

Research Paper

Facilitators of Elderly Care at Home and the Educational Needs of the Family Caregivers of Older Adults in the South of Tehran, Iran: A Qualitative Study

Fatemeh Rahimi^{1,2}, *Elham Shakibazadeh¹, 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. Department of Aging, Iranian Research Center on Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.



Citation Rahimi F, Shakibazadeh E, Ashoorkhani M, Foroughan M. [Facilitators of Elderly Care at Home and the Educational Needs of the Family Caregivers of Older Adults in the South of Tehran, Iran: A Qualitative Study (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2024; 19(2):222-241. <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2023.3668.1>

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

ABSTRACT

Objectives Population aging is accompanied by an increase in the elderly's demand for long-term care, which is mainly provided by family caregivers. Providing quality elderly care, while maintaining the health of caregivers, requires recognition of facilitators and the educational needs. Therefore, this study aims to investigate facilitators of elderly care at home and the educational needs of the family caregivers of older adults in the south of Tehran, Iran.

Methods & Materials This is a qualitative study using the conventional content analysis method. To collect data, we conducted semi-structured telephone interviews. Seventeen family caregivers aged ≥ 18 years with at least one month of caregiving experience and at least six hours of caregiving per week were selected using purposive and snowball sampling methods until data saturation from January to April 2021. After transcribing the recorded interviews, the data were entered into the MAXQDA 2018 software and analyzed.

Results Personal factors included personal characteristics of caregivers, Capability in caregiving, perceived benefits of caregiving, and self-care activities of caregivers. Interpersonal factors included proper relationship with older adults, older adults' partial dependence on caregivers, cooperation and support of family members, and receiving others' support. Supportive environments included physical environment, receiving support from work environments and organizations providing elderly care services. The most important educational needs of family caregivers were the needs to learn how to prepare nutritious foods for the elders, the way to nourish older adults with dysphagia, and how to move the physically disabled older adults.

Conclusion Family caregivers of older adults in the south of Tehran should have access to affordable elderly care and home care services based on their educational needs that require planned support from service providers.

Keywords Family caregivers, Older adults, Homecare, Facilitators, Qualitative study, Iran

Article Info:

Received: 16 May 2023

Accepted: 13 Aug 2023

Available Online: 01 Jul 2024

*** Corresponding Author:****Elham Shakibazadeh, Professor.**

Address: Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (912) 5796021

E-mail: shakibazadeh@sina.tums.ac.ir

Copyright © 2024 The Author(s);
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

Extended Abstract

Introduction

The aging global population has led to increased reliance on families, organizations, and society to provide care for older adults, resulting in a greater demand for long-term care [2]. Factors such as policies, financial constraints, private service costs, religious considerations, social structures, and cultural traditions often lead to care being provided at home for older individuals [4–8]. Family (informal) carers play a vital role in assisting those who cannot care for themselves, impacting their own health negatively [10]. Previous studies have focused on individual lifestyle changes and overlooked care facilitators, especially in environmental contexts. In 2017, the Iranian Ministry of Health and Medical Education introduced an elderly care program focusing on the health of older adults who seek center-based care, neglecting dependent elderly and their informal carers [13, 14]. The lack of social services for dependent older adults and their carers can disrupt care provision and resource utilization [10]. To create effective health-promoting interventions, it is crucial to identify factors and address educational needs of family carers. This study explores facilitators of elderly homecare and educational needs of family carers for dependent older adults.

Methods

This study was a qualitative content analysis using purposive and snowball sampling from January 2021 to April 2021. The study involved family carers of older adults aged 60 and over at the South Tehran Health Centre and three social service-providing centres based on inclusion criteria and demographic characteristics.

The interviews were open and semi-structured by telephone, focusing on factors that provide easier care and how family members, colleagues, relatives, friends, and society can assist in providing better care. The interviews were supplemented by questions about education and support needs. The sampling process continued until data saturation, with two more participants interviewed. Lincoln and Guba's criteria were used for validity and reliability. After each interview, the interviewer transferred the audio file into a Word file. The study utilised MAXQDA 2018 qualitative analysis software for data analysis. The interviewer creates initial codes, categories, and sub-categories. To ensure clarity and accuracy in conveying the process of refinement and validation in the data analysis the second researcher modified and reviewed them. To

enhance validity and authenticity, the researcher consulted other authors and two elderly health experts. At last, all researchers agreed on the categories and subcategories.

Results

This study investigated the facilitators of elderly homecare from the perspective of family carers, with a focus on personal, interpersonal, and environmental factors. The research involved 17 family carers, comprising four males and 13 females, with an average age of 51.8 ± 11.2 years. The care durations varied between one to 24 hours a day. The care recipients were 12 females and seven males, residing in the south of Tehran, with an average age of 80.6 ± 10.9 years (Table 1).

The facilitators of elderly homecare were classified into three main categories: personal, interpersonal, and environmental, encompassing a total of 11 sub-categories. In terms of personal facilitators, participants highlighted the significance of carers' characteristics and attitudes towards caregiving. Notably, viewing caregiving as a fulfilling service and considering it a divine gift emerged as important factors facilitating effective care. Perceived positive outcomes, such as strengthened family bonds, increased intimacy, and the development of forward-looking personality traits, were identified as influential elements in supporting caregiving. Carers viewed their role as reciprocating the generosity of older adults, and over time, they gained insights into their own caregiving limitations, leading to the unconscious transmission of proper caregiving practices to new generations. Practical caregiving skills and self-care proficiency were also underscored as crucial facilitators.

Concerning interpersonal facilitators, carers emphasized the importance of maintaining regular visits and improving relationships with the elderly recipients. Factors like limited illnesses, partial dependence, literacy, independent mindset, and a desire for social interactions were recognized as facilitators. Emotional support from family members, marked by understanding the conditions of the elderly, showing respect, and actively participating in caregiving and household duties, was deemed vital. Carers found emotional support, access to caregiving facilities, learning from experienced caregivers, and the availability of substitute caregivers effective in easing the caregiving process, often necessitating help from relatives and friends.

Table 1. Main and sub-categories of the family care facilitators

Main category	Sub-category
Personal factors	Personal characteristics of caregivers
	Capability in caregiving
	Perceived benefits of caregiving
	Caregivers self-care activities
Interpersonal factors	Proper relationship with older adults
	Older adults' partial dependence on caregivers
	Cooperation and support of carers' family members
	Receiving others' support
Supportive environments	Physical environment
	Receiving support from work environments
	Support from organizations providing elderly care services

In terms of supportive environments, carers highlighted challenges faced by dependent older adults in utilizing home facilities and mobility. They suggested designing residences tailored to the health needs of dependent seniors and equipping them with supportive tools. The proximity between carers' and older adults' residences was seen as a significant facilitator. Carers expressed the need for assistance from governmental and non-governmental organizations, spanning services, equipment, and information. Financial aspects were also addressed, with carers mentioning familial cost-sharing, retirement pensions, and external aid as potential sources of financial support. Moreover, the study emphasized the role of service-providing organizations in offering financial assistance and social benefits.

Lastly, participants acknowledged the influence of past experiences and diverse caregiving situations as facilitators. While healthcare and social service providers, as well as relatives, played a diminished role, participants stressed the importance of caregiving training provided by educated and professional carers within organizations. One of the key needs highlighted was the provision of guidance on meeting the nutritional needs of elderly individuals and assisting in the mobility and positioning of those who are physically disabled. The findings underscore the multifaceted nature of caregiving facilitators and highlight the importance of addressing these aspects to enhance the quality of care for older adults.

Conclusion

It seems that the issue of elderly care and caregivers around the world has a similar pattern. This study uncovered that caregiving benefits, encompassing positive emotions and personal growth, served as facilitators. Notably, emotional bonds within families took center stage, particularly the sense of responsibility felt by children towards their aging parents, viewing caregiving as a form of compensation. Moreover, certain attributes of older adults, coupled with emotional attachment, played a pivotal role in facilitating caregiving. Key factors included maintaining a conscientious mindset and fostering respectful relationships with elders. Additionally, the study highlighted the outcomes of partial dependence among older adults and their aspiration to uphold independence and relationships.

Carers emphasized the pivotal role of caregiving skills, with some highlighting the importance of self-care activities for enhancing both physical and mental well-being. Carers sought comprehensive support, encompassing shared family responsibility, leveraging the wisdom of experienced individuals, and expanding the scope of homecare services. The positive encouragement provided by relatives and friends was identified as a significant driving force in fostering ongoing elderly homecare.

In terms of creating supportive environments, participants stressed the importance of aligning physical environmental factors with the capabilities of the elderly. Recommendations included raising awareness about

modifying living spaces to meet specific standards and providing resources to empower families to take proactive measures. On the topic of service-providing organizations, carers expressed a perceived lack of available support. Proposals aimed at mitigating carers' burdens and enhancing the caregiving process encompassed increasing the availability of homecare providers offering assistance with daily activities, providing medical and nursing services, and fortifying the safety of older adults within their homes. This gap in support was particularly evident in Iranian families. Many participants relied on experiential learning, as organizational training for carers was notably limited.

Family carers voiced a clear need for caregiving skills when tending to older adults, yet a majority gained these skills through personal experience, with minimal formal training provided by organizations.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This article has not any details, images, or videos relating to an individual person. Electronic or in-person informed consents to participate in the study will be obtained from all participants. The study was approved by the Ethics Committee of [Tehran University of Medical Sciences](#), School of Public Health and Allied Medical Sciences (Protocol Code:IR.TUMS.SPH.REC.1399.226 approved on December 2, 2020, and IR.TUMS.SPH.REC.1399.328 approved on March 10, 2021).

Funding

This work was supported as PhD thesis and a Health Systems Research project by the Vice Chancellor for Research of the School of Public Health (grant number: 9711108001) and the Vice Chancellor for Health of [Tehran University of Medical Sciences](#) (Grant No.: 1400-1-129-51605).

Authors' contributions

Investigation, writing initial draft, and project administration: Fatemeh Rahimi; Editing and funding acquisition: Fatemeh Rahimi and Elham Shakibazadeh; Supervision: Elham Shakibazadeh; Methodology, analysis and visualization: Fatemeh Rahimi, Elham Shakibazadeh and Mahnaz Ashoorkhani; Validation: Elham Shakibazadeh and Mahnaz Ashoorkhani; Conceptualization and approval of final draft: All authors.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

The authors would like to thank the Vice-Chancellors for Research and Health of the School of Public Health & Allied Medical Science, [Tehran University of Medical Sciences](#), the health center of the South of Tehran, the Imam Khomeini Relief Foundation in Tehran Province, the Tehran Municipality, the Welfare Organization in Tehran Province, and the participants for their support and cooperation.

مقاله پژوهشی

تسهیل کننده‌های مراقبت از سالمندان در منزل و نیازهای آموزشی مراقبین خانوادگی سالمندان در جنوب تهران: مطالعه کیفی

فاطمه رحیمی^۱، الهام شکیبازاده^۱، مهناز آشورخانی^۱، مهشید فروغان^۲

۱. گروه آموزش و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران.

۲. مرکز بهداشت جنوب تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران.

۳. مرکز پژوهش‌های سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه، پژوهشکده رفتارهای پرخطر، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران.

۴. گروه سالمندی، مرکز تحقیقات سالمندی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

Use your device to scan and read the article online

**Citation** Rahimi F, Shakibazadeh E, Ashoorkhani M, Foroughan M. [Facilitators of Elderly Care at Home and the Educational Needs of the Family Caregivers of Older Adults in the South of Tehran, Iran: A Qualitative Study (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2024; 19(2):222-241. <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2023.3668.1> <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2023.3668.1>

حکیده

اهداف سالمندی جمعیت با افزایش تقاضای سالمندان برای مراقبت طولانی‌مدت که به‌طور عمده توسط مراقبین خانوادگی ارائه می‌شود همراه است. فراهم کردن مراقبت باکیفیت در حین حفظ سلامت مراقبین، نیازمند شناخت تسهیل‌کننده‌ها و نیازهای آموزشی است که کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد. بنابراین این مطالعه باهدف تعیین تسهیل‌کننده‌های مراقبت از سالمندان در منزل، از دیدگاه مراقبین خانوادگی انجام شد.

مواد و روش‌ها این مطالعه پژوهشی از نوع تحلیل محتوای قراردادی بود. برای جمع‌آوری داده‌ها از بهمن سال ۱۳۹۹ تا فروردین سال ۱۴۰۰، از مشارکت ۱۷ مراقب خانوادگی سالمندان به‌صورت مصاحبه‌های تلفنی نیمه ساختاریافته استفاده شد. مراقبینی که ۱۸ سال یا بیشتر داشتند، حداقل ۱ ماه تجربه مراقبت داشتند و حداقل ۶ ساعت در هفته به مراقبت می‌پرداختند به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند و گلوله برفی برای مصاحبه انتخاب شدند. نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. تحلیل داده‌ها پس از بازنویسی مصاحبه‌های ضبط‌شده با نرم‌افزار تحلیل کیفی مکس کیودا نسخه ۲۰۱۸ صورت گرفت و کدبندی و تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها عوامل فردی، بین فردی و محیط‌های حمایتی به‌عنوان ۳ طبقه اصلی تسهیل‌کننده شناسایی شدند. عوامل فردی شامل خصوصیات فردی مراقب، منافع درک‌شده از مراقبت، مهارت در مراقبت و انجام فعالیت‌های خودمراقبتی توسط مراقب می‌باشد. عوامل بین فردی شامل برقراری رابطه مناسب با سالمند، عدم وابستگی کامل سالمند به مراقب، همکاری و حمایت اعضای خانواده مراقب و برخورداری از حمایت دیگران است. محیط فیزیکی، حمایت محیط‌های کار و حمایت سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات به سالمندان، زیرطبقات محیط‌های حمایتی را تشکیل می‌دهد. در بین فعالیت‌های مراقبتی، نحوه تهیه غذاهای مقوی و چگونگی غذا دادن به سالمندان دچار مشکلات بلع، جابه‌جا کردن و حرکت دادن سالمندان ناتوان جسمی، بالاترین اولویت آموزشی را داشتند.

نتیجه‌گیری مراقبین باید با توجه به نیازهای آموزشی خود مانند مهارت‌های مراقبتی که نیاز به حمایت برنامه‌ریزی شده از طرف سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات دارد، به خدمات مراقبتی و خانه‌داری مقرون به‌صرفه دسترسی داشته باشند.

کلیدواژه‌ها مراقبین خانوادگی، سالمندان، مراقبت‌های خانگی، تسهیل‌کننده‌ها، مطالعه کیفی، ایران

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۲۶ اردیبهشت ۱۴۰۲

تاریخ پذیرش: ۲۲ مرداد ۱۴۰۲

تاریخ انتشار: ۱۱ تیر ۱۴۰۲

* نویسنده مسئول:

دکتر الهام شکیبازاده

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه آموزش و ارتقاء سلامت.

تلفن: ۵۷۹۶۰۲۱ (۹۱۲) +۹۸

پست الکترونیکی: shakibazadeh@sina.tums.ac.ir

Copyright © 2024 The Author(s).

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

مقدمه

مراکز ارائه‌دهنده خدمات جامع سلامت شهری و روستایی، پایگاه‌های سلامت 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 سیب وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی، مورد بررسی قرار گرفته که با مزایای زیادی همراه است [۱۳، ۱۴]، اما اجرای این برنامه در همه‌گیری 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 می‌باشد، 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 پیش نمی‌کند، همچنین به‌علت 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 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 بخش دولتی) در ایران، منوط بر ناتوانی مالی و یا معلولیت است و افراد مراجعه‌کننده نه به‌عنوان یک سالمند وابسته با نیازهای ویژه دوران سالمندی بلکه به‌عنوان مددجو مدنظر قرار می‌گیرند. بنابراین به نظر می‌رسد تعداد قابل توجهی از سالمندان مورد غفلت قرار گرفته و یا نیازهای سلامت بسیاری از مددجویان نادیده گرفته می‌شود.

این در حالی است که مدل‌های اکولوژیک^۲ فرد را در چارچوب یک سیستم در نظر می‌گیرند و به تعامل افراد و محیط که می‌تواند پیامدهای سلامت را تحت تأثیر قرار دهد اهمیت می‌دهند [۱۵]. اتخاذ رویکرد اکولوژیک بدین معناست که همه جنبه‌های محیطی، علاوه بر دانش و آگاهی، باورها، مهارت‌ها و رفتار خود شخص به‌عنوان اهداف مداخله احتمالی در نظر گرفته می‌شود. رویکرد اکولوژیک تأثیر عواملی را که در «مرتب‌بالاتری از سطح فردی» قرار دارند بر رفتارهای بهداشتی در نظر می‌گیرد و به دنبال رفع عواملی است که می‌تواند در سطح جامعه تغییر کند یا کاهش یابد [۱۶]. به‌عبارتی‌دیگر، شناسایی نیازهای مراقبین سالمندان وابسته براساس این رویکرد می‌تواند به توسعه مداخلات در سطوح مختلف (فردی، بین فردی و گروه‌های اولیه، سازمانی و نهادی، اجتماعی و سیاستی) که تاکنون در نظام بهداشت کشور مورد توجه قرار نگرفته است بیانجامد [۱۷، ۱۸].

جمعیت جهان در حال پیر شدن است و افراد با بیشتر شدن عمر به‌مدت 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 به‌دلیل 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 به‌دلیل سیاست‌هایی مانند سالمندی در محل [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 به‌دلیل 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 می‌شود [۹].

در اغلب مطالعات به موانع و پیامدهای منفی مراقبت توجه شده است. تحقیقات نشان داده است 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 غیرمراقب گزارش می‌دهند و بیشتر دچار بیماری‌های مزمن می‌شوند [۱۰].

در مطالعات قبلی، کمتر به تسهیل‌کننده‌های مراقبت به‌خصوص به بافت محیطی توجه شده 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 مراقب گیرنده و دهنده به‌عنوان عوامل تسهیل‌گر شناخته شدند [۱۱]. شرکت‌کنندگان مطالعه دیگری در آلبرتای 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» در سال ۲۰۱۷ را به‌عنوان بسته‌ای برنامه‌ریزی‌شده و متناسب با دوران سالمندانی طراحی کرد که در حال حاضر در مراکز ارائه‌دهنده خدمات جامع سلامت

2. Social ecological models

1. Integrated and comprehensive elderly care programs

کیفی طراحی کرده‌اند و شامل ۲۱ آیتم است [۲۱]. این مطالعه براساس دستورالعمل اعلامیه هلسینکی انجام و در کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی، دانشکده بهداشت و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران تأیید شد.

جمع‌آوری داده‌ها به روش هدفمند و گلوله برفی بود؛ به این معنی که به مرکز بهداشت جنوب تهران و ۳ 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. 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 صورت تلفنی برای شرکت در مطالعه دعوت به عمل آمد. همچنین از افراد شرکت‌کننده خواسته شد در صورتی که در محیط پژوهش اشخاصی را می‌شناسند که به مراقبت از سالمند خود می‌پردازند به محقق معرفی کنند.

محقق، در هر تماس تلفنی، هدف مطالعه را بیان می‌کرد و به افراد اطمینان می‌داد هویت و مشخصاتشان به صورت محرمانه نزد پژوهشگران باقی می‌ماند و در هیچ گزارشی فاش نخواهد شد. سپس براساس اهداف مطالعه، معیارهای ورود به مطالعه (سن ۱۸ سال و بالاتر، داشتن حداقل ۱ ماه تجربه مراقبت از سالمند، به طور متوسط ۶ ساعت در هفته) را مورد بررسی قرار داد؛ 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 واتس‌آپ 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 و سایر)، نسبت با سالمند، وضعیت اشتغال، دارا بودن مراقب جایگزین یا تنها بودن در مراقبت، مراقبت تمام‌وقت یا پاره‌وقت، سابقه مراقبت (۱ تا ۶ ماه/ ۶ ماه تا ۱ سال، ۱ تا ۵ سال و بیشتر از ۵ سال)، هم‌خانگی با سالمند و یا جدا زندگی کردن، تعداد افراد تحت مراقبت و منطقه محل سکونت رعایت شود.

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 دریافت‌کننده مراقبت و تأخیر در ورود آن‌ها به مراکز نگهداری سالمندان دارند، نیازمند توجه‌اند [۱۹، ۲۰]. از آنجایی که دانش محدودی درباره تسهیل‌کننده‌های مراقبت از سالمندان در منزل وجود دارد، شناسایی عوامل در سطوح مختلف قدمی ضروری و مقدمه‌ای برای طراحی مداخلات مؤثر ارتقادهنده سلامت است و برنامه‌ریزی‌های بهداشتی و اجتماعی بدون مشارکت گروه هدف این برنامه‌ها کامل نمی‌شود؛ در این مطالعه به بررسی تسهیل‌کننده‌های مراقبت سالمندان در منزل و نیازهای آموزشی مراقبین غیررسمی سالمندان وابسته از دیدگاه مراقبین پرداخته می‌شود.

روش مطالعه

این مطالعه به منظور تعیین تسهیل‌کننده‌ها و نیازهای آموزشی از دیدگاه مراقبین غیررسمی به روش تحلیل محتوای کیفی (استقرایی-قیاسی) انجام شد. در این روش، رویکرد آکولوژیک به عنوان چارچوب نظری تحقیق مدنظر قرار گرفت و سؤالات مصاحبه باتوجه به سطوح مختلفی که می‌تواند تسهیل‌کننده مراقبت باشند (تسهیل‌کننده‌های فردی، خانوادگی، اطرافیان مراقب و سازمان‌ها) پرسیده شد و در هنگام تحلیل نیز در کدبندی و تحلیل، این رویکرد مدنظر قرار گرفت. از آنجایی که به نظر می‌رسد مسئله مراقبت از سالمندان، ابعادی فرهنگی داشته باشد که مطالعات کیفی باتوجه به ویژگی محدودیت در تعمیم‌پذیری به گروه‌های جمعیتی ممکن است نتواند پایه مناسبی برای برنامه‌ریزی‌های دقیق کشوری باشد؛ علاوه بر این دانش موجود براساس مطالعات قبلی ایران برای برنامه‌ریزی در سطوح مختلف کفایت نمی‌کرد، براساس مشکلات کنونی موجود در کشور نبوده (به سال‌های بسیار قبل برمی‌گشت) و یا متأثر از دیدگاه‌های حرفه‌ای بود و باتوجه به اهمیت روزافزون مسئله پدیده سالمندی در ایران، از این روش جهت تحقیق استفاده شد.

این تحقیق بخشی از پایان‌نامه 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 بود. سایر نویسندگان، تجربه کافی در انجام تحقیقات کیفی داشتند. این مقاله با استفاده از چک‌لیست استانداردهای گزارشگری تحقیقات کیفی^۲ شرح داده شده است. این مقاله با استفاده از چک‌لیست استانداردهای گزارشگری تحقیقات کیفی شرح داده شده است. او بر این و همکاران در سال ۲۰۱۴ این چک‌لیست را طی یک مرور کیفی بر دستورالعمل‌های مختلف گزارش پژوهش، برای انواع مطالعات

3. Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR)

۱۵ مصاحبه تلفنی به اشباع رسید اما برای اطمینان ۲ 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 کلمه‌به‌کلمه به فایل ورود منتقل و یادداشت‌ها را بررسی کرد و در صورت وجود نکته مبهمی مجدداً با شرکت‌کننده تماس گرفته و سؤالات روشن‌کننده پرسیده می‌شد. متن هر مصاحبه به مصاحبه‌شونده ارسال شد 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 غیراولیه و یا مراقبین سالمندان دارای بیماری دیابت یا بیماری‌های قلبی‌عروقی پرهیز شد.

جهت تحلیل داده‌ها، متن هر مصاحبه در نرم‌افزار تحلیل کیفی مکس کیودا^۵ نسخه ۲۰۱۸ 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 زیرطبقات و طبقات پرداخت. پس از آن، با حفظ ناشناس ماندن مصاحبه‌شوندگان، کدگذاری و طبقه‌بندی‌ها توسط محقق دوم خبره بررسی و اصلاح شد. همچنین پژوهشگر برای افزایش صحت و سندیت، از نظرات سایر نویسندگان و ۲ 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 مجدداً خوانده شد و با کدهای اولیه مقایسه گردید. در پایان کدگذاری تمام پژوهشگران در مورد زیرطبقات و طبقات ایجادشده توافق کردند.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در این پژوهش شامل ۱۴ مراقب اولیه و ۳ نفر غیراولیه بودند. مراقبین اولیه افرادی بودند که مسئولیت اصلی مراقبت از سالمندان را برعهده داشتند و مراقبین غیراولیه افرادی بودند که به مراقبین اولیه در انجام مراقبت کمک می‌کردند.

این مطالعه در زمان همه‌گیری کرونا انجام شد. به همین دلیل 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 صورتی که به هر دلیلی صدا ضعیف ضبط شده باشد، ضبط و یا ارتباط تلفنی قطع شود، نکات مهم از قلم نیافتد و امکان ادامه بحث در تماس بعدی وجود داشته باشد.

داده‌ها در بازه زمانی ابتدای بهمن سال ۱۳۹۹ تا نیمه فروردین سال ۱۴۰۰ جمع‌آوری شد. در هر مصاحبه، نویسنده اول ابتدا اطلاعات جمعیت‌شناختی هر شرکت‌کننده شامل سن، جنسیت، نوع مراقب (اولیه و یا غیر اولیه^۴)، 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 هر کدام از «اعضای خانواده، اطرافیان مراقب (مانند همکاران، بستگان و دوستان) و 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 موردنیاز در زمینه مراقبت سؤال شد که از سؤال‌های فرعی و تکمیل‌کننده مصاحبه بود. به این صورت 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.

مدت زمان جلسات مصاحبه بین ۲۰ تا ۵۰ دقیقه برحسب تمایل افراد به صحبت کردن بود. محقق، در ابتدای هر مصاحبه از افراد شرکت‌کننده خواست در صورتی که احساس خستگی کردند و یا مشغله داشتند، اطلاع دهند تا مصاحبه متوقف و ادامه آن به زمان دیگری موکول شود. بنابراین، از ۳ نفر از شرکت‌کنندگان طی ۲ تماس تلفنی مصاحبه به عمل آمد و ۱ نفر علاوه بر ۲ تماس اصلی، ۱ تماس تکمیل‌کننده نیز گرفته شد.

نمونه‌گیری تا رسیدن به حد اشباع ادامه یافت. مطالعه پس از

5. MAXQDA 2018

4. Primary or non-primary

اطرافیان را از منافع دیگر؛ و مراقبت را بهانه‌ای برای جبران زحمات سالمندان می‌دانستند. مراقبین بیان کردند که با گذشت زمان و افزایش سابقه مراقبت، مراقب پی به اشتباهات خود در مراقبت می‌برد و بر اثر تجربه می‌تواند به رفتارها و نیازهای سالمند بیشتر توجه کند. 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 با زندگی کردن در املاک سالمند یا هم‌خانه شدن با او شود.

شرکت‌کننده شماره ۱ (۵ 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

شرکت‌کنندگان، مهارت‌های عملی که در امور مراقبتی انجام می‌دادند، 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...»

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،

مراقبین شامل ۴ مرد و ۱۳ زن، محدوده سنی مراقبین غیررسمی سالمندان بین ۲۵ تا ۷۸ سال و میانگین آن $51/88 \pm 11/27$ بود. کمترین زمان مراقبت در روز ۱ ساعت و بیشترین زمان به صورت شبانه‌روزی بود. از نظر سابقه مراقبت، حداقل زمان ۳ ماه و حداکثر زمان ۲۰ سال بود. ۱۱ نفر از مراقبین از طرف مرکز بهداشت جنوب تهران، ۳ نفر از طرف مراکز ارائه‌دهنده خدمات اجتماعی و ۳ نفر از طرف سایر مراقبین وارد پژوهش شدند (جدول شماره 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 $80/63 \pm 10/96$ بود. ۳ نفر از سالمندان علاوه بر مراقبین غیررسمی، دارای پرستار خانگی نیز بودند.

تسهیل‌کننده‌های مراقبت از سالمند در منزل در ۳ دسته عوامل فردی، بین فردی و محیطی و ۱۱ زیرطبقه قرار گرفت (جدول شماره ۲).

عوامل فردی

این عوامل شامل خصوصیات فردی مراقب و دیدگاه او در مورد مراقبت، منافع درک‌شده از مراقبت، مهارت در مراقبت و انجام فعالیت‌های خودمراقبتی است.

خصوصیات فردی مراقب

از نظر شرکت‌کنندگان، درک عمل 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 (۱۰ سال سابقه مراقبت): «کل مراقبت از بابام لذته، کلش شیرینیه، یعنی همه لحظه‌هاش برام واقعاً خوشیه. هیچ ناراحتی راجع به این ندارم...»

منافع درک‌شده 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

جدول ۱. خصوصیات جمعیت‌شناختی مراقبین شرکت‌کننده

ردیف	سن	جنسیت	نوع مراقب	میزان سواد	وضعیت تأهل	وضعیت اشتغال	محل سکونت مراقب	نسبت با سالمند	مراقب جایگزین
۱	۴۶	زن	غیراصلی	دانشگاهی	مطلقه	کارمند تمام‌وقت	همراه سالمند	فرزند	دارد
۲	۵۳	زن	اصلی	سیکل	مجرد	خانه‌دار	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 دست‌داده	خانه‌دار	همراه سالمند	فرزند	دارد
۷	۵۰	زن	اصلی	دیپلم	متاهل	خانه‌دار	خانه‌های مختلف ولی در همان ملک سالمند	فرزند	دارد
۸	۵۰	زن	اصلی	دانشگاهی	متاهل	کارمند تمام‌وقت	جدا از سالمند	فرزند	دارد
۹	۵۰	زن	اصلی	سیکل	متاهل	خانه‌دار	جدا از سالمند	عروس	دارد
۱۰	۵۰	زن	اصلی	دیپلم	متاهل	بازنشسته	جدا از سالمند	فرزند	دارد
۱۱	۴۷	زن	اصلی	دیپلم	مجرد	کارمند نیمه‌وقت	همراه سالمند	فرزند	دارد
۱۲	۴۴	زن	اصلی	دیپلم	متاهل	خانه‌دار	همراه سالمند	فرزند	ندارد
۱۳	۵۶	زن	غیراصلی	دیپلم	متاهل	خانه‌دار	جدا از سالمند	فرزند	دارد
۱۴	۷۸	زن	اصلی	بیسواد	متاهل	خانه‌دار	همراه سالمند	همسر	ندارد
۱۵	۴۱	زن	اصلی	دیپلم	همسر از دست‌داده	خانه‌دار	خانه‌های مختلف ولی در همان ملک سالمند	عروس	دارد
۱۶	۵۹	مرد	غیراصلی	دانشگاهی	متاهل	بازنشسته	جدا از سالمند	فرزند	ندارد
۱۷	۲۵	مرد	اصلی	دانشگاهی	مجرد	کارمند نیمه‌وقت	همراه سالمند	فرزند	ندارد

سالمند

شرکت‌کننده شماره ۱: «مادرم استقلال مالی کامل داره. درآمدش کامل دست خودشه. سواد داره مثلاً خرج و هزینه‌هاش 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 به‌صورت درک شرایط مراقب و احترام به سالمند تحت مراقبت او، همچنین مشارکت اعضای خانواده به‌صورت در کنار سالمند بودن و تنها نگذاشتن سالمند در زمان‌هایی که مراقب اصلی ناچار است سالمند را ترک کند، مراقبت در شب، جابه‌جا کردن سالمند، حمام کردن، تهیه غذا و تأمین هزینه‌ها مهم است.

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 هرچی تو بگی یعنی بیشتر اوقات کنار میایم».

عدم وابستگی کامل سالمند به مراقب

مراقبین درمورد 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.

6. Activities of Daily Living (ADLs)

7. Instrumental Activities of Daily Living (IADLs)

جدول ۲. طبقات و زیرطبقات تسهیل کننده‌های مراقبت

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



سکونت و محل کار مراقب با محل سکونت سالمند یا هم‌خانگی با سالمند نیز تسهیل کننده است.

شرکت کننده شماره ۱۲ (۲۰ سال سابقه مراقبت و هم‌خانه با سالمند): «سالمندان ما باید جا و مکانشون مثل جای مکان یه معلول باشه، یعنی خونه‌ای 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.

شرکت کننده 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 به صورت فراهم کردن 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، تزریقات و پانسمان، کاردرمانی در منزل و یا نزدیک منزل را برای تسهیل مراقبت ضروری دانستند. علاوه بر این بیان کردند نیاز است ارائه خدمات در مراکز درمانی مانند بستری کردن و یا ویزیت برای سالمندان ساده‌تر باشد.

شرکت کننده شماره ۸ (۵ 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.

شرکت کننده شماره ۱۷ (۴ 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 خوبییه واسه آدم...».

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، جابه‌جا 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 شود و این مستلزم فضای کافی و در دسترس بودن تجهیزات می‌باشد. کم بودن فاصله فیزیکی محل

را از وظایف سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات و تسهیل‌کننده مراقبت دانستند.

مراقبینی که سابقه بیشتری در مراقبت داشتند، مهارت در مراقبت را باتجربه 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 و اجتماعی و بستگان باتجربه به‌عنوان منابع آموزشی تکیه داشتند. همچنین با همتایان خود در تماس نبودند. تعداد قابل توجهی 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 شماره ۳).

شرکت‌کننده شماره ۸: «پدر و مادرم هر دو به خاطر پارکینسون شدید در بهزیستی پرونده دارن. بهزیستی ماهیانه 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 بنذاریم، 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 برعهده می‌گرفت. مراقبین معتقد بودند مشارکت خانوادگی در هزینه‌ها، داشتن حقوق بازنشستگی و کمک نیکوکاران می‌تواند موجب تسهیل مراقبت شود، اما 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

جدول ۳. نیازهای آموزشی مراقبین غیررسمی سالمندان

نیازهای آموزشی	تعداد (نفر)
مواد غذایی موردنیاز سالمندان و نحوه غذا دادن به سالمند دچار مشکل بلع	۶
حرکت دادن و جابه‌جا کردن سالمند	۵
پیشگیری و پانسمان زخم بستر	۴
مصرف داروها	۴
ورزش دادن و کمک به تحرک سالمند/ماساژ دادن	۴
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	۲
نحوه رفتار با سالمند	۱

جنبه‌های مثبت مراقبت، مانند عشق می‌تواند تأثیر خوبی بر 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]. به‌طوری‌که مراقبین در مطالعات قبلی، مراقبت را به سفری اکتشافی^{۱۱} و درهای باز شده^{۱۲} تعبیر کرده بودند [۱] که اگر با هم در همان وضعیت قرار می‌گرفتند آن را دوباره انجام می‌دادند [۸]. به نظر می‌رسد کم‌توانی سالمند موجب رسیدگی بیشتر اعضای خانواده به او شده است 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 می‌شود 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 می‌کنند 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 مبتلا به دمانس احساس می‌کردند موظف به مراقبت هستند و مراقبت را به‌عنوان فرصتی برای ادای دین به فرد مبتلا به زوال عقل ترسیم می‌کردند [۷].

در پژوهش ما، مراقبین به‌دست آوردن منافع مالی حاصل از مراقبت را نسبت به سایر منافع کمتر ابراز کردند. مطالعه حاضر نشان داد مراقبت از سالمند می‌تواند مزایای جانبی مانند صرفه‌جویی در هزینه مسکن به‌دلیل 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].

در مطالعه حاضر، مراقبین مهارت‌های خود را در زمینه مراقبت تسهیل‌کننده می‌دانستند در مقایسه با یافته‌های این مطالعه، مراقبین بیماران آسیب نخاعی، داشتن دانش و تبحر در نقش‌های

شرکت‌کننده شماره ۱۵ (۳ ماه سابقه مراقبت): «من همون اول در مورد زخم بستر نمی‌دونستم چی کار کنم. پوشک کردنش رو بلد نبودم. کسی که تجربه‌ش 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 تغذیه‌ش، هی بزور می‌چپوندم توی دهنش، توی فکش جا نمی‌شد. تا اینکه یکی به من گفت میکس کن. خب اینا خیلی تأثیر داره... دیگه هر کی هر تجربه‌ای داره میداد دونه دونه بهم میگه که این کار و بکن... اون کارو بکن، ولی احساس می‌کنم به چیزیه که به‌مرور آدم باید یاد بگیره».

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. براساس نتایج این مطالعه، ۳ 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 [۲۳، ۱۱]. 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 مبتلا به آلزایمر فرصتی برای رشد معنوی^۸ است که درنهایت 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

8. Spiritual growth

9. Feeling of accomplishment

10. Caregiving mastery

11. Journey of discovery

12. Opened doors

می‌دانستند. در مطالعه ما، از حمایت اعضای خانواده به صورت جایگزین مراقب اصلی شدن، همکاری در مراقبت در هنگام شب، جابه‌جا 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 در این کشور با متداول تر شدن خانواده‌های هسته‌ای و افزایش محبوبیت خدمات بیمه مراقبتی^{۱۳}، استفاده از منابع اجتماعی جایگزین مراقبت از سوی بستگان شده است، اما مراقبین اغلب در استفاده از این خدمات به دلایل مختلفی از جمله عوامل روانی (انتظارات اجتماعی مبنی بر اینکه خانواده‌ها باید از بستگان مسن مراقبت کنند)، تردید دارند [۲۵]. باماموتو با استفاده از رویکرد نظریه زمینه‌ای^{۱۴} نشان داد 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 ساکاکبارا دریافت کمک از همسایگان و دوستان به صورت 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 حمایت ابزاری (مثلاً خانه‌داری یا نگهداری از کودک) یا حمایت عاطفی (مثلاً فراهم کردن راحتی) دریافت می‌کنند [۲۰]. علاوه بر این مطالعات نشان داده‌اند 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 بپردازند 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 شوند 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

مراقبتی و همچنین داشتن دید مثبت نسبت به توانایی‌های خود برای تسلط بر نقش‌های جدید را به‌عنوان یک تسهیل‌کننده 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 همه‌گیری کرونا در مراقبت اتفاق افتاده بود اشاره کردند و گفتند یکی از راه‌های کاهش استرس مراقبین در این دوران، انجام فعالیت‌های خودمراقبتی به صورت شرکت در کلاس‌های گروهی خارج از خانه، ورزش کردن، برنامه‌ریزی برای استراحت بوده است [۳۱].

در حیطه تسهیل‌کننده‌های بین فردی، کمیت و کیفیت رابطه با سالمند به شکل مهربانی کردن و کنترل خشم در مقابل بد رفتاری‌های 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 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].

باتوجه 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 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 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 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)

13. Long-term care insurance

14. Grounded theory approach

علاوه بر این، براساس یافته‌های مطالعات قبل، سالمندانی که نیاز به مراقبت طولانی مدت 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.

براساس نظر شرکت‌کنندگان مطالعه حاضر، شریک شدن اعضای خانواده در هزینه‌ها، برخورداری از حمایت‌های مالی اجتماعی به صورت کمک‌های نقدی و غیرنقدی می‌توانست مراقبت را تسهیل کند. در مطالعه محمدی و همکاران، مراقبین زن به ویژه غیرشاغلین 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 است - سهولت بیشتری را برای مراقبت از سالمند فراهم می‌کند [۲۳]. براساس مطالعه اشرفی‌زاده و همکاران نیز نامتناسب بودن قیمت داروها و تجهیزات مورد نیاز با توانایی مالی بیماران، عدم پوشش بیمه‌ای و هزینه‌های زیاد غربالگری و آزمون‌های تشخیصی بیماری آلزایمر چالش‌های متعددی ایجاد می‌کرد، به طوری که به منظور 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 به وضوح 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 مورد نیاز محروم هستند [۳۸]. در پژوهش کنتریمین و همکاران در سال ۲۰۲۱ مراقبین غیررسمی دانش مراقبت را از طریق تجربه شخصی و شبکه‌های اجتماعی به دست آوردند و به ندرت از ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی آموزش گرفته بودند [۱۰]. در مطالعه استفان و همکاران در سال ۲۰۱۸ مراقبین غیررسمی انتظار داشتند 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 در سال ۲۰۱۴ در مطالعه خود نقش پزشکان عمومی را در ارائه اطلاعات مؤثر دانستند [۲۴]. این در حالی است که در مطالعه جیاتوان و همکاران در سال ۲۰۲۰ حمایت هم‌تایان به عنوان یک تسهیل‌کننده مهم گزارش شده است [۲۰].

اشتراک گذاشتن مسئولیت‌های مراقبتی، به مراقبین خانوادگی کمک می‌کند تا فرصتی برای برآورده کردن نیازهای خود یا خانواده فراهم کنند. به نظر می‌رسد مراقبت خانواده‌محور 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. بنابراین این امر می‌بایست در برنامه‌های مراقبت از سالمندان مورد توجه ویژه قرار گیرد. نیاز است به اعضای خانواده در این زمینه آموزش و مشاوره داده شود و نحوه مراقبت جمعی را بیاموزند.

در حیطه تسهیل‌کننده‌های محیط‌های حمایتی، شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر به تناسب ویژگی‌های محیط فیزیکی با توانایی‌های سالمند اشاره کردند. در یک مطالعه، مشخص شد محیط فیزیکی، پیش‌بینی‌کننده‌ای مهم برای کیفیت زندگی مرتبط با سلامت^{۱۵} در سالمندان با درآمد پایین در کشور کره است، به طوری که افرادی که از نظر فیزیکی در محیط‌های نامناسب زندگی می‌کردند، محیط خود را منفی درک کردند 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 مقرون به صرفه برای سالمندان را در مقایسه با غیر مراقبین بیشتر گزارش دادند [۳۶]. مطالعات نشان داده‌اند تغییرات و اصلاحات منزل سالمند می‌تواند به مراقبین در ارائه مراقبت از عزیزانشان کمک کند و مراقبت‌های خانگی و ایمنی مراقبت گیرنده را افزایش می‌دهند. علاوه بر این، حمایت از مراقبین و گنجاندن آن‌ها در محیط اجتماعی و ساخته شده^{۱۶} می‌تواند با کاهش استرس مراقبین و افزایش شرکت در اجتماع، زندگی آن‌ها را بهبود بخشد [۳۶]. بدین ترتیب آموزش نحوه اصلاح و مناسب‌سازی منازل مسکونی سالمندان براساس استانداردها و فراهم کردن امکاناتی برای خانواده‌ها جهت اقدام در این زمینه، از نیازهایی است که می‌بایست مورد توجه قرار گیرد.

مراقبین حمایت سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات، کمبود خدماتی برای نظافت و بهداشت سالمندان، فیزیوتراپی، پانسمان توسط کارکنان حرفه‌ای را احساس می‌کردند. براساس مطالعه جیاتوان و همکاران فعالیت‌های مراقبتی و یا ابزاری زندگی توسط کارکنان استخدام شده، به خویشاوندان بیماران دچار آسیب نخاعی کمک می‌کند تا حجم کاری خود را کاهش دهند [۲۰]. در مطالعه اشرفی‌زاده و همکاران در سال ۲۰۲۱ نیز بیماران دچار آلزایمر در انجام فعالیت‌های روزانه خود با چالش‌هایی روبه‌رو بودند که با گذشت زمان بدتر می‌شد و به یک مراقب آموزش دیده که در خانه با آن‌ها باشد یا یک پرستار که به طور منظم آن‌ها را در خانه ملاقات کند نیاز داشتند [۳۷].

15. Health related quality of life

16. Social and built environment

مراقبت خانواده‌محور یکی از ارکان مهم مراقبت محسوب می‌شود که به حفظ سلامت سالمندان و مراقبین منجر می‌شود. انجام صحیح مراقبت مشارکتی، حمایت خانوادگی و اجتماعی به‌صورت مؤثر در گروه 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 منازل 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. در مطالعه حاضر، آموزش حرکت دادن و جابه‌جا 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.

این مطالعه، از محدود 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، علاوه‌براین زیرگروه‌های مختلف مذهبی و وضعیت‌های مختلف اقتصادی در نظر گرفته نشد. بنابراین تعمیم مطالعه به کلیه مراقبین با احتیاط باید صورت گیرد. به‌علت اینکه روش جمع‌آوری داده‌ها به‌صورت 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 صرف‌نظر شد. بنابراین برای مطالعات بعدی پیشنهاد می‌شود برای به دست آوردن دیدی وسیع‌تر براساس 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 باکیفیت، 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.

مطالعات نشان داده‌اند مشاوره با دوستان نزدیک، اقوام و گروه درمان برای مقابله با مشکلات مراقبتی، تنش را کاهش و توانایی‌های مراقب را افزایش می‌دهند [۳۹]. فراهم کردن 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]. در مطالعه دایکس و همکاران در سال ۲۰۱۹، مراقبین، خود را در تغذیه، تحرک، جابه‌جا کردن، مدیریت دارو و علائم و نیز مدیریت ارتباطات دارای صلاحیت کمی می‌دیدند [۴۱]. در مطالعه کنتریمین و همکاران مراقبین غیررسمی سالمندان مبتلا به زوال عقل، به‌شدت 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].

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

نتیجه‌گیری نهایی

این مطالعه نشان داد تسهیل‌کننده‌های مراقبت از سالمندان توسط مراقبین غیررسمی در منزل را می‌توان از طریق ۳ دسته تسهیل‌کننده‌های فردی، بین فردی و محیط‌های حمایتی و ۱۱ زیرطبقه 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 موردنیاز مراقبت در منزل به‌صورت مقرون‌به‌صرفه را ضروری می‌دانستند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مطالعه براساس دستورالعمل اعلامیه هلسینکی انجام شد و در کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی، دانشکده بهداشت و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران کد با IR.TUMS.SPH.REC1399.226 و با کد IR.TUMS.SPH.REC1399.328 تأیید شد. رضایت کتبی آگاهانه از همه افراد شرکت کننده در مطالعه دریافت 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: ۱۴۰۰-۱-۱۲۹-۵۱۶۰۵) تأمین مالی شد.

مشارکت نویسندگان

مدیریت پروژه، تحقیق و بررسی و نگارش پیش‌نویس: فاطمه رحیمی؛ ویراستاری و تأمین مالی: فاطمه رحیمی و الهام شکیبازاده؛ نظارت: الهام شکیبازاده؛ روش‌شناسی، تحلیل و بصری‌سازی: فاطمه رحیمی و الهام شکیبازاده و مهشید فروغان؛ اعتبارسنجی: الهام شکیبازاده و مهشید فروغان؛ مفهوم‌سازی و نهایی‌سازی: همه نویسندگان.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

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، تشکر و قدردانی می‌شود.

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. [DOI:10.1016/j.maturitas.2019.03.006] [PMID] [PMCID]
- [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. [DOI:10.18869/irrip.irj.14.3.185]
- [3] World Health Organization (WHO). World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015. [Link]
- [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):e017236. [DOI:10.1136/bmjopen-2017-017236] [PMID] [PMCID]
- [5] Ashrafzadeh 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. [Link]
- [6] Conway K. The experience of adult children caregiving for aging parents. *Home Health Care Management & Practice*. 2018; 31(2):92-8. [DOI:10.1177/1084822318803559]
- [7] Stephan A, Bieber A, Hopper L, Joyce R, Irving K, Zanetti O. 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. [DOI:10.1186/s12877-018-0816-1] [PMID] [PMCID]
- [8] García-Sánchez FJ, Martínez-Vizcaíno V, Rodríguez-Martín B. Barriers and facilitators for caregiver involvement in the home care of people with pressure injuries: A qualitative study. *Plos One*. 2019; 14(12):e0226359. [DOI:10.1371/journal.pone.0226359] [PMID] [PMCID]
- [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(3):403-10. [DOI:10.1016/j.pec.2013.04.003] [PMID]
- [10] Kontrimiene A, Sauseriene J, Blazeviene A, Raila G, Jaruseviciene L. Qualitative research of informal caregivers' personal experiences caring for older adults with dementia in Lithuania. *International Journal of Mental Health Systems*. 2021; 15(1):12. [DOI:10.1186/s13033-020-00428-w] [PMID] [PMCID]
- [11] Mohammadi F, Dabaghi F, Nikravesh M. Facilitator and barriers factors in family caregiving process of Iranian frail elderly: Qualitative study. *Iran Journal of Nursing*. 2008; 21(55):55-65. [Link]
- [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*. 2017; 20(2):75-84. [DOI:10.5770/cgj.20.252] [PMID] [PMCID]
- [13] Sanaati F, Gelekholaee KS, Taghizadeh Z, Hajiabadi IZ. Review on global strategy in healthy aging. *Journal of Preventive Epidemiology*. 2019; 4(2):e23. [Link]
- [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. [DOI:10.4103/jehp.jehp_1116_20] [PMID] [PMCID]
- [15] Golden SD, Earp JA. Social ecological approaches to individuals and their contexts: Twenty years of health education & behavior health promotion interventions. *Health Education & Behavior*. 2012; 39(3):364-72. [DOI:10.1177/1090198111418634] [PMID]
- [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. [DOI:10.1111/j.1752-7325.2011.00235.x] [PMID]
- [17] Sallis JF, Owen N, Fisher EB. Ecological models of health behavior. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. San Francisco: Jossey-Bass; 2008. [Link]
- [18] McLaren L, Hawe P. Ecological perspectives in health research. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2005; 59(1):6-14. [DOI:10.1136/jech.2003.018044] [PMID] [PMCID]
- [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. [DOI:10.1016/j.maturitas.2019.02.003] [PMID] [PMCID]
- [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. [DOI:10.1080/09638288.2018.1541102] [PMID]
- [21] O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. *Academic Medicine*. 2014; 89(9):1245-51. [DOI:10.1097/ACM.0000000000000388] [PMID]
- [22] Guba EG, Lincoln YS. Epistemological and methodological bases of naturalistic inquiry. *ECTJ*. 1982; 30(4):233-52. [DOI:10.1007/BF02765185]
- [23] Mohamadi F, Dabaghi F, Yadavar Nikravesh M. [Facilitating and hindering factors in family care giving process on Iranian frail elderly: Female caregivers experiences (Persian)]. *Salmand*. 2008; 2(4):445-53. [Link]
- [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 Mental Health Journal*. 2014; 50(7):848-53. [DOI:10.1007/s10597-014-9696-9] [PMID]
- [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; 8:827. [DOI:10.1186/s13104-015-1829-x] [PMID] [PMCID]
- [26] Hopps M, Iadeluca 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. [DOI:10.2147/JMDH.S135372] [PMID] [PMCID]

- [27] Penning MJ, Wu Z. Caregiver stress and mental health: Impact of caregiving relationship and gender. *The Gerontologist*. 2016; 56(6):1102-13. [DOI:10.1093/geront/gnv038] [PMID]
- [28] Farhadi A, Foroughan M, Mohammadi F, Rassouli M, Sadegh Moghadam L, Nazari S, et al. [Caregiving appraisal in family caregivers of older adults (Persian)]. *Salmand*. 2016; 11(1):8-19. [DOI:10.21859/sija-110108]
- [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. [PMID] [PMCID]
- [30] Broese van Groenou MI, De Boer A. Providing informal care in a changing society. *European Journal of Ageing*. 2016; 13(3):271-9. [DOI:10.1007/s10433-016-0370-7] [PMID] [PMCID]
- [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. [DOI:10.1177/23337214211002404] [PMID] [PMCID]
- [32] Tsai PC, Yip PK, Tai JJ, Lou MF. Needs of family caregivers of stroke patients: A longitudinal study of caregivers' perspectives. *Patient Preference and Adherence*. 2015; 9:449-57. [DOI:10.2147/PPA.S77713] [PMID] [PMCID]
- [33] Mohammadi F, Babae M. [Effects of participation in support groups on Alzheimer's family caregivers' strain and spiritual wellbeing (Persian)]. *Salmand*. 2011; 6(1):29-37. [Link]
- [34] Yasamy M, Dua T, Harper M, Saxena HS. Mental health of older adults, addressing: A growing concern. *Mental Health and Older People*. 2015; 10:4. [Link]
- [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. [Link]
- [36] Black K, Badana A, Hyer K. Caregivers' considerations on age-friendly community features. *Annals of Gerontology and Geriatric Research*. 2016; 3(2):1041. [Link]
- [37] Ashrafzadeh H, Gheibzadeh 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. [DOI:10.3389/fpsyg.2021.699959] [PMID] [PMCID]
- [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. [DOI:10.1186/s12877-020-01670-0] [PMID] [PMCID]
- [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. [DOI:10.2147/CIA.S121285] [PMID] [PMCID]
- [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. [DOI:10.3109/09638288.2016.1160448] [PMID]
- [41] Dixe MDACR, da Conceição Teixeira LF, Areosa TJTCC, 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. [DOI:10.1186/s12877-019-1274-0] [PMID] [PMCID]