بررسی تاثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی بر استرس درک شده مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر مراجعه کننده به انجمن آلزایمر ایران در سال ۱۳۹۱

طاهره منصوری: کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. mansoori87@yahoo.com
* **دکتر طاهره دهداری:** استادیار آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، مرکز پژوهش های سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (*نویسنده مسئول). dehdarit@yahoo.com
دکتر نعیمه سید فاطمی: دانشیار گروه روان پرستاری و عضو مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. n-seyedfatemi@tums.ac.ir
دکتر محمودرضا گوهری: دانشیار آمار زیستی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی، مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. gohar_ma@yahoo.com
مهرداد برخورداری: کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. mehrdadbarkhordari66@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹۲/۵/۱۲ تاریخ پذیرش: ۹۲/۹/۲۶

چکیده

زمینه و هدف: مراقبت از سالمند مبتلا به آلزایمر و ارتباط برقرار کردن با او فرایندی استرس زا است که پیامدهای منفی بر سلامت جسمی و روانی مراقبین دارد. این پژوهش با هدف تعیین تأثیر آموزش مهارت های ارتباطی بر استرس درک شده مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر در سال ۱۳۹۱ انجام شده است.

روش کار: این مطالعه از نوع نیمه تجربی می باشدکه طی آن ۹۸ نفر از مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر مراجعه کننده به انجمن آلزایمر ایران که شرایط ورود به پژوهش را داشتند با روش تقسیم تصادفی بلوکه در دو گروه آزمون (۴۹ نفر) و کنترل (۴۹ نفر) قرار گرفتند و پرسشنامه های اطلاعات فردی و استرس درک شده استاندارد را در مرحله قبل از مداخه آموزشی تکمیل کردند. سپس مداخله آموزشی بر اساس نتایج پیش آزمون طراحی و برای گروه آزمون اجرا شد. یک ماه بعد از مداخله دو گروه مجددا پرسشنامه های مربوطه را تکمیل کردند. ۷ نفر از مراقبین گروه آزمون از مطالعه خارج شدند. در نهایت داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS (Version 16) و آزمون های آماری t مستقل و t زوجی تحلیل شدند. در مطالعه حاضر، سطح معنی داری ۰/۰۵ ≥p در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین سن مراقبین در گروه آزمون (۱۱±) ۲۳/ ۵۲ و در گروه کنترل (۱۳±) ۲۶ /۵۲ سال بود. ۸۵/۷٪ مراقبین در گروه آزمون و ۸۱/۶٪ در گروه کنترل را زنان تشکیل می دادند. قبل از مداخله بین دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافی و میانگین نمره استرس درک شده . (p=۰/۵۱) اختلاف آماری معنی داری وجود نداشت. یک ماه بعد از مداخله، میانگین نمره استرس درک شده مراقبین گروه آزمون نسبت به گروه کنترل کاهش معنی داری داشت . (p=۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: پیشنهاد می شود در انجمن آلزایمر ایران و سایر موسسات مرتبط، برنامه های آموزشی پیرامون نحوه ارتباط کلامی و غیر کلامی با سالمند مبتلا به آلزایمر برای مراقبین آنان برگزار شود. این آموزش ها خواهد توانست هم سطح سلامت مراقبین و هم بهبود مراقبت از سالمند آلزایمری را افزایش دهد.

کلیدواژه‌ها: بیماری آلزایمر، مهارت های ارتباطی، استرس درک شده، مراقب، سالمند

مقدمه

هم زمان با افزایش نسبت سالمندان در اکثر کشورهای جهان، شمار افراد مبتلا به دمانس (زوال عقل) نیز افزایش یافته (۱) که این مسئله به عنوان یک مشکل بهداشت جهانی، تلفات سنگینی بر افراد، جامعه و اقتصاد وارد کرده است (۲). بیماری آلزایمر به عنوان مهم ترین و شایع ترین علت زوال عقل (۳و۴)، نوعی اختلال مزمن، پیچیده و پیشرونده عصبی است (۵) که سبب از دست رفتن تدریجی حافظه، تغییرات شخصیتی و اختلال در انجام فعالیت های روزانه بیمار می شود (۶). تقریبا یک درصد از افراد ۶۵ سال به بالا و نیمی از افراد بالای ۸۵ سال به این بیماری مبتلا هستند (۷). پیش بینی شده است تا سال ۲۰۵۰، نزدیک به ۱۰۰ میلیون سالمند مبتلا به آلزایمر در سراسر جهان وجود خواهد داشت (۸). آمار دقیقی از مبتلایان به این بیماری در ایران در دست نمی‌باشد، ولی به گفته مدیر عامل انجمن آلزایمر ایران، در حال حاضر ۲۱۲۰۰۰ نفر به این بیماری مبتلا می باشند (۹). پیامدها و عوارض بیماری آلزایمر از جمله تغییرات روانشناسی و روانپزشکی در کنار اختلال در فعالیت های روزمره زندگی،

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29]

اختلال در حافظه و سایر عملکردهای شناختی (قضاوت و تفکر و...)، بیماران را نیازمند یاری و نظارت مراقبین بر فعالیت های روزمره آنان می سازد (۱۰). به طوری که این بیماران برای ادامه زندگی، نیازمند مراقبت زیادی هستند (۱۱). بیشتر افراد مبتلا به آلزایمر، حداقل یک مراقبت کننده و یا حمایت کننده دارند که معمولاً همسر یا خویشاوند بیمار هستند (۱۲). مطالعات نشان داده اند که خانواده ها بیش از ۸۰ درصد مراقبت مورد نیاز این افراد را ارائه می دهند (۱۳).مراقبت از بیمار مبتلا به آلزایمر یک فرایند مزمن استرس زا است که پیامدهای منفی بر سلامت جسمی و روانی مراقبین دارد (۱۴). مطالعات نشان داده اند که بیش از ۸۰ درصد از مراقبین بیماران آلزایمری سطوح بالای استرس را تجربه می کنند (۱۳و ۱۵ و ۱۶). همچنین ثابت شده است که مراقبت از فرد مبتلا به آلزایمر، از مراقبت از یک فرد ناتوان جسمی، استرس زا تر می باشد (۱۱).

در واقع، استرس، ناتوانی (خیالی یا واقعی) در مواجهه با یک تهدید درک شده است. استرس، وضعیت مطلوب جسمی، ذهنی، هیجانی یا معنوی فرد را مورد تهدید قرار می دهد (۱۷ و ۱۸). استرس عامل بسیار مهم در بسیاری از آسیب های روانی و اجتماعی است و می تواند فعالیت دستگاه ایمنی بدن را مختل کند که تضعیف دستگاه ایمنی، بدن را برای ابتلا به تعداد زیادی از بیماری های جسمی و روانی آماده خواهد کرد (۱۹). در فرایند مراقبت از بیماران مزمن، غالبا مراقبین، مراقبت از سالمند را تجربه ای پر استرس می دانند (۲۰). برخی عوامل فردی بیمار بر سطح استرس مراقبین تأثیر می گذارد. این عوامل عبارتند از: جنبه های بیماری مانند تخریب شناختی، اضطراب، تغییرات شخصیتی، از دست دادن حافظه، مشکلات ارتباطی، ناتوانی در انجام فعالیت های روزانه زندگی، علائم روانی و نیز مشکلات رفتاری بیمار (۲۱ و ۲۲). یکی از عواملی استرس زای جدی که مراقبین با آن روبرو هستند، ضعف ارتباطی بیمار است (۳ و ۲۳). بیماری آلزایمر به بخشی از مغز که ارتباطات را کنترل می‌کند آسیب می زند (۲۴) و به طور تدریجی (۳و۲۵) و پیشرونده ای توانایی برقراری ارتباط بیمار را کاهش می دهد (۳ و ۲۶). با وجود اینکه تأثیر آلزایمر بر روی توانایی ارتباطی هر فردی منحصر به فرد است، اما همه مبتلایان سطحی از انواع مشکلات ارتباطی را تجربه می کنند (۲۴). فرد مبتلا به آلزایمر ممکن است در پیدا کردن کلمات درست و درک آنچه دیگران می گویند مشکل داشته باشد، ممکن است به اشتباه کلمه ای را جایگزین کلمه دیگر سازد و یا یک کلمه یا سؤال را بارها و بارها تکرار کند، همچنین از دست دادن رشته افکار، مکث، کاهش دامنه لغات، ابداع کلمات جدید، نیاز داشتن به زمان بیشتر برای درک گفته های دیگران، استفاده ازکلمات نامناسب و دشواری در به خاطر آوردن یک موضوع از دیگر موارد مشکلات ارتباطی بیماران است (۲۴ و ۲۵ و ۲۶). نتایج مطالعه زهری و همکاران با هدف بررسی مشکلات مراقبین بیماران آلزایمری نشان داد که مشکل برقراری ارتباط با بیمار، در اولویت اول و مشکل اقتصادی در اولویت آخر قرار دارد و ۷۴ درصد مراقبین، مشکل در برقراری ارتباط با بیمارشان را در حد بالا بیان کردند (۲۷). همچنین در مطالعه Rosa و همکاران، عمده ترین نیاز آموزشی مراقبین بیماران آلزایمری، فراگیری مهارت های ارتباطی گزارش شد (۲۸). وجود مشکلات ارتباطی بین مراقب و بیمار باعث کاهش و نقصان در امر مراقبت از بیمار و زمینه ساز بروز مسائلی چون نادیده گرفتن بیمار و سهل انگاری در امر مراقبت از سوی مراقبین می گردد. با توجه به اینکه مراقبت کنندگان خود گروهی هستند که از نظر جسمی و روحی آسیب پذیر می باشند در صورت حل نشدن مشکلات آنها، این منبع مراقبتی دچار فرسودگی جسمی و روحی شده و کارایی خود را در انجام فعالیت های مراقبتی از دست می دهند (۲۷). مطالعات مختلف نشان داده اند برنامه های مداخله ای با تاکید بر نحوه برقراری ارتباط با بیمار آلزایمری برای سلامتی مراقب و بیمار ضروری بوده و بایستی از اجزای مهم سیستم مراقبت از فرد مبتلا به دمانس به شمار آید (۲۹ و ۳۰).

در ایران تأثیرات مثبت آموزش مهارت های

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29]

ارتباطی در گروه هایی مانند کارکنان بهداشتی- درمانی، دانشجویان و غیره بررسی شده است (۳۱ و ۳۲ و ۳۳). به نظر می رسد هیچ مطالعه مستندی در مورد تأثیر آموزش مهارت های ارتباطی بر استرس درک شده مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر در ایران صورت نگرفته است. در سطح دنیا نیز در مطالعات اندکی تأثیر آموزش مهارت های ارتباطی بر استرس مراقبین انجام شده است (۳۴). بنابراین در پرتو این امر و با توجه به افزایش روز افزون تعداد سالمندان و مبتلایان به این بیماری، به نظر می رسد ارائه آموزش مهارت های ارتباطی برای مراقبین می تواند استرس درک شده مراقبین را کم کند. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش مهارت های ارتباطی بر استرس درک شده، مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر انجام می شود.

روش کار

مطالعه حاضر از نوع نیمه تجربی با گروه کنترل است که در سال ۱۳۹۱ اجرا شده است. جامعه پژوهش شامل مراقبینی بودند که با سالمند مبتلا به آلزایمر نسبت فامیلی داشته، در منزل از بیمار مراقبت می کردند و مسئولیت مراقبت از بیمار به عهده آنها بود. همچنین نداشتن بیماری جسمی – روانی شناخته شده، عدم مراقبت از بیمار دارای شرایط مزمن دیگر، داشتن سواد خواندن و نوشتن و در نهایت نداشتن رویداد بحرانی یا تنش زای شدید مانند مرگ عزیزان، طلاق، بیماری، مهاجرت و غیره در طی ۳ ماه گذشته، از دیگر معیارهای ورود به پژوهش بودند. در مواردی که مراقبین به هر دلیلی (مانند مرگ بیمار، تشخیص بیماری مزمن در خود مراقب و غیره) تا پایان مداخله، قادر به ادامه همکاری با محقق نبودند از مطالعه خارج می شدند. قبل از انجام پژوهش، موافقت دانشگاه و مسئولین انجمن آلزایمر ایران برای تکمیل پرسشنامه ها کسب شد و پس از کسب موافقت مراقبین برای ورود به مطالعه، پرسشنامه ها توسط آنان تکمیل شد در این مطالعه از فرم مشخصات فردی و پرسشنامه استرس درک شده به عنوان ابزار گردآوری داده ها استفاده شد. فرم مشخصات فردی شامل ۱۵ سوال بود و در دو بخش تنظیم شد که در بخش اول مشخصات دموگرافی سالمندان بیمار (سن، جنس، مدت ابتلا به بیماری) و در بخش دوم مشخصات دموگرافی مراقبت کنندگان (سن، جنس، وضعیت تاهل، تعداد فرزندان، نسبت با بیمار، میزان تحصیلات، شغل و غیره) مورد بررسی قرار گرفت. پرسشنامه دوم، پرسشنامه استاندارد استرس درک شده (کوهن، کامارک و مرملستین،۱۹۸۳) می باشد (۳۵) که برای سنجش عمومی استرس درک شده در یک ماه گذشته به کار می رود. ویرایش اول این ابزار دارای ۴ سوال، ویرایش دوم دارای ۱۰ سوال و نهایتا ویرایش سوم آن دارای ۱۴ سوال می باشد که در این مطالعه نیز از ویرایش سوم، ۱۴ سوالی استفاده شده است. دامنه نمرات این ابزار از صفر تا چهار در مقیاس لیکرت بوده و پاسخ ها به صورت صفر (هرگز)، یک (به ندرت)، دو (گاهی اوقات)، سه (بیشتر اوقات) و چهار (تمام اوقات) طبقه بندی شده است. لازم به ذکر است که در مورد سؤالات مثبت (۴،۵،۶،۷،۹،۱۰،۱۳) امتیازات به طور معکوس محاسبه می شوند. در کل دامنه نمرات بین صفر تا ۵۶ نمره در نظر گرفته شده است و نمره دهی آن بر اساس میانگین نمرات نمونه های پژوهش به دست می آید. در ایران، این مقیاس به کرات استفاده شده است (۳۶،۱۹-۳۹). ضریب آلفا کرونباخ به دست آمده این پرسشنامه در مطالعه صالحی فدری ۸۹/ و در مطالعه باستانی و همکاران ۰/۸۱برآورد شده است (۳۶،۳۷). در مطالعه حاضر، اعتبار پرسشنامه با استفاده از نظرات پانل متخصصان (۱۰ متخصص در رشته آموزش بهداشت، روان پرستاری و روانشناسی) بررسی شد. نظرات و پیشنهادات متخصصین در مورد وضوح، سادگی و تناسب فرهنگی سوالات در پرسشنامه اعمال شد. ضمنا پایایی پرسشنامه حاضر با روش محاسبه آلفای کرونباخ برآورد شد. ضریب آلفای محاسبه شده (با ۲۰ نفر از مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر) ۰/۸۵بود.

حجم نمونه با توجه به مطالعات مشابه و با

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29]

تـــوان ۸۰٪، خطـــای آلفـــای ۰/۰۵، σ_d=۴,۹۳ و مقدار d=۳ و با استفاده از فرمول

$$n = \frac{2\left(z_{\frac{\alpha}{2}}+z_{\beta}\right)^2 \times \sigma_d^2}{d^2}$$

(در هر گروه ۴۲ نفر) جمعا ۸۴ نفر محاسبه شد. با در نظر گرفتن ریزش ۹۸ مراقـب دارای شـرایط ورود به پژوهش از روی فهرست بیماران ثبت شده در انجمن آلزایمر ایران انتخاب و بـا روش تقسـیم تصـادفی بلوکـه در دو گـروه آزمـون (۴۹ نفـر) و کنترل (۴۹ نفر) قرار داده شدند و پرسشنامه هـای مربوطه را در مرحله قبل از مداخه آموزشی تکمیل کردند. سپس مداخلـه آموزشـی بـر اسـاس نتـایج پیش آزمون طراحی و برای گروه آزمون اجرا شـد. مداخله آموزشی با توجـه بـه محـدودیت زمـانی و مکانی جهت دسترسی بـه مـراقبین، در دو جلسـه برگزار شد. در جلسه اول توضیحاتی پیرامون اصول کلی برقراری ارتباط، آشنایی بـا بیمـاری آلزایمـر، تأثیر آلزایمر بـر ارتباطـات فـرد و اسـتراتژی هـای برقراری ارتباط کلامی (مانند آهسته، شمرده و بـا وضوح صحبت کردن با بیمـار، اسـتفاده از کـارت، عکس یا تصویر در صحبت کردن با بیمار، تاکید بر کلمات کلیدی، استفاده از کلمات و جملات ساده و کوتاه، استفاده از سوالاتی که جواب بلـی یـا خیـر دارنـد و غیـره) و غیـر کلامـی (ماننـد اسـتفاده از حالات چهره مثبت، دوستانه و صمیمی، قرار دادن خود هم سطح با بـدن بیمـار، اجتنـاب از حرکـات ناگهانی، نزدیک شدن به بیمار از مقابل او و غیـره) با بیمار آلزایمری به مراقبین داده شـد. در جلسـه دوم، بحث گروهی پیرامون مشـکلات مـراقبین در مورد نگهداری از سـالمندان آلزایمـری و چگـونگی برقراری ارتباط با بیمار برگـزار شـد و بـه سـؤالات شرکت کنندگان پاسخ داده شد. همچنین در پایان جلسـه دوم پمفلتـی در مـورد راه هـای برقـراری ارتباط با بیمار به مراقبین داده شد. یک ماه بعد از مداخلـه دو گـروه مجـددا پرسشـنامه مربوطـه را تکمیل کردند. ۷ نفر از نمونه های گروه آزمـون از مطالعه خارج شدند. در نهایت داده های ۴۲ مراقب در گروه آزمون و ۴۹ نفر در گروه کنترل با استفاده از نرم افـزار آمـاری SPSS (Version 16) تحلیـل شدند.

برای بررسی مقایسه متغیرهای اصلی در دو گروه آزمون و کنترل، در قبل و بعد از مداخله، از آزمون t مستقل، t زوجی و خـی دو اسـتفاده شـد. بـرای تعیین ارتباط بین میانگین استرس درک شـده بـا متغیرهای کمی، آزمون همبستگی پیرسـون مـورد استفاده قرار گرفت و برای تعیین تفاوت معنـی دار بـین میـانگین اسـترس درک شـده بـر حسـب متغیرهـای کیفـی چنـد حالتـه از آزمـون آنـالیز واریانس یک طرفه استفاده شد. در مطالعه حاضـر، سطح معنی داری $p\leq$۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

یافتـه هـای پـژوهش نشـان داد کـه میـانگین و انحراف معیار سن مراقبین در گروه آزمون (۱۱±) ۲۳/ ۵۲ و در گـروه کنتـرل (۱۳±) ۲۶ /۵۲ سـال بود. ۸۵/۷٪ مراقبین در گروه آزمـون و ۶ /۸۱٪ در گروه کنترل را زنـان تشـکیل مـی دادنـد. از نظـر وضـعیت تأهـل مـراقبین ۸۳/۳٪ گـروه آزمـون و

جدول ۱- مشخصات دموگرافی بیماران و مراقبین آنها در دو گروه کنترل و آزمون

	گروه کنترل	گروه آزمون	p
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
سن بیمار	۷۶/۶(۹/۵)	۸۰/۲(۸/۷)	۰/۰۶۴
مدت زمان ابتلا به بیماری	۴/۱(۲/۹	۴(۱/۹)	۰/۸۰
مدت زمان زندگی مراقب با بیمار قبل از ابتلا به بیماری	۲۱/۴(۲۲/۷)	۱۴/۸(۱۹/۸)	۰/۱۴
مدت زمان زندگی مراقب با بیمار بعد از ابتلا به بیماری	۳/۶(۲/۱)	۲/۸(۲/۳)	۰/۱۱
تعداد فرزندان	۲/۶(۱/۵)	۲/۲(۱/۲)	۰/۲۷
میزان تقریبی ساعات مراقبت روزانه	۱۴/۱ (۴/۳)	۱۳/۵(۴/۲)	۰/۴۷

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29]

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمره استرس درک شده مراقبین قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل

	قبل از مداخله	بعد از مداخله	p.value در هر گروه $^{\beta}$
	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	
آزمون	۲۹/۱۴±۷/۱۵	۲۴/۸۳±۵/ ۸۶$^{*\beta}$	۰/۰۰۱*
کنترل	۳۰/۲۰±۸/۳۰	۳۰/۱۴±۸/۰۷	۰/۰۶
p.value بین دو گروه *	۰/۵۱	۰/۰۰۱$^{\beta}$	

* نتایج آزمون تی زوجی در هر گروه ($p<۰/۰۵$)، β نتایج آزمون تی مستقل بین دو گروه ($p<۰/۰۵$)

جدول ۳- ضریب همبستگی بین میانگین استرس درک شده و متغیرهای دموگرافیک کمی در دو گروه بعد از مداخله

	گروه کنترل	گروه آزمون
سن بیمار	r= -۰/۱۷	r= ۰/۳۹*
مدت زمان ابتلا به بیماری	r= ۰/۲۲	r= ۰/۰۳
مدت زمان زندگی مراقب با بیمار قبل از ابتلا به بیماری	r= ۰/۰۶	r= - ۰/۱۱
مدت زمان زندگی مراقب با بیمار بعد از ابتلا به بیماری	r= ۰/۰۹	r= ۰/۲۴
سن مراقب	r= -۰/۰۶	r= -۰/۱۴
تعداد فرزندان مراقبین	r= ۰/۱۴	r= -۰/۰۳
میزان تقریبی ساعاتی که مراقب در روز صرف مراقبت از بیمار می کند.	r= ۰/۶۵*	r= ۰/۶۲*

*معنی داری در سطح ($p< ۰/۰۵$)

۷۵/۵٪ گروه کنترل، متأهل بودند. از نظر نسبت خویشاوندی، اکثر مراقبین ۶۱/۹٪ در گروه آزمون و ۵۷/۱٪ در گروه کنترل، فرزند سالمند مبتلا به آلزایمر بودند. بیشترین فراوانی سطح تحصیلات در گروه آزمون (۴۷/۶٪) و کنترل (۳۴/۷٪) مربوط به سواد دبیرستان بود. در مورد وضعیت اشتغال مراقبین نیز، اکثریت نمونه ها (۶۴/۳٪ در گروه آزمون و ۵۹/۲٪ در گروه کنترل) خانه دار بودند. از نظر درآمد ماهانه نیز ۶۴/۳ درصد از نمونه های گروه آزمون و ۷۱/۴ درصد از گروه کنترل، درآمد متوسط داشتند. جزئیات مربوط به سایر مشخصات دموگرافیک در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. نتایج آزمون t مستقل و خی دو نشان داد که قبل از مداخله دو گروه کنترل و آزمون از نظر متغیرهای دموگرافی، تفاوت معنی داری ندارند.

نتایج آزمون t مستقل نشان داد که قبل از مداخله دو گروه از نظر استرس درک شده اختلاف آماری معنی داری ندارند ($p =۰/۵۱$). نتایج آزمون tزوجی در مرحله یک ماه بعد از مداخله، نشان داد که کاهش معنی داری در میانگین نمره استرس درک شده در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل وجود دارد ($p= ۰/۰۰۱$). میانگین و انحراف معیار نمره استرس درک شده در دو گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله در جدول شماره ۲ آمده است.

آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که در دو گروه در مرحله بعد از مداخله، بین استرس درک شده و میزان تقریبی ساعات مراقبت از بیمار و همچنین بین سن گروه آزمون با استرس درک شده در بعد از مداخله همبستگی مثبت معناداری وجود دارد ($p< ۰/۰۵$). نتایج آزمون همبستگی پیرسون بین میانگین استرس درک شده با متغیرهای کمی در دو گروه، در مرحله بعد از مداخله در جدول شماره ۳ آورده شده است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر شان داد که آموزش مهارت‌های ارتباطی می تواند به طور معنی داری استرس درک شده مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر را کاهش دهد. این یافته ها مطابق با نتایج برخی مطالعات مشابه می باشد (۳۲،۳۴،۴۰، ۴۱، ۴۲). به عنوان مثال، در مطالعه Ripich و همکاران در سال۱۹۹۸، برنامه آموزشی ارتباطی، برای ۸ نفر از مراقبین بیماران آلزایمری، آمریکایی-آفریقایی و ۲۰ مراقب قفقازی اجرا شد. نتایج نشان داد که به دنبال آموزش، در دو گروه مراقبین (آفریقایی-آمریکا و قفقازی)، سطح رضایتمندی و آگاهی در مورد بیماری آلزایمر افزایش یافت. همچنین پس

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29]

از آموزش، سطح استرس مراقبین آمریکایی- آفریقایی تبار، کاهش قابل توجهی پیدا کرد (۳۴). در واقع، پرورش مهارت های ارتباطی نوعی راهبرد و مداخله به منظور مقابله و تعدیل استرس مراقبین است (۴۳و۳۲) و می تواند باعث کاهش استرس مراقبین و افزایش کیفیت زندگی بیمار شود (۴۴). با توجه به تغییرات جمعیت شناختی، همان طور که نسبت سالمندان در اکثر کشورهای جهان رو به افزایش است، تعداد بیماران مبتلا به آلزایمری که برای زندگی روزانه و مراقب از خود نیاز به کمک دارند افزایش یافته و در نتیجه تعداد مراقبینی که مجبورند از این بیماران در خانه مراقبت می کنند نیز افزایش می یابد. با توجه به نقش عمده و مهم مراقبین خانگی در درمان، حمایت و مراقبت از سالمندان مبتلا به آلزایمر سیستم های بهداشتی باید تلاش بیشتری در جهت پداختن به سلامت مراقبین نمایند. اجرای مداخلات چندگانه با رویکردهای مختلف آموزشی، حمایتی، عاطفی و مشاوره ای می تواند زمینه را برای ارتقاء سلامت مراقبین و در نهایت ارتقای کیفیت مراقبت از بیماران مبتلا به آلزایمر را فراهم نماید. Lewis بیان می کند که حفظ سلامت مراقبین و توانمندکردن آنها برای ارائه مراقبت ضروری است و مراقبین باید تکنیک های که به آنها در جهت مقابله با استرس مراقبت کمک می کند را یاد بگیرند (۵۱). آموزش مهارت های ارتباطی به عنوان روشی موثر، کم هزینه و در دسترس که می تواند به کاهش مشکلات روانشناختی مراقبین و تطابق با مشکلات مراقبتی کمک کند.

از دیگر یافته های این پژوهش وجود رابطه معنی دار بین شغل مراقبین (گروه کنترل) با میزان استرس درک شده آنان در مرحله بعد از مداخله بود. به طوری که میانگین استرس درک شده در زنان خانه دار بیشتر بود. در واقع اکثر مراقبین بیماران مختلف از جمله بیماران آلزایمری را زنان خانه دار تشکیل می دهند (۴۵،۴۶). در جامعه و فرهنگ ما معمولاً امر مراقبت از کودکان، بیماران، افراد سالمند و معلول به عهده زنان و دخترانی است که بی کار بوده یا ترک تحصیل کرده اند و این کار برای آنان به عنوان بخشی از امور خانه داری محسوب می شود (۴۶). علی رغم این که زنان شاغل در زندگی خانوادگی و اجتماعی خود، تحت فشارها و تنش های بیشتری هستند، لیکن اختلالات روحی و روانی در زنان خانه دار به مراتب بیشتر مشاهده می‌گردد (۳۷). شاید بتوان گفت که زنان خانه دار چون برای انجام امور منزل و مراقبت از بیمارشان تقریبا به صورت تمام وقت در منزل می مانند و وقت بیشتری را صرف مراقبت از بیمارشان می کنند لذا در برابر استرس و فشار مراقبت آسیب پذیرتر از مراقبین زن شاغل می باشند. نتایج مطالعه واحدیان حاکی از تفاوت معنی دار بین استرس درک شده و شغل (۳۸) هم راستا با مطالعه حاضر بود، ولی در مطالعه حسینی ارتباط معنی داری بین استرس و شغل مراقبین مشاهده نشد (۴۱). لازم است مسئولین برای زنان خانه دار مراقب بیمار، برنامه های حمایتی ارائه دهند. ضمنا آموزش سایر اعضاء خانواده برای کمک در امر مراقبت از بیمار پیشنهاد می شود.

در مطالعه حاضر بین استرس درک شده (در مرحله بعد از مداخله) با درآمد ماهانه مراقبین گروه آزمون رابطه معنی داری مشاهده شد. به طوری که استرس درک شده مراقبین با درآمد متوسط، بیشتر از استرس درک شده مراقبین با درآمدهای های بالاتر بود. نتایج مطالعه حسینی هم نشان داد که بین وضعیت اقتصادی و استرس درک شده ارتباط معنی دار آماری وجود دارد (۴۱). باستانی و همکاران در مطالعه خود گزارش کردند که مادران دارای وضعیت اقتصادی بالاتر، از میزان استرس درک شده کمتری نسبت به مادران دارای وضعیت اقتصادی متوسط و ضعیف برخوردار هستند (۳۹). درآمد پایین و فقر مالی در مطالعه توکلی زاده و نیز در مطالعه محبی جزء شایع ترین رویدادهای استرس زا بودند (۴۷، ۴۸). مطالعه واحدیان هم نشان داد که استرس در افراد با سطح درآمد کم، بالاتر از استرس افراد با درآمد متوسط و بالا می باشد (۳۸) که همگی این نتایج با نتایج مطالعه ما همخوانی دارد. در توضیح این رابطه می توان گفت که خانواده های با درآمد کمتر اغلب

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29]

منابع محدودی داشته و مشکلاتی در کنترل و یا تغییر عوامل تنش زای مرتبط با محیط شان را دارند. به گفته Wadsworth و همکاران، تنش های اقتصادی نه تنها روابط و فرآیندهای خانوادگی را آشفته می سازد، بلکه انطباق با تنش را محدود ساخته و منجر به مشکلات روان شناختی در اعضای خانواده می گردد (۴۹). به نظر می رسد با کاهش سطح درآمد خانواده، مراقبین دسترسی کمتری به منابع حمایتی، خدمات پزشکی و مشاوره ای داشته و دارای قدرت کمتری در پرداخت هزینه های درمانی سالمند بیمار خود هستند و از طرفی به دلیل مشکلات اقتصادی نمی توانند بیمار خود را در هر جای دیگری به جز خانه (مانند مراکز مراقبت) نگهداری کنند و در کل شاید بتوان گفت مجموعه عوامل بالا باعث شده اند که مراقبین در خانواده های با وضعیت اقتصادی نامناسب، طی مراقبت از بیمار تنش و استرس بیشتری را تحمل کنند.

نتایج مطالعه ما نشان داد که بین سن بیمار (درگروه آزمون) و همین طور ساعاتی که مراقب در روز صرف مراقبت از بیمار می کند (در گروه ازمون و کنترل) با استرس درک شده مراقبین رابطه معنی دار و مثبت وجود دارد. در مورد ارتباط سن بیمار و استرس درک شده شاید بتوان چنین ادعا نمود که هر چه سن بیمار بیشتر باشد، پیشرفت بیماری بیشتر بوده و نقایص شناختی و مشکلات ارتباطی ببماران نیز بیشتر می شود. در نتیجه این عوامل، نیاز بیماران به مراقب بیشتر می‌شود. این امر سبب می شود که مراقب به دلیل درگیری زیاد در امر مراقبت و از طرفی ماهیت تنش زا، خسته کننده و وقت گیر مراقبت از این بیماران، استرس بیشتری را متحمل شوند. در مورد طول مدت مراقبت نیز، هر چه مراقبین زمان بیشتری را صرف مراقبت از بیمارشان کنند، مدت زمانی که آنها می توانند صرف امور شخصی و مراقبت از خود کنند کمتر می شود. یک مراقب خانوادگی به طور معمول ۷۰ ساعت/هفته صرف مراقبت از فرد مبتلا به آلزایمر می کند که این زمان مورد نیاز برای مراقبت باعث کاهش مدت زمانی می شود که مراقب می تواند صرف استراحت، تعامل اجتماعی، اشتغال و مراقبت از خود کند (۵۰). این مسئله می تواند از دلایل ایجاد استرس بالا با افزایش ساعات مراقبت باشد. نتایج مطالعه حسینی نشان دهنده ارتباط معنی دار استرس درک شده با طول مدت مراقبت از بیمار بود که از این نظر با مطالعه ما همخوانی داشت (۴۱).

در اکثر برنامه های ارائه شده در سیستم بهداشتی-درمانی کشور، مراقبین به عنوان مهم ترین عنصر مراقبت از بیمار، فراموش شده اند و کمتر به مسائل بهداشتی آنان توجه می شود. مطابق با یافته ها پژوهشگران مطالعه حاضر، مطالعه انجام شده اولین مطالعه ای است که تاثیر یک مداخله آموزش مهارت های ارتباطی بر استرس درک شده مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر را بررسی می کند. در برنامه آموزشی طراحی شده که بصورت تعاملی اجرا شد، سعی بر آن بود که نحوه ارتباط کلامی و غیر کلامی با بیمار به نمونه های پژوهش آموزش داده شود. پیشنهاد می شود در مطالعات آینده، مداخلاتی برای تاثیرگذاری بر سایر مسائل روانشناختی مراقبین که متاثر از مراقبت از بیمار مبتلا به آلزایمر است (مانند فشار بار مراقبتی، افسردگی، حمایت اجتماعی اندک و غیره) طراحی و اجرا شود. ضمنا انجام مداخلات بر اساس الگوهای برنامه ریزی در تغییر رفتار مانند الگوی پرسید-پروسید پیشنهاد می شود. قابل ذکر است که این مطالعه با وجود مزایای نامبرده شده، دارای برخی از محدودیت ها بود. یکی از این محدودیت ها، کم بودن تعداد جلسات آموزشی ارائه شده به دلیل دسترسی محدود بود. ضمنا در این مطالعه تنها استراتژی مورد نظر جهت کاهش استرس درک شده، آموزش بود، در حالی که پیشنهاد می شود در قالب مطالعات جداگانه به بررسی اثربخشی استراتژی های چندگانه دیگر مانند ارائه خدمات حمایتی برای مراقبین پرداخته شود. ضمنا نتایج مطالعه حاضر تنها به مراقبین مراجعه کننده به انجمن آلزایمر ایران در تهران و حومه قابل تعمیم است و پیشنهاد می شود مطالعات مشابه در سایر مناطق کشور انجام شود. همچنین به دلیل

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29]

محدودیت زمانی، محققین در مطالعه حاضر فقط توانستند در یک ماه بعد از مداخله، اثرات مداخله را ارزشیابی کنند که پیشنهاد می شود در قالب مطالعات بعدی، ارزشیابی چنین مداخلاتی در دوره‌ها و فواصل زمانی بیشترانجام شود.

نتایج پژوهش حاضر نشان دهنده تاثیر مثبت آموزش مهارت های ارتباطی بر کاهش استرس درک شده مراقبین سالمندان آلزایمری بود. بنابراین پیشنهاد می شود که در انجمن آلزایمر ایران و سایر موسسات مرتبط، برنامه های آموزش مهارت های ارتباط کلامی و غیر کلامی برای مراقبین طراحی و اجرا شود.

تقدیر و تشکر

این مقاله بخشی از پایان نامه طرح تحقیقاتی تحت عنوان بررسی تأثیر آموزش مهارت های ارتباطی بر فشار بار مراقبتی و استرس درک شده مراقبین بیماران سالمند مبتلا به آلزایمر، مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران در سال ۱۳۹۱ به کد ۹۱-۰۲-۶۲-۱۸۳۵۱ می باشد که با حمایت دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ایران و مرکز تحقیقات سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه دانشگاه علوم پزشکی تهران اجرا شده است. همچنین نویسندگان مقاله بر خود لازم می دانند که از همکاری و مساعدت مسئولین و کارکنان محترم انجمن آلزایمر ایران و نیز مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر، تشکر و قدردانی نمایند.

منابع

1. Andren S, Elmsta˚ hl S. Psychosocial intervention for family caregivers of people with reduces caregiver's burden: development and effect after 6 and 12 months. Scand J Caring Sci; 2008. 22: 98–109.

2. Moniz-Cook E, Vernooij-Dassen M, Woods B, Orrell M, Network I. Psychosocial interventions in dementia care research: The INTERDEM manifesto. Aging ment health; 2011. 15(3): 283-290.

3. Egan M, Berube D, Racine G, Leonard C, Rochon E. Method to enhance verbal communication between individuals with Alzheimer's disease and their formal and informal caregivers: a systematic review. Int J Alzheimers Dis; 2010: 1-12.

4. Wimo A, Prince MJ. World Alzheimer Report 2010: The global economic impact of dementia: Alzheimer's Disease International; 2010.

5. Rishnamurthy V. Computational Identification of Alzheimer's Disease Specific Transcription Factors using Microarray Gene Expression Data. J Proteomics Bioinform; 2009. 2: 505-508.

6. Chaudhuri JD, Das S. The Role of caregivers in the management of Alzheimer's disease examples from Asian countries. Sultan Qaboos Univ Med J. 2006; 6(2): 11-18.

7. Payne S, Bratesman S, Richards MPPM, Turyn R. Early impact of the Maine caregiver companion program on caregivers' burden, depression, and affect. 2006.

8. Mohammadi F, Babaee M.[Effects of participation in support groups on Alzheimer's family caregivers' strain and spiritual wellbeing]. Salmand Iran J Ageing 2011; 6(19): 29-37. (In Persian)

9. Navvab E. [Explain the lived experiences of family caregivers of people with Alzheimer's]. Ph.D. in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, 2012: 221. (In Persian)

10. Abdollahpour I, Noroozian M, Nedjat S, Majdzadeh R. [Psychiatric symptoms in patients with dementia: prevalence and their relationtship with caregive burden]. Iran J Epidemiol 2011; 7(2): 51-59.(In Persian)

11. Brodaty H, Donkin M. Family caregivers of people with dementia. Dialogues Clin Neurosci; 2009. 11(2): 217.

12. Brodaty H, Green A, Koschera A. Meta analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. J Am Geriatr Soc; 2003. 51(5): 657-64.

13. Etters L, Good all D, Harrison BE. Caregiver burden among dementia patient caregivers: A review of the literature. J Am Acad Nurse Pract; 2008. 20: 423–428.

14. Scott CB. Alzheimer's Disease Caregiver Burden: Does Resilience Matter? PhD diss., University of Tennessee, 2010.http://trace.tennessee.edu/utk_graddiss/912

15. Farran CJ, Loukissa D, Perraud S, Paun O. Alzheimer's disease caregiving information and skills. Part II: family caregiver issues and concerns. Res Nurs Health ; 2004. 27(1): 40-51.

16. Savundranayagam MY, Hummert ML, Montgomery RJV. Investigating the effects of communication problems on caregiver burden. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci; 2005. 60(1):S48-S55.

17. Janati Y. [Explain the process of dealing with occupational stress in clinical nurses]. Dissertation

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29]

in nursing (M.S), Tehran University of Medical Sciences, School of Nursing, 2010. (Persian)

18. Pasha Gh, Bozorgian R. [Relationship between metacognition and perfectionism and self-efficacy with perceived stress of college students in Islamic Azad university of Ahvaz]. New Findings in Psychology J 2012;18 (6):103-114. (In Persian)

19.Shamsi M, Bayati A, Jahani F, Farhangnia L. [The effect of Holy Quran recitation on perceived stress among personnel of Arak University of Medical Sciences]. Daneshvar Med 2011; 19(95):1-11.(Persian)

20. Bastani F, Hosseiny R, Baniasad M, Haghni H.[Investigation of general health in female care givers of elderly people with Alzheimer]. Salmand Iran J Ageing 2010; 5(17): 43-51.(In Persian)

21. Leung L, Wang P-CH, Tang P, Gallagher-Thampson D. Caregiving for individuals with memory loss: A study of home-based intervention with Chinese female caregivers. www.alz.org/ national/documents/c_edu-aregivingmemoryloss.pdf

22. Hopper T, editor. Indirect interventions to facilitate communication in Alzheimer's disease. Seminars in Speech and Language; 2001.22(4): 305-315

23. Broughton M, Smith ER, Baker R, Angwin AJ, Pachana NA, Copland DA, et al. Evaluation of a caregiver education program to support memory and communication in dementia: A controlled pretest–posttest study with nursing home staff. IJNS; 2011. 48(11): 1436-1444.

24.Traning curriculum for long-term care facilities for residents with Alzheimer's disease and other dementia– related disorders. Division of health facilities evaluation and licensing. 2005. http://www.state.nj.us/health/healthfacilities/nacert.shtml. Accessed December 20, 2012.

25.Alzheimer's Association.Communication: Best ways to interact with the person with dementia.2012. Available from: http://www. Alz.org/national/documents/brochure communication pdf. Accessed December 20 , 2012.

26. Tappen RM, Williams CL, Barry C, Disesa D. Conversation intervention with Alzheimer's patients. Clin Gerontol; 2002. 24(3-4): 63-75.

27. Zohari S, Khatoni S, Abed Saeeydi ZH, Alavi Majd H, Yaghmaie F. [Problems of main caregivers of Alzheimer patients referring to Alzheimer association in Tehran]. J Nurs Midwifery Shahid Beheshti Univ Med Sci 2006; 16(53): 65-74. (In Persian)

28. Rosa E, Lussignoli G, Sabbatini F, Chiappa A, Di Cesare S, Lamanna L, et al. Needs of caregivers of the patients with dementia. Arch Gerontol Geriatr; 2010. 51(1): 54-58.

29. Krause K, Haberstroh J, Neumeyer K, Franzmann J, Schmitz B, Tandem PJ. Communication training for caregivers of dementia patients. Alzheimer's & Dementia: Alzheimers Dement; 2009. 5(4): 242.

30. Pantel J, Haberstroh J, Neumeyer k, Franzmann J, Schmitz B. Improving communication with dementia patients: Development and evaluation of a training program for relatives and caregivers. Alzheimer's & Dementia: Alzheimers Dement; 2006. 2(3): 573.

31. Sharifirad GH.R, Baghiani Moghadam M.H, Shadzi sh, Mahamed F. [The effectiveness of teaching communicative skills to the health staff in improving the knowledge and behaviors of mothers of 4-12 month- old children affected with weightlosses]. J Ilam Univ Med Sci 2005; 13(4): 1-9. (In Persian)

32. Rezaei Sh, Hosseini MA, Fallahi M. [Evaluation impact of communication skills training on level of job stress among nursing personnel working at rehabilitation centers in cities: Ray,Tehran, Shemiranat]. Tehran univ Med J 2006; 64(1): 21-26. (Persian)

33.Vaghee S, Mirzaie O, Modarres Gharavi M, Ebrahim Zadeh S. [The effect of communication skills education on nursing students' coping strategies in stressful situations of clinical courses]. Evid Basic Care 2012; 1(1): 91-102. (Persian)

34. Ripich D, Kercher K, Wykle M, Sloan D, Ziol E. Effects of communication training on African American and White caregivers of persons with Alzheimer's disease. J Aging Ethnicity; 1998. 1: 163-178.

35. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A Global measure of Perceived Stress. J Health Soc Behav; 1983. 24(4): 385-396.

36. Salehie Fedri J. [The relationship of multiple roles and feeling of satisfaction on the stress rate and self esteem womens]. Dissertation. Tarbiat Modaress University. 1998. (Persian)

37. Bastani F, Rahmatnejad L, Jahdi F, Haghani H. [Breastfeeding self-efficacy and perceived stress in nulliparous women]. Iran J Nurs 2008; 21(54): 9-22. (Persian)

38. Vahedian Azimi A, Sadeghi M, Movafegh A, Sorouri Zanjani R, Hasani D, Salehmoghaddam AR, Kashshsfi MR. [The Relationship between Perceived Stress and the Top Five Heart Disease Characteristics in Patients with Myocardial Infarction]. J Zanjan Univ Med Sci 2012; 20(78): 99-111. (Persian)

39. Bastani F, Mohammadi Yeganeh L, Rahmatnejad L. [Evaluation the relationship of negative mood and perceived stress with demographic factors in women attending family planning clinics and applicant for contraceptive pills use]. J Urmia Nurs Midwifery Fac 2009; 7(2): 81-88. (In Persian)

40. Mirzaee O, Vaghei S, Koushan M. [The effect of communicative skills on the perceived stress of nursing students]. J Sabzevar Univ Med Sci 2010; 17(2): 88-95. (In Persian)

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29]

41. Hoseini R. [Effect of training - consulting on general health, burden and perceived stress of caregivers of elderly women with Alzheimer's disease]. Dissertation in nursing (M.S), Tehran University of Medical Sciences, school of Nursing, 2011. (Persian)

42. Pahlavanzadeh S, Navidian, A Yazdani M. [The effect of psycho-education on depression, anxiety and stress in family caregivers of patients with mental disorders]. Behbood J 2010; 14(3): 228-236. (In Persian)

43. Farber BA. Introduction: understanding and treating burnout in a changing culture. J Clin Psychol; 2000. 56(5): 589-594.

44. Dijkstra K, Bourgeois MS, Allen RS, Burgio LD. Conversational coherence: discourse analysis of older adults with and without dementia. J Neurolinguist; 2004. 17(4): 263-283

45. Navidian A, Salar AR, Kikhaei A. [Study of burden experienced by family caregivers of patients with mental disorder in mentally ill hospital and psychiatric center]. Urmia Med J 2001; 3(12): 206-214. (Persian)

46.Abbasi A, Asayesh H , Rahmani H, Shariati A, Hosseini SA , Rouhi Gh. [The Burden on Cargivers from Hemodialysis Patients and Related Factors]. J Gorgan Univ Med Sci 2011; 8(1): 26-33. (Persian)

47. Tavakkoli Zadeh J, Moshki M, Hosseini Shahidi L, Maroozi P. [The survey of stressor events and their relationship with mental disorders on youths in Gonabad city]. Ofogh-e-danesh, 2003; 9(1): 105-111. (Persian)

48. Mohebbi I, Booshehri B. [Stressor factors effects in intentionally committing suicide by chemical materials: review of 400 cases]. Urmia Medical Journal 2006; 17(3): 219-225. (Persian)

49. Wadsworth ME, Santiago CDC, Einhorn L, Etter EM, Rienks S, Markman H. Preliminary efficacy of an intervention to reduce psychosocial stress and improve coping in low-income families. Am J Community Psychol; 2011. 48(3): 257-271.

50. Kaufer DI, Borson S, Kershaw P, Sadik K. Reduction of caregiver burden in Alzheimer's disease by treatment with galantamine. CNS spectrums; 2005. 10(6): 481-488.

51. Lewis SL, Miner-Williams D, Novian A, Escamilla MI, Blackwell PH, Kretzschmar JH, et al. A stress-busting program for family caregivers. Rehabil Nurs; 2009. 34(4): 151–159.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29]

The effect of communication skills training on perceived stress of caregivers of elderly with Alzheimer's disease referral to Iranian Alzheimer Association in 2012

Tahereh Mansouri, MSc of Health Education, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. mansoori87@yahoo.com
***Tahereh Dehdari**, Assistant Professor, School of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding author). dehdarit@yahoo.com
Naemeh Seyedfatemi, Associate Professor, Psych nursing Department, Member of Research Center of Nursing Care, Nursing & Midwifery Faculty, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. n-seyedfatemi@tums.ac.ir
Mahmoud Reza Gohari, Associate Professor of Biostatistics, Management &Information Sciences Faculty, Hospital Management Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. gohar_ma@yahoo.com
Mehrdad Barkhordari, MSc of Health Education, School of Health Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. mehrdadbarkhordari66@gmail.com

Abstract

Background: Caring of elderly with Alzheimer's disease and communicate with them, is a chronic stressful process that have negative effect on caregiver's physical and mental health. The aim of this study was to determine the effect of communication skills training on perceived stress of caregivers of elderly with Alzheimer disease in 2012.
Methods: This study was a quasi-experimental type. In this study, 91 caregivers of Alzheimer's patients referral to the Iranian Alzheimer Association, Tehran, Iran were selected and assigned into a control in the two groups (intervention (n=49) and control (n=49)) by using block randomization. Then, two groups were completed two questionnaires of demographic variables and perceived stress before the intervention. Educational program was designed according of pre-test results and conducted to the intervention group. Two groups were followed-up one-month after the intervention. Seven participants in the intervention group refused to take part in the study. Statistical analysis of data was performed with SPSS software (Version 16) and Student's paired-samples t test and Independent-samples t test. In this study, $p<0.05$ was considered significant.
Results: The mean age of the caregivers in the intervention and control group was 52.23 (± 11) and 52.26 (± 13) yr old, respectively. In the control group, 85.7% were women and 81.6 % men. No significant differences were found in the demographic characteristics and the mean score of percieved stress ($p=0.06$) between the two groups before the intervention. Following the intervention, there is significant reductions in the mean score of perceived stress in the intervention group compared with the control group ($p=0.001$).
Conclusion: It is suggested that methods of verbal and non-verbal communication would be trained to caregivers of elderly patients with Alzheimer's disease in the Iranian Alzheimer Association and other related institues. This can lead to improve both caregiver's health and also their quality of care of elderly with Alzheimer's disease.

Keywords: Alzheimer's disease, Communication skills, Perceived stress, Caregivers, Elderly.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29]