

## مقایسه‌ی فشار مراقبتی در مراقبان بیماران مبتلا به سرطان و اختلالات روانی مزمن

یاسمن عقلی<sup>۱</sup>، فهیمه دهقانی<sup>۲</sup>، زهرا نادری<sup>۳</sup>، رضا باقریان سرارودی<sup>۳</sup>

## مقاله پژوهشی

## چکیده

**مقدمه:** خانواده‌ی بیماران مبتلا به اختلالات روانی و جسمانی مزمن، اقدامات حمایتی متعددی را برای بیمار انجام می‌دهند. مراقبان این گروه از بیماران، فشار مراقبتی زیادی را متحمل می‌شوند. شناسایی میزان این فشارها می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای در ارتقای سلامت روانی آن‌ها داشته باشد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی فشار مراقبتی در مراقبان بیماران جسمانی و روانی مزمن انجام شد.

**روش‌ها:** این مطالعه، مقطعی از نوع توصیفی بود که در آن ۳۰۰ نفر از مراقبان بیماران مبتلا به سرطان و اختلالات روانی مراجعه‌کننده به بخش‌های بستری و سرپایی بیمارستان‌های سیدالشهدا (ع)، نور و فارابی در تابستان سال ۱۳۹۸ به روش در دسترس انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه‌ی فشار مراقبتی Novak و پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته‌ی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بود. داده‌ها با استفاده از آزمون Independent t مورد تجزیه و تحلیل گرفت.

**یافته‌ها:** میانگین فشار مراقبتی در مراقبان بیماران مبتلا به سرطان،  $17/92 \pm 55/80$  و میانگین فشار مراقبتی در مراقبان بیماران مبتلا به اختلالات روانی،  $20/02 \pm 62/60$  بود. تفاوت معنی‌داری بین نمره‌ی کلی فشار مراقبتی و زیرمقیاس‌های آن در مراقبان بیماران مبتلا به سرطان و اختلالات روانی وجود داشت که با توجه به میانگین نمرات، این مقادیر در مراقبان بیماران روان بیشتر از مراقبان بیماران مبتلا به سرطان بود، اما بین مؤلفه‌ی فشار مراقبتی وابسته به زمان تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

**نتیجه‌گیری:** مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، فشار مراقبتی زیادی را در مراقبان ایجاد می‌کند که میانگین فشار مراقبتی در مراقبان بیماران مبتلا به اختلالات روان بیشتر از مراقبان بیماران مبتلا به سرطان می‌باشد.

**واژگان کلیدی:** فشار مراقبتی؛ بیماری مزمن؛ مراقبان خانوادگی

**ارجاع:** عقلی یاسمن، دهقانی فهیمه، نادری زهرا، باقریان سرارودی رضا. مقایسه‌ی فشار مراقبتی در مراقبان بیماران مبتلا به سرطان و اختلالات روانی مزمن. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۰؛ ۳۹ (۶۴۹): ۸۵۹-۸۵۲.

## مقدمه

ژنتیکی است (۲). سرطان یکی از شایع‌ترین و شدیدترین بیماری‌های جسمی مشاهده شده در پزشکی و از جمله معضلات سلامتی در دنیا مطرح شده است و شیوع آن در حال افزایش می‌باشد (۳). با وجود پیشرفت‌های بسیار در درمان سرطان، سرطان متاستاتیک یک بیماری علاج‌ناپذیر باقی مانده است و تهدید بزرگی برای بیماران و مراقبان به شمار می‌رود (۴). گروه دیگر بیماری‌های مزمن شامل اختلالات روانی است که ویژگی اصلی آن شامل مختل شدن شناخت، عدم کنترل هیجان یا رفتار است به صورتی که از لحاظ بالینی معنی‌دار نباشد (۵). اسکیزوفرنی، نوعی اختلال عمده‌ی روان‌پزشکی است که به صورت اختلال مشخص در حوزه‌ی عملکرد، تفکر، رفتار،

بیماری مزمن، بیماری طولانی مدتی است که تغییرات جسمانی در بدن ایجاد و کارکردهای بیمار را محدود می‌کند. دوره‌ی درمان آن طولانی و مراحل بهبود آن دشوار و در برخی موارد این بیماری لاعلاج است و درمان قطعی و مشخصی برای آن وجود ندارد. عوامل تنش‌زا و فقدان‌های اجتناب‌ناپذیر مرتبط با بیماری‌های مزمن به شدت افزایش یافته است و با دامنه‌ی وسیع‌تری از نشانه‌های روان‌شناختی و واکنش‌های هیجانی همراه می‌باشد (۱). یکی از انواع بیماری‌های جسمانی مزمن، سرطان می‌باشد. سرطان در نتیجه‌ی تقسیم غیر قابل کنترل سلول‌ها به وجود می‌آید که در اثر عوامل محیطی و اختلالات

۱- گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه یزد، یزد، ایران

۲- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه یزد، یزد، ایران

۳- استاد، گروه روان‌شناسی سلامت، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: رضا باقریان سرارودی؛ استاد، گروه روان‌شناسی سلامت، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

مراقبت‌کنندگان خانوادگی نیز داشته باشد (۱۴). همچنین، نتایج تحقیقی حاکی از آن بود که مراقبت‌کنندگان در معرض تأثیر منفی مراقبت بر سلامت فیزیکی‌شان هستند که در طول زمان همراه با افزایش تقاضای مراقبت، بیشتر می‌شود (۱۵). از طرف دیگر، نتایج پژوهش‌ها نشان داد که مراقبت از بیماران، عواقب مهمی بر سلامت روان مراقبت‌کنندگان دارد (۱۶). از این‌رو، مراقبان بیماران فشار مراقبتی زیادی را تجربه می‌کنند. بنابراین، شناسایی فشار مراقبتی، نقش تعیین‌کننده‌ای در ارتقای سلامت مراقبان و به موازات آن، نقش مهمی در بهبود کیفیت مراقبت ارایه شده به بیمار را خواهد داشت؛ چرا که بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، مراقبان را با انواع مختلفی از فشار در طول مراقبت مواجه می‌کنند که با در نظر گرفتن نوع بیماری و اثر فراگیری که بر بیمار، خانواده و جامعه بر جا می‌گذارد، (سرطان به عنوان شدیدترین بیماری جسمی و اسکیزوفرنی به عنوان سرطان خاموش و اختلال دو قطبی به عنوان ششمین عامل ناتوانی در جهان)، لزوم مقایسه و سنجش فشار ادراک شده احساس می‌گردد (۱۷). با توجه به محدود بودن مطالعات در حوزه فشار مراقبتی، این مطالعه با هدف مقایسه فشار مراقبتی در مراقبین بیماران مبتلا به بیماری‌های جسمانی و روانی مزمن انجام شده است.

### روش‌ها

این مطالعه مقطعی، از نوع توصیفی-تحلیلی و نمونه‌ی تحقیق شامل ۱۵۰ نفر از مراقبان بیماران مبتلا به سرطان و ۱۵۰ نفر از مراقبان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و دو قطبی بود. مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان، از مراجعه‌کنندگان به بخش‌های بستری و سرپایی بیمارستان سیدالشهدا (ع) و مراقبان خانوادگی بیماران دارای اختلال اسکیزوفرنی و دو قطبی از مراجعه‌کنندگان به مرکز آموزشی-درمانی نور و مجتمع تخصصی و فوق تخصصی فارابی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸ انتخاب شدند. نمونه‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. در ابتدا با پرسش از بیمار، مراقب اصلی وی تعیین شد و سپس با توجه به معیارهای ورود برای مراقبان خانوادگی، انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل داشتن تشخیص قطعی یکی از انواع سرطان یا اختلالات اسکیزوفرنی و دو قطبی در یکی از اعضای درجه‌ی یک خانواده، داشتن حداقل سن ۱۸ سال تمام، زندگی کردن با بیمار و یا داشتن رابطه‌ی بسیار نزدیک با وی، آگاهی عضو خانواده از تشخیص قطعی بیماری، سپری شدن حداقل سه ماه از آگاهی عضو خانواده از تشخیص قطعی بیماری، عدم ابتلا مراقب خانوادگی بیمار به بیماری‌های مزمن جسمی و روانی شناخته شده (افراد با سابقه‌ی مصرف داروهای اعصاب و روان وارد مطالعه نشدند)، عدم دریافت وجه نقدی به دلیل مراقبت از بیمار بود.

عواطف، درک و شناخت ظاهر می‌گردد و با ناتوانی بارز در عملکرد روانی-اجتماعی همراه است (۶). اختلالات دو قطبی نیز گروه دیگری از اختلالات روان می‌باشد که شامل دوره‌ی افسردگی عمده، دوره‌ی مانیک و هیپومانیک است. ویژگی اصلی این اختلال، تناوب گسترده‌ی آشفتگی و مرحله‌ی افسردگی می‌باشد که چهار عامل «هیجان، انگیزه، رفتار و شناخت فرد» را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۷). از جمله عوامل ایجادکننده‌ی بحران در خانواده، وجود بیماری مزمن در یکی از اعضای خانواده می‌باشد. مراقبت از بیمار مبتلا به بیماری مزمن و صعب‌العلاج، به صبر، بردباری، توان بالای جسمی و روانی و مهارت‌های خاص نیاز دارد. افرادی که از نظر روانی آسیب پذیر و مستعد ابتلا به اختلال روانی هستند، آمادگی پذیرش شرایط ناگوار پدید آمده در خانواده را ندارند، نمی‌توانند به مراقبت و حمایت عاطفی بیمار بپردازند و در این میان، هم خود از نظر روانی دچار مشکلات عدیده‌ای می‌شوند و هم به دلیل این مشکلات، نمی‌توانند برخورد انسانی و عاطفی مناسب و خوبی با بیمار داشته باشند و ممکن است از نظر روانی به بیمار آسیب بزنند (۸). افراد خانواده که مسئولیت مراقبت و نگهداری از بیمار خود را بر عهده دارند، باید بتوانند استرس‌ها و دشواری‌های انجام این مسئولیت را تحمل کنند و از سوی دیگر، با این ناکامی کنار بیایند و شاهد این باشند فردی که مورد علاقه آن‌هاست، در بستر بیماری و با رنج‌ها و ناتوانی‌های بیماری دست به گریبان است. بی‌شک تحمل چنین شرایط طاقت‌فرسایی، افراد خانواده را با مشکلات روانی زیادی مواجه می‌سازد (۹).

یکی از بزرگ‌ترین چالش‌هایی که در قرن بیست و یکم سیستم‌های بهداشتی در سراسر جهان با آن مواجه می‌باشند، افزایش بار ناشی از بیماری‌های مزمن است. زمانی که فردی در خانواده به بیماری مبتلا می‌شود، همه‌ی اعضای خانواده با فشارهای درازمدت و ویژه‌ای روبه‌رو می‌شوند که بخشی از آن به دلیل مراقبت از بیمار و بخشی نیز ناشی از سلب آزادی اعضای خانواده در به انجام رساندن برنامه‌هایشان است (۱۰). فشار مراقبت سازه‌ای چند بعدی، پیچیده و همگانی است که اولین بار در سال ۱۹۶۶ توسط Grad و Sainsbury در متون معرفی شد. آن‌ها فشار را به عنوان هر اثر منفی که مراقبت از افراد بیمار بر خانواده می‌گذارد، معرفی کردند (۱۱). به این مفهوم بعدها گستردگی بیشتری داده شد و مشکلات روان‌شناختی، جسمانی، اجتماعی و مالی را که مراقب در این نقش تجربه می‌کند، وارد این مفهوم گردید. فشار مراقبتی شامل مؤلفه‌هایی همچون فشار مراقبتی وابسته به زمان، تکاملی، جسمی، اجتماعی و احساسی است (۱۳-۱۲). نتایج مطالعات نشان داد که ارایه‌ی مراقبت در خانه به یکی از اعضای خانواده، می‌تواند تأثیر منفی بر رفاه عاطفی

## یافته‌ها

در نمونه‌های تحت بررسی در هر دو گروه مراقبان، مراقبان خانم با ۶۳/۳ درصد بیشترین فراوانی را داشتند و در محدوده سنی ۱۸ تا ۴۰ سال بودند. ۲۳۶ نفر از مراقبان متأهل با وضعیت اقتصادی متوسط بودند و ۱۷۲ نفر از آنها با بیمار خود زندگی می‌کردند. در گروه مراقبان بیماران جسمانی، ۵۲ نفر تحصیلات دیپلم و در گروه مراقبان روان، ۵۰ نفر تحصیلات کارشناسی داشتند. همچنین، ۱۰۹ نفر از مراقبان خانه‌دار بودند. در گروه مراقبان بیماران جسمانی، دختران آنها نقش مراقب را عهده‌دار بودند و در گروه مراقبان بیماران روان، این نقش بیشتر بر عهده همسران بود (جدول ۱).

جدول ۱. توزیع فراوانی اطلاعات جمعیت‌شناختی مراقبان خانگی بیماران

متغیر	مراقبان بیماران	تعداد (درصد)	مقدار P
جنسیت	جسمانی	زن (۵۹/۳)	۰/۵۹۲
	روانی	مرد (۴۰/۷)	۰/۴۰۷
سن (سال)	جسمانی	زن (۵۶/۰)	۰/۵۶۰
	روانی	مرد (۴۴/۰)	۰/۴۴۰
وضعیت تأهل	جسمانی	۴۰-۱۸	۰/۰۰۱
	روانی	بیشتر از ۴۱	۰/۰۰۱
وضعیت تأهل	جسمانی	۴۰-۱۸	۰/۰۰۲
	روانی	بیشتر از ۴۱	۰/۰۰۲
تحصیلات	جسمانی	مجرد (۲۴/۰)	۰/۰۰۲
	روانی	متأهل (۷۴/۷)	۰/۰۰۲
تحصیلات	جسمانی	مطلقه (۱/۳)	۰/۰۰۱
	روانی	مجرد (۱۴/۷)	۰/۰۰۱
تحصیلات	جسمانی	متأهل (۸۲/۷)	۰/۰۰۱
	روانی	مطلقه (۲/۷)	۰/۰۰۱
تحصیلات	جسمانی	ابتدایی (۱۷/۴)	۰/۰۰۱
	روانی	سیکل (۱۰/۰)	۰/۰۰۱
تحصیلات	جسمانی	دیپلم (۳۴/۷)	۰/۰۰۱
	روانی	کارشناسی (۲۹/۳)	۰/۰۰۱
تحصیلات	جسمانی	کارشناسی ارشد (۸/۷)	۰/۰۰۱
	روانی	ابتدایی (۲۶/۷)	۰/۰۰۱
تحصیلات	جسمانی	سیکل (۱۳/۳)	۰/۰۰۱
	روانی	دیپلم (۲۴/۰)	۰/۰۰۱
تحصیلات	جسمانی	کارشناسی (۳۳/۳)	۰/۰۰۱
	روانی	کارشناسی ارشد (۲/۷)	۰/۰۰۱

ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌نامه‌ی فشار مراقبتی بود که دارای ۲۴ آیتم می‌باشد و در سال ۱۹۸۹ توسط Novak و Guest طراحی شد (۱۸). این پرسش‌نامه شامل پنج خرده‌مقیاس «فشار مراقبتی وابسته به زمان» (این جنبه از فشار مراقبتی بیانگر میزان زمانی است که فرد مراقبت روزانه برای مراقبت از بیمارش صرف می‌نماید، فشار مراقبتی تکاملی [فشاری که در طول دوره‌های مختلف تکامل زندگی مراقب (مثل بلوغ)، ناشی از مراقبت از بیمار به او وارد می‌گردد]، فشار مراقبتی جسمی (فشار بدنی و فرسودگی جسمی که در طی مراقبت از بیمار به مراقب وارد می‌گردد، فشار مراقبتی اجتماعی (فشار مراقبتی که جنبه‌های اجتماعی زندگی مراقب را در طی مراقبت از بیمار تحت تأثیر قرار می‌دهد، فشار مراقبتی احساسی (فشار مراقبتی که عواطف و احساسات زندگی مراقب را تحت تأثیر قرار می‌دهد) می‌باشد. پاسخ مراقبان در یک مقیاس لیکرت پنج‌گزینه‌ای (به هیچ وجه تا کاملاً) اندازه‌گیری گردید؛ بدین ترتیب که نمونه‌ها در پاسخ به هر سؤال، یکی از حالات به هیچ وجه (امتیاز ۱)، کمی (امتیاز ۲)، به طور متوسط (امتیاز ۳)، نسبتاً (امتیاز ۴) و کاملاً (امتیاز ۵) را انتخاب کردند. بر این اساس، نمرات حاصل از این پرسش‌نامه، از ۲۴ تا ۱۲۰ بود که نمرات ۲۴ تا ۴۷ فشار مراقبتی خفیف، ۴۸ تا ۷۱ فشار مراقبتی متوسط، ۷۲ تا ۹۵ فشار مراقبتی شدید و ۹۶ تا ۱۲۰ فشار مراقبتی بسیار شدید در نظر گرفته شد. بر اساس نتایج پژوهش عباسی و همکاران، شاخص اعتبار محتوایی پرسش‌نامه‌ی فشار مراقبتی از نظر مربوط بودن، واضح بودن و ساده و روان بودن جملات آن توسط ده تن از اعضای هیأت علمی مورد بررسی قرار گرفت که به ترتیب برای مربوط بودن، ۹۱/۸ درصد؛ برای واضح بودن، ۹۰/۲ درصد و برای ساده و روان بودن، ۹۳/۶ درصد و در مجموع، شاخص اعتبار محتوایی این پرسش‌نامه، ۹۱/۸۶ درصد و همچنین، پایایی پرسش‌نامه با ضریب Cronbach's alpha کل مقیاس، ۰/۹۰ گزارش گردید (۱۹). در مطالعه‌ی حاضر، ضریب Cronbach's alpha کل مقیاس، ۰/۸۵ به دست آمد. این ضریب برای فشار مراقبتی وابسته به زمان، فشار مراقبتی تکاملی، فشار مراقبتی جسمی، فشار مراقبتی اجتماعی و فشار مراقبتی احساسی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۴، ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۵ محاسبه شد. پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته‌ی ویژگی‌های جمعیت شناختی و خصوصیات بیماری حاوی سؤالات مختلفی بود که اطلاعاتی در رابطه با سن، جنسیت، وضعیت تأهل، شغل، سطح تحصیلات، مدت زمان آگاهی از تشخیص بیماری در عضو خانواده، نسبت با بیمار، سطح اقتصادی، نوع درمان‌های دریافتی، وضعیت تحصیلی و شغل بیمار را جمع‌آوری می‌نماید.

داده‌ها با استفاده از آزمون Independent t در نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۳ (version 23, IBM Corporation, Armonk, NY) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۱. توزیع فراوانی اطلاعات جمعیت‌شناختی مراقبان خانگی بیماران (ادامه)

متغیر	مراقبان بیماران	تعداد (درصد)	مقدار P		
شغل	جسمانی	بیکار ۱۴ (۹/۳)	۰/۰۰۱		
	کارمند	۲۳ (۱۵/۳)			
	کارگر	۷ (۴/۷)			
	آزاد	۳۸ (۲۵/۳)			
	خانه‌دار	۵۳ (۳۵/۳)			
	بازنشسته	۱۵ (۱۰/۰)			
	روانی	بیکار		۱۰ (۶/۷)	
		کارمند		۳۰ (۲۰/۰)	
		کارگر		۲ (۱/۳)	
		آزاد		۳۴ (۲۲/۷)	
وضعیت اقتصادی	جسمانی	خوب ۹ (۶/۰)	۰/۰۱۱		
	متوسط	۹۰ (۶۰/۰)			
	ضعیف	۵۱ (۳۴/۰)			
	روانی	خوب ۶ (۱۷/۳)			
	متوسط	۷۴ (۴۹/۳)			
	ضعیف	۵۰ (۳۳/۳)			
	نسبت با بیمار	جسمانی		همسر ۲۹ (۱۹/۳)	< ۰/۰۰۱
		پدر		۳ (۲/۰)	
		مادر		۱۱ (۷/۳)	
		برادر		۹ (۶/۰)	
خواهر		۱۱ (۷/۳)			
فرزند (دختر)		۴۷ (۳۱/۳)			
فرزند (پسر)		۳۲ (۲۱/۳)			
خویشاوند نزدیک		۸ (۵/۳)			
روانی		همسر ۳۰ (۲۰/۰)			
پدر		۱۲ (۸/۰)			
مادر	۲۲ (۱۴/۷)				
برادر	۲۶ (۱۷/۳)				
خواهر	۲۸ (۱۸/۷)				
فرزند (دختر)	۱۴ (۹/۳)				
فرزند (پسر)	۱۲ (۸/۰)				
خویشاوند نزدیک	۶ (۴/۰)				
نوع زندگی	جسمانی	با بیمار ۹۲ (۶۱/۳)	۰/۲۵۵		
	بدون بیمار	۵۸ (۳۸/۷)			
	روانی	با بیمار ۸۲ (۵۴/۷)			
بدون بیمار	۶۸ (۴۵/۳)				

مراقبتی وابسته به زمان بود، بیشترین فشار (میانگین ۱۴/۹۷) را به مراقبان این گروه تحمیل کرد و فشار مراقبتی احساسی که بیانگر احساسات منفی مراقب نسبت به بیمار می‌باشد (میانگین ۷/۷۰)، کمترین فشار را بر مراقبان بیماران مبتلا به سرطان وارد کرد. میانگین فشار مراقبتی کل در مراقبان بیماران مبتلا به اختلالات روانی،  $20/02 \pm 62/60$  به دست آمد. فشار مراقبتی در مؤلفه‌ی دوم خود که فشار مراقبتی تکاملی بود، بیشترین فشار (میانگین ۱۵/۹) و فشار مراقبتی احساسی (میانگین ۹/۵) کمترین میزان فشار را به مراقبان بیماران این گروه وارد نمود (جدول ۲).

جدول ۲. میانگین نمرات مراقبان بیماران در مؤلفه‌های فشار ادراک شده‌ی ناشی از مراقبت

متغیر	فشار مراقبتی	میانگین $\pm$ انحراف معیار
مراقبان بیماران جسمانی	وابسته به زمان	۱۴/۹۷ $\pm$ ۵/۵۴
	تکاملی	۱۳/۴۲ $\pm$ ۴/۸۶
	جسمی	۹/۰۶ $\pm$ ۴/۵۲
	اجتماعی	۱۰/۷۲ $\pm$ ۴/۸۳
	احساسی	۷/۷۰ $\pm$ ۳/۱۶
	کل	۵۵/۸۸ $\pm$ ۱۷/۹۲
مراقبان بیماران روانی	وابسته به زمان	۱۳/۸۰ $\pm$ ۵/۴۰
	تکاملی	۱۵/۹۰ $\pm$ ۵/۷۰
	جسمی	۱۱/۱۶ $\pm$ ۵/۱۰
	اجتماعی	۱۲/۲۳ $\pm$ ۵/۴۰
	احساسی	۹/۵۰ $\pm$ ۵/۰۱
	کل	۶۲/۶۰ $\pm$ ۲۰/۰۲

اطلاعات جدول ۳ نشان می‌دهد که بیشترین میزان فشار مراقبتی در هر دو گروه مراقبان بیماران در حد متوسط تجربه شده بود که برای مراقبان بیماران جسمانی، ۴۱/۳ درصد و برای مراقبان بیماران روانی، ۳۶/۰ درصد به دست آمد. تنها در ۲/۰ درصد از مراقبان بیماران جسمانی و ۵/۳ درصد از مراقبان بیماران روانی، فشار مراقبتی در حد بسیار شدید تجربه شد.

جدول ۳. توزیع فراوانی مراقبان در متغیر فشار ادراک شده‌ی ناشی از مراقبت

متغیر	فشار مراقبتی	تعداد (درصد)
مراقبان بیماران جسمانی	خفیف	۵۸ (۳۸/۷)
	متوسط	۶۲ (۴۱/۳)
	شدید	۲۷ (۱۸/۰)
مراقبان بیماران روانی	بسیار شدید	۳ (۲/۰)
	خفیف	۴۰ (۲۶/۷)
	متوسط	۵۴ (۳۶/۰)
	شدید	۴۸ (۳۲/۰)
	بسیار شدید	۸ (۵/۳)

میانگین فشار مراقبتی کل در مراقبان بیماران جسمانی،  $55/88 \pm 17/92$  گزارش شد. فشار مراقبتی در مؤلفه‌ی اول خود که فشار

جدول ۴. نتایج آزمون Independent t جهت مقایسه‌ی فشار مراقبتی در مراقبان بیماران

متغیر	گروه	آمار توصیفی میانگین ± انحراف معیار	آزمون Levene		آماره‌ی T	درجه آزادی	مقدار P
			مقدار P	آماره‌ی F			
وابسته به زمان	جسمانی	۱۴/۹۷ ± ۵/۵۴	۰/۲۹۷	۱/۹۰۲	۲۹۸	۰/۰۵۸	
	روانی	۱۳/۷۷ ± ۵/۳۸					
تکاملی	جسمانی	۱۳/۴۲ ± ۴/۸۶	۴/۹۰۳	-۴/۰۹۶	۲۹۸	۰/۰۰۱	
	روانی	۱۵/۹۳ ± ۵/۹۶					
جسمی	جسمانی	۹/۰۶ ± ۴/۵۲	۴/۵۷۷	-۳/۷۶۷	۲۹۸	۰/۰۰۱	
	روانی	۱۱/۱۶ ± ۵/۰۸					
اجتماعی	جسمانی	۱۰/۷۲ ± ۴/۸۳	۲/۰۹۲	-۲/۵۳۵	۲۹۸	۰/۰۱۲	
	روانی	۱۲/۲۲ ± ۵/۴۴					
احساسی	جسمانی	۷/۷۰ ± ۳/۱۶	۱۸/۰۲۷	-۳/۷۲۸	۲۹۸	۰/۰۰۱	
	روانی	۹/۵۰ ± ۵/۰۱					
نمره‌ی کل فشار مراقبتی	جسمانی	۵۵/۸۸ ± ۱۷/۹۲	۲/۳۴۷	-۳/۰۶۰	۲۹۸	۰/۰۰۲	
	روانی	۶۲/۶۰ ± ۲۰/۰۱					

نشده، اما از لحاظ سایر مؤلفه‌ها همچون فشار مراقبتی تکاملی، جسمی، اجتماعی و احساسی، تفاوت معنی‌داری وجود داشت و در هر یک از این چهار مؤلفه، فشار مراقبتی در مراقبان بیماران روان بالاتر از فشار مراقبتی مراقبان بیماران مبتلا به سرطان بود. این یافته‌ها با نتایج مطالعات ملکوتی و همکاران (۲۰) و Aberg-Wistedt و همکاران (۲۱) مبنی بر بالا بودن فشار مراقبتی در مراقبان بیماران روانی، همسو می‌باشد. در تحقیق حاضر، بیشترین میزان فشار مراقبتی در مراقبان بیماران روانی، مربوط به فشار مراقبتی تکاملی با میانگین  $۱۵/۷۰ \pm ۵/۷۰$  و کمترین فشار مراقبتی نیز مربوط به فشار مراقبتی احساسی با میانگین  $۵/۰۱ \pm ۵/۹۰$  بود که با نتایج پژوهش حقیگو و همکاران مغایرت داشت. آن‌ها بیان کردند که فشار مراقبتی وابسته به زمان، بیشترین میزان فشار را در بین سایر مؤلفه‌ها به خود اختصاص داده است (۲۲).

جهت تبیین نتایج به دست آمده، تمامی زیرمقیاس‌ها به تفکیک مورد بررسی قرار گرفت.

یکی از نتایج حاکی از این بود که بین فشار مراقبتی تکاملی مراقبان بیماران جسمانی و روانی مزمن تفاوت معنی‌داری وجود دارد و در مراقبان بیماران روان، بالاتر از مراقبان بیماران مبتلا به سرطان می‌باشد. در واقع، مراقبان بیماران روان این احساس را تجربه می‌کنند که نسبت به دیگر افراد از رشد و تحول کمتری برخوردار هستند. به دلیل این که مشغول به نگهداری از یک بیمار مبتلا به اختلال روانی می‌باشند. با در نظر گرفتن کوتاه مدت بودن مدت زمان ابتلا به بیماری در بیماران جسمانی در مقایسه با بیماران روان، آن‌ها این نوع از فشار را در فرایند مراقبت کمتر تجربه می‌کنند. ملکوتی و همکاران به

جهت مقایسه‌ی فشار مراقبتی در مراقبان بیماران مبتلا به سرطان و مراقبان بیماران دارای اختلالات روانی، از آزمون Independent t استفاده گردید. ابتدا پیش‌فرض برابری واریانس‌ها مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس داده‌های جدول ۴، با توجه به این که مقدار سطح معنی‌داری آزمون Levene در زیرمقیاس‌های تکاملی، جسمی و احساسی کمتر از ۰/۰۵ به دست آمد، فرض برابر بودن واریانس دو جامعه رد شد. در نتیجه، نتایج آزمون t اصلاح شده ذکر می‌شود. نتایج آزمون Independent t نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین نمره‌ی کل فشار مراقبتی و زیرمقیاس‌های تکاملی، جسمی، اجتماعی و احساسی مراقبان بیماران جسمانی و روانی وجود داشت. با توجه به میانگین نمرات کل متغیر فشار مراقبتی و زیرمقیاس‌های تکاملی، جسمی، اجتماعی و احساسی، این مقادیر در مراقبان بیماران روانی بیشتر از مراقبان بیماران جسمانی مشاهده گردید، اما بین نمرات فشار مراقبتی وابسته به زمان مراقبان بیماران جسمانی و روانی، تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.

### بحث

نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر نشان داد که بین مراقبان بیماران جسمانی و بیماران مزمن روانی از لحاظ فشار مراقبتی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. میانگین فشار مراقبتی کل در مراقبان بیماران مبتلا به سرطان،  $۱۷/۹۲ \pm ۵۵/۸۸$  و در مراقبان مبتلا به اختلالات روان،  $۲۰/۰۲ \pm ۶۲/۶۰$  بود. این نتایج نشان داد که فشار مراقبتی در مراقبان بیماران مبتلا به اختلالات روان بیشتر است. در فشار مراقبتی وابسته به زمان، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه از مراقبان مشاهده

جسمانی به دلیل کمتر بودن شدت علائم منفی و رفتارهای عجیب و غریب، این میزان فشار کمتر تجربه می‌شود. علاوه بر این، مراقبان بیماران جسمانی به دلیل بالا بودن کیفیت روابط خود و پایین بودن میزان انگ اجتماعی و وجود همدلی صحیح با دیگر افراد، فرصت بهتری برای پالایش و تخلیه هیجانی دارند. مراقبان بیماران روان با هیجان‌ناامنی مختلفی همچون احساس گناه در مورد نقش داشتن در ایجاد بیماری، خشم و اندوه گریبان‌گیر هستند (۱۷). مراقبان بیماران مبتلا به سرطان به دلیل تجربیات مثبت که در طول مراقبت به دست می‌آورند و کمتر بودن علائم منفی در بیمار خود، همدلی صحیح، سازگاری بالاتر بین اعضای خانواده و بیمار، از سر گرفتن روابط و رشد شخصی، کمتر این فشار را تجربه می‌کنند.

بین فشار مراقبتی وابسته به زمان مراقبان بیماران جسمانی و روانی مزمن تفاوت معنی‌داری مشاهده نشده است. با کنترل علائم و افزایش توان خودمراقبتی و استقلال بیمار در انجام فعالیت‌های روزمره، بیماران جسمانی نیاز کمتری به مراقبت لحظه به لحظه دارند. همچنین، باید در نظر داشت که کاهش دفعات بستری شدن و ویزیت بیمار در منزل، می‌تواند (عود کمتر و مدت زمان کوتاه‌تر ابتلا به بیماری) زمانی که خانواده و بیمار صرف رفت و آمد به بیمارستان‌ها و مراکز درمانی می‌کنند را کاهش دهد. مراقبان بیماران روان نیز به دلیل طولانی مدت بودن دوره بیماری و بستری بیشتر در بیمارستان، نگهداری و مراقبت را به عنوان یک نقش (وظیفه) در نظر نمی‌گیرند. بنابراین، از زمانی که اعضای خانواده صرف مراقبت از بیمار روانی خود می‌کنند، کاسته می‌شود و میزان فشار در هر دو گروه از مراقبان تفاوتی نمی‌کند.

### نتیجه‌گیری

طبق یافته‌های مطالعه حاضر، فشار مراقبان خانگی بیماران روانی از جمله اسکیزوفرنیا و اختلال دو قطبی به عنوان شایع‌ترین بیماران بستری در بخش‌های روان‌پزشکی، بالاتر از فشار مراقبتی در مراقبان بیماران مبتلا به سرطان است. بنابراین، پیشنهاد می‌گردد حمایت، شناسایی و تأمین نیازهای مراقبان خانگی بیماران روانی از اولویت‌های تأمین بهداشت روانی این گروه آسیب‌پذیر باشد.

### تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه‌ی مقطع با شماره‌ی ۲۶۰۰۴۳۱، مصوب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد. بدین وسیله از معاونت پژوهش و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، کارکنان بیمارستان سیدالشهداء (ع)، نور و فارابی و همچنین، خانواده‌های محترم بیماران، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

این نتیجه رسیدند که در مراقبان بیماران روان به دلیل عدم حفظ فاصله‌ی هیجانی از بیمار به علت وجود علائم و نشانه‌های منفی، نبود اجرای برنامه‌های تفریحی و استراحت مناسب، حمایت اجتماعی ناکافی، عدم بازنگری و هدف‌گذاری و دنبال نکردن برنامه‌های شخصی، این گروه از مراقبان فشار تکاملی بیشتری را تجربه می‌کنند (۲۳).

نتیجه‌ی بعدی نشان داد که فشارمراقبتی جسمی در مراقبان بیماران روان بالاتر از مراقبان بیماران مبتلا به سرطان می‌باشد. این فشار بیان‌کننده‌ی میزان فشار بدنی و فرسودگی جسمی است که در طی مراقبت از بیمار به مراقب وارد می‌گردد. قابل درک است که با بهبودی بیمار در طی یک دوره و عدم بازگشت عوارض و افزایش استقلال، فعالیت‌های روزمره و بهبود توان خودمراقبتی در بیمار و همچنین، از سر گرفتن فعالیت‌های معمول و استراحت مناسب توسط مراقب، خستگی جسمانی ناشی از فعالیت‌های مراقبتی لحظه به لحظه و انجام وظایف فرودگذشته بیمار توسط مراقبان کاهش می‌یابد (۲۰)، اما به علت وابستگی بالای بیماران مبتلا به اختلالات روان در بیشتر حوزه‌های زندگی، فشار بیشتری به مراقبان آن‌ها وارد می‌شود. به دلیل این که اختلالات روان بسیار مزمن‌تر است و سابقه‌ی عود بیشتر در این‌گونه اختلالات مشاهده می‌شود، به دنبال آن، خستگی روانی و بدنی را به همراه دارد.

نتایج نشان داد که بین فشار مراقبتی اجتماعی مراقبان بیماران جسمانی و روانی مزمن، تفاوت معنی‌داری وجود دارد و در مراقبان بیماران روان، بالاتر از مراقبان بیماران مبتلا به سرطان است. این مؤلفه بیانگر میزان فشار مراقبتی است که جنبه‌های اجتماعی زندگی مراقب را در طی مراقبت از بیمار تحت تأثیر قرار می‌دهد. از سر گرفتن روابط و فعالیت‌های اجتماعی، حضور بیمار در جمع‌های خانوادگی، وجود گروهی که با مراقبان به طور منظم در ارتباط هستند و منابع حمایتی در مواجهه با علائم و رفتارهای بیمار، آموزش‌های بیشتر در مراکز درمانی که منجر به افزایش سازگاری خانواده و بیمار می‌شود، از جمله عواملی هستند که به نظر می‌رسد فشار اجتماعی را در مراقبان بیماران مبتلا به سرطان کاهش دهد و آن‌ها فشار اجتماعی کمتری را نسبت به مراقبان بیماران روان تجربه کنند و بر عکس در مراقبان بیماران روان به دلیل پایین‌تر بودن کیفیت روابط خانوادگی و میزان کمتر حمایت اجتماعی به عنوان یک عامل واسطه‌گر و همچنین، وجود انگ اجتماعی بالاتر که به نوبه‌ی خود در شفاف‌سازی اولویت‌های زندگی به آن‌ها کمک نمی‌کند، فشار اجتماعی بالایی را به این گروه تحمیل می‌نماید (۲۴).

تفاوت معنی‌داری بین فشار مراقبتی احساسی مراقبان بیماران جسمانی و روانی مزمن وجود دارد و در مراقبان بیماران روان بالاتر از مراقبان بیماران مبتلا به سرطان است. این نوع از فشار، احساسات منفی مراقبت‌کننده نسبت به بیمار را ارزیابی می‌کند. در بیماران

## References

- Mandani B. Consulting services for doctoral dissertation in occupational therapy [PhD Thesis]. Tehran, Iran: University of Rehabilitation Sciences and Social Welfare; 2017. [In Persian].
- Ajani JA, Bentrem DJ, Besh S, D'Amico TA, Das P, Denlinger C, et al. Gastric cancer, version 2.2013: Featured updates to the NCCN Guidelines. *J Natl Compr Canc Netw* 2013; 11(5): 531-46.
- Baykal U, Seren S, Sokmen S. A description of oncology nurses' working conditions in Turkey. *Eur J Oncol Nurs* 2009; 13(5): 368-75.
- Setak-Berenjestanaki M, Bagheri-Nesami M, Gholipour BA, Mousavinasab SN, Ghaffari R, Darbeheshti M. The prophylactic effect of different levels of positive endexpiratory pressure on the incidence rate of atelectasis after cardiac surgery: A randomized controlled trial. *Med J Islam Repub Iran* 2018; 32: 20.
- World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva, Switzerland: WHO; 2015.
- Khoshdel A R, Sepandi M, Ziaei M, Ghaffari H R, Alimohamadi Y. Epidemiological survey of the most prevalent cancers and its association with other non-communicable diseases among the Iranian military community between 2001-2017: A cross-sectional study. *J Mil Med* 2019; 21(1): 3-11. [In Persian].
- Rosenhan DL, Seligman MEP. Abnormal psychology. Trans. Seyed Mohammadi Y. Tehran, Iran: Arasbaran Publications; 2015. [In Persian].
- Siahi S. Investigating the relationship between social, spiritual health and self-efficacy with educational therapy [MSc Thesis]. Tehran, Iran: School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences; 2010. [In Persian].
- Vaghee S, Salarhaji A, Asgharipour N, Chamanzari H. Effects of psychoeducation on stigma in family caregivers of patients with schizophrenia: A clinical trial. *Evidence Based Care* 2015; 5(3): 63-76.
- Nolte E, McKee M. Caring for people with chronic conditions: A health system perspective. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2008.
- Grad J, Sainsbury P. Problems of Caring for the Mentally Ill at Home. *Proc R Soc Med* 1966; 59(1): 20-3.
- Rafiyah I. Review: Burden on family caregivers caring for patients with schizophrenia and its related fact. *Nurse Media Journal of Nursing* 2011; 1(1): 29-41.
- Yesufu-Udechuku A, Harrison B, Mayo-Wilson E, Young N, Woodhams P, Shiers D, et al. Interventions to improve the experience of caring for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2015; 206(4): 268-74.
- Cameron JI, Franche RL, Cheung AM, Stewart DE. Lifestyle interference and emotional distress in family caregivers of advanced cancer patients. *Cancer* 2002; 94(2): 521-7.
- Schulz R, Newsom J, Mittelmark M, Burton L, Hirsch C, Jackson S. Health effects of caregiving: The caregiver health effects study: an ancillary study of the Cardiovascular Health Study. *Ann Behav Med* 1997; 19(2): 110-6.
- Brehaut JC, Kohen DE, Raina P, Walter SD, Russell DJ, Swinton M, et al. The health of primary caregivers of children with cerebral palsy: how does it compare with that of other Canadian caregivers? *Pediatrics* 2004; 114(2): e182-e191.
- Shamsaei F, Mohammadkhan Kermanshahi S, Vanaki Z. Survey of family caregiver needs of patients with bipolar disorder. *Avicenna Journal of Clinical Medicine* 2010; 17(3): 57-63. [In Persian].
- Novak M, Guest C. Application of a multidimensional caregiver burden inventory. *Gerontologist* 1989; 29(6): 798-803.
- Abbasi A, Shamsizadeh M, Asayesh H, Rahmani H, Hoseini SA, Talebi M. The relationship between caregiver burden with coping strategies in Family caregivers of cancer patients. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing* 2013; 1(3): 62-71. [In Persian].
- Malakouti K, Mottaqipour Y, Karbalaei-Noori A, Farzadi H. Schizophrenia sever mental disorders. Tehran, Iran: Farhang-e Saba Publications; 2009. [In Persian].
- Aberg-Wistedt A, Cressell T, Lidberg Y, Liljenberg B, Osby U. Two-year outcome of team-based intensive case management for patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 1995; 46(12): 1263-6.
- Haghgoo A, Zoladl M, Afroughi S, Rahimian H, Mirzaee MS. Assessment of the burden on family caregivers of patients with mental disorders hospitalized in Shahid Rajai Hospital in Yasuj, 2016. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing* 2017; 5(2): 39-44. [In Persian].
- Khosravi M. Determining the effect of continuous care on quality of life and level of functioning of patients with schizophrenia and the burden of their care [MSc Thesis]. Tehran, Iran: Kharazmi University; 2016. [In Persian].
- Giveie E, Siddiqui Pashaki A. Questions for people caring for cancer patients. Tehran, Iran: Royanpazhouh; 2014. [In Persian].

## A Comparison of Care Stress in Caregivers of Patients with Cancer or Chronic Mental Disorders

Yasaman Aghili<sup>1</sup>, Fahimeh Dehghani<sup>2</sup>, Zahra Naderi<sup>2</sup>, Reza Bagherian-Sararoudi<sup>3</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Background:** Families of patients with chronic mental and physical disorders provide patients with a number of supportive measures. Caregivers of this group of patients endure a lot of care stress. Identifying the extent of these stresses can play a decisive role in promoting their mental health. This study was conducted to compare the care stress in caregivers of patients with chronic physical and mental diseases.

**Methods:** This was a descriptive cross-sectional study in which 300 patients with cancer or mental disorders who referred to the inpatient and outpatient wards of Seyed Al-Shohada, Noor, and Farabi hospitals Isfahan City, Iran, in the summer of 2019, were selected by convenient methods. Data collection tools included Novak and Gast Stress Pressure Questionnaire and a researcher-made questionnaire of demographic characteristics. Data analysis was performed using independent t test.

**Findings:** The mean care stress among caregivers of patients with cancer was  $55.8 \pm 17.92$  as well as  $62.60 \pm 20.02$  among the caregivers of patients with mental disorders. There was a significant difference between the overall score of caring stress and its subscales among the caregivers of patients with cancer or mental disorders. According to the mean scores, these values were higher among the caregivers of patients with psychiatric disorders than that of patients with cancer. However, there was no significant difference between the time-dependent care stress components.

**Conclusion:** Based on the findings of this study, patients with chronic diseases place a great deal of care stress on caregivers. In addition, the mean care stress in caregivers of patients with mental disorders are higher than in patients with cancer.

**Keywords:** Care stress; Chronic disease; Family caregivers

**Citation:** Aghili Y, Dehghani F, Naderi Z, Bagherian-Sararoudi R. A Comparison of Care Stress in Caregivers of Patients with Cancer or Chronic Mental Disorders. J Isfahan Med Sch 2022; 39(649): 852-9.

1- Department of General Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Yazd University, Yazd, Iran

2- Assistant Professor, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Yazd University, Yazd, Iran

3- Professor, Department of Health Psychology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

**Corresponding Author:** Reza Bagherian-Sararoudi, Professor, Department of Health Psychology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: bagherian@med.mui.ac.ir