



Original Article

Relationship between Psychological, Social and Educational Needs with General Health among Informal Caregivers of the Elderly with Dementia

Elaheh Omidvar¹, Vahideh Babakhani² , Vahid Rashedi³ , Mahshid Foroughan^{4,*} 

¹ MSc in Counseling. Iranian Research Center on Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

² Assistant Professor of Counseling. Islamic Azad University of Abhar, Zanjan, Tehran

³ Assistant Professor of Gerontology. School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ Professor of Geriatric Psychiatry. Iranian Research Center on Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Mahshid Foroughan, Professor of Geriatric Psychiatry. Iranian Research Center on Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. E-mail: m_foroughan@yahoo.com

DOI: [10.29252/nkjmd-12036](https://doi.org/10.29252/nkjmd-12036)

How to Cite this Article:

Omidvar E, Babakhani V, Rashedi V, Foroughan M. Relationship between Psychological, Social and Educational Needs with General Health among Informal Caregivers of the Elderly with Dementia. *J North Khorasan Univ Med Sci.* 2020;**12**(3):40-46. DOI: [10.29252/nkjms-12036](https://doi.org/10.29252/nkjms-12036)

Received: 05 Jan 2020

Accepted: 30 Jun 2020

Keywords:

Psychological Needs
Social Needs
Educational Needs
Informal Caregivers
Dementia

Abstract

Introduction: The family plays a crucial role in supporting vulnerable older adults and is considered an essential but hidden element in the health care system. This study determined the relationship between psychological, social, and educational needs with general health among informal (family) caregivers of the elderly with dementia.

Methods: In this descriptive correlational study, among all the informal caregivers of patients with dementia who went to the clinic of the Alzheimer's Association of Iran to receive services, 135 people were selected as a research sample based on the desired criteria with the census method. A sociodemographic questionnaire, the Carers' Needs Assessment for Dementia (CNA-D), and the General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) were used to gather the required data. Data analysis was completed through SPSS-18 and Pearson correlation coefficient.




Results: The mean age of caregivers was 48.8±9.43 years, and the mean length of care for the elderly was 4±3.31 years. Findings showed that there is not a significant relationship between general health and psychological needs of dementia caregivers. However, social and educational needs had significant relationships with the anxiety subscale of public health.

Conclusions: The burden of caring for the elderly and not paying attention to the psychological, social, and educational needs of caregivers affect all aspects of caregivers' general health. Educational interventions to reduce stress and provide appropriate training to caregivers improve the quality of care for the elderly with Alzheimer's disease.



رابطه نیازهای روانشناختی، اجتماعی و آموزشی با سلامت عمومی مراقبین غیررسمی

سالمندان مبتلا به دمانس

الهه امیدوار^۱، وحیده باباخانی^۲، وحید راشدی^۳، مهشید فروغان^{۴*}   

^۱ کارشناس ارشد مشاوره، مرکز تحقیقات سالمندی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

^۲ استادیار مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهر، زنجان، ایران

^۳ استادیار سالمندشناسی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

^۴ استاد تمام روانپزشکی سالمندان، مرکز تحقیقات سالمندی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: مهشید فروغان، استاد تمام روانپزشکی سالمندان، مرکز تحقیقات سالمندی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی،

تهران، ایران. ایمیل: m_foroughan@yahoo.com

DOI: 10.29252/nkjms-12036

چکیده	تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۰/۱۵
مقدمه: خانواده نقش اساسی در حمایت از سالمندان آسیب پذیر را به عهده دارد و به عنوان عنصری مهم ولی پنهان در سیستم خدمات بهداشتی و مراقبتی تلقی می‌شود. پژوهش حاضر با هدف تعیین نیازهای روانشناختی، اجتماعی و آموزشی مراقبین غیر رسمی (عضو خانواده) سالمندان مبتلا به دمانس و ارتباط آن با سلامت عمومی آنان انجام شد.	تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۴/۱۰
روش کار: در این پژوهش توصیفی- از نوع همبستگی، از بین کلیه مراقبین غیررسمی (خانوادگی) بیماران مبتلا دمانس که برای دریافت خدمات به به کلینیک انجمن آلزایمر ایران مراجعه کرده بوند، ۱۳۵ نفر به روش تمام شماری و براساس ملاک‌های مورد نظر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. سپس پرسشنامه متغیرهای دموگرافیک، ابزار نیازسنجی از خویشاوند مراقبت کننده بیمار مبتلا به دمانس و پرسشنامه سلامت عمومی در مورد آن‌ها اجرا شد؛ کلیه یافته‌ها با استفاده نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ و آزمون همبستگی پیرسون مورد بررسی قرار گرفت.	واژگان کلیدی: نیاز روانشناختی نیاز اجتماعی نیاز آموزشی مراقبین غیررسمی دمانس
یافته‌ها: میانگین سنی مراقبین ۴۸/۸۸±۹/۴۳ سال و میانگین طول مدت مراقبت از سالمندان ۴±۳/۳۱ سال بود. نتایج مطالعه نشان داد بین نیازهای روانشناختی با سلامت عمومی و ابعاد آن در مراقبین رابطه معنادار وجود ندارد، ولی بین نیازهای اجتماعی و نیازهای آموزشی با سلامت روان، در بعد اضطراب رابطه مثبت معنادار وجود دارد.	
نتیجه گیری: فشار ناشی از مراقبت سالمندان و عدم توجه به نیازهای روانشناختی، اجتماعی و آموزشی مراقبین تمامی ابعاد سلامت عمومی مراقبین را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مداخلات آموزشی جهت کاهش فشار و ارائه آموزشی‌های مناسب به مراقبین سبب بهبود کیفیت مراقبت از سالمندان مبتلا به آلزایمر می‌گردد.	

مقدمه

به بیماری آلزایمر و دمانس مبتلا می‌شود و در جهان بیش از ۵۰ میلیون نفر به آلزایمر مبتلا هستند. در حقیقت در هر سال ۱۰ میلیون نفر به جمعیت دمانس اضافه می‌شود [۵]. در ایران، هنوز مطالعات کشوری در زمینه شیوع دمانس انجام نشده است، اما به گزارش انجمن آلزایمر ایران در سال ۱۳۹۶ در هر ۱۱/۵ دقیقه یک نفر به دمانس مبتلا می‌شود [۶]. با توجه به آمارهای ارائه شده، موضوع مراقبت از سالمندان مبتلا به دمانس و بار اقتصادی، مراقبتی، بهداشتی و خانوادگی آن به طور ویژه‌ای مورد توجه نظام‌های سلامت کشورها قرار گرفته است [۷]. به طور کل هزینه‌های اقتصادی ناشی از سندرم دمانس شامل هزینه‌های مستقیم نظیر مراقبت در خانه سالمندان، مراقبت حاد، و مراقبت‌های مستلزم پرداخت دستمزد و به علاوه هزینه‌های غیر مستقیم شامل مراقبت خانوادگی ارائه شده توسط اعضاء خانواده و دوستان و پیامدهای آن را شامل می‌شود [۸].

سالمندی یکی از دوران‌های طبیعی زندگی هر فرد و پدیده‌ای اجتناب ناپذیر است که سبب افزایش نرخ ناتوانی و وابستگی در جمعیت می‌شود [۱]. سالمندی موضوع‌های جدیدی را فرا روی جوامع مختلف در سراسر جهان قرار داده است. چرا که داشتن عمر طولانی الزاماً به معنی برخورداری از زندگی فعال و سالم نیست؛ بلکه در بسیاری از موارد، سالمندی با ناخوشی‌ها و بیماری‌های مزمن مرتبط و با مرگ و میر بالاتر، و وابستگی همراه است [۲]. یکی از نتایج پدیده سالمندی جمعیت افزایش تقاضا برای دریافت مراقبت توسط سالمندان ناتوان است که با توجه به پیش بینی‌های جمعیتی، انتظار می‌رود در آینده رشد بیشتری پیدا کند [۳].

مطالعات جمعیت شناختی سالمندان، وقوع اپیدمی جهانی دمانس را تأیید می‌کند [۴]. براساس آمارهای به دست آمده از سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۷، در حال حاضر در دنیا در هر ۳ ثانیه یک نفر

محسوب می‌شود؛ زیرا مراقبت و حمایت از افراد سالمند مسأله ای مهم برای سیستم‌های بهداشتی کشورها محسوب می‌گردد [۲۰]. مطالعات مختلف خارجی [۲۱-۲۳] و داخلی [۱۰، ۱۲، ۱۹، ۲۴] نشان داده‌اند که فرایند مراقبت، وضعیت روانی، معنوی، جسمانی مراقبین در مخاطره قرار می‌دهد. بنابراین می‌توان گفت افراد مبتلا به دمانس و مراقبینشان شایسته برنامه ریزی و حمایت مناسب نیازهایشان هستند؛ و حمایت برای "زندگی بهتر با دمانس" چالشی در طول مسیر مراقبت است [۶]. بر این اساس پژوهش با هدف تعیین رابطه نیازهای روانشناختی، آموزشی و اجتماعی مراقبین غیر رسمی (عضو خانواده) سالمندان مبتلا به دمانس و ارتباط آن با سلامت عمومی آنان انجام شد.

روش کار

این پژوهش از نوع توصیفی تحلیلی با طرح همبستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مراقبین بیماران مراجعه کننده به کلینیک انجمن آلزایمر ایران بود که در نیمه اول سال ۱۳۹۵ به همراه بیماران خود جهت دریافت خدمات به این انجمن مراجعه کردند. روش نمونه گیری در دسترس بود و حجم نمونه به روش تمام شماری تعیین و در نهایت ۱۳۵ مراقبت دهنده به عنوان نمونه پژوهش مورد تحلیل قرار گرفت. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از: مراقب اصلی بیمار باشد (به اظهار بیمار، همراه، و کارشناس انجمن)، حداقل ۵ ساعت در هفته به طور منظم، از سالمند مراقبت نماید، این مراقبت در دوره زمانی بیش از شش ماه ادامه داشته باشد، داوطلب مشارکت در تحقیق باشد. به منظور رعایت موازین اخلاقی، پس از کسب اجازه از مسئولین انجمن و شرح اهداف پژوهش برای آنها، اهداف تحقیق برای مشارکت کنندگان در تحقیق نیز تشریح و رضایت آگاهانه از آنان اخذ شد و برای کسب اطمینان در زمینه محرمانه ماندن اطلاعات و جلب همکاری صادقانه، به آنها اعلام شد که از اطلاعات جمع آوری شده تنها برای تحقیق حاضر استفاده می‌شود. سپس از آنها خواسته شد به مجموعه پرسش نامه‌های پژوهش به صورت مداد-کاغذی پاسخ دهند. از آنجا که بعضی از مشارکت کنندگان قادر به پر کردن پرسشنامه به تنهایی نبودند پژوهشگران توسط مصاحبه با آنها اقدام به پر کردن پرسشنامه‌ها نمودند. علاوه بر پرسشنامه متغیرهای دموگرافیک، جهت تعیین نیازهای روانشناختی، آموزشی و اجتماعی مراقبین غیر رسمی (عضو خانواده) سالمندان مبتلا به دمانس و ارتباط آن با سلامت عمومی آنان، از ابزار "نیازسنجی از خویشاوند مراقبت کننده بیمار مبتلا به دمانس" و "پرسشنامه سلامت عمومی" استفاده شد.

ابزار نیازسنجی از خویشاوند مراقبت کننده بیمار مبتلا به دمانس: این پرسشنامه توسط ونکاتا و همکاران در سال ۲۰۰۵ به منظور ارزیابی و پژوهش در خدمات ارائه شده توسط خانواده بیماران مبتلا به دمانس، طراحی و تدوین شده است. از این رو به مشکلات مراقبین، بار مراقبتی و تعاملات مراقبت کنندگان تنها در ارتباط با برنامه ریزی برای مراقبت توجه شده است. سؤالات این ابزار به صورت یک مصاحبه ساختاریافته تنظیم شده است که با هدف شناسایی و پاسخدهی به نیازها مورد استفاده قرار می‌گیرد و ۱۹ حوزه مشکل آفرین شامل: اطلاعات درباره بیماری؛ سیر و نشانه‌های آن، درمان، ارائه خدمات به بیماران ساکن

دمانس یا زوال عقل، در پزشکی و روان پزشکی، اختلال مزمن و گاهی حاد فرایندهای روانی است که به علت بیماری عضوی مغز ایجاد می‌شود و با تغییر شخصیت و موقعیت ناشناسی و اختلال در حافظه و داوری و اندیشه همراه است. شایع‌ترین نوع دمانس، بیماری آلزایمر است [۹]. دمانس عبارت است از تخریب پیش رونده کارکردهای شناختی که در زمینه‌ای از هشیاری کامل (بدون وجود دلیریوم - حداقل در مراحل نخست دمانس) بروز می‌کند. افراد مبتلا به دمانس از مجموعه‌ای از علائم بالینی از جمله اختلالات حافظه، اختلال زبان، تغییرات روان شناختی و روان پزشکی، و اختلال فعالیت‌های روزمره زندگی رنج می‌برند [۱۰]. علائم ذکر شده سبب می‌شود که فرد مبتلا، تدریجاً به مراقبت کم و بیش دائم نیاز پیدا کند که این چالشی مهم برای خانواده محسوب می‌شود. در ایران به دلایل فرهنگی، مراقبین غیررسمی که بیشتر عضوی از خانواده‌اند، درگیر مراقبت می‌شوند [۱۱]. براساس مطالعه نعمانی و همکاران که به بررسی و تحلیل خدمات مورد نیاز در بین سالمندان پرداخته، نتایج مطالعه نشان می‌دهد که خدمات پرستاری بیشترین نیاز سالمندان در منزل می‌باشد [۱۲]. مراقبت و پرستاری از افراد مبتلا به دمانس فشار (بار) قابل توجهی را بر خانواده‌ها تحمیل می‌کند. منابع این فشار حجم مراقبت و مدت زمان طولانی آن و همچنین پیامدهایی همچون علائم و افت فیزیکی و روانی پیش‌رونده است که کار مراقبت را به امری طاقت فرسا تبدیل می‌کند. وجود رفتارهای آزاردهنده و علائم روانی و همچنین تأمین و مدیریت نیازهای جسمی، اقتصادی، روانی بیماران، برای مراقبین امری مشکل و پیچیده است. مطالعات نشان داده‌اند که عکس العمل مراقبین در مواجهه با این رفتارهای دردسرساز، مستقیماً با فشار وارد بر آنان در ارتباط بوده و در کاهش سطح کیفیت زندگی آنان تأثیرگذار است [۱۳].

با توجه به نظر برخی پژوهشگران، مراقبان غیررسمی سالمندان، بیماران پنهانی هستند که مستعد ابتلا به مشکلات جسمی- روانی و اجتماعی فراوانند [۳]. مراقبت از سالمند یک فرایند مزمن استرس زا است که پیامدهای منفی بر سلامت جسمی و روانی مراقبین دارد [۱۴]. این مراقبین مشکلات عدیده‌ای مانند اختلال خواب، خستگی، تحمل بار شدید، مشکل در برقراری ارتباط با سالمند، اختلال در ارتباطات خانوادگی و اجتماعی، مشکل در انجام امور منزل و اشتغال به تحصیل و انواع مشکلات اقتصادی را تجربه می‌کنند [۱۵]. مطالعات نیز نشان می‌دهند که هزینه استفاده از پرستاران (مراقبان رسمی) بسیار بالا بوده و از عمده مشکلات خانواده بیمار در سطح کوچک، و جامعه، در سطح کلان، به شمار می‌آید [۱۶، ۱۷]. هنگامی که مراقبت طولانی مدت از سالمندان به سوی خانه و جامعه متوجه می‌شود، مسئولیت مراقبت نیز به سمت خانواده‌ها تغییر جهت می‌دهد؛ لذا درک تجارب افراد مراقب در این موقعیت برای اطمینان از پاسخدهی بجا و بموقع به نیازهای آنان و حمایت درست، در دسترس و مؤثر از آنان ضروری است [۱۸]. همچنین مراقبین نیاز دارند شناخته شوند و موضوع سلامت و رفاه آنان نیز به طور همزمان با نیازهای سالمندان مورد تاکید قرار گیرد [۱۹]. از این رو رفع نیازهای آموزشی، اجتماعی، روحی، عاطفی و جسمی مراقبین در ارتباط با مشکلاتی که در فرایند مراقبت با آن رو به رو می‌شوند از اولویت‌های مهم بهداشتی برای سالمندان مبتلا به دمانس

اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی است. در این پرسشنامه نمره ی کمتر نشانه سلامت روان بالاتر و نمره بیشتر نشان از مشکلات روانشناختی دارد. شیوه نمره گذاری این پرسشنامه به این صورت است که از گزینه یک تا چهار به ترتیب نمره صفر، یک، دو و سه تعلق می گیرد. بدین ترتیب نمره فرد در هریک از زیرمقیاس ها از صفر تا بیست و یک در کل پرسشنامه از صفر تا ۸۴ خواهد بود. تقوی این پرسشنامه را برای استفاده در جامعه ایرانی روانسنجی نموده و ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹ و روایی را ۰/۵۵± محاسبه نموده است [۲۸]. در پژوهش نوربالا و همکاران نیز روایی و پایایی پرسشنامه به ترتیب ۰/۷۴/۵ و ۰/۹۲/۳ گزارش شده است [۲۹].

داده‌های حاصل از جمع آوری اطلاعات بعد از ورود به نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. به منظور تحلیل داده‌ها در این پژوهش از روش آمار توصیفی شامل درصد و میانگین، انحراف معیار، واریانس و همچنین روش همبستگی پیرسون (چندمتغیری) استفاده شد.

یافته‌ها

۱۳۵ مراقب در مطالعه شرکت کردند که میانگین سنی آن‌ها $48/88 \pm 9/43$ سال و میانگین طول مدت مراقبت از سالمندان $4 \pm 3/31$ سال بود. سایر اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان در جدول ۱ آمده است.

جدول ۲، وضعیت سلامت عمومی و خرده مقیاس‌های آن شامل سلامت جسمانی، اضطراب، عملکرد اجتماعی، افسردگی و همچنین نیازهای مراقبین (آموزشی، روانشناختی و اجتماعی) را نشان می‌دهد.

متنازل شخصی، مشکلات مالی ناشی از مراقبت از بیمار، آگاهی از مزایای مالی، مشکلات ناشی از این واقعیت که بیمار دیگر توانایی اداره امور حقوقی شخصی‌اش را ندارد، احساس اندوه ناشی از بیماری، رویدادهای آینده، مشکلات مربوط به برقراری ارتباط با بیمار و اداره او، فشار و ناراحتی ناشی از رفتار بیمار، موقعیت‌های بحرانی در منزل، داشتن فردی جایگزین در مواقعی که وظایف و تعهدات دیگری دارید، تماس با دیگران، تنش در خانواده، خطرات احتمالی برای بیمار، ترس از با خبر شدن دیگران از بیماری عضو خانواده، ترس از گزارشات عجیب و هشدار دهنده در باره مراکز روانپزشکی و آسایشگاه‌ها، احساس گناه، مقصر قلمداد شدن از سوی دیگران، در صورت نیاز بیمار به مراقبت پرستاری، فقدان دانش کافی درباره نحوه تأمین مراقبت؛ ناتوانی در تأمین مراقبت، مشکل در اداره امور خانه، احساس فشار و فرسودگی ناشی از مراقبت از بیمار، احساس افسردگی و بیماری جسمی مراقب را شناسایی می کند [۲۵]. در این مطالعه روایی صوری و محتوای پرسشنامه توسط جمعی از متخصصین حوزه سالمندی مورد ارزیابی و تأیید قرار گرفت. پایایی پرسشنامه نیز با تاکید بر همبستگی درونی با روش آلفای کرونباخ مورد سنجش قرار گرفت و $\alpha = 0/72$ به دست آمد.

پرسشنامه سلامت عمومی: این پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۲ طراحی و تدوین شده است. هدف از طراحی این پرسشنامه کشف و شناسایی اختلالات روانی در موقعیت‌های مختلف بوده است [۲۶]. این پرسشنامه از جمله شناخته شده ترین ابزار غربالگری اختلالات روانی است که در ویرایش‌های متفاوتی با تعداد سؤالات متغیری نظیر ۱۲، ۲۸، ۳۰ و ۶۰ وجود دارد و تمامی این نسخه‌ها دارای اعتبار و روایی خوبی هستند [۲۷]. پرسشنامه مورد استفاده در این تحقیق، دارای ۲۸ سؤال و چهار بعد جسمانی، اضطراب و بی خوابی،

جدول ۱. اطلاعات جمعیت شناختی مراقبین سالمندان

متغیرها	فراوانی (درصد)
جنسیت	
مرد	۳۰ (۲۲/۷)
زن	۱۰۵ (۷۷/۳)
وضعیت تأهل	
فاقد همسر	۳۴ (۲۵/۸)
دارای همسر	۱۰۱ (۷۴/۲)
وضعیت اشتغال	
شاغل	۴۵ (۳۳/۳)
خانه دار	۹۰ (۶۶/۷)
سطح تحصیلات	
ابتدایی	۱۰ (۷/۶)
سیکل	۱۲ (۹/۱)
دیپلم	۴۷ (۳۴/۸)
فوق دیپلم	۱۶ (۱۲/۲)
لیسانس	۴۷ (۳۴/۸)
فوق لیسانس	۳ (۱/۵)
نسبت مراقبین	
دختر	۷۲ (۵۳)
پسر	۳۰ (۲۲/۸)
عروس	۶ (۴/۵)
همسر	۲۷ (۱۹/۷)
کل	۱۳۵ (۱۰۰)

جدول ۲. توزیع شاخص‌های مرکزی متغیرهای اصلی پژوهش در شرکت کنندگان

متغیر	انحراف معیار \pm میانگین	حداقل	حداکثر
سلامت عمومی	۲۷/۲۱ \pm ۱۰/۲۱	۱۳	۵۸
سلامت جسمانی	۳/۳۶ \pm ۳/۶۲	۱	۱۷
اضطراب	۷/۸۳ \pm ۳/۷۴	۱	۱۷
عملکرد اجتماعی	۹/۸۴ \pm ۳/۷۱	۳	۲۱
افسردگی	۳/۱۶ \pm ۱/۲	۰	۲۱
نیاز آموزشی	۲۲/۷۱ \pm ۷/۲۹	۱۲	۴۴
نیاز روانشناختی	۲۲/۰۱ \pm ۵/۴۱	۱۶	۳۴
نیاز اجتماعی	۷/۵۶ \pm ۲/۸۶	۴	۱۵

اجتماعی مراقبین وجود نداشت. بین نیازهای آموزشی با بعد میزان اضطراب رابطه مثبت معنادار وجود داشت بدین معنا که هر چه نیازهای آموزشی مراقبین بیشتر بود میزان اضطراب آنان بیشتر بود. لازم به ذکر است که سلامت عمومی کل و ابعاد سلامت جسمی، عملکرد اجتماعی، افسردگی آن نیز رابطه معناداری با نیازهای آموزشی مراقبین نداشت (جدول ۳).

با توجه به یافته‌ها، بین نیازهای روانشناختی با سلامت عمومی کل و ابعاد آن در مراقبین رابطه معنادار وجود نداشت. بین نیازهای اجتماعی با بعد میزان اضطراب رابطه مثبت معنادار وجود داشت؛ بدین معنا که هر چه نیازهای اجتماعی مراقبین بیشتر بود میزان اضطراب آنان نیز بیشتر بود. لازم به ذکر است که بین سلامت عمومی کل و ابعاد سلامت جسمی، عملکرد اجتماعی، افسردگی آن نیز رابطه معناداری با نیازهای

جدول ۳. همبستگی سلامت عمومی و زیرمقیاس‌های آن با نیازهای مراقبین

متغیر	نیازهای روانشناختی	نیازهای اجتماعی	نیازهای آموزشی
سلامت عمومی	- ۰/۱۰۳	۰/۱۵۷	۰/۰۸۲
سلامت جسمانی	۰/۰۱۹	۰/۰۵۳	۰/۰۸۷
میزان اضطراب	۰/۰۴۰	* ۰/۲۳۵	* ۰/۲۳۹
عملکرد اجتماعی	- ۰/۰۸۴	۰/۰۳۲	۰/۰۲۳
افسردگی	- ۰/۱۷۵	۰/۰۷۷	- ۰/۰۵۷

* P < ۰/۰۵

عمده مراقبین سالمندان به شمار می‌آید. در کشورهای صاحب تجربه نیز با وجود انواع نظام‌های حمایتی موجود، این باور وجود دارد که با افزایش جمعیت سالمندان ضروری است در قالب اشکال نوین بیمه‌ها، پرداخت کمک هزینه‌های زندگی به صورت مختلف نقدی و غیر نقدی، اختصاص دادن ساعات مرخصی ویژه مراقبین شاغل و فراهم کردن امکانات مراقبتی مانند تأمین و مناسب سازی محیط زندگی سالمند، به شکل مناسب به تأمین و رفع نیازهای این خانواده‌ها توجه شود [۱۹]. البته فرهنگ می‌تواند بر نحوه بیان نیازها و رفتار جستجوی کمک در مراقبین خانوادگی افراد مبتلا به دمانس تأثیر بگذارد. در کشورهای آسیایی، خانواده‌ها اعتقاد به مخفی نمودن مسائلی دارند که ناراحت کننده بوده یا باعث کم کردن شأن خانوادگی آن‌ها می‌شود. ترس از این است که مبادا بیمار مبتلا به دمانس آن‌ها برچسب بیمار روانی بخورد، چرا که این مسئله به لحاظ اجتماعی برای آن‌ها شرم آور است [۳۱].

این مراقبین مشکلات عدیده‌ای مانند اختلال خواب، خستگی، تحمل بار شدید، مشکل در برقراری ارتباط با سالمند، اختلال در ارتباطات خانوادگی و اجتماعی، مشکل در انجام امور منزل و اشتغال به تحصیل و انواع مشکلات اقتصادی را تجربه می‌کنند. نیازهای روانشناختی آنان نیز ترکیبی از مداخلات آموزش روانی خانواده با مراقبت‌های بهداشت روانی است که بر کاهش مشکلات روانی مراقبین خانوادگی تأثیر قابل توجهی دارد [۱۵]. مراقبین برای تأمین سلامت روانی خود به حمایت روانی و عاطفی نیز نیاز دارند. داشتن گوش شنوا برای شنیدن و همدلی با مراقبین بسیار با اهمیت است. آنان نیاز دارند که صدایشان شنیده

بحث

پژوهش حاضر با هدف، تعیین نیازهای روانشناختی، آموزشی و اجتماعی مراقبین سالمندان مبتلا به دمانس همچنین ارتباط آن با سلامت عمومی آنان انجام شد. یافته‌های به دست آمده نشان داد بین نیازهای روانشناختی با سلامت عمومی و ابعاد آن در مراقبین رابطه معنادار وجود ندارد، ولی بین نیازهای اجتماعی و نیازهای آموزشی با سلامت روان، در بعد اضطراب رابطه مثبت معنادار وجود دارد.

نیازهای آموزشی، مرتبط با مهارت‌های مراقبتی و چگونگی دسترسی به حمایت عاطفی و روانی مورد نیاز، همچنین نیاز به اخذ اطلاعات کافی، به موقع و در دسترس در زمینه سلامت و بیماری، درمان آن، و توصیه‌های لازم در ابعاد جسمی و روانی و منابع حمایتی مالی و قانونی و نحوه دسترسی به خدمات اجتماعی، از مهمترین نیازهای اطلاعاتی مراقبین شمرده شده است. مطالعه شین، ضمن تأکید بر مزایای آموزش مراقبین بیان داشته که ارتقا دانش مراقبین در مورد مراقبت از بیماران مبتلا به آلزایمر سبب ارتقا ندرستی مراقب نیز خواهد شد [۳۰].

از جمله نیازهای اجتماعی مراقبین این است که آنان نیاز دارند تا در طول مراقبت مستمر از سالمند زمان‌هایی را برای استراحت و انفکاک کامل از مسئولیت مراقبت برای رسیدن به امور شخصی خود در اختیار داشته باشند. لذا ضروری است با تسهیلات لازم مانند حمایت‌های ایزاری به شکل کمک فیزیکی و یا از طریق مراقبت فرجه‌ای در منزل برای ارائه خدمت به مراقبین سالمندان آسیب پذیر، این فرصت ارزشمند را برای آنان فراهم کرد. داشتن امنیت و حمایت مالی یکی دیگر از نیازهای

بیماری و همچنین نیاز به ابزار و امکانات فیزیکی جهت مراقبت از بیماران، نیازهای روانی را مهمتر دانستند [۳۳]. زابالیگیو همکارانش نیز اغلب مشکلات مراقبین را ناشی از مشکلات روحی و روانی دانسته‌اند [۲۳]. از آنجایی که مراقبین خانوادگی، قربانیان خاموش و از اعضا کلیدی مراقبت از سالمند مبتلا به آلزایمر محسوب می‌شوند، لذا لازم است تا ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و به ویژه پرستاران در ارائه خدمات مبتنی بر جامعه، ارزیابی وضعیت سلامت عمومی و ارائه راهکارهای عملی برای حفظ و ارتقا سلامت مراقبین را هدف خدمات خود قرار دهند.

نتیجه گیری

فشار ناشی از مراقبت سالمندان و عدم توجه به نیازهای روانشناختی، اجتماعی و آموزشی مراقبین تمامی ابعاد سلامت عمومی مراقبین را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مداخلات آموزشی جهت کاهش فشار و ارائه آموزشی‌های مناسب به مراقبین سبب بهبود کیفیت مراقبت از سالمندان مبتلا به آلزایمر می‌گردد.

تشکر و قدردانی

با تشکر از انجمن آلزایمر ایران و کلیه مراقبینی که در این مطالعه همکاری نمودند. این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب در مرکز تحقیقات سالمندی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی می‌باشد که با کد IR.USWR.REC. ۱۳۹۶،۲۱۹ به ثبت رسیده است.

References

1. Smith CM, Maurer FA. Community health nursing: Theory and practice: WB Saunders Company 2000.
2. Redfern SJ, Ross F. Nursing older people: Churchill Livingstone. 2006.
3. Crespo L, Mira P. Caregiving to elderly parents and employment status of European mature women. Rev Economic Statistic. 2014;96(4):693-709. doi: 10.1162/REST_a_00426
4. Brookmeyer R, Johnson E, Ziegler-Graham K, Arrighi HM. Forecasting the global burden of Alzheimer's disease. Alzheimers Dement. 2007;3(3):186-91. doi: 10.1016/j.jalz.2007.04.381 pmid: 19595937
5. Alzheimer's Association. Alzheimer's disease Facts and Figures 2019. Available from: www.alz.org/alzheimers-dementia/facts-figure.
6. Iran Alzheimer Association. Prevalence of dementia and alzheimer disease 2019. Available from: iranalz.ir
7. Langa KM, Chernew ME, Kabeto MU, Herzog AR, Ofstedal MB, Willis RJ, et al. National estimates of the quantity and cost of informal caregiving for the elderly with dementia. J Gen Intern Med. 2001;16(11):770-8. doi: 10.1111/j.1525-1497.2001.10123.x pmid: 11722692
8. Brookmeyer R, Gray S, Kawas C. Projections of Alzheimer's disease in the United States and the public health impact of delaying disease onset. Am J

شود و از طریق درک ارزش نقششان و کاری که انجام می‌دهند مورد قدردانی و سپاس قرار گیرند [۱۹]. مطالعه فرهادی و همکاران نیز مبین این است که تجارب مثبت مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به دمانس در ایران دربرگیرنده سه طبقه اصلی رشد فردی، رضایتمندی از مراقبت و دستاورد مراقبت می‌باشد که خاص جامعه و فرهنگ ایرانی است [۳۲].

بررسی پیشینه پژوهش‌های انجام شده در راستای پژوهش حاضر نشان داد پژوهش‌هایی که با نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر همسو باشد و یافته‌های پژوهش را مورد تأیید قرار دهد، انجام نشده است و در این زمینه فقط می‌توان به پژوهش محمدی و همکارانش اشاره کرد، که مطالعه‌ای در خصوص کشف نیازهای مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر با تحلیل تجربه مراقبین خانوادگی انجام دادند. آن‌ها به این نتیجه دست یافتند که مهمترین نیاز مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر را نیاز به اطلاعات، نیاز به مناسب سازی محیط زندگی، نیاز به دیده شدن، مدیریت سلامت خود (مراقب)، نیاز به نظام‌های بهداشتی جایگزین و امکانات مراقبتی تشکیل می‌دهند [۱۹].

نتایج به دست آمده با نتایج پژوهش ناهمسو است، که در ادامه به آنها اشاره می‌کنیم. وینگنکارو همکارانشکه طی پژوهشی نیازهای روانی، نیازهای آموزشی مربوط به بیماری و همچنین نیاز به ابزار و امکانات فیزیکی جهت مراقبت از بیماران را در مراقبین بررسی کرده و بر نیازهای روانشناسی و آموزشی تأکید کردند [۲۲]. بینگ و همکارانش نیز طی پژوهشی از میان نیازهای روانی و نیازهای آموزشی مربوط به

- Public Health. 1998;88(9):1337-42. doi: 10.2105/ajph.88.9.1337 pmid: 9736873
9. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda SG, Huntley J, Ames D. Dementia prevention, intervention, and care. The Lancet. 2017;390(10113):2673-734. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31363-6
10. Kivimäki M, Singh-Manoux A. Prevention of dementia by targeting risk factors. Lancet. 2018;391(10130):1574-5. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30578-6
11. Khatti Dizabadi F, Yazdani J, Eftekhari Ardebili H, Batebi A, Shojaezadeh D. The Status of Caregiving among Informal Caregivers of Community-dwelling Elderly. J Mazandaran Univ Med Sci. 2013;23(100):31-41.
12. Na'emani F, Fayaz-Bakhsh A, Sohrabi Z, Zali ME. Service required for elderly receiving home care: a situational analysis. Payesh (Health Monitor). 2019;18(6):513-25.
13. Abdollahpour I, Noroozian M, Nedjat S, Majdzadeh R. Psychiatric Symptoms in Patients with Dementia: Prevalence and their Relationship with Caregiver Burden. Iran J Epidemiol. 2011;7(2):51-9.
14. Scott CB. Alzheimer's disease caregiver burden: Does resilience matter? J Human Behavior Soc Environ. 2013;23(8):879-92. doi: 10.1080/10911359.2013.803451

15. Ghaedi Heidari F, Pahlavanzadeh S, Maghsoudi J, Ghazavi Z. Effect of family education program on depression, anxiety and stress of family caregivers of elderly individuals with dementia. *J Nurs Educat.* 2014;3(1):12-20.
16. Dwibedi N, Findley PA, Wiener RC, Shen C, Sambamoorthi U. Alzheimer Disease and Related Disorders and Out-of-Pocket Health Care Spending and Burden Among Elderly Medicare Beneficiaries. *Med Care.* 2018;56(3):240-6. **doi:** [10.1097/MLR.0000000000000869](https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000869) **pmid:** 29309391
17. Gordon P. Caregivers of Alzheimer's Disease Patients: A Qualitative Study of Caregiver's Perceptions on the Financial Stressors of Caregiving: Northcentral University 2018.
18. Wang Z, Ma C, Han H, He R, Zhou L, Liang R, et al. Caregiver burden in Alzheimer's disease: Moderation effects of social support and mediation effects of positive aspects of caregiving. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2018. **doi:** [10.1002/gps.4910](https://doi.org/10.1002/gps.4910) **pmid:** 29856091
19. Mohammadi F, Babae M. Effects of participation in support groups on Alzheimer's family caregivers' strain and spiritual wellbeing. *Iran J Age.* 2011;6(1):29-37.
20. Babae M. Social problems of caregiving families of disability in Karaj. *Iran J Age.* 2007;2(4):177-81.
21. D'Aoust J, Hudson M, Tatibouet S, Wick J, Canadian Scleroderma Research G, Mahler M, et al. Clinical and serologic correlates of anti-PM/Scl antibodies in systemic sclerosis: a multicenter study of 763 patients. *Arthritis Rheumatol.* 2014;66(6):1608-15. **doi:** [10.1002/art.38428](https://doi.org/10.1002/art.38428) **pmid:** 24577935
22. Vaingankar JA, Subramaniam M, Abdin E, He V, Chong SA. How much can I take?: predictors of perceived burden for relatives of people with chronic illness. *ANNALS Academ Med Singapore.* 2012;41(5):212-20.
23. Zabalegui A, Bover A, Rodriquez E, Cabrera E, Diaz M, Gallart A, et al. Informal caregiving: perceived needs. *Nurs Sci Q.* 2008;21(2):166-72. **doi:** [10.1177/0894318408314978](https://doi.org/10.1177/0894318408314978) **pmid:** 18378827
24. Rohani H, Eslami AA, Jafari-Koshki T, Raei M, Abrishamkarzadeh H, Mirshahi R. The factors affecting the burden of care of informal caregivers of the elderly in Tehran. *J Kermanshah Univ Med Sci.* 2015;18(12):726-33.
25. Wancata J, Krautgartner M, Berner J, Alexandrowicz R, Unger A, Kaiser G, et al. The Carers' Needs Assessment for Dementia (CNA-D): development, validity and reliability. *Int Psychogeriatr.* 2005;17(3):393-406. **doi:** [10.1017/s1041610205001699](https://doi.org/10.1017/s1041610205001699) **pmid:** 16252373
26. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med.* 1979;9(1):139-45. **doi:** [10.1017/s0033291700021644](https://doi.org/10.1017/s0033291700021644) **pmid:** 424481
27. Werneke U, Goldberg DP, Yalcin I, Ustun BT. The stability of the factor structure of the General Health Questionnaire. *Psychol Med.* 2000;30(4):823-9. **doi:** [10.1017/s0033291799002287](https://doi.org/10.1017/s0033291799002287) **pmid:** 11037090
28. Taghavi S. Validity and reliability of the general health questionnaire (GHQ-28) in college students of Shiraz University. *J Psychol.* 2002;5(4):381-98.
29. Noorbala A, Bagheri Yazdi S, Mohammad K. The Validation of General Health Questionnaire- 28 as a Psychiatric Screening Tool. *Hakim Health Sys Res J.* 2009;11(4):47-53.
30. Shin M. The effect of education program on main family member caregiving dementia older: Chonam National University, Gwangju 2007.
31. Lin TY, Tseng WS, Ye Y. Chinese societies and mental health: Oxford University Press 1995.
32. Farhadi A, Noroozian M, Mohammadi F, Foroughan M, Rassouli M, Sadeghmoghadam L, et al. Positive Experiences of Caregiving in Family Caregivers of Older Adults with Dementia: a Content Analysis Study. *Iran South Med J.* 2018;21(4):319-34. **doi:** [10.21203/rs.2.15984/v1](https://doi.org/10.21203/rs.2.15984/v1)
33. Ng HY, Griva K, Chua J, Tan J, Lim HA, Mahendran R. Investigating Relationships Between Caregiving Motivations and Basic Psychological Need Satisfaction Amongst Caregivers: A Mixed Methods Framework. *Psycho Oncol.* 2014;23:268-9.