

«سلامت عمومی» زنان مراقبت کننده از سالمند مبتلا به آلزایمر

(مقاله پژوهشی برگرفته از پایان نامه)

فریده باستانی^{۱*}، راضیه السادات حسینی^۲، ماه‌منیر بنی‌اسد^۳، حمید حقانی^۴

چکیده:

هدف: مطالعه حاضر با هدف بررسی سلامت عمومی زنان مراقبت کننده از سالمند مبتلا به آلزایمر انجام شد. **روش بررسی:** این مطالعه توصیفی-مقطعی، بخش مقدماتی از یک مطالعه کارآزمایی در عرصه بود که حجم نمونه آن ۱۵۰ نفر برآورد شد و افراد مورد نظر، به روش نمونه‌گیری مستمر انتخاب شدند. جامعه پژوهش در این مطالعه شامل زنانی بود که بین ۱۸ تا ۶۰ سال سن داشته، از وابستگان درجه یک سالمند مبتلا به آلزایمر بوده و مراقبت مستقیم از سالمند را بمدت حداقل ۶ ماه به عهده داشتند. بررسی سلامت عمومی در پژوهش، با پرسش نامه ۲۸ آیتمی سلامت عمومی (GHQ-28) انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها، با آزمون‌های t ، χ^2 ، کروس کالوایس و MANOVA انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که ۲۴٪ از زنان مورد مطالعه دارای سلامت عمومی مطلوب بوده و ۵۸/۷٪ سلامت عمومی متوسط و ۱۷/۳٪ دارای سلامت عمومی نامطلوب بودند. بین متغیر سلامت عمومی زنان مراقبت کننده و مشخصات سن ($p=0/016$)، وضعیت اشتغال ($p=0/008$)، نسبت خویشاوندی ($p=0/013$)، و وضعیت اقتصادی ($p=0/049$)، ارتباط معنا داری وجود داشت. اما بین سلامت عمومی و عواملی همچون وضعیت تأهل ($p=0/05$)، سطح تحصیلات ($p=0/07$)، و مدت مراقبت از سالمند مبتلا به آلزایمر ($p=0/205$)، ارتباط معنادار یافت نشد. **نتیجه‌گیری:** پژوهش حاضر نشان داد که در صد قابل توجهی از زنان مراقبت کننده از سالمند مبتلا به آلزایمر در وضعیت مطلوبی از سلامت عمومی قرار نداشتند. لذا با توجه به اینکه در ایران، مطالعات جنسیت محور در مراقبتین کمتر صورت گرفته، پیشنهاد می‌شود تحقیقات بعدی بر ابعاد مختلف سلامتی و ارتقاء آن در مردان و زنان مراقب انجام گیرد.

کلید واژه‌ها: آلزایمر، مراقبتین، سلامت عمومی

۱- دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران.

* پست الکترونیک نویسنده مسئول:

fbastani@iums.ac.ir

۲- کارشناسی ارشد پرستاری، مربی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد.

۳- مربی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران.

۴- مربی گروه آمار، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران

مقدمه

ناتوان کننده‌ای دارد، سطح وابستگی بیماران به مراقبتین با مرور زمان افزایش یافته، بار مراقبتی و سطوح بالای استرس^۱، خستگی، عصبانیت و آزرده‌گی مراقبتین را در پی دارد (۷). در واقع، مراقبت از بیمار ناتوان، مراقب را با مشکلات متعددی مواجه می‌کند که بر سلامت جسمی و روانی وی تأثیر منفی داشته و گاهی ارتباطات خانوادگی را نیز مختل می‌سازد (۸، ۶). در فرآیند مراقبت از بیماران مزمن، غالباً مراقبتین احساس عدم کنترل بر زندگی داشته (۹) و مراقبت از سالمند را تجربه‌ای پر استرس می‌دانند که رویارویی با همراه آن با احساس بی‌کفایتی است (۱۰). در سالهای اخیر آگاهی از نقش تعیین کننده مراقبتین در نگهداری دراز مدت از بیماران افزایش یافته است و به همین دلیل تحقیقاتی در زمینه مشکلات بهداشتی مراقبتین، کمبود حمایت از مراقبتین و آسیب پذیری آنان در به خطر افتادن سلامتی آنان مورد توجه قرار گرفته است. حتی در برخی موارد،

بیماری آلزایمر با شیوع ۳/۶-۱۰/۳ یکی از مشکلات مهم دوران سالمندی است (۱). تقریباً ۱٪ از افراد ۶۰ تا ۶۴ سال علائم ناشی از آلزایمر را نشان می‌دهند (۲). در سال ۲۰۰۲، بیماری آلزایمر هشتمین علت بیماری و منجر به بیش از ۵۸۰۰۰ مورد مرگ در آمریکا بود (۳). با توجه به افزایش تعداد سالمندان نسبت به کل جمعیت، اهمیت این بیماری بیشتر شده و مسأله مراقبت از سالمندان حائز اهمیت است (۴). تخمین زده شده است که ۹۰٪ افرادی که به بیماری آلزایمر مبتلا هستند، در خانه‌های خود زندگی کرده و در ۸۰٪ موارد مسئولیت مراقبت این افراد به اعضای خانواده و بویژه زنان واگذار می‌شود (۵). از آنجا که بیماران در جامعه نیازمند کمک مراقبتین هستند، سلامت مراقبتین با رویکرد خانواده محوری، از تأکید خاصی برخوردار است (۶) از آنجا که بیماری آلزایمر، درمان مشخصی نداشته و ماهیت

زنان و جمعیت کثیر قشر زنان انجام شد تا نتایج حاصل در راستای غنی سازی سیاست گذارهای ارتقاء سلامتی، عدالت اجتماعی و دسترسی به خدمات بهداشتی مورد استفاده قرار گیرد.

روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع توصیفی - مقطعی بود و جامعه پژوهش شامل زنانی بود که بین ۱۸ تا ۶۰ سال سن داشته، از وابستگی درجه یک سالمند مبتلا به آلزایمر بوده و مراقبت مستقیم از سالمند را بمدت حداقل ۶ ماه به عهده داشته باشند. از معیارهای ورود به مطالعه، توانایی تکلم به زبان فارسی، عدم داشتن بیماری روانی و جسمی مزمن (بطوریکه وابسته به مراقبت شخص ثالث باشند) و نیز عدم سابقه مصرف دارو و مواد روان گردان بود. حجم نمونه در سطح اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪/۱۵۰ نفر برآورد شد. هدف از انجام مطالعه برای افرادی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند توضیح داده شد. از روش نمونه‌گیری مستمر و مبتنی بر هدف استفاده شد. شرکت کنندگان هر زمان که تمایل داشتند حق خروج از تحقیق را داشتند و به آنان اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات آنها محرمانه خواهد ماند. پرسش نامه مشخصات فردی (۹ آیتمی) و سلامت عمومی (GHQ-28) اجرا شد. پرسش نامه سلامت عمومی، (۱۹۷۸) توسط گلدبرگ^۴ تهیه و در مطالعات ایرانی از آن استفاده شده است (۱۹، ۲۰). روایی و پایایی پرسشنامه به اثبات رسیده است و در مطالعه حاضر، پایایی ابزار، آلفای کرونباخ ۰/۸۳ برآورد شد. نمره گذاری پرسشنامه سلامت عمومی بر اساس مقیاس لیکرت است، که به هر سؤال از راست به چپ، نمرات ۰، ۱، ۲، ۳ تعلق می‌گیرد. در صورتی که مجموع نمرات بین ۰-۲۷ باشد، سلامت عمومی مطلوب، ۲۸-۵۵ سلامت عمومی تا حدی مطلوب و ۵۶-۸۴، سلامت عمومی نامطلوب در نظر گرفته می‌شود (۱۹). داده‌ها با نرم افزار SPSS (ویرایش ۱۶) و آزمون‌های t مستقل، ANOVA، آزمون کروسکال وایس و کای دو استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سنی زنان مراقبت کننده 67.75 ± 10 سال و بیشترین گروه سنی مراقبت کنندگان (۳۸/۷٪)، در مرحله میانسالی (۶۰-۵۱ سال) بودند. ۷۵/۳٪ مراقبت کنندگان متأهل، ۷۲/۷٪ دارای وضعیت اقتصادی متوسط، ۸۲٪ خانه دار، ۶۵/۳٪ سطح تحصیلاتی دیپلم و بالاتر و ۶۶٪ از نظر نسبت خویشاوندی،

مداخلاتی جهت کاهش مشکلات مراقبت صورت گرفته است و لذا درک و شناخت مشکلات مرتبط با سلامتی مراقبین می‌تواند نقش بسزایی در شناسایی نوع مداخلات، برای حل این مسائل داشته باشد. بی‌شک حمایت از مراقبت کنندگان خانوادگی منافع مسئولین مراقب و سالمند تحت مراقبت را مدنظر دارد (۱۱).

گرچه در ایران مطالعات جنسیت - محور^۱ در مراقبین کمتر صورت گرفته، اما واضح است که تأثیرات جسمی و روانی مراقبت از سالمند، برای مراقبین مرد و زن حائز اهمیت است. با این وجود، مطالعات مرتبط با مراقبین زن نشان داده است که آنها فشار بار مراقبتی و سطوح بالاتری از استرس را نسبت به مراقبین مرد تجربه می‌کنند. یک دلیل احتمالی برای این تفاوت احتمالاً ناشی از تصور اجتماعی در مورد نقش و جنس زن در جوامع است. در بسیاری از فرهنگها انتظار می‌رود که زنان مراقبین اصلی خانوادگی باشند (۱۲). در مطالعات انجام شده، زنان مهم‌ترین گروه، یعنی ۷۵ درصد مراقبین خانوادگی را تشکیل می‌دهند (۱۳). شواهد نشان می‌دهد که اگرچه مراقبت از سالمند وظیفه تمامی اعضای خانواده است (۱۴)، لیکن اگر در خانواده‌ای هم پسر و هم دختر حضور داشته باشد، معمولاً دختران و زنان نقش مراقب اصلی و اولیه را به عهده می‌گیرند و برای ایفای نقش‌های خود ملزم به از خودگذشتگی و حتی نادیده گرفتن رفاه و سلامتی خود هستند (۱۵).

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. تولید و انجام پژوهش‌های مرتبط با سلامتی در راستای شناسایی همه جانبه حوزه سلامت زنان و رفع مشکلات و عوامل ایجاد کننده آن، از نیازهای اساسی کشور و جامعه محسوب می‌شود (۱۶). برخی از پژوهشگران، مراقبین خانگی سالمندان را «بیماران مخفی»^۲ دانسته و این افراد را در معرض ابتلا به اختلالات جسمی - روانی و اجتماعی بیشماری معرفی کرده‌اند (۱۷). مراقبت از بیماران مبتلا به دمانس و به ویژه آلزایمر از سخت‌ترین، صدمه زنده‌ترین و چالش برانگیزترین نوع مراقبت‌هاست و فرسودگی^۳ ناشی از نگهداری این بیماران، از مراقبت سایر بیماران مبتلا به اختلالات مزمن بیشتر است (۱۸). رفتارهای مخرب بیمار و فشار بار مراقبتی از مهمترین عوامل مؤثر بر فرسودگی مراقبین بویژه در مراقبین زن است (۱۹). مطالعه حاضر با توجه کم بودن مطالعات متمرکز بر گروه‌های مختلف

۸۰، $(M \pm SD: 38/92 \pm 15/14)$ ، بود و ۲۴٪ مراقبین سلامت عمومی مطلوب داشتند (جدول ۱).

دختر سالمند مبتلا به آلزایمر بودند که ۷/۵۰٪ مسئولیت مراقبت از سالمند خود برای مدت ۶-۱۲ ماه را به عهده داشتند. سلامت عمومی زنان مراقبت کننده با دامنه نمرات حداقل ۲ و حداکثر

جدول ۱. توزیع فراوانی سلامت عمومی بر حسب سن زنان مراقبت کننده از بیمار مبتلا به آلزایمر

۵۱-۶۰		۴۱-۵۰		زیر ۴۰ سال		گروه سنی
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	سلامت عمومی
۱۹/۳	۱۱	۳۰/۹	۱۷	۲۱/۱	۸	مطلوب
۴۹/۱	۲۸	۶۰	۳۳	۷۱/۱	۲۷	متوسط
۳۱/۶	۱۸	۹/۱	۵	۷/۹	۳	نامطلوب
۱۰۰	۵۷	۱۰۰	۵۵	۱۰۰	۳۸	جمع
$42/77 \pm 16/37$		$35/9 \pm 14/44$		$37/52 \pm 13/19$		میانگین و انحراف استاندارد
F = 3/184		df = 2		P = 0/044		ANOVA

بعبارتی سلامت عمومی مراقبین از سالمند مبتلا به آلزایمر با سن، ارتباط داشت.

پس از ادغام دو گروه وضعیت اقتصادی خوب و متوسط، نتایج آزمون آماری نشان داد که بین سلامت عمومی و وضعیت اقتصادی از نظر آماری ارتباط معنی داری وجود دارد (جدول ۲).

توزیع فراوانی سلامت عمومی بر حسب سن زنان مراقبت کننده پس از ادغام دو گروه زیر ۳۰ سال و ۳۱-۴۰ سال با آزمون ANOVA، اختلاف آماری معنی داری را بین گروه های سنی نشان داد. آزمون تعقیبی توکی نشان داد که این تفاوت در گروه های سنی زیر ۴۰ سال با گروه ۵۱-۶۰ سال ($P=0/013$) و گروه زیر ۴۰ سال با گروه ۴۱-۵۰ سال ($P=0/013$) معنادار بود.

جدول ۲. توزیع فراوانی سلامت عمومی بر حسب وضعیت اقتصادی زنان مراقبت کننده از بیمار مبتلا به آلزایمر

ضعیف		خوب و متوسط		وضعیت اقتصادی
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	سلامت عمومی
۷/۱	۲	۲۷/۹	۳۴	مطلوب
۶۰/۷	۱۷	۵۸/۲	۷۱	متوسط
۳۲/۱	۹	۱۳/۹	۱۷	نامطلوب
۱۰۰	۲۸	۱۰۰	۱۲۲	جمع
$45/85 \pm 12/85$		$37/33 \pm 15/22$		میانگین و انحراف استاندارد
T = 2/971		p = 0/003		نتایج آزمون مستقل
df = 148				

سلامت عمومی و نسبت خویشاوندی نیز ارتباط معنی داری داشتند. نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد که ارتباط بین گروه همسر با گروه عروس ($P=0/013$) و گروه دختر ($P=0/007$)، بیماران مبتلا به آلزایمر بیشتر است.

جدول ۳. توزیع فراوانی سلامت عمومی بر حسب نسبت خویشاوندی زنان مراقبت کننده از بیمار مبتلا به آلزایمر

عروس		دختر		همسر		نسبت خویشاوندی سلامت عمومی
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۲۸/۶	۶	۲۶	۲۶	۱۳/۸	۴	مطلوب
۶۶/۷	۱۴	۶۱	۶۱	۴۴/۸	۱۳	متوسط
۴/۸	۱	۱۳	۱۳	۴۱/۴	۱۲	نامطلوب
۱۰۰	۲۱	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۲۹	جمع
۳۳/۸۰±۱۳/۹۲		۳۷/۷۲±۱۴/۰۹		۴۶/۷۹±۱۷/۰۱		میانگین و انحراف استاندارد
F=۵/۷۸۰		df=۲		p≤۰/۰۰۱		ANOVA

بین سلامت عمومی و وضعیت اشتغال، تحصیلات و مدت مراقبت زنان مراقبت کننده از بیمار مبتلا به آلزایمر ارتباط آماری معنا داری وجود دارد (جدول ۶-۴). به این معنی که در مراقبین، هرچه سن بیشتر، وضعیت اقتصادی ضعیف‌تر، رابطه خویشاوندی در نقش همسر، خانه‌دار بودن، تحصیلات کمتر، و مدت مراقبت طولانی‌تر باشد، سلامت عمومی زنان مورد مطالعه در وضعیت نامطلوب‌تری قرار می‌گیرد.

جدول شماره ۴. توزیع فراوانی سلامت عمومی بر حسب وضعیت اشتغال زنان مراقبت کننده از بیمار مبتلا به آلزایمر

شاغل		خانه دار		اشتغال سلامت عمومی	
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۴۰/۷	۱۱	۲۰/۳	۲۵	مطلوب	
۵۹/۳	۱۶	۵۸/۵	۷۲	متوسط	
۰	۰	۲۱/۱	۲۶	نامطلوب	
۱۰۰	۲۷	۱۰۰	۱۲۳	جمع	
۳۰/۴۰±۱۲/۵۹		۴۰/۷۹±۱۵/۰۵		میانگین و انحراف استاندارد	
T=۳/۱۷۴		df=۱۴۸		p=۰/۰۰۲	
				t مستقل	

جدول ۵. توزیع فراوانی سلامت عمومی بر حسب میزان تحصیلات زنان مراقبت کننده از بیمار مبتلا به آلزایمر

دیپلم و بالاتر		پایین‌تر از دیپلم		وضعیت تحصیلات سلامت عمومی	
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۲۸/۶	۲۸	۱۵/۴	۸	مطلوب	
۵۸/۲	۵۷	۵۹/۶	۳۱	متوسط	
۱۳/۳	۱۳	۲۵	۱۳	نامطلوب	
۱۰۰	۹۸	۱۰۰	۵۲	جمع	
۳۶/۶۶±۱۴/۶۵		۴۳/۱۹±۱۵/۲۵		میانگین و انحراف استاندارد	
T=۲/۵۶		df=۱۴۸		p≤۰/۰۱۱	
				t مستقل	

جدول ۶. توزیع فراوانی سلامت عمومی بر حسب مدت مراقبت زنان مراقبت کننده از بیمار مبتلا به آلزایمر

مدت مراقبت		۶-۱۲ ماه		۱۳-۲۴ ماه		۲۵-۳۶ ماه		۳۷-۴۸ ماه		۴۹ ماه به بالا	
سلامت عمومی		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
مطلوب		۲۶/۳	۱۱	۳۰/۶	۵	۲۶/۳	۵	۱۹/۲	۵	۱۶/۱	۵
متوسط		۷۱/۱	۱۹	۵۲/۸	۱۰	۵۲/۶	۱۰	۵۰	۱۳	۶۱/۳	۱۹
نامطلوب		۲/۶	۶	۱۶/۷	۴	۲۱/۱	۴	۳۰/۸	۸	۲۲/۶	۷
جمع		۱۰۰	۳۸	۱۰۰	۳۶	۱۰۰	۱۹	۱۰۰	۲۶	۱۰۰	۳۱
میانگین و انحراف استاندارد		۳۳/۲۶±۱۲/۰۶		۳۹/۳۶±۱۵/۰۴۷		۳۷/۵۲±۱۷/۳۱		۴۳/۹۲±۱۷/۴۰		۴۲/۰۳±۱۳/۱۷	
آزمون کروسکال والیس		Chi-square= ۹/۳۶۶ df= ۴ p≤۰/۰۵ ۰/۰۰۱									

بحث

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر فقط ۲۴٪ از زنان مراقبت کننده سطح مطلوبی از سلامت عمومی داشتند. گرچه در مطالعه حاضر دلایل سلامت عمومی متوسط و نامطلوب مورد بررسی قرار نگرفته، اما همان طور که در برخی مطالعات نیز تأکید شده است، همواره ارائه مراقبت طولانی مدت به بیماران مزمن از جمله بیماران و سالمندان مبتلا به آلزایمر، با تحلیل سلامتی، افزایش خطرات ابتلا به بیماری جسمی و روانی برای مراقبین و سطوح بالای تنیدگی همراه است. در واقع این مراقبین غیررسمی^۱ که اغلب بعنوان عضوی از خانواده، و بعلاوه فشار بار مراقبتی، درگیر مشکلات و مسائل عدیده مرتبط با سلامتی خود می‌شوند (۱، ۸).

پژوهشهای انجام شده در ایران، نشان می‌دهند که جامعه زنان به دلایل مختلف در مقایسه با مردان از مشکلات و مسائل بیشتری رنج می‌برند و از وضعیت مساعد سلامتی بر خوردار نبوده و همگام با زنان دیگر کشورها، اختلالات و آسیبهای فیزیولوژیکی و روان شناختی متعددی را تجربه می‌کنند (۲۱). برخورداری از بالاترین سطح سلامت جسمی، روانی و اجتماعی نیازمند دسترسی زنان به اطلاعات، مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی - درمانی کیفی و متناسب با دوره‌های مختلف زندگی و نقش‌های متعدد خانوادگی و اجتماعی آنان است (۲۲). به عبارت دیگر، کمبود اطلاعات بهداشتی در مورد سلامتی زنان در موقعیتهای مختلف، پراکندگی پژوهشهای مبتنی بر جنسیت و ضعف ارتباط بین دانش، پژوهش و مدیریت از مشکلات اصلی توسعه و ارتقاء سلامت در افراد جامعه بوده که تحقیقات وسیع‌تر را در این زمینه ضروری می‌کند (۲۳). در مطالعه‌ای که توسط محمدی و همکاران (۱۳۸۵) بر ۸۱ نفر از مراقبین بیماران مبتلا به آلزایمر

انجام شد، یافته‌ها نشان دادند که ۳۶٪ از مراقبین، سلامتی خود را بد یا نامطلوب ارزیابی کردند که ۶۰ درصد آنان را زنان تشکیل می‌داد و غالباً، با نسبت همسری (۵۶ درصد)، در سطح تحصیلات سیکل (۳۹ درصد) و خانه‌دار (۵۵ درصد) بودند. این در حالی بود که ۳۵ درصد آنان مدعی ابتلا به اختلالات روان بودند (۲۴). مطالعات نشان داده‌اند که ۶۰٪ از مراقبین، فشار روانی مراقب را نتیجه اختلال در عملکرد اعضای خانواده، نبود توان مراقبت از بیمار، از کار افتادگی بیمار و نیاز به نظارت نزدیک بر بیمار بیان کرده‌اند (۲۵). در برخی مطالعات انجام شده، مراقبین از سالمند، ابراز می‌کردند که مراقبت از سالمند باعث کاهش سلامتی آنها، سبب بروز خستگی روحی، فشار بار مراقبتی، بروز اختلالات روانی و... در آنها شده است و استرس ناشی از نگهداری سالمند را دلیل عمده احساس عدم موفقیت در رویارویی با استرس و مدیریت تنش‌ها و بحران‌ها، عنوان کرده بودند (۲۶).

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، سلامت عمومی زنان مراقب از سالمند مبتلا به آلزایمر، با مشخصات فردی چون سن، وضعیت اقتصادی، رابطه خویشاوندی، وضعیت اشتغال، تحصیلات و مدت مراقبت ارتباط معنادار داشت. متغیرهایی وجود دارند که بر سلامت مراقبین و رفتارهای بهداشتی آنان تأثیر گذارند. واضح است که بر عهده گرفتن مراقبت از بیمار می‌تواند تبعات متعددی را از نظر جسمی و روانی برای مراقبت کننده داشته باشد (۸). 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. بدیهی است که با شروع سن میانسالی که از ۶۴-۳۵ سال در نظر گرفته می‌شود (۲۷)، سلامتی افراد نیز تا حدودی رو به تحلیل است. در این

وابسته نسبت به فرزندان بزرگتر، بیشتر احساس عدم صلاحیت در نگهداری از سالمند مبتلا به آلزایمر را تجربه می‌کنند در تبیین این نتیجه می‌توان مسن‌تر 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 می‌تواند سبب بروز مشکلات سلامتی مراقبین شود.

در زمینه مشکلات مرتبط با سلامتی مراقبین خانوادگی از بیماران مزمن، در پژوهش نویدیان و همکاران (۱۳۸۰)، یافته‌ها نشان داد که در اثر بار مراقبتی، از مجموع مراقبین (که غالباً زنان بودند)، ۲۶/۴٪ فشار روانی خفیف، ۶۰/۸٪، متوسط و ۱۲/۸٪ فشار روانی شدید را متحمل شده بودند که بنحوی بر وضعیت نامطلوب سلامتی آنان دخالت داشت (۲۳). چنانچه فشار روانی ناشی از بار مراقبتی را شاخص سلامت روانی تلقی کنیم، می‌توان نتیجه گرفت که سلامت روانی بعنوان یکی از ابعاد سلامتی عمومی، در افراد مراقب بیماران مزمن، دستخوش تزلزل و دگردگونی است.

در مطالعه حاضر، زنان مراقب با نقش همسر، خانه دار، مسن‌تر، وضعیت اقتصادی ضعیف‌تر، تحصیلات کمتر و مدت مراقبت طولانی‌تر، سلامت عمومی نامطلوبتری را گزارش کرده بودند. البته در این زمینه، بجز متغیرهای جمعیت شناختی، شیوه زندگی^۴ افراد، نیز نقش عمده‌ای در احساس بهروزی، رفاه و سلامتی عمومی ایفا می‌کند. گرچه در مطالعه حاضر، شیوه زندگی زنان مراقب، از نظر بهداشتی (که شامل تغذیه سالم، فعالیت فیزیکی و مدیریت استرس و... می‌شود) مورد بررسی قرار نگرفت، لیکن شواهد موجود نشان می‌دهد بین سبک زندگی بهداشتی و سلامت عمومی افراد همبستگی وجود داشته و درک پایین از سلامتی عمومی و بسیاری از مشکلات مرتبط با سلامتی در کشورهای در حال توسعه، با دگر گونیهای سبک زندگی ارتباط دارد (۲۰).

نتیجه گیری

با توجه به نتایج حاصل از پژوهش، درصد قابل توجهی از زنان مراقبت کننده از سالمند مبتلا به آلزایمر، از سلامت عمومی نامطلوب برخوردار بوده که همین موضوع می‌تواند 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 بویژه همسران و دختران می‌توانند بهترین منبع برای درمان، حمایت و مراقبت از سالمندان مبتلا به بیماریهای مزمن، از جمله آلزایمر

زمینه، سسک^۱ (۱۹۹۹) 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 اعضای خانواده همه از جمله عواملی است که می‌تواند بر سلامتی عمومی افراد تأثیر گذار باشند. بیماری مزمن در یکی از اعضای خانواده، غالباً سبب ایجاد فشار بر منابع مالی خانواده شده بطوریکه مراقبین زن که درآمد کمتری دارند، مکانیسم‌های سازش با استرس و بحران‌های روانی اثر گذار بر سلامتی را بمراتب نسبت به افراد با درآمد بالا، کاهش می‌دهد (۲۸). احتمالاً وضعیت اقتصادی بهتر امکان استفاده بهینه از خدمات بهداشتی و رفاهی را فراهم می‌کند، در حالی که شرایط اقتصادی ضعیف، برآوردن نیازهای بهداشتی را کاهش داده و موجب سلامت عمومی نامطلوب می‌شود. گرچه نتایج مطالعات گوناگون متناقض است، مطالعه (۱۳۸۷) احمد نیا نشان داد بین شرایط سلامت و بیماری در زنان شاغل و غیر شاغل اختلاف آماری معناداری وجود ندارد و عوامل فرهنگی، افزایش استقلال اقتصادی و عوامل عاطفی همچون رضایت کلی از زندگی و حمایت و همراهی همسر، در جهت ارتقای سلامت زنان مراقب بیشتر تأثیر گذار بوده است (۲۹). گشتاسبی و همکاران (۱۳۸۲) نیز در پژوهش خود، ارزیابی افراد از سلامتی خود را با افزایش سطح تحصیلات بهتر گزارش کردند ($p=0/001$)، که همراستا با یافته‌های تحقیق حاضر بود گشتاسبی و همکاران، معتقدند احتمالاً افراد دارای تحصیلات عالی، سلامتی خود را بهتر از افراد با تحصیلات متوسطه، تحصیلات ابتدایی یا بی‌سواد گزارش می‌کنند. عبارتی با افزایش سطح تحصیلات، تعداد افرادی که سلامتی خود را مطلوب گزارش کرده‌اند، بیشتر و تعداد افرادی که سلامتی خود را متوسط گزارش کردند، کمتر شده است (۳۰). در رابطه با مدت زمان مراقبت و وضعیت سلامت عمومی نیز، نتایج حاکی از سلامت عمومی مطلوب‌تر با مدت زمان کمتر مراقبت (۱۲-۶) بود زمان مراقبت طولانی‌تر سلامت عمومی نامطلوب‌تر را به دنبال داشت.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که در همسران سالمند مبتلا به آلزایمر، سلامت عمومی نامطلوب‌تر بود. کلووز^۲ (۲۰۰۲) نشان داد همسران افراد مبتلا به آلزایمر، مشکلات بیشتری را نسبت به سایر مراقبین غیر حرفه‌ای و در مقایسه با فرزندان بیان می‌کنند، فقدان انرژی در ۷۳٪ از همسران گزارش شد، در حالی که فرزندان تنها در ۳۹٪ موارد، از کمبود انرژی شکایت داشتند (۳۱، ۳۲). گراسز^۳ (۲۰۰۹) متغیرهای مرتبط با فشار بار مراقبتی را در مراقبت کنندگان غیر حرفه‌ای، گزارش کرد، همسران فرد

نیز مداخله‌ای^۲ توصیه می‌شود. از آنجا که در مطالعه حاضر، جامعه پژوهش را صرفاً زنان مراقب در بر می‌گرفت، پیشنهاد می‌شود تا تحقیقی، در مردان مراقب از بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران و تسهیلات فراهم شده از سوی مدیریت، معاونت و کارکنان محترم انجمن حمایت از بیماران آلزایمر ایران انجام شد که بدینوسیله قدردانی و سپاسگزاری می‌کنیم. هم چنین از کلیه زنان مراقبی که در این مطالعه شرکت نمودند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

باشند، بنظر 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 مشاوره‌ای می‌تواند در ارتقاء سلامتی عمومی زنان مراقب مؤثر باشد و یک ضرورت مسلم در جامعه است. بی‌شک، ارائه این گونه تسهیلات، موجب کاهش فشار بار مراقبتی، حفظ سلامت عمومی مراقبین در خانواده و نهایتاً ارتقای کیفیت مراقبت ارائه شده به بیماران و سالمندان خواهد شد. با توجه به محدودیتهای مطالعه حاضر، از نظر نوع پژوهش (مقطعی)، یافته‌های تحقیق از تعمیم پذیری وسیعی برخوردار نبوده و یک ارزیابی کلی از سلامتی عمومی را در قشر زنان مراقب کننده از سالمند مبتلا به آلزایمر را به نمایش می‌گذارد، لذا انجام مطالعات بعدی با نوع پژوهشهای طولی^۱ و

REFERENCES

منابع

1. 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. *Geriatrics Nursing*. 2005; 26: 378-386.
2. Conn V, Stuart GW, Laraia TM. Families as resources, caregivers and collaborative. Principles and practice of psychiatric nursing. 8th ed. USA: Mosby; 2009.
3. Smelters SB, Hinkle JL, Cheever KH. Health care of the older adult. Textbook of medical- surgical nursing. 11th: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
۴. فدایی ف، نیکنام ز. بیماری آلزایمر: دیروز، امروز، فردا. فصلنامه مرکز تحقیقات سالمندی ایران ۱۳۸۶؛ ۳: ۱۵۸-۱۶۵.
5. Bradley PJ. Family caregiver assessment: essential for effective home health care. *Journal of Gerontological Nursing* 2003; 29(2): 29.
6. Calenti JC, Gandoy M, Antelo M, Lopez M, Riverio MP, Mayan JM. Helping the family carers if Alzheimer s patient: from theory to practice. A preliminary study. *Gerontology & Geriatrics* 2000; 30: 131-138.
7. Brenda G. Canadian Stakeholders ' views about the boundaries of publicly funded health care: the unintended consequences for women caregivers, *Women's Health & Urban Life. An International and Interdisciplinary Journal* 2007; 6(2): 22-35.
۸. محمدی شاه‌بلاغی ف. فرآیند مراقبت خانواده از سالمندان آسیب پذیر [پایان نامه]. دانشکده پرستاری و مامایی: دانشگاه علوم پزشکی ایران؛ ۱۳۸۷.
۹. بحری بینا باج ن، مقیمیان م، عطار باشی م، قرچه م. بررسی ارتباط فرسودگی شغلی و سلامت روانی در حرفه پرستاری و مامایی. *مجله دانشکده علوم پزشکی گناباد* ۱۳۸۳؛ ۹۹-۱۰۱.
۱۰. سید نوازی م. کتاب جامع بهداشت عمومی. چاپ دوم. تهران: انتشارات اشارات. ۱۳۷۸.
11. Poor B, Poirrer GP. End of life nursing care. Boston: Janes & Bartlett; 2001.
۱۲. قهرمانی ز. بررسی کیفیت زندگی و ارتباط آن با امید در مراقبین بیماران اسکیزوفرن مراجعه کننده به مراکز آموزشی درمانی شهر تهران [پایان نامه]. دانشکده پرستاری و مامایی: دانشگاه علوم پزشکی ایران؛ ۱۳۸۵.
13. Youngmee K, Frank B. Cancer Caregivers' Quality of Life: Effects of Gender, Relationship, and Appraisal. *Journal of Pain and Symptom Management* 2007; 34: 304-294.
14. Conway-Giustra F. Crisis in care giving: a call to action. *Health SOC works* 2002; 27(4): 307-312.
15. Martire LM, Lusting AP, Schulz R, Miller GE, Helgeson VS. Is it beneficial to invowe a family member? *Health psychology* 2004; 23(6): 599-611.
۱۶. ودادهیر ا ع، ساداتی م ه، احمدی ب. سلامت زنان از منظر مجلات بهداشت و سلامت در ایران پژوهش‌های زنان ۱۳۸۷؛ ۱۳(۶): ۱۵۵-۱۳۳.
17. 17- Spurlock WR. Spiritual wellbeing and caregiver burden in Alzheimer s caregivers. *Geriatrics Nursing* 2005; 26: 154-61.
۱۸. فلاحی خشک‌ناب م، مظاهری خ. مظاهری م. زندگی با آلزایمر. چاپ اول. تهران: انتشارات رسانه تخصصی. ۱۳۸۷، ص ص. ۲۵-۱۷.
۱۹. سلیمانی م ع. مقایسه سلامت عمومی و کیفیت خواب در دو گروه پرستاران شیفت ثابت و در گردش [پایان نامه]. دانشکده پرستاری و مامایی: دانشگاه علوم پزشکی ایران؛ ۱۳۸۵.
۲۰. صمیمی ر. بررسی ارتباط سبک زندگی با سلامت عمومی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ایران [پایان نامه]. دانشکده پرستاری و مامایی: دانشگاه علوم پزشکی ایران؛ ۱۳۸۷.
21. Ogburn T, Voss C, Espey E. Barriers to Women's Health: Why is It So Hard for Women to Stay Healthy? *Obste & Gyn Clinics of North Am* 2009;36(4): 737-752.

۲۲. ملکوتی ک، نوری قاسم آبادی ر، تقوی م، احمدی ابهری ع، نصر اصفهانی م، افقه س و همکاران. فشار روانی مراقبان بیماران مزمن روانی و نیاز آنان به خدمات مراقبتی و درمانی. فصلنامه علمی پژوهشی زابل ۱۳۸۲؛ ۶(۲): ۱-۱۰.
۲۳. نویدیان ع ر، سالار ع، کیخایی ا. بررسی میزان فشار روانی مراقبان خانوادگی بیماران روانی مراجعه کننده به بیمارستان و مرکز جامع روانپزشکی زاهدان. مجله پزشکی ارومیه ۱۳۸۰؛ ۳(۱۲): ۲۰۶-۲۱۴.
۲۴. محمدی شاهبلاغی ف. خود کارآمدی و فشار مراقبتی مراقبین عضو خانواده سالمندان مبتلا به آلزایمر در تهران. فصلنامه مرکز تحقیقات سالمندی ایران ۱۳۸۵؛ ۱: ۲۶-۳۳.
۲۵. دباغی ف، فراهانی نیا م. درسنامه بهداشت خانواده. چاپ اول. تهران: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی ایران. ۱۳۸۲.
۲۶. سیاحی س. بررسی ارتباط حمایت اجتماعی، سلامت معنوی و خودکارآمدی با «امید» در مادران کودکان مبتلا به لوسمی، در مرکز آموزشی درمانی حضرت علی اصغر (ع) تهران _ سال ۱۳۸۸ [پایان نامه]. دانشکده پرستاری و مامایی: دانشگاه علوم پزشکی ایران؛ ۱۳۸۹.
27. Graces J, Carretero S, Rodenas F, Sanjose V. Variables related to informal caregivers burden of dependent senior citizens in Spain. Archives of Gerontology and Geriatrics 2009; 48: 372-379.
28. Sisk RJ. Caregiver burden and health promotion. International Journal of nursing studies 2000; 37 (1): 37-43.
۲۹. احمد نیا ش. اثرات اشتغال بر سلامت زنان. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی ۱۳۸۷؛ ۱۲(۳): ۱۵۸-۱۸۰.
۳۰. گشتاسبی آ، منتظری ع، وحدانی نیا م، رحیمی فروشانی ع، محمد ک. ارزیابی مردم شهر تهران از وضعیت سلامتی خود بر حسب جنسیت، تحصیلات و منطقه مسکونی: مطالعه جمعیتی. فصلنامه علمی پژوهشی پایش ۱۳۸۲؛ ۲(۳): ۱۸۳-۱۸۹.
31. Colvez A, Joel ME, Ponton-Sanchez A, Royer A. Health status and work burden of Alzheimer patients' informal caregivers Comparisons of five different care programs in the European Union. Health Policy 2002; 60: 219-233.
32. B Mdonell RA, Christopher M, BERRY G. Burden in Schizophrenia Caregivers: Impact of Family Psycho education and Awareness of Patient Suicidality. Family Process 2003; 42(1): 91-103.