



Predicting Caregiving Burden Based on Anxiety/Depression in Cancer Patients and Self-Compassion in Primary Caregivers

Reyhaneh Shekhan ^{a*}, Saba Goodarzi ^b, Mohammad Maleki Poya ^c

^a Department of Psychology, Ar.C., Islamic Azad University, Arak, Iran

^bMA in General Psychology , Department Of Psychology, Islamic Azad University, Arak, Iran

^c Department of Physical Education, A C , Islamic Azad University Arak Iran

KEYWORDS

care giving burden,
cancer,
anxiety/depression,
self-compassion

Received: 11 April, 2025

Accepted: 16 July, 2025

ABSTRACT

Cancer is a devastating and debilitating chronic disease that affects both patients and their family members. There is evidence confirming that caring for relatives with chronic diseases by family members can be very challenging. Therefore, the aim of the present study was to predict caregiving burden based on cancer patient anxiety/depression and self-compassion in primary caregivers. This research falls within the category of descriptive-correlational studies. The statistical population of the study consisted of all cancer patients and their primary caregivers who had referred to Ayatollah Khansari Hospital in Arak. A sample size of 146 participants was determined based on correlation sample size calculations and selected through purposive sampling. The Caregiving Stress Questionnaire, Hospital Anxiety Depression Scale, and Reese Self-Compassion Questionnaire were used to collect data. The data were analyzed using SPSS through Pearson correlation coefficient and linear regression. The results showed that there is a positive and significant relationship between patient anxiety depression and caregivers' caregiving stress, and there is a negative relationship between caregiver self-compassion and caregiving stress. Based on these findings, the role of informal caregivers in promoting the health of chronically ill family members is recognized. Therefore, it is recommended that attention be given to the mental health of patients and the strengthening of protective factors in caregivers, in order to mitigate caregiving burden as a potentially erosive variable.

* Corresponding author (reyhane.sheykhan@gmail.com)

پیش بینی فشار مراقبتی بر اساس اضطراب/افسردگی بیماران مبتلا به سرطان و خود شفقتی در مراقبین اصلی

ریحانه شیخان^{الف*}، صبا گودرزی^ب، محمد ملکی پویا^ج

^{الف} گروه روانشناسی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران،

^ب کارشناسی ارشد، روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اراک، اراک، ایران،

^ج گروه تربیت بدنی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران

چکیده	واژگان کلیدی
سرطان یک بیماری مزمن و برانگیز و ناتوان کننده است که هم بیماران و هم اعضای خانواده را تحت تاثیر قرار می دهد. شواهد موجود تایید کرده است که مراقبت از بستگان مبتلا به بیماری مزمن توسط اعضای خانواده می تواند بسیار چالش برانگیز باشد. از این رو هدف پژوهش حاضر پیش بینی فشار مراقبتی بر اساس اضطراب/افسردگی بیمار سرطانی و خود شفقتی در مراقبین اصلی بود. این پژوهش در زمره تحقیقات توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش را تمام بیماران مبتلا به سرطان و مراقب اصلی آنها که به بیمارستان آیت اله خوانساری اراک مراجعه کرده بودند تشکیل داد. تعداد نمونه بر اساس $correlation\ sample\ size$ ۱۴۶ نفر مشخص شد که به صورت هدفمند انتخاب گردیدند. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه فشار مراقبتی، مقیاس اضطراب افسردگی بیمارستانی، و پرسشنامه شفقت خود ریس، استفاده شد. داده ها توسط نرم افزار SPSS و ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی تحلیل شد. نتایج نشان داد بین اضطراب افسردگی بیمار و فشار مراقبتی مراقبان رابطه مثبت و معنادار وجود دارد و بین شفقت به خود مراقب و فشار مراقبتی رابطه منفی وجود دارد. بر اساس یافته ها می توان گفت نقش مراقبین غیررسمی در بهبود سلامت اعضای خانواده خود که بیمار مزمن هستند به رسمیت شناخته شده است از این رو توصیه می شود با توجه به سلامت روان بیمار و تقویت عوامل محافظ در مراقبین، فشار مراقبتی به عنوان یک متغیر فرسایشی تعدیل گردد.	فشار مراقبتی، سرطان، اضطراب/افسردگی، خود شفقتی تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۱/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۴/۲۶

۱- مقدمه

سرطان یکی از بزرگ‌ترین مشکلات بهداشت عمومی در جهان می‌باشد. سرطان با حدود ۱۸/۱ میلیون مورد جدید و ۹/۵ میلیون مرگ مرتبط با سرطان در سال ۲۰۱۸ دومین علت شایع مرگ و میر در سراسر جهان است (بری، فرلی، سرجوماتارام و همکاران؛ ۲۰۱۸). سرطان با ناکارآمدی در کنترل تقسیم سلولی همراه با رشد نامنظم سلول‌هایی که تمایل به حمله به بافت‌ها و اندام‌های سالم بدن دارند، مشخص می‌شود (برنامه جامع ملی کنترل سرطان، ۲۰۱۴). هر ساله حدود نه میلیون نفر در سراسر جهان به سرطان مبتلا می‌شوند (ریس، گزنز، موهار، منس؛ ۲۰۱۱). در کشور ایران پس از بیماری‌های قلبی و عروقی و حوادث، سرطان سومین عامل مرگ و میر است (برنامه جامع ملی کنترل سرطان وزارت بهداشت و آموزش، ۱۳۹۳).

سرطان افراد را به شکل مستقیم و غیرمستقیم تحت تاثیر قرار می‌دهد. سرطان می‌تواند سلامت مراقب را به مخاطره اندازد، زندگی اجتماعی را مختل کند، باعث افزایش استرس و افسردگی شود (والرند، بوهرلر و تمپلین و هاسون، ۲۰۰۷). بنابراین توجه به مراقبین اصلی بیماران هم از نظر سلامت جسمی و هم از نظر سلامت روانی حائز اهمیت است.

در طول فرآیند درمان سرطان، بیمار فقط برای مدت کوتاهی توسط مراقبان رسمی در بیمارستان مراقبت می‌شود (چینداپراسیدت، لیمپاواتانا، پاکاراتو و همکاران، ۲۰۱۴). در موارد دیگر این کار توسط مراقبان غیررسمی صورت می‌گیرد. مراقبین غیررسمی افرادی هستند که آموزشی ندیده‌اند و بدون دریافت هیچ گونه وجهی به اعضای خانواده و بستگان خدمات ارائه می‌کنند (خطی دیزآبادی، یزدانی‌چرانی، افتخار اردبیلی و همکاران، ۲۰۱۳). میانگین زمان مراقبت از یک بیمار سرطانی حدوداً ۸ ساعت در طول روز برآورد شده است (گیرگیز، لامبر، جانسون، والر، کارو، ۲۰۱۲). در این میان، مراقبان علاوه بر انجام کارهای روزمره خود باید به تعهدات شغلی و سایر مسئولیت‌های خود نیز رسیدگی کنند (خطی دیزآبادی و همکاران، ۲۰۱۳). در چنین شرایطی، اگر مراقب نتواند زمان مراقبت از بیمار و زمان خود را مدیریت کند، منجر به فشار مراقبت می‌شود (گیرگیز و همکاران، ۲۰۱۲).

اصطلاح فشار مراقبتی^۸ اشاره به ابعاد مختلف استرس دارد که نتیجه عدم تعادل بین تقاضای مراقبت و دسترسی به منابع برای برآورده کردن تقاضا است (سلمانی، اشک تراب، حسنوند، ۱۳۹۳). ماهیت فشار مراقبتی پنهان و کاملاً فردی است و شامل مولفه‌هایی مانند فشار مراقبتی مربوط به زمان، تکاملی، فیزیکی، اجتماعی و عاطفی است (گیج-بوچارد، دوین، هکلر؛ ۲۰۱۳). مفهوم فشار مراقبتی دارای دو بعد است. بعد بیرونی فشار مراقبت شامل تلاش زیاد برای توجه به نیازهای بیمار، اختصاص زمان برای او و خدماتی که مراقب برای بهبودی او ارائه می‌کند، می‌باشد و فشار مراقبت درونی شامل باورهای شخصی، خشم، احساسات درونی و اهمیتی است که شخص به نقش مراقب می‌دهد (گونیا، کوترونواس، میستاکیدو، و همکاران؛ ۲۰۱۵).

شواهد نشان می‌دهد که استرس در مراقبین، بر سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آنها تأثیر دارد، چنانکه در بسیاری از مطالعات، کم‌خوابی، کاهش اشتها و فشار خون بالا در مراقبین گزارش شده است (چینداپراسیدت و همکاران، ۲۰۱۴). در واقع مراقبان

1. Bary, Ferly, Soerjomataram And Etal
2. Reis, Genzans, Mohar, Mens
3. Vallerand, Bohler, Templin, Hasenau
4. Official caregivers
5. Chindaprasirt, Limpawattana, Pakkaratho
6. Informal caregivers
7. Girghese, Lumber, Johnson, Waller, Caro
8. care pressure
9. Ggc-Bouchard, Devin, Heckler
10. Gonia, Kotronovas, Mistakido

بیماران سرطانی اضطراب، خستگی و فشار مراقبتی را تجربه می کنند که باعث مشکلات سلامتی، جسمی و روانی و کاهش کیفیت زندگی آنها می شود (گاستون-جانسون، لاجیکا و همکاران، ۲۰۰۴؛ یاکار و پینار، ۲۰۱۳).

بار مراقبتی ساختار پیچیده‌ای است که متشکل از تعامل بین عوامل خطر بیمار (به عنوان مثال، سطح آسیب، حمایت اجتماعی) و عوامل خطر مراقب (به عنوان مثال، سلامت ضعیف، مدت زمان مراقبت) می باشد (ادلمن، تمانوا، دلگادو، دیون، ۲۰۱۴، لاجسم؛ گاگلر و همکاران، ۲۰۱۱؛ به نقل از لیود، مورس، پترسون و مارزاک، ۲۰۱۸). در عین حال، نویسندگان بین بار عینی، جنبه‌های فیزیکی مراقبت و بار روانی، پیامدهای روانی مراقبت کننده بودن تمایز قائل شده‌اند (ون در لی، باکر، دویون ووردن، و دروس، ۲۰۱۴؛ زاریت و زاریت، ۱۹۸۲؛ به نقل از لیود و همکاران ۲۰۱۸). نویسندگان بر این باورند که چهار حوزه فرآیند فشار مراقبتی را بوجود می آورند: عوامل پس زمینه، عوامل استرس‌زا، واسطه‌های استرس و پیامدها. عوامل زمینه‌ای مربوط به ویژگی‌های اصلی مراقب است مانند سن، جنسیت، وضعیت اجتماعی-اقتصادی و اطلاعات مربوط به مراقبت مانند طول مدت مراقبت است، اما عوامل استرس‌زا به دو دسته تقسیم می شوند: عوامل استرس‌زای اولیه که عبارتند از: نیازهای فیزیکی نقش مراقبتی و عوامل استرس‌زا ثانویه که فشارهای روانی مرتبط با مراقبت هستند و در نهایت عوامل واسطه‌ای که شامل راهبردهای مقابله‌ای و حمایت اجتماعی و پیامدها هستند، تعریف می شود (لیود و همکاران، ۲۰۱۸).

بر این اساس وضعیت سلامت روانی بیمار به عنوان عوامل خطر بیمار می تواند بر بار مراقبت تاثیر بگذارد، استرس روانی ناشی از سرطان باعث ایجاد اضطراب و افسردگی در بیماران می شود و درمان این واکنش‌ها باعث طولانی شدن مدت درمان بیمار می گردد. بستری شدن در بیمارستان با درمان‌های پزشکی تداخل می کند و شانس و مدت بقا را کاهش می دهد (کهرزئی، دانش، حیدرزادگان، ۱۳۹۰) همچنانکه، در مطالعه‌ای، چاو، چین و ونگ نشان دادند که افراد مبتلا به سرطان در ماه‌های اولیه و پس از تشخیص از طیف وسیعی از علائم روان‌شناختی و فیزیولوژیکی رنج می‌برند هرچند که بسیاری از آنها به سازگاری می‌رسند (چائو، چن، وانگ و همکاران، ۲۰۰۳). این بیماران برای بازگشت به زندگی عادی خود نیاز به کمک دارند تا نیازهای آسیب دیده خود را برآورده کنند و سازگار شوند (سجادیان، حقیقت، منتظری و همکاران، ۱۳۹۰). یک مطالعه جدید در آلمان گزارش می‌دهد که از هر سه نفری که به سرطان مبتلا می‌شوند، یک نفر با اختلالات سلامت روانی مانند اضطراب یا افسردگی دست و پنجه نرم می‌کند. به نظر می‌رسد بسیاری از افراد با استرس طبیعی ناشی از تشخیص سرطان کنار می‌آیند، اما برای حدود ۳۲ درصد از بیماران سرطانی، این تشخیص ممکن است باعث ایجاد یک اختلال روانی کامل شود (ولینگ، کیسان، لو و همکاران، ۲۰۱۷). در این شرایط وضعیت روان فرد مبتلا به سرطان وظایف مراقبتی خویشاوند مراقب را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

در مورد عوامل مربوط به مراقب، شاید یکی از متغیرهای محافظتی مربوط به فشار مراقبتی، خودشفقتی باشد، زیرا برخی از مطالعات نشان داده‌اند که مراقبان حرفه‌ای (پرستاران) که از شفقت نسبت به خود بالایی برخوردارند، مراقبت‌های دلسوزانه‌تری ارائه می‌دهند و کمتر دچار فرسودگی می‌شوند و نسبت به کسانی که خودشفقتی کمتری دارند، انعطاف‌پذیرتر هستند (دورکین و همکاران، ۲۰۱۶). به نظر می‌رسد این روند برای مراقبان غیررسمی نیز مرتبط باشد (نف، فاسو، ۲۰۱۴).

1. Gaston-Johnson, Lachica
2. Yakar and Pinar
3. Edelman, Temanova, Delgado, Dion
4. Lachsem Gagler
5. Ijod, Muers, Patterson, Marczak
6. van der Lee, Bakker, Devin Voorden, et al.,
7. Wiling and wailing
8. Chao, Chen, Wang et al
9. Wiling, Kissan, Lu et al
- 1 . Self-compassion 0
- 1 Durkin, Beamont, Martin et al 1
- 1 Neff, Faso 2

مفهوم‌سازی‌های متعددی از خودشفقتی متمرکز بر پیشینه وجود دارد (گیلبرت و پروکتر، ۲۰۰۶؛ نف، ۲۰۰۳؛ الف، ۲۰۰۹؛ به نقل از شیخان، قدمپور و آقابرگی، ۱۳۹۸). بر اساس مدل تحولی گیلبرت، شفقت برخاسته از شایستگی‌های شناختی، عاطفی و انگیزشی خاص است (گیلبرت و تیرچ، ۲۰۰۹؛ به نقل از شیخان، قدمپور و آقابرگی، ۱۳۹۸). خودشفقتی جایگزینی برای انتقاد از خود و عزت نفس بالا است و به عنوان یک سازه سه جزئی، مولفه‌های شفقت به خود شامل مهربانی با خود به جای قضاوت کردن خود است. اشتراک انسانی در مقابل انزوا و ذهن‌آگاهی^۴ در مقابل جذب در حال افزایش است. مهربانی با خود در برابر خود قضاوتی: به معنای توجه و درک خود به جای قضاوت یا انتقاد از کاستی‌ها و نارسایی‌های خود، صبر و مهربانی با خود به‌ویژه در مواقع سختی است. منظور از اشتراک انسانی در مقابل انزوا، احساسی است که انسان‌ها را به هم متصل می‌کند و اعتراف به این که انسان‌ها دارای نقص‌هایی هستند و هیچ انسانی کامل نیست و همه رنج می‌برند و اشتباه می‌کنند، ذهن‌آگاهی در مقابل افزایش هویت نیز شامل حفظ درد و رنج در تجربه می‌شود. آگاهی فرد است و این که درد و رنجی وجود دارد و هر فردی سعی در انکار آن یا دوری از آن ندارد. ترکیب این سه مؤلفه مرتبط، نشانه‌های فردی است که مبتنی بر شفقت او به خود است (نف و جرمن، ۲۰۱۳). از این رو پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی فشار مراقبتی بر اساس اضطراب افسردگی بیمار سرطانی با نقش میانجی خود شفقتی مراقبان اصلی انجام شد.

۲- روش

پژوهش حاضر غیرآزمایشی از نوع همبستگی بود. جامعه پژوهش را تمام بیماران مبتلا به سرطان و مراقب اصلی آنها که در سال ۱۴۰۱ به بیمارستان ایت الله خوانساری اراک مراجعه کرده بودند تشکیل داد. نمونه‌گیری بر اساس ملاک‌های ورود و خروج به صورت هدفمند صورت گرفت. از روش تعیین حجم نمونه^۵ استفاده گردید. با توجه به مطالعه که بر اساس میزان همبستگی بین شاخص‌های اصلی می‌باشد و هم‌چنین طبق مطالعه ابوالفضل برزگری دهج، میزان همبستگی بین افسردگی و خودشفقتی ۰/۲۳ اعلام شده که طبق فرمول تعیین حجم نمونه همبستگی حداقل ۱۴۶ نفر مورد نیاز می‌باشد. میزان خطای نوع اول ۵ درصد و میزان خطای نوع دوم ۲۰ درصد در نظر گرفته شده است. تعداد ۱۵۰ نفر وارد پژوهش شدند (۷ نفر به علت عدم همکاری و پاسخدهی ناقص از پژوهش حذف شدند). معیارهای ورود به پژوهش و خروج از پژوهش: معیارهای ورود که برای انتخاب افراد نمونه مورد توجه قرار گرفت شامل ملیت ایرانی، تمایل به شرکت در پژوهش، زمان مراقبت (حداقل یک ماه از زمان مراقبت گذشته باشد)، سیر بیماری و درمان (بیمار مرحله آخر در وضعیتی که نیاز به یک مراقب اصلی برای مراقبت شبانه روزی داشته باشد)، سطح سواد (حداقل سواد خواندن و نوشتن) و سن (بین ۱۵ تا ۷۵) بودند. معیارهای خروج شامل، عدم تمایل فرد به شرکت در پژوهش بود.

۳- ابزار

الف) پرسشنامه‌ی اطلاعات فردی: این پرسشنامه توسط پژوهشگر حاضر طراحی شده شامل سئوالاتی در زمینه‌ی جنسیت، سن، نسبت مراقب با بیمار، وضعیت اقتصادی و... بود.

ب) سیاهه‌ی فشار مراقبتی گست و نوواک: سیاهه‌ی فشار مراقبتی ۲۴ گویه دارد که در سال ۱۹۸۹ ابداع شده است. این سیاهه از پنج خرده‌مقیاس فشار مراقبتی وابسته به زمان، فشار مراقبتی تکاملی، فشار مراقبتی جسمی، فشار مراقبتی اجتماعی و فشار مراقبتی

1. Gilbert and procter
2. Neff
3. and tirsch
4. Mindfulness
5. Neff and German
6. correlation sample size
7. Gest and Novak

احساسی تشکیل شده است. پاسخ مراقبین در یک مقیاس لیکرت پنج گزینه ای (کاملاً نادرست تا کاملاً درست) اندازه گیری می شود (نواک، گاست ۱۹۸۹). عباسی و همکاران برای تعیین روایی سیاهه، از روایی محتوا استفاده کردند. این ابزار همچنین توسط اساتید مورد بررسی قرار گرفته که نتایج حاکی از مربوط بودن (۸/۹۱ درصد واضح بودن (۹۰/۲ درصد) و ساده و روان بودن (۹۱/۸۶ درصد) آن است. سپس جهت سنجش پایایی، از روش انسجام درونی استفاده شد. همچنین، ضریب آلفای خورده مقیاس‌ها از ضریب رلفای ۰/۷۶ تا ۸۲ درصد محاسبه گردیده است. در این مطالعه نیز پایایی کل ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۰ برآورد شد (عباسی، شمسی زاده، آسایش و همکاران، ۲۰۱۳).

ج) مقیاس اضطراب افسردگی بیمارستانی: این پرسشنامه ۱۴ پرسشی که شامل دو مقیاس اضطراب (هفت پرسش با شماره های فرد) و (افسردگی هفت پرسش با شماره زوج) است؛ که از افراد می‌خواهد احساسات و هیجانات خود را در خلال یک هفته گذشته در یک مقیاس لیکرت ۴ گزینه‌ای مشخص کنند. جمع امتیازات پرسشنامه از دامنه ۰ تا ۲۱ برای هر کدام از زیرمقیاس‌ها می‌باشد؛ که امتیاز بالاتر نشان‌دهنده اضطراب و افسردگی بیشتر است. این پرسشنامه توسط زیگموند و اسمیت در سال ۱۹۸۳ طراحی شده و پایایی و روایی آن در ایران انجام شده است (کاوینی، سیفوریان، شریفی و ابراهیم خانی، ۱۳۸۸).

پرسشنامه شفقت به خود ریس: این مقیاس، (SCS-SF): پرسشنامه خودشفقتی فرم کوتاه شامل ۱۲ ماده برای اندازه‌گیری ۶ مؤلفه‌ی مهربانی به خود، قضاوت کردن خود، اشتراک انسانی، انزوا، ذهن‌آگاهی و همانندسازی افراطی تدوین شده است. ماده‌ها در یک مقیاس لیکرت ۵ رتبه‌ای، از تقریباً هرگز=۱ تا تقریباً همیشه=۵ تنظیم شدند که نمره ی بالاتر، سطح بالاتر خودشفقتی را نشان می‌داد. ضمن این که ماده های ۱، ۲، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۴ به صورت معکوس نمره گذاری شدند. در پژوهش شهبازی و همکاران آلفای کرونباخ برای نمره کلی مقیاس ۰/۹۱ است. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای خورده مقیاس های مهربانی به خود، قضاوت کردن خود، تجارب مشترک انسانی، انزوا، ذهن آگاهی و همانندسازی افراطی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۷، ۰/۹۱، ۰/۸۸، ۰/۹۲ و ۰/۷۷ می باشند. روایی هم زمان آن با پرسشنامه سلامت روان ۰/۴۵ (P < 0/001) گزارش شده که نشان از روایی مطلوب این مقیاس است (شهبازی، رجبی، مقامی و جلوداری، ۱۳۹۴).

روش اجرا: جهت اجرا، پس از دریافت معرفی نامه از گروه روانشناسی دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی و دریافت کد اخلاق از دانشکده علوم پزشکی (شناسه اخلاق IR.IAU.ARAK.REC 1402.073) به دفتر پرستاری بیمارستان و حراست بیمارستان مراجعه شد. هماهنگی‌های لازم جهت حضور پژوهشگر در شیفت‌های صبح، عصر و شب صورت گرفت. سپس به مدت ۳ هفته پژوهشگر در بیمارستان در بخش‌های بستری حضور داشت و پرسشنامه‌های مذکور را جهت پاسخ‌گویی در اختیار بیماران و مراقبان قرار داد.

۴- یافته‌ها

در پژوهش حاضر میانگین سنی بیماران (زن ۵۳/۷۶ و مرد ۵۰/۷۶) و انحراف معیار آن (زن ۱۴/۲۸ و مرد ۹/۶۱) و میانگین سنی مراقبان (زن ۳۹/۲۲ و مرد ۵۲/۴۰) و انحراف معیار آن (زن ۱۰/۲۱ و مرد ۸/۹۵) بود.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار سن گروه بیمار و مراقب

1. anxiety depression scale Hospital
2. Ssf-compassion questionnaire - short form

P-V	انحراف معیار استاندارد	میانگین سن	تعداد	جنسیت / سن	
۰/۳۸	۱۴/۲۸	۵۳/۷۶	۷۵	زن	بیمار
	۹/۶۱	۵۰/۷۶	۷۵	مرد	
۰/۰۰۱	۱۰/۲۱	۳۹/۲۲	۱۲۰	زن	مراقب
	۸/۹۵	۵۲/۴۰	۳۰	مرد	

در این تحقیق پیش بینی فشار مراقبتی بر اساس اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سرطان با نقش خود شفقتی مراقبین اصلی بررسی شد. به این دلیل این که متغیرهای تحقیق به صورت کمی می باشند از تحلیل همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی استفاده گردید.

جدول ۲. میزان همبستگی بین شاخص های اصلی

شاخص	زیر شاخص	میانگین	انحراف معیار	شاخص	زیر شاخص	میانگین	انحراف معیار
اضطراب		۰/۰۵۳	۰/۰۰۶	۰/۱	۰/۳	۰/۵	۰/۰۲۳
		%۱۶	%۲۲				%۱۸
افسردگی		۰/۲۴	۰/۰۱۷	۰/۵۴	۰/۵۱	۱/۵۱	۰/۰۲۵
			%۱۹				
شفقت		۰/۹۱	۰/۲۱	۰/۲۴	۱/۰۱۶	۰/۰۱۶	۰/۷۲
					_%۲۰	_%۲۰	
شفقت	شفقت به خود	۰/۰۲۸	۰/۲	۰/۰۷	۰/۵	۰/۰۰۲	۰/۰۵۸
		_۱۸				_%۲۵	
	مهربانی به خود	۰/۰۰۱	۰/۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
		_%۴۴		%۳۱	%۳۶	%۴۶	%۴۶
	قضاوت کردن خود	۰/۰۷	۰/۳	۰/۰۰۶	۰/۰۲۸	۰/۱۷	۰/۷۲
			%۲۳	%۱۸			
	تجارب مشترک انسانی	۰/۰۲۶	۰/۰۲۹	۰/۱۴	۰/۰۱۲	۰/۴	۰/۱۸
		%۱۷	%۱۷	%۲۰			
	انزوا	۰/۰۶۲	۰/۵	۰/۰۱۹	۰/۶	۰/۹	۰/۰۰۱
			%۱۹	%۱۹			%۲۸
ذهن آگاهی	۰/۹	۰/۱	۰/۴	۰/۶	۰/۴	۰/۳	
همانند سازی افراطی	۰/۰۵۸	۰/۰۱	۰/۲	۰/۹	۰/۶	۰/۰۰۱	
						%۳۱	

جدول شماره ۳. نتایج مدل رگرسیون خطی

متغیر پیش بینی	متغیر ملاک	نوع اثر	ضریب استاندارد نشده	بتا استاندارد شده	آماره معنی داری	sig
فشار مراقبتی	مقدار ثابت	مستقیم	۶۳/۹۸	۷/۵۸		۰/۰۰۱
	مهربانی به خود	معکوس	-۹/۵۵	-۱۱/۵۳	-۱/۰۵	۰/۰۰۱
	ذهن آگاهی	مستقیم	۱/۸۵	۲/۵۴	۰/۲۰	۰/۰۱۲
	سن مراقب	مستقیم	۰/۴۳	۳/۹۲	۰/۲۴	۰/۰۰۱
	قضاوت کردن خود	مستقیم	۸/۳۸	۷/۱۸	۰/۹۳	۰/۰۰۱
	تجارب مشترک انسانی	معکوس	-۶/۶۱	-۶/۴۹	-۰/۶۸	۰/۰۰۱
	جمع شفقت	معکوس	-۳/۵۴	-۶/۶۴	-۱/۳۲	۰/۰۰۱
	اضطراب	مستقیم	۱/۶۴	۳/۳۵	۰/۲۷	۰/۰۰۱
	افسردگی	مستقیم	۱/۵۱	۲/۷۰	۰/۲	۰/۰۰۸

با توجه به جدول فوق و نتایج مدل رگرسیون خطی درمیابیم که بین فشار مراقبتی مراقبین و اضطراب افسردگی بیماران مبتلا به سرطان رابطه مستقیم وجود دارد. همچنین شفقت به خود مراقبین و خرده مقیاس های مهربانی به خود، تجارب مشترک انسانی با فشار مراقبتی مراقبین رابطه معکوس داشتند، بدین معنا که هر چقدر شفقت به خود مراقبین بیشتر باشد مراقبین بار مراقبتی کمتری را متحمل خواهند شد. همچنین نتایج جدول نشان می دهد بین خرده مقیاس قضاوت کردن خود و بار مراقبتی رابطه مستقیم وجود دارد به این معنا که هر چقدر مراقبین خود قضاوتگری بیشتری داشته باشند بار مراقبتی بیشتری را تجربه خواهند کرد، اما نتایج در مورد خرده مقیاس ذهن آگاهی با بار مراقبتی مراقب، رابطه معکوسی را نشان نداد.

۵- بحث

بر اساس شواهد، مطالعات در زمینه بار مراقبتی مراقبین مبتلا به سرطان محدود است و بررسی عوامل تاثیرگذار بر بار مراقبتی این بیماران چندان در پژوهش های داخلی مورد توجه قرار نگرفته است. به هر حال آن چه بدیهی است وجود بار مراقبتی در مراقبین افراد مبتلا به سرطان است که می تواند نتیجه مسئولیت های مراقبین جهت انجام امور مربوط به مراقبت از بیماران باشد. لذا این پژوهش با هدف پیش بینی فشار مراقبتی بر اساس اضطراب افسردگی بیماران سرطانی با نقش میانجی خود شفقتی مراقبین انجام شد.

با توجه به نتایج مدل رگرسیون خطی مشخص شد که بین متغیر فشار مراقبتی با متغیر اضطراب افسردگی بیمارستانی ارتباط معنادار آماری وجود دارد. نتایج حاصل از این پژوهش با نتایج پژوهش تورن و یلدیزر (۲۰۲۵)، میلیوری و همکاران (۲۰۱۳)، شفیع زاده خولنجانی و همکاران (۱۳۹۹) همسو بود.

در تبیین این نتیجه می توان گفت، ادوه، امرو، ساندی، اساسو و آمو (۲۰۲۱) مطرح کردند تحمل پریشانی روانی و تحمل فشارهای روانی در حین مراقبت از یک خویشاوند بیمار نه تنها بر کیفیت زندگی و سلامت مراقب تأثیر می گذارد، بلکه بر بهره وری او به عنوان یک فرد و توانایی آنها در ارائه مراقبت با کیفیت برای خویشاوند بیمار تأثیر می گذارد و در نتیجه سلامت خویشاوند بیمار را بدتر می

1. Milbury et al
2. Elweh, Amro, Sandi, Asso and Amo

کند. بنابراین اضطراب افسردگی در مبتلا به سرطان، فشار مربوط به مراقبت را افزایش داده و این امر موجب فرسودگی بیشتر در مراقب می‌گردد.

همچنان که پژوهش‌ها نشان می‌دهند اعضای خانواده در مورد بیماران، مراقب اصلی هستند و به ویژه در مورد بیماران روان خانواده نقش مهمی در مراقبت و ارائه خدماتی نظیر نظارت بر وضعیت روانی و روند درمان، همراهی بیمار تا بیمارستان یا کلینیک ... دارند. به علاوه خانواده به دنبال آن هستند که از پایداری بیمار به درمان اطمینان یابند و در عین حال تغییرات رفتاری بیمار مانند پرخاشگری را تحمل می‌کنند (ونکاتش، اندروز، پارسکار، سینگ و منون، ۲۰۱۶). مراقب بودن چیزی است که نمی‌توان آن را انتخاب کرد یا برای آن برنامه‌ریزی کرد. مراقب از افراد مبتلا به اختلالات روان به همراه سایر فعالیت‌های روتین باعث می‌شود که اعضای خانواده به عنوان مراقب، تجربیات منفی را تجربه کنند و در نتیجه این امر منجر به استرس و بار اضافی می‌شود (ونکاتش و همکاران، ۲۰۱۶). در ادامه با توجه به نتایج مدل رگرسیون خطی مشخص شد بین فشار مراقبتی با زیرشاخص‌های شفقت ارتباط معنادار آماری وجود دارد. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های لیود و همکاران (۲۰۱۸)، کریگر، برگر و هالفورث (۲۰۱۶)، کریگر و همکاران (۲۰۱۳)، نف و همکاران (۲۰۰۸)، نوربالا، برج و نوربالا (۱۳۹۲) همسو بود.

تحقیقات قبلی نشان داده است که سطوح بالای خود شفقتی افراد را از اثرات استرس محافظت می‌کند (نف و همکاران، ۲۰۰۷). به نظر می‌رسد شفقت به خود مراقبین را در برابر بار مراقبتی ایمنی می‌سازد. در تبیین می‌توان گفت شفقت‌ورزی به خود موجب افزایش سلامت روان، بهزیستی روانشناختی و کاهش افسردگی می‌گردد. به عبارتی، شفقت به خود می‌تواند بر صبر و تحمل افراد تاثیر بگذارد (نف و همکاران، ۲۰۰۷) و موجب افزایش تحمل مراقبین در برابر بار مراقبتی شود. در واقع افرادی که شفقت به خود بیشتری دارند، توانایی بیشتری در شناسایی رنج خود و مهربانی با خود دارند. در نتیجه، این افراد در لحظه‌ی تجربه‌ی رنج، هیجانات مثبت بیشتری و هیجانات منفی کمتری را تجربه می‌کنند، که این امر ممکن است با سلامت روان نیز مرتبط باشد (آکین، ۲۰۱۰). به عبارت دیگر، خودشفقتی، باعث می‌شود افراد چشم انداز گسترده‌ای نسبت به مشکلات خود داشته باشند، چالش‌های زندگی و شکست‌های فردی را به عنوان بخشی از زندگی خود در نظر بگیرند، در هنگام درد و رنج به جای احساس انزوا بیش از پیش با دیگران رابطه برقرار کنند و به جای سرکوب کردن، قضاوت کردن و اجتناب، از افکار، هیجانات و احساسات، آگاه باشند. این عوامل به افراد کمک می‌کند که ذهنی گشوده‌تر داشته باشند، توانایی بیشتری برای تغییر دادن شناخت‌ها و پاسخ‌های رفتاری مناسب با بستر کسب نمایند و راهبردهای مقابله‌ای مؤثرتری به کار ببرند که این امر، باعث می‌شود که حالات هیجانی ناسازگار مانند اضطراب، افسردگی و استرس کاهش یابد و بهزیستی هیجانی بهبود یابد (شفیع زاده و همکاران، ۱۳۹۹). به عبارتی خودشفقتی با کاهش استرس ادراک شده و رفع خودانتقادی تاثیر بیشتری در حوزه‌های جسمانی و روانی دارد (شیخان، قدمپور، آقابرگی، ۲۰۱۹)، از این رو می‌تواند فشار مراقبتی را در مراقبین اصلی کاهش دهد.

۶- نتیجه‌گیری

مراقبان نقش مهمی در کاهش میزان مرگ و میر و ارائه مراقبت‌های تسکینی ایفا می‌کنند (بداسو، دجنو و داکو، ۲۰۲۲). در مقابل مراقبان در معرض مسائل مربوط به سلامت روان هستند زیرا اغلب احساسات خود را نادیده می‌گیرند و در رسیدگی به نیازها و عواطف

1. Vnkatesh, Andrews, Parskar, Singh, and Menon
2. Nff et al.
3. Sfafizadeh et al
4. Bdaso, Dejenu, Duko

شخصی خود کوتاهی می‌کنند. علاوه بر این، هنگام مراقبت از بیماران در مرحله پایانی، مراقبان با بارهای فیزیکی و روانی اضافی مواجه می‌شوند. در این میان وضعیت سلامت روان بیمار بر فشار مراقبتی اثر می‌گذارد. بروز اختلالاتی چون اضطراب و افسردگی به عنوان عامل خطر فشار مراقبتی را افزایش می‌دهد. در مقابل خودشفقتی در مراقب می‌تواند به عنوان یک عامل محافظ عمل کند و به تخفیف فشار مراقبتی کمک نماید.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی نیز داشت. از جمله از آنجا که رابطه مراقبین با بیمار یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های مهم بار مراقبتی است (ورحایق بریک، ۲۰۰۷) در این پژوهش مورد توجه قرار نگرفت همچنین در برخی شرایط بیماران دارای مراقبین متعدد می‌باشند که این امر می‌تواند در نتایج پژوهش مبنی بر فشار مراقبتی تاثیرگذار باشد. همچنین، فشار مراقبتی تحت تاثیر مسائل اقتصادی و شغلی مراقب و مسائل اجتماعی از جمله حمایت‌های خانوادگی جایگزین (آیلو، ورکیچو، تسفای، هلیسیاسی و آبرا، ۲۰۱۹) می‌باشد لیکن در پژوهش حاضر تمامی این متغیرها مورد بررسی قرار نگرفت. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به منظور ارزیابی وضعیت روان بیماران جهت رفع احتمال سوگیری در پاسخدهی، از مصاحبه بالینی توسط روانشناس بالینی یا روانپزشک بهره گرفته شود.

سپاسگزاری

بدین وسیله از کلیه مشارکت‌کنندگان تقدیر و تشکر به عمل می‌آید. این پژوهش از هیچ فرد یا موسسه‌ای حمایت مالی دریافت ننمود. به علاوه نویسندگان مقاله حاضر هیچگونه تضاد منافی را گزارش نکردند. پژوهش حاضر دارای شناسه اخلاق (1402.073 IR.IAU.ARAK.REC) از شورای پژوهش دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک می‌باشد.

منابع

- Akin, A. (2010). Self-compassion and Loneliness. *International Online Journal of Educational Sciences*, 2(3), 702-718.
- Abbasi A, Shamsizadeh M, Asayesh H, Rahmani H, Hoseini S A, Talebi M. (2013). The Relationship Between Caregiver Burden With Coping Strategies In Family Caregivers Of Cancer Patients. *IJPN* 2013; 1 (3): 62-71 URL: (persion)

1. Bic verhayegh
2. Ao, Verkicho, Tesfai, Hilisiasi and Abra

- Adelman, R. , Tmanova, L. , Delgado, D. , Dion, S. , & Lachsm, M. (2014). Caregiver burden: A clinical review. *Journal of the American Medical Association*, 311(10), 1052–1059.
- Ayalew, M. , Workich A. , Tesfaye, E. , Hailesilasie, H. , And Abera, M. (2019). Burden Among Caregivers Of People With Mental Illness At Jimma University Medical Center, Southwest Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *Annals Of General Psychiatry*, 18: 10.
- Beaumont, E. Durkin, M. Hollins Martin, C, J. Carson, J. (2016). Compassion for others, self-compassion, quality of life and mental well-being measures and their association with compassion fatigue and burnout in student midwives: A quantitative survey, 34: 239-244.
- Bedaso A, Dejen G, Duko B(2022). Depression among caregivers of cancer patients: Updated systematic review and meta-analysis. *Psychooncology*. 31: 1809-20. doi: 10. 1002/pon. 6045
- Bray, F. , Ferlay, J. , Soergomataram, I. , Siegel, R. L. , Torre, L. A. , Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOB_OCAN estimates of incidence and mortality world-wide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer. J Clin*, 68: 394-424.
- Chao, C. C. , Chen, S. H. , Wang, C. Y. , Wu, Y. C. , Yeh, C. H. (2003). Psychosocial adjustment among pediatric cancer patients and their parents. *Psychiatry Clin Neu-rosoci*, 57(1): 75-81.
- Chindaprasirt, J. , Limpawattana, P. , Pakkaratho, P. , wirasorn, K. , Sookprasert, A. , Kongbunkiat, K. , et al. (2014). Burdens among caregivers of older adults with advanced cancer and risk factors. *Asian pac J cancer prev*, 15(4); 1643-8.
- Drayer, R. , Piraino, B. , Reynolds, S. , Houck, P. , Mazumdar, S. , Bernardini, J. and et al. (2006). Charactristics Depression Hemodialysis Patient. *Psych-Med J*, 4(24): 306-12.
- Dukin M, Beaumont E, Holin CJ, Cason J. A pilot study exploring the relationship between self-compassion and other- focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self Identi-ty*. 2013; 12(2): 160-76.
- Gage-Bouchard, E. A. , Devine, K. A. , Hekler, C. E. (2013). The relationship between Socio-demographic characteristics, family environment, and caregiver coping in families of children with cancer. *J clin psychol med setting*, 20(4): 478-87
- Gaston-Johansson, F. , Lachica, E. M. , Fall-Dickson, J. M. , John Kennedy M, editors. (2004). Psychological distress, fatigue, burden of care, and quality of life in primary caregivers of patients with breast cancer undergoing autologous bone marrow transplantation. *Oncology nursing forum*, 31(6): 1161-9.
- Girgis, A. , Lambert, S. , Johnson, C. , Waller, A. , Currow, D. (2012). Physical, psychosocial, relationship, and economic burden of caring for people with cancer: a review. *J Oncol pract*, 9(4): 197-202.
- Govina, O. , Kotronoulas, G. , Mystakidou, K. , Katsaragakis, S. , Vlachou, E. , Patiraki, E. (2015). Effects of patient and personal demographic, Clinical and psychosocial characteristics on the burden of family members caring for patients with advanced cancer in Greece. *Eur J Oncol Nurs*, 19 (1): 81-8.
- Kaviani, H. , Seyforian, H. , Sharifi, V. , And Ebrahimkhani, N. (2009) Reliability and validity of Anxiety and Depression Hospital Scales (HADS): Iranian patients with anxiety and depression disorders. *Tehran Univ Med J*. 67 (5): 379-385. URL: (persion)
- Kahrazei, F. , Esmat, D. , And Hydarzadegan. , A. (2012). The Effect Of Cognitive Behavioral Therapy On Reduction Of Psychological Symptoms Among Patients With Cancer. *Zahedan Journal Of Research In Medical Sciences*, 112- 116. (persion)
- Khatti Dizabadi F, Yazdani J, Eftekhari Ardebili H, Batebi A, Shojaezadeh D. (2013) The Status of Caregiving among Informal Caregivers of Community-dwelling Elderly. *J Mazandaran Univ Med Sci*, 23 (100): 31-41. (persion)
- Krieger, T. , Berger, T. , Holtforth, M. G. (2016). The relationship of self- compassion panel analyses in depressed patients after outpatient therapy. *J Affect Disord*, 202: 39-45.
- Krieger, T. , Altenstein, D. , Baettig, I. , Doerig, N. , & Holtforth, M. G. (2013). Self-compassion in depression: Associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. *Behavior Therapy*, 44(3), - 513 501.
- Lloyd, J. , Muers, J. , Patterson T. G. & Marczak, M. (2018). Self-Compassion, Coping Strategies, And Caregiver Burden In Caregivers Of People With Dementia. *CLINICAL GERONTOLOGIST*, 42, 47- 59.

- Milbury K, Badr H, Fossella F, Pisters KM, Carmack CL. (2013). Longitudinal associations between caregiver burden and patient and spouse distress in couples coping with lung cancer. *Supportive Care in Cancer*, 1-9.
- National Comprehensive cancer control program, Department of Health, Department of cancer management center/noncommunicable diseases, ministry of Health and medical Education. (2014).
- National institutes of health curriculum supplement series understanding cancer. Available online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/nbk20362/>
- Neff, K. D. , Kirkpatrick, K. L. , Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *J Res Pers*, 41(1): 139-54.
- Neff, K. D. (2008). Self-Compassion and Other-Focused Responding. Paper presented at the 8th Annual Convention of the Society for Personality and Vredenburg, Krames & Flett. *Psychological Reports*, 57, 626-625.
- Neff, K. D. , & Faso, D. J. (2014). Self-Compassion and Well-Being in Parents of Children with Autism. *Mindfulness*, 1– 10.
- Neff k D. , Germen, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *J clin psycho*, 69(1): 28-44.
- Novak M, Guest C, Application of a multidimensional caregiver burden inventory, *The gerontologist*. (1989); 29(6): 798-803
- Noorbala, F. , Borjali, A. , And Noebala, A. A. (2013). The Interaction Effect Between Self Compassion And Rumination Of Depressed Patients In Compassion Focused Therapy. *Daneshvar Medicine*, 21, 77- 84. (Persian)
- Reyes, D. , Gonzalez, J. C. , Mohar, A. , Meneses, A. (2011). Epidemiologia del dolor por cancer. *Rev Soc Esp Dolor*, 18(2): 118—34
- Rowland C, Hanratty B, Pilling M, Berg B and Grande G, (2017). The contributions of family care-givers at end of life: A national post-bereavement census survey of cancer carers' hours of care and expenditures. *Palliative Medicine*, Vol. 31(4) 346–355. Reprints and permissions: [sagepub. co. uk/journalsPermissions. nav](http://sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav) DOI: 10. 1177/0269216317690479 journals.sagepub.com/home/pmj
- Sajadian, A. , Haghighat, S. , Montazeri, A. , Kazemnejad, A. , And Alavi, A. (2011) Post Diagnosis Coping Strategies Patients With Breast Cancer. *Ijbd* 4 (3): 52-58. URL: (persian)
- Salmani, N. , Ashketorsb, T. , And Hasanvand, Sh. (2014). The Burden Of Caregiver And Related Factors Of Oncology Patient Of Shahvali Hospital. *Advances In Nursing & Midwifery*, 24, 11- 17. (Persian)
- Shfiezadeh, A. , mirzaee, A. , Heravi-Karimooi, M. , Rejeh, N. , Sharif Nia, H. , AND Montazeri, A. (2020). The Relationship between Caregiver Burden and Anxiety and Depression in Caregivers of Alzheimer's Elderly, 15(2), 67-75. URL: (persian)
- Shahbazi, M. , Rajabi, Gh. , Maghami, E. , And Jelodari, A. (2015). Confirmatory Factor Analysis Of The Persian Version Of The Self-Compassion Rating Scale-Revised. *Psychological Models And Methods*, 19, 31- 46. (persian)
- Sheykhan, R. , Ghadampour, E. , AND Aghabozorgi, R. (2019). The Effect Of Self Compassion Training On Body Image And Quality Of Life In Women With Breast Cancer Without Metastasis Under Chemotherapy, *Quarterly Of Clinical Psychology Studies Allameh Tabataba'i University*, 9(35), 131- 145. (persian)
- Turen S, Yildizer F, (2025). The relationship between caregiving burden and hospital anxiety and depression in relatives of elderly patients transferred from intensive care unit to the ward. *Natiional centr for Biotechnology information*. 2025 May 26; 24(1): 589. doi: 10. 1186/s12912-025-03250-2.
- Udoh, E. Omorere, D. Sunday, O. Osasu, O. and Amoo, B. (2021). Psychological distress and burden of care among family caregivers of patients with mental illness in a neuropsychiatric outpatient clinic in Nigeria. *PLOS ONE*, 16(4), eo 0250309. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250309>
- Vallerand, A. H. , Bohler, D. C. , Templin, T. Hasenau. S. M. (2007). Knowledge of and barriers to pain management in care givers of cancer patients receiving home care. *Cancer nursing*, 30(1): 31-37.
- Van Der Lee, J. , Bakker, T. , Duivenvoorden, H. , & Dröes, A. (2014). Multivariate models of subjective caregiver burden in dementia: A systematic review. *Ageing Research Reviews*, 15, 76–93.

- Venkatesh, B. T. , Andrews, T. , Parsekar, S. S. , Singh, M. M. , & Menon, N. (2016). Stigma and mental health- caregivers' perspective: A qualitative analysis. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 4(1), 23–27.
- Verhaeghe. M, Bracke, P. (2007). Organizational and individual level determinants of stigmatization in mental health services. *Community Ment Health J*, 43: 375–400
- Yakar, H. K. , Pinar, R. (2013). Reliability and validity of Turkish version of the caregiver quality of life index cancer scale. *Asian pac J cancer prev*, 14(7): 4415-9.