

## فشار مراقبتی و عوامل مرتبط با آن در مراقبین بیماران بخش انکولوژی بیمارستان شاه ولی یزد

نیره سلمانی<sup>۱</sup>، دکتر طاهره اشکتراب<sup>۲</sup>، شیرین حسنونند<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران.  
۲. دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران  
۳. دانشجوی دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران  
■ نویسنده مسئول مکاتبات: نیره سلمانی، N.Salmani@sbmu.ac.ir

### چکیده

**زمینه و هدف:** مراقبین بیماران مبتلا به سرطان خون با مشکلاتی از قبیل شانس کم بهبود بیماران، احتمال عود و وابستگی بیمار و افزایش بار مسئولیت روبرو هستند که منجر به افزایش فشار مراقبتی و بروز نشانه‌های جسمی، روانی، عاطفی و اجتماعی میشود. این مطالعه با هدف تعیین فشار مراقبتی و عوامل مرتبط با آن در مراقبین بیماران مبتلا به سرطان خون انجام شده است.

**مواد و روش‌ها:** در این مطالعه توصیفی ۶۰ نفر از مراقبین بیماران بستری در بخش انکولوژی در بیمارستان شاه ولی شهر یزد به روش غیر تصادفی و در دسترس انتخاب و پرسشنامه مشخصات جمعیت‌شناختی دموگرافیک و فشار مراقبتی توسط نمونه هاتکمیل شد. روایی پرسشنامه فشار مراقبتی با روش روایی محتوا و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ، ۹۲ صدم محاسبه شد.

آنالیز داده‌ها در محیط نرم‌افزار آماری SPSS16 انجام و یافته‌ها با آزمون های آماری توصیفی، آزمون تی مستقل، آنالیز واریانس یکطرفه و ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** ۸۲٫۳ درصد از مراقبین مونث، ۳۰ درصد همسر بیمار و ۵۰ درصد مراقبین فرزند بیمار بودند. میانگین فشار مراقبتی در تمام نمونه‌ها بالا بود. بیشترین میانگین فشار مراقبتی مربوط به همسران بود. بین میانگین فشار مراقبتی کل با طول مدت بیماری ( $r=0/5$ ) و سن مراقب و سن بیمار ( $r=0/6$ ) ارتباط مستقی موجود داشت. همچنین مراقبین با وضعیت اقتصادی پایین ( $p=0/04$ ) و مراقبین بیماران فاز سه ( $p=0/03$ ) فشار مراقبتی بیشتری را گزارش کردند.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به بالا بودن فشار مراقبتی مراقبین بیماران مبتلا به سرطان خون، شناسایی فاکتورهای موثر در بروز فشار مراقبتی و طراحی مداخلات مناسب جهت کاهش فشار مراقبتی و بهبود کیفیت زندگی مراقبین و به دنبال آن ارتقاء کیفیت مراقبت ارائه شده به بیمار ضروری به نظر می‌رسد.

**کلیدواژه‌ها:** فشار مراقبتی، مراقبین غیر رسمی، سرطان خون

## مقدمه

طولانی نقش مراقبتی از بیمار را بر عهده دارند احساس فشار را تجربه می‌کنند که این حس افزایش فشار در مراقبت‌دهندگان منجر به تجربه کردن نشانه‌های منفی جسمی و روانی و عاطفی می‌شود (Margaret و Esther، ۲۰۱۲) و بر روی کیفیت زندگی آنها نیز تاثیر منفی بر جا می‌گذارد (Macmillan، ۲۰۰۵) و این فشار مراقبتی که مراقبت‌دهندگان تجربه می‌کنند عموماً برای توصیف ابعاد مختلفی از استرس که نتیجه ایی از عدم تعادل بین تقاضای مراقبتی و در دسترس بودن منابع جهت برآوردن آن تقاضاها است، استفاده می‌شود (Kim و Given، ۲۰۰۸) در واقع فشار مراقبتی، دیسترس‌های روانی، جسمی و اجتماعی است که در اثر مراقبت از بیماران مزمن به مراقبین وارد می‌شود و به دنبال آن مشکلات زیادی همچون: فرسودگی، اضطراب، افسردگی را برای مراقبین ایجاد می‌کند (Ardeshirzadeh، ۲۰۰۴).

محققان برای آنکه بتوانند اثرات ناشی از بیماری سرطان بر روی مراقبین و فشار مراقبتی ایجاد شده را بررسی نمایند، سیر بیماری سرطان را به ۳ فاز تقسیم بندی کرده‌اند. در فاز اولیه که همان شروع بیماری و تشخیص مسجل سرطان می‌باشد، برای مراقبت‌دهندگان مسئولیت جدید شروع می‌شود و آنها برای نجات بیماری که دوستش می‌دارند تلاش می‌کنند و با وجود آمدن حس عدم اطمینان در رابطه با اینکه نتیجه درمان‌ها چه خواهد شد و حس ترس و غم همراه خواهد بود. در فاز دوم بیماری که درمان شروع شده است و بیمار نسبت به آن واکنش نشان می‌دهد، مراقبت‌دهندگان متعاقب تجربه کردن حس‌های مرحله قبل در این فاز دچار نشانه‌هایی از اضطراب و افسردگی می‌شوند و به خاطر برآوردن نشدن نیازهایشان و افزایش بارکاری محول شده بر دوش آنها، فشار مراقبتی را تجربه می‌کنند. در فاز سوم که شامل تکمیل درمان می‌باشد، واکنش بیماران متفاوت است به طوریکه عده ایی به درمان پاسخ داده و در فاز بهبودی می‌روند و بیمار و مراقبین وی دچار ترس از عود مجدد می‌شوند و گروهی به درمان پاسخ نداده و دچار عود بیماری می‌شوند و مراقبین آنها در این فاز فشار مراقبتی زیادی را متحمل می‌شوند زیرا بیمار آنان از نظر وضعیت بیماری در حال بدتر شدن بوده و این موضوع، کیفیت زندگی مراقبت‌دهندگان را به دلیل نگرانی و استرس از دست دادن فردی که بسیار دوستش می‌دارند، کاهش می‌دهد (Nijboer و همکاران، ۱۹۹۸). مطالعات حاکی از آن است که در میان

سرطان یکی از مهم‌ترین بیماریهای قرن حاضر به شمار می‌آید. انجمن سرطان آمریکا در سال ۲۰۰۵ اعلام کرده بود که ۱۱/۱ میلیون نفر در حال زندگی کردن با بیماری سرطان هستند و ۱/۵ میلیون مورد جدید از سرطان در سال ۲۰۰۹ تشخیص داده شده بود و به خاطر ماهیت ناتوان کننده ی بیماری و درمان‌های مربوطه، بسیاری از مبتلایان به سرطان نیازمند دریافت کمک از طریق مراقبت‌دهندگان غیر رسمی می‌باشند و این افراد کسانی هستند که به فرد بیمار در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی کمک می‌کنند (Ohara و همکاران، ۲۰۱۰). فعالیت‌هایی از قبیل تغذیه، جابجایی، حمایت روانی و عاطفی و اجتماعی، ارتباط برقرار کردن با تیم مراقبتی در رابطه با تغییر شرایط بیمار و دارو درمانی (Macmillan، ۲۰۰۵).

مراقبت‌دهندگان غیر رسمی در طی یک دوره بیماری و درمان آن، بیشترین درگیری را در مراقبت از بیمار و کمک به آنها به‌منظور سازگاری و اداره بیماری مزمن دارند (Lutgendorf و Laudenslager، ۲۰۰۹). در ایالات متحده آمریکا بیش از ۲۲۰۰۰۰۰۰ نفر نقش مراقبت‌دهنده غیر رسمی را دارا می‌باشند (Ohara و همکاران، ۲۰۱۰) و ۱۰ میلیون نفر از بیماری سرطان نجات یافته‌اند و اینان در تمام طول مدت سیر بیماریشان توسط مراقبت‌دهنده‌های غیر رسمی مورد حمایت بوده‌اند و تقریباً ۸۰ درصد خدمات مراقبتی که بیماران در خانه دریافت می‌کرده‌اند توسط این مراقبت‌دهنده‌ها فراهم شده است (Ferrans و همکاران، ۲۰۰۷).

همچنین مراقبت‌دهندگان غیررسمی یک جزء ضروری برای فراهم کردن مراقبت‌های مورد نیاز بیماران سرطانی به شمار می‌آیند به طوریکه ۵۵ درصد مراقبت‌های مورد نیاز بیمار را فراهم می‌کنند و در کنار انجام این نقش، مراقبت‌دهندگان گزارش می‌کنند که نیازهای خود را در رابطه با زندگی روزمرشان نمی‌توانند برآورده کنند و به خاطر انجام نقش مراقبتی از بیمار مورد علاقه‌شان، نیازهای خودشان را فراموش می‌کنند (Nijboer و همکاران، ۱۹۹۸). آنها در طی انجام نقش مراقبتی از بیمار مرتباً با تغییر شرایط بیمار و به وجود آمدن موقعیت‌های جدید روبرو می‌شوند که در شیوه زندگی آنها تغییراتی را به وجود می‌آورد (Ferrans و همکاران، ۲۰۰۷).

در واقع بیماری سرطان و اثرات ناشی از آن صرفاً محدود به بیمار نبوده بلکه اثرات وسیعی را نیز بر روی زندگی مراقبت‌دهندگان به جا می‌گذارد و آنها به علت اینکه مدت زمان

اجتماعی و فشارمراقبتی عاطفی. پاسخ مراقبین در یک مقیاس لیکرت ۵ گزینه - ایاز کاملاً نادرست تا کاملاً درست اندازه‌گیری می‌شود، بدین ترتیب که نمونه‌ها در پاسخ به هر سؤال، یکی از حالات کاملاً نادرست (۱ امتیاز)، نادرست (۲ امتیاز)، تاحدی درست (۳ امتیاز)، درست (۴ امتیاز) و کاملاً درست (۵ امتیاز) را انتخاب و نمرات حاصل از این پرسشنامه از ۲۴ تا ۱۲۰ می‌باشد و نمرات ۲۴ تا ۳۹ فشار مراقبتی خفیف، ۴۰ تا ۷۱ فشار مراقبتی متوسط، ۷۲ تا ۱۲۰ فشار مراقبتی شدید در نظر گرفته شده است. این پرسشنامه دارای قابلیت اعتماد خوبی است. ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها از ۶۹ تا ۸۷ درصد گزارش شده است و ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۸۰ درصد می‌باشد. عباسی و همکاران ضریب آلفای کل مقیاس را ۹۰ درصد و ضریب آلفای خرده مقیاس‌ها را از ۷۶ تا ۸۲ محاسبه کرده بودند (Abasi و همکاران ۲۰۱۱). در این مطالعه نیز ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده و برابر با ۹۲ بوده است. آنالیز داده‌ها در محیط نرم‌افزاری SPSS-۱۶ توسط آزمون‌های آماری توصیفی، آنالیز واریانس یکطرفه و آزمون تی مستقل و ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شد. سطح معنی‌داری برای آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن مراقبین  $۹/۰۴ \pm ۳۸/۴۱$  سال و میانگین و انحراف معیار سن بیماران  $۱۹/۶۴ \pm ۴۳/۶۶$ ، میانگین و انحراف معیار طول مدت بیماری  $۱۶/۲۳ \pm ۱۷/۷۶$  ماه بود. سایر اطلاعات جمعیت‌شناختی مراقبین و اطلاعات مربوط به بیمار در جدول ۱ و ۲ ارائه شده است.

میانگین فشار مراقبتی کل در نمونه‌ها  $۸۱/۴۳$  و در مراقبینی که مادر بیمار بودند  $۸۱/۷$ ، در مراقبینی که دختر بیمار بودند  $۷۶/۸$ ، در مراقبینی که پسر بیمار بودند  $۷۹/۷$  و در مراقبینی که همسر بیمار بودند  $۸۶/۵$  بدست آمد.

با توجه به دسته‌بندی مربوط به شدت فشار مراقبتی مشخص شد که تمامی مراقبین از شدت بالای فشار مراقبتی برخوردار بوده‌اند که بیشترین میزان در همسران گزارش شده است و نتایج با توجه به ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که با افزایش سن مراقبین و با افزایش سن بیمار تحت مراقبت فشار مراقبتی نیز افزایش می‌یابد ( $r=۰/۶۲$ ) و مراقبین مسنتر در خرده مقیاس جسمی و اجتماعی فشار مراقبتی بیشتری را نسبت به مراقبین جوانتر تجربه کرده بودند به طوری که میزان فشار مراقبتی در خرده مقیاس جسمی و اجتماعی مراقبین

مراقبین بیماران سرطانی، مراقبت‌دهندگان به بیماران بستری در بخش انکولوژی مانند بیماران دارای تشخیص لوسمی حاد یا مزمن بیشتر از سایر مراقبین فشار مراقبتی را تجربه می‌کنند که علت آن می‌تواند شانس کم بهبودی در این بیماران و وابستگی زیاد این گروه از بیماران به مراقبین خود در انجام فعالیت‌های روزانه و وخیم‌تر شدن حال عمومی بیمار با پیشرفت بیماری و شنیدن خبرهای ناخوشایند در رابطه با سیر بیماری و عدم پاسخ به درمان‌های انجام شده برای بیمار باشد (Geline و همکاران ۲۰۱۰). بنابراین شناسایی فشار مراقبتی، نقش تعیین‌کننده‌ای در ارتقای سلامت مراقبین و به موازات آن نقش مهمی در بهبود کیفیت مراقبت ارائه شده به بیمار را خواهد داشت (Given و Sherwood ۲۰۰۴) و باتوجه به محدود بودن مطالعات در حوزه فشار مراقبتی، پژوهشگران این مطالعه را با هدف تعیین فشارمراقبتی و عوامل مرتبط با آن در مراقبین بیماران مبتلا به سرطان خون طراحی و انجام دادند.

### مواد و روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر از نوع توصیفی است که در سال ۱۳۹۰ بر روی ۶۰ نفر از مراقبین بیماران بستری در بخش انکولوژی بیمارستان شاه ولی شهر یزد انجام شد. نمونه‌گیری به روش در دسترس و در طی سه ماه انجام شد. شرایط ورود نمونه‌ها بهم طالع شامل، دارای سواد خواندن و نوشتن، فرد اصلی در مراقبت از بیمار محسوب شوند مانند: پدر، مادر، همسر، پسر، دختر، عروس و یا داماد، برادر و یا خواهری که با بیمار زندگی می‌کنند، نداشتن بیماری روانی تشخیص داده شده و داشتن رضایت برای شرکت در مطالعه بود. مراقبین اصلی تمام بیماران مراجعه‌کننده به محل نمونه‌گیری در صورت تمایل و احراز شرایط ورود به مطالعه، به شرکت در مطالعه دعوت شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها یک پرسشنامه دو بخشی بود. بخش اول اطلاعات جمعیت‌شناختی مراقب و بیمار شامل: جنس، سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت درآمد، شغل، نوع بیماری، طول مدت بیماری، وضعیت بیمار از نظر فاز بیماری (اول - دوم - سوم) و سن بیمار.

بخش دوم، پرسشنامه فشار مراقبتی بود. این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹ توسط Novak & Guest برای اندازه‌گیری فشار مراقبتی عینی و ذهنی ساخته شده و فشار مراقبتی ذهنی را با تأکید بیشتری می‌سنجد. این پرسشنامه شامل پنج خرده مقیاس است که عبارتند از: فشار مراقبتی وابسته به زمان، فشارمراقبتی تکاملی، فشار مراقبتی جسمی، فشار مراقبتی

در رابطه با سن مراقبت‌دهنده نیز یافته‌های مطالعه حاضر حاکی از وجود فشار مراقبتی بالا در مراقبین مسن‌تر بود و در تحقیق‌های دیگر مشابه نیز به این یافته رسیده بودند که مراقبین بیماران مبتلا به سرطان که مسن هستند از نظر جسمی بیشتر تحت تاثیر قرار می‌گیرند، احتمالاً بخاطر اینکه میزان فعالیت فیزیکی خود را کاهش می‌دهند و از نظر روانی نیز بیشتر از مراقبین جوان آسیب پذیر می‌باشند و علتش می‌تواند آن باشد که بیشتر از آنها ایزولاسیون اجتماعی را تجربه می‌کنند (Given و همکاران ۱۹۹۰، Sherwood ۲۰۰۶).

در این مطالعه همسران نسبت به بقیه مراقبین بیشترین میزان فشار مراقبتی را گزارش کرده بودند و در مطالعه‌ای دیگر نیز بیان شده بود که زنانی که میانسال بوده و نقش مراقبتی را برعهده می‌گیرند به علت داشتن تعدد نقش و مسئولیت در خانواده و در محل کار بیشتر دچار کشمکش در ایفای نقش شده و فشار بیشتری بر آنها تحمیل می‌شود (Harden, 2005). همسرانی که در این مطالعه نقش مراقبتی را بر عهده داشتند در خرده مقیاس اجتماعی نیز فشار مراقبتی بیشتری نسبت به مراقبین جوانتر عنوان کرده بودند و این یافته در تحقیقی که به منظور پیش‌بینی فشار مراقبتی در همسران مراقبت‌دهنده انجام شده بود حاکی از آن بود که همسران مراقب به علت نداشتن وقت کافی برای آنکه صرف کارهای شخصی خود نمایند و بعلاوه دوری از خانواده و دوستانشان دچار ایزولاسیون اجتماعی می‌شوند (Robinson, ۱۹۹۰).

از دیگر نتایج تحقیق حاضر تاثیر سن بیمار تحت مراقبت بر روی میزان فشار مراقبتی مراقبین بوده است که مطابق با مطالعه Haley در سال ۲۰۰۳ می‌تواند علت آن این باشد که اکثر بیماران مبتلا به سرطان، افراد میانسال می‌باشند که ممکن است دارای سایر مشکلات جسمی یا روانی نیز باشند و این مسئله بار مراقبتی آنها را بر روی مراقبین افزایش می‌دهد. عامل موثر دیگر در میزان فشار مراقبتی تجربه شده توسط مراقبین فاکتور وضعیت اقتصادی بوده است که با کاهش میزان درآمد مالی، مراقبین فشار مراقبتی بیشتری را گزارش کرده بودند و این یافته در تحقیق Hanratty در سال ۲۰۰۷ نیز گزارش شده است که اغلب مراقبین مجبورند که بخاطر ارائه مراقبت تمام وقت به بیمارانشان از شغل خود خارج شوند و این قضیه بار مالی آنها را زیاد خواهد کرد و عده ایی دیگر از مراقبین ممکن است که برای تامین هزینه‌های مراقبت از بیمارشان مجبور شوند که در چند شغل مشغول شوند تا بتوانند نیازهای مالی ناشی از درمان بیمارشان را برآورده نمایند (Golant و Haskins ۲۰۰۸، Petrie ۲۰۰۱).

بالای ۴۰ سال به ترتیب برابر با ۱۷ و ۱۶ و در مراقبین زیر ۴۰ سال برابر با ۱۵ و ۱۴ بوده است.

با افزایش طول مدت بیماری، فشار مراقبتی افزایش می‌یافت. ( $r=0/52$ ). فشار مراقبتی کل در مراقبین زن  $81/64$  و در مراقبین مرد  $80/4$  بود و آزمون آماری تی مستقل اختلاف معنی‌داری را نشان نداد که می‌تواند ناشی از تعداد کم نمونه در مطالعه حاضر باشد.

از نظر وضعیت اقتصادی بین سه گروه با استفاده از آزمون آماری انالیز واریانس یک طرفه مشخص شد که فشار مراقبتی مراقبین با وضعیت اقتصادی ضعیف‌تر، بیشتر می‌باشد. ( $p=0/04$ ) همچنین این آزمون نشان داد که بین سه گروه از مراقبین بر اساس فاز بیماری نیز از نظر میزان فشار مراقبتی تفاوت معناداری وجود دارد و مراقبینی که بیمارانشان دچار عود بیماری شده و به شیمی درمانی پاسخ نداده بودند فشار مراقبتی بیشتری را گزارش کرده بودند. ( $p=0/03$ ).

از دیگر یافته‌های این مطالعه عدم وجود اختلاف معنی‌دار در فشار مراقبتی بین دو دسته از مراقبین بومی و غیر بومی ( $p=0/06$ ) و بین مراقبین از نظر سطح تحصیلات ( $p=0/07$ ) و بین مراقبین از نظر نوع شغل ( $p=0/08$ ) و بین مراقبین از نظر نوع بیماری بیمار تحت مراقبتشان بود ( $p=0/06$ ) که بنظر می‌رسد علت بدست آمدن این یافته‌ها به کم بودن تعداد نمونه مورد مطالعه مربوط باشد که از محدودیت‌های موجود در تحقیق حاضر بود.

## بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نشان داد که تمامی مراقبین مورد بررسی میزان فشار مراقبتی بالایی را متحمل شده‌اند که به نظر می‌رسد برابندی از تاثیر مجموع عواملی همچون سیر مزمن بیماری، تکرار دفعات بستری و عوامل اجتماعی - اقتصادی باشد. در مطالعه‌ای در این راستا بیان شده است که مراقبین بیماران مبتلا به سرطان فشار مراقبتی بالایی را تحمل می‌کنند و علت بروز این فشار می‌تواند افزایش مسئولیت‌های آنان و عدم ارائه توجه کافی به مراقبین از سوی اعضاء تیم مراقبتی در جهت برآوردن نمودن نیازهای مراقبین باشد. (Northouse, ۲۰۱۰).

در برخی مطالعات میزان فشار تحمل شده در مراقبین جوان (Kim و Given, ۲۰۰۸) و در بعضی دیگر از تحقیقات میزان فشار تحمل شده در مراقبین مسن زیاد گزارش شده است (Given و همکاران ۱۹۹۰) که احتمال می‌دهند با فاز بیماری در ارتباط باشد.

### محدودیت‌های مطالعه

در این تحقیق نمونه‌های مورد مطالعه از یک بیمارستان خصوصی واقع در شهر یزد انتخاب شده‌اند که با توجه به وجود محدودیت زمانی برای انجام مطالعه از یک سو و محدودیت‌های مربوط به شرایط ورود نمونه‌ها به مطالعه از سوی دیگر، تعداد نمونه مورد بررسی در مجموع ۶۰ نفر بوده است که منجر خواهد شد نتایج حاصل از این مطالعه با احتیاط مورد استفاده قرار گیرد و به منظور افزایش اعتماد در رابطه با بکارگیری یافته‌ها، انجام مجدد مطالعه با افزایش تعداد نمونه ضروری بنظر می‌رسد.

جدول ۱- مشخصات جمعیت‌شناختی مراقبین

متغیر مورد بررسی	فراوانی	درصد
مراقب متاهل	۵۶	۹۳/۳
مراقب مجرد	۴	۷/۷
مراقب بومی	۱۸	۳۰
مراقب غیربومی	۴۲	۷۰
مراقب مرد	۱۱	۱۷/۷
مراقب زن	۴۹	۸۲/۳
مراقب شاغل	۳۲	۵۳/۴
مراقب خانه دار	۲۸	۴۶/۶
مراقب با تحصیلات زیر دیپلم	۲۶	۴۳/۴
مراقب با تحصیلات دیپلم	۲۴	۴۰
مراقب با تحصیلات دانشگاهی	۱۰	۱۶/۶
مراقب با سطح مالی پایین	۳۱	۵۰/۳
مراقب با سطح مالی متوسط	۲۵	۴۰/۷
مراقب با سطح مالی بالا	۴	۹

جدول ۲- مشخصات بیماران

متغیر مورد بررسی	فراوانی	درصد
بیماران مبتلا به لوسمی حاد	۳۲	۵۳/۴
بیماران مبتلا به لوسمی مزمن	۲۲	۳۶/۶
بیماران مبتلا به لنفوم	۶	۱۰
بیماران فاز اول	۴	۶/۶
بیماران فاز دوم	۲۶	۴۳/۳
بیماران فاز سوم	۳۰	۵۰

دیگر نتیجه حاصل از این مطالعه تاثیر مرحله بیماری بر میزان فشار مراقبتی مراقبین مورد بررسی بوده است که یافته‌های تحقیقات مختلف در این زمینه متنوع می‌باشد به طوری که Given و Sherwood (۲۰۰۴) در مطالعه خود بیان کرده‌اند که عود بیماری سرطان برای مراقبین استرس آور می‌باشد و فشار مراقبتی را افزایش می‌دهد در حالیکه اسپچوماچر و همکارانش در تحقیق خود گزارش کرده‌اند که مراقبین در مرحله اول بیماری استرس بیشتری را متحمل می‌شوند و به خاطر مزمن بودن بیماری سرطان و فرایند درمان آن، مراقبین با شرایط موجود سازگار می‌شوند و در مرحله عود بیماری نسبت به مرحله اول فشار مراقبتی آنها کمتر است (Schumacher و Paul و Dodd، ۱۹۹۳).

در نهایت با توجه به مجموع یافته‌های حاصل از مطالعه که حاکی از فشار مراقبتی زیاد در مراقبین بیماران انکولوژی بوده است، ارزیابی مراقبین توسط اعضاء تیم مراقبتی می‌تواند روش مناسبی در جهت شناسایی نیازهای آنها باشد و با توجه به آن تیم مراقبتی می‌توانند استراتژیها و مداخلات مناسب را در جهت برآوردن نیازهای مراقبین و کاهش بار مراقبتی فراهم نمایند. ضروری است که مراقبین توسط اعضاء تیم مراقبتی حمایت شوند و بایستی یک فرد حمایت کننده جهت پاسخ دادن به سوالات مراقبین همواره در دسترس باشد به ویژه زمانی که بیمار در مرحله تغییر فاز بیماری قرار گیرد، مراقبین استرس زیادی را متحمل می‌شوند و وجود یک فرد حمایت کننده برای مراقبین بسیار موثر است. اعضاء تیم مراقبتی می‌توانند برای حمایت کردن مراقبین از یک فرد دیگر مراقب برای جایگزین نمودن با مراقب اصلی و برگرداندن وی به روال عادی زندگی و کاهش فشار مراقبتی نیز بهره گیرند همچنین استفاده از شبکه‌ها و انجمن‌های حمایتی موجود و معرفی مراقبین به این مراکز می‌تواند نقش موثری در کاهش بار مراقبتی داشته باشد. اعضاء تیم مراقبتی بایستی همواره این موضوع را بخاطر بسپارند که اولین پاسخ‌دهنده به مشکلات بیماران مبتلا به سرطان، مراقبین اصلی آنها هستند و بایستی ارزش این افراد در تیم مراقبت سلامتی شناخته شده و هرگز فراموش نشود.



## REFERENCES -----

- Abbasi A, Asaesh H, Rahmani H et al (2011). The Burden on Caregivers from Hemodialysis Patients and Related Factors. *Journal of Research Development in Nursing & Midwifery*. 8 (1) 26-33. (Persian)
- Ardeshirzadeh M. Comparative Study of Psychological Burden in Caregivers of Chronic Schizophrenic and Bipolar Patients; Coping Approaches”, Research Based Final Thesis, University of Welfare and Rehabilitation Sciences, 2004.
- Ferrans CE, Omara A, Novotny P et al (2007). Caregiver role stress: when families become providers. *Cancer Control Journal*. 14 (2) 183-189.
- Geline JT, Anita B, Mark M et al (2010). Caring for the Caregiver. *Oncology Nursing Forum*. 37 (1):E50-7.
- Given B, Stommel M, Collins C et al (1990). Responses of Elderly Spouse Caregivers. *Research in Nursing & Health*. 13 (2) 77-85.
- Given B, Sherwood PR (2006). Family Care For the Older Person with Cancer. *Seminars in Oncology Nursing*. 22 (1) 43-50.
- Given B, Sherwood PR (2004). Family Caregiver Burden: Results of a Longitudinal Study of Breast Cancer Patients and Their Principal Caregivers. *Canadian Medical Association Journal*. 170 (12) 1795-1801.
- Golant M, Haskins NV (2008). Other Cancer Survivors: The Impact on Family and Caregivers. *Cancer Journal*. 14 (6) 420-424.
- Hagedoorn M, Sandermn R, Bolks HN et al (2008). Distress in Couples Coping With Cancer: A Meta-Analysis and Critical Review of Role and Gender Effects. *Psychological Bulletin*. 134 (1) 1-30.
- Haley W E (2003). The Costs of Family Caregiving: Implications For Geriatric Oncology. *Critical Reviews in Oncology-Hematology*. 48 (2) 151-158.
- Hanratty B, Holland P, Jacoby A et al (2007). Financial Stress and Strain Associated With Terminal Cancer a Review of The Evidence. *Palliative Medicine*. 21 (7) 595-607.
- Harden J (2005). Developmental Life Stage and Couples’ Experiences With Prostate Cancer. *Cancer Nursing*. 28 (2) 85-98.
- Kim Y, Given BA (2008). Quality of Life of Family Caregivers of Cancer Survivors. *Cancer Journal* .1 (12) 2556-2568.
- Lutgendorf SK, Laudenslager ML, Teschendorf B et al (2009). Care of The Caregiver: Stress and Dysregulation of Inflammatory Control in Cancer Caregivers. *Journal of Clinical Oncology*. 20 (27) 2894-2895.
- Macmillan SC (2005). Interventions to Facilitate Family Caregiving at The End of Life. *Journal of Palliative Medicine*. 8 (1) 132-139.
- Bevans MF, Sternberg EM (2012). Caregiving Burden, Stress, and Health Effects Among Family Caregivers of Adult Cancer Patients. *The Journal of The American Medical Association* . 307 (4) 398-403.
- Nijboer C, Tempelaar R, Sanderrman R et al (1998). Cancer and Caregiving: The Impact on The Caregiver’s Health. *Journal of Psychosocial Oncology*. 7 (1) 3-13.
- Northouse LI, Katatodi MC, Song L et al (2010). Interventions With Family Caregivers of Cancer Patients. Meta-Analysis of Randomized Trials. *A Cancer Journal for Clinicians*. 60 (5) 317-339.
- Ohara RE, Hull JG, Lyons KD et al (2010). Impact on Caregiver Burden of a Patient-Focused Palliative Care Intervention For Patients With Advanced Cancer. *Palliative and Supportive Care Journal*. 8 (4) 395-404.
- Robinson KM (1990). Predictors of Burden Among Wife Caregivers. *Research and Theory for Nursing Practice*. 4 (3) 189-203.
- Petrie W et al (2001). Research Review of The Supportive Care Needs of Spouses of Women With Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*. 28 (10) 1601-1607.
- Schumacher KL, Dodd MJ, Paul SM (1993). The Stress Process in Family Caregivers of Persons Receiving Chemotherapy. *Research in Nursing and Health*. 16 (6) 395-404.

# The Burden of Caregiver and Related Factors of Oncology Patients of Shah Vali Hospital

Salmani ,N. (MSN)<sup>2</sup>, Ashketorab ,T. (PhD)<sup>1</sup>, Hasanvand SH (MSN)<sup>3</sup>

1. PhD student of Shahid Beheshti University of Medical Science, Tehran, Iran.

2. Associate Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Science, Tehran, Iran.

3. PhD student of Shahid Beheshti University of Medical Science, Tehran, Iran

■ Corresponding author: Salmani, Naire; mahadiat@yahoo.com

## Abstract

**Background:** Caregivers of patients with leukemia facing with problems such as little chance of recovery in patients and probability of relapse and patient dependency and high responsibility such as increasing the leading to increased burden and mental, physical, emotional and social symptom. This study aimed to determine the burden and related factors in caregiver of patients with leukemia.

**Methods:** In descriptive study 60 caregivers of the patients hospitalized in oncology of Shah Vali Hospital of Yazd city selected by non-random sampling. Demographic questionnaire and caregiver burden scale was completed. Caregiver burden scale validity with content validity and reliability of caregiver burden scale with Cronbach's alpha coefficient, were calculated. Data analysis were done with SPSS software with Pbt-Test, ANOVA and Pearson correlation coefficient.

**Results:** 82.3% Caregivers were female, 30% caregivers were Spouse, 50% caregivers were children. The average of burden in all samples was high. Highest average of burden was related to the care of spouses. There was direct relationship between disease duration ( $r=0.5$ ), age of caregiver and age of patient ( $r=0.6$ ) with burden. Caregivers with low socioeconomic status ( $p=0.04$ ) and patient in 3 phase ( $p=0.03$ ) were reported high burden.

**Conclusion:** Because of high burden in caregivers of patients with leukemia, identify factors affecting the incidence of pressure care and their needs and design appropriate interventions to reduce stress and improve quality of life in caregivers and improve quality of care is necessary.

**Keywords:** Burden, Informal Caregiver, Leukemia

