

August-September 2020, Volume 15, Issue 3

" Care-Related Quality of Life" of Hip Fracture Older adults female Caregivers

Bastani F¹, *Nazari N²

1- Professor, Faculty Member, Department of Public Health Nursing and Geriatrics, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- MS Student in Geriatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (**Corresponding author**)

Email: n.nazari20017@gmail.com

Received: 15 Feb 2020

Accepted: 22 July 2020

Abstract

Introduction: Fractures, especially Hip fractures, are common events in old age that lead to disabilities, loss of functional independence in activity of daily living and patient dependence on family Caregivers, especially family Caregivers. Since the Care-Related Quality of Life of Caregivers is one of the influential and guaranteeing components of Quality of care high in the Older adults, The aim of this study was to determine Care-Related Quality of Life of Hip Fracture Older adults female Caregivers' attending to the Clinics of Shafa Yahyaeian Hospital, 2019.

Methods: This descriptive cross-sectional study was conducted on 175 Hip Fracture Older adults female Caregivers. The patients were selected via convenience sampling. The sampling took three months (August to October 2019). Data were collected using a questionnaire including demographic data of female caregivers' and Older adult, Care-related Quality of Life (CarerQol) (Care-related Quality of Life-7 Dimensions and Care-related Quality of Life - visual analogue scale). The data were analyzed by descriptive and inferential statistics in SPSS software version 16 at the significant level of $p \leq 0.05$.

Results: The results showed that the mean age of the female was 44.0 (SD = 11.709). The mean score of Care-related Quality of Life among the female was 53.38 (SD = 32.62) that represents low level of Care-related Quality of Life. The mean happy score of Care-related Quality of Life among the female was 5.77 (SD = 2.57) that represents low level of happy. Some personal characteristics of female Caregiver such as ratio with the Older adult ($p < 0.001$), education level ($p = 0.022$), marital status ($p < 0.001$), job status ($p = 0.033$), period of time Older adult care ($p < 0.001$), access to alternative for the Older adult care ($p < 0.001$), insurance coverage status ($p < 0.001$) and economic status ($p < 0.001$) were significantly correlated with Care-Related Quality of Life of Older adults female Caregivers.

Conclusions: According to the results, Care-Related Quality of Life of female caregiver was low level. Therefore, it is necessary to use educational and supportive interventions to improve the Care-Related Quality of Life in this group of female. Considering that Most female caregiver have multiple family, economic, and social roles and they facing many stresses in the care of hip fracture Older adult, require more attention and prosperity from community planners and officials.

Keywords: Care-Related Quality of Life, Female Caregivers, Older adults, Hip Fracture.

« کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت » در زنان مراقبت کننده از سالمندان مبتلا به شکستگی لگن

فریده باستانی^۱، * نجمه نظری^۲

۱- استاد، عضو هیئت علمی گروه سلامت جامعه و پرستاری سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران (نویسنده مسئول)

ایمیل: n.nazari20017@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۵/۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۱/۲۷

چکیده

مقدمه: شکستگی به خصوص شکستگی لگن از حوادث شایع در دوران سالمندی می باشد که منجر به ناتوانی ها، از دست دادن استقلال عملکردی در فعالیتهای روزمره زندگی و وابستگی بیمار به مراقبین خانوادگی و بویژه زنان مراقبت کننده می شود. از آنجا که کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت مراقبین از مولفه های تاثیر گذار و تضمین کننده مراقبت با کیفیت بالا در سالمندان محسوب می شود، مطالعه حاضر با هدف تعیین کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت در زنان مراقبت کننده از سالمندان مبتلا به شکستگی لگن مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستان شفا یحیائیان در سال ۱۳۹۸ انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر، مطالعه ای مقطعی (توصیفی) بود که بر روی ۱۷۵ نفر از زنان مراقبت کننده از سالمندان مبتلا به شکستگی لگن، با نمونه گیری به روش مستمر، در فاصله زمانی سه ماه (مرداد ۱۳۹۸ لغایت مهر ۱۳۹۸) انجام شد. ابزار گردآوری داده ها شامل: فرم مشخصات فردی زنان مراقب و سالمند، پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت (۷ گویه ای به انضمام یک مقیاس دیداری ده درجه ای سنجش شادی) بود. در نهایت داده ها با آمار توصیفی و آزمون کروسکال وایس، آزمون من ویننی، آنالیز واریانس، ضریب همبستگی پیرسن و آزمون تعقیبی توکی در نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ در سطح معناداری $P \leq 0.05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: طبق نتایج این مطالعه میانگین سنی زنان مورد پژوهش 44.0 ± 11.709 سال بود. میانگین نمره کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت در بین زنان مورد پژوهش $53/28 \pm 32/62$ بود که نشان دهنده کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت در سطح پایین می باشد. میانگین نمره شادی از کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت در بین زنان مورد پژوهش $5/77 \pm 2/57$ بود که نشان دهنده شادی در سطح پایین می باشد. برخی مشخصات فردی زنان مراقب بمانند نسبت مراقب با سالمند ($p < 0/001$)، تحصیلات ($p = 0/022$)، وضعیت تاهل ($p < 0/001$)، وضعیت شغلی ($p = 0/033$)، مدت زمان مراقبت از سالمند ($p < 0/001$)، دسترسی به جایگزین برای مراقبت از سالمند ($p < 0/001$)، وضعیت بیمه ($p < 0/001$) و وضعیت اقتصادی ($p < 0/001$) با کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت زنان مراقب ارتباط معنی دار داشت. همچنین بر طبق نتایج رگرسیون خطی نسبت دختر با ضریب استاندارد $0/503$ بیشترین اثر را بر کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت در مراقبت از سالمندان مبتلا به شکستگی لگن دارد.

نتیجه گیری: بر طبق نتایج به دست آمده، کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت زنان مراقب در سطح پایین بود. لذا ضروری است از مداخلات آموزشی و حمایتی در راستای ارتقاء کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت در این گروه از زنان بهره جست. با توجه به این که اکثر زنان مراقب نقش های متعدد خانوادگی، اقتصادی و اجتماعی داشته و با تشبهای بسیار در مراقبت از سالمند مبتلا به شکستگی لگن مواجه هستند، مستلزم توجه و رفاه بیشتر از سوی مسئولین و برنامه ریزان جامعه می باشند.

کلیدواژه ها: کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت، زنان مراقبت کننده، سالمندان، شکستگی لگن.

مقدمه

جمعیت جهان به سرعت در حال پیر شدن است. در حال حاضر سالمندان ۱۲ درصد جمعیت دنیا را تشکیل می دهند، طبق آخرین گزارش اعلام شده از طرف سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۵۰، جمعیت سالمندان ۶۰ سال و بالاتر به حدود ۲۲ درصد خواهد رسید (۱). در ایران نیز بر اساس سرشماری عمومی نفوس و مسکن مرکز آمار در سال ۱۳۷۵ سالمندان بالای ۶۰ سال حدود ۶/۶ درصد از جمعیت کشور را تشکیل می دادند، در سرشماری سال ۱۳۸۵ این میزان به حدود ۷/۳ درصد رسید، در سال ۱۳۹۰ به ۸/۲ درصد و در سال ۱۳۹۵ تعداد سالمندان حدود ۷/۴ میلیون نفر ذکر شده که ۹/۳ درصد از جمعیت کشور را تشکیل می دهند. با توجه به برآوردهای بین المللی، از سال ۱۴۱۹ جمعیت سالمند ایران نسبت به سایر نقاط، رشد سریع تری خواهد داشت (۲). در جامعه در حال پیر شدن، پیش بینی ها نشان می دهد که شیوع همه شکستگی ها همچنان افزایش می یابد. خطر شکستگی های استخوانی در میان افراد سالمند با کاهش تراکم استخوان، تضعیف عملکرد عصبی عضلانی و کاهش قابلیت عملکرد سیر صعودی خواهد داشت (۳).

شایعترین شکستگی ها بویژه در افراد با سنین بالا شکستگی های لگن می باشد. در اغلب مطالعات، توزیع جنسیتی شکستگی لگن، ۷۰ درصد در زنان و ۳۰ درصد در مردان نشان داده است. بیش از ۸۶ درصد از شکستگی های لگن در افراد بالای ۶۵ سال اتفاق می افتد، که معمولا در اثر ضربه های بسیار جزئی و بیشتر به دنبال زمین خوردن معمولی و مساله سقوط اتفاق می افتد. عوامل مختلفی که بر میزان بروز این شکستگی ها تأثیر گذار است شامل سن بالا، مصرف سیگار، وجود سابقه شکستگی قبلی در لگن، عدم فعالیت جسمی، مصرف بیش از حد الکل، مصرف بیش از حد کافئین، وزن کم، دمانس و استئوپروز است (۴). شکستگی لگن در میان سالمندان یکی از مهمترین علل پذیرش در بخشها و درمانگاه های ارتوپدی بیمارستانهاست و منجر به از دست دادن استقلال عملکردی در فعالیت روزمره زندگی، افت کیفیت زندگی و وابستگی به دیگران می شود که با مرگ و میر بالا نیز همراه است (۵). شکستگی های لگن، عواقب طولانی مدت قابل ملاحظه ای به مانند ناتوانی، بدتر شدن در توانایی راه رفتن؛ ریسک بالای بیماری؛ و استفاده از منابع مراقبتهای بهداشتی

درمانی و تحمیل فشار بار مراقبتی به مراقبین خانوادگی و تحمیل هزینه بالا به نظام سلامت را شامل می شوند (۶،۷).

بطور کلی، مراقب خانوادگی به عنوان فردی تعریف می شود که کمک های مستقیم یا غیرمستقیم، منظم و قابل توجه عملی و عاطفی را به شخص بیماری که عضو خانواده بوده و نیازمند مراقبت در فعالیتهای روزمره زندگی است را فراهم می کند (۸،۹). مراقبین غیر رسمی خانوادگی معمولا جایگزینی ارزان برای ارائه مراقبت بیمار پس از ترخیص بیمار از بیمارستان می باشند (۱۰). اساسا مراقبین غیر رسمی باید مهارت های جدیدی را برای مراقبت صحیح از بیمار فرا گیرند، با این حال، شکستگی لگن یک رویداد غیر منتظره است. بنابراین مراقبین فرصت چندانی جهت توسعه مهارت های مراقبتی و آمادگی انجام مراقبت را نداشته و لذا این مسئولیت ناگهانی باعث تغییر در روند طبیعی زندگی مراقبین (بویژه مراقبین خانوادگی) و موجب نگرانی ها و عدم اطمینان و کفایت لازم در امور محوله در بیمارشان می شود که نوعی فشار یا بار مراقبتی را ایجاد می کند (۱۱). مراقبین خانوادگی نقش مهمی در روند بهبودی، حمایت اجتماعی، عاطفی و اقتصادی بیماران عهده دار هستند (۱۲). مراقبین از ارائه دهندگان خدمات بهداشتی حمایت و مشاوره نسبتا کمی دریافت می کنند (۱۳) بگونه ای که برخی مراقبین خانوادگی از کار خود استعفا داده و یا کمک های اضافی را برای ارائه مراقبت به بیمار به کار می گیرند، که هر دو با یک بار اقتصادی سنگین (مستقل از هزینه های درمان) همراه است که اثرات روانشناختی نامطلوبی را بر مراقبین بجای می گذارد (۱۴). وضعیت مزمن بیمار می تواند منجر به فرسودگی مراقب شود که بر سلامت و کیفیت زندگی بیماران و نیز خود مراقب تأثیر می گذارد و یک مسئله مهم است که شایسته توجه خاص از سوی ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی درمانی است (۱۵)، عدم حمایت از مراقبین خانوادگی می تواند بر کیفیت زندگی آنها تأثیر بگذارد و منجر به بیماری شود. این مراقبین می توانند به عنوان "بیماران پنهان" مطرح باشند که ممکن است نیاز به توجه مشابه با بیمار داشته باشند (۱۶).

وضعیت کنونی نشان می دهد که فشار باری مراقبین غیر رسمی بیش از حد است (۱۷). که می تواند اعتماد به نفس و کیفیت زندگی مراقبین را تحت الشعاع قرار دهد. مراقبین غیر رسمی نه تنها کمک عملی به بیمار خود می

می شود. بنابراین با اطلاعات اندکی که در خصوص زنان مراقب سالمند در دست است و با توجه به اینکه شکستگی های لگن در سالمندان شایع بوده و با پیامدهای ناگوار و وابسته بودن به مراقبین خانوادگی همراه است لذا این مطالعه با هدف تعیین کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت در زنان مراقبت کننده از سالمندان مبتلا به شکستگی لگن مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستان شفا یحیائیان، سال ۱۳۹۸ انجام شد.

روش کار

مطالعه حاضر از نوع پژوهش همبستگی-توصیفی (مقطعی) است. ۱۷۵ نفر از زنان مراقبت کننده از سالمندان مبتلا به شکستگی لگن که به درمانگاه بیمارستان شفا یحیائیان در سال ۱۳۹۸ مراجعه کرده بودند به روش مستمر انتخاب شدند. به این ترتیب که با مراجعه روزانه (صبح تا عصر) پژوهشگر به درمانگاه بیمارستان شفا یحیائیان، نمونه هایی که واجد شرایط بودند وارد مطالعه شدند. شرایط ورود زنان به مطالعه عبارت بود از: مسئولیت اصلی مراقبت از سالمند مبتلا به شکستگی لگن را بعهده داشتند و مدت زمان مراقبت از آن ها بیشتر از ۱ ماه بعد از شکستگی لگن سالمند بود، مراقبین از زنان خانواده و بستگان سالمند مبتلا به شکستگی لگن (همسر، خواهر، دختر، عروس، فامیل و دوست بیمار) به گونه ای که اولین و بیشترین مراقبت را در طول روز از بیمار سالمند داشتند و حمایت های روانی، عاطفی، اجتماعی و برنامه درمانی سالمند را به طرق مختلف (حضوری یا غیر حضوری) مدیریت نموده و عهده دار بودند، مراقب با سن بیشتر از ۱۸ سال، بنا به اظهار مراقبین مصرف داروهای موثر بر روان را نداشتند و دارای بیماری روانی شناخته شده ای نبودند. جهت انجام این پژوهش، پژوهشگر پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران (با کد اخلاق: IR.IUMS. REC.1398. 394) به محیط پژوهش، درمانگاه بیمارستان شفا یحیائیان مراجعه نموده و با موافقت مسئولین مربوطه جهت انجام پژوهش و نمونه گیری در درمانگاه بیمارستان شفا یحیائیان حضور یافته و بعد از هماهنگی لازم و پس از معرفی و توضیح اهداف پژوهش و روش اجرای خود به مسئولین مربوطه و کسب موافقت از آن ها، اقدام به نمونه گیری شد. نمونه گیری به روش مستمر انجام شد. در هنگام نمونه گیری در مورد اهداف پژوهش به زنانی که شرایط

کنند، بلکه حمایت احساسی و روانی را نیز ارائه می دهند و نقش کلیدی در ارتقاء انگیزه بیمار در روند بهبودی دارند. با این حال، مصاحبه های عمیق با ۱۰ مراقب غیر رسمی که وظیفه مراقبت از بیمار مبتلا به شکستگی های لگن را عهده دار بودند نشان داد که اکثر مراقبین بطور اورژانسی نقش مراقبتی خود را بدون دانش یا تجربه قبلی بر عهده گرفته و استرس مرتبط با آن تأثیر منفی بر کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت در آنان داشته است (۱۸).

محافظت از کیفیت زندگی مراقبین و پیشگیری از بار مراقبتی، نه تنها برای خود مراقبین، بلکه برای اطمینان از عرضه مناسب مراقبت های غیر رسمی در سیستم مراقبت های بهداشتی - درمانی بسیار مهم است. فشار و بار بالا و کیفیت زندگی پایین مراقبین ممکن است منجر به مشکلات بهداشتی و در نهایت منجر به حذف تصادفی مراقبین شود. در واقع، افزایش در مشکلات بهداشتی دریافت کننده مراقبت با افزایش در فشار و بار مراقبتی مراقبین و کاهش در کیفیت زندگی آنان در طول زمان مرتبط است. برای مثال، افزایش شدت محدودیت های عملکردی در بیماران مبتلا به بیماری های دمانس با کاهش سلامت روانشناختی مراقبین و افزایش سطح علائم افسردگی مراقبین ارتباط داشته است (۱۹) که بنحوی می تواند بر کیفیت زندگی اثر گذار باشد. با توجه به این که پرستاران در نظام سلامت گروه بزرگی را تشکیل می دهند که به طور قانونی و اخلاقی مسئول کیفیت مراقبت از بیمار بوده و بیماران نیز حق دارند که از مراقبت پرستاری مطلوب و با کیفیت از سوی مراقبین (رسمی یا غیر رسمی) بهره مند شوند، و این که کیفیت زندگی نامطلوب در افراد به علت نقش های متعدد در زندگی گزارش شده است (۲۰)، پرداختن به کیفیت زندگی مراقبین خانوادگی (غیر رسمی) که ارائه دهندگان خدمات ارزان در خصوص مراقبت های بهداشتی درمانی اند، بسیار با اهمیت می باشد. امروزه در صد قابل توجهی از مراقبین غیر رسمی سالمند را زنان (به عنوان مراقبین خانوادگی) تشکیل می دهند و این گروه به عنوان «بیماران مخفی» تلقی می شوند که می بایست مورد توجه پرستاری سالمندی با رویکرد خانواده-محوری قرار گیرند. این امر بطور مستقیم و غیر مستقیم تضمین کننده کیفیت بالای مراقبت خواهد بود. همچنین شکستگی لگن در فرآیند زندگی و سازگاری های مربوط به آن، اختلال ایجاد کرده و به سبب تاثیر گذاشتن بر سالمند و زنان مراقب، منجر به تغییر پویایی خانواده

یا اجرا) تبدیل می شود. نمره بالاتر، نشان دهنده وضعیت مراقبت بهتر می باشد. محدوده نمرات در هر بعد از ۰ (بدترین وضعیت مراقبت های غیر رسمی) تا ۱۰۰ (بهترین وضعیت مراقبت های غیر رسمی) است، که در آن نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت بهتر است. بخش CarerQoL-VAS، یک مقیاس دیداری ده درجه ای سنجش شادی است. محدوده نمرات از ۰ (کاملاً ناراحت) تا ۱۰ (کاملاً خوشحال) است که به صورت نمره ۱-۰، ۲-۳، ۴-۵، ۶-۷، ۸-۹ و ۱۰ تقسیم بندی می شود. جهت تعیین روایی پرسشنامه از روایی همگرایی و بالینی استفاده شده بود. روایی همگرایی با ضریب همبستگی اسپیرمن و همبستگی چند متغیره بین CarerQol-7D و CarerQol-VAS مورد ارزیابی قرار گرفته بود. روایی بالینی با همبستگی چند متغیره بین CarerQol-VAS و CarerQol-7D، ویژگیهای مراقبین، دریافت کنندگان مراقبت و وضعیت مراقبت در میان نمونه های مراقبین مورد ارزیابی قرار گرفته بود. این پرسشنامه در ایران مورد استفاده قرار نگرفته و روایی و پایایی نشده است. در مطالعه حاضر، برای روایی پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت، در مرحله اول، ابزار توسط یک کارشناس مسلط به دو زبان فارسی و انگلیسی از زبان مبدأ (انگلیسی) به زبان مقصد (فارسی) برگردانده شد. در مرحله دوم، پرسشنامه توسط کارشناس دیگر که به دو زبان فارسی و انگلیسی تسلط داشت از فارسی بطور معکوس به انگلیسی برگردانده شد. در مرحله سوم، پژوهشگر دو نسخه ترجمه شده را با نظر و همکاری تیم تحقیق تطبیق داده و یک پیش نویس اولیه از پرسشنامه به زبان فارسی تدوین شد که در مرحله چهارم، پرسشنامه پیش نویس توسط سه تن از صاحب نظران مورد بازبینی و بررسی قرار گرفت و در نهایت، نسخه نهایی پرسشنامه مذکور تهیه گردید. برای پایایی و همسانی درونی پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت، از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. بدین منظور پرسشنامه نهایی توسط ۱۵ نفر (زنان مراقبت کننده از سالمندان مبتلا به شکستگی لگن مراجعه کننده به بیمارستان شفا یحیائیان، که جزو نمونه های پژوهش ما محسوب نمی شدند) تکمیل شد. پس از انجام محاسبات لازم میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه $\alpha = 0.82$ تعیین گردید که قابل قبول بود. پس از تکمیل پرسشنامه به صورت حضوری و شخصی در مراقبین با سواد و در مراقبین بی سواد بصورت حضوری و به روش مصاحبه

ورود به مطالعه را داشتند توضیح کامل داده شد و در صورت تمایل برای شرکت در پژوهش، فرم رضایت آگاهانه کتبی توسط آن ها تکمیل گردید. جامعه در این پژوهش تمامی زنان مراقبی بودند که از سالمندان مبتلا به شکستگی لگن مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستان شفا یحیائیان مراقبت می کردند و شرایط ورود به مطالعه را داشتند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل: دو فرم اطلاعات دموگرافیک مربوط به زنان مراقب و سالمند و پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت (CarerQoL) است. فرم اطلاعات دموگرافیک زنان مراقب که شامل اطلاعاتی از قبیل: سن، وضعیت تاهل، نسبت با سالمند، سطح تحصیلات، وضعیت شغلی، وضعیت اقتصادی، وضعیت پوشش بیمه، مدت زمان مراقبت از سالمند به ماه، ابتلا به بیماری زمینه ای و دسترسی مراقب به جایگزین است. فرم اطلاعات دموگرافیک سالمند که شامل اطلاعاتی از قبیل: سن، جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، مدت زمان ابتلاء به شکستگی لگن به ماه، وضعیت مسکن، زندگی کردن، پشتیبانی، نیاز، وضعیت شغلی، وضعیت پوشش بیمه، ابتلا به بیماری مزمن زمینه ای، تحرک قبل و بعد از شکستگی لگن در سالمند است. پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت (CarerQoL) توسط Brouwer و همکاران در هلند در سال ۲۰۰۶ و برای اندازه گیری و ارزیابی تأثیر ارائه مراقبت های غیر رسمی در مراقبین طراحی شده است (۲۱). این پرسشنامه همچنین کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت مراقبین غیر رسمی اندازه گیری می کند. این پرسشنامه شامل دو بخش CarerQol-7D و CarerQol-VAS است. بخش CarerQol-7D شامل هفت بعد که پنج بعد آن منفی (مشکلات ارتباطی، مشکلات سلامت روانی، مشکلات مربوط به فعالیت های روزانه با مراقبت، مشکلات مالی و مشکلات سلامت فیزیکی) و دو بعد آن مثبت (اجرا و حمایت) است و هر کدام یک بعد از تأثیر ذهنی تجربه شده از مراقبت های غیر رسمی را پوشش می دهد. هر بعد دارای ۳ دسته پاسخ (اصلاً، تا حدی و زیاد) است. پاسخ ها در ابعاد منفی مقدار ۰ (زیاد)، ۱ (تا حدی) یا ۲ (اصلاً) دریافت می کنند. پاسخ ها در ابعاد مثبت مقدار ۰ (اصلاً)، ۱ (تا حدی) یا ۲ (زیاد) دریافت می کنند. در جمع بندی مقادیر برای هفت بعد، نمره ۰ به بدترین شرایط مراقبت غیر رسمی (مقدار زیادی از مشکلات و عدم حمایت یا اجرا) و نمره ۱۴ به بهترین شرایط مراقبت غیر رسمی (عدم مشکلات و حمایت

در این پژوهش ۱۷۵ زنان مورد پژوهش با میانگین سنی $11,7 \pm 4,0$ سال حضور داشتند. بیشترین فراوانی نسبت با سالمند با $28/6$ درصد دختر سالمندان مورد پژوهش بودند. $45/1$ درصد از زنان مورد پژوهش تحصیلات دانشگاهی داشتند و اکثریت با $67/4$ درصد متاهل بودند. خانه دارها با $46/3$ درصد بیشترین فراوانی را داشتند و $31/4$ درصد بین ۱۳ تا ۱۸ ماه از مراقبتشان از سالمند می گذشت. اکثر واحدهای مورد پژوهش یعنی $88/6$ درصد اعلام کرده بودند که برای مراقبت از سالمند دسترسی به جایگزین دارند. وضعیت اقتصادی $62/3$ درصد در سطح متوسط بود. ادامه نتایج در (جدول ۱) آورده شده است.

توسط پژوهشگر، اطلاعات مربوط به هر یک از بخش های پرسشنامه محاسبه و سپس داده های خام در جداول اولیه تنظیم و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و به روش آمار توصیفی (فراوانی و درصد فراوانی برای متغیرهای کیفی پژوهش و کمینه و بیشینه، میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای کمی پژوهش) و نیز آمار استنباطی (آزمون کروسکال والیس و آزمون من ویتنی، آنالیز واریانس، ضریب همبستگی پیرسن و آزمون تعقیبی توکی) و آنالیز رگرسیون خطی چندگانه تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها

جدول ۱: توزیع فراوانی مشخصات فردی زنان مراقبت کننده از سالمندان مبتلا به شکستگی لگن، سال ۱۳۹۸

مشخصات جمعیت شناسی مراقب	فراوانی	درصد
خدمات درمانی	۴۴	۲۵/۱
تامین اجتماعی	۳۶	۲۰/۶
نیروهای مسلح	۴۱	۲۳/۴
کمیته امداد	۳۸	۲۱/۷
تکمیلی	۱۶	۹/۱
جمع کل	۱۷۵	۱۰۰
ندارد	۲	۱/۱
قلبی عروقی	۳۶	۲۰/۶
فشار خون	۴۸	۲۷/۴
صرع	۸	۴/۶
تنفسی	۲۶	۱۴/۹
سرطان	۱۳	۷/۴
گوارشی	۱۶	۹/۱
دیابت	۲۶	۱۴/۹
جمع کل	۱۷۵	۱۰۰

وضعیت پوشش بیمه

بیماری مزمن زمینه ای

پژوهش بود. اکثر سالمندان یعنی $69/7$ درصد اعلام کرده بودند که قبل از شکستگی لگن تحرک آزاد بدون کمک داشتند و $49/1$ درصد بعد از شکستگی لگن تحرک با کمک داشتند.

بر طبق (جدول ۲) میانگین نمره کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت در بین زنان مراقبت کننده مورد پژوهش $53/38$ با انحراف معیار $32/62$ بدست آمد. که از میانه ابزار (50) به اندازه $3/38$ بالاتر است که نشان دهنده کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت پایین در بین زنان مورد پژوهش می باشد.

در این پژوهش میانگین سنی سالمندان مورد پژوهش $9,257 \pm 76,0$ سال بود. $37/1$ درصد از سالمندان مورد پژوهش اعلام کرده بودند که به تنهایی زندگی می کنند و $41/1$ درصد فرزندان شان را به عنوان فردی که بیشترین پشتیبانی را از آنها در انجام امور روزمره دارد معرفی کردند. $38/9$ درصد پذیرش در اجتماع را مهمترین نیاز زندگی خود دانستند. $38/9$ درصد مدت زمان ابتلا به شکستگی لگن را بین ۷ تا ۱۲ ماه اعلام کرده بودند و بیماری فشار خون با $30/3$ درصد بیشترین فراوانی را در بین بیماری های مزمن زمینه ای همراه با شکستگی لگن در بین سالمندان مورد

جدول ۲: توزیع فراوانی کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت در زنان مراقبت کننده از سالمندان مبتلا به شکستگی لگن، سال ۱۳۹۸

کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت	فراوانی	درصد
کمتر از ۵۰	۶۶	۳۷/۷
۵۰-۷۵	۵۲	۲۹/۷
بالای ۷۵	۵۷	۳۲/۶
جمع کل	۱۷۵	۱۰۰
انحراف معیار± میانگین	۵۲/۳۸±۳۲/۶۲	
بیشینه-کمینه	۰-۱۰۰	

کمتر از زنان با مدت مراقبت ۱ تا ۶ ماه ($p=0/016$) و ۷ تا ۱۲ ماه ($p=0/001$) بود همچنین کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت در زنان مراقبت کننده از سالمند با مدت بیماری ۱۹ تا ۲۴ ماه به طور معنی داری کمتر از زنان با مدت مراقبت ۱ تا ۶ ماه ($p=0/018$) و ۷ تا ۱۲ ماه ($p<0/001$) بود. کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت در زنان مراقبت کننده از سالمند با مدت بیماری ۱۳ تا ۱۸ ماه نیز به طور معنی داری کمتر از زنان با مدت مراقبت ۷ تا ۱۲ ماه ($p=0/006$) بود. کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت در زنانی که اعلام کرده بودند برای مراقبت از سالمند دسترسی به جایگزین دارند به طور معنی داری بالاتر از سایرین بود. مقایسه دو به دو با آزمون توکی در رابطه با نوع بیمه نیز نشان دهنده آن بود که کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت در زنانی که تحت پوشش بیمه امداد کمیته بودند به طور معنی داری کمتر از نیروهای مسلح ($p=0/043$)، تامین اجتماعی ($0/001$)، خدمات درمانی ($p<0/001$) و تکمیلی ($p<0/001$) بود و در سایر موارد این اختلاف معنی دار نبود. مقایسه دو به دو با آزمون توکی نشان دهنده آن بود که کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت در زنان با وضعیت اقتصادی بد به طور معنی داری کمتر از زنان با وضعیت اقتصادی خوب ($p<0/001$) و متوسط ($p<0/001$) بود.

بر طبق (جدول ۳) میانگین نمره شادی در بین زنان مراقبت کننده مورد پژوهش ۵/۷۷ با انحراف معیار ۲/۵۷ بدست آمد. که از میانه ابزار (۵) به اندازه ۰/۷۷ بالاتر است که نشان دهنده شادی پایین در بین زنان مورد پژوهش می باشد.

نتایج مطالعه در رابطه با کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت با مشخصات دموگرافیک در زنان مراقب مویید آن بود که نسبت با سالمند ($p<0/001$)، سطح تحصیلات ($p=0/022$)، وضعیت تاهل ($p<0/001$)، وضعیت شغلی ($p=0/033$)، مدت زمان مراقبت از سالمند ($p<0/001$)، دسترسی به جایگزین برای مراقبت از سالمند ($p<0/001$)، وضعیت پوشش بیمه ($p<0/001$) و وضعیت اقتصادی ($0/001$) با کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت در زنان مراقبت کننده از سالمندان مورد پژوهش ارتباط معنی دار آماری داشته است.

مقایسه دو به دو با آزمون توکی نشان دهنده آن بود که میانگین نمره کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت در زنانی که با فامیل زندگی می کردند به طور معنی داری کمتر از زنانی بود که با همسر ($p=0/005$)، دختر ($p<0/001$) و عروس ($p=0/001$) خود زندگی می کردند. کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت در زنان با سطح تحصیلی بی سواد به طور معنی داری کمتر از زنان با سطح تحصیلی زیردیپلم ($p=0/036$)، دیپلم ($p=0/015$) و دانشگاهی ($p=0/023$) بود. مقایسه دو به دو با آزمون توکی نشان دهنده آن بود که کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت در زنان با شغل آزاد به طور معنی داری کمتر از زنان خانه دار ($p=0/044$) و کارمند ($p=0/028$) بود. مقایسه دو به دو با آزمون توکی در رابطه با مدت زمان مراقبت از سالمند نشان دهنده آن بود که کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت در زنان مراقبت کننده از سالمند با مدت بیماری بالای ۲۴ ماه به طور معنی داری

جدول ۳: توزیع فراوانی مقیاس دیداری شادی در زنان مراقبت کننده از سالمندان مبتلا به شکستگی لگن، سال ۱۳۹۸

شادی	فراوانی	درصد
۰-۱	۱۵	۸/۶
۲-۳	۱۵	۸/۶
۴-۵	۵۵	۳۱/۴
۶-۷	۳۸	۲۱/۷
۸-۹	۴۳	۲۴/۶
۱۰	۹	۵/۱
جمع کل	۱۷۵	۱۰۰
انحراف معیار ± میانگین	۵/۷۷ ± ۲/۵۷	
بیشینه-کمینه	۰-۱۰	

جدول ۴: نتایج رگرسیون خطی عوامل موثر کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت در زنان مراقبت کننده از سالمندان مبتلا به شکستگی لگن، سال ۱۳۹۸

مشخصات فردی	ضریب	ضریب استاندارد	آماره آزمون	سطح معنی داری
همسر	۱۹/۰۵۶	۰/۲۳۵	۱/۵۷۶	۰/۱۱۷
دختر	۳۴/۹۱	۰/۵۰۳	۳/۲۰۹	۰/۰۰۲
عروس	۲۷/۶۸	۰/۳۷۷	۲/۳۴۴	۰/۰۲
خواهر	۲۲/۱۶	۰/۲۲۱	۲/۰۷۵	۰/۰۴
فامیل	۱۰/۴۷	۰/۰۹۱	۰/۹۴۶	۰/۳۴۶
دوست	رده مرجع			
زیردیپلم	۱۴/۴۴۹	۰/۱۵۳	۱/۷۸۵	۰/۰۷۶
دیپلم	۹/۱۴۱	۰/۱۴۱	۱/۶۶۵	۰/۰۹۸
دانشگاهی	رده مرجع			
متاهل	۳/۲۴۲	۰/۰۴۷	۰/۳۸۱	۰/۷۰۴
مجرد	-۱/۷۲۶	-۰/۰۲۲	-۰/۲	۰/۸۴۲
مطلقه یا بیوه	رده مرجع			
خانه دار و بیکار	۱۷/۷۰۸	۰/۲۷۹	۲/۰۰۴	۰/۰۴۷
کارمند	۲۳/۳۸۷	۰/۳۶۶	۲/۵۱۴	۰/۰۱۳
شغل آزاد	رده مرجع			
۱-۶	۱۱/۱۹۱	۰/۰۸۷	۰/۹۵۸	۰/۳۴
۷-۱۲	۱۸/۶۱۲	۰/۲۶۱	۲/۱۳	۰/۰۳۵
۱۳-۱۸	۲/۳۵۱	۰/۰۳۵	۰/۲۸۱	۰/۷۷۹
۱۹-۲۴	۱/۳۱۱	۰/۰۱۸	۰/۱۵۹	۰/۸۷۴
بالای ۲۴	رده مرجع			
بله	۵/۵۲۱	۰/۰۶۴	۰/۷۹۱	۰/۴۳
خیر	رده مرجع			
خدمات درمانی	-۸/۳۲۶	-۰/۱۱۵	-۱/۰۰۵	۰/۳۱۷
تامین اجتماعی	-۱۱/۴۱۱	-۰/۱۴۶	-۱/۳۶۷	۰/۱۷۴
نیروهای مسلح	-۲۲/۸۶۲	-۰/۳۰۹	-۲/۸۳۸	۰/۰۰۵
کمیته امداد	-۲۱/۷۸۸	-۰/۲۷۲	-۲/۴۷۳	۰/۰۱۵
تکمیلی	رده مرجع			
خوب	۲۰/۷	۰/۲۳۶	۲/۶۴۹	۰/۰۰۹
متوسط	-۰/۲۵	-۰/۰۰۴	-۰/۰۳۶	۰/۹۷۱
ضعیف	رده مرجع			

و برنامه ریزی و پیگیری برای پیشگیری از بیماری های جسمانی و یا درمان مشکلات جسمانی در مراقبین را یادآور می سازد. مراقبین زمانی قادر به مراقبت از سالمند بطور کامل و موثر هستند که خود از سلامت مطلوبی برخوردار باشند. بعلاوه با توجه به اینکه امکان ایجاد عوارض جسمانی به دلیل فشار کاری ناشی از مراقبت از سالمند در زمان های بعد نیز وجود دارد، پس این پیگیری ها باید به صورت دوره ای انجام گردد. این حقیقت در مطالعه Van Dam و همکاران که از پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت مشابه پرسشنامه مطالعه حاضر استفاده کرده است، نیز دیده می شود که داشتن مشکلات جسمانی با ۶۰٪ از جمله برجسته ترین ابعاد بوده است و میانگین سلامت جسمانی ضعیف با کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت پایین همراه است و یک سوم مراقبین احساس سلامت ضعیف را گزارش کرده و حتی وضعیت سلامت ۱۷/۵ درصد از آنها نسبت به قبل از مراقبت از سالمندان بدتر شده است (۲۲). همچنین مراقبین نیازمند دریافت سایر خدمات در جهت بهبود کیفیت زندگی خود هستند، پر واضح است که کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت در مراقبین در ارتباط با عوامل گوناگونی قرار می گیرد که در بررسی ابعاد پرسشنامه به آن اشاره شده است بطور مثال میانگین کیفیت زندگی ۵۳/۳۸٪ گزارش شده است که ۷۲/۲٪ از مراقبین مشکلات ارتباطی با فرد دریافت کننده مراقبت (سالمند) را داشتند، ۶۲/۹٪ از سلامت عاطفی و روانی کامل برخوردار نبودند، ۶۶/۹٪ تداخل کار مراقبتی با فعالیت های روزمره خود را عنوان کردند و ۸۰٪ به علت وظایف مراقبتی دارای مشکلات مالی بودند که تمام این ابعاد که بصورت عوامل مرتبط با کیفیت زندگی مراقبین تلقی می شود؛ نیازمند خدمت رسانی از سوی کادر مراقبتی و درمانی است که مداخلات موثر هم چون کارگاه های آموزشی برای بهبود مشکلات ارتباطی و معرفی سازمانهای حمایتی برای دریافت کمک های مالی و روانی منجر به بالا بردن سطح کیفیت زندگی در مراقبین شود. در تحقیقی که توسط Oldenkamp و همکاران در سال ۲۰۱۷ با هدف تعیین تاثیر ناتوانی افراد سالمند بر کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت مراقب غیررسمی شان در طول زمان در هلند انجام شده بود. نشان داد که میانگین نمره کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت ۸۳/۱۰ و ۱۲ ماه بعد ۸۰/۴۲ بود که نسبت به مطالعه حاضر بیشتر می باشد. به نظر می رسد این تفاوت می تواند به دلیل تفاوت

بر طبق (جدول ۴) نتایج رگرسیون خطی عوامل موثر بر کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت در زنان مورد پژوهش نشان داد که نسبت دختر با ضریب استاندارد ۰/۵۰۳ بیشترین اثر را بر کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت در مراقبت از سالمندان مبتلا به شکستگی لگن دارد.

بحث

این مطالعه با هدف " تعیین «کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت» در زنان مراقبت کننده از سالمندان مبتلا به شکستگی لگن مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستان شفا یحیائیان، سال ۱۳۹۸" انجام شد. با توجه به جدول ۲ نتایج نشان دهنده آن بود که میانگین کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت ۵۳/۳۸ با انحراف معیار ۳۲/۶۲ از ۱۰۰ نمره بود. که نشان دهنده کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت پایین می باشد. این درحالی است که ۳۷/۷٪ از مراقبین دارای کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت پایینتر از نمره ۵۰ و ۲۹/۷٪ در حد نمره ۵۰ تا ۷۵ بوده اند این بدان معنا است که درصد قابل توجهی از آنها کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت پایین را گزارش کرده اند. این امر نیاز به اهمیت توجه و اجرای مداخلات مرتبط را آشکار می سازد. کار مراقبین غیر رسمی با عنوان "کار نامرئی" نامیده شده و علیرغم بار کاری زیاد، در سیستم بهداشتی و درمانی شناخته شده نیستند و در نظر گرفته نمی شوند (۱۷). که خود منجر به غفلت در بررسی کیفیت زندگی آنها نیز شده است این در حالی است که حدود نیمی از زنان مراقب در مطالعه حاضر، کیفیت زندگی پایین تر از میانگین را گزارش کردند؛ در همین راستا گویه "من در هنگام نیاز از حمایت دیگران برخوردارم" و "من مشکلاتی در سلامت جسمی خود دارم" به ترتیب بیشترین و کمترین میانگین کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت را در بین گویه های این پرسشنامه به خود اختصاص دادند؛ که در حقیقت ما را در تشخیص اینکه چه عاملی بیشتر و یا کمتر کیفیت زندگی مراقبین را تحت تاثیر خود قرار داده است، یاری می کند. داشتن مشکلات جسمانی که در ۸۶/۸٪ مراقبین وجود داشته است و منجر به کسب کمترین میانگین کیفیت زندگی نسبت به سایر ابعاد شده است، این حقیقت را آشکار می سازد که این بعد، بیشترین تاثیر را در کیفیت زندگی مراقبین داشته است. این یافته به ارائه دهندگان مراقبت سلامت، اهمیت توجه بیشتر به سلامت جسمانی

بهبود کیفیت زندگی مراقبین آنها؛ که در مراقبت از سالمند نقش کلیدی دارند، لازم به نظر می رسد.

در مطالعه Van Dam و همکاران میانگین نمره کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت ۸۳/۹ بود که نشان دهنده کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت بالا بود (۲۲) و نسبت به مطالعه حاضر حدود ۳۰٪ بیشتر می باشد. با توجه به اینکه ابزار کیفیت زندگی مراقبین در مطالعه ما با این مطالعه مشابه می باشد، این تفاوت بارز در میانگین کیفیت زندگی مراقبین در این دو مطالعه می تواند به دلایل مختلفی مانند نوع بیماری و نوع مراقبت، جامعه نمونه و سطح بهداشتی و سواد بهداشتی متفاوت و در نهایت تفاوت در اقدامات حمایتی از سوی سیستم بهداشتی و درمانی در جوامع مختلف باشد. علاوه بر آن در پژوهش یاد شده فراوانی بیمارانی که نیاز نسبی و یا نیاز کامل به مراقبت کننده داشتند جمعاً به ۱۸/۵٪ می رسید در حالی که در مطالعه حاضر این میزان ۸۱/۱٪ بود که می تواند بر کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت موثر باشد. با توجه به اینکه در مطالعه Van Dam و همکاران سالمندان با وضعیت های مختلف بیماری حضور داشتند و با علم به اینکه سطوح مختلف بیماری در کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت موثر است (۲۸،۲۹) این تفاوت در سطوح کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت، توجیه می شود.

در مطالعه Van de Ree و همکاران میانگین نمره کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت ۸۳/۷ که نشان دهنده کیفیت زندگی بالا بود و بالاتر از میانگین کیفیت زندگی مطالعه حاضر می باشد. بنابراین این یافته می تواند تحت تاثیر عوامل متعددی قرار گیرد؛ سطح آموزش و حمایت های بهداشتی و مراقبتی در جوامع مختلف متفاوت می باشد علاوه نباید از این نکته غفلت نمود که این مطالعه بر روی کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت مراقبین غیر رسمی در سالمندان با شکستگی لگن "صرفاً" در طی شش ماه اول بعد از شکستگی انجام شده است (۱۷) این در حالیست که افزایش طول مدت مراقبت به خصوص بالاتر از یکسال به طور معنا داری کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت را کاهش می دهد. در مطالعه ما فقط ۱۲/۶٪ طول مدت مراقبتشان ۱ تا ۶ ماه بوده است و بقیه آنها بالاتر از ۶ ماه و یکسال از سالمندشان مراقبت می کردند. از مقایسه نتایج این پژوهش با مطالعه حاضر می توان نتیجه گرفت درمان و توانبخشی زودرس و به موقع در سالمندان تا چه اندازه در سطح کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت در مراقبین موثر است.

در جامعه نمونه، اختلاف در سطح آموزش های بهداشتی باشد. بعلاوه افزایش ناتوانی در افراد سالمند در طول زمان با کیفیت زندگی مرتبط با مراقب پایین مراقبین و مشکلات سلامت روانی و فیزیکی بیشتر و مشکلات در فعالیت های روزانه مراقبین مرتبط بود (۱۹). آموزش مولفه های کیفیت زندگی در مراقبین باعث افزایش سلامت عمومی و کیفیت زندگی (۲۳) مراقبین می گردد. Silver و همکاران معتقدند برای افزایش کارایی و کیفیت زندگی مراقبین باید اصول اسمیت که بر پایه فراهم نمودن روش ها و شرایط مناسب جسمی و روانی مراقبین استوار است را به کار بست که به افزایش سلامتی و کیفیت زندگی آنان منجر می شود (۲۴).

در مطالعه Van De Ree و همکاران (۲۰۱۸) مراقبین غیر رسمی زن به میزان قابل توجهی میزان سطح پایین کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت را اعلام کرده بودند. در مطالعه مسعودی و همکاران میانگین نمره کیفیت زندگی مراقبین بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس که همانند نمونه های این مطالعه از مشکلات حرکتی رنج می بردند ۴۵/۱۸ بود که کمی از میانگین نمره کل کیفیت زندگی پایین تر بود که نشان دهنده کیفیت زندگی پایین بود (۲۵). البته در این مطالعه از پرسشنامه ای تحت عنوان کیفیت زندگی مراقبین استفاده شده است که امتیاز بندی آن همانند مطالعه ما از صفر (کمترین امتیاز) تا ۱۰۰ (بیشترین امتیاز) بود. اما ذکر این نکته نیز خالی از لطف نیست که مراقبت از بیماران مولتیپل اسکلروزیس به علت وجود مشکلات متعدد در سیستم های مختلف بدن با مراقبت از سالمندان مبتلا به شکستگی لگن متفاوت است و این می تواند منجر به تفاوت در میانگین کیفیت زندگی مراقبین آنها گردد. بعلاوه در مطالعه رهنما و همکاران که میانگین کیفیت زندگی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در سطح متوسطی قرار داشت، مشخص شد که نوع و شدت بیماری فرد بر روی کیفیت زندگی افراد خانواده به ویژه مراقبین درجه ی اول تاثیر بسزایی داشته است (۲۶). در مطالعه Wolff و همکاران (۲۰۱۶)، مراقبینی که از سالمندان مبتلا به دمانس و ناتوانی های شدید مراقبت می کردند ۱/۸ برابر بیشتر از سایر مراقبین دچار مشکلات عاطفی می شدند (۲۷) که خود منجر به کاهش کیفیت زندگی می شود. با توجه به این یافته ها، بررسی های دوره ای و ارزیابی وضعیت و شدت بیماری و سطح سلامت در سالمندان مبتلا به شکستگی لگن و پیشگیری در هر سه سطح، برای

به نظر می‌رسد این مسئله نیاز به انجام پژوهش‌های بیشتر دارد. علاوه بر این، مشغله‌ها، اختلافات فرهنگی و حس کمک و نوع دوستی ممکن است در افراد و جوامع مختلف متفاوت باشد. با توجه به اینکه وضعیت سلامتی دریافت‌کنندگان مراقبت بر روی احساس شادی مراقبین تأثیر گذار است (۳۰، ۳۱). لازم است مطالعات بیشتری بر روی بیماران با وضعیت‌های مختلف بیماری انجام گردد تا تأثیرات آنها بر روی این‌گونه برای هر وضعیت بیماری به طور واضح مشخص و تفکیک شود.

علاوه بر آن فاکتورهای دیگری که در مطالعات به عنوان فاکتور موثر بر احساس شادی مراقبین ذکر شده است این است که مراقبینی که بهزیستی روانشناختی بیماران آنها با گذشت زمان رو به بهبودی بوده است کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت بالاتر و مشکلات روانی کمتری را تجربه کردند (۱۹). در طرف مقابل مراقبینی که وضعیت سلامتی بیمارانشان بدتر شده و یا دچار اختلالات رفتاری بودند احساس شادی کمتری داشتند (۲۸، ۲۹). بنابراین تلاش در جهت بهبودی جسمی و روانی بیماران نیز می‌تواند منجر به بالا بردن سطح کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت در مراقبین گردد که این امر نیازمند انجام مداخلات پیگیرانه (به طور مثال در دو الی سه مقطع زمانی) و مطالعات بیشتر دارد.

در زنانی که تحت پوشش بیمه امداد کمیته بودند به طور معنی‌داری کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت کمتر از سایر بیمه‌ها بود این مسئله ممکن است به دلیل این باشد که افراد تحت پوشش کمیته امداد به طور معمول از سطح درآمد پایین تری نسبت به مالکین سایر بیمه‌ها برخوردار هستند. علاوه بر سطح پوشش و حمایت مالی بیمه‌های مختلف از افراد تحت پوشش متفاوت می‌باشد که سطح این حمایت، تا حدودی تعیین‌کننده سطح دسترسی افراد به منابع بهداشتی و درمانی برای مراقبت و درمان می‌باشد. قاعدتا کاهش حمایت منجر به کاهش سطح دسترسی به منابع خواهد شد. علاوه بر این افراد تحت پوشش کمیته امداد از وضعیت اقتصادی ضعیف برخوردار بوده و از این نظر نیز کیفیت زندگی‌شان متأثر از این عوامل می‌گردد. برخی مطالعات به بررسی عوامل موثر در کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت پرداختند؛ در مطالعه Van Dam نتایج چنین بدست آمد که سطح کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت در مراقبت‌دهندگان به طور مشخصی به سلامت، شادی و بار

با توجه به جدول ۳ که در رابطه با احساس شادی به عنوان یکی دیگر از مولفه‌های کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت می‌باشد نتایج نشان دهنده آن بود که میانگین نمره شادی در بین زنان مراقبت‌کننده مورد پژوهش ۵/۷۷ با انحراف معیار ۲/۵۷ بدست آمد که نشان دهنده شادی پایین می‌باشد. در مطالعه Van Dam همانند مطالعه ما نمره شادی مراقبین ۵/۵ بود که نشان دهنده شادی پایین بود و در ادامه ذکر می‌کند که کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت در مراقبین قویا با سلامت جسمانی و احساس شادی آنها و بار کاری مراقبتی آنها در ارتباط است. در این مطالعه عنوان شده است که ۳۶٪ مراقبین دسترسی به جایگزین برای انجام وظایف مراقبتی را نداشتند و اگر مراقبین فرصتی برای ترک مراقبت و واگذاری آن به فرد دیگر را داشته باشند احساس شادی بیشتری خواهند کرد (۲۲). این در صورتی است که در مطالعه ما گویه "حمایت دیگران در هنگام نیاز مراقب" بیشترین میانگین را کسب کرده بود و اکثر افراد تا حدودی و یا زیاد به جایگزین برای مراقبت از بیمار دسترسی داشتند. اما احساس شادی آنها با این مطالعه تقریباً برابر بود. این تناقض نشان می‌دهد شاید احساس شادی تحت تأثیر چندین عامل بوده که مشخصاً مطالعات وسیع تری در این حوزه طلب می‌کند. در مقابل نتایج مطالعه Van de Ree و همکاران که بر روی کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت مراقبین غیر رسمی در سالمندان با شکستگی لگن در طی شش ماه اول بعد از شکستگی پژوهش کردند نشان داد که احساس شادی پایینی (۶/۸) داشتند و مراقبین زمانی احساس شادی بیشتری داشتند که از بیمارشان مراقبت می‌کردند و اگر به شخص دیگری واگذار می‌شد احساس شادی آنها پایین بود (۱۷) که البته باید به این نکته نیز توجه داشت که این مطالعه بر روی کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت و احساس شادی مراقبین صرفاً در شش ماه اول بعد از شکستگی تمرکز دارد. علاوه بر تفاوت آن با پژوهش حاضر در این بود که حدود "نیمی" از بیماران مورد مطالعه این پژوهش در مقاطع زمانی انجام پژوهش در بیمارستان بستری بوده و مرخص نشده بودند بنابراین مراقبت‌های درون بیمارستان و از طرف پرسنل بهداشت را نیز دریافت می‌کردند که به خودی خود برای مراقبین کمک و حمایت محسوب می‌شود. در حالی که مطالعه حاضر بر روی مراقبینی انجام گرفت که در خانه، از سالمندان شان مراقبت می‌کردند. در هر حال

بیش از یکسال منجر به کاهش کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت می شد. این مسئله لزوم توجه بیشتر نظام سلامت را برای پیشگیری از عوامل کم تحرکی (پوکی استخوان، آرتروز، مشکلات حرکتی، اختلالات روانی و افسردگی) و هم چنین درمان و توانبخشی به موقع در سالمندان را روشن می سازد که نیازمند انجام مداخلات و برنامه ریزی برای پیشگیری از شکستگی، کاهش طول مدت بیماری و توانبخشی سریعتر بیماران می باشد.

در مطالعه Van Dam و همکاران (۲۰۱۶) که به بررسی کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت در مراقبین غیر رسمی بعد از توانبخشی سالمندان پرداختند ۵۰/۴٪ از مراقبت کنندگان را همسر بیمار و ۳۹٪ را فرزند بیمار و ۱۰٪ را نیز سایرین تشکیل می دادند. متوسط سن دریافت کنندگان مراقبت ۷۸ سال و مشابه مطالعه حاضر بود. که ۲۲/۷٪ از آنها به دلیل تروما و آسیب تحت توانبخشی بودند و ۸۱/۵٪ از آنها در همه سطوح عملکرد مستقل داشتند. ۱۱/۸٪ وابسته به مراقبت کننده بودند و ۶/۷٪ عملکرد مستقلی نداشته و نیازمند حمایت های کامل از طرف مراقبت کننده بودند (۲۲). در مطالعه حاضر اکثر سالمندان یعنی ۶۹/۷٪ اعلام کرده بودند که قبل از شکستگی لگن تحرک آزاد بدون کمک داشتند و ۴۹/۱٪ بعد از شکستگی لگن تحرک با کمک و ۳۲٪ بدون تحرک عملکردی بودند. که نشان دهنده وضعیت نامطلوبتر در سالمندان مطالعه حاضر می باشد. این اختلاف علاوه بر تفاوت در جامعه و سطح آموزش بهداشت و خدمات بهداشتی درمانی می تواند قویا مرتبط با نوع بیماری نیز باشد زیرا شکستگی لگن یکی از عوامل مهم در کم تحرکی به حساب می آید که این مسئله ممکن است در بسیاری از وضعیت های پاتولوژیک دیگر تا این حد با اهمیت نباشد. در تایید این گفته Van de Ree و همکاران که بر روی کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت مراقبین غیر رسمی در سالمندان با شکستگی لگن در طی شش ماه اول بعد از شکستگی پژوهش کردند، نشان دادند که حدود نیمی از سالمندان (۵۴/۸٪) قبل از شکستگی لگن تحرک آزادانه و بدون کمک داشتند و بقیه با کمک تحرک داشته (۴۲/۳٪) و یا تحرکی نداشتند (۲/۹٪) این در حالی است که بعد از شکستگی فقط ۱۳/۸٪ بدون کمک، ۶۸/۳٪ با کمک و ۱۷/۹٪ هیچ تحرکی نداشتند (۱۷). که این فراوانی به مطالعه ما نزدیک تر می باشد.

مسئولیتی "خود فرد مراقبت کننده" و هم چنین به شدت اختلالات شناختی فرد بیمار که مراقبت را دریافت می کند مربوط می شود (۲۲).

در مطالعه Oldenkamp و همکاران با بررسی تاثیر ناتوانی سالمند بر روی کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت مراقبین آنها در دو دوره زمانی (زمان انجام پژوهش و ۱۲ ماه بعد) نشان داد که میانگین سنی دریافت کنندگان مراقبت ۷۹/۱ بوده است و میانگین سنی مراقبت دهندگان ۶۴/۶ بود. ۵۰٪ توسط همسر، ۴۰٪ توسط والدین و ۱۰٪ توسط افراد دیگر از بیمار مراقبت می کردند. ۵۵٪ مراقبت کنندگان خودشان نیز تا حدودی و یا زیاد مشکلات جسمی داشتند که این میزان در مطالعه ما تقریباً نزدیک به ۱۰۰٪ بود؛ با توجه به اینکه میانگین سنی مراقبت دهندگان در مطالعه ما نسبت به پژوهش Oldenkamp و همکاران پایین تر و در حد ۴۴ سال می باشد که به ترتیب فراوانی شامل فرزند (دختر)، عروس و همسر بیمار می باشد؛ وجود مشکلات جسمی بیشتر در مطالعه حاضر می تواند به دلیل تفاوت در سطح بهداشت و سلامت جامعه ای که پژوهش مذکور در آن انجام گرفته و پژوهش ما باشد که لزوم توجه به سلامت جسمی مراقبین و اجرای سیاست های پیشگیری و درمان صحیح در جامعه را روشن می سازد. بنابراین محافظت از کیفیت زندگی مراقبین و پیشگیری از بار مراقبتی، نه تنها برای خود مراقبین، بلکه برای اطمینان از عرضه مناسب مراقبت های غیر رسمی در سیستم مراقبت های بهداشتی - درمانی بسیار مهم است. فشار و بار بالا و کیفیت زندگی پایین مراقبین ممکن است منجر به مشکلات بهداشتی و در نهایت منجر به حذف تصادفی مراقبین شود. همچنین Oldenkamp و همکاران بیان می کردند که افزایش ناتوانی بیش از یک سال منجر به کاهش کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت و مشکلات روانی در مراقبین می شود. هم چنین مراقبین دچار مشکلاتی از قبیل اختلال در انجام وظایف دیگر خود و فعالیت های روزانه می شوند (۱۹). در مطالعه حاضر ۴۸/۶٪ از بیماران بیش از یکسال از زمان شکستگی لگن شان می گذشت علاوه بر آن ۳۰/۳٪ آنها از قبل از شکستگی لگن نیز تحرک با کمک و یا حتی تحرکی نداشتند که خود به طول دوره نیازمندی به مراقبت می افزایش دهد. هم چنین از نظر مدت زمان مراقبت توسط مراقبین، ۶۶/۸٪ مراقبین بیش از یکسال بود که از سالمندشان مراقبت می کردند و در مطالعه ما نیز همانند این مطالعه افزایش مدت مراقبت

نتیجه گیری

در این پژوهش کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت در زنان مراقبت کننده از سالمندان مبتلا به شکستگی لگن مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستان شفا یحیاییان در سال ۱۳۹۸ مورد بررسی قرار گرفت. از مهمترین نتایج حاصل از این پژوهش کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت در سطح پایین در زنان مراقب از سالمند بود. این یافته نشان دهنده آن است که سیستم بهداشت و درمان در کنار توجه به کیفیت زندگی سالمندان به کیفیت زندگی مراقبین که غالباً زنان هستند می بایست توجه نماید و آن را به عنوان یک دغدغه اصلی بهداشتی تلقی کنند که منجر به افت کیفیت در امر مراقبت از سالمند نشود. بنابراین ضروری است از مداخلات آموزشی و حمایتی بلند مدت در راستای ارتقاء کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت در این گروه از زنان بهره جست. با توجه به این که اکثر زنان مراقب نقش های متعدد خانوادگی، اقتصادی و اجتماعی داشته و با تشوهای بسیار در مراقبت از سالمند مبتلا به شکستگی لگن مواجه هستند، مستلزم توجه و رفاه بیشتر از سوی مسئولین و برنامه ریزان جامعه می باشند.

سپاسگزاری

پژوهشگران بر خود لازم می دانند از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده پرستاری و مامایی ایران و کلیه شرکت کنندگان به خاطر همکاری در این پژوهش تشکر و قدردانی کنند.

در مطالعه Warapornmongkholku و همکاران بیش از نیمی از نمونه ها که اغلب همسر یا پدر رو مادر بیمار بودند دارای نمره کیفیت زندگی ۵۲/۸٪ بودند (۳۲) که تقریباً همانند مطالعه ما می باشد. اما بر خلاف مطالعه ما در این مطالعه اکثر مراقبین هیچ گونه بیماری ذکر نکردند. مطالعه Van de Ree و همکاران نیز نشان دهنده آن بود که ۲۶٪ مراقبین مشکلات ارتباطی و ۳۴/۱٪ مشکلات روانی و ۴۷/۵٪ مشکلات جسمی را ذکر کردند (۱۷). که در مطالعه ما ۶۰/۶٪ مراقبین مشکلات ارتباطی و ۶۲/۹٪ مشکلات روانی و ۸۶/۸٪ مشکلات جسمی را ذکر کرده بودند که نشان دهنده سطح پایین تر سلامت روانی، جسمانی و ارتباطی در بین مراقبت کنندگان غیر رسمی در نمونه های مطالعه ما می باشد. این اختلاف می تواند به علت تفاوت در سطح آموزش بهداشت در کشورهای پیشرفته و کشور ما باشد. این مسئله اهمیت آموزش در همه ی جنبه های جسمی، روانی و ارتباطات اجتماعی به مراقبین غیر رسمی و حمایت از آنان را از سوی سیستم بهداشت و درمان آشکار می سازد. Schulz بیان می کند که مشاوره، تکنیک های آرام سازی و برنامه های آرامش بخش می توانند کیفیت زندگی مراقبین را به وسیله افزایش توانایی و اعتماد به نفس شان برای مدیریت چالش های مراقبت روزانه، بهبود می بخشند (۳۳). توصیه می شود در مورد وظایف مراقبین غیر رسمی در مراحل اولیه و در بیمارستان آموزش داده شود و در مورد دوره ی بهبودی مورد انتظار در بیمار مبتلا به شکستگی لگن به درستی آموزش ببینند (۱۸).

References

1. WHO (2018) Ageing and health, Available: <https://www.who.int/news-room/fact-heets/detail/ageing-and-health> [Accessed 2018/1/1 2019].
2. Statistical Center of Iran (2016) Census results of population and housing, Available: www.amar.org.ir [Accessed 2018/01/01 2018].
3. Cummings S, Melton J. Epidemiology and outcomes of osteoporotic fractures. *Lancet*. 2002; 359:1761-1767. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08657-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08657-9)
4. Yeganeh A, Khatami F, Abolghasemian M. Mortality rate in the first year after hip fracture in 65 year old or older patients in Rasool Akram Hospital (Tehran). *Journal of Babol University Medical Science* 2014; 16(1):112-116.
5. Peeters, C. M., Visser, E., de Ree, V., Cornelis, L. P., Gossens, T., Den Ouden, B. L., & De Vries, J. (2016). Quality of life after hip fracture in the elderly: A systematic literature review. *Injury*, 47, 1369-1382. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2016.04.018> PMID:27178770
6. British Orthopaedic Association. The care of patients with fragility fracture. London: British Orthopaedic Association; 2007.
7. Hopkins RB, Tarride JL, Leslie WD, et al. Estimating the excess costs for patients with incident fractures, prevalent fractures, and nonfracture osteoporosis. *Osteoporos Int*. 2013; 24: 581-593. <https://doi.org/10.1007/s00198-012-1997-7>

- PMid:22572964 PMCID:PMC5110319
8. Erlingsson CL, Magnusson L, Hanson E. Family caregivers' health in connection with providing care. *Qual Health Res.* 2012; 22: 640-655. <https://doi.org/10.1177/1049732311431247> PMid:22203389
 9. Carretero S, Garces J, Rodenas F, et al. The informal caregiver's burden of dependent people: theory and empirical review. *Arch Gerontol Geriatr.* 2009; 49: 74-79. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2008.05.004> PMid:18597866
 10. Avila MAG, Pereira GJC, Bocchi SCM. Informal caregivers of older people recovering from surgery for hip fractures caused by a fall: fall prevention. *Ci^enc Saude Coletiva.* 2015; 20: 1901-1907. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.17202014> PMid:26060968
 11. Ariza-Vega P, Ortiz-Pina M, Tange Kristensen M, Castellote-Caballero Y and Jimenez-Moleonc J.J. (2017): High perceived caregiver burden for relatives of patients following hip fracture surgery, *Disability and Rehabilitation*, <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1390612> PMid:29037072
 12. Siddiqui MQ, Sim L, Koh J, et al. Stress levels amongst caregivers of patients with osteoporotic hip fractures - a prospective cohort study. *Ann Acad Med Singap.* 2010; 39: 38-42.
 13. Northouse LL, Katapodi MC, Song L, Zhang L, Mood DW. Interventions with family caregivers of cancer patients: meta-analysis of randomized trials. *CA Cancer J Clin.* 2010 Sep-Oct; 60(5): 317-39. <https://doi.org/10.3322/caac.20081> PMid:20709946 PMCID:PMC2946584
 14. Yabroff KR, Lund J, Kepka D, Mariotto A. Economic burden of cancer in the United States: estimates, projections, and future research. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2011 Oct; 20(10): 2006-2014. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-11-0650> PMid:21980008 PMCID:PMC3191884
 15. Reinhard SC, Given B, Petlick NH, Bemis A. Supporting family caregivers in providing care. In: HughesRG. (Ed.), *Patientsafetyandquality:an evidence-based handbook for nurses.* Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008. 341-404.
 16. Braun M, Mikulincer M, Rydall A, Walsh A, Rodin G. Hidden morbidity in cancer: spouse caregivers. *J Clin Oncol.* 2007 Oct; 25(30): 4829-34. <https://doi.org/10.1200/JCO.2006.10.0909> PMid:17947732
 17. Van de Ree C.L. P., Ploegsma K, Kanters T. A., Roukema J.A., De Jongh M. A. C. and Gosens T. Care-related Quality of Life of informal caregivers of the elderly after a hip fracture. *Journal of Patient Reported Outcomes* (2018) 2:23. <https://doi.org/10.1186/s41687-018-0048-3> PMid:29757312 PMCID:PMC5934924
 18. Nahm, E., Resnick, B., Orwig, D., Magaziner, J., & DeGrazia, M. (2010). Exploration of informal caregiving following hip fracture. *Geriatric Nursing*, 31, 254-262. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2010.01.003> PMid:20682403 PMCID:PMC3817015
 19. Oldenkamp M. Hagedoorn M. Wittek R. Stolk R. Smidt N. The impact of older person's frailty on the care-related quality of life of their informal caregiver over time: results from the TOPICS-MDS project. The Author(s) 2017. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1606-5> PMid:28567602 PMCID:PMC5597689
 20. Loo D.W.Y, Jiang Y, Koh K.W. L, Lim F.P, Wang W. Self-efficacy and depression predicting the health-related quality of life of outpatients with chronic heart failure in Singapore, 2016. *Applied Nursing Research*, Pages 148-155. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.07.007> PMid:27969020
 21. Brouwer, W., Van Exel, N., Van Gorp, B., & Redekop, W. (2006). The CarerQol instrument: A new instrument to measure care-related quality of life of informal caregivers for use in economic evaluations. *Quality of Life Research*, 15, 1005-1021. <https://doi.org/10.1007/s11136-005-5994-6> PMid:16900281
 22. Van Dam P. H., Achterberg W. P., Caljouw M. A.A. Care-Related Quality of Life of Informal Caregivers After Geriatric Rehabilitation. *JAMDA xxx* (2016) 1-6.
 23. Dehghanpoor, H. (2015) The effectiveness of life skills training on happiness and hope among boys students at the nine grade. Unpublished Master, Quchan.
 24. Silver, H. J. and Wellman, N. S. (2002) Family caregiver training is needed to improve outcomes for older adults using home

- care technologies. Journal of the American Dietetic Association, 102(6), pp. 831-836. [https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(02\)90185-9](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(02)90185-9)
25. Masoudi R, Soleimany M, AMoghadasi J, Qorbani M, Mehralian H, Bahrami N. Effect of progressive muscle relaxation program on self-efficacy and quality of life in caregivers of patients with multiple sclerosis. JQUMS, Vol.15, No.2, Summer 2011, pp. 41-47.
 26. Rahnema, S., Baghersad, Z., Shirazi, M., Chitsaz, A. and Etemedifar, M. (2016) Association between Family caregivers' quality of life and capital of the patients with Multiple Sclerosis. Journal of Isfahan Medical School, 34(377), pp. 335-340.
 27. Wolff, J. L., Spillman, B. C., Freedman, V. A. and Kasper, J. D. (2016) A national profile of family and unpaid caregivers who assist older adults with health care activities. JAMA internal medicine, 176(3), pp. 372-379. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.7664> PMID:26882031 PMCID:PMC4802361
 28. Kim, Y. and Given, B. A. (2008) Quality of life of family caregivers of cancer survivors: across the trajectory of the illness. Cancer, 112(S11), pp. 2556-2568. <https://doi.org/10.1002/cncr.23449> PMID:18428199
 29. Bookwala, J. (2009) The impact of parent care on marital quality and well-being in adult daughters and sons. Journals of Gerontology: Series B, 64(3), pp. 339-347. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbp018> PMID:19359594 PMCID:PMC2670255
 30. Pinquart, M. and Sörensen, S. (2003) Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: a meta-analysis. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 58(2), pp. P112-P128. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.2.P112> PMID:12646594
 31. Pinquart, M. and Sörensen, S. (2004) Associations of caregiver stressors and uplifts with subjective well-being and depressive mood: a meta-analytic comparison. Aging & mental health, 8(5), pp. 438-449. <https://doi.org/10.1080/13607860410001725036> PMID:15511742
 32. Warapornmongkholkul A, Howteerakul N, Suwannapong N, SoparattanapaisarnN. (2018) "Self-efficacy, social support, and quality of life among primary family member caregivers of patients with cancer in Thailand", Journal of Health Research, <https://doi.org/10.1108/JHR-01-2018-012>
 33. Schulz, R., Eden, J., National Academies of Sciences, E. and Medicine (2016) Older adults who need caregiving and the family caregivers who help them. in Families Caring for an Aging America: National Academies Press (US). <https://doi.org/10.17226/23606>