

عوامل تسهیل گر و ممانعت کننده فرآیند مراقبت سالمندان آسیب پذیر در خانواده: مطالعه کیفی

*دکتر فرحناز محمدی شاهبلاغی^۱ دکتر فاطمه دباغی^۲ دکتر منصوره یادآور نیکروش^۳

چکیده

زمینه و هدف: با وجود این که مراقبت خانوادگی از سالمندان، از اجزای ضروری خدمات بهداشتی در جامعه محسوب می شود، هنوز در مورد چگونگی مراقبت خانواده های ایرانی از سالمند آسیب پذیر در منزل و عوامل مرتبط با آن مطالعات کافی با رویکرد کیفی صورت نگرفته است. هدف این مطالعه کشف عوامل تسهیل گر و ممانعت کننده مراقبت خانواده از سالمند آسیب پذیر در منزل بر اساس تجارب مراقبین می باشد.

روش بررسی: در این مطالعه گراند تئوری، تجربیات ۱۴ مراقب از طریق مصاحبه عمیق نیمه ساختاری، مشاهده در عرصه و فیلم های مستند؛ جمع آوری و بازنویسی شدو بر اساس رویکرد استراوس و کوربین تحلیل گردید. جهت حصول دقت مطالعه از روش هایی همچون مرور و تایید مطالب توسط شرکت کنندگان، اعتبار پژوهشگر، وابستگی یافته ها، مشاهده مداوم، تلفیق در روش های جمع آوری داده ها و همچنین نظرات تکمیلی همکاران استفاده شد.

یافته ها: عوامل تجربه شده مؤثر بر این فرآیند به دو دسته عوامل تسهیل گر مشتمل بر ۶ زیر طبقه کمک خانوادگی برای مراقبت، آگاهی از نحوه مراقبت، حمایت خانوادگی مراقب، داشتن سابقه ارتباط مثبت بین گیرنده و دهنده مراقبت، ویژگی های فردی، توان مالی گیرنده و دهنده مراقبت و عوامل ممانعت کننده مشتمل بر ۶ زیر طبقه عدم مشارکت خانوادگی، عدم آگاهی مراقب، تجربه بار مراقبتی، زمینه نامناسب برای مراقبت، نبود سیستم های بهداشتی و مراقبتی کیفی و عدم حمایت رسمی طبقه بندی شدند.

نتیجه گیری: عوامل تبیین شده در برگیرنده نیازهای مراقبین برای مراقبت از سالمند آسیب پذیر در منزل می باشند. تدوین سیاست های حمایتی رسمی و غیر رسمی به منظور آموزش، حمایت مالی و ایجاد ساختار های مناسب رفاهی و خدمات سلامت محور مبتنی بر جامعه برای مراقبین و سالمندان می تواند ارتقاء مراقبت کیفی خانوادگی را به دنبال داشته باشد.

کلید واژه ها: سالمند آسیب پذیر - عوامل تسهیل گر - عوامل ممانعت کننده - مراقبت خانوادگی - گراند تئوری

تاریخ دریافت: ۸۶/۶/۲۴

تاریخ پذیرش: ۸۷/۶/۳۰

✦ این مقاله از پایان نامه دانشجویی استخراج شده است.

- ^۱ دانشجوی دکتری و استادیار گروه پرستاری، اوین، کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران، (*مؤلف مسؤل)
- ^۲ دانشیار گروه پرستاری بهداشت جامعه مادران و نوزادان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
- ^۳ دانشیار گروه پرستاری بهداشت جامعه مادران و نوزادان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

مقدمه

سالمندی از پدیده های مطرح سال های اخیر در عرصه بهداشت و سلامت جهانی می باشد. برآوردهای به عمل آمده گویای رشد ۲۲۴ درصدی جمعیت سالمند جهان تا سال ۲۰۲۵ است. در حالی که در همین فاصله زمانی انتظار می رود جمعیت کل جهان ۱۰۲ درصد افزایش نشان دهد.^(۱) افزایش نسبت سالمندی در کشور ما از سال ۱۴۲۰ به بعد خودنمایی خواهد کرد. بنابر تخمین دفتر سلامت جمعیت و خانواده جمعیت بالای ۶۰ سال کشور ظرف ۲۰ سال آینده، یعنی حدود سال های ۱۴۰۰ هجری شمسی به معادل ۸/۵ میلیون نفر خواهد رسید.^(۲)

جغتی و اسدی، ضمن برآورد جمعیت ۶/۲ درصدی سالمندان، عدم توانایی انجام فعالیت های روزمره زندگی را مهم ترین مشکل این گروه معرفی کردند.^(۳) درصد ناتوانی با افزایش سن رشد پیدا می کند. معمولاً سالمندان بالای ۷۵ سال از نظر جسمی شکننده تر بوده و انواع مختلفی از ناتوانی های جسمی و روانی را تجربه می کنند. آن ها قادر به زندگی مستقل نبوده و نیازمند مراقبت جامع می باشند. بدین سبب عمده مراقبت از این سالمندان توسط خانواده ها تأمین می شود. این گروه از سالمندان که معمولاً به آن ها سالمند آسیب پذیر (Frail elderly) اطلاق می شود نیازمند مراقبت جامع و مستمر می باشند.^(۴) واژه مراقبت خانوادگی family caregiving که از سال های ۱۹۸۰ وارد ادبیات حرفه ای حوزه بهداشت گردید،^(۵) امروزه ستون مهره نظام های مراقبت طویل المدت در جهان به حساب می آید.^(۴) در اکثر کشورها برآوردن نیازهای مراقبتی سالمندان مسئولیت مشترک سیستم های رسمی (دولتی) و غیررسمی است. حمایت

غیررسمی، توسط اعضاء خانواده، دوستان و بستگان انجام می گیرد.^(۶) اگرچه در سراسر دنیا، به سبب مزایای این گونه مراقبت ها، خانواده ها به امر مراقبت از سالمند خود در میان خانواده تشویق می شوند، لیکن در کشور ما با بروز تغییرات اجتماعی و دگرگونی های سنتی مانند هسته ای شدن خانواده ها، کوچک شدن منازل، افزایش تعداد زنان شاغل در خارج از منزل، افزایش آمار طلاق و افزایش شهرنشینی، مشکلات سالمندان افزایش و در مقابل مراقبت خانوادگی از آنان کاهش یافته است. لذا نیاز آشکار برای ایجاد یک راهکار مناسب به منظور ارایه مراقبت کیفی به سالمندان کاملاً محسوس است.^(۷) سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۱، مراقبت خانوادگی از سالمند را اولین قدم برای فعال نگه داشتن سالمندان در جامعه دانسته و آن را تنها راه حل مناسب برای اغلب کشورهای در حال توسعه معرفی کرده است. به شرط این که دولت و سازمان های غیردولتی؛ موسسات مذهبی و خود مردم همگی با هم در این امر مهم مشارکت برابر و فعال داشته باشند.^(۸) این سازمان یکی از اولویت های تحقیقات در عرصه رفاه و سلامت را مطالعه فرایندهای مراقبتی سالمندان توسط مراقبین خانوادگی و مقایسه آن با کشورهای درگیر با موضوع می داند.^(۹) در ایران اگر مشکل سالمندی به دلیل ساختار جمعیتی هنوز به طور حاد خود را نشان نداده است اما با توجه به این که در سال های آتی به شدت با آن درگیر خواهیم بود، برنامه ریزی جامع برای توسعه و ارتقاء کیفیت مراقبت خانوادگی از سالمندان از هم اکنون ضروری به نظر می رسد.

خلای پژوهش به ویژه با رویکرد کیفی در این حوزه در کشور ایران، مهم ترین محرک ذهنی محققین جهت انجام این مطالعه بوده است. مطالعات کمی به سبب

تأکید بر پیش فرض های منتج از نظریه های موجود، از نظر تبیین پدیده ها بر اساس تجربه زیسته و عینی واحدهای تحت مطالعه، مورد نقد جدی قرار دارند.^(۱۳،۱۲،۱۱،۱۰) بر همین اساس در این مطالعه با استفاده از رویکرد کیفی سعی شد ضمن تبیین پدیده های مرتبط با فرآیند مراقبت و درک ارتباط آن ها به، کشف و شناسایی عوامل تسهیل گر و ممانعت کننده در این فرایند پرداخته و به این وسیله تصویر شفاف تری از مشکلات مراقبین خانوادگی، برای برنامه ریزی های کیفی و اثر بخش، فراروی سیاست گزاران عرصه سلامت و رفاه کشور قرار داده شود.

این مقاله بخشی از یک طرح کلی تر تحت عنوان تبیین فرایند و تدوین مدل ارایه مراقبت خانوادگی به سالمندان آسیب پذیر^۱ بوده و در پی پاسخ به این سوال است که عوامل تسهیل گر و ممانعت کننده در فرایند مراقبت خانواده از سالمندان آسیب پذیر کدامند؟

روش بررسی

هر چند که علم به گونه منحصر به فردی کمی است لیکن ناتوانی و عدم رضایت در اندازه گیری برخی پدیده های انسانی، توجه محققین را به استفاده از روش های تحقیق کیفی معطوف ساخته است.^(۱۰) این مطالعه با روش گراند تئوری (grounded theory) انجام گرفت. گراند تئوری یک روش تحقیق کیفی است که بر پایه تعامل نمادین یا (symbolic interaction) تکیه دارد. این روش تحقیق به بررسی فرایندهای روانی اجتماعی موجود در بطن تعاملات انسانی می پردازد.^(۱۱) در این مطالعه با استفاده از نمونه گیری هدفمند purposeful sampling از ۴ نفر مراقب

سالمند عضو خانواده دعوت به همکاری و مصاحبه عمیق به عمل آمد. با پدیدار شدن طبقات مفهومی در طی تحلیل داده ها بر اساس نمونه گیری نظری theoretical sampling شرکت کنندگان دیگری نیز انتخاب شدند تا داده ها در راستای شفافیت و تایید دقیق تر طبقات و ارتباط آن ها جمع آوری گردد. به این منظور با مشخص شدن ویژگی (properties) طبقات و تشخیص پیوستار دامنه (dimension) هر یک از آن ها در صورت پوشش ندادن داده های جمع آوری شده بر روی پیوستارها، اقدام به شناسایی، نمونه گیری و جمع آوری داده های مکمل شد. ملاک اشباع داده ها (data saturation) برای آگاهی از کفایت نمونه پژوهش مورد استناد قرار گرفت.^(۱۲) مشارکت کنندگان از میان مراجعین به مراکز خدماتی بهداشتی وابسته به دانشگاه های ایران، علوم بهزیستی و توانبخشی و تهران که ارایه کننده خدمات بهداشتی مختص اختلالات مزمن بودند و همچنین انجمن آرایمر ایران انتخاب شدند. بدین منظور با همکاری پرستاران و مسئولین این مراکز نخست سالمند آسیب پذیری که حداقل در یکی از ابعاد فعالیت های روزمره زندگی (activity of daily living) وابسته بوده شناسایی و با مراقبین عضو خانواده که حداقل شش ماه مستمر مسئولیت مراقبت از وی را به عهده داشته و مایل به شرکت در مطالعه بودند تماس برقرار شد و برنامه ریزی لازم برای مصاحبه و جمع آوری داده ها انجام گرفت. مشارکت کنندگان بر اساس متن رضایت نامه کتبی، به طور آزادانه در مطالعه شرکت کردند. برای جمع آوری داده ها از مصاحبه نیمه ساختارمند، مشاهده شرکت کنندگان توسط محقق در عرصه و فیلم های مستند موجود و مرتبط با موضوع استفاده شد.^(۱۳) مصاحبه ها ابتدا با سوالات کلی

جهت حصول اطمینان از دقت داده ها (rigor) از روش‌هایی همچون مرور و تایید مطالب توسط شرکت کنندگان، اعتبار پژوهشگر (researcher credibility) وابستگی یافته ها (dependability)، بررسی طولانی و مشاهده مداوم (prolonged engagement)، تلفیق در روش های جمع آوری داده ها، و به کارگیری نظرات تکمیلی همکاران استفاده شد.^(۱۲) کسب رضایت آگاهانه، حفظ بی نامی، محرمانه بودن اطلاعات و برخورداری از حق کناره گیری از پژوهش در هر زمان از جمله ملاحظات اخلاقی لحاظ شده در این مطالعه بود.

یافته ها

شرکت کنندگان در تحقیق حاضر را ۱۴ نفر از مراقبین سالمندان آسیب پذیر، متشکل از ۳ همسر، ۷ دختر و ۴ عروس تشکیل می دادند. دامنه سنی شرکت کنندگان بین ۳۱ تا ۸۳ و میانگین آن ۵۲/۶ سال بود. شرکت کنندگان حداقل یک سال تجربه مراقبت از عضو سالمند خانواده خود را داشتند. ۱۲ نفر از شرکت کنندگان زن و ۲ نفر مرد بودند و توزیع میزان تحصیلات آنان از بیسواد تا کارشناسی بود. سالمندان تحت مراقبت به انواع اختلالات ناتوان کننده مانند نارسایی پیشرفته کلیوی، آلزایمر، سرطان، نارسایی پیشرفته قلبی، سکت قلبی، دیابت، استئوپروز و اختلالات اسکلتی پیشرفته، و اختلالات گوارشی مزمن مبتلا بودند. فرایند اصلی در این مطالعه، جستجوی نقطه تعادل نام گرفت و مراقبین حین تجربه فرآیند یاد شده با مجموعه عواملی که این فرایند را با مشکل روبرو ساخته و یا تسهیل می کنند روبرو هستند. این مجموعه عوامل به تفکیک در ادامه مورد بحث قرار می گیرند.

عوامل تسهیل گر: ۱۸۶ کد اولیه بر گرفته از تجارب مراقبین در ۶ زیر طبقه قرار گرفتند که در جدول زیر خلاصه شده است.

آغاز و به تدریج بر اساس تحلیل داده ها سوالات ژرف کاو و پی گیر (probe and follow-up questions) و شفاف کننده در خصوص پذیرش نقش و تجربه روزانه مراقبت از سالمند، اثرات آن و نحوه انجام وظایف مختلف زندگی پیش رفت و ۴۵ تا ۹۰ دقیقه به طول انجامید. مصاحبه ها عمدتاً در محل زندگی مراقب و سالمند با هماهنگی قبلی انجام شد که این فرصت مشاهده نحوه مراقبت را نیز فراهم می کرد. تمام مصاحبه ها ضبط و سپس پیاده شد. در مشاهده به رفتارهای غیر کلامی، تعاملات بین مراقبت دهنده و گیرنده در حین مراقبت و شرایط و موقعیت مراقبت تاکید شد. فیلم ها، مستند گونه بوده و به وسیله انجمن جهانی آلزایمر مستقر در کانادا و با همکاری شرکت دارویی فایزر (fizer) تهیه شده و از طریق این انجمن در اختیار انجمن آلزایمر ایران قرار داده شده است. این انجمن نیز به منظور حمایت روانی و آموزش مراقبین فیلم ها را به فارسی دوبله کرده است. این فیلم ها شامل مصاحبه با مراقبین سالمندان مبتلا به آلزایمر و سایر اختلالات مزمن همزمان، می باشد که تجارب خود را در مورد مراقبت از سالمندشان ارایه می کنند. متون فیلم ها مانند مصاحبه ها ثبت و بازنویسی شدند. به منظور کشف متغیر اصلی (core variable) که فرایند اساسی اجتماعی نیز می باشد،^(۱۰) داده های مربوط به مطالعه با استفاده از رویکرد Strauss و Corbin تحلیل شدند. به این منظور متن کلیه مصاحبه ها خط به خط خوانده و به کرات بازنگری و کد گذاری باز (open coding) محوری (axial coding) و انتخابی (selective coding) انجام شد. بدین ترتیب با مقایسه دایم (constant comparative) کدها از نظر تشابه و تفاوت در مفاهیم و مضامین، طبقات (categories) و زیر طبقات شکل گرفت.^(۱۳)

جدول شماره ۱- زیر طبقات، کدهای استحصالی و نمونه داده های جمع آوری شده طبقه عوامل تسهیل گر

زیر طبقه	نمونه کدهای استخراج شده	نمونه داده های جمع آوری شده
۱- داشتن کمک خانوادگی برای مراقبت	کمک همسر و سایر اعضای خانواده، تقسیم کار، تعهد مراقبان به هم، وجود یک مراقب اصلی و ضرورت هماهنگی	-باید همه با هم (اعضای خانواده) کار کنیم..... باید حس اشتراک داشته باشیم یعنی هر کسی یک کاری را به عهده بگیرد (مراقب، دختر) -مشاهده: با صدایی بغض آلود از عدم همکاری فرزندان و عروسش در مراقبت از همسرش صحبت می کرد. این فشار روحی به حدی بود که به خاطر گریه نتوانست به صحبت هایش ادامه دهد (مراقب، شوهر)
۲- آگاهی از نحوه مراقبت		-اگر کسی باشه که کارهایی را که نمی دانیم به ما آموزش بده خیلی خوبه.....(مراقب، عروس) -فیلم: من در مورد بیماری سالمند چیزی نمی دانستم...تا اینکه با خواندن کتاب و صحبت با دیگران سعی کردم در مورد آن مطالبی را یاد بگیرم که بهتر مراقبت کنم (مراقب، همسر).
۳- حمایت خانوادگی مراقب	حمایت همسر و سایر اعضای خانواده به اشکال مادی، مالی و معنوی، قدر دانی و تقدیر از مراقب	-شوهرم مادرم را قبول کرده من یک شانس بزرگی که دارم اینه که شوهرم و خانواده اش مرا فوق العاده درک می کنند (مراقب، دختر)
۴- داشتن سابقه ارتباط مثبت بین گیرنده و دهنده مراقبت	سوابق همزیستی با سالمند در یک خانه قبل از بروز آسیب پذیری سالمند، سابقه مراقبت های قبلی، ارتباطات کیفی و خوب بین سالمند و مراقب	-در تمام مراحل زندگی ما باهم بودیم در تمام سختی ها همان طور که او مرا در سختی ها همراهی کرده و پا به پای من بوده.....من چه طور می توانم او را در این شرایط تنها بگذارم (مراقب، همسر، شوهر) -فیلم: من به او (شوهرم) گفتم ما همیشه کار ها را با هم انجام می دادیم و اگر احتیاج به کمک داشتیم به هم کمک می کردیم - پس چرا الان کمکت نکنم (مراقب، همسر)
۵- ویژگی های فردی	زن بودن، مذهبی بودن، داشتن تعهد اخلاقی و انسانی، صبر، حوصله، سلامت و بنیه جسمی و روانی خوب، اشتغال	- من ته تا قاری بودم و همیشه بغل مامان بودم..... نمی دونم شاید به خاطر این من بیشتر علاقه دارم مراقبت کنم (مراقب، دختر) -فیلم: بچه هایم به ما کمک زیادی نمی کنند ولی فکر می کنم چون مرد هستند نمی دانند باید چه کار کنند (مراقب، همسر)
۶- توان مالی گیرنده و دهنده مراقبت	داشتن مسکن شخصی به ویژه برای شخص سالمند، داشتن حقوق و مستمری، استقلال مالی برای سالمند و تمکن مالی مراقب	-اگر مادرم خودش خونه داشت نوبتی نمی شد که هر ماه یکی او را ببره خونه خودش، این شکلی مادرم تحقیر میشه (مراقب دختر) -اگر خودش یک آب باریکه ای داشت به ما هم کمک میشد که بهتر مراقبت کنیم (مراقب، عروس)

شده و بیانات شرکت کنندگان در این طبقه در جدول شماره دو خلاصه شده است.

عوامل ممانعت کننده: در این طبقه ۱۸۹ کد اولیه در ۶ زیر طبقه جای گرفتند که به همراه نمونه کدهای استخراج

جدول شماره ۲ - زیر طبقات، کدهای استحصالی و نمونه داده های جمع آوری شده طبقه عوامل ممانعت کننده:

زیر طبقه	نمونه کدهای استخراج شده	نمونه داده های جمع آوری شده
۱- عدم مشارکت خانوادگی	تنها بودن در مراقبت دادن، ناعادلانه بودن تقسیم کار ها، کوتاهی سایر اعضای خانواده، شانه خالی کردن	-چی بگم ... : هیچکس را بر من از یاران مجلس دل نسوخت، شمع را مبینمش اشکش میروید بر روی زرد (مراقب، شوهر) -همه حرف ما در خانه این است... شوهرم میگه چرا بقیه بچه هاش نیستند تا مراقبت کنند(مراقب، دختر)
۲-عدم آگاهی مراقب	عدم آگاهی در مورد بیماری درمان و نحوه مراقبت، نشناختن حیطة و نقش افراد حرفه ای، عدم آگاهی از جلب مشارکت و مدیریت اعضای و تیم خانواده در مراقبت	-اگر کسی نمی تونه راه و روشش را می شود مشاوره داد و آنها را راهنمایی کرد(مراقب، دختر) - بعضی وقت ها فکر می کنم کمک گرفتن از دیگران زشت استهمه خودشان به اندازه کافی مشکل دارند (مراقب عروس)
۳-تجربه بار مراقبتی	بار مراقبتی ذهنی: عصبانیت، افسردگی، پرخاشگری، تداخل ایفای نقشها، نرسیدن به نیازهای فردی، فشار بیش از حد و ناامیدی، بی خوابی، درد جسمی.	-احساس می کنم خیلی فشار رومه فکر می کنم دیگر بنیه و جان ندارم... واقعاً آدم میبیره ذله میشود(مراقب، عروس) -دقیقا مثل یک ماشین کار می کنم ا زصبح که بلند می شوم می دوم تا آخر شب آنقدر خسته می شوم که گاهی پشت ماشین خوابم می بره کم مانده تصادف کنم(مراقب عروس) مشاهده: چشمان قرمز و رنگ پریده اش نشان دهنده بی خوابی شب گذشته بود. و مرتباً خواهر همسرش تاکید می کرد که بقیه کار ها را به او بسپارد و ساعتی استراحت کند. (مراقب، عروس)
۴-زمینه نامناسب برای مراقبت	تغییرات تغییرات فرهنگی و اجتماعی، دور شدن نسل ها از هم، اشتغال زنان، بعد مسافت، بالا بودن هزینه های مراقبت حرفه ای، نداشتن امکانات و تجهیزات، وسیله رفت و آمد، وسایل کمک حرکتی نامناسب و گران و مشکل در تعدیل محیط خانه ها	فیلیم: برادرم بچه دارد من ندارم...من نزدیک تر هم بودم.....من بایستی از او مراقبت می کردم(مراقب، دختر) برای مراقبت فضای منزل باید مناسب باشد، نداشتن اطاقاطاق جداگانه لازم است چون مشکل سالمند باعث بی خوابی سایر افراد خانواده می شود(مراقب، عروس) با قطار مسافرت می خواهم بکنم باید تخفیف بدهند چون من احتیاج به کوپه اختصاصی دارم مرتب باید لکن بدم ...پله یکی از دلایلی است که نمی تونم مادرم را بیرون ببرم(مراقب، دختر)
۵-نبودن سیستم های بهداشتی و مراقبتی کیفی	نبود پرسنل متخصص، محدودیت و عدم دسترسی به مراکز، نبود سیستم مراقبت کیفی از سالمندان در منزل، نبود مراکز روزانه و مراقبت فرجه ای	مراقبت از این ها باید توسط افراد حرفه ای مثل پرستار مددکار روانشناس روانپزشک متخصص و آشنا به مشکلات سالمندی باشد..... پرستاری از اینها بهتر است به شکل یک کدبانو باشد که آشپزی و مراقبت اولیه را هم انجام دهد(مراقب، دختر) چند نفر که می گفتند پرستارند از اینمراکز آوردیم کلی درد سر برایمان درست کردند.....دیدیم اگر نباشند...آره خودم بهترم(مراقب، همسر)
۶-عدم حمایت رسمی کیفی	حمایت مالی دولتی، مستمری، جبران مالی، بیمه کار آمد، پوشش بیمه ای، بخش نامه های حمایت گر از شاغلین مراقب، تخصیص مرخصی های ویژه برای مراقبان شاغل، خرید خدمات مراقبتی	مجلس باید تصویب کند که مادران دارای معلول یا هر کسی که از فرد ناتوانی مراقبت می کند کارش نیمه وقت شود ولی حقوق تمام وقت را بگیرند اگر این به کسانی که از والدین پیرشان مراقبت می کنند تعمیم داده شود خیلی خوب خواهد شد(مراقب، دختر) دولت باید برای اینها خدمات را رایگان و مجانی کند باید داروهایشان، عکس برداری و... تمام تشکیلات مجانی باشد (مراقب، شوهر)

بحث و نتیجه گیری

یافته ها نشان داد پدیده مراقبت فرایندی چالش برانگیز بوده و بر تمامی ابعاد زندگی مراقبین سایه می اندازد. مراقبین در طول فرایند مراقبت عواملی را تجربه می کنند که ماهیتاً موجب تسهیل یا سختی در برقراری تعادل بین نقش ها و فعالیت های مختلف زندگی مراقب و نحوه مراقبت از سالمند می شود. کمک، حمایت و مشارکت اعضای خانواده در ارایه مراقبت از بار مراقبت و اثرات منفی آن می کاهد و شبکه حمایتی را به وجود می آورد که زمینه یاری و همدلی را برای مراقبین فراهم ساخته و آنان را از حس تنها بودن در عرصه مراقبت دور می کند. وجود سوابق ارتباطی مناسب و کیفی با سالمند و ویژگی های فردی مراقب به ویژه سلامت جسمی، داشتن جنسیت مؤنث، مذهبی و متعهد بودن، به مراقبین در پذیرش نقش و استمرار مراقبت کمک می کنند. توان مالی به ویژه استقلال مالی سالمند و مراقب، آگاهی و دانش مراقبین از نحوه مراقبت، انجام این کار را برای مراقب راحت تر می سازد و مراقب را در کنترل فرایند و چگونگی برقراری تعادل یاری می کند.

در مجموعه مطالعات گوناگون به منظور تبیین عوامل مرتبط با فرآیند مراقبت مشخص شده است که اعتقادات و باورهای مراقب، نقش و نوع وظایف مراقبتی، وضعیت سلامت مراقب، اختلال شناختی سالمند و اختلالات رفتاری مخرب سالمند، میزان حمایت اجتماعی، تصویرذهنی سالمند از خود، بار و فشار مراقبت تجربه شده و میزان استرس وارد به خانواده ویژگی های سالمند سطح ناتوانی، نوع ارتباطات بین گیرنده و دهنده مراقبت، حیطه های مورد نیاز برای مراقبت، در دسترس بودن منابع و موقعیتی که در آن

مراقبت انجام می شود، از عوامل مهم محسوب می شوند. نکته جالب آن است که بر اساس یافته های مطالعات انجام شده این عوامل به مراتب بیشتر از وضعیت بیماری سالمند بر سلامت و تندرستی مراقب اثر دارند.^(۱۵) در این مطالعه نیز پاسخ مستقیم مراقبین در این رابطه گویای عدم تأثیر نوع بیماری بر تجارب مراقبتی بوده و بیشتر بر سطح وابستگی سالمند تأکید شده است.

همان طور که اشاره شد، مراقبین داشتن آگاهی و شناخت نسبت به نحوه مراقبت را عامل مهمی در انجام راحت تر و بهتر مراقبت می دانند. Smith در این رابطه معتقد است پرستاران با آموزش خانواده ها در مورد نحوه مراقبت از سالمند و دادن مشاوره می توانند موجبات افزایش انگیزه برای مراقبت و کارآمدی مراقبین فراهم کنند، ضمن آن که با کنترل عوارض فشار مراقبت می توانند عوارض منفی آن بر کیفیت مراقبت نیز بکاهند.^(۱۶)

در این مطالعه مشخص شد عواملی نیز می توانند فرایند مراقبت خانوادگی از سالمندان آسیب پذیر را با مشکل روبرو سازند. عدم مشارکت خانوادگی به اشکال گوناگون، سبب حس تنهایی مراقب شده و تجربه بار مراقبتی در ابعاد ذهنی و عینی به ویژه اختلال در سلامت جسمی و روانی وی را به همراه دارد که این خود بر کیفیت مراقبت و سلامت مراقب مؤثر است. عدم وجود بستر مناسب، پذیرش نقش مراقبتی و انجام فعالیت های مرتبط با آن را با سختی روبرو می کند. در میان این عوامل خلاء سیستم های مراقبتی مناسب برای جابگزینی موقت مراقبت خانوادگی حتی برای ساعاتی چند، به شدت تقاضای مراقبین را بی پاسخ گذاشته است. نبود مکانیسم های حمایتی مادی و معنوی نیز از عواملی هستند که بر باورهای مراقب، پذیرش

به مراکز نگهداری، آخرین گزینه پس از آزمون همه راهکارهای محتمل، در نظر گرفته می شود.^(۱۹،۲۰) کشورهای همچون ژاپن، انگلیس و آمریکا که در زمره اولین کشور های دارنده طرح های ملی مدون برای ارتقای سلامت و رفاه شهروندان سالمند قرار دارند، اذعان می کنند که به اندازه کافی در نیل به مراقبت های کیفی طویل المدت برای سالمندان موفق نبوده اند. آنان نیز حمایت از مراقبت خانوادگی را از مهم ترین راه حل های ممکن تلقی می کنند.

در مطالعه حاضر مشخص شد که مراقبین زن پذیرش و رضایت بیشتری نسبت به مراقبت از سالمند دارند. به طور کلی نقش مراقبتی زنان از سالمندان ریشه در فرهنگ و سنت جامعه ایرانی دارد. Hashizome نیز در مطالعات پی گیر خود در ژاپن این موضوع را امری مسلم در فرهنگ شرق معرفی می کند.^(۲۱،۲۲) نظر به این که مراقبت از سالمند با بار مراقبتی ناشی از آن همراه است و این امر بهداشت و سلامت زنان را که جایگاه خاص در سلامت خانواده و جامعه دارند به شدت تحت تأثیر قرار می دهد، ضروری است با ایجاد ساختارهای حمایتی دولتی و غیردولتی به ویژه از طریق آموزش عمومی و جلب مشارکت اجتماعی، زنان مراقب به ویژه زنانی که در عین حال شاغل هم هستند، را در این رابطه یاری و حمایت نمود. یافته های مربوط به عوامل تسهیل گر و ممانعت کننده در واقع بیانگر نیاز ها و تقاضاهای مراقبین بود و نشان می داد که مراقبین متقاضی خدمات رفاهی و بهداشتی کیفی در این زمینه هستند پوررضا و عاقل مند در خصوص ضرورت اصلاح نظام سلامت به منظور پاسخ به تقاضای مشتریان می گویند به دنبال درک اهمیت موضوع سلامت به عنوان اصلی ترین محور توسعه پایدار امروزه شاهد نسل های مختلف اصلاحات در نظام

نقش و انجام مراقبت تأثیر منفی به جای می گذارد. مجموعه عوامل فوق مراقب را برای ایجاد تعادل با مشکل روبرو کرده که این خود بر کیفیت و برابری مراقبت تأثیر دارد. به طور کلی هر چه نسبت رضایت از مراقبت به استرس تجربه شده ناشی از آن بیشتر باشد، فرایند مراقبت با سهولت بیشتری انجام می شود. در این رابطه سن، وضعیت اشتغال و احساس تندرستی مراقب، کیفیت ارتباط با سالمند به مراتب از پیش بینی کننده هایی همچون مشخصات سالمند، شدت علایم و طول مدت ابتلا به اختلال ناتوان کننده مؤثرتر می باشند.^(۱۵) وظایف متعدد و گوناگون مراقب، مهارت های مراقبتی نیازمند به توان جسمی و در مقابل ضعف جسمانی مراقب^(۱۷)، وجود اختلال شناختی، رابطه غیر از همسر بودن با سالمند، میزان و ابعاد وابستگی بیشتر سالمند در فعالیت های روزمره زندگی، نیاز بیشتر از دو ساعت به امر مراقبت، عدم امکان تنها گذاردن سالمند در منزل، محدوده سنی ۴۴-۱۴ برای مراقب، احساس عدم سلامت، تجربه فشار روانی، داشتن فعالیت های اجتماعی و نداشتن وقت برای مراقب و سن بالاتر از ۷۵ سال سالمند از مهم ترین موانع استمرار مراقبت خانوادگی از سالمندان می باشند.^(۱۵) در مقابل بالا بودن سطح دانش و آگاهی مراقب از نحوه مراقبت، نزدیکی محل زندگی مراقب و سالمند، درجه صمیمیت سالمند با مراقب، ثبات اقتصادی خانواده و شدت انگیزه مراقب از مهم ترین عوامل تسهیل کننده محسوب می شوند.^(۱۸)

گزارشات حاکی از این است که عمده حمایت های ارائه شده به سالمندان توسط خانواده و سیستم های غیررسمی تامین می شود و با وجود مشکلات عدیده در این زمینه، همچنان مراقبت خانوادگی اصلی ترین حمایت برای سالمندان محسوب شده و سپردن سالمند

تقدیر و تشکر

بدینوسیله محققین از کلیه شرکت کنندگان در مطالعه تقدیر نموده و سپاس ویژه خود را از مسئولین و کارکنان پرستاری انجمن آلزایمر ایران، مدیریت و اداره پرستاری مراکز آموزشی و درمانی شهید هاشمی نژاد، انستیتو کانسرو مرکز جامع توانبخشی سالمندان رفیده ابراز می دارند.

فهرست منابع

- 1- Joghatai MT. [Phenomenon of aging]. *J aging*; 1996.2(6):10-13.Persian
- 2- Delavar B, Majd M. [Iranian National program on healthy aging]. Ministry of health and Medical Education. Population and Family Health office; 2002.P.6-9.Persian
- 3- Goghatai MT. Asadi MH. [The state of Iranian elderly people and the necessity of paying attention to their needs]. *Hakim*; 2000.2(1):1-6.Persian
- 4- Gaugler J, Kane R, Kane R. Family Care for Older Adults with Disabilities: Toward More Targeted and Interpretable Research. *Int J Aging Hum Dev*; 2002.54(3):205-231.
- 5- Farran CJ. Family caregivers: Acritical resource in today's changing health care climate. *Virginia Nurses Today*; 2002.10(4):18-19.
- 6- Berkman L. Assessment of Social Network & Social Support the Elderly. *J Am Geriatr Soc*; 1993.31:743-751.
- 7- Delavar B. [Health Status of Iranian Elderly People. In Proceeding of the First International Conference of Aging in Iran. Women Charity Group Publishing]; Tehran; 1999.(1):7-40.Persian
- 8- Fadaee F. [Aging and Family]. *J aging*; 1996.2(6):30-36.
- 9- Wightlach C. Caregiving as a Dyadic Process: Perspectives from Caregiver and Receiver. *Gerontology*; 2002.(57):195.

سلامت کشورها هستیم. نسل های اول و دوم اصلاحات بر "عرضه" تاکید می کردند اما سومین نسل بیشترین نگاه خود را بر "تقاضا" معطوف ساخته است. بدون شک موفقیت اصلاح نظام سلامت بدون اتکا بر تفکر و پاسخ گویی به نیازها و انتظارات جامعه امکان پذیر نمی باشد.^(۲۳) در این مطالعه سعی شده تا مراقبین با نسبت های خانوادگی مختلف در نمونه گیری انتخاب شوند بر همین اساس در طول فرآیند نمونه گیری تنها دو مراقب با نسبت فرزند پسر شناخته شدند که یک نفر مایل به شرکت در مطالعه نشد و دیگری به سبب فوت پدر از شرکت در مطالعه امتناع ورزید. نگرانی از انتقاد رایج اجتماعی مبنی بر کوتاهی در مراقبت از والدین، سبب گونه ای خود سانسوری مراقبین از ابراز احساسات می شد. برای جلوگیری از این امر سعی شد که در زمان مصاحبه فضای خصوصی مراقب حفظ شده و با طرح سوالات به اشکال مختلف احساسات واقعی به طور کامل بازگو گردند. یافته های این مطالعه نیز مانند سایر مطالعات کیفی قابل تعمیم نمی باشند. به طور کلی این مطالعه ضمن تاکید بر اهمیت مراقبت از سالمندان آسیب پذیر در خانواده حاکی از آن بود که تجارب خانواده ها در زمینه عوامل تسهیل گر و ممانعت کننده در واقع روی دیگر سکه تقاضای عدیده مراقبین برای تدوین نظام و سیاست های مناسب رفاهی و بهداشتی مرتبط با سلامت سالمندان و مراقبین آنان در جامعه هستند. از سوی دیگر یافته ها را می توان گواهی بر ضرورت تربیت پرستار با تخصص سالمندی تلقی کرد، ضمن آن که این یافته ها مدیران ارشد پرستاری را نیز نسبت به تدوین ساختارهای مناسب ارایه خدمات کیفی پرستاری به سالمندان و خانواده های آنان در جامعه، و انجام مطالعات آتی در این زمینه ترغیب می کند.

- 10- Salsali M, Parvizi S, ADibehajbagheri H. [Qualitative Research Methodology], Tehran: Boshra; 2002.P.7-10.Persian
- 11- Streubert H, Carpenter D. Qualitative Research in Nursing. 4th ed. Philadelphia: Lippincot. Williams & Wilkins; 2007.P.1-7.
- 12- Oskuee SF. Peyravi [qualitative Research in Nursing]. Tehran: Iran Medical Sciences University Press; 2004.P.3-8.Persian
- 13- Sane' A, Nikbakht Nasrabadi A. [Qualitative Research Methodology in Medical Sciences]. Tehran: Barayefarda; 2003.P.39-57.Persian
- 14- Strauss A, Corbin J. Basics of Qualitative Research 2nd ed. London: Sage; 1998.P.87-163.
- 15- Lee K. Model Construction on Quality of Family Caregiving in the Elderly. Abstracts from the Symposium on Health Care for Elderly, 2001.Korea. Nurs Health Scie; 2002.(4):8.
- 16- Smith C. Caregiving Effectiveness in Families Managing Complex Technology at Home: Replication of a Model. Nurs Res; 1999.48(3):120-128.
- 17- Yamamoto-Mitani N, Ishigaki K, Meakawa N, Konjiyoshi M, Hayashi K, Hasegawa K, et al. Factors of Positive Appraisal of Care Among Japanese Family Caregiver of Older Adults. Res Nurs Health; 2003. (26):337-350.
- 18- Kasper J, Andrews J. Factors associated with ending care giving among informal care givers to the functionally and cognitively impaired elderly population [monograph in internet]. Washington: U.S.Department of Health and Human Services; 1990[cited2007-07-26].Available from: <http://aspe.hhs.gov/daltcp/reports/factors.htm>.
- 19- Smith CA. Model of Caregiving Effectiveness for Technologically Dependent Adults Residing at Home advances Nursing Sciences; 1994.17(2):27-40.
- 20- Schumacherk, beck C, Marrenj. Family care giver scaring for older adults, working with their families. *AJN*; 2006.106(8):40-49.
- 21- Hashizume Y. Gender Issues and Japanease Family-Centered Caregiving for Frail Elderly Parents – in-Low in Modern Japan. Public Health Nurs; 2000.17(1):25-31.
- 22- Hashizume Y. Salient Factors That Influence the Meaning of Family Caregiving for Frail Elderly Parents in Japan from a Historical Perspective. Sch Inq Nurs Pract; 1998.12(2):123-134.
- 23- Aghlmand, S, Purreza A. [Health system reform]. *J Social Welfare*; 2004.4(14):15-38.

Facilitator and Barrier Factors in Family Caregiving Process of Iranian Frail Elderly: A Qualitative Study

*Farahnaz Mohammady-Shahbalagy¹ PhD Fatemeh Dabbaghi² PhD
Mansure Yadavar Nikravesh³ PhD

Abstracts

Background and Aim: Although family caregiving is an essential part of health care systems, there is not any qualitative research about the nature of family caregiving process of Iranian frail elderly at home. The present study is part of a larger study about family care giving process with the aim of determining facilitators and barriers to this process.

Material and Method: In this grounded theory study, according to Strauss and Corbin's approach (1998), 14 family caregivers participated and data was gathered by in-depth semi-structured interviews and observation in the field and documentary movies. All of the interviews and data were transcribed and analyzed through open, axial and selective coding. Some triangulation techniques as Gathering data through different methods, prolonged engagement with caregivers, member check by participants and experts, were used to increase rigor of the study.

Results: Findings of this study indicate there are 2 main categories consisting facilitator and hindering factors in the process under study. Available family assistant, care giving knowledge, familial support, and background of interpersonal relationship between care giver-receiver, personal characteristics and financial status of caregiver and care recipient were subcategories of facilitating factors category. Absence of family participation, insufficient caregiving knowledge, caregiving burden, inappropriate caregiving context, absence of appropriate health care system and formal governmental support were subcategories of hindering factors.

Conclusion: Modifying facilitator and hindering factors by improvement of other family members' participation and assistance, support of the caregiver by other family member, improvement of caregiving knowledge, providing facilities and establishing appropriate health care, wellbeing and social security policies not only for caregiver but also for care recipient would be effective in the management of the process by caregivers.

Keywords: Frail elderly - Family caregiving - Facilitators and barriers - Grounded theory

Received: 15 Sep, 2007

Accepted: 20 Sep, 2008

¹ PhD Nursing Student, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding Author) Email: f_mohammadi_2000@yahoo.com

² Associate Professor, department of Public Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran

³ Associate Professor, department of Public Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran