

تجربه حس بی قدرتی در سالمندان مقیم سرای سالمندان

*شهین سالاروند^۱ دکتر حیدرعلی عابدی^۲ کاظم شاملو^۳

چکیده

زمینه و هدف: در سراسر جهان، جمعیت سالمندان رو به رشد می باشد. پیش بینی می شود که ۴۰ درصد افراد بالاتر از ۷۵ سال، نیاز به خدمات مراقبتی وسیع در اواخر زندگی پیدا کنند. کشورهای دارای جمعیت بالایی از سالمندان، سیاست‌های مراقبت طولانی مدت برای سالمندان را به وجود آورده اند. در ایران نیز سپردن سالمندان به سرای سالمندان روند صعودی دارد. تجربه استقلال و ارزشمندی سالمندانی که در این اماکن زندگی می کنند، اهمیت دارد. بی قدرتی منتهی به از دست دادن امید، احساس افسردگی و استرس می شود. قدرت بخشیدن سالمندان می تواند کیفیت زندگی و احساس رفاه آن‌ها را افزایش دهد. هدف این مطالعه توصیف چگونگی تجربه بی قدرتی سالمندان مقیم سرای سالمندان بوده است.

روش بررسی: در این مطالعه کیفی از روش فنومنولوژی با کاربرد نمونه گیری مبتنی بر هدف در میان سالمندان مقیم در سراهای سالمندان خصوصی و دولتی در شهر اصفهان انجام شد. نمونه گیری تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت و تعداد نمونه‌ها به ۱۰ شرکت کننده رسید. داده‌ها با مصاحبه‌های عمیق جمع آوری شدند. محققین در تکمیل فرایند جمع آوری داده‌ها از یادداشت برداری در عرصه (Field notes) نیز استفاده کردند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش کلایزی (Colaizzi's method) استفاده شد. استحکام مطالعه بر اساس دو روش باورپذیری و انتقال پذیری (Transferability and credibility) بود. هدف مطالعه، توصیف چگونگی تجربه بی قدرتی سالمندانی است که در سرای سالمندان زندگی می کنند. سؤال اصلی پژوهش عبارت بود از، ساختار و معنی تجربه بی قدرتی سالمندان مقیم در سرای سالمندان چگونه است؟

یافته‌ها: سه تم اصلی که همان اجزای ساختاری تجربه بی قدرتی هستند، از داده‌ها استخراج گردیدند، که شامل: (۱) تحمل اجباری، (۲) در انتظار فرصتی برای خروج، (۳) محدود شدن اختیار بود.

نتیجه گیری: در این مطالعه برخی شرکت کنندگان فقدان توانایی در تغییر شرایط و تحمل اجباری را بیان کرده اند که مفهوم بی قدرتی از آن استنباط گردید. انتقال به سرای سالمندان منبعی از ترس و اضطراب در اواخر زندگی است. قدرت بخشیدن به سالمندان بستری در مؤسسات را می توان با دخالت دادن سالمند در تصمیم گیری در مراقبت و جنبه های دیگر زندگی در این اماکن، انجام داد. علاوه بر این، نیازهای جسمی، روحی و معنوی سالمندان بایستی با مراقبتی همه جانبه انجام داد، زیرا صرفاً با توجه به نیازهای جسمی آن‌ها، نمی توان امید به داشتن زندگی امیدوار کننده، با معنی و هدفمند در سراهای سالمندان داشت.

کلید واژه ها: خانه سالمندان، پیری، روانپزشکی سالمندان، بی قدرتی.

تاریخ دریافت: ۸۵/۱۱/۳۰، تاریخ پذیرش: ۸۶/۶/۲۴

^۱ مربی گروه بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، لرستان، ایران (*مؤلف مسئول)

^۲ دانشیار گروه آموزش پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان اصفهان

^۳ کارشناس ارشد مردم شناسی، خبرگزاری جمهوری اسلامی ایران، واحد اصفهان

مقدمه

با توجه به روند رو به رشد جمعیت سالمند در جهان و ایران، توجه به نیازهای بهداشتی سالمندان اهمیت دارد و پیش‌بینی می‌شود که ۴۰ درصد افراد بالاتر از ۷۵ سال، نیاز به خدمات مراقبتی وسیع در اواخر زندگی پیدا کنند. کشورهای دارای جمعیت بالایی از سالمندان، سیاست‌های مراقبت طولانی مدت برای سالمندان را به وجود آورده‌اند. در ایران نیز سپردن سالمندان به سرای سالمندان روند صعودی دارد.^(۱) احترام و استقلال و خود مختاری اصل مهمی در اخلاق پرستاری بوده و به‌طور روز افزونی در محیط‌های پرستاری مورد توجه قرار گرفته است، چرا که سالمندان اغلب در مورد تصمیم‌های مستقلانه، به دلیل عدم توانایی یا مهارت محدودشان نادیده گرفته می‌شوند. قدرت در ارتباط فرد با محیط، مادامی که فرد در کنترل محیط مطابق خواسته خودش تواناست، وجود دارد.^(۲) قدرت اغلب درست تعبیر نمی‌شود، قدرت چیزی خارج از خود شخص نبوده و از درون فرد منشأ می‌گیرد. قدرت از فکر و احساس فرد سرچشمه گرفته و فکر و احساس بهتر، قدرت بیشتری می‌آورد.^(۳) نیاز به بهبود پیری فعال و سالم و اهمیت جمعیت پیر بر منابع ملی و اطمینان یافتن از بالا بودن کیفیت زندگی آن‌ها به خوبی شناخته شده است. متخصصین سالمندی توافق دارند که، سن پیری می‌تواند همراه با افزایش بی‌قدرتی هم در محدوده شخصی و هم در زمینه‌های سیاسی و اجتماعی باشد.^(۳) احساس بی‌قدرتی می‌تواند نتیجه تغییرات طبیعی پیری، تصویر ذهنی تغییر یافته یا فقدان‌های متعدد باشد.^(۴) به‌طوری‌که شخص چیزهایی را که سابقاً برایش افتخارآمیز بودند، خواه دانش، مهارت، تجارب و صلاحیت‌ها که شاید او را از این

بی‌قدرتی نجات می‌دادند، از دست بدهد.^(۵) به این‌صورت که سالمندان در از دست دادن عملکرد یا وضعیت سابقشان دچار سوگ می‌شوند، چگونگی سوگ آن‌ها، شخصی بوده و اهمیت فقدان بر فرآیند سوگ تأثیر می‌گذارد. پیامد بی‌قدرتی، از دست دادن امید، احساس افسردگی و استرس است. این چرخه بی‌قدرتی، از دست دادن کنترل و وابستگی ممکن است به وسیله مراقبت‌دهندگان خوش نیت، دائمی شود.^(۴)

پذیرش به سرای سالمندان به درجات متفاوتی احساس ترک شدن، استرس و تزلزل، از دست دادن خانه و شناس تماس با خانواده و دوستان را برمی‌انگیزاند.^(۶) از آنجا که نقل مکان به این مراکز نگهداری، در دوره زجر و بحران، مثلاً متعاقب بیماری حاد یا دوره ای از ناتوانی روی می‌دهد، در این وضعیت، سالمند نیاز به سازگاری با شرایط جدید را خواهد داشت و ممکن است، این استرس بیش از تحمل سالمند باشد، نیاز روز افزونی به درک تجارب سالمندان از سازگاری با چنین مکانی وجود دارد، درک این که چرا چنین مکانی اغلب به‌وسیله سالمندان به‌عنوان «آخرین نشانه شکست» (Final sign of failure) در نظر گرفته می‌شود، اهمیت دارد.^(۵) زیرا این برداشت‌ها و ترس‌ها اثر منفی بر سازگاری مقیمان سالمند در هنگام مواجهه با این چالش می‌گذارد و درک چگونگی تجارب احساسی سالمندان، برای ادامه زندگی‌شان در سرای سالمندان (Residential care setting) اهمیت دارد.^(۶) انتقال به این مراکز چالشی برای حس استقلال مقیم می‌باشد.^(۷) از سوی دیگر، عموم مردم نگرش مثبتی نسبت به اسکان در سرای سالمندان نداشته و بعضی از سالمندان دچار احساساتی مانند طرد شدن، درماندگی، بی‌ارزشی و امثال آن، می‌کنند.^(۸) بی‌قدرتی، فقدان توانایی در تأثیر بر واقعیت‌های زندگی خارج از کنترل مانند

چگونگی رفتار دیگران با فرد، وقوع یک حادثه، نداشتن سر پناه و نظایر این‌ها می‌باشد.^(۹)

طبق مطالعه Baumeister، خودمختاری آشکار اثر مضاعفی بر کیفیت زندگی داشته و سبب حس احترام و ارزشمندی می‌شود. تشخیص بین استقلال در تصمیم‌گیری و استقلال در انجام تصمیمات ضروری است. این تشخیص مخصوصاً در مراقبت طولانی مدت، جایی که سالمندان آسیب‌پذیر، ممکن است توانایی انجام تصمیماتشان را نداشته باشند، اهمیت دارد. همان‌طور که کارکنان ممکن است فکر کنند به دلیل این‌که افراد مقیم نمی‌توانند خودشان کارهایشان را انجام دهند، پس عقاید و نظراتشان اهمیتی ندارد.^(۳) خودپنداره فرد سالمند، در صورتی که او احساس کند که در کنترل شرایط، بیماری یا معلولیت ناتوان بوده و یا احساس کند که الگوهای خود مراقبتی در اختلال موجود دخالت داشته‌اند، می‌تواند تحت تأثیر قرار گیرد.^(۴) این احساس می‌تواند سبب بی‌قدرتی شود، بی‌قدرتی شامل این ویژگی‌ها است: بیان کلامی از نداشتن کنترل در مراقبت از خود، بیان کلامی از نداشتن کنترل یا تأثیر بر شرایط، نداشتن کنترل یا تأثیر بر پیامد، رنجیدگی، عصبانیت، گناه، کناره‌گیری، فقدان، سوگ، امتناع یا عدم مداخله در تصمیم‌گیری‌های مراقبت سلامتی، به حداقل رسیدن صحبت کلامی، اضطراب، تردید داشتن بین کناره‌گیری و مخالفت.^(۹) احساس بی‌قدرتی می‌تواند از موقعیتی ناشی شود که شخص باور دارد قابل تغییر نیست، هنگامی که تغییر یا فقدان رخ داده است، عوامل شخصی، محیطی و عوامل مرتبط با موقعیت، در حس بی‌قدرتی دخیل هستند. بی‌قدرتی مشکلی بالقوه است؛ وقتی که یکی یا بیشتر از منابع قدرت جسمی، توان روحی، خودپنداره،

انرژی، دانش، انگیزش و سیستم اعتقادی به خطر می‌افتند.^(۴)

مقیمان خانه سالمندان اغلب فقدان علاقه به محیط و اجتماعی شدن را بیان می‌کنند. مقیمان ممکن است خودشان را در تغییر آنچه که آن‌ها مایل به انجام آن نیستند، بی‌قدرت ببینند. این احساس منتهی به حس درماندگی می‌شود. همان‌طور که بی‌قدرتی، احساس افسردگی و عدم کفایت را افزایش می‌دهد، افزایش احساس قدرت می‌تواند اثر تقویت روحیه و اختیار دادن داشته باشد. قدرت بخشیدن سالمندان می‌تواند کیفیت زندگی و احساس رفاه و خود مراقبتی آن‌ها را افزایش دهد.^(۱۰) هدف این مطالعه، توصیف چگونگی تجربه بی‌قدرتی سالمندانی است که در سرای سالمندان زندگی می‌کنند. سؤال اصلی پژوهش عبارت بود از، ساختار و معنی تجربه بی‌قدرتی سالمندان مقیم در سرای سالمندان چگونه است؟

روش بررسی

شناسایی احساسات و عواطف بشری با روش‌های کمی مشکل می‌باشد، برای بررسی این عواطف و هیجانات از تحقیق کیفی استفاده می‌شود.^(۱۱) روش پژوهش در این مطالعه، فنومنولوژی است. فنومنولوژی روش تحقیقی با ریشه فلسفی و با تمرکز بر آنچه که افراد دربارهٔ اعمال روزانه بیان می‌کنند، یا تجارب افراد و چگونگی تفسیر این تجارب است.^(۱۲) به عبارت دیگر، فنومنولوژی، کشف و ایجاد بینش نسبت به دنیا آن‌طور که تجربه می‌شود است.^(۱۳) داده‌های این مطالعه از انجام مصاحبه و یادداشت برداری در عرصه در سراهای سالمندان جمع‌آوری شدند. انتخاب شرکت‌کنندگان در مصاحبه بر اساس روش نمونه‌گیری

آن‌ها، کلمه به کلمه روی کاغذ نوشته شدند و مصاحبه نوشته شده جهت درک احساس و تجارب شرکت‌کنندگان چند بار مطالعه شد.

و طبق مرحله دوم کلایزی، پس از مطالعه همه توصیف‌های شرکت‌کننده و هم احساس شدن و درک احساس وی، زیر داده‌ها 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 به‌دقت مطالعه کرد و براساس تشابه مفهوم به دسته‌های موضوعی یا تم‌ها دسته‌بندی نمود. بدین روش، دسته‌های موضوعی از مفاهیم تدوین شده تشکیل شدند.

در مرحله پنجم، نتایج برای توصیف جامع از پدیده تحت مطالعه به‌هم می‌پیوندند و دسته‌های کلی‌تری را به وجود می‌آورند.^(۱۴)

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 درباره یافته‌ها تا این مرحله انجام شد.

در این پژوهش جهت استحکام تحقیق از دو معیار اطمینان‌پذیری و باور‌پذیری استفاده شد، به این صورت که پژوهشگر جهت باور‌پذیری یافته‌ها، کدهای استخراج شده را به شرکت‌کنندگان ارجاع داده و با

هدفمند و این‌که مایل به مصاحبه و دارای تجربه بوده و قادر به یادآوری و بیان تجارب روزمره نزدیک باشند و غنی از داده‌ها بودند، صورت گرفت.

معیارهای ورود به مطالعه، سالمندانی که مشکل ذهنی نداشته و زندگی در سرای سالمندان را تجربه کرده و تمایل به مصاحبه داشتند. 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. جمع‌آوری داده‌ها از سراهای سالمندان خصوصی و دولتی یا خیریه در شهر اصفهان انجام شد. جمع‌آوری داده‌ها پس از کسب مجوزهای لازم از دانشکده پرستاری و مامایی و مسئولین سرای سالمندان محیط پژوهش انجام شد.

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

داده‌ها 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 شرکت‌کنندگان مکرراً گوش داده شد و اظهارات

«...دوست دارم برای همیشه از اینجا برم، مجبورم، چاره چیه؟...». شرکت کننده شماره (۳)

مهم‌ترین عبارات از گفته‌ها، استخراج شد.

به‌عنوان مثال در توصیف بیان شده توسط شرکت کننده شماره (۲) عبارت "آدم مجبوره باید بسازه" معنی تحمل اجباری و یا از بیان شرکت کننده شماره ۳ "در انتظار فرصتی برای خروج" استنباط شد.

حاصل این مرحله از پژوهش شامل ۲۲ کد که همان مفاهیم تدوین شده می باشند، 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 که در جدول شماره ۱ ذکر شدند.

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. مثال‌هایی از این مرحله عبارتند از:

کدهای ۱-۱۳ دلالت بر تحمل اجباری شرکت کننده داشته که در دسته موضوعی روحیه پایین قرار گرفتند. و کدهای ۱۴ تا ۱۸ در دسته موضوعی در انتظار فرصتی برای خروج و کدهای ۱۹ تا ۲۲ در دسته موضوعی محدود شدن اختیار قرار می گیرند. به این ترتیب همان‌طور که در جدول نشان داده شده است 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 مفهوم اصلی دست پیدا کند. به عنوان مثال، دسته‌های موضوعی تحمل اجباری، در انتظار فرصتی

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

مصاحبه با این سؤال آغاز شد، با شرایط محیط سرای سالمندان، چگونه کنار می آید؟ و سؤالات دیگری پیرامون همین سؤال برای رسیدن به داده‌های عمیق‌تر پرسیده شد.

پس از مرحله اول کلایزی که گوش دادن دقیق به بیانات ضبط شده شرکت‌کنندگان 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 داده‌های با معنی، بیانات مرتبط با پدیده مورد بحث، خط کشیده شد و به این طریق جملات مهم مشخص شدند. به عنوان مثال:

«...با این حال چه کار کنیم. بالاخره با همه چیز می‌سازیم...». (شرکت کننده شماره ۸)

«...اینجا هم بدنیست، خب چه کار کنم راضی یا ناراضی، دیگه آدم مجبوره باید بسازه، چه کار کنه...» (شرکت کننده شماره ۲)

شرکت کننده شماره (۴) می گوید:

«...من خودم دلم نمی خواد اینجا باشم، به خاطر داشتن مشکل جسمی، مجبورم».

برای خروج و محدود شدن اختیار در دسته موضوعی بزرگتری به نام احساس بی قدرتی قرار گرفتند.

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه حاضر بعضی شرکت کنندگان، عدم توانایی در تغییر شرایط و تحمل اجباری را بیان کرده و یا خود را مجبور به سازش با شرایط دیده اند، بعضی شرکت کنندگان از اجبار در اقامت و در انتظار فرصتی برای خروج از سرای سالمندان گفته اند؛ که مفهوم کلی تری به نام بی قدرتی از این بیانات استنباط گردید.

احساس بی قدرتی می تواند از موقعیتی که شخص باور دارد قابل تغییر نیست، ناشی شود و بی قدرتی، احساس افسردگی و عدم کفایت را افزایش می دهد.^(۹) یافته‌های مطالعه حاضر در مطالعات دیگر نیز به دست آمده‌اند همان‌طور که شرکت کنندگان در مطالعه Lee اعتقاد داشتند که، مراقبت اقامتی (مؤسسه‌ای) (Residential care)، جایگزین اجتناب ناپذیری برای مراقبت در منزل (Home care) است و انتقال به سرای سالمندان، منبعی از ترس در سال‌های آخر عمر سالمند بود و پاسخ آن‌ها، پذیرفتن و حس بی قدرتی بود، همچنین در مطالعه Lee، دو مقیم احساس بی قدرتی و ناامیدی، آرزوی مرگ می کردند. یکی گفت: «من در وضعیت فعلی خیلی خیلی ناراحتم. من چه می توانم بگویم؟ من واقعاً انتخاب دیگری ندارم. زنده بودن واقعاً دلتنگ کننده است. علاقه‌ای بیش از این به زندگی ندارم.»^(۶) یافته‌های مطالعه Hellstrom و Sarvimaki نیز نشان دادند که چندین شرکت کننده بیان کردند که، حتی اگر مستقل باشند، بیماری آن‌ها را مجبور به انتقال به سرای سالمندان کرده است. حتی بعد تمایل به کنترل کردن و مستقل باقی ماندن باعث می شد که

جدول شماره ۱- کدهای استخراج شده از مصاحبه

بی قدرتی	تحمل اجباری	۱- اجبار در ماندن ۲- برای مدت کمی آمدن و سال‌ها ماندن ۳- محدودیت و اجبار ۴- تحمل اجباری ۵- عدم اختیار جهت تغییر شرایط ۶- تمام شدن تحمل ۷- تلاش در ساختن با آنچه که هست ۸- سرای ناگزیر ۹- پناه آوردن ۱۰- بیان این که هیچکس با دل خوش اینجا نمی آید ۱۱- عدم آزادی و اختیار ۱۲- یکجا بودن مقیمان سالم و مشکل دار ۱۳- شستن البسه های کثیف و تمیز با هم ۱۴- در آرزوی برگشت سلامتی و توانایی خروج... ۱۵- تمایل به خروج همیشگی از سرای سالمندان ۱۶- خروج از سرای سالمندان به محض بهبودی پایش ۱۷- در انتظار بازگشت همسر از خارج ۱۸- در انتظار فرصتی مطلوب برای خروج ۱۹- ورود اجباری به سرای سالمندان ۲۰- خوردن صبحانه به تنهایی به دلیل دیر آوردن صبحانه ۲۱- اجبار به تبعیت از وقت استحمام در سرای سالمندان ۲۲- مشخص کردن زمان استحمام برای مقیمان ناتوان توسط کارکنان
----------	-------------	---

فکر می‌کردند که مکان کثیف بوده و آن‌ها، آن را دوست نداشتند.^(۱۵)

مقیمان سراهای سالمندان بایستی همان حقوق و مسئولیت‌های سالمندان مقیم در جامعه را داشته باشند. گرچه این در عمل دشوار است، زیرا که اکثر مقیمان سرای سالمندان تمایل دارند که کاملاً به دیگران در نیازهای روزانه‌شان وابسته باشند. گرچه برای کارکنان مراقبت سلامتی، تعیین قدرت و توانایی‌هایی که سالمندان مقیم دارند، چالش‌انگیز است، این مقیمان سالمند را در مسئول‌تر بودن در زندگی‌شان، حتی مادامی که در مکانی مؤسسه‌ای هستند، توانا کرده و بی‌قدرتی را از محیط کاهش می‌دهد.

یافته‌های پژوهش در سه مفهوم کلی (اجزای ساختاری تجربه) دسته‌بندی شدند.

عدم توانایی جسمی، بهداشت نامناسب، درخواست کمک در انجام فعالیت‌هایی که قبلاً به‌طور مستقل انجام می‌شده، می‌تواند منجر به تنهایی و افسردگی و احساس بی‌قدرتی در سالمندان شود. افسردگی، احساس فقدان، احساس طردشدگی، تنهایی و ناامیدی در میان مقیمان، موضوعات مهمی هستند، که نیازمند حمایت احساسی هستند. این احساسات منفی با یکدیگر همپوشانی داشته و می‌توانند در تشدید همدیگر نقش داشته باشند. پیشنهاد می‌شود که مقیمان در اموری که مربوط به خودشان می‌شود حق تصمیم‌گیری یا مداخله داشته باشند، تا فکر نکنند افرادی طرد شده هستند و احساس بی‌ارزشی کنند. همان‌طور که مطالعه Lee نشان داد زنانی که درک بزرگتری از قدرت داشتند، توانایی‌های بهتری داشته و خود مراقبتی بیشتری را انجام می‌دادند.^(۱۵)

لذا انتظار می‌رود که پرورش جسم، ذهن و روح بخشی از مراقبت کلی باشد، تا با محدود کردن

شرکت کنندگان نخواهند در انجام کارهایی که قبلاً به تنهایی توانا بودند درخواست کمک کنند. همان‌طور که نیاز سالمندان به مراقبت افزایش یافت، همان‌قدر وابستگی‌شان افزایش یافت و احساس بی‌قدرتی می‌کردند.^(۲) در مطالعه حاضر سالمندان از این‌که مجبور بودند برنامه صبحانه و استحمام و یا حتی بیرون رفتن را با دیگران تنظیم کنند ناراضی بودند. شرکت‌کننده شماره ۸، از دیر آوردن صبحانه شکایت داشت و دو تا از شرکت‌کنندگان ترس از مراقبین و بازگو شدن حرف‌هایشان را بیان کردند. در مطالعه Hellstrom و Sarvimaki نیز یکی از شرکت‌کنندگان علاوه بر این‌که می‌گوید کارکنان وقتی برای شنیدن صحبت‌های او نمی‌گذارند و احساس ارزشمندی نمی‌کند، بلکه می‌گوید: بسیاری مواقع شما مایلید که اندکی تفاوت داشته باشید، اما دشوار است، مجبورید مطابق قوانین عمل کنید. من دوست دارم کمی قهوه صبح‌ها بنوشم.^(۲)

به‌طور کل تمایل داشتن به تصمیم‌گیری برای خود، اما مجاز نبودن به انجام آن، احساسات معینی را در شرکت‌کنندگان به وجود می‌آورد. بسیاری احساساتشان را در خودشان نگهداشتند و با کناره‌گیری واکنش نشان دادند و این منتهی به احساس بی‌قدرتی می‌شود. بعضی شرکت‌کنندگان با احساس عصبانیت واکنش نشان دادند، اما دیگران احساساتشان را بروز ندادند. بعضی اظهار داشتند که کارکنان بدون گوش کردن به آن‌ها تصمیم می‌گیرند و این سبب احساس بدی در آن‌ها می‌شود.

در مطالعه حاضر بعضی مقیمان در انتظار فرصتی برای خروج بوده و از نظافت و وضع تغذیه راضی نبودند، شرکت‌کنندگان در مطالعه Lee، به خاطر قادر نبودن در تصمیم‌گیری درباره نظافت، ناراحت بودند. بعضی

4- Lueckenotte AG. Gerontological nursing. St. Louis: Mosby; 2000.p.345.

5- Lee TFD, Woo j. Mackenzie AE. A review of older people's experiences with residential care placement. J Adv Nurs; 2002. 37 (1): 19-27.

6- Lee TFD. Transition to residential care: experiences of elderly chiness people in hog Kong. J Adv Nurs; 1999. 30 (5): 1118-1126.

7- Mosher-Ashley PM, Lemay EP. Improving resident's life satisfaction long term care facilities. J Nurs home; 2001. 56(4):17-26.

8- Salarvand SH. Lived experience of elderly in nursing homes. Unpublished Dissertation. Isfahan University of Medical Sciences; 2006: 141.

9- 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.

10- Peterson B. Removing powerlessness form the nursing home. J Nurs home; 1997. 9(1): 35.

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

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

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

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

15- Lee MB. Power, self-care and health in women living in urban squatter settlements in Karachi, Pakistan: a test of Orem's theory. J Adv Nurs; 1999. 30(1): 248-259.

مراقبت به نیازهای جسمی، منکر سالمندان در داشتن فرصت‌هایی برای زندگی بامعنی، با هدف و امید نشویم. پیشنهاد می شود که تلاش هم جانبه در راستای اطلاع موقعیت اجتماعی سالمندان در خانواده و جامعه و تقویت مبانی نظام خانواده براساس ارزش‌های فرهنگی و اسلامی حمایت از سالمندان صورت گرفته، و با تشکیل مراکز رفاهی سالمندان به صورت روزانه یا اقامتگاه‌های کوتاه مدت و دخالت دادن سالمندان در برنامه‌ریزی‌های مراقبتی و تفریحی در سرای سالمندان، سعی در حفظ هر چه بیشتر استقلال سالمندان در سرای سالمندان شده و شرایط برقراری ارتباط اجتماعی و شرایط مناسب رفاهی و تفریحی برای سالمندان مقیم در سرای سالمندان ایجاد شود.

تقدیر و تشکر

از کلیه سالمندان شرکت کننده 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- Dorman marek k. Rantz MJ. Aging in place: A new model for long term care. J Nurs Admin; 2000. 24(3): 1- 11.

2- Hellstrom UW, Sarvimaki A. Experiences of self-determination by older persons living in shetered housing. Nurs ethics. 2007. 14 (3).413-423.

3- Kam PK. Powerlessness of older people in Hong Kong; A political economy analysis. J Aging Soc policy; 2003. 15(4): 81.

The Feeling of Powerlessness in Older People Living in Nursing Homes

*Sh. Salarvand¹ MSc, H. Abedi² PhD, K. Shamlu³ MSc

Abstract:

Introduction and Aim: All societies in the world are experiencing burgeoning numbers of "elders", defined as persons aged 65 year and older. It is expected that at least 40% of the population over 75 years need extensive health care services in the last years of their lives. Countries with an ageing society have developed long term care policies for older people. In Iran, as the rate of transferring the elderly to the nursing homes is increasing, it would be important to investigate the experience of self-determination, respect and value among elderly people living in these settings. The powerlessness results in loss of hope. In addition, older adults who feel powerless may also lose their independence. In this situation, family members or health professionals take over and make decisions for them. Elders' empowerment can promote their quality of life and well-being. This study aimed at description of the experience of powerlessness in elderly who are living in nursing homes. The research question was "how is the experience of powerlessness in elderly who are living in nursing homes?"

Materials and Methods: The qualitative phenomenological approach with purposive sampling was used in this study. Participants in this study were elderly residents of private and governmental nursing homes in Esfahan city. Sampling continued till data saturation occurred with 10 participants. The data were collected through in-depth interviews. Researcher used field notes for completing data collection process. Colaizzi's method was applied for data analysis. The rigor criteria of the present study were based on transferability and credibility.

Results: Three themes were extracted from the data (structural components of the experience), including: 1) compulsory tolerance, 2) Waiting for exiting permit, and 3) Constrained autonomy.

Conclusion: In this study, some participants experienced lack of ability in changing conditions and also compulsory tolerance of the situation, two main findings from which the concept of powerlessness was perceived. Transferring to nursing home is a source of fear and anxiety in the end years of life. For the institutionalized elders, empowerment can come through participating in making decisions regarding patient care and other aspects of life in this setting. In addition, mental, spiritual and physical needs of elders should be met through whole care, because simply focusing on physical needs deprive hopeful, meaningful and purposive life in nursing homes.

Key Words:Homes for the Aged_ Aging_ Geriatric Psychiatry_ powerlessness.

Accepted for Publication: 16 September 2007

¹ Lecturer , Medical University of Lorestan, Lorestan, Iran (*Corresponding Author). E-mail:

shsalarvand@yahoo.com

² Associate Professor, Khorseگان Azad University.

³ Ms in Anthropology, Islamic Republic of Iran Broadcasting, Isfahan.