

## عنوان: تبیین عملکرد مراقبتی در سرای سالمندان: یک مطالعه ی کیفی

مجید رحیمی<sup>۱</sup> - دکتر رضا فدای وطن<sup>۲\*</sup> - دکتر حیدرعلی عابدی<sup>۳</sup>

### مأخذ مقاله: پایان نامه ی دکتری

#### چکیده

**اهداف:** افزایش جمعیت سالمندان در سال های اخیر باعث شده تا میزان بیماری های 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 سراهای سالمندان منتقل شوند، شناسایی عملکرد مراقبتی برای سالمندان در این گونه مراکز الزامی است و پژوهش حاضر با این هدف انجام گرفته است.

**مواد و روش ها:** 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 داده ها با استفاده از روش تحلیل محتوای سنتی انجام شد که جهت تعیین مفاهیم اصلی مصاحبه ها 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 طبقات و طبقات اصلی به دست آمد. آنالیز داده ها به طور مداوم و هم زمان با جمع آوری داده ها انجام شد.

**یافته ها:** پس از کدگذاری اولیه تعداد ۵۹۵ کد اولیه استخراج شد که در نهایت تعداد ۹ زیرطبقه و ۲ طبقه ی اصلی با عناوین مراقبتهای در دسترس و مراقبت رفع تکلیفی حاصل شد.

**نتیجه گیری:** مراقبت های ارائه شده، بیشتر براساس اقدامات روتین و بیشتر با توجه به جنبه های جسمی و رفع نیازهای آنی سالمندان بود، اگرچه به جنبه های روانی نیز پرداخته می شد. یافته های این مطالعه برای مدیران و برنامه ریزان مراقبتی در سرای سالمندان به عنوان یک راهنما جهت در نظر داشتن نیازهای جسمانی و روانی به طور هم زمان کارایی دارد. ضمن آن که بر نیاز به آموزش های بالینی جهت پرسنل و تدوین پروتکل های درمانی و نظارتی نیز تأکید دارد.

**کلیدواژه ها:** سالمندی؛ مراقبت؛ سرای سالمندان؛ مطالعه ی کیفی.

- 
- ۱- دانشجوی دکتری سالمند شناسی- دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
  - ۲- استادیار- مرکز تحقیقات مسائل اجتماعی و روانی سالمندان- عضو گروه سالمندشناسی- دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی (مؤلف مسئول)  
تلفاکس: ۰۲۱۲۲۱۸۰۰۴
  - ۳- دانشیار آموزش پرستاری- گروه پرستاری- مامایی- دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان  
پست الکترونیک: [reza1092@yahoo.com](mailto:reza1092@yahoo.com)

#### مقدمه:

جمعیت سالمندان رو به افزایش و جهان در حال پیر شدن است. این افزایش سریع جمعیت سالمندان همراه با افزایش امید به زندگی باعث افزایش میزان بیماری های مزمن شده و در نتیجه نیاز به مراقبت طولانی مدت را افزایش می دهد (۱). ولی تنها گروه کوچکی از آنها که در سنین بالای ۸۰ سال دارند، ممکن است دچار بیماری های شدید مزمن و ناتوان کننده باشند (۲)، که در معرض عوارضی چون خطر بالای بستری شدن، بستری های مکرر و ارجاع به خانه های سالمندان هستند (۳). در ایران بعضی بررسی های سازمان بهزیستی از روند رو به صعود سپردن سالمندان به خانه های سالمندان حکایت دارد و این روند در خانواده هایی که شرایط رفاهی نامناسب تری دارند بیشتر دیده می شود (۴)، که با توجه به ارزش ها و میراث های فرهنگی و اعتقادات مذهبی در کشورمان، که سالمندان از پشتیبانی عاطفی و خانوادگی بالایی برخوردارند (۱، ۵)، به عنوان آخرین انتخاب می باشد. این انتخاب به دلیل تحلیل شدید منابع محدود خانواده های دارای سالمند می باشد (۶).

نگرانی ها در مورد مراقبت های پزشکی از ساکنان سرای سالمندان وجود دارد. تحقیقات اخیر در مراکز مراقبتی طولانی مدت در تایوان و هنگ کنگ حاکی از آن است که نگرانی های اصلی سالمندان در امر مراقبت در مواردی چون تنهایی، بدرفتاری، انزوای اجتماعی و کمبود در مراقبت از خود و تصمیم گیری برای خود می باشد (۷). کوگلان و وارد<sup>۱</sup> تحقیقی با هدف بررسی تجارب سالمندان آفریقایی و قفقازی تبار تازه منتقل شده به سرای سالمندان از کیفیت مراقبت های ارائه شده انجام دادند. دو مفهوم تجربه شده توسط سالمندان وجود داشت که به طور قابل توجهی با هم مرتبط بوده و عبارت بودند از: ارتباط به عنوان پایه ی کیفیت مراقبت (با دوستان و خانواده و سایر سالمندان مقیم و از همه مهم تر پرسنل) و صبر، فعالیت و اندوه به خاطر از دست دادن هویت خود (۸). در تحقیقی که توسط یکتا طلب و همکاران در سال ۱۳۹۱ در ایران و با هدف شناخت تجربه و دیدگاه مراقبین بیماران مبتلا به آلزایمر از مراقبت در خانه های سالمندان انجام شد، نتیجه گرفته شد که مراقبت ها بیشتر متمرکز بر بعد فیزیکی و بر مبنای مراقبت های روزمره

<sup>1</sup> - Coughlan & Ward

و مشابه سایر سالمندان ارایه می شد. در این تجارب اگرچه رد پای ابعاد دیگر مراقبت نیز مشهود بود، اما تشریح آن ها حاکی از عملکرد غیر حرفه ای، مبتنی بر حس عامه و تجربه شخصی بود.

سالمندان ساکن در سرای سالمندان نیازمند سطوح بالاتری از مراقبت های سلامتی می باشند. یک نگرانی در سراسر جهان در مورد وضعیت مراقبتی از این سالمندان وجود دارد. افزایش تعداد سالمندان ساکن سرای سالمندان در دهه های ۸۰ و ۹۰ قرن بیستم به همراه کاهش تأمین تخت های مورد نیاز جهت این مراکز باعث ایجاد مشکل در تنظیم فعالیت های مراقبتی پزشکی برای سالمندان دچار مشکل شده است (۹). علیرغم تعداد زیاد و وضعیت خطرناک آنها، اطلاعات محدودی در مورد وضعیت بالینی و مراقبت های پزشکی آنان وجود دارد. از طرف دیگر نظارت خاصی بر روی نوع و کیفیت مراقبت های ارائه شده در این مراکز وجود ندارد (۱۰). هم چنین دانش کمی در مورد میزان توافق بین برآورده شدن نیازهای مراقبتی سالمندان با مراقبت های ارائه شده توسط پرسنل شاغل در سرای سالمندان وجود دارد. لذا وجود نیازسنجی در این مورد احساس می شود تا نوع مراقبت مورد نیاز جهت رسیدن به حداکثر استقلال و کیفیت زندگی مشخص شود (۱۱). با توجه به نتایج پژوهش های انجام شده مانند تغییر نیازهای مراقبتی سالمندان با گذشت زمان که به خاطر تغییر وضعیت سلامتی و وجود بیماری های گوناگون در این دوره می باشد (۱۲)، و یا تأکید بر انجام مراقبت های روتین به عنوان یک مشکل (۱۳)، به نظر می رسد 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 مراقبت های 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 گیرد تا در نتیجه با مشخص شدن مشکلات مرتبط با آن، از این نتایج در امر برنامه ریزی مراقبتی در سرای سالمندان استفاده شود.

## مواد و روش:

در این تحقیق از روش تحقیق کیفی، با توجه به این که روشی مناسب جهت توصیف تجارب زندگی و معنی بخشی به آنها می باشد، استفاده شده است. همچنین از روش تحلیل محتوای سنتی<sup>۱</sup> برای تجزیه و تحلیل داده ها و شناخت تجربه و دیدگاه سالمندان و مراقبین در خصوص عملکرد مراقبتی موجود در سالمندان مقیم سرای سالمندان استفاده شد. در این روش تحلیل محتوا، هدف توصیف یک

<sup>1</sup> - Conventional Content Analysis

پدیده بوده و در مواردی است که تئوری مرتبط با پدیده موجود نبوده و یا مستندات کمی در مورد آن وجود داشته باشد. با استفاده از این روش محقق اسامی طبقات را از دل داده ها با غرق شدن در آنها و ایجاد بینش کامل نسبت به آنها استخراج می کند (۱۴). بر این اساس در تحقیق حاضر محتوای نوشتارها برای استخراج درون مایه های اصلی و الگوهایی که در بین داده ها وجود دارند، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. این روش تجزیه و تحلیل بر روی تجارب زندگی، تفاسیر و مفاهیمی که مشارکت کنندگان بیان می کنند، تمرکز دارد (۱۵). این تحقیق مبین نتایج مرتب سازی مفهومی<sup>۱</sup> است که به وسیله ی تجزیه و تحلیل مقایسه ای مداوم انجام می شود. هدف از مرتب سازی مفهومی گسترش طبقات با توجه به ویژگی ها و ابعاد آن ها توسط فرایند تحلیل محتوا است که در روش تئوری زمینه ای کدگذاری باز نام دارد (۱۶).

جامعه ی پژوهش شامل سالمندان و مراقبین درگیر در امر مراقبت از سالمندان مقیم سرای سالمندان در سه سرای شهر اصفهان که دو تا خصوصی و دیگری متعلق به خیریه بوده، می باشد. نمونه گیری به صورت مبتنی بر هدف تا اشباع اطلاعات صورت گرفت. از بین سالمندان که به عنوان مشارکت کنندگان اصلی در نظر گرفته شدند، با مراجعه به پرونده ی پزشکی سالمندان<sup>۲</sup>، کسانی که دچار بیماری های شناختی نبوده و قادر به یادآوری تجارب روزمره ی خود بودند و از بین مراقبین کلیه ی 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 در مورد تحقیق در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت و اجازه نامه توسط آنها امضا گردید. مصاحبه ها به صورت فردی انجام شد و در کل تعداد ۲۳ مصاحبه انجام شد. طول مدت انجام مصاحبه ها بین ۲۰-۵۲ دقیقه بود. مصاحبه ها تا رسیدن به اشباع اطلاعات<sup>۲</sup> ادامه یافت، یعنی این که دیگر درون مایه ی جدیدی اضافه نشد. جهت شروع نمونه گیری، انتخاب اولین سالمند با توجه به معیارهای ورود، سالمندی بود که سابقه ی ۵ سال حضور در سرا داشت و کاملاً هوشیار بود و در مورد امور جاری در سرا آگاهی کامل داشت و با معرفی مسئول بخش، این انتخاب انجام شد.

روش جمع آوری داده ها به صورت مصاحبه ی عمیق و نیمه ساختارمند<sup>۳</sup> بود که بر مبنای سؤال کلی تحقیق طرح شد مانند:

---

<sup>1</sup> - Conceptual Ordering  
<sup>2</sup> - Data Saturation  
<sup>3</sup> - **Semi-structured** Interview

سؤال محوری از سالمند: از زمانی که اینجا آمده ای را برایم توضیح دهید و یا سؤال محوری از مراقب: شما در یک روز کاری، چه کارهایی را انجام می دهید، که با این سؤالات تجربه ی مشارکت کنندگان در خصوص روند مراقبت در سرای سالمندان به دست آمد و سپس با گذشت زمان و انجام تجزیه و تحلیل در مورد نکات ذکر شده، توسط سؤالات تکمیلی به عمق تجارب مشارکت کنندگان در زمینه ی عملکرد مراقبتی در سرای سالمندان دسترسی پیدا شد. در طی حضور در سرای سالمندان، محقق اقدام به نوشتن یادداشت های میدانی<sup>۱</sup> نمود، بدین صورت که براساس آن چه در محیط رخ داده، ثبت واقعه را انجام و سپس برای هر کدام از موارد ثبت شده یک کد در نظر گرفته و با سایر کدها ترکیب نمود تا زیر طبقات استخراج شد و به عنوان تأیید کننده و تکمیل کننده ی مصاحبه ها مورد استفاده قرار گرفتند. همچنین در مورد مصاحبه ها و یافته های استخراج شده از آنها و مشاهدات انجام شده، محقق اقدام به یادداشت برداشت های<sup>۲</sup> خود و مقایسه با مفاهیم به دست آمده نمود. مصاحبه ها در شیفت های مختلف انجام شد و محقق جهت تأیید نظر شرکت کنندگان در تحقیق، در زمان های مختلف هر شیفت، از ابتدا تا انتهای هر شیفت، در مراکز حضور داشت.

برای اطمینان از صحت<sup>۳</sup> و استحکام داده ها، محقق در طول انجام تحقیق که ۹ ماه زمان گرفت کاملاً درگیر کسب اطلاعات بود. متون مصاحبه ها و لیست طبقات توسط همکاران تحقیق که در انجام تحقیقات کیفی تجربه ی کافی داشتند، بازبینی شد. هم چنین اطلاعات پس از تجزیه و تحلیل توسط محقق به شرکت کنندگان در تحقیق ارائه شد و تأیید آنها در مورد نتایج استخراج شده از مصاحبه ها، اخذ گردید. سپس نتایج به چندین تن از اساتید صاحب نظر در تحقیقات کیفی جهت تأیید و ارائه ی نظرات آنان ارجاع و نکات مورد نظر ایشان نیز مورد استفاده قرار گرفت. در موارد شک به صحت اطلاعات نیز مجدداً به مشارکت کنندگان مراجعه شد. جهت سهولت در حسابرسی تحقیق، کلیه ی مراحل به طور کامل ثبت شد. در نهایت تلاش کامل جهت انتقال دقیق نظرات شرکت کنندگان در تحقیق انجام گردید.

برای انجام تجزیه و تحلیل هشت مرحله در نظر گرفته شد: آماده سازی داده ها، تعیین واحدهای مفهومی، کدگذاری متن، کنترل و هماهنگ سازی کدها با متن، گروه بندی و گسترش طبقات براساس شباهت ها و همخوانی آنها، مرور طبقات و مقایسه ی مجدد آنها با داده ها جهت اطمینان از استحکام کدها، تشخیص دقیق طبقات اصلی و مقایسه ی دسته ها با هم دیگر و گزارش یافته ها(۱۴). بر طبق مراحل ذکر شده، مکالمات انجام شده در مصاحبه ها، ضبط دیجیتال شده و سپس کلمه به کلمه دست نویس شد و

<sup>1</sup> - Field Notes

<sup>2</sup> - Memo Writing

<sup>3</sup> - Trustworthiness

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 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 نامه‌ی دانشگاه به سرای سالمندان مراجعه شد و با کسب اجازه از مدیران سراهای سالمندان اقدام به مصاحبه شد.

## نتایج:

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 پدر یار، ۲ مادریار، ۲ پرستار، ۲ مدیر و ۲ پزشک) بود. میانگین سن سالمندان ۷۵/۳ سال و میانگین سابقه‌ی مراقبین ۷/۷ سال بود. از نظر تحصیلات مراقبین از ۱ نفر بی‌سواد، ۳ نفر دیپلم، ۲ نفر لیسانس، ۱ نفر فوق لیسانس و دو نفر دکتری تشکیل شدند (جدول ۱).

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

## طبقه‌ی 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 مادر یار، پرستار و پزشک انجام می‌شد. در کنار این مراقبت‌ها اهمیت روش‌های درمانی غیر دارویی نیز مورد توجه بود و به آن پرداخته می‌شد. این طبقه شامل زیرطبقات مراقبت‌های روتین، تلاش‌های شادی‌بخش، مراقبت‌های پزشکی و درمان‌های جانبی می‌باشد. در پاسخ به این سؤال که یک روز کاری در سرای سالمندان چگونه طی می‌شود، توسط سالمندان و مراقبین پاسخ‌های متفاوتی داده شده که در زیر به صورت دسته‌های اولیه آورده شده‌اند.

### مراقبت‌های روتین: مراقبت‌هایی که در سرای سالمندان ارائه می‌شوند توسط سالمندان و مراقبین توصیف شدند. در

بیانات آنها و همچنین با تکیه بر یادداشت‌های میدانی محقق، مشخص شد که بیشتر مراقبت‌ها بدون برنامه‌ریزی مدون و بر اساس

روتین انجام می شود. در مراقبت ها، اعمالی چون سرکشی به سالمندان در موقع دارو دادن یا تقسیم غذا، استحمام سالمندان، تعویض پوشک و لباس و همچنین نظافت و شستشو جزء این بخش قرار می گیرند. در این مورد یک پدریار بیان کرد:

اینجا وقتی که می آیم، اول کار بسم... است، بعد یک نظافت است که باید بشود، نظافت اتاقها، بعد از نظافت هم باید بروم و ناشتایی شان را بیاورم 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 می کنیم. تا ظهر، دوباره باید بروم ناهار را بیاورم و توزیع می کنیم، تمام که شد، خودمان هم ناهار می خوریم و تا بعد از ظهر، مثل صبح یک چکی باید این اتاقها بشود تا اگر مسأله ای جایی هست جمع شود و کم کم برویم (مصاحبه 3).

در این زمینه یک سالمند اظهار داشت:

وقتی می آیند تمیز کنند اتاقها را یا ملحفه ها را عوض کنند، می فهمند کدوم مددجو باهاشون کار داره یا مریضه. پرستار صدا می کنند (مصاحبه 4).

- سالمندی دیگر در پاسخ به این سؤال که صبح که میشه مراقبا هر روز منظم سرکشی می کنند یا هر وقت کار دارین میان؟ پاسخ داد:

نه نمی پرسند. ولی دایم نگاه می کنند. من قرص فشار می خورم. هر روز صبح می یان به قرص می دن. چند روز یک ورق قرص دادند تا 4-5 روز خوردم. (مصاحبه 9).

### تلاش های شادی بخش:

در مورد اهمیت اقداماتی که باعث حمایت های روحی و روانی و شادی بخشیدن به سالمندان می شود، تقریباً همه ی مراقبین آگاهی داشتند و آن را یک جنبه ی مهم از مراقبت می دانستند و اهمیت آن را حتی نسبت به مراقبت های جسمی بیشتر می دانستند. یکی از مراقبین عقیده داشت:

مثلاً من الآن یکی اون پایینه اسمش .... چند روز بود همه ش گریه می کرد چون خانواده اش نمی یاند ببرندش. رفتم پهلوش نشستم و باهاش صحبت کردم و گفتم همه مرخصی رفتند ولی من دوست ندارم با اینا برم اردو. گفتم خودم می برمت. اون چند روزا خودم بردمش. بردمش خونه دوستم بعد آخر شب برش گردوندم. گفتم چی دوست بخوری یا چی می خوای؟ آخر شبم ساعت ۱۲ شب اومد گذاشتمش و رفتم. خیلی مثلاً خوب بود. اصلاً حال و هواش عوض شد (مصاحبه ۱۱).

یکی دیگر از مادر یاران در این زمینه اظهار داشت:

کارهایی مثل این که دلشونو به دست بیاریم. مثلاً به چیزی می خواند. مثلاً میگه من امروز هوس ماکارونی کردم. فردا برام می پزی بیاری؟ خوب براش پیزی خیلی خوشحال میشه. یا مثلاً من ساندویچ می خوام. فردا برام میاری. یا بشینی در کنارشون و ناز و نوازششون کنی. محبتشون کنی. خیلی خوشحال می شنند. مثل بچه می موندند. خیلی نیاز به محبت دارند. خیلی. (مصاحبه ۱۱).

و یا سالمندی ابراز داشت:

دوست دارم خوب باشند. رفتارشان یا کردارشان، محبت کنند. بیایند پیشم با من حرف بزنند تا تنها نباشم. معمولاً تنها نیستم. آنها بیشتر می آیند پیشم. یک خانم هست دائم می آید اینجا، می نشیند دراز می کشد. همه شان خوبند. (مصاحبه ۶)

### مراقبت های پزشکی:

این دسته از مراقبت ها اگرچه جزئی از کل مراقبت ها می باشد، ولی با توجه به این که بیشتر توسط پزشک در هر مرکز انجام می شود، و از نظر سالمندان جنبه ای مهم از مراقبت به شمار می آمد، در دسته ای جداگانه آورده می شود. در سرای سالمندان معمولاً ویزیت توسط پزشک عمومی انجام می شود و در موارد مورد نیاز مشاوره ی تخصصی توسط متخصصان انجام می گردد. در این زمینه یکی از پزشکان می گفت:

من همیشه به پرستارها می گم که از اول روز همه ی سالمندان را چک کنند. از نظر هوشیاری، تحرک و یا هر مشکل دیگه. آگه کسی خوابیده چکش می کنم ببینم که آیا مریضه؟ چرا این اتفاق افتاده؟ همچنین مشکلات شایعی مثل بی خوابی و یا زمین خوردن هست که از پرسنل شب کار در مورد تمام اینها سؤال می کنم (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 بچه هاش بهش گفته بودند می خایم بریم مهمونی و بعد آوردنش اینجا. باور نمی کنید هیچ مشکلی نداشت و در خونه می تونست سال ها 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 آفائیه، خیلی دکتر خوبیه، رسیدگی می کنه (مصاحبه ۱).

سالمند دیگری در زمینه ی استفاده از امکانات تخصصی می گفت:



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

یکی از پرستاران هم در مورد روند ویزیت سالمندان اظهار داشت:

هر روز ما دکتر داریم. آگه یه مریض حالش خیلی بد باشه. پرونده شو از صبح می ذارند بیرون تا ویزیت شه. ولی اونایی که هیچ طوریشون نیست هفته یه روز بهشون سر می زنه. می گه پرونده ها را بذارید بیرون تا همه رو چک کنم(مصاحبه ۷).

### درمان های جانبی:

این دسته از درمان ها بخش مهمی از درمان بیماری های سالمندان بوده که شامل روش های درمانی غیر دارویی می باشد و در این مورد اظهاراتی توسط مشارکت کنندگان ابراز شد.

یکی از سالمندان در این مورد اظهار داشت:

بعضی اوقات یه آقایی از تربیت بدنی میاد اینجا و بهمون ورزش میده (م ۱۲)

مادرباری در مورد برنامه ی مراقبت غیر دارویی 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 می کنیم (م ۱۸ و فیلد نوت).

یکی از پرستارها می گفت:

دکتر می بینه. گرافی می نویسه. انجام می دهند. آگه در حدی باشه که با فیزیوتراپی بهتر بشه انجام می شه. ولی آگه پیشرفته باشه و اثر نداشته باشه. می گند مسکن بدید(مصاحبه ۷)

مدیر مرکز نیز در مورد اهمیت این روش درمانی معتقد بود و بیان داشت:

ورزش ها و حرکات اصلاحی داریم. وسیله ی ورزش داریم. خودم از تخت بلندشون می کنم تا قدمی بزنند. بازی درمانی داریم. یه موقعی که دور هم جمع بشند بازی هست، کارت های رنگی، منچ و مار و پله، پایه اش هستند و می شینند و بازی می کنند. موزیک درمانی زیاد داریم، بلندشون می کنم تا برقصند. یه سری حرکاتی بکنند تا تازه بشند (م ۱۹).

یکی از پزشکان نیز روش های غیر دارویی را چنین معرفی کرد:

در کنار درمان های دارویی، روش هایی مانند بازی درمانی، حرکت درمانی و موسیقی درمانی نیز مد نظر است(مصاحبه ۲۱).

## طبقه ی اصلی دوم: مراقبت رفع تکلیفی

در طی فرایند انجام بخشی از مراقبت ها، مواردی دیده می شود که در آنها انجام مراقبت به صورت ظاهری و فقط برای رفع وظیفه، انجام می شود که در نتیجه باعث نارضایتی سالمندان می شود. عوامل زیادی در ایجاد این مشکل دخیل می باشند که عمده ترین آنها در زیر عنوان می شوند.

کلیه ی مشارکت کنندگان در مورد ارائه ی مراقبت در سرای سالمندان اظهاراتی بیان داشتند، ولی این تفاوت در گفته های آنها بارز بود که سالمندان مراقبت ها را کافی نمی دانستند در حالی که مراقبین معتقد بودند که آنها با حداکثر توان خود مشغول به ارائه ی خدمات هستند. با مشاهدات انجام شده و با توجه به یادداشت های میدانی، مشخص شد که مشکلاتی در ارائه ی خدمات به طور صحیح وجود دارد که از علل آن می توان به کمبود نسبت پرسنل به سالمندان، نداشتن آموزش مناسب، کمبود منابع مالی و مشکلات مدیریتی اشاره نمود. در امر مراقبت از سالمندان مواردی وجود داشت که نشان دهنده ی عدم ارائه ی مراقبت صحیح و کافی بود. با توجه به علل مرتبط با این موضوع، مواردی یافت شدند که ناشی از بی دقتی مراقبین بود که باعث عدم رفع نیاز های مراقبتی سالمندان و در نتیجه نارضایتی آنان می شد. این طبقه حاوی سه زیر طبقه ی خدمات سهل انگارانه، درخواست های بی پاسخ و مراقبت ناقص می باشد.

### خدمات سهل انگارانه:

در حین انجام مراقبت ها مشاهده شد که مراقبین به درخواست ها و مشکلات سالمندان کم توجهی نموده و در حین انجام مراقبت آن طور که باید و شاید ارائه ی خدمات نمی کنند، به طوری که خدمات ارائه شده به صورت کامل و یا صحیح نبوده و باعث نارضایتی سالمندان می شد. اشکال مختلفی برای این مورد وجود داشت که در زیر به آنها اشاره می شود.

یکی از سالمندان در مورد شیوه ی رسیدگی گله مند بود و می گفت:

پوشکامونو روزی دو مرتبه عوض می کنند. یک دفعه شب، یک دفعه صبح می میریم تو این پوشکا. بالاخره خیس میشه دیگه. توقع داریم روزی سه دفعه عوض کنند ولی دوبار عوض می کنند. آخه این که نمیشه. نمی رسند درست. اونجوری که باید برسند به مریض تا راضی باشه نیست. ما چیکار کنیم. مجبوریم تا بسوزیم و بسازیم. هیچ راه چاره ای نداریم (م ۱۰).

سالمند دیگری هم اظهار داشت:

مثلاً به آقای ... که مسئول بخش نمونه می گم من موقعی که می خوابم خیس عرق می شوم ولی آنطوری که شاید و باید رسیدگی باشه، نیست (مصاحبه ۱).

یکی دیگر از سالمندان که سوند ادرازی 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 این طور بیان کرد:

بله هر وقت که من بگم قندمو می گیرند. یا خودشن رأیشون باشه. هر روز نه، ۲۰ روز، ۱۵ روز یا یکماه به بار (مصاحبه ۱۴).

### درخواست های بی پاسخ:

مواردی دیده شد که سالمندان باید به صورت مکرر تقاضای خود را مطرح کرده و توجهی نمی شد و یا خود مراقبین اذعان داشتند به دلیل برخی مشکلات نمی خواهند یا نمی توانند خدمت رسانی کنند، که در این بین مشکلاتی مانند کمبود پرسنل از علل اصلی بود. سالمندی در این زمینه گفت:

الآن این سر آستین پیراهن من کثیف است. خوب من دو بار بگم، سه بار بگم، آقا یک پیراهن بدید من عوض کنم، یک شلوار بدید من می خواهم بروم حمام، خوب این که این همه گفتن ندارد. گفتنش را که یکی دو بار گفتم اما، نه نتیجه بخش نیست. نمی دونم. خوب مشغله زیاده، نمی رسند. اما من تنها که نیستم. الآن نزدیک ۱۵۰-۱۴۰ تا تو این بخشند. خوب نمی رسند. مشکلات زیاده بالاخره (م ۱).

سالمند دیگری گفت:

اینجا آقای ... به من می رسد. ولی در جایی که باید ده بار بهش بگم مثلاً یک دو تا قرص اسهال به من بده، اسهال گرفته ام. یا ده بار باید بگویم، من اینجام درد می کند. از لباس عوض کردن هم به ما سخت می گیرند. می گویم یک شلوار بدهید. پایمان کنیم. صد دفعه باید بگویم تا یک شلوار به ما بدهند (م ۲).

یکی دیگر از سالمندان در مورد تأخیر در پاسخ مراقبین این طور بیان کرد:

صد دفعه صدا می کنیم تا بیان یک کاری بکنند برامون (مصاحبه ۱۰).

یکی از مادر یاران در مورد تفاوت سالمندان در دریافت مراقبت بیان کرد:

بعضی از سالمندا دوست بدارین. آدم همه کاری براشون می کنه، ولی بعضیاشون نه. بهشون محبت می کنیم، ولی آخرش بهمون فحش میده. منم اینو به به چشم دیگه می بینم (مصاحبه ۱۱).

پرستاری در پاسخ به این سؤال که آیا کسی هست که کارش را انجام ندهد، پاسخ داد:

آره، بارها شده. مثلاً می گم ملافه ی سالمند کثیفه، برین عوض کنید. بعد که بهشون میگم انجام شد، می گند آره، ولی وقتی میرم نگاه می کنم، می بینم 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 هم چنین نبودن آموزش ابراز شد. در جواب این سؤال که آیا ممکن است کار 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 (م ۱۵).

همچنین یک پزشک در این مورد معتقد بود:

با این تجربه به این نتیجه می رسیم که کسانی که می خاند به اینا برسند باید کاملاً بینش داشته باشند، هم افرادی باشند که نیازهای روانی و جسمی اینا را بدونند، حتی تو این قضیه آموزش های لازم را دیده باشند تا بدونند با اینا چطوری باید برخورد کنند. ولی الآن اون آموزش ها را نداریم و حیطه ی سالمندی هنوز در مملکت ما راه نیافتاده (م ۲۲).

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

### بحث:

هدف از انجام این تحقیق، بررسی عملکرد مراقبتی در سرای سالمندان بود. جهت تحقق این هدف، استفاده روش تحقیق کیفی به منظور دست یابی به عمق تجارب مشارکت کنندگان در نظر گرفته شد و با تمرکز بر روی سراهای سالمندان با شیوه های مدیریتی متنوع (خبریه و خصوصی) سعی شد تا حداکثر تنوع در جمع آوری 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 می گیرند. بر پایه ی تجارب مشارکت کنندگان دو طبقه ی اصلی مراقبت های جاری و مراقبت رفع تکلیفی به عنوان عملکرد مراقبتی در سرای سالمندان به دست آمد. این دو طبقه ی اصلی به هیچ وجه از هم دیگر جدا نبوده، بلکه در کنار هم بوده و حاصل ویژگی های افراد، امکانات، مدیریت و اعتقادات موجود در ارتباط با مراقبت در سرای سالمندان، می باشند. با توجه به این که تحقیقات

مشابه در این زمینه در ایران به ندرت انجام شده و در موارد موجود نیز به این گستردگی انجام نشده است، لذا نتایج این تحقیق را می توان 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 در سایر مقالات ایرانی وجود داشته و در مواردی چون ارائه ی خدمات به صورت ناقص و همراه با سهل انگاری، اطلاعات جدیدی را به متون اضافه می کند. مشارکت کنندگان بارها موانعی را برای ارائه یا دریافت مراقبت مطلوب بیان نمودند که به دلایل مختلف 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 ی مراقبت تخصصی از سالمندان، عنوان شد.

در برخی از مطالعات در مورد انجام امور مراقبتی به صورت اقدامات روتین و برنامه های روزمره و بدون تغییر اشاراتی شده است. در این زمینه در مطالعه ی گوتیرز<sup>۱</sup> و همکاران مشخص شد که کم بودن میزان ارتباط عاطفی و سطح اختیار، باعث می شود که مراقبان همانند کارگرهای فنی باشند که فقط دارو می دهند و یا زخم ها را پانسمان می کنند و در حین کار هیچ گونه تعاملی با سالمندان ندارند (۱۷). هم چنین براندربرگ<sup>۲</sup> معتقد است که در سرای سالمندان به طور روتین یک سری اعمال انجام می شوند و یک مشکل در این زمینه آن است که میزان چرخش پرسنل و مدیریت زیاد بوده و این امر باعث می شود تا سالمندان اظهار کنند که زندگی روزمره شان دچار اغتشاش شده است (۱۸). بوورز<sup>۳</sup> نیز اظهار داشت که در مواقعی که تعداد پرسنل کم می باشد، مراقبین مجبورند وظایفشان را به صورت بسته های روتین ارائه کرده تا بتوانند هم زمان و در یک سرکشی چندین کار را انجام دهند (۱۹). پائولوس<sup>۴</sup> 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 ی یکتا طلب و همکاران نیز مشخص شد تمرکز بیشتر مراقبت ها بر روی جنبه های فیزیکی مانند نگهداری، تغذیه، دفع، حفظ بهداشت و نظافت، محافظت از آسیب دیدن، دارو دادن و استراحت بیماران می باشد. از این بعد تفاوتی بین سالمندان مبتلا به آلزایمر و سایر سالمندان بستری در سرای سالمندان وجود ندارد (۲۱).

انجام حمایت از سالمندان توسط مراقبین به عنوان تلاش های شادی بخش به خصوص در ابعاد روحی و روانی تأثیر به سزایی در احساس رضایت سالمندان از مراقبت، نقش زیادی ایفا می کند. براندربرگ و همکاران معتقدند که پرستاران و سایر ارائه دهندگان مراقبت دارای یک نقش کلیدی در حمایت سالمندان جهت سازگاری ابتدایی و زندگی روزمره در سرای سالمندان هستند و این که ارتباطات درون و بیرون از سرای سالمندان به عنوان یک منبع حمایتی از سالمندان می باشد (۱۸). هم چنین شین<sup>۵</sup> معتقد است که گردش

1 - Gutierrez

2 - Brandenburg

3 - Bowers

4 - Paulus

5 - Shin

پرستاران و حضور پرستاران روزمزد به دلیل زیادتر بودن دقت آنها در امر مراقبت و ارتباط، باعث افزایش کیفیت زندگی در سالمندان مقیم سرای سالمندان می شود (۲۲).

با توجه به وضعیت سلامت سالمندان، حضور و نظارت پزشکان جنبه ای به عنوان مراقبت های پزشکی غیرقابل انکار می باشد. حضور پزشک عمومی به صورت تمام وقت لازم به نظر می رسد و دسترسی به مشاوره های تخصصی نیز یکی از اولویت هاست، اگرچه کمبود منابع مالی و زیاد بودن تعداد سالمندان مقیم سرای سالمندان، مانعی جهت حضور پزشکان می باشد. همچنین جنبه ی حمایت های روحی و روانی ناشی از حضور پزشکان به صورت مستمر نیز موردی است که توسط شرکت کنندگان در تحقیق مورد تأکید قرار گرفت. در این مورد فاهی<sup>۱</sup> و همکاران معتقدند که نگرانی ها در مورد مراقبت های پزشکی از ساکنان سرای سالمندان وجود دارد. پزشکان عمومی مسئول ارائه ی چنین مراقبت هایی به ساکنان این دسته از مراکز هستند. افزایش تعداد سالمندان ساکن سرای سالمندان در دهه های ۸۰ و ۹۰ قرن بیستم به همراه کاهش تأمین تخت های مورد نیاز جهت این مراکز باعث افزایش بار کاری پزشکان عمومی شده است و در نتیجه تنظیم فعالیت های مراقبتی برای سالمندان دچار مشکل شده است (۹). همچنین کودنر<sup>۲</sup> پزشکان عمومی را بخشی مهم در ارائه ی مراقبت یکپارچه در سرای سالمندان می داند (۲۳). دیویسا<sup>۳</sup> و همکاران در تحقیق خود نتیجه گرفتند که ارتباط بین متخصصین و بیماران دچار مشکل است، به خصوص بیماران دچار دمانس مقیم سرای سالمندان که در مرحله ی انتهایی هستند، زیرا آنها توان برقراری ارتباط و درخواست رفع نیازهای خود را ندارند (۲۴).

با نگاهی به ترکیب سالمندان مقیم سرای سالمندان و بار بیماری های مزمن که قابل درمان نیستند، استفاده از درمان های جانبی به خصوص روش های درمانی غیردارویی و حمایتی می تواند در حفظ سلامت سالمندان مؤثر واقع شود. کوگلان و همکاران در تحقیق خود گزارش کردند که در سرای سالمندان برنامه هایی چون حضور حیوانات خانگی، برنامه های ورزشی، کلاس های آشپزی، مشاوره ی سالمند و خانواده، مراقبت های مذهبی، تعامل با کودکان بازدید کننده و جشن های مناسبتی وجود دارد (۲۵). هوانگ<sup>۴</sup> معتقد است که جنبه های تجهیزاتی و هیجانی مراقبت هر دو مهم بوده که از طریق ارزیابی نیازهای جسمی سالمندان، به وسیله ی استفاده از پرسنل مجرب، وقت شناسی و داشتن نگرش مثبت در مراقبت، اقلان زندگی اجتماعی و معنوی به وسیله ی تأمین یک محیط تسهیل کننده و ایجاد یک محیط شبیه خانه با روابط نزدیک، و استفاده از ارتباط باز به وسیله ی توضیح، آگاه سازی و استفاده از کلمات مثبت در حین رفع نیازهای جسمی، انجام می شوند (۷).

در روند انجام مراقبت از سالمندان مواردی از خدمات سهل انگارانه در حین مراقبت دیده شد. سالمندان از این که ارائه ی خدمات با بی توجهی و نه به آن صورتی که باید و شاید، انجام می شوند گله مند بودند. مواردی چون کمبود امکانات و تجهیزات مراقبتی تخصصی و عمومی، کمبود نیرو و بی انگیزگی از مهم ترین علل ذکر شده بود. کوگلان بیان می کند که مراکز اقامتی

1 - Fahey

2 - Kodner

3 - Daviesa

4 - Hwang

سالمندان ادعا می کنند از پیشرفته ترین امکانات استفاده می کنند ولی بسیاری از سالمندان معتقدند که سرای سالمندان محل واقعی برای زندگی معنادار نیستند، بلکه جایی است برای انتظار تا پرسنل هر وقت که توانستند به آنها توجه کنند و برای دو سالمند مکانی برای انتظار مرگ بود (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 از امور مراقبتی خود هستند (۱۹).

موارد زیادی از شکایت سالمندان در مورد بی پاسخ ماندن درخواست های آنان وجود داشت. از طرف سالمندان دلایلی چون مشخص نبودن مراقب جهت طرح مشکل، نارضایتی از کار و بی اهمیت بودن سالمند از طرف مراقب و توسط مراقبین مواردی چون عدم تناسب بین تعداد سالمندان و نیرو، بد اخلاقی سالمندان و کمبود حقوق به عنوان دلیل ذکر شد. مارتینسون<sup>۱</sup> و همکاران در این زمینه دریافتند که بعضی اوقات سالمندان احساس می کنند که مراقبان از رفع نیاز های آنها احساس ناراحتی می کنند، به خصوص در موقع صرف غذا و یا برآورده کردن بهداشت شخصی، و در نتیجه آنها از درخواست کمک از پرسنل روی گردان بودند (۲۶). کارلسون و همکاران معتقدند که تمرکز مراقبت بیشتر بر روی مشکل در انجام فعالیت های روزمره، مشکلات شناختی و مراقبت های غیر رسمی بوده، در حالی که توجه به شکایت های سالمندان در مورد سلامتی آنها کم تر مورد توجه قرار می گیرد (۱۱). در همین راستا هولتکمپ ابراز کرد که شکایت های جسمی، مشکلات مرتبط با دسترسی به حمایت های روانی و اجتماعی مانند ارتباط با دیگران و داشتن مصاحب و تسهیلات مانند وسایل کمکی در بینایی و شنوایی (۲۷)، کم تر مورد توجه بوده اند.

مراقبت ناقص که معمولاً به صورت عامدانه انجام می شود، یکی از مشکلات موجود در سرای سالمندان می باشد. مواردی چون نارضایتی از شغل، تأثیر مشکلات خانوادگی بر روی کار، کم بودن آموزش، پرتوقعی سالمندان و حجم زیاد کار از علل شایع این مشکل می باشند. بوورز کمبود پرسنل را یکی از علل ناتوانی مراقبین در کامل کردن مراقبت ها می دانست. مثلاً کمک به انجام اجابت مزاج، که علیرغم آگاهی از اهمیت آن، ولی به علت مشغله ی زیاد باعث می شوند برخی سالمندان که قادر به کنترل دفعی هستند به افراد بی اختیار تبدیل شوند (۱۹). کوگلان هم انتظار سالمندان به علت کمبود پرسنل جهت انجام اموری مانند نیازهای اولیه مثل توالیت رفتن و راه بردن را یکی از مشکلات سالمندان ارائه نمود (۲۵).

## نتیجه گیری نهایی:

یافته های این مطالعه نشان دادند که عملکرد مراقبتی در سرای سالمندان، روندی پیچیده و چند بعدی می باشد. 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 در انجام مراقبت مطلوب و وجود مشکلات مختلف مانند مشکلات نیروی انسانی، تجهیزاتی و منابع مالی و مدیریتی نشانه هایی از پیچیده بودن این روند می باشد. در نهایت دو طبقه ی اصلی مراقبت های در دسترس و رفع تکلیف به عنوان مراقبت از داده های این مطالعه استخراج شد. از یافته های این مطالعه در موارد مدیریتی و برنامه ریزی مراقبتی در سرای سالمندان می توان استفاده

<sup>1</sup> - Martinsson

نمود. این مطالعه را می توان در مناطق دیگر جهت تأیید و تکمیل نتایج و با روش های تحقیق کمی انجام داد، تا جنبه های دیگری که ممکن است با توجه به محدودیت مکان مورد تحقیق و یا موارد فرهنگی خاص این منطقه، قابل کشف نبود، به دست آیند. هم چنین تحقیق در مورد پیامدهای مراقبت به صورت مراقبت های جاری و نقش فرهنگ در ارائه ی مراقبت در سرای سالمندان موارد مهمی در این زمینه می باشند که قابل پیگیری می باشند.

### **تشکر و قدردانی:**

لازم است در پایان از سالمندان و مراقبینی که در این تحقیق به عنوان مشارکت کننده حضور داشته اند و هم چنین از مدیریت سراهای سالمندان که در این زمینه همکاری نمودند، تشکر به عمل آید.



جدول شماره ۱: ویژگی های دموگرافیک مشارکت کنندگان

شماره شرکت کننده	سن / جنس	وضعیت تأهل	وضعیت زندگی قبل از ورود به سرا	مدت اقامت (سال)	میزان تحصیلات
س ۱	مذکر 61	بیوه	خانه - تنها	1	بی سواد
س ۲	مذکر 77	متأهل	خانه - همسر	5	بی سواد
س ۳	مؤنث 69	بیوه	خانه - پسر	2	بی سواد
س ۴	مؤنث 68	بیوه	خانه - تنها	10	بی سواد
س ۵	مؤنث 64	بیوه	خانه - پسر	5	ابتدایی
س ۶	مؤنث 82	بیوه	خانه - خواهرزاده	7	بی سواد
س ۷	مذکر 92	مجرد	خانه - تنها	2	ابتدایی
س ۸	مؤنث 81	بیوه	خانه - دختر	1	ابتدایی
س ۹	مؤنث 81	بیوه	خانه - پسر	2	بی سواد
س ۱۰	مذکر 69	بیوه	خانه - پسر	1	ابتدایی
س ۱۱	مذکر 72	متأهل	خانه - همسر	1	بی سواد
س ۱۲	مؤنث 66	بیوه	خانه - برادر	2	بی سواد
س ۱۳	مؤنث 90	بیوه	خانه - تنها	10	بی سواد
س ۱۴	مؤنث 83	بیوه	خانه - پسر	2	بی سواد
میانگین	۷۵/۳			۳/۶۴	
شماره شرکت کننده	سن / جنس	وضعیت تأهل	شغل	سابقه کار (سال)	میزان تحصیلات
مر ۱	مذکر 47	متأهل	پدریار	19	بی سواد
مر ۲	مؤنث 29	مجرد	پرستار	5	لیسانس
مر ۳	مؤنث 37	متأهل	مادریار	4	دیپلم
مر ۴	مؤنث 42	متأهل	پرستار	8	دیپلم
مر ۵	مؤنث 33	متأهل	مادریار	3	ابتدایی
مر ۶	مؤنث 31	متأهل	مدیر	4	فوق لیسانس
مر ۷	مؤنث 35	متأهل	پزشک	8	دکتری
مر ۸	مذکر 46	متأهل	پزشک	9	دکتری
مر ۹	مذکر 58	متأهل	مدیر	9	لیسانس
میانگین	۳۹/۷			7.7	

جدول ۲: نحوه ی شکل گیری طبقات اصلی از زیر طبقات

عنوان طبقه	عنوان زیر طبقه
مراقبت های در دسترس	مراقبت های روتین
	تلاش های شادی بخش
	مراقبت های پزشکی
	درمان های جانبی
رفع تکلیف به عنوان مراقبت	خدمات سهل انگارانه
	درخواست های بی پاسخ
	مراقبت ناقص

#### منابع:

۱. 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;18:1986-93.
۲. Nikfarjam M. Health care for ageing. Kahrizak 2005.
۳. Maghsoodnia Sh. Primary Health Care for Old Adults in I.R.I. 2 ed. Tehran: U.S.W.R publication; 2011.
۴. Poorreza A, Khabiri R. Economic Health and Ageing. *Salmand(Iranian Journal of Ageing)*. 2006;1(2):8.
۵. Maghsoodnia S. Primary Health Care for Old Adults in I.R.I. Tehran: U.S.W.R; 2011.
۶. Norouzi K, Abedi HA, Maddah MSB, Mohammadi E, Babae Gh. Development of a Community-based Care System Model for Senior Citizens in Tehran. *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice* 2006;8(1).
۷. Hwang HL, Hsieh PF, Wang HH. Taiwanese long-term care facility residents' experiences of caring: a qualitative study. *Scand J Caring Sci*. 2012:1-9.
۸. 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;44:47-57.

- ۹ Fahey T, Montgomery AA, Barnes J, J P. Quality of care for elderly residents in nursing homes and elderly people living at home: controlled observational study. *BMJ*. 2003;326:5.
- ۱۰ Shah SM. 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.
- ۱۱ 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;47:1217-27.
- ۱۲ Van Bilsen PMA, Hamers JPH, Groot W, Spreeuwenberg C. What care do elderly people ask for? Maastricht: University of Maastricht ۲۰۰۲. ;
- ۱۳ Gerge J, Munro K, McCaig D, Stewart D. Risk factors for medication misadventure among resident in shelter housing complexes. *Br J Clin Pharmacol*. 2007;63(2):6.
- ۱۴ Hsieh H, Shannon S. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*. 2005;15(9):1277-88.
- ۱۵ Pope C, Van Royen P, Baker R. Qualitative methods in research on healthcare quality. *Quality & Safety in Health Care* 2002;11(2):148-52.
- ۱۶ Corbin JM, Strauss AL. Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory Sage Publications, Inc.; 2008.
- ۱۷ Blanca Gutiérrez J, Linares Abad M, Grande Gascón M, Aranda Marín D. The personal relationships that are established by residents of a nursing home 2012.
- ۱۸ Brandburg GL, Symes L, Mastel-Smith B, Gayle Hersch G, T. W. Resident strategies for making a life in a nursing home: a qualitative study *JOURNAL OF ADVANCED NURSING*. 2012.
- ۱۹ 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.
- ۲۰ PAULUS A, VAN RAAK A, KEI JZER F. Nursing home care: whodunit? *Journal of Clinical Nursing*. 2006;15:1426-39.
- ۲۱ یکتا طلب ش، کاوه مح، شریف ف، خشکنا ب م ف، فر پ پ. مراقبت از بیماران مبتلا به آلزایمر در سرای سالمندان: تحلیل محتوای کیفی. *مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت*. ۱۳۹۱؛ ۱(۳): ۲۴۰-۵۳.
- ۲۲ SHIN JH. Relationship between nursing staffing and quality of life in nursing homes. *Contemporary Nurse*. 2013;44(2):133.
- ۲۳ Kodner DL, Kay Kyriacou C. Fully integrated care for frail elderly: two American models. *International Journal of Integrated Care* 2000;1(1):19.

- .۲۴ Daviesa N, Maioa L, Van Riet Paapb J, Marianic E, Jaspersd EB, Sommerbakkf R, et al. Quality palliative care for cancer and dementia in five European countries: some common challenges. *Aging & Mental Health*. 2013.
- .۲۵ 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;44:47-57.
- .۲۶ Martinsson H, Edberg AK, Janlöv AC. Growing old in a foreign context – older immigrants' experience of everyday life in residential care facilities. *VÅRD I NORDEN*. 2013;33(1):34-8.
- .۲۷ Holtkamp C, 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;38:619.۲۸–

### **Explanation Caring Works in Nursing Home: A Qualitative Study**

Rahimi M. BScN,MScN<sup>1</sup>. Fadayevatan R. MD,Ph.D<sup>2\*</sup>. Abedi HA. BScN, MScN,Ph.D<sup>3</sup>.

#### **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. Because the older people who live in the nursing homes need the holistic care, so the purpose of this study was to explore the caring works in nursing homes.

**Materials and Methods:** This study was conducted with a qualitative approach using conventional qualitative content analysis. The study included 2<sup>۳</sup> 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 data collection of using a comparative method.

**Results:** 2 themes emerged from 595 open codes, including: available cares and care as unpleasant task. Nine subthemes indicated participants' experiences and understanding of caring works in nursing home.

**Conclusion:** Existence cares were routine ones, which their focus were on physical aspects, although there were, sometimes, psychological cares. The findings of this research are guidelines for managers and care planners in nursing homes to pay attention to physical and psychological care needs of elders. Also it is important to notice to clinical education for caregivers and provision recipes for treatment and supervision.

**Key Words:** Aging; Care; Nursing Home; Qualitative Study.

---

<sup>1</sup> - Ph.D Candidate of Gerontology, Gerontology department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences (USWR), Tehran, Iran.

<sup>2</sup> - Assistant professor, Iranian Research Center of Aging, Gerontology department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences (USWR), Tehran , Iran.(Corresponding Author)  
Tel: +982122180004

E. Mail: [reza1092@yahoo.com](mailto:reza1092@yahoo.com)

<sup>3</sup> - Associate Professor of nursing education, Nursing Department ,Islamic Azad University, Khorasghan Branch ,Isfahan, Iran.