

## The Relationship between Care Burden, Care Preparedness and the Quality of Life in the Home Caregivers of the Elderly with the Alzheimer's Disease in Iran Alzheimer's Association

Hoseinpoor M<sup>1</sup>, Nourozi K<sup>1\*</sup>, Rahgoi R<sup>1</sup>, Ghasemi S<sup>2</sup>, Noroozi M<sup>3</sup>, Babaie M<sup>4</sup>

1- Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

2- Basic of Sciences Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

3- Epidemiology Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

4- Nursing Department, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

**Corresponding author:** Nourozi K, Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

**Email:** dr.kian\_nourozi@yahoo.com

Received: 23 Oct 2020

Accepted: 26 Jan 2021

### Abstract

**Introduction:** Care provision for Alzheimer's patients is associated with many challenges. Caregivers face high levels of care burden which leads to their reduced quality of life. Therefore, the current paper aims to investigate the relationship between care burden, care preparedness and the quality of life in the home caregivers of the elderly with the Alzheimer's disease.

**Methods:** This was a descriptive analysis research on 150 caregivers visiting Iran Alzheimer's Association, selected through simple random sampling and the table of random numbers. The instruments used in the study consisted of a care burden standard questionnaire, care preparedness questionnaire and caregivers' quality of life questionnaire. Data was analyzed using SPSS V25 and statistical tests including independent t-test, one-way ANOVA, Pearson's correlation and simultaneous multiple regression analysis, with a significance level of 0.05.

**Results:** According to the descriptive findings, the mean score (standard deviation) was calculated to be 17.31 (6.05) for the variable care preparedness, 28.62 (7.66) for care burden and 28.23 (2.48) for caregivers' quality of life. The results showed significant direct relationships between the age of caregivers and care burden, and also between the care preparedness and caregivers' quality of life. Moreover, there were significant negative relationships between care preparedness and care burden, and also between care burden and caregivers' quality of life (p-value < 0.05).

**Conclusions:** Care preparedness is a predictor of care burden. An increase in care preparedness reduces caregivers' burden. Moreover, care preparedness and care burden are significant predictors of caregivers' quality of life. An increase in care preparedness causes an increase in caregivers' quality of life and an increase in care burden reduces caregivers' quality of life.

**Keywords:** Care preparedness, Care burden, Quality of life, Home caregivers, The Alzheimer's disease.

## بررسی رابطه بین فشار مراقبتی، آمادگی برای مراقبت و کیفیت زندگی در مراقبین خانگی سالمندان مبتلا به آلزایمر در انجمن آلزایمر ایران

موسی حسین پور<sup>۱</sup>، کیان نوروزی<sup>۱\*</sup>، ابوالفضل ره گوی<sup>۱</sup>، سیما قاسمی<sup>۲</sup>، مهدی نوروزی<sup>۳</sup>، مهرزاد بابایی<sup>۴</sup>

۱- گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

۲- گروه علوم پایه، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

۳- گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

۴- گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

نویسنده مسئول: کیان نوروزی، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.  
ایمیل: dr.kian\_nourozi@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۸/۱

### چکیده

**مقدمه:** مراقبت از بیماران مبتلا به آلزایمر با چالش‌های فراوانی همراه است. و مراقب را در معرض سطوح بالای فشار مراقبتی قرار می‌دهد و این مساله منجر به کاهش کیفیت زندگی در مراقبین می‌شود. از این رو هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه بین فشار مراقبتی، آمادگی برای مراقبت و کیفیت زندگی در مراقبین خانگی سالمندان مبتلا به آلزایمر بود. **روش کار:** پژوهش حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی بود که بر روی ۱۵۰ نفر از مراقبین مراجعه کننده به انجمن آلزایمر ایران به روش تصادفی ساده و با استفاده از جدول اعداد تصادفی انجام شد. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسشنامه پرسشنامه استاندارد فشار مراقبتی، پرسشنامه آمادگی برای مراقبت و پرسشنامه کیفیت زندگی مراقبین بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS (نسخه ۲۵) و آزمون‌های تی مستقل، آنالیز واریانس یکراهه، همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه‌ی همزمان انجام شد و سطح معنی داری نیز ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** یافته‌های توصیفی نشان داد میانگین (انحراف معیار) متغیر آمادگی برای مراقبت ۱۷/۳۱ (۶/۰۵)، فشار مراقبتی ۲۸/۶۲ (۷/۶۶) و کیفیت زندگی مراقبین برابر با ۲۸/۲۳ (۲/۴۸) بود. نتایج نشان داد که سن مراقبین با فشار مراقبتی و آمادگی برای مراقبت با کیفیت زندگی مراقبین رابطه‌ی مستقیم و معنی دار دارد؛ همچنین آمادگی برای مراقبت با فشار مراقبتی و فشار مراقبتی با کیفیت زندگی مراقبین رابطه‌ی معکوس و معنی دار داشت ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه گیری:** آمادگی برای مراقبت پیش‌بینی کننده فشار مراقبتی است. بطوریکه با افزایش آمادگی برای مراقبت فشار مراقبتی مراقبین کاهش می‌یابد همچنین آمادگی برای مراقبت و فشار مراقبتی پیش‌بینی کننده‌های معنی دار کیفیت زندگی مراقبین هستند بطوریکه با افزایش آمادگی برای مراقبت کیفیت زندگی مراقبین نیز افزایش می‌یابد و با افزایش فشار مراقبتی میزان کیفیت زندگی مراقبین کاهش می‌یابد.

**کلیدواژه‌ها:** آمادگی برای مراقبت، فشار مراقبتی، کیفیت زندگی، مراقبین خانگی، آلزایمر.

### مقدمه

فعالیت‌های مراقبت از خود همراه است و در این بیماری ظرفیت حافظه فعال کاهش می‌یابد بطوریکه این بیماری عواقب تأسف آوری برای بیمار و خانواده وی دارد و در حال حاضر یکی از نگران کننده ترین اختلالات موجود است (۱). بیش از ۳۵ میلیون نفر در دنیا و ۵/۵ میلیون نفر در کشور

بیماری آلزایمر یا دمانس ناشی از پیری، اختلال مغزی دژنراتیو و مزمن و پیشرونده‌ای به شمار می‌رود که با تأثیرات شدیدی بر حافظه و شناخت و توانایی فرد در انجام

مشکلات فراوانی برای فرد بیمار و مراقبین به بار می آورد و کیفیت زندگی آنان را تحت تاثیر قرار می دهد. آمادگی برای مراقبت بصورت آمادگی درک شده برای ابعاد مختلفی از نقش ارائه خدمات مراقبتی مانند مراقبت فیزیکی، حمایت احساس، خدمات حمایتی در منزل و نحوه مقابله با استرس های ناشی از ارائه مراقبت از بیماران، تعریف می شود. آمادگی برای مراقبت بر تجربیات مراقبان اثر قابل توجهی دارد. آمادگی بالاتر با افزایش امید و کاهش بار مراقبت مرتبط است. در حالی که فقدان آمادگی برای مراقبت با کاهش سلامت روانی و جسمی، سوگ پیچیده و تجربیات استرس زای مراقبت همراه است (۱۸).

مطالعات متعددی بطور جداگانه در ارتباط بین فشار مراقبتی، آمادگی برای مراقبت و کیفیت زندگی در مراقبین خانگی سالمندان مبتلا به آلزایمر در ایران و کشورهای دیگر انجام شده اما تاکنون در ایران مطالعه ای که هر سه عامل را بطور همزمان بررسی کرده باشد یافت نشده است از این رو پژوهش حاضر بررسی رابطه بین فشار مراقبتی، آمادگی برای مراقبت و کیفیت زندگی در مراقبین خانگی سالمندان مبتلا به آلزایمر بود.

## روش کار

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی بود. جامعه آماری پژوهش کلیه مراقبین مراجعه کننده به انجمن آلزایمر ایران بودند که حداقل ۶ ماه سابقه مراقبت از بیمار مبتلا به آلزایمر در منزل را داشتند. نمونه آماری شامل ۱۵۰ نفر مراقب بودند که به روش روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. قبل از ارایه پرسشنامه به مراقبین در زمینه رضایت آگاهانه و مشارکت در پژوهش توضیحاتی داده شد. در مورد مراقبینی که توانایی خواندن و نوشتن نداشتند و یا مشکلاتی از نظر بینایی داشتند، پژوهشگر عبارات پرسشنامه را برای آنها می خواند و از آنها خواسته شد به صورت شفاهی پاسخ سوالات را بدهند و سپس اقدام به ثبت آن می کردیم. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسشنامه استاندارد فشار مراقبتی، پرسشنامه آمادگی برای مراقبت و پرسشنامه کیفیت زندگی مراقبین بود. که همزمان با این پرسشنامه ها فرم رضایت آگاهانه نیز جهت تکمیل به مراقبین داده می شد.

### پرسشنامه استاندارد فشار مراقبتی

فشار مراقبتی حاصل پاسخ به سوالات پرسشنامه سنجش فشار مراقبتی رایبسون بود که در سال ۱۹۸۳ (Robinson Caregiver strain index 1983) ارائه شده است (۱۹) و در سال ۱۳۸۵ در مطالعه ای داخلی روی مراقبین سالمندان

ایالت متحده به این بیماری دچار هستند و پیش بینی می شود که این تعداد در سال ۲۰۵۰ چهار برابر افزایش یابد. بیشترین میزان شیوع این بیماری در قاره آسیا است، بطوریکه تقریباً ۴۸ درصد کل این بیماری را در جهان به خود اختصاص می دهد و پیش بینی می شود این میزان به ۵۹ درصد در سال ۲۰۵۰ افزایش یابد (۲، ۳).

در نگاه سیستمی به خانواده، یک مشکل برای هر یک از اعضای خانواده روی اعضای دیگر خانواده نیز تاثیر خواهد گذاشت (۴). بیماری و ناتوانی مزمن در فرآیند زندگی و سازگاری های مربوطه اخلاص ایجاد می کند و به علت تاثیر بیماری بر مددجو و خانواده، پویایی خانواده اغلب تغییر می کند (۵). طول مدت بیماری و سیر پیش رونده آن و همچنین غیرقابل درمان بودن بیماری، باعث دو چندان شدن فشار بار مراقبتی بر مراقبان خانوادگی می شود (۶). میزان شدت فشار مراقبتی و تاثیر آن بر دیگر جنبه های زندگی بر حسب نوع بیماری و جنس بیمار متفاوت است. برای مثال، هاردینگ و همکارانش در سال ۲۰۱۵ در مطالعه خود نشان دادند که فشار مراقبتی در مراقبین بیماران مبتلا به سرطان، دمانس و ترومای مغزی متفاوت است، بطوریکه نمره فشار مراقبتی در بیماران مبتلا به سرطان، دمانس و آسیب تروماتیک مغزی به ترتیب ۲۳/۳، ۲۷/۹ و ۳۹/۱ بود (۷). مطالعه محمد شبنبا و همکارانش نیز در سال ۲۰۱۵ نشان داد که فشار مراقبتی در بیماران دارای اختلالات روانی زن به مراتب بطور معنی داری بیشتر از بیماران دارای اختلال روانی مرد می باشد (۸). سطوح بالای بار مراقبتی می تواند به مشکلاتی همچون افسردگی، اضطراب (۹-۱۲)، اختلال خواب، درد و خستگی (۱۳) و مشکلات جسمی در مراقبان بیماران مبتلا به آلزایمر منجر شود. همچنین شواهد نشان می دهد که استرس مداوم در مراقبان افراد مبتلا به آلزایمر با بار مراقبتی و کاهش سلامت فیزیکی و کیفیت زندگی پایین مراقبان مرتبط است (۱۴). مطالعات متعدد نشان دهنده اثرات منفی مراقبت از بیماران بر کیفیت زندگی خانواده هاست. در خانواده بیماران علایمی مثل افسردگی، اضطراب، علائم روان تنی و محدودیت های نقش ایجاد می کند (۱۵). مطالعات نشان داده است که سلامت جسمانی و روانی مراقبین از عملکرد سالمند و نیازهای مراقبتی او تاثیر می پذیرد، به گونه ای که در سالمندان با نیازهای مراقبتی بیشتر، مراقبین سلامت جسمانی و روانی ضعیف تری دارند و این مسئله می تواند تاثیر عمیقی بر کیفیت زندگی مراقبین داشته باشد (۱۶، ۱۷).

چنین پیامدهایی اگر با آمادگی برای مراقبت همراه نباشد

آزایمر بیشتر زن (۵۵/۳۰)، متاهل (۷۳/۳۰)، دارای تحصیلات دانشگاهی (۳۸ درصد)، شاغل (۳۷/۳۰)، و وضعیت اقتصادی متوسطی (۵۶/۷۰) داشتند بیشتر مراقبین نسیت فرزندی با بیمار داشتند (۲۶ درصد)، و ۸۸ درصد آنها از ۶ ماه تا ۵ سال و ۷۲ درصد آنها روزانه ۶ تا ۱۲ ساعت مشغول مراقبت بودند. آنها از نظر سن در طیف جالب توجهی قرار داشتند. پایین ترین سن مراقب ۱۹ سال و بزرگترین سن مراقب ۷۲ سال و میانگین سن آنها ۴۳،۱۱ سال بود. اطلاعات مربوط به سالمندان مبتلا به آلزایمر نشام داد ۵۰ درصد (۷۵ نفر) آنها زن، ۵۰ درصد (۷۵ نفر) مرد و میانگین سن آنها ۷۶/۰۸ است. بیشتر آنها بی سواد (۸۰/۷۰) و تحت حمایت مالی خانواده و آشنایان (۶۷/۳۰) بودند که از مدت ابتلا آنها به آلزایمر ۵ سال (۵۶/۷۰) گذشته بود.

یافته های حاصل از ارتباط متغیرهای اصلی پژوهش با اطلاعات دموگرافیک نشان داد که آمادگی برای مراقبت با جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال و وضعیت اقتصادی ارتباط دارد بطوریکه آمادگی برای مراقبت در مردان بیشتر از زنان، در افراد با سواد بیشتر از افراد بی سواد در مراقبین شاغل بیشتر از مراقبین بیکار و در مراقبین با وضعیت مطلوب اقتصادی بیشتر از مراقبین ضعیف و متوسط بود. یافته ها نشان داد جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی و نسیت مراقبین با فشار مراقبتی ارتباط دارد. بطوریکه فشار مراقبتی در زنان بیشتر از مردان، در افراد متاهل بیشتر از افراد مجرد، در افراد بی سواد بیشتر از افراد با سواد، در افراد با وضعیت اقتصادی مطلوب بیشتر از افراد با وضعیت اقتصادی ضعیف و متوسط بود. همچنین در ارتباط با نسبت مراقبین با سالمند همسر فرد مبتلا به آلزایمر نسبت دیگر مراقبان بیشترین فشار مراقبتی را متحمل می شود و فرزند، خواهر و برادر، نوه و عروس و داماد به مراتب کمتر و سایر مراقبین کمترین فشار مراقبتی را داشتند. در زمینه اشتغال نیز فشار مراقبتی در افراد شاغل کمترین و در افراد خانه دار بیشتر مقدار را داشت. مدت مراقبت (سال)، تامین مالی بیماران و مدت ابتلا به آلزایمر با هیچ یک از متغیرهای آمادگی برای مراقبت، فشار مراقبتی و کیفیت زندگی مراقبین رابطه معناداری نداشت. اما ساعت مراقبت با فشار مراقبتی ارتباط معنی داری داشت بطوریکه مراقبت در سطح ۰-۶ ساعت کمترین فشار و مراقبت ۱۹-۲۴ ساعت بیشترین فشار مراقبتی را به مراقبان وارد می کرد.

در متغیر کیفیت زندگی متغیرهای دموگرافیک وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی با کیفیت زندگی مراقبین ارتباط داشت.

مبتلا به آلزایمر به کار گرفته شد که روایی و پایایی آن مورد تایید متخصصین قرار گرفته است (۲۰). این ابزار ابعاد مختلف مفهوم فشار مراقبت را بر اساس آنچه که در تعریف نظری مفهوم نهفته است، در بر گرفته و برای هر بعد مالی، استخدامی، جسمی، اجتماعی، زمان حداقل یک سؤال دارد. این ابزار مشتمل بر ۱۳ گویه در قالب لیکرت چهار سطحی است و دامنه نمرات در هر گزینه از یک تا چهار در مقیاس لیکرت بوده و پاسخ از یک (کم)، دو (متوسط)، سه (زیاد) و چهار (خیلی زیاد) طبقه بندی شده است. دامنه نمرات از ۱۳ تا ۵۲ می باشد. نمرات بالاتر از میانه، از مجموع ۱۳ آیت، سطوح بالاتر فشار بار مراقبتی اطلاع می شود.

#### پرسشنامه آمادگی برای مراقبت

پرسشنامه آمادگی برای مراقبت شامل ۸ سوال با مقیاس لیکرت ۵ بعدی (اصلا آمادگی ندارم=۰، آمادگی زیاد خوبی ندارم=۱، تاحدودی آمادگی خوبی دارم=۲، آمادگی نسبتا خوبی دارم=۳، آمادگی خیلی خوبی دارم=۴) می باشد که نشان دهنده آمادگی مراقبین برای مراقبت از بیماران می باشد. این پرسشنامه پس از ترجمه توسط محقق مورد روایی و پایایی قرار گرفت. میزان پایایی این پرسشنامه بر اساس آزمون آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی با فاصله یک هفته ۰/۸۱ به دست آمد که مناسب ارزیابی شد.

#### پرسشنامه کیفیت زندگی مراقبین

ابزار مقیاس کیفیت زندگی مراقبین به منظور سنجش کیفیت زندگی مراقبین توسط Thomas و همکاران (۲۱) طراحی شده است. این مقیاس ۲۰ گویه دارد که کیفیت زندگی را در ۴ حیطه A (صلاحیت رفتاری برای مواجهه با مشکلات ایجاد شده توسط بیماری، سوالات ۱، ۷، ۱۷. B (مرتبط با محیط، سوالات ۲، ۴، ۵، ۱۱، ۱۶، ۱۸، C (درک رون شناختی از موقعیت، سوالات ۳، ۱۰، ۱۹. D (درک از دیسترس های احتمالی، سوالات ۶، ۸، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۲۰) با مقیاس بلی، خیر و نمیدانم ارزیابی می کند. حداکثر ۱۰۰ نمره (هر گویه ۵ امتیاز) و حداقل صفر نمره دارد و فاقد رتبه بندی نمره هست. پایایی این ابزار بر اساس ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه Thomas و همکاران (۲۱) (۰/۹۱) محاسبه شد. روایی و پایایی این ابزار در مطالعات داخلی (۲۲) نیز مورد ارزیابی قرار گرفته است.

#### یافته ها

بر اساس یافته های توصیفی مراقبین سالمندان مبتلا به

یافته های مربوط به متغیرهای اصلی پژوهش نشان داد میانگین آمادگی برای مراقبت، فشار مراقبتی و کیفیت زندگی مراقبین به ترتیب ۱۷/۳۱، ۲۸/۶۲ و ۲۸/۲۳ است (جدول ۱).

بدین معنی که کیفیت زندگی در افراد بازنشسته کمترین مقدار و در افراد شاغل بیشترین مقدار، در افراد با وضعیت اقتصادی ضعیف کمترین و در افراد با وضعیت اقتصادی مطلوب بیشترین مقدار گزارش شده است.

جدول ۱. وضعیت متغیرهای اصلی پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	میان	کمترین	بیشترین
آمادگی برای مراقبت	۱۷/۳۱	۶/۰۵	۱۸	۴	۳۱
فشار مراقبتی	۲۸/۶۲	۷/۶۶	۲۶	۱۷	۵۰
کیفیت زندگی مراقبین	۲۸/۲۳	۲/۴۸	۲۸	۲۲	۳۵

چندگانه نیز به شیوه ی همزمان، از طریق متغیرهایی که بصورت تک متغیره با این متغیرهای در ارتباط بودند پیش بینی شد که نتایج حاصل از آن در جداول ۲ و ۳ قابل مشاهده می باشد.

متغیرهای فشار مراقبتی و کیفیت زندگی مراقبین، از طریق متغیرهایی که بصورت تک متغیره با این متغیرهای در ارتباط بودند پیش بینی شد. متغیرهای فشار مراقبتی و کیفیت زندگی مراقبین با استفاده از تحلیل رگرسیون

جدول ۲. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه ی همزمان برای پیش بینی فشار مراقبتی از طریق آمادگی برای مراقبت و متغیرهای دموگرافیک

متغیرهای پیشین	B	SE	Beta	T	P
مقدار ثابت	۳۵/۱۹۷	۶/۰۶۹		۵/۸	۰/۰۰۱
آمادگی برای مراقبت	-۰/۳۶۷	۰/۰۹۷	-۰/۲۹۰	-۳/۷۷۲	۰/۰۰۱
سن مراقبین	۰/۰۳۵	۰/۰۹۴	۰/۰۵۸	۰/۳۷۶	۰/۷۰۸
جنسیت مراقبین (زن <sup>۰۰</sup> )	۱/۴۴۹	۱/۵۶۳	۰/۰۹۴	۰/۹۲۷	۰/۳۵۶
وضعیت تاهل مراقبین (متاهل)	۳/۹۱۸	۱/۵۵۳	۰/۲۲۷	۲/۵۲۳	۰/۰۱۳
بیسواد (تحصیلات دانشگاهی)	-۲/۱۸۲	۲/۴۸۰	-۰/۱۰۱	-۰/۸۸۰	۰/۳۸۱
زیر دیپلم (تحصیلات دانشگاهی)	-۱/۷۰۶	۱/۸۹۴	-۰/۰۹۸	-۰/۹۰۱	۰/۳۶۹
دیپلم (تحصیلات دانشگاهی)	-۰/۷۱۵	۱/۹۱۳	-۰/۰۳۸	-۰/۳۷۴	۰/۷۰۹
بیکار (بازنشسته)	-۳/۳۲۲	۳/۰۶۶	-۰/۱۱۸	-۱/۰۸۴	۰/۲۸۱
خانهدار (بازنشسته)	۱/۰۰۶	۲/۴۴۹	۰/۰۶۴	۰/۴۱۱	۰/۶۸۲
شاغل (بازنشسته)	-۱/۵۵۹	۲/۳۶۲	-۰/۱۰۲	-۰/۶۶۰	۰/۵۱۰
ضعیف (مطلوب)	۲/۴۰۷	۱/۸۶۷	۰/۱۳۲	۱/۲۸۹	۰/۲۰۰
متوسط (مطلوب)	-۱/۵	۱/۴۶۴	-۰/۰۹۷	-۱/۰۲۴	۰/۳۰۸
فرزند (سایر)	۱/۴۴۸	۲/۳۵۱	۰/۰۸۳	۰/۶۱۶	۰/۵۳۹
همسر (سایر)	-۳/۴۱۵	۳/۷۳۲	-۰/۱۴۹	-۰/۹۱۵	۰/۳۶۲
خواهر-برادر (سایر)	-۰/۷۶۳	۲/۶۷۰	-۰/۰۴۱	-۰/۲۸۶	۰/۷۷۶
نوه (سایر)	۲/۸۰۵	۲/۳۱۵	۰/۱۳۵	۱/۲۱۱	۰/۲۲۸
داماد-عروس (سایر)	-۱/۳۳۴	۲/۵۰۱	-۰/۰۵۹	-۰/۵۳۳	۰/۵۹۵
۶-۰ (۱۹-۲۴)	-۸/۲۶۵	۲/۱۲۴	-۰/۵۲۰	-۳/۸۹۲	۰/۰۰۱
۷-۱۲ (۱۹-۲۴)	-۵/۳۴۲	۱/۹۰۳	-۰/۳۳۶	-۲/۸۰۷	۰/۰۰۶
۱۳-۱۸ (۱۹-۲۴)	-۵/۰۹۶	۲/۴۴۳	-۰/۱۶۷	-۲/۰۸۶	۰/۰۳۹
سواد بیماران (بیسواد)	-۲/۰۰۸	۱/۶۸۴	-۰/۱۰۴	-۱/۱۹۳	۰/۲۳۵
توجه: R=۰/۶۴۰			R <sup>2</sup> =۰/۴۱۰		ADJ.R <sup>2</sup> =۰/۳۱۳

\*\*\* سطوح داخل پرانتز سطح پایه هستند

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه ی همزمان برای پیش بینی کیفیت زندگی مراقبین از طریق آمادگی برای مراقبت، فشار مراقبتی و متغیرهای دموگرافیک

متغیرهای پیشین	B	SE	Beta	T	P
مقدار ثابت	۳۰/۷۹۲	۱/۳۹۰		۲۲/۱۴۶	۰/۰۰۱
آمادگی برای مراقبت	-۰/۰۷۶	۰/۰۳۲	۰/۱۸۴	۲/۳۸۹	۰/۰۱۸
فشار مراقبتی	-۰/۱۳۵	۰/۰۲۷	-۰/۴۱۵	-۴/۹۳۱	۰/۰۰۱
بیکار (بازنشسته)	۱/۳۳۰	۰/۸۷۱	۰/۱۴۶	۱/۵۲۸	۰/۱۲۹
خانهدار (بازنشسته)	-۰/۶۵۶	۰/۶۴۶	۰/۱۲۸	۱/۰۱۶	۰/۳۱۱
شاغل (بازنشسته)	۱/۲۹۴	۰/۶۸۳	۰/۲۶۰	۱/۸۹۵	۰/۰۶۰
ضعیف (مطلوب)	-۱/۰۱۲	۰/۵۵۶	-۰/۱۷۱	-۱/۸۲۰	۰/۰۷۱
متوسط (مطلوب)	-۰/۷۹۹	۰/۴۵۶	-۰/۱۶۰	-۱/۷۵۴	۰/۰۸۲
۶-۰ (۱۹-۲۴)	-۰/۵۰۸	۰/۵۹۲	-۰/۰۹۹	-۰/۸۵۸	۰/۳۹۲
۷-۱۲ (۱۹-۲۴)	-۰/۱۷۷	۰/۵۳۳	-۰/۰۳۴	-۰/۳۳۲	۰/۷۴۱
۱۳-۱۸ (۱۹-۲۴)	-۰/۳۸۱	۰/۷۸۷	-۰/۰۳۸	-۰/۴۸۴	۰/۶۲۹
توجه: R=۰/۵۸۵			R <sup>۲</sup> =۰/۳۴۲		ADJ.R <sup>۲</sup> =۰/۲۹۴

\*\*\* سطوح داخل پرانتز سطح پایه هستند

حاکمی از آن بود که آمادگی با سطح امید و پاداش بالاتر و سطح اضطراب پایین تر به طور معنی داری همراه است. زن بودن و زندگی مشترک با بیمار به طور معنی داری با سطح آمادگی بالاتری همراه بود. رابطه با بیمار با آمادگی معنی دار بود، در حالی که حمایت اجتماعی، محل مراقبت، زمان تشخیص و سن بیماران ارتباطی نداشت.

در تبیین این یافته می توان گفت که فشار مراقبتی یکی از برایندهای مراقبت از سالمندان مبتلا به آلزایمر است که تمام ابعاد زندگی فرد مراقبین را تحت تاثیر قرار می دهد و این مساله ای است که اکثر پژوهش ها و مطالعات بدان اشاره کرده اند اما نکته ای که مورد غفلت واقع شده و مطالعات کمتری بدان پرداخته اند نقش متغیرهای محافظت کننده ای مانند آمادگی برای مراقبت در کاهش فشار مراقبتی و دیگر پیامدهای منفی امر مراقبت است. مراقبانی که خود را در سطح آمادگی بالاتری درک می کنند تجارب مراقبتی متفاوتی دارند که مراقبان با آمادگی پایین تر برای مراقبت شاید از آن برخوردار نباشند و همین مساله می تواند سلامت روان مراقبین را تحت تاثیر قرار دهد (۲۵). از جنبه های مثبت تجارب مراقبت می توان به پاداش مراقبت اشاره کرد. از جمله پاداش های مراقبت می توان به رشد شخصی، احساس معنا و افزایش بینش و دانش در مورد بیماری و شخص بیمار اشاره کرد. مراقبانی که احساس آمادگی بیشتر دارند احساس کنترل بیشتری دارند، می دانند که چه چیزی در انتظار آنان است و کار خود را به بهترین وجه

با توجه به نتایج (جدول ۳)، متغیرهای آمادگی برای مراقبت و فشار مراقبتی در تحلیل رگرسیون چندگانه پیش بینی کننده های معنی دار کیفیت زندگی مراقبین هستند بطوریکه با افزایش یک انحراف استاندارد در نمره ی آمادگی برای مراقبت نمره ی کیفیت زندگی مراقبین ۰/۱۸۴ انحراف استاندارد افزایش می یابد (با ثابت نگه داشتن اثر سایر متغیرها) و با افزایش یک انحراف استاندارد در فشار مراقبتی نمره ی کیفیت زندگی مراقبین ۰/۴۱۵ انحراف استاندارد کاهش می یابد (با ثابت نگه داشتن اثر سایر متغیرها).

### بحث

یافته ها به طور معناداری نشان داد آمادگی برای مراقبت پیش بینی کننده فشار مراقبتی است. بطوریکه با افزایش یک انحراف استاندارد در نمره ی آمادگی برای مراقبت نمره فشار مراقبتی ۰/۲۹ انحراف استاندارد کاهش می یابد. همچنین آمادگی برای مراقبت و فشار مراقبتی پیش بینی کننده های معنی دار کیفیت زندگی مراقبین هستند بطوریکه با افزایش یک انحراف استاندارد در نمره آمادگی برای مراقبت نمره ی کیفیت زندگی مراقبین ۰/۱۸۴ انحراف استاندارد افزایش می یابد و با افزایش یک انحراف استاندارد در فشار مراقبتی نمره ی کیفیت زندگی مراقبین ۰/۴۱۵ انحراف استاندارد کاهش می یابد.

نتایج به دست آمده مبنی بر پیش بینی فشار مراقبتی از طریق آمادگی برای مراقبت با پژوهش های (۱۸، ۲۳، ۲۴) همسو است. یافته های مطالعه هنکسون و همکاران (۲۳)

به حفظ و ارتقاء سلامت آن‌ها شود (۲۹). سواد سلامت مراقبین مفهوم گسترش یافته از سواد سلامت می‌باشد. این مفهوم ابعاد مختلف توانایی فردی، عناصر بین فردی، سیستم بهداشتی و جامعه را در برمی‌گیرد که به طور کلی در آمادگی برای مراقبت در مراقبان نقش قابل توجهی دارد. نبود یا کافی نبودن سواد سلامت مراقبان منجر به آمادگی ضعیف برای مراقبت و آشفتگی‌های مراقبت (۳۰)، فشار مراقبتی (۳۱) و نارضایتی از سیستم مراقبت سلامت می‌شود (۳۲).

### نتیجه گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد که آمادگی برای مراقبت پیش بینی کننده فشار مراقبتی است. بطوریکه با افزایش آمادگی برای مراقبت فشار مراقبتی مراقبین کاهش می‌یابد. همچنین آمادگی برای مراقبت و فشار مراقبتی پیش بینی کننده‌های معنی دار کیفیت زندگی مراقبین هستند بطوریکه با افزایش آمادگی برای مراقبت کیفیت زندگی مراقبین نیز افزایش می‌یابد و با افزایش فشار مراقبتی میزان کیفیت زندگی مراقبین کاهش می‌یابد.

### سیاسگذاری

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند مراتب سپاس خود را از کارکنان محترم انجمن آرایمر ایران و مراقبین محترمی که با صبر و متانت خود انجام این پژوهش را تسهیل کردند صمیمانه تشکر و قدردانی نمایند.

### References

1. Pampel FC. Rights of the elderly. United State Of America: Infobase Publishing; 2008.P:3-70
2. Safarkhanlou H, Rezaei Ghahroodi Z. The evolution of the elderly population in Iran and the world. *Statistics Journal*. 2017;5 (3):8-16.
3. Chen S-L, Lin H-C, Jane S-W. Perceptions of group music therapy among elderly nursing home residents in Taiwan. *Complementary therapies in medicine*. 2009; 17(4):190-5. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2009.03.002>
4. Snyder CR, McCullough ME. A positive psychology field of dreams:»If you build it, they will come...». *Journal of social and*

clinical psychology. 2000; 19 (1):151-60. <https://doi.org/10.1521/jscp.2000.19.1.151>

ممکن انجام می‌دهند و در نتیجه همین موضوع احساس پاداش بیشتری می‌کنند (۲۳). در تبیین این یافته می‌توان گفت یکی از مولفه‌های تعریف آمادگی برای مراقبت آمادگی نحوه مقابله با استرس‌های ناشی از ارائه مراقبت از بیماران است. مراقبین سالمندان با دو موضوع مراقبت و سازگاری با مسولیت‌های ناشی از مراقبت روبه‌رو هستند. سازگاری، رفتاری است که افراد را از آسیب‌ها و مشکلات جسمی و روانی که تجربه می‌کند حفظ می‌کند روش‌های مقابله‌ای، تلاش‌های شناختی-ورفتاری در غلبه بر مشکلات مراقبت می‌باشد که به دو نوع هیجان محور و مساله محور تقسیم می‌شود (۲۶). بیماران و مراقبینی که از روش‌های مقابله‌ای هیجان محور استفاده می‌کنند، دارای کیفیت زندگی پایین تری در حیطه‌های روانی و جسمانی هستند (۲۷). بنابراین در صورت تقویت مهارت‌های سازگاری خصوصاً استفاده بیشتر از روش‌های مقابله‌ای مساله محور، آمادگی مراقبت در مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر افزایش و به تبع آن فشار مراقبتی کاهش و کیفیت زندگی مراقبین بالا می‌رود. کوشیار و همکاران (۲۸) در مطالعه خود به این نتایج دست یافتند که ۷۰ درصد سالمندان مبتلا به دیابت، سواد سلامت ناکافی دارند و افراد با سواد سلامت کافی از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار هستند و بین سواد سلامت با بعد جسمی و روانی کیفیت زندگی ارتباط معنی داری وجود داشت، در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت سواد سلامت به عنوان مهارت‌های شناختی و اجتماعی مطرح می‌شود که به عنوان تعیین کننده انگیزه و قابلیت افراد برای دست‌یابی، درک و به‌کارگیری اطلاعات می‌باشد به طوری که منجر

5. Luhmann M, Necka EA, Schönbrodt FD, Hawkley LC. Is valuing happiness associated with lower well-being? A factor-level analysis using the Valuing Happiness Scale. *Journal of research in personality*. 2016;60:46-50. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2015.11.003>
6. Snyder C, Ritschel LA, Rand KL, Berg CJ. Balancing psychological assessments: Including strengths and hope in client reports. *Journal of clinical psychology*. 2006; 62 (1):33-46. <https://doi.org/10.1002/jclp.20198>
7. Firozeh Moghadam S, Borjali A, Sohrabi F.

- The Effectiveness of Happiness Training on Increasing Hope in the Elderly. Iranian aging magazine. 2015; 8 (31). URL: <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-542-fa.html>
8. O'Hanlon B, O'Hanlon WH, Bertolino B. The therapist's notebook on positive psychology: Activities, exercises, and handouts. New York: Routledge; 2012. <https://doi.org/10.4324/9780203810248>
  9. Seligman ME, Rashid T, Parks AC. Positive psychotherapy. American psychologist. 2006; 61 (8):774. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.8.774>
  10. Layous K, Lee H, Choi I, Lyubomirsky S. Culture matters when designing a successful happiness-increasing activity: A comparison of the United States and South Korea. Journal of Cross-Cultural Psychology. 2013;44(8):1294-303. <https://doi.org/10.1177/0022022113487591>
  11. Reza Zadeh S, Khodabakhshi-Koolae A, Hamidy Pour R, Sanagoo A. Effectiveness of Positive Psychology on Hope and Resilience in Mothers with Mentally Retarded Children. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2018;6(3):32-8.
  12. Waters L. Using positive psychology interventions to strengthen family happiness: a family systems approach. The Journal of Positive Psychology. 2020;15(5):645-52. <https://doi.org/10.1080/17439760.2020.1789704>
  13. Sabzichy S, Bahari F, Hamidipour R. The effect of group forgiveness training on intimacy and feeling loneliness among the elderly in nursing homes. Positive Psychology. 2017;3(1):77-91.
  14. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, et al. The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. Journal of personality and social psychology. 1991;60(4):570. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.4.570>
  15. Kermani Z, Heydari M. Snyder hope scale psychometric properties. Journal of applied psychology. 2011;5(7):23. available from <https://www.sid.com>
  16. Argyle M, Lu L. The happiness of extraverts. Personality and individual differences. 1990;11(10):1011-7. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(90\)90128-E](https://doi.org/10.1016/0191-8869(90)90128-E)
  17. Hadinejad H ZF. Reliability, validity, and normalizati ion of the oxford happiness questionnaire. Psychological research. 2009;12(62):77. available from <https://www.sid.com>
  18. Seligman ME, Parks AC, Steen T. A balanced psychology and a full life. Philosophical transactions-royal society of london series b biological sciences. 2004;1379-82. <https://doi.org/10.1098/rstb.2004.1513>
  19. Senf K, Liau AK. The effects of positive interventions on happiness and depressive symptoms, with an examination of personality as a moderator. Journal of Happiness Studies. 2013;14(2):591-612. <https://doi.org/10.1007/s10902-012-9344-4>
  20. Noferesty A, Rimaz S, Fata L, Asmar M, Pasandideh A, Shaeiri MR. The effectiveness of positive psychotherapy in increasing happiness and psychological well-being in people with depression symptoms: a multiple-baseline study. Journal of Positive Psychology. 2015;1(1):18-1. Available from: <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=50652>
  21. Ghorashi S, Bakhtiari A, Fard F. The consideration of positive perspective psychotherapy on hard work and happiness of female students of high school city of Marand 2015. Journal of Counseling and Psychotherapy. 2016;4(15):60-75.
  22. Santos V, Paes F, Pereira V, Arias-Carrión O, Silva AC, Carta MG, et al. The role of positive emotion and contributions of positive psychology in depression treatment: systematic review. Clinical practice and epidemiology in mental health. 2013. <https://doi.org/10.2174/1745017901309010221>
  23. Greenawalt KE, Orsega-Smith E, Turner JL, Goodwin S, Rathie EJ. The impact of «the art of happiness» class on community dwelling older adults: a positive psychology intervention. Activities,



- Adaptation & Aging. 2019;43(2):118-32.  
<https://doi.org/10.1080/01924788.2018.1493898>
24. Assarzagdegan M, Raeisi Z. The effectiveness of training based on positive-psychology on quality of life and happiness of patients with type 2 diabetes. Quarterly Journal of Health Psychology. 2019; 8 (2):97-116  
<https://doi.org/10.32598/ajnpp.5.2.43>
25. Csikszentmihalyi M, Seligman ME. Positive psychology: An introduction. American Psychologist. 2000; 55 (1):5-14.  
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
26. Farnam A, Madadizade T. Effect of positive training on positive psychological states (character strengths) of female high school students. Positive Psychology. 2017;3 (1):61-76.
27. Pourfaraj M, Rezazadeh H. Effectiveness of positive therapy on happiness and hope in cancer patients. Counseling Culture and Psychotherapy. 2018; 9 (33): 119-36.
28. Leontopoulou S. A positive psychology intervention with emerging adults. 2015; 3 (2): 113-136  
<https://doi.org/10.5964/ejcop.v3i2.33>
29. Abdeyan T, Mahsa KK, Mohammad Z, Ghafarian Shirazi HR, Nooryan K. The Effect of Psychosocial Group Based on Positive Psychology on Hopefulness in Patients with Major Depressive Disorder: A Clinical Trial. Electronic Journal of General Medicine. 2018;15(3).  
<https://doi.org/10.29333/ejgm/85687>
30. Griffin B, Loh V, Hesketh B. A mental model of factors associated with subjective life expectancy. Social Science & Medicine. 2013;82:79-86.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.01.026>