مقاله پژوهشی

ارتباط بین فشار مراقبتی مراقبین با میزان وابستگی بیماران سالمند مبتلا به سکته مغزی

آذر کاظمی[1]، جلیل عظیمیان[2]، مریم مافی[3]، سیده آمنه مطلبی*[4]

تاریخ دریافت ۱۳۹۷/۰۷/۰۱ تاریخ پذیرش ۱۳۹۷/۱۰/۰۸

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: سکته مغزی یکی از علل مرگ‌ومیر و ناتوانی در سراسر جهان هست. بیماران سالمند مبتلا به سکته مغزی نیازمند درمان و مراقبت طولانی‌مدت هستند. بنابراین، مطالعه حاضر باهدف تعیین شدت فشار مراقبتی مراقبین بیماران سالمند مبتلا به سکته مغزی و ارتباط آن با میزان وابستگی سالمندان انجام شد.

مواد و روش کار: نمونه موردپژوهش متشکل از ۱۱۰ مراقب بیماران سالمند با سکته مغزی بودند که در این مطالعه توصیفی- مقطعی مشارکت داشتند. نمونه‌ها به‌صورت هدفمند از میان سالمندان بستری‌شده در بیمارستان ولیعصر زنجان در طی ۶ ماه قبل از مطالعه انتخاب شدند. پرسشنامه‌های فشار مراقبتی زاریت و مقیاس زندگی روزانهٔ بارتل برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. پرسشنامه‌ها توسط مراقبین کامل شد. سپس داده‌ها با آزمون‌های پیرسون، اسپیرمن، تی مستقل و آنوا با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۳ مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌های این مطالعه، مراقبین با میانگین سنی ۸/۷۰±۳۲/۰۹ بوده و اکثریت آنان را زنان (۷۷ نفر، ۷۰درصد) تشکیل می‌دادند. حدود ۹۰ درصد مراقبین تحت‌فشار مراقبتی خفیف تا متوسط بودند. نتایج مطالعه حاضر همچنین ارتباط مثبت و معنی‌داری را بین فشار مراقبتی مراقبین با میزان وابستگی سالمندان نشان داد ($P <$ ۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این مطالعه، افزایش وابستگی و نیازهای مراقبتی بیماران سالمند موجب افزایش فشار مراقبتی می‌شود. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در کنار توانمندسازی بیماران، از روش‌های حمایتی، آموزشی و مشاوره برای کاهش فشار مراقبتی مراقبین استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: سکته مغزی، وابستگی، فشار مراقبتی، مراقبین

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره شانزدهم، شماره یازدهم، پی‌درپی ۱۱۲، بهمن ۱۳۹۷، ص ۸۴۸-۸۴۱

آدرس مکاتبه: دانشگاه علوم پزشکی قزوین، دانشکده پرستاری مامایی، تلفن: ۰۲۸۳۳۳۷۵۱۵۲

Email: ammotalebi@yahoo.com

مقدمه

یکی از گروه‌های اجتماعی رشد یافته در جوامع امروزی، سالمندان می‌باشند که با توجه به هرم سنی کشور، رشد روزافزونی یافته‌اند (۱). هر سال ۱/۷ درصد به جمعیت جهان افزوده می‌شود و این افزایش برای جمعیت ۶۵ سال و بالاتر ۲/۵ درصد است (۲). حدود دوسوم جمعیت سالمندان دنیا در کشورهای درحال‌توسعه زندگی می‌کنند (۳). در ایران، نتایج سرشماری حاکی از افزایش سهم جمعیت سالمندان بالای۶۵ سال از ۵/۷ درصد در سال ۱۳۹۰ به ۶/۱ در سال ۱۳۹۵ می‌باشد (۴). سالمندی دوره حساسی از زندگی بشر است و توجه به مسائل و نیازهای این مرحله یک ضرورت اجتماعی است (۲). سالمندی به مفهوم بیماری نیست، اما مشخص شده است که بیش از ۸۰ درصد سالمندان به یک یا چند اختلال یا بیماری مزمن مبتلا می‌باشند که مشکلات مختلف جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی برای سالمند ایجاد می‌نماید (۳). افزایش جمعیت سالمندی به‌نوبه خود، با افزایش شیوع بیماری‌های مزمن و وابستگی در فعالیت‌های زندگی روزانه همراه خواهد بود (۵). یکی از بیماری‌های مزمن که به‌عنوان اصلی‌ترین مشکلات سلامت در سالمندان دنیا به‌حساب می‌آید، سکته مغزی می‌باشد (۶). سکته مغزی به‌عنوان یکی از شایع‌ترین بیماری‌های ناتوان‌کننده نورولوژیک در سنین میان‌سالی و سالمندی (۷) و سومین علت مرگ‌ومیر پس از بیماری‌های قلبی-عروقی و سرطان در تمام دنیا می‌باشد (۸، ۹). سکته مغزی یکی از علل عمده ناتوانی در جهان است که شروع ناگهانی داشته و طولانی بودن آن چالش‌های مختلفی در شرایط زندگی بازماندگان و اعضای خانواده آنان ایجاد می‌کند (۱۰). نجات‌یافتگان سکته مغزی، دچار عوارضی ازجمله آسیب مغزی، اختلال فیزیکی یا شناختی و اختلال تکلم می‌شوند (۱۱). بین ۳۰ تا ۵۰درصد از بازماندگان سکته مغزی با ناتوانی شدید زندگی می‌کنند که باعث وابستگی آنان به دیگران می‌شود (۱۲). در مرحله حاد سکته مغزی، بیمار نیاز به بستری در بیمارستان داشته اما در مرحله تحت حاد با توجه به ماهیت ناتوان‌کننده

[1] دانشجوی کارشناسی ارشد سالمندی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

[2] دانشیار، داتشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

[3] کارشناس ارشد آمار زیستی، داتشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

[4] استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت ، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران (نویسنده مسئول)

بیماری و به‌منظور بهبود عملکرد و تحرک بیمار و زندگی مستقل و بدون وابستگی، نیازمند مراقبت و اقدامات جامع توان‌بخشی است (۱۳).

ستون اصلی نظام مراقبت‌های طولانی‌مدت، مراقبین غیررسمی یا همان مراقبین خانگی می‌باشند. مراقبین غیررسمی، مراقبت‌های رایگان خود را به افراد سالمند و ناتوان ارائه می‌نمایند و در امر مراقبت هیچ‌گونه آموزشی ندیده‌اند (۲). در اکثر موارد خانواده مسئولیت مستقیم نگهداری و مراقبت از بیمار را بر عهده دارد. به‌طوری‌که بر اساس نتایج مطالعه پیزانتس[1] (۲۰۱۶) بار سنگین مراقبت حدود ۹۵درصد از افراد وابسته و دچار معلولیت، بر دوش یکی از اعضا خانواده می‌باشد (۱۲). مراقبین خانگی به‌عنوان افراد در معرض خطر، فشار زیادی را متحمل می‌شوند. اصطلاح فشار مراقبتی برای توصیف عوارض حاصل از مراقبت به کار می‌رود که شامل مشکلات جسمی، عاطفی، مالی و اجتماعی مربوط به مراقبت می‌باشد (۱۴). فشار مراقبتی برای بیمار و خانواده‌اش به‌شدت مشکل‌ساز است (۱۵). به‌طوری‌که، مراقبینی که از بیماران ناتوان مراقبت می‌کنند در معرض مشکلات عاطفی، روانی و جسمی می‌باشند (۱۶).

مسئولیت مراقبت از بازمانده سکته مغزی، فوق‌العاده پیچیده و متفاوت از بسیاری از بیماری‌های دیگر است و مراقبین نیز به دلیل وقوع ناگهانی سکته مغزی و افزایش فشار مراقبتی نیازمند گذر زمان جهت سازگاری با نقش مراقبتی هستند (۱۷). به دلیل افزایش ناتوانی‌های جسمی و اختلالات شناختی ناشی از سکته مغزی، کمک‌های فیزیکی و مداخله‌ای برای کمک به فعالیت‌های روزانه زندگی بیماران موجب افزایش فشار مراقبتی می‌شود (۱۸). عواملی همچون مشکلات رفتاری بیمار، میزان نیاز به مراقبت، میزان توانمندی بیمار، سطح سلامت مراقب به‌عنوان مهم‌ترین عوامل در تعیین فشار مراقبتی تأثیرگذار هستند (۱۹). توسون[2] و همکاران (۲۰۱۷) نیز گزارش نمودند که با افزایش میزان وابستگی و اختلالات عملکردی بیماران با سکته مغزی، فشار مراقبتی مراقبین به میزان قابل‌توجهی افزایش یافت (۲۰). نتایج مطالعه باتاچارج[3] (۲۰۱۲) نشان داد که افزایش میزان وابستگی بیماران سکته مغزی در انجام فعالیت‌های روزمره منجر به افزایش فشار مراقبتی در مراقبین آنان شد (۱۸). ازآنجایی‌که استرس درک شده از مراقبت و همچنین افزایش فشار بر مراقبت‌کنندگان پیامدهای چندی همچون مراقبت ناکافی از بیمار، رها کردن بیمار، انزوای خانواده، و اختلال در روابط خانوادگی را در پی خواهد داشت (۲۱) .

علی‌رغم شیوع بالای سکته مغزی در میان سالمندان و رشد سریع جمعیت سالمندی و احتمال بالقوه فشار مراقبتی در میان مراقبین آنان، ولی در کشور ما، آمار و ارقام مستند و رسمی در ارتباط با این موضوع وجود ندارد. همچنین با توجه به تجربه محقق در مواجه مستقیم با مسائل و مشکلات این مراقبین و اینکه شناسایی فشار مراقبتی نقش تعیین‌کننده‌ای در ارتقاء سلامت مراقبین و به‌موازات آن در بهبود کیفیت مراقبت ارائه‌شده به این بیماران را در پی خواهد داشت و در کشور ما، اکثر مطالعات انجام‌شده بر روی مراقبین بیماران با سکته مغزی در همه گروه‌های سنی بوده و به‌طور اختصاصی بر روی مراقبین بیماران سالمند نبوده است، بنابراین، پژوهش حاضر به‌منظور تعیین ارتباط بین میزان وابستگی بیماران سالمند مبتلا به سکته مغزی و فشار مراقبتی مراقبین آنان انجام شد.

مواد و روش کار

در این مطالعه توصیفی- مقطعی، ۱۱۰ مراقب بیماران سالمند مبتلا به سکته مغزی به‌صورت هدفمند وارد مطالعه شدند. حجم نمونه با توجه به مقاله ارائه‌شده توسط کوهستانی و باغچقی (۱۳۹۱) (۲۲) با استفاده از میانگین نمرات وابستگی بیماران (۱۲/۹۹±۶۱/۰۹) و با در نظر گرفتن خطای نوع اول ۰/۰۵ و میزان خطای ۲/۴۶ = ۱۲/۹۹ × ۰/۱۹ = d برآورد شد.

جهت نمونه‌گیری، پرونده‌های بستری‌شده در طی ۶ ماه گذشته در مرکز درمانی ولیعصر (تنها مرکز درمانی در شهر زنجان که بیماران با سکته مغزی را پذیرش می‌نماید) موردبررسی قرار گرفت. تعداد بیماران مبتلا به سکته مغزی بستری‌شده در این مدت، حدود ۶۰۰ نفر بود. با مراقبینی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، تماس گرفته و پس از تشریح اهداف مطالعه و روش انجام آن، در صورت تمایل برای شرکت در مطالعه، با آنان در محل‌هایی شامل مطب پزشکان و مراکز نوتوانی جهت تکمیل پرسشنامه قرار گذاشته شد. نمونه‌گیری آن‌قدر ادامه یافت تا تعداد نمونه‌ها به حدنصاب رسید. معیارهای ورود به مطالعه مراقبین شامل داشتن رضایت برای شرکت در مطالعه، سن ۱۸ سال و بالاتر، حداقل تحصیلات ابتدایی، داشتن مسئولیت مستقیم در مراقبت از بیمار سالمند حداقل برای یک ماه، داشتن نسبت فامیلی با سالمند و عدم دریافت وجه در قبال مراقبت بود. مراقبینی که قادر به برقراری ارتباط نبودند، تجربه استرس شدید در یک ماه اخیر داشتند و از فرد دیگری غیر از بیمار مبتلا به سکته مغزی مراقبت می‌کردند، از مطالعه خارج شدند. معیار ورود سالمندان شامل تشخیص سکته مغزی توسط پزشک معالج، سن ۶۰ سال و بالاتر و داشتن مراقب در منزل بود.

داده‌ها با استفاده ا ز یک پرسشنامه سه‌بخشی جمع‌آوری شد. بخش اول اطلاعات دموگرافیک مراقب (سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت درآمد، تعداد فرزندان، نحوه زندگی و سابقه بیماری) و سالمند (سن، جنس، وضعیت تأهل و میزان تحصیلات) بود.

بخش دوم پرسشنامه، فشار مراقبتی زاریت بود که برای اندازه‌گیری فشار مراقبتی مراقبین استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۲۲ آیتم می‌باشد که ابعاد فردی، اجتماعی، عاطفی و اقتصادی مراقبین را ارزیابی می‌نماید. سؤالات به‌صورت لیکرت ۵ درجه‌ای با پاسخ‌های هرگز (۰)، بندرت (۱)، بعضی‌اوقات (۲)، اغلب (۳) و همیشه (۴) می‌باشد. حداقل و حداکثر امتیاز هر فرد بین صفر تا ۸۸ در نظر گرفته شد و نمره بالاتر نشان‌دهنده فشار روانی بیشتر بود. امتیازات در محدوده ۶۱ تا ۸۸ نشان‌دهنده فشار مراقبتی شدید، ۳۱ تا ۶۰ متوسط و کمتر از ۳۰ خفیف است. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط نویدیان و همکاران (۱۳۸۹) با توجه به شرایط فرهنگی کشورمان تنظیم شد. به‌طوری‌که، پایایی آن با استفاده از شیوه بازآزمایی۰/۹۴ و روایی آن علاوه بر

[1] Pesantes
[2] Tosun
[3] Bhattacharjee

روایی محتوا، با توجه به همبستگی مثبت و بالای آن با پرسشنامه اضطراب هامیلتون (r=۰/۸۹) و نیز پرسشنامه افسردگی بک (r=۰/۶۷) تأیید شده است (۲۳).

بخش سوم، مقیاس بارتل بود که معمول‌ترین ابزاری است که جهت بررسی سطح توانمندی در انجام فعالیت‌های روزمره به‌طور گسترده توسط پژوهشگران و کارکنان بهداشتی درمانی مورداستفاده قرار گرفته است (۲۴). این مقیاس دارای ده جزء خوردن، استحمام کردن، موارد آرایشی و نظافت، لباس پوشیدن، کنترل مدفوع، کنترل ادرار، استفاده از توالت، جابجایی، توانایی حرکت کردن و بالا رفتن از پله است. سؤالات به‌صورت لیکرت ۴ درجه‌ای از عدم توانایی تا استقلال کامل می‌باشد. وابستگی در ۴ سطح طبقه‌بندی می‌شود که عبارت‌اند از: ۱۰۰ به‌عنوان عدم وابستگی، ۹۹-۹۱ وابستگی جزئی، ۹۰-۶۱ وابستگی متوسط، ۶۰-۲۱ وابستگی شدید و ۲۰-۰ وابستگی کامل بود (۲۵). در مطالعه نظری و همکاران (۱۳۹۳) بر روی ۷۹ نفر از سالمندان مقیم آسایشگاه، ضریب کاپا ۹۲ درصد و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه گردید (۲۶).

این مطالعه بر اساس اصول بیانیه هلسینکی بوده و موارد اخلاقی مطالعه حاضر توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی قزوین (IR.QUMS.REC.1396.371) بررسی و تأیید شد پس از اطمینان دادن درباره محرمانه ماندن اطلاعات به‌دست‌آمده و اخذ رضایت کتبی از شرکت‌کنندگان، پرسشنامه‌ها توسط مراقبین کامل گردید.

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۳ انجام شد. به‌منظور تجزیه‌وتحلیل داده‌ها، از شاخص‌های آمار توصیفی نظیر فراوانی و درصد برای داده‌های کیفی، میانگین و انحراف معیار برای داده‌های کمی استفاده شد. برای بررسی رابطه بین متغیرهای کمی از ضریب همبستگی پیرسون و تعیین ارتباط بین متغیرهای کمی و کیفی از ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد. برای مقایسه فشار مراقبتی در سطوح مختلف متغیرهای زمینه‌ای از آزمون تی مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه استفاده شد. سطح معنی‌داری P< ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۱۱۰ مراقب با میانگین سنی ۳۲/۰۹ و انحراف معیار ۸/۷۰، در محدوده سنی ۱۸ تا ۵۷ سال و ۱۱۰ سالمند با میانگین سنی ۶۹/۹۰ و انحراف معیار ۵۰/ ۱۰و در محدوده سنی ۶۰ تا ۹۰ سال مشارکت داشتند. اکثر مراقبین زن (۷۷نفر، ۷۰درصد)، متأهل (۷۵ نفر، ۶۸/۲درصد)، با تحصیلات دیپلم و بالاتر (۵۶ نفر، ۵۰/۹درصد) و با درآمد متوسط (۶۰ نفر، ۵۴/۵درصد) بودند. بیش از نیمی از سالمندان شرکت‌کننده در مطالعه زن (۵۷نفر، ۵۱/۸درصد) بودند. اکثریت آنان متأهل (۸۲ نفر، ۷۴/۵درصد) و بی‌سواد (۸۲ نفر، ۷۴/۵درصد) بودند.

همان‌طور که اطلاعات جدول ۱ نشان می‌دهد، اکثر سالمندان دارای وابستگی جزئی تا متوسط (۷۴ نفر، ۶۷/۳درصد) بوده و ۱۲/۸ درصد آنان به‌صورت شدید یا کامل وابسته بوده و فقط ۲۰ درصد از سالمندان شرکت‌کننده در مطالعه بدون وابستگی و مستقل بودند. در ارتباط با فشار مراقبتی، بیشتر مراقبین تحت‌فشار مراقبتی کم تا متوسط (۱۰۹ نفر، ۹۹/۱ درصد) بوده و فقط یک مراقب فشار مراقبتی شدید داشت.

جدول (۱): توزیع فراوانی سطح ناتوانی سالمندان مبتلا به سکته مغزی و فشار مراقبتی مراقبین آنان

متغیر	درجه‌بندی	فراوانی	درصد فراوانی
سطح وابستگی	مستقل (۱۰۰)	۲۲	۲۰/۰
	جزئی (۹۹-۹۱)	۴۵	۴۰/۹
	متوسط (۹۰-۶۱)	۲۹	۲۶/۴
	شدید (۶۰-۲۱)	۷	۶/۴
	کامل (۲۰-۰)	۷	۶/۴
فشار مراقبتی	خفیف (۳۰ >)	۵۸	۵۲/۷
	متوسط (۶۰-۳۱)	۵۱	۴۶/۴
	شدید (۸۸ -۶۱)	۱	۰/۹
متغیر	میانگین	انحراف معیار)	محدوده
فشار مراقبتی	۳۲/۸۰	۱۱/۹۶	۸۸- ۰
ناتوانی	۳۱/۰۰	۵۱/۶۰	۱۰۰-۰

جدول (۲): مقایسه میانگین فشار مراقبتی مراقبین سالمند مبتلا به سکته مغزی با توجه به مشخصات دموگرافیک آنان

فشار مراقبتی	متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t یا F	p
جنس	زن	۷۷	۳۳/۶۳	۱۱/۳۹	۰/۰۳۲	۰/۶۵۵
	مرد	۳۳	۳۲/۴۴	۱۳/۳۴		
وضعیت تأهل	همسردار	۷۵	۳۴/۹۰	۴۱/۱۱	۰/۴۳۰	۰/۰۰۶
	بدون همسر	۳۵	۲۸/۲۸	۱۲/۰۲		
تعداد فرزندان	۰	۴۳	۳۰/۷۶	۱۲/۴۰	۶/۵۲۰	۰/۰۰۲

فشار مراقبتی	متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t یا F	p
	۱	۲۹	۲۸/۸۶	۹/۶۴		
	≥ ۲	۳۸	۳۸/۱۰	۱۱/۴۳		
شغل	خانه‌دار	۵۵	۳۳/۴۰	۱۱/۵۳	۰/۴۰۰	۰/۷۵۳
	بیکار	۲۱	۳۰/۶۱	۱۳/۶۹		
	بازنشسته	۴	۳۶/۵۰	۲۰/۹۲		
	شاغل	۳۰	۳۲/۷۳	۱۰/۴۸		
نحوه زندگی	خانواده	۱۰۴	۳۲/۶۷	۱۱/۹۴	۰/۴۲۰	۰/۶۵۸
	تنها	۴	۳۲/۲۵	۱۱/۸۷		
	منزل اقوام	۲	۴۰/۵۰	۱۹/۰۹		
وضعیت اقتصادی	ضعیف	۳۳	۳۲/۶۹	۱۵/۳۱	۰/۲۰۰	۰/۹۸۰
	متوسط	۶۰	۳۲/۹۸	۱۰/۲۱		
	خوب	۱۷	۳۲/۳۵	۱۰/۹۹		
بیماری	دارد	۱۲	۴۰/۹۱	۱۲/۷۳	۰/۱۸۰	۰/۰۱۲
	ندارد	۹۸	۸۵/۴۵	۱۱/۵۴		

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که میزان فشار مراقبتی مراقبین همسردار (P =۰/۰۰۲) و با دو فرزند یا بیشتر (P =۰/۰۰۶) نسبت به مراقبین بدون همسر و بدون فرزند یا یک فرزند به‌طور معنی‌داری بالاتر بود. .همچنین میزان فشار مراقبتی در مراقبین با سابقه بیماری (p=۰/۰۱۲) نسبت به مراقبین بدون سابقه به‌طور معنی‌داری بالاتر بود. بر اساس اطلاعات مندرج در جدول ۳، آزمون همبستگی پیرسون، میزان وابستگی بیماران سالمند با فشار مراقبتی کل و ابعاد آن ارتباط مستقیم و معنی‌داری داشت (P <۰۰۱/).

جدول (۳): : ارتباط فشار مراقبتی مراقبین با میزان ناتوانی سالمندان مبتلا به سکته مغزی شرکت‌کننده در مطالعه

حیطه‌های فشار مراقبتی	ضریب همبستگی (r)	p
فردی	۰/۳۴۴	<۰/۰۰۱
اجتماعی	۰/۳۴۵	<۰/۰۰۱
عاطفی	۰/۳۳۲	<۰/۰۰۱
اقتصادی	۰/۱۲۲	<۰/۰۰۱
کل	۰/۳۸۴	<۰/۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

سکته مغزی یکی از علل عمده ناتوانی در سالمندان است (۲۵). به دلیل ماهیت ناتوان‌کننده و مزمن سکته مغزی، مراقبت از این بیماران اغلب فشار مراقبتی قابل‌توجهی را بر روی مراقبین خود می‌گذارد (۹). بنابراین، مطالعه حاضر باهدف تعیین میزان فشار مراقبتی مراقبین بیماران سالمند مبتلا به سکته مغزی و ارتباط آن با میزان وابستگی بیماران انجام گرفت. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که اکثر سالمندان با سکته مغزی دارای وابستگی جزئی تا متوسط بودند. در این رابطه، نتایج متفاوتی از مطالعات پیشین گزارش شده است. به‌طوری‌که، به‌عنوان‌مثال در مطالعه باغچقی و کوهستانی (۱۳۹۰) بیشتر بیماران (۵۳/۴ درصد) بعد از یک ماه سکته مغزی وابستگی جزئی تا متوسط را گزارش نمودند (۲۷). ولی در مطالعه کوستا و همکاران (۲۰۱۶) اکثریت بیماران با سکته مغزی (۴۶/۳ درصد) وابستگی شدید تا خیلی شدید داشتند (۲۸). در مطالعه خطیبیان و همکاران (۱۳۹۲) نیز، ۶۱/۴ درصد بیماران سکته مغزی در گروه مورد و ۶۱/۰ درصد در گروه شاهد دارای وابستگی کامل بودند (۲۹). دراین‌باره می‌توان اظهار داشت که میزان ناتوانی بیماران با توجه به نوع سکته مغزی، ناحیه ایسکمی و شدت صدمه متفاوت بوده که منجر به درجات مختلف ناتوانی در سالمندان می‌شود.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که اکثر مراقبین تحت‌فشار مراقبتی کم تا متوسط (۱۰۹ نفر، ۹۹/۱ درصد) بودند. نتایج مطالعات پیشین، سطوح متفاوتی از فشار مراقبتی را در مراقبین بیماران با سکته مغزی و یا مراقبین بیماران دیگر نشان داده است. به‌طوری‌که، در مطالعه کومار[1] و همکاران (۲۰۱۵)، ۶۳درصد مراقبین بیماران با سکته مغزی، فشار مراقبتی خفیف تا متوسط را گزارش نمودند (۳۰). در مطالعه واک[2] (۲۰۱۸)، ۵۹/۱درصد از مراقبین تحت‌فشار مراقبتی متوسط و ۴۰/۹درصد تحت‌فشار شدید بودند (۲۴). صفائیان و همکاران (۱۳۹۶) دریافتند که بیش از نیمی از مراقبین بیماران سرطانی تحت‌فشار مراقبتی شدید و بسیار شدیدی بودند (۲۱).

[1] Kumar

[2] Walke

سلمانی و همکاران (۱۳۹۳) به این نتیجه رسیدند که اکثریت مراقبین بیماران بخش انکولوژی تحت‌فشار مراقبتی شدید بودند (۳۱). همچنین نتایج مطالعه حارث‌آبادی و همکاران (۱۳۹۱) نشان داد که بیش از نیمی از مراقبین بیماران اسکیزوفرنی فشار مراقبتی بالایی را تجربه کردند (۳۲). این نتایج مغایر می‌تواند ناشی از مجموع عواملی مانند نوع بیماری، سیر بیماری، عوامل اجتماعی و عدم‌حمایت مراقبین از سوی سیستم‌های مراقبتی باشد. به‌طوری‌که، به‌عنوان‌مثال ماهیت ناتوان‌کننده و پیچیده بیماری‌هایی مثل اسکیزوفرنی و سرطان می‌تواند فشار بالایی را روی مراقبین تحمیل نماید.

بر اساس نتایج این مطالعه، مراقبین متأهل نسبت به مجردها، به‌طور معنی‌دار فشار بالاتری را گزارش نمودند که همسو با نتایج بسیاری از مطالعات پیشین بر روی مراقبین بیماران روان (۲۴)، بیماران با اسکیزوفرنی (۳۳) و مراقبین بیماران دمانس (۳۴) می‌باشد.. این نتیجه را می‌توان این‌گونه توجیه کرد که متأهلین همراه با نقش مراقب، نقش‌های دیگری مانند تربیت و رسیدگی فرزندان، موقعیت اجتماعی و رسیدگی به امور منزل را ایفا می‌نمایند. این مشغله کاری متأهلین و استرس‌های همراه با آن باعث می‌شود که میزان فشار مراقبتی و خستگی آن‌ها نسبت به مجردها بیشتر باشد. قابل‌توجه است که در مطالعه حاضر و مطالعات ذکرشده، اکثر مراقبین را زنان تشکیل می‌دادند. درنتیجه، امر مراقبت با سایر مسئولیت‌هایی چون نقش‌های مربوط به خانواده، شغل و وظایف خانه‌داری تداخل یافته و منجر به احساس فرسودگی می‌شود که این امر موجب افزایش فشار مراقبتی و مستعد شدن فرد مراقب در ابتلا به اختلالات جسمی مزمن و مشکلات روانی می‌شود. از طرفی وجود فرزندان و مشکل تربیتی و تحصیلی آنان موجب می‌شود که فشار بیشتری بر آن‌ها تحمیل شود.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، مراقبین با سابقه بیماری‌های جسمی فشار مراقبتی بیشتری را گزارش نمودند. همسو با نتایج این مطالعه، نتایج مطالعات سرپیل[3] و همکاران (۲۰۱۸) (۳۵)، دورو آسیرت[4] و همکاران (۲۰۱۳) (۳۶) بر روی مراقبین بیماران با سکته مغزی نشان دادند که فشار مراقبتی با بیماری مراقب ارتباط معنی‌داری داشت. افزایش فشار مراقبتی مراقبین را این‌طور می‌توان بیان کرد که باوجود مشکلات بهداشتی مراقب، استرس زیاد، زمان کم استراحت و اختصاص زمان به خود باعث افزایش قابل‌توجه فشار مراقبتی در آنان می‌شود. ازآنجایی‌که مراقبین بیشتر وقت خود را به امر مراقبت اختصاص می‌دهند، می‌توان گفت که آن‌ها ممکن است بیماری و درمان خود را نادیده بگیرند. به همین ترتیب، ارائه مراقبت به دیگران در کنار مشکلات بهداشتی مراقب، ممکن است موجب افزایش فشار مراقبتی شود.

نتایج پژوهش حاضر بیانگر این موضوع بود که ارتباطی معکوس و معنی‌داری بین فشار مراقبتی و میزان توانایی بیمار در امر مراقبت از خود و انجام فعالیت‌های زندگی روزمره وجود داشت؛ به این صورت که هر چه سطح توانایی مراقبت از خود بیمار پایین‌تر بود، میزان فشار مراقبتی کلی و همچنین در همه ابعاد فردی، اجتماعی، اقتصادی و عاطفی افزایش می‌یافت که هم‌راستا با نتایج بسیاری از مطالعات پیشین می‌باشد. به‌طوری‌که، بومان[5] و همکاران (۲۰۱۱) نشان دادند که افزایش میزان وابستگی در انجام فعالیت‌های روزمره همراه با افزایش قابل‌توجه بار فشار مراقبتی مراقبین بیماران با سکته مغزی می‌باشد (۳۷). عباسی و همکاران (۱۳۹۲) نیز گزارش نمودند که افزایش میزان وابستگی در انجام فعالیت‌های شخصی سبب افزایش معنی‌دار فشار مراقبتی مراقبین بیماران سرطانی می‌شد (۳۸). همچنین کوهستانی و باغچی (۱۳۹۰) یک رابطه مستقیم و معنی‌دار بین میزان وابستگی ۱۴۰ بیمار با سکته مغزی و مراقبین آنان را گزارش نمودند (۲۷). در مطالعه عباسی و همکاران (۱۳۹۰) در مراقبین بیماران دیالیزی بین فشار مراقبتی کل و توانایی انجام فعالیت‌های شخصی ارتباط معکوس و معنی‌دار آماری وجود داشت (۳۹). در این رابطه، توسون و همکاران (۲۰۱۷) نیز گزارش نمودند که فشار مراقبتی تحت تأثیر سطح وابستگی بیماران، تفاوت‌های فرهنگی و فعالیت‌های زندگی روزمره قرار می‌گیرد و با افزایش میزان وابستگی و اختلالات عملکردی بیماران سکته مغزی فشار مراقبتی به میزان قابل‌توجهی افزایش می‌یافت (۲۰). نتایج مطالعه آسیرت و همکاران (۲۰۱۳) در ۷۰ مراقب سکته مغزی نیز نشان داد که در بیماران مبتلا به سکته مغزی پیشرفته با افزایش اختلالات عملکردی، فشار مراقبتی قابل‌توجه بود (۳۶). نتایج اکثریت مطالعات گزارش شده بیانگر این بود که فشار مراقبتی تحت تأثیر سطح وابستگی بیماران و توانایی آنان در انجام فعالیت‌های زندگی روزمره قرار دارد. به‌طوری‌که فشار مراقبتی با افزایش وابستگی بیمار به میزان قابل‌توجهی افزایش می‌یافت. ازآنجاکه بیماران مبتلا به سکته مغزی در انجام بسیاری از فعالیت‌های روزانه خود وابسته می‌باشند، همچنین نیازمند انجام بسیاری از مراقبت‌ها ازجمله فیزیوتراپی اندام‌ها، تغییر وضعیت و... می‌باشند، مراقبت از آنان سخت و طاقت‌فرسا است. باید توجه داشت که مراقبت از بیمار مبتلا به سکته مغزی از مراقبت‌های مربوط به دیگر شرایط مزمن ازجمله آلزایمر یا سرطان متفاوت است، به‌طوری‌که در بیشتر بیماری‌های مزمن، فشار مراقبتی به‌تدریج افزایش یابد، که اجازه سازگاری به مراقبین با شرایط ایجادشده را می‌دهد، درحالی‌که، در سکته مغزی، مراقبت به‌طور ناگهانی شروع می‌شود. بعلاوه کاهش مدت‌زمان بستری بیماران سکته مغزی در چند سال اخیر، عامل دیگری در افزایش فشار مراقبتی مراقبین می‌باشد.

یکی از محدودیت‌های این مطالعه مقطعی بودن آن می‌باشد که پیشنهاد می‌گردد مطالعه‌ای مشابه به‌صورت طولی بر روی مراقبین این بیماران انجام شود و تأثیر زمان موردبررسی قرار گیرد. محدودیت دیگر، این مطالعه بر روی مراقبین بیماران سالمند انجام شد که تعمیم‌پذیری آن را به مراقبین تمام بیماران با سکته مغزی با مشکل مواجه می‌نماید. لذا پیشنهاد می‌شود، در مطالعه‌ای مشابه تمام بیماران با سابقه سکته مغزی به‌عنوان جامعه پژوهش در نظر گرفته شوند.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بیش از نیمی از سالمندان تحت‌فشار مراقبتی متوسط تا شدید بودند. این فشارها می‌تواند کیفیت مراقبت از بیماران

[3] Serpil
[4] Duru Aşiret
[5] Baumann

را متأثر نموده و همچنین باعث به خطر انداختن سلامت جسمی و روحی روانی مراقبین گردد. همچنین نتایج بیانگر ارتباط مستقیم فشار مراقبتی با میزان وابستگی بیماران سالمند بود. بنابراین، ارائه خدمات مشاوره‌ای، ویزیت در منزل و حمایت‌های اجتماعی مخصوصاً برای مراقبین بیماران با میزان وابستگی بالا برای کاهش بار مراقبتی و در نتیجه افزایش کیفیت مراقبت و تضمین سلامت مراقبین ضروری به نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد سالمندی و دارای کد اخلاق IR. QUMS.REC.1396.371 از دانشگاه علوم پزشکی قزوین می‌باشد.

در انتها لازم می دانیم از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، بیمارستان ولیعصر زنجان، جناب آقای دکتر خادم رهگشا، آقای دکتر عبدالرضا قریشی و تمامی کارکنان مراکز توان‌بخشی شهر زنجان و مراقبین شرکت‌کننده در مطالعه، تشکر و قدردانی می‌گردد.

References:

1. Aboozadeh Gotabi Kh, Ghanbari Moghaddam A, Mohammadi M, F. Z. The burden of family caregivers caring for older adults and its relationshipwith some factors. Nursing Department Group Vulnerable 2016;3(6): 27-36.

2. Rohani H, Eslami A, Jafari-Koshki T, Raei M, Abrishamkarzadeh H, Mirshahi R, et al. The factors affecting the burden of care of informal caregivers of the elderly in Tehran. J Kermanshah Univ Med Sci 2014;18(12): 726-33.

3. Darvishpoor Kakhki A, Abed saeedi J. Factors related to Health-Related Quality of Life (HRQoL) of elderly people in Tehran. Adv Nurs Midwifery 2013;23(82): 8-16.

4. Iran O. Selection of the results of general census of population and housing. 2016;1(46).

5. Habibi A, Nemadi-Vosoughi M, Habibi S, Mohammadi M. Quality of life and prevalence of chronicillnesses among elderly people: A cross-sectional survey. J Health 2012;3(1): 58-66.

6. Ahmadichenari H, Esmaili AA, Hasanzadeh F, Taheri NK. A review of the effective factors on physical rehabilitation of stroke patients. Iran J Rehab Res 2015;2(2): 68-77.

7. Qovamy M, Kabiri Kamrani A, Sarfaraz Z, Fallahpour M, al. e. The effect of occupational therapy interventions on the satisfaction and performance of elderly patients with stroke in self-care Activities. Iran J Ageing (Salmand) 2011;6(21): 26-33.

8. Jaracz K, Grabowska-Fudala B, Górna K, Kozubski W. Caregiving burden and its determinants in Polish caregivers of stroke survivors. Arch Med Sci 2014;10(5): 941.

9. Mazdeh M, Torabian S, Zafari P. Recurrent stroke in hospitalized patients, in Farshchian hospital of Hamadan, Iran: 2004-2009. HMJ 2012;16(4): 293-8.

10. Cheng HY, Chair SY, Chau JP-C. The effectiveness of psychosocial interventions for stroke family caregivers and stroke survivors: A systematic review and meta-analysis. Patient Educ Couns 2014;95(1): 30-44.

11. Kneebone I. A framework to support cognitive behavior therapy for emotional disorder after stroke. Cogn Behav Pract 2016;23(1): 99-109.

12. Pesantes MA, Brandt LR, Ipince A, Miranda JJ, Diez-Canseco F. An exploration into caring for a stroke-survivor in Lima, Peru: emotional impact, stress factors, coping mechanisms and unmet needs of informal caregivers. E Neurological Sci 2017;6: 33-50.

13. Nikookar R, Ghaffari S, Akbari Kamrani AA, Sahaf R, Moghadam M, Ghadimi MR. Assessing the Duration of Unnecessary Hospitalization and Expenses in Older Individuals Suffering From Cerebral Vascular Accident in the Chronic Care Unit. Iran J Ageing (Salmand) 2015;10(2): 180-7.

14. Alizadeh M, M. H. Shojae zadeh D, Rahimi A ,Arshinji M, Rohani H.[Assessing anxiety, depression and psychological wellbeing status of urban elderly under represent of Tehran metropolitan city (Persian)]. Iran J Ageing (Salmand) 2012;7(3): 66-73.

15. Ghada M, Mourad1 Rania A, Zaki Rasmia A. Improving coping abilities among caregivers of patients with cerebrovascular stroke. J Educ Pract 2014;5(36): 8-19.

16. Narekuli A, Raja K, Kumaran S. Impact of physical therapy on burden of caregivers of individuals with functional disability. Disability, CBR & Inclusive Development 2011;22(1): 108-19.

17. Brandon I. Easing the burden on family caregivers. J Nurs Manag. 2013;44(12): 20-7.

18. Bhattacharjee M, Vairale J, Gawali K, Dalal P. Factors affecting burden on caregivers of stroke survivors: Population-based study in Mumbai (India). Ann Indian Acad Neurol 2012;15(2): 113.

19. Farhadi A, Foroughan M, Mohammadi F, Rassouli M, Sadegh Moghadam L, Nazari Sh, et al. Caregiving appraisal in family caregivers of older adults. Iran J Ageing (Salmand). 2016;1(1): 8-19.

20. Tosun ZK, Temel M. Burden of caregiving for stroke patients and the role of social support among family members: An assessment through home visits. Int J Caring Sci 2017;10(3): 1696-704.

21. Safaeian Z, Hejazi SS, Delavar E ,Hoseini Azizi T, Haresabadi M. The relationship between caregiver burden, and depression, anxiety and stress in family caregivers of cancer patients referred to Imam Reza Hospital in Bojnurd city. J Nurs Educ 2017;5(3): 7-14.

22. Koohestani HR, N B. Burn out in caregivers of patients with stroke and its related factors. Hakim Res J 2012;14(4): 242- 8.

23. Pahlavanzadeh S, Navidian A, M. Y. The effect of family psychosocial education on the amount of depression, anxiety and stress of home caregivers of psychiatric patients. J Kermanshah Univ Med Sci 2010;14(3): 228-36.

24. Walke SC, Chandrasekaran V, Mayya SS. Caregiver burden among caregivers of mentally ill individuals and their coping mechanisms. J Neurosci Rural Pract 2018;9(2): 180.

25. Tagharrobi Z, Sooky Z. Psychometric evaluation of the short forms of barthel index in the elderly residing in nursing home. J Clin Res Paramed Sci 2013;2(1): 26-38.

26. Nazari H, Rashedi V, Mohammadi H, Yousefi M. Relationship between cognitive status and activities of daily living among the elderly of nursing homes. J Kermanshah Univ Med Sci 2014;18(12): 744-6.

27. Baghcheghi N, Koohestani H. Investigating the relationship between disability of elderly people with stroke and quality of life of their caregivers before and after discharging. J Fac Nurs Midwifery. 2011;21(74): 35-41.

28 Costa T, Gomes T, Viana L, Martins K, Costa K. Stroke: patient characteristics and quality of life of caregivers. Rev Bras Enferm 2016;69(5): 933-9.

29. Khatiban M, Kheirollahi A, Oshvandi K, Alhani F, Feradmal J. The effect of family-based education on knowledge and self-esteem of caregivers of patients with stroke: a randomized controlled trial. J Mazandaran Univ Med Sci 2013;23(110): 244-5.

30. Kumar R, Kaur S, Reddemma K. Burden and coping strategies in caregivers of stroke survivors. J Neurol Neurosci 2015;65(5):

31. Salmani N, Ashketorab T, Hasanvand S. The burden of caregiverand related factorsof oncology. J Nurs Midwifery Shahid Beheshti Univ Med Sci. 2013;24(84): 7151-8.

32. Haresabadi M , Bibak B, Hosein zadeh E , Bayati M , Arki M , al. e. Assessing burden of family caregivers of patients with schizophrenia Admitted in Imam Reza hospital- Bojnurd 2010. J North Khorasan Univ Med Sci. 2010;4(2): 165-71.

33. Hanzawa S, Tanaka G, Inadomi H, Urata M, Ohta Y. Burden and coping strategies in mothers of patients with schizophrenia in Japan. Psychiatry Clin Neurosci. 2008;62(3): 256-63.

34. Kim H, Chang M, Rose K, Kim S. Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. J Adv Nurs. 2012;68(4): 846-55.

35. Serpil Ö, Afife Y. Determination of care burden of caregivers of patients with multiple sclerosis in Turkey. Behav Neurol 20182018: 1-7.

36. Duru Aşiret G, Kapucu S. Burden of caregivers of stroke patients. Türk Nöroloji Dergisi 2013;19(1): 5-10.

37. Baumann M, Lurbe-Puerto K, Alzahouri K, Aïach P. Increased residual disability among poststroke survivors and the repercussions for the lives of informal caregivers. Top Stroke Rehabil 2011;18(2): 162-71.

38. Abbasi A, Shamsizadeh M, Asayesh H, Rahmani H, Hosseini S, Talebi M. The relationship between caregiver burden with coping strategies in Family caregivers of cancer patients. INA 2013;1(3): 62-71.

39. Abbasi A , Ashrafrezaee N , Asayesh H , Shariati A , al. e. The Relanship between caring burden and coping strategies in hemodialysis patients caregiver. J Urmia Nurs Midwifery Fac 2012;10 (4): 533-9.

Original Review

ELATIONSHIP BETWEEN BURDEN OF CARE OF CAREGIVERS AND DEPENDENCE LEVEL OF ELDERLY PATIENTS WITH STROKE

*Azar Kazemi[1], Jalil Azimian[2], Maryam Mafi[3], Seyedeh Ameneh Motalebi [*4]*

Received: 02 Oct, 2018; Accepted: 29 Dec, 2018

Abstract

Background & Aims: Stroke is a leading cause of death and disability worldwide. Older patients with stroke require long-term care and treatment. So, the present study was aimed to determine the burden of care of caregivers of elderly patients with stroke and its relationship with the rate of the elderly patients' dependency.

Material and Methods: A total of 110 caregivers of elderly patients with stroke participated in this descriptive and cross-sectional study. The samples were selected purposefully among the elderly patients hospitalized in Valiasr hospital in Zanjan for 6 months before the study. Zarit burden questionnaire and Barthel index of activities of daily living were used for collecting data. Questionnaires were completed by the caregivers. Then, the data were analyzed using Pearson, Spearman, independent t-test and ANOVA by SPSS 23 software.

Results*:* Based on the results of this study, the mean age of caregivers was 32.09 ± 8.70 years and the majority of them were women (n=77, 70%). Most of the elderly patients had mild to moderate dependency (n= 74, 67.3%). About 90 percent of the caregivers were under mild to moderate burn out. The results also showed a positive and significant relationship between caregivers' burnout and level of dependency of the elderly patients ($p < o.oo1$).

Conclusion: According to the results of this study, increasing the level of dependency and care needs of the elderly patients resulted in increase in the caregivers' burnout. So, it is necessary to empower the caregivers by social support and consulting method for reduction in their burnout.

Keywords: Stroke, dependency, burn out, caregiver

Address: Social Determinants of Health Research Center, Qazvin University of Medical Science
Tel: +982833375152
Email: ammotalebi@yahoo.com

[1] *Student of Gerontological nursing, Student of research committee, Qazvin University of Medical Sciences*
[2] *Associate Professor, School of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran*
[3] *MSc of Biostatistics, School of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.*
[4] *Assistant Professor, Social Determinants of Health Research Center, Qazvin University of Medical Science (Corresponding Author)*