The burden of caring for family caregivers of the elderly with chronic diseases in Tehran, 1398

Shahrestanaki M[1], Alaee N[2*], Heravi karimooi M[3], Zaeri F[4]

Abstract

Introduction and purpose: Family caregivers are one of the first and most important members involved in the pursuit of treatment and care for the elderly. Attention and care assessment of family caregivers is one of the effective factors in increasing the quality of care for the elderly. The aim of this study was to determine the caregiver burden of elderly caregivers with chronic illnesses in Tehran.

Materials & Methods: This descriptive cross-sectional study was performed on 110 primary caregivers of elderly patients with chronic diseases admitted in the medical centers of Tehran University of Medical Sciences. Research samples were selected randomly and available based on inclusion criteria. Data were collected using demographic questionnaires, daily living activities of the elderly and carer (Zarit) and analyzed by descriptive statistics and inferential tests by SPSS software.

Findings: Out of 110 elderly people in care, 47 (42.7%) were male and 63 (57.3%) were female with mean age (77.37 ± 9.23). 61 (55.5%) of the elderly were in need of assistance in daily living activities and 49 (45.5%) were dependent. Out of 110 family caregivers, 83 (75.5%) were female and 27 (24.5%) were male with mean age and standard deviation (47.03 ± 10.71). The maximum carer burden score was 78 and at least 10 with mean and standard deviation (40.27 ± 16.82) indicating moderate to severe carer burden. The highest average burden was obtained on the individual scale (17) and the lowest on the economic scale (3.89). There was a significant difference between carer burden and type of relationship with the elderly, income status of caregivers, mean hours of care per week and number of assisted caregivers ($p < 0.05$).

Conclusion: The high mean of the burden on the subscale indicates the lack of insight and knowledge of caregivers about how to care for the patient. Increasing the knowledge and awareness of caregivers with clinical education in health centers about the disease and treatment process and how to care and increase social support can reduce the caregiver burden.

***Keywords**: Elderly, Chronic Diseases, Caregiver, Family caregivers*

Received: 2018/10/29 *Accepted: 2018/12/03*

Copyright © 2018 Quarterly Journal of Geriatric Nursing.This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License(http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is

1 - Master's student in geriatric nursing, Shahid University, Tehran, Iran.

2 - Assistant Professor, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid University, Tehran, Iran. (**Corresponding Author):E-mail:** Alaie@shahed.ac.ir

3 - Associate Professor, Geriatric Care Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid University, Tehran, Iran

4 - Professor of Proteomics Research Center and Biostatistics Center of Faculty of Paramedicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

بارمراقبتی مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن شهر تهران سال ۱۳۹۸

معصومه شهرستانکی[۱]، نسرین علایی[۲*]، مجیده هروی کریموی[۳]، فرید زایری[۴]

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/ ۸/۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۹/۱۲

چکیده

مقدمه و هدف: مراقبین‌خانوادگی از اولین و مهمترین اعضای درگیر در امر پی‌گیری درمان و مراقبت از سالمندان به شمار می‌روند. توجه و بررسی بارمراقبتی مراقبین‌خانوادگی یکی از عوامل مؤثر، جهت افزایش کیفیت مراقبت از سالمندان است. لذا این مطالعه با هدف تعیین بارمراقبتی مراقبین‌خانوادگی سالمندان مبتلا به بیماری‌های‌مزمن شهر تهران انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی مقطعی است که در سال ۱۳۹۸ بر روی ۱۱۰ نفر از مراقبین خانوادگی و اصلی بیماران سالمند مبتلا به بیماری‌های مزمن بستری در مراکز درمانی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران انجام شد. نمونه‌های پژوهش بصورت غیر تصادفی و در دسترس ، بر اساس معیار ورود به مطالعه انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های مشخصات جمعیت شناختی، فعالیت‌های روزانه زندگی سالمندان و بارمراقبتی (Zarit) گردآوری و با استفاده از آمارهای توصیفی و آزمون‌های استنباطی بوسیله نرم افزار۲۲ SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرارگرفت.

یافته‌ها: از۱۱۰نفر سالمند تحت مراقبت، ۴۷ نفر(۴۲/۷٪) مرد و ۶۳ نفر(۵۷/۳٪) زن با میانگین سنی(۹/۲۳±۷۷/۳۷) بودند. ۶۱ نفر(۵۵/۵٪) از سالمندان در انجام فعالیت‌های روزانه زندگی نیازمند کمک و ۴۹نفر(۴۵/۵٪) دیگر وابسته بودند. از۱۱۰نفر مراقبین خانوادگی، ۸۳نفر(۷۵/۵٪) زن و ۲۷نفر(۲۴/۵٪) مرد با میانگین سنی و انحراف معیار(۱۰/۷۱±۴۷/۰۳) بودند. حداکثر نمره بارمراقبتی مراقبین ۷۸ و حداقل ۱۰ با میانگین و انحراف معیار(۱۶/۸۲±۴۰/۲۷) که نشان دهنده بارمراقبتی متوسط تا شدید بود. بیشترین میانگین بارمراقبتی در زیر مقیاس فردی (۱۷) و کمترین در زیر مقیاس اقتصادی (۳/۸۹) به دست آمد. بین بارمراقبتی و نوع رابطه با سالمند، وضعیت درآمد مراقبین، متوسط ساعت مراقبت در هفته و تعداد افراد کمکی در امر مراقبت، تفاوت معنادار آماری وجود داشت ($p<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: بالا بودن میانگین بارمراقبتی در زیر مقیاس فردی، بیانگر عدم بینش و آگاهی مراقبین از چگونگی مراقبت از بیمار است. افزایش دانش و آگاهی مراقبین با آموزش‌های بالینی در مراکز درمانی در خصوص بیماری و روند درمان و چگونگی مراقبت و افزایش حمایت‌های اجتماعی می‌توان بارمراقبتی مراقبین را کاهش داد.

کلید واژه‌ها: سالمند، بیماری مزمن، بارمراقبتی، مراقبین‌خانوادگی

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.
۲- استادیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه شاهد، تهران، ایران.
(**نویسنده مسؤول**). **پست الکترونیکی:** alaie@shahed.ac.ir
۳- دانشیار مرکز تحقیقات مراقبت‌های سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.
۴- استاد مرکز تحقیقات پروتئومیکس و مرکز آمار زیستی دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

مقدمه

کاهش نرخ باروری و افزایش امید به زندگی و بهبود مراقبت‌های بهداشتی از عوامل افزایش سرعت سن سالمندی در آسیا به شمار می‌رود. تلاش برای برقراری تعادل و مبارزه در مقابله با بیماری‌های عفونی با اپیدمی رو به رشد بیماری‌های مزمن نظیر، بیماری قلبی ،دیابت، دمانس و آلزایمر تبدیل شده است[۱]. سندرم سالخوردگی که به عنوان زوال پیشرونده سن نیز از آن نام برده می‌شود همراه با مبتلا شدن به چند نوع بیماری است که نتیجه آن افزایش میزان استفاده از مراقبت‌های بهداشتی و افزایش هزینه‌ها است. همچنین تغییرات فیزیولوژیکی و افزایش عوارض بیماری‌ها باعث افزایش میزان وابستگی به مراقب شده است[۲]. این حالت در افراد با سن ۶۴-۵۰ در کشورهای با درآمد بالا ۴٪ و در افراد بالای ۶۵ سال حدود۱۷٪ افزایش رشد دارد[۳]. پیچیدگی وضعیت سلامتی در سالمندان به این معنی است که مفهوم‌سازی مبتنی بر بیماری معیار ناکافی برای سلامتی در یک فرد مسن است. مهمترین مورد برای ارزیابی یک فرد سالمند به جای حضور یا عدم وجود بیماری عملکرد آنها است[۴]. عدم توانایی انجام فعالیت‌های روزمره زندگی(ADL) از رایج‌ترین مشکلات جسمانی سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن است، به گونه‌ای که بدون داشتن یک مراقب توانایی انجام بعضی از فعالیت‌های روزانه زندگی خود را ندارند[۵]. مراقبین افرادی هستند که طی یک دوره بیماری و درمان آن بیشترین درگیری را در مراقبت از بیمار و کمک به آن به منظور سازگاری و اداره بیماری مزمن دارند[۶]. مراقبت‌های غیررسمی یا همان مراقبت‌های خانوادگی ستون اصلی نظام مراقبت‌های طولانی مدت به حساب می‌آیند که توسط اعضای خانواده دوستان و بستگان انجام می‌شود[۷]. بارمراقبت یکی از نتایج و برآیندهای مراقبتی از سالمندان آسیب‌پذیر می‌باشد که سبب احساس فرسودگی و ناخوشی جسمی، روانی و اجتماعی در مراقبان می‌شود و نتیجه آن کاهش کیفیت مراقبت از سالمند تحت مراقبت و ایجاد زمینه برای غفلت و سوءرفتار با سالمند است. بارمراقبتی مفهومی فردی می‌باشد و به احساس درونی و شخصی فرد بستگی دارد. مراقبت از سالمند مبتلا به بیماری مزمن باعث فشار یا بارمراقبتی، کاهش زمان برای فعالیت‌های معمول و مراقبت از خود در مراقبین می‌شود[۸]. مراقبین افراد سالمند مبتلا به بیماری‌های مزمن می‌توانند در مراقبت و بهبود کیفیت زندگی سالمند تحت مراقبت نقش به سزایی داشته باشند. هدف اصلی توجه به بیماری‌های مزمن تشخیص به موقع بیماری و مدیریت آن و به حداقل رساندن عوارض، تأخیر در مرگ و میر و بهینه‌سازی کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی است [۹]. با توجه به افزایش جمعیت سالمندان و ضروری بودن مراقبت از آنها لازم است عوامل تأثیرگذار بر بارمراقبتی جهت به حداقل رساندن فشارمراقبتی به مراقبین با هدف بالابردن کیفیت مراقبت مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار بگیرد و از آن جایی که مطالعات محدودی در خصوص بارمراقبتی سالمندان مبتلا به بیماری‌های‌مزمن بر اساس فعالیت‌های روزانه زندگی آنها انجام شده لذا این مطالعه با هدف تعیین بارمراقبتی مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن شهر تهران و تعیین چگونگی بارمراقبتی بر حسب متغیرهای جمعیت شناختی مراقبین انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-مقطعی است که از اول فروردین ماه تا آخر تیرماه سال۱۳۹۸ در شهر تهران انجام شد . جامعه پژوهش مراقبین خانوادگی و اصلی سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن بستری در بخش‌های داخلی بودند که به روش تصادفی و در دسترس انتخاب شدند. سن بالاتر از ۱۸ سال و انجام مراقبت بیش از ۶ ماه و مدت زمان مساوی و یا بیشتر از ۱۴ ساعت در هفته از معیارهای ورود مراقبین خانوادگی بود که از سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن با سن ۶۰ سال و بالاتر که بر اساس پرسشنامهADL نمره فعالیت روزانه زندگی آنها ۱۱ و کمتر بود، مراقبت می‌کردند.

حجم نمونه مورد نیاز از فرمول برآورد میانگین جامعه و با استفاده از میانگین و انحراف معیار مطالعه مشابه[۱۰]. با سطح معناداری ۰/۰۵، و ضریب اطمینان ۹۵٪ به تعداد۱۱۰نفر برآورد

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

شد. جهت تعیین تعداد نمونه‌های هر مرکز درمانی به مرکز انفورماتیک بیمارستانهای مورد نظر مراجعه و آمار تعداد سالمندان بستری در بازه زمانی۶ ماهه(از اول مرداد ماه سال ۹۷تا پایان دی ماه ۹۷) گرفته شد. به این ترتیب تعداد نمونه‌های لازم در هر بیمارستان انتخاب شده به نسبت درصد سهم کل سالمندان ۶۰ سال و بالاتر بستری شده در بخش‌های داخلی بیمارستانهای مورد نظر بدست آمد. محیط پژوهش، پنج مرکز درمانی وابسته به دانشگاههای علوم پزشکی شهر تهران بودند که به صورت خوشه‌ای از بین مراکز درمانی دانشگاههای علوم پزشکی تهران، شهیدبهشتی، ایران و شاهد انتخاب شدند. بدین نحو که ابتدا بیمارستانهای غیر تخصصی وابسته به دانشگاههای مزبور در پنج منطقه شهر تهران (شمال، جنوب، غرب، شرق و مرکز) مشخص گردید سپس، بصورت تصادفی بسته به تعداد مرکز درمانی هر دانشگاه در یک منطقه، یک یا دو بیمارستان در نظر گرفته شد و از بین آنها بصورت تصادفی یک مرکز درمانی انتخاب گردید. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه جمعیت شناختی، پرسشنامه فعالیت‌های روزانه زندگی سالمندان و پرسشنامه بارمراقبتیZarit استفاده شد.

پرسشنامه جمعیت شناختی مراقبین خانوادگی شامل: سن، جنس، وضعیت تأهل، نوع رابطه با سالمند، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، همزیستی با سالمند، وضعیت درآمد، تعداد افراد کمکی، متوسط ساعت مراقبت در هفته ، طول دوره مراقبت و محل زندگی مراقبین بود . پرسشنامه فعالیت‌های روزانه زندگی سالمندان(ADL) به عنوان پرسشنامه غربالگر در تعیین فعالیت روزانه زندگی فرد سالمند با ۸ سؤال میزان استقلال سالمندان زن و مرد را در اجرای فعالیت‌های زندگی از قبیل غذا خوردن، پوشیدن و درآوردن لباس، راه رفتن، انجام کارهای مربوط به وضعیت ظاهر، حمام کردن یا دوش گرفتن، به رختخواب رفتن و بیرون آمدن، دستشویی رفتن و کنترل ادرار و مدفوع را در طیف لیکرت سه سطحی وابسته (صفر)، نیازمند کمک(۱) و مستقل(۲) اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌کلی شاخص(ADL) از صفر تا ۱۶ است و هر فرد با توجه به نمره‌ای که کسب می‌کند در یکی از سه طبقه وابسته (۷-۰)، نیازمند کمک(۱۱-۸) و مستقل(۱۶-۱۲) قرار می‌گیرد. این ابزار توسط طاهری تنجانی و همکاران در سال ۱۳۹۴ ترجمه و روانسنجی و روایی محتوا برای ابزار بیش‌تر از ۰/۸۲ بدست آمد. آلفاکرونباخ و همبستگی درون طبقه‌ای برای پرسشنامه بیش از ۰/۷۵گزارش شده است. همبستگی درونی این پرسشنامه در مطالعه حاضر با آلفاکرونباخ ۰/۸۵ بدست آمد[۱۱]. جهت سنجش بارمراقبتی مراقبین از پرسشنامه بارمراقبتی Zarit که در سال ۱۹۹۸ توسط Zarit و همکاران جهت اندازه‌گیری بارمراقبتی ساخته شده است، استفاده شد[۱۲]. این پرسشنامه شامل۲۲ سؤال و ۴ زیرمقیاس(فشارهای فردی، اجتماعی، عاطفی و اقتصادی) مراقبین بیماران است. زیرمقیاس فردی شامل ۹گویه، زیرمقیاس اجتماعی ۴ گویه، زیرمقیاس عاطفی ۷ گویه و زیرمقیاس اقتصادی دو گویه می‌باشد. این پرسشنامه بر درجه‌بندی پنج‌گانه لیکرت، هرگز(صفر)، بندرت(۱)، بعضی وقت‌ها(۲)، اغلب(۳) و همیشه(۴) صورت‌بندی شده است. برای محاسبه امتیاز کلی پرسشنامه لازم است، نمره همه گویه‌های پرسشنامه با هم جمع شوند. مجموع نمرات از صفر تا ۸۸ متغیر است. نمره‌های صفر تا۲۰ کم بودن یا عدم بارمراقبتی، ۴۰-۲۱ بارمراقبتی متوسط، ۸۸-۴۱ بارمراقبتی شدید است. این ابزار توسط میترا طالبی و همکاران در سال ۱۳۹۵روان‌سنجی شده است[۱۳] .سازگاری درونی ابزار با سنجش ضریب آلفاکرونباخ به میزان ۰/۸۶ مورد تأیید قرار گرفته است. در مطالعه حاضر سازگاری درونی ابزار با آلفاکرونباخ ۰/۸۸ بدست آمد.

پس از تعیین جامعه و محیط پژوهش و تهیه پرسشنامه‌ها و گرفتن مجوز از کمیته اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه شاهد و موافقت مسئولین مراکز درمانی منتخب و دادن توضیحات کامل در خصوص نحوه انجام پژوهش و محرمانه‌بودن و بدون هزینه بودن آن برای مراقبین و گرفتن رضایت آگاهانه از آنها، پرسشنامه‌ها در اختیار مراقبین قرار گرفت. چنانچه به هر علتی (بیسوادی و یا مشکل بینایی) مراقبین قادر به خواندن پرسشنامه‌ها نبودند، از طریق مصاحبه پرسشنامه‌ها تکمیل گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS۲۲ و آمار توصیفی و آزمون‌های تی مستقل و تحلیل واریانس یک‌طرفه با سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد. به علت عدم تساوی تعداد گویه‌های زیرمقیاس‌های بارمراقبتی، از میانگین درصد استفاده شد. جهت به دست

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

آوردن میانگین درصد، نمره کل بارمراقبتی هر زیرمقیاس را منهای حداقل نمره کسب شده تقسیم بر تفاضل حداکثر و حداقل آنها کردیم.

یافته‌ها

با توجه به نتیجه تحلیل آماری و توزیع فراوانی از ۱۱۰ سالمند تحت مراقبت مراقبین خانوادگی، ۶۳ نفر(۵۷/۳٪) زن و۴۷ نفر مرد(۴۲/۷٪) بودند. میانگین سنی سالمندان(۹/۲۳)۷۷/۳۷ بود. ۵۳ نفر از سالمندان(۴۸/۲٪) بیشتر از۸۰ سال سن داشتند. از بین بیماری‌های شایع این دوران ۶۷ نفر(۶۰/۹٪) مبتلا به فشارخون ۵۱ نفر(۶۷/۳٪) مبتلا به دیابت، ۳۶ نفر مبتلا به مشکلات اسکلتی و عضلانی(۳۲/۷٪) بودند. اکثر سالمندان بیش از دو تا سه بیماری را گزارش کردند. مطابق جدول شماره یک، بیشتر سالمندان در تعویض لباس احتیاج به کمک داشتند. وابستگی سالمندان در راه رفتن بیشتر از فعالیت‌های دیگر بود. بر اساس نتایج جدول شماره دو، ۶۱ نفر از سالمندان(۵۵/۵٪) از نظر انجام فعالیت‌های روزانه زندگی(ADL) نیازمند کمک و ۴۹ نفر (۴۵/۵٪) وابسته بودند.

جدول شماره۱ : توزیع فراوانی فعالیت‌های روزانه زندگی سالمندان تحت مراقبت مراقبین خانوادگی بر اساس امتیاز ADL

نوع فعالیت	نیازمند کمک	وابسته	مستقل
	فراوانی(درصد)	فراوانی(درصد)	فراوانی(درصد)
غذا خوردن	۵۲(۴۷/۳)	۱۲(۱۰/۹)	۴۶(۴۱/۸)
راه رفتن	۵۵(۵۰/۰)	۵۲(۴۷/۳)	۳(۲/۷)
دوش گرفتن	۶۰(۴۵/۵)	۴۷(۴۲/۷)	۳(۲/۸)
تعویض لباس	۸۷(۷۹/۱)	۱۱(۱۰/۰)	۱۲(۱۰/۹)
رسیدگی به وضعیت ظاهر	۶۳(۵۷/۳)	۲۶(۲۳/۶)	۲۱(۱۹/۱)
از تختخواب بیرون آمدن و به تخت برگشتن	۶۱(۵۵/۵)	۳۰(۲۷/۳)	۱۹(۱۷/۲)
دستشویی رفتن	۵۶(۵۰/۹)	۴۵(۴۰/۹)	۹(۸/۲)
کنترل ادرار و مدفوع	۳۹(۳۵/۵)	۴۵(۴۰/۹)	۲۶(۲۳/۶)

جدول شماره۲: مقایسه نمره کل بارمراقبتی با نمره ADLسالمندان تحت مراقبت مراقبین خانوادگی جامعه پژوهش

ADL	تعداد	میانگین(انحراف معیار)	P
نیازمند کمک	۶۴	۳۹/۲۸ (۱۶/۹۴)	۰/۴۶۹
وابسته	۴۶	۴۱/۶۵ (۱۶/۷۴)	
جمع کل	۱۱۰		

بر اساس مشخصات جمعیت شناختی و مطابق جدول شماره سه، ۸۳ نفر(۷۵/۵٪) از مراقبین زن و ۲۷ نفر(۲۴/۵٪) مرد بودند. ۷۲ نفر(۶۵/۵٪) از مراقبین بیشتر از۶۰-۴۰ سال سن داشتند. ۵۹ نفر(۵۳/۶٪) از مراقبین خانه‌دار و۸۳ نفر(۷۵/۵٪) متأهل بودند. از نظر سطح تحصیلات۵۹ نفر(۵۳/۶٪) دیپلم داشتند. میزان درآمد۵۰ نفر(۴۵/۵٪) از مراقبین در حد متوسط

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

بود.۱۶ نفر(۱۴/۵٪) از مراقبین هیچ نیروی کمکی نداشتند و تمام کارهای مراقبتی را به تنهایی انجام می‌دادند. ۷۲ نفر (۶۵/۵٪) از مراقبین بیش از ۴۰ ساعت در هفته از سالمند خود مراقبت می‌کردند. ۹۸ نفر(۹۸/۱٪) از مراقبین ساکن تهران بودند. از نظر طول دوره مراقبت۴۷ نفر(۴۲/۷٪) بیشتر از سه سال از سالمند خود مراقبت می‌کردند. بین نمره کل بارمراقبتی با جنس، سن و نمره ADL سالمندان تفاوت معنادار آماری وجود نداشت($p>۰/۰۵۰$) اگر چه میانگین بارمراقبتی افرادی که از زنان سالمند و بیماران وابسته مراقبت می‌کردند بیشتر بود.

جدول شماره ۳: مشخصات جمعیت شناختی ۱۱۰ نفر از مراقبین خانوادگی جامعه پژوهش

متغیر	رده	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
جنسیت	زن	۸۳	۷۵/۵
	مرد	۲۷	۲۴/۵
سن	کمتر از ۴۰سال	۲۹	۲۶/۴
	بین ۶۰-۴۰سال	۷۲	۶۵/۵
	بیش از ۶۰سال	۹	۸/۱
وضعیت اشتغال	خانه دار	۵۹	۵۳/۶
	بازنشسته	۱۴	۱۲/۷
	کارمند	۹	۸/۲
	شغل آزاد	۲۲	۲۰
	بیکار	۶	۵/۵
وضعیت تأهل	مجرد	۲۱	۱۹/۱
	متأهل	۸۳	۷۵/۵
	مطلقه	۵	۴/۵
	بیوه	۱	۹/۰
سطح تحصیلات	سیکل و پایین‌تر	۳۲	۲۹/۱
	دیپلم	۵۹	۵۳/۶
	دانشگاهی	۱۹	۱۷/۳
وضعیت درآمد	خیلی ضعیف	۱۶	۱۴/۵
	ضعیف	۳۲	۲۹/۱
	متوسط	۵۰	۴۵/۵
	خوب	۱۲	۱۰/۹

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

ادامه جدول شماره ۳: مشخصات جمعیت شناختی ۱۱۰ نفر از مراقبین خانوادگی جامعه پژوهش

متغیر	رده	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
همزیستی با سالمند	بلی	۵۵	۵۰/۰
	خیر	۵۵	۵۰/۰
تعداد افراد کمکی	هیچکس	۱۶	۱۴/۵
	یک نفر	۳۲	۲۹/۱
	دو نفر	۲۳	۲۰/۹
	سه نفر	۱۷	۱۵/۵
	بیشتر از سه نفر	۲۲	۲۰/۰
نوع رابطه با سالمند	همسر	۱۱	۱۰/۰
	دختر	۶۰	۵۴/۵
	پسر	۲۵	۲۲/۸
	سایر(عروس،داماد و نوه....)	۱۴	۱۲/۷
متوسط ساعت مراقبت در هفته	۲۰-۱۴ساعت	۱۳	۱۱/۸
	۴۰-۲۱ساعت	۲۵	۲۲/۷
	بیش از ۴۰ ساعت	۷۲	۶۵/۵
طول دوره مراقبت	۶ماه تا یکسال	۳۷	۳۳/۶
	۳-۱سال	۲۶	۲۳/۶
	بیش از سه سال	۴۷	۴۲/۷
محل زندگی مراقب	تهران	۹۸	۹۸/۱
	شهرستان	۱۲	۱۰/۹

بر اساس یافته‌های جدول شماره چهار، بیشتر مراقبین(۴۹/۱٪) از بارمراقبتی شدید شکایت داشتند(۸۸-۴۱).

طبق نتایج جدول شماره پنج، بیشترین بارمراقبتی در زیرمقیاس فردی با میانگین درصد ۴۶ و کمترین در زیرمقیاس عاطفی با میانگین درصد ۲۳ بود.

جدول شماره٤: توزیع فراوانی بارمراقبتی مراقبین خانوادگی جامعه پژوهش

بارمراقبتی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
خفیف(۲۰-۰)	۱۳	۱۱/۸
متوسط(٤۰-۲۱)	۴۳	۳۹/۱
شدید(۸۸-٤۱)	۵۴	۴۹/۱
جمع	۱۱۰	۱۰۰

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

جدول شماره ۵: آمار توصیفی نمره کل بار مراقبتی مراقبین خانوادگی جامعه پژوهش و زیرمقیاس‌های آن

متغیر بارمراقبتی و ابعاد آن	حداکثر-حداقل	میانگین(انحراف معیار)	میانگین درصد
کل بارمراقبتی	۱۰-۷۸	(۱۶/۸۲)۴۰/۲۷	۸۳
بعد فردی	۳-۳۳	(۶/۹۴)۱۷/۳۰	۴۶
بعد عاطفی	۲-۲۷	(۵/۸۵)۱۲/۰۶	۲۳
بعداقتصادی	۰-۸	(۲/۲۳)۳/۸۹	۲۷
بعداجتماعی	۰-۱۶	(۴/۶۷)۷/۳۰	۴۵

جدول شماره ٦: نمره کل بارمراقبتی بر حسب مشخصات جمعیت شناختی مراقبین خانوادگی

مشخصات جمعیت شناختی مراقبین	رده	میانگین(انحراف معیار)	p-value
جنس*	مرد	(۱۷/۸۳)۳۸/۵۱	۰/۵۳۵
	زن	(۱۶/۵۵)۴۰/۸۴	
سن(سال)**	کمتر از ۴۰	(۱۷/۹۷)۳۶/۳۱	۰/۰۰۹
	بین۶۰-۴۰	(۱۵/۴۱)۳۹/۹۴	
	بالاتر از ۶۰	(۱۷/۱۹)۵۵/۲۶	
وضعیت تأهل**	مجرد	(۱۶/۹۱)۳۸/۱۴	۰/۴۰۴
	متأهل	(۱۶/۸۸)۴۰/۲۰	
	بیوه(مطلقه، همسرفوت شده)	(۱۵/۷۰)۴۸/۶۶	
نوع رابطه با سالمند**	همسر	(۱۷/۳۰)۵۵/۲۷	۰/۰۱۴
	دختر	(۱۵/۲۶)۳۹/۶۵	
	پسر	(۱۵/۶۰)۳۳/۳۴	
	سایر(عروس،داماد،نوه)	(۱۹/۶۹)۳۷/۹۳	
سطح تحصیلات**	سیکل و پایینتر	(۲۰/۰۷)۴۲/۷۸	۰/۵۹۰
	دیپلم	(۱۴/۸۷)۳۸/۹۶	
	دانشگاهی	(۱۷/۰۳)۴۰/۱۰	
همزیستی با سالمند*	بلی	(۱۸/۷۶)۴۲/۴۵	۰/۱۷۵
	خیر	(۱۷/۱۴)۳۸/۰۹	

* آزمون تی مستقل، **آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

جدول شماره ٦(ادامه): نمره کل بارمراقبتی بر حسب مشخصات جمعیت شناختی مراقبین خانوادگی

مشخصات جمعیت شناختی مراقبین	رده	میانگین(انحراف معیار)	p-value
طول دوره مراقبت**	۶ماه تا یکسال	(۱۶/۸۲)۳۷/۸۹	۰/۲۷۲
	۲-۱سال	(۱۵/۳۹)۳۶/۷۰	
	۳-۲سال	(۱۸/۶۴)۳۶/۹۰	
	۴-۳سال	(۱۴/۲۰)۳۹/۱۸	
	۵-۴سال	(۱۰/۸۸)۵۱/۲۸	
	بیش از ۵ سال	(۱۸/۱۲)۴۴/۰۳	
وضعیت درآمد**	خیلی ضعیف	(۱۸/۳۶)۵۰/۶۲	۰/۰۱۰
	ضعیف	(۱۵/۱۶)۴۲/۶۵	
	متوسط	(۱۵/۶۸)۳۷/۴۲	
	خوب	(۱۶/۵۲)۳۲	
وضعیت اشتغال**	خانه دار	(۱۵/۹۰)۴۳/۲۳	۰/۲۸۹
	بازنشسته	(۲۲/۲۷)۴۰/۵۰	
	کارمند	(۱۰/۸۱)۳۵/۷۷	
	شغل آزاد	(۱۶/۱۶)۳۴/۷۲	
	بیکار	(۱۸/۰۸)۳۷/۶۶	

* آزمون تی مستقل، **آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه

جدول شماره ٦(ادامه): نمره کل بارمراقبتی بر حسب مشخصات جمعیت شناختی مراقبین خانوادگی

مشخصات جمعیت شناختی مراقبین	رده	میانگین(انحراف معیار)	p-value
طول دوره مراقبت**	۶ماه تا یکسال	(۱۶/۸۲)۳۷/۸۹	۰/۲۷۲
	۲-۱سال	(۱۵/۳۹)۳۶/۷۰	
	۳-۲سال	(۱۸/۶۴)۳۶/۹۰	
	۴-۳سال	(۱۴/۲۰)۳۹/۱۸	
	۵-۴سال	(۱۰/۸۸)۵۱/۲۸	
	بیش از ۵ سال	(۱۸/۱۲)۴۴/۰۳	
متوسط ساعت مراقبت در هفته**	۲۰-۱۴ساعت	(۱۷/۰۳)۳۱/۸۴	۰/۰۰۳
	۴۰-۲۱ساعت	(۱۳/۹۰)۳۳/۴۰	
	بیش از ۴۰ساعت	(۱۶/۵۸)۴۴/۱۸	

* آزمون تی مستقل، **آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه

طبق یافته‌ها در جدول شماره شش، از بین مشخصات جمعیت شناختی مراقبین با بارمراقبتی، میانگین بارمراقبتی با سن مراقبین، نوع رابطه مراقبین با سالمند، وضعیت درآمد مراقبین و متوسط ساعت مراقبت در هفته تفاوت معنادار آماری داشت $p<۰/۰۵$ ولی با سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، محل سکونت، جنس و وضعیت تأهل تفاوت معنادار آماری را نشان نداد $p<۰/۰۵$، اگر چه، زنان خانه‌دار و افراد بیوه و کم سواد و افرادی که با سالمند زندگی می‌کردند نمره بار مراقبتی بیشتری را کسب کردند.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین بارمراقبتی، مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن شهر تهران و تعیین بارمراقبتی مراقبین، بر حسب مشخصات جمعیت شناختی آنها و همچنین میزان وابستگی سالمند در انجام فعالیت‌های روزانه زندگی و میزان وابستگی آنها به مراقبین انجام شد.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که تعداد زنان سالمند بیمار بیشتر از مردان بود. شیوع بیماری فشارخون، دیابت و مسائل عضلانی و اسکلتی در سالمندان از سایر بیماری‌های این دوران بیشتر بود. که با مطالعه صالحی و همکاران(۱۳۹۰) همپوشانی دارد[۱۴] و نشانگر احساس مسئولیت زیاد زنان در خانواده و نقش ایثارگری آنها است به گونه‌ای که بدون توجه به سلامتی خود با مهر و محبت مادرانه در خدمت خانواده و برآورده کردن نیازهای آنها هستند. بیشتر مراقبین را زنان خانه‌دار متأهل که نسبت دختری با سالمند داشتند تشکیل می‌دادند که با مطالعه قانع و همکاران(۱۳۹۵) [۱۵] و مطالعه مادر شاهیان و همکاران (۱۳۹۵) همپوشانی دارد[۱۶]. در پژوهش حاضر بیشتر مراقبین فرزندان دختر سالمندان بودند یعنی با افزایش سن سالمندی همسران بیماران سالمند نیز خود سالمند و درگیر بیماری هستند و نه تنها توان مراقبت کردن ندارند بلکه باید به آنها نیز خدماتی ارائه شود. از این‌رو فرزندان با مسئولیت‌های اجتماعی و خانوادگی خود بارمراقبتی بیشتری را باید تحمل کنند. با توجه به خانواده‌های تک فرزندی در جامعه کنونی در آینده نگهداری از سالمندان با چالش بزرگی همراه خواهد بود.

یافته‌ها نشان داد که بین میزان بارمراقبتی با همزیستی با سالمند، طول دوره مراقبت و میزان تحصیلات مراقبین تفاوت معنادار آماری وجود نداشت اگر چه میانگین بارمراقبتی مراقبینی که با سالمند زندگی می‌کردند و میانگین بارمراقبتی افرادی که بیشتر از سه سال به امر مراقبت پرداخته بودند و همچنین میانگین بارمراقبتی مراقبینی که از سطح سواد بالایی برخوردار نبودند بیشتر بود که، با مطالعه خطی‌دیزآبادی و همکاران (۱۳۹۲) همپوشانی دارد[۱۷]. زمانی که اعضای خانواده مراحل حاد پی‌گیری درمان را پشت سر می‌گذارند و با اطمینان از اینکه تمام تجهیزات و امکانات را فراهم کردند، بیشتر کارمراقبت را متوجه فردی می‌دانند که با سالمند زندگی می‌کند و مراقب اصلی بیمار است از این رو مراقبینی که با سالمند زندگی می‌کنند از بارمراقبتی بیشتری شکایت می کنند.

نتایج حاصله از مطالعه نشان داد که بین بارمراقبتی با تعداد افراد کمکی(p=۰/۰۰۲) ، ساعات مراقبت در هفته(p=۰/۰۰۳) و سطح درآمد مراقبین(p=۰/۰۱۰) تفاوت معنادار آماری وجود داشت به طوری که هر چه تعداد افراد کمکی کمتر و ساعات مراقبت در هفته بیشتر و سطح درآمد کمتر می‌شد، بارمراقبتی بیشتری به مراقبین وارد می‌گردید که با مطالعه Ghazali و همکاران(۲۰۱۵) و مطالعه Costa و همکاران(۲۰۱۵) همسو است [۱۸][۱۹]. در مطالعه حاضر مراقبینی که از حمایت‌های خانوادگی و حمایت‌های اجتماعی و اقتصادی برخوردار نبودند از بارمراقبتی بیشتری شکایت داشتند. افرادی که علاوه بر بیمه‌درمانی از بیمه تکمیلی برخودار بودند و سطح درآمد خانواده خوب بود و یا سالمند از حقوق بازنشستگی برخوردار بود بارمراقبتی کمتری را گزارش کرده بودند.

در ارتباط با بارمراقبتی و رابطه مراقب با سالمند نیز بارمراقبتی همسران بیشتر از دختران و دختران بیشتر از سایر وابستگان سالمندان بود که با مطالعه Lara de sa Neves Loureiro و همکاران(۲۰۱۳) همپوشانی دارد[۲۰]. همسران بیماران سالمند، خود سالمند و مبتلا به بیماری بودند و توان مراقبت کردن در آنها کمتر بود و دختران نیز متأهل و خانه‌دار بودند و مسئولیت‌های مختلف داشتند. پسران بیشتر در جهت تأمین مالی و مایحتاج مراقبین و بیماران خود تلاش می‌کردند تا آنها از نظر اقتصادی کمتر دچار تنش بشوند به همین، دلیل بارمراقبتی زنان بیشتر بود.

یافته‌ها نشان داد که بارمراقبتی در زیر مقیاس‌های فردی، عاطفی و اجتماعی با مشخصات جمعیت شناختی مراقبین ازجمله سن، وضعیت تأهل، نوع رابطه با سالمند، همزیستی با سالمند، وضعیت درآمد مراقبین و تعداد افرادکمکی در امر مراقبت تفاوت معنادار آماری وجود داشت و در این راستا با مطالعه سجادیان و همکاران (۱۳۹۴)[۲۱] و مطالعه Ashwihi و همکاران (۲۰۱۸) همسو است[۲۲]. میانگین

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

بارمراقبتی در بعد اجتماعی و عاطفی در افراد مطلقه و بیوه بیش از سایر مراقبین بود. به نظر می‌رسد این افراد به دلیل تجربه شکست و پشتوانه ضعیف مالی مشکلات خاص و عدیده‌ای دارند.

نتیجه پژوهش نشان داد که بارمراقبتی مراقبین متوسط تا شدید بود. مراقبین خانوادگی تحت فشار بارمراقبتی فردی، عاطفی، اجتماعی و اقتصادی قرار داشتند. علیرغم شکایت اولیه مراقبین از مشکلات اقتصادی، فشار بارمراقبتی فردی با ۹ گویه از شدت بالاتری برخوردار بود به طوری که، بیشتر مراقبین مطمئن نبودند چه کاری باید انجام دهند و این احساس را داشتند که باید کارهای بیشتر و به شکل بهتری برای بیمارشان انجام شود. بنا بر این به نظر می‌رسد، یکی از عوامل مهم و مؤثر در کاهش بارمراقبتی مراقبین خانوادگی، دادن اطلاعات متناسب با درک مراقبین در خصوص بیماری سالمندشان و چگونگی روند درمان و آموزش به مراقبین در خصوص نحوه انجام مراقبت صحیح با بیشترین کیفیت است.

با توجه به نتیجه پژوهش. لازم است سیاستگزاران در حوزه سلامت و بهداشت جامعه ترتیبی اتخاذ نمایند تا همراه با افزایش سالمندان و لزوم مراقبت و نگهداری از آنها، ضمن حفظ حرمت و جایگاه ارزشمند سالمندان، مراقبین با کیفیت بهتر با کمترین بارمراقبتی از این سرمایه‌های خانواده و جامعه که مملو از تجربه در کار و زندگی هستند بهترین مراقبت و استفاده را به‌عمل بیاورند. با توجه به محدودیت این مطالعه که به بررسی بیماری‌های مزمن پرداخته، پیشنهاد می‌شود که مطالعاتی در خصوص بارمراقبتی مراقبین سالمندان مبتلا به بیماری حاد انجام گردد تا بسترهای لازم جهت انجام مداخلات کاربردی برای کاهش بارمراقبتی مراقبین خانوادگی فراهم گردد. همچنین جهت تعمیم‌پذیری بیشتر یافته‌های پژوهش حاضر بهتر است، بارمراقبتی مراقبینی که به هر دلیل در منزل از سالمندان بیمار خود مراقبت می‌کنند نیز مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار بگیرد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد پرستاری سالمندی می‌باشد. پژوهشگران از همه مسئولین و همکاران سرپرستار و پرستاران و کلیه مراقبین و سالمندان مراکز درمانی طالقانی، مدرس، سینا، بهارلو و امام حسین (ع) که ما را در انجام این پژوهش همکاری نمودند نهایت تشکر و قدردانی را به عمل می‌آورند.

تضاد منافع: بدین وسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ گونه تضاد منافعی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

تاریخ تصویب طرح پژوهشی ۱۳۹۷/۱۲/۱۳

کد اخلاق:IR-SHAHED.REC. 1397.113

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

Refrences

1-Shetty P. Grey matter: ageing in developing countries. The Lancet. 2012;379(9823):1285-7.

2- Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences. 2001;56(3):M146-M57.

3- Santos-Eggimann B, Cuénoud P, Spagnoli J, Junod J. Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries. The Journals of Gerontology: Series A. 2009;64(6):675-81.

4- Harttgen K, Kowal P, Strulik H, Chatterji S, Vollmer S. Patterns of frailty in older adults: comparing results from higher and lower income countries using the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) and the Study on Global AGEing and Adult Health (SAGE). PloS one. 2013;8(10):e75847.

5-Koohestani H, Baghcheghi N. Burn out in caregivers of patients with stroke and its related factors. 2012[persian].

6-Litzelman K, Witt WP, Gangnon RE, Nieto FJ, Engelman CD, Mailick MR, et al. Association between informal caregiving and cellular aging in the survey of the health of Wisconsin: The role of caregiving characteristics, stress, and strain. American journal of epidemiology. 2014;179(11):1340-52.

7-Dehghani Y, Omranifard V, Babamiri M. The effectiveness of communication skills training on caregiving burden and quality of life among family caregivers of elderly with dementia. (science reaserch). 2016[persian]

Scale and Instrumental Activities of Daily Living Scale in elderly. Mazandaran. 2015;25(132):9[persian]

8-Bachner YG. Preliminary assessment of the psychometric properties of the abridged Arabic version of the Zarit Burden Interview among caregivers of cancer patients. European Journal of Oncology Nursing. 2013;17(5):657-60.

9- Touhy,Jett Ebersol.Toward&Healty,Human needs& Nursing responce.elsevier,19e Handbook A. BOOK ME. LAMP. 2016:43.

10- Gotabi A, kh, Ghanbari Moghaddam A, Mohammadi M. FZ The burden of family caregivers caring for older adults and its relationshipwith some factors. Nursing Department Group Vulnerable. 2016;3(6):27-36[persian]

11.- Tanjani T, p, Azadbakht, m. Psychometric properties of the persian version of the Activities of Daily Living Scale and Instrumental Activities of Daily Living Scale in elderly. Mazandaran. 2015;25(132):9[persian]

12.- Bachner YG. Preliminary assessment of the psychometric properties of the abridged Arabic version of the Zarit Burden Interview among caregivers of cancer patients. European Journal of Oncology Nursing. 2013;17(5):657-60.

13.- Talebi, M, Mokhtari, l, Solthani, F, et al. Burden In caregier patient with renal failer under dialaysis nursing and midwifery jamenegar. 2016[persian]

14. Esmaeili Shahmirzadi S, Shojaeizadeh D, Azam K, Salehi L, Tol A, Moradian Sorkhkolaei M. The impact of chronic diseases on the quality of life among the elderly

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

people in the east of Tehran. Journal of Payavard Salamat. 2012;6(3):22.۳۵-۵[persian]
15.-Costa T, Costa K, Martins K, Fernandes M, Brito S. Burden over family caregivers of elderly people with stroke. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2015;19(2):350-5.
15.-Ghane G, Farahani MA, Seyedfatemi N, Haghani H. Effectiveness of problem-focused coping strategies on the burden on caregivers of hemodialysis patients. Nursing and midwifery studies. 2016;5(2)[persia]
16- Bamari F, Madarshahian F, Barzgar B. Reviews burden of caring caregivers of patients with type II diabetes referred to diabetes clinic in the city of Zabol. Journal of Diabetes Nursing. 2016;4(2):59-67[persian]
17.- Khatti Dizabadi F, Yazdani J, Eftekhar Ardebili H, Batebi A, Shojaezadeh D. The status of caregiving among informal caregivers of community-dwelling elderly. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2013;23(100):31-41.
18- Ghazali SB, Abdullah KL, Aziz ABA, Amin RBM, Jusoh ASB, Mansor MB, et al. Burden of caregivers of the elderly with chronic illnesses and their associated factors in an urban setting in Malaysia. Malaysian Journal of Public Health Medicine. 2015;15(1):1-9.
19- Costa T, Costa K, Martins K, Fernandes M, Brito S. Burden over family caregivers of elderly people with stroke. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2015;19(2):350-5.
20- Loureiro LdSN, Fernandes MdGM, Marques S, Nobrega MMLd, Rodrigues RAP. Burden in family caregivers of the elderly: prevalence and association with characteristics of the elderly and the caregivers. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2013;47(5):1129-36.
21- sajjadian, A, Haydari, P .Assesment of careing problem in family caregiver in patient with breast cancer. Breast diesease reasearch science. 2015;8(2):7-14[persian]
22- Namasivayam-Macdonald AM, Shune SE. The burden of dysphagia on family caregivers of the elderly: a systematic review. Geriatrics. 2018;3(2):30.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]