



استناد به این مقاله: حفاری، هدی؛ دباغی، پرویز؛ احمدی، خدابخش (۱۳۹۲). تاثیر آموزش مدیریت استرس بر کیفیت زندگی مراقبان سالمند ناتوان. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۳(۲)، ۶۴-۵۱.

تاثیر آموزش مدیریت استرس بر کیفیت زندگی مراقبان سالمند ناتوان

هدی حفاری^۱، پرویز دباغی^۲ و خدابخش احمدی^۳

دریافت: ۱۳۹۱/۲/۶ پذیرش: ۱۳۹۳/۳/۱۹

چکیده

با توجه به افزایش جمعیت سالمندان در جهان و اینکه بخشی از سالمندان ناتوان بوده و احتیاج به مراقبت دارند و ترجیح نگهداری آنها در منزل، توجه به مراقبین و کاهش فشار مراقبتی آنها ضروری به نظر می‌رسد. لذا در این پژوهش به بررسی تاثیر مدیریت استرس بر کیفیت زندگی مراقبت‌کنندگان از سالمند ناتوان پرداخته شده است. این پژوهش به صورت نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با ۱۰ جلسه مداخله به شیوه گروهی انجام شد. گروه مطالعه ۳۳ زن بود که مراقبت از بستگان سالمند خود را برعهده داشتند و به صورت تصادفی در ۲ گروه گواه و آزمایش قرار گرفتند. جهت بررسی کیفیت زندگی از آزمون کیفیت زندگی ۳۶ سوالی استفاده شد و نتایج حاصله با استفاده از روش تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج بدست آمده نشان داد که آموزش مدیریت استرس بصورت معنی‌داری باعث ارتقاء کیفیت زندگی به صورت کلی و در ابعاد (محدودیت‌های ناشی از مشکلات هیجانی، انرژی و نشاط، سلامت عاطفی، عملکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی) می‌شود و در زیر مقیاس‌های عملکرد جسمانی و محدودیت‌های ناشی از مشکلات جسمانی تاثیر معناداری مشاهده نشد. مطابق با یافته‌های پژوهشی و با توجه به ضرورت حفظ فرهنگ اسلامی و ایرانی در خصوص نگهداری سالمندان ناتوان در منزل و مراقبت از سوی خانواده، پیشنهاد می‌شود برنامه‌های پیشگیرانه با بهره‌گیری از روش مدیریت استرس بطور ادواری روی این مراقبین اجرا شود.

کلید واژه‌ها: مراقب، سالمند ناتوان، کیفیت زندگی، مدیریت استرس

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علم و فرهنگ، hodahafari@yahoo.com

^۲ استادیار دانشگاه علوم پزشکی ارتش.

^۳ دانشیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (ع).

مقدمه

با شروع دوره سالمندی عوارض جسمی و روانی متعددی دامنگیر سالمندان می‌شود به نحوی که عدم برخورداری از سلامت و بروز بیماری‌های مزمن سبب محدودیت در فعالیتهای سالمندان شده و به طور معمول یک چهارم مردم بعد از سن بازنشستگی قادر به انجام فعالیتهای خود نبوده و ۱۰ درصد آنان نیز کاملاً وابسته می‌شوند (مسعودی و همکاران، ۱۳۸۹) و ۸۰ درصد از سالمندان حداقل به یک بیماری مزمن مبتلا می‌باشند (حبیبی سولا و همکاران، ۱۳۸۷). لذا اکثر افراد در دوره کهنسالی و سالهای پایانی عمر خود نیاز به مراقبت و پرستاری دارند که با توجه به شرایط کنونی حاکم بر جامعه معمولاً دو راهکار عمده در این ارتباط وجود دارد: سپردن سالمندان به مراکز شبانه روزی نگهداری سالمندان و نگهداری سالمند توسط بستگان در منزل.

گرچه هدف نهایی مراقبت از سالمندان در مراکز نگهداری حفظ کیفیت زندگی است با این وجود عقیده بر آن است که ماهیت زندگی در این اماکن ساکنین آنها را مستعد داشتن زندگی ناامید کننده ای می‌سازد (حسامزاده و همکاران، ۱۳۸۸) و کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده در ابعاد عملکرد جسمی، اجتماعی، رضایت از زندگی و مراقبت از خود، مطلوب تر از سالمندان مقیم مراکز می‌باشد. (همتی علمدارلو و همکاران، ۱۳۸۸) مطالعات متعدد بیانگر این است که شیوع افسردگی در سالمندان مقیم سراهای سالمندان بیش از سالمندان سطح جامعه است (تابان و همکاران، ۱۳۸۴) همچنین بررسی انجام شده توسط همتی علمدارلو و همکاران (۱۳۸۸) نشان می‌دهد که احساس تنهایی سالمندان ساکن خانه سالمندان به طور معناداری بیشتر از سالمندان ساکن خانه است و احساس تنهایی خود احتمال ابتلای سالمندان به بیماری‌های روانی و جسمانی از جمله افسردگی را افزایش می‌دهد. لذا با توجه به شرایط فعلی نگهداری سالمندان نزد خانواده، فشار ناشی از مراقبت از سالمندان در تمامی ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی، معنوی و همچنین کیفیت زندگی مراقبین را تحت تاثیر قرار می‌دهد (محمدی و بابایی، ۱۳۹۰).

نتایج تحقیق تسوکاساکی ۱ و همکاران در سال ۲۰۰۸ بر روی مراقبین سالمندان نشان داده است که حدود ۵۰ درصد از مراقبین به فشار خون بالا مبتلا هستند که در این زمینه تسوکاساکی تحقیقاتی از شاو و همکاران نیز نقل کرده است که نتایج آن تایید کننده نتایج تحقیقات وی بوده و شیوع فشار خون بالا را برای مراقبت کنندگان به میزان قابل توجهی بالاتر از افراد دیگر عنوان کرده است. در تحقیقی که توسط

یاماکی ۱ در سال ۲۰۰۹ بر روی ۲۰۶ زن مراقبت کننده از سالمند انجام شد در هر دو گروه شیوع درد مفاصل، فشار خون بالا، چاقی و محدودیت های فعلیتی نسبت به زنان کل جامعه بیشتر و در گروه سنی متوسط شیوع دیابت و کلسترول خون بالا نسبت به هم سن های خود در جمعیت عمومی بیشتر گزارش شده است. در تحقیقی که توسط باستانی و همکاران (۱۳۸۹) بر روی زنان مراقبت کننده از سالمند مبتلا به آلزایمر انجام داده اند نیز تنها ۲۴ درصد زنان سطح مطلوبی از سلامت عمومی را داشته و ۵۸٫۷٪ سلامت عمومی متوسط و ۱۷٫۳٪ سلامت عمومی نامطلوب را گزارش داده اند.

عباسی و همکاران (۱۳۹۲) نیز طی تحقیقی نشان دادند که مراقبین در برابر فشار مراقبتی اغلب از روش های مقابله ای نا کار آمد و هیجان مدار استفاده می نمایند که این امر سبب افزایش این فشار می گردد همچنین تحقیق لی^۲ در سال ۲۰۰۸ نشان داده است که فشار مراقبتی باعث ایجاد صدماتی برای خود سالمند نیز می شود، از جمله آن افزایش احتمال سوء رفتار با سالمندان می باشد؛ به نحوی که مهمترین عامل بد رفتاری با سالمندان استرس های مراقبین گزارش شده است که موارد فوق الذکر لزوم توجه به مراقبین را آشکار می سازد.

بنابراین یکی از نیازهای مراقبان، کاهش استرس آنهاست. از سویی دیگر مدیریت استرس شامل راهبردهایی است که به فرد کمک می کند تا موقعیت هایی را که باعث استرس می شوند شناسایی کرده و نسبت به آنها آگاه شود و می توان گفت که مدیریت استرس توانایی فرد را برای کاهش استرس و سازگاری مناسب با موقعیتهای استرس آور افزایش می دهد (جبل عاملی و همکاران، ۱۳۸۹). لذا در این پژوهش به بررسی این فرضیه که آموزش مدیریت استرس باعث افزایش کیفیت زندگی مراقبت کنندگان از بستگان سالمند ناتوان می شود، پرداخته شد.

روش

این پژوهش به صورت نیمه تجربی و با دو گروه آزمایش و گواه همراه با پیش آزمون و پس آزمون اجرا گردید. ابزار مورد استفاده برای سنجش متغیر وابسته آزمون SF36 بود که به عنوان پیش آزمون و پس آزمون از هر دو گروه اخذ شد. جامعه آماری عبارت بودند از بستگان مراقب کننده از سالمند ناتوان در منزل که به صورت تصادفی در دسترس و با توجه به فراخوان طرح و برگزاری جلسه توجیهی از بین مراقبینی که جهت شرکت در طرح ابراز تمایل نمودند ۴۰ نفر انتخاب شده و در دو گروه

¹ Yamaki

² Lee

بصورت تصادفی قرار گرفتند که در پایان پایان پژوهش بدلائیل مختلف از جمله عدم تکمیل پس آزمون، انصراف از ادامه شرکت در جلسات آموزشی، و نقص در اطلاعات آزمون‌های تکمیل شده، ۱۷ نفر در گروه گواه و ۱۶ نفر در گروه آزمایش باقی ماندند. ملاکهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: ۱- مونث باشند (از آنجایی که ۷۵٪ مراقبین خانوادگی را زنان تشکیل می‌دهند) (باستانی و همکاران، ۱۳۸۹) به نقل از یونگ می و فرانک) و نیز به منظور برقراری ارتباط هر چه بهتر و راحتتر مراقبین در تعامل با محقق و گروه این ملاک در نظر گرفته شد. ۲- حداقل تحصیلات خواندن و نوشتن را داشته باشند (با توجه به اینکه مداخله مستلزم مطالعه مثال‌ها و انجام تمرینات به صورت کتبی بود حداقل داشتن سواد خواندن و نوشتن برای شرکت کنندگان ضروری تشخیص داده شد). ۳- حداقل ۶ ماه از شروع مراقبت ایشان گذشته باشد. (تحقیق شیو هیو و همکاران (۲۰۰۲) نشان می‌دهد که افزایش مدت زمان مراقبت، فرسودگی و فشار وارده بر مراقبین را افزایش می‌دهد). ۴- عضو اصلی خانواده سالمند باشند و درازای مراقبت از بستگان سالمند خود وجهی دریافت نکنند. ۵- سالمند در انجام فعالیت‌های روزمره خود نیازمند کمک مراقبین باشد. این ملاک با توجه به تحقیقات صورت گرفته بر روی مراقبین که نشان دهنده تاثیر میزان وابستگی و ناتوانی سالمند بر سلامت مراقب می‌باشد تعیین شد از جمله اینکه هر چه درجه و شدت وابستگی سالمند افزایش پیدا می‌کند فشار وارد بر مراقبین نیز افزوده می‌شود (بابایی، ۱۳۸۶) و اینکه سلامت بیمار خصوصا سلامت فیزیکی وی در رفاه و وضعیت روانی مراقب تاثیر گذار است (پیترزو همکاران ۲۰۱۱) و نیز سطح عملکرد، وابستگی و سلامت جسمانی سالمند بیشتر از نوع و علائم بیماری او بر تجارب مراقبتی تاثیر گذار است (محمدی شاه‌بلاغی و همکاران، ۱۳۸۷) و (کارلاویش و همکاران، ۲۰۰۸)

ابزار

در این پژوهش به منظور سنجش کیفیت زندگی از پرسشنامه SF36 استفاده شد که شامل ۹ دسته سوال در ابعاد عملکرد جسمی، محدودیت انجام فعالیت در اثر آسیب جسمی، انرژی و خستگی، محدودیت در انجام فعالیت در اثر آسیب روحی، درد بدنی، عملکرد اجتماعی، سلامت روانی، سلامت کلی و تغییرات سلامت می‌باشد (ادیب حاج باقری و عباسی نیا ۱۳۸۸) نسخه اولیه این آزمون در سال ۱۹۸۸ توسط سازمان جهانی بهداشت جهت بررسی سلامت در دو بعد روانی و جسمانی تهیه شد و در سال ۱۹۹۱ در جمعیت‌های متفاوتی از ایالات متحده آمریکا اجرا و در سال ۱۹۹۳ کاربرد جهانی پیدا کرد (بصیری مقدم و همکاران، ۱۳۸۵) و در حال حاضر به دلیل جامع و کوتاه بودن یکی از پرکاربردترین

ابزارهای اندازه گیری کیفیت زندگی در دنیا می باشد بطوری که در بررسی مطالعات انجام شده بیش از ۴۰۰۰ مورد از این ابزار استفاده شده است (درویش پورکاخکی و همکاران، ۱۳۸۸) و به گزارش بصیری مقدم و همکاران (۱۳۸۵) ضریب آلفای کرانباخ و ضریب پایایی آن به ترتیب برابر با $a = .80$ و $r = .83$ می باشد.

به منظور تشخیص وابستگی سالمندان نیز از نسخه ی فارسی معادل سازی شده مقیاس بارتل^۱ استفاده شد که جهت ارزیابی سطح استقلال عملکردی سالمندان در فعالیتهای روزمره زندگی (ADL) در ۱۰ مقیاس زیر تهیه شده است: بهداشت فردی، حمام کردن، غذا خوردن، توالی، بالارفتن از پله، لباس پوشیدن، کنترل مدفوع، کنترل ادرار، راه رفتن، نقل و انتقال، و نمرات کمتر از ۷۵ نشانگر وابستگی متوسط تا کاملاً وابسته است (۷۴-۵۰ متوسط، ۴۹-۲۵ شدید و ۲۴-۰ کاملاً وابسته) (میرعارفین و همکاران، ۱۳۸۸) (بوئر^۲ و همکاران، ۲۰۱۳)

در این پژوهش ابتدا جلسه توجیهی مشترک بین هر دو گروه و در پایان مداخله و پس از انجام پس آزمون نیز به منظور قردانی از گروه گواه، جلسه آموزش آرمیدگی برگزار گردید. جلسات مداخله گروه آزمایش شامل آموزش مدیریت استرس و آرمیدگی بود که در ۱۰ جلسه ۳ ساعته به صورت هفته ای یکبار با عناوین و موضوعات ذیل برگزار: معرفی برنامه، استرس زاها و پاسخ های استرس، استرس و آگاهی، ارتباط افکار و هیجانات، تفکر منفی و تحریفات شناختی، جایگزینی افکار منطقی، آموزش پاسخ های مقابله ای موثر، آموزش روش های پذیرش و تعهد (ذهن آگاهی و ارزشها)، مدیریت خشم، آموزش ابراز گری، حمایت اجتماعی و مرور برنامه (آنتونی و همکاران، ۱۳۸۸).

جهت آزمودن فرضیه این پژوهش از روش آماری تحلیل کوواریانس به دلیل مزایای آن از جمله: کاهش اشتباهات آزمایشی، اعمال کنترل آزمایشی، تفسیر اثرات آزمایشی و تصحیح میانگین های آزمایش، تخمین داده های گمشده و یا از دست رفته (هاول^۴، ۲۰۱۰) استفاده شد که البته برای رعایت شروط تحلیل کوواریانس نمونه ها تصادفی بوده و آزمون همسانی واریانس ها رعایت شد و در جهت نمایش میزان و جهت تاثیر مداخله، میانگین نمرات پس آزمون گروه های گواه و آزمایش نیز در مقیاس اصلی و زیر مجموعه های آن محاسبه گردید.

¹ Barthel

² Activity of daily Living

³ Bauer

⁴ Howell

یافته‌ها

آزمودنی‌ها شامل ۳۳ زن مراقب با میانگین سنی ۵۰/۲۷ سال بود که ۳۶ درصد آزمودنی‌ها مجرد و ۶۴ درصد متأهل بودند که ۵۵ درصد آنها ۵ سال و یا بیشتر از سالمند خود مراقبت کرده، ۳۰ درصد سه سال و یا بین ۳ و ۵ سال و ۱۵ درصد نیز بین ۶ ماه تا ۳ سال مسئولیت مراقبت از سالمند خود را برعهده داشتند و میانگین سنی سالمندان تحت مراقبت ۷۷/۷۵ سال با کمترین و بیشترین سن ۶۳ و ۸۹ ساله بود.

جدول ۱- همسانی واریانس‌ها در مقیاس کیفیت زندگی و زیر مقیاس‌های آن

مقیاس	F	درجه آزادی	سطح معناداری
کیفیت زندگی کلی	۰,۳۴۰	۳۱	۰,۵۶۴
عملکرد جسمانی	۰,۲۸۱	۳۱	۰,۶۰۰
محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی کیفیت زندگی	۱,۱۸۸	۳۱	۰,۲۸۴
محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی کیفیت زندگی	۰,۷۵۱	۳۱	۰,۳۹۳
انرژی و نشاط	۰,۵۱۳	۳۱	۰,۴۷۹
سلامت عاطفی	۰,۳۶۷	۳۱	۰,۵۴۹
عملکرد اجتماعی	۲,۴۱۹	۳۱	۰,۱۳۰
درد	۰,۷۴۳	۳۱	۰,۱۱۰
سلامت عمومی	۱,۳۰۹	۳۱	۰,۲۶۱

سنجش پیش شرط همسانی واریانسها برای آزمون آماری تحلیل کواریانس نشان داد که در تمامی زیر مقیاس‌های آزمون، سطح معنی داری بزرگ‌تر از ۰,۰۵ است و بنابراین فرض مساوی بودن واریانس‌ها در تمامی مقیاس‌های مذکور در دو گروه آزمایش و گواه برقرار می‌باشد (جدول ۱).

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد مقیاس کیفیت زندگی و زیر مقیاس‌های آن

مقیاس	گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد
کیفیت زندگی کلی	گواه	۵۰,۵۳	۱۳,۳۵۶	۱۷
	آزمایش	۵۸,۴۴	۱۲,۳۱۲	۱۶
عملکرد جسمانی	گواه	۸۲,۶۵	۱۲,۵۱۵	۱۷
	آزمایش	۸۴,۳۷	۱۲,۶۳۳	۱۶

۱۷	۳۷,۰۰۷	۳۰,۸۸	گواه	محدودیت های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی
۱۶	۲۹,۵۳۶	۲۶,۵۶	آزمایش	
۱۷	۴۲,۸۰۱	۳۹,۰۶	گواه	محدودیت های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی
۱۶	۳۸,۲۶۰	۶۲,۲۵	آزمایش	
۱۷	۱۴,۴۱۹	۴۶,۱۸	گواه	انرژی و نشاط
۱۶	۱۲,۱۷۵	۵۴,۶۹	آزمایش	
۱۷	۱۶۹۸۴	۵۲,۷۱	گواه	سلامت عاطفی
۱۶	۱۲,۷۵۱	۶۳,۲۵	آزمایش	
۱۷	۱۷,۱۳۰	۵۴,۱۹	گواه	عملکرد اجتماعی
۱۶	۱۰,۴۴۷	۶۱,۷۵	آزمایش	
۱۷	۲۳,۱۶۲	۵۷,۲۹	گواه	درد
۱۶	۱۷,۳۳۰	۶۳,۲۵	آزمایش	
۱۷	۱۸,۴۱۱	۴۴,۷۱	گواه	سلامت عمومی
۱۶	۱۶,۸۷۹	۵۴,۶۹	آزمایش	

جهت آزمودن فرضیه پژوهشی که آموزش مدیریت استرس باعث افزایش کیفیت زندگی مراقبت کنندگان از بستگان سالمند ناتوان می شود نمره کل آزمون کیفیت زندگی (SF36) محاسبه شد. نتایج نشان داد که میانگین نمرات پس آزمون مقیاس کیفیت زندگی و ۷ زیر مقیاس آن که عبارتند از عملکرد جسمانی، محدودیت های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی کیفیت زندگی، انرژی و نشاط، سلامت عاطفی، عملکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی نسبت به پیش آزمون افزایش یافته است و تنها زیر مقیاس محدودیت های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی کاهش نشان می دهد (جدول ۲).

جدول ۳ - تحلیل کوواریانس کیفیت زندگی و زیرمقیاس های آن

سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع	مقیاس
۰,۰۰۰۱	۶۳,۶۱۷	۳۴۸۴,۸۱۷	۱	۳۴۸۴,۸۱۷	پیش آزمون کیفیت زندگی	کیفیت زندگی
۰,۰۰۰۱	۲۴,۱۳۱	۱۳۲۱,۸۸۰	۱	۱۳۲۱,۸۸۰	گروه	
		۵۴,۷۷۹	۳۰	۱۶۴۳,۳۵۵	خطا	
۰,۰۰۰۱	۲۲,۸۱۴	۲۱۱۶,۴۶۳	۱	۲۱۱۶,۴۶۳	پیش آزمون عملکرد	عملکرد جسمانی

					جسمانی	
۰,۲۶۲	۱,۳۰۶	۱۲۱,۱۴۱	۱	۱۲۱,۱۴۱	گروه	
		۹۲,۷۷۲	۳۰	۲۷۸۳,۱۶۹	خطا	
۰,۰۰۰۱	۴۶,۳۲۵	۲۱۲۴۱,۵۸۲	۱	۲۱۲۴۱,۵۸۲	پیش‌آزمون وضعیت سلامت جسمانی	محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی
۰,۲۹۰	۱,۱۵۹	۵۳۱,۳۵۶	۱	۵۳۱,۳۵۶	گروه	
		۴۵۸,۵۳۷	۳۰	۱۳۷۵۶,۱۲۰	خطا	
۰,۰۰۰۱	۲۲,۶۹۱	۲۲۰۷۸,۴۳۰	۱	۲۲۰۷۸,۴۳۰	پیش‌آزمون مشکلات هیجانی	محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی
۰,۰۱۳	۷,۰۲۸	۵۸۳۸,۴۳۳	۱	۶۸۳۸,۴۳۳	گروه	
		۹۷۲,۹۸۴	۳۰	۲۹۱۸۹,۵۱۱	خطا	
۰,۰۰۰۱	۱۸,۶۵۹	۲۱۲۸,۲۰۶	۱	۲۱۲۸,۲۰۶	پیش‌آزمون انرژی و نشاط	انرژی و نشاط
۰,۰۱۷	۶,۴۱۸	۷۳۲,۰۰۰	۱	۷۳۲,۰۰۰	گروه	
		۱۱۴,۰۵۷	۳۰	۳۴۲۱,۷۰۲	خطا	
۰,۰۰۰۱	۵۶,۰۵۶	۴۵۹۵,۲۴۰	۱	۴۵۹۵,۲۴۰	پیش‌آزمون سلامت عاطفی	سلامت عاطفی
۰,۰۰۱	۱۳,۰۱۳	۱۰۶۶,۷۹۱	۱	۱۰۶۶,۷۹۱	گروه	
		۸۱,۹۷۶	۳۰	۲۴۵۹,۲۹۰	خطا	
۰,۰۰۰۱	۱۹,۳۹۱	۲۴۸۰,۲۴۲	۱	۲۴۸۰,۲۴۲	پیش‌آزمون عملکرد اجتماعی	عملکرد اجتماعی
۰,۰۴۵	۴,۳۷۲	۵۵۹,۱۷۱	۱	۵۵۹,۱۷۱	گروه	
		۱۲۷,۹۰۸	۳۰	۳۸۳۷,۲۲۹	خطا	
۰,۰۰۲	۱۲,۱۴۸	۳۷۷۲,۴۳۸	۱	۳۷۷۲,۴۳۸	پیش‌آزمون درد	درد
۰,۰۳۴	۴,۹۳۳	۱۵۳۱,۱۷۹	۱	۱۵۳۱,۱۷۹	گروه	
		۳۱۰,۵۳۶	۳۰	۹۳۱۶,۰۹۱	خطا	
۰,۰۰۰۱	۳۱,۳۳۴	۴۹۵۳,۹۵۷	۱	۴۹۵۳,۹۵۷	پیش‌آزمون سلامت عمومی	سلامت عمومی
۰,۰۲۳	۵,۷۴۴	۹۰۸,۱۹۹	۱	۹۰۸,۱۹۹	گروه	
		۱۵۸,۱۰۰	۳۰	۴۷۴۳,۰۱۰	خطا	

نتایج تحلیل کوواریانس نیز در مقیاس کیفیت زندگی و تمامی زیر مقیاس‌های آن که عبارتند از محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی، کیفیت زندگی، انرژی و نشاط، سلامت

عاطفی، عملکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی و در سطح آماری کمتر از ۰,۰۵ معنادار است و تنها در دو زیر مقیاس عملکرد جسمانی و محدودیت های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی کیفیت زندگی تاثیر معناداری را نشان نداد بنابراین می توان گفت مداخله انجام شده باعث تفاوت معنادار بین دو گروه آزمایش و گواه در مقیاس کیفیت زندگی و ۶ زیر مقیاس آن که عبارتند از محدودیت های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی کیفیت زندگی، انرژی و نشاط، سلامت عاطفی، عملکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی شده است (جدول ۳).

بحث

اغلب دیده می شود که در پایان زندگی بستگان سالمند به عنوان تعهد، وظیفه یا مسئولیت اخلاقی مراقبت از وی را بر عهده گرفته و از ایشان حمایت می کنند. (برازیل ۱ و همکاران، ۲۰۰۹) و حتی جامعه نیز از بستگان خصوصا دختران بدون در نظر گرفتن شرایط محیطی و یا نیازهای شخصی آنها انتظار دارد که خود را وقف مراقبت از والدین سالمند خود کنند. (ران ۲، ۲۰۰۹) جامعه و حتی پژوهشگران توجه و تحقیقات خود را اغلب و در موارد متعددی به موضوعات سالمندان از قبیل سلامت جسمی، سلامت روان، احساسات، نیازها و کیفیت زندگی ایشان اختصاص داده اند و همان طور که اشاره شد، بهترین مکان برای اقامت سالمند خانواده است و بالطبع آن نوعی نگرش یکجانبه به وجود آمده که بستگان سالمندان را موظف به مراقبت از ایشان می داند اما در این بین کمتر به مشکلات و نیازهای مراقبین از سالمندان توجه شده است. وابستگی متقابل اعضای خانواده باعث می شود که سلامتی هر عضو آن بر دیگر اعضا و کل خانواده موثر باشد (محمدی شاهبلاغی، ۱۳۸۵) و بالطبع بیماری و ناتوانی سالمندان بر روی مراقبین آنها تاثیر گذار می باشد و تا جایی که برخی پژوهشگران مراقبین خانگی سالمندان را "بیماران مخفی" دانسته و این افراد را در معرض ابتلا به اختلالات جسمی، روانی و اجتماعی بیشماری دانسته اند (اسپارلاک، ۲۰۰۵)؛ لذا در این پژوهش بر کاهش فشار ناشی از مراقبت تمرکز و به تاثیر مدیریت استرس بر کیفیت زندگی مراقبین پرداخته شده است.

همان طور که نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد فرضیه این پژوهش که همانا ارتقاء کیفیت زندگی مراقبین از بستگان سالمند ناتوان بود محقق گشته و آموزش مدیریت استرس باعث ارتقاء کیفیت زندگی به صورت کلی و در تمامی ابعاد آن به غیر از بعد علائم جسمانی و محدودیت های ناشی از مشکلات

¹ Brazil

² Ron

جسمانی بود که البته با توجه به نوع آیتم‌های تشکیل دهنده این دو بعد که به موضوعات فیزیکی مانند توانایی حمل اجسام سنگین، پیاده روی و... مربوط می‌شد، این موضوع تاحدی قابل تبیین است؛ بدین صورت که بسیاری از مراقبین در این زمینه‌ها دچار مشکلات شدید نبودند و در نتیجه تغییر خاصی نیز مشاهده نشد و نیز برخی دیگر از مراقبین که از نظر سنی میانسال و یا سالمند محسوب می‌شدند در این فاکتورها مانند بالا رفتن از پله و خم شدن و زانو زدن دارای مشکلات بدنی بودند و قابل انتظار است که با توجه به وضوح و عینیت سوالات در این بخش‌ها تاثیر چندانی ملاحظه نشود.

نکته قابل توجهی که در باب کیفیت زندگی مطرح می‌باشد؛ این است که کیفیت زندگی به برداشت هر شخص از وضعیت سلامت خود و میزان رضایت از این وضعیت مربوط می‌شود (حمیدی زاده و همکاران، ۱۳۸۷) و با وجودی که این پژوهش به آموزش شیوه مدیریت استرس پرداخته و بهبودی در شرایط واقعی و موجود حاکم بر زندگی مراقبین ایجاد نکرده است توانسته است با تغییر در نوع نگرش و پاسخ مراقبین نسبت به شرایط حاکم بر زندگی و آموزش شیوه صحیح مقابله به ارتقای رضایتمندی ایشان کمک کرده و نهایتاً کیفیت زندگی مراقبین را بالا ببرد.

نتایج تحقیق حاضر در این بخش با نتایج حاصل از پژوهش‌های پیشین در خصوص اثر بخشی آموزش مدیریت استرس بر روی دیگر گروه‌ها نیز همخوان می‌باشد از جمله پژوهش چوبفروش زاده و همکاران (۱۳۸۹) بر روی زنان ناباور، پژوهش جواهری و همکاران (۱۳۸۹) بر روی بیماران زن مبتلا به صرع لوب گیجگاهی، پژوهش نشاط دوست و همکاران (۱۳۸۸) بر روی بیماران مبتلا به نوعی بیماری پوستی و پژوهش لویز و همکاران (۲۰۱۱) بر روی بیماران مبتلا به خستگی مزمن که همگی نشان از تاثیر آموزش مدیریت استرس بر افزایش کیفیت زندگی نمونه‌های تحت بررسی دارد.

باتوجه به محدودیت تعمیم‌پذیری نتایج حاصل از شیوه نمونه‌گیری در دسترس آموزش‌های با محوریت مدیریت استرس بر روی قشر وسیع‌تری از مراقبین و توسط سازمان‌های ذیربط پیشنهاد می‌گردد. همچنین با توجه به اینکه شرکت‌کنندگان نیاز بسیاری به تخلیه هیجانی نشان می‌دادند و خواستار همدلی بودند و نیز تمایل شدید ایشان به تمرینات آرمیدگی که به کاهش استرس ایشان کمک می‌کرد پیشنهاد می‌شود که مداخلاتی با سرفصل‌های حمایتی و آرمیدگی صرف و یا توأم با یکدیگر برای این گروه در نظر گرفته شده و نیز تحقیقاتی در جهت بررسی تاثیر و مقایسه این روش‌ها با سایر روش‌های درمانی، آموزشی از جمله آموزش مدیریت استرس صورت پذیرد.

پیشنهادات: مطابق با یافته های پژوهشی و با توجه به ضرورت حفظ فرهنگ اسلامی و ایرانی در خصوص نگهداری سالمندان ناتوان در منزل و مراقبت از او از سوی خانواده، پیشنهاد می شود برنامه های پیشگیرانه با بهره گیری از روش مدیریت استرس بطور ادواری روی این مراقبین اجرا شود.

تقدیر و تشکر: از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش که دعوت محققان را اجابت کردند و از سرکار خانم حسین خان که جهت انجام این پژوهش نهایت همکاری را داشتند تشکر و قدردانی می نمایم.

منابع:

- ادیب حاج باقری، محسن؛ عباسی نیا، محمد (۱۳۸۸). ارزیابی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان مبتلا به شکستگی گردن ران با دو ابزار SF ۳۶ و EQ5D. پژوهش پرستاری، ۴، ۱۵، ص ۷۱-۷۹.
- آنتونی، مایکل؛ ایرونسون، گیل؛ شنایدرمن، نیل (۱۳۸۸). راهنمای عملی مدیریت استرس به شیوه شناختی^۰ رفتاری. ترجمه آل محمد، سید جواد؛ جوکار، سولماز؛ نشاط دوست، حمیدطاهر، اصفهان: انتشارات جهاد دانشگاهی. چاپ دوم.
- بابایی، مهرزاد (۱۳۸۶). مشکلات اجتماعی خانواده های مراقبت کننده از سالمندان ناتوان در شهر کرج. سالمند (مجله سالمندی ایران)، ۲، ۳، ص ۱۷۷-۱۸۱.
- باستانی، فریده؛ حسینی، راضیه السادات؛ بنی اسد، ماه منیر؛ حقانی، حمید (۱۳۸۹). سلامت عمومی زنان مراقبت کننده از سالمندان مبتلا به آلزایمر. سالمند (مجله سالمندی ایران)، ۱۷، ۵، ص ۴۳-۵۱.
- بصیری مقدم، کوکب؛ هوشمند، پوری؛ اسماعیلی، حبیب ... (۱۳۸۵). بررسی ارتباط بین نوع شخصیت و نستوهی با سلامتی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی گناباد. افق دانش (مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد)، ۱۲، ۱، ص ۴۷-۵۳.
- تابان، حبیب اله؛ احمدزاده، غلامحسین؛ قاسمی، غلامرضا؛ فرزانه، آرزو؛ کاظمی، مژگان (۱۳۸۴). مقایسه

- شیوع افسردگی در ساکنین خانه سالمندان صادقیه با سالمندان ساکن در شهر اصفهان. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، (۷۷) ۲۴. ص ۵۹-۵۵.
- جبل عاملی، شیدا؛ نشاط دوست، حمیدطاهر؛ مولوی، حسین (۱۳۸۹). اثر بخشی مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی و فشار خون بیماران زن مبتلا به فشار خون. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*، دوره پانزدهم، ص ۸۸-۹۷.
- جواهری، راضیه؛ نشاط دوست، حمید؛ مولوی، حسین؛ زارع، محمد (۱۳۸۹). اثربخشی درمان مدیریت استرس شناختی رفتاری به کیفیت زندگی زنان مبتلا به صرع لوب گیجگاهی. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک*. ۱۳. ۲ (شماره پیاپی ۵۱)، ص ۴۳-۳۲.
- چوبفروش زاده، آزاده؛ کلانتری، مهرداد؛ مولوی، حسین (۱۳۸۹). اثر بخشی درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس بر کیفیت زندگی زنان نابارور. *مجله زنان مامایی و نازایی ایران*، ۱۴(۱)، ص ۱۴-۲۱.
- حبیبی سولا، عقیل؛ نیکپور، سغری؛ سیدالشهدایی، مهناز؛ حقانی، حمید (۱۳۸۷). ارتباط کیفیت زندگی با فعالیتهای جسمی در سالمندان. *فصلنامه پرستاری ایران*، ۲۱، ۵۳، ۲۹-۳۹.
- حسامزاده، علی؛ سید مداح، باقر؛ محمدی شاهبلاغی، فرحناز؛ فلاحی خشکناز، مسعود؛ رهگذر، مهدی (۱۳۸۸). مقایسه کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده با سالمندان مقیم سراهای سالمندان خصوصی و دولتی شهر تهران (مقاله پژوهشی). *سالمند (مجله سالمندی ایران)*، ۱۴، ۴، ص ۷۴-۶۶.
- حمیدی زاده، سعید؛ احمدی، فضل اله؛ اصلانی، یوسف؛ اعمادی فر، شهرام؛ صالحی، کمال؛ کردیزدی، رحمت اله (۱۳۸۷). بررسی تاثیر برنامه ورزش گروهی بر کیفیت زندگی سالمندان در سال ۸۶-۱۳۸۵. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد*. ۱۶، ۱، ص ۸۶-۸۱.
- درویش پور کاخکی، علی؛ عابد سعیدی، ژیلا؛ دلاور، علی؛ سعیدالذاکرین، منصوره (۱۳۸۸). ابزارهای اندازه گیری وضعیت سلامت و کیفیت زندگی سالمندان. *پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی)*، ۳۳، ۳، ص ۱۶۲-۱۷۳.
- عباسی، علی؛ شمسی زاده، مرتضی؛ آسایش، حمید و همکاران (۱۳۹۲). ارتباط فشار مراقبتی با روش های مقابله ای مراقبین خانوادگی بیماران سرطانی. *روان پرستاری*، ۳، ۱، ص ۷۱-۶۲.
- محمدی، فرحناز؛ بابایی، مهرزاد (۱۳۹۰). تاثیر مشارکت در گروه های حمایتگر بر سلامت معنوی و فشار مراقبتی در مراقبین عضو خانواده " سالمندان مبتلا به آلزایمر. *سالمند (مجله سالمندی ایران)*، ۱۹، ۶، ص ۳۷-۲۹.
- محمدی شاهبلاغی، فرحناز (۱۳۸۵). خود کارآمدی و فشار مراقبتی مراقبین عضو خانواده سالمندان مبتلا به آلزایمر در تهران. *سالمند (مجله سالمندی ایران)*، ۱، ۱.
- مسعودی، رضا؛ سلیمانی، محمد علی؛ هاشمی نیا، علی محمد؛ قربانی، مصطفی؛ حسن پور دهکردی، علی؛

- بهرامی، نسیم (۱۳۸۹). تاثیر الگوی توانمند سازی خانواده^۰ محور بر کیفیت زندگی سالمندان. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، ۴۱، ص ۶۴-۵۷.
- میرعارفین، مزده؛ شریفی، فرشاد؛ نظری، ندا؛ فخرزاده، حسین؛ قادرپناهی، مریم؛ بادامچی زاده، زهره (۱۳۸۸). آیا ارزیابی مختصر تغذیه ای، شاخص پیش آگهی خوبی برای فعالیت روزانه سالمندان است؟. *سالنامه (مجله سالمندی ایران)*، ۴، ۱۳، ص ۱۶-۷.
- نشاط دوست، حمید طاهر؛ نیلفروش زاده، محمدعلی؛ دهقانی، فهیمه؛ مولوی، حسین (۱۳۸۸). اثر بخشی درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آلپرسی آرناتا در مرکز تحقیقات پوست و سالک اصفهان. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۱۲، ۲، ص ۱۲۵-۱۳۳.
- همتی علمدارلو، قربان؛ دهشیری، غلامرضا؛ شجاعی، ستاره؛ حکیمی راد، الهام (۱۳۸۸). مقایسه احساس تنهایی و سلامت عمومی در سالمندان ساکن خانواده و سرای سالمندان مناطق شمال شهر تهران. *سالنامه (مجله سالمندی ایران)*، ۳۸، ص ۵۵۷-۵۶۴.
- Bauer, J., Biolo, G., Cederholm, T., & et al (2013) Evidence-Based Recommendations for Optimal Dietary Protein Intake in Older People: A Position Paper From the PROT-AGE Study Group. *JAMDA*, 14, 542e559.
- Brazil, K., Thabane, L., Foster, G., Bedard, M. (2009). Gender differences among Canadian Spousal Caregivers at the end of life. *Health and Social care in the Community*, 17 (2), 159-166.
- Howell, D. (2010). *statistical methods for psychology*. WADSWORTH cengage learning, 7th edition.
- Karlawish, J. H., Zbrozek, A., Kinoshian, B., Gregory, A., Ferguson, A., Low, D. V., Glick, H. A. (2008) caregivers [of life in Alzheimer's disease](#), *Alzheimer's and Dementia*, 4, 3, 203-211.
- Lee, M. (2008). caregiver stress and Elder Abuse among Korean family caregivers of older Adults with Disabilities. *J Fam Viol*, 23, 707-712.
- [Lopez, C., Antoni, M., Penedo, F., Weiss, D., Cruess, S., Segotas, M., Helder, L., Siegel, S., Klimas, N., Fletcher, M. \(2011\). A pilot study of cognitive behavioral stress management effects on stress, quality of life, and symptoms in persons with chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 70, 4, 328-334.](#)
- Ron, P. (2009). Daughters as Caregivers of Aging Parents: The shattering Myth, *Journal of Gerontological Social Work*, 52, 135-153.
- Shu-hui, Y., Johnson, MA., Wang, Sh. (2002). The changes in caregiver burden following nursing home placement. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 591-600.
- Spurlock, WR. (2005). Spiritual wellbeing and caregiver burden in Alzheimer s caregivers, *Geriatrics Nursing*, 26.
- Peters, M., Fitzpatrick, R., Doll, H., Playford, D., Jenkinson, C. (2011). [Does self-reported well-being of patients with Parkinson's disease influence caregivers strain and quality of life?](#) *Parkinsonism & Related Disorders*, Volume 17, Issue 5, 348-352.
- Tsukasaki, K., Makimoto, K., Teruhiko, K. (2008). The impact of sleep on ambulatory blood pressure of female caregivers providing home care in Japan: An observational

- study . International Journal of Nursing Studies.45.1730-1721
Yamaki, K., Hsieh, K., Heller, T. (2009).Health Profile of Aging Family Caregivers Supporting Adults With Intellectual and Developmental Disabilities at Home. Intellectual and Developmental Disabilities. 47(6), 425-435.

