

ارتباط فشار مراقبتی با مهارت‌های مقابله‌ای مراقبین بیماران تحت درمان با همودیالیز

علی عباسی^۱، نیره اشرف رضایی^۲، حمید آسایش^{۳*}، علیرضا شریعتی^۴، حسین رحمانی^۵،
عین‌الملایی^۶، سیداحمد بطحائی^۷، علیرضا شعوری بیدقلی^۸

تاریخ دریافت ۱۳۹۰/۱۲/۱۸ تاریخ پذیرش ۱۳۹۱/۰۴/۰۱

چکیده

پیش زمینه و هدف: بیماران مبتلا به نارسایی پایانی کلیوی نیازمند درمان و مراقبت طولانی مدت هستند، بنابراین مراقبین آن‌ها با مشکلات مربوط به درمان و سازگاری با مسئولیت‌ها و مسائل ناشی از مراقبت روبرو هستند. هدف این مطالعه بررسی ارتباط بین فشار مراقبتی و مهارت‌های مقابله‌ای مراقبین بیماران تحت درمان با همودیالیز بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی تحلیلی ۱۲۰ نفر از مراقبین بیماران همودیالیزی مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی ۵ آذر گرگان به صورت نمونه‌گیری سرشماری انتخاب شدند. داده‌ها به وسیله پرسشنامه فشار مراقبتی و پرسشنامه مهارت‌های مقابله جمع‌آوری شد. تحلیل داده‌ها در محیط نرم افزار آماری SPSS 16 با استفاده از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون خطی و تی مستقل انجام شد.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار سن مراقبین $42/22 \pm 1/3$ بود و مردان ۶۲/۵ درصد از نمونه‌ها را تشکیل می‌دادند. تحلیل رگرسیون نشان داد که با افزایش یک نمره در مهارت‌های مقابله‌ای مشکل مدار، فشار مراقبتی کل به میزان ۰/۲۹۵ کاهش می‌یابد ($P < 0/05$) و همچنین با افزایش یک نمره در استفاده از راهبردهای هیجان مدار، فشار مراقبتی به اندازه ۰/۶۵۵ افزایش می‌یابد ($P < 0/05$).

بحث و نتیجه گیری: بر اساس یافته‌های این مطالعه بایستی برای آموزش مهارت‌های مقابله‌ای موثر به مراقبین، برنامه‌هایی را تدوین کرد. بهبود استراتژی‌های موثر سازگاری می‌تواند سبب کاهش فشار مراقبتی و نهایتاً سلامت جسمی و روانی مراقبین ارتقاء دهد.

کلید واژه‌ها: فشار مراقبتی، مراقب، راهبردهای مقابله‌ای، همودیالیز

دوماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دهم، شماره چهارم، پی در پی ۳۹، مهر و آبان ۱۳۹۱، ص ۵۳۹-۵۳۳

آدرس مکاتبه: قم، خیابان شهید لواسانی (ساحلی)، دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی قم؛ تلفن: ۰۲۵۱-۷۷۱۵۲۱۴ و ۰۹۱۲۷۱۵۷۵۳۸

Email: asayeshpsy@gmail.com

مقدمه

سال ۱۳۸۶ آمار بیماران تحت درمان با همودیالیز در ایران حدود

۱۴ هزار نفر بوده است و سالانه حدود ۱۵ درصد به این رقم

اضافه می‌شود (۳). این بیماری منجر به تغییرات مهمی در شیوه

زندگی فرد می‌گردد. کاهش سطح انرژی، نیاز مکرر به دیالیز و

بیماری‌های مزمن کلیه از مشکلات عمده سلامت در سراسر

دنیا محسوب می‌شوند (۱). در ایران و بسیاری از کشورها

همودیالیز رایج‌ترین روش درمان این بیماری می‌باشد (۲). در

^۱ مری، عضو هیئت علمی دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

^۲ کارشناس مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۳ مری، عضو هیئت علمی دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی قم، (نویسنده مسئول)

^۴ مری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گلستان، دانشکده پرستاری و مامایی بویه

^۵ مری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گلستان، دانشکده پرستاری و مامایی بویه

^۶ مری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گلستان، دانشکده پرستاری و مامایی بویه

^۷ مری، عضو هیئت علمی دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی قم

^۸ مری، عضو هیئت علمی دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی قم

امید از حمایت‌های اجتماعی، اختلال در روابط خانوادگی و مراقبت ناکافی از بیمار و در نهایت رها کردن بیمار را در پی خواهد داشت (۶) به طوری که ۷۰ درصد مراقبین با دو مشکل بزرگ یعنی مشکلات مربوط به مراقبت و درمان بیمار و سازگاری با مسئولیت‌های ناشی از مراقبت روبرو هستند (۷). از سوی دیگر در هر زمانی که انسان تحت تأثیر شرایط استرس‌زا قرار بگیرد برای مقابله با استرس استفاده از روش‌های مقابله‌ای ضروری است و مطالعات نشان داده است که سازگاری موثر می‌تواند افراد را از آسیب‌ها و مشکلات جسمی و روانی حفظ کند (۸). راهبردهای مقابله‌ای متمرکز بر مشکل یا هیجانات ناشی از آن، مجموعه‌ای از تلاش‌های شناختی و رفتاری فرد است که در جهت تعبیر، تفسیر و اصلاح یک وضعیت تنش‌زا به کار می‌رود و منجر به کاهش رنج ناشی از آن می‌شود.

خانواده به عنوان بهترین منبع برای مراقبت از بیماران همودیالیزی است و با توجه به سیر طولانی نارسایی کلیه، نیازهای جدید و تغییرات عمده در سبک و روتین‌های زندگی، اعضای خانواده تنش‌های زیادی تجربه می‌کنند و گنجینه مهارت‌های سازگاری مراقبین در چگونگی رفع این تنش‌ها و ارتقای سلامت روانی آن‌ها نقش تعیین‌کننده‌ای دارد. با توجه محدود بودن مطالعات در حوزه فشار مراقبتی، محققین این مطالعه را با هدف تعیین ارتباط فشار مراقبتی و مهارت‌های مقابله‌ای مراقبین بیماران تحت درمان با همودیالیز طراحی و انجام دادند.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی-تحلیلی (از نوع همبستگی) در مرکز آموزشی درمانی پنجم آذر گرگان اجرا شد و تعداد ۱۲۰ نفر از مراقبین اصلی بیماران دارای نارسایی مزمن کلیه تحت درمان با همودیالیز به صورت سرشماری وارد مطالعه شدند. داشتن رضایت برای شرکت در مطالعه، حداقل تحصیلات ابتدایی، داشتن

مشکلات سلامتی همراه با آن، توانایی انجام کار و فعالیت‌های عادی روزمره را تحت تأثیر قرار می‌دهد و زندگی عادی بیمار و مراقبین وی را مختل می‌سازد (۴). در اکثر موارد خانواده مسئولیت مستقیم نگهداری و مراقبت از بیمار را عهده دار است و معمولاً به هنگام بروز یک صدمه شدید به یکی از اعضای خانواده، نیازهای آنان به شکل فزاینده‌ای افزایش یابد، که بایستی در جهت برآوردن آن‌ها تلاش کنند (۵). وضعیت جسمی و روانی عضو مراقب تأثیر بالقوه‌ای بر روی سلامت، رفاه و احیای موفق افراد با بیماری‌های مزمن دارد (۶،۷). مطالعات مختلف بر روی بیماران همودیالیزی نشان می‌دهد که برخی از خصوصیات مراقبین بیماران همودیالیزی به احساس نشاط و سرزندگی در بیماران کمک کرده و بر روی توانایی سازگاری آنان با مشکلاتشان تأثیرگذار خواهد بود (۸،۷). بیمارانی که از حمایت خانواده برخوردارند، توانایی سازگاری بیشتری با بیماری داشته و بقای بیشتری در مقایسه با بیمارانی که از حمایت خانواده برخوردار نیستند، خواهند داشت (۹). فشار مراقبتی مراقبین معمولاً به صورت تأثیر منفی حاصل از زندگی با چنین بیمارانی تعریف می‌شود (۱۰).

مختل شدن فعالیت‌ها، تفریح، ارتباطات اجتماعی مراقب و یا از کار افتادگی و بیماری وی می‌تواند ناشی از این فشار مراقبتی باشد. نارسایی انتهای کلیه یک بیماری مزمن است که خانواده باید عملکردهای حمایتی را برای بیمار دیالیزی‌اش چه در منزل و چه در مراکز سرپایی مثل بخش‌های دیالیز بیمارستان، انجام دهد. مراقبین این بیماران اغلب زمان زیادی را برای مراقبت از این بیماران صرف می‌کنند و خستگی و فشار مراقبتی فراوان را تحمل می‌کنند (۱۱).

متوسط زمانی را که بیماران برای همودیالیز در بیمارستان هستند ۱۴ روز در ماه است و حداقل هشت نوع دارو دریافت می‌کنند، این عوامل فشار زیادی را بر مراقب تحمیل می‌نماید (۱۲). افزایش فشار بر مراقبان عواقبی از جمله انزوای خانواده، قطع

مسئولیت مستقیم در مراقبت‌های بیمار و نداشتن بیماری روانی تشخیص داده شده و تحت درمان از شرایط ورود به مطالعه بود. داده‌های این مطالعه با استفاده از یک پرسشنامه سه بخشی جمع‌آوری شد. بخش اول برگه اطلاعات دموگرافیک بود که اطلاعاتی از قبیل سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت درآمد، طول مدت بیماری بیمار، وضعیت بیمار از نظر میزان نیاز به مراقبت را در بر می‌گرفت. بخش دوم پرسشنامه فشار مراقبتی (Caregiver Burden Inventory) بود. پرسشنامه فشار مراقبتی دارای ۲۴ عبارت می‌باشد که در سال ۱۹۸۹ توسط Novak & Guest جهت اندازه‌گیری فشار مراقبتی عینی و ذهنی ساخته شده است و فشار مراقبتی ذهنی را با تأکید بیشتری می‌سنجد. این پرسشنامه شامل پنج خرده‌مقیاس می‌باشد که عبارتند از: فشار مراقبتی وابسته به زمان، فشار مراقبتی تکاملی، فشار مراقبتی جسمی، فشار مراقبتی اجتماعی و فشار مراقبتی عاطفی. پاسخ مراقبین برای هر عبارت در یک مقیاس لیکرت پنج‌گزینه‌ای (کاملاً نادرست تا کاملاً درست) اندازه‌گیری می‌شود، که به ترتیب از صفر تا چهار نمره گذاری شده است. دامنه نمرات از صفر تا ۹۶ متغیر است و نمره پایین‌تر نشان‌دهنده فشار مراقبتی کم‌تر می‌باشد. این پرسشنامه دارای قابلیت اعتماد خوبی است و ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۶۹ تا ۰/۸۷ گزارش شده است و ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۸۰ می‌باشد (۱۷). ما در این مطالعه برای استفاده از پرسشنامه فشار مراقبتی، آن را از زبان انگلیسی به فارسی ترجمه کردیم و نسخه فارسی حاصل مجدداً توسط متخصص زبان انگلیسی از فارسی به انگلیسی برگردانده شد و پس از بررسی و اصلاح شکاف موجود در پرسشنامه، در یک مطالعه مقدماتی با تعداد نمونه ۴۰ نفر از مراقبین بیماران همودیالیزی، ضریب آلفای مقیاس ۰/۹۰ و ضریب آلفای خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۷۶ تا ۰/۸۲ محاسبه گردید.

بخش سوم پرسشنامه شیوه‌های مقابله جالووویس بود. پرسشنامه روش‌های مقابله‌ای شامل ۳۹ سؤال می‌باشد که ۱۵ سؤال مربوط به شیوه مقابله‌ای مشکل مدار و ۲۴ سؤال مربوط به شیوه مقابله‌ای هیجان مدار است. پاسخ فرد در پرسشنامه روش‌های مقابله‌ای با معیار لیکرت نمره گذاری می‌شود بدین ترتیب که نمونه‌ها در پاسخ به هر سؤال یکی از حالات خیلی زیاد (امتیاز ۵)، زیاد (امتیاز ۴)، به طور متوسط (امتیاز ۳)، کمی (امتیاز ۲) و به هیچ‌وجه (امتیاز ۱) را انتخاب می‌کنند (۱۸). اعتبار پرسشنامه استاندارد روش‌های مقابله‌ای جالووویس در خارج از کشور توسط جین لی و در داخل کشور توسط زهرا انبوهی تأیید شده است. مدنی و همکارانش در ۱۳۸۶ پایایی پرسشنامه روش‌های مقابله‌ای جالووویس با استفاده از روش آزمون مجدد با فاصله ۱۰ روز ($r=0/87$) تعیین کرده است (۱۸). در مطالعه حاضر ثبات درونی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای روش‌های مقابله‌ای مسئله محور ۰/۶۷ و روش‌های مقابله‌ای هیجان محور ۰/۸۴ بدست آمد. داده‌های حاصل توسط آزمون‌های آماری از قبیل آزمون‌های آماری توصیفی، تی تست مستقل، تحلیل رگرسیون و ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شد. سطح معنی‌داری برای تمام آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن مراقبین شرکت‌کننده در این مطالعه، $13/09 \pm 42/22$ بود. ۵۹/۵ درصد از موارد نمونه‌ها مرد و ۵۸/۵ درصد متأهل بودند. از نظر شغلی ۴۸ درصد از مراقبین شاغل و در بقیه موارد خانه‌دار (۲۳/۵٪)، بیکار (۲۵٪) و دانشجو یا محصل (۳/۵٪) بودند. میانگین و انحراف معیار طول مدت بیماری نارسایی مزمن کلیه در بیماران $31/01 \pm 26/71$ ماه بود (جدول شماره ۱).

جدول شماره (۱): مشخصات دموگرافیک

متغیر	گروه بندی	تعداد (%)
جنسیت	مرد	۱۱۹ (۵۹/۵)
	زن	۸۱ (۴۰/۵)
کفایت درآمد خانواده	ناکافی	۵۱ (۴۲/۵)
	در حد معمول	۵۷ (۴۷/۵)
	بیش از حد معمول	۱۰ (۸/۳)
	خیلی بیش از حد معمول	۲ (۱/۷)
توانایی انجام فعالیت‌های شخصی	خیلی زیاد	۱ (۰/۸)
	زیاد	۱۲ (۱۰)
	کم	۶۶ (۵۵)
	خیلی کم	۴۱ (۴۳/۲)
میزان وابستگی مراقبتی بیمار	خیلی زیاد	۳۸ (۳۱/۷)
	زیاد	۴۳ (۳۵/۸)
	کم	۲۹ (۲۴/۲)
	خیلی کم	۱۰ (۸/۳)

این مطالعه مشخص شد با افزایش سن مراقبین، فشار مراقبتی مرتبط با زمان نیز افزایش می‌یابد. به جز فشار مراقبتی عاطفی سایر ابعاد فشار مراقبتی و نمره کل آن با مدت بیماری بیمار مبتلا به نارسایی مزمن کلیه ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت و با افزایش طول مدت بیماری، فشار مراقبتی دریافت شده توسط مراقبین افزایش می‌یافت (جدول شماره ۲).

آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن نشان داد میزان توانایی انجام فعالیت‌های شخصی، میزان وابستگی مراقبتی بیمار و کفایت درآمد خانواده با تمامی ابعاد فشار مراقبتی (فشار مراقبتی مرتبط با زمان، فشار مراقبتی تکاملی، فشار مراقبتی جسمی، فشار مراقبتی اجتماعی و فشار مراقبتی عاطفی) و نمره کل فشار مراقبتی ارتباط مستقیم و معنی‌دار آماری وجود داشت ($P < 0.01$). همچنین در

جدول شماره (۲): ارتباط مؤلفه‌های فشار مراقبتی با برخی متغیرهای جمعیت شناختی

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶
توانایی انجام فعالیت‌های شخصی	۰/۴۷۵**	۰/۳۵۴**	۰/۴۱۰**	۰/۱۱۹*	۰/۱۹۹*	۰/۳۷۷**
میزان وابستگی مراقبتی بیمار	۰/۷۲۸**	۰/۵۶۵**	۰/۵۸۸**	۰/۴۴۳**	۰/۳۷۷**	۰/۶۲۰**
کفایت درآمد خانواده	۰/۳۶۳**	۰/۲۱۰**	۰/۲۷۷**	۰/۱۳۶**	۰/۱۱۱**	۰/۲۵۹**
سن مراقبت کننده	۰/۱۹۳*	۰/۱۲۰	۰/۰۹۲	۰/۱۷۸	۰/۰۲	۰/۱۴۱
مدت بیماری	۰/۴۸۱**	۰/۳۶۲**	۰/۳۵۷**	۰/۳۵۸**	۰/۱۴۵	۰/۳۶۹**

* معنی‌دار در سطح ۰/۰۵ ** معنی‌دار در سطح ۰/۰۱

تحلیل رگرسیون خطی نشان داد با افزایش یک نمره در مهارت‌های مقابله‌ای مسئله محور، نمره کل فشار مراقبتی ادراک شده توسط مراقبین به میزان ۰/۲۹۵ واحد کاهش می‌یابد و از نظر آماری نیز این رابطه معنی‌دار بود و همچنین این کاهش در مورد فشار مراقبتی مرتبط با زمان و فشار مراقبتی جسمی به ترتیب

توجه: اعداد ذکر شده در ردیف اول معرف این متغیرهاست: فشار مراقبتی مرتبط با زمان (۱)، فشار مراقبتی تکاملی (۲)، فشار مراقبتی جسمی (۳)، فشار مراقبتی اجتماعی (۴)، فشار مراقبتی عاطفی (۵)، فشار مراقبتی کل (۶). * معنی‌دار در سطح ۰/۰۵. ** معنی‌دار در سطح ۰/۰۱

۰/۱۰۳ و ۰/۰۵۶ واحد بود ($P\text{-value} < 0/05$). رابطه بین مهارت‌های مقابله‌ای مسئله محور با فشار مراقبتی تکاملی، اجتماعی و عاطفی معنی‌دار نبود (جدول شماره ۳).

جدول شماره (۳): تحلیل رگرسیون خطی برای پیش بینی تغییرات فشار مراقبتی با تغییر در میزان مهارت‌های مقابله‌ای مسئله محور

متغیر	B	SE	β	P-value
فشار مراقبتی مرتبط با زمان	-۰/۱۰۳	۰/۰۳۵	۰/۲۳۳	۰/۰۰۴
فشار مراقبتی تکاملی	۰/۰۵۲	۰/۰۳۳	-۰/۱۲۴	۰/۱۱۸
فشار مراقبتی جسمی	-۰/۰۵۶	۰/۰۲۸	-۰/۱۵۴	۰/۰۴۷
فشار مراقبتی اجتماعی	۰/۰۵۶	۰/۰۳۷	-۰/۱۳۵	۰/۰۸۴
فشار مراقبتی عاطفی	-۰/۲۰	۰/۰۳۹	-۰/۰۳۷	۰/۶۱۰
فشار مراقبتی کل	-۰/۲۹۵	۰/۱۳۱	۰/۱۵۷	۰/۰۲۶

تحلیل رگرسیون خطی نشان داد با افزایش یک نمره در مهارت‌های مقابله‌ای هیجان محور، نمره تمامی ابعاد فشار مراقبتی (فشار مراقبتی مرتبط با زمان، فشار مراقبتی تکاملی، فشار مراقبتی جسمی، فشار مراقبتی اجتماعی و فشار مراقبتی عاطفی) و نمره کل فشار مراقبتی مراقبین افزایش می‌یابد و از نظر آماری نیز این رابطه معنی‌دار بود ($P < 0/001$), (جدول شماره ۴).

تحلیل رگرسیون خطی نشان داد با افزایش یک نمره در مهارت‌های مقابله‌ای هیجان محور، نمره تمامی ابعاد فشار مراقبتی (فشار مراقبتی مرتبط با زمان، فشار مراقبتی تکاملی، فشار مراقبتی جسمی، فشار مراقبتی اجتماعی و فشار مراقبتی عاطفی) و نمره کل فشار مراقبتی مراقبین افزایش می‌یابد و از نظر آماری نیز این رابطه معنی‌دار بود ($P < 0/001$), (جدول شماره ۴).

جدول شماره (۴): تحلیل رگرسیون خطی برای پیش بینی تغییرات فشار مراقبتی با تغییر در میزان مهارت‌های مقابله‌ای هیجان محور

متغیر	B	SE	β	P-value
فشار مراقبتی مرتبط با زمان	۰/۱۳۵	۰/۰۲۳	۰/۴۶۵	۰/۰۰۰
فشار مراقبتی تکاملی	۰/۱۴۴	۰/۰۲۲	۰/۵۲۱	۰/۰۰۰
فشار مراقبتی جسمی	۰/۱۳۵	۰/۰۱۹	۰/۵۵۴	۰/۰۰۰
فشار مراقبتی اجتماعی	۰/۱۷۴	۰/۰۲۵	۰/۵۴۵	۰/۰۰۰
فشار مراقبتی عاطفی	۰/۲۳۱	۰/۰۲۶	۰/۶۳۶	۰/۰۰۰
فشار مراقبتی کل	۰/۸۱۸	۰/۰۸۷	۰/۶۵۵	۰/۰۰۰

نتایج این مطالعه نشان داد، استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای مسئله محور، فشار مراقبتی ادراک شده توسط مراقبین را به طور معنی داری کاهش می‌داد و همچنین مراقبینی که از روش‌های مقابله‌ای مسئله محور استفاده می‌نمودند، فشار مراقبتی مرتبط با زمان و فشار مراقبتی جسمی کم‌تری داشتند. در این زمینه نتایج مطالعه اردشیرزاده نشان داد، بین میزان فشار مراقبتی و

راهبردهای مقابله‌ای متمرکز بر مسئله، رابطه‌ای معکوس وجود دارد که با یافته مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد (۱۹). در مطالعه Hanzawa و همکاران، مشخص شد که در صورت بالاتر بودن نمرات مهارت‌های مقابله‌ای خانواده، به ویژه مهارت در جستجوی اطلاعات اختصاصی مربوط به مسائل بیمار، مراقبین فشار مراقبتی کم‌تری را تجربه کرده بودند و همچنین در مطالعه ایشان بین روش‌های مقابله‌ای از قبیل اجتناب از حل مسائل، واگذاری مراقبت

بحث و نتیجه گیری

از بیمار به سایرین و جستجوی حمایت اجتماعی با فشار مراقبتی رابطه معنی دار معکوس وجود داشت (۲۰)، که به طور کلی با یافته‌های مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد، استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای هیجان محور توسط مراقبین، فشار مراقبتی کل را افزایش می‌دهد و همچنین رابطه مستقیمی میان مهارت‌های مقابله‌ای هیجان محور با تمامی ابعاد فشار مراقبتی وجود داشت. در این راستا مطالعه Lindqvist و همکاران نشان داد، کسانی که از روش مقابله‌ای هیجانی و اجتناب از مواجهه با مشکل استفاده می‌کردند، درک پایین تری از کفایت در مواجهه شدن با جنبه‌های مختلف موقعیت بیمارشان داشتند (۲۱). همچنین نتایج مطالعه Myaskovsky و همکاران، نشان داد، بیماران و مراقبینی که از روش‌های مقابله‌ای هیجان مدار استفاده کرده‌اند، دارای کیفیت زندگی پایین تری در حیطه‌های روانی و جسمانی هستند (۲۲). در این زمینه نتایج مطالعه اردشیرزاده نشان می‌دهد، بین میزان فشار مراقبتی و راهبرد مقابله‌ای هیجان مدار، ارتباطی مستقیم وجود دارد، که نتایج مطالعه حاضر را تایید می‌نماید (۱۹).

در این مطالعه، بین میزان توانایی انجام فعالیت‌های شخصی، میزان وابستگی مراقبتی بیمار و کفایت درآمد خانواده با فشار مراقبتی ارتباط مستقیم و معنی دار آماری وجود داشت. سن مراقبین نیز با فشار مراقبتی کل و خرده مقیاس‌های آن ارتباط معنی داری نداشت، بجز فشار مراقبتی مرتبط با زمان، که با سن مراقبین ارتباط معنی دار مستقیمی داشت، به طوری که با افزایش سن مراقب، فشار مراقبتی ناشی از کمبود زمان افزایش می‌یافت. در توجیه این مورد می‌توان گفت که، با افزایش سن به علت مسائل مرتبط با فرایند سالمندی فرد مراقب محدودیت‌های زمانی بیشتری را در مراقبت از بیمار تجربه می‌کند. در این راستا Cambell و همکاران نشان دادند که فشار مراقبتی وارد بر والدین پیر بیماران مبتلا به نارسایی انتهایی کلیه که از آن‌ها

مراقبت می‌کنند، منجر به احساس گناه، ناامیدی، احساس تنهایی و محدودیت در انجام فعالیت‌های فردی می‌شود (۲۳). در این رابطه در مطالعه Hanzawa و همکاران، میانگین نمرات فشار مراقبتی با هیچ یک از مشخصات دموگرافیک بیمار (سن، جنس، سن شروع بیماری، دفعات بستری و درگیری‌های اجتماعی) و مشخصات دموگرافیک مادران مراقب (سن و دفعات شرکت در جلسات گروه درمانی) ارتباط معنی داری نداشت، اما نمرات فشار مراقبتی با وجود یک مراقب دیگر ارتباط معنی داری داشته است (۲۰). در مطالعه Carin و Wickers بر خلاف مطالعه حاضر، مراقبین جوان تر (کم‌تر از ۵۵ سال) فشار مراقبتی بیشتری را نسبت به مراقبین مسن تر تجربه کردند.

مطالعه Wicks و همکاران نشان داد که کیفیت زندگی مراقبین بیماران مبتلا به نارسایی انتهایی کلیه با عوامل مرتبط با بیماری، مراقبتی و خانوادگی ارتباط دارد و همچنین فشار وارد بر مراقبین این بیماران تا شش ماه بعد از پیوند کلیه همچنان بالا است (۲۴).

در مطالعه Chadda و همکاران، مراقبین بیماران اسکیزوفرنی و دو قطبی از روش‌های مقابله‌ای مشکل مدار و جستجوی حمایت اجتماعی، بیشتر از روش مقابله‌ای کناره گیری از رویارویی با مشکل استفاده می‌کردند. نمرات حاصل از روش مقابله‌ای کناره گیری ارتباط مستقیمی با نمرات کل فشار مراقبتی و همچنین خرده مقیاس‌های آن از جمله فشار مراقبتی جسمی، روانی، مسئولیت اجتماعی، فعالیت‌های روتین (مرتبط با زمان) و... داشت، که نشان می‌دهد، مراقبینی که از روش‌های مقابله‌ای کناره گیری به عنوان یک روش هیجان مدار استفاده می‌نمودند، فشار مراقبتی بیشتری را تجربه می‌کردند. روش مقابله‌ای جستجوی حمایت اجتماعی که یک روش هیجان محور نسبتاً موثر در سازگاری با مشکل است، با فشار مراقبتی جسمی و روانی در هر دو گروه مراقبین بیماران اسکیزوفرنی و دو قطبی ارتباط داشت به

محور مانند کناره‌گیری در مراقبین بیماران اسکیزوفرنی وجود داشت (۲۶).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر مشخص است که غنی‌سازی گنجینه مهارت‌های سازگاری مراقبین بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه می‌تواند تا حدی از استرس و فشار ناشی از مسائل مراقبتی بیمار را کاهش داد و از این طریق سلامت مراقبین ارتقاء یابد.

تقدیر و تشکر

از همکاری صادقانه و مجدانه مراقبین بیماران همودیالیزی، پرستاران محترم بخش همودیالیز مرکز آموزشی درمانی پنجم آذر گرگان و مسئولان مرکز سپاسگزاریم.

References:

1. Johnson CA, Levey AS, Coresh J, Levin A, Lau J, Eknoyan G. Clinical practice guidelines for chronic kidney disease in adults. *Am Fam Physician* 2004; 70 (5):869-76.
2. Shafi Pour V, Jafari H, Shafi Pour L. Relation of quality of life and stress intensity in hemodialysis patient. *Kowsar Med J* 2009; 14 (3):169-74. (Persian)
3. Sajjadi A, Farmahini Farahani B, Esmailpoor Zanjani S, Dormanesh B, Zare M. Effective factors on fatigue in patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis. *Iran J Crit Care Nurs* 2010; 3 (1): 33-8. (Persian)
4. Black JM, Hawks JH. *Medical-surgical nursing: clinical management for positive outcome*. 7th Ed. Missouri: Elsevier; 2005. P. 963.
5. Navidian A, Salar AR, Hashemi Nia A, Keikhaei A. Study of mental exhaustion experienced by family caregivers of patients with mental disorders in Zahedan Psychiatric Hospital, 2000. *J Babol Univ Med Sci* 2001; 3 (12): 38-33. (Persian)
6. Kelly AF, Hewson PH. Factors associated with recurrent hospitalization in chronically ill children and adolescents. *J Pediatr Child Health* 2000; 36 (1): 8-13.
7. Belasco A, Barbosa D, Bettencourt AR, Diccini S, Sesso R. Quality of life of family caregivers of elderly patients of hemodialysis and peritoneal dialysis. *Am J Kidney Dis* 2006; 48 (6): 955-63.
8. Belasco A, Sesso R. Burden and quality of life of caregivers for hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis* 2002; 39 (4): 805-12.
9. Christensen AJ, Wiebe JS, Smith TW. Predictors of survival among hemodialysis patients: effect of perceived family support. *Health Psychol* 1994; 13 (6): 521-5.
10. Fisher GA, Benson P, Tessler R. Family response to mental illness; developments since de-institutionalization. *Res Community Ment Health* 1990; 6: 203-36.

11. Schneider RA, Cedear IA. Chronic renal failures assessing the fatigue severity scale for use among caregivers. *J Clin Nurs* 2004; 13: 219-25.
12. Bressi C. Family and chronic illness; from research to intervention. *New Trend Experiment Clin Psychiatry* 1996; 11: 135-45.
13. Malakouti SK, Noori R, Naghavi M, Ahmadi Abhari SA, Nasr Esfahani M, Afghah S, et al. The burden of caregivers of chronic mental patients and their needs to care and therapeutic services. *Hakim Res J* 2003; 6 (2): 10-1. (Persian)
14. Jonansson I, Fridlund B, Hildingh C. Coping strategies of relatives when an adult next- of- kin is recovering at home following critical illness. *Intensive Crit Care Nurs* 2004; 20: 281-91.
15. Gray M. Coping and diabetes, life style behavior. *Diabetes Spectrum* 2000; 13 (3): 167.
16. Ghazanfari F, Kadampoor A. The relationship between mental health and coping strategies in citizenship of Khoramabad city. *Q J Fund Ment Health* 2008; 10 (37): 47-54. (Persian)
17. Mccleery A, Addington J, Addington D. Family assessment in early psychosis. *Psychiatry Res* 2007; 152: 95-102.
18. Madani H, Navipoor H, Roozbayani P. Relations between self-esteem and applying coping mechanism and self-care program in multiple sclerosis (MS) patients. *J Ilam Univ Med Sci* 2008; 15 (4): 31-8. (Persian)
19. Noori Khajavi M, Ardeshirzadeh M, Dolatshahi B, Afghah S. Comparative evaluation of psychological burden in caregivers of patients with chronic schizophrenia and caregivers of patients with chronic bipolar disorder Iranian. *J Psychaitry Clin Psychol* 2008; 14 (1):80-4. (Persian)
20. Hanzawa S, Tanaka G, Inadomi H, Urata M, Ohtu Y. Burden and coping strategies in mothers of patients with schizophrenia in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci* 2008; 62 (3): 256-63.
21. Lindqvist R, Carlsson M, Sjoden PO. Coping strategies and health-related quality of life among spouses of continuous ambulatory peritoneal dialysis, haemodialysis, and transplant patients. *J Adv Nurs* 2000; 31 (6): 1398-408.
22. Myaskovsky L, Dew MA, Switzer GE, McNulty ML, DiMar- tini AF, McCurry KR. Quality of life and coping strategies among lung transplant candidates and their family caregivers. *Soc Sci Med* 2005; 60: 2321-32.
23. Cambell A. Caring for aging end-stage renal disease parents. *Adv Ren Replace Ther* 1998; 5: 98-108.
24. Wicks MN, Milstead EJ, Hathaway DK, Cetingok M. Family caregivers burden, quality of life, and health following patients' renal transplantation. *J Transpl Coord* 1998; 8 (3): 170-6.
25. Chadda RK, Singh TB, Ganguly KK. Caregiver burden and coping. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42:923-30.
26. Scazufo M, Kuipers E. Coping strategies in relatives of people with schizophrenia before and after psychiatric admission. *Br J Psychiatry* 1999; 174:154-8.