

تجارب روحی سالمندان در فرایند اسکان در سرای سالمندان

...

چکیده

: امروزه سپردن سالمندان به سرای سالمندان سیر صعودی دارد. درک این که چرا چنین مکانی اغلب بوسیله سالمندان به عنوان «آخرین نشانه شکست» در نظر گرفته می شود، اهمیت دارد. زیرا این نوع نگرش اثر منفی بر سازگاری مقیمان سالمند در هنگام مواجهه با این چالش می گذارد. درک چگونگی تجارب احساسی سالمندان، برای ادامه زندگی در سرای سالمندان اهمیت دارد. هدف پژوهش، توصیف تجارب روحی سالمندان در فرایند اسکان سرای سالمندان بوده و سؤال کلی پژوهش، ساختار و معنی تجارب روحی سالمندان در فرایند اسکان در سرای سالمندان چگونه است؟، می باشد.

: در این مطالعه از روش فنومنولوژی که رویکردی کیفی است، استفاده شده است. نمونه ها از میان سالمندان مقیم در سراهای سالمندان خصوصی و دولتی در شهر اصفهان انتخاب گردیدند. نمونه گیری مبتنی بر هدف بوده و تا اشباع اطلاعات که در آخر تعداد شرکت کنندگان به ۱۰ نفر رسید، ادامه یافت. پژوهشگر از یادداشت برداری زمینه ای هم در تکمیل فرایند جمع آوری داده ها بهره گرفت. روش کلایزی جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات بکار رفته و استحکام این مطالعه بر اساس دو معیار اطمینان پذیری و باور پذیری بوده است.

: یافته های حاصل از تجارب احساسی سالمندان، شامل ۷۰ کد، ۱۵ زیر مفهوم و ۲ مفهوم اصلی بودند. از مجموع یافته های این پژوهش، ۲ مفهوم کلی (اجزاء ساختاری تجربه) استخراج شدند که عبارتند از: احساسات در متن زندگی در سرای سالمندان و احساسات بدو پذیرش.

: در این مطالعه، سالمندان نسبت به نقل مکان و اقامت در سرای سالمندان احساسات مختلفی داشتند. به عبارتی هر سالمند با توجه به زمینه ای که قبلاً در آن زندگی می کرده و توقعات خود، دیدگاه متفاوت و تجارب منحصر به فردی از سکونت در سرای سالمندان داشت و به بیان نیازها، انتظارات، احساسات و تجارب روحی اش پرداخت. انتظار می رود که به حمایت اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی سالمندان توجه شود و مؤسسات، پرورش جسم، ذهن و روح سالمندان را بخشی از مراقبت کلی در نظر گیرند، زیرا با محدود کردن مراقبت ها به نیازهای جسمی، منکر حق سالمندان به داشتن فرصت هایی برای زندگی با معنی، با هدف و امید خواهیم شد.

کلید واژه ها:

/// : // :

(*)

مقدمه

در نیمه سال ۲۰۰۴، ۱۰ درصد از جمعیت جهان یعنی ۶۰۶ میلیون نفر، در سن ۶۰ سال یا بالاتر بودند.^(۱) پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۵ این رقم از مرز یک میلیارد و صد میلیون نفر تجاوز نماید. در سال ۱۹۹۷، ۳۴ میلیون آمریکایی، ۶۵ ساله و بالاتر بودند که انتظار می‌رود این جمعیت تا سال ۲۰۳۰ دو برابر شود.^(۲) طبق سرشماری ۱۳۷۵ (مطابق ۱۹۹۶ میلادی)، ۶/۶ درصد جمعیت ایران بالای ۶۰ سال بودند که تا سال ۱۴۰۹ (مطابق ۲۰۳۰ میلادی)، این رقم به بیش از ۱۰ درصد کل جمعیت، یعنی به حدود ۸/۵ میلیون نفر افزایش خواهد یافت.^(۳) به این ترتیب پیر شدن جمعیت، چالش‌های عمیقی را در عرصه‌های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی بوجود می‌آورد.^(۴)

در آمریکا تقریباً ۲ میلیون آمریکایی در خانه‌های پرستاری (Nursing homes) زندگی می‌کنند، که پیش‌بینی می‌شود، این رقم تا سال ۲۰۳۰ به ۵ میلیون نفر برسد.^(۲) روزانه بین ۴ تا ۵ درصد از سالمندان بالاتر از ۶۵ سال در خانه پرستاری به طور تمام وقت زندگی می‌کنند.^(۵) در ایران نیز سپردن سالمندان به آسایشگاه‌های سالمندان سیر صعودی دارد.^(۶) درک این‌که چرا چنین مکانی اغلب بوسیله سالمندان به عنوان «آخرین نشانه شکست» در نظر گرفته می‌شود، اهمیت دارد. زیرا این نوع نگرش اثر منفی بر سازگاری مقیمان سالمند در هنگام مواجهه با این چالش می‌گذراند. درک چگونگی تجارب احساسی سالمندان، برای ادامه زندگی در سرای سالمندان اهمیت دارد. نتایج مطالعه‌ای تحت عنوان بررسی برداشت‌های سالمندان از اقامت در سرای سالمندان در هنگ کنگ، نشان داد که آن‌ها کلاً احساسات مختلفی نسبت به این

مکان داشته‌اند.^(۷) همچنین در تحقیق انجام شده روی سالمندان تهران، در پاسخ به این سؤال که احساس آن‌ها قبل از پذیرش در آسایشگاه چه بوده است؟، مشخص شد که بیش از ۲۸ درصد آنان قبل از پذیرش احساس خوشحالی داشته‌اند.^(۳) به علاوه نتایج مطالعه دیگری نشان داد که نیمی از زنان سالمند چینی مقیم در سرای سالمندان، خوشحالی شان را از رهایی از انجام کارهای خسته کننده خانه داری بیان کرده‌اند، آن‌ها اظهار کرده‌اند که در گذشته برای دیگر اعضای خانواده شان خیلی سخت کار کرده‌اند.^(۷)

البته انتقال به سرای سالمندان، در متون، به عنوان عمده ترین نقل مکان تأثیر گذار بر سالمندان شناخته شده است، از آنجا که تلاش کمی به طور ارزشمند جهت مرور و ترکیب بدنه دانش مربوط به تجارب سالمندان با چنین نقل مکانی صورت گرفته است، این به فقدان تلاش جمعی در ایجاد استراتژی‌هایی برای کمک به سالمندان در سازگاری توأم با احترام و موفقیت در چنین مکانی، منتهی می‌شود.^(۸)

نگرش تنها عامل مهمی است که نحوه سالمندی را تحت تأثیر قرار می‌دهد.^(۹) خرافه‌ها و اکاذیبی در مورد پیری وجود دارند که جداسازی این خرافه‌های پیری از واقعیت‌ها، اولین قدم در درک احساسات فرد و ایجاد نگرش مثبت درباره پیری است.^(۱۰) همچنین عموم مردم، نگرش مثبتی نسبت به اسکان در سرای سالمندان ندارند.^(۱۱) گرچه پذیرش به این سراها، در ارتباط با الگوی زندگی سنتی، گسستگی زیادی را در سطح جامعه مطرح می‌کند، سالمندان نه تنها با تغییر در مکان فیزیکی فضای اولیه زندگی مواجه می‌شوند، بلکه با تغییر در الگوهای زندگی روزانه، شبکه‌های اجتماعی و حمایتی نیز روبرو می‌شوند. بنابراین، ورود به سرای اقامتی، بیشترین تأثیر تنیدگی و ترس را

بر سالمندان می‌گذارد.^(۷) از سوی دیگر بعضی از مطالعات نشان داده‌اند که بسیاری از افراد مقیم در سرای سالمندان، احساس در خانه بودن می‌کنند.^(۱۲) چنین درکی از تجربه پیری به پرستاران در تغییر دیدگاه‌ها درباره پیری، کمک خواهد کرد.^(۱۳) به این ترتیب، پرستاران باید منحصر به فرد بودن افراد مقیم را در خصوص نیازهایشان تشخیص دهند.^(۱۴) زیرا هدف مراقبت مقیم محور، حمایت فرصت‌هایی برای رشد مستمر، تشویق ارتباطات معنی‌دار با خانواده و جامعه و توجه به نیازهای شخصی و تمایلات هر مقیم و محترم شمردن شیوه‌های زندگی و مهارت‌های هر فرد در این مکان است.^(۵) چرا که سالمندی دوران عزلت و تنهایی نبوده و فصل تکامل هستی و به ثمر نشستن اندیشه‌هاست^(۱۴) و سالمند و به طور کلی هر انسانی حتی فردی که از نظر جسمی آسیب دیده است، هنوز دارای سرچشمه‌های حیاتی است که می‌تواند او را به زندگی مستقل و رضایت‌بخش برگرداند.^(۱۵) پیری می‌تواند به طور مناسب تری به‌عنوان کل همه تغییراتی که در شخص با گذشت زمان روی می‌دهد، تعریف شود. تأثیر بر چگونگی پیر شدن فرد، ناشی از چند حیطة است که شامل فرآیندهای فیزیولوژیکی، روانشناختی، جامعه‌شناسی و فرآیندهای روحی است. افت فیزیولوژیکی همراه با پیری، آسان‌تر درک شده تا این که پیری به عنوان فرآیندی از رشد و تکامل در نظر گرفته شود.^(۱۶) علاوه بر تغییرات فیزیولوژیکی، تغییراتی در زندگی هم‌زمان با سالمندی روی می‌دهد. همچنین تغییراتی در حافظه، توانایی‌های هوشی و یادگیری و آسیب‌پذیری در تعاملات با افزایش سن روی می‌دهند. لغت خانه پرستاری، برای توصیف مؤسساتی به کار می‌رود که به افراد با بیماری‌های مزمن و نقایص فیزیکی خدمت می‌کنند. تمرکز

مراقبت بر افرادی است که نیاز به بستری شدن در بیمارستان نداشته، اما در مراقبت از خودشان ناتوان هستند.^(۱۷)

خدمات بهداشت روانی که نقش مهمی را در سالمندی پویا به عهده دارد، باید به عنوان یک بخش اصلی در مراقبت طولانی مدت قلمداد شود. عدم تشخیص صحیح یا جدی نگرفتن بیماری روانی (به ویژه افسردگی) و هم چنین میزان خودکشی در سالمندان نیاز به توجه ویژه ای دارد.^(۱۸) پژوهشگر امیدوار است که نتایج این پژوهش، گامی در راه ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان در این اماکن و شناخت مشکلات آنان بوده و مورد استفاده مسئولین در سراهای سالمندان برنامه‌ریزان بهداشت و درمان و نهادهای اجرایی قرار گیرد. سؤال کلی پژوهش، ساختار و معنی تجارب احساسی سالمندان از سکونت در سرای سالمندان چگونه است؟، می‌باشد.

روش بررسی

شناسایی احساسات و عواطف بشری با روش‌های کمی مشکل می‌باشد، برای بررسی این عواطف و هیجانات از تحقیق کیفی استفاده می‌شود.^(۱۹) روش پژوهش در این مطالعه، فنومنولوژی است. فنومنولوژی روش تحقیقی با ریشه فلسفی و با تمرکز بر آنچه که افراد درباره اعمال روزانه بیان می‌کنند یا تجارب افراد و چگونگی تفسیر این تجارب است.^(۲۰) به عبارت دیگر، فنومنولوژی، کشف و ایجاد بینش نسبت به دنیا آن‌طور که تجربه می‌شود، است.^(۲۱) یافته‌های این مطالعه از انجام مصاحبه و یادداشت برداری در عرصه (Field notes) در سراهای سالمندان جمع‌آوری شدند. انتخاب شرکت‌کنندگان در مصاحبه بر اساس روش نمونه‌گیری هدفمند و این که نمونه‌ها مایل به مصاحبه و دارای تجربه بوده

وقادر به یادآوری و بیان تجارب روزمره نزدیک باشند و غنی از اطلاعات بودند، صورت گرفت.

نوع مصاحبه در این مطالعه، بدون ساختار و عمیق بود. در این مطالعه، محقق از یادداشت برداری‌های در عرصه نیز جهت ثبت موارد مشاهده شده، تعاملات، ارتباطات، شرایط محیطی و حرکات غیر کلامی استفاده کرد. جمع آوری اطلاعات از سراهای سالمندان خصوصی و دولتی یا خیریه در شهر اصفهان انجام شد. جمع آوری اطلاعات پس از کسب مجوزهای لازم از دانشکده پرستاری و مامایی و مسئولین سرای سالمندان محیط پژوهش انجام شد.

پس از انتخاب شرکت کنندگان براساس معیارهای ورود به مطالعه، توضیحات لازم به آنان داده شد و با اعلام رضایت در انجام مصاحبه، زمان و مکان مصاحبه با نظر شرکت کننده تعیین شد، البته سعی شد مکان خلوت و ساکتی باشد تا ضمن تأمین راحتی شرکت کننده در بیان نظراتش، کیفیت ضبط صدا بهتر شود. قبل از شروع مصاحبه مجدداً از شرکت کننده جهت ضبط مصاحبه‌ها، اجازه و رضایت گرفته شد. و نیز در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و صدای شرکت کنندگان به آن‌ها اطمینان داده شد. مدت زمان هر مصاحبه ۲۰-۳۰ دقیقه بود، زیرا نمونه‌ها سالمند بوده و زود خسته می شدند.

اطلاعات با استفاده از روش کلایزی با انجام مراحل زیر تجزیه و تحلیل شدند.

مطابق مرحله اول کلایزی، در پایان هر مصاحبه و ثبت یادداشت برداری‌های میدانی، ابتدا به بیانات ضبط شده شرکت کنندگان مکرراً گوش داده شد و اظهاراتشان، کلمه به کلمه روی کاغذ نوشته شدند و مصاحبه نوشته شده جهت درک احساس و تجارب شرکت کنندگان چند بار مطالعه شد.

و طبق مرحله دوم کلایزی، پس از مطالعه همه توصیف‌های شرکت کننده و هم احساس شدن و درک احساس وی، زیر اطلاعات با معنی، بیانات مرتبط با پدیده مورد بحث، خط کشیده شد و به این طریق جملات مهم مشخص شدند.

مرحله سوم کلایزی که استخراج مفاهیم فرموله بود، بعد از مشخص کردن عبارات مهم هر مصاحبه، سعی شد تا از هر عبارت یک مفهوم که بیانگر معنی و قسمت اساسی تفکر فرد بود، استخراج شود. البته پس از کسب این مفاهیم تدوین شده، سعی شد تا مرتبط بودن معنی تدوین شده با جملات اصلی و اولیه مورد بررسی قرار گیرد و از صحت ارتباط بین آن‌ها اطمینان حاصل شود.

بعد از استخراج کدها، مطابق مرحله چهارم کلایزی، پژوهشگر مفاهیم تدوین شده را به دقت مطالعه کرد و براساس تشابه مفهوم به دسته‌های موضوعی یا تم‌ها دسته بندی نمود. بدین روش، دسته‌های موضوعی از مفاهیم تدوین شده تشکیل شدند.

در مرحله پنجم، نتایج برای توصیف جامع از پدیده تحت مطالعه به هم می پیوندند و دسته‌های کلی‌تری را به وجود می آورند.^(۲۲)

در مرحله ششم، تدوین توصیف جامعی از پدیده تحت مطالعه تا حد امکان با بیانی واضح و بدون ابهام.

مرحله پایانی اعتبار بخشی با ارجاع به هر نمونه و پرسیدن در باره یافته‌ها تا این مرحله انجام شد.

در این پژوهش جهت استحکام تحقیق از دو معیار اطمینان پذیری و باور پذیری استفاده شد به این صورت که پژوهشگر جهت باور پذیری، یافته‌ها و کدهای استخراج شده را به شرکت کنندگان ارجاع داده و با تأیید آنان یافته‌ها معتبر شدند، همچنین محقق یافته‌ها و کدهای استخراج شده را به شخص صاحب نظر در تحقیق کیفی ارجاع داد و اعتبار یافته‌های

تحقیق از نظر ایشان مورد تأیید قرار گرفت. علاوه بر این پژوهشگر جهت اطمینان پذیری یافته‌ها فرایند پژوهش را با ذکر جزئیات توضیح داده و چگونگی رسیدن به نتایج را به تفصیل شرح داد، تا محققین دیگر را در درک چگونگی رسیدن به نتایج کمک کند.

یافته‌ها

اطلاعات با استفاده از روش کلایزی با انجام مراحل زیر تجزیه و تحلیل شدند.

پس از مرحله اول کلایزی که گوش دادن دقیق به بیانات ضبط شده شرکت کنندگان و کلمه به کلمه نوشتن آن‌ها روی کاغذ بود. در مرحله دوم کلایزی، پس از مطالعه همه توصیف‌های شرکت کننده و هم احساس شدن با وی، زیر اطلاعات با معنی، بیانات مرتبط با پدیده مورد بحث، خط کشیده شد و به این طریق جملات مهم مشخص شدند. به عنوان مثال:

«... هیچکدام با دل خوش اینجا نیامده ایم، برای دو روز آمدم اینجا، الان چهار سال است...» (شرکت کننده شماره ۸)

«... ما اینجا افتاده ایم... چه کار کنیم، اگر اینجا نباشیم، کجا برویم...» (شرکت کننده شماره ۸)

قسمت زیر خط دار مهمترین عبارتی است که به نظر می‌رسد از این بیانیه باید استخراج شود

در مرحله سوم کلایزی که استخراج مفاهیم فرموله بود، بعد از مشخص کردن عبارات مهم هر مصاحبه، سعی شد تا از هر عبارت یک مفهوم که بیانگر معنی و قسمت اساسی تفکر فرد بود استخراج شود. البته پس از کسب این مفاهیم تدوین شده، سعی شد تا مرتبط بودن معنی تدوین شده با جملات اصلی و اولیه مورد بررسی قرار گیرد و از صحت ارتباط بین آن‌ها اطمینان

حاصل شود.

به عنوان مثال در توصیف بیان شده توسط شرکت کننده شماره (۸)، از عبارت زیر خط دار برای دو روز آمدم اینجا الان چهار سال است معنی برای مدت کمی آمدن و سال‌ها ماندن و از عبارت زیر خط دار اگر اینجا نباشیم، کجا برویم، معنی پناه آوردن استنباط گردید.

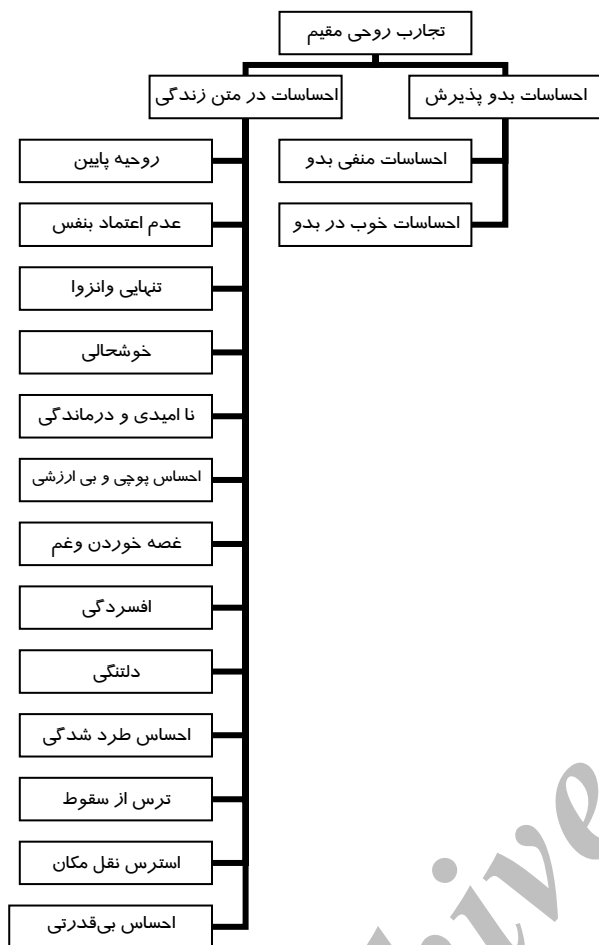
حاصل این مرحله از پژوهش شامل ۶۰ کد که همان مفاهیم تدوین شده می‌باشند، است. البته لازم به یادآوری است که پس از استخراج کدهای هر مصاحبه، نسبت به انجام مصاحبه بعدی اقدام شد. در این مرحله کلیه کدهای استخراج شده به صورت لیست تهیه و تدوین گردیدند.

بعد از استخراج کدها، مطابق مرحله چهارم کلایزی، پژوهشگر مفاهیم تدوین شده را به دقت مطالعه کرد و براساس تشابه مفهوم به دسته‌های موضوعی یا تم‌ها دسته‌بندی نمود. بدین روش، دسته‌های موضوعی از مفاهیم تدوین شده تشکیل شدند. مثال‌هایی از این مرحله عبارتند از:

کدهای ۶-۱ دلالت بر روحیه پایین شرکت کننده داشته که در دسته موضوعی روحیه پایین قرار گرفتند. کد ۷ با توجه به نداشتن کد هم معنی، به تنهایی در دسته موضوعی عدم اعتماد به نفس قرار گرفته است و به این ترتیب دسته‌های موضوعی تشکیل شدند.

سپس، پژوهشگر با داشتن دسته‌های موضوعی مختلف که معانی مشابهی داشتند، آن‌ها را در دسته‌های موضوعی بزرگتری قرار داد که بدین طریق سعی کرد به مفاهیم اصلی دست پیدا کند.

به همین ترتیب در بقیه موارد هم، دسته‌های موضوعی مشابه و نزدیک به هم، مفاهیم کلی تر و انتزاعی‌تری را شکل دادند تا اجزای ساختاری تجربه که شامل ۲ مفهوم کلی بودند، به دست آمدند. در دیاگرام



شماره ۱، مفاهیم کلی یافته‌ها و نحوه دسته بندی آنها آورده شده است. بطورکلی یافته‌های حاصل از تجارب احساسی سالمندان، ۷۰ کد، ۱۵ زیر مفهوم ۲ و مفهوم اصلی و یک مفهوم کلی بنام تجارب روحی مقیم بودند.

دو مفهوم اصلی بدست آمده از داده‌ها عبارت بودند از: ۱- احساسات در متن زندگی در سرای سالمندان ۲- احساسات بدو پذیرش به عنوان مثال زیرمفهومهای احساسات در متن زندگی در سرای سالمندان عبارتند از: روحیه پایین، عدم اعتماد به نفس، تنهایی و انزوا، خوشحالی، ناامیدی و درماندگی، احساس پوچی و بی ارزشی، غصه خوردن و غم، افسردگی، دلتنگی، احساس طرد شدگی، ترس از سقوط، استرس نقل مکان و احساس بی قدرتی و احساسات بدو پذیرش شامل: احساسات منفی بدو پذیرش، احساس خوب در بدو پذیرش بودند.

بحث و نتیجه گیری

برای بعضی شرکت کنندگان، ورود به سرای سالمندان همراه با احساس درماندگی، دلتنگی و استرس بوده است. یکی از شرکت کنندگان از احساس درماندگی از بدو ورود گفته و اعلام کرده آینده‌ایی را برای خود نمی‌بیند. در مطالعه حاضر نیز، گرچه مقیمان از احساسات تنهایی، غم، افسردگی و امثال آن سخن گفته‌اند، اما بعضی شرکت کنندگان احساس راحتی و خوشحالی را از زندگی در سرای سالمندان بیان کردند. همان‌طور که شرکت کننده شماره (۶) خوشحالی‌اش را از دور بودن از مشکلات خانوادگی بیان می‌کند. «احساسم این است که من اینجا آسوده ترم. از این که بعضی چیزها که می‌دانی تو خانه‌ها هست. بین پدر و

مادرها، زن و شوهرها و اینا، از این چیزا راحتم، هیچ چیزیش را نمی‌بینم. نمی‌فهمم اگر باشد. این چیزا اینجا نیست».

ویا شرکت کننده شماره (۹)، خوشحالی‌اش را به خاطر داشتن استقلال و رهایی از مسایل نامطلوب خانوادگی ذکر می‌کند.

در مطالعات دیگر نیز همین یافته دیده می‌شود، در بررسی برداشت‌هایی از مکان سرای سالمندان در میان

سالمندان در هنگ کنگ، محققین دریافتند که سالمندان کلاً احساسات مختلطی نسبت به این مکان داشتند.^(۷) در مطالعه حاضر، همان‌طور که گفته شد احساسات منفی نیز بیان شدند. به طور مثال شرکت کننده شماره (۳) می‌گوید:

«من احساس بدی دارم، احساس بد، روحیه خراب.»
Tseng و Wang به نقل از Lin و Ou که مطالعه‌ای را در تایوان انجام دادند (۱۹۹۶)، می‌نویسند، که روحیه سالمندان در مؤسسه مراقبت روزانه سالمندی بالاتر از خانه پرستاری بود و روحیه سالمندان در خانه پرستاری پایین بود.^(۲۳)

شرکت کننده شماره (۳)، از احساس بی‌ارزشی و عدم اعتماد به نفس می‌گوید:

«هیچی، من نمی‌دونم چه کار کنم. مثل دیوونه‌ها!»
حس احترام خواهی و اعتماد به نفس مکمل هم هستند. کاهش اعتماد به نفس می‌تواند منتهی به افسردگی شده و شخص سالمند، احساس از دست دادن کنترل بر زندگی اش در این شرایط را تجربه کند.^(۲۴) در بررسی حاضر، پژوهشگر متوجه شد که سالمند شماره (۳) ملاقات نداشت و هم اتاقی‌هایش هم مشکل ذهنی داشتند و مطالعات هم‌مبین این مطلب هستند. همچنان‌که در مطالعه Tseng و Wang آمده است که حمایت اجتماعی از جانب دوستان نزدیک افراد خانواده و هم اتاقی‌ها، عامل مهمی در بهبود کیفیت زندگی است.^(۲۳)

در مطالعه حاضر، بعضی مقیمان احساس غم و غصه خوردن را بیان کردند. به‌عنوان مثال مقیم شماره (۷) می‌گوید:

«خب غصه می‌خورم، ناراحت هستم برای این‌که آنجا نیستم، می‌گویم آخرش آدمم اینجا.»

و باز شرکت کننده شماره (۱) از احساس غم و غصه و

طرد شدگی می‌گوید: «توی خانه بودم، بچه‌هایم دور و برم بودند، خیلی خوشحال بودم، آوردنم اینجا، غریبم، مثل زندان برایم می‌ماند.»

غم، احساس بسیار قدرتمندی است و ترکیبی از تأسف، از دست دادن و گنجی است و هنگامی ایجاد می‌شود که چیز یا شخص ارزشمندی از دست برود. این عکس‌العمل در پاسخ از دست دادن شخص، نقش، ارتباط، سلامتی یا استقلال بوجود می‌آید.^(۹) و بعضی از شرکت کنندگان به نوعی درماندگی و خشم خود را از تقدیر و احساس غم، بیان کرده‌اند. شرکت کننده شماره (۲)، احساس افسوس و غم را این‌گونه بیان می‌کند:

«وضعیت الآن را که با گذشته مقایسه می‌کنم، غصه می‌خورم.»

بعضی شرکت کنندگان احساس افسردگی و ناامیدی را بیان کردند. از جمله شرکت کننده شماره (۹)، از پایان یافتن زندگی و بدون انگیزه بودن، می‌گوید:

«من زندگی ام را گذرانده‌ام، دیگه. دیگه به اون صورت زندگی ندارم...»

احساساتی مانند روحیه بد، عدم اعتماد به نفس، بی‌ارزشی و امثال این‌ها ارتباطی دوجانبه با احساس افسردگی دارند. در مطالعه‌ای که توسط Kerber و همکاران انجام شد، میزان افسردگی در نیمی از سالمندان مقیم در سرای سالمندان طبق معیار GDS (Geriatric Depression Scale)، بیانگر افسردگی احتمالی بود و مثال‌هایی از رفتارهای افسرده کننده عبارت بودند از: از دست دادن بسیاری از فعالیت‌ها، علاقمندی‌ها، عدم احساس پرنرژی بودن، احساس بی‌ارزشی و درماندگی.^(۲۵)

Teresi به نقل از German و همکاران می‌گوید که ۶/۵ درصد از افراد مقیم سرای سالمندان اختلالات

عاطفی عمده دارند.^(۲۶) در حالی که در مطالعه ای که Touhy انجام داد، به طور متوسط سطح بالایی از امید در این جمعیت یافت شد، این یافته که امید به سن، سلامت جسمی و ذهنی یا توانایی عملکردی وابسته نیست، بعضی باورها را که می گفتند سالمندان مقیم در سرای سالمندان نا امید هستند را از بین برد.^(۲۷)

بعضی شرکت کنندگان احساس تنهایی را بیان کرده در مقابل بعضی شرکت کنندگان، اظهار داشتند که احساس تنهایی نمی کنند. در مطالعه حاضر یکی از شرکت کنندگان می گوید که به شرایط سرای سالمندان عادت کرده و کلاً از زندگی در سرای سالمندان راضی است.

همچنین، یکی از مفاهیم استخراج شده، ترس از سقوط بود. بعضی شرکت کنندگان متعاقب سقوط، ترس از سقوط را تجربه کرده بودند و فعالیت‌هایشان را به علت این ترس محدود می کردند. ترس از سقوط در سالمندان منتهی به از دست دادن استقلال آنها شده و شیوه زندگی اغلب بعد از سقوط تغییر می کند، بعضی سالمندان برای ایمن شدن از سقوط، فعالیت‌شان را محدود می کنند و از نظر جسمی و اجتماعی منزوی می شوند.^(۲۸)

در مطالعه حاضر اکثر شرکت کنندگان، استرس انتقال را متعاقب ورود به سرای سالمندان یا انتقال از سرای سالمندان دیگر یا انتقال از اتاقی به اتاق دیگر درون همان سرای سالمندان را تجربه کرده اند. در میان انواع نقل مکان‌های مختلف، انتقال به محیط و سرای سالمندان در متون، به‌عنوان مهمترین نقل مکان تأثیر گذار بر سالمندان شناخته شده است.^(۸) سالمندان می توانند اضطراب، استرس، گیجی و افسردگی را در هنگام نقل مکان از یک مکان به مکان دیگر را، تجربه کنند.^(۲۹) در مطالعه حاضر، شرکت کنندگان

احساساتشان را در بدو پذیرش که شامل احساسات خوب و احساسات منفی است بیان کردند. شرکت کنندگان احساسات متفاوتی را با این قضیه نشان داده اند. مطابق یافته‌های مطالعه حاضر، خیلی از سالمندان احساس طردشدگی و بدبختی در بدو ورود به این مکان داشتند. به عبارتی هر سالمند با توجه به زمینه‌ای که قبلاً در آن زندگی می کرده و توقعاتش، دیدگاه متفاوت و تجارب منحصر به فردی از سکونت در سرای سالمندان داشت و به بیان نیازها، انتظارات، احساسات و تجارب روحی اش پرداخت.

پذیرش به خانه مراقبت اقامتی، احساس طرد شدن، استرس، تزلزل، از دست دادن خانه و شانس تماس با خانواده و دوستان را بر می انگیزاند. در مطالعه Lee، به نقل از Nay در بررسی تجربه زندگی ۱۹ مقیم که در حال نقل مکان به خانه‌های پرستاری بودند، با استفاده از مصاحبه‌های عمیق، نشان داد که دخول به خانه‌های پرستاری به معنی از دست دادن همه چیز برای این سالمندان بود که احساس بی ارزشی مانند اشخاص بدون آینده کردند.^(۷)

شرکت کننده شماره (۴)، بعد از حادثه‌ای که منجر به نقص فیزیکی شده است، در سرای سالمندان اقامت اجباری داشته است و این احساس بی‌ارزشی و درماندگی را در او تشدید می کند. همان‌طور که در مطالعه Wang و Tseng هم بیان شد که سالمندان احساس بی ارزشی می کردند، زیرا سالمندان سالم یا مستقل به سرای سالمندان فرستاده نمی‌شدند، مگر این که بیمار یا وابسته شوند و همین سبب احساس بی‌ارزشی می شد.^(۷)

سکونت در مؤسسات، با احساس جدایی بیشتری همراه است. وقتی سکونت در سرای سالمندان ضرورت پیدا کرد، سالمند اغلب احساس طرد شدن و جدایی می کند

اگر سالمند احساس کند به خاطر ارزش کم و بهای اندک دور انداخته شده است، عکس‌العملی طبیعی است که دچار احساسات منفی شود. این افراد اغلب احساس بی‌اهمیتی، بی‌علاقگی و بی‌مهری می‌نمایند.^(۹) تجزیه و تحلیل این سؤال که «ساختار و معنی تجارب احساسی سالمندان از سکونت در سرای سالمندان چگونه است؟». همان‌طور که یافته‌های پژوهش در دو مفهوم کلی (اجزای ساختاری تجربه) دسته‌بندی شدند. تم تجارب روحی مقیم از جمع‌بندی مفاهیمی چون احساسات در متن زندگی در سرای سالمندان، احساسات بدو ورود به‌دست آمده است، در این مطالعه به‌طور کلی، سالمندان نسبت به ورود و اسکان در سرای سالمندان احساسات مختلفی داشتند و به بیان احساساتشان پرداخته‌اند.

در آخر، محیط سرای سالمندان می‌تواند طوری باشد که سالمندان احساس ارزشمندی کنند و زندگی خلاق و فعالی داشته باشند. شرکت در فعالیت‌های لذت‌بخش در سرای سالمندان، روشی برای منحرف کردن افراد از مشکلات، مسایل و نگرانی‌ها و اضطراب بوده که منتهی به کاهش استرس می‌شود. علی‌رغم این‌که متأسفانه اکثر اوقات تمرکز مراقبت بر نیازهای جسمی مددجو قرار گرفته است، لذا انتظار می‌رود که پرورش جسم، ذهن و روح بخشی از مراقبت کلی باشد، تا با محدود کردن مراقبت به نیازهای جسمی، منکر حق سالمندان در داشتن فرصت‌هایی برای زندگی بامعنی، باهدف و امید نشویم، لذا پیشنهاد می‌شود: تلاش هم‌جانبه در راستای اطلاع‌موقعیت اجتماعی سالمندان در خانواده و جامعه و تقویت مبانی نظام خانواده براساس ارزش‌های فرهنگی و اسلامی حمایت از سالمندان صورت گیرد.

باشگاه‌های سالمندان به‌صورت روزانه تشکیل شود.

مراکز رفاهی سالمندان به‌صورت روزانه یا اقامتگاه‌های کوتاه مدت تشکیل گردد.

جو مساعد و تشویق‌کننده اقتصادی برای پس‌انداز زمان سالخوردگی ایجاد شود.

فرهنگ حفظ احترام و علاقه به سالمندان و نیز نگهداری از آنان را ترویج و توصیه کنیم و تنظیم و اجرای برنامه‌هایی که نگرش و رفتار جامعه را به سالمندان تغییر دهد و تصور مثبتی از آنان در ذهن اعضای خانواده، مخصوصاً جوانان بوجود آورده شود.

شرایط برقراری ارتباط اجتماعی و شرایط مناسب رفاهی و تفریحی برای سالمندان مقیم در سرای سالمندان ایجاد گردد.

تقدیر و تشکر

از کلیه سالمندان شرکت‌کننده در این مطالعه و مسئولین و کارکنان سراهای سالمندان افق فردا و صادقیه اصفهان که همکاری لازم را با ما نمودند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

فهرست منابع

- 1- Lee T. Quality long term care for older people: a commentary. JAN; 2005. 52(6): 609-619.
- 2- Theodos PH. Fall prevention in frail Elderly nursing Home residents, a challenge case management. J Lippincott's Case Manage; 2003. 34(2): 246-251.
- ۳- تاجور مریم. بهداشت سالمندان و مروری بر جنبه‌های مختلف زندگی آنان. تهران: نسل فردا؛ ۱۳۸۲. ص. ۴۶.
- ۴- نیک فرجام محمد. چگونه مراقبت بهداشتی از سالمندان. ماهنامه آسایشگاه کهریزک؛ ۱۳۸۴. ۶(۷۰): ۱۱.
- 5- Miller CA. Nursing for wellness in older Adults theory and practice. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004. p. 56.

دوران پیری لذت ببریم. ترجمه شیدفر محمد رضا، شقاقی عبدالرضا. تهران: نشر سیوش؛ ۱۳۷۵. ص. ۷۷.

19- Wood GL, Harber j. Nursing research. Methods, critical Appraisal and utilization. 2nd ed. St. Louise: Mosby; 2002. p.140.

20- Potter PA, Perry AG. Fundamentals of nursing. 3th ed. St. Louise: Mosby; 2005. p.960.

21- Paton B, Martin S, McClunie-Trust P, Weir N. Doing phenomenological research collaboratively. J Contin Edu Nurs; 2004. 35(4): 176.

22- Burns N, Grove S. The practice of Nursing research, conduct, critique and utilization. 5th ed. Philadelphia: Saunders ; 2005. p.747.

23- Tseng S, Wang RH. Quality of life and related factors among Elderly nursing home residents in southern Taiwan. J Public Health Nurs; 2001. 18(5): 304-311.

24- Maas M, Buckwalter KC, Hardy MD, Tripp-Reimer T, Titler MG, Specht JP. Nursing care of older Adults, diagnosis outcomes, & interventions. 3th ed. St. Louis: Mosby; 2001. p.521.

25- Kerber CS, Culp K, Dyck M. Depression among nursing home residents in rural Iowa. Gerontol; 2004. 44(1):666-671.

26- Teresi J, Abrams R, Holmes D, Ramirez M, Eimicke J. Prevalence of depression and depression recognition in nursing homes. J Soc Psychiatr Epidemiol; 2001. 36: 613-620.

27- Touhy TA. Nurturing hope and spirituality in the nursing home. Holistic Nurs Pract; 2001. 15(4): 45-56.

28- Roach S. Introductory Gerontological Nursing. 2nd ed. Philadelphia : Lippincott; 2001. p. 20.

29- Hogstel MO. Gerontology, Nursing care of the older Adult. 2nd ed. Australia: Delmar; 2001. p. 390.

۶- تاجور مریم. بررسی وضعیت خدمات بهداشتی و درمانی سالمندان در ایران. مجموعه مقالات سمینار سراسری سالمندی اصفهان؛ ۱۳۸۳. ص. ۲۰.

7- Lee T. Transition to residential care: experiences of elderly Chinese people in Hong Kong. J Adv Nurs; 1999. 30 (5): 1118-1126

8- Lee T, Woo j, Mackenzie AE. A review of older people's experiences with residential care placement. J Adv Nurs; 2002. 37 (1): 19-27.

۹- هافمن گلوریا. پرستاری در سالمندان. ترجمه عابدی حیدر علی. اصفهان: نشر عروج؛ ۱۳۸۲. ص. ۹.

10- Farrell J. Nursing care of the older people. 2nd ed. Australia: Lippincott ; 2004. p. 5.

11- Dorman marek k, Rantz MJ. Aging in place: A new model for long term care. J Nurs Adm; 2000. 24(3):1-11.

12- Deveer AJE, Kerkstra A. Feeling at home in nursing home. J Adv Nurs; 2001. 35(3): 427.

13- Shin kR, Kim MY, Kim YH. Study on the lived experience of aging. J Nurs Health Sci; 2003. 36(4):245-252.

۱۴- اسحاقی رضا. مقدمه مجموعه مقالات سمینار سراسری سالمندی اصفهان؛ ۱۳۸۳. ص. ۱.

۱۵- پزشکی محسن. سالمندان و معلولان: تسهیلات ویژه، نگاه ویژه. ماهنامه آسایشگاه کهریزک؛ ۱۳۸۵. ۷(۷۳):۲.

16- Stanhope M, Lancaster J. Foundations of nursing in the community, community oriented practice. 2nd ed. St. Louise: Mosby; 2006. p. 392.

17- Matteson MA, Connell ES, Linton AD. Gerontological nursing, concepts and practice. 2nd ed. Philadelphia: Saunders; 1997. p.815.

۱۸- سازمان بهداشت جهانی. بهداشت سالمندان: چگونه از

The Emotional Experiences of Elderly People Regarding the Process of Residency in Nursing Homes

*Sh. Salarvand MS¹ H. Abedi PhD² H. Hosseini MS³ Sh. Salehi PhD⁴
M. Keyvanara PhD⁵

Abstract

Background & Aim: There is increasing rate of tendency of leaving elderly people to live in nursing homes in recent years. It is suggested that, the common view of the elderly people towards living in nursing homes is known as 'the final sign of failure in the life'. It seems that this attitude has a negative influence on adaptation of elders when confronting with a challenge. Therefore, the understanding of the emotional experiences of elderly people to spend their life in nursing homes is important. In this study, the objective was to explore the emotional experiences of elders who living in nursing homes. The research question is "How is structure and meaning of the emotional experiences of elderly people in the Process of Residency in nursing homes?"

Material & method: A qualitative phenomenological approach was used in this study with applied purposive sampling amongst elderly residents in private and public nursing homes in Isfahan. Sampling was continued till data saturation and the resulting sample size consisted 10 participants. The data was collected by in-depth interviews. Field notes was used for completing data collection process and Colaizzi's method was applied for data analysis. The rigor of present study was based on the transferability and credibility.

Results: Two themes were extracted from the data (structural components of experience), including: Residents' emotional experiences during nursing home life and Resident's emotional experiences at the entrance in the nursing home.

Conclusion: In this study, older people have shown various emotions to relocation and residency in nursing homes. Elders, with different context and different history in their life, had unique experiences. In addition, it is essential to pay attention to social, financial, mental, spiritual and physical needs of elders as components of holistic care. In fact because concerning only physical needs of elderly people can not lead to promote hopeful, meaningful and purposful life for the elderly people.

Key Words: Aged- Homes for the Aged- Feelings.

Accepted for Publication: 5 September 2007

¹ MS in Nursing, Lorestan University of Medical Sciences, Lorestan, Iran. (*Corresponding Author)

² Assistant Professor, Department of Community Health Nursing, School of Nursing, Azad University, Kharseghan College.

³ Senior Lecturer, Department of Community Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences.

⁴ Assistant Professor, Department of Community Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences.

⁵ Assistant Professor, Department of Management, School of Management, Isfahan University of Medical Sciences