

دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی  
معاونت پژوهشی  
مرکز تحقیقات سالمندی

## خودکارآمدی و فشار مراقبتی مراقبین عضو خانواده سالمندان

### مبتلا به آلزایمر در تهران

نویسنده: دکتر فرحناز محمدی شاهبلاغی

#### چکیده پژوهش:

مقدمه: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی - تحلیلی از نوع همبستگی است که با هدف کلی تعیین خودکارآمدی و فشار مراقبتی و بررسی ارتباط آنها در مراقبین عضو خانواده سالمندان مبتلا به آلزایمر مقیم در منزل شهر تهران، در سال ۱۳۸۴ انجام پذیرفته است.  
نمونه پژوهش در این مطالعه ۸۱ نفر از مراقبین عضو انجمن آلزایمر ایران بودند.  
ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه مشتمل بر اطلاعات فردی، سنجش خودکارآمدی و فشار مراقبتی مراقبین عضو خانواده بود.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد اکثریت واحدهای مورد مطالعه را زنان ۶۰ درصد، با نسبت همسری ۵۶ درصد، متاهل ۶۴ درصد، در سطح تحصیلات سیکل ۳۹ درصد، خانه‌دار ۵۵ درصد که با سالمند تحت مراقبت در یک خانه به سر می‌برند (۵۲ درصد) تشکیل می‌داد. ۴۵ درصد این واحدها برای ارزیابی مراقبت آموزش رسمی نداشتند و ۵۳ درصد نیز از ارزیابی مراقبت به سالمند خود راضی بودند این در حالی بود که ۳۶ درصد آنان سلامت خود را بد ارزیابی نموده و ۳۵ درصد نیز مدعی ابتلا به اختلالات روان بودند. مهمترین نیاز مراقبتی مراقبین را نیاز به آموزش تشکیل داده و از نظر آنان اولین اولویت مراقبت دهی به سالمندان، حمایت و مراقبت روحی و روانی، و به ترتیب در درجات بعدی حمام دادن و رعایت نظافت بیمار قرار داشت. میانگین خودکارآمدی ۶۶/۹۶ (۱۰۶ - ۲۹) و فشار مراقبتی ۳۹/۴۳ (۶۵ - ۱۷) محاسبه شد این دو متغیر با هیچیک از متغیرهای منظور در مشخصات فردی مرتبط نبود و بین دو متغیر همبستگی معنی دار ۰/۵۳۹ با  $p=0/01$  برقرار بود. یافته‌ها نشان داد که دو متغیر خودکارآمدی و فشار مراقبتی مفاهیمی کاملاً فردی بوده و به برآورد و ادراک کلی فرد از خود بستگی دارد. از سوی دیگر اگر چه مراقبت از سالمند مبتلا به آلزایمر امری استرس‌آور محسوب می‌شود لیکن ارزیابی مراقبین از این استرس به گونه‌ای نیست که مراقبین، آن را غیر قابل رویارویی تعبیر کنند. به طوریکه میانگین در حد متوسط فشار مراقبتی و ارتباط مثبت آن با احساس خودکارآمدی نشان دهنده تعبیر بالنسبه مثبت مراقبین از استرس مراقبت می‌باشد. یافته‌های این مطالعه با یافته سایر محققین در حوزه مراقبت همخوان بود.

نویسنده: دکتر فرحناز محمدی شاهبلاغی  
دانشجوی دکتری پرستاری - عضو هیات علمی  
دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

واژه‌های کلیدی: خودکارآمدی؛ فشار مراقبتی؛ مراقبین عضو خانواده

#### مقدمه:

سالمندی پدیده روز عرصه‌های بهداشتی دنیا و کشور ما نیز محسوب می‌شود. طبق سرشماری جمعیت در سال ۱۳۷۵، ۶/۶ درصد جمعیت کشور را سالمندان ۶۰ سال و بالاتر به خود اختصاص می‌دهند. پیش‌بینی می‌شود در حدود سال ۱۴۱۰ در ایران پدیده انفجار سالمندی رخ خواهد داد و بین ۲۰ تا ۲۵ درصد جمعیت در سنین بالای ۶۰ سالگی قرار خواهند گرفت (۳). تخمین زده می‌شود

در حالیکه چند سالی پیش نیست که به هزاره میلادی جدید وارد شده‌ایم، سالمندی به یک مسئله جمعیت شناختی عمده مبدل شده است. در آغاز قرن بیستم امید به زندگی در ثروتمندترین کشورها بیش از ۵۰ سال نبود، امروزه این رقم به ۷۵ سال رسیده است (۱). طبق برآورد سازمان ملل متحد تخمین زده می‌شود جمعیت سالمندان جهان در سال ۲۰۲۵ به دو برابر یعنی ۱/۲ میلیارد نفر خواهد رسید (۲).

افزایش نسبت سالمندی جمعیت کشور ما از ۱۴۲۰ به بعد خودنمایی خواهد کرد (۴).  
وابستگی متقابل موجود در بین اعضای خانواده باعث می‌شود که سلامتی هر عضو آن تأثیر در دیگر اعضا و در کل خانواده داشته باشد. مراقبین خانوادگی از اجزای ضروری خدمات بهداشتی در جامعه محسوب می‌شوند (۵). در اکثر کشورها برآوردن نیازهای مراقبتی سالمندان مسئولیت مشترکی است که سیاستهای حمایتی رسمی و غیر رسمی<sup>۱</sup> را درگیر می‌کند. سیستم‌های حمایتی رسمی تدابیر دولتی برای نگهداری از سالمندان می‌باشد، در حالیکه سیستمهای حمایتی غیر رسمی، مراقبت از سالمندان بطور غیر حرفه‌ایست که توسط اعضای خانواده، دوستان و بستگان انجام می‌گیرد که در این میان اعضای خانواده سالمند بطور واضح بیشترین حمایت را از سالمند به عمل می‌آورند (۶).

بر اساس آمار سازمان بهداشتی ۹۱ درصد از سالمندان در کشور ما همراه همسر و فرزندان خود زندگی می‌کنند که ۲۳ درصد از این تعداد را فرزندان نگهداری می‌کنند (۷).  
دلایل عمده شکل‌گیری پدیده مراقبت خانوادگی عبارتند از افزایش جمعیت سالمندان، افزایش جمعیت مبتلا به بیماریهای مزمن، تغییرات در نظامهای بهداشتی به ویژه هزینه‌های بهداشتی، مراقبان خانوادگی که در حال حاضر ستون مهره نظامهای مراقبت دراز مدت<sup>۲</sup> به حساب می‌آیند. امروزه به سبب افزایش هزینه‌های بستری، خانواده‌ها به امر مراقبت از سالمندان در منزل تشویق می‌شوند (۸). مراقبین خانوادگی سالمندان یا مراقبین غیر رسمی<sup>۳</sup> افراد آموزش ندیده‌ای هستند که جهت ارائه خدمات وجهی دریافت نمی‌دارند و به طور همزمان نیازهای خانواده و نیازهای گیرنده مراقبت را نیز رفع می‌کنند (۹).

در مطالعه وسیعی که در ۱۹۸۲ در کشورهای اروپایی انجام شد مشخص گردید ۲۰٪ مراقبین حداقل ۱ تا ۴ سال و ۸۰٪ نیز هفت روز هفته و حداقل ۶۰ - ۵۰ ساعت در هفته را به امر مراقبت اشتغال دارند (۱۰). مراقبین که معمولاً زنان می‌باشند با چالشهای زیادی در زمینه ارایه مراقبت در منزل روبرو هستند. امر مراقبت با سایر مسئولیتهایی چون نقش‌های مربوط به خانواده، شغل و وظایف خانه‌داری همراه شده و منجر به احساس فرسودگی<sup>۴</sup> می‌شود. از علایم مهم آن می‌توان به تجربه استرس زیاد، خود کار آمدی<sup>۵</sup> پایین و

دیارتولو<sup>۶</sup> معتقد است خود کار آمدی و یا فشاری در مراقبت ضروری‌ترین متغیرهایی است که باید در زمینه مراقبین سالمندان مورد تحقیق قرار گیرد (۱۲) فنگلر و گوود ریچ<sup>۷</sup> در ۱۹۷۹ از مراقبین خانوادگی سالمندان به عنوان "بیماران پنهان"<sup>۸</sup> یاد می‌کنند. آنها معتقد بودند مراقبین خانوادگی سالمندان در معرض اختلالات جسمی، روانی و اجتماعی هستند و تنها راه حل کاهش تحمل بار مسئولیت<sup>۹</sup> مراقبت، اقامت سالمند در مراکز نگهداری است. این مفهوم به حدی در امر مراقبت اهمیت دارد که اکثر مطالعات سالمند شناسی در سالهای اخیر با هدف شناسایی آن متمرکز شده‌اند (۱۳). امروزه به سبب افزایش امید به زندگی، برآورد شده است جمعیت بیماران مبتلا به آلزایمر از ۱۱/۵ میلیون به ۱۶ میلیون در اواسط قرن حاضر بالغ گردد.

با نظر به استرس‌آور بودن مراقبت در خانه از سالمندان مبتلا به آلزایمر و اهمیت سلامت و کیفیت زندگی مراقبان انجام مطالعات در این زمینه از اهمیت خاصی برخوردار می‌باشد (۱۴).

### روش بررسی:

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی - تحلیلی از نوع همبستگی است که با هدف کلی تعیین خود کار آمدی و فشار مراقبتی و ارتباط آنها در مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر مقیم در منزل شهر تهران پرداخته است. جامعه پژوهش در این مطالعه کلیه مراقبین عضو خانواده

۱- informal      ۴- burnout      ۷- Dibartello      ۱۰- burden  
۲- long term care      ۵- Self-efficacy      ۸- Fengler & Goodrich  
۳- informal caregiver      ۶- Strain      ۹- Hidden patients

دچار اختلال روانشناختی حاد نبودند در ضمن سالمندان تحت مراقبت نیز بر اساس تشخیص مسجل پزشک دچار آلزایمر بودند.

#### یافته‌ها:

بر اساس آمار توصیفی مشخص شد اکثریت واحدهای مورد مطالعه را زنان ۶۰ درصد، با نسبت همسری ۵۶ درصد، متاهل ۶۴ درصد، در سطح تحصیلات سیکل ۳۹ درصد، خانه‌دار ۵۵ درصد، که با سالمند تحت مراقبت در یک خانه بسر می‌بردند ۵۲ درصد، تشکیل می‌داد. این واحدها ۴۵ درصد، برای ارایه مراقبت آموزش ندیده بودند، ۵۳ درصد نیز از ارایه مراقبت به سالمند خود راضی بودند این در حالی بود که ۳۶ درصد آنان سلامت خود را بد ارزیابی نموده و ۳۵ درصد نیز مدعی ابتلا به اختلالات روان بودند. مهمترین نیاز مراقبتی مراقبین را نیاز به آموزش تشکیل داده و از نظر آنان اولویت مراقبت دهی به سالمندانشان حمایت و مراقبت روحی و روانی، و به ترتیب در درجات بعدی حمام دادن و نظافت بیمار قرار داشت.

جدول شماره ۱ نشان دهنده بعضی شاخص های توصیفی متغیر فشار مراقبتی مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به آلزایمر مقیم در منزل می‌باشد. بر اساس پرسشنامه سنجش فشار مراقبتی، واحدها می‌توانستند نمره ۶۵-۱۳ را کسب نمایند.

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	واریانس	ماکزیمم	می‌نیمم
فشار مراقبتی	۸۱	۳۹/۴۳	۱۳/۹۷	۱۹۵/۲۲	۶۵/۰۰	۱۷/۰۰

جدول شماره ۲ نشان دهنده بعضی شاخص های توصیفی متغیر خود کارآمدی مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به آلزایمر مقیم در منزل می‌باشد طبق پرسشنامه سنجش خود کارآمدی مراقبین می‌توانستند نمره ۱۰۵-۲۱ را اخذ نمایند.

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	واریانس	ماکزیمم	می‌نیمم
خود کارآمدی	۸۱	۶۶/۹۶	۲۷/۰۲	۷۳۰/۶	۱۰۶/۰۰	۲۹/۰۰

سالمندان مبتلا به آلزایمر شهر تهران می‌باشند که تا زمان مطالعه به عضویت انجمن آلزایمر ایران در آمده بودند. شایان ذکر است در حال حاضر مرکز درمانی ویژه و مختص به این بیماری در کشور وجود نداشته و مددجویان به طور پراکنده به مراکز بهداشتی و درمانی خصوصی و دولتی در سطح شهر مراجعه می‌کنند و تنها موسسه مرتبط که در قالب انجمن غیر دولتی و مرتبط با انجمن جهانی آلزایمر نسبت به ارایه خدمات محدود بهداشتی، حمایتی و اجتماعی فعالیت‌های مهمی را برای این قشر نیازمند اقدام می‌کند، انجمن آلزایمر ایران می‌باشد. در پژوهش حاضر با عنایت به مسوق سابقه نبودن عنوان تحقیق در ایران و نبود اطلاعات لازم و کافی در مورد متغیرهای مورد مطالعه، بر اساس مطالعه مقدماتی بر روی تعداد محدودی از واحدهای پژوهش و با استناد به فرمولهای آماری بر اساس انحراف معیار محاسبه شده، نمونه ۸۱ نفری محاسبه با روش نمونه‌گیری در دسترس مورد مطالعه قرار گرفتند.

شالوده ابزار مطالعه بر ابزارهای فشار مراقبتی رایبسنسون ۱۹۸۳ "و خود کارآمدی استفان و همکاران" ۲۰۰۲ قرار داده شد. ابزار اولیه جهت تعیین اعتبار محتوایی به نظر اساتید صاحب‌نظر در زمینه سالمندشناسی، روانپزشکی سالمندی و روانشناسان و اعضای هیات علمی مرتبط رسانده شد و نظرات تکمیلی و اصلاحی اخذ و اعمال گردید. سپس جهت اطمینان از کارآمدی و قابلیت اجرایی ابزار تدوین شده در اختیار هفت نفر از واحدهای پژوهش قرار داده شد. در انتهای مطالعه مقدماتی به منظور تعیین پایایی ابزار بر روی ده نفر از واحدهای دیگر مورد بررسی آزمون مجدد به فاصله دو هفته قرار گرفت و ضریب همبستگی پیرسون ابزار برای پرسشنامه خود کارآمدی ۰/۷۸ و پرسشنامه فشار مراقبتی ۰/۷۴ محاسبه گردید.

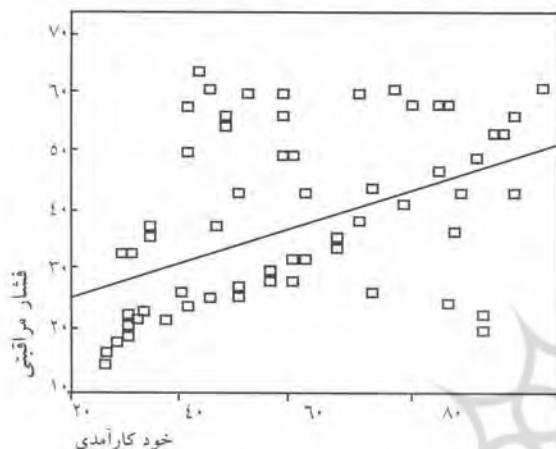
سپس جمع‌آوری داده‌ها بر روی نمونه هشتاد و یک نفری با روش نمونه‌گیری در دسترس و کار میدانی طی ۵ ماه با استفاده از ابزار یاد شده انجام پذیرفت. در ابتدای تکمیل پرسشنامه، اهداف مطالعه برای واحدها توضیح داده می‌شد و موافقت آنان جلب می‌گردید. پرسشنامه‌ها شخصاً و یا توسط پژوهشگر تکمیل می‌گردید. داده‌ها با استفاده از برنامه آماری SPSS وارد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نمونه‌ها عضو خانواده بوده و در امر مراقبت مسئولیت مستقیم داشته،

۱۱- Robinson, J. caregiver strain index(1983)

۱۲- Steffen et al.

جدول شماره ۳ نشان دهنده ضریب همبستگی متغیرهای خود کار آمدی و فشار مراقبتی مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به آلزایمر مقیم در منزل است.

نمودار شماره ۱ - نمودار پراکنش متغیرهای خود کار آمدی و فشار مراقبتی مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر ( $r=0/539$ )



خود کار آمدی	ضریب همبستگی
$P=0/539$ $Sig=0/01$	فشار مراقبتی

همانطور که در جدول مشخص است دو متغیر اصلی این مطالعه دارای همبستگی مثبت  $0/539$  در سطح معنادار آماری می‌باشند. همچنین نمودار شماره یک نشان دهنده توزیع دو متغیر است.

جدول شماره ۴ - مقایسه میانگین متغیرهای خود کار آمدی و فشار مراقبتی بر حسب متغیرهای دموگرافیک مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر

فشار مراقبتی			خود کار آمدی			متغیر	
آزمون	انحراف معیار	میانگین	آزمون	انحراف معیار	میانگین		
$T=0/95$ $Sig=0/36$ $Df=79$	۱۳/۹۴	۳۸/۶	$T=1/25$ $Sig=0/21$ $Df=79$	۲۱/۹۸	۵۶/۳۵	زن	جنس
	۱۴/۱	۴۱/۸		۲۰/۹۱	۴۹/۴۸	مرد	
$T=1/48$ $Sig=0/2$ $Df=79$	۱۳/۵۳	۳۶/۸۴	$T=0/59$ $Sig=0/55$ $Df=79$	۲۱/۹۸	۵۲/۴۶	دارد	اشتغال
	۱۴/۱	۴۰/۶۵		۲۲/۱۵	۵۵/۵۴	ندارد	
$T=0/78$ $Sig=0/43$ $Df=79$	۱۴/۰۵	۳۸/۵۱	$T=0/688$ $Sig=0/49$ $Df=79$	۲۲/۹	۵۳/۳۰	بلی	همزیستی
	۱۳/۹۱	۴۱/۰۶		۱۹/۸۳	۵۶/۷	خیر	
$T=0/259$ $Sig=0/79$ $Df=79$	۱۴/۳۳	۳۹/۶۴	$T=1/366$ $Sig=0/17$ $Df=79$	۲۲/۲۱	۵۲/۸۵	متاهل	تاهل
	۱۳/۸۹	۳۸/۶۴		۱۹/۴۴	۶۰/۹۴	مجرد	
$T=0/59$ $Sig=0/34$ $Df=79$	۱۴/۰۳	۴۰/۵	$T=0/017$ $Sig=0/98$ $Df=79$	۲۲/۳۴	۵۴/۵۸	دارد	رضایت از مراقبت
	۱۳/۸۷	۳۷/۳۹		۲۱/۱۱	۵۴/۵	ندارد	
$T=0/79$ $Sig=0/43$ $Df=79$	۱۳/۴۳	۳۸/۰۵	$T=0/33$ $Sig=0/73$ $Df=79$	۲۳/۲	۵۵/۴۷	بلی	دریافت آموزش
	۱۴/۴۴	۴۰/۵۳		۲۰/۸۴	۵۴/۵	خیر	

### بحث:

از نتایج آمار توصیفی و تحلیلی به دست آمده چنین بر می‌آید که اکثریت مراقبین را زنان تشکیل می‌دهند که با فرد سالمند نسبت همسری دارند. لذا می‌توان چنین استنباط نمود که این مراقبین خود در سنین سالمندی و در معرض اختلالات جسمی و روانی شایع در این دوران قرار دارند و از سوی دیگر استرس مراقبت می‌تواند آنان را به مراتب آسیب‌پذیرتر کند که این مهم ضرورت توجه به سلامت مراقبین را چند برابر می‌سازد. بیش از نیمی از این مراقبین، آموزش رسمی و مدونی در این رابطه دریافت نداشته‌اند هر چند که گروهی هم که مدعی دریافت آموزش بودند، آموزش مناسب و منسجمی ندیده‌اند و این نیز ضرورت توجه و برنامه‌ریزی برای آموزش مناسب مراقبین را توجیه می‌کند که یافته‌ها نیز، مبنی بر نیاز به آموزش به عنوان اولین نیاز مراقبین موید آن است. جدول شماره ۱ نشان می‌دهد مراقبین سالمندان در این مطالعه فشار مراقبتی با میانگین ۳۹/۴۳ (۶۵-۱۷) را تجربه کرده‌اند.

ضمناً جدول شماره ۴ و ۵ نشان می‌دهد ارتباط معنادار آماری بین مهمترین متغیرهای فردی (جنس، سن، اشتغال، همزیستی، تاهل، رضایت از مراقبت، مدت ابتلا به بیماری سالمند؛ مدت مراقبت، دریافت آموزش و ساعات مراقبت) با فشار مراقبتی وجود ندارد.

مطالعات متعدد انجام شده نشان دهنده این نکته مهم است که اگر چه مراقبت از عضو خانواده تجربه‌ای استرس‌آور و سخت می‌باشد لیکن فشار مراقبتی گزارش شده در حد متوسط می‌باشد به طوری که درجات بالای فشار مراقبتی گزارش نشده است. بار مسئولیت مراقبت و فشار مراقبتی متاثر از سطح استرسی است که مراقب تجربه می‌کند و با رشد اخلاقی مراقب مرتبط است. مراقبت از سالمند سبب حس رضایت خاطر و کفایت فردی؛ احترام به خود و مقابله با چالشهای فردی می‌شود. فشار مراقبتی مفهومی کاملاً فردی بوده و به احساس شخصی و درونی فرد بستگی دارد. (۱۳).

اسپورلاک<sup>۱</sup> در مطالعه خود به منظور بررسی ارتباط سلامت معنوی و فشار مراقبتی مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر نشان داد این مراقبین فشار مراقبتی در حد متوسط میانگین ۳۷/۹۹ (۷۷-۴) را تجربه کرده‌اند. وی ارتباط معناداری بین

با استفاده از جدول شماره ۴ می‌توان دو متغیر خود کار آمدی و فشار مراقبتی مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به آلزایمر مقیم در منزل را بر حسب متغیرهای ویژگی فردی مقایسه نمود.

طبق جدول ۴، زنان، افراد غیر شاغل، آنانی که از شرایط همزیستی در یک خانه با سالمند تحت مراقبت برخوردار نبودند، افراد مجرد و آنانی که برای ارائه مراقبت آموزش داشتند به ظاهر از میانگین خود کار آمدی بالاتری برخوردار بودند.

همچنین مردان، افراد غیر شاغل، متاهلین، افراد غیر همزیست در یک خانه، و آنانی که رضایت نسبی بالاتری داشتند، فشار مراقبتی بیشتری را در ظاهر تجربه می‌کردند. جدول شماره ۵ ضرایب همبستگی خود کار آمدی و فشار مراقبتی با متغیرهای ویژگی فردی مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به آلزایمر مقیم در منزل را نشان می‌دهد.

### جدول شماره ۵ -

ضریب همبستگی متغیرهای خود کارآمدی و فشار مراقبتی با بعضی متغیرهای دموگرافیک مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر

ضریب همبستگی پیرسون متغیر	خودکارآمدی	فشار مراقبتی
سن	$p=0/067 \text{ sig}=0/055$	$p=0/061 \text{ sig}=0/05$
مدت ابتلا به بیماری	$p=-0/071 \text{ sig}=0/05$	$p=-0/073 \text{ sig}=0/051$
مدت ارائه مراقبت	$p=-0/036 \text{ sig}=0/07$	$p=-0/034 \text{ sig}=0/07$
ساعات مراقبت در شبانه‌روز	$p=0/051 \text{ sig}=0/06$	$p=0/041 \text{ sig}=0/07$

همانطور که در جدول مشهود است بین سن، مدت ابتلا به بیماری، مدت ارائه مراقبت و ساعات مراقبت در شبانه‌روز با متغیرهای خود کار آمدی و فشار مراقبت رابطه معناداری دیده نمی‌شود.

و سطح تحصیلات و نوع تشخیص و سن بیماران) پیدا نکردند. به نظر می‌رسد ماهیت فردی مفهوم خود کار آمدی سبب رسیدن به نتایج فوق شده است چرا که افراد بر حسب شرایط فردی و تحلیل فردی از موقعیت خود، به برآورد خود کار آمدی می‌پردازند و بدین لحاظ امکان تصور چهار چوب خاص در پیش‌بینی میزان خود کار آمدی افراد ممکن نباشد. جدول شماره ۳ نشان دهنده ارتباط بین خود کار آمدی و فشار مراقبتی مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر می‌باشد همانطور که در جدول مشاهده می‌شود بین این دو متغیر ارتباط معناداری برابر  $r=0/539$  در سطح معناداری  $p=0/01$  برقرار می‌باشد. اسپور لاک در بررسی خود به منظور تعیین ارتباط تندرستی معنوی و فشار مراقبتی همبستگی منفی معنی داری  $r=0/493$  و  $p=0/01$  را محاسبه نمود. محقق می‌افزاید به نظر می‌رسد در ظاهر گروهی که دارای سن بیشتر، متاهل و همسر بیماران بودند تجربه بیشتری از فشار مراقبتی داشته‌اند که البته این یافته از نظر آماری بررسی نشده است (۱۳).

نتایج پژوهش نشان داد که مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر به دنبال فرآیند مراقبت؛ تحت فشار مراقبتی در حد متوسط قرار دارند. ضمناً در این مطالعه خود کار آمدی مراقبین در حد متوسط گزارش گردید. پژوهشگر طی ارتباط با مراقبین مشاهده نمود امر مراقبت اگر چه موردی سخت و استرس‌آور است لیکن این استرس در همه موارد منجر به اثرات منفی نبوده است چه بسا که مراقبین در اکثر موارد مراقبت را فرایندی سازنده گزارش می‌نمودند. تجربه فشار مراقبتی نشان می‌دهد مراقبین در معرض عوارض منفی مراقبت قرار دارند و از سوی دیگر خود کار آمدی متوسط نشان می‌دهد هنوز زمینه‌هایی از خود مراقبتی جهت رویارویی با استرس‌های مراقبتی وجود دارد که بی‌پاسخ مانده‌اند و برای نیل به خود کار آمدی بالاتر نیاز به راهکارها و راهبردهای وسیع‌تری می‌باشد. وجود همبستگی متوسط معنادار بین دو متغیر خود کار آمدی و فشار مراقبتی نشان می‌دهد با وجود تجربه فشار در مراقبت؛ مراقبین آنرا عاملی برای رشد و تعالی نفس خویش معنا نموده‌اند و از سوی دیگر برای ارتقای کیفیت مراقبت ارائه شده در منزل توسط اعضای خانواده می‌بایست زمینه‌های رشد خود کار آمدی را افزایش دهند. یافته‌های این مطالعه نشان داد فرآیند مراقبت

متغیرهای فردی مراقبین و فشار مراقبتی گزارش نکرد. او دریافت با وجود استرس‌آور بودن مراقبت از این افراد فشار مراقبتی مراقبین در حد پایین تا متوسط می‌باشد (ص ۱۵۶). دیپارتلو به نقل از جرج معتقد است بار مسئولیت مراقبت همان فشار مراقبتی است که با وضعیت مراقبت گیرنده و سطح رشد اخلاقی مراقب مرتبط می‌باشد (۱۲).

به نظر می‌رسد فشار مراقبتی که مراقبین به سبب استرس‌آور بودن فرایند مراقبت آن را تجربه می‌کنند مفهومی قابل تامل در حیطه مراقبت دهی باشد که ماهیتی کاملاً فردی داشته و افراد بر حسب موقعیت کاملاً فردی درک منحصر به خود را از آن ابراز می‌دارند. لذا می‌توان پیش‌بینی نمود که درک معنای این مفهوم نیازمند مطالعات بیشتر به خصوص در حیطه تحلیل مفهومی<sup>۱</sup> باشد. محقق در پی تعامل با واحدها دریافت وجود نگرش مذهبی مراقبین در ارزیابی آنان نسبت به سختی مراقبت از سالمند تاثیر قابل توجهی دارد به طوری که مطالعات در این باب را ضروری می‌سازد.

جدول شماره ۲ نشان می‌دهد مراقبین سالمندان در این مطالعه خود کار آمدی خود را در امر مراقبت از سالمند با میانگین  $66/96$  (۱۰۶-۲۹) گزارش کرده‌اند.

ضمناً جداول ۴ و ۵ ارتباط معنادار آماری بین متغیرهای فردی (جنس؛ سن؛ اشتغال؛ همزیستی؛ تاهل؛ رضایت از مراقبت؛ مدت ابتلا به بیماری سالمند، دریافت آموزش، مدت مراقبت و ساعات مراقبت) با خود کار آمدی را نشان نمی‌دهند.

خود کار آمدی تاثیر مهمی برعکس العمل افراد نسبت به استرس مرتبط با مراقبت دارد. بطوریکه موجب کاهش اضطراب و افسردگی می‌شود. افرادی که از خودکار آمدی پایین برخوردارند بر ابعاد منفی موقعیت و ضعفهای خود، صعوبت مهارتهای مراقبتی و نارسایی و شکست تمرکز می‌یابند و حتی ابراز می‌دارند که از کمک و حمایت کمتر فامیل برخوردارند. شناخت منفی از یک مسئله منجر به کاهش انگیزه برای شروع یک عمل می‌شود (۱۱). کیف<sup>۱</sup> و همکاران ۲۰۰۲ در مطالعه خود در خصوص خود کار آمدی مراقبین بیماران مبتلا به سرطان در زمینه تدبیر درد؛ خود کار آمدی مراقبین را  $54/5$  (۵۹/۹-۱۵) گزارش نموده است. آنان در مطالعه خود ارتباط معناداری بین خود کار آمدی و مشخصات دموگرافیک مراقبین (سن؛ جنس؛ نژاد

۱-Concept Analysis

۲-Reefe et al.

دهی از پیچیدگی خاصی برخوردار می‌باشد و جنبه‌هایی از فرآیند مراقبت وجود دارد که تا کنون مورد توجه و بررسی قرار نگرفته‌اند لذا ارتقای مراقبت نیازمند شناخت جامع فرآیند مراقبت‌دهی می‌باشد.

به طور کلی یافته‌های این مطالعه می‌تواند بر دانش موجود در باب دو مفهوم فشار مراقبتی و خود کار آمدی مراقبین در حوزه سلامت سالمندان بیفزاید و زمینه را جهت ارتقای علمی و عملی مراقبت از سالمندان مبتلا به آلزایمر و مراقبین آنان فراهم سازد.

### پیشنهادات:

در بعد بالینی یافته‌های این بررسی نشان داد ابعاد روحی و روانی فرآیند مراقبت، نیازمند توجه خاص می‌باشد. بررسی ارتباطات نشان داد که تیم سلامت در تنظیم طرح‌های مراقبتی باید به جمیع عوامل فردی و محیطی توجه مبذول دارد. از سوی دیگر باید به یاد داشت که در تدبیر سالمندان مبتلا به آلزایمر توجه به بخش مراقبین خانوادگی جایگاه ویژه داشته و عدم توجه به ابعاد مختلف سلامت مراقبین، حلقه مفقوده‌ای است که ضرورت توجه بیش از پیش در تدوین فرآیند مراقبت را فرا می‌خواند.

در زمینه آموزش با توجه به نتایج به دست آمده ضرورت می‌یابد همراه با دروس مربوط به سلامت جسمی به ابعاد معنوی و روانی مراقبین نیز توجه خاص مبذول داشته و این مهم را به عنوان بخش لاینفک سلامت فرآیند مراقبت در برنامه‌های آموزشی و تربیتی تیم سلامت لحاظ نمود.

در حیطه پژوهش نیز انتظار می‌رود که پژوهشگران حیطه سالمندشناسی، با دیدگاه‌های جدیدتری به دو مفهوم فوق پرداخته و با تکیه بر یافته‌های مطالعه، عوامل مرتبط با فشار مراقبتی و خود کار آمدی و عموماً نیازهای روحی و معنوی مراقبین عضو خانواده را شناسایی نمایند و بدین ترتیب در امر پیشگیری و کنترل عوارض جانبی عدم توجه به ابعاد یاد شده، گامی مهم بردارند.

## REFERENCES

1. WHO. Anonymus aging : the surest demographic reality of next century. Geneva, vo 151, iss 2, 1998, P:26.
2. WHO (EMRO). regional strategy for health care of the elderly in Estern Mediterranean regional (2005-2015).
- ۳- بررسی مسایل سالمندی ایران و جهان. اولین کنگره بین‌المللی سالمندی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران انتشارات کتاب آشنا، چاپ اول ۱۳۸۱، مقصودنیا، شهریانو. مرکز مطالعات اجتماعی و روانشناختی سالمندان. ۱۳۸۲، ص ۱۱.
- ۴- مجموعه مقالات سالمندی اولین کنفرانس بین‌المللی سالمندی در ایران گروه بانوان نیکوکار چاپ اول ۱۳۷۹، ص ۱۵.
5. Cuellar, N, B B utts, J. caregiver distress: what nurses in rural setting can do help. Nursing forum. 1999, 34, 3 ; 24-31.
6. Berkman L. Assessment of social network & social support the elderly. Journal of American geriatric society. 1993, Vol. 31, iss.12, 1993.
- ۷- برزنجه عطری. بررسی مقایسه‌ای نگرش سالمندان مقیم خانواده و سرا نسبت به سالمندی و ارتباط آن با وضعیت اقتصادی و اجتماعی و بهداشتی ایران در سنندج ۱۳۷۷. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. ص ۱۲.
8. Lundh U. family cares 1: difficulties and levels of support in Sweden. British journal of nursing. 1999, 8,9; 582-588.
9. Roach S. Introductory Gerontological Nursing. Lippincott Philadelphia 2001, P:24-26.
10. Stone J.T, f.Wayman J and A. Salisbury S. Clinical Gerontological Nursing. Second Edi. Philadelphia :W.B Saunders, 1999, P:160.
11. M. Steffen A, et al. the revised scale for care giver self-efficacy : reliability and validity studies. The journal of gerontology. 2002, 57B, 1:74-87.
12. Dibartolo M. exploring self efficacy and hardiness in spousal caregiver of individual with dementia journal of Gerontological nursing. 2002, 28, 4, 24-34
13. Spurlock W.R.. Spritual wellbeing and caregiver burden in Alzheimer s caregivers. Geriatric nursing. 2005, 26,3; 154-161.
14. Grunfeld E ET AL. caring for elderly people at home: the concequence to caregivers. Canadian medical assossiation, 1997, 157,8: 1101-1106.
15. J.Keefe F ET AL. The self efficacy of family caregivers for helping cancer patients manage pain at end of life. Pain. 2003, 103, 157-162.