

## تأثیر برنامه آموزشی - مشاوره ای بر سلامت عمومی زنان مراقبت کننده از سالمندان مبتلا به آلزایمر

راضیه السادات حسینی\*<sup>۱</sup>، دکتر فریده باستانی<sup>۲</sup>، سمیه سیاحی<sup>۳</sup>، همت اله مومن آبادی<sup>۴</sup>، معصومه علیجانپور آقا ملکی<sup>۵</sup>  
<sup>۱</sup>مرکز تحقیقات گیاهان دارویی - دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران، <sup>۲</sup>گروه پرستاری - دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران، <sup>۳</sup>گروه بهداشت - دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران، <sup>۴</sup>گروه پرستاری - دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران، <sup>۵</sup>گروه پرستاری - دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران، <sup>۶</sup>کارشناس ارشد مامایی - دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.  
 تاریخ دریافت: ۱۹/۹/۲ اصلاح نهایی: ۱۹/۱۰/۱۶ تاریخ پذیرش: ۹۰/۱/۲۵

### چکیده:

**زمینه و هدف:** ارائه مراقبت طولانی مدت به بیماران مبتلا به آلزایمر، با افزایش خطرات ابتلا به بیماری جسمی و روانی برای مراقبین همراه است و فقدان تعلیمات لازم نیز مشکلات سلامتی آنها را دو چندان نموده است. این مطالعه با هدف تعیین تاثیر برنامه آموزشی - مشاوره ای بر سلامت عمومی زنان مراقبت کننده از سالمندان مبتلا به آلزایمر انجام شده است.

**روش بررسی:** در این پژوهش تجربی، ۱۵۰ زن ۱۸ تا ۶۰ ساله که از وابستگان درجه یک سالمندان مبتلا به آلزایمر بوده و مراقبت مستقیم از آنها را به مدت حداقل ۶ ماه به عهده داشتند، با روش نمونه گیری آسان انتخاب شدند و پس از انجام پیش آزمون شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و سلامت عمومی گلدبرگ، با روش تصادفی بلوکه شده، به شکل تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمون در یک برنامه آموزشی - مشاوره ای شامل یک جلسه بحث گروهی، دریافت یک پمفلت آموزشی و دو مشاوره تلفنی شرکت نمودند. ۶ هفته پس از مداخله، پس آزمون برای هر دو گروه انجام گرفت. برای مقایسه متغیرها از آزمون های آماری زوجی، مستقل، کای اسکوئر و آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شد.

**یافته ها:** نتایج نشان داد که قبل از برنامه آموزشی - مشاوره ای ۱۷/۳٪ از نمونه های مورد پژوهش سلامت عمومی نامطلوب داشتند. پس از انجام برنامه آموزشی - مشاوره ای میانگین سلامت عمومی در گروه آزمون از ۳۹/۶۸±۱۵/۳ به ۱۹/۰۹±۱۰/۰۳ تقلیل یافت ( $P < ۰/۰۰۱$ ) که نشان دهنده ارتقای سلامت عمومی در این گروه بوده است در حالی که در گروه کنترل این میزان (۳۷/۴۳±۱۵/۶۸) به ۴۳/۹±۱۴/۹ افزایش یافت ( $P < ۰/۰۰۱$ ) که بیان کننده تنزل سلامت عمومی بوده است.

**نتیجه گیری:** با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش و وضعیت نامطلوب سلامت عمومی زنان مراقبت کننده از سالمندان مبتلا به آلزایمر، روش های موثر آموزشی به منظور بهبود سلامت مراقبین پیشنهاد می شود.

**واژه های کلیدی:** بیماری آلزایمر، سالمند، سلامت عمومی، مراقب.

### مقدمه:

ارائه مراقبت طولانی مدت به بیماران مبتلا به آلزایمر، با افزایش خطرات ابتلا به بیماری جسمی و روانی برای مراقبین همراه است (۲،۱). مطالعات نشان داده که ۶۰ درصد از مراقبین، فشار روانی ناشی از مراقبت را نتیجه ای

بیماری آلزایمر، به عنوان یک مشکل بزرگ بهداشتی و سلامتی متعاقب افزایش سن در دهه های اخیر مطرح شده است که شیوع آن در جمعیت بالای ۶۵ سال در حدود ۳/۶ تا ۱۰/۳ درصد است. این در حالی است که

در ایران می باشد. در بسیاری از موارد، وضعیت سلامت زنان، نتیجه عملکرد توأم فرآیندهای متعدد مدیریتی، اجتماعی، سیاسی و اقتصادی است که منجر به ناتوانی زنان و محرومیت آنها از حق سلامت می شود (۱۱). محققان پیشنهاد کرده اند که خانواده های بیماران مزمن، مداخلات آموزشی را به لحاظ کمک به آنها و تقابل با استرس دریافت کنند (۱۲).

در مطالعه ای که توسط Walker و همکاران برای تاثیر مداخله تلفنی در غربالگری رتینوپاتی در بیماران دیابتی انجام گرفت، نتایج حاکی از آن بود که در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل، ۷۴ درصد بیشتر برای غربالگری رتینوپاتی اقدام کرده بودند و بنابراین مداخله تلفنی می تواند در کاهش عوارض یک بیماری مزمن همچون دیابت نقش چشم گیری را داشته باشد (۱۳). همچنین در مطالعه ای که با روش کار آزمایی بالینی (Randomized Trial) توسط Grancelli و همکاران در رابطه با مداخله تلفنی و تاثیر آن بر روی کیفیت زندگی بیماران قلبی صورت گرفت، بیانگر این بود که در گروهی که مداخله تلفنی صورت گرفته بود، کیفیت زندگی ارتقا بیشتری یافته بود (۱۴).

نبود حمایت و آموزش مناسب برای رویارویی با رفتارهای زیان بار بیمار، مشکلات مالی، مواجهه با مسائل قانونی رفتار بیمار در جامعه و ننگ دانستن بیماری در خانواده از مشکلات مراقبین می باشد (۱۵). همچنین فقدان تعلیمات لازم درباره چگونگی مقابله با نیازهای خانواده ای که دارای سالمند مبتلا به آلزایمر هستند نیز، مشکل را دو چندان کرده است (۲). نقش فعال پرستاری در آموزش بیمار و خانواده، درباره اداره و مراقبت بیماری مزمن به طور متداول، جزیی گمشده از پاسخ حرفه ای جامع و کل نگر نسبت به بیماری آلزایمر است (۱۶). مشارکت دادن اعضای خانواده در امر مراقبت از بیمارشان، یک بخش مهم از نقش های پرستاری می باشد و در سال های اخیر برنامه های روانی آموزشی

بی نظمی در عملکرد اعضای خانواده، نداشتن توان مراقبت از بیمار، از کار افتادگی بیمار و نیاز به نظارت نزدیک بر روی بیمار، بیان کرده اند (۳). بر اساس آخرین اطلاعات بدست آمده از برخی کشورها، بیش از ۸۴ درصد از مراقبین غیر حرفه ای را زنان تشکیل می دهند. فشار بار مراقبتی بوجود آمده بر آنها بروز مشکلات جسمی و روانی را افزایش داده و توانایی انجام مراقبت آنها را تحت الشعاع قرار می دهد (۴). اغلب این افراد احساس می کنند که قدرت کمی برای کار کردن دارند و بیشتر اوقات خسته و ناتوان به نظر می رسند. سردردهای مکرر، تهوع، اختلال خواب و تغییر عادات مربوط به غذا خوردن نیز در این افراد وجود دارد. از طرفی افسردگی و احساس درماندگی بخشی از مشکلات هیجانی این افراد است (۵).

در میان مراقبین، زنان ۷۵ درصد مراقبین خانوادگی را به خود اختصاص می دهند (۶). اگرچه مراقبت از سالمند وظیفه تمامی اعضای خانواده است (۷)، لیکن اگر در خانواده هم پسر و هم دختر حضور داشته باشد، معمولاً دختران نقش مراقب اولیه را به عهده می گیرند و برای ایفای نقش های خود مجبور به از خود گذشتگی و نادیده انگاشتن رفاه و بهزیستی خود می باشند (۸). با توجه به چالش های زیادی که در زمینه ارائه مراقبت در منزل برای زنان وجود دارد، امر مراقبت با سایر مسئولیت هایی چون نقش های مربوط به خانواده، شغل و وظایف خانه داری تداخل یافته و منجر به احساس فرسودگی می شود که این امر موجب مستعد شدن فرد مراقب، در ابتلا به اختلالات جسمی مزمن و مشکلات روانی می شود (۹).

زنان در ایران از وضعیت مساعد سلامتی برخوردار نبوده و همگام با زنان دیگر کشورها، کمبودهای بدنی و آسیب های فیزیولوژیکی و روانی را تجربه می کنند (۱۰). کمبود اطلاعات در مورد نیازهای سلامتی زنان، پراکندگی پژوهش ها و ضعف ارتباط بین پژوهش، مدیریت، برنامه ریزی و ارائه خدمات و محدودیت منابع و نیروی انسانی متخصص از مشکلات اصلی توسعه سلامت

حجم نمونه لازم، با نظر مشاور محترم آمار هفتاد و دو نفر در هر گروه برآورد شد که برای جلوگیری از خطاهای مربوط به ریزش نمونه، برای هر گروه ۷۵ نمونه در نظر گرفته شد. روش نمونه گیری به صورت آسان یا در دسترس بود. پس از نمونه گیری و کسب رضایت نامه کتبی از واحدهای مورد پژوهش، پیش آزمون برای واحدهای مورد پژوهش انجام گرفت. سپس آزمودنی ها با روش تصادفی بلوکه شده، در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. با استناد به مطالعات قبلی در زمینه آموزش مراقبین (۱۹)، گروه آزمون در یک برنامه آموزشی - مشاوره ای شرکت نمودند، به این صورت که در یک جلسه بحث گروهی به مدت ۲ ساعت شرکت نموده و پس از پایان جلسه، یک پمفلت آموزشی (با اشاره مختصری به بیماری آلزایمر و نحوه مراقبت از آنها و اهمیت سلامت مراقبین و راهکارهای کاهش فشار بار مراقبتی از بعد روانی) به مراقبین داده شد. یک هفته پس از اتمام جلسه آموزشی، دو مشاوره تلفنی به فاصله یک هفته به مدت ۱۵ تا ۲۰ دقیقه (به عنوان مکمل آموزشی) که جنبه حمایتی از مراقبین را داشت و در راستای پاسخ گویی به سوالات مراقبین در خصوص مراقبت از سالمند بود، انجام گرفت. در مرحله آخر، ۶ هفته پس از مداخله، پس آزمون (بدون مطرح کردن سوالات دموگرافیک و صرفاً با پرسشنامه های مربوط به سلامت عمومی) برای هر دو گروه انجام گرفت. پرسش نامه های پس آزمون به شیوه یکسان برای همه واحدهای مورد پژوهش اعم از گروه کنترل و گروه آزمون توسط کمک پژوهشگر تکمیل گردید. پس از انجام پژوهش، کتابچه آموزشی با محتوای آموزشی ارائه شده در پمفلت، کلاس آموزشی و نیز جلسات مشاوره تلفنی تهیه و در اختیار گروه کنترل قرار داده شد.

ابزار گردآوری اطلاعات، در این مطالعه، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسش نامه سلامت عمومی بود. جهت بررسی سلامت عمومی، از نسخه فارسی پرسش نامه ۲۸ آیتمی سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ-28) استفاده

برای حمایت و آموزش خانواده ها طراحی شده اند (۱۷). علیرغم اینکه تحقیقات زیادی در زمینه مشکلات مراقبین و کمبود حمایت از ایشان انجام شده است، لیکن هنوز مطالعه ای در رابطه با وضعیت سلامت مراقبین زن سالمندان مبتلا به آلزایمر به درستی انجام نشده است. بی شک حمایت از مراقبت کنندگان خانوادگی هم به دلیل خود آنها و به دلیل سالمندی که تحت مراقبت این افراد وجود دارد ضروری می باشد (۱).

با توجه به مشکلات عدیده مراقبین در امر مراقبت از سالمندان و نیز عدم وجود مطالعه با روش حاضر و همچنین از آنجایی که آموزش یکی از رکن های حیاتی در امر مراقبت می باشد (۱۸)، لذا در تحقیق حاضر، برای نخستین بار، تمرکز در خصوص استفاده از یک مداخله آموزشی (بحث گروهی) به همراه مشاوره تلفنی بوده و با هدف تعیین تاثیر برنامه آموزشی - مشاوره ای بر سلامت عمومیزان مراقبت کننده از سالمندان مبتلا به آلزایمر مراجعه کننده به انجمن آلزایمر ایران صورت گرفته است.

### روش بررسی:

این پژوهش یک مطالعه تجربی بوده و به شیوه پیش آزمون-پس آزمون صورت گرفته است. جامعه مورد نظر، شامل زنان ۱۸ تا ۶۰ ساله بود که از وابستگان درجه یک سالمند مبتلا به آلزایمر بوده و مراقبت مستقیم و نگهداری از این افراد را به مدت حداقل ۶ ماه به عهده داشتند. عدم داشتن بیماری روانی و جسمی مزمن، عدم سابقه مصرف دارو و مواد روان گردان، عدم اختلال شنوایی، توانایی درک و خواندن مطالب آموزشی (پمفلت آموزشی) و نیز داشتن تلفن سیار یا ثابت نیز از دیگر معیارهای ورود به این پژوهش بود. در مواردی که مراقبین، به هر علت تا پایان مداخله توانایی همکاری با محقق را نداشته و یا در طی مداخله به بیماری خاصی مبتلا شدند که قادر به مراقبت از سالمند مبتلا به آلزایمر نبودند و خود تحت مراقبت دیگران قرار گرفتند از مطالعه خارج شدند.

مراقبت برای هر دو گروه، ۱۲-۶ ماه (حداقل ۶ ماه و حداکثر ۱۵۶ ماه) بود.

نتایج آزمون آماری تی مستقل و کای اسکوئر نشان داد که دو گروه آزمون و کنترل، از نظر سن، وضعیت تاهل، وضعیت اقتصادی، نسبت خویشاوندی، وضعیت اشتغال و مدت مراقبت از سالمند مبتلا به آلزایمر کاملاً همسان بودند ( $P > 0/05$ ). همچنین با استفاده از آزمون آماری کای اسکوئر مشخص شد که تفاوت معنی داری بین وضعیت تحصیلات مراقبین وجود داشت به طوری که ۵۵ نفر (۷۳/۳٪) در گروه آزمون و ۴۳ نفر (۵۷/۳٪) در گروه کنترل تحصیلات دیپلم و بالاتر داشتند ( $P < 0/05$ ).

قبل از مداخله ۵۷/۳ درصد از گروه آزمون و ۶۰ درصد از گروه کنترل سلامت عمومی متوسط و ۱۷/۳ درصد از هر دو گروه سلامت عمومی نامطلوب داشتند ( $P = 0/۳۷$ ). در مراقبین از سالمند مبتلا به آلزایمر، در گروه کنترل میانگین امتیاز کسب شده سلامت عمومی از  $37/43 \pm 15/68$  در قبل از مداخله به  $43/9 \pm 14/9$  در مرحله بعد از مداخله رسید ( $P < 0/001$ ). بدین معنی که سلامت عمومی مراقبین در گروه کنترل پس از انجام مراحل پژوهش نامطلوب تر شده و به عبارتی کاهش یافته بود. در مراقبین گروه آزمون، میانگین امتیاز کسب شده از سلامت عمومی از  $39/68 \pm 15/3$  در قبل از مداخله به  $49/09 \pm 10/03$  در مرحله بعد از مداخله رسید ( $P < 0/001$ ) (جدول شماره ۱).

اختلاف میانگین امتیاز کسب شده از سلامت عمومی زنان مراقبت کننده از سالمند مبتلا به آلزایمر، در مراحل قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون  $20/59 \pm 5/33$  و در گروه کنترل  $6/47 \pm 0/78$  بود ( $P < 0/001$ ).

بین سلامت عمومی و سن مراقبت دهنده ارتباط آماری معناداری وجود داشت. به طوری که بیشترین درصد سلامت عمومی مطلوب (۳۰/۹٪) در گروه سنی ۴۱-۵۰ و بیشترین درصد سلامت عمومی نامطلوب (۳۱/۶٪) در گروه سنی ۵۱-۶۰

شد (۲۶). پرسش نامه GHQ در سال ۱۹۷۸ توسط گلدبرگ تهیه شده است، برای تعیین پایایی علمی ابزارهای مورد استفاده در پژوهش، از تعیین ضریب آلفا استفاده شد که مقدار آن در این مطالعه ( $\alpha = 0/83$ ) به دست آمد. همچنین جهت کسب اعتبار علمی ابزار، از روش اعتبار محتوا استفاده شد. ضمن اینکه پرسش نامه GHQ به کرات در مطالعات ایرانی استفاده شده (۲۱،۲۰) و اعتبار و اعتماد علمی آن به اثبات رسیده است. نمره گذاری پرسشنامه سلامت عمومی بر اساس لیکرت بود. در این پرسش نامه به هر سوال از راست به چپ، نمرات ۰، ۱، ۲، ۳ تعلق گرفت. در صورتی که مجموع نمرات حاصله از سوالات بین ۰-۲۷ بود، سلامت عمومی مطلوب، ۲۸-۵۵ سلامت عمومی تا حدی مطلوب و ۵۶-۸۴ سلامت عمومی نامطلوب در نظر گرفته شد (۲۰). تجزیه و تحلیل داده ها با توجه به ریزشی در مورد نمونه ها اتفاق افتاده بود، برای ۶۴ نفر از گروه کنترل و ۷۳ نفر از گروه آزمون صورت گرفت. برای بررسی مقایسه متغیرهای اصلی در دو گروه آزمون و کنترل، در قبل و بعد از مداخله، از آزمون t مستقل و t زوجی و کای اسکوئر استفاده شد. همچنین جهت بررسی مقایسه سلامت عمومی با متغیرهای دموگرافیک از جمله سن، تاهل و نسبت خویشاوندی از آنالیز واریانس یک طرفه، مقایسه سلامت عمومی با وضعیت اقتصادی، تحصیلات و اشتغال از t مستقل و جهت مقایسه سلامت عمومی با مدت مراقبت از سالمند از آزمون غیر پارامتریک کروسکالوالیس استفاده شد.

## یافته ها:

در گروه آزمون و کنترل، اکثر واحدهای مورد پژوهش در مرحله میانسالی (۶۰-۵۱ سال) با حداقل سن ۲۱ و حداکثر ۶۰ سال، متاهل، با وضعیت اقتصادی متوسط و از نظر نسبت خویشاوندی، دختر فرد مبتلا به آلزایمر بودند. در مورد وضعیت اشتغال، اکثریت نمونه ها خانه دار بوده و تحصیلات دیپلم و بالاتر داشتند. به علاوه بیشترین مدت

**جدول شماره ۱: مقایسه امتیاز کسب شده از سلامت عمومی واحدهای مورد پژوهش در مراحل قبل و بعد از مداخله**

سلامت عمومی	گروه		آزمون			
			کنترل		گروه	
	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد
مطلوب	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
متوسط	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
نامطلوب	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
میانگین						
اختلاف میانگین قبل و بعد از مداخله						

داده ها به صورت "انحراف معیار میانگین" می باشد.

$P < 0/001$  در مقایسه میانگین امتیاز قبل و بعد در هر دو گروه و اختلاف میانگین قبل و بعد در دو گروه

۱۲/۸ درصد فشار روانی شدید داشتند (۲۲).

در مطالعات انجام شده، مراقبین از سالمندان بر این اعتقاد بوده اند که مراقبت از سالمندان باعث کاهش سلامتی و سبب بروز خستگی روانی، فشار بار مراقبتی و بروز اختلالات روانی در آنها شده است. آنها مراقبت از سالمند خود را تجربه ای پر استرس قلمداد نموده و اغلب خود را در رویارویی با استرس ناموفق می دانستند (۲۳). در برخی مطالعات، مراقبین مراقبت از بیمار مبتلا به آلزایمر را به عنوان زندگی ۳۶ ساعت در روز تعبیر نموده اند که باعث بروز مشکلات جسمی، روانی و عاطفی برای آنها شده بود (۲۴). بیشترین درصد سلامت عمومی مطلوب (۳۰/۹٪)، در گروه سنی ۵۰-۴۱ سال و بیشترین درصد سلامت عمومی نامطلوب (۳۱/۶٪) در گروه سنی ۶۰-۵۱ سال بود که این یافته ها، دور از ذهن نمی باشد. بدیهی است که با شروع سن میانسالی که از ۳۵-۶۴ سال در نظر گرفته می شود (۲۵)، سلامتی افراد تا حدودی به تحلیل می رود. البته در این زمینه، شیوه زندگی افراد در دوره میانسالی، نقش عمده ای در احساس بهره وری و سلامتی ایفا می کند. همچنین کنترل استرس نیز با سبک زندگی سالم ارتباط دارد (۲۱).

در این پژوهش، بین سلامت عمومی و وضعیت

سال بود ( $P=0/04$ ) همچنین نتایج آزمون های آماری نشان داد میزان سلامت عمومی در همسران بیماران در مقایسه با فرزندان ( $P=0/004$ )، زنان غیر شاغل نسبت به زنان شاغل ( $P=0/002$ ) و زنان دارای وضعیت اقتصادی ضعیف نسبت به وضعیت اقتصادی متوسط و خوب ( $P=0/003$ ) نامطلوب تر می باشد. بین سلامت عمومی و وضعیت تاهل ( $P=0/54$ )، وضعیت تحصیلات ( $P=0/07$ ) و مدت مراقبت از سالمند ( $P=0/205$ ) مبتلا به آلزایمر رابطه آماری معنادار وجود نداشت.

**بحث:**

نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که (۵۷/۳٪) از گروه آزمون و (۶۰٪) از گروه کنترل سلامت عمومی متوسط داشتند. همچنین در مجموع ۱۷/۳ درصد از نمونه ها، سلامت عمومی نامطلوب داشتند که میزان قابل توجهی است. ۳۶ درصد از زنان مراقب سالمندان مبتلا به آلزایمر در بررسی محمدی، سلامت خود را بد یا نامطلوب ارزیابی نمودند (۹). در مطالعه دیگری که توسط نویدیان و همکاران بر روی مراقبین خانوادگی بیماران روانی انجام شد، از مجموع مراقبین ۲۶/۴ درصد فشار روانی خفیف، ۶۰/۸ درصد فشار روانی متوسط و

نتیجه می توان مسن تر بودن فرد مسئول مراقبت را از سالمند مبتلا به آلزایمر نسبت به سایر مراقبین دانست. عدم پذیرش نقش مراقبتی در رابطه با مراقبت کردن از سالمند نیز می تواند سبب بروز مشکلات سلامتی مراقبین شود (۴). در مطالعه حاضر سلامت عمومی در وضعیت های مختلف تحصیلی تفاوت معناداری نداشت. این در حالی است که در پژوهش گشتاسی و همکاران در رابطه با ارزیابی مردم شهر تهران از وضعیت سلامتی خود بر حسب جنسیت، تحصیلات و منطقه مسکونی، ارزیابی افراد از سلامتی خود با افزایش سطح تحصیلات بهتر شده بود (۲۹). نتایج این مطالعه نشان داد که برنامه آموزشی- مشاوره ای به صورت بحث گروهی و مشاوره تلفنی می تواند باعث بهبود وضعیت سلامت عمومی در زنان مراقبت کننده از سالمند مبتلا به آلزایمر شود.

برنامه های مداخله ای-روانی برای بهبود و یا افزایش مهارت های مراقبین به منظور رهبری نمودن موقعیت مراقبتی شان اهمیت دارد. به علاوه برای اینکه این امر باعث کاهش فشار بار مراقبتی مراقب شده و در همین راستا ظرفیت فرد نیز افزایش می یابد. معمولاً این برنامه های مداخله ای شامل تخلیه هیجانی، شرکت در برنامه های گروه های کمک دهنده، درمان های شناختی و مشاوره می باشد. همچنین مداخلات آموزشی در تامین اطلاعات و نیز آموزش مهارت های حل مساله مفید می باشند و کیفیت زندگی را هم در بیمار و هم در مراقبین بهبود می بخشد (۳۰) و دارای اهمیت فراوان می باشد.

در این زمینه، Carretero و همکاران در مطالعه خود بیان می کنند که چنانچه برای مراقبین از طریق منابع رسمی برنامه های مداخله ای، روانی و خدماتی، احساس آرامش فراهم شود، بسیار مفید می باشد. مهم ترین مزایای چنین امکاناتی کاهش فشار بار مراقبتی، افزایش احساس راحتی، کاهش استرس و نیز کاهش اثرات منفی مراقبت بر روی فرد مبتلا می باشد (۳۰). البته نتایج مطالعه Shynequria نشان دادند که مراقبینی که بیشتر در مورد

تاهل ارتباطی وجود نداشت. البته صادقان و حیدریان پور، در مطالعه خود در رابطه با عوامل استرس زا و سلامت روانی دانشجویان، بیان نمودند که تاهل با سلامت روانی بهتر، رضایت از زندگی و احساس حمایت اجتماعی بالاتر ارتباط دارد (۲۶) که شاید این تفاوت بوجود آمده مربوط به اختلاف در گروه های مورد مطالعه باشد.

از نظر اشتغال، زنان شاغل نسبت به زنان خانه دار وضعیت سلامت عمومی مطلوب تری داشتند. برخی مطالعات نیز این گونه بیان می کنند که بین شرایط سلامت و بیماری در زنان شاغل و غیر شاغل ارتباط آماری معناداری وجود ندارد. در مجموع افزایش استقلال اقتصادی، رضایت کلی از زندگی و حمایت و همراهی همسر، در جهت ارتقای سلامت زنان تاثیر گذار می باشد (۲۷).

بر اساس نتایج به دست آمده از این پژوهش، در وضعیت اقتصادی ضعیف، سلامت عمومی نامطلوب تر از وضعیت اقتصادی متوسط و خوب بود. احتمالاً وضعیت اقتصادی بهتر امکان استفاده بهینه از خدمات بهداشتی و رفاهی را فراهم می کند، در حالی که شرایط اقتصادی ضعیف، امکان برآوردن نیازهای بهداشتی را کاهش داده و موجب سلامت عمومی نامطلوب می شود. در این زمینه، Sisk معتقد است مشخصات فردی از جمله سطح تحصیلات، اشتغال و وضعیت اقتصادی پایین، حس ترس و اضطراب، فقدان دانش در زمینه خود مراقبتی، ناتوانی، عوامل فرهنگی و نیازهای خانواده همه از جمله عواملی هستند که می توانند بر سلامت عمومی افراد تاثیر گذار باشند (۲۸).

نتایج حاصله از پژوهش نشان داد که در همسران افراد سالمند مبتلا به آلزایمر سلامت عمومی نامطلوب تر بود. Graces و همکاران در رابطه با متغیرهای مرتبط با فشار بار مراقبتی در مراقبت کنندگان غیر حرفه ای، گزارش کردند، همسران فرد وابسته نسبت به فرزندان بزرگتر، بیشتر احساس عدم صلاحیت در نگهداری از سالمند مبتلا به آلزایمر را تجربه می کنند. در تبیین این

ارتقای سلامت مراقبین گامی موثر باشد همچنین با توجه به اینکه در ایران، مطالعات جنسیت محور بر روی مراقبین کمتر صورت گرفته، پیشنهاد می شود تحقیقات بعدی بر ابعاد مختلف سلامتی و ارتقا آن در مردان و زنان مراقب انجام گیرد چرا که پرستاران به عنوان آموزش دهندگان بهداشت می توانند با افزایش آگاهی و حمایت از مراقبین، در جهت افزایش کیفیت مراقبت از بیماران و نیز سلامت عمومی این قشر از زنان در سطوح مطلوب تر موثر واقع شوند.

### نتیجه گیری:

با توجه به نتایج پژوهش حاضر، در صد قابل توجهی از زنان مراقبت کننده از سالمند مبتلا به آلزایمر از سلامت عمومی نا مطلوب برخوردار بوده که همین موضوع می تواند روند مراقبت و حمایت از بیماران سالمند مبتلا به آلزایمر را در جامعه تحت الشعاع قرار دهد. از آنجا که خانواده و مراقبین خانگی و به ویژه همسران و دختران می توانند بهترین منبع برای درمان، حمایت و مراقبت از سالمندان مبتلا به بیماری های مزمن، از جمله آلزایمر باشند، فراهم کردن مراقبت خانواده محور از سوی پرستاران و اجرای مداخلات بهداشتی - رفاهی توسط ارگان های ذیربط با رویکردهای مختلف آموزشی، حمایتی، عاطفی و مشاوره ای می تواند در ارتقاء سلامتی عمومی زنان مراقب موثر باشد و یک ضرورت مسلم در جامعه است. لذا ارائه این گونه تسهیلات موجب حفظ سلامت عمومی مراقبین و نهایتاً ارتقای کیفیت مراقبت به سالمندان خواهد شد.

### تشکر و قدردانی:

پژوهشگر بدینوسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران و نیز مدیریت و معاونت محترم انجمن آلزایمر ایران سرکار خانمها صالحی و جهانگیری و سایر کارکنان این انجمن که محقق را در انجام این مطالعه یاری نموده اند، اعلام می دارد.

آلزایمر آموزش دیده بودند، درصد بالاتری از استرس را نیز بیان نمودند. همچنین این مطالعه نشان داد که مراقبینی که سطح دانش بالاتری در مورد دمانس و آلزایمر داشتند اضطراب بیشتر و افسردگی کمتری داشتند (۳۱). Okamoto و همکاران در تفسیر نتایج مطالعه خود در خصوص ارتباط حمایت اجتماعی اعضای خانواده و سلامت ذهنی در مراقبین بیان نمودند که حمایت روانی اعضای خانواده سالمندان مبتلا به آلزایمر با سلامت روانی جسمی مطلوب در مراقبین ارتباط دارد و این حتی پس از تعدیل نمودن سایر متغیرهای مخدوش کننده نیز به چشم می خورد (۳۲). در مطالعه Andern و Elmstahl نیز، مراقبینی که در طی مداخله آموزشی، اشکال ویژه ای از مکانیسم های سازگاری را تمرین کرده بودند، سلامت جسمانی مطلوب تر، فشار بار مراقبتی کمتر و رضایتمندی بیشتری را گزارش نمودند (۳۳).

بر اساس این مطالعه، صرف نظر از اینکه امکان کنترل همه متغیرهای پژوهش وجود نداشت، نتایج نشان می دهد که سلامت مراقبین از سالمندان مبتلا به آلزایمر یک مسئله بهداشتی مهم است که به توجه از سوی ارایه کنندگان خدمات بهداشتی نیاز داشته و استراتژی های ارتقا دهنده سلامت این افراد باید به عنوان یک اولویت در مراقبت های بهداشتی در جامعه مورد توجه قرار گیرد. آنچه مسلم است زنان مراقبت کننده از سالمند مبتلا آلزایمر، با فشارها و استرس های فراوانی مواجه هستند که سلامت عمومی آنها را در حالت تهدید کننده ای قرار می دهد و همین موضوع می تواند روند مراقبت و حمایت از بیمار را نیز تحت الشعاع قرار دهد، لذا پیشنهاد می شود که پژوهشگران با یافتن رویکردهای مختلف حمایتی و تاثیر آن بر افزایش آگاهی و عملکرد مراقبین در کاهش مشکلات عدیده در پدیده سالمندی و آلزایمر در جامعه و نیز سلامت این مراقبین موثر باشند. با توجه به نتایج این پژوهش و نیز مقرون به صرفه بودن آن، چنین برنامه ای می تواند در محتوای آموزش مراقبین به کار برده و به این ترتیب در

منابع:

1. Poor B, Poirrer GP. End of life nursing care. 1<sup>th</sup> ed. Boston: Janes & Bartlett; 2001.
2. Kuzu N, Beser N, Zencir M, Sahiner T, Nesrin E, Ahmet E, et al. Effects of a comprehensive educational program on quality of life and emotional issues of dementia patient caregivers. *Geriatr Nurs*. 2005; 26(6): 378-86.
3. Malakouti K, Noori-GhgasemAbadi R, Taghavi M, Ahmadi-Abhari A, Nasre-Esfahani M, Afghe S, et al. [Mental strain of caregivers of chronic mental patients and their need to curing and caring services. *Iran J Nurs*. 2002; 6(2): 1-10.]Persian
4. Garces J, Carretero S, Rodenas F, Sanjose V. Variables related to informal caregivers burden of dependent senior citizens in Spain. *Arch Gerontol Geriatr*. 2009; 48(3): 372-9.
5. Bahri-Binabaj N, Moghimian M, Attarbashi M, Gharche M. [Correlation in occupational burnout and mental health in nursing and midwifery. *J Gonabad Univ Med Sci*. 2004; 9(1): 99-101.]Persian
6. Conway-Giustra F, Crowley A, Gorin SH. Crisis in caregiving: a call to action. *Health Soc Work*. 2002 Nov; 27(4): 307-11.
7. Martire LM, Lusting AP, Schulz R, Miller GE, Helgeson VS. Is it beneficial to involve a family member? *Health Psychol*. 2004; 23(6): 599-611.
8. Jansson W, Nordberg G, Grafstrom M. Patterns of elderly spousal in dementia care: an observational study. *J Adv Nurs*. 2001; 34(6): 804-12.
9. Mohammadi-Shahbolaghi F. [Self efficacy and burden of caregivers as family members of elderly with Alzheimer disease in Tehran. *Salmand Iran J Ageing*. 2006; 1: 26-33.]Persian
10. Vadadhir AA, Sadati MH, Ahmadi B. [Women health view point of health in Iran. *J Women Res*. 2008; 2(6): 133-55.]Persian
11. Ahmadi B, Tabibi J, Mahmoodi M. [Structural managing pattern in women health development in. *Social Welfare Q*. 2008; 5(21): 9-37.]Persian
12. Rose L, Mallinson RK, Walton B. Barriers to family care in psychiatric setting. *J Nurs Scholarsh*. 2004; 36(1): 39-47.
13. Walker EA, Caban A, Basch EC. Telephone intervention to promote diabetic retinopathy screening among the urban poor. *Am J Prev Med*. 2008; 34(3): 185-91.
14. Grancelli H, Varini S, Ferrante D, Schwartzman R, Zambrano C, Soifer S, et al. Randomized trial of telephone intervention in chronic heart failure (DIAL): study design and preliminary observations. *J Card Fail*. 2003 Jun; 9(3): 172-9.
15. Chimeh N, Malakoti K, Panaghi L, Ahmad Abadi Z, Nojomi M, Ahmadi-Tonekaboni A. Care giver burden and mental health in Schizophrenia. *Family Res*. 2008; 4(15): 277-92.
16. Jalali A. [Effect of education with group discussion method on quality of life in patient after kidney translation. [Dissertation]. *Iran J Rehabil*. 2001.]Persian
17. Conn V, Stuart GW, Laraia TM. Families as resources, caregivers and collaborative. Principles and practice of psychiatric nursing. 8<sup>th</sup> ed. USA: Mosby; 2009. p: 170-82.
18. Saarmann L, Daugherty J, Riegel B. Patient teaching to promote behavioral change. *Nurs Outlook*. 2000; 48(6): 281-7.
19. Farhadi A. [Comparission of group discussion method and lecture on the knowledge of parents of children with fever and cizure about caring them. [dissertation] *J Esfahan Univ Med Sci*. 1999.]Persian



20. Soleimani MA, Nasiri-Ziba F, Kermani-Zonemat, Hosseini F. [Comparison of sleep quality in two groups of nurses with and without rotation work shift hours. Iran J Nurs. 2007; 20(49): 29-38.]Persian
21. Samimi R, Masrure-Rodsary D, Tamadonfar M, Hosseini F. [Correlation between lifestyle and general health in university students. Iran J Nurs. 2007; 19(48): 83-93.]Persian
22. Navidian A, Salar A, Keikhaee A. [Investigation of family caregiver strain of patient with mental health disorder who attends to Zahedan centre psychology. Urmia Med J. 3(12): 206-214.]Persian
23. Ghahremani Z, Jafarpoure-Alavi M, Gholam-Araghi MF, Hosseini. Correlates of quality of life in the family caregivers of schizophrenic patients with hope. Iran J Nurs. 2006; 19(45): 17-26.]Persian
24. Takai M, Iwamitsu Y, Ando N, Okazaki S, Nakajima K, Oishi S, et al. The experience of burnout among home caregivers of patients with dementia: relations to depression and quality of life. Arch Gerontol Geriatr. 2008; 49(1): 1-5.
25. Dabaghi F, Farahani-Nia M. [Family health. Tehran: Iran Univ Med Sci Pub; 2003.]Persian
26. Sadeghian E, Heidarianpoor A. [Stress factors and mental health in the students of Hamedan Medicine University. Hayat .2009; 15(1): 71-80.]Persian
27. Bastani F, Hosseiny RA, BANI-Asad MM, Haqani H. [Investigation of general health in women caregivers of elderly with Alzheimer. Salmand Iran J Ageing. 2010; 5(17): 43-54.]Persian
28. Sisk RJ. Caregiver burden and health promotion. Int J Nurs Stud. 2000; 37(1): 37-43.
29. Goshtasbi A, Montazeri A, Vahdani nia M, Rahimi Forooshnai A. [Evaluation of self health in Tehran people according to gender, education. Payesh. 2003; 2(3): 183-9.]Persian
30. Carretero S, Graces J, Rodenas F, Sanjose V. The informal caregiver's burden of dependent people: theory and empirical review. Arch Gerontol Geriatr. 2008; 49(1): 1-6.
31. Shynequria D. African American caregiver's level of knowledge about Alzheimer's disease and its relationships to psychological stress. [Dissertation]. USA: Florida State Univ; 2006.
32. Okamoto K, Harasawa Y. Emotional support from family members and subjective health in caregivers of the frail elderly at home in Japan. Arch Gerontol Geriatr. 2009; 49(1): 138-41.
33. Andren S, Elmstahl S. Relationships between income, subjective health and caregiver burden in caregivers of people with dementia in group living care: a cross-sectional community-based study. Int J Nurs Stud. 2007; 44(3): 435-46.

## The effect of educational- counseling program on general health of women as caregivers of patient, with Alzheimerdisease

Hosseiny RS (MSc)<sup>\*1,2</sup>, Bastani F (PhD)<sup>3</sup>, Sayahi S (MSc)<sup>4</sup>, Momen-Abadi H (MSc)<sup>5</sup>, Alijanpoor-Aghamaleki M (MSc)<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Medical Plants Research Center, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran, <sup>2</sup>Nursing Dept., Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran,

<sup>3</sup>Communtiy Health Dept., Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, <sup>4</sup>Nursing Dept., Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran, <sup>5</sup>Nursing Dept., Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran, <sup>6</sup>Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Received: 23/Nov/2010      Revised: 6/Jan/2011      Accepted: 14/Apr/2011

**Background and aim:** Long term delivery of care to patients with Alzheimer disease is associated with increase of physical and mental health problems for caregivers. Lack of necessary trainings has increased the caregivers' health problems. The aim of this study was to evaluate the effect of educational- counseling program on general health of women as caregivers of patient with Alzheimer disease.

**Method:** In this study, 150 women (18-60 years old) who were close relatives to the elderly patients with Alzheimer disease were selected by simple sampling method. These women had been working as direct caregivers for a period of six month, at least. Women were enrolled for a pre-test in which they filled out demographic information questionnaire and Goldberg general health questionnaire. Then, they were randomly allocated to control and experimental groups. The experimental group participated in educational- counseling program which was consisted of a group discussion session, educational pamphlet and 2 telephone consultations. Six weeks after the program, post-test questionnaire was carried out for both groups. Data were analyzed using independent T-test, paired t-test, chi-square and one-way ANOVA.

**Results:** Findings showed that 17.3% of samples had weak general health before the intervention. After the educational- counseling program, the mean of general health in experimental group decreased from  $39.68 \pm 15.3$  to  $19.09 \pm 10.03$  ( $P < 0.001$ ), which showed an increase in general health care. In the control group general health mean increased from  $37.43 \pm 15.68$  to  $43.9 \pm 14.9$  ( $P = 0.001$ ), which shows decreased general health.

**Conclusion:** According to the results of this study and unfavorable general health in women who work as caregivers of patients with Alzheimer disease, effective educational methods are suggested for improving the caregiver's health.

**Keywords:** Alzheimer disease, Caregiver, Elderly people, General health.

**Cite this article as:** Hosseiny RS, Bastani F, Sayahi S, Momen-Abadi H, Alijanpoor-Aghamaleki M. [The effect of educational- counseling program on general health of women as caregivers of patient with Alzheimer disease. J Sharekord Univ Med Sci. 2011 Dec, Jan; 13(5): 83-92.]Persian

---

**\*Corresponding author:**

Medical Plants Research Center, Shahrekord University of Medical Sciences, Rahmatieh, Shahrekord, Iran. Tel: 0098-09132153251, E-Mail: Ra.hosseiny@yahoo.com