

تأثیر بحث گروهی و مشاوره تلفنی بر استرس درک شده مراقبین زن سالمندان مبتلا به آلزایمر

دکتر فریده باستانی^۱، راضیه السادات حسینی^{۲*}، راهله جوانبختیان قهفرخی^۱

^۱گروه بهداشت و سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران؛ ^۲گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۰/۹/۲۱ اصلاح نهایی: ۹۱/۵/۸ تاریخ پذیرش: ۹۱/۵/۲۰

چکیده:

زمینه و هدف: مراقبت از بیماران مبتلا به دمانس و بالانحص آلزایمر از آسیب پذیرترین و چالش برانگیزترین نوع مراقبت‌هاست که مراقبین ممکن است با آن مواجه شده و باعث تجربه استرس زیاد در آنها می‌گردد. در این میان فقدان آموزشهای لازم نیز مشکلات آنها را دو چندان نموده است. هدف این مطالعه تعیین تأثیر بحث گروهی و مشاوره تلفنی بر استرس درک شده زنان مراقبت کننده از سالمند مبتلا به آلزایمر بوده است.

روش بررسی: در این پژوهش تجربی، ۱۵۰ زن ۱۸ تا ۶۰ سال که از وابستگان درجه یک سالمند مبتلا به آلزایمر بوده و مراقبت مستقیم از سالمند مبتلا به آلزایمر را به مدت حداقل ۶ ماه به عهده داشتند با روش نمونه گیری مستمر مبتنی بر هدف انتخاب شده و آزمودنی‌ها با روش تصادفی بلوکه شده به تصادف در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمون در یک برنامه مداخله‌ای شامل یک جلسه بحث گروهی، دریافت یک پمفلت آموزشی و دو مشاوره تلفنی شرکت نمودند. ۶ هفته پس از مداخله، پس از آزمون برای هر دو گروه انجام گرفت. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و استرس درک شده بود. برای مقایسه متغیرها از آزمون‌های آماری تی زوجی، تی مستقل، کای اسکور و آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که قبل از بحث گروهی و مشاوره تلفنی ۵۰/۷٪ نمونه‌ها در گروه آزمون و ۵۷/۳٪ از نمونه‌ها در گروه کنترل استرس درک شده بالایی داشتند. پس از انجام بحث گروهی و مشاوره تلفنی میانگین استرس درک شده در گروه آزمون از $28/38 \pm 8/62$ به $22/45 \pm 5/55$ تقلیل یافت ($P < 0/001$). بین استرس درک شده و متغیرهای وضعیت تحصیلات ($P = 0/03$) و وضعیت اقتصادی ($P = 0/01$) از نظر آماری ارتباط معنی‌دار وجود داشت.

نتیجه‌گیری: زنان مراقبت کننده از سالمند مبتلا به آلزایمر به عنوان مهم‌ترین مراقبین غیررسمی، سطوح استرس بالایی را تجربه می‌کنند که همین امر سلامت آنها و سالمندان تحت مراقبت ایشان را تحت الشعاع قرار می‌دهد، لذا لزوم مداخله برای این مراقبین به منظور بهبود وضعیت آنها پیشنهاد می‌شود.

واژه‌های کلیدی: سالمند، بیماری آلزایمر، مراقب، استرس درک شده.

مقدمه:

در ۸۰٪ موارد این سالمندان در خانه و توسط اعضای خانواده مراقبت می‌شوند که البته در ۸۴٪ موارد نیز این مراقبین را زنان را تشکیل می‌دهند (۳۶). از آنجا که بیماری آلزایمر، درمان مشخصی نداشته و ماهیت ناتوان-

بیماری آلزایمر، یک مسئله بزرگ بهداشتی و سلامتی متعاقب افزایش سن است که شیوع آن در جمعیت بالای ۶۵ سال در حدود ۳/۶٪ تا ۱۰/۳٪ است و

*نویسنده مسئول: شهرکرد-دانشگاه علوم پزشکی-گروه پرستاری-تلفن: ۰۹۱۳۲۱۵۳۲۵۱، E-mail: ra-hosseiny@yahoo.com

(۴۲). به علاوه بسیاری از این خانواده‌ها مکرراً بیان می‌کنند که علیرغم اینکه آنها نیازمند می‌باشند، اما اغلب اطلاعاتی درباره بیماری و درمان، حمایت برای علائم اضطراب و تسکین استرس دریافت نمی‌کنند (۴۳).

نقش فعال پرستاری در آموزش بیمار و مشارکت دادن اعضای خانواده در امر مراقبت از بیمارشان، درباره اداره و مراقبت بیماری مزمن به طور متداول، جزئی گمشده از پاسخ حرفه‌ای جامع و کل‌نگر نسبت به بیماری آلزایمر است (۱۴ و ۱۵). بی‌شک حمایت از مراقبین خانوادگی هم به خاطر خود آنها و هم به خاطر سالمندی که تحت مراقبت این افراد وجود دارد ضروری می‌باشد (۱۶).

از آنجائی که آموزش یکی از ارکان حیاتی در امر مراقبت می‌باشد (۴۴) و نیز با توجه به کم بودن مطالعات متمرکز بر گروه‌های مختلف زنان، مطالعه حاضر انجام شد تا نتایج حاصل در راستای غنی‌سازی سیاست‌گذاری‌های ارتقاء سلامتی، عدالت اجتماعی و دسترسی به خدمات بهداشتی مورد استفاده قرار گیرد. برقراری جلسات آموزشی اطلاع رسانی طبی و مشاوره تلفنی و نیز مشاوره‌های گروهی برای بیان علایق افراد، تاریخچه ای طولانی در برنامه‌های مراقبت بهداشتی دارند (۱۸ و ۱۹).

در مطالعه ای که در سال ۲۰۰۷ توسط Walker و همکاران برای تاثیر مداخله تلفنی در غربالگری رتینوپاتی (Retinopathy) در دیابت انجام گرفت، مداخله تلفنی در کاهش عوارض یک بیماری مزمن همچون دیابت نقش چشم‌گیری داشت (۲۰). با توجه به مطالب فوق در این تحقیق، جهت زنان مراقبت‌کننده از سالمند مبتلا به آلزایمر برای نخستین بار، تمرکز در خصوص استفاده از روش تلفیقی بحث گروهی و مشاوره تلفنی بوده است تا از اثرات این روش که تاکنون نیز در امر آموزش در ایران کمتر استفاده شده، آگاه‌گشته و با هدف تعیین تاثیر بحث گروهی و مشاوره تلفنی بر استرس درک شده زنان مراقبت‌کننده

کننده ای دارد، سطح وابستگی بیماران به مراقبین با مرور زمان افزایش یافته، بار مراقبتی و سطوح بالای استرس، خستگی، عصبانیت و آزرده‌گی مراقبین را در پی دارد (۳۷). در واقع مراقبت از بیمار ناتوان، مراقب را با مشکلات متعددی مواجه می‌کند که بر سلامت جسمی و روانی وی تاثیر منفی داشته و گاهی ارتباطات خانوادگی را نیز مختل می‌کند (۴).

در فرآیند مراقبت از بیماران مزمن، غالباً مراقبین احساس عدم کنترل بر زندگی داشته (۵) و مراقبت از سالمند را تجربه‌ای پر استرس می‌دانند که رویارویی با آن به همراه احساس بی‌کفایتی است (۶). نیمی از مراقبین بیماران مبتلا به آلزایمر، افسردگی را تجربه می‌کنند (۳۸).

مطالعات نشان می‌دهند، زنان ۷۵ درصد مراقبین خانوادگی یعنی مهم‌ترین گروه را تشکیل می‌دهند (۳۹). اگرچه مراقبت از سالمند وظیفه تمامی اعضای خانواده است (۴۰) لیکن اگر در خانواده هم‌پسر و هم‌دختر حضور داشته باشد، معمولاً دختران نقش مراقب اولیه را به عهده می‌گیرند و برای ایفای نقش‌های خود مجبور به از خودگذشتگی و نادیده انگاشتن رفاه و بهزیستی خود می‌باشند (۴۱).

در ایران نیز مشاهده تفاوت‌های موجود در وضعیت سلامت زنان، تجارب، انتظارات و اولویت‌های گروه‌های مختلف زنان، بیانگر آن است که هنوز درباره آنچه به موجب آن سلامت زنان محقق می‌شود، جای بحث و گفتگو وجود دارد و از همه مهم‌تر پژوهش و تحقیق بیشتر ضروری است. کمبود اطلاعات در مورد نیازهای سلامتی زنان و پراکندگی پژوهشها و ضعف ارتباط بین پژوهش نیز از مشکلات اصلی توسعه سلامت در ایران می‌باشد (۱۱).

لذا نبود حمایت و آموزش مناسب برای رویارویی با رفتارهای زیانبار بیمار، مشکلات مالی، مواجهه با مسائل قانونی رفتار بیمار در جامعه و ننگ دانستن بیماری در خانواده از مشکلات مراقبین می‌باشد

از سالمند مبتلا به آلزایمر صورت گرفته است.

روش بررسی:

پژوهش حاضر مطالعه‌ای تجربی به شیوه پیش آزمون- پس آزمون انجام گرفته است. جامعه مورد نظر، شامل زنان ۱۸ تا ۶۰ سال بود که از وابستگان درجه یک سالمند مبتلا به آلزایمر بوده و سابقه مراقبت مستقیم و نگهداری از سالمند مبتلا به آلزایمر را به مدت حداقل ۶ ماه به عهده داشتند. همچنین توانایی تکلم به زبان فارسی، عدم داشتن بیماری روانی و جسمی مزمن (بطوری که وابسته به مراقبت شخص ثالث باشند)، 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. همچنین در مواردی که مراقبین، به هر علت تا پایان مداخله یا پروژه نتوانستند همکاری کنند و یا در طی مداخله به بیماری خاصی مبتلا شده که قادر به مراقبت از سالمند مبتلا به آلزایمر نبودند و خود تحت مراقبت دیگران قرار می- گرفتند از معیارهای خروج از پژوهش بود. حجم نمونه لازم بر اساس فرمول حجم نمونه ۷۲ نفر در هر گروه برآورد شد که با لحاظ نمودن احتمال ریزش نمونه، برای هر گروه ۷۵ نمونه در نظر گرفته شد. روش نمونه گیری به صورت مستمر و مبتنی بر هدف بود.

ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه استرس درک شده بود. در رابطه با اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه ۸ آیتمی توسط محقق ساخته شد. همچنین در این پژوهش، متغیر استرس درک شده توسط پرسشنامه ی استرس درک شده (کوهن، کامارک و مرملاستین، ۱۹۸۳) سنجیده شد. این ابزار برای تعیین میزان شناخت افراد از استرس خود در مقابل رویدادهای غیرقابل پیش بینی و غیر-قابل کنترل زندگی بسیار مناسب می‌باشد. پرسشنامه ی استرس درک شده شامل ۱۴ سؤال است و دامنه‌ی نمرات از صفر تا چهار در مقیاس لیکرت بوده و

پاسخ‌ها به صورت صفر (هرگز)، یک (به ندرت)، دو (گاهی اوقات)، سه (بیشتر اوقات) و چهار (تمام اوقات) طبقه‌بندی شده است. لازم به ذکر است در مورد سؤالات مثبت (۷-۴، ۱۰، ۹، ۱۳) امتیازات به طور معکوس محاسبه شدند. در کل، دامنه نمرات بین صفر تا ۵۶ نمره در نظر گرفته شد و نمره‌دهی آن براساس میانگین نمرات نمونه‌های پژوهش به دست آمد. بدین ترتیب که از میانگین امتیاز کسب شده ($\alpha \leq 28/9$) به پایین در گروه دارای استرس پایین و از میانگین امتیاز کسب شده ($\alpha < 28/9$) به بالا در گروه دارای استرس بالا جای می- گیرند (۲۱). این مقیاس نیز از ابزارهای استاندارد است که به کرات در پژوهش‌های متعدد من جمله در مطالعات ایرانی اعتبار سنجی شده و به کار گرفته شده است (۲۲).

روش کار به این صورت بود که در ابتدا پژوهشگر ضمن اخذ مجوز انجام کار از دانشگاه علوم پزشکی تهران (ایران سابق) و انجمن آلزایمر ایران به محیط پژوهش مراجعه نموده و هدف از انجام مطالعه را برای زنان مراقبت کننده از سالمند مبتلا به آلزایمر که شرایط لازم جهت ورود به مطالعه را داشتند و تمایل خود را برای شرکت در مطالعه ابراز نمودند، بطور کامل توضیح داد. پس از نمونه‌گیری و کسب رضایت نامه کتبی از واحدهای مورد پژوهش، آزمودنی‌ها با روش تصادفی بلوکه شده، به تصادف در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. در روش تصادفی بلوکه شده هر روز نمونه‌گیری به عنوان یک بلوک در نظر گرفته شد و به تصادف نمونه‌ها در یک روز به عنوان گروه کنترل و در روز دیگر به عنوان گروه آزمون در نظر گرفته شدند و برای هر دو گروه پیش آزمون با استفاده از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و استرس درک شده انجام گرفت. محیط پژوهش انجمن آلزایمر ایران واقع در شهر تهران بود. با استناد به مطالعات قبلی در زمینه آموزش مراقبین، گروه آزمون در یک جلسه بحث گروهی به مدت ۲ ساعت شرکت نمودند (۲۳).

آزمون آماری ANOVA و جهت بررسی ارتباط استرس درک شده با نسبت خویشاوندی و وضعیت اقتصادی از کای اسکوئر استفاده شد.

یافته‌ها:

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل اطلاعات نشان داد که در گروه آزمون و کنترل، اکثر واحدهای مورد پژوهش در مرحله میانسالی (۶۰-۵۱ سال)، متأهل، با وضعیت اقتصادی متوسط و از نظر نسبت خویشاوندی، دختر فرد مبتلا به آلزایمر بودند. در مورد وضعیت اشتغال، اکثریت نمونه‌ها خانه دار بوده و در وضعیت تحصیلاتی دیپلم و بالاتر قرار داشتند. به علاوه بیشترین مدت مراقبت برای هر دو گروه ۱۲-۶ ماه بود.

نتایج آزمون آماری تی مستقل و کای اسکوئر در پرسشنامه‌های پیش آزمون، 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 معنی‌داری بین وضعیت تحصیلات مراقبین در دو گروه آزمون و کنترل وجود نداشت ($p > 0/05$) (جدول شماره ۱).

همچنین نتایج نشان داد که قبل از مداخله و در پرسشنامه پیش آزمون، دامنه امتیاز کسب شده از استرس درک شده بر طبق مقیاس لیکرت بین ۸ تا ۴۵ بوده و ۵۰/۷٪ از گروه آزمون و ۵۷/۳٪ از گروه کنترل استرس درک شده بالا داشتند و آزمون تی مستقل نشان داد که دو گروه آزمون و کنترل در قبل از مداخله، از نظر استرس درک شده همسان بودند ($P > 0/05$).

محتوای جلسه بر مبنای توضیح در مورد بیماری آلزایمر و علائم آن، نحوه مراقبت، بررسی استرس و علائم آن در مراقبین و راهکارهای کاهش استرس بود. پس از پایان جلسه، یک پمفلت آموزشی (با خلاصه اجمالی از مطالب در بحث گروهی) به مراقبین داده شد. یک هفته پس از اتمام جلسه آموزشی، دو مشاوره تلفنی (به عنوان مکمل آموزشی) که جنبه حمایتی از مراقبین را داشت و در راستای پاسخ‌گویی به سوالات مراقبین در خصوص مراقبت از سالمند بود، به فاصله یک هفته و هر مشاوره به مدت ۲۰-۱۵ دقیقه انجام گرفت. در مرحله آخر، ۶ هفته پس از مداخله، پس آزمون (بدون مطرح کردن سوالات دموگرافیک و صرفاً با پرسشنامه‌های مربوط به استرس درک شده) برای هر دو گروه انجام گرفت. پرسشنامه‌های 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 به لحاظ ضرورت اخلاقیات، کتابچه آموزشی با محتوای آموزشی ارائه شده در پمفلت، کلاس آموزشی و نیز جلسات مشاوره تلفنی تهیه شد و در اختیار گروه کنترل قرار داده شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها برای ۶۴ نفر از گروه کنترل و ۷۳ نفر از گروه آزمون صورت گرفت. اطلاعات حاصل از آنها تحت نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به طور کلی برای بررسی مقایسه متغیرهای اصلی در دو گروه آزمون و کنترل، در قبل و بعد از مداخله، از آزمون t مستقل و زوجی و کای اسکوئر استفاده شد. همچنین جهت بررسی استرس درک شده با متغیرهای وضعیت تاهل، وضعیت اشتغال، وضعیت تحصیلات مدت مراقبت از

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش در دو گروه آزمون و کنترل و شاخص های آماری مرتبط با آنها

گروهها متغیرها	میزان معنی داری	آزمون	
		تعداد (درصد)	کنترل تعداد (درصد)
سن**	P=۰/۱۶۵	زیر ۳۰ سال	۴ (۵/۳)
		۳۱-۴۰ سال	۱۱ (۱۴/۷)
		۴۱-۵۰ سال	۲۹ (۳۸/۷)
		۵۱-۶۰ سال	۳۱ (۴۱/۳)
		مجرد	۱۵ (۲۰)
وضعیت تأهل	P=۰/۴۱۵	متاهل	۵۳ (۷۰/۷)
		بیوه	۳ (۴)
		مطلقه	۴ (۵/۳)
		خوب	۵ (۶/۷)
		متوسط	۵۲ (۶۹/۳)
وضعیت اقتصادی	P=۰/۲۰۱	ضعیف	۱۸ (۲۴)
		همسر	۱۸ (۲۴)
		نسبت خویشاوندی	۴۶ (۶۱/۳)
		عروس	۱۰ (۱۳/۳)
		خواهر	۱ (۱/۳)
وضعیت اشتغال	P=۰/۵۲۴	خانه دار	۶۰ (۸۰)
		شاغل	۱۵ (۲۰)
		وضعیت تحصیلات	۳۲ (۴۲/۷)
		دیپلم و بالاتر	۴۳ (۵۷/۳)
		۶-۱۲ ماه	۲۳ (۳۰/۷)
مدت مراقبت از سالمند مبتلا به آلزایمر*	P=۰/۰۴	۱۳-۲۴ ماه	۱۷ (۲۲/۷)
		۲۵-۳۶ ماه	۸ (۱۰/۷)
		۳۷-۴۸ ماه	۱۰ (۱۳/۳)
		۴۹-۶۰ ماه	۷ (۹/۳)
		۶۱ ماه به بالا	۱۰ (۱۳/۳)

**حداقل و حداکثر مقادیر به ترتیب ۲۱ و ۶۰ سال میانگین \pm انحراف معیار: برای گروه کنترل $11 \pm 45/84$ و برای گروه آزمون $17 \pm 47/65$ سال می باشد. *حداقل و حداکثر مقادیر به ترتیب ۶ و ۱۵۶ ماه میانگین \pm انحراف معیار: برای گروه کنترل $29 \pm 35/53$ و برای گروه آزمون $12 \pm 28/82$ ماه می باشد.

از $28/38 \pm 8/62$ در قبل از مداخله به $22/45 \pm 5/55$ در مرحله بعد از مداخله رسید. با استفاده از آزمون تی زوجی تفاوت معنی داری بین امتیاز کسب شده از استرس درک شده گروه آزمون قبل و بعد از انجام مداخله مشاهده شد ($p \leq 0/001$) (جدول شماره ۲).

بررسی میانگین امتیاز کسب شده از استرس درک شده زنان مراقبت کننده از سالمند مبتلا به آلزایمر، در مراحل قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون و مقایسه آن با میانگین امتیاز کسب شده از استرس درک شده در مراحل قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل، تفاوت معنی داری را بین میانگین امتیازات نشان داد ($p \leq 0/001$) (جدول شماره ۲).

با استفاده از آزمون آماری تی زوجی مشخص شد سطح معنی داری بین میانگین امتیاز کسب شده از استرس درک شده مراقبین گروه کنترل، قبل و بعد از مداخله در پرسشنامه های پس آزمون نسبت به پیش آزمون وجود دارد ($p=0/009$). در مراقبین از سالمند مبتلا به آلزایمر، میانگین امتیاز کسب شده از استرس درک شده در قبل از مداخله $29/88 \pm 8/66$ در گروه کنترل به $31/92 \pm 6/31$ در مرحله بعد از مداخله رسید. بدین معنی که استرس درک شده مراقبین در گروه کنترل پس از انجام مراحل پژوهش نامطلوبتر شده و به عبارتی افزایش یافته بود. در مراقبین در گروه آزمون میانگین امتیاز کسب شده از استرس درک شده

جدول شماره ۲: مقایسه شاخص های آماری امتیاز کسب شده از استرس درک شده در واحدهای مورد پژوهش در مراحل قبل و بعد از مداخله

کنترل		آزمون		گروه	متغیر
بعد	قبل	بعد	قبل		
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)		
۴۳ (۵۷/۳)	۳۲ (۴۲/۷)	۳۸ (۵۰/۷)	۳۷ (۴۹/۳)	پایین	استرس درک شده
۴۷ (۷۳/۴)	۱۷ (۲۶/۶)	۱۰ (۱۳/۷)	۶۳ (۸۶/۳)	بالا	
$31/92 \pm 6/31$	$29/88 \pm 8/66$	$22/45 \pm 5/55$	$28/38 \pm 8/62$		میانگین \pm انحراف معیار

میانگین امتیاز گروهها (قبل و بعد مداخله) $6/07 \pm 3/07$ و $2/04 \pm 2/35$ می باشد و مقایسه اختلاف میانگین امتیاز کسب شده از سلامت عمومی قبل و بعد از مداخله ($T=5/536, p \leq 0/001$) می باشد.

بحث:

در مطالعه ای که توسط نویدیان و همکاران (۲۴) بر روی مراقبین خانوادگی بیماران روانی انجام گرفته شده بود، یافته ها نشان داد که از مجموع مراقبین $26/4\%$ فشار روانی خفیف، $60/8\%$ فشار روانی متوسط و $12/8\%$ فشار روانی شدید داشتند. ارائه مراقبت طولانی-مدت به بیماران مزمن از جمله بیماران و سالمندان مبتلا به آلزایمر، با تحلیل سلامتی، افزایش خطرات ابتلا به

همچنین نتایج آزمون های آماری در پرسشنامه پیش آزمون، نشان داد که تنها بین استرس درک شده و وضعیت اقتصادی ($p=0/01$) و وضعیت تحصیلات ($p=0/03$) ارتباط آماری معنی داری وجود دارد و بین استرس درک شده و سن مراقبت دهنده ($p=0/11$) وضعیت اشتغال ($p=0/11$) نسبت خویشاوندی ($p=0/23$) وضعیت تأهل ($p=0/16$) و مدت مراقبت از سالمند ($p=0/07$) مبتلا به آلزایمر رابطه آماری معنی دار وجود نداشت.

بیماری جسمی و روانی برای مراقبین و سطوح بالای تیدگی همراه است (۱،۴).

بدیهی است که با شروع سن میانسالی که از ۳۵-۶۴ سال در نظر گرفته می‌شود (۲۵)، سلامت جسمی و روانی افراد نیز در این گروه سنی تا حدودی به تحلیل می‌رود. البته در این زمینه، شیوه زندگی افراد در دوره میانسالی، نیز نقش عمده‌ای در احساس بهروزی و سلامتی ایفا می‌کند. همچنین کنترل استرس نیز با سبک زندگی سالم ارتباط دارد (۲۶). به نظر می‌رسد که مراقبین در سن سالمندی، بیشتر در معرض اختلالات جسمی و روانی می‌باشند و اصولاً استرس مراقبت، می‌تواند آنان را به مراتب آسیب‌پذیرتر نموده که این امر، ضرورت توجه به سلامت مراقبین را چند برابر نمایان می‌سازد (۲۷).

همچنین نتایج نشان داد که بیشترین امتیاز کسب شده از استرس درک شده، مربوط به افراد مجرد بوده است. البته صادقیان و همکارش (۲۸) در مطالعه خود در رابطه عوامل استرس زا و سلامت روانی بر روی دانشجویان، بیان نمودند که تاهل با سلامت روانی بالاتر، رضایت از زندگی و احساس حمایت اجتماعی بالاتر ارتباط دارد که شاید این تفاوت بوجود آمده مربوط به اختلاف در گروههای مورد مطالعه باشد. احتمالاً افراد متاهل، از شبکه‌های حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار می‌باشند که همین امر باعث کاهش استرس درک شده در آنها می‌شود (۲۱).

نتایج آزمون کای اسکوتر نشان داد که استرس درک شده در وضعیت اقتصادی خوب و متوسط کمتر از وضعیت اقتصادی ضعیف می‌باشد. رشد و تکامل اقتصادی باعث بروز نتایج مثبت بر روی سلامت می‌شود. برخی از این پیشرفت‌ها در نتیجه افزایش استانداردهای عمومی زندگی، شامل دسترسی آسان‌تر به منابع آموزشی و خدمات بهداشتی درمانی می‌باشد (۲۹). احتمالاً مراقبینی که سطح درآمد کمتری دارند و

در وضعیت اقتصادی ضعیف‌تری به سر می‌برند، بدلیل اینکه این توانایی را ندارند که بیمار خود را در جای دیگری به جز خانه مراقبت نمایند، استرس زیادی را متحمل می‌شوند. شایان ذکر است که وضعیت اقتصادی ضعیف، باعث بروز استرس در افراد دیگر خانواده که مراقبت را انجام نمی‌دهند (اعم از اینکه خود سالمند باشد و یا افراد دیگر) نیز می‌شوند (۲۱، ۳۰).

براساس نتایج به دست آمده از این مطالعه، در هیچ کدام از نسبتهای خویشاوندی، استرس درک شده نسبت به سایر گروهها از نظر آماری معنی دار نبود. لیکن در مطالعه باستانی و همکاران (۲۷) مشخص شد که همسران افراد مبتلا به آلزایمر، بعنوان مراقبین غیرحرفه‌ای آنها از سلامت عمومی نامطلوبتری نسبت به سایر مراقبین برخوردار بودند. یک توجه برای چنین نتیجه ای می‌تواند این باشد که همسران سالمندان مبتلا به آلزایمر نسبت به سایر مراقبین، مسن‌تر می‌باشند و کمترین میزان سلامت عمومی درک شده را نسبت به سایر مراقبین دارند. بنابراین، حالات مختلف سلامتی ممکن است ناشی از سن آنها باشد.

بین وضعیت اشتغال و استرس درک شده ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت. خمسه در پژوهش خود در سال ۱۳۸۸ در مورد بررسی میزان افسردگی در زنان شاغل و خانه دار، بیان می‌کند که میزان افسردگی زنان شاغل بیشتر از زنان خانه‌دار است، ولی زنان شاغل و خانه‌دار از لحاظ میزان اضطراب تفاوتی با یکدیگر ندارند (۳۱). علیرغم اینکه ممکن است نتایج مثبتی از حضور زنان در اجتماع حاصل شود، ولی پیامدهای منفی هم وجود دارد که تنها متوجه خود زنان است و آن به خطر افتادن سلامت روانی آنهاست که البته در این پژوهش به بررسی جزئیات سطوح استرس و وضعیت اشتغال پرداخته نشده است.

نتایج آزمون آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که با افزایش میزان تحصیلات، استرس درک شده در مراقبین کاهش می‌یابد که احتمالاً به دلیل افزایش دانش

و آگاهی افراد تحصیل کرده در خصوص روشهای حل مسئله و کنترل و مدیریت استرس باشد. البته در برخی مطالعات (۳۲)، تحصیلات بیشتر و نیز دانش و آگاهی بیشتر در رابطه با بیماری آلزایمر باعث بروز استرس بیشتر در مراقبین شده است که احتمالاً این مورد مربوط به اشکال در روند آگاه سازی افراد و روش به کار گرفته شده باشد. البته سطح آموزش بدون توجه به در دسترس بودن امکانات بهداشتی تا حدی اثر فقر را بر سلامتی جبران می کند. به خصوص سطح آموزش زنان بسیار مهم و موثر می باشد (۳۳).

در رابطه با مدت مراقبت نتایج نشان دادند که بیشترین میانگین استرس درک شده مربوط به مدت مراقبت ۴۹ ماه به بالا می باشد و لیکن با توجه به نتایج آزمون آنالیز واریانس یک طرفه، ارتباط آماری معنی دار وجود نداشت. در مطالعه Ronell و همکارش (۳۴) در سال ۲۰۰۵ این گونه بیان شده که هرچه مدت مراقبت از سالمند طولانی تر باشد، مراقبین احساس بهروزی بیشتری را تجربه می کردند که این امر شاید به دلیل افزایش یادگیری مکانیسم های سازگاری توسط مراقبین بوده و همچنین دوران بحرانی مراقبت برای آنها پایان یافته که منجر افزایش حس خوب بودن برای آنها می شود.

نتایج این مطالعه نشان داد که بحث گروهی و مشاوره تلفنی می تواند باعث کاهش وضعیت استرس درک شده 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 و نیز برای اینکه بتوانند مراقبت مناسبی را برای فرد بیمارشان فراهم آورند، اهمیت دارند که همین 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، درمانهای

شناختی و مشاوره می باشد. همچنین مداخلات آموزشی در تامین اطلاعات و نیز آموزش مهارت های حل مسئله نیز مفید می باشند و کیفیت زندگی را هم در بیمار و هم در مراقبین بهبود بخشیده (۳۵) که دارای اهمیت فراوان می باشد.

در این زمینه، Carretero و همکاران (۳۵) در مطالعه خود بیان می کنند که چنانچه برای مراقبین از طریق منابع رسمی برنامه های مداخله ای، روانی و خدماتی، احساس تسکین فراهم شود، منجر به کاهش فشار بار مراقبتی، افزایش احساس راحتی، کاهش استرس، و نیز کاهش اثرات منفی مراقبت بر روی فرد مبتلا می شود. البته نتایج مطالعه شاین کوریا نشان داد که مراقبینی که بیشتر در مورد آلزایمر آموزش گرفته بودند، اضطراب بیشتر و افسردگی کمتری داشتند (۳۲). Kazushi (۳۶) در سال ۲۰۰۹ 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 و جسمی مطلوب در مراقبین ارتباط دارد و این حتی پس از تعدیل نمودن سایر متغیرهای مخدوش کننده نیز به چشم می خورد. در مطالعه ساین اندرون 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 (۲۱).

در این مطالعه، علیرغم اینکه امکان کنترل همه متغیرهای پژوهش وجود نداشت، نتایج پژوهش نشان داد که سطوح استرس درک شده مراقبین از سالمندان مبتلا به آلزایمر یک مسئله بهداشتی مهم است که نیازمند توجه از سوی حرفه های بهداشتی و ارایه - دهنده سلامت این افراد باید بعنوان یک اولویت در مراقبت های بهداشتی در جامعه مورد توجه قرار بگیرد. آنچه مسلم است زنان مراقبت کننده از سالمند مبتلا

مشاوره تلفنی توانست در کاهش استرس این مددجویان مؤثر باشد لذا موارد زیر جهت کاربرد یافته‌های پژوهش توصیه می‌گردد: مدیران پرستاری بیمارستان می‌توانند جهت کاهش استرس اعضای خانواده مراقبت کننده از بیماران مبتلا به آلزایمر، سیستم مشاوره تلفنی پس از ترخیص را جهت ارائه مشاوره، حمایت و راهنمایی لازم توسط پرستار به اعضای خانواده مراقبت کننده از این بیماران برقرار نمایند و خلاء ناشی از عدم وجود مراکز مشاوره‌ای - مراقبتی پس از ترخیص در سطح جامعه که یکی از معایب سیستم بهداشتی درمانی ایران در خدمت رسانی به بیماران و خانواده‌های آنهاست را تا حدی پر نمایند.

همچنین برقراری جلسات بحث گروهی در یک مکان مناسب در بیمارستان که امکان بیان منابع استرس و تبادل تجربیات مثبت بین مراقبت‌دهندگان از بیماران مبتلا به آلزایمر و دریافت راهنمایی لازم از سوی پرستاران بالینی را فراهم کند، نیز می‌تواند به عنوان راهکاری در جهت کاهش استرس اعضای خانواده این بیماران مورد استفاده قرار گیرد.

تشکر و قدردانی:

پژوهشگر بدینوسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران (ایران سابق) و نیز انجمن حمایت از بیماران آلزایمر ایران سرکار خانم صالحی و سرکار خانم جهانگیری به ترتیب مدیریت و معاونت محترم و سایر کارکنان انجمن حمایت از بیماران آلزایمر ایران و سرکار خانم معصومه علیجانپور که محقق را در انجام این مطالعه یاری نموده اند، اعلام می‌دارد.

آلزایمر، با فشارها و استرسهای فراوانی مواجه بوده که سلامت عمومی آنها را در حالت تهدید کننده‌ای قرار می‌دهد و همین موضوع می‌تواند روند مراقبت و حمایت از بیمار را نیز تحت الشعاع قرار دهد، لذا پیشنهاد می‌شود 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.

نتیجه گیری:

از آنجا که خانواده و مراقبین خانوادگی و به ویژه همسران و دختران می‌توانند بهترین منبع برای درمان، حمایت و مراقبت از سالمندان مبتلا به بیماریهای مزمن، از جمله آلزایمر باشند، به نظر می‌رسد فراهم کردن مراقبت خانواده محور از سوی پرستاران و پرسنل بهداشتی درمانی و اجرای مداخلات بهداشتی - رفاهی توسط ارگانهای ذیربط، با رویکردهای مختلف آموزشی، حمایتی، عاطفی و مشاوره ای می‌تواند در ارتقاء سلامتی عمومی زنان مراقب موثر باشد و یک ضرورت مسلم جامعه است و در این راستا بهره‌گیری از مشاوره تلفنی و یا جلسات بحث گروهی می‌تواند به تحقق این هدف کمک نماید.

کاربرد یافته‌های پژوهش در بالین:

از آنجا که اعضای خانواده مراقبت کننده از سالمند مبتلا به آلزایمر بعنوان مهم‌ترین مراقبین غیر رسمی، سطوح استرس بالایی را تجربه می‌کنند که همین امر سلامت آنها و سالمندان تحت مراقبت ایشان را تحت الشعاع قرار می‌دهد و بر اساس یافته‌های پژوهش استفاده از حمایت در قالب بحث گروهی و همچنین

منابع:

1. Kuzu N, Beşer N, Zencir M, Sahiner T, Nesrin E, Ahmet E, Binali C, Cagdaş E. Effects of a comprehensive educational program on quality of life and emotional issues of dementia patient caregivers. *Geriatr Nurs* 2005 Nov-Dec; 26(6): 378-86.
2. Garcés J, Carretero S, Ródenas F, Sanjosé V. Variables related to the informal caregivers' burden of dependent senior citizens in Spain. *Arch Gerontol Geriatr*. 2009 May-Jun; 48(3):372-9.
3. Millán-Calenti JC, Gandoy-Crego M, Antelo-Martelo M, López-Martinez M, Riveiro-López MP, Mayán-Santos JM. Helping the family carers of Alzheimer's patients: from theory...to practice. A preliminary study. *Arch Gerontol Geriatr*. -Apr; 30(2):131-8.
4. 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.
5. Bahri N, Attar Bashi M, Gharche M. The survey of relationship between job burnout and health status of midwives and nurses. *Ofogh-e-danesh*. 2003; 9(1):99-104. Persian
6. Seyed navazi M. [Comprehensive book of public health. 4th, Tehran: Esharat pub; 2008.] Persian
7. Colvez A, Joël ME, Ponton-Sanchez A, Royer AC. Health status and work burden of Alzheimer patients' informal caregivers: comparisons of five different care programs in the European Union. *Health Policy*. 2002 Jun; 60(3):219-33.
8. Conway-Giustra F, Crowley A, Gorin SH. Crisis in caregiving: a call to action. *Health Soc Work*. 2002 Nov; 27(4):307-11.
9. Martire LM, Lustig AP, Schulz R, Miller GE, Helgeson VS. Is it beneficial to involve a family member? A meta-analysis of psychosocial interventions for chronic illness. *Health Psychol*. 2004 Nov; 23(6):599-611.
10. Vadadhir AA, Sadati MH, Ahmadi B. Women health view point of health journal in Iran. *J Women Res*. 2008; 2(6): 133-155.
11. Ahmadi B, Tabibi J, mahmoodi M. Structural managing pattern in women health development in Iran. *Journal of social well-being* 2008; 5(21): 9-37.
12. Chimeh N, Malakoti K, Panaghi L, Ahmad Abadi Z, Nojomi M, Ahmadi Tonekaboni A. Care Giver Burden and Mental Health in Schizophrenia. *J Fam Res*. 2008; 4(3):277-292.
13. Rose LE, Mallinson RK, Walton-Moss B. Barriers to family care in psychiatric settings. *J Nurs Scholarsh*. 2004; 36(1):39-47.
14. Jalali A. Effect of education with group discussion method on quality of life in patient after kidney translation. Thesis for post graduate nursing. Rehabilitation university of Tehran; 2001.
15. Conn V, Stuart GW, Laraia TM. Families as resources, caregivers and collaborative. Principles and practice of psychiatric nursing. 8th ed. USA: Mosby; 2009.
16. Poor B, Poirrer GP. End of life nursing care. Boston: Janes & Bartlett; 2001.
17. Saarmann L, Daugherty J, Riegel B. Patient teaching to promote behavioral change. *Nurs Outlook*. 2000 Nov-Dec; 48(6): 281-7.
18. Rezvanpoor Sh. The center of telephone counseling in Canada. The educational handbook of child counseling. Tehran: wellbeing organization; 2008.
19. Shodjaei Tehrani H, Ebadi fard F. principles of public health services. 2 th, Tehran: Samat Pub, 2006.
20. Walker EA, Schechter CB, Caban A, Basch CE. Telephone intervention to promote diabetic retinopathy screening among the urban poor. *Am J Prev Med*. 2008 Mar; 34(3):185-91.
21. Andrén S, Elmståhl 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 Mar; 44(3):435-46.
22. Zarabi R. relationship between self-efficacy, health control resource and perceived stress with obesity complications in women with pre mature infants. *Iran University Medical science* 2008; 24-25.

23. Farhadi A. Comparission of group discussion method and lecture on the knowledge of parents of children with fever and cizure about caring them. Thesis submitted to the college of nursing for the degree of Master of Science in nursing Isfahan University, 1999.
24. Navidian A, Salar A, Keikhaee A. investigation of family caregiver strain of patient with mental health disorder who attend to Zahedan centre psychology. *Urmia Med J.* 2002; 3(12):206-214.
25. Dabaghi F, Farahani Nia M. [Family health. Tehran: Iran University of medicin; 1th ed: 2003.] persian
26. 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.
27. Bastani F, Hosseini R.S, Bani Asad MM, Haqani H. investigation of general health in women as caregivers of patient with Alzheimer disease. *Iran J Aging.* 2009, 5(17): 43-54.
28. Sadeghian E, Heidarianpoor A. Stress factors and mental health in the students of Hamadan Medicine University. *Hayat.* 2009; 15(1):71-80.
29. Gangadharan L, Valenzuela MR. Interrelationships between income, health and environment: extending the environment Kuznets Curve hypothesis. *Ecol Econ.* 2001; 36: 513-531.
30. Sisk RJ. Caregiver burden and health promotion. *Int J Nurs Stud.* 2000 Feb; 37(1): 37-43.
31. Khamse A. incidence of depression and anxiety in woker and hosehold women. First congress role of female in society and family health 2009; 107.
32. Shynequria D. African American caregiver's level of knowledge about Alzheimer's disease and its relationships to psychological stress[dissertation].USA: Florida State University; 2006.
33. Ildar Abadi S. [Community health nursing. 5th ed. Tehran: Jmee Negar Pub; 2009.] Persian
34. McConaghy R, Caltabiano ML. Caring for a person with dementia: exploring relationships between perceived burden, depression, coping and well-being. *Nurs Health Sci.* 2005 Jun; 7(2):81-91.
35. Carretero S, Garcés J, Ródenas F, Sanjosé V. The informal caregiver's burden of dependent people: theory and empirical review. *Arch Gerontol Geriatr.* 2009 Jul-Aug; 49(1):74-9.
36. 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 Jul-Aug; 49(1):138-41.

The effect of group discussion and telephone counselling on perceived stress of women as caregivers of patient with Alzheimer disease

Bastani F (PhD)^{1*}, Hosseini RS (MSc)², Javanbakhtian Ghahfarokhi R (MSc)¹
¹Health and Ageing Dept., Tehran University of Medical Sciences, Tehran, I.R. Iran; ²Nursing
Dept., Shahrekord University of Medical Sciences, shahrekord, I.R. Iran;.
Accepted: 12/Dec/2011 Revised: 30/July/2012 Received: 11/Aug/2012

Background and aims: Caring for patients with dementia especially Alzheimer, is the most hardship, damaging and challenging of cares that caregivers expose to it. The lack of education about it increases the problems. The aim of this study was to evaluate the effect of group discussion and telephone counselling on perceived stress of women as caregivers of patient with Alzheimer disease.

Methods: In this study, 150 women who had 18-60 years old as a close relative to elderly patient with Alzheimer and at least being direct caregivers for six months, with convenience method were selected and by blocking randomization were allocated to control and experimental groups. The experimental group was participated in the group discussion and telephone counselling. Post-test was carried out six weeks after the program. The instruments for data gathering were demographic items and perceived stress Questionnaire. Independent t-test, paired t-test, Chi-square and ANOVA test were used.

Results: The study findings showed that before group discussion and telephone counselling 50.7% of samples in intervention group and 57.3% of samples in control group had high level of stress. Our results demonstrated that after the intervention, the mean of perceived stress in experimental group was decreased from 28.38 ± 8.62 to 22.45 ± 5.55 ($p \leq 0.001$) which shows decrease of stress. In the control group mean was increased from 29.88 ± 8.66 to 31.92 ± 6.31 ($p = 0.009$) which shows increase of stress. There were significant relationship between perceived stress and the variables of education ($p = 0.03$), and economic status ($p = 0.01$).

Conclusion: Caregiver women of patient elders with Alzheimer disease as the main resource of informal caregivers, experience high levels of stress that this problem treats health of women and their elderly. Group discussion and telephone counselling are effective to decrease perceived stress of women as caregivers of patient with Alzheimer disease. Thus, this method of education is suggested.

Keywords: Elderly, Alzheimer disease, Caregivers, Perceived stress.

Cite this article as: Bastani F, Hosseini RS, Javanbakhtian R. The effect of group discussion and telephone counselling on perceived stress of women as caregivers of patient with Alzheimer disease. J Clin Nurs Midwifery. 2012 Summer; 1(1): 61-72.

***Corresponding author:**

Nursing Dept., Shahrekord University of Medical Sciences, shahrekord, I.R. Iran,
Tel: 00982161054102, Email: faridehbastani@yahoo.com