

Research Paper

Sociological Study of the Relationship between Elderly Care in the Family and the Depression and Anxiety among Caregiver (Case Study of Women Married Elderly Caregivers in Lar City)

Majid Movahed^{1*}, Maryam Falamarzi², Sedigheh Shoa³

1- Professor of Sociology, Faculty of Economics, Management and Social Sciences, Shiraz University, Shiraz. Iran.

2- MA. Woman Studies, Woman and Family, Shiraz University. Shiraz. Iran.

3-Ph.D. in Sociology-university of Kashan, Kashan. Iran.

Received: 2022/028/27

Revised: 2022/10/15

Accepted: 2022/11/03

Use your device to scan and read the article online



DOI:

10.30495/JJVJ.2022.30074.3798

Keywords:

Informal Caring, Anxiety, Depression, Elderly Population, Women.

Abstract

Introduction: According to the United Nations Population the number of elderly people is steadily increasing. Women are the major source of informal healthcare. Majority of women might face depression and anxiety. The purpose of this study was to study the level of anxiety and depression and their relationship with some cultural and social factors among caregivers.

Methods: Data were collected from 377 married elderly caregivers by stratified proportional sampling method and analyzed by SPSS and Amos software. Depression and anxiety rates of the caregivers were assessed by short form of Depression Anxiety Stress Scale. The validity had measured by previous studies. Also, in this study, we used face validity and its reliability has been obtained to be 85% by Cronbach's alpha in two parts.

Findings: The results of this study showed that 33.5% and 44.7% of women caregivers endured mild to very severe depression and anxiety, respectively. Regarding depression, the significant variables were: Age, Family support, religion, number of children, elderly physical condition and also, about anxiety, the significant variables was contained, education, Age, Family support, religion, number of children and elderly physical condition ($P < 0.005$). More attention and support should be paid to this group and appropriate policies should be adopted regarding them.

Citation: Movahed M, Falamarzi M, Shoa S. Sociological Study of the Relationship between Elderly Care the Family and the Depression and Anxiety among Caregiver (Case Study of Women Married Elderly Caregivers in Lar City): Journal of Women and Society. 2023; 13 (52): 117-132.

Extended Abstract Introduction

The term "care" is used to refer to the assistance and support provided to those members of the community who are unable to care for themselves. Families are the main source of informal health care and gender plays an important role in organizing and providing this care. It has long been recognized that caring for the family generally means caring for women, and some duties are primarily defined as women's work.

In this decade the number of elderly people is steadily increasing, so the home health care becomes more important. Informal care activities increase social capital also. It is considered to have a beneficial effect on the general health of the population. On the other hand, it has costs for the individual. Most women experience role conflict. Elderly caregivers may experience psychological problems of which depression and anxiety are the most common.

The aim of this study was to investigate the level of anxiety and depression women caregivers and its relationship with some cultural and social factors.

Methods

The research used the survey method and a questionnaire. The study has been done in 2021 in Lar. The statistical population includes married women that were caregivers of the elderly people over 60 years old which according to the last general census of population and housing in 2016 constitutes 19069 women.

In this study, 377 married women caregivers of the elderly selected through proportionate stratified sampling, among different regions and data analyzed by SPSS and Amos software.

The used questionnaire in this research consists of three main parts. The first part includes demographic questions related to the elderly, the state of physical and the level of health of the elderly. In the third part, there were some demographic questions related to the respondent.

In the second part, depression and anxiety rates of the caregivers were assessed by short form of Depression Anxiety Stress

Scale (DASS-21). DASS-21 has been validated in a number of populations such as Hispanic adults, American, British, Australian and Asian population. In this questionnaire items designed to measure the severity of a range of symptoms common to both depression and Anxiety. Each item is scored from 0 to 3.

The items about depression were: I couldn't seem to experience any positive feeling at all, I found it difficult to work up the initiative to do things, I felt that I had nothing to look forward to, I felt downhearted and blue. I was unable to become enthusiastic about anything, I felt I wasn't worth much as a person, I felt that life was meaningless. And the items about anxiety were contain: I was aware of dryness of my mouth, I experienced breathing difficulty, I experienced trembling, I was worried about situations in which I might panic and make a fool of myself, I felt I was close to panic, I was aware of the action of my heart in the absence of physical exertion, I felt scared without any good reason.

In this study we used face and construct validity. The questionnaire has been established in consultation with sociologists, and its reliability has been obtained to be 85% by Cronbach's alpha in two parts of depression and anxiety. In addition, confirmatory factor analysis was used for data modeling and test the model.

Findings

The average age of the respondents was 41 years and most of them (86%) were housewives with an average level of education of 9 years. The average age of the respondents' spouses was 46 years and their average level of education was 8 years. Self-employment was most frequent for the respondents' wives and their average presence of them at work or absence from home was 9.6 hours. The average number of children of the respondents who lived with them was 2 and 16.6% of the respondents did not have children. 41.5 percent of the respondents took care of their family and the rest (58.5%) took care of their spouse's family. Eighty percent of caregivers used the help of others in caring for the elderly, and 20 percent were solely responsible. Most of them were Shiites and 10% of the

respondents were Sunnite. Most of these elderly people were women. The average age of these elderly people is 78 years, most of whom were unmarried and unemployed and also, heart disease was the most common disease in the elderly.

The results of this study showed that 33.5% and 44.7% of women caregivers endured mild to very severe depression and anxiety, respectively. About the effect of social and demographic factors on the variables of depression and anxiety in women caregivers some variables were significant. Regarding depression, the significant variables were: Age, Family support, religion, number of children, elderly physical condition and about anxiety, the significant variables was contained, education, Age, Family support, religion, number of children and elderly physical condition ($P < 0.005$). ($P < 0.005$).

The education of the respondents, has increased their awareness and ability to reduce anxiety among them. With increasing years of care and prolonging this process, caregivers are more depressed and anxious. About number of children. It seems that the more children are provided the more cooperation and division of work in the home. The findings also showed that caregivers who have the help and participation of other family members are less depressed because participation and cooperation create more unity and cohesion among family members and reduce negative consequences. The variables religious sect, hours of absence of the spouse at home. Age and kinship with elderly can be explained by Participation and cohesion in the family.

Discussion

The results of this study showed that 33.5% and 44.7% of women caregivers endured mild to very severe depression and anxiety, respectively. Regarding depression, the significant variables were: Age, Family support, religion, number of children, elderly physical condition and also, about anxiety, the significant variables was

contained, education, Age, Family support, religion, number of children and elderly physical condition ($P < 0.005$).

Conclusion

Due to the increase in the number of elderly populations, and the importance of the health of elderly women caregivers, more attention and support should be paid to this group and appropriate policies should be adopted regarding them.

Respecting and appreciating the efforts of health care women in the family and community and helping this group plays an important role in reducing their anxiety and stress and leads to the creation and maintenance of more cohesive families. Institutionalizing participation among family members, especially care for the elderly, is a very important issue. In this regard, we can use the power of the media, NGO, social networks, prominent and influential people and organizations related to culture in society. Also, paying attention to national and religious culture and planning according this, is another issue that should be considered.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

All participants in the study participated in the study by filling out a consent form, and the researchers assured them that the results of the research were confidential.

Funding

All financial resources and costs for research and publication of the article have been paid by the authors and no financial support has been received.

Authors' contributions

The present article is the result of the study and efforts of all authors.

Conflicts of interest

Authors declared no conflict of interest.

مقاله پژوهشی

مطالعه جامعه شناختی رابطه مراقبت از سالمند در خانواده و افسردگی و اضطراب فرد مراقب (مطالعه موردی زنان متاهل مراقب سالمند در شهر لار)

مجید موحد*^۱، مریم فلامرزی^۲، صدیقه شعاع^۳

۱- استاد بخش جامعه شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

۲- کارشناس ارشد مطالعات زنان، زن و خانواده، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

۳- دکتری جامعه شناسی دانشگاه کاشان، کاشان، ایران.

چکیده

هدف: با افزایش جمعیت سالمندان و وابستگی و نیاز آنها به مراقبت، توجه به این گروه و سلامت آنها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در این مطالعه تاثیر مراقبت از سالمندان بر افسردگی و اضطراب زنان مراقب سالمند و عوامل مرتبط با استفاده از نظریه تضاد نقش بررسی شده است.

روش: این مطالعه توصیفی تحلیلی، به روش پیمایش در بین ۳۷۷ نفر از زنان متاهل مراقب سالمند در سال ۱۴۰۰ انجام شد. تعداد نمونه فرمول کوکران با ضریب خطای ۵ درصد، تعداد ۳۷۷ نفر، نمونه‌ها تصادفی انتخاب شد و با ابزار پرسشنامه مورد مصاحبه قرار گرفتند. در این مطالعه میزان اضطراب و افسردگی با مقیاس استاندارد داس سنجیده و داده‌ها، به وسیله نرم افزار اسپس پی اس و ایموس تحلیل شد.

یافته‌ها: این مطالعه نشان داد به ترتیب ۳۳/۵ و ۴۴/۷ درصد از مراقبین از افسردگی و اضطراب خفیف تا بسیار شدید رنج می‌برند. نتایج حاصل از تحلیل عامل تاییدی نشان داد متغیرهای سن، تعداد فرزند، نوع مذهب، وضعیت جسمانی و داشتن همراه و کمک در مراقبت از سالمند از مهمترین متغیرهای تاثیر گذار بر افسردگی مراقبین و متغیرهای سن، تحصیلات، تعداد فرزند، نوع مذهب و وضعیت جسمانی سالمند از مهمترین متغیرهای موثر بر اضطراب مراقبین می‌باشد. با توجه به افزایش جمعیت سالمند و اهمیت سلامت زنان مراقب در انسجام خانواده و سلامت جامعه، لازم است توجه بیشتری به این گروه صورت گیرد و حمایت‌های مادی و معنوی لازم جهت حمایت از این گروه انجام شود.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۰۸

تاریخ داوری: ۱۴۰۱/۰۷/۲۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۸/۱۲

از دستگاه خود برای اسکن و خواندن مقاله به صورت آنلاین استفاده کنید



DOI:

10.30495/JZVJ.2022.30074.3798

واژه‌های کلیدی:

سالمند، زنان، افسردگی، اضطراب، خانواده، مراقبین غیر رسمی.

* نویسنده مسئول: مجید موحد

نشانی: استاد بخش جامعه شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

تلفن: ۰۹۱۷۷۱۸۸۲۶۵

پست الکترونیکی: movahed@ose.shi.razu.ac.ir

مقدمه

رشد فزاینده جمعیت سالمند تاثیر مهمی بر ابعاد مختلف اقتصادی، سیاسی، اجتماعی، روانی و جسمانی افراد و جامعه دارد. پیری شناسان می‌گویند سالمند کسی است که به دلیل کاهش توانایی، برای برآوردن نیازهای حیاتی خود به توجه دیگران نیاز دارد (۱). در این دوران با افزایش احتمال بیماری‌های ناتوان کننده که امکان زندگی مستقل را از سالمند می‌گیرد نه تنها فرد بلکه مراقبان، خانواده و کل نظام اجتماعی و سلامت جامعه تحت تاثیر قرار گرفته و فرایند مراقبت مداوم را امری اجتناب ناپذیر می‌کند (۲).

مراقبت از سالمندان به دو صورت رسمی و غیر رسمی انجام می‌شود. مراقبت‌های رسمی توسط سازمان‌های قانونی، گروه‌های داوطلبانه و سازمان‌های خصوصی که سیستم مراقبت‌های بهداشتی حرفه‌ای را تشکیل می‌دهند، انجام می‌شود و به وضوح از بخش غیررسمی که به عنوان یک سیستم حمایتی عمومی توسط خانواده‌ها، دوستان و همسایگان است متمایز می‌گردد (۳). قرار گرفتن در نقش مراقبت کننده غیر رسمی برای فرد قابل پیش بینی نیست و به نوعی اجتناب ناپذیر به نظر می‌رسد (۴). مراقبین غیررسمی در خط مقدم سلامت و مراقبت اجتماعی مبتنی بر جامعه هستند و بیشتر مراقبت‌های سالمندان در این بخش صورت می‌گیرد (۵).

خانواده و به خصوص زنان مهمترین مراقبان غیر رسمی حوزه سلامت و مهمترین منبع حمایت از سالمندان به شمار می‌آیند (۶). این نقش همواره از طریق سنت و مذهب مورد تاکید قرار گرفته است. ایران یک جامعه شرقی و با فرهنگ مذهبی و اسلامی است که در آن احسان به والدین بسیار توصیه شده است و نگهداری و احترام به سالمندان در خانواده پسندیده‌ترین شیوه رفتار با آنان محسوب می‌شود (۷). همچنین به طور سنتی زنان عمدتاً مراقبت‌های روزانه فردی و مراقبت‌های دستی را به عهده داشته و بیشترین تعهد و مسئولیت را در این زمینه ایفا می‌کنند (۸).

واژه مراقبت خانوادگی که شکل مرسوم مراقبت غیررسمی است، از سال ۱۹۸۰ وارد ادبیات سلامت شد و امروزه ستون اصلی نظام مراقبت‌های طولانی مدت محسوب می‌شود و یکی از اولویت‌های تحقیقات در عرصه سلامت است (۹).

نقش مراقبت در خانواده بیشتر بر عهده زنان قرار می‌گیرد. والترگو وظایف خانه‌داری و مراقبت از فرزندان و دیگر اعضای خانواده را یکی از منابع ایجاد تنش برای این گروه می‌داند که می‌تواند سبب اختلال در سلامت روان آنها شود (۱۰) و به دیگر ارکان جامعه صدمات جدی وارد کند.

در جامعه سنتی خانواده گسترده رواج داشت و سالمندی دوره طولانی از زندگی را تشکیل نمی‌داد. در چنین شرایطی زنان به ایفای نقش‌های سنتی می‌پرداختند و چون تعداد مراقبان زیاد و تعداد سالمندان کم بود فشار مراقبتی چندان چالش‌انگیز نبود (۱۱) اکنون با افزایش جمعیت سالمند و تحول در جامعه و نهاد خانواده موضوع مراقبت از سالمندان با چالش‌های بیشتری روبرو شده است. یکی از زمینه‌های اصلی تحول نهادین در جامعه ایرانی، بازاندیشی زنان در نگرش به نقش‌های جنسیتی و دگرگونی ساختار قدرت در خانواده است (۱۲).

مراقبت از یک سالمند در منزل، فشار غیرقابل انکاری بر زنان وارد می‌کند و منجر به فشار فزاینده بر مراقبان می‌شود؛ تعدد این مشکلات و نقش‌های مختلف زنان در خانواده و اجتماع، آنها را مستعد ابتلا به اختلالات جسمی و روحی می‌کند (۱۳). افسردگی و اضطراب از علت‌های ناتوان سازی افراد و جوامع محسوب می‌شود. مطابق یافته‌های سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۰، افسردگی به عنوان دومین عامل افزایش سال‌های از دست رفته به دلیل ناتوانی منجر از بیماری‌ها و صدمات شناسایی شده است (۱۴).

از آنجا که مسائل اجتماعی قابل تبدیل به یکدیگرند و به تدریج به قسمت‌های دیگر جامعه آسیب می‌رسانند، لازم است توجه جدی تری به موضوع افزایش سالمندان در جامعه و تاثیر آن بر مراقبان سالمندان صورت پذیرد؛ همچنین با توجه به نقش محوری خانواده و زنان در تامین مراقبت از سالمندان و تغییر شرایط اجتماعی و اقتصادی زندگی خانوادگی مدرن، لازم است نحوه انطباق خانواده، به عنوان یک نهاد اجتماعی با این موضوع و به خصوص تاثیر آن بر وضعیت روحی زنان مورد بررسی قرار گیرد. اطلاع از سلامت زنان و فشارهای ناشی از مراقبت می‌تواند مبنای سیاست‌گذاری‌های مختلف باشد.

پیشینه تحقیق

تاری مرادی و احدی در مطالعه‌ای به بررسی اضطراب و افسردگی و سلامت جسمی افراد مراقبت‌کننده از سالمندان مبتلا به سکنه مغزی و کهنسالان پرداختند. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که افسردگی و اضطراب در مراقبین دو گروه وجود داشته و در بین مراقبین سالمندان دارای سکنه شدیدتر بوده است (۱۵).

گودرزی و همکاران و صفائیان و همکاران در بررسی رابطه عملکرد خانواده با میزان افسردگی، اضطراب و استرس در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به دمانس و سرطان، دریافتند عملکرد خانواده این مراقبین دارای اختلال بوده است و بین عملکرد خانواده با افسردگی و اضطراب و استرس مراقبین رابطه منفی و معناداری وجود داشته است (۱۶) (۱۷). عمرانی فرد، حقیقی زاده و آکوچکیان در پژوهش افسردگی، اضطراب را در مراقبین اصلی بیماران دمانس بررسی کرده و آن را در سطح بالایی گزارش کرده‌اند، همچنین به این نتیجه رسیدند که در هر سه حوزه رابطه معناداری بین حمایت سایر اعضای خانواده و شدت بیماری وجود داشته است (۱۸).

باستانی و نظری، شادی و کیفیت زندگی مراقبت در زنان مراقب سالمند دارای شکستگی لگن را در سطح پایین گزارش کردند و بیان داشتند با توجه به تعدد نقش‌های زنان مراقب، حل این موضوع مستلزم توجه و رفاه بیشتر از سوی خانواده، مسئولین و برنامه‌ریزان جامعه می‌باشند (۱۹). شفیع زاده خولنجانی و همکاران به این نتیجه رسیدند که اکثر مراقبان سالمندان الزایمری (۶۵/۹ درصد) فشار بار مراقبتی متوسط تا شدیدی را تحمل می‌کنند و ارتباط معناداری بین فشار بار مراقبتی و میزان اضطراب و افسردگی در بین مراقبان وجود دارد (۲۰). در مطالعات خارجی نیز تستست و همکاران در مطالعه‌ای دریافتند یک سوم مراقبین سالمند مشکلات جسمانی علامت افسردگی را نشان داده اند که این دو برابر جمعیت عموم است (۱۳). کولار و باتس در

تحقیقات اندکی به موضوع مراقبان سالمندان توجه کرده اند که در این گروه نیز عمدتاً مراقبین سالمند دارای بیماری خاص مانند دمانس و سرطان را مورد بررسی قرار داده اند و مراقبین سالمند به شکل کلی، کمتر مورد توجه قرار گرفته است. این مطالعات با دیدگاه های پزشکی و یا روانشناسانه انجام شده اند و کمتر با دیدگاهی جامعه شناسانه به عوامل فرهنگی و اجتماعی مرتبط با آن و شرایط فرهنگی و اجتماعی و سبک زندگی جامعه ایرانی توجه شده است.

هدف از انجام این مطالعه بررسی میزان افسردگی و اضطراب مراقبان سالمند و همچنین ارتباط برخی عوامل دموگرافیک و جامعه شناختی بر وضعیت روحی و میزان افسردگی و اضطراب زنان مراقب سالمند می باشد. به این منظور سه دسته سوالات کلی در این مطالعه مطرح گردیده است:

- الف) میزان افسردگی و اضطراب در بین زنان مراقب سالمند به چه میزان است؟
 ب) کدام یک از عوامل مربوط به سالمند تاثیر معناداری بر افسردگی و اضطراب مراقبین دارد؟
 ج) کدام یک از عوامل مربوط به مراقب و یا دیگر اعضای خانواده تاثیر معناداری بر افسردگی و اضطراب مراقبین دارد؟

مبانی نظری

پارسنز یک کارکرد گراست که معتقد است نظام به منظور بقای خود در ارتباط با رفتار اعضایش، انتظارات معین و مشخصی دارد. (۲۸) او تقسیم نقش را بهترین شکل برای حفظ وحدت خانوادگی می داند و تداخل هر نقش دیگر را سبب برهم خوردن تعادل و ایجاد تعارض در زندگی به حساب می آورد (۲۹). زمانی که سالمند ناتوان وارد خانواده شود، وظیفه مراقبت از سالمند طبق دیدگاه سنتی پارسونز بر عهده زنان خانواده خواهد بود و نقش مراقبت بر دیگر نقش های زنان در خانواده افزوده می شود. وجود سالمند می تواند باعث برهم خوردن نظم موجود در خانواده شود. ایفای نقش مراقبت در زنان بر دیگر نقش های آنان در خانواده تاثیر گذاشته و در روند آن تداخل ایجاد نماید.

بر اساس نظریه مبادله زمبل، چنانچه زنان احساس کنند عمل آنها ارزشمند نیست و یا مانع فعالیت های مهم و ارزشمند تر آنهاست دچار افسردگی و ناکامی می شوند. مطابق با نظریه نظم نیز که مبتنی بر تعاملات اجتماعی است (۳۰) و اگر همدلی، همفکری و همگامی مشترک زوجین در مراقبت وجود نداشته باشد می تواند نظم را بر هم زند.

بر اساس نظریه ی برابری در مراقبت از سالمند، زوجین مراقب هر دو سعی می کنند نقش های خود را به خوبی ایفا نمایند و از یکدیگر توقع همکاری و همدلی دارند. طبق این نظریه اگر یکی از زوجین بار و فشار بیشتری تحمل نماید احساس می کند که رابطه ناعادلانه و نابرابر شده است که به نوبه خود سبب بروز تنش، افسردگی و اضطراب می شود. بر اساس نظریه ی چرخه زندگی خانوادگی نیز، اگر اعضای خانواده در هر نوع تغییری انطباق نداشته باشند، منجر به ایجاد استرس در سیستم خانواده می شود. این استرس می تواند منجر به تنش و تعارض و خشونت در خانواده شود (۳۱).

مطالعه خود نشان دادند یکی از مشکلاتی که مراقبین با آن مواجه هستند، تداخل نقش هایی است که آنها برعهده دارند که منجر به احساس فرسودگی می شود و با استرس زیاد، کارآمدی پایین و افسردگی همراه است و فرد را مستعد اختلالات جسمی، روانی و رفتاری می سازد (۲۱).

استفنز، تونزند، مارتیر و درالی (۲۰۰۱) در پژوهشی به بررسی پیامدهای روان شناختی فشار مراقبت بر روی مراقبین پرداختند و به این نتیجه دست یافتند که فشار مراقبت از والد، اثرات مضر بر سلامت روان شناختی مراقبین بزرگسال، به ویژه زنان مراقب می گذارد (۲۲).

اسکارلس و همکاران (۲۰۰۱) به بررسی وضعیت مراقبت های غیررسمی در جامعه آماری شهر کالیفرنیا و در بین اقلیت های جامعه پرداختند. یافته های این پژوهش گویای آن است که فرزندان سالمندان به خصوص دختران آنها اولین و بهترین گزینه برای نقش مراقبت هستند و استرس و افسردگی در آنها بسیار زیاد است؛ همچنین حمایت های شبکه های اجتماعی خویشاوندی و غیرخویشاوندی و ارتباطات باز می تواند باعث کاهش برخی استرس های روانی مراقبین شود (۲۳).

سودا و همکاران (۲۰۰۵) در پژوهشی کیفی به این نتیجه رسیدند که حمایت عاطفی غیررسمی دریافت شده توسط مراقبان از سمت خانواده، به طور مثبت با بهزیستی ذهنی مراقب ارتباط دارد و دیگر اینکه مراقبت از والدین سالمند به عنوان یک تعهد و یک منبع غنی فرهنگی در جامعه لبنان پذیرفته شده است که می تواند پیامدهای منفی مراقبت را خنثی سازد (۲۴).

اسچنمکر، بانتینکس و لیبلیر (۲۰۰۹) نشان می دهند که تقریباً ۳۰ درصد از مراقبین سالمندان دارای مشکلات عقلی، دارای افسردگی بودند و این افسردگی به دلیل سختی کار فیزیکی و ناتوانی سالمند دارای زوال عقل نبوده بلکه به دلیل فشارهای روحی و روانی است که مراقبان تحمل می کنند (۲۵).

لورن و استفان (۲۰۱۰) در پژوهشی رابطه بین مراقبت و افسردگی و استفاده از اوقات فراغت آنها را مورد بررسی قرار دادند؛ یافته های این پژوهش نشان می دهد که هر چه مراقبان، ساعت های فراغت بسیار کمی داشتند اما افسردگی در بین آنها پایین گزارش شده است به گونه ای که اگر به کاری غیر از مراقبت می اندیشیدند، احساس گناه کرده و علائم افسردگی در آنها مشاهده می شد (۲۳)؛ همچنین آداشیک و سوییه (۲۰۲۰) در پژوهشی وضعیت مراقبان سالمندان با سرطان پیشرفته را بررسی کردند. یافته های این پژوهش نشان می دهد شرایط خاص بیماری سرطان پیشرفته، بار مراقبان را چندین برابر می کند (۲۶).

ژانگ، وانگ و نیکولاس (۲۰۲۰) در مقاله ای با عنوان حمایت اجتماعی و علائم افسردگی در میان مراقبان خانوادگی افراد مسن دارای معلولیت، به این نتیجه رسیدند که شیوع علائم افسردگی در بین مراقبین ۳۷/۷ درصد است. سطوح بالاتر حمایت اجتماعی با علائم افسردگی کمتر ارتباط دارد و علاوه بر این، مراقبان زن سلامتی ضعیف تر و علائم افسردگی بالاتر را گزارش کردند (۲۷).

در جمع بندی کلی به نظر می رسد گر چه مطالعات مختلفی در زمینه سالمندی و پیامد ها و تاثیرات آن در جامعه انجام شده است اما

است: "متوجه شده ام دهانم خشک می‌شود، تنفس کردن برآیم مشکل است، در بدنم احساس لرزش می‌کنم، نگرانم که مبادا در بعضی از موقعیت‌ها دچار ترس شوم یا به کار احمقانه‌ای دست بزنم، احساس می‌کنم که هر لحظه ممکن است دچار ترس و وحشت شوم، بدون اینکه هیچ‌گونه فعالیت بدنی انجام دهم متوجه شده‌ام قلبم غیر عادی کار می‌کند و بدون هیچ دلیل موجهی احساس ترس می‌کنم" (۳۴).

جدول ۱- شدت خرده مقیاس‌های اضطراب و افسردگی

بر اساس مقیاس داس		
اضطراب	افسردگی	شدت
۷-۰	۹-۰	عادی
۹-۸	۱۳-۱۰	خفیف
۱۴-۱۰	۲۰-۱۴	متوسط
۱۹-۱۵	۲۷-۲۱	شدید
+۲۰	+۲۸	بسیار شدید

در مطالعات پیشین داخلی و خارجی از این مقیاس استفاده و پایایی و روایی آن مورد بررسی و تایید قرار گرفته است. چنانچه یافته‌های انتونی و همکاران (۱۹۸۸) در تحلیل عاملی این مقیاس‌ها حاکی از دسته‌بندی مورد نظر بود و نتایج این پژوهش نشان داد که ۶۸ درصد از واریانس کل مقیاس توسط این عوامل مورد سنجش قرار می‌گیرد؛ همچنین ارزش ویژه عوامل افسردگی و اضطراب در پژوهش مذکور به ترتیب ۲/۸۹ و ۱/۲۳ و ضریب آلفای کرونباخ برای این عوامل ۰/۹۲ و ۰/۹۵ بوده است که نشان می‌دهد این مقیاس در سطح مناسبی قرار دارد. در پژوهش نیک آذین و نائینیان ضرایب آلفای کرونباخ برای ابعاد افسردگی و اضطراب به ترتیب ۰/۷۰٪ و ۰/۸۴٪ و ضریب باز آزمایی برای ابعاد مذکور به ترتیب ۰/۷۹٪ و ۰/۶۷٪ به دست آمد که قابل قبول می‌باشد (۳۵).

در این پژوهش نیز پایایی و روایی داده‌ها مجدداً مورد بررسی قرار گرفت و به وسیله اعتبار صوری و اعتبار سازه روایی پرسشنامه بررسی شد. در اعتبار صوری این فرایند با تایید چندین نفر از اساتید و کارشناسان انجام شد و در روایی سازه از روایی همگرا استفاده گردید. روایی همگرایی یا AVE یک سنجه کمی است که میزان همبستگی درونی و همسویی گویه‌های سنجش یک مقوله را نشان می‌دهد و بیان‌کننده آن است که ابزار مورد نظر تا چه حد خصیصه مورد نظر را می‌سنجد و حاصل میانگین واریانس به اشتراک گذاشته شده بین هر سازه و شاخص‌های خود است که بر اساس فرمول زیر محاسبه می‌شود.

$$AVE = \frac{\sum \lambda_i}{n}$$

در این رابطه λ_i معادل بارهای عاملی و n برابر تعداد گویه‌ها است. نتایج نشان داد که میزان AVE برای مقیاس‌های افسردگی و اضطراب به ترتیب برابر با ۰/۵۱ و ۰/۵۳ است و در سطح قابل قبولی قرار دارد و می‌توان نتیجه گرفت که روایی همگرا برقرار است. به منظور بررسی پایایی پرسشنامه نیز تعداد ۵۰ پرسشنامه به صورت مقدماتی در میان زنان مراقب سلامت تکمیل و با استفاده از تکنیک

در این پژوهش نظریه‌ی تضاد نقش به عنوان چارچوب نظری انتخاب شده است. نظریه تضاد نقش بر این نکته اشاره دارد که وقتی افراد در نقش‌های متعددی شرکت می‌کنند ممکن است این نقش‌ها با هم ناسازگار بوده و تضاد بین نقش‌ها بوجود آید. طبق دیدگاه‌های ذکرشده و نقش‌های متعددی که زنان در زندگی زناشویی برعهده دارند و این که الزامات نقش‌های مختلف ممکن است برای منابع زمانی محدود شخص رقابت کنند، فشارهای زمانی مرتبط در یک نقش ممکن است امکان سازگاری با تقاضاهای نقش دیگر را غیرممکن کند. انتقال منابع فردی مثل زمان، توجه و انرژی محدود است. مشارکت در چندین نقش، منابع موجود برای برآورد تقاضاهای تمام نقش‌ها را کاهش می‌دهد؛ از این رو برآورده نشدن انتظارات از نقش‌های مختلف زنان در خانواده می‌تواند موجبات فشار روحی و روانی، استرس، افسردگی و اضطراب را به وجود آورد (۳۲).

روش پژوهش و ابزار پژوهش

پژوهش حاضر از نظر نوع پیمایشی (کمی) و از نظر ماهیت کاربردی است. نمونه‌های آماری این تحقیق، خانواده‌هایی بود که در منزل آنها، سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر زندگی می‌کردند و پاسخگویان زنان متأهلی بودند که در منزل از سالمند مراقبت می‌کردند. با توجه به تعداد جامعه آماری مورد نظر ۱۹۰۶۹ نفر، حجم نمونه مورد نیاز بر اساس جدول لین (۱۹۷۶) با ضریب خطای ۵ درصد، ۳۷۷ نفر در نظر گرفته شد. ابزار مورد استفاده برای جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه‌ای است که از سه بخش اصلی تشکیل شده است. قسمت اول شامل سوالات جمعیت شناختی مرتبط با سالمند، وضعیت توانایی جسمانی و میزان سلامتی می‌باشد. در بخش دوم میزان اضطراب و افسردگی مراقبین و در بخش سوم سوالات جمعیت شناختی مربوط به پاسخگو آمده است. در بخش‌های اول و سوم سوالاتی مشتمل بر متغیرهای آشکاری مانند سن، تحصیلات، تعداد سال‌های مراقبت از سالمند، درآمد خانواده، تعداد فرزندان و غیره آمده است. در بخش دوم به منظور بررسی اضطراب و افسردگی مراقبین از مقیاس استاندارد داس استفاده شده است؛ در این پرسشنامه مقیاس‌های مذکور به وسیله ۷ گویه اضطراب و با ۷ گویه افسردگی مورد سنجش قرار گرفته‌اند و نمره نهایی هر پاسخگو از طریق مجموع نمرات سؤال‌های مربوط به آن به دست آمده است. همچنین هر سؤال از ۰ (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۳ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) نمره گذاری می‌شود. لازم به ذکر است از آنجا که این پرسشنامه فرم کوتاه شده مقیاس اصلی (۴۲ سوالی) است، نمره نهایی هر یک از خرده مقیاس‌ها دو برابر شده و بر اساس جدول شماره ۱ شدت علائم مشخص گردیده است (۳۳).

گویه‌های مورد بررسی در خصوص سنجش افسردگی عبارتند از: "فکر نمی‌کنم بتوانم هیچ نوع احساس خوبی را تجربه کنم، برایم سخت است در انجام کار پیشقدم شوم، احساس می‌کنم چیزی ندارم که منتظرش باشم، احساس دل‌مردگی و دل‌شکستگی دارم، قادر نیستم درباره خیلی چیزها شور و اشتیاق از خود نشان دهم، احساس می‌کنم به عنوان یک فرد ارزش زیادی ندارم و احساس می‌کنم زندگی بی‌معنا است." در سنجش اضطراب مراقبین نیز از این گویه‌ها استفاده شده

همسر مواظبت میکردند. ۸۰ درصد از پاسخگویان در نگهداری از سالمند کمک و همراه داشتند و ۲۰ درصد از آنها به تنهایی این مسئولیت را عهده دار بودند. بیشتر آنها مذهب شیعه داشتند و ۱۰ درصد از پاسخگویان سنی بودند. بیشتر این سالمندان زن بودند. میانگین سن این سالمندان ۷۸ سال دیده شده است که بیشتر آنها بدون همسر و بیکار بودند. در بیماری‌های سالمندان، بیماری قلبی بیشترین فراوانی را داشت.

در این بررسی میزان افسردگی و اضطراب در بین مراقبین سالمند بررسی شده است. داده‌های جمع‌آوری شده در ۵ دسته از خفیف تا بسیار شدید مورد سنجش قرار گرفت. چنانچه در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود ۶۶/۷ درصد از پاسخگویان از نظر افسردگی، در وضعیت عادی قرار داشتند و ۳۳/۳ درصد از افسردگی‌های خفیف تا بسیار شدید رنج می‌بردند. ۱۳/۶ درصد افسردگی متوسط و ۱۰/۶ درصد افسردگی‌های شدید و بسیار شدید را نشان داده‌اند. پاسخگویان در مقایسه با افسردگی، درجات بالاتری از اضطراب را تجربه کرده بودند چنانچه تنها ۵۵/۳ درصد در وضعیت عادی قرار داشته و مابقی درجاتی از اضطراب را نشان داده‌اند؛ همچنین میزان اضطراب در بین ۲۲/۹ درصد مراقبین شدید و بسیار شدید بوده است.

آلفای کرونباخ پایایی پرسشنامه مورد بررسی قرارگرفت نتایج به دست آمده از آلفای کرونباخ برای مقیاس افسردگی برابر ۰/۸۷ و برای مقیاس اضطراب ۰/۸۸ بوده است که قابل قبول می‌باشد.

همچنین در این مطالعه جهت جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از نمونه‌گیری طبقه‌بندی تصادفی، داده‌ها از بین مناطق مختلف شهر لار جمع‌آوری و در ادامه برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، با استفاده از نرم‌افزار SPSS و ایموس اطلاعات توسط روش‌های آمار توصیفی و استنباطی و مدل‌سازی معادلات ساختاری مورد بررسی قرارگرفتند.

یافته‌های پژوهش

میانگین سن پاسخگویان ۴۱ ساله و بیشتر آنها (۸۶ درصد) خانه‌دار با میانگین سطح تحصیلات ۹ سال بود. میانگین سن همسران پاسخگویان ۴۶ سال و میانگین سطح تحصیلات آن‌ها ۸ سال دیده شد. شغل آزاد بیشترین فراوانی را برای همسران پاسخگویان داشت و میانگین حضور آنها در محل کار و عدم حضور آنها در منزل، ۹/۶ ساعت بود. ۱۶/۶ درصد از پاسخگویان فرزندی نداشتند، میانگین تعداد فرزندان پاسخگویان که با آنها زندگی می‌کردند ۲ نفر با میانگین سنی ۱۲ سال بوده، ۵۳ درصد فرزندان بیش از ۱۲ سال سن داشتند و ۹۳ درصد آنها موافق نگهداری از سالمند در منزل بوده‌اند؛ همچنین ۴۱/۵ درصد از پاسخگویان از فامیل خود و مابقی معادل ۵۸/۵ درصد از فامیل

جدول ۲- توصیف میزان افسردگی و اضطراب در بین مراقبین سالمند

اضطراب		افسردگی		شدت
درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۵۵/۳	۲۰۹	۶۶/۷	۲۵۱	عادی
۷/۸	۲۹	۹/۱	۳۴	خفیف
۱۴/۰	۵۳	۱۳/۶	۵۱	متوسط
۷/۸	۲۹	۴/۲	۱۶	شدید
۱۵/۱	۵۷	۶/۴	۲۴	بسیار شدید
۱۰۰	۳۷۷	۱۰۰	۳۷۷	جمع

های مراقبت از سالمند، میزان ساعات حضور همسر در خانواده و تعداد فرزندان بر وضعیت افسردگی و اضطراب مراقبین وجود دارد. تحصیلات پاسخگویان تنها با متغیر اضطراب ارتباط معناداری دارد و بین متغیر درآمد و افسردگی و اضطراب مراقبین ارتباطی دیده نشد.

در جدول شماره (۳) ارتباط متغیرهای سن، تحصیلات پاسخگویان، تعداد سال‌های مراقبت از سالمند، درآمد خانواده و تعداد ساعات عدم حضور همسر در خانه و تعداد فرزندان با متغیرهای افسردگی و اضطراب در مراقبین سالمند مورد بررسی قرار گرفته است. چنانچه مشاهده می‌شود ارتباط معناداری بین متغیرهای سن پاسخگویان، تعداد سال

جدول ۳- بررسی ارتباط متغیر های سن و تحصیلات ، مدت مراقبت از سالمند، درآمد خانواده، حضور همسر و تعداد فرزندان بر اضطراب و افسردگی مراقبین سالمند

متغیر مستقل	متغیر وابسته	R	R ²	R ² Ad	اشتباه استاندارد	ضریب B	Beta	مقدار T	مقدار F
سن پاسخگو	افسردگی	۰/۰۵	۰/۰۰۳	۰/۰۰۱	۹/۲۸	۰/۰۵	۰/۰۵	۱/۲۰	۱۸/۴۴*
اضطراب	افسردگی	۰/۰۹	۰/۰۰۹	۰/۰۰۷	۱۰/۲۷	۰/۱۰	۰/۰۹	۲/۰۴	۴/۱۶*
تحصیلات پاسخگو	اضطراب	۰/۰۲	۰/۰۰۱	-۰/۰۰	۰۹/۳۰	-۰/۰۵	-۰/۰۲	-۰/۵۲	۰/۲۷
تعداد سال های مراقبت سالمند	اضطراب	۰/۰۶	۰/۰۰۴	۰/۰۰۲	۱۰/۳۰	-۰/۱۵	-۰/۰۶	-۱/۳۸	۰/۹۱*
درآمد خانواده	افسردگی	۰/۰۹	۰/۰۰	۰/۰۰۷	۰۹/۲۶	۰/۱۱	۰/۰۹	۲/۰۳	۴/۳۲*
اضطراب	افسردگی	۰/۱۰	۰/۰۱	۰/۰۰۹	۱۰/۲۶	۰/۱۳	۰/۱۰	۲/۲۹	۵/۲۶*
ساعات عدم حضور همسر	اضطراب	۰/۰۱	۰/۰۰۰	-۰/۰۰۲	۹/۳۰	-۲/۲۷	-۰/۰۱	-۰/۲۹	۰/۰۸
تعداد فرزند	افسردگی	۰/۰۴	۰/۰۰۲	-۰/۰۰۱	۹/۲۹	۰/۰۸	۰/۰۹	۰/۸۷	۰/۷۶*
اضطراب	اضطراب	۰/۰۶	۰/۰۰۴	۰/۰۰۲	۱۰/۳۰	۰/۱۴	۰/۰۶	۱/۳۳	۱/۷۹*
اضطراب	اضطراب	۰/۰۷	۰/۰۰۵	۰/۰۰۳	۹/۲۷	-۰/۴۱	-۰/۰۷	-۱/۵۳	۲/۳۵*
اضطراب	اضطراب	۰/۰۵	۰/۰۰۳	۰/۰۰۱	۱۰/۳۰	-۰/۳۶	-۰/۰۵	-۱/۱۹	۱/۴۲*

* p < .05; ** P < .000

مراقبینی که از حمایت های همراه دیگری در این کار برخوردار بودند میزان پایین تری از افسردگی را تجربه کرده بودند. همچنین متغیر مذهب ارتباط معناداری با میزان افسردگی و اضطراب در مراقبین داشت به نحوی که مراقبینی که مذهب تشیع داشتند درجات پایین تری از افسردگی و اضطراب را از خود نشان داده بودند.

در جدول شماره ۴ ارتباط متغیر های وضعیت اشتغال، داشتن همراه در نگهداری سالمند و همچنین جنسیت و نوع مذهب بر متغیر های اضطراب و افسردگی مراقبین مورد بررسی قرار گرفته است. همانطور که در این جدول ملاحظه می شود ارتباط معناداری بین جنسیت و وضعیت اشتغال مراقبین و متغیر های وابسته مشاهده نشد. داشتن همراه در نگهداری از سالمند ارتباط معناداری با افسردگی در مراقبان داشت

جدول ۴- بررسی تفاوت نحوه اشتغال، داشتن همراه در نگهداری سالمند، جنسیت و نوع مذهب بر متغیر های اضطراب و افسردگی مراقبین

متغیر مستقل	گروه ها	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	افسردگی	میانگین	انحراف معیار	اضطراب	مقدار T
وضعیت اشتغال	شاغل	۵۰	۸/۹۶	۸/۵۴	-۰/۶۴	۸/۸۰	۹/۹۲	۰/۳۸	۰/۳۸
	غیر شاغل	۳۲۷	۸/۱	۹/۴۰	۹/۳۵	۱۰/۲۸	۱۰/۲۸	۱۰/۲۸	
داشتن همراه در نگهداری سالمند	دارد	۳۰۷	۷/۹۱	۹/۱۱	۱/۵۳*	۹/۲۴	۱۰/۲۷	۰/۱۷	۰/۱۷
	ندارد	۷۰	۹/۶۹	۹/۶۴	۹/۴۵	۱۰/۵۱	۱۰/۵۱	۱۰/۵۱	
نوع مذهب	شیعه	۳۴۱	۷/۷۴	۸/۸۱	-۳/۵۵**	۸/۴۸	۹/۴۵	-۵/۱۹**	-۵/۱۹**
	سنی	۳۶	۱۲/۹۷	۱۲/۱۲	۱۶/۸۳	۱۴/۴۳	۱۴/۴۳	۱۴/۴۳	

* p < .05; ** P < .000

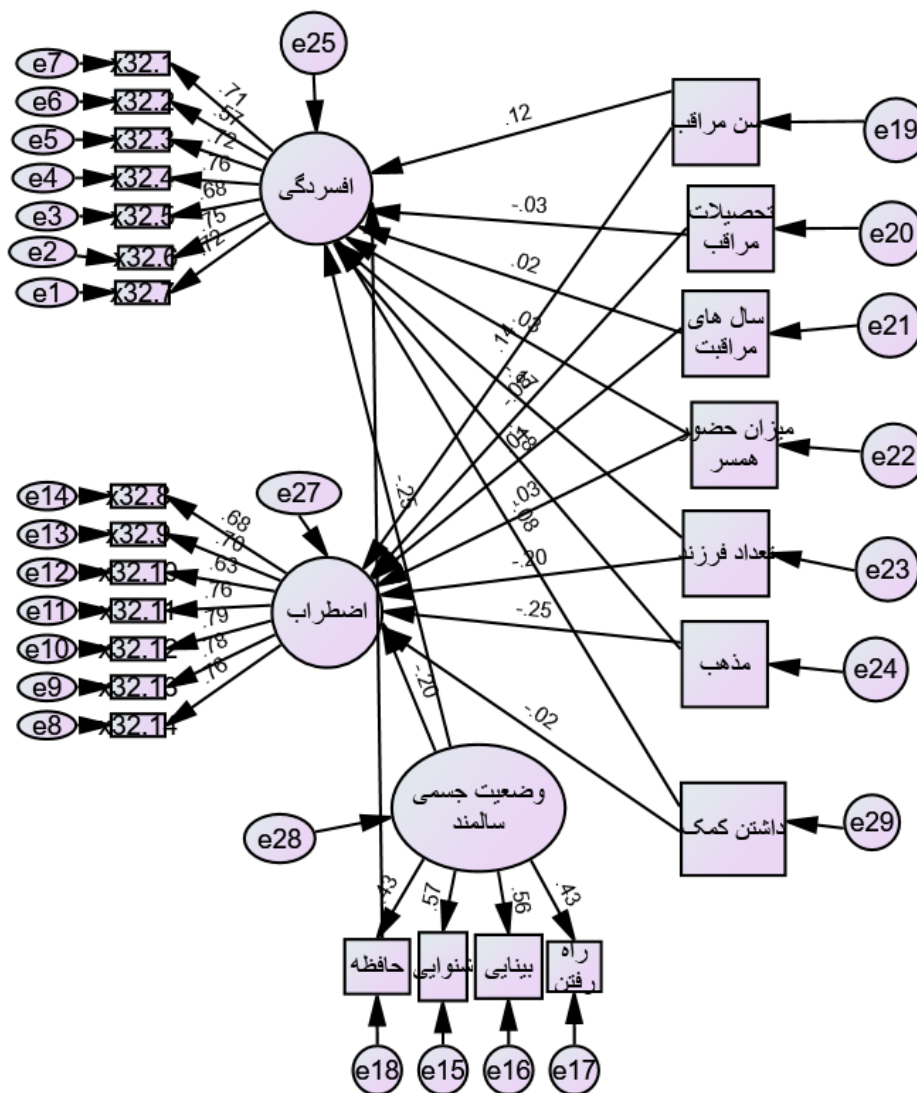
افسردگی را با خود به همراه داشته است. در مورد اضطراب این رابطه نتایج معناداری نداشته است. جهت بررسی بهتر نتایج و بررسی دقیق تر فرضیات از تحلیل عامل تاییدی نیز استفاده شد که امکان فرض آزمایی را فراهم می آورد. در شکل شماره ۱ مدل برازش شده حاصل از این تحلیل و ضرایب استاندارد حاصله آمده است.

در جدول ۵ نسبت سالمند با فرد مراقب و ارتباط آن با افسردگی و اضطراب آمده است. آنگونه که مشاهده می شود کمترین افسردگی در بین مراقبینی مشاهده شده است که در مرتبه اول از پدر و یا مادر همسر خود و در مرتبه دوم از پدر و مادر خود مراقبت می کردند. همچنین نگهداری از فامیل خود و همسر به ترتیب بیشترین میزان

جدول ۵- بررسی تفاوت نسبت خویشاوندی سالمند با مراقب و افسردگی و اضطراب فرد مراقب

مقدار F	اضطراب		مقدار F	افسردگی		فراوانی	
	انحراف معیار	میانگین		انحراف معیار	میانگین		
۰/۹۲	۱۰/۲۸	۹/۸۷	۳/۳۱*	۹/۴۲	۹/۰۹	۱۵۲	پدر یا مادرم
	۱۰/۱۵	۸/۵۳		۸/۹۵	۷/۳۹	۲۱۴	پدر یا مادر شوهرم
	۸/۷۶	۱۶/۴۴		۸/۲۹	۹/۵۵	۸	فامیل خودم
	۱۷/۰۰	۱۲/۸۰		۱۶/۰۸	۱۸/۴۰	۴	فامیل همسر

* p < .05; ** P < .000



مدل برازش شده و برآورد های استاندارد

می کند بیش از ۰/۴ است فرض می شود که واریانس بین سازه و شاخص های آن از واریانس خطای اندازه گیری سازه بیشتر بوده و داده ها قابل قبول است. شاخص های برازش مدل اعم از مطلق، تطبیقی و مقتصد نیز در دامنه های قابل قبول و یا بسیار خوب قرار دارند چنانچه در

با توجه به مقادیر ۰/۸۸ و ۰/۹۰ آماره KMO در خصوص شاخص های افسردگی و اضطراب و معناداری آزمون بارلت داده ها از وضعیت مناسبی جهت انجام تحلیل عاملی برخوردارند. از آنجا که مقادیر حاصله از بار های عاملی که ارتباط گویه های یک سازه با آن سازه را محاسبه

جدول شماره ۸ مشاهده می‌شود کای اسکوتر به عنوان عمومی ترین و پرکاربردترین شاخص برازش در مدل سازی معادلات ساختاری ۲/۲۳ است که از سطح معنا داری مناسبی برخوردار است؛ همچنین شاخصهای NFI، RFI، IFI، TLI و CFI به ترتیب ۰/۹۶، ۰/۹۳، ۰/۹۷، ۰/۹۶ و ۰/۹۷ و شاخص برازش هنجار شده مقتصد ۰/۶۰ است که نشان دهنده برازش مناسب مدل است. مسیرهای موجود در مدل به وسیله تحلیل عامل تاییدی و در نرم افزار ایموس بررسی شده است که نتایج آن در جدول شماره ۹ آمده است.

جدول شماره ۸ مشاهده می‌شود کای اسکوتر به عنوان عمومی ترین و پرکاربردترین شاخص برازش در مدل سازی معادلات ساختاری ۲/۲۳ است که از سطح معنا داری مناسبی برخوردار است؛ همچنین شاخصهای NFI، RFI، IFI، TLI و CFI به ترتیب ۰/۹۶، ۰/۹۳، ۰/۹۷، ۰/۹۶ و ۰/۹۷ و شاخص برازش هنجار شده مقتصد ۰/۶۰ است که نشان دهنده برازش مناسب مدل است. مسیرهای موجود در مدل به وسیله تحلیل عامل تاییدی و در نرم افزار ایموس بررسی شده است که نتایج آن در جدول شماره ۹ آمده است.

جدول ۸ - برخی از مهمترین شاخص های برازش مدل اولیه

مقدار	شاخص برازندگی
۱/۹۲	RMR
۲/۲۳	CMIN/DF
۰/۹۶	TLI
۰/۹۷	CFI
۰/۶۰	PNFI
۰/۹۶	NFI
۰/۹۳	RFI
۰/۹۷	IFI

جدول ۹ - بررسی مسیر های موجود در مدل

معناداری	نسبت بحرانی	خطای استاندارد	بر آورد	سن	افسردگی
۰/۰۱	۲/۳۹	۰/۰۰۳	-۰/۰۳۲	سن	افسردگی
۰/۴۶	-۰/۷۲	۰/۰۰۷	۰/۰۳۱	تحصیلات	افسردگی
۰/۶۳	۰/۴۷	۰/۰۱۰	۰/۰۲۳	سال های مراقبت از سالمند	افسردگی
۰/۵۸	-۰/۵۴	۰/۰۰۷	-۰/۱۷۵	ساعات حضور همسر و کمک در خانه	افسردگی
***	-۳/۴۷	۰/۰۱۹	-۰/۱۷۶	تعداد فرزند	افسردگی
***	-۳/۷۱	۰/۱۰۳	-۰/۰۹۴	مذهب	افسردگی
***	-۳/۰۲	۰/۱۸۲	۰/۱۸۵	وضعیت جسمانی	افسردگی
۰/۰۵	-۱/۶۵	۰/۰۷۷	-۰/۰۸۰	داشتن همراه	افسردگی
***	-۱/۷۲	۰/۰۰۴	-۰/۰۸۶	سن	اضطراب
۰/۰۴	۰/۲۱	۰/۰۰۹	۰/۰۱۵	تحصیلات	اضطراب
۰/۸۲	۰/۶۴	۰/۰۱۳	۰/۰۳۰	سال های مراقبت از سالمند	اضطراب
۰/۵۱	-۴/۳۴	۰/۰۰۸	-۰/۲۰۲	ساعات حضور همسر و کمک در خانه	اضطراب
***	-۵/۳۱	۰/۰۲۴	-۰/۲۵۰	تعداد فرزند	اضطراب
***	-۳/۱۷	۰/۱۳۳	-۰/۱۲۱	مذهب	اضطراب
***	۳/۰۹	۰/۱۹۱	-۰/۲۰۵	وضعیت جسمانی	اضطراب
۰/۶۱	-۰/۵۰	۰/۰۹۸	-۰/۰۲۴	داشتن همراه	اضطراب

چنانچه مشاهده می‌شود متغیرهای سن، تعداد فرزند، نوع مذهب، وضعیت جسمانی و داشتن همراه و کمک در مراقبت از سالمند از مهمترین متغیرهای تاثیر گذار بر افسردگی مراقبین و متغیرهای سن، تحصیلات، تعداد فرزند، نوع مذهب و وضعیت جسمانی سالمند از مهمترین متغیرهای موثر بر اضطراب مراقبین می‌باشد.

بحث و نتیجه گیری

مراقبت غیر رسمی داری اهمیت بالایی در جامعه است و گرچه خانواده به عنوان مهمترین مرجع آن شناخته می‌شود، زنان خانواده نقش اصلی را در این زمینه ایفا می‌کنند. امروزه با افزایش جمعیت سالمند موضوع مراقبت از این گروه به عنوان یکی از چالش‌ها و مسایل اجتماعی جامعه مدرن مطرح می‌شود (۳)

در این مطالعه بررسی میزان افسردگی و اضطراب مراقبان سالمند و همچنین رابطه برخی عوامل دموگرافیک و جامعه شناختی بر وضعیت روحی (افسردگی و اضطراب) زنان مراقب سالمند مورد بررسی قرار گرفته است.

یافته‌ها نشان داد ۳۳/۵ و ۴۴/۷ درصد از مخاطبین به ترتیب از افسردگی و اضطراب در سطوح خفیف تا بسیار شدید رنج می‌برند؛ همچنین متغیرهای سن، تعداد سال‌های مراقبت از سالمند، ساعات حضور همسر در خانواده، نوع مذهب، تعداد فرزندان، توانایی حافظه و وضعیت جسمانی به طور مشترک بر اضطراب و افسردگی مراقبین و داشتن همراه در امر مراقبت از سالمند و نسبت مراقب با سالمند از متغیرهای تاثیر گذار معنا دار بر افسردگی و متغیر تحصیلات پاسخگو از متغیرهای معنا دار بر اضطراب مراقبین است که به احتمال، بیش از ۹۵ درصد بر آن تاثیر می‌گذارد که نتایج حاصله با یافته‌های تاری مرادی و احدی (۱۳۹۳)، شفیع زاده خولنجانی و همکاران (۱۳۹۵)، گودرزی و همکاران (۱۳۹۵)، تنست و همکاران (۱۹۹۲) هم راستا است (۱۵)، (۲۰)، (۱۶)، (۱۳).

بر اساس یافته‌ها در جدول شماره (۳) تحصیلات مراقبین سالمند گرچه با افسردگی آنها ارتباطی نداشته است اما نتایج گویای آن بود که تحصیلات زمینه کاهش اضطراب را در بین این گروه به وجود آورده است. تحصیلات سبب افزایش آگاهی و توانایی در بین مراقبین شده و این توانمندی‌ها از اضطراب مراقبین می‌کاهد. تعداد سال‌های مراقبت از سالمند از دیگر متغیرهای مهم مورد بررسی در جدول شماره (۳) بود؛ نتایج نشان داد با افزایش سال‌های مراقبت و طولانی شدن این فرایند، مراقبین با افسردگی و اضطراب بیشتری روبرو هستند که به نظر می‌رسد خستگی ناشی از طولانی شدن این فرایند، تداخل و تعدد نقش‌ها و ناامیدی از بهبودی سالمند زمینه ساز این اتفاق باشد.

در بررسی تعداد فرزندان و ارتباط آن با افسردگی و اضطراب نیز یافته‌ها در جدول مذکور نشان داد هرچه تعداد فرزندان بیشتر باشد میزان افسردگی و اضطراب در مراقبین کاهش می‌یابد. به نظر می‌رسد با تعداد بیشتر فرزندان زمینه‌های بیشتری برای همکاری و تقسیم کار در منزل فراهم می‌شود. چنانچه بر اساس یافته‌ها، ۹۳ درصد فرزندان موافق نگهداری از سالمند در خانه بوده و در امر نگهداری از سالمند کمک‌هایی را به فرد مراقب داشته‌اند. به نظر می‌رسد همکاری و

همراهی فرزندان باعث کاهش بار مراقبت می‌شود و در چنین شرایطی پاسخگو زمان بیشتری جهت انجام دیگر نقش‌های خود در اختیار و اطمینان دارد در شرایط بحرانی می‌تواند از کمک فرزندان بزرگسال خود استفاده نماید که این امر از فشار روحی و روانی بر فرد مراقب کاسته و سبب کاهش تنش افسردگی و اضطراب می‌شود، در همین راستا یافته‌ها در جدول شماره (۳ و ۴) در خصوص تاثیر حمایت اعضای خانواده و داشتن همراه در نگهداری سالمند نشان داد مراقبینی که از کمک دیگر اعضای خانواده برخوردارند و همچنین همسرشان ساعات بیشتری را با خانواده صرف می‌کند میزان افسردگی کمتری را تجربه می‌کنند. مشارکت و همکاری شوهران و اعضای خانواده با پاسخگویان در امر مراقبت و امور جاری خانواده باعث ایجاد وحدت و انسجام بیشتر بین اعضای خانواده شده و کاهش فشار بار مراقبت و پیامدهای منفی آن را در پی دارد.

در جامعه مورد مطالعه این پژوهش، زنان مراقب نقش‌های زیادی را در زندگی زناشویی بر عهده دارند؛ نقش‌های همسری، مادری مراقبت از فرزندان خردسال و نوجوان، مراقبت از سالمند، امور جاری منزل و خانه‌داری و گاه به دلیل غیبت‌های طولانی مدت شوهران و حضور در محل کار، انجام امور بیرون از منزل و در مواردی اشتغال در بیرون از منزل. همه این موارد فشارهای روحی و جسمانی زیادی بر پاسخگویان وارد می‌کند که می‌تواند پیامدهای منفی مثل افسردگی، تنش‌های خانوادگی، استرس و اضطراب‌های مداوم را در پی داشته باشد. به نظر می‌رسد در جامعه مورد مطالعه، حمایت‌های عاطفی از سوی شوهران و درک شرایط زنان مراقب، ارج نهادن و ارزش قائل شدن برای زحمات این زنان و مورد توجه شریک زندگی خود قرار گرفتن در کاهش میزان تعارضات ایجاد شده در خانواده می‌تواند تاثیر گذار باشد. لازم به ذکر است که دین مبین اسلام نیز به برآوردن نیازهای عاطفی همسران به وسیله شوهران توجه خاص دارد.

بر اساس یافته‌های پژوهش در جدول شماره (۵) در خصوص نسبت خویشاوندی مراقب با سالمند، در جامعه مورد مطالعه زندگی سالمند با فرزند ذکور خانواده به عنوان یک فرهنگ عرفی پذیرفته شده است و در مواردی که پاسخگو از فامیل خود در منزل مراقبت می‌نماید احتمالاً با عکس العمل منفی و اعتراض از جانب شوهر خود مواجه می‌شود. سختی مراقبت و فشار بار مالی و اقتصادی تحمیل شده به خانواده و محدودیت‌های ایجاد شده برای مراقبین می‌تواند در ایجاد تنش و فشارهای روحی و روانی تاثیرگذار باشد در مقابل نگهداری از والدین همسر با کمترین افسردگی و اضطراب همراه بوده است زیرا در چنین شرایطی زن از حمایت و همکاری همسر بهره‌مندی بیشتری دارد و به دلیل نسبت فامیلی دورتر دغدغه و نگرانی کمتری در خصوص سلامت فرد سالمند دارد که از فشار اضطراب و افسردگی ناشی از آن می‌کاهد. وضعیت جسمانی سالمند از دیگر متغیرهای مهم مورد بررسی در این پژوهش است، زمانی که سالمند از بیماری‌های مزمن و نا توان کننده رنج می‌برد فشار بار مراقب برای مراقبین فزونی می‌یابد.

نوع مذهب از دیگر متغیرهای بررسی شده در این مطالعه است که نتایج در جدول شماره (۴) نشان داد میانگین افسردگی و اضطراب در بین پیروان اهل تسنن بسیار بالاتر از شیعیان است. در جامعه مورد

افزایش دانش و آگاهی های زنان مراقب نیز می تواند در کاهش اضطراب و افزایش توانمندی های آنها نقش مهمی داشته باشد بنابراین به نظر می رسد ضروری است که سیستم درمانی حمایت های بیشتری در خصوص آموزش مراقبین غیر رسمی داشته و آگاهی و توانمندی لازم را در زمان مواجه با شرایط بحرانی و استرس زا در این گروه به وجود آورد.

تقویت باور های عرفی و دینی در خصوص کمک و حمایت از والدین و افراد نیازمند به عنوان تعدیل کننده های پیامدهای بار مراقبت از سالمند نیز موثر است. در جوامعی که احترام به سالمند یکی از ارزش های معنوی در بین مردم محسوب می شود مردم این جامعه مراقبت از سالمند، و خدمت به والدین سالمند خود را از بهترین اعمال می دانند که در نزد خداوند از اجر و پاداش بالا و والایی برخوردار است. بنابراین در چنین شرایطی سختی و فشار بار مراقبت از سالمندان با باورهای انگیزشی مذهبی قابل تحمل می شود. فرهنگ و باورهای مذهبی در بین پاسخگویان باعث می شود نقش مراقبت را در اولویت قرار دهند و به عنوان یک مکانیزم مقابله عمل کند که ماهیت رویداد استرس را به شرایط کمتر مضر تغییر دهد. در این رابطه پیشنهاد می شود در محتوای کتب درسی، برنامه های پخش شده توسط رسانه ها و دیگر مجاری آموزشی توجه بیشتری در خصوص آرایه این آموزش ها صورت گیرد.

همچنین با عنایت به افزایش رو به رشد جمعیت سالمند در سال های آتی و همچنین افزایش فشار بار مراقبتی، تغییرات ایجاد شده در کارکرد خانواده و تبعات آن بر روی زنان و خانواده لازم است سیاستگذاری و برنامه ریزی های کارا، دقیق و درستی در جامعه در خصوص سالمندان، حمایت و توانمند سازی آنها و کاهش بار مراقبتی به وسیله برنامه های مراقبت در خانواده صورت گیرد و در این رابطه از تجربه و راهکار های کشور های پیشرفته دارای جمعیت سالمند استفاده شود.

ملاحظات اخلاقی

پیش از اجرای پژوهش از شرکت کنندگان رضایت آگاهانه کتبی گرفته شد و تمام شرکت کنندگان با رضایت خود در پژوهش شرکت داشتند و محققان به آنها اطمینان دادند که نتایج تحقیق محرمانه خواهد بود.

حامی مالی

همه منابع مالی و هزینه های پژوهش توسط نویسندگان تامین گردیده و هیچ گونه حمایت مالی دریافت نشده است.

مشارکت نویسندگان

مقاله حاصل تلاش مطالعه کلیه نویسندگان است.

تعارض منافع

هیچ تضاد منافی در این پژوهش وجود ندارد.

مطالعه به نظر می رسد تعداد بیشتری از مردان اهل تسنن با دارا بودن نگرش های مرد سالارانه، نقش های سنتی و خانه داری و مراقبت از اعضای خانواده را جزء وظایف اصلی زنان می دانند و از موضع قدرت با اعضای خانواده رفتار می نمایند در نتیجه طبق نظریه تضاد، زنان مراقب سالمند اهل تسنن با تعدد نقش ها روبرو هستند و عدم حضور و همکاری زوج باعث شده که پاسخگویان اهل تسنن فشارهای روحی و روانی بیشتری را متحمل شوند؛ گر چه در مطالعات بررسی شده پیشین، به نوع مذهب به صورت یک متغیر مستقل پرداخته نشده بود بلکه در مطالعات انجام گرفته توسط سودا و همکاران (۲۰۰۵) و اعظمی و همکاران (۲۰۱۸) بیان داشتند نگرش مذهبی در مراقبت از سالمندان می تواند فشار بار مراقبت را کاهش دهد. آنها در نتایج خود رابطه نگرش مذهبی و کاهش بار مراقبت و پیامدهای منفی آنرا معنادار گزارش نموده اند.

سن از دیگر متغیر های بررسی شده در این پژوهش است نتایج نشان داد که مراقبین جوان تر اضطراب و افسردگی کمتری دارند که علت این موضوع را می توان به گسترش دیدگاه های مساوات گرایانه و همکاری و هم یاری بیشتر مردان جوان در خانواده نسبت داد. که رابطه معنا دار سن زنان مراقب و میزان همیاری و همکاری مردان موید این نتیجه بود.

در جمع بندی کلی با توجه به افزایش تعداد سالمندان در جامعه و نقش زنان در امر مراقبت، موضوع سلامت روحی و جسمی زنان مراقب سالمند از اهمیت بالایی برخوردار است. بر اساس نتایج، حمایت خانواده و خصوصاً همسر از عوامل مهم کاهنده اضطراب و افسردگی زنان مراقب محسوب می شود و به نظر می رسد تاثیر برخی از متغیر ها مانند سن، مذهب، تعداد ساعات حضور همسر در خانواده، تعداد بچه ها در خانواده و حتی تاثیر نسبت خویشاوندی بر سالمند با این متغیر قابل توضیح است. فشار بار مراقب تا حدی مرتبط با حمایت اجتماعی است و مداخلات برای مراقبان خانواده باید شامل افزایش حمایت اجتماعی، نظارت بر سلامت و مداخلات ساختار یافته برای کاهش بار مراقبین و کاهش علائم افسردگی و اضطراب مراقبین خانواده باشد که نتیجه با یافته های پژوهش ژانگ و همکاران (۲۰۲۰) و عمرانی فر و همکاران (۱۳۹۷) و همچنین سودا و همکاران (۲۰۰۵) هماهنگی دارد (۱۸،۲۴،۲۷).

ارج نهادن و ارزش قائل شدن برای زحمات زنان مراقب سالمند در خانواده و جامعه و هم یاری به این گروه نقش مهمی در کاهش اضطراب و استرس آنها دارد و سبب ایجاد و حفظ خانواده هایی منسجم تر، فرزندان با تربیت مناسب تر و جامعه ای سالم تر خواهد شد. همراهی مردان و تغییر نگرش و همسویی نگرش ها و رفتارهای مردان با تغییرات در حال وقوع در جامعه زنان و نهادینه شدن ارزش همیاری و همکاری مردان در امور مرتبط با خانه و خصوصاً مراقبت از سالمند موضوع بسیار با اهمیتی است که لازم است مورد توجه قرار گیرد. در این زمینه می توان از توانایی های رسانه ها، شبکه های ارتباط مجازی، سازمان های غیر دولتی، افراد شاخص و تاثیر گذار و سازمان های مرتبط با فرهنگ سازی در جامعه استفاده نمود.

References

1. Taghaghavy N. Fundamentals of Demography. Tabriz: Jameh Pahoo publications; 2007. 166 p.
2. Kalaria RN, Maestre GE, Arizaga R, Friedland RP, Galasko D, Hall K, et al. Alzheimer's disease and vascular dementia in developing countries: Prevalence, management, and risk factors. *Lancet Neurol.* 2008 Sep;7(9):812-26.
3. Clark A. The Sociology of Healthcare. 2nd ed. Aberystwyth University; 2010.
4. Rha SY, Park Y, Song SK, Lee CE, Lee J. Caregiving burden and the quality of life of family caregivers of cancer patients: the relationship and correlates. *Eur J Oncol Nurs.* 2015 Aug;19(4):376-82.
5. Dalley G. Ideologies of Caring: Rethinking Community and Collectivism. , London: Macmillan; 1988.
6. Ungerson C, Finch J, Groves D. Why do women care? A Labour of Love: Women, Work and caring. London: Routledge & Kegan paul; 1983.
7. Habibreza A. Ethical responsibility of children towards their parents in the quran and the bible. *Ethics.* 2014;3(4).
8. Hequembourg A, Brallier S. Gendered stories of parental caregiving among siblings. *J Aging Stud.* 2005 Feb;19(1):53-71.
9. Mohammadi F, Dbaghe F, Nik ravesh M. Facilitators and Inhibitors of Family Care for Vulnerable Elderly at Home: The Experience of Caring Women. *Salmand Iran J Ageing.* 2008;2(4):445-53.
10. Khosravi Z. Fundamentals of Gender Psychology. Tehran: Sahab Publishing; 2003.
11. Lynn Feinberg SC, Houser A, Choula R. Valuing the Invaluable: 2011 Update The Growing Contributions and Costs of Family Caregiving. Washington, DC; 2011.
12. Giddens A. Globalization and the family perspective. Jalaeipour, editor. Tehran; 2004. 3-29 p.
13. Tennstedt S, Cafferata GL, Sullivan L. Depression among Caregivers of Impaired Elders. *J Aging Health.* 1992 Feb;4(1):58-76.
14. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, Murray CJL, et al. Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS Med.* 2013 Nov 5;10(11):e1001547.
15. Tari Moradi A, Ahadi H. Survey of Depression, Anxiety and Physical Health of Caregivers to Elders with Aged and Brain Stroke. *Alborz Univ Med J.* 2014 Dec 1;3(4):199-204.
16. Goodarzi N, Shahboulaghi FM, Rahgoi A, Biglarian A. Family functioning and depression in family caregivers of people with Dementia. 2017.
17. Safaeian Z, Sadat Hejazi S, Delavar E, Hoseini Azizi T, HaresAbadi M. The Relationship between Caregiver Burden, and Depression, Anxiety and Stress in Family Caregivers of Cancer Patients Referred to Imam Reza Hospital in Bojnurd City. *Iran J Psychiatr Nurs.* 2017 Aug 10;5(3):7-14.
18. Omranifard V, Haghhighizadeh E, Akoochakian S. Depression, Anxiety and Burden in Main Caregivers of Dementia Patients. *J Res Behav Sci.* 2019 Jan 1;16(3):379-88.
19. Bastani f. N, Nazari n. Quality of life related to care in women caring for the elderly with pelvic fractures. *J Nurs Res.* 2020;15(3):24-36.
20. Shafizadeh Kholanjani, Mirzaei A, Heravi Karimovi M, Parade N, Sharifi S, Montazeri A. The Relationship between caregiver burden and anxiety and depression in caregivers of Alzheimer's elderly. *Inf J Nurs Res.* 2020;15(2):67-75.
21. Cuellar N, Butts JB. Caregiver Distress: What Nurses in Rural Settings Can Do to Help. *Nurs Forum.* 1999 Sep;34(3):24-30.
22. Stephens MAP, Townsend AL, Martire LM, Druley JA. Balancing Parent Care With Other Roles: Interrole Conflict of Adult Daughter Caregivers. *Journals Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci.*

- 2001 Jan 1;56(1):P24-34.
23. Greenlee J, Mills-Dick K, Chow JC, Giunt N, Scharlach A, Dal Santo T, et al. Family Caregivers In California: Needs, Interventions And Model Programs Community-Based Long-Term Care: Potential Consequences of California's 2009 Budget Cuts Leo Villa Racial and Ethnic Variations in Caregiver Service Use Family Caregivers In Cal. Berkeley; 2001.
24. Séoud J, Nehmé C, Atallah R, Zablit C, Yérétzian J, Lévesque L, et al. The health of family caregivers of older impaired persons in Lebanon: An interview survey. *Int J Nurs Stud.* 2007 Feb;44(2):259-72.
25. Schoenmakers B, Buntinx F, De Lepeleire J. The relation between caregiving and the mental health of caregivers of demented relatives: A cross-sectional study. *Eur J Gen Pract.* 2009 Jan 18;15(2):99-106.
26. Adashek JJ, Subbiah IM. Caring for the caregiver: A systematic review characterising the experience of caregivers of older adults with advanced cancers. Vol. 5, *ESMO Open.* BMJ Publishing Group; 2020.
27. Zhong Y, Wang J, Nicholas S. Social support and depressive symptoms among family caregivers of older people with disabilities in four provinces of urban China: the mediating role of caregiver burden. *BMC Geriatr.* 2020 Dec 2;20(1):3.
28. Skidmore W. *Theoretical Thinking in Sociology.* translate, Mohammad Hazari and et al, editor. Qom: Institute of Islamic Sciences and Culture; 2006. 200 p.
29. Ezzazi S. *Sociology of the family.* Tehran, Iran: Roshangaran publications and Women Studies; 1997. 120 p.
30. Chalabi M. *Sociology of Order.* Tehran: Ney Publishing; 1996.
31. Carter EA, McGoldreck M. *The Expanded Family Life Cycle: Individual, family and social perspectives.* 3rd ed. Boston, MA:Allyn & Bacon ; 1999.
32. Labiby M. *the family in the 21st century from the perspective of Iranian and Western sociologists.* Tehran: Elm Publishing; 2014.
33. Fathi Ashtiani A. *Psychological tests - evaluation of personality and mental health.* Besat Publications; 2009.
34. Lovibond S, Lovibond P. *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales .* 2nd ed. Sydney: Psychology Foundation; 1995.
35. Nik Azin A, Nainian M. *Psychometric properties of the Depression, Anxiety and Stress Syndrome Questionnaire in a sample of Iranian students.* Tabriz Univ Med Sci Heal Serv. 2013.

