DOI: 10.22122/rbs.v16i3.1499

افسردگی، اضطراب و بار تحمیلی در مراقبین اصلی بیماران دمانس

ویکتوریا عمرانی فرد[۱]، ابراهیم حقیقی زاده[۲]، شهلا آکوچکیان[۳]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: مراقبت از یک فرد مبتلا به اختلالات شناختی می‌تواند منابع احساسی هر فردی را از بین ببرد؛ مراقب به دلیل اینکه احتمال بالایی برای رشد اختلال روانی و فیزیکی دارد، بیمار پنهان لقب گرفته است. لذا هدف از مطالعه حاضر بررسی وضعیت افسردگی، اضطراب و بار تحمیلی مراقبین اصلی بیماران دمانس بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی توصیفی تحلیلی بر روی ۹۶ مراقب اصلی بیماران دمانس که به روش نمونه‌گیری در دسترس در مطالعه شرکت کرده بودند، انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه تجدیدنظر شده افسردگی بک (Beck Depression Inventory-II)، مقیاس خود گزارشی اضطراب زونگ (Zung Self-rating Anxiety Scale) و نسخه ایرانی بار تحمیلی مراقبان (Iranian Version of Caregivers Burden) جمع‌آوری شدند. برای تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که ۶۹/۸ درصد افراد دارای نمره در محدوده افسردگی، ۲۸/۱ درصد نمره در محدوده اضطراب و ۳۳/۳ درصد افراد نمره در محدوده متوسط تا بالای بار تحمیلی داشتند. سن مراقب با بار تحمیلی رابطه معنی‌دار داشت (p=۰/۰۲۶). بین جنس بیمار و اضطراب رابطه معنی‌داری وجود داشت (p=۰/۰۳۹). بین طول مدت بیماری و نمره اضطراب و بار تحمیلی رابطه معنی‌داری یافت شد. در هر سه حوزه رابطه معنی‌داری بین حمایت سایر اعضای خانواده و شدت بیماری با نمرات حاصله وجود داشت. همچنین بین نمرات اضطراب و بار تحمیلی با تحصیلات مراقب رابطه معنی‌دار وجود داشت.

نتیجه‌گیری: مقدار بالای اضطراب، افسردگی و بار تحمیلی در مراقبان بیماران دمانس توجه ویژه به مراقبان را می‌طلبد. این توجه باید توسط کادر درمانی و مدیران مربوطه صورت گیرد. همچنین خانواده بیماران دمانس باید تشویق شوند که به‌صورت گروهی از بیمار مراقبت کنند، چون طبق این مطالعه حمایت سایر اعضای خانواده کمک زیادی به کاهش اضطراب، افسردگی و بار تحمیلی آن‌ها می‌کند.

واژه‌های کلیدی: مراقب، دمانس، افسردگی، اضطراب، بار تحمیلی.

ارجاع: عمرانی فرد ویکتوریا، حقیقی زاده ابراهیم، آکوچکیان شهلا. **افسردگی، اضطراب و بار تحمیلی در مراقبین اصلی بیماران دمانس.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۷؛ ۱۶(۳): ۳۸۸-۳۷۹.

دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۳/۰۸ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۸/۱۹

۱- دانشیار، گروه روان‌پزشکی، بیمارستان نور، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۲- دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۳- دانشیار، گروه روان‌پزشکی، بیمارستان نور، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
نویسنده مسئول: ابراهیم حقیقی زاده
Email: dr.ebrahim2013@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.3.13.3]
[DOI: 10.52547/rbs.16.3.379]

مقدمه

برای پزشکی که برای مراقبت یک جمعیت پیر با بیماری‌های مزمن آماده می‌شود، ارزیابی کردن بار تحمیلی (Burden) مراقبت و دانستن نیازهای مراقب یک جزء مراقبت بالینی جامع است. خیلی از خانواده‌هایی که از سالمندان با بیماری‌های در مراحل آخر مراقبت می‌کنند، بیان می‌کنند که تغییر اساسی منفی در زندگی آن‌ها ایجادشده و برای مراقبت از آنان باید فداکاری کنند (۱). مطالعات جهانی نشان می‌دهد حدود ۴۵۰ میلیون نفر از بیماری‌های روانی رنج می‌برند و اثرات ناتوان‌کننده آن در حد فرد و کشور محسوس است. وظایف چالش آمیز، استرس مزمن، درگیری‌های روزانه و افکار منفی مراقب بار تحمیلی قابل‌درک و مشاهده‌ای از طرف فرد و اطرافیان به همراه دارد که باعث اثر روانی–اجتماعی، جسمی و یا مالی بر مراقبین بیماری‌های شدید روانی می‌شود (۲).

مراقبت از افراد مبتلا به دمانس (Dementia) رابطه قوی با بیماری‌های روانی دارد (۳). مراقبت از یک فرد مبتلا به اختلالات شناختی می‌تواند همه منابع احساسی هر فردی را از بین ببرد؛ مراقب به دلیل احتمال بالای به وجود آمدن علائم اختلال روانی و جسمی، بیمار پنهان (Hidden patient) لقب گرفته است (۴). دمانس یک چالش بهداشت جهانی است. با توجه به تخمین موسسه بین‌المللی بیماری آلزایمر (Alzheimer Disease International) حدود ۳۵/۶ میلیون نفر در سال ۲۰۱۰ مبتلا به دمانس بودند، عددی که در سال ۲۰۳۰ تقریباً دو برابر می‌شود و به ۶۵/۷ میلیون می‌رسد. بعلاوه، در سال ۲۰۵۰ چهار برابر و به ۱۱۵/۴ میلیون می‌رسد. بیشتر افراد مبتلا به دمانس در خانه با کمک همسر، بچه‌ها و یا دیگران زندگی می‌کنند (۵). داده‌های موجود درباره اختلالات اضطرابی (Anxiety disorders) در مراقبان (Caregivers) بیماران دمانس کم است ولی نشان می‌دهد که یک نفر از ۳ مراقب افراد مبتلا به دمانس از اختلالات اضطرابی رنج می‌برد. علائم افسردگی (Depression) و اضطراب (Anxiety) می‌تواند حتی شیوع بیشتری داشته باشد و می‌تواند نصف یا سه‌چهارم همه مراقب‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. بعلاوه، می‌تواند با سن، جنسیت، نقش اجتماعی، نژاد، سطح تحصیلات، وضعیت سلامت و نسبت مراقب با بیمار بستگی داشته باشد (۶).

مراقبان بیماران دمانس احتمالاً بیش از دو برابر مراقبان سایر بیماری‌ها علائم افسردگی را تجربه می‌کنند (۷)؛ که این مسئله می‌تواند به ویژگی‌های بیمار (مثل اختلالات عملکردی و رفتاری)، ویژگی‌های مراقب (مثل سن، جنس، دارا بودن نقش اجتماعی، نژاد، وضعیت سلامت، سطح تحصیلات و رابطه با خویشاوندی بیمار) و زمینه مراقبت (مثل وضعیت مالی و نسبت مراقب با بیمار) بستگی داشته باشد. بعلاوه، عوامل مداخله کننده‌ای ازجمله سازگاری مراقب با حوادث (Coping) و شرایط روانی فرد مراقب می‌تواند توضیح‌دهنده این تفاوت‌ها باشد (۸). در مطالعه‌ای که Janevic و همکاران در سال ۲۰۰۰ انجام دادند، نژاد سفیدپوست افسردگی بیشتری داشتند و مراقبت را پراسترس‌تر از نژاد آفریقایی آمریکایی گزارش کردند. Janevic و همکاران بیان کردند مطالعه‌های آتی باید به‌واسطه هر دو روش پژوهش کیفی و کمی مشخص کنند نژادها، قوم‌ها و فرهنگ‌ها چگونه تجربه مراقبت را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۹).

مطالعه دیگری در سال ۱۹۹۷ نشان داد که مراقبان آفریقایی آمریکایی بیشتر از مراقبان سفیدپوست از مقابله مذهبی استفاده می‌کنند. این مطالعات از این لحاظ مهم هستند که دلایلی با زمینه فرهنگی برای برونداد متفاوت بین گروه‌های مختلف فراهم می‌کنند که برخورد با مراقبت توسط فرد مراقب احتمالاً تحت تأثیر زیاد عوامل فرهنگی است (۹). برای این حدس می‌زنیم فرهنگ‌ها و نژادهای مختلف در مقدار اضطراب، افسردگی و بار تحمیلی مراقب تفاوت‌هایی باهم داشته باشند. در مطالعه‌ای در ایران، جنسیت و سطح سواد بیمار تنها عامل جمعیت شناختی اجتماعی بیمار بوده که در میزان بار تحمیلی مراقب نقش داشته است. همچنین، بین عوامل جمعیت شناختی مراقب ازجمله نسبت خانوادگی مراقب، تعداد مراقب و نژاد مراقب با بار تحمیلی مراقب رابطه وجود داشته است (۱۰).

این مطالعه به دلیل روند رو به رشد جمعیت سالمندان، نیاز بیشتر به بررسی مشکلات مراقبین این بیماران و همچنین تفاوت‌های احتمالی بین نژادها و فرهنگ‌های مختلف طراحی‌شده است. تا جایی که اطلاعات ما نشان می‌دهد مطالعه

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.3.13.3]
[DOI: 10.52547/rbs.16.3.379]

مشابه به‌خصوص درباره افسردگی و اضطراب در ایران وجود ندارد. هدف از مطالعه حاضر بررسی توزیع فراوانی نسبی افسردگی، اضطراب و بار تحمیلی در مراقبین اصلی بیماران دمانس و رابطه آن با جنس و سن مراقب و بیمار، طول مدت بیماری بیمار، نسبت مراقب با بیمار، شدت بیماری بیمار، مقدار تحصیلات مراقب، پوشش بیمه درمانی بیمار، مستقل یا وابسته بودن بیمار به مراقب ازلحاظ اقتصادی و حمایت سایر اعضای خانواده بود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به‌صورت مقطعی- توصیفی-تحلیلی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مراقبین اصلی بیماران مبتلا به دمانس بود که به مراکز سرپایی درمانی و آموزشی دولتی وابسته به دانشگاه اصفهان در سال ۱۳۹۴ مراجعه کرده بودند. نمونه‌گیری به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس بود. طبق محاسبات متخصصین آمار حجم نمونه‌ای معادل ۹۶ نفر موردنیاز بود. معیارهای ورود شامل رضایت آگاهانه مراقبین برای شرکت در پژوهش و سن ۱۸ تا ۶۵ سال بود. مراقبینی که بیماری جسمی صعب‌العلاج شناخته‌شده یا بیماری شناخته‌شده روان‌پزشکی قبل از شروع مراقبت از بیمار داشتند به مطالعه وارد نمی‌شدند (البته این مورد با شرح‌حال از مراقب در صورت شناخته‌شده بودن لحاظ می‌شد). معیار خروج شامل عدم پاسخ کامل به سؤالات پرسشنامه‌ها بود. پس از هماهنگی با مسئولین مربوطه و کسب رضایت از مراقبین بیمار پرسشنامه‌ها جهت تکمیل به آنان داده شد. در مواردی که مراقب صرفاً نقش ارجاع بیمار را به عهده داشته باشد از مراقب اصلی جهت شرکت در مطالعه دعوت به عمل آمد. در این مطالعه، منظور از مراقب اصلی فردی است که بیشترین تعامل را با بیمار ازنظر حضور فیزیکی، اجرای مسئولیت از قبیل ارجاع به پزشک و حمایت جسمی و روانی بیمار بر عهده دارد و ساعات زیادی را در کنار وی سپری می‌کند (۱۱). کلیه اطلاعات افراد شامل عوامل جمعیت شناختی، افسردگی، اضطراب و بار تحمیلی وارد نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ شده است. برای تحلیل داده‌ها از آزمون t مستقل، همبستگی پیرسون (Pearson correlation)، تحلیل واریانس یک‌طرفه (One-way ANOVA یا Analysis of Variance) و تحلیل رگرسیون در سطح مدل GLM استفاده شد. کلیه آزمون‌ها در سطح ۰/۰۵ موردبررسی قرار گرفت. پروتکل این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تائید شده است. در پژوهش حاضر از پرسشنامه‌های زیر برای بررسی متغیرهای پژوهش استفاده شد.

پرسشنامه تجدیدنظر شده افسردگی بک (Beck Depression Inventory-II یا BDI-II): این آزمون توسط Beck و همکاران در سال ۱۹۶۱ تدوین‌شده و در سال ۱۹۷۴ مورد تجدیدنظر قرارگرفته است. این پرسشنامه از ۲۱ سؤال ۴ گزینه‌ای تشکیل‌شده که بین ۰ تا ۳ امتیاز کسب می‌نماید. پاسخ‌دهندگان درمجموع می‌توانند ۶۴ امتیاز اخذ کنند. اعتبار این پرسشنامه بالا و آلفای کرونباخ حدود ۰/۸۶ و روایی آن ۰/۹ است (۱۳). در نسخه فارسی قاسم‌زاده و همکاران آلفای کرونباخ ۰/۸۷، روایی ۰/۷۴ و ضریب همبستگی ۰/۸۳-۰/۷۵ بوده است. در این پرسشنامه نمره ۱۰-۰ نشانه نبود افسردگی، ۱۷-۱۱ افسردگی خفیف، ۲۹-۱۸ افسردگی متوسط و ۶۴-۳۰ افسردگی شدید است (۱۲، ۱۳).

مقیاس خود گزارشی اضطراب زونگ (Zung Self-rating Anxiety Scale یا SAS): این آزمون توسط ویلیام زونگ در سال ۱۹۷۰ طراحی گردیده است. این آزمون دارای ۲۰ جمله که هرکدام بیانگر احساسی است و در مقابل هریک از جملات ۴ گزینه‌ای که از ۱ تا ۴ نمره می‌گیرد. پاسخ‌دهندگان درمجموع نمره ۲۰ تا ۸۰ کسب می‌کنند. اعتبار این پرسشنامه ۰/۶۶ است. در این پرسشنامه نمره ۴۴-۲۰ نشان‌دهنده محدوده بهنجار است، ۵۹-۴۵ اضطراب خفیف تا متوسط، ۷۴-۶۰ اضطراب شدید و ۸۰-۷۵ اضطراب بسیار شدید است (۱۴).

نسخه ایرانی بار تحمیلی مراقبان (Iranian Version of Caregivers Burden یا IVCB): این آزمون با توجه به خصوصیات و ویژگی‌های فرهنگی بیماران و مراقبین ایرانی طراحی گردیده و روایی محتوایی و اعتبار آن (در دو بعد تکرارپذیری و همگنی درون حیطه‌ای) در ایران به اثبات رسیده است. این پرسشنامه توسط ابراهیم عبدالله پور و همکاران تهیه‌شده است. شاخص‌های مناسبت، شفافیت و

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.3.13.3]
[DOI: 10.52547/rbs.16.3.379]

جامعیت (شاخص‌های روایی محتوا) پرسشنامه مذکور به ترتیب ۹۸/۶٪، ۹۹/۳٪ و ۱۰۰٪ تعیین‌شده است. ضمن آنکه شاخص‌های روایی محتوایی و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۴ به‌دست‌آمده است. این پرسشنامه حاوی ۲۹ آیتم و نیز امتیاز پرسشنامه ۱۱۶ است (۱۶). نمره خام این پرسشنامه شامل ۰ تا ۱۱۶ است. نمره ۱۱۶-۵۸ جزو سطح متوسط تا شدید حساب می‌شود (۱۰، ۱۵).

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت شناختی و شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

با توجه به نمره افسردگی حاصله ۶۹/۸ درصد (n=۶۷) افراد موردمطالعه دارای نمره در محدوده افسردگی بودند. ۲۰/۸ درصد (n=۲۰) از کل افراد نمره در محدوده افسردگی خفیف، ۴۰/۶ درصد (n=۳۹) نمره در محدوده افسردگی متوسط و ۸/۳ درصد (n=۸) نمره در محدوده افسردگی شدید داشتند. نمره ۳۰/۲ درصد (n=۲۹) افراد در محدوده بدون افسردگی بود. با توجه به نمره اضطراب، ۲۸/۱ درصد (n=۲۷) دارای نمره در محدوده اضطراب بودند که شدت اضطراب ۲۴ درصد (n=۲۳) آن‌ها خفیف تا متوسط و ۴/۱ درصد (n=۴) شدید بوده است. میانگین نمره بار تحمیلی ۴۶ (با انحراف معیار ۲۳/۴) بوده است. حداقل آن ۳ و حداکثر ۹۴ بوده است. ۳۳/۳ درصد (n=۳۲) شرکت‌کنندگان نمره بالای ۵۸ داشتند که جزو مقادیر متوسط تا بالاتر بار تحمیلی حساب می‌شود.

جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی و شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش		فراوانی درصدی	افسردگی	اضطراب	بار تحمیلی
جنسیت مراقب	مرد	۱۷/۷	۱۴/۴	۳۶	۴۵/۸
	زن	۸۲/۳	۱۷/۳	۳۵/۹	۴۶
جنسیت بیمار	مرد	۶۳/۵	۱۷/۵	۳۷/۷	۴۶
	زن	۳۶/۵	۱۶/۶	۳۲/۹	۴۶/۱
نسبت مراقب با بیمار	همسر	۳۹	۱۸/۶	۳۸/۷	۴۹/۴
	دختر	۳۷/۵	۱۷/۵	۳۴/۱	۴۵/۶
	پسر	۱۱/۵	۱۶/۲	۳۷/۱	۴۲/۵
	بقیه	۱۱/۵	۱۲	۳۱	۳۹/۱
طول مدت بیماری	کمتر از ۱ سال	۱۳/۵	۱۳	۳۸	۳۷
	۱ تا ۲ سال	۳۰/۲	۱۶	۳۲	۳۷
	۲ تا ۵ سال	۲۷/۱	۲۰	۴۰	۵۳
	بیشتر از ۵ سال	۲۹/۲	۱۷	۳۴	۵۲
حمایت سایر اعضای خانواده	بدون حمایت	۱۴/۶	۱۹	۴۰	۶۱
	حمایت ضعیف	۱۰/۴	۲۷	۴۲	۵۵
	حمایت خوب	۷۵	۱۵	۳۴	۴۱
بیمه درمانی	دارد	۹۳/۸	۱۷	۳۵	۴۵
	ندارد	۶/۳	۱۸	۳۸	۵۰
تحصیلات	بی‌سواد یا کم‌سواد	۱۸/۸	۲۱	۴۱	۵۳
	ابتدایی و راهنمایی	۳۶/۵	۱۸	۳۷	۵۰
	دبیرستان و دیپلم	۳۲/۳	۱۵	۳۲	۴۲
	دانشگاهی	۱۲/۵	۱۲	۳۱	۳۰
شدت بیماری	خفیف	۲۵	۹	۲۹	۲۶
	متوسط	۲۶	۱۷	۳۴	۳۹
	شدید	۴۹	۲۱	۴۰	۵۹

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.3.13.3]
[DOI: 10.52547/rbs.16.3.379]

رابطه بین سن مراقب و بار تحمیلی معنی‌دار بود (p=۰/۰۲۶)، اما بین سن مراقب و بیمار با بقیه متغیرها رابطه‌ای وجود نداشت (p>۰/۰۵). در آزمون t بین جنس بیمار و اضطراب رابطه معنی‌داری وجود داشت (p=۰/۰۳۹)، ولی جنسیت مراقب با نمرات کسب‌شده در سه حوزه رابطه معنی‌داری نداشت (p>۰/۰۵، جدول ۱). بین نسبت مراقب و بیمار و نمرات پرسشنامه‌ها رابطه معنی‌داری یافت نشد (p>۰/۰۵). بین طول مدت بیماری و نمره افسردگی رابطه معنی‌داری وجود نداشت (p>۰/۰۵)، ولی در نمره اضطراب، میانگین نمره اضطراب مراقبان بیمار ۵-۲ سال برابر ۴۰/۶ و اضطراب مراقبان ۲-۱ سال برابر ۳۲/۵ بود (p=۰/۰۳۱). نمره بار تحمیلی مراقبان بیماران دارای طول مدت بیماری ۵-۲ سال و بیشتر از ۵ سال به ترتیب برابر ۵۳/۲ و ۵۲/۷ و نمره طول مدت ۲-۱ سال برابر ۳۷ بود. رابطه مراقبان بیماران دارای طول مدت بیماری ۵-۲ سال و بیشتر از ۵ سال با ۲-۱ سال معنی‌دار بود (به ترتیب p=۰/۰۴۴ و p=۰/۰۴۸). حمایت سایر اعضای خانواده با توجه به BDI-II به این‌گونه بود که بین حمایت ضعیف و حمایت خوب رابطه معنی‌دار وجود داشت (p=۰/۰۰۱). در SAS هم فقط بین سطح حمایت ضعیف و خوب رابطه معنی‌دار بود (p=۰/۰۴۶). در IVCB بین بدون حمایت و حمایت خوب رابطه معنی‌دار بود (p=۰/۰۰۸)، بین بیمه بودن یا نبودن بیمار با نمرات اضطراب، افسردگی و بار تحمیلی رابطه معنی‌داری مشاهده نشد (p>۰/۰۵).

در آزمون ANOVA بین نمرات افسردگی و سطح تحصیلات مراقب رابطه‌ای یافت نشد (p=۰/۰۶۳)، ولی میانگین نمره اضطراب کسانی که تحصیلات دبیرستان و دیپلم داشتند با میانگین نمره افراد بی‌سواد و کم‌سواد رابطه معنی‌داری داشت (p=۰/۰۳). نمره بار تحمیلی افرادی که تحصیلات بالاتر از دیپلم داشتند به‌طور معنی‌داری کمتر از کسانی بود که بی‌سواد و یا تحصیلات ابتدایی یا راهنمایی داشتند (p=۰/۰۴، جدول ۱). در BDI-II، بین شدت بیماری و نمره افسردگی رابطه وجود داشت (p<۰/۰۵)، اما فقط بین شدت متوسط و شدید بیماری رابطه معنی‌دار وجود نداشت (p=۰/۲۸). در SAS، رابطه بین میانگین نمره بیماران با شدت خفیف بیماری و بیماران با درجه شدید بیماری معنی‌دار بود (p=۰/۰۰۱). در IVCB، به‌غیراز رابطه شدت خفیف بیماری با شدت متوسط که معنی‌دار نبود (p>۰/۰۵)، بقیه حالت‌ها معنی‌دار بود (p<۰/۰۵).

جدول ۲: همبستگی مربوط به رابطه بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	افسردگی	اضطراب	بار تحمیلی
سن مراقب	۰/۰۲۲	۰/۶۰۲	۰/۱۸۹
سن بیمار	۰/۱۸۲	۰/۰۰۱	۰/۷۸۸
جنسیت مراقب	۰/۲۳۷	۰/۱۲۷	۰/۱۷۶
جنسیت بیمار	۰/۸۳۷	۰/۲۸۹	۰/۷۲۵
سواد مراقب	۰/۰۳۷	۰/۱۲۴	۰/۴۴۴
بیمه درمانی	۰/۳۷۹	۰/۳۰۴	۰/۳۰۸
وابستگی مالی بیمار	۰/۰۰۲	۰/۰۴۳	۰/۰۵۲
حمایت سایر اعضای خانواده	۰/۰۰۹	۰/۰۰۲	۰/۰۰۲
طول مدت بیماری	۰/۶۶۶	۰/۰۰۱	۰/۲۷۲
شدت بیماری	۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	۰/۰۰۲
نسبت مراقب	۰/۵۱۸	۰/۳۲۶	۰/۳۵۱

نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون با استفاده از مدل GLM و همچنین کنترل بقیه متغیرها نشان داد که در BDI-II، سن مراقب، سواد مراقب، وابستگی اقتصادی بیمار، حمایت سایر اعضای خانواده و شدت بیماری در نمره افسردگی اثر معنی‌دار دارند. در SAS، بین سن بیمار، وابستگی اقتصادی بیمار، حمایت سایر اعضای خانواده، طول مدت بیماری و شدت بیماری با نمره کل رابطه معنی‌دار وجود دارد. سرانجام، در IVCB حمایت سایر اعضای خانواده و شدت بیماری دارای اثر معنی‌دار بودند (جدول ۲).

بحث و نتیجه‌گیری

مراقبین مرد پژوهش حاضر یک‌پنجم مراقب‌ها را تشکیل می‌دادند که برابر با مطالعه عبدالله پور و همکاران (۱۰) در ایران است. این مقدار به مطالعات انجام شده بر روی مراقبان استرالیایی و چینی نزدیک است. سن مراقبان در مطالعه چین حدود ۱۵ سال و در استرالیا حدود ۱۰ سال بیشتر از پژوهش حاضر بود (۱۷). با توجه به این‌که در مطالعه حاضر محدودیت سنی حداکثر ۶۵ سال برای مراقبان وجود داشت، میانگین سنی پایین‌تر برای مراقب انتظار می‌رود. در مطالعه عبدالله پور و

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.3.13.3]
[DOI: 10.52547/rbs.16.3.379]

همکاران (۱۰) نیز که در ایران انجام‌شده میانگین سن مراقبان ۵۳ سال بود؛ که می‌تواند به این دلیل باشد که در ایران فرزندان بیشتر نقش مراقبت را دارند. در مطالعه ما حدود یک‌سوم بیماران زن بودند. در بیشتر مطالعات مقدار بیشتر بیماران آلزایمری و دمانس را زنان تشکیل می‌دهند. البته در مطالعه‌ای که در استرالیا صورت گرفته یک‌پنجم بیماران زن بودند و همسو با پژوهش حاضر است (۱۰، ۱۷)، ولی با توجه به اینکه شایع‌ترین نوع دمانس آلزایمر بوده است و شیوع بالاتری در زنان دارد این مسئله جای تعمق بیشتری دارد. شاید این یافته در مطالعه ما به این دلیل باشد که بیماران مرد بیشتر به کلینیک‌ها آورده می‌شوند یا شاید چون زیرگروه‌های دمانس در مطالعه تقسیم‌بندی نشده است، این‌گونه است. دلیل دیگری که ممکن است وجود داشته باشد این است که مراقب‌های بیماران زن تمایل کمتری برای صحبت درباره بیمار خود یا شرکت در مطالعه داشتند؛ که به دلیل مسائل فرهنگی است.

در مطالعه مراقبان در استرالیا نسبت مراقب‌هایی که همسر بیمار بودند حدود دو برابر مطالعه حاضر است (۱۷). البته با توجه به اینکه ما محدودیت سنی ۶۵ سال برای مراقب داشتیم انتظار داریم مقداری از مراقب‌های همسر در مطالعه شرکت داده نشده باشند. ولی این موضوع هم نشان می‌دهد مقدار بیشتری از مراقبان در جامعه ایران را فرزندان تشکیل می‌دهند. در مطالعه‌ای که Dura و همکاران در آمریکا انجام دادند در طی مراقبت حدود یک‌سوم مراقب‌ها اختلال افسردگی را تجربه می‌کنند (۱۸) که این در مقابل یک درصد گروه کنترل بود. در مطالعه Bednarek و همکاران که به‌وسیله پرسشنامه در لهستان انجام شد این مقدار حدود چهار دهم بود (۱۹). در مطالعه حاضر این مقدار حدود ۰/۷ بود. همه اعداد بیان‌گر مقدار زیاد و قابل‌توجه افسردگی در مراقبان کشورهای مختلف است. شاید بیشتر بودن مقدار افسردگی در مطالعه ایران به خاطر مقیاس‌ها و نقطه برش‌های (cut off point) متفاوت مطالعات بوده یا واقعاً مقدار افسردگی در مراقب‌های ایرانی بیشتر بوده است.

در مطالعه Ostojic و همکارانش در کرواسی که به‌وسیله پرسشنامه انجام دادند مقدار آسیب‌شناختی اضطراب در کمتر از نیمی از مراقبان دیده شد (۲۰). در مطالعه دیگری در نروژ حدود یک‌پنجم اضطراب مراقبان در حد بالینی و یک‌پنجم دیگر در حد تحت بالینی بوده است (۲۱). در مطالعه حاضر حدود یک‌چهارم مراقبان نمره در محدوده اضطراب داشتند که این مقدار هم قابل‌توجه است. در مطالعه حاضر اضطراب مراقبان مقداری کمتر از مطالعات کشورها مذبور است. لازم به ذکر است که در این مطالعات پرسشنامه‌های استفاده‌شده جهت سنجش اضطراب یکسان نبوده است. در مطالعه حاضر یک‌سوم مراقبان نمره در حد متوسط تا بالای بار تحمیلی داشتند. در مطالعه دیگری در ایران نیمی از مراقبان نمره در این محدوده داشتند (۱۰). در مطالعه Brodaty و همکاران در استرالیا نیمی از مراقب‌ها حد بالای بار تحمیلی را داشتند (۲۲).

در نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون سن مراقب با نمره افسردگی دارای رابطه معنی‌دار بود. در مطالعه DeFazio و همکاران نشان داده شده است که افسردگی با افزایش شهرنشینی، وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین، افزایش سن، افزایش بار تحمیلی فیزیکی و تکاملی بیشتر خواهد شد (۴). در مطالعه‌ای دیگر در سال ۱۹۸۶ گفته‌شده مراقبان زن سختی بیشتری در مراقبت می‌کشند و مراقبان کم‌سن‌وسال تنهاتر و خشم بیشتری از وظیفه‌شان دارند (۲۳). باوجوداین در مطالعه حاضر تفاوتی در سه حوزه و جنسیت مراقبان یافت نشد. به‌طورکلی قاعدتاً افسردگی در زنان بیشتر است ولی برابر بودن آن در این مطالعه و جامعه پژوهشی مراقبین بیماران دمانس شاید نشان‌دهنده این است که مراقبت بر روی مردان اثر سوء بیشتری دارد که فراوانی آن در مرد و زن برابر شده است.

در تحلیل‌های دومتغیره سن مراقب با بار تحمیلی دارای رابطه معنی‌دار بود به‌گونه‌ای که با افزایش سن مراقب بار تحمیلی نیز بیشتر می‌شد. شاید افزایش سن به خشم، کمبود انرژی و کسالت کمک کند و باعث افزایش بار تحمیلی شود. در نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون سن بیمار با اضطراب مراقب رابطه داشت. در تحلیل‌های دومتغیره جنس بیمار با اضطراب مراقب رابطه معنی‌دار داشت. به این صورت که در بیماران مرد مقدار اضطراب بیشتری در مراقب دیده می‌شود که شاید به دلیل دور شدن بیمار از نقش‌های خود در خانواده و زندگی گذشته مراقب و یا عدم توانایی در کنترل بیمار در زمان بروز رفتارهایی مثل پرخاشگری و غیره باشد. در تحلیل‌های دومتغیره نمره بار

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.3.13.3]
[DOI: 10.52547/rbs.16.3.379]

تحمیلی با افزایش طول مدت بیماری بیشتر می‌شد که شاید به این دلیل باشد که با افزایش طول مدت بیماری طول مدت مراقبت افزایش می‌یابد و یا از طرف دیگر شدت بیماری در طول زمان افزایش پیدا کند و احساس خستگی، ملالت، خشم را در مراقب بیشتر و درمجموع بار تحمیلی را زیاد می‌کند.

در تحلیل رگرسیون و تحلیل‌های دومتغیره نمره اضطراب مراقب با افزایش طول مدت بیماری رابطه معنی‌دار داشت؛ یعنی نمره اضطراب مراقب بیمار با طول مدت بیماری ۲-۵ سال به‌طور معنی‌داری بالاتر از نمره اضطراب مراقب بیمار با طول مدت بیماری ۱-۲ سال بود که شاید این به دلیل شرایط پیش‌رونده بیمار و یا شرایط مختلف تأثیرگذار در اضطراب باشد. در مطالعه‌ای که Alberca و همکاران انجام دادند بیماران با طول مدت بیماری دمانس بیشتر، شدت بیماری‌شان بیشتر بود و همچنین با کاهش سطح تحصیلات نمرات افسردگی و اضطراب بیشتری داشتند (۲۴) که رابطه بین طول مدت بیماری با اضطراب با مطالعه حاضر همسو و همچنین شدت بیشتر بیماری با هردوی اضطراب و افسردگی نیز همسو است. در مطالعه حاضر با افزایش شدت بیماری دمانس در سه حوزه افزایش نمرات را داشتیم که همسو با مطالعه Garcia Alberca و همکاران بود (۲۴). این نشان می‌دهد که شدت بیماری بر روی کیفیت زندگی مراقب نیز تأثیر بسزایی دارد و درمان‌های حاضر که ممکن است در آینده به بیماران دمانس کمک کنند، در زندگی اطرافیان به‌ویژه مراقب اصلی نیز تأثیر بسزایی خواهد داشت. مطالعاتی که اگر در آینده بتوانند نشان دهند که چگونه می‌توان دمانس را تا حدی عقب انداخت یا شدتش را کم کرد تأثیر شگرفی نیز روی کیفیت زندگی قشر جوان‌تر و پویاتر خواهند داشت.

در مطالعه حاضر در تحلیل‌های دومتغیره تحصیلات با اضطراب و بار تحمیلی رابطه معنی‌دار داشت. به‌عبارت‌دیگر با افزایش تحصیلات مراقب بار تحمیلی و اضطراب کاهش پیدا می‌کرد. در نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون افسردگی با سطح تحصیلات مراقب رابطه داشت. حمایت سایر اعضای خانواده رابطه معنی‌داری با نمره‌های سه حوزه داشت. به‌عبارت‌دیگر با افزایش حمایت و کمک کردن سایر اعضای خانواده نمره‌ها در سه حوزه کاهش پیدا می‌کرد. در مطالعه‌ای دیگر بیان‌شده موقعیت اجتماعی خانوادگی مراقب، سطح تحصیلات و سطح رضایت به نقش مراقب بودن باید به‌عنوان عوامل مهم در سختی مراقب قلمداد شود. همچنین در این مطالعه بیان‌شده است تعداد مراقب و نژاد مراقب با بار تحمیلی مراقب مرتبط است (۱۰). حمایت سایر اعضای خانواده تأثیر بسزایی در سه حوزه داشت. افزایش تعداد مراقب و یا کمک به مراقب در مراقبت کردن تأثیر بسزایی در کاهش افسردگی اضطراب و بار تحمیلی دارد که خود به بهبود کیفیت زندگی مراقب اصلی می‌انجامد. شایان‌ذکر است که سازمان‌ها و افرادی که با خانواده‌های بیماران دمانس در ارتباط‌اند باید همواره توصیه به مراقبت گروهی یا حمایت بیشتر مراقب اصلی در مراقبت داشته باشند. لازم به ذکر است حمایت سایر اعضای خانواده به‌صورت سؤال از مراقب و به‌صورت خوب، ضعیف و بدون حمایت مطرح می‌شد. شاید مراقب‌هایی که افسردگی بیشتری داشتند حمایت خوب سایر اعضا را هم ضعیف‌تر از حد واقعی قلمداد کنند و جواب دادن به این سؤال به‌گونه‌ای سلیقه‌ای است. ولی بااین‌همه هنوز به نظر می‌رسد حمایت سایر اعضا در مقدار افسردگی، اضطراب و بار تحمیلی نقش مهمی داشته باشد.

به‌طورکلی در مطالعه حاضر سن مراقب، سن بیمار، سواد مراقب، حمایت سایر اعضای خانواده، طول مدت بیماری، شدت بیماری دمانس و جنسیت بیمار در یک، دو یا هر سه حوزه افسردگی، اضطراب و بار تحمیلی اثر داشت. از محدودیت‌های مطالعه حاضر نمونه‌گیری در دسترس بود. به‌عبارت‌دیگر مراقبانی موردبررسی قرار گرفتند که بیمارانشان به پزشک مراجعه کرده بود. ازاین‌رو مراقبانی که بیمارشان به پزشک مراجعه نکرده بود در نمونه موردبررسی قرار نگرفتند. یکی دیگر از محدودیت‌های مطالعه حاضر استفاده از پرسشنامه بوده است. درست است که اعتبار پرسشنامه‌ها قبلاً اثبات‌شده است ولی روش استاندارد طلایی برای سنجش متغیرها نیست.

مقدار قابل‌توجه فراوانی افسردگی، اضطراب و بار تحمیلی در مراقبان بیماران دمانس نیاز به توجه بیشتر به این گروه را می‌طلبد؛ بنابراین پزشکان، کادر درمانی که با این افراد سروکار دارند و همچنین مدیران سلامت باید توجه ویژه به این گروه به‌عنوان یک بیمار پنهان را داشته باشند. به‌خصوص پزشکان با توجه به مقدار بالای افسردگی که احتمالاً در مراقبان بیماران

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.3.13.3]
[DOI: 10.52547/rbs.16.3.379]

دمانس در ایران وجود دارد باید توجه ویژه‌ای به افسردگی در مراقبان بیماران دمانس داشته باشند. رابطه بین شدت بیماری دمانس و سه حوزه موردمطالعه نشان می‌دهد انجام درمان‌های کنونی و پیشرفت‌های آینده برای آهسته‌تر کردن سیر بیماری دمانس می‌تواند برای احساس و کیفیت زندگی مراقبین نیز تأثیر بسزایی داشته باشد. ازآنجاکه حمایت سایر اعضای خانواده تأثیر شگرفی در کاهش نمرات در سه حوزه موردبررسی داشت تشویق خانواده بیمار به‌صورت کار گروهی و یا حداقل کمک به مراقب اصلی به گونه‌های مختلف احساس و کیفیت زندگی مراقب اصلی را به‌صورت قابل‌توجه افزایش می‌دهد. از دیگر کاربردهای بالینی این مطالعه می‌توان به توصیه جهت سازمان‌دهی روشی برای مصاحبه بالینی یا روش‌های دیگر برای اندازه‌گیری مقدار افسردگی و اضطراب در مراقبان بیماران دمانس اشاره نمود که در صورت تشخیص روان‌پزشک درمان دارویی یا درمان‌های دیگر برای مراقب شروع شود. حتی می‌شود به یک روش غربال‌گری مناسب برای اضطراب و افسردگی مراقب فکر کرد که در صورت مثبت شدن آزمون ازلحاظ این دو مسئله مراقب به گروه‌درمانی مناسب ارجاع شود.

برای توصیه در مطالعات آینده می‌توان به انجام اقدامات مداخله‌ای و سنجش آن در تفاوت حاصله در مقدار افسردگی، اضطراب و بار تحمیلی اشاره نمود. می‌توان بازدیدهای خانوادگی برای این گروه‌ها تمهید دید و در عرض چند ماه با توجه به ساعات بازدید مقدار افسردگی، اضطراب و بار تحمیلی این گروه را سنجید. مراقبان می‌توانند به‌صورت چند ماه یک‌بار به روان‌پزشک مراجعه نمایند و تأثیر آن بر این سه مقوله را با گروه کنترل یا مطالعات انجام‌شده قبلی موردبررسی قرار داد. در مطالعات آینده می‌توان گروهی از مراقبان را آموزش کنترل اضطراب داد و تأثیر آن را در کاهش اضطراب آن‌ها سنجید. حمایت خدمات بهداشتی درمانی کشور به گونه‌های مختلف از مراقب نیز می‌تواند در مطالعات طراحی شود تا به‌عنوان یک اقدام مداخله‌ای بررسی شود که آیا می‌تواند اضطراب بار تحمیلی و افسردگی مراقب را کاهش دهد یا خیر.

تقدیر و تشکر

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه دکتری حرفه‌ای پزشکی و با حمایت‌های معنوی و مادی حوزه معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام‌یافته است. بدین‌وسیله از زحمات این عزیزان تقدیر و تشکر به عمل می‌آید. همچنین از کلیه شرکت‌کنندگان در مطالعه تشکر می‌شود.

References

1. Garlo K, O'Leary JR, Van Ness PH, Fried TR. Burden in caregivers of older adults with advanced illness. J Am Geriatr Soc. 2010; 58(12):2315–22.
2. Sintayehu M, Mulat H, Yohannis Z, Adera T, Fekade M. Prevalence of mental distress and associated factors among caregivers of patients with severe mental illness in the outpatient unit of Amanuel Hospital, Addis Ababa, Ethiopia, 2013: Cross-sectional study. J Mol psychiatry. 2015; 3:9.
3. Cooper C, Balamurali TBS, Livingston G. A systematic review of the prevalence and covariates of anxiety in caregivers of people with dementia. Int Psychogeriatr. 2007; 19(2):175–95.
4. De Fazio P, Ciambrone P, Cerminara G, Barbuto E, Bruni A, Gentile P, et al. Depressive symptoms in caregivers of patients with dementia: Demographic variables and burden. Clin Interv Aging. 2015; 10:1085-90.
5. Blom MM, Zarit SH, Zwaaftink RBMG, Cuijpers P, Pot AM. Effectiveness of an internet intervention for family caregivers of people with dementia: Results of a randomized controlled trial. PLoS One. 2015; 10(2):e0116622.
6. Joling KJ, van Hout HPJ, Scheltens P, Vernooij-Dassen M, van den Berg B, Bosmans J, et al. (Cost)-effectiveness of family meetings on indicated prevention of anxiety and depressive symptoms and disorders of primary family caregivers of patients with dementia: design of a randomized controlled trial. BMC Geriatr. 2008; 8:2.
7. Givens JL, Mezzacappa C, Heeren T, Yaffe K, Fredman L. Depressive symptoms among dementia

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.3.13.3]
[DOI: 10.52547/rbs.16.3.379]

caregivers: Role of mediating factors. Am J Geriatr Psychiatry. 2014; 22(5):481–8.
8. Clyburn LD, Stones MJ, Hadjistavropoulos T, Tuokko H. Predicting caregiver burden and depression in Alzheimer's disease. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci; 2000; 55(1):S2–13.
9. Janevic MR, Connell CM. Racial, ethnic, and cultural differences in the dementia caregiving experience recent findings. Gerontologist. 2001; 41(3):334–47.
10. Abdollahpour I, Noroozian M, Nedjat S, Majdzadeh R. Caregiver burden and its determinants among the family members of patients with dementia in Iran. Int J Prev Med. 2012; 3(8):544-51.
11. Schulz R, O'Brien AT, Bookwala J, Fleissner K. Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence, correlates, and causes. Gerontologist. 1995; 35(6):771–91.
12. Omranifard V, Masaeli N, Emami Ardestani P. Prevalence of depression and anxiety in caregivers of patients in psychiatric wards (2006). Koomesh. 2008; 9(3):223-8. [In Persian].
13. Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian- language version of the Beck Depression Inventory- Second edition: BDI- II- PERSIAN. Depress Anxiety. 2005; 21(4):185–92.
14. 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.
15. Abdollahpour I, Nedjat S, Noroozian M, Golestan B, Majdzadeh R. Development of a caregiver burden questionnaire for the patients with dementia in iran. Int J Prev Med. 2010; 1(4):233-41.
16. Abdollahpour I, Noroozian M, Nedjat S, Majdzadeh R. Psychiatric symptoms in patients with dementia: Prevalence and their relationship with caregiver burden. IRJE; 2011; 7(2):51–9. [In Persian].
17. Xiao LD, Wang J, He G-P, De Bellis A, Verbeeck J, Kyriazopoulos H. Family caregiver challenges in dementia care in Australia and China: A critical perspective. BMC Geriatr. 2014; 14:6.
18. Dura JR, Stukenberg KW, Kiecolt-Glaser JK. Chronic stress and depressive disorders in older adults. J Abnorm Psychol. 1990; 99(3):284-90.
19. Bednarek A, Mojs E, Krawczyk-Wasielewska A, Głodowska K, Samborski W, Lisiński P, et al. Correlation between depression and burden observed in informal caregivers of people suffering from dementia with time spent on caregiving and dementia severity. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2016; 20(1):59–63.
20. Ostojić D, Vidović D, Baceković A, Brecić P, Jukić V. Prevalence of anxiety and depression in caregivers of alzeheimers dementia patients. Acta Clin Croat. 2014; 53(1):17–21.
21. Hynninen MJ, Breitve MH, Rongve A, Aarsland D, Nordhus IH. The frequency and correlates of anxiety in patients with first-time diagnosed mild dementia. Int Psychogeriatr. 2012; 24(11):1771–8.
22. Brodaty H, Woodward M, Boundy K, Ames D, Balshaw R, Group PS. Prevalence and predictors of burden in caregivers of people with dementia. Am J Geriatr Psychiatry. 2014; 22(8):756–65.
23. Fitting M, Rabins P, Lucas MJ, Eastham J. Caregivers for dementia patients: A comparison of husbands and wives. Gerontologist. 1986; 26(3):248–52.
24. García-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.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.3.13.3]
[DOI: 10.52547/rbs.16.3.379]

Depression, Anxiety and Burden in Main Caregivers of Dementia Patients

Victoria Omranifard[1], Ebrahim Haghighizadeh[2], Shahla Akouchekian[3]

Original Article

Abstract

Aim and Background: Assisting a cognitive disorder patient can drain the emotional resources of any individual extensively. Since the caregiver can be confronted by developing mental and physical symptoms with strong possibility, she/he can be defined as hidden patient. The aim of the present study is to investigate the prevalence of depression, anxiety and burden in caregivers of patients with dementia.

Methods and Materials: This cross sectional study was conducted on 96 caregivers of patients with dementia by using convenient sampling method. After obtaining informed consent, demographic data was recorded and the severity of depression was measured by Beck Depression Inventory (BDI-II), the severity of anxiety was measured by Zung Self-rating Anxiety Scale (SAS) and the severity of burden was measured by Iranian Version of Caregiver Burden (IVCB). To analysis the data, we use descriptive inferential statistics by using SPSS 22.

Findings: The results illustrate that 69.8% of the caregivers were in the range of depression. Moreover, 28.1% of the caregivers were in the range of anxiety and 33.3% of the caregivers scores were in the range of moderate to high level of burden. In Pearson correlation test, we found that the age of caregivers have a significant relationship with the burden test scores. (p=0.026). In t test, we found a significant relationship between the gender of the patient and the anxiety scores. The mean of anxiety scores of the caregivers of the men and women patients were 37.7 and 32.9 respectively (p=0.039). In our research, we also found significant relationships between the illness duration and the scores of anxiety and burden. In addition, the scores of all of three tests showed having relationships with the support of other family member and severity of dementia illness. Furthermore, in one-way analysis of variance (ANOVA), we found a relationship between educational level of the caregivers and the scores of anxiety and burden tests.

Conclusions: In the presence of high level of depression, anxiety and burden in the caregivers of dementia patients, more attention to the caregivers is necessary; especially from the healthcare managers and clinicians. In addition, the family of dementia patients should be encouraged to care as a group or help main caregivers as much as possible since our research showed support of other family members reduces anxiety, depression and burden of caregivers.

Keywords: Caregiver, Dementia, Depression, Anxiety, Burden, Iran.

Citation: Omranifard V, Haghighizadeh E, Akouchekian Sh. **Depression, Anxiety and Burden in Main Caregivers of Dementia Patients.** J Res Behav Sci 2018; 16(3): 379-388.

Received: 2016.05.28 Accepted: 2018.11.10

1- Associate professor , Department of Psychiatry, Noor Hospital, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
2- Medical Student, Medical School, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
3- Associate professor , Department of Psychiatry, Noor Hospital, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
Corresponding author: Ebrahim Haghighizadeh Email: dr.ebrahim2013@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.3.13.3]
[DOI: 10.52547/rbs.16.3.379]