





دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران

گروه آموزش پرستاری

پایان نامه جهت اخذ مدرک کارشناسی ارشد

گرایش مدیریت داخلی جراحی توانبخشی

عنوان

بررسی تاثیر تحریک چند حسی بر وضعیت شناختی و کیفیت زندگی بیماران مرد مبتلا به  
دمانس نوع الزایمر بستری در مرکز نگهداری از سالمندان نسیم شهر

نگارنده

مهدی محبوبی نیا

استاد راهنما

دکتر اصغر دالوندی

استاد مشاور

دکتر کیان نوروژی

استاد مشاور امار

دکتر سمانه حسین زاده

ابان ماه ۱۳۸۹

شماره ثبت ۲۱۳-۵۰۰

## تقدیم به :

پدرم که سایه اش امن ترین پناهگاه و وجودش بزرگترین تکیه گاه است، به پاس دلسوزی و احساسش.

مادرم که تمامی وجودش محبت، صداقت و گذشت است، او که همواره فرشته وار دعایم می کند، به پاس شفقت و همدلی اش.

همسرم که زیباترین نغمه زندگی را با صبر خود سرود و چگونه همره بودن و همگام بودن را به من آموخت، ایثار دستانش را با شکوه تمام آیه های عشق می ستایم و صبوری و فداکاری اش را تا عرش فریاد می زنم.

فرزندانم، عرفان و الهام که با وجودشان گرما بخش زندگی می باشند.

## تقدیر و تشکر :

با سپاس از ایزد پاک که موهبت اموختن و تلاش را به من عطا فرمود لازم است تا مراتب قدردانی خود را از تمامی خوبانی که مرا در به

انجام رسانیدن این تحقیق یاری کردند، ابراز نمایم:

جناب آقای دکتر دالوندی استاد محترم راهنما که علی رغم مشغله فراوان با صبر و حوصله مرا از راه دور و نزدیک در انجام این تحقیق مرا یاری فرمودند.

جناب آقای دکتر نوروزی استاد محترم مشاور و مدیر گروه پرستاری که با نگاه مو شکافانه به مسائل، این جانب را یاری کردند و در تمام طول مطالعه هم فکری هایشان چراغ راهم شد.

سرکار خانم سمانه حسین زاده استاد محترم و مشاور امار که با راهنمایی های بیدریغ خود به من در مرحله تجزیه و تحلیل و اصلاح کامل رساله مرا یاری کردند.

اساتید ناظر جناب آقای دکتر علی رضا کلدی

استاد داور و ناظر داخلی سرکار خانم دکتر فرحناز محمدی

سرکار خانم دکتر شادی سادات صفوی که در تمام طول پروژه از همفکری و همراهی ایشان بهره بردم و زحماتشان همسنگ اساتید مشاور و راهنما بود.

اساتید محترم گروه پرستاری: سرکار خانم دکتر مداح، جناب آقای دکتر خانکه، جناب آقای دکتر حسینی، جناب آقای دکتر فلاحی، جناب

آقای دکتر رهگوی، سرکار خانم دکتر محمدی، سرکار خانم دکتر کاشانی نیا

همچنین سه نفر از دوستانی که در اجرای این کار همراه و همکار من بودند جناب آقای سیروان اسمائی مجد و جناب آقای حسین رحیمی و

جناب آقای صلاح کریمی و مسئولین محترم و مدیریت سرای سالمندان نسیم شهر و کلیه سالمندان معزز که از همکاری آنان بهره مند شدم .

## چکیده

مقدمه: الزایمر باعث تاثیر منفی بر کیفیت زندگی و وضعیت شناختی بیماران مبتلا می شود با پیش فرض این که تحریک چند حسی بر وضعیت شناختی و کیفیت زندگی بیماران تاثیر گذار است و میتواند به بهبود آنها کمک کند این مطالعه انجام پذیرفت .

هدف: هدف از پژوهش تعیین اثر بخشی تحریک چند حسی بر وضعیت شناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دمانس نوع الزایمر در سال ۱۳۸۸ بود.

روش مطالعه : در این پژوهش از طرح نیمه تجربی<sup>۱</sup> استفاده شد این پژوهش از دو گروه آزمودنی تشکیل شده است. که هر دو گروه سه بار مورد اندازه گیری قرار گرفتند. اولین اندازه گیری با اجرای پیش آزمون و دومین اندازه گیری حین آزمون و سومین اندازه گیری با پس آزمون انجام گرفت. برای انتخاب بیماران از روش نمونه گیری هدفمند استفاده شد. برای تشکیل گروه ها از روش تخصیص تصادفی<sup>۲</sup> استفاده شد.

جامعه پژوهش شامل جامعه هدف شامل سالمندان مرد بستری مبتلا به دمانس نوع الزایمر در مرکز نگهداری سالمندان نسیم شهر تهران بود. در این پژوهش از ابزار گرد آوری داده ها شامل پرونده های روانپزشکی، پرسشنامه محقق ساخته دموگرافیک، پرسشنامه معاینه مختصر وضعیت روانی (MMSE)، و پرسشنامه کیفیت زندگی سالمندان لیپاد استفاده شد..

یافته های پژوهش: تحریک چند حسی بر تمام ابعاد پرسشنامه کیفیت زندگی سالمندان لیپاد در حین و پس از آزمون در مقایسه با قبل از آزمون و گروه کنترل تاثیر معنی داری در جهت ارتقاء کیفیت سالمندان داشته است ( $p=0,001$ )، تنها در بعد ذهنی در این مداخله تغییر معنی داری حاصل نشد که با یافته های حاصل از بررسی وضعیت شناختی هم خوانی دارد ( $p=0,058$ ). بعد از مداخله تاثیر معنی داری بر وضعیت شناختی بیماران حاصل نشد. ( $p=0,218$ )

نتیجه گیری : تحریک چند حسی می تواند شیوه موثری در بهبود وضعیت کلی و تثبیت علائم بیماران مبتلا به دمانس نوع الزایمر باشد. در حالیکه در مورد بهبود وضعیت شناختی بیماران پژوهش به نتایج مثبتی دست نیافت پیشنهاد می گردد در مطالعات آتی این پژوهش در جامعه های دیگر و با حجم نمونه بیشتر مورد سنجش قرار گیرد.  
کلید واژه ها: تحریک چند حسی- الزایمر- کیفیت زندگی- سالمندان- وضعیت شناختی

---

<sup>۱</sup> Quasi experimental

<sup>۲</sup> Random allocation

# فهرست مطالب

## ۱ فصل اول (کلیات تحقیق)

..... ۲	۱-۱ مقدمه
..... ۲	۲-۱ بیان مسئله پژوهش
..... ۲	۳-۱ اهمیت و ضرورت پژوهش
..... ۱۹	۴-۱ اهداف پژوهش
..... ۱۹	۱-۴-۱ هدف کلی
..... ۱۹	۲-۴-۱ اهداف اختصاصی
..... ۱۹	۳-۴-۱ اهداف کاربردی
..... ۲:	۵-۱ سئولات پژوهش
..... ۲:	۶-۱ تعریف عملی و نظری متغیرها
..... ۲:	۱-۶-۱ تعریف نظری تحریک چندحسی
..... ۲.۱	۲-۶-۱ تعریف عملی تحریک چند حسی
..... ۲.۱	۳-۶-۱ تعریف نظری دمانس نوع الزایمر
..... ۲.۱	۴-۶-۱ تعریف عملی دمانس نوع الزایمر
..... ۲.۱	۵-۶-۱ تعریف نظری کیفیت زندگی
..... ۲.۲	۶-۴-۱ تعریف عملی کیفیت زندگی
..... ۲.۲	۷-۱ محدودیت‌ها

## ۲ فصل دوم (پیشینه تحقیق)

..... ۲۵	۱-۲ مقدمه
..... ۲۵	۲-۲ دمانس:
..... ۲۶	۱-۲-۲ انواع دمانس
..... ۲۷	۳-۲ دمانس نوع الزایمر
..... ۲۷	۱-۳-۲ تاریخچه بیماری آلزایمر
..... ۲۹	۲-۳-۲ علایم و نشانه ها
..... ۳۱	۳-۳-۲ بروز علایم و نشانه ها
..... ۳۵	۴-۳-۲ تشخیص های افتراقی:
..... ۳۷	۵-۳-۲ انواع آلزایمر
..... ۴۰	۶-۳-۲ سیر و پیش آگهی
..... ۴۱	۷-۳-۲ شیوع و همه گیر شناسی
..... ۴۳	۸-۳-۲ سبب شناسی
..... ۴۶	۴-۲ درمان آلزایمر
..... ۵۰	۵-۲ نقش پرستار در ارتباط با بیماران مبتلا به دمانس نوع الزایمر
..... ۵۲	۱-۵-۲ فرایند پرستاری
..... ۵۵	۶-۲ اسنوزلن
..... ۵۸	۱-۶-۲ خطوط راهنمای برای فعال سازی محیط چند حسی:
..... ۵۸	۲-۶-۲ نقش مسئول اتاق استوزلن
..... ۵۸	۳-۶-۲ وسایل و تنظیمات مورد نیاز برای اتاق اسنوزلن

..... ۵۹	۶-۲ کیفیت زندگی
..... ۶۰	۱-۶-۲ مفهوم کیفیت زندگی
..... ۶۴	۲-۶-۲ حیطه های کیفیت زندگی
..... ۶۵	۳-۶-۲ اجزای کیفیت زندگی
..... ۶۶	۷-۲ شاخص های کیفیت زندگی
..... ۶۷	۸-۲ ابعاد کیفیت زندگی
..... ۶۹	۹-۲ سنجش کیفیت زندگی
..... ۷۱	۱۰-۲ معیارهای سنجش کیفیت زندگی
..... ۷۱	۱-۱۰-۲ مصاحبه ها
..... ۷۱	۲-۱۰-۲ پرسشنامه ها
..... ۷۲	۱۱-۲ کیفیت زندگی مرتبط با سلامت
..... ۷۳	۱-۱۱-۲ کاربردهای کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی
..... ۷۴	۱۲-۲ بررسی متون
..... ۷۹	۱-۱۲-۲ آموزش استثنایی
..... ۸۱	۲-۱۲-۲ مراقبت از افراد سالمند
..... ۸۱	۳-۱۲-۲ استفاده در محیط کار پرستاری
..... ۸۵	۳ فصل سوم (روش شناسی تحقیق)
..... ۸۵	۱-۳ مقدمه
..... ۸۵	۲-۳ نوع پژوهش
..... ۸۵	۳-۳ جامعه پژوهش و روش نمونه گیری
..... ۸۶	۴-۳ معیار های ورود:



..... ۸۷	۳-۵ معیار های خروج:
..... ۸۷	۳ ۶ ابزار گرد آوری داده ها:
..... ۸۷	۳-۶-۱ پرونده های روانپزشکی
..... ۸۷	۳-۶-۲ پرسشنامه محقق ساخته دموگرافیک::
..... ۸۷	۳-۶-۳ پرسشنامه معاینه مختصر وضعیت روانی
..... ۸۸	۳-۶-۴ پرسشنامه کیفیت زندگی سالمندان لیپاد:
..... ۸۹	۳-۷ روایی و پایایی ابزار:
..... ۹۰	۳-۸ روش اجرا
..... ۹۳	۳-۹ کلیاتی در مورد روش آموزشی- درمانی تحریک چند حسی
..... ۹۳	۳-۱۰ اهداف کلی مداخله::
..... ۹۳	۳-۱۱ خطوط راهنمای برای فعال سازی محیط چند حسی:
..... ۹۳	۳-۱۱-۱ نقش مسئول اتاق اسنوزلن:
..... ۹۴	۳-۱۱-۲ وسایل و تنظیمات مورد نیاز برای اتاق اسنوزلن:
..... ۹۵	۳-۱۲ روش تجزیه و تحلیل داده ها:
..... ۹۵	۳-۱۳ ملاحظات اخلاقی:
	۴ فصل چهار (توصیف و تحلیل داده ها)
..... ۹۸	۴-۱ مقدمه:
..... ۹۸	۴-۲ توصیف اماری داده ها
..... ۹۸	۴-۳ تحلیل اماری داده ها
..... ۹۹	۴-۴ مشخصات واحدهای پژوهش

۵ فصل پنجم (بحث و نتیجه گیری)

۵-۱ مقدمه

.....۱.۱.۶.....

۵-۲ بحث و نتیجه گیری

.....۱.۱.۶.....

۵-۳ پیشنهاد ات

.....۱.۲.۲.....

۵-۳-۱ کاربرد نتایج پژوهش در پرستاری

.....۱.۲.۳.....

۵-۳-۲ پیشنهاد برای تحقیقات اتی

.....۱.۲.۴.....

فهرست منابع

.....۱.۲.۳.....

پیوست ها

.....۱.۳.۵.....

## فهرست جداول

.....۳:	جدول ۱-۲ علایم و نشانه های بیماری آلزایمر:
.....۶۵:	جدول ۲-۲ تقسیم بندی معیار های کلی کیفیت زندگی
.....۹۹:	جدول ۱-۴: توزیع سنی آزمودنی های مبتلا به دمانس نوع آلزایمر در گروه شاهد و ازمون
.....۹۹:	جدول ۲-۴: توزیع وضعیت تأهل بیماران مبتلا به دمانس نوع آلزایمر در گروه ازمون و شاهد
.....۱:۰:۰:	جدول ۳-۴: توزیع میزان تحصیلات بیماران مبتلا به دمانس نوع آلزایمر در گروه ازمون و شاهد
.....۱:۰:۱:	جدول ۴-۴: نتایج بررسی نرمال بودن خرده مقیاس های کیفیت زندگی و وضعیت شناختی
	جدول ۵-۴: مقایسه میانگین پاسخ های خرده مقیاس بعد عملکرد جسمی در سه بار اندازه گیری به تفکیک
.....۱:۰:۲:	گروه
.....۱:۰:۳:	جدول ۶-۴: مقایسه زوجی کیفیت زندگی در بعد عملکرد جسمی در گروه ازمون
	جدول ۷-۴: مقایسه میانگین پاسخ های خرده مقیاس بعد مراقبت از خود در سه بار اندازه گیری به تفکیک گروه
.....۱:۰:۳:	
.....۱:۰:۴:	جدول ۸-۴: مقایسه زوجی کیفیت زندگی در بعد مراقبت از خود در گروه ازمون
	جدول ۹-۴: مقایسه میانگین پاسخ های خرده مقیاس بعد افسردگی و اضطراب در سه بار اندازه گیری به تفکیک
.....۱:۰:۸:	گروه
.....۱:۰:۶:	جدول ۱۰-۴: مقایسه زوجی کیفیت زندگی در بعد افسردگی و اضطراب در گروه ازمون
	جدول ۱۱-۴: مقایسه میانگین پاسخ های خرده مقیاس بعد عملکرد ذهنی در سه بار اندازه گیری به تفکیک
.....۱:۰:۶:	گروه
	جدول ۱۲-۴: مقایسه میانگین پاسخ های خرده مقیاس بعد عملکرد اجتماعی در سه بار اندازه گیری به تفکیک
.....۱:۰:۷:	گروه

- جدول ۴-۱۳: مقایسه زوجی کیفیت زندگی در بعد عملکرد اجتماعی در گروه ازمون .....۱.۱.۸
- جدول ۴-۱۴: مقایسه میانگین پاسخ های خرده مقیاس بعد عملکرد جنسی در سه بار اندازه گیری به تفکیک  
گروه .....۱.۱.۹
- جدول ۴-۱۵: مقایسه زوجی کیفیت زندگی در بعد عملکرد جنسی در گروه ازمون .....۱.۱.۱۰
- جدول ۴-۱۶: مقایسه میانگین پاسخ های خرده مقیاس بعد رضایت از زندگی در سه بار اندازه گیری به تفکیک  
گروه .....۱.۱.۱۱
- جدول ۴-۱۷: مقایسه کیفیت زندگی در بعد رضایت از زندگی: قبل و بعد، حین و بعد و قبل و حین .....۱.۱.۱۴
- جدول ۴-۱۸: مقایسه میانگین پاسخ های کیفیت زندگی کل در سه بار اندازه گیری به تفکیک گروه  
.....۱.۱.۱۲
- جدول ۴-۱۹: مقایسه زوجی کیفیت زندگی کل در گروه ازمون .....۱.۱.۱۳
- جدول ۴-۲۰: میانگین پاسخ های معاینه مختصر وضعیت روانی در سه بار اندازه گیری به تفکیک گروه .....۱.۱.۱۳
- جدول ۴-۲۱: انالیز اندازه های تکراری برای پاسخ معاینه مختصر وضعیت روانی .....۱.۱.۱۴

## فهرست نمودار ها، تصاویر

.....۱۶.....	شکل ۱-۱: مدل پنداشتی ابعاد تشکیل دهنده کیفیت زندگی سالمندان
.....۴۱.....	نمودار ۱-۲: علل شایع ایجاد کننده دمانس در بین سالمندان
.....۵۲.....	تصویر ۱-۲ اسکن مغزی بیمار الزایمر
.....۵۵.....	شکل ۱-۲ سیستم ارتباط متقابل در رفتار انسان
.....۵۸.....	تصویر ۲-۲ از اتاق تحریک چند حسی
.....۵۸.....	تصویر ۳-۲ از اتاق تحریک چند حسی
.....۶۸.....	شکل ۶-۲ مدل پنج سطحی پیامدهای سلامتی ویلسون و کلری

فهرست فرمول ها

فرمول ۱-۳ برآورد حجم نمونه

۸۶

# ١ فصل اول

(كليات تحقيق)

## ۱-۱ مقدمه:

جمعیت جهان بسرعت در حال سالمند شدن است. هم تعداد و هم نسبت افراد ۶۵ ساله و بالاتر در حال افزایش می باشد. تعداد و نسبت سالمندان در مناطق مختلف جهان متفاوت است. تعداد سالمندان از سال ۱۹۵۰ به بعد سه برابر افزایش یافته است، و تقریباً از ۱۳۰ میلیون نفر به ۴۱۹ میلیون نفر در سال ۲۰۰۰ رسیده است. نسبت سالمندان در طول همین مدت از ۴ درصد به ۷ درصد افزایش یافته است؛ (۱) برآورد میشود میزان جمعیت سالمند ایران که اکنون ۵ میلیون نفر است تا سال ۲۰۵۰ به حدود بیست و شش میلیون نفر (حدود ۲۴٪ جمعیت) برسد. (۲)

مسئله سالمندی جمعیت جهان که به دلایل مختلف از جمله کاهش میزان مولید، پیشرفت های علوم پزشکی، بهداشت، آموزش و پرورش و در نتیجه افزایش امید به زندگی در سطح جهانی مطرح شده است، پدیده نسبتاً نوینی است. از آنجائی که این پدیده در کلیه جنبه های زندگی جوامع بشری، از جمله طیف گسترده ای از ساختار های سنی، ارزش ها و معیارها و ایجاد سازمان های اجتماعی تحولات قابل ملاحظه ای بوجود می آورد، لذا مقابله با چالش های فراروی این پدیده و اتخاذ سیاست های مناسب در جهت ارتقای وضعیت جسمی، روحی و اجتماعی سالمندان از اهمیت بالایی برخوردار بوده و در دستور کار جامعه بین المللی قرار گرفته است. پدیده سالخوردگی جمعیت، همزاد با تحول جمعیت است و به موازات کاهش سطح باروری و افزایش امید به زندگی شکل می گیرد و به مسئله ای چند وجهی تبدیل می شود که ابعاد اقتصادی، پزشکی، اجتماعی، روانشناختی، فرهنگی و خانوادگی را در پی دارد. (۳)

## ۱-۲ بیان مسئله پژوهش:

پیری و پیر شدن<sup>۱</sup> را باید از چند جنبه نگریست، یکی از این جنبه ها دیدگاه پیری سالم و سالمند شدن طبیعی است که تمام افراد بشر روزی در این فرایند درگیر خواهند شد که به طور طبیعی رخ خواهد داد. (۱) یکی از موانع و مشکلات بسیار مهم بر سر راه پیر شدن ابتلا به بیماریهای مختلف و پیشرونده مانند انواع

---

<sup>۱</sup> Aging



اختلالات شناختی مزمن است که به سرعت وضعیت شناختی فرد را تحلیل می برد. اختلالات شناختی شرایطی هستند که با تخریب پیشرونده مغزی همراه می باشند و باعث نارسایی‌هایی در عملکرد فرد می شوند که با فراموشی، مشکلات تکلم، مشکلات خواندن و نوشتن اشکال در محاسبه، ضعف تصمیم گیری، عدم اشراف به زمان و مکان، عدم تشخیص اطرافیان، از دست دادن علاقه<sup>۱</sup> و لذت و کاهش هماهنگی در اندامها همراه است.(۴)

در بین بیماریهای دوران پیری هیچ کدام به اندازه اختلال شناختی دمانس سیر تخریبی و پیشرونده ندارند.(۴) دمانس شرایطی است که با تخریب پیشرونده مغزی، وضعیت شناختی و کاهش میزان رضایت از کیفیت زندگی فرد همراه است و باعث نارسایی‌هایی در عملکرد فرد می شود. میزان شیوع اختلالات شناختی در افراد بالای ۶۵ سال حدود ۲۰ درصد می باشد. یکی از انواع دمانس و در واقع شایع ترین نوع آن دمانس نوع آلزایمر می باشد(۵)، که میزان شیوع آن ۵۰ تا ۶۰ درصد از بیماران مبتلا به دمانس می باشد. بیماری آلزایمر شایعترین عامل زوال عقلی (دمانس<sup>۲</sup>) در جوامع غربی می باشد.(۶) این بیماری نوعی اختلال مغزی مزمن، پیشرونده و ناتوان کننده است که با اثرات عمیق بر حافظه، هوش و توانایی مراقبت از خود همراه می باشد. در حدود ۴ درصد از مردم بعد از ۶۵ سالگی دچار الزایمر می شوند، در ۸۰ سالگی میزان وقوع آن به ۲۰ درصد می رسد. بیماری الزایمر یکی از وحشتناک ترین بیماری های عصر جدید است، زیرا اثرات فاجعه باری بر بیمار و خانواده دارد و این افراد اختلالی را تجربه می کنند که آن را «تشیع جنازه بی پایان نامیده اند».(۷) بارزترین نشانه شناختی آلزایمر مشکلات و نقایص شدید حافظه و اختلالات خلقی از جمله افسردگی است که از مراحل ابتدایی تا پیشرفته دیده می شود.(۶-۵) تاریخ آشنایی با بیماری آلزایمر بسیار کوتاه است و تحقیقات در مورد آن حدوداً در بیست سال گذشته آغاز گردیده است. اگر علایم بیماری آلزایمر شفاف و روشن بود، با این همه مسائل عدیده مواجه نبودیم.(۴) آلزایمر واقعاً بیماری عجیبی است، گاهی سالها طول می کشد تا بیمار و اطرافیان از آن آگاه شوند. علایم اختصاصی برای بیماری وجود ندارد و هر گونه تغییر غیر عادی در رفتار و آداب

---

<sup>۱</sup> Anhedonia

<sup>۲</sup> Dementia

و رسوم می تواند نشانه دمانس باشد. این بیماری آنقدر آرام و تدریجی شروع می شود که بیماری متقلب خوانده می شود. (۵) عواملی مثل کمبود تغذیه و ویتامین ها، مواجهه با سموم مختلف، سکته<sup>۱</sup>، ضربات به سر<sup>۲</sup>، دخانیات، فرسایش و از دست رفتن سلولهای مغزی و عدم تحریک بهینه<sup>۳</sup> این افراد منجر به وضعیتی شناختی شبیه دمانس یا حتی خود بیماری دمانس می شود. (۵) نتایج تحقیقات در مورد حافظه و خلاقیت با هم در تضاد هستند. بیشتر مطالعات مقطعی نشان می دهند که کاهش در این توانایی با سن ارتباط دارد، اما به تازگی مطالعات طولی ارزش این یافته ها را با تردید مواجه ساخته است. (۵) در افرادی که تلاش و فعالیت ذهنی داشته و در تمام مدت زندگی سرگرم تمرین ها و ممارست های فکری بوده اند، در سنین پیری نه تنها نقصانی در کارشان حاصل نمی شود بلکه فعالیت ذهنی شان رو به افزایش است. انچنان که می توانند سالهای پایانی عمر خود را شاداب تر و پر ثمر تر سازند. (۸) به هر میزان که بر سن افراد افزوده شود از توان یاد گیری افراد کاسته می شود. اینان حال و حوصله فراگیری ندارند و شاید این امر بر اساس اختلالی است که در حافظه کلی پدید آمده است نه در مسئله ادراک آنها. (۹)

فقدان پیشرونده توانایی های شناختی مانند اختلال در حافظه تقریباً در تمام بیماران دیده می شود. (۵) هم چنین این فقدان باعث می شود که فعالیت های قبلی که برای بیمار تقویت کننده بوده است، دیگر تقویت کننده نباشد. هم چنین موجب مشکل و بغرنج تر کردن مسأله این بیماران می شود. (۶) افسردگی نیز حالتی است که با نشانگان پایا همراه است که می تواند از چند هفته تا سالها ادامه یابد. افسردگی با نشانه هایی از قبیل کاهش علاقه، خلق تحریک پذیر، احساس گناه، برانگیختگی<sup>۴</sup> و افکار مربوط به مرگ همراه است. (۸) در صورتی که آلزایمر با افسردگی همراه شود چه برای بیمار و چه برای خانواده وی و چه برای مراقبین آنها می تواند منبع استرس بالایی باشد. (۶) خانواده (قربانیان دیگر بیماری الزایمر) از بی قراری بیمار، اهمال در مراقبت از خود (بیمار)، بی اختیاری ادراکی، زمین خوردن ها و دوره های خشم و عصبانیت شدید شکایت دارند و بسیار

---

<sup>۱</sup> stroke

<sup>۲</sup> Head trauma

<sup>۳</sup> Optimal stimulation

<sup>۴</sup> Hyper arousal

ناراحت هستند. (۷) کسانی که به طور کامل با این بیماران زندگی می کنند در معرض تعارضات گسترده ای قرار می گیرند و میتواند کیفیت زندگی این افراد را هم پایین آورد. (۹) به دلیل ماهیت پیشرونده و تخریبی بیماری آلزایمر و تأثیر مخرب آن بر وضعیت شناختی بیماران، هر ساله در سراسر جهان میلیون ها دلار صرف هزینه تشخیص و درمان این بیماران می شود. این هزینه ها در مراحل پیشرفته تر بیماری که نیازمند بهره گیری از خدمات نگهداری است چند برابر می شود. (۱۰)

وجود معلولیت های ناشی از بیماری و نیز هزینه های سرسام آور نگهداری و درمان بیماران، متخصصان را بر آن داشته تا به راهکارهای درمانی مختلفی روی آورند. در چند دهه اخیر عمده ترین درمان ها معطوف به درمان زیست شناختی و استفاده از داروهای مختلف، مداخلات روانی اجتماعی مانند آموزش خانواده و گسترش مراکز نگهداری روزانه (۱۱) و مداخلات سایکودینامیک خانواده<sup>۱</sup> برای کاهش بار عاطفی و هیجانی ناشی از وجود بیماری آلزایمر بوده اند. (۱۲)

یکی از شیوه های اخیر درمانی و حمایتی برای بیماران تکنیک تحریک چند حسی<sup>۲</sup> (۱۱) است که برای بهبود سازگاری افراد مبتلا به وضعیت شناختی ویژه از قبیل دمانس نوع آلزایمر می باشد. تحریک چند حسی بر این فلسفه بنیان نهاده شده است که بیماران مبتلا به دمانس دچار درجاتی از محرومیت حسی هستند که می تواند بر کیفیت مراقبتی بیماران تأثیر بگذارد. تحریک حسی شامل استفاده از انواع بوهای خوشایند، تحریک دیداری مثبت با استفاده از تصاویر، لمس بیمار و همچنین استفاده از موسیقی ملایم برای این بیماران می باشد که به پیشرفت هایی دست یافته است. (۱۳)

یکی از مشکلاتی که باعث افت تدریجی وضعیت شناختی و مستعد شدن افراد به بیماری می شود، عدم تحریک و محرومیت حسی<sup>۳</sup> به مدت طولانی است. عدم تحریک مخصوصاً در مکان هایی که فرد سالمند امکان

<sup>۱</sup> Psychodynamic family intervention

<sup>۲</sup> Multi- sensory stimulation

<sup>۳</sup> Sensory deprivation

دسترسی به امکانات تحریکی ندارد رایج تر است. (۱۴) لیدرمن، مندلسون و وکسلر<sup>۱</sup> (۲۰۰۱) به نقل از بیکر<sup>۲</sup> (۲۰۰۳) به این نتیجه رسیدند که محیط‌های مراقبتی افراد مبتلا به دمانس اغلب تحریک اندکی برای بیمار به همراه دارند. ترکیب این عوامل می‌تواند منجر به درجاتی از محرومیت حسی شوند. (۱۵)

نوربرگ، ملین و آسپلوند<sup>۳</sup> (۲۰۰۳) اظهار می‌کنند که عدم تحریک حسی می‌تواند به صورت تحریک حسی نامناسب مانند صدای غیر قابل درک یا صدای سایر بیماران باشد که منجر به کناره‌گیری از جهان خودشان و پاسخ‌دهی اندک به محیط‌شان و همچنین تخریب حس بهزیستی و کیفیت زندگی این بیماران می‌شود، که پیامد آن ارتباط نامناسب با مراقبین می‌باشد و ضرورت جستجوی محرک‌های مناسب برای بیماران از طریق مدالیته‌های حسی را می‌رساند. محرومیت حسی در بسیاری از موارد می‌تواند منجر به نشانه‌های روان شناختی متعددی مانند آشفتگی‌های شناختی، اختلالات اضطرابی<sup>۴</sup>، پایین آمدن رضایت از زندگی و سایر اختلالات شود. (۱۴) باور<sup>۵</sup> (۱۹۹۷) به نقل از هوپ<sup>۶</sup> (۱۹۹۷) توصیف کرد که چگونه وضعیت شناختی در شرف فروپاشی منجر به آسیب در پردازش محرک‌های حسی و باعث درهم آمیزی آنها می‌شود. (۱۲) مندلسون و همکاران (۱۹۹۸) به نقل از بیکر<sup>۷</sup> (۲۰۰۳) به این نتیجه دست یافته‌اند که محیط‌های مراقبت از دمانس اغلب دارای محرک‌ها و تحریک کمی برای بیماران می‌باشند. ترکیب این عوامل ممکن است منجر به درجاتی از محرومیت حسی شوند. (۱۵)

در حال حاضر درمان‌های متعددی برای تثبیت کارکرد روزمره این افراد وجود دارد. اگر چه دارو درمانی در کاهش تعدادی از علائم روان پزشکی مفید بوده است، اما داروهایی که در حال حاضر برای درمان این بیماری به کار می‌روند در بهترین حالت تأثیری متوسط در تثبیت<sup>۸</sup> تعداد کمی از نشانه‌های شناختی و رفتاری

<sup>۱</sup> Leiderman, mendelson, & Wexler

<sup>۲</sup> Baker

<sup>۳</sup> Norberg, melin, asplund

<sup>۴</sup> Anxiety disorders

<sup>۵</sup> Bower

<sup>۶</sup> Hope K ۱۹۹۷

<sup>۷</sup> Baker

<sup>۸</sup> Stabilization