

اثر ۶ هفته برنامه تمرینی ثبات مرکزی بر میزان زمین خوردن زنان سالمند (مقاله پژوهشی برگرفته از پایان نامه)

سولماز مهدوی^{۱*}، مسعود گلپایگانی^۲، نادر شوندی^۳، امین فرزانه حساری^۴، رحمان شیخ‌حسینی^۵

چکیده:

هدف: هدف این پژوهش بررسی ۶ هفته برنامه تمرینی ثبات مرکزی بر میزان زمین خوردن سالمندان است. روش بررسی: در این کارآزمایی بالینی، ۴۰ نفر از زنان سالمند (میانگین سن: ۶۶/۲۰±۵/۹۸ سال، وزن: ۶۲/۶۰±۵/۷۸ کیلوگرم، قد: ۱۵۹/۹۴±۷/۸ سانتیمتر)، بطور داوطلبانه در تحقیق شرکت کردند. آزمودنی‌ها یک هفته قبل از شروع تمرینات ثبات مرکزی، بر اساس نمرات آزمون تعادلی برگ به دو گروه «با خطر زمین خوردن کم» (گروه ۱) و «با خطر زمین خوردن زیاد» (گروه ۲) تقسیم شدند. سپس به صورت تصادفی به دو گروه تجربی و کنترل تقسیم شدند. گروه‌های تجربی، تمرینات ثبات مرکزی (شامل سه سطح) را انجام دادند. مدت تمرین در هر جلسه تمرین، حدود ۳۰ دقیقه و طول دوره تمرینی ۶ هفته (به صورت یک روز در میان) بود. پس از اتمام تمرینات، پس از آزمون تعادل برگ در همان محیط از گروه‌های کنترل و تجربی به عمل آمد. به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری t مستقل و t وابسته در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین گروه تجربی و کنترل در گروه‌های با خطر زمین خوردن کم و زیاد (گروه‌های ۱ و ۲) در پیش‌آزمون اختلاف معنی‌داری وجود نداشت ($p=0/193$ و $p=0/486$) اما در پس‌آزمون، گروه‌های تجربی عملکرد بهتری نسبت به گروه‌های کنترل داشتند ($p=0/007$ و $p=0/001$). میزان پیشرفت در گروه تجربی با خطر زمین خوردن کم و زیاد به ترتیب برابر ۳۳/۳۸٪ و ۱۵/۰۶٪ و برای گروه‌های کنترل به ترتیب ۳۰/۹۵٪ و ۳۰/۷٪ بود. **نتیجه‌گیری:** یافته‌های تحقیق نشان دادند که تمرینات ثبات مرکزی می‌تواند کنترل پاسچر و در نتیجه میزان زمین خوردن را در سالمندان بهبود بخشد.

کلیدواژه‌ها: مرکز بدن، تمرین درمانی، تعادل پاسچر، زمین خوردن، سالمندان.

- ۱- کارشناس ارشد تربیت بدنی دانشگاه اراک.
- * پست الکترونیک نویسنده مسئول: solmaz_mo2003@yahoo.com
- ۲- دکتری تربیت بدنی و علوم ورزشی، استادیار دانشگاه اراک.
- ۳- دکتری تربیت بدنی و علوم ورزشی، استادیار دانشگاه اراک.
- ۴- کارشناس ارشد تربیت بدنی دانشگاه اراک
- ۵- کارشناسی ارشد تربیت بدنی و علوم ورزشی

مقدمه

«سندرم پیری» شناخته شده است. اگرچه تنها ۵ درصد از کل زمین خوردن‌ها، موجب آسیب جدی می‌شود، اما اثرات روانی ناشی از آن می‌تواند منتهی به نقص حرکتی، کاهش عملکرد و کاهش کیفیت زندگی سالمند شود (۲، ۳).

فعالیت‌های فیزیکی روزمره و ورزشی نیازمند ترکیبی از کنترل پاسچر و اجزاء خاص حرکتی است (۴). کنترل پاسچر یا تعادل یکی از شاخص‌های میزان استقلال در انجام فعالیت‌های روزمره تلقی می‌شود. کاهش تعادل با افزایش خطر زمین خوردن در سالمندان مرتبط است (۵). نشانه‌هایی از تغییرات مرتبط با سن در کنترل پاسچر وجود دارد که منجر به افزایش خطر زمین خوردن می‌شود. افزایش سن، موجب ایجاد اختلال در سیستم‌های عصبی، دهلیزی و بینایی می‌شود. همچنین با افزایش سن، قدرت عضلات کاهش می‌یابد. این مسئله، یک عامل محدود کننده در انجام فعالیت‌های روزانه به شمار می‌رود. به

همسو با رشد جامعه سالمندان (۱)، تشخیص و پیشگیری مشکلات آن‌ها نیز برای بهبود کیفیت زندگی مستقل اهمیت زیادی یافته است. علاوه بر مسائل اخلاقی، سالمندان با برخورداری از حق شهروندی بایستی امکانات سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی شایسته برای ایشان فراهم شده و از نظر اجتماعی و اقتصادی نیز متمر ثمر و موگد باشند. بنابراین پیشگیری و غلبه بر ناتوانی‌های سالمندان و شناخت مشکلات گریبانگیر آنها و نیز بررسی عوامل مؤثر در تغییرات کیفیت زندگی مستقل آنها موضوع شایان توجهی است.

به‌طور متوسط ۱ نفر از هر ۳ سالمند بالای ۶۵ سال و ۱ نفر از هر دو سالمند بالای ۸۰ سال، حداقل یک مرتبه در سال زمین خوردن را تجربه می‌کنند. بعلاوه، ترس از زمین خوردن به ویژه در میان زنان سالمند بسیار شایع است، از این رو زمین خوردن

یک دوره برنامه تمرینی ثبات مرکزی بر میزان زمین خوردن زنان سالمند بود.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی با طرح دوگروهی و گروه کنترل است، از بین ۱۵۰ نفر از اعضای زن کانون جهاندیدگان شهرستان گرگان که آمادگی خود را برای شرکت در تحقیق اعلام کرده بودند، ۴۰ نفر (میانگین سن: $66/20 \pm 5/98$ سال، وزن: $62/60 \pm 5/78$ کیلوگرم، قد: $159/94 \pm 7/8$ سانتیمتر) برای انجام تحقیق انتخاب شدند. قبل از اجرای پژوهش داوطلبان در یک جلسه توجیهی شرکت کردند و پرسشنامه اطلاعات پزشکی ورزشی، پرسش نامه اطلاعات فردی و فرم رضایت نامه شرکت در طرح را تکمیل کردند. در این جلسه اطلاعات کافی در مورد پژوهش در اختیار شرکت کنندگان (پروتکل تمرینی برای سلامتی آنها خطرناک نبوده و با تشخیص و ارزیابی متخصص مربوط به سالمندان، اجرای تمرینات شرکت کنندگان بدون خطر گزارش شد، شرکت کنندگان اجازه داشتند در صورت تمایل، پژوهش را ترک کنند) قرار گرفت.

معیارهای ورود به تحقیق شامل: جنسیت زن، دامنه سنی ۷۵-۶۰ سال، ۱ سال قبل از پژوهش در هیچ رشته ورزشی مشارکت نکرده باشند، قادر به راه رفتن مستقل بوده، برای راه رفتن به وسایل کمکی نیاز نداشتند. معیارهای خروج از تحقیق: وجود مشکلات ارتوپدی و نورولوژیک که مانع شرکت در تمرینات شود، ابتلا به بیماری‌های دیابت، روانی-ذهنی، فشار خون، سرگیجه، داشتن دفورمیتی شدید به ویژه در اندام تحتانی، مشکلات مفصلی شدید (از جمله آرتروز خیلی شدید یا آرتروز)، مشکلات قلبی یا تنفسی شدید و سایر بیماری‌های عمومی، مصرف مواد مخدر یا داروهای آرام بخش قوی یک هفته قبل از آزمون، مشکلات حاذ بینایی و شنوایی (در حدی که موجب اختلال در آزمایش‌ها شود).

یک هفته قبل از شروع تمرینات ثبات مرکزی، شرکت کنندگان با آزمون تعادل برگ^۱ ارزیابی شدند و بر اساس نمره کسب شده در آزمون به دو گروه: باخطر زمین خوردن کم (گروه ۱) و باخطر زمین خوردن زیاد (گروه ۲) تقسیم شدند. سپس اعضای هر گروه به صورت تصادفی به دو گروه کنترل و مداخله تقسیم شدند (۲). سن و استفاده از وسایل کمکی به عنوان مهمترین شاخص‌های ارزیابی اعتبار یک آزمون برای پیش بینی خطر زمین خوردن به شمار می‌آیند که از مزیت آزمون تعادلی برگ است (سن،

نظر می‌رسد که ضعف عضلات ناحیه مرکزی بدن که در برگیرنده مجموعه کمر، لگن و ران است موجب اختلال در انجام این فعالیت‌ها شود. تحقیقات نشان داده‌اند که تقویت عضلات ناحیه مرکزی بدن ممکن است توانایی عملکردی بدن را بهبود بخشد. افزایش توانایی عملکردی، موجب انجام بهتر فعالیت‌های روزمره شده، از نظر روانی به فرد سالمند کمک می‌کند تا استقلال بیشتری در انجام کارهای خود داشته باشد (۵). مطالعات نقش ثبات مرکزی را بر بهبود اجرا و عملکرد نشان داده‌اند، کلارک و همکاران (۲۰۰۰) نقش ثبات مرکزی را با حفظ راستای وضعیت بدنی مناسب در خلال فعالیت‌های عملکردی و جلوگیری از بروز الگوهای حرکتی غلط عامل مهم بهبود اجرا و عملکرد می‌دانند (۶). اثر تمرینات مختلف بر میزان زمین خوردن سالمندان در مطالعات گوناگون گزارش شده است. هیون چی (۲۰۰۵) به بررسی ۱۲ هفته برنامه تمرینی تای چی بر آمادگی جسمانی و جلوگیری از زمین خوردن در سالمندان پرداخت و گزارش کرد که تمرینات تای چی موجب کاهش میزان زمین خوردن در افراد مسن می‌شود (۷). جاج و همکاران (۲۰۰۱) گزارش کردند که تمرینات قدرتی اندام تحتانی بر بهبود تعادل و در نتیجه کاهش خطر زمین خوردن در زنان سالمند تأثیر دارد (۸). مطالعه اثر تمرینات ثبات مرکزی بر کنترل پاسچر توسط پتروفسکی و همکاران (۲۰۰۵) نشان داد که ۴ هفته برنامه تمرینی ثبات مرکزی بر تعادل ایستای سالمندان تأثیر معنی داری دارد (۵).

در پیشینه تحقیق، اثر تمرینات مختلف از جمله تمرینات قدرتی، تعادلی و استقامتی بر میزان زمین خوردن سالمندان گزارش شده است ولی در مورد اثر تمرینات ثبات مرکزی بر میزان زمین خوردن سالمندان گزارش‌های کمی وجود دارد. از طرفی در مورد مدت و نوع برنامه تمرینی استفاده شده در مطالعات گذشته نیز گزارش‌های متفاوتی وجود دارد بطوریکه در اکثر مطالعات عضلات گلوبال که سطحی و بزرگترند تقویت شده‌اند. در تحقیق حاضر سعی شد تا بر روی عضلات لوکال ناحیه مرکزی که عمقی اند توجه شود و اثر تقویت این عضلات بر کنترل پاسچر بررسی شود. تعیین علل زمین خوردن سالمندان و توسعه روش‌های تشخیص برای افراد در معرض خطر زمین خوردن، مجال مناسبی برای بهبود استقلال، کیفیت زندگی و کاهش هزینه‌های مراقبت است. بنابراین و با توجه به ماهیت تمرینات ثبات مرکزی، اهمیت تعادل و کنترل پاسچر در میزان زمین خوردن سالمندان، هدف از تحقیق حاضر، بررسی تأثیر

وضعیت‌های مختلف (طاقباز، دمر، چمباتمه) و همچنین اضافه نمودن اجزاء دینامیک به آن (حرکت اندام‌ها، استفاده از توپ سویسی) در مراحل بعدی بود. این تمرینات بر اساس تمرینات ثبات مرکزی پیشنهاد شده توسط جفری^۱ ارائه شده و شامل ۳ سطح است. تمرینات از سطح ۱ شروع می‌شوند که شامل انقباضات ایستا در یک وضعیت ثابت، تمرینات سطح ۲ شامل انقباضات ایستا در یک محیط بی‌ثبات و در نهایت، تمرینات سطح ۳ شامل حرکات پویا در یک محیط بی‌ثبات هستند در این تمرینات از توپ‌های سوئسی استفاده می‌شود (۱۰).

گروه کنترل در طول ۶ هفته مداخله زندگی روزمره داشتند و تمرینات قدرتی و تعادلی انجام ندادند، اما می‌توانستند در صورت تمایل تمرینات ثبات مرکزی را زیر نظر مربی اجرا کنند. پس از اتمام تمرینات، پس از آزمون تعادل برگ در همان محیط از گروه‌های کنترل و تجربی به عمل آمد. داده‌های پژوهشی به کمک نرم افزار SPSS نسخه ۱۳ پردازش شد. از شاخص‌های گرایش مرکزی، شاخص‌های پراکندگی، آزمون ناپارامتریک کلموگروف اسمیرنوف (جهت بررسی نوع پراکنش داده‌ها)، آزمون آماری t همبسته و آزمون t مستقل در سطح اطمینان ۹۵ درصد ($P < 0.05$) استفاده شد.

یافته‌ها

بخش میانگین و انحراف استاندارد ویژگی‌های فردی شامل سن، قد، وزن دو گروه تجربی و گروه‌های کنترل نشان داد که میزان زمین خوردن در گروه سنی بالاتر، بیشتر است (جدول ۱).

استفاده و یا عدم استفاده از وسایل کمکی به سادگی از تاریخچه قابل دستیابی است و در اعتبار اثرگذار نیست) به همین دلیل این آزمون به عنوان مهمترین روش پیش بینی خطر زمین خوردن در سالمندان معرفی شده است. اعتبار درونی و بیرونی این روش در سالمندان به ترتیب ۰/۹۸ و ۰/۹۹ می‌باشد. آزمون تعادلی برگ، اجرای عملکردی تعادل را بر پایه ۱۴ آیتم که در زندگی روزمره کاربرد زیادی دارد ارزیابی می‌کند. این آیتم‌ها شامل اعمال حرکتی ساده (مانند جابه‌جا شدن، ایستادن بدون حمایت، از حالت نشسته ایستادن و...) و نیز اعمال حرکتی مشکل‌تر (مانند جفت پا ایستادن، ۳۶۰ درجه چرخیدن و روی یک پا ایستادن) می‌باشد. نمره کل آزمون ۵۶ است که تعادل در سطح عالی را نشان می‌دهد. هر آیتم بر اساس مقیاس ترتیبی شامل ۵ امتیاز در دامنه صفر تا ۴ است. امتیاز «صفر» برای کمترین سطح عملکرد و امتیاز «۴» برای بالاترین سطح عملکرد است. نمره آزمودنی بر اساس مجموع امتیازاتی که در هر بخش می‌گیرد محاسبه می‌شود. کسب نمره بیشتر از ۴۵ گروه با خطر زمین خوردن کم و کسب نمره کمتر از ۴۵ گروه با خطر زمین خوردن زیاد را نشان می‌دهد (۲).

گروه‌های تجربی ۱ و ۲، پروتکل تمرینی ثبات مرکزی را به مدت ۶ هفته (۳ جلسه در هفته و بصورت یک روز در میان)، هر جلسه حدود ۳۰ دقیقه انجام دادند. اساس تمرینات استفاده شده در پروتکل، تمرینات اختصاصی ثبات دهنده ستون فقرات، بازآموزی حس عمقی ناحیه کمری لگنی، مانور تو دادن شکم همراه با انقباض عضله مالتی فیدوس و سپس با حفظ مانور ثبات دهنده مذکور استفاده از ثبات دینامیک بدست آمده در

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد ویژگی‌های فردی شرکت کنندگان گروه‌های ۱ و ۲

گروه	تعداد	سن (سال)	قد (سانتیمتر)	وزن (کیلوگرم)
		میانگین \pm انحراف استاندارد	میانگین \pm انحراف استاندارد	میانگین \pm انحراف استاندارد
گروه ۱	تجربی	۶۲/۳۴ \pm ۶/۵۱	۱۶۲/۱۴ \pm ۸/۵۵	۵۷/۵۵ \pm ۳/۶
	کنترل	۶۰/۱۲ \pm ۴/۸۵	۱۶۰/۹۰ \pm ۱/۳۲	۵۹/۳۶ \pm ۸/۰۱
گروه ۲	تجربی	۷۰/۷۳ \pm ۸/۲۰	۱۵۹/۷۳ \pm ۴/۲۷	۵۳/۲۵ \pm ۵/۶۷
	کنترل	۷۱/۶۱ \pm ۷/۱۴	۱۵۷/۰۰ \pm ۶/۳	۵۶/۴۲ \pm ۲/۳

میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون و پس‌آزمون تعادل برگ در گروه‌های تجربی و کنترل در جدول ۲ آمده است. بنابراین با استفاده از آزمون t مستقل میانگین داده‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه تجربی و کنترل با هم مقایسه شد. نتایج نشان داد که بین داده‌های پیش‌آزمون گروه تجربی ۱ و کنترل ۱

میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون و پس‌آزمون تعادل برگ در گروه‌های تجربی و کنترل در جدول ۲ آمده است. بنابراین با استفاده از آزمون t مستقل میانگین داده‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه تجربی و کنترل با هم مقایسه شد. نتایج نشان داد که بین داده‌های پیش‌آزمون گروه تجربی ۱ و کنترل ۱

جدول ۲ پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه ۱ و ۲ در آزمون تعادلی برگ

متغیر	گروه	پیش‌آزمون میانگین \pm انحراف استاندارد	پس‌آزمون میانگین \pm انحراف استاندارد	اختلاف میانگین‌ها
نمره تعادل (براساس آزمون برگ)	گروه ۱	تجربی	۵۳/۲۰ \pm ۱/۹۳	۵۵/۰۰ \pm ۱/۰۵*
		کنترل	۵۲/۶۰ \pm ۱/۸۳	۵۳/۱۰ \pm ۱/۶۶
		P-Value	۰/۴۸۶	۰/۰۰۷
	گروه ۲	تجربی	۳۸/۵۰ \pm ۱/۲۶	۴۴/۳۰ \pm ۲/۱۱*
		کنترل	۳۷/۸۰ \pm ۱/۰۳	۳۹/۲۰ \pm ۱/۳۱
		P-Value	۰/۱۹۳	۰/۰۰۱

* در سطح $P \leq 0/05$ معنی دار است

ناشی می‌شود (۶). بنابراین به نظر می‌رسد که تقویت عضلات این ناحیه در نتیجه برنامه تمرینی ثبات مرکزی باعث بهبود سیستم عصبی عضلانی و کاهش جابجایی مرکز ثقل خارج از سطح اتکا و کاهش نوسانات آن و در نتیجه کاهش میزان زمین خوردن می‌شود.

همچنین طبق نتایج این پژوهش، تعادل در افرادی که بیشتر در معرض خطر زمین خوردن بودند (گروه ۲، ۱۵/۰۶ درصد) نسبت به گروه اول (۳/۳۸ درصد) پیشرفت بیشتری داشت. این مسئله را می‌توان با استناد به این اصل که تمرینات ثبات مرکزی باعث تسهیل فراخوانی عصبی عضلانی می‌شود توجیه کرد و نتیجه گرفت که این تمرینات در افرادی که کنترل پاسچرال آن‌ها ضعیف‌تر است، بیشتر باعث تسهیل عصبی عضلانی شده و مؤثرتر است.

مطالعات نشان می‌دهند تمرینات ثبات مرکزی می‌تواند منجر به بهبود تعادل پویا یا ایستا شوند می‌توان به مطالعات اریک و همکاران (۲۰۰۵) اشاره کرد که نشان دادند شرکت در ۴ هفته برنامه تمرین تقویت عضلات تنه باعث ایجاد تفاوت معنی‌داری در تعادل پویای شرکت کنندگان شد. کراپس و همکاران (۲۰۰۱) نیز گزارش کردند ۲۰ جلسه برنامه تمرینی ثبات مرکزی بر تعادل ایستا اثر معنی‌داری دارد (۱۲) و نتایج تحقیق کلاری و همکاران (۲۰۰۶) نشان داد تمرینات ثبات مرکزی منجر به بهبود تعادل می‌شوند (۱). همچنین نتایج تحقیق با نتایج حاصل از تحقیقات پتروفسکی و همکاران (۲۰۰۵) همخوان است. آنان نشان دادند تعادل سالمندان بعد از ۴ هفته برنامه تمرینی تقویت عضلات تنه، بهبود معنی‌داری داشته است (۵). نتایج تحقیق کاسیو - لیما و همکاران (۲۰۰۳) نیز نشان داد ۵ هفته تمرینات

نتایج آزمون t وابسته نشان می‌دهد که بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه تجربی ۱ تفاوت معنی‌داری وجود دارد، در صورتیکه در گروه کنترل ۱ تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. همچنین بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه تجربی ۲ تفاوت معنی‌داری وجود دارد، در صورتیکه در گروه کنترل ۲ تفاوت معنی‌داری دیده نشد. با توجه به عدم معنی‌داری نمرات پیش‌آزمون، نتایج آزمون t وابسته نشان می‌دهد که بهبود تعادل در گروه‌های تجربی بعد از ۶ هفته ناشی از برنامه تمرینی بوده است. میزان پیشرفت در گروه تجربی ۱ و ۲ به ترتیب برابر ۳۸/۳۸٪، ۱۵/۰۶٪ و برای گروه‌های کنترل به ترتیب ۰/۹۵٪، ۳/۷٪ بود. در نتیجه عملکرد گروهی که خطر زمین خوردن در آنها بالا بود نسبت به گروهی که خطر زمین خوردن در آنها پایین بود، پیشرفت بیشتری داشت.

بحث

طبق نتایج تحقیق، پس از پایان پروتکل تمرینی، تعادل یا کنترل پاسچر، سالمندان بهبود یافته و در نتیجه میزان زمین خوردن آنان کاهش یافت. تحقیقات نشان داده است که با افزایش سن، قدرت عضلات کاهش می‌یابد. این قدرت نه تنها در عضلات رادیال^۱ مانند عضله دوقلو، بلکه در عضلات محوری تنه^۲ مانند عضلات ناحیه مرکزی بدن نیز کاهش می‌یابد که موجب افزایش نوسان‌های بدن می‌شود و در نتیجه ممکن است باعث ایجاد اختلال در تعادل بدن شود (۱۱). تمرینات ثبات مرکزی موجب تقویت عضلات شده و در نتیجه بهبود تعادل و کنترل پاسچر را به دنبال دارد. علاوه بر این از نظر آناتومیکی مرکز بدن ناحیه‌ای است که مرکز ثقل در آن واقع شده است و حرکات از آنجا

ثبات مرکزی بر روی توپ سویسی و بر روی زمین اثرات مشابهی بر تعادل دارند و هر دو برنامه تمرینی باعث بهبود تعادل می‌شوند، نیز همراستا با نتایج تحقیق حاضر است (۱۴).

اما لواریچ و همکاران (۲۰۰۳) در مطالعه ۷ هفته برنامه تمرینی ثبات مرکزی بر تعادل فوتبالیست‌ها اثر معنی‌داری نیافتند (۹)، اسوانی و همکاران (۲۰۰۳) نیز ۹ هفته برنامه تمرینی ثبات مرکزی بر تعادل شناگرها را بی‌اثر یافتند که با نتایج تحقیق حاضر همخوانی ندارد (۱۴).

به تفاوت متغیرهای تمرینی مانند روش ارزیابی، سن و میزان فعالیت آزمودنی‌ها می‌تواند در ناهمخوانی نتایج به دست آمده مؤثر باشد. اسوانی و لواریچ از شرکت کنندگان سالم و جوان برای گروه کنترل و از ورزشکاران جوان برای گروه تجربی استفاده کرده بودند. علاوه بر این، بر خلاف تحقیق حاضر که تعادل به وسیله آزمون عملکردی ارزیابی شده بود، در تحقیقات مذکور، تعادل به وسیله روش‌های آزمایشگاهی ارزیابی شده بود. یکی دیگر از عواملی که ممکن است در مغایرت نتایج این تحقیق با تحقیقات دیگر نقش داشته باشد برنامه تمرینی استفاده شده است. در این تحقیق برنامه تمرینی ثبات مرکزی به مدت ۶ هفته انجام شد و بیشتر بر عضلات لوکال و عمقی ثبات مرکزی تمرکز شده بود، در حالیکه در تحقیقات دیگر، مدت برنامه تمرینی متفاوت بوده و بیشتر عضلات گلوبال و بزرگتر تقویت شده بود.

پروتکل‌های تمرینی تقویت عضلات ناحیه مرکزی بدن (مانند پروتکل تحقیق حاضر)، قابلیت استفاده در منزل را داشته و نیاز به تجهیزات خاصی ندارد و با هدف تقویت عضلات کلیدی بدن در ناحیه شکمی و قسمت تحتانی کمر طراحی شده‌اند که موجب افزایش قدرت عضلات و دستیابی عملکردی در تمام

سطوح حرکتی می‌شوند. بنابراین، بدون طراحی برنامه خاص برای تقویت عضلات ناحیه مرکزی بدن، استفاده از هر برنامه تمرینی استاندارد که برای تقویت سایر عضلات به کار رود ممکن است در افزایش دستیابی عملکردی مؤثر نباشد. با وجود مفید بودن سایر برنامه‌های تمرینی، برای حفظ فعالیت‌های عملکردی روزمره، پروتکل‌هایی مانند برنامه ارائه شده در تحقیق حاضر تأثیر بیشتری دارد (۱۲). توافق نظر در مورد مدت زمان تمرین ثبات مرکزی در یک جلسه تمرین و همچنین مدت پروتکل تمرینی اندک است و ارائه یک پروتکل معین که بتواند بهترین تأثیر را داشته باشد وجود ندارد (۱۵). از این رو ارائه و تجویز این شیوه تمرینی نیاز به پژوهش‌های گسترده‌ای در آینده دارد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج تحقیق حاضر، می‌توان نتیجه گرفت که تمرینات ثبات مرکزی منجر به بهبود تعادل و کاهش میزان زمین خوردن می‌شود و می‌توان در کنار برنامه‌های دیگر با هدف آماده‌سازی، بازتوانی و بهبود عملکرد سالمندان از آن سود برد. اما تا زمانی که اثر پروتکل‌های مختلف تمرینات ثبات مرکزی و اثرات انواع متغیرهای تمرینی آن وضوح بیشتری نیافته، استفاده از این تمرینات تحقیقات بیشتری را می‌طلبد.

تشکر و قدردانی

از مدیریت، کارکنان و اعضای محترم کانون جهاندیدگان شهرستان گرگان که در انجام این تحقیق ما را یاری نمودند کمال امتنان را داریم.

REFERENCES

منابع

1. Clary S, Barnes C, Bamben D, Knehans A, Bemben M. Effects of ballates, step aerobics, and walking on Medicine balance in women aged 50-75 years. *Journal of Sports Science*, 2006;5(3): 390-99.
2. Bogle Thorbahn LD, Newton RA. Use of the Berg Balance Test to Predict Falls in Elderly Persons. *Physical Therapy*. 1996;76(6): 576-83; discussion 584-5.
3. Ness k. Screening for Risk of Falling in Community-Dwelling Elderly People May Increase Fear of Falling. *Journal of Geriatric Physical Therapy*. 2003; 27(3): 100-104.
4. Shaffer A. Hard core. *Journal of Tennis*, 2001; 37: 112-114.
5. Petrofsky JS, Cuneo M, Dial R, Pawley AK, Hill J. Core Strengthening and Balance in the Geriatric Population. *The Journal of Applied Research*, 2005; 5(3): 423-433.
6. Clark MA, Fater D, Reuteman P. Core (trunk) stabilization and its importance for closed kinetic chain rehabilitation. *Orthop Phys Ther Clin North Am*, 2000; 9: 119-13.
7. Choi JH, Moon JS, Song R. Effects of Sun-style Tai Chi exercise on physical fitness and fall prevention in fall-prone older adults. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;51(2): 150-157.
8. Judge JO, Lindsey C, Underwood M, and Winsemius D. Balance improvements in older women: effects of exercise training. *J of Physical Therapy*, 1993;73(4): 254-65.
9. Lewarchik TM, Bechtel ME, Bradley DM, Hughes CJ, and Smith TD. The effects of a seven week core stabilization program on athletic performance in collegiate football players. *J Athl Train*, 2003; 38: 80-81
10. Jeffreys I. Developing a progressive core stability program. *Strength Cond J*, 2002;24(5): 65-73.
11. Petrofsky JS, Batt J, Davis N, Lohman E, Laymon M, De Leon GE, et al. Core Muscle Activity During Exercise on a Mini Stability Ball Compared With Abdominal Crunches on the Floor and on a Swiss Ball. *The Journal of Applied Research*, 2007;7(3): 255-272.
12. Crapes FP, Reinehr FB, Mota CB. Effects of a program for trunk strength and stability on pain, low back and pelvis kinematics, and body balance. *J of Bodywork and Movement Therapies*, 2008;12(1): 22-30.
13. Cosio-Lima LM, Reynolds KL, Winter C, Paolone V, Jones MT. Effects of Physioball and Conventional Floor Exercises on Early Phase Adaptations in Back and Abdominal Core Stability and Balance in Women. *J of strength and conditioning reaserch*, 2003;17(4): 721-725.
14. Swaney MR, Hess RA. The effects of core stabilization on balance and posture in female collegiate swimmers. *J Athl Train*, 2003;38S: 90-95.
15. Salavati M. Study of postural control deficits in patients with chronic low back pain and effect of spine stabilization exercises on it. Thesis for PHD in physiotherapy, university of rehabilitation sciences and social welfares, 2002; pages 81-83.
۱۶. صلواتی م. بررسی نقایص کنترل پاسچرال در بیماران مبتلا به درد مزمن و اثر تمرینات ثبات کمر بر آن [پایان نامه]. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی: دانشکده توانبخشی، ۱۳۸۱؛ صص ۸۳-۸۱.

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	سن (سال)
	زن	۳۲	۳۲	۱۳	۱۳	۶۰-۶۹	
	متاهل	۶۸	۶۸	۳۲	۳۲	۷۰-۷۹	
وضعیت تأهل	همسر فوت شده	۳۰	۳۰	۳۸	۳۸	۸۰-۸۹	
	مطلقه	۲	۲	۱۳	۱۳	۹۰-۹۹	
وضعیت اختلال ذهنی	خفیف	۲۱	۲۱	۲	۲	< ۱۰۰	
	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	
	میانگین	۵۸		شغل	کارمند	۸	۸
انحراف معیار	۶۳/۶۵		بازنشسته		۱۱	۱۱	
همسر	۶۱	۶۱	خانه دار		۵۴	۵۴	
فرزند	۳۶	۳۶	آزاد		۹	۹	
نسبت مراقب با بیمار	عری	۳	۳	میزان درآمد ماهیانه (هزار تومان)	دانشجو	۱۱	۱۱
	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	

بحث

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

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 سازگارانه 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.

