

عوامل محدود کننده خانواده در مراقبت از سالمند: یک تحلیل درون‌مایه‌ای

شهناز پولادی^۱، منیره انوشه^۲، انوشیروان کاظم نژاد^۳، آرمین زارعیان^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: تحولات ساختار خانواده، زمینه‌های تغییر در نقش‌های خانواده و چالش‌های مراقبت از سالمند را ایجاد می‌نماید. بدین منظور هدف پژوهش حاضر، کشف عوامل محدود کننده خانواده در مراقبت از سالمند بود.

روش: این مطالعه کیفی، تجربیات ۱۱ عضو مراقبت کننده از سالمند در خانواده بود که از طریق مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته در سال ۱۳۹۰-۹۱ انجام پذیرفت. پس از کسب رضایت‌نامه، داده‌ها جمع‌آوری، ضبط و بازنویسی شد و بر اساس روش تحلیل درون‌مایه‌ای Braun و Clarke مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت حصول دقت و استحکام داده‌ها، معیار مقبولیت، قابلیت انتقال، قابلیت وابستگی و قابلیت اعتماد داده‌ها بررسی گردید.

یافته‌ها: در مطالعه حاضر وضعیت جسمانی نامناسب، اختلالات رفتاری، نارسایی دانش، تجربه ناکافی، مشکلات اقتصادی، مشکلات محیط فیزیکی، مشغله زیاد، نارسایی حمایت بستگان و دوستان و نارسایی حمایت‌های رسمی به عنوان عوامل محدود کننده خانواده استخراج شد.

نتیجه‌گیری: مشکلات فردی اعضای خانواده و عوامل تضعیف کننده شرایط اجتماعی و خانوادگی آنان در مراقبت از سالمند مبین ضعف زیرساخت‌های نظام سلامت خانواده و بهره‌برداری ناکافی از پتانسیل‌های موجود جهت حمایت از خانواده در مراقبت از سالمند می‌باشد. نقش مؤثر پرستاران در کشف راهکارهای نوین اجرایی با هدف کاهش خلأ بین نیازمندی‌های خانواده با پتانسیل‌های موجود، گام مؤثری در تقویت زیرساخت‌های نظام سلامت خانواده خواهد بود. بدین منظور جهت تکمیل نتایج این مطالعه، انجام مطالعات اقدام‌پژوهی در سطوح مدیریت‌های نظام سلامت خانواده به منظور بررسی پتانسیل‌های موجود و ارایه راهکارهای اجرایی توصیه می‌گردد.

کلید واژه‌ها: خانواده، مراقبت، سالمند، عوامل محدود کننده، تحلیل درون‌مایه‌ای

ارجاع: پولادی شهناز، انوشه منیره، کاظم نژاد انوشیروان، زارعیان آرمین. عوامل محدود کننده خانواده در مراقبت از سالمند: یک تحلیل درون‌مایه‌ای. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۲؛ ۲ (۲): ۱۴۶-۱۵۷.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۳/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۱/۲۸

۱- دانشجوی دکتری، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۲- دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۳- استاد، گروه آمار، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۴- استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارتش، تهران، ایران

Email: shahnaz.pouladi@modares.ac.ir

نویسنده‌ی مسئول: شهناز پولادی

مقدمه

خانواده به عنوان یکی از نخستین نهادهای اجتماعی، شالوده حیات جامعه را با عملکردهای متعدد خود مانند فعالیت‌های اقتصادی، تربیتی و مراقبتی بنیاد می‌گذارد. از جمله عملکردهای مهم خانواده، ایفای نقش مراقبتی و حمایتی از فرد سالمند است (۱). بر اساس سرشماری جمعیت در سال ۱۳۹۰، حدود ۸ درصد جمعیت کشور را سالمندان تشکیل می‌دهند و از این میزان بیش از ۹۰ درصد به همراه همسر و فرزندان خود در کانون خانواده زندگی می‌کنند (۲). در واقع اعضای خانواده که به وضوح بیشترین نقش را در امر حمایت و مراقبت از سالمند ایفا می‌نمایند (۳) می‌توانند بنیان‌گذار افزایش ارتباطات عاطفی بین خود و سالمند باشند و در راستای آن افزایش رضایتمندی خانواده را حاصل نمایند (۴). با این‌که نقش محوری خانواده در مراقبت از سالمند با افزایش سلامت سالمند همراه می‌باشد (۵)، اما دگرگونی‌های اجتماعی، اقتصادی، تکنولوژیکی و پیشرفت‌های علمی که زمینه‌ساز افزایش رشد سالمندی در جامعه می‌باشند منجر به دگرگونی ارزش‌ها و سنت‌های دیرین و جایگزینی ارزش‌های جدیدی گردیده است که مراقبت از سالمند در خانواده را دچار چالش می‌نماید (۶).

مطالعه Beach و همکاران در ایالات متحده آمریکا در خصوص مراقبت از سالمند در خانواده بیان می‌دارد که افزایش مشکلات سالمندی در فرد سالمند و همچنین افزایش فشارهای مراقبتی بر فرد مراقبت کننده از سالمند، پیامدهای مخاطره‌آمیزی چون افسردگی و اضطراب را برای اعضای خانواده به همراه خواهد داشت (۵). بابایی نیز در مطالعه خود پیرامون مشکلات اجتماعی خانواده‌های مراقبت کننده از سالمند ناتوان بیان می‌دارد: «افزایش سن سالمند و افزایش اختلالات ذهنی وی موجب وابستگی بیشتر آنان در انجام فعالیت‌های روزانه و افزایش مدت زمان کمک‌رسانی به سالمند توسط اعضای خانواده می‌گردد و در چنین شرایطی مشکلات اجتماعی خانواده‌های دارای سالمند مانند کاهش فرصت برقراری ارتباط با دیگران، کاهش اوقات فراغت و مشکلات اقتصادی آنان افزایش خواهد یافت» (۳). در این خصوص محمدی شاه‌بلاغی و همکاران در مطالعه خود

پیرامون عوامل تسهیل‌گر و ممانعت کننده فرایند مراقبت سالمندان آسیب‌پذیر در خانواده بیان می‌کنند که عدم مشارکت و آگاهی اعضای خانواده در مراقبت از سالمند و همچنین ضعف سیستم‌های بهداشتی و مراقبتی از جمله عوامل ممانعت کننده خانواده در مراقبت از سالمند می‌باشد (۷).

با این‌که نتایج مطالعات فوق بیانگر وجود یک دسته از مشکلات و موانع مراقبت از سالمند در خانواده می‌باشد، ولی روبه‌رو شدن اعضای خانواده با این مشکلات حکایت از اهتمام و تلاش خانواده برای مراقبت از سالمند می‌نماید؛ چرا که بروز چنین مشکلاتی گویای آن است که اعضای خانواده با فرایند مراقبت از سالمند درگیر بوده‌اند، نه این‌که مشکلات موجود منجر به کناره‌گیری آنان در مراقبت از سالمندشان و یا سد مراقبت از سالمندشان در خانواده شده باشد، بلکه توانمندی آنان را در انجام مسؤولیت خود در برابر سالمند محدود نموده است. بنابراین با وجود چنین چالش‌هایی در امر مراقبت از سالمند در خانواده و همچنین روند رو به رشد سیاست‌های جهانی بهداشت مبنی بر تقویت انگیزه‌های مراقبت از سالمند در خانواده، انتظار می‌رود با بررسی هر چه دقیق‌تر در عرصه ملی و انجام مطالعات زمینه‌ای با رویکرد کیفی به کشف عوامل محدود کننده خانواده‌ها در مراقبت از سالمند اقدام نمود. در این راستا نقش کلیدی پرستاران در عرصه‌های بهداشتی، درمانی و آموزشی (۸)، بستر مناسبی را برای برقراری ارتباط با اعضای خانواده به منظور بررسی محدودیت‌ها و نیازمندی‌های مراقبتی آنان از فرد سالمند در خانواده فراهم می‌نماید. بنابراین محققین این پژوهش با در نظر گرفتن اهمیت مراقبت از سالمند در خانواده و حفظ سلامت وی در ابعاد مختلف و همچنین کمک به سیاست‌گذاران سلامت سالمندی در عرصه ملی درصدد بودند در قالب این مطالعه و با هدف کشف عوامل محدود کننده خانواده در مراقبت از سالمند با رویکردی کیفی زمینه آگاهی هر چه بیشتر متولیان سلامت سالمندی را به منظور آرایه راهکارهای مناسب جهت هموار کردن محدودیت‌های مراقبت از سالمند در جامعه فراهم نمایند. از آن‌جایی که بسیاری از تجارب، ادراک و عقاید افراد قابلیت کمی شدن ندارند؛

۷۵-۴۵ دقیقه بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها هم‌زمان با جمع‌آوری آن‌ها شروع و تا رسیدن به اشباع کامل داده‌ها ادامه یافت. در این بخش در ابتدا پس از ضبط هر مصاحبه، بلافاصله متن مصاحبه کلمه به کلمه نوشته و با استفاده از روش تحلیل درون‌مایه‌ای Braun و Clarke (به نقل از Pickard) (۱۱) طی ۶ مرحله به صورت رفت و برگشتی آنالیز داده‌ها انجام گردید.

محقق در مرحله اول (آشنایی با داده‌ها) به بازخوانی مکرر مصاحبه‌ها با هدف غوطه‌ور شدن در داده‌های مطالعه جهت دریافت ایده‌های کلی مصاحبه اقدام نمود. در مرحله دوم (تولید کدهای ابتدایی)، واحدهای معانی از متن مصاحبه‌ها استخراج و در قالب کدهای ابتدایی نام‌گذاری شدند. مرحله سوم (جستجوی درون‌مایه‌ها)، با هدف تدوین درون‌مایه‌ها از کدهای ابتدایی انجام پذیرفت. بدین معنا که کدهای مشابه در یک طبقه تحت عنوان درون‌مایه طبقه‌بندی گردیدند. در مرحله چهارم (بازنگری درون‌مایه‌ها) با در نظر داشتن همسانی درونی و برونی سعی بر آن گردید که داده‌های موجود در هر درون‌مایه علاوه بر پیوستگی درونی با داده‌های درون‌مایه‌های دیگر نیز تمایز داشته باشند. در مرحله پنجم (تعریف و شماره‌گذاری درون‌مایه‌ها) که با هدف تدوین طبقه نهایی صورت گرفت، جوهره‌های هر یک از درون‌مایه‌ها شناسایی گردید و تحت عنوان درون‌مایه سایبانی (Overarching themes) نام‌گذاری گردیدند. در مرحله پایانی تلاش گردید با تجمیع معانی تمام درون‌مایه‌ها، بیان جامعی از مفهوم عوامل محدود کننده خانواده در مراقبت از سالمند ارائه گردد.

جهت دستیابی به دقت و استحکام داده‌ها، معیار مقبولیت (Credibility)، قابلیت انتقال (Transferability)، قابلیت وابستگی (Dependability) و قابلیت اعتماد داده‌ها (Conformability) مورد بررسی قرار گرفت (۱۳، ۱۴). برای اطمینان از مقبولیت داده‌ها، محققین با صرف زمان کافی جهت جمع‌آوری داده‌ها و با رفت و برگشت مکرر در داده‌ها و استفاده از روش‌های مختلف مانند تنوع در مشارکت کنندگان تحقیق از نظر سن، جنس، سطح تحصیلات و نسبت خانوادگی آنان با فرد سالمند در جهت افزایش مقبولیت داده‌ها

بنابراین در این مطالعه از روش‌های تحقیق کیفی که مبتنی بر پایه فلسفه پایداری و استدلال استقرایی هستند و توصیف غنی و درک عمیقی از پدیده‌ها و تجارب انسانی را فراهم می‌نماید (۹، ۱۰) به عنوان روش مناسبی جهت تبیین عوامل محدود کننده خانواده در مراقبت از سالمند استفاده شد.

روش

مطالعه کیفی حاضر بخشی از پژوهش گسترده‌ای به منظور تبیین توانمندی خانواده در مراقبت از سالمند بود که با روش تحلیل درون‌مایه‌ای (Thematic analysis) در سال ۹۱-۱۳۹۰ انجام گرفت. تحلیل درون‌مایه‌ای روش مناسبی برای شناخت، تحلیل و گزارش درون‌مایه‌ها است که داده‌ها را به شکل کاملاً دقیقی سازماندهی و تشریح نموده و جنبه‌های مختلف موضوع را آشکار می‌سازد (۱۱). خانواده‌های دارای سالمند بالای ۶۵ سال که تجربه مراقبت از سالمند را داشتند، جامعه پژوهش این مطالعه را تشکیل دادند. نمونه‌گیری به صورت هدفمند و با حداکثر تنوع مشارکت کنندگان از لحاظ جنسیت و سطوح اقتصادی و اجتماعی متفاوت انجام پذیرفت. در نمونه‌گیری هدفمند، محقق بر اساس هدف مطالعه نمونه‌ای را انتخاب می‌کند که بتواند به بهترین نحو سوالات تحقیق را پاسخ دهد (۱۲). جهت جمع‌آوری داده‌ها از روش مصاحبه فردی نیمه ساختار یافته که از انعطاف‌پذیری و استنباط عمیقی در مطالعات کیفی برخوردار است (۱۳)، استفاده گردید. بدین منظور از ماه مهر تا اسفند سال ۱۳۹۰ با هدف جمع‌آوری داده‌ها و با کسب اجازه از مشارکت کنندگان به خانه‌های آنان مراجعه و داده‌های مطالعه جمع‌آوری شد. جهت انجام مصاحبه سؤالاتی مانند: «یک روز مراقبت و نگهداری از سالمند خود در خانواده را توضیح دهید»، «در مراقبت از سالمند با چه مسایل و مشکلاتی روبه‌رو هستید؟» و «علل ایجاد مشکل و محدودیت‌های خود در ارائه مراقبت به سالمندان را در چه چیزهایی می‌بینید؟» مورد استفاده قرار گرفت. همچنین در روند مصاحبه از سؤالات کاوشی جهت رفع ابهامات و عمق بخشیدن به پاسخ‌ها استفاده گردید. مدت هر مصاحبه متناسب با علاقه و تحمل شرکت کنندگان بین

برای مراقبت از سالمند می‌باشد. بر اساس نتایج پژوهش، مشکلات فردی اعضای خانواده و سالمند محدودیت‌هایی را ایجاد می‌نماید که خواسته یا ناخواسته توان مراقبت از سالمند از وی سلب می‌گردد. یافته‌های پژوهش در این زمینه شامل درون‌مایه‌هایی در ارتباط با وضعیت جسمانی نامناسب، اختلالات رفتاری، نارسایی دانش و تجربه ناکافی می‌باشد.

جدول ۱. طبقات درون‌مایه‌های سایبانی و درون‌مایه‌های فرعی

درون‌مایه‌های سایبانی	درون‌مایه‌های فرعی
عوامل فردی	وضعیت جسمانی نامناسب مراقب
	اختلالات رفتاری سالمند
	نارسایی دانش مراقب
عوامل خانوادگی	تجربه ناکافی مراقب
	مشکلات اقتصادی
	مشکلات محیط فیزیکی
عوامل اجتماعی	مشغله زیاد
	نارسایی حمایت بستگان و دوستان
	نارسایی حمایت‌های رسمی

الف. درون‌مایه فرعی: وضعیت جسمانی نامناسب

یافته‌های این پژوهش نشان داد که تعدادی از مشارکت کنندگان از مشکلات جسمی رنج می‌برند. مشکلاتی مانند ناتوانی جسمی، کمردرد، سابقه اعمال جراحی، مشکلات بارداری و زایمان از مهم‌ترین مشکلات جسمی است که اعضای خانواده‌ها را در مراقبت از سالمند دچار مشکل می‌کند. اکثر این افراد بیان داشتند از این که سالمندشان در خانواده با آن‌ها زندگی می‌کند احساس رضایت دارند، اما ناتوانی جسمی آنان باعث شده است که نتوانند در زمان مورد نیاز به نحو مطلوبی نیازمندی‌های مراقبتی سالمند را پاسخگو باشند. در این رابطه برخی از مشارکت کنندگان اظهار داشتند: «پیش آمده که مادرم خودش را خیس کرده و من باید ایشان را تمیز می‌کردم، خوب همان لحظه هم کسی نبود که به من کمک کند؛ من به خاطر کمردردم توان بلند کردنش را نداشتم؛ چون تنش سنگین بود... مجبور بودم مادرم را روی زمین بکشم و به حمام ببرم» (آقا متأهل، ۵۰ ساله).

«من بارداری‌های خیلی سختی دارم. بچه اولم هم

تلاش نمودند. جهت انتقال‌پذیری با هدف رفع هر گونه شبهه و ابهام سعی شد که تمام جزئیات فرایند تحقیق از مرحله نمونه‌گیری تا فرایند جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها به صورت مبسوط شرح داده شود. قابلیت وابستگی داده‌ها از طریق بازنگری همکاران و اعضای تیم تحقیق و قابلیت اعتماد داده‌ها از طریق توافق نظر در خصوص متن مصاحبه‌ها بین پژوهشگر و مشارکت کنندگان در تحقیق تأیید گردید. از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۲۰۱۰ جهت فرایند کدگذاری و طبقه‌بندی داده‌ها استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی

قبل از جمع‌آوری داده‌ها ضمن کسب مجوز اخلاقی از کمیته اخلاق دانشگاه تربیت مدرس جهت انجام مطالعه، رضایت مشارکت کنندگان جهت شرکت در پژوهش نیز گرفته شد، در عین حال به تمامی مشارکت کنندگان اطمینان داده شد که تمامی مصاحبه‌ها با حفظ نام و نام خانوادگی به صورت کاملاً محرمانه استفاده می‌شود و در پایان مطالعه کلیه فایل‌های صوتی حذف خواهند شد. پژوهش حاضر حاصل پایان‌نامه دکتری دانشگاه تربیت مدرس است و تأمین مالی آن توسط دانشگاه انجام شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر تعداد ۱۱ عضو مراقبت کننده از سالمند که بیشترین نقش را در مراقبت از سالمند در خانواده داشتند، مورد مصاحبه قرار گرفتند. مشارکت کنندگان در این پژوهش شامل ۸ نفر زن و ۳ نفر مرد بودند که از این تعداد ۷ نفر متأهل، ۲ نفر مجرد و ۱ نفر بیوه در دامنه سنی ۲۵-۵۷ سالگی، با حداقل مدرک تحصیلی ابتدایی و حداکثر لیسانس قرار داشتند. ۸ نفر از مشارکت کنندگان پژوهش را فرزندان، ۱ نفر همسر و ۲ نفر عروس خانواده تشکیل می‌دادند.

از تجزیه و تحلیل داده‌ها پیرامون عوامل محدود کننده خانواده در مراقبت از سالمند سه مضمون اصلی «فردی، خانوادگی و اجتماعی» به شرح زیر استخراج گردید (جدول ۱).

۱- درون‌مایه سایبانی: عوامل فردی

یافته‌های مطالعه در این بخش حاکی از آن است که شرایط و مشکلات فردی عامل زمینه‌ای مهمی در محدود کردن خانواده

زمینه اظهار می‌دارد: «برادر شوهرم از بیست و پنج سال قبل تا الآن که ۷۰ سال سن دارد با ما زندگی می‌کند... خوب ایشان مشکل روحی- روانی دارد و خیلی بد و بیراه می‌گوید، به هر کسی می‌رسد فحش می‌دهد... دوستان پسرم وقتی به خانه ما می‌آیند به همه آن‌ها فحش می‌دهد؛ پسرم ناراحت می‌شود و داد می‌زند این چیه این‌جاست... ببریدش بیرون از خانه ببریدش بیرون... و من واقعاً در چنین شرایطی نمی‌دانم چه کار کنم» (خانم بیوه، ۵۱ ساله).

ج. درون‌مایه فرعی: نارسایی دانش

بر پایه نتایج این مطالعه، دانش ناکافی خانواده‌ها در زمینه رفتار کردن با سالمند و پر کردن اوقات فراغت وی و همچنین عدم اطلاعات کافی آنان از وضعیت بیماری و رژیم غذایی سالمند، زمینه‌های محدود کردن آنان را برای مراقبت از سالمند فراهم نموده است؛ به گونه‌ای که در ارائه خدمات به سالمند احساس سردرگمی می‌کردند و در بیشتر موارد نمی‌دانستند درباره سالمند خود چه تصمیم و راهکاری را اتخاذ نمایند. در این زمینه مشارکت‌کننده‌ای بیان داشت: «زمانی که مادرم سخته مغزی کرد متأسفانه به مرور اختلال تکلم هم پیدا کرد و این مشکلی بر مشکل ما اضافه کرد؛ چون ما نمی‌دانستیم چه می‌گوید؟ چه می‌خواهد؟ اگه سردش می‌شد، گرمش می‌شد، گرسنه بود یا تشنه بود ما متوجه نمی‌شدیم و این خیلی برای ما سخت بود. سختی به این خاطر که حقیقتاً نمی‌دانستیم در چنین شرایطی چه کار کنیم، چگونه با ایشان ارتباط برقرار کنیم» (آقا متأهل، ۵۰ ساله).

د. درون‌مایه فرعی: تجربه ناکافی

بر اساس یافته‌های این مطالعه، نداشتن تجربه کافی در زمینه مراقبت از سالمند موجبات سختی و طولانی شدن اخذ تصمیم برای برخورد با مشکلات سالمند در خانواده را ایجاد می‌نمود. تجارب برخی از مشارکت‌کنندگان این مطالعه نمایانگر این است که پدیده بازنشستگی فرد سالمند و یا رخداد یک بیماری در خانواده برای آنان واقعه‌ای جدید بوده است؛ به گونه‌ای که عدم آگاهی و دانش کافی آنان از شرایط بازنشستگی و بیماری سالمند زمینه تعارضات بین سالمند با اعضای خانواده را فراهم نموده است. در این زمینه عده‌ای از مشارکت

همین‌طور بودم، کاملاً تا ۹ ماه سر جا بودم. دکتر می‌گفت اگر فعالیت کنی بچه‌ها سقط می‌شود... خوب بنده خدا مادرم که با ما زندگی می‌کند خیلی اذیت می‌شد؛ چون مادرم پیر است و بی‌اختیاری ادراری دارد و من واقعاً نمی‌توانستم در آن زمان کاری برایش بکنم و می‌دیدم که چه قدر از این بابت زجر می‌کشد» (خانم متأهل، ۳۴ ساله).

بخشی از داده‌های پژوهش حاکی از آن است که مشکلات و سختی‌های مراقبت از سالمند در خانواده نیز زمینه افزایش ناتوانی‌های جسمی و اختلالات عاطفی در اعضای خانواده را فراهم نموده است. تعدادی از مشارکت‌کنندگان در این مقوله اظهار داشتند که با توجه به مشکلات جسمی خود مجبور به ارائه خدمات به سالمند در خانواده هستند؛ چرا که چاره دیگری ندارند و مراقبت از سالمند را با تمامی مشکلاتش، یک وظیفه در قبال سالمند می‌دانند و زمانی که از عهده وظیفه خود در قبال سالمند برنمی‌آیند احساس ناراحتی می‌کنند. در این زمینه مشارکت‌کننده‌ای بیان کرد: «از زمانی که شوهرم مریض شده است خودم هم بدتر شده‌ام، خیلی ناسازگاری می‌کند؛ آن‌قدر حوصله‌ام را سر می‌برد که نمی‌دانم چه کار کنم. خوب چاره‌ای ندارم باید تحمل کنم... خدا می‌خواهد که زن و مرد تا آخر عمر همدم هم باشند؛ با این‌که خودم هم بیماری قلبی دارم و داروی فشار خون می‌خورم سعی می‌کنم کارهایم را انجام دهم، اما یک دفعه می‌بینم آن‌قدر خسته شدم که بی‌حال یک گوشه اتاق می‌افتم و بچه‌هایم به دادم می‌رسند» (خانم متأهل، ۶۰ ساله).

ب. درون‌مایه فرعی: اختلالات رفتاری

اختلالات رفتاری سالمند از دیگر عوامل فردی است که زمینه‌های مراقبت از آنان را برای اعضای خانواده محدود می‌نماید. تظاهر رفتارهای نامطلوبی مانند پرخاشگری، عصبانیت، بداخلاقی، مزاحمت، اذیت و آزار و فحش و ناسزاگویی موجبات ناراحتی و واکنش‌های نامناسب اعضای خانواده را فراهم نموده است. به گفته برخی از این مشارکت‌کنندگان در چنین وضعیتی شرایط مراقبت از سالمند در خانواده ناهموار خواهد شد و افراد توجه کافی را در مراقبت از سالمند در خانواده نخواهند داشت. مشارکت‌کننده‌ای در این

خود نتوانسته‌اند انجام دهند یا این‌که مجبور بودند از خواسته‌های خود به خاطر مراقبت از سالمند صرف نظر کنند. در این رابطه بعضی از مشارکت‌کنندگان بیان نمودند: «ولین مشکلی که برای مراقبت از پدرم داریم، مشکل هزینه‌های درمان ایشان است. پدرم پارسال سخته مغزی کرده، هزینه داروهایش خیلی بالاست... دکترا گفتند باید در خانه مرتب با یک سری دستگاه‌هایی ایشان را فیزیوتراپی کنیم. خوب خرید این وسایل برای ما واقعاً سخت بود... خیلی گران بود...» (آقا مجرد، ۲۵ ساله).

«شوهرم مدت‌هاست که بیمار است و نمی‌تواند کار کند، الان هم که پیر و ازکارافتاده شده خرج خانه را همین پسرم درمی‌آورد؛ بعضی اوقات که می‌خواهم یک میوه خوبی یا غذایی که دوست دارد برایش تهیه کنم می‌بینم واقعاً نمی‌توانم، یعنی پولش را ندارم» (خانم متأهل، ۶۰ ساله).

ب. درون‌مایه فرعی: مشکلات محیط فیزیکی

یافته‌های این مطالعه بیانگر آن بود که بعضی از خانواده‌ها از فضای فیزیکی مناسبی در خانه برای نگهداری از سالمند برخوردار نبودند. محدود بودن تعداد اتاق‌های منزل، قادر نبودن به اختصاص دادن فضایی مخصوص سالمند در خانواده و وضعیت آپارتمان‌نشینی بعضی از خانواده‌ها از جمله مشکلاتی بود که محیط فیزیکی خانواده را برای مراقبت از سالمند محدود نموده است و ناتوانی مالی برخی از خانواده‌ها اجازه فراهم کردن محیطی در شأن سالمند را به آنان نمی‌دهد. در این رابطه تعدادی از مشارکت‌کنندگان اظهار کردند: «خانه ما قدیمی است، درآمد چندانی هم ندارم که اتاق دیگری اضافه کنم... یک بازنشسته آموزش و پرورش با حقوق ۴۰۰-۵۰۰ هزار تومان با بچه دانشگاه آزادی، مجبور شدم توی همین اتاق نشیمن روبه‌روی دستشویی، به خاطر این‌که بردن آوردنش به دستشویی راحت‌تر باشه جایش را نداختم. شاید جایش خوب نباشد، ولی کار دیگه‌ای نمی‌توانم بکنم» (آقا ۵۰ ساله، متأهل).

«حدود سه سالی هست که در خانه آپارتمانی زندگی می‌کنیم. در این مدت احساس می‌کنم مادرم خیلی ناتوان شده... قبلاً در خانه ویلایی که بودیم خودش خانه همسایه‌ها

کنندگان اظهار داشتند: «پدرم در شروع بازنشستگی اصلاً دوست نداشت توی خانه باشد و تا حدود ۵ ماه بعد از بازنشستگی به محیط کارش می‌رفت و عصرها برمی‌گشت؛ خوب این مسأله ما را خیلی ناراحت می‌کرد... برای همین مرتب با ایشان بحث و دعوا داشتیم، بعدها وقتی خاطرات خودم را مرور می‌کنم متوجه می‌شوم که ما در ابتدا هیچ تجربه‌ای برای برخورد با پدرمان در شرایط بازنشستگی نداشتیم و همین بی‌تجربگی ما به بحث و جدل‌های خانوادگی بیشتر دامن می‌زد» (خانم مجرد، ۴۳ ساله).

«چندین سال قبل که پدرم سخته قلبی کرده بود ما واقعاً تجربه مراقبت از بیمار قلبی را نداشتیم و این موضوع برای ما خیلی اضطراب‌آور بود، ولی الان بعد از گذشت چندین سال به راحتی می‌دانیم که در سخت‌ترین شرایط چه تصمیمی باید بگیریم... مثلاً با این‌که الان پدرم به سرطان حنجره مبتلا شده، ولی چون تجربه قلبی بیماری پدر را داشتیم خیلی بهتر می‌توانیم از ایشان مراقبت کنیم» (خانم مجرد، ۴۳ ساله).

۲- درون‌مایه سببانی: عوامل خانوادگی

عوامل خانوادگی به عنوان یکی از درون‌مایه‌های اصلی استخراج شده در این مطالعه، سهم مهمی در محدود کردن خانواده‌ها در مراقبت از سالمند داشته است. تجارب مشارکت‌کنندگان در این زمینه نشان دهنده آن است که بستر خانواده شرایط نگهداری و مراقبت از سالمند را برای آنان به گونه‌ای محدود کرده است که برای انجام وظیفه خود در برابر سالمند مجبور به تحمل سختی‌ها و مشکلات زیادی در خانواده هستند. یافته‌های پژوهش در این زمینه شامل درون‌مایه‌هایی در ارتباط با مشکلات اقتصادی خانواده، مشکلات محیط فیزیکی خانواده و مشغله زیاد اعضای خانواده می‌باشد.

الف. درون‌مایه فرعی: مشکلات اقتصادی

بعضی از خانواده‌های مورد مطالعه بیان نموده‌اند که هزینه‌های نگهداری و مراقبت از سالمند در خانواده خارج از توان مالی آنان است. بر اساس نتایج این مطالعه، درآمد پایین بعضی از خانواده‌ها پاسخگوی هزینه بالای خدمات درمانی سالمند، خرید وسایل بهداشتی و تجهیزات درمانی مورد نیاز وی در خانواده نبوده است و متأسفانه کار زیادی برای سالمند

الف. درون‌مایه فرعی: نارسایی حمایت بستگان و دوستان

برخی از مشارکت کنندگان این پژوهش بیان داشتند، دور بودن منازل سایر بستگان از آنان، توجه ناکافی برخی از خواهر و برادران دیگر یا عدم احساس مسؤولیت‌پذیری آنان در قبال سالمند باعث شده است که مشارکت مطلوبی در مراقبت از سالمند با اعضای خانواده نداشته باشند و این موضوع منجر به افزایش احساس تنهایی و بار مراقبتی در اعضای خانواده شده است. در این زمینه تعدادی از مشارکت کنندگان بیان داشتند: «یک بار که مادر مریض شده بود به برادرم زنگ زدم که مادر را به دکتر ببرد. گفت: الآن وقت ندارم بگذار فردا، شوهر من هم مأموریت بود... من با یک بچه شیرخواره در آن شرایط واقعاً نمی‌دانستم چه کار کنم... یا مثلاً زمانی که خواهر برادرهایم به خانه ما می‌آیند... همین جوری می‌آیند یک سری می‌زنند و می‌روند؛ این که مادر مشکلی دارد یا ندارد اصلاً کاری به این کارها ندارند» (خانم ۳۴ ساله، متأهل).

«یکی از خواهرانم یک شهر دیگر زندگی می‌کند. آن بنده خدا اگر بود خیلی کمک حال من بود و راحت‌تر می‌توانستم به مادر برسم، اما بقیه خواهر برادرهایم که توی همین شهر هستند خیلی کم به مادر سر می‌زنند؛ اگر خودم به آن‌ها زنگ بزنم شاید یک ساعتی بیایند و یک کاری بکنند و بروند... در غیر این صورت اصلاً در مراقبت از مادر با ما همکاری نمی‌کنند» (آقا ۵۰ ساله، متأهل).

ب. درون‌مایه فرعی: نارسایی حمایت‌های رسمی

بر اساس نتایج این پژوهش، حمایت‌های رسمی اجتماعی از خانواده برای خدمات‌رسانی به سالمند در قانون خانواده مطلوب نبوده است. تجارب برخی از مشارکت کنندگان در این زمینه نشان دهنده آن است که سازمان‌های متولی خدمات‌رسانی به سالمند مثل سازمان بهزیستی و کمیته امداد امام خمینی در بیشتر مواقع توان یاری رساندن به خانواده را در امر مراقبت از سالمند نداشته‌اند و یا خدمات داده شده از ناحیه این سازمان‌ها آن‌قدر جزئی بوده است که نقش چندانی در مرتفع کردن مشکلات خانواده‌ها در مراقبت از سالمند نبوده است. در این رابطه برخی از خانواده‌ها بیان کردند: «مادرم چون سگته مغزی کرده است مجبوریم که ایشان را

می‌رفت، ارتباط برقرار می‌کرد، توی حیاط رفت و آمد می‌کرد، به باغچه آب می‌داد؛ اما از زمانی که به این‌جا آمدم مادر احساس راحتی نمی‌کند و مرتب می‌گوید در این خانه حوصله‌ام سر می‌رود» (خانم ۳۴ ساله، متأهل).

ج. درون‌مایه فرعی: مشغله زیاد

داده‌های این پژوهش نشان داد که فعالیت اعضای خانواده در محیط خارج از منزل و یا پرداختن به سایر کارهای منزل مشغله زیادی را برای آنان ایجاد نموده است؛ به گونه‌ای که توان رسیدگی به کارهای سالمند در خانواده برای آنان محدود شده است. بر اساس تجارب زنان مشارکت کننده در پژوهش، شاغل بودن آنان در محیط خارج از منزل و همچنین پرداختن به امر بچه‌داری، نظارت بر سالمند و مراقبت از وی را دچار مشکل کرده است. بعضی از خانواده‌ها نیز بیان داشتند که شرایط اجتماعی حاضر باعث شده است حتی در شب که اعضای خانواده دور هم جمع هستند فرصت کافی برای همنشینی با سالمند در خانواده برای آنان وجود نداشته باشد. در این خصوص مشارکت کننده‌ای بیان کرد: «زمانی که سر کار بودم مجبور بودم از صبح تا عصر بیرون باشم وقتی هم به خانه می‌آمدم دیگه واقعاً حال نداشتم به پدر و مادرم برسم؛ خیلی خسته بودم... در این زمان اگر پدر و مادرم درخواستی از من می‌کردند با این که خیلی خسته بودم کارشان را انجام می‌دادم، اما با طبع دل نبود؛ الآن که بازخرید شده‌ام خیلی احساس بهتری دارم که به راحتی می‌توانم از پدر و مادرم مراقبت کنم» (خانم ۴۳ ساله، مجرد).

۳- درون‌مایه سابیانی: عوامل اجتماعی

بر پایه تجارب مشارکت کنندگان این مطالعه، برخی از محدودیت‌های مراقبت از سالمند در خانواده ناشی از نارسایی‌های اجتماعی است. یافته‌های این مطالعه نشان داد که فشار حاصل از سختی‌ها و مشکلات مراقبت از سالمند برای برخی از خانواده‌ها به اندازه‌ای است که نیاز به کسب حمایت‌های اجتماعی را در آنان تشدید می‌کند. یافته‌های پژوهش در این زمینه شامل درون‌مایه‌هایی در ارتباط با نارسایی حمایت بستگان، دوستان و نارسایی حمایت‌های رسمی سازمانی بوده است.

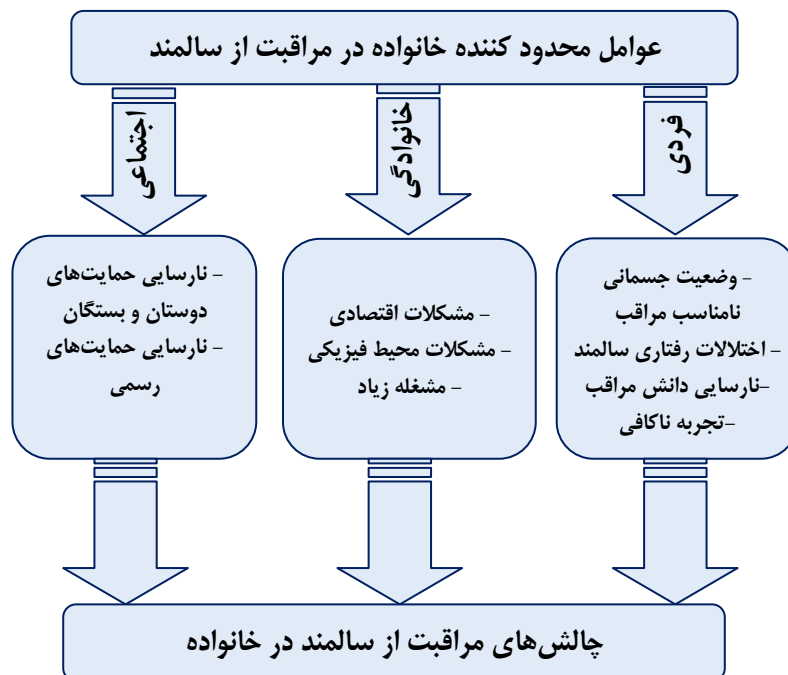
مرتب پوشاکش کنیم؛ در ماه حداقل پنجاه هزار تومان برایش پوشاک می‌خرم، به غیر از سایر چیزهای دیگر... خوب این خیلی برای من که یک بازنشسته آموزش و پرورش هستم سنگین است. وقتی به کمیته امداد مراجعه می‌کنم می‌گویند نمی‌توانیم برایتان پوشاک تهیه کنیم، فقط ماهی ۳۰ هزار تومان برای دارو درمانش می‌دهند خوب این دردی را از من دوا نمی‌کند» (آقا ۵۱ ساله، متأهل).

«کمیته امداد ماهانه ۳۰ هزار تومان فقط به ما کمک می‌کند. خوب شوهر من ۲۰ سال است که خانه‌نشین شده است و کار نمی‌تواند بکند... درآمد درستی هم نداریم. خودم مجبورم در زمین‌های کشاورزی مردم کار کنم تا بتوانم خرج دارو درمان شوهرم را دریابورم. الآن که دیگر زانوهاییم هم یاری نمی‌کند واقعاً زندگی برایمان سخت شده است و به سختی می‌توانم از شوهرم مراقبت کنم» (خانم ۶۰ ساله، متأهل).

بحث

بر اساس نتایج این مطالعه، سه دسته عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی به عنوان ارکان محدود کننده خانواده، باعث چالش مراقبت از سالمند در بستر خانواده می‌گردد (شکل ۱).

تجارب مشارکت کنندگان مورد مطالعه نشان داد که وضعیت جسمانی نامناسب اعضای خانواده، دانش و تجربه ناکافی آنان و همچنین اختلالات رفتاری فرد سالمند به عنوان مهم‌ترین عوامل فردی، مراقبت از سالمند را در خانواده محدود می‌نماید. بر پایه این نتایج، خانواده‌ها از یک سو از منظر اعتقادات دینی و مذهبی، خود را مقید به اجرای تعالیم دینی و ارزش‌های الهی در برابر سالمند می‌بینند و از سوی دیگر، مشکلات جسمی آنان امر مراقبت از سالمند در خانواده را برای آنان سخت و مشکل نموده است. با توجه به اطلاعات جمعیت‌شناختی، اکثریت مشارکت کنندگان این مطالعه را زنانی تشکیل می‌دهند که خانه‌دار یا بازنشسته هستند و با وجودی که اوقات بیشتری از وقت خود را در منزل سپری می‌کنند، ولی چون در سنین میانسالی به سر می‌برند، خود به انواع ناتوانی‌ها و مشکلات جسمی مبتلا بوده‌اند که شرایط نگهداری و مراقبت از سالمند را برای آنان محدود نموده است. مطالعه محمدی شاه‌بلایی و همکاران در رابطه با عوامل تسهیل‌گر و ممانعت‌کننده فرایند مراقبت سالمندان آسیب‌پذیر نیز بیان‌کننده آن است که زنان میانسال بیشترین نقش را در ارایه مراقبت به سالمند دارند، اما به علت نداشتن بنیه و



شکل ۱. عوامل محدود کننده خانواده در مراقبت از سالمند

توان جسمی، مراقبت از سالمند در خانواده برای آنان مشکل شده است (۷). یافته‌های مطالعه حاضر و سایر مطالعات انجام شده (۱۵، ۷، ۳) مؤید آن است که جمعیت زنان خانواده در خطر آسیب‌پذیری بیشتری به نسبت سایر اعضای خانواده در امر مراقبت از سالمند هستند. علاوه بر مشکلات جسمی، نداشتن اطلاعات و آگاهی کافی در زمینه مراقبت از سالمند نیز از دیگر عواملی است که مشارکت کنندگان این مطالعه را در مراقبت از سالمند دچار محدودیت کرده است. در واقع اعضای خانواده به دلیل اطلاعات ناکافی خود در زمینه مشکلات دوران سالمندی، نمی‌دانستند برای برطرف کردن مشکلات مراقبت از سالمند خود چه تصمیم مناسبی را اتخاذ نمایند و همین موضوع باعث کاهش تحمل آنان در برابر فشارهای حاصل از مراقبت از سالمند می‌شد.

مطالعه محمدی و کلدی در خصوص فشار مراقبتی خانواده‌های مراقبت کننده از سالمند نیز نشان می‌دهد که دانش ناکافی خانواده‌ها باعث افزایش فشار مراقبتی خانواده برای مراقبت از سالمند می‌گردد (۱۵). آموزش اعضای خانواده تحت یک برنامه آموزشی مدون راهکار مناسبی جهت افزایش مهارت‌ها، دانش و اعتماد آنان برای ارایه مراقبت مؤثر به سالمند می‌باشد. در واقع چنین آموزش‌هایی با هدف ارتقای بینش و باورهای خانواده نسبت به اهمیت مراقبت از سالمند، درصدد اصلاح رفتارهای اعضای خانواده در موقعیت‌های مختلف به کار گرفته خواهند شد (۱۶). نتایج مطالعه حسینی و همکاران نیز در خصوص تأثیر برنامه آموزشی- مشاوره‌ای بر سلامت عمومی زنان مراقبت کننده از سالمندان مبتلا به آلزایمر بیانگر نیازمندی خانواده‌ها به روش‌های مؤثر آموزشی به منظور بهبود سلامت مراقبین از سالمند می‌باشد (۱۷). بر اساس یافته‌های این مطالعه، خانواده‌هایی که پیش‌تر تجربه مراقبت از سالمند را نداشته‌اند، مشکلات مراقبت از سالمند برای آنان دشوارتر و سخت‌تر بوده است؛ به گونه‌ای که در برابر ناملایمات رفتاری سالمند تحمل کمتری دارند. این موضوع مؤید آن است که بیان سختی و مشکلات مراقبت از سالمند توسط اعضای خانواده به صورت منحصر به فرد و تابع درک فردی اعضای خانواده است که در افراد مختلف با توجه

به تجارب قبلی آنان متفاوت می‌باشد.

در این مطالعه مشارکت کنندگان در ابتدای مراقبت از سالمند به جهت نداشتن هیچ گونه تجربه قبلی با مشکلات متعددی برخورد می‌کردند، ولی با گذشت زمان و قرار گرفتن در موقعیت‌های متفاوت با بهره‌مندی از تجارب قبلی خود در زمینه مراقبت از سالمند شکایت و مشکلات کمتری در مراقبت از سالمند خود گزارش نموده‌اند؛ در واقع آن دسته از خانواده‌هایی که طول مدت مراقبت از سالمندشان کمتر بوده است به جهت نداشتن تجربه مراقبت از سالمند و برخورد با مشکلات متعدد و همچنین نداشتن اطلاعات کافی در زمینه رفتار با سالمند، مدیریت مشکلات مراقبت از سالمند برای آنان دشوارتر بوده است. سایر مطالعات نیز به این موضوع اذعان داشته‌اند که درک افراد از مشکلات مراقبت از سالمند متفاوت می‌باشد (۱۸، ۱۵)؛ ولی آن‌چه در این مطالعه حایز اهمیت است نقش تجارب قبلی اعضای خانواده در مراقبت سالمند و بهره‌مندی از آن‌ها در ادامه زندگی با سالمند می‌باشد. نتایج این بخش از مطالعات، ما را به این موضوع رهنمون می‌نماید که دانش اعضای خانواده پیرامون مراقبت از سالمند در سایه آموزش‌های عملی است که می‌تواند تجربه مراقبت از سالمند را در اعضای خانواده ارتقا دهد.

نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن بود که خانواده‌های مشارکت کننده در این مطالعه با وجود زمینه‌های فرهنگی و مذهبی خود که مراقبت از سالمند را در خانواده بر خود ملزم می‌دانند، ولی تغییر نیازمندی‌های اجتماعی آنان به نسبت قبل زمینه تغییر در سبک زندگی، سطح فعالیت و ارتباطات آنان را ایجاد کرده است. بر اساس نتایج این مطالعه، زنان که بخش عمده‌ای از مشارکت کنندگان این مطالعه را تشکیل می‌دهند، به جهت میانسالی بودن توان مراقبت از سالمند را نداشته‌اند یا این‌که اگر جوان هستند در محیط بیرون از خانه مشغول به کار می‌باشند. در واقع خانواده امروزی بر خود لازم می‌بیند که همگام با رشد فن‌آوری و تکنولوژی، برای بهره‌برداری هر چه بیشتر از این ره‌آورد عصر جدید تلاش خود را بیش از پیش کرده و در چنین شرایطی خود را با کورانی از فعالیت‌های خارج از خانواده روبه‌رو می‌نماید که نتیجه آن در صورت

غفلت چیزی جز نارضایتی و خستگی نخواهد بود. در چنین شرایطی انتظار می‌رود اعضای خانواده به جهت فعالیت بیش از پیش در محیط خارج از خانه برای پاسخگویی به نیازمندی‌های امروز خود فرصت کافی برای رسیدگی به نقش‌های خود در خانواده را نداشته باشد و در این راستا سالمندان که آسیب‌پذیرترین فرد در خانواده هستند لطمات بیشتری خواهند دید.

در مطالعه Sarmah و Choudhury نیز این نکته یادآوری شده است که صنعتی شدن جامعه امروزی باعث تعارض نقش‌های خانوادگی در نسل حاضر گردیده است؛ به گونه‌ای که تأثیرات سوء آن منجر به نارضایتی نسل حاضر در مراقبت از سالمند بوده است (۱۹). نتایج حاضر گویای آن است که خانواده در چنین شرایطی برای به تعادل رساندن نیازمندی‌ها و پاسخ‌های دریافت نموده از هیچ تلاشی چشم‌پوشی ننماید و در این راستا به طور قطع بار مشکلاتی مانند ناکافی بودن درآمدها، محدود بودن محیط فیزیکی خانواده و نداشتن فرصت کافی برای رسیدگی به درخواست‌های فرد سالمند بر دوش وی سنگینی می‌نماید.

نتایج این مطالعه همچنین بیان کننده آن است که برخی از خانواده‌ها به دلیل ناتوانی جسمی و یا مشکلات معیشتی خود نیازمند کمک‌های رسمی و غیر رسمی برای مراقبت از سالمند در خانواده هستند، ولی به دلایل متعددی مانند در دسترس نبودن سایر بستگان، عدم احساس مسئولیت آنان در قبال سالمند یا مشکلات بودجه‌ای سازمان‌های حمایت کننده خانواده و سالمند نتوانسته‌اند در حد نیاز از همکاری بستگان و سازمان‌ها بهره‌مند گردند. مطالعه انجام شده در کشور نیز توسط محمدی شاه‌بلاغی و همکاران مؤید نارسایی حمایت‌های رسمی سازمانی به خانواده‌های مراقبت کننده از سالمند و نیاز خانواده‌ها به پوشش هر چه بیشتر بیمه تکمیلی سالمند و تخصیص تسهیلات دولتی برای مراقبین از سالمند در خانواده می‌باشد (۷).

بر اساس گزارش‌های بانک مرکزی ایران، استنباط می‌شود نظام سلامت ایران همچون سایر نظام‌های سلامت، با چالش افزایش شدید هزینه‌ها روبه‌رو گردیده است؛ در حالی

که شاخص کلی هزینه‌ها در کشور در ۲۰ سال گذشته ۳۰ برابر شده، هزینه‌های بخش سلامت ۷۱ برابر شده است (۲۰) و این موضوع باعث شده است که نظام سلامت در بخش‌های مختلف با مشکلات زیادی مواجه گردد. بنابراین هزینه‌های فزاینده مراقبت سلامت، انتظارات رو به گسترش مردم و محدود بودن منابع و پرداخت‌های مالی بیانگر وجود یک چالش اقتصادی در نظام سلامت کشور می‌باشد که گستره آن بر خانواده‌ها سایه افکنده است. مطالعه Bookman و Kimbrel نیز در خصوص نقش حمایت‌های دولتی در کاهش چالش‌های اقتصادی خانواده در امر مراقبت از سالمند بیانگر سهم مؤثر سازمان‌های دولتی در پذیرش مسئولیت حمایت از سالمند در ایالت متحده آمریکا می‌باشد. با توجه به این که در ایالت متحده آمریکا همچنان خانواده به عنوان اولین سطح مراقبت کنندگان از سالمند محسوب می‌شود، با این وجود بخش عمده‌ای از مسئولیت‌های مراقبت از سالمند به سمت سازمان‌های دولتی سوق داده شده است. برخی از این مراکز دولتی مسئول حمایت‌های مالی و سلامتی فرد سالمند و برخی دیگر از حمایت‌های سازمانی، معطوف حمایت‌های اجتماعی خانواده می‌باشد (۲۱).

نتیجه‌گیری

مشکلات فردی اعضای خانواده و عوامل تضعیف کننده شرایط اجتماعی و خانوادگی آنان در مراقبت از سالمند مبین ضعف زیرساخت‌های نظام سلامت خانواده و بهره‌برداری ناکافی از پتانسیل‌های موجود جهت حمایت از خانواده در مراقبت از سالمند می‌باشد. در محدودیت مطالعه حاضر باید اذعان داشت که استخراج دیدگاه خانواده‌ها پیرامون عوامل محدود کننده آنان در مراقبت از سالمند بخشی از اطلاعات لازم جهت برنامه‌های عملی و نظری خانواده‌ها را به منظور مهار مشکلات و ارتقای فرایند مراقبت از سالمند در خانواده فراهم می‌نماید و بخش دیگر اطلاعات مشمول انجام تحقیقات در زمینه بررسی پتانسیل‌های موجود در نظام سلامت جامعه خواهد بود. بنابراین در این راستا نقش مؤثر پرستاران در کشف راهکارهای نوین اجرایی با هدف کاهش

اجتماعی خانواده‌ها در امر مراقبت از سالمند توصیه می‌گردد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله محققین از کلیه خانواده‌های مشارکت کننده در مطالعه تقدیر و تشکر نموده و مراتب سپاس ویژه خود را از دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس در زمینه حمایت‌های علمی و مالی پژوهش ابراز می‌دارند.

خلاً بین نیازمندی‌های خانواده با پتانسیل‌های موجود گام مؤثری در تقویت زیرساخت‌های نظام سلامت خانواده می‌باشد. بدین منظور جهت تکمیل نتایج مطالعه حاضر، انجام مطالعات اقدام‌پژوهی در سطوح مدیریت‌های نظام سلامت خانواده به منظور بررسی پتانسیل‌های موجود، تشخیص راه‌حل‌های احتمالی و برنامه‌ریزی برای اجرای بهترین راهکارهای عملی جهت مهار مشکلات فردی، خانوادگی و

References

1. Davenport J. Elder Home Care Giver [Online]. [cited 2011]; Available from: URL: http://books.google.com/books?id=kSNhXk3GmmwC&printsec=frontcover&source=gbbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
2. Statistical Center of Iran. National population and housing census in Iran 2011 [Online] 2011; Available from: URL: <http://www.amar.org.ir>.
3. Babaei M. Social problems of families caring for a frail elderly referrals to public hospitals clinics in Karaj city. *Salmand Iran J Ageing* 2007; 2(3): 177-81.
4. Lopez J, Lopez-Arrieta J, Crespo M. Factors associated with the positive impact of caring for elderly and dependent relatives. *Arch Gerontol Geriatr* 2005; 41(1): 81-94.
5. Beach SR, Schulz R, Yee JL, Jackson S. Negative and positive health effects of caring for a disabled spouse: longitudinal findings from the caregiver health effects study. *Psychol Aging* 2000; 15(2): 259-71.
6. Sam Aram EA, Ahmadi Beni Z. The investigation effective value factors in elderly situation within their family. *Salmand Iran J Ageing* 2007; 2(4): 269-79.
7. Mohammady Shahbalaghy F, Dabbaghi F, Yadarvar Nikraves M. Facilitator and barriers factors in family caregiving process of Iranian frail elderly: qualitative study. *Iran J Nurs* 2008; 21(55): 55-65.
8. Abedi HA, Rezazadeh M, Dabirzadeh Sh. The clinical teaching role of nursing teachers. *Iran J Med Educ* 2002; 2(2): 43-7.
9. Burns N, Grove S. The practice of nursing research conduct: critique and utilization. 5th ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2004.
10. Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. 5th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
11. Pickard AJ. Research methods in information. London, UK: Facet Publishing; 2007.
12. Bailey CA. A guide to qualitative field research. London, UK: Pine Forge; 2007.
13. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 2006; 3(2): 77-101.
14. Merriam SB. Qualitative research: a guide to design and implementation. 3rd ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2009.
15. Mohammadi F, Kaldi A. Self-efficacy and caregiver strain in Alzheimer's caregivers in the city of Tehran. *Middle East Journal of Age and Aging* 2006; 3(3): 8-12.
16. Hepburn KW, Lewis M, Sherman CW, Tornatore J. The savvy caregiver program: developing and testing a transportable dementia family caregiver training program. *Gerontologist* 2003; 43(6): 908-15.
17. Hosseiny RS, Bastani F, Sayahi S, Momen Abadi H, Alijanpoor Aghamaleki M. The effect of education-consulting program on general health of women as caregivers of patient, with Alzheimer disease. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2011; 13(5): 83-92.
18. Spurlock WR. Spiritual well-being and caregiver burden in Alzheimer's caregivers. *Geriatric Nursing* 2005; 26(3): 154-61.
19. Sarmah C, Choudhury B. Problems of elderly and their care. *J Hum Ecol* 2011; 36(2): 145-51.
20. Davari M. Economic challenges of the health system in Iran. *Health Inf Manage* 2012; 8(7): 915-7. [In Persian].
21. Bookman A, Kimbrel D. Families and elder care in the twenty-first century. *Future Child* 2011; 21(2): 117-40.

Factors Limiting Families in Elderly Care: A Thematic Analysis

Shahnaz Pouladi¹, Monireh Anoosheh², Anoshirvan Kazemnejad³, Armin Zareiyan⁴

Original Article

Abstract

Introduction: The evolution of family structures changes family roles, and challenges in providing care for the elderly. Thus, the exploration of the factors limiting the care of elderly in families is the aim of this study.

Method: This was a qualitative study of the experiences of 11 family elderly caregivers through in-depth, semi-structure interviews conducted in 2011-2012. After obtaining informed consents, data collection, recording, and transcribing were done. Data analysis was performed according to thematic analysis by Brown and Clarke. To ensure consistency and accuracy of data, credibility, transferability, dependability, and conformability criteria were assessed.

Results: In this study poor health, behavioral problems, shortcomings in knowledge, Insufficient experience, economic problems, problems with the physical environment, being busy, insufficient supportive relatives and friends, and failure in formal support were limitation factors in elderly care for families.

Conclusion: Individual problems of family members and the weakening factors of social and familial conditions in elderly care cause family health system infrastructures to be fair and use of existing potentials to be insufficient for family support in elderly care. The role of nurses in the exploration of new strategies with the aim of reducing the gap between family needs and existing potentials will be an effective step in strengthening family health infrastructures. In order to complete the results of this study, further studies should be undertaken for assessing existing potential and new strategies for family support in elderly care.

Keywords: Family, Care, Elderly, Limitation factors, Thematic analysis

Citation: Pouladi Sh, Anoosheh M, Kazemnejad A, Zareiyan A. **Factors Limiting Families in Elderly Care: A Thematic Analysis.** J Qual Res Health Sci 2013; 2(2): 146-57.

Received date: 17.04.2013

Accept date: 10.06.2013

1- Nursing PhD Student, Department of Nursing, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

2- Associate Professor, Department of Nursing, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

3- Professor, Department of Statistics, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

4- Assistant Professor, Department of Nursing, School of Nursing, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Author: Shahnaz Pouladi, Email: anoosheh@modares.ac.ir