

Research Paper

Predictors of Perceived Caregiving Burden among Caregivers of Elderly Dialysis Patients

Mahdie Taherkhani¹ , Fatemeh Mohammadi² , Farnoosh Rashvand² , *Seyedeh Ameneh Motalebi²

1. Student Research Committee, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.

2. Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Prevention of Non-communicable Diseases, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.



Citation Taherkhani M, Mohammadi F, Motalebi S A. [Predictors of Perceived Caregiving Burden among Caregivers of Elderly Dialysis Patients (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2022; 16(4):482-497. <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2021.2778.4>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2021.2778.4>



Received: 30 Jan 2021

Accepted: 22 May 2021

Available Online: 01 Jan 2022

Keywords:

Aged, Caregiver Burden, Disability, Social Support, Self Efficacy, Religion

ABSTRACT

Objectives Elderly patients are the largest and fastest growing group of patients under dialysis and their caregivers are faced with high burden care. Therefore, the present study was conducted to determine the predictors of caregiver burden among caregivers of older patients under hemodialysis residing in Qazvin province, Iran.

Methods & Materials This cross-sectional study was conducted on caregivers older patients under hemodialysis in 2020. The caregivers were selected by census method among eligible caregivers of older patients under hemodialysis referring to dialysis centers of Qazvin Province, Iran. Data were collected using the demographic checklists, Zarit Burden Interview (ZBI) in Care, Bartell Scale, Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), General Self-Efficacy Scale (GSE), and Religious Coping Scale (RCOPE). The collected data were analyzed by a multivariable regression model in SPSS software v. 23.

Results The mean and standard deviation of the age of 252 caregivers and older patients were 44.9±13.16 and 69.4±7.7 years old, respectively. The results of multivariate analyses showed that significant predictors of caregiver burden were perceived social support ($\beta=0.333$, $P<0.05$), disability ($\beta=-0.137$, $P<0.05$), health status ($\beta=0.154$, $P=0.010$), and financial level ($\beta=0.154$, $P=0.010$). As the caregiver burden was decreased by increasing the social support and decreasing the rate of disability. Furthermore, the caregivers with higher financial levels and better health status reported lower caregiver burden.

Conclusion It can be concluded that enhancement of social support and more attention to the health of caregivers as potential patients are important factors for reduction of caregiver burden care.

Extended Abstract**1. Introduction**

Chronic Renal Failure (CRF) is one of the most common chronic diseases in the elderly [8]. At present, hemodialysis is the most common treatment for this disease in Iran and worldwide [12]. Iran is also facing a growing trend of dialysis patients [8]. Caring

for these patients is associated with many problems such as burnout, anxiety, and depression for caregivers [15]. Therefore, the quality of life of the caregivers who care for these patients is more affected than other caregivers, and they gradually lose their energy and become depleted [11]. Due to the increase in the number of dialysis patients in the world and Iran and the caregiving burden that caregivers of these patients face in life, the present study was conducted to determine the predictors of the caregiving burden among caregivers of hemodialysis patients.

*** Corresponding Author:**

Seyedeh Ameneh Motalebi

Address: Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Prevention of Non-communicable Diseases, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.

Tel: +98 (911) 8554822

E-mail: ammotalibi@yahoo.com

2. Methods

This descriptive cross-sectional study was performed in 2020 on 252 elderly caregivers undergoing dialysis in Qazvin province. Samples were selected by census method from the main caregivers of patients referred to hemodialysis centers in the province. Inclusion criteria for caregivers were willing to participate in the study, age 18 and older, and primary responsibility for caring for the elderly on dialysis for at least one month. Exclusion criteria for caregivers were inability to communicate, simultaneous care of another patient, and receipt of care costs. Inclusion criteria for the elderly, age 60 and older, underwent dialysis, and had a home caregiver. Demographic characteristics checklist, Barthel scale, perceived social support questionnaires (Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)), Schwarzer's and Jerusalem general Self-efficacy questionnaires, and the Pargament's Religious Coping Scale (RCOPE) were used to collect data. Health status of the caregiver with a question "How do you assess your health status?" It was evaluated with a 5-point Likert from poor to excellent [46].

Then written consent was obtained, and then the questionnaires were answered by the caregivers. Data were analyzed in SPSS software v. 23 using the multivariate linear regression model. The normality of the data was confirmed by Smirnov Kolmogorov, histogram curve,

skewness, and kurtosis. The significance level of all tests was considered less than or equal to 0.05.

3. Results

The Mean±SD age of caregivers was 44.9±13.16 years, and elderly patients were 69.4±7.7 years. Most elderly patients participating in the study were married (69%), living with a spouse or children (65.5%). The duration of dialysis in most of the studied elderly was less than 3 years (58.3%). Most female caregivers were married with a high school diploma or higher and lived with a spouse or children.

According to the results, the Mean±SD caregiving burden was 32.539 ±15.053. Most caregivers reported mild to moderate (44.4%) to moderate (50%), and only 5.6% of caregivers were under severe care stress. The Mean±SD social support was 60.250±16.815, which was higher than the average, and the highest mean of social support was related to family support, with a mean of 21.441. The Mean±SD dependence of elderly patients was above average (70.89±22.54), and Self-efficacy (25.46±7.06) and religious coping (17.63±5.94) of caregivers was moderate according to the results. According to the present study, caregivers' caregiving burden decreased with increasing social support ($\beta=-0.146$) caregivers' health status ($\beta=-0.131$). The caregiving burden increased significantly in the caregivers of patients with severe dependence com-

Table 1. Simultaneous study of the caregiving burden predictors of elderly caregivers using the linear multivariate regression model

Variables	Standard Regression Coefficient (β)	Test Statistics (t)	Sig.	Variance Inflation Factor	
Social support	-0.146	-2.269	0.024	1.393	
Religious coping	-0.089	-1.487	0.138	1.207	
Self-efficacy	-0.089	-1.411	0.0159	1.348	
Barthel (moderate dependency)	Complete dependence	0.106	1.889	0.060	1.064
	Severe dependence	0.218	3.710	0.000	1.154
	Partial dependence	-0.135	-2.373	0.018	1.083
	Independency	-0.038	-0.644	0.520	1.141
Economic situation (Mean)	Weak	-0.097	1.611	0.109	1.221
	Good	-0.036	-0.609	0.543	1.169
	Excellent	-0.173	-3.037	0.003	1.082
Health status	-0.131	-2.073	0.039	1.339	

pared to those with moderate dependence ($\beta=0.218$). Also, caregivers with excellent economic status were under less caregiving burden than caregivers with moderate economic status ($\beta=0.173$) (Table 1). Finally, the estimated model predicted 28.4% ($R^2=0.284$) of caregiver caregiving burden in elderly dialysis patients.

4. Discussion

The results of the present study, in line with the results of the study of Abbasi et al. (2011) [17] and Mollaqlou et al. (2013) [18], showed that the health status of the caregiver was inversely related to the caregiving burden. Because caregivers have to meet the needs of themselves and their patients simultaneously, the presence of chronic diseases and health problems disrupts the delivery of care roles and imposes a high burden of care [17].

The results showed that social support was a predictor of caregivers' caregiving burden. As social support increased, caregivers' caregiving burden decreased. The results of this study are in line with the results of most previous studies [39, 59]. Caregivers who receive social support are likely to have more time and resources for better and more effective care. They also have more energy to focus on care and can easily deal with the new conditions of life with the patient [36]. Therefore, more attention should be paid to the health status of caregivers as potential patients. By taking measures to develop social support for caregivers, an effective step was taken to reduce the caregiving burden among caregivers of hemodialysis patients.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

The study was approved by the Ethics Committee of Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran (IR.QUMS.REC.1398.329). The written consent form was obtained from all caregivers before participation in the study.

Funding

This research part of the Mahdiah Taherkhani Master of Nursing in the Faculty of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences.

Authors' contributions

Conceptualization, methodology, research, drafting, editing and finalization of writing, Sources: All authors;

Financing: Mahdiah Taherkhani; Project Management: Seyedeh Ameneh Motalebi.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict interest.

Acknowledgments

The authors would like to thank the Vice-Chancellor for Research of Qazvin University of Medical Sciences and all the caregivers of older patients for their support and cooperation.

مقاله پژوهشی

پیش‌بینی‌کننده‌های فشار مراقبتی در مراقبین سالمندان تحت درمان با دیالیز

مهديه طاهرخانی^۱، فاطمه محمدی^۲، فرنوش رشوند^۲، سیده آمنه مطلبی^۲

۱. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.
 ۲. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده پیشگیری از بیماری‌های مزمن، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.

حکیده

اهداف: سالمندان بزرگ‌ترین و سریع‌ترین گروه در حال رشد بیماران تحت دیالیز هستند و مراقبین این بیماران با افزایش بار مراقبتی روبه‌رو هستند؛ بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین عوامل پیش‌بینی‌کننده فشار مراقبتی در مراقبین سالمندان تحت درمان با دیالیز انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی روی مراقبین بیماران سالمند تحت دیالیز استان قزوین در سال ۱۳۹۹ انجام شد. نمونه‌ها به روش سرشماری از میان مراقبین اصلی بیماران مراجعه‌کننده به مراکز همودیالیز در سطح استان انتخاب شدند. از چک‌لیست مشخصات جمعیت‌شناسی، مقیاس بارتل، پرسش‌نامه‌های فشار مراقبتی زاریت، حمایت اجتماعی درک‌شده زیمت، خودکارآمدی عمومی و مقابله مذهبی برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. داده‌ها در نسخه ۲۳ نرم‌افزار SPSS با استفاده از مدل رگرسیون خطی چندمتغیره تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار سن مراقبین ۴۴/۹±۱۳/۱۶ سال و بیماران سالمند ۶۹/۴±۷/۷ سال بود. میانگین فشار مراقبتی مراقبین ۳۲/۵۳±۱۵/۰۵ بود. نتایج مدل رگرسیون چندمتغیره نشان داد که حمایت اجتماعی (β=-۰/۱۴۶، P<۰/۰۰۵)، ناتوانی (β=۰/۲۱۸، P<۰/۰۰۵)، وضعیت سلامت (β=-۰/۱۳۱، P<۰/۰۰۵) و وضعیت اقتصادی (β=-۰/۱۷۳، P<۰/۰۰۵) مراقبین رابطه معناداری با میزان فشار مراقبتی داشت، به طوری که با افزایش میزان حمایت اجتماعی مراقبین و کاهش ناتوانی سالمندان میزان فشار مراقبتی مراقبین کاهش می‌یافت. همچنین مراقبینی که وضعیت اقتصادی بهتری داشتند و از سلامت بالاتری برخوردار بودند، فشار مراقبتی کمتری گزارش کردند.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج مطالعه حاضر، توسعه حمایت‌های اجتماعی از مراقبین بیماران سالمند تحت دیالیز و توجه بیشتر به سلامت آنان به عنوان بیماران بالقوه، از راهکارهای کاهش میزان فشار مراقبتی مراقبین است.

تاریخ دریافت: ۱۱ بهمن ۱۳۹۹
 تاریخ پذیرش: ۰۱ خرداد ۱۴۰۰
 تاریخ انتشار: ۱۱ دی ۱۴۰۰

کلیدواژه‌ها:

سالمند، فشار مراقبتی، حمایت ناتوانی، خودکارآمدی، اجتماع، مذهب

مقدمه

با افزایش سن، احتمال ابتلا به بیماری‌های مزمن به‌طور معناداری افزایش می‌یابد [۶]، به طوری که حدود ۷۵ درصد از سالمندان بالای شصت سال، حداقل از یک بیماری و نزدیک به ۵۰ درصد آنان از دو بیماری مزمن رنج می‌برند [۷].

نارسایی مزمن کلیه^۱، یکی از بیماری‌های مزمن شایع در سالمندان است [۸] که به علت نیاز به درمان طولانی‌مدت، تأثیر زیادی بر وضعیت فیزیکی و روانی و استقلال بیماران و خانواده آنان می‌گذارد [۹، ۱۰]. حدود ۲ تا ۳ درصد مردم جهان به این بیماری مبتلا هستند. میزان شیوع نارسایی مزمن کلیه ۲۴۲ نفر در یک میلیون نفر جمعیت در جهان است [۱۱].

جمعیت جهان به سرعت در حال پیر شدن است [۱]. هر سال ۱/۷ درصد به جمعیت جهان افزوده شده و این افزایش برای جمعیت ۶۵ سال و بالاتر ۲/۵ درصد است [۲]. پیش‌بینی می‌شود بین سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۵۰، تعداد سالمندان از ۷۹۵ میلیون نفر به دو میلیارد نفر برسد [۳، ۴].

طبق گزارش مرکز آمار ایران، در سرشماری سال ۱۳۹۵ جمعیت سالمندان ایرانی، ۹/۳ درصد از جمعیت کشور را شامل می‌شد و پیش‌بینی می‌شود که در سال ۱۴۳۰ به بیش از ۲۵ درصد از جمعیت کشور برسد [۲، ۵].

1. Chronic Renal Failure (CRF)

* نویسنده مسئول:
 سیده آمنه مطلبی

نشانی: قزوین، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، پژوهشکده پیشگیری از بیماری‌های مزمن، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت.
 تلفن: ۸۵۵۴۸۲۲ (۹۱۱) ۹۸+
 رایانامه: ammotalebi@yahoo.com

اگرچه در مطالعات قبلی، نتایج متناقضی در ارتباط بین سن مراقبین، جنس مراقب، وضعیت تأهل مراقبین، مدت مراقبت و فشار مراقبتی مراقبین گزارش شده است [۲۶-۲۲، ۱۳، ۱۱، ۲].

یکی دیگر از عوامل مرتبط با فشار مراقبتی، ناتوانی و میزان وابستگی سالمند است [۲۷]. ناتوانی به معنای نیاز به کمک در یکی از فعالیت‌های روزمره است [۲۸]. معمولاً یک‌چهارم افراد بعد از سن بازنشستگی قادر به انجام فعالیت‌های روزانه خود نیستند و حدود ۱۰ درصد آنان کاملاً وابسته می‌شوند [۲۷]. ناتوانی می‌تواند بر انجام فعالیت‌های روزمره و فعالیت‌های ابزاری زندگی تأثیر منفی گذاشته و در نتیجه فشار مراقبتی مراقبین را افزایش دهد [۲۹]. به طوری که روحانی و همکاران (۱۳۹۱) ناتوان بودن سالمندان در انجام فعالیت‌های روزانه را به عنوان عامل تأثیرگذار بر افزایش بار مراقبت مراقبین گزارش کردند [۲]. در حالی که در برخی مطالعات [۳۰، ۳۱]، ارتباطی بین وضعیت عملکرد بیمار با فشار مراقبتی مراقبین گزارش نشده است.

راهبردهای مقابله‌ای نیز می‌تواند برای مقابله با فشار مراقبتی به مراقبین کمک کند. یکی از راهبردهای مقابله‌ای، مذهب است که شیوه‌ای مؤثر برای مقابله با استرس به شمار می‌رود [۲۱]. اگرچه، نتایج مطالعات گذشته در این ارتباط متفاوت است، به طوری که شریفی و فاتحی‌زاده رابطه معنادار و معکوسی بین مذهب با افسردگی و فرسودگی مراقبتی مراقبین گزارش کردند [۳۲].

همچنین کای و همکاران دریافتند که بین میزان مذهبی بودن مراقبین و علائم افسردگی در آنان رابطه معکوس وجود داشت [۳۳]. ولی نتایج مطالعه رجبی و همکاران نشان داد که سبک مقابله مذهبی قادر به پیش‌بینی فشار مراقبتی نیست و میان سبک مقابله مذهبی مثبت با فشار مراقبتی رابطه معناداری وجود نداشت [۲۱].

عامل مهم دیگر خودکارآمدی است. باورهای خودکارآمدی تعیین می‌کند که انسان تا چه حد می‌تواند هنگام برخورد با مشکلات زندگی انعطاف‌پذیر باشد. خودکارآمدی، درجه‌ای از میزان احساس تسلط فرد در ارتباط با توانایی انجام فعالیت‌های مورد نظر است [۳۴]. افراد با خودکارآمدی بالا، اعتماد بیشتری نسبت به توانایی‌های خود داشته و در مواجهه با مشکلات احساس سختی نمی‌کنند [۳۵، ۳۴].

در مطالعات مختلف، خودکارآمدی، به عنوان منبعی جهت کاهش فشار مراقبتی معرفی شده است [۳۶، ۳۷]. به علاوه، مراقبینی که حمایت اجتماعی دریافت می‌کنند، ممکن است فشار مراقبتی کمتری به نسبت سایر مراقبین تجربه کنند [۳۶، ۳۸، ۳۹]. حمایت اجتماعی بر احساس پذیرش توسط دیگران و نیز میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه افراد خانواده و دوستان و سایرین تعریف شده است [۴۰]. این نیاز به شدت توسط خانواده بیماران احساس می‌شود و آنان نیاز دارند که توسط سایرین درک شوند [۴۱].

در حال حاضر، همودیالیز^۲ رایج‌ترین شیوه درمانی این بیماری در ایران و جهان است [۱۲]. کشور ایران نیز با روند رو به رشد بیماران دیالیزی روبه‌رو است، به طوری که در سال ۱۹۹۷، ۹۴۵ بیمار تحت درمان با دیالیز بودند که این تعداد در سال ۲۰۱۷، به ۳۰۸۸۲ بیمار رسید. همچنین حدود ۶۲ درصد این بیماران (۱۹۱۰۶) را سالمندان بالاتر از شصت سال تشکیل می‌دادند، در حالی که در سال ۱۹۹۰، فقط ۲۱ درصد آنان (۱۲۱۸) سالمند بودند [۸].

در بیشتر کشورها برآورده کردن نیازهای مراقبتی سالمندان توسط سیستم‌های حمایتی رسمی و غیررسمی تأمین می‌شود. سیستم حمایتی رسمی شامل تدابیر دولت برای نگهداری از سالمندان است و در سیستم‌های حمایتی غیررسمی، مراقبت به‌طور غیرحرفه‌ای و توسط اعضای خانواده، دوستان و بستگان صورت می‌گیرد [۱۳]. مراقبین، اشخاصی هستند که طی دوره بیماری و درمان بیمار، بیشترین درگیری را در امر مراقبت از بیمار به عهده دارند [۱۱].

فشار مراقبتی به صورت واکنش جسمی، روانی و اجتماعی مراقبت‌کننده است که از عدم تعادل بین نیازهای مراقبتی با دیگر وظایف مراقب ناشی می‌شود [۱۴]. فرایند دیالیز، تأثیر عمیقی بر زندگی بیماران و خانواده آنان می‌گذارد [۱۰]. مراقبت از این بیماران با مشکلات زیادی مانند فرسودگی، اضطراب و افسردگی برای مراقبین همراه است [۱۵].

به علاوه، عوارض شایع دیالیز شامل محدودیت غذایی، کاهش فعالیت‌های اجتماعی، عوارض دارویی، فشار اقتصادی، مشکلات زناشویی، استرس‌های عاطفی و اضطراب، بیمار و مراقب او را تحت فشار بالاتری قرار می‌دهد [۱۶]. بنابراین کیفیت زندگی مراقبینی که از این بیماران مراقبت می‌کنند، بیش از سایر مراقبین تحت تأثیر قرار گرفته، به تدریج انرژی خود را از دست داده و تحلیل می‌روند [۱۱].

در زمینه فشار مراقبتی مراقبین بیماران تحت دیالیز، نتایج متناقضی بین یافته‌های مطالعات پیشین مشاهده شده است. به عنوان مثال، در مطالعه عباسی و همکاران، مولاکلو و همکاران و خیالی و همکاران، فشار مراقبتی مراقبین این بیماران در سطح بالایی بوده [۱۸، ۱۷، ۱۱]، ولی در مطالعه ریوکس و همکاران با عنوان تعیین فشار مراقبتی در بین بیماران تحت همودیالیز شبانه در منزل، فشار مراقبتی مراقبین در سطح پایین گزارش شده است [۱۹].

عوامل متعددی می‌تواند بر فشار مراقبتی تأثیرگذار باشد، از جمله ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مراقب مانند سن، جنس، وضعیت ذهنی و سلامت فیزیکی [۲۰]. مدت زمان مراقبت، وضعیت اقتصادی خانواده، تعداد مراقبین، نوع بیماری، طول مدت بیماری و علائم همراه هستند [۲۱].

2. Hemodialysis

تا همیشه (چهار) اندازه‌گیری می‌شود [۴۲]. مجموع نمرات کسب‌شده از صفر تا ۸۸ است. امتیازات ۶۱ تا ۸۸ نشان‌دهنده فشار مراقبتی شدید، ۳۱ تا ۶۰ متوسط و کمتر از سی خفیف است. این پرسش‌نامه توسط نویدیان و همکاران (۱۳۸۹) با توجه به شرایط فرهنگی کشورمان تنظیم و پایایی آن با استفاده از شیوه بازآزمایی ۰/۹۴ و روایی آن علاوه بر روایی محتوا، با توجه به همبستگی مثبت و بالای آن با پرسش‌نامه اضطراب هامیلتون $r=+0/89$ و نیز پرسش‌نامه افسردگی بک $r=+0/67$ تأیید شده است [۴۳].

مقیاس بارتل^۶

نسخه اولیه مقیاس بارتل به زبان انگلیسی بوده و در سال ۱۹۶۵ در آمریکا توسط ماهونی و بارتل طراحی شد [۴۴]. این مقیاس ده جزء دارد که شامل توانایی خوردن، حمام کردن، نظافت و آراستگی، لباس پوشیدن، کنترل مدفوع، کنترل ادرار، استفاده از توالت، جابه‌جایی، توانایی حرکت و بالا رفتن از پله است. طبقه‌بندی سطح وابستگی بدین صورت است که صد به معنای عدم وابستگی، ۹۱-۹۹ وابستگی جزئی، ۶۱-۹۰ وابستگی متوسط، ۲۱-۶۰ وابستگی شدید و ۰-۲۰ وابستگی کامل است. این مقیاس توسط اویس قری و همکاران به فارسی ترجمه شده و روایی و پایایی آن جهت استفاده در بیماران مبتلا به سکته مغزی تأیید شد [۴۵].

پرسش‌نامه حمایت اجتماعی درک‌شده^۷

این پرسش‌نامه، یک ابزار دوازده گویه‌ای است که به منظور ارزیابی حمایت اجتماعی درک‌شده از سه منبع خانواده، دوستان و افراد مهم در زندگی توسط زیمت و همکاران طراحی شد [۴۶، ۴۷]. این مقیاس، میزان حمایت اجتماعی درک‌شده را در هر یک از سه حیطه مذکور در طیف هفت درجه‌ای از یک (کاملاً مخالفم) تا هفت (کاملاً موافقم) می‌سنجد. نمره کسب‌شده از کل پرسش‌نامه از ۱۲ تا ۸۴ است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده حمایت اجتماعی بیشتر است [۴].

این پرسش‌نامه توسط سلیمی و همکاران در سال ۱۳۸۸ ترجمه شد. برای تأیید روایی پرسش‌نامه و انطباق فرهنگی گویه‌ها از تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌های اصلی استفاده شده و روایی پرسش‌نامه تأیید شد. ضریب آلفای کرونباخ برای سه بُعد حمایت اجتماعی دریافت‌شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی به ترتیب $0/89$ ، $0/86$ و $0/82$ گزارش کردند [۴۸].

پرسش‌نامه شوارتز و جروسلم

پرسش‌نامه شوارتز و جروسلم، شامل ده سؤال با لیکرت چهار درجه‌ای است که شامل کاملاً مخالف من (یک)، کمی

با توجه به افزایش تعداد بیماران دیالیزی در سطح جهان و ایران و فشار مراقبتی که مراقبین این بیماران در زندگی با آن مواجه می‌شوند، مطالعه حاضر با هدف تعیین پیشگویی‌کننده‌های فشار مراقبتی مراقبین سالمندان تحت درمان با دیالیز انجام شد.

روش مطالعه

این مطالعه توصیفی به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۹ روی ۲۵۲ مراقب سالمند تحت دیالیز استان قزوین انجام شد، به طوری که نمونه‌ها از میان مراقبین اصلی بیماران سالمند مراجعه‌کننده به مراکز همودیالیز (بیمارستان‌های بوعلی، ولایت، تأمین اجتماعی قزوین، تأمین اجتماعی تاکستان، شهدای آبیگ، امیرالمؤمنین بوئین زهرا و درمانگاه موقوفه خزانه الوند) به روش سرشماری انتخاب و وارد مطالعه شدند.

معیارهای ورود به مطالعه برای مراقبین، داشتن تمایل برای شرکت در مطالعه، سن هجده سال و بالاتر و مسئولیت اصلی برای مراقبت از سالمند تحت دیالیز حداقل برای مدت یک ماه بود. معیار خروج برای مراقبین، عدم توانایی برای برقراری ارتباط، مراقبت هم‌زمان از یک بیمار دیگر و دریافت هزینه برای مراقبت بود. معیارهای ورود سالمندان، سن شصت سال و بالاتر، تحت درمان دیالیز و داشتن مراقب خانگی بود [۱۰].

ابزار گردآوری داده‌ها

در این پژوهش جهت جمع‌آوری داده‌ها از چک‌لیست اطلاعات جمعیت‌شناختی، مقیاس بارتل، پرسش‌نامه‌های فشار مراقبتی زاریت، حمایت اجتماعی درک‌شده زیمت، خودکارآمدی عمومی^۳ شوارتز و جروسلم و مقابله مذهبی پاراگمنت^۴ استفاده شد.

فهرست اطلاعات جمعیت‌شناختی (مراقب شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، سطح تحصیلات، نحوه زندگی، شغل و وضعیت اقتصادی)، مشخصات جمعیت‌شناختی سالمند (سن، جنس، وضعیت تأهل، نحوه زندگی و مدت دیالیز) و وضعیت سلامت مراقب با یک سؤال «وضعیت سلامت خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟» با لیکرت پنج درجه‌ای از ضعیف تا عالی بررسی شد.

پرسش‌نامه فشار مراقبتی زاریت^۵

این پرسش‌نامه در سال ۱۹۸۰ توسط زاریت و همکاران، جهت اندازه‌گیری فشار مراقبتی طراحی شد که شامل ۲۲ سؤال در ارتباط با فشار مراقبتی شخصی، اجتماعی، عاطفی و اقتصادی است. سؤالات در مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از هرگز (صفر)

3. General Self-Efficacy Scale (GSE)

4. Pargament's Religious Coping Scale (RCOPE)

5. Zarit Burden Interview (ZBI) in Care

6. Barthel Scale (BS)

7. Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)

با توجه به نتایج، میانگین نمره فشار مراقبتی $32/539 \pm 15/053$ برآورد شد که کمترین میزان فشار مراقبتی مربوط به حیطه اجتماعی با میانگین وزنی $1/250$ و بیشترین مربوط به حیطه فردی با میانگین وزنی $1/593$ بود. بیشتر مراقبین، فشار مراقبتی را خفیف ($44/4$ درصد) تا متوسط (50 درصد) گزارش کردند و فقط $5/6$ درصد مراقبین تحت فشار مراقبتی شدید بودند (جدول شماره ۲).

میانگین حمایت اجتماعی $60/250 \pm 16/815$ بود که بالاتر از حد متوسط بود و بیشترین میانگین حمایت اجتماعی مربوط به حمایت از جانب خانواده با میانگین $21/441$ بود. میانگین وابستگی بیماران سالمند در حد بالاتر از متوسط و خودکارآمدی و مقابله مذهبی مراقبین در حد متوسط بود (جدول شماره ۳).

با توجه به نتایج به دست آمده متغیرهای حمایت اجتماعی، ناتوانی، وضعیت اقتصادی و وضعیت سلامت رابطه معناداری با میزان فشار مراقبتی مراقبین سالمندان داشت، به طوری که با افزایش میزان حمایت اجتماعی ($\beta = -0/146$)، وضعیت سلامت مراقبین ($\beta = 0/131$)، فشار مراقبتی مراقبین کاهش می‌یافت. در مراقبین بیماران با وابستگی شدید نسبت به مراقبین بیماران با وابستگی متوسط ($\beta = 0/218$)، فشار مراقبتی به طور معنادار افزایش می‌یافت. همچنین مراقبین با وضعیت اقتصادی عالی نسبت به مراقبین با وضعیت اقتصادی متوسط ($\beta = 0/173$) تحت فشار مراقبتی کمتری بودند (جدول شماره ۴).

با توجه به مقادیر عامل تورم واریانس^{۱۳} که دارای مقادیری کمتر از پنج ($1/393 - 1/064$) است، فرض عدم هم‌خطی بین متغیرهای مستقل مدل مورد نظر مورد تأیید است. همچنین در مدل برآورد شده و مقدار آماره دوربین و آتسون برابر با $1/944$ ، فرض استقلال بین خطاهای مدل نیز تأیید می‌شود. در نهایت مدل برآورد شده توانسته است به میزان $28/4$ درصد ($R^2 = 0/284$) فشار مراقبتی مراقبین بیماران سالمند تحت دیالیز را پیشگویی کند.

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین پیش‌بینی‌کننده‌های فشار مراقبتی در مراقبین بیماران سالمند تحت دیالیز انجام شد. نتایج نشان داد که میانگین نمره فشار مراقبتی مراقبین $32/54$ با انحراف معیار $15/05$ است و فشار مراقبتی در $94/4$ درصد از مراقبین خفیف تا متوسط بود. در همین راستا، ریوکس و همکاران، فشار مراقبتی مراقبین همودیالیزی را در سطح پایین گزارش کردند [۱۹]، ولی عباسی و همکاران دریافتند که بیشتر مراقبین بیماران تحت همودیالیز ($74/2$ درصد)، فشار مراقبتی شدید تجربه می‌کردند [۱۷].

شبهه من (دو)، خیلی شبهه من (سه) و کاملاً شبهه من (چهار) است [۴۹]. نمرات ۱۰ تا ۱۳ به معنای خودکارآمدی در حد پایین، ۱۴ تا ۲۵ در حد متوسط و ۲۵ تا ۴۰ در حد بالا را نشان می‌دهد. ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه توسط اصغرنژاد و همکاران در دانشجویان دوره کارشناسی بررسی و روایی و پایایی آن تأیید شد [۵۰].

پرسش‌نامه مقابله مذهبی پارگامنت

پارگامنت و همکاران، فرم کوتاه‌شده مقابله مذهبی چهارده آیتمی ارائه دادند که شامل هفت ماده مقابله دینی مثبت و هفت ماده مقابله دینی منفی است. نمره‌گذاری این مقیاس به صورت هیچ وقت (صفر)، بعضی اوقات (یک)، بیشتر اوقات (دو) و همیشه (سه) است [۵۱]. دامنه امتیازات کسب‌شده بین صفر تا ۴۲ است که نمرات صفر تا ۱۴ نشان‌دهنده مقابله مذهبی ضعیف، ۱۵ تا ۲۱ مقابله مذهبی متوسط و بالای ۲۱ مقابله مذهبی قوی است [۳۰]. روایی و اعتبار این پرسش‌نامه توسط بیاضی و صرامی در ۷۶۱ دانشجوی تأیید شد [۵۲]. در این مطالعه، همه پرسش‌نامه‌ها توسط مراقبین کامل و در صورت بیسواد بودن توسط پرسشگر با روش مصاحبه رو در رو تکمیل شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۳ نرم‌افزار SPSS انجام شد. از شاخص‌های توصیفی آمار توصیفی نظیر تعداد و درصد برای داده‌های کیفی و میانگین و انحراف معیار برای داده‌های کمی استفاده شد. نرمال بودن داده‌ها با کولموگروف اسمیرنف^۸، منحنی هیستوگرام^۹، چولگی^{۱۰} و کورتوزیس^{۱۱} تأیید شد. از رگرسیون خطی چندمتغیره^{۱۲} برای تعیین پیش‌بینی‌کننده‌های فشار مراقبتی مراقبین به کار برده شد. سطح معناداری همه آزمون‌ها کمتر یا مساوی $0/05$ نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سن مراقبین شرکت‌کننده در مطالعه $44/90$ با انحراف معیار $12/16$ در محدوده سنی ۱۸ تا ۸۳ سال بود و میانگین سن سالمندان شرکت‌کننده در مطالعه $69/45$ با انحراف معیار $7/75$ در محدوده سنی شصت تا نود سال بود. بیشتر بیماران سالمند شرکت‌کننده در مطالعه متأهل بودند (69 درصد)، با همسر یا همسر و فرزندان زندگی می‌کردند ($65/5$ درصد). مدت دیالیز بیشتر سالمندان مورد مطالعه کمتر از سه سال ($58/3$ درصد) بود. مشخصات جمعیت‌شناختی مراقبین در جدول شماره ۱ آورده شده است.

8. Kolmogorov-smirnov
9. Histogram Curve
10. Skewness
11. kurtosis
12. Multiple Linear Regression

13. Variance Inflation Factor (VIF)

جدول ۱. توزیع فراوانی مراقبین سالمندان شرکت‌کننده در مطالعه بر اساس اطلاعات جمعیت‌شناختی

متغیر	سطوح	تعداد (درصد) / میانگین \pm انحراف معیار
جنس	مرد	۱۰۸ (۴۲/۹)
	زن	۱۴۴ (۵۷/۱)
وضعیت تأهل	همسر دار	۲۰۰ (۷۹/۴)
	بدون همسر	۵۲ (۲۰/۶)
	بدون فرزند	۵۴ (۲۱/۴)
تعداد فرزندان	۱-۲	۱۰۸ (۴۲/۹)
	۳ و بیشتر	۹۰ (۳۵/۷)
	بی‌سواد	۲۰ (۷/۹)
سطح تحصیلات	ابتدایی	۴۰ (۱۵/۹)
	راهنمایی	۲۶ (۱۰/۳)
	دیپلم	۸۰ (۳۱/۸)
	بالتر از دیپلم	۸۶ (۳۴/۱)
	تنها	۱۴ (۵/۵)
نحوه زندگی	با همسر	۵۵ (۲۱/۸)
	با همسر و فرزندان	۱۳۹ (۵۵/۲)
	فرزندان	۸ (۳/۲)
	دیگران	۳۶ (۱۴/۳)
شغل	بیکار	۲۱ (۸/۳)
	بازنشسته	۳۷ (۱۴/۷)
	شاغل	۹۶ (۳۸/۱)
	خانه‌دار	۹۸ (۳۸/۹)
وضعیت اقتصادی	ضعیف	۴۶ (۱۸/۲)
	متوسط	۱۵۷ (۶۲/۳)
	خوب	۴۴ (۱۷/۵)
	عالی	۵ (۲/۰)
سن (سال)	۶۰-۹۰	۶۹/۴۵ \pm ۷/۷۵

جدول ۲. میانگین نمره حیطه‌های فشار مراقبتی در مراقبین سالمندان دیالیزی استان قزوین

متغیر	نمره	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین وزنی	حداقل-حداکثر
فردی	۹	۶/۱۹۰ \pm ۱۴/۳۴۵	۱/۵۹۳	۰-۳۴
اجتماعی	۴	۳/۶۴۷ \pm ۵	۱/۲۵۰	۰-۱۶
عاطفی	۷	۵/۴۲۱ \pm ۱۰/۲۹۳	۱/۴۷۰	۰-۲۶
اقتصادی	۲	۱/۹۲۳ \pm ۲/۸۰۵	۱/۴۰۲	۰-۸
کل	۲۲	۱۵/۰۵۳ \pm ۳۲/۵۳۹	۱/۴۷۹	۰-۸۸

سالمند

مراقبتی، ارتباط معکوس و معناداری داشت. در همین راستا در مطالعه عباسی و همکاران، مراقبین مبتلا به حداقل یک بیماری، فشار مراقبتی بیشتری گزارش کردند [۱۷]. همچنین در مطالعه مولاقلو و همکاران، میانگین فشار مراقبتی در مراقبین مبتلا به بیماری داشتند، به طور معناداری بیشتر بود [۱۸].

از آنجا که مراقبین باید هم‌زمان نیازهای خود و بیمارشان را تأمین کنند، وجود بیماری‌های مزمن و مشکلات سلامتی، ارائه نقش‌های مراقبتی را مختل کرده و سبب تحمیل بار مراقبتی بالا می‌شود [۱۷]. با این حال، در مطالعه کتابی و همکاران، وجود یا عدم وجود بیماری در مراقبین خانوادگی سالمندان با میانگین فشار مراقبتی ارتباط معناداری نداشت. اگرچه در این مطالعه، بیشتر مراقبین، سلامت خود را بد ارزیابی کردند، ولی بیشتر آن‌ها از مراقبت راضی بودند. احتمالاً مراقبت از سالمند، سبب حس رضایت و مقابله با چالش‌های فردی در شخص مراقب می‌شد [۵۲].

در مطالعه خیالی و همکاران نیز فشار مراقبتی در ۶۶/۷ درصد مراقبین بیماران تحت همودیالیز با میانگین سنی ۵۷/۰۷ \pm ۱۵/۱۸ شدید گزارش شد [۱۱]. در مطالعه سیده سمیه احمدی و همکاران نیز ۴۸ درصد مراقبین بیماران تحت همودیالیز با میانگین سنی ۵۲/۰۷ \pm ۱۶/۸۹ تحت فشار مراقبتی فشار مراقبتی خفیف تا متوسط و ۳۱/۵ درصد تحت مراقبتی متوسط تا شدید بودند [۵۳].

این نتایج متغیر ممکن است به علت تفاوت در میانگین سنی بیماران تحت مراقبت باشد. به نظر می‌رسد مراقبت از بیماران جوان‌تر فشار بیشتری بر خانواده‌ها تحمیل می‌کند و از آنجا که جوانان منبع اولیه درآمد خانواده هستند در صورت تشخیص بیماری، بیماران و خانواده آن‌ها با چالشی بیشتر از مشکلات بیماری، از جمله مواجهه زودهنگام با مرگ‌ومیر، تغییرات فیزیکی، اختلال در زندگی اجتماعی، بیکار شدن جهت درمان و افزایش بار اقتصادی بر خانواده‌ها مواجه هستند [۵۴].

نتایج مطالعه حاضر نشان داد وضعیت سلامت مراقب با فشار

جدول ۳. میانگین نمرات متغیرهای بررسی شده در مطالعه

متغیر	حداقل-حداکثر	میانگین \pm انحراف معیار
حمایت اجتماعی	۱۲-۸۴	۶۰/۲۵۰ \pm ۱۶/۸۱۵
بارتل-کل	۰-۱۰۰	۷۰/۸۹۲ \pm ۲۲/۵۴۰
خودکارآمدی-کل	۱۰-۴۰	۲۵/۴۵۶ \pm ۷/۰۶۱
مقابله مذهبی-کل	۰-۳۶	۱۷/۶۳۱ \pm ۵/۹۳۱
مقابله مذهبی-مثبت	۰-۲۱	۱۴/۸۳۳ \pm ۵/۳۸۳
مقابله مذهبی-منفی	۰-۲۱	۲/۷۹۷ \pm ۳/۱۸۹

سالمند

جدول ۴. بررسی همزمان پیشگویی‌کننده‌های فشار مراقبتی مراقبین سالمندان با استفاده از مدل رگرسیون چندمتغیره خطی

متغیر	ضریب رگرسیون استاندارد (β)	آماره آزمون (t)	سطح معناداری	عامل تورم واریانس
حمایت اجتماعی	-۰/۱۴۶	-۲/۲۶۹	۰/۰۲۴	۱/۳۹۳
سازگاری مذهبی	-۰/۰۸۹	-۱/۴۸۷	۰/۱۳۸	۱/۲۰۷
خودکارآمدی	-۰/۰۸۹	-۱/۴۱۱	۰/۰۱۵۹	۱/۳۴۸
وابستگی کامل	۰/۱۰۶	۱/۸۸۹	۰/۰۶۰	۱/۰۶۴
وابستگی شدید	۰/۲۱۸	۳/۷۱۰	۰/۰۰۰	۱/۱۵۴
وابستگی جزئی	-۰/۱۳۵	-۲/۳۳۳	۰/۰۱۸	۱/۰۸۳
عدم وابستگی	-۰/۰۲۸	-۰/۶۴۴	۰/۵۲۰	۱/۱۴۱
ضعیف	۰/۰۹۷	۱/۶۱۱	۰/۱۰۹	۱/۲۲۱
وضعیت اقتصادی (متوسط)	-۰/۰۳۶	-۰/۶۰۹	۰/۵۴۳	۱/۱۶۹
عالی	-۰/۱۷۳	-۳/۰۳۷	۰/۰۰۳	۱/۰۸۲
وضعیت سلامت	-۰/۱۳۱	-۲/۰۷۳	۰/۰۳۹	۱/۳۳۹

سالمند

خود مراقب پیشی می‌گیرد، مراقبین نسبت به تنش‌ها آسیب‌پذیرتر می‌شوند [۱۰]. با وجود این، کمپیل و همکاران، ارتباط معناداری بین وضعیت عملکرد بیماران مبتلا به دمانس و فشار مراقبتی مراقبین آنان نیافتند [۳۰]. این نتیجه مغایر می‌تواند به علت تفاوت در نوع بیماری بیماران و میزان ناتوانی بیماران تحت مطالعه باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که ارتباط معناداری میان خودکارآمدی و فشار مراقبتی مراقبین وجود نداشت. در مطالعه هو و همکاران نیز بین خودکارآمدی و فشار مراقبتی مراقبین بیماران مبتلا به سرطان ریه ارتباط معناداری مشاهده نشد [۳۶]. این نتیجه می‌تواند به این علت باشد که مراقبین، مراقبت از افراد خانواده را وظیفه اخلاقی خود دانسته و معتقدند که در صورت عدم انجام آن، توسط جامعه تحقیر می‌شوند؛ بنابراین تغییر در خودکارآمدی تأثیری روی فشار مراقبتی مراقبین نداشت. برخلاف نتیجه مطالعه حاضر، دورماس و همکاران نشان دادند که با افزایش خودکارآمدی مراقبین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، میزان فشار مراقبتی کاهش می‌یافت [۵۶]. همچنین در مطالعه شاه بلاغی یک همبستگی مثبت و معنادار بین خودکارآمدی و فشار مراقبتی وجود داشت [۱۳].

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، مقابله مذهبی به عنوان پیشگویی‌کننده فشار مراقبتی مشخص نشد. در همین راستا، اسدی و همکاران نشان دادند که هیچ ارتباط معناداری بین میزان بار مراقبتی مراقبین با شدت اعتقادات مذهبی آنان وجود نداشت [۵۷]. همچنین بر اساس نتایج مطالعه رجیبی و

نتایج مطالعه حاضر، ارتباط معکوس و معناداری بین وضعیت اقتصادی مراقب با فشار مراقبتی آنان نشان داد. در همین راستا در مطالعه عباسی و همکاران، مراقبین بیماران دیالیزی با وضعیت اقتصادی پایین، فشار مراقبتی بیشتری را تجربه کردند [۱۷]. خیالی و همکاران نیز رابطه معکوسی بین میزان درآمد مراقب خانوادگی و میزان فشار مراقبتی نشان دادند [۱۱]. این نتیجه می‌تواند به علت هزینه زیاد تهیه داروهای تجویز شده و رعایت رژیم غذایی خاص در بیماران همودیالیز باشد که می‌تواند به فشار روحی روانی در مراقبین با وضعیت نامطلوب اقتصادی منجر شود. بر اساس نتایج مطالعه حاضر، با افزایش وابستگی سالمندان به مراقبین، میزان فشار مراقبتی افزایش می‌یافت. در همین راستا در مطالعه کاظمی و همکاران، ارتباط معناداری بین فشار مراقبتی با میزان وابستگی بیماران سالمند مبتلا به سکتة مغزی مشاهده شد [۵۵].

در مطالعه خیالی و همکاران نیز فشار مراقبتی مراقبین بیماران تحت همودیالیز با میزان توانایی بیمار در انجام فعالیت‌های روزانه ارتباط معکوس و معناداری داشت [۱۱]. ناتوانی بر فعالیت‌های روزمره زندگی و نیز فعالیت‌های ابزاری زندگی فرد تأثیر منفی می‌گذارد [۲۹]. با افزایش وابستگی، بیماران حتی در ساده‌ترین کارهای خود مثل حمام کردن، غذا خوردن و نوشیدن به کمک نیاز دارند و همین امر سبب افزایش فشار مراقبتی در مراقبین می‌شود [۳۸]. زمانی که نیازهای زیستی، اجتماعی و روانی بیمار از نیازهای

کاربرد نتایج

نتایج این مطالعه می‌تواند متخصصان حوزه سالمندی را به برنامه‌ریزی جهت ارائه راهکارهای کاهش فشار مراقبتی در مراقبین سالمندان دیالیزی کمک کند. از نتایج این مطالعه می‌توان در جهت طراحی برنامه‌های آموزشی و مشاوره‌ای برای بیماران و مراقبین آنان و خانواده درمانی در جهت کاهش فشار مراقبتی به کار گرفت تا هم کیفیت مراقبت از بیمار بهتر شود و هم سلامت جسمی و روانی مراقب به عنوان بیماران پنهان تضمین شود.

از محدودیت‌های این مطالعه، خودگزارش‌دهی پرسش‌نامه‌ها است که برخی از مراقبین ممکن است از ارائه پاسخ واقعی خودداری کنند، در این مطالعه سعی شد با توضیح اهداف مطالعه، آن‌ها را تشویق به دادن جواب‌های درست و واقعی کرد. همچنین متغیرهای زیادی در میزان فشار مراقبتی دخیل بودند که به دلیل محدودیت زمان، امکان در نظر گرفتن همه آن‌ها نبود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده مورد توجه قرار گیرد. همچنین این مطالعه روی مراقبین بیماران دیالیزی انجام شد که تعمیم‌پذیری آن را به مراقبین بیماران با تشخیص‌های دیگر با مشکل مواجه می‌کند.

برای پژوهش‌های آینده پیشنهاد می‌شود، بررسی‌هایی که به مطالعه مشابه در سایر شهرها با موقعیت‌های جغرافیایی متفاوت برای مقایسه نتایج و امکان تعمیم در سطح کلان و مطالعه‌های مشابه بر روی مراقبین بیماران سالمند مبتلا به سایر بیماری‌های مزمن انجام شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مطالعه مورد تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران با کد IR.QUMS.REC.1398.329 قرار گرفت. فرم رضایت کتبی قبل از شرکت در مطالعه از کلیه مراقبین دریافت شد.

حامی مالی

این پژوهش بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری گرایش سالمندی مهدیه طاهرخانی در دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین است.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، تحقیق و بررسی، نگارش پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی‌سازی نوشته، منابع: همه نویسندگان؛ تأمین مالی: مهدیه طاهرخانی؛ مدیریت پروژه: سیده آمنه مطلبی.

همکاران روی بیماران سرطانی که در مراحل انتهایی بیماری قرار داشتند، بین سبک مقابله مذهبی مثبت با فشار مراقبتی ارتباطی وجود نداشت [۲۱]. به نظر می‌رسد که طولانی شدن فرایند درمان و دوره بیماری، سبب کاهش اثربخشی و کارایی راهبردهای مقابله‌ای می‌شود.

بر اساس مطالعه هررا، مراقبینی که از باورهای مذهبی مثبت برای مقابله با شرایط پر تنش استفاده می‌کردند، به دلیل برقراری رابطه بهتر با بیمار، افسردگی و فرسودگی مراقبتی کمتری داشتند [۵۸]، علاوه بر این نتایج مطالعه شریفی و همکاران نشان داد بین روش‌های مقابله‌ای مثبت با افسردگی و فرسودگی مراقبتی رابطه منفی و معنادار و همچنین بین روش‌های مقابله منفی با خستگی هیجانی و افسردگی رابطه مثبت و معنادار وجود داشت [۳۲]. این نتایج مغایر می‌تواند به علت نوع بیماری بیماران تحت مراقبت و شدت فشار مراقبتی باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد حمایت اجتماعی پیشگویی‌کننده فشار مراقبتی مراقبین بود، به طوری که با افزایش حمایت اجتماعی، فشار مراقبتی مراقبین کاهش می‌یافت. نتایج این مطالعه هم راستا با نتایج بیشتر مطالعات پیشین است. به عنوان مثال، مطالعه جی‌تالپ و همکاران با افزایش حمایت اجتماعی فشار مراقبتی در مراقبین بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن کاهش می‌یافت [۵۹].

در مطالعه چپو و همکاران نیز ارتباط معناداری بین حمایت اجتماعی و فشار مراقبتی وجود داشت، به طوری که با افزایش حمایت اجتماعی، فشار مراقبتی مراقبین کاهش می‌یافت [۳۹]. در واقع، درک دسترسی به حمایت اجتماعی قبل از مواجهه با یک رویداد استرس‌زا، آمادگی فرد را نسبت به وقایع ناگوار و تهدیدکننده بالا برده و باعث می‌شود استرس کمتری داشته باشند و آن را بهتر مدیریت کنند [۶۰].

همچنین مراقبینی که حمایت اجتماعی دریافت می‌کنند، احتمالاً هم زمان و هم منابع بیشتری برای مراقبت بهتر و مؤثرتر در اختیار دارند. همچنین انرژی بیشتری برای تمرکز در امر مراقبت دارند و قادر هستند به سادگی با شرایط جدید حاصل از زندگی با بیمار سازگار شوند [۳۶].

نتیجه‌گیری نهایی

با توجه به نتایج مطالعه حاضر، فشار مراقبتی در بیشتر مراقبین در حد خفیف تا متوسط بود. همچنین نتایج نشان داد ناتوانی، حمایت اجتماعی، وضعیت سلامت و وضعیت اقتصادی مراقبین به‌عنوان پیشگویی‌کننده‌های فشار مراقبتی هستند؛ بنابراین باید به وضعیت سلامت مراقبین به عنوان بیمار بالقوه توجه بیشتری کرده و با انجام اقداماتی جهت توسعه حمایت اجتماعی از مراقبین در جهت کاهش فشار مراقبتی مراقبین بیماران سالمند تحت دیالیز گام مؤثری برداشت.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین و همه سالمندانی که در این مطالعه همکاری داشتند، تقدیر و تشکر می‌کنند.

References

- [1] Habibollahpour M, Ranjkesh F, Motalebi SA, Mohammadi F. The Impact of benson's relaxation technique on the quality of sleep in the elderly. *Topics in Geriatric Rehabilitation*. 2019; 35(1):88-94. [DOI:10.1097/TGR.000000000000204]
- [2] Rohani H, Eslami AA, Jafari-Koshki T, Raei M, Abrishamkarzadeh H, Mirshahi R, et al. The factors affecting the burden of care of informal caregivers of the elderly in Tehran. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*. 2015; 18(12):e70731. <https://brief.land/jkums/articles/70731.html>
- [3] Darabi S, Torabi F. [Analysis and Comparison of aging population in Europe and Asia during 1950 to 2015 (Persian)]. *Salmad: Iranian Journal of Ageing*. 2017; 12(1):30-43. [DOI:10.21859/slran. J. Ageing-120128]
- [4] World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean. Health care for the elderly: A manual for primary health care workers. Geneva: World Health Organization; 1994. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/119522>
- [5] SCo I. Population and Housing Census in 2016. Statistic Center of Iran [Internet]. 2016 [Updated 2016] Available from :<http://www.SClorg>. <https://www.amar.org.ir/english/Population-and-Housing-Censuses>
- [6] Soleimani M, Bastani F, Negarandeh R. [Exploaring of challenges of self-care in people with parkinson's diseases: Resulting from qualitative research study (Persian)]. *Salmad*. 2016; 1(1):63-78. [DOI:10.18869/acadpubjoge.1.1.1]
- [7] Hosseini SR, Moslehi A, Hamidian SM, Taghian SA. [The relation between chronic diseases and disability in elderly of Amirkola (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2014; 9(2):80-7. <http://salmadj.uswr.ac.ir/article-1-601-en.html>
- [8] Nafar M, Aghighi M, Dalili N, Alipour Abedi B. Perspective of 20 years hemodialysis registry in iran, on the road to progress. *Iranian Journal of Kidney Diseases*. 2020; 14(2):95-101. [PMID]
- [9] Mashayekhi F, Pilevarzadeh M, Rafati F. The assessment of caregiver burden in caregivers of hemodialysis patients. *Materia Socio-Medica*. 2015; 27(5):333-6. [DOI:10.5455/msm.2015.27.333-336] [PMID] [PMCID]
- [10] Talebi M, Mokhtari Lake N, RezaSoltani P, Kazemnezhad leili E, Shamsizade M. [Caregiver burden in caregivers of renal patients under hemodialysis (Persian)]. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*. 2016; 26(2):59-68. <http://hnmj.gums.ac.ir/article-1-687-en.html>
- [11] Khiali Z, khani M, Dehghan A. [Survey of caregiver burden and its related factors in caregiver of hemodialysis patients referring to Shahid Mohammadi Hospital in Bandar Abbas, 2016 (Persian)]. *Nursing Journal of the Vulnerable*. 2018; 5(16):35-46. <http://njv.bpums.ac.ir/article-1-834-fa.html>
- [12] Zahedi S, Darvishpoor Kakhaki A, Hosseini M, Razzaghi Z. [The correlation between self-care and health literacy in patients undergoing hemodialysis (Persian)]. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*. 2018; 17(4):180-8. <http://ijdd.tums.ac.ir/article-1-5788-en.html>
- [13] Mohamadi Shahbalaghi F. [Self- Efficacy and caregiver strain in Alzheimer's caregivers (Persian)]. *Salmad: Iranian Journal of Ageing*. 2006; 1(1):26-33. <http://salmadj.uswr.ac.ir/article-1-29-en.html>
- [14] Dehghani Y, Omrani fard V, Babamiri M. [The effectiveness of communication skills training on caregiving burden and quality of life among family caregivers of elderly with dementia (Persian)]. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2016; 14(2):161-7. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=531629>
- [15] Dastyar N, Mashayekhi F, Rafati F. [Caregiving burden in hemodialysis patients' caregivers in Kerman Province: A descriptive-analytical study (Persian)]. *Journal of Jiroft University of Medical Sciences*. 2020; 7(1):323-31. <http://journal.jmu.ac.ir/article-1-332-en.html>
- [16] 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*. 2012; 2(3):78-85. https://www.researchgate.net/publication/237067697_Quality_of_Life_of_Caregivers_and_Patients
- [17] Abbasi A, Asayesh H, Rahmani H, Shariati A, Hosseini SA, Rouhi G, et al. [The Burden on Cargivers from Hemodialysis Patients and Related Factors (Persian)]. *Journal of Research Development in Nursing and Midwifery*. 2011; 8(1):26-33. <http://nmj.goums.ac.ir/article-1-112-en.html>
- [18] Mollaoglu M, Kayataş M, Yürügen B. Effects on caregiver burden of education related to home care in patients undergoing hemodialysis. *Hemodialysis International*. 2013; 17(3):413-20. [DOI:10.1111/hdi.12018] [PMID]
- [19] Rioux JP, Narayanan R, Chan CT. Caregiver burden among nocturnal home hemodialysis patients. *Hemodialysis International*. 2012; 16(2):214-9. [DOI:10.1111/j.1542-4758.2011.00657.x] [PMID]
- [20] Rocha-Balcázar J, García-Peña C, Figueroa-Solano L, Castellanos-Perilla N, Santiago Cortes-Sarmiento D, Pérez-Zepeda M. Caregiver burden in caregivers of hospitalized older adults and its associated factors. *Geriatrics ,Gerontology and Aging*. 2018; 12(4):196-201. [DOI:10.5327/Z2447-211520181800054]
- [21] Rajabi M, Bastami M, Shahvaroughi Farahani N, Tavanaie AH, Ghanbari B, Alasti H. [Religious coping as a predictor of the burden of care in the caregivers of end-stage cancer patients (Persian)]. *Iran Journal of Nursing*. 2018; 31(114):6-16. [DOI:10.29252/ijn.31.114.6]
- [22] Salmani N, Ashktorab T, Hasanvand S. [Caring pressure and its related factors in the carers of the oncology department of Shah valley hospital (Persian)]. *Advances in Nursing and Midwifery*. 2014; 24(84):11-7. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?ID=307728>
- [23] Chang HY, Chiou CJ, Chen NS. Impact of mental health and caregiver burden on family caregivers' physical health. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2010; 50(3):267-71. [DOI:10.1016/j.archger.2009.04.006] [PMID] [PMCID]
- [24] Safaeian Z, Hejazi SS, Delavar E, Hoseini Azizi T, Haresabadi M. [The relationship between caregiver burden, and depression, anxiety and stress in family caregivers of cancer patients referred to Imam Reza Hospital in Bojnurd City (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2017; 5(3):7-14. [DOI:10.21859/ijpn-05032]
- [25] Spurlock WR. Spiritual well-being and caregiver burden in Alzheimer's caregivers. *Geriatric Nursing*. 2005; 26(3):154-61. [DOI:10.1016/j.gerinurse.2005.03.006] [PMID]
- [26] Ghane G, Ashghali Farahani M, Seyedfatemi N, Haghani H. [Effectiveness of supportive educative program on the

- burden in family caregivers of hemodialysis patients (Persian)]. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2017; 14(10):885-95. <https://www.sid.ir/en/Journal/ViewPaper.aspx?ID=532732>
- [27] Mazloomi Mahmoudabad SS, Soltani T, Morowatisharifabad MA, Fallahzadeh H. [Activities of daily living and prevalence of chronic diseases among elderly people in Yazd (Persian)]. *Toloobebehdasht*. 2014; 13(3):42-53. <http://tbj.ssu.ac.ir/article-1-1114-fa.html>
- [28] Adib-Hajbaghery M, Akbari H. [The severity of old age disability and its related factors (Persian)]. *Feyz Journal of Kashan University of Medical Sciences*. 2009; 13(3):225-34. <http://feyz.kaums.ac.ir/article-1-788-en.html>
- [29] Kim H, Chang M, Rose K, Kim S. Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *Journal of Advanced Nursing*. 2012; 68(4):846-55. [DOI:10.1111/j.1365-2648.2011.05787.x] [PMID]
- [30] Campbell P, Wright J, Oyeboode J, Job D, Crome P, Bentham P, et al. Determinants of burden in those who care for someone with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2008; 23(10):1078-85. [DOI:10.1002/gps.2071] [PMID]
- [31] Thommessen B, Aarsland D, Braekhus A, Oksengaard AR, Engedal K, Laake K. The psychosocial burden on spouses of the elderly with stroke, dementia and Parkinson's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2002; 17(1):78-84. [DOI:10.1002/gps.524] [PMID]
- [32] Sharifi M, Fatehizade M. [Correlation between religious coping with depression and caregiver burnout in family caregivers (Persian)]. *Modern Care Journal*. 2012; 9(4):327-35. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=215829>
- [33] Chai YC, Mahadevan R, Ng CG, Chan LF, Md Dai F. Caregiver depression: The contributing role of depression in patients, stigma, social support and religiosity. *The International Journal of Social Psychiatry*. 2018; 64(6):578-88. [DOI:10.1177/0020764018792585] [PMID]
- [34] Shaabani J, Rahgoi A, Nourozi K, Rahgozar M, Shaabani M. [The relationship between Self-efficacy and quality of life among elderly people (Persian)]. *Salmad: Iranian Journal of Ageing*. 2017; 11(4):518-27. [DOI:10.21859/sIran. J. Ageing-1104518]
- [35] Steffen AM, McKibbin C, Zeiss AM, Gallagher-Thompson D, Bandura A. The revised scale for caregiving Self-efficacy: Reliability and validity studies. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2002; 57(1):P74-86. [DOI:10.1093/geronb/57.1.P74] [PMID]
- [36] Hu X, Peng X, Su Y, Huang W. Caregiver burden among Chinese family caregivers of patients with lung cancer: A cross-sectional survey. *European Journal of Oncology Nursing*. 2018; 37:74-80. [DOI:10.1016/j.ejon.2018.11.003] [PMID]
- [37] Keefe FJ, Ahles TA, Porter LS, Sutton LM, McBride CM, Pope MS, et al. The Self-efficacy of family caregivers for helping cancer patients manage pain at end-of-life. *Pain*. 2003; 103(1):157-62. [DOI:10.1016/S0304-3959(02)00448-7]
- [38] Kahrman F, Zaybak A. Caregiver burden and perceived social support among caregivers of patients with cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2015; 16(8):3313-7. [DOI:10.7314/APJCP.2015.16.8.3313] [PMID]
- [39] Chiou CJ, Chang HY, Chen IP, Wang HH. Social support and caregiving circumstances as predictors of caregiver burden in Taiwan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2009; 48(3):419-24. [DOI:10.1016/j.archger.2008.04.001] [PMID]
- [40] Taher M, Abredari H, Karimy M, Rahmati M, Atarod M, Azaepira H. [The assessment of social support and self-care requisites for preventing diabetic foot ulcer in diabetic foot patients (Persian)]. *Journal of Education and Community Health*. 2016; 2(4):34-40. [DOI:10.21859/jech-02045]
- [41] Abbasi A, Shamsizadeh M, Asayesh H, Rahmani H, Hoseini SA, Talebi M. [The relationship between caregiver burden with coping strategies in Family caregivers of cancer patients (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2013; 1(3):62-71. <http://ijpn.ir/article-1-170-en.html>
- [42] Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*. 1980; 20(6):649-55. [DOI:10.1093/geront/20.6.649] [PMID]
- [43] Pahlavanzadeh S, Navidian A, Yazdani M. [The effect of psycho-education on depression, anxiety and stress in family caregivers of patients with mental disorders (Persian)]. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*. 2010; 14(3):228-36. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=189544>
- [44] Wade DT, Collin C. The Barthel ADL Index: A standard measure of physical disability? *International Disability Studies*. 1988; 10(2):64-7. [PMID]
- [45] Oveisgharan S, Shirani S, Ghorbani A, Soltanzade A, Baghaei A, Hosseini S, et al. Barthel index in a Middle-East country: Translation, validity and reliability. *Cerebrovascular Diseases*. 2006; 22(5-6):350-4. [DOI:10.1159/000094850] [PMID]
- [46] Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*. 1988; 52(1):30-41. [DOI:10.1207/s15327752jpa5201_2]
- [47] Măirean C. Secondary traumatic stress and posttraumatic growth: Social support as a moderator. *The Social Science Journal*. 2016; 53(1):14-21. [DOI:10.1016/j.soscij.2015.11.007]
- [48] Salimi A, Joukar B, Nikpour R. [Internet and communication: Perceived social support and loneliness as antecedent variables (Persian)]. *Psychological Studies*. 2009; 5(3):81-102. [DOI:10.22051/PSY.2009.1607]
- [49] Schwarzer R, Jerusalem M. Generalized Self-efficacy scale. *Measures in Health Psychology: A User's Portfolio Causal and Control Beliefs*. 1995; 1(1):35-7. [DOI:10.1037/t00393-000]
- [50] Asgharnejad T, Ahmadi Dehghoboddini M, Farzad Vali E, Khodapanahi MK. [Psychometric properties of sherer's general Self-efficacy scale (Persian)]. *Journal of Psychology*. 2006; 10(3):262-74. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=57508>
- [51] Pargament KI, Smith BW, Koenig HG, Perez L. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for The Scientific Study of Religion*. 1998; 37(4):710-24. [DOI:10.2307/1388152]
- [52] Abozade Ghotabi k, Ghanbari Moghaddam A, Mohammadi M, Zareyi F. [The burden of family caregivers caring for older adults and its relationship with some factors (Persian)]. *Nursing of the Vulnerable Journal*. 2016; 3(6):27-36. <http://njv.bpubs.ac.ir/article-1-694-en.html>

- [53] Hamdi S, Abdelhamid Deyab B, Kamel Abdulllah N. Predictors of perceived caregiving burden among caregivers of hemodialysis patients. SYLWAN. 2020; 164(5):2-25. <http://sylvan.ibles.org/syl/index.php/archive/part/164/5/1/?currentVol=164¤tissue=5>
- [54] Zebrack B, Isaacson S. Psychosocial care of adolescent and young adult patients with cancer and survivors. Journal of Clinical Oncology. 2012; 30(11):1221-6. [DOI:10.1200/JCO.2011.39.5467] [PMID]
- [55] Kazemi A, Azimian J, Mafi M, Motalebi SA. [Evaluation between burden of care of caregivers and dependence level of elderly patients with stroke (Persian)]. Nursing and Midwifery Journal. 2019; 16(11):841-8. <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-3690-en.html>
- [56] Durmaz H, Okanlı A. Investigation of the effect of Self-efficacy levels of caregiver family members of the individuals with schizophrenia on burden of care. Archives of Psychiatric Nursing. 2014; 28(4):290-4. [DOI:10.1016/j.apnu.2014.04.004] [PMID]
- [57] Asadi P, Fereidooni-Moghadam M, Dashtbozorgi B, Masoudi R. Relationship between care burden and religious beliefs among family caregivers of mentally ill patients. J Relig Health. 2019; 58(4):1125-34. [PMID]
- [58] Herrera AP, Lee JW, Nanyonjo RD, Laufman LE, Torres-Vigil I. Religious coping and caregiver well-being in Mexican-American families. Aging and Mental Health. 2009; 13(1):84-91. [PMID] [PMCID]
- [59] Yigitalp G, Surucu HA, Gumus F, Evinc E. Predictors of caregiver burden in primary caregivers of chronic patients. International Journal of Caring Sciences. 2017; 10(3):1168. http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/7_3.pdf
- [60] Tajvar M, Grundy E, Fletcher A. Social support and mental health status of older people: A population-based study in Iran-Tehran. Aging & Mental Health. 2018; 22(3):344-53. [PMID]

This Page Intentionally Left Blank