

فشار مراقبتی و عوامل مرتبط با آن در مراقبین بیماران همودیالیزی: یک مطالعه توصیفی تحلیلی

میترا طالبی^۱، پروانه رضا سلطانی^۲، احسان کاظم نژاد^۳، نسرين مختاری لاکه^{۴*}

۱. کارشناسی ارشد پرستاری بهداشت جامعه، بیمارستان فاطمیه، دانشگاه علوم پزشکی همدان
 ۲. استادیار بهداشت باروری، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
 ۳. گروه آمار زیستی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
 ۴. مربی پرستاری سلامت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

نویسنده مسئول: نسرين مختاری لاکه، مربی پرستاری سلامت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران. ایمیل: Lake.nasrin@gmail.com

DOI: 10.21859/nmj-25020

چکیده

مقدمه: در بیماری با نارسایی کلیه لازم است خانواده اقدامات حمایتی را برای بیمار دیالیزی اش چه در منزل و چه در مراکز سرپایی مثل بخش‌های دیالیز بیمارستان انجام دهد. مراقبین این بیماران اغلب زمان زیادی را برای مراقبت از ایشان صرف می‌کنند و خستگی و فشار مراقبتی زیادی را تحمل می‌کنند. این مطالعه به منظور تعیین میزان فشار مراقبتی و عوامل مرتبط با آن در مراقبین بیماران همودیالیزی مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی رازی شهر رشت در سال ۱۳۹۲ انجام گرفت.

روش کار: در این مطالعه توصیفی تحلیلی، ۱۵۴ مراقب بیمار همودیالیزی در مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی رازی شهر رشت به روش نمونه‌گیری تدریجی انتخاب شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه با تکمیل دو پرسشنامه‌ی « فشار مراقبتی زاریت » و « عوامل فردی- اجتماعی بیمار و مراقب » جمع‌آوری و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS ۲۲ و آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی (تی مستقل، آنالیز واریانس یک‌طرفه، ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن و مدل رگرسیون لجستیک رتبه‌ای) تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: ۷۴/۷ درصد واحدهای مورد پژوهش دارای فشار مراقبتی شدید هستند. بین میزان فشار مراقبتی با سن مراقب ($P=0/005$)، مدت مراقبت از بیمار ($P=0/009$)، تأهل مراقب ($P=0/001$)، ابتلای مراقب به بیماری ($P=0/003$)، نوع مسکن ($P=0/048$)، زندگی با بیمار ($P=0/001$)، تحصیلات مراقب ($P=0/001$)، وضعیت درآمد ($P=0/008$)، نسبت با بیمار ($P=0/017$)، توان بیمار ($P=0/0001$)، نیاز مراقبتی بیمار ($P=0/0001$) و عضو انجمن دیالیز بودن ($P=0/003$) ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده شد. جهت مشخص نمودن اثر پیشگویی کننده‌ی متغیرهای فردی- اجتماعی بیمار و مراقب از مدل رگرسیون لجستیک استفاده گردید و نتایج نشان داد که متغیرهای تأهل مراقب، زندگی با بیمار، توان بیمار و مدت مراقبت از بیمار با فشار مراقبتی مراقبین ارتباط معناداری دارد. **نتیجه‌گیری:** در این مطالعه یافته‌ها نشان داد برخی عوامل فردی- اجتماعی مانند تأهل مراقب، زندگی با بیمار، توان بیمار و مدت مراقبت از بیمار با فشار مراقبتی مراقبین ارتباط معنی دار داشته و پیشگویی کننده‌ی فشار مراقبتی می‌باشند. توصیه می‌شود به مراقبینی که دارای این شرایط می‌باشند توجه بیشتری از نظر بررسی فشار مراقبتی و اقدامات مورد نیاز جهت کاهش فشارها، صورت گیرد.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۱۲/۱۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۴/۱۶

واژگان کلیدی:

فشار مراقبتی

مراقب

همودیالیز

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

مقدمه:

است (۱). در بین بیماری‌ها، بیماری‌های مزمن که دارای شیوعی فزاینده در جهان هستند، به دلیل گسترش روش‌های درمانی و در نتیجه کاهش میرایی با فرآیندی طولانی، بیماران را نیازمند مراقبت، سرپرستی و بازتوانی می‌سازند.

بیماری از جمله چالش‌هایی است که بر سر راه بسیاری از افراد قرار می‌گیرد و آنان را از فعالیت‌ها و زندگی روزمره خود باز می‌دارد. برطرف کردن بیماری، به دلیل تاثیری که بر ابعاد فردی، اجتماعی و اقتصادی می‌گذارد، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار

نارسایی مزمن پیشرونده کلیه، بروز تغییراتی در عملکرد خانواده غیرقابل اجتناب می باشد (۱۵) مراقبین این بیماران اغلب زمان زیادی را برای مراقبت از این بیماران صرف می کنند و خستگی و فشار مراقبتی فراوانی را متحمل می شوند (۱۶). بهداشت شخصی، تهیه داروها، منتقل کردن به مرکز دیالیز، کمک در خوردن وعده های غذایی، حمایت عاطفی و روانی از وظایف مراقبین این بیماران می باشد. این مراقبین معمولاً یکی از افراد خانواده و یا دوستان و آشنایان بیمار می باشند که باید با بیمار جهت مراقبت از وی در تماس باشند (۱۷) چنانچه تخمین زده می شود در انگلستان ۹ نفر از ۱۰ نفری که از بیماران با ناتوانی فیزیکی یا روانی مراقبت می کنند، خویشاوندان نزدیک آنها هستند (۱۸) مراقبین افراد غیرحرفه ای هستند که جهت ارائه خدمات وجهی دریافت نمی کنند و به طور همزمان نیازهای خانواده و نیازهای گیرنده مراقبت را نیز رفع می کنند (۱۳) مراقبین اشخاصی هستند که در طی یک دوره بیماری و درمان آن، بیشترین درگیری را در مراقبت از بیمار و کمک به آنها به منظور سازگاری و اداره بیماری مزمن دارند و از آنها به بیماران پنهان تعبیر می شود (۸، ۱۹) فشار مراقبتی، فشارهای جسمی، روانی و اجتماعی که در طی مراقبت از بیماران به ویژه بیماران مزمن به مراقبین وارد می شود و به دنبال آن مشکلات زیادی همچون فرسودگی، اضطراب، افسردگی را برای مراقبین ایجاد می کند (۱۱، ۱۵). به عبارت دیگر فشاریست که به واسطه مسئولیت نگهداری و مراقبت از بیمار بر مراقبین وارد می آید (۲۰).

فشار مراقبتی می تواند تحت تأثیر متغیرهای دموگرافیک و اجتماعی بیمار و مراقب قرار گیرد. عوامل دموگرافیکی چون سن مراقب (۱۵، ۱۶، ۲۱، ۲۲)، جنس مراقب (۱۹، ۲۱)، وضعیت تاهل مراقب (۲۱)، سطح تحصیلات مراقب (۲۱)، سن بیمار (۱۹، ۲۳)، وضعیت اجتماعی-اقتصادی (۱۵، ۱۶، ۲۳) و همچنین نوع نسبت فامیلی مراقب با بیمار (۲۱، ۲۳) و طول مدت ابتلا به بیماری (۱۵، ۱۹، ۲۳) و میزان وابستگی بیمار (۱۵، ۱۹) نیز از جمله موارد تأثیرگذار بر فشار مراقبتی مراقبین معرفی شده اند. ابتلای مراقب به بیماری مزمن (۱۵، ۲۳، ۲۴) و ابتلای بیمار به بیماری های دیگر (۱۶) از عوامل تأثیرگذار بر فشار مراقبتی مراقبین بیماران همودیالیزی می باشند. یافته های مطالعات انجام شده در زمینه شناسایی عوامل مرتبط با فشار مراقبتی متناقض گزارش شده اند (۲۳، ۱۶).

فرایند دیالیز تأثیر عمیقی بر زندگی بیمار و خانواده وی می گذارد؛ همچنین اکثر مطالعات به بیمار پرداخته و تأثیر متقابل

در میان بیماری های مزمن، بیماری مزمن کلیوی^۱ از جمله مشکلات عمده ایست که در آن بیش تر سیستم های بدن تحت تأثیر اورمی ناشی از بیماری قرار می گیرند (۲) (۳). بیماری های مزمن کلیه هشتمین علت مرگ و میر در ایالات متحده محسوب می شود. تخمین زده می شود که بالغ بر ۳۱ میلیون امریکایی (۱۰٪ کل جمعیت) به بیماری مزمن کلیه مبتلا باشند (۴). براساس آمار موجود در ایران سالیانه حدود ۱۲۰۰ تا ۱۶۰۰ نفر به این بیماری مبتلا میشوند (۳). بیمارانی که به مرحله انتهایی بیماری کلیوی می رسند، برای زنده ماندن نیاز به انجام درمان های جایگزین کلیه^۲ (RRT)، شامل همودیالیز و پیوند کلیه دارند. با توجه به افزایش چشمگیر نیاز به RRT در دهه های اخیر و روند صعودی آن و نیز با توجه به کمبود کلیه برای پیوند، دیالیز رایج ترین روش مورد استفاده در این بیماران است (۵)

درمان های جایگزینی کلیه، بیماران را در معرض طیف وسیعی از مشکلات جسمی، روانی، اقتصادی و اجتماعی قرار می دهد و در مجموع کیفیت زندگی^۳ آنان تحت تأثیر قرار می گیرد (۶). این بیماری منجر به تغییرات مهمی در شیوه زندگی فرد می گردد، علوی و همکاران در پژوهش خود که به بررسی وضعیت سلامتی و فعالیتهای روزانه زندگی در بیماران همودیالیزی و پیوند کلیه پرداخته اند، گزارش کردند که بیماران دیالیزی از وضعیت سلامت عمومی و جسمی مناسبی برخوردار نبوده و در انجام فعالیت های روزمره زندگی خود با مشکل روبرو هستند. (۷) مطالعات بسیاری نشان می دهند که بیماران همودیالیزی از خستگی شدیدی رنج می برند (۸، ۹) و سطح بالایی از ناتوانی را در حیطه های مختلف زندگی تجربه می کنند که در نهایت به کاهش سطح کیفیت زندگی آنها منجر می شود (۱۰). علاوه بر این، عوارض شایع دیالیز شامل برنامه غذایی محدود، کاهش فعالیت های اجتماعی، عوارض دارویی، فشار اقتصادی، مشکلات زناشویی، استرس های عاطفی و اضطراب، بیمار و مراقب او را تحت فشار بیش تری قرار می دهد. (۱۱).

بیماری و ناتوانی مزمن در فرآیند زندگی و سازگاری های مربوطه اختلال ایجاد می کند و به علت تأثیر بیماری بر مددجو و خانواده، پویایی خانواده اغلب تغییر می کند (۱۲). در نگاه سیستمی به خانواده، یک مشکل برای هر یک از اعضای خانواده روی اعضای دیگر خانواده نیز تأثیر خواهد گذاشت، (۱۳) و به طور کلی بیماری مزمن، روی تمام خانواده اثر می گذارد (۱۴). به علت ماهیت مزمن و درمان طولانی مدت بیماری

¹ Chronic Kidney Disease (CKD)

² Renal Replacement Treatment (RRT)

³ quality of life

⁴ caregiver burden

محققى به نام زاریت (Zarit) و همکاران جهت اندازه گیری فشار مراقبتی ساخته شد. پرسشنامه شامل ۲۲ سؤال در مورد فشارهای شخصی، اجتماعی، عاطفی و اقتصادی است که توسط پژوهشگر از طریق مصاحبه با مراقبین خانوادگی تکمیل شد. پاسخ مراقبین برای هر عبارت در یک مقیاس لیکرت پنج گزینه ای (هرگز تا همیشه) اندازه گیری می شد که به ترتیب از صفر تا چهار نمره گذاری شد. واحدهای مورد پژوهش در پاسخ به هر سؤال یکی از حالات هرگز (امتیاز ۰)، به ندرت (امتیاز ۱)، بعضی اوقات (امتیاز ۲)، اغلب (امتیاز ۳) و همیشه (امتیاز ۴) را انتخاب کردند. بر این اساس، مجموع نمرات حاصل از ۰ تا ۸۸ متغیر بود. نمره ی پایین تر، نشان دهنده ی فشار مراقبتی کمتر بود. مجموع امتیازات کسب شده توسط هر مراقب، فشار مراقبتی مراقب را نشان داد. کم ترین و بیش ترین شدت فشار مراقبتی برای هر سؤال به تفکیک گزارش شد. نمره های ۰ تا ۲۰ فشار مراقبتی کم یا نبود فشار مراقبتی، نمره ی ۲۱ تا ۴۰ فشار مراقبتی متوسط، نمره ی ۴۱ تا ۸۸ فشار مراقبتی شدید را نشان می داد (۲۵). جهت تعیین روایی ابزارهای فشار مراقبتی و عوامل فردی اجتماعی در اختیار ۱۱ تن از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی رشت قرار گرفت و اصلاحات لازم طبق نظرات ارایه شده صورت گرفت و پرسشنامه نهایی تنظیم گردید. گردآوری اطلاعات نشان داد که ابزار فشار مراقبتی در بعد Content Validity Ratio (CVR) دارای روایی محتوی قابل قبول در تمامی عبارات می باشد. از طرفی در بعد Content Validity Index (CVI) امتیازات کسب شده بین ۰/۷۰ تا ۰/۷۰ برای ابزار فشار مراقبتی زاریت بود که مناسب بودن عبارات را در ابعاد سادگی، مربوط بودن و وضوح نشان داد. جهت تعیین پایایی یک مطالعه ی پایلوت پرسشنامه در فاصله ی زمانی یک هفته ۲ بار در اختیار یک گروه ۲۰ نفری از جمعیت هدف قرار گرفت. ضریب آلفا کربناخ ۰/۸۶ به دست آمد. ضریب ICC جمع نمرات دو مرحله برابر با ۰/۹۵۸ و ضریب همبستگی پیرسون آن برابر با ۰/۹۹۲ بود که از لحاظ آماری نیز معنی دار بود ($P < ۰/۰۰۰۱$). هم چنین آزمون paired-t test اختلاف معنی داری بین دو مرحله نشان نداد ($P < ۰/۰۶۹$). جمع آوری اطلاعات در یک مرحله پس از کسب مجوز از معاونت های پژوهشی و درمان دانشگاه علوم پزشکی گیلان و ارائه آن به مرکز آموزشی درمانی رازی انجام گرفت. پژوهشگر برای تکمیل پرسشنامه ها پس از کسب رضایت از نمونه های پژوهش و دادن توضیحاتی در رابطه با اهداف تحقیق اطلاعات مورد نیاز را جمع آوری نمود بخش مربوط به اطلاعات دموگرافیک بیمار با پرسش از بیمار تکمیل گردید. برای تجزیه تحلیل داده از نرم افزار آماری spss16

بیمار و خانواده از نظر محققان دور مانده است. با توجه به بررسی مطالعات انجام شده در این زمینه و مشاهده ی نتایج متغیر فشار مراقبتی و عوامل ماثثر از آن در مطالعات موجود، نیاز به انجام تحقیقات در این زمینه احساس می شود، چرا که سلامت مراقبین و بیماران با هم ارتباط تنگاتنگی دارد و مراقبین می توانند در سلامتی و بهبود شرایط بیماران همودیالیزی خود نقش مؤثری داشته باشند.

روش کار:

این مطالعه یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی می باشد که در آن به تعیین عوامل مرتبط با فشار مراقبتی مراقبین بیماران همودیالیزی در مرکز آموزشی درمانی رازی شهر رشت در سال ۱۳۹۲ پرداخته شد. جامعه ی پژوهش شامل مراقبین بیماران همودیالیزی بود نمونه های این مطالعه را ۱۵۴ مراقب بیمار همودیالیزی که حداقل ۳ ماه از شروع همودیالیز بیمارشان گذشته بود تشکیل می دادند که با استفاده از روش نمونه گیری تدریجی وارد مطالعه شدند. در ابتدا با پرسش از بیمار، مراقب اصلی وی تعیین میگردید. جهت ورود به مطالعه می بایست بیمار دارای وابستگی کامل تا بسیار کم به مراقب می بود که این امر با دو سوالی که توان بیمار در انجام کارهای شخصی و میزان نیاز بیمار به مراقبت را می سنجید، به عنوان معیار ورود در ابتدا از بیماران پرسیده می شد. کسانی که در سوال ۱ گزینه "توانم" در انجام کارهای شخصی خود بسیار زیاد است" و یا در سوال ۲ گزینه "اصلا نیازی به مراقبت ندارم" را پاسخ می دادند، وارد مطالعه نمی شدند. شرایط واحدهای مورد پژوهش جهت ورود به این مطالعه شامل این موارد بود، مراقب با بیمار نسبت فامیلی داشته باشد، بیمار و مراقب برای شرکت در مطالعه رضایت داشته باشند، مراقب عهده دار مراقبت مستقیم از بیمار باشد، حداقل ۳ ماه از شروع دیالیز بیمارشان گذشته باشد، سن مراقب ۱۸ سال و بالاتر باشد، مراقب برای انجام مراقبت هیچ پولی دریافت نکند، مراقب به بیماری روانی مزمن مبتلا نباشد (افرادی با سابقه ی مصرف داروهای اعصاب و روان وارد مطالعه نمی شدند). ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه ای مشتمل بر سه بخش بود که دو بخش اول آن شامل پرسشنامه ی اطلاعات دموگرافیک بود، بخش اول شامل پرسشنامه ی پژوهشگر ساخت در زمینه ی اطلاعات فردی اجتماعی مربوط به بیمار، بخش دوم شامل پرسشنامه ی پژوهشگر ساخت در زمینه ی اطلاعات فردی اجتماعی مربوط به مراقب و بخش سوم پرسشنامه مقیاس فشار مراقبتی بود که در سال ۱۹۹۸ توسط

سکونت داشتند و بیش‌تر آن‌ها (۸۵/۷٪) دارای مسکن شخصی و (۵۵/۲٪) خانه دار بودند. اکثر مراقبین (۶۸/۸٪) منبع درآمد خانواده نبودند. متوسط درآمد ماهانه‌ی خانواده در بیش‌تر مراقبین (۴۶/۸٪) کم‌تر از ۵۰۰ هزار تومان بود. میانگین تعداد افراد خانواده در واحدهای مورد پژوهش برابر (۳/۷۳±۴/۰۰) نفر بود. اکثر مراقبین (۸۷٪) همراه با بیمار زندگی می‌کردند.

میزان فشار مراقبتی مراقبین در ۰/۶ درصد موارد خفیف، ۲۴/۷ درصد متوسط و ۷۴/۷ درصد شدید بوده است. آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد با افزایش سن مراقب، فشار مراقبتی هم افزایش می‌یابد (P=۰/۰۰۵). همچنین ضریب همبستگی اسپیرمن نشان داد که با افزایش مدت مراقبت از بیمار، فشار مراقبتی هم افزایش می‌یافت (P=۰/۰۰۹). آزمون آماری بین نمره کل فشار مراقبتی در دو جنس، اختلاف معناداری نداشت. آزمون تی مستقل نشان داد که بین فشار مراقبتی و تأهل مراقب، ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد، به طوری که افراد متأهل، فشار مراقبتی بیش‌تری را بیان کردند. (P=۰/۰۰۱). نتایج آزمون تی مستقل بیانگر آن بود که بین فشار مراقبتی و ابتلای مراقب به بیماری، ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد، به بیان دیگر، مراقبینی که به بیماری‌هایی مانند آرتروز، روماتوئید، دیسک کمر، دیابت، فشارخون بالا و بیماری قلبی مبتلا بودند، فشار مراقبتی بیش‌تری داشتند. (P=۰/۰۰۳).

همچنین بین فشار مراقبتی و نوع مسکن مراقب ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد. به بیان دیگر، مراقبینی که دارای منزل شخصی می‌باشند، فشار مراقبتی بیش‌تری دارند. آزمون تی مستقل نشانگر ارتباط آماری معنی‌دار بین فشار مراقبتی و زندگی با بیمار بود. به بیان دیگر، مراقبینی که با بیمار زندگی می‌کردند، فشار مراقبتی بیش‌تری را متحمل شده‌اند. (P=۰/۰۰۱). بین دو متغیر فشار مراقبتی و میزان تحصیلات مراقب با استفاده از آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت. در آنالیز تکمیلی، آزمون Post hoc Tukey نشان داد اختلاف بین بی‌سواد و دیپلم به بالا (P=۰/۰۱۷) و همچنین زیردیپلم با دیپلم به بالا معنی‌دار بود (P=۰/۰۰۰۱). به طور متوسط، افراد دیپلم به بالا نسبت به افراد بی‌سواد و زیردیپلم به ترتیب ۱۱/۵ و ۹/۸ نمره، فشار مراقبتی کمتری داشتند.

همچنین با استفاده از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه، بین دو متغیر فشار مراقبتی و متوسط درآمد ماهیانه ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت. در آنالیز تکمیلی، آزمون Post hoc Tukey نشان داد که افراد با درآمد کمتر از ۵۰۰ هزار تومان

استفاده شد. جهت بررسی ارتباط متغیر فشار مراقبتی با متغیرهای فردی-اجتماعی در آنالیز تک متغیره ابتدا از آزمون کولموگوروف اسمیرنوف^۵ جهت بررسی توزیع نرمالیتی استفاده گردید و نمرات فشارمراقبتی از توزیع نرمال پیروی می‌کردند (P=۰/۳۵۱). لذا جهت مقایسه میانگین این متغیر در متغیرهای کیفی دو حالت فردی-اجتماعی بیمار و مراقب از آزمون تی مستقل و چند حالت از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه و پست هوک توکی^۶ استفاده گردید. همچنین جهت بررسی ارتباط نمره فشار مراقبتی با متغیرهای کمی در صورت نرمالیتی توزیع آنها ضریب همبستگی پیرسون و در صورت عدم نرمالیتی از ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده گردید. جهت تعیین پیش بینی کننده های فشار مراقبتی شدید (دارد-ندارد) براساس متغیرهای فردی-اجتماعی بیمار و مراقبین از مدل رگرسیون لجستیک و روش پیشرونده (Forward LR) استفاده گردید. روش کار بدین صورت بود که همه متغیرهایی که در آنالیز تک متغیره با P کوچکتر از ۰/۲۵ بوده اند، وارد مدل رگرسیون لجستیک جهت آنالیز چندگانه ارتباطی گردیدند. برای کلیه آزمونهای استنباطی (P<۰/۰۵) معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها:

نتایج بیانگر آن بود که اکثر بیماران همودیالیزی (۴۶/۱٪) توان خیلی کمی در انجام کارها داشتند و ۴۲/۹ درصد آنها نیاز مراقبتی خیلی زیاد را گزارش کرده اند. میانگین سنی بیماران ۱۴±۶۵ ۶۰/۹۵ سال بود. ۵۰/۶ درصد بیماران مرد و ۷۴ درصد متأهل بودند. بیشتر بیماران همودیالیزی (۴۲/۹٪) دارای تحصیلات زیردیپلم بودند. اکثر واحدهای مورد پژوهش (۶۸/۲٪) به بیماری دیگری به جز بیماری کلیوی نیز مبتلا بودند. میانگین مدت همودیالیز بیماران ۴۳/۲۵±۴۵/۴۰ ماه بود. بیشتر بیماران بیکار (۳۹/۶٪) و سرپرست خانواده (۵۶/۵٪) بودند. همچنین در رابطه با مراقبین، میانگین سنی مراقبین ۴۳/۴۲±۷/۰۰ سال بود. اکثر واحدهای مورد پژوهش زن (۷۲٪/۷) و متأهل (۵۱/۳٪) و دارای تحصیلات زیردیپلم (۵۱/۳٪) بودند. ۴۹/۴ درصد مراقبین نسبت فرزندی با بیماران داشتند. میانگین مدت مراقبت از بیماران برابر (۶۱/۱۱±۶۲/۴۲) ماه بود. اکثر مراقبین (۹۴/۸٪) مراقبت از بیمار دیگری را بر عهده نداشتند و بیش‌تر آن‌ها (۶۶/۹٪) به بیماری خاصی مبتلا نبودند. از نظر محل سکونت اکثر مراقبین (۷۴/۷٪) در شهر

^۵. kolmogorov-smirnov

^۶. post hoc tukey

نسبت به افراد بیش از ۷۰۰ هزار تومان از فشار مراقبتی بیشتری برخوردار بودند ($p=0/014$). افراد با درآمد کمتر از ۵۰۰ هزار تومان به طور متوسط ۹ نمره فشار مراقبتی بیشتری نسبت به افراد بالای ۷۰۰ هزار تومان داشتند.

آزمون آماری آنالیز واریانس یک طرفه بین فشار مراقبتی و نسبت با بیمار ارتباط آماری معنی داری وجود دارد ($P=0/017$). در آنالیز تکمیلی، آزمون تعقیبی Post hoc نشان داد که فشار مراقبتی همسر با فرزندان از لحاظ آماری معنی دار شد ($p=0/009$). به طوری که مراقبتی که نسبت همسری با بیمار داشتند، به طور متوسط ۷/۸ نمره نسبت به مراقبتی که نسبت فرزندی با بیمار داشتند، تحت فشار مراقبتی بیشتری بودند.

با توجه به نتایج بدست آمده هیچ ارتباط آماری معنی داری بین فشار مراقبتی و متغیرهای تعداد افراد خانواده، جنس مراقب، مراقبت مراقب از بیمار دیگر، محل سکونت مراقب، منبع درآمد بودن مراقب، وضعیت شغل مراقب، وجود ندارد.

آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن نشان داد بین فشار مراقبتی واحدهای مورد پژوهش و میزان توان بیمار ارتباط آماری معنی داری وجود دارد ($p=0/0001$). به طوری که با افزایش میزان توان بیمار، میزان فشار مراقبتی کاهش نشان داد. همچنین براساس این آزمون بین فشار مراقبتی و میزان نیاز مراقبتی بیمار ارتباط آماری معنی داری وجود داشت ($p=0/0001$). به طوری که با افزایش میزان نیاز مراقبتی بیمار، میزان فشار مراقبتی افزایش نشان داد.

از متغیرهای مربوط به بیمار، هیچ یک از متغیرهای سن بیمار، مدت درمان با همودیالیز، جنس بیمار، تأهل بیمار، ابتلای بیمار به بیماری دیگر، سرپرست بودن بیمار، دارا بودن بیمه درمانی، میزان تحصیلات بیمار، شغل بیمار با فشار مراقبتی مراقبین ارتباط معنی دار آماری نداشتند.

باتوجه به نتایج آنالیز چندگانه مدل رگرسیون لجستیک چندگانه استفاده گردید چهار عامل، تأهل مراقبین ($p=0/001$) و زندگی با بیمار ($p=0/005$) و توان بیمار ($p=0/002$) و مدت مراقبت از بیمار ($p=0/046$) از عوامل پیش بینی کننده فشار مراقبتی شدید تلقی گردیده است.

جدول شماره ۱: همبستگی میزان فشار مراقبتی کلی واحدهای مورد پژوهش با سن بیمار بر حسب ضریب همبستگی پیرسون

متغیر	تعداد	فشار مراقبتی	
		ضریب همبستگی پیرسون	سطح معنی داری
سن بیمار	۱۵۴	-۰/۰۷۷	۰/۳۴۳

جدول فوق نشان می دهد که نمره کل فشار مراقبتی واحدهای مورد پژوهش برحسب سن بیمار بر اساس آزمون ضریب همبستگی پیرسون معنی دار نیست.

جدول شماره ۲: همبستگی میزان فشار مراقبتی کلی واحدهای مورد پژوهش با توان بیمار، میزان نیاز مراقبتی بیمار و مدت بیماری همودیالیز بر حسب ضریب همبستگی اسپیرمن

متغیر	تعداد	فشار مراقبتی	
		ضریب همبستگی اسپیرمن	سطح معنی داری
میزان توان بیمار	۱۵۴	-۰/۴۸۲	۰/۰۰۰۱
میزان نیاز مراقبتی بیمار	۱۵۴	۰/۵۰۴	۰/۰۰۰۱
مدت بیماری همودیالیز	۱۵۴	۰/۱۱۶	۰/۱۵۱

جدول فوق نشان می دهد که نمره کل فشار مراقبتی واحدهای مورد پژوهش برحسب توان بیمار بر اساس آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن معنی دار است ($p=0/0001$). بطوریکه با افزایش توان بیمار میزان فشار مراقبتی کاهش می یابد. همچنین بر اساس این آزمون بین میزان نیاز مراقبتی بیمار و فشار مراقبتی ارتباط آماری معنی داری وجود دارد ($p=0/0001$). بطوریکه با افزایش نیاز مراقبتی بیمار میزان فشار مراقبتی افزایش می یابد. بر اساس اطلاعات جدول مدت همودیالیز با فشار مراقبتی ارتباط آماری معنی داری ندارد.

جدول شماره ۳: مقایسه میانگین نمره فشار مراقبتی بر حسب متغیرهای مرتبط با بیمار

نتیجه و نوع آزمون	انحراف معیار	میانگین	درصد	تعداد	متغیر	
Independent t- test P = ۰/۴۴۱	۱۴/۹۸	۵۱/۶۰	۵۰/۶	78	مرد	جنس بیمار
	۱۲/۹۸	۴۹/۸۶	۴۹/۴	76	زن	
Independent t- test P = ۰/۸۰۸	۱۳/۳۸	۵۰/۲۸	۲۶	40	بدون همسر	تاهل
	۱۴/۲۸	۵۰/۹۰	۷۴	114	متاهل	
Independent t- test P = ۰/۹	۱۴/۴۳	۵۰/۸۴	۶۸/۲	105	بله	ابتلا بیمار به بیماری دیگر
	۱۳/۲۱	۵۰/۵۳	۳۱/۸	49	خیر	
Independent t- test P = ۰/۳۹۵	۱۴/۵۶	۵۱/۵۹	۵۶/۵	87	بله	سرپرست بودن بیمار
	۱۳/۲۸	۴۹/۶۴	۴۳/۵	67	خیر	
Independent t- test P = ۰/۸۹۶	۱۳/۸۰	۵۰/۷۰	۹۱/۶	141	بله	بیمه
	۱۶/۷۰	۵۱/۲۳	۸/۴	13	خیر	
Independent t- test P = ۰/۶۳۵	۱۴/۲۲	۵۱/۶۰	۲۷/۹	43	بله	سازمان حمایت کننده
	۱۳/۹۸	۵۰/۴۱	۷۲/۱	111	خیر	
Independent t- test P = ۰/۰۰۳	۱۴/۳۳	۴۸/۳۷	۶۵/۶	101	بله	انجمن دیالیز
	۱۲/۲۹	۵۵/۲۶	۳۴/۴	53	خیر	

براساس اطلاعات جدول بالا در بررسی مقایسه میانگین نمره فشار مراقبتی بر حسب متغیرهای مرتبط با بیمار فقط عضویت در انجمن دیالیز معنی دار شده است ($p=0/003$) بطوریکه افرادی که عضو انجمن دیالیز نبوده اند فشار مراقبتی بیشتری داشته اند.

جدول شماره ۴: مقایسه میانگین نمره فشار مراقبتی بر حسب متغیرهای مرتبط با بیمار

نتیجه و نوع آزمون	انحراف معیار	میانگین	درصد	تعداد	متغیر	
One-Way ANOVA P = ۰/۱	۱۴/۸	۵۱/۱۸	۴۲/۲	65	بیسواد	میزان تحصیلات
	۱۲/۸	۵۲/۲۷	۴۲/۹	66	زیردیپلم	
	۱۴/۳	۴۵/۰۹	۱۴/۹	23	دیپلم و بالاتر	
One-Way ANOVA P = ۰/۴۰۹	۱۵/۸	۴۸/۵۸	۲۳/۳	۳۶	کارمند	شغل
	۱۲/۶	۵۰/۹۳	۶۴/۳	۹۹	بدون شغل	
	۱۷/۱	۵۳/۸۴	۱۲/۴	۱۹	سایر	

جدول فوق نشان می دهد که بین دو متغیر فشار مراقبتی و میزان تحصیلات بیمار و همچنین فشار مراقبتی و شغل بیمار با استفاده از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه ارتباط آماری معنی داری وجود ندارد.

جدول شماره ۵: ضریب رگرسیونی عوامل مرتبط با فشار مراقبتی کلی در واحدهای مورد پژوهش

میزان فاصله اعتماد ۹۵٪ شانس نسبی	شانس نسبی	سطح معنی داری	خطای معیار	میزان برآورد ضریب رگرسیونی	عوامل مرتبط
14.870	1.964	5.404	.001	1.687	تاهل مراقب
15.625	1.638	5.060	.005	1.621	زندگی با بیمار
3.373	1.316	2.107	.002	.745	توان بیمار
1.019	1.000	1.010	.046	.010	مدت مراقبت از بیمار

رابطه‌ای را گزارش نکردند (۲۶)(۲۶). دلیل نتایج متفاوت می‌تواند مربوط به این امر باشد که مراقبین مورد بررسی در این مطالعات مربوط به بیماری‌های متفاوتی بودند و نیز بیمارانشان دارای نیازهای مراقبتی متفاوت بودند.

کیم^۷ و همکاران در مطالعه‌ی خود با بررسی همبستگی بین فشار مراقبتی مراقبین بیماراران اسکروز جانبی آمیوتروفیک^۸ پیشرفته با کیفیت زندگی آن‌ها دریافتند که مراقبینی که زمان بیش‌تری مراقبت می‌کنند، فشار مراقبتی بالاتری دارند (۲۷). این یافته با نتایج مطالعه حاضر همسو می‌باشد که نشان داد با افزایش مدت مراقبت از بیمار، فشار مراقبتی هم افزایش می‌یابد. این امر می‌تواند از آن‌جا ناشی شود که هر چه مدت مراقبت از بیمار طولانی‌تر می‌گردد، مراقب هم از لحاظ روانی و هم از نظر جسمی خسته‌تر و آسیب پذیرتر می‌شود و می‌توان چنین گفت مراقب در مراحل اولیه‌ی مراقبت هنوز امید به بهبود بیمار دارد؛ ولی با طولانی شدن دوره‌ی بیماری به‌تدریج امید به بهبود بیمار را از دست می‌دهد و در یک کار تکراری و با چشم-پوشی از نیازهای روانی و جسمی خود فقط از بیمارانش مراقبت می‌کند و این امر موجب افزایش فشار مراقبتی با افزایش زمان مراقبت خواهد شد.

در زمینه‌ی فشار مراقبتی، بین زنان و مردان در این مطالعه تفاوت معنی داری مشاهده نشد. این یافته با پژوهش عباسی و همکاران و هم‌چنین پژوهش دادا^۹ و همکاران که با هدف بررسی عوامل مرتبط با فشار مراقبتی در مراقبین کودکان و نوجوانان روانی در نیجریه هم‌خوانی دارد (۱۵، ۲۸)؛ ولی در پژوهش‌های کوهستانی و همکاران و مولگلو و همکاران، زنان فشار مراقبتی بیش‌تری را نسبت به مردان گزارش کردند (۱۹، ۲۱). با وجود اینکه به نظر می‌رسد دلیل اینکه زنان بیش‌تر از مردان دچار استرس و فشار روانی می‌شوند، فشار مراقبتی بیش‌تری را متحمل شوند ولی احتمال دارد این تفاوت در نتایج

در آنالیز چندگانه، همه متغیرهایی که در آنالیز تک متغیره دارای سطح معنی اری ($p < 0/25$) بوده اند وارد مدل رگرسیون لوجستیک جهت آنالیز چندگانه ارتباطی گردیدند. نتایج با $\alpha = 0/05$ و سطح $Removal = 0/1$ در جدول بالا خلاصه شده است. با توجه به اطلاعات جدول فوق، تاهل مراقبین ($p = 0.001$) و زندگی با بیمار ($p = 0.005$) و توان بیمار ($p = 0.002$) و مدت مراقبت از بیمار ($p = 0.046$) از عوامل پیش بینی کننده فشار مراقبتی شدید تلقی گردیده است. بطوریکه افراد متاهل نسبت به افراد مجرد $5/4$ بار شانس ابتلا به فشار مراقبتی شدید بیش‌تری داشته اند. ($1.964 - 14.870 = 95\% CI$). در صورت زندگی با بیمار $5/06$ بار فشار عصبی بیش‌تری به مراقب وارد می‌شود ($15.625 - 1.638 = 95\% CI$). با کاهش یک رتبه در توان بیمار $2/1$ فشار عصبی به مراقب بیشتر خواهد بود ($1/3 - 3/3 = 95\% CI$). با افزایش مدت مراقبت، میزان فشار مراقبتی نیز بر مراقب افزایش می‌یابد با یک ماه افزایش $1/01$ شانس فشار مراقبتی افزایش می‌یابد ($1.019 - 1.000 = 95\% CI$).

بحث:

نتایج مطالعه حاضر نشان داد، با افزایش سن مراقب، فشار مراقبتی هم افزایش می‌یابد. به نظر می‌رسد در این پژوهش، چون با افزایش سن، مراقبین دچار مشکلات و درگیری‌های بیش‌تری در زندگی می‌شوند و به‌دلیل تعدد نقش‌ها و گاه کاهش سطح سلامتی و توان، فشار مراقبتی بیش‌تری را بر اثر مراقبت متحمل می‌شوند. ارتباط معنی‌دار سن مراقب با فشار مراقبتی با تحقیق عباسی و همکاران که با هدف بررسی فشار مراقبتی و عوامل مرتبط در مراقبین بیماراران همودیالیزی هم‌خوانی دارد (۱۵). در مقابل آوسار و همکاران در پژوهشی با هدف بررسی وضعیت روحی روانی و فشار مراقبتی مراقبین بیماراران دیالیز صفاقی در مقایسه با پیوند کلیه (۲۵) چنین

¹.Kim

². Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS)

¹.Dada

قرار گرفته باشند، که این عوامل تأثیر منفی بر فشار مراقبتی دارد و در نتیجه میزان فشار مراقبتی افزایش می یابد.

در این مطالعه بین فشار مراقبتی و منبع درآمد بودن مراقب ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت. این در حالی است که یافته‌های گارلو^{۱۲} در پژوهشی با هدف بررسی فشار مراقبتی در مراقبین بیماران بدحال (سرطان، نارسایی قلب و بیماری‌های مزمن انسدادی ریه) حاکی از آن است که مراقبینی که وظایف روزانه‌ی بیشتری داشتند و درباره‌ی این وظایف نگران بودند، فشار مراقبتی بیش‌تری را گزارش کردند (۳۱). شاید در پژوهش ما، تعداد کم واحدهای مورد پژوهش که وظیفه‌ی منبع درآمد بودن را برعهده داشتند و همچنین اینکه اکثر واحدهای مورد پژوهش زن و خانه دار بودند که تحت حمایت مالی همسر قرار داشتند، در این یافته تأثیرگذار بوده باشد.

با توجه به یافته‌های مراقبینی که با بیمار زندگی می‌کردند، فشار مراقبتی بیشتری را متحمل شده‌اند. در این رابطه به نظر می‌رسد مراقبینی که با بیمار در یک خانه زندگی می‌کنند، مدت زمان بسیار بیش‌تری را در کنار بیمار سپری می‌کنند و همین امر موجب می‌شود تا ساعات آرایه‌ی مراقبت در شبانه‌روز نسبت به مراقبینی که با بیمار در یک خانه زندگی نمی‌کنند، بیش‌تر باشد و موجب وارد شدن فشار مراقبتی بیش‌تری به مراقب گردد؛ ولی مراقبینی که با بیمار در یک خانه زندگی نمی‌کنند و ساعاتی از روز را در کنار بیمار می‌باشند، زمانی را برای رسیدگی به زندگی خود در اختیار دارند و همچنین دوری از بیمار برای ساعاتی در روز موجب احساس استرس کمتر و ذخیره انرژی را فراهم می‌سازد و همین امر موجب می‌شود فشار کم‌تری به ایشان وارد شود.

مطالعه حاضر نشان داد بین فشار مراقبتی و میزان تحصیلات مراقب ارتباط آماری معنی داری وجود دارد. به بیان دیگر، افراد دیپلم به بالا نسبت به افراد بی‌سواد و زیردیپلم تحت فشار مراقبتی کم‌تری هستند. به نظر می‌رسد تحصیلات عالی موجب وسعت دید و تفکر می‌شود. همچنین افرادی که تحصیلات عالی دارند، روش‌های بیش‌تری برای حل مسئله داشته و در روابط بین فردی و حل مشکلات روزمره موفقیت بیش‌تری دارند و افراد با تحصیلات بالاتر به علت هوش متوسط به بالا و هوش هیجانی بیش‌تر معمولاً^{۱۳} توانایی درک متقابل و همدلی بیش‌تری دارند و در نهایت تحصیلات بر مدیریت استرس‌های وارد شده بر هر فرد تأثیر مثبت دارد و می‌تواند موجب کاهش فشار مراقبتی شود. در این رابطه، مولگلو و همکاران در پژوهش خود نشان دادند مراقبینی که تحصیلات بالاتری دارند، فشار مراقبتی بیش‌تری را گزارش می‌کنند (۲۱). آوسار و همکاران نیز

ناشی از تأثیر عوامل دیگر فردی، اجتماعی بوده باشد که موجب کاهش فشار و عدم معنی دار شدن این متغیر شده است.

در این مطالعه افراد متأهل، فشار مراقبتی بیش‌تری را تجربه کرده بودند. هم چنین رابطه سن مراقب و میزان فشار مراقبتی نیز معنی دار شده است. در توضیح این مورد باید گفت که از آنجایی که با بالا رفتن سن مراقب، احتمالاً او متأهل نیز می‌شود و در سن بالا و با زندگی متأهلی و وجود فرزندان، ایجاد مسایل جدید در زندگی، مواجه با چالش‌های زندگی می‌تواند دلیلی برای افزایش فشار مراقبتی باشد. در این راستا، محمدی در بررسی خودکارآمدی و فشار مراقبتی در مراقبین عضو خانواده سالمندان نیز نتایج مشابهی به دست آورد، به طوری که مراقبین متأهل، فشار مراقبتی بیش‌تری را گزارش کردند (۲۶). این یافته با نتایج پژوهش مولگلو و همکاران در تضاد است. وی در مطالعه‌ی خود نشان داد مراقبین مجرد، فشار مراقبتی بیش‌تری دارند (۲۱).

بین فشار مراقبتی و ابتلای مراقب به بیماری، ارتباط آماری معنی داری وجود دارد، به بیان دیگر، مراقبینی که به بیماری‌هایی مانند آرتروز، روماتوئید، دیسک کمر، دیابت، فشارخون بالا و بیماری قلبی مبتلا هستند، فشار مراقبتی بیش‌تری دارند. در این رابطه، هیگنسون و گاو^{۱۰} در مطالعه‌ی توصیفی تحلیلی خود که با بررسی تأثیر خصوصیات بیماران بر فشار مراقبتی و مثبت‌گرایی در مراقبین بیماران با سرطان پیشرفته مشاهده کردند مراقبین همراه با مشکلات جسمی، فشار مراقبتی بالاتری دارند (۲۹). باچنر^{۱۱} در پژوهش خود که جهت روانسنجی نسخه‌ی عربی مقیاس فشار مراقبتی زاربت در مراقبین بیماران سرطانی انجام داد، گزارش داد مراقبینی که سلامتی بهتری دارند، فشار مراقبتی کم‌تری را بیان می‌کنند (۳۰). همین‌طور مراقب‌هایی که خودش هم به بیماری مبتلا باشد، به دلیل بیمار بودنش و مشکلات جسمی و روانی همراه با این بیماری، فشار مراقبتی مضاعفی را متحمل خواهد شد، چرا که او خودش نیز نیاز به مراقبت دارد؛ ولی مجبور است تا با مشکل خودش سازگاری کند و در صدد رفع نیازهای بیمارش برآید و همین امر موجب افزایش فشار مراقبتی وارد شده بر وی می‌گردد.

هم چنین بین فشار مراقبتی و نوع مسکن مراقب ارتباط آماری معنی داری یافت شد. به بیان دیگر، مراقبینی که دارای منزل شخصی می‌باشند، فشار مراقبتی بیش‌تری دارند. شاید این یافته به این دلیل باشد افرادی که در این گروه قرار دارند، ممکن است تحت تأثیر عوامل دیگری مانند سن، زندگی با بیمار و تأهل

^{۱۰}. Higginson and Gao

^{۱۱}. Bachner

^{۱۲}. Garlo

می‌گیرد و او علاوه بر اداره‌ی زندگی وظیفه‌ی تربیت فرزندان، رسیدگی به امور درسی بچه‌ها، رفت و آمدهای اجتماعی را نیز به عهده دارد و هم‌چنین مسئولیت مراقبت از همسرش نیز با وی می‌باشد، این عوامل موجب وارد شدن فشار مضاعف بر وی خواهد شد.

در این مطالعه بین فشار مراقبتی و سن بیمار ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت. این یافته با مطالعه‌ی دادا و همکاران همخوانی دارد (۲۸). هم‌چنین با افزایش توان بیمار، میزان فشار مراقبتی کاهش می‌یابد. هم‌راستا با مطالعه‌ی حاضر، پژوهش کوهستانی و همکاران در این زمینه نشان‌گر این است که ارتباطی معکوس بین فشار مراقبتی مراقبین و میزان توانایی بیمار در امر مراقبت از خود و انجام فعالیت‌های زندگی روزمره وجود دارد (۱۹). به این صورت که هر چه سطح توانایی و مراقبت از خود بیمار پایین‌تر باشد، میزان فرسودگی و خستگی روانی مراقبین خانوادگی افزایش می‌یابد و هرچه میزان توان بیمار در انجام امور شخصی و روزمره بیشتر باشد، فشار کم‌تری به مراقب وارد خواهد شد و او زمان کم‌تری را برای مراقبت از بیمارش اختصاص می‌دهد؛ ولی با کاهش توان بیمار، مراقب مجبور است که این کاهش توان بیمار را با گذاشتن وقت و انرژی بیشتر توسط خودش جبران نماید که این امر باعث وارد شدن فشار بیشتر بر وی خواهد شد.

هم‌چنین بین فشار مراقبتی و نیاز مراقبتی بیمار ارتباط آماری معنی‌دار و مثبتی وجود داشت، به‌طوری‌که با افزایش نیاز مراقبتی بیمار، میزان فشار مراقبتی در مراقب افزایش می‌یابد. به بیان دیگر، بیمارانی که در انجام فعالیت‌ها نیاز بیشتری به مراقب‌شان دارند، سبب می‌شوند فشار مراقبتی بیشتری به مراقب وارد شود. این نتیجه نیز مطابق با نتیجه‌ی رابطه‌ی میزان توان بیمار و فشار مراقبتی است. از آن‌جایی که با افزایش توان بیمار، میزان نیاز مراقبتی او کاهش خواهد یافت و قادر خواهد بود که بیشتر کارها را خودش انجام دهد، با افزایش توان و کاهش نیاز مراقبتی میزان فشار مراقبتی مراقب کاهش خواهد یافت. عباسی و همکاران نیز یافته‌ی مشابه با این نتایج به دست آوردند. وی در بررسی خود نتیجه گرفت عامل نیاز مراقبتی بیمار پیش‌بینی‌کننده‌ی میزان فشار مراقبتی مراقب است (۱۵).

یافته‌ی دیگر نبود رابطه‌ی معنی‌دار بین فشار مراقبتی با مدت درمان با همودیالیز بود. این یافته، مشابه مطالعه‌ی چیمه و همکاران بوده و در این مطالعه نیز طول مدت بیماری با فشار مراقبتی رابطه‌ی معنی‌داری نداشت (۳۳). در همین زمینه، دادا و همکاران نیز در مطالعه‌ی خود، بین مدت زمان بیماری و فشار مراقبتی رابطه‌ی گزارشی نکردند (۲۸).

در مطالعه‌ی خود با بررسی وضعیت روحی - روانی و فشار مراقبتی در مراقبین بیماران دیالیز صفاقی در مقایسه با پیوند کلیه، ارتباط معنی‌داری بین تحصیلات و فشار مراقبتی گزارش نکردند (۲۵). یافته‌های متفاوت ممکن است در ارتباط با جنبه‌های دیگر تحصیلات بالاتر مانند شاغل بودن، داشتن مسئولیتهای اجتماعی بیشتر باشد در حالی که در پژوهش ما اکثر نمونه‌ها خانه‌دار بودند.

بین فشار مراقبتی و وضعیت شغل مراقب ارتباط آماری معنی‌داری وجود ندارد. در این راستا، پژوهش دادا و همکاران نیز رابطه‌ای بین شغل مراقب و فشار مراقبتی گزارش نکردند (۲۸). بین فشار مراقبتی و وضعیت درآمد آماری معنی‌داری وجود دارد. افراد با درآمد کم‌تر از ۵۰۰ هزار تومان نسبت به افراد با درآمد بیشتر از ۷۰۰ هزار از فشار مراقبتی بیش‌تری برخوردار بودند. در این رابطه، بلاسکو و همکاران در مطالعه‌ی خود نشان دادند که وضعیت اقتصادی ضعیف‌تر با فشار مراقبتی بیش‌تری همراه است (۲۳). هم‌چنین در مطالعه‌ی گارلو و همکاران تحت عنوان بررسی فشار مراقبتی در مراقبین بیماران بدحال نشان داده شد مراقبینی که مشکلات مالی دارند، فشار مراقبتی بیش‌تری دارند (۳۱). سوندارس نیز در مطالعه‌ی خود گزارش کرد مشکلات مالی مراقبین با افزایش فشار مراقبتی آنان همراه است (۳۲). بیماری‌های مزمن، بار مالی بسیار زیادی بر خانواده تحمیل می‌کنند، با توجه به اینکه در مراقبت از وابستگان درجه یک وضعیت مالی بیمار و مراقب به هم مرتبط است، هزینه‌ی تهیه‌ی داروها، رفت و آمد مداوم به بیمارستان به‌ویژه از نقاط روستایی دور، هزینه‌های مراجعه به پزشک همگی از عواملی هستند که خانواده‌ی این بیماران را تحت فشار بیش‌تری قرار می‌دهند و سبب می‌شود مراقبین، فشار مراقبتی بیش‌تری را متحمل شوند.

در این مطالعه افرادی که نسبت همسری با بیمار داشتند در مقایسه با سایر نسبت‌های فامیلی، فشار مراقبتی بیش‌تری را متحمل شدند. این یافته با نتایج کوهستانی و همکاران همسو است. وی در بررسی فشار مراقبتی مراقبین بیماران مبتلا به سکنه‌ی مغزی نتیجه گرفت مراقبینی که نسبت همسری با بیمار دارند، فشار مراقبتی بیش‌تری را تجربه می‌کنند (۱۹). در همین راستا، یافته‌های پژوهش گارلو نشان داد همسران مراقب، فشار مراقبتی بیش‌تری را در مقایسه با افرادی که نسبت‌های دیگری مثل فرزندی و والدینی دارند، گزارش کردند (۳۱). احتمالاً همسران به‌دلیل رابطه‌ی عاطفی تنگاتنگی که با بیمار دارند، بیش‌تر از بقیه‌ی اعضای خانواده تحت فشار قرار خواهند گرفت. از طرفی به‌دلیل این‌که هم‌زمان با بیمار شدن یکی از والدین، مسئولیت بیش‌تری بر عهده‌ی والد سالم قرار

انجمن دیالیز که نوعی حمایت اجتماعی محسوب می شود، می تواند تا حدودی از بار فشار مراقب بکاهد.

نتیجه دیگر این است که بین فشار مراقبتی و میزان تحصیلات بیمار ارتباط آماری معنی داری وجود ندارد. این یافته با پژوهش گارلو هم خوانی دارد (۳۱). اما دادا و همکاران در مطالعه ی خود گزارش کردند که بین تحصیلات بیمار و فشار مراقبتی مراقبین رابطه ای معنی داری وجود دارد؛ به این صورت که مراقبین بیمار با سطح تحصیلات بالاتر، فشار مراقبتی کمتری دارند (۲۸). تفاوت در نتایج می تواند در ارتباط با جامعه مورد پژوهش باشد. در مطالعه دادا نمونه ها مراقبین بیمارانی و در مطالعه گارلو مراقبین بیمارانی بدحال (سرطان، نارسایی قلبی و بیماری مزمن انسدادی ریه) بوده است (۳۱). همچنین تفاوت های فرهنگی موجود در جوامع مختلف نیز می تواند تاثیرگذار بوده باشد.

بین شغل بیمار با فشار مراقبتی رابطه ای معنی داری گزارش نشد. این در حالی است که چیمه و همکاران در مطالعه خود نشان دادند، مراقبین بیمارانی بیکار بیش از مراقبین بیمارانی شاغل تحت فشار بودند (۳۳). به عقیده ی پژوهشگر ممکن است بالاتر بودن میانگین سن نمونه های پژوهش حاضر (۶۰/۹۵) به نسبت مطالعه چیمه (۳۲/۹۹) بر اختلاف این نتایج تاثیرگذار باشد. در این پژوهش میانگین سنی بیمارانی بالا بوده و اکثر آنها در سنین پیری هستند که معمولا توان کار کردن را ندارند و مراقبین آنها هم احتمالا از آنها انتظاری برای کار کردن ندارند اما در بیمارانی تحت مطالعه چیمه، میانگین سنی بیمارانی جوان بوده و اکثر آنها در سنی هستند که باید از نظر اقتصادی فعال باشند، لذا بیکار بودن آنها می تواند در مراقبین موجب افزایش فشار مراقبتی شود (۳۳).

در ارتباط با تعیین عوامل پیش بینی کننده ی فشار مراقبتی مبتنی بر عوامل فردی- اجتماعی مراقبین و بیمارانی همودیالیزی متغیرهایی که در آنالیز تک متغیره با P کوچکتر از ۰/۲۵ بوده اند، وارد مدل رگرسیون لجستیک شدند و در نهایت متغیرهایی که معنی دار شدند، مشخص گردید و شامل چهار عامل مرتبط بود. ابتدا متغیر تأهل مراقب وارد مدل رگرسیون شد و بر پایه ی شواهد به دست آمده مشخص شد که افراد متأهل نسبت به افراد مجرد ۵/۴ برابر شانس تمایل به افزایش فشار مراقبتی بیشتری داشتند. به نظر می رسد مراقبین متأهل به دلیل داشتن نقش های متعدد از جمله نقش همسری و وظیفه ی پدری یا مادری، زمان کمتری برای رسیدگی به خود و نیازهای خودشان دارند و همه ی این عوامل موجب می شود که تحت فشار مراقبتی بیش تری قرار بگیرند. بنابراین شاید بتوان گفت که متأهل بودن جزء عوامل پیش بینی کننده ی فشار مراقبتی در

همچنین طبق یافته های این مطالعه، فشار مراقبتی با تأهل بیمار ارتباط معنی دار آماری ندارد. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش گارلو و همین طور با مطالعه ی چیمه و همکاران در یک راستا می باشد (۳۱، ۳۳). به طوری که در این مطالعات نیز بین تأهل بیمار و فشار مراقبتی رابطه ای گزارش نشد.

یافته ی دیگر، نبود رابطه ی معنی دار بین ابتلای بیمار به بیماری دیگر با فشار مراقبتی است. این یافته با یافته های عباسی و همکاران متفاوت است. وی در یافته های مطالعه ی خود مشاهده کرد مبتلا بودن بیمار به بیماری دیگری بجز نارسایی کلیه ارتباط معنی داری با فشار مراقبتی دارد (۱۵). به عقیده ی پژوهشگران، این تفاوت در یافته ها می تواند در نتیجه ی تفاوت در نوع ابزار مورد استفاده در پژوهش حاضر و ابزار استفاده شده توسط پژوهشگران باشد.

نتیجه دیگر این مطالعه نبود رابطه ی معنی دار بین داشتن بیمه درمانی، که خود نمونه ای از حمایت اجتماعی است، با فشار مراقبتی است. در این راستا گلدستین^۱ در مطالعه ای با بررسی عوامل مرتبط با فشار مراقبتی در مراقبین بیمارانی سرطانی انتهای عمر مشاهده کرد بین حمایت های اجتماعی و میزان فشار مراقبتی ارتباط وجود دارد. به گونه ای که حمایت اجتماعی کم تر با فشار مراقبتی بیش تری همراه است (۳۴). دارا بودن بیمه درمانی و همچنین عضویت در سازمان های حمایت کننده مانند کمیته ی امداد انواعی از حمایت های اجتماعی هستند، افرادی که تحت پوشش بیمه می باشند، امکان دسترسی به پزشک و خدمات درمانی را با هزینه کم تر دارند و همچنین بیمه تهیه ی دارو که می تواند هزینه ی گزافی را برای بیمار ایجاد کند را آسان تر می کند. البته در پژوهش ما نسبت افراد بدون بیمه به افراد تحت پوشش بیمه کم بود و این خود ممکن است دلیلی برای معنی دار نشدن این یافته باشد.

بین فشار مراقبتی و عضو انجمن دیالیز بودن ارتباط آماری معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، افرادی که عضو انجمن دیالیز نبودند، فشار مراقبتی بیش تری داشتند. در همین رابطه، ویلسون^{۱۴} و همکاران با بررسی فشار مراقبتی و رضایت مندی در بیمارانی مرحله ی آخر بیماری کلیه و همسرانشان، رابطه ی معنی داری بین فشار مراقبتی و میزان اقدامات حمایتی گزارش کردند. به طوری که مراقبینی که اقدامات حمایتی کم تری دریافت کرده بودند، فشار مراقبتی بیش تری داشتند (۳۵). همچنین بلاسکو در مطالعه ی خود بیان کرد که بین حمایت اجتماعی و فشار مراقبتی ارتباط وجود دارد (۲۳). به نظر میرسد عضویت در

^۱. Goldstein
^{۱۴}. Wilson

مدت مراقبت را می‌توان جزء عوامل پیش‌بینی‌کننده‌ی فشار مراقبتی در نظر گرفت. گارلو نیز با تحلیل رگرسیون انجام شده در پژوهش خود مشخص کرد مراقبین با مشغله‌ی زیاد که نیاز به کمک در انجام وظایف روزانه دارند و همین‌طور مراقبینی که حمایت‌های اجتماعی کم‌تری را دریافت می‌کنند، فشار مراقبتی بیش‌تری دارند (۳۱).

تضاد منافع

در این مطالعه تضاد منافع وجود ندارد.

سپاسگزاری

این مقاله بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد و طرح تحقیقاتی مصوب با شماره ۹۰۲۱۲۱ مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی فشار مراقبتی در مراقبت کنندگان بیماران ... میترا طالبی و همکاران گیلان می‌باشد. پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از همکاری صمیمانه پرسنل بخش همودیالیز مرکز آموزشی درمانی رازی رشت و کلیه بیماران و مراقبینی که در انجام این پژوهش صادقانه همکاری نمودند، تشکر و قدردانی بعمل آورند.

مراقبین می‌باشد هم‌چنین نتایج نشان داد که در صورت زندگی با بیمار ۵/۰۶ بار فشار مراقبتی بیش‌تری به مراقب وارد می‌شود. زندگی کردن مراقب با بیمار موجب می‌شود که به طور مداوم در تماس با بیمار و نیازهای وی باشد. این مراقبین اغلب زمان زیادی را برای مراقبت از بیماران خود صرف می‌کنند و خستگی و فشار مراقبتی قابل توجهی را تحمل خواهند کرد. با توجه به نتایج جدول با کاهش یک رتبه در توان بیمار ۲/۱ بار فشار مراقبتی به مراقب بیش‌تر خواهد بود. هرچه میزان توان بیمار در انجام امور شخصی و اجتماعی کاهش یابد، به همان نسبت مراقب وی بیش‌تر تحت فشار قرار می‌گیرد و آثار سوء این افزایش فشار به خوبی در مراقب مشهود است. از آنجایی که مراقبین مجبورند نیازهای خود و بیمارشان را به طور هم‌زمان برآورده کنند، لذا منجر به ایجاد بار اضافی در فرد مراقب شده و باعث اختلال در ارایه‌ی نقش‌های مراقبتی در آن‌ها می‌گردد. هم‌چنین نتایج نشان داد با افزایش مدت مراقبت، میزان فشار مراقبتی نیز بر مراقب افزایش می‌یابد. با یک ماه افزایش ۱/۰۱ بار شانس فشار مراقبتی افزایش می‌یابد. درمان در بیماری‌های مزمن از جمله بیماری کلیوی مرحله‌ی آخر فقط علامتی و برای طولانی کردن زندگی بیمار می‌باشد. از این رو، هرچه از شروع آن می‌گذرد، بیمار بیش‌تر توانایی‌های خودش را از دست می‌دهد و با طولانی شدن مدت مراقبت از بیمار، مراقب نیز به مرور دچار فشار بیش‌تر جسمی و روانی می‌شود. لذا افزایش طول

References

1. habibzadeh h, jafarizadeh h, mohammadpoor y, kiani p, lak k, bahrechi a. a survey on quality of life in hemodialysis patient care givers. *journal of nursing and midwifery urmia university of medical sciences*. 2009;7(3):34-9.
2. rahimi s. survey quality of life and related factors in hemodialysis patients referring to dialysis centers affiliated to guilan university of medical sciences and health services 2011-2012, msc thesis. shahid beheshti faculty of nursing and midwifery: guilan university of medical science; 2012.
3. naji a, naroeie s, abdeyazdan g, dadkani e. effect of applying orem 's self-care model on quality of life in the hemodialysis patient's under. *zahedan journal of research in medical sciences*. 2012;14(1):8-12.
4. fund a. kidney statistic american kidney fund. [cited 15/3/2012]; available from: www.kidneyfund.org/about-us/.../akf-kidneydiseasestatistics-2012.pdf. 2012.
5. raiesifar a, torabpour m, mohsenizad p, shabani h, tayebi a, masoumi m. dialysis adequacy in patients of abadan hemodialysis center. *international journal of critical care nursing*. 2009;2(3):87-90.
6. javanbakhtian r, tali s, salehi s, abbas-zadeh a. motevaseliyan m. comparative survey of quality of life in hemodialysis patient and renal transplant recipients. *yazd university of medical sciences journal*. 2010;18(5):1-8.
7. masoudi-alavi n, sharifi k, akbarzadeh a. health status and activity of daily living in hemodialysis and transplant patients. *iranian journal of nursing*. 2011;23(68):47-53.
8. murtagh fe, addington-hall j, higginson ij. the prevalence of symptoms in end-stage renal disease: a systematic review. *advances in chronic kidney disease*. 2007;14(1):82-99.
9. sajadi a, farmahini b, esmaeilpoor m, durmanesh b. effective factors on level of fatigue in patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis. *journal of critical care*. 2010;3(1):33-8.
10. sathvik b, parthasarathi g, narahari m, gurudev k. an assessment of the quality of life in hemodialysis patients using the whoqol-bref questionnaire. *indian journal of nephrology*. 2008;18(4):141.
11. shdaifat ea, manaf mra. quality of life of caregivers and patients undergoing haemodialysis at ministry of health, jordan. *international journal of applied science and technology vol 2 no 3; march 2012*. 2012.
12. potter pa, perry ag, hall a, stockert patricia a. *fundamentals of nursing: elsevier mosby*; 2009.
13. bruns a, hilário moe, jennings f, silva ca, natour j. quality of life and impact of the disease on primary caregivers of juvenile idiopathic arthritis patients. *joint bone spine*. 2008;75(2):149-54.
14. brunner ls, smeltzer scc, bare bg, hinkle jl, cheever kh. brunner & suddarth's textbook of medical-surgical nursing: suzanne c. smeltzer...[et al.]: wolters kluwer health; 2010.
15. abbasi a, asayesh h, rahmani h, shariati a, hosseini sa. the burden on caregivers from hemodialysis patients and related factors. *journal of gorgan bouyeh faculty of nursing & midwifery*. 2010;7(1):26-33.
16. abbasi a, ashraf-ebrahimi n, asayesh h, shariati a, rahmani h, mollaei e. relationship between caregivers burden and counter skills in hemodialysis patient. *oroomiyeh faculty of nursing and midwifery journal*. 2012;4(39):533-9.
17. suri rs, larive b, garg ax, hall yn, pierratos a, chertow gm, et al. burden on caregivers as perceived by hemodialysis patients in the frequent hemodialysis network (fhn) trials. *nephrology dialysis transplantation*. 2011;26(7):2316-22.

18. low j, smith g, burns a, jones l. the impact of end-stage kidney disease (eskd) on close persons: a literature review. *ndt plus*. 2008;1(2):67-79.
19. koohestani h, baghcheghi n. determine the prevalence of burnout in home caregivers of cva patient's and its effective factors. 2012. *hakim research journal*;14(4):242-8.
20. masoodi r, alhani f, moghadasi n, ghorbani m. the effect of family based empowerment on knowledge, attitude and practice on caregivers of multiple sclerosis patients. *birjand university of medical sciences*. 2010;17(2):87-97.
21. mollaoglu m, kayataş m, yürüen b. effects on caregiver burden of education related to home care in patients undergoing hemodialysis. *hemodialysis international*. 2013.
22. afgheh s, ardeshirzadeh m, jafari f, mahmoodi m, sadeghinejad g. comparing suffer toleration in schizophrenic patient caregivers with esrd patient caregiver. *maazandaran university of medical sciences journal*. 2007;17(62):31-9.
23. belasco a, barbosa d, bettencourt ar, diccini s, sesso r. quality of life of family caregivers of elderly patients on hemodialysis and peritoneal dialysis. *american journal of kidney diseases*. 2006;48(6):955-63.
24. rioux jp, narayanan r, chan ct. caregiver burden among nocturnal home hemodialysis patients. *hemodialysis international*. 2012;16(2):214-9.
25. avsar u, avsar u, cansever z, set t, cankaya e, kaya a, et al., editors. psychological and emotional status, and caregiver burden in caregivers of patients with peritoneal dialysis compared with caregivers of patients with renal transplantation. *transplantation proceedings*; 2013: elsevier.
26. shahbolaghi f. self-efficacy and family caregivers to care for seniors with alzheimer pressure on tehran. *iranian journal of ageing*. 2006;1(1):26-33.
27. kim ms, shin h-i, min y, kim jy, kim js. correlation between severe als patient-caregiver couples' characteristics and caregivers' health related quality of life. *journal of korean academy of nursing*. 2011;41(3):354-63.
28. dada mu, okewole no, ogun oc, bello-mojeed ma. factors associated with caregiver burden in a child and adolescent psychiatric facility in lagos, nigeria: a descriptive cross sectional study. *bmc pediatrics*. 2011;11(1):110.
29. higginson ij, gao w. caregiver assessment of patients with advanced cancer: concordance with patients, effect of burden and positivity. *health qual life outcomes*. 2008;6:42.
30. bachner yg. preliminary assessment of the psychometric properties of the abridged arabic version of the zarit burden interview among caregivers of cancer patients. *eupean journal of oncology nursing*. 2013;17(5):657-60.
31. garlo k, o'leary jr, van ness ph, fried tr. burden in caregivers of older adults with advanced illness. *journal of the american geriatrics society*. 2010;58(12):2315-22.
32. saunders mm. factors associated with caregiver burden in heart failure family caregivers. *western journal of nursing research*. 2008;30(8):943-59.
33. chimeh n, malakoti k, panaghi l, ahmad abadi z, nojomi m, ahmadi tonkaboni a. care giver burden and mental health in schizophrenia. *journal of family research*. 2008;4(3):277-92.
34. goldstein ne, concato j, fried tr, kasl sv, johnson-hurzeler r, bradley eh. factors associated with caregiver burden among caregivers of terminally ill patients with cancer. *journal of palliative care*. 2003;20(1):38-43.
35. wilson-genderson m, pruchno ra, cartwright fp. effects of caregiver burden and satisfaction on affect of older end-stage renal disease patients and their spouses. *psychology and aging*. 2009;24(4):955.

Caregiver burden and its related factors in caregivers of hemodialysis patients: a descriptive-analytical study

Mitra Talebi¹, Parvaneh Reza Soltani², Ehsan Kazemnejad³, Nasrin Mokhtari Lake^{4*}

1. Master of Community Health Nursing, Fatemeh Hospital, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

2. Assistant Professor of Reproductive Health, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

3. Department of Biostatistics, School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

4. Community Health Nursing Instructor, School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

* Corresponding author: Nasrin Mokhtari Lakeh, Community Health Nursing Instructor, School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran. Email: Lake.nasrin@gmail.com

DOI: 10.21859/nmj-25017

Received: 29.02.2016

Accepted: 06.07.2016

Keywords:

Caregiver burden

caregiver

hemodialysis

How to Cite this Article:

Talebi M, Rezasoltani P, Kazemnejad E, Mokhtari Lakeh N. Caregiver burden and its related factors in caregivers of hemodialysis patients: a descriptive-analytical study. 2015 and 2016. Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac. 2016;25(1):52-59. DOI: 10.21859/nmj-25020

© 2017 Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty

Abstract

Introduction: In patients with renal insufficiency, it is necessary for the family to take supportive measures for the dialysis patient, both at home and in outpatient centers such as hospital dialysis wards. Caregivers of these patients often spend a lot of time caring for them and endure a lot of fatigue and care pressure. This study was performed to determine the amount of care pressure and its related factors in caregivers of hemodialysis patients referred to Razi Hospital in Rasht in 2013.

Methods: In this descriptive-analytical study, 154 hemodialysis patient caregivers referred to Razi Hospital in Rasht were selected by gradual sampling method. Data were collected through interviews by completing two questionnaires "Zariat care pressure" and "Patient-caregiver individual-social factors" and using SPSS 22 statistical software and descriptive and inferential statistical tests (independent t-test). One-way analysis of variance, Pearson and Spearman correlation coefficient and rank logistic regression model were analyzed.

Results: 74.7% of the studied units have severe care pressure. Between the amount of care pressure with the caregiver's age ($p = 0.005$), duration of patient care ($p = 0.009$), caregiver's marriage ($P = 0.001$), caregiver's illness ($P = 0.003$), type of housing ($P = 0.048$), living with the patient ($P = 0.001$), caring education ($P = 0.001$), income status ($p = 0.008$), patient ratio ($p = 0.017$), patient ability (Statistically significant relationship was observed between $p = 0.0001$), patient care needs ($p = 0.0001$) and being a member of dialysis association ($p = 0.003$). Logistic regression model was used to determine the predictive effect of individual and social variables of patient and caregiver and the results showed that the variables of caregiver marriage, patient life, patient ability and duration of patient care have a significant relationship with caregivers' care pressure.

Conclusion: In this study, the findings showed that some individual-social factors such as caregiver marriage, patient life, patient ability and duration of patient care have a significant relationship with caregivers' care pressure and are predictors of care pressure. It is recommended that caregivers who have these conditions pay more attention to the study of care pressure and measures needed to reduce stress.