

فشار مراقبتی و عوامل مرتبط با آن در مراقبین بیماران تحت درمان با همودیالیز بیمارستان 5 آذر

گرگان

علی عباسی^{1*}، حمید آسایش²، حسین رحمانی³، علیرضا شریعتی³، سید عابدین حسینی³،

قنبر روحی³، عین ا. ملایی³

- 1- کارشناس ارشد پرستاری و عضو هیأت علمی دانشکده پیراپزشکی و بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گلستان.
- 2- کارشناس ارشد پرستاری و عضو هیأت علمی دانشکده پیراپزشکی قم، دانشگاه علوم پزشکی قم. 3- کارشناس ارشد پرستاری و عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی بویه، دانشگاه علوم پزشکی گلستان.

چکیده

زمینه و هدف: مراقبین بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه با مشکلات مربوط به همودیالیز، سازگاری با مسئولیت ها و مسائل ناشی از مراقبت روبرو هستند. فشار مراقبتی مراقبین، تأثیر منفی حاصل از زندگی با چنین بیمارانی می باشد. این مطالعه با هدف تعیین فشار مراقبتی در مراقبین بیماران تحت درمان با همودیالیز و عوامل مرتبط با آن انجام شد. روش بررسی: این مطالعه از نوع توصیفی- تحلیلی است که بر روی 120 نفر از مراقبین اصلی بیماران دارای نارسایی مزمن کلیه تحت درمان با همودیالیز، در مرکز آموزشی درمانی پنجم آذر گرگان در سال 1388 انجام شده است. نمونه گیری به روش سرشماری انجام شد. جمع آوری داده ها با استفاده از یک پرسشنامه دو قسمتی شامل: چک لیست مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه فشار مراقبتی انجام شد. آنالیز داده ها در محیط نرم افزار آماری SPSS-16 توسط آزمون های آماری توصیفی، تی تست مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه و ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن تجزیه و تحلیل شد. سطح معناداری برای تمام آزمون ها 5 درصد در نظر گرفته شد. یافته ها: میزان فشار مراقبتی مراقبین در اکثر موارد، 74/2 درصد شدید بود. بین فشار مراقبتی کل با مدت بیماری، ارتباط مستقیم و معنادار آماری و بین فشار مراقبتی کل با توانایی انجام فعالیت های شخصی بیمار، ارتباط معکوس و معنادار آماری وجود داشت ($p < 0/05$). مراقبین مبتلا به بیماری، فشار مراقبتی سنگین تری را تجربه کردند ($p < 0/05$). مراقبین با وضعیت اقتصادی نامطلوب و مراقبین بیماران با وابستگی مراقبتی بیشتر، به طور معنی داری فشار مراقبتی بیشتری را تحمل می کردند ($p < 0/05$). نتیجه گیری: بر اساس یافته های این مطالعه، به دلیل بالا بودن فشار مراقبتی مراقبین بیماران همودیالیزی، طراحی برخی برنامه ها برای بهبود مهارت های سازگاری و همچنین کنترل عوامل مؤثر بر افزایش فشار مراقبتی، می تواند سلامت آن ها را ارتقاء دهد.

کلید واژه ها: فشار مراقبتی، مراقب، همودیالیز، عوامل فشار مراقبتی

* نویسنده مسئول: علی عباسی، پست الکترونیکی: abbasi_msn@yahoo.com

نشانی: کیلومتر 2 جاده گرگان به ساری، دانشگاه علوم پزشکی گرگان (بنیاد فلسفی)، دانشکده پیراپزشکی و بهداشت، گروه اتاق عمل.

تلفن: (0171)4421651

وصول مقاله: 90/3/8، پذیرش مقاله: 90/5/8

مقدمه

نارسایی مزمن کلیه، کاهش غیر قابل برگشت در عملکرد کلیه ها می باشد. از بین درمان های رایج جایگزینی کلیه، همودیالیز روش درمانی غالب در بسیاری از بیماران ESRD محسوب می شود (1).

براساس آمار 1387، 16600 بیمار همودیالیزی در 355 واحد همودیالیز کشور تحت همودیالیز هستند و سالانه حدود 20 درصد به این رقم اضافه می شود (2). همودیالیز موجب بقای بیشتر این بیماران می شود، اما سبب محدودیت های تنیدگی آور نیز در زندگی می شود (3). این بیماری منجر به تغییرات مهمی در شیوه زندگی فرد می گردد. کاهش سطح انرژی، نیاز مکرر به دیالیز و مشکلات بهداشتی همراه با آن، توانایی انجام کار و فعالیت های عادی روزمره را تحت تأثیر قرار می دهد، به طوری که زندگی عادی بیمار و مراقبین وی را مختل می سازد (4). مراقبین اشخاصی هستند که در طی یک دوره بیماری و درمان آن، بیشترین درگیری را در مراقبت از بیمار و کمک به آن ها به منظور سازگاری و اداره بیماری مزمن دارند (5). خانواده در مبتلایان به نارسایی انتهایی کلیه، باید عملکردهای حمایتی و مراقبتی را برای بیمار دیالیزی اش چه در منزل و چه در مراکز سرپایی مثل بخش های دیالیز بیمارستان ها انجام دهد (6) که این امر فشار مراقبتی را بر آن ها تحمیل می نماید.

فشار مراقبتی دیسترس های روانی، جسمی و اجتماعی است که در اثر مراقبت از بیماران مزمن به مراقبین وارد می شود و به دنبال آن مشکلات زیادی همچون: فرسودگی، اضطراب، افسردگی و... را برای مراقبین ایجاد می کند (7). برخی از خصوصیات مراقبین بیماران همودیالیزی، منجر به احساس سرزندگی در بیماران شده و تأثیر بسزایی در سازگاری آنان با مشکلات

خواهد داشت (8). بیمارانی که از حمایت خانواده برخوردارند، توانایی سازگاری بیشتری با بیماری داشته و بقای بیشتری در مقایسه با بیمارانی که از حمایت خانواده برخوردار نیستند خواهند داشت (9). اثرات بیماری مزمن نه تنها در زندگی بیماران اختلال ایجاد می کند، بلکه افراد مراقبت کننده را نیز گرفتار می نماید. به علت ماهیت مزمن و درمان طولانی مدت بیماری نارسایی مزمن پیش رونده کلیه، بروز تغییراتی در عملکرد خانواده غیرقابل اجتناب می باشد (10). مراقبین بیماران همودیالیزی ممکن است احساس بار سنگینی بر دوش خود داشته باشند، زیرا آن ها مجبورند نقش مهمی در حمایت از بیماران دیالیزی ایفا نمایند. از طرفی آن ها بدون توجه به اینکه بیمارانشان از چه مشکلی رنج می برند، به حمایت اجتماعی بیشتری نیاز دارند (11). این مراقبین اغلب زمان زیادی را برای مراقبت از بیماران خود صرف می کنند و خستگی و فشار مراقبتی قابل ملاحظه ای را تحمل می کنند (12).

خانواده بهترین منبع برای مراقبت از بیماران تحت درمان با همودیالیز می باشد و با توجه به سیر طولانی نارسایی کلیه، عوارض فراوان درمان با همودیالیز، نیازهای جدید و تغییرات اساسی در سبک زندگی، اعضای خانواده تنش های زیادی تجربه می کنند، به طوری که سلامت روان آنان به درجات متفاوتی تحت تأثیر قرار خواهد گرفت. شناسایی به موقع این فشارها در مراقبین، نقش تعیین کننده ای در ارتقای سلامت روانی آنان دارد. با توجه محدود بودن مطالعات در حوزه فشار مراقبتی، پژوهشگران این مطالعه را با هدف تعیین فشار مراقبتی مراقبین بیماران تحت درمان با همودیالیز طراحی و انجام دادند.

روش بررسی

مطالعه‌ی حاضر از نوع توصیفی - تحلیلی است که در

درست (امتیاز 5) را انتخاب کردند. بر این اساس نمرات حاصل از این پرسشنامه از 24 تا 120 بود، با توجه به میانگین و انحراف معیار نمرات فشار مراقبتی کل، نمرات 24 تا 39 فشار مراقبتی خفیف، 40 تا 71 فشار مراقبتی متوسط، 72 تا 120 فشار مراقبتی شدید در نظر گرفته شد. این پرسشنامه دارای قابلیت اعتماد خوبی است و ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس ها از 69 تا 87 گزارش شده است و ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه 80 می باشد (13). در این مطالعه برای استفاده از پرسشنامه فشار مراقبتی، آن را از زبان انگلیسی به فارسی ترجمه و نسخه فارسی حاصل دوباره توسط متخصص زبان انگلیسی به انگلیسی برگردانده شد و پس از بررسی و اصلاح شکاف موجود در پرسشنامه، در یک مطالعه مقدماتی با تعداد نمونه 40 نفر از مراقبین بیماران همودیالیزی، ضریب آلفای کل مقیاس 90 درصد و ضریب آلفای خرده مقیاس ها از 76 تا 82 محاسبه گردید. آنالیز داده ها در محیط نرم افزار آماری SPSS-16 توسط آزمون های آماری توصیفی، تی تست مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه و ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن تجزیه و تحلیل شد. سطح معنی داری برای تمام آزمون ها 0/05 درصد در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین و انحراف معیار سن مراقبین و طول مدت بیماری در بیماران به ترتیب، $42/22 \pm 13/09$ سال و $31/01 \pm 26/71$ ماه بود. 59/5 درصد از نمونه ها مرد و 47/5 درصد متأهل بودند. وضعیت اقتصادی 47/5 درصد از مراقبین در حد معمول بود. توانایی انجام فعالیت های شخصی در بیشتر مراقبین 55 درصد کم و میزان وابستگی مراقبتی بیماران در اکثر موارد 35/8 درصد زیاد بود. 33/5 درصد از مراقبین حداقل به یک بیماری مزمن مبتلا بودند و 63/3 درصد از بیماران، یک

سال 1388 بر روی 120 نفر از مراقبین اصلی بیماران دارای نارسایی مزمن کلیه تحت درمان با همودیالیز، در مرکز آموزشی - درمانی پنجم آذرگران اجرا شد. شرایط ورود نمونه ها به مطالعه شامل دارا بودن سواد خواندن و نوشتن، فرد اصلی در مراقبت از بیمار (مانند: پدر، مادر، همسر، پسر، دختر، عروس و یا داماد، برادر و یا خواهری که با بیمار زندگی می کنند) و نداشتن بیماری روانی تشخیص داده شده، داشتن رضایت برای شرکت در مطالعه بود. نمونه گیری به روش سرشماری انجام شد، به طوری که مراقبین اصلی تمام بیماران مراجعه کننده به مرکز همودیالیز که همراه آن ها بودند، در صورت تمایل و احراز شرایط ورود به مطالعه، به شرکت در مطالعه دعوت شدند. ابزار گردآوری داده ها یک پرسشنامه دو بخشی بود؛ بخش اول برگه اطلاعات دموگرافیک بود که اطلاعاتی از قبیل: سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت درآمد، طول مدت بیماری، وضعیت بیمار از نظر میزان نیاز به مراقبت و توانایی انجام کارهای شخصی را در برمی گرفت. بخش دوم پرسشنامه فشار مراقبتی (Caregiver Burden Inventory) بود.

پرسشنامه فشار مراقبتی دارای 24 عبارت می باشد که در سال 1989 توسط Novak & Guest برای اندازه گیری فشار مراقبتی عینی و ذهنی ساخته شده است و فشار مراقبتی ذهنی را با تأکید بیشتری می سنجد. این پرسشنامه شامل پنج خرده مقیاس است که عبارتند از: فشار مراقبتی وابسته به زمان، فشار مراقبتی تکاملی، فشار مراقبتی جسمی، فشار مراقبتی اجتماعی و فشار مراقبتی عاطفی. پاسخ مراقبین در یک مقیاس لیکرت 5 گزینیه - ای (کاملاً نادرست تا کاملاً درست) اندازه گیری شد، بدین ترتیب که نمونه ها در پاسخ به هر سؤال، یکی از حالات کاملاً نادرست (امتیاز 1)، نادرست (امتیاز 2)، تا حدی درست (امتیاز 3)، درست (امتیاز 4) و کاملاً

می باشد ($P=0/007$). همچنین فشار مراقبتی مراقبین با وابستگی مراقبتی بیشتر، به طور معناداری از مراقبین با وابستگی مراقبتی کمتر بالاتر بود ($P=0/001$)، (جدول 3).

جدول 1: ارتباط مؤلفه های فشار مراقبتی با برخی متغیرها در مراقبین و بیماران همودیایزی

متغیر	مرتبط با زمان تکاملی جسمی اجتماعی عاطفی فشار مراقبتی کل
سن مراقبت کننده	0/193 [*] 0/120 0/092 0/178 0/02 0/141
مدت بیماری	0/481 ^{**} 0/362 ^{**} 0/357 ^{**} 0/358 ^{**} 0/145 0/369 ^{**}
توانایی انجام فعالیت های شخصی بیمار	0/475 ^{**} -0/354 ^{**} -0/410 ^{**} -0/119 [*] -0/199 [*] 0/377 ^{**}
	* معنادار در سطح 0/05، ** معنادار در سطح 0/01

جدول 2: مقایسه فشار مراقبتی مراقبین بر حسب وجود یا عدم وجود بیماری در مراقب

متغیر	دارد	ندارد	t	ارزش p
	M ±SD	M ±SD		
فشار مراقبتی مرتبط با زمان	20/09 (3/82)	15/22 (4/57)	6/19	0/000
فشار مراقبتی تکاملی	20/26 (3/68)	16/54 (4/89)	3/16	0/002
فشار مراقبتی جسمی	16/10 (3/28)	13/00 (4/31)	3/50	0/001
فشار مراقبتی اجتماعی	17/52 (4/50)	17/79 (5/88)	3/41	0/001
فشار مراقبتی عاطفی	16/05 (5/31)	13/22 (6/51)	1/28	0/201
فشار مراقبتی کل	90/03 (16/37)	72/79 (22/09)	4/04	0/000

جدول 3: رابطه فشار مراقبتی مراقبین با وضعیت اقتصادی خانواده و میزان وابستگی مراقبتی بیمار

وضعیت درآمد	فشار مراقبتی کل	ارزش p	میزان وابستگی	فشار مراقبتی کل	ارزش p
	M ±SD		مراقبتی بیمار	M ±SD	
بسیار ضعیف	87/84 (16/28)	0/007	خیلی زیاد	94/71 (12/97)	0/001
در حد متوسط	82/49 (21/99)		زیاد	89 (14/54)	
بالاتر از حد متوسط	78/2 (21/44)		کم	73/75 (19/97)	
بسیار عالی	41 (1/41)		خیلی کم	48/1 (13/96)	

بیماری مزمن دیگر غیر از نارسایی کلیه داشتند. میزان فشار مراقبتی مراقبین، در 1/7 درصد موارد خفیف، 24/2 درصد متوسط و 74/2 درصد شدید بوده است. آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد با افزایش سن مراقبین، فشار مراقبتی افزایش می یابد. همچنین به جز فشار مراقبتی عاطفی، سایر ابعاد فشار مراقبتی ونمره کل آن با مدت ابتلا به نارسایی مزمن کلیه ارتباط مستقیم و معنادار آماری وجود داشت و با افزایش طول مدت بیماری، فشار مراقبتی دریافت شده توسط مراقبین افزایش می یافت. آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن نشان داد میزان توانایی انجام فعالیت های شخصی با نمره کل فشار مراقبتی و تمامی ابعاد فشار مراقبتی (فشار مراقبتی مرتبط با زمان، فشار مراقبتی تکاملی، فشار مراقبتی جسمی، فشار مراقبتی اجتماعی و فشار مراقبتی عاطفی) ارتباط معکوس و معنادار آماری داشت ($P<0/01$)، (جدول 1).

آزمون آماری بین نمره کل فشار مراقبتی و تمام خرده مقیاس های آن در دو جنس، اختلاف معناداری نداشتند. همچنین آزمون تی مستقل نشان داد که میانگین نمرات فشار مراقبتی کل و تمامی خرده مقیاس های آن در بین مراقبین بیماران دارای یک بیماری به غیر از نارسایی مزمن کلیه، بیشتر از مراقبین بیمارانی بود که فقط به نارسایی کلیه مبتلا بودند و این اختلاف از نظر آماری معنادار بود ($P<0/05$).

آزمون آماری نشان داد مراقبینی که از نظر وضعیت سلامتی دارای یک بیماری تشخیص داده شده بودند، در تمامی ابعاد فشار مراقبتی بیشتری را تجربه کرده بودند و اختلاف ها از نظر آماری نیز معنادار بود ($P<0/05$)، (جدول 2).

آزمون آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که فشار مراقبتی مراقبین با وضعیت اقتصادی ضعیف تر، به طور معناداری بیشتر از مراقبین با وضعیت اقتصادی مطلوب تر

بحث

مطالعه‌ی حاضر نشان داد با افزایش سن مراقبین، فشار مراقبتی مرتبط با زمان بیشتر می‌شود (این بدین معنی است که مراقبین مسن تر که زمان بیشتری در شبانه روز را به مراقبت از بیمارشان اختصاص می‌دادند، فشار مراقبتی بیشتری را متحمل می‌شدند). در توجیه این مورد می‌توان گفت که با افزایش سن به علت مسائل مرتبط با فرایند سالمندی فرد مراقب، محدودیت‌های زمانی بیشتری را در مراقبت از بیمار تجربه می‌کند. در این راستا **Cambell** و همکاران نشان دادند که فشار مراقبتی وارد بر والدین پسر بیمار مبتلا به نارسایی انتهایی کلیه که از آن‌ها مراقبت می‌کنند، منجر به احساس گناه، ناامیدی، تنهایی و از دست دادن آزادی برای انجام فعالیت‌های فردی می‌شوند (14).

در مطالعه **Hanzawa** و همکاران، میانگین نمرات فشار مراقبتی با هیچ‌یک از مشخصات دموگرافیک بیمار (سن، جنس، سن شروع بیماری، دفعات بستری و درگیری‌های اجتماعی) و مشخصات دموگرافیک مادران مراقب (سن و دفعات شرکت در جلسات گروه درمانی) ارتباط معناداری نداشت، اما نمرات فشار مراقبتی با وجود یک مراقب دیگر ارتباط معناداری داشته است (15). در مطالعه **Carin** و **Wickers** بر خلاف مطالعه‌ی حاضر، مراقبین جوان تر (کمتر از 55 سال) فشار مراقبتی بیشتری را نسبت به مراقبین مسن تر تجربه کردند (16). در توجیه این مطلب می‌توان گفت، شاید به دلیل اینکه مراقبین جوان تر علاوه بر مراقبت از بیمار، نقش‌های مهمتر و بیشتری نسبت به مراقبین پیرتر در خانواده و جامعه دارند، لذا فشار مراقبتی بیشتری را تجربه می‌نمایند.

Suh و همکاران نشان دادند با افزایش طول مدت بیماری سکنه مغزی، فشار مراقبتی مراقبین آن‌ها افزایش می‌یابد (17) که با مطالعه‌ی حاضر همخوانی دارد. مطالعه‌ی **Wicks** و همکاران نشان داد که کیفیت

زندگی مراقبین بیمار مبتلا به نارسایی انتهایی کلیه بستگی به عوامل بیماری، مراقبتی و خانوادگی دارد و همچنین فشار وارد بر مراقبین این بیمار تا شش ماه بعد از پیوند کلیه همچنان بالاست (18).

با توجه به مشکلاتی که بیماری‌های مزمن در فرد مراقب به وجود می‌آورد و از آنجایی که مراقبین بیمار همودیالیزی مجبورند نیازهای خود و بیمارشان را به طور همزمان برآورده کنند، لذا منجر به ایجاد بار اضافی در فرد مراقب شده و باعث اختلال در ارائه نقش‌های مراقبتی در آن‌ها می‌گردد. در همین راستا مطالعه **Chang** و همکاران نشان داد، مراقبینی که خود دارای یک بیماری مزمن بوده‌اند به طور معناداری، فشار مراقبتی بیشتری داشته‌اند (19).

Pattanayak و همکاران نشان دادند، مراقبین با شرایط مالی نامطلوب، فشار مراقبتی بیشتری را در خرده‌مقیاس‌های حمایت از بیمار و مسئولیت‌پذیری متحمل می‌شدند (20).

در این مطالعه فشار مراقبتی در اکثر مراقبین شدید بوده است. بر خلاف مطالعه‌ی حاضر، مطالعه **Hawkins** و همکاران نشان داد که مراقبین بیمار مبتلا به نارسایی انتهایی کلیه چه پسر و چه جوان، عذاب ذهنی را خیلی کم تجربه می‌کنند (21) که البته با توجه به نمونه‌های مورد استفاده در این مطالعه که بیماران منتظر پیوند کلیه بودند، تعجب‌آور نبود. در مطالعه افقه و همکاران نیز میانگین عذاب (فشار مراقبتی) در مورد مراقبین بیمار مبتلا به نارسایی انتهایی کلیه در محدوده متوسط قرار داشت (22). مراقبین بیمارانی که توانایی بیشتری در انجام فعالیت‌های شخصی داشته‌اند، فشار مراقبتی کمتری را متحمل می‌شدند. از طرفی بیمارانی با وابستگی مراقبتی کمتر، فشار مراقبتی کمتری را گزارش کردند.

زیاد ناشی از مراقبت از بیماران همودیالیزی، حمایت بهداشتی درمانی کشور، می تواند در کاهش بار مسئولیت تأثیرگذار باشد. از طرفی با غنی سازی گنجینه مهارت سازگاری مراقبین بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه می توان تا حدی از استرس و فشار ناشی از مسائل مراقبتی بیمار کاست و از این طریق سلامت مراقبین را ارتقاء داد.

تشکر و قدردانی

از همکاری صادقانه و مجدانه مراقبین بیماران همودیالیزی، پرستاران محترم بخش همودیالیز مرکز آموزشی درمانی پنجم آذر گرگان و مسئولان بیمارستان سپاسگزاریم.

Reference

1. Shariati AR, Mojerloo M, Hesam M, Mollaei E, Abbasi A, Asayesh H, Khalili A. Hemodialysis efficacy in patients with end stage renal disease (ESRD) in Gorgan, Northern Iran (2008). Journal of Gorgan University of Medical sciences. 2010; 12(1): 80-84. [Persian]
2. Mottahedian Tabrizi E, Najafi Mehri S, Samiey S, Einollahi B, Babaei GH. Effect of programmed nursing care in prevention of hemodialysis complications. Iranian Journal of Critical Care Nursing. 2009; 2(2): 55-59. [Persian]
3. Shafipour V, Jafari H, Shafipour L. Relation of quality of life and stress intensity in hemodialysis patients. Kowsar Medical Journal. 2009;14(3): 169-174. [Persian]
4. Black JM, Hawks JH. Medical- Surgical Nursing: Clinical Management for positive outcome. Chapter 38. 7th edition. Missouri: Elsevier. 2005: p:963.
5. Belasco A, Barbosa D, Bettencourt AR, Diccini S, Sesso R. Quality of life of family caregivers of elderly patients of hemodialysis and peritoneal dialysis. Am J Kidney Dis. 2006; 48(6): 955-963.

درواقع این بیماران اکثر فعالیت های روزمره خود را بدون وابستگی انجام می دادند و نیاز مراقبتی کمتری به مراقبین خود داشته اند. در مطالعه ی Bartolo و همکاران نیز فشار مراقبتی مراقبین، رابطه معکوس و معناداری با استقلال عملکرد و کیفیت زندگی بیماران داشت (23). در همین زمینه Chang و همکاران نشان دادند، مراقبینی که تعداد ساعات بیشتری را در طول روز به مراقبت از بیمارشان اختصاص می دادند، فشار مراقبتی بیشتری را متحمل شده و سلامت روانی کمتری داشتند (19).

نتیجه گیری

بر اساس یافته های مطالعه با توجه به فشار مراقبتی

6. Schneider RA, Cedear IA, "Chronic renal failures assessing the fatigue severirity scale for use among caregivers". J Clin Nurs. 2004; 13: 219-225.
7. Ardeshirzadeh M. "Comparative study of psychological Burden in caregivers of chronic schizophrenic and bipolar patients; coping approaches", research based final theses, University of Welfare and Rehabilitation Sciences. 2004. [Persian]
8. Einollahi B, Taheri S, Nemati E, Abbaszadeh S, Pourfarziani V, Nourbala MH. Burden among caregivers of kidney transplant recipients and its associated factore. Saudi J Kidney Dis Transplant. 2009; 20(1): 30-34.
9. Christensen AJ, Wiebe JS, Smith TW, et al. Predictors of survival among hemodialysis patients: Effect of perceived family support. Health Psychol. 1994; 13(6): 521-5.
10. Habibzadeh H, Jafarizadeh H, Mohammadpoor Y, Kiani P, Lak KH, Bahrechi A. A survey on guality of life in hemodialysis patients care giver. Journal of Urmia Nursing And Midwifery Faculty. 2009;7(3): 128-135.

11. Matsuu K, Washio M, Arai Y. Depression among caregivers of elderly patients on chronic hemodialysis. *Hukuoka Acta Medica*. 2001; 92(9): 319-25.
12. Schneider RA, Cedear IA, "Chronic renal assessing the fatigue severity scale for use among caregivers". *J Clin Nurs*. 2004; 13: 219-225.
13. Mccleery A, Addington J, Addington D. Family assessment in early psychosis. *Psychiatry Research*. 2007; 152: 95-102.
14. Cambell A. "Caring for aging end-stage renal disease parents". *Advances in renal replacement therapy*. 1998; 5: 98-108.
15. Hanzawa S, Tanaka G, Inadomi H, Urata M, Ohtu Y. Burden and coping strategies in mothers of patients with schizophrenia in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2008; 62 (3): 256-263.
16. Carin and Wickers, "Examining caregivers Burden among family caregivers of Copd patients", *Pub Med* 2000.
17. Suh M, Kim K, Kim I, Cho N, Choi H, Noh S. Caregiver's Burden, depression and support as predictors of post-stroke depression: a cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2005; 42: 611-618.
18. Wicks MN, Milstead EJ, Hathaway DK, Cetingok M. "Family caregivers Burden, quality of life, and health following patients' renal transplantation". *J Transpl Coord*. 1998; 8(3): 170-176.
19. Chang HY, Chiou CJ, Chen NS. Impact of mental health and caregiver Burden on family caregivers' physical health. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2010; 50: 267-271.
20. Pattanayak RD, Jena R, Tripathi M, Khandelwal SK. Assessment of Burden in caregivers of Alzheimer's disease from India. *Asian Journal of Psychiatry*. 2010; 5: 1-5.
21. Hawkins CT, Harris TT. "Subjective Burden in young and older African American caregivers of patients with ESRD awaiting transplant". *Nephrol Nurs J* 2000.
22. Afigheh S, Ardshirzadeh M, Jafari F. Comparative Study of the Burden in Caregivers of Schizophrenic and End Stage Renal Disease (ESRD) Patients. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2008; 17(62): 31-39. [Persian]
23. Bartolo M, De Luca D, Serrao M, Sinfiorani E, Zucchella C, Sandrini G. Caregivers Burden and needs in community neurorehabilitation. *J Rehabil Med*. 2010; 42(9): 818-22.

The Burden on Caregivers from Hemodialysis Patients and Related Factors

Ali Abbasi(MSc)*¹, Hamid Asayesh(MSc)², Hossein Rahmani (MSc)³,
Alireza Shariati (MSc)³, Seyed Abedin Hosseini (MSc)³, Ghanbar Rouhi (MSc)³,

Einollah Molaei(MSc)³

¹ Nursing Instructor, school of paramedics and Health, Golestan University of Medical Sciences. ² Nursing Instructor, Qom University of Medical Sciences. ³ Nursing Instructor, Golestan University of Medical Sciences.

Abstract

Background and Objective: Caregivers of chronic renal failure are faced with Hemodialysis related problems and coping with caring responsibilities. The Caregiver Burden is The negative effect of living with these patients. The aim of this study was to determine The Burden on Caregivers from Hemodialysis Patients and related factors.

Material and Methods: In this descriptive and analytical study, 120 Caregivers of chronic renal failure patients treated by Hemodialysis Gorgan's Panje Hospital were selected via census method. The instrument was a demographics check list and Caregiver Burden scale. We did Data analysis by spss software with, independent T-test, oneway, pearson and spearman test ($p < 0.05$).

Results: The majority of Caregivers (74.2%) have severe Burden. There is a direct significant correlation between total Burden and the duration, of disease and revers significant correlation between total Burden and the ability to perform patients daily life activities ($p < 0.05$). The caregivers with a disease endure the heavier Burden ($p < 0.05$). The caregivers with poor economic condition and Caregivers of with high dependency patients bear more Burdens ($p < 0.05$).

Conclusion: According to the findings, because of high Burden on Caregivers, we recommend that designing some plans to be designed to for improve the coping strategies and control of the factors affected on Caregiver Burden to promote their health.

Key words: Burden, Caregiver, Hemodialysis

* **Corresponding Author:** Ali Abbasi (MSc), **Email:** abbasi_msn@yahoo.com