

Motivations for providing care in family caregivers of hemodialysis patients: A qualitative content analysis study

ABSTRACT

Background and Objective: There is little knowledge about the underlying motivations that cause caregivers to care for the patient or not. This study aimed to identify the motivations of providing care in family caregivers of hemodialysis patients

Materials and Methods: This qualitative study was conducted using the conventional content analysis method. Fifteen family caregivers of hemodialysis patients were enrolled in the study via purposive with a maximum variation sampling method. The setting was hemodialysis wards of Tehran teaching hospitals. Data were collected via semi-structured interviews. The analysis was performed using conventional content analysis with MAXQDA version 10. To ensure the trustworthiness of the data, the criteria of Credibility, Dependability, Transferability, and Confirmability were taken into account

Results: Fifteen participants (eight women and three men) were interviewed. The majority (eight of them) were spouses. Totally 200 codes, 12 subcategories, four generic categories, and two main categories were extracted. The main categories included Social Motivation (including two generic categories: providing care influenced by norms and culture and providing care inspired by social influence) and Internal motivation (including two generic categories: religious-spiritual motivation to provide care and emotional-moral motivation to provide care).

Conclusions: To benefit from the valuable capabilities of family caregivers, must pay attention to their social and internal motivations in providing care. The findings of this study can be helpful for future planning to strengthen internal motivations and improve and guide the external motivations of caregivers.

Keywords: Caregivers, Caregiving, Hemodialysis, Motivation, Qualitative Research, Content Analysis

Paper Type: Research Article.

► **Citation (Vancouver):** Hejazi S, Hosseini M, Ebadi A, Alavi Majd H. Motivations for providing care in family caregivers of hemodialysis patients: A qualitative content analysis study. *Iran J Health Educ Health Promot. Spring 2022*; 10(1): 58-69. [Persian]x

► **Citation (APA):** Hejazi S., Hosseini M., Ebadi A., Alavi Majd H. (Spring 2022). Motivations for providing care in family caregivers of hemodialysis patients: A qualitative content analysis study. *Iranian Journal of Health Education & Health Promotion.*, 10(1), 58-69. [Persian]

Sima Sadat Hejazi

Ph.D. of Nursing, Student Research Committee, Department of Community Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Bojnurd Faculty of Nursing, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran. .

Meimanat Hosseini

* Associate Professor, Department of Community Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Corresponding Author):

m_hoseini@sbmu.ac.ir

Abbas Ebadi

Professor, Behavioral Sciences Research Center, Lifestyle Research Institute, School of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Hamid Alavi Majd

Professor, School of Paramedical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received: 2021/08/2

Accepted: 2021/11/29

انگیزه‌های ارائه مراقبت در مراقبت‌کنندگان خانوادگی بیماران تحت درمان با همودیالیز: یک مطالعه تحلیل محتوای کیفی

چکیده

زمینه و هدف: دانش محدودی در خصوص انگیزه‌های ارائه یا عدم ارائه‌ی مراقبت در مراقبت‌کنندگان خانوادگی به بیماران وجود دارد. هدف این مطالعه شناسایی انگیزه‌های ارائه مراقبت در مراقبت‌کنندگان خانوادگی بیماران تحت درمان با همودیالیز بوده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه‌ی کیفی به‌شیوه‌ی تحلیل محتوای قراردادی انجام شد. پانزده مراقبت‌کننده‌خانوادگی بیمار تحت درمان با همودیالیز با نمونه‌گیری مبتنی بر هدف با حداکثر تنوع وارد مطالعه‌شدند. محیط پژوهش، بخش‌های همودیالیز بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران بود. جمع‌آوری داده با استفاده مصاحبه نیمه ساختار یافته صورت گرفت و تا رسیدن به اشباع داده ادامه یافت. تحلیل داده به شیوه تحلیل محتوای قراردادی انجام و بدین منظور از نرم افزار MAXQDA نسخه ۱۰ بهره گرفته شد. جهت تعیین صحت و اعتبار یافته‌ها معیارهای مقبولیت، قابلیت اعتماد، قابلیت انتقال و تایید، مد نظر قرار داده شدند.

یافته‌ها: پانزده مراقبت‌کننده خانوادگی (۱۲ زن و سه مرد)، مورد مصاحبه قرار گرفتند که اکثریت آن‌ها (هشت نفر) همسر بیمار بودند. در مجموع، ۲۰۰ کد، ۱۲ زیرطبقه، چهار طبقه کلی و دو طبقه‌ی اصلی استخراج شد. طبقات اصلی شامل انگیزه‌های اجتماعی (طبقات کلی شامل ارائه مراقبت تحت تاثیر نرم‌ها و فرهنگ و ارائه مراقبت تحت تاثیر نفوذ اجتماعی) و انگیزه‌های درونی (طبقات کلی شامل انگیزه معنوی مذهبی و انگیزه اخلاقی عاطفی) بودند.

نتیجه‌گیری: برای بهره‌گیری از ظرفیت‌های ارزشمند مراقبت‌کنندگان خانوادگی، باید به انگیزه‌های اجتماعی و درونی آن‌ها در ارائه مراقبت توجه شود. یافته‌های این مطالعه می‌تواند جهت برنامه ریزی‌های آینده برای تقویت انگیزه‌های درونی و بهبود و هدایت انگیزه‌های بیرونی مراقبت‌کنندگان کمک‌کننده باشد.

کلیدواژه: مراقبت‌کننده، مراقبت، همودیالیز، انگیزه، پژوهش کیفی، تحلیل محتوا

نوع مقاله: مطالعه پژوهشی.

سیما سادات حجازی

دانش آموخته دکترای پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه پرستری سلامت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

دانشکده پرستاری بجنورد، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.

میمنت حسینی

* دکترای تخصصی، دانشیار، گروه پرستاری بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول): m_hoseini@sbmu.ac.ir

عباس عبادی

دکترای تخصصی، استاد، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، پژوهشکده سبک زندگی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله، تهران، ایران.

حمید علوی مجد

دکترای تخصصی، استاد، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۵/۱۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۹/۰۸

◀ **استناد (ونکوور):** حجازی س، حسینی م، عبادی ع، علوی مجد ح. انگیزه‌های ارائه مراقبت در مراقبت‌کنندگان خانوادگی بیماران تحت درمان با همودیالیز: یک مطالعه تحلیل محتوای کیفی. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. بهار ۱۴۰۱؛ ۱(۱): ۵۸-۶۹.

◀ **استناد (APA):** حجازی، سیما سادات؛ حسینی، میمنت؛ عبادی، عباس؛ علوی مجد، حمید. (بهار ۱۴۰۱). انگیزه‌های ارائه مراقبت در مراقبت‌کنندگان خانوادگی بیماران تحت درمان با همودیالیز: یک مطالعه تحلیل محتوای کیفی. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*، ۱(۱): ۵۸-۶۹.

مقدمه

دیالیز یک درمان مادام العمر برای بیماری کلیوی مرحله آخر^۱ محسوب می‌شود که همراه با چالش‌های جسمی، روانی و اجتماعی است که نه تنها بیمار بلکه اعضای خانواده ای که از او مراقبت می‌کنند را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد (۱). به طوری که، درمان با دیالیز یک درگیری خانوادگی محسوب می‌شود. یکی از اعضای خانوادگی بیمار تحت درمان با همودیالیز به عنوان شریک او در این فرآیند محسوب شده و مراقبت کننده بیمار است. در این شرایط به جز بیمار، بیشترین فردی که تحت تاثیر فرآیند بیماری و درمان قرار می‌گیرد، مراقبت کننده غیر رسمی و خانوادگی است (۲) که از بیمار در انجام کارهای روزانه شامل رفت و آمد به مرکز دیالیز، مدیریت علایم و نشانه‌های بیماری، تحرک و فعالیت، لباس پوشیدن و آماده کردن رژیم غذایی خاص و پایبندی به این رژیم، رسیدگی به برنامه‌های ویزیت پزشکی، سازمان‌دهی وسایل و امکانات مورد نیاز حمایت می‌کند (۳، ۴) و نقشی وسیع و قابل توجه دارد. امر حمایت‌های روانی و اجتماعی بیمار در مقابل فشار ناشی از درمان با دیالیز نیز اغلب برعهده‌ی مراقبت کننده است (۵). به طوری که تمام چالش‌های جسمی و روانی که یک بیمار تحت درمان با همودیالیز با آن مواجه است، باید توسط مراقبت کننده مدیریت شود (۶). مراقبت کنندگان غیر رسمی که معمولاً یکی از اعضای خانواده، بستگان یا دوستان بیمار هستند در خط اول مراقبت از بیماران مبتلا به اختلالات مزمن قرار دارند (۷) و پل ارتباطی ضروری بین بیمار و مراقبت کنندگان رسمی و حرفه‌ای محسوب شده و در دستیابی به اهداف و برآوردهای مثبت درمانی نقشی حیاتی ایفا می‌کنند. از طرف دیگر، مراقبت کنندگان خانوادگی، منبع اصلی و مهم حمایت عاطفی برای بیمار به شمار می‌آیند (۸).

طبق تئوری خودسازی تعهد مراقبت به دو دسته‌ی تعهد ذاتی^۲ (اعتقاد به تعهد) و تعهد خارجی (فشار اجتماعی)^۳ تقسیم بندی می‌شود. در این تئوری انگیزه شامل دو دسته ذاتی (درونی) و بیرونی

است. انگیزه ذاتی به انجام کار به دلیل اعتقاد به ارزشمندی ذاتی آن کار، جالب یا لذت بخش بودن آن اطلاق می‌شود. انگیزه خارجی مربوط به انجام یک کار به دلیل دستیابی به یک برآیند مشخص مثل برآورده کردن یک نیاز خارجی یا پیش‌گیری از مجازات است (۹). از نگاهی دیگر و براساس منابع، انگیزه‌های ارائه مراقبت به دسته‌های: (۱) پذیرش هنجارهای فرهنگی که شامل خانواده گرایی، تعهد، جبران و عمل متقابل، (۲) محبت، (۳) معنابخشی به زندگی شامل تکریم، احساس صلاحیت داشتن و تمایل به زندگی در روابط، (۴) جبران مالی و (۵) فقدان جایگزین طبقه بندی می‌شوند. مراقبت از یکی از بستگان مسن‌تر می‌تواند ناشی از نوع دوستی، جبران اعمال گذشته‌ی فرد، آرزوی دریافت مراقبت در آینده، قدردانی از بزرگ‌تر، تبادل عاطفی رضایت بخش یا تبادل حمایت باشد. تعهد به نگرش تعریف شده‌ی فرهنگی نسبت به وظیفه و مسئولیت مراقبت از بستگان اشاره دارد که تحت عنوان کلی تعهد یا تعهد فرزندی^۴ معرفی می‌گردد (۹). هنجارهای اجتماعی می‌توانند بر این موضوع که چه کسی مسئولیت مراقبت را قبول می‌کند، تاثیر بگذارند (۱۰). بررسی تاثیر فاکتورهای فرهنگی بر ارائه مراقبت موضوع مهمی است که فقط اخیراً به آن توجه شده است. خانواده گرایی یک ارزش فرهنگی است که به شناسایی و همبستگی قوی افراد با خانواده خود، همچنین احساس هنجاری^۵ قوی بیعت، فداکاری، عمل متقابل و دلبستگی به اعضای خانواده اعم از خانواده هسته‌ای و گسترده اشاره دارد (۹). در فرهنگ غربی اغلب همسران و پس از آن‌ها فرزندان عهده‌دار مراقبت می‌شوند. هنگامی که فرد چند فرزند داشته باشد، معمولاً فرزندان دختر مراقبت را به عهده می‌گیرند. انگیزه‌های ارائه مراقبت در قومیت‌های مختلف متفاوت است به طوری که بیشترین عامل انگیزشی در مراقبت کنندگان یونانی مسائل دینی و در مراقبت کنندگان کره‌ای، مسئولیت فرزند در قبال والدین در مقایسه با مراقبت کنندگان امریکایی بوده است (۱۱). در محیط مراقبت خانوادگی، ارائه‌ی مراقبت توسط فرزندان به والدین سالمند

4. Filial Obligation

5. Normative Feeling

1. End Stage Kidney Disease

2. Internal Obligation

3. Social Pressure

تجربه می‌کنند (۲۲) و این مساله که انگیزه‌های ارائه مراقبت، در تجربه‌ی مراقبت‌کننده از ارائه‌ی مراقبت، الگوهای رفتاری او در مراقبت (۱۲) و کیفیت مراقبتی که ارائه می‌کند (۱۴) نقشی مهم دارد همچنین توجه به این مساله‌ی حیاتی که داشتن انگیزه‌های درونی مثبت با تجربه‌های مثبت در امر ارائه‌ی مراقبت همراه است و شناسایی انگیزه‌های ارائه‌ی مراقبت در انتخاب راه‌های حمایت از مراقبت‌کنندگان یاری رسان است (۱۲) شناسایی این انگیزه‌ها ضروری به‌نظر می‌رسد. در جستجوی مطالعات، مطالعه‌ای که به بررسی انگیزه‌های ارائه مراقبت در مراقبت‌کنندگان بیماران تحت درمان با همدیالیز، به‌ویژه در ایران پرداخته باشد، یافت نگردید. همچنین، ابزارهای تخصصی موجود برای بررسی انگیزه‌های ارائه‌ی مراقبت در مراقبت‌کنندگان نیز محدودند. از طرف دیگر، بسیاری از ایده‌ها، عقاید و انگیزه‌های افراد را به‌خصوص هنگامی که مسائلی چون فرهنگ، بر درک افراد از این موضوعات تاثیر می‌گذارد، نمی‌توان به‌صورت کمی اندازه‌گیری کرد (۱۲). مطالعات و نظریه‌های موجود نشان می‌دهند، عوامل فرهنگی در جوامع دارای قومیت‌ها و نژادهای مختلف می‌تواند بر عقاید، نگرش و تجربیات افراد در مراقبت تاثیر بگذارد (۲۳). در ایران نیز، فرهنگ، سنت و مسائل اجتماعی بر تصمیم‌گیری‌های فرد در امر ارائه‌ی مراقبت تاثیر گذار اند. در نهایت، از آن جایی که روش کیفی، روش مناسبی برای بررسی انگیزه‌ها و عقاید افراد است، لذا این مطالعه با هدف شناسایی انگیزه‌های ارائه مراقبت در مراقبت‌کنندگان خانوادگی بیماران تحت درمان با همدیالیز در قالب یک مطالعه تحلیل محتوای کیفی صورت گرفت.

مواد و روش‌ها

نوع مطالعه

این مطالعه به روش تحلیل محتوای کیفی قراردادی^۴ انجام شد. تحلیل محتوای کیفی قراردادی هنگامی به عنوان طرح مطالعه استفاده می‌شود که هدف توصیف یک پدیده است. این نوع از مطالعه هنگامی که تئوری‌های موجود در زمینه پدیده مورد بررسی محدود یا ناکافی هستند مورد استفاده قرار می‌گیرد (۲۴).

خود کاملاً مستند است (۱۰). انگیزه‌های ارائه مراقبت به طور کلی و به‌طور ویژه خانواده گرایی، احساس تعهد و جبران متقابل، قویا تحت تاثیر مذهب و فرهنگ قرار می‌گیرند (۹). در ایران، سنت، عرف و مسائل دینی بر همه‌ی جنبه‌های مراقبت تاثیر گذارند (۱۲). در اسلام، که دین اکثریت مردم ایران است، احترام و تکریم بیمار بسیار ارزشمند محسوب می‌شود (۱۳).

در خصوص انگیزه‌هایی که سبب می‌شود فردی در قبال دیگران حمایت مسئولانه داشته باشد دانش محدودی در دست است (۱۴). عمده‌ی مطالعات در حوزه‌ی اختلالات شناختی صورت گرفته است. در این رابطه، گرینوود^۱ و اسمیت^۲ (۱۵) مرور نظام‌مندی بر مطالعات کمی در حوزه‌ی انگیزه‌های ارائه مراقبت در مراقبت‌کنندگان بیماران مبتلا به دمانس انجام داده‌اند، نتایج جستجوی آن‌ها در یک بازه‌ی زمانی حدوداً چهل ساله، به یافت تنها ۲۶ مقاله‌ی دارای معیار ورود انجامیده است. یک مطالعه کیفی نیز توسط زاهد^۳ و همکاران (۱۲) در ایران صورت گرفته که جمعیت هدف آن، مراقبت‌کنندگان غیررسمی بیماران مبتلا به دمانس بوده است. ماهیت خاص بیماری مزمن کلیوی مرحله آخر همچنین درمان طبی متفاوت و خاص این بیماران (درمان با همدیالیز)، وجود بیماری‌های زمینه‌ای متعدد، نیازهای مراقبتی اختصاصی همانند پیچیدگی‌های مرتبط با رعایت رژیم درمانی خاص، رژیم‌های دارویی متعدد، نیاز به حضور دقیق در جلسات دیالیز و صرف زمان زیاد برای انجام همدیالیز و عوارض حین انجام آن، وابستگی بیمار به دستگاه دیالیز، مسائل مراقبتی مرتبط با دسترسی عروقی (۱۶-۲۰) و شیوع بالای اختلالات خواب، خستگی و افسردگی (۲۱)، سبب ایجاد شکل خاصی از نیازهای مراقبتی در این بیماران و درگیری مراقبت‌کننده می‌گردد که با بسیاری از بیماری‌های جسمی و روان‌شناختی متفاوت است و لذا ممکن است بر انگیزه‌های مراقبت‌کننده تاثیرگذار باشد.

با توجه به ماهیت چالش برانگیز نقش مراقبت‌کنندگی (۱۵)، بار مراقبتی سنگینی که مراقبت‌کنندگان بیماران تحت درمان با همدیالیز

1. Greenwood

2. Smith

3. Zahed

4. Conventional Content Analysis

روش نمونه گیری

نمونه گیری در مطالعه‌ی حاضر، به روش هدفمند با حداکثر تنوع از نظر خصوصیات دموگرافیک، سطح اقتصادی، اجتماعی و طول مدت بیماری و نسبت مراقبت کننده با بیمار صورت گرفت. مراقبت کنندگان خانوادگی (اعضای خانواده، نزدیکان یا دوستان) بیماران تحت درمان با همودیالیز که مسئولیت مراقبت از بیمار را بر عهده داشته و مراقبت کننده‌ی اصلی به شمار می‌آمدند، سن بیمار آن‌ها بالای هجده سال بود و قادر به اشتراک گذاری تجربه خود به زبان فارسی بودند، بیمار آن‌ها در بیمارستان یا مراکز نگهداری سالمندان و آسایش گاه‌ها ساکن نبود و در ازای ارائه‌ی مراقبت، حقوقی دریافت نمی‌کردند، وارد مطالعه شدند. نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع ادامه پیدا کرد و در نهایت ۱۵ مراقبت کننده وارد مطالعه شدند. بازه‌ی زمانی انجام نمونه‌گیری آبان تا اسفند ماه ۱۳۹۸ بود.

روش جمع آوری داده‌ها

محیط پژوهش بخش‌های همودیالیز بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران بود. از مصاحبه عمیق و نیمه ساختار یافته به صورت چهره به چهره توسط نویسنده اول و با به کارگیری سوالات باز پاسخ برای جمع‌آوری داده استفاده شد. راهنمای مصاحبه تدوین و یک مصاحبه به صورت آزمایشی انجام و در تیم پژوهش تحلیل شد. برخی از سوالات راهنما نظیر: می‌توانید یک روزتان از صبح تا شب که صرف مراقبت از بیمارتان می‌شود را شرح دهید؟ دلیل شما برای مراقبت از بیمارتان چیست؟ و براساس پاسخ انگیزه ارائه مراقبت، از سوالات کاوشی: می‌توانید در این مورد بیش‌تر توضیح دهید؟ می‌توانید در این مورد مثالی بزنید؟ برای عمیق‌تر شدن مصاحبه استفاده شد. پس از کسب اجازه از مشارکت کنندگان مصاحبه‌ها ضبط شد. محل مصاحبه با توافق شرکت کنندگان اتاق انتظار بخش همودیالیز بود. در زمان مصاحبه به جز مصاحبه گر و مشارکت کننده، فرد دیگری حضور نداشت. به مشارکت کننده اطمینان داده شد که متون مصاحبه و اطلاعات او محرمانه حفظ خواهد شد و پس از توضیح هدف مطالعه از آن‌ها رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه اخذ شد. هیچ کدام از مشارکت کنندگان

از مطالعه خارج نشده و انصراف ندادند. مصاحبه‌ها نیازمند تکرار نشدند. کوتاه‌ترین زمان مصاحبه ۱۵ دقیقه و طولانی‌ترین آن ۱۰۵ دقیقه به طول انجامید.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

پس از پیاده سازی مصاحبه‌ها، و همزمان با انجام نمونه گیری و انجام مصاحبه‌ها، تجزیه و تحلیل به شیوه تحلیل محتوای استقرایی^۱ به روش الو^۲ و کینگاس^۳ (۲۵) صورت گرفت. این روش شامل سه مرحله آماده سازی، سازمان دهی و گزارش فرآیند آنالیز و یافته هاست. در فاز آماده سازی، آمادگی‌های عمومی جهت تجزیه و تحلیل کسب شده و متون مصاحبه به عنوان واحد تجزیه و تحلیل داده‌ها انتخاب شدند. با مطالعه‌ی مکرر متن مصاحبه‌ها و در نظر گرفتن موقعیت مصاحبه و ارتباط دادن متن مصاحبه با موقعیت‌ها، سعی در غوطه ور شدن در داده‌ها شد. در فاز سازمان دهی، قوانین کدبندی تعیین و کد بندی باز صورت گرفت. با قرار دادن کدهای مشابه در کنار هم، زیر طبقات تشکیل شد. زیر طبقات مرتبط در طبقات قرار داده شده و طبقه بندی‌های کلی و اصلی شکل گرفتند. گزارش کلیه مراحل تحلیل محتوای کیفی و یافته‌ها در فاز گزارش دهی آماده و ارائه شد. تجزیه و تحلیل و سازمان دهی داده‌ها با کمک نسخه ۱۰ نرم افزار MAXQDA صورت گرفت.

صحت و استحکام داده‌ها

برای تامین صحت و استحکام داده‌ها، معیارهای مقبولیت^۴، قابلیت اعتماد^۵، قابلیت انتقال^۶ و تأیید پذیری^۷ مد نظر قرار داده شدند (۲۶). برای اطمینان از مقبولیت داده‌ها از تکنیک پرسش از همتا^۸ و کنترل داده‌ها با مشارکت کننده^۹ بهره برده شد. همچنین نتایج به رویت تیم پژوهش رسانیده شده و موارد نیازمند اصلاح، ویرایش شدند. برای اطمینان از قابلیت اعتماد نتایج، توضیح کافی در مورد فرآیند

1. Inductive Content Analysis
2. Elo
3. Kyngas
4. Credibility
5. Dependability
6. Transferability
7. Confirmability
8. Peer check
9. Member check

طبقه اصلی یک: انگیزه اجتماعی

مراقبت کنندگان بیماران تحت درمان با همودیالیز تحت تاثیر مسائل فرهنگی از بیمار خود مراقبت می‌کردند. این طبقه از تلفیق طبقات کلی ارائه مراقبت تحت تاثیر نرم‌ها و فرهنگ و ارائه مراقبت تحت تاثیر نفوذ اجتماعی ایجاد شده که در زیر شرح داده می‌شوند:

طبقه کلی یک: ارائه مراقبت تحت تاثیر نرم‌ها و فرهنگ

این طبقه کلی شامل زیرطبقات وظیفه دانستن مراقبت، رابطه والد فرزندی، رابطه همسری و جبران زحمات بیمار بود. مراقبت کننده‌ی بیمار تحت درمان با همودیالیز، تحت تاثیر تعالیم فرهنگی و سنتی، به واسطه‌ی ارتباطی که با بیمار داشت، ارائه‌ی مراقبت را وظیفه خود می‌دانست. مشارکت کننده‌ی شماره یک (زن، همسر بیمار، ۵۴ ساله) می‌گوید: «فکر می‌کنم که جزیی از وظیفه‌ی ما انجام می‌دم». در فرهنگ ایرانیان، مراقبت از بیمار، یکی از وظایف اعضای خانواده و نزدیکان محسوب می‌گردد. یکی دیگر از انگیزه‌های ارائه‌ی مراقبت ذکر شده توسط مراقبت کنندگان، وجود رابطه‌ی والد-فرزندی بود. مراقب، به دلیل این که بیمار یکی از والدین او بود، در قبال ارائه‌ی مراقبت، احساس مسئولیت می‌کرد. این موضوع جزیی از فرهنگ ایرانی و البته بسیاری از فرهنگ‌های دیگر است که فرزندان، در هنگام بیماری و نیاز، باید از والدین خود حمایت کنند. مشارکت کننده‌ی شماره سه (مرد، فرزند بیمار، ۴۸ ساله) در این زمینه می‌گوید: «این وظیفه‌ی بچه‌ست که از پدر و مادر بیمار مراقبت کنه». از انگیزه‌های مراقبت مطرح شده توسط مراقبت کنندگان که در نقش همسر بیمار قرار داشتند، تحت تاثیر الزامی بود که سنت و فرهنگ ایرانی برای مراقب ایجاد می‌کرد. در فرهنگ و سنت ایرانی، مراقبت از همسر، جزیی از وظایف شریک زندگی محسوب می‌گردد. همسر ملزم به مراقبت از همسر خود است. مشارکت کننده شماره‌ی ده که که همسر بیمار بود (زن، ۵۳ ساله) می‌گوید: «خب ازش مراقبت می‌کنم چون شوهرمه» لذا احساس الزام به مراقبت از شریک زندگی، به عنوان یکی از نقش‌های همسری، انگیزه‌ی مراقبت کننده برای ارائه مراقبت بود. از دیگر سو، بسیاری از مراقبت کنندگان، جبران را انگیزه‌ای برای ارائه‌ی مراقبت خود اعلام کردند. مراقب در قبال

انجام مصاحبه به مشارکت کنندگان ارائه شد. از همه‌ی مشارکت کنندگان سوالات آغازگر یکسان پرسیده و در گزارش پژوهش، نقل قول‌های مشارکت کنندگان ذکر شد. برای کسب قابلیت انتقال، گزارش روش کار به صورت دقیق تدوین گردید. تلاش شد با ارائه گزارش دقیقی از روش کار، همچنین یافته‌های پژوهش و نقل قول‌ها، قابلیت انتقال یافته‌ها افزایش یابد. برای افزایش تایید پذیری یافته‌ها، برداشت پژوهش‌گر از صحبت مشارکت کننده به او انعکاس داده شد و از وی درخواست شد که صحت آن را تایید کند. از یادداشت عرصه بهره برده شد. کل فرآیند و مستندات پژوهش توسط ارزیابان خارجی مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها

تعداد ۲۰۰ کد، ۱۲ زیر طبقه، چهار طبقه کلی و دو طبقه اصلی استخراج شد که در جدول شماره یک نمایش داده شده است. پانزده مراقبت کننده خانوادگی وارد مطالعه شدند. دوازده مراقب زن و سه مراقب مرد بودند. از این تعداد، هشت مراقب همسر، شش مراقب فرزند و یک مراقب خواهر بیمار بود. بیش‌ترین سن مراقبین، ۶۷ و کم‌ترین سن ۳۰ سال بود. کم‌ترین طول مدت درمان با همودیالیز، دو ماه و بیش‌ترین مدت زمان درمان، ۱۰ سال بود.

جدول ۱. روند تلفیق زیرطبقات، طبقات کلی و طبقات اصلی

طبقات اصلی	طبقات کلی	زیرطبقات
انگیزه اجتماعی	ارائه مراقبت تحت تاثیر نرم‌ها و فرهنگ	وظیفه دانستن مراقبت
		رابطه والد فرزندی
		رابطه همسری
انگیزه ذاتی	ارائه معنوی مذهبی ارائه مراقبت	جبران زحمات بیمار
		جلب رضایت و خشنودی دیگران
		آینده‌نگری دلیل ارائه مراقبت
انگیزه اخلاقی عاطفی ارائه مراقبت	انگیزه معنوی مذهبی ارائه مراقبت	تاثیر پذیری از دیگران
		جلب رضایت خدا
		دریافت پاداش اخروی
انگیزه اخلاقی عاطفی ارائه مراقبت	انگیزه معنوی مذهبی ارائه مراقبت	ویژگی‌های بیمار یا علاقه به او
		داشتن روحیه مراقبت کنندگی
		همدلی

زحماتی که بیمار برایش کشیده، خود را مدیون دانسته و برای جبران آن زحمات، حال خود را ملزم به مراقبت از بیمار می‌دانست. مشارکت‌کننده شماره دو (مرد، فرزند بیمار، ۳۸ ساله) در این زمینه می‌گوید: «ما باید زحماتشون رو به جوری جبران کنیم. لااقل ازشون مراقبت می‌کنیم» همچنین مشارکت‌کننده شماره نه (زن، همسر بیمار، ۴۵ ساله) در این زمینه می‌گوید: «می‌گم خب اینم برای ما زحمت کشیده به این روز افتاده دیگه. اینم جوونیاش خب خیلی کار کرده. تا نصف شب می‌رفت سرکار. راننده اتوبوس شرکت واحد بود. کارش سنگین بود. سخت بود. خب خیلی زحمت کشیده». تعداد دیگری از مراقبت‌کنندگان، برای جلب رضایت و خشنودی دیگران مراقبت از بیمار را تقبل کرده بودند. به طور مثال مشارکت‌کننده شماره دوازده (مرد، همسر بیمار، ۶۷ ساله) در این باره می‌گوید: «من این خانم زن داداشمه. داداشم شهید شده. بعد، روز شهادتش خدا به دونه دختر به این داد. این دختره دیگه وادار کرد که ما ازین حفاظت کنیم و مراقبت بکنیم. به خاطر اون دختره‌ست. همه‌ی این چیزا به خاطر اون دختره‌ست. یعنی نمی‌خوام اون دلخور بشه. می‌خوام همیشه خوشحال باشه که از مادرش من بعد از پدرش محافظت کردم. واقعیتش اینه...». همچنین، حضور فرد سوم، همچون فرزندان، و با هدف جلب خوشنودی و رضایت آنان، یا جلوگیری از به دردسر افتادن سایرین، مراقبت‌کننده امر مراقبت را برعهده گرفته است؛ مراقبت‌کننده شماره چهار که همسر بیمار است (زن، ۵۹ ساله) می‌گوید: «از نظر خودم، چون من عاشق بچه‌هامم و نمی‌خوام بچه‌های خودم توی دردسر بیافتن، از پدرشون مراقبت می‌کنم. چون می‌دونم اونا درگیرن، خودشون درگیر مشکلات زندگیشون هستن، و اگر من هم بگذارم و برم، مسائل و مشکلات اون‌ها بیش‌تر و پیچیده‌تر می‌شه. من فقط به‌خاطر بچه‌هامه که این‌جام».

طبقه کلی دو: ارائه مراقبت تحت تاثیر نفوذ اجتماعی

این طبقه کلی شامل دو زیر طبقه آینده نگری و تاثیر پذیری در دیگران بود. گروهی از مراقبت‌کنندگان با این ذهنیت که ممکن است در آینده خود نیز نیازمند مراقبت باشند، و به امید دریافت مراقبت در آینده، از بیمار خود مراقبت می‌کردند. به‌طور مثال مراقبت‌کننده

شماره هشت (زن، همسر بیمار، ۵۴ ساله) در این باره می‌گوید: «من الان ازش مراقبت می‌کنم، بعد خب شاید من چند سال دیگه بهش احتیاج پیدا کردم. آدم نمی‌تونه پیش بینی بکنه، ممکنه منم یه روزی نیاز به کمکش داشته باشم» یا مراقبت‌کننده شماره پنج (زن، خواهر بیمار، ۳۰ ساله) ذکر می‌کند که: «آدم باید صبر داشته باشه دیگه چون همیشه فکر می‌کنم ممکنه همین‌روزا برای من نوعی هم باشه، اون موقع باید کسی باشه که دست آدمو بگیره». همچنین گروهی از مراقبت‌کنندگان، به دلیل توقع و انتظار دیگران از آن‌ها، از بیمار خود مراقبت می‌کردند. ناپسندیده بودن رها کردن بیمار از دیدگاه اطرافیان و توقعی که سایرین از مراقب داشتند، همچنین ترس از مورد قضاوت قرار گرفتن توسط اطرافیان، او را ملزم به ارائه مراقبت می‌کرد: «خب بالاخره ده سال، پونزده سال، بیست سال زندگی کردیم، این اتفاق برای همسرم افتاده، نمی‌تونم ولش کنم که. چون اصلاً توی جامعه پذیرفته نیست این قضیه. اگه این کارو بکنم، به قول معروف همسایه‌ها چی می‌گن، خانوادم چی می‌گه، این چی می‌گه اون چی می‌گه...» (مشارکت‌کننده شماره هشت، زن، همسر بیمار، ۵۴ ساله)

طبقه اصلی دو: ارائه مراقبت با انگیزه ذاتی

مراقب، تحت تاثیر انگیزه‌های معنوی- مذهبی یا علاقه و عشق از بیمار خود مراقبت می‌کند. در این طبقه، دو طبقه کلی انگیزه معنوی- مذهبی و انگیزه اخلاقی عاطفی قرار دارد.

طبقه کلی یک: انگیزه معنوی مذهبی ارائه مراقبت

این طبقه کلی از زیرطبقهات جلب رضا خدا و دریافت پاداش اخروی تشکیل شده است. مراقب، تحت تاثیر آموزه‌های مذهبی، با هدف جلب رضای خداوند از بیمار خود مراقبت می‌کرد. در اسلام، که دین اکثریت ایرانیان است، بر مراقبت از بیمار، تاکید شده است. مراقبت‌کننده معتقد است، که مراقبت از بیمار، سبب خشنودی خداوند خواهد شد. لذا مراقبت‌کننده شماره دوازده (مرد، همسر بیمار، ۶۷ ساله) نیز از جلب رضایت خداوند به عنوان انگیزه‌ی ارائه‌ی مراقبت خود این‌گونه یاد می‌کند: «من ازش مراقبت می‌کنم، به خاطر خدا». از طرف دیگر، تعدادی از مراقبت‌کنندگان، تحت تاثیر آموزه‌های

واقعا منو ول نمی‌کرد تا آخرش منو ساپورت می‌کرد» (مشارکت کننده شماره دوازده، مرد، همسر بیمار، ۶۷ ساله).

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با هدف شناسایی انگیزه‌های ارائه مراقبت در مراقبت کنندگان خانوادگی بیماران تحت درمان با همودیالیز صورت گرفت که منجر به استخراج دو طبقه اصلی ارائه مراقبت با انگیزه‌های اجتماعی و انگیزه‌های ذاتی شد.

انگیزه‌های ارائه مراقبت، می‌توانند بر برقراری ارتباط بین مراقبت کننده و بیمار و چگونگی ارائه مراقبت اثرگذار باشند. به طور کلی، انگیزه‌های ارائه مراقبت متفاوتی وجود دارند که می‌توانند زمینه‌ساز تصمیم‌گیری برای ارائه مراقبت شوند. این انگیزه‌ها، به طور منطقی، تحت تاثیر رابطه‌ی مراقبت کننده و بیمار هستند و می‌توانند بر احساس خوب بودن^۱ مراقبت کننده تاثیر بگذارند. همچنین، شواهد نشان می‌دهد، بین برخی از انگیزه‌های مراقبت، که عمدتاً درونی هستند، همچون انگیزه‌های مذهبی و معنوی یا مراقبت به واسطه‌ی عشق و علاقه به بیمار، که هر دو در نتایج این مطالعه نیز مشهود بودند، و یافتن معنا در نقش مراقبت کنندگی ارتباط وجود دارد. یافتن معنایی برای نقش مراقبت کنندگی، می‌تواند در کسب تجربه‌های مثبت همچنین دیدن جنبه‌های مثبت ارائه مراقبت، مراقبت کننده را یاری رساند (۲۷). همچنین یافتن معنایی برای ارائه مراقبت، می‌تواند به شایستگی بیش تر و تحمل فشار مراقبتی کم‌تری در مراقبت کننده منجر شود. از طرف دیگر، در متون، از انگیزه‌های بیرونی مراقبت، به عنوان یکی از پیش بینی کننده‌های فشار مراقبتی بیش تر یاد شده است (۲۸).

از طبقات اصلی استخراج شده در این پژوهش مراقبت برای جلب رضای خدا و پاداش اخروی بود. در مطالعه زاهد و همکاران (۱۲) نیز دو زیر طبقه پایبندی به دستورات دینی و دریافت پاداش اخروی از انگیزه‌های ارائه مراقبت بوده است. هر دو مطالعه در ایران که دین اکثریت مردم آن اسلام هست، صورت گرفته است. از آموزه‌های

مذهبی، با هدف دریافت پاداش اخروی از بیمار خود مراقبت می‌کردند: «شاید پیش خدا گم نشه. شاید در قیامت ما هم... این جا خب رو سیاهیم، شاید در قیامت رو سفید باشیم. شاید پیش خدا زحمت منم از بین نره» (مشارکت کننده شماره یازده، زن، همسر بیمار، ۴۹ ساله). براساس آموزه‌های دین اسلام، انجام اعمال خیر و نیکو در این دنیا، با دریافت پاداش در آخرت همراه است. مراقب معتقد است، خداوند ناظر بر اعمال اوست، و کار خیر مراقبت از بیمار، بی پاداش نخواهد ماند.

طبقه کلی دو: انگیزه اخلاقی عاطفی ارائه مراقبت

این طبقه کلی شامل زیرطبقات ارائه مراقبت به دلیل ویژگی‌های بیمار یا علاقه به او، داشتن روحیه مراقبت کنندگی و همدلی بوده است. برخی مراقبت کنندگان، به دلیل علاقمندی به بیمار یا خصوصیات ویژه‌ای که بیمار داشت، از او مراقبت می‌کردند در واقع پذیرش نقش مراقبت کنندگی به واسطه‌ی وجود رابطه‌ی عاطفی یا عاشقانه با بیمار صورت گرفته بود. به طور مثال مراقبت کننده شماره نه (زن، همسر بیمار، ۴۵ ساله) در این مورد ذکر می‌کند: «ازش به خاطر خودش مراقبت می‌کنم. چون مرد خوبیه». همچنین مراقبت کننده شماره هفت (زن، همسر بیمار، ۳۳ ساله) بیان می‌دارد که: «خب ازش مراقبت می‌کنم چون دوستش دارم».

از طرف دیگر، انگیزه‌ی ارائه مراقبت در تعدادی از مراقبت کنندگان، وجود روحیه‌ی ارائه مراقبت و علاقمندی به این امر بود. علاقه به کمک به همونوع، مشوق مراقب، برای ارائه‌ی مراقبت به بیمارش ذکر شد. به عنوان مثال، مراقبت کننده‌ی شماره‌ی شش، که دختر بیمار بود (سن ۴۶ ساله) بیان می‌کند که: «بینید من اگر شما باشید برای شما هم می‌کنم. اینجا دیدن، هر مریضی نیاز به کمک داره می‌کنم ... هر کی نیاز به کمک داره، مادی معنوی، فیزیکی، هر چی باشه من از دستم بریاد انجام می‌دم».

و در نهایت، برخی مراقبین با تلاش برای قرار دادن خود در جای بیمار، و با درک شرایط وی، احساس همدلی و درک نیاز بیمار، از او مراقبت به عمل می‌آوردند: «اگر من این جور بودم، این ول می‌کرد؟ می‌دونم که ول نمی‌کرد. من اگر به جای خانم بودم

دینی و اسلامی، احترام و مراقبت از پدر و مادر و بیمار است که در نتایج هر دو مطالعه کنونی و مطالعه مذکور آمده است. مراقبت کنندگان پاکستانی و مسلمان مورد بررسی قدیر^۱ و همکاران (۲۹) نیز ارائه مراقبت را نوعی تعهد و بخشی از وظیفه دانسته، آن را سعادت می‌دانستند. این تفکر تحت تاثیر تعالیم دینی آن‌ها بوده که مراقبت از بیمار را نوعی وظیفه و شایسته پاداش الهی می‌داند. آن‌ها هم چنین معتقد بوده‌اند که در ازای ارائه مراقبت از والدین خود، با برکت و سعادت، پاداش می‌گیرند و این نوعی انگیزه برای آن‌ها بوده است. این نتایج در راستا با نتایج پژوهش حاضر بوده است.

نتایج مطالعه مرور نظام‌مند گرینوود و اسمیت (۱۵) نشان داد که انگیزه‌های مراقبت کنندگان بیماران مبتلا به دمانس شامل عشق، جبران عمل متقابل، تعهد فرزندی، وظیفه و تعهد است. همچنین نتایج مطالعه فینی^۲ و کالینز^۳ (۱۴) نیز حاکی از انگیزه‌های مراقبت چون علاقه و نگرانی، احساس تعهد، علاقمندی به ارائه مراقبت و برخورداری از منافع شخصی بود. در مطالعه‌ی حاضر نیز، علاقه به بیمار، تعهد فرزندی، جبران اعمال گذشته، احساس وظیفه، برخورداری از منافع ارائه مراقبت (دریافت مراقبت در آینده) از انگیزه‌های ارائه مراقبت توسط مراقبان بوده است. ۹۲ درصد مراقبان مورد بررسی توسط کاهیل^۴ (۳۰) به دلیل نگرانی از بیمار خود مراقبت می‌کردند. عشق و علاقه انگیزه مراقبت در ۷۲ درصد این مراقبت‌کنندگان بود. وظیفه، تعهد و احساس گناه نیز از انگیزه‌های دیگر بودند. در مطالعه‌ی حاضر، عشق و احساس تعهد و وظیفه، از انگیزه‌های ارائه مراقبت بود که از این نظر با مطالعه کاهیل هم‌راستا است. از انگیزه‌های ارائه مراقبت در مراقبت‌کنندگان مورد بررسی کیم^۵ نیز عشق و تعهد فرزندی بوده است که مشابه مطالعه حاضر است (۳۱). مراقبت کنندگان بیماران مبتلا به دمانس در آفریقای جنوبی که توسط گیورایا^۶ (۳۲) مورد بررسی قرار گرفتند، وظیفه‌ی مراقبت

از اعضای خانواده را به عنوان نوعی مسئولیت و تعهد در فرهنگ آفریقایی معرفی کرده‌اند. در فرهنگ ایرانی و شرقی نیز، اعضای خانواده در قبال هم احساس تعهد و مسئولیت دارند. هنجارهای اخلاقی و فرهنگی همچون احساس تعهد و مراقبت به واسطه‌ی عشق، انگیزه مشترک ارائه مراقبت به نزدیکان در جوامع مختلف با فرهنگ‌های مختلف است. در واقع می‌توان گفت عوامل فرهنگی موثر بر ارائه مراقبت در جوامع مختلف، با فرهنگ‌های متفاوت، یکسان است. یکی از انگیزه‌های ارائه مراقبت در این مطالعه، جبران زحمات گذشته‌ی بیمار بوده است. همسران مورد بررسی پنگ^۷ و لی^۸ نیز، یکی از دلایل ارائه مراقبت را جبران تلاش‌های همسر خود برای پرورش کودکان، مراقبت از خانواده و حل و فصل مسائل شوهر در گذشته می‌دانند (۳۳). هم چنین یکی از دلایل ارائه مراقبت، در مطالعه میورای^۹ و همکاران نیز، جبران متقابل عمل افراد در گذشته بوده است (۳۴) که این نتایج مشابه با نتایج مطالعه حاضر است. جبران متقابل عمل فرد یک آموزه‌ی اخلاقی است که در مطالعات مختلف با فرهنگ‌های متفاوت، از انگیزه‌های ارائه مراقبت به شمار می‌رود. نتایج مطالعه پنگ و لی (۳۳) حاکی از این بود که زنان چینی، ارائه مراقبت را بخشی از وظایف همسری خود تلقی می‌کردند که هم‌سو با نتایج مطالعه حاضر است. زنان با اصالت ترک، مراکشی و با نژاد مختلط^{۱۰} مورد بررسی در مطالعه‌ی وان و زل^{۱۱} و همکاران (۳۵) نیز ارائه مراقبت از اعضای خانواده همراه با عشق و احترام را وظیفه خود دانسته‌اند. زنان مورد بررسی در مطالعه پیکوک^{۱۲} و همکاران نیز، مراقبت از شوهر خود را بخشی از وظایفشان در زندگی زناشویی دانسته‌اند (۳۶). در فرهنگ ایرانی نیز، مراقبت از همسر، بخشی از وظایف شریک زندگی، به‌خصوص زنان به شمار می‌آید.

یکی از انگیزه‌های مطرح شده توسط مراقبت‌کنندگان مورد بررسی در مطالعه‌ی زاهد و همکاران (۱۲)، انگیزه‌های مالی بوده

7. Pang
8. Lee
9. Murray
10. Surinamese Creole
11. Van Wezel
12. Peacock

1. Qadir
2. Feeney
3. Collins
4. Cahill
5. Kim
6. Gurayah

نتیجه گیری: انگیزه‌های ارائه مراقبت استخراج شده در مطالعه حاضر در راستای علل ارائه مراقبت ذکر شده در مطالعات مختلف در فرهنگ‌های متفاوت است. این انگیزه‌ها هم شامل انگیزه‌های درونی و هم انگیزه‌های بیرونی هستند. برای بهره مندی از نیروی ارزشمند مراقبت کننده‌ی خانوادگی در مراقبت خارج از بیمارستانی، که اهمیت آن روز به روز در حال افزایش است و دریافت مراقبت با کیفیت و در کنار آن کاهش فشار مراقبتی، توجه به انگیزه‌های ارائه مراقبت و تقویت انگیزه‌های درونی و جهت دهی و بهبود انگیزه‌های بیرونی ضرورت دارد. نتایج مطالعه‌ی حاضر می‌تواند در رسیدن به این هدف، کمک کننده باشد. در مطالعات بعدی توصیه می‌شود راه کارهای تقویت انگیزه‌های ارائه مراقبت در مراقبت کنندگان خانوادگی بیماران تحت درمان با همودیالیز مورد بررسی قرار گیرد. به علاوه، نظر به کیفی بودن مطالعه امکان برآورد میزان اثر انگیزه‌های درونی و بیرونی و مقایسه آنها در مطالعه حاضر وجود نداشت. لذا پیشنهاد می‌گردد در مطالعات بعدی این موضوع مدنظر قرار گیرد.

تقدیر و تشکر: مطالعه حاضر بخشی از رساله دکتری پرستاری مصوب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی است که مورد تایید کمیته اخلاق با کد IR.SBMU.PHARMACY.REC.1398.99 قرار گرفته و با حمایت مالی این دانشگاه انجام شده است. پژوهش گران بر خود لازم می‌دانند از مراقبت کنندگان خانوادگی بیماران تحت درمان با همودیالیز و افرادی که در انجام این پژوهش، همکاری در خور توجهی داشتند، سپاس‌گزاری نمایند.

تعارض در منافع: نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد

References

1. Avşar U, Avşar UZ, Cansever Z, Yucel A, Cankaya E, Certez H, et al. Caregiver Burden, Anxiety, Depression, and Sleep Quality Differences in Caregivers of Hemodialysis Patients Compared With Renal Transplant Patients. *Transplant Proc.* 2015;47(5):1388-91. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2015.04.054> PMID:26093725
2. Rezaee N, Seraji M. The perceived supports for self-care in hemodialysis patients: a qualitative study. *Iranian Journal of*

است. مراقبت کنندگان بیماران مبتلا به آلزایمر مورد بررسی توسط آنها با هدف دستیابی به امکانات زندگی یا کسب حق وراثت بیمار، به مراقبت از او می‌پرداخته‌اند. این در صورتی است که در مطالعه‌ی حاضر، هیچ کدام از مراقبت کنندگان به انگیزه‌های مالی اشاره ای نکردند. این اختلاف می‌تواند علل متفاوتی داشته باشد، بیماران مبتلا به آلزایمر، عموماً در سنین بالا و پایانی عمر قرار دارند از طرف دیگر، در صورت نبود بیماری‌های همراه، مراقبت از بیمار مبتلا به آلزایمر، می‌تواند به نگهداری از او در منزل محدود باشد. اما بیماران تحت درمان با همودیالیز در رده‌های مختلف سنی بوده، مراقبت از بیمار تحت درمان با همودیالیز خود همراه با هزینه‌های زیادی است و پیچیدگی‌های مراقبت از این بیماران به سبب نیاز به انجام همودیالیز و بیماری‌های همراه و عوارض، بسیار زیاد است. این بیماران ممکن است سالیان زیادی را با دریافت همودیالیز زنده بمانند و در نتیجه برنامه‌ریزی مراقبین برای رسیدن به مایملک و ارثیه‌ی آنها ممکن است نتواند انگیزه‌ای برای ارائه‌ی مراقبت از آنها باشد.

همچنین، برخی مراقبت کنندگان مورد مطالعه زاهد و همکاران (۱۲) با انگیزه‌هایی با نیت منفی، همچون گرفتن انتقام یا به سرقت بردن اموال به مراقبت از بیمار پرداخته‌اند. این موضوع شاید، به نوعی به ماهیت خاص بیمار مبتلا به آلزایمر که فرد آگاهی و شناخت نسبت به محیط و اطراف را از دست می‌دهد، مرتبط باشد، لذا چنین انگیزه‌های از طرف مراقبت کنندگان مطالعه‌ی حاضر مطرح نشد.

مطالعه‌ی حاضر شامل محدودیت‌های کلی مطالعات کیفی است که پژوهش گران تلاش کردند با به کارگیری تکنیک‌های مختلفی چون نمونه گیری با حداکثر تنوع آن را کاهش دهند. همچنین، چون نمونه گیری این پژوهش، صرفاً از شهر تهران صورت گرفته بود، ممکن است نتایج آن، منعکس کننده‌ی همه‌ی انگیزه‌های ارائه‌ی مراقبت از بیماران تحت درمان با همودیالیز ایران، نباشد. نقطه قوت مطالعه کنونی آن است که انگیزه‌های ارائه مراقبت را در مراقبین یک بیماری جسمی مزمن مورد بررسی قرار داده که تاکنون، کم‌تر مورد توجه بوده است.

- Health Education and Health Promotion. 2020;8(2):97-106.
<https://doi.org/10.29252/ijhehp.8.2.97>
3. Hoang VL, Green T, Bonner A. Informal caregivers' experiences of caring for people receiving dialysis: A mixed-methods systematic review. 2018;44(2):82-95.
<https://doi.org/10.1111/jorc.12235> PMID:29357407
4. Welch JL, Thomas-Hawkins C, Bakas T, McLennon SM, Byers DM, Monetti CJ, et al. Needs, Concerns, Strategies, and Advice of Daily Home Hemodialysis Caregivers. Clinical Nursing Research. 2013;23(6):644-63.
<https://doi.org/10.1177/1054773813495407> PMID:23876991
5. Alnazly E. Coping strategies and socio-demographic characteristics among Jordanian caregivers of patients receiving hemodialysis. Saudi J Kidney Dis Transpl. 2016;27(1):101-6.
<https://doi.org/10.4103/1319-2442.174088> PMID:26787574
6. Bardak S, Demir S, Aslan E, Turgutalp K, Celikcan HD, Dolarslan ME, et al. The other side of the coin in renal replacement therapies: the burden on caregivers. Int Urol Nephrol. 2019;51(2):343-9.
<https://doi.org/10.1007/s11255-018-2029-0> PMID:30515731
7. Farzi S, Farzi S, Moladoost A, Ehsani M, Shahriari M, Moieni M. Caring Burden and Quality of Life of Family Caregivers in Patients Undergoing Hemodialysis: A Descriptive-Analytic Study. Int J Community Based Nurs Midwifery. 2019;7(2):88-96.
8. Barello S, Castiglioni C, Bonanomi A, Graffigna G. The Caregiving Health Engagement Scale (CHE-s): development and initial validation of a new questionnaire for measuring family caregiver engagement in healthcare. BMC Public Health. 2019;19(1):1562.
<https://doi.org/10.1186/s12889-019-7743-8> PMID:31771546 PMCID:PMC6880352
9. Del-Pino-Casado R, López-Martínez C. Obligation and negative consequences in primary caregivers of dependent older relatives. PLoS One. 2018;13(9):e0203790.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203790> PMID:30192898 PMCID:PMC6128659
10. Jafari Y, Tehrani H, Esmaily H, Shariati M, Vahedian-shahroodi M. Family-centred empowerment program for health literacy and self-efficacy in family caregivers of patients with multiple sclerosis. Scandinavian journal of caring sciences. 2020;34(4):956-63.
<https://doi.org/10.1111/sccs.12803> PMID:31985862
11. Camden A, Livingston G, Cooper C. Reasons why family members become carers and the outcome for the person with dementia: results from the CARD study. Int Psychogeriatr. 2011;23(9):1442-50.
<https://doi.org/10.1017/S1041610211001189> PMID:21729411
12. Zahed S, Emami M, Bazargan-Hejazi S, Eslami AA, Barekatin M, Zamani-Alavijeh F. What motivates informal caregivers of people with dementia (PWD): a qualitative study. BMC Palliat Care. 2019;18(1):105.
<https://doi.org/10.1186/s12904-019-0491-9> PMID:31779612 PMCID:PMC6883577
13. Salehitali S, Ahmadi F, Hasanpour Dehkordi A, Noorian K, Fereidooni-Moghadam M, Zarea K. Progressive exhaustion: A qualitative study on the experiences of Iranian family caregivers regarding patients undergoing hemodialysis. International Journal of Nursing Sciences. 2018;5(2):193-200.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.01.005> PMID:31406824 PMCID:PMC6626230
14. Reisi M, Fazeli H, Mahmoodi M. Application of the social cognitive theory to predict self-care behavior among type 2 diabetes patients with limited health literacy. Journal of health literacy. 2021;6(2):21-32.
15. Greenwood N, Smith R. Motivations for being informal carers of people living with dementia: a systematic review of qualitative literature. BMC geriatrics. 2019;19(1):169-.
<https://doi.org/10.1186/s12877-019-1185-0> PMID:31208351 PMCID:PMC6580594
16. Sajadi SAM, Ebadi AP, Moradian STP. Quality of Life among Family Caregivers of Patients on Hemodialysis and its Relevant Factors: A Systematic Review. International journal of community based nursing and midwifery. 2017;5(3):206-18.
17. Alosaimi FD, Asiri M, Alsawayt S, Alotaibi T, Bin Mugren M, Almufarrih A, et al. Psychosocial predictors of nonadherence to medical management among patients on maintenance dialysis. Int J Nephrol Renovasc Dis. 2016;9:263-72.
<https://doi.org/10.2147/IJNRD.S121548> PMID:27826207 PMCID:PMC5096770
18. Ravaghi H, Behzadifar M, Behzadifar M, Taheri Mirghaed M, Aryankhesal A, Salemi M, et al. Prevalence of Depression in Hemodialysis Patients in Iran: a Systematic Review and Meta-analysis. Iran J Kidney Dis. 2017;11(2):90-8.

19. Katzir Z, Boaz M, Backshi I, Cernes R, Barnea Z, Biro A. Medication apprehension and compliance among dialysis patients--a comprehensive guidance attitude. *Nephron Clin Pract.* 2010;114(2):c151-7. <https://doi.org/10.1159/000254388> PMID:19887836
20. Aghakhani N, Sharif F, Molazem Z, Habibzadeh H. Content analysis and qualitative study of hemodialysis patients, family experience and perceived social support. *Iran Red Crescent Med J.* 2014;16(3):e13748. <https://doi.org/10.5812/ircmj.13748> PMID:24829767 PMCID:PMC4005429
21. Song YY, Hu RJ, Diao YS, Chen L, Jiang XL. Effects of Exercise Training on Restless Legs Syndrome, Depression, Sleep Quality, and Fatigue Among Hemodialysis Patients: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Pain Symptom Manage.* 2018;55(4):1184-95. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.12.472> PMID:29247753
22. Jafari H, Ebrahimi A, Aghaei A, Khatony A. The relationship between care burden and quality of life in caregivers of hemodialysis patients. *BMC nephrology.* 2018;19(1):321-. <https://doi.org/10.1186/s12882-018-1120-1> PMID:30419837 PMCID:PMC6233261
23. Jajarmi H. Predicting the Preventive Behaviors of Cutaneous Leishmaniasis in families with Children Under 10 Years, Applied the Precede Model. *Iranian Journal of Health Education & Promotion.* 2022;9(4):360. <https://doi.org/10.52547/ijhehp.9.4.360>
24. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res.* 2005;15(9):1277-88. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687> PMID:16204405
25. Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs.* 2008;62(1):107-15. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x> PMID:18352969
26. Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative.* Fifth ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
27. Quinn C, Clare L, Woods RT. The impact of motivations and meanings on the wellbeing of caregivers of people with dementia: a systematic review. *International Psychogeriatrics.* 2009;22(1):43-55. <https://doi.org/10.1017/S1041610209990810> PMID:19772684
28. Quinn C, Clare L, McGuinness T, Woods RT. The impact of relationships, motivations, and meanings on dementia caregiving outcomes. *Int Psychogeriatr.* 2012;24(11):1816-26. <https://doi.org/10.1017/S1041610212000889> PMID:22652014
29. Qadir F, Gulzar W, Haqqani S, Khalid A. A Pilot Study Examining the Awareness, Attitude, and Burden of Informal Caregivers of Patients With Dementia. *Care Management Journals.* 2013(4):230-40. <https://doi.org/10.1891/1521-0987.14.4.230> PMID:24579270
30. Cahill SM. Caring in Families: What Motivates Wives, Daughters, and Daughters-in-law to Provide Dementia Care?1. *Journal of Family Studies.* 1999;5(2):235-47. <https://doi.org/10.5172/jfs.5.2.235>
31. Kim Y. Korean american family postcaregivers on dementia caregiving: a phenomenological inquiry. *J Gerontol Soc Work.* 2009;52(6):600-17. <https://doi.org/10.1080/01634370903048352> PMID:19598041
32. Gurayah T. Caregiving for people with dementia in a rural context in South Africa. *South African Family Practice.* 2015;57(3):194-7. <https://doi.org/10.1080/20786190.2014.976946>
33. Pang RCK, Lee DTF. Finding positives in caregiving: The unique experiences of Chinese spousal caregivers of persons with young-onset dementia. *Dementia.* 2017;18(5):1615-28. <https://doi.org/10.1177/1471301217724026> PMID:28831816
34. Murray J, Schneider J, Banerjee S, Mann A. EURO CARE: a cross-national study of co-resident spouse carers for people with Alzheimer's disease: II--A qualitative analysis of the experience of caregiving. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1999;14(8):662-7. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199908\)14:8<662::AID-GPS993>3.0.CO;2-4](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(199908)14:8<662::AID-GPS993>3.0.CO;2-4)
35. van Wezel N, Francke AL, Kayan-Acun E, Ljm Devillé W, van Grondelle NJ, Blom MM. Family care for immigrants with dementia: The perspectives of female family carers living in the Netherlands. *Dementia.* 2014;15(1):69-84. <https://doi.org/10.1177/1471301213517703> PMID:24403313
36. Peacock S, Forbes D, Markle-Reid M, Hawranik P, Morgan D, Jansen L, et al. The Positive Aspects of the Caregiving Journey With Dementia: Using a Strengths-Based Perspective to Reveal Opportunities. *Journal of Applied Gerontology.* 2009;29(5):640-59. <https://doi.org/10.1177/0733464809341471>