



Correlation between Family Function and Anxiety in Family Carers of Elderly with Dementia

Nasrin Goodarzi ¹, Abolfazl Rahgoi ^{2,*} , Farahnaz Mohammadi Shahboulaghi ³, Akbar Biglarian ⁴

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

² Instructor, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Scienc, Tehran, Iran

³ Professor, Department of Nursing, Social Determinants of Health Research Center, 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:** Abolfazl Rahgoi, Instructor, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Scienc, Tehran, Iran. E-mail: ab.rahgoi@uswr.ac.ir

Received: 30 May 2017

Accepted: 21 Apr 2018

Abstract

Introduction: Increasing the prevalence of Dementia is one of the consequences of aging, Due to the nature of Dementia and high level of dependency, taking care of these patients' leads to mental disorders in family caregivers. On the other hand, the existence of these disorders makes the family functioning disturbed. Hence, evaluating family functioning can be a suitable tool to predict family mental health. The evaluation of Anxiety in caregivers of elderly patients with dementia and their relationship with the family function was the aim of this study.

Methods: This methodological study was a correlation one. 150 family caregivers of the elderly suffering from Dementia referring to Iran's Alzheimer's Association in Tehran by sampling in 1394-95 and according to Inclusion criteria were selected. caregivers' anxiety and their family function was measured through the Zung Anxiety Inventory and family functioning McMaster Data were analyzed using Pearson correlation coefficient, variance analysis, Scheffe post hoc test and multiple stepwise regression analysis using SPSS 19 software.

Results: 19.4% and 1.3% of studied family caregivers of elderly suffering from Dementia had mild anxiety, and severe anxiety respectively. Family function in these patients was found in all dimensions except for the problem solving; also, there was a negative and significant relationship between all family subscales and carers' anxiety ($P < 0.001$). The results of multiple stepwise linear regression analysis to predict anxiety on the dimensions of family function and underlying variables indicated that behavioral, economic status and health status were able to predict the variance of carers' anxiety.

Conclusions: According to the prevalence of Anxiety syndrome in caregivers of patients with dementia and the relation between families functioning with Anxiety, evaluating dimensions of family functioning as one of the important indicators of Family Therapy and Education can improve these caregivers' health.

Keywords: Family Functioning, Anxiety, Family Caregiver, Dementia



بررسی همبستگی بین عملکرد خانواده و اضطراب در مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به دمانس

نسرين گودرزی^۱، ابوالفضل رهگوی^{۲*} , فرحناز محمدی شاهبلاغی^۳، اکبر بیگلریان^۴

^۱ کارشناس ارشد روان پرستاری، گروه آموزشی پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

^۲ مربی، گروه آموزشی پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

^۳ دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، گروه آموزشی پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، تهران، ایران

ایران

^۴ دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: ابوالفضل رهگوی، مربی، گروه آموزشی پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران. ایمیل: ab.rahgoi@uswr.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۲/۰۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۳/۰۹

چکیده

مقدمه: افزایش شیوع بیماری دمانس از جمله پیامدهای دوران سالمندی است، مراقبت از این بیماران با توجه به ماهیت بیماری و وابستگی بالا منجر به مشکلات روانی در مراقبان می‌گردد، از طرفی وجود بیماری منجر به اختلال در عملکرد خانواده می‌گردد، از اینرو سنجش عملکرد خانواده می‌تواند ابزار پیش بینی کننده مناسبی برای سلامت روان خانواده باشد. ارزیابی میزان اضطراب مراقبین سالمندان مبتلا به دمانس و ارتباط آن با عملکرد خانواده هدف پژوهش حاضر بود.

روش کار: این مطالعه از نظر روش شناختی یک مطالعه همبستگی بود. تعداد ۱۵۰ نفر از مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به دمانس مراجعه کننده به انجمن آرایمیران واقع در تهران از طریق نمونه گیری در دسترس در سال ۱۳۹۴-۱۳۹۵ و با توجه به معیار ورود مطالعه انتخاب شدند اضطراب مراقبین و عملکرد خانواده آنان از طریق پرسشنامه اضطراب زونگ و عملکرد خانواده مک مستر سنجیده شد. داده‌ها از طریق آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل واریانس، آزمون تعقیبی شفه و رگرسیون خطی چند گانه گام به گام با استفاده از نرم افزار SPSS 19 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: ۱۹/۴٪ و ۱/۳٪ از مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به دمانس به ترتیب دارای اضطراب خفیف و اضطراب شدید بودند. عملکرد خانواده در این بیماران در همه ابعاد بجز حل مسئله دارای اختلال بوده و بین همه خرده مقیاس‌های عملکرد خانواده با اضطراب مراقبین رابطه منفی و معنی دار ($P < 0/001$) وجود داشت. نتایج تحلیل رگرسیون خطی چندگانه گام به گام برای پیش بینی اضطراب از روی ابعاد عملکرد خانواده و متغیرهای زمینه‌ای نشان داد بعد کنترل رفتار، وضعیت اقتصادی و وضعیت سلامت قادر به پیش بینی واریانس اضطراب مراقبین بودند.

نتیجه گیری: با توجه به شیوع علائم اضطراب در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به دمانس و ارتباط عملکرد خانواده با اضطراب این مراقبین، بررسی ابعاد عملکرد خانواده می‌تواند به عنوان یکی از شاخص‌های مهم خانواده درمانی و آموزش خانواده‌ها در ارتقاء سلامت مراقبین تأثیر گذار باشد.

واژگان کلیدی: عملکرد خانواده، اضطراب، مراقب خانوادگی، دمانس

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

می‌برند. در این میان شایعترین اختلال، دمانس و افسردگی می‌باشد (۱). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۶ تعداد ۴۷ میلیون و پانصد نفر مبتلا به دمانس وجود داشته که پیش بینی می‌شود تا سال

با توجه به افزایش تعداد سالمندان در جهان و ایران، سالمندان با چالش‌های جسمی و روانی متعددی مواجه هستند به طوریکه بیش از ۲۰ درصد افراد بالای ۶۰ سال از یک اختلال روانی یا عصبی رنج

تفاهم بین افراد استوار است، همه اعضا نسبتاً علیه فشارهای زندگی مصون هستند. بنابراین عملکرد خانواده با سلامت روانی اعضا ارتباط دارد به همین سبب سنجش عملکرد خانواده می‌تواند ابزار پیش بینی کننده مناسبی برای سلامت روان خانواده‌ها باشد (۱۸). لذا با توجه به مطالعات انجام شده در خصوص اهمیت برنامه ریزی جهت افزایش سلامت روان مراقبین خانوادگی افراد مبتلا به دمانس و با توجه به اینکه سازمان بهداشت جهانی یکی از الویت های تحقیقات در عرصه رفاه و سلامت را مطالعه فرایندهای مراقبتی سالمندان توسط مراقبین خانوادگی معرفی کرده است (۱۹) بنا بر این با بررسی عملکرد خانواده‌های سالمندان 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 جهت بررسی عملکرد خانواده واضطراب در مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به دمانس انجام دهد.

روش کار

این مطالعه از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه پژوهش این مطالعه مراقبین اصلی عضو خانواده سالمندان دارای بیمار مبتلا به دمانس مراجعه کننده به انجمن آلزایمر ایران واقع در تهران در سال ۱۳۹۴-۱۳۹۵ بودند. طبق اطلاعات انجمن آلزایمر در زمان مطالعه تعداد ۱۸۰۰ نفر مراجعه کننده فعال و تعداد ۲۵۰۰ نفر عضو انجمن بودند که تعداد اندکی از آنان مراجعه فعال نداشتند. این مراقبین جهت ویزیت بیمارشان و یا جهت شرکت در برنامه‌های انجمن به انجمن آلزایمر مراجعه می‌کردند. 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 خود مراقب 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 در فاصله زمانی آذر ۱۳۹۴ تا اردیبهشت ۱۳۹۵ وارد مطالعه شدند. داده‌ها با استفاده از ۳ پرسشنامه: پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک - پرسشنامه سنجش عملکرد خانواده (FAD: Family Assessment Device) پرسشنامه اضطراب زونگ (Self Rating Anxiety Scale) جمع آوری گردید. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل دو قسمت، مشخصات فردی سالمند و مشخصات فردی مراقب بود. پرسشنامه سنجش عملکرد خانواده یک پرسشنامه ۶۰ سوالی است که بر اساس مدل مک مستر توسط Bishop, Levin, Epstien در سال ۱۹۸۳ تهیه شده است. این الگو خصوصاً 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)، و کاملاً مخالفم (۴) مشخص می‌نماید. نمره هر مقیاس بین ۱ (سالم) تا ۴ (ناسالم) خواهد بود.

۲۰۳۰ به 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 کمر شکن درمانی، شیوع بالا در سالمندان، پیامدهای شدید و تحمیل فشارهای جسمی و روانی به خانواده‌های بیماران در ردیف مشکلات مهم بهداشتی قرار می‌گیرد (۳). طبق گزارش انجمن جهانی آلزایمر در سال ۲۰۱۶، مراقبت و حمایت از افراد مبتلا به دمانس یک الویت مهم برای دولت‌ها در سراسر جهان محسوب می‌گردد (۴). اختلال در شناخت، عملکرد و رفتار افراد مبتلا به دمانس را به طور فزاینده ای وابسته به دیگران برای فعالیت‌های عادی زندگی روزمره می‌کند. نیازهای پیچیده این افراد می‌تواند منجر به استرس و ناراحتی مراقبین در مدیریت این نیازها شود (۵). وظیفه مراقبت معمولاً بر عهده مراقبین غیر رسمی از جمله اعضای خانواده، همسر، دوستان و همسایگان قرار گرفته است (۶). مراقبت از افراد مبتلا به دمانس با توجه به ماهیت ۲۴ ساعته، مشکلات کنترل علائم رفتاری و روانی دمانس و وابستگی بالا موجب چالش‌های فراوان در امر مراقبت می‌شود (۷). این اعتقاد وجود دارد که مراقبت از بیماران مبتلا به دمانس از سخت‌ترین، صدمه زنده‌ترین و چالش برانگیزترین نوع مراقبت‌هاست و فرسودگی ناشی از نگهداری این بیماران از نگهداری سایر بیماران مبتلا به اختلالات مزمن بیشتر است (۸). تنوع و شدت نقش‌های مراقبتی منجر به مشکلات روانی در مراقبین خانوادگی بیماران می‌گردد (۹). زندگی مراقبین 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 به وجود آمدن بار فیزیکی و عاطفی (اضطراب، استرس و افسردگی) می‌شود و نیز ممکن است دچار انواع بیماری‌های حاد و مزمن گردند (۱۰). مطالعات نشان داده است که میزان اضطراب در مراقبین در کشورهای توسعه یافته بین ۴۵-۱۶ درصد متفاوت است (۱۱). مراقبین خانوادگی بیماران دمانس سطوح قابل توجهی از عوارض روانی مانند استرس، اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کنند (۱۲).

علیرغم اینکه در اغلب موارد تنها یک نفر از اعضای خانواده مسئول تأمین نیازهای این سالمندان است، ولی به دلیل تغییر نقش‌هایی که متعاقب نگهداری از سالمند اتفاق می‌افتد کل ساختار خانواده مورد تأثیر قرار می‌گیرد (۱۳). حضور یک بیماری جدی در خانواده معمولاً اثر عمیقی روی سیستم خانواده به ویژه روی ساختار نقشی و عملکردهای خانواده دارد (۱۴). مطالعات نشان داده‌اند زنان ایرانی برای حفظ سلامت روانی خود به شدت به خانواده و سلامت اعضای آن وابسته می‌باشند (۱۵) و همواره جستجو برای اخذ حمایت خانوادگی منبع مهمی برای حفظ و ارتقای سلامت روانشناختی آنان به شما رمی آید (۱۶). هر چه خانواده عملکرد و انسجام بهتری داشته باشد، اثرات زیان بار بیماری 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 (۱۷). در نتیجه طی تحقیقات انجام شده خانواده‌هایی که ارتباط میان اعضا و تعاملات داخل خانواده بر اساس نزدیکی و صمیمیت و

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. افرادی که اضطراب کمتری دارند نمره کمتر و افرادی که اضطراب بیشتری دارند، نمره بالاتری در این مقیاس دریافت می‌کنند این مقیاس بدین ترتیب نمره گذاری می‌شود: اضطراب نرمال: نمره ۲۰ تا ۴۴- اضطراب خفیف: نمره ۴۵ تا ۵۹- اضطراب شدید: نمره ۶۰ تا ۷۴- اضطراب خیلی شدید: نمره ۷۵ و بیشتر (۲۳). اولاتونجی در مطالعه‌ای بر روی ساختار فاکتوری و خصوصیات سایکومتریک مقیاس "خودسنجی اضطراب زونگ" میزان ثبات درونی مقیاس $\alpha = 0/81$ گزارش کرد، همبستگی هر ماده با نمره کل مقیاس بین ۰/۳۴ تا ۰/۶۵ قرار داشت (۲۴). پرسشنامه خودسنجی اضطراب زونگ در مطالعات متعددی در ایران بکار رفته است و پایایی این مقیاس با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ، میزان همبستگی درونی یا انسجام سؤالات ۰/۸۴ گزارش گردید که نشان دهنده پایایی بسیار بالای این آزمون است (۲۵). به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که نتایج پژوهش محرمانه باقی خواهد ماند و اهداف پژوهش برای آنان تشریح شد. این مطالعه با کد IR.USWR.REC.۷۳۹۴,۲۴۹ در کمیته اخلاق دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی ثبت گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخصهای آماری میانگین، انحراف استاندارد، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی چند گانه گام به گام استفاده شد یافته‌ها با کمک نرم افزار SPSS19 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معنی داری $P < 0/05$ در نظر گرفته شد.

پرسشنامه شامل ۷ بخش است که هر سؤال بین ۴-۱ امتیاز دارد، نمره هر بعد از عملکرد خانواده، حاصل میانگین نمرات مربوط به سؤالات همان بخش است. هر بخش به طور جداگانه امتیاز دهی و تفسیر خواهد شد. این ابعاد شامل: حل مسئله، نقش‌ها، همراهی عاطفی، ارتباط، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار، همراهی عاطفی و عملکرد کلی خانواده می‌باشد. اعتبار و روایی ابزار سنجش عملکرد خانواده پس از تهیه توسط Epstien و همکارانش، در سال ۱۹۸۳ بر روی یک نمونه ۵۰۳ نفری ارزیابی شد دامنه ضریب آلفای مجموعه‌ها بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ نشاندهنده همسانی درونی بالای آن است (۲۰). این پرسشنامه در ایران توسط زاده محمدی و ملک خسروی (۱۳۸۵) بر روی ۴۹۴ نفر هنجار یابی شده است. پایایی کل آزمون به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ و آلفای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۶۶ تا ۰/۷۳ گزارش گردید، اعتبار باز آزمایی آن بین ۰/۵۷ تا ۰/۸۰ گزارش گردید (۲۱). همچنین در تحقیقات متعددی بکار رفته است از جمله نجاریان (۱۳۸۱)، نوروزی (۱۳۷۷)، بهاری (۱۳۷۹)، امینی (۱۳۷۹) که حاکی از اعتبار و پایایی بالای این پرسشنامه است (۲۲).

مقیاس خودسنجی اضطراب زانگ (SAS) توسط ویلیام زانگ (۱۹۷۱) ساخته شده است. این مقیاس برای سنجش اضطراب عمومی و حالت‌های اضطرابی نه اختلالات اضطرابی، به طور وسیعی مورد استفاده قرار می‌گیرد و بر مبنای نشانگان بدنی-عاطفی اضطراب تهیه شده است. به منظور ساختن این پرسشنامه از ملاکهای تشخیصی استفاده شده که با شایعترین ویژگیهای اضطرابی، مطابق و هماهنگ هستند. به هنگام

جدول ۱: مشخصات فردی مراقبین خانوادگی و سالمندان مبتلا به دمانس

متغیر	مراقبین، تعداد (%)	سالمندان، تعداد (%)
جنس		
مرد	۱۱۲ (۷۴/۷)	۸۲ (۵۴/۷)
زن	۳۸ (۲۵/۳)	۶۸ (۴۵/۳)
تحصیلات		
بیسواد	۱۱ (۷/۴)	۵۷ (۳۸)
زیر دیپلم	۳۸ (۲۵/۳)	۶۰ (۴۰)
دیپلم	۵۹ (۳۹/۳)	۲۰ (۱۳/۳)
دانشگاهی	۴۲ (۲۸)	۱۳ (۸/۷)
نسبت با سالمند		
همسر	۵۹ (۳۹/۳)	
دختر	۵۹ (۳۹/۳)	
پسر	۲۰ (۱۳/۴)	
عروس	۵ (۳/۳)	
سایر	۷ (۴/۷)	
وضعیت اقتصادی		
خوب	۱۹ (۱۲/۷)	
متوسط	۱۱۸ (۷۸/۷)	
بد	۱۳ (۸/۶)	
اشتغال		
بازنشسته	۳۵ (۲۳/۳)	
خانه دار	۷۸ (۵۲)	
بیکار	۸ (۵/۳)	

یافته‌ها

توصیفی ۷۴ در صد مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به دمانس را زنان با میانگین سنی ۵۵/۴ با انحراف معیار ۱۳/۳ تشکیل می‌دادند که

در این پژوهش ۱۵۰ نفر از مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به دمانس مراجعه کننده به انجمن آلزایمر ایران شرکت داشتند. بر اساس آمار

حل مسئله کمترین اختلال را دارا بوده است. همچنین بالاترین انحراف معیار مربوط به آمیزش عاطفی ۰/۵۶۱ بوده است (طبق پرسشنامه سنجش عملکرد خانواده مک مستر نمره بالاتر از ۴ به معنی بدکارکردی و نمره کمتر از ۴ به معنی کارآمدی خانواده است) (جدول ۲). یافته‌های پژوهش نشان داد ۲۹ نفر (۱۹/۴٪) اضطراب خفیف و ۲ نفر (۱/۳٪) اضطراب شدید داشتند. (جدول ۳) و بین اضطراب و عملکرد خانواده و همه ابعاد آن رابطه معنی دار ($P < 0/001$) وجود دارد (جدول ۴). برطبق نتایج حاصل از رگرسیون از بین ابعاد عملکرد خانواده که در مدل وارد شدند، تنها بعد کنترل رفتار در معادله رگرسیون باقی‌مانده است و توانسته است به‌صورت معناداری تغییرات اضطراب مراقبین سالمندان مبتلا به دمانس را پیش‌بینی کند. ضریب همبستگی چندگانه بین کنترل رفتار با اضطراب برابر با ۰/۴۳۷ است که این مقدار به لحاظ آماری معنادار است ($P < 0/001$). کنترل رفتار قادر است ۱۹/۱ درصد از واریانس اضطراب مراقبین سالمندان مبتلا به دمانس را تبیین کند. (جدول ۵).

۵۲ درصد آنها خانه دار، ۳۹/۳ درصد تحصیلات دیپلم، ۷۸/۶ درصد از مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به دمانس در این پژوهش دختران و همسران بیماران با نسبت مساوی بودند. این واحدها ۷۸/۸ درصد طبق خود اظهاری در وضعیت اقتصادی متوسط قرار داشتند، ۷۲/۷ درصد سابقه دریافت آموزش در مورد بیماری دمانس نداشتند، عدم دسترسی به مراقب جایگزین ۳۸/۷ درصد، ۷۰/۷ طبق خود اظهاری دارای بیماری بودند، ۶۱/۳ درصد وضعیت سلامتی خود را متوسط گزارش کردند و ۸۸ درصد از مراقبت سالمند خود رضایت داشتند. بیشتر سالمندان تحت مراقبت ۵۴/۷ درصد زن، با میانگین سنی ۷۷/۵۳ سال و انحراف معیار ۸/۴، ۴۰ درصد تحصیلات زیر دیپلم، ۶۴/۷ درصد در مرحله دوم بیماری، ۲۶ درصد دارای وابستگی اقتصادی بودند (جدول ۱).

یافته‌های پژوهش نشان داد عملکرد خانواده‌های بیماران شرکت کننده در مطالعه طبق مدل مک مستر در همه ابعاد بجز حل مسئله دارای ناکارآمدی بود که بیشترین اختلال عملکرد خانواده به ترتیب در بعد کنترل رفتار، عملکرد کلی، آمیزش عاطفی و نقش ها می‌باشد و در بعد

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره عملکرد خانواده مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به دمانس مراجعه‌کننده به انجمن آرایمر ایران شرکت کننده در مطالعه (n = ۱۵۰)

ابعاد عملکرد خانواده	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف معیار	حدنصاب تشخیص اختلال
حل مسئله	۱	۳/۵	۲/۰۷	۰/۵۱۳	۲/۲
نقش‌ها	۱/۵۶	۳/۵۶	۲/۴۴	۰/۴۱۰۹	۲/۳
همراهی عاطفی	۱/۲۵	۳/۷۵	۲/۲۶	۰/۵۲۵	۲/۲
ارتباط	۱/۱۴	۳/۷۱	۲/۲۲	۰/۴۴۳	۲/۲
آمیزش عاطفی	۱/۱۳	۳/۷۵	۲/۲۶	۰/۵۶۱	۲/۱
کنترل رفتار	۱	۳/۷۷	۲/۲۲	۰/۵۱۹	۱/۹
عملکرد کلی	۱/۰۸	۴	۲/۲۲	۰/۵۴۶	۲

جدول ۳: توزیع فراوانی مراقبین سالمندان مبتلا به دمانس مراجعه‌کننده به انجمن آرایمر ایران شرکت کننده در مطالعه (n = ۱۵۰) به تفکیک شدت اضطراب

شدت اضطراب	تعداد	درصد
نرمال	۱۱۹	۳/۷۹
خفیف	۲۹	۴/۱۹
شدید	۲	۱/۳
کل	۱۵۰	۱۰۰

* براساس دستورالعمل پرسشنامه اضطراب زونگ: اضطراب نرمال: نمره ۲۰ تا ۴۴ - اضطراب خفیف: نمره ۴۵ تا ۵۹ - اضطراب شدید: نمره ۶۰ تا ۷۴ - اضطراب خیلی شدید: نمره ۷۵ و بیشتر

جدول ۴: همبستگی بین عملکرد خانواده با اضطراب در مراقبین سالمندان مبتلا به دمانس مراجعه‌کننده به انجمن آرایمر ایران (n = ۱۵۰).

ابعاد عملکرد خانواده	اضطراب	
	ضریب همبستگی	مقدار احتمال
حل مسئله	۰/۳۹۳	< ۰/۰۰۱
نقش‌ها	۰/۴۱۶	< ۰/۰۰۱
همراهی عاطفی	۰/۳۸۴	< ۰/۰۰۱
ارتباط	۰/۳۹۶	< ۰/۰۰۱
آمیزش عاطفی	۰/۴۲۶	< ۰/۰۰۱
کنترل رفتار	۰/۴۳۷	< ۰/۰۰۱
عملکرد کلی	۰/۴۵۱	< ۰/۰۰۱

جدول ۵: پیش‌بینی تغییرات اضطراب از روی ابعاد عملکرد خانواده در مراقبین سالمندان مبتلا به دمانس مراجعه‌کننده به انجمن آرایمر ایران

مدل	متغیرهای پیش‌بین	r	R2	آماره f	p-value	Beta	آماره t	P-value
۱	کنترل رفتار	۰/۴۳۷	۰/۱۹۱	۳۸/۸۶	< ۰/۰۰۱	۰/۴۳۷	۵/۹۱	< ۰/۰۰۱

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

جدول ۶: پیش بین میزان اضطراب مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به دمانس تحت مطالعه از روی دریافت آموزش، بیماری و وضعیت سلامت آنها

متغیر	ضریب همبستگی چندگانه	ضریب تعیین	F	مقدار احتمال	بنای غیراستاندارد	بنای استاندارد	آماره t	مقدار احتمال
دریافت آموزش	۰/۲۹۲	۰/۰۸۵	۴/۴۶	۰/۰۰۵	۲/۶۸	۰/۱۴۵	۱/۸۱	۰/۰۲۲
بیماری	۰/۲۹۲	۰/۰۸۵	۴/۴۶	۰/۰۰۵	۰/۲۰۱	۰/۰۸۰	۱/۰۱	۰/۳۱۵
وضعیت سلامت	۰/۲۹۲	۰/۰۸۵	۴/۴۶	۰/۰۰۵	۳/۲۶	۰/۲۲۰	۲/۷۴	۰/۰۰۷

با توجه به نتایج تحقیق، ضریب همبستگی چندگانه بین دریافت آموزش، بیماری و وضعیت سلامت با اضطراب مراقبین به لحاظ آماری معنادار است ($P = 0/05$). این متغیرها قادرند ۸/۵ درصد از تغییرات اضطراب را تبیین کنند. از بین همه متغیرهای پیش بین که وارد معادله رگرسیون شده‌اند تنها متغیر وضعیت سلامت قادر است به صورت معناداری تغییرات اضطراب را پیش بین کند ($P = 0/07$) به این معنا که وضعیت سلامتی بد رابطه مثبتی با اضطراب دارد (جدول ۶).

بحث

این پژوهش با هدف تعیین میزان اضطراب و ارتباط آن با عملکرد خانواده و ابعاد آن در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به دمانس مراجعه کننده به انجمن آلزایمر ایران انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد حدود یک چهارم از مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به دمانس مراجعه کننده به انجمن آلزایمر ایران در زمان مطالعه حالت‌های اضطرابی خفیف تا شدید داشتند. مطالعه قانیدی حیدری (۱۳۹۳) نشان داد که مراقبین دمانس دارای اضطراب هستند که برنامه آموزش خانواده می‌توانست در کاهش مشکلات روانی از جمله اضطراب مراقبین خانوادگی بیماران دمانس مؤثر باشد (۲۶). مطالعه مارتین مدرانو (۲۰۱۴) بر مطالعه حاضر منطبق می‌باشد با این تفاوت که در این مطالعه رابطه افسردگی و اضطراب با بار مراقبت سنجیده شده بود و لی در مطالعه حاضر این رابطه با عملکرد خانواده سنجیده شده است همچنین نسبت به مطالعه حاضر نمونه کمتری استفاده شده بود (۱۰). مطالعات گراسیا آلبرسا و همکارانش (۲۰۱۲) و (۲۰۱۱) نشان دادند که نیمی از مراقبین بیماران آلزایمر دارای اضطراب بودند که نسبت به مطالعه حاضر درصد بالاتری را شامل می‌شود (۲۷، ۲۸) البته تفاوت این دو مطالعه با مطالعه حاضر در این است که منظور از مراقبین صرفاً مراقبین خانوادگی نیست از طرفی این اختلاف در آمارها می‌تواند در نتیجه یکسان نبودن جامعه پژوهش (اسپانیا و ایران) و حتی اختلافات فرهنگی در کنترل اضطراب باشد. از آنجاییکه خانواده‌های ایرانی دارای اعتقادات مذهبی هستند در هنگام رویارویی با بحران‌ها کمتر دچار اضطراب می‌شوند، بطوریکه تحقیقات نشان داده است در محیط‌های مذهبی و جوامعی که ایمان مذهبی آنها بیشتر است، میزان اختلال‌های روانی بخصوص اضطراب به طور محسوسی کمتر از جوامع غیر مذهبی است (۲۹).

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. عملکرد خانواده در بعد عملکرد کلی، آمیزش عاطفی و کنترل رفتار بیشتر از خرده مقیاس‌های دیگر آسیب دیده‌اند، بخصوص خرده مقیاس کنترل رفتار نسبت به سایر خرده مقیاس‌ها از آسیب بیشتری برخوردار است، یعنی در این بعد اختلال شدیدتر می‌باشد. نمره عملکرد این خانواده‌ها نشان داد که در عملکرد کلی این خانواده‌ها نا کارآمد هستند. یعنی خانواده‌هایی که دارای بیمار مبتلا به دمانس می‌باشند دچار اختلال در عملکرد خانواده می‌شوند.

این بدین معناست که این خانواده‌ها نسبت به یکدیگر علاقه یا سرمایه گذاری عاطفی کمتری دارند و مشارکت اعضاء حاکی از احساسات کمتری می‌باشد. در مورد اختلال در بعد کنترل رفتار در خانواده های دارای بیمار دمانس که بیشترین اختلال را دارد می‌توان گفت بدلیل وابستگی شدید این بیماران و بروز رفتارهای پرخاشگرانه بیماران، خانواده در برخورد با این بیماران نمی‌توانند رفتارهای مناسب و مدیریت شده نشان دهند این بعد از عملکرد خانواده حتی از سایر ابعاد نیز در این خانواده‌ها مهم‌تر می‌باشد زیرا مدیریت رفتار در خانواده‌هایی که یکی از اعضاء آن توانایی شناختی خود را از دست داده است بسیار با اهمیت‌تر از سایر بیماریهاست. Rodríguez-Sánchez و همکارانش (۲۰۱۱) در مطالعه خود نشان دادند بیماری مزمن می‌تواند باعث ناکارآمد شدن عملکرد خانواده گردد (۳۰). Tremont در مطالعه‌ای در ایسلند به این نتیجه رسید که عملکرد خانواده در مراقبین مبتلا به دمانس دارای اختلال بوده و در خرده ابعاد ارتباط، نقش‌ها، پاسخ عاطفی و عملکرد کلی دارای نمره بالاتر یعنی ناکارآمدی هستند که با مطالعه حاضر همراستا است (۳۱). مطالعات یعقوبی (۱۳۹۲)، بیرامی (۱۳۸۹) و قلی زاده (۱۳۸۹) که در مورد سایر بیماریهای مزمن انجام شده است با این مطالعه همراستا هستند (۳۲-۳۴) و می‌توان نتیجه گرفت که بیماری دمانس نیز مانند سایر بیماریهای مزمن موجب اختلال در عملکرد خانواده می‌شود. نتایج نشان دادند 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 می‌کردند. 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 سه بعد کنترل رفتار، ایفای نقش و همراهی عاطفی از میان سایر ابعاد نمود و با مداخلات مؤثر در ابعاد یاد شده به اصلاح آنها پرداخت.

نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد رابطه آماری معنا داری بین اضطراب، با کارکرد خانواده و همه ابعاد آن وجود دارد ($P < 0/001$). در واقع چنانچه خانواده‌ها عملکرد ضعیفی داشته باشند. سلامت روانی اعضاء به مخاطره افتاده و مراقبین علائم اضطرابی بیشتری را نشان می‌دهند. بطور کلی هرچه خانواده در هر کدام از این ابعاد کارآمد تر باشد سلامت روانی مراقب اصلی کمتر به خطر افتاده و نقش مراقبتی خود را بهتر ایفا خواهد کرد. مؤمنی و علیخانی (۱۳۹۲) 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 ($P < 0/05$) (۳۵). برای پیش بینی متغیر اضطراب بر اساس متغیرهای عملکرد خانواده و ابعاد آن از رگرسیون خطی چند متغیره گام به گام استفاده شد و نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد بعد کنترل رفتار توانسته است تغییرات اضطراب مراقبین سالمندان مبتلا به دمانس را به صورت معنا داری پیش بینی کنند ($P < 0/001$).

سالمند را دلیل عمده احساس عدم موفقیت در رویارویی با استرس و مدیریت تنش‌ها و بحران‌ها، عنوان کرده بودند (۳۷). آنچه مسلم است با داشتن سطح سلامت مطلوب می‌توان بهتر با مشکلات مقابله نمود.

نتیجه گیری

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 موفق 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 و عدم 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 از طریق دخالت در خانواده مانند تکنیک‌های خانواده درمانی و آموزش‌های لازم در این زمینه توجه بیشتر شود چرا که اگر به سلامت مراقبین توجه نشود این منبع مهم مراقبتی کارایی خود را از دست می‌دهند و امر نگهداری از بیماران مبتلا به دمانس به مخاطره خواهد افتاد. 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 داشتند اشاره نمود. پیشنهاد می‌شود با توجه به اهمیت خانواده‌ها بعنوان عامل تأثیر گذار بر سلامت روانی مراقبین جهت کارآمد تر کردن 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 به ارتقاء و بهبود کیفیت زندگی مراقبین و در نهایت بیمارانشان کمک نمود.

سپاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از همکاری صمیمانه مدیران و کارکنان انجمن آرزایم 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 به اجرا درآمد.

تضادمنافع

نویسندگان این مقاله اعلام می‌دارند که هیچ گونه تضاد منافی در نگارش این مقاله وجود ندارد.

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 اضطراب مراقب کمتر خواهد شد. مطالعه مؤمنی و علیخانی (۱۳۹۲) مطالعه حاضر را تأیید می‌کند (۳۵). در این مطالعه ایفای نقش و واکنش عاطفی متغیر پیش بین بودند ولی در مطالعه حاضر تنها کنترل رفتار متغیر پیش بینی کننده است. همانطور که مشاهده می‌شود بعد کنترل رفتار نسبت به سایر ابعاد عملکرد خانواده به پیش بینی تغییرات اضطراب مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به دمانس می‌باشد، همانطور که گفته شد 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 نمود، همچنین اضطراب مراقبینی که آموزش دریافت نکرده بودند به صورت معناداری بیشتر از مراقبینی است که آموزش دریافت کرده بودند ($P = 0/024$). سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۶) در گزارشی اعلام کرد عوارض ناشی از دمانس برای بیمار و مراقبان اغلب بدلیل عدم آگاهی و درک مراقبین از بیماری می‌باشد (۲). مطالعه قائد حیدری (۱۳۹۱) نشان داد برنامه آموزش خانواده بر روی افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین خانواده سالمند مبتلا به دمانس تأثیر دارد (۲۶). مطالعه وانگ و همکاران (۲۰۱۴)، لی و همکاران (۲۰۱۰)، گیونز در راستای این یافته می‌باشد (۳۶-۳۸) و نشان دادند هرچه آگاهی مراقبین بیشتر باشد آنان اضطراب کمتری خواهند داشت. محمدی نیز در مطالعه‌اش مهمترین نیاز مراقبتی مراقبین را نیاز آموزشی آنها تشخیص داد (۳۹). اما آنچه مسلم است در همه جوامع بخصوص در کشور ما دسترسی آسان به این آموزش‌ها وجود ندارد، بنا بر این پرستاران سالمندی می‌توانند نقش کلیدی در این آموزش‌ها داشته باشند. نتایج آزمون تعقیبی شفه نشان داد مراقبینی که بیماری نداشتند نسبت به مراقبینی که بیماری جسمی-روانی داشتند از اضطراب کمتری برخوردار بودند ($P > 0/05$). به گفته محمدی این مراقبین خود در سنین سالمندی و در معرض اختلالات جسمی و روانی شایع این دوران قرار دارند که استرس مراقبت می‌تواند آنها را به مراتب آسیب پذیر تر کند (۳۹). بنابراین توجه به سلامت جسمی و روانی این مراقبین از اهمیت بالایی برخوردار است.

میزان اضطراب مراقبین با توجه به وضعیت سلامت آنها از دید خودشان متفاوت است ($P < 0/05$). مراقبینی که وضعیت سلامت خود را خوب ارزیابی می‌کردند نسبت به مراقبینی که وضعیت سلامت خود را بد ارزیابی می‌کردند، از اضطراب کمتری برخوردار بودند ($P < 0/05$) همچنین عملکرد خانوادگی بهتری نیز داشتند. مطالعه حسینی و همکاران (۱۳۸۹) و قائدی حیدری (۱۳۹۱) از این نظر با این مطالعه همراستا می‌باشند (۲۶، ۴۰). در برخی مطالعات انجام شده بر روی مراقبین سالمند، مراقبین ابراز می‌کردند که مراقبت از سالمند باعث کاهش سلامتی آنها، سبب بروز خستگی روحی، فشار بار مراقبتی، بروز اختلالات روانی و ... در آنها شده است و استرس ناشی از نگهداری

References

1. WHO. Mental Health of Older Adults Addressing (A growing Concern) Geneva: World Health Organization; 2013 [updated 2018; cited 2013]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>.
2. WHO. 10 facts on dementia Geneva: World Health Organization; 2016 [updated 2018; cited 2016]. Available from: <http://www.who.int/features/factfiles/dementia/en>.
3. Association As. Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimer's Association Web site. Alzheimer's Association, 2010.
4. international AsD. World Alzheimer Report 2016: Alzheimer's Disease international; 2016. Available from: <https://www.alz.co.uk/research/world>.
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. Brodaty H, Donkin M. Assisting caregivers to support people with dementia. *Best Pract*. 2010;14(9):1-4.
7. Triantafyllou J, Naiditch M. The long-term care system. Athens/Vienna: European Overview Paper; 2010.
8. Fallahi Khoshknab M, Mazaheri M, Nazari S. [Dementia care and rehabilitation]. 3rd ed. Tehran: Takhasosy Resaleh; 2009.
9. Navidian A, Zaheden FB. [Burden experienced by family caregivers of patients with mental disorders]. *Pakistan J Psychol Res*. 2008;23(1).
10. Medrano M, Rosario RL, Payano AN, Capellan NR. Burden, anxiety and depression in caregivers of Alzheimer patients in the Dominican Republic. *Dement Neuropsychol*. 2014;8(4):384-8. doi: 10.1590/S1980-57642014DN84000013 pmid: 29213930
11. Brodaty H, Donkin M. Family caregivers of people with dementia. *Dialogues Clin Neurosci*. 2009;11(2):217-28. pmid: 19585957
12. 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
13. Mohammadi S. Process family care of frail elderly. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2008.
14. 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
15. Mirabzadeh A, Forouzan AS, Mohammadi F, Dejman M, Baradaran Eftekhari M. How Iranian women conceptualize mental health: an explanatory model. *Iran J Public Health*. 2014;43(3):342-8. pmid: 25988094
16. Mohammadi F, Eftekhari MB, Dejman M, Forouzan AS, Mirabzadeh A. Seeking comfort: women mental health process in I. R. Iran: a grounded theory study. *Int J Prev Med*. 2014;5(2):217-23. pmid: 24627750
17. Dehghani M, Dehghani Z. [Family therapy Basic]. Tehran: Roshd Publication; 2003.
18. 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
19. Pritchett R, Kemp J, Wilson P, Minnis H, Bryce G, Gillberg C. Quick, simple measures of family relationships for use in clinical practice and research. A systematic review. *Fam Pract*. 2011;28(2):172-87. doi: 10.1093/fampra/cmq080 pmid: 20978241
20. Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. The mcmaster family assessment device*. *J Marit Fam Ther*. 1983;9(2):171-80. doi: 10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x
21. Zadeh Mohammadi A, Malekkhosravi G. [Preliminary study of psychometric properties of family assessment device (FAD)]. *J Fam Stud*. 2006;5:69-89.
22. Saatchi M, Kamkari K, Asgarian M. [Psychological tests]. Tehran: Virayesh Publication; 2010.
23. Zung WWK. A Rating Instrument For Anxiety Disorders. *Psychosomatics*. 1971;12(6):371-9. doi: 10.1016/s0033-3182(71)71479-0
24. Olatunji BO, Deacon BJ, Abramowitz JS, Tolin DF. Dimensionality of somatic complaints: factor structure and psychometric properties of the Self-Rating Anxiety Scale. *J Anxiety Disord*. 2006;20(5):543-61. doi: 10.1016/j.janxdis.2005.08.002 pmid: 16198532
25. Karami A. [Zung Anxiety Scale]. Iran: Sina Research Institute of Behavioral Sciences; 2004.
26. 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]. *J Nurs Educ*. 2014;3(1):12-20.
27. 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
28. 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
29. Ahmadvnahi A. [The Relationship between adherence to prayers and level of anxiety in second year high

- school students in the city of Qom]. Qom: Training and research institute of Imam Khomeini 2005.
30. 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
 31. 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
 32. 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.
 33. Bayrami M, Farnam A, Gholizadeh H, Imani M. Family functions of patients with major depression compared with healthy subjects based on the McMaster model. *J Tabriz Univ Med Sci*. 2010;2(2):25-9.
 34. Gholizadeh H, Bayrami M, Farnam A, Imani M, Pirezadeh G. [Comparison of family function of patients with obsessive - compulsive disorder with healthy individuals]. *J Urmia univ Med Sci*. 2010;21(4):354-60.
 35. 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.
 36. Wang J, Xiao LD, He GP, De Bellis A. Family caregiver challenges in dementia care in a country with undeveloped dementia services. *J Adv Nurs*. 2014;70(6):1369-80. doi: 10.1111/jan.12299 pmid: 24192338
 37. Lee L, Hillier LM, Stolee P, Heckman G, Gagnon M, McAiney CA, et al. Enhancing dementia care: a primary care-based memory clinic. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58(11):2197-204. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03130.x pmid: 20977435
 38. 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
 39. Mohammadi S. [Self Efficacy and Caregiver burden of elderly family member with Alzheimer's disease in Tehran]. *J Geriatr Iran*. 2006;1(1):26-33.
 40. Bastani F, Hosini R, Baniasad M, Hagani H. Public health "Women caregivers of elders with Alzheimer's. *J Geriatr Iran*. 2010;17(5):43-51.