

مشکلات مراقبان نزدیک بیماران مبتلا به آلزایمر و رابطه آن با سلامت روان مراقبان

فرح جعفری^{۱*}، سیاوش چگینی^۲، هوشنگ جدیدی^۳

چکیده

بیماری آلزایمر یک نوع اختلال عملکرد مغزی است که به تدریج توانایی ذهنی بیمار تحلیل می رود و باعث بروز نابسامانی در کارکردهای شناختی، شخصیت، اندیشه و ادراک فرد می شود. هدف: این پژوهش به بررسی مشکلات مراقبان نزدیک بیمار مبتلا به آلزایمر و رابطه آن با سلامت روان مراقبان پرداخته است. روش: روش پژوهش همبستگی بود و در این مطالعه ۴۸ مراقب نزدیک بیمار آلزایمری در شهر تهران که حداقل ۶ ماه تجربه مراقبت داشتند با روش نمونه‌گیری هدفمند وارد مطالعه شدند. داده‌ها به وسیله پرسش‌نامه‌های اطلاعات فردی، سلامت عمومی گلدبرگ و ارزیابی تحمل مراقبت‌کننده از بیماران جمع‌آوری گردید. یافته‌ها: با توجه به آزمون سلامت عمومی که هرچه نمره آزمون بالاتر باشد، آزمودنی‌ها از سلامت روان کمتری برخوردارند، آزمودنی‌ها در آزمون سلامت عمومی میانگین نمره ۲۸/۸۱ را کسب کردند که نشان‌دهنده ناراحتی خفیف است. آزمون همبستگی پیرسون وجود رابطه معنی‌دار بین مشکلات مراقبتی و سلامت روان را نشان داده است. نتیجه‌گیری: از این رو، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مراقبان نزدیک بیماران آلزایمری، همچنان در معرض اختلالات جسمی و روحی و اجتماعی می‌باشند. از این رو، نهادهای مسئول و اعضای خانواده بیماران آلزایمری باید درباره این مسئله، توجه خاصی به این گروه از مراقبان داشته باشند که با کاهش فشار بار مراقبتی، توان حل مسئله و امیدواری در زندگی مراقبت‌کنندگان افزایش می‌یابد و هم‌چنین در سیر بیماری توأم با آرامش بیماران مؤثر می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: آلزایمر، مراقب نزدیک بیمار، سلامت روان، فشار بار مراقبتی

^۱ . کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی علوم و تحقیقات ساوه. jafari4413@yahoo.com

^۲ . عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

^۳ . استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج

مقدمه

بیماری آلزایمر یکی از بیماری‌های شایع دوران سالمندی است که با افزایش جمعیت سالمندان کشور به عنوان پدیده‌ای مهم در آینده‌ای نه چندان دور، ابعاد مختلف جامعه، به ویژه نظام سلامتی کشور را متأثر خواهد ساخت و چالش‌های فراوانی را فراروی کارگزاران عرصه‌ی بهداشت، خانواده‌ها و مراقبین حرفه‌ای قرار خواهد داد (محمدی، فلاحی و خانکه، ۱۳۸۸). آلزایمر بیماری مزمن، پیشرونده و ناتوان‌کننده‌ای است که باعث بروز نابسامانی در کارکردهای شناختی، شخصیت، اندیشه و ادراک می‌شود. امروزه، بیش از ۱۸ میلیون نفر در دنیا به این بیماری مبتلا هستند و سالانه یک میلیون نفر به تعداد این بیماران افزوده می‌شود. مطالعات جمعیت‌شناختی سالمندان، وقوع شیوع جهانی آلزایمر را تأیید می‌کند. پیش‌بینی شده در سال ۲۰۵۰ میلادی قریب به صد میلیون سالمند مبتلا به آلزایمر در جهان (بکتا طلب و کاوه، ۱۳۹۱؛ محمدی و همکاران، ۱۳۸۸؛ محمدی شاه‌بلاغی، ۱۳۸۵) وجود خواهد داشت.

بیماری آلزایمر یک نوع اختلال عملکرد مغزی است که بتدریج توانایی‌های ذهنی بیمار تحلیل می‌رود. بارزترین تظاهر این بیماری زوال عقل، اختلال حافظه است. اختلال حافظه معمولاً به تدریج ایجاد شده و پیشرفت می‌کند. در ابتدا اختلال حافظه به وقایع و آموخته‌های اخیر محدود می‌شود ولی بتدریج خاطرات قدیمی هم آسیب می‌بینند. مشکلات ناشی از این بیماری، کاهش حافظه کوتاه مدت، مشکلات تکلم، گم کردن زمان، گم شدن گاه به گاه حتی در مکان‌ها و محله‌های آشنا، دشوار شدن انتخاب و تصمیم‌گیری‌های ساده، کاهش انگیزه و علاقه برای انجام کارها، افسردگی، عصبانیت، کاهش علاقه به فعالیت‌ها و تفریحات معمول می‌باشد. در مراحل نهایی، وقتی بیماری پیشرفت می‌کند، فرد مبتلا حتی نمی‌تواند فعالیت‌های معمول و روزانه را به تنهایی انجام دهد، برای بهداشت شخصی، استحمام و لباس پوشیدن به کمک نیاز دارد و کاملاً به دیگران وابسته می‌شود، نمی‌تواند غذا بخورد، کسی را نمی‌شناسد، به سختی حرف می‌زند، به سختی راه می‌رود، بی‌اختیاری ادرار و مدفوع دارد و اکثر اوقات در بستر به سر می‌برد (حسینی و حاجی یوسفی، ۱۳۸۹؛ حسینی و همکاران، ۱۳۹۳).

وقتی یکی از اعضای خانواده به بیماری آلزایمر مبتلا می‌شود، تمام خانواده درگیر این مشکل می‌شوند و در اغلب موارد، خود خانواده‌ها نگهداری و مراقبت از بیمار را برعهده می‌گیرند و او در خانه و در کنار اعضای دیگر خانواده به زندگی ادامه می‌دهد. همین امر مشکلات و فشارهای زیادی را به خانواده تحمیل می‌کند (خاتونی، ۱۳۸۹). بنابراین نه تنها بیماران مبتلا به آلزایمر، بلکه اطرافیان آنها از نظر

عاطفی و اجتماعی به حمایت نیاز دارند. بدین سان سلامت روان فرد مراقبت کننده، از اهمیت خاصی برخوردار است. سلامت روان مفهومی است که چگونگی تفکر، احساس و عملکرد فرد را در مواجهه با موقعیت های زندگی نشان می دهد و به درک فرد از خود و زندگی اش بستگی دارد. همچنین با توجه به میزان برخورداری از سلامت روان، عملکرد فرد در کنترل استرس، برقراری ارتباط با دیگران، ارزیابی ها و انتخاب فرد متفاوت است. از این رو، موضوع مراقبت از سالمندان مبتلا به آلزایمر و بار اقتصادی مراقبتی، بهداشتی و خانوادگی به طور ویژه ای مورد توجه نظام های سلامت کشورها درآمده است.

بار مراقبتی که در بعضی از منابع، از آن به عنوان فشار مراقبتی نیز یاد می شود، یکی از فرآیندهای منفی مراقبت از سالمندان مبتلا به آلزایمر است که این فشار، تمامی ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی، معنوی و همچنین کیفیت زندگی مراقبان را تحت تأثیر قرار می دهد و به شدت ابعاد سلامت مراقبان را تهدید می کند و عوارض روحی- روانی ناشی از مشکلات نگهداری از این بیماران، خانواده های آنان را خواهد آزرده (اوحدی نیا، ۱۳۷۸؛ گودی و هالی، ۱۹۹۸؛ چنگ، لو و مک املی، ۲۰۱۲). سلامتی نعمتی است که به فرموده نبی اکرم (ص) مفهوم خیر واقعی را در زندگی انسان متجلی می کند "لاخیر فی الحیاة الا مع الصحه" و در پرتو آن می توان به تأمین نیازهای جسمی، روانی، اقتصادی و معنوی دست یافت (میلانی فر، ۱۳۸۶).

مراقبت طولانی مدت از بیمار مبتلا به آلزایمر موجب فرسایش جسمی و روانی (تاکی و همکاران، ۲۰۰۹)، احساس غم و اندوه، ناامیدی، ناکامی، خستگی بیش از حد، کم خوابی و اضطراب، خشم، گناه، نگرش منفی به بیمار و اعضای خانواده نمایان و آشکار می شود. این مشکلات تحت تأثیر عملکرد و قدرت تطابق بیماران با بیماری قرار می گیرد (نیوکامر و همکاران، ۱۹۹۹). فرد مراقبت کننده، ممکن است به دلیل مراقبت از بیمار، نیازهای خود را برای استراحت، بودن با دوستان و داشتن خلوت و تنهایی کنار بگذارد. همچنین دلمشغولی های مختلفی از جمله رسیدگی به خانواده، فرزندان و شغل نیز داشته باشد احتمالاً نیازهای فرد به طور قابل ملاحظه ای تغییر خواهد کرد و این در حالی است که با پیشرفت بیماری آلزایمر فرد مبتلا، با وجود تمام زحمتی که فرد متقبل می شود، وظیفه ی مراقبت هر روز سخت تر شده و بیمار بیشتر به مراقب متکی می گردد. بروز مشکلات رفتاری باعث فشارهای عصبی بیشتر شده، و ارتباط با بیمار کمتر و سخت تر می شود و همزمان، فرد با تحلیل توانایی خویش برای مراقبت از بیمار دست به گریبان است (علوی، ۱۳۹۲). بر اساس آمار سازمان بهزیستی، ۹۱ درصد از سالمندان در ایران با فرزندان خود زندگی می کنند که ۲۳ درصد از این تعداد را، فرزندان آنها

نگهداری می‌کنند. امروزه به سبب افزایش هزینه‌های گزاف مراقبت و بستری بیماران، خانواده‌ها به امر مراقبت از سالمندان در منزل تشویق می‌شوند (محمدی شاه‌بلاغی، ۱۳۸۵).

مراقبان افرادی هستند که در طی یک دوره بیماری و درمان آن، بیشترین درگیری را در مراقبت از بیمار و کمک به آن‌ها به منظور سازگاری و اداره‌ی بیماری مزمن دارند (بلاسکو و همکاران^۱، ۲۰۰۲). از این رو، خانواده بهترین منبع برای مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن از قبیل آلزایمر می‌باشد و با توجه به سیر طولانی این قبیل بیماری‌ها، و عوارض ناشی از پیشرفت بیماری، نیازهای جدید و تغییرات اساسی در سبک زندگی، اعضای خانواده تنش‌های زیادی را تجربه می‌کنند، به طوری که سلامت روان آنان به درجات متفاوتی تحت تأثیر قرار خواهد گرفت. شناسایی به موقع فشارها در مراقبان، نقش تعیین‌کننده‌ای در حفظ و ارتقای سلامت روانی آنان دارد. با توجه به رشد روزافزون جمعیت سالمندان کشور ایران، و محدود بودن مطالعات در حوزه‌ی فشار مراقبتی، پژوهشگران، این مطالعه را با هدف تعیین فشار مراقبتی مراقبان افراد مبتلا به آلزایمر طراحی و انجام دادند.

روش پژوهش

این پژوهش یک مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی از نوع همبستگی بود که هدف کلی آن بررسی مشکلات مراقبان نزدیک (اعضای خانواده) بیمار مبتلا به آلزایمر و رابطه‌ی آن با سلامت روان مراقبان می‌باشد. جامعه‌ی آماری این تحقیق شامل ۵۵ مراقب نزدیک بیمار بود که از اعضای انجمن آلزایمر و غیر اعضا انتخاب شدند. از این ۵۵ نفر، ۴۸ مراقب تا انتهای پژوهش به همکاری خود ادامه دادند. بر اساس آمار توصیفی از مجموع ۴۸ آزمودنی، ۴۰ نفر زن و ۸ نفر مرد، با میانگین سنی ۴۴/۳۷ بودند، که از میان آنها ۲۶ نفر متأهل و ۲۲ نفر مجرد بودند. اکثریت افراد شرکت‌کنندگان در پژوهش (۲۵ نفر) شاغل، الباقی دانشجوی (۱۷ نفر) و خانه‌دار (۶ نفر) بودند. شرکت‌کنندگان به سه پرسش‌نامه پاسخ دادند، پس از نمره‌دهی پرسش‌نامه‌ها، داده‌های جمع‌آوری شده، وارد SPSS ۲۰ گردید و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

¹ . Belasco et al.

ابزار پژوهش

در این پژوهش از مصاحبه فردی، پرسش نامه دموگرافیکی، پرسش نامه سلامت عمومی گلدبرگ^۱ (GHQ-28) و پرسش نامه ارزیابی تحمل مراقبت کننده^۲ (CBI) برای جمع آوری داده ها استفاده شد و رابطه ی بین سلامت روان و مشکلات آنها از طریق روش آماری همبستگی پیرسون مورد بررسی قرار گرفت. پرسش نامه دموگرافیکی این پرسش نامه محقق ساخته بر اساس مشخصات دموگرافیکی آزمودنی ها از قبیل: سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و شغل طراحی شده است.

پرسش نامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ-28) آزمونی است با ماهیت چندگانه و خود-اجرا که به منظور بررسی اختلالات غیرروان گسسته که در وضعیت های مختلف جامعه یافت می شود توسط گلدبرگ طراحی و تنظیم گردید. سؤال های این پرسش نامه به بررسی وضعیت روانی فرد در یک ماهه ی اخیر می پردازد، دارای ۲۸ سؤال و ۴ خرده آزمون می باشد. خرده آزمون ها به ترتیب عبارتند از: نشانه های جسمانی، اضطراب و بی خوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی. به هر پاسخ از راست به چپ، صفر، یک، دو یا سه نمره تعلق می گیرد. نمره پرسش نامه از صفر تا ۸۴ خواهد بود. در این پرسش نامه نمره کمتر بیانگر سلامت روان بهتر است. وضعیت سلامت روان فرد از طبیعی، ناراحتی خفیف، ناراحتی متوسط و ناراحتی شدید با توجه به نمره آزمودنی سنجیده می شود. اعتبار این پرسش نامه ۰/۹۱ محاسبه شده است (پالاهنگ و همکاران، ۲۰۰۳).

پرسش نامه ارزیابی تحمل مراقبت کننده (CBI) به منظور ارزیابی میزان تحمل افرادی (اعضای خانواده) که از بیماران مراقبت می کنند، در سال ۱۹۸۸ توسط نوک و گست^۳ ساخته شد. این آزمون دارای ۲۴ عبارت است و آزمودنی در یک مقیاس ۵ گزینه ای مشخص می کند که تا چه حد این موقعیت ها را تجربه می کند. بدین ترتیب آزمودنی در پاسخ به هر سؤال، یکی از حالات به هیچ وجه (امتیاز ۰)، کمی (امتیاز ۱)، به طور متوسط (امتیاز ۲)، نسبتاً (امتیاز ۳) و کاملاً (امتیاز ۴) را انتخاب کردند. میزان فشار مراقبتی ناشی از نگهداری از فرد بیمار با این پرسش نامه سنجیده می شود و پنج خرده آزمون این پرسش نامه عبارتند از: تحمل وابسته به زمان، که مربوط به محدودیت های زمانی شخص مراقبت کننده است؛ تحمل تحولی، بررسی می کند که آیا مراقبت کننده احساس می کند که در مقایسه با همسالانش از رشد و تحول کمتری برخوردار است؛ تحمل جسمانی نیز، احساس مراقبت

¹ . General Health Questionnaire

² . Care Burden Inventory

³ . Noak & Guest

کننده را در مورد تهدید یا آسیب جسمانی توصیف می‌کند؛ تحمل اجتماعی، احساس تعارضی نقشه مراقبت کننده، مشاخره با دیگر اعضای خانواده در مورد مراقبت جو، و احساس مورد قدردانی قرار نگرقتن و طرد شدن را به صورت کلی مورد مذاقه قرار می‌دهد؛ و تحمل عاطفی، احساسات منفی مراقبت کننده نسبت به فردی که از او مراقبت می‌کند را می‌سنجد. این پرسش نامه دارای قابلیت اعتماد خوبی است و ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۶۹ تا ۰/۸۷ گزارش شده است و ضریب آلفای کرونباخ کل پرسش نامه ۰/۸۰ می‌باشد (مک کلی و همکاران^۱، ۲۰۰۷). برای تعیین روایی پرسش نامه از روایی محتوا استفاده شده، از آنجایی که این ابزار در ایران استفاده نشده بود، ابتدا یک مترجم، ترجمه اولیه را انجام داده و سپس مترجم دوم آن را با اصل انطباق داده و در نهایت ترجمه نهایی به شکل توافقی پذیرفته شد. برای سنجش پایایی پرسش نامه، از روش انسجام درونی استفاده شد و در یک مطالعه مقدماتی با تعداد نمونه ۲۰ نفر از مراقبان بیماران سرطانی، ضریب آلفای کل مقیاس ۰/۹۰ و ضریب آلفای خرده مقیاس‌ها از ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ محاسبه گردید (عباسی و همکاران، ۱۳۹۰).

یافته های پژوهش

از مجموع ۴۸ آزمودنی (مراقبان) به ترتیب ۸۳/۳۴٪ زن و ۱۶/۶۶٪ مرد با میانگین سنی ۴۴/۳۷ بودند؛ ۴۵/۸۳٪ از آنها مجرد و ۵۴/۱۷٪ متأهل؛ ۸۳/۵٪ از مراقبان دارای تحصیلات کارشناسی، دیپلم و زیر دیپلم، و ۱۲/۵٪ کارشناسی ارشد و دکترا بودند.

با توجه به نتایج آورده شده در جدول شماره ۱، شرکت کنندگان در آزمون سلامت روان، میانگین ۷/۹۴ را در نشانه های جسمانی، میانگین ۸/۳۳ را در اضطراب و بی‌خوابی، میانگین ۹/۰۸ را در اختلال عملکرد اجتماعی و میانگین ۳/۴۶ را در افسردگی کسب کرده‌اند. کمترین نمره، در افسردگی و بیشترین نمره، در اختلال عملکرد اجتماعی می‌باشد. نمره کل سلامت روان آزمودنی‌ها ۲۸/۸۱ می‌باشد که بیانگر ناراحتی خفیف می‌باشد.

^۱. McCleey et al.

جدول شماره ۱ : شاخص های توصیفی وضعیت سلامت روان آزمودنی‌ها

بیشینه	کمینه	انحراف معیار	میانه	میانگین	زیر مقیاس‌های آزمون
۲۱	۰	۵/۵۷۸	۷	۷/۹۴	نشانه‌های جسمانی
۲۱	۰	۵/۸۲۸	۸	۸/۳۳	اضطراب و بی‌خوابی
۲۱	۱	۴/۳۸	۸	۹/۰۸	اختلال عملکرد اجتماعی
۲۱	۰	۵/۷۲۷	۱	۳/۴۶	افسردگی
۸۳	۱	۱۹/۳۵۷	۲۵/۵	۲۸/۸۱	نمره کل سلامت روان آزمودنی‌ها

با توجه به نتایج بدست آمده از آزمون ارزیابی تحمل مراقبت کنندگان که در جدول شماره ۲ آورده شده، میانگین نمره تحمل وابسته به زمان ۱۲/۶۴، میانگین نمره تحمل تحولی ۵/۵۴، میانگین تحمل جسمانی ۵/۲۱، میانگین تحمل اجتماعی ۴/۷۷، میانگین تحول عاطفی ۳/۵۶ می باشد. بالاترین نمره ها، مربوط به تحول وابسته به زمان و تحمل تحولی می باشند و میانگین نمره ی کل شرکت کنندگان در این آزمون، ۳۱/۷۳ است. رابطه ی این آزمون با آزمون سلامت عمومی گلدبرگ نشان می‌دهد که با افزایش نمره تحمل مراقبت کنندگان، سلامت روانی کم می شود.

جدول شماره ۲ : تحلیل توصیفی ارزیابی تحمل مراقبتی آزمودنی‌ها

ارزیابی	میانگین	میانه	انحراف معیار	کمینه	بیشینه
تحمل وابسته به زمان	۱۲/۶۴	۱۴	۵/۶۹۹	۰	۲۲
تحمل تحولی	۵/۵۴	۴	۵/۹۹۲	۰	۲۰
تحمل جسمانی	۵/۲۱	۴	۴/۸۸۵	۰	۱۶
تحمل اجتماعی	۴/۷۷	۴	۴/۴۵۴	۰	۱۶
تحمل عاطفی	۳/۵۶	۲	۵/۵۶۵	۰	۲۰
ارزیابی تحمل مراقبت کنندگان (کلی)	۳۱/۷۳	۲۵	۲۲/۶۸۲	۰	۹۱

با توجه به نتایج بدست آمده از آزمون همبستگی پیرسون که در جدول شماره ۳ آورده شده، و با عنایت به اینکه سطح معناداری برابر ۰/۰۰۰ است و از سطح خطای ۵ درصد (۰/۵) کمتر است در نتیجه آزمون همبستگی پیرسون وجود رابطه معناداری بین ارزیابی تحمل مراقبت کنندگان و سلامت روان را نشان داده که ضریب کل همبستگی پیرسون برابر با ۰/۷۶۹ می باشد و با عنایت به اینکه هر چه نمره ی کسب شده از آزمون سلامت عمومی گلدبرگ بالاتر باشد آن فرد از سلامت روان پایین تری برخوردار است، در نتیجه، رابطه معکوس معنادار بین مشکلات مراقبان نزدیک بیماران مبتلا به آلزایمر با سلامت روان مراقبان تأیید می شود.

جدول شماره ۳: ضریب همبستگی حاصل از ارتباط بین ارزیابی تحمل مراقبت کنندگان و سلامت روان آنان

ضریب همبستگی پیرسون	معناداری	تعداد	زیر مقیاس آزمون
۰/۵۷۷	۰/۰۰۰	۴۸	تحمل وابسته به زمان
۰/۷۰۲	۰/۰۰۰	۴۸	تحمل تحولی
۰/۶۷۷	۰/۰۰۰	۴۸	تحمل جسمانی
۰/۶۲۳	۰/۰۰۰	۴۸	تحمل اجتماعی
۰/۶۹۷	۰/۰۰۰	۴۸	تحمل عاطفی
۰/۷۶۹	۰/۰۰۰	۴۸	ارزیابی کل تحمل مراقبت کنندگان

ضریب همبستگی بدست آمده برای خرده آزمون های پرسش نامه ارزیابی تحمل مراقبت کنندگان، تحمل وابسته به زمان، تحمل تحولی، تحمل جسمانی، تحمل اجتماعی و تحمل عاطفی به ترتیب عبارتند از ۰/۵۷۷، ۰/۷۰۲، ۰/۶۷۷، ۰/۶۲۳ و ۰/۶۹۷ می باشد که نشان از رابطه معکوس بین مشکلات مراقبتی با سلامت روان دارد. به عبارتی، مشکلات مراقبتی با سلامت روان رابطه معکوس دارد، یعنی هر چه مشکلات مراقبتی بیشتر می شود سلامت روانی فرد کمتر می شود.

بحث و نتیجه گیری

یافته های این مطالعه نشان داد هر چه مشکلات ناشی از مراقبت از فرد مبتلا به آلزایمر بیشتر باشد، فرد مراقبت کننده از سلامت روان پایین تری برخوردار است. همچنین، براساس آمار توصیفی و تحلیلی به دست آمده ۸۳/۳۴ درصد مراقبان زن بودند که اکثریت آنها یا فرد سالمند نسبت همسری داشتند و به نوعی خود نیز سالمند به شمار می آمدند. با چنین شرایطی، فرد مراقب به خاطر استرس و فشار بار مراقبتی، آسیب پذیرتر می شود و بیشتر در معرض خطر ابتلا به اختلالات جسمی و روانی می باشد. یافته های پژوهش باستانی و حسینی (۱۳۹۱)، که نشان دادند زنان مراقبت کننده از سالمندان مبتلا به

آلزایمر، به عنوان مهم‌ترین مراقبان غیررسمی، سطوح استرس بالایی را تجربه می‌کنند که همین امر سلامت آن‌ها و سالمندان تحت مراقبت‌شان را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد، و همین‌طور با یافته‌های محمدی (۱۳۸۵) که نشان داد اکثریت مراقبین از بیماران سالمند آلزایمری، را زنان تشکیل می‌دهند؛ خود نیز در سنین سالمندی هستند که به مراتب آسیب‌پذیرترند و در معرض اختلالات جسمی و روانی شایع در این دوران قرار دارند، با نتایج مطالعه‌ی حاضر همخوانی دارد.

افزایش روزافزون جمعیت سالمندان در جهان، ابعاد مختلف جامعه، به ویژه نظام سلامتی کشورها را برآن داشته تا برای چالش‌های نظام مراقبتی سالمندان، تدابیر و راهکارهایی بیاندیشند. آمار رو به رشد بیماری‌های مزمن و تحلیل برنده از جمله آلزایمر بسیار نگران‌کننده است. آلزایمر، علاوه بر مشکلاتی که برای خود بیمار به وجود می‌آورد، سختی‌ها و مشکلات زیادی هم به اطرافیان تحمیل می‌کند، وقتی یکی از اعضای خانواده به بیماری آلزایمر مبتلا می‌شود، تمام خانواده درگیر این مشکل می‌شوند نگهداری از بیمار مشکلات و فشارهای زیادی را به خانواده تحمیل می‌کند (خاتونی، ۱۳۸۹). فراوانی مشکلات و پیامدهای فردی، خانوادگی و اجتماعی ناشی از بیماری آلزایمر، مراقبت از بیماران مبتلا را پیچیده می‌سازد، همچنین با افزایش سن بیمار، سطح وابستگی، اختلالات ذهنی سالمند تحت مراقبت، مدت زمان نیاز به مراقبت جسمی، مشکلات خانواده‌های درگیر مراقبت، تشدید می‌شود (بابایی، ۱۳۸۶). در مجموع می‌توان گفت که مراقبت از بیماران مبتلا به آلزایمر بسیار فراتر از انجام دستورهایی پزشکی، پرستاری، متمرکز به نیازهای جسمی است که پدیده‌های روان‌شناختی و اجتماعی به شمار می‌آید.

یافته‌های این مطالعه با پژوهش‌های فنگلر و گودریچ^۱ (۱۹۷۹) که از مراقبان خانوادگی به عنوان بیماران پنهان یاد نمودند و معتقد بودند که این مراقبان در معرض ابتلا به اختلالات جسمانی، روانی و اجتماعی هستند (فولکمن، ۱۹۹۷)؛ همچنین با پژوهش گودی و هالی (۱۹۹۸) که بیان کرده بودند مراقبان در طول مدت مراقبت از بیماران مبتلا به دمانس، با نمونه‌های بیشماری از تنش‌ها روبرو می‌شوند که به طور مستقیم از راه تیمار بیماران بر مراقبت‌کننده وارد می‌شود، همراستا می‌باشد. اما با پژوهش اسپورلاک^۲ (۲۰۰۵)، که در مطالعه‌ی خود به منظور بررسی ارتباط سلامت معنوی و فشار مراقبتی مراقبان سالمندان مبتلا به آلزایمر (پورزنجان‌ی و مشوق، ۱۳۹۱)، نشان داد این مراقبان فشار مراقبتی در حد متوسط را تجربه کرده‌اند، او دریافت با وجود استرس‌آور بودن مراقبت از این بیماران،

^۱ . Fenglert & Goodrich

^۲ . Spurlock

فشار مراقبتی در حد پایین تا متوسط می‌باشد و ارتباط معناداری بین متغیرهای فردی مراقبان گزارش نکرد که با نتایج این تحقیق همسو نمی‌باشد و مغایرت دارد؛ این امر بیانگر نقش معنویت بر سلامت روان می‌باشد.

شاجی و اسمیتا^۱ (۲۰۰۳) گزارش کرده‌اند که عامل اصلی استرس وارده بر مراقبان به علت فقدان حمایت‌های اجتماعی و مراکز سلامت محله‌ای و مسائل مورد انتقاد در خانواده بیمار در میان دیگر عوامل می‌باشد. در پژوهشی هنریخ و برویگ^۲ (۲۰۱۴) درباره‌ی ارتقای سلامت در مراقبان بیماران آلزایمر دریافتند، مراقبت از افراد سالمند بیمار خانواده، موجب بیماری‌های روانی و جسمی در مراقبان شده و بسیار استرس آور است، همچنین عنوان نمود برنامه‌های مداخله‌ای برای مراقبان، بار مسئولیت و غم و غصه مراقبان را کاهش می‌دهد. معمولاً مداخلاتی مانند، کسب دانش در مورد بیماری دمانس (حسینی و باستانی، ۱۳۹۰)، ارائه‌ی مهارت‌ها و حمایت از مراقبان در کنار آمدن با استرس برای آنان مؤثر بوده. مراقبان در کنار این فشار از رشد شخصی و حس هدفمند شدن گزارش دادند. با توجه به چالش‌های زیادی که در زمینه ارائه مراقبت در منزل برای زنان وجود دارد، امر مراقبت با سایر مسئولیت‌هایی چون نقش‌های مربوط به خانواده، شغل و وظایف خانه‌داری تداخل یافته و منجر به احساس فرسودگی می‌شود که این امر موجب مستعد شدن فرد مراقب، در ابتلا به اختلالات جسمی مزمن و مشکلات روانی می‌شود (محمدی شاه‌بلاغی، ۱۳۸۵). با توجه به وجود ارتباط معنادار بین سلامت روان و مشکلات مراقبان نزدیک بیماران مبتلا به آلزایمر در این مطالعه، پیشنهاد می‌شود توجه خاصی به سلامت مراقبان، آموزش تقسیم مسئولیت نگهداری از بیمار، شرکت دادن فعال مراقبان در کلاس‌های آموزشی مرتبط با سلامت روان و شیوه‌های مؤثر مقابله با تنش‌های وارده ناشی از مراقبت، ارائه خدمات آموزشی و روان‌شناختی به مراقبین بیماران آلزایمری در منازل توسط مددکاران انجمن آلزایمر و بهزیستی، نوشتن خاطرات و تجربیات، و به اشتراک گذاردن دانش و تجربیات، می‌تواند دیگر مراقبان را در حل مشکلات مراقبتی یاری کند و از میزان فشار بار مراقبتی بکاهد و سلامت روان مراقبان را ارتقا دهد، در نتیجه کیفیت نگهداری از بیمار مبتلا به آلزایمر نیز ارتقا می‌یابد.

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر مشخص شد هر چه مشکلات ناشی از فشار مراقبتی بیشتر باشد، فرد مراقبت کننده از سلامت روان پایین‌تری برخوردار است، از این رو با ارتقای سلامت روان مراقبان از

^۱ . Shaji & Smitha

^۲ . Heinrich and Berwig

طریق آموزش و غنی‌سازی مهارت‌های سازگاری و دانش سیر پیشرفت بیماری و موارد مرتبط با آن، می‌توان فشار مراقبتی را کاهش و سازگاری مؤثر مراقبان را با مشکلات بیماران افزایش داد.

منابع

- اسماعیل پورزنجانی، سیمین؛ مشعوف، سهیلا؛ صفوی، زهرا؛ عباسی، محمود. (۱۳۹۱). ارتباط خودکارآمدی و هوش معنوی مراقبان عضو خانواده سالمندان مبتلا به آلزایمر، فصلنامه فقه پزشکی، سال چهارم، شماره ۱۲-۱۱. ص ۱۶۶-۱۵۱.
- اوحدی نیا، سینا. (۱۳۷۸). بررسی اختلالات خواب در سالمندان مبتلا به دمانس از نوع آلزایمر. پایان نامه دکترای حرفه‌ای، دانشکده علوم پزشکی تهران، دانشکده پزشکی.
- بابایی، مهرزاد. (۱۳۸۶). مشکلات اجتماعی خانواده‌های مراقبت‌کننده از سالمندان ناتوان در شهر کرج. نشریه سالمند. دوره ۲، شماره ۳. بهار ۱۳۸۶.
- باستانی، فریده، حسینی، راضیه السادات. (۱۳۹۱)، تأثیر بحث گروهی و مشاوره‌ی تلفنی براسترس درک شده مراقبان زن. سالمندان مبتلا به آلزایمر، مجله بالینی پرستاری و مامائی، دوره یک، شماره ۱، ص ۶۱-۷۲.
- پالانگ، ه؛ نصر، م؛ براهانی؛ م.ت؛ شاه محمدی، د. (۲۰۰۳). اپیدمیولوژی اختلالات روان در شهر کاشان. فصلنامه اندیشه و رفتار. ۲، ۲۷-۱۹.
- حسینی، حمیدرضا، حاجی یوسفی، اعظم (۱۳۸۹)، سنگینی الماس، دنیای تغذیه، ص ۴۵-۴۰.
- حسینی، راضیه السادات، علیجانپور آقاملکی معصومه، باستانی فریده، صالح آبادی سمیه، قزلباش سیما. (۱۳۹۳). ارتباط سلامت عمومی و فشار بار مراقبتی در زنان مراقبت‌کننده از سالمند مبتلا به آلزایمر، مجله دانشگاه پزشکی سبزوار، دوره ۲۱، شماره ۶، ص ۱۱۴۳-۱۱۳۴.
- حسینی، راضیه السادات، باستانی، فریده، (۱۳۹۰). تأثیر برنامه‌ی آموزشی- مشاوره‌ی بر سلامت عمومی زنان مراقبت‌کننده از سالمندان مبتلا به آلزایمر، مجله دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد، دوره ۱۳، شماره ۵، ص ۸۳-۹۲.
- خاتونی، مرضیه و زهری، سیما (۱۳۸۹). مشکلات ارتباطی سالمندان مبتلا به آلزایمر و مراقبت‌کنندگان اصلی، مجله سالمندی ایران، سال پنجم، شماره ۱۷، ص ۴۲-۳۶.
- عباسی، علی؛ آسایش، مرتضی؛ رحمانی، حسین؛ شریعتی، علیرضا؛ حسینی، سیدعابدین. (۱۳۹۰). فشار مراقبتی و عوامل مرتبط با آن در مراقبین بیماران تحت درمان با همودیالیز بیمارستان ۵ آذر گرگان. مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی بویه گرگان. دوره هشتم، شماره ۱. ص ۳۳-۲۶.

عباسی، علی؛ شمسی زاده، مرتضی؛ آسایش، حمید؛ رحمانی، حسین؛ حسینی، سید عابدین؛ طالبی، میترا (۱۳۹۲)، ارتباط فشار مراقبتی با روش های مقابله ای مراقبین خانوادگی بیماران سرطانی. روان پرستاری دوره اول، شماره ۳. ص ۶۲-۷۱.

علوی، فیروزه، (۱۳۹۲). چگونگی مراقبت از بیماران مبتلا به آلزایمر، مجله سالمندی ایران، سال پنجم شماره ۱۷.

محمدی شاهبلاغی، فرحناز، (۱۳۸۵)، خود کارآمدی و فشار مراقبتی مراقبان عضو خانواده سالمندان مبتلا به آلزایمر در تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی (مجله سالمندی ایران)، سال اول، شماره یکم، ص ۲۶-۳۳.

محمدی، فرحناز؛ فلاحی خشکناب، مسعود؛ خانکه، حمیدرضا. (۱۳۸۸). نیازهای مراقبت دهندگان به سالمندان مبتلا به آلزایمر : تحلیل تجربه مراقبین خانوادگی. فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی. دوره، ۲۱. شماره، ۷۲. ص ۲۹-۳۶.

محمدی، فرحناز؛ بابایی، مهرداد (۱۳۹۰). تأثیر مشارکت در گروه های حمایت گر بر سلامت معنوی و فشار مراقبتی مراقبین عضو خانواده سالمندان مبتلا به آلزایمر. مجله سالمندی ایران، سال ششم، شماره ۱۹، شماره ۱۶، ص ۲۹-۳۷.

میلانی فر، بهروز، ۱۳۸۶، بهداشت روانی، تهران: قومس، چاپ هفتم، ص ۳.

یکتا طلب، شهرزاد، کاوه، محمد حسین. (۱۳۹۱) مراقبت از بیماران مبتلا به آلزایمر در خانه سالمندان: تحلیل محتوای کیفی، مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت، (۳): ۲۴۰-۲۵۳.

Belasco A, Barbosa D, Bettencourt AR, Diccini S, Sesoo R,(2002), Quality of life of family caregivers of elderly patients of hemodialysis and peritoneal dialysis, Amj kidney Dis, 48 (6); 955 – 963.

Cheng Sheung-Tak, Lau Rosann WL, Mak Emaly PM, (2012), A benefit- finding intervention for family caregivers of persons with Alzheimer disease: Trials,13-98.

Folkman, Susan (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. Social Science & Medicine, Volume 45, Issue 8, October 1997, Pages 1207–1221.

Goode, Kathrin T, Haley, William E (1998), predicting longitudinal changes in caregivers physical and mental health, A stress process model. American psychological association, inc, vol 17 No 2, 190-198.

Heinrich, Stephane, Berwig, Martin (2014).German adaptation of the resources for enhancing Alzheimer’s caregiver health II, BMC. Geriatric, 14: 21.

McCleey A, Addington J, Addington D. (2007), Family assessment in early Psychosis. Psychiatry research. 152(2-3):95-102.

Newcomer, Robert, Cathleen Yordi, Richard DuNah, Patric Fox and Anne Wilinon. (1999), Effects of the Medicare Alzheimers Demonstration on caregiver burden and depression, – HSR: Health Services Research 34:3: 669-89

Shaji, K, Smitha, S (2003), Caregivers of people with Alzheimer’s disease: A qualitative psychiatry, 18(1), 1-6.

Spurlock, Wanda Raby.(2005), "Spiritual well-being and caregiver burden in Alzheimer's caregivers." Geriatric Nursing 26.3 , 154-161.

Taki M, I wamitsu Y, Ando N, Okazaki S, Nakajima K, Oishi S, Miyaoka H, (2009), The experience of burnout among home caregivers of patients with dementia : Relations to depression and quality of life. Arch Gerontol Geriatric. 49, 1: 1-5.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی