

اثربخشی آموزش گروهی حل مسأله بر فرسودگی زنان مراقبت کننده از عضو بیمار خانواده در شهر فلاورجان

مرضیه شریفی*، دکتر مریم فاتحی زاده، دکتر رضوان السادات جزایری

گروه مشاوره خانواده، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۰/۱۲/۶ اصلاح نهایی: ۹۱/۵/۲۸ تاریخ پذیرش: ۹۱/۶/۱۴

چکیده:

زمینه و هدف: با توجه به پیامدهای زیانبار مراقبت خانوادگی از بیماران مزمن بر بهداشت روان و بهزیستی این مراقبین و ضرورت تدوین مداخلات موثر در این زمینه، پژوهش حاضر به بررسی میزان اثربخشی آموزش گروهی حل مسأله بر فرسودگی زنان مراقبت کننده از عضو بیمار خانواده می پردازد. روش بررسی: این پژوهش، یک مطالعه نیمه تجربی دو گروهی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری می باشد. نمونه آماری شامل ۴۰ زن مراقبت کننده از عضو بیمار خانواده می باشد که به شیوه نمونه گیری مبتنی بر هدف از بین مراقبین خانوادگی مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر فلاورجان انتخاب و در دو گروه مورد و شاهد (هر گروه ۲۰ نفر) جایگیری شدند. گروه مورد در ۸ جلسه هفتگی آموزش گروهی حل مسأله شرکت نمودند. هر دو گروه پرسشنامه فرسودگی مسلاج (Maslach Burnout Inventory-MBI)، را در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری (دو ماه بعد از اتمام برنامه آموزشی) تکمیل نمودند. داده ها با استفاده از آزمون آنالیز واریانس با اندازه گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند. یافته ها: نتایج بدست آمده نشان می دهد که در مراحل پس آزمون و پیگیری، گروه مورد در مقایسه با گروه شاهد میانگین نمرات کمتری در خستگی هیجانی و شخصیت زدایی و میانگین نمرات بیشتری در تحقق شخصی گزارش نموده اند ($P < 0.001$). نتیجه گیری: یافته های این پژوهش، اثربندی آموزش گروهی حل مسأله در کاهش فرسودگی زنان مراقبت کننده از عضو بیمار خانواده را تأیید نموده و می تواند در تعیین برنامه های پیشگیرانه و راهبردهای درمانی برای مراقبین خانوادگی مورد استفاده قرار گیرد.

واژه های کلیدی: آموزش حل مسأله، فرسودگی مراقبتی، مراقبین خانوادگی.

مقدمه:

امروزه بسیاری از خانواده ها با چالش های مراقبت خانوادگی از بیماران مبتلا به بیماری های مزمن روبه رو هستند، بیماری های مزمن (مانند بیماری قلبی، آسم، فشارخون بالا، دیابت، آلزایمر و غیره) نه تنها زندگی بیماران بلکه کیفیت زندگی اعضای خانواده آنان را نیز تحت تأثیر قرار می دهد (۱)، چرا که این قبیل بیماران غالباً ترجیح می دهند در خانه خودشان تحت مراقبت قرار بگیرند و معمولاً یکی از اعضای خانواده نقش فراهم کننده ی اصلی

مراقبت را بر عهده می گیرد (۲)، این مراقبین غیر رسمی فشار زیادی را تجربه می کنند که سلامت، بهزیستی و کیفیت زندگی ایشان را به شدت تحت تأثیر قرار می دهد (۳). مطالعات متعددی از تأثیر مراقبت خانوادگی بر سبک زندگی (۴)، بهزیستی هیجانی (۳)، سلامت جسمی مراقبین (۵) و همچنین پیامدهای منفی آن بر سازگاری بیمار تحت مراقبت حمایت می کنند. مطالعات نشان می دهد مراقبین نسبت به گروه شاهد (افراد فاقد نقش مراقبتی)

*نویسنده مسئول: اصفهان-دانشگاه اصفهان - دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی- گروه مشاوره- تلفن: ۰۳۱۱-۰۹۳۶۵۶۹۸۴۵۱

E-mail: msharifi.fij@gmail.com

پریشانی بیشتر و کیفیت زندگی پایین تری را گزارش می نمایند (۷،۶).

همچنین بر اساس شواهد، زنان مراقبت کننده از بیماران بویژه در خطر بالاتری برای تجربه احساس فرسودگی و پیامدهای منفی آن می باشند (۸). هیجانات منفی از قبیل خشم، ناکامی، فشار، ترس، تعارضات خانوادگی و نداشتن فرصت فراغت از مشکلات رایج زمینه ساز فرسودگی در بین زنان مراقبت کننده از عضو بیمار خانواده است (۹). فرسودگی مراقبتی که اصطلاحی کلی برای توصیف عوارض جسمی، هیجانی و مالی مراقبت از بیماران در افراد مراقبت کننده می باشد وضعیتی تحلیل برنده است که ادراک مراقبین از سلامت جسمی و رضایت از زندگی را به شدت تحت تأثیر قرار می دهد (۱۰).

Seneviratne and Samaranyake فرسودگی

در بین کارکنان محیط های درمانی را در سه وجه خستگی هیجانی، شخصیت زدایی و کاهش تحقق شخصی متمایز نموده اند (۱۱). خستگی هیجانی به فقدان منابع عاطفی و نیز احساس کمبود انرژی هیجانی برای سرمایه گذاری در روابط انسانی اشاره دارد. این نوع از فرسودگی در نتیجه فشار مطالبات اجتماعی، مواجهه مداوم با احساسات منفی، سروکار داشتن با افرادی که از بیماری رنج می برند و احساس ناتوانی در بهبود یا نجات دادن آنها ایجاد می شود و در بین کارکنان مراکز درمانی بسیار شایع است. تلاش در جهت مقابله یا توجیه خستگی هیجانی ممکن است منجر به شخصیت زدایی از بیمار گردد که دومین جزء فرسودگی است و به نگرش های منفی و یا بی تفاوتی نسبت به بیمار اشاره دارد. در آخر مراقبین ممکن است سطوح پایینی از تحقق شخصی را تجربه نمایند که به فقدان احساس خودکارآمدی و رضایت از خود در زمینه ی اثرگذاری بر زندگی و سلامت بیمار تحت مراقبت مربوط می باشد (۱۲). شواهد نشان می دهد چنانچه مراقبین خانوادگی در مقابل آنچه از منابع

هیجانی، جسمی و مالی خود هزینه می کنند، دریافت کمی داشته باشند، این عدم توازن منجر به فرسودگی مراقبتی در ایشان می گردد (۱۳). همچنین فرسودگی مراقبتی می تواند ناشی از گرانباری نقش، فشار و تنجیدگی مداوم در رابطه با مسؤلیت های مراقبت از بیمار بوجود آید (۱۴). البته مطالعات نشان داده که تجارب مراقبتی برای همه مراقبین خانوادگی یکسان نبوده و برخی از آن ها در شرایط مطالبات مراقبتی همسان، فشار و فرسودگی کمتری گزارش نموده اند (۱۵). همچنین مراقبت از بیمار برای افرادی که احساس می کنند مراقبین خوبی هستند و می توانند بطور مثبت بر زندگی بیمار تحت مراقبتشان تاثیر بگذارند تجربه ای مثبت و ارتقا دهنده ی رشد و تحقق شخصی به حساب آمده است (۱۶). اگر چه عوامل مرتبط با پیامدهای مراقبتی متفاوت هنوز به وضوح تعیین نشده اند، در مطالعات متعددی پیشنهاد شده که پاسخ های مقابله ای بطور معناداری پیش بینی کننده ی افسردگی، رضایت از زندگی و سلامت شخصی مراقبین است و هنگامی که مراقبین از تجزیه و تحلیل منطقی و راهبردهای مقابله ی حل مسأله استفاده می کنند کیفیت زندگی بالاتری خواهند داشت (۱۷) همچنین تفاوت در توانایی های حل مسأله مراقبین، تعیین کننده اصلی سطوح متفاوت افسردگی، اضطراب و بیماری در مراقبین خانوادگی در اولین سال مراقبت از عضو بیمار خانواده می باشد (۲۱-۱۸). علاوه بر این اثربخشی آموزش های حل مسأله بر کاهش پریشانی هیجانی و بهبود سازگاری و مهارت های خودمدیریتی مراقبین خانوادگی در پژوهش های متعددی مورد تأیید قرار گرفته است (۳، ۲۹-۲۲).

درمان حل مسأله در اصل برای آموزش مهارت های روانی- اجتماعی و فرایند گام به گام حل مشکلات روزمره به مراجعان طراحی شده است (۳۰). در این رویکرد مراجعان با استفاده از جهت گیری حل مسأله در زندگی، مشکلات را به عنوان چالش (و نه تهدید)

آزمون، پس آزمون و پیگیری و دو گروه آزمون و شاهد می باشد. جامعه آماری شامل کلیه زنان مراقبت کننده از عضو بیمار خانواده در شهر فلاورجان است که در پاییز ۱۳۹۰ به مراکز درمانی این شهر مراجعه نموده اند. برای تشکیل نمونه آماری با مراجعه به مراکز درمانی سطح شهر از بین ۹۵ زن داوطلب، ۴۰ فرد واجد ملاک های ورود در پژوهش به صورت نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب گردیدند.

ملاک های ورود در این پژوهش، دارا بودن نقش اصلی در مراقبت از عضو بیمار خانواده به مدت حداقل ۶ ماه، نمرات بالاتر از متوسط در پرسشنامه فرسودگی مسلاج (MBI)، نداشتن اختلالات روانپزشکی و بیماری های جسمی مزمن، عدم سابقه مصرف مواد مخدر و مشروبات الکلی و شاغل نبودن (به منظور شاهد اثر فرسودگی شغلی) می باشد.

پس از انتخاب نمونه، مراقبین بطور تصادفی در دو گروه مورد و شاهد جایگیری شدند. به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات حاصل از پژوهش محرمانه بوده و صرفاً در جهت اهداف پژوهش مورد استفاده محققین قرار خواهد گرفت. سپس گروه مورد به مدت دو ماه در ۸ جلسه هفتگی آموزش حل مسأله شرکت نمودند. محتوای جلسات با اقتباس از درمان حل مسأله (۳۰، ۳۱) و بر اساس مشکلات شایع در بین مراقبین خانوادگی طراحی گردید که بطور خلاصه شامل موارد زیر بود: آموزش روانشناختی مراقبین در زمینه مراقبت خانوادگی به عنوان یک عامل فشارزای مهم، نشانه ها و عوامل زمینه ساز فرسودگی مراقبتی و بیان ضرورت بکارگیری جهت گیری حل مسأله مثبت در امر مراقبت.

معرفی مدل ABC تفکر سازنده، توصیف گام های حل مسأله (تعریف مشکل، ارائه راه حل های مختلف، ارزیابی راه حل ها و انتخاب بهترین راه حل، برنامه ریزی و اجرای راه حل برگزیده، ارزیابی فرایند و در صورت لزوم انجام اصلاحات).

ارزیابی نموده و خوش بینانه با آن برخورد می نمایند (۳۱). آموزش مراقبین خانوادگی در این زمینه شامل مواردی از قبیل شناسایی و تعریف مشکل، تشخیص اینکه در چه مشکلاتی نیاز به کمک حرفه ای دارند، تعیین اقداماتی که آن ها برای حل این مشکل می توانند انجام دهند، تعیین موانع احتمالی در برنامه مراقبتی، تنظیم برنامه هایی برای حل مشکلات، انجام برنامه و ارزیابی نتایج می باشد. این گام ها برای مشکل کلی مراقبت از عضو بیمار خانواده طراحی می شوند (۳).

با وجود پیامدهای قابل ملاحظه اجتماعی، روانشناختی و جسمی مراقبت خانوادگی در سازگاری و نوتوانی بیماران مزمن و نیز مزایای اقتصادی آن برای جامعه، نقش مرکزی مراقبین خانوادگی اغلب توجه کمی دریافت نموده و فرصت های محدودی برای آموزش های ساختار یافته در دسترس ایشان قرار می گیرد (۳)، این در حالی است که مطالعات نشان می دهد ارتقای توانایی های مراقبین خانوادگی می تواند تاثیر بسزایی بر وضعیت کلی مراقبت از بیماران داشته و علاوه بر افزایش سطح بهداشت روانی و کیفیت زندگی مراقبین در بهبودی و سازگاری بیماران نیز مؤثر باشد (۱۹). بررسی پژوهش های داخلی و خارجی در این زمینه نشان می دهد که درمان فرسودگی مراقبین خانوادگی بطور خاص چندان مورد توجه قرار نگرفته است. لذا با توجه به ضرورت تدوین برنامه های آموزشی مناسب به منظور پیشگیری و یا کاهش فرسودگی در مراقبین، پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان اثربخشی آموزش حل مسأله بر خستگی هیجانی، شخصیت زدایی و تحقق شخصی زنان مراقبت کننده از عضو بیمار خانواده انجام پذیرفته است.

روش بررسی:

پژوهش حاضر مطالعه ای نیمه تجربی با پیش

مقیاس تحقق شخصی ۰/۸۷ و در همسران مبتلا به مولتیپل اسکلروز برای خرده مقیاس خستگی هیجانی ۰/۹، خرده مقیاس شخصیت زدایی ۰/۸۰ و خرده مقیاس تحقق شخصی ۰/۸۱ گزارش شده است (۱۲).

Azizi و همکاران در پژوهشی با انجام تحلیل عامل اکتشافی و تأییدی در نمونه ایرانی علاوه بر تأیید وجود سه عامل مذکور در MBI ضرایب آلفای کرونباخ را برای خستگی هیجانی ۰/۸۸، نقصان تحقق شخصی ۰/۷۷ و شخصیت زدایی ۰/۶۲ بدست آورده اند (۳۲). ابزار پژوهش توسط اعضای هر دو گروه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری (۲ ماه بعد از اتمام برنامه آموزشی) تکمیل شد و پس از آن برنامه آموزشی برای گروه شاهد نیز اجرا گردید.

سپس داده های حاصل از پرسشنامه با استفاده از آزمون آنالیز واریانس مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. لازم به ذکر است که قبل از تحلیل، مفروضه های همگنی کوواریانس اندازه گیری متغیرهای وابسته با انجام آزمون ماچولی (Mauchly test) مد نظر قرار گرفت و نتایج بدست آمده نشان داد که شرط همگنی کوواریانس در داده های مذکور برقرار بوده و لذا انجام تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر بلا مانع می باشد.

یافته ها:

بیماران تحت مراقبت اعضای هر دو گروه شامل ۱۲ بیمار مبتلا به بیماری قلبی، ۸ بیمار مبتلا به دیابت، ۸ بیمار مبتلا به فشارخون بالا، ۷ بیمار کلیوی تحت همودیالیز و ۵ بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروز می باشد. میانگین سنی اعضای گروه مورد ۲/۴۳ ± ۳۸/۶ و گروه شاهد ۲/۶۸ ± ۳۹/۱۱ بود. سطح تحصیلات اعضای هر دو گروه عبارت از ۵ نفر بالای دیپلم، ۱۸ نفر دیپلم و ۱۷ نفر زیر دیپلم می باشد. از لحاظ نسبت خویشاوندی مراقبین با بیماران، گروه نمونه شامل ۷۱ درصد همسر، ۱۸ درصد دختر و

انتخاب یک مشکل مراقبتی در هر جلسه که اعضا بتوانند گام ها را درمورد آن اجرا کنند، تجزیه و تحلیل فرایند طی شده و گرفتن بازخورد از اعضا، تعیین تکالیف خانگی حل مسأله برای تمرین گام های حل مسأله بیرون از جلسه درمان و در زندگی واقعی.

ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه فرسودگی مسلاج است که شامل ۲۲ گویه در قالب ۳ خرده مقیاس خستگی هیجانی، شخصیت زدایی و تحقق شخصی می باشد.

برای این پرسشنامه دو نوع مقیاس اندازه گیری بر حسب شدت و فراوانی وجود دارد که در پژوهش حاضر از مقیاس اندازه گیری شدت استفاده شده که عبارت است از طیف لیکرت ۷ درجه ای (هرگز=۰ تا خیلی زیاد =۶) بر حسب میزان شدتی که فرسودگی در مراقبت از بیمار توسط هر مراقب تجربه می شود. در این پژوهش از نسخه فارسی این پرسشنامه (۳۲) استفاده گردید که گویه های آن مطابق با رابطه بیمار- مراقب تغییر یافته است، مانند مراقبت از بیمارم برای تمام روز واقعاً سخت و طاقت فرساست (خستگی هیجانی)، احساس می کنم از طریق مراقبت از بیمارم بر زندگی و بهبودی او تاثیر مثبت می گذارم (تحقق شخصی)، واقعاً برایم مهم نیست بر سر بیمارم چه می آید (شخصیت زدایی). خرده مقیاس های شخصیت زدایی و خستگی هیجانی عباراتی منفی هستند و نمره بالاتر نشان دهنده فرسودگی بالاتر است در حالی که در خرده مقیاس تحقق شخصی که بیان گر تجارب مراقبتی مثبت می باشد نمرات بالاتر نشاندهنده فرسودگی کمتر می باشد (۱۲).

ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس های فرسودگی مسلاج در دو نمونه شامل همسران بیماران سرطانی و همسران مبتلا به مولتیپل اسکلروز بدست آمده است، ضرایب آلفای کرونباخ در همسران بیماران سرطانی برای خرده مقیاس خستگی هیجانی ۰/۸۹، خرده مقیاس شخصیت زدایی ۰/۶۹ و خرده

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری مؤلفه های فرسودگی مراقبتی

متغیر	مرحله		پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	مورد	شاهد	مورد	شاهد	مورد	شاهد	مورد	شاهد
خستگی هیجانی	۴۹/۴۵ ± ۲/۸۶	۴۹/۴ ± ۲/۸۹	۲۲/۹۵ ± ۲/۰۶	۴۹/۹ ± ۳/۱۱	۲۱/۴ ± ۲/۰۱	۵۰/۷۵ ± ۳/۲۱		
شخصیت زدایی	۲۴/۱ ± ۱/۷۱	۲۲/۹۵ ± ۱/۵۷	۱۲/۸۷ ± ۱/۱۷	۲۳/۳۵ ± ۱/۸۷	۱۰/۹۹ ± ۲/۷	۲۲/۵ ± ۳/۹		
تحقق شخصی	۱۴/۶۵ ± ۱/۵۳	۱۴/۳ ± ۱/۵۶	۳۵/۶ ± ۳/۵۱	۱۳/۹۵ ± ۱/۶۷	۳۷/۰۵ ± ۳/۲۲	۱۲/۸ ± ۱/۷		

داده ها بر اساس "میانگین ± انحراف معیار" می باشد. $P < ۰/۰۰۱$ بین گروه شاهد و مورد در مراحل پس آزمون و پیگیری.

شخصیت زدایی از پیش آزمون تا پیگیری کاهش معنی دار و میانگین نمرات تحقق شخصی افزایش معنی داری داشته است و با توجه به اینکه اثر عامل گروه نیز در مورد هر سه متغیر فرسودگی مراقبتی معنی دار بدست آمده است ($P < ۰/۰۰۰۱$) می توان نتیجه گرفت که آموزش حل مسأله در گروه مورد بر کاهش فرسودگی مراقبتی تاثیر معنی داری داشته و نتایج پایداری ایجاد نموده است.

بحث:

پژوهش حاضر به بررسی میزان اثربخشی آموزش گروهی حل مسأله بر کاهش فرسودگی زنان مراقبت کننده از عضو بیمار خانواده پرداخته است. نتایج بیانگر آن است که در میانگین نمرات پس آزمون و پیگیری بین دو گروه مورد و شاهد تفاوت معناداری وجود دارد. لذا می توان نتیجه گرفت آموزش گروهی حل مسأله بر کاهش فرسودگی مراقبتی در ابعاد خستگی هیجانی و شخصیت زدایی و نیز افزایش احساس تحقق شخصی تاثیر معناداری داشته است. در مطالعات پیشین نیز وجود رابطه بین سبک های حل مسأله کارآمد و سازگاری و سلامت مراقبین خانوادگی (۱۷، ۲۱-۱۸) و نیز اثربخشی آموزش حل مسأله در سلامت و سازگاری مراقبین خانوادگی مورد تأیید قرار گرفته است (۳، ۲۹-۲۲). در همین راستا نتایج پژوهش حاضر نشان می دهد که

۱۱ درصد عروس افراد مبتلا به بیماری مزمن می باشد. شاخص های توصیفی مربوط به پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نمرات خستگی عاطفی، شخصیت زدایی و موفقیت شخصی در دو گروه مورد و شاهد در جدول شماره ۱ ارائه شده است. در گروه مورد نسبت به گروه شاهد در مراحل پس آزمون و پیگیری میانگین نمرات مؤلفه های خستگی هیجانی و شخصیت زدایی کاهش و میانگین نمرات تحقق شخصی افزایش یافته است ولی در گروه شاهد تغییر محسوسی مشاهده نشده است (جدول شماره ۱).

نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد که اثر اصلی خستگی هیجانی ($F=۲۵۰۲/۲۰$)، شخصیت زدایی ($F=۱۲۵/۹۶$)، و تحقق شخصی ($F=۸۱۲/۵۰$) ($P < ۰/۰۰۰۱$) معنی دار بود. همچنین اثر تعاملی خستگی هیجانی و گروه ($F=۲۸۷۹/۹۳$)، شخصیت زدایی و گروه ($F=۱۲۱/۲۳$)، و تحقق شخصی و گروه ($F=۹۷۳/۲۶$) نیز معنی دار بوده است. به عبارت دیگر تغییرات در طول سه مرحله در درون گروه ها با هم تفاوت معنی داری دارند.

بنابراین با مقایسه میانگین نمرات متغیرهای مذکور در هر سه مرحله (جدول شماره ۱) می توان نتیجه گرفت که میانگین نمرات خستگی هیجانی و

آموزش های حل مسأله می تواند در جهت کاهش ابعاد مختلف فرسودگی مراقبتی نیز اثرمندی معناداری داشته باشد.

در مطالعه ای که بر روی همسران مراقبت کننده از بیماران سرطانی انجام گرفته آموزش حل مسأله منجر به افسردگی کمتر، شاخص های سلامتی بیشتر و مقابله کارآمدتر در مراقبین گردیده است (۲۲). همچنین این آموزش ها آمادگی مراقبتی بیشتر و پیشرفت در مقیاس های سرزندگی، عملکرد اجتماعی و بهداشت روانی افراد مراقبت کننده از بیماران سکنه مغزی را به همراه داشته است (۲۴). مداخله حل مسأله مختصر نیز بر روی مراقبین بیماران سرطانی پیشرفته نتایج معنی داری در بهبودی تنش هیجانی، اطمینان مراقبتی و جهت گیری حل مسأله مثبت دنبال داشته است و محققان بر مبنای این نتایج پیشنهاد نموده اند که حتی یک مداخله حل مسأله مختصر نیز می تواند برای مراقبین خانوادگی مفید و موثر باشد (۳). آموزش حل مسأله به مراقبین بیماران مبتلا به مصدومیت مغزی آسیب زا نیز موجب کاهش افسردگی، شکایات سلامتی و سبک های حل مسأله ناکارآمد مراقبین خانوادگی در طول زمان شده است (۲۳). اساس این درمان بر مفید بودن راهبردهای شناختی- رفتاری و تاثیر باورها بر سازگاری افراد در شرایط فشارآور تکیه دارد (۳۰). افراد دارای سبک حل مسأله سازنده، مهارت ها و باورهایی دارند که آن ها را در تنظیم هیجانها و حفظ یک نگرش مثبت برای حل مشکلات یاری می رساند. در مقابل، افرادی که راهبردهای حل مسأله ناکارآمد دارند معمولاً تحت شرایط فشارزا با مشکلاتی در تنظیم هیجان مواجه خواهند بود و در نتیجه مستعد اجتناب از مشکلات یا استفاده از روش های نامناسب و تکانشی برای حل مشکلات روزمره می باشند (۲۳).

در نظریه ارزیابی استرس و مقابله نیز پیشنهاد می شود که مهارت های مقابله ای افراد مهمترین و اصلی ترین عوامل در سازگاری موفق با استرس است (۳۳) و از این لحاظ توانایی های حل مسأله یکی از

مهمترین مهارت های مقابله ای می باشند که مدیریت استرس را تسهیل می نمایند (۳۰). بر طبق این نظریه بین ارزیابی های مثبت و منفی از مراقبت و پیامدهای روانشناختی در مراقبین رابطه وجود دارد (۳۴). به عبارت دیگر مراقبینی که نسبت به موقعیت مراقبت از بیمار ادراک منفی تری دارند وظایف مراقبتی را دشوارتر، وقت گیرتر و طاقت فرساتر تلقی می نمایند و در مقابل مراقبینی که از این موقعیت ارزیابی مثبتی دارند احتمال بیشتری دارد که انگیزش عملکرد بالاتری داشته و فرسودگی کمتری احساس نمایند (۱۰)، ارزیابی مشکلات به عنوان تهدید و ادراک خود به عنوان فردی که فاقد منابع مقابله ای کافی (حس شاهد و خودکارآمدی) می باشد نقش مهمی در بروز آثار منفی عوامل فشارزای زندگی خواهد داشت (۳۱). در این زمینه آموزش های حل مسأله به افراد می آموزد که چگونه هیجانها منفی خود در پاسخ به مراقبت از بیمار را مدیریت نموده و مشکلات و موضوعات مراقبتی را به طرز خوش بینانه و با استفاده از مهارت های حل مسأله ای کارآمد حل و فصل نمایند (۲۵). مطالعه شهبازی و همکاران نیز نشان داد که آموزش مهارت های حل مسأله بر افزایش سطح تحمل استرس در پرستاران مؤثر می باشد (۳۵). به نظر می رسد دیدن مشکلات به عنوان بخشی طبیعی از زندگی و اعتقاد به اینکه تلاش های حل مسأله موفقیت آمیز خواهد بود با ایجاد حس شاهد دوباره بر مشکلات زندگی، ظرفیت مراقبین را برای تحمل فشار و احساس نیرومندی در مقابله با مشکلات افزایش می دهد (۲۵).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، آموزش گروهی حل مسأله بر کاهش فرسودگی مراقبین خانوادگی مؤثر می باشد. ارائه مراقبت های طولانی مدت به بیماران مبتلا به انواع بیماری های مزمن، افزایش خطر ابتلا به بیماری های جسمی و روانی برای مراقبین را به دنبال دارد و فقدان آموزش های لازم نیز مشکلات سلامتی آن ها را دو چندان می نماید (۳۶). در این

کیفیت زندگی مراقبین نیز مورد بررسی قرار گیرد.

نتیجه گیری:

سلامت مراقبین به دلیل خدمات با ارزشی که برای بیماران فراهم می‌آورند عامل مهمی در سیستم مراقبت‌های بهداشتی است، در واقع سلامت بیماران به توانایی و صلاحیت مراقبین خانواده وابسته بوده و لذا سلامت و بهزیستی مراقبین خانواده یکی از اولویت‌های سلامت عمومی است. در این راستا به نظر می‌رسد همکاری متقابل مراکز بهداشت و درمان و مراکز خدمات مشاوره و روان‌درمانی در زمینه طراحی برنامه‌های حمایت از مراقبین خانوادگی تاثیر بسزایی در کیفیت کلی مراقبت ارائه شده توسط مراقبین و در نهایت ارتقای سازگاری و توانبخشی بیماران خواهد داشت.

تشکر و قدردانی:

از همه عزیزانی که در انجام این پژوهش ما را یاری رسانده اند صمیمانه سپاسگزاری می‌نمایم.

زمینه با توجه به محدودیت زمانی مراقبین خانوادگی، ساختار قابل انعطاف درمان‌های حل مسأله می‌تواند امکان فراهم نمودن برنامه‌های کوتاه مدت با بیشترین مزایای بالقوه را برای این افراد تسهیل نموده و به منظور طراحی برنامه‌های پیشگیرانه و یا مداخلات روان‌درمانی برای مراقبین خانوادگی مورد استفاده‌ی کارشناسان بهداشت و درمان، مددکاران اجتماعی و نیز مشاوران و درمانگران خانواده قرار گیرد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر به حد نصاب نرسیدن مراقبین مرتبط با یک نوع بیماری مزمن و همگن نبودن نوع بیماری افراد تحت مراقبت در نمونه مورد مطالعه می‌باشد. لذا پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی اثربخشی آموزش حل مسأله در نمونه‌هایی شامل مراقبین خانوادگی از گروه‌های همگن بیماران مانند مراقبین بیماران روانی، مراقبین بیماران مبتلا به بیماری‌های خاص، مراقبین عضو سالمند خانواده و همچنین مردان مراقبت‌کننده از عضو بیمار خانواده و با همراه نمودن سایر متغیرهای بهداشت روانی، سلامت جسمی و

منابع:

- 1.Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality: the caregiver health effects Study. JAMA. 1999 Dec; 282(23): 2215-9.
- 2.Higginson I, Wade A, McCarthy M. Palliative care: views of patients and their families. Br Med J. 1990; 301(6746): 277-81.
- 3.Cameron JI, Shin JL, Williams D, Stewart DE. A brief problem-solving intervention for family caregivers to individuals with advanced cancer. J Psychosom Res. 2004 Aug; 57(2): 137-43.
- 4.Boschen K, Tonack M, Gargaro J. The impact of being a support provider to a person living in the community with a spinal cord injury. Rehabil Psychol. 2005; 50: 397-407.
- 5.Schulz R, Newsom J, Mittelmark M, Burton L, Hirsch C, Jackson S. Health effects of caregiving: the caregiver health effects study: an ancillary study of the Cardiovascular Health Study. Ann Behav Med. 1997; 19(2): 6-110.
- 6.Berg A, Psych L, Palomaki H, Lonnqvist J, Lehtihalmes M, Phil L, et al. Depression among caregivers of stroke survivors. Stroke. 2005 Mar; 36(3): 639-43.

7. Lucke KT, Coccia H, Goode J, Lucke J. Quality of life in spinal cord injured individuals and their caregivers during the initial 6 months following rehabilitation. *Qual Life Res.* 2004 Feb; 13(1): 97-110.
8. Baider L, Bengel J. Cancer and the spouse: gender related differences in dealing with health care and illness. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2001 Nov; 40(2): 115-23.
9. Tarlow B, Wisniewski S R, Belle S H, Rubert M, Ory M, Gallagher-Thompson D. Positive Aspects of Caregiving: Contributions of the REACH project to the development of new measures for Alzheimer's caregiving. *Res Aging.* 2004; 26: 429-53.
10. Lee H, Singh J. Appraisal's burnout and outcomes in informal caregiving. *Asian Nurs Res.* 2010; 4(1): 32-44.
11. Samaranyake DB, Seneviratne SR. Validity of the Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey among Sri Lankan Nursing Officers. *Psychol Stud.* 2012; 57(1): 101-11.
12. Ybema JF, Kuijer RG, Hagedoorn M, Buunk BP. Caregiver burnout among intimate patients with a severe illness: an equity perspective. *Pers Relatsh.* 2002; 9: 73-88.
13. Bambara JK, Owsley C, Wadley V, Martin R, Porter C, Dreer LE. Family caregiver social problem-solving abilities and adjustment to caring for a relative with vision loss. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2009; 50(4): 1585-92.
14. Borg C, Hallberg IR. Life satisfaction among informal caregivers in comparison with non-caregivers. *Scand J Caring Sci.* 2006 Dec; 20(4): 427-38.
15. Clark PC. Effects of individual and family hardiness on caregiver depression and fatigue. *Res Nurs Health.* 2002 Feb; 25(1): 37-48.
16. Nijboer C, Tiemstra M, Tempelaar R, Sanderman R, Vanden Bos G A. Measuring both negative and positive reactions to giving care to cancer patients: Psychometric qualities of the caregiver Reaction Assessment (CRA). *Soc Sci Med.* 1999 May; 48(9): 1259-69.
17. Lim JW, Zebrack B. Caring for family members with chronic physical illness: a critical review of caregiver literature. *Health Qual Life Outcomes.* 2004; 2: 50-65.
18. Elliott T, Shewchuk R, Richards JR. Family caregiver social problem-solving abilities and adjustment during the initial year of the caregiving role. *J Couns Psychol.* 2001; 48: 223-32.
19. Grant J, Elliott T, Weaver M, Glandon G, Giger J. Social support, social problem-solving abilities, and adjustment of family caregivers of stroke survivors. *Arch Phys Med Rehabil.* 2006 Mar; 87(3): 343-50.
20. Rivera P, Elliott T, Berry J, Oswald K, Grant J. Predictors of caregiver depression among community-residing families living with traumatic brain injury. *Neuro Rehabilitation.* 2007; 22(1): 3-8.
21. Kurylo M, Elliott T, DeVivo L, Dreer L. Caregiver social problem-solving abilities and family member adjustment following congestive heart failure. *J Clin Psychol Med Settings.* 2004; 11: 151-7.
22. Toseland RW, Blanchard CG, McCallion P. A problem solving intervention for caregivers of cancer patients. *Soc Sci Med.* 1995 Feb; 40(4): 517-28.
23. Rivera PA, Elliott T R, Berry JW, Grant JS. Problem-solving training for family caregivers of persons with traumatic brain injuries: a Randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil.* 2008 May; 89(5): 931-41.
24. Grant JS, Elliott T, Giger J, Bartolucci A. Social problem-solving telephone partnerships with family caregivers of persons with stroke. *Int J Rehabil Res.* 2001; 24(3): 181-9.

25. Grant JS, Elliott TR, Weaver M, Bartolucci A, Giger J. A telephone intervention with family caregivers of stroke survivors after hospital discharge. *Stroke*. 2002 Aug; 33(8): 2060-5.
26. Lui MH, Ross FM, Thompson DR. Supporting family caregivers in stroke care: a review of the evidence for problem solving. *Stroke*. 2005 Nov; 36(11): 2514-22.
27. Houts PS, Nezu AM, Nezu CM, Butcher JA. The prepared family caregiver: a problem-solving approach to family caregiver education. *Patient Educ Couns*. 1996 Jan; 27(1): 63-73.
28. Bucher J, Houts P, Nezu CM, Nezu A. Improving problem solving skills of family caregivers through group education. *J Psychosoc Oncol*. 1999; 16: 73-84.
29. Elliott T, Shewchuk R. Problem solving therapy for family caregivers of persons with severe physical disabilities. In: Radnitz C. *Cognitive-behavioral interventions for persons with disabilities*. New York: Jason Aronson; 2000. p: 300-9.
30. D'Zurilla TJ, Goldfried MR. Problem solving and behavior modification. *J Abnorm Psychol*. 1971; 78(1): 107-26.
31. Nezu AM. Problem solving and behavior therapy revisited. *Behav Ther*. 2004; 35: 1-33.
32. Azizi L, Feyzabadi Z, Salehi M. Exploratory and confirmatory factor analysis of maslach burnout inventory among Tehran university employees. *Psychol Stud*. 2008; 4(3): 73-92
33. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer; 1984.
34. Yates ME, Tennstedt S, Chang BH. Contributors to and mediators of psychological wellbeing for informal caregivers. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 1999 Jan; 54(1): P12-22.
35. Shahbazi S, Heydari M, Shaykhi RA. The effect of problemsolving course on student s stress intplerence. *J Shahrekord Univ Med Sci* .2011; 13(2): 32-7.
36. Hosseiny RS, Bastani F, Sayahi S, Momen-Abadi H, Alijanpoor-Aghamaleki M. The effect of educational- counseling program on general health of women as caregivers of patient, with Alzheimerdisease. *J Shahrekord Univ Med Sci*. 2011, 13(5): 83-92.

The effectiveness of group problem-solving training on burnout in women caregivers of family patient member in Falavarjan, Isfahan, I.R. Iran

Sharifi M (PhD student)*, Fatehizade M (PhD), Jazayeri R (PhD)

Family Consulting Dept., Isfahan University, Isfahan, I.R. Iran.

Received: 24/Feb/2012 Revised: 18/Jul/2012 Accepted: 4/Sep/2012

Background and aims: Considering the consequences of family caregiving for patients with chronic illness on family caregivers' mental health and well-being, this study investigates the effectiveness of group problem-solving training in reducing the burnout of caregivers' women of Family Member with chronic illness.

Methods: This is a semi-experimental study with control group, pre-and post- test & follow-up design. Statistical sample included 40 caregiver women who were selected by purposive sampling among family caregivers referred to medical centers in Falavarjan. Participants were randomly assigned into two control and case groups (n=20). The case group participated in 8 Problem-solving training sessions. The both groups completed the Maslach Burnout Inventory in pre-and post tests and follow-up (2 months after the performance of educational program). Data were analyzed using Repeated Measure Analysis of Variance.

Results: The case group reported lower mean scores for emotional exhaustion and depersonalization, but higher mean scores for personal accomplishment than the control group ($P<0.01$).

Conclusion: The findings of this study shows the effectiveness of group problem-solving training in reducing the caregivers' burnout and it might be effective for determining the preventive planning and treatment strategies for family caregivers.

Keywords: Caregiver burnout, Family caregiver, Problem-solving training.

Cite this article as: Sharifi M, Fatehizade M, Jazayeri R. The effectiveness of group problem-solving training on burnout in woman caregivers of family patient member in Falavarjan, Isfahan, I.R. Iran. *J Sharekord Univ Med Sci.* 2013 Feb, March; 14(6): 38-47.

***Corresponding author:**

Family Consulting Dept., Education faculty, Isfahan University, Isfahan, I.R. Iran. Tel: 00989365698451, E-mail: msharifi.flj@gmail.com