

تعیین شیوع فرسودگی در مراقبت‌کنندگان خانگی از بیماران مبتلا به سکته مغزی و عوامل مؤثر بر آن

حمیدرضا کوهستانی*، نیره باغچقی

گروه پرستاری، دانشکده پرستاری ساوه، دانشگاه علوم پزشکی اراک

* نویسنده مسؤل: اراک، ساوه، شهر صنعتی کاوه، دانشکده پرستاری ساوه. تلفن و نمابر: ۰۲۵۵۲۳۴۳۳۹۵
پست الکترونیک: kohestanihamidnbkb@arakmu.ac.ir

دریافت: ۹۰/۱/۳۱ پذیرش: ۹۰/۵/۲۷

چکیده

مقدمه: اکثر نجات‌یافتگان مبتلا به سکته مغزی در جامعه و تحت حمایت خانواده‌شان زندگی می‌کنند. با این حال تاکنون به مقوله سلامت روانی و جسمی مراقبت‌کنندگان این بیماران در کشور ایران توجهی نشده است. هدف از این پژوهش، تعیین شیوع فرسودگی در مراقبت‌کنندگان از افراد مبتلا به سکته مغزی در فاصله زمانی یک و سه ماه بعد از ترخیص در شهر اراک می‌باشد.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه مقطعی تحلیلی می‌باشد. ۱۴۰ مراقبت‌کننده از بیمار مبتلا به سکته مغزی بستری در بیمارستان ولی عصر اراک مورد بررسی قرار گرفتند. با مراقبت‌کنندگان در سه مرحله، زمان ترخیص، یک و سه ماه بعد از ترخیص مصاحبه شد. فرسودگی با پرسشنامه فرسودگی مراقبت‌کننده زاریت سنجیده شد.

یافته‌ها: اکثر مراقبت‌کنندگان، همسر بیمار بودند (۷۰/۷۱٪، $n=95$) و میانگین سنی آنان $57/1 \pm 11/2$ سال بود. به طور کلی سه ماه بعد از سکته مغزی، ۳۰/۷۱٪، ۴۸/۵۷٪ و ۲۰/۷۱٪ از مراقبت‌کنندگان به ترتیب مبتلا به فرسودگی خفیف، متوسط و شدید بودند. میانگین امتیاز فرسودگی در زمان ترخیص، $9/88 \pm 25/55$ ؛ یک ماه بعد از ترخیص، $9/88 \pm 46/46$ ؛ و سه ماه بعد از ترخیص، $12/81 \pm 57/55$ بود که به طور معناداری افزایش یافت ($p < 0/05$). فرسودگی مراقبت‌کنندگان با میزان وابستگی و سن بیماران و همچنین جنسیت و نسبت فامیلی مراقبت‌کنندگان و میزان ساعت مراقبت روزانه ارتباط داشت ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: مراقبت از بیماران مبتلا به سکته مغزی باعث ایجاد حس فرسودگی در مراقبت‌کنندگان می‌شود. سن کمتر و وابستگی بیشتر بیماران و مؤنث بودن مراقبت‌کنندگان و دارای نقش همسری و مدت زمان مراقبت روزانه مراقبت‌کنندگان با میزان فرسودگی تجربه شده ارتباط داشت. این یافته‌ها بر ضرورت انجام مداخلات و حمایت‌های اجتماعی برای کاهش این فشارها دلالت دارد.

کل‌واژگان: مراقبت‌کننده، فرسودگی، سکته مغزی

مقدمه

بیمارستان، در منازل تحت مراقبت قرار می‌گیرند و به خاطر ارزش‌های اجتماعی، یکی از منابع مهم مراقبتی از این افراد، خانواده‌های آن‌ها می‌باشد (۵). عملکرد اصلی خانواده، باید برآوردن نیازهای فردی اعضا باشد. در هنگام وارد شدن صدمه شدید به یکی از اعضای خانواده، این نیازها ممکن است به شکل تقاضای فزاینده‌ای برای منابع و وقت در خانواده درآید (۶). تغییرات پس از سکته مغزی، حاد هستند و مراقبت‌کننده باید خود را با تغییرات ناشی از سکته مغزی سازگار کند و شیوه

سکته مغزی یکی از شایع‌ترین بیماری‌هاست که منجر به ناتوانی می‌گردد (۱). این بیماری تأثیر زیادی هم بر بیمار و هم بر خانواده بیمار که نقش مراقبتی و حمایتی از بیمار را دارند می‌گذارد (۲). حدود ۸۰٪ از بیماران مبتلا به سکته مغزی بعد از بستری و بازتوانی اولیه از بیمارستان مرخص می‌گردند و در انجام فعالیت‌های روزمره وابسته به اعضای خانواده خود می‌شوند و عمدتاً بار سنگین مراقبت از این بیماران بر دوش خانواده قرار می‌گیرد (۳ و ۴). بسیاری از این بیماران بعد از ترخیص از

مجله پژوهشی حکیم

حمایت اجتماعی هیچ سازمان و یا انجمنی قرار نمی‌گیرند. این در حالی است که بسیاری از این بیماران نیازمند خدمات مهمی در رابطه با تأمین نیازهای ادراری (سونداژ و...) و دفعی، نیازهای غذایی، تکلم، پیشگیری از زخم بستر، فیزیوتراپی و غیره می‌باشند و بار سنگین این مسؤولیت‌ها بر عهده مراقبت‌کنندگان از این بیماران قرار می‌گیرد.

علی‌رغم شیوع بالای سکنه مغزی و احتمال بالقوه فرسودگی در مراقبان آن‌ها، تاکنون در کشور ما این موضوع مورد توجه پژوهشگران قرار نگرفته است و هیچ گونه آمار و ارقام مستند و رسمی در این خصوص در دست نمی‌باشد. تجربه پژوهشگر در رویارویی با مسایل و مشکلات مراقبت‌کننده سالمند مبتلا به سکنه مغزی و همچنین اهمیت موضوع و عدم وجود تحقیقات داخلی در این زمینه، پژوهشگران را بر آن داشت که تحقیق حاضر را با هدف تعیین شیوع فرسودگی در مراقبت‌کنندگان از افراد مبتلا به سکنه مغزی در فاصله زمانی یک و سه ماه بعد از ترخیص در شهر اراک انجام دهند.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه مقطعی تحلیلی می‌باشد. جهت انجام این پژوهش، ۱۴۰ بیمار مبتلا به سکنه مغزی بستری در بیمارستان ولی عصر شهر اراک و مراقبت‌کننده اصلی آنان به صورت نمونه آسان و در دسترس، طی سال‌های ۱۳۸۸ و ۱۳۸۹ انتخاب شدند. معیارهای ورود به این پژوهش، سه مورد زیر در نظر گرفته شد: (۱) بیماران مبتلا به سکنه مغزی که بر اساس نظر پزشک با تشخیص سکنه مغزی در بیمارستان بستری شده بودند؛ (۲) دارای وابستگی کامل تا بسیار کم بر اساس ایندکس ده سؤالی اصلاح شده بارتل^۳ بودند؛ و (۳) بیماران قبل از سکنه در انجام کارهای خود مستقل بودند. همچنین انصراف بیمار از ادامه همکاری در طرح و عدم توانایی بیمار در انتقال اطلاعات و عدم همکاری لازم، به عنوان معیارهای خروج از طرح در نظر گرفته شد.

مشخصات مراقبت‌کنندگان شامل این موارد بود: مراقبت‌کننده به جز بیمار مبتلا به سکنه مغزی از بیمار دیگری مراقبت نکند، مراقبت کامل و تمام وقت از بیمار را به عهده داشته باشد، نسبت فامیلی با بیمار داشته باشد و در قبال انجام مراقبت هیچ مبلغی دریافت نکند. برای اندازه‌گیری وابستگی در فعالیت‌های زندگی روزمره فرد مبتلا به سکنه مغزی از ایندکس اصلاح شده بارتل استفاده گردید. این ایندکس دارای ده سؤالی است که با

زندگی خود را نیز به سمت ارایه مراقبت تغییر دهد (۵). از آنجا که سکنه مغزی یک رویداد غیر منتظره می‌باشد، اعضای خانواده معمولاً به طور ناگهانی و بدون آمادگی قبلی در نقش مراقبت‌کننده از بیمار قرار می‌گیرند (۲). طبیعی است وقتی یکی از اعضای خانواده به بیماری مهلک و ناتوان‌کننده‌ای مبتلا می‌شود، سایر اعضا واکنش‌هایی نشان می‌دهند که در هر مرحله علایم آن متفاوت و اغلب شامل آشفتگی هیجانی و عاطفی، گیجی و بهت، عصبانیت و خشم، احساس درماندگی، کم‌حوصلگی، گریه کردن، مشغولیت ذهنی و اختلال در خواب و اشتهاست (۷). مراقبین خانوادگی به عنوان افراد در معرض خطر و بیماری فشار زیادی را متحمل می‌شوند (۸). مطالعات انجام شده در سایر کشورها حاکی از آن بوده که اکثر مراقبت‌کنندگان از بیماران مبتلا به سکنه مغزی، دچار احساس فرسودگی، تنهایی، افسردگی، کاهش سلامت جسمی و روانی می‌شوند. فرسودگی مراقبت‌کنندگان، منجر به کاهش کیفیت زندگی آن‌ها و کاهش کیفیت ارایه مراقبت توسط آن‌ها می‌شود (۵ و ۹). فرسودگی مراقبت‌کننده یک اصطلاح کلی است که توصیف کننده بار روحی روانی، جسمی و مالی ناشی از مراقبت می‌باشد که بر مراقبت‌کننده تحمیل می‌شود. در حقیقت فرسودگی مراقبت‌کنندگان، اشاره به سطح بالایی از استرس می‌باشد که ممکن است توسط مراقبت‌کنندگان تجربه شود. به عنوان مثال، فرد برای مراقبت از یک بیمار مبتلا به بیماری مزمن ممکن است عوامل استرس‌زایی مانند فشار مالی، کنترل و درمان علایم و نشانه‌های فرد، رویایی با بحران‌ها، از دست دادن دوستان، و یا از دست دادن صمیمیت را تجربه کند (۱۰). فرسودگی در مراقبین به دو دسته تقسیم می‌شود: فرسودگی ذهنی^۱ و فرسودگی عینی^۲. فرسودگی عینی به اثرات منفی بیماری بر مراقبین، به خصوص مراقبین اصلی اطلاق می‌شود که شامل مواردی عینی مانند اختلال در روابط خانوادگی، محدودیت در فعالیت‌های اجتماعی، کار و تفریح، مشکلات مالی و مشکلات جسمی است. فرسودگی ذهنی به واکنش‌های هیجانی مراقبین نسبت به فرد بیمار و مراقبت از وی گفته می‌شود که شامل مواردی مانند فشار روانی، احساس از دست دادن، فقدان و افسوس است (۱۱).

اطلاعات و آمار دقیقی در مورد سلامت جسمی و روحی مراقبت‌کنندگان از بیماران دچار سکنه مغزی در کشور ما وجود ندارد. لازم به ذکر است که متأسفانه در حال حاضر در کشور ما، بیماران مبتلا به سکنه مغزی بعد از ترخیص از بیمارستان تحت

¹ Subjective

² Objective

³ Index Modified Barthel

خفیف رتبه‌بندی شدند. ملاک‌های تعیین خط برش، بر اساس پرسشنامه اصلی در نظر گرفته شده است. طراحان این پرسشنامه پس از طی مراحل طراحی و تنظیم پرسشنامه، به این نتیجه رسیدند که خط برش‌های فوق را برای تعیین سطح فرسودگی در نظر بگیرند. داده‌های فرم اطلاعاتی پس از طبقه‌بندی، با استفاده از آمار توصیفی تحلیلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

اطلاعات مورد نیاز در سه دوره زمانی در زمان ترخیص و یک و سه ماه بعد از ترخیص جمع‌آوری گردید. در جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، هدف از انجام پژوهش برای نمونه‌ها توضیح داده شد و به واحدهای مورد پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه خواهد ماند، نیازی به نوشتن نام نمی‌باشد و در نهایت شرکت در پژوهش کاملاً آزادانه در نظر گرفته شد. این طرح بعد از تصویب در شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک در شورای اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اراک نیز تأیید گردید. اطلاعات با استفاده از برنامه اس‌پی‌اس نسخه ۱۶ و آمار توصیفی و تحلیلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به منظور مقایسه میانگین امتیاز فرسودگی مراقبین و میزان وابستگی بیماران، در سه دوره زمانی از آزمون آنالیز واریانس درون‌موردی با اندازه‌گیرهای مکرر استفاده شد. جهت ارتباط بین جنس بیمار و فرسودگی مراقبین از آزمون تی مستقل استفاده شد. همچنین جهت بررسی بین سن بیمار با فرسودگی مراقبت‌کنندگان از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. در این مطالعه p کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شده است.

نتایج

از ۱۴۰ نفر مراقبت‌کننده، ۸۱ نفر مذکر و ۵۹ نفر مؤنث بودند. میانگین سنی مراقبت‌کنندگان $۱۱۱/۲ \pm ۵۷/۱$ سال بود. اکثر مراقبت‌کنندگان همسر بیمار بودند ($n=۹۵$ ، $۷۰/۷۱\%$). سایر مراقبت‌کنندگان، فرزندان بیمار بودند که در این بین بیشتر، دختر بیمار بودند ($n=۴۳$ ، $۹۵/۵۵\%$). بیشتر مراقبت‌کنندگان، مؤنث بودند ($n=۱۱۴$ ، $۸۱/۴۲\%$). بیشتر مراقبت‌کنندگان، با بیمار در یک مکان زندگی می‌کردند ($n=۱۲۰$ ، $۸۵/۷۱\%$). میانگین مراقبت روزانه $۲/۲۳ \pm ۱۰/۳۹$ ساعت بود. جدول ۱، فراوانی میزان فرسودگی در مراقبت‌کنندگان از بیماران مبتلا به سکته مغزی را نشان می‌دهد.

جدول ۱- فراوانی نسبی و مطلق میزان فرسودگی در مراقبت‌کنندگان از بیماران مبتلا به سکته مغزی به تفکیک دوره‌های زمانی

درجه فرسودگی	فراوانی		
	زمان ترخیص تعداد (درصد)	۱ ماه بعد از ترخیص تعداد (درصد)	۳ ماه بعد از ترخیص تعداد (درصد)
فرسودگی خفیف	۸۴ (۶۰٪)	۵۹ (۴۲/۱۴٪)	۳۳ (۳۰/۷۱٪)
فرسودگی متوسط	۴۶ (۳۲/۸۵٪)	۶۱ (۴۳/۵۷٪)	۶۸ (۴۸/۵۷٪)
فرسودگی شدید	۱۰ (۷/۱۴٪)	۲۰ (۱۴/۲۸٪)	۲۹ (۲۰/۷۱٪)
جمع	۱۴۰ (۱۰۰٪)	۱۴۰ (۱۰۰٪)	۱۴۰ (۱۰۰٪)

پاسخ‌دهی به سؤالات، امتیازی بین حداقل صفر تا حداکثر ۱۰۰ به دست می‌آید. امتیاز ۲۴ - ۰ نشان‌دهنده وابستگی کامل، امتیاز ۲۵ - ۴۹ نشان‌دهنده وابستگی شدید، امتیاز ۷۴ - ۵۰ نشان‌دهنده وابستگی متوسط، امتیاز ۹۰ - ۷۵ نشان‌دهنده وابستگی خفیف، امتیاز ۹۹ - ۹۰ نشان‌دهنده وابستگی بسیار کم، و امتیاز ۱۰۰ نشان‌دهنده عدم وابستگی می‌باشد. این ابزار معمولاً در تحقیقات اپیدمیولوژیکی و بالینی، جهت تعیین وابستگی بیماران مبتلا به بیماری‌ها و ناتوانایی‌های مزمن به خصوص سکته مغزی در بسیاری از کشورها مورد استفاده قرار گرفته است (۱۶-۱۲). این شاخص دارای ۱۰ بخش است که شامل پرسش‌هایی مربوط به کنترل روده و مثانه، نظافت شخصی، استفاده از توالت، غذا خوردن، انتقال از تخت به صندلی و بالعکس، راه رفتن، لباس پوشیدن، استفاده از پله‌ها و استحمام می‌باشد. البته استفاده بیمار از وسایل کمکی همانند عصا و غیره از نظر مستقل بودن مانعی ندارد. بخش‌های مختلف این شاخص از صفر تا ۱۵ امتیاز و در مجموع ۱۰۰ امتیاز دارد و روایی و پایایی آن در مطالعات متعدد تأیید شده‌اند. در این پژوهش، جهت تعیین اعتبار علمی مقیاس، از روش اعتبار محتوی استفاده شد. همچنین جهت کسب اعتماد علمی از روش آزمون مجدد (به فاصله هفت روز) استفاده شد و میزان همبستگی بین نتایج حاصل از دو مرحله از اعتماد قابل قبول ($r=۰/۹۱$) برخوردار بود. البته با توجه به این که عوامل ارزیابی شونده به وسیله ایندکس اصلاح شده بارتل، مستقل از فرهنگ می‌باشد، بنابراین بومی‌سازی این ابزار می‌تواند انجام نشود. برای بررسی فرسودگی، از پرسشنامه فرسودگی مراقبت‌کنندگان زاریت^۴ استفاده شد که به صورت مصاحبه توسط پژوهشگر انجام شد. روایی و پایایی این ابزار در ایران مورد بررسی قرار گرفته شده و از آن استفاده شده است (۱۷). در این پژوهش، جهت تعیین اعتبار از روش اعتبار محتوا و جهت تعیین اعتماد از روش آزمون آزمون مجدد (۰/۸۵) و ثبات درونی و محاسبه آلفای کرونباخ (۰/۸۸) استفاده شد. این بخش از پرسشنامه شامل ۲۲ سؤال در مورد فشارهای شخصی، اجتماعی، عاطفی و اقتصادی به صورت مصاحبه از زبان مراقبین خانوادگی جمع‌آوری شد. برای پاسخ‌گویی به هر سؤال امتیازاتی به صورت هرگز (۰)، به ندرت (۱)، بعضی اوقات (۲)، اغلب (۳)، و همیشه (۴) اختصاص داده شد. مجموع امتیازات کسب شده توسط هر مراقب، فشار روحی روانی آن مراقب را به صورت تخمین نشان داد. پس از بررسی و تعیین خط برش، امتیاز ۶۱ تا ۸۸ فشار روحی روانی شدید، ۳۱ تا ۶۰ متوسط و کمتر از ۳۰

⁴ Zarit

و زمان ترخیص تفاوت آماری معناداری وجود ندارد ($p=0/35$). بدین ترتیب که میزان توانایی بیماران در انجام فعالیت‌های روزانه پیشرفت معناداری نداشته است.

بحث

مراقبت از بیمار در منزل، فعالیت پیچیده و چند بعدی است و ماهیت و عوامل مؤثر بر آن در طول زمان ممکن است دستخوش تغییر و تحول خواهد شد. این پژوهش، اولین مطالعه مستندی است که به بررسی ابعاد فرسودگی مراقبت‌کنندگان از بیماران مبتلا به سکته مغزی در ایران پرداخته است؛ این موضوع از نقاط قوت و مزایای این مطالعه محسوب می‌شود و از طرفی در حین اجرای طرح با محدودیت خاصی مواجه نشدند.

در پژوهش حاضر، اکثر مراقبین از فرسودگی متوسط تا شدید رنج می‌بردند و از طرفی دیگر نتایج نشان داد که بعد از گذشت سه ماه، میزان فرسودگی مراقبت‌کنندگان سیر صعودی داشته است که نشان از بغرنج‌تر شدن وضعیت مراقبت از بیمار و فشار مضاعف بر مراقبت‌کننده می‌باشد. با این حال، نتایج تحقیق مک کولاج^۶، خلاف این یافته را ثابت کرد؛ به این صورت که در تحقیق نامبرده بعد از گذشت زمان، میزان فرسودگی مراقبت‌کنندگان نه تنها سیر صعودی نداشت، بلکه سیر نزولی نیز داشت (۱۸). در پژوهش حاضر مشخص شد که بعد از گذشت سه ماه، قریب به ۷۰٪ از مراقبت‌کنندگان دچار فرسودگی متوسط به بالاتر بودند. در مطالعات انجام شده قبلی در سایر کشورها، شیوع فرسودگی در مراقبین بیماران مبتلا به سکته مغزی بین ۲۵ تا ۵۴٪ گزارش شده است (۱۹). این یافته نشان می‌دهد که متوسط فرسودگی مراقبین خانوادگی بیماران در کشور ما در مقایسه با سایر کشورها به مراتب بیشتر است.

در پژوهش حاضر، جنسیت مؤنث مراقبین با فرسودگی آنان ارتباط داشت. مطالعات، تفاوت‌های جنسیتی را در میزان فرسودگی و فشارهای ناشی از مراقبت کردن تأیید می‌کند؛ به این صورت که زنان بیشتر از مردان دچار استرس و فشار روانی هنگام مراقبت می‌شوند. زیرا از طرفی عموماً به عنوان مراقبین اولیه بوده و همچنین وجود فرزندان، موقعیت اجتماعی زنان و نوع فشارها و استرس‌های زنان باعث می‌شود که میزان فرسودگی و خستگی آن‌ها نسبت به مردان بیشتر باشد (۸). در تحقیق چوی کان^۷، نیز جنس مؤنث بودن مراقبین با فرسودگی آنان ارتباط معناداری داشت (۲۰). با این حال در تحقیق مک کولاج، بین جنسیت مراقبین و فرسودگی آنان ارتباط

میانگین امتیاز فرسودگی در زمان ترخیص $9/88 \pm 25/55$ ، در زمان یک ماه بعد از ترخیص $9/88 \pm 46/46$ و در زمان سه ماه بعد از ترخیص $12/81 \pm 57/55$ بود. با استفاده از آزمون آنالیز واریانس درون موردی با اندازه‌گیرهای مکرر^۵ مشخص شد که این تفاوت از لحاظ آماری معنادار می‌باشد ($p < 0/001$). در خصوص ارتباط فرسودگی، سه ماه بعد از ترخیص با ویژگی‌های بیمار نتایج به شرح ذیل بود. میانگین امتیاز فرسودگی در مراقبین از بیماران مؤنث $9/66 \pm 57/85$ و در مراقبین مذکر $8/66 \pm 57/29$ بود. آزمون تی مستقل نشان داد که بین جنس بیمار و فرسودگی سه ماه بعد از ترخیص مراقبین، رابطه آماری معناداری وجود ندارد ($p=0/27$). با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون مشخص شد که بین سن بیمار ($10/06 \pm 64/33$) با فرسودگی مراقبت‌کنندگان سه ماه بعد از ترخیص ($12/81 \pm 57/55$)، رابطه معکوس و معناداری وجود دارد ($r = -0/61$, $p=0/01$) به این صورت که هر چه سن بیمار پایین‌تر بود، امتیاز فرسودگی مراقبت‌کنندگان بیشتر بود. با انجام آزمون ضریب همبستگی پیرسون مشخص شد که یک همبستگی معنادار بین فرسودگی مراقبت‌کنندگان سه ماه بعد از ترخیص ($12/81 \pm 57/55$) و میزان وابستگی بیماران ($12/99 \pm 61/09$) وجود دارد ($r=0/76$, $p=0/02$). بدین صورت که در بیمارانی که میزان وابستگی آن‌ها بیشتر بوده است، میزان فرسودگی مراقبت‌کنندگان آن‌ها نیز بیشتر بوده است. در خصوص ارتباط فرسودگی با ویژگی‌های مراقبین، نتایج به شرح ذیل بود. بین سن مراقبین با فرسودگی در آن‌ها ارتباط معناداری مشخص نشد. میانگین امتیاز فرسودگی مراقبین مؤنث $9/55 \pm 60/9$ در مقایسه با مراقبین مذکر $8/88 \pm 55/1$ بود. تجزیه و تحلیل نشان داد که بین جنس مراقبت‌کنندگان با فرسودگی ارتباط معناداری وجود دارد ($p=0/02$). همچنین بین نسبت مراقبت‌کنندگان بیمار با فرسودگی رابطه معناداری وجود داشت. به این صورت که میانگین امتیاز فرسودگی در مراقبینی که نقش همسری با بیمار داشتند نسبت به مراقبینی که نقش فرزندی داشتند به طور معناداری بیشتر بود ($p=0/04$).

میانگین و انحراف معیار نمرات به دست آمده از ایندکس اصلاح شده بارتل در زمان ترخیص، یک ماه و سه ماه بعد از ترخیص، به ترتیب $13/55 \pm 60/77$ ، $13/05 \pm 61/05$ و $12/99 \pm 61/09$ به دست آمد. آزمون آنالیز واریانس درون موردی (با اندازه‌گیری‌های تکراری) نشان داد که بین امتیازات به دست آمده، یک ماه پس از ترخیص، سه ماه پس از ترخیص

⁶ McCullagh

⁷ Choi-Kwon

⁵ Repeated Measurements ANOVA

جدید روبرو شوند. ضمن این که بیم بروز عوارض جدید و حتی مرگ مزید بر علت می‌شود تا مراقبت‌کنندگان این بیماران دوران پراسترس و سختی را سپری کنند. بنابراین باید سیستم‌های حمایتی در جامعه، نیازهای اعضای خانواده مراقبت‌کننده از بیمار با سکنه مغزی را شناسایی و مداخلات مراقبتی مناسبی را برای کمک به اعضای خانواده بکار بگیرند و آنان را در انجام مراقبت مناسب کمک کنند تا آنان بتوانند بیمار را بهتر اداره کنند و از سویی سلامت اعضای خانواده کمتر دچار مخاطره شده و در ارتقای سلامت آنان نیز مؤثر باشد.

این مطالعه فقط بر روی مراقب اصلی انجام شده است. از آنجایی که در تک تک افراد خانواده در مورد میزان فشار روحی روانی با همدیگر متفاوت است، لذا پیشنهاد می‌گردد بررسی مشابهی بر روی کلیه اعضای خانواده بیمار انجام گردد.

نتیجه‌گیری

به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت میزان فرسودگی در مراقبت‌کنندگان از بیماران مبتلا به سکنه مغزی بالا می‌باشد و احتمال آن می‌رود که این فشارها سطح مراقبت از بیمار را کاهش داده و همچنین سلامت جسمی و روانی مراقب را به خطر اندازد. بنابراین ضرورت دارد مداخلاتی از قبیل ویزیت در منزل، آموزش، خانواده درمانی و گروه‌درمانی برای کاهش میزان این فشارها بکار گرفته شود تا هم کیفیت مراقبت از بیمار بهتر شود و هم سلامت جسمی و روانی مراقب به عنوان بیماران پنهان تضمین گردد.

⁸ Rigby

References

- 1- Salter K, Zettler L, Foley N, Teasell R. Impact of caring for individuals with stroke on perceived physical health of informal caregivers *Disabil Rehabil* 2010; 32(4):273-81.
- 2- Lutz BJ, Young ME. Rethinking intervention strategies in stroke family caregiving. *Rehabil Nurs* 2010; 35(4):152-60.
- 3- Anderson C, Linto J, Stewart-Wynne EG. A population-based assessment of the impact and burden of caregiving for long-term stroke survivors. *Stroke* 1995; 26:843- 849.
- 4- Beach SR, Schulz R, Williamson GM, Miller LS, Weiner MF, Lance CE. Risk factors for potentially harmful informal caregiver behavior. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53(2):255-61.
- 5- Beth Han MA, William E. Family Caregiving for Patients with Stroke. *Review and Analysis Stroke* 1999; 30:1478-1485.
- 6- Adams C. Quality of Life for Caregivers and Stroke Survivors in the Immediate Discharge Period. *Applied Nursing Research* 2003; 16(2): 126-130.
- 7- Hershen S, David B, Paul W. *Mental health counseling*. Translated by Mohammad Taghi M. Mashhad, Institute Press Astan Quds Razavi, 2000, p. 94.
- 8- Baumann M, Lurbe-Puerto K, Alzahouri K, Aïach P. Increased residual disability among post stroke survivors and the repercussions for the lives of informal caregivers. *Top Stroke Rehabil* 2011;18(2):162-71.
- 9- Maurin JT, Barmann Boyd C. Burden of mental illness on the family, A critical review. *Archives of Psychiatric Nursing* 1990: 99-107.
- 10- Smith GR, Williamson GM, Miller LS, Schulz R. Depression and quality of informal care: A longitudinal investigation of caregiving stressors. *Psychol Aging* 2011; 26(3):584-91.
- 11- Buyck JF, Bonnaud S, Boumendil A, Andrieu S, Bonenfant S, Goldberg M et al . Informal Caregiving and Self-Reported Mental and Physical Health: Results From the

- Gazel Cohort Study Am J Public Health 2011; 101(10):1971-9.
- 12- Chimeh N, Malakoti S, Panaghi L, Abadi Z, Nojomi M, Ahmadi A. Care Giver Burden and Mental Health in Schizophrenia. Journal of Family Research 2008;4(3): 277-292.
- 13- Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. Journal of Clinical Epidemiology 1989; 42(8), 703-709.
- 14- Shah S. Modified Barthel Index or Barthel Index (Expanded). In S. Salek. (Ed). *Compendium of quality of life instruments Part II*. Chichester: Wiley and Sons. 1998.
- 15- Wade DT, Hewer RL. Functional abilities after stroke: measurement, natural history and prognosis Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry 1987; 50:177-182.
- 16- Mahoney Fl, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index. Maryland State Med J 1965; 14: 61-5.
- 17- Lashkaripour K, Moghtaderi A, Sadjadi AR, Faghihinia M. Prevalence of post stroke depression and its relationship with disability and lesion location. Fundamentals of Mental Health 2008;10(3): 919-197.
- 18- Navidian A, Salar AR, Hashemi Nia A, Keikhaei. A Study of mental exhaustion experienced by family caregivers of patients with mental disorders, Zahedan Psychiatric Hospital. Journal of Babol University of Medical Sciences 2001;3(4) 33-38.
- 19- McCullagh E, Brigstocke G, Donaldson N, Kalra L. Determinants of caregiving burden and quality of life in caregivers of stroke patients. Stroke 2005; 36(10):2181-6.
- 20- Rigby H, Gubitz G, Phillips S. A systematic review of caregiver burden following stroke Int J Stroke 2009; 4(4):285-92.

Burn out in Caregivers of Patients with Stroke and its Related Factors

Koohestani HR* (MSc), Baghcheghi N (MSc)

Saveh School of Nursing, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

Received: 20 Apr 2011, Accepted: 18 Aug 2011

Abstract

Introduction: Most of stroke survivors become dependant to their families for their daily living. However, no attention has been paid to mental and physical status of the caregivers of stroke patients in Iran. The aim of this study was to determine the rate of burn out in caregivers of stroke patients, one and three months after the stroke.

Methods: This was a cross-sectional study in which 140 caregivers of stroke patients were recruited to the study from a hospital in Arak. The caregivers completed the Zarit Burden Inventory in hospital, and one and three months after discharge.

Results: Most of the caregivers were spouses of the patients (70.71%; n= 95). The mean age of the caregivers was 57.1 years old. Of all caregivers, 30.71%, 48.57% and 20.71% suffered from mild, moderate and severe burn out, respectively at three months after the stroke. The caregivers' burn out was significantly increased at the follow up measurement. The caregivers' burn out was associated with the level of dependency and age of the patients, and also gender and relativity of the caregiver, and the time spent for daily care (p< 0.05).

Conclusion: Care of patients with stroke causes caregivers to experience a sense of burn out. Age, level of patient's dependency, gender, relativity, and the time spent on care are associated with the burnout. Appropriate interventions should be implemented to reduce such burn outs.

Key words: caregivers, burn out, stroke

Please cite this article as follows:

Koohestani HR, Baghcheghi N. Burn out in Caregivers of Patients with Stroke and its Related Factors. *Hakim Research Journal* 2012; 14(4): 242- 248.

*Corresponding Author: Arak, Saveh, Shahr sanati kaveh, Saveh School of Nursing. Tel: +98- 255- 2343395, +98- 912- 2139761, Fax: +98- 255- 2343395, E-mail: kohestanihamidnbkb@arakmu.ac.ir