

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

Shahrestanaki M<sup>1</sup>, Alaee N<sup>2\*</sup>, Heravi karimooi M<sup>3</sup>, Zaeri F<sup>4</sup>

### 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 ( $77.37 \pm 9.23$ ). 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 ( $47.03 \pm 10.71$ ). The maximum carer burden score was 78 and at least 10 with mean and standard deviation ( $40.27 \pm 16.82$ ) 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

## بار مراقبتی مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن شهر تهران

سال ۱۳۹۸

معصومه شهرستانکی<sup>۱</sup>، نسرین علایی<sup>۲\*</sup>، مجیده هروی کریموفی<sup>۳</sup>، فرید زایری<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۸/۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۹/۱۲

### چکیده

**مقدمه و هدف:** مراقبین خانوادگی از اولین و مهمترین اعضای درگیر در امر بی‌گیری درمان و مراقبت از سالمندان به شمار می‌روند. توجه و بررسی بار مراقبتی مراقبین خانوادگی یکی از عوامل مؤثر، جهت افزایش کیفیت مراقبت از سالمندان است. لذا این مطالعه با هدف تعیین بار مراقبتی مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن 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 مرکز 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 بار مراقبتی (Zarit) گردآوری و با استفاده از آمارهای توصیفی و آزمون‌های استناتی بوسیله نرم افزار SPSS ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** از ۱۱۰ نفر سالمند تحت مراقبت، ۴۷ نفر (۴۲/۷٪) مرد و ۶۳ نفر (۵۷/۳٪) زن با میانگین سنی ( $۲۳ \pm ۹/۲$ ) بودند. ۶۱ نفر (۵۵/۵٪) از سالمندان در انجام فعالیت‌های روزانه زندگی نیازمند کمک و ۴۹ نفر (۴۵/۵٪) دیگر وابسته بودند. از ۱۱۰ نفر مراقبین خانوادگی، ۸۳ نفر (۷۵/۵٪) زن و ۲۷ نفر (۲۴/۵٪) مرد با میانگین سنی و انحراف معیار ( $۷۱/۰ \pm ۱۰/۳$ ) بودند. حداقل نمره بار مراقبتی مراقبین ۷۸ و حداقل ۱۰ با میانگین و انحراف معیار ( $۸۲/۰ \pm ۱۶/۴$ ) که نشان دهنده بار مراقبتی متوسط تا شدید بود. بیشترین میانگین بار مراقبتی در زیر مقیاس فردی (۱۷) و کمترین در زیر مقیاس اقتصادی (۳/۸۹) به دست آمد. بین بار مراقبتی 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 ( $p < 0/۰۵$ ).

**نتیجه‌گیری:** بالا بودن میانگین بار مراقبتی 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 مرکز درمانی در خصوص بیماری و روند درمان و چگونگی مراقبت و افزایش حمایت‌های اجتماعی می‌توان بار مراقبتی مراقبین را کاهش داد.

**کلید واژه‌ها:** سالمند، بیماری مزمن، بار مراقبتی، مراقبین خانوادگی

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 پرتوگیمیکس و مرکز آمار زیستی دانشکده پیراپریشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

## مقدمه

مزمن باعث فشار یا بارمراقبتی، کاهش زمان برای فعالیت‌های معمول و مراقبت از خود در مراقبین می‌شود<sup>[۸]</sup>. مراقبین افراد سالمدان مبتلا به بیماری‌های مزمن می‌توانند در مراقبت و بهبود کیفیت زندگی سالمدان 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<sup>[۹]</sup>. با توجه به افزایش جمعیت سالمدان 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 سالمدان مبتلا به بیماری‌های مزمن بر اساس فعالیت‌های روزانه زندگی آنها انجام شده لذا این مطالعه با هدف تعیین بارمراقبتی مراقبین خانوادگی سالمدان 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-مقطعي است که از اول فروردین ماه تا آخر تیرماه سال ۱۳۹۸ در شهر تهران انجام شد. جامعه پژوهش مراقبین خانوادگی و اصلی سالمدان مبتلا به بیماری‌های مزمن بستره 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 هفتۀ از معیارهای ورود مراقبین خانوادگی بود که از سالمدان مبتلا به بیماری‌های مزمن با سن ۶۰ سال و بالاتر که بر اساس پرسشنامه *ADL* 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<sup>[۱۰]</sup>. با سطح معناداری ۰/۰۵، و ضریب اطمینان ۹۵٪ به تعداد ۱۱۰ نفر برآورد

کاهش نرخ باروری و افزایش امید به زندگی و بهبود مراقبت‌های بهداشتی از عوامل افزایش سرعت سن سالمدان در آسیا به شمار می‌رود. تلاش برای برقراری تعادل و مبارزه در مقابل به بیماری‌های عفونی با ایدمی رو به رشد بیماری‌های مزمن نظیر، بیماری قلبی، دیابت، دماسن و آرایمیر تبدیل شده است<sup>[۱]</sup>. 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<sup>[۲]</sup>. این حالت در افراد با سن ۵۰–۶۴ در کشورهای با درآمد بالا ۴٪ در افراد بالای ۶۵ سال حدود ۱۷٪ افزایش رشد دارد<sup>[۳]</sup>. پیچیدگی وضعیت سلامتی در سالمدان به این معنی است که مفهوم‌سازی مبتنی بر بیماری معیار ناکافی برای سلامتی در یک فرد مسن است. مهمترین مورد برای ارزیابی یک فرد سالمدان به جای حضور یا عدم وجود بیماری عملکرد آنها است<sup>[۴]</sup>. عدم توانایی انجام فعالیت‌های روزمره زندگی (ADL) از رایج‌ترین مشکلات جسمانی سالمدان مبتلا به بیماری‌های مزمن است، به گونه‌ای که بدون داشتن یک مراقب توانایی انجام بعضی از فعالیت‌های روزانه زندگی خود را ندارند<sup>[۵]</sup>. 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<sup>[۶]</sup>. مراقبت‌های غیررسمی یا همان مراقبت‌های خانوادگی ستون اصلی نظام مراقبت‌های طولانی مدت به حساب می‌آیند که توسط اعضای خانواده دوستان و بستگان انجام می‌شود<sup>[۷]</sup>. بارمراقبت یکی از نتایج و برآیندهای مراقبتی از سالمدان آسیب‌پذیر می‌باشد که سبب احساس فرسودگی و ناخوشی جسمی، روانی و اجتماعی در مراقبان می‌شود و نتیجه آن کاهش کیفیت مراقبت از سالمدان تحت مراقبت و ایجاد زمینه برای غفلت و سوءرفتار با سالمدان است. بارمراقبتی مفهومی فردی می‌باشد و به احساس درونی و شخصی فرد بستگی دارد. مراقبت از سالمدان مبتلا به بیماری

و روانسنجی و روایی محتوا برای ابزار بیشتر از ۸۲٪ بدست آمد. آلفاکرونباخ و همبستگی درون طبقه‌ای برای پرسشنامه بیش از ۷۵٪ گزارش شده است. همبستگی درونی این پرسشنامه در مطالعه حاضر با آلفاکرونباخ 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 شامل ۲۲ سؤال و ۴ زیرمقیاس (فشارهای فردی، اجتماعی، عاطفی و اقتصادی) مراقبین بیماران است. زیرمقیاس فردی شامل ۹ گویه، زیرمقیاس اجتماعی ۴ گویه، زیرمقیاس عاطفی ۷ گویه و زیرمقیاس اقتصادی دو گویه می‌باشد. این پرسشنامه بر درجه‌بندی پنج گانه لیکرت، هرگز(صفرا)، 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 تا ۲۰ کم بودن یا عدم بارمراقبتی، ۲۱-۴۰ بارمراقبتی متوسط، ۴۱-۸۸ بارمراقبتی شدید است. این ابزار توسط میترا طالی و همکاران در سال ۱۳۹۵ (روان‌سنجی شده است[۱۳]) سازگاری درونی ابزار با سنجش ضریب آلفاکرونباخ به میزان ۸۶٪ مورد تأیید قرار گرفته است. در مطالعه حاضر سازگاری درونی ابزار با آلفاکرونباخ 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 درخصوص نحوه انجام پژوهش و محرومانه بودن و بدون هزینه بودن آن برای مراقبین و گرفتن رضایت آگاهانه از آنها، پرسشنامه‌ها در اختیار مراقبین قرار گرفت. چنانچه به هر علتی (بیسواندی و یا مشکل بینایی) مراقبین قادر به خواندن پرسشنامه‌ها نبودند، از طریق مصاحبه پرسشنامه‌ها تکمیل گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار واریانس یک‌طرفه با سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده و تحلیل افرازی از طریق SPSS<sup>۲۲</sup> و آمار توصیفی و آزمون‌های تی مستقل شد. به علت عدم تساوی تعداد گویه‌های زیرمقیاس‌های بارمراقبتی، از میانگین درصد استفاده شد. جهت به دست

شد. جهت تعیین تعداد نمونه‌های هر مرکز درمانی به مرکز انفورماتیک بیمارستانهای مورد نظر مراجعه و آمار تعداد سالمندان بستری در بازه زمانی ۶ ماهه (از اول مرداد ماه سال ۹۷ تا 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 خوشای از بین مراکز درمانی دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، شهید بهشتی، 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 بارمراقبتی Zarit 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 مدفع را در طیف لیکرت سه سطحی وابسته (صفرا)، نیازمند کمک(۱) و مستقل(۲) اندازه‌گیری می‌کند. نمره کلی شاخص (ADL) از صفر تا ۱۶ است و هر فرد با توجه به نمره‌ای که کسب می‌کند در یکی از سه طبقه وابسته (۰-۷)، نیازمند کمک(۸-۱۱) و مستقل(۱۲-۱۶) قرار می‌گیرد. این ابزار توسط طاهری تتجانی و همکاران در سال ۱۳۹۴ ترجمه

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 سالمدان بیش از دو تا سه بیماری را گزارش کردند. مطابق جدول شماره یک، بیشتر سالمدان در تعویض لباس احتیاج به کمک داشتند. وابستگی سالمدان در راه رفتن بیشتر از فعالیت‌های دیگر بود. بر اساس نتایج جدول شماره دو، ۶۱ نفر از سالمدان(۵۵/۵٪) از نظر انجام فعالیت‌های روزانه زندگی(ADL) نیازمند کمک و ۴۹ نفر(۴۵/۵٪) وابسته بودند.

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 سالمدان تحت مراقبت مراقبین خانوادگی، ۶۳ نفر(۵۷/۳٪) زن و ۴۷ نفر مرد(۴۲/۷٪) بودند. میانگین سنی سالمدان(۹/۲۳٪) ۷۷/۳٪ بود. ۵۳ نفر از سالمدان(۴۸/۲٪) بیشتر از ۸۰ سال سن داشتند. از

**جدول شماره ۱:** توزیع فراوانی فعالیت‌های روزانه زندگی سالمدان تحت مراقبت مراقبین خانوادگی بر اساس امتیاز ADL

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

**جدول شماره ۲:** مقایسه نمره کل بارمراقبتی با نمره ADL سالمدان تحت مراقبت مراقبین خانوادگی جامعه پژوهش

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

داشتند. ۵۹ نفر(۰.۵۳/۶٪) از مراقبین خانه‌دار و ۸۳ نفر(۰.۷۵/۵٪) متأهل بودند. از نظر سطح تحصیلات ۵۹ نفر(۰.۵۳/۶٪) دیپلم داشتند. میزان درآمد ۵۰ نفر(۰.۴۵/۵٪) از مراقبین در حد متوسط

بر اساس مشخصات جمعیت شناختی و مطابق جدول شماره سه، ۸۳ نفر(۰.۷۵/۵٪) از مراقبین زن و ۲۷ نفر(۰.۲۴/۵٪) مرد بودند. ۷۲ نفر(۰.۶۵/۵٪) از مراقبین بیشتر از ۴۰-۶۰ سال سن

با جنس، سن و نمره ADL سالمندان تفاوت معنادار آماری وجود نداشت ( $p > 0.050$ ) اگر چه میانگین بار مراقبتی افرادی که از زنان سالمند و بیماران وابسته مراقبت می‌کردند بیشتر بود.

بود. ۱۶ نفر (۱۴/۵٪) از مراقبین هیچ نیروی کمکی نداشتند و تمام کارهای مراقبتی را به تنها یی 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 مراقبت ۴۷ نفر (۴۲/۷٪) بیشتر از سه سال از سالمند خود مراقبت می‌کردند. بین نمره کل بار مراقبتی

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

متغیر	ردی	فرآوانی مطلق	فرآوانی نسبی
جنسیت	زن	۸۳	۷۵/۵
	مرد	۲۷	۳۴/۵
	کمتر از ۴۰ سال	۲۹	۲۶/۴
	بین ۴۰-۶۰ سال	۷۲	۶۵/۵
	بیش از ۶۰ سال	۹	۸/۱
	خانه دار	۵۹	۵۳/۶
وضعیت اشتغال	بازنشسته	۱۴	۱۲/۷
	کارمند	۹	۸/۲
	شغل آزاد	۲۲	۲۰
	بیکار	۶	۵/۵
	مجرد	۲۱	۱۹/۱
	متاهل	۸۳	۷۵/۵
وضعیت تأهل	مطلقه	۵	۴/۵
	بیوه	۱	۹/۰
	سیکل و پایین تر	۳۲	۲۹/۱
	دبلیم	۵۹	۵۳/۶
	دانشگاهی	۱۹	۱۷/۳
	خیلی ضعیف	۱۶	۱۴/۵
سطح تحصیلات	ضعیف	۳۲	۲۹/۱
	متوسط	۵۰	۴۵/۵
	خوب	۱۲	۱۰/۹

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

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

طبق نتایج جدول شماره پنجم، بیشترین بار مراقبتی در زیرمقیاس فردی با میانگین درصد ۴۶ و کمترین در زیرمقیاس عاطفی با میانگین درصد ۲۳ بود.

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

## جدول شماره ۴: توزیع فراآنی بار مراقبتی مراقبین خانوادگی جامعه پژوهش

بار مراقبتی	فراآنی مطلق	فراآنی نسبی
خفیف (۰-۲۰)	۱۳	۱۱/۸
متوسط (۲۱-۴۰)	۴۳	۳۹/۱
شدید (۴۱-۸۸)	۵۴	۴۹/۱
جمع	۱۱۰	۱۰۰

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

متغیر بار مراقبتی و ابعاد آن	حداکثر-حداقل	میانگین(انحراف معیار)	میانگین درصد
کل بار مراقبتی	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
بعد اقتصادی	۰-۸	(۲/۲۳)۳/۸۹	۲۷
بعد اجتماعی	۰-۱۶	(۴/۶۷)۷/۳۰	۴۵

جدول شماره ۶: نمره کل بار مراقبتی بر حسب مشخصات جمعیت شناختی مراقبین خانوادگی

مشخصات جمعیت شناختی مراقبین	رد	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
	بین ۴۰-۶۰	(۱۵/۴۱)۳۹/۹۴	
	بالاتر از ۶۰	(۱۷/۱۹)۵۵/۲۶	
وضعیت تأهل**	مجرد	(۱۶/۹۱)۳۸/۱۴	.۰/۴۰۴
	متاهل	(۱۶/۸۸)۴۰/۲۰	
	بیوہ(مطلق، 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 پاییتر	(۲۰/۰۷)۴۲/۷۸	.۰/۰۹۰
	دبیلم	(۱۴/۸۷)۳۸/۹۶	
	دانشگاهی	(۱۷/۰۳)۴۰/۱۰	
همزیستی با سالمند*	بله	(۱۸/۷۶)۴۲/۴۵	.۰/۱۷۵
	خیر	(۱۷/۱۴)۳۸/۰۹	

\* آزمون تی مستقل، \*\*آزمون تحلیل واریانس یک طرفه

جدول شماره ۶(ادامه): نمره کل بارمراقبتی بر حسب مشخصات جمعیت شناختی مراقبین خانوادگی

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

\* آزمون تی مستقل، \*\*آزمون تحلیل واریانس یک طرفه

جدول شماره ۶(ادامه): نمره کل بارمراقبتی بر حسب مشخصات جمعیت شناختی مراقبین خانوادگی

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

\* آزمون تی مستقل، \*\*آزمون تحلیل واریانس یک طرفه

سکونت، جنس و وضعیت تأهله تفاوت معنادار آماری را نشان نداد  $p<0.5$ ؛ اگر چه، زنان خانه دار و افراد بیوه و کم سواد و افرادی که با سالمند زندگی می کردند نمره بار مراقبتی بیشتری را کسب کردند.

طبق یافته ها 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  $p<0.5$  ولی با سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، محل

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین بار مراقبتی، مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن شهر تهران و تعیین بار مراقبتی 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.

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 بار مراقبتی بیشتری شکایت می‌کنند.

نتایج حاصله از مطالعه نشان داد که بین بار مراقبتی با تعداد افراد کمکی ( $p=0.002$ )، ساعت‌های مراقبت در هفته ( $p=0.003$ ) و سطح درآمد مراقبین ( $p=0.010$ ) تفاوت معنادار آماری وجود داشت به طوری که هر چه تعداد افراد کمکی کمتر و ساعت‌های مراقبت در هفته بیشتر و سطح درآمد کمتر می‌شد، بار مراقبتی بیشتری به مراقبین وارد می‌گردید که Costa با مطالعه Ghazali و همکاران (۲۰۱۵) و مطالعه Hemsou است [۱۸][۱۹]. در مطالعه حاضر همکاران (۲۰۱۵) همسو است [۱۹]. در مطالعه حاضر مراقبینی که از حمایت‌های خانوادگی و حمایت‌های اجتماعی و اقتصادی برخوردار نبودند از بار مراقبتی بیشتری شکایت داشتند. افرادی که علاوه بر بیمه درمانی از بیمه تکمیلی برخودار بودند و سطح درآمد خانواده خوب بود و یا سالمند از حقوق بازنشستگی برخوردار بود بار مراقبتی کمتری را گزارش کرده بودند.

در ارتباط با بار مراقبتی و رابطه مراقب با سالمند نیز بار مراقبتی همسران بیشتر از دختران و دختران بیشتر از سایر وابستگان Lara de sa Neves 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 تنفس بشوند به همین، دلیل بار مراقبتی زنان بیشتر بود.

یافته‌ها نشان داد که بار مراقبتی در زیر مقیاس‌های فردی، عاطفی و اجتماعی با مشخصات جمعیت شناختی مراقبین از جمله سن، وضعیت تأهل، نوع رابطه با سالمند، همزیستی با سالمند، وضعیت درآمد مراقبین و تعداد افراد کمکی 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

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 در گیر بیماری هستند و نه تنها توان مراقبت کردن ندارند بلکه باید به آنها نیز خدماتی ارائه شود. از این رو فرزندان با مسئولیت‌های اجتماعی و خانوادگی خود بار مراقبتی 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 بار مراقبتی با همزیستی با سالمند، طول دوره مراقبت و میزان تحصیلات مراقبین تفاوت معنادار آماری وجود نداشت اگر چه میانگین بار مراقبتی مراقبینی که با سالمند زندگی می‌کرند و میانگین بار مراقبتی افرادی که بیشتر از سه سال به امر مراقبت پرداخته بودند و همچنین میانگین بار مراقبتی مراقبینی که از سطح سواد بالایی برخوردار نبودند بیشتر بود که، با مطالعه خطی دیزآبادی 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 کردن،

بیماری حاد انجام گردد تا بسترهای لازم جهت انجام مداخلات کاربردی برای کاهش بارمراقبتی مراقبین خانوادگی فراهم گردد. همچنین جهت تعیین پذیری بیشتر بسترهای پژوهش حاضر بهتر است، بارمراقبتی مراقبینی که به هر دلیل در منزل از سالمدان بیمار خود مراقبت می‌کنند نیز مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار بگیرد.

### تشکر و قدردانی

این پژوهش برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری سالمدان می‌باشد. پژوهشگران از همه مسئولین و همکاران سرپرستار و پرستاران و کلیه مراقبین و سالمدان 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 نویسندها تصریح می‌نمایند که هیچ گونه تضاد منافعی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

تاریخ تصویب طرح پژوهشی ۱۳۹۷/۱۲/۱۳

کد اخلاقی: IR-SHAHED REC. 1397.113

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 سالمدانشان 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 سالمدان و لزوم مراقبت و نگهداری از آنها، ضمن حفظ حرمت و جایگاه ارزشمند سالمدان، 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 به عمل بیاورند. با توجه به محدودیت این مطالعه که به بررسی بیماری‌های مزمم پرداخته، پیشنهاد می‌شود که مطالعاتی در خصوص بارمراقبتی مراقبین سالمدان مبتلا به

## ■ *References*

- 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, I, Solthani, F, et al. Burden In caregiver patient with renal failer under dialysis 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

- 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 disease 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.