

بررسی ارتباط بین عوامل مستعد کننده با عملکرد و برخی متغیرهای دموگرافیک در مراقبین بیماران مبتلا به آلزایمر

دکتر سید سعید مظلومی محمودآباد^۱، شکیبا زاهد^۲، دکتر مریم امامی^۳، دکتر مجید برکتین^۴،
دکتر حسین شهنازی^۵، دکتر بهزاد مهکی^۶

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: بیماری آلزایمر مشکل بزرگی برای سلامت جامعه محسوب می‌شود و بر روابط بین فردی و اجتماعی اثر می‌گذارد. به دلیل طولانی شدن دوره‌ی مراقبت، نیاز به داشتن مراقبت کنندگان در حال افزایش است. هدف از این مطالعه، بررسی ارتباط بین عوامل مستعد کننده با عملکرد و برخی متغیرهای دموگرافیک در مراقبین بیماران مبتلا به آلزایمر بود.

روش‌ها: در این پژوهش توصیفی-تحلیلی و مقطعی، جمعیت مورد مطالعه شامل ۵۶ مراقب بیماران مبتلا به آلزایمر در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۲ بود. عوامل مستعد کننده شامل آگاهی با ۳۰ سؤال، نگرش با ۱۴ سؤال و نحوه‌ی عملکرد مراقبین با ۱۵ سؤال در قالب پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته و به روش مصاحبه سنجیده شد. روایی پرسش‌نامه‌ها توسط متخصصان آموزش بهداشت و روان‌پزشک و پایایی آن با استفاده از ضریب Cronbach's alpha مورد تأیید قرار گرفت. سنجش ارتباط عوامل مستعد کننده و نحوه‌ی عملکرد با متغیرهای مستقل، با استفاده از آزمون Regression چندگانه انجام شد.

یافته‌ها: حدود ۹۲ درصد مراقبین را زنان تشکیل می‌دادند، اکثر مراقبین در محدوده‌ی سنی ۶۰-۴۱ سال قرار داشتند و اغلب آن‌ها دارای تحصیلات زیر دیپلم، متأهل و خانه‌دار بودند. وضعیت آگاهی مراقبین، خوب و وضعیت نگرش و عملکرد آنان، متوسط ارزیابی شد. نمره‌ی آگاهی با متغیر تحصیلات ($P = ۰/۰۰۹$) و نمره‌ی نگرش با متغیرهای جنس ($P < ۰/۰۰۱$)، سن ($P = ۰/۰۰۱$)، تحصیلات ($P = ۰/۰۰۱$)، وضعیت تأهل ($P = ۰/۰۰۶$) و ماه مراقبت ($P = ۰/۰۰۲$) دارای ارتباط معنی‌دار بود. نحوه‌ی عملکرد مراقبین فقط با آگاهی آنان ارتباط مستقیم داشت.

نتیجه‌گیری: از آن جایی که بیشتر مراقبین را زنان تشکیل می‌دادند و از طرف دیگر اکثر مراقبین، خانوادگی بودند و با توجه به ماهیت پیش‌رونده و طولانی مراقبت از این گونه بیماران و به دلیل ارتباط مستقیم آگاهی مراقبین در مورد آلزایمر با نحوه‌ی عملکرد آنان، آموزش و نیز ایجاد حمایت‌های اجتماعی با رویکردهای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی از مراقبین زن، خانواده بیماران و مراقبین غیر رسمی در اولویت قرار می‌گیرد.

واژگان کلیدی: بیماری آلزایمر، مراقب، عوامل مستعد کننده، آگاهی، نگرش، عملکرد

ارجاع: مظلومی محمودآباد سید سعید، زاهد شکیبا، امامی مریم، برکتین مجید، شهنازی حسین، مهکی بهزاد. بررسی ارتباط بین عوامل مستعد کننده با عملکرد و برخی متغیرهای دموگرافیک در مراقبین بیماران مبتلا به آلزایمر. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۴؛ ۳۳ (۳۲۹):

۴۲۹-۴۴۱

۱- استاد، گروه آموزش بهداشت، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی یزد، یزد، ایران

۲- دانشجوی دکتری، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- دستیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۴- دانشیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۵- استادیار، گروه آموزش بهداشت، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۶- استادیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه

بیماری آلزایمر یکی از مهم ترین انواع زوال عقل است که منجر به کاهش توانایی، تفکر، استدلال، درک کردن، به یاد آوردن و اختلالات شخصیتی و رفتاری می شود. بیماری آلزایمر مشکل بزرگی برای سلامت جامعه محسوب می شود که بر روابط بین فردی و اجتماعی نیز اثر دارد (۱) و می تواند بر کیفیت زندگی بیماران بیشتر از طول آن تأثیرگذار باشد. بیماری آلزایمر یک بیماری تحلیل برنده ی قوای عقلانی انسان با علت اصلی ناشناخته است، اما عواملی مانند جنسیت، سن بالا، سابقه ی خانوادگی و وراثت در آن نقش دارند. با پیشرفت بیماری آلزایمر کارهای ساده ی روزانه به تدریج و یا به کلی فراموش می شوند (۲). شیوع بیماری آلزایمر و دیگر انواع زوال عقلی در افراد مسن بیشتر از جوانان است (۱).

بر طبق جدیدترین آمار انجمن آلزایمر آمریکا، شیوع بیماری آلزایمر در افراد بیشتر از ۶۵ سال ۱۱ درصد است؛ بدین معنی که از هر ۹ نفر، یک نفر ۶۵ سال به بالا به این بیماری مبتلا می شود. از بین بیماران مبتلا به آلزایمر، حدود ۴ درصد افراد زیر ۶۵ سال، ۱۳ درصد ۶۵-۷۴ سال، ۴۴ درصد ۷۴-۸۵ سال و ۳۸ درصد آن ها بیشتر از ۸۵ سال سن دارند (۳). بر اساس پیش بینی ها، تعداد مبتلایان به بیماری آلزایمر در کشور ما حدود ۵۰۰ هزار نفر است. آخرین گزارش شیوع ابتلا به زوال عقل در ایران حاکی از آن است که هر ۱۲ دقیقه، یک نفر به این بیماری مبتلا می شود (۴). نگاهی به پیش بینی های جمعیتی آینده ی کشور بیان کننده ی این نکته است که تا سال ۱۳۹۹ جمعیت بالای ۶۰ سال، ۹/۲ درصد از کل جمعیت ایران را تشکیل می دهند (۵).

نشانه های مهم بیماری آلزایمر عبارت از اختلال در حافظه، اشکال در تصمیم گیری و حل مسأله، اشکال در انجام کارها و وظایف روزانه، عدم اشراف بر زمان و مکان، اشکال در درک روابط سه بعدی و توهم بینایی، اشکال در یادگیری و خواندن و نوشتن کلمات جدید، گم کردن اشیا و وسایل، کاهش و اختلال در قضاوت، اختلال در فعالیت های اجتماعی و اختلال در شخصیت و خلق و خو می باشد. پیشرفت آلزایمر را می توان به سه گروه خفیف، متوسط و شدید طبقه بندی کرد (۳).

با پیشرفت بیماری آلزایمر، نیاز به مراقبت بیشتری احساس می شود. بسیاری از بیماران با درجه ی بیماری متوسط و شدید نیاز به مراقبت تمام وقت پیدا می کنند که این مراقبت فرای امور عادی روزانه است. علاوه بر این، با توجه به اولویت های وابستگان بیماران از جمله وضعیت سلامتی همسران و نیاز فرزندان خانواده به مراقبت، هزینه و زمان زیادی صرف مراقبت از بیماران می شود. این بیماری به دلیل نیاز به مراقبت طولانی، بسیار هزینه بر و در جریان درمان بسیار گران برآورد شده است (۶). زوال عقل اولین علت وابستگی و نیازمندی در سالمندان تلقی می شود و افراد کافی برای مراقبت از این قشر پرجمعیت وجود ندارد. با توجه به افزایش تعداد سالمندان نسبت به کل افراد، بروز این بیماری بیشتر شده و مسأله ی مراقبت از سالمندان اهمیت بیشتری پیدا کرده است (۷).

در مجموع، آگاهی در زمینه ی بیماری آلزایمر بسیار پایین می باشد و این موضوع به خصوص در زمینه ی علت و شیوع بیماری مشهودتر است. آموزش کم و وجود همسران بیماران با آگاهی در سطح پایین،

سن دارد، لزوم اهمیت مراقبت از این بیماران در ایران احساس می‌گردد. چگونگی تأثیر آگاهی، نگرش و نحوه‌ی عملکرد مراقبین در سیر و روند بیماری عامل قابل توجهی محسوب می‌شود که امید است بتوان به کمک این مطالعات گام‌هایی در راه بهبود وضعیت ارایه‌ی مراقبت و در نهایت، کیفیت زندگی این بیماران برداشت.

روش‌ها

مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی-مقطعی حاضر به بررسی مراقبت و ارتباط بین عوامل مستعد کننده‌ی مراقبین بیماران مبتلا به آلزایمر با عملکرد و برخی متغیرهای دموگرافیک آنان در خصوص نحوه‌ی مراقبت صحیح از بیماران در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۲ پرداخت. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته با ۳۰ سؤال در قسمت آگاهی، ۱۴ سؤال در قسمت نگرش و ۱۵ سؤال در قسمت عملکرد بود که بعد از تأیید روایی توسط صاحب‌نظران، پایایی آن نیز با استفاده از ضریب Cronbach's alpha (سؤالات آگاهی = ۰/۷۰، سؤالات نگرش = ۰/۶۲ و سؤالات نحوه‌ی عملکرد = ۰/۷۱) مورد تأیید قرار گرفت. پرسش‌نامه‌ها از طریق مصاحبه تکمیل شد. این پرسش‌نامه‌ها حاوی اطلاعات مربوط به آگاهی، نگرش و نحوه‌ی عملکرد (به طور جداگانه) مراقبین بود که تعداد سؤالات آن بر مبنای مطالعات قبلی و مطالعه‌ی کتب و مقالات مرتبط تعیین گردید. برای نمونه‌گیری، پرونده‌های در دسترس بیماران مبتلا به آلزایمر مورد استفاده قرار گرفت. نمونه‌های مورد مطالعه، افراد موظف به مراقبت از بیماران مبتلا به آلزایمر بودند که مراقب نامیده می‌شوند. حداقل حجم

از علل مهم آسیب‌پذیری در این زمینه است. تحقیقات نشان می‌دهد که علت اصلی تفاوت آگاهی در مورد بیماری آلزایمر، سطح سواد می‌باشد (۸). با ارزیابی آگاهی و نگرش در برخی تحقیقات مشخص شده است کسانی که نمره‌ی آگاهی بالاتری داشتند، از نگرش مثبت‌تری برخوردار بودند (۹). واژه‌ی مراقب به کسی اطلاق می‌شود که به افراد نیازمند کمک و ناتوان از انجام فعالیت‌ها، کمک و خدمت‌رسانی می‌کند. مراقبین غیر رسمی و خانوادگی به افرادی گفته می‌شود که وظیفه‌ی مراقبت از بیماری را که از اعضای خانواده، دوستان و همسایگان است، به عهده می‌گیرند. این افراد به دو گروه اولیه و ثانویه، تمام وقت یا نیمه وقت و مراقبینی که می‌توانند با یا بدون بیمار زندگی کنند، تقسیم می‌شوند. مراقبین رسمی افرادی هستند که داوطلبانه و یا در ازای دریافت پول خدمت ارایه می‌دهند و با یک شرکت خدماتی در ارتباط هستند (۱۰).

بسیاری از تحقیقات اثبات کرده‌اند که نه تنها بیماران، بلکه اعضای فامیل که وظیفه‌ی مراقبت از این نوع بیماران را به عهده دارند، به شدت تحت تأثیر این بیماری قرار می‌گیرند. Zarit و همکاران مراقبین را قربانیان مخفی نامیده‌اند (۱۱). مراقبت از بیماران مبتلا به آلزایمر طیف وسیعی از نیازهای مختلف جسمی، عاطفی و مالی را در بر می‌گیرد که ناشی از تخریب پیش‌رونده و غیر قابل کنترل ذهن بیمار است. مراقبین و پرستاران مهم‌ترین نقش را در تأمین محیط مناسب و ارایه‌ی مراقبت با کیفیت بالا برای بیماران مبتلا به آلزایمر بر عهده دارند (۵). با افزایش فراوانی سالمندان در کشور و با توجه به این موضوع که بیماری آلزایمر ارتباط مستقیمی با

جدول ۱. توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک

متغیر	زیر گروه	تعداد (درصد)
جنس	زن	۵۲ (۹۲/۹)
	مرد	۴ (۷/۱)
سن (سال)	۲۰-۳۰	۵ (۸/۹)
	۳۱-۴۰	۹ (۱۶/۱)
	۴۱-۵۰	۱۲ (۲۱/۴)
	۵۱-۶۰	۱۴ (۲۵/۰)
	۶۱-۷۰	۱۱ (۱۹/۷)
تحصیلات	زیر دیپلم	۵ (۸/۹)
	دیپلم	۲۱ (۳۷/۵)
	فوق دیپلم	۱۷ (۳۰/۴)
	لیسانس	۳ (۵/۴)
وضعیت تأهل	بالاتر از لیسانس	۱۱ (۱۹/۶)
	مجرد	۴ (۷/۱)
	متأهل	۷ (۱۲/۵)
	بیوه	۴۷ (۸۳/۹)
شغل	مطلقه	۱ (۱/۸)
	خانه‌دار	۱ (۱/۸)
	شاغل	۴۱ (۷۳/۲)
نسبت فامیلی	خیر	۱۵ (۲۶/۸)
	بلی	۶ (۱۰/۷)
	همسر	۵۰ (۸۹/۳)
	دختر	۲۱ (۳۷/۵)
نوع نسبت	پسر	۱۹ (۳۴/۰)
	عروس یا داماد	۲ (۳/۶)
	فامیل دور	۴ (۷/۱)
	دوست	۱ (۱/۸)
دریافت حقوق	موارد گمشده	۵ (۸/۹)
	خیر	۵۰ (۸۹/۳)
	بلی	۶ (۱۰/۷)
تجربه‌ی مراقبت	خیر	۴۳ (۷۶/۸)
	بلی	۱۳ (۲۳/۲)
مدت زمان مراقبت در روز (ساعت)	کمتر از ۶	۹ (۱۶/۱)
	۶-۱۲	۱۵ (۲۶/۸)
	۱۲-۱۸	۲ (۳/۶)
	۱۸-۲۴	۳۰ (۵۳/۵)
	کمتر از ۶ ماه	۷ (۱۲/۵)
مدت زمان مراقبت	۶-۱۱ ماه	۶ (۱۰/۷)
	۱-۲ سال	۱۶ (۲۸/۶)
	۲-۳ سال	۱۶ (۲۸/۶)
	۳-۴ سال	۲ (۳/۵)
استخدام	بیشتر از ۴ سال	۹ (۱۶/۱)
	خیر	۵۱ (۹۱/۱)
	بلی	۵ (۸/۹)

نمونه ۶۰ نفر برآورد شد (که به علت فوت ۲ نفر از بیماران مورد مطالعه و این که ۲ نفر هم در شرایطی بودند که نیاز به مراقبت نداشتند، تعداد جمعیت مورد مطالعه به ۵۶ نمونه تقلیل یافت).

برای امتیازبندی پاسخ‌های آگاهی، نگرش و نحوه‌ی عملکرد با توجه به نظر متخصصین آموزش بهداشت و روان‌پزشکان، کسانی که به کمتر از ۳۳ درصد سؤالات هر قسمت پاسخ درست داده بودند = کم، ۳۳-۶۶ درصد پاسخ درست = متوسط و بالای ۶۶ درصد پاسخ درست = خوب ارزیابی شدند. اطلاعات جمع‌آوری شده توسط نرم‌افزار آماری SPSS نسخه‌ی ۲۰ (version 20, SPSS Inc., Chicago, IL) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این راستا از ضرایب همبستگی Kendall و Spearman، Pearson جهت بررسی همبستگی بین متغیرهای وابسته و مستقل استفاده شد. با توجه به همبستگی بین متغیرهای وابسته، مدل Regression چندگانه‌ی چند متغیره برای تعیین نوع و شدت ارتباط بین متغیرهای وابسته و مستقل مورد استفاده قرار گرفت. $P < 0/05$ به عنوان سطح معنی‌داری در تمام آزمون‌ها در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

اطلاعات دموگرافیک جامعه‌ی آماری مورد مطالعه در جدول ۱ آمده است. میانگین نمره‌ی آگاهی مراقبین مورد مطالعه حدود ۴۳، میانگین نمره‌ی نگرش حدود ۱۳ و میانگین نمره‌ی نحوه‌ی عملکرد حدود ۹ بود. بدین ترتیب وضعیت آگاهی مراقبین خوب و وضعیت نگرش و نحوه‌ی عملکرد آنان متوسط ارزیابی شد.

($P = 0/002$) رابطه‌ی آماری معنی‌داری مشاهده شد. بین هیچ کدام از متغیرها با نمرات نحوه‌ی عملکرد رابطه‌ی آماری معنی‌داری وجود نداشت. فراوانی پاسخ‌های مراقبین بیماران مبتلا به آلزایمر به سؤالات آگاهی در جدول ۲، فراوانی پاسخ‌های مراقبین بیماران مبتلا به آلزایمر به سؤالات نگرش در جدول ۳ و فراوانی پاسخ‌های مراقبین بیماران مبتلا به آلزایمر به سؤالات نحوه‌ی عملکرد در جدول ۴ ارایه شده است.

نتایج توزیع همبستگی بین عوامل مستعد کننده، نشان دهنده‌ی همبستگی آماری بین آگاهی و نحوه‌ی عملکرد بود ($P = 0/037$) و همچنین از بین متغیرهای مورد نظر، تحصیلات دارای ارتباط معنی‌داری با متغیر آگاهی بود ($P = 0/009$). بین نمره‌ی نگرش با متغیرهای جنس ($P = 0/001$)، سن ($P = 0/001$)، سطح تحصیلات ($P = 0/001$)، وضعیت تأهل ($P = 0/006$) و مدت زمان مراقبت

جدول ۲. فراوانی پاسخ‌های مراقبین بیماران مبتلا به آلزایمر به سؤالات آگاهی

سؤال	بلی	خیر	نمی‌دانم
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
۱- آیا بیماران مبتلا به آلزایمر در معرض افسردگی هستند؟	۴۳ (۷۶/۸)	۱۰ (۱۷/۹)	۳ (۵/۴)
۲- آیا تمرینات مغزی از مبتلا شدن فرد به آلزایمر پیشگیری می‌کند؟	۳۹ (۶۹/۶)	۷ (۱۲/۵)	۱۰ (۱۷/۹)
۳- آیا بیماری آلزایمر ابتدا با اشکال در حافظه خود را نشان می‌دهد؟	۴۹ (۸۷/۵)	۵ (۸/۹)	۲ (۳/۶)
۴- آیا وقتی بیمار مبتلا به آلزایمر دچار اضطراب می‌شود باید به وسیله‌ی پزشک معاینه و معالجه شود تا مشکلات دیگری که ایجاد می‌شود، مهار گردد؟	۴۸ (۸۵/۷)	۶ (۱۰/۷)	۲ (۳/۶)
۵- آیا می‌توان به طور هم‌زمان بیش از یک کار را به بیمار مبتلا به آلزایمر محول کرد؟	۱۶ (۲۸/۶)	۳۵ (۶۲/۵)	۵ (۸/۹)
۶- آیا وقتی بیمار مبتلا به آلزایمر نتوانست از خود مراقبت کند، بلافاصله به یک مراقب یا پرستار نیازمند است؟	۵۲ (۹۲/۹)	۲ (۳/۶)	۲ (۳/۶)
۷- آیا بیمار مبتلا به آلزایمر دچار هذیان و افسردگی می‌شود؟	۳۵ (۶۲/۵)	۱۹ (۳۳/۹)	۲ (۳/۶)
۸- آیا بیماران مبتلا به آلزایمر که هنوز بیماری‌شان شدید نشده است، می‌توانند با مراجعه به روان‌پزشک و معالجه از اضطراب و افسردگی پیشگیری کنند؟	۴۸ (۸۵/۷)	۱ (۱/۸)	۷ (۱۲/۵)
۹- آیا اگر اشکال در حافظه و گیجی به طور ناگهانی برای کسی اتفاق افتاد، این شخص به آلزایمر مبتلا است؟	۷ (۱۲/۵)	۲۷ (۴۸/۲)	۲۲ (۳۹/۳)
۱۰- آیا بیشتر بیماران مبتلا به آلزایمر در بیمارستان‌های خصوصی نگهداری می‌شوند؟	۱۱ (۱۹/۶)	۳۹ (۶۹/۶)	۶ (۱۰/۷)
۱۱- آیا تغذیه‌ی نامناسب ممکن است علائم بیماری آلزایمر را شدیدتر کند؟	۴۰ (۷۱/۴)	۱۴ (۲۵/۰)	۲ (۳/۶)
۱۲- آیا وقتی بیمار مبتلا به آلزایمر یک سؤال، داستان یا مطلبی را چند بار تکرار کند برای یادآوری خاطراتش بهتر است؟	۱۷ (۳۰/۴)	۳۱ (۵۵/۳)	۸ (۱۴/۳)
۱۳- آیا بیمار مبتلا به آلزایمر می‌تواند برای مراقبت از خود تصمیم‌گیری کند؟	۱۲ (۲۱/۴)	۴۳ (۷۶/۸)	۱ (۱/۸)
۱۴- آیا سرانجام یک بیمار مبتلا به آلزایمر به مراقبت ۲۴ ساعته نیازمند است؟	۵۵ (۹۸/۲)	۰ (۰/۰)	۱ (۱/۸)
۱۵- آیا بالا بودن کلسترول و چربی خون امکان ابتلا به آلزایمر را بالا می‌برد؟	۲۰ (۳۵/۷)	۱۵ (۲۶/۸)	۲۱ (۳۷/۵)
۱۶- آیا لرزش یا تکان دادن دست‌ها یکی از علائم شایع در بیماران مبتلا به آلزایمر است؟	۳۰ (۵۳/۶)	۲۳ (۴۱/۱)	۳ (۵/۴)
۱۷- آیا علائم افسردگی شدید با علائم آلزایمر اشتباه می‌شود؟	۳۱ (۵۵/۴)	۱۴ (۲۵/۰)	۱۱ (۱۹/۶)
۱۸- آیا بیماری آلزایمر یکی از انواع زوال عقل است؟	۴۰ (۷۱/۴)	۷ (۱۲/۵)	۹ (۱۶/۱)
۱۹- آیا یکی از علائم اولیه‌ی آلزایمر اشکال در شمردن پول و نپرداختن قبض آب، برق و... است؟	۳۵ (۶۲/۵)	۱۶ (۲۸/۶)	۵ (۸/۹)
۲۰- آیا یکی از علائم بیماری آلزایمر این است که بیمار فکر می‌کند افراد دیگر می‌خواهند چیزی را از او بدزدند؟	۳۸ (۶۷/۹)	۱۵ (۲۶/۸)	۵ (۸/۹)

جدول ۲. فراوانی پاسخ‌های مراقبین بیماران مبتلا به آلزایمر به سؤالات آگاهی (ادامه)

سؤال	بلی			خیر			نمی‌دانم		
	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد
	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)
۲۱- آیا بیمار مبتلا به آلزایمر در مراحل اولیه باید دفترچه‌ی یادداشت داشته باشد تا کارهایش را فراموش نکند؟	۲۶ (۴۶/۴)	۱۳ (۲۳/۲)	۱۷ (۳۰/۴)						
۲۲- آیا بخشی از علت مبتلا شدن به بیماری آلزایمر را می‌توان به ارث نسبت داد؟	۳۲ (۵۷/۱)	۱۷ (۳۰/۴)	۷ (۱۲/۵)						
۲۳- آیا اگر شخصی همراه بیمار مبتلا به آلزایمر باشد، او می‌تواند برای مدتی رانندگی کند؟	۴ (۷/۱)	۵۰ (۸۹/۳)	۲ (۳/۶)						
۲۴- آیا بیماری آلزایمر بی‌علاج است؟	۲۸ (۵۰/۰)	۱۵ (۲۶/۸)	۱۳ (۲۳/۲)						
۲۵- آیا بیشتر بیماران مبتلا به آلزایمر، اتفاقات قدیم را بهتر از خاطرات جدید به خاطر دارند؟	۵۲ (۹۲/۹)	۳ (۵/۴)	۱ (۱/۸)						
۲۶- آیا بیشترین سن شیوع آلزایمر بالای ۶۵ سال است؟	۴۳ (۷۶/۸)	۱۰ (۱۷/۹)	۳ (۵/۴)						
۲۷- آیا بیمار مشکوک به آلزایمر باید به سرعت معالجه و تحت درمان قرار گیرد؟	۴۹ (۸۷/۵)	۲ (۳/۶)	۵ (۸/۹)						
۲۸- آیا با آزمایش خون می‌توان به وجود بیماری آلزایمر در فردی پی برد؟	۴ (۷/۱)	۳۱ (۵۵/۴)	۲۱ (۳۷/۵)						
۲۹- آیا بیماری آلزایمر در سه نوع خفیف، متوسط و شدید دیده می‌شود؟	۴۶ (۸۲/۱)	۵ (۸/۹)	۵ (۸/۹)						
۳۰- آیا حمایت و آموزش به خانواده‌ی بیمار مبتلا به آلزایمر، اولین قدم در راه کمک به بیمار می‌باشد؟	۵۱ (۹۱/۱)	۳ (۵/۴)	۲ (۳/۶)						

لازم به ذکر است که سؤالات ۲۸، ۲۳، ۱۶، ۱۳، ۱۲، ۱۰، ۹ و ۵ ارزش‌گذاری مجدد شده‌اند.

جدول ۳. فراوانی پاسخ‌های مراقبین بیماران مبتلا به آلزایمر به سؤالات نگرش

سؤال	خیلی موافقم			مواقفم			نظری ندارم			مخالقم			خیلی مخالفم		
	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	
	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	
۱- از بودن با بیمار مبتلا به آلزایمر احساس راحتی می‌کنم.	۷ (۱۲/۵)	۱۶ (۲۶/۸)	۰ (۰/۰)	۲۴ (۴۲/۹)	۹ (۱۶/۱)										
۲- من نمی‌توانم زندگی بیمار مبتلا به آلزایمر را بهبود ببخشم.	۶ (۱۰/۷)	۱۳ (۲۳/۲)	۴ (۷/۱)	۲۸ (۵۰/۰)	۵ (۸/۹)										
۳- از بودن با بیمار مبتلا به آلزایمر احساس خودمانی بودن می‌کنم.	۲۱ (۳۷/۵)	۳۰ (۵۳/۶)	۲ (۳/۶)	۲ (۳/۶)	۱ (۱/۸)										
۴- من با بیمار مبتلا به آلزایمر که مضطرب است، تماس برقرار می‌کنم.	۲۵ (۴۴/۶)	۲۱ (۳۷/۵)	۰ (۰/۰)	۵ (۸/۹)	۵ (۸/۹)										
۵- من احساس بی‌هوودگی نمی‌کنم چون می‌توانم به بیمار مبتلا به آلزایمر کمک کنم.	۱۵ (۲۶/۸)	۱۹ (۳۳/۹)	۹ (۱۶/۱)	۶ (۱۰/۷)	۷ (۱۲/۵)										
۶- مراقبت کردن از مبتلا به آلزایمر ثواب دارد.	۴۲ (۷۵/۰)	۱۱ (۱۹/۶)	۳ (۵/۴)	۰ (۰/۰)	۰ (۰/۰)										
۷- باید به حرف‌های بیمار مبتلا به آلزایمر توجه کرد و به او اهمیت داد.	۳۵ ()	۱۳ (۲۳/۲)	۳ (۵/۴)	۳ (۵/۴)	۲ (۳/۶)										
۸- من از بیمار مبتلا به آلزایمر می‌ترسم.	۵ (۸/۹)	۷ (۱۲/۵)	۰ (۰/۰)	۱۵ (۲۶/۸)	۲۹ (۵۱/۸)										
۹- از همراه داشتن بیمار مبتلا به آلزایمر احساس شرمساری می‌کنم.	۱ (۱/۸)	۹ (۱۶/۱)	۲ (۳/۶)	۱۶ (۲۸/۶)	۲۸ (۵۰/۰)										
۱۰- هر بیمار مبتلا به آلزایمر نیازهای متفاوتی دارد.	۴۰ (۷۱/۴)	۱۰ (۱۷/۹)	۴ (۷/۱)	۱ (۱/۸)	۱ (۱/۸)										
۱۱- بیمار مبتلا به آلزایمر نمی‌تواند محبت دیگران را درک کند.	۱۱ (۱۹/۶)	۵ (۸/۹)	۲ (۳/۶)	۲۰ (۳۵/۷)	۱۸ (۳۲/۱)										
۱۲- بیماران مبتلا به آلزایمر به محبت و توجه اطرافیان‌شان نیاز دارند.	۴۹ (۸۷/۵)	۴ (۷/۱)	۲ (۳/۶)	۰ (۰/۰)	۱ (۱/۸)										
۱۳- مهم است که یک مراقب از سابقه‌ی بیمار مبتلا به آلزایمر اطلاعاتی داشته باشد.	۴۷ (۸۳/۹)	۶ (۱۰/۷)	۱ (۱/۸)	۱ (۱/۸)	۱ (۱/۸)										
۱۴- بیمار مبتلا به آلزایمر می‌تواند از زندگی خود لذت ببرد.	۷ (۱۲/۵)	۲۱ (۳۷/۵)	۴ (۷/۱)	۷ (۱۲/۵)	۱۷ (۳۰/۴)										

لازم به ذکر است که سؤالات ۱۱، ۹، ۸ و ۲ ارزش‌گذاری مجدد شده‌اند.

جدول ۴. فراوانی پاسخ‌های مراقبین بیماران مبتلا به آلزایمر به سؤالات نحوه‌ی عملکرد

سؤال	بلی		خیر
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
۱- آیا در هفته‌ی گذشته برای مراقبت از بیمار درب‌های منزل را قفل کرده‌اید؟	۱۶ (۲۸/۶)	۴۰ (۷۱/۴)	
۲- آیا در هفته‌ی گذشته داروهای مصرفی بیمار را یادداشت کرده‌اید و سر ساعت به او می‌دهید؟	۵۴ (۹۶/۴)	۲ (۳/۶)	
۳- آیا در هفته‌ی گذشته با بیمار حرف زده‌اید و او را موظف به جواب دادن کرده‌اید؟	۵۱ (۹۱/۱)	۵ (۸/۹)	
۴- آیا آدرس و شماره تلفن بیمار را نوشته‌اید و به گردنش آویخته‌اید؟	۲۰ (۳۵/۷)	۳۶ (۶۴/۳)	
۵- آیا در هفته‌ی گذشته با بیمار مبتلا به آلزایمر تلویزیون تماشا کرده‌اید؟	۴۷ (۸۳/۹)	۹ (۱۶/۱)	
۶- آیا در هفته‌ی گذشته گاهی با بیمار مبتلا به آلزایمر به پیاده‌روی رفته‌اید؟	۲۸ (۵۰/۰)	۲۸ (۵۰/۰)	
۷- آیا در هفته‌ی گذشته در غذا خوردن به بیمار مبتلا به آلزایمر کمک کرده‌اید؟	۳۲ (۵۷/۱)	۲۴ (۴۲/۹)	
۸- آیا در هفته‌ی گذشته بیمار مبتلا به آلزایمر را استحمام کرده‌اید؟	۳۳ (۵۸/۹)	۲۳ (۴۱/۱)	
۹- آیا هر وقت که نیاز باشد موهای بیمار مبتلا به آلزایمر را شانه می‌زنید؟	۲۶ (۴۶/۴)	۳۰ (۵۳/۶)	
۱۰- آیا اجازتی غذا پختن به بیمار مبتلا به آلزایمر می‌دهید؟	۱۰ (۱۷/۹)	۴۶ (۸۲/۱)	
۱۱- آیا در هفته‌ی گذشته در لباس پوشیدن به بیمار مبتلا به آلزایمر کمک کرده‌اید؟	۳۴ (۶۰/۷)	۲۲ (۳۹/۳)	
۱۲- آیا هر وقت که نیاز باشد ناخن‌های بیمار را کوتاه می‌کنید؟	۳۰ (۵۳/۶)	۲۶ (۴۶/۴)	
۱۳- آیا از بردن بیمار مبتلا به آلزایمر به مکان‌های شلوغ و پرسر و صدا اجتناب می‌کنید؟	۲۹ (۵۱/۸)	۲۷ (۴۸/۲)	
۱۴- آیا بیمار مبتلا به آلزایمر را هر ۲ ساعت یکبار به دستشویی می‌برید؟	۲۲ (۳۹/۳)	۳۴ (۶۰/۷)	
۱۵- روزی چند لیوان آب و مایعات به بیمار مبتلا به آلزایمر می‌خورانید؟	۵۵ (۹۸/۲)	۱ (۱/۸)	

لازم به ذکر است که پاسخ سؤال ۱۰ ارزش‌گذاری مجدد شده است.

بحث

بدون شک در زمینه‌ی مراقبت از بیماران به خصوص بیماران مبتلا به زوال عقل و آلزایمر، زنان بیشتر از مردان فعالیت می‌کنند. آمار انجمن آلزایمر آمریکا در سال ۲۰۱۲ گزارش کرد که زنان بیش از مردان در زمینه‌ی بیماری آلزایمر به امر مراقبت مشغول می‌باشند. طبق برآورد انجام شده ۷۹-۵۹ درصد مراقبین مؤنث هستند (۳). بالاتر بودن میزان زنان در مطالعه‌ی حاضر به علت تنیدگی مسایل شرعی و عرفی جامعه با موضوعات مرتبط با مراقبت می‌باشد که این مسأله به ایفای نقش و مسؤولیت‌پذیری بیشتر آنان در امور مراقبتی ارتباط دارد. با توجه به طاقت‌فرسا بودن امور مراقبتی و آسیب‌پذیر بودن زنان نسبت به مردان و از طرف دیگر به علت اختلالات

شناختی، عاطفی، رفتاری و ارتباطی بیماران، لزوم انجام حمایت‌های اطلاعاتی عاطفی و ابزاری به زنان امری ضروری به نظر می‌رسد. مطالعه‌ای نشان داد که لزوم آموزش در زمینه‌ی آگاهی و نگرش در مورد مراقبت از بیماران مبتلا به زوال عقل در پزشکان عمومی احساس می‌شود. این موضوع برای ایجاد اشتیاق و اعتماد به نفس در ارائه‌ی خدمات مراقبتی به بیماران ضروری می‌باشد (۱۲). مراقبین میانسال که به نسل ساندویچی معروف هستند، به طور هم‌زمان حمایتگر فرزندان و والدینشان می‌باشند و لزوم حمایت از آنان نیز به دلیل وجود مشکلات فیزیکی، سن و مشکلات عاطفی و روانی بیماران امری لازم به نظر می‌رسد (۱۳). لزوم بالا بردن آگاهی در زمینه‌ی بیماری آلزایمر و

راه‌های مراقبت به دلیل بالا بودن میزان مراقبین کم‌سواد و تأثیر مستقیم آن در سیر و روند بیماری توصیه می‌گردد. افرادی که آموزش کمتری در زمینه‌ی بیماری آلزایمر دیده‌اند نسبت به کسانی که آموزش بیشتری دریافت کرده‌اند، در معرض ابتلای بیشتر هستند (۳).

در مطالعه‌ی حاضر نزدیک به ۹۰ درصد مراقبین از افراد خانواده‌ی بیمار هستند. بیماری آلزایمر مانند یک تیغ دو لبه است که یک لبه بیمار و لبه‌ی دیگر اطرافیان بیمار را زخمی می‌کند. دیدن ناتوانی، ترس و سایر موارد زجرآور مرتبط با روند بیماری در عزیزترین فرد زندگی کار ساده‌ای نیست، به ویژه زمانی که اطرافیان احساس کنند آینده‌ی روشنی پیش روی آنان نیست (۱۴). در مطالعه‌ی حاضر، ۹۲ درصد مراقبین بیماران مبتلا به آلزایمر را زنان، بیشترین تحصیلات را مقطع زیر دیپلم، حدود نیمی از مراقبین را گروه سنی ۶۰-۴۱ سال و ۷۳/۲ درصد را افراد خانه‌دار تشکیل دادند. در مطالعه‌ی انجام شده در برزیل، ۸۶ درصد مراقبین زن و در فاصله‌ی سنی ۸۳-۲۲ سال بودند. ۸۱ درصد آنان با سالمند بیمار زندگی می‌کردند و ۷۱ درصد سابقه‌ی تحصیلات بالاتر از ۸ سال داشتند. ۵۸ درصد مراقبین شاغل نبودند و ۴۶/۲ درصد آنان با وضعیت مسئولیتی متوسط آرایه‌ی خدمت می‌کردند. تفسیر ارتباطات در جریان مراقبت، مراقبین و پرستاران را قادر می‌سازد تا حساسیت و خلاقیتشان در زمینه‌ی آرایه خدمت و ارتباط انسانی در حیطه‌ی شغلی و روابط انسانی را ارتقا بخشند (۱۵).

اگرچه از نظر آماری وضعیت آگاهی مراقبین در مطالعه‌ی حاضر خوب و وضعیت نگرش و عملکرد

متوسط برآورد شد، اما به سبب تأثیر مستقیم وضعیت آگاهی، نگرش و عملکرد مراقبین بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آلزایمر و با توجه به اعتقادات و فرهنگ حاکم بر جامعه نسبت به سالمندان، لزوم افزایش این وضعیت به ۱۰۰ درصد امری ضروری می‌باشد. ایجاد سازمان‌هایی برای وضع برنامه‌هایی در جهت ایجاد نگرش مطلوب نسبت به بیماری آلزایمر در جامعه، حذف شرمساری از وجود بیمار و حمایت از بیماران و مراقبین که خود به قربانیان مخفی معروفند، توصیه می‌شود. مراقبین به بیش از ۷۵ درصد سؤالات آگاهی، ۴۸ درصد سؤالات نگرش و ۶۲ درصد سؤالات نحوه‌ی عملکرد پاسخ صحیح دادند، ولی عدم پاسخدهی به برخی سؤالات به دلیل تأثیر مستقیم وضعیت آگاهی، نگرش و نحوه‌ی عملکرد مراقبین بر جریان مراقبت مؤثر می‌باشد و ضعف در زمینه‌های مذکور بر سیر و روند بیماری، نوع ارتباط با بیمار و خانواده‌ی او و انجام وظایف مراقبت خلل ایجاد می‌کند. در ضمن با توجه به شرایط جسمی و روحی گیرندگان خدمت، لزوم کامل بودن آگاهی، نگرش و نحوه‌ی عملکرد ضروری به نظر می‌رسد.

اطلاعات جدول ۲ حاکی از آن است که حدود ۹۰ درصد مراقبین می‌دانند این بیماری خود را با اشکال در حافظه نشان می‌دهد. مراقبین در زمینه‌ی سؤالات ۲۸، ۲۴، ۲۲، ۱۶، ۱۵، ۷ و ۵ قسمت آگاهی دچار اشکال بودند. بیشتر مراقبین بیماران مبتلا به آلزایمر، حمایت و آموزش به خانواده‌ی بیمار را اولین قدم در راه کمک به بیمار دانستند. با توجه به نتایج تحقیق Smyth و همکاران، داشتن آگاهی کافی در مورد بیماری در کارکنان آرایه دهنده‌ی مراقبت به

است. مطالعه‌ی آنان به آموزش عملکردهای مراقبتی به منظور بهبود وضعیت مراقبت های خانوادگی در جهت ایجاد یک باور مراقبت بالینی در رابطه با این بیماران پرداخت و نتایج آن بر کار مراقب و هدف آن بر افزایش آگاهی و باور مهارت های مراقبتی بالینی معطوف گردید. در این رابطه مزایا شامل فراهم آوردن اطلاعات، ارتباط و آموزش نقش به مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به زوال عقل می باشد (۱۸).

جدول ۴ نشان می دهد که مراقبین در زمینه‌ی سؤالات عملکرد در پاسخگویی به سؤالات ۱۲، ۶، ۴ و ۱ دچار اشکال بوده اند، اما در زمینه‌ی دادن به موقع دارو و مایعات به بیماران مبتلا به آلزایمر خوب عمل کردند. پژوهش Andrieu و همکاران به بررسی تغییرات عملکرد وظایف مراقبین خانوادگی از بیماران مبتلا به آلزایمر در طول یک سال پرداختند. نتایج مطالعه‌ی آنان نشان داد که وظایف زیادی در راه کمک به بیمار مبتلا به آلزایمر بر عهده‌ی مراقبین است، اما مطالعات زیادی در زمینه‌ی این تغییر در دسترس نیست. در این راستا، ۳۳۳ نفر مراقب را تحت نظر گرفتند و در طول یک سال به بررسی آن ها پرداختند. Andrieu و همکاران دریافتند که بیشتر مراقبین با افزایش و تنوع وظایف مراقبتی روبه رو هستند که این امر به واسطه‌ی تغییر در نیازهای گیرندگان مراقبت می باشد و نیاز به پیگیری منظم احساس می شود (۱۹).

در واقع نتایج مطالعه‌ی حاضر با نتایج مطالعات مذکور (۱۹-۱۵) منطبق می باشد. تنوع وظایف مراقبین در اموری مانند غذا دادن به بیمار، دادن به موقع دارو، حمام بردن، رسیدگی به بهداشت فردی بیمار و... در طول زمان و با توجه به پیش رونده بودن

بیماران مبتلا به زوال عقل برای بالا بردن کیفیت مراقبت امری ضروری می باشد (۱۶). در مطالعه‌ی حاضر مراقبین در زمینه‌ی اطلاعات در مورد آلزایمر دچار کمبود بودند و آموزش به مراقبین در این زمینه توصیه می شود. همچنین، مطالعه‌ی Smyth و همکاران برای ارتقای برنامه‌ی مراقبتی از این نوع بیماران، لزوم یک سیستم آموزش و تعلیم تخصصی در مورد زوال عقل را به عنوان جزیی از برنامه‌ی کلی ارتقا متذکر شده است (۱۶).

پژوهش Elliott و همکاران در پنج شهر آمریکا، آموزش را به صورت مهارت های ساختار یافته چند زمینه‌ای مرتبط با آلزایمر برای گیرندگان و ارایه دهندگان خدمت در خانه پیشنهاد کردند که باعث شد مراقبین، وضعیت سلامتی بهتری اعم از کیفیت خواب، سلامت جسمی و بهداشت روانی ناشی از مسئولیت مراقبت را گزارش کنند (۱۷).

پاسخ سؤالات ۱۴، ۵، ۲ و ۱ در جدول ۳ نشان می دهد که نگرش مراقبین در این زمینه چندان مساعد نیست. ۶۰ درصد مراقبین از بودن با بیماران مبتلا به آلزایمر احساس راحتی نمی کردند و حدود یک سوم آنان معتقد بودند که نمی توانند در راه بهبود بیماران کاری انجام دهند. به طور قطع این موضوع پیامدهای نامطلوبی را هم برای بیمار و هم برای مراقب به دنبال دارد. حدود ۴۰ درصد مراقبین بر این باور بودند که بیمار لذتی از زندگی خود نخواهد برد و این نگرش نامطلوب، امر مراقبت مطلوب را نیز خدشه دار می کند.

Hepburn و همکاران در مطالعه‌ی خود در آمریکا گزارش کردند که مراقبت های خانوادگی از بیماران مبتلا به آلزایمر جزء اصلی سیستم مراقبتی این بیماران

مراقبت بالاتر رود، تجربه‌ی شخص در رابطه با امر مراقبت بیشتر می‌شود و قادر خواهد بود با شرایط سخت بیمار تطابق حاصل کند.

مطالعه‌ی Zawadzki و همکاران از نگرش نسبت به بیماری آلزایمر به عنوان یک عامل خطر در مسؤولیت مراقبین بیماران مبتلا به آلزایمر یاد کردند. به موازات آن، کیفیت زندگی و اضطراب و استرس آن‌ها در مقابل بار مسؤولیت مراقبت نیز ارزیابی شد و نتایج تحقیق آنان گزارش کرد که آموزش و برنامه‌های حمایتی مربوط به مراقبین نباید تنها مختص به بالا بردن آگاهی و عملکرد و مهارت‌های بیماران باشد، بلکه باید نگرش افراد نسبت به این بیماری هدف قرار گیرد و این مهم‌ترین کار می‌باشد (۲۰). در نهایت، با توجه به نتایج حاصل شده از مطالعه‌ی حاضر، آموزش مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر در زمینه‌ی آگاهی، نگرش و مهارت‌های عملکردی و ارتباطی ویژه جهت برقراری ارتباط مناسب با سالمند مبتلا به آلزایمر در جریان مراقبت ضروری است تا بتوانند به بهترین نحو از بیمار مراقبت کنند.

با جمع‌بندی نتایج مطالعه و توجه به نتایج تحقیقات قبلی (۱۹-۱۵)، موارد زیر پیشنهاد می‌گردد:

- ✓ ایجاد سیستم مدون آموزش عموم مردم در رابطه با بیماری آلزایمر و دایر نمودن مراکز اختصاصی در جهت شناسنامه دار کردن مبتلایان به این بیماری و آموزش به مراقبین و پیگیری در قالب برنامه‌های ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی با حمایت نهادها و سازمان‌هایی مانند شهرداری، پایگاه‌های سلامت، مراکز بهداشت، صدا و سیما و سازمان‌های وابسته و مرتبط

بیماری، مسؤولیت بزرگی است که مراقب به دوش می‌کشد. در تحقیق حاضر نگرش مراقبین بیماران مبتلا به آلزایمر در حد متوسط برآورد شد که با متغیرهای سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تأهل و مدت زمان مراقبت از بیمار ارتباط مستقیمی دارد. آنچه مسلم است با بالا رفتن سن، مراقب به تجربه‌ی کاملی در زمینه‌ی ارتباط و مراقبت از بیمار مبتلا به آلزایمر دست می‌یابد. مراقبین جوان‌تر به دلیل اختلالات شخصیتی بیمار و عدم ایجاد ارتباط مناسب، نمی‌توانند نگرش مطلوبی نسبت به بیماری داشته باشند. مطلب قابل توجه دیگر این است که مردان نسبت به زنان نگرش بهتری در امر مراقبت از بیمار مبتلا به آلزایمر دارند. واضح است مراقبین زن به علت درگیری مسایل عاطفی و احساسی، نگرش منفی نسبت به بیماری پیدا خواهند کرد. مراقبین مرد ارایه‌ی مراقبت را بیشتر در قالب امور کاری قلمداد می‌کنند و با اختلالات ناشی از بیماری فرد سالمند به صورت منطقی (و نه احساسی) برخورد می‌کنند.

مراقبین متأهل نگرش بهتری نسبت به مراقبین مجرد در مورد بیماری آلزایمر دارند. افراد متأهل به مرور زمان با کسب مهارت‌های ارتباطی بیشتر و تجارب مختلف در طول زندگی، قدرت سازگاری بیشتری را با مشکلات پیدا می‌کنند و به نحو مطلوب‌تری با این موضوع برخورد می‌نمایند. افراد تحصیل کرده نگرش بهتری نسبت به مراقبین با سواد کمتر دارند. تحصیلات بالاتر باعث می‌شود که مراقب با کسب اطلاعات بیشتر در زمینه‌ی بیماری آلزایمر و علایم، اختلالات و سیر و روند بیماری، قدرت خود را در ارایه‌ی مراقبت بالا ببرد و در نتیجه نگرش بهتری در این زمینه کسب کند. هرچه طول دوره‌ی

در شهر اصفهان و مراقبین آنان برای دریافت خدمات مرتبط با آموزش و ارتقای سلامت، وضعیت خاص این بیماران به علت ماهیت بیماری، وجود حس شرمساری در مورد بیمار توسط برخی خانواده‌ها و مراقبین به علت برخی اختلالات شناختی و رفتاری بیمار و مشکلات مرتبط، عدم آشنایی بیشتر خانواده‌ها و مراقبین بیماران به امکانات وب و همچنین زمان محدود، دسترسی به تعداد بیشتر بیماران و مراقبین میسر نبود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از زحمات و راهنمایی‌های استادان ارجمند و گرامی آقایان دکتر شجاعی زاده، دکتر باقیانی مقدم، دکتر مروتی شریف آباد، دکتر شریفی راد و دکتر زاهد، صمیمانه تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

✓ تلاش مبتنی بر ایجاد نگرش مطلوب و درخور شأن سالمندان و بیماران مبتلا به آلزایمر به خصوص در مراقبین این بیماران و حذف شرمساری از وجود بیمار در جامعه با استفاده از مدل‌های تغییر نگرش در آموزش بهداشت و ارتقای سلامت

✓ تربیت مراقبین و پرستاران ویژه‌ی بیماران مبتلا به آلزایمر

✓ حمایت و آموزش مراقبین غیر رسمی و خانوادگی بیماران مبتلا به آلزایمر به ویژه زنان

✓ ایجاد سیستم‌های حمایتی برای پیگیری روند بیماران مبتلا به آلزایمر و نظارت بر سیستم مراقبت به منظور ارتقا و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آلزایمر

لازم به ذکر است که به علت عدم وجود مراکز اختصاصی برای مراجعه‌ی مبتلایان به بیماری آلزایمر

References

1. Parsa N. Alzheimer's disease: A medical challenge of 21st century. J Arak Univ Med Sci 2011; 14(2): 100-8. [In Persian].
2. Bahrpeyma Z, Soleymani M. Alzheimer's disease, symptoms, diagnosis, recommendations and necessary action. Genetics in the 3rd Millennium 2009; 7(3): 1827. [In Persian].
3. Alzheimer's Association. Alzheimer's disease facts and figures [Online]. [cited 2013]; Available from: URL: https://www.alz.org/downloads/facts_figures_2013.pdf
4. Salamat News. Alzheimer in Iran [Online]. [cited 2014 Aug 31]; Available from: URL: <http://www.salamatnews.com/news/119162/>
5. Yektatalab S, Kaveh M, Sharif F, Falahi khoshknab M, Petramfar P. Caring for patients with Alzheimer's disease in nursing homes: a qualitative content analysis. J Qual Res Health Sci 2012; 1(3): 240-53. [In Persian].
6. Alzheimer's Society. Long-term caregiving [Online]. [cited 2013 Oct 10]; Available from: URL: www.alzheimers.org.uk
7. Alzheimer's Association. Alzheimer's disease facts and figures [Online]. [cited 2012]; Available from: URL: https://www.alz.org/downloads/facts_figures_2012.pdf
8. Jorm AF, Korten AE, Henderson AS. The prevalence of dementia: a quantitative integration of the literature. Acta Psychiatr Scand 1987; 76(5): 465-79.
9. Sensel AJ. Assessment of occupational therapists' attitudes and knowledge of Alzheimer's disease [PhD Thesis]. Toledo, OH: University of Toledo Medical Center 2008.
10. Family Caregiver Alliance. Fact sheet: selected caregiver statistics [Online]. [cited 2013 Jul 7]; Available from: URL: <https://caregiver.org/>
11. Zarit S, Orr N, Zarit JM. The hidden victims of Alzheimer's disease: families under stress. New York, NY: NYU Press, 1985.
12. Yu L, Xu Q, Wang ZY, Cao WW, Mi JH, Li YS. A survey on the attitudes and confidence of general practitioners in handling dementia and its related problems. Zhonghua Yi Xue Za Zhi 2013; 93(35): 2794-8.
13. Saffari M, Shojaeizadeh D. A text book health

- communication. Tehran, Iran: Sobhan Publication; 2010. [In Persian].
14. Arjmand M, Samadanifard M. Alzheimer's disease. Tehran, Iran: Nasl Farda Publication; 2008. [In Persian].
 15. Seima MD, Lenardt MH, Caldas CP. Care relationship between the family caregiver and the elderly with Alzheimer. *Rev Bras Enferm* 2014; 67(2): 233-40. [In Portuguese].
 16. Smyth W, Fielding E, Beattie E, Gardner A, Moyle W, Franklin S, et al. A survey-based study of knowledge of Alzheimer's disease among health care staff. *BMC Geriatrics* 2013; 13: 2.
 17. Elliott AF, Burgio LD, Decoster J. Enhancing caregiver health: findings from the resources for enhancing Alzheimer's caregiver health II intervention. *J Am Geriatr Soc* 2010; 58(1): 30-7.
 18. Hepburn KW, Tornatore J, Center B, Ostwald SW. Dementia family caregiver training: affecting beliefs about caregiving and caregiver outcomes. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49(4): 450-7.
 19. Andrieu S, Bocquet H, Joel A, Gillette-Guyonnet S, Nourhashemi F, Salva A, et al. Changes in informal care over one year for elderly persons with Alzheimer's disease. *J Nutr Health Aging* 2005; 9(2): 121-6.
 20. Zawadzki L, Mondon K, Peru N, Hommet C, Constans T, Gaillard P, et al. Attitudes towards Alzheimer's disease as a risk factor for caregiver burden. *Int Psychogeriatr* 2011; 23(9): 1451-61.

A Study on the Evaluation of Relationship between the Predisposing Factors and Practice and Demographic Variables in Caregivers of Patients with Alzheimer's Diseases

Seyed Saied Mazloomi-Mahmoodabad PhD¹, Shakiba Zahed MSc², Maryam Emami MD³, Majid Barekattain MD⁴, Hossein Shahnazi PhD⁵, Behzad Mahaki PhD⁶

Original Article

Abstract

Background: Alzheimer's disease is known to be a serious burden in all communities throughout the world. It affects both interpersonal and social relations. Since the disease has usually a long and progressive course, the need for caregivers is increasing. The aim of our study was to evaluate the relationship between the predisposing factors and practice and demographic variables in caregivers of patients with Alzheimer's disease.

Methods: In this descriptive, cross-sectional and analytical study, the data were collected using a researcher-made questionnaire. Validity of the questionnaire was approved by experts and its reliability was checked via Cronbach's alpha. Predisposing factors were studied with 30 questions on knowledge, 14 on attitude and 15 on practice. The relationship between independent variables and predisposing factors were examined using multiple regressions test.

Findings: 92 percent of all caregivers were females between the 41-60 years of age. Most of them did not complete their secondary school trainings, were married and were already house wives. The caregivers' knowledge was rated as good while their attitude and practice were assessed as moderate. The difference between mean scores for caregivers' knowledge and their education level were shown to be significant ($P = 0.009$). There were significant differences between the mean caregivers' attitude scores and their sex ($P < 0.001$), age ($P = 0.001$), level of education ($P = 0.001$), marital status ($P = 0.006$) and duration of caregiving ($P = 0.002$). There was no significant difference between the mean caregivers' practice scores and variables ($P > 0.050$). The caregivers' knowledge scores showed a correlation with their practice scores.

Conclusion: Since the majority of caregivers were shown to be women who were not usually skilled workers, social support especially in terms of physical and mental health for such women, and also for the patients' family members are of high priority.

Keywords: Alzheimer's disease, Caregiver, Knowledge, Attitude, Practice, Predisposing factors

Citation: Mazloomi-Mahmoodabad SS, Zahed Sh, Emami M, Barekattain M, Shahnazi H, Mahaki B. **A Study on the Evaluation of Relationship between the Predisposing Factors and Practice and Demographic Variables in Caregivers of Patients with Alzheimer's Diseases.** J Isfahan Med Sch 2015; 33(3239): 429-41

1- Professor, Department of Health Education, School of Public Health, Yazd University of Medical Sciences, Yazd, Iran

2- PhD Student, Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Resident, Department of Psychiatry, School of Medicine, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

4- Associate Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

5- Assistant Professor, Department of Health Education, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

6- Assistant Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Shakiba Zahed MSc, Email: shakiba.zahed@yahoo.com