

رابطه فشار مراقبتی، استرس، اضطراب و افسردگی در مراقبت کنندگان بیماران مبتلا به سرطان در بیمارستان امام رضا (ع) شهر بجنورد

زهره صفائیان^۱، سیماسادات حجازی^{۲*}، الهه دلاور^۱، طوبی حسینی عزیزی^۲، مهدی حارث آبادی^۲

^۱ کارشناس پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد ایران
^۲ مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی بجنورد، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
 * نویسنده مسئول: سیما سادات حجازی، مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی بجنورد، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران. ایمیل: s.hejazi@nkums.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۴/۱۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۱۰/۲۴

چکیده

مقدمه: بیماری سرطان و اثرات ناشی از آن صرفاً محدود به بیمار نبوده بلکه اثرات وسیعی را بر زندگی مراقبت کنندگان بجا می‌گذارد. هدف از این مطالعه بررسی رابطه فشار مراقبتی، استرس، اضطراب و افسردگی در مراقبت کنندگان بیماران مبتلا به سرطان در بیمارستان امام رضا شهر بجنورد صورت گرفته است.

روش کار: در این مطالعه توصیفی مقطعی، ۱۰۰ نفر از مراقبت کنندگان اصلی بیماران سرطانی بیمارستان امام رضا شهر بجنورد به روش نمونه گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه فشار مراقبتی و مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس بود که اعتبار و پایایی آنها در مطالعات مختلف تأیید شده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری همچون مجذور کای و تی تست با به کارگیری نرم افزار SPSS ۱۶ صورت گرفت.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار نمره کلی فشار مراقبتی و استرس، اضطراب و افسردگی به ترتیب $19/36 \pm 19/79$ و $19/88 \pm 74/46$ حاصل شد. همبستگی بین میانگین کلی نمره فشار مراقبتی و میانگین نمره استرس ($0/629$) اضطراب ($0/569$) و افسردگی ($0/598$) مثبت و معنی دار بود ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بیش از نیمی از مراقبت کنندگان بیماران سرطانی فشار مراقبتی شدید و بسیار شدیدی را تجربه می‌کنند اما علی‌رغم تجربه فشار مراقبتی شدید، از نظر وضعیت روانی در موقعیت قابل قبولی به سر می‌برند. ارزیابی مراقبت کنندگان اصلی توسط اعضا تیم درمانی و تدوین برنامه‌های توانبخشی خانواده محور ضروری به نظر می‌رسد.
واژگان کلیدی: فشار مراقبتی، استرس، اضطراب، افسردگی، مراقبت کننده، سرطان.

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

سوختگی‌های پوستی، تغییرات وزن و مشکلات روحی و روانی بروز نماید. از طرفی بستری شدن‌های متعدد به منظور درمان می‌تواند مانع از ادامه یک زندگی طبیعی شود (۱). ماهیت ناتوان کننده بیماری و درمان‌های مربوطه، بسیاری از مبتلایان به سرطان را نیازمند دریافت کمک از طریق مراقبت دهندگان غیر رسمی می‌کند (۴). به دنبال تشخیص سرطان و شروع فرآیند درمان، در اعضای خانواده بیمار، برای ارائه مراقبت، احساس مسئولیتی به وجود می‌آید، در نتیجه قرار گرفتن در نقش مراقبت کننده غیر رسمی معمولاً برای فرد قابل پیش بینی و انتخابی نیست و به نوعی اجتناب ناپذیر به نظر می‌رسد (۵). مراقبت کنندگان غیر رسمی افرادی هستند که به بیمار در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی از قبیل تغذیه، جابجایی، حمایت روانی و عاطفی و اجتماعی، ارتباط برقرار کردن با تیم مراقبتی در رابطه با تغییر شرایط،

در حال حاضر سرطان یکی از مسائل مهم و اصلی بهداشت و درمان در ایران و سراسر دنیا است و سومین علت مرگ و میر و دومین گروه بزرگ از بیماری‌های مزمن و غیر واگیر را به خود اختصاص داده است (۱). سالانه بیش از ۷ میلیون نفر در جهان در اثر ابتلا به سرطان جان خود را از دست می‌دهند و پیش بینی می‌شود که تعداد موارد جدید ابتلا تا سال ۲۰۲۰ سالانه از ۱۰ میلیون به ۱۵ میلیون نفر برسد (۲). در ایران نیز سومین عامل مرگ، سرطان‌ها هستند (۳). وقوع سرطان در گروه سنی بزرگسالان و در مناطق مختلف ایران ۱۱۲-۴۸ مورد در هر میلیون نفر برای زنان و ۱۴۴-۵۱ مورد در هر میلیون نفر برای مردان گزارش شده است (۳). به دلیل طبیعت مزمن سرطان، بیمار مجبور است درمان طولانی مدت با داروهای شیمی درمانی را بپذیرد که عوارض جانبی آن‌ها می‌تواند به صورت تهوع، ریزش مو، خستگی، دردهای عضلانی،

مراقبتی مراقبت کنندگان بیماران سرطانی و رابطه آن با وضعیت روانی آنها بپردازند.

روش کار

مطالعه حاضر که یک مطالعه توصیفی مقطعی است از اسفند ماه سال ۱۳۹۴ تا خرداد ماه ۱۳۹۵ با هدف بررسی رابطه فشار مراقبتی، استرس، اضطراب و افسردگی در مراقبت کنندگان بیماران مبتلا به سرطان در بیمارستان امام رضا شهر بجنورد، انجام شد. جامعه پژوهش در این مطالعه کلیه مراقبت کنندگان اصلی بیماران سرطانی در بیمارستان امام رضا شهر بجنورد به صورت بستری و سرپایی بود. نمونه گیری به شیوه در دسترس از میان ۱۱۵ مراقبت کننده اصلی بیماران سرطانی طبق این معیارهای ورود: مراقبت کننده اصلی بیمار باشند، سواد خواندن و نوشتن و تمایل به شرکت در مطالعه داشته باشند و در شش ماه گذشته حادثه ناگوار مانند از دست دادن افراد نزدیک خانواده را تجربه نکرده باشد صورت گرفت که تعداد ۱۰۰ نفر پرسشنامه را تکمیل و وارد مطالعه شدند. پس از تصویب طرح پژوهشی و دریافت مجوز اخلاق با کد IR.NKUMS.RES.1394.100 در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی مورخ ۱۶/۱۰/۹۴ و اخذ مجوزهای لازم و رضایت از افراد شرکت کننده در مطالعه و اطلاع در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و اطمینان از ثبت اطلاعات افراد بدون نام، پژوهشگر به منظور جمع آوری داده‌ها در محیط پژوهش حضور پیدا کرد. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس فرم کوتاه (Depression, Anxiety and Stress Scale-21) و پرسشنامه فشار مراقبتی بود. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل دو فرم که یک فرم مربوط به ثبت اطلاعات دموگرافیک بیمار و فرم دیگر مربوط به اطلاعات مراقبت کننده می‌باشد. فرم مربوط به اطلاعات بیمار شامل ۱۴ سؤال می‌باشد که اطلاعاتی از قبیل سن، جنس، قومیت، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، تعداد اعضای خانواده، طول مدت بیماری، نوع بیماری، تحصیلات، شغل، نقش در خانواده، وضعیت اقتصادی خانواده، وضعیت بیمه، محل سکونت و تعداد دفعات بستری شدن در بیمارستان بدلیل مشکل فعلی بیمار می‌باشد. فرم مربوط به اطلاعات مراقبت کننده شامل ۱۶ سؤال است که اطلاعاتی از قبیل سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، شغل، نسبت با بیمار، زندگی با بیمار، دریافت کمک برای مراقبت، محل سکونت، وضعیت اقتصادی، بیماری جسمی و نوع آن (در صورت ابتلا)، بیماری روانشناختی خاص و نوع آن و نوع داروی مورد استفاده (در صورت ابتلا) و اینکه آیا در ۶ ماه گذشته حادثه ناگواری را تجربه کرده‌اند یا خیر را مورد پرسش قرار می‌دهد. مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس فرم کوتاه، این مقیاس از عبارات مرتبط با علائم عواطف منفی (افسردگی، اضطراب، استرس) تشکیل شده است. خرده مقیاس افسردگی خلق ناشاد، فقدان اعتماد به نفس، ناامیدی، بی ارزش بودن زندگی، فقدان علاقه برای درگیری در امور، لذت نبردن از زندگی، و فقدان انرژی و قدرت را می‌سنجد؛ خرده مقیاس اضطراب بیش‌انگیزگی فیزیولوژیک، ترس‌ها و اضطراب‌های موقعیتی و خرده مقیاس استرس دشواری در دستیابی به آرامش، تنش عصبی، تحریک پذیری و بی‌قراری را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمونه پژوهش باید پس از خواندن هر عبارت شدت فراوانی علامت مطرح شده در عبارت مذکور را طی

دارودرمانی و فراهم آوردن منابع مالی کمک می‌کنند. این افراد، بیشترین درگیری را در مراقبت از بیمار و کمک به او به منظور سازگاری و مدیریت بیماری مزمن دارند (۴) و این در حالی است که آموزش‌هایی که در این زمینه دیده‌اند بسیار کم و منابع در دسترس آنها نیز محدود است (۵) که خود می‌تواند بسیار استرس آور باشد. از طرف دیگر به دلیل این که مراقبت کنندگان بیشترین وقت خود را با بیمار صرف می‌کنند، معمولاً نیازهای خود را فراموش کرده و در شیوه زندگی آنها تغییراتی بوجود می‌آید. در واقع بیماری سرطان و اثرات ناشی از آن صرفاً محدود به بیمار نبوده بلکه اثرات وسیعی را نیز بر روی زندگی مراقبت دهندگان بجا می‌گذارد (۴).

نتایج مطالعات نشان می‌دهد که ۷۰٪ مراقبین با دو مشکل بزرگ یعنی مشکلات مربوط به مراقبت و درمان بیمار و سازگاری با مسئولیت‌های ناشی از مراقبت روبرو هستند (۱). فشار مراقبتی به دیسترسی که فرد در نتیجه مراقبت از بیمار احساس می‌کند گفته می‌شود. این فشار و دیسترس دارای ابعاد متعدد جسمی، روانی، اجتماعی و مالی است. اختلال در خواب و خستگی و درد از انواع فشار مراقبتی جسمی است که مراقبت کنندگان از آن یاد می‌کنند. کمک به بیمار مبتلا به سرطان برای کنار آمدن با بیماری و فراهم کردن حمایت عاطفی یکی از سخت‌ترین وظایف و فشارهای روانی است که بر مراقبت کننده وارد می‌آید و غیبت از محیط کار برای ایفای نقش مراقبت کنندگی نیز از استرس‌های اجتماعی قرارگیری فرد در نقش مراقبت کنندگی است و در نهایت از دست رفتن پس انداز و منبع درآمد در کنار تهیه امکانات پزشکی و داروهای گران قیمت برای بیمار سرطانی فشار مراقبتی از بعد مالی بر مراقبت کننده وارد می‌آورد (۵). فشار مراقبتی مسئله‌ای است که برای بیمار و مراقبت کننده وی بشدت مشکل ساز است و معمولاً به علت اینکه فشار مراقبتی یک بیماری محسوب نمی‌شود و ماهیت پنهان دارد، بیمار و مراقب کننده وی هر دو در رنج و عذاب هستند (۱). افزایش فشار بر مراقبت کنندگان پیامدهای چندی همچون مراقبت ناکافی از بیمار، رها کردن بیمار، انزوای خانواده، قطع امید از حمایت‌های اجتماعی، اختلال در روابط خانوادگی را در پی خواهد داشت. آسیب پذیری افراد در برابر بار روانی ممکن است به کارگیری استراتژی‌های کنترل استرس و حمایت اجتماعی در دسترس را تحت تأثیر قرار دهد (۱، ۶). مطالعات انجام شده بر روی کیفیت زندگی خانواده بیماران مبتلا به سرطان نشان داده است که سرطان بر روی ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی خانواده بیمار اثرات بارزی دارد (۱) و همین خانواده بعنوان بهترین منبع برای مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان معرفی شده است (۴). متأسفانه در ایران سرویس‌های حمایتی از مراقبت کننده‌ها در سطح پایینی قرار دارد (۷) لذا تعیین میزان فشار مراقبتی و به دنبال آن برنامه ریزی برای کاهش این فشار و افزایش حمایت از خانواده و مراقبت کنندگان بیمار سرطانی می‌تواند نقش مهمی در بهبود وضعیت کلی مراقبت کنندگان و به موازات آن ارتقای کیفیت مراقبت از بیماران سرطانی داشته باشد. علیرغم شیوع بالای سرطان و احتمال بالقوه فشار مراقبتی در مراقبان آنها، در کشور ما این موضوع کمتر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است (۷، ۸) محدودیت منابع دقیق و مستند در خصوص فشار مراقبتی مراقبت کنندگان بیماران سرطانی و اهمیت بالای این موضوع، پژوهشگران را بر آن داشت تا به بررسی فشار

۴۸ تا ۷۱ فشار مراقبتی متوسط، ۷۲ تا ۹۵ فشار مراقبتی شدید و ۹۶ تا ۱۲۰ فشار مراقبتی بسیار شدید در نظر گرفته می‌شود. این پرسشنامه دارای قابلیت اعتماد خوبی است و ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۶۹ تا ۰/۸۷ گزارش شده است و ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۸۰ می‌باشد (۱۰). عباسی و همکاران در مطالعه خود برای استفاده از پرسشنامه فشار مراقبتی، آن را از زبان انگلیسی به فارسی ترجمه کرده و پس از بررسی و اصلاح شکاف موجود در پرسشنامه، در یک مطالعه مقدماتی با تعداد نمونه ۲۰ نفر از مراقبین بیماران سرطانی، ضریب آلفای کل مقیاس ۰/۹۰ و ضریب آلفای خرده مقیاس‌ها از ۰/۷۶ تا ۰/۸۲ محاسبه کرده‌اند (۱). جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و تحلیلی استفاده شد. پس از جمع‌آوری و ورود داده‌ها به رایانه، توسط نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ و با به کارگیری آزمون‌های آماری همچون تی تست و ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن و آنالیز واریانس یک طرفه تحلیل صورت گرفت. سطح معنی داری برای تمام آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

تعداد ۱۰۰ نفر مراقبت کننده بیمار مبتلا به سرطان که به دو شکل مراجعه به درمانگاه و بستری در بخش انکولوژی بیمارستان امام رضا شهر بجنورد مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سن بیمار و مراقبت کننده به ترتیب ۱۶/۳ ± ۵۹/۶ و ۱۲/۵ ± ۳۸/۱۳ بود. ۵۸ نفر (۵۸٪) از مراقبت کنندگان زن و اکثریت آنها ۷۷ نفر (۷۷٪) متأهل بودند، سایر مشخصات دموگرافیک مراقبت کنندگان در **جدول ۱** نمایش داده شده است. ۵۵ نفر (۵۵٪) از بیماران زن بوده، ۸۶ نفر (۸۶٪) متأهل، ۱۱ نفر (۱۱٪) همسر از دست داده و ۳ نفر (۳٪) مجرد بودند. ۵۵ نفر (۵۵٪) از بیماران نان آور خانواده بودند. بیشترین تعداد بیماران ۵۹ نفر (۵۹٪) بین ۱ ماه تا یکسال بود که به بیماری مبتلا بودند و مابقی به ترتیب فراوانی بالای یک سال و زیر یک ماه از ابتلای به بیماری آنها گذشته بود.

هفته گذشته با استفاده از یک مقیاس ۴ درجه‌ای (بین ۰-۳) درجه بندی کند (۹). هریک از مقیاس‌های DASS-21 دارای ۷ عبارت است. نمره فرد در هر مقیاس از طریق جمع نمره‌هایی که وی در هر عبارت به دست آورده است، حاصل می‌گردد. ویژگی‌های روان سنجی DASS-21، در چند مطالعه مورد بررسی قرار گرفته است که از آن میان به مطالعه هنری و کرافورد (۲۰۰۵) اشاره می‌شود که با استفاده از یک نمونه بزرگ انگلیسی (۱۷۹۴) نفر انجام شده است. آلفای کرونباخ کل مقیاس و نیز سه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۸۸، ۰/۸۲، ۰/۹۰ گزارش شده است. در مطالعه اصغری مقدم و همکاران (۱۳۸۷) ضرایب همسانی درونی سه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب عبارت بود از: ۰/۹۳، ۰/۹۰، ۰/۹۲؛ ضرایب بازآزمایی (با فاصله سه هفته) مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب عبارت بود از: ۰/۸۴، ۰/۸۹، ۰/۹۰ ($P \leq 0.001$). علاوه بر این، همبستگی درون طبقه‌ای بین دو بار اجرا برای سه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر با ۰/۷۸، ۰/۸۷، ۰/۸۰ بدست آمده است. کلیه این یافته‌ها نشان دهنده پایایی مطلوب این مقیاس است (۹). پرسشنامه فشار مراقبتی دارای ۲۴ گزینه می‌باشد که در سال ۱۹۸۹ توسط نوک و گست ابداع شده است. این پرسشنامه شامل پنج خرده مقیاس می‌باشد که عبارتند از: فشار مراقبتی وابسته به زمان (سوالات ۱ تا ۵)، فشار مراقبتی تکاملی (سوالات ۶ تا ۱۰)، فشار مراقبتی جسمی (سوالات ۱۱ تا ۱۴)، فشار مراقبتی اجتماعی (سوالات ۱۵ تا ۱۹) و فشار مراقبتی احساسی (سوالات ۲۰ تا ۲۴). این مقیاس پاسخ فرد را در یک مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای (کاملاً نادرست تا کاملاً درست) اندازه گیری می‌کند، بدین ترتیب که نمونه‌ها در پاسخ به هر سؤال، یکی از حالات کاملاً نادرست (امتیاز ۱)، نادرست (امتیاز ۲)، تا حدی درست (امتیاز ۳)، درست (امتیاز ۴) و کاملاً درست (امتیاز ۵) را انتخاب خواهند کرد. بر این اساس نمرات حاصل از این پرسشنامه از ۲۴ تا ۱۲۰ می‌باشد، که نمرات ۲۴ تا ۴۷ فشار مراقبتی خفیف،

جدول ۱: توزیع فراوانی مراقبت کنندگان بیماران مبتلا به سرطان براساس مشخصات دموگرافیک

متغیر	تعداد = ۱۰۰ نفر
جنس (%) تعداد	
مرد	۴۲ (۴۲)
زن	۵۸ (۵۸)
نسبت با بیمار، (%) تعداد	
همسر	۱۷ (۱۷)
دختر	۳۵ (۳۵)
پسر	۲۹ (۲۹)
خواهر	۹ (۹)
برادر	۶ (۶)
مادر	۱ (۱)
سایر	۳ (۳)
سواد (%) تعداد	
ابتدایی	۴۳ (۴۳)
راهنمایی	۱۲ (۱۲)
دیپلم	۲۴ (۲۴)
فوق دیپلم	۸ (۸)
لیسانس و بالاتر	۱۳ (۱۳)
تأهل، (%) تعداد	

متأهل	۷۷ (۷۷)
مجرد	۲۰ (۲۰)
همسر از دست داده	۲ (۲)
مطلقه	۱ (۱)
زندگی با بیمار، (%) تعداد	
با بیمار زندگی می کند	۵۰ (۵۰)
با بیمار زندگی نمی کند	۵۰ (۵۰)
شغل، (%) تعداد	
بیکار	۱ (۱)
آزاد	۲۳ (۲۳)
خانه دار	۵۰ (۵۰)
کارگر	۹ (۹)
محصل	۴ (۴)
کارمند	۶ (۶)
کشاورز	۲ (۲)
سایر	۵ (۵)
دریافت کمک برای مراقبت، (%) تعداد	
کمک دریافت می کند	۷۴ (۷۴)
کمک دریافت نمی کند	۲۶ (۲۶)

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار فشار مراقبتی و زیر مقیاسهای آن در مراقبت کنندگان بیماران مبتلا به سرطان

متغیر	انحراف معیار \pm میانگین
فشار مراقبتی وابسته به زمان	$20/04 \pm 5/93$
فشار مراقبتی تکاملی	$17/76 \pm 5/26$
فشار مراقبتی جسمی	$13/56 \pm 4/56$
فشار مراقبتی اجتماعی	$11/68 \pm 6/43$
فشار مراقبتی احساسی	$11/42 \pm 5/66$
کل	$74/46 \pm 19/88$

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار استرس اضطراب افسردگی و زیر مقیاسهای آن در مراقبت کنندگان بیماران مبتلا به سرطان

متغیر	انحراف معیار \pm میانگین
استرس	$11/74 \pm 6/72$
اضطراب	$8/96 \pm 6/72$
افسردگی	$9/09 \pm 6/61$
کل	$29/79 \pm 19/36$

جدول ۴: بررسی رابطه بین فشار مراقبتی با حیطه‌های سلامت روان

مقیاس	فشار مراقبتی
حیطه‌های معیار استرس اضطراب افسردگی	ضریب همبستگی پیرسون
افسردگی	سطح معنی داری
اضطراب	۰/۵۹۸
استرس	۰/۵۶۹
کل	۰/۶۲۹
	۰/۶۳۱

مقیاس استرس، اضطراب و افسردگی $29/79 \pm 19/36$ بود حاصل شد، میانگین و انحراف معیار نمرات کسب شده از زیر مقیاس‌های مربوط به این مقیاس نیز در [جدول ۳](#) نمایش داده شده است. نتایج بررسی

میانگین و انحراف معیار نمره کلی فشار مراقبتی $74/46 \pm 19/88$ بوده، میانگین و انحراف معیار خرده مقیاس‌های فشار مراقبتی در [جدول ۲](#) نمایش داده شده است همچنین میانگین و انحراف معیار نمره کلی

همبستگی بین میانگین نمره کلی فشار مراقبتی و میانگین نمره استرس اضطراب و افسردگی کل و زیر مقیاسهای آن نیز در **جدول ۴** نمایش داده شده است.

فشار مراقبتی مراقبت کنندگان در دو گروه مراقبت کنندگان از بیمار زن و مرد، مراقبت کننده زن و مرد، بیمار نان آور و غیر نان آور، مراقبت کننده متأهل و مجرد تفاوت معنی داری نداشت ($P > 0.05$). میانگین نمره فشار مراقبتی در دو گروه مراقبت کنندگانی که با بیمار زندگی می کنند با مراقبت کنندگانی که با بیمار زندگی نمی کنند، همچنین مراقبت کنندگانی که برای مراقبت کمک دریافت می کنند و آنهایی که کمک دریافت نمی کنند، تفاوت معنی داری نداشت ($P > 0.05$). همچنین نتایج آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که میانگین فشار مراقبتی در مراقبت کنندگان با نسبت های مختلف با بیمار و دارای وضعیت اقتصادی، تحصیلی و شغلی مختلف تفاوت معنی داری با هم نداشت ($P > 0.05$). میانگین نمره فشار مراقبتی مراقبت کنندگان بیماران با طول مدت بیماری مختلف نیز تفاوت معنی داری نداشت ($P > 0.05$) اما نتایج بررسی همبستگی بین متغیر سن بیمار و فشار مراقبتی مراقبت کنندگان نشان داد که میان این دو متغیر رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد ($r = 0.249, P = 0.024$). همچنین نتایج آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که میانگین نمره استرس، اضطراب و افسردگی در مراقبت کنندگانی که نسبت های مختلف با بیمار داشتند و مراقبت کنندگان بیماران با طول مدت بیماری متفاوت، تفاوت معنی داری نداشت ($P > 0.05$).

بحث

این مطالعه با هدف تعیین فشار مراقبتی و استرس اضطراب و افسردگی مراقبت کنندگان بیماران مبتلا به سرطان صورت گرفت. نتایج حاکی از این بود که بیش از نیمی از مراقبت کنندگان بیماران سرطانی فشار مراقبتی شدید و بسیار شدیدی را تجربه می کنند. از نظر سطح افسردگی اکثریت مراقبت کنندگان در وضعیت طبیعی و یا افسردگی خفیف، از نظر سطح اضطراب بیش از نیمی از مراقبت کنندگان در سطح اضطرابی بین وضعیت طبیعی تا اضطراب متوسط قرار داشته و از نظر استرس نیز اکثریت مراقبت کنندگان در وضعیت طبیعی تا استرس خفیف قرار داشتند. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بیش از نیمی از مراقبان فشار مراقبتی شدیدی را تجربه می کنند. در مطالعه عباسی و همکاران (۱۳۹۲) که با ابزار مشابه به بررسی فشار مراقبتی در مراقبین بیماران همودالیزی پرداخته بودند فشار مراقبتی را در حد متوسط به دست آوردند که با نتایج مطالعه حاضر متفاوت است (۱). این تفاوت می تواند با تفاوت ماهیت بیماری نارسایی کلیه و سرطان مرتبط باشد. روند طولانی بیماری نارسایی کلیه و ماهیت تهدید کننده حیات آن که نسبت به سرطان کمتر است، می تواند دلیلی برای این تفاوت باشد. در مطالعه سلمانی و همکاران (۱۳۹۲) مشخص شد که تمامی مراقبان بیماران سرطانی از شدت بالای فشار مراقبتی برخوردار هستند که با مطالعه حاضر همخوانی ندارد (۴). دلیل این تفاوت می تواند به تفاوت های فردی و تفاوت در سیستم های حمایتی مراقبت کنندگان مرتبط باشد. نتایج مطالعه کوتلو (Coteló) و همکاران (۲۰۱۵) بر روی مراقبت کنندگان مبتلا به آلزایمر انجام شده بود، تنها یک چهارم مراقبت کنندگان فشار مراقبتی بالایی را تجربه می کرده اند که با نتایج

مطالعه حاضر متفاوت است (۱۱). به نظر می رسد دلیل این تفاوت ماهیت پیشرونده و تهدید کننده حیات بیماری سرطان نسبت به آلزایمر باشد. در مطالعه چانداران (chadaran) و همکاران (۲۰۱۶) نیز بیش از نیمی از مراقبت کنندگان بیماران آلوده به HIV و مبتلایان به ایدز از فشار متوسط تا شدید رنج می برده اند که با نتایج مطالعه حاضر متفاوت است (۱۲). نتایج مطالعه حارث آبادی و همکاران (۱۳۹۱) نیز حاکی از این است که بیش از نیمی از مراقبین بیماران اسکیزوفرنی فشار مراقبتی بالایی را تجربه می کنند که با مطالعه حاضر مشابه است (۱۳). دلیل این مشابهت می تواند ماهیت ناتوان کننده و پیچیده بیماری اسکیزوفرنی باشد. فشار مراقبتی تجربه شده توسط مادران و پدران کودکان مبتلا به سرطان در مطالعه ولی زاده و همکاران (۱۳۹۳) نیز بیش از حد متوسط بوده است (۱۴) که در راستای نتایج مطالعه حاضر است.

در مطالعه حاضر فشار مراقبتی تجربه شده توسط مراقبت کنندگان با نسبت های مختلف تفاوت معنی داری نداشته است. در مطالعه سلمانی و همکاران (۱۳۹۲) همسران نسبت به سایر مراقبین فشار بیشتری را تجربه می کرده اند (۴) که با نتایج مطالعه حاضر متفاوت است. این تفاوت می تواند ناشی از بالاتر بودن سن بیماران و دریافت مراقبت از جانب فرزندان و در نتیجه حضور کمتر همسران برای مراقبت از بیمار در مطالعه حاضر باشد. نتایج مطالعه عباسی و همکاران (۱۳۹۲) از این بعد با نتیجه مطالعه حاضر هم سو است (۱). نتایج این مطالعه نشان داد که با افزایش سن بیمار و فشار مراقبتی در مراقبت کننده افزایش می یابد که از این نظر با مطالعه سلمانی و همکاران (۱۳۹۲) همخوانی دارد (۴). این نتیجه را می توان به این شکل تحلیل کرد که با افزایش سن مشکلات جسمی و روانی به جز بیماری حال حاضر فرد نیز ممکن است وجود داشته باشد که این امر بار مراقبتی آنها را بر روی مراقبین افزایش می دهد. در مطالعه حارث آبادی و همکاران (۱۳۹۱) رابطه بین سن و فشار مراقبتی معکوس بود یعنی بیماران جوان تر فشار مراقبتی بیشتری را بر مراقبت کننده وارد می کردند. این می تواند به دلیل ماهیت متفاوت بیماری اسکیزوفرنی (مورد بررسی در مطالعه حارث آبادی) با بیماری سرطان باشد که با نتایج مطالعه حاضر متفاوت است (۱۳). در مطالعه حاضر فشار مراقبتی مراقبین با سطوح تحصیلی و شغلی مختلف متفاوت معنی داری نداشت که از این نظر با مطالعه سلمانی و همکاران (۱۳۹۲) و عباسی و همکاران (۱۳۹۲) همخوانی دارد (۴، ۱). از طرف دیگر نتایج مطالعه حاضر حاکی از عدم وجود تفاوت در فشار مراقبتی مراقبین با سطوح اقتصادی مختلف است که با نتایج مطالعه سلمانی و همکاران (۱۳۹۲) متفاوت است. در مطالعه سلمانی فشار مراقبتی در بیماران با وضعیت اقتصادی ضعیف تر، بیشتر است. دلیل این تفاوت را می توان به این مسئله ربط داد که در مطالعه حاضر بیشترین تعداد مراقبت کنندگان فرزندان بیمار بوده اند و با توجه به این که احتمالاً عمده هزینه های درمانی فرد بر عهده همسر بیمار است، فرزندان کمتر در تنگنای اقتصادی برای مراقبت از بیمار خود قرار می گیرند. قابل ذکر است که فشار مراقبتی در مطالعه حاضر در مراقبت کننده از بیمار نان آور و غیر نان آور تفاوتی نداشته است. در مطالعه حاضر فشار مراقبتی در مراقبین زن و مرد تفاوت معنی داری نداشته است که این نتیجه با نتایج مطالعه عباسی و همکاران (۱۳۹۲) و سلمانی و همکاران (۱۳۹۲) هم سو و با نتایج مطالعه حارث آبادی و همکاران (۱۳۹۱) متفاوت است

مراقبتی سنجیده باشد یافت نشد. در نهایت عدم بررسی ارتباط فشار روانی با فاز بیماری به دلیل عدم توانایی ثبت آن و عدم سنجش نیاز مراقبتی و سپس بررسی رابطه نیاز مراقبتی و فشار مراقبتی از محدودیت های این پژوهش به شمار می آید.

نتیجه گیری

به نظر می رسد مراقبت کنندگان بیماران سرطانی علی رغم تجربه فشار مراقبتی شدید، از نظر وضعیت روانی در موقعیت قابل قبولی به سر برده و این نتیجه می تواند با عوامل مختلفی در ارتباط باشد که بهتر از با انجام پژوهش های بیشتر آن را مورد تحلیل قرار داد. قدر مسلم این که وجود بیمار مبتلا به سرطان سبب وارد آمدن فشار در ابعاد مختلف بر اعضای خانواده و به خصوص مراقبت کننده اصلی بیمار می شود. ارزیابی مراقبت کنندگان اصلی توسط اعضا تیم درمانی و تدوین برنامه های توانبخشی خانواده محور می تواند راهکاری مناسب برای شناسایی و رفع نیازهای آنها باشد. پیشنهاد می شود در پژوهش های دیگر تأثیر مداخلات روانی اجتماعی بر فشار مراقبتی مورد ارزیابی قرار گیرد.

سپاسگزاری

مقاله حاضر براساس نتایج طرح پژوهشی مصوب دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی با کد ۹۴/پ/۸۸۱ که با حمایت مالی آن دانشگاه صورت گرفته، نگارش شده است. پژوهشگران بر خود لازم می دانند از همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی و بیماران و مراقبت کنندگان شرکت کننده در مطالعه تشکر و تقدیر نمایند.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله اعلام می نمایند که در نگارش این مقاله هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

(۱, ۴, ۱۱). با وجود این که در هر دو مطالعه اکثریت مراقبت کنندگان را زنان تشکیل می داده اند.

در مطالعه حاضر اکثریت مراقبت کنندگان از نظر افسردگی در وضعیت طبیعی قرار داشتند، همسران جانبازان روانی مورد بررسی در مطالعه منطقی و همکاران (۱۳۸۹) نیز از نظر افسردگی در وضعیت بدون علامت و خفیف بوده اند (۱۵) که با نتایج این مطالعه مشابهت دارد. تنها بیست درصد از مراقبت کنندگان از بیماران آلزایمری مورد بررسی در مطالعه کتلو (Cotelo) و همکاران (۲۰۱۵) نیز مبتلا به اضطراب و افسردگی بوده اند (۱۱). اکثریت مراقبت کنندگان بیماران مبتلا به سرطان مورد بررسی در مطالعه گرانفلد (Grunfeld) و همکاران (۲۰۰۴) در فاز قبل از مداخله مبتلا به افسردگی بوده اند که با نتایج مطالعه حاضر متفاوت است (۱۶). همچنین بیش از نیمی از مراقبت کننده از بیماران سرطانی در مطالعه مازوتی (Mazzoti) و همکاران (۲۰۱۳) و مطالعه رامپولد (Rumpold) و همکاران (۲۰۱۶) از اختلالات خلقی و روانپزشکی رنج می برده اند که با نتایج مطالعه حاضر متفاوت است (۱۷, ۱۸). این تفاوت شاید به پایین بودن مدت زمان بیماری ارتباط داشته باشد، مدت زمان شروع بیماری در اکثریت بیماران مورد بررسی در مطالعه حاضر زیر یکسال بوده است و به نظر می رسد مدت زمان بیشتری برای شروع علایم افسردگی در مراقبت کننده مورد نیاز است همچنین تفاوت در خصوصیات فردی و راهکارهای مقابله ای و منابع حمایتی نیز از علل این تفاوت در نتایج می تواند باشد. در مطالعه حاضر بین نمره فشار مراقبتی و میانگین نمره استرس اضطراب و افسردگی ارتباط مثبت و معنی داری وجود داشت که نتایج با مطالعه ملکوتی و همکاران (۱۳۸۲) که روی مراقبان بیماران روانی بستری در مراکز روانپزشکی تهران انجام شده بود، همخوانی دارد (۱۹) و چانگ (chang) و همکاران (۲۰۱۲) نیز هم سو است (۲۰). متأسفانه مقاله ای که به طور مشخص ارتباط بین استرس، اضطراب و افسردگی را با فشار

References

1. Abbasi A, Shamsizadeh M, Asayesh H, Rahmani H, Hosseini S, Talebi M. The relationship between caregiver burden with coping strategies in Family caregivers of cancer patients. *Iranian Nurs Sci Assoc*. 2013;1(3):62-71.
2. Ayatollahi H, MohaddeSi H, Hassanzadeh G. Quality of life in breast cancer patients: Study in the Omid cancer research center-Urmia. *Iranian J Breast Dis*. 2013;5(4):35-43.
3. Mardani Hamule M, Borimnejad L, Seyedfatemi N, Tahmassebi M. Spirituality based palliative care in cancer patient from nurses' point of view. *Hist Med J*. 2014;5(17):142-65.
4. Salmani N, Ashketorab T, Hasanvand S. The Burden of Caregiver and Related Factors of Oncology. *J Nurs Midwifery Shahid Beheshti Univ Med Sci*. 2014;24(84):7151-.
5. Rha SY, Park Y, Song SK, Lee CE, Lee J. Caregiving burden and the quality of life of family caregivers of cancer patients: the relationship and correlates. *Eur J Oncol Nurs*. 2015;19(4):376-82. DOI: 10.1016/j.ejon.2015.01.004 PMID: 25795160
6. Noori Khajavi M, Ardeshtirzadeh M, Dolatshahi B, Afgheh S. Comparative evaluation of psychological burden in caregivers of patients with chronic schizophrenia and caregivers of patients with chronic bipolar disorder. *Iranian J Psychiat Clin Psychol*. 2008;14(1):80-4.
7. Etemadifar S, Bahrami M, Shahriari M, Farsani AK. The effectiveness of a supportive educative group intervention on family caregiver burden of patients with heart failure. *Iranian J Nurs Midwifery Res*. 2014;19(3):217.
8. Bahrami M, Etemadifar S, Shahriari M, Farsani AK. Caregiver burden among Iranian heart failure family caregivers: A descriptive, exploratory, qualitative study. *Iranian J Nurs Midwifery Res*. 2014;19(1):56.
9. Asghari Moghaddam M, Saed F, Dibajnia P, Zangeneh J. A preliminary validation of the depression, anxiety and stress scales (dass) in non-clinical sample. *CPAP*. 2008;1(31):23-38.
10. McCleery A, Addington J, Addington D. Family assessment in early psychosis. *Psychiatry Res*.

- 2007;152(2-3):95-102. DOI: [10.1016/j.psychres.2006.07.002](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.07.002) PMID: [17449111](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17449111/)
11. Coteló NV, Rodríguez NF, Pérez JA, Iglesias JC, Lago MR. Burden and associated pathologies in family caregivers of Alzheimer's disease patients in Spain. *Pharm Pract (Granada)*. 2015;13(2):521. PMID: [26131040](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26131040/)
 12. Chandran V, Madi D, Chowta N, Ramapuram J, Bhaskaran U, Achappa B, et al. Caregiver Burden among Adults Caring for People Living with HIV/AIDS (PLWHA) in Southern India. *J Clin Diagn Res*. 2016;10(5):OC41-3. DOI: [10.7860/JCDR/2016/20076.7865](https://doi.org/10.7860/JCDR/2016/20076.7865) PMID: [27437270](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27437270/)
 13. Haresabadi M, Bibak B, Hosein Zadeh E, Bayati M, Arki M, Akbari H. Assessing burden of family caregivers of patients with schizophrenia admitted in Imam Reza Hospital-Bojnurd 2010. *J North Khorasan Univ Med Sci*. 2012;4(2):172-8.
 14. Valizadeh L, Joonbakhsh F, Pashae S. Determinants of care giving burden in parents of child with cancer at Tabriz children medical and training center. *J Clin Nurs Midwifery*. 2014;3(2):13-20.
 15. Manteghi A, Hebrani P, Samari A, Heydari A. Level of expressed emotion, depression and caregiver burden in wives of veterans admitted in psychiatric ward and their relationship with readmissions. *J Fundam Ment Health*. 2010;12(1):410-9.
 16. Grunfeld E, Coyle D, Whelan T, Clinch J, Reyno L, Earle CC, et al. Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *CMAJ*. 2004;170(12):1795-801. PMID: [15184333](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15184333/)
 17. Mazzotti E, Sebastiani C, Antonini Cappellini GC, Marchetti P. Predictors of mood disorders in cancer patients' caregivers. *Support Care Cancer*. 2013;21(2):643-7. DOI: [10.1007/s00520-012-1663-9](https://doi.org/10.1007/s00520-012-1663-9) PMID: [23203651](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23203651/)
 18. Rumpold T, Schur S, Amering M, Kirchheiner K, Masel EK, Watzke H, et al. Informal caregivers of advanced-stage cancer patients: Every second is at risk for psychiatric morbidity. *Support Care Cancer*. 2016;24(5):1975-82. DOI: [10.1007/s00520-015-2987-z](https://doi.org/10.1007/s00520-015-2987-z) PMID: [26476628](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26476628/)
 19. Malakouti K, Noori R, Naghavi M, Ahmadi Abhari A, Nasr M, Afghah S, et al. The burden of caregivers of chronic mental patients and their needs to care and therapeutic services. *Hakim Res J*. 2003;6(2):1-10.
 20. Chang HY, Chiou CJ, Chen NS. Impact of mental health and caregiver burden on family caregivers' physical health. *Arch Gerontol Geriatr*. 2010;50(3):267-71. DOI: [10.1016/j.archger.2009.04.006](https://doi.org/10.1016/j.archger.2009.04.006) PMID: [19443058](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19443058/)

The Relationship between Caregiver Burden Depression, Anxiety and Stress in Family Caregivers of Cancer Patients Referred to Imam Reza Hospital in Bojnurd City

Zohreh Safaeian ¹, Sima Sadat Hejazi ^{2,*}, Elaheh Delavar ¹, Tooba Hoseini Azizi ², Mahdi HaresAbadi ²

¹ BS.C of Nursing, Student Research Committee, Bojnurd Faculty of Nursing and Midwifery, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran.

² Instructor, Department of Nursing, Bojnurd Faculty of Nursing and Midwifery, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran

* **Corresponding author:** Sima Sadat Hejazi, Instructor, Department of Nursing, Bojnurd Faculty of Nursing and Midwifery, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran. E-mail: s.hejazi@nkums.ac.ir

Received: 13 Jan 2017

Accepted: 06 Jul 2017

Abstract

Introduction: Cancer and its complications are not limited to the patients and affect their caregivers. The aim of this study was to determine the relationship between the caregiver burden, and stress, anxiety, and depression in these patients.

Methods: In this cross-sectional study, 100 caregivers of cancer patients referred to the Imam Reza Hospital in Bojnurd City were selected through the convenience sampling method. The data instruments included the caregiver burden questionnaire and depression, anxiety, and stress scale. Data were analyzed by Chi-square and independent t-test using SPSS v.16.

Results: The mean and standard deviation of the caregiver burden and depression, anxiety, and stress scale were 29.79 ± 19.36 and 74.46 ± 19.88 , respectively. The correlation between the caregiver burden and depression (0.598), anxiety (0.569), and stress (0.629) was positive and this relationship was statistically significant ($P < 0.05$).

Conclusions: The results of this study showed that more than half of cancer patient's caregivers had experienced high and very high burden. In spite of this burden, their mental health is in an acceptable state. Caregivers' assessment and family-centered rehabilitation programs seem necessary.

Keywords: Caregivers, Stress, Anxiety, Depression, Cancer, Caregiver Burden