

## بررسی کیفیت زندگی مراقبین (خانواده) بیماران تحت همودالیز

فاطمه جعفری ثانی<sup>۱</sup>، معصومه برخوردار شریف‌آباد\*<sup>۲</sup>، محمدمهدی سالاری<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۹/۱۱/۱۱ تاریخ پذیرش ۱۴۰۱/۰۲/۰۳

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** مواجهه مراقبین با وظایف و مسئولیت‌های ناشی از مراقبت بیماران تحت همودالیز مستقیماً با کیفیت زندگی آنان در ارتباط بوده و ممکن است به کاهش کیفیت زندگی آنان منجر شود. این پژوهش باهدف بررسی کیفیت زندگی مراقبین (خانواده) بیماران تحت همودالیز مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید رهنمون یزد در سال ۱۳۹۹ انجام شد.

**مواد و روش کار:** این مطالعه توصیفی تحلیلی بر روی ۵۵ نفر از مراقبین بیماران تحت همودالیز مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید رهنمون انجام شد. نمونه‌ها به شیوه تصادفی انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه مشخصات دموگرافیک و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مراقبین خانوادگی بیماران استفاده گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ و از آمار توصیفی و استنباطی (آزمون آماری پی‌رسون، تی تست مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه) استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که میانگین کیفیت زندگی کلی مراقبین  $53.00 \pm 22.65$  بود. بیشترین میانگین مربوط به بُعد تعارض (dimension of conflict) ( $62.19 \pm 24.2$ ) و کمترین میانگین مربوط به بُعد تشویش ذهنی (dimension of mental restlessness) ( $45.90 \pm 27.13$ ) بود. بین کیفیت زندگی مراقبین با سن، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، ساعات مراقبت در هفته و میزان درآمد ارتباط معنی‌داری وجود نداشت ( $P > 0.05$ ).

**نتیجه‌گیری:** همودالیز نه تنها بر کیفیت زندگی بیماران بلکه بر کیفیت زندگی مراقبین آن‌ها نیز اثر می‌گذارد. لذا پرداختن به مشکلات مراقبینی که از این بیماران مراقبت می‌نمایند، لازم به نظر می‌رسد و باید در برنامه‌ریزی‌ها مورد توجه قرار گیرد.

**کلیدواژه‌ها:** کیفیت زندگی، مراقبین، بیماران تحت همودالیز.

مجله پرستاری و مامایی، دوره نوزدهم، شماره یازدهم، پی‌درپی ۱۴۸، بهمن ۱۴۰۰، ص ۹۲۹-۹۲۰

آدرس مکاتبه: گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران، تلفن: ۰۵۶۳۲۳۸۳۱۳۱

Email: barkhordary.m@gmail.com

### مقدمه

خانواده به‌عنوان مراقبت‌کنندگان، اغلب به دلیل عدم حمایت، تعلیم و اطلاعات احساس خستگی، تنهایی و شکست را تجربه می‌نمایند. بنابراین اثرات بیماری مزمن نه تنها در زندگی بیماران اختلال ایجاد می‌کند، بلکه افراد مراقبت‌کننده را نیز گرفتار کرده و کیفیت زندگی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۵).

دیالیز برای مدیریت نارسایی کلیه شاید یکی از سنگین‌ترین مداخلات پزشکی مداوم باشد که نیازهای روانی، جسمی، مالی و اجتماعی را در بر می‌گیرد. تأثیر نامطلوب نارسایی کلیه بر کیفیت زندگی بیمار به‌طور گسترده تأیید شده است (۱، ۶). این در حالی است که عوارض مختلف درمان همودالیز و تغییر قابل توجه در شیوه

مراقبین نقش اساسی در مدیریت بسیاری از بیماری‌های مزمن ایفا می‌کنند (۱)، و در ابتدا به یک بیماری مزمن، نه فقط بیماران، بلکه مراقبین نیز درگیر می‌شوند. اصطلاح مراقب به شخصی اطلاق می‌شود که در طول درمان، بیشترین درگیری را در امر مراقبت بیمار دارد و به بیمار در مدیریت و تطابق با بیماری مزمن کمک می‌کند (۲). مراقبین معمولاً اعضای خانواده یا دوستان بیمار هستند که به‌طور روزانه از بیماران مراقبت می‌کنند و از نظر جسمی، روحی و اجتماعی از ایشان پشتیبانی می‌کنند و باین‌حال برای مراقبت‌هایی که ارائه می‌دهند، هیچ مبلغی دریافت نمی‌کنند (۳، ۴). اعضای

۱ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه، دانشکده علوم پزشکی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران

۲ دکترای پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران (نویسنده مسئول)

۳ دکترای پرستاری، مرکز تحقیقات بهداشت نظامی، انستیتو سبک زندگی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران.

## مواد و روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی و بخشی از یک مطالعه بزرگ‌تر بود که به مقایسه کیفیت زندگی بیماران و مراقبین پرداخته شده است. این مطالعه، به صورت مقطعی در دو ماه بر روی ۵۵ مراقب بیماران همودالیزی مراجعه‌کننده به بخش همودالیز بیمارستان شهید رهنمون یزد در سال ۱۳۹۹ انجام شد. تعداد نمونه، با در نظر گرفتن سطح معنی‌داری ۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و با توجه به مطالعه Nagasawa و همکاران (۲۰۱۸) (۲۰)، و در نظر گرفتن ریزش یا عدم پاسخ‌گویی کامل ۱۵ درصد، تعداد ۵۵ نفر از مراقبین به عنوان نمونه انتخاب شدند. نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری تصادفی ساده و بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند. بدین صورت که ابتدا لیستی از مراقبین واجد شرایط (مراقب توسط بیمار معرفی می‌شد)، تهیه و به هر مراقب، شماره‌ای اختصاص داده شد. سپس با استفاده از جدول اعداد تصادفی، تعداد نمونه موردنیاز انتخاب گردید. از معیارهای ورود تمایل به شرکت در مطالعه، عدم وجود مشکلات شناختی و روانی و از معیارهای خروج تغییر دادن ناگهانی همراه بیمار به عنوان مراقب‌کننده از بیمار بود.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای مشتمل بر دو بخش بود:  
۱- پرسشنامه مشخصات دموگرافیک: که شامل سن، جنسیت، تأهل، اشتغال، ساعت مراقبت در روز، نسبت با بیمار، داشتن منزل مشترک با بیمار، میزان درآمد ماهانه بود.

۲- پرسشنامه کیفیت زندگی مراقبین خانوادگی با ۳۴ گویه و ۵ بُعد که توسط سجادی و همکاران (۲۱)، با استفاده از مطالعه ترکیبی اکتشافی متوالی طراحی و روان‌سنجی شد. این ابعاد شامل بار مراقبتی (۱۵ گویه)، تعارض (۶ گویه)، درک مثبت از موقعیت (۳ گویه)، خودشکوفایی (۴ گویه) و تشویش‌های ذهنی (۶ گویه) بودند. این پرسشنامه دارای گزینه‌هایی با طیف لیکرتی پنج‌قسمتی (کاملاً مخالفم، مخالفم، نه مخالفم و نه موافقم، موافقم و کاملاً موافقم) است. به گزینه کاملاً مخالفم (۱)، مخالفم (۲)، نه موافقم و نه مخالفم (۳)، موافقم (۴) و کاملاً موافقم (۵) امتیاز تعلق می‌گیرد. نمره واقعی هر گویه از طریق حاصل ضرب امتیاز گویه در وزن گویه به دست می‌آید. پس از تبدیل نمرات به حالت استاندارد، هر چه قدر میانگین امتیاز کسب‌شده فرد از ابزار حاضر، به ۱۰۰ نزدیک‌تر بیشتر باشد نشان‌دهنده کیفیت زندگی بالاتر خواهد بود. سجادی و همکاران (۲۱)، روایی پرسشنامه طراحی‌شده را با استفاده از روایی صوری، محتوا، سازه و همگرا موردبررسی قرار دادند. جهت تعیین روایی صوری و محتوا از روش کمی و کیفی استفاده نمودند. در ارزیابی کیفی روایی محتوا، رعایت دستور زبان، استفاده از کلمات مناسب، معرف بودن آیت‌ها و قرارگیری آیت‌ها در جای مناسب، از دیدگاه ۱۲ نفر از متخصصین حوزه پرستاری موردبررسی قرار گرفت. روایی

زندگی بیماران باعث می‌شود که مراقبین و اعضای خانواده بیمار، بار زیادی به خاطر مراقبت تجربه کنند، به‌گونه‌ای که سلامت روانی آن‌ها دچار مشکل می‌شود (۳). بار مراقبتی به‌عنوان یک واکنش منفی نسبت به تأثیر ارائه‌ی مراقبت بر روی نقش‌های اجتماعی، شغلی و شخصی مراقب بیان می‌شود (۷، ۸). بنابراین ارائه مراقبت به بیماران همودالیزی یک بار عمده برای مراقبین محسوب می‌شود (۹) که پیامدهای نامطلوبی را در حیطه‌های خاصی در آن‌ها ایجاد می‌کند (۹، ۱۰). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که علائم افسردگی و اضطراب و همچنین کیفیت زندگی ضعیف نه‌تنها در میان بیماران در مراحل انتهایی بیماری کلیوی بلکه در میان مراقبین خانوادگی آن‌ها وجود دارد (۱۱، ۱۲). این در حالی است که همسران این بیماران، افرادی که با بیمار زندگی می‌کند، و نیز کسانی که به درمان آن‌ها کمک می‌کنند، کمتر موردتوجه قرار گرفته‌اند (۱۳).

در دنیای امروز، ارتقای کیفیت زندگی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. کیفیت زندگی مفهومی است که سلامت و عملکرد، حالات اجتماعی، اقتصادی و روانی، و جنبه‌های عاطفی و معنوی خانواده را در بر می‌گیرد (۱۴). کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی و پیچیده دارد که دربرگیرنده عوامل عینی و ذهنی است. کیفیت زندگی اغلب به‌عنوان درک مشخصی از رضایت در زندگی، سلامت اجتماعی و خانوادگی، امیدواری، آداب معاشرت و سلامت روانی بیمار می‌باشد. بررسی رضایت افراد از زندگی خود و کیفیت زندگی می‌تواند عوامل سودمندی درباره مؤلفه‌های زندگی ارائه دهد (۱۵).

سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را به صورت درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان تعریف می‌نماید (۱۶). مطالعات مختلفی به شناسایی تفاوت‌ها در تجربه‌ی مراقبت بر اساس رابطه‌ی مراقب با بیمار، تفاوت‌های فرهنگی، جنبه‌های فیزیکی و روانی مراقبت و شروع مداخلاتی برای کاهش بار مراقبتی پرداخته‌اند (۱۷). امروزه مراقبین رسمی از جمله پرستاران، مددکاران و همچنین مراقبین غیررسمی مانند والدین و اقوام بیماران از فاکتورهای بارز سلامت در درمان بیماران در نظر گرفته می‌شوند. سلامت مراقبت دهنده و اطلاعات و دانش وی بر نحوه مراقبت از بیمار تأثیر می‌گذارد. بدین لحاظ، در مورد بیماری مزمن کلیه هم هنگام مراقبت از بیماران مبتلا به این بیماری، باید نیازهای خانواده را هم در نظر داشت (۱۸). آگاهی بیشتر از کیفیت زندگی مراقبین برای رفع نیازهای آن‌ها، کاهش اضطراب و بهبود کیفیت زندگی بیماران موردنیاز است (۱۹). مطالعه حاضر باهدف تعیین کیفیت زندگی مراقبین (خانواده) بیماران تحت همودالیز مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید رهنمون یزد در سال ۱۳۹۹ انجام شده است.

شرکت در پژوهش، پرسشنامه‌های پژوهش را در اختیار آن‌ها قرار داده و نحوه تکمیل آن‌ها را نیز شرح داد. کد اخلاقی در تاریخ ۱۰/۲۴/۱۳۹۸ با شماره IR.IAU.KHUISF.REC.1398.272 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان اخذ شد. پس از تکمیل فرم‌ها، داده‌های جمع‌آوری شده توسط نرم‌افزار آنالیز آماری SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل و بررسی قرار گرفت. در این پژوهش از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. سطح معنی‌داری داده‌های آماری ۰،۰۵ در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

۵۵ مراقب در این مطالعه شرکت داشتند که اکثریت آن‌ها مرد (۶۰ درصد)، متأهل (۸۹،۱ درصد)، و شاغل (۴۳،۶ درصد) بودند (جدول ۱). اکثریت نسبت فرزنددی با بیمار داشتند (۴۱،۸ درصد) و نیز با بیمار به‌طور مشترک زندگی می‌کردند (۷۸،۲ درصد) (جدول ۱). میانگین سنی آنان (۵۸،۷۰ ± ۱۳،۲۹) بود. مراقبین به‌طور متوسط ۵،۴۷ ساعت در شبانه‌روز از بیمار خود مراقبت می‌کردند و متوسط درآمد آن‌ها ۱۸۱۸،۱۸ تا ۲۵۰ تومان بود.

کمی محتوا نیز بر اساس نظرات همان ۱۲ نفر با محاسبه دو شاخص نسبت روایی محتوا (CVR > ۰/۵۶) و شاخص روایی محتوا (۰/۷۸) (CVI > ۰/۸۹) جهت تعیین روایی سازه از روش تحلیل عاملی اکتشافی استفاده نمودند که ۵ بعد را نشان داد. همچنین برای سنجش روایی همگرا از ابزار سنجش کیفیت زندگی هشت سؤالی استفاده شد که ضریب همبستگی پیرسون ۰/۵۵۴ و سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۰۱ به دست آمد که نشان‌دهنده مطلوب بودن آن می‌باشد (۲۱). همچنین سجادی و همکاران (۲۱)، پایایی این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار دادند که میزان آلفای کرونباخ را برای پرسشنامه کلی، ۰/۹۳، بعد از مراقبتی ۰/۹۳، بعد تعارض ۰/۶۶، بعد درک مثبت از موقعیت ۰/۶۶، بعد خودشکوفایی ۰/۸۷، بعد تشویش‌های ذهنی ۰/۸۲ گزارش نمودند. همچنین ضریب همبستگی درون طبقه‌ای در روش آزمون - بازآزمون برای کل ابزار ۰/۹۷ بود که نشان‌دهنده مطلوب بودن آن است (۲۱). ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه کلی، در مطالعه حاضر، ۰/۸۷ به دست آمد.

پژوهشگر بعد از دسترسی به افراد مورد مطالعه و توضیح در مورد اهداف پژوهش و در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی جهت رضایت به

جدول (۱): ویژگی‌های دموگرافیک مراقبین بیماران تحت همودیالیز

متغیرها	تعداد (درصد)
جنس	مرد ۳۳ (۶۰)
	زن ۲۲ (۴۰)
تأهل	بیوه ۳ (۵،۵)
	متأهل ۴۹ (۸۹،۱)
اشتغال	مجرد ۳ (۵،۵)
	دانشجو ۵ (۹،۱)
	خانه‌دار ۱۷ (۳۰،۹)
	بیکار ۹ (۱۶،۴)
	شاغل ۲۴ (۴۳،۶)
زندگی مشترک با بیمار	بله ۴۳ (۷۸،۲)
	خیر ۱۲ (۲۱،۸)
نسبت با بیمار	فرزند ۲۳ (۴۱،۸)
	برادر ۴ (۷،۳)
	خواهر ۱۰ (۱۸،۲)
	پدر ۷ (۱۳،۷)
	پرستار همراه/خصوصی ۱۱ (۲۰)

نتایج نشان داد میانگین کلی کیفیت زندگی مراقبین ۳۱۷.۷۸ با انحراف معیار ۹۲.۶۷ می‌باشد. بر اساس نمرات استاندارد بر مبنای ۱۰۰، بیشترین میانگین مربوط به بُعد تعارض (۲۴.۲ ± ۶۲.۱۹) و کمترین مربوط به بعد تشویش‌های ذهنی (۲۷.۱۳ ± ۴۵.۹۰) بود (جدول ۲).

جدول (۲): میزان کیفیت زندگی و ابعاد آن در مراقبین بیماران همودیالیزی

متغیرها	تعداد سؤالات	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار بر مبنای ۱۰۰
بار مراقبتی	۱۵	۱۰۷	۳۹۵	۲۵۰.۴۱	۷۹.۳۳	۵۳.۴۰ ± ۲۴.۷۱
تعارض	۶	۱۰	۳۰	۲۰.۹۲	۵.۷۶	۶۲.۱۹ ± ۲۴.۲
درک مثبت از موقعیت	۳	۶	۲۰	۱۲.۲۳	۳.۹۳	۵۱.۴۷ ± ۲۴.۵۹
خودشکوفایی	۴	۶	۳۰	۱۷.۱۸	۶.۵۷	۴۶.۵۹ ± ۲۷.۳۹
تشویش‌های ذهنی	۶	۹	۳۰	۱۷.۰۱	۶.۵۱	۴۵.۹۰ ± ۲۷.۱۳
کیفیت کل	۳۴	۱۶۲	۵۰۵	۳۱۷.۷۸	۹۲.۶۷	۵۳.۰۰ ± ۲۲.۶۵

همچنین نتایج حاکی از آن بود که بین کیفیت زندگی مراقبین با سن ارتباط معنی‌داری وجود نداشت ( $P > 0.05$ ) ولی در میان ابعاد کیفیت زندگی، تنها بین بعد تعارض با سن ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت ( $P < 0.05$ ). بین کیفیت زندگی کلی و ساعت مراقبت در هفته ارتباط معنی‌داری وجود نداشت ( $P > 0.05$ ) و این ارتباط تنها در مورد بعد خودشکوفایی مثبت و معنی‌دار بود ( $P < 0.05$ ). بین کیفیت زندگی کلی و میزان درآمد ارتباط معنی‌داری وجود نداشت ( $P > 0.05$ ) و در ابعاد تعارض و خودشکوفایی ارتباط آماری منفی و معنی‌داری وجود داشت ( $P < 0.05$ ) (جدول ۳).

از دیگر یافته‌های نتایج مطالعه کنونی این بود که میانگین کیفیت زندگی کلی و تمام ابعاد آن در زنان بیشتر از مردان بوده و این تفاوت در ابعاد تعارض، درک مثبت از موقعیت، خودشکوفایی، و تشویش‌های ذهنی معنی‌دار بود ( $P < 0.05$ ). در میزان کیفیت زندگی کلی مراقبین برحسب وضعیت تأهل تفاوتی وجود نداشت ( $P > 0.05$ ) ولی این تفاوت در ابعاد تعارض، درک مثبت از موقعیت، خودشکوفایی و تشویش‌های ذهنی بین گروه‌ها معنی‌دار بود ( $P < 0.05$ ). بین کیفیت زندگی کلی و ابعاد آن با وضعیت اشتغال ارتباطی وجود نداشت ( $P > 0.05$ ). (جدول ۳).

جدول (۳): مقایسه کیفیت زندگی مراقبین بیماران تحت همودیالیز و ابعاد آن برحسب برخی از ویژگی‌های دموگرافیک آن‌ها

متغیرها	بار مراقبتی	تعارض	درک مثبت از موقعیت	خودشکوفایی	تشویش ذهنی	کیفیت زندگی کلی
جنس						
مرد	۴۸.۷۳ ± ۲۲.۲۷	۵۳.۷۸ ± ۲۲.۸۵	۴۵.۸۳ ± ۲۱.۸۵	۲۴.۸۵ ± ۳۷.۶۲	۳۵.۷۳ ± ۲۱.۳۷	۴۷.۴۹ ± ۱۸.۸۴
زن	۶۰.۴۰ ± ۲۶.۹۹	۷۴.۸۱ ± ۲۰.۲۶	۵۹.۹۴ ± ۲۶.۴۹	۶۰.۰۳ ± ۲۵.۹۳	۶۱.۱۷ ± ۲۸.۱۲	۶۱.۲۵ ± ۲۵.۶۹
نحراف (میانگین ± معیار)	۰.۰۸۶	۰.۰۰۱**	۰.۰۳۶*	۰.۰۰۲**	۰.۰۰۰**	۰.۰۲۶*
تأهل						
بیوه	۶۰.۷۴ ± ۰.۰۰	۱۶.۶۶ ± ۰.۰۰	۱۸.۷۵ ± ۰.۰۰	۸.۳۳ ± ۰.۰۰	۱۲.۵۰ ± ۰.۰۰	۵۰.۶۱ ± ۰.۰۰
متاهل	۵۷.۱۱ ± ۶.۸۳	۶۶.۶۶ ± ۱۴.۴۳	۸۳.۳۳ ± ۲۸.۸۶	۶۳.۸۸ ± ۱۲.۰۲	۷۲.۲۲ ± ۱۹.۲۴	۵۹.۹۸ ± ۹.۱۷
مجرد	۵۲.۷۲ ± ۲۶.۰۸	۶۴.۷۱ ± ۲۲.۴۳	۵۱.۵۳ ± ۲۲.۶۹	۴۷.۸۷ ± ۲۶.۹۵	۴۶.۳۴ ± ۲۶.۴۵	۵۲.۷۲ ± ۲۳.۸۸
نحراف (میانگین ± معیار)	۰.۸۳۷	۰.۰۰۲**	۰.۰۰۴**	۰.۰۲۵*	۰.۰۲۲*	۰.۸۵۴
اشتغال						
بیکار	۵۳.۵۲ ± ۲۸.۹۱	۶۸.۱۳ ± ۲۲.۷۷	۵۱.۴۷ ± ۲۳.۹۵	۵۵.۶۳ ± ۲۳.۰۵	۵۰.۴۹ ± ۳۱.۳۸	۵۴.۲۵ ± ۲۷.۰۰
خانه‌دار	۴۶.۳۱ ± ۱۹.۸۵	۵۶.۹۴ ± ۲۵.۳۴	۵۴.۱۶ ± ۱۵.۶۲	۳۸.۸۸ ± ۲۸.۰۲	۳۱.۹۴ ± ۹.۰۸	۴۵.۹۶ ± ۱۷.۶۸
دانشجو	۲۹.۹۶ ± ۶.۳۱	۶۰.۰۰ ± ۱۳.۶۹	۵۵.۰۰ ± ۶.۸۴	۵۰.۰۰ ± ۰.۰۰	۴۵.۰۰ ± ۶.۸۴	۳۴.۷۶ ± ۴.۲۸

متغیرها	بار مراقبتی	تعارض	درک مثبت از موقعیت	خودشکوفایی	تشویش ذهنی	کیفیت زندگی کلی
(میانگین ±)	۶۰.۸۵ ± ۲۲.۶۱	۶۰.۴۱ ± ۲۶.۴۰	۴۹.۷۳ ± ۳۰.۳۱	۴۲.۳۶ ± ۳۱.۸۴	۴۸.۰۹ ± ۳۰.۱۷	۵۸.۵۵ ± ۲۱.۴۷
نحراف (معیار)	۰.۰۵۵	۰.۰۶۱	۰.۰۹۵۷	۰.۰۳۶۸	۰.۰۳۹۶	۰.۰۱۳۱
نسبت با	۵۴.۳۹ ± ۳۰.۳۹	۶۴.۴۹ ± ۲۵.۹۲	۶۲.۵۰ ± ۲۵.۲۸	۵۴.۱۶ ± ۳۵.۲۸	۴۴.۳۸ ± ۳۴.۸۷	۵۴.۷۰ ± ۲۹.۳۸
بیمار	۶۳.۷۰ ± ۲۱.۵۶	۷۱.۸۷ ± ۶.۲۵	۵۱.۵۶ ± ۳۵.۴۹	۴۵.۸۳ ± ۲۴.۲۹	۵۳.۱۲ ± ۲۱.۶۱	۶۲.۰۴ ± ۱۵.۲۵
خواهر	۵۳.۶۴ ± ۲۳.۶۳	۷۶.۶۶ ± ۸.۳۷	۴۵.۶۲ ± ۲۷.۰۱	۵۳.۷۵ ± ۸.۴۳	۶۲.۵۰ ± ۱۶.۰۷	۵۵.۲۰ ± ۱۸.۸۶
پدر	۵۳.۱۳ ± ۱۹.۵۱	۴۰.۴۷ ± ۲۵.۱۹	۳۱.۲۵ ± ۱۷.۶۷	۳۱.۵۴ ± ۲۱.۷۶	۳۶.۳۰ ± ۲۳.۰۲	۴۹.۲۸ ± ۱۴.۷۴
پرستار						
همراه‌خو	۴۷.۵۲ ± ۱۷.۶۷	۵۴.۵۴ ± ۲۳.۰۰	۴۶.۵۹ ± ۳.۲۶	۳۴.۰۹ ± ۱۶.۵۴	۳۷.۵۰ ± ۱۲.۹۰	۴۶.۵۲ ± ۱۵.۸۸
صی (میانگین ±)						
نحراف (معیار)	۰.۰۸۶۲	۰.۰۱۷*	۰.۰۲۸*	۰.۰۱۴۱	۰.۰۱۹۷	۰.۰۷۵۹
ضریب همبستگی	۰.۰۰۹۷	۰.۰۲۷۵	-۰.۰۴۱	۰.۰۰۲۷	۰.۰۰۶۰	۰.۰۱۰۴
سن	۰.۰۴۸۳	۰.۰۰۴۲*	۰.۰۷۶۶	۰.۰۸۴۴	۰.۰۶۶۴	۰.۰۴۴۹
ساعات مراقبت در هفته	-۰.۰۱۷۷	-۰.۰۰۹۲	۰.۰۱۵۲	۰.۰۳۰۳	۰.۰۰۹۳	-۰.۰۱۲۳
میزان درآمد	۰.۰۰۴۰	-۰.۰۲۷۸	-۰.۰۲۰۹	-۰.۰۳۰۸	-۰.۰۱۳۴	-۰.۰۰۲۳
	۰.۰۷۶۹	۰.۰۰۴۰*	۰.۰۱۲۶	۰.۰۰۲۲*	۰.۰۳۳۱	۰.۰۸۶۹

\* سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵

\*\* سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۱

## بحث

پرداختند، نشان داند که ۵۲،۵ درصد مراقبین دارای کیفیت زندگی متوسط و پائین بوده‌اند (۱۸)، که با نتایج مطالعه حاضر همسو است. در مطالعه توصیفی مقطعی که توسط شعیفات و همکاران بر روی ۱۸۷ بیمار تحت همودیالیز و مراقبین آن‌ها در کشور اردن انجام شد، نتایج نشان داد که کیفیت زندگی بیماران از کیفیت زندگی مراقبین‌شان پایین‌تر بود (۲۳).

در مطالعه کنونی، بعد بار مراقبتی ۵۳،۴۰ ± ۲۴،۷۱ بود که تقریباً در سطح متوسطی قرار داشت. بار مراقبتی مهمترین عامل تعیین کننده کیفیت زندگی مراقبین است. در راستای این نتایج، در مطالعه سجادی و همکاران میانگین بعد بار مراقبتی ۴۳،۵۹ ± ۲۰،۲۵

کیفیت زندگی مراقبین در مطالعه کنونی ۵۳،۰۰ ± ۲۲،۶۵ بود و با توجه به نمرات بر مبنای ۱۰۰، در سطح متوسط قرار داشت. همراستا با این نتایج، سطح کیفیت زندگی مراقبین در مطالعه گری و همکاران در سال ۲۰۱۹، در بُعد جسمی ۴۶،۹ ± ۸،۷ و بُعد روانی ۴۷،۸ ± ۹،۷ گزارش شده است (۸). نتایج مطالعه دیگری که توسط جعفری و همکاران در سال ۲۰۱۸ انجام شد، حاکی از آن بود که مراقبان کیفیت زندگی مطلوبی داشتند (۲۲). همچنین حبیب زاده و همکاران در سال ۲۰۱۸ در پژوهشی که در آن به بررسی سطح کیفیت زندگی مراقبین بیماران همودیالیزی شهرستان خوی

گزارش شده است که کمتر از مطالعه حاضر است (۲۱). یافته‌های مطالعه‌ای که توسط مناتی و همکاران در سال ۲۰۲۰ انجام شد، نشان داد که مراقبین از لحاظ اجتماعی، احساسی، و جسمی وضعیت مطلوبی نداشتند و مراقبان بیماران همودیلیز بار مراقبتی نسبتاً بالایی را تجربه می‌کردند (۲۴). مطالعه دیگری توسط هاله جعفری و همکاران در سال ۲۰۱۸ انجام شد که میزان بار مراقبتی در مطالعه آنان  $۱۳،۶۷ \pm ۷۶،۲۷$  از ۱۳۰ بود. نتایج آنان نشان داد که مراقبان بیماران مبتلا به همودیلیز فشار بالایی را تحمل می‌کنند که این فشار بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر منفی دارد (۲۲). نتایج یک مطالعه مرور سیستماتیک نشان داد که بار مراقبتی اثرات زیان‌آوری بر مراقبین دارد و توجه بیشتری به سمت توسعه و ارزشیابی خدمات برای مراقبین مورد نیاز است (۲۵).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بیشترین میانگین مربوط به بُعد تعارض ( $۲۴،۲ \pm ۶۲،۱۹$ ) بود که در سطح متوسط قرار داشت. تعارض برای مراقبین شامل مواردی از قبیل حمایت ناکافی از مراقب، عدم همکاری و مشارکت سایر اعضای خانواده در مراقبت از بیمار و انتظارهای مراقبتی صرفاً از یک مراقب، وجود نظرات مختلف در مورد نحوه مراقبت و نیز تعارض بین مراقب و مراقبت شونده بود که منجر به افت کیفیت زندگی مراقب می‌شود. همراستا با این نتایج، یافته‌های سجادی و همکاران نشان داد که میانگین کیفیت زندگی مراقبین در بُعد تعارض  $۱۹،۲۸ \pm ۶۰،۱۸$  بود (۲۱). در مطالعه‌ای که با روش مرور سیستماتیک تلفیقی توسط هوانگ و همکاران با عنوان تجارب مراقبین غیررسمی بیماران تحت دیالیز در سال ۲۰۱۷ انجام شد، تجارب گزارش شده توسط مراقبین غیررسمی، شامل بار مراقبتی سنگین، احساس غرق شدن، انزوای اجتماعی و نیاز به توجه آن‌ها به سلامت خودشان بود (۲).

نتایج نشان داد که مراقبین در بعد تشویش‌های ذهنی، کمترین میانگین را داشتند ( $۲۷،۱۳ \pm ۴۵،۹۰$ ). مراقبت طولانی مدت، مسائل روانی، نوسانات علائم حیاتی، رعایت رژیم غذایی و دارویی، خونریزی پس از همودیلیز و مواردی از این قبیل که ممکن است برای بیمار تحت همودیلیز اتفاق بیفتد، می‌تواند مراقب را تحت تأثیر قرار دهد. در مطالعه سجادی و همکاران، میانگین کیفیت زندگی در این بعد  $۱۶،۷۹ \pm ۳۵،۵۱$  بود (۲۱) که از مطالعه کنونی که برابر با  $۲۷،۱۳ \pm ۴۵،۹۰$  بود، پایین‌تر است. نتایج مطالعات نشان می‌دهد که استرس‌های مراقبتی منجر به استرس، افسردگی، اضطراب، تحریک پذیری، خستگی و کاهش تمرکز در مشارکت کنندگان می‌شود. احساس غرق شدن و انزوای اجتماعی در مطالعه هوانگ و همکاران نیز گزارش شده است (۲). همچنین یافته‌های مطالعه کیفی ربیعی و همکاران در سال ۲۰۱۴ در مورد دیدگاهها و تجارب مراقبین بیماران تحت همودیلیز، عبارت بودند از: قرار گرفتن در یک وضعیت

سرگردانی، تقلای مداوم برای یادگیری، تبعیت از مقدرات الهی و گرفتاریهای بیماری. محققین این مطالعه بر این باورند که مراقبت در یک جو عدم اطمینان و بلا تکلیف منجر به کاهش کارایی و کیفیت مراقبت ارائه شده توسط مراقبین می‌گردد (۲۶).

نتایج نشان داد که مراقبین در بعد درک مثبت از موقعیت در سطح متوسط قرار داشتند ( $۲۴،۵۹ \pm ۵۱،۴۷$ ). مراقبین می‌توانند از مراقبت، هم ادراک مثبت و هم ادراک منفی داشته باشند. این ارزیابی ذهنی متفاوت، سبب می‌شود که با وجود استرس‌زا بودن شرایط مراقبت، همه افراد درک یکسانی از شرایط محیط نداشته باشند. به عبارتی برخی از مراقبین استرس را بیشتر از آنچه که وجود دارد، درک می‌نمایند. این امر باعث ایجاد پیامدهای منفی برای سلامتی و رفاه مراقب می‌شود. در مطالعه سجادی و همکاران، میانگین بُعد درک مثبت از موقعیت  $۲۰،۴۰ \pm ۶۵،۸۶$  بود (۲۱) که از مطالعه کنونی ( $۲۴،۵۹ \pm ۵۱،۴۷$ ) بالاتر است که نشان‌دهنده این است که مراقبت از بیمار جنبه‌های مثبتی هم برای مراقبین دارد، بدین معنا که برخی از مراقبین از اینکه مورد نیاز دیگران هستند، احساس خوبی دارند و این امر به زندگی آنان معنا می‌بخشد. ضمن این که مهارت‌هایشان را بهبود می‌بخشد و موجب تقویت روابطشان با خانواده و سایرین می‌شود. در مطالعه سجادی و همکاران، مشارکت کنندگان اذعان داشتند که مراقبت با وجود تحمیل تنش‌های مختلف، منجر به حس رضایت و سبک‌بالی در آن‌ها می‌شود (۲۱). سجادی و همکاران در سال ۲۰۱۷ در یک مطالعه مرور سیستماتیک که به کیفیت زندگی مراقبین خانوادگی بیماران تحت همودیلیز پرداخته بودند به این نتیجه رسیدند که مراقبینی که درک ذهنی بهتری، نسبت به بیماری فرد تحت مراقبت خود داشتند و از استراتژیهای تطابقی مؤثر استفاده می‌کردند در مقایسه با سایر مراقبین از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند و افزایش توانمندی با کاهش بار مراقبتی همراه است (۲۷).

نتایج نشان داد که مراقبین در بُعد خودشکوفایی در سطح پایین‌تر از حد متوسط قرار داشتند ( $۲۷،۳۹ \pm ۴۶،۵۹$ ). این بُعد به توانمندی‌ها و اثرات مثبت مراقبت اشاره دارد. رشد فردی در مراقبین بیماران تحت همودیلیز، اثر بار مراقبتی را خنثی می‌کند و به مراقب کمک می‌کند تا بتواند با یک حس منعطف به مراقبت و حمایت از بیمار در زمانهای سخت و طولانی بپردازد. در مطالعه سجادی و همکاران، میانگین بعد خودشکوفایی  $۱۸،۶۷ \pm ۷۶،۱۴$  بود (۲۱)، که خیلی بیشتر از مطالعه حاضر ( $۲۷،۳۹ \pm ۴۶،۵۹$ ) می‌باشد. از یافته‌های منحصر به فرد مطالعه هوانگ این بود که مراقبین، رشد شخصی را نیز گزارش نمودند که ممکن است، تأثیر بار مراقبت را کاهش دهد و به مراقبین برای تحمل این شرایط در طول زمانهای سخت و طولانی مدت کمک کند (۲).

افزایش استرس و افسردگی و کاهش احساس رفاه ذهنی در مراقبین به نسبت مراقبت‌کننده با مراقبت شونده نیز بستگی دارد (۲۹). در مطالعه سجادی و همکاران نشان داده شد که مراقبین برخوردار از درآمد ناکافی به‌طور معنی‌داری کیفیت زندگی پایینتری دارند (۲۱). مطالعه سلمانی و همکاران نشان داد که همسران نسبت به بقیه مراقبین بیشترین میزان فشار مراقبتی را داشتند (۳۰). از محدودیتهای مطالعه حاضر، تکمیل پرسشنامه‌ها در زمان پاندمی کووید ۱۹ بود که به دلیل ایجاد اضطراب و نگرانی مضاعف می‌تواند بر روی نتایج تحقیق تأثیر گذار بوده باشد.

### نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد میانگین کلی کیفیت زندگی مراقبین در سطح متوسطی قرار دارد. بیشترین میانگین مربوط به بُعد تعارض و کمترین میانگین مربوط به تشویش‌های ذهنی بود. همودیالیز نه تنها بر کیفیت زندگی بیماران بلکه بر کیفیت زندگی مراقبین آن‌ها نیز اثر می‌گذارد و در سطوح مختلفی سبب کاهش کیفیت زندگی مراقبین بیماران می‌شود. لذا پرداختن به مشکلات مراقبین که از این بیماران مراقبت می‌نمایند، لازم به نظر می‌رسد تا در برنامه‌ریزی‌های پرستاری در کنار خود بیماران همودیالیزی به مشکلات مراقبین آن‌ها نیز توجه شود (۳۱). پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی، پژوهشی با حجم نمونه بیشتر و در سطح کشوری انجام شود. همچنین طراحی مطالعات مداخله‌ای جهت ارتقاء کیفیت زندگی مراقبین پیشنهاد می‌گردد.

### تعارض و منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

### تشکر و قدردانی

از تمام مسئولین دانشگاه علوم پزشکی یزد و پرسنل دلسوز بخش همودیالیز بیمارستان شهید رهنمون یزد بالاخص سرکار خانم شایسته ، و تمامی بیماران و مراقبینی که در این مطالعه همکاری داشته‌اند کمال تشکر را دارم.

مراقبین خانوادگی، بیماران پنهانی هستند که آسیب‌های روانی و جسمی زیادی را به خاطر مراقبت از بیمار تحت همودیالیز تجربه می‌کنند. افزایش کیفیت زندگی مراقبین باعث ارتقاء کیفیت زندگی بیماران می‌شود. بنابراین لزوم بررسی کیفیت زندگی مراقبین ضروری به نظر می‌رسد (۲۱). با توجه به نتایج این پژوهش کیفیت زندگی مراقبین در حد متوسط گزارش شد که لزوم ارتقاء کیفیت زندگی مراقبین و ابعاد آن را نشان می‌دهد.

نتایج حاکی از آن بود که بین کیفیت زندگی مراقبین با سن، جنس و وضعیت تأهل، اشتغال، ساعات مراقبت در هفته و میزان درآمد ارتباط معنی‌داری وجود ندارد که با یافته‌های مطالعه سجادی و همکاران همسو است (۲۱)، ولی در مطالعه سجادی و همکاران ارتباط بین سن و کیفیت زندگی مراقبین معنی‌دار بود و نتایج مطالعه آنان نشان داد مراقبینی که از بیمار میانسال مراقبت می‌کنند از کیفیت زندگی پایینتری برخوردارند. در مطالعه آنان، مشارکت کنندگان به مواردی از قبیل تداخل زمانی مراقبت با امور شغلی، کاهش بازده کاری به علت خستگی ناشی از مراقبت، مرخصی‌های مکرر از کار برای رفع نیازهای بیمار، تأخیر در انجام وظایف محوله، و کاهش تمرکز ذهنی در محیط کار اشاره نمودند (۲۱). در مطالعه دستیار هم رابطه معنی‌داری بین دفعات دیالیز در هفته و رنج مراقبتی مراقبین یافت شد. مراقبین بیمارانی که هفته‌ای یکبار دیالیز می‌شدند، رنج مراقبتی کمتری نسبت به سایرین داشتند. این ممکن است به این دلیل باشد که بیماری افرادی که در هفته کمتر دیالیز می‌شوند، پیشرونده نیست و این دسته از بیماران از نظر سلامتی و بهزیستی بهتر هستند، و در نتیجه نیاز به مراقبت کمتری دارند و مراقبین آن‌ها نیز رنج مراقبتی کمتری متحمل می‌شوند (۲۸)، که با مطالعه حاضر غیر همسو است. علت آن می‌تواند ناشی از تفاوت در شدت بیماری و تعداد جلسات بیماران همودیالیزی تحت مراقبت باشد که در مطالعه حاضر هیچ بیماری نبود که به‌صورت یکبار در هفته دیالیز شود. تفاوت آماری معنی‌داری بین کیفیت زندگی کلی برحسب نوع نسبت مراقبین با بیمار وجود نداشت و این تفاوت ابعاد تعارض (بین خواهر با پدر) و درک مثبت از موقعیت (بین فرزند با پدر) معنی‌دار بود که همراستا با اعتقاد شولز است که می‌گوید

### References:

- Gilbertson EL, Krishnasamy R, Foote C, Kennard AL, Jardine MJ, Gray NA. Burden of care and quality of life among caregivers for adults receiving maintenance dialysis: A systematic review. *Am J Kidney Dis* 2019;73(3):332-43.
- Hoang VL, Green T, Bonner A. Informal caregivers' experiences of caring for people receiving dialysis: A mixed - methods systematic review. *J Ren Care* 2018;44(2):82-95.
- Hayman JA, Langa KM, Kabeto MU, Katz SJ, DeMonner SM, Chernew ME, et al. Estimating the

- cost of informal caregiving for elderly patients with cancer. *J Clin Oncol* 2001;19(13):3219-25.
4. Rainville C, Skufca L, Mehegan L. Family caregiving and out-of-pocket costs: 2016 report. Washington, DC: AARP Research. 2016;November 2016.
  5. Han B, Haley WE. Family caregiving for patients with stroke: review and analysis. *Stroke*. 1999;30(7):1478-85.
  6. Iyasere OU, Brown EA, Johansson L, Huson L, Smee J, Maxwell AP, et al. Quality of life and physical function in older patients on dialysis: a comparison of assisted peritoneal dialysis with hemodialysis. *Clin J Am Soc Nephrol* 2016;11(3):423-30.
  7. Sherwood PR, Given CW, Given BA, Von Eye A. Caregiver burden and depressive symptoms: Analysis of common outcomes in caregivers of elderly patients. *J Aging Health* 2005;17(2):125-47.
  8. Gray NA, Zuo L, Hong D, Smyth B, Jun M, De Zoysa J, et al. Quality of life in caregivers compared with dialysis recipients: The Co - ACTIVE sub - study of the ACTIVE dialysis trial. *Nephrology* 2019;24(10):1056-63.
  9. Rioux JP, Narayanan R, Chan CT. Caregiver burden among nocturnal home hemodialysis patients. *Hemodial Int* 2012;16(2):214-9.
  10. Santos PR, de Sales Santos ÍM, de Freitas Filho JLA, Macha CW, Tavares PGCC, de Oliveira Portela AC, et al. Emotion-oriented coping increases the risk of depression among caregivers of end-stage renal disease patients undergoing hemodialysis. *Int Urol Nephrol* 2017;49(9):1667-72.
  11. Khalil AA, Khalifeh AH, Al - Rawashdeh S, Darawad M, Abed M. Depressive Symptoms, Anxiety, and Quality of Life in Hemodialysis Patients and Their Caregivers: A Dyadic Analysis. *Jpn Psychol Res* 2021.
  12. Gerogianni G, Polikandrioti M, Babatsikou F, Zyga S, Alikari V, Vasilopoulos G, et al. Anxiety–depression of dialysis patients and their caregivers. *Medicina* 2019;55(5):168, 1-9.
  13. Shah KK, Murtagh FE, McGeechan K, Crail SM, Burns A, Morton RL. Quality of life among caregivers of people with end-stage kidney disease managed with dialysis or comprehensive conservative care. *BMC Nephrol* 2020;21(1):1-8.
  14. Hamasaki Y, Yamaguchi T, Takahashi Y, Hashimoto J, Muramatsu M, Kawamura T, et al. Change in the quality of life of caregivers of pediatric department patients undergoing kidney transplantation: a single-center prospective study. *Clin Exp Nephrol* 2018;22(5):1198-204.
  15. Isikhan V, Güner P, Kömürçü S, Özet A, Arpacı F, Öztürk B. The relationship between disease features and quality of life in patients with cancer—I. *Canc Nurs* 2001;24(6):490-5.
  16. World Health Organization. available: <https://www.who.int/tools/whoqol>.
  17. Pitceathly C, Maguire P, Haddad P, Fletcher I. Prevalence of and markers for affective disorders among cancer patients' caregivers. *J Psychosoc Oncol* 2005;22(3):45-68.
  18. Habibzadeh H, Jafarizadeh H, Mohammadpoor Y, Kiani P, Lak K, Bahrechi A. A survey on quality of life in hemodialysis patient care givers. *Nurs Midwifery J* 2009;7(3):128-35. (Persian)
  19. Vovlianou S, Koutlas V, Ikonomidou M, Vassilikopoulos T, Papoulidou F, Dounousi E. Quality of life of caregivers of end - stage kidney disease patients: Caregivers or care recipients? *J Ren Care* 2021.
  20. Nagasawa H, Sugita I, Tachi T, Esaki H, Yoshida A, Kanematsu Y, et al. The relationship between dialysis patients' quality of life and caregivers' quality of life. *Front Pharmacol* 2018;9(770).
  21. Sajadi SA, Ebadi A, Moradian ST, Akbari R. Designing and validation of health-related quality of life inventory for family caregivers of hemodialysis



- patients. *Int J Community Based Nurs Midwifery* 2020;8(2):164-76.
22. Jafari H, Ebrahimi A, Aghaei A, Khatony A. The relationship between care burden and quality of life in caregivers of hemodialysis patients. *BMC Nephrol* 2018;19(1):1-8.
  23. Shdaifat EA, Manaf MRA. Quality of life of caregivers and patients undergoing haemodialysis at Ministry of Health, Jordan. *Int J Appl* 2012;2(3):78-85.
  24. Menati L, Torabi Y, Andayeshgar B, Khatony A. The relationship between care burden and coping strategies in caregivers of hemodialysis patients in Kermanshah, Iran. *Psychol Res Behav Manag* 2020;13:133-40.
  25. 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.
  26. Rabiei L, Eslami AA, Abedi H, Masoudi R, Sharifirad GR. Caring in an atmosphere of uncertainty: perspectives and experiences of caregivers of peoples undergoing haemodialysis in Iran. *Scand J Caring Sci* 2016;30(3):594-601.
  27. Sajadi SA, Ebadi A, Moradian ST. Quality of life among family caregivers of patients on hemodialysis and its relevant factors: a systematic review. *Int J Community Based Nurs Midwifery* 2017;5(3):206-18.
  28. Dastyar N, Mashayekhi F, Rafati F. Caregiving burden in hemodialysis patients' caregivers in Kerman Province: A descriptive-analytical study. *J Jiroft Univ Med Sci* 2020;7(1):323-31.
  29. Schulz R, Sherwood PR. Physical and mental health effects of family caregiving. *J Soc Work Educ* 2008;44(sup3):105-13.
  30. Salmani N, Ashktrab T, Hassanvand S. The burden of caregiver and related factors of oncology patients of shah vali hospital. *Adv Nurs Midwifery* 2014;24(84):11-7. (Persian)
  31. Ramezani Badr F, Moieni V, Nematikhah M, Shiri Gheydari P, Akhlaghi M, Taherkhani M. Quality of life and related factors in hemodialysis patients referred to teaching hospitals in Zanjan. *J Neyshabur Univ Med Sic* 2016;4(1):57-64. (Persian)

## EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE OF CAREGIVERS (FAMILY) OF PATIENTS UNDERGOING HEMODIALYSIS

Fateme Jafari Sani<sup>1</sup>, Maasoumeh Barkhordari-Sharifabad<sup>2\*</sup>, Mohammad Mehdi Salaree<sup>3</sup>

Received: 30 January, 2021; Accepted: 23 April, 2022

### Abstract

**Background & Aim:** Caregivers' exposure to the duties and responsibilities arising from the care of hemodialysis patients is directly related to their quality of life and may lead to a reduction in their quality of life. The aim of this study was to investigate the quality of life of caregivers of patients undergoing hemodialysis referred to Shahid Rahnemoun Hospital of Yazd/Iran in 2020.

**Materials & Method:** This descriptive-analytical study was performed on 55 caregivers of hemodialysis patients referred to Shahid Rahnemoun Hospital. Samples were randomly selected. To collect data, a questionnaire of demographic characteristics and quality of life related to the health of patients' family caregivers was used. Data were analyzed using SPSS software version 16 and descriptive and inferential statistics (Pearson test, independent t-test, and one-way analysis of variance) were used.

**Results:** The results showed that the mean quality of life of caregivers was  $53.00 \pm 22.65$ . The highest and lowest means were related to the dimensions of conflict ( $62.19 \pm 24.2$ ) and mental restlessness ( $45.90 \pm 27.13$ ), respectively. There was no significant relationship between the quality of life of caregivers with age, marital status, employment status, weekly care hours, and income ( $P > 0.05$ ).

**Conclusion:** Hemodialysis affects not only the quality of life of patients but also the quality of life of their caregivers. Therefore, it seems necessary to address the problems of caregivers who care for these patients, and should be considered in planning.

**Keywords:** Quality of life, Caregivers, Hemodialysis Patients

**Address:** Department of Nursing, School of Medical Sciences, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran

**Tel:** +985632383131

**Email:** barkhordary.m@gmail.com

Copyright © 2022 Nursing and Midwifery Journal

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

<sup>1</sup> M.Sc. student of Critical Care Nursing, Department of Nursing, School of Medical Sciences, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran

<sup>2</sup> Ph.D. in Nursing, Department of Nursing, School of Medical Sciences, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran (Corresponding Author)

<sup>3</sup> Ph.D. in Nursing, Health research Center, Life Style Institute, Nursing Faculty, Baqiatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran