

Research Paper**Explanation Caring Works in Nursing Homes: A Qualitative Study****Majid Rahimi¹, *Reza Fadayevatan², Heydar Ali Abedi³**

1. Department of Ageing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
2. Iranian Research Center on Ageing, Department of Ageing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
3. Department of Nursing Education, Faculty of Nursing and Midwifery, Khorasghan Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Citation: Rahimi M, Fadayevatan R, Abedi HA. [Explanation Caring Works in Nursing Homes: A Qualitative Study (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2015; 10(1):36-47.

Received: 07 Aug. 2014

Accepted: 13 Nov. 2014

ABSTRACT

Objectives The use of long term care services has risen and this trend is expected to continue as the population reaches to old age. Since older people who live in nursing homes need holistic care, the purpose of this study was to explore the characteristics of caring delivery in nursing homes.

Methods & Materials This study was conducted with a qualitative approach using conventional qualitative content analysis. The study included 23 Iranian participants including 14 elderly people, 7 caregivers and 2 managers. Data were collected with semi-structured interviews and continued to the point of data saturation. Analysis of the data was performed continually and concurrently with the data collection using a comparative method.

Results 2 themes emerged from 595 open codes, including: available care and care as an unpleasant task. Nine subthemes indicated participants' experiences and understandings of the caring delivered in nursing home.

Conclusion Current delivered care is of the routine kind, which focuses on physical aspects, although there is some psychological care, too. The findings of this research can be used as a guideline for managers and care planners in nursing homes to pay more attention to physical and psychological care needs of elders. Also, clinical training for care givers and provision programs for treatment and supervision are recommended.

Keywords:

Aging, Care, Nursing home, Qualitative study

*** Corresponding Author:****Reza Fadayevatan, PhD****Address:** Iranian Research Center on Ageing, Department of Ageing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.**Tel:** +98 (21) 2218004**E-mail:** reza1092@yahoo.com

تبیین عملکرد مراقبتی در سرای سالمندان: یک مطالعه کیفی

مجید رحیمی^۱، * رضا فدای وطن^۲، حیدرعلی عابدی^۳

۱- گروه سالمندی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۲- مرکز تحقیقات سالمندی، گروه سالمندی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۳- گروه آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، واحد خوراسگان، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۶ مرداد ۱۳۹۳

تاریخ پذیرش: ۲۲ آبان ۱۳۹۳

اهداف: افزایش جمعیت سالمندان در سال‌های اخیر باعث شده تا میزان بیماری‌های مزمن و در نتیجه نیاز به مراقبت در آن‌ها افزایش چشمگیری پیدا کند. از آنجایی که به دلایل مختلف تعدادی از سالمندان نیاز دارند تا برای مراقبت به سرای سالمندان منتقل شوند، شناسایی عملکرد مراقبتی این مراکز الزامی است و پژوهش حاضر با این هدف انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش که به صورت کیفی انجام شد، ۲۳ مصاحبه نیمه ساختارمند (۱۴ سالمند و ۷ مراقب و ۲ مدیر) در سه سرای سالمندان در شهر اصفهان به عمل آمد. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل محتوای سنتی انجام شد که جهت تعیین مفاهیم اصلی، مصاحبه‌ها به دقت بررسی و کدگذاری اولیه شد. این کدها چندین بار مورد بازبینی و ارزیابی و طبقه بندی قرار گرفت تا به اشباع اطلاعات منجر شد و در نهایت زیر طبقه‌ها و طبقات اصلی بدست آمد. آنالیز داده‌ها به طور مداوم و هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها انجام شد.

یافته‌ها: پس از کدگذاری اولیه، تعداد ۵۹۵ کد اولیه استخراج شد که در نهایت تعداد ۹ زیر طبقه و ۲ طبقه اصلی با عنوانین مراقبت‌های در دسترس و رفع تکلیف حاصل شد.

نتیجه‌گیری: مراقبت‌های ارائه شده بیشتر بر اساس اقدامات روتین و با توجه به جنبه‌های جسمی و رفع نیازهای آنی سالمندان بود، اگر چه به جنبه‌های روانی نیز پرداخته می‌شد. یافته‌های این مطالعه برای مدیران و برنامه‌ریزان مراقبتی در سرای سالمندان به عنوان راهنما جهت در نظر داشتن نیازهای جسمانی و روانی سالمندان کارایی دارد؛ همچنین بر نیاز به آموزش‌های بالینی جهت پرسنل و تدوین پروتکل‌های درمانی و نظارتی نیز تأکید می‌کند.

کلیدواژه‌ها:

سالمندی، مراقبت، سرای سالمندان، مطالعه‌ی کیفی

مقدمه

وجود دارد. تحقیقات اخیر در مراکز مراقبتی طولانی مدت در تایوان و هنگ کنگ نشان داده است که نگرانی اصلی سالمندان شامل: تنهایی، بد رفتاری، انزوای اجتماعی، کوتاهی در مراقبت از آن‌ها و از دست دادن قدرت تصمیم‌گیری برای خود است [۱۷].

کوگلان و وارد^۱ تحقیقی با هدف بررسی تجارب سالمندان آفریقایی و قفقازی تبار تازه منتقل شده به سرای سالمندان انجام دادند؛ دو نگرانی عمده سالمندان مورد مطالعه، برقراری ارتباط با دوستان و خانواده و سایر سالمندان مقیم در سرای سالمندان و از همه مهم تر پرسنل و صبر و شکیبایی به خاطر از دست دادن هویت خود بود [۱۸]. در تحقیقی که توسط یکتا طلب و همکاران در ایران و با هدف شناخت تجربه و دیدگاه مراقبین بیماران مبتلا به آلزایمر در خانه سالمندان انجام شد، مشاهده شد که مراقبت‌ها بیشتر متمرکز بر بعد فیزیکی و بر مبنای مراقبت‌های روزمره و

افزایش سریع جمعیت سالمندان همراه با افزایش امید به زندگی، باعث بروز بیماری‌های مزمن که نیاز به مراقبت طولانی مدت دارند، شده است [۱]. خوشبختانه تنها عده کمی از سالمندانی که در سنین بالای ۸۰ سال قرار دارند، ممکن است دچار این بیماری‌ها شده [۲] و نیاز به بستری شدن، بستری‌های مکرر و ارجاع به خانه سالمندان داشته باشند [۳]. در ایران بعضی بررسی‌های سازمان بهزیستی حکایت از روند رو به صعود سپردن سالمندان به خانه سالمندان دارد و این روند در خانواده‌هایی که شرایط رفاهی نامناسب‌تری دارند بیشتر دیده می‌شود [۴] که با توجه به ارزش‌ها و میراث‌های فرهنگی و اعتقادات مذهبی در کشورمان [۱، ۳] این انتخاب به دلیل تحلیل شدید منابع محدود خانواده‌های دارای سالمند، است [۶].

نگرانی‌های زیادی در رابطه با نحوه مراقبت در سرای سالمندان

1. Coughlan & Ward

* نویسنده مسئول:

دکتر رضا فدای وطن

نشانی: تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه سالمندی، مرکز تحقیقات سالمندی.

تلفن: ۰۴۲۲۱۸۰۰۴ (۲۱) ۹۸+

پست الکترونیکی: reza1092@yahoo.com

به آن‌ها استخراج کرده است [۱۴]. بر این اساس در تحقیق حاضر محتوای نوشتارها برای استخراج درون مایه‌های اصلی و الگوهایی که در بین داده‌ها وجود دارند، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. این روش تجزیه و تحلیل بر روی تجارب زندگی و تفاسیر و مفاهیمی که مشارکت‌کنندگان بیان می‌کنند، تمرکز دارد [۱۵]. این تحقیق مبین نتایج مرتب سازی مفهومی^۳ است که به وسیله تجزیه و تحلیل مقایسه‌ای مداوم، انجام می‌شود. هدف از مرتب‌سازی مفهومی، گسترش طبقات با توجه به ویژگی‌ها و ابعاد آن‌ها توسط فرآیند تحلیل محتوا است که در روش تئوری زمینه‌ای، کدگذاری باز نام دارد [۱۶].

جامعه پژوهش شامل سالمندان و مراقبین مقیم سرای سالمندان در سه سرای شهر اصفهان است؛ دو مرکز آن خصوصی و دیگری متعلق به خیریه است. نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف تا اشباع اطلاعات صورت گرفت. از بین سالمندان بعد از مراجعه به پرونده‌ی پزشکی آن‌ها، کسانی که دچار بیماری‌های شناختی نبوده و قادر به یادآوری تجارب روزمره خود بودند، انتخاب شدند. از بین مراقبین کلیه افراد حاضر در تیم مراقبتی شامل مادریار و پدریار، پرستار، پزشک، فیزیوتراپیست و روانشناس مورد مصاحبه قرار گرفتند. تمایل به شرکت در مصاحبه نیز شرط دیگر ورود به مطالعه بود.

اطلاعات این تحقیق در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و رضایت‌نامه شرکت در تحقیق توسط آنها امضاء گردید. مصاحبه‌ها به صورت فردی و در کل تعداد ۲۳ مصاحبه انجام شد. طول مدت انجام مصاحبه‌ها بین ۵۲-۲۰ دقیقه بود. مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع اطلاعات^۴ ادامه یافت؛ به این معنی که دیگر درون‌مایه جدیدی اضافه نشد. جهت شروع نمونه‌گیری، انتخاب اولین سالمند با توجه به معیارهای ورود شامل: ۵ سال سابقه حضور در سرا، کاملاً هوشیار بودن، داشتن آگاهی کامل در مورد امور جاری در سرا و معرفی مسئول بخش انجام شد. روش جمع‌آوری داده‌ها به صورت مصاحبه عمیق و نیمه‌ساختارمند^۵ بود و سئوالات بر مبنای سؤال کلی تحقیق طرح شد. به عنوان مثال، سؤال محوری از سالمند: از زمانی که اینجا آمده‌ای را برایم توضیح دهید و یا سؤال محوری از مراقب: شما در یک روز کاری چه کارهایی را انجام می‌دهید، با این سئوالات تجربه مشارکت‌کنندگان در خصوص روند مراقبت در سرای سالمندان به دست آمد.

سپس با گذشت زمان و انجام تجزیه و تحلیل در مورد نکات ذکر شده و با استفاده از سئوالات تکمیلی، به عمق تجارب مشارکت‌کنندگان در زمینه عملکرد مراقبتی در سرای سالمندان، پی برده شد. محقق در طی حضور در سرای سالمندان، اقدام به

مشابه با سایر سالمندان ارایه می‌شد. در این تجارب اگرچه رد پای ابعاد دیگر مراقبت نیز مشهود بود، اما تشریح آن‌ها حاکی از عملکرد غیر حرفه‌ای، مبتنی بر حس عامه و تجربه شخصی بود.

سالمندان ساکن در سرای سالمندان نیازمند سطوح بالاتری از مراقبت‌های سلامتی می‌باشند. یک نگرانی کلی در سراسر جهان در مورد وضعیت مراقبتی از این سالمندان وجود دارد. افزایش تعداد سالمندان ساکن سرای سالمندان در دهه‌های ۸۰ و ۹۰ قرن بیستم به همراه کاهش تأمین تخت‌های مورد نیاز جهت این مراکز باعث ایجاد مشکل در تنظیم فعالیت‌های مراقبتی-پزشکی شده است [۹]. علیرغم تعداد زیاد و وضعیت خطرناک سالمندان در این مراکز، اطلاعات محدودی در مورد وضعیت بالینی و مراقبت‌های پزشکی وجود دارد. از طرف دیگر نظارت خاصی بر روی نوع و کیفیت مراقبت‌های ارائه شده وجود ندارد [۱۰]. همچنین دانش کمی در مورد میزان توافق بین برآورده شدن نیازهای مراقبتی سالمندان با مراقبت‌های ارائه شده توسط پرسنل شاغل در سرای سالمندان وجود دارد.

لذا وجود نیازسنجی در این مورد احساس می‌شود تا نوع مراقبت موردنیاز جهت رسیدن به حداکثر استقلال و کیفیت زندگی، مشخص شود [۱۱]. با توجه به نتایج پژوهش‌های انجام شده مانند تغییر نیازهای مراقبتی سالمندان با گذشت زمان که به خاطر تغییر در وضعیت سلامتی سالمندان و ابتلا آن‌ها به بیماری‌های گوناگون است [۱۲] و نیاز سالمندان به مراقبت‌های روتین [۱۳] به نظر می‌رسد که طرح مراقبتی و در نتیجه عملکرد مراقبتی باید با توجه به این تغییرات و به صورت فردی و قابل انعطاف باشد و در این راستا خلأ موجود یعنی اختلاف بین مراقبت‌های انجام شده و مورد انتظار مشخص شود. از این رو، در این تحقیق سعی شد تا عملکرد مراقبتی موجود در سراهای سالمندان از دیدگاه مراقبین و سالمندان مورد بررسی قرار گیرد تا در نتیجه با مشخص شدن مشکلات مرتبط با آن، از این نتایج در امر برنامه‌ریزی مراقبتی در سرای سالمندان استفاده شود.

روش مطالعه

در این تحقیق از روش تحقیق کیفی، که روشی مناسب جهت توصیف تجارب زندگی و معنی‌بخشی به آن‌ها است، استفاده شده است. همچنین از روش تحلیل محتوای سنتی^۲ برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و شناخت تجربه و دیدگاه سالمندان و مراقبین در خصوص عملکرد مراقبتی در سرای سالمندان استفاده شد. در این روش تحلیل محتوا، با هدف توصیف یک پدیده بوده و در مواردی است که تئوری مرتبط با پدیده، موجود نبوده و یا مستندات کمی در مورد آن وجود داشته، محقق اسامی طبقات را از دل داده‌ها با غرق شدن در آنها و ایجاد بینش کامل نسبت

3. Conceptual ordering

4. Data saturation

5. Semi-Structured Interview

2. Conventional content analysis

مصاحبه و تحقیق در هر زمان دلخواه، حفظ مشخصات فردی مشارکت‌کنندگان به آن‌ها یادآوری شد و مجوز اخلاقی از کمیته اخلاق دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی اخذ شد و با معرفی نامه دانشگاه به سرای سالمندان مراجعه و با کسب اجازه از مدیران سراهای سالمندان، اقدام به مصاحبه شد.

یافته‌ها

در مجموع ۲۳ مصاحبه انجام شد که تعداد ۱۴ مصاحبه مربوط به سالمندان (۵ مرد و ۹ زن) و ۹ مصاحبه مربوط به مراقبین (۱ پدریار، ۲ مادریار، ۲ پرستار، ۲ مدیر و ۲ پزشک) بود. میانگین سن سالمندان ۷۵/۳ سال و میانگین سابقه مراقبین ۷/۷ سال بود. از نظر تحصیلات، مراقبین از ۱ نفر بی‌سواد، ۳ نفر دیپلم، ۲ نفر لیسانس، ۱ نفر فوق‌لیسانس و دو نفر دکتری تشکیل شدند (جدول شماره ۱).

پس از خواندن دقیق مصاحبه‌ها و جدا کردن واحدهای مفهومی به عنوان کد، تعداد ۵۹۵ کد اولیه به دست آمد، که با انجام مقایسه مداوم و تجزیه و تحلیل داده‌ها، این کدها در ۹ طبقه فرعی قرار گرفت که در نهایت ۲ طبقه اصلی مراقبت‌های جاری و مراقبت‌های رفع تکلیفی از آنها حاصل شد که نحوه شکل‌گیری این طبقات در زیر آمده است (جدول شماره ۲).

طبقه اصلی اول

مراقبت‌های در دسترس: با نگاهی به یافته‌های این تحقیق، به وضعیت مراقبتی در سرای سالمندان، پی می‌بریم. بیشتر مراقبت‌های ارائه شده به صورت کارهای روزمره و تکراری در حد غذا دادن، دارو دادن، تعویض ملحفه و لباس و پوشک و رسیدگی به موارد حاد سلامتی بود؛ اگرچه به مراقبت‌های روانی سالمندان نیز پرداخته می‌شد. این مراقبت‌ها توسط افراد مختلف و در رده‌های گوناگون مشاغل مانند پدریار و مادریار، پرستار و پزشک انجام می‌شد. در کنار این مراقبت‌ها، به روش‌های درمانی غیردارویی نیز پرداخته می‌شد. این طبقه شامل زیرطبقه‌های مراقبت‌های روتین، تلاش‌های شادی‌بخش، مراقبت‌های پزشکی و درمان‌های جانبی است. در پاسخ به این سؤال که یک روز کاری در سرای سالمندان چگونه طی می‌شود، پاسخ‌های متفاوتی توسط سالمندان و مراقبین داده شده که در زیر به صورت دسته‌های اولیه آورده شده‌اند.

مراقبت‌های روتین: مراقبت‌هایی که بدون برنامه‌ریزی مدون و به‌طور روتین انجام می‌شود. این مراقبت‌ها شامل اعمالی چون سرکشی به سالمندان در موقع دارو دادن یا تقسیم غذا، استحمام سالمندان، تعویض پوشک و لباس و همچنین نظافت و شستشو می‌باشند. در این مورد یک پدریار بیان کرد: اینجا وقتی که می‌آیم، اول کار بسم ا. است، بعد یک نظافت است که باید بشود، نظافت اتاق‌ها، بعد از نظافت هم باید بروم و ناشتایی‌شان را بیاورم

نوشتن یادداشت‌های میدانی^۶ نمود؛ بدین صورت که براساس آنچه در محیط رخ داد، ثبت واقعه نمود و سپس برای هر کدام از موارد ثبت شده یک کد در نظر گرفته و با سایر کدها ترکیب نمود تا زیر طبقات استخراج شدند و به عنوان تأییدکننده و تکمیل‌کننده مصاحبه‌ها، مورد استفاده قرار گرفتند. همچنین در مورد مصاحبه‌ها و یافته‌های استخراج شده از آن‌ها و مشاهدات انجام شده، محقق اقدام به یادداشت برداشت‌های^۷ خود و مقایسه با مفاهیم به دست آمده نمود. مصاحبه‌ها در شیفت‌های مختلف انجام شد و محقق جهت تأیید نظر شرکت‌کنندگان در تحقیق، در زمان‌های مختلف هر شیفت، از ابتدا تا انتهای هر شیفت در مراکز حضور داشت.

برای اطمینان از صحت^۸ و استحکام داده‌ها، محقق در طول انجام تحقیق که ۹ ماه زمان گرفت، کاملاً درگیر کسب اطلاعات بود. متون مصاحبه‌ها و لیست طبقات توسط همکاران تحقیق که در انجام تحقیقات کیفی تجربه کافی داشتند، بازبینی شد. همچنین نتایج استخراج شده پس از پس از تجزیه و تحلیل اطلاعات به تأیید شرکت‌کنندگان در تحقیق رسید تا از صحت نتایج اطمینان حاصل شود. سپس نتایج به چندین تن از اساتید صاحب نظر در تحقیقات کیفی جهت تأیید و ارائه نظرات آنان، ارجاع و نکات مورد نظر ایشان نیز مد نظر قرار گرفت. در موارد شک به صحت اطلاعات، مصاحبه مجدداً انجام شد. جهت سهولت در حسابرسی تحقیق، کلیه ی مراحل به طور کامل ثبت شد. در نهایت تلاش کامل جهت انتقال دقیق نظرات شرکت‌کنندگان در تحقیق، انجام گردید.

برای انجام تجزیه و تحلیل اطلاعات، هشت مرحله شامل آماده‌سازی داده‌ها، تعیین واحدهای مفهومی، کدگذاری متن، کنترل و هماهنگ سازی کدها با متن، گروه بندی و گسترش طبقات براساس شباهت‌ها و همخوانی آنها، مرور طبقات و مقایسه مجدد آن‌ها با داده‌ها جهت اطمینان از استحکام کدها، تشخیص دقیق طبقات اصلی و مقایسه دسته‌ها با هم دیگر و گزارش یافته‌ها در نظر گرفته شد [۱۴]. بر طبق مراحل ذکر شده، مکالمات انجام شده در مصاحبه‌ها، ضبط دیجیتال شده و سپس کلمه به کلمه دست‌نویس شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. مراحل تجزیه و تحلیل بدین صورت بود که ابتدا مصاحبه‌ها چندین بار خوانده شد و با توجه به مفاهیم موجود در متن مصاحبه، واحدهای معنایی به صورت کد جدا شده و در کنار متن مصاحبه یادداشت شدند و کدهایی که از نظر مفهومی به یکدیگر نزدیک بودند در یک دسته قرار گرفتند و دسته‌های مشابه به هم نیز در طبقات مجزا قرار گرفتند.

در طی انجام مطالعه، موارد اخلاقی همانند اخذ رضایت آگاهانه، توضیح در مورد محرمانه ماندن مصاحبه‌ها، حق کناره‌گیری از

6. Field notes
7. Memo writing
8. Trustworthiness

جدول ۱. ویژگی‌های دموگرافیک مشارکت‌کنندگان.

شماره شرکت‌کننده	سن / جنس	وضعیت تأهل	وضعیت زندگی قبل از ورود به سرا	مدت اقامت (سال)	میزان تحصیلات
س ۱	۶۱ مذکر	بیوه	خانه- تنها	۱	بی‌سواد
س ۲	۷۷ مذکر	متاهل	خانه- همسر	۵	بی‌سواد
س ۳	۶۹ مؤنث	بیوه	خانه- پسر	۲	بی‌سواد
س ۴	۶۸ مؤنث	بیوه	خانه- تنها	۱۰	بی‌سواد
س ۵	۶۴ مؤنث	بیوه	خانه- پسر	۵	ابتدایی
س ۶	۸۲ مؤنث	بیوه	خانه- خواهرزاده	۷	بی‌سواد
س ۷	۹۲ مذکر	مجرد	خانه- تنها	۲	ابتدایی
س ۸	۸۱ مؤنث	بیوه	خانه- دختر	۱	ابتدایی
س ۹	۸۱ مؤنث	بیوه	خانه- پسر	۲	بی‌سواد
س ۱۰	۶۹ مذکر	بیوه	خانه- پسر	۱	ابتدایی
س ۱۱	۷۲ مذکر	متاهل	خانه- همسر	۱	بی‌سواد
س ۱۲	۶۶ مؤنث	بیوه	خانه- برادر	۲	بی‌سواد
س ۱۳	۹۰ مؤنث	بیوه	خانه- تنها	۱۰	بی‌سواد
س ۱۴	۸۳ مؤنث	بیوه	خانه- پسر	۲	بی‌سواد
میانگین	۷۵/۳			۳/۶۴	

شماره شرکت‌کننده	سن / جنس	وضعیت تأهل	شغل	سابقه کار (سال)	میزان تحصیلات
مر ۱	۴۷ مذکر	متاهل	پدریار	۱۹	بی‌سواد
مر ۲	۲۹ مؤنث	مجرد	پرستار	۵	لیسانس
مر ۳	۳۷ مؤنث	متاهل	مادریار	۴	دیپلم
مر ۴	۴۲ مؤنث	متاهل	پرستار	۸	دیپلم
مر ۵	۳۳ مؤنث	متاهل	مادریار	۳	ابتدایی
مر ۶	۳۱ مؤنث	متاهل	مدیر	۴	فوق لیسانس
مر ۷	۳۵ مؤنث	متاهل	پزشک	۸	دکتری
مر ۸	۴۶ مذکر	متاهل	پزشک	۹	دکتری
مر ۹	۵۸ مذکر	متاهل	مدیر	۹	لیسانس
میانگین	۳۹/۷			۷/۷	

سالمند

س: سالمند

مر: مراقب

صبح یک چکی باید این اتاق‌ها بشود تا اگر مسأله‌ای جایی هست جمع شود و کم‌کم برویم (مصاحبه ۳).

در این زمینه یک سالمند اظهار داشت: وقتی می‌آیند تمیز کنند اتاق‌ها را یا ملحفه‌ها را عوض کنند، می‌فهمند کدوم مددجو

و بدهم. این تا اینجا بعد از ناشتایی، خود پرسنل باید ناشتایی بخورند و اگر از اتاق‌ها مشکلی پیش آمده باشد. ما آن را برطرف می‌کنیم. تا ظهر، دوباره باید بروم ناهار را بیاورم و توزیع می‌کنیم، تمام که شد، خودمان هم ناهار می‌خوریم و تا بعدازظهر، مثل

جدول ۲. نحوه شکل‌گیری طبقات اصلی از زیر طبقات.

عنوان طبقه	عنوان زیرطبقه
مراقبت‌های در دسترس	مراقبت‌های روتین
	تلاش‌های شادی بخش
	مراقبت‌های پزشکی
رفع تکلیف به عنوان مراقبت	درمان‌های جانبی
	خدمات سهل‌انگارانه
	درخواست‌های بی‌پاسخ
	مراقبت ناقص

سالمند

هست دائم می‌آید اینجا، می‌نشیند دراز می‌کشد. همه‌شان خوبند (مصاحبه ۶).

مراقبت‌های پزشکی: این دسته از مراقبت‌ها اگرچه جزئی از کل مراقبت‌ها است، ولی با توجه به این که بیشتر توسط پزشک انجام می‌شود و از نظر سالمندان جنبه‌ای مهم از مراقبت به شمار می‌آید، در دسته‌ای جداگانه آورده شد. در سرای سالمندان معمولاً ویزیت توسط پزشک عمومی انجام می‌شود و در موارد مورد نیاز مشاوره تخصصی، ویزیت سالمندان توسط متخصصان انجام می‌گردد. در این زمینه یکی از پزشکان می‌گفت:

من همیشه به پرستارها می‌گم که از اول روز همه سالمندان را چک کنند. از نظر هوشیاری، تحرک و یا هر مشکل دیگه. اگه کسی خوابیده چکش می‌کنم ببینم که آیا مریضه؟ چرا این اتفاق افتاده؟ همچنین مشکلات شایعی مثل بی‌خوابی و یا زمین خوردن هست که از پرسنل شب‌کار در مورد تمام این‌ها سؤال می‌کنم (مصاحبه ۲۱).

و یا پزشکی دیگر معتقد بود که: بخش روانی سالمند خیلی مهمه و باید با نیازهای جسمی با هم دید. من در همین جا مادری را دیدم که بچه‌هاش بهش گفته بودند می‌خایم بریم مهمونی و بعد آوردنش اینجا. باور نمی‌کنید هیچ مشکلی نداشت و در خونه می‌تونست سال‌ها زندگی کنه ولی اینجا در عرض سه ماه فوت کرد. یعنی چنان تحلیل رفته بود که کاملاً مشهود بود (مصاحبه ۲۲).

یکی از سالمندان در این زمینه اظهار داشت: آقای دکتر ... خیلی دکتر بسیار آقائیه، خیلی دکتر خوبیه، رسیدگی می‌کنه (مصاحبه ۱).

سالمند دیگری در زمینه استفاده از امکانات تخصصی می‌گفت:

درمانگاه چشم رفتم. اگر مریض باشم دکتر چشم، دندان و عمومی داریم. آنها خوبند، خوش اخلاقند. مامان جون سلام می‌گویند (مصاحبه ۸).

یکی از پرستاران هم در مورد روند ویزیت سالمندان اظهار

باهشون کار داره یا مریضه. پرستار صدا می‌کنند (مصاحبه ۴).

سالمندی دیگر در پاسخ به این سؤال که مراقبین هر روز صبح به طور منظم سرکشی می‌کنند یا خیر؟ پاسخ داد: نه نمی‌پرسند. ولی دایم نگاه می‌کنند. من قرص فشار می‌خورم. هر روز صبح می‌بان یه قرص می‌دن. چند روز یک ورق قرص دادند تا ۵-۴ روز خوردم (مصاحبه ۹).

تلاش‌های شادی بخش: در مورد اهمیت اقداماتی که باعث حمایت‌های روحی و روانی و شادی بخشیدن به سالمندان می‌شود، تقریباً همه مراقبین آگاهی داشتند و آن را یک جنبه مهم از مراقبت می‌دانستند و اهمیت آن را حتی از مراقبت‌های جسمی نیز بیشتر می‌دانستند. یکی از مراقبین عقیده داشت:

مثلاً من الآن یکی اون پایینه اسمش ... چند روز بود همه‌ش گریه می‌کرد چون خانواده‌اش نمی‌یاند ببرندش. رفتم پهلوش نشستم و باهاش صحبت کردم و گفتم همه مرخصی رفتند ولی من دوست ندارم با اینا برم اردو. گفتم خودم می‌برمت. اون چند روزا خودم بردمش. بردمش خونه دوستم بعد آخر شب برش گردوندم. گفتم چی دوست داری بخوری یا چی می‌خوای؟ آخر شبم ساعت ۱۲ شب اومدم گذاشتمش و رفتم. اصلاً حال و هواش عوض شد (مصاحبه ۱۱).

یکی دیگر از مادریاران در این زمینه اظهار داشت: کارهایی مثل این که دلشونو به دست بپاریم. مثلاً یه چیزی می‌خوان. مثلاً میگه من امروز هوس ماکارونی کردم. فردا برام می‌پزی بیاری؟ خوب براش بپزی خیلی خوشحال میشه. یا مثلاً من ساندویچ می‌خوام. فردا برام میاری. یا بشینی در کنارشون و ناز و نوازششون کنی. محبتشون کنی. خیلی خوشحال می‌شوند. مثل بچه می‌موندند. خیلی نیاز به محبت دارند، خیلی (مصاحبه ۱۱).

و یا سالمندی ابراز داشت: دوست دارم خوب باشم. رفتارشان یا کردارشان، محبت کنند. بیایند پیشم با من حرف بزنند تا تنها نباشم. معمولاً تنها نیستم. آن‌ها بیشتر می‌آیند پیشم. یک خانم

از علل آن می‌توان به کمبود نسبت پرسنل به سالمندان، نداشتن آموزش مناسب، کمبود منابع مالی، مشکلات مدیریتی و بی‌دقتی مراقبین اشاره نمود. این طبقه حاوی سه زیر طبقه خدمات سهل‌انگاران، درخواست‌های بی‌پاسخ و مراقبت ناقص است.

خدمات سهل‌انگاران: در حین انجام مراقبت‌ها مشاهده شد که مراقبین به درخواست‌ها و مشکلات سالمندان کم‌توجهی نموده و در حین انجام مراقبت آن‌طور که باید و شاید ارائه خدمات نمی‌دهند؛ به‌طوری که خدمات ارائه شده به صورت کامل و یا صحیح نبوده و باعث نارضایتی سالمندان می‌شد. اشکال مختلفی برای این مورد وجود داشت که در زیر به آن‌ها اشاره می‌شود.

یکی از سالمندانی که در مورد شیوه رسیدگی مراقبین گلهمند بود، بیان کرد: پوشک‌مونو روزی دومرتبه عوض می‌کنند. یک دفعه شب، یک دفعه صبح می‌میریم تو این پوشک. بالاخره خیس میشه دیگه. توقع داریم روزی سه دفعه عوض کنند ولی دوبار عوض می‌کنند. آخه این که نمیشه. نمی‌رسند درست اونجوری که باید برسند به مریض تا راضی باشه نیست. ما چیکار کنیم. مجبوریم تا بسوزیم و بسازیم. هیچ راه چاره‌ای نداریم (مصاحبه ۱۰).

سالمند دیگری هم اظهار داشت: مثلاً به آقای ... که مسئول بخش‌مونه می‌گم من موقعی که می‌خوابم خیس عرق می‌شم ولی آنطوری که باید و شاید رسیدگی بشه، نیست (مصاحبه ۱).

یکی دیگر از سالمندان که سوند ادراری داشت عنوان کرد: دیروز هم بهش گفتم: آقای ... بیستم برج ۲ بوده که آمدی سوند گذاشتی، الآن هم ۴/۲۳ است. الآن ۵۵ روز است که عوض نکردند (مصاحبه ۲).

یک سالمند در مورد کنترل قند خون خود این‌طور بیان کرد: بله هر وقت که من بگم، قندمو می‌گیرند. یا خودشون رأی‌شون باشه. هر روز نه، ۲۰ روز، ۱۵ روز یا یک ماه یه بار (مصاحبه ۱۴).

درخواست‌های بی‌پاسخ: مواردی دیده شد که سالمندان باید به صورت مکرر تقاضای خود را مطرح می‌کردند ولی توجهی از جانب مراقبین دیده نمی‌شد و یا خود مراقبین اذعان داشتند به دلیل برخی مشکلات که مهم‌ترین آن کمبود پرسنل است، نمی‌خواهند یا نمی‌توانند خدمت‌رسانی کنند.

سالمندی در این زمینه گفت: الآن این سرآستین پیراهن من کثیف است. خوب من دو بار بگم، سه بار بگم، آقا یک پیراهن بدید من عوض کنم، یک شلوار بدید من می‌خواهم بروم حمام، خوب این که این همه گفتن ندارد. گفتنش را که یکی دو بار گفتم اما، نه نتیجه‌بخش نیست. نمی‌دونم. خوب مشغله زیاده، نمی‌رسند. اما من تنها که نیستم. الآن نزدیک ۱۵۰-۱۴۰ تا تو این بخشند. خوب نمی‌رسند. مشکلات زیاده بالاخره (مصاحبه ۱).

سالمند دیگری گفت: اینجا آقای ... به من می‌رسد. ولی در جایی که باید ده بار بهش بگم مثلاً یک دو تا قرص اسهال به من بده، اسهال گرفته‌ام. یا ده بار باید بگویم، من اینجام درد می‌کند.

داشت: هر روز ما دکتر داریم. آگه یه مریض حالش خیلی بد باشه. پرونده‌شو از صبح می‌دارند بیرون تا ویزیت شه. ولی اونایی که هیچ طوریشون نیست هفته‌ای یه روز بهشون سر می‌زنه. می‌گه پرونده‌ها را بذارید بیرون تا همه رو چک کنم (مصاحبه ۷).

درمان‌های جانبی: این دسته از درمان‌ها بخش مهمی از درمان بیماری‌های مربوط به سالمندان بوده که شامل روش‌های درمانی غیردارویی است و در این مورد اظهاراتی توسط مشارکت‌کنندگان ابراز شد.

یکی از سالمندان در این مورد اظهار داشت: بعضی اوقات یه آقای از تربیت بدنی میاد اینجا و بهمون ورزش میده (مصاحبه ۱۲).

مادریاری در مورد برنامه مراقبت غیردارویی چنین گفت: اونایی که در تخت افتادن را ورزششون میدیم. خانم دکتر باهاشون صحبت کرده که چه کار کنند و انجام میدند. آگه خودشون نتونند ما باهاشون کار می‌کنیم (مصاحبه ۱۸ و فیلد نوت).

یکی از پرستارها می‌گفت: دکتر می‌بینه. گرافی می‌نویسه. انجام می‌دهند. آگه در حدی باشه که با فیزیوتراپی بهتر بشه انجام می‌شه. ولی آگه پیشرفته باشه و اثر نداشته باشه. می‌گند مسکن بدید (مصاحبه ۷).

مدیر مرکز نیز به اهمیت این روش درمانی معتقد بود و بیان داشت: ورزش‌ها و حرکات اصلاحی داریم. وسیله ورزش داریم. خودم از تخت بلندشون می‌کنم تا قدمی بزنند. بازی درمانی داریم. یه موقعی که دور هم جمع بشند بازی هست، کارت‌های رنگی، منچ و مار و پله، پایه‌اش هستند و می‌شینند و بازی می‌کنند. موزیک درمانی زیاد داریم، بلندشون می‌کنم تا برقصند. یه سری حرکاتی بکنند تا تازه بشند (مصاحبه ۱۹).

یکی از پزشکان نیز روش‌های غیردارویی را چنین معرفی کرد: در کنار درمان‌های دارویی، روش‌هایی مانند بازی درمانی، حرکت درمانی و موسیقی درمانی نیز مد نظر است (مصاحبه ۲۱).

طبقه اصلی دوم

مراقبت رفع تکلیفی: در طی فرآیند مراقبت از سالمندان، مواردی دیده شد که انجام مراقبت به صورت ظاهری و فقط برای رفع وظیفه، انجام می‌شد و در نتیجه نارضایتی سالمندان را به دنبال داشت. عوامل زیادی در ایجاد این مشکل دخیل می‌باشند که عمده‌ترین آن‌ها در زیر عنوان می‌شوند.

کلیه مشارکت‌کنندگان در مورد ارائه مراقبت در سرای سالمندان اظهاراتی بیان داشتند، ولی این تفاوت در گفته‌های سالمندان که مراقبت‌ها را کافی نمی‌دانستند و مراقبین که معتقد بودند با حداکثر توان خود مشغول به ارائه خدمات هستند، مشهود بود. با توجه به مشاهدات انجام شده و یادداشت‌های میدانی، مشخص شد که مشکلاتی در ارائه خدمات به‌طور صحیح وجود دارد که

مشارکت کنندگان و اطلاعات حاصل شود. اگرچه هدف این مطالعه تعمیم دادن نتایج نیست ولی با توجه به نتایج سایر تحقیقات، تشابهاتی در این زمینه به چشم خورد و در نهایت مفاهیم زیر مورد بحث قرار گرفت. بر پایه تجارب مشارکت کنندگان دو طبقه اصلی مراقبت‌های جاری و مراقبت رفع تکلیفی به عنوان عملکرد مراقبتی در سرای سالمندان به دست آمد. این دو طبقه اصلی به هیچ وجه از هم جدا نبوده بلکه در کنار هم هستند و حاصل ویژگی‌های افراد، امکانات، مدیریت و اعتقادات موجود در ارتباط با مراقبت در سرای سالمندان می‌باشند. با توجه به این که تحقیقات مشابه در این زمینه در ایران به ندرت انجام شده و تحقیقات انجام شده نیز به این گستردگی نیستند، لذا نتایج این تحقیق را می‌توان به عنوان نتایج جدید به حساب آورد.

در این مقاله مواردی چون مراقبت روتین، تمرکز بر بعد جسمی مراقبت و تلاش برای شاد کردن سالمند به مانند سایر مقالات ایرانی وجود دارد ولی در مواردی مانند ارائه خدمات به صورت ناقص و همراه با سهل انگاری، اطلاعات جدیدی را به متون اضافه می‌کند. مشارکت کنندگان بارها موانعی را برای ارائه و یا دریافت مراقبت مطلوب بیان نمودند که به دلایل مختلفی از جمله کمبود نیروی مراقبتی در برابر تعداد سالمندان، مشکلات تجهیزات مراقبتی، کمبود دستمزد در برابر کار مورد انتظار و عدم آموزش کافی مرتبط با وظیفه مراقبت تخصصی از سالمندان، است.

در برخی از مطالعات در مورد انجام امور مراقبتی به صورت اقدامات روتین و برنامه‌های روزمره و بدون تغییر اشاراتی شده است. در این زمینه در مطالعه ی گوتیرز^۹ و همکاران مشخص شد که کم بودن میزان ارتباط عاطفی و سطح اختیار، باعث می‌شود که مراقبان همانند کارگرهای فنی باشند که فقط دارو می‌دهند و یا زخم‌ها را پانسمان می‌کنند و در حین کار هیچ گونه تعاملی با سالمندان ندارند [۱۷]. همچنین براندبرگ^{۱۰} معتقد است که در سرای سالمندان، یک سری اعمال به‌طور روتین انجام می‌شوند که منجر به افزایش میزان چرخش پرسنل و مدیریت شده و در نتیجه سالمندان فکر می‌کنند که زندگی روزمره‌شان دچار اغتشاش شده است [۱۸]. بوورز^{۱۱} نیز اظهار داشت که در مواقعی که تعداد پرسنل کم باشد، مراقبین مجبورند وظایفشان را به صورت بسته‌های روتین ارائه کرده تا بتوانند هم‌زمان و در یک سرکشی چندین کار را انجام دهند [۱۹]. پائولوس^{۱۲} و همکاران نیز برخی اقدامات مراقبتی مانند مراقبت مستقیم از سالمند، دارو دادن و مدیریت بخش را از اقدامات روتین در بسیاری از کشورها می‌دانند [۲۰]. در مطالعه یکتا طلب و همکاران نیز مشخص شد تمرکز بیشتر مراقبت‌ها بر روی جنبه‌های فیزیکی مانند نگهداری،

از لباس عوض کردن هم به ما سخت می‌گیرند. می‌گویم یک شلوار بدهید. پایمان کنیم. صد دفعه باید بگویم تا یک شلوار به ما بدهند (مصاحبه ۲).

یکی دیگر از سالمندان در مورد تأخیر در پاسخ مراقبین این طور بیان کرد: صد دفعه صدا می‌کنیم تا بیان یک کاری بکنند برامون (مصاحبه ۱۰).

یکی از مادران در مورد تفاوت سالمندان در دریافت مراقبت بیان کرد: بعضی از سالمندا دوست بدارین. آدم همه کاری براشون می‌کنه، ولی بعضیاشون نه. بهشون محبت می‌کنیم، ولی آخرش بهمون فحش میده. منم اینو به یه چشم دیگه می‌بینم (مصاحبه ۱۱).

پرستاری در پاسخ به این سؤال که آیا کسی هست که کارش را انجام ندهد، پاسخ داد: آره، بارها شده. مثلاً می‌گم ملافه سالمند کثیفه، برین عوض کنید. بعد که بهشون میگم انجام شد، می‌گند آره، ولی وقتی میرم نگاه می‌کنم، می‌بینم تمیز نشده (مصاحبه ۱۵).

مراقبت ناقص: انجام مراقبت ولی به صورت ناقص، دلایل مخصوص به خود را داشت. بیشترین دلیل برای این موضوع کمبود نیروی مراقب، کم بودن دستمزد و همچنین نبودن آموزش، ابراز شد. در جواب این سؤال که آیا ممکن است درخواست سالمند فراموش شود، یک پرستار اظهار داشت: شده، چرا، مثلاً من رفتم تو اتاق دیدم صبحانه هنوز بالای سر مددجو هست، هنوز بهش صبحانه داده نشده. به پدریار گفتم چرا بهش صبحانه ندادی؟ پیش میاد. بعضی وقتا خودمون از بسکه مشغله داریم و فکرمون مشغوله، چیزای ریزی از ذهنمون میره بیرون، فراموش میشه (مصاحبه ۱۵).

همچنین یک پزشک در این مورد معتقد بود: با این تجربه به این نتیجه می‌رسیم که کسانی که می‌خاند به اینا برسند باید کاملاً بینش داشته باشند، هم افرادی باشند که نیازهای روانی و جسمی اینا را بدونند، حتی تو این قضیه آموزش‌های لازم را دیده باشند تا بدونند با اینا چطوری باید برخورد کنند. ولی الان اون آموزش‌ها را نداریم و حیطه سالمندی هنوز در مملکت ما راه نیافتاده (مصاحبه ۲۲).

در نهایت با تلفیق ۹ طبقه فرعی فوق، ۲ طبقه اصلی با عناوین: مراقبت‌های جاری و رفع تکلیف به عنوان طبقات اصلی به دست آمد، که در جدول شماره ۲ آمده است. (جدول شماره ۲).

بحث

هدف از انجام این تحقیق، بررسی عملکرد مراقبتی در سرای سالمندان بود. جهت تحقق این هدف، از روش تحقیق کیفی به منظور دستیابی به عمق تجارب مشارکت کنندگان، استفاده شد. با تمرکز بر روی سراهای سالمندان با شیوه‌های مدیریتی متنوع (خبریه و خصوصی)، سعی شد تا حداکثر تنوع در جمع‌آوری

9. Gutierrez

10. Brandburg

11. Bowers

12. Paulus

جشن‌های مناسبی بسیار موثر است [۲۵]. هوانگ^{۱۷} معتقد است پرسنل مجرب، وقت شناس و با نگرش مثبت کسانی هستند که بتوانند نیازهای جسمی سالمندان را ارزیابی کنند و در حین رفع این نیازها با روابط نزدیک و کلمات مثبت یک محیط صمیمی مانند خانه برای آن‌ها بوجود آورند [۷].

در روند انجام مراقبت از سالمندان مواردی از خدمات سهل‌انگارانه چون کمبود امکانات و تجهیزات مراقبتی تخصصی و عمومی، کمبود نیرو و بی‌انگیزگی از مهم‌ترین علل ذکر شده بود. کوگلان بیان می‌کند که مراکز اقامتی سالمندان ادعا می‌کنند که از پیشرفته‌ترین امکانات استفاده می‌کنند ولی بسیاری از سالمندان معتقدند که سرای سالمندان محلی واقعی برای زندگی معنادار نیست، بلکه جایی است برای انتظار تا پرسنل هر وقت که توانستند به آن‌ها توجه کنند و یا مکانی برای انتظار مرگ است [۲۵]. بوورز و همکاران معتقدند که وقتی تعداد پرسنل کم است، آن‌ها احساس فشار مضاعف در انجام وظایف خود کرده و برای رهایی از اضطراب این فشار، مجبور به کم گذاشتن در امور مراقبتی می‌شوند [۱۹].

موارد زیادی از شکایت سالمندان در مورد بی‌پاسخ ماندن درخواست‌های آنان وجود داشت. از طرف سالمندان دلایلی چون مشخص نبودن مراقب جهت طرح مشکل، نارضایتی از کار و بی‌اهمیت بودن سالمند و از طرف مراقبین مواردی چون عدم تناسب بین تعداد سالمندان و نیرو، بد اخلاقی سالمندان و کمبود حقوق به عنوان مهم‌ترین دلایل ذکر شد. مارتینسون^{۱۸} و همکاران در این زمینه دریافتند که بعضی اوقات سالمندان احساس می‌کنند که مراقبین از رفع نیازهای آن‌ها احساس ناراحتی می‌کنند به خصوص در موقع صرف غذا و یا برآورده کردن بهداشت شخصی و در نتیجه آن‌ها از درخواست کمک از پرسنل روی گردان می‌شوند [۲۶]. کارلسون و همکاران معتقدند که تمرکز مراقبین بیشتر بر روی انجام فعالیت‌های روزمره، مشکلات شناختی و مراقبت‌های غیر رسمی بوده در حالی که توجه به شکایت‌های سالمندان در مورد سلامتی، کم‌تر مورد توجه قرار می‌گیرد [۱۱]. در همین راستا هولتکمپ ابراز کرد که شکایت‌های جسمی، مشکلات مرتبط با دسترسی به حمایت‌های روانی و اجتماعی مانند ارتباط با دیگران و داشتن مصاحب و تسهیلاتی مانند وسایل کمکی در بینایی و شنوایی [۵]، کم‌تر مورد توجه مراقبین قرار می‌گیرد.

بوورز، کمبود پرسنل را یکی از علل ناتوانی مراقبین در کامل کردن مراقبت‌ها می‌داند. مثلاً کمک به انجام اجابت مزاج، که علیرغم آگاهی از اهمیت آن، به علت مشغله زیاد با کوتاهی مراقبین همراه شده لذا برخی سالمندان که قادر به کنترل دفعی

تغذیه، دفع، حفظ بهداشت و نظافت، محافظت از آسیب دیدن، دارو دادن و استراحت بیماران است و در این بین تفاوتی بین سالمندان مبتلا به آلزایمر و سایر سالمندان بستری در سرای سالمندان وجود ندارد [۲۱].

براندبرگ و همکاران معتقدند که پرستاران و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت دارای یک نقش کلیدی در حمایت سالمندان جهت سازگاری ابتدایی با زندگی روزمره، در سرای سالمندان هستند و ارتباطات درون و بیرون از سرای سالمندان به عنوان یک منبع حمایتی از سالمندان است [۱۸]. همچنین شین^{۱۳} معتقد است که گردش پرستاران و حضور پرستاران روزمزد به دلیل زیادتیر بودن دقت آن‌ها در امر مراقبت و ارتباط، باعث افزایش کیفیت زندگی در سالمندان مقیم سرای سالمندان می‌شود [۲۲].

با توجه به وضعیت سلامت سالمندان، حضور و نظارت پزشکان جهت مراقبت‌های پزشکی غیرقابل انکار است. حضور پزشک عمومی به صورت تمام وقت لازم است و دسترسی به مشاوره‌های تخصصی نیز یکی از اولویت‌هاست، اگرچه کمبود منابع مالی و زیاد بودن تعداد سالمندان مقیم سرای سالمندان، مانعی جهت حضور مداوم پزشکان است. همچنین جنبه حمایت‌های روحی و روانی ناشی از حضور پزشکان به صورت مستمر نیز موردی است که توسط شرکت‌کنندگان در تحقیق مورد تأکید قرار گرفت. در این مورد فاهی^{۱۴} و همکاران معتقدند که افزایش تعداد سالمندان ساکن سرای سالمندان به همراه کاهش تأمین تخت‌های مورد نیاز جهت این مراکز باعث افزایش بار کاری پزشکان عمومی شده است و در نتیجه تنظیم فعالیت‌های مراقبتی برای سالمندان دچار مشکل شده است [۹].

همچنین کودنر^{۱۵} پزشکان عمومی را بخشی مهم در ارائه مراقبت یکپارچه در سرای سالمندان می‌داند [۲۳]. دیویسا^{۱۶} و همکاران در تحقیق خود نتیجه گرفتند که ارتباط بین متخصصین و بیماران بخصوص بیماران دچار دمانس مقیم سرای سالمندان که در مرحله انتهایی هستند، دارای مشکلاتی است چرا که این بیماران توان برقراری ارتباط و درخواست رفع نیازهای خود را ندارند [۲۴].

با نگاهی به سالمندان مقیم سرای سالمندان و بار بیماری‌های مزمن که قابل درمان نیستند، استفاده از درمان‌های جانبی به خصوص روش‌های درمانی غیردارویی و حمایتی می‌تواند در حفظ سلامت سالمندان مؤثر واقع شود. کوگلان و همکاران در تحقیق خود گزارش کردند که در سرای سالمندان برنامه‌هایی چون حضور حیوانات خانگی، ورزش، کلاس‌های آشپزی، مشاوره سالمند و خانواده، مراقبت‌های مذهبی، تعامل با کودکان بازدیدکننده و

13. Shin

14. Fahey

15. Kodner

16. Daviesa

17. Hwang

18. Martinsson

References

- [1] Wu SC, White A, Cash K, Foster S. Nursing home care for older people in Taiwan: A process of forced choice. *Journal of Clinical Nursing*. 2009; 18(14):1986-93. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02697.x.
- [2] Nikfarjam M. [Health care for ageing (Persian)]. *Monthly Magazine of Kahrizak Elderly house*. 2005; 11.
- [3] Maghsoodnia S. [Primary health care in the elderly of Iran (Persian)]. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences Publication; 2006.
- [4] Pourreza A, Khabiri Nemati R. [Economic health and ageing (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2006; 1(2):80-87.
- [5] Holtkamp CC, Kerkstra A, Ooms ME, Van Campen C, Ribbe MW. Effects of the implementation of the Resident Assessment Instrument on gaps between perceived needs and nursing care supply for nursing home residents in the Netherlands. *International Journal of Nursing studies*. 2001; 38(6):619-28. doi: 10.1016/s0020-7489(00)00116-4
- [6] Norouzi K, Abedi H A, Maddah S S B, Mohammadi E, Babaei G. Development of a community-based care system model for senior citizens in Tehran. *Iranian Rehabilitation Journal*. 2005; 3(1):48-60
- [7] Hwang HL, Hsieh PF, Wang HH. Taiwanese long-term care facility residents' experiences of caring: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2013; 27(3):695-703. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01082.x.
- [8] Coughlan R, Ward L. Experiences of recently relocated residents of a long-term care facility in Ontario: Assessing quality qualitatively. *International Journal of Nursing Studies*. 2007; 44(1):47-57. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2005.11.022
- [9] Fahey T, Montgomery AA, Barnes J, Protheroe J. Quality of care for elderly residents in nursing homes and elderly people living at home: controlled observational study. *BMJ*. 2003; 326(7389):580. doi: 10.1136/bmj.326.7389.580
- [10] Shah SM, Carey IM, Harris T, DeWilde S, Hubbard R, Lewis S, et al. Identifying the clinical characteristics of older people living in care homes using a novel approach in a primary care database. *Age and Ageing*. 2010; 39(5):617-23. doi: 10.1093/ageing/afq086.
- [11] Karlson S, Edberg AK, Hallberg IR. Professional's and older persons assessments of functional ability, health complaints and received care and service. A descriptive study. *International Journal of Nursing Studies*. 2010; 47(10):1217-27. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.03.003.
- [12] Van Bilsen PMA, Hamers JPH, Groot W, Spreeuwenberg C. Demand of elderly people for residential care: An exploratory study. *BMC Health Services Research*. 2006; 6:39. doi: 10.1186/1472-6963-6-39
- [13] Gerge J, Munro K, McCaig D, Stewart D. Risk factors for medication misadventure among resident in shelter housing complexes. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2007; 63(2):171-176. doi: 10.1111/j.1365-2125.2006.02799.x
- [14] Hsieh H, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*. 2005; 15(9):1277-88. doi: 10.1177/1049732305276687

هستند به افراد بی اختیار تبدیل می‌شوند [۱۹]. کوجلان هم کمبود پرسنل جهت انجام نیازهای اولیه مثل توالیت رفتن و راه بردن را یکی از مشکلات سالمندان ارائه نمود [۲۵].

نتیجه گیری نهایی

یافته‌های این مطالعه نشان داد که عملکرد مراقبتی در سرای سالمندان، روندی پیچیده و چند بعدی دارد. توجه به مشکلات سالمندان در ابعاد جسمی و روحی روانی، انجام مراقبت توسط مشاغل مختلف (چند تخصصی) و تیمی، نیاز به تعامل مثبت بین سالمندان و مراقبین و وجود مشکلات مختلف مانند مشکلات نیروی انسانی، تجهیزاتی و کمبود منابع مالی و ضعف مدیریتی نشانه‌هایی از پیچیده بودن این روند هستند. در نهایت دو طبقه اصلی مراقبت‌های در دسترس و رفع تکلیف، از داده‌های این مطالعه استخراج شد. از یافته‌های این مطالعه در موارد مدیریتی و برنامه‌ریزی مراقبتی در سرای سالمندان می‌توان استفاده نمود. این مطالعه را می‌توان در مناطق دیگر جهت تأیید و تکمیل نتایج و با روش‌های تحقیق کمی، انجام داد تا جنبه‌های دیگری که ممکن است با توجه به محدودیت مکان مورد تحقیق و یا موارد فرهنگی خاص این منطقه، قابل کشف نبود، به دست آیند. همچنین تحقیق در مورد پیامدهای مراقبت به صورت مراقبت‌های جاری و نقش فرهنگ در ارائه مراقبت در سرای سالمندان، موارد مهمی در این زمینه هستند که می‌توانند قابل پیگیری باشند.

تشکر و قدر دانی

پژوهش حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است. لازم است در پایان از سالمندان و مراقبینی که در این تحقیق به عنوان مشارکت‌کننده حضور داشته‌اند و همچنین از مدیریت سرای سالمندان که در این زمینه همکاری نمودند، تشکر به عمل آید.

- [15] Pope C, Van Royen P, Baker R. Qualitative methods in research on healthcare quality. *Quality & Safety in Health Care* 2002; 11(2):148-52. doi: 10.1136/qhc.11.2.148
- [16] Corbin JM, Strauss AL. Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory. Los Angeles: Sage Publications Inc; 2008.
- [17] Blanca Gutiérrez J, Linares Abad M, Grande Gascón ML, Aranda Marín DJ. The personal relationships that are established by residents of a nursing home. *Enfermería Global*.2012; 28:13-22.
- [18] Brandburg GL, Symes L, Mastel-Smith B, Hersch G, Walsh T. Resident strategies for making a life in a nursing home: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*. 2013; 69(4):862-74. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06075.x.
- [19] Bowers BJ, Esmond S, Jacobson N. The relationship between staffing and quality in long term care facilities: Exploring the views of nurses aides. *Journal of Nursing Care Quality*. 2000; 14(4):55-64. doi: 10.1097/00001786-200007000-00009
- [20] Paulus AT, van Raak AJ, Keijzer FB. Nursing home care: Whodunit? *Journal of Clinical Nursing*. 2006; 15(11):1426-39. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01504.x
- [21] Yekतालab Sh, Kaveh MH, Sharif F, Falahi khoshknab M, Pe-tramfar P. [Caring for patients with Alzheimer's disease in nursing homes: A qualitative content analysis (Persian)]. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2012; 1(3):240-53.
- [22] Shin JH. Relationship between nursing staffing and quality of life in nursing homes. *Contemporary Nurse*. 2013; 44(2):133-43. doi: 10.5172/conu.2013.44.2.133.
- [23] Kodner DL, Kay Kyriacou C. Fully integrated care for frail elderly: Two American models. *International Journal of Integrated Care*. 2000; 1(1):1-19. doi: 10.5334/ijic.11
- [24] Davies N, Maio L, Van Riet Paap J, Mariani E, Jaspers EB, Sommerbakk R, et al. Quality palliative care for cancer and dementia in five European countries: Some common challenges. *Aging & Mental Health*. 2014; 18(4):400-10. doi: 10.1080/13607863.2013.843157
- [25] Coughlan R, Ward L. Experiences of recently relocated residents of a long-term care facility in Ontario: Assessing quality qualitatively. *International Journal of Nursing Studies*. 2007; 44(1):47-57. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2005.11.022
- [26] Martinsson I, Edberg AK, Janlöv AC. Growing old in a foreign context - older immigrants' experience of everyday life in residential care facilities. *Nordic Journal of Nursing Research*. 2013; 33(3):34-8. doi: 10.1177/010740831303300308.

