

اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر فشار مراقبتی و کیفیت زندگی مراقبان خانگی سالمندان مبتلا به دمانس

یوسف دهقانی^۱، ویکتوریا عمرانی فرد^۲، محمد بابامیری^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: مراقبت از بیماران مبتلا به دمانس، از جمله آسیب‌پذیرترین و چالش‌برانگیزترین نوع مراقبت به شمار می‌رود و منجر به افزایش فشار مراقبتی و کاهش کیفیت زندگی در مراقبان می‌گردد. پژوهش حاضر با هدف اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر فشار مراقبتی و کیفیت زندگی مراقبان خانگی سالمندان مبتلا به دمانس انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع نیمه تجربی همراه با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه شاهد بود. نمونه‌های مورد مطالعه به روش نمونه‌گیری در دسترس و از بین مراقبان خانگی انتخاب شدند که از میان آن‌ها، ۳۰ نفر به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و شاهد قرار گرفتند. ابزارهای اندازه‌گیری، پرسش‌نامه فشار مراقبتی (Caregiver Burden Inventory یا CBI) و مقیاس کیفیت زندگی مراقبان (Caregivers' quality of life) بود که توسط شرکت کنندگان در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تکمیل گردید. گروه آزمایش طی ۷ جلسه هفتگی ۶۰ دقیقه‌ای، تحت آموزش مهارت‌های ارتباطی قرار گرفتند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: آموزش مهارت‌های ارتباطی باعث بهبود کیفیت زندگی و فشار مراقبتی گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری شد.

نتیجه‌گیری: نتایج بر اهمیت کاربرد این مداخلات در فشار مراقبتی و کیفیت زندگی مراقبان خانگی سالمندان مبتلا به دمانس و ارائه افق‌های جدید در مداخلات بالینی این بیماران تأکید دارد و می‌توان از آن به عنوان یک روش مداخله‌ای مؤثر بهره گرفت.

واژه‌های کلیدی: مهارت‌های ارتباطی، فشار مراقبتی، کیفیت زندگی، مراقبان خانگی سالمند، دمانس

ارجاع: دهقانی یوسف، عمرانی فرد ویکتوریا، بابامیری محمد. اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر فشار مراقبتی و کیفیت زندگی مراقبان خانگی سالمندان مبتلا به دمانس. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۵؛ ۱۴ (۲): ۱۶۷-۱۶۱

پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۳/۷

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۱۱/۱۲

عملکردهای شناختی (قضاوت و تفکر و...)، بیماران را نیازمند یاری و نظارت مراقبان بر فعالیت‌های روزمره آنان می‌سازد (۹)؛ به طوری که این بیماران برای ادامه زندگی، نیازمند مراقبت زیادی هستند (۱۰). اغلب افراد مبتلا به دمانس، حداقل یک مراقبت‌کننده و یا حمایت‌کننده دارند که در بیشتر موارد همسر یا خویشاوند بیمار است (۱۱). مطالعات نشان داده‌اند که بیش از ۸۰ درصد مراقبت مورد نیاز این افراد را خانواده‌ها انجام می‌دهند (۱۲).

مراقبت از بیمار مبتلا به دمانس، یک فرایند مزمن استرس‌زا می‌باشد که پیامدهای منفی بر سلامت جسمی و روانی مراقبان دارد (۱۳). مطالعات نشان داده‌اند که بیش از ۸۰ درصد از مراقبان بیماران مبتلا به دمانس، سطوح بالای استرس و فشار مراقبتی زیادی را تجربه می‌کنند (۱۴، ۱۵، ۱۶). همچنین، ثابت شده است که مراقبت از فرد مبتلا به دمانس، از مراقبت از یک فرد ناتوان جسمی، استرس‌زاتر می‌باشد (۱۰). مراقبان عضو خانواده سالمند مبتلا به دمانس با چالش‌های زیادی مواجه هستند؛ به گونه‌ای که مراقبت از این بیماران، تحت عنوان زندگی ۳۶ ساعت در روز تعبیر شده است که جنبه‌های مختلف زندگی از

مقدمه

بر اساس آمارهای به دست آمده از سازمان بهداشت جهانی (WHO یا World Health Organization)، امروزه ۲۴/۳ میلیون نفر در سراسر جهان به اختلالات دمانس (Dementia disorders) مبتلا هستند و سالانه ۴/۶ میلیون نفر مورد جدید به این تعداد افزوده می‌شود (۱). در ایران هنوز اختلالات دمانس غربالگری نشده است، اما بر اساس گزارش انجمن جهانی، ۲۵۰ تا ۳۰۰ هزار نفر در ایران به این بیماری مبتلا می‌باشند (۲) و انتظار می‌رود که با افزایش جمعیت سالمندان، تعداد مبتلایان به این اختلالات در دنیا افزایش یابد (۴، ۳).

بیماری آلزایمر (Alzheimer) مهم‌ترین و شایع‌ترین علت دمانس (۵، ۶) و نوعی اختلال مزمن، پیچیده و پیش‌رونده عصبی است (۷) که سبب از دست رفتن تدریجی حافظه، تغییرات شخصیتی و اختلال در انجام فعالیت‌های روزانه بیمار می‌شود (۸). پیامدها و عوارض بیماری دمانس از جمله تغییرات رفتاری، در کنار اختلال در فعالیت‌های روزمره زندگی، اختلال در حافظه و سایر

۱- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه خلیج فارس، بوشهر، ایران

۲- دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری و گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- استادیار، گروه ارگونومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

نویسنده مسؤول: یوسف دهقانی

Email: ydehghani@yahoo.com

Borghetti Valer و همکاران، از مراقبان خانگی سالمندان به عنوان بیماران پنهان یاد شده است. آن‌ها معتقد بودند که مراقبان خانگی سالمندان، در معرض ابتلا به اختلالات جسمی، روانی و اجتماعی قرار دارند و تنها راه کاهش تحمل بار مسؤلیت مراقبت، اقامت سالمند در مراکز نگهداری است (۲۸). این مفهوم به حدی در مراقبت اهمیت دارد که بیشتر مطالعات سالمندشناسی در سال‌های اخیر با هدف شناسایی آن متمرکز شده‌اند.

در ایران، تأثیرات مثبت آموزش مهارت‌های ارتباطی در گروه‌هایی مانند کارکنان بهداشتی - درمانی، دانشجویان و... بررسی شده (۳۰، ۳۹)، اما به نظر می‌رسد هیچ مطالعه مستندی در مورد تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی بر فشار مراقبتی و کیفیت زندگی مراقبان سالمندان مبتلا به دمانس در ایران صورت نگرفته است. در سطح دنیا نیز مطالعات اندکی تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی بر فشار مراقبتی و کیفیت زندگی مراقبان را بررسی کرده‌اند (۳۱). بنابراین، با توجه به این امر و افزایش روزافزون تعداد سالمندان و مبتلایان به این بیماری، به نظر می‌رسد که ارائه آموزش مهارت‌های ارتباطی برای مراقبان، می‌تواند باعث کاهش فشار مراقبتی و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها شود. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر فشار مراقبتی و کیفیت زندگی مراقبان سالمندان مبتلا به دمانس صورت گرفت.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع نیمه تجربی، همراه با مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و گروه شاهد بود که در سال ۱۳۹۳ در شهر بوشهر انجام شد. جامعه پژوهش شامل مراقبانی بود که در منزل از بیمار مراقبت می‌کردند و مسؤلیت مراقبت از بیمار به عهده آن‌ها بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل نداشتن بیماری جسمی - روانی شناخته شده در مراقب، عدم مراقبت از بیمار دارای شرایط مزمن دیگر، داشتن مدرک تحصیلی حداقل سیکل، نداشتن رویداد بحرانی یا تنش‌زای شدید مانند مرگ عزیزان، طلاق، بیماری، مهاجرت طی سه ماه اخیر و تمایل و رضایت آگاهانه جهت شرکت در طرح پژوهشی و ملاک‌های خروج از تحقیق شامل غیبت بیش از دو جلسه، عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات، فوت سالمند حین مطالعه، ابتلا به بیماری جسمی و روانی حاد و مزمن شناخته شده‌ای که مانع مراقبت از سالمند شود، مصرف فعال مواد پاروهای روان‌گردان و واگذاری سالمند به مراکز مراقبتی طولانی مدت در طی مطالعه بود.

متخصصان روش‌شناختی معتقد هستند که تعداد افراد گروه نمونه در پژوهش آزمایشی در هر گروه حداقل باید ۱۵ نفر باشد (۳۲). بنابراین، برای مطالعه حاضر تعداد ۳۰ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و شاهد (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. لازم به ذکر است که حجم نمونه بر اساس جدول Cohen، با توان آماری ۰/۸، اندازه اثر ۰/۸ و سطح آلفای ۰/۰۵، برای هر گروه ۱۵ نفر محاسبه شد (۳۳). قبل از انجام پژوهش، موافقت مسؤلان مرکز نگهداری سالمندان شهر بوشهر برای اجرای مداخله و تکمیل پرسش‌نامه‌ها کسب گردید و پس از کسب موافقت مراقبان برای ورود به مطالعه، اجرای مداخله و تکمیل پرسش‌نامه‌ها توسط آنان انجام گرفت.

پس از انتخاب نمونه‌ها و با توجه به ملاک‌های بیان شده، آزمودنی‌ها بر اساس سطح تحصیلات و جنسیت هم‌تاسازی شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و شاهد قرار گرفتند و پیش‌آزمون در هر دو گروه اجرا شد. سپس

جمله سلامتی، اشتغال و درآمد مراقبان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۶)؛ به نحوی که آن‌ها را در ایفای نقش‌های شخصی خود دچار محدودیت و مشکل می‌کند (۱۲) و فشار مراقبتی زیادی برای مراقبان ایجاد می‌نماید (۱۷).

فشار مراقبتی به صورت واکنش جسمی، روانی و اجتماعی مراقبت‌کننده تعریف شده است که از عدم تعادل بین نیازهای مراقبتی با دیگر وظایف مراقب ناشی می‌شود. این عدم تعادل، مربوط به نقش‌های اجتماعی، شخصی، وضعیت جسمی، عاطفی و منابع مالی مراقبت‌کننده می‌باشد (۱۸). در همین راستا، پژوهش‌های مختلفی نیز صورت گرفته است. به عنوان مثال، نتایج برخی مطالعات نشان داده‌اند که مراقبان بیماران مبتلا به دمانس، فشار مراقبتی زیادی را تحمل می‌کنند و کیفیت زندگی پایینی را برای خود گزارش می‌نمایند (۱۷، ۱۶، ۱۲). همچنین، Chang و همکاران در مطالعه خود گزارش کردند که مراقبت طولانی مدت از افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند آلزایمر و اختلالات روانی، تأثیر برجسته‌ای بر فشار مراقبتی مراقبان دارد (۱۹).

علاوه بر این، ارائه مراقبت طولانی مدت به موازات ایفای نقش‌های اجتماعی، با افزایش خطرات ابتلا به بیماری‌های جسمی و روانی برای مراقبان همراه است (۱۶) و رفتارهای آزار دهنده بیمار (ناشی از وجود علائم روانی در آنان)، مدیریت نیازهای (جسمی، اقتصادی، روانی و...) بیماران را برای مراقبان آن‌ها مشکل و پیچیده خواهد ساخت. عکس‌العمل‌های مراقبان در مواجهه با این رفتارهای دردسرساز، به طور مستقیم با کیفیت زندگی آنان در ارتباط می‌باشد و در نهایت، منجر به کاهش کیفیت زندگی آنان خواهد شد (۲۰، ۹). نتایج مطالعه Bruvik و همکاران نشان داد که وجود سالمند مبتلا به دمانس، کیفیت زندگی تمام اعضای خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۱). همچنین، یافته‌های تحقیق Vellone و همکاران، بیانگر کاهش کیفیت زندگی مراقبان سالمندان مبتلا به دمانس بعد از یک سال مراقبت از آن‌ها بود (۲۲).

از طرف دیگر، یکی از عواملی استرس‌زای جدی که مراقبان با آن روبه‌رو هستند و باعث ادراک زیاد فشار مراقبتی و کاهش کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود، ضعف ارتباطی بیمار است (۵). بیماری دمانس به بخشی از مغز که ارتباطات را کنترل می‌کند، آسیب می‌زند و به طور تدریجی و پیش‌رونده‌ای توانایی برقراری ارتباط بیمار را کاهش می‌دهد (۲۳). فرد مبتلا به دمانس ممکن است در پیدا کردن کلمات درست و درک آنچه دیگران می‌گویند، مشکل داشته باشد. همچنین، از دست دادن رشته افکار، مکث، کاهش دامنه لغات و دشواری در به خاطر آوردن یک موضوع، از دیگر مشکلات ارتباطی بیماران است (۲۴). در مطالعه Rosa و همکاران، عمده‌ترین نیاز آموزشی مراقبان بیماران مبتلا به آلزایمر، فراگیری مهارت‌های ارتباطی برای مراقبان آن‌ها گزارش شد (۲۵). وجود مشکلات ارتباطی بین مراقب و بیمار، باعث کاهش و نقصان در امر مراقبت از بیمار و زمینه‌ساز بروز مسایلی همچون ادراک زیاد فشار مراقبتی، افت کیفیت زندگی و در نهایت، نادیده گرفتن بیمار و سهل‌انگاری در امر مراقبت از سوی مراقبان می‌گردد. با توجه به این که مراقبت‌کنندگان گروهی هستند که از نظر جسمی و روحی آسیب‌پذیر می‌باشند، در صورت حل نشدن مشکلات آن‌ها، این منبع مراقبتی دچار فرسودگی جسمی و روحی می‌شود و کارایی خود را برای انجام فعالیت‌های مراقبتی از دست می‌دهد (۲۸-۲۶، ۲۳).

بر اساس اعتقاد Liu و همکاران، کیفیت زندگی، بار مراقبتی و خودکارآمدی مراقبان در مراقبت از سالمندان، ضروری‌ترین متغیرهایی است که باید در زمینه مراقبت از سالمندان مورد توجه قرار گیرد (۲۷). در پژوهش

پایایی این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر با استفاده از روش Cronbach's alpha به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۹۵ به دست آمد.

مقیاس کیفیت زندگی مراقبان (Caregivers' quality of life): این ابزار در سال ۲۰۰۲ به منظور سنجش کیفیت زندگی مراقبان توسط Thomas و همکاران طراحی گردید (۳۱) و مشتمل بر ۲۰ گویه است که کیفیت زندگی را در چهار حیطه A (صلاحیت رفتاری برای مواجهه با مشکلات ایجاد شده توسط بیماران)، B (مرتبط با محیط)، C (درک روان‌شناختی از موقعیت) و D (درک از دیسترس‌های احتمالی) با مقیاس «بلی، خیر و نمی‌دانم» ارزیابی می‌کند. پایایی این ابزار بر اساس ضریب Cronbach's alpha در مطالعه Thomas و همکاران، ۰/۹۱ محاسبه شده است (۳۱). روایی همسانی درونی و ضریب Cronbach's alpha این مقیاس در مطالعه حاضر به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۹۲ گزارش شد.

ملاحظات اخلاقی پژوهش از جمله، رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، اخذ رضایت‌نامه از شرکت کنندگان، رعایت اصل رازداری و پرهیز از سوگیری رعایت گردید. در نهایت، داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی و آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ (version 18, SPSS Inc., Chicago, IL) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین سنی گروه‌های آزمایش و شاهد به ترتیب برابر با $38 \pm 8/2$ و $37 \pm 9/2$ سال بود. بیشتر مراقبان خانوادگی سالمندان را زنان (۷۶/۶ درصد) با نسبت فرزند (۶۰/۹ درصد)، دارای درآمد ۳۰۰ هزار تومان و کمتر (۷۵/۷ درصد) و دارای سطح تحصیلات دیپلم (۲۵/۳ درصد) و خانه‌دار (۵۲/۰ درصد) تشکیل دادند.

از لحاظ عوامل درون گروهی، سه نمره سنجش در زمان‌های قبل از مداخله، بعد از مداخله و سنجش دو ماه بعد از مداخله (پیگیری) به دست آمد. شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) اندازه‌گیری در مقیاس فشار مراقبتی و کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش و شاهد در جدول ۱ ارائه شده است.

برای گروه آزمایش، مداخلات مربوط به مهارت‌های ارتباطی بر اساس پروتکل Rosa و همکاران (۲۵)، در ۷ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی به شرح زیر انجام گرفت:

جلسه اول: معارفه گروه و اعضا با یکدیگر، آشنایی با روش کار و ساختار جلسات و بررسی انتظارات از برنامه آموزش
جلسه دوم: افزایش خودآگاهی و تأکید بر اهمیت خودباوری در تعامل با سالمندان
جلسه سوم: شناسایی باورها و انتظارات مراقبان درباره سالمندان و نشان دادن تأثیر باورها بر احساسات و رفتار فرد
جلسه چهارم: آموزش مهارت‌های گوش دادن
جلسه پنجم: آموزش مهارت‌های حرف زدن
جلسه ششم: ارزیابی مهارت‌های حل تعارض و آموزش و تمرین مهارت‌های حل تعارض با سالمندان
جلسه هفتم: جمع‌بندی و پاسخگویی به سوالات و اجرای پس‌آزمون
در مورد گروه شاهد هیچ مداخله‌ای اعمال نگردید. پس از اتمام این جلسات، مرحله پس‌آزمون و همچنین پیگیری دو ماهه در هر دو گروه به عمل آمد. به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش، آموزش مهارت‌های ارتباطی به مدت یک روز برای گروه شاهد برگزار شد.
جهت جمع‌آوری اطلاعات، از پرسش‌نامه‌های سنجش فشار مراقبتی و کیفیت زندگی مراقبان استفاده شد.

پرسش‌نامه فشار مراقبتی (Caregiver Burden Inventory یا CBI): این پرسش‌نامه در سال ۱۹۸۹ توسط Novak و Guest به منظور اندازه‌گیری فشار مراقبتی طراحی شد و از ۲۴ عبارت و پنج خرده‌مقیاس شامل «فشار مراقبتی وابسته به زمان، فشار مراقبتی تکاملی، فشار مراقبتی جسمی، فشار مراقبتی اجتماعی و فشار مراقبتی عاطفی» تشکیل شده است. پاسخ مراقبان برای هر عبارت به صورت مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای (کاملاً نادرست تا کاملاً درست) اندازه‌گیری و به ترتیب از صفر تا چهار نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات از صفر تا ۹۶ متغیر است و نمره پایین‌تر نشان دهنده فشار مراقبتی کمتر می‌باشد. این پرسش‌نامه قابلیت اعتماد خوبی دارد؛ به طوری که مقدار پایایی آن با استفاده از ضریب Cronbach's alpha در خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۶۹ تا ۰/۷۸ و در کل پرسش‌نامه، ۰/۸۷ گزارش شده است (۳۴). روایی همسانی درونی و

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار فشار مراقبتی و کیفیت زندگی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه آزمایش (میانگین \pm انحراف معیار)		گروه شاهد (میانگین \pm انحراف معیار)	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
فشار مراقبتی	$16/12 \pm 8/45$	$16/14 \pm 3/30$	$16/27 \pm 3/35$	$16/19 \pm 3/23$
فشار زمان	$8/02 \pm 3/12$	$8/21 \pm 2/96$	$8/52 \pm 3/18$	$8/26 \pm 3/11$
فشار تکاملی	$8/18 \pm 3/25$	$8/12 \pm 3/21$	$8/09 \pm 3/17$	$8/16 \pm 3/22$
فشار جسمی	$8/74 \pm 3/64$	$8/12 \pm 2/21$	$8/02 \pm 3/14$	$8/09 \pm 3/16$
فشار اجتماعی	$8/14 \pm 3/24$	$8/14 \pm 2/25$	$8/16 \pm 3/28$	$8/21 \pm 3/22$
فشار عاطفی	$8/37 \pm 3/24$	$8/35 \pm 2/21$	$8/39 \pm 3/24$	$8/37 \pm 3/22$
کیفیت زندگی	$19/18 \pm 9/74$	$19/28 \pm 4/34$	$19/32 \pm 4/36$	$19/39 \pm 4/38$
حیطه A	$4/18 \pm 3/27$	$4/39 \pm 3/47$	$4/41 \pm 3/59$	$4/27 \pm 3/36$
حیطه B	$5/16 \pm 2/06$	$5/32 \pm 2/12$	$5/45 \pm 2/16$	$5/41 \pm 2/15$
حیطه C	$4/81 \pm 3/70$	$5/11 \pm 2/21$	$5/01 \pm 2/07$	$5/21 \pm 2/29$
حیطه D	$5/22 \pm 2/18$	$5/29 \pm 2/18$	$5/37 \pm 2/25$	$5/32 \pm 2/21$

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر	توان آماری
آزمون	۱۴۸/۱۷	۲	۷۴/۰۸	۱۴/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۸۷	۰/۹۰
گروه × آزمون	۱۰۴/۳۲	۲	۵۲/۱۶	۸/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۰/۸۰
خطا	۷۹/۵۲	۲۴	۳/۳۱	-	-	-	-

این، مشخص شد که تأثیر این درمان تا دو ماه پس از پایان جلسات درمانی نیز تداوم داشته است. میزان اندازه اثر، بالا بود و نشانه اثربخشی مناسب این مداخله درمانی می‌باشد. یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر با نتایج تحقیقات قبلی که تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی بر فشار مراقبتی و کیفیت زندگی مراقبان خانگی سالمندان را مورد بررسی قرار داده‌اند (۳۶، ۳۵، ۳۲)، هماهنگ است و یافته‌های آن‌ها را مورد تأیید قرار می‌دهد. جهت تبیین یافته حاضر، می‌توان به تحقیق Egan و همکاران اشاره نمود (۵). در تحقیق آنان، برنامه آموزشی ارتباطی برای ۸ نفر از مراقبان بیماران مبتلا به آلزایمر آمریکایی - آفریقایی تبار و ۲۰ مراقب قفقازی انجام شد. نتایج نشان داد که به دنبال آموزش در دو گروه مراقبان (آمریکایی - آفریقایی و قفقازی)، سطح رضایتمندی و آگاهی در مورد بیماری آلزایمر افزایش یافت. همچنین، سطح استرس و فشار مراقبتی مراقبان آمریکایی - آفریقایی تبار، کاهش قابل توجهی پیدا کرد (۳۱). در واقع، پرورش مهارت‌های ارتباطی، نوعی راهبرد و مداخله به منظور مقابله و تعدیل فشار مراقبتی و بهبود کیفیت زندگی مراقبان می‌باشد (۲۹) و می‌تواند باعث کاهش استرس مراقبان و افزایش کیفیت زندگی بیمار شود (۳۷).

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که به کارگیری برنامه آموزشی مهارت‌های ارتباطی، باعث بهبود کیفیت زندگی مراقبان سالمندان مبتلا به اختلال دمانس می‌شود. در توجیه نتایج به دست آمده، این نظریه مطرح می‌گردد که آموزش مهارت‌های ارتباطی به مراقبان، باعث برقراری و افزایش ارتباط درست و صحیح و صمیمیت عاطفی و هیجانی مراقبان با سالمندان می‌شود. اگر مراقبان و سالمندان بتوانند با روش‌های درست با یکدیگر ارتباط برقرار کنند، نه تنها ارتباطات مؤثری با هم خواهند داشت، بلکه صمیمیت بین آن‌ها نیز افزایش می‌یابد. از طرف دیگر، افزایش صمیمیت و همراهی عاطفی مراقب و سالمند که در نتیجه آموزش مهارت‌های ارتباطی حاصل می‌گردد، حساسیت آن‌ها را نسبت به هم بالا می‌برد و باعث افزایش آمیزش عاطفی آن‌ها می‌شود.

یکی دیگر از پیامدهای آموزش مهارت‌های ارتباطی، بهبود بهزیستی و سلامت روان مراقبان می‌باشد. از طرف دیگر، بهزیستی آدمیان، به توانایی در همسویی و ارتباط با دیگران بستگی دارد. کیفیت این ارتباط، عامل مؤثری در کیفیت زندگی است. بنابراین، مراقبان بدون اطلاع و آگاهی از چارچوب‌ها و مسائلی مطرح در ارتباط و همراهی عاطفی، تنها با ذهنیت‌های خود وارد مقوله مراقبت خواهند شد.

اطلاعات جدول ۲ نشان می‌دهد که شدت فشار مراقبتی و وضعیت کیفیت زندگی در افراد گروه آزمایش بعد از مداخله و آموزش مهارت‌های ارتباطی بهبود یافت و در مرحله پیگیری (دو ماه پس از درمان) نسبت به مرحله پس‌آزمون، تغییرات به نسبت ثابت ماند، اما این شرایط برای گروه شاهد تا حدودی یکسان بود و تغییری رخ نداد.

بر اساس نتایج جدول ۲، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه آزمایش و شاهد در مجموع سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیر فشار مراقبتی وجود داشت. بنابراین، با توجه به نتایج جدول ۱، می‌توان گفت که مداخله، منجر به کاهش معنی‌دار فشار مراقبتی در گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد شد. با توجه به اندازه اثر، می‌توان بیان کرد که ۰/۸۷ درصد تغییرات متغیر وابسته در مرحله پس‌آزمون، ناشی از مداخله بود.

به منظور تحلیل دقیق‌تر تفاوت موجود و این که آیا این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار است یا خیر و همچنین، برای بررسی تفاوت بین نمرات شرکت کنندگان در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، از روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. لازم به ذکر است که پیش از اجرای این آزمون، پیش‌فرض‌های نرمال بودن و همسانی واریانس‌ها در مورد متغیرهای پژوهش مورد بررسی قرار گرفت و تأیید شد. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی اثربخشی مداخله پژوهش بر نمرات فشار مراقبتی در مجموع سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۳ آمده است.

همان‌طور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، تفاوت بین دو گروه آزمایش و شاهد، در مجموع سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیر کیفیت زندگی معنی‌دار بود. بنابراین، نتایج جدول ۲ نشان داد که مداخله پژوهش منجر به افزایش معنی‌دار کیفیت زندگی در گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد گردید و با توجه به اندازه اثر، می‌توان گفت که ۰/۸۹ درصد تغییرات متغیر وابسته در پس‌آزمون، ناشی از مداخله می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر فشار مراقبتی و کیفیت زندگی مراقبان خانگی سالمندان مبتلا به اختلال دمانس شهر بوشهر انجام شد. یافته‌ها نشان داد که به کارگیری این شیوه درمانی، باعث بهبود معنی‌دار فشار مراقبتی و کیفیت زندگی در این بیماران می‌شود. علاوه بر

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی اثربخشی مداخله پژوهش بر نمرات کیفیت زندگی در سه مرحله

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر	توان آماری
آزمون	۱۷۴/۱۲	۲	۸۷/۰۶	۱۵/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۸۹	۰/۹۰
گروه × آزمون	۱۲۱/۵۲	۲	۶۰/۷۶	۶/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۵۱	۰/۹۰
خطا	۵۹/۲۴	۲۴	۲/۴۶	-	-	-	-

برای ارتقای سلامت مراقبان و ارتقای کیفیت مراقبت از بیماران مبتلا به دمانس فراهم نماید.

با وجود این که نتایج پژوهش حاضر بیانگر اثربخش بودن آموزش مهارت‌های ارتباطی بر فشار مراقبتی و کیفیت زندگی مراقبان خانگی سالمندان مبتلا به دمانس بود، اما تعمیم این نتایج به دیگر گروه‌های جامعه با محدودیت‌هایی روبه‌رو است. برای نمونه، نتایج پژوهش حاضر را نمی‌توان به سایر شهرها و مراقبان در سنین دیگر تعمیم داد. علاوه بر این، تعمیم نتایج به مراقبان دیگر گروه‌های جامعه با سایر اختلالات روان‌پزشکی و جسمانی باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین، این مطالعه با محدودیت‌هایی مانند تأثیر حالات روحی و روانی مراقبان هنگام اجرای مداخله و تکمیل پرسش‌نامه و متفاوت بودن شدت دمانس در سالمندان که ممکن است بر میزان فشار مراقبتی و کیفیت زندگی مراقبان مؤثر باشد، مواجه بود که این عوامل قابل کنترل نبود. با وجود این محدودیت‌ها، به دلیل این که پژوهش حاضر یکی از محدود پژوهش‌هایی می‌باشد که در ایران انجام شده است، می‌تواند نقطه شروعی برای بررسی و حل مشکلات روان‌شناختی که در مراقبان بیماران مبتلا به دمانس وجود دارد، به شمار رود.

آموزش مهارت‌های ارتباطی، می‌تواند موجب بهبود فشار مراقبتی و کیفیت زندگی مراقبان خانگی سالمندان مبتلا به دمانس شود. این مراقبت می‌تواند در کنار سایر روش‌های مراقبتی و حمایتی، مؤثر باشد و موجب تسهیل توانمندسازی مراقبان خانگی شود. بنابراین، کاربرد این روش ساده، ارزان و قابل اجرا، برای مراقبان بیماران مبتلا به دمانس پیشنهاد می‌شود. در ضمن، تنها استراتژی مورد نظر جهت کاهش فشار مراقبتی و بهبود کیفیت زندگی در مطالعه حاضر، آموزش بود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود تا مطالعات جداگانه‌ای به بررسی اثربخشی استراتژی‌های چندگانه دیگر مانند ارائه خدمات حمایتی برای مراقبان بپردازند. نتایج مطالعه حاضر تنها به مراقبان مراجعه کننده به مرکز نگهداری سالمندان شهر بوشهر قابل تعمیم است و پیشنهاد می‌گردد مطالعات مشابهی در سایر مناطق کشور نیز صورت گیرد.

سپاسگزاری

بدین وسیله نویسندگان بر خود لازم می‌دانند تا از زحمات کارکنان محترم مرکز نگهداری سالمندان شهر بوشهر که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل آورند.

منابع مختلفی که در واقع منابع کژفهمی به حساب می‌آیند، تحریف‌های شناختی و سایر منابع خطا در چنین بستری نیز شرایطی را فراهم خواهد ساخت که بر نحوه ارتباط تأثیرگذار است. برای آموزش این مقوله به دیگران، برنامه‌های آموزشی حرفه‌ای در دسترس است و تحقیقات مختلف از جمله پژوهش حاضر نشان داد که این برنامه‌ها در افزایش مهارت‌های ارتباطی مؤثر هستند.

از جمله نتایج تحقیق حاضر، تأیید اثربخش بودن آموزش مهارت‌های ارتباطی بر بهبود فشار مراقبتی مراقبان بود. فشار مراقب یکی از نتایج و برآیندهای مراقبتی از سالمندان آسیب‌پذیر می‌باشد که سبب احساس فرسودگی و ناخوشی جسمی، روانی و اجتماعی در مراقبان می‌شود و نتیجه آن، کاهش کیفیت مراقبت از سالمند تحت مراقبت و ایجاد زمینه برای غفلت و سوء رفتار با سالمند است. فشار مراقبتی، مفهومی فردی می‌باشد و به احساس درونی و شخصی فرد بستگی دارد. بار مسؤلیت و فشار مراقبتی، متأثر از سطح استرسی است که مراقب تجربه می‌کند و با رشد اخلاقی مراقب ارتباط دارد. آموزش مهارت‌های ارتباطی، سبب احساس رضایت خاطر و کفایت فردی، احترام به خود و مقابله با چالش‌های فردی و در نتیجه، بهبود فشار مراقبتی مراقبان خواهد شد. همچنین، در تبیین یافته تحقیق حاضر می‌توان بیان کرد که ارتباط روشن و مؤثر بین مراقب و سالمند، موجب رشد احساسات و ارزش‌ها می‌شود. ارتباط مؤثر، سنگ زیربنایی مراقبت سالم و موفق است و به عبارت دیگر، وقتی مراقبان از الگوهای ارتباطی مؤثر استفاده می‌کنند، انتقال و درک واضحی از محتوا و قصد هر پیام دارند، نیازهای روانی یکدیگر را ارضا می‌کنند و ارتباط و شرکت در اجتماع را تداوم می‌بخشند. بنابراین، الگوهای ارتباطی شخصیت، یادگیری، اعتماد به نفس، قدرت انتخاب و تصمیم‌گیری منطقی، مراقبان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و سلامت روانی آن‌ها را در حیطه‌های مختلف از جمله فشار مراقبتی بهبود می‌بخشد.

با توجه به تغییرات جمعیت‌شناختی، همان‌طور که نسبت سالمندان در اکثر کشورهای جهان رو به افزایش است، تعداد بیماران مبتلا به دمانس که برای زندگی روزانه و مراقبت از خود نیاز به کمک دارند، افزایش یافته است و در نتیجه، تعداد مراقبانی که مجبور هستند از این بیماران در خانه مراقبت کنند نیز افزایش می‌یابد. با توجه به نقش عمده و مهم مراقبان خانگی در درمان، حمایت و مراقبت از سالمندان مبتلا به دمانس، سیستم‌های بهداشتی باید تلاش بیشتری در جهت پرداختن به سلامت آنان نمایند. اجرای مداخلات چندگانه با رویکردهای مختلف آموزشی، حمایتی، عاطفی و مشاوره‌ای، می‌تواند زمینه را

References

1. Khatooni M, Zohari S. A survey on communicative problems between elders with Alzheimer disease and their family caregivers. *Salmand Iran J Ageing* 2010; 5(3): 36-42. [In Persian].
2. Wood JM, Gupta S. Vitamin D and neurocognitive disorder due to Alzheimer's disease: A review of the literature. *Ann Clin Psychiatry* 2015; 27(2): e1-e7.
3. Wesson AJ. Treatment of Alzheimer's disease: The legacy of the cholinergic hypothesis, neuroplasticity, and future directions. *J Alzheimers Dis* 2015; 47(1): 149-56.
4. McGreevy J. Dementia and the person-centered care approach. *Nurs Older People* 2015; 27(8): 27-31.
5. Egan M, Berube D, Racine G, Leonard C, Rochon E. Methods to enhance verbal communication between individuals with Alzheimer's disease and their formal and informal caregivers: a systematic review. *Int J Alzheimers Dis* 2010; 2010.
6. Edmonds EC, Delano-Wood L, Galasko DR, Salmon DP, Bondi MW. Subtle cognitive decline and biomarker staging in preclinical Alzheimer's disease. *J Alzheimers Dis* 2015; 47(1): 231-42.
7. Krishnamurthy V, Issac NS, Natarajan J. Computational identification of Alzheimer's disease specific transcription factors using microarray gene expression data. *J Proteomics Bioinform* 2009; 2: 505-8.
8. Chaudhuri JD, Das S. The role of caregivers in the management of Alzheimer's disease. Examples from Asian countries.

- Sultan Qaboos Univ Med J 2006; 6(2): 11-8.
9. Abdollahpour I, Noroozian M, Nedjat S, Majdzadeh R. Psychiatric symptoms in patients with dementia: prevalence and their relationship with caregiver burden. *Iran J Epidemiol* 2011; 7(2): 51-9. [In Persian].
 10. Brodaty H, Donkin M. Family caregivers of people with dementia. *Dialogues Clin Neurosci* 2009; 11(2): 217-28.
 11. Brodaty H, Green A, Koschera A. Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51(5): 657-64.
 12. Etters L, Goodall D, Harrison BE. Caregiver burden among dementia patient caregivers: a review of the literature. *J Am Acad Nurse Pract* 2008; 20(8): 423-8.
 13. Mohammadi F, Babae M. Effects of participation in support groups on Alzheimer's family caregivers' strain and spiritual wellbeing. *Salmand Iran J Ageing* 2011; 6(1): 29-37. [In Persian].
 14. Farran CJ, Loukissa D, Perraud S, Paun O. Alzheimer's disease caregiving information and skills. Part II: family caregiver issues and concerns. *Res Nurs Health* 2004; 27(1): 40-51.
 15. Savundranayagam MY, Hummert ML, Montgomery RJ. Investigating the effects of communication problems on caregiver burden. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2005; 60(1): S48-S55.
 16. Bastani F, Ghasemi E, Negarandeh R, Haghani H. General self-efficacy among family's female caregiver of elderly with Alzheimer's disease. *Hayat* 2012; 18(2): 27-37. [In Persian].
 17. Nishio M, Ono M. Development of a nursing care problems coping scale for male caregivers for people with dementia living at home. *J Rural Med* 2015; 10(1): 34-42.
 18. Lu L, Wang L, Yang X, Feng Q. Zarit caregiver burden interview: development, reliability and validity of the Chinese version. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2009; 63(6): 730-4.
 19. Chang HY, Chiou CJ, Chen NS. Impact of mental health and caregiver burden on family caregivers' physical health. *Arch Gerontol Geriatr* 2010; 50(3): 267-71.
 20. Yang Z, Levey A. Gender differences: a lifetime analysis of the economic burden of Alzheimer's Disease. *Womens Health Issues* 2015; 25(5): 436-40.
 21. Bruvik FK, Ulstein ID, Ranhoff AH, Engedal K. The quality of life of people with dementia and their family carers. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2012; 34(1): 7-14.
 22. Vellone E, Piras G, Talucci C, Cohen MZ. Quality of life for caregivers of people with Alzheimer's disease. *J Adv Nurs* 2008; 61(2): 222-31.
 23. Broughton M, Smith ER, Baker R, Angwin AJ, Pachana NA, Copland DA, et al. Evaluation of a caregiver education program to support memory and communication in dementia: a controlled pretest-posttest study with nursing home staff. *Int J Nurs Stud* 2011; 48(11): 1436-44.
 24. Dodge HH, Mattek N, Gregor M, Bowman M, Seelye A, Ybarra O, et al. Social markers of mild cognitive impairment: proportion of word counts in free conversational speech. *Curr Alzheimer Res* 2015; 12(6): 513-9.
 25. Rosa E, Lussignoli G, Sabbatini F, Chiappa A, Di CS, Lamanna L, et al. Needs of caregivers of the patients with dementia. *Arch Gerontol Geriatr* 2010; 51(1): 54-8.
 26. Savundranayagam MY, Moore-Nielsen K. Language-based communication strategies that support person-centered communication with persons with dementia. *Int Psychogeriatr* 2015; 27(10): 1707-18.
 27. Liu J, Wang LN, Tan JP, Ji P, Gauthier S, Zhang YL, et al. Burden, anxiety and depression in caregivers of veterans with dementia in Beijing. *Arch Gerontol Geriatr* 2012; 55(3): 560-3.
 28. Borghetti Valer D, Aires M, Fengler FL, Girardi Paskulin LM. Adaptation and validation of the Caregiver Burden Inventory for use with caregivers of elderly individuals. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2015; 23(1): 130-8.
 29. Rhezaii S, Hosseini AM, Fallahi M. Evaluating impact of communication skills training on level of job stress among nursing personnel working at rehabilitation centers in cities: Ray- Tehran- Shemiranat. *Tehran Univ Med J* 2006; 64(1): 21-6.
 30. Vaghee S, Mirzaie O, Modarres Gharavi M, Ebrahim Zadeh S. The effect of communication skills education on nursing students' coping strategies in stressful situations of clinical courses. *Evid Basic Care* 2011; 1(1): 91-102.
 31. Thomas P, Chantoin-Merlet S, Hazif-Thomas C, Belmin J, Montagne B, Clément JP, et al. Complaints of informal caregivers providing home care for dementia patients: the Pixel study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 17(11): 1034-47.
 32. Pahlavanzadeh S, Navidian A, Yazdani M. The effect of psycho-education on depression, anxiety and stress in family caregivers of patients with mental disorders. *Behbood J* 2010; 14(3): 228-36. [In Persian].
 33. Sarmad Z, Bazargan A, Hejazi E. Research methods in the behavioral sciences. Tehran, Iran: Agah Publications; 2011. [In Persian].
 34. McCleery A, Addington J, Addington D. Family assessment in early psychosis. *Psychiatry Res* 2007; 152(2-3): 95-102.
 - 35.
 36. Franzmann J, Haberstroh J, Krause K, Neumeyer K, Schmitz B, Pantel J. Communication trainings for caregivers of dementia patients: tandem project. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association* 2010; 6(4 Suppl): S132.
 37. Krause K, Haberstroh J, Neumeyer K, Franzmann J, Schmitz B, Pantel J. TANDEM: Communication Trainings for caregivers of dementia patients. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association* 2009; 5(4 Suppl): S242.
 38. Dougherty J. Effective communication strategies to help patients and caregivers cope with moderate-to-severe Alzheimer's disease. *J Clin Psychiatry* 2015; 76(3): e9.

The Effectiveness of Communication Skills Training on Caregiving Burden and Quality of Life among Family Caregivers of Elderly with Dementia

Yousef Dehghani¹, Victoria Omranifard², Mohammad Babamiri³

Original Article

Abstract

Aim and Background: Caring for patients with dementia is considered as the most difficult and challenging type of care and leads to increased caregiving burden and reduced quality of life (QOL) among caregivers. This research aimed to determine the effect of communication skills training on caregiving burden and QOL among family caregivers of elderly with dementia.

Methods and Materials: This Quasi-experimental study was conducted with pretest-posttest design and a control group. The subjects were selected through convenience sampling method. Therefore, 30 subjects were chosen randomly and assigned to control and experimental groups (each with 15 subjects). The data collection tools consisted of the Caregiver Burden Inventory (CBI) and Caregivers' Quality of Life Questionnaire. The questionnaires were completed by the participants in the pretest, posttest, and follow-up stages. The experimental group subjects received communication skills training in 7 sessions lasting 60 minutes. The collected data were analyzed using repeated measures ANOVA in SPSS software.

Findings: Communication skills training resulted in reduced caregiving burden and increased QOL in caregivers in the experimental group in the posttest and follow-up stages.

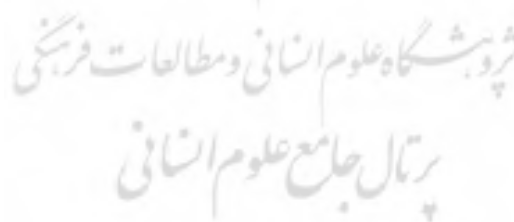
Conclusions: The results emphasize the importance of the use of these interventions in terms of caregiving burden and QOL in family caregivers of elderly with dementia. The results show that this intervention can be used as an appropriate intervention method.

Keywords: Communication skills, Caregiving burden, Quality of life, Family caregivers of elderly, Dementia

Citation: Dehghani Y, Omranifard V, Babamiri M. **The Effectiveness of Communication Skills Training on Caregiving Burden and Quality of Life among Family Caregivers of Elderly with Dementia.** J Res Behav Sci 2016; 14(2): 161-7.

Received: 01.02.2016

Accepted: 27.05.2015



1- Assistant Professor, Department of Psychology, School of Literature and Humanities, Persian Gulf University, Bushehr, Iran
2- Associate Professor, Behavioral Sciences Research Center AND Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
3- Assistant Professor, Department of Ergonomics, School of Public Health, Hamedan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
Corresponding Author: Yousef Dehghani, Email: ydehghani@yahoo.com