نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری
مقاله پژوهشی
زمستان ۱۳۹۶، دوره ۴، شماره ۲
DOI: 10.21859/ijrn-04027

پیش بینی تغییرات افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به دمانس بر اساس عملکرد خانواده

نسرین گودرزی [۱]، فرحناز محمدی شاهبلاغی [۲،*]، ابوالفضل رهگوی [۳]، اکبر بیگلریان [۴]

[۱] کارشناس ارشد، گروه پرستاری، بیمارستان کمالی، کرج، ایران
[۲] دانشیار، مرکز تحقیقات سالمندی، گروه آموزش پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
[۳] مربی، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
[۴] دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
* **نویسنده مسئول**: فرحناز محمدی شاهبلاغی، دانشیار، مرکز تحقیقات سالمندی، گروه آموزش پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران. ایمیل: nasringoodarzi87@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۱۲/۱۱ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۳۹۵/۱۲/۱۴

چکیده

مقدمه: افزایش شیوع بیماری دمانس از جمله پیامدهای دوران سالمندی است، این بیماران با توجه به اختلال در شناخت، رفتار و عملکرد برای انجام فعالیت‌های عادی زندگی وابسته به دیگران هستند که اکثر آنها توسط مراقبان خانوادگی انجام می‌گیرد. تنوع و سختی نقش‌های مراقبتی منجر به مشکلات روانی (افسردگی، استرس و اضطراب) در مراقبان می‌گردد، از طرفی وجود بیماری منجر به اختلال در عملکرد خانواده می‌شود. از اینروسنجش عملکرد خانواده می‌تواند ابزار پیش بینی کننده مناسبی برای سلامت روان خانواده باشد.

روش کار: این مطالعه یک مطالعه توصیفی مقطعی می‌باشد. تعداد ۱۵۰ نفر از مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به دمانس مراجعه کننده به انجمن آلزایمر از طریق نمونه گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. داده‌ها از طریق پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، عملکرد خانواده مک مستر، افسردگی بک، اضطراب زونگ و پرسشنامه استرس درک شده در مراقبین مورد مطالعه جمع آوری گردید و از طریق نرم افزار SPSS و آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل واریانس، آزمون تعقیبی شفه و رگرسیون خطی چند متغیره گام به گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: عملکرد خانواده در بیماران مبتلا به دمانس تحت مطالعه در همه ابعاد بجز حل مسئله دارای اختلال بوده و بین همه خرده مقیاس‌های عملکرد خانواده با افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین رابطه منفی و معنی دار ($P < ۰/۰۰۱$) وجود داشت. بعد کنترل رفتار قادر بود ۱۹/۱ درصد از واریانس اضطراب و ۱۹/۹ در صد از واریانس استرس مراقبین را تبیین کند همچنین ابعاد کنترل رفتار، نقش‌ها و همراهی عاطفی قادر بودند ۴۵/۳ درصد از واریانس افسردگی مراقبین را تبیین کنند.

نتیجه گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان داد یکی از عوامل مهم تأثیر گذار بر افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین عملکرد خانواده می‌باشد، بنابراین بررسی ابعاد عملکرد خانواده می‌تواند نشان دهد کدام بعد از ابعاد عملکرد خانواده دچار اختلال است.

کلیدواژه‌ها: عملکرد خانواده، افسردگی، اضطراب، استرس درک شده، مراقبین خانوادگی، دمانس

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

با توجه به افزایش تعداد سالمندان در جهان و ایران، این افراد با چالش‌های جسمی و روانی متعددی مواجه هستند بطوریکه بیش از ۲۰ درصد از افراد بالای ۶۰ سال از یک اختلال روانی یا عصبی رنج می‌برند. در این میان شایعترین اختلال دمانس وافسردگی می‌باشد (۱). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۶ تعداد ۴۷ ,۰۰۰ ,۵۰۰ نفر مبتلا به دمانس وجود داشته که پیش بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ به

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-10]

۷۵/۶ میلیون نفر بالغ گردد و تا سال ۲۰۵۰ بیش از سه برابر برآورد شده است، بخش عمده‌ای از این شمار رو به افزایش افراد مبتلا به دمانس به کشورهای با درآمد کم و متوسط مربوط است (۲). امروزه دمانس بدلیل هزینه‌های شگفت انگیز درمانی، شیوع بالا در سالمندان، پیامدهای شدید و تحمیل فشارهای جسمی و روانی به خانواده‌های بیماران در ردیف مشکلات مهم بهداشتی قرار گرفته است (۳). طبق گزارش انجمن جهانی آلزایمر در سال۲۰۱۶، مراقبت و حمایت از افراد مبتلا به دمانس یک الویت مهم برای دولت‌ها در سراسر جهان محسوب می‌گردد (۴). افراد مبتلا به دمانس به جهت اختلال در شناخت، عملکرد و رفتار، به طور فزاینده‌ای برای انجام فعالیت‌های عادی زندگی روزانه وابسته به دیگران هستند، نیازهای پیچیده این افراد می‌تواند منجر به استرس و ناراحتی مراقبین در مدیریت این نیازها شود (۵). تنوع و شدت نقش‌های مراقبتی منجر به مشکلات روانی در مراقبین خانوادگی بیماران می‌گردد (۶) زندگی مراقبین بواسطه مراقبت از این بیماران دچار تغییراتی از قبیل کمبود وقت، کاهش حس عاطفی، اختلال در زندگی اجتماعی، احساس از دست دادن عدم کنترل بر زندگی شخصی و بوجود آمدن بار فیزیکی و عاطفی (اضطراب، استرس و افسردگی)می‌شود و نیز ممکن است دچار انواع بیماری‌های حاد و مزمن گردند (۷). مطالعات نشان داده است که مراقبین خانوادگی بیماران دمانس سطوح قابل توجهی از عوارض روانی مانند استرس، اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کنند (۸). بیماری و ناتوانی تجارب مشترکی هستند که یکی از بزگترین چالش‌ها برای خانواده‌ها می‌باشد، مشکلات روانی و وابستگی بیماران بر کل نظام خانواده تأثیر گذاشته و باعث اختلال در کیفیت زندگی آنان می‌شود زیراباعث می‌شود که الگوی ارتباط طبیعی درخانواده مختل شده و بدین ترتیب عوامل کلیدی ارتباطی از جمله مصاحبت، حمایت‌های روحی، مسئولیت‌ها و تصمیم گیری‌های مشترک در خانواده دچار اختلال گشته و به دنبال آن اعضای خانواده سنگینی بار مسئولیت و تنزل در حالات روحی خود را احساس کنند. خانواده بعنوان یک سیستم در نظر گرفته شده است، به هم خوردن تعادل سیستم خانواده به علت وجود بیماری یکی از اعضاء تأثیر مهمی بر همه افراد آن می‌گذارد (۹). برای اینکه وظایف اصلی خانواده بهتر صورت گیرد خانواده باید دارای ساخت و عملکردی کارآمد و سالم باشد (۱۰). حضور یک بیماری جدی در خانواده معمولاً اثر عمیقی روی سیستم خانواده بویژه روی ساختار نقشی و عملکردهای خانواده دارد (۱۱). هر چه خانواده عملکرد و انسجام بهتری داشته باشد، اثرات زیان باربیماری بر هر یک از اعضای خانواده کمتر است و نیروی این سیستم برای حمایت از بیمار بیشتر خواهد بود. کارکرد یا عملکرد خانواده شامل روشها و رویکردهایی است که خانواده جهت حفظ و انسجام خود به کار می‌برد، عملکرد خانواده ابعاد مختلفی دارد که شامل: حل مسئله- ارتباط- نقش‌ها- پاسخ دهی عاطفی- آمیختگی عاطفی و کنترل رفتار است (۱۲). اندازه گیری عملکرد خانواده نشان می‌دهد که تا چه حد خانواده به عنوان یک واحد کار می‌کند و نشان دهنده توانایی خانواده در انطباق و تنظیم در موقعیت‌های مختلف است. غربالگری عملکرد خانواده از این جهت مهم است که نقاط قوت خانواده را در مقابل عوامل استرس زا نشان می‌دهد (۱۳). در نتیجه طی تحقیقات انجام شده خانواده‌هایی که ارتباط میان اعضاء و تعاملات داخل خانواده بر اساس نزدیکی و صمیمیت و تفاهم بین افراد استوار است، همه اعضاء نسبتاً علیه فشارهای زندگی مصون هستند بنابراین عملکرد خانواده با سلامت روانی اعضاء ارتباط دارد به همین سبب سنجش عملکرد خانواده می‌تواند ابزار پیش بینی کننده مناسبی برای سلامت روان خانواده‌ها باشد (۱۴). لذا با توجه به مطالعات انجام شده در خصوص اهمیت برنامه ریزی جهت افزایش سلامت روان مراقبین خانوادگی افراد مبتلا به دمانس (۱۵) با بررسی عملکرد خانواده‌های آنان و تعیین کیفیت عملکرد خانواده‌ها می‌توان به مشکلات موجود در عملکرد این خانواده‌ها و قدرت‌ها و ضعف‌های آنان پی برده و با انجام برنامه ریزی در جهت تقویت این نقش‌ها به توانمند سازی خانواده و افزایش سلامت روانی مراقبین کمک نمود. همچنین به علت وجود خلاء در زمینه پژوهش‌های انجام گرفته در حیطه عملکرد خانواده و ارتباط سلامت روانی مراقبین با آن، محقق بر آن شد که پژوهشی را تحت عنوان پیش بینی تغییرات افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به دمانس بر اساس عملکرد خانواده آنان انجام دهد.

روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی می‌باشد. جامعه پژوهش این مطالعه مراقبین اصلی عضو خانواده سالمندان دارای بیمار مبتلا به دمانس مراجعه کننده به انجمن آلزایمر ایران درنیمه دوم سال ۱۳۹۴ تا نیمه اول سال ۱۳۹۵ بودند. طبق گزارش مدیر انجمن آلزایمر در زمان مطالعه تعداد ۱۸۰۰ نفر مراجعه کننده فعال و تعداد ۲۵۰۰ نفر عضو می‌باشند که ممکن است مراجعه فعال نداشته باشند. محیط پژوهش در این مطالعه انجمن آلزایمر ایران بود. در این پژوهش نمونه‌ها به روش نمونه گیری در دسترس و بر اساس معیار ورود به پژوهش از بین مراقبینی که تمایل به شرکت در مطالعه داشتند، قادر به تکلم به زبان فارسی بودند، بنا به اظهار کلامی نیاز به مراقبت شخص ثالث نداشتند، تشخیص بیماری دمانس برای سالمند تحت مراقبت طبق پرونده موجود مسجل بود و حداقل در ۶ ماه گذشته مسئولیت مراقبت از سالمند مبتلا به دمانس را عهده دار بودند، انتخاب و وارد مطالعه شدند. داده‌ها با استفاده از ۵ پرسشنامه: ۱- پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک ۲- پرسشنامه سنجش عملکرد خانواده (FAD:Family Assessment Device) ۳- پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (IDBII: Beck II Self Rating Anxiety Scale) ۴- پرسشنامه اضطراب زونگ (SAS: Self rating Anxiety Scale) ۵- پرسشنامه استرس درک شده (SSP: Perceived Stress Scale) جمع آوری گردید. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل دو قسمت، مشخصات سالمند شامل: سن، جنس، سطح تحصیلات، نوع بیمه، وابستگی مالی و مشخصات فردی مراقب شامل: سن، جنس، تحصیلات، شغل، زمان مراقبت، وضعیت اقتصادی، سابقه دریافت آموزش، طول مدت مراقبت، فاصله تا خانه سالمند، دسترسی به مراقب جایگزین، تعداد اعضای خانواده، رضایت از مراقبت بود. پرسشنامه سنجش عملکردخانواه یک پرسشنامه است ۶۰ سوالی است که بر اساس مدل مک مستر توسط Epstien Bishop & Levin در سال ۱۹۸۳ تهیه شده است. فرم اولیه این آزمون ۵۳ سؤال بود اما در تجدید نظرهای بعدی و بر اساس مطالعات صورت گرفته، تعداد سؤالات آن به ۶۰ سؤال افزایش یافت. این الگو خصوصیات ساختاری، شغلی و تعاملی خانواده را معین می‌سازد و شش بعد از عملکرد خانواده را مشخص می‌کند. همچنین توانایی خانواده در سازش با حوزه وظایف خانوادگی را بر روی یک مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت به صورت کاملاً موافقم (۱)، موافقم (۲)، مخالفم (۳)،

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-10]

و کاملاً مخالفم (۴) مشخص می‌نماید. نمره هر مقیاس بین ۱ (سالم) تا ۴ (ناسالم) خواهد بود، طبق پرسشنامه سنجش عملکرد خانواده مک مستر نمره بالاتر از ۴ به معنی بدکارکردی ونمره کمتر از ۴ به معنی کارامدی خانواده است (۱۶). اعتبار و روایی ابزار سنجش عملکرد خانواده پس از تهیه توسط اپشتاین و همکارانش، درسال ۱۹۸۳ بر روی یک نمونه ۵۰۳ نفری اجرا شد دامنه ضریب آلفای مجموعه‌ها بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ نشاندهنده همسانی درونی بالای آن است (۱۷). در ایران نیز تحقیقات توسط نجاریان (۱۳۸۱)، نوروزی (۱۳۷۷)، بهاری (۱۳۷۹)، امینی (۱۳۷۹)، حاکی از اعتبار و پایایی بالای این پرسشنامه است (به نقل از ساعتچی) (۱۸). پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (IDBI) این پرسشنامه شکل بازنگری شده افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است (بک، براون، استیر، ۲۰۰۰). پرسشنامه افسردگی بک از مناسب‌ترین ابزارها برای ارزیابی حالات افسردگی است این پرسشنامه همانند ویرایش نخست از ۲۱ ماده تشکیل شده است. هر ماده نمره‌های بین صفر تا ۳ می‌گیرد و بدین ترتیب نمره کل پرسشنامه دامنه‌ای از صفر تا ۶۳ دارد. نحوه نمره دهی به این ترتیب است ۱۳-۰ فاقد افسردگی یا افسردگی جزیی، ۱۹-۱۴ افسردگی خفیف، ۲۸-۲۰ افسردگی متوسط، ۶۳-۲۹ افسردگی شدید.۲۱ ماده پرسشنامه افسردگی بک در سه گروه نشانه‌های عاطفی، شناختی و نشانه‌های جسمانی طبقه بندی می‌شوند. بک، استیروبراون (۲۰۰۰) ثبات درونی این ابزاررا ۷۳٪ تا ۹۲٪ با میانگین ۸۶٪ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۸۶٪ و غیر بیمار ۸۱٪ گزارش کرده‌اند ضریب آلفای ۹۲٪ برای بیماران سرپایی و ۹۳٪ را برای دانشجویان و ضریب بازآموزی به فاصله یک هفته را ۹۳٪ به دست آورده‌اند (۱۹). در ایران نیز درمطالعات فروانی روایی و پایای این پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفته است (۲۰). در تحقیق دابسون و محمد خانی (۱۳۸۶) ضریب اعتبار کل برای هر ۲۱ آیتم ۰/۹۱۳ بود و نتایج نشان دهنده اعتبار بالای این پرسشنامه است (۲۱). رجبی (۱۳۹۱) ضریب الفای کرونباخ را برای این ابزار ۰/۸۶ بدست آورد (۲۲). مقیاس خود سنجی اضطراب زنگ (SAS): مقیاس خودسنجی اضطراب زانگ توسط ویلیام زانگ (۱۹۷۱) ساخته شده است. این مقیاس برای سنجش اضطراب عمومی و حالت‌های اضطرابی به طور وسیعی مورد استفاده قرار می‌گیرد و بر مبنای نشانگان بدنی-عاطفی اضطراب تهیه شده است. به هنگام استفاده از این مقیاس از پاسخگو خواسته می‌شود که به هر یک از ۲۰ ماده بر اساس تطابق ماده‌ها با وی در خلال هفته گذشته پاسخ دهد. حداکثر و حداقل نمره این پرسشنامه ۸۰ و ۲۰ است. مطالعاتی که توسط زونگ و همکاران (۱۹۷۶) بر روی ۵۰۰ دانشجو صورت گرفت حاکی از آن است که ضریب پایایی آزمون SAS که به شیوه آلفای کرونباخ به دست آمد ۰/۸۴ می‌باشد، که به نظر ضریب نسبتاً قوی و معنی دار می‌باشد (۲۳). پرسشنامه خودسنجی اضطراب زونگ در مطالعات متعددی در ایران بکار رفته است، حکیم جوادی و همکاران پایایی این مقیاس را ۰/۶۷ گزارش نمودند (۲۴). ابوالقاسمی (۱۳۸۲) نیز آلفای کرونباخ را ۰/۸۲ گزارش کرده است که نشان دهنده پایایی بالای آن است (۲۵).

پرسشنامه استرس درک شده (SSP): پرسشنامه استرس درک شده توسط (کوهن، کامارک و مرملستین) در ۱۹۸۳ طراحی شد. این ابزار برای تعیین میزان شناخت افراد از استرس خود در مقابل رویدادهای غیرقابل پیش بینی و غیر-قابل کنترل زندگی بسیار مناسب می‌باشد پرسشنامه استرس درک شده شامل ۱۴ سؤال است و دامنه نمرات از صفر تا چهار در مقیاس لیکرت بوده لازم به ذکر است در مورد سوالات مثبت (۱۳، ۱۰، ۹، ۷، ۶، ۵،۴) امتیازات به طور معکوس محاسبه می‌شوند. در کل دامنهٔ نمرات بین صفر تا ۵۶ نمره درنظر گرفته شده است و نمره دهی آن براساس میانگین نمرات نمونه‌های پژوهش به دست آمده بدین ترتیب که ازمیانگین به پایین در گروه دارای استرس پایین و از میانگین به بالا در گروه دارای استرس بالا جا می‌گیرند (۲۶). برای پرسشنامه یاد شده در مطالعه ولزمورو و همکاران میزان آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش شده است (۲۷). در ایران مطالعه میرزایی و همکاران پایایی ابزار را در دانشجویان پرستاری بررسی و میزان آلفای کرونباخ ۰/۸۳ را گزارش نمودند (۲۸). مطالعه شمسی و همکاران آلفای کرونباخ ۰/۸۸ را گزارش کردند (۲۹). برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخصهای آماری میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد، از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی گام به گام به منظور ارزیابی رابطه بین افسردگی، استرس و اضطراب با عملکرد خانواده استفاده شد همچنین جهت مقایسه افسردگی، استرس و اضطراب با متغیرهای دموگرافیک از آزمون تی مستقل، تحلیل واریانس و آزمون تعقیبی شفه استفاده شد، سپس با کمک نرم افزار SPSS 19 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که نتایج پژوهش محرمانه باقی خواهد ماند، در پر کردن پرسشنامه‌ها مختار بودند اهداف پژوهش برای آنان تشریح شد و رضایت آگاهانه کسب گردید. این مطالعه با کد IR.USWR.REC۷۳۹۴,۲۴۹ در کمیته اخلاق دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تبت گردید.

یافته‌ها

در این پژوهش برای محاسبه حجم نمونه، با توجه به حداقل میزان همبستگی قابل قبول بین شاخص‌های کمی مختلف مورد بررسی در این مطالعه که ۰/۳ می‌باشد در سطح خطای α = ۰/۰۵ و خطای نوع دوم β = ۰/۲ و P= ۰/۵، حجم نمونه با استفاده از فرمول زیر و اطلاعات مطالعه مشابه ۸۵ نفر به دست می‌آید.

$$N = \frac{(z_a + z_b)^2}{\frac{1}{4}\{log_e\left(\frac{1+\rho}{1-\rho}\right)\}^2} + 3$$

همچنین ۱۰٪ حجم نمونه به عنوان احتمال ریزش در نمونه گیری منظور گردید. در نهایت جهت تعمیم پذیری بیشتر تعداد ۱۵۰ نفراز مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به دمانس مراجعه کننده به انجمن آلزایمر ایران به عنوان حجم نمونه در نظر گرفته شد. اکثریت مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به دمانس را زنان ۷۴/۷ در صد (۱۱۲ نفر) با میانگین سنی ۵۵/۴ (انحراف معیار ۱۳/۳۱)، خانه دار ۵۲ درصد (۷۸ نفر)، دارای تحصیلات دیپلم ۳۹/۳ درصد (۵۹ نفر)،۷۸/۶ درصد (۱۱۸ نفر) از مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به دمانس در این پژوهش دختران و همسران بیماران با نسبت مساوی بودند. این واحدها ۷۸/۸ درصد (۱۱۸ نفر) طبق خود اظهاری در وضعیت اقتصادی متوسط قرار داشتند،۷۲/۷ درصد (۱۰۹ نفر) سابقه دریافت آموزش در مورد بیماری دمانس نداشتند، عدم دسترسی به مراقب جایگزین ۳۸/۷ درصد (۵۸ نفر)،۷۰/۷ درصد (۱۰۶ نفر) طبق خود اظهاری دارای بیماری بودند، ۶۱/۳ درصد (۹۲ نفر) وضعیت سلامتی خود را متوسط گزارش کردند، ۸۸ درصد (۱۲۲ نفر) از مراقبت سالمند خود رضایت داشتند. بیشتر سالمندان تحت مراقبت ۵۴/۷ درصد (۸۲ نفر) زن، با میانگین سنی ۷۷/۵۳ (انحراف معیار ۸/۴۱) سال، تحصیلات زیر دیپلم ۴۰ درصد (۶۰ نفر)،۶۴/۷ درصد (۹۷ نفر) در مرحله دوم بیماری،۲۶ درصد (۳۹ نفر) دارای

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-10]

وابستگی اقتصادی بودند. یافته‌های پژوهش نشان داد عملکرد خانواده‌های بیماران شرکت کننده در مطالعه طبق مدل مک مستر در همه ابعاد بجز حل مسئله دارای ناکارامدی بود بطوریکه بیشترین اختلال عملکرد خانواده به ترتیب در بعد کنترل رفتار، عملکرد کلی، آمیزش عاطفی ونقش ها و کمترین اختلال در بعد حل مسئله بوده است. (جدول ۱).

جدول ۲ فراوانی وضعیت افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به دمانس مراقبه‌کننده به انجمن آلزایمر ایران شرکت کننده در مطالعه را نشان می دهدیافته های پژوهش نشان داد ۲۲ نفر (۱۴/۷٪) از مراقبین دارای افسردگی شدید بودند. اضطراب ۱۱۹ نفر (۷۹/۳٪) از مراقبین سالمندان مبتلا به دمانس نرمال بوده است. همچنین ۱۱۳ نفر (۷۵/۳٪) دارای استرس بودند. (جدول ۲). بین افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین و عملکرد خانواده و همه ابعاد آن رابطه معنی دار ($P < ۰/۰۰۱$) وجود داشت. (جدول ۳).

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار عملکرد خانواده مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به دمانس مراجعه‌کننده به انجمن آلزایمر ایران شرکت کننده در مطالعه.

ابعاد عملکرد خانواده	تعداد	کوچک‌ترین	بزرگ‌ترین	میانگین	انحراف معیار	حدنصاب تشخیص اختلال
حل مسئله	۱۵۰	۱	۳/۵	۲/۰۷	۰/۵۱۳	۲/۲
نقش‌ها	۱۵۰	۵۶/۱	۳/۵۶	۲/۴۴	۰/۴۰۹	۲/۳
همراهی عاطفی	۱۵۰	۲۵/۱	۳/۷۵	۲/۲۶	۰/۵۲۵	۲/۲
ارتباط	۱۵۰	۱۴/۱	۳/۷۱	۲/۲۲	۰/۴۴۳	۲/۲
آمیزش عاطفی	۱۵۰	۱۳/۱	۳/۷۵	۲/۲۶	۰/۵۶۱	۲/۱
کنترل رفتار	۱۵۰	۱	۳/۷۷	۲/۲۲	۰/۵۱۹	۱/۹
عملکرد کلی	۱۵۰	۰۸/۱	۴	۲/۲۲	۰/۵۴۶	۲

جدول ۲: فراوانی و شیوع وضعیت افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به دمانس مراجعه‌کننده به انجمن آلزایمر ایران شرکت کننده در مطالعه

	تعداد	درصد	میانگین	انحراف معیار
افسردگی			۱۷/۶۵	۱۰/۰۶
افسردگی جزئی (فاقد افسردگی)	۶۳	۴۲		
افسرده خفیف	۳۳	۲۲		
افسردگی متوسط	۳۲	۳/۲۱		
افسردگی شدید	۲۲	۷/۱۴		
اضطراب			۳۸/۴۲	۸/۴
نرمال	۱۱۹	۳/۷۹		
خفیف	۲۹	۴/۱۹		
شدید	۲	۳/۱		
استرس			۳۳/۸۲	۷/۴۱
ندارد	۳۷	۷/۲۴		
دارد	۱۱۳	۳/۷۵		
کل	۱۵۰	۱۰۰		

جدول ۳: همبستگی بین عملکرد خانواده با استرس، اضطراب و افسردگی در مراقبین سالمندان مبتلا به دمانس مراجعه‌کننده به انجمن آلزایمر ایران

ابعاد کارکرد خانواده	تعداد	استرس		اضطراب		افسردگی	
		ضریب همبستگی	مقدار احتمال	ضریب همبستگی	مقدار احتمال	ضریب همبستگی	مقدار احتمال
حل مسئله	۱۵۰	۰/۳۷۲	<۰/۰۰۱	۰/۳۹۳	<۰/۰۰۱	۰/۵۶۹	<۰/۰۰۱
نقش‌ها	۱۵۰	۰/۳۶۵	<۰/۰۰۱	۰/۴۱۶	<۰/۰۰۱	۰/۶۱۷	<۰/۰۰۱
همراهی عاطفی	۱۵۰	۰/۳۹۱	<۰/۰۰۱	۰/۳۸۴	<۰/۰۰۱	۰/۴۸۲	<۰/۰۰۱
ارتباط	۱۵۰	۰/۳۲۵	<۰/۰۰۱	۰/۲۹۶	<۰/۰۰۱	۰/۴۷۶	<۰/۰۰۱
آمیزش عاطفی	۱۵۰	۰/۴۲۵	<۰/۰۰۱	۰/۴۲۶	<۰/۰۰۱	۰/۵۶۹	<۰/۰۰۱
کنترل رفتار	۱۵۰	۰/۴۴۶	<۰/۰۰۱	۰/۴۳۷	<۰/۰۰۱	۰/۶۲۱	<۰/۰۰۱
عملکرد کلی	۱۵۰	۴۱۳/۰	۰۰۱/<۰	۴۵۱/۰	۰۰۱/<۰	۶۲۷/۰	۰۰۱/<۰

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-10]

جدول ۴: پیش‌بینی تغییرات اضطراب، استرس و افسردگی از روی ابعاد کارکرد خانواده در مراقبین سالمندان مبتلا به دمانس شرکت کننده در مطالعه مراجعه‌کننده به انجمن آلزایمر ایران

متغیرهای پیش‌بین	r	R^2	آماره f	P-value	ß	Beta	آماره t	P-value
اضطراب								
۱								
کنترل رفتار	۰/۴۳۷	۰/۱۹۱	۳۶/۸۶	<۰/۰۰۱	۷/۰۷	۰/۴۳۷	۵/۹۱	<۰/۰۰۱
استرس								
۱								
کنترل رفتار	۰/۴۴۶	۰/۱۹۹	۳۶/۸۳	<۰/۰۰۱	۶/۳۸	۰/۴۴۶	۶/۰۶	<۰/۰۰۱
افسردگی								
۱								
کنترل رفتار	۰/۶۲۱	/۳۸۶	۹۲/۸۸	<۰/۰۰۱	۱۲/۰۴	۰/۶۲۱	۹/۶۳	<۰/۰۰۱
۲								
کنترل رفتار	۰/۶۵۹	۰/۴۳۵	۵۶/۵۱	<۰/۰۰۱	۶/۹۶	۰/۳۵۹	۳/۷۳	<۰/۰۰۱.
نقش‌ها	۰/۶۵۹	۰/۴۳۵	۵۶/۵۱	<۰/۰۰۱	۸/۴۴	۰/۳۴۳	۳/۵۶	<۰/۰۰۱
۳								
کنترل رفتار	۰/۶۷۳	۲۸/۴۰	۴۰/۲۸	<۰/۰۰۱	۱۰/۸۲	۰/۵۵۸	۴/۲۶	<۰/۰۰۱
نقش‌ها	۰/۶۷۳	۲۸/۴۰	۴۰/۲۸	<۰/۰۰۱	۹/۳۴	۰/۳۸	۳/۹۴	<۰/۰۰۱
همراهی عاطفی	۰/۶۷۳	۲۸/۴۰	۴۰/۲۸	<۰/۰۰۱	۵/۰۸	۰/۲۶۵	۲/۲۱	۰/۰۲۹

r: ضریب همبستگی چندگانه؛ R2: ضریب تعیین؛ B: بتای غیراستاندارد؛ Beta: بتای استاندارد؛ p-value: مقدار احتمال

بحث

نتایج مطالعه نشان داد که کارکرد خانواده با توجه به میانگین نمره خرده مقیاس‌های مورد بررسی در هر شش مقیاس بجز خرده مقیاس حل مسئله دچار اختلال شده است و بطور کلی خانواده‌هایی که دارای بیمار مبتلا به دمانس می‌باشند دارای اختلال در عملکرد خانواده بودند. در این خانواده‌ها بدلیل وابستگی شدید بیمار به دیگران و بروز رفتارهای پرخاشگرانه آنها، خانواده در برخورد با این بیماران نمی‌توانند رفتارهای مناسب و مدیریت شده نشان دهند و در نتیجه بعد کنترل رفتار در این خانواده‌ها دچار اختلال می‌شود، این بعد از عملکرد خانواده حتی از سایر ابعاد نیز در این خانواده‌ها مهمتر است زیرا مدیریت رفتار در خانواده‌هایی که یکی از اعضاء آن توانایی شناختی خود را از دست داده است بسیار با اهمیت‌تر از سایر بیماریهاست. در بعد حل مسئله این خانواده‌ها کمترین آسیب را دیده‌اند و این بدان معناست که این خانواده‌ها در رسیدگی به مسائل عملی و روزمره دچار مشکل خاصی نبودند و احتمالاً از راهبردهای مناسب برای حل مسائل استفاده می‌کنند. Rodríguez-Sánchez و همکارانش (۲۰۱۱) در مطالعه خود نشان دادند بیماری مزمن می‌تواند باعث ناکارامد شدن عملکرد خانواده گردد (۹). Tremont (۲۰۰۶) در مطالعه‌ای در ایسلند به این نتیجه رسید که عملکرد خانواده در مراقبین مبتلا به دمانس دارای اختلال بوده و در خرده ابعاد ارتباط، نقش ها، پاسخ عاطفی و عملکرد کلی دارای نمره بالاتر یعنی ناکارامدی هستند که با مطالعه حاضر همراستا است (۳۰). مطالعات یعقوبی (۱۳۹۲) (۳۱)، بیرامی (۱۳۸۹) (۳۲) وقلی زاده (۱۳۸۹) (۳۳) که درمورد سایر بیماریهای مزمن انجام شده است با این مطالعه همراستا هستند و می‌توان نتیجه گرفت که بیماری دمانس نیز مانند سایر بیماریهای مزمن موجب اختلال در عملکرد خانواده می‌شود.

بنا بر این می‌توان از ارزیابی این یافته‌ها به این نتیجه رسید که می‌بایست برای بهبود این خانواده‌ها در برنامه ریزی‌های خانواده محور توجه بیشتری به کنترل رفتار، ایفای نقش و همراهی عاطفی نسبت به سایر ابعاد نمود و با مداخلات مؤثر در ابعاد یاد شده به اصلاح آنها پرداخت. همچنین یافته‌های مطالعه نشان داد که مراقبین بیماران مبتلا به دمانس دارای درجاتی از افسردگی، اضطراب و استرس بودند. مطالعه رضایی زاده (۱۳۹۲) که بر روی افسردگی مراقبین مبتلا به دمانس انجام شد نتایج مطالعه حاضر را از این جهت تأیید می‌کند (۳۴). مطالعه قائدی حیدری (۱۳۹۳) نشان داد که مراقبین دمانس دارای افسردگی، اضطراب و استرس بودند که برنامه آموزش خانواده توانست در کاهش مشکلات روانی مراقبین خانوادگی بیماران دمانس مؤثر باشد (۳۵). مطالعات De Oliveira (۲۰۱۴) (۳۶)، Martin Medrano (۲۰۱۴) (۷)، Garc´ıa-Alberca (۲۰۱۲) (۳۷) و Given (۲۰۱۱) (۳۸) و همکاران (۲۰۱۴) (۳۹) نیز اگرچه در درصد بدست آمده با این مطالعه اختلاف داشت ولی مطالعه حاضر را تأیید می‌کنند. اختلاف آمارها می‌تواند در نتیجه یکسان نبودن جامعه پژوهش در ایران و سایر کشورها باشد. نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد رابطه آماری معنا داری بین افسردگی، اضطراب و استرس با کارکرد خانواده و همه ابعاد آن وجود دارد در واقع چنانچه خانواده‌ها عملکرد ضعیفی داشته باشند سلامت روانی اعضاء بیشتر به مخاطره می افتد. هر چه خانواده توان حل کردن تعارضات به وجود آمده را بخوبی داشته باشد، میان اعضاء آن هماهنگی و تقسیم مسئولیت وجود داشته باشد، الگوهای انضباطی موفقی داشته باشد و حد و مرز بین افراد رعایت گردد همچنین هر چه صمیمیت و نزدیکی بین

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-10]

اعضاء خانواده بیشتر باشد، ابراز هیجانات بهتر انجام گیرد و اعضاء درک بهتری از یکدیگر و از بیمارشان داشته باشند، از راهبردهای مساله مدار برای حل مسائل خود استفاده کنند و در نهایت نقش‌ها و وظایف خود را بهتر انجام دهندو بطور کلی هرچه خانواده در هر کدام از این ابعاد کارامد تر باشد سلامت روانی مراقب اصلی کمتر به خطر افتاده و نقش مراقبتی خود را بهتر ایفا خواهد کرد. مؤمنی و علیخانی (۱۳۹۲) در کرمانشاه نشان دادند بین عملکرد خانواده و خرده مقیاس‌های ارتباط، آمیزش عاطفی، و ایفای نقش با افسردگی، اضطراب و استرس زنان متأهل رابطه منفی و معنی دار برقرار است (۴۰). این مطالعه نشان می‌دهد که حتی در خانواده‌هایی که بیمار مزمن ندارند افسردگی، اضطراب و استرس یکی از اعضا می‌تواند متاثراز عملکرد خانواده باشد. همانطور که مشاهده شد بعد کنترل رفتار نسبت به سایر ابعاد عملکرد خانواده با درجات متفاوت قادر به پیش بینی تغییرات افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به دمانس می‌باشد، این بعد از عملکرد خانواده زمانی مهم‌تر می‌شود که خانواده دارای اعضای مسن باشد که توانایی شناختی خود را از دست داده‌اند بنابراین در برنامه‌های آموزش خانواده دارای بیمار دمانس می‌بایست بطور ویژه ایی این بعد از ابعاد خانواده مد نظر قرار گیرد و در جهت تقویت آن اقدام شود. مدیریت رفتار در خانواده و استفاده از سبک‌های رفتاری انعطاف پذیر خانواده را قادر می‌سازد که به نحو مقتضی با موقعیت‌های تغییر یافته نظیر وجود بیمار مبتلا به دمانس انطباق یافته و همین امر فرصت لازم برای گفتگو و سازندگی و انجام وظیفه در خانواده را بوجود می‌آورد و در نتیجه افسردگی، اضطراب و استرس مراقب کمتر خواهد شد. علاوه بر کنترل رفتار دو بعد نقش‌ها و همراهی عاطفی نیزدر افسردگی مراقبین تأثیر گذار بودند این یافته می‌تواند بسیار با ارزش باشد چرا که در خانواده‌هایی که تخصیص نقش‌ها و وظایف بدرستی انجام نپذیرد و وظایف شفاف نباشند عضوی از خانواده که بیشتر درگیر مسئولیت‌هاست بیشتر دچار فرسودگی می‌شود همچنین پاسخ نا مناسب به هیجانات موجب احساساتی نظیر ترس، نا امیدی و افسردگی می‌شود.

نتیجه‌گیری

بطور کلی عملکرد خانواده یکی از شاخص‌های مهم تضمین کننده زندگی و سلامت روانی خانواده و اعضای آن است، هر گونه نارسایی در عملکرد خانواده تأثیر نامطلوبی بر سلامت روانی اعضای خانواده دارد بخصوص اگر این عضو فردی باشد که بیشترین فشار و مسئولیت را در خانواده بواسطه نقش مراقبتی تحمل می‌کند بنابراین هر میزان یک خانواده توان حل تعارضات به وجود آمده را به خوبی داشته باشد، میان اعضای آن هماهنگی و تقسیم مسئولیت وجود داشته باشد، مدل‌های انضباطی موفقی داشته باشد و حد و مرز بین افراد رعایت شود اعضای آن از سلامت روانی بالاتری برخوردار هستند و در مقابل هر چه در خانواده گسستگی و جدایی عاطفی اعضای خانواده بیشتر باشد، فقدان صمیمیت وعدم انطباق پذیری اعضای خانواده وجود داشته باشد مشکلات روانی در افراد بیشتر می‌شود و به طبع بیشترین آسیب متوجه مراقب بیمار می‌شود که خود در معرض فشارهای روانی ناشی از مراقبت نیز می‌باشد. بنابر این با توجه به نتایج پژوهش برای کاهش اختلالات روانی در مراقبین خانوادگی می‌بایست به نقش خانواده‌ها و تأثیر گذاری آن توجه بیشتری شود.از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به تأثیر حالات روحی و روانی مراقبین در پرکردن پرسشنامه‌ها که عمدتاً بدلیل اضطراب و نگرانی ناشی از دور بودن از سالمند در حین پر کردن پرسشنامه‌ها بود اشاره نمود بنابراین پژوهشگر پرسشنامه‌ها را در اختیار مراقبینی که این محدودیت را داشتند، قرار داده تا در منزل پر نمایند و در جلسه بعدی پرسشنامه‌ها را تحویل نمایند. پیشنهاد می‌شود با توجه به اهمیت خانواده‌ها بعنوان عامل تأثیر گذار بر سلامت روانی مراقبین جهت کارامد ترکردن خانواده‌ها برنامه‌های خانواده درمانی جهت مراقبین بیماران دمانس انجام گیرد همچنین زمینه حمایت و آموزش مراقبین خانوادگی فراهم گردد و با در نظر گرفتن تمهیداتی نظیر مراقبت‌های فرجه‌ای و ایجاد سیستم‌های مراقبت در منزل و آموزش مراقبین و خانواده‌ها به ارتقاء و بهبود کیفیت زندگی مراقبین و در نهایت بیمارانشان کمک نمود.

سپاسگزاری

نویسندگان بر خودلازم می‌دانند از همکاری صمیمانه مدیران و کارکنان انجمن آلزایمر ایران و همه مراقبینی که در این پژوهش شرکت داشتند تشکر و قدردانی نمایند. این مقاله قسمتی از پایان نامه دانشجویی می‌باشد که در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران با مجوز شماره ۹۴/۸۰۱/آ/۲/۱۰۵۱۲ و کد اخلاقی IR.USWR.REC.7394.249 به اجرا درآمد.

References

1. Yasamy M, Dua T, Harper M, Saxena S. Mental health of older adults, addressing a growing concern. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse, 2013.
2. WHO. 10 facts on dementia Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2016 [updated 2017; cited 2017]. Available from: http://www.who.int/features/factfiles/dementia/en
3. Association As. Alzheimer's disease facts and figures Alzheimer's Association, Alzheimer's & Dementia Alzheimer's Association, 2010.
4. International AsD. World Alzheimer Report 2016: Alzheimer's Disease International; 2016 [updated 2017; cited 2017]. Available from: https://www.alz.co.uk/research/world-report.
5. Chenoweth L, King MT, Jeon YH, Brodaty H, Stein-Parbury J, Norman R, et al. Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial. Lancet Neurol. 2009;8(4):317-25. DOI: 10.1016/S1474-4422(09)70045-6 PMID: 19282246
6. Navidian A, Bahair F. Burden experienced by family caregivers of patients with mental disorders. Pak J Psycholo Res 2008;23(1):19-28
7. Medrano M, Rosario RL, Payano AN, Capellan NR. Burden, anxiety and depression in caregivers of

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-10]

Alzheimer patients in the Dominican Republic. Dement Neuropsychol. 2014;8(4):384-8. DOI: 10.1590/S1980-57642014DN84000013 PMID: 29213930
8. Chan SW. Family caregiving in dementia: the Asian perspective of a global problem. Dement Geriatr Cogn Disord. 2010;30(6):469-78. DOI: 10.1159/000322086 PMID: 21252540
9. Rodriguez-Sanchez E, Perez-Penaranda A, Losada-Baltar A, Perez-Arechaederra D, Gomez-Marcos MA, Patino-Alonso MC, et al. Relationships between quality of life and family function in caregiver. BMC Fam Pract. 2011;12:19. DOI: 10.1186/1471-2296-12-19 PMID: 21496270
10. Minochin S, Fishman HS. Family therapy. Tehran Roshd Publication; 2005.
11. Sawant NS, Jethwani KS. Understanding family functioning and social support in unremitting schizophrenia: A study in India. Indian J Psychiatry. 2010;52(2):145-9. DOI: 10.4103/0019-5545.64593 PMID: 20838502
12. Barker P. Family therapy Basic. Tehran: Roshd Publication 2003
13. Panganiban-Corales AT, Medina MF, Jr. Family resources study: part 1: family resources, family function and caregiver strain in childhood cancer. Asia Pac Fam Med. 2011;10(1):14. DOI: 10.1186/1447-056X-10-14 PMID: 22040272
14. Zargar F, Ashouri A, Asgharipoor N, A A. The Comparison of Family Functioning in Patients with Major Depressive Disorder and Physically Ill Patients with no-Psychiatric Disorder in Isfahan Res Sci Technol. 2008;5(2):99-106.
15. Breiddal SMF. Palliative care: A Place toThrive. Illness Crisis Loss 2011;19(2):24-111.
16. Zadeh Mohammadi A, Malekkhosravi G. Preliminary study of psychometric properties of family assessment device (FAD). Fam Stud. 2006;5:69-89.
17. Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. The Macmaster modelof family assessment device. Marit Fam Ther. 1983;9(2):171-80.
18. Saatchi M, Kamkari K, Asgarian M. Psychological tests Tehran: Virayesh Publication; 2010.
19. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. Clin Psychol Rev. 1988;8:77-100.
20. Taheri Tanjani P, Garmaroudi G, Azadbakht M, Fekrizadeh Z, Hamid R. Validity and reliability Beck Depression Inventory-II among the Iranian elderly Population. Sabzevar Univ Med Sci 2015;22(1):186-97.
21. Dabson K, Moohamad Ghani P. Coordinates psychology questionnaire BeckII in patients with major depressive disorder in remission. Rehabil. 2008;8(29):81-6.
22. Rajabi R, Karjo Kasmai S. Adequate psychometric properties of the Persian version Depression Inventory. Percept Motor Skills. 2012;10:140-57.
23. Zung WW. A rating instrument for anxiety disorders. Psychosomatics. 1971;12(6):371-9. DOI: 10.1016/S0033-3182(71)71479-0 PMID: 5172928
24. Hakimjavadi M, Lavasani M, Hagigatgoo M, Zebardast O. The relationship between depression, anxiety, stress and personality in veteran children. Iranian J War Public Health. 2010;9(3):9-16.
25. Abolgasemi S. Efficacy of cognitive behavioral therapy, medication and placebo in therapy of generalized anxiety Tehran: Science and Research Branch of Tehran; 2003.
26. Conen S, Kamarck T, Mermelstein R. A Global measure of perceived stress. Health Soc Behav. 1983;24(4):385-96.
27. Velezmoro R, Lacefield K, Roberti JW. Perceived stress, sensation seeking, and college students' abuse of the Internet. Computers in Human Behavior. 2010;26(6):1526-30. DOI: 10.1016/j.chb.2010.05.020 PMID: WOS:000282155200038
28. Vaghee S, Mirzaie O, Gharavi Modarres M, Zadeh Ebrahim S. The effect of communication skills education on nursing students coping strategies stressful situations of clinical course. Mashhad Univ Med Sci 2011;17(2):88-95.
29. Shamsi M, Bayati A, Jahani F, L F. The effect of Holy Quran recitation on perceived stress among personnel of Arak University of Medical Sciences. Daneshvar. 2011;95(19):1-95.
30. Tremont G, Davis JD, Bishop DS. Unique contribution of family functioning in caregivers of patients with mild to moderate dementia. Dement Geriatr Cogn Disord. 2006;21(3):170-4. DOI: 10.1159/000090699 PMID: 16397397
31. Yagooby A, Mohagegi H, Zadeh Mohammad S, Rabii M. Family function in patients with mood disorders, psychosis, and somatoform. Res Clin Psychol Counsel. 2013;2(2):143-56.
32. Bayrami M, Farnam A, Gholizdeh H, Imani M. Family functions of patients with major depression compared with healthy subjects based on the McMaster model. Tabriz Univ Med Sci 2010;2(2):25-9.
33. Gholizadeh H, Bayrami M, Farnam A, Imani M, Pirzadeh G. Comparison of family function of patients with obsessive - compulsive disorder with healthy individuals. Urmia univ Med Sci 2012;21(4):354-60.
34. Rezai-Zadeh H. Frequency of major depressive disorder in patients with Alzheimer's dementia and their carers: University of Yazd 2013.
35. Ghaedi Heidari F, Pahlavanzadeh S, Maghsoudi J, Ghazavi Z. Effect of family education program on depression, anxiety and stress of family caregivers of elderly individuals with dementia. Educ Nurs. 2014;3(1):12-20.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-10]

36. de Oliveira SC, dos Santos AA, Pavarini SC. [The relationship between depressive symptoms and family functioning in institutionalized elderly]. Rev Esc Enferm USP. 2014;48(1):66-72. PMID: 24676110
37. Garcia-Alberca JM, Cruz B, Lara JP, Garrido V, Lara A, Gris E. Anxiety and depression are associated with coping strategies in caregivers of Alzheimer's disease patients: results from the MALAGA-AD study. Int Psychogeriatr. 2012;24(8):1325-34. DOI: 10.1017/S1041610211002948 PMID: 22340759
38. Garcia-Alberca JM, Lara JP, Berthier ML. Anxiety and depression in caregivers are associated with patient and caregiver characteristics in Alzheimer's disease. Int J Psychiatry Med. 2011;41(1):57-69. DOI: 10.2190/PM.41.1.f PMID: 21495522
39. Givens JL, Mezzacappa C, Heeren T, Yaffe K, Fredman L. Depressive symptoms among dementia caregivers: role of mediating factors. Am J Geriatr Psychiatry. 2014;22(5):481-8. DOI: 10.1016/j.jagp.2012.08.010 PMID: 23567432
40. Momeni K, Alikhani M. The relationship of family function, differentiation of self and resilience to stress, anxiety and depression in married women in psychotherapy counseling family Kermanshah. Ment Health Counsel Fam. 2013;3(2):298-320.

[Downloaded from ijrm.ir on 2026-11-10]

Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing (IJRN) Original Article

Winter 2018, Volume 4, Issue 2 DOI: 10.21859/ijrn-04027

Prediction of Depression, Anxiety and Stress in Familial Observers of Patients with Dementia Based on Family Performance

Nasrin Goodarzi [1], Farahnaz Mohammadi Shahboulaghi [2,*], Abolfazl Rahgoi [3], Akbar Biglarian [4]

[1] MSc, Department of Nursing, Kamaali Hospital, Karaj, Iran
[2] Associate Professor, Iranian Research Center on Aging, Department of Nursing Education, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
[3] Instructor, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
[4] Associate Professor, Department of Biostatistics, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
*** Corresponding author:** Farahnaz Mohammadi Shahboulaghi, Associate Professor, Iranian Research Center on Aging, Department of Nursing Education, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. E-mail: nasringoodarzi87@yahoo.com

Received: 01 Mar 2016 **Accepted:** 04 Mar 2017

Abstract

Introduction: Increased incidence of dementia is one of the outcomes of old age. These patients, due to disruptions in cognition, behavior and performance, rely on other people, usually familial observers, for their personal tasks. Diversity and adversity of caring roles lead to mental problems for observers (depression, anxiety, and stress) and on the other hand, illness of a family member causes problems in family performance. Thus, evaluation of family performance could be a suitable predictor of mental health of a family.

Methods: This was a cross-sectional study. Overall, 150 familial caregivers of elderly patients with dementia, referring to the Alzheimer's association, participated in this analysis. Data were collected through the demographic questionnaire, McMaster family function, Beck depression, Zuong anxiety, and perceived stress questionnaire of observers, and the analysis was conducted by Pearson correlation coefficient test, analysis of variance, Scheffe post hoc test, multi-variate stepwise linear regression, and the SPSS software.

Results: Family functioning in study observers is impaired in all aspects except the problem and there is a significant negative correlation between all subscales of family performance and depression, anxiety, and stress of observers. Family performance is able to predict changes in depression, anxiety, and stress of familial observers of patients with dementia. Aspects of behavior control was able to explained 1.19% of the variance of anxiety and 9.19% of the variance of stress in caregivers, as well as aspects of behavior control, roles, and emotional companionship, and 3.45% of the variance of depression in caregivers were able to be explained.

Conclusions: Results of this study showed that family functioning is one of the most important factors affecting depression, anxiety and stress of familial observers. Thus, studying the dimensions of family functioning shows which aspects are affected by these disorders.

Keywords: Family Function, Depression, Anxiety and Perceived Stress, Family Caregivers, Dementia

© 2018 Iranian Nursing Scientific Association (INA)

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-10]