

Accepted Manuscript

Accepted Manuscript (Uncorrected Proof)

Title: Perspectives of Iranian Family Carers about Facilitators and Educational Needs in Homecare for Older Adults: A Qualitative Study

Authors: Fatemeh Rahimi^{1,2}, Elham Shakibazadeh^{1,*}, Mahnaz Ashoorkhani^{1,3}, Mahshid Foroughan⁴

1. *Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*
2. *South Tehran Health Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*
3. *Community Based Participatory Research Center, Iranian Institute for Reduction of High – Risk Behaviors, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*
4. *Iranian Research Center on Aging, Department of Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.*

***Corresponding Author:** Elham Shakibazadeh, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Email: shakibazadeh@sina.tums.ac.ir

To appear in: **Salmand: Iranian Journal of Ageing**

Received date: 2023/05/16

Revised date: 2023/08/02

Accepted date: 2023/08/13

First Online Published: 2023/09/03

This is a “Just Accepted” manuscript, which has been examined by the peer-review process and has been accepted for publication. A “Just Accepted” manuscript is published online shortly after its acceptance, which is prior to technical editing and formatting and author proofing. Salmand: Iranian Journal of Ageing provides “Just Accepted” as an optional service which allows authors to make their results available to the research community as soon as possible after acceptance. After a manuscript has been technically edited and formatted, it will be removed from the “Just Accepted” Website and published as a published article. Please note that technical editing may introduce minor changes to the manuscript text and/or graphics which may affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

Please cite this article as:

Rahimi F, Shakibazadeh E, Ashoorkhani M, Foroughan M. [Perspectives of Iranian Family Carers about Facilitators and Educational Needs in Homecare for Older Adults: A Qualitative Study (Persian)]. Salmand: Iranian Journal of Ageing. Forthcoming 2023. Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2023.3668.1>

Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2023.3668.1>

نسخه پذیرفته شده پیش از انتشار

عنوان: دیدگاه‌های مراقبین خانوادگی ایرانی درباره تسهیل‌کننده‌ها و نیازهای آموزشی برای مراقبت از سالمندان در منزل: یک مطالعه کیفی

نویسندگان: فاطمه رحیمی^۱، الهام شکیبازاده^{۱*}، مهناز آشورخانی^۱، مهشید فروغان^۲

۱. گروه آموزش و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۲. مرکز تحقیقات سالمندی ایران، گروه سالمندی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

***نویسنده مسئول:** الهام شکیبازاده، گروه آموزش و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. ایمیل: shakibazadeh@sina.tums.ac.ir

نشریه: سالمند: مجله سالمندی ایران

تاریخ دریافت: 1402/02/26

تاریخ ویرایش: 1402/05/11

تاریخ پذیرش: 1402/05/22

این نسخه «پذیرفته‌شده پیش از انتشار» مقاله است که پس از طی فرایند داوری، برای چاپ، قابل پذیرش تشخیص داده شده است. این نسخه در مدت کوتاهی پس از اعلام پذیرش به صورت آنلاین و قبل از فرایند ویراستاری منتشر می‌شود. نشریه سالمند گزینه «پذیرفته‌شده پیش از انتشار» را به عنوان خدمتی به نویسندگان ارائه می‌دهد تا نتایج آن‌ها در سریع‌ترین زمان ممکن پس از پذیرش برای جامعه علمی در دسترس باشد. پس از آنکه مقاله‌ای فرایند آماده‌سازی و انتشار نهایی را طی می‌کند، از نسخه «پذیرفته‌شده پیش از انتشار» خارج و در یک شماره مشخص در وبسایت نشریه منتشر می‌شود. شایان ذکر است صفحه آرای و ویراستاری فنی باعث ایجاد تغییرات صوری در متن مقاله می‌شود که ممکن است بر محتوای آن تأثیر بگذارد و این امر از حیطة مسئولیت دفتر نشریه خارج است.

لطفا این‌گونه استناد شود:

Rahimi F, Shakibazadeh E, Ashoorkhani M, Foroughan M. [Perspectives of Iranian Family Carers about Facilitators and Educational Needs in Homecare for Older Adults: A Qualitative Study (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. Forthcoming 2023. Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2023.3668.1>

Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2023.3668.1>

Abstract

Objectives: The aging of populations accompanies a surge in older adults' demand for long-term care, which is mainly provided by family carers. Providing quality care while maintaining the health of carers requires an understanding of facilitators and training needs that are under-appreciated. Therefore, this study investigated homecare facilitators of older adults from the perspectives of family carers.

Methods and materials: This study was a qualitative conventional content analysis. To collect data, we conducted semi-structured telephone interviews. Seventeen family carers who were 18 years or older, had at least one month of caregiving experience, at least six hours per week were selected for interviews as a purposive and snowball sampling from January 2021 to April 2021. Sampling continued until data saturation. After rewriting the recorded interviews, the data were entered into the qualitative analysis software (MAXQDA 2018), coded and analyzed.

Results: Personal, interpersonal, and supportive environment factors were identified as the three main categories of facilitators. Carer's skills in providing care, perceived mental benefits, and positive perspectives considerably facilitate responsibility. Benefiting from emotional support of family members, cooperation in performing caregiving tasks, and organizational support can help provide care easily. The highest educational priority was assigned to caring activities such as preparing nutritious meals based on needs and swallowing ability, positioning in the movement of disabled older adults.

Conclusions: Carers need to access cost-effective caregiving and housekeeping services according to their educational needs, such as caregiving skills, which call for the planned support of service-providing organizations.

Keywords: Family carers, Older adults, Homecare; Facilitators, Qualitative study, Iran.

چکیده مقاله:

اهداف: سالمندی جمعیت با افزایش تقاضای سالمندان برای مراقبت طولانی مدت که به طور عمده توسط مراقبین خانوادگی ارائه می شود همراه است. فراهم کردن مراقبت باکیفیت در حین حفظ سلامت مراقبین، نیازمند شناخت تسهیل کننده ها و نیازهای آموزشی است که کمتر مورد توجه قرار می گیرد. لذا این مطالعه باهدف تعیین تسهیل کننده های مراقبت از سالمندان در منزل، از دیدگاه مراقبین خانوادگی انجام شد.

مواد و روش ها: این مطالعه، پژوهشی از نوع تحلیل محتوای قراردادی بود. برای جمع آوری داده ها از بهمن سال ۱۳۹۹ تا فروردین سال ۱۴۰۰، از مشارکت ۱۷ مراقب خانوادگی سالمندان به صورت مصاحبه های تلفنی نیمه ساختاریافته استفاده شد. مراقبینی که ۱۸ سال یا بیشتر داشتند، حداقل یک ماه تجربه مراقبت داشتند، حداقل شش ساعت در هفته به مراقبت می پرداختند به صورت نمونه گیری هدفمند و گلوله برفی برای مصاحبه انتخاب شدند. نمونه گیری تا اشباع داده ها ادامه یافت. داده ها پس از بازنویسی مصاحبه های ضبط شده، در نرم افزار تحلیل کیفی (MAXQDA 2018) وارد شد، کدبندی و تجزیه و تحلیل گردید.

یافته ها: عوامل فردی، بین فردی و محیطی حمایتی به عنوان سه طبقه اصلی تسهیل کننده شناسایی شدند. از نظر مراقبین، مهارت های مراقبین در ارائه مراقبت، منافع روانی درک شده و دیدگاه های مثبت مراقبین نسبت به مراقبت به طور قابل توجهی انجام مراقبت را تسهیل می کنند. بهره مندی از حمایت عاطفی اعضای خانواده، همکاری در انجام وظایف مراقبتی و خدماتی که توسط سازمان ها ارائه می شود می تواند به ارائه آسان مراقبت کمک کنند. در بین فعالیت های مراقبتی، نحوه تهیه غذاهای مقوی و چگونگی غذا دادن به سالمندان دچار مشکلات بلع، جابجا کردن و حرکت دادن سالمندان ناتوان جسمی بالاترین اولویت آموزشی را داشتند.

نتیجه گیری: مراقبین باید با توجه به نیازهای آموزشی خود مانند مهارت های مراقبتی که نیاز به حمایت برنامه ریزی شده از طرف سازمان های ارائه دهنده خدمات دارد، به خدمات مراقبتی و خانه داری مقرون به صرفه دسترسی داشته باشند.

کلیدواژه ها: مراقبین خانوادگی؛ سالمندان؛ مراقبت های خانگی؛ تسهیل کننده ها؛ مطالعه کیفی؛ ایران.

جمعیت جهان در حال پیر شدن است و افراد با بیشتر شدن عمر به مدت طولانی‌تری در دوران سالمندی به سر می‌برند (۱). روند پیری جمعیت می‌تواند با افزایش بیماری‌های مزمن و عوارض آن، وابستگی‌های افراد را به خانواده، سازمان‌ها و اجتماع به دلیل از دست دادن موقت یا دائمی توانایی‌ها و محدود شدن فعالیت‌های روزانه تغییر دهد، و موجب افزایش تقاضای سالمندان برای مراقبت‌های طولانی‌مدت شود (۲). بسیاری از افراد مسن، به دلیل سیاست‌هایی مانند سالمندی در محل^۱، (۳)، مشکلات مالی دولت‌ها در تأمین مالی سیستم مراقبت‌های بهداشت عمومی و بالا بودن هزینه‌های خدمات خصوصی، مذهب، ساختارهای اجتماعی و سنت‌های فرهنگی در خانه‌ها توسط مراقبین خانوادگی تحت مراقبت قرار می‌گیرند (۴-۸). مراقب خانوادگی، مسئول رسیدگی و نظارت بر نیازهای روزانه، پشتیبانی جسمی، عاطفی و اغلب اوقات مالی شخص دیگری است که به دلیل بیماری، آسیب‌دیدگی یا ناتوانی قادر به مراقبت از خود نیست. مراقب خانوادگی گاهی اوقات با عنوان "مراقب غیررسمی" توسط متخصصان برای توصیف اعضای خانواده یا دوستانی که در خانه به‌طور معمول بدون حقوق به کار مراقبت می‌پردازند استفاده می‌کنند (۹).

در اغلب مطالعات، به موانع و پیامدهای منفی مراقبت توجه شده است، تحقیقات نشان داده است که مراقبت از یک فرد سالمند مبتلا به بیماری مزمن یا دارای معلولیت، پیامدهای منفی سلامتی برای مراقب دارد. مراقبین سطح پایین‌تری از کیفیت زندگی و سلامت را در مقایسه با افراد غیر مراقب گزارش می‌دهند و بیشتر دچار بیماری‌های مزمن می‌شوند (۱۰).

در مطالعات قبلی، کمتر به تسهیل‌کننده‌های مراقبت به‌خصوص به بافت محیطی توجه داشته است و طراحی مداخلات بیشتر بر تغییر سبک زندگی فردی متمرکز بوده است. در مطالعه محمدی و همکاران در ایران در سال ۲۰۰۸، داشتن کمک و حمایت خانوادگی، آگاهی از نحوه مراقبت، ارتباط مثبت بین گیرنده و دهنده مراقبت، ویژگی‌های فردی مراقب و توان مالی مراقبت‌گیرنده و دهنده به‌عنوان عوامل تسهیل‌گر شناخته شدند (۱۱). شرکت‌کنندگان مطالعه دیگری در آلبرتا کانادا در سال ۲۰۱۷ تسهیل‌کننده‌های حمایت از مراقبین غیررسمی سالمندان با نیازهای پیچیده را دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و منابع مبتنی بر جامعه، در دسترس بودن ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و تشخیص مراقبین توسط سیستم دانستند (۱۲).

وزارت بهداشت و آموزش پزشکی ایران، «برنامه مراقبت یکپارچه و جامع برای سالمندان»^۲ در سال ۲۰۱۷ را به‌عنوان بسته‌ای برنامه‌ریزی‌شده و متناسب با دوران سالمندانی طراحی کرد که در حال حاضر در مراکز ارائه‌دهنده خدمات جامع سلامت شهری و روستایی و خانه‌های بهداشت کل کشور، توسط پزشکان و کارکنان غیرپزشک اجرا می‌شود. در این برنامه وضعیت سلامت کلیه افراد بالای ۶۰ سال ثبت‌نام‌شده در سامانه سبب وزارت بهداشت، موردبررسی قرار گرفته که مزایای زیادی را به همراه دارد (۱۳، ۱۴) ولی اجرای این برنامه در اپیدمی کرونا، با اعمال محدودیت تردد سالمندان به مراکز، جهت کاهش احتمال انتقال عامل بیماری مواجه شد. به‌علاوه، این برنامه متمرکز بر سلامت سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز بوده، به سلامت سالمندان وابسته (نیازمند مراقبت) که اکثراً به مراکز مراجعه نمی‌کنند و مشکلات مراقبین غیررسمی آنها توجه ندارد و کیفیت مراقبت از سالمندان در منزل را پایش نمی‌کند، همچنین به علت عدم ارتباط مستقیم با سامانه‌های سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات اجتماعی، نمی‌تواند منعکس‌کننده کمبودها و نواقص موجود در سیستم ارائه‌کننده خدمات اجتماعی و نیازهای سالمندان وابسته و مراقبین آنها باشد. مطالعات سایر کشورها نشان داده است که تکه‌تکه شدن مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی می‌تواند باعث اختلال در ارائه مراقبت شود و بر استفاده از منابع موجود تأثیر منفی بگذارد (۱۰). نباید از نظر دور داشت که ارائه خدمات در بسیاری از مراکز ارائه‌دهنده خدمات اجتماعی (به‌ویژه

¹ Ageing in place

² Integrated and Comprehensive Elderly Care programs

بخش دولتی) در ایران، منوط بر ناتوانی مالی و یا معلولیت است و افراد مراجعه کننده نه به عنوان یک سالمند وابسته با نیازهای ویژه دوران سالمندی بلکه به عنوان مددجو مدنظر قرار می گیرند. لذا به نظر می رسد تعداد قابل توجهی از سالمندان مورد غفلت قرار گرفته و یا نیازهای سلامت بسیاری از مددجویان نادیده گرفته می شود.

این در حالی است که مدل های اکولوژیک^۳ فرد را در چارچوب یک سیستم در نظر می گیرند و به تعامل افراد و محیط که می تواند پیامدهای سلامت را تحت تأثیر قرار دهد اهمیت می دهند (۱۵). اتخاذ رویکرد اکولوژیکی بدین معناست که همه جنبه های محیطی، علاوه بر دانش و آگاهی، باورها، مهارت ها و رفتار خود شخص به عنوان اهداف مداخله احتمالی در نظر گرفته می شود. رویکرد اکولوژیکی تأثیر عواملی را که در "رتبه بالاتری از سطح فردی" قرار دارند بر رفتارهای بهداشتی در نظر می گیرد و به دنبال رفع عواملی است که می تواند در سطح جامعه تغییر کند یا کاهش یابد (۱۶). به عبارتی دیگر، شناسایی نیازهای مراقبین سالمندان وابسته بر اساس این رویکرد می تواند به توسعه مداخلات در سطوح مختلف (فردی، بین فردی و گروه های اولیه، سازمانی و نهادی، اجتماعی و سیاستی) که تاکنون در نظام بهداشت کشور مورد توجه قرار نگرفته است بیانجامد. (۱۷، ۱۸)

مراقبین غیررسمی نه تنها نیازمند دریافت حمایت به عنوان یک مراقب، برای خود هستند، بلکه از آنجا که مراقبین غیررسمی نقشی حیاتی در حفظ سلامت و کیفیت زندگی دریافت کننده مراقبت و تأخیر در ورود آنها به مراکز نگهداری سالمندان دارند، نیازمند توجه اند (۱۹، ۲۰). از آنجایی که دانش محدودی درباره تسهیل کننده های مراقبت از سالمندان در منزل وجود دارد، شناسایی عوامل در سطوح مختلف قدمی ضروری و مقدمه ای برای طراحی مداخلات مؤثر ارتقاء دهنده سلامت است و برنامه ریزی های بهداشتی و اجتماعی بدون مشارکت گروه هدف این برنامه ها کامل نمی شود، در این مطالعه قصد داریم به بررسی تسهیل کننده های مراقبت سالمندان در منزل و نیازهای آموزشی مراقبین غیررسمی سالمندان وابسته از دیدگاه مراقبین غیررسمی بپردازیم.

روش:

این مطالعه به منظور تعیین تسهیل کننده های و نیازهای آموزشی از دیدگاه مراقبین غیررسمی به روش تحلیل محتوای کیفی (استقرایی-قیاسی) انجام شد. در این روش، رویکرد اکولوژیک به عنوان چارچوب نظری تحقیق مدنظر قرار گرفت و سؤالات مصاحبه با توجه به سطوح مختلفی که می تواند تسهیل کننده مراقبت باشند (تسهیل کننده های فردی، خانوادگی، اطرافیان مراقب و سازمان ها) پرسیده شد و در هنگام تحلیل نیز در هنگام کدبندی و تحلیل، این رویکرد، مدنظر قرار گرفت. از آنجایی که به نظر می رسد مسئله مراقبت از سالمندان، ابعادی فرهنگی داشته باشد که مطالعات کیفی با توجه به ویژگی محدودیت در تعمیم پذیری در گروه های جمعیتی متفاوت و نقاط مختلف جهان ممکن است، نتواند پایه مناسبی برای برنامه ریزی های دقیق کشوری باشد، علاوه بر این؛ دانش موجود بر اساس مطالعات قبلی ایران، برای برنامه ریزی در سطوح مختلف کفایت نمی کرد، بر اساس مشکلات کنونی موجود در کشور نبوده (به سال های بسیار قبل برمی گشت) و یا متأثر از دیدگاه های حرفه ای بود و با توجه به اهمیت روزافزون مسئله پدیده سالمندی در ایران، از این روش جهت تحقیق استفاده شد.

این تحقیق بخشی از پایان نامه دکتری در رشته آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت است. نویسنده اول دانشجوی دکتری بوده و آموزش لازم را در زمینه انجام تحقیقات کیفی زیر نظر نویسنده مسئول مقاله دیده است. سایر نویسندگان، تجربه کافی در انجام تحقیقات

³ Social ecological models

کیفی را دارا هستند. این مقاله با استفاده از چکلیست استانداردهای گزارشگری تحقیقات کیفی^۴ شرح داده شده است، این چکلیست، تحت عنوان استانداردهای گزارش مطالعه کیفی، توسط اوبراین و همکاران در سال ۲۰۱۴ طی یک مطالعه مرور کیفی بر دستورالعمل‌های مختلف گزارش پژوهش، برای انواع مطالعات کیفی طراحی شد و شامل ۲۱ آیتم است (۲۱).

این مطالعه، بر اساس دستورالعمل اعلامیه هلسینکی انجام شده و تأیید شده توسط کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی، دانشکده بهداشت و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران کد IR.TUMS.SPH.REC1399.226 مورخ ۱۲ آذر سال ۱۳۹۹ و کد IR.TUMS.SPH.REC1399.328 مورخ ۲۰ اسفند ۱۳۹۹ می‌باشد.

جمع‌آوری داده‌ها، به روش هدفمند و گلوله برفی بود، به این معنی که به مرکز بهداشت جنوب تهران و سه مرکز ارائه‌دهنده خدمات اجتماعی (کمیته امداد امام خمینی استان تهران، اداره سلامت شهرداری تهران، بهزیستی شهر تهران و شهر ری) واقع در جنوب شهر تهران که در منطقه تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران هستند مراجعه شد و پس از دریافت لیست شماره تلفن، با افرادی بالای ۶۰ سال و یا خانواده‌های آنها که مراجعه‌کننده به این سازمان‌ها بودند تماس گرفته شد، در صورتی که سالمندان، نیازمند مراقبت بودند، از مراقبین آنها به شکل تلفنی برای شرکت در مطالعه دعوت به عمل آمد. همچنین، از افراد شرکت‌کننده خواسته شد در صورتیکه در محیط پژوهش اشخاصی را می‌شناسند که به مراقبت از سالمند خود می‌پردازند به محقق معرفی نمایند.

محقق، در هر تماس تلفنی، هدف مطالعه را بیان می‌کرد و به افراد، اطمینان می‌داد هویت و مشخصاتشان به صورت محرمانه نزد پژوهشگران باقی‌مانده و در هیچ گزارشی فاش نخواهد شد. سپس بر اساس اهداف مطالعه، معیارهای ورود به مطالعه (سن ۱۸ سال و بالاتر، داشتن حداقل یک ماه تجربه مراقبت از سالمند، به‌طور متوسط ۶ ساعت در هفته) را موردبررسی قرار می‌داد، افرادی که توانایی برقراری ارتباط تلفنی و یا ارتباط به زبان فارسی را نداشتند نمی‌توانستند وارد مطالعه شوند. محقق، پس از رضایت آگاهانه کتبی به صورت مجازی یا حضوری در مورد شرکت در مطالعه، زمان مناسب برای انجام مصاحبه تلفنی را هماهنگ می‌کرد. بدین صورت که پس از موافقت مراقب برای شرکت در پژوهش، فرم رضایت‌نامه شرکت در پژوهش مورد تأیید دانشگاه علوم پزشکی تهران، از طریق نرم‌افزار واتس آپ ارسال می‌شد، شرکت‌کننده پس از مطالعه و امضای آن، فرم را به همان روش و یا حضوری به محقق بازمی‌گرداند.

در هنگام انتخاب مراقبین دقت شد که تنوع افراد از نظر گروه‌های سنی (۱۸ تا ۲۹ سال، ۳۰ تا ۵۹ سال، ۶۰ سال و بیشتر)، جنسیت، مراقب اصلی و یا کمکی بودن، میزان سواد، وضعیت تأهل، قومیت (فارس، آذری، سایر)، نسبت با سالمند، وضعیت اشتغال، دارا بودن مراقب جایگزین یا تنها بودن در مراقبت، مراقبت تمام‌وقت یا پاره‌وقت، سابقه مراقبت (یک تا شش ماه/ شش ماه تا یک سال، یک تا پنج سال و بیشتر از پنج سال)، همخانگی با سالمند و یا جدا زندگی کردن، تعداد افراد تحت مراقبت و منطقه محل سکونت رعایت شود.

این مطالعه در زمان اپیدمی کرونا انجام شد به همین خاطر برای پیشگیری از انتقال ویروس کرونا و خطر انتقال آن به سالمندان آسیب‌پذیر از مصاحبه تلفنی استفاده شد. مصاحبه‌های تلفنی با اجازه شرکت‌کنندگان ضبط شد و نکات مهم و کلیدی از نقل‌قول‌ها یادداشت‌برداری شد تا در صورتیکه به هر دلیلی صدا، ضعیف ضبط شده باشد، ضبط و یا ارتباط تلفنی قطع گردد، نکات مهم از قلم نیافتد و امکان ادامه بحث در تماس بعدی وجود داشته باشد.

⁴ Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR)

داده‌ها در بازه زمانی ابتدای بهمن سال ۱۳۹۹ تا نیمه فروردین سال ۱۴۰۰ جمع‌آوری شد. در هر مصاحبه، نویسنده اول ابتدا اطلاعات دموگرافیک هر شرکت‌کننده شامل سن، جنسیت، نوع مراقب (اولیه و یا غیر اولیه^۵)، میزان سواد، وضعیت تأهل، نسبت با سالمند، وضعیت اشتغال، دارا بودن مراقب کمکی یا تنها بودن در مراقبت، مدت‌زمان مراقبت روزانه، سابقه مراقبت، وضعیت سکونت (همخانه بودن با سالمند و یا جدا زندگی کردن) را پرسید و در فرم ثبت کرد. سپس سؤالات مصاحبه به‌صورت نیمه ساختاریافته و به‌صورت باز پرسیده شد. مصاحبه دارای دو سؤال اصلی بود. از هر مصاحبه‌شونده پرسیده شد که "چه عوامل فردی به مراقب کمک می‌کند تا مراقبت را راحت‌تر و بهتر انجام دهد؟" و سپس پرسیده شد هرکدام از "اعضای خانواده، اطرافیان مراقب (مانند همکاران، بستگان و دوستان)، سازمان‌های دولتی و خصوصی چطور می‌توانند، برای راحت‌تر شدن مراقبت، به مراقبین کمک کنند؟" در صورت نیاز از سؤالات کاوشگرانه و روشن‌کننده مانند "اگر ممکن است در این مورد توضیح بیشتری دهید یا مثالی بزنید" استفاده شد.

در انتها از شرکت‌کننده درباره آموزش‌ها و حمایت‌های آموزشی مورد نیاز در زمینه مراقبت سوال شد که از سؤالات فرعی و تکمیل‌کننده مصاحبه بود. به این شکل که پرسیده شد "از نظر شما مراقبین سالمندان به چه آموزش‌هایی نیاز دارند؟ شما به‌عنوان یک مراقب به چه آموزش‌هایی نیاز دارید؟ و ترجیح می‌دهید چگونه آموزش ببینید؟" علاوه بر این، به شرکت‌کنندگان فرصت داده شد تا در صورت نیاز، به توضیح نکاتی در زمینه مراقبت، علاوه بر سؤالات مصاحبه بپردازند.

زمان جلسات مصاحبه حدود بین ۲۰ تا ۵۰ دقیقه برحسب تمایل افراد به صحبت کردن طول کشید. محقق، در ابتدای هر مصاحبه از افراد شرکت‌کننده خواست در صورتیکه احساس خستگی کردند و یا مشغله داشتند، اطلاع دهند تا مصاحبه متوقف شده و ادامه آن به زمان دیگری موکول شود. لذا، از سه نفر از شرکت‌کنندگان طی دو تماس تلفنی مصاحبه به عمل آمد و با یک نفر علاوه بر دو تماس اصلی، یک تماس تکمیل‌کننده نیز گرفته شد.

نمونه‌گیری تا رسیدن به حد اشباع ادامه یافت. مطالعه پس از ۱۵ مصاحبه تلفنی به اشباع رسید ولی برای اطمینان دو مصاحبه اضافه انجام شد.

برای روایی و پایایی این تحقیق، از معیارهای لینکولن و گوبا استفاده شده است (۲۲). مصاحبه‌کننده، پس از پایان هر مصاحبه، محتوای فایل صوتی هر مصاحبه، را کلمه به کلمه به فایل وورد منتقل و یادداشت‌ها را بررسی کرد و در صورت وجود نکته مبهمی مجدد با شرکت‌کننده تماس گرفته و سؤالات روشن‌کننده را پرسید. متن هر مصاحبه، به مصاحبه‌شونده ارسال گردید تا صحت متن تأیید شود. برای افزایش قابلیت تعمیم نتایج حاصل به سایر مراقبین غیررسمی و محیط‌های مشابه، از انواع مراقبین غیررسمی با رعایت تنوع در ویژگی‌های جمعیت شناختی مصاحبه به عمل آمد و از اختصاص مصاحبه فقط به یک گروه مانند مراقبین اولیه و یا غیر اولیه و یا مراقبین سالمندان دارای بیماری دیابت، یا بیماری‌های قلبی-عروقی پرهیز شد.

جهت تحلیل داده‌ها، متن هر مصاحبه در نرم‌افزار تحلیل کیفی (MAXQDA2018) وارد شد و با چندین بار گوش دادن به فایل صوتی هر مصاحبه و مقایسه با متن، همچنین با استفاده از یادداشت‌برداری‌ها، مفاهیم آشکار و پنهان، استخراج و کدگذاری اولیه انجام شد. در طول مصاحبه‌ها و هنگام کدگذاری، برای جلوگیری از انحراف پژوهش، دائماً اهداف پژوهش مرور شد و به لحن، سکوت و توقف‌های مصاحبه‌شونده توجه شد.

مصاحبه‌کننده علاوه بر درگیری عمیق و طولانی‌مدت با موضوع و تخصیص زمان کافی برای جمع‌آوری داده‌ها، به مقایسه مستمر داده‌ها و کدها باهم برای درک شباهت‌ها و اختلافات و تشکیل زیر طبقات و طبقات پرداخت. پس‌از آن، با حفظ ناشناس ماندن

⁵ Primary or non-primary

مصاحبه‌شوندگان، کدگذاری و طبقه‌بندی‌ها توسط محقق دوم خبره بررسی و اصلاح شد. همچنین پژوهشگر، برای افزایش صحت و سندیت، از نظرات سایر نویسندگان و دو کارشناس سلامت سالمندی (به‌عنوان ناظر خارجی یا مستقل از پژوهش) درباره روند استخراج مفاهیم، کدگذاری و کدهای تولیدشده استفاده کرد. برای پایایی داده‌ها در طول زمان و در شرایط مختلف، به فاصله چند روز پس از انجام کدگذاری اولیه، کدها مجدد خوانده شد و با کدهای اولیه مقایسه گردید. در پایان کدگذاری، تمامی پژوهشگران در مورد زیر طبقات و طبقات ایجادشده توافق کردند.

یافته‌ها:

شرکت‌کنندگان در این پژوهش شامل ۱۴ مراقب اولیه و ۳ نفر غیر اولیه بودند. مراقبین اولیه، افرادی بودند که مسئولیت اصلی مراقبت از سالمندان را بر عهده داشتند و مراقبین غیر اولیه افرادی بودند که به مراقبین اولیه در انجام مراقبت کمک می‌کردند. مراقبین شامل ۴ مرد و ۱۳ زن، محدوده سنی مراقبین غیررسمی سالمندان بین ۲۵ تا ۷۸ سال و میانگین آن $۱۱/۲۷ \pm ۵۱/۸۸$ بود. کمترین زمان مراقبت در روز یک ساعت و بیشترین زمان به‌صورت شبانه‌روزی بود. از نظر سابقه مراقبت، حداقل زمان سه ماه و حداکثر زمان بیست سال بود. ۱۱ نفر از مراقبین توسط مرکز بهداشت جنوب تهران، سه نفر توسط مراکز ارائه‌دهنده خدمات اجتماعی و سه نفر توسط سایر مراقبین وارد پژوهش شدند (جدول ۱). تعداد سالمندان تحت مراقبت شامل ۱۹ نفر (۱۲ زن و ۷ مرد) که در جنوب شهر تهران زندگی می‌کردند. محدوده سنی سالمندان بین ۶۰ تا ۱۰۰ سال و میانگین آن $۱۰/۹۶ \pm ۸۰/۶۳$ بود. ۳ نفر از سالمندان علاوه بر مراقبین غیررسمی، دارای پرستار خانگی نیز بودند.

جدول ۱: خصوصیات جمعیت شناختی مراقبین شرکت کننده

ردیف	سن	جنسیت	نوع مراقب	میزان سواد	وضعیت تأهل	وضعیت اشتغال	محل سکونت مراقب	نسبت با سالمند	مراقب جایگزین
۱	۴۶	زن	غیر اصلی	دانشگاهی	مطلقه	کارمند تمام وقت	همراه سالمند	فرزند	دارد
۲	۵۳	زن	اصلی	سیکل	مجرد	خانه دار	همراه سالمند	فرزند	دارد
۳	۶۲	مرد	اصلی	متوسطه	مجرد	بیکار	همراه سالمند	فرزند	ندارد
۴	۴۷	مرد	اصلی	کمتر از سیکل	متاهل	آزاد	جدا از سالمند	فرزند	ندارد
۵	۶۴	زن	اصلی	کمتر از سیکل	متاهل	آزاد	جدا از سالمند	فرزند	دارد
۶	۵۸	زن	اصلی	کمتر از سیکل	همسر از دست داده	خانه دار	همراه سالمند	فرزند	دارد
۷	۵۰	زن	اصلی	دیپلم	متاهل	خانه دار	خانه های مختلف ولی در همان ملک سالمند	فرزند	دارد
۸	۵۰	زن	اصلی	دانشگاهی	متاهل	کارمند تمام وقت	جدا از سالمند	فرزند	دارد
۹	۵۰	زن	اصلی	سیکل	متاهل	خانه دار	جدا از سالمند	عروس	دارد
۱۰	۵۰	زن	اصلی	دیپلم	متاهل	بازنشسته	جدا از سالمند	فرزند	دارد
۱۱	۴۷	زن	اصلی	دیپلم	مجرد	کارمند نیمه وقت	همراه سالمند	فرزند	دارد
۱۲	۴۴	زن	اصلی	دیپلم	متاهل	خانه دار	همراه سالمند	فرزند	ندارد
۱۳	۵۶	زن	غیر اصلی	دیپلم	متاهل	خانه دار	جدا از سالمند	فرزند	دارد
۱۴	۷۸	زن	اصلی	بی سواد	متاهل	خانه دار	همراه سالمند	همسر	ندارد
۱۵	۴۱	زن	اصلی	دیپلم	همسر از دست داده	خانه دار	خانه های مختلف ولی در همان ملک سالمند	عروس	دارد
۱۶	۵۹	مرد	غیر اصلی	دانشگاهی	متاهل	بازنشسته	جدا از سالمند	فرزند	ندارد
۱۷	۲۵	مرد	اصلی	دانشگاهی	مجرد	کارمند نیمه وقت	همراه سالمند	فرزند	ندارد

تسهیل‌کننده‌های مراقبت از سالمند در منزل در سه دسته عوامل فردی، بین فردی و محیطی و یازده زیر طبقه قرار گرفت (جدول ۲).

جدول ۲: طبقات و زیر طبقات تسهیل‌کننده‌های مراقبت

طبقات	زیر طبقات
عوامل فردی	خصوصیات فردی مراقب منافع درک شده از مراقبت مهارت در مراقبت انجام فعالیت‌های خودمراقبتی توسط مراقب
عوامل بین فردی	برقراری رابطه مناسب با سالمند عدم وابستگی کامل سالمند به مراقب همکاری و حمایت اعضای خانواده مراقب برخورداری از حمایت دیگران
محیط‌های حمایتی	محیط فیزیکی حمایت محیط‌های کار حمایت سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات به سالمندان

۱-۳ عوامل فردی شامل خصوصیات فردی مراقب و دیدگاه او در مورد مراقبت، منافع درک شده از مراقبت، مهارت در مراقبت و انجام فعالیت‌های خودمراقبتی است.

—**خصوصیات فردی مراقب:** از نظر شرکت‌کنندگان، دیدن مراقبت به صورت خدمتی لذت‌بخش، مراقبت را لطف خداوند دانستن، آسایش خانواده را در راحتی سالمند دیدن، درک مشکلات دیگران و نداشتن انتظارات زیاد از دیگران، احساس مسئولیت در مقابل سالمند، از خودگذشتگی در برخورد با مشکلات و خدمت کردن به سالمند بی‌منت، بی‌تفاوت نبودن نسبت به مشکلات دیگران و شرایط آنها و روحیه حمایت‌گری، خصوصیات و دیدگاه‌هایی است که مراقب را مستعد انجام مراقبت می‌کند و به مراقب کمک می‌کند که دوران مراقبت را راحت‌تر سپری کند.

شرکت‌کننده شماره ۱۱ (ده سال سابقه مراقبت): "... کل مراقبت از بابام لذته، کلش شیرینیه، یعنی همه لحظه هاش برام واقعاً خوشیه. هیچ ناراحتی راجع به این ندارم. ..."

—**منافع درک شده از مراقبت:** مراقبین درباره پیامدهای مثبتی که به دنبال مراقبت درک می‌شود گفتند: دوست داشته شدن و نزدیکی خانواده، تبادل محبت، شادی، آرامش، لذت، بالا رفتن روحیه و حس قدردانی از منافع روانی است که در اثر مراقبت به دست می‌آید. مراقبین به تقویت صفات شخصیتی مثبت مانند عاقبت‌اندیشی و افزایش صبر و اعتمادبه‌نفس اشاره کردند و برخورداری از دعای خیر سالمندان و اطرافیان را از منافع دیگر؛ و مراقبت را بهانه‌ای برای جبران زحمات سالمندان می‌دانستند. مراقبین بیان کردند که باگذشت زمان و افزایش سابقه مراقبت، مراقب پی به اشتباهات خود در مراقبت برده و بر اثر تجربه می‌تواند به رفتارها و نیازهای

سالمند بیشتر توجه می‌کند. مراقبت در منزل، منزل را به محیط یادگیری تبدیل می‌کند، به طوری که مراقبت کردن برای نسل‌های جدید عادی می‌شود و به صورت ناخودآگاه مراقبت صحیح آموخته می‌شود. مراقبت کردن می‌تواند موجب صرفه‌جویی هزینه‌ها به طور مثال بازنگری کردن در املاک سالمند یا هم‌خانه شدن با او شود.

شرکت‌کننده شماره ۱ (پنج سال سابقه مراقبت): "کوچک‌تر، مثلاً بچه من، بچه خواهرم یا دامادمون نیاز نیست بهشون توضیح بدی که مامانم می‌خوام مراقبت کنم. وقتی که عمل کنیم خودبه‌خود اونا یاد می‌گیرن ... وقتی می‌بینن یه چیزی تکرار میشه و عمل میشه قاعدتاً بهش عادت می‌کنن، یاد می‌گیرن. می‌بینی بعضی از اونا بیرون از خونه هم همون کارو می‌کنن"

-مهارت در مراقبت: شرکت‌کنندگان، مهارت‌های عملی که در انجام امور مراقبتی داشتند را تسهیل‌کننده مراقبت می‌دانستند.

شرکت‌کننده شماره ۲ (۱۵ سال سابقه مراقبت): "من خودم قدیم دوره آموزشی رفتم. کمک‌حال مامان و بابام هستم. آمپول می‌زنم، سرم وصل می‌کنم ... دیگه لازم نیست مامانم یه آمپولی داشته باشه، ماشین بگیریم، بریم درمانگاه آمپولش رو بزنینم."

-انجام فعالیت‌های خودمراقبتی توسط مراقب: مطابق با نظرات مراقبین، اعمالی که مراقب برای حفظ یا بهبود سلامتی خود انجام می‌دهد مانند فعالیت‌هایی برای حفظ سلامت روان، ورزش، استراحت کافی، توجه به امور معنوی و پیروی از دستورات پزشکی مثل مصرف داروها و داشتن نقش فعال در محافظت از خود در تسهیل مراقبت نقش دارند.

شرکت‌کننده شماره ۱: "اگر بخواهی سختی مراقبت رو تحمل کنی باید حداقل یه چیز شاد کنارش داشته باشی که بخندی یا به چیزای خوب فکر کنی..."

۲-۳ عوامل بین فردی شامل برقراری رابطه مناسب با سالمند، عدم وابستگی کامل سالمند به مراقب، همکاری و حمایت اعضای خانواده مراقب، برخورداری از حمایت دیگران، است.

-برقراری رابطه مناسب با سالمند: مراقبین برای تسهیل مراقبت، به تداوم دیدار با سالمند معتقد بودند و با فراهم کردن موقعیت‌های شادی‌آور برای سالمند، گذشت کردن در مقابل اخلاق و رفتارهای نامناسب سالمند، در نظر گرفتن حرمت سالمندی و عزت‌نفس، تلاش مستمر کردن برای پاسخگویی به خواسته‌های سالمند، کنترل خشم، خوش‌خلقی روابط خود با سالمند را بهبود می‌دادند.

شرکت‌کننده شماره ۱: بعضی اوقات وقتی با مادر اختلاف‌نظر جزئی داریم، گذشت می‌کنیم. می‌گیم: آره مامان تو راست می‌گی هر چی تو بگی یعنی بیشتر اوقات کنار می‌ایم.

-عدم وابستگی کامل سالمند به مراقب: مراقبین، در مورد خصوصیات سالمندان گفتند، بیماری‌های کمتر و عدم وابستگی کامل سالمند (توانایی اداره بعضی امور شخصی، منزل و مالی)، سواد، داشتن روحیه استقلال، علاقه‌مندی سالمندان به ارتباط با اعضای خانواده و همسایگان از جمله عواملی است که در تسهیل مراقبت نقش دارند.

شرکت‌کننده شماره ۱: مادرم استقلال مالی کامل داره. درآمدش کامل دست خودشه. سواد داره مثلاً خرج و هزینه هاش رو می‌نویسه. اینقد دارم اینقد گرفتم ...

همکاری و حمایت اعضای خانواده مراقب: مراقبین برای تسهیل فعالیت‌های مراقبتی روزمره^۶ و یا ابزاری^۷ زندگی، گفتند حمایت عاطفی اعضای خانواده به شکل درک شرایط مراقب و احترام به سالمند تحت مراقبت او، همچنین مشارکت اعضای خانواده به صورت در کنار سالمند بودن و تنها نگذاشتن سالمند در زمان‌هایی که مراقب اصلی ناچار است سالمند را ترک کند، مراقبت در شب، جابجا کردن سالمند، حمام کردن، تهیه غذا و تأمین هزینه‌ها مهم است.

شرکت‌کننده شماره ۸ (پنج سال سابقه مراقبت): " بیمه پایه شون که خدمات درمانیه ارتشه برادر بزرگم انجام داده... بیمه تکمیلیش هم برادر کوچیکم انجام داده از طرف اداره شون... دیگه بقیه هزینه هاشون رو ما تقسیم کردیم "

برخورداری از حمایت دیگران: تعداد کمی از مراقبین ابراز کردند حمایت عاطفی، کمک در تأمین وسایل موردنیاز برای مراقبت و یادگیری نحوه مراقبت از افراد باتجربه‌تر، جایگزین شدن مراقب اصلی شدن در مواقع ضروری، در تسهیل مراقبت مؤثر است و نیازمند کمک بستگان، دوستان و همکاران بودند.

شرکت‌کننده شماره ۱۷ (چهار سال سابقه مراقبت): " ... مردم ما مخصوصاً خانوم‌ها وقتی صحبت از مراقبت می‌کنی خوب درک می‌کنن ... و این حس حمایتگری و درک کردن یه قوت قلبه و حس خوبیه واسه آدم... "

۳-۳ محیط‌های حمایتی شامل محیط فیزیکی، حمایت محیط‌های کار و سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی، درمانی، توان‌بخشی و اجتماعی است.

محیط فیزیکی: طبق گفته مراقبین، سالمندان وابسته در استفاده از وسایل منزل، جابجا شدن و حرکت کردن مشکل داشتند. از نظر آنها محل سکونت سالمند می‌بایست طوری متناسب با وضعیت سلامت سالمند ساخته شود و مجهز به وسایل کمکی و حمایتی گردد که مراقبت تسهیل گردد و این مستلزم فضای کافی و در دسترس بودن تجهیزات می‌باشد. کم بودن فاصله فیزیکی محل سکونت و محل کار مراقب با محل سکونت سالمند یا همخانگی با سالمند، نیز تسهیل‌کننده است.

شرکت‌کننده شماره ۱۲ (بیشتر سال سابقه مراقبت و هم‌خانه با سالمند): "... سالمندان ما باید جا و مکانشون مثل جای مکان یه معلول باشه، یعنی خونه ای باشه که واسه معلول ساخته بشه، یعنی بتونه خودش درو باز کنه، بتونه تلفن جواب بده، بتونه شیر آب و همون نشسته باز و بسته بکنه... "

حمایت‌های محیط کار: در این مطالعه کمتر از نیمی از مراقبین شاغل بودند، برخی از آنها، به حمایت مدیران و همکاران به صورت موافقت با کاهش ساعات کاری مراقبین سالمندان در محل‌های کار اشاره کردند.

⁶ Activities of Daily Living (ADLs)

⁷ Instrumental Activities of Daily Living (IADLs)

شرکت‌کننده شماره ۱: " من دوست دارم توی جامعه درک کنن که یکی توی خونه مسن داره یه ذره مشککش بیشتره مثلاً ممکنه وسط روز نیاز باشه مرخصی بگیره بره، مادر و پدرش رو ببره دکتر ... این درک رو توی جامعه داشته باشن. توی محیط کار داشته باشن "

حمایت سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات: مراقبین، نیاز خود را به سازمان‌های دولتی و غیردولتی به‌صورت فراهم آوری خدمات، تجهیزات و اطلاعات مطرح کردند. آنها این خدمات را هم از لحاظ تعداد و هم دسترسی در سطح جامعه ناکافی می‌دیدند؛ ارائه خدمات مراقبتی رسمی مانند فیزیوتراپی، تزییقات و پانسمان، کاردرمانی در منزل و یا نزدیک منزل را برای تسهیل مراقبت ضروری دانستند و علاوه بر این، بیان کردند نیاز است ارائه خدمات در مراکز درمانی مانند بستری کردن و یا ویزیت برای سالمندان ساده‌تر باشد.

شرکت‌کننده شماره ۸: " پدر و مادرم هر دو به خاطر پارکینسون شدید در بهزیستی پرونده دارن. بهزیستی ماهیانه یه برای هر کدومشون مبلغی حدود ۳۰۰ تومن میده، اخیراً هم ویلچر داده‌اند، چون که ما الان اینا رو حتی اگه بخوایم با ماشینم بیرون ببریم مجبوریم تا دم ماشین، تو ویلچر بذاریم، گفته بودن یکی دیگم قراره بدن. اگه بتونن یه بخشی از هزینه‌ها رو تأمین بکنن ما یه خورده با فراغ بیشتری میتونیم مراقبت کنیم."

در مورد منابع مالی در مطالعه حاضر، به‌طور عمده اعضای خانواده سالمندان در هزینه‌های مراقبت شریک می‌شدند و یا فردی که از تمکن مالی بهتری برخوردار بود و یا می‌توانست سالمند را بیمه کند هزینه‌های درمان را بر عهده می‌گرفت. مراقبین معتقد بودند مشارکت خانوادگی در هزینه‌ها، داشتن حقوق بازنشستگی و کمک نیکوکاران می‌تواند موجب تسهیل مراقبت شود ولی نباید از نقش سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات نیز غافل شد. مراقبین حمایت مالی سازمان‌ها و مزایای اجتماعی را به اشکال مختلف مانند جبران هزینه‌ها توسط شرکت‌های بیمه، اعطای کمک‌هزینه مراقبت و حق پرستاری از سالمندان، اهدا و یا امانت دادن وسایل کمکی، اعزام کارکنان سلامت حرفه‌ای به منازل به‌صورت رایگان یا ارزان، جلب حمایت خیرین برای تسهیل مراقبت، فراهم‌سازی امکانات تفریحی و سرگرمی برای سالمندان را از وظایف سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات و تسهیل‌کننده مراقبت دانستند.

مراقبینی که سابقه بیشتری در مراقبت داشتند، مهارت در مراقبت را با تجربه و به‌مرور زمان برحسب نیاز و وضعیت سلامت سالمند به دست آورده بودند. شرکت‌کنندگان، قرار گرفتن در موقعیت‌های متفاوت و استفاده از تجارب قبلی خود را تسهیل‌کننده مراقبت می‌دانستند و به میزان کمتری به ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی- درمانی، اجتماعی و بستگان با تجربه به‌عنوان منابع آموزشی تکیه داشتند، همچنین با هم‌تایان خود در تماس نبودند. تعداد قابل‌توجهی از مراقبین، باور داشتند که تجربه‌ای که باگذشت زمان در مراقبت به دست می‌آید مهم‌تر و کاربردی‌تر از آموزشی است که توسط ارائه‌دهندگان خدمات سلامتی ارائه می‌شود. آنها، آموزش فردی و یا گروهی نحوه مراقبت به مراقبین غیررسمی را از خدماتی ذکر کردند که می‌بایست توسط مراقبین حرفه‌ای و آموزش‌دیده سازمان‌ها و مؤسسات مانند پزشکان، مأمورین اورژانس ارائه شود.

مراقبین در پاسخ به سؤال آموزش‌های موردنیازشان، درباره نحوه صحیح مراقبت از سالمندان صحبت کردند و به نیازهای خود جهت حفظ سلامتی‌شان اشاره‌ای نداشتند. (جدول ۳).

شرکت‌کننده شماره ۱۵ (سه ماه سابقه مراقبت): " ... من همون اول در مورد زخم بستر نمی‌دونستم چی کارکنم. پوشک کردنش رو بلد نبودم. کسی که تجربه ش رو نداره و وارد همچین قضیه‌ای میشه، بهش باید بگن که باید چی کار کنه. تا این حد که من اصن پوشکش رو اشتباه می‌بستم تا یکی از فامیلا اومد بهم یاد داد. یا برای تغذیه ش، هی بزور می‌چپوندم توی دهنش، توی فکش جا نمی‌شد. ولی یکی به من گفت میکس کن. خب اینا خیلی تأثیر داره... دیگه هر کی هر

تجربه‌ای داره میاد دونه دونه بهم میگه که این کار و کن... اون کارو کن، ولی احساس می‌کنم یه چیزیه که به‌مرور آدم باید یاد بگیره.

۱۱

جدول ۳: نیازهای آموزشی مراقبین غیررسمی سالمندان

تعداد (نفر)	نیازهای آموزشی
۶	مواد غذایی موردنیاز سالمندان و نحوه غذا دادن به سالمند دچار مشکل بلع
۵	حرکت دادن و جابجا کردن سالمند
۴	پیشگیری و پانسمان زخم بستر
۴	مصرف داروها
۴	ورزش دادن و کمک به تحرک سالمند / ماساژ دادن
۲	کمک‌های اولیه و تزریقات
۲	سوند زدن و مراقبت از آن
۲	اندازه‌گیری و کنترل فشارخون
۲	نحوه مراقبت در بیماری دیابت
۲	اقدامات پیشگیری‌کننده از سقوط سالمند (زمین خوردن)
۲	تعویض پوشک
۲	تعویض لباس
۲	حمام کردن
۲	حفظ سلامت روان سالمند
۲	بیماری‌ها و علائم هشداردهنده
۱	نحوه رفتار با سالمند

بحث:

این مطالعه، باهدف بررسی تسهیل‌کننده‌های مراقبت سالمندان در منزل انجام شد. در این مطالعه، ۱۷ نفر مراقب غیررسمی سالمندان ایرانی به روش مصاحبه نیمه ساختاریافته تلفنی شرکت کردند و دیدگاه‌ها و نیازهای آموزشی موردنیاز مراقبین را بیان کردند. بر اساس نتایج این مطالعه، سه دسته عوامل فردی، بین فردی و محیط‌های حمایتی به‌عنوان تسهیل‌کننده‌های مراقبت از سالمندان شناخته شدند. آموزش تغذیه سالمندان، حرکت دادن و تغییر وضعیت سالمندان ناتوان جسمی، پیشگیری و پانسمان زخم بستر، مصرف داروها، ورزش دادن و کمک به تحرک سالمند / ماساژ دادن، از جمله مهم‌ترین نیازهایی بود که مطرح شد.

در حیطه تسهیل‌کننده‌های فردی، مراقبین به خصوصیات فردی مراقب مانند گذشت، کم‌توقعی، وظیفه‌شناسی، فداکاری، روحیه حمایتگری اشاره کردند. آنها مراقبت را فعالیتی لذت‌بخش و لطف خداوند می‌دیدند و آسایش خانواده را در راحتی سالمند در نظر

می‌گرفتند. در مقایسه با یافته‌های ما، از نظر شرکت‌کنندگان در مطالعه محمدی و همکاران ۲۰۰۸ صبور بودن، متعهد بودن، اعتقادات مراقب به‌ویژه باورهای مذهبی بر فرایند مراقبت مؤثر بودند (۱۱، ۲۳). مراقبین در مطالعه دیگری معتقد بودند که قدرت درونی آنها از قدرت خدا سرچشمه می‌گیرد که از طریق شناخت خود و خالق تقویت شده است. مراقبت از بیماران مبتلابه آلزایمر فرصتی برای رشد معنوی^۸ است، که در نهایت موجب افزایش ایمان و تغییر زندگی می‌شود (۵).

در خانواده‌های ایرانی پیوندهای عاطفی که در بین اعضای خانواده وجود دارد از اهمیت زیادی برخوردار است به‌طوری‌که در بین تسهیل‌کننده‌های فردی، تبادل محبت از مهم‌ترین منافع بود که مراقبین به آن اشاره کردند. تجربه احساسات مثبت، پیدا کردن خصوصیات مثبت فردی و واقف شدن به خطاها بر اثر مداومت در مراقبت از منافع دیگر بود. از این لحاظ نتایج مطالعه ما با سایر مطالعات مشابهت‌هایی داشت (۱، ۵، ۶، ۸، ۲۴-۲۸). در همین راستا کنتریمین و همکاران ۲۰۲۱ معتقدند جنبه‌های مثبت مراقبت، مانند عشق، می‌تواند تأثیر خوبی در بهزیستی مراقبین غیررسمی داشته باشد (۱۰). تجربه مراقبت از اعضای خانواده موجب یادگیری مهارت‌های جدید و رشد شخصی (افزایش صبر و شکیبایی، خودآگاهی، احترام به خود و آرامش)، احساس موفقیت^۹، تسلط بر کار مراقبت^{۱۰} می‌شود (۲۸)، به طوری که مراقبین در مطالعات قبلی، مراقبت را به سفری اکتشافی^{۱۱} و درهای باز شده^{۱۲} تعبیر کرده بودند (۱) که اگر بازم در همان وضعیت قرار می‌گرفتند آن را دوباره انجام می‌دادند (۸). به نظر می‌رسد از کم توانایی سالمندان، موجب رسیدگی بیشتر اعضای خانواده به او شده و ابراز احساس نیاز سالمند به دیگران و سپاسگزار بودن او، باعث بهبود روابط بین اعضای خانواده و سالمند می‌شود. آرامش حاصل از بهبود روابط، موجب تقویت مراقبت از سالمند می‌گردد و این چرخه مثبت ادامه پیدا می‌کند.

علاوه بر منافع ذکر شده، احترام به سالمندان به‌ویژه والدین در فرهنگ ایرانی یک ارزش اساسی است و تعهدات بین اعضای خانواده را تعریف می‌کند (۲۹). این موضوع در فرهنگ ایرانی، با ارزش‌های دینی آمیخته شده است (۵). در مطالعه ما، فرزندان نسبت به والدین سالمند خود احساس وظیفه کرده و مراقبت را به‌نوعی جبران زحمات سالمند می‌دانستند. به عقیده مراقبین فایده معنوی مراقبت به‌صورت برخوردار از دعای خیر به آنها می‌رسد. یافته‌های تحقیق کیمبرلی ۲۰۱۸ نشان داد فرهنگ آمریکایی برای مراقبت از والدین پیر بسیار ارزش قائل است. آفریقایی تباران و اسپانیایی تباران آمریکایی، مراقبت کردن از سالمندان را در سبک زندگی کودک در حال رشد می‌گنجانند (۶). در مطالعه استفان و همکاران ۲۰۱۸ برخی از مراقبین غیررسمی بیماران مبتلابه دمانس احساس می‌کردند که موظف به مراقبت هستند، و مراقبت را به‌عنوان فرصتی برای ادای دین به فرد مبتلابه زوال عقل ترسیم می‌کردند (۷).

در پژوهش ما، مراقبین به دست آوردن منافع مالی حاصل از مراقبت را نسبت به سایر منافع کمتر ابراز کردند. مطالعه حاضر نشان داد که مراقبت از سالمند می‌تواند مزایای جانبی مانند صرفه‌جویی در هزینه مسکن به خاطر همخانه بودن با سالمند و یا استفاده کردن از املاک سالمند را نیز داشته باشد. مطالعات قبل نشان داده‌اند پول ممکن است محرکی برای تأمین مراقبت باشد، به‌ویژه اگر فردی مزایای مالی از مراقبت غیررسمی دریافت کند (۳۰).

⁸ Spiritual growth

⁹ Feeling of accomplishment

¹⁰ Caregiving mastery

¹¹ Journey of discovery

¹² Opened doors

در مطالعه حاضر، مراقبین مهارت‌های خود را در زمینه^{۱۳} مراقبت تسهیل کننده می‌دانستند در مقایسه با یافته‌های این مطالعه، مراقبین بیماران آسیب نخاعی، داشتن دانش و تبحر در نقش‌های مراقبتی و همچنین داشتن دید مثبت نسبت به توانایی‌های خود برای تسلط بر نقش‌های جدید را به‌عنوان یک تسهیل کننده می‌دیدند (۲۰).

در این مطالعه، تعداد کمی از مراقبین به انجام فعالیت‌های خودمراقبتی جهت برخورداری از سلامت جسمی و روانی و میسر شدن ادامه مراقبت اشاره کردند. لایت فوت و همکاران در مطالعه خود به تغییراتی که در دوران پاندمی کرونا در مراقبت اتفاق افتاده اشاره کردند و گفتند یکی از راه‌های کاهش استرس مراقبین در این دوران، انجام فعالیت‌های خودمراقبتی به‌صورت شرکت در کلاس‌های گروهی خارج از خانه، ورزش کردن، برنامه‌ریزی برای استراحت بوده است (۳۱).

در حیطه تسهیل کننده‌های بین فردی، کمیت و کیفیت رابطه با سالمند به شکل مهربانی کردن و کنترل خشم در مقابل بدرفتاری‌های سالمند اهمیت داشت. تحقیقات قبلی نشان می‌دهد ارتباط و مذاکره بین مراقبین و گیرندگان مراقبت، به انطباق با تغییرات زندگی و رسیدن به درک درست‌تری از انتظارات یکدیگر کمک خواهد کرد. جیاتوان و همکاران ۲۰۲۰ نشان دادند نزدیکی و صمیمیت بین مراقبین و بیماران دچار آسیب نخاعی، درک و احترام به نیازها و فضای یکدیگر باعث تشویق یک رابطه مؤثر می‌شود و انجام فعالیت‌های مشترک در خانه باعث پرورش نگرش مثبت نسبت به یکدیگر و کاهش بار مراقبین می‌گردد (۲۰).

با توجه به اینکه درک ویژگی‌های روانی و رفتاری سالمندان، نقش مهمی در حفظ رابطه مناسب با سالمند دارد، به نظر می‌رسد آموزش اعضای خانواده درباره ویژگی‌های روانی و رفتاری سالمندان دارای سالمندی طبیعی و نیز در سالمندان مبتلا به اختلالات حافظه و شناخت که این ویژگی‌ها، تغییرات عمده‌ای می‌کند می‌تواند به تسهیل مراقبت کمک کند. نحوه ارتباط صحیح با سالمندان و برخورد با مسائل چالش‌برانگیز این دوران، همچنین پاسخگویی به سؤالات مراقبین در این رابطه، می‌تواند به بهبود روابط بین سالمند و مراقبین کمک کرده و فرایند مراقبت را برای هر دو طرف تسهیل کند. پیشنهاد می‌شود آموزش استراتژی‌های ارتباط مؤثر متناسب با وضعیت سلامت سالمند در برنامه‌های مراقبت از سالمندان قرار گیرد.

در مطالعه ما برخی خصوصیات سالمندان مانند عدم وابستگی کامل از نظر اداره امور، تمایل به حفظ استقلال، علاقه‌مندی به ارتباط با دیگران در تسهیل مراقبت نقشی اساسی داشت. در مقایسه با مطالعه ما در مطالعه جیاتوان و همکاران ۲۰۲۰ مراقبین اشاره کردند که نگرش و رفتار مثبت گیرنده مراقبت، مانند توقع کمتر یا قدردانی بیشتر، به مراقبین اجازه می‌دهد تا نقش‌های مراقبتی خود را برای مدت طولانی‌تری حفظ کنند (۲۰).

در این مطالعه، مراقبین حمایت اعضای خانواده‌شان را مهم‌تر از حمایت دیگران (بستگان، دوستان، همکاران و مراقبین حرفه‌ای) می‌دانستند. در مطالعه ما، از حمایت اعضای خانواده به‌صورت جایگزین مراقب اصلی شدن، همکاری در مراقبت در هنگام شب، جابجا کردن سالمندهای ناتوان، حمام کردن، تهیه غذا و تأمین هزینه‌ها سالمند صحبت شد.

در زمینه برخورداری از حمایت دیگران، بازخوردهای مثبت بستگان و دوستان اهمیت داشت و مراقبین را تشویق به ادامه مراقبت از سالمندان در منزل می‌کرد. در همین راستا، یافته‌های پژوهشی در ژاپن نشان می‌دهد اگرچه در این کشور با متداول‌تر شدن خانواده‌های هسته‌ای و افزایش محبوبیت خدمات بیمه مراقبتی^{۱۳}، استفاده از منابع اجتماعی جایگزین مراقبت از سوی بستگان شده ولی مراقبین اغلب در استفاده از این خدمات به دلایل مختلفی از جمله عوامل روانی (انتظارات اجتماعی مبنی بر اینکه خانواده‌ها باید

¹³ Long-term care insurance

از بستگان مسن مراقبت کنند)، تردید دارند(۲۵). یاماموتو^{۱۴} با استفاده از رویکرد تئوری زمینه‌ای^{۱۵} نشان داد که علیرغم از دست رفتن معمول صبر در بین مراقبین - به‌ویژه فرزندان دختر و عروس‌ها - آنها توانستند با استفاده از منابع خارجی و مذاکره با دیگر اعضای خانواده بر صبر از دست‌رفته غلبه کنند و در نتیجه به ارائه مراقبت ادامه دهند(۲۵).

در مطالعه ساکاکیبارا ۲۰۱۵ دریافت کمک از همسایگان و دوستان به‌صورت نظارت بر مراقبت گیرنده، گوش دادن به گیرنده مراقبت، کمک در مواقع اضطراری یا ارائه حمایت روانی به مراقب بود(۲۵). مطالعه‌ای درباره بیماران مبتلا به آسیب‌های نخاعی نشان داد مراقبین گاهی از سایر اعضای خانواده یا دوستان کمک به‌صورت حمایت ابزاری (مثلاً خانه‌داری، یا نگهداری از کودک) یا حمایت عاطفی (مثلاً فراهم کردن راحتی) دریافت می‌کنند(۲۰). علاوه بر این، مطالعات نشان داده‌اند که مراقبین خانوادگی برای رسیدگی به امور شخصی خود به زمان نیاز دارند تا علاوه بر مراقبت از بیمار، سایر نقش‌های اجتماعی و شخصی را نیز ایفا کنند(۳۲، ۳۳). حمایت اجتماعی، به مراقبین اجازه می‌دهد، مقدار بیشتری به استراحت پردازند و با الزامات مراقبت راحت‌تر کنار آیند(۲۰). برای اینکه مراقبین خانوادگی به خواسته‌های گیرنده مراقبت پاسخ دهند و به ارائه مراقبت در منزل ادامه دهند، مداخلاتی لازم است که به مراقبین اجازه دهد تا زندگی خود را نیز داشته باشند و در این راستا استفاده از منابع اجتماعی یک الزام برای ادامه مراقبت است(۲۵).

از آنجایی که تعامل‌های خانوادگی و حمایت‌های اجتماعی می‌توانند باعث افزایش عزت سالمندان شده و احتمالاً در پیامدهای سلامت روان و مراقبت موفق نقش محافظتی داشته باشند(۳۴)، به نظر می‌رسد آگاه کردن همه اعضای خانواده (و نه فقط مراقبین اصلی) از وضعیت مراقبت، تشویق مراقبین اصلی به پذیرش کمک از سایر اعضای خانواده و دیگران و به اشتراک گذاشتن مسئولیت‌های مراقبتی، به مراقبین خانوادگی کمک می‌کند تا فرصتی برای برآورده کردن نیازهای خود یا خانواده فراهم کنند. به نظر می‌رسد مراقبت خانواده محور تحت نظارت و راهنمایی مراقبین حرفه‌ای که در آن، اعضای خانواده و بستگان درجه یک با مشارکت و تقسیم کار به مراقبت از سالمندان می‌پردازند تسهیل‌کننده مراقبت است، لذا این امر می‌بایست در برنامه‌های مراقبت از سالمندان مورد توجه ویژه قرار گیرد. نیاز است اعضای خانواده در این زمینه مورد آموزش و مشاوره قرار گرفته و نحوه مراقبت جمعی را بیاموزند.

در حیطه تسهیل‌کننده‌های محیط‌های حمایتی، شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر به تناسب ویژگی‌های محیط فیزیکی با توانایی‌های سالمندان اشاره کردند. در یک مطالعه، مشخص شد که محیط فیزیکی، پیش‌بینی کننده‌ای مهم برای کیفیت زندگی مرتبط با سلامت^{۱۶} در سالمندان با درآمد پایین کره‌ای است، به‌طوری‌که افرادی که از نظر فیزیکی در محیط‌های نامناسب زندگی می‌کردند، محیط خود را منفی درک کرده و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پایینی را نشان دادند(۳۵). در مطالعه دیگری مراقبین سه ویژگی مسکن شامل همخانگی، خانه‌های مجهز به وسایل کمکی و گزینه‌های زندگی مقرون‌به‌صرفه برای سالمندان را در مقایسه با غیر مراقبین بیشتر گزارش دادند(۳۶). مطالعات نشان داده‌اند تغییرات و اصلاحات منزل سالمند، می‌توانند به مراقبین در ارائه مراقبت از عزیزانشان کمک کنند و مراقبت‌های خانگی و ایمنی مراقبت گیرنده را افزایش می‌دهند. علاوه بر این، حمایت از مراقبین و گنجاندن آنها در محیط اجتماعی و ساخته‌شده^{۱۷} جامعه می‌تواند با کاهش استرس مراقبین و افزایش شرکت در اجتماع، زندگی آنها را بهبود بخشد(۳۶). لذا آموزش نحوه اصلاح و مناسب‌سازی منازل مسکونی سالمندان بر اساس استانداردها و فراهم کردن امکاناتی برای خانواده‌ها جهت اقدام در این زمینه، از نیازهایی است که می‌بایست مورد توجه قرار گیرد.

14 Yamamoto

15 Grounded theory approach

16 health related quality of life

17 social and built environment

مراقبین حمایت سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات، کمبود خدماتی برای نظافت و بهداشت سالمندان، فیزیوتراپی، پانسمان توسط کارکنان حرفه‌ای را احساس می‌کردند. بر اساس مطالعه جیاتوان و همکاران ۲۰۲۰ فعالیت‌های مراقبتی و یا ابزاری زندگی توسط کارکنان استخدام‌شده، به خویشاوندان بیماران دچار آسیب نخاعی کمک می‌کند تا حجم کاری خود را کاهش دهند (۲۰). در مطالعه اشرفی زاده و همکاران سال ۲۰۲۱ نیز بیماران دچار آلزایمر در انجام فعالیت‌های روزانه خود با چالش‌هایی روبرو بودند که باگذشت زمان بدتر می‌شد، و به یک مراقب آموزش‌دیده که در خانه با آنها باشد یا یک پرستار که به‌طور منظم آنها را در خانه ملاقات کند نیاز داشتند (۳۷). علاوه بر این، بر اساس یافته‌های مطالعات قبل، سالمندانی که نیاز به مراقبت طولانی‌مدت دارند ترجیح می‌دهند در خانه تحت درمان قرار گیرند (۲۵). این موضوع ضرورت طراحی و توسعه خدمات مراقبتی و نظارت بر روند مراقبت از بیمار در خانه را می‌رساند.

بر اساس نظر شرکت‌کنندگان مطالعه حاضر، شریک شدن اعضای خانواده در هزینه‌ها، برخورداری از حمایت‌های مالی اجتماعی به‌صورت کمک‌های نقدی و غیر نقدی می‌توانست مراقبت را تسهیل کند. در مطالعه محمدی و همکاران ۲۰۰۸، مراقبین زن به‌ویژه غیر شاغلین که از استقلال مالی برخوردار نبودند بر این باور بودند که وجود حمایت مالی دولتی (از سالمندان و مراقبین) و بیمه به معنی برخورداری از تأمین اجتماعی بیشتر بوده، سهولت بیشتری را برای مراقبت از سالمند فراهم می‌کند (۲۳). بر اساس مطالعه اشرفی زاده و همکاران سال ۲۰۲۱ نیز نامتناسب بودن قیمت داروها و تجهیزات موردنیاز با توانایی مالی بیماران، عدم پوشش بیمه‌ای و هزینه‌های زیاد غربالگری و آزمون‌های تشخیصی بیماری آلزایمر چالش‌های متعددی ایجاد می‌کرد؛ به‌طوری‌که به‌منظور تأمین هزینه‌های زندگی و درمان بیماران، حمایت هم‌تایان، سازمان‌های غیردولتی فعال و مؤسسات خیریه پیشنهاد شده بود (۳۷).

افزایش سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات در منزل، برای کمک به فعالیت‌های مراقبتی روزمره و یا ابزاری زندگی، ارائه خدمات پزشکی و پرستاری، افزایش حفظ ایمنی سالمندان در منزل، در کاهش بار مراقبتی مراقبین و تسهیل مراقبت کمک‌کننده است و کمبود آن در بین خانواده‌های ایرانی به‌وضوح مشاهده می‌شود.

در مطالعه حاضر، اکثر مراقبین بر تجربه خود تکیه داشتند، بعضی مراقبین، نحوه مراقبت کردن را از اطرافیان یاد گرفته بودند و مانند بسیاری از مطالعات قبل، نقش سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات، در آموزش مراقبین کم‌رنگ بود. مطالعات نشان داده‌اند علیرغم اینکه آموزش خانواده و بیمار در ایران حقی محسوب می‌شود، بیماران سالمند و مراقبین خانوادگی آنها از آموزش مهارت‌های موردنیاز محروم هستند (۳۸). در پژوهش کنتریمین و همکاران ۲۰۲۱ مراقبین غیررسمی دانش مراقبت را از طریق تجربه شخصی و شبکه‌های اجتماعی به دست آورده و به‌ندرت از ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی آموزش گرفته بودند و به‌ندرت از ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی آموزش گرفته بودند (۱۰). در مطالعه استفان و همکاران ۲۰۱۸ مراقبین غیررسمی انتظار داشتند که اطلاعات کافی در مورد وضعیت فرد مبتلا به زوال عقل، خدمات موجود و حمایت مالی توسط متخصصان بهداشت و مراقبت‌های اجتماعی ارائه شود (۷). کرایل و همکاران ۲۰۱۴ در مطالعه خود نقش پزشکان عمومی را در ارائه اطلاعات موثر دانستند (۲۴). این در حالی است که در مطالعه جیاتوان و همکاران ۲۰۲۰ حمایت هم‌تایان به عنوان یک تسهیل‌کننده مهم گزارش شده است (۲۰).

مطالعات نشان داده‌اند مشاوره با دوستان نزدیک، اقوام و گروه درمان برای مقابله با مشکلات مراقبتی، تنش را کاهش داده و توانایی‌های مراقب را افزایش می‌دهند (۳۹). فراهم آوری برقراری ارتباط مؤثر با کارکنان بهداشتی و درمانی، ارائه اطلاعات و خدمات مشاوره روان‌شناختی به مراقبین می‌تواند سلامت مراقبین در ابعاد مختلف را حفظ کند (۳۳، ۳۸، ۴۰). به نظر می‌رسد برنامه‌ریزی برای ارتقاء مهارت‌های مراقبین از طریق آموزش‌های رسمی و غیررسمی توسط ارائه‌دهندگان خدمات سلامتی، همچنین فراهم کردن فرصتی برای ارتباطات اجتماعی بین هم‌تایان، به‌صورت تقویت گروه‌های حمایتی خودیار، به تسهیل مراقبت کمک می‌کند. مراقبین

غیررسمی به خصوص افرادی که تجربه مراقبت از دیگران را نداشته‌اند و برای اولین بار مراقب می‌شوند، نیاز دارند که آموزش‌های پایه و اولیه در زمینه مراقبت را متناسب با وضعیت سلامت سالمند خود ببینند، هرچند که گذشت زمان و تجربه مراقبت باعث ارتقای مهارت‌های مراقبتی شده و کیفیت مراقبت را بهبود می‌بخشد.

در مطالعه حاضر، آموزش حرکت دادن و جابجا کردن سالمندان ناتوان جسمی، پیشگیری و پانسمان زخم بستر، مصرف داروها، ورزش دادن و کمک به تحرک سالمند / ماساژ دادن، تغذیه سالمندان از اولویت‌های مراقبین بود. در مطالعه دایکس و همکاران، در سال ۲۰۱۹، مراقبین، خود را در تغذیه، تحرک، جابجا کردن، مدیریت دارو و علائم و نیز مدیریت ارتباطات دارای صلاحیت کمی می‌دیدند (۴۱). در مطالعه کنتریمین و همکاران ۲۰۲۱ مراقبین غیررسمی سالمندان مبتلا به زوال عقل، به شدت درگیر در مدیریت مراقبت، از جمله اصلاح رژیم‌های دارویی بودند. آنها در مورد کمبود مهارت‌های مراقبتی خود ابراز نگرانی و نیاز به آموزش را اعلام کردند (۱۰).

این مطالعه، از معدود مطالعاتی است که به نیازهای مراقبین غیررسمی سالمندان توجه کرده است. شرکت‌کنندگان، به روش‌های مختلف از جنوب شهر تهران دعوت به مطالعه شدند. از محدودیت‌های این مطالعه این بود که با مراقبینی که به زبان فارسی صحبت نمی‌کردند و یا مشکل شنوایی داشتند مصاحبه نشد، علاوه بر این زیرگروه‌های مختلف مذهبی و وضعیت‌های مختلف اقتصادی در نظر گرفته نشد. لذا تعمیم مطالعه به کلیه مراقبین با احتیاط باید صورت گیرد. به علت اینکه روش جمع‌آوری داده‌ها به صورت تلفنی بود، امکان دیدن چهره و واکنش‌های غیرکلامی مراقبین نبود.

همچنین از مصاحبه با سالمندان، مراقبین رسمی، مدیران و کارکنان مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامتی و اجتماعی صرف نظر شد. لذا برای مطالعات بعدی پیشنهاد می‌شود که برای به دست آوردن دیدی وسیع‌تر بر اساس مدل اکولوژیک، این موارد در نظر گرفته شود. همچنین، موانع و تسهیل‌کننده‌های حمایت‌های اجتماعی و سازمانی از سالمندان و مراقبین آنها مورد پژوهش قرار گیرد. برای انجام مراقبت با کیفیت، شناسایی نیازهای مراقبین غیررسمی از جمله نیازهای آموزشی و بازدید از محیط مراقبت (منزل)، در برنامه سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت و اجتماعی قرار گیرد و برنامه‌ریزی مداخلات، برای مرتفع کردن این نیازها با مشارکت مراقبین انجام شود.

نتیجه‌گیری نهایی

این مطالعه نشان داد که تسهیل‌کننده‌های مراقبت از سالمندان توسط مراقبان غیررسمی در منزل را می‌توان از طریق سه دسته تسهیل‌کننده‌های فردی، بین فردی و محیط‌های حمایتی و یازده زیر طبقه توضیح داد. مراقبین غیررسمی نیازمند کسب مهارت در زمینه مراقبت از سالمندان بودند و اکثراً این مهارت را بر اثر تجربه به دست آورده بودند و کمتر توسط سازمان‌ها و مؤسسات آموزش دیده بودند.

وابستگی متقابل عاطفی که بین مراقبین غیررسمی و سالمندان وجود داشت، مراقبت کردن را راحت‌تر می‌کرد. داشتن روحیه وظیفه‌شناسی در مقابل سالمند و حفظ رابطه مناسب با سالمند اهمیت داشت، همچنین عدم وابستگی کامل سالمند و علاقه‌مندی سالمند به حفظ استقلال و ارتباط با دیگران در نتیجه کمتر تکیه کردن به مراقب، یافته دیگری بود که به دست آمد.

مراقبین نیازمند حمایت‌های همه‌جانبه از طرف اعضای خانواده، بستگان و سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات بودند. آنها تقسیم‌کار بین اعضای خانواده، استفاده از تجربیات دیگران، گسترش خدمات مورد نیاز مراقبت در منزل به شکل مقرون‌به‌صرفه را ضروری می‌دانستند.

مراقبت خانواده محور یکی از ارکان مهم مراقبت محسوب می‌شود که به حفظ سلامت سالمندان و مراقبین منجر می‌گردد. انجام صحیح مراقبت مشارکتی، حمایت خانوادگی و اجتماعی به‌صورت مؤثر، در گروی آموزش و پاسخگویی به سؤالات مراقبین در زمینه مهارت‌های مراقبتی، انجام فعالیت‌های خودمراقبتی، چگونگی ارتباط سالم اعضای خانواده باهم، آشنایی با خصوصیات رفتاری و روانی دوران سالمندی و حفظ استقلال آنها، تدارک خدمات مراقبتی و خدمات مربوط به خانه‌داری به‌اندازه کافی در منزل و با هزینه مقرون‌به‌صرفه، می‌باشد و بدون حمایت سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و اجتماعی و مؤسسات خیریه امکان‌پذیر نخواهد شد.

به نظر می‌رسد باوجود تفاوت‌های فرهنگی، مسئله مراقبت از سالمندان و تسهیل‌کننده‌های مراقبت در جهان الگوی مشابهی دارد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اخلاق پژوهش: این مطالعه بر اساس دستورالعمل اعلامیه هلسینکی انجام شده و تأیید شده توسط کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی، دانشکده بهداشت و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران کد IR.TUMS.SPH.REC1399.226 مورخ ۱۲ آذر سال ۱۳۹۹ و کد IR.TUMS.SPH.REC1399.328 مورخ ۲۰ اسفند ۱۳۹۹ می‌باشد.

رضایت کتبی آگاهانه از همه افراد شرکت‌کننده در مطالعه اخذ شد.

حامی مالی: این تحقیق، قسمتی از نتایج یک مطالعه بزرگ‌تر است که توسط معاونت پژوهشی دانشکده بهداشت (شماره گرنت: ۹۷۱۱۱۰۸۰۰۱) و معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران (شماره گرنت: ۵۱۶۰۵-۱۲۹-۱-۱۴۰۰) تأمین مالی شد.

مشارکت نویسندگان: همه نویسندگان به مفهوم پروژه و توسعه ایده‌های مفهومی اصلی کمک کردند. نویسنده اول مصاحبه‌ها را انجام داد، داده‌های اولیه را کدگذاری کرد و داده‌ها را تجزیه و تحلیل کرد. نویسندگان دوم و چهارم به کدگذاری داده‌ها کمک می‌کنند. نویسندگان دوم و سوم، هر دو در تفسیر یافته‌ها و نوشتن مقاله مشارکت داشتند. نسخه اولیه توسط همه نویسندگان اصلاح شد و نسخه نهایی مورد توافق همه نویسندگان قرار گرفت.

تعارض منافع: نویسندگان هیچ تضاد منافع را نداشته‌اند. تأمین‌کنندگان مالی هیچ نقشی در طراحی مطالعه، جمع‌آوری، تجزیه و تحلیل یا تفسیر داده‌ها؛ در نگارش نسخه اولیه و نهایی؛ یا در تصمیم‌گیری برای انتشار نتایج نداشته‌اند.

تشکر و قدردانی: از حامی‌های مالی مطالعه و از مرکز بهداشت جنوب تهران، کمیته امداد امام خمینی (ره) استان تهران، شهرداری تهران، بهزیستی استان تهران (شهرستان‌های تهران و ری) که در انجام این پژوهش کمک کردند و مهم‌تر از همه مراقبینی که تجربیات خود را به اشتراک گذاشتند، کمال تشکر را داریم.

References:

- .1 Greenwood N, Pound C, Brearley S, Smith R. A qualitative study of older informal carers' experiences and perceptions of their caring role. *Maturitas*. 2019;124:1-7.
- .2 Pourhadi S, Khankeh HR, Fadayevatan R, Sahaf R. The Informal Caregivers' Viewpoint About Care Inhibitors for Community-Dwelling Elderly in an Iranian Context: A Qualitative Study. *Iranian Rehabilitation Journal*. 2016;14(3):185-96.
- .3 World Health Organization. World report on ageing and health Geneva2015 [Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>].
- .4 Lambert SD, Bowe SJ, Livingston PM, Heckel L, Cook S, Kowal P, et al. Impact of informal caregiving on older adults' physical and mental health in low-income and middle-income countries: a cross-sectional, secondary analysis based on the WHO's Study on global AGEing and adult health (SAGE). *BMJ Open*. 2017;7(11):1-14.
- .5 Ashrafizadeh H, Gheibizadeh M, Rassouli M, Hajibabae F, Rostami S. Explain the Experience of Family Caregivers Regarding Care of Alzheimer's Patients: A Qualitative Study. *Frontiers in psychology*. 2021;12:699959.
- .6 Conway K. The Experience of Adult Children Caregiving for Aging Parents. *Home Health Care Management & Practice*. 2018;31(2):92-8.
- .7 Stephan A, Bieber A, Hopper L, Joyce R, Irving K, Zanetti O, et al. Barriers and facilitators to the access to and use of formal dementia care: findings of a focus group study with people with dementia, informal carers and health and social care professionals in eight European countries. *BMC geriatrics*. 2018;18(1)131.:
- .8 Garcia-Sanchez FJ, Martinez-Vizcaino V, Rodriguez-Martin B. Barriers and facilitators for caregiver involvement in the home care of people with pressure injuries: A qualitative study. *PLoS One*. 2019;14(12):1-13.
- .9 Fairbrother P, Pinnock H, Hanley J, McCloughan L, Sheikh A, Pagliari C, et al. Exploring telemonitoring and self-management by patients with chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study embedded in a randomized controlled trial. *Patient education and counseling*. 2013;93(310-403):
- .10 Kontrimiene A, Sauseriene J, Blazeviciene A, Raila G, Jaruseviciene L. Qualitative research of informal caregivers' personal experiences caring for older adults with dementia in Lithuania. *Int J Ment Health Syst*. 2021;15(1):2-10.
- .11 Mohammadi f, Dabbaghi f, Nikraves M. Facilitator and Barriers Factors in Family Caregiving Process of Iranian Frail Elderly:Qualitative study. *Iran Journal of Nursing*. 2008;21(55):55-65.
- .12 Charles L, Brémault-Phillips S, Parmar J, Johnson M, Sacrey LA. Understanding How to Support Family Caregivers of Seniors with Complex Needs. *Canadian geriatrics journal : CGJ*. 2017;20(2):75-84.
- .13 Sanaati F, Gelekholaee KS, Taghizadeh Z, Hajiabadi IZ. Review on global strategy in healthy aging. *Journal of Preventive Epidemiology*. 2019;4(2):e23-e.
- .14 Ziaeefer H, Tajvar M, Yaseri M, Pourreza A. Evaluation of Elderly's Integrated Healthcare components in primary healthcare centers of Tehran, Iran. *Journal of education and health promotion*. 2021;10:222.
- .15 Golden SD, Earp JA. Social ecological approaches to individuals and their contexts: twenty years of health education & behavior health promotion interventions. *Health Educ Behav*. 2012;39(3):364-72.
- .16 Crosby R, Noar SM. What is a planning model? An introduction to PRECEDE-PROCEED. *Journal of public health dentistry*. 2011;71 Suppl 1:S7-15.

- .17 Sallis JF, Owen N, Fisher EB. Ecological models of health behavior. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*, 4th ed. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass .2008 ;p. 465-85.
- .18 McLaren L, Hawe P. Ecological perspectives in health research. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2005;59(1):6-14.
- .19 Greenwood N, Pound C, Smith R, Brearley S. Experiences and support needs of older carers: A focus group study of perceptions from the voluntary and statutory sectors. *Maturitas*. 2019;123:40-4.
- .20 Jeyathevan G, Catharine Craven B, Cameron JI, Jaglal SB. Facilitators and barriers to supporting individuals with spinal cord injury in the community: experiences of family caregivers and care recipients. *Disability and rehabilitation*. 2020;42(13):1844-54.
- .21 O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*. 2014;89(9):1245-51.
- .22 Guba EG, Lincoln YS. Epistemological and methodological bases of naturalistic inquiry. *ECTJ*. 1982;30(4):233-52.
- .23 Mohamadi F, Dabaghi F, Yadavar Nikravesh M. Facilitating and Hindering Factors in Family Care Giving Process on Iranian Frail Elderly: Female Caregivers Experiences. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2008;2(4):445-53.
- .24 Criel B, Vanlerberghe V, De Koker B, Decraene B, Engels E, Waltens R. Informal home care for elderly in Belgium: a study on the features and challenges of informal care at local level. *Community Ment Health J*. 2014;50(7):848-53.
- .25 Sakakibara K, Kabayama M, Ito M. Experiences of “endless” caregiving of impaired elderly at home by family caregivers: a qualitative study. *BMC Research Notes*. 2015;8(1):827.
- .26 Hopps M, Iadecola L, McDonald M, Makinson GT. The burden of family caregiving in the United States: work productivity, health care resource utilization, and mental health among employed adults. *Journal of multidisciplinary healthcare*. 2017;10:437-44.
- .27 Penning MJ, Wu Z. Caregiver Stress and Mental Health: Impact of Caregiving Relationship and Gender. *The Gerontologist*. 2015;56(6):1102-13.
- .28 Farhadi A, Foroughan M, Mohammadi F, Rassouli M ,Sadegh Moghadam L, Nazari S, et al. Caregiving Appraisal in Family Caregivers of Older Adults. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2016;11(1):8-19.
- .29 Mortazavi H, Peyrovi H, Joolaei S. How Do Family Caregivers of Older People Give Up Caregiving? *International journal of community based nursing and midwifery*. 2015;3(3):187-97.
- .30 Broese van Groenou MI, De Boer A. Providing informal care in a changing society. *European Journal of Ageing*. 2016;13(3):271-9.
- .31 Lightfoot E, Yun H, Moone R, Otis J, Suleiman K, Turck K, et al. Changes to Family Caregiving of Older Adults and Adults with Disabilities during COVID-19. *Gerontology & geriatric medicine*. 2021;7:23337214211002404.
- .32 Tsai P-C, Yip P-K, Tai JJ, Lou M-F. Needs of family caregivers of stroke patients: a longitudinal study of caregivers' perspectives. *Patient Prefer Adherence*. 2015;9:449-57.
- .33 Mohammadi F, Babaei M. Effects of participation in support groups on Alzheimer's family caregivers' strain and spiritual wellbeing. *Iranian Journal of Ageing*. 2011;6(1):0-.
- .34 Yasamy M, Dua T, Harper M, Saxena S. *Mental Health of Older Adults, Addressing a Growing Concern*. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse. Retrieved May 25, 2015. 2015. p. 4-9.
- .35 Lee S, Cheong CH. Effect of the Physical Environment on the Health-related Quality of Life of the Low-income Korean Elderly Population. *Iranian journal of public health*. 2018;47(12):1865-73.
- .36 Black K BA, Hyer K. Caregivers' Considerations on Age-friendly Community Features. *Ann Gerontol Geriatric*. 2016;3(2):1041.

- .37 Ashrafizadeh H, Gheibizadeh M, Rassouli M, Hajibabae F, Rostami S. Explaining Caregivers' Perceptions of Palliative Care Unmet Needs in Iranian Alzheimer's Patients: A Qualitative Study. *Frontiers in psychology*. 2021;12:707913.
- .38 Farahani MA, Bahloli S, JamshidiOrak R, Ghaffari F. Investigating the needs of family caregivers of older stroke patients: a longitudinal study in Iran. *BMC geriatrics*. 2020;20(1):313.
- .39 Torabi Chafjiri R, Navabi N, Shamsalinia A, Ghaffari F. The relationship between the spiritual attitude of the family caregivers of older patients with stroke and their burden. *Clinical interventions in aging*. 2017;12:453-8.
- .40 Enderby P, Pandyan A, Bowen A, Hearnden D, Ashburn A, Conroy P, et al. Accessing rehabilitation after stroke - a guessing game? *Disability and rehabilitation*. 2017;39(7):709-13.
- .41 Dixe MdACR, da Conceição Teixeira LF, Areosa TJCC, Frontini RC, de Jesus Almeida Peralta T, Querido AIF. Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person: a cross-sectional study. *BMC geriatrics*. 2019;19(1):255.

پاییز فته شاه پیش از انتشار