

Challenges in the Process of Providing Psychosocial Services to Independent and Dependent Older People Who Reside in Nursing Homes

Elham Mohammadi *



Assistant Professor, Social Work Department,
Social Sciences Faculty, Allameh Tabataba'i
University, Tehran, Iran

Mohamad Hashemi



Department of Social Work, Faculty of Social
Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran,
Iran

1. Introduction:

The present research aims to identify the barriers to providing psychosocial services to elderly individuals residing in nursing homes. Given the increasing significance of old age, which has emerged over recent centuries, and the growing population of this age group, particularly in Iran, it is crucial to examine their psychological and social conditions. As the number of elderly individuals rises, so does the need for care centers. One of the responsibilities of psychosocial service providers in nursing homes is to offer services based on the diversity and needs of the elderly people. Therefore, this research attempts to explore the perspectives of service providers on psychosocial services and identify the barriers to providing these services to dependent, semi-dependent, and independent elderly. The aim is to develop strategies to overcome these barriers and provide services tailored to the needs of various elderly groups.

2. Methodology:

This qualitative research employs thematic analysis, with data collected through semi-structured interviews with 18 psychosocial service providers in Tehran. The study identified 20 main themes and 93 sub-concepts.

* Corresponding Author: elham.mohammadi@atu.ac.ir

How to Cite: Mohammadi, E; Hashemi, M. (2025). Challenges in the Process of Providing Psychosocial Services to Independent and Dependent older people Residents in nursing Homes, *Journal of Social Work Research*, 12(43), .

3. Results and Discussion:

The research identified themes such as continuity of socialization for the elderly individuals, the protection of psychological and cognitive functions, the application of non-uniform assessments in service design, the personalization of essentially uniform services, the targeting of the physical-mental status maintenance with elderly individuals, family engagement, services for service providers, measured interactions with elderly individuals, prioritizing dual physical-psychological services, and supra-instructional approaches in the provision of psychosocial services. Barriers such as the physical perspective of service providers, physical and psychological limitations of dependent elderly individuals were identified under barriers to psychosocial services for dependent and semi-dependent individuals. Family non-cooperation, service delivery process disruptions, and resistance among elderly individuals were identified as barriers to psychosocial services for independent individuals. Limited managerial perspectives, a lack of professional conduct among psychosocial service providers, flawed policy views, imbalance in nursing home settings, and economic constraints were identified as overall barriers to providing psychosocial services.

4. Conclusion:

The essence of service provision in nursing homes aims to maintain and sustain social interactions as well as the physical and mental health of elderly individuals. This goal is achieved by offering services tailored to the needs of this group, which requires family cooperation and attention to service providers in this field. Barriers to psychosocial services for dependent and semi-independent elderly individuals involve a focus on physical conditions and a lack of prioritization of their psychological needs, with services provided from this perspective. Additionally, anti-aging stereotypes from families can influence service delivery, making many services seem futile based on their current conditions. Barriers to psychosocial services for independent elderly individuals include a lack of attention to their needs, such as physical and mental conditions, disregard for their social and cultural status, and improper planning in line with their interests and desires, leading to resistance and non-cooperation with center programs. Furthermore, the limited diversity of services does not meet the needs of this group. Families of these elderly individuals also lack a proper understanding of their needs and desires, resulting in a lack of support for social reintegration and appropriate interactions.

Finally, general barriers in service provision for all types of elderly individuals were examined, revealing the mismatch between existing laws and policies in this field,

123

the perspectives of some managers influencing internal regulations of nursing homes, the unprofessionalism of some specialists, and the financial conditions significantly impacting the provision- or lack thereof- of psychosocial services in nursing homes.

Keywords: Older People, Barriers to Service Provision, Social Services, Psychological Services, Nursing Home



چالش‌های فرآیند ارائه خدمات روانی اجتماعی به سالمندان آسایشگاهی مستقل و وابسته

استادیار گروه مددکاری اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه
علامه طباطبایی، تهران، ایران.

الهام محمدی *

گروه مددکاری اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه
طباطبایی، تهران، ایران.

محمد هاشمی

چکیده

این پژوهش با هدف شناسایی چالش‌های ارائه خدمات روانی اجتماعی به سالمندان آسایشگاهی انجام شده است. این مطالعه موانع ارائه خدمات به سالمندان وابسته و مستقل را شناسایی کرده است. این پژوهش کیفی با روش تحلیل تماتیک تفسیر شده و گردآوری داده‌ها با مصاحبه نیمه ساختار یافته پس از رسیدن به اشباع با ۱۸ نفر از ارائه‌کنندگان خدمات روانی اجتماعی در شهر تهران انجام شده است.

چالش‌های ارائه خدمات به سالمندان وابسته شامل دو تم و ۵ مفهوم بود. تم‌های جسمانی‌نگری ارائه‌دهندگان خدمات و محدودیت‌های جسمی و روانشناختی سالمندان وابسته، بیانگر نادیده گرفتن نیازهای روانشناختی سالمندان وابسته است. در ارائه خدمات به سالمندان مستقل نیز ۳ تم و ۱۴ مفهوم به دست آمد. این تم‌ها عبارت بودند از غیر همراه بودن خانواده، آشفتگی در فرایند خدمت‌دهی و مقاومت در سالمندان. در این سالمندان، هرچند انتظار می‌رفت، بتوان خدمات روانی اجتماعی بهتری ارائه داد، اما به علت عدم همکاری خانواده، امکان ارائه خدمات کم می‌شد و از سویی فرایندهای خدمت‌دهی به اصول ارائه خدمات پایبندی قابل قبولی نداشت و این امر مقاومت سالمندان را تشدید می‌کرد. چالش‌هایی که ارائه‌دهندگان خدمات در فرایند خدمت‌دهی تجربه می‌کردند، شامل ضعف‌های در زمینه روش‌های خدمت‌دهی، شیوه‌های تعامل، دیدگاه‌های غالب در خدمت‌دهی و محدودیت خلاقیت برای ارتباط‌گیری با سالمندان و فراتر رفتن از رویه‌های جسمانی خدمت‌دهی است و هنوز توانبخشی به معنای روانی اجتماعی در خدمات به سالمندان آسایشگاهی جایگاهی ندارد و خدمات عمدتاً در حد توانبخشی پزشکی باقی مانده است.

واژه‌های کلیدی: سالمند، موانع ارائه خدمات، خدمات اجتماعی، خدمات روانی، آسایشگاه سالمندان

بیان مساله و اهمیت و ضرورت

رشد پدیده سالمندی و آثار متعدد آن، بررسی سیاست‌های اجتماعی برای ارائه خدمات روانی اجتماعی به سالمندان را ضروری می‌سازد. شناسایی و توجه به نیازهای روانی اجتماعی این گروه، به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه، وظیفه‌ای اساسی برای نظام‌های رفاهی است (قلی پور و همکاران، ۱۳۹۸: ۶۱). با افزایش جمعیت سالمندان، چالش‌های جسمی و روانی که آن‌ها با آن‌ها مواجه می‌شوند، از جمله کاهش توانایی‌های شناختی و افزایش خطر بیماری‌های مزمن، ضرورت برنامه‌ریزی برای مراقبت و حمایت جامع از آنان را بیش از پیش افزایش می‌یابد (عزیزی زین‌الحاجلو و همکاران، ۱۳۹۴: ۵۴).

سالمندان با توجه به تفاوت‌های فردی و نیازهای خاص خود به مراقبت و خدمات ویژه‌ای در ابعاد روانی، جسمی و اجتماعی نیاز دارند. نیازهای آن‌ها بر اساس عواملی چون جنسیت، فرهنگ، وضعیت سلامت و محل اقامت متفاوت است و نمی‌توان برای همه سالمندان نسخه واحدی ارائه داد. همچنین، برخی سالمندان مانند آن‌ها که در آسایشگاه‌ها اقامت دارند، به توجه بیشتری نیازمندند (ابراهیم نجف‌آبادی و شفیع زاده، ۱۳۹۶: ۶۴).

مطابق با یک برآورد پیش‌بینی می‌شود جمعیت ۵ میلیونی سالمندان ایران در سال ۱۴۲۸ به حدود ۲۶ میلیون نفر برسد (رمضانی اول و همکاران، ۱۳۹۹: ۵۸). توسعه آسایشگاه‌های سالمندان به دلیل افزایش جمعیت سالمندان و تنوع نیازهای آنان اهمیت بالایی دارد. این مراکز علاوه بر ارائه خدمات پزشکی، بهداشتی و حمایتی، فرصت تعاملات اجتماعی و حفظ ارزش و احترام سالمندان را فراهم می‌کنند (خادمی، ۱۳۹۹: ۴۱).

خدمات در آسایشگاه‌های سالمندان باید تمامی جنبه‌های جسمی، روانی، عاطفی و اجتماعی را پوشش دهند، اما نظرسنجی‌ها نشان می‌دهند که نیازهای روانی و عاطفی در مقایسه با مراقبت‌های پزشکی و جسمی در اولویت پایین‌تری قرار دارند (Bern-Klug et al., 2021: 44). طرفداران مراقبت‌های شخص‌محور تأکید دارند که نیازهای روانی اجتماعی سالمندان باید به اندازه مراقبت‌های پزشکی اهمیت داشته باشد. همچنین، منابع

انسانی در ارائه خدمات اجتماعی اهمیت زیادی دارند و بی توجهی به نیازهای کارکنان این مراکز می تواند مستقیماً بر کیفیت خدمات تأثیر بگذارد (Zimmerman et al., 2012:73).

ارائه خدمات روانی اجتماعی در جامعه امری ضروری است که نیازمند توجه به اصول و ارزش های بنیادینی همچون پیشگیری، آگاهی دهی، آموزش و مشارکت است (موسوی چلک، ۱۳۸۴: ۳۵). در جمعیت عمومی سالمندان و سالمندان آسایشگاهی به صورت خاص، مشارکت افراد در فرآیندهای ارائه خدمات نه تنها استقلال آنها را تقویت می کند، بلکه مانع از وابستگی افراطی به ارائه کنندگان خدمات می شود. توجه به این اصول می تواند کیفیت و اثرگذاری خدمات روانی اجتماعی را ارتقاء بخشد و موجب تخصصی تر و شخص محورتر شدن خدمات شود. آسایشگاه های سالمندان، که برای پاسخگویی به نیازهای بخشی از جمعیت سالمندان تأسیس شده اند، نیازمند ارائه خدمات گسترده ای هستند. این خدمات شامل مراقبت های پزشکی، روان شناسی، مددکاری اجتماعی و توانبخشی است که به طور مستمر ارائه می شوند. رشته های یاورانه مانند مددکاری اجتماعی، روان شناسی، مشاوره و مدیریت خدمات اجتماعی که هدفشان ایجاد رفاه و بهبود کیفیت زندگی جامعه است، نقش مهمی در یاری رساندن به سالمندان دارند. یکی از رسالت های این حرفه ها در حوزه سالمندی این است که می کوشند تا با شناسایی و رفع موانع، به سالمندان کمک کنند تا با تغییرات زندگی خود سازگار شوند و از فضاهای اجتماعی، فرهنگی و برنامه های توانمندسازی بهره ببرند.

بر اساس گزارش معاون امور توانبخشی سازمان بهزیستی (سال ۱۳۹۵)، حدود ۲۳۰ مرکز شبانه روزی سالمندان در کشور مشغول به فعالیت هستند. علی رغم وجود آسایشگاه های سالمندی متعدد در سراسر کشور، رویه های خدمت دهی به آنان عمدتاً متمرکز بر خدمات جسمانی است و این درحالیست که نیاز به طراحی برنامه های جامع و تخصصی برای ارائه خدمات متناسب با نیازهای متنوع سالمندان به طور جدی احساس می شود (Suragarn et al., 2021: 69). تنوع سالمندانی که در آسایشگاه های سالمندی مراقبت و نگهداری می شوند، بر اساس یک طبقه بندی مبتنی بر وضعیت عملکرد جسمی و

شناختی، شامل سالمندان مستقل، نیمه وابسته و وابسته است. سالمندان مستقل افرادی هستند که از نظر عملکرد فیزیکی و شناختی، وضعیت خوبی دارند و از عهده انجام امور روزمره زندگی خود بر می‌آیند. سالمندان نیمه وابسته، از نظر عملکرد جسمی و شناختی، نیاز به حدی از کمک برای انجام امور روزمره خود دارد و سالمندان وابسته، به دلیل از دست دادن حد قابل توجهی از عملکرد جسمی و شناختی خود نیازمند مراقبت و پرستاری شبانه روزی هستند و قادر به انجام امور روزمره زندگی خود نیستند. این دسته آخر که افراد دچار دمانس و آلزایمرهای شدید و یا درگیر بیماری‌های مزمن شدیداً ناتوان کننده را شامل می‌شوند غالباً در آسایشگاه‌های اصلی ایران پذیرش نمی‌شوند و فقط آسایشگاه‌های خصوصی در قبال دریافت هزینه گزاف حاضر به پذیرش این سالمندان می‌باشند. این سالمندان در حقیقت باید گروه هدف اصلی آسایشگاه‌های سالمندی باشند، اما به دلیل خلأ مراکز متنوع و خدمات گوناگون که باید پاسخگوی نیازهای سالمندان تنها، فقیر و نیمه وابسته باشد، به ناچار، آسایشگاه سالمندی به سرپناهی بر آنان تبدیل می‌شود. در چنین شرایطی، ارائه خدمات باید با نگاه جامع و مبتنی بر نیازها، ترجیحات و شرایط سالمندان انجام شود تا از بروز مشکلاتی نظیر کاهش کیفیت خدمات، وابستگی زود هنگام و نارضایتی جلوگیری شود (حامدی، ۱۴۰۱: ۳۲). از آنجایی که بخش مهمی از کیفیت خدمات روانی اجتماعی مطلوب و پاسخگو، به فرایندهای ارائه خدمت مرتبط است، فهم درکی که ارائه دهندگان خدمات روانی اجتماعی در مواجهه با گروه‌های متنوع سالمندان در آسایشگاهها دارند، اهمیت زیادی دارد. بنابراین در پژوهش حاضر به شناسایی چالشهای ارائه خدمات روانی اجتماعی به سالمندان وابسته، نیمه وابسته و مستقل بر اساس ادراک ارائه دهندگان خدمات پرداخته شده است.

با توجه به ماهیت شناختی و چندبعدی موانع ارائه خدمات روانی اجتماعی به سالمندان آسایشگاهی، استفاده از روش کیفی در این پژوهش مناسب‌تر است، زیرا این موانع عمدتاً ریشه در عوامل فردی، سازمانی و اجتماعی دارند که با ابزارهای کمی قابل سنجش دقیق نیستند. روش کیفی امکان بررسی عمیق تجربه‌های زیسته و دیدگاه‌های کارکنان که شامل

تنوع تجربه‌های انسانی است، به عنوان گروه هدف در این پژوهش را فراهم می‌سازد و به کشف مفاهیم پنهان و ناگفته کمک می‌کند.

پیشینه تحقیق

النحاس و همکاران (۱۴۰۱: ۹۰) در پژوهشی با عنوان "اثر ابعاد سرمایه فرهنگی و اجتماعی بر کیفیت زندگی سالمندان در مراکز مراقبت سالمندی (مطالعه موردی آسایشگاه خیریه کهریزک)" که با روش پیمایش در بین ۲۰۴ شرکت کننده با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انجام شده است. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد، سه متغیر اصلی سرمایه اجتماعی، سرمایه فرهنگی و کیفیت زندگی وضعیت مطلوبی در میان پاسخگویان نداشته است. بر اساس داده‌های این مطالعه، ظرفیت سرمایه اجتماعی سالمندان مورد مطالعه، بسیار بیشتر از نمره سرمایه فرهنگی آنان بوده است. این در حالی است که یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد، بین همه ابعاد سرمایه اجتماعی و سرمایه فرهنگی با کیفیت زندگی همبستگی معنی‌دار آماری وجود دارد، متغیر مشارکت اجتماعی و پس از آن متغیر شبکه روابط اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد سرمایه اجتماعی بیشترین اثرگذاری را بر کیفیت زندگی سالمندان داشت. توجه به ابعاد سرمایه اجتماعی و فرهنگی در سطح برنامه‌ریزی و سیاستگذاری برای سالمندان آسایشگاهی، در قالب تدوین شیوه نامه‌های مشارکت سالمندان آسایشگاهی می‌تواند به ارتقای کیفیت زندگی آنها کمک شایانی کند.

پژوهش زمانزاده و همکاران (۱۳۹۷: ۵۸) با رویکرد تحلیل محتوای کیفی در میان ۱۷ سالمند و ۳ مراقب سرای سالمندان در اردبیل و تبریز، عوامل مؤثر بر رضایت سالمندان مقیم را بررسی کرد. نتایج نشان داد سالمندان از زندگی در سرای سالمندان ناراضی‌اند و این نارضایتی ناشی از دو طبقه اصلی "عوامل انسانی" و "عوامل محیطی" است. عوامل انسانی شامل محرومیت ارتباطی، زندگی یکنواخت، عدم توجه به نیازهای فردی، و کاهش استقلال بود. عوامل محیطی نیز نیازهای مراقبتی، مشکلات تغذیه‌ای، و فقدان امکانات

رفاهی را در بر می‌گرفت. این عوامل، به ترتیب، بر شرایط روانی-اجتماعی و مراقبتی-محیطی سرای سالمندان تأثیر گذاشته و موجب نارضایتی سالمندان شده‌اند.

پژوهش کشیری (۱۳۹۱: ۳۶) با روش پیمایشی در میان سالمندان بالای ۶۰ سال گرگان، تأثیر خدمات اجتماعی-رفاهی بر سلامت اجتماعی و روانی سالمندان را بررسی کرد. این خدمات در ابعاد بیمه‌ای، بهداشتی-پزشکی، مستمری‌بگیری و اوقات فراغت سنجیده شدند و سلامت روانی نیز در ابعاد استرس، افسردگی، عزت نفس و علائم جسمانی مورد ارزیابی قرار گرفت. یافته‌ها نشان دادند که عزت نفس و سلامت جسمانی سالمندان در سطح متوسط، استرس نسبتاً بالا و افسردگی در سطح پایین قرار دارد. نتایج نشان دادند که رضایت بیشتر از خدمات اجتماعی-رفاهی با افزایش سلامت اجتماعی و احساس عدالت اجتماعی همراه است. با این حال، فرضیه تأثیر رضایت از این خدمات بر سلامت روانی رد شد، یعنی افزایش رضایت از خدمات اجتماعی-رفاهی موجب بهبود سلامت روانی سالمندان نمی‌شود. پژوهشگر اشاره کرد که یافته‌های برخی پژوهش‌های دیگر با این نتیجه همخوان نمی‌باشد.

پژوهش کابانرو-گارسیا و همکاران^۱ (۲۰۲۵: ۲۸) تحت عنوان موانع دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی، اجتماعی و طولانی مدت در میان سالمندان یک بررسی سیستماتیک با هدف تجزیه و تحلیل موانع مختلف دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی، خدمات اجتماعی و مراقبت‌های طولانی مدت انجام شده است. نتایج این بررسی نشان می‌دهد موانع در سمت تقاضا، عوامل اجتماعی-اقتصادی و در سمت عرضه، عوامل جغرافیایی و همچنین عوامل اجتماع و شکاف دیجیتالی هم در سمت عرضه و هم در سمت تقاضا وجود دارد. این پژوهش نشان می‌دهد دسترسی کافی به خدمات اجتماعی و بهداشتی برای سلامت و رفاه سالمندان و تضمین عدالت در سلامت بسیار مهم است. غلبه بر این موانع نیازمند یک رویکرد جامع است که نیازمند همکاری دولت‌ها، ارائه دهندگان خدمات درمانی، جوامع و خود سالمندان باشد.

پژوهش رابرتز و همکاران^۱ (۲۰۲۱: ۷۰۴) تحت عنوان موانع مراقبت‌های روانی اجتماعی در خانه‌های سالمندان طبق گزارش مدیران خدمات اجتماعی به تحلیل داده‌های ملی پرداخته و چالش‌های اساسی در ارائه این خدمات را شناسایی کرده است. نتایج نشان می‌دهد که تعداد ناکافی کارکنان برای برآوردن نیازهای روانی اجتماعی، تأثیر منفی مقررات موجود، و الزام به انجام وظایف غیرمرتبط توسط کارکنان خدمات اجتماعی، از جمله موانع اصلی هستند. به‌ویژه، قوانین فعلی که فقط یک کارمند خدمات اجتماعی به ازای ۱۲۰ نفر ساکن را الزامی می‌کنند، ناکافی تشخیص داده شده‌اند. همچنین، توجه کمتر به نیازهای روانی اجتماعی در مقایسه با نیازهای پزشکی و پرستاری، و استفاده غیرتخصصی از کارکنان حرفه‌ای، کیفیت خدمات را کاهش می‌دهد. پیشنهاد‌های این مطالعه شامل بازنگری قوانین، افزایش مهارت‌های رهبری کارکنان، ارتقاء منابع برای خدمات روانی اجتماعی، و استفاده از نیروهای با تجربه‌تر برای بهبود کیفیت این خدمات در خانه‌های سالمندان است.

پژوهش زلوتنیک و همکارانش^۲ (۲۰۰۶: ۳۵) با عنوان بهبود مراقبت‌های روانی اجتماعی در محیط خانه سالمندان به کیفیت پایین مراقبت‌های روانی اجتماعی در خانه‌های سالمندان پرداخته و ضعف قوانین و مقررات را از عوامل اصلی این مشکل دانسته است. طبق این مطالعه، ۴۶ درصد سالمندان خدمات متناسب با نیازهایشان را دریافت نمی‌کنند. اصلاحاتی مانند قانون اصلاح خانه سالمندان (۱۹۸۷) برای بهبود رفاه جسمی، روانی و اجتماعی ساکنان مفید تشخیص داده شده است. رهنمودهای ارائه شده شامل تشکیل کارگروه‌های تخصصی، بازیابی سیستماتیک، توسعه ابزارهای ارزیابی و ارائه آموزش‌های مداوم به کارکنان می‌باشد. همچنین، پیشنهاداتی از جمله ایجاد شبکه‌های مجازی کارشناسان، تبادل اطلاعات و تأسیس یک مرکز ملی برای ارتقای مراقبت‌های طولانی‌مدت برای تقویت مشارکت مددکاران اجتماعی مطرح شده است.

1. Roberts
2. Zlotnik et al

پژوهش هاتفیلد^۱ (۱۹۹۹: ۲۷۲) با مرور ادبیات به موانع ارائه خدمات به سالمندان دارای ناتوانی روانی پرداخته و به دلایلی مانند تشخیص ندادن، درمان ناکافی، و کلیشه‌های منفی نسبت به سالمندان اشاره کرده است. این کلیشه‌ها شامل باورهای نادرست مانند طبیعی دانستن افسردگی و اضطراب در سالمندی و انعطاف‌ناپذیر دانستن افراد مسن می‌باشند. انگ اجتماعی مرتبط با مشکلات روانی نیز باعث می‌شود سالمندان از بیان مشکلات خود اجتناب کنند. همچنین، کمبود آگاهی عمومی، انزوای سالمندان، و عدم وجود سیستم‌های حمایتی مناسب، از موانع کلیدی هستند. بسیاری از سالمندان به دلیل عدم تأمین مالی خدمات یا نداشتن حمایت خانوادگی و اجتماعی، از دریافت مراقبت‌های لازم محروم می‌مانند.

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که توجه به سلامت جسمی، روانی و اجتماعی سالمندان از گذشته در پژوهش‌های داخلی و خارجی مطرح بوده است. در ایران، بیشتر تحقیقات بر رضایت سالمندان از خدمات آسایشگاهی و نیازهای آنان متمرکز است. برخی پژوهش‌ها به مشکلات مانند نارضایتی از خدمات به دلیل عدم تأمین نیازهای جسمی و روانی پرداخته‌اند. در سطح بین‌المللی، موانع ارائه خدمات روانی اجتماعی مانند قوانین ضعیف، ناکافی بودن کارکنان و مشکلات تشخیصی مطرح شده‌اند. این پژوهش‌ها نشان می‌دهند که پژوهش‌های داخلی کمتر به موانع ارائه خدمات روانی اجتماعی توجه کرده‌اند و نیاز به بررسی این موانع به ویژه از دیدگاه ارائه‌دهندگان خدمات احساس می‌شود.

بینش نظری به موضوع

برخی مفاهیم، نظریه‌ها و رویکردها در حوزه خدمات اجتماعی به حساس شدن ذهن پژوهشگر در مورد چالش‌های ارائه خدمت کمک کننده هستند. از آنجایی که به حوزه خدمات سالمندان عمدتاً از دیدگاه پزشکی و مراقبتی توجه شده است (Bern-Klug, et

1. Hatfield

112: al., 2021). فهم اینکه خدمات روانی اجتماعی چه هستند و چه تفاوتی با سایر خدماتی که در قالب توانبخشی پزشکی و پرستاری صورت می‌گیرد حائز اهمیت است. همچنین ارائه خدمات روانی اجتماعی مستلزم پایبندی به اصولی است که بی توجهی به آن می‌تواند چالش‌زا باشد.

خدمات روانی اجتماعی به سالمندان، خدماتی با هدف بهبود کیفیت زندگی سالمندان شامل مشاوره روانی، فعالیت‌های تفریحی و روان‌سنجی، تقویت ارتباطات اجتماعی، خدمات بهداشتی و پزشکی، حمایت در امور روزمره و تسهیل دسترسی به منابع است. همچنین فراهم کردن فضاهایی برای تعاملات اجتماعی و جلوگیری از احساس تنهایی از اقدامات کلیدی در خانه‌های سالمندان است (کارادک، ۱۳۹۱: ۲۴۴).

اقدامات توانبخشی که شامل توانبخشی پزشکی، حرفه‌ای و اجتماعی است، از انواع از خدمات توسط متخصصان تشکیل شده است. توانبخشی، شامل خدمات فیزیوتراپی و کاردرمانی برای هر سالمند حداقل چهار جلسه در ماه است. توانبخشی حرفه‌ای برای سالمندان، شامل تقویت توانمندی‌های حرفه‌ای سالمندان برای بهبود عملکردهای جسمی، شناختی و اجتماعی. توانبخشی اجتماعی و آموزشی، ارائه آموزش‌های مهارت‌های زندگی، خودیاری، و ارتباطی برای افزایش سازگاری اجتماعی سالمندان و بهبود کیفیت زندگی آنهاست (دستورالعمل شرایط مراکز توانبخشی و نگهداری سالمندان، ۱۳۹۶: ۸).

در ارائه حمایت‌های روانی اجتماعی، اصول پایه‌ای شامل آموزش و اطلاع‌رسانی، طبیعی سازی، تقویت شایستگی و تاب آوری، حمایت‌های چندلایه‌ای، عدم آسیب‌رسانی و انطباق و حساسیت فرهنگی وجود دارد. آموزش به مراجعین درباره ماهیت مشکلات، علل و واکنش‌های طبیعی مرتبط با شرایط استرس‌زا، برای کاهش نگرانی‌ها و پیشگیری از اقدامات غیرضروری، ضروری است. هدف اصلی این است که افراد با داشتن دانش کافی بتوانند شرایط خود را کنترل کنند و از آشفتگی‌های ناشی از ناآگاهی جلوگیری شود. طبیعی سازی توضیح این است که واکنش‌هایی مانند اضطراب و پریشانی در شرایط استرس‌زا طبیعی هستند، به مراجعین کمک می‌کند تا احساسات خود را بهتر بپذیرند و

بدون نگرانی از قضاوت دیگران، این واکنش‌ها را تجربه کنند (بواله‌ری و همکاران، ۱۳۸۸: ۳۳). شناخت و تقویت توانمندی‌های مراجعین برای مقابله با مشکلات به جای تلقی آنها به عنوان افرادی منفعل، از اهداف کلیدی است. آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مانند حل مسئله^۱، به خودیاری^۲ و افزایش تاب‌آوری^۳ افراد کمک می‌کند. حمایت‌های چند لایه‌ای در قالب بکارگیری رویکرد کل‌نگر در مداخلات، بر نیازهای مختلف فردی، خانوادگی و محیطی تأکید دارد و نشان می‌دهد که هر فرد نیازمند نوع خاصی از حمایت است. طراحی مداخلات روانی اجتماعی باید با توجه به حساسیت‌های فرهنگی و با توجه به فرهنگ و رسوم مراجعین و بدون آسیب به مراجعین انجام شود. در صورتی که اطمینان از بی‌ضرری مداخله وجود نداشته باشد، باید احتیاط شود (بواله‌ری و همکاران، ۱۳۸۸: ۳۴).

برخی نظریات به فهم بهتر چالش‌های ارائه خدمات روانی اجتماعی کمک می‌کند چرا که این خدمات در پیوند با نیازها و با در نظر گرفتن برداشتهایی که دیدگاه‌های نظری که در مورد سالمندان فراهم می‌کنند، قرار دارند.

نظریه نیازهای انسانی^۴: این نظریه بر این اصل تأکید دارد که همه انسان‌ها باید از حداقل‌های یک زندگی مطلوب برخوردار باشند و برخی جنبه‌های زندگی را اولویت بیشتری می‌دهد. در این نظریه، نیازهای انسانی به دو دسته تقسیم می‌شوند:

نیازهای اساسی شامل سلامت فیزیکی است که به معنای بهزیستی جسمی، روانی و اجتماعی و توانایی بدن برای عملکرد مناسب می‌باشد. خودمختاری: توانایی انتخاب آگاهانه درباره نوع کار و نحوه انجام آن، که متکی بر اعتماد به نفس، سلامت روان، مهارت‌های فردی و توانایی مشارکت است. نیازهای واسطه‌ای: نیز شامل نیازهای در ارتباط با تأمین نیازهای اساسی است و شامل دسترسی به مواد غذایی و آب، سکونتگاه امن، محیط

-
1. Problem Solving
 2. Self-help
 3. Resilience
 4. Theory of Human needs

کاری ایمن، خدمات بهداشتی، امنیت فیزیکی، آموزش و موارد مشابه هستند (معصومی، ۱۳۹۱: ۸۲).

نظریه عدم تعهد^۱: نظریه عدم تعهد یا رهایی از تعهد توسط کامینگز و هنری^۲ توسعه پیدا کرده است. این نظریه کناره‌گیری تدریجی سالمندان از تعاملات اجتماعی را روندی طبیعی و اجتناب‌ناپذیر می‌داند که جامعه نیز به طور متقابل از تعامل با سالمندان فاصله می‌گیرد. کامینگز و هنری معتقدند این فرایند برای هر دو طرف مثبت است، زیرا سالمندان با رها کردن نقش‌های اجتماعی می‌توانند زمان بیشتری برای امور شخصی، استراحت، تفریح و روابط نزدیک اختصاص دهند. قطع تعاملات اجتماعی در این دیدگاه بخشی عادی از فرآیند سالمندی است (فروغ عامری و همکاران، ۱۳۸۱: ۸).

نظریه فعالیت^۳: در مقابل نظریه عدم تعهد، نظریه فعالیت توسط هویگرست^۴ ارائه شده که بر اهمیت مشارکت سالمندان در فعالیت‌های اجتماعی و حفظ روابط اجتماعی تأکید دارد. این رویکرد معتقد است ادامه فعالیت سالمندان هم برای خودشان و هم برای جامعه مفید است و به بهزیستی، رضایتمندی و احساس آرامش آنها کمک می‌کند. سالمندان فعال می‌توانند تجربیات و دانش خود را به اشتراک بگذارند، روابط اجتماعی جدیدی برقرار کنند و از احساس تنهایی و انزوا دور بمانند. این فعالیت‌ها، علاوه بر بهبود کیفیت زندگی سالمندان، به تقویت شبکه‌های اجتماعی و تعلق به جامعه نیز کمک می‌کند و آنها را به اعضای مؤثر و ارزشمند تبدیل می‌کند.

رویکرد استفاده‌کننده و مراقبت‌گیرنده:

این دیدگاه بر اهمیت نظرات استفاده‌کنندگان خدمات و خانواده‌هایشان درباره کیفیت خدمات تأکید دارد و آنها را آزمون‌نهایی کیفیت می‌داند. دریافت‌کنندگان

-
1. Disengagement theory
 2. Comings & Henry
 3. Activity theory
 4. Havighurst

خدمات به‌عنوان مشتریان، حق مشارکت در تنظیم استانداردها و ارزیابی نتایج را دارند. این رویکرد بر جمع‌آوری نظرات آنها برای بهبود کیفیت خدمات تأکید می‌کند و معیارهای متعددی برای ارزیابی پیشنهاد می‌دهد. ماکسول^۱ برای بررسی کیفیت ارائه خدمات چند مورد را بیان می‌کند که شامل:

- مناسب بودن^۲: مردم پاسخ مناسبی برای نیازهای خود دریافت می‌کنند.
- منصفانه بودن^۳: افراد و گروه‌ها سهم مناسبی از منابع موجود داشته باشند.
- قابل قبول بودن^۴: خدمات، انتظارات استفاده‌کنندگان را برآورده کند.
- قابل دسترس بودن^۵: خدمات، ضرورت‌هایی مثل توجیه‌پذیری، آزادی بیان، دسترسی به اطلاعات، فراغت جسمی و امثال آن را برآورده کند.
- کارایی داشتن^۶: منابع مورد استفاده، حداکثر بهره‌وری را برای افراد نیازمند تأمین کند.

- اثر بخشی داشتن^۷: خدمات به نتیجه مورد نظر برسد.
- پففر و کوت^۸ (۱۹۹۱) نیز برای اینکه ارائه خدمات برای استفاده‌کنندگان آن مطلوب مطلوب باشد، اضافه کردن چند مورد دیگر به این لیست را ضروری می‌دانند:
- مشارکت و درگیر کردن استفاده‌کنندگان در بحث‌ها و انتخاب‌ها.
 - یکپارچگی در مؤسسه‌ها و بخش‌های مراقبت.
 - پاسخگویی به نیازهای افراد بر مبنای انعطاف‌پذیری (کالشد، مولندر، ترجمه همتی، ۱۳۸۸: ۷۴).

-
1. Maxwell
 2. Appropriateness
 3. Equity
 4. Acceptability
 5. Accessibility
 6. Efficiency
 7. Effectiveness
 8. Pfeffer & Cote

چارچوب مفهومی پژوهش:

فرایند ارائه خدمات روانی اجتماعی به سالمندان، در بستر نگرش‌ها و رویکردهای نظری نسبت به پدیده سالمندی معنا می‌یابد. در این پژوهش، برای تبیین و تحلیل تفاوت‌های ممکن در نحوه ارائه خدمات به سالمندان مستقل و وابسته، از چهار نظریه کلیدی بهره گرفته شده است که هر یک مفاهیم معینی را برای تبیین موقعیت سالمندان و جهت‌گیری خدمات روانی اجتماعی ارائه می‌دهند. نظریه فعالیت ذهن پژوهشگر را به این جنبه حساس نمود که برای سالمندان بر حسب اینکه وضعیت جسمانی آنها چگونه است، می‌تواند دیدگاه‌های متفاوتی وجود داشته باشد که در ارائه خدمات به سالمندان مانع ایجاد کند. بر اساس این دیدگاه، مفهوم کلیدی فعالیت‌مندی به‌مثابه شاخص سلامت اجتماعی معنا می‌شود که ناظر بر اهمیت حفظ نقش و مشارکت در زندگی اجتماعی سالمندان مستقل است. فعالیت داشتن سالمندان مستقل در قیاس با ضرورت کنارگذاری سالمندان وابسته بر اساس نظریه عدم تعهد، بیانگر تنوع دیدگاه به سالمندان باشد. نظریه عدم تعهد مفهوم کنارگذاری اجتماعی سالمندان وابسته را به‌عنوان عاملی که ممکن است منجر به محرومیت این گروه از خدمات روانی اجتماعی شود، معنا می‌کند. نظریه نیازهای مازلو با تأکید بر سلسله‌مراتب نیازها، اهمیت توجه به نیازهای سطوح بالاتر نظیر احترام، خودمختاری و خودشکوفایی در سالمندان مستقل را برجسته می‌سازد. مفهوم تفکیک سطح نیازها بر اساس درجه وابستگی سالمند از این نظریه استنتاج شده است. رویکرد استفاده‌کننده‌محور و مراقبت‌گیرنده محور مفاهیم تمرکز بر کیفیت خدمات از دیدگاه سالمند و پاسخگویی به نیازهای فردی و فرهنگی از جمله مفاهیم حساس استخراج شده از این رویکرد است. در نهایت، اصل حساسیت در ارائه خدمات که بر ضرورت درک و پاسخ‌دهی به تفاوت‌های فردی، جنسیتی، قومی و سبک زندگی سالمندان تأکید دارد، به‌عنوان مفهومی میان‌رشته‌ای در کلیه نظریه‌های فوق قابل ردیابی است.

سؤالات پژوهش:

چالش‌هایی که در فرآیند ارائه خدمات روانی اجتماعی به سالمندان وابسته^۱ و نیمه وابسته^۲ وجود دارند، بر اساس ادراک ارائه دهندگان خدمات چیست؟
چالش‌هایی که در فرآیند ارائه خدمات روانی-اجتماعی به سالمندان مستقل^۳ وجود دارند، بر اساس ادراک ارائه دهندگان خدمات چیست؟

روش پژوهش

این پژوهش از نوع کیفی و در چارچوب پژوهش اکتشافی با رویکرد تحلیل تماتیک انجام شده است. هدف آن شناسایی و استخراج مضامین کلیدی در تجربه و دیدگاه‌های مشارکت‌کنندگان است. بنابراین، این مطالعه در دسته پژوهش‌های کیفی اکتشافی با رویکرد تحلیل مضمون قرار می‌گیرد. جامعه آماری این پژوهش شامل ارائه دهندگان خدمات روانی اجتماعی در مراکز خصوصی نگهداری سالمندان در مناطق مختلف تهران است، با روش نمونه‌گیری هدفمند ۱۸ نفر شامل روانشناس و مددکار اجتماعی که معیارهای انتخاب شامل سابقه کار در مراکز سالمندان، سمت شغلی و تخصص مرتبط، تنوع جغرافیایی مراکز در تهران، تنوع در سن و جنس و سطح تعامل با سالمندان انتخاب شدند و داده‌ها با کمک مصاحبه‌ها نیمه ساختار یافته و بر اساس سوالاتی مانند در ارائه خدمات به سالمندان مستقل چه چالش‌هایی که مرتبط با سالمندان یا شرایط آنها و یا در ارتباط با فرآیند ارائه خدمات است به نظرتان وجود دارد. شما با چه موانعی برای ارائه خدمات با سالمندان مستقل برخورد کرده اید... جمع‌آوری شد (سؤالات تکمیلی به پیوست قرار دارد). شرکت‌کنندگان امکان صرف نظر کردن از ادامه همکاری را داشتند و در مورد محرمانه بودن اطلاعات به آنها اطمینان داده شد و مصاحبه‌ها بر اساس کدهایی

-
1. Dependent elderly
 2. Partially dependent elderly
 3. Independent elderly

برای هر شرکت کننده انجام و ثبت شده و متن مصاحبه‌ها در فایل رمزدار در رایانه شخصی پژوهشگر نگهداری شد.

برای تحلیل داده‌های این پژوهش از روش تحلیل تماتیک استفاده شد که شامل کدگذاری، سازماندهی داده‌ها و ایجاد تم‌ها است (محمدپور، ۱۳۹۲: ۱۷۸). برای ارزیابی کیفیت نتایج، از معیار قابلیت اعتماد استفاده شد که شامل چهار مفهوم بود: قابلیت اعتبار (اعتماد به واقعی بودن یافته‌ها)، اطمینان‌پذیری (تکرارپذیری داده‌ها)، قابلیت تأیید (پرهیز از سوگیری) و قابلیت انتقال (قابلیت تعمیم به زمینه‌های مشابه) (محمدپور، ۱۳۹۲: ۲۴۴). در راستای افزایش اعتبار پژوهش، نمونه‌ها به صورت هدفمند و با در نظر گرفتن حداکثر تنوع در عواملی مانند سابقه خدمت، رشته تحصیلی مرتبط و تجربه مستقیم در ارائه خدمات روانی اجتماعی انتخاب شدند. فرآیند جمع‌آوری داده‌ها نیز تا زمانی که به اشباع اطلاعاتی رسید، ادامه یافت. در این پژوهش، برای تضمین اطمینان‌پذیری از روش تحلیل دوگانه^۱ استفاده شد. بدین منظور، بخشی از داده‌های کدگذاری شده و مضامین استخراج شده با دو گروه متخصص مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفتند، متخصصان حوزه سالمندی و مراقبت از سالمندان آسایشگاهی که با ساختار، چالش‌ها و شرایط محیطی این مراکز آشنایی کامل داشتند و ارائه‌دهندگان خدمات روانی اجتماعی شامل روان‌شناسان و مددکاران اجتماعی که تجربه مستقیم در تعامل با سالمندان و ارائه خدمات حمایتی داشتند. این گروه‌ها به طور جداگانه یافته‌ها را مرور کرده و میزان انطباق مضامین استخراج شده با محتوای واقعی داده‌ها و تجربه‌های میدانی خود را بررسی کردند. این فرآیند باعث شد تا کدها و مضامین نهایی از دقت و استحکام بیشتری برخوردار شده و از تحریف یا سوگیری احتمالی پژوهشگر جلوگیری شود.

علاوه بر این، با تحلیل تفاوت‌ها و تجربیات متنوع، دقت و اعتمادپذیری نتایج پژوهش افزایش یافت. قابلیت تأیید یا تأییدپذیری به معنای اجتناب از سوگیری است. این مفهوم به در پژوهش حاضر، برای نمایش قابلیت تأیید، فرآیند اجرای پژوهش به گونه‌ای طراحی

1. Double Coding/Peer Checking

شده که قابل پیگیری و بازبینی باشد. این معیار تضمین می‌کند که نتایج پژوهش مبتنی بر شواهد و داده‌ها بوده و از پیش‌فرض‌ها یا پیش‌بینی‌های پژوهشگر ناشی نشده است. برای دستیابی به قابلیت انتقال در این پژوهش، پژوهشگر از تکنیک‌های انعکاسی^۱ استفاده کرده است. این بدین معناست که گزارش‌های پژوهشی به صورت مفید و قابل فهم تهیه و ارائه شده‌اند تا بتوانند برای ارائه‌دهندگان خدمات روانی اجتماعی و دیگر افراد مرتبط، کاربردی و مؤثر باشند. این گزارش‌ها به زبانی ساده و روان بیان شده‌اند تا قابلیت اجرایی و عملیاتی داشته باشند و بتوانند در عمل مورد استفاده قرار گیرند.

یافته‌ها:

این پژوهش بر اساس داده‌های جمع‌آوری شده از طریق مصاحبه‌ها نیمه ساختاریافته با هدف شناسایی و تحلیل عمیق موانع پیش روی ارائه خدمات روانی اجتماعی به سالمندان مستقل و وابسته صورت گرفته است. در پژوهش حاضر ۷ مددکار اجتماعی در مقاطع کارشناسی و کارشناسی ارشد و همچنین ۱۱ روانشناس در مقاطع کارشناسی تا دکتری مشارکت داشتند. سن شرکت‌کنندگان در پژوهش بین ۲۸ تا ۵۸ سال و تجربه کاری آنها از ۱ سال تا ۲۶ سال متغیر بود. با تحلیل محتوای مصاحبه‌ها و در پاسخ به سؤالات پژوهش مبنی ۵ تم اصلی و ۱۹ مفهوم استخراج شد که به صورت کامل تشریح خواهد شد.

جدول ۱- معرفی شرکت کنندگان در پژوهش

ردیف	رشته تحصیلی	میزان تحصیلات	اشتغال به عنوان	جنس	سن	میزان تجربه
۱	مددکاری اجتماعی	ارشد	مددکار اجتماعی مرکز	زن	۲۸	۵ سال
۲	روانشناس	ارشد	روانشناس و رئیس مرکز	مرد	۴۰	۱۴ سال
۳	روانشناس	ارشد	روانشناس مرکز	زن	۳۵	۸ سال
۴	روانشناس	لیسانس	روانشناس مرکز	مرد	۳۳	۴ سال
۵	مددکاری اجتماعی	لیسانس	مددکار اجتماعی مرکز	زن	۳۷	۸ سال
۶	روانشناس	لیسانس	روانشناس مرکز	زن	۴۶	۱۳ سال
۷	مددکاری اجتماعی	ارشد	مددکار اجتماعی و کارشناس مرکز	زن	۴۰	۱۹ سال
۸	روانشناس	لیسانس	روانشناس مرکز	زن	۵۰	۱۷ سال
۹	مددکاری اجتماعی	لیسانس	مددکار اجتماعی مرکز	زن	۳۰	۵ سال
۱۰	مددکاری اجتماعی	لیسانس	مددکار اجتماعی مرکز	زن	۳۷	۱۲ سال
۱۱	روانشناس	ارشد	روانشناس مرکز	زن	۴۱	۱۲ سال
۱۲	مددکاری اجتماعی	لیسانس	مددکار اجتماعی مرکز	زن	۴۴	۱۰ سال
۱۳	روانشناس	ارشد	روانشناس و رئیس مرکز	زن	۴۳	۱۵ سال
۱۴	روانشناس	دکتری	روانشناس و رئیس مرکز	زن	۳۹	۵ سال
۱۵	مددکاری اجتماعی	لیسانس	مددکار اجتماعی و رئیس مرکز	زن	۵۸	۲۶ سال
۱۶	روانشناس	دکتری	روانشناس و رئیس مرکز	زن	۴۳	۱۷ سال
۱۷	روانشناس	ارشد	روانشناس مرکز	زن	۲۸	۱ سال
۱۸	روانشناس	ارشد	روانشناس و رئیس مرکز	زن	۴۴	۱۰ سال

موانع ارائه خدمات روانی اجتماعی به سالمندان وابسته و نیمه وابسته

در پاسخ به سؤال نخست پژوهش که مربوط به موانع ارائه خدمات روانی اجتماعی به

سالمندان وابسته و نیمه وابسته بود، دو مضمون و پنج مفهوم به دست آمد.

جدول ۲- موانع ارائه خدمات روانی اجتماعی به سالمندان وابسته و نیمه وابسته

موانع ارائه خدمات روانی اجتماعی به سالمندان وابسته و نیمه وابسته		
مضامین	مفاهیم	شماره مصاحبه‌ها
جسمانی نگرانی ارائه دهندگان خدمات	نادیده گرفتن مسائل روانشناختی در قیاس با مسائل جسمی	۱۵، ۱
	نادیده گرفتن توانمندی‌های غیرجسمانی سالمند	۱۱، ۷
	کلیشه‌های ضد سالمندی در خانواده	۱۱، ۳
محدودیت‌های جسمی و روانشناختی سالمندان وابسته	غلبه شیوه‌های تکلم محور برای ارائه و دریافت خدمات	۱۸، ۱۷، ۱۵، ۱۳، ۱۱، ۷، ۴، ۱
	تأثیر ویژگی‌های شناختی و روانی سالمندان در دریافت خدمات	۱۲، ۱۱، ۱۰، ۹، ۴، ۳

جسمانی نگرانی ارائه دهندگان خدمات:

در دیدگاه جسمانی نگر، ارائه‌دهندگان خدمات در آسایشگاه‌ها ممکن است بیشترین تمرکز خود را بر نیازها و مشکلات جسمی سالمندان وابسته و غیرمستقل قرار دهند و مسائل روانی و اجتماعی آنان را در اولویت پایین‌تری ببینند. این نگرش می‌تواند منجر به نادیده گرفتن یا کم‌اهمیت دانستن احساسات، نگرانی‌ها، اضطراب‌ها، افسردگی و سایر وضعیت‌های روانی سالمندان شود و در نتیجه، خدمات روانی اجتماعی کمتری به این افراد ارائه گردد. این کاهش توجه به ابعاد غیرجسمی زندگی سالمندان می‌تواند به نقص در مراقبت جامع منجر شده و کیفیت زندگی و رضایت آنان را تحت تأثیر قرار دهد. از این رو، درک و پاسخگویی به نیازهای روانی و اجتماعی سالمندان در کنار رسیدگی به مسائل جسمی، از اهمیت بالایی برخوردار است و مستلزم طراحی و اجرای برنامه‌هایی برای حمایت از سلامت روان آنان در محیط آسایشگاه‌هاست. توجه متوازن به جنبه‌های جسمانی و روانی، شرط اساسی ارائه خدمات بهینه و انسانی به این گروه آسیب‌پذیر است.

به مرکز باید به مسائل شناختی سالمند اهمیت بده، چیزی که من مشاهده کردم و تجربه کردم سالمندان از لحاظ جسمی ممکنه که پیشرفت کنند، سالمندانی که به مراکز مراجعه می‌کنند به لحاظ تیم پزشکی خوب سالمندان رو به یک شرایط نرمال می‌رسونن به یک ثباتی می‌رسونن، حالا داروهاشون به موقع است، قند خونشون چک میشه و... اما از لحاظ روحی و به لحاظ خلقی من بهبودی توشون نمی‌بینم و بیشتر به سمت پایین است، یک سیر نزولی رو طی میکنه (مصاحبه شونده ۱).

نادیده گرفتن توانمندی‌های غیر جسمانی سالمند: مفهوم نادیده گرفتن توانمندی‌های غیر جسمانی سالمند وابسته و نیمه‌وابسته، به عدم توجه به ابعاد روحی، اجتماعی و روانی افراد سالمند اشاره دارد که در ارائه خدمات روانی اجتماعی به سالمندان وابسته و نیمه‌وابسته مورد توجه قرار نمی‌گیرد. این موضوع می‌تواند برای سالمندان آسایشگاهی یک مانع اساسی در بهره‌مندی از خدمات مناسب و ارتقای کیفیت زندگی‌شان تبدیل شود. از جمله توانمندی‌های غیر جسمانی سالمند می‌توان به نیازها و وضعیت روحی و روانی، تجربیات زندگی، شخصیت، استقلال و ارتباطات اجتماعی اشاره کرد. عدم توجه به این ابعاد زندگی سالمندان می‌تواند منجر به افزایش مشکلات روانشناختی و کاهش رضایت از زندگی شود.

یک باور غلط در مورد سالمندی هست که ما فکر می‌کنیم سالمندی یعنی پیری و فرسودگی و ناتوانمندی اما اعتقاد من این است به صورت کلی فرد ناتوان نمی‌شود و فقط دچار یک ضعف جسمانی می‌شود، کاهش علائم فیزیولوژیکی فرد مثل شنوایی، بینایی، لرزش دست‌ها برای فرد ایجاد می‌شود (مصاحبه شونده ۱).

کلیشه‌های ضد سالمندی در خانواده: کلیشه‌های ضد سالمندی در خانواده به الگوها، باورها و رفتارهایی اشاره دارد که منجر به نادیده گرفتن نیازها، یا عدم احترام نسبت به افراد سالمند در خانواده می‌شود. این کلیشه‌ها ممکن است منجر به ایجاد موانع جدی در ارتباطات و ارتباطات عاطفی با سالمندان شود، از جمله عدم توجه به نیازهای روانی و اجتماعی آنها، تحمیل احساس بی‌اهمیتی و ناکارآمدی به آنان، یا حتی نادیده گرفتن احساسات و انتقادات نادرست. این الگوها می‌توانند در فرهنگ خانوادگی ریشه‌انداز شوند

و تأثیرات عمیقی بر روابط داخل خانواده و حتی ارائه خدمات روانی اجتماعی به سالمندان در آسایشگاه‌ها داشته باشند.

سالمندی در مرکز ما بوده که به علت کم خونی او را در بیمارستان بستری کردیم و برای درمان او نیاز به هزینه بوده که خانواده قبول نکرده که هزینه‌ها را پرداخت بکند و بیان می‌کند که سالمند ما عمر خود را کرده است و نیاز به هزینه‌های اضافه نیست (مصاحبه شونده ۳).

محدودیت‌های جسمی و روانشناختی سالمندان وابسته:

محدودیت‌های جسمی و روانشناختی در سالمندان وابسته به مجموعه‌ای از مشکلات و ناتوانی‌هایی اشاره دارد که بر اثر فرآیند سالمندی و عوامل مختلف دیگر ایجاد می‌شوند و موجب محدودیت در قابلیت اجرای فعالیت‌های روزمره، ارتباطات اجتماعی و بهره‌وری روانشناختی می‌شوند. این محدودیت‌ها می‌توانند شامل مسائل فیزیولوژیکی مانند ضعف عضلات، کاهش توانایی حرکتی و ناتوانی در انجام فعالیت‌های روزمره باشند. علاوه بر این، مسائل روانشناختی مانند افسردگی، اضطراب و اختلالات حافظه نیز به عنوان محدودیت‌های روانشناختی شناخته می‌شوند که توانایی ارتباطی و انجام فعالیت‌های روزمره را تحت تأثیر قرار می‌دهند. این محدودیت‌ها بر فرآیند ارائه خدمات روانی و اجتماعی به سالمندان در آسایشگاه‌ها تأثیرگذار است.

غلبه شیوه‌های تکلم محور برای ارائه و دریافت خدمت: در غلبه شیوه‌های تکلم محور برای ارائه و دریافت خدمات از سالمند وابسته ارتباطات بیشتر بر پایه فرایندهای یک‌طرفه و تکلیف‌مندانه بنا شده و از تعامل دوطرفه و همدلی کاسته می‌شود. این شیوه محدودیت‌هایی مانند نبود فضای برای ابراز احساسات و نگرش‌ها، کاهش اطمینان و رابطه تعاملی بین سالمندان و ارائه‌دهندگان خدمات را به همراه دارد. بدین ترتیب، افراد سالمند ممکن است احساس کنند که نیازها و مسائل ذهنی و روحی خود را به‌طور کامل ابراز نکرده‌اند، در حالی که ارائه‌دهندگان خدمات نمی‌توانند به بهترین شکل از نیازها و مسائل

آنها آگاه شوند. به علاوه، این محدودیت می‌تواند باعث افزایش احساس انزوا و افسردگی در سالمندان شود و به کاهش اثربخشی و رضایت از خدمات ارائه شده منجر گردد. گروهی که وابسته هستند شرایط جسمی آنها به شکلی است که همیشه باهاشون تعامل برقرار کرد ما فقط بچشمون بر نظارت و مراقبت از اونهاست، یعنی اینکه رو عوامل محیطی بیشتر تمرکز می‌کنیم مثلاً اینکه به همون اندازه‌ای که به بقیه توجه میشه به این توجه میشه (مصاحبه شونده ۱).

اما سالمندانی هم هستند که دچار معلولیت نیستند و مشکل خاص جسمانی هم ندارند اما دچار دمانس باشند و با توجه به این مشکلی که دارند نمی‌توان با آنها ارتباط مناسبی گرفت و به آنها خدمات موثری ارائه کرد (مصاحبه شونده ۴).

تأثیر ویژگی‌های شناختی و روانی سالمندان در دریافت خدمات: ویژگی‌های شناختی و روانی سالمندان وابسته و غیرمستقل نقش بسیار مهمی در دریافت خدمات روانی اجتماعی در آسایشگاه‌ها ایفا می‌کنند. این ویژگی‌ها شامل عواملی مانند توانایی ذهنی، حافظه، توجه و ارتباطات بین فردی است. سالمندان با ویژگی‌های شناختی قوی‌تر، بیشتر می‌توانند از خدمات روانی بهره‌مند شوند و از آنها به‌طور موثرتری استفاده کنند. سالمندان وابسته و نیمه‌وابسته بر اساس وضعیت جسمی، روانی و شناختی خود قادر به دریافت بسیاری از خدمات نیستند. این شرایط موجب محرومیت این سالمندان از خدمات خواهد شد.

برخی سالمندان به علت شرایط جسمی و ویژگی‌های مغزی که پیدا می‌کنند نمی‌توانند صداهای بم بلند و حتی برخی صداهای زیر و جیغ را راحت دریافت بکنند و این صدا باعث اعصاب خوردی و احساس بدی در این سالمندان می‌شود (مصاحبه شونده ۳).

امکان دارد سالمندی نتواند بر اساس شرایط جسمی خود در کارگاه‌ها شرکت کنند و یا فرد پرخاشگری باشد و کارگاه‌ها را به هم بریزد. برخی سالمندان با توجه به شرایط روانشناختی ایشان مجبور به استفاده از داروهای خواب‌آور می‌باشند و این خود باعث می‌شود که آنها نتوانند از دریافت خدمات به خوبی استفاده کنند. برخی سالمندان از شرایط داخل مراکز و یا از مراقبان تأثیر

چالش‌های فرآیند ارائه خدمات روانی اجتماعی به سالمندان ... ، محمدی و هاشمی | ۱۴۵

می‌پذیرند و اگر این تأثیر منفی باشد آنها را در دریافت خدمات با مشکل مواجه می‌کند زیرا آنها تعامل مناسب را نخواهند داشت (مصاحبه شونده ۹).

موانع فرایند ارائه خدمات روانی اجتماعی به سالمندان مستقل

در پاسخ به سؤال دوم پژوهش که ناظر بر موانع فرایند ارائه خدمات روانی اجتماعی به سالمندان مستقل بودف سه ۳ مضمون و چهارده مفهوم به دست آمد.

جدول ۳- موانع ارائه خدمات روانی اجتماعی به سالمندان مستقل

موانع ارائه خدمات روانی اجتماعی به سالمندان مستقل		
مضامین	مفاهیم	شماره مصاحبه
غیر همراه بودن خانواده	عدم مشارکت خانواده در بازپیوند با محیط بیرون	۱۷، ۱۵، ۱۳، ۱۲، ۱۱، ۸، ۷، ۲، ۳، ۱
	تعارض بین فرزندان در مورد چگونگی ارتباط با والد	۱۷، ۱۵، ۱۳، ۱۲، ۱۰، ۴، ۱
	کمبود آگاهی و اعتماد خانواده در مورد خدمت مناسب سالمند	۱۷، ۱۶، ۱۴، ۱۳، ۹، ۳، ۲
	عدم وجود تعامل مناسب خانواده با سالمند	۱۳، ۱۲، ۱۱، ۱۰، ۹، ۶، ۵، ۴، ۳ ۱۷، ۱۴
آشنفتگی در فرایند خدمت‌دهی	عدم تفکیک سالمندان در مراکز بر اساس وضعیت جسمی - روانی	۱۰، ۹، ۷، ۱
	بی توجهی به تنوع جایگاه اجتماعی پیشین سالمندان در ارائه خدمت	۱۸، ۱۴، ۱۲، ۱۰، ۹، ۷، ۳، ۱
	کیفیت گروهی کارکردن اعضا	۱۷، ۱۶، ۱۲، ۱۱، ۹، ۸، ۷، ۶، ۴، ۱ ۱۸
	نقض اختیار تصمیم‌گیری سالمندان مستقل	۱۵، ۱۱، ۹، ۳، ۱

	زمان خالی و وقت گذارنی سالمند	۱۰، ۴
	تنوع کم ارائه خدمت منجر به کاهش کیفیت خدمات	۱۷، ۱۵، ۱۳، ۱۲، ۱۱، ۹، ۷، ۵
	تفاوت‌های زبانی در ارائه خدمات	۱۳، ۱۰، ۹، ۱
مقاومت در سالمندان	تأثیر نگرش سالمندان در دریافت خدمت	۱۷، ۱۴، ۱۲، ۱۱، ۲
	دیدگاه منفی سالمند به برخی فعالیت‌های گروهی	۱۰، ۳
	عدم ارتباط گیری سالمندان با مراقبان	۱۶، ۱۴

غیر همراه بودن خانواده:

غیر همراه بودن خانواده برای سالمندان مفهومی جامع و گسترده است که به وجود آمدن احساس تنهایی، انزوا و عدم احساس ارتباط اجتماعی و حمایت از سوی افراد نزدیک را توصیف می‌کند. برای بسیاری از سالمندان که به آسایشگاه‌ها مراجعه می‌کنند، این وضعیت می‌تواند منجر به افزایش اضطراب، افسردگی و احساس ناامنی شود. عدم حضور خانواده به عنوان یک منبع حمایت، توجه و مراقبت می‌تواند از جمله موانع اصلی در ارائه خدمات روانی و اجتماعی به سالمندان در آسایشگاه‌ها باشد، زیرا این افراد اغلب دارای احساس عدم ارتباطات اجتماعی و نیازمند تعامل و ارتباطات انسانی مؤثر هستند.

عدم مشارکت خانواده در بازپیوند با محیط بیرون: عدم مشارکت خانواده در بازپیوند سالمند با محیط بیرون نشانگر یکی از مهمترین موانع در ارتباطات اجتماعی و روانی سالمندان آسایشگاهی است. وقتی که خانواده فرآیند بازگشت سالمند به محیط اجتماعی را به دلایل مختلف تسهیل نمی‌کنند، این مسئله می‌تواند منجر به احساس تنهایی، اضطراب و افزایش خطر ابتلاء به اختلالات روانی در سالمندان گردد. علاوه بر این، عدم حضور و

پشتیبانی خانواده ممکن است سالمندان را از احساس تعلق به جامعه و ارتباط با دیگران منع کند، که این موضوع می‌تواند عملکرد روانی و اجتماعی آنها را به طور قابل توجهی تحت تأثیر قرار دهد. بنابراین، عدم مشارکت خانواده در فرآیند بازپیوند سالمند با محیط بیرون، می‌تواند به عنوان یک موانع مهم در ارائه خدمات روانی و اجتماعی به سالمندان آسایشگاهی تلقی شود.

مشکلات سالمند اطلاع داده میشه به خانواده که مثلاً سالمندشون دچار این مشکل شده و شما در جریان باشید که ایشون این خدمات رو لازم داره یا حالا خودتون میخواین بیاین ببرینشون بیرون از مرکز برای حل مشکلش یا رضایت نامه بدین که ما سالمند رو به بیرون از مرکز ببریم اما خانواده اجازه نمیده (مصاحبه شونده ۱).

یعنی خانواده همکاری نمی‌کند و حتی یک روز سالمند را به مرخصی نمی‌برد تا در کنار خانواده باشد و حتی یک ناهار را با سالمند نمی‌خورند (مصاحبه شونده ۱۵).

تعارض بین فرزندان در مورد چگونگی ارتباط با والد: مشکل تعارض بین فرزندان در مورد چگونگی ارتباط با والد و عدم اجازه به یکدیگر برای ملاقات با سالمند، نه تنها ابعاد خانوادگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه بر روابط اجتماعی و روانی سالمندان نیز تأثیر گذار است. این مسئله نشان‌دهنده از دست دادن آزادی و استقلال فردی سالمندان توسط فرزندان است و به شدت می‌تواند احساس تنهایی، عدم ارزش‌گذاری و از دست دادن حقوق فردی را در آنها به وجود آورد. از دیدگاه روان‌شناختی، این تعارض می‌تواند منجر به افزایش استرس، اضطراب و افسردگی در سالمندان شود، زیرا ارتباط اجتماعی و حضور خانواده برای آنها از اهمیت بسیاری برخوردار است. به علاوه، این وضعیت می‌تواند باعث تضعیف اعتماد به نفس و احساس عدم توانایی در سالمندان شود، که در نهایت به وخامت روانی آنها منجر می‌شود.

یه چالشی کلاً خانواده‌های سالمندان دارن، چالش فرزندان با همدیگه، این میگه نکردی، اون میگه تو کوتاهی کردی یا بحث این مسائل مالی که دارن مثل تقسیم ارث و... حالا اینو می‌خوام بهتون بگم چجوری توی خدمات تأثیر می‌ذاره،

این فرزند خب همه فرزندان سالمندان سه تا بچه داره، این میگه این کار رو بکن، این میگه نه اینکار رو نکن، این میگه من می‌برمش، اون میگه خب خودم می‌برمش و دعواشون همیشه اصلاً سالمند رو نمی‌برن، این میگه تو ببر، اون میگه تو ببر یعنی چالش بین فرزندان روی اون خدماتی که تو می‌خوای ارائه بدی اثر میداره، بچه کوچیک میگه حق نداره خواهر کوچیکه به مامانم بزنه، خب مامان میگه من می‌خوام با بچه‌ام حرف بزنم با دختر کوچیکم حرف بزنم، تو به عنوان مددکار می‌خوای فضایی فراهم کنی که این بتونه تعامل ایجاد کنه با بچه هاش و به اون نیازمند سالمند پاسخ بدی ولی خب مشاجره اون تعارضه این اجازه رو نمی‌ده به بخشش آینه (مصاحبه شونده ۱).

کمبود آگاهی و اعتماد خانواده در مورد خدمت مناسب سالمند: کمبود آگاهی و اعتماد خانواده نسبت به خدمات روانی اجتماعی برای سالمندان در آسایشگاه‌ها نقش بسیار مهمی در موانع ارائه این خدمات دارد. آگاهی ناکافی خانواده از اهمیت و نیازهای روانی سالمندان می‌تواند باعث عدم توجه به این خدمات و حتی انکار وجود مشکلات روانی در سالمندان شود. از طرف دیگر، کمبود اعتماد خانواده به توانایی آسایشگاه‌ها در ارائه خدمات مناسب و مؤثر به سالمندان، می‌تواند باعث نپذیرفتن آنها از این خدمات یا حتی انتخاب آسایشگاه‌های نامطلوب و ارائه مراقبت‌های غیررسمی شود. از این رو، ایجاد آگاهی و اعتماد در خانواده‌ها نسبت به خدمات روانی اجتماعی برای سالمندان ضروری است تا ارتقاء کیفیت مراقبت‌ها و زندگی روانی این گروه از افراد تسهیل گردد.

نداشتن دانش و آگاهی خانواده می‌تواند روند ارائه خدمات به سالمند را تحت تأثیر خود قرار دهد گاهی خانواده‌ها با مرکز جهت ارائه خدمات به سالمند همراه نمی‌شوند چون فکر می‌کنند اون خدمات برای سالمندش مناسب نیست و اگر مرکز بخواهد که طبق تشخیص خودش به سالمند خدمت ارائه کند، خانواده ممکن است سالمند را از مرکز ببرن (مصاحبه شونده ۲).

عدم وجود تعامل مناسب خانواده با سالمند: عدم وجود تعامل مناسب خانواده با سالمند، به عدم فراهم شدن فضایی از ارتباط و تعامل فعال بین سالمند و اعضای خانواده

منجر می‌شود. این مسئله نشانگر فاصله‌های اجتماعی و احساس تنهایی سالمندان می‌باشد که می‌تواند به کاهش کیفیت زندگی و رضایت آنان از زندگی در آسایشگاه‌ها منجر شود. ارتباط ناکارآمد یا محدود با اعضای خانواده، می‌تواند احساس ناامنی و ناراحتی را در سالمندان افزایش داده و بر روابط اجتماعی آنان تأثیر منفی بگذارد. از دیگر پیامدهای این عدم تعامل می‌توان به کاهش حمایت اجتماعی و کاهش ارتباطات مؤثر بین فردی اشاره کرد. این وضعیت به عنوان یکی از موانع ارائه خدمات روانی و اجتماعی به سالمندان مستقل آسایشگاه‌های می‌باشد.

سالمندان گاهی تقاضای دیدار با خانواده خود یا تماس با فرزندان خود را دارد که مددکار اجتماعی باید این تقاضاها را پاسخ دهد حال برخی فرزندان در این بین می‌گویند که ما وقت نداریم یا تمایلی برای تعامل با سالمندان ندارند که مددکار اجتماعی باید این خلأها را پوشش دهد (مصاحبه شونده ۹).

یکی از مشکلات اصلی خانواده‌ها که با آن روبرو هستیم وجود مشکلات روانی در خود خانواده است مثلاً خانواده‌ای که وسواس دارد یا خانواده‌ای که پرخاشگری دارد می‌تواند مشکل درست کنند و من طبق تجربه خودم می‌گویم این خانواده‌ها باعث می‌شوند سالمند پسرفت کند (مصاحبه شونده ۱۳).

آشفستگی در فرایند خدمت دهی:

آشفستگی در فرایند خدمت‌دهی به سالمندان در آسایشگاه‌ها به وضوح نشان‌دهنده نقصان و ناهماهنگی در ارائه خدمات روانی و اجتماعی به این گروه از افراد است. این مفهوم به دلیل شرایط مختلفی که در آسایشگاه‌ها برای سالمندان وجود دارد، به وجود می‌آید. به عبارت دیگر، آشفستگی در فرایند خدمت‌دهی به سالمندان نشان‌دهنده عدم هماهنگی و عدم توافق بین محیط، منابع و نیازهای واقعی افراد سالمند در آسایشگاه است که منجر به کاهش کیفیت خدمات و افزایش ناراضیاتی آنها می‌شود.

عدم تفکیک سالمندان در مراکز بر اساس وضعیت جسمی- روانی: عدم تفکیک سالمندان در مراکز بر اساس وضعیت جسمی- روانی به عدم توجه به نیازهای متنوع و گوناگون این گروه از افراد اشاره دارد. در بسیاری از موارد، آسایشگاه‌ها و مراکز مراقبتی تفکیک سالمندان را بر اساس نیازهای جسمی آنان سازماندهی نمی‌کنند و به مواردی مانند بیماری‌ها، نیازهای مراقبتی و فعالیت‌های روزانه توجه زیادی نمی‌شود. همچنین نیازهای روانی و اجتماعی سالمندان نیز که همچنان مهم و اساسی هستند، در تفکیک سالمندان آسایشگاهی نادیده گرفته می‌شود. عدم توجه به این نیازها می‌تواند منجر به احساس انزوا، افزایش مشکلات روانشناختی، کاهش اعتماد به نفس و کیفیت زندگی پایین‌تر برای این سالمندان شود.

متأسفانه یکی از چالش‌هایی که مراکز سالمندان با اون روبرو هست همین عدم طبقه بندی هست و خدمات براساس انواع سالمندان تفکیک نمی‌شود (مصاحبه شونده ۷).

این هم نیاز سالمندان به صورت کلی در نظر گرفته شده است و به صورت همه جانبه و تفکیک خاصی برای آنها انجام نشده است که براساس گروه‌های هدف مختلف قابل اجرا باشد و این قوانین قدیمی هستند. قوانین شرایط کل را نگاه می‌کنند (مصاحبه شونده ۱۰).

بی توجهی به تنوع جایگاه اجتماعی پیشین سالمندان در ارائه خدمت: در مفهوم بی‌توجهی به تنوع جایگاه اجتماعی پیشین سالمندان در ارائه خدمت، به نادیده گرفتن یا کم‌توجهی به تفاوت‌ها و جایگاه پیشین اجتماعی افراد سالمند در آسایشگاه‌ها اشاره داریم. این موضوع به عدم توجه به فرهنگ، موقعیت اجتماعی، زبان، اعتقادات و تجربیات متنوع افراد سالمند، که به دلیل تفاوت‌های جغرافیایی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی متفاوتی را تجربه کرده‌اند، اشاره دارد. این بی‌توجهی می‌تواند منجر به عدم ارائه خدمات مناسب و مؤثر به افراد سالمند شود و از دیدگاه روانی و اجتماعی، می‌تواند احساس عدم درک شدگی، ناامیدی و انزوا را در آنان تقویت کند.

سالمند ما در اینجا یک قاضی است و برای او نحوه ارائه خدمات مهم است. برای او بعضی خدمات ابتدایی و بچه گانه به نظر می‌آیند (مصاحبه شونده ۱۴). مثلاً سالمندانی در اینجا وجود دارند که جایگاه اجتماعی خیلی بالایی دارند و مددکار اجتماعی که در نگاه آنها نصف سن فرزندانشان را دارند برایشان پذیرفته شده نیست که با آنها بگویند چه کار بکند و چه کار نکند (مصاحبه شونده ۱۰).

کیفیت گروهی کار کردن اعضا: تأثیر پایین بودن کیفیت تیمی کار کردن اعضای تیم در ارائه خدمات روانی اجتماعی به سالمندان در آسایشگاه‌ها از اهمیت چشمگیری برخوردار است. کیفیت تیمی به میزان هماهنگی، ارتباطات مؤثر، همکاری مؤثر و تعامل مثبت بین اعضای تیم اشاره دارد. وقوع موانعی همچون نبود ارتباط مؤثر بین اعضای تیم، عدم تفهیم و تطابق درباره اهداف و مسئولیت‌ها و عدم تقسیم کار به منظور بهره‌وری بیشتر از منابع، می‌تواند باعث کاهش کیفیت خدمات ارائه شده به سالمندان گردد. این موانع می‌توانند به تضعیف همبستگی و تعامل میان اعضای تیم منجر شده و باعث افزایش خطاها، کاهش میزان رضایت سالمندان و کاهش بهره‌وری در ارائه خدمات روانی اجتماعی گردند. بنابراین، تأمین و تقویت کیفیت تیمی و ارتباطات مؤثر میان اعضای تیم از اهمیت بالایی برخوردار است و می‌تواند بهبود قابل ملاحظه‌ای در ارائه خدمات به سالمندان در آسایشگاه‌ها داشته باشد.

کارکنان با هم باید ارتباط داشته باشند و بتوانند مسائلشان را با هم حل بکنند اگر کارکنان از هم خشمگین باشند و نتوانند بیان بکنند شاید این خشم را بر روی سالمند پیاده بکنند (مصاحبه شونده ۱۷).

ارائه خدمات به سالمندان در مراکز باید به صورت کار تیمی انجام شود و خیلی مهم است که یک ارتباط مناسب کارکنان با یکدیگر داشته باشند. اگر پرسنل با یکدیگر تعامل مناسبی نداشته باشند رسیدگی به سالمند کم می‌شود (مصاحبه شونده ۱۸).

نقض اختیار تصمیم‌گیری سالمندان مستقل: در حوزه موانع ارائه خدمات روانی اجتماعی به سالمندان آسایشگاهی، نقش داشتن یا نداشتن و اختیار تصمیم‌گیری سالمندان

مستقل، مفهومی بسیار تأثیر گذار در زندگی آنان است. این مسئله به معنای احترام به حقوق انسانی، ارزش‌های فردی و حفظ ارزش و کرامت فرد سالمند می‌باشد. زمانی که سالمندان مستقل دچار محدودیت‌های فیزیکی یا شناختی می‌شوند و اختیار تصمیم‌گیری مستقل خود را از دست می‌دهند، احترام به حقوق آنان در ارتباط با تصمیم‌های مرتبط با زندگی شخصی و خدمات روانی اجتماعی به آنان اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. عدم احترام به این حق می‌تواند منجر به احساس ناامنی، عدم رضایت و افزایش احتمال مشکلات روانی و اجتماعی در سالمندان گردد. از سوی دیگر، نبود اختیار تصمیم‌گیری سالمندان مستقل در دریافت خدمات روانی اجتماعی، عدم ارتباطات میان سالمندان و ارائه‌دهندگان خدمات، کاهش احترام و اعتماد به نفس آنان را در پی خواهد داشت.

مثلاً سالمند هوشیار دوست دارد شب، هر ساعتی که دلش بخواهد بخوابد و استراحت کند. هر ساعتی دلش بخواد شام بخورد، نهار بخورد، ولی در آسایشگاه‌ها طبق مقررات مثلاً ساعت ۷ شب باید شام بخوره ساعت ۸ و ۳۰ بخوابد یا حداکثر ساعت ۹ بخوابد. دیگه نمی‌تواند بشیند فیلم نگاه کند پس بنابراین این سالمند نمی‌پذیرد در مرکز بماند احساس می‌کند نیازهای عاطفی و روانیش نادیده گرفته شده است چون واقعاً این سالمند مستقل هست اما نمی‌تواند از این استقلالش استفاده کند. سالمندان مستقل نیاز به استقلال دارند اما استقلالیه که در آسایشگاه به دست نمی‌آورند. سالمندان مستقل همه کارهایشان را خودشان می‌توانند انجام بدهند، می‌توانند تصمیم‌گیری بکنند اما در آسایشگاه‌ها اون استقلال را ندارند. وقتی می‌آید در آسایشگاه می‌تواند تصمیم بگیرد مثلاً دلش بخواهد یک لباس برای خودش بخرد ولی پولی در اختیار ندارد یا مثلاً امروز نان لواش دوست ندارد، دلش می‌خواد برود یک نان سنگک بخرد ولی پولی اجازه‌اش را ندارد چون در محیط آسایشگاه قرار دارد، پس از نظر روانی آن سالمند دچار مشکل می‌شود و استقلال دارد اما نمی‌تواند از استقلالش استفاده کند (مصاحبه شونده ۱۵).

هیچ قانونی وجود ندارد که بگوید سالمندی که خودش هوشیار است و

شناخت دارد و می‌تواند برای خودش تصمیم بگیرد، چرا فرزندان او می‌توانند به جای او تصمیم بگیرند و او را به خانه سالمندان بپارند. شاید سالمند بخواهد به خانه خودش برود و فرزندش به او اجازه نمی‌دهد و اگر من و مددکار بخواهم از حقوق او دفاع بکنم از هیچ طریقی نمی‌توانم این کار را انجام دهم. این مهمترین دلیل که مانع ارائه خدمات درست به بیمار میشه (مصاحبه شونده ۱).

زمان خالی و وقت گذارنی سالمند: زمان خالی در زندگی سالمندان آسایشگاهی نقش مهمی ایفا می‌کند و به معنای فرصت‌های از دست رفته و عدم اشتغال فعالیت‌های معنی‌دار در زندگی روزمره آنان است. برای بسیاری از سالمندان آسایشگاهی که از شرایط بدنی و روانی نسبتاً مناسبی برخوردارند، زمان خالی آنها در آسایشگاه می‌تواند منجر به احساس افسردگی، خستگی و از دست دادن ارتباط با جامعه شود. این مسئله می‌تواند تأثیر مخربی بر روی سلامت روانی آنان داشته باشد و حالات خلقی آنان را تحت تأثیر قرار دهد.

تایم خالی که سالمندان در مرکز دارند می‌تواند باعث خستگی روحی و احساس خستگی در سالمندان شود (مصاحبه شونده ۴).

بر اساس نگاه مدیر و کارکنان و نظارت‌ها و خود مراکز می‌توانند موانع مختلف وجود داشته باشد. سالمندانی که در مراکز حضور دارند ساعات خالی زیادی را تجربه می‌کنند که برنامه خاصی برای آنها وجود ندارد، ساعتی از شبانه روز را به استراحت می‌پردازند و نیم ساعت با مددکار اجتماعی و نیم ساعت با روانشناس و یک ساعت با مراقبه و نهایتاً یک ساعت با یکدیگر صحبت کنند و ساعت‌های زیادی را در بین برنامه‌های ایشان به صورت خالی و بدون برنامه هستند. سالمندان مستقل اوقات فراغت زیادی دارد و با هر برنامه‌ای که آن را بشود پرکرد استفاده می‌کنند اما بیشتر در خاطرات گذشته خود سفر می‌کند و به اتفاق خوب و بد زندگی‌شان دائم فکر می‌کنند (مصاحبه شونده ۱۰).

تنوع کم ارائه خدمت منجر به کاهش کیفیت خدمات: تنوع کم در ارائه خدمات روانی و اجتماعی به سالمندان در آسایشگاه‌ها می‌تواند به کاهش کیفیت این خدمات منجر

شود. زیرا هر فرد سالمند دارای نیازها، تجربیات و وضعیت‌های روانی و اجتماعی منحصر به فردی است. اگر خدمات ارائه شده به سالمندان تنها به یک فرمول یا الگوی مشخص محدود شود و به اندازه کافی تنوع نداشته باشد، قادر به پاسخگویی به نیازهای متنوع این افراد نخواهد بود. این می‌تواند باعث عدم رضایت از خدمات، احساس عدم توجه و ترس از عدم فهم نیازهای فردی و در نتیجه کاهش کیفیت زندگی و رضایت از خدمات ارائه شده شود.

اما خدمات آنقدر وجود ندارد که من بگویم در حال حاضر رضایت وجود دارد. خدمات خاصی که بگویم برای سالمندان در مراکز اجرا می‌شود خیر اینگونه نیست خدمات خاصی وجود ندارد اگر خدمتی نیز باشد خود مراکز برای سالمندان در نظر می‌گیرند در قالب چند کلاس و کارگروهی و از لحاظ کیفیت متغیر است نسبت به مراکز و ارائه‌کنندگان می‌تواند کیفیت خدمات تغییر کند مصاحبه شونده (۱۳).

تفاوت‌های زبانی در ارائه خدمات: تفاوت‌های گویش سالمند نشانگر عاملی است که در فرآیند تعامل و ارتباط بین سالمندان و ارائه‌دهندگان خدمات و همچنین ارائه خدمات روانی اجتماعی به آنها نقش دارد. داشتن زبان و گویش متفاوت سالمندان و عدم آشنایی ارائه‌کنندگان خدمات با این گویش‌ها موجب عدم تعامل مناسب و عدم درک شدن سالمندان خواهد شد. این امر موجب عدم درک نیازها، انتظارات و مشکلات خاصی که هر فرد سالمند دارد، می‌شود.

داشتن زبان متفاوت می‌تواند بسیار مؤثر باشد مثلاً سالمندی که فقط زبان ترکی بلد بود و من چون فارس بودم باید حتماً یک مراقب که زبان ترکی بلد بود را برای مترجم استفاده می‌کردم و این باعث می‌شود که هم سالمند خسته شود و هم زمان طولانی مدتی را برای برقراری ارتباط مصرف شود و در نهایت ارتباط آن طوری که باید گرفته نمی‌شود و آن حس هم‌دلی و صمیمیت بین سالمند و مددکار اجتماعی ایجاد نمی‌شود (مصاحبه شونده ۱۰).

مقاومت در سالمندان:

مقاومت در سالمندان به واکنش‌ها، الگوها و رفتارهایی اشاره دارد که سالمندان به منظور مقاومت در برابر تغییرات، پذیرش خدمات یا مشارکت در فرآیندهای درمانی و روان‌درمانی از خود بروز دهند. این مقاومت ممکن است به دلیل عوامل مختلفی از جمله روانشناختی، فرهنگی، احساس عدم کنترل بر وضعیت خود، فقدان اعتماد به خدمات ارائه شده یا حتی عدم توانایی در فهم و درک نیازهای خود ایجاد شود.

تأثیر نگرش سالمندان در دریافت خدمت: نگرش سالمندان نقش بسیار حیاتی در دریافت خدمات روانی و اجتماعی دارد، زیرا این نگرش می‌تواند بر کیفیت و اثربخشی خدمات تأثیرگذار باشد. سالمندان که با نگرش مثبت و بازنگری به زندگی خود و خدمات ارائه شده می‌پردازند، ممکن است از طریق مشارکت فعال و همکاری با متخصصین روان‌شناختی و اجتماعی بهبود قابل توجهی در کیفیت زندگی خود تجربه کنند. از طرف دیگر، سالمندانی که با نگرش منفی یا تردیدآمیز به این خدمات نزدیک می‌شوند، ممکن است از استفاده کامل و مؤثر از آنها منع شوند. نگرش منفی می‌تواند از ارتباط مؤثر بین سالمندان و ارائه‌دهندگان خدمات جلوگیری کند و در نهایت، تأثیر منفی بر روی بهبود وضعیت روانی و اجتماعی آنان داشته باشد. بنابراین، توجه به نگرش سالمندان و ایجاد بسترهای مناسب برای افزایش اعتماد و مشارکت آنها در فرآیند دریافت خدمات ضروری است تا بهبودی مثبت در زندگی آنان بوجود آید.

اما بعضی از سالمندان خدمات را پس می‌زنند مانند نقاشی و بیان می‌کنند مگر ما بچه هستیم که اینگونه کارها را انجام بدهیم (مصاحبه شونده ۱۲).

سالمندان مستقل افرادی هستند که بیشترین چالش‌ها را برای مراکز درست می‌کنند چون این افراد هوشیاری دارند و می‌توانند نیازهای مختلف خود را بیان کنند (مصاحبه شونده ۱۴).

دیدگاه منفی سالمند به برخی فعالیت‌های گروهی: در مواجهه با برخی فعالیت‌های گروهی در آسایشگاه‌های سالمندان، برخی افراد سالمند ممکن است دیدگاه‌های منفی

داشته باشند. این دیدگاه‌ها ممکن است ناشی از عوامل مختلفی باشند از جمله احساس ناتوانی یا از دست دادن کنترل بر وضعیت فردی خود، احساس نداشتن استقلال و نبود احساس تعلق به گروه یا حتی عدم رضایت از نوع برنامه یا اجرای برخی فعالیت‌ها. برخی افراد ممکن است احساس کنند که فعالیت‌های گروهی منجر به از دست دادن حریم خصوصی‌شان می‌شود و با این موضوع مخالفت داشته باشند. همچنین داشتن پیشینه فرهنگی و اجتماعی برخی سالمندان موجب می‌شود تا برخی سالمندان برنامه‌های ارائه شده را متناسب با شأن و جایگاه خود ندانند و از همراهی و مشارکت با آن برنامه‌ها خودداری کنند.

برخی سالمندان در ابتدا با بازی‌های گروهی و کارهای گروهی ارتباط نمی‌گیرند و وارد نمی‌شوند مثلاً سالمندانی که در رقص شرکت نمی‌کنند و یا سالمندانی که در زمانی که کلاس نقاشی برگزار می‌شود می‌گویند مگر ما کودک هستیم که بخواهیم نقاشی کنیم (مصاحبه شونده ۳).

عدم ارتباط‌گیری سالمندان با مراقبان: عدم ارتباط‌گیری سالمندان با مراقبان در آسایشگاه‌ها می‌تواند به شکلی بروز کند که سالمندان قادر به برقراری ارتباط‌های مؤثر و معنادار با مراقبان خود نباشند. این عدم ارتباط می‌تواند برگرفته از مسائل مختلفی از جمله مشکلات روانی، اجتماعی یا فیزیکی باشد. این وضعیت ممکن است ناشی از احساس تنهایی، افسردگی، کاهش توانایی‌های تعاملی و ارتباطی سالمندان یا نیز ناتوانی مراقبان در برقراری ارتباط و ارائه حمایت مناسب باشد.

برخی سالمندان ارتباط خوبی با مراقبین نمی‌گیرند و در دریافت خدمات همکاری لازم را ندارند مخصوصاً سالمندانی که هوشیاری و شناخت دارند (مصاحبه شونده ۱۴).

مراکز برای سالمندان خدمات را قرار می‌دهند اما اینکه آیا دریافت خواهند کرد یا نه با خود سالمندان است زیرا گاهی سالمندان نمی‌توان ارتباط خوبی با مربی و آموزش دهنده‌های خدمات برقرار بکنند. خود سالمندان تعیین‌کننده هستند در دریافت خدمت و ادامه آن خدمت (مصاحبه شونده ۱۶).

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش، با هدف شناسایی و تحلیل موانع ارائه خدمات روانی اجتماعی به سالمندان ساکن در آسایشگاه، به بررسی عمیق دیدگاه‌ها و تجربیات ارائه‌دهندگان خدمات در آسایشگاه‌های خصوصی پرداخته شد. تحلیل داده‌ها نشان داد که خدمات روانی اجتماعی در این مراکز با موانعی در سطوح فردی، سازمانی و ساختاری روبه‌روست که کیفیت و اثربخشی خدمات را تحت تأثیر قرار می‌دهد. یافته‌ها در دو بخش جداگانه برای سالمندان وابسته و نیمه‌وابسته از یک‌سو و سالمندان مستقل از سوی دیگر تحلیل شدند و مضامین گوناگونی را بازتاب دادند.

برای چالش‌های فرآیند ارائه خدمات روانی اجتماعی به سالمندان وابسته و نیمه‌وابسته، دو مضمون اصلی استخراج شد. مضمون نخست جسمانی‌نگری ارائه‌دهندگان خدمات بود که به نحوه نگرش کارکنان و مراقبان به سالمندان اشاره دارد. در بسیاری از موارد، ارائه‌دهندگان خدمات تمرکز خود را صرفاً بر وضعیت جسمانی سالمندان قرار داده و جنبه‌های روانی، عاطفی و اجتماعی آن‌ها را نادیده می‌گیرند. چنین نگرشی، منجر به تقلیل انسان به بدن فیزیکی می‌شود و توانمندی‌های شناختی، ارتباطی و هیجانی سالمند را از چرخه مراقبت حذف می‌کند. در این نگاه تقلیل‌گرایانه، اضطراب، افسردگی، احساس طردشدگی، دل‌زدگی از زندگی یا نیاز به هم‌صحبتی و معناجویی، در نظام خدماتی مورد غفلت واقع می‌شود. از سوی دیگر، سالمندان نیز به دلایل مختلفی نظیر احساس شرم، ترس از قضاوت یا عادت به بی‌توجهی مزمن، از بیان مشکلات روانی خود پرهیز می‌کنند. این وضعیت، نوعی چرخه معیوب نابخورداری را ایجاد می‌کند که در آن، نیازهای روانی اجتماعی به حاشیه رانده شده و در اولویت مراقبت قرار نمی‌گیرد. در چنین شرایطی، نه تنها کیفیت خدمات پایین می‌آید، بلکه احساس بی‌ارزشی، انزوا و بی‌معنایی در سالمند تقویت می‌شود. مضمون دوم در این بخش محدودیت‌های جسمی و روان‌شناختی سالمندان وابسته است. این محدودیت‌ها که شامل کاهش توان حرکتی، زوال شناختی، ضعف در حافظه، کندی در گفتار و دشواری در درک و پاسخ‌گویی به محرک‌هاست، تعامل مؤثر بین

سالمند و ارائه‌دهنده خدمات را مختل می‌سازد. بسیاری از مراقبان به دلیل این محدودیت‌ها، توانمندی‌های دیگر سالمندان را نادیده می‌گیرند و از آن‌ها انتظار انفعال دارند. این نگرش باعث می‌شود سالمند از فضای تصمیم‌گیری، مشارکت اجتماعی یا فعالیت‌های فرهنگی حذف شود. کلیشه‌هایی مانند سالمند دیگر چیزی یاد نمی‌گیرد یا احتیاج به فکر کردن ندارد، در نظام مراقبتی بازتولید می‌شود و بر روابط خانواده با سالمند نیز تأثیر می‌گذارد. خانواده‌ها نیز تحت تأثیر این کلیشه‌ها، نقش حمایتی خود را در زمینه‌های روانی اجتماعی کم‌رنگ می‌کنند و تمرکز خود را صرفاً به پیگیری سلامت جسمی سالمند معطوف می‌سازند. این امر موجب می‌شود سالمند به تدریج احساس بی‌نیازی از خود، ناتوانی در تأثیرگذاری و طرد اجتماعی را تجربه کند.

در بخش مربوط به سالمندان مستقل، سه مضمون اصلی شناسایی شد. مضمون نخست، «غیرهمراه بودن خانواده» بود که یکی از مهم‌ترین چالش‌های روانی اجتماعی سالمندان مستقل محسوب می‌شود. این افراد اگرچه از توانایی‌های ذهنی و حرکتی برخوردارند و قابلیت مشارکت فعال در تصمیم‌گیری‌ها و روابط اجتماعی را دارند، اما به واسطه انزوای عاطفی و بی‌توجهی خانواده، احساس رهاشدگی و بی‌ارزشی را تجربه می‌کنند. بسیاری از این سالمندان نیازمند حفظ پیوندهای خانوادگی و مشارکت در جریان زندگی فرزندان و نوه‌های خود هستند، اما فضای آسایشگاه و عدم تعامل مؤثر خانواده‌ها، آن‌ها را در وضعیتی قرار می‌دهد که از نظر عاطفی، طردشده تلقی می‌شوند. نوری (۱۳۹۷) نیز به نقش حیاتی خانواده در حمایت از سالمندان و بهبود کیفیت خدمات اشاره دارد. این بی‌توجهی در تضاد کامل با نظریه فعالیت است که بر نقش مؤثر مشارکت اجتماعی در سلامت روان سالمندان تأکید دارد. در نتیجه، این سالمندان در فضای آسایشگاه با نوعی کناره‌گیری تحمیلی مواجه‌اند و نارضایتی پنهان از زندگی را تجربه می‌کنند. مضمون دوم آشفستگی در فرایند خدمت‌دهی است که به بی‌نظمی‌ها، عدم تناسب خدمات با نیازهای واقعی سالمندان و نادیده گرفتن جایگاه اجتماعی، فرهنگی و فردی آن‌ها اشاره دارد. در برخی موارد، خدماتی که به سالمندان ارائه می‌شود نه تنها با نیازهای واقعی آن‌ها هماهنگ

نیست، بلکه فاقد احترام و حساسیت فرهنگی لازم نیز هست. سالمند ممکن است از طبقه اجتماعی یا پیشینه فرهنگی خاصی باشد و انتظار داشته باشد که این پیشینه در رفتار کارکنان و نوع خدمات لحاظ شود، اما در عمل با خدماتی یکنواخت و استاندارد شده مواجه می‌شود که نه تنها احساس احترام را در او تقویت نمی‌کند، بلکه منجر به دلسردی و مقاومت نیز می‌گردد. این ناهماهنگی‌ها، موجب کاهش کارآمدی خدمات روانی اجتماعی و گسست رابطه معنادار بین مراقب و سالمند می‌شود. مضمون سوم مقاومت در سالمندان است که ناظر بر واکنش سالمندان به کیفیت و نوع خدمات دریافتی است. این مقاومت می‌تواند ریشه در تجربیات گذشته، احساس بی‌اعتمادی یا ادراک منفی از کارکنان داشته باشد. بسیاری از سالمندان در مواجهه با خدماتی که با نیاز یا شأن آنها همخوانی ندارد، به جای همکاری، با سکوت، بی‌تفاوتی یا حتی مقابله غیرمستقیم واکنش نشان می‌دهند. این مقاومت، اگرچه در ظاهر به عنوان مانع از سوی کارکنان تلقی می‌شود، اما در واقع بازتابی از کیفیت پایین ارتباط و فقدان رویکرد انسانی در خدمت‌رسانی است. در واقع، بخشی از این مقاومت نه به شخصیت سالمند، بلکه به ناکارآمدی و ناهماهنگی سیستم مراقبتی بازمی‌گردد.

در جمع‌بندی نهایی، می‌توان گفت چالش‌های فرآیند ارائه خدمات روانی اجتماعی در آسایشگاه‌ها صرفاً به عوامل فردی محدود نمی‌شود، بلکه در بستری از عوامل ساختاری، فرهنگی و نگرشی شکل می‌گیرد. نظام خدمات‌رسانی به سالمندان در بسیاری از موارد فاقد رویکرد جامع‌نگر، انعطاف‌پذیر و انسان‌محور است. ارائه‌دهندگان خدمات، عموماً آموزش کافی برای درک تفاوت‌ها، حساسیت‌های فرهنگی و اقتضائات روانی افراد مسن را ندارند. نبود برنامه‌های ساختاریافته، ضعف در هماهنگی میان خانواده و آسایشگاه و کلیشه‌های ذهنی درباره سالمندی، سبب شده‌اند تا خدمات روانی اجتماعی به حاشیه رانده شود. یافته‌های این پژوهش تأکید می‌کنند که برای دستیابی به مراقبتی با کیفیت و متناسب با نیازهای سالمندان، لازم است دیدگاه‌های سنتی نسبت به سالمندی اصلاح شود، آموزش‌های تخصصی برای کارکنان ارتقا یابد و طراحی خدمات روانی اجتماعی با مشارکت فعال سالمندان و خانواده‌های آنان صورت گیرد.

پیشنهادات

در مجموع، یافته‌های این پژوهش نشان داد که چالش‌های جدی در فرآیند ارائه خدمات روانی اجتماعی به سالمندان آسایشگاهی ریشه در نگرش‌های محدود و غیرجامع، نبود برنامه‌ریزی منسجم و فقدان حساسیت نسبت به تفاوت‌های فردی، روانی و فرهنگی سالمندان دارد. بر این اساس، نخستین پیشنهاد اساسی پژوهش، ضرورت بازنگری در نگرش غالب جسمانی‌نگر در میان ارائه‌دهندگان خدمات است؛ نگرشی که بنا بر مضمون جسمانی‌نگری شناسایی شده در یافته‌ها، موجب نادیده گرفتن جنبه‌های روانی و اجتماعی سالمندان، به‌ویژه سالمندان وابسته و نیمه‌وابسته، می‌گردد. برای اصلاح این وضعیت، لازم است دوره‌های آموزشی و آگاهی‌بخشی هدفمند برای مراقبان، مددکاران اجتماعی و روان‌شناسان طراحی شود که آن‌ها را نسبت به اهمیت ابعاد روانی، هیجانی و اجتماعی سالمندان و تأثیر آن بر کیفیت زندگی، حساس و توانمند سازد. با توجه به مضمون محدودیت‌های جسمی و روانشناختی، پیشنهاد می‌شود برنامه‌های تطبیقی و چندحسی برای سالمندان طراحی شود تا بتوان با موانع ناشی از افت شناختی، مشکلات حرکتی یا اختلالات ارتباطی مقابله کرد. استفاده از روش‌هایی چون تحریک حسی چندگانه، فعالیت‌های گروهی ساده‌شده، تقویت حافظه و ارتباط چهره‌به‌چهره ساختارمند، می‌تواند در ارتقای مشارکت سالمندان و تقویت احساس توانمندی آن‌ها مؤثر باشد. همچنین، ضروری است خدمات روانی اجتماعی به‌گونه‌ای طراحی شوند که سالمندان صرف‌نظر از وضعیت وابستگی یا استقلال‌شان، امکان حضور فعال و باکرامت را در تعاملات روزمره داشته باشند. در پاسخ به مضمون غیرهمراه بودن خانواده، پیشنهاد می‌شود برنامه‌هایی برای توانمندسازی و درگیرسازی خانواده‌ها طراحی گردد تا آنان نقش فعال‌تری در حمایت عاطفی، روانی و اجتماعی از سالمندان ایفا کنند. این حمایت می‌تواند از طریق ایجاد فضاهای مشارکت خانوادگی در مراکز، کارگاه‌های آموزشی و برنامه‌های مشاوره‌ای برای خانواده‌ها عملیاتی شود. در پی مضمون آشفتگی در فرآیند خدمت‌دهی، توصیه می‌شود که الگوهای خدماتی انعطاف‌پذیر و حساس به تفاوت‌های فردی و فرهنگی تدوین شود. طراحی خدماتی که با شأن اجتماعی سالمند، نیازهای شخصی و پیشینه فرهنگی او

هماهنگ باشد، نه تنها باعث افزایش رضایت سالمندان می‌شود بلکه مقاومت آن‌ها در برابر خدمات را کاهش خواهد داد. در نهایت، در راستای مضمون مقاومت در سالمندان، باید به سالمندان نقش فعال‌تری در فرآیند تصمیم‌گیری درباره خدمات داده شود و ارتباط میان آنان و ارائه‌دهندگان خدمات تقویت گردد. این امر مستلزم به‌کارگیری رویکردهای مشارکت‌محور، تقویت مهارت‌های ارتباطی کارکنان و ایجاد بسترهایی برای گفت‌وگو و بازخورد از سوی سالمندان است.

بر این اساس، تغییر در نگرش‌ها، ارتقای مهارت‌های حرفه‌ای، طراحی خدمات مبتنی بر نیاز و زمینه‌های فردی و مشارکت فعال خانواده، چهار ستون اصلی برای بهبود کیفیت خدمات روانی اجتماعی در مراکز نگهداری سالمندان محسوب می‌شوند. اجرای این پیشنهادها می‌تواند، در پرتو یافته‌های این پژوهش، گامی مؤثر در جهت ارتقای کیفیت زندگی سالمندان و تحقق مراقبتی جامع و انسانی باشد.


محدودیت‌های پژوهش


در پژوهش حاضر، یکی از محدودیت‌های اصلی، عدم صدور مجوز از سوی سازمان بهزیستی برای انجام مصاحبه با سالمندان آسایشگاهی بود که موجب شد دیدگاه‌های مستقیم سالمندان، به‌عنوان یکی از منابع مهم داده، در تحلیل نهایی لحاظ نشود. این امر امکان شناخت عمیق‌تر از نیازها و تجربیات زیسته آنان را محدود کرد. همچنین، اگرچه تلاش شد از آسایشگاه‌های خصوصی در مناطق مختلف تهران داده گردآوری شود تا از سوگیری مکانی و اقتصادی جلوگیری شود، اما به دلیل نبود آسایشگاه‌های دولتی در تهران و عدم امکان دسترسی به مرکز کهریزک، داده‌ها صرفاً از مراکز خصوصی جمع‌آوری شد. علاوه بر این، عدم همکاری برخی مدیران آسایشگاه‌ها برای اجازه ورود پژوهشگر به مراکزشان نیز محدودیتی دیگر بود که فرایند گردآوری داده‌ها را با دشواری مواجه ساخت.

تعارض منافع

تعارض منافع ندارم.

ORCID

Elham Mohammadi  <https://orcid.org/0000-0002-4913-0194>

Mohamad Hashemi  <https://orcid.org/0009-0005-7747-3847>

منابع

- ابراهیم نجف‌آبادی، اعظم؛ شفیع زاده، رؤیا. (۱۳۹۴)، *مددکاری اجتماعی سالمندان*. تهران: نشر علم.
- بوالهروی، جعفر؛ حسامی، سیدمهدی و شرفی، محمدرضا. (۱۳۸۸)، بررسی وضعیت سلامت روان سالمندان و نیازهای روانی-اجتماعی آنان. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران*، ۱۷(۴)، ۴۵-۵۳.
- حامدی، دorsa؛ اکبری، میمنت و نوری ممینی، نسیمه. (۱۴۰۱)، چالش‌ها و راهکارهای ارائه خدمات کاردرمانی در درمان‌های حمایتی در سالمندان مقیم آسایشگاه. *اولین کنگره بین المللی مراقبت‌های تسکینی و حمایتی در سالمندان*، کاشان، <https://civilica.com/doc/1858294>
- خادمی، احمد. (۱۳۹۹). معاون امور توانبخشی استان تهران. برگرفته از سایت <https://www.behzisti.ir/news/23848/78>
- رضمانی اول، مصطفی؛ احدی، حسن؛ عسکری، پرویز و نجات، حمید. (۱۳۹۹)، اثر بخشی بهزیستی درمانگری بر احساس تنهایی و تنظیم شناختی هیجان سالمندان مبتال به افسردگی غیر بالینی. *پژوهش‌های علوم روانشناختی*، دوره نوزدهم، شماره ۸.
- زمانزاده، وحید؛ پاک‌پور، وحید؛ سلیمی، صدیقه؛ رحمانی، آزاد؛ محمدی، عیسی و شیخ‌نژاد، لیلا. (۱۳۹۷)، نارضایتی: تجاب سالمندان ایرانی از زندگی در سرای سالمندان. مرکز تحقیقات پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران، *نشریه پرستاری ایران*، دوره سی و یکم، شماره صد و دوازده، ۵۶-۶۶.
- دستورالعمل شرایط و ضوابط اختصاصی مراکز توانبخشی و نگهداری سالمندان (توانبخشی و مراقبتی شبانه روزی سالمندان ۱۳۹۶).
- عزیزی زین‌الحاجلو، اکبر؛ امینی، ابوالقاسم و صادق تبریزی، جعفر. (۱۳۹۴)، پیامدهای سالمندی جمعیت در ایران با تأکید بر چالش روزافزون نظام سلامت. *نشریه تصویر سلامت*، دوره ۶، شماره ۱، ص ۵۴-۶۴.

چالش‌های فرآیند ارائه خدمات روانی اجتماعی به سالمندان ... ، محمدی و هاشمی | ۱۶۳

- النحاس، فائزه؛ نایبی، هوشنگ؛ حسینی، سیدحسن و محمدی، الهام. (۱۴۰۱)، اثر ابعاد سرمایه فرهنگی و اجتماعی بر کیفیت زندگی سالمندان در مراکز مراقبت سالمندی (مطالعه موردی آسایشگاه خیریه کهریزک). *پژوهشنامه مددکاری اجتماعی*، ص ۸۷-۱۳۰.

- فروغ عامری، گناز؛ گواری، فاطمه؛ نظری، طاهری، رشیدی نژاد، معصومه و افشار زاده، پوران. (۱۳۸۱)، تعاریف و نظریه‌های سالمندی. *فصلنامه حیات*، دوره هشت، شماره یک، ۴-۱۳.

- قلی پور، زینب؛ محمودی مجدآبادی فراهانی، محمود؛ ریاحی، لیلا و حاجی نبی، کامران. (۱۳۹۸)، عوامل مؤثر بر ارائه خدمات سالمندی فعال در ایران. *نشریه مدیریت بهداشت و درمان*، دوره دهم، شماره ۲، ص ۶۱-۷۲.

- کارادک، ونسان؛ ترجمه کباری، سوسن. (۱۳۹۱)، *جامعه‌شناسی پیری و پیرشدگی*. تهران، انتشارات جامعه‌شناسان.

- کالشد، ورونیکا؛ مولندر، اودری؛ ترجمه فریده همتی. (۱۳۸۸)، *مدیریت در خدمات اجتماعی*. تهران، سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت)، ص ۸۲-۸۳.

- کشیری، ربابه. (۱۳۹۱)، بررسی تأثیر خدمات اجتماعی-رفاهی بر سلامت اجتماعی و روانی سالمندان (نمونه مورد بررسی: سالمندان بالای ۶۰ سال شهر گرگان). *پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی، دانشگاه الزهراء*.

- محمدپور، احمد. (۱۳۹۲)، *روش تحقیق کیفی ضد روش*. تهران، نشر جامعه‌شناسان، جلد دوم، ص ۱۷۹-۱۸۷.

- محمدپور، احمد. (۱۳۹۲)، *روش تحقیق کیفی ضد روش*. تهران، نشر جامعه‌شناسان، جلد دوم، ص ۲۴۱-۲۴۵.

- معصومی، لیلا. (۱۳۹۱)، نقش خدمات مددکاری اجتماعی در ارتقاء کیفیت زندگی افراد سالمند: افراد سالمند دریافت کننده خدمات مددکاری اجتماعی از مؤسسه خیریه کهریزک محمد شهر کرج. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مددکاری از دانشگاه علامه طباطبائی*.

- موسوی چلک، سیدحسن. (۱۳۸۴)، ارزش‌های اساسی در ارائه خدمات اجتماعی، *نشریه برنامه*، شماره ۱۳۸.

- American Psychological Association. (2004). Recommended principles and practices for the provision of humanistic psychosocial services: Alternative to

- mandated practice and treatment guidelines. *The Humanistic Psychologist*, 32, 3-75. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1080/08873267.2004.9961745>
- Hatfield, Agnes B.. (1999). Barriers to serving older adults with a psychiatric disability. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 270-276. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1037/h0095234>
 - Kevin M. Smith, Amy Restorick Roberts, Nancy Kusmaul, Denise Gammonley, Paige Hector, Kelsey Simons, Colleen Galambos, Robin P. Bonifas, Chris Herman, Deirdre Downes, Jean C. Munn, Giang Rudderham, Elizabeth A. Cordes & Robert Connolly show less. (2021). About a Third of Nursing Home Social Services Directors Have Earned a Social Work Degree and License. *Journal of Gerontological Social Work*, 64, 699-720. Retrieved from <https://doi.org/10.1080/01634372.2021.1891594>
 - Estela Cabañero-Garcia, Roberto Martinez-Lacoba, Isabel Pardo-Garcia & Elisa Amo-Saus. Barriers to health, social and long-term care access among older adults: a systematic review of reviews. *Int J Equity Health* 24, 72 (2025). <https://doi.org/10.1186/s12939-025-02429-y>
 - Amy Restorick Roberts, Kevin Smith, Mercedes Bern-Klug, Paige Hector. (2021). Barriers to Psychosocial Care in Nursing Homes as Reported by Social Services Directors. *Journal of Gerontological Social Work*, 64(0163-4372), 832-850. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1080/01634372.2021.1937766>
 - Pfeffer, J., & Cote, J. (1991). *The social psychology of organizations*. New York: McGraw-Hill.
 - Sheryl Zimmerman, Robert Connolly, Joan L. Zlotnik, Mercedes Bern-Klug & Lauren W. Cohen. (2012). Psychosocial Care in Nursing Homes in the Era of the MDS 3.0: Perspectives of the Experts. *Journal of Gerontological Social Work*, 55, 444-461. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1080/01634372.2012.667525>
 - Joan Zlotnik, Betsy Vourlekis, Colleen Galambos. (2006), Improving Psychosocial Care in Nursing Home Settings: The Next Challenge. *Health & Social Work*, 31, 84. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1093/hsw/31.2.83>
 - Usar Suragarn, Debra Hain, Glenn Pfaff (2021). Approaches to enhance social connection in older adults: an integrative review of literature. *Aging and Health Research*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ahr.2021.100029>.

استناد به این مقاله: راه نجات، میترا و خورشیدی، فاطمه. (۱۴۰۴). موانع چندبعدی کاهش کار کودک در ایران در چارچوب اجرای طرح ساماندهی کودکان خیابانی، پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، ۱۲(۴۳)، ۱۶۶-۱۲۱.



Social Work Research Journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

پیوست

سؤالات مصاحبه:

۱. به عنوان مددکار اجتماعی واژه خدمات روانی و یا اجتماعی در مورد سالمندان آسایشگاه‌ها، چه مفهومی برای شما دارد؟ ۲. به نظر شما خدمات روانی و اجتماعی که باید به سالمندان آسایشگاه‌ها ارائه شود چگونه باید باشد؟ به نظر شما کیفیت این خدمات در آسایشگاه‌ها چگونه است؟ ۳. به نظر شما چه تفاوت‌هایی در سالمندان آسایشگاه‌ها وجود دارد (از نظر جسمی، اجتماعی، روانی و...) که در ارائه خدمات روانی و اجتماعی به آنها مهم و تأثیر گذار است؟ ۴. در ارائه خدمات به سالمندان آسایشگاه، تفاوت بین سالمندان چه تأثیراتی می‌تواند در ارائه خدمات داشته باشد؟ ۵. با توجه به اینکه در آسایشگاه، همانگونه که می‌دانید برخی سالمندان وابسته و نیمه‌وابسته هستند (یعنی دچار آلزایمر شدید یا زمین‌گیری هستند) و برخی مستقل هستند (یعنی روبه‌راه و سرپا هستند و حافظه و ارتباط خوبی دارند) چه نوع خدمات خاصی به هر کدام از آنها ارائه می‌دهید؟ ۶. براساس تجربه‌ای که در کار با سالمندان دارید، نیازهای روانی و اجتماعی سالمندان از نظر اینکه سالمندان به صورت سالمندان وابسته، نیمه‌وابسته و مستقل تقسیم می‌شوند چگونه است؟ ۷. با توجه به نیازهای سالمندان آیا خدماتی که از نظر روانی و اجتماعی در آسایشگاه‌ها ارائه می‌شود کافی است؟ به نظر شما اگر خدمات ارائه شده کافی نیست، چه خلاءهای در ارائه خدمات وجود دارد و چگونه برطرف می‌شود؟ ۸. در کار با سالمندان (مستقل، وابسته و نیمه‌مستقل) خود سالمندان در رابطه با کیفیت ارائه خدمات چگونه می‌توانند تأثیر گذار باشند؟ (با توجه به ابعادی مثل روحیه، جنسیت، وضعیت اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و...) ۹. به نظر شما تأثیر خانواده سالمندانی که در آسایشگاه ساکن هستند در نحوه ارائه خدمات (روانی، اجتماعی و...) چگونه است؟ آیا خانواده‌ها موانعی در ارائه خدمات روانی و اجتماعی ایجاد می‌کنند؟ ۱۰. به نظر شما رابطه بین مددکاران اجتماعی

و کارکنان آسایشگاه‌ها باید چگونه باشد؟ آیا کیفیت این روابط در ارائه خدمات به سالمندان آسایشگاه تأثیر گذار است؟ (آیا این تأثیرات مثبت است یا منفی؟) ۱۱. به نظر شما در کار با سالمندان آسایشگاه، مددکار اجتماعی چه مهارت‌ها، تجربه‌ها و خصوصیتی باید داشته باشد؟ به عنوان مددکار اجتماعی تأثیر این موارد را برای ارائه خدمات روانی و اجتماعی چگونه می‌بینید؟ ۱۲. به عنوان مددکار اجتماعی که به سالمندان آسایشگاه خدمت ارائه می‌دهید، رابطه مدیر با شما و رویکرد مدیریتی که با شما دارند، چگونه در ارائه خدمات به سالمندان تأثیر می‌گذارد؟ ۱۳. به نظر شما موانع ایجاد شده توسط مدیران آسایشگاه برای مددکاران اجتماعی در ارائه خدمات به سالمندان چیست؟ ۱۴. به نظر شما در کار با سالمندان چه قوانین و مقرراتی در آسایشگاه‌ها وجود دارد که مانع ارائه مطلوب خدمات به سالمندان می‌شود؟ ۱۵. به نظر شما به عنوان مددکار اجتماعی سالمندان، چه سیاست‌گذاری‌هایی باید انجام شود تا موانع ارائه خدمات روانی اجتماعی برای سالمندان برداشته شود تا شما بتوانید خدمات خوبی به سالمندان آسایشگاه‌ها ارائه دهید؟ ۱۶. شما به عنوان مددکار اجتماعی چه راهکارها و فعالیت‌هایی برای رفع موانع برای ارائه خدمات روانی و اجتماعی به سالمندان آسایشگاه‌ها پیشنهاد می‌دهید؟