

Nature and Process of Psychosocial Services to Nursing Home-Dwelling Older Adults: A Qualitative Research

Elham Mohammadi^{1*}, Mohammad Hashemi²

1- Social Work Department, Social Sciences Faculty, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

2- Social Work Department, Social Sciences Faculty, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

Corresponding author: Elham Mohammadi, Social Work Department, Social Sciences Faculty, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

Email: elhammohammadi@atu.ac.ir

Received: 2024/12/12

Accepted: 2024/12/25

Abstract

Introduction: Nursing homes provide a variety of services, including mental health services and social work to the older adults. Since these services, unlike medical services, are of subjective nature, how service providers perceive and give meaning to their services, beyond organizational guidelines, provides a more realistic understanding of psychosocial services. Therefore, the aim of the present study was to explore the nature and process of psychosocial services based on the perceptions of service providers to the elderly.

Methods: The research method was qualitative. The study population was all psychosocial service providers in nursing homes in Tehran in 2023. By using purposive sampling, 18 psychologists and social workers who had at least one year of experience in nursing homes were semi-structurally interviewed and then concepts and categories were extracted using thematic analysis.

Result: Data analysis showed that, regarding the service providers' understanding of the nature of psychosocial services, three themes and 11 concepts were obtained, which were: maintaining social bonds, protecting psycho-cognitive function, and involving the family. The process of providing psychosocial services also included three themes and 11 concepts. The themes were: psycho-cultural assessment, personalizing services that are essentially the same with physical priority over psychological, and considering interactions with the elderly.

Conclusions: The results showed that although maintaining the social interactions of the older adults is important, provision of psychosocial services is mainly aimed at adjustment of the older adults to the nursing home environment, and physical rehabilitation is still prioritized over psychosocial rehabilitation.

Key Words: Aged, Nursing Home, Psychosocial Services.

ماهیت و فرایند خدمات روانی اجتماعی به سالمندان ساکن آسایشگاه: یک مطالعه کیفی

الهام محمدی^{۱*}، محمد هاشمی^۲

۱- گروه مددکاری اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

۲- گروه مددکاری اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: الهام محمدی، گروه مددکاری اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.
ایمیل: elhammohammadi@atu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۹/۲۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۵

چکیده

مقدمه: آسایشگاه های سالمندی به ارائه خدمات متنوع شامل خدمات روانی اجتماعی به سالمندان می پردازد. از آنجایی که این خدمات بر خلاف توانبخشی پزشکی دارای ماهیتی غیرعینی هستند، چگونگی درک و معناداری ارائه دهندگان آن خدمات به مجموعه مداخله های روانی-اجتماعی خود، فراتر از دستورالعمل های سازمانی، درک واقعی تری از خدمات روانی اجتماعی در جریان در این موسسات می دهد. بنابراین هدف پژوهش حاضر شناخت ماهیت و فرایند خدمات روانی اجتماعی بر اساس ادراک ارائه دهندگان خدمات به سالمندان بود.

روش کار: روش مطالعه حاضر، کیفی و از نوع تحلیل تماتیک بود. جامعه مورد مطالعه، تمام ارائه دهندگان روانی اجتماعی خدمات در آسایشگاه های سالمندان شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود. با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند با ۱۸ روانشناس، مددکار اجتماعی که دارای حداقل یک سال تجربه در آسایشگاه بودند، مصاحبه های نیمه ساختاریافته انجام شد و سپس با روش تحلیل مضمون، مفاهیم و مقولات استخراج شد.

یافته ها: تحلیل داده ها نشان داد، در مورد درک ارائه دهندگان خدمات از ماهیت خدمات روانی اجتماعی، سه تم و ۱۱ مفهوم به دست آمد که عبارت بودند از تداوم بخشی به پیوند اجتماعی، حفاظت از کارکرد روانی-شناختی و درگیرسازی خانواده. فرایند ارائه خدمات روانی اجتماعی نیز شامل سه تم و ۱۱ مفهوم بود. تمها عبارت بودند از ارزیابی روانی فرهنگی، شخصی سازی خدمات ماهیتا یکسان با اولویت جسمی به روانی و سنجیده سازی تعاملات با سالمند.

نتیجه گیری: نتایج نشان داد هرچند حفظ تعاملات اجتماعی سالمند مهم است، اما در آسایشگاه های سالمندی، خدمات روانی اجتماعی عمدتاً با تلاش برای سازگار نمودن سالمند با محیط آسایشگاه ارائه می شود و هنوز توانبخشی جسمی نسبت به توانبخشی روانی-اجتماعی در اولویت قرار دارد.

کلیدواژه ها: سالمند، خانه سالمندان، خدمات سلامت روان.

مقدمه

سالمندی جمعیت، پدیده‌ای است که همه کشورهای جهان با آن مواجه می‌شوند. افزایش جمعیت سالمندان، سیاستهای دولتها را در زمینه افزایش تقاضا برای حمایت سلامتی و بهداشتی تحت تاثیر قرار می‌دهد (۱) و کشورها بسته به نوع نظام رفاهیشان، با مسایل مرتبط با سالمندی جمعیت در حوزه های سلامت و اشتغال به عنوان نوعی از چالش مواجه می‌شوند که نیازمند توجه سیاستگذاران و برنامه ریزان است (۲). البته تنوع و ناهمگونی قابل ملاحظه‌ای در جمعیت سالمندان وجود دارد. هرچند شیوه بازنمایی از آنها در عرصه عمومی به عنوان افراد ناتوان و نیازمند مراقبت است، اما واقعیت این است که نسبت سالمندان دچار ناتوانی و وابستگی به سالمندانی که در وضعیت سلامتی نسبتاً خوب و مستقلی به سر می‌برند، بسیار کوچک است (۳). علاوه بر نگاه کلی نگر، توجه به این تنوع و ناهمگونی در سیاست گذارپها و برنامه ریزی برنامه ها و خدمات برای سالمندان حایز اهمیت است.

در حوزه سیاستگذاری و برنامه ریزی برای سالمندان، انواع برنامه ها و خدمات برای انواع سالمندان وجود دارد. به عنوان مثال سیاستهای سالمندی فعال توسط سازمان بهداشت جهانی (۴) عمدتاً سالمندان مقیم جامعه را در قالب برنامه هایی مانند دانشگاه های نسل سوم، برنامه های ادغام سالمندان در بازار کار و شهرهای دوستدار سالمند، هدف قرار می‌دهد (۵). سیاست مراقبت اجتماعی تلاش می‌نماید سالمندان مقیم جامعه و آسایشگاه را در قالب برنامه های مراقبتهای بلند مدت یا در خانه و اجتماع و یا در آسایشگاه مورد توجه قرار دهد (۶). هر کشور سیاست مراقبت اجتماعی را با توجه به شرایط اقتصادی و رفاهی خود در قالب برنامه های مراقبت بلند مدت خاصی پیاده می‌کند (۷) اما آنچه مهم است این است که هر کدام از این برنامه ها تلاش نموده اند با در نظر گرفتن تنوع جمعیتی سالمندان به نیازهای سالمندان پاسخ دهند (۶). بخش کوچکی از جمعیت سالمندان به دلیل شرایط ویژه و نیازمند توجه شان، در مراکز آسایشگاهی نگهداری می‌شوند و برای آنها برنامه ای مراقبتی و توانبخشی در قالب خدمات گوناگون توانبخشی پزشکی و روانی اجتماعی ارائه می‌شود. خدمات ارائه شده در آسایشگاههای سالمندان باید تمامی جنبه‌های جسمی (پزشکی)، روانی، عاطفی و اجتماعی افراد را مدنظر قرار داده و مسائل مرتبط با این نیازها را برآورده

کند تا سالمندان بتوانند طیف جامعی از خدمات ارائه شده را دریافت کنند. بخشی از نظر سنجی ملی مدیران خدمات اجتماعی خانه سالمندان در سال ۲۰۱۹ عنوان می‌کند که نیازهای روانی اجتماعی و نیازهای عاطفی بسیار کمتر از نیازهای پزشکی و پرستاری در خانه سالمندان مورد توجه است (۸). در آسایشگاههای سالمندان از رویکردهای مختلفی برای ارائه خدمات استفاده می‌شود و بررسی این رویکردهای مختلف در ارائه خدمات به سالمندان آسایشگاهی ضروری است زیرا این افراد دارای نیازها و شرایط متنوعی هستند که نیازمند به رویکردهای متفاوتی برای رفع آنها هستند (۹).

برای رفع نیازهای ذهنی، اجتماعی، عاطفی، معنوی و روانی افراد، مجموعه‌ای از خدماتی که به آنها خدمات روانی اجتماعی گفته می‌شود، عرضه می‌شود. سالمندی می‌تواند بر افکار، احساسات، خلق و خوی، باورها، روش های مقابله و روابط با خانواده، دوستان و همکاران تأثیر بگذارند. انواع مختلفی از خدمات و حمایت های روانی اجتماعی وجود دارد که می‌تواند به کاهش مشکلات و نیازهای روانی اجتماعی سالمندان مانند افسردگی، تنهایی و انزوا کمک کند و شامل مشاوره فردی و گروهی، حمایت های اجتماعی مانند برنامه های ملاقات های دوستانه و حمایت معنوی می‌شود (۱۰).

ارائه خدمات روانی اجتماعی به سالمندان فراتر از دستورالعمل های سازمانی که در این زمینه توسط سازمان های متولی مانند بهزیستی وجود دارد، متأثر از دیدگاهی است که نسبت به سالمندان وجود دارد. به عبارتی از لحاظ نظری، ذهنیت حاکم بر فرایند ارائه خدمت در برنامه ریزان و مجریان خدمات روانی اجتماعی، می‌تواند همسو با نظریه های فعالیت و نقش اجتماعی باشد و یا متأثر از نظر عدم تعهد، بدون تردید هرکدام از این نظریات، سمت و سوی متفاوتی به خدمات و برنامه ها می‌دهد. به عنوان مثال چنانچه نظریات فعالیت و نقش اجتماعی مطرح می‌کند، سالمندان باید فعال نگه داشته شوند و نقشهای اجتماعی آنها در زندگیشان تا حد امکان حفظ شود (۱۱). این امر میتواند در مرحله عرضه خدمات، منتج به خدمات بازپیوند اجتماعی شود. درحالی که سیطره دیدگاه مبتنی بر نظریه عدم تعهد، مبنی بر اینکه کناره گیری سالمند از فعالیت های اجتماعی، امری طبیعی است و باید آن را تسهیل نمود (۱۲). منتهی به تلاشهایی برای تسهیل سازگاری سالمندان با محیط جدید

توجه نبوده است و این درحالی است که کیفیت زندگی بهتر سالمندان علاوه بر خدمات پزشکی و توانپزشکی به دریافت خدمات روانی اجتماعی وابسته است و همچنین نظر به اینکه درک و معنایی که ارائه دهندگان خدمات روانی اجتماعی از خدمات و شیوه های آن دارند، بیانگر دقتی از رویه خدمت دهی در حوزه روانی اجتماعی است، در این پژوهش به این سوال پرداخته شد که ارائه دهندگان خدمات روانی اجتماعی، این خدمات را دارای چه ماهیتی می دانند و چگونه آن را ارائه می دهند.

روش کار

روش پژوهش از نوع کیفی و تحلیل تماتیک بود. در این پژوهش که در سال ۱۴۰۲ انجام شد جامعه آماری شامل ارائه دهندگان خدمات روانی اجتماعی در مراکز نگهداری سالمندان در تهران بود. با ۱۸ نفر که دارای معیارهای ورود شامل فارغ التحصیلی در یکی از رشته های یاورانه شامل مددکاری اجتماعی، مشاوره و روانشناسی و برخورداری از حداقل ۱ سال تجربه در ارائه این خدمات در آسایشگاه های سالمندی بود با روش نمونه گیری هدفمند مصاحبه نیمه ساختار یافته انجام شد و اشباع داده ها صورت گرفت. داده ها مورد تحلیل تماتیک قرار گرفت. قابلیت اعتماد داده ها بر اساس معیارهای چهارگانه لینکن و گوبا، شامل اعتبار پذیری، انتقال پذیری، قابلیت اطمینان و تایید پذیری بررسی شد (۱۸).

پژوهشگر تلاش نمود ضمن درگیری مستمر با محیط پژوهش به انتخاب دقیق میدان مطالعه و شرکت کنندگان پژوهش بپردازد. همچنین از روش کنترل متخصصین با اشتراک گذاری داده ها در قالب مفاهیم و مقوله با سه پژوهشگر استفاده شد و یافته ها به منظور اطمینان از درستی درک از گفته های آنها شرکت کنندگان پژوهش با آنها به اشتراک گذاشته شد و بازخوردهای آنها دریافت شد. شرکت کنندگان پژوهش امکان صرف نظر کردن از ادامه همکاری در هر زمانی در حین مصاحبه ها را داشتند، مکان و زمان مصاحبه ها با نظر و رضایت آنها تنظیم شد و در مورد محرمانه بودن اطلاعات آنها به آنها اطمینان داده شد و مصاحبه ها بر اساس کد هایی برای هر شرکت کننده انجام و ثبت شد و متن مصاحبه ها در فایل رمزدار در رایانه شخصی پژوهشگر نگهداری شد.

و جدا از خانواده در آسایشگاه خواهد شد. از این روست که عرصه ارائه خدمات روانی اجتماعی به سالمندان پیچیده و نیازمند واکاوی بیشتری است.

به بیان دیگر خدمات پزشکی و توانپزشکی، با جسم افراد به صورت عینی و دقیق سروکار دارد ولی خدمات روانی اجتماعی، نه تنها ماهیتی ذهنی بلکه تاثیرگذار بر جنبه هایی از زندگی سالمندان آسایشگاهی است که به سادگی قابل سنجش نیست. ارائه خدمات روانی اجتماعی که ماهیتا غیر عینی هستند برای تاثیرگذاری بر جنبه های غیر عینی زندگی سالمندان در آسایشگاه، نیازمند فراتر از صرفا اجرای تکنیکی اقدامات مبتنی بر دستورالعمل های سازمانی است و درونی سازی و معنادهی مجدد ارائه دهندگان خدمات از ماهیت و چگونگی آن را می طلبد. فهم معنایی که ارائه دهندگان خدمات از مراقبت و خدمات خود و چگونگی ارائه آن به سالمندان می دهند، نشان می دهد که چیزی فراتر از صرفا سلسه ای از اقدامات مشخص توانبخشی وجود دارد و این معنا میتواند محرک یا بازدارنده خدمت دهی باشد. به عنوان مثال در پژوهش حسین عباسی و آقامیری (۱۳)، فرزندان به عنوان ارائه دهندگان انواعی از مراقبت ها و خدمات به والد سالمند خود در خانه، معنادهی گوناگونی از خدمات خود به صورت مراقبت دلسوزانه، سفری نامعلوم، دوگانه شدن فضای خانه داشتند. همچنین لارنس و همکاران (۱۴) در پژوهش خود که متمرکز بر کارآمد کردن مداخلات روانی اجتماعی برای بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به زوال عقل در خانه های سالمندان بودند، اشاره کردند اینکه ارائه دهندگان خدمات روانی اجتماعی با رویکرد «فراتر از بیماری را ببین» در ارائه خدمات خود پیش روند منتج به اقداماتی مانند قائل شدن به فردیت برای سالمندان دچار دمانس و شناخت ویژگی های شخصی، دستاوردها، ارزش ها و ترجیحات این سالمندان خواهد شد که در ایجاد تعامل موثر با سالمندان و حتی افزایش همکاری و اعتماد بین بستگان و تیم مراقبت از سالمندان نقش خواهد داشت.

با توجه به اینکه پژوهشهای گوناگونی که در عرصه خدمات به سالمندان به صورت عام و به سالمندان آسایشگاهی به صورت خاص صورت گرفته است عمدتا با تاکید بر اثربخشی، رضایت و وضعیت برخورداری از خدمات سلامت محور بوده است (۱۵، ۱۶، ۱۷) و خدمات روانی اجتماعی سالمندان نه به صورت عام برای سالمندان مقیم جامعه و نه به صورت خاص برای سالمندان مراکز آسایشگاهی مورد

یافته ها

چگونه تعریف می شود و چه ماهیتی دارد، تمهای تداوم بخشی به پیوند اجتماعی سالمند، حفاظت از کارکرد روانی و شناختی سالمند و درگیر سازی خانواده به دست آمد.

در پاسخ به سوال پژوهش مبنی بر اینکه در ذهن ارائه دهندگان خدمات روانی-اجتماعی، خدمات روانی اجتماعی

جدول ۱: تمها و مفاهیم مربوط به ماهیت خدمات روانی-اجتماعی

تم ها	مفاهیم	شماره مصاحبه ها
تداوم بخشی به پیوند اجتماعی سالمند	احیای تعاملات سالمند در آسایشگاه	۹، ۷، ۶، ۴، ۳، ۲، ۱
	احیای نقش های فعالانه برای سالمند	۷، ۲، ۱
	احیای زندگی اجتماعی سالمند به جای حبس شدگی در مرکز	۱۵، ۱۰، ۹، ۴، ۱
	ایجاد پذیرش کلیت آسایشگاه به عنوان محل جدید زندگی	۱۳، ۱۱، ۱۰، ۹، ۳، ۱
حفاظت از کارکرد روانی و شناختی	خدمات بهبود دهنده سلامت روان	۱۷، ۱۲، ۱۱، ۸، ۱
	خدمات مشاوره حمایتی همدلانه به سالمندان مستقل و نیمه وابسته	۱۴، ۱۱، ۱۰، ۲، ۱
	خدمات بهبود دهنده حافظه سالمندان	۱۸، ۱۱، ۵، ۴، ۱
	درمان خاطره گویی آرامش دهنده	۱۱، ۱۰
درگیر سازی خانواده	خدمات به صورت فعالیت های گروهی	۱۶، ۱۰، ۹، ۶، ۳، ۲
	مشاوره و آموزش خانواده در مورد نیازها و شرایط سالمند	۱۸، ۱۷، ۱۳، ۹، ۷، ۴، ۲
	مشارکت دادن خانواده در برنامه های سالمندی	۵، ۴

تداوم بخشی به پیوند اجتماعی سالمند

این تم اشاره دارد که در ادراک شرکت کنندگان پژوهش، خدمات روانی اجتماعی به سالمندان باید ماهیتی اجتماعی داشته باشد و به ایجاد و حفظ فضاها، فرصت ها، نقشه ها و فعالیت هایی بپردازد که سالمندان را به جامعه محلی یا شبکه های حمایت شخصی و اجتماعی خود وصل نگاه می دارد. این تم شامل چهار مفهوم احیای تعاملات سالمند در آسایشگاه، احیای نقش های فعالانه برای سالمند، احیای زندگی اجتماعی سالمند به جای حبس شدگی در مرکز و فراهم کردن امکان بیرون رفتن سالمند از مرکز است. مفهوم احیای تعاملات سالمندان در آسایشگاه به معنای ایجاد یا بهبود فرصت ها و شرایطی است که باعث می شود سالمندان بتوانند به طریق فعال و موثر در فعالیت های اجتماعی، ارتباطات بین فردی و شبکه سازی در آسایشگاه حضور داشته باشد. به عنوان مثال شرکت کننده شماره ۳ گفت: «در سالمندان نیمه وابسته و مستقل علاوه بر خدماتی مانند درک شدن و همدلی خدماتی مانند نیاز به اوقات فراغت تفریح و تعاملات اجتماعی احساس می شود. سالمندان مستقل به علت هوشیاری که دارند نیاز به مراقبت و بررسی دائمی در این سالمندان وجود ندارد زیرا عوامل مختلفی باعث به هم ریختگی سلامت روان این

سالمندان می شود مانند نبودن یا کم بودن ملاقات های خانواده و تعاملات اجتماعی» در ادامه شرکت کننده شماره ۲ اضافه کرد: «توسعه برنامه های تفریحی و فرهنگی با توجه به نیازها و سلیقه های سالمندان نیز از دیگر اقدامات مهم است. ایجاد فضاهایی که به سالمندان اجازه می دهند در فعالیت های گروهی و جوامع محلی شرکت کنند، احساس ارتباط اجتماعی را تقویت می کند».

مفهوم احیای نقش های فعالانه برای سالمندان به وضوح نشان می دهد که در ادراک گروهی از ارائه دهندگان خدمات روانی اجتماعی، سالمندان هنوز قابلیت ارزشمندی در جامعه دارند و می توانند از تجربیات و دانش خود برای بهبود شرایط اجتماعی و فرهنگی کمک کنند. در این زمینه شرکت کننده ای گفت: «فعال کردن نقش های سالمند در جامعه و در زندگی شخصیت حتی مهمه، به خاطر اینکه خود واژه ای سالمند به شکلی هست که انگار همه چیز تمام شده (مصاحبه شونده ۱)».

آنچه بر اساس مفهوم احیای زندگی اجتماعی سالمند به جای حبس شدگی مرکز، در ادراک شرکت کنندگان پژوهش مشهود است، این بود که ماهیت زندگی در آسایشگاه، نوعی از حبس شدگی و کاهش اجباری خودمختاری سالمند برای تنظیم تعاملاتش را به همراه دارد و می باید در نقطه

نگاه کلی، همه اقداماتی که در کنار خدمات توانبخشی پزشکی به بهبود روحیه سالمند کمک می کند را شامل می شود. در این زمینه به عنوان مثال چند شرکت کنندگان گفتند: «من بگم اینجا قراره توانبخشی جسمی بشوند افسانه است. بعضی ۸۰ یا ۹۰ سال سن دارند و بدن فرسوده شده است. باید ما بتونیم حفظ کنیم بقایای اون جسم سالمندان رو اما اگر روان سالم باشه جسم هم تا حد زیادی میتونه بهبود پیدا کنه (مصاحبه شونده ۱۲) ... اگر ما سالمند مستقلی را در نظر بگیریم که هوشیاری دارد خوب او به خدمات روانشناسی بسیار احتیاج دارد و نیاز به توجه و درک و همدلی دارد (مصاحبه شونده ۱۸)»

خدمات بهبود دهنده حافظه سالمندان بخش دیگری از تعریفی است که در ادراک ارائه دهندگان خدمات برای خدمات روانی اجتماعی به سالمندان آسایشگاهی وجود دارد. در این مفهوم توجه به حفظ کارکردهای ذهنی و شناختی سالمند از طریق کمک به بهبود حافظه اوست. «سالمندی که الزامیتر شدید دارد ما باید پیشگیری کنیم از بدتر شدن با بازی های جسمی تقویت انگشتان ظریف دست، کار درمانی ولو اینکه از نظر حافظه ای خیلی متوجه نباشند. این در بحث درمانی بود که با ارائه این راهکارها سالمند توقف نداشته باشد. در رابطه با بحث روانی کارهای ظریف دستی پرورش حس لامسه، کارهای این طوری رو میتوانیم درباره افراد آلزایمری به کار ببریم (مصاحبه شونده ۱۱)»

درمان خاطره گویی یک روش درمانی روان شناختی است که از طریق بازگویی و تفکر درباره رویدادها، تجربیات و احساسات گذشته، به فرد کمک می کند تا با درک بهتری از خود و رویدادهای گذشته، با مشکلات روانی خود مقابله کند و رشد شخصی را تجربه کند. این روش به اشتراک گذاری داستانها، تجارب و احساسات با یک متخصص روان شناسی یا گروهی از افراد دیگر، بهبودی در روابط اجتماعی، افزایش خودآگاهی و افزایش توانایی های مقابله ای فرد منتهی می شود. این فرآیند در مراکز با ارائه کنندگان حرفه ای و متخصصین انجام می شود و با توجه به شرایط و نیازهای هر فرد، به شکل فردی و گروهی اجرا می شود. «سالمندان آلزایمری نیز به خدمات روانی احتیاج دارند مثلاً آنها صحبت می کنند و دوست دارند از خاطراتشان بگویند و ما هم با آنها طوری رفتار میکنیم که انگار اولین بار

مقابل حبس شدگی، اختیار تعامل اجتماعی بیرون از مرکز داشتن را به سالمند داد.

«همه جا مرسوم هست سالمندی که آگاهی و هوشیاری دارد و مشکلی ندارد، میگوید من می توانم برم بیرون از مرکز، من می توانم ۲ ساعت برم امام زاده و ما با هماهنگی خانواده این خدمات خاص را به او ارائه می کنیم. ولی سالمندی که وابسته به تخت است و مستقل نیست از این خدمات نمی تواند بهره مند شود. پس یکسری تعاملات اجتماعی برای کسانی که مستقل هستند دقیقاً در نظر گرفته می شود (مصاحبه شونده ۱۵)»

حفاظت از کارکرد روانی و شناختی

در ادارک بخشی از ارائه دهندگان خدمات روانی اجتماعی، این خدمات باید ماهیتی حفاظت کننده از کارکرد روان شناختی سالمند را داشته باشد. این خدمات در درون مرکز و به منظور ایجاد نوعی ثبات و بهبودی در انواعی از شرایط، شامل سازگاری با کلیت آسایشگاه، همدلی و بهبود سلامت روان، آرامش ذهنی و حافظه سالمند ارائه می شود و شامل مفاهیم ایجاد پذیرش کلیت آسایشگاه به عنوان محل جدید زندگی، خدمات بهبود دهنده سلامت روان، خدمات مشاوره حمایتی همدلانه به سالمندان مستقل و نیمه وابسته، خدمات بهبود دهنده حافظه سالمندان، درمان خاطره گویی آرامش دهنده و خدمات به صورت فعالیت های گروهی است.

چنانچه مفهوم ایجاد پذیرش کلیت آسایشگاه به عنوان محل جدید زندگی برای سالمندان اشاره دارد، یکی از خدمات که میتوان برای آن ماهیت روانی اجتماعی قایل شد، خدماتی است که تلاش برای سازگار نمودن سالمند می کند. به عنوان مثال شرکت کننده شماره ۱۳ گفت: «اگر سالمندی وارد مرکز ما شود و ما ببینیم که نیمه هوشیار یا هوشیار است سعی می کنیم برای او نیز کلاس های آموزشی برگزار کنیم این آموزش باعث می شود که سالمند با مرکز و محیط جدید کمی بهتر کنار بیاید و سازگاری بهتری پیدا خواهد کرد.»

چنانچه دو مفهوم خدمات بهبود دهنده سلامت روان و خدمات مشاوره حمایتی همدلانه به سالمندان مستقل و نیمه وابسته اشاره دارند، در ادراک بخشی از ارائه دهندگان خدمات، خدمات روانی اجتماعی باید ماهیتی بهبود دهنده سلامت روان و ایجاد همدلی داشته باشد و بنابراین در یک

است خاطری آنها را می‌شنویم و با آنها همدلی می‌کنیم (مصاحبه شونده ۱۰).

خدمات به صورت فعالیت‌های گروهی در ارائه خدمات روانی اجتماعی به سالمندان آسایشگاهی به فرآیندهایی اشاره دارد که با هدف ارتقاء روحیه و رفاه روانی سالمندان، به صورت گروهی و در یک محیط تعاملی و همکارانه درون آسایشگاه ارائه می‌شوند. این نوع خدمات شامل فعالیت‌های گروهی متنوعی مانند مهارت‌آموزی، فعالیت‌های هنری و خلاقیت و فعالیت‌های ورزشی و تندرستی می‌شود. این فعالیت‌ها باعث ایجاد ارتباطات اجتماعی مثبت بین سالمندان می‌شوند. در این زمینه به عنوان نمونه یکی از شرکت کنندگان گفت: «البته سالمندان ویلچری در این برنامه‌ها با توجه به شرایطشان نمی‌توانند شرکت کنند اما سعی میکنیم آنها را در فعالیت‌ها جمعی و گروهی وارد کنیم و آنها را تشویق کنیم به تعاملات اجتماعی و ارتباط با دیگر سالمندان مرکز (مصاحبه شونده ۶).

درگیر سازی خانواده

درگیر سازی خانواده به معنای فرآیندی است که در آن خانواده به‌طور مستقیم در ارائه خدمات روانی و اجتماعی به سالمندان در آسایشگاه‌ها مشارکت می‌کنند. درگیر سازی خانواده شامل تشویق و حمایت از ارتباطات مثبت خانوادگی، آموزش و آگاهی‌دهی به اعضای خانواده در مورد نیازها و مشکلات روانی و اجتماعی سالمندان و ارائه منابع و خدمات حمایتی به خانواده‌ها برای مدیریت بهتر مراقبت از افراد سالمند می‌شود. نقش فعال خانواده در ارتقای رفاه و سلامت روانی سالمندان بسیار حیاتی است و می‌تواند بهبود قابل توجهی در کیفیت خدمات ارائه شده به این گروه از افراد داشته باشد. این تم از دو مفهوم مشاوره و آموزش خانواده در مورد نیازها و شرایط سالمند و مشارکت دادن خانواده در برنامه‌های سالمندی تشکیل شده است.

بر اساس ادراک ارائه دهندگان خدمات روانی اجتماعی، یکی از ابعاد خدماتی که ارائه می‌دهند باید شامل مشاوره و آموزش خانواده در مورد نیازها و شرایط سالمندان باشد؛ زیرا فرآیندهای آموزشی و مشاوره‌ای برای خانواده‌ها این امکان را فراهم می‌کند که با نیازها، مشکلات و شرایط سالمندان آشنا شوند و راهکارهای مناسبی که توسط خدمت دهندگان

به سالمند آنها در محیط آسایشگاه عرضه می‌شود را بهتر درک کنند. در این زمینه شرکت کنندگان پژوهش اشاره کردند:

«ما می‌توانیم با خانواده‌ها جلسه بگذاریم و با آنها آموزش دهیم در خصوص آلزایمر و دیگر موارد و شرایط جسمی و روانی و می‌توانیم به خانواده‌های سالمندان آموزش آگاهی رسانی کنیم تا بتوانیم خدمات بهتری به سالمندان از هر دو طرف ارائه دهیم، همچنین با آگاهی بخشی به خانواده‌ها کیفیت خدمات را افزایش دهیم (شرکت کننده شماره ۱۳).

« برای خدمات روانی اجتماعی در بحث روان بیشتر ما تمرکز بر روی بیماری‌هایی مثل افسردگی داریم، و در بعد اجتماعی هم در صورت نیاز به خانواده درمانی می‌توانیم از خانواده‌ها کمک بگیریم (شرکت کننده شماره ۱۷).

مشارکت خانواده در برنامه‌های سالمندی به معنای دعوت و درگیری فعال خانواده در فرآیندهای مربوط به مراقبت و ارائه خدمت به سالمندان است. بر اساس ادراک شرکت کنندگان پژوهش، این مشارکت نقش بسیار مهمی در ارائه خدمات روانی اجتماعی به سالمندان دارد زیرا از یک سو، حفظ ارتباط نزدیک خانواده با سالمندان، بهبود احساس تعلق و ارتباط اجتماعی آنها را تقویت می‌کند و از سوی دیگر، اطلاعات و تجربیات خانواده در مورد نیازها و مسائل روانی و اجتماعی سالمندان ارزشمند است و می‌تواند بهبود روند درمان و مراقبت را تسهیل نماید.

«فراهم کردن فضای مناسب برای مشارکت خانواده‌ها در برنامه‌ها و جلسات مرتبط با مراقبت از سالمندان (شرکت کننده شماره ۴).... همچنین تشویق خانواده سالمندان به مشارکت فعال در برنامه‌ها و فعالیت‌های روانی اجتماعی و ترویج ارتباط فعال با خانواده‌های سالمندان و جلب آنها به عنوان حامیان در فرآیند مراقبت از سالمندان، موجب بهبود کیفیت خدمات می‌شود (شرکت کننده شماره ۵).

در پاسخ به سوال دیگر پژوهش، مبنی بر اینکه خدمات روانی اجتماعی با چه فرآیندی توسط ارائه دهندگان خدمات روانی اجتماعی عرضه می‌شوند، تمهای ارزیابی روانی-فرهنگی، شخصی سازی خدمات ماهیتا یکسان با اولویت جسمی به روانی و سنجیده سازی تعاملات با سالمند به دست آمد.

جدول ۲: تمها و مفاهیم مربوط به فرایند ارائه خدمات روانی اجتماعی

تم	مفاهیم	مصاحبه ها
ارزیابی روانی-فرهنگی	ارزیابی روانی اولیه	۳ و ۸، ۹، ۱۱، ۱۷
	توجه به سرمایه فرهنگی	۱، ۳، ۸، ۱۰، ۱۳
	خدمات یکسان اما با شدت‌های مختلف برای انواع سالمندان	۱، ۳، ۴، ۵، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۶، ۱۷
شخصی سازی خدمات ماهیتا یکسان با اولویت جسمی به روانی	نقطه شروع خدمات با اولویت جسمی به روانی	۸، ۱۰، ۱۵
	اولویت خدمات جسمی/پزشکی برای سالمندان وابسته	۱، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸
	اولویت خدمات روانی به سالمندان مستقل	۱، ۷، ۱۲، ۱۷، ۱۸
	تنظیم ترتیب قرار گیری سالمندان در اتاق‌ها	۲، ۵، ۶، ۱۶، ۱۷
سنجیده سازی تعاملات با سالمند	ارائه خدمات به صورت تیمی	۱، ۲، ۳، ۵، ۶، ۹، ۱۱، ۱۶
	ارتباط موثر تیم با سالمند	۹، ۱۰، ۱۴، ۱۵، ۱۷
	حل تعارض بین سالمند و پرسنل	۱۳، ۱۵
	تعامل با لحن آرامش بخش با سالمند آلازیمری	۱۰، ۱۲

ارزیابی روانی-فرهنگی

این تم که از دو مفهوم ارزیابی روانی اولیه و توجه به سرمایه فرهنگی تشکیل شده است، اشاره به این دارد که ارائه دهندگان خدمات روانی اجتماعی مانند سایر ارائه دهندگان خدمات جسمی، فرایند ارائه خدمت را با ارزیابی شروع می کنند. نکته جالب این است که هرچند تداوم بخشی به پیوند اجتماعی سالمند بخشی از ماهیت خدمات روانی اجتماعی را شکل می دهد، اما در عمل، تمرکز بر خدمات در درون مرکز است و از این رو ارزیابی روانی و فرهنگی با هدف ارائه بهترین خدمات درون مرکز انجام می شود.

منظور از ارزیابی روانی اولیه، بر اساس ادراک ارائه دهندگان خدمات، فقط توجه به بیماریها و اختلالات روانی مانند افسردگی، اضطراب، دمانس نبود، بلکه همچنین شامل سلامت روانی و ویژگیهای روانشناختی و شخصیتی مانند توجه طلبی و احترام خواهی نیز می شود. در این زمینه شرکت کنندگانی اشاره کردند:

«در وهله اول ما سالمند را از لحاظ سلامت روانی بررسی می کنیم که آیا سالمند از سلامت روان برخوردار هست یا نه (شرکت کننده شماره ۳).... اینکه فرد سالمند زندگی خود را تا این سن چگونه گذرانده است؟ آیا خیلی دچار استرس بوده است؟ اضطراب شدید و بالایی داشته است؟ (شرکت کننده شماره ۱۱).... از لحاظ خدمات روانی یک کسی احترام را ۷۰ درصد می خواهد یک کسی ۳۰ درصد می خواهد. هدف ما این است که نیازهای این افراد را بشناسیم و تا جایی که امکانات و اجازه می دهد نیازهای آنها را برطرف

کنیم (شرکت کننده شماره ۸)»

در فرایند ارزیابی که فرایندی دائمی است، به سرمایه فرهنگی سالمندان اعم از وضعیت سواد و تحصیلات و نوع علایق و عادات فرهنگی نیز توجه می شود، زیرا خدمات روانی اجتماعی زمانی میتوانند تاثیرگذار باشند که به وضعیت فرهنگی سالمند حساس و پاسخگو باشند.

«کسی که میدانیم باسواد است، علایق و خواسته های متفاوتی دارد و ما اینها را در نظر می گیریم. هم در مدل برخوردمان و هم در خدمات. یک تفاوت های هست البته کم کاری نمی شود ولی نحوه برخورد نسبت به جایگاه اجتماعی متفاوت است. استاد دانشگاه احترام بیشتری می خواهد، مثلاً فرد کم سواد توجه می خواهد نه به اندازه استاد دانشگاه (مصاحبه شونده ۸).... آن سالمندانی که شرایط خوب مالی و اجتماعی دارند کتابهای خوب برای مطالعه می خواهند. اما سالمندانی که از قشر ضعیف باشند امکان دارد در طول زندگیش خیلی خدمات روانی اجتماعی را تجربه نکرده باشد و درخواست آن را هم ندارد حتی همکاری ندارد و امکان دارد حتی در برنامه توانبخشی هم شرکت نکند و ما باید از او بخواهش کنیم که در برنامه ها شرکت کند (مصاحبه شونده ۱۳)»

شخصی سازی خدمات ماهیتا یکسان با اولویت جسمی به روانی

با توجه به اینکه سالمندان با وضعیت شناختی و عملکردی متفاوت در آسایشگاههای سالمندی زندگی می کنند، بعد از ارزیابی، متناسب با وضعیت آنها، از میان خدماتی که ماهیتا یکسان هستند، خدمات با شدتها و تواتر متفاوتی ارائه

می شود. این تم از چهار مفهوم خدمات یکسان متناسب سازی شده با شدت‌های مختلف برای انواع سالمندان، نقطه شروع خدمات با اولویت جسمی به روانی، اولویت خدمات جسمی/پزشکی برای سالمندان وابسته، اولویت خدمات روانی به سالمندان مستقل.

در مفهوم خدمات یکسان متناسب سازی شده با شدت‌های مختلف برای انواع سالمندان، به ارائه خدماتی اشاره داریم که از نظر نوع و محتوا یکسان هستند، اما با توجه به نیازها، ویژگی‌ها و شرایط مختلف سالمندان، شدت و میزان این خدمات ممکن است متفاوت باشد. به عبارت دیگر، در این مفهوم، هدف از ارائه خدمات یکسان به تمام سالمندان اطمینان از ایجاد عدالت و رضایت آنها است، اما میزان و شدت این خدمات بر اساس نیازها و شرایط هر گروه سالمندان ممکن است متفاوت باشد. به عنوان مثال، یک سالمند با وضعیت سلامتی مطلوب نیاز کمتری به خدمات پزشکی فوری دارد، نسبت به یک سالمند دارای بیماری‌های مزمن. از این رو، مفهوم خدمات یکسان با شدت‌های مختلف برای انواع سالمندان نشان دهنده تلاش برای فراهم کردن یک ارائه خدمات گسترده و شامل برای تمامی سالمندان با توجه به نیازها و شرایط مختلف آنهاست.

«در این مرکز خدمات/اعم از جسمی، روانی و... به صورت یکسان برای همه سالمندان وجود دارد و سعی میشود عدالت برای همه سالمندان رعایت شود (شرکت کننده شماره ۵) ... خدمات یکسانی برای همه وجود دارد اما هر سالمند براساس شرایطی که با آن به آسایشگاه مراجعه می‌کند میزان متفاوتی از خدمات را دریافت می‌کند (شرکت کننده شماره ۹).

چنانچه در مفهوم نقطه شروع خدمات با اولویت جسمی به روانی اشاره شده است، آنچه در فرایند خدمت دهی در آسایشگاه‌های سالمندی وجود دارد، اولویت دادن به خدمات جسمی نسبت به خدمات روانی است که معنای ضمنی آن، تأکید بیشتر بر نیازها و مشکلات فیزیکی در مقایسه با نیازها و مشکلات روانی است. به عنوان مثال شرکت کننده شماره ۸ این موضوع را اینگونه بیان کرد: «سالمندان با یکدیگر متفاوتند در ابتدا خدمات جسمی به آنها ارائه می شود و بعد از تمام شدن شرایط جسمی خدمات روانی به آنها ارائه می‌شود.

در ارائه خدمات به سالمندان وابسته، اولویت خدمات جسمی و پزشکی معمولاً به علت شرایط جسمی و روانشناختی آنها

مورد توجه است. این نگاه به علت بیماری‌ها، ناتوانی‌ها و مشکلات جسمی برای این گروه از افراد بسیار رایج است و نیاز به مراقبت‌های پزشکی را در اولویت نشان می‌دهد. در این راستا، خدمات جسمی و پزشکی معمولاً به عنوان اولین اولویت برای سالمندان وابسته مطرح می‌شود تا به حفظ و بهبود وضعیت جسمی آنها کمک شود و از تشدید مشکلات جسمی آنها جلوگیری نماید و خدمات روانی اجتماعی، چندان دارای اولویت نیستند.

«سالمندان وابسته یعنی سالمندانی که وابسته تخت هستند، سالمندان نیمه وابسته سالمندان هستند که یا آلزایمر دارند و یا آلزایمر ندارند اما به تنهایی قادر به انجام کارهای روزمره خود مثل استحمام یا غذا خوردن نیستند. کاردرمانگر مثلاً با سالمندانی که وابسته هستند و یا آلزایمر دارند خدمات شناختی کار می‌کند و ارائه می‌دهد. سالمندانی که شرایط جسمی خوبی ندارند خدمات به سمت پزشکی و پرستاری می رود و خدمات خاصی در این حوزه به آنها ارائه می شود. برای سالمندان وابسته و نیمه وابسته خدمات پرستاری و پزشکی و جسمی در اولویت است و خدمات روانی اجتماعی چندان محلی از اعراب ندارد (شرکت کننده شماره ۱۳).

در ارائه خدمات به سالمندان مستقل آسایشگاهی با توجه به وضعیت جسمی آنها که نسبت به سالمندان وابسته در شرایط بهتری است، خدمات روانی در اولویت ارائه نسبت به خدمات جسمی قرار می‌گیرد. سالمندانی که مستقل و سالم هستند، ممکن است به نظر برسد که نیازی به خدمات روانی ندارند، اما در واقعیت، این خدمات می‌توانند نقش بسیار مهمی در بهبود کیفیت زندگی آنها ایفا کنند. در این زمینه شرکت کننده شماره ۱۲ به عنوان مثال اشاره کرد: ما برای سالمندان مستقل نسبت به وابسته خدمات و هنر درمانی، گفتار درمانی، نقاشی و غیره را داریم که ممکن است سالمندان وابسته تخت نتوانند از هیچکدام از این برنامه‌ها استفاده بکنند یعنی قادر به دریافت هیچکدام از این خدمات نباشند.

سنجیده سازی تعاملات با سالمند

این تم که از پنج مفهوم شامل تنظیم ترتیب قرارگیری سالمندان در اتاق‌ها، ارائه خدمت به صورت تیمی، ارتباط موثر تیم با سالمند، حل تعارض سالمند با پرسنل و تعامل با لحن آرامش بخش با سالمند آلزایمری تشکیل شده است، بیانگر جنبه ارتباطی و تعاملی در فرایند ارائه خدمات روانی اجتماعی است. جنبه تعاملی هم شامل در نظر

در آسایشگاه‌ها بخش دیگری از اقداماتی است که ارائه دهندگان خدمات به ویژه مددکار اجتماعی در فرایند خدمت دهی عرضه می کنند. در این زمینه برخی شرکت کنندگان چنین گفتند:

«مددکار اجتماعی به پرسنل اطلاع رسانی بکند و آگاهی بدهد اگر مشکلی بین خانواده سالمند و پرسنل به وجود بیاید آن را بتواند حل کند (شرکت کننده شماره ۱۳).»
«مددکاری که با سالمندان کار میکند باید اون حس همدلی را داشته باشد چون سالمند هستند. در مراکز هم برخی سالمند پرخاشگری میکنند و ممکن است وسایلی را به سمت هم و پرسنل پرت کنند و اینجا نقش مددکار پر رنگ میشود باید مددکار اجتماعی یک مهارتهایی را به کار بگیرد که آرامش کند (شرکت کننده شماره ۱۵).»

تعامل با لحن آرامش بخش با سالمندان مبتلا به آلزایمر، علاوه بر اینکه بهبود قابل توجهی در تعامل بین سالمندان و ارائه کنندگان را فراهم می کند، ارتباط عمیقی را برای شناسایی احساسات و نیازهای این افراد فراهم می کند این نوع ارتباط، با احترام و صبر به فرد امکان می دهد تا احساس کند که شناخته شده و ارزشمند است و به عنوان یک منبع آرامش و تسکین عاطفی عمل می کند. در این زمینه چنین اشاره شد:

«سالمند آلزایمری که در حال گریه کردن بود با او صحبت کردم و کمی آرام شد و صحبت کرد اینگونه خدمات برای سالمندان آلزایمری مفید است تاثیر آن کم است اما تاثیر دارد. شاید سالمند آلزایمری درک نکند که شما چه می گوید اما لحن کلامش ما و مهربانی و آرامش کلام شما را درک می کند و آرام می شود (شرکت کننده شماره ۱۰).»

بحث

خدمات روانی اجتماعی به سالمندان بیش از آنکه مجموعه ای از خدمات تعریف شده برای پاسخ به نیازهای روانی و اجتماعی باشد، تحقق بخشی به حرفه ای گرایی در مداخله با سالمندان است. ارائه خدمات روانی اجتماعی سالمندان آسایشگاهی به دلیل شرایط متفاوتی که با سایر سالمندان مقیم جامعه و خانواده دارند، نیازمند معنادهی مضاعف به ماهیت و چگونگی اقدامات حرفه ای آموخته شده و تخصصی توسط ارائه دهندگان خدمات است. آنچه در این پژوهش به دست آمد حاکی از آن بود که به دلیل وجود جو بیمارستانی و غلبه دیدگاه پزشکی در آسایشگاهها، خدمات روانی اجتماعی

گرفتن تعامل بین سالمندان و ارائه دهندگان خدمات روانی اجتماعی و هم شامل تعامل ارائه دهندگان با یکدیگر است. این سنجیده سازی هم بصورت در نظر گرفتن ابعاد محیطی موثر بر ارائه خدمات و هم شامل ابعاد تعاملی است.

چنانچه مفهوم تنظیم ترتیب قرارگیری سالمندان در اتاقها نشان میدهد، ارائه دهندگان خدمات روانی اجتماعی، علاوه بر ابعاد جسمی، بر اساس ارزیابی روانی فرهنگی، در مورد اتاق محل اقامت سالمندان و نحوه تعاملات آنها، برنامه ریزی می کنند. در این زمینه شرکت کننده شماره ۱۵ گفت: «علاوه بر اینکه سالمندان را بر اساس وضعیت جسمی و هوشیاری در اتاقهای مختلفی می گذارند، اما در مورد سالمندان مستقل در بعضی مراکز، تفکیک های دیگری هست. آن سالمندی که با سواد هست و اونی که اهل مطالعه است، این ها را هر کدام اتاقهایشان را مستقل می کنند تا سالمندان از یکدیگر بهره ببرند.»

ارائه خدمت به صورت تیمی به معنای هماهنگی و همکاری بین اعضای تیم متخصصان و کارکنان آسایشگاه است که با هدف ارتقاء کیفیت خدمات، بهبود رضایت سالمندان فعالیت می کنند. شرکت کننده شماره ۹ در این زمینه گفت: «ارائه خدمات در مراکز سالمندان باید به صورت تیمی باشد مددکار اجتماعی باید با روانشناس و روانپزشک، مراقب، خانواده سالمند و غیره در ارتباط باشد و تعامل فقط با سالمند کافی نیست.»

ارتباط مؤثر تیم با سالمندان در آسایشگاهها به مفهوم برقراری ارتباطهای صمیمی، احترام آمیز و مؤثر بین اعضای تیم مراقبتی و سالمندان اشاره دارد. این نوع ارتباط، ارتباطی است که بر پایه فهم عمیق نیازها، تجربیات و احساسات سالمندان بنا شده و توانایی تعامل و همدلی از طرف اعضای تیم را برای پاسخگویی به این نیازها دارد. عبارات زیر نمونه ای از ادراک ارائه دهندگان خدمات روانی اجتماعی در مورد فرایند کارشان است:

«مهارت های برقراری ارتباط با سالمندان، گوش دادن فعال و ایجاد ارتباط مثبت می تواند به ایجاد اعتماد و راحتی برای سالمندان کمک کند. مهارت های ارتباطی فعال و توانایی در ایجاد ارتباط مثبت با سالمندان از اهمیت زیادی برخوردار است. این مهارت ها به مددکار اجتماعی این امکان را می دهند تا به بهترین شکل ممکن با نیازها و ترجیحات هر فرد سالمند برخورد کنند (شرکت کننده شماره ۶).»

حل تعارض بین سالمندان با هم و بین سالمند و پرسنل

به سالمندان آسایشگاهی در تلاش برای بازیافتن وجهه روانی و اجتماعی خود است. همانگونه که مضمون تداوم بخشی به پیوند اجتماعی سالمند نشان داد، ارائه دهندگان خدمات روانی اجتماعی، دارای این درک از ماهیت بخشی از خدمات خود بودند که علی رغم جدافتادگی سالمند از محیط خانواده، باید خدماتی را به آنها ارائه دهند که این طرد و جدافتادگی را مضاعف نکند و بر حفظ وجهه اجتماعی سالمندان از طریق تمرکز بر کم و کیف تعاملات سالمندان در درون و بیرون آسایشگاه تمرکز کند. النحاس و همکاران (۱۹) نیز در پژوهش خود بر سالمندان آسایشگاه کهریزک به این نتیجه رسیدند که تعامل اجتماعی در زندگی سالمندان نقش مهمی دارد و مشارکت اجتماعی و روابط اجتماعی و برخورداری از نقشهای اجتماعی بر کیفیت زندگیشان تاثیر دارد. در همین زمینه نظریه فعالیت نیز در مورد سالمندان، تاکید بر روش های گوناگون فعال نگه داشتن آنها دارد. یکی دیگر از معنایی که ارائه دهندگان خدمات به چپستی خدمات روانی اجتماعی خود می دادند، حفاظت ارکارکردهای روانی-شناختی سالمندان بود. سالمندان آسایشگاهی به دلیل قرار گرفتن در محیط جدید، در معرض از دست دادن کارکردهای شناختی و سلامت روان هستند و مجموعه ای از اقدامات شامل خدمات مشاوره، بهبود حافظه، خاطره گویی، فعالیت گروهی و سلامت روان در ذهن ارائه دهندگان خدمات در راستای تحقق بخشی به حفاظت از کارکرد روانی-شناختی به منظور کمک به سازگاری آنها با این محیط بود. این معنادی کمک می کند تا ارائه دهندگان خدمات، خلاقیت بیشتری برای اقدامات خود برای حفظ کارکرد روانی-شناختی به کار برند، مثلاً زلونتیک و همکاران (۱۰) نیز به مشاوره، آموزش، حمایت گروهی و حمایت معنوی به عنوان خدماتی که میتواند به حفظ کارکردهای روانی-شناختی سالمندان کمک کند اشاره کرده اند. اورال، کلیک و یلدریم (۲۰۲۲) نیز انجام مداخلات گروهی روانشناختی مانند درمان خاطره گویی چنانچه را در پژوهششان به عنوان حوزه های مهم مداخلات روانی اجتماعی توسط مددکاران اجتماعی و بر اساس شاخصهای صلاحیتهای حرفه ای مددکاری اجتماعی سالمندی مطرح نموده اند (۲۰).

درگیرسازی خانواده بخش دیگری از ماهیت خدمات روانی اجتماعی به سالمندان آسایشگاهی را تشکیل داد. پژوهش های مختلفی حتی به اهمیت درگیرسازی خانواده در کار با سالمندان دچار دمانس و آلزایمر در برنامه های

گوناگونی که برای ارتباط با سالمندان تدارک شده، اشاره کرده اند (۲۲،۲۱). با توجه به ویژگیهای فرهنگی کشورمان، در رابطه با سالمندان، همواره یکی از سناریوهای مرتبط با ارائه خدمات و مراقبت به سالمندان، مبتنی بر خانواده است. این رویکرد نه تنها در خدمات به سالمندان مقیم جامعه (۲۳) وجود دارد بلکه به عنوان پیشران ذهنیت ارائه دهندگان خدمات روانی اجتماعی از اقدامات خود در محیط های آسایشگاهی است.

در مورد چگونگی ارائه خدمات روانی اجتماعی به سالمندان آسایشگاهی، سه مضمون اصلی شامل ارزیابی روانی-فرهنگی، شخصی سازی خدمات ماهیتا یکسان با اولویت جسمی به روانی و سنجیده سازی تعاملات با سالمند به دست آمد. از آنجایی که خدمات روانی اجتماعی، ماهیتا نیازمند درک کلیت سالمند هستند، بخش مهمی از فرایند خدمات، شامل انجام ارزیابی از وضعیت سلامت روان و ویژگیهای فرهنگی سالمند است. این ارزیابی به ارائه خدماتی که به دنبال حفاظت از کارکرد روانی-شناختی است، کمک می کند. مساله مهم این است که هرچند بخشی از ماهیت خدمات روانی اجتماعی، تداوم بخشی به پیوند اجتماعی است، اما ارزیابی از شبکه اجتماعی سالمند و سرمایه اجتماعی او در ادراک خدمت دهندگان نیست. اورال و همکاران (۲۰) در پژوهش شان به این یافته اشاره کردند که مددکاران اجتماعی ترکیه ای نیز در انجام ارزیابی سالمندی جامعه که شامل ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی بود خود را فاقد مهارت کافی می دانستند اما بر در پیاده سازی ارزشهای فرهنگی در ارتباط با سالمندان اشراف بیشتری داشتند. چنانچه تم شخصی سازی خدمات ماهیتا یکسان با اولویت جسمی به روانی نشان میدهد، حتی بعد روانی ارائه خدمات در سایه بعد جسمی قرار می گیرد و تنها زمانی پای خدمات روانی به میان می آید که خدمات جسمی، قبلاً ارائه شده باشد و جایگاه بالذاته اولویت داری ندارد. این یافته با یافته های پژوهشهایی که بر غفلت انگاری در ارائه خدمات توسط ارائه دهندگان خدمات تمرکز داشته اند، همسو است. به عنوان مثال برن کلاگ و همکاران (۸) و به این نتیجه رسیدند که مدیران خدمات اجتماعی خانه های سالمندان، نیازهای روانی، اجتماعی و عاطفی سالمندان را کمتر از نیازهای پزشکی و پرستاری دارای اهمیت و اولویت می دانند و حتی چنانچه لاند و همکاران (۲۴) در پژوهش کیفیشان یافته اند، فراتر از مدیران، کارکنان آسایشگاههای

خانواده ها و کارکنانشان بوده اند.

نتیجه گیری

ارائه خدمات روانی اجتماعی به سالمندان در محیط آسایشگاهی اهمیت فراوانی دارد و آنچه یافته های این پژوهش نشان داد، حاکی از آن بود که ارائه دهندگان خدمات، تلاش می نمایند سالمندان را در این محیط با ارائه خدماتی که به نیازهای روانی و اجتماعی آنها پاسخگو باشد، سازگار و راضی نگه دارند. وزنی که ارائه دهندگان خدمات به ماهیت اقدامات خود و چگونگی ارائه آن می دهند، نه تنها از رهگذر درک منحصر به فرد خود از سالمندان و شیوه حرفه ای بودن خود، بلکه در سایه ادراک فضا و جو حاکم بر محیط های آسایشگاهی تحقق می یابد. محیط های آسایشگاهی علی رغم تنوع جمعیت سالمندانی که در خود جای می دهد و برخلاف آسایشگاههای سالمندی در سایر کشورها که مرتبط با سالمندان وابسته و نیازمند مراقبت و پرستاری دایمی هستند، شامل سالمندان مستقلى می شود که با وجود نیازهای روانی اجتماعی مشابه با سالمندان مقیم در جامعه، برای آنها نیز توجه بیشتری به خدمات توانبخشی پزشکی می شود و خدمات توانبخشی روانی-اجتماعی ارائه شده نیز بیشتر ماهیتا روانی هستند تا اجتماعی.

سیاسگزاری

از مدیران، مددکاران اجتماعی و روانشناسان آسایشگاههای سالمندان آتیه سبز امید، شایستگان، طلحه مهر، هستی، صبا، یاس زرین، ایرانمهر، آسام، الهام، نورسته، پاریان، نسیم، آرام، آرین، توحید، یارین، آراد و آنوشا بابت همکاری در این پژوهش سپاسگزارم.

References

1. Temsumrit N. Can aging population affect economic growth through the channel of government spending?. Heliyon. 2023 Sep 1;9(9). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e19521>
2. Madero-Cabib I, Corna L, Baumann I. Aging in different welfare contexts: A comparative perspective on later-life employment and health. The Journals of Gerontology: Series B. 2020 Aug 13;75(7):1515-26. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbz037>

سالمندی نیز به ارائه خدمات جسمی نسبت به خدمات روانی اجتماعی اولویت می دهند. نادیده گرفته شدن و ارضا نشدن نیازهای روانی اجتماعی در نظام مراقبتی سه کشور اروپایی فنلاند، اتریش و اسلوانی در یک پژوهش کیفی بر سالمندان مقیم جامعه و مراقبان آنها نیز مورد اشاره قرار گرفت. (۲۵). این مساله در پژوهش حاضر نه تنها در مورد کل سالمندان آسایشگاهی بلکه به طور خاص در مورد سالمندان وابسته بیشتر خود را نشان داد، به صورتی که سالمندان وابسته، بی بهره از خدمات روانی اجتماعی می مانند و ریشه این امر را میتوان در ناتوانی ارائه دهندگان خدمات به دیدن ماورای بیماری آنها مرتبط دانست؛ چنانچه در پژوهش لارنس و همکاران (۱۴) نیز به این موضوع به عنوان موضوعی اساسی اشاره شده بود. سنجیده سازی تعاملات با سالمندان که در بعد عینی و ذهنی در پژوهش حاضر نمود یافت، بخشی از فرایندی بود که ارائه دهندگان خدمات به کار می گرفتند. در بعد عینی، سنجیده سازی به تنظیم ترتیب قرار گیری سالمندان در اتاق ها برای تسهیل پیوندهای اجتماعی بود و بر مبنای ارزیابی فرهنگی انجام گرفته، صورت می گرفت و در بعد ذهنی، سنجیده سازی تعاملات، ناظر بر تنظیم کیفیت ارتباطات بین سالمندان با هم و سالمندان و ارائه دهندگان خدمات داشت. همانند پژوهش حاضر، تمرکز بر منابع و سرمایه فرهنگی و فکری سالمندان در تعامل با آنها و استفاده از آنها برای شکل دادن به تعاملات بین سالمندان با هم به عنوان یکی از موضوعات مهم در فرایند ارائه خدمات با رویکرد سلامت محور در آسایشگاههای سالمندی شناسایی شد (۲۶). همسو با پژوهش حاضر در پژوهش رابرتز، کوسمال و برن-کلاگ (۲۷) ارائه دهندگان خدمات اجتماعی در بخشی از فرایند ارائه خدمات برای سامان دادن به تعاملات به صورت موثرتر، نیازمند به کارگیری میانجی گری میان سالمندان با هم و

3. Mohammadi E. Gerontological Social Work: Issues and Interventions. Tehran: Allameh Tabatabai' University Publication;2020.
4. active aging: a policy framework. Geneva: World Health Organization;2002.
5. Galkin KA. Social policy of active aging in Russia and European welfare states: Comparative analysis. Ekonomicheskie i Sotsialnye Peremeny. 2022;15(2):239-52. <https://doi.org/10.15838/esc.2022.2.80.15>
6. Landsberger BH. Long-term care for the

- elderly: A comparative view of layers of care. Taylor & Francis; 2024 May 10. <https://doi.org/10.4324/9781003422792>
7. Asian Development Bank. Lessons from Thailand's National Community-Based Long-Term Care Program for Older Persons. Aging Asia and the Pacific. 2020.
8. Bern-Klug M, Smith K, Roberts A, Kusmaul N, Gammonley D, Hector P, Connolly R. (2021). About a Third of Nursing Home Social Services Directors Have Earned a Social Work Degree and License. JOURNAL OF GERONTOLOGICAL SOCIAL WORK.2021;64(7): 699-720. Retrieved from <https://doi.org/10.1080/01634372.2021.1891594>
9. Suragarn U, Hain D, Pfaff G. (2021). Approaches to enhance social connection in older adults: an integrative review of literature. Aging and Health Research. 2021; 3(1): 1-9.<https://doi.org/10.1016/j.ahr.2021.100029>
10. Horgan S, Prorok J, Conn D, Checkland C, Saunders J, Watson-Borg B, Tinley L. Can 'What Is Known' about Social Isolation and Loneliness Interventions Sufficiently Inform the Clinical Practice of Health Care and Social Service Professionals Who Work with Older Adults? Exploring Knowledge-to-Practice Gaps. InHealthcare 2024 May 29 (Vol. 12, No. 11, p. 1111). MDPI. <https://doi.org/10.3390/healthcare12111111>
11. Mager DR. Theories of Aging. Gerontological Nursing: Competencies for Care. 2022 Mar 29:47.
12. Blackburn J, Dulmus C. handbook of gerontology evidence-based approaches to theory, practice and policy. USA: John Wiley and Sons Inc; 2007. <https://doi.org/10.1002/9781118269640>
13. Hossin Abbasi N, Aghaamiri M. (2023). Lived Experience of Caring for Aging Parents in Middle-aged People: Hermeneutic Study. Iranian Journal of Nursing Research. 2023;18(1): 34-47.
14. Lawrence V, Fossey J, Ballard C, Moniz-Cook E, Murray J. Improving quality of life for people with dementia in care homes: making psychosocial interventions work. British Journal of Psychiatry. 2012;201(5):344-351. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.101402>
15. Hasanvand S, Imani Nasab MH, Birjandi M, Omidifar R, Sadegifar J. Utilization of Health Services among the elderly at Lorestan Province: a Cross Sectional Study. Yafte. 2019; 21(3): 48-65.
16. Mohebi L, Tabibi SJ, Hahan A. (2022). Challenges of integrated Health plan for the older people in Khuzeestan Province, Iran. MEJDS.2022; 12(252):1-11.
17. Asadzadeh M, Maher A, Ali Mohammadzadeh KH, Hosseini SM. Review health care service Patterns for older adults- a literature review. Journal of Gerontology.2020; 5(2):1-13.
18. Earnest D. Quality in qualitative research: An overview. Indian Journal of Continuing Nursing Education. 2020 Jan 1;21(1):76-80. https://doi.org/10.4103/IJCN.IJCN_48_20
19. Alnahas F, Naibi H, Hosseini SH, Mohammadi E. Effect of Social and Cultural Capita; on Older Adults Quality of Life in Cancer Center: Kahrizak Institution. Journal of Social Work Research.2022;9(33):87-130.
20. Oral M, Kılıç C, Yıldırım B. Geriatric competency and attitudes toward older adults among Turkish undergraduate social work students. Gerontology & Geriatrics Education. 2024 Jan 2;45(1):52-66. <https://doi.org/10.1080/02701960.2022.2143356>
21. Tasseron-Dries PE, Smaling HJ, Doncker SM, Achterberg WP, van der Steen JT. Family involvement in the Nasta care family program for dementia: a qualitative study on experiences of family, nursing home staff, and volunteers. International Journal of Nursing Studies. 2021 Sep 1;121:103968. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103968>
22. Natalie D, Miranda O, Rebecca U, Rosa B, James R, Esme Z, Renee S, McCreedy E. Site-level factors affecting nursing home implementation of a personalized music intervention: Qualitative analyses from Music & Memory: A Pragmatic Trial for Nursing Home Residents with Alzheimer's Disease (METRICAL). Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions. 2024 Oct;10(4):e70006. <https://doi.org/10.1002/trc2.70006>
23. HezarJaribi J, Alamineisi M, Tajmazinani A, Feli J. (2020). Investigating Integrated Approaches to Elderly Support for Tehrani Family in the Horizon of 1430. Journal of Social Work Research.2020; 5(17): 111-150.
24. Lund SB, Skolbekken JA, Mosqueda L, Malmedal WK. Legitimizing neglect-a qualitative study among nursing home staff in Norway. BMC

- Health Services Research. 2023 Mar 6;23(1):212.
<https://doi.org/10.1186/s12913-023-09185-1>
25. Van Aerschot L, Kadi S, Rodrigues R, Hrašt MF, Hlebec V, Aaltonen M. Community-dwelling older adults and their informal carers call for more attention to psychosocial needs-interview study on unmet care needs in three European countries. Archives of gerontology and geriatrics. 2022 Jul 1;101:104672.
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104672>
 26. Ehk S, Petersson S, Khalaf A, Nilsson M. Nurses' experiences of integrating the salutogenic perspective with person-centered care for older people in Swedish nursing home care: an interview-based qualitative study. BMC geriatrics. 2024 Mar 18;24(1):262.
<https://doi.org/10.1186/s12877-024-04831-7>
 27. Roberts A, Kusmaul N, Bern-Klug M. WE CAN WORK IT OUT: NURSING HOME SOCIAL WORK AND CONFLICT MEDIATION. Innovation in Aging. 2023 Dec;7(Suppl 1):32.
<https://doi.org/10.1093/geroni/igad104.0106>