

مشکلات ارتباطی سالمندان مبتلا به آلزایمر و مراقبت کنندگان اصلی

(مقاله پژوهشی برگرفته از پایان نامه)

مرضیه خاتونی^۱، سیما زهری^۲

چکیده:

هدف: این مطالعه با هدف تعیین مشکلات ارتباطی سالمندان مبتلا به آلزایمر و مراقبت کنندگان اصلی آنها صورت گرفت.

روش بررسی: مطالعه حاضر پژوهشی توصیفی است که ۱۰۰ مراقبت کننده اصلی دارای ملاک‌های پژوهش به روش سرشماری از انجمن آلزایمر تهران انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه پژوهشگر ساخته حاوی ۴۷ سؤال بود و منعکس کننده مشکلات ارتباطی مراقبت کننده (فهمیدن، درک سخنان، درخواست‌ها، نیازها، معنا و مفهوم اعمال و رفتار بیمار، اشکال در فهماندن درخواست‌ها و موضوعات به بیمار) بود. جهت بررسی روایی پرسشنامه از روش اعتبار محتوا و به منظور بررسی پایایی از دو روش بازآزمایی (r=۰/۹۵) و تعیین همسانی درونی آلفای کرونباخ ۰/۹۶ استفاده شد. همچنین شدت اختلال ذهنی سالمند مبتلا به آلزایمر با استفاده از ابزار استاندارد شده ارزیابی وضعیت روانشناختی فرم کوتاه تعیین شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون t انجام شد.

یافته‌ها: ۷۴٪ مراقبت کنندگان، مشکل خود در برقراری ارتباط با بیمار را در حد بالا، ۱۷٪ در حد متوسط و ۹٪ در حد کم بیان کردند. ۷۳٪ از افراد مورد پژوهش بیشترین میزان مشکلات ارتباطی را در حیطه فهماندن درخواست‌ها و موضوعات به بیمار و ۲۷٪ بیشترین میزان مشکل را حیطه فهمیدن و درک درخواست‌ها، نیازها، معنا و مفهوم اعمال و رفتار بیمار گزارش کردند. بین سن و جنس مراقبت کنندگان و نیز شدت اختلال ذهنی سالمند مبتلا به آلزایمر با مشکلات ارتباطی موجود ارتباط معنی داری وجود داشت، بطوری که با افزایش سن مراقبت کننده، جنسیت مؤنث مراقب و افزایش شدت بیماری سالمند، شدت مشکلات ارتباطی افزایش نشان داد (p < ۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: از آنجا که برقراری ارتباط مؤثر، عاملی مهم در برآورده کردن نیازهای جسمی و روحی است و با توجه به نتایج پژوهش حاضر که حاکی از بالا بودن وجود مشکلات ارتباطی مراقبین و بیماران بود، ضروریست افرادی که از سالمندان مبتلا به آلزایمر مراقبت می‌کنند در زمینه راهکارها و مهارت‌های ارتباطی ویژه، جهت برقراری ارتباط با سالمند مبتلا به آلزایمر، آموزش دیده تا بتوانند به بهترین نحو از آنها مراقبت کرده، خود نیز دچار خستگی و فرسودگی ناشی از مراقبت از این بیماران نشوند.

کلید واژه‌ها: سالمند، آلزایمر، مشکلات ارتباطی، مراقبت کننده.

۱- کارشناس ارشد پرستاری و مربی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی قزوین

* پست الکترونیک نویسنده مسئول:

susan_khatoni@yahoo.com

۲- کارشناس ارشد پرستاری و مربی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

مقدمه

سالمندان بالای ۸۵ سال جامعه، مبتلا به این بیماری هستند و افزایش سن، مهمترین عامل خطر جهت ابتلا به این بیماری است (۱). برآورد شده تا سال ۲۰۳۰، سی میلیون نفر و تا سال ۲۰۵۰، چهل و پنج میلیون نفر در سراسر جهان به آلزایمر مبتلا خواهند شد (۲). معمولاً فقدان حافظه، اولین علامتی است که بروز می‌کند، با اینحال حافظه دور، عملکرد بهتری نسبت به حافظه نزدیک دارد. اختلال در تفکر انتزاعی بصورت کاهش ظرفیت تعمیم‌دهی، تمایز قابل شدن و دلیل آوردن منطقی بروز می‌کند. همچنین کاهش در کنترل تکانه‌های پرخاشگری و جنسی، تغییرات شخصیتی، اختلالات خلقی، عدم تعادل هیجانی

بیماری آلزایمر یا دمانس پیری، نوعی اختلال مغزی مزمن پیشرونده و ناتوان کننده است که با اثرات عمیق بر حافظه، هوش و توانایی مراقبت از خود همراه بوده و با نقص در تکلم، انجام فعالیت‌های حرکتی، شناخت مناظر و یا افراد آشنا، اختلال عملکرد، برنامه‌ریزی، نوع‌آوری، سازماندهی و استدلال انتزاعی همراه است. تشخیص ابتلا به آلزایمر یا حتی احتمال وجود چنین بیماری در سالمند، برای وی یا نزدیکان و مراقبان هراسناک است. میزان شیوع این بیماری بعد از سن ۶۵ سالگی به ازای هر ۵ سال، دو برابر می‌شود، بطوریکه ۴۰ تا ۵۰ درصد

الامکان از سوء رفتار با وی در خانواده جلوگیری شود با مشکلات فراوانی دست به گریبان هستند (۱). لذا بررسی و شناخت مشکلات این بیماران در حیطه ارتباطی اهمیت پیدا می‌کند. کمتر مطالعه‌ای به مشکلات ارتباطی سالمندان مبتلا به آلزایمر پرداخته است. بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین مشکلات ارتباطی سالمندان مبتلا به آلزایمر با مراقبت کنندگان اصلی انجام شد.

روش بررسی

مطالعه حاضر، یک پژوهش توصیفی است. جامعه پژوهش، شامل کلیه مراقبت کنندگان اصلی از سالمند مبتلا به آلزایمر بود که به انجمن آلزایمر تهران مراجعه کرده بودند و ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند یعنی نسبت فامیلی با بیمار داشتند، در قبال مراقبت به عمل آمده، هیچ مبلغی دریافت نمی‌کردند، به جز سالمند مبتلا به آلزایمر، از سالمند دیگری مراقبت نمی‌کردند، مراقبت کامل و تمام وقت از بیمار را بر عهده داشته باشند، مراقبت کامل و تمام وقت در سه حیطه مالی (پرداخت هزینه‌های مربوط به درمان و مراقبت از بیمار در منزل) جسمی (انجام کارهای روزانه بیمار مانند رسیدگی به نظافت و بهداشت بیمار، تغذیه، ایمنی و پیگیری درمان) و عاطفی (کنترل بیمار و ماندن در کنار وی و نیز اطمینان و آرامش دادن به وی در زمان بروز حالت‌های اضطراب و ترس، توهّم و هذیان، پرخاشگری و افسردگی) انجام می‌شد. نمونه‌گیری به روش سرشماری انجام شد. از بین ۲۵۵ عضو انجمن، تعدادی به دلیل نداشتن ملاک‌های مراقبت کننده اصلی حذف شده، در نهایت ۱۰۰ مراقبت کننده اصلی، مورد بررسی قرار گرفتند.

شدت اختلال ذهنی سالمند مبتلا به آلزایمر با استفاده از ابزار استاندارد شده^۱ تعیین شد. این مقیاس دارای ۳۰ عبارت بوده، هشیباری، حافظه، توجه، زبان، قدرت محاسبه، به یاد سپاری، یادآوری و قدرت تمرکز را بررسی می‌کند و به طور ویژه برای بیماران مبتلا به دمانس به کار می‌رود. روایی آزمون در حد عالی گزارش شده و از پایایی بالا (آلفای کرونباخ ۰/۹۶) برخوردار است. کاربرد ابزار به صورت پاسخگویی به سؤالات و انجام اعمال ویژه‌ای است که در مقیاس ذکر شده و بدون کمک یا تشویق دیگران انجام می‌شود. کسب نمره بالاتر از ۲۶ به معنی وضعیت ذهنی طبیعی، نمره بین ۲۰ تا ۲۵ شدت اختلال ذهنی در حد خفیف، ۱۰ تا ۲۰ اختلال ذهنی در حد متوسط و زیر ۱۰ اختلال ذهنی در حد شدید است.

به صورت غمگینی، ناراحتی، حالت پرخاشگری و تهاجم یا سرخوشی بی دلیل و نامناسب، هذیان و توهّم بروز می‌کند. از سوی دیگر مشکلات ارتباطی در این بیماران بسیار شایع است و همین امر باعث می‌شود که آنها نتوانند منظور خود را به درستی به دیگران تفهیم کنند (۱). این اختلال ارتباطی، می‌تواند به صورت ناتوانی در بیان گرسنگی، تشنگی، درد یا نیاز برای استفاده از توالت باشد. همچنین بروز بی‌قراری در این بیماران، به علت فقدان توانایی شناختی می‌باشد. این اختلال باعث می‌شود راهکارهای سازگاری کاهش یافته، آستانه تنش پایین بیاید (۳). توانایی‌های ویژه سالمند مبتلا به آلزایمر در برقراری ارتباط با اطرافیان در سیر مراحل بیماری رو به زوال می‌رود، به این ترتیب که در مراحل اولیه، تمرکز برای بیمار سخت می‌شود، در مراحل میانی برقراری مصاحبه به مدت طولانی و نیز خواندن مطالب دشوار شده، در مراحل نهایی توانایی فهم معنی بسیاری از کلمات، مطالب و نیز قدرت بیان جملات به میزان چشم‌گیری از دست می‌رود (۴).

جانسون و همکاران (۲۰۰۳)، الگوهای مراقبتی همسران پیر از بیماران مبتلا به آلزایمر را با هدف بررسی نحوه برقراری تعامل کلامی و غیر کلامی بین مراقبین و بیماران را مشخص کردند. نتایج نشان داد که هیچ یک از بیماران، قادر به برقراری ارتباط مناسب به مدت طولانی نبودند با این وجود مراقبان حتی در صورت تکراری بودن سؤالات با آرامش به آنها جواب داده، در صدد این بودند که همسر بیمارشان را به هر شکل از نظر روحی و جسمی فعال نگه داشته تا بتواند حداکثر بهره را از زندگی طبیعی داشته باشد (۵). مطالعه دیگری، تأثیر مشکلات ارتباطی بیماران مبتلا به آلزایمر و نیز رفتارهای مشکل زای ناشی از آن مانند پرخاشگری، سرگردانی، تهاجم و ... به طور معناداری با میزان افسردگی و خستگی مراقبین ارتباط دارد و به اهمیت تأثیر مشکلات ارتباطی بر نحوه و میزان مراقبت اشاره شده، از سوی دیگر کاربرد راهکارهای ویژه ارتباطی را بر کاهش خستگی و بار کاری مراقبت کنندگان نشان داده است (۶). مطالعه جف و همکاران نیز نشان داد که مراقبین سالمند مبتلا به آلزایمر، راهکارهای ویژه‌ای جهت برقراری ارتباط مؤثر با بیمار به کار می‌برند، به عنوان مثال استفاده از جملات ساده در بهبود و ارتقاء روند ارتباط مؤثر بوده و راهکارهای دیگر مانند آهسته صحبت کردن، تأثیری در بهبود روند ارتباط نداشته است (۷). مراقبت از سالمندان مبتلا به آلزایمر وظیفه‌ای طاقت فرسا است و مراقبین این گروه از سالمندان، جهت مراقبت صحیح و مناسب از فرد بیمار به گونه‌ای که احترام و منزلت وی حفظ شده و حتی

دو نفر از متخصصین بازبینی شد تا اصلاحات نهایی صورت گیرد. به این ترتیب پس از انجام اصلاحات تعداد آیتم‌های پرسشنامه از ۴۲ سؤال به ۴۷ سؤال افزایش یافت، همچنین آیتم‌ها به گونه‌ای تنظیم شد که به راحتی از سوی افراد با سطوح سنی و تحصیلی مختلف قابل درک و پاسخگویی باشد.

به منظور بررسی پایایی پرسشنامه از دو روش بازآزمایی و تعیین همسانی درونی استفاده شد. ۱۴ مراقبت کننده اصلی پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند، همسانی درونی (آلفای کرونباخ ۰/۹۶) به دست آمد و پرسشنامه‌ها پس از ۱۴ روز، توسط گروه ۱۴ نفری قبل، مجدداً تکمیل شدند که ضریب همبستگی پیرسون ۰/۹۵ بدست آمد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون t انجام شد.

یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد که ۳۸٪ بیماران در محدوده سنی ۸۹-۸۰ سال، میانگین سنی ۸۱/۵۳ و ۶۸٪ مرد بودند. از نظر شدت اختلال ذهنی ایجاد شده، ۳۹٪ اختلال ذهنی شدید، ۴۰٪ متوسط و ۲۱٪ خفیف داشتند (جدول ۱). مدت زمان ابتلا به بیماری حداقل ۶ ماه و حداکثر ۱۰ سال با میانگین ۴/۲ سال بود.

از آنجا که پرسشنامه‌ای جهت سنجش مشکلات ارتباطی (به منظور دست یابی به هدف پژوهش)، وجود نداشت بنابراین، پژوهشگر با مرور مقالات و کتب مرتبط، پرسشنامه‌ای متشکل از سه بخش را طراحی کرد که بخش اول مربوط به خصوصیات فردی مراقبت کننده، بخش دوم مربوط به خصوصیات فردی بیماران و بخش سوم شامل ۴۷ سؤال مربوط به مشکلات موجود در برقراری ارتباط با سالمند مبتلا به آلزایمر بود. ۱۸ آیتم از بخش اخیر، منعکس کننده مشکلات مراقبت کننده در فهمیدن و درک سخنان، درخواست‌ها، نیازها، معنا و مفهوم اعمال و رفتار بیمار و ۲۹ آیتم منعکس کننده مشکل در فهماندن درخواست‌ها و موضوعات به بیمار بود. دامنه پاسخ دهی به آیتم‌ها پنج رتبه‌ای (همیشه تا هرگز) بود. نمرات پرسشنامه کمتر از ۳۶ باشد میزان مشکل ارتباطی در حد کم، نمره ۳۶ تا ۷۲ در حد متوسط و نمره بالاتر از ۷۲ در حد زیاد توصیف شد.

برای بررسی روایی پرسشنامه از روش «روایی محتوا» استفاده شد. پرسشنامه برای ۱۰ نفر از اساتید دانشکده پرستاری و مامایی، یک نفر روانپزشک، دو پرستار و دو مددکار اجتماعی که در انجمن آلزایمر شاغل بودند و نیز پنج نفر از نمایندگان نمونه‌ها ارسال شد تا درباره محتوای پرسشنامه اظهار نظر کنند. با جمع‌بندی موارد ذکر شده و اعمال تغییرات پرسشنامه از سوی

جدول (۱): اطلاعات جمعیت شناختی سالمندان مبتلا به آلزایمر

| متغیر | | تعداد | درصد | متغیر | | تعداد | درصد |
|-------------------|--------------|-------|------|-------|----|--------------|------|
| جنس | مرد | ۶۸ | ۶۸ | ۲ | ۲ | ۵۰-۵۹ | ۲ |
| | زن | ۳۲ | ۳۲ | ۱۳ | ۱۳ | ۶۰-۶۹ | ۱۳ |
| | متاهل | ۶۸ | ۶۸ | ۳۲ | ۳۲ | ۷۰-۷۹ | ۳۲ |
| وضعیت تأهل | همسر فوت شده | ۳۰ | ۳۰ | ۳۸ | ۳۸ | ۸۰-۸۹ | ۳۸ |
| | مطلقه | ۲ | ۲ | ۱۳ | ۱۳ | ۹۰-۹۹ | ۱۳ |
| | خفیف | ۲۱ | ۲۱ | ۲ | ۲ | < ۱۰۰ | ۲ |
| وضعیت اختلال ذهنی | متوسط | ۴۰ | ۴۰ | ۸۱/۵۳ | | میانگین | |
| | شدید | ۳۹ | ۳۹ | ۵۹/۶۴ | | انحراف معیار | |

۰/۶۶ مراقبین زن و ۳۴٪ مرد بودند. میانگین سن مراقبت کنندگان ۵۸ سال با انحراف معیار ۶/۶۵ بود. ۰/۷۷ مراقبین متاهل بوده و ۶۱٪ با بیمار نسبت همسری داشتند (جدول ۲).

جدول (۲): اطلاعات جمعیت شناختی مراقبت کنندگان از سالمند مبتلا به آلزایمر

| متغیر | | تعداد | درصد | متغیر | | تعداد | درصد |
|----------------------------------|--------------|-------|------|---------------|-----------|-------|------|
| جنس | زن | ۶۶ | ۶۶ | وضعیت تاهل | متاهل | ۷۷ | ۷۷ |
| | مرد | ۳۴ | ۳۴ | | مجرد | ۲۳ | ۲۳ |
| سن | ۲۰-۲۹ | ۱۸ | ۱۸ | میزان تحصیلات | بی سواد | ۹ | ۹ |
| | ۳۰-۳۹ | ۹ | ۹ | | ابتدایی | ۳۶ | ۳۶ |
| | ۴۰-۴۹ | ۱۴ | ۱۴ | | راهنمایی | ۲۳ | ۲۳ |
| | ۵۰-۵۹ | ۲۹ | ۲۹ | | دبیرستانی | ۱۶ | ۱۶ |
| | ۶۰-۶۹ | ۲۲ | ۲۲ | | دانشگاهی | ۱۶ | ۱۶ |
| | ≥ ۷۰ | ۸ | ۸ | | کارگر | ۷ | ۷ |
| نسبت مراقب با بیمار | میانگین | ۵۸ | | شغل | کارمند | ۸ | ۸ |
| | انحراف معیار | ۶۳/۶۵ | | | بازنشسته | ۱۱ | ۱۱ |
| | همسر | ۶۱ | ۶۱ | | خانه دار | ۵۴ | ۵۴ |
| نقش مراقب در خانواده | فرزند | ۳۶ | ۳۶ | آزاد | ۹ | ۹ | |
| | عری | ۳ | ۳ | دانشجو | ۱۱ | ۱۱ | |
| میزان درآمد ماهیانه (هزار تومان) | پدر | ۲۲ | ۲۲ | < ۳۰۰ | ۳۲ | ۳۲ | |
| | مادر | ۵۶ | ۵۶ | ۳۰۰-۵۰۰ | ۴۰ | ۴۰ | |
| | فرزند | ۲۱ | ۲۱ | > ۵۰۰ | ۲۸ | ۲۸ | |

میانگین مدت زمان مراقبت روزانه ۱۰/۸۴ و سالانه ۴/۴ بود (جدول ۳).

جدول (۳): مدت زمان مراقبت روزانه و سالانه از سالمند مبتلا به آلزایمر.

| متغیر | میانگین | انحراف معیار | حداقل | حد اکثر |
|-------------------------------|---------|--------------|-------|---------|
| مدت زمان مراقبت روزانه (ساعت) | ۱۰/۸۴ | ۷/۳۳ | ۱ | ۲۴ |
| مدت زمان مراقبت سالانه (سال) | ۴/۴ | ۲/۵ | ۱ | ۱۰ |

۷۴٪ مراقبت کنندگان مشکل خود در برقراری ارتباط با بیمار را زیاد، ۱۷٪ متوسط و ۹٪ کم بیان کردند (جدول ۴).

جدول (۴): آماره‌های توصیفی مشکلات ارتباطی مراقبت کنندگان از سالمند مبتلا به آلزایمر

| مشکل در برقراری ارتباط با بیمار | درصد |
|---------------------------------|------|
| کم | ۹ |
| متوسط | ۱۷ |
| زیاد | ۷۴ |
| جمع | ۱۰۰ |

۷۳٪ از مراقبت کنندگانی که مشکل در برقراری ارتباط با بیمار را زیاد گزارش کرده بودند، بیشترین مشکل را در حیطه فهماندن درخواست‌ها و موضوعات به بیمار و ۲۷٪، بیشترین مشکل را در حیطه فهمیدن و درک سخنان، درخواست‌ها، نیازها، معنا و مفهوم اعمال و رفتار بیمار گزارش کردند.

ارتباط بین سن مراقبین و شدت مشکل در برقراری ارتباط معنی دار بود، به طوریکه با افزایش سن مراقبین، مشکلات برقراری ارتباط افزایش نشان داد ($p < 0/05$). بین جنسیت مراقبین و مشکلات برقراری ارتباط با بیمار نیز رابطه معنی داری وجود داشت، یعنی مشکلات زنان مراقبت کننده نسبت به همتهای ($p < 0/01$) بیشتر بود. (جدول ۵).

جدول (۵): مشکلات مراقبت کنندگان از سالمند مبتلا به آلزایمر در برقراری ارتباط بر حسب جنس

| نتیجه آزمون | مرد | | زن | | جنس |
|-------------|--------------|---------|--------------|---------|------------------------|
| | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | متغیر |
| $p < 0/01$ | ۱۸/۹۹ | ۴۵/۲۴ | ۲۲/۶۰ | ۵۳/۲۱ | مشکل در برقراری ارتباط |

از سوی دیگر، بین شدت بیماری سالمند و مشکلات ارتباطی رابطه معنی داری بدست آمد به طوریکه با افزایش شدت بیماری، شدت مشکل در برقراری ارتباط نیز ($p < 0/01$) بیشتر شد (جدول ۶).

جدول (۶): میزان مشکل در برقراری ارتباط با بیمار بر حسب شدت بیماری سالمند مبتلا به آلزایمر

| نتیجه آزمون | شدت بیماری | | | میزان مشکل ارتباطی |
|-------------|------------|-------|------|--------------------|
| | خفیف | متوسط | شدید | |
| $p < 0/01$ | درصد | درصد | درصد | زیاد |
| | - | ۸۷/۵ | ۱۰۰ | متوسط |
| | ۶۱/۹۰ | ۱۰ | - | کم |
| | ۳۸/۰۹ | ۲/۵ | - | جمع |
| | ۱۰۰ | ۱۰۰ | ۱۰۰ | |

بیشترین مشکل را در حیطه فهمیدن و درک سخنان، درخواستها، نیازها، معنای اعمال و رفتار بیمار گزارش کردند. ارگن و همکاران راهکارهای ارتباطی در مراحل مختلف بیماری آلزایمر که توسط مراقبین به کار برده می شد را بررسی کرده و نشان دادند که عدم موفقیت در برقراری ارتباط مؤثر، به دلیل عدم آگاهی مراقبین از ماهیت، مراحل بیماری، روشها و مهارتهای ارتباطی با بیماران می باشد (۹). بررسی تأثیر آموزش راهکارهای ارتباطی به مراقبین بر روند ارتباطی با بیمار نشان داد که با آموزش راهکارهای برقراری ارتباط، مراقبین از رفتار ارتباطی خویش، آگاه شده و آن را تعدیل می کنند که باعث بهبود روند ارتباط با بیمار مبتلا به آلزایمر می شود (۷). به نظر می رسد ضروری است که مراقبین بیمار مبتلا به آلزایمر از علائم و نشانه هایی که در مراحل بیماری رخ می دهد آگاه باشند تا با استفاده از مهارت حل مسئله، بتوانند از بروز استرس و افسردگی ناشی از مراقبت بکاهند و با استفاده از راهکارهای ارتباطی صحیح کیفیت زندگی بیمار را افزایش دهند. دلا فریزر عنوان

بحث

یافته های پژوهش نشان داد که ۷۴٪ مراقبت کنندگان، مشکل خود در برقراری ارتباط با بیمار را در حد زیاد بیان کرده بودند. افزایش شدت مشکل ارتباطی بین بیمار و مراقب، مشکلات عدیده دیگری مانند عدم برآورده شدن نیازهای جسمی و عاطفی بیمار، طرد شدن وی، افزایش سطح اضطراب و افسردگی مراقبین، ایجاد خستگی مزمن در آنها و به طور کلی کاهش کیفیت زندگی بیمار و مراقب را به دنبال خواهد داشت. این مسئله، عامل مهمی در سوءمراقبت و سوء رفتار با بیمار و نیز افزایش میزان تمایل مراقبین برای سپردن بیمار به مراکز مراقبتی خواهد بود (۱، ۳، ۹-۶). از آنجا که بیماران مبتلا به آلزایمر نمی توانند رفتارهای ارتباطی خود را تعدیل کرده و آنها را معنادار سازند، مراقبین در برقراری ارتباط با مشکلات زیادی برخوردارند و حتی دچار خستگی می شوند (۷). در پژوهش حاضر، ۷۴٪ مراقبت کنندگان بیشترین مشکل را در حیطه فهماندن درخواستها و موضوعات به بیمار و ۲۷٪

بیشتر از مردان به رفتارهای تهاجمی، افسرده کننده و مشکلات ارتباطی بیماران واکنش نشان می‌دهند و نتایج منفی بیشتری را تجربه می‌کنند (۱۲). مطالعه چیانگ یوهانگ (۲۰۰۴) بر گروهی از مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر با میانگین سنی ۵۵ سال، نشان داد که مراقبین مسن تر، نسبت به مراقبین جوانتر، توانایی کمتری در استفاده از مکانیسم‌های سازگاران دارند. با توجه به افزایش مشکلات جسمی و روانی وابسته سن در مراقبین، عهده‌دار شدن نقش مراقبتی از سالمند مبتلا به آلزایمر منجر به تشدید مشکلات فردی مراقبین شده و اثربخشی مراقبت از بیمار را کاهش می‌دهد (۱۳).

نتیجه گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش و آسیب پذیری مراقبت کنندگان از نظر جسمی و روحی وجود مشکلات ارتباطی در مراقبت از سالمند مبتلا به آلزایمر، باعث کاهش و نقصان در مراقبت از بیمار و زمینه ساز بروز مشکلات مختلفی نظیر نادیده گرفتن بیمار و سهل انگاری در امر مراقبت از سوی مراقبین خواهد شد. از این رو پیشنهاد می‌شود مطالعات دیگری به منظور یافتن راهکارهای ویژه و مؤثر، جهت برقراری ارتباط با این گروه از بیماران صورت گیرد تا بتوان از نتایج آن جهت برنامه‌ریزی و آموزش به مراقبین سود جست. همچنین می‌توان از برنامه‌های آموزشی راهکارهای ارتباطی بیماران مبتلا به آلزایمر برای مراقبت کنندگان نیز استفاده کرد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از همکاری مسئولین و کارکنان محترم انجمن آلزایمر تهران و معاونت محترم پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تشکر و قدردانی می‌شود.

می‌کند که برای مراقبین بیمار مبتلا به آلزایمر تصریح شود همزمان با کاهش توانایی بیمار در برقراری ارتباط با مراقبین خود رفتارهای غیر کلامی مانند بی‌قراری، افسردگی، پرخاشگری و تهاجم افزایش پیدا می‌کند و در واقع این رفتارها ناشی از برآورده نشدن نیازهای بیمار مانند درد، گرسنگی، تشنگی، نیاز به دستشویی رفتن و غیره است (۱۰).

یافته دیگر مطالعه، بیانگر وجود رابطه معنی‌دار بین شدت اختلال ذهنی سالمند مبتلا به آلزایمر و شدت مشکل در برقراری ارتباط (افزایش شدت اختلال ذهنی، افزایش مشکلات در برقراری ارتباط) بود، که همسو با نتایج مطالعه آگرونین است. با پیشرفت بیماری آلزایمر، نقایص شناختی بدتر شده و اختلالات روانشناختی همراه با آن شامل اضطراب، افسردگی، بی‌تفاوتی، پریشانی و روان پریشی افزایش می‌یابد که بر روند ارتباطی بیمار با اطرافیان تأثیر منفی می‌گذارد (۱). در مطالعه‌ای که با هدف بررسی روند آسیب و قطع ارتباط بیماران مبتلا به آلزایمر و مراقبین آنها انجام شد، بررسی علائم نشانگر وجود مشکل ارتباطی بود. بررسی چگونگی بهبود روند ارتباط در ۵۰ مراقب بیمار (همسر) که بسته به مرحله بیماری به سه دسته تقسیم شده بودند، نشان داد مراقبت از بیمارانی که در مرحله خفیف و متوسط بیماری بودند با وجود کاهش توانایی‌های شناختی، کلامی و مکالمه‌ای بیمار، با تسلط کامل مشکلات ارتباطی را کنترل کرده، در حالیکه دسته سوم که بیماری در مرحله شدید بود، هیچگونه توفیقی در این زمینه مشاهده نشد (۱۱).

در مطالعه حاضر، بین سن و جنس مراقبین با میزان مشکل در برقراری ارتباط با بیمار ارتباط آماری معنا داری وجود داشت. مراقبین مسن‌تر و دارای جنسیت مؤنث میزان بالاتری از مشکلات در برقراری ارتباط با بیمار گزارش کردند. در واقع یکی از نقش‌های زنان مراقبت از اعضای خانواده و بیماران است. ۹۰٪ مراقبت کنندگان اصلی سالمندان مبتلا به آلزایمر را زنان، دختران و عروسان سالمندان مبتلا به آلزایمر، تشکیل می‌دهند (۱). رابینسون نیز در پژوهش خود نشان داد که زنان،

REFERENCES

منابع

1. Agronin ME. practical Guide in Psychiatry. 1st ed. Philadelphia: Lippincott Co;2004.pp: 72-280.
2. American Alzheimer Association[homepage on the internet]. California: The American Alzheimer Association,Inc;c1999-2002 [updated2003May22; cited2004 Apr20]. Available from: <http://www.alzheimer.Org.uk/statistic.htm>.
3. Finkelman A.W. Psychiatric Mental Health Nursing. 1 st ed. USA: Aspen Publisher Inc; 2000.pp.9-15.
4. Mace NL, Rabins PV.The 36 hour day: A family guide to caring for people with Alzheimer disease, other dementias ,and memory loss in later life. 4 nd ed. Baltimore: Johns Hopkins University Press;2001.pp130-145.
5. Jansson W.Developing services for young people with dementia. Nursig Times2003;99 (22): 36-38.
6. Marie YS, Mary L H, Rhonda JV.Investigating the effects of communication problems on caregiver burden.The Journals of Gerontology 2004;60(1): 548-555.
7. Jeff S, Gloria G,Saskia M. Effectiveness of communication strategies used by caregivers of persons with Alzheimers disease during activities of daily living.Journal of Speech,Language, and Hearing Research April 2003;46(2): 353-367.
8. Schulz R,Obrien A,Czaia S,Ory M.Dementia caregiver intervention research: In search of clinical significance.The Gerontologist 2002;42: 589-602.
9. Organ JB,Ryan EB. Alzheimer disease and other dementias patient-physician Communication. In Communication between older adults and their physicians. Clinics in Geriatric Medicine 2000;16: 153-173.
10. Della FR,Cora Z.Communication difficulties: assessment and interventions.Dermatology Nursing 2005;17(4): 319-320.
11. Organ JB, Karen M, Van G. Resolution of communication breakdown in dementia of the Alzheimer's type: A longitudinal study. Journal of Applied Communication Researchd 1998;29(26): 120 – 138.
12. Robinson K. Metal Problem behavior, caregiver reactions, and impact among caregivers of persons with Alzheimer,s disease. Joutnal od Advanced Nursing. (2001);36(4): 513-582.
13. Chung- Yu Hung. Stressors, social support, depressive symptoms and general health status of Taiwan,s care giver. Clinical Nursing2004; 18 (4): 502-511.

