

The Status of Caregiving among Informal Caregivers of Community-dwelling Elderly

Freshteh Khatti Dizabadi¹,
Jamshid Yazdani Cherati²,
Hassan Eftekhari Ardebili³,
Azizollah Batebi³,
Davoud Shojaezadeh³

¹ MSc Student in Health Education and Health Promotion, Faculty of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Department of Biostatistics, Health Sciences Research Center, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

³ Department of Health Education and Health Promotion, Faculty of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

(Received August 23, 2012 ; Accepted May 5, 2013)

Abstract

Background and purpose: Informal caregivers are untrained people who are not paid for providing care services, while in the care system they are considered as the main option. This study was conducted to determine the status of caregiving of informal caregivers and some related factors.

Materials and methods: This cross-sectional study was performed in 360 people older than 65 years of age who suffered from at least one chronic disease and 194 of their caregivers. The samples were selected through multi-stage random sampling method. The data was collected using questionnaires completed through face to face interviews and then analyzed using X^2 , T-test, Mannwitney, Gamma, Kruskal-wallis tests and Spearman's rank correlation test.

Results: Among the population 53.9% of seniors had the advantage of having a caregiver. These caregivers were 65.5% female. The caregivers in some families bared the burden of responsibilities (5.2%). The mean number of assistance provided to the elderly in daily activities and using tools were 2.17 ± 2 and 8.23 ± 2.5 , respectively. We found a significant correlation between burden of responsibilities of caregivers with assistance provided for daily activities and using tools ($P < 0.05$).

Conclusion: The results showed burden of responsibility as an important variable influencing the process of informal care. In other words, factors reducing the burden of caregiver responsibility could play an important role in the quality of services provided.

Keywords: Informal caregiving, informal caregiver, burden, community-dwelling elderly

وضعیت مراقبتی مراقبان غیر رسمی سالمندان ساکن منازل

فرشته خطی دیز آبادی^۱
جمشید یزدانی چراتی^۲
حسن افتخار اردبیلی^۳
عزیزالله باطبی^۳
داود شجاعی زاده^۳

چکیده

سابقه و هدف: مراقبین غیر رسمی، افراد آموزش ندیده ای هستند که جهت ارائه خدمات، وجهی دریافت نمی نمایند، در حالی که به عنوان ستون اصلی سیستم مراقبت در نظر گرفته می شوند. این مطالعه با هدف تعیین وضعیت مراقبتی مراقبان غیر رسمی و عوامل مرتبط با آن انجام گرفته است.

مواد و روش ها: این مطالعه توصیفی مقطعی بوده که بر روی ۳۶۰ سالمند ۶۵ سال و بالاتر ساکن منازل که حداقل از یک بیماری مزمن رنج می بردند و ۱۹۴ مراقب آنان انجام شد. روش نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای بود. داده ها با استفاده از پرسشنامه به صورت مصاحبه چهره به چهره جمع آوری و با استفاده از تست های آماری، توصیفی، کای-دو، T-test، Mann witney، Gamma، Spearman و Kruskalwallis test مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: ۵۳/۹ درصد از سالمندان دارای مراقب بودند که ۶۵/۵ درصد از مراقبین زنان بودند. ۵/۲ درصد از مراقبین دارای بار مسئولیتی خیلی شدید بودند. میانگین تعداد کمک های ارائه شده در زمینه فعالیت های روزانه و ابزاری به سالمند به ترتیب $2 \pm 2/17$ و $2/5 \pm 8/23$ بوده است. بار مسئولیتی مراقب با تعداد کمک ارائه شده در فعالیت های روزانه و ابزاری زندگی، دسترسی به نیروی کمکی، تعداد ساعات کمک ارائه شده در هفته و سودمندی سالمند برای مراقب رابطه آماری معنی داری را نشان داد ($p < 0/05$).

استنتاج: نتایج این مطالعه نشان می دهد که بار مسئولیتی مراقب یکی از متغیرهای مهم و تأثیرگذار در فرآیند ارائه مراقبت غیر رسمی می باشد؛ در واقع عواملی که سبب کاهش یا افزایش بار مسئولیتی مراقب می شوند در چگونگی ارائه خدمات نقش مهمی را ایفاء می نمایند.

واژه های کلیدی: مراقبت غیر رسمی، مراقبان غیر رسمی، بار مسئولیتی، سالمند ساکن منازل

مقدمه

رشد بیش تری یابد (۲). به همین دلیل مراقبت و حمایت از افراد سالمند مسأله ای مهم برای سیستم بهداشتی کشورها است (۱). در رابطه با این که سالمند ناتوان چگونه کمک دریافت نماید مشخص است که خانواده یکی از

یکی از چالش های مهم در جوامع امروز افزایش جمعیت سالمند و به دنبال آن افزایش ناتوانی است (۱). نتیجه سالمندی افزایش تقاضا برای دریافت مراقبت توسط سالمندان ناتوان بوده که انتظار می رود در آینده

E-mail: Jamshid_1380@yahoo.com

مؤلف مسئول: جمشید یزدانی - ساری: کیلومتر ۱۸ جاده خزرآب، مجتمع دانشگاهی پیامبر اعظم (ص)، دانشکده بهداشت

۱. دانشجوی کارشناس ارشد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲. گروه آمار زیستی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۳. گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۶/۲ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۱/۱۰/۱۴ تاریخ تصویب: ۱۳۹۱/۲/۱۵

مهم‌ترین منبع کمک رسانی می‌باشد (۲). افراد در جهان به چهار دسته تقسیم می‌شوند ۱- کسانی که مراقب هستند ۲- کسانی که مراقب بودند ۳- کسانی که مراقب خواهند شد ۴- کسانی که نیازمند مراقبت هستند. لذا مراقبان غیر رسمی به عنوان ستون اصلی سیستم مراقبت در نظر گرفته می‌شوند (۳). مراقبین غیر رسمی^۱ افراد آموزش ندیده‌ای هستند که جهت ارائه خدمات، وجهی دریافت نمی‌نمایند (۴). این افراد کمک و مراقبت‌های رایگان خود را به اعضای خانواده و دیگران ارائه می‌نمایند. آن‌ها می‌توانند همسر، فرزندان، دوستان، همسایه و یا والدین دریافت‌کننده مراقبت باشند که با ارائه کمک در زمینه فعالیت‌های روزانه زندگی از قبیل: آماده نمودن غذا، استحمام، دادن دارو و حمل و نقل سبب می‌شوند که این افراد بتوانند در منازل خود تحت مراقبت قرار گیرند، تا این که بخواهند به اجبار در مکان‌های دیگری نگهداری شوند (۳). مراقبان غیر رسمی در سرتاسر اروپا بیش از ۸۰ درصد از همه مراقبت‌ها را انجام می‌دهند و تقریباً دو سوم از مراقبت‌ها را زنان که عمدتاً دختران و همسران هستند بر عهده دارند (۵). به طور سنتی اکثر مراقبان غیر رسمی زنان هستند (۶). در مطالعات صورت گرفته در این زمینه نیز نقش بارزتر زنان در به عهده داشتن نقش مراقب، یعنی ۷۵ درصد نشان داده شد (۷) ولی تعداد مراقبان مرد نیز در حال افزایش است که این امر ممکن است ناشی از کاهش تعداد مراقبان و افزایش سالمندان باشد. این ناهماهنگی موجود میان تعداد مراقبان و سالمند می‌تواند سبب انگیزه در مردان جهت پذیرفتن نقش جدید مراقب شود. علاوه بر این، تعریف جامعه نیز از وظایفی که مردان بر عهده دارند (شغل‌های مردانه) در حال تغییر است که این مسئله می‌تواند مردان را تشویق نماید تا برای افراد مورد علاقه شان زمینه مراقبت را فراهم نمایند (۶). در سال ۱۹۹۸، ۵۲ میلیون آمریکایی یعنی ۳۱ درصد از جمعیت سنین ۷۰-۲۰ سال، مراقبت غیر رسمی را برای اعضای

خانواده، دوستان و یا افراد بیمار و ناتوان فراهم می‌نمودند (۸). در غیاب مراقبت غیر رسمی ممکن است از خدمات هزینه‌بری مانند ارائه خدمات مراقبت بهداشتی در منزل، تسهیلات کمک زندگی و آسایشگاه‌ها استفاده گردد و یا این که افراد سالمند بدون مراقب بمانند (۱). مراقبان غیر رسمی علاوه بر این که نقش بسیار مهمی در ارائه مراقبت دارند، در اقتصاد کلی ملی نیز تأثیر به‌سزایی دارند (۳). ارائه مراقبت توسط آن‌ها بدون هزینه نمی‌باشد زیرا می‌تواند سبب کاهش در تولید، کاهش سود و پیشرفت، مرخصی بدون حقوق و یا باز نشستگی زود هنگام آن‌ها گردد. هم چنین ممکن است سلامت جسمی و روحی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد (۱). با توجه به نظر برخی از پژوهش‌گران، مراقبان غیر رسمی سالمندان بیماران پنهانی هستند که مستعد ابتلاء به مشکلات جسمی- روانی و اجتماعی فراوانی می‌باشند (۹). چنانچه مطالعه محمدی نشان داده بود تنها ۵۳ درصد از مراقبان از ارائه مراقبت به سالمند خود راضی بودند (۴). هنگامی که مراقبت طولانی مدت از سالمندان به سمت خانه و اجتماع حرکت می‌کند، مسئولیت مراقبت به سمت خانواده‌ها تغییر می‌نماید؛ لذا درک تجارب افراد مراقب در این موقعیت برای اطمینان از حمایت درست، در دسترس و مؤثر ضروری می‌باشد (۱۰)؛ سلامت مراقب، بار و فشار مراقبتی تجربه شده، میزان استرس وارده به مراقب (۱۱)، سن و وضعیت جسمانی مراقب و ابعاد وابستگی سالمند به مراقب از عوامل مؤثر در فرآیند ارائه مراقبت به سالمند قلمداد می‌گردد (۱۲)، چرا که مراقبت و حمایت از افراد سالمند مسأله‌ای مهم برای سیستم‌های بهداشتی کشورها است (۱).

مطالعه محمدی و همکاران نشان داده بود که مراقب سالمند با دودسته عوامل تسهیل‌گرو بازدارنده روبه‌رو بودند که در سه طبقه اصلی، عوامل فردی، خانوادگی و خارجی دسته‌بندی شدند. این عوامل (آگاهی از نحوه مراقبت، ویژگی‌های فرد مراقب، شبکه حمایتی، مشارکت خانوادگی ...) بنابر ماهیت خود با

1. Informal Caregivers

کای- دو در سطح خطای نوع اول حداکثر ۵ درصد، با هدف گذاری تشخیص الگوهایی در اندازه $effect\ size = \sqrt{\frac{x^2}{N}} = 0/22$ با توان ۸۰ درصد حجم نمونه ۲۸۲ نفر و با توان ۹۰ درصد حجم نمونه ۳۶۰ نفر محاسبه گردید. (پروسیجر - Chi-squar Test for Multiple Propor tion) با استفاده از نرم افزار pAssII. برای بررسی رابطه میان متغیر Caregiver (مراقب) و IADL (فعالیت‌های روزانه زندگی با کمک وسایل) نیز به طور مشابه با $effect\ size = 0/۳۳$ و درجه آزادی ۹ و توان ۹۰ درصد استفاده شد؛ که حجم نمونه حداقل ۱۸۳ نفر به دست آمده است. با توجه به این که حجم نمونه به دست آمده در رابطه قبلی برای بررسی این رابطه نیز کافی بوده است، لذا با در نظر گرفتن ریزش ۲۰ درصدی نمونه‌ها، حجم نمونه ۳۶۰ نفر، با توان حداقل ۸۰ درصد برای هریک از دو آزمون کای- دو پیش بینی شد. روش نمونه‌گیری در این مطالعه تصادفی چند مرحله‌ای بود. ابتدا جامعه پژوهش به دو طبقه شهر و روستا تقسیم گردید و در مرحله بعد نمونه‌گیری خوشه‌ای در داخل هر طبقه انجام گرفت. جهت تحت پوشش قرار گرفتن کل شهرستان براساس نقشه جغرافیایی، شهر به چهار منطقه تقسیم گردید. مراکز بهداشتی درمانی شهری روستایی و پایگاه هر منطقه شناسایی و کد گذاری شد، سپس به طور تصادفی از هر منطقه، یک مرکز شهری یا پایگاه بهداشتی و یک مرکز روستایی به عنوان خوشه مورد نظر انتخاب شد. با توجه به تقسیم بندی وزنی جمعیت ۴۰ درصد حجم نمونه از منطقه روستایی و ۶۰ درصد نمونه از منطقه شهری بوده است. با توجه به این که کل سالمندان بالای ۶۵ سال شهرستان قائم شهر بر اساس سر شماری سال ۱۳۸۹، ۱۵۴۴۱ نفر بوده است و از این تعداد ۶۷۲۶ نفر ساکن روستا و ۸۷۱۵ نفر ساکن شهر بودند، لذا حجم نمونه منطقه شهری ۲۱۶ سالمند و حجم نمونه منطقه روستایی ۱۴۴ سالمند محاسبه شد. بدین ترتیب سهم هر مرکز یا پایگاه شهری منتخب ۵۴ سالمند و سهم هر مرکز

ایجاد سهولت و یا صعوبت در ارائه مراقبت به سالمند توسط زنان مراقب می‌توانند بر چگونگی تجربه آنان مؤثر باشند (۱۳). (در واقع عواملی که سبب کاهش یا افزایش بار مسئولیتی مراقب می‌شوند)، به عبارتی تقویت عوامل تسهیل گر مراقبت، در چگونگی ارائه خدمات نقش مهمی را ایفا می‌نمایند (۱۴) با توجه به اهمیت موضوع و بررسی پایگاه داده‌های در دسترس، مقالات کمی در این زمینه به چاپ رسیده است. لذا این مطالعه با هدف تعیین وضعیت مراقبتی مراقبان غیر رسمی با توجه به بار مسئولیتی و عوامل مرتبط با آن انجام گرفته است تا با شناسایی دقیق تر عوامل تأثیر گذار در ارائه مراقبت، بسترهای لازم جهت انجام مداخلات کاربردی فراهم گردد، به امید آن که بتوان زمینه رضایت‌مندی هر چه بیش تر را برای هر دو گروه سالمند و مراقب فراهم نمود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی مقطعی، بر روی ۳۶۰ نفر از سالمندان ۶۵ سال و بالاتر شهرستان قائم شهر و مراقبان آنها (در صورت داشتن مراقب)، انجام شد. با توجه به تقسیم‌بندی و تعریف WHO از افراد سالمند در سال ۲۰۰۷، این افراد به سه گروه تقسیم شده‌اند. گروه اول ۶۵-۷۴ سالگی که به افراد مسن نام گذاری شده‌اند یا Young old، گروه دوم ۷۵-۸۴ سالگی که به گروه سال خورده یا Old و گروه سوم ۸۵ سال به بالا که به گروه کهنسال یا OldOld نام گذاری شده‌اند که در مطالعه گاندهو نیز به این تقسیم بندی اشاره شده است (۱۵). لذا براین اساس افراد مورد مطالعه در این پژوهش، سالمندان ۶۵ سال و بالاتر می‌باشد. با توجه به هدف مطالعه، متغیرهای مهم پژوهش در نظر گرفته شد. یعنی رابطه میان متغیر مراقب (Caregiver) در دو سطح (داشتن مراقب و مراقب نداشتن) و فعالیت‌های روزانه زندگی (ADL^۱) در ۷ سطح سپس با استفاده از آزمون

1. Activities of daily living

داده‌ها از طریق پرسشنامه به صورت مصاحبه چهره به چهره از سالمندان مورد مطالعه و مراقبان آن‌ها (در صورت داشتن مراقب) جمع‌آوری گردید. با توجه به این که هدف اصلی مطالعه بررسی وضعیت مراقبتی مراقبان بوده است، ولی شرط ورود سالمند به مطالعه دارا بودن مراقب قرار نگرفت تا مشخص گردد که چه نسبت از سالمندان نیازمند به مراقب بودند، ولی دارای مراقب نبودند.

ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه بود. جهت تدوین سئوالات پرسشنامه از پایان نامه مقطع دکتری Yang (۱۹۹۷) استفاده شد (۱۶). پرسشنامه شامل سئوالات مربوط به متغیرهای جمعیت شناختی سالمند و مراقب، سلامت درک شده مراقب، جایگزین^۱ داشتن مراقب، بار مسئولیت^۲ مراقب، سودمندی سالمند برای مراقب، تعداد زمینه‌های دسترسی^۳ به نیروی کمکی، تعداد زمینه‌های کمک دریافت شده از نیروی کمکی، نسبت اولین فرد کمک کننده با مراقب، تعداد ساعات کمک ارائه شده در هفته به سالمند، تعداد کمک‌های ارائه شده در زمینه فعالیت‌های IADL, ADL^۴ بوده است. سئوالات مربوط به بار مسئولیت مراقب از ۱۵ سؤال تشکیل شده بود که با کد ۰ در صورت عدم مشکل و کد ۱ در صورت داشتن مشکل مشخص می‌شد. در صورتی که مجموع مشکلات مراقب صفر الی ۳ می‌شد، مراقب دارای مشکل خفیف یا عدم مشکل بود، ۴-۷ نسبتاً دارای مشکل، ۸-۱۱ دارای مشکلات شدید و ۱۲-۱۵ دارای مشکلات خیلی شدید بوده است. بقیه سئوالات نیز با کد صفر و یک با توجه به نوع سئوالات مشخص می‌گردید. برای تعیین اعتبار پرسشنامه از روش اعتبار محتوی استفاده شد. در این مطالعه ابتدا پرسشنامه زیر نظر اساتید صاحب نظر در این زمینه ترجمه و پس از چندین بار تجدید نظر در نهایت برای استفاده در مطالعه مورد تأیید قرار گرفت. جهت سنجش پایایی در این

روستایی منتخب ۳۶ سالمند بوده است. هم‌چنین در مراکز روستایی منتخب نیز یک خانه بهداشت به صورت تصادفی انتخاب گردید. در صورتی که تعداد نمونه مورد نیاز در یک خانه بهداشت به حد نصاب نمی‌رسید، از خانه بهداشت منتخب دیگر تعداد نمونه مورد نظر تکمیل می‌گردید. برای مشخص شدن اولین نمونه (سرخوشه) ابتدا به مراکز منتخب مراجعه شد، سپس بر اساس شماره خانوار و آدرس محل سکونت آخرین کودک واکسینه شده در آن روز، اولین سرخوشه مشخص گردید. از سمت راست آدرس مشخص شده با مراجعه به درب منازل، در صورت سکونت سالمند ۶۵ سال و بالاتر که شرط ورود به مطالعه را نیز دارا بودند، نمونه‌ها انتخاب می‌شد. قبل از انجام مصاحبه فرم رضایت‌نامه به سالمند در صورت داشتن مراقب و مراقب وی داده می‌شد تا در صورت تمایل مصاحبه انجام گیرد. معیار ورود سالمندان به مطالعه حداقل سن ۶۵ سال، دارا بودن (حداقل) یکی از بیماری‌های مزمن (بر اساس مشخصات و علائم بیان شده بیماری در پرسشنامه) از هجده بیماری مزمن ذکر شده (بر اساس خود گزارش دهی، زیرا این افراد به احتمال بیش‌تر نیازمند دریافت مراقبت از سوی مراقبان بودند)، توانایی تکلم، رضایت سالمند و مراقب وی جهت شرکت نمودن در مطالعه بوده است. (معیار خروج نیز عدم تمایل سالمند یا مراقب وی جهت ادامه مصاحبه و شرکت در مطالعه در هر مرحله‌ای از مصاحبه و عدم توانایی تکلم سالمند و مراقب بوده است. در ضمن به سالمندان مورد مطالعه این اطمینان داده می‌شد که کلیه اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد ماند و ضرورتی جهت ثبت، نام و نشانی محل سکونت آن‌ها نمی‌باشد. لذا قبل از شروع مصاحبه فرم رضایت‌نامه به سالمند و مراقب وی داده می‌شد تا در صورت تمایل مصاحبه صورت گیرد.

1. Respite
2. Burden
3. Availability
4. Instrumental Activities Of Daily Living

آزمون نیز از روش آزمون مجدد^۱ استفاده گردید. ابتدا پرسشنامه برای ۱۵ سالمند و مراقب وی به صورت مصاحبه چهره به چهره تکمیل شد. بعد از گذشت دو هفته از زمان تکمیل پرسشنامه مجدداً از همان افراد مصاحبه به عمل آمد. داده‌های مربوط به مصاحبه اولیه و ثانویه به ترتیب شماره سالمند و مراقب، ابتدا وارد برنامه Excel و بعد از طریق برنامه SPSS و با استفاده از روش آلفاکرونباخ، ضریب همبستگی (۰/۹۹۵) محاسبه گردید. در نهایت داده‌های جمع آوری شده با استفاده از برنامه آماری SPSS ویرایش ۱۸ و آزمون‌های آماری توصیفی، T-test، Mann-witney، Gamma، Spearman، Kruskalwallis test مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

۶۰ درصد از سالمندان ساکن شهر و ۴۰ درصد ساکن روستا بودند. میانگین سنی سالمندان مورد مطالعه ۷۴/۳۲±۷/۵۷ بوده است. ۶۱/۱ درصد از افراد مراقب با سالمند زندگی می‌نمودند. ۱۹/۱ درصد از مراقبین در قبال مراقبتی که به سالمند ارائه می‌نمودند، منزل سالمند را در اختیار داشتند. ۴۴/۳ درصد از مراقبین را همسران، ۱۴/۹ درصد را فرزندان پسر و ۲۶/۸ درصد را فرزندان دختر سالمند تشکیل داده بودند. سایر مشخصات جمعیت شفافی سالمندان و مراقبین مطالعه در جداول شماره ۱ و ۲ ارائه شده است. در ارتباط با مفید بودن (سودمندی) سالمند برای مراقب، ۵۲/۱ درصد از سالمندان در امور روزمره منزل، ۱۶ درصد از سالمندان در نگهداری از کودکان، ۶۶/۵ درصد از سالمندان در خرید وسایل یا دادن پول به مراقب، ۸۵/۶ درصد از سالمندان در زمینه همراهی و مشایعت مراقبان، ۷۷/۸ درصد از سالمندان در زمینه ایجاد حس مثبت و مفید بودن در مراقب، ۸۳/۵ درصد از سالمندان با کمک به هر شکل دیگری به مراقبان خود کمک ارائه می‌نمودند.

بیشترین زمینه سودمندی سالمند برای مراقب در ارتباط با همراهی نمودن مراقب (همنشین شدن و معاشرت با او) بوده است. در ۶ زمینه سودمندی مذکور ۷/۷ درصد سالمندان در هیچ یک از زمینه‌ها به مراقب کمک ارائه نمی‌نمودند و ۹/۳ درصد از آن‌ها در هر ۶ زمینه، به مراقب کمک ارائه می‌نمودند. در زمینه بررسی نسبت اولین فرد کمک کننده با مراقب در ارائه خدمات مراقبتی به سالمند، ۵۲/۹ درصد فرزند، ۱۴/۴ درصد همسر، ۱۷ درصد خواهر، ۷/۸ درصد برادر مراقب بوده‌اند. میانگین بار مسئولیتی برابر ۳/۸۵±۴/۵۶ بوده است و میانگین دسترسی به نیروی کمکی ۲/۴۷±۴/۰۲ فعالیت، میانگین کمک دریافتی ۲/۴۰±۳/۲۴ فعالیت، میانگین تعداد کمک ارائه شده به سالمند در فعالیت‌های روزانه زندگی ۲/۱۷ فعالیت و میانگین تعداد کمک ارائه شده به سالمند در زمینه فعالیت‌های روزانه زندگی با کمک ابزار ۲/۵۴±۸/۲۳ فعالیت بوده است.

نتایج این مطالعه نشان داد که داشتن مراقب با جنس و وضعیت تأهل سالمند ارتباط آماری معنی‌داری ندارد، اما با محل سکونت و گروه‌های سنی سالمند (با استفاده از آزمون کروسکال والیس رابطه میان داشتن مراقب و گروه‌های سنی سالمند بررسی شد) ارتباط آماری معنی‌داری دارد. درصد بیش‌تری از سالمندانی که ساکن روستا بودند و سالمندانی که ۶۵-۷۴ سال داشتند دارای مراقب بودند. تعداد کمک‌های ارائه شده در فعالیت‌های روزانه و ابزاری، با هم‌سکونتی مراقب و سالمند و جنس سالمند مرتبط نبوده است ($p > 0/05$). تعداد کمک‌های ارائه شده در فعالیت‌های روزانه و ابزاری، با محل سکونت سالمند رابطه معنی‌داری داشت ($p < 0/05$)، به گونه‌ای که کمک‌های ارائه شده در منطقه شهری بیش‌تر بوده است.

هم‌چنین سودمندی سالمند برای مراقب با جنس و محل سکونت سالمند مرتبط نبود ($p > 0/05$). علاوه بر این تعداد ساعات کمک ارائه شده در هفته با جنس

1. Test-Retest

جدول شماره ۱: فراوانی نسبی و مطلق متغیرهای جمعیت شناختی سالمند و مراقب

متغیرهای جمعیت شناختی	سالمند		مراقب	
	وضعیت	تعداد (درصد)	وضعیت	تعداد (درصد)
جنسیت	زن	۴۲/۸۱ (۲۰.۶)	زن	۶۵/۵۱ (۲۷.۵)
	مرد	۵۷/۲۱ (۱۵.۴)	مرد	۳۴/۵۰ (۶۷.۳)
سن	۶۵-۷۴	۵۲/۵۱ (۱۸.۹)	۱۰-۱۹	۱/۲
	۷۵-۸۴	۳۷/۲۱ (۱۳.۴)	۲۰-۲۹	۵/۶ (۱۱.۱)
۸۵-۹۴	۱۷/۱۳ (۶.۵)	۳۰-۳۹	۱۷/۱۳ (۳۳.۳)	
	۳۲/۲۴ (۱۶.۳)	۴۰-۴۹	۳۲/۲۴ (۴۵.۵)	
۹۵-۱۰۴	۱۰/۳ (۳.۷)	۵۰-۵۹	۱۶/۳۱ (۱۶.۳)	
	۶۰-۶۹	۱۳/۴ (۲۶.۴)	۷۰-۷۹	۱۵/۵ (۳۰.۵)
سواد	—	—	۸۰-۹۴	۸/۲ (۱۶.۴)
	—	—	باسواد	۶۶/۹۱ (۳۰.۶)
محل سکونت	شهر	۶۰/۲ (۱۶.۴)	بی سواد	۳۳/۶۴ (۳۳.۳)
	روستا	۴۰/۱ (۴.۴)	—	—
وضعیت تاهل	متاهل	۶۶/۹ (۲۴.۱)	متاهل	۷۵/۳ (۱۴.۶)
	تنها	۳۳/۱ (۱۹.۳)	تنها	۲۴/۶ (۶.۸)
نیازمند به مراقب	بله	۶۱/۹ (۲۲.۳)	بله	۴۲/۳ (۸۲.۳)
	خیر	۳۸/۱ (۱۳.۷)	خیر	۳۸/۵ (۷۵.۵)
داشتن مراقب	بله	۵۳/۹ (۱۹.۴)	بله	۵۳/۹ (۱۰۰.۰)
	خیر	۴۶/۱ (۱۶.۶)	خیر	۴۶/۱ (۱۰۰.۰)
همزیستی با مراقب	بله	۲۸/۴ (۱۰.۵)	بله	۲۸/۴ (۱۰۰.۰)
	خیر	۷۱/۶ (۲۶.۳)	خیر	۷۱/۶ (۱۰۰.۰)
مشارکت سالمند در پرداخت هزینه هابا مراقب با مراقب	بله	۵۱/۸ (۲۹.۹)	بله	۵۱/۸ (۱۰۰.۰)
	خیر	۴۸/۲ (۲۶.۳)	خیر	۴۸/۲ (۱۰۰.۰)

مسئولیت مراقب با جنس سالمند رابطه آماری معنی داری مشاهده نشد ($p > 0.05$)، ولی با جنس مراقب رابطه آماری معنی داری وجود داشته است. بار مسئولیتی گزارش شده در مراقبین زن بیش تر بوده است.

بحث

در این مطالعه بیش تر مراقبان در رده سنی ۴۰-۴۹ سال قرار داشتند، یعنی سنین میان سالی که این مطلب

جدول شماره ۲: فراوانی نسبی و مطلق متغیرهای اجتماعی-اقتصادی و مراقبتی مراقبان

مشخصات	وضعیت	تعداد (درصد)
وضعیت اشتغال	شاغل (کار دولتی)	۱۴ (۷.۲)
	شاغل (کار آزاد)	۲۳ (۱۱.۹)
	خانه دار	۸۲ (۴۲.۳)
کفایت درآمد	سایر	۷۵ (۳۸.۵)
	ناکافی	۵۴ (۲۷.۸)
	در حد گذران زندگی	۹۹ (۵۱.۹)
طول مدت مراقبت	کافی	۴۱ (۲۱.۱)
	کمتر از شش ماه	۱۸ (۹.۳)
	شش ماه الی کمتر از ده سال	۶۰ (۳۰.۹)
سلامت درک شده مراقب	ده سال و بیشتر	۱۱۶ (۵۹.۸)
	عالی	۴ (۱.۲)
	خوب	۱۰۱ (۵۲.۱)
بارمسئولیتی مراقب	متوسط	۷۰ (۳۶.۱)
	بد	۱۹ (۹.۸)
	علم بار مسئولیت-خفیف	۸۸ (۴۵.۴)
جایگزین داشتن مراقب	متوسط	۳۷ (۱۹.۱)
	شدید	۱۰ (۵.۲)
	خیلی شدید	۴۱ (۲۱.۱)
زمینه دسترسی به فرد کمک کننده در فعالیت های روزمره توسط مراقب	بله	۱۵۳ (۷۸.۹)
	خیر	۴۳ (۲۲.۲)
	هیچ یک از فعالیتها	۵۰ (۲۵.۸)
زمینه کمک های دریافت شده از فرد کمک کننده در فعالیتهای روزمره توسط مراقب	یک الی پنج فعالیت	۱۰۱ (۵۲.۱)
	شش فعالیت	۴۶ (۲۳.۷)
	هیچ یک از فعالیتها	۸۴ (۴۳.۳)
کمک های ارائه شده در زمینه شش فعالیت روزانه (ADL) به سالمند	یک الی پنج فعالیت	۶۴ (۳۳)
	شش فعالیت	۴۶ (۲۳.۷)
	هیچ یک از فعالیتها	۱۲۵ (۶۴.۵)
کمک های ارائه شده در زمینه فعالیت های روزانه زندگی با کمک وسایل (IADL) به سالمند	یک فعالیت	۲۳ (۱۱.۹)
	دو الی پنج فعالیت	۱ (۰.۱۵)
	شش الی ده فعالیت	۳۵ (۱۸.۱)
مدت زمان ارائه کمک در طی هفته	شش الی ده ساعت	۱۱۰ (۵۶.۷)
	بازده فعالیت	۴۸ (۲۴.۷)
	یک الی شش ساعت	۶۸ (۳۷.۶)
کمک وسایل (IADL) به سالمند	هفت الی پانزده ساعت	۶۰ (۳۰.۹)
	یک الی شش ساعت	۳۵ (۱۸)
	شازده الی سی ساعت	۱۳ (۶.۷)
کمک وسایل (IADL) به سالمند	سی و یک الی چهل و نه ساعت	۱۳ (۶.۷)
	پنجاه الی نود و نه ساعت	۱۳ (۶.۷)
	پنجاه الی نود و نه ساعت	۱۳ (۶.۷)

مراقب (با استفاده از آزمون گاما) و همسکونتی مراقب با سالمند رابطه آماری معنی داری نداشت ($p > 0.05$). بار مسئولیتی مراقب با سن سالمند و محل سکونت رابطه آماری معنی داری داشت ($p < 0.05$)، به طوری که در گروه های سنی بالاتر و سالمندان ساکن در شهر، بار مسئولیتی گزارش شده توسط مراقبین آنها بیش تر بوده است. بار مسئولیتی مراقب با تعداد کمک های ارائه شده در فعالیت های روزانه و ابزاری، زمینه های دسترسی به نیروی کمکی، سن مراقب، وضعیت تاهل مراقب، کفایت درآمد مراقب، سلامت درک شده مراقب، تعداد ساعات کمک ارائه شده در هفته و سودمندی سالمند برای مراقب رابطه آماری معنی داری را نشان داده بود ($p < 0.05$)، ولی با تعداد زمینه های کمک دریافت شده مراقب از سوی دیگران، سطح تحصیلات مراقب، طول مدت مراقبت و جایگزین داشتن مراقب رابطه معنی داری نداشته است ($p > 0.05$) (جدول شماره ۳). بین بار

جدول شماره ۳: بررسی رابطه میان بار مسئولیت مراقبت با برخی از عوامل مرتبط با آن

متغیر	کمک های ارائه شده در فعالیت های روزانه زندگی	کمک های ارائه شده در فعالیت های ایزاری	تعداد دسترسی به فرد کمکی توسط مراقب	رده های سنی مراقب	کفایت درآمد مراقب	تعداد ساعات کمک ارائه شده در هفته	سودمندی سالمند برای مراقب	سلامت درک شده مراقب
بار مسئولیتی مراقب	$r = 0/53$	$r = 0/56$	$r = 0/132$	$r = 0/175$	$r = 0/22$	$r = 0/25$	$r = 0/38$	$r = 0/3$
	$p < 0/001$	$p < 0/001$	$p = 0/03$	$p = 0/007$	$p < 0/001$	$p < 0/001$	$p < 0/001$	$p < 0/001$

می تواند بیان گر نقش بارز فرزندان در ارائه مراقبت باشد، در حالی که در مطالعه Yang (۱۹۹۷) بیشترین درصد مراقبین در رده سنی ۶۹-۶۰ سال قرار داشتند (۲۶/۶ درصد) که نقش بارز همسران را نمایان می کند (۱۶). این در حالی است که در مطالعه مشابه صورت گرفته درصد بیش تری از مراقبان را فرزندان سالمند (۴۲/۴ درصد) و تنها ۷/۲ درصد را همسران تشکیل می دهند (۱۷). همچنین نتیجه یک بررسی در تگزاس نیز نشان داد که مراقبان غیر رسمی به طور معمول ۴۵ الی ۶۴ سال سن داشتند (۳). درصد مراقبان زن در مطالعه حاضر مشابه مطالعه محمدی می باشد (۶۰ درصد) (۴). هم چنین در مطالعه Yang، ۷۳/۶ درصد از مراقبان را زنان تشکیل داده بودند (۱۶).

به نظر می رسد چون زنان نسبت به مردان کم تر در خارج از منزل مشغول به کار می باشند، در نتیجه بیش تر می توانند نقش مراقب را بر عهده گیرند. درصد مراقبان متأهل در مطالعه حاضر بیش تر از مراقبین تنها بوده است که این نتیجه با نتایج مطالعه محمدی (۴) و مطالعه Yang هم سو بوده است (۱۶). می توان بر این اعتقاد بود که مراقبین متأهل به دلیل حمایتی که از جانب همسرانشان دریافت می کنند، بیش تر به ارائه مراقبت مشغول می شوند. در مطالعه حاضر تنها ۲۱/۱ درصد از مراقبین اعلام نموده بودند که درآمد آن ها کفاف مخارج زندگی شان را می دهد که این مسأله با مشکلات اشتغال مراقبین در ارتباط می باشد. چنان که در مطالعه مشابه انجام شده ۳۶/۸ درصد از مراقبان، مراقبت از سالمند را هزینه بر و گران گزارش نمودند (۱۷)، درصد بیش تری از مراقبین در مطالعه حاضر، بیش از ۱۰ سال به ارائه مراقبت مشغول بودند، در واقع احتمال دارد مراقبینی که

با سالمند در یک جا ساکن هستند (زندگی مشترک)، زودتر نقش مراقب را بر عهده گیرند و به ارائه مراقبت پردازند، اما در مطالعه یانگ، ۲۳/۲ درصد از مراقبین ده سال و بیش تر از سالمند مراقبت می نمودند (۱۵).

در مطالعه حاضر ۹/۸ درصد از مراقبین، نسبت به همسالان خود سلامتی خود را بد ارزیابی نموده بودند که در راستای نتایج مطالعه Yang بوده است (۱۶). در حالی که در مطالعه محمدی، ۳۶ درصد از مراقبین سلامت خود را بد ارزیابی نموده بودند (۴).

در مطالعه باستانی و همکاران نیز زنان مراقب با نقش همسر (۴۱/۴ درصد)، خانه دار (۲۱/۱ درصد)، مسن تر (۳۱/۶ درصد)، وضعیت اقتصادی ضعیف تر (۳۲/۱ درصد)، تحصیلات کم تر (۲۵ درصد) و مدت مراقبت طولانی تر (۳۰/۸ درصد) سلامت عمومی نامطلوب تری را گزارش نموده بودند (۱۸).

طبق اعتقاد Sisk علاوه بر موارد ذکر شده حس ترس و اضطراب مراقبت نیز بر سلامت مراقبین تأثیر گذار است (۱۹). بر اساس نتایج این مطالعه نقش وضعیت جسمانی سالمند بر روی سلامتی مراقب می تواند با اهمیت باشد. میانگین سودمندی سالمند برای مراقب در مطالعه حاضر بیش تر از نتایج مطالعه یانگ، با میانگین ۲/۶۸ بوده است (۱۶). سالمندان در قبال دریافت مراقبت، به هر شکل ممکن سعی در جبران نمودن خدمات مراقبان، را دارند که این امر در میان سالمندان ایرانی از عمومیت بیش تری برخوردار می باشد که می تواند نشات گرفته از مسائل فرهنگی - اجتماعی حاکم بر جامعه باشد. بار مسئولیتی شدید و خیلی شدید مراقبان در مطالعه حاضر همسو با مطالعه یانگ بوده است (۱۶). هم چنین میانگین بار مسئولیت مراقبین در دو مطالعه مشابه

یکدیگر بوده است. با توجه به این که بار مسئولیتی مراقب با وضعیت سالمند تحت مراقبت رابطه مستقیمی دارد، این مسأله می‌تواند به دلیل مشابه بودن وضعیت سالمندان در دو مطالعه باشد. هم‌چنین در مطالعه حاضر درصد بیش‌تری از مراقبین عدم بار مسئولیتی را ذکر نموده بودند که این مسأله با وضعیت سالمندان تحت مراقبت آن‌ها و نیز میزان تعهد مراقبتی مراقبین مرتبط است. بار مسئولیتی مراقب متأثر از سطح استرسی است که مراقب تجربه می‌کند، در واقع مفهومی کاملاً فردی بوده و به احساس شخصی و درونی فرد بستگی دارد (۲۰). میانگین زمینه دسترسی به نیروی کمکی توسط مراقبین در مطالعه حاضر، بیش‌تر از مطالعه یانگ بوده است. در مطالعه Yang میانگین دسترسی $0/95 \pm 0/58$ بوده است (۱۶)، در حالی که در مطالعه حاضر میانگین زمینه‌های دسترسی به نیروی کمکی $2/47 \pm 4/02$ بود که این تفاوت چشم‌گیر می‌باشد. زمینه دسترسی بیش‌تر به نیروی کمکی در مطالعه حاضر می‌تواند با ساختار خانواده و روابط میان اعضای خانواده در ارتباط باشد. هم‌چنین میانگین کمک‌های دریافت شده مراقبین در مطالعه حاضر بیش‌تر از مطالعه یانگ بوده است که این نتیجه دسترسی بیش‌تر به افراد کمک‌کننده در مطالعه حاضر بوده است که بالطبع دریافت کمک بیش‌تر را در پی خواهد داشت. میانگین تعداد کمک دریافت شده در مطالعه حاضر و مطالعه Yang به ترتیب $3/24$ و $1/55$ فعالیت بوده است. نتیجه دسترسی و کمک‌های دریافت شده مراقب از سوی دیگران در تعداد کمک‌های ارائه شده در زمینه فعالیت‌های روزانه و ابزاری، نمایان می‌گردد، زیرا نتایج مطالعه نشان می‌دهد که میانگین کمک‌های ارائه شده در فعالیت‌های روزانه و ابزاری به سالمند در مطالعه حاضر بیش‌تر از مطالعه مشابه یانگ می‌باشد. این تفاوت چشم‌گیر در تعداد کمک ارائه شده در فعالیت‌های روزانه و ابزاری علاوه بر نقش تعداد زمینه دسترسی و کمک دریافت شده مراقب می‌تواند ناشی از وضعیت سالمندان ایرانی در مقابل تعهد بالای

مراقبین در برابر سالمندان و نیز نقش مهم مراقبت باشد که ریشه در فرهنگ ایرانی دارد و سبب می‌شود مراقبین با دقت و ظرافت بیش‌تری به این امر مهم بپردازند. نتایج این مطالعه نشان داده بود که درصد بیش‌تری از سالمندان ساکن در روستا دارای مراقب بودند، زیرا در روستا سالمندان معمولاً بعد از همسران با فرزندان که بیش‌ترین گروه مراقبان غیر رسمی را تشکیل می‌دهند هم‌خانه هستند و یا در مجاورت آنان زندگی می‌کنند که این امر سبب دسترسی بیش‌تر آنان به مراقب می‌شود. هم‌چنین نتایج این مطالعه حاکی از این بود که درصد بیش‌تری از سالمندان در گروه سنی ۶۵-۷۴ سال در منزل دارای مراقب بودند، از آن جایی این گروه سنی نسبت به گروه‌های سنی بالاتر به احتمال بیش‌تری دارای فرزندان مجرد در منزل هستند، لذا طبیعی می‌باشد که فرزندان آنان بیش‌تر می‌توانند نقش مراقب را ایفاء نمایند، هم‌چنین این افراد ممکن است که از استقلال بیش‌تری در انجام بعضی از امورات زندگی برخوردار باشند، در نتیجه هر یک از زوجین می‌توانند در انجام بعضی از امورات زندگی به یکدیگر کمک نموده در نتیجه مراقب همدیگر محسوب گردند. مراقبان در زمینه فعالیت‌های روزانه زندگی و فعالیت‌های ابزاری، به سالمندان ساکن در شهر کمک‌های بیش‌تری را ارائه می‌نمودند که دلیل این تفاوت می‌تواند با شرایط زندگی سالمندان دو منطقه مرتبط باشد. از آن جایی که سالمندان ساکن در روستا در طول زندگی خود از فعالیت‌های بدنی بیش‌تری برخوردار هستند ممکن است خیلی دیرتر استقلال خود را در زمینه انجام فعالیت‌های روزمره از دست بدهند، در نتیجه کم‌تر نیازمند دریافت کمک از سوی مراقبین هستند، در حالی که هم‌سکونت بودن مراقب و سالمند در مطالعه حاضر تأثیری در ارائه بیش‌تر کمک‌های روزانه و ابزاری نداشته است اما در مطالعه Gaugler نشان داده شد مراقبانی که با سالمند در یک جا ساکن بودند میزان وسیعی از کمک‌های ابزاری را برای آن‌ها فراهم

می نمودند (۲۱). از طرفی افزایش کمک‌های ارائه شده به سالمندان ساکن در شهر سبب افزایش بار مسئولیتی مراقبان آن‌ها شده و هم‌چنین دوری و فاصله موجود میان محل زندگی آن‌ها در این پدیده تأثیرگذار می‌باشد. بار مسئولیتی مراقب از مهم‌ترین متغیرهای مورد بررسی این مطالعه بوده است که با سن سالمند رابطه مستقیمی داشته است؛ با افزایش سن سالمند ناتوانی آن‌ها بیش‌تر می‌شود که این امر موجب درگیری بیش‌تر مراقب در امر مراقبت می‌گردد. از طرفی مراقبین زن با وجود تعهدات و وظایف متعددی که بر عهده دارند بیش‌تر عهده‌دار نقش مراقب در منزل می‌شوند، در نتیجه بار مسئولیتی بیش‌تری را تجربه می‌نمایند.

مطالعات Pinquart و همکارش و مطالعه مشابه دیگر نیز نشان داده بود که زنان دارای سطوح بالاتری از بار مسئولیتی و افسردگی هستند (۲۲، ۲۳).

مطالعه Ginn هم تأیید کننده این موضوع می‌باشد که مراقبان مرد کم‌تر از زنان پایبند قوانین مراقبت بودند و ساعت‌های کم‌تری را در طول هفته به ارائه مراقبت می‌پرداختند و برای این که بخواهند مراقب اصلی باشند و به فردی که در جای دیگری زندگی می‌کند خدمات ارائه دهند (۱۰ درصد در مقابل ۱۳ درصد) تمایل کم‌تری نشان می‌دادند (۲۴) در مطالعه مشابه انجام شده دیگر، مراقبان در سنین پایین‌تر، زنان مراقب با سطح تحصیلات بالاتر و مراقبانی که برای زوج سالمند خدمات مراقبتی را فراهم می‌نمودند بار مسئولیتی بیش‌تری را گزارش نموده بودند. در مقابل مراقبان مرد و مراقبانی که متأهل بودند بار مسئولیت کم‌تری را ابراز نمودند (۱۷). با افزایش سن مراقبین توانمندی و کارایی آن‌ها کاهش پیدا می‌کند تا آن‌جایی که ممکن است خود نیازمند دریافت کمک از سوی دیگر افراد گردند، هم‌چنین ممکن است که با موقعیت‌ها و شرایط جدیدی در زندگی مواجه شوند که مشکلات زیادی را برای آن‌ها فراهم نماید، لذا شرایط ایجاب می‌نماید این افراد نتوانند به خوبی از نقش مراقبتی خود برآیند، در نتیجه با

وجود این مسائل فشار مراقبتی زیادی را متحمل گردند. اگر این افراد از درآمد بالایی برخوردار باشند و یا این که درآمد آن‌ها کفاف خرج و مخارج زندگی آن‌ها را بدهد، این امر می‌تواند انگیزه‌ای شود تا آن‌ها بتوانند راحت‌تر بر مشکلات مراقبتی خود غلبه نمایند و از طرفی بتوانند در مسیر کاهش بار مسئولیتی خود قدم بردارند.

نتایج مطالعه Eldh و Carlsson نیز نشان داده بود که استخدام بودن مراقب می‌تواند حمایتی در جهت برقراری تعادل میان ارائه مراقبت و مسئولیت‌های کاری مراقب باشد (۲۵). سالمندانی که از شرایط جسمی و روحی بهتری برخوردار باشند مدت زمان کم‌تری را از مراقبان خود جهت ارائه مراقبت سلب می‌نمایند، در نتیجه بار مسئولیتی درک شده مراقبین آنان نیز کم‌تر خواهد بود. بار مسئولیتی مراقبین با سلامت درک شده مراقبان رابطه مستقیمی دارد. مراقبینی که بار مسئولیت بیش‌تری را گزارش نموده بودند، وضعیت سلامت خود را در سطح ضعیف‌تری طبقه‌بندی نموده بودند؛ در نهایت این که این مطالعه نشان داد که سودمندی سالمند برای مراقب با بار مسئولیتی مراقب رابطه مستقیمی داشته است، که می‌تواند این احتمال وجود داشته باشد سالمندانی که ناتوانی بیش‌تری در زندگی دارند و نیازمند دریافت مراقبت و توجه بیش‌تری از جانب مراقبان هستند، سعی بر این دارند تا در زمینه‌های مختلف مالی، روحی و... بیش‌تر به مراقبان خود کمک کنند تا از این طریق بتوانند پاسخ‌گوی زحمات آن‌ها باشند.

Kramer براساس مطالعه کیفی بر روی شوهران سالمندان مبتلا به آلزایمر گزارش کرده است که ویژگی‌های فردی مراقب و سالمند بر کیفیت مراقبت خانوادگی و بار مسئولیتی تجربه شده در فرآیند مراقبت مؤثر است (۲۶). نقش تعیین‌کننده مراقبان در نگهداری دراز مدت از سالمندان بر همگان واضح است، تحقیقات انجام شده کمبود حمایت از مراقبین و آسیب‌پذیری در به خطر افتادن سلامتی آنان را مورد توجه قرار داده

می‌نماید که مطالعات بیش‌تری در این زمینه صورت گیرد تا با شناسایی دقیق‌تر عوامل تأثیرگذار در ارائه مراقبت، بسترهای لازم جهت انجام مداخلات کاربردی فراهم گردد تا این امر سبب رضایت مندی هر چه بیش‌تر هر دو گروه گردد.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته شده از پایان‌نامه کارشناسی ارشد می‌باشد. نویسنده مراتب سپاس و قدردانی خود را از تمامی اساتید، همکاران و کلیه سالمندان و مراقبان شرکت‌کننده در این مطالعه ابراز می‌نماید.

است، لذا درک و شناخت مشکلات مراقبان می‌تواند نقش به‌سزایی در شناسایی نوع مداخلات برای حل این مشکلات داشته باشد. بدون شک حمایت از مراقبین خانوادگی، منابع مسئولیت مراقبت و سالمند تحت مراقبت را مد نظر دارد (۲۷).

نتایج این مطالعه نیز به این مطلب اشاره می‌نماید که بار مسئولیتی مراقب یکی از متغیرهای مهم و تأثیرگذار در فرآیند ارائه مراقبت از جانب مراقبان غیر رسمی می‌باشد. در واقع عواملی که سبب کاهش یا افزایش بار مسئولیت مراقب می‌شوند در کمیت و حتی کیفیت مراقبت تغییر ایجاد می‌نمایند، لذا با توجه به نقش مهم مراقبان در ارائه خدمات مراقبتی، شرایط ایجاب

References

- Babae M. Social problems of caregiving families of disability in Karaj. Iranian Journal of Ageing 2007; 2(3): 177-181 (Persian).
- Crespo L, Mira P. Caregiving to Elderly parents and Employment Status of European mature women; 2009 CEMFI, Madrid, Spain. Available at: <http://www.cemfi.es/~crespo/>. Accessed May 4, 2011.
- Texas department of Aging & Disability services. Center for policy & Innovation policy analysis & support unit Informal Care in Texas: Aging family care givers and their Need for Services and Support. October 2009.
- Mohammadi F. Self-efficiency and care pressur of caregivers as members of elderly families that the elderlies are suffered from Alzheimer in Tehran. Iranian Journal of Ageing 2006; 1(1): 26-32 (Persian).
- Hoffmann F, Rodrigues R. Informal Carers: who Takes Care of Them. European Center for Social welfare policy and Research. Vienna. April 2010.
- Catherine S-Taylor. Oldermens experience of informal care giving-A Dissertation submitted to the faculties of the Graduate school at the universitys of North Carolina at Greensboro in partial fulfillment of the Requirements for the Degree Doctor of philosophy. 2010.
- Kim Y, Baker F, Spillers RL. Cancer caregivers quality of life: Effects of Gender, Relationship and Appraisal. J pain symptom Manage 2007; 34(3): 294-304.
- Takamura J, Willams B. Informal Care giving: Compassion in action. 1998; Available at <http://aspe.hhs.gov/daltcp/reports/carebro2.pdf>. Accessed April 27, 2011.
- Spurlock WR. Spiritual well-being and caregiver burden in Alzheimers caregivers. Geriatr Nurs 2005; 26(3): 154-161.
- Wiles J. Informal Caregivers experiences of formal support in a changing Context. Health Soc Care Community. 2003; 11(3): 189-207.
- Lee KJ. Model construction on Quality of family caregiving in the Elderly. Nurs Health Sci 2002; 4(3): A8-A9.
- Smith CE. A model of caregiving

- effectiveness for technologically dependent adults residing at home. *ANS Adv Nurs Sci* 1994; 17(2): 27-40.
13. Mohammadi F, Dabbaghi F, Nikravesh M. Preventive and facilitator factors of family caregiving of frail elderlies at home: Women experience. *Iranian Journal of Ageing (Salmand)* 2008; 2(6): 445-453 (Persian).
 14. Kasper J, Andrews J, Steinbach U. Factors Associated with Ending caregiving among informal caregivers to the functionally and cognitively Impaired Elderly population. U.S. Department of Health and Human Services. 1990, February.
 15. Gondo Y. Longevity and successful ageing implications from the oldest old and centenarians. *Asian J Gerontol* 2012; 7(1): 39-43.
 16. Yang P. A pro-active approach to conceptualize the informal Care giving process and outcomes: J. An application of human capital theory, Columbia university 1997.
 17. Lai DWL. University of Calgary, 2500. Effect of Financial cost on caregiving Burden of Family caregivers of older Adults. *Univ Calgary* 2012; 1-14.
 18. Bastani F, Hossini R, Baniasad M, Haghani H. Investigation of General Health in Female Care givers of Elderly People with Alzheimer. *Iranian Journal of Ageing (Salmand)* 2010; 5(17): 43-51 (Persian).
 19. Sisk RJ. Caregiver burden and health promotion. *Int J Nurs Stud* 2000; 37(1): 37-43.
 20. Spurlock WR. Spiritual well-being and caregiver burden in Alzheimers caregivers. *Geriatr Nurs* 2005; 26(3): 154-161.
 21. Gaugler JE, Kare RL. Families and assisted living. *Gerontologist* 2007; 47(3): 83-99.
 22. Pinquart M, Sorensen S. Correlates of physical health of informal Caregiver: a meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2007; 62(2): 126-137.
 23. Bookwala J, Schulz R. Acomparison of primary stressors, secondary stressors and depressive symptoms between elderly caregiving husbands and wives the caregiver health effects study. *Psychol Aging* 2000; 15(4): 607-616.
 24. Ginn AS. Gender differences in informal Caring. *Health Soc Care Community* 1995; 3(1): 19-31.
 25. Eldh A, Carlsson E. Seeking a balance between employment and the Care of an ageing parent. *Scand J Caring Sci* 2011; 25(2): 285-293.
 26. Kramer BJ. Gain in the care giving Experience: Where Are We? What Next? *Gerontologist* 1997; 37(2): 218-232.
 27. Poor B, Poirrier GP. End of life nursing care Boston. First ed. Canada: Jones and Bartlett; 2001.