

## عوامل تسهیل گر و بازدارنده مراقبت خانوادگی از سالمندان آسیب پذیر در منزل: تجربه زنان مراقب (مقاله پژوهشی)

دکتر فرحناز محمدی<sup>۱</sup>، دکتر فاطمه دباغی<sup>۲</sup>، دکتر منصوره یاد آور نیکروش<sup>۳</sup>

### چکیده:

**هدف:** با افزایش جهانی جمعیت سالمندان، مراقبت خانوادگی از اجزای مهم مراقبت طولانی مدت به حساب آمده و زنان به عنوان اصلی ترین مراقبین خانوادگی، عهده دار این امر شده اند. مطالعه کیفی عوامل تسهیل گر و باز دارنده ای که در فرایند مراقبت خانوادگی موثر می باشند، می تواند تصویر روشن تری از نیاز و تقاضای مراقبین فراهم کرده و بدین ترتیب منجر به تدبیر موثرتر و سیاستگذاری کیفی تر برای ارتقای سلامت زنان مراقب دهنده و سالمندان گردد.

**روش بررسی:** بر اساس مطالعه کیفی گراند تئوری، تجربیات زیسته ۱۲ مراقب زن از طریق مصاحبه عمیق نیمه ساختاری و مشاهده در عرصه جمع آوری و بازنویسی گردید و بر اساس رویکرد استراوس و کوربین ۱۹۹۸ تحت کد گذاری باز، محوری و انتخابی قرار گرفت. جهت حصول دقت در مطالعه از روشهای مرور و تایید مطالب توسط شرکت کنندگان، اعتبار پژوهشگر، وابستگی یافته ها، بررسی طولانی و مشاهده مداوم، تلفیق در روشهای جمع آوری داده ها و نظرات تکمیلی همکاران استفاده شد.

**یافته ها:** مراقبین در طول تجربه فرایند مراقبت از سالمند عضو خانواده خود، با دو دسته عوامل تسهیل گر و بازدارنده روبرو بودند. کدهای به دست آمده در ۹ زیر طبقه شامل آگاهی از نحوه مراقبت، ویژگی های فردی مراقب و سالمند، تجربه بار مراقبتی، سابقه ارتباطی موثر بین مراقب و سالمند، شبکه حمایتی خانوادگی، مشارکت خانوادگی، سیستم حمایتی رسمی، زمینه مراقبت در منزل و سیستمهای بهداشتی و مراقبتی رسمی ویژه سالمندان طبقه بندی شدند که هر یک حسب ماهیت سبب تسهیل و یا ممانعت در فرایند مراقبت خانوادگی می شدند. بر اساس ویژگی، زیر طبقه در ۳ طبقه اصلی عوامل فردی، خانوادگی و خارجی دسته بندی شدند.

**نتیجه گیری:** عوامل تسهیل گر و باز دارنده بنا بر ماهیت خود با ایجاد سهولت و یا صعوبت در ارایه مراقبت به سالمند توسط زنان مراقب، می توانند بر چگونگی تجربه آنان موثر باشند. بر اساس یافته های حاصل از تجارب شرکت کنندگان تقویت عوامل تسهیل گر از طریق جلب مشارکت سایر اعضای خانواده، حمایت روانی و اجتماعی مراقبین، ارتقای دانش مراقبین از طریق آموزش نحوه مراقبت، تامین امکانات و تسهیلات، تمهید بستر مناسب مراقبت و طراحی سیستمهای مراقبتی کار آمد دوستدار سالمند و خانواده سبب توفیق بیشتر مراقبین در ارایه مراقبت به سالمند عضو خانواده می گردد.

**کلید واژه ها:** سالمند آسیب پذیر، عوامل تسهیل گر، عوامل باز دارنده، مراقبت خانوادگی، گراند تئوری

۱- دکتر فرحناز محمدی - استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی - عضو مرکز تحقیقات سالمندی ایران (نویسنده مسئول) محل پژوهش: تهران ۱۳۸۷-۱۳۸۵ آدرس نویسنده مسئول: اوین، کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تلفن: ۰۹۱۲-۵۰۰۳۵۲۷ email: f.mohammadi@uswr.ac.ir

۲- دکتر فاطمه دباغی - دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

۳- دکتر منصوره یاد آور نیکروش، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

### مقدمه

سالمندی از پدیده های مطرح سالهای اخیر در عرصه بهداشت و سلامت جهان می باشد. طبق سرشماری سال ۱۳۸۵ بیش از ۷/۲۷ درصد جمعیت کشور را سالمندان بالای ۶۰ سال به خود اختصاص می دهد (۱) افزایش نسبت سالمندی در کشور ما از سال ۱۴۲۰ به بعد خود نمایی خواهد کرد. تخمین زده شده جمعیت بالای ۶۰ سال کشور در این زمان به ۸/۵ میلیون نفر خواهد رسید (۲).

جغتیایی و اسدی، در ۱۳۷۳ عدم توانایی انجام فعالیتهای روزمره زندگی را مهمترین مشکل این گروه از جمعیت معرفی کرده اند (۳). درصد ناتوانی سالمندان با افزایش

سن رشد پیدا می کند، به طوری که سالمندان بالای ۷۵ سال از نظر جسمی شکننده بوده و انواع مختلفی از ناتوانی های جسمی روانی را تجربه می کنند. آنها قادر به زندگی مستقل نبوده و نیازمند مراقبت جامع و مستمر می باشند. این گروه از سالمندان که به آنها، سالمند آسیب پذیر اطلاق می شود، نیازهای مراقبتی خود را از طریق خانواده ها تامین می کنند (۴). در اکثر کشورها بر آوردن نیازهای مراقبتی سالمندان مسئولیت مشترک سیستمهای رسمی و غیر رسمی<sup>۱</sup> است. نظامهای مراقبت رسمی نظامهای خدماتی و بهداشتی حرفه ای و رسمی دولتی و خصوصی را شامل می شود که بر اساس برنامه های مدون ملی در سطوح مختلف مانند خدمات

1- frail elderly

2- informal

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 (۱۶) در ایران اگر چه مشکل سالمندی به دلیل ساختار جمعیتی هنوز به طور حاد خود را نشان نداده است لیکن در آینده چالشهای ذکر شده در یافته‌های مطالعات موجود، از یک سو و انتظارات اجتماعی از زنان برای پذیرش نقش محتوم "مراقب" از سوی دیگر، موضوعی است که سلامت و رفاه زنان را با مسایل عدیده‌ای روبرو خواهد ساخت. درک عوامل تسهیل‌کننده و بازدارنده بر اساس تجربیات زیسته زنان در سیاستگذاری‌های مناسب برای حل مشکلات و حمایت از آنان مفید خواهد بود. از آنجا که مطالعات کمی به سبب تاکید بر پیش فرضهای مفروض منتج از نظریه‌های موجود، از نظر تبیین پدیده‌ها بر اساس تجربه زیسته و عینی واحدهای تحت مطالعه مورد نقد جدی قرار دارند (۱۹-۱۷) بر همین اساس محققین در این مطالعه کیفی، سعی نمودند ضمن تبیین پدیده فرایند مراقبت خانوادگی، به طور ویژه و خاص به کشف و شناسایی عوامل تسهیل گر و باز دارنده در بستر فرهنگی و اجتماعی جامعه ایرانی، نایل آیند. این مقاله به واقع گزارش بخش مرتبط با تبیین عوامل تسهیل گر و بازدارنده در فرایند مراقبت خانوادگی است که توسط زنان مراقب دهنده به سالمندان آسیب پذیر، تجربه شده است.

### روش بررسی

این مقاله بخشی از یک طرح کلان تحت عنوان "بررسی فرایند و طراحی مدل و الگوی توانمندسازی مراقبین خانوادگی سالمندان آسیب پذیر ایرانی در منزل" بوده و در پی پاسخ به این سوال است که عوامل تسهیل گر و باز دارنده در فرایند آرایه مراقبت به سالمندان آسیب‌پذیر بر اساس تجربه زیسته زنان مراقب، کدامند؟

هر چند که علم به گونه منحصر به فردی کمی است لیکن ناتوانی و عدم رضایت در اندازه‌گیری برخی پدیده‌های انسانی توجه محققین را در بکارگیری روشهای تحقیق کیفی به خود معطوف ساخته است (۱۷). این مطالعه با روش گراندد تئوری<sup>۳</sup> انجام گرفت. گراندد تئوری یک نوع روش تحقیق کیفی است که بر پایه تعامل نمادین یا سمبولیک<sup>۴</sup> تکیه دارد. این روش تحقیق به بررسی فرایندهای اجتماعی موجود در بطن تعاملات انسانی می پردازد (۱۸). مشارکت کنندگان از میان زنان مراقب مراجعین به مراکز خدماتی بهداشتی وابسته به دانشگاههای ایران، علوم بهزیستی و توانبخشی و تهران که آرایه کننده خدمات بهداشتی مختص اختلالات مزمن بودند و همچنین انجمن آرایمر ایران انتخاب شدند. بدین منظور با همکاری پرستاران و مسئولین این مراکز نخست سالمندان آسیب‌پذیری که حداقل در یکی

بیمارستانی، موسسه ای، بالینی و خدمات بهداشتی در منزل آرایه می‌شوند. در مقابل مراقبت غیر رسمی، توسط اعضای خانواده، دوستان و بستگان انجام می‌گیرد. در نظام خدمات به سالمندان این دو بخش مکمل یکدیگر می‌باشند (۵). واژه مراقبت خانوادگی<sup>۱</sup> که شکل مرسوم مراقبت غیررسمی است، از ۱۹۸۰ وارد ادبیات سلامت شد (۶) و امروزه ستون مهره نظام‌های مراقبت طویل‌مدت به حساب می‌آید (۴) سازمان بهداشت جهانی یکی از اولویتهای تحقیقات در عرصه رفاه و سلامت را مطالعه فرایندهای مراقبتی سالمندان توسط مراقبین خانوادگی معرفی کرده است (۷).

در سه دهه گذشته افزایش قابل توجه مطالعات، نشان دهنده گرایش محققین به موضوعات در حوزه مراقبت غیر رسمی از سالمندان می‌باشد. این مطالعات حسب مورد هر یک به جنبه‌ای از مراقبت غیررسمی پرداخته‌اند. در این میان مطالعات کیفی با رویکرد گراندد تئوری درصد قابل توجهی را به خود اختصاص می‌دهد. این مطالعات ضمن تبیین فرایند مراقبت از سالمندان به طور واضح به تبیین عوامل تسهیل گر و باز دارنده موثر در فرایند نیز پرداخته‌اند و تاکید نموده‌اند شناخت این عوامل سیاستگذاران عرصه خدمات و رفاه را در اتخاذ موثرتر تصمیمات و سیاستهای یاری می‌کند (۸-۱۱). مرور مطالعات در این حوزه نشان می‌دهد که تفاوت‌های قابل توجهی بین تجربه آرایه مراقبت زنان و مردان در پذیرش و انجام مراقبت خانوادگی وجود دارد. این بررسی‌ها بیان می‌دارند که بخش اعظم مراقبین را زنان (۱۲) به ترتیب دختران، همسران و همسران فرزندان ذکور، تشکیل می‌دهند (۱۳). میزان مراقبت آرایه شده توسط زنان به مراتب بیشتر از مردان می‌باشد. ضمن اینکه الگوی آرایه مراقبت توسط مردان بسیار متفاوت‌تر از زنان است. به طور مثال زنان عمدتاً مراقبت روزانه فردی، و مراقبتهای دستی<sup>۲</sup> را به عهده دارند. در حالیکه مردان بیشتر در امور مرتبط به سازماندهی و مدیریت خدمات مراقبتی، تعدیلات محیط و امور منزل و مراقبتهای متناوب ایفای نقش می‌کنند (۱۴) زنان مراقب نسبت به مردان استرس بیشتری را تجربه می‌کنند. برایندهای منفی مانند فشار و بار مراقبتی در زنان بیشتر از مردان گزارش شده است به طوریکه آنان با مشکلات جسمی و روانشناختی بیشتری روبرو می‌شوند (۱۵)، این مطالعات بر این موضوع اتفاق نظر دارند که زنان به سبب رویارویی با مجموعه عوامل خاص وابسته به جنسیت خود، مراقبت را به گونه ای متفاوت از مردان تجربه می‌کنند، لذا شناخت این عوامل در درک شفافتر از تجربه زنان موثر بوده و منجر به برنامه ریزی موثر تر حمایتی برای آنان می‌گردد و مصداق بارز در مقوله سلامت زنان به شمار می‌آید (۱۵-۱۲).

در کشور ما با بروز تغییرات اجتماعی و دگرگونی‌های سنتی مانند هسته‌ای شدن خانواده‌ها، کوچک شدن منازل،

1- family caregiving

2- hands on

3- grounded theory

4- symbolic interactionism

کارمند، یک نفر اشتغال در کار نیمه وقت در منزل و هشت نفر نیز خانه دار (یکی از آنان بازنشسته پیش از موعد) بودند. توزیع میزان تحصیلات مراقبین از بیسواد تا کارشناسی بوده و سالمندان تحت مراقبت به انواع اختلالات ناتوان کننده مانند نارسایی پیشرفته کلیوی، آلزایمر، سرطان، نارسایی پیشرفته و سکت قلبی، دیابت، استئو پروز و اختلالات اسکلتی پیشرفته و اختلالات گوارشی مزمن مبتلا بودند.

۲۳۵ کد اولیه برگرفته از مصاحبه و مشاهدات پژوهشگر در پاسخ به سوالات مربوط به حوزه عوامل موثر در ارایه مراقبت خانوادگی به سالمندان آسیب پذیر، بیانگر مجموعه عوامل تسهیل گر (۱۶۶ کد) و بازدارنده (۶۹ کد) بودند. وجود و تجربه عوامل تسهیل گر منجر می گردید مراقبین به راحتی به امر مراقبت بپردازند در حالیکه تجربه عوامل باز دارنده سبب ارایه مراقبت توأم با صعوبت می گردید. کدها بر اساس ویژگی های مشترک طبقه بندی شدند و حاصل این طبقه بندی ۹ زیر طبقه ی آگاهی و دانش از نحوه مراقبت، ویژگی های فردی مراقب و سالمند، تجربه بار مراقبتی، سابقه ارتباطی موثر بین مراقب و سالمند، شبکه حمایتی خانوادگی، مشارکت خانوادگی، سیستم حمایتی رسمی، زمینه مراقبت در منزل و سیستم های بهداشتی و مراقبتی رسمی ویژه سالمندان بودند که به نوبه خود بر اساس مضمون مشترک در سه طبقه اصلی عوامل فردی، خانوادگی و خارجی طبقه بندی شدند. این عوامل به لحاظ ماهیت منجر به ایجاد سهولت و یا سختی در ارایه مراقبت به سالمند گیرنده مراقبت می شدند، که در زیر به طرح مشروح آنان پرداخته می شود.

#### • عوامل فردی

طبقه اصلی عوامل فردی تسهیل گر و باز دارنده، مشتمل بر سه زیر طبقه آگاهی از نحوه مراقبت، ویژگی های فردی مراقب و سالمند و تجربه بار مراقبت ذهنی و عینی بود. زیر طبقه آگاهی از نحوه مراقبت به مضامینی دال بر ضرورت دانش و آگاهی از چگونگی ابعاد مختلف مراقبت از سالمند تاکید داشت. مراقبینی که به طرق مختلف با مشکلات بهداشتی و نحوه مراقبت از سالمند خود آشنا بودند سختی کمتری را تجربه می کردند. به طور مثال دختری (مشارکت کننده ۳) گفت: " بینید پول و امکانات داریم، همه چیز داریم، اما نمی توانیم و نمی دانیم چه طور مشکل را حل کنیم خوب کسانی باید باشند و بتوانند به ما بگویند چه کار کنیم "

و یا عروسی (مشارکت کننده ۵) گفت: " اگر کسی باشه که کارهایی را که نمی دانیم به ما آموزش بده... خیلی خوبه... یاد بده و درس بده... راهنمایی کند "

• زیر طبقه ویژگی های فردی مراقب و سالمند در مجموعه عوامل تسهیل گر و بازدارنده، به مجموعه خصوصیات و ویژگی های فردی و شخصیتی مراقب مانند صبور و متعهد

از ابعاد فعالیت های روزمره زندگی وابسته بوده شناسایی و با مراقبین عضو خانواده که زن بوده، حداقل شش ماه مستمر مسئولیت مراقبت از وی را به عهده داشته و مایل به شرکت در مطالعه بودند تماس برقرار شد. با استفاده از نمونه گیری هدفمند<sup>۱</sup> از ۱۲ مراقب زن عضو خانواده دعوت به همکاری به عمل آمد ضمن آنکه با پدیدار شدن طبقات مفهومی در طی تحلیل داده ها انتخاب شرکت کنندگان بر اساس نمونه گیری نظری<sup>۲</sup> انجام شد، تا داده ها در راستای شفافیت و تایید دقیقتر یافته ها جمع آوری گردد. ملاک اشباع داده ها<sup>۳</sup> برای آگاهی از کفایت نمونه پژوهش مورد استناد قرار گرفت (۱۲). مشارکت کنندگان بر اساس متن رضایت نامه کتبی، آزادانه در مطالعه شرکت نمودند. برای جمع آوری داده ها از مصاحبه نیمه ساختارمند<sup>۴</sup>، مشاهده شرکت کنندگان توسط محقق در عرصه استفاده شد (۱۹). مصاحبه ها (جمعا ۱۵ مورد مصاحبه با ۱۲ نفر، با سه نفر از شرکت کنندگان کلیدی مصاحبه مجدد به عمل آمد) ابتدا با سوالات کلی در حوزه "چگونگی ارایه مراقبت از سالمند توسط مراقب" آغاز و بتدریج بر اساس تحلیل داده ها با سوالات ژرفکاو، پیگیر<sup>۵</sup> پیش رفت و ۴۵ تا ۶۰ دقیقه به طول انجامید. مصاحبه ها عمدتاً در محل زندگی مراقب و سالمند با هماهنگی قبلی انجام شد که این فرصت مشاهده نحوه مراقبت، موقعیت و فضای مراقبت را نیز فراهم می کرد. تمام مصاحبه ها ضبط و دست نویسی شد. به منظور کشف متغیر اصلی<sup>۶</sup> که فرایند اساسی اجتماعی نیز می باشد (۱۸) داده ها با رویکرد استراوس و کوربین<sup>۷</sup> ۱۹۹۸ تحلیل شدند. به دین منظور کلیه مصاحبه ها خط به خط، خوانده و به کرات باز نگری و کد گذاری<sup>۸</sup> باز، محوری<sup>۹</sup> و انتخابی<sup>۱۰</sup> انجام شد (۲۰).

جهت حصول اطمینان از دقت<sup>۱۱</sup> داده ها (مشابه روایی و پایایی در پژوهش های کمی) از روش های مرور و تایید مطالب توسط شرکت کنندگان، اعتبار پژوهشگر<sup>۱۲</sup>، وابستگی یافته ها، بررسی طولانی و مشاهده مداوم<sup>۱۳</sup>، تلفیق در روش های جمع آوری داده ها، استفاده از نظرات تکمیلی همکاران استفاده شد (۱۹). در این مطالعه 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 مطالعه بود.

#### یافته ها

شرکت کنندگان در تحقیق حاضر شامل ۱۲ نفر از مراقبین زن سالمندان آسیب پذیر، متشکل از ۱ همسر، ۷ دختر و ۴ عروس بودند. دامنه سنی شرکت کنندگان بین ۳۱ تا ۷۴ سال قرار داشته و میانگین سنی آنها ۴۸/۲ سال بود. شرکت کنندگان حداقل یکسال مسئولیت مراقبت از سالمند عضو خانواده خود را به عهده داشتند. ۳ نفر از شرکت کنندگان

مضامینی مانند سوابق همزیستی مراقب و سالمند (قبل از بروز آسیب پذیری)، کیفیت ارتباط فی مابین، سوابق ارتباطی مثبت دیده می شد. هر چه سوابق ارتباطی قوی تر و کیفیت ارتباطات بین گیرنده و دهنده مراقبت مثبت تر بود، مراقبین، مراقبت را آسان تر تجربه می کردند و بالعکس.

دختری (مشارکت کننده ۳) گفت: "من ته تاقاری بودم و همیشه بغل مامان بودم..... نمی دونم شاید بخاطر این من بیشتر از بقیه خواهرها و برادرها علاقه دارم از او مراقبت کنم".

عروسی (مشارکت کننده ۱۰) گفت: "با وجودیکه بقیه عروسهاش هستند اما او با من یک جور دیگر است راحتتره و می گوید تو با بقیه شون فرق داری".

زیر طبقه شبکه حمایت خانوادگی به مفاهیم نیاز به حمایت روانی (از سوی سایر افراد خانواده سالمند)، حمایت همسر و فرزندان، حمایت مالی، قدردانی و تشویق مراقب اشاره داشت. دختری (مشارکت کننده ۶) گفت: "من یک شانس بزرگی که دارم اینه که شوهرم و خانواده شوهرم موقعیت مرا فوق العاده درک می کنند".

عروسی (مشارکت کننده ۴) گفت: "از وقتی از مادر شوهرم مراقبت می کنم فامیل و همسایه ها یک احترام خاصی برام قائلند".

دختری (مشارکت کننده ۳) گفت: "مشکلم اینه که دخترم میگه اینقدر که به مادرت می رسی به من توجه نداری .... بعضی وقتها باید جووری برم پیش مادرم که او متوجه نشه". مشارکت خانوادگی به وجود تعهد نسبی و خانوادگی، نبودن کمک مراقب (برای کمک به مراقب اصلی)، عدم تقسیم کار بین اعضا خانواده، شانه خالی کردن سایر اعضای خانواده دلالت داشت. به طوری که مراقبینی که از مشارکت و همکاری سایر اعضای خانواده در ارایه مراقبت برخوردار بودند با سهولت بیشتری از سالمند خود مراقبت می کردند. دختری (مشارکت کننده ۲) گفت: ".... باید همه با هم (اعضای خانواده) کار کنیم. باید حس اشتراک داشته باشیم یعنی هر کسی یک کاری را به عهده بگیرد، همان قسمت کردن کار.... اگه باشه راحتتر می شه مراقبت کرد".

#### • عوامل خارجی

زیر طبقه عوامل خارجی از مجموعه عوامل تسهیل گر و باز دارنده، عمدتاً بر عواملی تاکید داشت که خارج از شبکه خانوادگی بر فرایند مراقبت اثر داشتند این طبقه در برگیرنده سه زیر طبقه شبکه حمایت رسمی، زمینه مراقبت در منزل و سیستمهای بهداشتی و مراقبتی رسمی بود. نکته بسیار بارز در این زیر طبقه توجه و اشاره مراقبین به حقوقشان بود. از سوی دیگر بیانات مراقبین نشان از این داشت که در عرصه مراقبت خانوادگی نیاز مراقبین بیشتر از جنس تقاضا بود و

بودن، توان جسمی، توان روانی، اعتقادات و باورهای مراقب به ویژه باورهای مذهبی، اشتغال، زن بودن و همچنین سن و سطح وابستگی سالمند تحت مراقبت اشاره داشت که بر فرایند مراقبت موثر بودند. در این میان زن بودن یکی از بارزترین ویژگیها بود. توضیحات زیر به نوعی بر زنانه بودن مراقبت از سالمند اشاره دارند.

"مراقبت از سالمند از جنس مراقبت مادرانه است (مشارکت کننده ۲)".

"می دونید مراقبت سخته.... خیلی از این کارها را مردها بلد نیستند. نمی دونند در موارد خاص چیکار کنند. من وقتی نیستم همه چیز را می نویسم میدهم به برادرم تا بدونه چه کار کند (مشارکت کننده ۹)".

اشتغال خارج از منزل و مدت زمان آن از مهمترین عوامل باز دارنده مراقبت به حساب می آمد. اشتغال خارج از منزل مراقبین را با دو گانگی و تداخل نقشها روبرو ساخته و مراقبت را برای آنان سخت می نمود. دختری (مشارکت کننده ۱۲) می گوید: "با وجودی که مجردم اما چون به هیچ کاری نمی رسیدم تقاضای بازنشستگی پیش از موعد دادم".

ویژگیهای شخصیتی مثبت مانند تعهد اخلاقی، داشتن صبر و حوصله، از موارد مورد نظر مراقبین در دسته عوامل تسهیل گر بود: "من در میان بقیه بچهها حوصله ام بیشتر است آنها تحملشان کم است. من با حوصله به حرفهای مادرم گوش می دهم با او بحث نمی کنم (مشارکت کننده ۳)".

میزان تجربه بار و فشار مراقبتی ذهنی و عینی به ویژه فشار ناشی از وابستگی سالمند به مراقب از جمله عوامل موثر در مراقبت بود. ناتوانی و وابستگی بیشتر سالمند به معنی مراقبت بیشتر و سخت تر بود. زنانی که فشار کمتری تجربه می کردند مراقبت را آسانتر ارایه می نمودند در مقابل تجربه فشار بیشتر سبب سختی در ارایه مراقبت به سالمند می شد. در این طبقه مضامینی مانند فشار روحی و روانی، تداخل نقشها، نادیده انگاشتن خود، خستگی، نا امید، مشکلات مالی، عدم تامین نیازهای خانواده و فرزندان قرار داشت. عروسی (مشارکت کننده ۱۱) گفت: "احساس می کنم خیلی فشار رومه فکر می کنم دیگر بنیه و جان ندارم، موقعهایی هست که، خسته باشم".

دختری (مشارکت کننده ۸) گفت: "واقعاً آدم میبیره ذله میشود".

#### • عوامل خانوادگی

طبقه عوامل خانوادگی در مجموعه عوامل تسهیل گر و باز دارنده مشتمل بر زیر طبقات ارتباط موثر بین فردی سالمند و مراقب، شبکه حمایتی خانوادگی و مشارکت خانوادگی بود.

در زیر طبقه ارتباط موثر بین فردی گیرنده و دهنده

در منزل برای ارایه مراقبت در زمان عدم حضورشان در منزل و نبود قوانین مدون حمایتگر از نقش مراقبتی آنان به همراه اشتغال مانند میزان مرخصی و ساعات و شرایط کاری را از مهمترین عوامل باز دارنده می دانستند.

دختری (مشارکت کننده ۶) گفت: "باید جایی باشه که یک هفته‌ای که می‌خواهم مسافرت بروم یا کسی را نداشته باشم که از مادرم مراقبت کند..... او را بگذاریم آنجا و..... البته تخفیف بدهند. مراقبت از اینها نباید یک حالت بیمارستانی داشته باشد..... می‌ترسونه سالمند را".

همانطور که از تجارب مراقبین بر می‌آید ایجاد سهولت و یا سختی در ارایه مراقبت ماهیت و درونمایه اصلی عوامل تسهیل‌گر و بازدارنده مستتر در کدهای برگرفته از تجارب مراقبین بود که منجر به تولید ۹ زیر طبقه و نهایتاً ۳ طبقه اصلی گردید که در فوق به آنها اشاره شد. تجربه عوامل تسهیل‌گر سبب تجربه آسانتر و رضایت بخش‌تر مراقبت خانوادگی و وجود عوامل باز دارنده منجر به سختی در ارایه مراقبت می‌گردید.

#### بحث

یافته‌ها بر اساس تجارب زیسته زنان مراقب سالمندان آسیب‌پذیر عضو خانواده، نشان داد پدیده مراقبت فرایندی چالش برانگیز بوده که تحت تاثیر عوامل تسهیل‌گر و بازدارنده قرار دارد. مراقبین در جریان طبیعی زندگی با پذیرش نقش مراقبت، به این امر مهم می‌پردازند و عوامل مختلفی را تجربه می‌کنند. این عوامل ماهیتاً موجب تسهیل یا سختی در ارایه مراقبت به سالمند عضو خانواده می‌شود.

در خصوص عوامل فردی تسهیل‌گر و باز دارنده، زنانی که از آگاهی و دانش بالنسبه بالاتری در مورد مراقبت و سلامت سالمند تحت مراقبت خود برخوردار بودند در یافتن نقطه تعادل در زندگی برای ارایه مراقبت موفقتر بودند. زنانی که به لحاظ شخصیتی و اخلاقی در برابر سالمند عضو خانواده متعهدتر بوده و از باورهای مذهبی قوی‌تری برخوردار بودند نیز از ارایه مراقبت راضی‌تر بودند. در مقابل زنان شاغل به ویژه آنهایی که در انجام امور مختلف زندگی با کمبود وقت روبرو بودند فرایند مراقبت را با سختی تجربه می‌کردند. اکثر زنان باور داشتند که مراقبت از سالمند یک نقش زنانه بوده لیکن زنان در جامعه کنونی به سبب اشتغال و داشتن نقشهای مختلف همزمان با ارایه مراقبت، نیاز بیشتری برای حمایت و کمک رسمی و غیر رسمی در خود احساس می‌کنند. بر اساس تجربه مراقبین سطح وابستگی سالمند به مراقبت از عوامل باز دارنده فرایند مراقبت به شمار می‌آید. از سوی دیگر بار و فشار مراقبتی که مراقب در حین مراقبت تجربه می‌کرد نیز عامل مهمی در فرایند مراقبت به شمار می‌آید. به طوریکه هر چه بار مراقبتی تجربه شده کمتر بود مراقب

نه نیاز. زنان به ویژه آنانی که به سبب عدم اشتغال از توان مالی مستقل برخوردار نبودند حمایت مالی دولتی را عامل تسهیل‌گر مهمی می‌دانستند. آنان شرم ناشی از وابستگی مالی به همسران برای مراقبت از والدین خود را عامل باز دارنده در فرایند مراقبت می‌دانستند که موجب تجربه بار مراقبتی بیشتر نیز می‌شد.

در زیر طبقه شبکه حمایتی رسمی مضامینی همچون حمایت مالی دولتی (از سالمندان و مراقبین)، بیمه ویژه و مناسب سالمندان، قوانین شغلی حمایتگر (ویژه زنان مراقب) مستتر بود. مراقبین بر این باور بودند که بهره‌مندی از این امکانات و منابع رسمی و دولتی حق مسلم سالمندان می‌باشد. هرچه سالمندان از حمایت دولتی بیشتر و به واسطه آن از تامین اجتماعی بیشتری برخوردار بودند، بار مراقبت آنان کمتر می‌شد لذا مراقب با سهولت بیشتری از سالمند خود مراقبت می‌کرد. به طور مثال مراقبت از سالمندی که تحت پوشش بیمه‌ای بهتر قرار داشته و از مستمری و یا حقوق مکفی ماهانه برخوردار بود به مراتب سهل‌تر از سالمندی بود که از این امکانات بهره‌مند نبود.

همسری (مشارکت کننده ۷) گفت: "دولت باید اینها (سالمندان) را مجانی و رایگان بیاورد و ببرد..... اینها سالهای ساله برای مملکت کار کرده‌اند..... باید به آنها برسند تا خانواده‌هایشان اینقدر گرفتار نباشند. بیمه شون خوب باشه... دوا و دکترشون و تمام تسهیلات مجانی باشه..... اگر دولت مثل کشورهای دیگر برای این بیماران پرستار در خانه بگذارد خیلی خوبه".

دختری (مشارکت کننده ۶) گفت: "باید بخش‌نامه‌های دولتی کارمندان زنی را که مراقبت از معلول یا سالمندی را به عهده دارند حمایت کنند..... نه اینکه هر وقت مرخصی می‌خواهیم ما را با مشکل روبرو کنند".

زیر طبقه زمینه مراقبت عواملی مانند بعد مسافت بین محل زندگی مراقب و سالمند، نبودن سیستمهای حمل و نقل ویژه سالمندان، بازسازی و تعدیل محیط زندگی سالمند، تجهیزات کمک حرکتی، تغییرات اجتماعی ساختار خانواده، استقلال مالی سالمند را در بر می‌گرفت.

دختری (مشارکت کننده ۶) گفت: "باید پارکس را برود.... اما ما ویلچر نداریم یا خیلی گرونه".

عروسی (مشارکت کننده ۱۰) گفت: "شرایط خانه باید مناسب باشه. آسانسور داشته باشه..... پله یکی از دلایل نبردن مادرم به بیرون خانه است".

داشتن کمک مراقب رسمی آموزش دیده، وجود مراقبت تخصصی ویژه سالمندان در جامعه، کمبود متخصصین سالمندی از مهمترین عوامل در زیر طبقه نبود سیستمهای بهداشتی و مراقبتی رسمی مناسب سالمندی بود. زنان به ویژه شاغلین، نبود سیستمهای کیفی مراقبت رسمی از سالمندان

ارایه مراقبت به سالمندان آسیب پذیر می گردد. یافته های این بخش از مطالعه با یافته های سایر مطالعات همخوان بود به طوریکه نزدیکی محل زندگی مراقب با سالمند، ثبات اقتصادی خانواده، دسترسی به مراکز مراقبت روزانه، افراد حرفه ای مراقبت دهنده، از عوامل موثر در فرایند مراقبت از سالمندان به شمار می آید (۲۴).

با وجود موانع و مشکلات عدیده در جوامع مختلف در راه ارایه مراقبت خانوادگی از سالمندان، همچنان مطالعات حاکی از این هستند که عمده حمایت های سالمندان توسط خانواده و سیستم های غیررسمی تامین می شوند (۲۶). شیو<sup>۳</sup> ۱۹۹۸ در بررسی جامع عوامل موثر در فرایند مراقبت خانوادگی آنها را در دو طبقه اصلی "عوامل مراقبتی" و "ویژگی های مراقبت گیرنده و دهنده" تقسیم بندی نموده است. طبقه اول مشتمل بر زیر طبقات منابع مراقبت، انتظارات مراقب از خود، مهارت های مراقبتی و آگاهی مراقب بوده و در طبقه ویژگی های مراقبت گیرنده و دهنده مضامین مربوط به سن، جنس مراقب، سطح تحصیلات و وضعیت سلامت مراقب و کیفیت ارتباط بین مراقب و سالمند قرار دارد (۸). براون و همکاران<sup>۴</sup> ۲۰۰۷ نیز عوامل تسهیل گر و باز دارنده در تجربه مربوط به فرایند مراقبت شوهران از همسران مبتلا به دمانس را در چهار دسته عوامل داخلی مشتمل بر نگرش و باورها، عوامل ارتباطی شامل احساس دوستی و نزدیکی فامیلی، عوامل موقعیتی مانند دسترسی به منابع و امکانات، هزینه ها و عوامل تجربی مشتمل بر تجارب مثبت و منفی مراقب، طبقه بندی نموده اند (۱۱).

در این مطالعه سعی شد مراقبین با نسبت های گوناگون همسر، فرزند و عروس انتخاب شوند. نظر به اینکه معمولاً همسران مردان سالمند مبتلا به اختلالات ناتوان کننده، تحت حمایت فرزندان قرار می گیرند و فرزندان عهده دار نقش اصلی مراقبت از پدر خود می شوند، در این مطالعه تعداد همسران شرکت کننده در برابر سایر نسبت های خانوادگی کمتر بود.

### نتیجه گیری

مراقبت خانوادگی، مدل قالب ارایه خدمات طویل المدت به سالمندان در سراسر جهان می باشد و بدون شک با افزایش تعداد سالمندان این امر به ویژه نقش زنان به عنوان مراقبین خط اول، نیز مهمتر خواهد شد. عوامل تسهیل گر و بازدارنده فردی، خانوادگی و خارجی که در برگیرنده زیر طبقات آگاهی از نحوه مراقبت، ویژگی های فردی مراقب و سالمند، تجربه بار مراقبتی، سابقه ارتباطی موثر بین مراقب و سالمند، شبکه حمایتی خانوادگی، مشارکت خانوادگی، سیستم حمایتی رسمی، زمینه مراقبت در منزل و سیستم های بهداشتی و مراقبتی رسمی ویژه سالمندان بوده و بر چگونگی

تجربه موفقتری را در امر مراقبت گزارش می کرد. کرامر<sup>۱</sup> ۱۹۹۷ نیز بر اساس مطالعه کیفی بر روی شوهران سالمندان مبتلا به آلزایمر، نین گزارش کرده است که ویژگی های فردی مراقب و سالمند بر کیفیت مراقبت خانوادگی و بار مراقبتی تجربه شده در فرایند مراقبت موثر است. به طور کلی هرچه رضایت از مراقبت نسبت به استرس تجربه شده بیشتر باشد فرایند مراقبت با سهولت انجام می شود (۲۱). سلامت مراقب، اختلال شناختی و رفتاری سالمند، تصویر سالمند از وضعیت خود، بار و فشار مراقبتی تجربه شده و میزان استرس وارده به مراقب (۲۲) اشتغال و فعالیتهای اجتماعی مراقب، کمبود وقت، سن بالاتر از ۷۵ سالمند (۲۳) ابعاد وابستگی سالمند به مراقب، سن و وضعیت جسمانی مراقب از عوامل موثر در فرایند مراقبت محسوب می شوند (۲۴) ضمن اینکه عوامل یاد شده به مراتب موثرتر از مشخصات سالمند، شدت علائم و طول مدت ابتلا به اختلال ناتوان کننده می باشند (۲۳). اسمیت<sup>۲</sup> 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 کار آمدی را برای مراقبین فراهم کنند، ضمن آنکه با کنترل عوارض فشار مراقبت نیز می توانند از عوارض منفی آن بر کیفیت مراقبت بکاهند (۲۵).


در طبقه عوامل خانوادگی نیز یافته ها نشان دادند داشتن سابقه همزیستی با سالمند، کیفیت ارتباطات مثبت بین فردی (بین سالمند و مراقب) از عوامل مهم می باشند که موجب تسهیل فرایند مراقبت می گردند. ساختار و شبکه حمایتی قویتر در خانواده به زنان مراقب در یافتن نقطه تعادل در ایفای نقش های مختلف زندگی کمک می کرد. به گونه ای که زنان برخوردار از حمایت مالی و روانی از سوی سایر فرزندان فرد سالمند، زندگی متعادلتری را تجربه می کردند. زنان متاهل به ویژه آنانی که از سوی فرزندان و همسران خود مورد تقدیر و تشویق قرار می گرفتند نیز خود را در فرایند مراقبت موفقتر می دانستند. تجارب مراقبین نشان داد کمک و مشارکت فعال سایر خواهران و برادران در کلیه ابعاد مراقبتی موجب رویارویی کمتر مراقب با بار و فشار مراقبتی می شد. یافته های مطالعات مشابه نیز نشان دادند میزان حمایت اجتماعی مراقب، درجه نزدیکی و صمیمیت مراقب و سالمند (۲۳) دسترسی به منابع و انواع حمایت رسمی و غیررسمی موجود در سطح جامعه بر مراقبت از سالمندان موثر است (۱۲).

عوامل در طبقه خارجی بیانگر این مهم بودند که خلای قوانین و سیستم های حمایتی رسمی و دولتی برای سالمندان و خانواده های آنان به ویژه در دسترس نبودن مراکز کار آمد و مجهز به امکانات و کارمندان متخصص در حوزه بهداشت و سلامت سالمندان منجر به تجربه صعوبت بیشتر در طول

مراقبت از سالمندان عضو خانواده اثر داشتند، در واقع روی دیگر سکه تقاضاهای عدیده زنان مراقب می باشد که تامین آنها می بایست سر لوحه مداخلات تیم سلامت به منظور حمایت از سلامت زنان مراقب، قرار گیرد. چرا که بدون شک موفقیت نظام سلامت بدون اتکا بر تفکر و پاسخ گویی به نیازها و انتظارات جامعه امکان پذیر نخواهد بود.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان بدینوسیله مراتب امتنان خود را از مسئولین و کارکنان محترم مراکز تابعه دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، علوم پزشکی ایران، تهران و انجمن آلزایمر ایران و شرکت کنندگان در مطالعه ابراز می دارند. ضمناً از مرور علمی و تایید مقاله توسط پروفسور جولیت کوربین (مبدع روش گراند تئوری) صمیمانه قدردانی می نمایند.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

## REFERENCES

## منابع

- ۱- پایگاه مرکز آمار ایران . www.sci.org.ir . دسترسی: ۱۳۸۶/۵/۲۲.
- 2- World Health Organization 50th Session: Health Care of Elderly in Eastern Mediterranean Region: Challenges and Perspectives. 2003; Regional Committee for the Eastern Mediterranean
- ۳- جغتایی، محمد تقی . اسدی، محمد حسین . وضعیت موجود سالمندان و ضرورت توجه به نیاز آنان . حکیم . دوره ۲. شماره ۱. صفحات ۱ تا ۶.
- 4- Roach S. Introductory Gerontological Nursing. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2001.
- 5- Berkman L. Assessment of Social Network & Social Support the Elderly . Journal of American Geriatric Society . 1993; 31, 12:743-751.
- 6- Farran, C. Family Caregiver: a Critical Resource in Today Healthcare climate. Chart: Chicago. 2002; 99, 4, 4. Available From: [Http://Gateway.Proquest.Com](http://Gateway.Proquest.Com) [6/9/2004].
- 7- Wightlach C, et al. Caregiving as a Dyadic Process: Perspectives from Caregiver and Receiver. Gerontology. 2002; 57, 3: 195.
- 8- Shyu Y.L., Archbold P. & Imle M. Finding a Balance Point: a Process Central to Understanding Family Caregiving in Taiwanese Families . Research in Health & Nursing . 1998; 21, 261-270
- 9- Chao S. & Roth P. The Experiences of Taiwanese Women Caring for Parents-In-Law. Journal of Advanced Nursing. 2000; 31, 3: 631-638.
- 10- Subgranon R. & Lund D. Maintaining Caregiving at Home: a Culturally Sensitive Grounded Theory of Providing Care in Thailand. Journal of Transcultural Nursing. 2000; 11, 3: 166-173.
- 11- Brown J.W., Chen S., Mitchell C. & Province A. Help-Seeking by Older Husbands Caring for Wives with Dementia. Journal of Advanced Nursing. 2007; 59, 4: 352-360.
- 12- Pinquart M., Sorenson S. Gender Differences in Caregiver Stressors, Social Resources, and Health : a Updated Meta-Analysis. Journal of Gerontolog. 2006; 61b, 1: 33-45.
- 13- Mmohammadi F. & Kaldi A.R. Self\_Efficacy and Caregiver Strain in Alzheimer's Caregivers in the City of Tehran. Middle East Journal of Age & Agin. 2006; 3, 3: 8\_12.
- 14- Hequembourg A., Brallier S. Gendered Stories of Parental Caregiving among Siblings . Journal of Aging Studies. 2005; 19: 53-71.
- 15- Neal M., Ingresoll-Dayton B. & Starrels M. Gendered and Relationship Differences in Caregiving Patterns and Consequences among Employed Caregivers. The Gerontologist; 37, 6: 804-816.
- ۱۶- دلاور، ب. گزارش بررسی وضعیت سلامت سالمندان در جمهوری اسلامی ایران . مجموعه مقالات سالمندی اولین کنفرانس بین المللی سالمندی در ایران . جلد اول . تهران . ۱۳۷۸ . صفحات ۱۰-۴۲.
- ۱۷- صلصالی، مهوش، پرویزی سرور، حبیب حاج باقری، حسن. روشهای تحقیق کیفی. تهران : بشری، ۱۳۸۲.
- 18- Streubert H, Carpenter D. Qualitative Research in nursing. 3ed. Lippincot : Philadelphia ; 2003.
- ۱۹- اسکویی، سید فاطمه، پیروی، حمید . پژوهش کیفی در پرستاری. تهران : علوم پزشکی ایران ؛ ۱۳۸۴.
- 20- Strauss A, Corbin J. Basics of Qualitative Research . Second Edi. London: SAGE; 1998.
- 21- Kramer B. Gain in the Caregiving Experience: Where Are We? What Next? The Gerontologist. 1997; 37 , 2: 218-232.



## REFERENCES

## منابع

- 22- Lee K .Model Construction on Quality of Family Caregiving in the Elderly. Abstracts from the Symposium on Health Care for Elderly, 2001, Korea. Nursing Health Sciences. 2002; 4 (Supplement):A8
- 23- Hong S, Morrow N, Kproctor G. Factors Associated with the Adequacy of Informal Care for Elderly Patient .Gero-Ed Forum. Chicago. Available From: [Http:///Depts.Washington.Edu/Geroctr/Center2/Gef06cd/Index.Html](http://Depts.Washington.Edu/Geroctr/Center2/Gef06cd/Index.Html). [4/16/2007] .
- 24- Smith C. a Model of Caregiving Effectiveness for Technologically Dependent Adults Residing at Home. Advanced Nursing Scientist. 1994; 17 ,2:27-40.
- 25- D.Kasper J , Andrews J. Factors Associated with Ending Caregiving among Informal Caregivers to the Functionally and Cognitively Impaired Elderly Population .U.S.Department of Health and Human Services . 1990.
- 26- Stone J.T, F.Wayman J , A. Salisbury S. Clinical Gerontological Nursing .Second Edi. Philadelphia: W.B Saunders, 1999.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
 رتال جامع علوم انسانی