

تأثیر برنامه آموزشی حمایتی بر فشار مراقبتی مراقبین خانوادگی بیماران تحت همودیالیز

گلنار قانع^۱، منصوره اشقلی فراهانی*^۲، نعیمه سیدفاطمی^۳، حمید حقانی^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۰۶/۳۰ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۰۸/۲۸

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: نتایج مطالعات نشان داده‌اند که مراقبین خانوادگی بیماران تحت همودیالیز با مشکلات متعددی در زمینه سازگاری با مسؤولیت‌ها و مسائل ناشی از مراقبت و درمان بیمار روبرو هستند که منجر به فشار مراقبتی می‌شود، باین‌وجود، این مراقبین کم‌تر مورد توجه قرار گرفته‌اند. لذا این پژوهش باهدف تعیین تأثیر برنامه آموزشی-حمایتی بر فشار مراقبتی مراقبین خانوادگی بیماران تحت همودیالیز انجام گردیده است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی با گروه کنترل است که بر روی ۷۶ مراقب بیمار تحت همودیالیز در مرکز آموزشی درمانی شهید هاشمی نژاد شهر تهران در سال ۱۳۹۴-۱۳۹۳ انجام گردیده است. مراقبین به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند و گروه آزمون برنامه آموزشی حمایتی را در طول دو هفته در طی ۶ جلسه دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه فشار مراقبتی (CBI) قبل و ۶ هفته بعد از مداخله جمع‌آوری شد. سپس با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ و با به‌کارگیری روش‌های آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج مطالعه نشان داد هر دو گروه آزمون و کنترل از نظر اطلاعات دموگرافیک همگن بودند و اختلاف معنی‌داری وجود نداشت. همچنین فشار مراقبتی مراقبین قبل از مداخله در گروه آزمون $88/56 \pm 11/74$ و در گروه کنترل $84/97 \pm 15/13$ و ۶ هفته بعد از مداخله در گروه آزمون $58/77 \pm 6/64$ و در گروه کنترل $87/84 \pm 11/74$ بود. بدین‌وسیله می‌توان نتیجه گرفت که فشار مراقبتی در گروه آزمون بعد از مداخله کاهش یافته است ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: به‌کارگیری برنامه آموزشی-حمایتی می‌تواند در کاهش فشار مراقبتی مراقبین خانوادگی تأثیرگذار باشد. لذا پیشنهاد می‌شود مدیران نظام سلامت، کارکنان خود را برای ارائه برنامه آموزشی حمایتی به‌ویژه در بخش‌های ویژه تشویق نمایند.

کلیدواژه‌ها: برنامه آموزشی، حمایت، فشار مراقبتی، مراقبین خانوادگی، بیماران تحت همودیالیز

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره چهاردهم، شماره دهم، پی‌در پی ۸۷، دی ۱۳۹۵، ص ۸۸۵-۸۹۵

آدرس مکاتبه: تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده پرستاری مامایی ایران، تلفن: ۰۵۸-۳۲۲۹۷۰۱۰

Email: m_negar110@yahoo.com

مقدمه

سطح انرژی، نیاز مکرر به دیالیز و مشکلات سلامتی همراه با آن، توانایی انجام کار و فعالیت‌های عادی روزمره بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۴، ۳).

نارسایی مزمن کلیه؛ کاهش غیرقابل‌برگشت در عملکرد کلیه‌ها، یکی از بیماری‌های رایج است که امروزه ۲ تا ۳ درصد مردم جهان مبتلا به این بیماری می‌باشند بیش از ۱۰ درصد از مردم آمریکا مبتلا به نارسایی مزمن کلیه هستند به‌گونه‌ای که بروز نارسایی مزمن کلیه در آمریکا ۳۳۶/۲۰ نفر در هر یک‌میلیون نفر جمعیت در سال است (۵). این بیماری در کشورهای درحال توسعه روبه

بیماری مزمن عضوی از خانواده، کل خانواده را درگیر و مشکلات اقتصادی، روانی و اجتماعی ناشی از آن، سبک زندگی آن‌ها را تغییر می‌دهد و چالش‌های دلهره‌آوری در مراقبین خانوادگی ایجاد می‌کند به‌گونه‌ای که مراقبین علاوه بر تنش‌های فیزیکی، تنش‌های عاطفی مختلفی چون افسردگی، اضطراب، خشم و عصبانیت، یاس و ناامیدی و احساس شرمساری و گناه را تجربه می‌کنند (۲، ۱). یکی از این بیماری‌ها، نارسایی مزمن کلیوی است که تغییرات مهمی در روند زندگی فرد و خانواده وی ایجاد می‌کند به‌گونه‌ای که با کاهش

^۱ کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده پرستاری مامایی ایران، تهران، ایران

^۲ دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده پرستاری مامایی ایران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده پرستاری مامایی ایران، تهران، ایران

^۴ کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده پرستاری مامایی ایران، تهران، ایران

افزایش است و شیوع نارسایی مزمن کلیه در ایران، از ۲۳۸ نفر در یک میلیون نفر در سال ۲۰۰۰ به ۳۵۴ نفر در یک میلیون نفر در سال ۲۰۰۶ افزایش یافته است (۷، ۶).

روش‌های درمانی موجود برای بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه شامل همودیالیز، دیالیز صفاقی و پیوند کلیه می‌باشد. در ایران همودیالیز ۴۷/۷ درصد از درمان جایگزینی کلیه را شامل می‌شود و بر اساس آمار ۲۰۱۳، ۲۵۹۳۴ بیمار در کشور تحت همودیالیز قرار دارند (۵، ۶). علی‌رغم اینکه دسترسی گسترده به همودیالیز باعث شده که زندگی صدها نفر از هزاران بیمار مبتلا به مرحله نهایی نارسایی کلیوی طولانی گردد اما بیماران در معرض مشکلات و عوارض زیادی قرار دارند (۸). بیماران دیالیزی از درجه بالای ناتوانی، از دست دادن عملکرد و وابستگی خانوادگی رنج می‌برند و مراقبین خانوادگی بیشترین سهم را در مراقبت از بیمار دارا هستند (۹، ۱۰). مراقبت دهنده اصلی بیمار کسی است که در طی دوره بیماری و درمان آن، بیشترین درگیری را در مراقبت از بیمار و کمک به او به‌منظور سازگاری و اداره بیماری مزمن دارد (۱).

اگرچه نقش مراقبتی مراقبین، می‌تواند حس محبت و دوست داشتن را در این افراد افزایش دهد و برای آن‌ها فوایدی چون یافتن معنا در زندگی، صمیمیت بیشتر در روابط خانوادگی، احترام به خود و دیگران و رضایت از خود را داشته باشد؛ اما نتایج مطالعات نشان داده‌اند که مسئولیت مراقبت از بیمار تحت همودیالیز موجب فشار زیاد بر روی سلامت جسمی و روحی مراقبین می‌شود (۴، ۱۱، ۱۲). در این راستا عباسی و همکاران (۲۰۱۱)، در ۷۴/۲ درصد مراقبین بیماران تحت همودیالیز، فشار مراقبتی شدید گزارش کرده‌اند (۱۳). میزان این فشار به عواملی چون سن و جنس مراقبین، کیفیت ارتباط قبلی آنان با مددجو، ارزیابی مراقبین از موقعیت، نحوه ادراک آنان از بیماری و راهبردهای مقابله‌ای مورداستفاده مراقبین بستگی دارد. همچنین مواردی چون ماهیت مشکلات بیمار، حمایت هیجانی، عاطفی و عملی در دسترس خانواده و آگاهی آنان در زمینه مراقبت از بیمارشان نیز در میزان فشار مراقبتی تجربه‌شده مراقبین تأثیرگذار می‌باشد (۴، ۱۲، ۱۳). به‌مرورزمان، با وخیم‌تر شدن وضعیت بیمار فشار مراقبتی نیز افزایش می‌یابد که علاوه بر مشکلات جسمی و روانی مراقبین عواقبی ازجمله انزوای خانواده، اختلال در روابط خانوادگی، مراقبت ناکافی از بیمار و درنهایت رها کردن بیمار را در پی خواهد داشت (۱، ۱۴). لذا از این مراقبین به‌عنوان افراد در معرض خطر بیماری یا بیماران پنهان^۱ یاد می‌شود (۱، ۱۰).

در مراکز دیالیز، متخصصان و گروه‌های درمانی مسئولیت مراقبت از بیمار را بر عهده دارند اما با توجه به اینکه در منزل مراقبین

این نقش را بر عهده می‌گیرند ضروری است که آن‌ها درک کاملی از عملکرد بیمار داشته و درباره پیشگیری از عوارض بیماری و مراقبت از وی اطلاعات کافی داشته باشند (۱۵). اما این مراقبین اغلب با نقص در آگاهی و مهارت‌های مرتبط با مراقبت از بیمار، فقدان کمک از مراقبین بهداشتی، فقدان حمایت‌های اجتماعی، تنش مضاعف مرتبط با پیشرفت بیماری، ناتوانی متعاقب بیماری و نیازهای مراقبتی پیچیده رو به افزایش روبرو هستند (۱۷، ۱۶) و باوجوداینکه افزایش نیازهای مراقبتی مراقبین و کمبود آگاهی آنان در زمینه مراقبت از بیمارشان منجر به خشم و اضطراب، ناتوانی در سازگاری با نقش مراقبتی و برقراری ارتباط صحیح با بیمار و افزایش فشار مراقبتی در آن‌ها می‌شود (۱۸، ۱۹). تاکنون مداخلات محدودی جهت کاهش مشکلات و فشار مراقبتی این مراقبین صورت گرفته است و تنها مطالعه‌ای تک گروهی در ترکیه تأثیر آموزش چگونگی مراقبت در منزل را بر کاهش فشار مراقبتی این مراقبین نشان داده است (۱۶). در این خصوص خرمی و همکاران (۲۰۱۵) نیز نشان دادند که آموزش مراقبت خانواده محور در ارتقاء دانش مراقبین بیماران همودیالیزی مؤثر واقع می‌گردد (۲۰).

نتایج پژوهش بلاسکو^۲ و همکاران در سال ۲۰۰۶ نشان می‌دهد که ۷۰ درصد مراقبین با دو مشکل بزرگ یعنی مشکلات مرتبط با مراقبت و درمان بیمار و مشکلات مربوط به تطابق با مسؤولیت‌های مراقبتی خود روبرو هستند. بنابراین مراقبین علاوه بر مهارت‌های مراقبتی، برای مقابله با شرایط و موقعیت‌های استرس‌زا نیاز به به‌کارگیری مهارت‌هایی دارند که آن‌ها را در مراقبت از بیمار، ارتباط صحیح با بیمار، کاهش تنش‌ها و فشار مراقبتی و سازگاری با نقش مراقبتی یاری کند (۱۰). در این راستا مطالعاتی بیانگر آنند که در هر زمانی که انسان تحت تأثیر شرایط استرس‌زا قرار بگیرد، سازگاری مؤثر می‌تواند افراد را از آسیب‌ها و مشکلات جسمی و روانی حفظ کند و مهارت‌های مقابله‌ای مراقبین در چگونگی رفع تنش‌ها و ارتقای سلامت روانی آن‌ها نقش تعیین‌کننده‌ای دارند (۹، ۱۱، ۱۷، ۲۱).

مهارت‌های مقابله‌ای، فرایندی است که از طریق آن اشخاص نیازهایی را که در ارتباط با تعامل خود با محیط دارند، مدیریت می‌کنند که به دو قسمت مقابله‌ای مساله‌محور و مقابله‌ای هیجان-محور تقسیم می‌شوند. مقابله‌ای مسئله محور عبارت است از عملکردهای مستقیم فکری و رفتاری که فرد به‌منظور تغییر و اصلاح شرایط تهدیدکننده محیطی انجام می‌دهد و مقابله رویارویانه، کنترل خشم و مهارت‌های ارتباطی نیز بخشی از مهارت‌های مقابله‌ای

¹ hidden patient

² Belasco

مسئله محور می‌باشند که می‌توانند در سازگاری با تنش کمک‌کننده باشند (۲۴-۲۲).

مداخلات آموزشی-حمایتی مجموعه‌ای از مداخلات نظام‌مند بر اساس آموزش و حمایت و رویکردهای درمانی شناختی رفتاری با تأکید بر نیاز بیمار و خانواده می‌باشد که بر افزایش دانش بیمار و خانواده درباره بیماری و سازگاری آن‌ها با بیماری و به‌کارگیری مهارت‌های ارتباطی و مقابله‌ای و حل مسئله تمرکز می‌کند (۲۵). از آنجایی که پرستاران در وضعیت منحصربه‌فردی جهت تعامل با افراد و اعضای خانواده قرار دارند، در برنامه‌ریزی‌های پرستاری توجه به مشکلات مراقبین در کنار بیماران همودیالیزی و تهیه برنامه‌های آموزشی-حمایتی برای کاهش فشار مراقبتی مراقبین لازم است (۲۶، ۲۷).

مطالعاتی نیز تأثیر برنامه‌های آموزشی-حمایتی را بر کاهش فشار مراقبتی مراقبین بیماران مزمن دیگر چون سرطان، نارسایی قلبی، زوال عقل و بیماران ذهنی نشان داده‌اند (۱۹، ۲۲، ۲۴، ۲۸) و با وجود اینکه نتایج مطالعات مروری نظام‌مند و توصیفی نمایانگر لزوم اجرای مداخلات آموزشی حمایتی برای سازگاری مراقبین بیماران تحت همودیالیز می‌باشد (۱۲، ۱۳، ۱۸، ۲۶، ۲۷)، اغلب مطالعات مربوط به سازگاری بر روی خود بیمار تحت همودیالیز متمرکز شده و مراقبین که فقدان‌ها و تغییرات بالقوه‌ای را تجربه می‌نمایند، کم‌تر مورد توجه قرار گرفته‌اند (۱۸) و محققین مطالعه حاضر، مداخلات حمایتی برای سازگاری مراقبین بیماران همودیالیز پیدا نکردند. بر این اساس محققین پژوهش حاضر بر آن شدند که برنامه آموزشی-حمایتی شامل دو بخش آموزش چگونگی مراقبت از بیمار در منزل و مهارت‌های مقابله‌ای مسئله محور باهدف کاهش فشار مراقبتی مراقبین خانوادگی بیماران تحت همودیالیز اجرا کنند.

مواد و روش کار

این پژوهش یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده با گروه کنترل (با کد IRCT N1 ۳۲۷۶۹-۰۹۰۳۸۸۰۱) می‌باشد که در آن تأثیر برنامه آموزشی-حمایتی بر فشار مراقبتی مراقبین بیماران تحت همودیالیز، در بخش همودیالیز مراکز آموزشی درمانی شهید هاشمی نژاد شهر تهران در سال ۱۳۹۴ بررسی شد. جامعه مورد نظر ۷۶ نفر از افراد بالای ۱۸ سال بود که عضوی از اعضای خانواده بیمار بوده و مسئولیت اصلی مراقبت از بیمار همودیالیزی را در منزل به عهده داشته‌اند، توانایی صحبت کردن، خواندن و نوشتن به زبان فارسی، نداشتن اختلال عصبی و روانی و نبودن عضوی از اعضای کادر بهداشتی و درمانی از معیارهای ورود مراقبین بود. معیارهای ورود

برای بیماران شامل؛ داشتن برنامه همودیالیز در هر هفته (سه بار در هفته و هر بار ۳-۴ ساعت) بدون سابقه قبلی پیوند کلیه و داشتن یک مراقبت دهنده اصلی در منزل بود. همچنین عدم همکاری مراقبین تا پایان مداخله، قرار گرفتن بیمار در لیست پیوند کلیه در طی مداخله، وقوع هرگونه پیشامد استرس‌زا در خانواده (طلاق، بحران مالی، مرگ اعضای درجه یک خانواده و...)، شرکت در دوره‌های آموزشی مشابه و عدم شرکت حتی در یک جلسه آموزشی از معیارهای خروج این پژوهش بود.

برای تعیین حجم نمونه لازم در سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و با فرض اینکه اندازه اثر برنامه آموزشی حمایتی بر فشار مراقبتی مراقبین بیماران تحت همودیالیز حداقل $d=5$ نمره باشد تا اثر این برنامه بر فشار مراقبتی از نظر آماری معنی‌دار تلقی گردد، پس از مقدار گذاری در فرمول زیر:

$$n = \frac{2(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2 s^2}{d^2}$$

حجم نمونه لازم در هر گروه ۳۲ نفر برآورد گردید. لازم به ذکر است که بر اساس مطالعات مشابه (۲۴، ۱۳) $S=7$ برآورد گردید و با توجه به احتمال افت نمونه ۲۰ درصد به حجم نمونه فوق اضافه شد. در نهایت حجم نمونه در هر گروه $N=38$ نفر تعیین گردید. داده‌ها در این پژوهش با استفاده از دو پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه فشار مراقبتی مراقبین^۱ جمع‌آوری گردید. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل: اطلاعاتی چون سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شغل، نسبت با بیمار، وضعیت درآمد، داشتن بیماری جسمی و تعداد افراد خانواده برای مراقبین و اطلاعاتی از قبیل طول مدت ابتلا به بیماری و مدت شروع همودیالیز، سابقه پیوند کلیه، عضویت در انجمن دیالیز و تحت پوشش بیمه بودن و نوع بیمه برای بیماران بود.

پرسشنامه فشار مراقبتی مراقبین (CBI) دارای ۲۴ عبارت می‌باشد که در سال ۱۹۸۹ توسط نوواک و گست^۲ برای اندازه‌گیری فشار مراقبتی عینی و ذهنی ساخته شده و فشار مراقبتی ذهنی را با تأکید بیشتری می‌سنجد. این پرسشنامه شامل پنج خرده مقیاس است که عبارت‌اند از: فشار مراقبتی وابسته به زمان (سؤالات ۱ تا ۵)، فشار مراقبتی تکاملی (سؤالات ۶ تا ۱۰)، فشار مراقبتی جسمی (سؤالات ۱۱ تا ۱۴)، فشار مراقبتی اجتماعی (سؤالات ۱۵ تا ۱۹) و فشار مراقبتی عاطفی (سؤالات ۲۰ تا ۲۴)؛ که پاسخ مراقبین را در یک مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای کاملاً نادرست (امتیاز ۱)، نادرست (امتیاز ۲) تا حدی درست (امتیاز ۳)، درست (امتیاز ۴) و کاملاً

² Novak & Guest

¹ Caregiver burden inventory (CBI)

همچنين توضيحاتى در مورد بيمارى نارسايى كلييه، علائم و نشانه-هاى بيمارى، اتيوولوژى، انواع درمان، اهميت همودياليز برائى بيماران داده شد. در جلسه دوم، آموزش مراقبت در منزل در خصوص نحوه انجام و كنترل فعاليتهاى خاص مانند انتقال بيمار، تدارك مراقبت شخصى برائى بيمار (استحمام، رعايت بهداشت، لباس پوشيدن، فعاليتهاى فيزيكى، رژيم غذايى و دارويى، كنترل وزن و فشارخون، مراقبت از فيستول) و تنظيم جلسات همودياليز و نظارت بر وضعيت، شرايط و علائم بيمار قبل و بعد جلسات همودياليز توضيح داده شد، همچنين مشكلات و تجربيات مراقبين حين مراقبت از بيماران نشان در منزل با بحث گروهى موردبررسى قرار گرفت. در جلسه سوم، اهميت نقش مراقبتي مراقبين و تطبيق خود با اين نقش بيان شد و در مورد مشكلات سازگارى ايجادشده برائى مراقبين به صورت گروهى بحث شد و در جلسه چهارم موضوعاتى پيرامون مهارتهاى مقابله‌اى مسئله محور جهت برقرارى ارتباط صحيح، شناسايى موانع برقرارى ارتباط بحث شد و در مورد مهارتهاى ارتباطى نيز آموزش داده شد و در جلسه پنجم و ششم در مورد علائم هشداردهنده خشم، موقعيت ايجاد و تشديدكننده، چگونگى كنترل خشم و عصبانيت بحث شد و سپس چگونگى كنترل خشم و تمرينات تنفس عميق به شكل ايفاي نقش و تمرين عملى اجرا شد.

در طول جلسات پژوهشگر مراقبين را به پرسش و پاسخ و بحث گروهى در رابطه با سؤالات و ابهامات تشويق کرده و در پايان هر جلسه جمع‌بندى توسط پژوهشگر و روان پرستار صورت مى‌گرفت. همچنين از مراقبين خواسته شد كه به تمرين و تكرار اين مهارتها در منزل حين مراقبت از بيمار بپردازند و شماره تلفن محقق نيز برائى مشاوره جهت حل مشكلات و پاسخگويى سؤالات به مراقبين داده شد. كلييه جلسات با حضور پژوهشگران و مراقبين در اتاق آموزش در بخش همودياليز مركز آموزشى درمانى شهيد هاشمى نژاد برائى گروه‌هاى كوچك، گروه آزمون در روزهاى مجزا به مدت يك ساعت برگزار شد. جلسات مربوط به بخش آموزش مهارتهاى مقابله‌اى مسئله محور در هر گروه مجزا، توسط استاد مشاور پايان‌نامه و نويسنده سوم (N.S) كه مدرس، خبره و متخصص در امر روان پرستارى بودند، نظارت و اداره شد.

در اين پژوهش هيچ‌گونه مداخله‌اى برائى گروه كنترل صورت نگرفت و فقط اين افراد آموزش‌هاى روتين بخش شامل پمفلت آموزشى را دريافت کرده‌اند و با توجه اينكه گروه آزمون در روزهاى زوج و گروه كنترل در روزهاى فرد مراجعه مى‌کردند امكان تبادل اطلاعات بين دو گروه وجود نداشت. ۶ هفته بعد از مداخله واحدهاى موردپژوهش پرسشنامه‌ها در اتاق آموزش بخش كه داراى شرايط

درست (امتياز ۵) اندازه‌گيرى مى‌كند، بر اين اساس نمرات حاصل از اين پرسشنامه از ۲۴ تا ۱۲۰ مى‌باشد كه با توجه به ميانگين و انحراف معيار نمرات فشار مراقبتي كل، نمرات ۲۴ تا ۳۹ فشار مراقبتي خفيف، ۴۰ تا ۷۱ فشار مراقبتي متوسط و ۷۲ تا ۱۲۰ فشار مراقبتي شديد در نظر گرفته مى‌شود (۲۹).

در مطالعه ولر^۱ و همكاران (۲۰۱۵) آلفاى كرونباخ پرسشنامه (CBI) ۰/۹۳ محاسبه شده است (۳۰). اين پرسشنامه در مطالعه عباسى و همكاران (۲۰۱۱) به فارسى ترجمه شده و روايى پرسشنامه نيز با استفاده از روايى محتوا تأييد شده است و در يك مطالعه مقدماتى با تعداد نمونه ۴۰ نفر از مراقبين بيماران همودياليزى، ضريب آلفاى مقياس ۰/۹۰ محاسبه شده است (۱۳). در پژوهش حاضر نيز قبل از شروع مطالعه در يك مطالعه مقدماتى بر روى تعداد ۳۰ نفر از مراقبين بيماران همودياليزى، ضريب آلفاى كرونباخ پرسشنامه ۰/۹۷ محاسبه شد، لازم به ذكر است كه داده‌هاى مطالعه مقدماتى در تحليل نهايى مورد استفاده قرار نگرفته است. روايى كتابچه آموزشى و پرسشنامه دموگرافيك نيز با استفاده از نظرات ۱۰ تن از اساتيد دانشكده پرستارى و مامايى دانشگاه‌هاى تهران، ايران و شهيد بهشتى مورد تأييد قرار گرفت.

جهت انجام اين پژوهش، پژوهشگر با كسب نامه اخلاق از كميته اخلاق دانشگاه علوم پزشكى ايران به مركز آموزشى درمانى شهيد هاشمى نژاد مراجعه کرده و پس از كسب اجازه از مدير اين مركز و مسئول بخش همودياليز و معرفى خود و بيان اهداف و نحوه انجام پژوهش از واحدهاى پژوهشى كه معيارهاى ورود به مطالعه را داشته باشند، دعوت به همكارى نموده و بعد از اخذ رضايتمانه كتبي افراد وارد مطالعه شدند. به صورت تصادفى ساده با انداختن سكه، مراقبين بيماران تحت همودياليز مراجعه‌كننده در روزهاى زوج در گروه آزمون و افراد مراجعه‌كننده در روزهاى فرد در گروه كنترل قرار گرفتند، سپس هر دو گروه پرسشنامه اطلاعات دموگرافيك و فشار مراقبتي را قبل مداخله تكميل كردند. برنامه آموزشى حمايتى در اين مطالعه شامل ۲ جلسه آموزش چگونگى مراقبت در منزل از بيمار تحت همودياليز و ۴ جلسه مهارتهاى مقابله‌اى مسئله محور بود كه هر جلسه به مدت يك ساعت در طول دو هفته (سه جلسه در روزهاى زوج هفته) به شيوه سخنرانى، بحث گروهى، ايفاي نقش، تمرين عملى و پرسش و پاسخ با استفاده از اسلايد و كتابچه آموزشى، برگزار شد.

در جلسه اول، پژوهشگر پس از معرفى خود، مراقبين در گروه آزمون را به گروه‌هاى ۸-۵ نفر تقسيم کرده و سپس برنامه آموزشى حمايتى، هدف از مداخله و اهميت همكارى آنان را بيان کرده و

¹ valer

سال داشتند و دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک با یکدیگر همگن بودند (جدول ۱).

تحلیل داده‌های مربوط به فشار مراقبتی نشان می‌دهد که با توجه به آزمون t مستقل فشار مراقبتی در گروه آزمون، ۶ هفته بعد از مداخله به‌طور معنی‌داری کاهش یافته است ($p < 0.001$) (جدول ۲).

همچنین تحلیل داده‌های مربوط به ابعاد فشار مراقبتی نشان می‌دهد که میانگین نمرات ابعاد فشار مراقبتی در گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله بالا و جز در بعد فشار مراقبتی عاطفی تفاوت معنی‌داری نداشتند (میانگین نظری ابعاد برابر ۳ در نظر گرفته شد). بعد از مداخله دو گروه در همه ابعاد تفاوت معنی‌دار آماری داشتند ($p < 0.001$) و میانگین نمره فشار مراقبتی در همه ابعاد گروه آزمون کم‌تر شده است (جدول ۳).

آرام و بدون استرس بود تکمیل کرده و به محقق تحویل می‌دادند. همچنین در انتهای مداخله جهت رعایت مسائل اخلاقی، کتابچه آموزشی و سایر مطالب در اختیار گروه کنترل قرار گرفت.

داده‌ها بعد از جمع‌آوری و ورود به نرم‌افزار Spss نسخه ۲۱ با به‌کارگیری روش‌های آمار توصیفی (میانگین، واریانس و انحراف معیار استاندارد) و آمار استنباطی (آزمون کای دو، آزمون تی مستقل و آزمون دقیق فیشر) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. سطح معنی‌داری نیز کم‌تر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

نتایج مطالعه نشان داد اکثر مراقبین (۷۷/۶ درصد) بدون بیماری خاصی بودند و اکثر بیماران (۷۶/۳۵ درصد) سابقه دیالیز بیشتر از دو

جدول (۱): توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش در دو گروه آزمون و کنترل و شاخص‌های آماری مرتبط با آن‌ها

نتیجه آزمون	آزمون	کنترل	متغیر گروه‌ها	
آزمون کای دو Df=۷۴ p-value=۰/۲۶۹	(۱۸/۴)۷	(۱۳/۲)۵	کم‌تر از ۳۵ سال	سن
	(۲۱/۱)۸	(۳۹/۵)۱۵	۳۵ تا ۴۵ سال	
	(۳۱/۶)۱۲	(۳۱/۶)۱۲	۴۵ تا ۵۵ سال	
	(۲۸/۹)۱۱	(۱۵/۸)۶	بالای ۵۵ سال	
$\chi^2 = 0.10$ Df=۱ p-value=۰/۹۹	(۶۸/۴)۲۶	(۶۸/۴)۲۶	زن	جنس
	(۳۱/۶)۱۲	(۳۱/۶)۱۲	مرد	
آزمون دقیق فیشر p-value=۰/۳۴۱	(۵۹/۴)۱۹	(۴۵/۹)۱۷	فرزند	نسبت با بیمار
	(۳۱/۲)۱۰	(۲۹/۷)۱۱	همسر	
	(۰)۰	(۸/۱)۳	خواهر یا برادر	
	(۹/۴)۳	(۱۶/۲)۶	پدر یا مادر	
آزمون کای دو p-value=۰/۱۳۲	(۲۸/۹)۱۱	(۱۵/۸)۶	مجرد	وضعیت تأهل
	(۶۸/۴)۲۶	(۷۱/۱)۲۷	متأهل	
	(۰)۰	(۱۰/۵)۴	جداشده از همسر	
$\chi^2 = 0.766$ Df=۳ p-value=۰/۸۵۸	(۱۵/۸)۶	(۱۰/۵)۴	خواندن و نوشتن	میزان تحصیلات
	(۱۵/۸)۶	(۲۱/۱)۸	سیکل	
	(۴۲/۱)۱۶	(۳۹/۵)۱۵	دیپلم	
	(۲۶/۳)۱۰	(۲۸/۹)۱۱	تحصیلات عالی	
$\chi^2 = 0.463$ Df=۲ p-value=۰/۷۹۳	(۴۳/۲)۱۳	(۳۶/۸)۱۴	شاغل	وضعیت شغلی
	(۱۵/۸)۶	(۱۰/۵)۴	بیکار	
	(۵۰)۱۹	(۵۲/۶)۲۰	خانه‌دار	

نتيجه آزمون	آزمون	کنترل	متغير گروهها	
			به هيچ وجه	سطح اقتصادى
آزمون دقيق فيشر p-value=0/785	(16/2)6	(10/5)4	در حد معمول	
	(75/7)28	(78/9)30	بيش از معمول	
	(8/1)3	(10/5)4		
آزمون دقيق فيشر p-value=0/528	(5/3)2	(5/3)2	چند روز تا يك ماه	مدت زمان
	(21/1)8	(15/8)6	چند ماه تا يك سال	
	(23/7)9	(39/5)15	دو تا چهار سال	همودياليز
	(50)19	(39/5)15	بيشتر از چهار سال	
$\chi^2=5/904$ Df=3 p-value=0/116	(28/9)11	(15/6)6	يك نفر	تعداد افراد كنار
	(44/7)17	(31/6)12	دو نفر	بيمار
	(10/5)4	(26/3)10	سه نفر	
	(15/8)6	(26/3)10	چهار نفر و بيشتر	
آزمون دقيق فيشر p-value=0/763	(73/7)28	(66/7)24	تأمين اجتماعى	نوع بيمه
	(23/7)9	(27/8)10	خدمات درمانى	
	(2/6)1	(5/6)2	سلامت همگانى	
آزمون دقيق فيشر p-value=0/086	(81/1)30	(94/7)36	بله	عضويت در سازمان يا انجمن

جدول (2): توزيع ميانگين و انحراف معيار فشار مراقبتى واحدهاى مورد پژوهش در گروههاى کنترل و آزمون قبل و 6 هفته بعد از مداخله

گروه ابعاد	قبل از مداخله		شش هفته بعد از مداخله	
	کنترل	آزمون	کنترل	آزمون
	ميانگين (انحراف معيار)	ميانگين (انحراف معيار)	ميانگين (انحراف معيار)	ميانگين (انحراف معيار)
فشار مراقبتى	84/97±15/13	88/56±11/74	87/84±11/74	58/77±6/64
		$t = 1/027$ Df=74 pvalue=0/308		$t = 13/282$ Df=74 pvalue<0/001

جدول (3): توزيع ميانگين و انحراف معيار ابعاد فشار مراقبتى واحدهاى مورد پژوهش در گروههاى کنترل و آزمون قبل و 6 هفته بعد از مداخله

گروه ابعاد	قبل از مداخله		شش هفته بعد از مداخله	
	کنترل	آزمون	کنترل	آزمون
	ميانگين (انحراف معيار)	ميانگين (انحراف معيار)	ميانگين (انحراف معيار)	ميانگين (انحراف معيار)
مستقل T نتايج آزمون				

فشار مراقبتی وابسته به زمان	$t=0/535$ $df=74$ $pvalue=0/595$	$3/91 \pm 0/68$	$2/96 \pm 0/69$	$t=5/997$ $df=74$ $p-value < 0/001$
فشار مراقبتی تکاملی	$t=0/163$ $df=74$ $pvalue=0/871$	$4/08 \pm 0/57$	$2/42 \pm 0/42$	$t=14/383$ $df=74$ $p-value < 0/001$
فشار مراقبتی جسمی	$t=1/192$ $df=74$ $pvalue=0/237$	$4/05 \pm 0/57$	$2/62 \pm 0/47$	$t=10/348$ $df=74$ $p-value < 0/001$
فشار مراقبتی اجتماعی	$t=1/242$ $df=74$ $pvalue=0/218$	$3/41 \pm 0/77$	$2/27 \pm 0/48$	$t=7/717$ $df=74$ $p-value < 0/001$
فشار مراقبتی عاطفی	$t=2/968$ $df=74$ $pvalue < 0/001$	$2/90 \pm 0/57$	$1/99 \pm 0/36$	$t=8/209$ $df=74$ $p-value < 0/001$

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعات نمایانگر لزوم آموزش و حمایت مراقبین بیماران تحت همودیالیز جهت سازگاری با نقش مراقبتی، شرایط جدید زندگی و کاهش فشار ناشی از مراقبت هستند (۱۲، ۱۳، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۲۶). لذا این مطالعه باهدف تأثیر برنامه آموزشی-حمایتی شامل آموزش چگونگی مراقبت از بیمار در منزل و مهارت‌های مقابله‌ای مسئله محور بر فشار مراقبتی این مراقبین به کار گرفته شد که نتایج مطالعه نشان داد که بعد از مداخله فشار مراقبتی مراقبین در گروه آزمون به طور معنی داری کاهش یافته است ($p < 0/001$).

مراقبین بیماران مجبورند نیازهای خود و بیمارشان را به طور هم‌زمان برآورده کنند و این امر منجر به فشار اضافی در تمام ابعاد جسمی، عاطفی، اجتماعی، اقتصادی و به دنبال آن اختلال در ارائه نقش‌های مراقبتی و تغییر در شیوه زندگی مراقبین می‌شود (۱۲). در این رابطه نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بالای ۸۰ درصد مراقبین قبل از مداخله فشار مراقبتی بالا داشتند. همانند نتیجه مطالعه حاضر، نتایج اکثر مطالعات نیز نشان دادند که مراقبین بیماران تحت همودیالیز فشار مراقبتی بالایی را تجربه می‌کنند (۴، ۱۲، ۱۳، ۱۶) و نتیجه مطالعه ریوکس^۱ و همکاران (۲۰۱۲) برخلاف نتایج مطالعات فوق، نمایانگر فشار مراقبتی پایین بود که این تفاوت را می‌توان با دلایلی چون انجام شدن دیالیز در طول شب، استقلال و توانایی بیشتر بیماران در خود مراقبتی و تحصیلات بالا مراقبین

مرتبط دانست (۳۱). در این راستا مولاقلو^۲ و همکاران (۲۰۱۳) گزارش کردند مراقبین با سطح تحصیلات پایین فشار مراقبتی بیشتری را تجربه می‌کنند (۱۶).

اکثر مراقبین مطالعه حاضر همانند مطالعات مشابه (۱۲، ۱۳، ۱۶)، زنان متأهل خانه‌دار بودند که این آمار را می‌توان با حس از خودگذشتگی، فعالیت بیشتر زنان در منزل، مسؤلیت پذیری آن‌ها در برابر خانواده و وقت آزاد بیشتر آنان مرتبط دانست. همچنین در کشورهای آسیایی با توجه به ساختار خانواده، اکثراً زنان نقش اصلی را در مراقبت از بیمار تحت همودیالیز بر عهده دارند (۴). در این راستا مولاقلو و همکاران (۲۰۱۳) بیان می‌کنند که اگرچه زنان، افرادی حساس و احساساتی هستند اما نسبت به مردان توانایی بیشتری در مدیریت مشکلات، برقراری روابط صمیمی و نزدیک با اعضای خانواده دارند (۱۶).

مراقبین مطالعه ما بیشترین فشار مراقبتی را به ترتیب در ابعاد تکاملی، جسمی، وابسته به زمان، اجتماعی و عاطفی تجربه کرده‌اند اما در مطالعه عباسی و همکاران (۲۰۱۱) مراقبین بیشترین فشار مراقبتی را به ترتیب در ابعاد عاطفی، اجتماعی، تکاملی، وابسته به زمان و جسمی داشته‌اند و با توجه به اینکه با افزایش سن مراقبین، فشار مراقبتی در ابعاد جسمی، تکاملی و زمانی افزایش می‌یابد (۱۳) به‌عکس فشار مراقبتی در بعد عاطفی با افزایش سن مراقبین به دنبال کسب تجربیات بیشتر، کاهش می‌یابد (۱۶). میانگین سنی

^۱ Rioux

^۲ Mollaoglu

می‌دهد بلکه توانایی و اعتماد به نفس اعضای خانواده را در جهت ارائه مراقبت در منزل افزایش می‌دهد (۲۸). نویدیان و همکاران (۲۰۱۲) معتقدند که توانمندسازی خانواده به صورت گروهی می‌تواند علاوه بر کاهش میزان فشار مراقبتی مراقبین، کیفیت مراقبت از بیمار و سلامت جسمی و روانی آنان را ارتقا دهد (۳۳).

مطالعات تانگ^۳ و همکاران در سال‌های (۲۰۱۳) و (۲۰۰۸) نشان داد که مراقبین بیماران همودیالیز علاوه بر کسب دانش مراقبت از بیمار و مهارت مقابله‌ای برای سازگاری با نقش خود، نیاز به همدلی، مشورت با سایر خانواده‌ها و حمایت‌های روانی دارند (۲۶، ۲۷) و در مطالعه ایزنبرگ و تریسولینی^۴ (۲۰۰۸)، مراقبین بیان کردند که صحبت با خانواده‌های دیگر در بحث‌های گروهی و شنیدن تجربیات یکدیگر در مراقبت از بیمارانشان برای آگاهی از نحوه مراقبت در منزل آن‌ها کمک‌کننده است بنابراین ترجیح می‌دهند اطلاعات را به صورت چهره به چهره از دیگر بیماران و خانواده‌هایشان در بحث گروهی دریافت کنند (۱۵). همچنین خنجری و همکاران (۲۰۱۲) معتقدند که بحث گروهی روش آموزش مؤثرتری بوده که در طی آن والدین می‌توانستند از تجربیات مراقبتی و مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر یکدیگر آگاه شوند (۲۲). در این پژوهش نیز با به‌کارگیری بحث گروهی و پرسش و پاسخ در جلسات آموزشی امکان همدلی و مشاوره و استفاده از تجارب یکدیگر برای مراقبین بیماران همودیالیز فراهم شد و علاوه بر بحث گروهی، شیوه‌های مختلف آموزشی دیگر شامل ایفای نقش، تمرین عملی و مشاوره تلفنی جهت آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مسئله محور چون کنترل خشم و تمرینات تنفس عمیق به کار گرفته شد که می‌توان اذعان نمود استفاده از این شیوه‌ها در یادگیری بهتر و کاربرد عملی مهارت‌های آموخته‌شده و کاهش فشار مراقبتی می‌تواند کمک‌کننده باشد.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر می‌توان نتیجه گرفت که با آموزش چگونگی مراقبت از بیمار در منزل و مهارت‌های مقابله‌ای مسئله محور به مراقبین بیماران تحت همودیالیز می‌توان آن‌ها را به‌عنوان مهم‌ترین عنصر مراقبت از بیمار، در ایفای مناسب نقش مراقبتی، سازگاری با مسؤولیت‌ها و تغییرات ایجادشده در شیوه زندگی به دنبال مراقبت از بیمار در منزل توانمند ساخت. با توجه به اینکه در اکثر برنامه‌های ارائه‌شده در سیستم بهداشتی-درمانی، این افراد به‌عنوان مهم‌ترین منبع برای مراقبت از بیماران همودیالیزی فراموش شده‌اند و کم‌تر به مشکلات آن‌ها توجه شده است، توصیه می‌شود مسؤولین در برنامه‌های آموزشی دانشجویان پرستاری و آموزش ضمن خدمت پرستاران، آموزش چنین برنامه‌هایی را بگنجانند تا پرستاران در کنار برنامه‌های مراقبتی برای بیمار، چنین

بیشتر مراقبین (۹/۶۷ ± ۴۲/۴۵) در مطالعه حاضر توجیه‌کننده فشار مراقبتی بالاتر در ابعاد جسمی و تکاملی می‌باشد.

مطالعات نشان داده‌اند که فشار ناشی از مراقبت بیمار در منزل علاوه بر مشکلات جسمی، منجر به احساس گناه، ناامیدی، تنهایی، افسردگی، خشم، استرس، از دست دادن آزادی برای انجام فعالیت‌های فردی و مشکلات روان‌شناختی می‌شود (۲، ۳۱). در این رابطه مهارت‌های مقابله‌ای مراقبین در چگونگی رفع این تنش‌ها و ارتقای سلامت روانی آن‌ها نقش تعیین‌کننده دارد (۹، ۱۷). به‌گونه‌ای که مراقبین با نمرات بالای مهارت‌های مقابله‌ای مسئله محور، فشار مراقبتی کم‌تری را تجربه می‌کنند (۲۴). در این راستا عباسی و همکاران (۲۰۱۲) در مراقبین همودیالیز نشان دادند به‌کارگیری مهارت‌های مقابله‌ای مسئله محور، فشار مراقبتی را کاهش می‌دهد و برعکس مهارت‌های مقابله‌ای هیجان محور، فشار مراقبتی را افزایش می‌دهد (۳۲).

بنابراین با توجه به اهمیت سازگاری مراقبین با نقش مراقبتی‌شان و توانایی برقراری ارتباط مناسب با بیماران، در مطالعه حاضر مهارت‌های مقابله‌ای مسئله محور چون مهارت ارتباطی، کنترل خشم و تمرینات تنفس عمیق علاوه بر چگونگی مراقبت از بیمار در منزل آموزش داده شد که منجر به کاهش میانگین و انحراف معیار فشار مراقبتی مراقبین از $11/74 \pm 88/56$ به $6/64 \pm 58/77$ شد. همچنین نتایج مطالعه حاضر ۶ هفته بعد از مداخله نشان داد که نمره فشار مراقبتی مراقبین در تمام ابعاد در گروه آزمون کاهش یافته است و به ترتیب بیشترین کاهش فشار مراقبتی در ابعاد تکاملی، جسمی، عاطفی، اجتماعی و وابسته به زمان بوده است بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بر تمام ابعاد فشار مراقبتی تأثیرگذار بوده است. هم‌راستا با مطالعه حاضر، مولقلو و همکاران (۲۰۱۳) نیز در یک مطالعه تک گروهی تأثیر برنامه آموزشی را بر کاهش فشار مراقبتی مراقبین بیماران تحت همودیالیز نشان دادند (۱۶)؛ اما در این مطالعه، آموزشی در خصوص مهارت‌های مقابله‌ای مسئله محور به این مراقبین ارائه نشده است.

برنامه‌های مداخله‌ای مشابه این پژوهش روی سایر بیماری‌های مزمن نظیر اختلالات روانی و سرطان و دیابت نمایانگر سازگاری روانی بلندمدت مراقبین بوده‌اند. علاوه بر این در کاهش فشار مراقبتی و ارتقا کیفیت زندگی مراقبین تأثیرگذار بوده و فواید زیادی برای مراقبین و بیمارانشان داشته‌اند (۱۹، ۲۱، ۲۲، ۲۴، ۲۸) در این رابطه اعتمادی فر و همکاران (۲۰۱۴) بیان کرده‌اند که حمایت گروهی مراقبین بیماران قلبی، نه تنها فشار مراقبتی را کاهش

³ Tong

⁴ Isenberg and Trisolini

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل، بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد بوده که با شماره ۲۵۸۳۴-۲۸-۰۱-۹۴ در دانشگاه علوم پزشکی ایران به ثبت رسیده است. همچنین این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران با کد ۲۵۸۳۴-۲۸-۰۱-۹۴-۱۱۰۴۲ تصویب شده است.

در پایان بر خود لازم می‌دانیم که از تمامی کارکنان بخش همودیالیز محیط پژوهش، مراقبین بیماران تحت همودیالیز و اساتید دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه‌های شهر تهران برای همکاری صادقانه‌شان تشکر نماییم.

References:

- Mollaoglu M. Perceived Social Support, Anxiety, and Self-Care among Patients Receiving Hemodialysis. *Dialysis Transplantation* 2006;35(3): 144-55.
- Low J, Smith G, Burns A, Jones L. The Impact of End-Stage Kidney Disease (ESKD) on Close Persons: A Literature Review. *NDT plus* 2008;1(2): 67-79.
- Ayoub AM, Hijazi KH. Quality of Life in Dialysis Patients from the United Arab Emirates. *JFCM* 2013;20(2): 106.
- Jadhav B, Dhavale H, Dere S, Dadarwala D. Psychiatric Morbidity, Quality of life and Caregiver Burden in Patients undergoing Hemodialysis. *Med J DY Patil Univ* 2014;7(6): 722.
- Mousavi SS, Soleimani A, Mousavi MB. Epidemiology of End-Stage Renal Disease in Iran: A review article. *Saudi J Kidney Dis Transpl* 2014;25(3): 697-702.
- Arefzadeh A, Lessanpezheshki M, Seifi S. The Cost of Hemodialysis in Iran. *Saudi J Kidney Dis Transpl* 2009;20(2): 307-11.
- Aghighi M, Mahdavi-Mazdeh M, Zamyadi M, Heidary Rouchi A, Rajolani H, Nourozi S. Changing Epidemiology of End-Stage Renal Disease in Last 10 Years in Iran. *Iran J Kidney Dis* 2009;3(4): 192-6.
- Bağ E, Mollaoglu M. The Evaluation of Self-Care and Self-Efficacy in Patients undergoing Hemodialysis. *J Eval Clin Pract* 2010;16(3): 605-10.
- Belasco AG, Sesso R. Burden and Quality of Life of Caregivers for Hemodialysis Patients. *Am J Kidney Dis* 2002;39(4): 805-12.
- Belasco A, Barbosa D, Bettencourt AR, Diccini S, Sesso R. Quality of Life of Family Caregivers of Elderly Patients on Hemodialysis and Peritoneal Dialysis. *Am J Kidney Dis* 2006;48(6): 955-63.
- Alnazly EK. Burden and Coping Strategies among Jordanian Caregivers of Patients undergoing Hemodialysis. *Hemodialysis Int* 2015;40(4): 321-7.
- Bayoumi MM. Subjective Burden on Family Carers of Hemodialysis Patients. *OJNeph* 2014;4(2): 70-80.
- Abbasi a, Asayesh h, Rahmani h, Shariati a, Hosseini SA, Rouhi g, et al. The Burden on Caregivers from Hemodialysis Patients and Related Factors. *J Res Devel Nurs Midwifery* 2011;8(1): 26-33. (Persain)
- Chang HY, Chiou CJ, Chen NS. Impact of Mental Health and Caregiver Burden on Family Caregivers' Physical Health. *Arch Gerontol Geriatr* 2010;50(3): 267-71.
- Isenberg KB, Trisolini M. Information Needs and Roles for Family Members of Dialysis Patients. *Dialysis Transplantation* 2008; 37(2): 50-7.
- Mollaoglu M, Kayatas M, Yurugen B. Effects on Caregiver Burden of Education Related to Home Care in Patients undergoing Hemodialysis. *Hemodialysis Int*. 2013;17(3): 413-20.

17. Marques FRB, Botelho MR, Marcon SS, Pupulim JSL. Coping strategies used by family members of individuals receiving hemodialysis. *Texto Contexto Enferm* 2014;23(4):915-24.
18. Aydede SK, Komenda P, Djurdjev O, Levin A. Chronic Kidney Disease and Support Provided by Home Care Services: A Systematic Review. *BMC Nephrol* 2014;15(1): 118.
19. Pahlavanzadeh S, Navidian A, Yazdani M. The effect of psycho-education on depression, anxiety and stress in family caregivers of patients with mental disorders. *J Kermanshah Univ Med Sci* 2010;14.
20. Khorami Markani A, Saheli S, Sakhaei S, Khalkhali Hr. Assessment The Effect of Family Centered Care Educational Program on Home Care Knowledge among Caregivers of Patients with Chronic Renal Failure under Hemodialysis. *Jf Nurs Midwifery Urmia Univ Medi Sci* 2015;13(5): 386-94. (Persain)
21. Grey M, Jaser SS, Whittemore R, Jeon S, Lindemann E. Coping skills training for parents of children with type 1 diabetes: 12-month outcomes. *Nurs Res* 2011;60: 173-81.
22. Khanjari S, Seyedfatemi N, Borji S, Haghani H. Effect of Coping Skills Training on Quality of Life among Parents of Children with Leukemia. *Hayat* 2014;19(4): 15-25. (Persain)
23. Folkman S, Lazarus RS. The relationship between coping and emotion: implications for theory and research. *Soc Sci Med* 1988;26(3):309-17.
24. Chen HM, Huang MF, Yeh YC, Huang WH, Chen CS. Effectiveness of Coping Strategies Intervention on Caregiver Burden among Caregivers of Elderly Patients with Dementia. *Psychogeriatrics* 2015;15(1): 20-5.
25. Hudson P, Quinn K, Kristjanson L, Thomas T, Braithwaite M, Fisher J, et al. Evaluation of a psycho-educational group programme for family caregivers in home-based palliative care. *J Palliative Med* 2008; 22(3): 270-80.
26. Tong A, Sainsbury P, Craig JC. Support Interventions for Caregivers of People with Chronic Kidney Disease: A Systematic Review. *Nephrol Dial Transplant* 2008;23(12): 3960-5.
27. Tong A, Palmer S, Manns B, Craig JC, Ruospo M, Gargano L, et al. The Beliefs and Expectations of Patients and Caregivers about Home Hemodialysis: An interview study. *BMJ Open* 2013;3(1): e002148.
28. Etemadifar S, Bahrami M, Shahriari M, Farsani AK. The Effectiveness of a Supportive Educative Group Intervention on Family Caregiver Burden of Patients with Heart Failure. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2014;19(3): 217-23.
29. Novak M, Guest C. Application of a multidimensional caregiver burden inventory. *Gerontologist* 1989;29(6): 798-803.
30. Valer DB, Aires M, Fengler FL, Paskulin LMG. Adaptation and Validation of the Caregiver Burden Inventory for Use with Caregivers of Elderly Individuals. *Rev Lat Am Enfermagem* 2015;23(1): 130-8.
31. Rioux JP, Narayanan R, Chan CT. Caregiver Burden among Nocturnal Home Hemodialysis Patients. *Hemodialysis Int* 2012;16(2): 214-9.
32. Abbasi A, Ashrafrezaee N, Asayesh H, Shariati A, Rahmani H, Mollaei E, et al. The relationship between caring burden and coping strategies in hemodialysis patients caregivers. *J Nurs Midwifery Urmia Univ Med Sci* 2012;10: 0-20.
33. Navidian A, Kermansaravi F, Rigi SN. The Effectiveness of a Group Psycho-Educational Program on Family Caregiver Burden of Patients with Mental Disorders. *BMC Res Notes* 2012;5(1): 399-406. (Persain)

EFFECTIVENESS OF SUPPORTIVE EDUCATIVE PROGRAM ON THE BURDEN IN FAMILY CAREGIVERS OF HEMODIALYSIS PATIENTS

Golnar Ghane¹, Mansoureh Ashghali Farahani², Naime Seyedfatemi³, Hamid Haghani⁴

Received: 21 Sep, 2016; Accepted: 19 Nov, 2016

Abstract

Background & Aim: Studies presented that family caregivers of hemodialysis patients face with multiple problems regarding responsibilities and issues arising from the care and treatment of the patients. These issues increase caregiver burden. However, these caregivers are mostly neglected. Therefore, this study aimed to examine the effectiveness of supportive educational programs on the burden level of the family caregivers of hemodialysis patients.

Methods & Materials: A randomized controlled clinical trial was conducted on 76 family caregivers of hemodialysis patients referred to Shahid Hasheminejad hemodialysis center in Tehran, Iran. The subjects were equally allocated into two groups of 38. The intervention group received six training sessions on supportive educative program. Both groups answered the caregiver's burden inventory questionnaire at start and six weeks after intervention. Then, the obtained data were analyzed in SPSS, 21. Descriptive and inferential statistics were used to analyze the data.

Results: The results showed that there was no significant difference between the two groups concerning demographic characteristics. Caregiver burden was 88.56 ± 11.74 and 84.97 ± 15.13 before the intervention in the experimental and control groups, respectively. It was respectively 58.77 ± 6.64 and 87.84 ± 11.74 in the experimental and control groups after six weeks of intervention. Therefore caregiver burden decreased after intervention in the experimental group.

Conclusion: The current study showed the effectiveness of supportive educative program on the burden on family caregivers of hemodialysis patients. Therefore, we suggest that managers of educational and medical centers encourage their staffs to use such programs.

Keywords: Educational Program, Support, Family Caregivers, Burden of Care, Hemodialysis patients

Address: Tehran, Iran University of Medical Sciences, School of Nursing and Midwifery

Tel: +98 5832297010

Email: m_negar110@yahoo.com

¹ Msc. Student, Iran University of Medical Sciences, School of Nursing and Midwifery, Tehran, Iran

² Associate professor Iran University of Medical Sciences, School of Nursing and Midwifery, Tehran, Iran (Corresponding Author)

³ Associate professor Iran University of Medical Sciences, School of Nursing and Midwifery, Tehran, Iran

⁴ Msc. Iran University of Medical Sciences, School of Nursing and Midwifery, Tehran, Iran