

تأثیر مشارکت در گروه‌های حمایتگر بر سلامت معنوی و فشار مراقبتی در «مراقبین عضو خانواده» سالمندان مبتلا به آلزایمر

(مقاله پژوهشی)

فرحناز محمدی^{۱*}، مهرزاد بابایی^۲

چکیده:

هدف: نظر به اهمیت توانمند سازی و حمایت مراقبین خانوادگی، این مطالعه به بررسی تأثیر مشارکت فعال مراقبین در گروه‌های حمایتگر بر فشار مراقبتی و بهزیستی معنوی آنان پرداخت.

روش بررسی: در این مطالعه نیمه تجربی تک گروه با اندازه‌گیری مکرر، ۳۲ مراقب خانوادگی عضو انجمن آلزایمر ایران، که حداقل یک سال تجربه مراقبت داشتند در مطالعه وارد شدند و طی ۴ ماه در ۳۲ جلسه منظم گروهی، در خصوص بیماری آلزایمر، اصول مدیریت مراقبت از سالمند و خود، حمایت معنوی و روانی از یکدیگر و رویایی و حل مشکلات مراقبت مطرح شد و به تدریج رهبری گروه به اعضاء داوطلب سپرده شد. جلسات در سطح جامعه و با مدیریت و برنامه‌ریزی اعضاء گروه‌ها در دو فرهنگسرا و یک مرکز مراقبت روزانه سالمندان برگزار شد. داده‌ها از طریق پرسشنامه‌های سنجش فشار مراقبت و بهزیستی معنوی جمع‌آوری و با آزمون تحلیل واریانس با داده‌های تکراری در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین بهزیستی معنوی طی سه بار اندازه‌گیری به ترتیب ۳۱/۲۶۵، ۳۲/۷۰۶، ۴۰/۱۱۸ بود. تحلیل واریانس تفاوت معنی‌داری را در سه بار اندازه‌گیری برای بهزیستی معنوی ($p=0/005$) و فشار مراقبتی ($p<0/001$) نشان داد.

نتیجه‌گیری: مشارکت فعال در گروه‌های حمایتگر برای مراقبین، مصداق توانمند سازی آنان برای رویارویی با مشکلات مراقبت از سالمندان مبتلا به آلزایمر است. برنامه‌هایی از این دست، با کاهش فشار مراقبتی و ارتقاء سلامت معنوی، منجر به رویایی مؤثرتر مراقب با عوارض منفی مراقبت می‌شوند. حفظ و ارتقای سلامت مراقبین به استمرار برنامه‌های آموزشی و حمایتی از آنان نیازمند است و این مهم نیز ضرورت تدوین سیاست‌های بهداشتی و حمایتی مؤثر را می‌طلبد.

کلید واژه‌ها: گروه حمایتگر، مراقبین خانوادگی، سالمند، آلزایمر

۱- استادیار، عضو مرکز تحقیقات سالمندی ایران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
* پست الکترونیک نویسنده مسئول:
f.mohammadi@uswr.ac.ir
۲- کارشناس ارشد پرستاری، انجمن آلزایمر ایران

مقدمه

بر افزایش تعداد سالمندان در جامعه اشاره دارد و این موضوع قابل تأمل است چرا که سالمندان معمولاً از خدمات سیستم‌های بهداشتی به کرات استفاده می‌کنند. تأثیر مستقیم بر خورداری از عمر طولانی به این معناست که سالمند بیشتر چالش‌هایی مانند ابتلا به بیماری و ناتوانی پیش‌رونده، فرایند بهبودی تدریجی و نیاز به مراقبت طولانی مدت^۱ را، تجربه خواهد کرد.

مطالعات جمعیت‌شناختی سالمندان، وقوع اپیدمی جهانی آلزایمر را تایید می‌کند (۵). پیش‌بینی شده در سال ۲۰۵۰ نزدیک به ۱۰۰ میلیون سالمند مبتلا به آلزایمر در جهان وجود خواهد داشت. مطالعات نشان می‌دهد از هر ۱۰ بیمار مبتلا به آلزایمر ۷ بیمار در منزل تحت مراقبت هستند. از این رو موضوع مراقبت

سیاست کنترل موالید، کاهش مرگ و میر، افزایش امید به زندگی، رشد خدمات بهداشتی و تکنولوژی درمانی و تشخیصی، افزایش قابل ملاحظه‌ای را در جمعیت سالمندان جهان سبب شده است که از آن با عناوین گوناگونی مانند خاکستری شدن جمعیت، پیر شدن ملت‌ها، و غیره یاد می‌شود. بر اساس سرشماری سال ۱۳۸۵ جمعیت سالمندان ایران ۷/۲۷ در صد برآورد شده است. طبق این آمار رشد جمعیت سالمندان در دامنه سنی ۷۰ سال و بالا قابل توجه‌تر از سایر گروه‌های سنی سالمندان می‌باشد (۲) و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۱۴۰۰ این رقم به ۱۰ درصد کل جمعیت بالغ شود (۳). افزایش امید به زندگی تلویحاً

سلامت، متاسفانه موضوع ارتقاء «سلامت معنوی» کمتر در برنامه‌های حمایتی و درمانی مورد توجه مراقبین حرفه‌ای، قرار گرفته است (۱۵-۱۳). «سلامت معنوی» مراقبین با سلامت روانی و مقابله مؤثر مرتبط است. ییه و بول^۱ (۲۰۰۹) نشان داده‌اند بین ایمان و باورهای معنوی مراقبین و رضایت از زندگی مانند تجربه مراقبت از سالمند همبستگی مثبت وجود دارد (۱۶). دشواری مراقبت خانوادگی از سالمندان مبتلا به آلزایمر در کشورهای پیشرفته، با ارائه برنامه‌های حمایتی گوناگونی برای مراقبین تا حدودی جبران شده و عموماً این مداخلات بر اصل سهولت در اجرا، قابلیت دسترسی و اثر بخشی استوار هستند (۱۸-۱۴). بررسی اثر بخشی این برنامه‌ها از چالش‌ها و موضوعات مورد بحث در مجامع سالمندی است. تشکیل گروه‌های حمایتی و تسهیل مشارکت مراقبین در این گروه‌ها، از سوی انجمن آلزایمر جهانی نیز مورد تأکید قرار دارد. امروزه مداخلات حمایتی از خانواده‌های سالمندان، نه تنها به منظور کمک به ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به آلزایمر، بلکه باری مقابله مؤثر مراقبین آنان نیز، به اجرا در می‌آید. این مداخلات عمدتاً در جهت کاهش استرس و به حداقل رساندن بار مراقبتی اعضای خانواده انجام می‌شود. شرکت در گروه‌های حمایتی آموزشی سبب تشکیل گروه‌های خودیاری، ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان و ارتقاء آگاهی جامعه از نیاز سالمندان می‌شود (۱۹). مطالعات در زمینه نقش خانواده‌ها در ارائه خدمات و مراقبت به سالمندان، یکی از اولویت‌های تحقیقاتی محسوب می‌شود، چرا که نتایج این مطالعات می‌تواند اطلاعات و شواهد لازم را برای سیاست‌گذاری‌های مؤثر فراهم کرده و از سوی دیگر منجر به توانمندسازی^۲ مراقبین در رویارویی و تطابق مؤثر با موضوعات پیچیده مراقبت از سالمندان شوند (۲۰). ارزیابی گزارش‌های مبتنی بر شواهد نشان می‌دهند، با وجود تلاش فراوان برای تدوین برنامه‌های حمایتی از مراقبین همچنان شکاف علمی^۳ در زمینه اثر بخشی این برنامه‌ها وجود دارد (۲۱).

محمدی و همکاران (۱۳۸۷) در مدل «توانمندسازی مراقبین خانوادگی سالمندان آسیب‌پذیر» بر توانمندسازی مراقبین به عنوان مهمترین مؤلفه در حمایت از اعضای خانواده سالمندان، تأکید کرده‌اند. آموزش و آگاه‌سازی مراقبین، تشکیل گروه‌های حمایتگر، مشارکت در تشکلهای مردم نهاد از دیگر پیشنهادها

از سالمندان مبتلا به آلزایمر و بار اقتصادی، مراقبتی، بهداشتی و خانوادگی متعاقب آن به طور ویژه‌ای مورد توجه نظام‌های سلامت کشورها در آمده و مطالعات گسترده در دهه‌های اخیر، گواه ارزشمندی بر این مدعاست (۶).

در ایران با وجود رشد جمعیت سالمندان کشور به جنبه‌های سلامت سالمندان به ویژه مراقبت طولانی مدت از آنان هنوز پاسخ مناسبی داده نشده است. نوروزی و همکاران (۱۳۸۵) در این رابطه می‌گویند امروزه مراقبت از سالمندان کهنسال کشورمان عمدتاً به عهده خانواده‌ها واگذار می‌شود و یا در صورت بروز مشکل توسط مراکز نگهداری سالمندان و یا به وسیله مراکز خصوصی مراقبت در منزل و توسط مراقبین نا آگاه و کاملاً به صورت غیر حرفه‌ای انجام می‌گیرد (۷).

در اکثر کشورها برآوردن نیازهای مراقبتی سالمندان، مسئولیت مشترکی است که سیاست‌های حمایتی رسمی و غیر رسمی را درگیر می‌کند. سیستم‌های حمایت رسمی تدابیر دولتی برای نگهداری از سالمندان می‌باشد در حالیکه سیستم‌های غیر رسمی، مراقبت غیر حرفه‌ای است که توسط اعضای خانواده، دوستان و بستگان انجام می‌گیرد، که در این میان اعضاء خانواده سالمند به وضوح از نقش مهمتری برخوردارند (۸). بسیاری از منابع نظر به اهمیت جایگاه خانواده‌ها در مراقبت از سالمندان، از آنان به عنوان «دروازه‌بانان» زندگی سالمند یاد می‌کنند. به طور کلی خانواده‌ها بخش مهم اما پنهان حمایت و مراقبت از سالمندان را به عهده دارند (۹).

بار مراقبت^۴ که در بعضی منابع از آن به عنوان فشار مراقبتی^۳ نیز یاد می‌شود، یکی از برایندهای منفی مراقبت از سالمندان مبتلا به آلزایمر است که در سال‌های اخیر مورد توجه واقع شده است. محققین بیان داشته‌اند فشار ناشی از مراقبت سالمندان تمامی ابعاد جسمانی روانی، اجتماعی، معنوی و همچنین کیفیت زندگی مراقبین را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۲-۱۰). فشار مراقبت در حکم منبع استرس به شدت ابعاد سلامت مراقبین را تهدید می‌کند. معنویت یکی از ابعاد وجود انسانی است که در مواقع بروز بحران و استرس به شکل بارزی نمود پیدا کرده، سبب خلق معنا در زندگی شده و الهام بخش فرد در رویارویی با مشکلات می‌شود. افرادی که از سلامت معنوی برخوردارند افرادی توانمند، قوی، دارای قدرت کنترل، و حمایت اجتماعی بیشتر می‌باشند. با وجود تبیین جایگاه مراقبت معنوی در

1- gate keeper

2- caregiving burden

3- caregiving strain

4- Yeh & Bull

5- empowerment

6- knowledge gap

سالمندان مبتلا به آلزایمر، به رهبری فرد حرفه‌ای بهداشتی (که در این مطالعه پرستار کارشناس ارشد بود) که در سطح جامعه تشکیل شد. در اولین جلسه توجیهی، از شرکت کنندگان خواسته شد تا نیازهای حمایتی خود را حسب تجربه شخصی مطرح کنند. براساس نیاز سنجی محتوای آموزشی توسط تیم تحقیق و مراقبین شرکت کننده، تهیه شد. آن دسته از نیازهای عاطفی و حمایتی که عمدتاً بر حول حمایت عاطفی و کمک در ارائه مراقبت سالمند متمرکز بود، نیز مطرح و طبقه‌بندی شد تا در حین برگزاری جلسات به شکل مناسب مطرح و به موقع رفع شود. در نخستین جلسه اعضا با یکدیگر آشنا شدند و انگیزه خود را از شرکت در گروه بیان کردند. طی ۸ جلسه، شرکت کنندگان آموزشهایی را با محتوای مربوط به ماهیت بیماری آلزایمر، عوارض بیماری، اصول مراقبت از خود مراقب، حل مشکل رویارویی با چالش‌های مراقبت دریافت کردند و با راه‌های رهایی از استرس، چگونگی حمایت معنوی و روانی از یکدیگر، چگونگی مدیریت مراقبت در منزل آشنا شده و راهکارها را به مدت ۴ ماه اجرا کردند. جهت آموزش از روش سخنرانی، پرسش و پاسخ، آموزش عملی مهارت‌ها، بحث گروهی و توزیع نسخه چاپی مطالب ارائه شده در هر جلسه استفاده شد طبق اصول نظری این گونه گروه‌ها که بر جلب مشارکت و توانمند سازی اعضا، تفویض اختیار و مسئولیت به اعضا گروه استوار است (۲۲). گروه در ابتدا به وسیله رهبر حرفه‌ای هماهنگ و رهبری می‌شد و به تدریج رهبر غیر حرفه‌ای که خود عضوی از گروه مراقبین و مورد تایید تیم تحقیق و سایر مراقبین بود، عهده‌دار این نقش می‌شد. بر همین اساس طی ۴ ماه هر دو هفته یک بار گروه رسماً در محل‌های از پیش تعیین شده با موضوعاتی که از قبل توسط شرکت کنندگان تعیین شده بود برگزار شد و در هر جلسه به نوبت، داوطلبان مطالبی را که تهیه کرده بودند براساس تجارب خود به سایر اعضای گروه ارائه کردند، سپس رهبر حرفه‌ای گروه به ارائه مطالب علمی که قبلاً به آن اشاره شد پرداخته و جلسات با بحث اعضای پیرامون موضوعات و ارائه راهکارها و حل مشکل یکدیگر ادامه یافت. همچنین در هر جلسه به ترتیب یکی از اعضا مسئول ارائه راهکاری برای کاهش استرس مانند شعر خوانی، داستان سرایی، معرفی یک روش آرام سازی برای سایر مراقبین بود. به این ترتیب شبکه مراقبین در گروه‌ها تشکیل شد و در بین جلسات با

این مدل در ارتقای سلامت مراقبین خانوادگی است (۲۲). شولتز و همکاران در مطالعه‌ای مروری بر حمایت‌های ارائه شده به خانواده سالمندانی که در منزل تحت مراقبت هستند، مطرح می‌کنند که این مراقبین از انزوای اجتماعی می‌ترسند و بسیار علاقمند ایجاد شبکه حمایتی با هم گروهان برای رفع نیازهای آموزشی و اجتماعی خود هستند (۱۸)

با وجود ادبیات پژوهشی مرتبط بر اثر بخشی مداخلات روانی - آموزشی و تشکیل گروه‌های حمایتگر (۲۵-۲۲) بر سلامت مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر، اما شواهدی که مبتنی بر مشارکت مراقبین به عنوان تدوین کنندگان، مجریان و راهبران برنامه‌های حمایتی باشند در دست نیست. بر همین اساس در مطالعه حاضر مشارکت فعال مراقبین مورد تاکید قرار گرفت. همچنین با توجه به حاکمیت فرهنگ و آموزه‌های مذهبی بر فضای مراقبت خانوادگی در جامعه ایرانی و توجه به این مهم که سلامت معنوی به عنوان یک عامل حفاظتی^۱ مراقبین را در برابر برایندهای منفی مراقبت، محافظت می‌کند (۱۷)، مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر مشارکت مراقبین در گروه‌های حمایتگر بر فشار مراقبت و سلامت معنوی آنان طراحی و بر اساس مطالعه‌ای مبتنی بر مشارکت جامعه به اجرا در آمد.

روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع نیمه تجربی تک گروه با اندازه‌گیری مکرر بود که با رویکرد پژوهش مبتنی بر مشارکت جامعه^۲ به اجرا در آمد. با فراخوان عمومی توسط انجمن آلزایمر از میان ۶۴۰ مراقب تهرانی عضو انجمن در زمان انجام مطالعه، ۵۶ نفر، تمایل خود را برای شرکت در مطالعه اعلام کردند. این افراد حداقل ۱۲ ماه تجربه مراقبت از سالمند عضو خانواده را داشتند، با سواد و مایل به شرکت و ادامه طرح بودند و قبلاً تجربه شرکت در گروه‌های حمایتگر را نداشتند. محل برگزاری جلسات گروه‌های حمایتگر، با همکاری شهرداری و پیگیری مراقبین داوطلب در سه نقطه شهر تهران یعنی در دو فرهنگسرای سالمند، خانواده و مرکز مراقبت روزانه قاصدک که به لحاظ دسترسی و بعد مسافت برای حضور شرکت کنندگان مناسب‌تر بود، انتخاب و جلسات گروهی در آنها تشکیل شد.

گروه حمایتگر بر اساس پیشنهاد انجمن جهانی آلزایمر (۲۰۰۶) عبارت بود از گروه‌های ۵ تا ۷ نفر متشکل از مراقبین اصلی

محوریت ابزار سنجش سلامت یا بهزیستی معنوی موجود در مقالات گومز و فیشر^۲ (۲۰۰۳)، رایلی و همکاران^۳ (۱۹۹۸) و دالمن و فری^۴ (۲۰۰۴) توسط محقق ساخته شد (۲۹-۲۷). این ابزار ابعاد مختلف مفهوم بهزیستی معنوی را بر اساس آنچه در تعریف نظری مفهوم سلامت معنوی مستتر است در بر می‌گیرد. اعتبار صوری و محتوایی ابزار را ۱۰ نفر از اساتید و صاحب نظران حوزه سالمندشناسی، روانشناسی و پرستاری تایید کردند و در مطالعه مقدماتی ضریب آلفا کرونباخ ۰/۷۳ به دست آمد. داده‌ها در سه مرحله قبل، پایان چهارمین ماه و دو ماه بعد از اتمام مداخله اندازه‌گیری و با استفاده از نرم افزار spss نسخه ۱۱/۵ با آزمون تحلیل واریانس تحلیل شد.

یافته‌ها

در این مطالعه بیشتر مراقبین خانوادگی سالمندان را، زنان (۷۶/۷٪)، با نسبت فرزندی (۵۴/۸٪)، دارای درآمد ۲۰۰ هزار تومان و کمتر، (۷۳/۹٪)، با سطح تحصیلات دیپلم (۳۷/۶٪)، خانه‌دار (۵۰/۰٪)، ارایه دهنده مراقبت جامع جسمی، روانی و اجتماعی (۶۶/۶٪)، ۵-۱ ساعت مراقبت روزانه جسمی (۴۰/۷٪) و ۶-۱ ساعت مراقبت‌های روزانه روانی (۵۲/۲٪) تشکیل دادند. بیشتر سالمندان تحت مراقبت را نیز زنان (۵۱/۷٪)، با سواد (۶۰/۷٪)، دارای حقوق بازنشستگی (۶۹/۰٪) و تحت پوشش بیمه (۸۹/۷٪) شامل می‌شد.

هم ارتباط داشته و با اشتراک گزاردن دانش و تجارب خود، یکدیگر را در حل مشکلات مراقبتی یاری و به لحاظ روانی و معنوی یکدیگر را حمایت می‌کردند. در ابتدای اجرای مداخله، سوال‌های اعضا از طریق تماس تلفنی با رهبر رسمی گروه رفع می‌شد، به تدریج این مهارت به عهده رهبر غیر رسمی واگذار شد. اجرا برنامه به مدت یکسال، سه برنامه جداگانه، در سه نقطه شهر تهران هر یک به مدت ۴ ماه، ۳۲ جلسه گروهی با مدیریت یک تیم پژوهشی به اجرا درآمد. در طول مداخله ۲۴ نفر از مراقبین به سبب بعد مسافت، مشکلات اقتصادی حاد، اشتغال، محدودیت زمانی، و عدم وجود سیستم‌های مراقبتی جایگزین در زمان غیبت مراقب به تدریج از مطالعه خارج شدند. داده‌ها از طریق پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی، ابزار فشار مراقبتی و ابزار سنجش سلامت معنوی جمع‌آوری شد. ابزار سنجش فشار مراقبتی مشتمل بر ۱۳ گویه در لیکرت ۴ سطحی بود. این ابزار بر اساس متون موجود و با محوریت ابزار سنجش فشار مراقبتی فشار مراقبتی رابینسون (۱۹۸۳)^۱ توسط محمدی (۱۳۸۵) ساخته و در مطالعه‌ای بر مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر به کار گرفته شده بود. در مطالعه یاد شده اعتبار صوری و محتوایی ابزار توسط ۱۲ نفر از افراد متخصص تایید و پایایی ابزار با آزمون مجدد ۰/۷۴ محاسبه شده بود (۲۶). در این مطالعه نیز پایایی در مطالعه‌ای مقدماتی بر ۱۵ عضو خانواده سالمند آسیب پذیر به اجرا درآمد و ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد. ابزار سنجش سلامت معنوی مشتمل بر ۱۲ گویه در قالب لیکرت ۴ سطحی بود. این ابزار بر اساس متون موجود و با

جدول ۱: توزیع مراقبین و سالمندان تحت مراقبت بر اساس برخی ویژگی‌های فردی

متغیر	سطوح متغیر	فراوانی	درصد فراوانی
جنس مراقب	زن	۱۵	۵۱/۷
	مرد	۱۴	۴۸/۳
	جمع	۲۹	۱۰۰
نسبت مراقب با سالمند	همسر	۱۳	۴۱/۹
	فرزند	۱۷	۵۴/۸
	عروس	۱	۳/۲
	جمع	۳۱	۱۰۰

1- Robinson ,b: caregiver strain index(1983)
3- Riley et al

2- Gomez & Fisher
4- Daaleman & Fery

متغیر	سطوح متغیر	فراوانی	درصد فراوانی	
تحصیلات مراقب	بیسواد	۱	۳/۱	
	ابتدایی	۸	۲۵/۰	
	سیکل	۴	۱۲/۵	
	دیپلم	۱۲	۳۷/۶	
	دانشگاهی	۷	۲۱/۹	
	جمع	۳۲	۱۰۰	
	شغل مراقب	خانه دار	۱۶	۵۰/۰
		بازمشته	۸	۲۵/۰
		شاغل	۶	۱۸/۸
		بیکار	۲	۸/۳
جمع		۳۲	۱۰۰	
ساعات تخصیص داده شده در شبانه روز برای مراقبت		۱-۵	۱۱	۴۰/۷
		۶-۱۰	۳	۱۱/۱
		۱۱-۱۵	۴	۱۴/۸
		۱۶-۲۴	۹	۳۳/۳
جمع		۲۷	۱۰۰	
جنس سالمند	زن	۱۵	۵۱/۷	
	مرد	۱۴	۴۸/۳	
	جمع	۲۹	۱۰۰	
منبع درآمد سالمند	بدون درآمد	۵	۱۷/۲	
	حقوق بازنشستگی	۲۰	۶۹/۰	
	دارایی شخصی	۲	۵/۹	
	کمپنه امام	۲	۵/۹	
	جمع	۲۹	۱۰۰	
وضعیت بیمه سالمند	بله	۲۶	۸۹/۷	
	خیر	۳	۱۰/۳	
	جمع	۲۹	۱۰۰	

جمع فراوانی‌های مربوط به هر متغیر با حذف missing data منظور شده است.

میانگین بهزیستی معنوی طی سه با اندازه‌گیری با روند افزایشی به ترتیب‌گیری به ترتیب ۲۶/۰۲۹، ۳۴/۰۲۹، ۳۴/۴۷۱ بود. این مقادیر با روند نزولی برای فشار مراقبتی به ترتیب ۴۰/۱۱۸، ۳۲/۷۰۶، ۳۱/۲۶۵ بود. آزمون کولموگروو اسمیر نوو موید توزیع نرمال متغیرهای یاد شده در سه مرحله اندازه‌گیری قبل، پایان مداخله و دومه بعد از مداخله ($p \geq 0/995$) بود. با

به ترتیب میانگین و انحراف معیار سن مراقبین و سالمندان ۵۳/۰۳ و ۱۲/۵۲ سال و ۷۳/۷۱ و ۷/۳۲ سال بود. میانگین ساعت مراقبت جسمی روزانه ۱۱/۸۱ ساعت و مراقبت روانی روزانه ۸/۵۲ ساعت، سالهای همزیستی با سالمند ۳۱/۶۹ سال و مدت ابتلا سالمند به بیماری ۴/۴۴ و میانگین درآمد مراقب ۱۷۲/۴۷ هزار تومان بود.

سه وضعیت اندازه‌گیری در هر دو متغیر فشار مراقبتی و بهزیستی معنوی نشان داد (جدول ۲).

رعایت این پیش شرط آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیریهای مکرر جهت مقایسه فشار مراقبتی و سلامت معنوی در سه مرحله قبل، بعد و دو ماه بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری را بین

جدول ۲: مقایسه میانگین فشار مراقبتی و بهزیستی معنوی در مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر شرکت کننده در گروه‌های حمایتگر در سه با اندازه‌گیری (آنالیز واریانس با اندازه‌گیری تکراری)

متغیر	درجه آزادی	مربع میانگین	آماره	سطح معنا داری
بهزیستی معنوی	۲	۶۲۱/۱۸۶	۵/۸۵۱	۰/۰۰۵
فشار مراقبتی	۲	۷۶۷/۱۸۶	۱۵/۸۳۵	۰/۰۰۱

پذیر در اشکال فردی و گروهی تأثیر معنی‌داری بر سلامت روان مراقبین دارد (۳۱). مارتین کاراسکو و همکاران^۳ اثر بخشی برنامه‌های آموزشی - روانی را در کاهش بار مراقبت و افزایش بهزیستی عمومی مراقبین سالمندان آلزایمر (۲۴)، مونی نی و همکاران^۴ اثرات مثبت این مداخله را در علائم اضطرابی و بار مراقبت (۳۰) و فونگ چین در کاهش استرس و ارتقاء کیفیت زندگی در مراقبین سالمندان مبتلا به دمانس گزارش کردند (۳۳).

هر چند که معنویت یا سلامت معنوی به عنوان عامل مؤثر در حفظ سلامت و بهزیستی انسانها شناخته شده است و منبع ارزشمندی در تطابق و سازگاری در زمان بروز و رویارویی با استرس و ناخوشی به حساب می‌آید. لیکن مطالعات مرتبط با مفهوم و متغیر سلامت معنوی بسیار اندک هستند (۳۴). به ویژه که در این حوزه مطالعات تجربی و مداخله‌ای محدودی وجود دارد (۱۳). نتایج این مطالعه بر مؤثر بودن مشارکت در گروه‌های آموزشی و حمایتی بر سلامت معنوی مراقبین دلالت داشت. مطالعات مشابه بالا بودن معنویت مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر را این طور تفسیر می‌کنند که معنویت یک استراتژی مقابله‌ای برای پاسخ به موقعیت استرس آور مراقبت می‌باشد و با بار مراقبت از سالمند مبتلا به آلزایمر رابطه منفی دارد (۳۴).

کووارد^۵ (۱۹۹۸) اثر بخشی گروه درمانی بر تعالی فردی^۶ (یکی از ابعاد معنویت) بیماران مبتلا به سرطان پستان را بررسی کرد و نشان داد که سطح تعالی فردی و سلامت روانی بیماران به دنبال برگزاری گروه درمانی افزایش نشان می‌دهد. لیکن تفاوت معنی‌دار آماری تنها در وضعیت عملکرد، خلق معنا و رضایت از زندگی دیده می‌شود (۳۵). او در مطالعه دیگری که با رویکرد

کلیه مراقبین شرکت کننده در برنامه از برگزاری برنامه و محتوی آن رضایت داشته و مایل به استمرار آن توسط انجمن بودند. در پیگیری مراقبین مشخص شد پس از اتمام برنامه بعضی خانواده‌ها به اشکال گوناگون از یکدیگر حمایت کرده و همچنان با رهبر گروه در تماس بودند.

بحث

یافته‌های این مطالعه از فرضیه حمایت کرد. این فرضیه مشارکت در گروه‌های حمایتی - آموزشی را بر فشار مراقبتی و بهزیستی معنوی مراقبین عضو خانوادگی سالمندان مبتلا به آلزایمر اثر بخش نشان داد. مشارکت در گروه‌های حمایتی - آموزشی موجب کاهش فشار مراقبت در مراقبین می‌شود. فشار مراقب یکی از نتایج و برایندهای مراقبتی از سالمندان آسیب پذیر می‌باشد که سبب احساس فرسودگی و ناخوشی جسمی، روانی و اجتماعی در مراقبین می‌شود و ماحصل آن کاهش کیفیت مراقبت از سالمند تحت مراقبت و ایجاد زمینه برای غفلت و سوء رفتار با سالمند است. کاناس^۱ نیز دو اثر مهم در تجارب مراقبین را پس از شرکت در گروه‌های حمایتی به ترتیب کاهش عکس العمل منفی مراقبین نسبت به اختلالات رفتاری و حافظه در سالمندان و کاهش بار مراقبتی معرفی کرد. همچنین وی معتقد است، گروه درمانی حمایتی آموزشی منجر به ارتقاء کیفیت مراقبت مراقبین نیز می‌شود به طوری که بر آیند این مراقبت کیفی کاهش مشکلات رفتاری و حافظه در سالمندان تحت مراقبت است (۳۰) تزلزل و همکاران^۲ نیز (۱۹۹۰) نشان دادند مداخله درمانی و حمایتی برای مراقبین سالمندان آسیب

1- Kanas
4- Monini et al

2-Toseland et al
5- Coward

3-Martin Carasco et al
6- Self transcendence

نتیجه گیری

این مطالعه اگر چه به لحاظ حجم نمونه و نداشتن گروه شاهد از تعمیم پذیری بالا بر خوردار نبوده لیکن سر فصل مناسبی برای انجام مطالعات وسیع تر است. این مطالعه نشان داد که در حوزه سلامت سالمندان می توان با بهره گیری از مشارکت مردم، موجبات تبلور اندیشه و راهکارهای برخاسته از بطن جامعه را برای ارتقای سلامت سالمندان و مراقبین فراهم ساخت با تغییر مفهوم سالمندی سالم^۱ در مدل بالینی به مفهوم سالمندی فعال در مدل ارتقای سلامت^۲ (۱۹۹۰)، کشورها موظف به ارتقاء فرصت سلامت، مشارکت و امنیت برای سالمندان به جهت ارتقاء کیفیت زندگی آنان می باشند. از آنجا که در سیاستگذاری های توسعه مراقبت طولانی مدت برای سالمندان در جامعه همواره بر حمایت از خانواده ها تاکید می شود. دستیابی به این بخش در توسعه سلامت ملی جز از طریق توانمند سازی و مشارکت جامعه محقق نمی شود. به همین منظور ضروری است سیاستگذاران عرصه سلامت ضمن پرداختن به سلامت قشر سالمند به سلامت مراقبین خانوادگی آنان نیز عنایت کافی مبذول دارند و برای اثر بخش کردن این برنامه ها از ابتدا با اتخاذ رویکرد مبتنی بر مشارکت اجتماعی و نه با رویکرد عمودی به حوزه نیاز سنجی، تدوین سیاست ها و برنامه های راهبردی مؤثر بپردازند.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر ماحصل طرح مشترک مرکز تحقیقات سالمندی وابسته به دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و انجمن آلزایمر ایران به شماره قرارداد ۸۰۱/۴/۸۵ می باشد. بدینوسیله محققین، مراتب قدردانی خود را از مسئولین مراکز یاد شده و فرهنگسرای خانواده و سالمند ابراز نموده و در آخر و نه کمتر سپاس خود را به حضور مراقبین شرکت کننده در مطالعه اعلام می دارند.

کیفی در حوزه سلامت معنوی اجرا کرد، چنین گزارش داد که شرکت در گروه های حمایتگر موجب ایجاد حس تعادل در معنویت، حس مطلوب نسبت به خود و دیگران و باور داشتن وجود قدرت برتر می شود. این تجارب سبب حس تعالی شده و موجبات خلق معنا در زندگی و امید واری در افراد می شود (۳۶). کووارد در مقایسه اثر بخشی شرکت زنان مبتلا به سرطان در گروه های حمایتگر نشان داد شرکت در گروه های حمایتی تفاوتی را برای گروه مداخله در بر خور داری از تعالی فردی و سلامت معنوی پس از یک سال به همراه نداشت کووارد وجود منابع گوناگون حمایتی در کنار هم را عامل ارتقاء سلامت معنوی مددجویان می داند و معتقد است، صرفا بر گزاری گروه درمانی به تنهایی منجر به ارتقای سلامت معنوی نمی شود (۳۷). توزلند و همکاران اثر درمان فردی و گروه درمانی حمایتی را بر کاهش بار مراقبتی راقبین مؤثر گزارش نکردند. به نظر می رسد مداخله حمایتی آموزشی به تنهایی و یا به صورت منقطع اثر بخش نبوده و تضمین سلامت مراقبین مستلزم برنامه های مستمر توانمند سازی مداوم آنها و توجه به سایر ابعاد مراقبت به ویژه نیازهای اقتصادی و بهداشتی است (۳۱).

در این مطالعه، کلیه شرکت کنندگان از مشارکت در گروه حمایتی آموزشی رضایت داشتند. گروه درمانی حمایتگر در مقایسه با درمان فردی سبب تغییر در «اندازه شبکه حمایتی» مراقبین شده و رضایت مراقبین از شبکه حمایتی اجتماعی را به همراه داشت. گروه درمانی بر وسعت شبکه حمایتی افزوده و دانش افراد را نسبت به منابع حمایتی در جامعه افزایش می دهد (۳۱). مارتین کاراسکو و همکاران نیز معتقدند، که اکثر مراقبین و افراد ارایه دهنده خدمات حرفه ای از انجام برنامه های گروه درمانی حمایتی رضایت خاطر داشته و آنرا در کاهش استرس و ارتقاء توان حل مسئله مراقبین مؤثر می دانند (۲۴).

REFERENCES

منابع

1. Aghlmand S, Poor Reza A. Eslahe nezame salamat, Faslname Elmi Pajhooheshi Refah Ejtemae, 1384; 4(14): 15-38.
2. www.sci.org.ir.Available: 1386
3. Afkari ME. Barname keshvari salamate salmandan..Vezarat behdasht darman amoozeshe pezashki, daftare salamate khanevadeva jameeyat, 1381: 1-22.
4. Lovell M. Caring for the elderly: changing perceptions and attitudes. *Jou Vasc Nurs*; 2006, 24, 1: 22-27.
5. R. Brookmeyer, E Johnson, K Ziegler-Graham, H Aright. Forecasting the global burden of Alzheimer's disease. *Alzheimer disease and Dementia*; 2007, 3, 3: 86-191.
6. Estimate of worldwide prevalence of Alzheimer disease. accessible: [www/emaxhealth.com/91/12843.html](http://www.emaxhealth.com/91/12843.html) , 5/28/2008
7. Norouzi K, Abedi H.A Maddah S.S.B, Mohammadi E. Development of a community based care system model for senior citizens in Tehran. *I R J*; 2005, 3, 3: 48_60.
8. Hanaoka C, Norton E. Informal and formal care for elderly persons: How adult children's characteristics affect the use of formal care in Japan. *Soc Sci Med*; 2008, 6, 67: 1002-1008.
9. Leahy M.J, Thurber D, Calvert J.F. Benefits and challenges of research with the oldest old for participants and nurses. *Geriatric Nursing*; 2005, 26, 1: 21-28.
10. Alexander F. Effects of a caregiver education and support program on patient nursing home admissions in German-speaking countries: The AENEAS study. *Alzheimer's & Dementia*; 2006, 2, 3: S18-S19.
11. Mohamed S, Rosenheck R, Schneider L. Clinical correlates of caregiver burden in Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*; 2009, 5, 4: 228.
12. Papastavrou E. The burden experienced by caregivers of patients with Alzheimer's disease and related dementias. *Alzheimer's & Dementia*; 2006, 2, 3, supplement 1: s579.
13. King C, Hinds P. *Quality of Life*. Sandburg Massachusetts: Jones & Bartle Publication, 1998.
14. S J. Czaja, Chin Lee Ch, Schulz R. Caregiver differences in response to a psycho behavioral intervention for caregivers of Alzheimer's disease patients: highlights from reach. *Alzheimer's& Dementia*; 2009, 5, 4, Supplement: 228.
15. Penman J, Oliver M, Harrington A. Spirituality and spiritual engagement as perceived by palliative care clients and caregivers. *Australian journal of advanced nursing*, 2009; 26(40): 29-35.
16. Yeh P, Bull M. Influences of spiritual well-being and coping on mental health of family caregivers for elders. *Research in gerontological nursing*, 2003; 2(3): 173-183.
17. Earle S.S. Reflections on 12 years of facilitating Alzheimer's caregiver support groups. *Care Management Journals*; 2006, 7, 3: 135- 6.
18. Stoltz P, Uden G, Willman A. Support for family carers who care for an elderly person at home-a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Caring*; 2004, 18: 111-119.
19. Mulatilo M, Taupau T, Enoka I, Petrini M. Teaching families to be caregivers for the elderly. *Nursing And Health Sciences*; 2000, 2: 51-58.
20. World Health Organization. 50th Session: health care of elderly in eastern Mediterranean region: challenges and perspectives. Cairo: Regional Committee for the Eastern Mediterranean; 2003: 1-29.
21. Cuesta C. The craft of care: family care of relatives with advanced dementia. *Quality of Health Research*; 2005, 15, 7: 881-896.
22. Mohammadi F. Family caregiving process on Iranian frail elderlies. PhD Thesis, Tehran University of Medical Sciences, 1387.
23. Espin A, Ana M. Strategic of psycho educative intervention on caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Neurobiol Aging*; 2005, 21, supplement1: 280.
24. Martin-Carasco M, Martin M, Valero C, Millan P, et al. Effectiveness of a psycho educational intervention program in the reduction of caregiver burden in Alzheimer's disease patient's caregivers. *Int J Geriatr Psychiatry*; 2009, 24, 5: 489.
25. Chou K. R, Laoi Y.SH. The evaluation of caregivers support group program of patients with dementia. *Neurobiol Aging*; 2004, 25, 2: s349.
26. Mohammadi F. Self efficacy and caregiver strain in Alzheimer's caregivers. *salmand*, 2006, Autumn(1): 73.
27. Gomez R, Fisher J. Domains of spiritual well-being, development, and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. *Personality and Individual Differences*; 2003, 35, 8: 1975-1991.

28. Riley B.B, Perna R, Tate DG, Forchheimer M, Anderson C, Luera G. Types of spiritual well-being among persons with chronic illness: Their relation to various forms of quality of life. *Arc Phys Med Rehabil*; 1998, 79, 3: 258-264.
29. Daaleman T, Frey B, Wallace D, Studenski S. Spirituality Index of well-being scale: development and testing of a new measure. *Annals of Family Medicine*; 2004, 2, 5: 499-503.
30. Kanas N. Research review. *Int J Group psychother*; 2006, 56, 4: 505-509.
31. Toseland R, Rossiter C, Peak T, Smith G. Comparative effectiveness of individual and group interventions to support family caregivers. *Soc Work*; 1990. 35, 3: 209-217.
32. Monini P, Tognetti A, Cinque R, Di Franco F, Bartorelli L. The importance of awareness: An experience of small support groups for the caregivers of Alzheimer's disease patients. *Archive of Gerontology and Geriatric*; 2001, 33: 267-271.
33. Fung W-Y, Chien W-T. The effectiveness of a mutual support group for family caregivers of relative with dementia. *Arc Psychiatr Nurs*; 2002, 3: 134-144.
34. Spurlok W.R. Spiritual wellbeing and caregivers burden in alzheimers caregivers. *Geriatric Nursing*; 2005, 26, 3: 154-161.
35. Coward DD. Facilitating of self transcendence in breast cancer support group. *Oncol Nurs Forum*; 1998, 25, 1: 75-84.
36. Coward DD. Resolution of spiritual disequilibrium by women newly diagnosed with breast cancer. *Oncol Nurs Forum*; 2004, 31, 2: E24-31.
37. Coward DD. Facilitating of self transcendence in breast cancer support group. *Oncol Nurs Forum*; 2003, 30, 2: 291-300.

