

خودکارآمدی عمومی زنان مراقب عضو خانواده سالمند مبتلا به آلزایمر

فریده باستانی* الهام قاسمی** رضا نگارنده*** حمید حقانی****

چکیده

زمینه و هدف: مراقبان سالمندان مبتلا به آلزایمر و به ویژه زنان مراقب با تنش‌ها و چالش‌های متعددی در زندگی مواجه هستند و ارایه مراقبت به موازات ایفای سایر نقش‌ها، این گروه از مراقبان را در معرض خطر مشکلات جسمی و روانی قرار می‌دهد. این در حالی است که خودکارآمدی در توانمندی افراد در سازش با موقعیت‌های تنش‌زا و وظایف پرچالش، نقش به‌سزایی ایفا می‌کند. بر این اساس مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان خودکارآمدی عمومی زنان مراقب عضو خانواده سالمند مبتلا به آلزایمر صورت گرفته است.

روش بررسی: این پژوهش مقطعی و از نوع توصیفی-تحلیلی است که در آن ۱۱۲ نفر از زنان مراقب عضو خانواده سالمند مبتلا به آلزایمر مراجعه‌کننده به انجمن آلزایمر ایران با روش نمونه‌گیری در دسترس جهت شرکت در مطالعه انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از فرم مشخصات فردی و مقیاس خودکارآمدی عمومی (GSE-10) جمع‌آوری شد و از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی (شامل آزمون‌های تی‌مستقل، آنالیز واریانس، شفه) جهت تحلیل داده‌ها استفاده گردید.

یافته‌ها: میانگین خودکارآمدی عمومی زنان مراقب ۲۸/۲۴ با انحراف معیار ۶/۳۴ بود و خودکارآمدی عمومی درصد قابل توجهی از آنان کمتر از حد مطلوب بود (۶۵/۲٪). خودکارآمدی عمومی ارتباط معنادار با سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی داشت ($p < 0/05$)، در حالی که ارتباط معناداری بین خودکارآمدی عمومی و سایر متغیرهای فردی شامل سن، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال و طول مدت مراقبت از بیمار مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های به دست آمده، خودکارآمدی عمومی درصد قابل توجهی از زنان مورد مطالعه کمتر از حد مطلوب می‌باشد. ارتقای خودکارآمدی عمومی می‌تواند منجر به سازگاری بهتر مراقبان با چالش‌های در پیش روی زندگی و کاهش پیامدهای منفی ناشی از مراقبت گردد از این رو نتایج این مطالعه می‌تواند مبنایی جهت طراحی و اجرای مداخلات آموزشی و حمایتی با هدف ارتقای خودکارآمدی عمومی به ویژه در گروه مراقبان با تحصیلات و وضعیت اقتصادی پایین‌تر قرار گیرد.

نویسنده مسؤول: الهام قاسمی؛ مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

e-mail: elham.ghasemi@yahoo.com

واژه‌های کلیدی: خودکارآمدی عمومی، مراقبان، بیماری آلزایمر، سلامت زنان

- دریافت مقاله: فروردین ماه ۱۳۹۱ - پذیرش مقاله: خرداد ماه ۱۳۹۱

مقدمه

با توجه به افزایش جمعیت سالمندان، افزایش شیوع بیماری آلزایمر یک نگرانی عمده

مرتبط با سلامتی در جهان محسوب می‌شود (۱). در سال ۲۰۰۶ حدود ۲۷ میلیون نفر در سراسر جهان به بیماری آلزایمر مبتلا بودند و انتظار می‌رود این تعداد تا سال ۲۰۵۰ به چهار برابر افزایش یابد؛ بدین معنا که در آینده از هر هشتاد و پنج نفر در جهان یک نفر مبتلا به این بیماری خواهد کرد (۲). طبق آمار سال ۱۳۸۳ در ایران نیز جمعیت بیماران مبتلا به آلزایمر حدود ۲۵۰۰۰۰

* دانشیار گروه آموزشی بهداشت دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
** کارشناس ارشد پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
*** مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
**** مربی گروه آموزشی آمار حیاتی دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

نفر برآورده شده است (۳). ۸۰٪ از مراقبت‌های رایج شده به بیماران مبتلا به آلزایمر، توسط مراقبان عضو خانواده در منزل صورت می‌گیرد که این مسأله از نظر هزینه‌های مراقبتی ارزش بالایی دارد؛ به طوری که طبق گزارش انجمن آلزایمر آمریکا ارزش اقتصادی رایج مراقبت غیر رسمی به این بیماران ۲۰۲/۶ میلیارد دلار در سال ۲۰۱۰ تخمین زده شده است (۴). این در حالی است که مراقبان عضو خانواده سالمند مبتلا به آلزایمر با چالش‌های زیادی مواجه هستند؛ به گونه‌ای که مراقبت از این بیماران به عنوان زندگی ۳۶ ساعت در روز تعبیر شده است (۵) که جنبه‌های مختلف زندگی از جمله سلامتی، اشتغال و درآمد مراقبان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۴). رایج مراقبت طولانی مدت، به موازات ایفای نقش‌های اجتماعی، با افزایش خطرات ابتلا به بیماری‌های متعدد جسمی و روانی برای مراقبان همراه است و کیفیت زندگی مراقبان غیر رسمی را که اغلب اعضای خانواده می‌باشند، مختل می‌سازد (۶). در این میان زنان مهم‌ترین گروه یعنی ۶۰٪ مراقبان عضو خانواده مبتلایان به آلزایمر و دیگر انواع دمانس را تشکیل می‌دهند (۴) که براساس مطالعات انجام گرفته بیش از مردان تحت تأثیر مراقبت و پیامدهای آن قرار دارند (۷) و به میزان بیشتری در معرض خستگی و احساس بار مسئولیت می‌باشند (۸). زنان مراقبت‌دهنده، در کنار چالش‌های مرتبط با امر مراقبت عهده‌دار مسئولیت‌هایی چون نقش‌های مربوط به خانواده، شغل و وظایف خانه‌داری هستند که این امر منجر به تجربه استرس بالا، افسردگی، خودکارآمدی پایین و به دنبال آن خطر ابتلا به اختلالات مزمن جسمی و روانی می‌گردد

(۹). این در حالی است که عامل خودکارآمدی، در توانمندی افراد در سازش با انواع موقعیت‌های تنش‌زا و وظایف دشوار و پرچالش، نقش مؤثری داشته و سبب مدیریت آن موقعیت‌ها و اعتماد به نفس، رضایت از زندگی، احساس خوب بودن و کیفیت زندگی بالا می‌گردد (۱۰). خودکارآمدی از متغیرهای کلیدی در نظریه شناختی-اجتماعی باندورا بوده و عبارت است از باورهای افراد به توانایی‌هایشان در اجرای یک وظیفه و بسیج انگیزه‌ها، منابع شناختی و اعمال کنترل بر یک رخداد معین (۱۱). مفهوم خودکارآمدی به طور عمومی به منظور بیان واکنش‌های مختلف افراد به تجربیات تنش‌زای زندگی و به طور اختصاصی در حوزه مراقبت به منظور توصیف چگونگی رویارویی مراقبان با چالش‌های پیش رو به کار می‌رود (۱۲). خودکارآمدی عمدتاً به عنوان یک مفهوم اختصاصی شناخته شده و بیان‌کننده این است که افراد دارای باورهای استواری در مورد ابعاد مختلف یا موقعیت‌های خاص عملکردی خود می‌باشند؛ لیکن به عنوان یک سازه عمومی نیز مفهوم‌سازی شده که در برگیرنده حس گسترده و پایدار فرد از صلاحیت شخصی در رویارویی مؤثر با طیفی از موقعیت‌های تنش‌زا است. به بیان دیگر، خودکارآمدی عمومی اطمینان کلی فرد در مورد توانایی انطباق با طیف وسیعی از نیازها و موقعیت‌های جدید می‌باشد (۱۳). طبق نظریه خودکارآمدی و تحقیقات صورت گرفته در این زمینه، مراقبان دارای خودکارآمدی بالاتر که تحت تنش بالایی نیز قرار دارند استرس روانی-اجتماعی و مشکلات جسمی، خستگی و فشار مراقبتی کم‌تر را تجربه می‌کنند. به علاوه سطوح بالاتر خودکارآمدی مراقبان با افزایش رفاه در

بیماران مرتبط می‌باشد (۱۴). مراقبان با احساس خودکارآمدی بالا با تمرکز بر توانمندی‌هایشان در مقابل نقاط ضعف و شکست‌ها، از خطر پیامدهای منفی مراقبت محافظت می‌شوند. به علاوه ممکن است عهده‌داری نقش و وظایف مربوط به مراقبت در کنار سایر نقش‌های زندگی از نظر این افراد به عنوان چالشی جهت رشد یافتن در نظر گرفته شود (۱۲). همچنین شواهدی دال بر تأثیرات مثبت خودکارآمدی بر شاخص‌های فیزیولوژیکی بدن و رفتارهای سلامتی در مراقبان مبتلایان به آلزایمر وجود دارد (۱۵) که این خود مؤید تأثیر مثبت خودکارآمدی بر سلامت این گروه بوده و ضرورت توجه بیشتر به موضوع خودکارآمدی را در قلمرو تحقیقات به ویژه در زنان مراقبت‌کننده از مبتلایان به آلزایمر آشکار می‌سازد.

واضح است که طراحی مداخلات مؤثر جهت کاستن اثرات منفی مراقبت در مراقبان بیماران مبتلا به آلزایمر، مستلزم شناسایی عواملی چون میزان خودکارآمدی می‌باشد که چنان که توضیح داده شد عامل مؤثری در حفظ سلامت جسمی و روانی مراقبان محسوب می‌شود. طبق شواهد موجود پرستاران می‌توانند نقش به‌سزایی در ارتقای خودکارآمدی مراقبان سالمندان مبتلا به آلزایمر داشته باشند؛ از جمله Huang و همکاران گزارش کردند مداخلات پرستاری که در قالب یک برنامه آموزش مراقبان در منزل صورت گرفته موجب افزایش خودکارآمدی مراقبان در مدیریت مشکلات رفتاری بیماران شده است (۱). کسب دانش در زمینه خودکارآمدی و عوامل مؤثر بر آن در مراقبان می‌تواند در طراحی مداخلات

آموزشی و حمایتی مناسب‌تر برای آنان کمک‌کننده باشد. با این حال مرور متون حاکی از آن است که بررسی خودکارآمدی مراقبان بالاخص زنان مراقب عضو خانواده سالمندان مبتلا به آلزایمر به ویژه در ایران کم‌تر مورد توجه قرار گرفته است. به علاوه اکثر مطالعات موجود به بررسی خودکارآمدی مختص مراقبت، از جمله خودکارآمدی مراقبان در مدیریت علایم بیماری پرداخته‌اند (۱۱، ۱۲، ۱۴ و ۱۶). این در حالی است که زنان مراقب در کنار ارایه مراقبت به بیمار مبتلا به آلزایمر، عهده‌دار سایر مسؤولیت‌هایی چون نقش‌های مربوط به خانواده، شغل و وظایف خانه‌داری نیز می‌باشند؛ لذا بررسی خودکارآمدی عمومی این گروه حایز اهمیت می‌باشد. بر همین اساس مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان خودکارآمدی عمومی زنان مراقب عضو خانواده سالمند مبتلا به آلزایمر و ارتباط آن با برخی متغیرهای فردی صورت گرفته است.

روش بررسی

این پژوهش، مطالعه‌ای مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی است که در سال ۱۳۹۰ به اجرا درآمده است. جامعه پژوهش را کلیه زنان مراجعه‌کننده به انجمن آلزایمر ایران که از وابستگان درجه یک و عهده‌دار مراقبت از سالمند مبتلا به آلزایمر بودند، تشکیل می‌داد. حجم نمونه با احتساب سطح اطمینان ۹۵٪، خطای قابل قبول (d) ۹٪، با در نظر گرفتن نسبت افراد دارای خودکارآمدی مطلوب و غیر مطلوب $p=q=0/5$ و با لحاظ تعداد جامعه پژوهش با استفاده از فرمول ساده برآورد نسبت یک صفت، ۱۱۲ نفر

۴۰-۱۰ می‌باشد و اخذ نمره بالاتر نشان‌دهنده خودکارآمدی عمومی بالاتر است. این مقیاس نقطه برش ندارد لیکن با توجه به دامنه نمرات قابل کسب ابزار (۴۰-۱۰)، آزمودنی‌ها به دو دسته دارای خودکارآمدی عمومی مطلوب و کم‌تر از حد مطلوب تقسیم‌بندی گردیدند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی (شامل آزمون‌های تی‌مستقل، آنالیز واریانس و شفه) در نرم‌افزار SPSS v.16 تجزیه و تحلیل شد. تمامی آزمون‌های آماری در سطح معناداری ۰/۰۵ انجام گرفت.

روش کار به این صورت بود که پس از اخذ موافقت‌نامه‌های لازم با مراجعه به انجمن آلزایمر ایران در روزهای مختلف هفته و بیان اهداف پژوهش، گرفتن رضایت کتبی از نمونه‌ها و ارائه توضیحات لازم در مورد نحوه تکمیل پرسشنامه، داده‌ها جمع‌آوری گردید. جمع‌آوری داده‌ها طی مدت سه ماه در فاصله زمانی مرداد تا مهر ماه سال ۱۳۹۰ انجام گرفت.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان در مطالعه ۵۲/۸۷ با انحراف معیار ۱/۲۱ سال (دامنه سنی ۲۶-۸۳ سال) بود. طول مدت مراقبت از بیمار نیز در محدوده ۱۴۴-۶ ماه با میانگین ۳۷/۵۶ و انحراف معیار ۲/۸۶ ماه به دست آمد. جزییات مربوط به سایر مشخصات فردی در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

طبق نتایج به دست آمده میانگین خودکارآمدی عمومی زنان مراقب ۲۸/۲۴ با انحراف معیار ۶/۳۴ به دست آمد و خودکارآمدی

برآورد شد. نمونه‌گیری به روش مستمر انجام گرفت. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: صرف وقت بیشتر نسبت به سایر اعضای خانواده برای مراقبت از بیمار، ارایه مراقبت به بیمار حداقل به مدت ۶ ماه، توانایی تکلم به زبان فارسی، سن ۱۸ سال و بالاتر، عدم ابتلا به بیماری جسمی مزمن (به طوری که وابسته به مراقبت شخص دیگر باشند)، عدم ابتلا به بیماری روانی، عدم سابقه مصرف دارو و مواد روان‌گردان بنا به اظهار شخصی مراقب.

در این مطالعه از فرم مشخصات فردی و پرسشنامه خودکارآمدی عمومی (GSE-10) به عنوان ابزار گردآوری داده‌ها استفاده شد. در فرم مشخصات فردی متغیرهای سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی خانواده از دید مراقب، وضعیت اشتغال، طول مدت مراقبت از بیمار مورد بررسی قرار گرفت. مقیاس باورهای خودکارآمدی عمومی اولین بار در سال ۱۹۷۹ توسط Jerusalem و Schwarzer ساخته شد که مشتمل بر ۲۰ گویه بود. این مقیاس در سال ۱۹۸۱ به یک مقیاس ۱۰ گویه‌ای تقلیل یافت (۱۷). مقیاس یاد شده در سال ۱۹۹۶ توسط نظامی و همکاران به فارسی ترجمه گردیده (۱۸) و در ایران نیز در مطالعات متعددی به کار گرفته و هنجاریابی و اعتبارسنجی شده است. ضرایب آلفای کرونباخ این مقیاس در مطالعه رجیبی ۰/۸۲، باستانی ۰/۷۳ و در مطالعه معینی ۰/۸۱ گزارش شده است (۱۷، ۱۹، ۲۰). پاسخ‌ها در این ابزار به صورت گزینه‌های اصلاً صحیح نیست تا کاملاً صحیح است و از ۱-۴ درجه‌بندی شده است. محدوده نمره کلی قابل کسب این مقیاس بین

عمومی درصد قابل توجهی از شرکت‌کنندگان در مطالعه، کمتر از حد مطلوب بود (۶۵/۲٪) (جدول شماره ۲).

طبق نتایج مطالعه، خودکارآمدی عمومی دارای ارتباط معناداری با دو متغیر سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی خانواده بود ($p < 0/05$)؛ به گونه‌ای که گروه با تحصیلات دیپلم و بالاتر نمره میانگین خودکارآمدی عمومی بالاتری نسبت به گروه دارای

تحصیلات زیر دیپلم کسب کردند. در خصوص وضعیت اقتصادی خانواده، طبق نتایج آزمون شفه، میانگین نمره خودکارآمدی عمومی دو گروه با وضعیت اقتصادی متوسط و ضعیف دارای اختلاف معنادار بود و گروه دارای وضعیت اقتصادی ضعیف نمره کمتری کسب نمود ($p = 0/018$). ارتباط خودکارآمدی عمومی با سایر متغیرها از لحاظ آماری معنادار به دست نیامد (جدول شماره ۳).

جدول ۱- توزیع فراوانی برخی مشخصات فردی زنان مراقب عضو خانواده سالمند مبتلا به آلزایمر مراجعه‌کننده به انجمن آلزایمر ایران، سال ۱۳۹۰

درصد	فراوانی مطلق	متغیر	
۸/۹	۱۰	ازدواج نکرده	وضعیت تأهل
۸۰/۴	۹۰	دارای همسر	
۴/۵	۵	همسر مرده	
۶/۲	۷	همسر جداشده	
۱۰۰	۱۱۲	جمع	
۴۲/۹	۴۸	زیر دیپلم	سطح تحصیلات
۵۷/۱	۶۴	دیپلم و بالاتر	
۱۰۰	۱۱۲	جمع	
۸/۱	۹	خوب	وضعیت اقتصادی خانواده
۷۰/۵	۷۹	متوسط	
۲۱/۴	۲۴	ضعیف	
۱۰۰	۱۱۲	جمع	
۸۵/۷	۹۶	خانه‌دار	وضعیت اشتغال
۱۴/۳	۱۶	شاغل	
۱۰۰	۱۱۲	جمع	

جدول ۲- توزیع فراوانی و شاخص‌های آماری خودکارآمدی عمومی زنان مراقب عضو خانواده سالمند مبتلا به آلزایمر مراجعه‌کننده به انجمن آلزایمر ایران، سال ۱۳۹۰

درصد	فراوانی مطلق	طبقه‌بندی	
۶۵/۲	۷۳	خودکارآمدی عمومی کمتر از حد مطلوب (۳۰ و کمتر)	خودکارآمدی عمومی
۳۴/۸	۳۹	خودکارآمدی عمومی مطلوب (بیشتر از ۳۰)	
۱۰۰	۱۱۲	جمع	
۲۸/۲۴ ± ۶/۳۴		میانگین و انحراف معیار	
۱۰ - ۴۰		حداقل - حداکثر	

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار نمره خودکارآمدی عمومی بر حسب متغیرهای زمینه‌ای در زنان مراقب عضو خانواده سالمند مبتلا به آلزایمر مراجعه‌کننده به انجمن آلزایمر ایران، سال ۱۳۹۰

آزمون	میانگین و انحراف معیار خودکارآمدی عمومی	متغیر	
		سن (سال)	وضعیت تأهل
$p=0/837$	$28/71 \pm 5/86$	۴۰ و پایین‌تر	سن (سال)
	$28/53 \pm 6/27$	۴۱-۵۰	
	$28/16 \pm 6/90$	۵۱-۶۰	
	$26/85 \pm 7/16$	۶۱-۷۰	
	$29/44 \pm 4/30$	۷۱ و بالاتر	
$p=0/448$	$27/40 \pm 7/28$	ازدواج نکرده	وضعیت تأهل
	$28/04 \pm 6/30$	دارای همسر	
	$32/60 \pm 4/02$	همسر مرده	
	$28/85 \pm 6/76$	همسر جداشده	
$p=0/015$	$26/56 \pm 6/22$	زیر دیپلم	سطح تحصیلات
	$29/50 \pm 6/11$	دیپلم و بالاتر	
$p=0/015$	$29/32 \pm 5/45$	خوب	وضعیت اقتصادی خانواده
	$29/11 \pm 6/05$	متوسط	
	$24/95 \pm 6/75$	ضعیف	
$p=0/08$	$27/81 \pm 6/41$	خانه‌دار	وضعیت اشتغال
	$30/81 \pm 5/44$	شاغل	
$p=0/392$	$29/20 \pm 5/82$	۱۲ و کمتر	طول مدت مراقبت از بیمار (ماه)
	$29/32 \pm 4/86$	۱۳-۲۴	
	$27/25 \pm 6/90$	۲۵-۴۸	
	$27/10 \pm 7/49$	۴۹ و بیشتر	

بحث و نتیجه‌گیری

طبق یافته‌های مطالعه، خودکارآمدی عمومی زنان مراقب با میانگین $28/24$ (در محدوده نمرات قابل کسب $10-40$) به دست آمد و نتایج حاکی از آن بود که خودکارآمدی عمومی درصد قابل توجهی از زنان مورد مطالعه نیازمند ارتقا می‌باشد. با عنایت به این که زنان اکثریت (60%) و مهم‌ترین گروه مراقبان خانوادگی مبتلایان به آلزایمر و دیگر انواع دمانس را تشکیل می‌دهند (۴) اهمیت این یافته بیشتر می‌گردد. به ویژه این گروه از مراقبان در کنار چالش‌های متعددشان در زمینه

ارایه مراقبت به بیمار در منزل، به طور عمده متأهل و خانه‌دار بوده و عهده‌دار سایر مسؤولیت‌هایی چون نقش‌های مربوط به خانواده و وظایف خانه‌داری نیز می‌باشند. مطالعات صورت گرفته در داخل و خارج از کشور عمدتاً به طور اختصاصی به بررسی خودکارآمدی مختص مراقبت پرداخته‌اند و در کمتر مطالعه‌ای خودکارآمدی عمومی مراقبان بیماران مبتلا به آلزایمر مورد بررسی قرار گرفته است. در مطالعه Gilliam و Steffen خودکارآمدی زنان عضو خانواده بیماران مبتلا به دمانس با میانگین $27/23$ و انحراف معیار

مراقبت‌دهنده در شناخت موقعیت‌ها و منابع مدیریتی و کنترل تنش‌های زندگی در بالاتر بودن خودکارآمدی عمومی در این گروه مؤثر بوده است.

همچنین طبق یافته‌های مطالعه، خودکارآمدی عمومی دو گروه با وضعیت اقتصادی خوب و متوسط تقریباً مشابه بود و گروه مراقبانی که وضعیت اقتصادی خانواده را ضعیف گزارش کرده بودند به طور معناداری نمره کمتری را به خود اختصاص دادند. خانواده‌ها با درآمد کمتر اغلب منابع محدودی داشته و مشکلاتی در کنترل و یا تغییر عوامل تنش‌زای مرتبط با محیط‌شان دارند. Wadsworth و همکاران می‌نویسند تنش اقتصادی نه تنها روابط و فرایندهای خانوادگی را آشفته می‌سازد، بلکه انطباق با تنش را محدود ساخته و منجر به مشکلات روان‌شناختی در اعضای خانواده می‌گردد (۲۴). به نظر می‌رسد با کاهش سطح درآمد خانواده، زنان مراقب دسترسی کمتری به منابع حمایتی، خدمات پزشکی و مشاوره‌ای داشته و دارای قدرت کمتری در پرداخت هزینه‌های درمانی سالمند بیمار خود هستند. شاید بتوان گفت مجموعه عوامل بالا باعث شده است زنان مراقب در خانواده‌های با وضعیت اقتصادی ضعیف طی مراقبت از بیمار تنش بیشتری را در زندگی تحمل کرده، به نحو نامطلوب‌تری از بیمار مراقبت نموده و در نتیجه احساس خودکارآمدی کمتری داشته‌اند. سایر مشخصات فردی زنان مورد مطالعه شامل سن، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال و طول مدت مراقبت از بیمار ارتباط معناداری با

۱۹/۸۲ قابل کسب ۱۰۰-۰ گزارش شده است (۱۲). محمدی شاه‌بلالی نیز خودکارآمدی مراقبان عضو خانواده سالمندان مبتلا به آلزایمر را در محدوده نمرات کسب شده ۱۰۶-۲۹ با میانگین ۶۶/۹۶ گزارش نموده است (۹). در مطالعه Keefe و همکاران در بررسی مراقبان بیماران مبتلا به سرطان در خصوص مدیریت درد در مراحل انتهایی بیماری نیز نمره میانگین خودکارآمدی ۵۷/۵ و انحراف معیار ۲۱/۵ در محدوده نمرات قابل کسب ۱۰۰-۰ به دست آمده است (۲۱). همچنین در مطالعه Holland و همکاران میانگین خودکارآمدی ۶۶/۲ با انحراف معیار ۲۱/۱ در محدوده نمرات قابل کسب ۱۰۰-۰ در زنان آمریکایی-چینی مراقبت‌کننده از بیماران مبتلا به دمانس گزارش شده است (۱۶).

یافته‌ها نشان داد نمره میانگین خودکارآمدی عمومی زنان مراقب مطالعه با سطح تحصیلات آن‌ها ارتباط معنادار داشته و مراقبان با تحصیلات دیپلم و بالاتر دارای خودکارآمدی عمومی بالاتری نسبت به گروه دارای تحصیلات زیر دیپلم بودند. دانش سرچشمه قدرت و نیرو است و کنترل بر روی موقعیت‌ها با افزایش دانش، بیشتر می‌شود و توانایی تصمیم‌گیری و عمل در موقعیت‌های مختلف به افراد این احساس را می‌دهد که بر مشکلات فایز آمده و احساس بی‌کفایتی کمتری داشته باشند (۲۲). Carroll و همکاران نیز معتقدند افراد با سطح تحصیلات پایین‌تر مهارت‌های انطباق با تنش کمتری دارند (۲۳). به نظر می‌رسد در مطالعه حاضر نیز تحصیلات بالاتر با تأثیرگذاری بر توانمندی زنان

قرار می‌دهد. از این رو پیشنهاد می‌گردد با شناسایی این گروه از مراقبان، ارجاع آنان به منابع حمایتی موجود در جامعه و ارائه خدمات آموزشی-حمایتی، سطوح خودکارآمدی آنان ارتقا داده شود.

محدودیت این مطالعه به نوع نمونه‌گیری و دسترسی به مراقبان بیماران مبتلا به آلزایمر بر می‌گردد؛ به طوری که تنها یک مرکز (انجمن آلزایمر ایران) به عنوان محیط پژوهش در نظر گرفته شده و نمونه‌گیری از میان مراجعان نیز به صورت مستمر در طول مطالعه صورت گرفته است؛ از این رو قدرت تعمیم‌پذیری نتایج مطالعه، تابع این محدودیت می‌باشد. لذا پیشنهاد می‌گردد مطالعه مشابهی در سایر مراکز درمانی و مراقبتی و در سطوح وسیع‌تر نیز صورت گیرد. به علاوه انجام مطالعات کیفی در مورد مفهوم خودکارآمدی در مراقبان مبتلایان به آلزایمر موجب دستیابی به دانش وسیع‌تر در این حوزه می‌شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران با کد ۹۹-۱۳۷۴۲-۹۰-۰۲ می‌باشد. بدین‌وسیله پژوهشگران تشکر و قدردانی خود را از دانشگاه علوم پزشکی تهران به جهت حمایت مالی اعلام می‌دارند. همچنین از همکاری سرکار خانم معصومه صالحی مدیر محترم انجمن آلزایمر ایران، سرکار خانم‌ها فاطمه جزایری، محبوبه بابایی، سایر کارکنان انجمن و کلیه مراقبان شرکت‌کننده در این پژوهش تقدیر و تشکر می‌گردد.

خودکارآمدی عمومی نداشت. در مطالعه محمدی شهابلاقی نیز ارتباط معناداری بین خودکارآمدی مراقبان خانوادگی سالمندان مبتلا به آلزایمر و متغیرهای فردی شامل سن، سن، اشتغال، همزیستی، تأهل، رضایت از مراقبت، مدت ابتلا به بیماری سالمند، دریافت آموزش، مدت مراقبت و ساعات مراقبت مشاهده نشد (۹). Keefe و همکاران نیز نبود ارتباط معنادار بین خودکارآمدی مراقبان بیماران مبتلا به سرطان و متغیرهای فردی (شامل سن، جنس، نژاد و سطح تحصیلات مراقبان، سن بیمار و تشخیص بیماری) را گزارش کرده‌اند (۲۱).

با توجه به یافته‌های به دست آمده می‌توان این‌گونه نتیجه‌گیری کرد که خودکارآمدی عمومی درصد قابل توجهی از زنان مراقب مورد مطالعه کم‌تر از حد مطلوب بوده و این امر نیاز به ارتقای آن و در نتیجه سازگاری بهتر مراقبان با چالش‌های پیش رو در زندگی و کاهش پیامدهای منفی ناشی از مراقبت را یادآور می‌شود. به علاوه ارتباط خودکارآمدی افراد با سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی آنان قابل انتظار است و این موضوع در مورد زنان مورد مطالعه مورد تأیید قرار گرفت. با عنایت به این که مدیریت یک بیماری مزمن در منزل فرایند بسیار پیچیده‌ای است که به مراقبت و خدماتی فراتر از صرف مراقبت‌های پزشکی نیاز دارد و معمولاً پیچیدگی‌های این موقعیت از نظر مراقبان حرفه‌ای دور می‌ماند، لذا یافته‌های این مطالعه ضرورت توجه بیشتر به موضوع خودکارآمدی عمومی زنان مراقب عضو خانواده سالمند مبتلا به آلزایمر به ویژه در گروه‌های با سطح اقتصادی و اجتماعی ضعیف‌تر را مورد تأکید

منابع

- 1 - Huang HL, Shyu YI, Chen MC, Chen ST, Lin LC. A pilot study on a home-based caregiver training program for improving caregiver self-efficacy and decreasing the behavioral problems of elders with dementia in Taiwan. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2003 Apr; 18(4): 337-45.
- 2 - Brookmeyer R, Johnson E, Ziegler-Graham K, Arrighi HM. Forecasting the global burden of Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2007 Jul; 3(3): 186-91.
- 3 - Shojai Tehrani H. [Public health]. Tehran: Samat Publications; 2005. P. 63-65. (Persian)
- 4 - Alzheimer's Association. 2011 Alzheimer's Disease Facts and Figures. *Alzheimer's & Dementia*. 2011; 7(2): 1-63.
- 5 - Takai M, Takahashi M, Iwamitsu Y, Ando N, Okazaki S, Nakajima K, et al. The experience of burnout among home caregivers of patients with dementia: relations to depression and quality of life. *Arch Gerontol Geriatr*. 2009 Jul-Aug; 49(1): e1-5.
- 6 - Kuzu N, Beser N, Zencir M, Sahiner T, Nesrin E, Ahmet E, et al. Effects of a comprehensive educational program on quality of life and emotional issues of dementia patient caregivers. *Geriatr Nurs*. 2005 Nov-Dec; 26(6): 378-86.
- 7 - Robinson KM, Adkisson P, Weinrich S. Problem behaviour, caregiver reactions, and impact among caregivers of persons with Alzheimer's disease. *J Adv Nurs*. 2001 Nov; 36(4): 573-82.
- 8 - Zohari S, Khatoni S, Abed Saeedi ZH, Alavi Majd H, Yaghmaie F. [Problems of main caregivers of alzheimer patients referring to Alzheimer Association in Tehran]. *Journal of Shahid Beheshti School of Nursing and Midwifery*. 2006; 16(53): 64-72. (Persian)
- 9 - Mohammadi Shahbolaghi F. [Self-efficacy and caregiver strain in Alzheimer's Caregivers in the City of Tehran]. *Iranian Journal of Ageing*. 2006; 1(1): 26-33. (Persian)
- 10 - Singh B, Udainiya R. Self-Efficacy and well-being of adolescents. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*. 2009 Jul; 35(2): 227-32.
- 11 - Au A, Lau KM, Sit E, Cheung G, MPhil MKL, Wong SKA, et al. The role of self-efficacy in the Alzheimer's family caregiver stress process: a partial mediator between physical health and depressive symptoms. *Clinical Gerontologist*. 2010 Aug; 33(4): 298-315.
- 12 - Gilliam CM, Steffen AM. The relationship between caregiving self-efficacy and depressive symptoms in dementia family caregivers. *Aging Ment Health*. 2006 Mar; 10(2): 79-86.
- 13 - Scholz U, Dona BG, Sud Sh, Schwarzer R. Is General self-efficacy a universal construct? psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment*. 2002; 18(3): 242-251.
- 14 - Merluzzi TV, Philip EJ, Vachon DO, Heitzmann CA. Assessment of self-efficacy for caregiving: the critical role of self-care in caregiver stress and burden. *Palliat Support Care*. 2011 Mar; 9(1): 15-24.
- 15 - Harmell AL, Chattillion EA, Roepke SK, Mausbach BT. A review of the psychobiology of dementia caregiving: a focus on resilience factors. *Curr Psychiatry Rep*. 2011 Jun; 13(3): 219-24.

- 16 - Holland JM, Thompson LW, Tzuang M, Gallagher-Thompson D. Psychosocial factors among Chinese American women dementia caregivers and their association with salivary cortisol: results of an exploratory study. *Ageing International*. 2010; 35(2): 109-27.
- 17 - Rajabi Gh. [Validity and reliability of general self efficacy scale in psychology students of faculty of educational sciences and psychology of Ahvaz Shahid Chamran and Marvdasht Universities]. *Journal of Faculty of Educational Sciences and Psychology (New Thoughts on Education)*. 2006; 2(1-2): 111-122. (Persian)
- 18 - Nezami E, Schwarzer R, Jerusalem M. Persian adaptation (Farsi) of the general self-efficacy scale. Available at: <http://userpage.fu-berlin.de/~health/persean.htm>. Accessed May 26, 2011.
- 19 - Bastani F. [The effect relaxation training based on the combination of precede model and health belief model and self efficacy theory on anxiety and pregnancy outcomes in primiparus women]. Ph.D Dissertation, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modarres University, 2004. (Persian)
- 20 - Moeini B. [The investigation of stress management strategies on mental health based on health belief model with social marketing approach among adolescents in Tehran]. Ph.D Dissertation, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modarres University, 2007. (Persian)
- 21 - Keefe FJ, Ahles TA, Porter LS, Sutton LM, McBride CM, Pope MS, et al. The self-efficacy of family caregivers for helping cancer patients manage pain at end-of-life. *Pain*. 2003 May; 103(1-2): 157-62.
- 22 - Miller JF. *Coping with chronic illness: Overcoming powerlessness*. 3rd ed. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2000.
- 23 - Carroll D, Davey Smith G, Sheffield D, Shipley MJ, Marmot MG. The relationship between socioeconomic status, hostility, and blood pressure reactions to mental stress in men: data from the Whitehall II study. *Health Psychol*. 1997 Mar; 16(2): 131-6.
- 24 - Wadsworth ME, Santiago CD, Einhorn L, Etter EM, Rienks S, Markman H. Preliminary efficacy of an intervention to reduce psychosocial stress and improve coping in low-income families. *Am J Community Psychol*. 2011 Dec; 48(3-4): 257-71.

General Self-Efficacy among Family's Female Caregiver of Elderly with Alzheimer's disease

Farideh Bastani* (Ph.D) - Elham Ghasemi** (MSc.) - Reza Negarandeh*** (Ph.D) - Hamid Haghani**** (MSc.).

Abstract

Received: Apr. 2012
Accepted: Jun. 2012

Background & Aim: Caregivers of elderly with Alzheimer's disease, particularly females, encounter challenges. Their different roles in giving care to the patients could result in physical and mental disorders. The self-efficacy seems to be an essential factor in empowering individuals coping with stressful situations and challenging tasks. The aim of this study was to investigate general self-efficacy among women as family caregivers of elderly with Alzheimer's disease.

Methods & Materials: In this cross-sectional descriptive study, 112 women referred to the Iran Alzheimer Association, Tehran were selected through convenience sampling method. The General Self-Efficacy Scale (GSE-10) was used to collect data. Data were entered into the SPSS-16 and then processed using descriptive statistics and independent *t*-test, ANOVA and Scheffe.

Results: The mean score of the general self-efficacy was 28.24 ± 6.34 indicating that considerable percentage of the participants had unsatisfactory level of self-efficacy (65.2%). In addition, there were significant relationships between the women's general self-efficacy with educational and economic statuses ($P < 0.05$). There were no significant relationships between general self-efficacy with age, marital status, occupational status and duration of caring.

Conclusion: According to the findings, a considerable percentage of the participants had unsatisfactory level of self-efficacy. Therefore, it is essential to promote the caregivers self-efficacy in order to give them the ability of better adaptation with the life's challenges. In particular, the self-efficacy promotive programs should be implemented among caregivers with lower educational and economic status.

Key words: General Self-Efficacy, caregivers, Alzheimer's disease, women's health

Corresponding author:
Elham Ghasemi
e-mail:
elham.ghasemi@yahoo.
com

* Associate Professor, Dept. of Health, School of Nursing and Midwifery, Nursing and Midwifery Care Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

** MSc. in Nursing, Nursing and Midwifery Care Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*** Associate Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

**** Dept. of Biostatistics, School of Management and Information Technology, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran