



فشار مراقبتی مراقبین خانوادگی سالمندان و رابطه‌ی آن با برخی عوامل

خدیجه ابوزاده گتایی^۱، اکرم قنبری مقدم*^۲، مجتبی محمدی^۳، فاطمه زارعی^۴

^۱ دانشجوی کارشناسی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

*^۲ مربی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

^۳ کارشناس ارشد پرستاری سالمندی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، تهران، ایران

^۴ دانشجوی کارشناسی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

(دریافت: ۱۳۹۵/۰۱/۲۷ - پذیرش: ۱۳۹۵/۰۲/۳۰)

چکیده

مقدمه: سالمندانی که به بیماری مزمن دچار می‌شوند نه تنها خودشان تحت تاثیر قرار می‌گیرند؛ بلکه اعضای خانواده که به نوعی به ارائه‌ی مراقبت از آنان می‌پردازند نیز ممکن است تحت تاثیر قرار گیرند.

هدف: این مطالعه با هدف تعیین میزان فشار مراقبتی مراقبین عضو خانواده‌ی سالمندان انجام گردید.

روش: این مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی بر روی ۸۰ نفر مراقب خانوادگی سالمندان سبزوار در سال ۱۳۹۵ انجام گردید. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌ی اطلاعات دموگرافیک و فشار مراقبتی بود؛ که توسط مراقبین تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS v.16 تحلیل و ارائه گردید.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد اکثریت واحدهای مورد مطالعه را زنان (۷۲ درصد) با نسبت دختری (۴۲ درصد)، در سطح تحصیلات بی‌سواد (۴۵ درصد)، خانه‌دار (۷۲ درصد) که اکثراً با سالمند تحت مراقبت در یک خانه بسر می‌برند؛ (۶۸ درصد) تشکیل می‌دادند. طبق یافته‌ها ۷۳ درصد از این مراقبین برای ارائه‌ی مراقبت آموزش رسمی نداشتند. این در حالی بود که ۲۸ درصد از آنان سلامت خود را بد ارزیابی نموده و نیز مدعی ابتلا به اختلالات روحی و روانی بودند. به طور کلی میانگین فشار مراقبتی ۴۴/۵ محاسبه شد. بین میزان فشار مراقبتی با مدت ابتلا به بیماری سالمند ($p=0/01$)، شغل مراقب ($p=0/001$)، وضعیت اقتصادی مراقب ($p=0/02$)، نسبت فرد مراقب با سالمند ($p=0/005$)، طول مدت مراقبت مراقب ($p=0/03$) و وضعیت همزیستی با سالمند ($p=0/02$)، ارتباط معنادار برقرار بود.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این مطالعه، از آن‌جا که درصد قابل توجهی از مراقبین عضو خانواده‌ی سالمندان، دچار اختلالات جسمی و روانی هستند؛ و نیز اکثراً برای ارائه‌ی مراقبت، بی‌سواد بوده و آموزش رسمی نداشتند؛ بنابراین ضرورت انجام مداخلات برای کاهش فشار مراقبتی با توجه به عوامل شناسایی شده در یافته‌های این پژوهش، و نیز ارائه‌ی آموزش‌های مناسب درباره‌ی بیماری به مراقبین توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: فشار مراقبتی، مراقبین، خانواده، سالمند

مقدمه:

یکی از گروه‌های اجتماعی رشد یافته در جوامع امروزی، سالمندان می‌باشند؛ که با توجه به هرم سنی کشور اهمیت روز افزونی یافته‌اند. (۱) این تغییرات جمعیت شناختی، منجر به افزایش قابل توجه شیوع بیماری‌های مزمن و نیاز بهداشتی مرتبط با سالمندی خواهد شد؛ که پاسخ به آن‌ها عرصه‌ی جدیدی را در حوزه‌ی مراقبتی، برای این جمعیت طلب خواهد نمود. (۲) از طرفی با ظهور خانواده‌های هسته‌ای و حرکت جامعه به سوی مدرنیته، در نقش‌ها و عملکرد خانواده تغییر ایجاد شده است؛ به طوری که سالمندان کم‌تر از گذشته می‌توانند از حمایت خانواده‌ی خود بهره‌مند شوند. تغییر در وضعیت سلامت فرد سالمند، تغییر در وضعیت سلامت خانواده (خواب، تنش، اضطراب)، مسئولیت‌های گوناگون اعضای کلیدی خانواده، ناکافی بودن حمایت‌های حرفه‌ای-اجتماعی، همراه با افزایش شیوع بیماری‌های مزمن و اغلب ناتوان‌کننده، سبب افت کارکرد و از دست دادن استقلال و وابستگی روز افزون سالمند می‌شود. (۳) بنابراین افزایش جمعیت سالمند و بالطبع افزایش بیماری‌های مزمن اغلب باعث افزایش معلولیت، وابستگی و ناتوانی در جامعه می‌گردد. بسیاری از سالمندان به علت بیماری‌های مزمن، در انجام فعالیت‌های روزانه‌ی زندگی، دچار محدودیت می‌گردند (۴). بیماری دژنراتیو قلبی، سرطان‌ها، دیابت، بیماری‌های مزمن تنفسی، بیماری‌های عضلانی-اسکلتی مزمن، اختلالات گوارشی و بیماری عصبی-روانی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن

سالمندان هستند. (۵) سالمندانی که به بیماری مزمن دچار می‌شوند نه تنها خودشان تحت تاثیر قرار می‌گیرند، بلکه اعضای خانواده، دوستان و سایر افرادی که به نوعی به ارائه‌ی مراقبت از آنان می‌پردازند نیز ممکن است تحت تاثیر قرار گیرند. (۶)

مراقبت‌کنندگان اشخاصی هستند که در طی یک دوره‌ی بیماری یا ناتوانی، بیش‌ترین درگیری را در امر مراقبت و کمک به مددجو، به منظور سازگاری و اداره‌ی بیماری مزمن دارند. (۷) به‌طور کلی، مراقبین به ۲ نوع تقسیم می‌شوند: ۱- مراقبین رسمی و ۲- مراقبین غیر رسمی. مراقبین رسمی، مراقبین آموزش‌دیده‌ی با صلاحیت حرفه‌ای، برای انجام انواع مراقبت هستند؛ و معمولاً در قبال کاری که انجام می‌دهند مزد می‌گیرند. ولی مراقبین غیر رسمی به‌طور قانونی پول نمی‌گیرند و شامل اعضای خانواده از قبیل همسران، فرزندان و دوستان می‌باشند. (۸) دلایل عمده‌ی شکل‌گیری پدیده‌ی مراقبت خانوادگی عبارتند از افزایش جمعیت سالمندان، افزایش جمعیت مبتلا به بیماری‌های مزمن، تغییرات در نظام‌های بهداشتی به ویژه هزینه‌های بهداشتی مراقبان خانوادگی که در حال حاضر ستون نظام‌های مراقبت دراز مدت به حساب می‌آیند. امروزه به سبب افزایش هزینه‌های بستری، خانواده‌ها به‌امر مراقبت از سالمندان در منزل تشویق می‌شوند. (۹) اما باید توجه داشت که نگهداری و حمایت از سالمند بیمار، ناتوان و وابسته،

سالمندان در شهر سبزوار را تعیین کرده و سپس به شناسایی عوامل مرتبط با آن بپردازیم. بدیهی است که این تحقیق و بررسی می تواند اطلاعات بسیار با ارزشی از وضعیت مراقبین، جهت نیل به اهداف مورد نظر را در اختیار متخصصین و مسئولین امر، قرار دهد.

روش مطالعه:

پژوهش حاضر یک مطالعه ی توصیفی - تحلیلی است که با هدف کلی تعیین فشار مراقبتی مراقبین سالمندان به بررسی ارتباط آن با برخی عوامل، پرداخته است. جامعه ی پژوهش در این مطالعه، کلیه ی مراقبین عضو خانواده ی سالمندان در شهر سبزوار در سال ۱۳۹۵ می باشد. با توجه به مطالعات قبلی در این زمینه (۹) و با استناد به فرمول های آماری بر اساس انحراف معیار محاسبه شده، نمونه ی ۸۰ نفری به روش نمونه گیری در دسترس مورد مطالعه قرار گرفتند. اساس ابزار مطالعه بر ابزار "سنجش فشار مراقبتی CSI" (مربوط به مراقب) که در مطالعات قبلی روایی و پایایی آن انجام و قابل قبول تشخیص داده شده بود ($r=0/74$) (۹) به همراه پرسشنامه ی اطلاعات دموگرافیک (مربوط به سالمند و مراقب)، قرار داده شد. بر اساس پرسشنامه ی سنجش فشار مراقبتی، واحدها می توانستند از مجموع ۱۳ گویه، نمره ی ۶۵-۱۳ را کسب نمایند که برای این ابزار نقطه ی برش معرفی نشده بود و کسب نمره ی بالاتر به معنی فشار مراقبتی بیش تر

در منزل چالش های فراوانی را برای خانواده ایجاد می کند؛ (۱۰) و از طرفی مراقبین خانوادگی به عنوان افراد در معرض خطر، فشار زیادی را متحمل می شوند. (۱۱) فشار مراقبتی یک مسئله ای است که برای سالمند بیمار و خانواده اش به شدت مشکل ساز است. (۱۲) طبیعتاً مراقبین در برآورده سازی نیاز های سالمند بیمار خود، دارای توانمندی های متفاوت و محدودی هستند که این حالت فرد مراقبت کننده را، در مواجهه با تغییرات و نیاز های مراقبتی بیمار در خانه، آسیب پذیر می کند. مطالعه ی Beach و همکاران در ایالت متحده ی آمریکا در خصوص مراقبت از سالمند در خانواده، بیان می دارد که افزایش مشکلات سالمندی در فرد سالمند و هم چنین افزایش فشار های مراقبتی بر فرد مراقبت کننده از سالمند، پیامد های مخاطره آمیزی چون افسردگی و اضطراب را برای اعضای خانواده به همراه خواهد داشت. (۱۳) برخی از پژوهش گران نیز، مراقبین خانوادگی سالمندان را «بیماران مخفی» دانسته اند. (۱۴ و ۱۵)

با توجه به این که مراقبت کنندگان، گروهی هستند که از نظر جسمی، روحی و مالی آسیب پذیر هستند (۱۶) بی شک حمایت از مراقبین خانوادگی، به جهت منفعت دوطرفه برای مراقبان و سالمندی که تحت مراقبت این افراد می باشند، ضروری است. (۱۷) لذا بر آن شدیم با انجام مطالعه ای در این راستا، میزان فشار مراقبتی مراقبین عضو خانواده ی

می باشد. سپس جمع آوری داده ها با روش نمونه گیری در دسترس و کار میدانی طی ۲ ماه با استفاده از ابزار یاد شده از میان مراقبانی که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند (نمونه ها عضو خانواده باشند - در امر مراقبت سالمند مسئولیت مستقیم داشته باشند - دچار اختلال روان شناختی حاد نباشند)، تا رسیدن به حجم نمونه ی مورد نظر، انجام پذیرفت. پژوهش گران پس از کسب رضایت جهت همکاری برای تکمیل پرسشنامه و توضیح هدف از انجام پژوهش، فرم پرسشنامه را در اختیار مراقبین سالمند قرار دادند. مراقبینی که خود تمایل داشتند، پرسشنامه ها را تکمیل نموده، و برای آن هایی که بی سواد بودند از طریق مصاحبه تکمیل گردید. به افراد مورد مطالعه اطمینان داده شد که اطلاعات گرد آوری شده از آن ها بدون ذکر نام و محرمانه بوده و بر همین اساس به هر یک از پرسشنامه ها کد داده شد و فرم هایی که تکمیل نشده بودند از مطالعه خارج گردید. در نهایت اطلاعات نمونه ها، وارد نرم افزار آماری SPSSv.16 شده و با روش های آماری توصیفی و تحلیلی مانند میانگین، انحراف معیار، آنالیز واریانس یکطرفه و آزمون تی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها :

بر اساس آمار توصیفی مشخص شد در بین ۸۰ نمونه ی مورد مطالعه، اکثریت واحدها را زنان (۷۲)

درصد) با نسبت دختری (۴۲ درصد) ، در سطح تحصیلات بی سواد (۴۵ درصد)، خانه دار که با سالمند تحت مراقبت در یک خانه به سر می برند (۶۸ درصد)، تشکیل می داد. طبق یافته ها، ۷۳ درصد از این مراقبین برای ارائه ی مراقبت آموزش رسمی نداشتند و ۸۶ درصد نیز از ارائه ی مراقبت به سالمند خود راضی بودند؛ ۲۸ درصد آنان سلامت خود را بد ارزیابی نموده و نیز مدعی ابتلا به اختلالات روحی-روانی بودند. از نظر آنان، اولین اولویت مراقبت دهی به سالمندان، رفع نیازهای روانی با مصاحبت و هم دردی و به ترتیب در درجات بعدی، ایاب و ذهاب، حمام کردن و لباس پوشیدن قرار داشت. بر اساس پرسشنامه ی سنجش فشار مراقبتی، واحدها می توانستند نمره ی ۶۵-۱۳ را کسب نمایند که میانگین فشار مراقبتی $44/5 \pm 10/78$ محاسبه شد. کم ترین و بیش ترین نمره ی اکتسابی نمونه ها به ترتیب ۱۹ و ۶۳ بود. توزیع میانگین فشار مراقبتی مراقبین به تفکیک هر یک از متغیرهای دموگرافیک مربوط به سالمندان تحت مراقبت و مربوط به مراقبین و چگونگی ارتباط بین آن ها، به ترتیب در جداول شماره ی ۱ و ۲، نشان داده شده است .

جدول شماره ۱(۱): توزیع فراوانی و مقایسه میانگین فشار مراقبتی مراقبین به تفکیک متغیرهای دموگرافیک سالمندان تحت مراقبت در واحدهای مورد مطالعه

متغیر	تقسیم بندی	تعداد(درصد)	میانگین نمره فشار مراقبتی	نوع آزمون	P-value
جنس	مرد	۳۹(۴۹٪)	۴۳/۵۶	T-TEST	P=۰/۱۳
	زن	۴۱(۵۱٪)	۴۵/۴۱		
تحصیلات	بیسواد	۶۸(۸۵٪)	۴۴/۹۱	ONE-WAY ANOVA	P=۰/۷۳
	زیر دیپلم	۶(۷/۵٪)	۴۲/۵		
	دیپلم	۶(۷/۵٪)	۴۲		
	دانشگاهی	۰	-		
مدت ابتلا به بیماری	کمتر از یکسال	۲۸(۳۶٪)	۴۷/۴۲	ONE-WAY ANOVA	P=۰/۰۱
	۱ تا ۵ سال	۲۶(۳۲٪)	۴۳/۸		
	۵ تا ۱۰ سال	۸(۱۰٪)	۳۳/۷۵		
	بالای ۱۰ سال	۱۸(۲۲٪)	۴۵/۷۷		
وابستگی مالی	وابسته	۵۷(۷۱٪)	۴۶	T-TEST	P=۰/۲۷
	مستقل	۲۳(۲۹٪)	۴۳/۹۱		

مراقبتی در مراقبین شده اند؛ اما بین متغیرهای جنسیت، سطح تحصیلات و وابستگی مالی سالمند تحت مراقبت با فشار مراقبتی ارتباط معناداری به لحاظ آماری یافت نشد. ($p < 0/05$)

همان طور که در جدول شماره ۱ مشاهده می شود، مدت ابتلای سالمند به بیماری، با میزان فشار مراقبتی مراقبین رابطه معنادار دارد ($P=0/01$). اگرچه بر طبق داده های جدول مذکور، سالمندان زن، بی سواد و وابسته از نظر مالی، موجب کسب بیشترین میانگین فشار

جدول شماره ۲(۲): توزیع فراوانی و مقایسه میانگین فشار مراقبتی مراقبین به تفکیک متغیرهای دموگرافیک مراقبین در واحدهای مورد مطالعه.

متغیر	تقسیم بندی	تعداد(درصد)	میانگین نمره فشار مراقبتی	نوع آزمون	P-value
جنس	مرد	۲۲(۲۸٪)	۴۹/۱۸	T-TEST	P=۰/۳۳
	زن	۵۸(۷۲٪)	۴۲/۷۴		
	بی سواد	۳۶(۴۵٪)	۴۴/۲۵		
تحصیلات	زیر دیپلم	۲۹(۳۶٪)	۴۲/۷۵	ONE-WAY ANOVA	P=۰/۱۵
	دیپلم	۷(۹٪)	۵۳/۱۴		
	دانشگاهی	۸(۱۰٪)	۴۴/۵۰		
	شاغل	۹(۱۱٪)	۴۳		
شغل	بازنشسته	۴(۵٪)	۵۵	ONE-WAY ANOVA	P=۰/۰۰۱
	خانه دار	۵۸(۷۳٪)	۴۲/۹۱		
	بی کار	۳(۴٪)	۳۷/۶۶		
زمان مراقبت	زیر ۶ ساعت	۴(۵٪)	۵۱	ONE-WAY ANOVA	P=۰/۱۲
	۶ تا ۱۲ ساعت	۲۳(۲۹٪)	۴۱		
	بالای ۱۲ ساعت	۵۳(۶۶٪)	۴۵/۴۹		

P-value	نوع آزمون	میانگین نمره فشار مراقبتی	تعداد(درصد)	تقسیم بندی	متغیر
P=۰/۰۰۵	ONE-WAY ANOVA	۴۳/۸۱	(/۳۴)۳۷	همسر	نسبت مراقب
		۴۲/۰۲	(/۴۲)۳۴	دختر	
		۵۱/۳۳	(/۲۲)۱۸	پسر	
		۴۵/۱۳	(/۲)۱	خواهر	
		-	۰	برادر	
P=۰/۰۹	T-TEST	۴۴/۶۵	(/۴۰)۳۲	دارد	دسترسی به جایگزین
		۴۴/۴	(/۶۰)۴۸	ندارد	
P=۰/۰۲	ONE-WAY ANOVA	۴۱	(/۱۲)۱۰	خوب	وضعیت اقتصادی
		۴۲/۶	(/۴۵)۳۶	متوسط	
		۴۸/۲۱	(/۴۳)۳۴	بد	
P=۰/۳۶	ONE-WAY ANOVA	۴۵/۵	(/۷۳)۲۲	عدم بیماری	ابتلا به بیماری
		۴۱/۶	(/۲۷)۵۸	وجود بیماری	

مراقبت بوده اند.

در کل بر اساس یافته ها، ارتباط معنا دار آماری بین میزان فشار مراقبتی با متغیرهای مربوط به مراقبین از جمله شغل (P=۰/۰۰۱)، وضعیت اقتصادی (P=۰/۰۲) و نسبت خانوادگی مراقبین (P=۰/۰۰۵)، مشاهده می شود. (جدول ۲)

بر اساس یافته های جدول شماره ۲، مردان مراقب در مقایسه با مراقبین زن، فشار مراقبتی بیش تری را تجربه می کنند اما این تفاوت از لحاظ آماری معنادار نیست. هم چنین مراقبینی که وضعیت اقتصادی بدی داشته اند به مراتب فشار مراقبتی بیش تری را تحمل کرده اند. بیش از نیمی از مراقبین، بیش از ۱۲ ساعت در روز عهده دار امر

بحث :

نیز محاسبه می شود. (۱۱) محمدی در مطالعه ی خود به این مهم اشاره می کند که زنان ایرانی باور دارند که مراقبت از سالمند یک نقش زنانه بوده و لیکن زنان در جامعه ی کنونی به سبب اشتغال و داشتن نقش های مختلف، هم زمان با ارائه ی مراقبت، نیاز یش تری برای حمایت و کمک رسمی و غیر رسمی در خود احساس می کنند. (۹) یافته ها موید این نکته است که بخش قابل توجهی از مراقبین، آموزشی در رابطه با بیماری سالمند تحت مراقبتشان ندیده بودند؛ که با توجه به بی سواد بودن حدود نیمی از آن ها، ضرورت توجه و برنامه ریزی برای مراقبین عضو خانواده را توجیه می کند.

نتایج آماری پژوهش حاضر، بیان کننده ی این است که اکثریت مراقبین را زنان تشکیل می دهند؛ که با فرد سالمند نیازمند مراقبت، نسبت دختری دارند و بخش اعظم آنان متاهل و خانه دار هستند. این یافته با مطالعات محمدی در تهران (۹)، نویدیان و همکاران در زاهدان (۱۱) و عباسی و همکاران در گرگان (۱۲) هم خوانی دارد. شاید این امر به جهت وجود این فرهنگ در جامعه ی ایران است که مراقبت از کودکان، بیماران، افراد معلول و سالمندان، بیش تر بر عهده ی زنان و دختران خانواده است که به عنوان بخشی از امور خانه داری و منزل آنان

یافته های جداول شماره ی ۲ و ۳ حاکی از آن است که ارتباط معنادار آماری بین متغیرهای فردی سالمند با فشار مراقبتی مراقبین آن ها وجود ندارد؛ که با مطالعات دیگر هم خوانی دارد؛ (۱۲و۹) این در حالی است که میزان فشار مراقبتی در بین مراقبین با اشتغال و وضعیت اقتصادی مختلف، نسبت های خانوادگی متفاوت نسبت به سالمند و مدت ماه های مراقبت، تفاوت معناداری دارد و این می تواند به معنی ارتباط بیش تر فشار مراقبتی با فاکتورهای فردی خود مراقب باشد تا مربوط به سالمند. به بیان دیگر، میزان فشار مراقبتی احتمالا بیش تر متاثر از عوامل فردی و اجتماعی مربوط به شخص مراقب است که البته مطالعات بیش تر و دقیق تری جهت تایید یا رد این مساله و نیز مطالعه ای جهت تعیین نقش عوامل اجتماعی پیشنهاد می شود. محمدی در این رابطه عقیده دارد فشار مراقبتی، متاثر از سطح استرسی است که مراقب تجربه می کند و با رشد اخلاقی مراقب مرتبط است. وی هم چنین می افزاید؛ فشار مراقبتی مفهومی کاملا فردی بوده و به احساس شخصی و درونی فرد مراقب بستگی دارد. (۹) از یافته های جالب پژوهش حاضر آن است که اکثریت مراقبین از مراقبت راضی هستند و میزان رضایت خود را هم از متوسط تا خیلی زیاد ذکر کرده اند؛ و این در حالی است که درصد قابل توجهی از آنان وضعیت سلامت جسمی و روحی خود را بد توصیف کرده اند. رحمانی نیز در پژوهش خود، سلامت عمومی بیش تر مراقبین بیماران را ضعیف ارزیابی کرده است. (۱۸) در توجیه این مساله می توان گفت ، احتمالا مراقبت از سالمند، سبب حس

رضایت خاطر و کفایت فردی ، احترام به خود و مقابله با چالش های فردی، در شخص مراقب می شود. این نتیجه می تواند موید مطالعاتی باشد که تجربه ی فشار در مراقبت را عاملی برای رشد و تعالی نفس مراقبین معنا نموده اند. بنا بر یافته های این پژوهش گروهی از مراقبین که پسرند، وضعیت اقتصادی بد دارند، با سالمند در یک خانه زندگی می کنند و شاغل اند و مدت زمان بیش تری را به مراقبت می پردازند، فشار مراقبتی بیش تری را گزارش کرده اند . این یافته ها در راستای مطالعات Hanzawa, pattanayak ، عباسی و Chang قرار دارد. (۱۲، ۲۰، ۱۹ و ۲۱) اما Spurlock در بررسی خود می گوید: " به نظر می رسد در ظاهر گروه مراقبینی که متاهل اند و همسر بیمارند تجربه ی بیش تری از فشار مراقبتی داشته اند " که البته از نظر آماری بررسی نشده است. (۲۲)

با توجه به جدول شماره ی ۱، می توان گفت که مراقبین عضو خانواده ی سالمندان، به دنبال فرآیند مراقبت، تحت فشار مراقبتی در حد متوسط قرار دارند که با نتایج سایر مطالعات انجام شده در این زمینه هم خوانی دارد. (۱۸ و ۲۰) تعداد بالای ساعات مراقبت در روز در اکثر واحدهای مورد مطالعه، قابل توجه است. از این جهت که اکثر مراقبین خانه دار بوده و در منزلی جدا از سالمند تحت مراقبتشان زندگی می کنند؛ از این رو دسترسی مراقبین به جایگزین می تواند مد نظر خانواده ها و مسئولین امر قرار گیرد. با توجه به وجود بیماری های مختلفی که در سالمندان موجب نیاز مراقبتی می گردد،

مورد بررسی قرار نگرفته فراهم کرده و به طرح ریزی مطالعات مداخله ای جهت به کارگیری برنامه های موثر از جمله برنامه های توان بخشی های تخصصی، کمک کند تا در نهایت موجب کاهش بار مراقبتی مراقبین و بهبود کیفیت بهتر خدمات مراقبتی برای سالمندان گردد.

تشکر و قدردانی:

پژوهش گران بر خود لازم می دانند از کمیته ی تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار که هزینه های این طرح را تأمین نمود و به ویژه همه ی مراقبین سالمندان محترمی که صمیمانه در این مطالعه شرکت نمودند تقدیر و تشکر نمایند.

پیشنهاد می شود با طراحی و انجام تحقیقاتی با محوریت مراقبین و اختصاصی تر در زمینه ی بیماری های مختلف سالمندی، مطالعات تحلیلی مناسب به طور جداگانه یا مقایسه ای صورت پذیرد تا اطلاعات دقیق تری از تفاوت های موجود به دست آید.

نتیجه گیری نهایی:

در مجموع یافته های پژوهش حاضر و سایر مطالعات موجود، نشان می دهد امر مراقبت از پیچیدگی های خاص برخوردار است. بنظر پژوهش گر یافته های این مطالعه می تواند به دانش موجود و شناخت وضعیت مراقبین، بیفزاید و زمینه را برای مطالعات بعدی در شناخت جنبه های دیگری از مراقبت و فشار مراقبتی که تا کنون

References:

1. Noohi E, Mehdipoor R, Abbaszadeh A. The effect of frequency and severity of musculoskeletal pain on quality of life in Kerman, 2010. Hormozgan Medical Journal. 1390; 4: 311-317. [inPersian].
2. Mohammadi F, Fallahi M, Khanke H.R. Needs of caregivers to elderly with Alzheimer's disease: analysis of family caregivers experience. Journal of Nursing and Midwifery shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services. 2011; 22(72): 29-36. [in Persian]
3. Forooghan M, Amanian D, Hosseini MA. Training Effect measures the common problems in elderly care, nursing home caregivers of the elderly on the level of job stress. Journal of Research Development in Nursing & Midwifery. 2013; 11(2): 54-62. [inPersian].
4. Babaee M. Social problems taking care of elderly disabled families in the city of Karaj. Iranian Journal of Ageing. 2007; 3: 177-181. [in Persian].
5. Tootoonchi P. The most common chronic diseases in the elderly senile and characteristics covered Tehran's Imam Khomeini Relief Committee and its influencing factors. Payesh Journal. 2004; 3(3): 219-225. [in Persian].
6. Khezri R. The effect on quality of life of elderly patients with hypertension self-management model. Master's thesis, Bushehr: School of Nursing and Midwifery, Bushehr University of Medical Sciences and Health Services. 2014. [in Persian].

7. 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.
8. Smith LN, Lawrence M, Kerr SM, Langhorne P, Lees KR. Informal carers, experience of caring for stroke survivors. *Journal of Advanced Nursing*. 2004; 46(3): 235-44.
9. Mohammadi F. Self-efficacy and pressure caregivers caring for elderly family member with Alzheimer's disease in Tehran. *Iranian Journal of Ageing*. 2006; 1: 26-33. [in Persian].
10. Arman M. Compare rates of depression, anxiety and stress active and inactive elderly women in Isfahan. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2014; 3(3): 82-88. [in Persian].
11. Navidian A & et al. Mental exhaustion family caregivers of mentally ill patients (Psychiatric Hospital in Zahedan, 1998. *Journal of Babol University of Medical Sciences* 1999; 4: 33-38. [in Persian].
12. Abbasi A & et al. Caregiver burden associated with coping strategies of caregivers of cancer patients. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2013; 3: 62-71. [in Persian].
13. Pooladi sh & et al. Limiting family in the care of the elderly: A thematic analysis. *Journal of Research in Health Sciences*. 2013; 2: 146-157. [in Persian].
14. Mohammadi F, Babaee M. The effect of supportive group participation and pressure on spiritual health care "family caregivers" seniors suffering from Alzheimer's disease. *Iranian Journal of Ageing*. 2011; 19. [in Persian].
15. Bastani F & et al. "Public health" of women caregivers of elders with Alzheimer's disease. *Iranian Journal of Ageing*. 2010; 17. [in Persian].
16. Zahri S, Khatooni S, Abed Saeedi Gh. The problems of patients with Alzheimer's disease caregivers referring Tehran to the Alzheimer's Association. *Journal of Nursing and Midwifery shahid Beheshti*. 1385; 16(53): 64-72. [in Persian].
17. Hosseini R, Bastani F, Javanbakhtian R. Caregivers of patients with Alzheimer disease problems, Tehran. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2012; 1(1): 61-72. [in Persian].
18. Rahmani Anaraki H. Basic health care and its relationship with some of the neurological disease. *Journal of Research Development in Nursing & Midwifery*. 2012; 9(2): 49-55. [in Persian].
19. Pattanayak R, Jena R, Tripathi M, Khandelwal S. Assessment of burden in caregivers of Alzheimer's disease from India. *Asian journal of psychiatry*. 2010; 3(3): 112-6.
20. Hanzawa S, Tanaka G, Inadomi H, Urata M, Ohta Y. Burden and coping strategies in mothers of patients with schizophrenia in Japan. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2008; 62(3): 256.
21. Chang H-Y, Chiou C-J, Chen N-S. Impact of mental health and caregiver burden on family caregivers' physical health. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2010; 50(3): 267-71.
22. Spurlock W.R. Spritual wellbeing and caregiver burden in alzheimercaregivers. *Geriatric nursing*. 2005; 26(30): 154-161.

Original Article**The burden of family caregivers caring for older adults and its relationship with some factors****Kh. Aboozadeh Gotabi¹, A. Ghanbari Moghaddam^{2*}, M. Mohammadi³, F.zarei⁴**

¹Student of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Student Research Committee, Sabzevar University of Medical Science, Sabzevar, Iran

^{2*}Lecturer of Nursing Department, Faculty of Nursing and Midwifery, Sabzevar University of Medical Science, Sabzevar, Iran

³MSc of Nursing, Faculty of Nursing, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

⁴Student of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Sabzevar University of Medical Science, Sabzevar, Iran

(Received: 15 Apr, 2016 – Accepted: 19 May, 2016)

Introduction: Chronic diseases affect not only older adult themselves but also family caregivers.

Objective: This study was conducted to determine the care burden in family caregivers caring for older adults.

Method: This cross-sectional study recruited 80 family caregivers of older adults in Sabzevar in 2016. The data were collected using a demographic data questionnaire and caregiver burden scale completed by caregivers. SPSS software was used for data analysis.

Results: The study findings showed that the majority of participants were women (72%) and daughters (42%) of older adults, illiterate (45%), housekeeper (72%), and mostly living with the older adult they cared for (68%). Seventy-three percent of caregivers had received no formal education for providing care. Meanwhile, 28% of them assessed their own health as poor, and claimed to suffer from mental disorders. Generally, mean score of care burden was 44.5. Care burden, was significantly related to duration of the disease ($P=0.01$), caregiver's occupation ($P=0.001$), caregiver's economic status ($P=0.02$), caregiver's relation with the older adult ($P=0.005$), duration of caregiving ($P=0.05$) and cohabiting with the older adult ($P=0.02$).

Conclusion: Based on the findings, most family caregivers of older adults considered themselves as suffering from mental and physical disorders, were illiterate and had no formal training. Therefore, it is recommended that interventions be implemented to reduce caregiver burden due to the factors identified in the present study and that appropriate training be provided to caregivers

Keywords: caregiver burden, caregiver, family, older adult