

## پرستاری بازتوانی بیمار محور برای افراد سالمند با مشکل دمانس

\*مرضیه رضوی کیا، دکتر مصطفی انصاری<sup>۲</sup>

## چکیده

با توجه به افزایش جمعیت سالمندان، نیاز مالی، بهداشتی و رفاهی آنان نیز افزایش می‌یابد. باتوجه به اینکه اختلالات در سالمندان غالباً از نظر علائم، بیماری‌زایی و فیزیوپاتولوژی با جوانان متفاوت می‌باشد، لذا توجه بیشتری را می‌طلبد. دمانس پس از آرتریت موجب بیشترین ناتوانی در سالمندان می‌گردد. دمانس سندرمی است که اختلال شناختی بدون اختلال در سطح هوشیاری ایجاد می‌کند. همچنین منجر به ضعف حافظه، اشکال در محاسبه، حواس پرتی، تغییرات خلق و عاطفه، اختلال در قضاوت و تفکر انتزاعی، کاهش مهارت‌های زبانی و اختلال در جهت‌یابی می‌شود. از انواع دمانس می‌توان به دمانس آلزایمر و دمانس ناشی از بیماری‌های پیک، ژاکوب – کروتسفلد، هانتینگتون، هیدروسفالی با فشار طبیعی و پارکینسون اشاره کرد. درمان شامل: درمان زمینه‌ای و همزمان مانند فشار خون بالا، درمان طبی مانند: استفاده از داروهای آنتی‌کولین استراز و برنامه بازتوانی طرح‌ریزی شده می‌باشد. همراه کردن اصول مراقبتی فردمحور در بازتوانی سالمندان با اختلال دمانس و تمرکز بر آن، اساس سازماندهی خدمات و ارائه مراقبت‌های پرستاری می‌باشد.

کلید واژه‌ها: پرستاری بازتوانی/ اصول مراقبتی بیمار محور/ سالمند/ دمانس

- ۱- کارشناس ارشد مدیریت روانپرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان
- ۲- متخصص داخلی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی همدان

\* آدرس نویسنده مسئول:

همدان، شهرک مدنی، دانشگاه آزاد اسلامی، گروه پرستاری تلفن: ۰۸۱۱-۴۲۹۰۶۱۰

\* E-mail: razavi\_msn @ yahoo.com



## مقدمه

ترکیب جمعیت در تمام کشورها به سرعت در حال تغییر است و نتیجه امر این است که اکنون شمار فزاینده‌ای از سالمندان در تمام کشورهای جهان وجود دارد. بطوریکه جمعیت ۶۵ ساله‌های جهان از مرز ۶۰ میلیون گذشته است (۱). با توجه به افزایش سطح سلامت در گروه‌های جمعیتی و افزایش تعداد سالمندان، برنامه‌ریزی بهداشتی و درمانی برای این گروه از مددجویان، امری لازم و ضروری می‌باشد (۲).

شناخت بیماریها و مشکلات سالمندان نیاز به معلومات تخصصی دارد. اختلالات در سالمندان غالباً از نظر علائم، بیماریزایی و فیزیوپاتولوژی با اختلالات در جوانها متفاوت است. سالمندان در معرض خطر بالاتر خودکشی و علائم روانی هستند. اگر اختلالات علائم در سالمندان به موقع تشخیص داده نشود، ممکن است به حالت برگشت‌ناپذیری که بستری شدن در مؤسسات را می‌طلبد، تبدیل شود. یک عده عوامل خطر ساز روانی - اجتماعی نیز سالمندان را نسبت به اختلالات روانی آسیب‌پذیرتر می‌سازند. این عوامل شامل: از دست دادن نقش‌های اجتماعی، از دست دادن خود مختاری، مرگ دوستان و بستگان، افت تندرستی، افزایش انزوا، محرومیت‌های مالی و کاهش عملکرد اجتماعی می‌باشد (۳). دمانس سندرمی است که در آن اختلال شناختی بدون اختلال سطح هوشیاری دیده می‌شود. به عبارت دیگر اختلال روانی شخص با ترکیب کلی در اعمال هوشی و غالباً با ضعف حافظه، اشکال در محاسبه، حواس پرتی، تغییرات خلق و عاطفه، اختلال در قضاوت و تفکر انتزاعی، کاهش مهارت‌های زبانی و اختلال در جهت‌یابی تظاهر می‌کند (۴).

با توجه به نیاز سالمندان بر آن شدیم تا مطالعات جدید در رابطه با باز توانی این افراد را مورد بررسی قرار دهیم. همچنین به علت اینکه باز توانی سالمندان بر اساس اصول مراقبتی فرد محور در دمانس از بحث‌های جدید در دنیا می‌باشد، توجه ما به این مطلب و کاربرد آن در ایران جلب گردید. شاید بتوانیم با پرسنل و امکانات موجود در ارائه مراقبت به سالمندان بخصوص باز توانی این افراد بر اساس اصول مراقبتی فرد محور قدمی نو و مؤثر برداریم.

## روش بررسی

برای تهیه این مقاله، مطالعات و منابع گوناگون مورد بررسی قرار گرفت. حاصل بررسی منابع موجود در این زمینه شامل: ۲۷ کتاب، ۶۹ مقاله و ۴ سایت بوده که تعداد ۱۸ کتاب، ۲۰ مقاله و ۱ سایت از جدیدترین آنها مورد مرور و استفاده قرار گرفت.

## بحث

دمانس پس از آرتریت، موجب بیشترین ناتوانی در سالمندان می‌گردد. عوامل خطر ساز شناخته شده برای دمانس عبارتند از: سن، سابقه خانوادگی و جنس مؤنث. سالمندان مبتلا به دمانس علاوه بر اختلال در شناخت، حافظه، زبان، اعمال دیداری و فضایی، آشفتگی رفتاری نیز دارند که مشتمل است بر بی‌تابی، بی‌قراری، سرگردانی، خشم، فریاد کشیدن، گسستگی اجتماعی و اختلال خواب. توهم و هذیان در سیر دمانس، تقریباً در ۷۵ درصد بیماران دیده می‌شود. ۱۰ تا ۱۵ درصد بیمارانی که علائم دمانس را نشان می‌دهند، اختلالات سیستمیک همراه نیز دارند نظیر: بیماریهای قلبی، کلیوی، اختلالات غددی نظیر کم‌کاری تیروئید، کمبود ویتامین‌ها و بیماریهای روانی اولیه بخصوص افسردگی.

در مراحل اولیه دمانس، اشکال در محاسبات، خستگی و تمایل به ترک کار (زمانی که فرد قادر به انجام اعمال پیچیده نیست) دیده می‌شود. به مرور زمان علائم شدیدتر شده، اختلال در کارهای روزمره فرد ایجاد می‌شود. در مراحل پیشرفته، شخص قادر به محافظت از خود نمی‌باشد. در مراحل اولیه اختلال مربوط به حافظه دور می‌باشد، ولی بعدها فقط مسائل بسیار اساسی در ذهن بیمار باقی می‌ماند. اختلال سوگیری در اوایل بیماری نسبت به زمان و مکان و سپس نسبت به اشخاص به وجود می‌آید. توهم در ۳۰-۲۰ درصد بیماران (بخصوص در نوع آلزایمر)، هذیان در ۴۰-۳۰ درصد بیماران (بخصوص هذیان پارانوئید، گزند و آسیب) و افسردگی و اضطراب در ۵۰-۴۰ درصد بیماران دیده می‌شود. در بعضی موارد رفتارهای تهاجمی نیز دیده می‌شود. از علل آن می‌توان به صدمات مغزی، تومورهای مغزی، ایدز، الکلی، داروها، عفونتها، بیماریهای ریوی مزمن و بیماریهای التهابی اشاره کرد. هر چند دمانس‌های مربوط به پیری، مشخصاً در نتیجه بیماری دژنراتیو اولیه سلسله اعصاب مرکزی و بیماری عروقی پدید می‌آیند، اما در سالمندان علل چندگانه برای دمانس شایع تر است.

## انواع دمانس:

دمانس نوع آلزایمر: ۵۰ تا ۶۰ درصد بیماران مبتلا به دمانس از نوع دمانس آلزایمر هستند. حدود ۵ درصد افرادی که به سن ۶۵ سالگی می‌رسند و ۱۵ تا ۲۵ درصد افراد بالای ۸۵ سال، دمانس نوع آلزایمر دارند. شیوع دمانس نوع آلزایمر در زنها بالاتر از مردها است. در بررسی از نظر آسیب‌شناسی عصبی، در مغز این افراد آتروفی منتشر، صاف شدن شیارهای مغزی و اتساع بطنهای مغزی دیده می‌شود که بیشترین مناطق درگیر، آهیانه و گیجگاه می‌باشد.

دمانس آلزایمر با شروع تدریجی و افت پیشرونده اعمال شناختی همراه



است. حافظه در این افراد مختل است. تغییرات شخصیتی، افسردگی، وسواس و سوء ظن دیده می‌شود. حملات خشم شایع است و خطر اعمال خشن وجود دارد. اختلال جهت‌یابی به سرگردانی می‌انجامد. درمان تسکینی است و مرکب می‌باشد از تغذیه مناسب، ورزش و سرپرستی فعالیت‌های روزانه. تتراهیدروآمینو آکریدین (Tacrine) (مهارکننده آنزیم کولین استراز) از درمان‌های پذیرفته شده در آلزایمر می‌باشد. ریواستیکمین (Ecselon) نیز از داروهای جدید می‌باشد. پروپرانولول (Inderal)، پیندولول (visken)، باسپرون (Buspar) و الپروئیت (Depakene) در کاستن از بی‌تابی و پرخاشگری مفید گزارش شده‌اند. گزارش‌های جدید از ویتامین E تکمیلی (۴۰۰ تا ۸۰۰ میلی‌گرم در روز) در کند کردن سیر دمانس امیدوارکننده یاد کرده‌اند.

دمانس عروقی: دمانس عروقی از نظر شیوع بین دمانس‌ها، در درجه دوم قرار دارد. این دمانس با همان نقص‌های شناختی دمانس نوع آلزایمر مشخص است، اما علائم و نشانه‌های عصبی موضعی مانند تشدید رفلکس‌های عمقی تاندونی، بابنسکی مثبت، ناهنجاری‌های راه‌رفتن و ضعف یکی از اندامها در آنها دیده می‌شود. در مقایسه بادمانس آلزایمر، شروع ناگهانی و سیر گام به گام دارد. با کاستن از عوارض خطرناک نظیر فشار خون بالا، دیابت، سیگار کشیدن و آریتمی‌ها ممکن است بتوان از دمانس عروقی پیشگیری کرد. تشخیص را با MRI و سنجش جریان خون مغزی می‌توان مسجل کرد. دمانس ناشی از بیماری پیک: بیماری پیک یک دمانس تدریجاً پیشرونده است. با ضایعات قشری موضعی، که بطور عمده در لوب پیشانی می‌باشد. بیماری ۲ تا ۱۰ سال و بطور متوسط ۵ سال بطول می‌انجامد. از نظر بالینی تفکیک آن از دمانس آلزایمر دشوار است. معهدا در اتوپسی، آنکلوژیون‌های درون سلولی در مغز دیده می‌شود که به اجسام پیک مشهور است و با نوروفیبریلرهای بیماری آلزایمر تفاوت دارد. بیماری پیک بسیار نادرتر از آلزایمر است و درمان هم ندارد.

دمانس ناشی از بیماری ژاکوب – کروتسفلد: این دمانس یک بیماری دژنراتیو سریعاً پیشرونده است که به وسیله یک ویروس آهسته قابل انتقال ایجاد می‌شود. این بیماری معمولاً در دهه ششم عمر ظاهر شده و سیر آن حدود یک سال است. این بیماری ربطی به سالمندان ندارد. مرحله انتهایی بیماری با دمانس شدید، هیپرتونیسیته منتشر و اختلال عمیق در تکلم همراه است.

دمانس ناشی از بیماری هانتینگتون: این بیماری یک بیماری ارثی همراه با دژنراسانس پیشرونده هسته‌های قاعده‌ای و قشر مخچه است. شروع کره هانتینگتون بین ۳۵ تا ۵۰ سالگی و همراه با دمانس پیشرونده،

هیپرتونیسیته عضلانی و حرکات کره‌ای می‌باشد. با پیشرفت بیماری احتمال سایکوز و افسردگی وجود دارد. در این افراد خودکشی شایع است.

دمانس ناشی از هیدروسفالی با فشار طبیعی: این نوع دمانس موجب اختلال در راه رفتن به صورت راه رفتن بی‌ثبات یا شتابنده، بی‌اختیاری ادراری همراه با دمانس می‌شود. اتساع بطنهای مغزی بدون افزایش فشار مایع مغزی – نخاعی مشاهده می‌گردد.

دمانس ناشی از بیماری پارکینسون: بیماری پارکینسون در درجه اول با اختلال حرکتی مشخص است، اما آشفتگی شناختی از جمله دمانس هم دارند. علائم لوب پیشانی و نقص‌های حافظه شایع است. تقریباً نیمی از مبتلایان افسرده‌اند و در خطر بالای ابتلا به اضطراب هم هستند.

#### درمان:

درمان شامل درمان بیماری زمینه‌ای، طبی، حمایت روانی از بیمار و خانواده او می‌باشد. تجدید رژیم‌های غذایی مقوی، توجه به سلامت حس شنوایی، بینایی و عوامل مؤثر بر آنها، درمان عفونتهای ادراری، زخم بستر و نارسایی قلبی – ریوی، مراقبت‌های مخصوص از بیمار و درمان عوامل خطرناک در دمانس عروقی (فشار خون بالا، افزایش چربی خون، چاقی، بیماری قلبی، دیابت، مصرف الکل و سیگار)، درمان اختصاصی اختلالات اضطرابی، افسردگی و علائم سایکوتیک. مراقبتهای پرستاری در این اختلالات از مهمترین برنامه‌های مراقبت و درمان این بیماران می‌باشند. برنامه بازتوانی در تیم بازتوانی جهت مراقبت از این بیماران، براساس مشکلات بالقوه و بالفعل بیماران طرح‌ریزی می‌گردد.

همچنین جهت پی‌بردن به مشکلات سالمندان جهت بازتوانی باید مطالعاتی در مورد خانواده سالمند انجام شود تا مشخص شود چه عواملی بر سطح سلامت سالمندان تأثیر گذاشته و می‌گذارد و سپس به محورهای مورد نیاز در بازتوانی آنان پرداخت (۵).

#### بازتوانی:

بازتوانی یک فرآیند پویا و سلامت مدار می‌باشد و هدف آن کمک به افراد، به منظور حفظ و نگهداری سطح سلامت در حد مطلوب است. تیم بازتوانی شامل یک پزشک متخصص طب فیزیکی و بازتوانی، فیزیوتراپ، کار درمان، گفتار درمان، روانشناس، مددکار اجتماعی، مشاورشغلی، متخصص اورترز و پروتز، مهندس بازتوانی، مشاور جنسی و پرستار می‌باشد (۶).

پرستار بازتوانی یکی از اعضای مهم تیم بازتوانی است که نقش مؤثری در ناتوانی جسمانی و روانی بیماران دارد. پرستار بازتوانی ارتباط درمانی



می‌شود، افراد مسن‌تر با عنوان اینکه پتانسیل کم یا هیچ پتانسیلی برای باز توانی ندارند، نادیده گرفته می‌شوند. به عنوان مثال اظهارات زیر غیرعادی نیست: او حافظه ندارد، او دیوانه است، خطرات این فرد بسیار است، باید از او مدت طولانی مراقبت شود (۱۲).

در کل روشی که فرهنگ ما در آن نسبت به پیری و دمانس عکس العمل نشان می‌دهد با ترس و طرد فرد همراه است. افراد مسن دچار دمانس باید به روشهای زیادی کنترل شوند. به عنوان مثال وقتی که درباره افراد مسن دارای دمانس صحبت می‌شود (در حضور یا عدم حضور آنها)، حس فردی آنها کاهش یافته و این امر می‌تواند جنبه غیر انسانی داشته باشد. این امر اغلب از طریق فقدان آگاهی یا همدردی، ترس بیش از حد و یا داشتن اطلاعات محدود از دمانس صورت می‌گیرد (۱۳).

مفهوم باز توانی در زمینه دمانس این است که فرد مسن می‌تواند شناخت خود را افزایش دهد، زیرا عملکرد شناخت در طی زمان تغییر می‌کند. تداخلات باز توانی (فرد درمانی و گروه درمانی) به عنوان تجارب خوب برای افرادی در نظر گرفته می‌شوند که در مرحله اول بیماری خود هستند. ارائه چنین خدماتی باید یکی از سه حیطه‌های زیر را در نظر بگیرد:

۱- یادآوری اطلاعات یاد گرفته شده

۲- یادگیری کاربرد کمک حافظه‌های جبرانی

۳- کسب مهارت‌های استقلال (۱۴).

#### مراقبت‌های فرد محور:

دمانس یک ویژگی مربوط به سن است و همانقدر که افراد مسن بیشتر عمر می‌کنند، شیوع دمانس بیشتر می‌شود (۱۵). بنابراین می‌توان پیش‌بینی کرد که تقاضای خدمات باز توانی نیز افزایش خواهد یافت. از برنامه مراقبت‌های فرد محور به عنوان یک روش خوب برای سازمان دادن خدمات باز توانی برای سالمندان استفاده می‌شود. در این روش به چهار موقعیت درونی زیر که فردیت فرد را بهبود می‌بخشد اهمیت داده می‌شود:

۱- ارزش شخصی

۲- احساس کارگزاری

۳- امید

۴- اعتماد اجتماعی

– ارزش شخصی: جایی که افراد مسن دارای دمانس احساس می‌کنند که برای دیگران ارزش دارند.

– احساس کارگزاری: جایی که فرد مسن می‌داند آزادی عمل و انجام کار را دارد.

– امید: جایی که فرد احساس امنیت، اطمینان و راحتی می‌کند.

و حمایتی با بیمار و خانواده‌اش برقرار می‌کند. پرستار معمولاً بر توانایی و استعداد های بیمار تأکید دارد. در زمان برخورد بیمار با پرستار، پرستار بطور جدی به صحبت‌های بیمار گوش می‌دهد و علاوه بر تشویق او، در شادی و پیروزی او شرکت کرده و بیمار را به منظور تلاش در بهبود درک از خود و توانایی مراقبت از خود تحسین می‌کند (۷).

با بکارگرفتن فرآیند پرستاری است که پرستار برنامه مراقبتی جهت تسهیل باز توانی، حفظ و نگهداری سلامتی و پیشگیری از عوارض را طرح و توسعه می‌بخشد. پرستار به بیمار در جهت تشخیص تواناییها، پیشرفتهای فعلی و تنظیم اهداف جدید کمک می‌کند. در ضمن، مقابله با ناتوانی، مراقبت از خود، حرکت و انتقال، مراقبت از پوست و کنترل مثانه و روده در حوزه مداخلات پرستار قرار می‌گیرد. پرستار می‌تواند نقش مراقبت کننده، آموزش دهنده، مدافع و حامی را داشته باشد. اکثر اوقات پرستار مسئول هماهنگی برنامه‌های باز توانی است. پرستار با سایر اعضای تیم باز توانی همکاری دارد و خدمات ارائه شده توسط تمامی افراد تیم باز توانی و حتی خدمات ارائه شده توسط پرستار بهداشت خانواده را که مسئول نظارت بر مراقبت از بیمار بعد از برگشت به خانه است را هماهنگ می‌کند (۸).

باز توانی سالمندان با اختلال دمانس:

نباید تصور کرد که زندگی با دمانس به معنای از دست دادن کامل تواناییهاست. این افراد قادر به درک سایر استعدادها و تواناییهای خود نیستند. بسیاری از افراد مسن که دارای دمانس هستند نیاز به برنامه‌های باز توانی واسطه‌ای دارند، که تعداد این سالمندان مرتباً رو به افزایش است (۹). قابل توجه است که این سالمندان، نیازهای یکسان به خدمات بهداشتی ندارند، به همین دلیل نیاز به برنامه‌های باز توانی به صورت فرد محور می‌باشد. افراد سالمند چندین نسل را پشت سر گذاشته و تجربه‌های متفاوتی دارند و از نظر فیزیکی و روانی به شکل‌های متفاوت مسن می‌شوند (۱۰). افراد مسن که دچار دمانس شده‌اند نیازهای زیادی دارند که ممکن است به این شرایط فعلی مربوط بوده یا ارتباطی به آن نداشته باشد. آنچه که اهمیت دارد این است که حواس و تأثیرات آن را نمی‌توان در باز توانی نادیده گرفت. انجام این کار باعث می‌شود که افراد مسن وابسته‌تر شده و نسبت به آنچه که به تأثیرات دمانس مربوط می‌شود توانایی کمتری داشته باشند. فقدان توانایی کارآمد بیش از آنچه که می‌توان به وسیله آسیب شناختی آنرا توضیح داد، با عنوان ناتوانی مفرط شناخته می‌شود (۱۱).

پتانسیل باز توانی:

افراد مسن با دمانس توسط پرستاران و دیگر اعضای تیم باز توانی با دید منفی نگریده می‌شوند. زمانیکه برچسب دمانس از هر نوع بکار برده



اعتماد اجتماعی: جایی که فرد می‌داند از نظر اجتماعی مورد پذیرش است (۱۶)

بنابراین بازتوانی در اینجا به معنای تجهیز افراد برای زندگی به روشهایی است که قبلاً از آن با یا بدون کمک دیگران لذت می‌برند (۱۷).

منظور از بازتوانی بالا بردن استعداد انسان و توسعه کیفیت زندگی برای بیماران و مراقبتهای ویژه است. باید در بازتوانی افراد مسن به کیفیت زندگی آنان توجه کرد و آن عبارتست از سطحی از زندگی که در آن افراد مسن از زندگی خود لذت می‌برند. کیفیت زندگی در سه حیطه می‌باشد:

۱- بودن: وجودیت فرد ۲- تعلق داشتن: جاییکه فرد با دیگران و محیط سازگار می‌شود ۳- شدن: فعالیتهای روزمره و آینده.

در افراد مسن احساس بودن، تعلق داشتن و شدن از بین رفته یا به طرز چشمگیری کاهش یافته است. احساس بودن فرد کاهش می‌یابد و این اغلب در نتیجه کاری است که اطرافیان فرد انجام می‌دهند و نتیجه کنترلهایی است که بر روی فرد انجام می‌دهند (۱۸).

#### اصول بازتوانی:

بازتوانی را می‌توان به عنوان احیاء فرد در نظر گرفت که هدف آن قادر ساختن افراد مسن برای بالا بردن پتانسیل باقیمانده زندگی خود است. بازتوانی سالمندان دارای چند اصول می‌باشد که شامل موارد زیر است:

۱- همه سالمندان بدون توجه به نیاز و شرایط، باید بتوانند به خدمات بازتوانی دسترسی پیدا کنند.

۲- فرآیند بازتوانی برای فرد مسن دارای ارزش درمانی بوده و هدف آن افزایش رفاه اجتماعی می‌باشد.

۳- بازتوانی یک فرایند پویا، فعال و فردمحور است که به سازگاری با تغییرات در شرایط زندگی مربوط می‌شود و باید در این امر افراد نزدیک و افراد خانواده فرد مسن و تیم بازتوانی با هم شرکت داشته باشند. (این اصول به پرستاران یادآوری می‌کند که افراد مسن دارای دمانس نیز می‌توانند در برنامه‌های بازتوانی شرکت کرده و از آن استفاده ببرند).

۴- اهداف بازتوانی باید انتخابی بوده و مورد قبول فرد مسن باشد و منظور از آن کسب و توسعه کیفیت زندگی می‌باشد (همانطور که فرد مسن آن را تعریف می‌کند، نه آنگونه که توسط تیم تجویز می‌شود).

۵- بازتوانی افراد مسن یک فرایند است نه یک واقعه محدود.

۶- موفقیت فرایند باید از دیدگاه فرد مسن بررسی شود و به احساس او اولویت داده شود.

۷- ارزشها و عقاید مثبت درباره سالخوردگی و افراد مسن به منظور ایجاد جو مناسب برای بازتوانی ضروری است (۱۹).

چند نکته قبل از شروع برنامه پرستاری بازتوانی سالمندان با مشکل

دمانس مورد توجه قرار گیرد:

۱- درک و ارزیابی رفتارهایی که پرستاران و دیگر اعضای گروه آنرا چالش برانگیز می‌دانند.

۲- ارائه بهترین محیط بازتوانی.

۳- اطمینان از اینکه ارتباط یکی از اصول درمان است (۲۰). نادیده گرفتن این موارد، استعداد فرد مسن با مشکل دمانس را در افزایش سلامتی و رفاه اجتماعی کاهش داده و برنامه‌ریزی را تحت تأثیر قرار داده و پذیرش بیمار و دوره مجدد بازتوانی در جامعه را افزایش می‌دهد. به طور مثال درباره موقعیتی فکر کنید که با افراد مسن دارای دمانس کار کرده‌اید. وقتی با رفتاری که آنرا درک نمی‌کردید و فردی که می‌توان گفت غیر قابل همکاری است مواجه شدید چه احساسی داشتید؟ چه چیزهایی در درک چنین رفتاری و اتخاذ روش مثبت برای بیمار و نیازهای او دخالت دارد؟ موقعیتی را در نظر بگیرید که فرد سالمند به خاطر نمی‌آورد دستشویی کجاست و در محلی غیر از دستشویی دفع می‌کند (۲۱).

در بازتوانی سالمندان باید همراهان وی آگاه و فعال بوده و خود را با او تطبیق دهند. وقتی نیازهای افراد مسن و چگونگی بازتوانی و ارائه آن ارزیابی می‌شود، لازم به توجه است که چگونه رفتار فرد دارای دمانس، برنامه بازتوانی و در واقع پرستاران را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مهمترین مشکل این است که فرد حمایت را رد کرده، همکاری نمی‌کند و یا رفتار تهاجمی دارد. این امر باعث می‌شود فرد ناتوانتر از میزان لازم باشد (ناتوانی مفرط) و یا حتی در محیطی زندگی کند که نمی‌خواهد و یا لازم نیست در آن باشد (۲۲).

پرستار بازتوانی باید نیازهای برآورده نشده افراد را تنظیم کند. نیازهای برآورده نشده در ماهیت احساسی، اجتماعی، فیزیکی و یا روانی هستند. توجه کنید که فرد دارای دمانس ممکن است مهارتهای صحبت کردن که لازمه برقراری ارتباط است را از دست داده و اتفاقات را کاملاً درک نکند. شاید به این دلیل که به او درباره تشخیص، چیزی گفته نشده یا فراموش کرده است و یا نمی‌تواند با آنچه که اتفاق می‌افتد تطبیق داده و کلمه مناسب را استفاده کند. بنابراین بهتر است او به مهارتهای ارتباطی که برای او باقیمانده است مراجعه کند. اغلب این امر به معنی ارتباط رفتاری است (۲۳).

رفتارهای تهاجمی از واکنش بین ویژگیهای فردی نسبتاً ثابت و درازمدت در فرد دارای دمانس ناشی می‌شود. اینها آثار شخصیتی، روشهای تقلیدی و عوامل محیطی متغیر مانند نوسانات نور، صدا و تماس با افراد جدید و مختلف هستند. خانواده‌ها در کمک به پرستاران برای درک این رفتارها نقش مهمی ایفا می‌کنند و می‌توانند پرستاران را





در درک الگوها و رفتارهای ثابت یاری رسانند. حل کردن مشکلات فیزیکی مانند دلایل تغییرات رفتاری، بخشی از فرآیندهای ارزیابی است. ارزیابی روشی است که افراد مسن با آن از عهده تغییرات الگوی روزانه خود بر می آیند. مانند: یافتن آنچه که دوست دارند، آنچه که آنها را خشمگین می سازد، چگونه ارتباط برقرار می کنند، یا زمانیکه تحت فشار بوده و یا بی حوصله هستند، می تواند در ارائه توضیحی درباره آنچه که انجام می دهند و علت آن، به ما کمک کند. این همچنان بدین معنی است که مداخلات می توانند بیشتر فردی بوده و تأثیر بیشتری داشته باشند (۲۴).

هال و باک والتر (Hall & Buckwalter) چارچوب مفیدی را برای درک تأثیرات اضطراب سالخوردهگان دارای دمانس ارائه داده اند. این الگو پیشنهاد می کند که همانطور که انحطاط شناختی پیشرفت می کند، انحطاط پیشروندهای در توانایی بیمار برای تحمل اضطراب در دوره های زمانی مختلف ایجاد می شود. برای مثال کسی که دمانس شدیدتری داشته باشد، آستانه اضطراب خود را بسیار ساده تر از کسی که دمانس کمتری دارد تجربه می کند. عوامل اضطراب مانند صدا، انجام کارهای بسیار پیچیده و احساس عصبانیت شروع به گرد آمدن در طی روز می کنند تا زمانیکه آستانه استرس برای هر فرد افزایش می یابد. هال و باک والتر پیشنهاد می کنند که افزایش این آستانه در حد نهایت رفتارها یا رفتارهای تهاجمی دخالت دارد. رفتارها ممکن است به عنوان شاخصی برای نشان دادن تحمل فرد نسبت به محرک درونی مانند گرسنگی، درد و محرک محیطی مانند صدا و جمعیت زیاد بکار روند (۲۵).

این الگو به پرستاران کمک می کند تا بفهمند جهت کمک به بیماران، شناسایی عامل عصبانیت و رفتار تهاجمی بیماران مهم است. سرعت فعالیت نیز مهم است برای مثال ارزیابی صحیح مدتی که طول می کشد تا شخص حمام کند، لباس بپوشد یا غذا بخورد و اینکه چگونه از عهده فعالیت های مختلف روزانه بر می آید اهمیت زیادی دارد. اینها عواملی هستند که باید در زمان برنامه ریزی باز توانی مورد توجه قرار گیرند (۲۶). کوک و ولز (Kovach & Wells) بیان می دارند که در محیط های شلوغ، ۹۰ دقیقه طول می کشد تا افرادی که دمانس دارند از آستانه فعالیت خود بگذرند (۲۷).

اغلب از مشاهده رفتارهای مختلف می توان تفسیر کرد که فرد سالخورده قصد انجام چه کاری را دارد و چگونه موقعیتی را احساس و تجربه می کند. رفتارهای افراد سالخورده با دمانس را می توان در سه نوع طبقه بندی کرد که شامل:

۱- رفتارهای تکراری: برای مثال مالش، جنبش و برخی از انواع سرگردانی که نشان می دهد شخص قادر به دسترسی به اطلاعات

محیطی و فیزیکی نیست. بنابراین ادامه رفتار، جستجوی امنیت یا تلاشهایی برای بکارگیری اطلاعات می باشد.

۲- واکنش های پرفشار یا فاجعه آمیز: برای مثال فوران و طغیانان احساسی که در اینجا انجام و پاسخ به نیازها خارج از توان فرد است. رفتار فرد به واکنش فوری و مؤثر ختم می شود. در نتیجه افزایش تحریک از محیط بوده و یک رفتار تدافعی سریع برای کمک به بازیابی کنترل است.

۳- اشتباهات موقعیتی: برای مثال خوردن مواد غیر خوراکی، دفع ادارار خارج از دستشویی، استفاده نامناسب از اشیاء، که نشان می دهد اطلاعات دریافت شده است، ولی تفسیر آن غلط بوده است. این رفتار ممکن است به دلیل ناکافی بودن عوامل محیطی، تحریک حسی پایین یا کاهش در عملکرد حسی باشد (۲۸).

رفتار پرستار می تواند تأثیر مثبت یا منفی بر بیمار و فرآیند باز توانی او داشته باشد. چارچوبها تعیین و انتخاب روش مناسب را به پرستاران نشان می دهند. برای مثال پرستاران می توانند تعداد اعضای یک تیم را که بر روی یک بیمار کار می کنند، کاهش دهند یا می توانند نشانه های محیطی و علائم را، برای استفاده شخص دارای دمانس توسعه دهند (۲۹).

درگیری افراد با پرسنل زیاد پیش می آید و به راحتی تشدید می شود. رانگسکوگ (Regneskog) و همکاران دلایل این درگیریها را نیاز به دستشویی، تغییر مکان، خروج کارکنان از محل خود و سر و صدای محیط یافتند. این درگیریها موجب بیشتر شدن اضطراب بیماران می شود که بر پرسنل نیز تأثیر منفی می گذارد (۳۰).

بهترین محیط:

هر عضو از تیم باز توانی (بالینی و غیر بالینی) مسئول ایجاد یک محیط حمایت کننده و شفا دهنده می باشد. پرستاران در این زمینه نقش مهمی دارند (۳۱). برای مثال افزایش علائم راهنما و تنظیم سطح صدا و نور جهت بهبود محیط، که این موارد به بیماران خیلی کمک می کند. بیماران نه تنها باید احساس آرامش و امنیت کنند بلکه باید حس کنترل و مالکیت بر فضای شخصی خود را داشته باشند. آنها باید آزادی قدم زدن در اطراف را داشته باشند و محدودیتها تا حد امکان کاهش یابد (۳۲).

برخی از رایج ترین مسائل برای افراد سالخورده در محیط های بیمارستانی توجه به نور، صدا و علائم است. آسیب حسی می تواند در اثر صدا و نور بسیار زیاد یا بسیار کم به وجود آید. سپس منجر به تفسیر غلط از محرک محیطی شود و این نیز به نوبه خود باعث تغییرات رفتاری می شود. مطالعات نشان دادند که فقدان بینایی رابطه زیادی با رفتارهای



— راهبردهای موفق را به طور کتبی یا با سند در اختیار دیگر کارکنان قرار دهید.

— با لحن دوستانه صحبت کنید و از بکار بردن کلماتی مانند باید و نباید خودداری کنید.

— از دستورالعمل‌های منفی مانند آنرا انجام نده، یا به آنجا نرو اجتناب کنید.

— در حضور فرد دارای دمانس با دیگران وارد گفتگو نشوید.

— با واژه‌های ساده توضیح دهید قصد انجام چه کاری را دارید، قبل از اینکه برای انجام معاینه وارد اتاق فرد شوید.

— از کارت، عکس و تصویر در صحبت‌های خود استفاده کنید.

— از دیدن او واقعاً خوشحال باشید.

— در هر زمان فقط یک سؤال بپرسید، از چند سؤال استفاده نکنید.

— از پرسشهایی که با چرا همراه است اجتناب کنید زیرا همیشه نیاز به پاسخی دارد که بیمار قادر به دادن آن پاسخ نیست.

— از اسم‌هایی مانند صندلی و حمام به جای ضمائر آن و آنجا استفاده کنید مانند لطفاً روی این صندلی بنشین، در حالیکه بیمار همزمان آنرا هم می‌بیند.

— از او نپرسید چه فکر می‌کند. بجای این از او بخواهید احساس خود را بگوید. برای مثال: احساس می‌کنی امروز چه به دست آورده‌ای؟ از بکار بردن این وسیله چه احساسی داری؟

— جمله‌های ساده و کوتاه بکار ببرید و آنرا واضح ادا کنید (۳۸).

باید توجه کنید که فرد سالمند بر چه حسی از خود در برداشت از جهان تسلط دارد (بینایی و حرکات، اشاره یا شنیداری). این امر با ایجاد حس اطمینان در بیمار تأثیر بیشتری دارد (۳۹).

#### نتیجه‌گیری

نباید تصور کرد که داشتن دمانس به معنای فقدان کامل توانایی‌هاست، زیرا برخی تواناییها را می‌توان افزایش داد و برخی دیگر را می‌توان کسب کرد. افراد سالخورده و حامیان آنها بهتر است دید مثبتی در زندگی همراه با دمانس داشته باشند.

همراه کردن اصول مراقبتی فرد محور در باز توانی سالمندان با دمانس و تمرکز بر آن، اساس سازماندهی خدمات و ارائه مراقبت‌های پرستاری که تجربه خوبی برای استفاده کنندگان آن است را ارائه می‌دهد. تحقیقات به عمل آمده نشان می‌دهد که در باز توانی افراد سالمند با دمانس اصول مراقبتی بیمار محور بیشترین نتایج مفید و مؤثر را داشته است.

مضطرب دارد. جبران کمبودهای حسی با ارائه عینک، سمعک و تعدیل سطح انجام می‌شود (۳۳).

محیط باید طوری تطبیق داده شود که فرد قادر به تفسیر علائم، بهتر از قبل شود. معیارهای ساده برای تفسیر محیط باید دارای موارد زیر باشد:

- ۱- ایجاد موقعیتهایی برای بیمار برای دستشویی رفتن، مثلاً از طریق راهروهای ویژه، باز گذاشتن در دستشویی برای قابل رؤیت بودن دستشویی و ایجاد سطح نور پایین در شب.
- ۲- ایجاد علائم زیاد برای یافتن دستشویی مانند تابلوهای بزرگ با عکس و واژه.
- ۳- استفاده از رنگهای متضاد تا افراد دارای دمانس، دستشویی را ببینند. ممکن است آنها در دیدن دستشویی سفید در مقابل دیوار سفید و کف روشن مشکل داشته باشند. یک دستشویی با رنگ ملایم تشخیص آنرا ساده می‌کند.
- ۴- برداشتن یا پوشاندن آینه‌ها بطوریکه حواس بیمار با دیدن تصویر خود یا این فکر که فرد دیگری در آنجا هست پرت نشود.

این کارها را می‌توان با حمام و سایر اتاقها نیز انجام داد. تغییرات محیط را در منزل فرد نیز می‌توان انجام داد (۳۴).

احساس امنیت فرد مهمترین اصل باز توانی است. چون فردی که سرما خورده، احساس گرسنگی یا خستگی و احساس ناامنی می‌کند، قادر نیست به دیگران اعتماد کند و توانایی آموزش یا بازآموزی اطلاعات و مهارت‌ها را نخواهد داشت. آنها استعداد کمی در اتخاذ روشهای مثبت دارند (۳۵).

انجمن بهداشت (Department of Health, b) چندین ابزار را برای روشهای کاری متمرکز بر بیمار و ویژگیهای ارتباطی در همه آنها ارائه داده است (۳۶)، اما یک ابزار ویژه در مورد ارتباط، اخیراً منتشر شده است که مشخص می‌کند باید به تواناییهای شناختی هر فرد توجه ویژه‌ای کرد. ایجاد ارتباطی که بیماران و حامیان آنها را حمایت کرده و نسبت به نیازها و امیال آنها حساس و مؤثر است و برای موفقیت باز توانی اهمیت ویژه‌ای دارد (۳۷).

کلیک و آلن (Killick & Allan) اطلاعات مفصل‌تری را درباره ارائه ارتباط یا مراقبت فردی دارای دمانس ارائه می‌دهند:

- از پشت سر به فرد نزدیک نشوید، همیشه از جلو به او نزدیک شوید.
- دائماً فرد را با نام خطاب کنید.
- در صورت لزوم جمله خود را تکرار کنید حتی اگر بسیار تکراری یا چرخه‌ای شود.
- زمان کافی برای دادن پاسخ در اختیار او قرار دهید.
- سخن خود را با ایما و اشاره همراه کنید.

منابع:

- 1- Erikson E, et al. Vital involvement in old age, New York, Norton. 1986
- 2- Williams C, Tappen R. Can we create a therapeutic relationship with nursing home residents in the later stages of alzheimer's disease? Journal of Psychosocial Nursing 1999; 37(5):28-34
- ۳- اشکانی پور، ف. توانبخشی سالمندان، مجله اولین کنگره سراسری پرستاری توانبخشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، ۱۳۷۸، ۲۵۰
- ۴- رفیعی، ح. (مترجم)، کاپلان و سادوک، مغز، رفتار و درمانهای زیستی، تهران، انتشارات آوا، ۱۳۷۹، ۱۳۲-۱۳۵
- ۵- پورافکاری، ن. (مترجم)، کاپلان و سادوک، خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری - روانپزشکی بالینی، جلد سوم، تهران، انتشارات شهرآب، ۱۳۸۴، سوم، ۵۳۰-۵۲۷
- 6- Nocon A, Baldwin S. Trends in rehabilitation policy, a review of the literature, London, King's Fund. 1998
- 7- Raphael D, et al. Measuring quality of life of older persons: a model with implications for community and public health nursing, International Journal of Nursing Studies 1997; 34(10):231-239
- 8- Department of Health, National service frame work for older people, London, The Stationery Office .2001
- 9- Mansfield J, et al. Medical correlates of agitation in nursing homes, Gerontology 1990; 63 (9):150-158
- 10- Algase D, et al. Need driven dementia compromised behaviour: an alternative view of disruptive behaviour, American Journal of Alzheimer's Disease 1996; 11(23):10-19
- 11- Lawton M. The physical environment of the person with alzheimer's disease, Ageing and Mental Health 2001; 5(18): 556-564
- 12- Kitwood T. Dementia reconsidered: The person comes first, Buckingham, Open University Press. 1997
- 13- Bender M. Explorations in dementia: theoretical and research studies into the experience of remediable and enduring cognitive losses. London Jessica Kingsley. 2003
- 14- Stokes G. Challenging behaviour in dementia: a person centred approach, Bicester Winslow. 2000
- 15- Hancock S. Intermediate care and older people Nursing Standard. 2003; 17(24): 45-51
- 16- Dewing J. Person centred dementia care: issues with theory and practice, Professional Nurse 1999a; 14(21): 585-589
- 17- Dewing J. Person centred dementia care: risk management, professional Nurse 1999 b; 14(2): 803-806
- 18- Kolanowski A, et al. Derivation of and intervention for need-driven behavior: activity preferences of persons with dementia, Journal of Gerontologica Nursing 2002; 28(19): 12-15
- 19- Department of Health. Essence of care: patient focused benchmarks for clinical governance, London the Stationery Office. 2003
- 20- Roberts B, Algase D. Victims of alzheimer's disease and the environment, Nursing Clinic of North America 1988; 23(40): 83-93
- 21- Normann H. Attitudes of registered nurses towards patients with severe dementia, Journal of Clinical Nursing 1999; 8(10): 353-359
- 22- Dewing J. Diversity in communities. Distance learning module for gerontological BSC, London, RCN Institute. 2002.
- 23- Nolan P.A history of mental health nursing, London, Chapman and Hall. 1993.
- 24- Sabat S. The experience of alzheimer's disease: life through a tangled veil, Oxford Blackwell 2001
- 25- Hall G, Buckwalter K. Progressively lowered stress threshold: a conceptual model for care of adults with alzheimer's disease, Archives of Psychiatric Nursing. 1997; 6(11):399-406
- 26- Waters K. Getting dressed in the early morning: styles of staff/patient interaction on rehabilitation hospital wards for elderly people, Journal of Advanced Nursing 1994; 19(32):239-248
- 27- Kovach C, Wells T. Pacing of activity as a predictor of agitation for persons with dementia in acute care, Journal of Gerontological Nursing 2002; 22(14):28-35
- 28- Nolan M, et al. Longitudinal study of the effectiveness of educational preparation to meet the needs of older people and carers: The Advanced Gerontological Education in Nursing project, London, English National Board for Nursing Midwifery and Health Visiting. 2001.
- 29- Department of Health. Working in partnership: a collaborative approach to care, London HMSO. 1994.
- 30- Ragneskog H, et al. Probable reasons for expressed agitation in persons with dementia, Clinical Nursing Research 1998; 7(19): 189-206
- 31- Dewing J, Garner P. Listening to end, Elderly Care 1998; 10(22):12-15
- 32- Comas Herrera A, et al. Cognitive impairment in older people: its implications for future demand for services and costs, Personal Social Services Research Unit, Discussion Paper, University of Kent, <http://www.kent.ac.uk/> (Last accessed: October 13 2003).
- 33- Feill N. Validation therapy: care giving in dementia, London, Routledge. 1992.
- 34- Kitwood T, Bredin K. Towards a theory of dementia care: personhood and wellbeing, Ageing and society 1992; 12(7):69-287.
- 35- Clare L. et al. A quiet revolution, The Psychologist 2003; 16(24):250-254.
- 36- Department of Health. Essence of care benchmarking tool kit, London, The Stationery Office .2001b.
- 37- Sabat S, Harre R. The construction and deconstruction of self in alzheimer's disease, Ageing and society 1992; 12(31):443-461.
- 38- Killick J, Allan K. Communication and the care of people with dementia, Buckingham, Open University press. 2001.
- 39- Potts H, et al. Resistance to care, Journal of Gerontological Nursing 1996; 22(18):11-17.