

عوامل مؤثر بر بار مراقبتی مراقبین غیررسمی سالمندان عضو کانون‌های بازنشستگی شهر تهران

حسین روحانی¹؛ احمدعلی اسلامی¹؛ توحید جعفری کشکی²؛ مهدی راعی³؛ هاشم ابریشم کارزاده⁴؛ رضا میرشاهی⁵؛
ارسلان قادری⁶

چکیده

زمینه: رشد روزافزون تعداد سالمندان در ایران و پیرو آن افزایش نیاز به مراقبت‌های طولانی‌مدت، باعث بالا رفتن هزینه سلامت برای این افراد و همچنین افزایش بار مراقبتی مراقبین آن‌ها خواهد شد. هدف از مطالعه حاضر بررسی عوامل تأثیرگذار بر بار مراقبت مراقبین غیررسمی جهت انجام برنامه‌ریزی و مداخلات بهتر برای کاهش این بار و اثرات منفی آن است. روش‌ها: این مطالعه مقطعی در کانون‌های بازنشستگی شهر تهران و در سال 1391 انجام شد. حجم نمونه در این پژوهش شامل 200 نفر فرد سالمند و 200 نفر افراد مراقب آن‌ها بود. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، دو پرسشنامه مربوط به سالمندان و مراقبین آنان بود که به‌روش مصاحبه چهره‌به‌چهره تکمیل شد. برای تحلیل داده‌های جمع‌آوری‌شده از رگرسیون خطی چندگانه و نرم افزار SPSS 16 استفاده شد.

یافته‌ها: حدود 40 درصد از سالمندان و 66 درصد از مراقبین آنان را زنان تشکیل می‌دادند. بار مراقبتی در 70 درصد از افراد مراقب سالمندان کم، در 11/5 درصد متوسط و در 18/5 درصد زیاد برآورد شد. زنان نسبت به مردان به اندازه 1/42 واحد بار مراقبت بیشتری را متحمل می‌شدند ($P=0/027$). همچنین ارتباط متغیرهای فعالیت روزانه زندگی با کمک وسایل سالمند ($P<0/001$)، فعالیت روزانه زندگی سالمند ($P<0/001$) و کفایت حقوق ($P=0/001$) با بار مراقبت مراقبین دوره‌نדיده سالمندان مورد مطالعه از نظر آماری معنادار بود.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج این مطالعه می‌توان گفت که مؤنث بودن مراقب، فعالیت فیزیکی روزانه سالمند، فعالیت فیزیکی روزانه با کمک وسایل سالمند و کفایت حقوق عواملی هستند که بیشترین تأثیر را در افزایش بار مراقبتی مراقبین سالمندان مورد مطالعه دارند. کلیدواژه‌ها: بار مراقبت، سالمند، مراقب، بازنشستگی

«دریافت: 1393/7/12 پذیرش: 1393/11/14»

1. گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

2. گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

3. گروه علوم پایه، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران

4. گروه ارتوپدی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

5. بیمارستان فارابی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

6. گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

*عهده‌دار مکاتبات: قم، میدان بسیج، بلوار معلم شرقی، کوچه دوم، دانشگاه علوم پزشکی قم، دانشکده پزشکی، گروه علوم پایه. تلفن: 37831370-

Email: mehdi_r_d@yahoo.com

025-37832470 نمابر:

مقدمه

اجتماعی، فرهنگی، اعتقادی و اقتصادی از جمله مسایل جدی و چالش‌زا برای هر جامعه‌ای و مخصوصاً خانواده‌ها در کشورهای در حال توسعه است (2). هر سال 1/7 درصد به جمعیت جهان افزوده می‌شود و این افزایش برای

سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است و توجه به مسایل و نیازهای این مرحله یک ضرورت اجتماعی است (1). امروزه پدیده سالمندی با همه ابعاد روانی،

مراقبت‌های غیررسمی یا همان مراقبت خانوادگی که شکل مرسوم مراقبت غیررسمی است و از سال 1980 وارد ادبیات سلامت شده است (7) ستون اصلی نظام مراقبت‌های طولانی‌مدت به حساب می‌آیند (9) که توسط اعضای خانواده، دوستان و بستگان انجام می‌گیرد. مراقبین غیررسمی، اعضای خانواده و دوستان هستند که به افراد سالمند و ناتوان کمک می‌کنند و هیچ‌گونه آموزشی در این مورد ندیده‌اند (10). وضعیت نامساعد سلامتی مراقبین غیررسمی مانند وجود علایم افسردگی و حتی افزایش خطر مرگ، نکته‌ای قابل تأمل است که ممکن است دلیل اصلی کاهش مراقبت‌های غیررسمی سالمندان در سطح جامعه باشد. بر اساس مطالعات پیشین عوامل مختلفی ممکن است باعث افزایش یا کاهش بار مراقبتی مراقبین غیررسمی سالمندان شود. از جمله این مطالعات می‌توان به مطالعه Oliveira و همکاران (11) اشاره کرد که در آن نشان داده شده است سن بالای افراد مراقبت‌شونده از عوامل تأثیرگذار بر افزایش بار مراقبتی مراقبین آن‌ها بوده است. همچنین نتایج مطالعه Chen و همکاران (12) نیز نشان داد که عواملی مانند حمایت اجتماعی بیشتر به‌طور معناداری باعث کاهش بار مراقبتی مراقبین سالمندان خواهد شد.

با توجه به فقدان مطالعات داخلی در این زمینه با شناسایی عوامل مؤثر بر افزایش بار این‌گونه مراقبت‌ها و برنامه‌ریزی برای کاهش آن‌ها می‌توان گامی در جهت کاهش مشکلات سالمندی در جامعه ایرانی برداشت. بنابراین هدف از مطالعه حاضر بررسی عوامل تأثیرگذار بر بار مراقبت مراقبین غیررسمی سالمندان عضو کانون‌های بازنشستگی کارگری شهر تهران بوده است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به‌صورت توصیفی تحلیلی به‌روش مقطعی در کانون‌های بازنشستگی شهر تهران در سال 1391 انجام شده است. حجم کل نمونه در این تحقیق شامل 200 نفر فرد سالمند و 200 نفر افراد مراقب آن‌ها بود.

جمعیت 65 سال و بالاتر 2/5 درصد است. مرکز آمار ایران در سرشماری سال 1385، جمعیت سالمندان ایران را تقریباً پنج میلیون و صد و بیست هزار نفر اعلام کرده است که 7/2 درصد از جمعیت کشور را شامل می‌شود و پیش‌بینی می‌شود که تعداد این سالمندان تا سال 2050 به بیش از بیست و پنج میلیون نفر برسد (3).

بر اساس مطالعات، هزینه سلامت برای هر فرد سالمند 3-5 برابر بیشتر از دیگران است و رشد سریع تعداد افراد سالمند به‌همراه پیشرفت مداوم در تکنولوژی پزشکی می‌تواند منجر به ایجاد فشار و بار هزینه سلامت و مراقبت‌های طولانی‌مدت نه تنها برای فرد سالمند بلکه برای اعضای خانواده و مراقبین افراد سالمند شود (4). بر همین اساس پرداختن به مسایل سالمندی یکی از اولویت‌های سلامت در کشورهای درحال‌توسعه نظیر ایران می‌باشد.

امروزه به‌دلیل تحولات اجتماعی جوامع شاهد تغییراتی در زمینه الگوی مراقبت از سالمندان هستیم. بدین‌صورت که در گذشته مراقبت از افراد سالمند به‌صورت یک هنجار در زندگی بزرگسالان مطرح بوده است و بیشتر مردم مسئولیت مراقبت از سالمندان را بخشی از وظایف خود می‌دانستند اما امروزه این باورها در حال تغییر است و اغلب افراد ترجیح می‌دهند که سالمندان خود را راهی خانه سالمندان و مراکز مشابه نمایند (5). بر اساس مطالعات انجام‌شده انتقال به سرای سالمندان، پیامدهای روحی از جمله احساس طرد شدن، تنش روانی، افسردگی، تزلزل، از دست دادن خانه و شانس تماس با خانواده و کاهش کیفیت زندگی را در پی خواهد داشت، به‌طوری‌که در میان جابه‌جایی‌های مختلف، انتقال به سرای سالمندان، در متون به‌عنوان مهم‌ترین جابه‌جایی تأثیرگذار بر سالمندان شناخته شده است (6-8). ورود به سرای سالمندان، بیشترین تأثیر تئیدگی و ترس را بر سالمندان می‌گذارد چرا که سالمندی دوران عزلت و تنهایی نبوده و فصل تکامل هستی و به ثمر نشستن اندیشه‌هاست (6).

0) است (14).

2- پرسشنامه مربوط به مراقبین شامل بخش‌های اطلاعات جمعیت‌شناختی، کمک ارایه شده به سالمندان در فعالیت‌های روزانه و سنجش بار مراقبتی سالمندان بود.

8 سؤال مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناختی تکمیل شد. در ادامه پرسشنامه مربوط به کمک ارایه شده به سالمند در فعالیت روزانه زندگی ارایه شد که شامل 6 سؤال و با پاسخ‌های بله (نمره 1) و خیر (نمره 0) بود. مجموع نمرات بیشتر نشان‌دهنده کمک بیشتر مراقب در فعالیت روزانه زندگی سالمند است. پرسشنامه در خصوص کمک ارایه شده با وسایل شامل 11 سؤال و با پاسخ‌های بله (نمره 1) و خیر (نمره 0) که مجموع نمرات بیشتر نشان‌دهنده ارایه کمک بیشتر از سوی مراقب در این فعالیت‌ها بود. پرسشنامه سنجش بار مراقبتی سالمندان مورد مطالعه نیز شامل 15 سؤال با پاسخ‌های بله (نمره 1) و خیر (نمره 0) بود و نمره نهایی بار مراقبت برای هر پاسخ‌گو با جمع کردن نمرات 15 سؤال برای وی به دست آمد. کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده بار مراقبت بیشتر بود (13).

برای تعیین اعتبار پرسشنامه از روش اعتبار محتوایی استفاده شد. در این مطالعه ابتدا پرسشنامه مربوطه تهیه و به فارسی روان ترجمه شد. سپس پرسشنامه توسط چند تن از صاحب‌نظران، مورد مطالعه قرار گرفت و بعد از چندین بار تجدیدنظر، اصلاح و تدوین شد. پایایی پرسشنامه نیز با استفاده از ضریب پایایی درونی (آلفای کرونباخ) و روش آزمون مجدد مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. در روش آزمون مجدد ابتدا پرسشنامه مربوطه برای 15 سالمند به صورت مصاحبه حضوری تکمیل شد. بعد از گذشت دو هفته از زمان اولیه تکمیل پرسشنامه، مجدداً از همان افراد مصاحبه به عمل آمد. نتایج پایایی پرسشنامه در جدول 1 آمده است.

شرط ورود سالمندان به مطالعه دارا بودن مراقب دوره‌نדיده عضو خانوار بود. همچنین رضایت فرد سالمند

روش نمونه‌گیری در مطالعه، تصادفی ساده بود. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، شامل دو پرسشنامه طراحی شده در دانشگاه کلمبیا آمریکا (13) مربوط به سالمندان و مراقبین آنان بود که به روش مصاحبه چهره‌به‌چهره تکمیل شد. چون مطالعه حاضر هر دو گروه سالمندان و مراقبان آن‌ها را مورد بررسی قرار می‌داد، لذا سعی شده است از هر فرد سالمندی که خواسته شد به پرسشنامه پاسخ دهد، مراقب وی نیز قسمت مربوط به مراقبین همان پرسشنامه را پاسخ دهد. بنابراین در این مطالعه از دو پرسشنامه به شرح ذیل استفاده گردید:

1- پرسشنامه مربوط به سالمند: این پرسشنامه شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی، سنجش ناتوانی در انجام فعالیت‌های روزانه زندگی، ناتوانی در انجام فعالیت‌های روزانه با کمک وسایل، سرمایه انسانی و اختلالات شناختی بود.

اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل 23 سؤال بود که با استفاده از پرسشنامه استاندارد بررسی‌های کشوری وزارت بهداشت و مرکز آمار ایران انجام شد. سنجش ناتوانی در انجام فعالیت‌های روزانه زندگی (Activity Daily Living) شامل 6 سؤال با پاسخ‌های "مستقل" با نمره 1 و "نیازمند به کمک" با نمره 0 بود. سالمندان با نمره کم‌تر از 2 در گروه ناتوان دسته‌بندی شدند. ناتوانی در انجام فعالیت‌های روزانه زندگی با کمک وسایل (Instrumental Activity Daily Living) شامل 9 سؤال با پاسخ‌های "مستقل" با نمره 1 و "نیازمند به کمک" با نمره 0 بود و افراد با نمره کم‌تر از 3 به عنوان ناتوان در این گونه فعالیت‌ها دسته‌بندی شدند. فاکتورهای سرمایه انسانی در سالمند با مقیاسی شامل 8 سؤال با پاسخ‌های بله (نمره 1) و خیر (نمره 0) سنجیده شد که مجموع نمرات به دست آمده بالاتر نشان‌دهنده دسترسی به سرمایه انسانی بیشتر بود (13). اختلالات شناختی با تست وضعیت مختصر شناختی (Mini Mental Scale Test (MMSE) ارزیابی شد که یک آزمون 10 سؤالی با پاسخ‌های بله (نمره 1) و خیر (نمره

جدول 1- اطلاعات مربوط به پایایی ابزار مطالعه

مقیاس	تعداد سؤال	ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ)	ثبات زمانی (ضریب همبستگی)
انجام فعالیت‌های روزانه زندگی	6	0/88	0/75
انجام فعالیت‌های روزانه زندگی با کمک وسایل	9	0/76	0/77
فاکتورهای سرمایه انسانی	8	0/8	0/75
اختلالات شناختی	10	0/91	0/81
کمک ارائه شده به سالمند در فعالیت روزانه زندگی	6	0/85	0/79
کمک ارائه شده با وسایل	11	0/72	0/94
بار مراقبتی	15	0/91	0/82

به منظور بررسی تاثیر همزمان عوامل مختلف بر روی متغیر وابسته (بار مراقبت)، تمامی متغیرها وارد مدل رگرسیون خطی شده و تأثیر توأم آن‌ها مورد ارزیابی قرار گرفت. در این مطالعه تأثیر متغیرهای مختلفی نظیر: سن سالمند، جنسیت سالمند، جنسیت مراقب، وضعیت شناختی سالمند، فعالیت روزانه زندگی با کمک وسایل سالمند، فعالیت روزانه زندگی سالمند، کفایت حقوق سالمند، کفایت حقوق مراقب، وضعیت تأهل سالمند، وضعیت تأهل مراقب و مدت مراقبت بررسی گردید.

با توجه به نتایج تحلیل نهایی رگرسیون خطی چندگانه مشخص شد که 4 متغیر جنسیت مراقب، فعالیت روزانه با کمک وسایل سالمند، فعالیت روزانه زندگی سالمند و کفایت حقوق مراقب بر بار مراقبت مراقبین دوره‌نדיده سالمندان مورد مطالعه تأثیر آماری معناداری دارد (جدول 3). نتایج نشان داد با افزایش یک واحد در فعالیت روزانه با کمک وسایل، میانگین نمره بار مراقبت به اندازه 2/93 واحد افزایش می‌یابد. با افزایش یک واحد در فعالیت روزانه زندگی، میانگین بار مراقبت به اندازه 4/52 واحد افزایش و با افزایش یک واحد کفایت حقوق مراقب، میانگین بار مراقبت به اندازه 1/69 واحد افزایش می‌یابد. همچنین در این مطالعه زنان نسبت به مردان به اندازه 1/42 واحد بار مراقبت بیشتری را متحمل می‌شدند. به طور کلی متغیرهای معنادار نهایی به دست آمده در مدل

و مراقب جهت شرکت در پرسشگری و اعلام شفاهی رضایت، از شروط ورود افراد به مطالعه بود. در مطالعه حاضر مراقب غیررسمی عضو خانواده به افرادی اطلاق می‌شود که حداقل در یکی از فعالیت‌های زندگی روزانه (انجام فعالیت‌های روزانه زندگی با کمک وسایل) بدون دریافت هزینه به سالمند کمک نمایند و حداقل 4 ساعت در هفته را برای مراقبت از سالمند صرف کنند (13).

قبل از شروع مطالعه، هدف از پرسشگری به هر سالمند و مراقب وی توضیح داده و به آن‌ها اطمینان داده می‌شد که تنها محققین این مطالعه می‌توانند به اطلاعات آن‌ها دسترسی داشته باشند و اطلاعات مربوط به هر فرد محرمانه می‌ماند.

اطلاعات جمع‌آوری شده پس از ورود به نرم‌افزار SPSS 16 به کمک آنالیز رگرسیون خطی چندگانه به منظور سنجش عوامل تأثیرگذار بر بار مراقبین غیررسمی تجزیه و تحلیل شده است.

یافته‌ها

حدود 40 درصد از سالمندان و 66 درصد از مراقبین آنان را زنان تشکیل می‌دادند (جدول 2). بار مراقبتی در 70 درصد (140 نفر) از افراد مراقب سالمندان کم، 11/5 درصد (23 نفر) متوسط و در 18/5 درصد دیگر (37 نفر) زیاد برآورد شد.

جدول 3 - نتایج به دست آمده از مدل رگرسیونی نهایی

متغیر	ضریب رگرسیونی	P value
فعالیت روزانه با کمک وسایل	2/93	<0/001
فعالیت روزانه زندگی	4/52	<0/001
کفایت حقوق مراقب	1/69	0/001
جنسیت مراقب	1/42	0/027

رگرسیونی 43 درصد از تغییرات در بار مراقبت مراقبین دوره‌نندیده سالمندان مورد مطالعه را تبیین می‌کرد ($R^2=0/43$).

بحث

در مطالعات مختلف به این مطلب اشاره شده است که جنسیت مراقب فاکتور شناخته‌شده و مؤثر در بالا بودن بار مراقبتی است (15). در مطالعه حاضر نیز نشان داده شد که مؤنث بودن فرد مراقب از عوامل مؤثر بر افزایش بار مراقبت است. این نتایج همچنین با یافته‌های مطالعه چانگ و همکارانش (16) در سال 2010 مشابه است. آن‌ها گزارش دادند که بار مراقبت به‌طور قابل‌توجهی با جنسیت مراقبین ارتباط دارد به‌طوری‌که مراقبین مؤنث بار مراقبتی بیشتری را گزارش کرده بودند. این موضوع می‌تواند به این علت باشد که اکثر زنان علاوه بر بار مراقبت سالمند خود، بار مراقبت اعضای خانواده اعم از شوهر و فرزندان را نیز به دوش می‌کشند. ناتوان بودن سالمندان مورد مطالعه در فعالیت روزانه زندگی (ADL) نیز از عوامل تأثیرگذار بر افزایش بار مراقبت مراقبین مورد بررسی بوده است. در همین راستا نتایج مطالعه لیم (17) در سال 2008 در مورد سالمندان کارگر کشور کره نشان داد که بیشترین "بار مراقبت" در بستگان و اعضای خانواده این سالمندان کره‌ای به‌دلیل وابستگی در ADL مراقبت‌شوندگان بوده است. در مطالعه مروری کادوشین (18) نیز نشان داده شده است که بار مراقبت از سالمندان آفریقایی و آمریکای لاتین کارگر بیشتر ناشی از کمک در زمینه فعالیت روزانه زندگی

جدول 2 - برخی اطلاعات مرتبط با سالمندان و مراقبین آن‌ها

متغیرها	تعداد	درصد
جنسیت	مرد	121
	زن	79
سن	60-69	86
	70-79	92
	>80	22
	11	22
وضعیت تاهل	متاهل	141
	مجرد	6
	بیوه	43
	سایر	10
وضعیت مختصر شناختی (MMSE)	ضعیف	18
	متوسط	8
	توانا	174
	9	18
فعالیت روزانه زندگی (ADL)	توانا	164
	ناتوان	36
	62	124
	38	76
فعالیت روزانه زندگی با کمک وسایل (IADL)	توانا	81
	ناتوان	119
	40/5	81
	59/5	119
کفایت حقوق	کافی	68
	ناکافی	132
جنسیت	مرد	68
	زن	132
سن	20-29	18
	30-39	18
	40-49	35
	50-59	47
	60-69	57
	70-79	25
	>80	2
	1	2
	71/5	143
	23	46
وضعیت تأهل	متاهل	143
	مجرد	46
	بیوه	6
	سایر	5
ساعات کمک در طول یک هفته به سالمندان	1-6	122
	7-15	11
	16-30	16
	31-40	6
	50-99	10
	100-168	26
	13	26
	23/5	47
	34/5	69
	28/5	57
سطح تحصیلات	متوسطه	57
	دانشگاهی	27
	13/5	27
	42	84
وضعیت درآمد	کافی	84
	ناکافی	99
	49/5	99

(ADL) بوده است. دلیل این همسویی را می‌توان شغل گروه هدف این مطالعه و فرسودگی بیش از حد سالمندان این قشر دانست که باعث شده است بازنشستگان کارگری در انجام فعالیت‌های حیاتی زندگی خود نیز ناتوان باشند. از دیگر نتایج به‌دست‌آمده این بود که ضعف سالمندان در فعالیت روزانه زندگی با کمک وسایل (IADL) باعث افزایش بار مراقبت می‌گردد. نتایج پژوهش دوجاردین و همکاران (19) در سال 2011 نیز نتایج مشابهی را نشان داد به‌طوری‌که فرزندان افراد سالمند به‌عنوان مراقبین غیررسمی، بار مراقبت زیادی را از ناتوانی سالمندان در انجام فعالیت روزانه زندگی با کمک وسایل (IADL) متحمل می‌شدند. این مسأله می‌تواند به این دلیل باشد که گروه هدف این دو مطالعه یعنی بازنشستگان کارگر به‌دلیل سطح تحصیلات پایین‌تر در مهارت‌هایی مانند نوشتن، خرید کردن، مصرف دارو یا مهارت استفاده از وسایلی مانند موبایل در سطح پایینی قرار دارند. اما در مطالعه brinda و همکاران در سال 2014 (20) در زمینه بار مراقبتی مراقبین غیررسمی در مناطق روستایی کشور هندوستان، نتایجی مخالف با یافته‌های مطالعه حاضر گزارش شد. به‌طوری‌که در این مطالعه مراقبین بار مراقبتی بسیار کمی را ناشی از ناتوانی سالمندان در انجام فعالیت روزانه زندگی با کمک وسایل می‌دانسته‌اند. به‌نظر می‌رسد این عدم همسویی نتایج ناشی از تفاوت محل سکونت گروه هدف دو مطالعه یعنی روستا و شهر باشد. زیرا استفاده کم افراد ساکن روستا از وسایلی مانند موبایل، اتومبیل و... باعث می‌شود بار مراقبتی اضافی به‌دلیل ناتوانی سالمندان در استفاده از این‌گونه وسایل ایجاد نشود.

عدم کفایت حقوق مراقبین نیز از دیگر عوامل تأثیرگذار بر افزایش بار مراقبت در مراقبین مورد مطالعه بوده است. در همین راستا بیرکل (21) در مطالعه خود بر روی مراقبین غیررسمی خانه‌دار بیان کرده است که مراقبین افراد سالمند مبتلا به دمانس با سطح بالایی از استرس در امر مراقبت روبرو بوده‌اند که یکی از عوامل

مهم مؤثر بر این استرس هزینه‌های مالی مراقبت بوده است. نیاز توجه به این مسأله زمانی نمایان‌تر می‌شود که بدانیم بر اساس متون (22) هزینه‌های افراد سالمند نسبت به افراد عادی بیشتر می‌باشد. مسلماً این افزایش هزینه‌ها و فقدان منابع مالی جدای از دشواری‌های جسمانی مراقبت فشارهای روانی ناشی از مراقبت سالمند را نیز تشدید خواهد نمود.

در مطالعات انجام‌شده دیگر در این زمینه نتایجی به‌دست آمده است که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی ندارد. یافته‌های مطالعه دوجاردین و همکاران (19) در سال 2011 بر روی سالمندان بازنشسته نشان داد که سطح و میزان "بار مراقبت" در این سالمندان بریتانیایی مبتلا به اختلالات شناختی افزایش می‌یابد. اما در مطالعه حاضر نتایج حاکی از آن بود که اختلال شناختی پس از کنترل عوامل دیگر در مدل رگرسیونی تأثیر معناداری بر افزایش بار مراقبت نداشته است. شاید بتوان دلیل آن را سلامت جسمانی و روانی بهتر بازنشستگان کارگری دانست زیرا به‌دلیل فعالیت بدنی بیشتر هنگام اشتغال به کار انتظار می‌رود این گروه از سالمندان از لحاظ جسمانی و روانی از وضعیت بهتری نسبت به دیگر سالمندان برخوردار باشند.

در نهایت سن سالمندان مورد مطالعه (بین 60-75 سال) و میزان ناتوانی بالا در انجام فعالیت‌های روزانه زندگی در مقایسه با کشورهای توسعه‌یافته (23) این نکته را به ذهن متبادر می‌سازد که سالمندان ایرانی خصوصاً سالمندان بازنشسته کارگری اغلب به‌دلیل سبک زندگی ناسالم دچار از کارافتادگی زودرس می‌شوند که این موضوع نه‌تنها باعث افزایش بار مراقبتی آنان بلکه باعث تحمیل هزینه‌های درمانی اضافی بر نظام سلامت کشور خواهد شد. با درنظر گرفتن پیرشدن جمعیت در قرن بیستم (24) به‌نظر می‌رسد مرتفع ساختن این مشکل نیازمند برنامه‌ریزی‌های بلندمدت در زمینه تغییر در سبک زندگی ایرانی می‌باشد.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر گروه هدف محدود

نتیجه‌گیری نمود که جنسیت مراقب، فعالیت روزانه با کمک وسایل سالمند، فعالیت روزانه زندگی سالمند و کفایت حقوق مراقب مهم‌ترین عوامل مؤثر بر افزایش بار مراقبت در مراقبین مورد مطالعه بوده است. لذا توجه بیشتر برنامه‌ریزان حوزه سلامت سالمندان کشور به این عوامل می‌تواند به بهبود امر مراقبت از سالمندان و متعاقب آن ارتقاء سلامت این گروه از جامعه کمک نماید.

یعنی بازنشستگان کارگری بوده است که در پژوهش‌های آتی توصیه می‌گردد در دیگر گروه‌های سالمند جامعه نیز عوامل مؤثر بر بار مراقبتی بررسی گردد تا بتوان چشم‌انداز بهتری را جهت حل مشکلات سالمندان در این زمینه به دست آورد.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان این گونه

References

1. Alizadeh M, Hoseini M, Shojae zadeh D, Rahimi A, Arshinji M, Rohani H. [Assessing anxiety, depression and psychological wellbeing status of urban elderly under represent of Tehran metropolitan city (Persian)]. *Salmand*. 2012; 7(3): 66-73.
2. Rohani H, Garmaroudi G, Aezam K, Tavakoli Ghouchani H, Raei M. [Viewpoints of the members of the workers' retirement centers in Tehran about elderly day care centers (2012) (Persian)]. *J Kermanshah Univ Med Sci*. 2014; 17(11): 727-33.
3. Jadidi A, Farahaninia M, Janmohammadi S, Haghani H. [The relationship between spiritual well-being and quality of life among elderly people residing in Kahrizak senior house (Persian)]. *IJN*. 2011; 24(72): 48-56.
4. Jacobzone S, Oxley H. Ageing and health care costs. *Internationale Politik und Gesellschaft Online* [cited Jan 23 2014]. Available at: URL: http://www.fes.de/ipg/ipg1_2002/ARTJACOBZONE.htm.
5. Brody EM. *Women in the middle: Their parent-care years*. 1st ed. New York: Springer Publishing Company. 2004;25-30.
6. Eshaghi SR, Ramezani MA, Shahsanaee A, Pooya A. Validity and reliability of the Short Form-36 Items questionnaire as a measure of quality of life in elderly Iranian population. *Am J Appl Sci*. 2006;3(3):1763-6.
7. Farran CJ. Family caregivers: A critical resource in today's changing health-care climate. *Chart*. 2002;99(4):4-6.
8. Jamebozorgi AA, Kavooosi A, Shafiee Z, Kahlaee AH, Raei M. Investigation of the prevalent fall-related risk factors of fractures in elderly referred to Tehran hospitals. *Med J Islam Repub Iran*. 2013;27(1):23-30.
9. Brown J, Nolan M, Davies S. Bringing caring and competence into focus in gerontological nursing: A longitudinal, multi-method study. *Int J Nurs Stud*. 2008;45(5):654-67.
10. Berkman LF. The assessment of social networks and social support in the elderly. *J Am Geriatr Soc*. 1983;31(12):743-9.
11. de Oliveira GR, Neto JF, de Camargo SM, Lucchetti AL, Espinha DC, Lucchetti G. Caregiving across the lifespan: comparing caregiver burden, mental health, and quality of life. *Psychogeriatrics*. 2014 Dec 17. doi: 10.1111/psyg.12087.
12. Chen HM, Huang MF, Yeh YC, Huang WH, Chen CS. Effectiveness of coping strategies intervention on caregiver burden among caregivers of elderly patients with dementia. *Psychogeriatrics*. 2015;15(1):20-25.
13. Khatti Dizabadi F, Yazdani J, Eftekhari Ardebili H, Batebi A, Shojaezadeh D. [The Status of Caregiving among Informal Caregivers of Community-dwelling Elderly (Persian)]. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2013; 23 (100):31-41.
14. Seyedian M, Falah M, Nourouzian M, Nejat S, Delavar A, Ghasemzadeh HA. [Validity of the Farsi version of mini-mental state examination (Persian)]. *J Med Counc I R Iran*. 2008. 25(4):408-14.
15. Nakatani Y. Burnout among family caregiver of the frail elderly: Application of the Maslach burnout inventory. *Social Gerontology*. 1992. 36:15-26.
16. Chang HY, Chiou CJ, Chen NS. Impact of mental health and caregiver burden on family caregivers' physical health. *Arch Gerontol Geriatr*. 2010;50(3):267-71.
17. Lim YM, Son GR, Song JA, Beattie E. Factors affecting burden of family caregivers of community-dwelling ambulatory elders with dementia in Korea. *Arch Psychiatr Nurs*. 2008;22(4):226-34.
18. Kadushin G. Home health care utilization: a review of the research for social work. *Health Soc Work*. 2004;29(3):219-44.
19. Dujardin C, Farfan-Portet MI, Mitchell R, Popham F, Thomas I, Lorant V. Does country influence the health burden of informal care? An international comparison between Belgium and Great Britain. *Soc Sci Med*. 2011;73(8):1123-32.

20. Brinda EM, Rajkumar AP, Enemark U, Attermann J, Jacob KS. Cost and burden of informal caregiving of dependent older people in a rural Indian community. *BMC Health Serv Res.* 2014;14(1):207.
21. Birkel RC. Toward a social ecology of the home-care household. *Psychol Aging.* 1987;2(3):294-301.
22. Kusano CT, Bouldin ED, Anderson LA, McGuire LC, Salvail FR, Simmons KW, et al. Adult informal caregivers reporting financial burden in Hawaii, Kansas, and Washington: results from the 2007 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Disabil Health J.* 2011;4(4):229-37.
23. Sjölund BM, Wimo A, Qiu C, Engström M, von Strauss E. Time trends in prevalence of activities of daily living (ADL) disability and survival: Comparing two populations (aged 78+ years) living in a rural area in Sweden. *Arch Gerontol Geriatr.* 2014;58(3):370-5.
24. Sadeghiyan F, Raei M, Hashemi M, Amiri M, Chaman R. Elderly and Health Problems: a cross Sectional Study in the Shahroud township. *Salmand.* 2011; 6(2):26-30.