

تأثیر برنامه آموزش خانواده بر میزان افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به دمانس

فاطمه قائدی حیدری^۱، سعید پهلوانزاده^۲، جهانگیر مقصودی^۳، زهرا قضاوی^۴

چکیده

مقدمه: با توجه به آمار رو به فزونی جمعیت سالمندان و به دنبال آن، افزایش مبتلایان به اختلالات مزمن از جمله دمانس، انتظار می‌رود تعداد مراقبین خانوادگی و فراوانی عوارض مراقبتی به ویژه عوارض روانی نظیر اضطراب، افسردگی و ... افزایش یابد. بدین جهت مطالعه کنونی با هدف تعیین تأثیر برنامه آموزش خانواده بر میزان افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به دمانس انجام گرفت.

روش: این مطالعه به صورت کارآزمایی بالینی بوده که تأثیر یک برنامه آموزش خانواده را بر روی ۵۰ نفر از مراقبین خانوادگی در مراکز ارجاع سالمندان مبتلا به دمانس واقع در شهر اصفهان با استفاده از نمونه‌گیری آسان و تخصیص تصادفی برای قرارگیری در گروه‌های مطالعه بررسی نموده است. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، آزمون معاینه مختصر وضعیت روانی (MMSE) و پرسشنامه DASS (فرم ۴۲ سؤالی) بود. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS v.16 و با استفاده از آزمون‌های کای‌دو، تی‌مستقل و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: دو گروه از نظر مشخصات دموگرافیک اختلاف معناداری با یک دیگر نداشتند. میانگین نمره افسردگی، اضطراب و استرس در گروه آزمون به طور معناداری نسبت به گروه کنترل در مراقبین کاهش یافت ($p < 0/01$).

نتیجه‌گیری: از آنجایی که اجرای این برنامه توانست وضعیت روانی مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به دمانس را بهبود بخشد، پیشنهاد می‌شود که برنامه‌هایی در این راستا تدوین و توسعه یابند و ارزیابی آن‌ها در قالب پژوهش‌های مختلف انجام گیرد.

کلید واژه‌ها: آموزش، مراقبین خانوادگی، دمانس، افسردگی، اضطراب، استرس

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱/۱۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۸/۱۸

۱ - کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، مربی حق‌التدریس دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: fatemeh.ghaedi@gmail.com

۲ - کارشناس ارشد پرستاری، عضو مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی اصفهان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳ - کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴ - کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه

براساس آمارهای به دست آمده از سازمان بهداشت جهانی، امروزه ۲۴/۳ میلیون نفر در سرتاسر جهان به اختلالات دمانس 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 انجمن جهانی آلزایمر تخمین زده است که حدود ۲۵۰۰۰۰ تا ۳۰۰۰۰۰ نفر در ایران به این بیماری مبتلا هستند (۲). انتظار می‌رود با افزایش جمعیت سالمندان، تعداد مبتلایان به این اختلالات در دنیا افزایش یابد (۳ و ۴).

معمولاً اختلالات دمانس دارای سیر پیشرونده‌ای هستند (۵ و ۱)؛ به گونه‌ای که مبتلایان به آن، سرانجام احتیاج به مراقبت پیدا می‌کنند؛ چرا که به تدریج در مراقبت از خود ناتوان تر می‌شوند تا حدی که باید در تمام ۲۴ ساعت شبانه‌روز مورد مراقبت و حمایت قرار گیرند (۶ و ۷). اکثر بیماران مبتلا به دمانس در خانه و توسط مراقبین غیررسمی مانند اعضای خانواده و دوستان تحت مراقبت قرار می‌گیرند. تقریباً ۲۲٪ این مراقبین به مدت بیش از ۵ سال و ۱۲٪ به مدت بیش از ۱۰ سال از بیمار خود مراقبت می‌کنند (۸).

بیماری دمانس معمولاً زمینه رابطه بین مراقب و بیمار را تغییر می‌دهد. به طور نمونه، مراقبین تغییرات چشمگیری در بیمار خود مانند از دست دادن حافظه و تغییر در عملکرد شناختی و شخصیت مشاهده می‌کنند که گاهی باعث می‌شود مراقب احساس کند بیمارش فردی نیست که قبلاً او را می‌شناخته و از نظر رفتاری و شخصیتی تغییرات زیادی کرده است (۹). همچنین همسر بیمار ممکن است اظهار کند که پیوند خانوادگی وی از هم گسسته شده و زندگی‌اش بی‌معنا شده است (۱۰). بنابراین مراقبت از بیماران مبتلا به دمانس، استرس‌زا بوده و مستلزم برخورداری از استراتژی‌های سازگاری با مسایل عاطفی حاصل از چنین مراقبتی می‌باشد (۱۱-۱۴).

مراقبت از مبتلایان به دمانس، مراقبین را در معرض پیامدهای روانی نامطلوب قرار می‌دهد که از جمله آن‌ها می‌توان به اضطراب و افسردگی اشاره نمود (۱۱). شیوع افسردگی در مراقبین سالمندان مبتلا به دمانس بسیار بالاتر از غیرمراقبین و مراقبین سایر بیماری‌های مزمن می‌باشد (۱۵) و حدود ۳۰ تا ۸۰٪ در مطالعات

مختلف برآورد شده است (۱۶). مطالعات نیز نشان می‌دهند که حدود یک چهارم مراقبین مبتلایان به دمانس از اضطراب رنج می‌برند (۱۷). همچنین مطالعات نشان می‌دهند که ۲۰٪ مراقبین از نظر اختلالات روان‌پزشکی مانند افسردگی تحت درمان قرار می‌گیرند (۱۸).

با توجه به بروز نسبتاً بالای عوارض روانی در مراقبین خانوادگی مبتلایان به دمانس، آن‌ها نیاز دارند درباره بیماری و نحوه مراقبت از آن آموزش ببینند (۱۹). در این راستا در برخی از کشورها برنامه‌های حمایتی و آموزشی متنوعی برای خانواده‌های بیماران مبتلا به دمانس وجود دارد و مطالعات متعددی نیز به ارزیابی این برنامه‌ها پرداخته‌اند. در ایران نیز به منظور تعیین وضعیت افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین و به دنبال آن، تهیه برنامه‌های آموزشی مناسب برای آن‌ها پژوهش‌های اندکی انجام گرفته است. پژوهش زهری و همکارانش که با هدف بررسی مشکلات مراقبت‌کنندگان اصلی بیماران مبتلا به آلزایمر مراجعه‌کننده به انجمن آلزایمر تهران انجام گرفت، نشان داد که اکثریت مراقبت‌کنندگان بیماران مبتلا به آلزایمر مشکلات خود را در حد شدید و بالا بیان کردند. در این مطالعه شایع‌ترین مشکلات مراقبین، مشکل در برقراری ارتباط با بیمار و سایر اعضا خانواده، اختلال خواب و خستگی گزارش شده بود (۲۰). مطالعه پهلوان‌زاده و همکاران با بهره‌گیری از برنامه مبتنی بر مشکلات مراقبین که با هدف بررسی تأثیر آن بر بار مراقبین خانوادگی انجام گرفت، نشان داد که این برنامه توانست از شدت عوارض مراقبتی از جمله بار روانی، بکاهد (۳۹). لذا با توجه به نتایج مطالعات قبلی و عوارض روانی، دشواری قابل توجه مراقبت از بیماران مبتلا به دمانس و تأثیر نامطلوب این پیامدها بر کیفیت مراقبت‌های آرایه شده به سالمندان مبتلا به دمانس، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر برنامه آموزش خانواده بر میزان افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین سالمندان مبتلا به دمانس انجام گرفت.

روش مطالعه

این مطالعه، نوعی پژوهش کارآزمایی بالینی تصادفی بوده که در سال ۱۳۸۸ انجام شده است. جامعه مورد پژوهش را مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به دمانس ساکن شهر اصفهان تشکیل می‌دادند. روش نمونه‌گیری به

بحث گروهی (در گروه‌های ۱۵-۱۰ نفره) (۲۴) و پرسش و پاسخ مطابق جدول شماره ۱ برنامه‌ریزی و اجرا شد. مدت هر جلسه ۹۰ دقیقه (۲۵) و محل برگزاری این جلسات، بیمارستان نور شهر اصفهان بود. این برنامه تحت نظارت مستقیم پژوهشگر اول که به عنوان مربی و عضو هیأت علمی دانشگاه و دانش‌آموخته روان‌پرستاری در مقطع کارشناسی ارشد با چندین سال سابقه تدریس در دانشگاه و آموزش به بیماران و خانواده‌های آنان می‌باشد، انجام گرفت. در ضمن لوح فشرده این برنامه به تفکیک جلسات بدون حضور مراقبین تهیه و در اختیار مراقبین گروه آزمون قرار گرفت. در این مطالعه، تشخیص بیماری دمانس در بیماران از طریق مصاحبه بالینی ساختار یافته و براساس DSM-IV-TR (Diagnostic & Statistical Manual of mental disorders -IV-Text Revised) توسط متخصص روان‌پزشکی سالمندان انجام گرفت. همچنین قبل از اجرای برنامه جهت بررسی وضعیت شناختی سالمندان، از آزمون معاینه مختصر وضعیت روانی (Mini Mental Status Examination: MMSE) (۲۶) استفاده شد که در مطالعات انجام شده دیگر، روایی آن از طریق روش ملاکی هم‌زمان و پایایی آن از طریق تعیین آلفای کرونباخ و دو نیمه کردن حاصل شده بود ($\alpha=0/78$ و $r=0/71$) (۲۷). این آزمون دارای ۳۰ آیتم می‌باشد و برخی از کارکردهای شناختی شامل جهت‌یابی، ثبت اطلاعات، توجه و محاسبه، یادآوری و مهارت‌های زبانی را می‌سنجد (۲۸ و ۲۹). جهت جمع‌آوری اطلاعات در مراقبین از پرسشنامه ۴۲ سؤالی (DASS Depression Anxiety Stress Scale 42) استفاده گردید. این مقیاس، یک پرسشنامه خودگزارشی است که توسط Lovibond در سال ۱۹۹۵ طراحی و ساخته شد. وی ویژگی‌های روان‌سنجی آن را بر روی نمونه‌های دانش‌آموزی و غیربالینی تعیین کرد (۳۰). این پرسشنامه سه وضعیت روانی اضطراب، افسردگی و استرس را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و دارای آیتم‌های مربوط به علایم و نشانه‌های افسردگی (۱۴ سؤال)، اضطراب (۱۴ سؤال) و استرس (۱۴ سؤال) است. برای پاسخ‌گویی به هر آیتم، امتیازات به صورت اصلاً (+)، تاحدی (۱)، تا حد زیادی (۲) و خیلی زیاد (۳) اختصاص یافته که مجموع امتیازات کسب شده توسط مراقبین، میزان افسردگی، اضطراب و استرس تحمیل شده به آن‌ها را به صورت تخمینی با دامنه نمراتی بین حداقل

صورت آسان صورت گرفت. معیارهای ورود به پژوهش برای نمونه‌ها عبارت بودند از: مراقب اصلی بیمار بودن و به عهده گرفتن مسؤولیت‌های مراقبتی از بیمار، داشتن سن بالای ۲۱ سال (۲۱)، تحصیلات بالاتر از مقطع ابتدایی، ارایه مراقبت فقط به بیمار مبتلا به دمانس در خانواده، عدم حضور قبلی در جلسات آموزش خانواده درباره مراقبت از سالمند، عدم مشارکت مراقبین دیگر در مراقبت از سالمند و نیز معیارهای خروج یا عدم پذیرش شامل حضور در کمتر از ۴ جلسه برنامه آموزش خانواده، فوت بیمار حین مطالعه، ابتلا به بیماری جسمی و روانی حاد و مزمن شناخته شده‌ای که مانع مراقبت از بیمار شود، مصرف فعال مواد یا داروهای روان‌گردان و واگذاری سالمند به مراکز مراقبتی طولانی مدت در طی مطالعه بودند. در این مطالعه، حجم نمونه با توجه به مطالعه مشابه (۲۲)، ۵۰ نفر محاسبه شد که با توجه به احتمال ریزش نمونه‌ها در طی پژوهش، تعداد نمونه‌ها ۶۰ نفر برآورد شد. نمونه‌گیری در ۴ ماه اول سال ۱۳۸۸ و با مراجعه به بیمارستان تخصصی روان‌پزشکی مدرس و درمانگاه روان‌پزشکی شریعتی شهر اصفهان که مراکز ارجاع سالمندان مبتلا به دمانس می‌باشد، از میان مراقبین سالمندان مراجعه‌کننده به این مراکز انجام شد. سپس با استفاده از قرعه‌کشی، مراقبین به طور تصادفی در یکی از دو گروه آزمون (۳۰ نفر) و کنترل (۳۰ نفر) قرار گرفتند. مراقبین گروه آزمون پس از تکمیل فرم رضایت آگاهانه در برنامه آموزش خانواده شرکت کردند. در این برنامه بیماران و مراقبین گروه کنترل حضور نداشتند. برای رعایت اصول اخلاق پژوهش، در پایان تحقیق از مراقبین خانوادگی گروه کنترل نیز طی تماس تلفنی برای شرکت در جلسات آموزشی دعوت به عمل آمد که اکثر مراقبین در این جلسات شرکت کردند. پروتکل آموزش مراقبین خانوادگی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، براساس برنامه‌های آموزشی برگرفته از مقالات و با همکاری اعضای هیأت علمی گروه‌های آموزشی روان‌پزشکی و روان‌پرستاری دانشگاه تدوین شد. محتوای این برنامه مبتنی بر یک کتابچه آموزشی بود که پژوهشگر پس از بررسی مقالات و مطالعات کتابخانه‌ای، آن را تهیه و تدوین نموده و جهت تأیید محتوا، آن را در اختیار ۲۰ نفر از همکاران گروه‌های آموزشی روان‌پزشکی، مغز و اعصاب، روان‌شناسی بالینی و روان‌پرستاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان قرار داده بود. این برنامه طی ۵ جلسه هفتگی (۲۳) به روش سخنرانی،

بودند. همچنین نتایج مطالعه با استفاده از آزمون‌های کای اسکوئر و تی مستقل نشان داد که دو گروه از نظر مشخصات دموگرافیک اختلاف معنادار آماری با یکدیگر ندارند.

در مورد مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به دمانس، میانگین نمره افسردگی گروه کنترل قبل، بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله، به ترتیب ۱۸/۴۲، ۲۶/۶۸ و ۲۷/۱ بود، در حالی که این مقادیر برای گروه آزمون به ترتیب ۱۷/۳۶، ۱۱/۳۳ و ۱۰/۰۸ به دست آمد و براساس آزمون تی مستقل، هیچ تفاوت معناداری بین گروه‌ها از نظر افسردگی قبل از مداخله، وجود نداشت.

آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر نشان می‌دهد که تفاوت دو گروه از نظر میانگین نمره افسردگی معنادار است ($p < 0.01$). این یافته نشان می‌دهد که کاهش افسردگی در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل معنادار بود.

همچنین یافته‌ها نشان داد که میانگین نمره اضطراب گروه کنترل قبل، بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله، به ترتیب ۱۲/۵۴، ۱۹/۳۶ و ۲۰/۰۱ بود، در حالی که این مقادیر برای گروه آزمون به ترتیب ۱۴/۵۷، ۱۰/۹۲ و ۹/۷۲ به دست آمد و براساس آزمون تی مستقل، هیچ تفاوت معناداری بین گروه‌ها از نظر اضطراب قبل از مداخله، وجود نداشت.

آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر نشان می‌دهد که میانگین نمره اضطراب در گروه آزمون به طور معناداری پایین‌تر از گروه کنترل است ($p < 0.01$). بر این اساس کاهش اضطراب در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل معنادار بود.

همچنین یافته‌ها نشان داد که میانگین نمره استرس گروه کنترل قبل، بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله، به ترتیب ۲۶/۳۷، ۲۴/۵۲ و ۲۵/۰۲ و در گروه آزمون به ترتیب ۲۵/۴۸، ۱۲ و ۱۱/۴۲ بود و براساس آزمون تی مستقل، هیچ تفاوت معناداری بین گروه‌ها از نظر استرس قبل از مداخله، وجود نداشت.

آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر نشان می‌دهد که میانگین نمره استرس در گروه آزمون پایین‌تر از گروه کنترل است ($p < 0.01$).

صفر تا حداکثر ۴۲ نشان می‌دهد. ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در ایران توسط افضلی و همکاران بر روی نمونه ۴۰۰ نفری از دانش‌آموزان مقطع دبیرستان شهر کرمانشاه در سال ۸۳-۱۳۸۲ مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. یافته‌های مطالعه، همبستگی مقیاس افسردگی این آزمون را با تست افسردگی بک ۰/۸۴۹، با آزمون اضطراب زونگ ۰/۸۳۱ و با سیاهه استرس دانش‌آموزان ۰/۷۵۷ گزارش کرده است. ضریب آلفای محاسبه شده برای مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۷ گزارش گردید (۳۱). همچنین این پرسشنامه توسط سپهری و سامانی در سال ۱۳۸۵ نیز مورد اعتباریابی قرار گرفته که ضریب آلفای آن به ترتیب برای افسردگی، ۰/۸۹، اضطراب ۰/۸۴ و استرس ۰/۶۸ گزارش شده است (۳۲). این پرسشنامه قبل، بلافاصله بعد و یک ماه پس از اجرای برنامه آموزش خانواده در هر دو گروه تکمیل شد. اطلاعات جمع‌آوری شده از این پژوهش توسط نرم‌افزار SPSS ۱6.1 و آمار توصیفی (فراوانی و میانگین) و تحلیلی (آزمون‌های آماری تی مستقل، آنالیز واریانس با تکرار مشاهدات و کای اسکوئر) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

از ۶۰ جفت مراقب- بیمار (۶۰ بیمار و ۶۰ مراقب) مبتلا به دمانس که وارد مطالعه شدند، در گروه آزمون ۵ نفر و در گروه کنترل ۵ نفر از مراقبین به علت عدم حضور کامل در جلسات آموزشی و نیز عدم مراجعه بلافاصله پس از اجرای برنامه آموزش خانواده و یک ماه پس از آن، از پژوهش حذف شدند و آنالیز داده‌ها روی ۵۰ جفت مراقب- بیمار باقی مانده انجام گرفت.

ابتدا با استفاده از آزمون‌های کولموگروف- اسمیرنوف، توزیع نرمال متغیرها مورد بررسی قرار گرفت و نرمال بودن داده‌ها مورد تأیید قرار گرفت. ۸۴٪ مراقبین گروه آزمون و ۶۸٪ مراقبین گروه کنترل، مؤنث بودند. میانگین سن در گروه آزمون (۱۳/۱۵) و در گروه کنترل، (۱۴/۵۱) بود. اکثریت مراقبین در گروه آزمون (۸۴٪) و کنترل (۷۸٪) متأهل بودند. در هر دو گروه آزمون (۴۸٪) و کنترل بیش‌تر (۷۲٪) مراقبین دارای تحصیلات ابتدایی بودند. در گروه آزمون، اکثر مراقبین، فرزند بیمار (۴۰٪) و در گروه کنترل، همسر بیمار (۴۸٪)

جدول ۱- جلسات برنامه آموزش خانواده

جلسه ۱	تغییرات دوره سالمندی، تعریف، مراحل و علایم، عوامل خطر ساز، روش‌های تشخیصی و درمانی بیماری دمانس
جلسه ۲	راه‌های بهبود ارتباط با بیمار، غذا دادن، راه‌های کنترل و مواجهه با بی‌اختیاری ادرار و مدفوع، روش‌های بهبود خواب، حمام کردن و رعایت بهداشت فردی، لباس پوشاندن به بیمار
جلسه ۳	روش‌های کنترل رفتارهای غیرعادی بیمار شامل رفتارهای تکراری، تعقیب شدن توسط بیمار، فریاد زدن، خنده و گریه بی‌مورد و بی‌توجهی به قوانین اجتماعی
جلسه ۴	روش‌های کنترل رفتارهای غیرعادی بیمار شامل راه رفتن بیش از حد و بی‌قراری، مخفی کردن اشیاء، شکایت و تهمت و مقاومت بی‌جا و یکدندگی
جلسه ۵	روش‌های کنترل رفتارهای غیرعادی بیمار شامل ولگردی و سرگردانی، پرخاشگری، اقدامات ایمنی در خانه، روش‌های سرگرم کردن بیماران در خانه و روش‌های کاهش بار مراقبتی

جدول ۲- مقایسه استرس، اضطراب و افسردگی مراقبین گروه کنترل و آزمون قبل، بلافاصله بعد از اجرای برنامه آموزش خانواده

p-value	یک ماه بعد از اجرای برنامه		بلافاصله بعد از اجرای برنامه		قبل از اجرای برنامه		متغیر
	آزمون	کنترل	آزمون	کنترل	آزمون	کنترل	
* $p < 0.01$	۱۰/۰۸	۳۷/۱	۱۱/۳۳	۲۶/۶۸	۱۷/۳۶	۱۸/۴۲	افسردگی
* $p < 0.01$	۹/۷۲	۳۰/۰۱	۱۰/۹۲	۱۹/۳۶	۱۴/۵۷	۱۲/۵۴	اضطراب
* $p < 0.01$	۱۱/۴۲	۲۵/۰۲	۱۲	۲۴/۵۲	۲۵/۴۸	۲۶/۳۷	استرس

* p معنادار

بحث

همچنان که نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد، اکثریت مراقبین را زنان تشکیل می‌دهند. در کشور ایران معمولاً مراقبت از بیماران به ویژه سالمندان توسط زنان انجام می‌گیرد. مطالعات انجام شده در سایر کشورها نیز نشان می‌دهد که زنان، در اکثر موارد نقش مراقب اصلی از بیماران را در خانه به عهده دارند. به طور معمول این مراقبین زن، میانسال و متأهل هستند (۳۳). در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۴ توسط اتحادیه ملی مراقبین (National Alliance for Caregiving: NAC) و انجمن آمریکایی بازنشستگان (American Association of Retired Persons: AARP) انجام شد، مشخص شد که ۶۱٪ مراقبین بیماران مبتلا به اختلالات مزمن، زن بودند و میانگین سنی آن‌ها ۴۶ سال بود (۳۴). این یافته‌ها مشابه مطالعه حاضر می‌باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که هرگاه مداخلات آموزش روانی خانواده با مراقبت‌های بهداشت روانی معمول ترکیب و همراه شود، بر کاهش مشکلات روانی مراقبین خانوادگی تأثیر قابل توجهی دارد. در مطالعه حاضر، برنامه آموزش خانواده توانست در کاهش مشکلات روانی (افسردگی، اضطراب و استرس) مراقبین خانوادگی بیماران

مبتلا به اختلالات دمانس مؤثر باشد. مطالعات گذشته نشان داده است که هرچه خانواده‌های بیماران مبتلا به دمانس کم‌تر از برنامه‌ها و روش‌های سازگاری استفاده کنند، نمرات اضطراب و افسردگی بالاتری دارند (۳۵). همچنین، با تشدید نشانه‌های افسردگی، مراقبین بیش‌تر در معرض خطر تحلیل و فرسودگی روانی قرار می‌گیرند (۳۶). نتیجه مطالعه مروری Selwood و همکاران نشان داد که آموزش مراقبین خانوادگی خواه به صورت فردی؛ خواه به صورت گروهی می‌تواند سلامت روانی مراقبین را بلافاصله بعد و تا چندین ماه پس از آموزش بهبود بخشد (۳۷ و ۳۸). مطالعات نشان می‌دهند که افسردگی در یک سوم مراقبین به ویژه مراقبین سالمندان مبتلا به دمانس رخ می‌دهد؛ شیوع این اختلال روانی در این مراقبین بیش‌تر از سایر بیماری‌های مزمن می‌باشد (۱۶). همچنین مراقبینی که با بیماران مبتلا به آلزایمر زندگی می‌کنند، به نشانه‌های افسردگی بیش‌تر از نشانه‌های اضطرابی دچار می‌شوند، اما به طور کلی بروز اختلالات افسردگی و اضطرابی در این مراقبین افزایش قابل ملاحظه‌ای می‌یابد (۱۷). همچنین مطالعه حسینی و همکاران نشان داد که زنان مراقب سالمندان مبتلا به آلزایمر از سلامت عمومی مطلوبی برخوردار نبوده و ۱۷/۳٪ آن‌ها، سلامت عمومی نامطلوب داشتند و برنامه آموزشی-مشاوره‌ای توانست سلامت عمومی گروه آزمون را به طور

تن آرامی پیشرونده عضلانی بر استرس، اضطراب و افسردگی مراقبین مورد بررسی قرار گیرد. همچنین با توجه به قابلیت انتقال اضطراب مراقبین به بیماران، شاخص‌های روانی مذکور در بیماران نیز به طور هم‌زمان بررسی قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود مطالعه دیگری با حجم نمونه بیش‌تر و مدت پیگیری طولانی‌تر تکرار شود.

نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش حاضر، مداخلات آموزش روانی گروهی می‌تواند برای مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به اختلالات دمانس در نمونه‌ای از جامعه ایرانی اثربخش باشد و از استرس، اضطراب و افسردگی مراقبین بکاهد. بنابراین پیش‌بینی و فراهم نمودن این چنین خدماتی در سیستم مراقبت بهداشت روانی برای مراقبین خانوادگی کاملاً ضروری است.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران این پژوهش از همکاری کارکنان و مسؤولین حوزه معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و سالمندان و خانواده‌های شرکت‌کننده در مطالعه و کارکنان مراکز درمانی مورد نظر نهایت تشکر را دارند. (کد ثبت مقاله در سایت کارآزمایی بالینی: IRCT138809302200N2).

معناداری بهبود بخشید (۴۰). مطالعه دیگری نشان داد که مداخلات روانی اجتماعی می‌تواند با هزینه و اثربخشی بالایی منجر به بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دمانس و مراقبین خانوادگی آن‌ها گردد (۴۱). در مطالعه نویدیان و همکاران نیز که بر روی مراقبین بیماران روانی انجام گرفت، مشخص شد که بر روی مراقبین بیماران روانی خفیف، ۶۰/۸٪ آن‌ها از فشار روانی متوسط و ۱۲/۸٪ آن‌ها از فشار روانی شدید رنج می‌برند (۴۲). به طور کلی، یافته‌های مطالعات مطرح شده همسو با مطالعه فعلی می‌باشد که بیانگر ضرورت بالای اجرای مداخلات مربوط به مراقبین به ویژه برنامه‌های آموزشی است، اما آنچه که این مطالعات را از هم متمایز می‌سازد، روش اجرای برنامه‌هاست. در این پژوهش سعی شده یادگیری پایدارتری از طریق مواد آموزشی متنوع‌تر از جمله سی‌دی آموزشی جلسات حاصل گردد، اما مزمن بودن اختلالات دمانس، پیگیری طولانی‌تری را برای مراقبین می‌طلبد که در اکثریت مطالعات مورد بررسی و مطالعه حاضر، مدت پیگیری نسبتاً کوتاه در نظر گرفته شده که بخشی از علل آن را می‌توان به احتمال بالای ریزش نمونه‌ها، ضعف سازمان‌دهی مراقبین توسط مراکز درمانی و بهداشتی و کمبود خدمات جامعه‌نگر در عرصه پرستاری نسبت داد.

با توجه به محدودیت‌ها و نتایج مطالعه، پیشنهاد می‌شود که تأثیر برنامه‌های آموزشی جامع‌تر مشتمل بر رویکردهای روان درمانی مانند تصویرسازی ذهنی و

منابع

- 1 - Keltner N, Schewecke LH, Bostrom CE. Psychiatric nursing. Mosby. 4th ed; 2003.
- 2 - Association, A. about dementia. Accessed: 1387 1387/5/27]; Available: www.alzheimer.ir/FMain/FIndex.aspx.
- 3 - Elder R, Evans K, Nizette D. Psychiatric mental health nursing. Elsevir- Mosby; 2005.
- 4 - Craven R, Hirnle CJ. Fundamentals of nursing: human health & function. Lippincott. 4th ed; 2003.
- 5 - Eby L, Brown NJ. Mental health nursing care. Pearson – Prentice Hall; 2005.
- 6 - Ebersole P, Ebersol P, Hess P, Toughy TA, Jett K, Luggen AS. Gerontological nursing & healthy aging. Elsevir-Mosby. 2nd ed; 2005.
- 7 - Magliano L. Families of people with severe mental disorders: difficulties & resources. 2008. Accessed: 2008/10/15; Available: <http://www.euro.who.int/pubrequest>.
- 8 - Alzheimer Association. Alzheimer's disease facts and figures. 2010. Accessed: 26 May 2010; Available: http://www.alz.org/documents_cus-tom/report_alzfactsfigures2010.pdf.

- 9 - Rodriguez G, et al. Psychological and social aspects in management of Alzheimer's patients: an inquiry among caregivers. *Neurological Science*. 2003; 24: 329-335.
- 10 - Zuckerberg R. Dying and living: a perspective on the ambiguity of life as a spousal caregiver. American Psychological Association. NY; Brooklyn; 2006.
- 11 - Cooper C, et al. Coping strategies and anxiety in caregivers of people with Alzheimer's disease: the LASERAD study. *Journal of Affective Disorders*. 2006; 9: 15-20.
- 12 - Cooper C, Katona C, Orrell M, Livingston G. Coping strategies, anxiety and depression in caregivers of people with Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2008; 23: 929-936.
- 13 - Dang S, Badiye A, Kelkar G. The dementia caregiver-a primary care approach. *Southern Medical Journal*. 2008; 1: 1246-1251.
- 14 - Papastavrou E, Kalokerinou A, Papacostas S. Caring for a relative with dementia: family caregiver burden. *Journal of Advanced Nursing*. 2007; 58: 446-457.
- 15 - Crespo M, Lopez J, Zarit SH. Depression and anxiety in primary caregivers: a comparative study of caregivers of demented and non-demented older persons. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2005; 6: 591-592.
- 16 - Schoenmakers B, Buntinx F, Delepeleire J. Factors determining the impact of care-giving on caregivers of elderly patients with dementia. A systematic literature review. *Maturitas*. 2010; 66: 191-200.
- 17 - Mahoney R, Regan C, Katona C, Livingston G. Anxiety and depression in family caregivers of people with Alzheimer's disease- the LASER-AD study. *American Journal Geriatric Psychiatry*. 2005; 13(9): 795-801.
- 18 - Riepe M, Ibach B. Neurological and psychiatric practitioners' views on Alzheimer's disease and treatment thereof. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 2008; 26(6): 541-546.
- 19 - Videbeck S. *Psychiatric mental health nursing*. LWW. 4th ed; 2008.
- 20 - Zahri Sea. [Survey problems of main caregivers of patients with Alzheimer referral to Tehran Alzheimer Association]. *Journal of Nursing & Midwifery*. 2010; 53: 64-72. (Persian)
- 21 - Czekanski K. The Experience of transitioning to the caregiving role for a family member with Alzheimer's disease or a related dementia. United States of America. Duquesne University; 2007.
- 22 - Lindstrom Bremer M. Partners in care-giving: effects of psycho educational intervention on Alzheimer's care-giving daughters. United States of America. Minnesota university; 2007.
- 23 - Andren S, Elmstahl S. The relationship between caregiver burden, caregivers' perceived health & their sense of coherence in caring for elders with dementia. *Journal of Clinical Nursing*. 2008; 17(6): 790-799.
- 24 - Bastable S. *Essentials of patient education*. Jones & Bartlett publishers; 2006.
- 25 - Martin Carrasco M, Martin FM, Valero CP, Millan PR, Garcia CI, Montalban SR, et al. Effectiveness of a psycho-educational intervention program in the reduction of caregiver burden in Alzheimer's disease patients' caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2009; 24: 489-499.
- 26 - Folstein M, Folstein S, McHugh P. "Mini Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal Psychiatry Research*. 1975; 12(3): 189-198.

- 27 - Foroghan M, Jafari Z, Bayan peymane Sh, Ghaem Farahani Z, Rahgozar M. [Standardization of brief cognitive status examination of elderly in Tehran in 2008]. *cognitive sciences updates*. 2008; 3: 29-37. (Persian)
- 28 - Nejati V, Ashayeri H. [Survey of relationship between cognitive disorders & depression in elderly]. *Iranian Journal of Aging*. 2007; 1(2): 112-118.
- 29 - Sadock B, Sadock VA. *Synopsis of psychiatry*. LWW. 9th ed; 2003.
- 30 - Lovibond F, Lovibond SH. The structure of negative emotional states. *Behavior Reserch & Therapy*. 1995; 33(3): 335-343.
- 31 - Afzali A, Delavar A, Borjali A, Mirzamani M. [Psychometric properties of DASS-42 as assessed in a sample of Kermanshah high school students]. *Journal Researchs of Behavior*. 2007; 5(2): 81- 92. (Persian)
- 32 - Sepehri S, Samani S. [The effect of religious self discrepancy on emotional problems]. The 2 nd national congress of religion & mental health. University of Tehran, Tehran, Iran, 2007, April 21-23: p. 40-41. (Persian)
- 33 - Harkreader H. *Fundamentals of nursing, caring & clinical judgment*. W.B. Saunders; 2000.
- 34 - Ebersole P, Hess P, Toughy TA, Jett K, Luggen AS. *Toward healthy aging: human needs & nursing response*. Mosby – Elsevir. 7th ed; 2008.
- 35 - García-Alberca J, Cruz B, Lara JP, et al. Disengagement coping partially mediates the relationship between caregiver burden and anxiety and depression in caregivers of people with Alzheimer's disease: Results from the MÁLAGA-AD study. 2011; 3: 1-8.
- 36 - Takai M, Takahashi M, Iwamitsu Y, et al. The experience of burnout among home caregivers of patients with dementia: Relations to depression and quality of life. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2009; 49: e1-e5.
- 37 - Selwood A, Johnston K, Katona C, et al. Systematic review of the effect of psychological interventions on family caregivers of people with dementia. *Journal of Affective Disorders*. 2007; 101: 75-89.
- 38 - Gitlin L, Winter L, Burke J, Chernett N, Dennis MP, Hauck WW. Tailored activities to manage neuropsychiatric behaviors in persons with dementia & reduce caregiver burden: a randomized pilot study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2008; 16(3): 229-239.
- 39 - Pahlavanzadeh S, Ghaedi Heidari F, Maghsoudi J, Ghazavi Z. Effect of family education program on family caregiver burden of elderly with dementia. *IJNMR*. 2010; 15(3): 103-108.
- 40 - Hosseini R, Bastani F, Sayahi S, Momen Abadi H, Alijanpour M. Effect of education-counseling program on general health of women caregiver of elderly with Alzheimer. *SKUMSJ*. 2012; 13(5): 83-92.
- 41 - Olazarn J, et al. Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Geriatric Cognitive Disorders*. 2010; 30: 161-178.
- 42 - Navidian A, Salar A, Keikhaee A. Investigation of family caregiver strain of patient with mental health disorder who attends to Zahedan centre psychology. *Urmia Medical Journal*. 2011; 3(12): 206-214.

Effect of family education program on depression, anxiety and stress of family caregivers of elderly individuals with dementia

Ghaedi Heidari¹ F (MSc.) - Pahlavanzadeh² S (MSc.) - Maghsoudi³ J (MSc.) - Ghazavi⁴ Z (MSc.).

Abstract

Introduction: Due to rising elderly population and the subsequent increase in chronic disorders such as dementia, the expected number of family caregivers and health care complications, especially psychological effects such as anxiety, depression, etc are on the rise. Therefore, present study aimed to investigate the effect of family education program on depression, anxiety and stress in family caregivers of elderly individuals with dementia.

Method: This study was a clinical trial investigating the effect of a family education program on 50 family caregivers in referral centers for elderly with dementia located in Isfahan. Convenience sampling and random assignment were used in our study. Data collection tools were mini mental status examination (MMSE) and DASS (42 items). Data were analyzed using SPSS software version 16 and chi-square, independent *t*-test, and analysis of variance with repeated measures.

Results: Demographic characteristics did not show any statistically significant different. Compared with control group, mean score for depression, anxiety and stress of experimental group in caregivers decreased significantly ($P < 0.01$).

Conclusion: Implementation of this program could improve psychological status of family-caregivers of elderly individual with dementia, it is suggested that some programs be standardized and developed after evaluation of different research designs.

Key words: Education, family caregivers, dementia, depression, anxiety, stress

Received: 9 November 2013

Accepted: 7 April 2014

1 - Corresponding author: Master of Science in Nursing, Nursing and Midwifery Faculty, Lecturer of Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

e-mail: fatemeh.ghaedi@gmail.com

2 - Master of Science in Nursing, Isfahan Nursing and Midwifery Care Research Center, Nursing and Midwifery Faculty, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3 - Master of Science in Nursing, Nursing and Midwifery Faculty, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4 - Master of Science in Nursing, Nursing and Midwifery Faculty, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran