

تجربه بهزیستی عاطفی سالمندان مقیم در آسایشگاه: یک مطالعه پدیدارشناسی

محمد تقی ایمان^۱، الهام شیردل^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: یکی از حوزه‌های مهم سلامت و بهداشت روان سالمندان، تجربه بهزیستی عاطفی آن‌ها می‌باشد. تاکنون پژوهش‌های کمی اندکی در زمینه مفهوم کلی بهزیستی ذهنی انجام شده، اما تحقیقات کیفی در جهت پی بردن به ابعاد مختلف بهزیستی عاطفی صورت نگرفته است. بنابراین، هدف اصلی از انجام مطالعه حاضر، بررسی تجارب سالمندان مقیم آسایشگاه در جهت فهم عمیق‌تر ماهیت بهزیستی عاطفی بود.

روش: این پژوهش با رویکرد کیفی و با استفاده از روش پدیدارشناسی انجام گرفت و به همین دلیل، محققان از مصاحبه عمیق و متوالی به عنوان ابزاری برای کسب توصیفات تجربه زیسته استفاده نمود. در مجموع، ۲۰ سالمند که در سرای سالمندان شهر کرمان زندگی می‌کردند، به روش نمونه‌گیری هدفمند در طول یک دوره ۱۰ ماهه مورد مطالعه قرار گرفتند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از روش Schutz تحلیل و در قالب نمونه عبارات اولیه، مضامین فرعی و مضامین اصلی طبقه‌بندی گردید.

یافته‌ها: یافته‌ها مشتمل بر ۲ مضمون اصلی «انرژی احساسی» با درون‌مایه‌های «احساس نشاط اجتماعی و احساس مهرورزی» و «رکود احساسی» با درون‌مایه‌های «احساس ناامیدی و زیست‌غم‌انگیز» و ۱۲ مضمون فرعی بود.

نتیجه‌گیری: سالمندان تحقیق حاضر از زندگی در سرای سالمندان، هم انرژی احساسی و هم رکود احساسی را تجربه کردند. به نظر می‌رسد که سه عامل اساسی «نیازهای عاطفی و روحی سالمندان در آسایشگاه، نحوه تعاملات اجتماعی با افراد درون و بیرون از آسایشگاه و وضعیت جسمانی»، در تجربه بهزیستی عاطفی سالمندان نقش مهمی دارد.

کلیدواژه‌ها: عاطفی، بهزیستی، سالمندان، آسایشگاه

ارجاع: ایمان محمد تقی، شیردل الهام. تجربه بهزیستی عاطفی سالمندان مقیم در آسایشگاه: یک مطالعه پدیدارشناسی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۶؛ ۶ (۳): ۲۹۵-۲۷۷.

تاریخ پذیرش: ۹۵/۴/۲۱

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۲/۹

۱- استاد، گروه جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران
 ۲- دانشجوی دکتری، گروه جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

Email: el.mshirdel@gmail.com

نویسنده مسؤول: الهام شیردل

مقدمه

بهزیستی عاطفی یکی از مباحث مهم در حوزه سلامت و بهداشت روان است. افراد همواره عواطف خوشایند و ناخوشایندی را در زندگی روزمره خود تجربه می‌کنند و با تفسیر این عواطف، معنای ذهنی خود را از بهزیستی عاطفی می‌سازند. بهزیستی عاطفی شامل تجربه عاطفه مثبت و منفی افراد می‌شود و در واقع اشاره به حالات و احساسات خوشایند و ناخوشایند دارد (۱، ۲). بهزیستی عاطفی تنها به حضور عاطفه مثبت و عدم حضور عاطفه منفی اشاره نمی‌کند؛ چرا که یک فرد می‌تواند در یکی از این مؤلفه‌ها وضعیت خوبی داشته باشد، اما هنوز بهزیستی عاطفی او پایین باشد. بنابراین، این مؤلفه‌ها جدا از یکدیگر ارزیابی می‌شوند (۲). به نظر می‌رسد که سالمندان مقیم در آسایشگاه‌ها به عنوان یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه با این مسأله درگیر هستند و بهزیستی عاطفی نه چندان مطلوبی را تجربه می‌کنند. در این راستا، مطالعات و یافته‌های محققان نیز نشان دهنده آن است که افراد سالمند، عواطف اجتماعی منفی بیشتری را در دوران پایان زندگی تجربه می‌کنند (۳). همچنین، ورود به سرای سالمندان، تجربه‌های احساسی و بهزیستی عاطفی سالمندان را در خور توجه می‌سازد؛ چرا که در میان جابه‌جایی‌های مختلف، انتقال به سرای سالمندان در متون، به عنوان مهم‌ترین تجربه زندگی سالمندان شناخته شده است (۴)؛ به طوری که تحقیقات نشان داده‌اند سالمندانی که در خانواده زندگی می‌کنند، عواطف مثبت بیشتری تجربه می‌کنند تا سالمندانی که در سرای سالمندان زندگی می‌کنند (۵). از این‌رو، پژوهش حاضر به بررسی تجربه بهزیستی عاطفی در افراد مسن مقیم در سرای سالمندان شهر کرمان پرداخت.

تحقیقات جمعیت‌شناسی مبنی بر آن است که تا سال ۲۰۳۰ افراد بالاتر از ۶۵ سال ۲۳ درصد جمعیت را در برمی‌گیرند که نیمی از آن‌ها قبل از فوت راهی آسایشگاه سالمندان می‌شوند (۶). بر اساس سرشماری نفوس و مسکن کشور در سال ۱۳۹۰، ضریب سالمندی که عبارت است از نسبت افراد بالای ۶۵ سال به افراد کمتر از ۱۵ سال، از ۶/۶ درصد در سال ۱۳۶۵ به ۳۵ درصد در سال ۱۳۹۰ افزایش

یافته است که این افزایش سه برابری حاکی از پیر شدن جمعیت می‌باشد (۷). افزایش روزافزون جمعیت سالمندان هم‌زمان با تغییرات اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و شیوه زندگی افراد، به تعداد مؤسسات نگهداری سالمندان افزوده و سالمندان را با زیست جهان و تجربه‌های احساسی جدیدی مواجه ساخته است. به عبارت دیگر، تغییر و تحولات برآمده از مدرن شدن، منجر به تجربه زیسته متفاوت در مرحله پایان زندگی گشته است. از جمله تغییراتی که در تجربه‌های احساسی اواخر زندگی سالمندان به وجود آمده است، می‌توان به تجربه افسردگی، زودرنجی، انتظار مرگ تدریجی، عدم سودمندی، خستگی، احساس شکست، خفت و غم و اندوه اشاره کرد (۷). تجربه احساسات منفی و مثبت در این دوران، تجربه بهزیستی عاطفی سالمندان را می‌سازد و این تجربه به سیاق دیگری کیفیت زندگی آن‌ها را شکل می‌دهد. به عبارت دیگر، شرایط روحی و عاطفی مطلوب به افراد اجازه می‌دهد تا با تقلیل و وابستگی در دوران پیری انطباق یابند و در نهایت، حس و پایان خوبی برای زندگی‌شان بسازند. در حقیقت، عواطف اجتماعی مثبت به ویژه در تجربه احساس خوشبختی سالمندان، مهم و سازنده است (۸).

سالمندانی که عواطف اجتماعی مثبت را در جهان زندگی خود تجربه می‌کنند، از زندگی و طول عمر خود رضایت بیشتری دارند. از این‌رو، تنها طولانی کردن دوران زندگی مهم نیست، بلکه باید سال‌های اضافی عمر انسان در کمال آرامش و بهزیستی عاطفی سپری شود و ضمن توجه به مسایل جسمی، به جنبه‌های روحی و عاطفی افراد در سال‌های آخر عمر نیز توجه شود. سالمند زمانی که عواطف منفی تجربه نکند و جهان زندگی‌اش مملو از تجربه‌های زیسته خرسندی، خوش‌بینی، امید و اعتماد باشد، بهزیستی عاطفی را تجربه می‌کند که با خود سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی آن‌ها را به ارمغان می‌آورد و این امر، کیفیت زندگی سالمند و سلامت جامعه را نیز تضمین می‌نماید (۸).

سهرابی و همکاران در پژوهش خود، وضعیت افسردگی افراد سالخورده مقیم سرای سالمندان و ساکن منازل شهر شاهرود را ارزیابی و مقایسه کردند و به این نتیجه دست

مساعدت‌ها و حمایت‌های بهتر و بیشتری را برای رفع مشکلات، بهبود وضعیت سلامت و کیفیت زندگی سالمندان فراهم نمایند. بر این اساس، هدف کلی از انجام پژوهش حاضر، توصیف و تفسیر تجربه بهزیستی عاطفی افراد مسن ساکن در سرای سالمندان بود. به عبارت دیگر، این تحقیق به دنبال پاسخ به این سؤالات است که «افراد مسن ساکن در سرای سالمندان چگونه بهزیستی عاطفی را تجربه می‌کنند؟ چه معانی ذهنی به تجربه بهزیستی عاطفی خود الصاق می‌کنند؟ و ابعاد مختلف ساختار تجربه بهزیستی عاطفی افراد مسن ساکن در سرای سالمندان چیست؟».

روش

این مطالعه از روش‌شناسی کیفی پدیدارشناسی اجتماعی Schutz جهت کسب تجربه زیسته سالمندان از بهزیستی عاطفی استفاده گردید. به طور خلاصه، استراتژی پدیدارشناسی با بررسی تجربه زیسته افراد از یک پدیده و تمرکز بر ابعاد تغییرناپذیر آن، سعی می‌کند به درک بهتری از پدیده‌ها در زندگی افراد دست یابد (۱۲). مراحل روش پدیدارشناسی Schutz برای فهم پدیده مورد نظر به صورت به هم پیوسته و رفت و برگشت می‌باشد و شامل «نگرش بی‌طرفانه محقق علمی (Epoché)، تعیین سؤالات و اهداف تحقیق، طراحی سؤالات مصاحبه، رعایت اخلاق پژوهش، انتخاب مشارکت‌کنندگان، مصاحبه و ضبط گفتگوها، تحلیل اطلاعات، اعتباریابی تحقیق و دستیابی به نوع تجربه زیسته کنشگران» بود. مراحل روش‌شناسی تحقیق حاضر در ادامه به تفصیل بیان شده است.

این روش‌شناسی با توصیف نگرش ناخواسته محقق یا مشاهده‌گر علمی آغاز شد. از آنجایی که محقق اجتماعی درون زیست جهان خود زندگی می‌کند؛ بنابراین، ابتدا خود را از جهان اجتماعی جدا نمود و از موقعیت شخصی خود فاصله گرفت. این گام اولیه Epoché است که محقق سعی کرد تا پدیده را بدون پیش‌فرض مورد مطالعه قرار دهد. در ادامه، محقق از سؤالات و اهداف تحقیق، سؤالاتی برای مصاحبه طراحی و قبل از ورود به میدان، مجوزهای اخلاقی را از

یافتند که شدت افسردگی در سالمندان مقیم سرای سالمندان بیشتر است و عدم ارتباطات خانوادگی و برنامه‌های ورزشی، میزان افسردگی را در آن‌ها افزایش می‌دهد (۹). یافته‌های تحقیق پاشا و همکاران نشان داد که بین سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان ساکن در خانواده‌ها از لحاظ سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن (نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی) و حمایت اجتماعی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج تحقیق آن‌ها بیانگر آن بود که وضعیت عمومی سلامت و افسردگی در سالمندان مقیم سرای سالمندان، پایین‌تر از سالمندان ساکن منازل شخصی است (۱۰).

می‌توان گفت که ویژگی‌ها، مسایل، مشکلات، فرصت‌ها و امکانات افراد در هر یک از مراحل زندگی، به شدت به ساختار اجتماعی و فرهنگی جامعه‌ای که فرد در آن زندگی می‌کند، گره خورده است. از این‌رو، جامعه‌شناسان پدیده بهزیستی عاطفی را با عنایت به عواملی همچون شبکه اجتماعی، ساختارهای اجتماعی و ارزش‌های فرهنگی تبیین می‌کنند، به طور مثال، وقتی که ایفای نقش افراد در شبکه اجتماعی از طرف سالمند نامناسب قضاوت شود؛ بدین معنی که متناسب با انتظارات هنجاری، ساختارهای اجتماعی و ارزش‌های فرهنگی وسیع نباشد، سالمند عواطف منفی و بهزیستی عاطفی پایین‌تری را تجربه می‌کند و بر عکس. بنابراین، تجارب عاطفی آزاد نیستند، بلکه با تقاضا، خواست‌ها و فرهنگ جامعه تنظیم و بررسی می‌شوند. به عبارت دیگر، بهزیستی عاطفی بین ذهن، جامعه، فرهنگ و بیولوژی قرار می‌گیرد (۱۱).

با انجام مطالعه حاضر می‌توان به فهم تجربه بهزیستی عاطفی نزد سالمندان مقیم در آسایشگاه دست یافت و با برقراری تعاملات، همدلی و هم‌زبانی با سالمندان و درک بهزیستی عاطفی از نقطه نظر خودشان، اطلاعات بیشتر و عمیق‌تری نسبت به جهان زندگی، تجربه‌های زیسته عاطفی و معانی ذهنی آن‌ها از بهزیستی عاطفی به دست آورد. همچنین، با توجه به این شناخت عمیق، برنامه‌ریزان، مدیران و اعضای شبکه اجتماعی سالمند می‌توانند اقدامات،

پیاده‌سازی شد و محقق متون را بر اساس سؤالات راهنما تنظیم و دسته‌بندی کرد. همچنین، محقق یادداشت‌های میدانی که فهم معنای کنش‌های انجام شده را تسهیل می‌نمود، به متون مصاحبه‌ها اضافه کرد. از ساختارهای سیستماتیک کلمات، کنش‌های عملی مشارکت‌کنندگان و معناهای ذهنی آن‌ها کشف شد. این ساختارها منجر به سازماندهی نمونه عبارات مضمون اولیه گردید که همان توصیف‌های تجربه زیسته سالمندان و مفاهیم و معنای ذهنی مشارکت‌کنندگان از بهزیستی عاطفی می‌باشد. محقق با مرور مکرر متون، معانی و نمونه عبارات مضمون اولیه مشارکت‌کنندگان را سازماندهی کرد و بعد از رسیدن به اشتراکات مضامین اولیه، عنوان مضمون فرعی و عنوان مضمون اصلی تجربه زیسته را توسعه داد. منظور از عنوان مضمون فرعی، همان مفاهیم علمی و فنی دانشمند یا محقق از کنش‌های کنشگران است. فرایند تحلیل در این روش‌شناسی بعد از بر ساخت (Construct) نوع اصلی تجربه زیسته یا مضمون اصلی کامل گردید. نوع تجربه زیسته یا مضمون اصلی بر ساختی توسعه یافته، عام و مشترک است که به صورت بازتابی از تجربه دانش‌عامه در زندگی روزمره جهان اجتماعی و یک زمینه مشخص به دست آمده است (۱۳).

آنچه در پژوهش حاضر به عنوان قانون اصلی جامعه مورد مطالعه یا مشارکت‌کنندگان در نظر گرفته شد، شامل همه افراد مسن بود که در طی جمع‌آوری داده‌ها در سرای سالمندان شهر کرمان زندگی می‌کردند. در سطح شهر کرمان، ۴ مؤسسه نگهداری و مراقبت از سالمند وجود دارد که در مجموع جمعیت افراد بالای ۶۵ سال در این مراکز، ۱۰۵ نفر است. ۲ مؤسسه به صورت خصوصی و با سهم یارانه و یک مؤسسه به صورت کاملاً خصوصی فعالیت می‌کند و مؤسسه دیگری که توسط خیرین اداره می‌شود. برای تولید اطلاعات غنی، در مطالعات پدیدارشناختی نمونه‌های بزرگ لازم نیست. به طور معمول در این مطالعات طیف ۱ تا ۳۰ نفر معیار تعداد نمونه می‌باشد (۱۵). بنابراین، تعداد مشارکت‌کنندگان در رویکرد کیفی روش‌شناسی پدیدارشناسی اجتماعی Schutz انعطاف‌پذیر است و نیاز ندارد محقق از ابتدا تصمیم قطعی

سازمان‌های مربوط کسب نمود. تصویب کمیسیون اخلاقی و کسب رضایت‌نامه کتبی از مشارکت‌کنندگان، نقطه آغاز عملیات تحقیق است. در رابطه با رعایت اصول اخلاقی پژوهش، لازم به ذکر است که قبل از مصاحبه، مشارکت‌کنندگان از اهداف و اهمیت پژوهش آگاه شدند و با رضایت و آگاهانه در تحقیق شرکت کردند و علاوه بر کسب رضایت، به مشارکت‌کنندگان اطمینان از حق انصراف و محرمانه بودن همه مشخصات در کل فرایند پژوهش داده شد.

منبع اصلی داده‌ها در رویکرد پدیدارشناسی، دیالوگ بین محقق و مطلع می‌باشد. بدین جهت، محقق از مصاحبه عمیق و متوالی به عنوان ابزار تحقیق برای کسب توصیفات تجربه زیسته استفاده نمود (۱۳). پس از آن، در فرایند جمع‌آوری اطلاعات، محقق توصیفات زیسته مشارکت‌کنندگان از پدیده بهزیستی عاطفی را بر اساس سؤالات راهنما ضبط و ثبت نمود. فرایند مصاحبه، پیاده‌سازی و تحلیل و برگشت به میدان برای مصاحبه‌های دیگر و متوالی ادامه یافت تا جایی که معنای کافی برای دستیابی به هدف تحقیق به دست آمد. بنابراین، در رویکرد روش‌شناسی، محقق با ذهن خالی از ارزش وارد میدان تحقیق شد و با توصیف و تفسیرهای مشارکت‌کنندگان، به توسعه مضامین اولیه، مقولات کنش انسانی، مضامین فرعی و استخراج مضمون اصلی تجربه زیسته کنشگران پرداخت.

مراحل تحلیل داده‌ها در روش‌شناسی Schutz شامل «رونویسی یا نسخه‌برداری از مصاحبه‌ها، سازماندهی سیستماتیک متون بر اساس سؤالات راهنما، بازخوانی مکرر متون و اضافه کردن یادداشت‌های میدانی و برگشت به میدان برای مصاحبه، تکرار توصیفات و ایده‌ها در صحبت‌ها و متون، کشف ساختارهای معنای ذهنی کنش، سازماندهی عنوان عبارات مضامین اولیه: توصیف‌های تجربه زیسته توسط افراد مورد مطالعه، پدیدار شدن اشتراکات بین مضامین اولیه و توسعه عنوان مضامین فرعی از آن‌ها و ظهور مضمون اصلی از درون مضامین فرعی و دستیابی به نوع تجربه زیسته کنشگران» می‌باشد (۱۴).

در مرحله تحلیل اطلاعات، مصاحبه‌ها به طور کامل

آن‌ها بین ۹۹-۵۵ سال و مدت اقامت آن‌ها در سرای سالمندان از ۲ ماه تا ۵ سال متغیر بود. مشارکت کنندگان را ۱۲ زن و ۸ مرد تشکیل دادند که ۵ نفر آن‌ها هرگز ازدواج نکرده بودند و ۱۵ نفر آن‌ها در گذشته متأهل بودند و در حال حاضر همسر خود را از دست داده بودند. میزان تحصیلات ۱۲ نفر بی‌سواد، ۳ نفر سیکل، ۳ نفر ابتدایی و ۲ نفر دیپلم بود. داده‌های به دست آمده از تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها پیرامون بهزیستی عاطفی سالمندان با دو مضمون اصلی «انرژی احساسی و رکود احساسی» و چندین مضمون فرعی در جدول ۱ ارایه شده است.

جدول ۱. مضامین اصلی و فرعی پژوهش

مضامین اولیه	مضامین فرعی	مضامین اصلی	درون‌مایه نهایی تجربه زیسته
تعاملات اجتماعی شادی‌آفرین	احساس نشاط	انرژی احساسی	بهزیستی عاطفی سالمندان
تفریحات لذت‌بخش	اجتماعی		
تعاملات محبت‌آمیز	احساس		
با کارکنان آسایشگاه	مهرورزی		
تعاملات محبت‌آمیز با همسالان			
نیاز به محبت			
احساس قدردانی			
ناراحتی جسمانی	زیست	رکود	
ناراحتی روحی	غم‌انگیز	احساسی	
ناراحتی اجتماعی			
احساس ناکامی	احساس		
دل‌سردی از زندگی	نامیدی		
بی‌انگیزگی			

انرژی احساسی

پیوندهای بین شخصی از دید سالمندان آسایشگاه‌ها در سه بعد «تعامل با بیرون (خانواده و دوستان)، دیگری تعامل با کارکنان و تعامل با دیگر سالمندان» حایز اهمیت بود. کمیت و کیفیت این تعاملات و پیوندهای اجتماعی با عاطفه آن‌ها گره خورده است و در صورت شکل‌گیری و گسترش این پیوندها و برخورداری از منابع اجتماعی از طریق شبکه اجتماعی، انرژی احساسی و احساس خوشبختی زیادی در ذهنشان ریشه می‌دواند. جریان عاطفی زندگی اجتماعی و زنجیره کنش‌های اجتماعی می‌تواند انرژی عاطفی زیادی در

برای حجم نمونه بگیرد و ممکن است در میدان تحقیق وابسته به اشتیاق سالمندان به مشارکت در تحقیق یا همکاری مسؤلان سرای سالمندان تعداد نمونه افزایش پیدا کند (۱۶) یا محقق در میدان تحقیق و تحلیل داده‌ها متوجه شود که در جریان کسب اطلاعات داده جدیدی پدیدار نمی‌شود و معنای کافی برای رسیدن به هدف تحقیق به دست آمده است (۱۳). در مجموع، در مطالعه حاضر ۲۸ مصاحبه با ۲۰ سالمند در طی یک دوره ده ماهه (اسفند سال ۱۳۹۳ تا آذر سال ۱۳۹۴) انجام شد. برخی از سالمندان در دو مصاحبه شرکت کردند؛ بدین جهت که به جمع‌آوری اطلاعات بیشتر یا کسب بینش بیشتر از شرکت کنندگان پس از داده‌های تولید شده از مصاحبه‌های قبلی، کمک نمایند. مصاحبه‌ها از ۲۰ دقیقه تا ۱ ساعت و ۳۰ دقیقه متغیر بود و کل مدت تمام مصاحبه‌ها ۴۴ ساعت و ۴۰ دقیقه شد. تمام مصاحبه‌ها در خانه‌های سالمندان شهر کرمان صورت گرفت.

با توجه به هدف تحقیق، شرکت کنندگان بر اساس نمونه‌گیری هدفمند از بین سالمندانی که پدیده پیری را به طور مستقیم تجربه نموده بودند و معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب شدند (۱۷). معیارهای ورود شامل سن بالای ۶۵ سال و تجسم خود به عنوان فرد پیر، ساکن سرای سالمندان، زندگی در کرمان، سالمندان شرکت کننده در پژوهش باید هم مرد و هم زن باشند، نداشتن مشکل پزشکی که زندگی آن‌ها را تهدید نماید، فهمیدن و صحبت کردن و نداشتن اختلال شناختی بود. پیش از انجام مطالعه، ابتدا تجربیات، باورها و پیش‌فرض‌های فردی محققان بازنویسی شد تا ضمن آگاهی از آن‌ها، از تأثیرشان در تفسیر جلوگیری به عمل آید. برای بالا بردن صحت و اعتبار مطالعه، از روش‌هایی همچون کنار گذاشتن دانش قبلی محقق، برگشت به شرکت کنندگان و سؤال از آن‌ها هنگام تجزیه و تحلیل داده‌ها، جمع‌آوری داده‌ها از طرق مختلف و بازاندیشی به معنای آگاهی انعکاسی نسبت به رعایت پیش‌فرض‌های روش‌شناسی مورد نظر در فرایند تحقیق استفاده گردید (۱۸).

یافته‌ها

در مجموع، ۲۰ سالمند در مطالعه شرکت کردند که دامنه سنی

سالمندان تولید و پخش کند. در واقع، تعامل هرچند کوتاه با نزدیکان، فرزندان، همسالان و حتی اشخاص غریبه، انرژی عاطفی سالمند را افزایش می‌دهد و باتری احساس آن‌ها را برای مدتی شارژ می‌کند. از این رو، می‌تواند معیار مهمی برای نمایش بهزیستی عاطفی سالمندان مقیم آسایشگاه به شمار رود. درون‌مایه‌های این مضمون در مفاهیمی همچون «احساس نشاط اجتماعی و احساس مهرورزی» شناسایی شد که هر کدام به نوعی معنایی از انرژی احساسی را در خود نهفته دارند و مصاحبه‌ها نیز به نوعی یادآور این مقوله اصلی می‌باشند. کیفیت عاطفی تعاملات اجتماعی و شرایط اجتماعی رضایت‌بخش زندگی سالمندان، شور و شغف زیادی در آن‌ها بوجود می‌آورد و نیروی احساسی آن‌ها را در جریان زندگی روزمره افزایش می‌دهد.

احساس نشاط اجتماعی: سالمندان مقیم سرای سالمندان از دیدار اعضای خانواده، مصاحبت با سالمندان دیگر و حتی اشخاص غریبه، حمایت اجتماعی، جشن‌ها و فعالیت‌های تفریحی به خصوص بیرون رفتن و گردش رفتن به وجد می‌آیند و احساس خوشحالی و نشاط می‌کنند. این مضمون تحت تأثیر عوامل بسیاری قرار دارد که در تحقیق حاضر از طریق کاربست جامعه‌شناسانه، موقعیت‌ها و شرایط اجتماعی موجب این تجربه زیسته در سالمندان بود. احساس نشاط اجتماعی در حقیقت همان احساس سرزنده بودن و شادی در زندگی اجتماعی است که برآیند کنش متقابل خوشایند و شرایط مثبت، منجر به شکل‌گیری مفهوم انرژی احساسی می‌شود. تمام این تجربیات خوشایند از تفریحات لذت‌بخش و تعاملات اجتماعی مفرح، احساس نشاط اجتماعی سالمندان را ایجاد می‌کند.

تعاملات اجتماعی شادی‌آفرین: یکی از شرایط اجتماعی که در ایجاد احساس نشاط اجتماعی سالمندان نقش مهمی داشت، تعاملات اجتماعی شادی‌آفرین بود. چنانچه سالمندی (شماره ۲) بیان نمود: «وقتی پسر من سر می‌زنه، خوشحال می‌شوم، خوشحال می‌شوم با شما حرف می‌زنم و حس خوبی از صحبت کردن با شما دارم... از دیدن اقوام و خویشان چشمانم روشن می‌شود... فامیلام میان باهاشون

صحبت می‌کنم و بهم می‌گن، حالم خوب می‌شه». به عبارت دیگر، این احساس زمانی در سالمندان به وجود می‌آید که فردی از نزدیکانشان به دیدار آن‌ها می‌رود و این نکته شامل گروهی از سالمندان ساکن در آسایشگاه بود که هنوز مورد حمایت اعضای خانواده خویش بودند. به طور کلی، سالمندان از این که فردی حتی فرد غریبه‌ای به ملاقاتشان می‌رود، بسیار خوشحال می‌شدند و او را بسیار تکریم و حتی می‌بوسیدند. حمایت اجتماعی و میزان برخورداری سالمند از سرمایه اجتماعی (گسترده‌گی و تنوع ارتباطات اجتماعی فرد)، در تجربه احساس مثبت همچون احساس نشاط اجتماعی در سالمندان بسیار مفید و قابل ذکر است. تعامل اجتماعی در حقیقت همان کنش متقابل است و برآیند کنش متقابل، منجر به شکل‌گیری مفهوم گروه اجتماعی می‌شود. عضویت در گروه، احساس نشاط و مفید بودن را در فرد تقویت می‌کند و منج به ایجاد حمایت اجتماعی می‌شود. همین عوامل باعث می‌شود که مشارکت کنندگان به لذت بردن و شاد شدن از ملاقات اجتماعی چه با فرزند یا اقوام خود و یا هر فرد دیگری اشاره کنند. تمامی این تجربیات خوشایند در طی تعاملات اجتماعی، احساس نشاط اجتماعی سالمندان را افزایش می‌دهد.

تفریحات لذت‌بخش: شرکت کنندگان احساس نشاط اجتماعی را هنگامی تجربه کردند که به فعالیت‌های تفریحی لذت‌بخشی مانند شعر خواندن، سینما رفتن، به دامن طبیعت رفتن و بیرون رفتن از آسایشگاه پرداختند. شرکت کننده (شماره ۱) گفت: «از گردش، موسیقی و تفریح لذت می‌برم، بیرون رفتن را دوست دارم، بیرون رفتن برامون کار لذت‌بخشی است». شرکت کننده (شماره ۳) نیز اظهار کرد: «تفریح از وقتی آمدم دو هفته بردند تو یک خونه خوبی... مفصل بود، صحبت کردند و پذیرایی شون هم خوب بود. احساس شادی یک وقتی می‌روم حیاط این‌جا، گردش هم بردنم. ما بیرون را بیشتر دوست داریم، ولی آن‌ها نمی‌گذارند... بیرون حیاط هم وقتی هوا خوب باشه، می‌رویم... هم تمیز هست و هم خوبه». پر کردن اوقات فراغت سالمندان مقیم آسایشگاه با تفریحات مورد علاقه آن‌ها، نقش مهمی در تجربه احساس نشاط اجتماعی و انرژی احساسی آن‌ها دارد.

سالمندان در آسایشگاه در زمان بی‌کسی و تنهایی، همین شبکه اجتماعی درون آسایشگاه هستند و شکل‌گیری کنش‌های صمیمانه درون شبکه اجتماعی آسایشگاه، حسی از مهرورزی در آن‌ها به وجود می‌آورد و باعث تولید و پخش انرژی عاطفی در فضای آسایشگاه می‌شود. از این‌رو، احساس مهرورزی می‌تواند معیار مهمی برای نمایش بهزیستی عاطفی سالمندان باشد. سالمند (شماره ۵) در مورد تعاملات محبت‌آمیز با کارکنان بیان کرد: «یک پرستاری می‌بینی خوبه، نجیبه، محبت می‌کند به آدم. یکی هم مثل گاو ولانسبت شما، آن‌طوری که باید محبت کنند نیست، ولی بعضی‌هاشون خیلی خوبن. بعضی‌ها (منظورش پرستار و کارکنان بود) میان با محبت هستند، آدم لذت می‌برد، بعضی‌ها میان می‌خوان غورت برن برای آدم، اون محبت را نمی‌کنند». سالمند (شماره ۴) توضیح داد: «من همیشه اینجا را دوست دارم؛ چون از خانه برایم بهتر است و مهر و محبت می‌بینم. احساسم از اینجا محبت می‌بینم، آقای مددی و خانم فروغ (اسامی ساختگی کارکنان سرای سالمندان) خیلی به من کمک می‌کنند». در حقیقت، مراقبان می‌توانند با رعایت اصول و مهارت‌های ارتباط بین فردی، ارتباط خوبی با سالمند برقرار کنند که از جمله این ارتباطات می‌توان به نشستن کنار سالمند، صحبت کردن چهره به چهره و اختصاص وقت کافی به او اشاره کرد که نشان دهنده علاقمندی به او و یاری کردن به وی است.

تعاملات اجتماعی محبت‌آمیز با همسالان: ایجاد ارتباط خوب و محبت‌آمیز بین سالمندان مقیم در آسایشگاه نیز می‌تواند منبع جایگزین خوبی برای فقدان این احساس باشد. یک دوست صمیمی و محرم اسرار می‌تواند اثر فقدان‌های پیش‌رونده را در زمینه تعاملات اجتماعی خنثی کند. داشتن تماس اجتماعی و شخصیت مردم‌آمیز با رضایت از زندگی روزمره و روحیه عالی در سن پیری ارتباط دارد. تعاملات اجتماعی محبت‌آمیز با همسالان در آسایشگاه به شکل دوستی با هم‌اتاقی، تعامل دوستانه با سایر سالمندان آسایشگاه، حس مهربانی و محبت به سالمندان دیگر، احساس مهرورزی را در سالمند (شماره ۹) ایجاد می‌کند: «سالمندان

این توصیف تجربیات در واقع نشان می‌دهد که شرکت در فعالیت‌های تفریحی مانند طبیعت‌گردی با دوستان، به شادکامی و نشاط اجتماعی سالمندان کمک می‌کند.

احساس مهرورزی: افراد دارای توانمندی‌ها و ظرفیت‌های عاطفی هستند و از با هم بودن لذت می‌برند و به یکدیگر احساس تعلق دارند. مناسبات و روابطی از این نوع اغلب با انتقال به خانه سالمندان کاهش می‌یابد و کمتر پیش می‌آید که در آن‌جا جایگزینی بیابد. احساس مهرورزی در سالمندان، تجربه زیسته مهمی است که کمک شایانی به بخشیدن معنی به زندگی آن‌ها و ایجاد خرسندی از حیات می‌کند (به عبارت دیگر، پیوند محبت‌آمیز متقابل تا دم مرگ). تعاملات احساسی محبت‌آمیز با کارکنان آسایشگاه و همسالان، تسلیم کردن منابع عاطفی به یکدیگر مانند محبت و ابراز قدردانی، احساس مهرورزی را تشکیل می‌دهد. دریافت این منبع عاطفی مهم و مبادله آن در تعاملات اجتماعی، سطح انرژی عاطفی سالمندان را بالا می‌برد و موجب تجربه بهزیستی عاطفی در آن‌ها می‌شود.

تعاملات اجتماعی محبت‌آمیز با کارکنان آسایشگاه: در بحران دوران سالمندی و زندگی در آسایشگاه، یکی از عوامل مهم کمک‌کننده به حفظ روحیه و معنی‌دهی به زندگی سالمند، تعاملات و کنش‌های متقابل محبت‌آمیز و مهرورزانه اطرافیان است. آن‌ها که از جامعه و نزدیکان خود در واپسین سال‌های عمر خود جدا شده‌اند، توقعی جز محبت و حفظ اکرام شخصیت‌شان ندارند. همین که سالمند ببیند فضای اجتماعی اطرافش از مهر و محبت پر شده است، دلش گرم می‌شود و در دلش این امید را زنده می‌دارد که هنوز وجودش برای دیگران مهم می‌باشد و بی‌قدر نشده است. از این‌رو، فضا و جو تعاملی آسایشگاه در ایجاد میان ذهنیت احساس مهرورزی و رضایت آن‌ها نقش مهمی ایفا می‌کند و می‌تواند جایگزین خوبی برای حمایت عاطفی از دست رفته سالمندان از سوی خانواده باشد. این فضای تعاملی در آسایشگاه از طریق کنش‌های محبت‌آمیز کارمندان، مراقبان، مسؤول آسایشگاه با سالمندان و همچنین، تعاملات مهرآمیز بین سالمندان با یکدیگر تأمین می‌شود. در حقیقت، دیگران مهم

من همشون رو دوست دارم». همچنین، سالمندان (شماره ۱۹) احساس مهرورزی خود را به مصاحبه کننده بعد از اتمام مصاحبه به اشکال مختلف مانند «پذیرایی کردن» و «بوسیدن صورت و دست» ابراز می‌کردند. سالمندان در جریان تماس‌های اجتماعی همواره کنش‌های خود و دیگران را تفسیر و بازاندیشی می‌کنند و در این فرایند متوجه زحمات و لطف دیگری از جمله مراقبان و ملاقات کنندگان می‌شوند. در نتیجه، سعی می‌کنند حس محبت و مهرورزی خود را از طریق قدردانی کردن از آن‌ها به اشکال گوناگونی پاسخ دهند. مبادله متقابل ابراز محبت در تعاملات اجتماعی دوباره موجب بازخورد کنش مهرآمیز می‌شود و در فرایند چرخشی، احساس مهرورزی و انرژی عاطفی تقویت و تداوم می‌یابد.

رکود احساسی

در این احساس، سالمندان به دلیل شرایط نا به سامانی که تجربه کردند، دچار افت روحی و احساسی شده بودند و دنیای پیرامون خود را تیره و تار می‌دیدند. به اعتقاد Erikson، فرد در اواسط و اواخر بزرگسالی باید حسن کامل شدن را به دست آورد و گرنه احساس رکود می‌کند (۹). در این دوران، سالمندان به طور کلی و سالمندان مقیم آسایشگاه به طور خاص زیست جهان متفاوتی تجربه می‌کنند که اگر نتوانند یا نخواهند راه خروجی برای زاینده‌گی پیدا کنند، ممکن است غرق در رکود و احساس غم و ناامیدی شوند. سالمندان مقیم آسایشگاه در این دوران با تغییرات و مشکلات زیادی مانند مرگ همسر، سوگ و غم عزیزان از دست رفته، بدرفتاری و آزار دیدن توسط دیگران، بیکار شدن، تنهایی، بی‌توجهی، کاهش منزلت، جدایی از خانه و خانواده و مبتلا شدن به بیماری جدی و سخت مواجه شدند. در این شرایط، بسیاری از سالمندان وضعیت دشواری را تجربه کردند و تعادل مجدد روانی آن‌ها نیاز به تلاش زیادی دارد. به ویژه اگر سالمند گروه اجتماعی و حمایتی کافی نداشته باشد تا از این راه غم و ناراحتی خود را به زبان آورد و با کمک آن، عواطف منفی خود را حل کند. با وجود این که افراد همواره در طول زندگی آرزوی پایان خوب و خوشی را برای زندگی خود انتظار دارند، اما سالمندان مقیم آسایشگاه زیست پایان عمر خود را به

هم به هم محبت می‌کنند، ارتباطات با سالمندان هم خیلی خوبه و به هم محبت می‌کنیم. رابطه خوبی با همسالان خود دارم... با دوستان شوخی می‌کنم». سالمند (شماره ۱۱) اظهار داشت: «زندگی آرام و خوبی اینجا دارم؛ چون با دوستانم که هم‌نوع خودم هستند راحتم... حدود پنج سال است اینجا زندگی می‌کنم و داخل همین اتاق با دوستم عباس هستم، زندگی‌ام در سرا با دوستانم سپری می‌شود. احساس می‌کنم باید با افراد اینجا دوست و آشنا شدم». میزان و نحوه تعاملات بین سالمندان نقش ویژه‌ای در تجربه احساس مهرورزی و ایجاد انرژی عاطفی آن‌ها دارد.

نیاز به محبت: با گذر از میانسالی به سالمندی و ورود از متن زندگی در خانه به آسایشگاه، تغییرات زنجیره‌ای در توانایی‌های جسمی، نقش اجتماعی و روابط بین فردی به وجود می‌آید که سالمند را با مشکلات پیچیده عاطفی روبه‌رو می‌سازد. در این شرایط اجتماعی، سالمندان نیاز زیادی به محبت دارند و در صورت دسترسی به این خواسته و انتظار، حسی از مهرورزی در ذهن آن‌ها ریشه می‌دواند. شرکت کنندگان تحقیق حاضر (شماره ۱۷) نیاز به محبت را مهم‌ترین نیاز خود برشمردند و اولویت بالایی در سلسله مراتب نیازهای خود برای آن قایل بودند: «محبت نوری است در هر خانه و عداوت ظلمت است که در هر کاشانه لانه می‌کند. هیچی از محبت بهتر نیست... در سن من محبت شیرین است». یکی از عواطفی که نیاز مهم بشر در سرتاسر زندگی بوده است و توجه نکردن به این نیاز و احساس تأثیرات عمیقی بر روح و جان افراد می‌گذارد، مهر ورزیدن می‌باشد.

ابراز قدردانی: سالمندان در فرایند تعاملات اجتماعی محبت‌آمیز با همسالان و مراقبان آسایشگاه، احساس مهرورزی را تجربه می‌کردند و با قدردانی کردن به آن پاسخ می‌دادند. آن‌ها قدردان زحمات مراقبان و محبت بازدید کنندگان بودند. سالمندی (شماره ۱۰) در مورد تجربه خود از احساس قدردانی گفت: «بیتقدر زحمت مارو می‌کشند. پاهام درد می‌کند، واریس دارد. نمی‌تونم از خودم نگهداری کنم آمده‌ام اینجا... خدا خیر به پرستار بده که از ما مواظبت می‌کنند... خانم‌های پرستار خیلی مهربانند، زحمت می‌کشند،

سالمندان، درد و رنج جسمانی می‌باشد. توانایی‌های جسمانی این افراد تقلیل می‌یابد و فعالیت متناسبی با وضعیت جسمانی آنان وجود ندارد. همین عوامل احساس غم را به وجود می‌آورد. نقل و قول سالمند (شماره ۶) به این موضوع اشاره می‌کند: «حساس خوشحالی نمی‌کنم، با دستام نمی‌تونم کار کنم... اگر می‌شد بهتر می‌شد. عدم تحرک ناراحتی می‌کنه... من پیر و مریضم، تو از گذشته من سؤال می‌کنی (حالت گریه به خود می‌گیرد)». در حقیقت، یکی از دلایلی که زندگی سالمندان را غم‌انگیز می‌سازد، از دست دادن سلامتی، نیروی جسمانی و به عبارت دیگر، زمین‌گیر شدن آن‌ها است. یک مرد سالمند (شماره ۱۲) که از ناحیه پا آسیب دیده بود، در مورد تجربه ناراحتی جسمانی خود می‌گوید: «به خاطر پام که جدیداً این طوری شد، باعث شده که زندگی این طوری بشه و راه نمی‌تونم برم. همیشه روی تخت می‌خوابم، با وارکر هم نمی‌توانم راه بروم، از بین می‌روم... ناراحتی و احساس خوبی ندارم. عدم تحرک ناراحتی می‌کنه، همه بدنم درد می‌کنه و خوابم نمی‌برد، این پام خیلی درد می‌کنه».

ناراحتی روحی: غم طولانی مدت منجر به افسردگی می‌شود. بیماری افسردگی بر طرز فکر، احساس و رفتار افراد تأثیر می‌گذارد. افسردگی می‌تواند باعث ابتلا به انواع بیماری‌های جسمی و روانی شود. افراد افسرده ممکن است در انجام وظایف روزانه ناتوان باشند و حتی احساس کنند که زندگی ارزش زندگی کردن ندارد. بر خلاف تصور افراد، افسردگی فقط یک ضعف و ناتوانی نیست و نمی‌توان آن را به سادگی نادیده گرفت، بلکه یک بیماری مزمن است. افرادی که دچار اختلال افسردگی هستند، علائم و نشانه‌های یکسانی ندارند. بعضی از علائم معمول و متداول افسردگی شامل خستگی و کاهش انرژی، بی‌ارزشی و یا درماندگی، بی‌قراری و ناآرامی، از دست دادن علاقه به فعالیت‌های لذت‌بخش، گریه کردن بدون هیچ دلیل خاصی و... است. علائم ذکر شده میان سالمندان شرکت کننده در آسایشگاه مشاهده شد. به عنوان مثال، سالمندی (شماره ۷) در مورد از دست دادن احساس لذت زندگی می‌گوید: «هیچ حسی به زندگی ندارم، هیچ کاری دوست ندارم بکنم، هیچی خوشحالم

صورت غم‌انگیز خلق و توصیف می‌کنند و با حسی توأم با ناامیدی با جهان زندگی روبه‌رو می‌شوند. روایات سالمندانی که در مصاحبه‌هایشان به این موضوع اشاره کردند و خود را دارای چنین احساسی می‌دانستند، در دو بخش فرعی «زیست غم‌انگیز و احساس ناامیدی» دسته‌بندی گردید.

زیست غم‌انگیز: اندوه یا غم نوعی احساس است که در نتیجه از دست دادن توانایی یا بعد از احساس ضرر ایجاد می‌شود. غم اغلب با اشک، کم شدن انرژی و انزوا همراه است. وجود احساس غم در افراد امری طبیعی می‌باشد، اما افزایش این احساسات همراه با تنش‌ها و عوامل استرس‌آور، می‌تواند به افسردگی تبدیل شود؛ به شکلی که فرد افسرده روزها و هفته‌ها دارای یک احساس غمگینی مستمر و ناخوشایند است که این احساس موجب اختلال در روابط اجتماعی و عملکرد زندگی می‌شود. زیست غم‌انگیزی که افراد در آسایشگاه تجربه می‌کنند با مؤلفه‌هایی همچون «ناراحتی روحی، ناراحتی جسمانی و ناراحتی اجتماعی» مشخص شد. سالمندان مقیم آسایشگاه دردها و ناراحتی‌های مختلفی را تجربه می‌کنند؛ به طوری که در وجود آن‌ها و فضای سرای سالمندان احساس غم کاملاً سایه افکنده است. مشاهدات محقق نیز بیانگر تسلط زیست غم‌انگیز در سالمندان بود: «روز اول که مدیر آسایشگاه من را برای آشنایی با سالمندان برد، ابتدا وارد یک سالن شدیم که جمعی از سالمندان کنار یکدیگر با لباس‌های کهنه و ظاهری آشفته روی صندلی‌شان نشسته بودند. چهره این سالمندان خیلی گرفته و در خود فرو رفته بود، فضا چنان غم گرفته و افسرده بود که بر هر فردی که وارد می‌شود، تأثیر می‌گذاشت و حس غم را به فرد تازه وارد منتقل می‌کرد». سالمندان مقیم آسایشگاه در شرایط ویژه‌ای زندگی می‌کردند و همین شرایط مولد زیست غم‌انگیز در آن‌ها شده بود. زیست غم‌انگیز از درد و رنج جسمانی، افسردگی، مشکلات اجتماعی مانند تضعیف تدریجی پیوندهای اجتماعی، پیشامدهای بد جهان بیرون، آشیانه ناراحتی، فرهنگ غم و مشکلات ازدواج در دوران سالمندی منشأ می‌گرفت و باعث رکود احساسی در سالمندان و کاهش بهزیستی عاطفی آن‌ها می‌شد.

ناراحتی جسمانی: یکی از عوامل ایجاد زیست غم‌انگیز در

نمی‌کنه، از هیچی دلم نمی‌گیره...» و یا دیگر (شماره ۱۳) بیان نمود: «صبح که ناشتا شدم، همونجا روی تختم می‌خوابم... کاری که من ندارم بکنم، اینقد بی‌حس شدم، کتابی دارم که بخونم، ولی حوصلم نمی‌ذاره نمی‌خونم». در مورد گریه کردن نیز سالمندی (شماره ۲۰) اظهار داشت: «اونی که شادتره، اعصابش راحت‌تره... اونایی که مثل ما اعصاب ندارن، حرف خودشون می‌زنن، به گریه می‌شن... یاد شوهرم که می‌افتم، غم روی دلم رو می‌گیرد، گریه می‌کنم. برای این که احساسم بهتر شود، خودم را دلداری می‌دهم... ناراحتم ولی چاره‌ای ندارم (از ناعلاجی ماندم)». احساس غم بیش از اندازه به عواملی مانند ناراحتی روحی عمیق در سالمندان مربوط می‌باشد که باعث می‌شود آن‌ها در شب‌های دلگیر کننده گریه و روزها با همسالان خود درد و دل کنند تا از ناراحتی روحی خود بکاهند. سالمندان ساکن در آسایشگاه به دلیل فشار روانی و افسردگی که تحمل می‌کنند، زیست غم‌انگیز و رکود احساسی را تجربه و بیان نمودند.

ناراحتی اجتماعی: یکی از دلایل مهمی که در ظهور زیست غم‌انگیز سالمندان نقش دارد، تجربه احساس ناراحتی اجتماعی است. از دست دادن عزیزان و دوستان قدیمی، منع ازدواج برای سالمند و فرهنگ غم و وضعیت نامناسب آسایشگاه، احساس ناراحتی اجتماعی را در سالمندان ایجاد و آن را تشدید می‌کند. تضعیف تدریجی پیوندهای اجتماعی تجربه شده در آسایشگاه نیز یکی از دلایل مهم اجتماعی بود که از نظر مشارکت کنندگان موجب زیست غم‌انگیز در آن‌ها شده است. سالمندان از اعضای شبکه اجتماعی خود اعم از فرزندان، دوستان و آشنایان خود جدا شده بودند و به تدریج به فراموشی سپرده شدند و افرادی را که در گذشته با آن‌ها زندگی می‌کردند، به دلیل مرگ یا جدایی از دست داده بودند. از بین رفتن پیوندهای اجتماعی و مرگ شبکه‌ای تمام عزیزان و نزدیکان، زندگی را برای آن‌ها غمگین ساخته است. به مرور زمان پیوندهای عاطفی یا دوستان و آشنایان ضعیف می‌شود، ضعف روابط احساس غم و اندوه در سالمند (شماره ۱۵) به وجود می‌آورد: «رفتن... شوهرم و بچه‌ام رفتن، دیگه رفتن که رفتن (با ناراحتی و آه کشیدن بیان کرد)». سالمندان با وجود

این که از جامعه کنار گذاشته شده‌اند، اما تمایل دارند به جهان اجتماعی خود بازگردند. آن‌ها همواره سعی می‌کنند رابطه خود را با جهان بیرون حفظ نمایند و اخبار تازه را از طریق تلفن یا ملاقات با نزدیکان پیگیری کنند. ب آن‌ها همواره نگران حال نزدیکان خود می‌باشند و در جریان جویا شدن احوال نزدیکانشان که تنها سرمایه اجتماعی آن‌ها هستند، رنج‌ها و مصیبت‌های جهان بیرون به آگاهی آن‌ها انتقال می‌یابد و وقایع اطرافانشان بر پیدایش احساس غم در آن‌ها تأثیرگذار است. در فضای حاکم بر سالمندان آسایشگاه، یک فرهنگ غم مشاهده گردید که احساس غم و افسردگی را در سالمندان تقویت می‌کرد. با توجه به این فرهنگ، سالمندان احساس گناه می‌کردند که شاد باشند و مراسمی که همراه با شادی باشد را مورد نکوهش قرار می‌دادند. سالمندی (شماره ۱۸) در گفته‌های خود اشاره کرد: «در جشن‌ها بعضی از سالمندان می‌گویند بیاین بزنیم برقصیم... کی گفته... ما سالمندان هممون مذهبی هستیم، می‌خواهیم بریم به بهشت، بیاین بزنیم برقصیم شاد باشیم». واکنش سالمندان دیگر به سالمندانی که در جشنی که در آسایشگاه گرفته بودند، شادی و پایکوبی می‌کردند، بدین‌گونه (شماره ۱۵) بود: «خدا مرگتون بده... آدم آخر عمری بیا فلان کنه».

یکی از دلایل احساس ناراحتی و غم در سالمندان، عدم داشتن همسر و مخالفت اطرافیان و نزدیکان با ازدواج آن‌ها بود. یکی از آن‌ها (شماره ۷) ذکر کرد: «همسر را از دست داده و دوست داشتم که ازدواج کنم، ولی فرزندانم مخالفت نمودند... حال اگر کسی اهل نماز و عبادت خدا باشد، ازدواج می‌کنم (از این موضوع ناراحت بود)». بعضی مواقع ممنوعیت‌های موجود در فرهنگ و باورهای عامیانه، موجبات تنهایی و محرومیت‌های مختلف سالمندان را فراهم می‌آورد که این ممنوعیت‌ها به نوبه خود زمینه ناراحتی‌های بیشتری ایجاد می‌کند. از طرف دیگر، موانع اجتماعی ازدواج افراد سالمند، بستر زندگی غم‌انگیزی را برای آن‌ها فراهم ساخته است. اعضای خانواده و جامعه ازدواج در دوران سالمندی را امری غیر قابل قبول و ناپسند تلقی می‌کنند و توقع دارند که افراد سالمند از امر ازدواج پرهیز کنند. انتظارات نابه‌جای

دستیابی آن‌ها به اهداف زندگی شده است. آن‌ها تمایلی به زندگی در آسایشگاه نداشتند، اما به علت شرایط موجود و استیصال، مجبور به پذیرش اقامت در آسایشگاه شده بودند. در واقع، زندگی در آسایشگاه آخرین و تنها گزینه برای ادامه زندگی آن‌ها بود. همچنین، تلاش‌های آن‌ها برای تغییر وضعیت خود بی‌نتیجه بود و از رسیدن به مطلوب و دلخواه خود که زندگی در خانه و کنار خانواده بود، ناکام ماندند و موجبات احساس ناامیدی بیش از اندازه در آن‌ها را به وجود آمد.

دلسردی از زندگی: دلیل دیگری که مشارکت کنندگان برای احساس ناامیدی خود ذکر نمودند، دلسرد شدن آن‌ها از زندگی بود. آن‌ها نسبت به ادامه زندگی علاقه‌ای نداشتند و تمایلی به زندگی و متعلقات آن نشان نمی‌دادند؛ چرا که زندگی در آسایشگاه برای آن‌ها دیگر هیچ فایده و سودی را به دنبال نداشت و آن‌ها از جهان زندگی خود خسته شده بودند. در نتیجه، آرزوی راحت شدن از این زندگی را داشتند. سالمندان همواره منتظر مرگ و پایان زندگی‌شان هستند؛ همچنان که اطرافیان و جامعه آن‌ها را در سرایشب مرگ می‌بینند و انتظار پایان زندگی آن‌ها را دارند. از این‌رو، سالمند (شماره ۱۵) احساس دلسردی می‌کند؛ چرا که انتظاری جز انتظار پایان زندگی و مرگ ندارد: «لأن که فقط انتظار مرگ دارم و انتظار مرگ را می‌کشم... آینده ما مرگ است... دوست دارم دیگر خداوند مرا راحت کند». همچنین، دیدن فوت همسالان در آسایشگاه، مزید بر شرایط سخت آن‌ها شده و به آن‌ها این ذهنیت را بخشیده بود که آن‌ها نیز دیر یا زود به همین صورت از دنیا می‌روند و عاقبت در دام مرگ می‌افتند. این امر بیشتر موجب دلسردی آن‌ها از زندگی می‌شد. سالمندی (شماره ۱۱) چنین توضیح داد: «ما هم بعد از او از اینجا می‌رویم و سرازیر قبر می‌شویم... قریب پنج سال و چهار ماه در اینجا زندگی می‌کنم و آرزویم این است که دیگر بمیرم».

بی‌انگیزگی: نادیده گرفتن توانایی سالمندان موجب انزوا و افسردگی آن‌ها خواهد شد که این افسردگی با کاهش انگیزه همراه است. در این حالت انرژی فرد کاهش می‌یابد. فرد بدون انجام دادن کار، همواره احساس خستگی و فرسودگی می‌کند. در واقع، سالمندان ساکت در آسایشگاه احساس

اطرافیان و فشارهای اجتماعی و فرهنگی مانع تشکیل زندگی مجدد و تعامل اجتماعی سالمند می‌شود و این زمینه فرهنگی، احساس غم و اندوه سالمند را فراهم می‌آورد.

احساس ناامیدی

سالمندان مقیم آسایشگاه به دلایل گوناگون که از فقدان‌ها و مشکلات گوناگون آن‌ها نشأت گرفته بود، دیگر امید خود را از دست داده بودند و این امر منجر به رکود احساسی در آن‌ها شده بود. تجربه مشارکت‌کننده‌ای (شماره ۱۴) نشان داد که زندگی آن‌ها سرشار از احساس ناامیدی است: «من که دیگه امید ندارم». سالمندان در دوران پایان زندگی به ارزیابی مراحل پیشین زندگی پرداختند و سالمندان مقیم آسایشگاه شاید به دلیل شرایطی که در آن گرفتار شده‌اند، بیشتر غم فرصت‌های از دست رفته گذشته را می‌خورند و احساس ناامیدی می‌کنند. در نتیجه، با بغض و نفرت به مسایل زندگی نگاه می‌کنند. مضمون احساس ناامیدی از سه مضمون فرعی «احساس ناکامی، دلسردی از زندگی و بی‌انگیزگی» تشکیل شد. تمام مصاحبه‌شوندگان در میان گفته‌های خود بارها در مورد فقدان امید و انگیزه ادامه زندگی سخن به میان آوردند. این در حالی است که استفاده از توانمندی‌های فرد سالمند می‌تواند حس سودمند بودن و امید را در ذهن وی ایجاد کند که یکی از اصلی‌ترین نیازهای هر انسانی است.

احساس ناکامی: احساس ناامیدی به این دلیل در سالمندان بسیاری وجود داشت که آن‌ها نتوانسته بودند با نزدیکان خود زندگی کنند و در مسیر ساختن زندگی دلخواه خود با ناکامی‌های زیادی مواجه شده بودند. در حقیقت، تجربه احساس ناکامی در سالمندان به علت احساس سرخوردگی می‌باشد که آن‌ها در مسیر زندگی قبل از ورود به آسایشگاه تجربه کرده بودند. آن‌ها هرگونه تلاش برای ایجاد زندگی دلپذیر در پایان زندگی خود را بی‌فایده قلمداد می‌کردند. یکی از سالمندان (شماره ۱۹) می‌گوید: «من اول دوست داشتم، شنیده بودم جای خوبی، ولی الآن مجبوریم، چکار کنیم، اون‌جوری که آدم دلش می‌خواد، نمی‌شه... شانسم خواهرم هم رفت... چاره‌ای دارم؟ علاجی دارم؟». احساس ناکامی سالمندان به دلیل موانع مختلفی که سد راهشان بود، مانع

انرژی احساسی (مانند احساس نشاط اجتماعی و احساس مهرورزی) در سالمندان نقش مهمی داشت. بر خلاف آن، تجربه زیسته رکود احساسی به طور فزاینده‌ای سطح روحیه و احساس سالمند را پایین آورد و منجر به چالش احساسی و تخریب روحی سالمند از زندگی گردید. در مورد تجربه رکود احساسی (همچون احساس ناامیدی و زیست غم‌انگیز) نیز می‌توان به عوامل جسمانی، روانی و اجتماعی اشاره کرد.

برخی مضمون‌های ظهور یافته در مطالعه حاضر مانند احساس ناامیدی و زیست غم‌انگیز با مفاهیم استخراج شده از سایر مطالعات به ویژه مطالعات محدود منتشر شده از ایران و نیز با تعدادی از تحقیقات خارجی همخوانی داشت، اما برخی مفاهیم مستخرج از بررسی حاضر همچون مضامین اصلی انرژی احساسی و رکود احساسی و مضامین فرعی احساس مهرورزی و نشاط اجتماعی جدید و متفاوت از مطالعات صورت گرفته هستند. سالاروند و همکاران در یکی از معدود گزارش‌های کیفی منتشر شده، تجارب احساسی سالمندان مقیم آسایشگاه‌های اصفهان را به ۱۱ احساس منفی (شامل روحیه پایین، عدم اعتماد به نفس، تنهایی و انزوا، ناامیدی، غم، افسردگی، دلتنگی، احساس طرد شدن، ترس، استرس و احساس بی‌قدرتی) و تنها دو احساس مثبت (شامل راحتی و خوشحالی، آن هم به صورت گذرا) طبقه‌بندی نمودند (۱۹). نتایج مطالعه Bishop و همکاران نشان داد که خشنودی از زندگی در سالمندان می‌تواند به وسیله دسترسی‌های فردی به منابع کلیدی و مهم زندگی آن‌ها ایجاد شود و این منابع را همان منابع مادی، اجتماعی یا ویژگی‌های شخصی که سالمندان به آن متعلق هستند، تعریف کرده‌اند که می‌تواند به عنوان منابع اصلی در پیشبرد و حفظ بهزیستی افراد معرفی کرد؛ چرا که این منابع می‌تواند به آن‌ها در رسیدن به اهداف شخصی و برآورده کردن نیازهای اساسی جسمی و روان‌شناختی کمک کند (۲۰). نتایج پژوهش Seeman و Adler در این راستا حاکی از آن بود که بسیاری از عوامل پیش‌بینی کننده بهزیستی عاطفی بهتر سالمندان، جنبه اجتماعی، روان‌شناختی و رفتاری دارد و بالقوه قابل تغییر می‌باشد. این یافته‌ها نشان داد که موفقیت در سالمندی تحت

ناامیدی نمودند؛ چرا که انگیزه و شوق خود را در زندگی از دست داده بودند. سالمندی (شماره ۱۹) از تلاش برای تغییر وضعیت خود دست برداشته و تسلیم نیروهای مادی و غیر مادی شده بود: «حال من تغییری در زندگی من به وجود نمی‌آورد... پیری به سر می‌رسد، نه؟ پیری تو کار هست، تموم شد». در واقع، مشارکت کنندگان بی‌انگیزه شده بودند؛ چرا که هیچ روزنه‌امیدی برای بهبود حال خود نداشتند و برای آینده خود هیچ برنامه و هدفی در نظر نداشتند. تنها آینده‌ای که آن‌ها برای خود دیدند، مرگ بود؛ به طوری که مصاحبه‌شونده (شماره ۱۶) در پاسخ به سؤال نظر تان در باب آینده چیست؟، می‌خندد و اظهار می‌کند: «ها که دیگر آینده‌ای نداریم... به آینده هیچ حسی ندارم... چیزی نیست از زندگی بخواهم تغییر دهم... دیگه حالا می‌میریم دندون زندگی رو کندم... من هیچ آرزویی ندارم، امیدوارم هرچه پیرتر می‌شوم، مرگ راحت و شیرینی داشته باشم و روحایی نشوم».

بحث

پژوهش حاضر به بررسی تجربه بهزیستی عاطفی در سالمندان مقیم آسایشگاه سالمندان پرداخت. دو مضمون اصلی «انرژی احساسی و رکود احساسی» از تجربه زیسته عاطفی سالمندان استخراج گردید که دو بعد متفاوت تجربه احساسی آن‌ها را از زندگی نشان داد. چهار مضمون فرعی نهفته در تجربه بهزیستی عاطفی این سالمندان شامل «احساس نشاط اجتماعی، احساس مهرورزی، زیست غم‌انگیز و احساس ناامیدی» نشان داد که مشارکت کنندگان تحقیق حاضر از زندگی در سرای سالمندان، هم انرژی احساسی و هم رکود احساسی را تجربه کرده‌اند. انرژی احساسی حاکی از عواطف و احساسات سازنده و انرژی بخشی است که سطح عاطفه زیسته سالمند را بالا می‌برد و موجبات احساس خوشبختی و بهبود احوال روحی آن‌ها می‌گردد. به نظر می‌رسد که سه عامل عمده «توجه به نیازهای عاطفی و روحی سالمندان در آسایشگاه، نحوه تعاملات اجتماعی با اعضای خانواده و افراد ساکن در سرای سالمندان اعم از کارکنان و همسالان و وضعیت جسمانی» در بروز تجربه

مانند دوران‌های قبلی زندگی خود و افراد معمولی با دیگران ارتباط برقرار می‌کنند و به تفریحات مختلف بپردازند، احساس نشاط و لذت را تجربه کردند. بنابراین، می‌توان گفت که مهم‌ترین خواسته آن‌ها، برگشت به فرایند طبیعی و عادی زندگی قبلی است. به نظر می‌رسد که تعاملات اجتماعی و پر کردن اوقات فراغت سالمندان مقیم آسایشگاه، نقش مهمی در تجربه احساس نشاط اجتماعی و بهزیستی عاطفی آن‌ها دارد. توجه به این امر، بسیار مهم است؛ چرا که یکی از عوامل مؤثر در بالا بردن کیفیت زندگی و داشتن سالمندی موفق، احساس شادکامی و نشاط اجتماعی می‌باشد (۲۷). برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که می‌توان از احساس شادکامی و نشاط اجتماعی جهت درمان بیماری‌های روانی، افزایش امید و افزایش مقاومت روانی در مقابل ناراحتی و استرس استفاده نمود (۲۸).

یکی از عواطف بسیار مهمی که نیاز بشر در سرتاسر زندگی می‌باشد و توجه نکردن به این نیاز و احساس تأثیرات عمیقی بر روح و روان افراد می‌گذارد، مهر ورزیدن و نیاز به محبت است. بیشتر شرکت کنندگان تحقیق حاضر نیاز به محبت را مهم‌ترین نیاز خود برشمردند و آن را در اولویت بالایی در سلسله مراتب عواطف مثبت خود قرار دادند. علاوه بر این، نیاز به محبت، منبع قوی برای دریافت و بخشش مهر و محبت است. سالمندان احساس مهرورزی را در طی تعاملات محبت‌آمیز با همسالان و مراقبان آسایشگاه تجربه کردند و سعی نمودند با قدردانی کردن آن را پاسخ دهند. بر اساس دیدگاه Beckman، روابط سالمندان با دوستان گاهی مهم‌تر و پاداش دهنده‌تر از روابط آن‌ها با فرزندان است (۲۹). طبق نظر Cherlin و Furstenberg، سالمندان به صمیمیت و استقلال خود اهمیت زیادی می‌دهند. یک دوست صمیمی و محرم اسرار می‌تواند اثر فقدان‌های پیش‌رونده را در زمینه تعاملات اجتماعی و بیهوشی و... خنثی کند (۳۰). طبق نتایج تحقیق Lang و Baltes، داشتن تماس اجتماعی و شخصیت مردم‌آمیز، با رضایت از زندگی روزمره و روحیه عالی در سن پیری ارتباط دارد (۳۱). در حقیقت، سالخورده‌گان مبنای شرکای اجتماعی خود را بر روابط خشنود کننده قرار می‌دهند. Turner معتقد است که عشق و وفاداری در تعاملات

تأثیر عوامل تغییرناپذیری همچون وضعیت ژنتیکی فرد نیست، بلکه بیشتر عواملی مانند سطح فعالیت بدنی فرد، تعاملات اجتماعی و نگرش به زندگی بر بهزیستی عاطفی مؤثر خواهد بود (۲۱).

اولین مضمون استخراج شده از تجربه بهزیستی عاطفی سالمندان مطالعه حاضر، «احساس نشاط اجتماعی» بود. به عبارت دیگر، سالمندان مقیم سرای سالمندان از دیدار اعضای خانواده، مصاحبت با اشخاص غریبه و فعالیت‌های تفریحی به خصوص بیرون رفتن و گردش رفتن به وجد می‌آمدند و احساس خوشحالی و نشاط می‌کردند. این احساس در سالمندانی که سلامت جسمانی بیشتری داشتند و از سواد بیشتری برخوردار بودند، شدیدتر بود. شادکامی در زمینه سالمندان در تحقیقات مختلف بیشتر از جنبه فردی و روان‌شناختی مورد بحث و بررسی قرار گرفته است. به عنوان مثال، مطالعه ادیب حاج‌باقری و رجایی در زمینه اثر شادکامی بر افزایش احساس امید در سالمندان انجام گرفت (۷). آن‌ها گزارش کردند که از طریق آموزش شادکامی و مهارت‌ها و توانمندی‌های آموختنی آن، می‌توان به حل مشکلات روان‌شناختی و افزایش امید و بهزیستی روانی سالمندان کمک کرد (۷). علی‌اکبری دهکردی و همکاران نتیجه‌گیری کردند که بین باورهای مذهبی و احساس شادکامی در سالمندان رابطه وجود دارد و تقویت باورهای مذهبی، منجر به رشد عواطف مثبت آن‌ها مانند شادکامی می‌شود (۲۲). نتایج مطالعات معتمدی شلمزاری و همکاران (۲۳)، سهرابی (۹)، پاشا و همکاران (۱۰)، Loyd McInerney (۳)، Cohen و Wills (۲۴) و Ganster و Victor (۲۵) نشان داد که حمایت اجتماعی تأثیر معنی‌داری بر احساس شادی و احساس خوشبختی سالمندان از زندگی می‌گذارد. یافته‌های تحقیق Maltby و همکاران حاکی از آن بود که ملاقات‌های مکرر به ویژه از جانب اعضای خانواده، برای حفظ شادی در سالمندان ضروری است (۲۶). تمرکز اصلی بررسی حاضر که از ابعاد جدید و متفاوت آن به شمار می‌آید، کشف عواطفی است که سالمند در موقعیت‌ها و شرایط اجتماعی تجربه و بروز می‌دهد. سالمندان در زندگی روزمره خود در سرای سالمندان زمانی که

طوری که در وجود آن‌ها و فضای سرای سالمندان این احساس کاملاً سایه افکنده بود. آن‌ها در شرایط ویژه‌ای زندگی می‌کنند و همین شرایط مولد زیست غم‌انگیز را در آن‌ها ایجاد می‌کند. زیست غم‌انگیز، از ناراحتی جسمانی که از بیماری، فلج شدن، زمین‌گیر شدن و یکجانشینی خسته‌کننده منشأ می‌گرفت، باعث شد تا شور زندگی در سالمندان مقیم کاسته شود. مطالعات نشان داده‌اند که سالمندان ترجیح می‌دهند دوران نقاهت و کهولت خود را در محل سکونت‌شان طی کنند (۳۴) و انتقال به آسایشگاه، استقلال آن‌ها را محدود (۳۵) و احساس احترام و عزت نفس آن‌ها را خدشه‌دار می‌کند و باعث می‌شود تا بسیاری از آن‌ها با از دست دادن فعالیت‌ها و علاقمندی‌های خود، احساس بی‌ارزشی و درماندگی نمایند و علایم افسردگی را نشان دهند (۳۶). به نظر می‌رسد که احساس غم بیش از اندازه، به عواملی مانند ناراحتی روحی عمیق در سالمندان مربوط باشد که باعث شد آن‌ها در شب‌های دلگیر کننده گریه و روزها با همسالان خود درد و دل کنند تا از ناراحتی روحی خود بکاهند.

نتایج تحقیقات حاکی از آن است که سالمندان ساکن در آسایشگاه، فشار روانی و افسردگی بیشتری را نسبت به سالمندان ساکن در خانه تحمل می‌کنند که پیامدهای زیانباری برای آنان به همراه خواهد داشت (۳۷). بر اساس مطالعه Crews، در آسایشگاه واژه «درد روحی» را برای تجربه احساسات مختلف مانند افسردگی به کار می‌برند که اغلب افراد در دوران پایان زندگی آن را تجربه می‌کنند. او بیان کرد که درد روحی ممکن است به صورت نگرانی‌های درونی، ناامیدی، عصبانیت، انزوای اجتماعی یا حتی درد فیزیکی آشکار شود (۶). ناراحتی اجتماعی تجربه شده در آسایشگاه نیز یکی از دلایل مهم و مشترک سالمندان بود که از نظر مشارکت کنندگان موجب زیست غم‌انگیز در آن‌ها گردید. سالمندانی که مورد بی‌توجهی، طعنه و تحقیر اطرافیان خود قرار گرفتند و از وضعیت زندگی در آسایشگاه رضایت نداشتند، بیشتر احساس غم می‌کردند. گاهی اوقات، ممنوعیت‌های موجود در فرهنگ و باورهای عامیانه، موجبات تنهایی و محرومیت‌های مختلف سالمندان را فراهم می‌آورد

اجتماعی مانند روابط افراد در خانواده، باعث ایجاد اعتماد به نفس در اعضای خانواده می‌شود و و این روند منجر به بهزیستی عاطفی در افراد می‌گردد (۳۲). نظریه وی به این نکته اشاره کرد «هنگامی که انتظارات اجتماعی برآورده شود یا برآورده نشود، عاطفه برانگیخته می‌شود. به عنوان یک قانون کلی، زمانی که انتظارات سالمندان از محبت در دنیای اجتماعی اطرافشان محقق شود، آن‌ها گونه‌ای از عواطف مثبت را تجربه می‌کنند و اگر فراتر از انتظارشان بوده باشد، به گونه دیگری از شادکامی و بهزیستی عاطفی رسیده‌اند» (۳۳).

در برخورد با سالمندان، توجه به احساس نیاز محبت هم برای برقراری ارتباط مناسب و هم بهزیستی عاطفی آن‌ها، اهمیت زیادی دارد. آن‌ها حوادث تاریخی و شرایط اقتصادی-اجتماعی دشواری را پشت سر گذاشته‌اند. همچنین، از اقوام، دوستان، فرزندان و نوه‌های خود جدا و دور هستند و اکنون دچار محرومیت احساسی شده‌اند. از این‌رو، در این دوران تماس شخصی، دوست داشتن و مورد محبت واقع شدن و توجه به سالمند ضرورت می‌یابد. مراقبان می‌توانند با رعایت اصول و مهارت‌های ارتباط بین فردی، ارتباط خوبی با سالمند برقرار کنند که از جمله این ارتباطات می‌توان به نشستن کنار سالمند، صحبت کردن چهره به چهره و اختصاص وقت کافی به او اشاره کرد که نشان دهنده علاقمندی به او و یاری کردن وی است. ایجاد ارتباط خوب و محبت‌آمیز بین سالمندان مقیم در آسایشگاه نیز می‌تواند منبع جایگزین خوبی برای فقدان این احساس باشد. در صورت نبود تعاملات محبت‌آمیز بین سالمندان آسایشگاه، تمام امید آن‌ها از بین می‌رود و نه تنها احساس مهرورزی آن‌ها بی‌پاسخ می‌ماند، بلکه عواطف منفی دیگری در آن‌ها به وجود می‌آید. در تحقیق حاضر، احساس مهرورزی به عنوان یکی از ابعاد اساسی تجربه عاطفی و بهزیستی عاطفی از نظر سالمندان مشارکت کننده مورد نظر شکل گرفت و تصور آن‌ها از روابط محبت‌آمیز با سایرین نقش مهمی در بهزیستی عاطفی آن‌ها دارد.

زیست غم‌انگیز از مضامین دیگر نهفته در تجربه بهزیستی عاطفی سالمندان مشارکت کننده بود. سالمندان مقیم آسایشگاه دردها و ناراحتی‌های مختلفی را تجربه کردند؛ به

جسمانی و عدم تحرک، قادر نیستند با دنیای اجتماعی ارتباط برقرار کنند. پس باید دنیای اجتماعی را به فضای آسایشگاه آورد و فضای ارتباطی اطراف آن‌ها را عاری از افراد منفی‌باف و بداخلاق کرد.

یکی از عناصر مهم تجربه بهزیستی عاطفی که در سالمندان ساکن در سرای سالمندان به فراوانی مشاهده می‌شود، احساس ناامیدی است. احساس ناامیدی به اشکال مختلف احساس ناکامی، احساس دلسردی از زندگی و بی‌انگیزگی در تجربه زیسته مشارکت کنندگان ظاهر شد. احساس ناکامی پدیدار شده در سالمندان به علت احساس سرخورده‌گی است که آن‌ها در زیست جهان خود تجربه کرده‌اند. آن‌ها دیگر تلاش برای ایجاد زندگی دلپذیر در پایان زندگی خود را بی‌فایده قلمداد می‌کنند و تجربه احساسی خود را در نهایت تأسف چنین ذکر می‌کنند که «من که دیگه امیدی ندارم». دلیل دیگری که شرکت کنندگان برای احساس ناامیدی خود ذکر نمودند، دلسرد شدن آن‌ها از زندگی است. سالمندان دیگر تمایلی برای ادامه زندگی نشان نمی‌دهند؛ چرا که از زیست جهان خود خسته شده‌اند و آرزوی راحت شدن از این زندگی را دارند. از سوی دیگر، تجربه روزانه آن‌ها با دیدن فوت همسالانشان، به آن‌ها این ذهنیت را می‌بخشد که دیر یا زود به همین صورت از دنیا می‌روند و عاقبت در دام مرگ می‌افتند. همچنین، از این جهت که سالمندان انگیزه و شوق خود را در زندگی از دست داده‌اند، احساس ناامیدی می‌کنند. ادیب حاج‌باقری و رجایی در تحقیق خود پیرامون احساس ناامیدی، بیان داشتند که تندرستی پیش‌بینی کننده قدرتمندی برای احساس ناامیدی به عنوان یکی از ابعاد بهزیستی عاطفی در اواخر بزرگسالی یا همان پیری است (۷). مطالعه سالاروند نیز بر این مسأله تأکید نمود که توجه به حمایت‌های روانی، مالی، اجتماعی، سلامتی و فیزیکی باید از طریق همه مراقبت‌ها صورت گیرد و فقط توجه به بعد نیازهای فیزیکی آن‌ها، زندگی هدفمند، معنی‌دار و امیدوار در خانه سالمندان را انکار می‌کند (۱۹). پژوهش ادیب حاج‌باقری و رجایی حاکی از آن است که اغلب سالمندان تجربه مثبتی از زندگی در آسایشگاه ندارند. طرد از

که این ممنوعیت‌ها به نوبه خود زمینه ناراحتی‌های بیشتری را ایجاد می‌نمود. نتایج پژوهش صفوی نشان داد سالخورده‌گانی که حداکثر استفاده را از فرصت‌های معاشرت کردن می‌برند و با دیگران تعامل بیشتری دارند، تنهایی و افسردگی‌شان کاهش می‌یابد. علاوه بر این، با افزایش معلولیت جسمانی و انزوای اجتماعی به دنبال آن، احساس عمیق ناامیدی بیشتر می‌شود. این سیر قهقرایی می‌تواند با رفتن به سمت خانه سالمندان شتاب بگیرد؛ به نحوی که بسیاری از افراد ساکن در خانه سالمندان، یک ماه پس از پذیرش، به سرعت تحلیل می‌روند و به شدت افسرده می‌شوند (۳۸).

حسینی و همکاران در تحقیق خود عنوان کردند با وجود این که از دست دادن قوای جسمانی به همراه مشکلات و فشارهای روانی-اجتماعی، فرد را به ویژه در سنین سالمندی مستعد افسردگی می‌کند، اما کیفیت و چگونگی زندگی فرد در گذشته و دوران سالمندی، از جمله مواردی است که می‌تواند پیش‌بینی کننده زندگی شاد و یا بر عکس لبریز از غم و اندوه و افسردگی باشد (۳۹). هادیان‌فرد نیز بیان نمود که فشارهای ناشی از دگرگونی‌های جسمی، روانی و اجتماعی، نقش عمده‌ای در افسردگی سالمندان ایفا می‌کند (۴۰). در مطالعه حاضر، احساس غم به عنوان یک تجربه زیسته فراگیر در سالمندان مقیم آسایشگاه مورد توجه قرار گرفت و تنها به بعد افسردگی بسنده نشد. در واقع، زیست غم‌انگیز به عنوان نوعی زندگی در نظر گرفته شده است که همواره سالمندان در آن مانند یک تله گرفتار شده‌اند و برای نجات آن‌ها باید به ابعاد روحی، روانی، جسمی و اجتماعی زندگی سالمندان توجه نمود. شرایط روحی مناسب، به برخورد منطقی‌تر و مناسب‌تر با مشکلات جسمانی کمک می‌کند و شرایط اجتماعی می‌تواند شرایط روحی سالمندان را بهبود بخشد. بنابراین، با رفع ممنوعیت‌های اشتباه و نادرست و ترویج باورهای درست در فرهنگ عامیانه، می‌توان به برخی از محدودیت‌های اجتماعی سالمندان پایان داد. از طرف دیگر، افزایش تعاملات اجتماعی سالمندان با افراد درون و بیرون از آسایشگاه و مورد توجه قرار دادن آن‌ها از طریق پذیرش اجتماعی، می‌تواند زیست غم‌انگیز آن‌ها را از بین ببرد. سالمندان به دلیل مشکلات

با توجه به یافته‌های تحقیق، از دست رفتن منابع مختلف و بیماری‌های ناتوان کننده در دوران سالمندی، منجر به حس غم و ناامیدی در سالمندان می‌گردد. این احساسات با مواردی همچون سطوح پایین رفتارهای سلامتی پیشگیرانه، سلامت ضعیف‌تر و دوره‌های طولانی‌تر از بیماری همراه است که می‌تواند منجر به احساس افسردگی، بی‌کفایتی و در نتیجه، بهزیستی عاطفی پایین گردد. باید کوشید تا با ارتقای فرهنگی مردم در حفظ ارتباط صحیح با سالمندان و نیز بهبود شرایط مراکز نگهداری سالمندان و همچنین، تربیت نیروهای متخصص برای نگهداری از سالمندان، احساس شادابی و نشاط اجتماعی را در این مراکز توسعه داد.

یافته‌های تحقیق حاضر نشان می‌دهد که زیست اجتماعی و روانی سالمندان ساکن سرای سالمندان در تجربه بهزیستی عاطفی آن‌ها اهمیت زیادی دارد که اغلب از طرف مسؤولان نهادهای نگهداری از سالمندان در اولویت پایینی قرار می‌گیرد. بر این اساس، بررسی حاضر برای افزایش بهزیستی عاطفی این گروه از سالمندان پیشنهاد می‌دهد فرصت‌هایی برای ارتقا و کسب پایگاه برای آن‌ها در سرای سالمندان تعبیه شود که هم در آن‌ها انگیزه و هم حس آفرینندگی ایجاد کند. مجوز مدیریت اقتصادی اموال و دارایی به آن‌ها داده شود و آن‌ها بتوانند از یک مشاور اقتصادی در این زمینه کمک بگیرند. روش‌هایی جهت برقراری ارتباط آن‌ها با دنیای بیرون از سرا فراهم شود و بتوانند همچنان به تعاملات اجتماعی خود با دیگران ادامه دهند. در واقع، خود فرایند دوست‌یابی و آشنایی با آدم‌های جدید به زندگی شور و اشتیاق زیادی می‌بخشد. در مدیریت و کنترل برنامه‌های سرا به نظرات سالمندان اهمیت و به آن‌ها اجازه مشارکت در امور مربوط به خودشان داده شود. جابه‌جایی حس انتظار منفی به حس انتظار مثبت با در نظر گرفتن موضوعات مورد علاقه آن‌ها، حس امید به زندگی را در آن‌ها افزایش می‌دهد. برگزاری کارگاه‌های جذاب و مفید در سرا در زمینه آموزش مهارت‌های مختلف زندگی، شاد زیستن، هنری، اجتماعی و... در ایجاد تنوع و تشویق سالمندان به امور مفید مؤثر است. پیشنهاد‌های ارائه شده تحقیق حاضر برای عرصه علمی

سوی خانواده و اجتماع و شرایط محیطی باعث می‌شود آن‌ها احساس انزوا و طرد شدن و شکست و خفت کنند. آنان بیان کردند که زندگی در سرای سالمندان خسته‌کننده است و این امر اشتیاق زندگی آن‌ها را کاهش می‌دهد و آن‌ها منتظر پایان زندگی هستند (۷).

محدودیت‌ها: در تحقیق پدیدارشناسی، برای دستیابی به هدف باید از مراحل مختلفی عبور نمود. آنچه در فرایند مطالعه مورد نظر بر سختی این مسیر افزود و بخش زیادی از زمان محققان را به خود اختصاص داد، عدم همکاری برخی مسؤولان آسایشگاه برای مصاحبه با مشارکت کنندگان به دلیل عدم توجه به مشکلات عاطفی سالمندان و محافظه‌کاری بود. محدودیت دیگری که زمان زیادی از محقق گرفت، انجام مصاحبه‌ها و سپس پیاده‌سازی آن‌ها بود؛ چرا که ذهن تبیین نشده سالمندان، سختی بسیاری را به همراه داشت. نگهداشتن سالمند در مسیر مصاحبه مشکل بزرگی بود که زمان‌بندی مورد نظر مصاحبه را طولانی (حدود ۷ ماه) کرد. حداقل زمان مصاحبه‌ها نیز ۲۲ دقیقه بود؛ در حالی که زمان مصاحبه ۹۰ دقیقه‌ای هم وجود داشت. همچنین، نمی‌توان از سختی‌ها و محدودیت‌های دیگر نیز غافل شد. در نگاه بعضی از سالمندان در بیان تجارب، نگرانی‌هایی به چشم می‌خورد که این امر ممکن است در پاسخدهی آن‌ها و جمع‌آوری اطلاعات جامع‌تر تأثیرگذار بوده باشد. به خصوص این که مسؤولان و پرستاران در آسایشگاه همواره در طی مصاحبه مراقب بودند و با ورود ناگهانی، مانع ادامه صحبت سالمندان می‌شدند.

نتیجه‌گیری

بر اساس داده‌های به دست آمده، بیشتر سالمندان تجربه احساسات مثبت و منفی از زندگی در سرای سالمندان را داشتند. تجربه بهزیستی عاطفی، بزرگ‌ترین آرزو و مهم‌ترین هدف زندگی بشر است که بیش از هر عامل دیگری بهداشت روانی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۴). شواهد تاریخی و نیز تجربه روزمره زندگی حاکی از آن است که برجسته‌ترین و عمده‌ترین تمایلات بشری، رسیدن به بهزیستی و شادمانی می‌باشد (۴۰).

قابل بودند، توصیه می‌شود تا تجارب و ادراک فرزندان و بستگان درجه اول سالمندان مقیم آسایشگاه‌ها پس از انتقال سالمند به آسایشگاه بررسی گردد. همچنین، پیشنهاد می‌شود تا نظرات سالمندان و نیز بستگان آن‌ها در زمینه راهکارهای عملی برای کاهش احساس غم و ناامیدی در سالمندان مقیم آسایشگاه‌ها مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از کلیه سالمندان و مدیران مؤسسات نگهداری از سالمندان شهر کرمان که در این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

علاقمندان و پژوهشگران بدین شرح می‌باشد: طراحی پژوهشی در مورد دیدگاه سالمندان در زمینه این موضوع که اگر سرای سالمندان به چه شکلی باشد آن‌ها احساس بهتری دارند؟ یا پیشنهاد خود سالمندان با توجه به وضعیتشان و عدم امکان نگهداری از آن‌ها در خانه برای ایجاد زندگی دلخواه چیست؟؛ طراحی پژوهش‌های اقدامی و مشارکتی در این زمینه برای تغییر نگاه سالمندان به وضعیت خود و تقویت قدرت آن‌ها برای ایجاد تغییر وضعیت عاطفی خود قابل توجه است، با توجه به کمبود مطالعه در این زمینه و نیز نقشی که سالمندان این مطالعه برای تعاملات اجتماعی و محبت‌آمیز در ایجاد احساساتی مانند احساس مهرورزی و زیست‌غم‌انگیز

References

1. Fischer R. Rewarding employee loyalty: An organizational justice approach. *Inter J Organ Behav* 2003; 8(3): 486-503.
2. Diener E, Oishi S, Lucas RE. Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annu Rev Psychol* 2003; 54: 403-25.
3. Loyd McInerney S. Driving cessation and quality of life for older adults [MSc Thesis]. Flagstaff, AZ: Northern Arizona University; 2009.
4. Asgari P, Sharafodin H. Relationship between social anxiety, hope and social support graduate students with a sense of subjective well-being in Khuzestan Science and Research Branch [MSc Thesis]. Ahvaz, Iran: Ahvaz Branch, Islamic Azad University; 2011. p. 25-36. [In Persian].
5. Nouhi S, Karimi T, Iranmanesh S. Comparing fear of death of the elderly settled in elderly's home and inhabited in city houses of Isfahan. *Salmand Iran J Ageing* 2014; 8(31): 24-31. [In Persian].
6. Crews SJ. Spiritual needs as expressed by residents of a long-term care facility [MSc Thesis]. Fairfax, VA: College of Humanities and Social Sciences, George Mason University; 2011.
7. Adib-Hajbaghery M, Rajaei M. Lived experiences of elderly home residents: A qualitative study. *Behbood* 2011; 15(5): 372-83. [In Persian].
8. Rodríguez GS, Monroy Antón AJ. Effect of induced emotions on strength in older people. *Sci Res Essays* 2011; 6(25): 5369-73.
9. Sohrabi MB, Zolfaghari P, Mahdizade F, Aghayan SM, Ghasemian M, Shariati Z, et al. Evaluation and comparison of cognitive state and depression in elderly admitted in sanitarium with elderly sited in personal home. *Knowledge Health* 2008; 3(2): 27-32. [In Persian].
10. Pasha G, Safarzadeh S, Mashak R. General health and social support in two groups of elders living in nursing homes. *Journal of Family Research* 2007; 3(9): 503-17. [In Persian].
11. Nezlek JB, Kuppens P. Regulating positive and negative emotions in daily life. *J Pers* 2008; 76(3): 561-80.
12. Kazemi SH, Danaeefard H, Maghsoudi A. Interpretive research in the organization: strategies of phenomenology and phenomenography. Tehran, Iran: Imam Sadiq University Publications; 2011. [In Persian].
13. Zeferino I MT, Carraro II TE. Alfred Schutz A: From theoretical-philosophical framework to the methodological principals of phenomenological research. *Texto contexto-enferm* 2013; 22(3): 826-34.
14. Schutz A. *Collected Papers V. Phenomenology and the social sciences*. Springer Science & Business Media; 2011.
15. Eatough V, Smith JA, Shaw R. Women, anger, and aggression: An interpretative phenomenological analysis. *J Interpers Violence* 2008; 23(12): 1767-99.
16. Dahlberg K, Dahlberg H, Drew N, Nystrom M. *Reflective lifeworld research*. Los Angeles, CA: Professional Publishing House; 2008.

17. Mohammad Pour A. Anti-method: Logic and design of research in the qualitative methodology. Tehran, Iran: Sociologists Publications; 2013. [In Persian].
18. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Thousand Oaks, CA: SAGE; 1985.
19. Salarvand S, Abedi H, Hosseini H, Salehi S, Keyvanara M. The emotional experiences of elderly people regarding the process of residency in nursing homes. *Iran J Nurs* 2007; 20(49): 61-71. [In Persian].
20. Bishop AJ, Martin P, Poon L. Happiness and congruence in older adulthood: A structural model of life satisfaction. *Aging Ment Health* 2006; 10(5): 445-53.
21. Seeman TE, Adler N. Older Americans: Who will they be? *National Forum* 1998; 78(2): 22-5.
22. Aliakbari Dehkordi M, Peymanfar E, Mohtashami T, Borjali A. The comparison of different levels of religious attitude on sense of meaning, loneliness and happiness in life of elderly persons under cover of social welfare organisation of Urmia City. *Salmand Iran J Ageing* 2015; 9(4): 297-305. [In Persian].
23. Motamedi Shalamzari A, Ezhehei J, Azad Falah P, Kiamanesh AR. The role of social support on life satisfaction, general well-being, and sense of loneliness among the elderly. *Journal of Psychology* 2002; 6(2): 115-33. [In Persian].
24. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull* 1985; 98(2): 310-57.
25. Ganster DC, Victor B. The impact of social support on mental and physical health. *Br J Med Psychol* 1988; 61 (Pt 1): 17-36.
26. Maltby J, Day L, McCutcheon LE, Gillett R, Houran J, Ashe DD. Personality and coping: A context for examining celebrity worship and mental health. *Br J Psychol* 2004; 95(Pt 4): 411-28.
27. Sumngern C, Azeredo Z, Subgranon R, Sungvorawongphana N, Matos E. Happiness among the elderly in communities: A study in senior clubs of Chonburi Province, Thailand. *Jpn J Nurs Sci* 2010; 7(1): 47-54.
28. Lyubomirsky S, Ross L. Hedonic consequences of social comparison: A contrast of happy and unhappy people. *J Pers Soc Psychol* 1997; 73(6): 1141-57.
29. Beckman LJ. Effects of social interaction and children's relative inputs on older women's psychological well-being. *J Pers Soc Psychol* 1981; 41(6): 1075-86.
30. Cherlin AJ, Furstenberg FF. The new American grandparent: A place in the family, a life apart. New York, NY: Basic Books; 1986.
31. Lang FR, Baltes MM. Being with people and being alone in late life: Costs and benefits for everyday functioning. *Int J Behav Dev* 1997; 21(4): 729-46.
32. Turner JH. The sociology of emotions: Basic theoretical arguments. *Emot Rev* 2009; 1(4): 340-54.
33. Turner JH. The structure of sociological theory. Boston, MA: Wadsworth Thomson Learning; 2003.
34. Pfeil U, Zaphiris P, Wilson S. Older adults' perceptions and experiences of online social support. *Interact Comput* 2009; 21(3): 159-72.
35. Troxel WM, Buysse DJ, Monk TH, Begley A, Hall M. Does social support differentially affect sleep in older adults with versus without insomnia? *J Psychosom Res* 2010; 69(5): 459-66.
36. Alipour F, Sajadi H, Forouzan A, Biglarian A. The role of social support in elderly quality of life. *Journal of Social Welfare* 2009; 9(33): 147-65. [In Persian].
37. Brown C, Lowis MJ. Psychosocial development in the elderly: An investigation into Erikson's ninth stage. *J Aging Stud* 2003; 17(4): 415-26.
38. Safavi S. Comparing quality of life, social support and depression among elderly living at home and nursing home residents. *Journal of Geriatric Nursing* 2015; 1(3): 34-46.
39. Hosseini SM, Rezaee AM, Keykhosravi Z. A comparison of old men and women's social support, life satisfaction, happiness and depression. *Sociology of Women* 2012; 2(4): 143-61. [In Persian].
40. Hadianfard H. Subjective well-being and religious activities in a group of Muslims. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2005; 11(2): 224-32. [In Persian].

The Experience of Emotional Well-being of the Elderly People Residing in Nursing Homes: A Phenomenological Study

Mohammad Taghi Iman¹, Elham Shirdel²

Original Article

Abstract

Introduction: One of the important areas of elderly mental health is experiencing their emotional well-being. Small number of quantitative researches has been conducted on the concept of subjective well-being. However, qualitative researches have not been conducted in this area in order to understand the different aspects of emotional well-being. Therefore, the main objective of this research was to study the experiences of the elderly people living in the nursing homes in order to understand the nature of emotional well-being better.

Method: This study was conducted with a qualitative approach, using phenomenological methodology. Researchers used deep and sequential interviews as a research tool to describe the life experience. Overall, in this study, 20 elderly who lived in the nursing homes of Kerman, Iran, were studied by using targeted sampling during a 10-month period. The collected data were analyzed using Schutz's method and classified in form of primary sample phrases, subthemes, and main themes.

Results: The findings of this study revealed two main themes of emotional energy (with themes of feeling social vitality, feeling loving-kindness), and emotional depression (with themes of frustration and traumatic life experiences) and twelve subthemes.

Conclusion: The senior participators in the study have experienced both emotional energy and depression during the time in nursing homes. It seems that three major factors, namely attention to their emotional and spiritual needs in nursing homes, social interactions with people inside and outside of nursing homes, and their physical condition played an important role in creating the experience of emotional well-being of the elderly.

Keywords: Emotion, Well-being, Elderly, Nursing homes

Citation: Iman MT, Shirdel E. **The Experience of Emotional Well-being of the Elderly People Residing in Nursing Homes: A Phenomenological Study.** J Qual Res Health Sci 2017; 6(3): 277-95.

Received date: 28.02.2016

Accept date: 11.07.2016

1- Professor, Department of Sociology and Social Planning, School of Economics, Management and Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran

2- PhD Student, Department of Sociology and Social Planning, School of Economics, Management and Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran

Corresponding Author: Elham Shirdel, Email: el.mshirdel@gmail.com