. <http://eprints.bpums.ac.ir/1253/1/ijpcp-v18n1p67-fa.pdf>
30. Cohen-Mansfield J. Instruction Manual for THE Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI). 1991. The Research Institute of the Hebrew Home of Greater Washington: USA. <https://www.yumpu.com/en/document/view/11662384/>
31. Griffiths Aw, Albertyn ChP, Burnley NL, Byron Creese B, Walwyn R, Holloway I, Safarikova J, Claire A Surr. Validation of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory Observational (CMAI-O) tool. *International Psychogeriatric Association*. 2020;32(1): 75-85 <https://doi.org/10.1017/S1041610219000279>
32. Aghdamizahneh S, Mohammadi - Shahbouslaghi F, Norouzi K, Rezaei- Kushalshah Sf, Farzi M. [The impact of individualized music therapy on the behavior of agitation in elderly patients with Alzheimer living in nursing homes]. *Journal of Health Literacy*. 2016; 1(2):100-108. [journalhttps://literacy.mums.ac.ir/article_10970.html](https://literacy.mums.ac.ir/article_10970.html) of geriatric psychiatry
33. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bedirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, Cummings JL, Chertkow H. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2005; 53(4): 695-9. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
34. Chen K-L, Xu Y, Chu A-Q, Ding, D, Liang, X-N, Nasreddine, ZS, Guo, Q-H. Validation of the Chinese Version of Montreal Cognitive Assessment Basic for screening mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2016; 64(12): e285-e290. <https://doi.org/10.1111/jgs.14530>
35. Saleh A, Alkholy R, Khalaf O, Sabry NA, Amer H, El-Jaafary S, Khalil, M. Validation of Montreal Cognitive Assessment-Basic in a sample of elderly Egyptians with neurocognitive disorders. *Aging & Mental Health*. 2019; 23(5):551-557. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1428936>
36. Emsaki G, Molavi H, Chitsaz A, Movahed Abtahi M, Asgari K. [Introduce and study of the psychometric properties of Montreal Cognitive Assessment (MoCA) in Parkinson's Disease Patients of Isfahan]. *Journal of Isfahan Medical School*. 2011; 29(158); 1391-1400. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=261968>
37. McGhee P. *Humor as Survival Training for a Stressed-Out World: The 7 Humor Habits Program*. 2010: Bloomington, Indiana. <https://www.amazon.com/Humor-Survival-Training-Stressed-Out-World/dp/1452021813>
38. Yim J, Therapeutic benefits of laughter in mental health: A theoretical review. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*. 2016;239(3): 243-249. <https://doi.org/10.1620/tjem.239.243>
39. Zhao J, Yin H, Wang X, Zhang G, Jia Y, Shang B, Chen L. Effect of humor intervention programme on depression, anxiety, subjective well-being, cognitive function and sleep quality in Chinese nursing home residents. *Journal of Advanced Nursing*. 2020, 76(10):2709-2718. <https://doi.org/10.1111/jan.14472>
40. Bains GS, Berk LS, Daher N, Lohman E, Schwab E, Petrofsky J, Desphande P. The effect of humor on short-term memory in older adults: A new component for whole-person wellness. *Advances in Mind-Body Medicine*. 2014;28(2):16-24. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24682001/>
41. Lujan HL, DiCarlo SE. Humor promotes learning. *Advances in Physiology Education*. 2016; 40 (4): 433-434. <https://doi.org/10.1152/advan.00123.2016>