

## بررسی تأثیر خاطره گویی گروهی بر توانایی های شناختی سالمندان دچار نارسایی شناختی خفیف

ایمان قنبر پناه<sup>۱</sup>، مسعود فلاحی خشک‌ناب<sup>۲</sup>، فرحناز محمدی شاه‌بلاغی<sup>۳</sup>، سادات سید باقر مداح<sup>۴</sup>، محمد رضا خدایی اردکانی<sup>۵</sup>

### چکیده

**مقدمه:** با توجه به رشد جامعه سالمندی و شیوع انواع مختلف اختلالات و نارسایی های شناختی در این گروه سنی، توجه به روش های مراقبتی و درمانی سهل الوصول، کم هزینه و کم عارضه ضروری به نظر می رسد. هدف این مطالعه بررسی تأثیر خاطره گویی گروهی بر توانایی های شناختی سالمندان دچار نارسایی شناختی خفیف می باشد.

**روش:** این مطالعه از نوع نیمه تجربی بود. ۷۲ (۴۸ زن و ۲۴ مرد) نفر از سالمندان ۶۰ تا ۸۴ سال کانون جهان دیده‌گان شیراز به روش تصادفی در دسترس به عنوان آزمودنی انتخاب شدند و با رعایت نسبت مساوی زن و مرد به صورت تصادفی در سه گروه خاطره گویی گروهی، مداخله گروهی و بدون مداخله تقسیم شدند. قبل و بعد از مداخله آزمون بررسی وضعیت شناختی *Main Mental Status Examination* از آزمودنی‌ها به عمل آمد. مداخله بدین صورت بود که گروه خاطره گویی (گروه مداخله) در ۸ جلسه خاطره گویی گروهی (هر جلسه هفته ای یک بار و به مدت ۶۰ تا ۹۰ دقیقه) شرکت کردند. جلسات گروه شاهد یک (صحبت های گروهی) نیز مشابه با گروه خاطره گویی بود با این تفاوت که بدون خاطره گویی و تنها به صورت گروهی با یکدیگر در مورد مسائل روز صحبت می کردند. گروه سوم (گروه شاهد دوم) نیز در طول مطالعه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. تحلیل داده ها با نرم افزار *SPSS v.16* و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی انجام شد.

**یافته ها:** توانایی های شناختی (جهت یابی، حافظه فوری، یادآوری، توجه و محاسبه و زبان) در دو گروه خاطره گویی و مداخله گروهی به طور معنادار افزایش یافت، اما در گروه بدون مداخله تغییر معناداری مشاهده نشد. همچنین این افزایش در گروه خاطره گویی به طور معنادار بیشتر از دو گروه دیگر و در گروه مداخله گروهی نیز به طور معنادار بیشتر از گروه بدون مداخله بود ( $P < 0.05$ ).

**نتیجه گیری:** با توجه به نتایج این مطالعه می توان گفت که توانایی شناختی سالمندان با نارسایی شناختی خفیف را می توان با خاطره گویی گروهی افزایش داد. به نظر می رسد حتی صحبت کردن گروهی نیز می تواند باعث افزایش توانایی شناختی این سالمندان شود، اما اگر این صحبت کردن گروهی به صورت خاطره گویی باشد امکان ارتقای توانایی های شناختی بسیار بیشتر می شود.

**کلید واژه:** نارسایی شناختی خفیف، خاطره گویی گروهی، سالمندان

تاریخ دریافت: ۹۲/۰۷/۲۶

تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۲/۱

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روان پرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۲- دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: msflir@yahoo.com

۳- استادیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران.

۴- استادیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران.

۵- دانشیار، گروه روان پزشکی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران.

## مقدمه

با افزایش سن و آغاز سالمندی افراد به تدریج برخی از کارکردهای فیزیولوژیک و روانی اجتماعی خود را از دست می‌دهند، هرچند که ممکن است این تنزل در وضعیت عملکردی سبب وابستگی سالمند نشود، ولی بر آسیب‌پذیری این گروه جمعیتی اثرات زیادی دارد (۱). اختلالات شناختی از جمله مشکلات شایع دوران سالمندی می‌باشد که طیف بسیار وسیعی از اختلالات دوران سالمندی را به خود اختصاص داده است به طوری که حدود ۳۵ درصد سالمندان درجات متخلف آن را نشان می‌دهند که آلزایمر مرحله پیش‌رونده این اختلال می‌باشد (۲). از حدود ۷۰ سالگی تقریباً کاهش متغیری در حداکثر توان هوشی افراد دیده می‌شود. افراد سالخورده گرچه توانایی خود را برای درک و فهمیدن موضوعات و موقعیت خود و حتی آموزش تجارب و اطلاعات جدید حفظ می‌کنند، اما ممکن است با فعالیت‌های نیازمند پاسخ سریع و دقیق مشکل داشته باشند (۳). اختلال در عملکرد شناختی اجرایی شامل درجا ماندگی، نقص در شروع و ناتوانی در مهار پاسخ‌های نامناسب از عوارض شایع سالمندی است که موجب افت کارایی و ناتوانی سالمندان در انجام فعالیت‌های روزانه می‌شود (۴).

به طور معمول سالمندی با شکایت از اختلال در شناخت همراه است. سالمندان از کاهش خفیف تا متوسط در حافظه در مقایسه با عملکرد حافظه در سال‌های گذشته ابراز تأسف می‌کنند. شواهد قطعی برای کاهش سرعت پردازش و عملکرد حافظه و یادآوری در پیری وجود دارد. جرم و همکاران (۱۹۹۴) در طی مطالعه خود بر روی حافظه سالمندان دارای سن ۷۰ یا بالاتر گزارش کردند که ۶۲٪ از این سالمندان بر این باور بودند که حافظه‌شان نسبت به سال‌های قبل بدتر شده است (۶۰۵). از طرفی در بسیاری از افرادی که دچار کاهش تدریجی در عملکرد شناختی می‌شوند، به طور معمول این موضوع در حافظه اختلال ایجاد می‌کند. این کاهش توانایی در انجام فعالیت‌ها کاملاً واضح نمی‌باشد و توسط دیگران به راحتی تشخیص داده نمی‌شود، اما برای خود فرد بسیار ناراحت‌کننده است. تخمین زده می‌شود از هر ۱۰۰ نفر فقط یک نفر در طول

زندگی خود دچار کاهش شناخت نمی‌شود و با موفقیت پای به سالمندی می‌گذارد. با این حال یکی از دیگر روندهای سالمندی کاهش در عملکردهای شناختی می‌باشد که جدای از سالمندی عادی است و اغلب به وسیله خود فرد و گاهی توسط دیگران تشخیص داده می‌شود (۷). سالمندی با تغییرات قابل ملاحظه در حافظه، هوش، ادراک، فراشناخت، یادآوری، حل مسأله و سایر توانایی‌های شناختی همراه است. در چنین شرایطی سلامت روانی سالمند بیشتر در معرض تهدید قرار می‌گیرد و فرد، مبتلا به مشکلات روان-شناختی و شناختی می‌گردد (۸). اثرات اختلالات شناختی در سالمندان به طور مشخص موجب افت کیفیت زندگی، افت کارایی و نهایتاً افزایش میزان مرگ و میر آنان می‌گردد (۹). اختلال شناختی شایع‌تر از دمانس می‌باشد و میزان آن در سالمندان بالای ۶۵ سال ۱۷ درصد می‌باشد (۱۰).

بنابراین یکی از مشکلات اساسی سالمندان مسئله کاهش توانایی‌های شناختی آنان می‌باشد که در میان افراد سالمند مشکل رایجی می‌باشد و با افزایش سن سالمندان این کاهش توانایی‌ها نیز خود را بیشتر نشان می‌دهد. به طوری که شیوع آن در افراد بین ۵۰ تا ۷۰ سال، به حدود ۳٪ و در سنین ۹۰ سال به بالا، به حدود ۵۰٪ می‌رسد (۱۱).

سایمون و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه خود نشان دادند درمان‌های شناختی موجب افزایش توانایی و تقویت عملکرد شناختی و حافظه در افراد مبتلا به فراموشی می‌شود (۱۲). بر طبق مطالعات جمعیت شناختی تخمین زده می‌شود شیوع نارسایی شناختی خفیف (Mild Cognitive Impaired) در سالمندان حدود ۳ تا ۱۹٪ می‌باشد که این میزان در افراد مسن‌تر و دارای تحصیلات کمتر افزایش می‌یابد (۱۴).

برخی مطالعات شیوع نارسایی شناختی خفیف (MCI) در جمعیت عمومی سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر را حدود ۲۵٪ (۱۷، ۱۶، ۱۵، ۱۹) و میزان پیشرفت بیماری و ابتلاء به آلزایمر

می‌گردد که این روش علاوه بر بهبود حالات روانی بر وضعیت جسمانی سالمندان تأثیر مثبت دارد (۲۹). با توجه به این که اختلالات شناختی در میان سالمندان شایع است (۱۵،۱۶،۱۷،۱۸)، ۱۹) خاطره‌گویی گروهی نیز به عنوان مداخله درمانی مستقل، کم‌هزینه و آسان در پرستاری سالمندان مطرح است (۳۰،۳۱،۳۲)

هدف از پژوهش حاضر تعیین تأثیر یک دوره (۸ هفته و ۸ جلسه) خاطره‌گویی گروهی بر توانایی‌های شناختی سالمندان دچار نارسایی شناختی خفیف بود.

### روش مطالعه

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون بود که در سال ۱۳۹۲ بر روی سالمندان بالای ۶۰ سال عضو کانون جهان دیدگان شیراز به مدت دو ماه انجام گرفت. روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر، تصادفی در دسترس بود و به مدت یک هفته به طول انجامید، و طی این مدت، از بین ۲۴۰۰ عضو این کانون تعداد ۱۰۵ نفر به کانون مراجعه نمودند و از نظر ورود به مطالعه ارزیابی شدند. ملاک‌های ورود شامل: (۱) عضو کانون جهان دیدگان شیراز، (۲) دارا بودن سن در محدوده ۸۴-۶۰ سالگی، (۳) تمایل به شرکت در پژوهش، (۴) توانایی شرکت در مطالعه از لحاظ جسمانی، (۵) عدم ابتلاء به افسردگی شدید، (۶) نداشتن سابقه شرکت در گروه‌های خاطره‌گویی، (۷) هم‌زمان با انجام این مطالعه، در دیگر جلسات روان‌درمانی شرکت نداشته باشند.

ملاک‌های خروج از مطالعه شامل: (۱) وجود بیماری جسمی یا روانی شدید (۲) عدم تمایل شخصی سالمند برای حضور و ادامه کار در گروه، (۳) غیبت بیش از یک جلسه در جلسات خاطره‌گویی یا صحبت‌های گروهی بود.

در ابتدا سالمندان با استفاده از پرسش‌نامه بررسی وضعیت شناختی (MMSE) و پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناسی بررسی شدند و کسانی که نمره بین ۲۱ تا ۲۵ کسب نمودند وارد مطالعه شدند. این پرسشنامه توسط فولستاین و همکاران (۱۹۷۵) برای معاینه مختصر وضعیت شناختی طراحی و تدوین

را هر سال حدود ۱۲ تا ۱۴٪ گزارش کرده‌اند (۲۱،۲۲). از آن جایی که نقطه پایانی نارسایی شناختی خفیف (MCI) دمانس و آلزایمر می‌باشد، لذا تعجب بر انگیز نیست که از داروهای موجود در درمان دمانس و آلزایمر برای کند کردن پیشرفت نارسایی شناختی خفیف (MCI) و درمان علامتی آن استفاده کنیم (۲۳). انواع روان‌درمانی‌های گروهی نیز یکی دیگر از درمان‌های غیر دارویی استفاده شده در مشکلات مختلف سالمندان می‌باشد. اعتقاد بر این است که گروه‌درمانی در بیشتر اختلالات روانی مؤثر است، زیرا فرد در گروه نحوه برخورد اجتماع با خود را می‌بیند و این امر باعث رشد بینش و بصیرت او می‌شود، ضمن این که تجارب جدید برای برقراری ارتباط با دیگران را یاد می‌گیرد، با افراد جدید آشنا شده، احساس قدرت می‌کند و اعتماد به نفس وی بالا می‌رود (۲۴).

یکی از این درمان‌های شناختی خاطره‌گویی گروهی است که به صورت کلامی یا غیر کلامی اغلب به صورت مرور حوادث زندگی است. این روش درمانی یک نوع ارتباط بین فردی است که افراد مسن یا بیماران مبتلا به اختلالات شناختی با بیان احساسات خود فرصتی را برای تعاملات اجتماعی و شغلی به وجود می‌آورند (۲۵). یادآوری مسائل برای تجربه و تمرین می‌تواند با تقویت حافظه و حفظ وضعیت هوشیاری تأثیرات زیادی بر اختلالات شناختی سالمندان بگذارد (۲۶،۲۷). مطالعه اکوترا و همکاران (۲۰۱۰) نیز نشان داد که خاطره‌گویی گروهی، درمانی مؤثر بر بهبود عملکرد شناختی و تقویت‌کننده اثرات سایر روش‌های درمانی بخصوص تقویت اثرات داروهای ضد دمانس در سالمندان مستعد به فراموشی است (۲۷). در کشور انگلستان خاطره‌گویی یک روش رایج شناخته شده در درمان بیماران مبتلا به دمانس می‌باشد که با کارکرد مؤثر و اثربخش بر روی حافظه یک روش درمانی مؤثر در اکثر خانه‌های سالمندان این کشور به شمار می‌آید (۲۸). همچنین پنگ و همکاران (۲۰۰۹) می‌نویسند درمان‌های رفتاری و شناختی نظیر خاطره‌گویی یک روش درمانی مؤثر، کم‌هزینه و پرفایده در بهبود اختلالات شناختی نظیر دمانس در سالمندان می‌باشد که علاوه بر داشتن اثرات بلند مدت موجب تقویت اثرات دارویی

شناسی و پرسش نامه بررسی وضعیت شناختی، نمره آن‌ها به عنوان پیش‌آزمون در نظر گرفته شد. ۸ جلسه خاطره‌گویی گروهی به مدت ۶۰ تا ۹۰ دقیقه (مدت زمان هر جلسه بسته به حوصله و توان آزمودنی‌ها متغیر بود) هفته‌ای یک بار و به مدت دو ماه برگزار گردید. گروه شاهد اول نیز در ۸ جلسه صحبت‌های گروهی به مدت ۶۰ تا ۹۰ دقیقه هفته‌ای یک بار و مدت دو ماه برگزار گردید. موضوعات مطرح شده در جلسات خاطره‌گویی براساس تمایل و علاقه خود سالمندان انتخاب گردید.

محتوای جلسات خاطره‌گویی شامل موارد زیر بود. (۱) آشنایی سالمندان با روند کار و تعیین موضوعات جلسات بعدی و بیان خاطرات دوران کودکی (۲) بیان خاطرات دوران تحصیل (۳) صحبت درباره خاطرات جوانی و سربازی (۴) بازگو کردن خاطرات ازدواج و تولد فرزندان (۵) صحبت درباره خاطرات از پدر و مادر (۶) بیان خاطرات مسافرت‌ها (۷) بیان خاطرات و تجربیات شغلی (۸) صحبت درباره اتفاقات خاص و مهم زندگی گذشته.

در هر جلسه موضوع کاری جلسه بعد مشخص، و به سالمندان توصیه شد تا در منزل و تا زمان تشکیل جلسه بعدی، هر آنچه را که در مورد موضوع انتخاب شده به ذهنشان می‌رسد روی کاغذ نوشته و همراه با خود بیاورند. در جلسات بعدی ۱۰ دقیقه از وقت به مرور تکالیف اختصاص داده شد. در پایان جلسه هشتم فرآیند جدایی از گروه، تشکر و خداحافظی از اعضاء صورت پذیرفت. گروه شاهد اول نیز (که به دو گروه کوچکتر ۱۲ نفری تقسیم شده بودند) در جلسات گروهی شرکت کردند و درباره مسائل روزمره به صحبت پرداختند. گروه سوم نیز در طول پژوهش هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از اتمام مداخله ابزارهای مورد بررسی توسط افراد هر گروه و با کمک درمان‌گر تکمیل شدند و نمرات آن‌ها به عنوان نمره پس‌آزمون در نظر گرفته شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS v.16 و آمار توصیفی و آمار استنباطی انجام شد.

شده است و متداول‌ترین ابزار غربال‌گری توانایی‌های شناختی در سطح جهان است (۳۳). این پرسشنامه وضعیت شناختی را در ابعاد آگاهی به زمان و مکان، ثبت اطلاعات، توجه و محاسبه، حافظه، زبان، مهارت‌های اجرایی، خواندن، نوشتن و انجام کارهای ظریف می‌باشد، مورد بررسی قرار می‌دهد (۳۴). در صورتی که آزمودنی در هیچ کدام از حیطه‌های پرسشنامه مذکور مشکل نداشته باشد، نمره ۳۰ خواهد بود و نمره کمتر از ۲۰ نشان‌دهنده وجود ناتوانی‌های شناختی متوسط و نمره کمتر از ۹ نشان‌دهنده وجود اختلالات شناختی شدید می‌باشد و نمرات بین ۲۰ تا ۲۵ بیانگر وجود آسیب‌های شناختی جزئی می‌باشد (۳۵). پایایی این پرسشنامه توسط فروغان و همکارانش (۱۳۷۸) با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش شده و با تعیین نمره گذاری آن از کسب ۲۱ نمره حساسیت آن ۹۰٪ و ویژگی آن ۸۴٪ بدست آمد (۳۶).

با توجه به مطالعات صورت گرفته قبلی و هم چنین احتمال ریزش نمونه در طول پژوهش حجم نمونه جهت انجام مطالعه، با استفاده از فرمول محاسبه حجم نمونه ۷۲ نفر در نظر گرفته شد. در پژوهش حاضر از میان ۱۰۵ سالمند مراجعه کننده به کانون جهان دیدگان شیراز، تعداد ۷۲ سالمند (۴۸ زن و ۲۴ مرد) که شرایط ورود به مطالعه را داشتند انتخاب، و به طور تصادفی به سه گروه ۲۴ نفری (۱۶ زن و ۸ مرد) تقسیم شدند. تخصیص گروه‌ها به اعضاء نیز از طریق قرعه‌کشی صورت گرفت. بدین ترتیب که گروه اول به طور تصادفی به گروه خاطره‌گویی، گروه دوم (گروه شاهد اول) به گروه صحبت‌های گروهی و گروه سوم (گروه شاهد دوم) که در طول پژوهش مداخله‌ای دریافت نکردند. به دلیل محدودیت در تعداد اعضاء گروه و افزایش همبستگی و پویایی گروهی، گروه مداخله و شاهد اول نیز هر کدام به دو گروه کوچکتر ۱۲ نفری تقسیم شدند و جلسات خاطره‌گویی برای دو زیرگروه مداخله و جلسات نشست‌های گروهی برای دو زیرگروه شاهد اول به طور مجزا برگزار گردید. در شروع کار مجوزهای لازم از مسئولین این مرکز اخذ گردید و تمامی سالمندان با میل شخصی و اخذ رضایت نامه وارد این پژوهش شدند. پس از تکمیل پرسش نامه اطلاعات جمعیت

## یافته ها

روز جهت اوقات فراغت و همچنین میزان خواب به طور میانگین  $7 \pm 1/3$  ساعت در طول شبانه روز بودند. اکثر واحدهای پژوهش دارای منزل شخصی (۷۴٪) بودند. همچنین میانگین نمره وضعیت شناختی سالمندان در پیش آزمون  $23 \pm 2$  (گروه مداخله  $22 \pm 1/4$ ، گروه شاهد اول  $23 \pm 1/5$  و گروه شاهد دوم  $23 \pm 1/3$ ) و در پس آزمون  $24 \pm 2$  (گروه مداخله  $24 \pm 1/3$ ، گروه شاهد اول  $24 \pm 1$  و گروه شاهد دو  $23 \pm 1/3$ ) بود.

نتایج نشان داد از نظر جنس  $66/6\%$  واحدهای پژوهش زن (۴۸ زن) و  $33/3\%$  (۱۶ مرد) و با میانگین سنی  $70 \pm 6$  سال بودند. از نظر تأهل  $51\%$  متأهل (۳۷ نفر) و  $49\%$  (۳۵ نفر) بیوه بودند و مدت زمان عضویت آن ها در کانون  $7 \pm 0/4$  سال بود. از نظر تحصیلات، بیشترین واحدهای پژوهش  $56\%$  (۴۰ نفر) دارای تحصیلات زیر دیپلم و کمترین آن ها که  $4\%$  (۳ نفر) بی سواد بودند. واحد های پژوهش دارای میانگین  $6 \pm 1/9$  ساعت در

جدول ۱: متغیرهای جمعیت شناختی (میانگین و انحراف معیار) در سه گروه مداخله، گروه شاهد اول، گروه شاهد دوم

متغیر	گروه خاطره گویی	صحت های گروهی	گروه بدون مداخله	کل	نتایج آزمون تحلیل واریانس	
					F	P-Value
سن	$70/58 \pm 5/30$	$70/62 \pm 7/66$	$69/50 \pm 3/88$	$70/23 \pm 5/77$	۰/۲۷۸	۰/۷۵
سابقه عضویت	$6/37 \pm 3/28$	$6/75 \pm 4/48$	$7/87 \pm 4/47$	$7 \pm 4/20$	۰/۸۲۱	۰/۴۴
میزان درآمد	$558750 \pm 240494$	$656250 \pm 287913$	$638330 \pm 399899$	$617780 \pm 314984$	۰/۶۴۵	۰/۵۲
اوقات فراغت	$6/166 \pm 1/809$	$6/083 \pm 2/320$	$5/750 \pm 1/799$	$6 \pm 1/971$	۰/۲۹۴	۰/۷۴
میزان خواب	$7/208 \pm 1/053$	$7/083 \pm 1/380$	$6/916 \pm 1/282$	$7/069 \pm 1/377$	۰/۷۸۴	۰/۶۷

مقایسه نمرات وضعیت شناختی سه گروه خاطره گویی گروهی، مداخله گروهی و بدون مداخله در دو زمان قبل و بعد از مداخله و نیز مقایسه میزان تغییرات نمرات وضعیت شناختی از قبل تا بعد از مداخله بین سه گروه پژوهش، با استفاده از آزمون کروسکال والیس در جدول ۲ نشان داده شده است. همچنین تعیین تغییرات درون گروهی نمرات وضعیت شناختی در سه گروه، با استفاده از آزمون t جفتی در این جدول ارائه شده است.

بر اساس یافته های پژوهش حاضر بین متغیرهای سن، سابقه عضویت در کانون جهاندیده گان شیراز، وضعیت تأهل، میزان درآمد ماهیانه، میزان تحصیلات، میزان اوقات فراغت در طول شبانه روز، میزان خواب افراد در طول شبانه روز، مکان زندگی و نحوه زندگی سالمندان دچار اختلال شناختی خفیف سه گروه خاطره گویی گروهی، مداخله گروهی و مداخله گروهی قبل از مداخله تفاوت معناداری مشاهده نشد ( $P=0/57$ ). لذا آزمودنی های سه گروه از لحاظ متغیرهای فوق الذکر متجانس بودند.

جدول ۲: مقایسه بین گروهی و بررسی درون گروهی نمرات وضعیت شناختی سه گروه (MMSE)

گروه	قبل از مداخله	بعد از مداخله	میزان تغییرات	t (آماره t جفتی)	P-value
خاطره گویی گروهی	$22/708 \pm 1/488$	$24/50 \pm 1/351$	$1/791 \pm 0/931$	۳/۶۴	* ۰/۰۰۱
شاهد اول	$23/541 \pm 1/587$	$24/375 \pm 1/013$	$0/833 \pm 1/167$	۲/۸۷	* ۰/۰۰۹
شاهد دوم	$23/833 \pm 1/307$	$23/416 \pm 1/316$	$-0/416 \pm 1/059$	۰/۸۶	۰/۳۹
H (آماره کروسکال والیس)	۷/۵۳۱	۸/۲۸۱	۳۳/۹۶		
P-value	* ۰/۰۲۳	* ۰/۰۱۶	* ۰/۰۰۰		

\* معنادار در سطح  $P 0.05$ 

نیز تفاوت بین سه گروه معنادار بود ( $P=0/016$ )، اما این بار این وضعیت در دو گروه خاطره گویی و مداخله گروهی بهتر بود. در هر صورت بین میزان تغییرات وضعیت شناختی (MMSE) سه گروه از قبل تا بعد از مداخله (که مهم ترین شاخص مقایسه

همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می شود، بین وضعیت شناختی (MMSE) آزمودنی های سه گروه در قبل از مداخله تفاوت معنادار مشاهده شد ( $P=0/023$ ) که این وضعیت در گروهی که هیچ مداخله ای دریافت نکرد بهتر بود. بعد از مداخله

همچنین وضعیت شناختی (MMSE) در گروه خاطره گویی و مداخله گروهی به طور معنادار افزایش یافت (به ترتیب  $P=0/001$  و  $P=0/009$ ). اما وضعیت شناختی (MMSE) در گروهی که هیچ مداخله‌ی دریافت نکرد، تغییر معناداری نداشت ( $P=0/39$ ).

تغییرات وضعیت شناختی بین سه گروه است)، تفاوت معنادار بین سه گروه وجود داشت ( $P=0/000$ ) که تغییرات این وضعیت در گروه خاطره گویی بهتر از دو گروه دیگر بود. همچنین تغییرات این وضعیت در گروه مداخله گروهی نیز از گروهی که هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد، بهتر شد.

**جدول ۳:** میانگین نمرات کسب شده از اجزای MMSE در سه گروه پژوهش قبل و بعد از مداخله پژوهش نشان داده شده است

حیطه های شناخت	گروه	میانگین قبل از مداخله	میانگین بعد از مداخله	Sig.(2-tailed) مقادیر احتمال
جهت یابی	خاطره گویی گروهی	۹/۵۴۱	۹/۷۹۱	۰/۰۱۱
	صحت های گروهی	۹/۶۶۶	۹/۷۵۰	۰/۱۶۲
	گروه بدون مداخله	۹/۵۴۱	۹/۵۸۳	۰/۳۲۸
حافظه فوری	خاطره گویی گروهی	۱/۴۵۸	۲/۵۰۰	*۰/۰۰۰
	صحت های گروهی	۱/۵۸۳	۱/۶۲۵	۰/۳۲۸
	گروه بدون مداخله	۱/۷۹۱	۱/۶۶۶	۰/۰۸۳
توجه و محاسبه	خاطره گویی گروهی	۱/۷۰۸	۳/۱۶۶	*۰/۰۰۰
	صحت های گروهی	۱/۸۳۳	۱/۹۱۶	۰/۳۲۸
	گروه بدون مداخله	۱/۷۹۱	۱/۷۰۸	۰/۳۲۸
یادآوری	خاطره گویی گروهی	۰/۹۱۶	۱/۵۴۱	*۰/۰۰۰
	صحت های گروهی	۰/۷۹۱	۰/۷۰۸	۰/۱۶۲
	گروه بدون مداخله	۰/۸۳۳	۰/۷۵۰	۰/۱۶۲
زبان	خاطره گویی گروهی	۷/۷۰۸	۷/۷۹۱	۰/۱۶۲
	صحت های گروهی	۷/۵۸۳	۷/۶۶۶	۰/۱۶۲
	گروه بدون مداخله	۷/۶۶۶	۷/۶۲۵	۰/۳۲۸
ترسیم شکل	خاطره گویی گروهی	۰/۷۹۱	۰/۷۹۱	۱/۰۰۰
	صحت های گروهی	۰/۸۳۳	۰/۷۹۱	۰/۳۲۸
	گروه بدون مداخله	۰/۶۶۶	۰/۶۲۵	۰/۳۲۸

باعث افزایش معنادار توانایی‌های شناختی شد، اما این افزایش در گروه خاطره گویی گروهی به طور معنادار بیشتر بود. در حالی که گروهی که هیچ مداخله‌ای دریافت نکرده بودند، تغییر معناداری را در توانایی‌های شناختی نشان ندادند. در واقع صحبت کردن گروهی نیز در مقایسه با گروهی که هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد باعث افزایش توانایی‌های شناختی شد، اما زمانی که این صحبت کردن گروهی به صورت خاطره گویی انجام شد، افزایش بیشتری در توانایی‌های شناختی ایجاد گردید، که به لحاظ آماری معنادار بود. از ویژگی‌های قابل ذکر این مطالعه می‌توان به طراحی گروه صحبت‌های گروهی (گروه شاهد یک) نام برد که باعث گردید تعمیم نتایج به دست آمده حاصل از شرکت در گروه تحت کنترل درآید و لذا نتایج مداخله پژوهش که همان خاطره گویی گروهی بود از اعتبار بیشتری برخوردار باشد. همسو با یافته‌های حاضر، در مطالعات وانگ (۲۰۰۷) (۲۵)، اکومورا و همکاران (۲۰۰۸) (۳۷) و نعمتی دهکردی و

با توجه به جدول ۳ مقدار پذیرش ( $P < 0/05$ ) نشان داده شده که در گروه مداخله در قبل و بعد از خاطره گویی گروهی با آزمون t زوجی اختلاف معناداری از نظر میانگین در حیطه‌های حافظه فوری، توجه و محاسبه و یادآوری وجود دارد. در حالی که با توجه به مقادیر احتمال نتایج در سطح اطمینان ۹۵٪ در اجزای جهت یابی، زبان و ترسیم شکل معنی دار نیست. میانگین نمرات پس آزمون در سه گروه پژوهش، با آزمون تحلیل واریانس یک راهه مستقل در مرحله پس از مداخله در نیمی از اجزا معنادار و در نیمی دیگر غیر معنادار است.

### بحث

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، یک دوره خاطره گویی گروهی باعث افزایش معنادار توانایی‌های شناختی سالمندان دچار نارسایی شناختی خفیف در ابعاد حافظه فوری، توجه و محاسبه و یادآوری گردید (جدول ۳). صحبت کردن گروهی نیز

افزایش توجه و انگیزه در ادامه و دریافت مراقبت ها از سوی بیماران مبتلا به اختلالات شناختی خفیف می‌گردد (۲۸). همچنین خاطره گویی به عنوان یک روش درمانی برای درمان دمانس مطرح شده است که موجب کاهش مشکلات شناختی رفتاری و کاهش علایم و نشانه های روانی می‌شود (۱۲). لین و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه خود اثربخشی این روش درمانی را بر وضعیت شناختی یادآور شدند (۴۷). چانگ و همکاران (۲۰۱۱) نشان دادند خاطره گویی گروهی علاوه بر بهبود وضعیت شناختی موجب تقویت عملکرد و فعالیت های روزانه بیماران می‌گردد (۴۸). در این پژوهش محقق با محدودیت هایی از قبیل ارتباط بسیار و مرادده طولانی نمونه های پژوهش در محیط خارج از کانون جهان دیدگان مواجه بود که این عامل می تواند بر نتایج حاصل تأثیرگذار باشد، از این رو توصیه می گردد در پژوهش های بعدی ان عامل به نحوی تحت کنترل درآید.

### نتیجه گیری نهایی

با توجه به نتایج پژوهش حاضر چنین نتیجه گیری می‌شود که یک دوره ۸ هفته‌ای شامل ۸ جلسه خاطره گویی گروهی باعث افزایش توانایی‌های شناختی سالمندان دچار اختلالات شناختی خفیف می‌شود. آنچه از پژوهش حاضر بدست آمد این بود که صحبت کردن گروهی نیز باعث بهبود توانایی‌های شناختی سالمندان دچار اختلالات شناختی خفیف شد، اما وقتی این صحبت کردن گروهی به صورت خاطره گویی بود، باعث بهبود بیشتری در توانایی شناختی این سالمندان می‌شود.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله مراتب سپاس خود را از مدیریت، کارکنان و اعضای کانون جهان‌نیده‌گان شیراز و بخصوص سالمندانی که در این مطالعه شرکت کردند و نیز کلیه کسانی که ما را در انجام پژوهش یاری رساندند به ویژه اساتید، کارشناسان و کمیته اخلاق دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران و سازمان بهزیستی اعلام نموده و صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نماید.

همکاران (۲۰۰۸) (۳۸) خاطره گویی گروهی باعث افزایش معنادار در عملکرد شناختی سالمندان می‌شود. نتایج مطالعه نعمتی دهکردی و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد که گروه خاطره گویی گروهی پس از مداخله نسبت به قبل از مداخله از نظر فعالیت شناختی از وضعیت بهتری برخوردار بوده‌اند که بیانگر تأثیر خاطره گویی گروهی بر این بعد از کیفیت زندگی سالمندان است (۳۹). پژوهش‌های دیگری نیز بهبود وضعیت شناختی سالمندان را بر اثر خاطره گویی گروهی گزارش کرده‌اند (۳۹،۳۸،۳۷،۲۵). بروس و همکاران (۱۹۹۹) اظهار می‌دارند که خاطره گویی به اشتراک گذاشتن تجربه های شخصی کسب شده در طول زندگی می‌باشد (۴۰). خاطره گویی گروهی با بهره گیری از فرآیند کار گروهی مشوق و حامی سالمندان دچار نارسایی های شناختی می‌باشد و در نتیجه تعاملات بیشتر و گسترده تری برای شخص، از طریق شرکت در این فعالیت گروهی شکل می‌گیرد (۴۱). خاطره گویی می‌تواند سبب بهبود تعاملات و مهارت های ارتباطی بین فردی در افراد دچار نارسایی شناختی خفیف (MCI) گردد (۴۲). خاطره گویی گروهی از طریق بهبود وضعیت افسردگی و اضطراب سالمندان به ارتقاء وضعیت‌های شناختی سالمندان کمک می‌کند و با ایجاد فضایی مناسب باعث تحریک و تقویت حافظه آنها می‌گردد. خاطره گویی گروهی نوعی ورزش حافظه است و استفاده از حافظه دور دست که در جریان خاطره گویی اتفاق می‌افتد در بهبود عملکردهای شناختی سالمندان کمک کننده است (۴۳). همچنین یکی از روش‌های حفظ حافظه و فعالیت‌های شناختی بیماران آلزایمر می‌باشد (۴۴). امینی و همکاران (۲۰۱۰) نیز نشان دادند روش های توانبخشی شناختی سالمندان موجب بهبود حافظه و عملکردهای شناختی سالمندان می‌گردد (۴۵). وودز و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعات خود نشان دادند خاطره گویی با تحریک حافظه از تخریب عملکرد شناختی جلوگیری می‌کند. آنها این روش مداخله ای را یک درمان اثر بخش و بازتوانی در بیماران مبتلا به دمانس می‌دانند (۴۶). جوستن و همکاران (۲۰۰۸) نیز نشان دادند درمان های شناختی موجب افزایش آگاهی و حافظه به همراه بهبود مشکلات رفتاری و

## منابع

- 1- Chiang KJ, Chu H, Chang HJ, Chung MH, Chen CH, Chiou HY, Chou KR. The effects of reminiscence therapy on psychological Well- being, depression, and loneliness among the Institutionalized aged. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2009; 25 (4): 380- 8.
- 2- Sohrabi MB, Zolfaghari P, Mahdizade F, Aghayan SM, Ghasemian Aghmashhadi M, Shariati Z, Khosravi A. Evaluation and comparison of cognitive state and depression in elderly admitted in sanitarium with elderly sited in personal home. *Knowledge & health*. 2008; 3 (2): 27 [Persian].
- 3- Kazemi H, Ghasemi S, Sharifi F, Fakhrzadeh H, Ghaderpanahi M, Mirarefin M, Foroughan M and Mohammad khani P. The relationship between mental state and functional status in elderly residents of Kahrizak. *Journal of Ageing Iranian*. 2010; 4 (12): 16- 26 [Persian].
- 4- Nejati V. Cognitive- executive functions of brain frontal lobe in aged adults. *Journal of behavioral sciences*. 2010; 4 (1): 59- 64 [Persian].
- 5- Jorm A F, Christensen H, Korten, A E, Henderson A S, Jacomb P A, & Mackinnon A. Do cognitive complaints either predict future cognitive decline or reflect past cognitive decline? A Longitudinal study of an elderly community sample. *Psychological Medicine*, 1997. 27,91-98.
- 6- Turvey C L, Schultz S, Arndt S, Wallace R B, & Herzog R. Memory complaint in a community sample aged 70 and older. *Journal of the American Geriatrics Society*, (2000).P14.
- 7- Petersen RC, Robert RO, Knopman D, et al. Mild cognitive impairment: *Arch Neural* 2009;66:1447-55.
- 8- Kianpour F, Haghighi C, Shekarshekan G, & Najarian B. The first stage of about seven psycho - social theory on the eight stages of Erikson with Elderly province. *Journal of Educational Science and Psychology*, (2003); 3 (1 & 2), 52-17.
- 9- Macdonald AJD. Mental health in old age. *BMJ* 1997; 315: 413-417.
- 10- Logan J M & Balota D A, Conscious and unconscious lexical retrieval blocking in younger and older Adults. *Psychology and Aging*, 2006;18, 537-550.
- 11- Tajvor M. Assessment the conditions. health and treatment in Iran, National congress of Gerontology & Geriatrics, 22 th state congress of medical & paramedical update, Esfahan 11-12-2005.P34.
- 12- Simon SS, Yokomizo JE, Bottino CM. Cognitive intervention in amnesic mild cognitive impairment: A systematic review. *Journal of Neuroscience and Bio behavioral Reviews*. 2012; 36 (4): 1163- 1178.
- 13- Busse A, Hensel A, Guhne U, Angermeyer MC, Riedel-Heller SG. Mild cognitive impairment: Long-term course of four clinical subtypes. *Neurology* 2006;67:2176-85.



- 14- Hanninen T, Hallikainen M, Tuomainen S, et al.: Prevalence of mild cognitive impairment: A population-based study in elderly subjects. *Acta Neurol Scand*, 2002; 106:148-54.
- 15- Hebert L, Beckett L, Scherr P, et al. Annual incidence of Alzheimer disease in the United States projected to theyears 2000 through 2050. *Alzheimer Dis Assoc Disord: Int J*.2001; 15: 169-173.
- 16- National Institute on Aging: Progress Report on Alzheimer's Disease. NIH Publication No. 05-5724. Bethesda, MD: National Institute on Aging. Available at [http://www.nia.nih.gov/Alzheimers/Publications/ADProgress2005\\_2006/](http://www.nia.nih.gov/Alzheimers/Publications/ADProgress2005_2006/). Accessed May 19, 2009.
- 17- Kumara R, Dear b K, Christensen b H, et al.: Prevalence of mild cognitive impairment in 60- to 64-year-old community dwelling in dividuals :The personality and total health through life 60+ study. *Dement Geriatric Cognitive Disorder*. 2005;19: 67-74.
- 18- Manly J, Tang M, Schup f N, et al.: (2005). Implementing diagnostic criteria and estimating frequency of mild cognitive impairment in an urban community. *Arch Neurol*. 2005;62: 1739-1746.
- 19- Pressley J, Trott C, Tang M: Dementia in community dwelling elderly patients: A comparison of survey data , medi care claims, cognitive screening, reported symptoms ,and activity limitations. *J Clin Epidemio l*. 2003; 56: 896-905.
- 20- Davie J, Azuma T, Goldinger S, et al.: Sensitivity to expectancy violations in health aging and mild cognitive impairment. *Neuro psychology*. 2004 ; 18: 269-275.
- 21- Yu F, Rose K, Burgener S, et al.: Cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and dementia. *J Gerontol Nurse*. 2009 ; 35: 23-29.
- 22- Burns JM, Morris JC (2008) *Mild cognitive impairment and early Alzheimer's disease*. Wiley, England.
- 23- Low LF, Brodaty H, Edwards R, et al. The prevalence of 'cognitive impairment no dementia' in community-dwelling elderly: a pilot study. *Agust N Z J Psychiatry*. 2004 ; 38: 725-731.
- 24- Mobasheri M, Moezy M, The prevalence of depression among the elderly population of Shaystegan and Jahandidegan nursing homes in Shahrekord. *Journal of Shahrekord University Of Medical Sciences*, 2010; 12(2): 89-96.
- 25- Wang J-J. Group reminiscence therapy for cognitive and affective function of demented elderly in Taiwan. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007; 22(12): 1235-40.
- 26- Hojjati H. *Comprehensive over view of mental health*. Tehran, Jamenegar Pub. 2011 ; 256 [Persian].
- 27- Aquirra E, Spector A, Hoe J, Ressel IT, Khap M, Woods RT, Orell M. Maintenance cognitive stimulation therapy (CST) for dementia; A single- blind multi- centre randomized controlled Trail of maintenance (CST) VS CST for dementia. *Trials Journal*, 2010; 11 (46): 2-10.

28- Joosten - Weyn Banningh LW, Kessels RP, Olde Rikkert MG, Geleijns - Lanting CE, Kraaimaat FW. A cognitive behavioral group therapy for patients diagnosed with mild cognitive impairment and their significant others: Feasibility and preliminary results. *Journal of Clinical Rehabilitation*. (2008); 22 (8): 731- 40.

29- Peng XD, Huang CQ, Chen LD, Lu Zc. Cognitive behavioral therapy and reminiscence techniques for the treatment of depression in the elderly: a systematic review. *The Journal International Medical Research*. 2009; 37 (4): 975- 983.

30- Hojjati H, Asayesh H, Hossain Alipour S, Nikkhah F, Nazari R, Sharifnia SH. The effect of group reminiscence on loneliness and the need for belonging in elders. *Iranian Journal of Health and care*. 2011; 13 (1): 52- 58 [Persian].

31- Sotodeh O, Pooragha Roodbordeh F, Kafi S.M, Poornesaii G.S, Effectiveness of Reminiscence Group Therapy on Male Elderly's Mental Health. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*, 2012; 85(22): 61-67.

32- Moradinejad S, Sahbaee F, Nakavand M, Zare M, The Effect of Reminiscence Therapy on Elderly Mental Health. *Iranian Journal of Ageing*, 2010; 17(5): 60-66.

33- Burns, A, Lawlor, B., & Graige, S.(1999). *Assessment scale in old age psychiatry*. London: Martin Dunitz.

34- Nillson J, Parker MG, Kabir ZN. Assessing Health – Related quality of life among older people in Rural Bangladesh. *J of Trans Cultural Nursing*. 2004; 15(4): 298 – 307.

35- Wua C, Yao G. Psychometric analysis of the short- form UCLA loneliness scale (ULS-8) in Taiwanese undergraduate students. *Personality and Individual Differences Journal* . 2008; 44 (8):1762– 1771.

36- Frooghian M, Jafari Z, Shirinbaiani P, Qaem Maqam Farahani Z. Standardization of brief examination of cognitive status of elderly in Tehran. *Advanced cognitive science Journal*. 2008; 10 (2): 29-37 [Persian].

37- Okumura Y, Tanimukai S, Asada T. Effects of short-term reminiscence therapy on elderly with dementia: A comparison with everyday conversation approaches. *Psycho geriatrics* 2008;8(3): 124-33.

38- Nemati Dehkordi SH, Nemati Dehkordi MN, Nekuee A, Fruzande R. The effect of group reminiscence therapy on quality of life of elderly. *Armaghane Danesh* 2008;13(4): 58-64.

39- Nemati Dehkordy S, Dasht Bozorgy B, Pakseresht S, Rasekh A. The effect of reminiscence therapy on elderly quality of life. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. (2008) ; 9 (4); 75-76 [Persian].

40- Bruce, E., Hodgson, S., Schweitzer, A., & Schweitzer, P. (1999). *Reminiscing with people with dementia* . London: Amazon.

41- Bradley, D. B. (2007). *Working with older adults in the community*. Bowling Green, KY:Western Kentucky University.

- 42- Graham N, Clayton H, & Warner J (1999). Alzheimer's at your fingertips. Hong Kong: Class Publishing.
- 43- Harrand AG, Bollstetter JJ. Developing a community-based reminiscence group for the elderly. Clin Nurse Spec. 2000 Jan; 14(1): 17-22.
- 44- Frances I, Barandiarán M, Marcellan T, Moreno L. Psycho cognitive stimulation in dementias. An Sist Sanit Navar. 2003 Sep-Dec; 26(3): 405-22.
- 45- Amini M, Dowlatshahi B, Dadkhah A, Lotfi M. The effect of Cognitive rehabilitation in decrease of Cognitive deficitis in elderly patients with dementia . Salmand. 2010; 10 (15): 78- 86 [Persian].
- 46- Woods RT, Bruce E, Edwards RT, Hounsom B, Keady J, Moniz- Cook ED, Orrell M, Russell IT. Reminiscence group for people with dementia and their family careirs: Pragmatic eightcentre randomized trial of joint reminiscence and maintenance versus usual treatment: a protocol. Journal biomedical central. 2009; 2 (10): 2- 10.
- 47- Lin LJ, Li KY, Tabourne CE. Impact of the life review program on elders with dementia: a preliminary study at a day care center in southern Taiwan. J Nurs Res. 2011; 19 (3): 199- 209.
- 48- Chang SH, Chen CY, Shen SH, Chiou JH. The effectiveness of an exercise programe for elders with dementia in a Taiwanese day- care centre. Int J Nurse Pract. 2011; 17 (3): 213- 20.

## The Effects of the Group Reminiscence on Cognitive Status of Mild Cognitive Impaired Elders

Ghanbarpanah<sup>1</sup> I (MSc.) - Fallahi Khoshknab<sup>2</sup> M (Ph.D) - Mohammadi<sup>3</sup> F (Ph.D) - Seyed Bagher Maddah<sup>4</sup> S - Khodaie Ardakani<sup>5</sup> MR (MD).

### Abstract

**Introduction:** The growth of the elderly society and contagion of various cognitive impairments and disorders among this age group, attending accessible, inexpensive and low-side cure and care methods has become a necessary issue. The purpose of the present study was to investigate group reminiscence effects on cognitive abilities of mild cognitive impaired elders.

**Methods:** This research was in the semi-experimental category aimed to determine the influences of group reminiscence on cognitive abilities of mild cognitively impaired elderly at the “Jahandidegan-e-Shiraz” institute. Thus, Seventy two 60-84 years old people of this institute (48 females and 24 males) were purposefully chosen, as the subjects, and were divided into three teams of group reminiscence, group intervention and without intervention, considering the same proportion between the three teams. Mini-Mental State Examination (MMSE) was implemented on the subjects, before and after the interventions. The reminiscence intervention was in a manner that the group reminiscence team attended 8 group reminiscence sessions (one weekly session with the spans of 60 to 90 min). Meetings of the first evidence team (group talks) were similar to the group reminiscence one, except for those meetings which were held without any reminiscence, and its subjects were talking about usual and daily issues, as a group. The third team (the second evidence group) didn't receive any intervention, during the research.

**Results:** Cognitive abilities increased significantly, among the two teams of group reminiscence and group intervention. Also, the increase in group reminiscence team was significantly further than those of two other groups, and the increment of group intervention team was significantly more than that of the group without intervention ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** According to results of this study, it should be considered that the elderly, who have mild cognitive impairments, could improve their cognitive abilities by group reminiscence. It seems, even group talking could increase cognitive abilities of these elders. Though, it is appropriate to execute the group talking in a group reminiscence manner. However, further researches are required, to achieve more accurate conclusions.

**Keywords:** Mild Cognitive Impairment, Group Reminiscence, the Elderly

**Received:** 18 October 2013

**Accepted:** 20 February 2014

1- MSc. Student in Psychiatric Nursing, Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

2- Associate Professor, Nursing Department, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. (Corresponding author)

e-mail: msflir@yahoo.com

3- Assistant Professor, Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

4- Assistant Professor, Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

5- Associate Professor, Psychiatric Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.