

وضعیت سلامت عمومی مراقبین بیماران نورولوژیک و رابطه آن با برخی عوامل

حسین رحمانی انارکی^{*}، غلام رضا محمودی^۱، قنبر روحی^۲، حمید آسایش^۳، حسین نصیری^۱، حسین رخشانی^۴

۱- کارشناسی ارشد پرستاری، داخلی و جراحی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان. ۲- دکترای پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان. ۳- کارشناسی ارشد مدیریت پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گلستان. ۴- کارشناسی ارشد روان پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم. ۵- کارشناسی ارشد پرستاری، سوپروایزر آموزشی بیمارستان ۵ آذر گرگان

چکیده

زمینه و هدف: بیماری‌های مزمن نورولوژیک به علت ناتوانی‌های همراه و هزینه‌های بالای خدمات پزشکی، برای بیمار و خانواده یک بحران محسوب می‌گردد و استرس ناشی از این مشکلات می‌تواند سلامت مراقبین را به خطر بیاندازد. هدف از این مطالعه، تعیین وضعیت سلامت عمومی روان مراقبین بیماران نورولوژیک در منزل و رابطه آن با برخی عوامل می‌باشد.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی-تحلیلی که در سال ۱۳۸۸ انجام شد، ۲۰۰ نفر از مراقبین بیماران نورولوژیک مزمن به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند. ابزارگردآوری داده‌ها شامل فرم اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سئوالی (GHQ) بود که توسط مراقبین تکمیل می‌شد. داده‌ها در محیط نرم افزار آماری SPSS-16 با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی و کای اسکوئر تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار سن مراقبین ۹/۹۴ ± ۳۱/۷۸ بود و ۵۹/۵ درصد از نمونه‌ها مردان بودند. ۷۲/۵ درصد از مراقبین دچار اختلال در سلامت عمومی بودند (نمره بیش از ۲۳ بر اساس نقطه برش GHQ-28). سلامت عمومی مراقبین مرد و زن از نظر آماری اختلاف معنی‌دار داشت ($P < 0/05$). در بین خرده مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی، زنان در مقایسه با مردان نمره افسردگی بالاتری داشتند و این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود ($P < 0/05$). میزان وابستگی مراقبتی بیمار و وضعیت درآمدی خانواده با سلامت عمومی مراقبین ارتباط معنی‌دار داشت ($P < 0/05$). بین متغیرهای دموگرافیک از قبیل تاهل، تحصیلات، سابقه بیماری و سلامت عمومی ارتباط معنی‌داری یافت نشد.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این مطالعه، درصد قابل توجهی از مراقبین بیماران نورولوژیک دچار اختلال در وضعیت سلامت عمومی هستند و به همین دلیل وجود منابع حمایتی و آموزش مهارت‌های مقابله موثر می‌تواند در ارتقای سلامت این افراد موثر باشد.

کلیدواژه‌ها: وضعیت سلامت، بیماری‌های نورولوژیک، مراقبین، بیماران

^{*}نویسنده مسئول: حسین رحمانی، پست الکترونیکی: rahmani_anaraki@yahoo.com

نشانی: گرگان، ابتدای جاده شصتکلا، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، دانشکده پرستاری و مامایی بویه. تلفن: ۴۴۲۶۹۰۰ (۰۱۷۱)

وصول مقاله: ۹۱/۳/۸، پذیرش مقاله: ۹۱/۸/۲۳

مقدمه

پیشرفت‌های ایجاد شده در درمان بیماری‌های نرولوژیک (آسیب‌های تروماتیک مغزی، حوادث عروق مغزی) در طی سالیان اخیر منجر به کاهش مرگ و میر بیماران شده است، به طوری که امروزه یکی از شایع‌ترین علل ناتوانی‌های جسمانی در افراد بالغ، حوادث عروق مغزی است. از آن جایی که این بیماران پس از بهبودی ممکن است دچار نقصان‌های عصبی طولانی مدتی همانند اختلالات شناختی، ذهنی، احساسی، ارتباطی یا ناتوانی‌های جسمانی و عملکرد اجتماعی شوند و چون شدت این اختلالات در بیماران دارای درجات متفاوتی می‌باشد، لذا برای خانواده و اجتماع مشکلات پیچیده‌ای ایجاد می‌کند (۱).

خانواده اولین سیستم حمایتی در جامعه است که حمایت از افراد خانواده، تامین هزینه‌ها، شرایط و امکانات رفاهی آن‌ها را عهده‌دار می‌باشد و از طرفی امروزه رویکرد سیستم‌های درمانی بر ترخیص زود هنگام بیماران استوار است، حتی بیماران بخش‌های مراقبت ویژه با اختلالات جسمانی، عملکردی و روان شناختی نیز زودتر از بهبودی کامل به منزل فرستاده می‌شوند تا به وسیله وابستگان مراقبت شوند (۲ و ۳). بالطبع مراقبین در برآورده‌سازی نیازهای بیماران دارای توانمندی‌های متفاوت و محدودی هستند که این حالت فرد مراقبت کننده را در مواجهه با تغییرات و نیازهای مراقبتی بیمار در خانه آسیب پذیر می‌کند و طبق تئوری استرس، هنگامی که افراد مراقبت کننده نیازهای مراقبتی بیمار را بیشتر از توانایی‌های خود و منابع حمایتی خود ارزیابی کنند، آن‌ها نه تنها این موقعیت ایجاد شده را استرس زا تلقی می‌کنند بلکه این حالت می‌تواند سلامت عمومی روان آن‌ها را به خطر بیندازد (۴). مطالعات نشان داده‌اند که سلامت روانی و حتی سلامت جسمانی افراد تحت تاثیر فشارهای روانی قرار می‌گیرد و فشارهای روانی تقریباً با شدت و ضعف متفاوت در زندگی کل انسان‌ها و مراقبت کننده از چنین بیمارانی وجود دارد (۵).

مطالعه بر روی خانواده بیماران مزمن (سرطان) نشان داده است که سطوح بالای تنش‌های روانی همراه با اختلال در ابعاد عملکرد فیزیکی، روانی و اجتماعی آنان است (۶). مراقبین بیماران نرولوژیک استرس‌های متعددی را تجربه می‌-

کنند که از جمله‌ی آن‌ها می‌توان به ناتوانی‌های ایجاد شده، طولانی بودن مدت درمان و بروز عوارض ناشی از ناتوانی‌های ایجاد شده برای بیمار و نیاز به مراقبت زیاد و طولانی مدت اشاره کرد (۷).

ابتلا به بیماری‌های مزمن نرولوژیک، برای بیمار و خانواده هزینه‌های درمانی و مراقبتی را تحمیل می‌کند که یکی از منابع مهم استرس برای خانواده و افراد مراقب کننده از بیمار مزمن می‌باشد (۸). به عقیده بسیاری از پژوهشگران مردم پس از رویارویی با استرس استعداد بیشتری برای ابتلا به بیماری پیدا می‌کنند و به عقیده گروهی دیگر استرس نه تنها بیماری را بلکه مرگ را هم هست (۵ و ۶).

از آن جایی که بیماری‌های مزمن سبب مشکلات زیادی مانند تغییر در ایفای نقش، کاهش درآمد، افزایش صرف زمان برای درمان و مراقبت و کاهش فعالیت‌های اجتماعی اعضای خانواده می‌گردد و نظر به این که مسئولیت اصلی درمان و مراقبت بیشتر بر عهده خانواده است، این امر می‌تواند سلامت روان آنان را به درجات متفاوتی تحت تاثیر خود قرار دهد و مسلماً مراقبینی که از سلامت روان خوبی برخوردار نباشند، قادر نخواهند بود مراقبت خوبی از بیماران به عمل آورند و این امر در کیفیت مراقبت ارائه شده توسط آنان تاثیر گذار خواهد بود و به عنوان یک عامل تهدید کننده سلامت آنان خواهد بود (۷). لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی وضعیت سلامت عمومی مراقبین بیماران نرولوژیک در منزل و رابطه آن با برخی متغیرهای جمعیت شناختی آنان طراحی گردیده است.

روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی بود که به روش نمونه‌گیری آسان بر روی ۲۰۰ نفر از مراقبت کننده‌های بیماران دارای آسیب‌های نرولوژیک انجام گردید. نمونه‌های پژوهش مراقبت کننده اصلی (شامل پدر، مادر، همسر، برادر یا خواهر و یا وابستگان فامیلی نزدیک) بیماران بودند که به علت یک آسیب نرولوژیک (مانند سکته مغزی، تصادف و آسیب نرولوژیک و...) دچار نقص و یا اختلال در توان مراقبت از خود در سطوح مختلف شده و باید دیگران مراقبت‌های فردی او را به درجات مختلف انجام دهند. نمونه‌های تحقیق،

نمونه‌ها مرد و ۴۰/۵ درصد (۸۱ نفر) زن بودند، ۵۸/۵ درصد نمونه‌ها متاهل و ۳۲/۵ درصد نمونه‌ها مجرد بودند. ۷۷ درصد (۱۵۵ نفر) بیماران توانایی خود مراقبتی کمی داشتند و ۶۹/۵ درصد بیماران نیاز به مراقبت بیشتری داشتند و ۷۷ درصد مراقبین، درآمد خانوادگی را ناکافی بیان کرده بودند و بین متغیرهای دموگرافیک (سن، جنسیت، وضعیت تاهل و سطح تحصیلات) و وضعیت سلامت عمومی روان رابطه معنی‌داری وجود نداشت.

جدول ۱: توزیع نسبت درصد برخی از متغیرها با وضعیت سلامت روان در

مراقبت کنندگان بیماران نرولوژیک

متغیرها	وضعیت سلامت		مشکوک به اختلال آماری
	درصد تعداد	درصد تعداد	
کفایت درآمد خانوادگی	در حد کفایت و متوسط	۱۰ (۵)	۲۵ (۱۲/۵)
	ناکافی	۴۵ (۲۲/۵)	۱۲۰ (۶۰)
توانایی خود مراقبتی	کافی	۱۱ (۵/۵)	۳۴ (۱۷)
	متوسط (نیاز به کمک)	۲۶ (۱۳)	۵۹ (۲۹/۵)
	ناکافی (وابسته کامل)	۱۸ (۹)	۵۲ (۲۶)
مقدار مراقبت مورد نیاز (خود گزارش دهی)	زیاد	۴۰ (۲۰)	۱۰۳ (۵۱/۵)
	متوسط	۱۲ (۶)	۳۵ (۱۷/۵)
	کم	۳ (۱/۵)	۷ (۳/۵)

همانطوری که در جدول (۱) ملاحظه می‌شود عواملی همانند کفایت درآمد خانوادگی، توانایی مراقبت از خود بیمار (درجه وابستگی) و مقدار مراقبت مورد نیاز بیمار به‌طور معنی‌داری با سلامت روان مراقبین ارتباط دارد. در رابطه با تعیین سطح سلامت عمومی مراقبت کنندگان نتایج نشان داد ۷۲/۵ درصد (۱۴۵ نفر) دارای نمره GHQ بالاتر از ۲۳ می‌باشند که به معنای داشتن مشکلاتی در رابطه با سلامت عمومی خود هستند و فقط ۲۷/۵ درصد (۵۵ نفر) نمره کمتر از ۲۳ داشته‌اند. آزمون آماری بین زنان و مردان از نظر سلامت روان تفاوت معنی‌داری را نشان داد ($p \leq 0/05$) (جدول ۲).

جدول ۲: وضعیت سلامت روان مراقبین بیماران بر حسب جنسیت

وضعیت سلامت جنسیت	سالم		مشکوک به اختلال	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد
مرد	۳۶ (۱۸)	۱۸	۸۳ (۴۱/۵)	۴۱
زن	۱۹ (۹/۵)	۹	۶۳ (۳۱)	۳۱
جمع	۵۵ (۲۷/۵)	۲۷	۱۴۵ (۷۲/۵)	۷۲

درخصوص وضعیت سلامت روان مراقبین، میانگین نمره اضطراب و عملکرد جسمانی از سایر خرده مقیاس‌های سلامت بیشتر است، بنابراین بیماری مزمن نرولوژیک بیشترین اثر را بر ایجاد اضطراب و عملکرد جسمانی مراقبین گذاشته است و با توجه به میانگین خرده مقیاس‌ها زنان نسبت به

مراقبت کنندگان اصلی بیمار بودند که حداقل سه ماه عهده-دار مراقبت از بیمار بوده‌اند.

ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش، پرسشنامه سه قسمتی بود که بخش اول آن اطلاعات دموگرافیک مراقبین و بخش دوم آن بررسی نیازهای مراقبتی بیماران و بخش سوم آن شامل ۲۸ سؤال از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) (General Health Questionnaire) بود که به وسیله مراقب بیمار تکمیل می‌گردید.

این پرسشنامه یک پرسشنامه روان شناختی است و از شناخته شده ترین ابزارهای غربالگری در روانپزشکی به منظور بررسی اختلالات روانی غیر سایکو تیک در جمعیت عمومی است و توسط Goldberg و Hillior ساخته شده است (۹).

این پرسشنامه حیطه های سلامت روان فرد را می‌سنجد و افراد سالم را از افرادی که خود را سالم می‌پندارند، ولی اختلالات روانی دارند متمایز می‌کند. فرم ۲۸ سئوالی پرسشنامه شامل چهارمقیاس هفت سئوالی است که به ترتیب سئوالات ۷ تا ۱۴ نشانه‌های جسمی، ۸ تا ۱۴ مقیاس اختلال اضطراب، ۱۵ تا ۲۱ اختلال کارکرد اجتماعی و ۲۲ تا ۲۸ مقیاس افسردگی را ارزیابی می‌کند. نمره گذاری بر اساس مقیاس لیکرت از صفر تا ۳ انجام می‌شود. حداقل نمره صفر و حداکثر آن ۸۴ است. در این ابزار افزایش نمره با بدتر شدن سلامت روان همراه است (۱۱-۱۰).

پایایی این آزمون در پژوهشی با استفاده از ضریب آلفا ۰/۸۹ بوده است (۱۰). مطالعه‌ای دیگر در ایران ضریب آلفا برای ۴ خرده مقیاس را به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۵، ۰/۸۲ و ۰/۷۲ بدست آورده است (۱۲) و همچنین نقطه برش آن ۲۳ بکار رفته است (۱۳).

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی و استنباطی شامل میانگین، انحراف معیار و آزمون کای دو و تی مستقل استفاده شد و سطح معنی داری $P < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته ها

در مجموع ۲۰۰ شرکت کننده در این تحقیق مورد بررسی قرار گرفتند که متوسط سن مراقبین مورد مطالعه $31/78 \pm 9/94$ و محدوده سنی ۷۰-۱۷ سال بود که ۵۹/۵ درصد (۱۱۹ نفر)

والدین کودکان مصروع دارای درجاتی از اختلال عملکرد جسمانی و همچنین ۶۷/۷ درصد هم دارای درجاتی از اضطراب بودند (۱۶).

مطالعه پدیدارشناختی Mu و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد که والدین کودکان مبتلا به صرع از نظر عاطفی و احساسی صدمه می‌بینند و ضربات عاطفی و خستگی‌های جسمانی مراقبین منجر به تحلیل قوای جسمانی در آن‌ها می‌گردد که مشابه نتایج مطالعه حاضر است (۱۷). همچنین در مطالعه Baker و Bressi نیز بیانگر اضطراب و افسردگی بالا در خانواده بیماران بوده است (۱۸ و ۱۹).

در هر خرده مقیاس GHQ به تفکیک جنسیتی آزمون آماری کای دو نشان داد که بین خرده مقیاس‌های سلامت عمومی (جسمانی سازی، اضطراب و ناسازگاری اجتماعی) به جز افسردگی و جنسیت (زن و مرد) تفاوت معنی‌داری وجود ندارد، ولی خرده مقیاس افسردگی در زنان و مردان دارای تفاوت معنی‌داری بود که Kreutzer هم در مطالعه خود گزارش کرده که زنان مراقب بیماران آسیب‌های سر نسبت به مردان از درجات بالاتری از استرس و افسردگی برخوردار بوده‌اند (۲۰). در پژوهشی که بر روی جانبازان اعصاب و روان استان قم و همسران آن‌ها انجام شد، پژوهشگران دریافتند که ۸۶ درصد همسران جانبازان براساس پرسشنامه GHQ مشکوک به اختلال در سلامت روان بودند. بر مبنای یافته‌های همین مطالعه ۸۸ درصد همسران در زمینه علائم جسمانی، ۸۰ درصد در زمینه اضطراب و ۵۴ درصد در زمینه روابط بین فردی و ۶۰ درصد در زمینه علائم افسردگی مشکوک تلقی می‌شدند که این یافته‌ها با تحقیق حاضر دارای همخوانی می‌باشد (۲۱). این مطالعه نشان داد که یک رابطه معنی‌داری بین کفایت درآمد خانوادگی، توانایی خود-مراقبتی و مقدار مراقبت مورد نیاز در گروهی که نمره سلامت روان آن‌ها پایین‌تر از ۲۳ و آن‌هایی که نمره سلامت روان آن‌ها بیشتر از ۲۳ می‌باشد وجود دارد.

نتایج مطالعه برخی پژوهشگران نیز نشان می‌دهد که کفایت درآمد خانوادگی بر سلامت روان و شاخص‌های موقعیت اقتصادی و اجتماعی در جمعیت‌های مختلف با موقعیت‌های اقتصادی بالا با سلامت بهتر همراه بوده است

مردان نمره بالاتری را کسب کرده بودند که نشان دهنده داشتن مشکلاتی بیشتر از مردان در هریک از این خرده مقیاس‌ها می‌باشد.

آزمون آماری برای مقایسه میانگین نمره سلامت عمومی و خرده مقیاس‌های آن در بین مراقبین زن و مرد نشان داد که در خرده مقیاس‌های اضطراب، عملکرد جسمانی و اختلال در عملکرد اجتماعی اختلاف معنی‌داری وجود نداشت ($p > 0/05$)، ولی خرده مقیاس افسردگی در زن و مردان دارای تفاوت معنی‌داری بود، به این صورت که زنان مراقب بیمار دارای درجاتی از افسردگی می‌باشند (جدول ۳).

جدول ۳: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت روان

متغیر خرده مقیاس	مرد M(SD)	زن M(SD)	ارزش P
جسمانی	۸/۶۸±(۳/۷۸)	۹±(۳/۸۰)	P>0/54
اضطراب	۹/۱۲±(۴/۳۸)	۹/۹۸±(۴/۱۸)	P>0/166
ناسازگاری اجتماعی	۸/۳۸±(۳/۱۰)	۸/۸۰±(۳/۲۴)	P>0/362
افسردگی	۵/۴۸±(۳/۸۸)	۶/۵۶±(۴/۷۰)	P>0/046
نمره کل سلامت عمومی	۳۱/۶۸±(۱۲/۴۶)	۳۴/۳۵±(۱۳/۳۷)	P>0/156

بحث

همان‌گونه که بیان شد، با در نظر گرفتن نقطه برش ۲۳ برای پرسشنامه سلامت روان، تقریباً ۷۲/۵ درصد مراقبین (۱۴۵ نفر) دارای نمره GHQ بالاتر از ۲۳ می‌باشند که به معنای داشتن مشکلاتی در رابطه با سلامت عمومی است و فقط ۲۷/۵ درصد افراد نمره کمتر از ۲۳ داشتند، در حالی که میانگین نمره سلامت روان در زنان مراقب ۱۳/۳۷±۳۴/۳۵ و در مردان ۱۲/۶۸±۳۱/۶۸ بود. این یافته با مطالعاتی که تاثیر منفی عامل استرس و استرس‌های ویژه‌ای همچون معلولیت جسمانی را بر سلامت روانی نشان می‌دهند هماهنگ است (۱۴)، مانند نتایج تحقیق Moody و Mcmillan (۲۰۰۲) بر روی مراقبین بیماران مزمن به طوری که مراقبت‌کنندگان با مسائلی چون استرس چالش‌های عاطفی، تغییر روابط زندگی، افزایش نقش و سازگاری با مسائل جدید ناشی از مراقبت و بالاخره مشکلات مربوط به مراقبت و درمان بیماری روبرو بودند (۱۵).

در رابطه با خرده مقیاس‌های سلامت عمومی همان طوری که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود مراقبین دارای درجاتی از اضطراب و اختلال عملکرد جسمانی می‌باشند که این یافته با مطالعه صفوی (۱۳۹۰) تطابق دارد، به طوری که ۶۱/۳ درصد

است زمینه بروز برخی اختلالات روحی- روانی و یا اختلالات روان تنی را فراهم کند، لذا پیشنهاد می شود مراکز مراقبتی- بهداشتی به این گروه از افراد توجه ویژه ای مبذول دارند و نیز این پژوهش می تواند زمینه ساز تحقیقات متنوع دیگری در جهت ارتقای سلامت روان مراقبین بیماران نرولوژیک مزمن و سایر خانواده های مبتلایان به بیماری های مزمن گردد تا از اختلالات روانی جلوگیری و ارتقای سطح سلامت روان آن ها بیشتر مورد توجه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

لازم دانستیم که مراتب قدردانی و سپاس خود را از همکاران معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گرگان و همکارانی که ما را در اجرای این پروژه تحقیقاتی یاری رساندند و همچنین خانواده بیماران مبتلا به اختلالات نرولوژیک مزمن اعلام نماییم.

References

1. Verhaghe S, Defloor T, Grypdonck M. Stress and coping among families of patients with traumatic brain injury : a review of the literature . *Journal of clinical nursing* .2005;14:1004-12.
2. AliPour A . Impact on family welfare status of the third year of high school girls education public school Regions 1 and 17 in Tehran receiving MS Social Sciences ,Tehran University .2007.[Persian]
3. Brooks R, Krridge R, Hilman K, Bauman A, Daffurn K. Quality of life outcomes after intensiv care: comparison with a community group. *Intens care Med* 1997;23(5):581-6.
4. Jonansson I, Fridlund B, Hildingh C. Coping strategys of relatives when an adult next- of- kin is recovering at home following critical illness, ntensive and Critical Care Nursing. 2004; 20:281- 91.
5. Atkinson RL, Atkinson RC, Smith EE, Bem DJ, Nolen-Hoeksema S. Hilgard's introduction to psychology. 13th ed. NewYork: Harcourt College Publishers,2000.
6. Ismail A, Campbell MJ, Ibrahim HM, Jones GL. Health related quality of life in Malaysian children with thalassaemia. *Health Qual Life Outcomes* 2006; 4:39.
7. Suzanne C. Smeltzer Brenda G, Bare J, anice L. Hinkle . Kerry H "Text book of Medical – Surgical

و همچنین پژوهش ها نشان می دهد که میزان وقوع بیماری روانی با اعتبار اجتماعی پایین و درآمد ناکافی در ارتباط است و مطالعه نظری هم به این نکته اشاره دارد که میزان تنش در خانواده بیماران با درآمد پایین بیشتر است (۲۲ و ۲۳ و ۲۴). به طور طبیعی هر چه مقدار نیاز به مراقبت بیمار برای افراد مراقبت کننده بیشتر باشد، محدودیت ها و هزینه های بیشتری را تحمیل می نماید که علاوه بر اختلال در آرامش و آسایش خانواده، آزادی اجتماعی آن ها را نیز محدود می نماید و در این مطالعه نیز این رابطه معنی دار می باشد و مبین این واقعیت می باشد.

نتیجه گیری

یافته های حاصل از این پژوهش نشان می دهد که کسر بزرگی از افراد مراقبت کننده در حوزه ای قرار گرفته اند که اگر حمایت ها و مراقبت های پیشگیری کننده را دریافت نکنند، استرس ها و فشارهای ناشی از بار مراقبتی ممکن

Nursing” Eleventh edition . lippincot 164-74.

8. Amini P. Assessing problems of children and adolescents with diabetes mellitus referred to the Isfahan Endocrinology and Metabolism Research Center. *J Isfahan Nurs* 2001;17:9-87.[Persian]

9. Goldberg DP, Hillior V. A Scale Version of general health questionnaire , *Psych Med* 1969;9:131-45.

10. Kaviani H, Moosavi A, Mohit A. Interviews and psychological tests. Tehran: Sana publisher;2002; 205-10. [Persian]

11. Mardani Hamule M, Shahraki Vahed A . Relationship between Mental Health and Quality of Life in Cancer Patients *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences And Health Services* 2010;18(2):111-7.

12. Omid A, Tabatabaie A, Sazvar SA, Akashe G. Prevalence of mental disorders in urban areas of the city of Natanz, Isfahan. *Andishe-va-raftar J Psychol Educ Sci* 2004;8(4):32-8. [Persian]

13. Ansari H, Bahrami L, Akbarzadeh L, Bakhshani NM. Public health study in Zahedan medical university students and its related factors in 2007. *Tabib-e-Shargh: J Zahedan Uni MedSci H Serv* 2008; 9(4):295-304. [Persian]

14. Behrouzian F, Khajeddin N, Hodaei F, Zamani N. The relationship of job satisfaction and coping

mechanism with general health, among private industrial's staff. Scientific Medical Journal of Ahwaz University of Medical Sciences 2009;8(62): 345-53.

15. Mojahed A, Kalantari M, Molavi H, Neshat Doost HT, Shakiba M. A Comparative Study of the Mental Health of War Injured and Martyrs' Spouses in Zahedan. Ofogh-e-danesh, Journal of Gonabad University of Medical Sciences And Health Services 2011;17(3):43-53.

16. Moody LE, Mcmillan S. Dyspnea and quality of life indicator in hospice patients and their caregivers, health and quality of life outcome. *pediatr J*. 2003;1:1-12.

17. Safavi M, Parsania Z, Ahmadi Z. Mental health analysis and stress coping strategies in families caring for patients with epilepsy referring to Iranian association of epilepsy. *Medical Science Journal of Islamic Azad University, tehran Medical Unite* 2011;20(3):194-8. [Persian]

18. Mu P. Transition experience of parents caring of children with epilepsy. A phenomenological study. *Int J Nurs study* 2008;45:543-51.

19. Bressi C, Cornaggia C, Begi M, Porcellana M,

Landol I, Invernizzi G. Epilepsy and family expressed emotion result of a prospective study. *Seizure J* 2007; 16:417-23.

20. Kreutzer JS, Gervasio AH, Camplair PS. Patient correlates of caregivers' distress and family functioning after traumatic brain injury. *Brain Injury* 3:211-30.

21. Bahreinian S, Borhani H. Mental health in a group of war veterans and their spouses in Qom. *J Shahid Beheshti University Med Sci* 2004;4(27):305-12. [Persian]

22. Subramanian SV, Kawachi I. Whose health is affected by income inequality Retrieved October, 21, 2009, from: <http://www.elsevier.com/healthplace>. 40(6):57-63.

23. Gallo L, Matthews KA. Understanding the association between socioeconomic status and physical health: Do negative emotions play a role *Psychological Bulletin*. 2003;129(1):19-51.

24. Nazari SH. The evaluation of epileptic children's parents idea about tension factors and their adaptation with this factor among persons referred to Tehran chosen remedial center [dissertation]. Tehran: Nursing and Midwifery Faculty, Tehran Medical University; 2003. [Persian]

General Health Status of Neurologic Patients' Caregivers and The Related Factors

Hossein Rahmani Anaraki (MSc)¹, GholamReza Mahmoodi (PhD)², Ghanbar Rouhi (MSc)³, Hamid Asayesh (MSc)⁴, Hossein Nasiri (MSc)¹, Hossein Rakhshani (MSc)⁵

1-Nursing instructor, Golestan University of Medical Sciences. 2- Assistant Professor of Nursing, Golestan University of Medical Sciences. 3- MSc of health care management, Golestan University of Medical Sciences. 4-MSc of PsychoNursing, instructor of Nursing & Midwifery School, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran. 5- MSc of Nursing, Educational Supervisor, Panje Azar Hospital, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

Abstract

Background and Objective: Chronic neurologic diseases due to associated disabilities and high cost of their medical services are considered as a crisis for patients and family. The stress caused by these problems can jeopardize the health of the caregivers. Thus, the aim of this study was to determine the general health status of neurologic patients' caregivers and the related factors.

Material and Methods: In this cross-sectional study conducted in 2009, the caregivers of the patients with neurological disorders (n=200) were selected via convenience sampling. The data was gathered by a demographic checklist and general health questionnaire (GHQ-28) completed by caregivers and analyzed by descriptive statistic, Pearson correlation coefficient and chi square, using SPSS-16.

Results: The mean age is 31.78 ± 9.94 and 59.5% of the subjects are males. The caregivers (72.5%) general health is disturbed (Score more than 23 based on GHQ-28 cut of point). General health of male and female caregivers is significantly different ($P < 0.05$). Between the subscales of GHQ-28, female caregivers compared to males have higher depression score, which is significant ($P < 0.05$). The caregivers' general health are correlated with ($P < 0.05$) the patient's care dependency and the income of family. There is no significant relationship between general health and demographic variables such as marital status, history of the disease and educational level.

Conclusion: Based on the results, significant percent of caregivers of the patients with neurological disorders suffer from disrupted general health. Thus, the presence of supportive resources and effective coping skills can be effective in improving the health.

Keywords: Health status, Neurologic disorders, Caregivers, Patients

* **Corresponding Author:** Hossein Rahmani Anaraki (MSc), **Email:** rahmani_anaraki@yahoo.com