



<https://jas.ui.ac.ir/?lang=en>

Journal of Applied Sociology

E-ISSN: 2322-343X

Vol. 35, Issue 2, No.94, Summer 2024, pp 101-130

Received: 02.04.2024 Accepted: 17.07.2024

Research Paper

Elderly Care at the Crossroads of Therapy and Family Support: A Qualitative Inquiry in Yazd City

Maryam Sabaghchi

Ph.D. candidate in Demography, Department of Anthropology and Demography, Yazd University, Yazd, Iran
maryam.sabaghchi@stu.yazd.ac.ir

Abbas Askari Nodoushan *

Associate professor in Demography, Faculty of Social Sciences, Yazd University, Yazd, Iran
aaskarin@yazd.ac.ir

Ali Ruhani

Associate professor in Sociology, Faculty of Social Sciences, Yazd University, Yazd, Iran
aliruhani@yazd.ac.ir

Introduction

Family caregivers play a crucial role in elderly care worldwide, with approximately 80% of the elderly receiving care from family members (Given et al., 1999). Historically, family members have been the primary support system for the elderly, especially during periods of physical decline. However, the growing elderly population and increasing life expectancy have placed disproportionate demands on both families and formal care infrastructures. A significant aspect of elderly care is the financial burden associated with medical expenses, which has become more pronounced in the current climate of inflation and economic instability. While extensive research on aging in Iran exists (Ahmadi et al., 2014; Parvai, 2019; Rezaie-Kahrodi, 2018; Zanjari, Sadeghi, and Delbari, 2018; Farhadi et al., 2015; Askarindooshan, Rouhani, and Abedidiznab, 2018; Mohammadi, Dabaghi, and Yadavar Nikroosh, 2016; Razghi Nasrabad, 2014), social research on elderly care issues remains relatively limited (Kososheshi, 2010; Koosheshi, et al., 2013; Modiri and Koosheshi, 2021). Consequently, the challenges faced by family caregivers require further exploration. Understanding the process of elderly care and its impact on various aspects of caregivers' personal and family life can be a complex and multifaceted issue (Charalambous, 2023). Therefore, it is imperative to scientifically investigate the dimensions of social care, socio-economic characteristics of caregivers, and expectations and challenges they face within the socio-cultural framework of Iranian society. This study focused on the experiences and challenges of family caregivers providing elderly care in Yazd, Iran. It analyzed the financial and economic pressures on caregivers and examined how Iranian families manage these constraints based on a field study conducted in Yazd.

Materials & Methods

This qualitative study employed a grounded theory approach to explore the experiences of 22 family caregivers in Yazd, Iran, each responsible for at least one elderly family member. In-depth interviews served as the primary data collection method. The study utilized purposeful and theoretical sampling strategies to select participants. Data analysis followed a systematic approach involving open, axial, and selective coding. The results were organized into main categories and subcategories to facilitate the identification of patterns and relationships within the data, thereby enhancing understanding of the phenomenon under study. The analytical process yielded 41 subcategories, which were further

consolidated into 8 main categories. This structured approach allowed for a comprehensive examination of the caregivers' experiences and the challenges they faced in providing care for elderly family members.

Discussion of Results & Conclusion

This study identified "Monetization in the treatment/care system" as the central phenomenon. The analysis revealed several key components:

1. **Causal conditions:** 'care economics' and 'financial constraint'
2. **Background conditions:** 'financial security'

* Corresponding author

SabaghchiM., Askari Nodoushan, A., & Ruhani, A. (2024). Elderly care at the crossroads of therapy and family support: A qualitative inquiry in Yazd City *Journal of Applied Sociology*, 35(2), 101-130. <https://doi.org/10.22108/jas.2024.141094.2491>



3. **Intervening conditions:** 'inadequacies in the treatment system'

4. **Strategies:** 'financial balance' and 'levels of access to treatment'

5. **Consequence:** 'quality of access to treatment'

The core category emerging from this analysis was "Care Conditional on Money."

In our paradigm model, economic factors as causal conditions directly impacted families' abilities to cover care costs. Financial security, a background condition, played a crucial role in determining access to medical care. The main phenomenon, monetization in the treatment/care system, demonstrated how financial capacity influenced care and treatment decisions. Inadequacies in the treatment system served as intervening conditions, creating challenges for families caring for the elderly. The strategies of financial balance and treatment access levels reflected families' efforts to manage care costs effectively. The consequence, quality of access to treatment, illustrated the direct impact of financial security on the level and quality of medical services received. This model underscored the complex interplay between economic factors and healthcare access in elderly care, highlighting the critical role of financial resources in determining the quality and extent of care provision.

The rapidly growing elderly population in Iran necessitates addressing their needs, particularly economic issues. The quality of life and health status of the elderly are inextricably linked to financial security. Family care driven by emotional bonds often proves more effective than professional care. Globally, family support is recognized as essential for elderly individuals with chronic conditions, highlighting the need for complementary formal and informal support systems. Financial resources can mitigate many challenges associated with elderly care. The high costs of

hospital stays, treatments, medications, medical equipment, and consultations create significant burdens for family caregivers. This is particularly pronounced for elderly individuals requiring continuous rehabilitation therapies and lacking health insurance. Moreover, the expenses associated with nutritious meals and essential medicines are difficult to manage without economic stability. Consequently, many families rely on public health services or neglect necessary treatments. The findings of this study demonstrated that financially stable families could access better medical services, leading to improved treatment outcomes and health monitoring. Conversely, financially strained families often resorted to lower-quality government services, resulting in treatment delays. These disparities significantly impacted both the health of the elderly and the self-esteem of caregivers. The role of financial stability in ensuring quality care and caregiver well-being was evident. Therefore, policy measures to expand insurance coverage and provide financial support were crucial for improving care quality and reducing caregiver burdens. Further social research is needed to comprehend the multifaceted aspects of elderly care within the Iranian cultural context. Future studies should build upon earlier findings to inform care policies and plans for the growing elderly population. In conclusion, addressing the economic challenges of elderly care is paramount in ensuring the well-being of both the elderly and their caregivers. A comprehensive approach that combines financial support, improved healthcare access, and culturally sensitive policies is essential to meet the evolving needs of Iran's aging population.

Keywords: Aging, Healthcare Economics, Caregiving, Financial Challenges, Yazd.




مقاله پژوهشی

مراقبت از سالمندان در تلاقی فرایندهای درمانی و حمایتگری خانواده: مطالعه‌ای کیفی در شهر یزد

مریم صباغچی، دانشجوی دکتری جمعیت‌شناسی، گروه مردم‌شناسی و جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد،

ایران

maryam_sabaghchi@yahoo.com

عباس عسکری ندوشن *، دانشیار جمعیت‌شناسی، گروه مردم‌شناسی و جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه

یزد، یزد، ایران

aaskarin@yazd.ac.ir

علی روحانی، دانشیار جامعه‌شناسی، گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد، ایران

aliruhani@yazd.ac.ir

چکیده

سالمندی، به معنای بیماری نیست، اما بار بیماری در آن چشم‌گیر است. با ورود به سنین سالمندی، افراد به لحاظ جسمی و شرایط فیزیولوژیکی کم‌توان و نیازمند مراقبت و حمایت رسمی و غیررسمی در این مرحله از چرخه زندگی خود می‌شوند. در فرهنگ تاریخی جامعه ایران، مسئولیت مراقبت و مواظبت از سالمندان عمدتاً در چارچوب روابط و مناسبات بین نسلی خانواده تعریف و تضمین می‌شد. امروزه با روند رو به افزایش شمار سالمندان متأثر از گذار ساختار سنی جمعیت و بالارفتن امید زندگی، خواه‌ناخواه ابعاد گوناگون موضوع مراقبت از سالمندان، مطالبات نامتوازی را به‌طور فزاینده‌ای، هم بر خانواده و هم بر زیرساخت‌های مراقبتی تحمیل می‌کند. یکی از ابعاد مهم مراقبت از سالمند، بار مالی هزینه‌های مرتبط با مراقبت‌های درمانی سالمندان است که از قضا در شرایط تورمی و نوسانات اقتصادی کنونی، مسئله‌ای جدی‌تر شده است. چگونه خانواده ایرانی در تقای مدیریت تنگناهای اقتصادی خود، روابط و مناسبات بین نسلی خود را بازتعریف و نقش‌آفرینی خود را در زمینه مراقبت از سالمندان تداوم بخشیده است؟ در پژوهش حاضر برای پاسخ به این پرسش، کوشش شده است تا ابعاد اقتصادی چالش‌های مراقبت از سالمندان در بستر خانواده ایرانی در شهر یزد، واکاوی شود. داده‌های پژوهش بر پایه رویکرد داده‌بنیاد و مصاحبه عمیق با ۲۲ نفر از افرادی که حداقل از یک عضو سالمند خانواده مراقبت می‌کنند، گردآوری و در نهایت به شیوه کدگذاری باز، محوری و گزینشی تحلیل شد. یافته‌های مطالعه در قالب ۸ مقوله اصلی شامل اقتصاد مراقبت، مضیقه‌های مالی، امنیت مالی، نارسایی در نظام درمان، پول‌سالاری در نظام درمان/مراقبت و ... استخراج شد. براساس جمع‌بندی مفاهیم و مقوله‌ها، مقوله هسته با عنوان «مراقبت در گرو پول»، مشخص شد. نتایج پژوهش به‌اختصار، حکایت از آن دارد که چالش‌های اقتصادی مرتبط با مراقبت از سالمندان، پیچیده و چندوجهی است و علاوه بر بار هزینه‌های درمانی درخور توجهی که برای خانواده و مراقبان خانوادگی ایجاد می‌کند و وضعیت رفاهی و روانی آنان را متأثر می‌کند، پیامدهای اثرگذاری نیز بر کیفیت درمان و مراقبت از سالمندان دارد. نتایج پژوهش با توجه به چشم‌انداز سالمندی در آینده جمعیت کشور، ضرورت طراحی سیاست‌های اجتماعی و حمایتی را منعکس می‌کند که تقویت حمایت‌های بین نسلی خانواده را در کانون توجه قرار دهد.

واژه‌های کلیدی: مراقبت از سالمندان، حمایتگری خانواده، روابط بین نسلی، اقتصاد درمان/مراقبت، شهر یزد.

* نویسنده مسئول:

صباغچی، مریم؛ عسکری ندوشن، عباس. و روحانی، علی. (۱۴۰۳). مراقبت از سالمندان در تلاقی فرایندهای درمانی و حمایتگری خانواده: مطالعه‌ای کیفی در شهر یزد. جامعه‌شناسی کاربردی، ۳۵(۲)، ۱۰۱-۱۳۱. <https://doi.org/10.22108/jas.2024.141094.2491>

<https://doi.org/10.22108/jas.2024.141094.2491>



مقدمه و بیان مسئله

سالخوردگی جمعیت، از مهم‌ترین تحولات اجتماعی- جمعیتی جهان در قرن ۲۱ میلادی است و پیش‌بینی روندهای جمعیتی مؤید آن است که در قرن حاضر، روند سالمندی جمعیت‌های انسانی در قریب به اتفاق کشورهای دنیا، شتابان خواهد بود؛ به طوری که نسبت جمعیت سالمندان ۶۵ ساله و بیشتر، با سرعتی به مراتب بیشتر نسبت به سنین پایین‌تر افزایش خواهد یافت و به واسطه آن، سهم نسبی سالمندان در کل جمعیت دنیا، از ۱۰ درصد در سال ۲۰۲۲، به حدود ۱۷ درصد در ۲۰۵۰ رشد خواهد کرد (UN-DESA, 2023a). با وجود این، تفاوت چشمگیری در بین کشورهای دنیا از نظر اندازه و سرعت سالخوردگی وجود دارد. به استناد پیش‌بینی‌های سازمان ملل^۱ (2001)، کشورهایی که ورود به مرحله سالخوردگی را دیرتر آغاز کرده‌اند، سالخوردگی را سریع‌تر و در نتیجه زمان کوتاه‌تری برای انطباق‌یابی با پیامدهای آن خواهند داشت، در حالی که امروزه کشورهای توسعه‌یافته، دوره گذار ساختار سنی خود به سالخوردگی جمعیت را کامل کرده‌اند و یا در مراحل انتهایی آن‌اند، کشورهای کمتر توسعه یافته هنوز در مراحل آغازین گذار جمعیتی و گذار ساختار سنی خود قرار دارند و جمعیت سالمندان در آنها هنوز کم تعداد، اما در حال افزایش است. پیش‌بینی می‌شود که این کشورها افزایش تدریجی، ولی مستمری را هم در تعداد و هم در سهم جمعیت سالمندان تجربه کنند. با این اوصاف، بسیاری از این سالمندان به مراقبت‌ها و حمایت‌های اساسی در مقاطعی از زندگی‌شان، نیاز خواهند داشت (UN-DESA, 2023b).

بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی، افراد ۶۰ سال و بالاتر، سالمند شناخته می‌شوند (WHO, 2012). این در حالی است که برخی از مطالعات اقتصادی و جمعیتی، سنین ۶۵ سالگی و بالاتر را معیاری برای سنین سالمندی می‌پذیرند و آن را مناسب‌تر می‌دانند. در واقع یکی از دلایل ترجیح بخشی

از تحقیقات جمعیتی برای در نظر گرفتن دامنه سن ۶۵ سالگی و بالاتر به‌عنوان سنین سالمندی، بر این استدلال مبتنی است که در بررسی عرضه نیروی کار و فعالیت، ساختمان سنی جمعیت در سه دامنه بزرگ تقسیم‌بندی می‌شود: جمعیت زیر ۱۵ ساله، ۱۵-۶۴ ساله، ۶۵ ساله و بالاتر. زیر ۱۵ ساله را زیر سن کار و فعالیت، ۱۵-۶۴ ساله را سن کار و فعالیت و ۶۵ ساله و بالاتر، سن ازکارافتادگی تلقی می‌شود (سرای، ۱۳۸۲: ۸۷). با این اوصاف، انتظار بر این است که افراد همچنان در گروه سنی ۶۴-۶۰ ساله، نیروی کار مولد باشند و به جامعه خدمت‌رسانی کنند. بنابراین، در نظر گرفتن جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر در رابطه با ارزیابی و تحلیل ساختمان سنی جمعیت، از نظر شاخص‌های بار تکفل سنی و سرباری اقتصادی جمعیت و شاخص‌های سالخوردگی جمعیت، تناسب بهتری دارد.

تعداد جمعیت سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر در سرشماری ۱۳۹۵ کشور، نزدیک به ۴/۹ میلیون نفر شمارش شده است که ۶/۱ درصد از کل جمعیت ایران را در آن زمان (۷۹/۹ میلیون نفر) شامل می‌شود (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۷). در پیش‌بینی اخیر مرکز آمار ایران، جمعیت سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر در سال ۱۴۰۰، حدود ۶٫۷ درصد گزارش شده است که تا سال ۱۴۳۰ به حدود یک‌پنجم (۲۰ درصد) از کل جمعیت پیش‌بینی شده کشور (۹۳/۶ میلیون نفر) افزایش خواهد یافت (مرکز آمار ایران، ۱۴۰۰ ب). ارقام متناظری که درباره سهم جمعیت سالمند در استان یزد—به‌عنوان بستر میدانی پژوهش حاضر— و از طریق مرکز آمار ایران (۱۴۰۰ الف) پیش‌بینی شده است، بیانگر آن است که جمعیت سالمندان از ۶/۱ درصد در سال ۱۴۰۰، به ۹/۲ درصد از کل جمعیت در سال ۱۴۱۵ افزایش خواهد یافت. پیش‌بینی‌های مرکز آمار ایران همچنین نشان می‌دهد که اوج رشد جمعیت سالمندان در دهه‌های پیش رو، مربوط به دهه ۱۴۲۰ شمسی خواهد بود؛ به گونه‌ای که در نتیجه ورود نسل پرتعداد متولدان دهه ۱۳۶۰ کشور به سنین سالمندی، حجم جمعیت سالمندان در فاصله سال‌های ۱۴۲۰ تا ۱۴۳۰، از حدود ۱۲/۵ میلیون نفر به ۱۹ میلیون نفر خواهد رسید.

^۱ UN-DESA

هرچند که مفهوم یکسانی برای مراقبت وجود ندارد، اما همگان بر این باورند که مراقبت شامل مجموعه‌ای از مهارت‌ها و دانش‌هایی است که نزدیکان به‌طور مستمر و روزانه برای یاری‌رساندن به افراد مسن ارائه می‌کنند. این کمک‌ها برای اداره زندگی سالمندان ضروری است و در صورت نبود آنها، سالمندان در انجام فعالیت‌های روزمره با چالش‌های بسیاری روبه‌رو خواهند شد (Walker et al., 1995, 402). با این حال، بین مراقبت عام و مراقبت از سالمندان دارای بیماری خاص، تفاوت وجود دارد. مراقبت عام برای سالمندان به معنای پشتیبانی از نیازهای روزانه آنها مانند خوردن، بهداشت و فعالیت‌های اجتماعی است. این نوع مراقبت به آنها کمک می‌کند تا در حد امکان مستقل باقی بمانند و کیفیت زندگی‌شان را حفظ کنند (بهادر و همکاران ۱۴۰۰). در مقابل، مراقبت از سالمندانی که با بیماری‌های خاصی دست‌وپنجه نرم می‌کنند، نیازمند توجه ویژه‌ای به وضعیت سلامتی و رفاه روانی آنهاست. این مراقبت ممکن است شامل مدیریت دقیق داروها، ارائه درمان‌های تخصصی و برخورد با مسائل خاص ناشی از بیماری باشد؛ برای نمونه، افراد مبتلا به آلزایمر، به مراقبت مداوم و طولانی‌مدت نیاز دارند (پروایی، ۱۳۹۹).

با وجود تحقیقات متعددی که درباره سالمندی در ایران انجام شده است (احمدی و همکاران، ۱۴۰۰؛ پروایی، ۱۳۹۹؛ رضایی قهرودی، ۱۳۹۸؛ زنجری و همکاران، ۱۳۹۸؛ فرهادی و همکاران، ۱۳۹۵؛ عسکری ندوشن و همکاران، ۱۳۹۸ و ۱۴۰۰؛ محمدی و همکاران، ۱۳۸۶؛ بابایی، ۱۳۸۶؛ رازقی نصرآباد و رشیدی، ۱۴۰۲)، اهمیت رو به رشد جمعیت سالمندان در افق آینده ایران، پژوهش‌های اجتماعی درباره موضوع مراقبت اجتماعی از سالمندان در چارچوب تعاملات بین نسلی خانواده، نسبتاً محدود باقی مانده‌اند (کوشی، ۱۳۸۹؛ کوشی و همکاران، ۱۳۹۲؛ هزارجریبی و همکاران، ۱۳۹۷؛ مدیری و کوشی، ۱۴۰۰) و چالش‌هایی که مراقبان خانوادگی با آثار و پیامدهای آن درگیرند، همچنان نیازمند پژوهش‌های بیشتری است. این در حالی است که فهم فرآیند

افزایش جمعیت سالمندان، به معنای افزایش هزینه‌های پزشکی، درمانی و مراقبتی است که ضرورت تأمین منابع حمایتی و توسعه زیرساخت‌های مراقبتی برای سالمندان را ایجاد می‌کند (Lagergren & Kurube, 2016: 2). بنابراین به موازات افزایش جمعیت سالمندان، باید به سیاست‌های اجتماعی سالمندی، به‌ویژه در حوزه مراقبت از سالمندان و ارتقای کیفیت زندگی آنان نیز توجه کرد (سجودی و همکاران، ۱۴۰۱). براساس داده‌های سرشماری ۱۳۹۵، نزدیک به ۱۵ درصد از افراد ۶۰ ساله و بالاتر، تنها و حدود ۳۷ درصد از آنان فقط با همسر زندگی می‌کنند. همچنین نزدیک به ۱۵ درصد از سالمندان، در سنین ۸۰ ساله و بالاترند (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵). در واقع، نسبت بالایی از افرادی که در ایران به تنهایی زندگی می‌کنند، متعلق به سنین سالمندی‌اند و تنهازیستی عمدتاً در سنین سالمندی متمرکز شده است. براساس گزارش مطالعات پیشین، حدود ۵۱ درصد از افرادی که به تنهایی زندگی می‌کنند، در سنین ۶۵ ساله و بالاتر واقع‌اند (Torabi et al., 2015: 249). بنابراین مراقبت از سالمندان، اهمیت و ضرورت اساسی‌تری به‌خصوص در بین سالمندانی دارد که تنها زندگی می‌کنند، کهنسال‌اند و به مراقبت‌های بیشتری نیازمندند (پروایی، ۱۳۹۹: ۱۱۴). با افزایش تعداد سالمندان، بیماری‌ها و همچنین وابستگی آنان به مراقبت رو به افزایش است، علاوه بر این، بیمارهای دوران سالمندی بیشتر مزمن، طولانی‌مدت و پرهزینه‌اند که این امر اهمیت توجه به موضوع مراقبت اجتماعی و خانوادگی را دوچندان می‌کند (فرهادی و همکاران، ۱۳۹۵: ۹).

در سراسر دنیا و به‌طور اعم در کشورهای در حال توسعه و آسیایی، مراقبان خانوادگی سهم بسزایی در مراقبت از سالمندان دارند. آمارها نشان می‌دهند ۸۰ درصد از سالمندان در کل جهان، از طرف یکی از اعضای خانواده مراقبت می‌شوند (Given et al., 1999). در واقع اعضای خانواده معمولاً اصلی‌ترین حامیان در کنار سالمندان بوده‌اند، به‌ویژه در مواقعی که آنان با ضعف‌های جسمی مواجه می‌شوند.

ازدواج به تأخیر افتاده است، طلاق افزایش و فرزندآوری کاهش یافته است، اما در مقایسه با متوسط کشوری، سن ازدواج جوانان در یزد، به‌طور نسبی پایین‌تر، طلاق کم‌تر، فرزندآوری بالاتر و در حوالی سطح جانشینی است (امامی و همکاران، ۱۴۰۰؛ صباغچی و همکاران، ۱۳۹۶؛ عسکری ندوشن و همکاران، ۱۳۹۵). در چنین بستر فرهنگی و در غیاب داده‌های تطبیقی و معتبر، انتظار می‌رود الگوی روابط بین نسلی خانواده نیز، استوارتر باشد و سالمندان در خانواده، از احترام و تکریم بیشتری برخوردار باشند. نتایج یک مطالعه کیفی که در شاهدیه یزد گزارش کرده است که در نگاه و تفسیر سالمندان، خودتکایی، دگراتکایی و خداباوری اضلاع سه‌گانه، یک زندگی عزتمندانه را تشکیل می‌دهد. براساس نتایج این مطالعه، حفظ حرمت والدین - فرزندی، یکی از دغدغه‌ها و انتظارات والدین سالمند در تفسیر آنان از یک زندگی عزتمندانه بود (سلطانی گردفرامری، ۱۴۰۲). با این اوصاف، در چارچوب این انتظارات فرهنگی، احتمالاً روابط بین نسلی در بستر فرهنگ محلی یزد، جلوه‌ای نیرومند دارد. از این رو، مطالعه الگوهای حمایتی بین نسلی خانواده از سالمندان در بستر فرهنگ محلی یزد، بینش‌های ارزشمندی را درباره چگونگی تلاقی میان فرآیندهای درمانی/مراقبتی از سالمندان، با الگوهای روابط و حمایت بین نسلی خانواده و پیامدهای اثرگذار آن بر مراقبان خانوادگی فراهم می‌کند. ضمن آنکه یافته‌های حاصل از مطالعه، درس‌های آموخته‌شده‌ای را برای سیاست‌گذاری‌های آتی در زمینه مراقبت از سالمندان به همراه دارد.

مرور پیشینه و چارچوب مفهومی تحقیق

پژوهش حاضر برخی از مطالعات داخلی و خارجی انجام شده در حوزه سالمندان، با تأکید بر واژه‌های سالمندان، دگرمراقبتی، مراقبت اجتماعی و خانوادگی را مرور کرده است؛ سپس با توجه به این پیشینه پژوهشی، سعی کرده است تا حساسیت نظری پژوهش را توسعه دهد. مطالعاتی که به‌طور مشخص در زمینه مراقبت از سالمندان در ایران انجام شده است، در دو دسته جای داده می‌شود: بخشی از مطالعات

مراقبت از سالمندان و چگونگی اثرگذاری آن، بر ابعاد مختلف زندگی شخصی و خانوادگی افراد درگیر مراقبت، موضوعی چندوجهی و پیچیده است (Charalambous, 2023). از این رو، شناخت علمی از ابعاد موضوع مراقبت اجتماعی، مشخصه‌ها و ویژگی‌های اقتصادی - اجتماعی مراقبت‌کنندگان و انتظارات، چالش‌ها و مسائلی ضرورت دارد که مراقبان خانوادگی در بستر فرهنگی - اجتماعی خانواده و جامعه ایرانی با آن مواجه‌اند بر این مبنای پژوهش حاضر به سراغ مراقبان خانوادگی سالمندان در شهر یزد می‌رود و زوایای نگاه مراقبان خانوادگی سالمندان، برخی از چالش‌هایی را کنکاش می‌کند که در فرآیندهای درمان/مراقبت با آن مواجه‌اند. به‌طور مشخص، هدف پژوهش، پاسخ به این پرسش است که چگونه خانواده ایرانی در تلاش برای مدیریت تنگناهای اقتصادی خود، روابط بین نسلی خود را بازتعریف و نقش‌آفرینی خود را در زمینه مراقبت از سالمندان تداوم بخشیده است؟ و شیوه‌های مواجهه مراقبان با چالش‌های مراقبت چگونه است؟ کار میدانی پژوهش حاضر، در شهر یزد به انجام رسیده است. بافت اجتماعی و فرهنگی منحصربه‌فرد شهر یزد در این مطالعه، حائز اهمیت است. یزد از نظر شاخص‌های توسعه، در زمره استان‌های برخوردار و توسعه‌یافته کشور محسوب می‌شود و در عین حال، یکی از استان‌هایی است که فرهنگ محلی آن از دیرباز، بر اهمیت خانواده و استحکام بنیان خانواده تأکید داشته و در مجموع، جامعه‌ای مذهبی، سنت‌گرا و خانواده‌گراست (قانع مخلصونی و همکاران، ۱۴۰۰؛ Keshavarzi et al., 2022). در مقایسه با بسیاری از استان‌ها و مناطق دیگر ایران، مدل خانواده در یزد، در مواجهه با نیروهای قدرتمند، تغییر اجتماعی واکنشی محتاطانه‌تری را در جهت وفق‌یابی و انطباق‌پذیری نشان داده است. اگرچه در استان یزد - همسو با دیگر مناطق ایران - تغییر برخی از ابعاد و عناصر خانواده در طول دهه‌های گذشته چشمگیر بوده است، اما جامعه یزد در دنباله‌روی و تبعیت از روندهای ملی، توأم با احتیاط بیشتری رفتار کرده است؛ برای نمونه، گرچه در مقیاس استانی، سن

انجام شده (به‌ویژه پژوهش‌های مرتبط با شاخه‌های علوم پزشکی)، توجه خود را به‌طور عمده بر مراقبت‌های رسمی از سالمندان و الزامات سیاستی و مدیریتی در این حوزه متمرکز و چالش‌ها و مشکلات مربوط به نظام رسمی مراقبت از سالمندان را از قبیل کمبود نیروی کار متخصص، نبود زیرساخت‌ها و امکانات، محدودیت‌های بودجه‌ای و بررسی کرده‌اند (شتی و همکاران، ۱۴۰۲؛ صفدری و همکاران، ۱۳۹۵؛ Goharinezhad et al., 2016; Amini et al., Ghasemyani et al., 2021; Bahrami et al., 2023; Nobakht et al., 2023). دست‌های دیگری از مطالعات، به مراقبت‌های اجتماعی غیررسمی از سالمندان توجه نشان داده‌اند که معمولاً در چارچوب روابط بین نسلی خانواده یا شبکه‌ی خویشاوندی تعریف می‌شود. مرور مختصری بر یافته‌های تعدادی از مطالعات این گروه دوم، که ارتباط نزدیک‌تری با پژوهش حاضر دارند، در ادامه انجام شده است.

نتایج پژوهش محمدیان و همکاران (۱۴۰۲) نشان داد نیازهای حمایتی مراقبان خانوادگی سالمندان مبتلا به سرطان، در شش طبقه اصلی شامل نیاز به حمایت عاطفی، نیاز به حمایت جسمی، نیاز به رهایی از ناامنی روانی، نیاز به تحکیم معنویت، نیاز به حمایت عملی و نیاز به همراهی تیم مراقبتی است. مقوله‌ی نیاز به حمایت عملی، از جمله شامل نیاز به حمایت مالی است؛ زیرا هزینه‌ی بالایی دارد و درمان و تجهیزات پزشکی، به ایجاد شرایط دشوار برای مراقبان خانوادگی منجر می‌شود. نتایج تحقیق طاهرخانی و همکاران (۱۴۰۰)، حاکی از این است که با افزایش حمایت اجتماعی مراقبان خانوادگی و کاهش ناتوانی سالمندان، میزان فشار مراقبتی کاهش می‌یابد و همچنین مراقبانی که وضعیت اقتصادی بهتری دارند و از سلامت بالاتری برخوردارند، فشار مراقبتی کمتری را تجربه می‌کنند. نتایج مطالعه‌ی باستانی و نظری (۱۳۹۹)، حاکی از این است که بیشتر زنانی که در نقش مراقب‌اند، مسئولیت‌های گوناگونی در حوزه‌های خانوادگی، اقتصادی و اجتماعی را به دوش می‌کشند و هنگام ارائه‌ی مراقبت به سالمندان، با چالش‌ها و فشارهای زیادی مواجه می‌شوند. به همین دلیل، سطح کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت

در میان این زنان، معمولاً کمتر از حد مطلوب است. یافته‌های مطالعه‌ی فرهادی و همکاران (۱۳۹۵)، نشان داد مراقبان تحت تأثیر عوامل مختلف فردی، اجتماعی و فرهنگی، درک متفاوتی از پدیده‌ی مراقبت خواهند داشت؛ از این رو، ممکن است نگرش برخی از مراقبان حتی در شرایطی مثبت باشد که استرس زیادی بر محیط حاکم است و تجربیات خوبی از آن موقعیت کسب کرده باشند. این در حالی است که برخی دیگر از مراقبان، استرس را بیشتر از آنچه بر محیط حاکم است، احساس کرده‌اند. بنابراین مراقبان درک یکسانی از پدیده‌ی مراقبت از سالمندان ندارند.

نتایج تحقیقات بابایی (۱۳۸۶)، حاکی از این است که سالمندان بیمار در انجام فعالیت‌های روزانه، وابسته به کمک و حمایت‌های خانواده‌اند. به‌طور کلی، بیشترین بار حمایت و مراقبت از سالمندان بر دوش زنان خانواده است. بیشتر مشارکت‌کنندگان مشکلاتی در حوزه‌ی ارتباطات خارجی، گذراندن اوقات فراغت و مشکلات اقتصادی داشتند. همچنین یافته‌ها نشان داد با افزایش سن سالمندان، مشکلات مراقبت نیز بیشتر می‌شود؛ زیرا سالمندان حتی در انجام فعالیت‌های روزمره‌ی خود، نیازمند کمک و حمایت اعضای خانواده خواهند بود. همچنین با بروز مشکلاتی همچون اختلالات ذهنی در سالمندان، بار مراقبت از سالمندان به‌شدت افزایش خواهد یافت. نتایج مطالعه‌ی محمدی و همکاران (۱۳۸۶)، نشان می‌دهد عوامل تسهیلگر و بازدارنده بنا بر ماهیت خود، با ایجاد سهولت و یا صعوبت در ارائه‌ی مراقبت به سالمند از طریق زنان مراقب، بر چگونگی تجربه‌ی آنان مؤثر است. همچنین براساس تجارب مشارکت‌کنندگان، تقویت عوامل تسهیلگر از طریق جلب مشارکت دیگر اعضای خانواده، حمایت روانی و اجتماعی مراقبان، ارتقای دانش مراقبان از طریق آموزش نحوه‌ی مراقبت، تأمین امکانات و تسهیلات، ایجاد بستر مناسب مراقبت و طراحی سیستم‌های مراقبتی کارآمد دوستدار سالمند و خانواده، سبب توفیق بیشتر مراقبان در ارائه‌ی مراقبت به سالمند عضو خانواده می‌شود.

همچنان بخش بزرگی از حمایت‌های دریافتی از سالمندان را به خود اختصاص می‌دهد، ولی حمایت‌های دریافت‌شده از سالمندان، به‌طور منظم و کافی نیست. این مطالعه همچنین روابطی را بین تعداد همسران، فرزندان و فاصله اجتماعی و حمایت دریافت‌شده از سالمندان در نیجریه به دست آورد. یافته‌های تحقیق چائو و رات^۳ (2000)، نشان داد زنان مشارکت‌کننده در این تحقیق، تحت تأثیر انتظارات فرهنگی و سنتی در تایوان، وظیفه مراقبت از والدین شوهرشان را به عهده گرفته‌اند. در این پژوهش، مقوله «مراقبت»، زمینه را برای فعالیت‌هایی فراهم می‌آورد که در تأمین آسایش روزانه و مراقبت از سالمند مؤثر است. طبق نتایج شیو و همکاران^۴ (1998)، مراقبان از فرآیند یافتن نقطه تعادل برای دستیابی یا حفظ تعادل بین مراقبت از سالمند و زندگی خانوادگی، استفاده کردند. مراقبانی که در یافتن نقطه تعادل بهتر عمل کردند، مراقبت با کیفیت بهتری را به سالمندان ارائه کردند. مراقبانی که در یافتن نقطه تعادل خوب بودند، نیازهای رقابتی را پیش‌بینی و استراتژی‌های متعددی را برای برآوردن نیازهای سالمندان مفهوم‌سازی و پیامدهای استراتژی‌ها را به‌طور دقیق پیش‌بینی کردند.

پیشینه‌های تجربی نشان می‌دهند تحمیل بار سنگین هزینه‌های گزاف دارویی، درمانی و تجهیزات پزشکی بر دوش مراقبان خانگی، برای آنها چالش‌آفرین است. هرچند وضعیت مالی مناسب‌تر خانواده و یا سطح سلامتی بهتر شخص سالمند، موجب می‌شود که تا حدودی از شدت فشار مراقبتی بر آنان کاسته شود. همچنین تحقیقات نشان می‌دهند مسئولیت اصلی نگهداری و مراقبت از افراد مسن، عمدتاً بر عهده زنان است؛ از این رو زنان درگیر مسئولیت‌های متعددی در زمینه‌های خانوادگی، اقتصادی و اجتماعی می‌شوند، همچنین برای مراقبت از افراد مسن، با مجموعه‌ای از چالش‌ها و فشارهای درخور توجه روبه‌رو می‌شوند. در ادامه، دو مورد از نظریه‌هایی به‌طور موجز بررسی

رازقی نصرآباد و رشیدی (۱۴۰۲) با تحلیل داده‌های پیمایشی در بین سالمندان شهر خرم‌آباد، نشان دادند که بیماری‌های قلبی عروقی و آرتروز از شایع‌ترین بیماری‌هایی است که سالمندان به آنها مبتلا هستند. بر پایه یافته‌های این مطالعه، تعداد فرزندان یکی از عوامل مرتبط با سلامت دوران سالمندی شناسایی شد؛ به‌طوری که با افزایش تعداد فرزندان، سطح سلامت جسمی سالمندان کاهش و سلامت روانی آنان افزایش می‌یابد. درواقع، فرزندان همچنان یکی از منابع حمایتی در سنین سالمندی محسوب می‌شوند.

زنده‌طلب و همکاران (۱۳۹۹) به موضوع مراقبت در بین سالمندان سالم، توجه نشان دادند و با هدف استانداردسازی مراقبت سالمندی سالم و آموزش‌های ارائه‌شده در این زمینه در مراکز سلامت، داده‌هایی را در شهر مشهد، از بین ۱۱ مراقب سلامت، ۵۴ سالمند و ۵۴ عضو خانواده سالمند گردآوری و تحلیل کردند. از طریق اجرای برنامه‌های مداخله‌ای و ارزیابی تغییرات قبل و بعد از اجرای برنامه، مشخص شد که مراقبت فعال، مشارکتی، مستمر، جامع و حمایتی در قالب یک مدل پویا، سبب ارتقای کیفیت خدمات سالمندی خواهد شد.

در مطالعه فنگ و همکاران^۱ (2020)، روند فزاینده پیری در چین، یکی از مسائل کلیدی پیش‌روی مراقبت‌های بهداشتی عمومی مطرح شد که سیاست‌گذاران و مراقبان را با چالش‌های جدی مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی-اقتصادی مواجه می‌کند. سالمندی عامل اصلی طیف گسترده‌ای از اختلالات مزمن است که همگی با کیفیت پایین زندگی در سالمندان مرتبط‌اند. چین به جامعه‌ای سالخورده تبدیل شده است و همچنان که پیرتر می‌شود، باری را تشدید خواهد کرد که بر دوش خانواده و سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی عمومی تحمیل می‌شود. اوکوماگبا^۲ (2011)، حمایت خانواده از سالمندان را موضوع بسیار مهمی در بررسی سلامت کلی سالمندان در نیجریه دانست. این مطالعه نشان داد که خانواده

³ Chao & Roth

⁴ Shyu et al.

¹ Fang et al.

² Okumagba

(1979) در تئوری مراقبت انسانی ادعا می‌کند که انسان را نمی‌توان مانند شیء شفا داد که باید تعمیر شود (Durgun Ozan & Okumuş, 2017: 96). در این تئوری، مراقبت یک ایده‌آل معنوی است که با درگیری ذهن، روح، جسم و اثربخشی آنها با یکدیگر همراه است. هدف تئوری مراقبت انسانی واتسون (1979)، اطمینان از هماهنگی و تناسب بین تجارب سلامتی و بیماری فرد است (هلاکو و همکاران، ۱۳۹۹: ۱۸). عناصر مفهومی نظریه واتسون (1979)، شامل رابطه مراقبت فراشخصی، لحظات مراقبت و روش‌های مراقبت درمان است. مطالعات مختلف ثابت کرده‌اند که تئوری مراقبت انسانی، مراقبت‌های پرستاری را کارآمدتر و آگاهانه‌تر می‌کند و نتایج مراقبت را بهبود می‌بخشد (Durgun Ozan & Okumuş, 2017: 96). مفاهیم مرکزی این تئوری شامل مراقبت ارتباطی^۴، هسته مراقبت^۵، لحظه مراقبت بین فردی^۶، عرصه مراقبت^۷، مراقبت به‌عنوان آگاهی^۸، انرژی - هدفمندی - حضور انسان^۹ و ماهیت مراقبت شفا^۹ است. در این نظریه، لحظه مراقبت زمانی اتفاق می‌افتد که اتصال روحی بین پرستار با مددجو برقرار می‌شود؛ ارتباطی که فراتر از شخصیت، ظاهر فیزیکی، بیماری، تشخیص و حتی رفتار است (هلاکو و همکاران، ۱۳۹۹: ۱۸).

در اینجا با توجه به این که هدف ما استفاده از نظریه‌ها برای طراحی پروتکل مصاحبه و حساسیت نظری بوده است، از مفاهیم حساس و کلیدی نظریه‌های فوق استفاده شد و در ورود به میدان پژوهش، سعی شد سؤالاتی حول محور این مفاهیم حساس ارائه شود؛ برای مثال، براساس تئوری مراقبت انسانی واتسون (1979)، از مراقبان خانوادگی پرسیده شد: «کادر درمان چقدر می‌توانند در مراقبت تأثیرگذار باشند؟» همچنین در سؤالی دیگر از مراقبان خانوادگی پرسیده شد: «چگونه وضعیت اقتصادی می‌تواند بر بهتر شدن مراقبت

می‌شوند که به تقویت حساسیت نظری منجر شدند. تئوری مراقبت فرهنگی لنینگر^۱ (1996) تأکید می‌کند که مراقبت‌های پزشکی، باید با در نظر گرفتن ارزش‌ها و باورهای فرهنگی بیماران انجام شود تا به‌خوبی پذیرفته و مؤثر واقع شود. در این بین سالمندان، به‌عنوان افرادی که از خدمات مراقبتی به‌صورت رسمی در مراکز ارائه خدمات بهداشتی و غیررسمی در منزل و از طریق اعضای خانواده استفاده می‌کنند، نیاز به ارائه مراقبت‌هایی متناسب با ارزش‌ها و باورهای خود دارند. نظریه مراقبت فرهنگی براساس قوم‌پژوهی پرستاری و با تلفیق دانش پرستاری، با دانش مردم‌شناسی (Leininger, 1996: 72)، تأکید بر کشف، مستندسازی، شناخت و توضیح وابستگی متقابل مراقبت و پدیده‌های فرهنگی دارد و در عین حال تفاوت‌ها و شباهت‌های بین فرهنگ‌ها را یادآوری می‌کند (McFarland & Wehbe-Alamah, 2015؛ McFarland, 2018). در این نظریه، دو الگوی مراقبت غیررسمی سنتی و حرفه‌ای^۲ در یکدیگر ادغام می‌شوند تا الگویی از مراقبت پرستاری مبتنی بر فرهنگ را ایجاد کنند. مراقبت‌های غیررسمی سنتی، به مراقبت‌هایی اشاره دارد که به‌طور سنتی و تقریباً در تمامی فرهنگ‌های بومی و محلی رایج است و شامل شکل‌های مختلفی از مراقبت‌های سنتی و اولیه می‌شود که عموماً خانواده‌ها آن را ارائه می‌کنند. در مقابل، مراقبت‌های حرفه‌ای به مراقبت‌های تخصصی اشاره دارد که از طریق کلینیک‌ها و مراکز خدمات درمانی رسمی و به‌وسیله کادر پرستاری آموزش دیده و مجرب ارائه می‌شود. براساس این تئوری، برای آنکه اقدامات مراقبتی مؤثر واقع شوند و بهبود یابند، نیاز است الگوهای مراقبت‌های سنتی کشف و در مراقبت‌های حرفه‌ای ادغام و یکپارچه شوند تا الگویی از مراقبت پرستاری، سازگار با فرهنگ را شکل دهند (Leininger, 1996: 72).

تئوری مراقبت انسانی واتسون^۳ (1979)، با هدف دور شدن از درمان‌محوری و متمرکز بر «مراقبت» مطرح شد. واتسون

⁴ Relational caring

⁵ Caring core

⁶ Transpersonal Caring Moment

⁷ Consciousness

⁸ Energy-Intentionality-Human presence

⁹ Caring-Healing modalities

¹ Leininger

² Generic care and professional care

³ Watson

کدگذاری گزینشی به اجرا درآمد. کدگذاری گزینشی بیشتر در مرتبط کردن مقوله‌های اصلی به همدیگر اتفاق می‌افتد؛ از این رو، مقوله هسته نهایی تحقیق از ارتباط بین مقوله‌ها ظاهر شد که نشان‌دهنده انتزاعی‌ترین شکل داده‌هاست. در ادامه، خط داستانی کلی تحقیق از ترکیب تمامی مقوله‌ها و نتایج حاصل از آنها استخراج شد. بر این اساس، با استخراج مقوله هسته نهایی و ترسیم خط داستان، مدل پارادایمی ترسیم و درنهایت، نظریه پژوهشی طراحی شد. به‌طور خلاصه، فرآیند تحلیل مصاحبه‌ها با کدگذاری باز آغاز شد که این شیوه کدگذاری باز تا پایان مرحله گردآوری داده‌ها ادامه یافت. بعد از این مرحله، تمامی مقولات اصلی استخراج و در فرآیند کدگذاری محوری، در قالب مدل پارادایمی بحث شدند. همچنین سعی شد جریان فرآیند علت‌ها، پدیده و استراتژی‌ها و پیامدها مشخص شود. درنهایت کدگذاری گزینشی انجام شد و نظریه پژوهش حاصل آمد.

برای سنجش و اعتباریابی مقوله‌ها، از معیارهای تعیین‌شده لینکلن و گوبا^۱ (1985) بهره گرفته شد که مفهوم قابلیت اعتبار و اعتمادپذیری را بررسی می‌کند. قابلیت اعتبار شامل چهار مؤلفه اعتبارپذیری^۲، انتقال‌پذیری^۳، قابلیت اطمینان^۴ و تأییدپذیری^۵ است. اعتبارپذیری جایگزین مفهوم روایی درونی است و به لزوم هماهنگی و ارتباط میان داده‌ها را تأکید می‌کند که این امر از طریق برقراری و توسعه ارتباط با پاسخ‌دهندگان و مشاهده مستمر و عمیق، انجام می‌شود (Royse, 2013). برای رسیدن به این هدف، فرآیند جمع‌آوری داده‌های تحقیق، حدود سه ماه به طول انجامید. در این دوره، نظارت دائمی و ارتباط مستمر و مؤثر با مشارکت‌کنندگان حفظ شد. برای تأیید نتایج، از روش کنترل از طریق اعضا استفاده شد، به این ترتیب که پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها، از برخی شرکت‌کنندگان خواسته شد تا درباره صحت یافته‌ها نظر دهند. در این مرحله،

اثرگذار باشد؟» با توجه به پاسخ ارائه‌شده از مشارکت‌کنندگان، گاهی لازم بود برای دستیابی به اطلاعات غنی‌تر، سؤال «آیا می‌توانید در این خصوص بیشتر توضیح دهید؟» پرسیده شود. در انتهای مصاحبه نیز برای حصول اطمینان از اینکه مراقبان خانوادگی همه تجربیات خود را در این حوزه مطرح کرده‌اند، از آنها سؤال می‌شد: «آیا موضوع دیگری هست که بخواهید درباره آن صحبت کنید؟»

روش‌شناسی

در این پژوهش از روش‌شناسی کیفی و رویکرد نظریه زمینه‌ای (شیوه سیستماتیک) استفاده شده است. داده‌های تحقیق از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته به دست آمد. مراحل مصاحبه و گردآوری داده‌ها تا رسیدن به نقطه اشباع ادامه یافت. پس از جمع‌آوری، داده‌ها تدوین و ثبت شدند. در مرحله نخست، مصاحبه‌ها پیاده‌سازی و متون مصاحبه‌ها نیز براساس ترتیب زمانی در پوشه‌های جداگانه، سازمان‌دهی شدند. در ادامه، برای غوطه‌ور شدن در داده‌ها و درک جامع از آنها، متون مصاحبه‌ها چندین بار مرور شدند؛ سپس با استفاده از رویکرد اشتراوس و کوربین (۱۳۹۱)، فرآیند کدگذاری باز آغاز و پس از مطالعه کامل متون مصاحبه‌ها، تلاش شد تا در ابتدا دسته‌بندی‌های کلی شناسایی شوند و با بازگشت به متن داده‌ها، تلاش شد تا تعداد دسته‌بندی‌ها کاهش یابند. فرآیند چرخش بین داده‌ها و دسته‌بندی‌ها (از طریق کدگذاری خطبه‌خط) چندین بار تکرار شد تا درنهایت تعدادی دسته‌بندی مرکزی شکل گرفت. در مرحله بعدی، مفاهیم به مقوله‌های فرعی و اصلی تبدیل و برجسب زده شدند. درنهایت، با به‌کارگیری روش مقایسه مستمر، مقوله هسته بر ساخت شد. در این مرحله، که به آن کدگذاری محوری گفته می‌شود، مقوله‌های فرعی و اصلی براساس دستورالعمل‌های اشتراوس و کوربین (۱۳۹۱) و کرسول (۱۳۹۱)، دور یک دسته مرکزی سازمان‌دهی شدند و پدیده اصلی تحقیق را نمایان کردند. در مرحله بعدی، فرآیند

¹ Lincoln & Guba

² Credibility

³ Transferability

⁴ Dependability

⁵ Confirmability

ابتدا از نمونه‌گیری حداقلی تنوع استفاده شد و در نهایت به سمت حداکثر تنوع پیش رفت. در واقع سعی شده است تا نمونه‌های اولیه در رابطه با کسانی باشد که مراقبت‌های بسیار سخت و طاقت‌فرسای را انجام می‌دادند؛ سپس از طریق آنها به دیگر نمونه‌ها دسترسی پیدا شد. همچنین براساس اطلاعات کسب‌شده و تحلیل هم‌زمان نمونه‌ها، بعضی زیرمقوله‌های ضعیف تشخیص داده شد و به این ترتیب سراغ نمونه‌های بعدی رفتیم تا اطلاعات دقیق‌تری کسب شود. در نهایت نیز به سراغ استراتژی حداکثر تنوع رفتیم و سعی کردیم تا نمونه‌ها از طبقات اجتماعی - اقتصادی متفاوت انتخاب شود تا بتوان تفاوت‌ها را مشاهده کرد و تحلیل تفاوت و تمایز را انجام داد. مقدار زمان مصاحبه‌ها بین ۵۵ دقیقه تا ۲ ساعت و ۱۵ دقیقه متغیر بود. مصاحبه‌ها به صورت انفرادی و چهره به چهره در محل‌های مختلف، از جمله منازل، محل کار، دانشگاه، یا مکانی که از قبل هماهنگ شده بود، برحسب تمایل شرکت‌کنندگان انجام شد. همچنین مصاحبه‌ها با رضایت شرکت‌کنندگان، ضبط شد. تفاوت زمانی مصاحبه‌ها گاهی ناشی از وقت پاسخ‌گو و میزان تمایل او برای بیان تجارب زیسته خود بود و از جانب دیگر، به سبب شکل نیافتن مقولات و مفاهیم، سؤالات ابتدایی محدود و کلی بوده است که رفته‌رفته، به تناسب شکل‌گیری مقولات فرعی و سپس اصلی، ابعاد و جزئیات بیشتری بررسی و سؤال می‌شد و صرف وقت بیشتری را برای پاسخ‌گویی می‌طلبید. مصاحبه‌ها از دی‌ماه تا اسفندماه ۱۴۰۲ به طول انجامید. در ادامه و در جدول ۱، فهرست مشارکت‌کنندگان ارائه شده است.

مصاحبه‌هایی با چند نفر از شرکت‌کنندگان برای ارزیابی مفاهیم انجام شد. محققان به منظور جلوگیری از سوگیری و اطمینان از اینکه نتایج تحقیق براساس واقعیت‌هاست، به‌طور مداوم در مراحل جمع‌آوری، کدگذاری و تحلیل داده‌ها دقت نظر داشتند.

در تحقیق حاضر، به دقت به اصول اخلاقی توجه شده و پژوهش مطابق با دستورالعمل‌های کمیته اخلاق در پژوهش، شناسه اخلاق دارد. در این تحقیق، سه اصل اخلاقی آگاهی، رضایت و رازداری رعایت شده است. همچنین تمامی تدابیر لازم برای تضمین آسایش و رفاه شرکت‌کنندگان اتخاذ شد. مصاحبه‌ها نیز، با توجه به زمان‌بندی و محدودیت‌های زمانی و مکانی محقق، به دقت برنامه‌ریزی و هماهنگ شدند. از سوی دیگر، برای حفاظت از حریم خصوصی شرکت‌کنندگان، نام‌های آنها به صورت ناشناس و مستعار ثبت شد. علاوه بر این، با در نظر گرفتن اصول اخلاقی مانند رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان، به اجتناب از تحریف واقعیت‌ها، پرهیز از آسیب‌زدن به شرکت‌کنندگان و دقت و صداقت در ثبت داده‌ها، اصول علمی و رفتار اخلاقی در پژوهش توجه شد.

در این مطالعه، تعداد مشارکت‌کنندگان ۲۲ نفر است که از این تعداد ۱۳ زن و ۹ مرد بوده‌اند. داده‌ها از میان مراقبان خانوادگی، که در بازه سنی ۱۸ تا ۶۴ سال قرار داشتند و حداقل شش ماه از یک سالمند ۶۵ سال به بالا در خانواده مراقبت کرده بودند، گردآوری شد. در واقع یکی از شرایط، مصاحبه با افرادی است که از سالمند عضو خانواده مراقبت می‌کنند و فرد سالمند، پرستار ندارد. در این مطالعه، از استراتژی نمونه‌گیری نظری هدفمند استفاده شد. در این راستا،

جدول ۱- فهرست مراقبان خانوادگی

Table 1- List of participants in study (Family caregivers)

ردیف	جنس	نام	سن (سال)	وضعیت تأهل	شغل	سطح تحصیلات	نسبت با سالمند	سن سالمند (سال)	مدت مراقبت (ماه)
۱	زن	مرضیه	۶۰	متأهل	خیاط	متوسطه	دختر	۸۳	۶۰
۲	زن	هما	۵۵	متأهل	آرایشگر	سیکل	همسر	۶۷	۷
۳	زن	دنیا	۳۲	متأهل	مدرس دانشگاه	دکتری تخصصی معماری	دختر	۶۶	۶
۴	مرد	نادر	۳۵	متأهل	آزاد	لیسانس	پسر	۶۵	۹
۵	زن	سیما	۴۶	مجرد	ماما	کارشناسی مامایی	دختر	۷۷	۱۸
۶	زن	راضیه	۴۹	متأهل	خانه‌دار	متوسطه	دختر	۹۰	۸۴
۷	زن	نسرتین	۴۰	متأهل	خیاط	دیپلم	عروس	۱۰۰	۱۲
۸	زن	سمیه	۳۲	متأهل	مددکار اجتماعی	لیسانس	نوه	۸۷	۶۰
۹	مرد	آرمان	۲۳	مجرد	دانشجو	لیسانس	پسر	۶۶	۲۴
۱۰	زن	فرشته	۴۴	متأهل	پرستار	لیسانس	دختر	۸۲	۳۶
۱۱	زن	ناهید	۵۷	متأهل	کارمند بازنشسته	لیسانس	دختر	۸۸	۶۰
۱۲	زن	فریده	۵۲	متأهل	کارمند بازنشسته	فوق لیسانس	دختر	۸۵	۱۲
۱۳	زن	افسر	۵۲	متأهل	کارمند	لیسانس	دختر	۷۲	۲۴
۱۴	زن	مهری	۴۳	متأهل	خانه‌دار	دیپلم	دختر	۷۵	۲۴
۱۵	مرد	بهنام	۳۶	مجرد	مدرس دانشگاه	دکتری جامعه‌شناسی	پسر	۶۸	۱۲
۱۶	مرد	محمود	۳۶	متأهل	مدرس دانشگاه و کارآفرین	دکتری مهندسی مکانیک	پسر	۶۷	۹
۱۷	مرد	دانیال	۲۵	مجرد	شرکت دانش‌بنیان	فوق لیسانس روانشناسی	پسر	۶۸	۱۲
۱۸	مرد	پوریا	۲۳	مجرد	عکاس و فیلم‌بردار	لیسانس	نوه	۸۳	۱۲
۱۹	زن	یگانه	۳۴	مجرد	دانشجو	دانشجوی دکتری	دختر	۶۷	۱۲
۲۰	مرد	ایمان	۲۸	متأهل	مهندس برق	فوق لیسانس	نوه	۶۹	۳۶
۲۱	مرد	رضا	۳۹	مجرد	آزاد	فوق لیسانس	پسر	۷۵	۲۴
۲۲	مرد	مهران	۴۱	متأهل	کارمند	لیسانس	پسر	۶۷	۸

طبق مشخصات جدول ۱، تعداد مشارکت‌کنندگان ۲۲ نفر بوده است که از این تعداد ۱۳ زن و ۹ مرد بوده‌اند.

یافته‌های پژوهش

در فرایند تحلیل داده‌ها، ابتدا مفاهیم مستخرج از گزاره‌ها و متن در جدول‌های مفاهیم آورده شد؛ سپس مقوله‌های فرعی و اصلی که از مفاهیم منتج شده است و مقوله هسته که از مقولات فرعی و اصلی استخراج شده است، در قالب خط

داستان گزارش می‌شوند. در پژوهش حاضر، مقوله هسته با عنوان «مراقبت در گرو پول»، از ۸ مقوله اصلی، ۴۱ مقوله فرعی و ۳۵۱ مفهوم برساخت شد که در جدول ۲ نشان داده شده است. در ادامه، مقولات اصلی پژوهش شرح داده می‌شوند؛ پس از آن، مدل پارادایمی استخراج شده، براساس شرایط علی، زمینه‌ای، مداخله‌گر، پدیده مرکزی، استراتژی‌ها و پیامدها بیان می‌شود.

جدول ۲- نمونه کدهای باز، مقوله‌های فرعی، اصلی و ابعاد پارادایمی

Table 2- Example of open codes, sub-categories, main category and paradigmatic dimensions

ابعاد پارادایمی	مقولات اصلی	مقولات فرعی	نمونه کدهای باز
		فشار اقتصادی هزینه‌ها	مشکلات مالی و اقتصادی، نبود نقدینگی در حساب سالمند، هزینه‌های سرسام‌آور درمان و ...
		هزینه‌های بیمارستانی	هزینه‌های بالای بستری شدن در بیمارستان، عمل جراحی در بیمارستان خصوصی، هزینه‌های آزمایش، سونوگرافی و ...
		هزینه تجهیزات پزشکی	هزینه‌های بالای تشک مواج، تخت بیمارستانی، پوشک، سوند، دستکش، زیرانداز، لوازم زخم بستر و ...
		هزینه‌های بازتوانی	هزینه‌های بالای گفتاردرمانی، کاردرمانی، فیزیوتراپی، هزینه ایاب و ذهاب برای مراجعه درمانگر به منزل، هزینه خرید ویلچر، واکر، عصا و ...
		هزینه‌های تجهیزات ورزشی	هزینه بالای خرید وسایل ورزشی همچون وزنه میچ دست، دوچرخه ورزشی خوابیده، دستگاه زیربغل، مانکی بار، الپتیکال و ...
	اقتصاد مراقبت	هزینه‌های ویزیت	هزینه‌های بالای ویزیت در مطب، پرداخت هزینه ویزیت برای هر مراجعه، حتی چک کردن آزمایش یا نوشتن داروی مجدد و ...
شرایط علی		هزینه داروهای تقویتی	هزینه‌های بالای داروهای تقویتی، هزینه‌های بالای داروهای خارجی، هزینه قرص انعقاد خون، قرص شل‌کننده عضله و ...
		هزینه‌های پرستاری	هزینه‌های آوردن پرستار در منزل برای پانسمان زخم بستر، تزریقات، چکاب قند خون و فشار خون، وصل کردن سرم و ...
		هزینه‌های خوراک و پوشاک	اهمیت تغذیه سالم در بهبودی سالمند، هزینه‌های بالای گوشت قرمز، هزینه‌های بالای گوشت سفید، همچون بلدرچین و بوقلمون، هزینه‌های آبمیوه و میوه و سبزیجات، هزینه‌های مربوط به خرید پوشاک مناسب و ...
		هزینه‌های پیش‌بینی‌ناپذیر	بستری شدن غیرمنتظرانه سالمند؛ هزینه درمان‌های مکمل و ...
		هزینه‌های عمومی و خانوادگی	هزینه‌های خانوادگی، هزینه‌های دوره‌های خانواده، خرید مایحتاج خانه، پرداخت شارژ و قبوض و ...
		هزینه‌های مهمان‌داری	هزینه‌های بالای پذیرایی؛ مانند نوشیدنی، میوه، شیرینی، غذا، نظافت و ...
	مضیقه‌های مالی	نداشتن توان مالی	نداشتن قدرت مالی در کارگر بازنشسته، وجود نداشتن منبع درآمد سالمند، چکاب‌نکردن سالیانه به دلیل مشکلات اقتصادی و ...

ابعاد پارادایمی	مقولات اصلی	مقولات فرعی	نمونه کدهای باز
		نقش پول در آسایش روانی	اهمیت پول در نداشتن استرس برای تهیه دارو و دیگر خدمات درمانی، نداشتن دغدغه برای درمان، اهمیت پول در نداشتن عذاب وجدان، اهمیت شرایط اقتصادی مطلوب در روحیه مراقب و سالمند
		نقش پول در کیفیت درمان/مراقبت	اهمیت پول در کیفیت زندگی و مراقبت و درمان سالمند، اهمیت پول در خرید داروهای خاص و خارجی، انتخاب پزشک متخصص، بیمارستان و آزمایشگاه خصوصی، ریسک کمتر در پروسه درمان و...
	بالانس مالی	مدیریت مستمر مالی	مدیریت هزینه‌های درمانی با مراجعه به کلینیک‌ها و درمانگاه‌ها و پرداخت مبلغ کمتر ویزیت، استفاده از بیمه تأمین اجتماعی و گرفتن دارو به صورت رایگان، کم کردن و در مواردی حذف برخی از هزینه‌های خانواده و...
		رشوه‌های درمانی	دریافت زیرمیزی قبل از عمل، گرفتن مبلغ اضافه‌تر از عمل جراحی از بیمار، دریافت کارت هدیه از بیمار، اخذ مبلغ اضافه از طرف پزشک
استراتژی‌ها		مسئله‌مندی بیمه تکمیلی	کمک و مساعدت بیمه تکمیلی در پرداخت هزینه‌های بیمارستان، پوشش هزینه‌های بیمارستان خصوصی از طریق بیمه تکمیلی، تبعات مالی به دلیل نداشتن بیمه تکمیلی، نداشتن پوشش دارو، ویزیت، خرید لوازم و تجهیزات پزشکی و آمبولانس خصوصی، کاردرمانی، گفتاردرمانی و فیزیوتراپی در بیمه تکمیلی، محدودیت سنی در نام‌نویسی بیمه تکمیلی، کم بودن سقف تعهدات بیمه تکمیلی، وجود تعهدات بلااستفاده در بیمه تکمیلی سالمندان؛ پیگیری طولانی جهت بازپس‌گیری هزینه‌ها از بیمه تکمیلی و
	سطوح دسترسی درمانی	مسئله دسترسی به دارو	کمبود داروهای داخلی در داروخانه‌ها، وجود نداشتن داروی خارجی در داروخانه‌ها، هزینه بالای تهیه دارو، نبود پوشش بیمه تکمیلی برای دارو و... هزینه بالای درمان و صرف نظر کردن از معالجه، تأخیر انداختن پروسه درمان، استفاده از پماد به جای پانسمان زخم بستر و بعد از چند ماه مجبور شدن به عمل جراحی، هزینه بالای آزمایش و صرف نظر کردن از انجام آزمایش، صرف نظر کردن از خدمات بازتوانی همچون کاردرمانی، گفتاردرمانی و...
		خدمات بهداشتی مناسب	توانایی مراکز بهداشتی در ارائه خدمات مناسب، حق ویزیت کمتر در مراکز بهداشتی عمومی، داروی رایگان، تصویربرداری رایگان و...
		ویزیت رایگان ناتوانان	ویزیت رایگان و در منزل مؤسسه شفا، وجود مؤسسات مختلف با خدمات مختلف برای مردم
پیامد	کیفیت دسترسی درمانی	خدمات بهزیستی	ارائه خدمات از طریق بهزیستی به سالمندان ناتوان، فرستادن پرستار به صورت ماهیانه به منزل برخی بیماران توسط بهزیستی، پرداخت مبلغ ماهیانه به مراقب برخی افراد تحت پوشش بهزیستی، تعلق کمک‌هزینه از طرف بهزیستی به افراد تحت پوشش و... ارائه خدمات بازتوانی همچون کاردرمانی در منزل برای سالمندان کم توان از طریق مؤسساتی همچون مؤسسه شفا و بهزیستی.
		خدمات بازتوانی	رسیدگی نکردن در بیمارستان دولتی، حضور نداشتن بسیاری از پزشکان متخصص در بیمارستان دولتی، حمایت نکردن بیمارستان از بیماران خاص، پذیرش نکردن بیمار بدحال در بیمارستان‌های دولتی، راهنمایی نکردن مراقب و ...

پدیده اصلی

در پژوهش حاضر، پدیده اصلی احصاشده، «پول‌سالاری در نظام درمان/مراقبت» است. دوران سالمندی مشکلات و نیازهای خاص خود را دارد. یکی از مواردی که ارائه مراقبت به سالمندان را دچار چالش می‌کند، هزینه‌های مربوط به دارو، درمان، خرید تجهیزات و ... است که بار مالی زیادی را بر مراقبان خانوادگی و خانواده‌ها تحمیل می‌کند. از این رو، نقش پول در کیفیت درمان/مراقبت و آسایش روانی مراقبان خانوادگی و سالمند بسیار حائز اهمیت است. همه مراقبان خانوادگی اظهار داشتند وضعیت مالی و اقتصادی خوب، حق انتخاب بدون محدودیت را می‌دهد؛ یعنی انتخاب بهترین درمان، بیمارستان، پزشک، دارو، تجهیزات، آزمایشگاه، تغذیه و ... را برای شما فراهم می‌کند. نادر می‌گوید:

«توی این زمونه اگر پول داشته، باشی بیشتر مشکلات حل می‌شود. می‌تونن بری بیمارستان خصوصی و بیمار رو بستری کنی. بهترین پزشکان رو برای عمل انتخاب کنی. استرس هزینه‌های بیمارستان و آزمایشگاه و خرید داروهای خارجی و گرون‌قیمت رو نداری. اگر وسیله‌ای نیاز باشه، تهیه می‌کنی و توی خریدش وقفه نمیندازی. وقتی پول باشه، از همه لحاظ راحت‌تری و دغدغه‌ها کم‌تر میشه؛ حتی دیگه عذاب وجدان نمی‌گیری که ای کاش می‌تونستم فلان کاری برای پدرم بکنم. میگی من هرکاری از دستم بر اومد انجام دادم و از خودت رضایت داری».

محمود در این باره می‌گوید:

«وضعیت اقتصادی خوب خیلی می‌تونه کمک کنه؛ از انتخاب کردن دکتر تا انتخاب بیمارستان خصوصی بگیر تا خرید داروها، آزمایشگاه و ... از طرفی بیمار به‌جز خرج عمل و دارو و دکتر، رسیدگی می‌خواد. پرهیز غذایی داره، باید بتونی غذای خوب بهش بدی. تغذیه‌شون خیلی مهمه. الان هم که همه‌چی گرون شده، به نظر من وضعیت اقتصادی می‌تونه روی تمام انتخاب‌های شما اثرگذار باشه. همه‌چیز رو می‌تونه تحت‌الشعاع قرار بده».

شرایط علی

در پژوهش حاضر، شرایط علی شامل اقتصاد مراقبت و

مضیقه‌های مالی است. در بحث اقتصاد مراقبت، با توجه به اینکه بار بیماری در سالمندی بسیار چشم‌گیر است، به تبع آن هزینه‌های مربوط به مراقبت از سالمند نیز بسیار زیاد است. هزینه‌های بالای بیمارستانی، خرید تجهیزات پزشکی، بازتوانی سالمند دارای مشکلات حرکتی و گفتاری همچون کاردرمانی، گفتاردرمانی و فیزیوتراپی، خرید تجهیزات ورزشی، ویزیت، داروهای تقویتی، پرستاری، خوراک و پوشاک و همچنین هزینه‌های پیش‌بینی‌ناپذیر، فشار اقتصادی زیادی را بر سالمند و مراقبان خانوادگی تحمیل می‌کند. نسرین می‌گوید:

«... پدر شوهرم خودشون که حقوق ندارند. الان ۷ ماهه که براشون پوشک می‌خریم و هزینه‌ها بالاست. هزینه داروها بالاست. هزینه سوند داریم. هر بار می‌ریم دکتر، باید پول ویزیت بدیم و بدون پول همیشه رفت دکتر. هزینه‌های خوراک و پوشاک و ... هست».

شرط علی دیگر، مضیقه‌های مالی است. تعدادی از سالمندان تحت مراقبت، حقوق بازنشستگی دریافت می‌کردند که این حقوق در اختیار مراقب قرار می‌گرفت تا هزینه‌ها از این منبع پرداخت شود. با این حال، مراقبان خانوادگی اظهار داشتند که حقوق بازنشستگی کفاف خرج‌های مربوط به مراقبت از سالمند را نمی‌دهد و با مشکلات مالی دست و پنجه نرم می‌کنند. از این رو فرزندان با صرف پس‌انداز شخصی و یا همکاری جمعی در پرداخت هزینه‌ها، برای برطرف کردن مشکلات اقتصادی می‌کوشند. از سوی دیگر برخی از سالمندان هیچ‌گونه درآمدی ندارند و با فرزندان زندگی می‌کنند، فشار اقتصادی بر فرزندان تحمیل می‌شود. در این میان برخی از مراقبان خانوادگی اظهار داشتند که برای پوشش برخی از هزینه‌ها، مجبورند از آشنایان قرض بگیرند و در مواردی با اضافه‌کاری در محل کار خود، هزینه‌های مالی را جبران کنند. آرمان می‌گوید:

«به‌جز پس‌انداز خواهرم که خرج شد، من دوماه می‌رفتم اسنپ کار می‌کردم و کمی از خرج‌ها را متقبل شدم. درواقع برای من معلوم شد که یه بخشی از زمانم رو باید بذارم که پول در بیارم. ما یه چک داده بودیم برای

به طوری که شرایط سالمند به شکلی نیست که برای مدت‌زمان طولانی بر صندلی به انتظار بنشیند. از طرفی محیط برخی از مطب پزشکان، فاقد امکاناتی همچون آسانسور، صندلی کافی، تهویه مناسب، سرویس بهداشتی تمیز و داشتن راه مجزا برای ورود و ویلچر است. همچنین مراقبان خانوادگی از مسائل

مرتبط با آمبولانس شکایت داشتند. دنیا می‌گوید:

«پرستاران و کادر درمان خیلی بی‌حوصله هستند و بهتر است بگویم حوصله سر و کله زدن با مریض را ندارند. باید مرتب تذکر بدهی که پرستار بیاد و سرم را وصل کند یا شرایط را چک کند. پرستار مدام به مریض یا مراقب سرکوفت می‌زند. به طور کلی، برخی از پرستاران فقط کار را جهت رفع تکلیف انجام می‌دهند و می‌روند».

همچنین آرمان می‌گوید:

«آمبولانس گرفتیم که مادرم رو برسونیم بیمارستان، ولی آمبولانس مسیر رو گم کرد و با نیم‌ساعت تأخیر رسید و اون ساعات اولیه سخته که طلایی هست، اینکه میشه یه کارایی کرد که نجات بدن بیمار رو، ولی پزشک آمبولانس هیچ کاری انجام ندادن. دو ساعت هم طول کشید تا آمبولانس برسه به بیمارستان. رسیدیم بیمارستان، یه نفر نبود کمک کنه سر تخت رو بگیریم. رسیدگی‌ها به‌شدت افتضاح بود. ما خودمون لبه تخت رو گرفتیم و بردیم داخل. یک ساعتی سرگردون بودیم تا پرونده رو تکمیل کردیم و وایسادیم توی صف MRI، اصلاً نیاز بود یا نبود؟ بعد گفتن رزیدنت ساعت ۱۱ شب میاد. ما این‌قدر تلاش کردیم به‌موقع برسیم و مادرم رو نجات بدیم، ولی اصلاً دیدیم کاری نمی‌کنن. گفتن یه MRI بگیرید و دکتر هم میاد ویزیت می‌کنه و دارو میده».

استراتژی‌ها

در پژوهش حاضر، استراتژی‌ها شامل بالانس مالی و سطوح دسترسی درمانی است. مشارکت‌کنندگان تحقیق از استراتژی بالانس مالی، برای مدیریت هزینه‌های درمان استفاده می‌کنند. به گفته مراقبان خانوادگی، مدیریت هزینه‌ها به‌جهت مدیریت مشکلات اقتصادی و تورم موجود، ضروری است؛ از این رو برخی مراقبان خانوادگی برای مدیریت هزینه‌ها به‌جای

قسط بیمه تکمیلی و هیچ پولی نداشتیم. توی اون شرایط باید یه پولی در بیاری، یا با فروش کتابام و وسایلی که کارش ندارم، مثل گوشی اضافه یا لپ‌تاپ اضافه و یا قرض کنم تا چک رو پاس کنیم».

شرایط زمینه‌ای

در این پژوهش، شرایط زمینه‌ای شامل امنیت مالی است. در این رابطه می‌توان گفت که قدرت مالی خانوادگی و کفایت درآمدی سالمند، به نبود مشکلات مالی در مراقبت‌های درمانی منجر می‌شود و تناسب بین حقوق و خرج و مخارج مربوط به مراقبت از سالمند، برقرار است. از این رو توانایی مالی سالمند اجازه می‌دهد که درمان به‌طور مستمر و چکاب‌های دوره‌ای به‌موقع انجام شود، سالمند خود را باری اضافه بر دوش فرزندان نمی‌داند و حتی در مواردی، مبلغی را به‌عنوان قدردانی به فرزندان خود می‌پردازد. راضیه می‌گوید:

«مراقبت از مادرم برای من تبعات مالی نداشته، حتی مادرم به‌خاطر مراقبتی که از شون می‌کنم، گاهی بهم کمک مالی هم می‌کنن؛ چون مادرم، مادر شهید است، خودش حقوق دارد. از لحاظ مالی کاری به کسی ندارد، فقط مراقب می‌خواهد».

شرایط مداخله‌گر

در این تحقیق، نارسایی در نظام درمان، در زمره شرایط مداخله‌گر است. مراقبان خانوادگی از ناکارایی و رسیدگی نکردن برخی از کادر درمان در مدت‌زمان بستری شدن سالمند در بیمارستان، احساس نارضایتی داشتند. همچنین مراقبان خانوادگی در مواردی اظهار داشتند که آزمایش و حتی داروی غیرضروری برای سالمند، تجویز شده است. از سوی دیگر، مسئله نوبت گرفتن از پزشکان باتجربه، از چالش‌های همه مراقبان خانوادگی بود؛ به طوری که برای ویزیت باید از یک ماه قبل نوبت گرفته شود و ویزیت اورژانسی با پزشکان باتجربه، امکان‌پذیر نیست. همچنین مدت‌زمان انتظار سالمند در مطب پزشک، بیشتر از سه الی چهار ساعت به طول می‌انجامد،

با سختی‌های زیادی مواجه بودند. علاوه بر این، مراقبان خانوادگی اظهار می‌کنند که پوشش بیمه تکمیلی در مواردی که فرد به آزمایشگاه مراجعه می‌کند یا در بیمارستان بستری می‌شود، تا حدود زیادی هزینه‌های بیمارستان را پوشش می‌دهد. با این حال بیشتر مراقبان خانوادگی به نبود پوشش بیمه تکمیلی از دارو، به‌مخصوص داروی خارجی، ویزیت پزشکان و خرید تجهیزات اشاره داشتند.

مهری می‌گوید:

«داروها هم گرونه و خیلی از داروخانه‌ها ندارند و پیدا کردنش هم سخته. داروهای تقویتی هم باید بخورن. داروهای تقویتی زیر سیصد هزار تومن نیست. خیلی کم گیر میاد داروهایی که زیر سیصد هزار تومن باشه. گاهی وقتا این داروهای تقویتی رو نمی‌خریم و بهشون میوه میدیم».

همچنین هما می‌گوید:

«بله. ما از طریق شغل پسریم بیمه تکمیلی هستیم. اما اگر بیمه تکمیلی نداشتیم، باید ماشینمان را می‌فروختیم تا بتوانیم مخارج بیمارستان و هزینه‌های مربوط به عمل‌های همسر را پردازیم. ما بیشتر از صد میلیون تومان در این هفت ماه خرج کردیم و نصف این مبلغ را خودمون دادیم و نصف بقیه را بیمه تکمیلی پوشش داده است. هزینه‌های آزمایشگاه را هم بیمه تکمیلی تا حد زیادی پوشش می‌دهد. با این حال، بیمه تکمیلی ما ویزیت دکتر، دارو و خرید تجهیزات را پوشش نمی‌دهد».

پیامد

کیفیت دسترسی درمانی پیامد استخراج‌شده از این پژوهش است. برخی مراقبان خانوادگی اظهار می‌کنند به‌دلیل وجود مشکلات اقتصادی و نبود کفایت درآمدی، مجبور به چشم‌پوشی از برخی اقدامات درمانی برای سالمند خود می‌شوند. در این میان، به چشم‌پوشی از خرید داروهای تقویتی به‌دلیل هزینه‌های بالای آنها اشاره می‌شود. همچنین در سالمندانی که توانایی حرکت کردن ندارند، احتمال درگیری با زخم بستر است. خرید لوازم زخم بستر و پانسمان، هزینه زیادی را بر خانواده‌ها تحمیل می‌کند؛ از این رو برخی افراد

مراجعه به مطب پزشک مدنظر، کلینیکی را انتخاب می‌کنند که آن پزشک در آنجا حضور دارد تا این‌گونه ویزیت کمتری بپردازند. همچنین برخی از مراقبان خانوادگی اشاره کردند که با تشکیل پرونده در هلال احمر و با داشتن شرایط خاص، داروهای خود را با مبلغ کمتری دریافت می‌کنند. از طرفی استفاده از مراکزی که بیمه سالمند را پوشش می‌دهند، در مدیریت هزینه‌ها و کم کردن مخارج کمک‌کننده است. علاوه بر این، برخی مراقبان خانوادگی اشاره داشتند که بعضی از پزشکان قبل از عمل جراحی، از همراه بیمار درخواست مبلغ بیشتری را دارند که مبلغ درخواستی به‌صورت واریز به حساب، پول نقد، کارت هدیه و یا سکه است. این کار علاوه بر تحمیل بار مالی بیشتر به مراقبان خانوادگی و خانواده‌ها، بار منفی زیادی را برای مراقب و سالمند به‌همراه دارد. دانیال می‌گوید:

«اوایل دهه ۱۳۹۰ بود که دچار مشکل مالی شدیم،

ولی کم‌کم با مدیریت هزینه‌ها، وضعیت بهتر شد. منتها باید هزینه‌ها را مدیریت کرد و اگر مدیریت نشده، اقدام کنیم دچار مشکل میشیم، با این تورم‌هایی که داریم. مامان من خیلی دقیق مدیریت می‌کنن که دچار مشکل مالی نشیم».

همچنین دنیا می‌گوید:

«در بیمارستان خصوصی یزد که ما رفتیم، رسیدگی نسبتاً خوب بود، ولی دکتر قبل از عمل از ما به‌اصطلاح زیرمیزی گرفت. دکتری که توی این بیمارستان عمل می‌کند، علی‌رغم پرسنل خوب و بیمارستان خوب، برای اینکه پرسنل را از خود راضی نگه دارد، از بیمار کارت هدیه دریافت می‌کند تا بخشی را به پرسنل اتاق عمل بدهد و بقیه را خودش. همین‌طوری مشکلات اقتصادی زیاده، زیرمیزی مشکلات را بیشتر می‌کنه. مدام توی ذهنت داری جمع و تفریق می‌کنی که چند شد؟ چند خرج کردم؟ این هزینه‌های بالا خیلی آزاردهنده است».

استراتژی بعدی، سطوح دسترسی درمانی است.

موجود نبودن داروهای خارجی و حتی برخی داروهای ایرانی در داروخانه‌ها، هزینه بالای دارو و داروهای تقویتی و نبود پوشش بیمه تکمیلی از دارو، چالش بزرگی برای همه مراقبان خانوادگی بود. همه مراقبان خانوادگی برای دسترسی به دارو

می‌گوید:

«اگر به دکتر خوبی می‌شناسم که نوری کلینیک هست، چرا برم ویزیت مطب بدم؟ من به اندازه پولی که دارن خرج می‌کنم، یا داروهای ماهیانه‌شون رو میرم از بیمارستان تأمین اجتماعی می‌گیرم. اونجا پرونده تشکیل دادم و داروها رو می‌گیرم. اگر بخوام همش ببرمشون مطب، کل حقوقشون میره برای مطب و دارو. دیگه به خورد و خوراک و پوشاک و... نمی‌رسه».

بهنام می‌گوید:

«شما ممکنه به خاطر هزینه‌ها مجبور بشید بیمارستان دولتی بستری کنید، وضعیت اتاق‌ها خوب نیستند. رسیدگی خوب نیست، ولی وقتی در بیمارستان خصوصی بستری می‌کنید، خدماتی که دریافت می‌کنید بهتره، تجهیزاتی که استفاده میشه باکیفیت‌تره، پزشکی که عمل می‌کنه بهتره. در حالی که ممکنه اگر پزشک مهارت نداشته باشه، تبعات بیشتری برای شما بعد از عمل به همراه بیاره».

پدیده مرکزی «مراقبت در گرو پول»

مطالعه حاضر، با تمرکز بر پدیده مرکزی «مراقبت در گرو پول»، چگونگی تأثیرگذاری مسائل مالی را بر کیفیت مراقبت از سالمندان، به‌طور عمیق‌تری بررسی کرده است. این تأثیرگذاری، به‌وضوح در هشت مقوله اصلی، که در این مقاله بررسی شد، مشاهده‌شدنی است. مشکلات اقتصادی به‌عنوان شرایط علی، به‌طور مستقیم بر توانایی خانواده‌ها در تأمین هزینه‌های مراقبتی تأثیر می‌گذارد. این مضیقه‌های مالی، موانعی را بر سر راه دسترسی به خدمات درمانی با کیفیت ایجاد می‌کنند و به‌طور غیرمستقیم، بر کیفیت زندگی سالمندان تأثیر می‌گذارد. امنیت مالی به‌عنوان شرایط زمینه‌ای، نقش حیاتی در تعیین سطح دسترسی به مراقبت‌های درمانی دارد. خانواده‌هایی که امنیت مالی دارند، توانایی انتخاب گزینه‌های درمانی بهتر و پیگیری مداوم سلامت را دارند. پول‌سالاری در نظام درمان/مراقبت، پدیده اصلی و نشان‌دهنده تأثیر قدرت مالی بر تصمیم‌گیری‌های مربوط به مراقبت و درمان است. این

تنها به خرید یک پماد بسنده می‌کنند تا هزینه‌های کمتری را متقبل شوند. این در حالی است که بعد از چند ماه، مشکلات مربوط به زخم بستر سالمند بیشتر می‌شود و نیاز به عمل جراحی پیدا می‌کند و تبعات مالی بیشتری را برای مراقبان خانوادگی و خانواده‌ها به همراه می‌آورد. آرمان می‌گوید:

«شرایط اقتصادی خوب باعث میشه این جتتا درمانی که باید انجام بشه، واقعاً انجام بشه؛ یعنی نخوای بینشون انتخاب کنی، ما انتخاب کردیم. گفتاردرمانی رو گفتیم ما خودمون توی خونه باهاش تمرین می‌کنیم. فعلاً که می‌تونه با اشاره خواسته‌هاشو به ما بفهمونه که پرده رو بکش یا بهم آب بده و... ما می‌فهمیم، ولی کاردرمانی خیلی مهمه و باید بهتر بشه و بتونه راه بره که گذاشتیم توی اولویت».

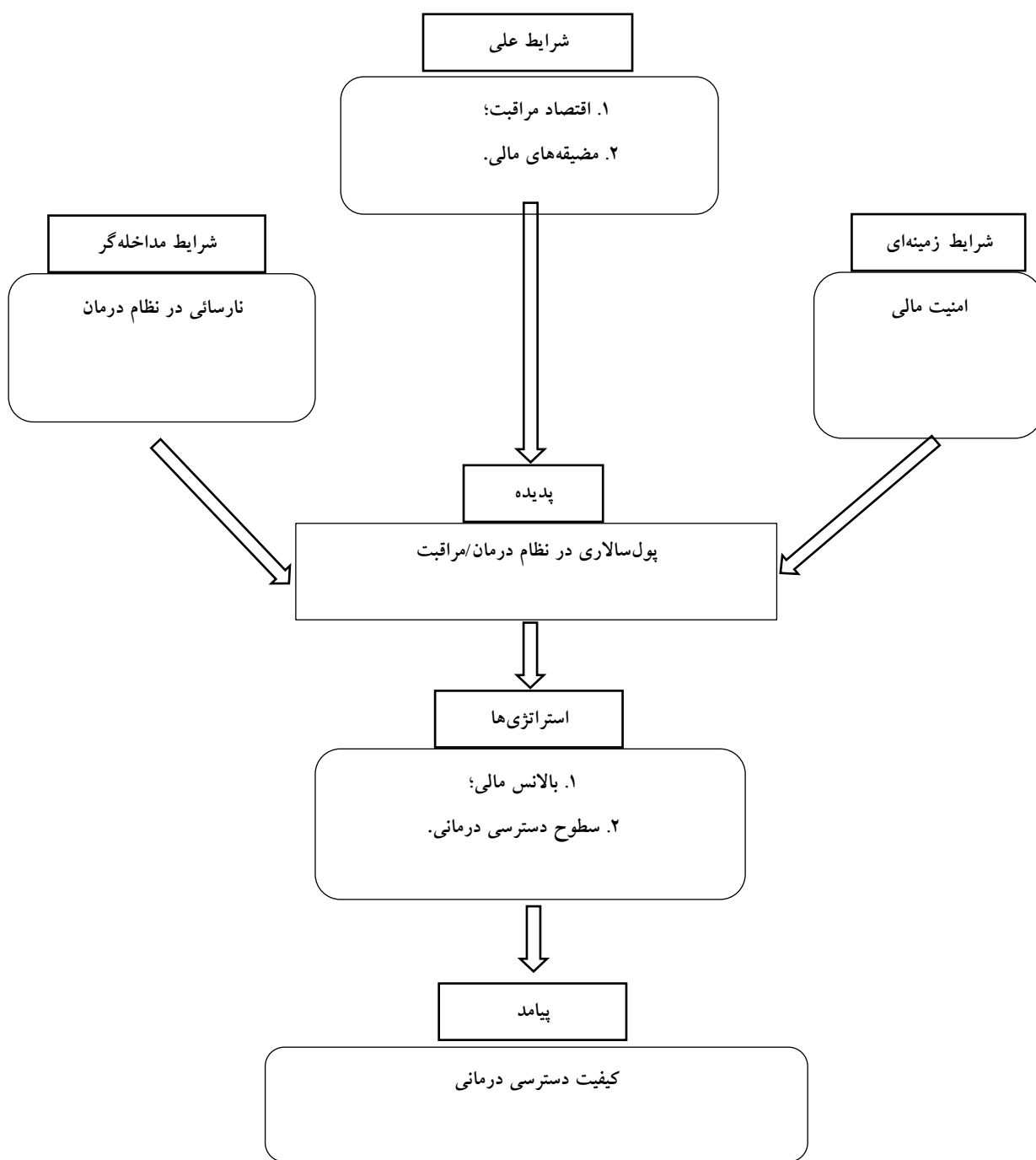
در این میان برخی از مراقبان خانوادگی به دلیل هزینه‌های سرسام‌آور ویزیت و دارو، از کلینیک‌ها و درمانگاه‌های عمومی استفاده می‌کنند. همچنین مؤسساتی همچون مؤسسه شفا در یزد، به سالمندان ناتوان دارای شرایط خاص، امکاناتی همچون ویزیت رایگان، پزشک و کاردرمانی در منزل را ارائه می‌دهد. از طرفی سالمندان دارای بیماری‌های خاص، از امکانات سازمان بهزیستی استفاده می‌کنند. هرچند این امکانات محدود و ناچیز است، اما با این حال برای مراقبان خانوادگی و خانواده‌ها، یک حمایت و دلگرمی محسوب می‌شود. همچنین در بیمارستان‌های دولتی، هزینه درمان بسیار کم‌تر است و افرادی که درآمد بالایی ندارند، به راحتی از خدمات آن استفاده می‌کنند. با این حال به گفته مراقبان خانوادگی، رسیدگی در این بیمارستان‌ها کم‌تر است. در مقابل هزینه درمان در بیمارستان خصوصی، نسبت به بیمارستان دولتی بسیار بیشتر است و بیمار باید هزینه هنگفتی را در قبال درمان بهتر خود بپردازد. در بیمارستان‌های خصوصی، سطح رسیدگی به واسطه کم بودن تعداد مراجعان، بسیار بیشتر و بهتر است. از سوی دیگر پزشکان و متخصصانی که در بیمارستان خصوصی مشغول به فعالیت‌اند، بسیار باتجربه‌تر و حاذق‌ترند. فرشته

اهمیت بیشتری در زمینه بهبود شرایط مراقبت از قشر آسیب‌پذیر سالمندان جامعه دارد.

مدل پارادایمی

مدل پارادایمی تحقیق، نشانگر جریان فرایندها و فعالیت‌هایی است که در بستر مطالعه اتفاق افتاده است. این مدل، شامل شرایط علی، شرایط زمینه‌ای، شرایط مداخله‌گر، استراتژی‌ها و پیامدهاست. پدیده اصلی در میانه مدل قرار گرفته است که فعالیت‌ها حول آن شکل می‌گیرد. جریان فرایندها و فعالیت‌هایی که در این پژوهش اتفاق افتاده است، نشان می‌دهد پدیده اصلی در پژوهش حاضر، «پول‌سالاری در نظام درمان/مراقبت» بوده است؛ یعنی مشارکت‌کنندگان با توجه به شرایط علی، زمینه‌ای و مداخله‌گر، ملاک اساسی مراقبت از سالمند را وضعیت اقتصادی مطلوب می‌دانند؛ در نتیجه در مواجهه با این پدیده، استراتژی‌ها و واکنش‌هایی نیز طراحی می‌کنند. در ادامه، مدل پارادایمی را بررسی می‌کنیم.

پدیده، تفاوت‌های عمده‌ای را بین خانواده‌هایی ایجاد می‌کند که به خدمات خصوصی و خدمات دولتی محدودی دسترسی دارند. نارسایی‌های موجود در نظام درمان به‌عنوان شرایط مداخله‌گر، چالش‌هایی را برای خانواده‌ها در فرآیند مراقبت از سالمندان ایجاد می‌کند. این نارسایی‌ها، موجب تأخیر در درمان و افزایش هزینه‌های بلندمدت می‌شوند. استراتژی‌های بالانس مالی و سطوح دسترسی درمانی، که راهکارهایی برای مدیریت هزینه‌های مراقبتی‌اند، نشان‌دهنده تلاش خانواده‌ها برای حفظ تعادل مالی در برابر هزینه‌های درمانی‌اند. این استراتژی‌ها به‌طور مستقیم بر سطوح دسترسی درمانی تأثیر می‌گذارند. کیفیت دسترسی درمانی، پیامد این مطالعه، نشان‌دهنده تأثیر مستقیم امنیت مالی بر سطح و کیفیت خدمات درمانی است. این کیفیت، به‌طور مستقیم بر سلامت و رفاه سالمندان تأثیر می‌گذارد. در نهایت این مطالعه بر اهمیت توجه به مسائل مالی سالمندان و خانواده‌های آنها تأکید دارد. این موضوع، به‌ویژه در فرهنگ ایرانی که ارزش‌های خانوادگی و مراقبت‌های سنتی در آن جایگاه ویژه‌ای دارند،



شکل ۱- مدل پارادایمی پژوهش

Fig 1- Paradigmatic model of research

بحث و نتیجه

جمعیت سالمندان رو به افزایش است و رسیدگی به نیازهای مراقبتی آنها در سال‌های پیش‌رو، از مهم‌ترین مسائل حوزه سالمندی خواهد بود. از این رو در این پژوهش با استفاده از

رویکرد کیفی و روش نظریه زمینه‌ای، مصاحبه‌های عمیقی با مراقبان خانوادگی سالمندان نیازمند به مراقبت در شهر یزد انجام گرفت، سپس داده‌ها در قالب کدگذاری باز، به مقولات فرعی و اصلی تبدیل شدند. در ادامه با کدگذاری محوری،

مقولات مستخرج در قالب مدل پارادایمی ارائه شدند. در نهایت با استفاده از کدگذاری گزینشی، یافته‌های اصلی پژوهش در قالب یک نظریه داده‌بنیاد، در شکلی جامع و انتزاعی در دیاگرام شکل ۲ ارائه شد.

در دیاگرام شکل ۲، بستر پول‌سالار نظام درمان/مراقبت به تصویر کشیده شده است. مراقبان خانوادگی و خانواده‌ها ممکن است با پایدار مالی و یا ناپایداری مالی وارد این بستر شوند. گروهی به لحاظ اقتصادی از امنیت مالی برخوردارند و گروه دیگر، چالش‌ها و مشکلات اقتصادی دارند. در این میان، گروهی که پایداری مالی ندارد، بیشتر به فکر مدیریت مالی مراقبت‌اند. بر همین اساس، مراقبان خانوادگی و خانواده‌ها در فرایند درمان سالمند، به سراغ درمانگاه‌ها و کلینیک‌های رایگان و بیمارستان‌های عمومی می‌روند؛ بنابراین رضایت کافی از پروسه درمان ندارند، در بسیاری از مواقع درمان را به زمان دیگری موکول و به این‌گونه، از اقدامات درمانی چشم‌پوشی می‌کنند که به تعویق در درمان منجر می‌شود. به‌ناچار تعویق در درمان، مجدداً باعث ناپایداری مالی خواهد شد؛ زیرا زمان طلایی درمان سالمند از دست می‌رود و عواقب بیشتری را به دنبال دارد. از سوی دیگر گروهی که از پایداری مالی برخوردارند، در راستای مدیریت مالی مراقبت، به سراغ بیمارستان‌های خصوصی می‌روند و با تشخیص دقیق، درمان مناسب انجام می‌گیرد. همچنین فرایند درمان به‌طور مستمر برای فرد سالمند ادامه می‌یابد. به این سبب درمان مستمر، خود باعث می‌شود تا پایداری مالی حفظ شود.

جمعیت سالمندان در ایران رو به افزایش است. از این رو توجه به نیازهای سالمندان، به‌ویژه مسائل و مشکلات اقتصادی آنها، اهمیت ویژه‌ای دارد. کیفیت زندگی و وضعیت سلامتی سالمندان تا حد زیادی، در گرو امنیت مالی است. همچنین این قشر آسیب‌پذیر جامعه براساس اصول انسانی و قانونی، به مراقبت از سوی خانواده‌ها، جامعه و دولت نیاز دارند. بدون شک در خانواده به دلیل روابط عاطفی حاکم بین اعضای خانواده، مراقبت، به‌مراتب بهتر از مراقبت حرفه‌ای

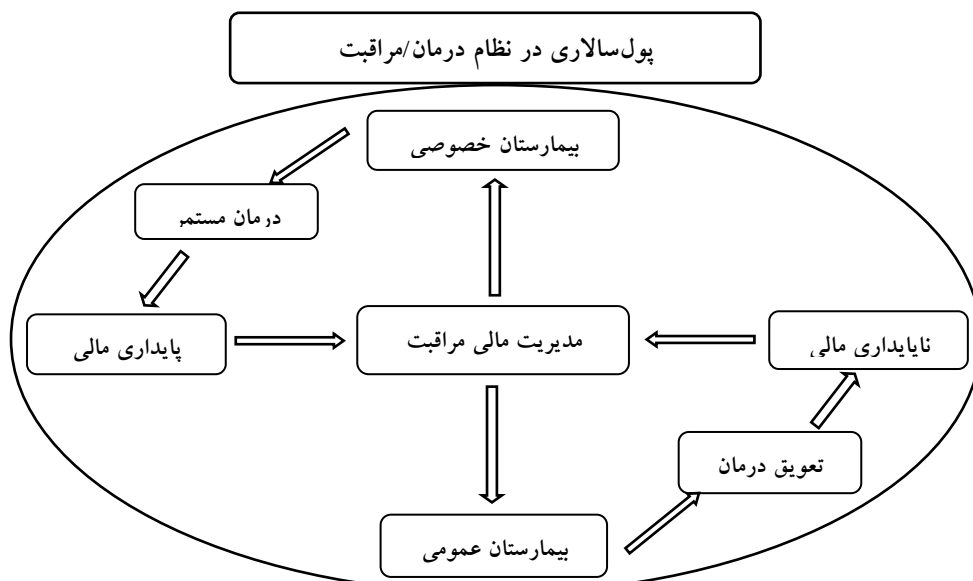
اجرا می‌شود. امروزه در سراسر جهان، این موضوع کاملاً آشکار است که مراقبت از سالمندان مبتلا به اختلالات مزمن و طولانی‌مدت، بدون مراقبت خانواده‌ها امری محال و غیرممکن است. بنابراین حمایت‌های رسمی و غیررسمی مکمل یکدیگر خواهند بود و برقراری تعادل بین آنها امری ضروری است. در این میان برخورداری مالی، گره از مشکلات بسیاری باز می‌کند. بالا بودن هزینه‌های بیمارستانی، درمان و دارو، تجهیزات پزشکی، ویزیت و... مراقبان خانوادگی و خانواده‌ها را با مشکلات عدیده‌ای روبه‌رو می‌کند. همچنین بسیاری از سالمندان به دلیل مشکلات حرکتی و گفتاری، به انجام کاردرمانی، گفتاردرمانی و فیزیوتراپی به‌صورت مستمر جهت بازتوانی نیاز دارند که مشمول بیمه‌های درمانی و بیمه تکمیلی نمی‌شود و بار مالی سنگینی بر دوش خانواده‌ها می‌گذارد. علاوه بر این هزینه‌های مربوط به تدارک وعده‌های غذایی مغذی و پرخاشیت برای سالمند و تهیه داروهای تقویتی و خرید مایحتاج زندگی بدون داشتن امنیت اقتصادی، امکان‌پذیر نیست. به این سبب، در بسیاری از موارد خانواده‌ها به خدمات اجتماعی و بهداشتی عمومی بسنده و یا از اقدامات درمانی چشم‌پوشی می‌کنند. بر همین اساس، نقش پول در زندگی، کیفیت درمان و مراقبت و آسایش روانی مراقبان خانوادگی و خانواده‌ها مشهود است. بنابراین نیاز است به مسائل مالی سالمندان و خانواده‌های آنها به‌طور ویژه‌ای توجه شود. همان‌گونه که پژوهش حاضر نشان داد، مسائل مالی و اقتصادی در کیفیت مراقبت از سالمندان نقش بااهمیتی دارند؛ به‌طوری‌که خانواده‌هایی که از ثبات مالی برخوردارند، به خدمات درمانی باکیفیت‌تر و مراکز درمانی خصوصی دسترسی دارند که این امر به بهبود فرآیند درمان و پیگیری مداوم سلامت کمک می‌کند. در مقابل، خانواده‌هایی که با مشکلات مالی روبه‌رو هستند، بیشتر به خدمات دولتی یا رایگان متوسل می‌شوند که ممکن است کیفیت کمتری داشته باشند و به تأخیر در درمان، منجر شوند. این تفاوت‌ها در دسترسی به خدمات، تأثیر مستقیمی بر سلامتی سالمندان و همچنین بر

یافته‌های بابایی (۱۳۸۶) همخوانی دارد و نیاز سالمندان بیمار به کمک‌ها و حمایت‌های اعضای خانواده در انجام فعالیت‌های روزانه را نشان داد. این یافته مؤید آن است که نقش انکارنشدنی خانواده و مراقبت‌های سنتی در کنار ارائه مراقبت‌های حرفه‌ای که از سوی مراکز رسمی ارائه می‌شود، باید در سیاست‌گذاری‌ها و برای مواجهه با پدیده سالمندی به آن توجه کرد. مطالعات انجام‌شده در مناطق دیگر جهان نیز، اهمیت حمایتگری خانواده و مراقبت‌های سنتی غیررسمی را در حفظ و ارتقای سلامت سالمندان، در کشورهایی مانند نیجریه (Okumagba, 2011) و تایوان (Chao & Roth, 2000) نشان داد. مطالعه حاضر بر اهمیت یافتن نقطه تعادل برای دستیابی یا حفظ تعادل بین مراقبت از سالمند و زندگی خانوادگی برای مراقبان تأکید دارد. نتایج شیو و همکاران (1998) نیز نشان داد مراقبانی که در یافتن نقطه تعادل بهتر عمل کردند، مراقبت با کیفیت بهتری را به سالمندان ارائه کردند.

در مجموع مطالعه حاضر و مطالعات پیشین به‌طور مشترک، بر اهمیت حمایت مالی و اجتماعی، نقش خانواده و چالش‌های مراقبتی تأکید دارند. این یافته‌ها به توسعه سیاست‌های حمایتی مالی و اجتماعی کمک می‌کنند که به سهم خود به بهبود کیفیت زندگی سالمندان و کاهش فشار مراقبتی بر مراقبان خانوادگی منجر می‌شود. به نظر می‌رسد که پژوهش در حوزه موضوعی مراقبت‌های اجتماعی و ابعاد پیچیده و چندوجهی آن، به‌ویژه در فرهنگ ایرانی، نیازمند انجام تحقیقات اجتماعی بیشتری است. به‌طور مشخص، نیاز به انجام پژوهش‌های علوم اجتماعی بیشتر در این زمینه، همچنان در ایران مشهود است. امید است که یافته‌های محدود مطالعات مقدماتی که در این حوزه انجام شده است، در پژوهش‌های اجتماعی آینده، پیگیری و کاویده شود و نتایج آنها به تدوین سیاست‌های مراقبتی و برنامه‌ریزی‌های آتی برای تعداد رو به افزایش جمعیت سالمندان کمک کند.

روحیه و آرامش مراقبان خانوادگی دارد. بنابراین توجه سیاستی به حمایت‌های مالی و اقتصادی برای خانواده‌ها از طریق گسترش پوشش‌های بیمه‌ای مورد نیاز سالمندان و یا مکانیزم‌های دیگر، به بهبود کیفیت مراقبت‌ها و کاهش فشارهای روحی و مالی وارد بر مراقبان، کمک شایانی می‌کند. تحلیل‌های مطالعه حاضر بر نقش خانواده‌ها، جامعه و دولت در مراقبت از سالمندان تأکید دارد، ولی اهمیت مناسبات بین نسلی خانواده و تأمین مراقبت در خانواده را به دلیل وجود روابط عاطفی، برجسته می‌داند. این تفسیر از نظریه «مراقبت سازگار با فرهنگ» (Leininger, 1996)، که توجه آن بر ادغام دو الگوی مراقبت غیررسمی سنتی در خانواده با مراقبت‌های حرفه‌ای است، پشتیبانی می‌کند. نظریه مذکور تأکید دارد که لازم است مراقبت‌های جسمی در کنار مراقبت‌های روحی و معنوی سالمندان و با در نظر گرفتن باورها و رفتارهای متنوع فرهنگی‌شان، تأمین شود. پژوهش حاضر، همچنین با یافته‌های محمدیان و همکاران (۱۴۰۲) همسو است که نیاز به حمایت عملی و مالی را برای مراقبان خانوادگی مطرح کرده‌اند. یافته‌های ما، بار مالی سنگین ناشی از هزینه‌های درمانی و مراقبتی را نشان داد که بر دوش خانواده‌ها و مراقبان قرار دارد و با یافته‌های مطالعه باستانی و نظری (۱۳۹۹) همخوانی دارد که به چالش‌های مراقبتی زنان اشاره کرده‌اند. علاوه بر این، نتایج مطالعه حاضر بر تجربیات متفاوت مراقبان تأکید دارد که با یافته‌های فرهادی و همکاران (۱۳۹۵) هم‌راستا است که نشان دادند مراقبان تحت تأثیر عوامل مختلف فردی، اجتماعی و فرهنگی، درک متفاوتی از پدیده مراقبت دارند. همان‌گونه که یافته‌های محمدی و همکاران (۱۳۸۶) بر اهمیت تقویت عوامل تسهیلگر تأکید دارند، نتایج این تحقیق نیز به عوامل تسهیلگر و بازدارنده در ارائه مراقبت توسط زنان مراقب اشاره کرد.

وابستگی سالمندان به خانواده، برای انجام فعالیت‌های روزانه که در یافته‌های میدانی این پژوهش منعکس شد، با



شکل ۲- دیاگرام نظریه تجربی پژوهش

Fig 2- Empirical theory of research

تقدیر و تشکر

این مقاله، برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته جمعیت‌شناسی در دانشگاه یزد است. به این وسیله از نظرات اصلاحی و مشورتی داوران رساله در مراحل مختلف پیشرفت پژوهش و همچنین از همکاری تمامی مشارکت‌کنندگان در تحقیق سپاسگزاری می‌شود. مطالعه حاضر در چارچوب مصوبه کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه یزد (مورخ ۱۴۰۲/۰۴/۲۴) انجام شد و دارای کد اخلاق IR.YAZD.REC.1402.046 است.

منابع فارسی

احمدی، ع.ی.؛ ضرغامی، م.ا.؛ خسروی، ر. و آل رسول دهکردی، ش. (۱۴۰۰). بررسی نگرش زنان نسبت به مراقبت از سالمندان: مطالعه بین نسلی زنان شهر شیراز. *پژوهش‌نامه مَدَدکاری اجتماعی*، ۱(۲۹)، ۱-۳۲. <https://doi.org/10.22054/rjsw.2021.44535.326>

اشتراوس، ا. و کورین، ج. (۱۳۹۱). مبانی پژوهش کیفی، فنون و مراحل تولید نظریه زمینه‌ای (ترجمه ابراهیم افشار)، تهران: نشر نی.

امامی، ع.؛ عسکری ندوشن، ع.؛ ترکاشوند مرادآبادی، م. و ترابی، ف. (۱۴۰۰). تأخیر ازدواج در ایران: تحلیل تفاوت‌های شهرستانی در الگوهای مجرد مردان و زنان ایرانی. *مطالعات جمعیتی*، ۱۷(۱)، ۳۵-۶۵. <https://doi.org/10.22034/jips.2022.324174.1149>

بابایی، م. (۱۳۸۶). مشکلات اجتماعی خانواده‌های مراقبت‌کننده از سالمند ناتوان در شهر کرج. *سالمند: سالمندی ایرانی*، ۲(۱)، ۱۷۷-۱۸۱. <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-10-fa.html>

باستانی، ف. و نظری، ن. (۱۳۹۹). کیفیت زندگی مرتبط با مراقبت در زنان مراقبت‌کننده از سالمندان مبتلا به شکستگی لگن. *نشریه پژوهش پرستاری ایران*، ۱۵(۳)، ۲۲-۳۶. <http://ijnr.ir/article-1-2356-fa.html>

بهادر، ف.؛ محفوظ‌پور، س.؛ مسعودی اصل، ا. و وحدت، ش. (۱۴۰۰). مرور نظام‌مند بر مدیریت مراقبت‌های پیشگیرانه سلامت سالمندان در جهان سالمند. *سالمندی ایران*، ۱۶(۴)، ۵۹۲-۶۰۷. <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-2218-fa.html>

پروایی، ش. (۱۳۹۹). سیاست‌گذاری اجتماعی سالمندی؛ مرور سیاست‌های مراقبت از سالمندان در کشورهای توسعه‌یافته.

تأمین اجتماعی، ۱۶(۴)، ۱۱۳-۱۴۴.

<https://doi.org/10.22034/qjo.2021.141870>

رازقی نصرآباد، ح. و رشیدی، ف. (۱۴۰۲). سلامت جسمی و روانی سالمندان در بستر گذار ساختار سنی جمعیت: مطالعه‌ای در شهرستان خرم‌آباد. *تداوم و تغییر اجتماعی*، ۲(۱)، ۶۷-۴۵.

<https://doi.org/10.22034/jssc.2023.19135.1046>

رضایی قهرودی، ز. (۱۳۹۸). بررسی الگوی گذران وقت والدین ایرانی. *بررسی آمار رسمی ایران*، ۲۸(۲)، ۱۲۷-۱۴۶.

<http://ijoss.srtc.ac.ir/article-1-239-fa.html>

زنجری، ن.؛ صادقی، ر. و دلبری، ا. (۱۳۹۸). تحلیل تفاوت‌های جنسیتی در الگوهای گذران وقت سالمندان ایرانی. *سالمند: مجله سالمندی ایران*، ۱۳(۵)، ۶۰۳-۵۸۸.

<http://dx.doi.org/10.32598/SIJA.13.Special-Issue.588>

زنده‌طلب، ح.ر. و نکئی، ز. و معاریان، ر. (۱۳۹۹). ارتقای کیفیت برنامه ادغام‌یافته سالمندی در یک مرکز جامع خدمات سلامت. *سالمند: مجله سالمندی ایران*، ۱۵(۴)، ۴۳۹-۴۲۸.

<https://doi.org/10.32598/sija.15.4.2881.1>

سجودی، ع.؛ نیازی، م. و فرهادیان، ع. (۱۴۰۱). طراحی الگوی مؤلفه‌های کیفیت زندگی سالمندان در پرتو تغییرات اجتماعی در ایران. *تداوم و تغییر اجتماعی*، ۱(۱)، ۲۰۰-۱۸۵.

<https://doi.org/10.22034/jssc.2022.2698>

سرایبی، ح. (۱۳۸۲). روش‌های مقدماتی تحلیل توزیع و ترکیب سنی جمعیت: با تأکید بر ترکیب سنی جمعیت، تهران: انتشارات دانشگاه علامه طباطبایی.

سلطانی گرده‌رامری، ز. (۱۴۰۲). درک و تفسیر سالمندان از زندگی عزتمندانه: یک مطالعه موردی در شهر شاهدیه یزد، [پایان‌نامه کارشناسی ارشد جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه یزد].

شتی، م.؛ محمدی بابان آباد، ا.؛ ذکایی، م.؛ محمدی بلبان آباد، س.؛ قادری، ا.؛ مرادی، ق.؛ صفری، ح.؛ فدای وطن، ر.؛ رحیمی، م.؛ گوهری‌نژاد، س. و پیروزی، ب. (۱۴۰۲). چالش‌های نظام مراقبت از سالمندان در ایران: یک مطالعه کیفی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*، ۲۸(۳)،

۱۰۱-۱۱۴.

صباغچی، م.؛ عسکری ندوشن، ع. و ترابی، ف. (۱۳۹۶). عوامل تعیین‌کننده نگرش به ازدواج و تشکیل خانواده در شهر یزد. *مطالعات جمعیتی*، ۳(۱)، ۱۶۲-۱۳۱.

https://jips.nipr.ac.ir/article_89816.html

صفدری، ر.؛ صادقی، ف. و محمدی آ.م. (۱۳۹۵). برنامه خدمات و مراقبت‌های سالمندی در ایران با نگاهی به عملکرد سازمان‌های متولی. *پی‌اورد سلامت*، ۱۰(۲)، ۱۵۵-۱۶۶.

<http://payavard.tums.ac.ir/article-1-6046-fa.html>

طاهرخانی، م.؛ محمدی، ف.؛ رشوند، ف. و مطلبی، س.آ. (۱۴۰۰). پیش‌بینی‌کننده‌های فشار مراقبتی در مراقبین سالمندان تحت درمان با دیالیز. *سالمند: مجله سالمندی ایران*، ۱۶(۴)، ۴۸۲-۴۹۷.

<http://dx.doi.org/10.32598/sija.2021.2778.4>

عسکری ندوشن، ع.؛ روحانی، ع. و عابدی دیزناب، م. (۱۳۹۸). مسئله‌مندی زمان در دوران بازنشستگی: کاوشی کیفی از مسئله فراغت در میان مردان بازنشسته شهر تبریز.

نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران، ۱۳(۲۶)، ۱۵۳-۱۱۹.

http://www.jpaiassoc.ir/article_37997.html

عسکری ندوشن، ع.؛ روحانی، ع. و عابدی دیزناب، م. (۱۴۰۰). تحلیل داده‌بنیاد از احساس تنهایی و چالش‌های مدیریت عواطف در بین بازنشستگان. *بررسی مسائل اجتماعی ایران*، ۱۲(۲)، ۱۷۱-۲۰۰.

<https://doi.org/10.22059/ijsp.2022.87909>

عسکری ندوشن، ع.؛ عباسی شوازی، م.ج. و پیری محمدی، م. (۱۳۹۵). سن ایده‌آل ازدواج و عوامل تعیین‌کننده آن در شهر یزد. *مطالعات راهبردی زنان*، ۱۹(۷۳)، ۶۳-۳۵.

<http://doi.org/10.22095/jwss.2016.44383>

فرهادی، ا.؛ فروغان، م.؛ محمدی، ف.؛ رسولی، م.؛ صادق مقدم، ل.؛ نظری، ش. و صادقی، ن. (۱۳۹۵). مفهوم ارزیابی مراقبت در مراقبان خانوادگی سالمندان. *سالمند: مجله سالمندی ایران*، ۱۱(۱)، ۱۹-۸.

doi.org/10.21859/sija-110108

قانع مخلصونی، ز.؛ رازقی نصرآباد، ح.؛ عسکری ندوشن، ع.،

کل کشور به تفکیک نقاط شهری و روستایی، تهران: مرکز آمار ایران، دسترسی آنلاین در ۰۷ فروردین ۱۴۰۳ از: <https://www.amar.org.ir/Portals/0/PropertyAgent/461/Files/2874/1701z110511395.xls>

مرکز آمار ایران. (۱۴۰۰الف). پیش‌بینی جمعیت به تفکیک استان، مناطق شهری و روستایی و بر حسب جنس از سال ۱۳۹۶ تا ۱۴۱۵. تهران: مرکز آمار ایران، دسترسی آنلاین در ۲۵ خردادماه ۱۴۰۳ از: <https://amar.org.ir/statistical-information/statid/28511>

مرکز آمار ایران. (۱۴۰۰ب). پیش‌بینی جمعیت و متوسط رشد سالانه کل کشور در دوره‌های پنج ساله از سال ۱۳۹۶ تا ۱۴۳۰ با شش سناریو فروض باروری، تهران: مرکز آمار ایران، دسترسی آنلاین در ۲۵ خردادماه ۱۴۰۳ از: <https://amar.org.ir/statistical-information/statid/28512>

هزارجریبی، ج؛ عالمی نیسی، م؛ تاج مزینانی، ع.ا. و فعلی، ج. (۱۳۹۷). رویکردهای تلفیقی حمایت خانواده تهرانی از سالمندان در افق ۱۴۳۰. پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، ۱۷(۱)، ۱۱۱-۱۵۰. <https://doi.org/10.22054/rjsw.2018.11866>

هلاکو، س؛ ثناگو، ا؛ کلانتری، س. و جویباری، ل. (۱۳۹۹). کاربرد تئوری مراقبت انسانی واتسون بر اضطراب و ناامیدی نوجوان دچار ترومای شکستگی و سوختگی دست: یک گزارش آموزشی. آموزش و اخلاق در پرستاری ۹(۳-۴) ۱۷-۲۵. <https://doi.org/10.52547/ethicnurs.9.3.4.17>

References

Ahmadi, A., Zarghami, M., Khusravi, R., & AleRasoul-Dehkordi, Sh. (2021). Attitude towards taking care of the elderlies: Intergenerational study of women in Shiraz. *Journal of Social Work Research*, 8(29), 1-32. [In Persian] <https://doi.org/10.22054/rjsw.2021.44535.326>

Amini, R., Chee, K. H., Sen, K., & Ingman, S. R. (2021). Elder care in Iran: A case with a unique demographic profile. *Journal of Aging & Social Policy*, 33(6), 611-625. <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1722896>

Askari-Nodoushan, A., Ruhani, A., & Abedi-Diznab, M. (2019). The problematic of time during retirement: Qualitative study of free time problem among retired men in Tabriz City, Iran. *Journal of Population Association of Iran*, 13(26), 119-153. [In

و کلاته‌ساداتی، ا. (۱۴۰۰). مادران جایگزین، انگیزه‌های تصمیم‌گیری و احساس تعهد: یک نظریه زمینه‌ای. نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران، ۱۶(۳۱)، ۹۷-۱۳۱. <https://dx.doi.org/10.22034/jpai.2022.547593.1217>

کرسول، ج. (۱۳۹۱). طرح پژوهش: رویکردهای کمی، کیفی و شیوه ترکیبی (ترجمه علی صالحی و حسن دانایی‌فرد)، تهران: مؤسسه کتاب مهربان نشر.

کوششی، م. (۱۳۸۹). رفتارهای جمعیتی و الگوهای حمایت اجتماعی سالمندان شهر تهران. نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران، ۴(۸)، ۱۴۹-۱۷۲.

کوششی، م؛ سعیدی، ع.ا. و پروایی هره‌دشت، ش. (۱۳۹۲). تأثیر حمایت‌های اجتماعی غیررسمی بر کیفیت زندگی سالمندان بازنشسته به مثابه یک مسئله اجتماعی: مطالعه صندوق تأمین اجتماعی و صندوق صنعت نفت. بررسی مسائل اجتماعی ایران، ۴(۱)، ۱۳۰-۱۰۹. <https://doi.org/10.22059/ijsp.2013.50661>

محمدی، ف؛ دباغی، ف. و یادآورنیکروش، م. (۱۳۸۶). عوامل تسهیل‌گر و بازدارنده مراقبت خانوادگی از سالمندان آسیب‌پذیر در منزل: تجربه زنان مراقب. سالمند: مجله سالمندی ایران ۲(۶)، ۴۴۵-۴۵۳

محمدیان، ب؛ محمدی شاه‌بلاغی، ف؛ حسینی، م.ع؛ ارسلانی، ن؛ فلاحی خشک‌ناب، م. و پیرجانی، پ. (۱۴۰۲). نیازهای حمایتی مراقبان خانوادگی سالمندان مبتلا به سرطان: یک مطالعه کیفی. سالمند: مجله سالمندی ایران، در دست چاپ. <https://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-2611-fa.html>

مدیری، ف. و کوششی، م.. (۱۴۰۰). بررسی حمایت والدین از فرزندان بزرگسال و عوامل اثرگذار بر آن در شهر تهران. جامعه‌شناسی ایران، ۲۲(۲)، ۷۷-۱۰۳. http://www.jsi-isa.ir/article_249110.html

مرکز آمار ایران (۱۳۹۵). نتایج کلی سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۱۳۹۵، تهران: مرکز آمار ایران. در دسترس: <https://amar.org.ir>

مرکز آمار ایران (۱۳۹۷). شاخص میزان سالخوردگی جمعیت

- Emami, A., Askari-Nodoushan, A., Torkashvand Moradabadi, M., & Torabi, F. (2022). Marriage postponement in Iran: District-level analysis of youth singlehood patterns. *Iranian Population Studies*, 7(1), 35-65. [In Persian].
<https://doi.org/10.22034/jips.2022.324174.1149>
- Fang, E. F., Xie, C., Schenkel, J. A., Wu, C., Long, Q., Cui, H., Aman, Y., Frank, J., Liao, J., Zou, H., Wang, N. Y., Wu, J., Liu, X., Li, T., Fang, Y., Niu, Z., Yang, G., Hong, J., Wang, Q., & Woo, J. (2020). A research agenda for ageing in China in the 21st century (2nd edition): Focusing on basic and translational research, long-term care, policy and social networks. *Ageing Research Reviews*, 64(101174), 101174.
<https://doi.org/10.1016/j.arr.2020.101174>
- Farhadi, A., Foroughan, M., Mohammadi, F., Rassouli, M., Sadegh Moghadam, L., Nazari, S., & Sadeghi, N. (2016). Caregiving appraisal in family caregivers of older adults. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 11 (1) :8-19 [In Persian].
<http://dx.doi.org/10.21859/sija-110108>
- Ghane-Mokhalesouni, Z., Razeghi-Nasrabad, H. B., Askari-Nodoushan, A., & Kalate Sadati, A. (2021). Surrogate mothers, decision motivations and sense of commitment: A grounded theory. *Journal of Population Association of Iran*, 16(31), 97-131. [In Persian].
<https://dx.doi.org/10.22034/jpai.2022.547593.1217>
- Ghasemyani, S., Jafari, M., Ahmadi Teymurlouy, A., & Fadayeveatan, R. (2021). Components of elderly long-term care system in Iran and selected countries: A comparative study. *Health Scope*, 10(3).
<https://doi.org/10.5812/jhealthscope.109140>
- Given, C. W., Given, B. A., Stommel, M., & Azzouz, F. (1999). The impact of new demands for assistance on caregiver depression: tests using an inception cohort. *The Gerontologist*, 39(1), 76-85.
<https://doi.org/10.1093/geront/39.1.76>
- Goharinezhad, S., Maleki, M., Baradaran, H. R., & Ravaghi, H. (2016). A qualitative study of the current situation of elderly care in Iran: What can we do for the future? *Global Health Action*, 9(1), 32156.
<https://doi.org/10.3402/gha.v9.32156>
- Halakou, S., Sanagoo, A., Kalantari, S., & Jouybari, L. (2020). Application of watson human care theory on anxiety and frustration of an adolescent with trauma and burn injury: An educational report. *Education and Ethics in Nursing*, 9(3-4), 17-25. [In Persian].
- Hezajaribi, J., Alamineshi, M., Tajmazenani, A., & Feli, J. (2018). Investigating integrated approaches to elderly support for tehrani family in the horizon of 2050. *Journal of Social Work Research*, 5(17), 111-150. <https://doi.org/10.22054/rjsw.2018.11866>
- [In Persian].
<https://dori.net/dor/20.1001.1.1735000.1397.13.26.5.7>
- Askari-Nodoushan, A., Ruhani, A., & Abedi-Diznab, M. (2021). Loneliness feelings in social relationships and challenges of emotional management during retirement. *Iranian Journal of Social Problems*, 12(2), 171-200. [In Persian].
<https://doi.org/10.22059/ijsp.2022.87909>
- Askari-Nodoushan, A., Abbasi-Shavazi, M. J., & PiriMohammadi, M. (2016). Ideal age at marriage and its correlates in Yazd City. *Women's Strategic Studies*, 19(73), 35-63. [In Persian].
<http://doi.org/10.22095/jwss.2016.44383>
- Babaei, M. (2007). Social problems of families caring for a frail elderly referrals to public hospitals clinics in Karaj City. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 2(1), 177-181. [In Persian]
<http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-10-en.html>
- Bahador F., Mahfoozpour, S., Masoudiasl, I., & Vahdat, S. (2022). A systematic review of the management of preventive health care for the elderly in the world. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 16(4), 592-607. [In Persian]
<http://doi.org/10.32598/sija.2021.3180.2>
- Bahrami, M., Bahmaei, J., Ravangard, R., Asadollahi, A., & Bastani, P. (2023). Policy requirements in promoting older people health care in Iran: A qualitative study. *Journal of Education and Health Promotion*, 12(1), 159.
https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_939_22
- Bastani, F., & Nazari, N. (2020). Care-related quality of life” of hip fracture older adults female caregiver. *Iranian Journal of Nursing Research* 15(3), 22-36. [In Persian] <http://ijnr.ir/article-1-2356-en.html>
- Chao, S. Y., & Roth, P. (2000). The experiences of taiwanese women caring for parents-in-law. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 631-638.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01319.x>
- Charalambous, A. (2023). *Caregiving and caregivers: Concepts, caregiving models, and systems*. in: Charalambous, A. (Eds), *Informal Caregivers: From Hidden Heroes to Integral Part of Care*. Springer.
https://doi.org/10.1007/978-3-031-16745-4_1
- Creswell, J. W. (2012). *Research design qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*, (Translated to Persian by A. Salehi, & H. DanaeeiFard). Tehran: Book Institute of Mehrban Nashr. [In Persian]
- Durgun Ozan, Y., & Okumuş, H. (2017). Effects of nursing care based on watson’s theory of human caring on anxiety, distress, and coping, when infertility treatment fails: A randomized controlled trial. *Journal of Caring Sciences*, 6(2), 95-109.
<https://doi.org/10.15171/jcs.2017.010>

- Nobakht, S., Riahi, L., Nazarimanesh, L., & Hajinabi, K. (2023). Primary health care management model for the elderly in Iran. *International Archives of Health Sciences*, 10(4), 177-185. <https://doi.org/10.48307/iahsj.2023.408605.1028>
- Okumagba, P. O. (2011). Family support for the elderly in delta state of Nigeria. *Studies on Home and Community Science*, 5(1), 21-27. <https://doi.org/10.1080/09737189.2011.11885325>
- Parvaai, S. (2021). Social policy of ageing; a review of elderly care policies in developed countries. *Social Security Journal*, 16(4[58]), 113-144. [In Persian] <https://doi.org/10.22034/qjo.2021.141870>
- Razeghi Nasrabad, H.B., & Rashidi, F. (2023). Physical and mental health status of the elderly in the context of age structural transition: A Study in Khorramabad, Iran. *Journal of Social Continuity and Change*, 2(1), 45-67 [In Persian] <https://doi.org/10.22034/jscc.2023.19135.1046>
- Rezaei, Z. (2018). Time use patterns of Iranian Parents. *Iranian Journal of Official Statistics Studies*, 28(2), 127- 146. [In Persian] <http://ijoss.srtc.ac.ir/article-1-239-en.html>
- Royse, D. D. (2013). *Research methods in social work*. (8th edition), Brooks/Cole Cengage Learning
- Sabbaghchi, M., Askari-Nodoushan, A., & Torabi, F. (2017). Determinants of the attitude towards marriage and family formation in Yazd City, Iran. *Iranian Population Studies*, 3(1), 131-162. [In Persian] https://jips.nipr.ac.ir/article_89816.html
- Safdari, R., Sadeghi, F., & Mohammadiazar, M. (2016). Aged care and services programs in Iran: Looking at the performance of relevant organizations. *Payavard*, 10(2), 155-166. [In Persian] <http://payavard.tums.ac.ir/article-1-6046-en.html>
- Saraei, H. (2003). *Basic methods of population age composition and distribution analysis: With emphasis on the age composition of population*. Tehran: Allameh Tabataba'i University. [In Persian].
- Shati, M., Mohamadi Bolbanabad, A., Zokaei, M., Mohamadi Bolbanabad, S., Ghaderi, E., Moradi, G., Safari, H., Faday Vatan, R., Rahimi, M., Goharinezhad, S., & Piroozzi, B. (2023). Challenges in the elderly care system in Iran: A qualitative study. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. *SJKU*, 28(3), 101-114. [In Persian] <https://doi.org/10.61186/sjku.28.3.101>
- Shyu, Y. I., Archbold, P. G., & Imle, M. (1998). Finding a balance point: A process central to understanding family caregiving in Taiwanese families. *Research in Nursing & Health*, 21(3), 261-270. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-240x\(199806\)21:3<261::aid-nur9>3.0.co;2-f](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-240x(199806)21:3<261::aid-nur9>3.0.co;2-f)
- Sojoodi, A., Niazi, M., & Farhadian, A. (2022). Keshavarzi, S., Askari-Nodoushan, A., Ruhani, A., & Cakal, H. (2022). From dreams to possibilities: the role of gender and family income in aspirations among youth in the city of Yazd. *Journal of Youth Studies*, 26(7), 823-842. <https://doi.org/10.1080/13676261.2022.2053664>
- Kosheshi, M., Saeidi, A. A., & Parvaei Harahdasht, S. (2013). Impact of informal social support on elders as a social problem in social security fund and oil industry fund in Iran. *Journal of Social Problems of Iran*, 4(1), 109-130. [In Persian] <https://doi.org/10.22059/ijsp.2013.50661>
- Koosheshi, M. (2009). Demographic behavior and patterns of social support for the elderly in Tehran. *Journal of Population Association of Ira*, 4(8), 149-172. [In Persian].
- Lagergren, M., & Kurube, N. (2016). Long term care in Japan and Sweden: A comparison of target population, needs and services provided from 2000-2010. *Journal of Gerontology & Geriatric Research*, 5(4), 1-8. <https://DOI:10.4172/2167-7182.1000331>
- Leininger, M. (1996). Culture care theory, research, and practice. *Nursing Science Quarterly*, 9(2), 71-78. <https://doi.org/10.1177/089431849600900208>
- Lincoln, Y.S., & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. SAGE Publications, Inc.
- McFarland, M. R. (2018). *The theory of culture care diversity and universality*. In M. M. McFarland & H. B. Wehbe-Alamah (Eds.), *Leininger's Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research, and Practice* (4th ed., pp. 39-56). McGraw-Hill.
- McFarland, M. R., & Wehbe-Alamah, H. B. (2015). *The theory of culture care diversity and universality*. In M. R. McFarland & H. B. Wehbe-Alamah (Eds.), *Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory* (3rd ed., pp. 1-34). Jones & Bartlett Learning.
- Modiri, F., & Koosheshi, M. (2021). A study of parents' support for adult children and the factors affecting it in Tehran. *Iranian Journal of Sociology*, 22(2), 77-103. [In Persian] <https://doi.org/10.22034/jsi.2022.532425.1447>
- Mohamadi, F., Dabaghi, F., & Yadavar Nikravesh, M. (2008). Facilitating and hindering factors in family care giving process on iranian frail elderly: Female caregivers experiences. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 2 (4), 445-453. [In Persian] <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-59-en.html>
- Mohammadian, B., Mohammadi-Shahboulaghi, F., Hosseini, M., Arsalani, N., Fallahi-Khoshknab, M., & Pirjani, P. (2024). Supportive needs among family caregivers of elderly patients with cancer: A Qualitative Study. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 19(3). Articles in Press. [In Persian] <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-2611-en.html>

- UN-DESA. (2023b). *World population ageing 2023: Challenges and opportunities of population ageing in the least developed countries*. UN DESA/ POP/2023/TR/NO.5. https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undesa_pd_2024_wpa2023-report.pdf
- Walker, A. J., Pratt, C. C., & Eddy, L. (1995). Informal caregiving to aging family members: A critical review. *Family Relations*, 44(4), 402. <https://doi.org/10.2307/584996>
- Watson, J. (1979). *Nursing: The philosophy and science of caring*. University Press of Colorado.
- WHO (2012). *Ageing and health*. Retrieved June 14, 2024 from: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/ageing-and-health>
- Zanjari, N., Sadeghi, R., & Delbari, A. (2019) Analysis of gender differences in time use among iranian older adults. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 13(5) :588-603. [In Persian] <http://doi.org/10.32598/SIJA.13.Special-Issue.588>
- Zendehtalab, H R., Vanaki, Z., & Memarian R. (2021). Improving the quality of geriatric care for the healthy elderly in a comprehensive health center in Iran. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 15(4), 428-439. [In Persian]. <https://doi.org/10.32598/sija.15.4.2881.1>
- Designing a model on quality of life components for the elderly based on social changes in Iran. *Journal of Social Continuity and Change (JSCC)*, 1(1), 185-200. [In Persian]. <http://doi.org/10.22034/jscc.2022.2698>
- Soltani-GerdeFaramarzi, Z. (2023). *Understanding and interpretation of dignified life among older people: A qualitative study in the city of Yazd*. Master Thesis in Demography, Yazd: Faculty of Social Sciences of Yazd University. [In Persian].
- Statistical Centre of Iran. (2021a). *Population projections by province, urban and rural areas, and gender from 2016 to 2035*. [In Persian]. Retrieved July, 13, 2024 from: <https://amar.org.ir/statistical-information/statid/28511>
- Statistical Centre of Iran. (2021b). *Population projections and annual average population growth rate for the entire country in five-year intervals from 2017 to 2050, based on six fertility scenarios*. [In Persian]. Retrieved July, 13, 2024 from: <https://amar.org.ir/statistical-information/statid/28512>
- Statistical Centre of Iran. (1996). *Results of 1996 general census of individuals and housing of Iran*. [In Persian]. Available from <http://amar.sci.org.ir>.
- Statistical Centre of Iran. (2020). *National aging ratio index, by urban and rural Areas*. [In Persian]. Retrieved July, 13, 2024 from: <https://amar.org.ir/statistical-information/statid/20803>
- Strauss, A., & Corbin, J. (2012). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. (Translated to Persian by E. Afshar), Tehran: Ney publications. [In Persian]
- Taherkhani, M., Mohammadi, F., Rashvand, F., & Motalebi, S. A. (2022). Predictors of perceived caregiving burden among caregivers of elderly dialysis patients. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 16(4), 482-497. [In Persian] <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2021.2778.4>
- Torabi, F., Abbasi-Shavazi, M. J., & Askari-Nodoushan, A. (2015). Trends in and patterns of solo living in Iran: An explanatory analysis, *Journal of Population Research*, 32(3), 243-261. <https://doi.org/10.1007/s12546-015-9152-x>
- UN-DESA. (2023a). *International day of older persons: 1 October*. Retrieved June 14, 2024 from: <https://www.un.org/en/observances/older-persons-day>
- UN-DESA. (2001). *World population ageing: 1950-2050*. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Retrieved June 14, 2024 from: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2021/Nov/undesa_pd_2002_wpa_1950-2050_web.pdf

