ارتباط اضطراب و افسردگی با ویژگی های جمعیت شناختی مراقبان سالمندان مبتلا به آلزایمر

اکرم شفیع زاده خولنجانی[۱]، امین میرزایی[۲]، مجیده هروی کریموی[۳*]، ناهید رژه[۳]، سید حمید شریف نیا[۴]، علی منتظری[۵]

۱. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
۲. مرکز تحقیقات علوم رفتاری، پژوهشکده سبک زندگی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله(عج)، تهران، ایران
۳. مرکز تحقیقات مراقبت های سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
۴. دانشکده پرستاری و مامایی آمل، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۵. مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

نشریه پایش
سال هجدهم، شماره ششم، آذر ـ دی ۱۳۹۸ صص ۵۸۷-۵۷۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۱۰/۱۸
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۸ دی ۹۸]

چکیده

مقدمه: مراقبت کنندگان از سالمندان مبتلا به آلزایمر به علت مشکلات شناختی متعدد، می تواند به ایجاد یا تشدید مشکلات جسمی و روانی متعددی برای مراقبان منجر شود. هدف از پژوهش حاضر، تعیین میزان اضطراب و افسردگی مراقبت کنندگان سالمندان مبتلا به آلزایمر و رابطه آن با مشخصات جمعیت شناختی در آن گروه بوده است.

مواد و روش کار: در این مطالعه مقطعی به روش نمونه گیری در دسترس۳۱۵ نفر از مراقبت کنندگان سالمندان مبتلا به آلزایمر در انجمن آلزایمر ایران واقع در شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بررسی شدند. گردآوری داده ها با استفاده از پرسشنامه های جمعیت شناختی و پرسشنامه اضطراب بک و پرسشنامه افسردگی بک صورت گرفت. برای تجزیه وتحلیل داده ها از آمار توصیفی و استنباطی میانگین و انحراف معیار و آزمون های تی تست و تحلیل واریانس یک طرفه در SPSS V 22 استفاده شد.

یافته ها: میانگین (انحراف معیار) نمره اضطراب و افسردگی مراقبان به ترتیب (۱۰/۴۸) ۱۲/۶۱ و (۹/۵۲) ۱۳/۲۳ بود، که این دو میزان به طور معنادار در زنان بیشتر از مردان بود ($p<۰/۰۰۵$). نتایج آزمون تی تست و تحلیل واریانس یک طرفه نشان داد که بین نمره کلی اضطراب با جنسیت، نسبت مراقبت کننده با سالمند، وضعیت سلامتی و میزان درآمد مراقب تفاوت معنادار وجود دارد ($p<۰/۰۰۵$).

بحث و نتیجه گیری: این مطالعه نشان داد، مراقبان سالمندان مبتلا به الزایمر سطح اضطراب وافسردگی خفیف تا متوسطی را تجربه می کنند، بنابراین توصیه می شود برنامه ریزی راهبردی برای افزایش حمایت اجتماعی لازم از مراقبان سالمندان مبتلا به الزایمر، از سوی سیاست گذاران حوزه سلامت و درمان انجام شود.

کلیدواژه: اضطراب، افسردگی، مشخصات جمعیت شناختی، سالمندی، آلزایمر، مراقب بیمار

کد اخلاق: IR.SHAHED.REC.1397.60

* نویسنده پاسخگو: تهران، مرکز تحقیقات مراقبت های سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
E-mail: heravi@shahed.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-10-31]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.6.8.9]

مقدمه

پیشرفت ها در زمینه پزشکی و افزایش امید به زندگی و همچنین تغییراتی که در هرم جمعیتی به وجود آمده است، تعداد سالمندان را در کشورها افزایش داده است. در ایران نیز نسبت جمعیت سالمندان با توجه به کاهش میزان تولد و افزایش طول عمر، به سرعت در حال افزایش است[۱]. به دنبال افزایش جمعیت سالمندان، احتمال ابتلا به بیماریهای مزمن نیز در جامعه افزایش می یابد. از جمله بیماری های مزمنی که سالمندان را دچار وابستگی می کند، دمانس است که بیماری آلزایمر رایج ترین نوع آن است. بیماری آلزایمر یا دمانس پیری، نوعی اختلال مغزی مزمن پیشرونده و ناتوان کننده است که با اثرات عمیق بر حافظه، هوش و توانایی مراقبت از خود همراه بوده و با نقص در تکلّم، انجام فعالیتهای حرکتی، شناخت مناظر و یا افراد آشنا، اختلال عملکرد، برنامه ریزی، نوآوری، سازماندهی و استدلال انتزاعی همراه است [۲]. زندگی مراقبان به واسطه مراقبت از این بیماران دچار تغییراتی از قبیل کمبود وقت،کاهش حس عاطفی، اختلال در زندگی اجتماعی، احساس از دست دادن کنترل بر زندگی شخصی و بوجود آمدن فشار فیزیکی و عاطفی (اضطراب، استرس و افسردگی)می شود و نیز ممکن است دچار انواع بیماریهای حاد و مزمن گردند[۳]. این بیماران، به دنبال اختلالات شناختی و رفتاری در برآورده کردن نیازهای خود دچار مشکل می شوند و بخش عمده مسؤولیت مراقبت از فرد مبتلا به آلزایمر برعهده اعضای خانواده است. با پیشرفت مراحل بیماری آلزایمر، نیاز بیمار به مراقبت افزایش می یابد، به طوری که در مراحل انتهایی، بیمار نیازمند مراقبت ۲۴ ساعته می شود. بنابراین، بار اصلی مراقبت از بیماران مبتلا به آلزایمر برعهده خانواده بیمار است که این مسأله بسیاری از جنبه های زندگی مراقبان را تحت تأثیر قرار می دهد[۴]. مطالعات نشان داده است که مراقبان خانوادگی بیماران دمانس سطوح قابل توجهی از عوارض روانی مانند استرس، اضطراب و افسردگی را تجربه می کنند[۵]. افزایش فشار بر مراقبت کنندگان پیامدهای چندی همچون مراقبت ناکافی از بیمار، رها کردن بیمار، انزوای خانواده، قطع امید از حمایتهای اجتماعی، اختلال در روابط خانوادگی را در پی خواهد داشت. آسیب پذیری افراد در برابر بار روانی ممکن است به کارگیری راهبردهای کنترل استرس و حمایت اجتماعی در دسترس را تحت تأثیر قرار دهد[۶]. مراقبت از بیماران آلزایمری رابطه قوی با بروز بیماری های روانی دارد[۷]. مراقبت از فردی که اختلال شناختی دارد می تواند منابع احساسی هر فردی را از بین ببرد و احتمال ابتلا فرد به اختلال های روانی و جسمی را افزایش دهد[۸]. متاسفانه در ایران سرویسهای حمایتی از مراقبت کننده ها در سطح پایینی قرار دارد[۹]. سلامت عمومی مراقبان سالمندان مبتلا به آلزایمر می تواند تحت تاثیر درجات مختلف مشخصات فردی و طول مدت مراقبت قرار بگیرد. برای مثال، نتایج مطالعه کوهستانی و همکاران، نشان داد بین جنسیت مؤنث و بروز مشکلات جسمی و روانی و اجتماعی ارتباط معنی دار وجود دارد[۱۰]. مطالعه تجویدی و همکاران، نیز نشان دادکه بین سلامت عمومی، وضعیت شغلی، طبقه سنی و وضعیت مراقبتی رابطه معنی داری وجود دارد[۱۱]. علایم افسردگی و اضطراب می تواند نصف یا سه چهارم مراقبان را تحت تاثیر قرار دهد و همچنین می تواند با سن، جنسیت، نقش اجتماعی، سطح تحصیلات، سطح سلامت و نسبت مراقب با بیمار مرتبط باشد[۱۲]. روند روبه رشد جمعیت سالمندی در ایران و به دنبال آن بیماری آلزایمر و همچنین محدودیت منابع دقیق و مستند در خصوص تعیین میزان اضطراب و افسردگی مراقبت کنندگان سالمندان آلزایمری واهمیت بالای این موضوع و ارتباطی که اضطراب و افسردگی می تواند با ویژگی های جمعیت شناختی داشته باشد، پژوهشگران را بر آن داشت تا به بررسی میزان اضطراب و افسردگی مراقبت کنندگان سالمندان مبتلا به آلزایمر و رابطه آن با ویژگی های جمعیت شناختی آنان درجامعه ایران بپردازند.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی، تحلیلی بود که با هدف بررسی ارتباط بین اضطراب و افسردگی و ویژگی های جمعیت شناختی مراقبان سالمندان مبتلا به آلزایمر در ایران انجام شد. جامعه هدف پژوهش مراقبان بیماران مبتلا به آلزایمر شهر تهران بودند. نمونه گیری از مراقبان مراجعه کننده به انجمن آلزایمر ایران و به صورت داوطلبانه انجام شد. پس از اخذ مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه شاهد و نیز هماهنگی با انجمن آلزایمر ایران، ۳۱۵ مراقبت کننده از سالمند مبتلا به آلزایمر که دارای شرایط ورود به پژوهش بودند، پرسشنامه ها را تکمیل نمودند. معیارهای ورود عبارت بودند از: سن بالای ۱۸، تمایل نسبت به شرکت در پژوهش، توانایی تکلم به زبان فارسی و رنج نبردن از اختلالات

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.6.8.9]

شناختی. برای افراد هدف از اجرای طرح و نحوه انجام آن توضیح داده شد و به آنها اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات مربوط به آنها محرمانه نزد پژوهشگران خواهد ماند، تا با رضایت وارد طرح شوند. در صورتی که افراد به هر دلیلی (اعم از بی سوادی و یا خستگی) قادر به خواندن پرسشنامه نبودند، این کار توسط پژوهشگر بدون هیچ گونه تعبیر و تفسیری انجام شد. این پژوهش با کد اخلاق مورد تصویب کمیته اخلاق دانشگاه شاهد قرار گرفت. برای گردآوری داده ها از پرسشنامه اضطراب بک (Beck Anxiety Inventory-BAI) و پرسشنامه افسردگی بک (Beck Depression Inventory-BDI) و فرم مشخصات جمعیت شناختی شرکت کنندگان در پژوهش استفاده شد. پرسشنامه(BAI) درسال۱۹۸۸توسط آیرون بک وهمکاران برای سنجش میزان اضطراب طراحی شده و شامل ۲۱ گویه است که در برابر هر گویه چهار گزینه برای انتخاب وجود دارد. هر عبارت بازتاب یکی از علائم اضطراب است که معمولا افرادی که از نظر بالینی مضطرب هستند یا کسانی که در وضعیت اضطراب انگیز قرار می گیرند، تجربه می کنند. ویژگیهای روانسنجی پرسشنامه اضطراب بک درطبقات سنی و جنسیتی جمعیت ایرانی سنجیده شد. نتایج آزمون موردنظر دارای روایی، پایایی و وثبات درونی با آلفای کرونباخ ۰/۹۲ مناسب است[۱۳]. آزمون افسردگی(BDI) بک در سال ۱۹۷۸ توسط بک و همکاران منتشر گردید. این آزمون در مجموع از ۲۱ گویه مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود که آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. در این پژوهش، نسخه ی دوم و ۲۱ گویه ایی آن مورد مطاالعه قرارمی گیرد. این پرسشنامه که مدل به روزشده و تجدیدنظر شده ی نسخه ی اصلی پرسشنامه افسردگی بک است، دارای ابعاد شناختی، انگیزشی، عاطفی، فیزیولوژیکی و عوامل دیگری نیز هست[۱۴]. آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۳ برآورد شد. روایی این پرسشنامه به روش اعتبار همگرا با پرسشنامه بیست و هشت 'گویه ای GHQ انجام گرفته و مقدار آن ۰/۸۰ برآورد گردید [۱۵].اطلاعات جمعیت شناختی شامل سن، جنسیت، وضعیت تاهل، وضعیت سکونت، میزان تحصیلات، کیفیت وضعیت اقتصادی، وضعیت اشتغال برای مراقبان و سالمندان آلزایمری جمع آوری شد.

تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار spss۲۲ در سطح معناداری ۰/۰۵ انجام و با به کارگیری آزمونهای آماری همچون تی تست و تحلیل واریانس یک راهه صورت گرفت.

یافته‌ها

تعداد ۱۷۵ نفرازسالمندان آلزایمری این مطالعه زن بودند (۵۵/۸ درصد) و درجه آلزایمر آنها بین متوسط تا شدید (۷۶/۸ درصد)بود. اکثر مراقبان سالمندان مبتلا به آلزایمر نیز زن بودند(۷۸/۷ درصد). میانگین سنی مراقبان و سالمندان مبتلا به ترتیب ۵۶/۵ و ۷۷/۹ سال بود. تعداد ۱۸۴ نفر از مراقبان با سالمند مبتلا به آلزایمر زندگی می کردند و ۸۴/۲ در صد از مراقبان همسر یا فرزند بیمار بودند. اطلاعات بیشتر در جدول ۱ آمده است. ۴ درصد از مراقبان افسردگی شدید و ۹ درصد مراقبان اضطراب شدیدی را تجربه می کردند. ۶۵ /۰ ازمراقبان در محدوده افسردگی خفیف بودند. اطلاعات بیشتر در جدول ۲ ارایه شده است. میانگین نمره کلی اضطراب مراقبان۱۰/۴۸± ۱۲/۶۱ بود که این میزان به طور معنادار در زنان بالاتر از مردان بود(p =۰/۰۰۴). میانگین نمره کلی افسردگی مراقبان ۹/۵۲ ± ۱۳/۲۳ بود که در زنان به طور معنادار بالاتر از مردان بود(p =۰/۰۰۱). میانگین نمره زیرمقیا سهای اضطراب و افسردگی، در جدول شماره ۳ و ۴ ارائه شده است. نتیجه آزمون تی تست و تحلیل واریانس یک طرفه نشان داد که بین نمره کلی اضطراب با جنسیت، نسبت مراقبت کننده با سالمند، وضعیت سلامتی و میزان درآمد مراقب تفاوت معنادار وجود دارد(p=۰/۰۰۱). بین وضعیت تاهل مراقبان، مدت مراقبت، سن مراقب، درجه آلزایمر و نمره اضطراب مراقبان تفاوت معنادار مشاهده نشد. نتایج نشان داد که جنسیت زن نسبت به مردان اضطراب بیشتری را تحمل می کند(p=۰/۰۰۱). ارتباط ویژگی های جمعیت شناختی با زیر مقیاس های اضطراب در جدول ۳ ارایه شده است. همچنین نتایج تحلیل واریانس یک طرفه نشان داد که بین نمره کلی افسردگی و تاهل، جنسیت، میزان درآمد، سلامت مراقبان تفاوت معنادار وجود دارد (p=۰/۰۰۱). جنسیت زن نسبت به مردان افسردگی بالاتری را تحمل می کردند. بین مدت مراقبت، سن مراقب، نسبت مراقب با سالمند و درجه آلزایمر با نمره افسردگی تفاوت معنادار مشاهده نشد. نتایج ارتباط ویژگی های جمعیت شناختی با زیر مقیاس های افسردگی در جدول ۴ ارایه شده است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.6.8.9]

جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی مراقبان و سالمندان مبتلا به آلزایمر

	فراوانی	درصد	مشخصات	فراوانی	درصد	مشخصات	فراوانی	درصد
سن مراقب			**وضعیت اقتصادی مراقب**			**جنسیت بیمار**		
۲۰ الی ۳۰ سال	۱۳	۴/۱	ضعیف	۱۸	۵/۲	زن	۱۷۵	۵۵/۸
۳۱ الی ۴۰سال	۷۳	۲۳/۱	کم	۱۰۲	۲۳/۶	مرد	۱۴۰	۴۴/۲
۴۱ الی ۵۰سال	۷۵	۲۳/۸	متوسط	۱۲۰	۴۱/۵	**تحصیلات بیمار**		
۵۱ الی ۶۰سال	۷۰	۲۲/۳	کافی	۷۵	۲۰/۴	بی سواد	۱۲۸	۴۰/۶
۶۱ الی ۷۰ سال	۵۵	۱۷/۴	**وضعیت سلامتی مراقب**			ابتدایی	۳۷	۱۱/۷
۷۱ الی ۸۰ سال	۲۸	۸/۹	ضعیف	۲۷	۸/۶	راهنمایی	۶۷	۲۱/۳
۸۱الی ۹۰	۱	۰/۰۳	متوسط	۱۵۶	۴۹/۵	متوسطه	۵۲	۱۶/۵
جنسیت مراقب			خوب	۱۱۱	۳۵/۵	دانشگاهی	۳۱	۹/۸
زن	۲۴۸	۷۸/۷	خیلی خوب	۲۱	۶/۷	**شغل بیمار**		
مرد	۶۷	۲۱/۳	**نسبت مراقب با بیمار**			خانه دار	۱۵۵	۴۹/۲
تحصیلات مراقب			فرزند	۱۸۰	۵۷/۱	شاغل	۵	۱/۶
بی سواد	۳۹	۱۲/۴	همسر	۸۵	۲۷/۱	بازنشسته	۱۲۶	۴۰/۱
درحدخواندن و نوشتن	۱۶	۵/۱	داماد یا عروس	۲۳	۷/۳	ازکار افتاده	۲۹	۹/۱
راهنمایی	۳۶	۱۱/۴	برادر یا خواهر	۴	۱/۲	شغل مراقب		
متوسطه	۱۰۴	۰/۳۳	پرستار	۲۳	۷/۳	خانه دار	۱۷۳	۵۴/۹
دانشگاهی	۱۲۰	۳۸/۱	**تعداد مراقبت از بیمار**			شاغل	۹۴	۲۹/۸
مدت زمان نگهداری بیمار			یک بیمار	۳۰۴	۹۸/۱	بازنشسته	۴۳	۱۳/۷
۱ تا ۳سال	۱۹۵	۶۱/۹	دو بیمار	۱۱	۱/۹	بیکار	۱	۰/۰۲
۴تا ۷ سال	۶۰	۱۹/۰	درجه آلزایمر بیمار			**دین مراقب**		
۸ تا ۱۰ سال	۳۸	۱۲/۱	درجه یک	۶۰	۱۹/۱	مسلمان	۳۱۳	۹۸/۷
بیش از ۱۰ سال	۲۲	۷/۰	درجه دو	۱۸۲	۵۷/۷	مسیحی	۲	۱/۳
وضعیت زندگی مراقب			درجه سه	۷۳	۲۳/۲	**تاهل مراقب**		
تنها	۵۹	۱۸/۷	**محل زندگی مراقب**			متاهل	۲۴۰	۷۶/۲
با همسر	۲۰۹	۶۶/۳	همراه با بیمار	۱۸۴	۵۸/۴	مجرد	۴۹	۱۵/۶
با فرزندان	۲۷	۸/۶	جدا از بیمار	۱۳۱	۴۱/۶	همسرفوت شده	۱۲	۳/۸
با دیگران	۲۰	۶/۳	**سن بیمار**			طلاق	۱۳	۴/۴
وضعیت سکونت مراقب			۵۰تا ۷۰ سال	۸۲	۲۶/۱			
مالک	۲۶۴	۸۳/۸	۷۱تا ۸۰سال	۱۲۱	۳۸/۴			
مستاجر	۵۱	۱۶/۲	۸۱ تا ۹۰	۱۱۲	۳۵/۶			

جدول ۲: فراوانی و شیوع وضعیت افسردگی، اضطراب مراقبان سالمندان مبتلا به آلزایمر

	تعداد	درصد	میانگین	انحراف معیار
افسردگی			۱۱/۶۴۱	۸/۷۵۳
افسردگی جزیی(فاقد افسردگی)	۲۰۵	۶۵/۳		
افسردگی خفیف	۵۰	۱۸/۲		
افسردگی متوسط	۴۶	۱۲/۴		
افسردگی شدید	۱۳	۱/۴		
اضطراب			۱۱/۴۶۶	۱۰/۰۳۸
نرمال	۱۵۰	۴۷/۹		
خفیف	۸۵	۰/۲۴		
متوسط	۵۹	۱۸/۸		
شدید	۲۹	۹/۳		

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-10-31]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.6.8.9]

جدول ۳: بررسی رابطه میانگین اضطراب و زیرمقیاسهای آن با مشخصات جمعیت شناختی مراقبان سالمندان مبتلا به آلزایمر

	متغیر	اضطراب کل	آزمون آماری	بعدشناختی اضطراب	آزمون آماری	بعدبدنی اضطراب	آزمون آماری
	متاهل	۱۱/۳۹	*۰/۹۸	۵/۸۴	*۰/۳۳	۵/۳۶	*/۲۱
وضعیت تاهل	مجرد	۱۱/۹۷		۵/۴۴		۶/۳۴	
	شبانه روزی	۱۲/۹۷		۶/۲۱		۶/۵۱	
مدت مراقبت	نیمه وقت	۹/۷۴	۰/۰۲۴	۵/۰۳	/۰۲۴	۴/۴۱	۰/۰۱۵
	۸ تا ۱۲ ساعت	۹/۲۶		۳/۸۰		۵/۳۰	
	زن	۱۲/۶۱	*۰/۰۰۱	۶/۰۵	*۰/۰۰۳	۶/۳۵	*۰/۰۰۲
جنسیت	مرد	۷/۰۹		۳/۶۱		۳/۴۹	
	کم	۱۷۹/۸۵		۱۷۵/۱۲		۱۸۴/۴۶	
وضعیت درآمد	نه چندان خوب	۱۷۵/۷۷	۰/۰۰۱	۱۷۲/۵۰	۰/۰۰۲	۱۷۸/۴۱	۰/۰۰۱
	متوسط	۱۴۹/۴۲		۱۴۶/۹۹		۱۵۱/۲۳	
	خوب	۱۳۸/۸۹		۱۴۵/۱۲		۱۳۵/۳۱	
طبقه سنی	۲۰تا ۴۵	۱۳۳/۲۵		۱۳۳/۱۷		۱۳۸/۲۵	
	۴۵تا ۶۵	۱۵۰/۲۶	۰/۰۴۴	۱۳۹/۲۴	۰/۰۴۱	۱۴۵/۲۶	۰/۰۳۱
	۶۵ به بالا	۱۸۷/۵۲		۱۶۳/۱۲		۱۸۸/۲۸	
	ضعیف	۱۶۷/۵۷		۱۶۶/۱۱		۱۶۹/۳۰	
وضعیت سلامتی	نه چندان خوب	۱۸۴/۳۹	۰/۰۰۱	۱۸۱/۸۰	۰/۰۰۱	۱۸۵/۰۱	۰/۰۰۱
	متوسط	۱۵۱/۰۰		۱۴۸/۴۸		۱۵۴/۳۷	
	خوب	۱۱۸/۸۹		۱۲۲/۷۷		۱۱۷/۶۴	
	همسر	۱۵۰/۳۷		۱۵۱/۲۹		۱۴۹/۶۶	
نسبت با سالمند	فرزند	۱۸۱/۴۲	۰/۰۰۵	۱۷۸/۷۸	۰/۰۰۴	۱۸۳/۵۷	۰/۰۰۲
	داماد یا عروس	۱۳۶/۹۶		۱۴۰/۷۴		۱۳۸/۰۴	
	پرستار	۱۱۱/۲۰		۱۱۰/۰۷		۱۲۱/۶۷	
	درجه ۱	۱۶۲/۱۸		۱۶۳/۰۸		۱۶۲/۱۸	
درجه آلزایمر	درجه ۲	۱۶۳/۷۵	۰/۱۵۸	۱۶۲/۰۹	۰/۲۲۰	۱۶۳/۷۵	۰/۱۷۶
	درجه ۳	۱۳۶/۱۰		۱۳۹/۴۷		۱۳۶/۱۰	

*بیانگرتی تست

جدول ۴: بررسی رابطه میانگین افسردگی و زیرمقیاسهای آن با مشخصات جمعیت شناختی مراقبان سالمندان مبتلا به آلزایمر

	متغیر	افسردگی کل	آزمون آماری	بعدشناختی افسردگی	آزمون آماری	بعدبدنی افسردگی	آزمون آماری	بعدعاطفی افسردگی	آزمون آماری
	متاهل	۱۱/۹۶	*۰/۰۰۹	۳/۹۲	*۰/۹۵	۳/۴۶	*۰/۴۱۲	۴/۵۴	*۰/۴۸
وضعیت تاهل	مجرد	۱۳/۲۸		۴/۳۲		۳/۱۱		۵/۷۷	
	شبانه روزی	۱۶۹/۷۸		۱۶۷/۰۲		۱۶۸/۶۹		۱۷۰/۲۶	
مدت مراقبت	نیمه وقت	۱۵۰/۴۶	۰/۰۳۱	۱۵۵/۱۹	۰/۰۹۴	۱۵۵/۱۹	۰/۰۵۳	۱۴۴/۹۵	۰/۰۳۵
	۸ تا ۱۲ ساعت	۱۲۰/۸۵		۱۳۸/۰۲		۱۲۳/۷۷		۱۳۲/۱۷	
	زن	۱۳/۲۳	*۰/۰۴	۴/۳۰	*۰/۱۲۸	۳/۷۴	*۰/۰۰۵	۵/۱۴	*۰/۰۳۵
جنسیت	مرد	۸/۹۱		۲/۹۵		۲/۳۹		۳/۵۶	
	اصلا	۱۹۴/۳۵		۲۰۳/۰۸		۱۸۵/۴		۱۸۸/۶۵	
وضعیت درآمد	کم	۱۸۲/۸۰	۰/۰۰۱	۱۷۹/۹۲	۰/۰۰۲	۱۷۷/۶۶	۰/۰۰۳	۱۸۰/۱۶	۰/۰۰۷
	متوسط	۱۴۴/۳۷		۱۴۱/۷۴		۱۵۶/۱۱		۱۴۴/۸۳	
	خوب	۱۳۷/۴۴		۱۴۴/۸۶		۱۲۷/۱۷		۱۴۳/۴۸	
	۲۰تا ۴۵	۱۳۹/۲۱		۱۴۵/۱۲		۱۳۰/۲۶		۱۳۶/۶۳	
سن	۴۵تا ۶۵	۱۵۴/۴۵	۰/۶۷۷	۱۵۴/۱۵	۰/۸۶۵	۱۵۹/۶۳	۰/۱۴۰	۱۵۴/۴۱	۰/۶۸۳
	۶۵ به بالا	۱۷۵/۵۱		۱۶۴/۵۶		۱۸۰/۳۲		۱۷۷/۲۳	
	ضعیف	۱۵۶/۶۹		۱۶۷/۵۹		۱۶۶/۱۹		۱۶۴/۰۰	
وضعیت	نه چندان خوب	۱۷۲/۷۳	۰/۰۰۱	۱۷۷/۳۳	۰/۰۰۱	۱۷۳/۸۱	۰/۰۰۱	۱۷۷/۱۱	۰/۰۰۱

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.6.8.9]

سلامتی										
		متوسط	۱۵۸/۲۵		۱۵۳/۵۸		۱۵۸/۷۶		۱۵۷/۹۳	
		خوب	۱۲۳/۱۱		۱۲۰/۷۰		۱۱۹/۸۱		۱۱۷/۹۱	
		فرزند	۱۵۵/۷۴		۱۵۸/۶۳		۱۵۲/۵۸		۱۵۵/۷۹	
نسبت	**با**	همسر	۱۷۰/۵۵	۰/۲۰۵	۱۵۸/۵۵	۰/۵۰۵	۱۷۸/۸۱	۰/۰۲۵	۱۷۰/۶۲	۰/۱۶۴
سالمند										
		داماد یا عروس	۱۲۲/۸۹		۱۳۰/۸۹		۱۳۰/۸۵		۰۰۱۲۸/	
		پرستار	۱۲۳/۴۵		۱۴۴/۴۴		۱۲۳/۶۱		۱۳۱/۶۱	
درجه آلزایمر		درجه ۱	۱۵۵/۵۲		۱۵۸/۳۸		۱۶۱/۲۲		۱۵۱/۷۸	
		درجه ۲	۱۵۷/۰۷	۰/۱۶۴	۱۵۴/۰۷	۰/۵۰۴	۱۵۸/۲۶	۰/۰۲۰	۱۵۷/۸۴	۰/۲۰۵
		درجه ۳	۱۶۰/۱۹		۱۶۵/۲۸		۱۵۴/۷۱		۱۶۳/۵۱	

- بیانگر تی تست

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه اضطراب و افسردگی در مراقبان سالمندان مبتلا به آلزایمر با برخی عوامل جمعیت شناختی بود. میانگین سن مراقبان در این تحقیق ۵۶/۵ و همسو با تحقیق ایکسیا و همکاران بود[۱۶]. در مطالعه عبدالله پور و همکاران میانگین سنی مراقبان ۵۳ سال بود. این موضوع نشان دهنده این است که بیشتر مراقبان سالمندان مبتلا به آلزایمر را فرزندان بیماران تشکیل می دهند[۱۷]. اکثر بیماران این تحقیق را زنان تشکیل دادند (۵۵/۸ درصد). بیشتر مطالعات نشان می دهند دمانس با نوع آلزایمردر زنان بروز بالاتری دارد[۱۸]. در این مطالعه ۳۴/۶ درصد از مراقبان افسردگی خفیف تاشدید را تجربه می کردند. در مطالعه ای در آمریکا حدود یک سوم از مراقبان افسردگی را تجربه می کردند[۱۹]. در مطالعه ای دیگر در لهستان حدود ۴۰ درصد از مراقبان نشانه های افسردگی خفیف تا شدید را داشتند[۲۰] که همسو با نتیجه این تحقیق است. در مطالعه حاضر بیش از نیمی از مراقبان (۵۳ درصد) اضطراب خفیف تا شدیدی را تجربه می کردند. در مطالعه ای در کرواسی نیز کمتر از نیمی از مراقبان اضطراب را تجربه می کردند[۲۱]. در مطالعه عمرانی فر[۱۸] نیز یک چهارم مراقبان درجات خفیف تا شدیدی از اضطراب را تجربه می کردند که با نتیجه تحقیق حاضر همسو است. در این تحقیق جنسیت با اضطراب و افسردگی رابطه معناداری داشت. بدین معنی که زنان اضطراب و افسردگی بالاتری را نسبت به زنان تحمل می کردند. این می تواند ناشی از این باشد که زنان علاوه بر نقش مراقب، نقش های گوناگونی همچون همسر و مادرنیز دارند و انجام این مسئولیت ها علاوه بر مراقبت می تواند سطح فشار بیشتری را برآنان وارد کند که در نهایت منجر به افسردگی و اضطراب آنها شود. ارایه مراقبت از سالمند مبتلا به آلزایمر، با تحلیل سلامتی، افزایش خطرات ابتلا به بیماری جسمی و روانی برای مراقبان و سطوح بالای تنیدگی همراه است[۲۲]. نتایج به دست آمده از مطالعه گراسز نیز نشان داد که همسران نسبت به فرزندان فشار روانی بیشتری را متحمّل می شوند[۲۳]. در این تحقیق بین نمره کلی اضطراب با نسبت مراقبت کننده با سالمندمبتلا به آلزایمر تفاوت معنادار وجود داشت (p=۰/۰۰۱). به طوری که همسران بیماران مبتلا به آلزایمر سطح اضطراب بالاتری را تحمل می نمودند. این یافته با نتیجه تحقیق عمرانی فر[۱۸] ، همسو است. همسران سالمندان مبتلا به آلزایمر بدلیل بالا بودن سن و داشتن مشکلات جسمی فشاربالایی را تحمل نموده که این موضوع می تواند به افزایش اضطراب در آنان شود. در مطالعه سلمانی و همکاران نیز همسران فشار روانی بالاتر ی را نسبت به دیگر مراقبان تحمل می کردند[۲۴]. بین وضعیت سلامتی و میزان درآمد با نمره اضطراب کل تفاوت معنادار مشاهده شد. مراقبانی که میزان درآمد بهتری داشتند اضطراب کمتری را تحمل می کردند. مراقبانی که حمایت های مالی را دریافت می کنند، فشار روانی کمتری را نسبت به مراقبانی که این حمایت ها را دریافت نمی کنند تجربه می کنند[۲۵]. بین وضعیت تاهل مراقبان، مدت مراقبت، سن مراقب، درجه آلزایمر و نمره اضطراب مراقبان تفاوت معنادار مشاهده نشد. بین نمره کلی افسردگی و تاهل، جنسیت، میزان درآمد، سلامت مراقبان تفاوت معنادار وجود داشت (p=۰/۰۰۱). افراد متاهل نسبت به دیگران نمره افسردگی کمتری داشتند و این تفاوت معنادار بود. مراقبانی که میزان درآمد بهتری داشتند میانگین کمتری در نمره کلی افسردگی داشتند و این تفاوت معنی دار بود. بیماری مزمن در یکی از اعضای خانواده، غالبا سبب ایجاد فشار بر

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.6.8.9]

منابع مالی خانواده شده، بطوریکه مراقبان زن کـه درآمـد کمتـری دارند،ساز و کارهای سازش با استرس و بحران های روانی اثر گـذار بر سلامتی را بـه مراتـب نسـبت بـه افـراد بـا درآمـد بـالا، کـاهش می دهد[۲۶]. احتمالاً وضعیت اقتصادی بهتر امکان استفاده بهینـه از خدمات بهداشتی و رفاهی را فراهم می کند، در حالی که شـرایط اقتصادی ضعیف، برآوردن نیازهای بهداشتی را کاهش داده وموجب سلامت عمومی نامطلوب می شود.در مطالعـه باسـتانی و همکـاران، سـلامت عمـومی زنـان مراقـب از سـالمند مبـتلا بـه آلزایمـر، بـا مشخصات فردی چون سن، وضعیت اقتصادی، ارتباط معنادار داشت که با نتیجه تحقیق حاضـر همسـو اسـت[۲۷]. از محـدودیت هـای پژوهش حاضر می توان به نمونه گیری در دسترس اشـاره کـرد. در این تحقیق تنها مراقبانی که به انجمن آلزایمر ایـران بـرای دریافـت مراقبت های درمانی برای بیمارآلزایمری خود مراجعـه مـی کردنـد، مورد بررسی قرار گرفتند و این موضوع تعمـیم ایـن یافتـه هـا را بـا محدویت مواجه می کند. لذا پیشنهاد می شود محققان بعدی نمونه هایی با تعداد بیشتر را مورد بررسی قرار دهند. نتایج پژوهش نشان داد که سلامت روان مراقبان سالمندان مبتلا به آلزایمر یـک مسـأله بهداشتی مهم است که نیازمند توجّـه جـدی از سـوی حرفـه هـای بهداشتی و ارایه کنندگان خدمات بهداشتی می باشد و راهبردهای ارتقا دهنـده سـلامت ایـن افـراد بایـد بـه عنـوان یـک اولویـت در مراقبتهای بهداشتی در جامعه مورد توجّه قرار بگیرد.

سهم نویسندگان

اکرم شفیع زاده: تدوین طرح نامه، جمع آوری داده ها، تحلیل داده هـا، تدوین مقاله

امین میرزایی: جمع آوری داده ها، ، تحلیل داده ها، تدوین مقاله

مجیده هروی کریموی: مدیریت مشترک پایان نامـه، مشـارکت در تدوین مقاله

ناهید رژه: مدیریت مشترک پایان نامه

سید حمید شریف نیا: تحلیل داده ها

علی منتظری: تدوین طرح نامه، مشارکت در تدوین مقاله

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر بخشـی از پایـان نامـه کارشناسـی ارشـد پرسـتاری سالمندی است. پژوهشگران به این وسیله مراتب سپاس و قـدردانی خود را از تمـامی افرادی که در انجام پژوهش همکاری نمـوده انـد بـه ویـژه معاونـت پژوهشی دانشگاه شاهد و انجمن آلزایمـر ایـران و مراقبان شـرکت کننـده در ایـن پـژوهش اعلام می دارند.

منابع

1. Kiani P, Mottaghi M, Ghodoosi A. [Investigating the Relationship between Financial abuse and Mental Health among Aldery Population in Shahr-e Kord. Salmand: Iranian Journal of Ageing 2019; 14:212-223https://doi.org/10.32598/sija.13.10.400 [Persian]

2. Brookmeyer R, Ziegler-Graham K, Arrighi H. Forecasting the global burden of Alzheimer's disease. Alzheimer's & Dementia Journal 2007; 3: 186-191

3. Medrano M, Rosario RL, Payano AN, Capellan NR. Burden, anxiety and depression incaregivers of Alzheimer patients in the Dominican Republic. Dementiatop & Neuropsychologia Journal 2014; 8:384-8. DOI: 10. 1590/S1980-57642014DN84000013 PMID: 29213930

4. Luchsinger J,Burgio L,ittelman M,Dunner l,Levin J, Kong J, Teresi J, et al.Northern Manhattan Hispanic Caregiver Intervention Effectiveness Study: protocol of a pragmatic Randomized Trial Comparing the Effectiveness of Two Established Interventions for Informal Caregivers of Persons with Dementia. British Medical Journal 2016; 6: 014082

5. Chan SW. Family caregiving in dementia: the Asian perspective of a global problem. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Journal 2010; 30:469-78. DOI: 10.1159/000322086 PMID: 21252540

6. Abbasi A, Shamsizadeh M, Asayesh H, Rahmani H, Hosseini S, Talebi M. The relationship between caregiver burdens with coping strategies in Family caregivers of cancer patients. Iranian Journal of Nursing Research 2013; 1:62-71 [Persian]

7. Cooper C, Balamurali TBS, Livingston G. A systematic review of the prevalence and covariates of anxiety in caregivers of people with dementia.International Psychogeriatrics 2007; 19:75-85

8. De Fazio P, Ciambrone P, Cerminara G, Barbuto E, Bruni A, Gentile P, et al. Depressive symptoms in caregivers of patients with dementia: Demographic variables and burden. Clinical Interventions in Aging 2015; 10:1085-90

9. Etemadifar S, Bahrami M, Shahriari M, Farsani AK. The effectiveness of a supportive educative group intervention on family caregiver burden of patients

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.6.8.9]

with heart failure. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research 2014; 19:217 [Persian]

10. Koohestani H, Baghcheghi N. Burn out in caregivers of patients with stroke and its related factors. Hakim Health System Research Journal 2012; 14:242-8 [Persian]

11. Tajvidi M, Dalvandi A, Sahaf R, Rahgozar M. Relationship between General Health and Demographic Characteristicsof Family Caregivers of Stroke Survivors. Iranian Journal of Ageing 2018; 12:494-505. https://doi. org/10.21859/SIJA.12.4.494 [Persian]

12. Joling KJ, van Hout HPJ, Scheltens P, Vernooij-Dassen M, van den Berg B, Bosmans J, et al. (Cost)-effectiveness of family meetings on indicated prevention of anxiety and depressive symptoms and disorders of primary family caregivers of patients with dementia: design of a randomized controlled trial. BMC Geriatr 2008; 8:2

13. Kaviani H, Mousavi A. Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). Tehran University Medical Journal 2008; 65:136-140 [Persian]

14. Beck A, Brown A.An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1988; 56:893-897

15. Hamidi R, Fekrizadeh Z, Azadbakht M, Garmaroudi G, Taheri Tanjani P, Fathizadeh S, et al. Validity and reliability Beck Depression Inventory-II among the Iranian Elderly Population. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences 2015; 22:189-198 [Persian]

16. Xiao LD, Wang J, He G-P, De Bellis A, Verbeeck J, Kyriazopoulos H. Family caregiver challenges in dementia care in Australia and China: A critical perspective. BMC Geriatr 2014; 14:6

17. Abdollahpour I, Noroozian M, Nedjat S, Majdzadeh R. Caregiver burden and its determinants among the family members of patients with dementia in Iran.International Journal of Preventive Medicine 2012; 3:544-51 [Persian]

18. Omranifard V, Haghighizadeh E, Akouchekian Sh. Depression, Anxiety and Burden in Main Caregivers of Dementia Patients.journal of research in behavioural sciencees 2018; 16: 379-388 [Persian]

19. Dura JR, Stukenberg KW, Kiecolt-Glaser JK. Chronic stress and depressive disorders in older adults. Journal of Abnormal Psychology 1990; 99:284-90

20. Bednarek A, Mojs E, Krawczyk-Wasielewska A, Godowska K, Samborski W, Lisiski P, et.al. Correlation between depression and burden observed in informal caregivers of people suffering from dementia with time spent on caregiving and dementia severity. European Review for Medical and Pharmacological Sciences 2016; 20:59-63

21. Ostojić D, Vidović D, Baceković A, Brecić P, Jukić V. Prevalence of anxiety and depression in caregivers of alzeheimers dementia patients. Acta clinica Croatica 2014; 53:17-21

22. MohammadiShahbolaghi F. Self-efficacy and burden of caregivers as family members of elderly with Alzheimer disease in Tehran. Journal of aging researches centre 2006; 1: 26-33

23. Graces J, Carretero S, Rodenas F, Sanjose V. Variables related to informal caregivers burden of dependent senior citizens in Spain. Archives of Gerontology and Geriatrics 2009; 48:372–9

24. Salmani N, Ashketorab T, Hasanvand S. The Burden of Caregiverand Related Factorsof Oncology. Advances in Nursing and Midwifery 2014; 24:71-51[Persian]

25. Burla C, Camarano AA, Kanso S, Fernandes D, Nunes R. A perspective overview of dementia in Brazil: a demographic approach. Ciênc Saúde Coletiva 2013; 18:2949-56

26. Sisk RJ. Caregiver burden and health promotion. International Journal of nursing studies 2000; 37: 37- 43

27. Bastani B ,Hoseini R, Baniasad M,Haghani H.General health of women caring for elderly people with Alzheimer's disease. Iranian Journal of Ageing 2010; 5:43-52 [Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.6.8.9]

ABSTRACT

Anxiety and depression in caregivers of elderly with Alzheimer

Akram shfiezadeh[1], Amin mirzaee [2], Majideh Heravi-Karimooi [3*], Nahid Rejeh[3], Hamid sharif Nia[4], Ali Montazeri[5]

1. Shahed University, College of Nursing & Midwifery, Tehran, Iran
2. Behavioral Sciences Research Center, Life style institute, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Elderly Care Research Centre - Shahed University, College of Nursing & Midwifery, Tehran, Iran
4. School of Nursing & Midwifery Amol, Mazandaran University of Medical sciences, sari, Iran
5. Health Metrics Research Centre, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran

Payesh 2019; 18(6): 579- 587
Accepted for publication: 7 December 2019
[EPub a head of print-18 January 2020]

Objective (s): Caring for elderly with Alzheimer can lead to the development or exacerbation of many physical and psychological problems for caregivers. The purpose of this study was to assess the anxiety and depression in caregivers of elderly with Alzheimer.
Methods: This was a cross-sectional study of 315 caregivers of elderly people with Alzheimer in Tehran, Iran. Data were collected by demographic questionnaire, the Beck Anxiety Inventory and the Beck Depression Inventory. Descriptive statistics were used for data analysis.
Results: The mean and standard deviation of caregivers' anxiety was 12.61± 10.48 which was significantly higher in women than men (p = 0.004). The mean and standard deviation of caregivers' depression was 13.23 ± 9.52 which was significantly higher in women than men (p = 0.001). The results of t-test and one-way analysis of variance showed that there was a significant difference between total anxiety score by gender, caregiver-to-elderly ratio, health status and caregivers' income status (p = 0.001). There was also a significant difference between the overall score of depression and marital status, gender, income and caregivers health status (p = 0.001).
Conclusion: The study showed that Alzheimer's caregivers experience mild to moderate levels of anxiety and depression. The findings suggest strategic planning to increase social support among Alzheimer's caregivers is essential.

Key Words: Anxiety, Depression, Demographic Characteristics, Elderly, Alzheimer's, Patient Caregiver

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-10-31]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.6.8.9]

* Corresponding author: Elderly Care Research Centre - Shahed University, College of Nursing & Midwifery, Tehran, Iran
E-mail: heravi@shahed.ac.ir