



Original Article

The Role of Namaste Care on the Quality of Life of the Elderly with Alzheimer's Disease

Rafat Rezapour-Nasrabad^{1*}, PhD; Marzieh Heydari², PhD; Seyedeh Fatemeh Moosavi Moqaddam³, MSc; Saeedeh Piri⁴, PhD Candidate; Elham Sadeghi Moghimi⁵, MSc; Sanaz Rustae⁶, MSc

¹Associate Professor, Department of Psychiatric Nursing and Management, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

²Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Abadeh Branch, Islamic Azad University, Abadeh, Iran

³Department of Nursing, School of Nursing, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran

⁴PhD Candidate in Nursing, Student Research Committee, Faculty of Nursing and Midwifery, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

⁵Department of Community Health Nursing, Vali Asr Nursery, Shiraz, Iran

⁶Master of Nursing Internal surgery, School of Nursing, Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Iran

Article Information

Article History:

Received: Dec. 25, 2023

Accepted: Jan. 03, 2024

*Corresponding Author:

Rafat Rezapour-Nasrabad, PhD;
Associate Professor, Department of
Psychiatric Nursing and Management,
School of Nursing and Midwifery,
Shahid Beheshti University of Medical
Sciences, Tehran, Iran
Email: Rezapour.r@sbumu.ac.ir

Abstract

Introduction: The present study aimed to investigate the effect of Namaste care on the Quality of Life (QoL) of elderly individuals with Alzheimer's disease (AD).

Methods: This quasi-experimental pre-post intervention study was conducted on 25 elderly individuals with AD who were receiving care at a nursing care center. The QoL in the Last Stage of Dementia (QUALID) questionnaire was used to evaluate QoL before the intervention. This questionnaire had 11 items across various domains and was scored on a 5-point Likert scale. All participants received Namaste care for 4 months, 7 days a week, by trained caregivers. At the end of the study, QoL was reassessed using the QUALID questionnaire.

Results: The findings revealed that the mean QoL scores before and after the intervention were 45.24 ± 6.26 and 23.72 ± 6.55 , respectively. Namaste care significantly improved the QoL of elderly individuals with AD ($P < 0.001$). All variables related to QoL showed improvement after the provision of Namaste care.

Conclusion: The care for individuals with AD extended beyond medical and nursing protocols and encompassed psychological and social dimensions. Namaste care could enhance the quality of care for elderly individuals with AD.

Keywords: Alzheimer Disease; Aged, Quality of Life; Namaste Care; Neurodegenerative Diseases

Please cite this article as:

Rezapour-Nasrabad R, Heydari M, Moosavi Moqaddam SF, Piri S, Sadeghi Moghimi E, Rustae S. The Role of Namaste Care on the Quality of Life of the Elderly with Alzheimer's Disease . Sadra Med. Sci. J. 2025; 13(1): 102-113. doi: 10.30476/smsj.2025.101167.1478.



مجله علوم پزشکی صدرا

<https://smsj.sums.ac.ir/>



مقاله پژوهشی

ارزیابی مراقبت‌های مدیریت‌شده به روش ناماسته روی سالمندان مبتلا به آلزایمر

رفعت رضاپور نصرآباد^{۱*}، مرضیه حیدری^۲، سیده فاطمه موسوی مقدم^۳، سعیده پیری^۴، الهام صادقی مقیمی^۵، ساناز روستایی^۶

^۱دانشیار گروه مدیریت و روانپرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، تهران، ایران

^۲استادیار گروه علوم تربیتی، واحد آباء، دانشگاه آزاد اسلامی، آباء، ایران

^۳کارشناسی ارشد گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

^۴دانشجوی دکتری پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

^۵کارشناسی ارشد پرستاری، گروه پرستاری سلامت جامعه، شیرخوارگاه ولی عصر، شیراز، ایران

^۶کارشناس ارشد پرستاری جراحی داخلی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران

چکیده

اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۰۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۱/۱۴

نویسنده مسئول:

رفعت رضاپور نصرآباد،

دانشیار گروه مدیریت و روانپرستاری، دانشکده پرستاری و

مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، تهران،

ایران

پست الکترونیکی: Rezapourr@sbmu.ac.ir

مقدمه: مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر مراقبت ناماسته بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به بیماری آلزایمر انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به صورت مداخله‌ای نیمه تجربی قبل و بعد بر روی ۲۵ سالمند در دسترس مبتلا به آلزایمر که در مرکز مراقبت‌های پرستاری مراقبت می‌کنند، انجام شد. پرسشنامه کیفیت زندگی در مرحله آخر دمانس برای ارزیابی کیفیت زندگی قبل از مداخله استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۱۱ گویه در زمینه‌های مختلف است و با طیف لیکرت ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری شده است. همه شرکت‌کنندگان مراقبت ناماسته را به مدت چهار ماه و هفت روز در هفته توسط مراقبان آموزش‌دیده دریافت کردند و در پایان مطالعه، کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان مجدداً با پرسشنامه کیفیت زندگی در مرحله آخر دمانس ارزیابی شد.

یافته‌ها: یافته‌های ما نشان می‌دهد که میانگین نمره کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان قبل و بعد از مداخله به ترتیب $45/6 \pm 24/26$ و $23/72 \pm 6/55$ بود. در واقع، مراقبت ناماسته به‌طور قابل توجهی کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به بیماری آلزایمر را بهبود می‌بخشد ($P < 0.001$). تمامی متغیرهای مرتبط با کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به بیماری آلزایمر در خانه سالمندان منتخب قبل و بعد از ارائه مراقبت ناماسته نشان از بهبود کیفیت زندگی سالمندان بعد از ارائه مراقبت ناماسته داشت.

نتیجه‌گیری: مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری آلزایمر بسیار فراتر از رعایت دستورالعمل‌های پزشکی و پرستاری بوده و یک پدیده روانی و اجتماعی است که مراقبت ناماسته می‌تواند مراقبت کیفی برای سالمندان مبتلا به بیماری آلزایمر را بهبود ببخشد.

کلمات کلیدی: بیماری آلزایمر؛ سالمندی؛ کیفیت زندگی؛ مراقبت ناماسته؛ بیماری‌های عصبی

لطفاً این مقاله را به این صورت استناد کنید:

رضا پور نصرآباد، حیدری م، موسوی مقدم س، پیری س، صادقی مقیمی ا، روستایی س. ارزیابی مراقبت‌های مدیریت‌شده به روش ناماسته روی سالمندان مبتلا به آلزایمر. مجله علوم پزشکی صدرا. دوره ۱۳، شماره ۱، زمستان ۱۴۰۳، صفحات ۱۱۳-۱۰۲.

می‌کند و همچنین از رفتار نادرست جلوگیری می‌کند با مشکلات زیادی روبرو هستند.

باین حال، اکثر این بیماران در خانه‌های سالمندان بدون مهارت خاصی برای مراقبت از آن‌ها مراقبت می‌کردند. در واقع پرستاران آموزش‌دیده مهم‌ترین نقش را در ارائه محیطی مناسب و مراقبت با کیفیت بالا برای سالمندان مبتلا به بیماری آلزایمر دارند (۶). مراقبت ناماسته^۲ با رویکرد تسکینی برای مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری آلزایمر طراحی شده است. مراقبت ناماسته اغلب شامل حمام کردن، لباس پوشیدن، نظافت، هیدراتاسیون و تجربیات حسی اضافی به عنوان فعالیت‌های معنی‌دار به جای کارهایی است که فهرست را بررسی می‌کنند. این امر فضای آرامش‌بخشی را برای بیماران و خانواده‌های آن‌ها ایجاد می‌کند. از این رو مهم‌ترین چالش ایجاد یک سیستم مراقبت جامع برای سالمندان است (۱). با این حال، مشکلات مختلف فردی، خانوادگی و اجتماعی می‌تواند مراقبت از بیماران را پیچیده کند (۷). علاوه بر عوارض جانبی جسمانی بیماری آلزایمر، طیف وسیعی از نیازهای جسمی، عاطفی، روانی، اجتماعی و اقتصادی برای فرد مبتلا، خانواده و مراقبان آن وجود دارد (۸). بنابراین مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری آلزایمر بسیار فراتر از رعایت دستورالعمل‌های پزشکی و پرستاری بوده و یک پدیده روانی و اجتماعی است. با توجه به اینکه این بیماری صعب‌العلاج است و ۶۰ درصد از ساکنان خانه سالمندان را بیماران مبتلا به بیماری آلزایمر متوسط تا شدید تشکیل می‌دهند، محیط خانه سالمندان و برنامه مراقبت باید به گونه‌ای باشد که ایمنی و رفاه بیماران تأمین شود (۸). مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر مراقبت ناماسته بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به بیماری آلزایمر انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت مداخله‌ای نیمه تجربی، در خانه سالمندان ایرانمهر تهران انجام شد.

جامعه آماری

جامعه آماری این مطالعه را کلیه سالمندان ساکن در مرکز سالمندان ایرانمهر تهران در سال ۱۴۰۱ به روش نمونه‌گیری در تشکیل می‌دادند. این مرکز، خدمات درمانی شبانه‌روزی، خدمات پزشکی، پرستاری، توان‌بخشی، گفتاردرمانی، کاردرمانی و فیزیوتراپی را

شاخص امید به زندگی جمعیت سالمند در ایران و جهان در حال افزایش است (۱). این فاکتور به عنوان یک عاملی اساسی است که هم در بعد اجتماعی و هم در بعد اقتصادی تأثیرگذار است و در حال حاضر مهم‌ترین چالش نظام سلامت است (۲). سالمندان با مشکلات بحرانی از جمله افزایش ناتوانی و ضعف، چندین بیماری همراه به طور هم‌زمان، ابتلا به بیماری‌های مزمن و صعب‌العلاج و استفاده از چندین دارو که می‌تواند آن‌ها را مستعد ابتلا به بیماری‌های شدید کند، مواجه هستند (۳). با افزایش سن، بار بیماری دو برابر شده و خطر ناتوانی افزایش می‌یابد که منجر به ایجاد بیماری‌های مزمن و در نتیجه افزایش هزینه‌ها و کاهش کیفیت زندگی^۱ (QoL) می‌شود (۳). پیری جمعیت در سراسر جهان در حال وقوع است. در سال ۱۹۰۰، تنها ۴٫۱ درصد از ۷۶ میلیون نفر در ایالات متحده، ۶۵ سال و بیشتر سن داشتند، و در میان افراد در این گروه سنی، تنها ۳/۲ درصد در سن ۸۵ سال و بالاتر بودند. تا سال ۱۹۵۰ بیش از ۸ درصد از کل جمعیت ۶۵ سال و بالاتر بودند و تا سال ۲۰۰۰ این درصد به ۱۲/۶ درصد افزایش یافت. تغییر در نسبت جمعیتی که سالمند هستند به تغییرات در بقای افراد مسن و میزان زاد و ولد بستگی دارد. جمعیت رو به رشد سالمندان چالش‌های مهمی را برای سیاست‌گذاران سلامت، خانواده‌ها و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی ایجاد کرده است که یکی از آن‌ها زوال عقل است و شایع‌ترین علت آن بیماری آلزایمر است (۴). افزایش سن مهم‌ترین عامل خطر برای بیماری آلزایمر است که میانگین امید به زندگی را تا ۵۰ درصد کاهش می‌دهد (۵).

از جمله مشکلات عمده سالمندی می‌توان به مشکلات روحی، مشکلات حرکتی، کاهش نیرو و قدرت بدنی، کاهش ساعت خواب و بی‌خوابی، فراموشی، تنهایی، عدم توانایی تولیدمثل به‌ویژه در زنان و کاهش سطح انگیزش اشاره کرد. افراد مبتلا به بیماری آلزایمر به دلیل مشکلات شناختی و رفتاری نمی‌توانند نیازهای خود را برآورده کنند و به مراقبان رسمی و/یا غیررسمی با روش‌های مراقبتی جدید نیاز دارند (۱). از این رو، اعضای خانواده نقش اساسی در مراقبت از آن‌ها دارند (۳). مراقبت از سالمندان مبتلا به بیماری آلزایمر یک کار دشوار است و مراقبان آن در ارائه مراقبت‌هایی که احترام و کرامت آن‌ها را حفظ

2. Namaste

1. Quality of Life

برای سالمندان ارائه می‌دهد.

حجم نمونه و روش نمونه‌گیری

بر اساس امکان‌سنجی مطالعه و با استفاده از رویکرد هرتزوک^۳ (۹). در مطالعات مقدماتی، حجم نمونه ۲۵ نفر محاسبه شد.

معیارهای ورود و خروج مطالعه

معیارهای ورود به مطالعه، داشتن بیش از ۶۰ سال سن؛ توانایی صحبت کردن به زبان فارسی؛ توانایی شرکت در هشت جلسه اول برنامه؛ و داشتن رضایت بر همکاری و تعامل خوب با برنامه بود. اگرچه هیچ محدودیت جنسیتی یا مذهبی وجود نداشت، اما شرکت‌کنندگان و خانواده‌هایشان که نمی‌توانستند فارسی صحبت کنند و کسانی که به بیماری‌های زمینه‌ای مبتلا بودند که محقق را از ارائه مداخله بازمی‌داشت، از مطالعه حذف شدند.

روش اجرای پژوهش

ویژگی‌های توصیفی برای هر شرکت‌کننده ثبت شد: سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل، سابقه بیماری و مدت اقامت در مرکز ثبت گردید. طراحی مطالعه به‌صورت قبل و بعد^۴ انجام شد و در آن فقط یک گروه وجود داشت که اعضای آن مداخله را دریافت نموده بودند. خصوصیات افراد قبل از مداخله ثبت شد و پس از انجام مداخله نیز، مورد سنجش قرار گرفت و تفاوت حاصل‌شده ارزیابی شد تا میزان کارایی مداخله مشخص شود. (شکل ۱).

روش جمع‌آوری داده‌ها

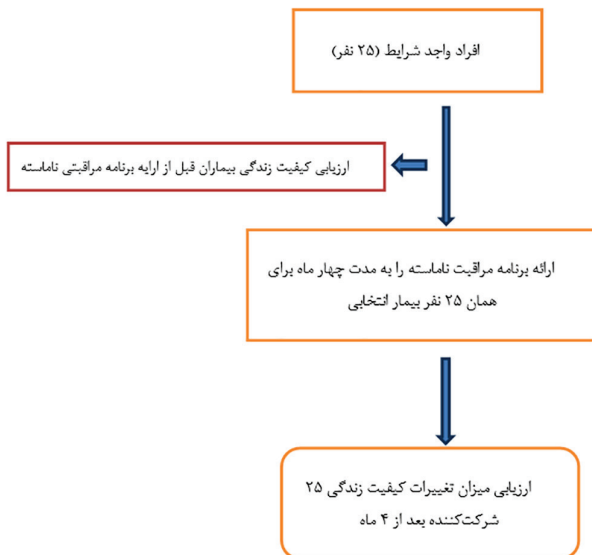
برای ارزیابی کیفیت زندگی، از پرسشنامه کیفیت زندگی در مرحله آخر دمانس^۵ استفاده شد. پرسشنامه کیفیت زندگی در مرحله آخر دمانس یک پرسشنامه ۱۱ سؤالی در حوزه‌های مختلف (مانند فعالیت‌های روزانه و حالات ذهنی) است و با مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. آلبرت^۶ و همکاران این ابزار را با اعتبار و پایایی بالا توسعه دادند. در پژوهش حاضر برای سنجش پایایی پرسشنامه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵۱ محاسبه شد که نشان‌دهنده پایایی و ثبات درونی قابل قبول است (۳). نمره کل به‌عنوان مجموع نمرات آیت‌ها محاسبه می‌شود. مجموع نمرات

3. Hertzog

4. Design after-Before

5. Qualid

6. Albert



شکل ۱. فلوچارت کنسورت انتخاب نمونه و ارائه مداخله

بین ۱۱ تا ۵۵ است که امتیازات پایین‌تر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بالاتر است.

قبل از مداخله، اطلاعات پایه شرکت‌کنندگان و پرسشنامه کیفیت زندگی در مرحله آخر دمانس توسط مراقبان تکمیل شد. همچنین پس از چهار ماه ارائه مراقبت ناماسته، کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی در مرحله آخر دمانس مجدداً ارزیابی شد.

مراقبت ناماسته

مراقبت ناماسته یک لمس ملایم و طیف وسیعی از فعالیت‌های معنادار برای بیماران مبتلا به زوال عقل پیشرفته است. در این مطالعه، چهار پرستار آموزش‌دیده به مدت چهار ماه، هفت روز در هفته و دو ساعت در روز مراقبت ناماسته را ارائه کردند.

در این نوع مراقبت که به‌صورت آموزش برنامه مراقبتی ناماسته برای پرستاران، به‌منظور بهبود کیفیت زندگی سالمندان اجرا شد، برای حفظ حریم خصوصی بیماران و احترام به کرامت سالمندان مبتلا به الزایمر، پس از هماهنگی با مرکز و ارائه آموزش‌های لازم و برنامه‌ریزی‌شده به مراقبان، کلیه مراقبت‌ها در اتاق مراقبت ناماسته (اتاقی راحت، بدون استرس و فشارهای خارجی) با همکاری و حضور اعضای خانواده بیماران انجام شد.

مراقبان از بین افرادی با حداقل یک سال سابقه کار با سالمندان مبتلا به الزایمر انتخاب شدند. تمامی مراقبان آموزش‌های لازم را در زمینه مراقبت ناماسته از محقق دریافت کردند. پس از آموزش مراقبان، از یک اتاق خصوصی با محیطی آرام، موسیقی آرامش‌بخش،

جدول ۱. برنامه مراقبت اجرایی-آموزشی ناماسته

آماده‌سازی محیط – شروع مراقبت از ناماسته

وسایل ضروری را برای شروع مراقبت صبحگاهی جمع‌آوری کنید، از جمله حوله صورت، وان، نوشیدنی، بالش، و لوازم بیمار اتاق را مرتب کنید و نور را تنظیم کنید.
اسپری دئودورانت اسطوخودوس را نصب کنید.
موسیقی ملایم و ویدیوهای نمایش طبیعت پخش کنید.

استقبال از بیماران

تمام بیمارانی که وارد اتاق می‌شوند را در آغوش گرفته و لمس کنید.
همه روی یک صندلی راحت بنشینند.
پتو یا لحاف دور پای آن‌ها بپیچید.
برای قرار دادن بیمار از بالش یا حوله اضافی استفاده کنید.
درد و ناراحتی هر فرد را ارزیابی کنید.

فعالیت‌های صبحگاهی

دست‌ها را بشویید و لوسیون را روی دست‌ها و انگشتان بمالید.
صورت شسته و کرم زده می‌شود.
موها شانه شده است.
از وسایل شخصی که بیمار دوست دارد مانند رژ لب، گیره و زیورآلات مو استفاده کنید.
دست‌ها ماساژ داده می‌شوند.
در صورت نیاز به آن‌ها یک دوست واقعی بدهید.
عروسک، سگ بزرگ، گربه، خرگوش و غیره به همراه داشته باشید.

تغذیه/آب

مدام به آن‌ها آب/آب میوه بدهید.
در صورت تمایل به آن‌ها بستنی، ماست، اسموتی، میوه و شکلات بدهید.

اگر زمان اجازه دهد

ریش مردان را کوتاه کنید.
به آن‌ها بستنی، پودینگ و ... بدهید.

آماده‌سازی بیماران برای ناهار (۱۲ دقیقه قبل از ناهار)

چراغ‌ها را روشن کنید.
موسیقی شاد پخش کنید.
فعالیت‌های سرگرم‌کننده مانند بیرون زدن حباب، ساختن بادکنک/بادبادک و غیره را اجرا کنید.
در مورد کار روزانه صحبت کنید.
از صدای پرندگان استفاده کنید.
از عطرها و اسانس‌ها برای یادآوری هوای تازه مانند علف و گل‌های اسطوخودوس استفاده کنید.

فعالیت‌های دیگر

خاطرات یا تاریخچه بیماران را یادآوری کنید، عکس‌های قدیمی و موارد گذشته را ببینید.
پاها را در تابه بشویید و یک کرم به پاها و دست‌ها بمالید.
حرکات موسیقایی، آواز خواندن و شعرخوانی با صدای بلند را انجام دهید.
آرایش مو یا ناخن داشته باشید.

پایان مراقبت ناماسته

از بیماران برای حضور در جلسه مراقبت ناماسته تشکر کنید.
اتاق را برای جلسه مراقبت روز بعد آماده کنید.

شدند تا در هر فعالیتی که می‌خواهند مداخله کنند (مثلاً استفاده از کرم دست، شانه کردن مو، و کمک به تغذیه). پرستاران آموزش‌دیده شرکت‌کنندگان را به اتاق‌های روشن مملو از عطرهای اسطوخودوس و صندلی‌های راحت هدایت کردند و مراقبان به گرمی

نور ملایم، بخور اسطوخودوس، صندلی‌های راحت و پتوهای لوله‌ای برای ارائه مراقبت از ناماسته استفاده شد. تمهیدات لازم برای حضور خانواده‌های سالمند در مرکز مربوطه و ارائه خدمات در صورت تمایل توسط مسئولان مرکز انجام شد. خانواده‌ها تشویق

جدول ۲. توزیع فراوانی ویژگی‌های جمعیت شناختی سالمندان مبتلا به بیماری آلزایمر در سرای سالمندان

درصد	فراوانی	مشخصات فردی
۲۴	۶	۶۰ سال و کمتر
۷۶	۱۹	بیش از ۶۰ سال
۶۴	۱۶	مؤنث
۳۶	۹	مذکر
۳۶	۹	کمتر از یک
۴۴	۱۱	۱ الی ۵
۲۰	۵	بیشتر از ۵
۲۰	۵	کمتر از یک
۶۰	۱۵	۱ الی ۵
۲۰	۵	بیشتر از ۵
۲۰	۵	بلی
۸۰	۲۰	خیر

ملاحظات اخلاقی

• اخذ رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از نمونه‌های تحت مطالعه، توضیح هدف از انجام پژوهش به نمونه‌های مورد مطالعه و اطمینان کامل به نمونه‌ها از محرمانه ماندن اطلاعات در پژوهش لحاظ شد.

• این مطالعه از دانشکده‌های علوم پزشکی، داروسازی، پرستاری و مامایی شهید بهشتی با شناسه IR.SBMU.PHARMACY.REC.1399.124 تأیید شد.

یافته‌ها

در این پژوهش ۲۵ پرسشنامه تکمیل شد. ۱۹ نفر از شرکت‌کنندگان بالای ۶۰ سال سن داشتند و اکثراً (۶۴٪) زن بودند. همانطور که در (جدول ۲) نشان داده شده است، ۴۴ درصد از شرکت‌کنندگان به مدت یک تا پنج سال در خانه سالمندان ساکن بودند و ۸۰ درصد هیچ ارتباطی با خانواده خود نداشتند.

(جدول ۳) بیانگر سطح ادراک، احساسات و عواطف بیماران، قبل و بعد از مراقبت ناماسته است. میانگین امتیاز شرکت‌کنندگان قبل از مداخله $45/24 \pm 6/26$ (محدوده ۲۵-۵۵) بود، اما پس از مداخله، این نمره $23/72 \pm 6/05$ (محدوده ۱۵-۳۸) به دست آمد که حاکی از بهبود قابل توجه کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان پس از مراقبت بود ($P < 0/001$).

از آن‌ها استقبال کردند. همچنین از عروسک‌ها برای تحریک احساسات در اتاق مراقبت استفاده شد. در حین ارائه مراقبت ناماسته، غذا و مایعات توسط مراقبان و اعضای خانواده به‌عنوان یک فعالیت لذت‌بخش برای حفظ تغذیه بیمار ارائه شد. حدود ۲۰ دقیقه قبل از ناهار، شرکت‌کنندگان آماده شدند تا اتاق را ترک کنند و غذا بخورند. چراغ‌ها با مراقبت روشن‌تر شدند. موسیقی پخش می‌شد و به بیماران مواردی نشان داده می‌شد که آب و هوا، فصل یا تعطیلات را منعکس می‌کرد، مانند برکه، برف، گل‌های وحشی، و چمن تازه، که به بیماران امکان می‌داد فضای بیرون اتاق را درک کنند. برنامه دقیق مراقبت از ناماسته در (جدول ۱) ارائه شده است.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

به کمک تجزیه و تحلیل توصیفی ویژگی‌های شرکت‌کنندگان و امکان‌سنجی مداخله به‌صورت میانگین (انحراف استاندارد و میانه) (حداقل حداکثر) برای متغیرهای پیوسته و تعداد (درصد) برای متغیرهای طبقه‌ای محاسبه شد. نتایج با فاصله اطمینان ۹۵ درصد و مقادیر P مرتبط گزارش شد. تمامی تجزیه و تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰، و آمار توصیفی و همبستگی برای یافتن روابط بین متغیرها با آزمون t -test انجام شد.

جدول ۳. توزیع فراوانی کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به بیماری آلزایمر در خانه سالمندان منتخب قبل و بعد از ارائه مراقبت ناماسته

P value	بعد از مداخله		قبل از مداخله		پارامترها
	%	فراوانی	%	فراوانی	
۰/۰۰۱	۲۸	۷	۰	۰	هر روز - یک یا چند بار خود به خود
	۴۰	۱۰	۱۲	۳	خود به خود - کمتر از یک بار در روز
	۲۸	۷	۲۸	۷	فقط در پاسخ به محرک‌های خارجی - یک بار در روز
	۴	۱	۴۸	۱۲	فقط در پاسخ به محرک‌های خارجی - کمتر از یک بار در روز
	۰	۰	۱۲	۳	به‌ندرت، اصلاً
۰/۰۰۱	۲۸	۷	۰	۰	به‌ندرت، اصلاً
	۴۰	۱۰	۰	۰	کمتر از یک بار در روز
	۲۴	۶	۲۸	۷	حداقل یک بار در روز
	۸	۲	۳۲	۸	تقریباً نصف روز
	۰	۰	۴۰	۱۰	اکثر روز
۰/۰۰۱	۲۸	۷	۰	۰	به‌ندرت، اصلاً
	۴۴	۱۱	۴	۱	فقط در پاسخ به محرک‌های خارجی، کمتر از یک بار در روز
	۲۴	۶	۱۲	۳	فقط در پاسخ به محرک‌های خارجی، حداقل یک بار در روز
	۴	۱	۲۸	۷	بدون هیچ دلیل مشخصی، کمتر از یک بار در روز
	۰	۰	۵۶	۱۴	بدون دلیل مشخص، یک یا چند بار در روز
۰/۰۰۱	۲۸	۷	۰	۰	به‌ندرت، اصلاً
	۴۴	۱۱	۰	۰	فقط در پاسخ به محرک‌های خارجی، کمتر از یک بار در روز
	۲۴	۶	۲۰	۵	فقط در پاسخ به محرک‌های خارجی، حداقل یک بار در روز
	۴	۱	۳۶	۹	بدون هیچ دلیل مشخصی، کمتر از یک بار در روز
	۰	۰	۴۴	۱۱	بدون دلیل مشخص، روزی یک بار

P value	بعد از مداخله		قبل از مداخله		پارامترها
	%	فراوانی	%	فراوانی	
۰/۰۰۱	۳۲	۸	۰	۰	به ندرت، اصلاً
	۴۴	۱۱	۴	۱	فقط در پاسخ به محرک‌های خارجی، کمتر از یک بار در روز
	۱۶	۴	۲۴	۶	فقط در پاسخ به محرک‌های خارجی، حداقل یک بار در روز
	۸	۲	۲۸	۷	بدون هیچ دلیل مشخصی، کمتر از یک بار در روز
	۰	۰	۴۴	۱۱	بدون دلیل مشخص، روزی یک بار
۰/۰۰۱	۲۰	۵	۰	۰	به ندرت، اصلاً
	۴۸	۱۲	۴	۱	فقط در پاسخ به محرک‌های خارجی، کمتر از یک بار در روز
	۱۶	۴	۲۰	۵	فقط در پاسخ به محرک‌های خارجی، حداقل یک بار در روز
	۱۶	۴	۳۶	۹	بدون هیچ دلیل مشخصی، کمتر از یک بار در روز
	۰	۰	۴۰	۱۰	بدون دلیل مشخص، یک یا چند بار در روز
۰/۰۰۱	۸	۲	۰	۰	به ندرت، اصلاً
	۵۲	۱۳	۸	۲	کمتر از یک بار در روز
	۲۴	۶	۲۰	۵	حداقل یک بار در روز
	۱۲	۳	۴۴	۱۱	تقریباً نصف روز
	۴	۱	۲۸	۷	بیشتر روز
۰/۰۰۱	۲۰	۵	۰	۰	در اکثر وعده‌های غذایی و میان وعده‌ها
	۴۴	۱۱	۸	۲	دوبار در روز
	۲۴	۶	۴۴	۱۱	حداقل یک بار در روز
	۱۲	۳	۴۸	۱۲	کمتر از یک بار در روز
	۰	۰	۰	۰	به ندرت، اصلاً

P value	بعد از مداخله		قبل از مداخله		پارامترها
	%	فراوانی	%	فراوانی	
۰/۰۰۱	۲۸	۷	۰	۰	تقریباً همیشه؛ او تقریباً همیشه شروع به لمس می‌کند
	۴۰	۱۰	۸	۲	بیش از نیمی از زمان؛ گاهی اوقات شروع به لمس کردن می‌کند
	۲۰	۵	۱۲	۳	نیمه‌وقت؛ او هرگز شروع به لمس نمی‌کند اما در برابر لمس کردن مقاومت نمی‌کند
	۸	۲	۴۸	۱۲	کمتر از نیمی از زمان؛ اغلب در برابر لمس کردن / لمس شدن مقاومت می‌کند
	۴	۱	۳۲	۸	به ندرت یا هرگز؛ تقریباً همیشه در برابر لمس کردن / لمس شدن مقاومت می‌کند
۰/۰۰۱	۳۲	۸	۰	۰	تقریباً همیشه؛ تعامل با دیگران می‌کند
	۴۰	۱۰	۴	۱	بیش از نیمی از زمان؛ گاهی اوقات او شروع به تعامل با دیگران می‌کند
	۲۰	۵	۲۰	۵	نصف وقت؛ او هرگز شروع به تعامل نمی‌کند، اما در مقابل تعامل با دیگران مقاومت نمی‌کند
	۸	۲	۳۲	۸	کمتر از نیمی از زمان؛ اغلب در مقابل تعامل با دیگران مقاومت می‌کند
	۰	۰	۴۴	۱۱	به ندرت یا هرگز؛ تقریباً همیشه در برابر تعامل با دیگران مقاومت می‌کند
۰/۰۰۱	۳۲	۸	۰	۰	بیشتر روز
	۳۶	۹	۴	۱	بیش از نیم روز
	۲۴	۶	۲۰	۵	نصف روز
	۴	۱	۳۲	۸	کمتر از نصف روز
	۴	۱	۴۴	۱۱	به ندرت، اصلاً

گروه از بیماران در نظر گرفته شود (۱۳). آن‌ها نشان دادند که دو جلسه دوساعته در روز به مدت پنج روز در هفته در یک محیط کوچک و ساکت با مراقبت‌های حسی بالا می‌تواند به‌طور قابل توجهی درد را کاهش دهد و کیفیت زندگی را بهبود بخشد (۱۳)، نتایج این مطالعه با مطالعه حاضر مطابقت دارد.

سیمارد و وولیسر^۹، تأثیر مراقبت ناماسته را بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به الزایمر در ایالات متحده ارزیابی کردند (۱۴). آن‌ها نشان دادند که الزایمر می‌تواند از طریق یک رویکرد کیفی بر تمام جنبه‌های زندگی یک فرد از جمله اختلالات ارتباطی و اجتماعی، مشکلات جسمی، اختلالات روانی و درد ناشناخته تأثیر بگذارد (۱۴). همچنین در مدل مفهومی، محیطی آرام و راحت و لمس محبت‌آمیز، دو عامل اساسی در برنامه مراقبتی ناماسته، کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به الزایمر را بهبود می‌بخشد (۱۴). این دو عامل از طریق کاهش استرس، افزایش مشارکت بیمار در فعالیت‌های روزانه، کاهش درد، بهبود کیفیت ارتباط بیمار و پرستار، افزایش احساس رضایت (لمس) بیماران و رضایت از مراقبت را فراهم می‌کند (۱۴).

استاکپول^{۱۰} و همکاران، در مقاله بررسی تأثیر مراقبت ناماسته بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به الزایمر پیشرفته در شش مرکز مراقبتی انگلستان (۱۵)، نشان دادند که مراقبت ناماسته منجر به ارتباط بهتر بین اعضای تیم پزشکی، افزایش کیفیت زندگی بیماران و مراقبت بیمار محور می‌شود که مطابق با مطالعه فعلی است (۱۵).

نتیجه مطالعات مرکز پژوهش‌های سازمان ملل متحد در ایران نشان داده است که ترکیب جمعیتی ایران در حال تغییر است و نسبت افراد سالمند به کل جمعیت افزایش پیدا کرده است (۱۶). از سوی دیگر، به نظر می‌رسد جمعیت سالمند در ایران در سال ۲۰۳۰ به حدود ۲۶ میلیون نفر (۲۶ درصد از کل جمعیت) برسد (۱۶). همچنین پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۰۳۰، ۳۰ میلیون نفر و در سال ۲۰۵۰، نزدیک به ۱۰۰ میلیون سالمند مبتلا به الزایمر در سراسر جهان وجود داشته باشد (۱۶). در حال حاضر در ایران بیش از ۶۰۰۰۰۰ بیماری الزایمر مشاهده می‌شود که انجام تحقیقات بیشتری را ضروری می‌سازد. همچنین سیاست‌های لازم برای تأمین امکانات ساختاری، تجهیزات و منابع انسانی برای ایجاد مراقبت‌های

الزایمر یک اختلال مزمن مغزی پیش‌رونده و ناتوان‌کننده است که می‌تواند بر جنبه‌های مختلف جمعیت سالمند مانند اختلال در گفتار، فعالیت‌های حرکتی، حافظه و هوش تأثیر بگذارد (۱۰). برای اولین بار برنامه مراقبت ناماسته در سال ۲۰۰۲ توسط مارینوس^۷ و همکاران در ایالات متحده طراحی و اجرا گردید (۵). سپس بعدها در انگلستان، استرالیا و یونان نیز اجرا شد (۱۱).

در راستای تحقیق حاضر، امرالله مجدآبادی کوهنه و همکاران اثرات برنامه مراقبت ناماسته (دو ساعت در روز و چهار روز در هفته به مدت شش ماه) را بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به الزایمر ساکن در خانه سالمندان در آخرین مراحل زندگی ارزیابی کردند (۱۲). آن‌ها نشان دادند که برنامه ناماسته ممکن است یک رویکرد حمایتی برای بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به الزایمر باشد (۱۲). تهیه برنامه مراقبت ویژه بر اساس نظرات پرستاران، بیماران، مراقبان و ویژگی‌های آن‌ها ضروری است.

به نظر می‌رسد مراقبت ناماسته، افراد مبتلا به زوال عقل پیشرفته را در بیمارستان بهبود می‌بخشد. ناماسته با ارائه تحریک، راحتی و تجارب آرام، زندگی بیماران را غنی می‌کند و باعث افزایش تعامل اجتماعی و افزایش ارتباطات می‌شود. این احساس ارتباط شرکت‌کنندگان با بیماران و توانایی آن‌ها برای مراقبت با شفقت را بهبود می‌بخشد. ناماسته هم برای کارمندان ارائه مراقبت و هم بیمارانی که آن را دریافت می‌کنند، لذت‌بخش است (۹).

برای افراد مبتلا به زوال عقل پیشرفته که گوشه‌گیر شده‌اند و تعامل اجتماعی آن‌ها کاهش یافته است، مشارکت در مراقبت ناماسته می‌تواند منجر به بهبود ارتباطات و تعامل با مراقبان آن‌ها و افزایش علاقه به محیط اطراف شود. همچنین مشخص شده است که معرفی مراقبت ناماسته در خانه باعث می‌شود که اعضای خانه، کمتر وظیفه‌محور و بیشتر بیمارمحور شوند، و بهتر بتوانند شرایط بیماران را ارزیابی کنند (۱۲).

کسالیینیان^۸ و همکاران، در مطالعه خود در کانادا نشان دادند که سالمندان مبتلا به الزایمر اغلب در پایان عمر از مراقبت با کیفیت محروم می‌شوند و مراقبت ناماسته می‌تواند به‌عنوان یک روش مراقبتی نوآورانه برای بهبود مراقبت‌های پایان زندگی برای این

9. Simard, Volicer

10. Stacpoole

7. Marinus

8. Kaasalainen

نگرانی آن‌ها در خصوص وضعیت سلامتی سالمندان بود. محققان به‌منظور تسهیل انجام کار و نیز رفع نگرانی مسئولین آسایشگاه، به طراحی پرسشنامه الکترونیک و ارسال آن به‌صورت مجازی برای کارکنان و همراهان سالمندان پرداختند.

نتیجه‌گیری

هدف این مطالعه بررسی تأثیر مراقبت ناماسته بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به آلزایمر بود. نتایج نشان داد که تأثیر مراقبت ناماسته در بهبود کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به بیماری آلزایمر در مراحل آخر مؤثر است. برنامه‌ریزی و اجرای مراقبت ناماسته منجر به ارتباط بهتر و بیشتر بین تیم درمان، بیماران و خانواده آن‌ها می‌شود و همچنین می‌تواند علائم بیمار مانند استرس، درد و بی‌قراری را کاهش دهد. برای ارزیابی اثرات مداخلات مشابه بر کیفیت زندگی به مطالعات دقیق بیشتر با حجم نمونه بزرگ‌تر و گروه‌های کنترل (یعنی گروه درمانی و برنامه گروهی حمایتی) نیاز است.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

منابع

1. Dalkin SM, Lhussier M, Kendall N, Atkinson J, Tolman S. Namaste care in the home setting: developing initial realist explanatory theories and uncovering unintended outcomes. *BMJ Open*. 2020;10(1):e033046.
2. Rezapour-Nasrabad R. Feasibility of providing Namaste managed care to the elderly with Alzheimer's disease. *AVFT-Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*. 2021;40(4):455-63.
3. Albert SM, Del Castillo-Castaneda C, Sano M, Jacobs DM, Marder K, Bell K, et al. Quality of life in patients with Alzheimer's disease as reported by patient proxies. *J Am Geriatr Soc*. 1996;44(11):1342-7.
4. Smaling HJA, Joling KJ, van de Ven PM, Bosmans JE, Simard J, Volicer L, et al. Effects of the Namaste Care Family programme on quality of life of nursing home residents with advanced dementia and on family caregiving experiences: study protocol of a cluster-randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2018;8(10):e025411.
5. Marinus J, Ramaker C, van Hilten JJ, Stiggelbout AM. Health related quality of life in Parkinson's disease: a systematic review of disease specific instruments. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2002;72(2):241-8.
6. Froggatt K, Patel S, Perez Algorta G, Bunn F, Burnside G, Coast J, et al. Namaste Care in nursing care homes for people with advanced dementia: protocol for a feasibility randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2018;8(11):e026531.
7. Latham I, Brooker D, Bray J, Jacobson-Wright N, Frost F. The Impact of Implementing a Namaste Care Intervention in UK Care Homes for People Living with Advanced Dementia, Staff and Families. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(16):6004.
8. Lawton MP, Van Haitsma K, Perkinson M, Ruckdeschel K. Observed affect and quality of life in dementia: Further affirmations and problems. *Journal of mental Health and*

جدید برای بیماران مورد نیاز است (۱۷، ۱۸). سالمندان مبتلا به آلزایمر اغلب در پایان عمر از مراقبت با کیفیت محروم می‌شوند و مراقبت ناماسته می‌تواند به‌عنوان یک روش مراقبتی نوآورانه برای بهبود مراقبت‌های پایان زندگی برای این گروه از بیماران در نظر گرفته شود. با توجه به اهمیت موضوع و نیز افزایش روزافزون جمعیت سالمندان لازم است که سیاست‌گذاری‌های لازم از نظر فراهم نمودن تسهیلات ساختاری، تجهیزاتی و نیروی انسانی جهت ارائه مراقبت‌های جدید از جمله مراقبت‌های ناماسته به این دسته از بیماران، صورت گیرد. در ایران نیز تعداد افراد مبتلا به آلزایمر در حال حاضر بیش از ۶۰۰ هزار نفر است که این موضوع انجام پژوهش بیشتر در این خصوص را ضروری می‌سازد. به‌طورکلی برنامه‌ریزی و اجرای مراقبت‌های ناماسته موجب ارتباط بهتر و بیشتر بین تیم درمانی، بیمار و خانواده او گشته و علائم بیمار از جمله استرس، درد و بی‌قراری را کاهش می‌دهد.

محدودیت‌های پژوهش

مهم‌ترین محدودیتی که برای انجام پژوهش حاضر وجود داشت، همکاری محدود مسئولین سرای سالمندان برای حضور فیزیکی و مستمر محققان در محل آسایشگاه، به‌دلیل شیوع بیماری‌های تنفسی و

- Aging. 2020;5(1):69-81.
9. Hertzog MA. Considerations in determining sample size for pilot studies. *Res Nurs Health*. 2008;31(2):180-91.
 10. Rabins PV, Kasper JD, Kleinman L, Black BS, Patrick DL. Concepts and methods in the development of the ADRQL: an instrument for assessing health-related quality of life in persons with Alzheimer's disease. *Journal of Mental Health and Aging*. 1999;5(1):33-48.
 11. Albert SM, Castillo-Castanada C, Jacobs DM, Sano M, Bell K, Merchant C, et al. Proxy-reported quality of life in Alzheimer's patients: Comparison of clinical and population-based samples. *Journal of Mental Health and Aging*. 1999;5(1):49-58.
 12. Amrollah Majdabadi Kohne Z, Nikpeyma N, Bayat F, Salsali M, Hunter PV, Kaasalainen S, et al. The effects of a Namaste care program on quality of life: A pilot study in Iranian women with late-stage Alzheimer's disease. *Geriatr Nurs*. 2021;42(1):78-82.
 13. Kaasalainen S, Hunter PV, Dal Bello-Haas V, Dolovich L, Froggatt K, Hadjistavropoulos T, et al. Evaluating the feasibility and acceptability of the Namaste Care program in long-term care settings in Canada. *Pilot Feasibility Stud*. 2020;6:34-46.
 14. Simard J, Volicer L. Effects of Namaste Care on residents who do not benefit from usual activities. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2010;25(1):46-50.
 15. Stacpoole M, Hockley J, Thompsell A, Simard J, Volicer L. Implementing the Namaste Care Program for residents with advanced dementia: exploring the perceptions of families and staff in UK care homes. *Ann Palliat Med*. 2017;6(4):327-39.
 16. Papi S, Karimi Z, Ghaed Amini Harooni G, Nazarpour A, Shahry P. Determining the prevalence of sleep disorder and its predictors among elderly residents of nursing homes of Ahvaz city in 2017. *Iranian Journal of Ageing*. 2019;13(5):576-87.
 17. St John K, Koffman J. Introducing Namaste Care to the hospital environment: a pilot study. *Ann Palliat Med*. 2017;6(4):354-64.
 18. Salehi K, Kordlu A, Rezapour-Nasrabad R. Prevalence of type 2 diabetes in population over 30 years old (2017-2018). *Ethno Med*. 2020;14(1-2):24-9.