

ارتباط فشار مراقبتی با روش های مقابله ای مراقبین خانوادگی بیماران سرطانی

علی عباسی^۱، مرتضی شمسی زاده^۲، حمید آسایش^۳، حسین رحمانی^۴، سید عابدین حسینی^۵، میترا طالبی^۶

چکیده

مقدمه: سرطان یکی از شایع ترین بیماری های مزمن بوده و مراقبین آن ها با مشکلات مربوط به درمان و مراقبت روبرو هستند. فشار مراقبتی مراقبین، تاثیر منفی حاصل از زندگی با این بیماران بوده و آن ها غالبا از راهبردهای مقابله ای نامناسب استفاده می کنند که باعث عدم پذیرش بیماری، پیگیری نکردن درمان و اختلال در وضعیت سلامت خواهد شد. لذا این مطالعه با هدف، تعیین ارتباط فشار مراقبتی با روش های مقابله ای مراقبین بیماران سرطانی انجام شد.

روش: این پژوهش یک مطالعه مقطعی از نوع همبستگی توصیفی بود، که بر روی ۱۳۳ نفر از مراقبین اصلی بیماران سرطانی مراجعه کننده به بخش انکولوژی مرکز آموزشی درمانی ۵ آذر گرگان در سال ۱۳۸۸ انجام شد. نمونه ها با روش نمونه گیری آسان انتخاب شدند. جمع آوری داده ها با استفاده از یک پرسشنامه سه قسمتی (برگه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه فشار مراقبتی و پرسشنامه روش های مقابله ای) انجام گردید. آنالیز داده ها در محیط نرم افزار آماری SPSS v.16 با استفاده از آزمون های آماری توصیفی، آنالیز واریانس و رگرسیون لجستیک صورت گرفت.

یافته ها: نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین و انحراف معیار سن مراقبین (۳۵/۷۳±۱۴/۳۱) سال بود و مردان (۵۰/۴٪) از نمونه ها را تشکیل می دادند. مدل چند متغیره رگرسیون لجستیک نشان داد، بالا بودن میزان نیاز مراقبتی بیمار (OR: ۰/۴۰۳ 95% CI: ۰/۲۲۷-۰/۷۱۴) و افزایش میزان استفاده از راهبردهای مقابله ای هیجان محور (OR: ۱/۰۹ 95% CI: ۱/۰۴-۱/۱۵) در افزایش فشار مراقبتی تاثیر داشتند.

نتیجه گیری: بر اساس یافته های این مطالعه، استفاده از راهبردهای مقابله ای هیجان محور در مراقبین و افزایش نیازهای مراقبتی بیمار سبب افزایش فشار مراقبتی می شود بنابراین در کنار توانمندسازی بیمار، می توان برای کاهش فشار مراقبتی مراقبین، روش های مقابله ای کارآمد را آموزش داد.

کلید واژه ها: فشار مراقبتی، مراقب خانوادگی، روش های مقابله ای، سرطان

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۹/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۴/۲۰

۱- کارشناس ارشد پرستاری داخلی جراحی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی - دانشگاه علوم پزشکی شاهرود. (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: abbasi_msn@yahoo.com

۲- کارشناس ارشد پرستاری داخلی جراحی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود.

۳- کارشناس ارشد پرستاری، گروه فوریت های پزشکی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم.

۴- کارشناس ارشد پرستاری داخلی جراحی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان.

۵- کارشناس ارشد پرستاری داخلی جراحی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان.

۶- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان.

مقدمه

تفسیر و غلبه بر مشکلات می باشند، که به طور کلی دو نوع مساله محور (Problem solving coping strategy) و هیجان محور (Emotional coping strategies) را شامل می شود. راهبرد های مقابله مسأله محور، شامل راهبردهای رویارویی فعال، برنامه ریزی، خودداری از انجام فعالیت های رقابتی، خودداری از اعمال عجولانه و جستجوی حمایت ابزاری، راهبرد های مقابله هیجان محور مثبت، راهبردهای جستجوی حمایت اجتماعی مبتنی بر هیجان، تفسیر مجدد مثبت، پذیرش، شوخی و مذهب و راهبرد های مقابله هیجان محور منفی، انکار، عدم درگیری ذهنی با مسأله، عدم درگیری رفتاری در جهت مسأله، تمرکز بر هیجان و تخلیه آن یا استفاده از داروها و الکل را شامل می شود (۱۸، ۲۱-۲۴).

استراتژی های مشکل محور بیشتر در موقعیت هایی مناسب هستند که بتوان چیزی را انجام داد و استراتژی هیجان مدار بیشتر در موقعیت هایی مناسب است که باید چیزی پذیرفته شود (۱۶). بیماری های سرطانی ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی زندگی خانواده بیمار را تحت تاثیر قرار می دهد، بدین لحاظ هنگام مراقبت از این بیماران بایستی نیازهای خانواده آنان را نیز در نظر داشت، زیرا اعضای خانواده و خویشاوندان نزدیک، با کمک و حمایت خود می توانند نقش مهمی در رفاه و بهبود کیفیت زندگی بیمار ایفا کنند (۴، ۶، ۲۵).

مراقبین بیماران مبتلا به سرطان درجاتی از خستگی، اضطراب و فشار مراقبتی را تجربه می کنند و کیفیت زندگی پایینی دارند. مراقبین بیماران سرطانی مجبورند نیاز های خود و بیمارشان را بطور همزمان برآورده کنند، بنابراین ارائه دهندگان مراقبت های سلامتی بایستی آنان را از نظر خستگی، دیسترس های روحی و روانی، فشار مراقبتی و کیفیت زندگی بررسی کنند. توجهات پرستاری مناسب را بر اساس نیاز های فردی آن ها فراهم نمایند (۹، ۱۲، ۱۳). Goldzweig و همکاران (۲۰۱۳) با بررسی مراقبین بیماران سرطانی دریافتند که آن ها از فشار بالا و حمایت اجتماعی کمی برخوردار هستند و توانایی و مهارت سازگاری با این فشار بالا را ندارند (۲۶). Li و همکاران (۲۰۱۲) در مقاله مروری خود می نویسند "همسران بیماران مبتلا به سرطان، تجربه منفی از مراقبت از بیمار خود دارند و این تجربه تاثیر بدی بر کل خانواده و اعضای آن می گذارد" (۲۷).

از آنجایی که خانواده به عنوان بهترین منبع برای مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان معرفی شده است و هم چنین علی رغم شیوع بالای سرطان و احتمال بالقوه فشار مراقبتی در مراقبان آن ها، تاکنون در کشور ما این موضوع مورد توجه پژوهشگران قرار نگرفته است و هیچ گونه آمار و ارقام مستند و رسمی در

در حال حاضر سرطان ها یکی از مسائل مهم و اصلی بهداشت و درمان در ایران و تمام دنیا می باشند و سومین علت مرگ و میر و دومین گروه بزرگ از بیماری های مزمن و غیرواگیر را بخود اختصاص داده اند. تمام اشکال سرطان ها، علت (۹٪) از مرگ و میر را در سراسر جهان تشکیل می دهند (۱-۴). به دلیل طبیعت مزمن سرطان، بیمار مجبور است درمان طولانی مدت با دارو های شیمی درمانی را بپذیرد. معالجه هفته ها یا ماه ها به طول می انجامد و عوارض جانبی آن می تواند به صورت تهوع، ریزش مو، خستگی، دردهای عضلانی، سوختگی های پوستی، تغییرات وزن و مشکلات روحی و روانی بروز نماید (۵، ۶).

بستری شدن های متعدد به منظور درمان می تواند مانع از ادامه یک زندگی طبیعی شود و همچنین نظر به این که خانواده مسئولیت مستقیم نگهداری و مراقبت از بیمار را عهده دار می باشد و از آنجایی در هنگام وارد شدن صدمه شدید به یکی از اعضای خانواده، این نیازها ممکن است به شکل فزاینده ای افزایش یابد، مقدار زیادی از مشکلات بین بیمار و خانواده ناشی از ناتوانی در انجام امور جاری و روزمره بیمار می باشد (۷). مطالعات انجام شده بر روی کیفیت زندگی خانواده بیماران مبتلا به سرطان نشان داده است که سرطان بر روی ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی خانواده بیمار اثرات بارزی دارد (۸، ۹).

افزایش فشار بر مراقبان عواقبی از جمله انزوای خانواده، قطع امید از حمایت های اجتماعی، اختلال در روابط خانوادگی و مراقبت ناکافی از بیمار و در نهایت رها کردن بیمار را در پی خواهد داشت (۴، ۶، ۱۰-۱۳)، به طوری که (۷۰٪) مراقبین با دو مشکل بزرگ یعنی مشکلات مربوط به مراقبت و درمان بیمار و سازگاری با مسئولیت های ناشی از مراقبت روبرو هستند (۶، ۱۴، ۱۵). از طرفی هر گونه تغییر در زندگی انسان اعم از خوشایند و ناخوشایند مستلزم نوعی سازگاری مجدد است (۱۶-۱۸). فشار مراقبتی یک مسئله ای است که برای بیمار و خانواده اش به شدت مشکل ساز است. آن ها معمولاً مشکلات مرتبط با سلامتی بسیار زیادی را گزارش کرده و معمولاً به علت این که فشار مراقبتی یک بیماری محسوب نمی شود و ماهیت پنهان دارد، بیمار و مراقب وی هر دو در رنج و عذاب هستند. آن ها به شدت نیاز به حمایت های اجتماعی داشته و نیاز دارند که درک شوند (۶).

سازگاری، رفتاری است که افراد را از آسیب ها و مشکلات جسمی و روانی که تجربه می کند حفظ می کند (۶، ۱۹-۲۱). روش های مقابله ای، تلاش های شناختی و رفتاری افراد در

بین (۱۵-۷۵) و در مورد روش های مقابله ای هیجان محور امتیاز بین (۲۴-۱۲۰) (تعلق گرفت (۱۳). اعتبار علمی پرسشنامه استاندارد روش های مقابله ای جالوویس در خارج از کشور توسط Jin Lee و همکاران (۲۰۰۹) و در داخل کشور توسط زهری انبوهی (۱۳۷۳) تأیید شده است (۲۸). مدنی و همکاران (۱۳۸۶) پایایی پرسشنامه روش های مقابله ای جالوویس را با استفاده از روش آزمون مجدد با فاصله ۱۰ روز ($r=0/87$) تعیین کردند (۲۸). در مطالعه حاضر ثبات درونی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای روش های مقابله ای مسئله محور $0/67$ و روش های مقابله ای هیجان محور $0/84$ بدست آمد.

۳- پرسشنامه فشار مراقبتی دارای ۲۴ گزینه می باشد که در سال ۱۹۸۹ توسط Novak و Guest ابداع شده است. این پرسشنامه شامل پنج خرده مقیاس می باشد که عبارتند از: فشار مراقبتی وابسته به زمان (این جنبه از فشار مراقبتی بیانگر میزان زمانی است که فرد مراقبت روزانه برای مراقبت از بیمارش صرف می نماید): ۵ گویه (۱ تا ۵)، فشار مراقبتی تکاملی (فشاری که در طول دوره های مختلف تکامل زندگی مراقب (مثل بلوغ)، ناشی از مراقبت از بیمار به او وارد می گردد): ۵ گویه (۶ تا ۱۰)، فشار مراقبتی جسمی (فشار بدنی و فرسودگی جسمی، که در طی مراقبت از بیمار به مراقب وارد می گردد): ۴ گویه (۱۱ تا ۱۴)، فشار مراقبتی اجتماعی (فشار مراقبتی که جنبه های اجتماعی زندگی مراقب را در طی مراقبت از بیمار تحت تاثیر قرار می دهد): ۵ گویه (۱۵ تا ۱۹)، فشار مراقبتی احساسی (فشار مراقبتی که عواطف و احساسات زندگی مراقب را تحت تاثیر قرار می دهد): ۵ گویه (۲۰ تا ۲۴).

پاسخ مراقبین را در یک مقیاس لیکرت ۵ گزینه ای (کاملاً نادرست تا کاملاً درست) اندازه گیری کرد، بدین ترتیب که نمونه ها در پاسخ به هر سؤال، یکی از حالات کاملاً نادرست (امتیاز ۱)، نادرست (امتیاز ۲)، تا حدی درست (امتیاز ۳)، درست (امتیاز ۴) و کاملاً درست (امتیاز ۵) را انتخاب کردند. این پرسشنامه دارای قابلیت اعتماد خوبی است و ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس ها از $0/69$ تا $0/87$ گزارش شده است و ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه $0/80$ می باشد (۲۹).

در این پژوهش، برای تعیین روایی پرسشنامه، از روایی محتوایی استفاده شد. در ابتدا، از آنجایی که تا به حال این ابزار در ایران استفاده نشده بود، ابتدا یک مترجم، ترجمه اولیه را انجام داده و سپس مترجم دوم آن را با اصل انطباق داد و در نهایت ترجمه نهایی به شکل توافقی پذیرفته شد. سپس ترجمه معکوس انجام شده و در نهایت تطابق مطلوب در تمامی گویه ها حاصل شد. سپس پرسشنامه در اختیار ده تن از اساتید

این خصوص در دست نمی باشد. تجربه پژوهشگر در رویارویی با مسایل و مشکلات مراقبت کننده بیمار مبتلا به سرطان و همچنین اهمیت موضوع و عدم وجود تحقیقات داخلی در این زمینه، پژوهشگر را بر آن داشت که تحقیق حاضر را با هدف تعیین ارتباط فشار مراقبتی با روش های مقابله ای مراقبین بیماران سرطانی انجام دهد.

روش مطالعه

این پژوهش یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی همبستگی است. جامعه پژوهش مراقبین بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی و رادیوتراپی مراجعه کننده به بیمارستان پنجم آذر بودند، که در منزل از بیمار مراقبت می کردند. نمونه گیری به صورت آسان و در دسترس، از میان این مراقبین (۱۴۲ نفر)، صورت گرفت. از این تعداد ۱۳۳ نفر به طور کامل پرسشنامه ها را تکمیل نمودند. معیارهای ورود به این مطالعه بر این اساس بود که نمونه پژوهش، مسئول اصلی مراقبت از بیمار باشد و از بستگان درجه اول او نیز بودند (مانند پدر، مادر، همسر، پسر، دختر، عروس و یا داماد، برادر و یا خواهری که با بیمار زندگی می کنند)، همچنین تمامی نمونه ها سواد خواندن و نوشتن داشتند و ۶ ماه از تشخیص بیماری سرطان گذشته بود. داده ها با مراجعه به مراقبین بیمار که در بیمارستان جهت درمان (رادیو تراپی، و یا شیمی درمانی) حضور داشتند، بوسیله پرسشنامه جمع آوری گردید.

ابزار جمع آوری داده ها شامل سه قسمت بود:

۱- پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی شامل دو قسمت، الف: اطلاعات مراقب از قبیل: سن، جنس، تاهل، تحصیلات، شغل، نسبت فامیلی با بیمار، داشتن بیماری، درآمد خانواده؛ و ب: اطلاعات بیمار از قبیل: مدت بیماری سرطان، نوع سرطان، توان انجام کارهای شخصی و نیاز روزانه به مراقبت بود.

۲- پرسشنامه روش های مقابله ای برگرفته از پرسشنامه جالوویس Jallowice بود. این پرسشنامه شامل ۳۹ سؤال که ۱۵ سؤال مربوط به شیوه مقابله ای مساله محور و ۲۴ سؤال مربوط به شیوه مقابله ای هیجان محور است. اطلاعات مربوط به پرسشنامه با معیار لیکرت نمره گذاری شد، بدین ترتیب که نمونه ها در پاسخ به هر سؤال یکی از حالات خیلی زیاد (امتیاز ۵)، زیاد (امتیاز ۴)، بطور متوسط (امتیاز ۳)، کمی (امتیاز ۲) و به هیچ وجه (امتیاز ۱) را انتخاب کردند. بنابراین امتیازات اختصاص یافته برای هر سؤال از ۱ تا ۵ بود و بعضی از سؤالات بنا به ماهیت بار منفی آن ها به صورت معکوس نمره گذاری شد. در مورد روش های مقابله ای مساله محور به هر فرد امتیاز

میانگین فشار مراقبتی ($55/30 \pm 16/65$) بود و (45%) از شرکت کنندگان دارای فشار مراقبتی بیشتر از میانگین بودند. میانگین و انحراف معیار نمرات مراقبین در مقیاس راهبردهای هیجان محور ($62/13 \pm 10/88$) و مسئله محور ($54/03 \pm 7/87$) بود به ترتیب (46% و 51%) از مراقبین، نمره بیش از میانگین کسب کرده بودند.

در مدل تک متغیره رگرسیون لجستیک مشخص شد در بین متغیرهای مرتبط با ویژگی های مراقب، ابتلاء مراقب به یک بیماری ($OR: 30/22 - CI: 1/29 - 6/26$) و استفاده از راهبردهای مقابله ای هیجان محور ($OR: 1/14 - CI: 1/05 - 1/09$) به عنوان عوامل خطر برای فشار مراقبتی بودند و همچنین داشتن درآمد در حد معمول ($OR: 0/35 - CI: 0/15 - 0/81$) و بیشتر از حد معمول ($OR: 0/45 - CI: 0/10 - 0/95$) به عنوان عامل محافظت کننده در برابر افزایش فشار مراقبتی بود (جدول شماره ۱).

در بین متغیرهای مرتبط با خصوصیات بیمار، افزایش میزان وابستگی در انجام فعالیت های شخصی ($OR: 2/49 - CI: 1/48 - 4/17$) سبب افزایش فشار مراقبتی و از سوی دیگر با کاهش نیازهای مراقبتی بیمار ($OR: 0/41 - CI: 0/26 - 0/63$)، فشار مراقبتی مراقبین کاهش می یافت. (جدول شماره ۲).

از بین متغیرهای مستقل مورد مطالعه، وجود بیماری در مراقب، میزان وابستگی بیمار در انجام فعالیت شخصی، میزان نیاز مراقبتی بیمار، راهبردهای مقابله ای هیجان محور و درآمد دارای ($P < 0/02$) در مدل چند متغیره رگرسیون لجستیک وارد شدند و در نهایت مشخص شد فقط افزایش میزان نیاز مراقبتی ($OR: 0/40 - CI: 0/22 - 0/71$) و افزایش میزان استفاده از راهبردهای مقابله ای هیجان محور ($OR: 1/15 - CI: 1/04 - 1/09$) در افزایش فشار مراقبتی تاثیر داشتند و به عنوان عوامل خطر در افزایش فشار مراقبتی مراقبین نقش داشتند (جدول شماره ۳).

آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد اختلاف میزان استفاده از مهارت های مقابله ای مسئله محور و هیجان محور در بین مراقبین انواع مختلف سرطان، معنادار نبود، همچنین در هیچ یک از خرده مقیاس ها و نمره کل فشار مراقبتی اختلاف معناداری بین مراقبین گروه های مختلف سرطان وجود نداشت ($P > 0/05$).

گذاشته و اصلاحات آن ها انجام شد. شاخص اعتبار محتوای (Content Validity Index (CVI)) پرسشنامه فشار مراقبتی از نظر مربوط بودن، واضح بودن و ساده و روان بودن جملات آن توسط ده تن از اعضای هیئت علمی (همان اساتیدی که روایی آن را سنجیده بودند) مورد بررسی قرار گرفت که به ترتیب برای مربوط بودن $91/8\%$ ، برای واضح بودن $90/2\%$ و برای ساده و روان بودن $93/6\%$ به دست آمد و در مجموع CVI این پرسشنامه $91/86\%$ محاسبه گردید. سپس برای سنجش پایایی پرسشنامه، از روش انسجام درونی استفاده شد و در یک مطالعه مقدماتی با تعداد نمونه ۲۰ نفر از مراقبین بیماران سرطانی، ضریب الفای کل مقیاس $0/90$ و ضریب آلفای خرده مقیاس ها از $0/76$ تا $0/82$ محاسبه گردید. وضعیت توانایی بیمار در انجام فعالیت های شخصی و میزان وابستگی مراقبتی با استفاده از دو سوال و با استفاده مقیاس از خیلی زیاد، زیاد، کم و خیلی کم ارزیابی شد.

پس از ورود داده ها به نرم افزار آماری SPSS، از آزمونهای آماری توصیفی، آنالیز واریانس و رگرسیون لجستیک به منظور تجزیه و تحلیل استفاده شد. برای بکارگیری آزمون رگرسیون لجستیک، ابتدا متغیر وابسته در این مطالعه با استفاده از نمره میانگین به فشار مراقبتی پایین و بالا طبقه بندی شد (نمره کمتر یا بیشتر از ۵۵ در مقیاس فشار مراقبتی) و در مرحله بعد متغیرهای مستقل ابتدا در مدل تک متغیره و بعد در مدل چند متغیره وارد شدند. سطح معناداری برای تمام آزمون ها $p = (0/05)$ در نظر گرفته شد.

یافته ها

نتایج نشان داد که میانگین و انحراف معیار سن مراقبین، ($35/73 \pm 14/31$) سال بود. در ($50/4\%$) از موارد نمونه ها زن و ($62/4\%$) متاهل بودند. ($62/4\%$) از مراقبین متاهل بودند. میانگین و انحراف معیار طول مدت بیماری ($16/54 \pm 19/53$) ماه بود. ($38/3\%$) از مراقبین شاغل بودند و ($27/2\%$) خانه دار، ($19/5\%$) بیکار و (15%) دانشجو یا دانش آموز بودند. در ($51/9\%$) موارد، مراقبین نسبت فرزندى با بیمار داشتند و نسبت همسر، خواهر و برادر به ترتیب ($22/6\%$ ، 9% و $5/3\%$) بود و ($11/3\%$) نیز نسبتی غیر از این موارد داشتند. از نظر نوع سرطان، ($28/6\%$) از بیماران دارای سرطان سینه، ($18/8\%$) روده، ($17/3\%$) معده، (6%) ریه و ($29/3\%$) دارای سایر انواع سرطان بودند. در ($68/4\%$) از موارد شرکت کنندگان، درآمد خانواده را در حد معمول، ($6/8\%$) بیش از حد معمول و ($28/8\%$) نیز درآمد را کمتر از حد معمول ارزیابی نموده بودند.

جدول ۱- ارتباط بین متغیرهای مستقل (ویژگی های مراقب) و فشار مراقبتی در مدل تک متغیره رگرسیون لجستیک

متغیر	نسبت شانس	P-value	فاصله اطمینان ۹۵٪
جنس	۱/۰۱	۰/۳۱	۰/۹۹ - ۱/۰۴
وجود بیماری در مراقب	۶/۲۶	۰/۰۲	۱/۲۹ - ۳۰/۲۲
راهبردهای مقابله ای هیجان محور	۱/۰۹	۰/۰۰	۱/۰۵ - ۱/۱۴
راهبردهای مقابله ای مسئله محور	۰/۹۹	۰/۶۵	۰/۹۵ - ۱/۰۳
تاهل	مجرد	-	-
	متاهل	۱/۳۳	۰/۴۴
	سایر	۲/۲۵	۰/۳۹
تحصیلات	ابتدایی	۱	-
	سیکل	۰/۷۱	۰/۵۵
	دیپلم	۰/۶۸	۰/۴۴
	دانشگاهی	۰/۷۴	۰/۵۷
اشتغال	شاغل	۱	-
	بیکار	۱/۳۱	۰/۵۷
	خانه دار	۰/۹۰	۰/۸۱
نسبت	در حال تحصیل	۰/۴۸	۰/۱۹
	فرزند	۱	-
	همسر	۱/۳	۰/۵۴
	برادر	۰/۴۶	۰/۳۷
	خواهر	۰/۸۲	۰/۷۶
درآمد	سایر	۰/۵۷	۰/۳۶
	کمتر از حد معمول	۱	-
	در حد معمول	۰/۳۵	۰/۰۱
	بیش از حد معمول	۰/۴۵	۰/۰۱۶

جدول ۲- ارتباط بین متغیرهای مستقل (ویژگی های بیمار) و فشار مراقبتی در مدل تک متغیره رگرسیون لجستیک

متغیر	نسبت شانس	P-value	فاصله اطمینان ۹۵٪
میزان وابستگی بیمار در انجام فعالیت شخصی	۲/۴۹	۰/۰۰	۱/۴۸ - ۴/۱۷
میزان نیاز مراقبتی بیمار	۰/۴۱	۰/۰۰	۰/۲۶ - ۰/۶۳
نوع سرطان	روده	۱	-
	معدده	۰/۸۱	۰/۷۳
	سینه	۰/۶۶	۰/۴۳
	ریه	۳/۸۱	۰/۱۴
	سایر	۱/۴۸	۰/۴۴

جدول ۳- ارتباط بین متغیرهای مستقل و فشار مراقبتی در مدل چند متغیره رگرسیون لجستیک

متغیر	نسبت شانس	P-value	فاصله اطمینان ۹۵٪
وجود بیماری در مراقب	۰/۳۰	۰/۱۸	۰/۰۵۴ - ۱/۷۵
میزان وابستگی بیمار در انجام فعالیت شخصی	۱/۲۴	۰/۵۱	۰/۶۴ - ۲/۴۰
میزان نیاز مراقبتی بیمار	۰/۴۰	۰/۰۰	۰/۲۲ - ۰/۷۱
راهبردهای مقابله ای هیجان محور	۱/۰۹	۰/۰۰	۱/۰۴ - ۱/۱۵
درآمد	۰/۷۰	۰/۳۹	۰/۳۱ - ۱/۵۷

بحث

(۲۰۰۰) نشان داد، بیشتر مراقبین در مواجهه با بیماری، از روش مقابله ای هیجانی استفاده می کردند تا روش مساله محور، و کسانی که از روش مقابله ای هیجانی و فرار از مواجهه با مشکل استفاده می کردند، درک پایین تری از کفایت در مواجهه شدن با جنبه های مختلف موقعیت همسرانشان داشتند

نتایج مطالعه حاضر نشان داد، بین استفاده از مهارت های مقابله ای هیجان محور توسط مراقبین و بالا بودن فشار مراقبتی مراقب بیمار مبتلا به سرطان، ارتباط مستقیم و معنا داری وجود داشت. در این راستا مطالعه lindqvist و همکاران

به عنوان یک روش هیجان مدار استفاده می نمودند، فشار مراقبتی بیشتری را تجربه می کردند. روش مقابله ای جستجوی حمایت اجتماعی که یک روش هیجان محور نسبتاً موثر در سازگاری با مشکل است، ارتباط مستقیمی با فشار مراقبتی جسمی و روحی در هر دو گروه مراقبین بیماران اسکیزوفرنی و دو قطبی داشت (۱۵). در مطالعه Scazufc و Kuipers (۱۹۹۹) نیز رابطه مستقیمی میان فشار مراقبتی و روش های مقابله ای هیجان محور مانند کناره گیری و جستجوی حمایت اجتماعی در مراقبین بیماران اسکیزوفرنی وجود داشت (۳۵)، که تمامی این مطالعات نتایج پژوهش حاضر را تایید می نماید.

بیمارانی که میزان نیاز مراقبتی بیشتری داشتند، فشار مراقبتی مراقبین آن ها بیشتر بود. در مطالعه Bartolo و همکاران (۲۰۱۰) نیز فشار مراقبتی مراقبین رابطه معکوس و معناداری با استقلال عملکرد و کیفیت زندگی بیماران داشت (۳۶). در همین زمینه مطالعه Chang و همکاران (۲۰۱۰) نشان داد، مراقبینی که تعداد ساعات بیشتری را در طول روز به مراقبت از بیمارشان اختصاص می دادند، فشار مراقبتی بیشتری را متحمل شده و سلامت روانی کمتری داشتند (۱۰). نتایج این مطالعه نشان داد، رابطه معکوسی بین میزان درآمد خانواده و فشار مراقبتی وجود دارد. در همین راستا مطالعه Pattanayak و همکاران (۲۰۱۰) نشان داد، مراقبین با شرایط مالی نامطلوب، فشار مراقبتی بیشتری را در خرده مقیاس های حمایت از بیمار و مسئولیت پذیری متحمل می شدند (۳۷). در مطالعه Hanzawa و همکاران (۲۰۰۸)، میانگین نمرات فشار مراقبتی با هیچیک از مشخصات جمعیت شناختی بیمار (سن، جنس، سن شروع بیماری، دفعات بستری و درگیری های اجتماعی) و مشخصات دموگرافیک مادران مراقب (سن و دفعات شرکت در جلسات گروه درمانی) ارتباط معنی داری نداشت، اما وجود یک مراقب دیگر، منجر به کاهش فشار مراقبتی می گردد (۲۳). که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد.

نظر به این که نیازمراقبتی و فشار مراقبتی در مراقبین بیماران سرطانی برگرفته از عوامل متعددی از جمله عوامل شخصیتی اعضای خانواده بیماران مبتلا به سرطان می باشد و این مهم در این مطالعه قابل سنجش نبود لذا به عنوان محدودیت های این پژوهش منظور گردید.

نتیجه گیری نهایی

بر اساس یافته های مطالعه حاضر مشخص است که در صورت غنی سازی گنجینه مهارت های سازگاری خصوصاً استفاده بیشتر از روش های مقابله ای مساله محور در مراقبین بیماران سرطانی، می توان تا حد زیادی استرس و فشار ناشی از

(۳۰). نتایج پژوهش Papastavrou و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که مراقبین بیماران سرطانی از فشار مراقبتی بسیار بالا و هم چنین افسردگی زیادی برخوردارند. آن ها دریافتند که مراقبینی که فشار مراقبتی بالایی دارند از شیوه های مقابله ای مناسبی استفاده نمی کنند در این پژوهش مراقبینی که فشار مراقبتی کمتری داشتند از رویکرد مسئله محور استفاده می کردند و مراقبینی که فشار مراقبتی زیادی داشتند از رویکرد ملتسمانه استفاده می کردند و از اطرافیان و خداوند طلب کمک می کردند. به طور بسیار دقیق تر در این مطالعه اکثر بیماران از استراتژی اجتناب/انکار استفاده کرده و کمترین تعداد بیماران از استراتژی ادعاکندگی استفاده می کرده اند. نویسندگان این مقاله در پایان تاکید می کنند که باید جلسات آموزشی و کارگاه های آموزشی در مورد انتخاب شیوه های مقابله ای مناسب با فشارها برای مراقبین گذاشته شود، چراکه اکثریت آن ها از شیوه های مقابله ای صحیحی استفاده نمی کنند (۳۱، ۳۲).

همچنین نتایج مطالعه Myaskovsky و همکاران (۲۰۰۵)، نشان داد، بیماران و مراقبینی که از روش های مقابله ای هیجان محور استفاده کرده اند، دارای کیفیت زندگی پایین تری در حیطه های روانی و جسمانی هستند (۲۴) در این زمینه نتایج مطالعه اردشیرزاده (۱۳۸۴) نشان می دهد، بین میزان فشار مراقبتی و راهبرد مقابله ای هیجان محور، ارتباطی مستقیم وجود دارد (۳۳). در مطالعه Steele و همکاران (۲۰۰۳) که به بررسی استرس، دیسترس عاطفی و فشار مراقبتی در مادران کودکان مبتلا به سرطان در طول ۶ ماه پرداخته اند این نتایج حاصل شد که با گذشت زمان استرس و دیسترس عاطفی مادر که نقش مراقب را برای کودک خود دارد کاهش یافته اما فشار مراقبتی وی کاهش نیافته و بدون بدون تغییر مانده است. در مطالعه Steele و همکاران (۲۰۰۳) که به بررسی استرس، دیسترس عاطفی و فشار مراقبتی در مادران کودکان مبتلا به سرطان در طول ۶ ماه پرداخته اند این نتایج حاصل شد که با گذشت زمان استرس و دیسترس عاطفی مادر که نقش مراقب را برای کودک خود دارد کاهش یافته اما فشار مراقبتی وی کاهش نیافته و بدون بدون تغییر مانده است (۳۴). در مطالعه Chadda و همکاران (۲۰۰۷)، مراقبین بیماران اسکیزوفرنی و دو قطبی از روش های مقابله ای مشکل مدار و جستجوی حمایت اجتماعی، بیشتر از روش مقابله ای کناره گیری استفاده می کردند. نمرات حاصل از روش مقابله ای کناره گیری ارتباط مستقیمی با نمرات کل فشار مراقبتی و همچنین خرده مقیاس های آن از جمله فشار مراقبتی جسمی، روانی، مسئولیت اجتماعی، فعالیت های روتین (مرتبط با زمان) داشت، که نشان می داد، مراقبینی که از روش های مقابله ای کناره گیری

شد. بدین وسیله از همکاری صادقانه و مجدانه معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان، مراقبین بیماران سرطانی، پرستاران محترم بخش انکولوژی مرکز آموزشی درمانی پنجم آذر گرگان و مسئولان بیمارستان سپاسگزاریم.

مسائل مراقبتی بیمار را کاهش و سازگاری موثر مراقبین با مشکلات بیماران را افزایش داد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل طرح پژوهشی است که با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان اجرا

منابع

- 1- Brooks R, Kerridge R, Hillman K, Bauman A, Daffurn K. Quality of life outcomes after intensive care. *Intensive care medicine*. 1997;23(5):581-6.
- 2- Hashad D. *Cancer Management*. Rijeka, Croatia, InTech; 2012.
- 3- Rebecca Siegel, Deepa Naishadham, Ahmedin Jemal. *Cancer Statistics, 2012*. *CA Cancer J Clin* 2012. 2012;62:10-29.
- 4- Utne I, Miaskowski C, Paul SM, Rustøen T. Association between hope and burden reported by family caregivers of patients with advanced cancer. *Supportive Care in Cancer*. 2013;1-9.
- 5- Seyed Fatemi N, Rezaei M, Givari A, Hosseini F. Prayer and spiritual well-being in cancer patients. *Payesh*. 2006. 5(4);295-303. [Persian]
- 6- Milbury K, Badr H, Fossella F, Pisters KM, Carmack CL. Longitudinal associations between caregiver burden and patient and spouse distress in couples coping with lung cancer. *Supportive Care in Cancer*. 2013;1-9.
- 7- Navidian A, Salar AR, Hashemi Nia A, A. K. Study of mental exhaustion experienced by family caregivers of patients with mental disorders, Zahedan Psychiatric Hospital. *Journal of Babol University of Medical Sciences*, 2001;3(12):38-3. [Persian]
- 8- Fotokian Z, Alikhani M, Yazdi NS, Jamshidi R. quality of lives of primary relatives providing care for their cancer patients. *Iran Journal of Nursing*. 2004;17(38):42-50. [Persian]
- 9- Gaston-Johansson F, Lachica EM, Fall-Dickson JM, John Kennedy M, editors. Psychological distress, fatigue, burden of care, and quality of life in primary caregivers of patients with breast cancer undergoing autologous bone marrow transplantation. *Oncology nursing forum*. 2004; 31(6):1161-9.
- 10- 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.
- 11- Malakouti SK, Nouri AR, Naghavi M, Ahmadi Abhari S, Nasr EM, Afegh S, et al. The burden of caregivers of chronic mental patients and their needs to care and therapeutic services. *HAKIM*. 2003;6(2):1-9. [Persian]
- 12- Park B, Kim SY, Shin J-Y, Sanson-Fisher RW, Shin DW, Cho J, et al. Prevalence and predictors of anxiety and depression among family caregivers of cancer patients: a nationwide survey of patient-family caregiver dyads in Korea. *Supportive Care in Cancer*. 2013;1-9.
- 13- Zavagli V, Varani S, Samolsky-Dekel AR, Brighetti G, Pannuti F. Worry as a risk factor for mental and somatic diseases. A research on home-cared cancer patients family caregivers. *G Ital Med Lav Erg*. 2012;34:2.
- 14- Johansson I, Fridlund B, Hildingh C. Coping strategies of relatives when an adult next-of-kin is recovering at home following critical illness. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2004;20(5):281-91.

- 15- Chadda RK, Singh TB, Ganguly KK. Caregiver burden and coping. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2007;42(11):923-30.
- 16- Ghazanfari F, GHADAM PE. The relationship between mental health and coping strategies in citizenship of Khoramabad city. *The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2008;10(37):47-54.
- 17- Saracho-Rotaeché R. Coping mechanisms as a predictor for quality of life in patients on dialysis: a longitudinal and multi-centre study. *Official Publication of the Spanish Society of Nephrology*. 2013;33(2):342-54.
- 18- Momeni K, Karami J, Shahbazi Rad A. The relationship between spirituality, resiliency and coping strategies with students' psychological well-being in Razi University of Kermanshah. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*. 2013;16(8):34-43.[Persian]
- 19- Kelly P. *Coping with diabetes: The Rosen Publishing Group*; 2002.
- 20- Fard JH, Bagheri-Nesami M. The Relationship between General Health and Religious Coping in Elderly Residing at Homes. *Life Science Journal*. 2012;9(4):12-19.[Persian]
- 21- Bavojdan MR, Towhidi A, Rahmati A. The Relationship between Mental Health and General Self-Efficacy Beliefs, Coping Strategies and Locus of Control in Male Drug Abusers. *Addiction and Health*. 2012;3(3-4):23-29.
- 22- Vollrath M, Torgersen S, Alnæs R. Personality as long-term predictor of coping. *Personality and Individual Differences*. 1995;18(1):117-25.
- 23- 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):256-63.
- 24- Myaskovsky L, Dew MA, Switzer GE, McNulty ML, DiMartini AF, McCurry KR. Quality of life and coping strategies among lung transplant candidates and their family caregivers. *Social science & medicine (1982)*. 2005;60(10):2321.
- 25- Shieh S-C, Tung H-S, Liang S-Y. Social Support as Influencing Primary Family Caregiver Burden in Taiwanese Patients With Colorectal Cancer. *Journal of Nursing Scholarship*. 2012;44(3):223-31.
- 26- Goldzweig G, Merims S, Ganon R, Peretz T, Altman A, Baider L. Informal caregiving to older cancer patients: preliminary research outcomes and implications. *Annals of Oncology*. 2013.
- 27- Li Q, Mak Y, Loke A. Spouses' experience of caregiving for cancer patients: a literature review. *International nursing review*. 2012.
- 28- Madani NH, Rouzbahani P. relation between self-esteem and applying coping mechanism and self-care program in multiple sclerosis (MS) patients. *journal of ilam university of medical sciences*. 2008.35(1):53-58.[Persian]
- 29- McCleery A, Addington J, Addington D. Family assessment in early psychosis. *Psychiatry research*. 2007;152(2-3):95-102.
- 30- Lindqvist R, Carlsson M, Sjöden PO. Coping strategies and health-related quality of life among spouses of continuous ambulatory peritoneal dialysis, haemodialysis, and transplant patients. *Journal of advanced nursing*. 2000;31(6):1398-408.
- 31- Papastavrou E, Charalambous A, Tsangari H. Exploring the other side of cancer care: the informal caregiver. *European Journal of Oncology Nursing*. 2009;13(2):128-36.

- 32- Papastavrou E, Charalambous A, Tsangari H. How do informal caregivers of patients with cancer cope: A descriptive study of the coping strategies employed. *European Journal of Oncology Nursing*. 2012;16(3):258-63.
- 33- Ardeshirzadeh, A. Comparative Evaluation of Psychological Burden and coping strategies in Caregivers of Patients with Chronic Schizophrenia and Caregivers of Patients with Chronic Bipolar Disorder. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Science; Master of Science in Nursing Thesis. 2004.[Persian]
- 34- Steele RG, Long A, Reddy KA, Luhr M, Phipps S. Changes in maternal distress and child-rearing strategies across treatment for pediatric cancer. *Journal of Pediatric Psychology*. 2003, 28(7):447-52.
- 35- Scazufca M, Kuipers E. Coping strategies in relatives of people with schizophrenia before and after psychiatric admission. *The British Journal of Psychiatry*. 1999;174(2):154-8.
- 36- Bartolo M, De Luca D, Serrao M, Sinforiani E, Zucchella C, Sandrini G. Caregiver burden and needs in community neurorehabilitation. *Journal of rehabilitation medicine*. 2010;42(9):818-22.
- 37- 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.

Archive of SID

The relationship between caregiver burden with coping strategies in Family caregivers of cancer patients

Abbasi¹ A (MSc) – Shamsizadeh² M (MSc) — Asayesh³ H (MSc) – Rahmani⁴ H (MSc) – Hosseini⁵ SA (MSc) – Talebi⁶ M (MSc)

Abstract

Introduction: Cancer is one of the most common chronic diseases whose caregivers are confronted with related problems to caring and treating the cancer patients. Caregiver burden, which is resulted from the negative impact of living with the cancer patient along with inappropriate use of coping strategies, which could lead to rejection diagnosis, can be accounted as the reasons of why the treatment and health would be impaired. The present study was aimed to determine the relationship between caregiver burden and coping strategies of caregivers of cancer patients.

Method: In this cross-sectional study, 133 caregivers of cancer patients who referred to Gorgan's 5th Azar Educative and Therapeutic Center were selected via Census sampling method. Data were gathered by three-part questionnaire, including demographics checklist, caregiver burden and coping strategies questionnaire. In order to analyze the collected data, SPSS V. 16 software with descriptive statistics was applied; also, the analysis of variance and logistic regression were conducted. In addition, statistical significance was defined as $p < 0.05$.

Results: Findings showed that mean and standard deviation of caregivers' age was 35.73 ± 14.31 . And, 50.4% of all the participants were male. Based on the results taken from multivariate model of logistic regression, high care demand (OR=0.403, %95 CI: 0.227 - 0.714) and higher rate of emotional coping strategies use (OR=1.09, %95CI: 1.04 - 1.15) have significant correlation with caregiver burden.

Conclusion: Based on our findings, the using of emotion-focused coping strategies among caregivers and caring needs of patient, lead to increase care burden, therefore beside of patient empowerment, could be educated efficient coping strategies for caregiver's burden reduction.

Key words: burden, family caregiver, coping strategies, cancer.

Received: 11 July 2013

Accepted: 6 December 2013

1-MSc. in Medical Surgical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran. (**Corresponding author**)

e-mail: abbasi_msn@yahoo.com

2- MSc. in Medical Surgical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran.

3- MSc. in Nursing, Paramedical Faculty, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

4- MSc. in Medical Surgical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

5- MSc. in Medical Surgical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

6- MSc. Student in Community Health Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.