

ORIGINAL ARTICLE

Experiencing the Onset of Aging: a Qualitative Study

Masoumeh Bagheri-Nesami¹,
Zeynab Hamzehgardeshi²

¹ Assistant Professor, Department of Nursing, Nasibeh Nursing and Midwifery Faculty, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² Assistant Professor, Department of Midwifery, Nasibeh Nursing and Midwifery Faculty, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received January 13, 2013 ; Accepted June 1 , 2013)

Abstract

Background and purpose: Different sources have provided various descriptions on the onset of senescence and its associated factors. Any person may become senile at a different age. The objective of the present study was to explore the feelings related to the onset of aging and factors influencing it based on old women's experience.

Materials and methods: This study used a qualitative approach and Graneheim and Lundman's content analysis. The participants included 20 elderly women. The data from 20 interviews were investigated and analyzed. Alongside data collection, analysis was achieved through continuous text revision, observation and in-field notes.

Results: According to the findings, the onset of senescence was tangible for some participants and gradual and intangible for others, giving rise to two different aspects of senescence mental and physical senescence. In this study, some elderly women had a mental feeling of senescence and some underlying factors (such as death of partner, death of children, children leaving home for university or getting married, and experiencing many diseases) made them to feel senescence at a different age (before or after 65 years). Considering the participants' age, their comments referred to mental senescence. On the other hand, some participants did not mention a specific time for feeling senile and simply stated that it was a gradual process. Thus, it appears that these participants experienced another aspect of senescence, which was physical senescence.

Conclusion: According to our findings, some elderly women experienced emotional aging while others experienced physical senescence. Nurses and caregivers are ought to recognize and pay more attention to these two feelings in order to provide optimal care for elderly women.

Keywords: Physical aging, emotional aging, elderly women, qualitative study

J Mazand Univ Med Sci 2013; 23(102): 26-38 (Persian).

تجربه آغاز حس سالمندی: یک مطالعه کیفی

مصطفویه باقری نسامی^۱

زنیب حمزه گردشی^۲

چکیده

سابقه و هدف: در منابع متعدد، سن شروع سالمندی و عوامل مؤثر بر آن متفاوت توصیف شده است؛ چرا که هر کس ممکن است در سن خاصی پیر شود. هدف از این مطالعه اکتشاف چگونگی آغاز حس سالمندی و عوامل مؤثر بر آن بر اساس تجارب زنان سالمند بوده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه با رویکرد کیفی و به روش تحلیل محتوای گرانهیم و لاندمن طراحی و اجرا شد. ۲۰ زن سالمند در این پژوهش شرکت کردند. در مجموع داده‌های ۲۰ مصاحبه و مشاهده تحلیل شد. هم زمان با جمع آوری داده‌ها تحلیل با مرور مداوم متن مصاحبه، مشاهده و یادداشت‌های در عرصه انجام شد.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌ها، نقطه آغاز حس سالمندی برای برخی از مشارکت کنندگان ملموس و برای برخی نیز ناملموس و تدریجی اظهار شد. به طوری که دو مقوله از سالمندی شامل سالمندی روانی و جسمی پدیدار گردید. در این مطالعه بعضی از زنان سالمند از نظر ذهنی احساس سالمندی روانی داشتند و بسیاری از عوامل زمینه ساز مانند فوت همسر، فوت فرزند، به دانشگاه رفتن و ازدواج فرزندان، ابتلاء به بیماری‌های متعدد در آنان حس سالمندی را ایجاد کرده بود که هر کدام در سنین متفاوتی (قبل از ۶۵ سال و بعد از آن) آن را تجربه کرده بودند. با توجه به سن این گروه از سالمندان، در واقع آنان به نوعی از سالمندی، یعنی به سالمندی روانی اشاره داشتند. این در حالی است که برخی از شرکت کنندگان نقطه شروع احساس سالمندی را زمان مشخصی بیان نکردند و تنها روند آن را تدریجی بیان نمودند. لذا به نظر می‌رسد آنان از این طریق، وقوع نوعی دیگر از سالمندی یعنی سالمندی جسمی را تجربه کرده‌اند.

استنتاج: با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر می‌توان گفت که برخی سالمندان احساس سالمندی روانی و برخی دیگر تنها احساس سالمندی جسمی را تجربه کردند. آشنازی و توجه به این دو احساس در مراقبت و جلب رضایت زنان سالمند برای پرستاران و تیم مراقبتی ضروری به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی:

سالمندی جسمی، سالمندی روانی، زنان سالمند، تحقیق کیفی

مقدمه

جهانی است^(۱). از آنجایی که در سال‌های اخیر ۶۰ درصد از افراد سالمند در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند، این موضوع مورد توجه وسیع به ویژه

افزایش روزافزون جمعیت سالمندان در جهان یکی از چالش برانگیزترین موضوعات در حوزه سلامت و رفاه محسوب می‌شود و پدیده سالمندی امر مورد بحث

E-mail: z.hamzehgardeshi@mazums.ac.ir

مؤلف مسئول: زنیب حمزه گردشی - ساری: شهریان، خیابان وصال شیرازی، دانشکده پرستاری مامایی نسبه

۱. استادیار، گروه آموزش پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری مامایی نسبه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲. استادیار، گروه آموزش مامایی، دانشکده پرستاری مامایی نسبه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۰/۲۴ تاریخ انجام اصلاحات: ۱۳۹۲/۲/۱۶ تاریخ تصویب: ۱۳۹۲/۳/۱۱

سیر نزولی آن بر خلاف تولد، برای همه افراد در زمان مشخصی پدیدار نمی‌شود(۱۱-۹). برخی نیز معتقدند اگرچه تغییرات زندگی در جوانی کمتر به طور جدی در ک می‌شود، اما حقیقت امر این است که سالمندی از هنگام تولد آغاز می‌گردد. این تغییرات در مراحل اولیه زندگی، رشد و تکامل نامیده می‌شود و بعد از سن ۳۰ سالگی تغییرات جسمانی از جمله ضعف آشکار همه دستگاه‌های بدن آغاز شده و سالخوردگی به تدریج شکل می‌گیرد(۱۲،۱۱). هر چند سالمندی فرآیند مدامی در زندگی انسان است، ولی این که به طور دقیق از چه سنی آغاز می‌شود و چه وقت می‌توان فردی را سالمند تلقی نمود مبرهن نمی‌باشد. در منابع متعدد، سن شروع سالمندی و عوامل مؤثر بر آن متفاوت توصیف شده است؛ چرا که هر کس ممکن است در سن خاصی پیر شود. به طوری که برخی افراد در سنین نسبتاً جوانی پیر می‌شوند و بعضی تا دیر زمانی جوان می‌مانند. در بسیاری از کتب و منابع به نقل از سازمان بهداشت جهانی به طور قراردادی شروع سالمندی بالای ۶۵ سال در نظر گرفته می‌شود؛ محدوده سنی ۶۵-۷۴ سال به اوایل سالمندی و سنین بیشتر از ۷۵ سال به اواخر سالمندی اشاره دارد. با این حال شواهد کافی برای دلیل این تعریف در دست نیست و گفته می‌شود منشاء آن به یک قرن گذشته، به صدر اعظم امپراتوری آلمان بر می‌گردد که سن ۶۵ سالگی را جهت مشارکت در برنامه بازنیستگی انتخاب کرد؛ این انتخاب احتمالاً به این دلیل بوده است که بیشتر افراد قبل از رسیدن به این سن فوت می‌کردند. با پیشرفت خدمات بهداشتی و درمانی و افزایش امید به زندگی چین تعریفی هرگز مناسب عصر حاضر نخواهد بود(۹،۱۰،۱۲). بر اساس یک مطالعه پیمایشی در ژاپن نیز افراد بر این اعتقاد بودند که سالمندی با از دست دادن استقلال عملکردی مشخص می‌شود و باید به شخصی که بالای ۷۰ یا ۷۵ سال است اطلاق گردد. بنابراین وقتی صحبت از پدیده سالمندی بر اساس سن تقویمی به میان می‌آید، برای شناخت این پدیده در نظر گرفتن زمینه‌ها از

کشورهای در حال توسعه قرار گرفته است(۲). طبق سرشماری سال ۱۳۹۰، ایران با داشتن حدود ۸/۲ درصد سالمند بالای ۶۰ سال، معادل ۶/۲ میلیون نفر، به کشوری سالمند تبدیل شده است؛ چرا که بر اساس تعریف سازمان ملل وقتی جمعیت بالای ۶۰ سال کشوری به بیش از ۷ درصد برسد، آن کشور سالمند خواهد بود. براساس محاسبات، افزایش نسبت سالمندی جمعیت کشور ما از سال ۱۴۲۰ به بعد خود نمایی می‌کند؛ به طوری که جمعیت بالای ۶۰ سال ۸ میلیون نفر یا بیش از دو برابر در سال ۱۴۰۰ افزایش خواهد یافت؛ و ۵ سال بعد یعنی در ۱۴۰۵ جمعیت بالای ۶۰ سال بالغ بر ۱۰/۵ میلیون نفر و در سال ۱۴۳۰ به بیش از ۲۶ میلیون نفر و نسبت آن به کل جمعیت به حدود ۲۳ درصد خواهد رسید(۴،۳). اگرچه کشورهای توسعه یافته همچون آمریکا، انگلیس و اغلب کشورهای اتحادیه اروپا در چند دهه اخیر با این موضوع در گیر بوده‌اند، لیکن نکته مهم آن جاست که این کشورها کاملاً آماده‌اند تا با پیچیدگی‌های ناشی از شمار فزاینده افراد سالمند موافقه شوند و این تغییر در شرایطی اتفاق می‌افتد که کشورهای در حال توسعه از جمله ایران، چالش هم‌زمان توسعه یافتن و سالخوردگی را به طور مضاعف تجربه می‌کنند. بنابراین پدیده سالخوردگی یکی از مهم‌ترین چالش‌های حال و آینده در ایران می‌باشد. رشد سالمندان ابعاد مختلف جامعه را متأثر خواهد ساخت و چالش‌های فراوانی را فرا روى سیاست‌گذاران عرصه بهداشت، خانواده‌ها و مرافقین بهداشتی قرار خواهد داد یکی از دغدغه‌های بزرگ مربوطه، مراقبت و رفع نیازهای سالمندان به طور مؤثر می‌باشد(۵). از آنجایی که پدیده سالمندی تحت تأثیر موج تغییردهنده ساختار جغرافیایی، بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی می‌باشد بدینه است شناخت این پدیده مناسب با بستر موجود به وسیله تحقیق کیفی عرصه جدیدی را در ارائه خدمات پیشگیرانه و مراقبت‌های بهداشتی اولیه برای سالمندان ایجاد می‌نماید(۶-۸). بسیاری از محققین گزارش نمودند، سالمندی فرآیندی محظوظ و احتساب ناپذیر بوده و

گروههای اجتماعی در چیست؟^(۱۴)). از آن جایی که هدف این مطالعه تبیین و اکتشاف چگونگی آغاز حس سالمندی و عوامل مؤثر بر آن بر اساس تجارت زنان سالمند بوده است لذا با رویکرد کیفی طراحی و انجام شد.

نمونه‌های این مطالعه را مشارکت کنندگان ساکن منزل تشکیل دادند. محقق در این پژوهش، بعد از اخذ کتبی رضایت‌نامه از شرکت در مطالعه، بر اساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف، سپس گلوله بر قدم شرکت کنندگان را به مطالعه وارد نمود.^(۱۵) معیارهای اولیه ورود به این مطالعه عبارت بودند از: زن بودن، داشتن سن ۶۵ سال و بالاتر، ساکن خانه بودن، دارا نبودن بیماری‌های شناختی، روانی، سرطان یا بیماری جسمی که لزوم بستری شدن را ایجاب می‌کند. به منظور انتخاب شرکت کنندگان با حداکثر تنوع، از بین زنان سالمند دارای شرایط متفاوت از لحاظ سن، سطح تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل، محل سکونت، وضعیت اجتماعی - اقتصادی و فرهنگی انتخاب شدند. به طوری که زنان سالمند دارای همسر، مجرد، بیوه تنها، بیوه در حال زندگی با فرزند مجرد، بیوه در حال زندگی با فرزند در خانه مستقل خود، بیوه در حال زندگی با فرزند در خانه فرزند، از بین زنان سالمند ساکن شهر ساری و حومه به مطالعه وارد شدند. تمامی مشارکت کنندگان فارسی زبان بودند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه و مشاهده بود. محقق با حضور خود در موقعیت مصاحبه (منزل مشارکت کنندگان) زمینه را برای مصاحبه نیمه ساختار یافته، مشاهده و گزارش در عرصه فراهم می‌کرد و پس از اتمام جلسه به پیاده کردن متن مصاحبه ضبط شده و بازنویسی مشاهدات و یادداشت‌های در عرصه می‌پرداخت. در طول مراحل تحقیق اصل رعایت احترام، گوش دادن دقیق به سخنان مشارکت کننده، ابراز همدلی و همدردی در حین انجام مصاحبه رسمی و غیر رسمی و محترمانه نگه داشتن داده‌ها مورد تأکید بود. علاوه بر این مصاحبه با سالمند بدون حضور اطرافیان انجام می‌شد. حق خروج از پژوهش برای هر یکی از شرکت کنندگان محفوظ ماند؛ و زمان مصاحبه نیز بنا به تحمل شرکت

جمله متغیرهای تاریخی، اجتماعی و منطقه ایی ضرورت پیدا می‌کند.^(۱۰)

با بررسی متون مرتبط، با توجه به پایگاه داده‌های در دسترس، مشخص می‌شود بیشتر ادبیات در حوزه سالمندی متعلق به جوامع غربی و اروپایی است و سال‌های سال است که با این موضوع به عنوان مسئله روز بهداشتی و رفاهی روپرور بوده‌اند. مطالعات مشابه در این حوزه در بسترهای اجتماعی و فرهنگی انجام شده‌اند که از حیث ویژگی و شرایط با کشورهای شرقی بسیار متفاوت بوده‌اند. با توجه به پایگاه داده‌های در دسترس در کشورمان نیز در این مقوله به طور کیفی مقالات اندکی به چاپ رسیده است تا به تبیین درک عمیق و غنی تجربیات سالمندان در مورد چگونگی آغاز حس سالمندی و عوامل مؤثر بر آن پردازد. نظر به این که سالمندی تابع بستر اجتماعی به ویژه فرهنگی می‌باشد، لذا محققین بر آن شدند این مطالعه را با هدف تبیین و اکتشاف چگونگی آغاز حس سالمندی و عوامل مؤثر بر آن بر اساس تجارت زنان سالمند طراحی نمایند و بدین وسیله زمینه را برای رشد و توسعه دانش پرستاری و بهداشتی فراهم آورند.

مواد و روش‌ها

این مطالعه با رویکرد کیفی طراحی و انجام شد. هدف تحقیقات کیفی بررسی عمیق و جامع پدیده‌ها می‌باشد. در مطالعه کیفی هدف تحقیق، آگاهی یافتن از دیدگاه‌های شرکت کنندگان درباره یک پدیده ویژه است. برای به دست آوردن این دیدگاه‌ها، تحقیق کیفی عمده‌تاً بر روی یک مفهوم یا پدیده منفرد تمرکز می‌کند و در مورد این پدیده به صورت عمیق آگاهی پیدا می‌کند.^(۱۳) این نوع تحقیقات با هدف درک جهانی که در آن زندگی می‌کنیم و پاسخ به چرایی وجود پدیده‌ها، انجام می‌شود و اصولاً متوجه ابعاد اجتماعی جهان ما و پاسخ به سؤالات ذیل است: چگونه نگرش‌ها و عقاید شکل می‌گیرند؟ افراد چگونه از وقایع متأثر می‌شوند و با آن‌ها برخورد می‌کنند؟ تفاوت بین

مشخص گردد. در نهایت این یادداشت‌ها و گُدها به شکل‌دهی مضامین تشکیل شده کمک کردند. با پیشرفت مصاحبه‌ها ارتباط میان درون مایه‌ها در تلاش برای تشخیص الگوها و معانی اصلی درونی مصاحبه‌ها تعیین شد.

جهت اطمینان از روایی و پایابی داده‌های جمع‌آوری شده که در روش شناسی کیفی با نام دقت (Rigor) و یا استحکام علمی یافته‌ها (Trustworthiness) شناخته می‌شود، اقداماتی شامل موارد ذیل انجام شد: برای اطمینان از صحت و استحکام داده‌های تحقیق از چک کردن توسط مشارکت کنندگان پژوهش (Member check) استفاده شد. قابل ذکر می‌باشد که این مرحله استخراج شده برای دو سالمند بی سواد مشارکت کننده در مطالعه توسط محقق فرائت شد. به منظور مرور دست نوشته‌ها توسط مشارکت کنندگان در این مرحله ارتباط با مشارکت کنندگان بیشتر شده و برای این منظور مصاحبه در جلسات بیشتری برگزار شد. تا اطمینان از صحت داده‌ها به دست آید. لازم به ذکر است که با دو مشارکت کننده اول دو بار مصاحبه انجام شد. همچنین از سایر روش‌ها مانند بررسی مداموم (Prolonged engagement)، تخصیص زمان کافی، حسن ارتباط و تلفیق زمانی استفاده شد. علاوه بر این، از روش گزارش‌گیری از همکاران (Peer debriefing) نیز استفاده شد که در این مطالعه به منظور استفاده از نظرات تکمیلی همکاران، یادداشت‌ها و نتایج حاصل از داده‌ها به همکاران داده شد تا نتایج به دست آمده تأیید شود^(۱۷). در این مرحله، نظارت همکاران پژوهش جهت مقایسه تجزیه و تحلیل مطالعه با مراحل بیان شده در مقالات مرتبط و نهایتاً دریافت بازخورد ایشان به افزایش کیفیت و دقت تجزیه و تحلیل افزود. برای ارزیابی و تأمین قابلیت انتقال داده‌ها (Transferability)، نمونه‌ها با حداقل واریانس از طبقات مختلف اجتماعی- اقتصادی و سطوح مختلف تحصیلی و گروه‌های متنوع (از لحاظ سن، سطح تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل، محل سکونت، وضعیت اجتماعی- اقتصادی و فرهنگی)

کنندگان تنظیم شد. در مواردی که شرکت کنندگان در وقت تعیین شده آمادگی مصاحبه نداشتند، مصاحبه به وقت دیگر موکول می‌شد. در حین مصاحبه اگر شرکت کننده اظهار خستگی می‌نمود و یا به هر دلیلی می‌خواست مصاحبه خاتمه یابد بقیه مصاحبه در جلسه بعدی که مناسب برای شرکت کنندگان بود انجام می‌شد.

چند سؤال اصلی که تقریباً در تمام مصاحبه‌ها تکرار شدند عبارت بودند از: بفرمایید از چه سنی احساس پیر شدن کردید؟ چرا در این سن حس سالمندی داشتید؟ چه عواملی سبب بروز این حس در شما شده است؟ این عوامل چگونه بر حس سالمندی شما تأثیرگذار بودند؟ و با کلماتی مانند بیشتر توضیح بفرمایید مصاحبه ادامه پیدا می‌کرد. مصاحبه‌ها معمولاً با این سوالات ختم می‌شد^(۱۸) آیا پیشنهاد یا نظری دارید؟ آیا فکر می‌کنید سوالی بوده که مطرح نشده باشد؟ آیا مایلید از من سوالی بپرسید؟ محقق به تجربه دریافت که این چند سؤال بسیار مناسب بود و می‌توانست کمک کند تا شرکت کننده، ایده تازه‌ای را مطرح نماید و منجر به عمیق شدن مصاحبه شود. مدت مصاحبه‌ها بین ۳۸ تا ۱۱۰ دقیقه متغیر بود. نمونه گیری با اشباع نظری طبقات مفهومی، در این مطالعه با ۲۰ مصاحبه و مشاهده به اتمام رسید.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوى استقرایی و با توجه به روش پیشنهادی گرانهیم و لاندمون استفاده شد. بدین ترتیب که ابتدا مصاحبه‌ها پیاده، متن آن به صورت کلی خوانده شده، واحدهای معنی و کدهای اولیه استخراج، کدهای اولیه طبقه‌بندی و محتوى نهفته در داده‌ها کشف گردید^(۱۹). در ابتدا فایل صوتی مصاحبه‌ها به صورت دست نوشته‌ها در آمد و سپس با مطالعه دقیق دست نوشته‌ها، پژوهشگر تلاش نمود تا عناصر ظاهری و درونی این تجارت را دریافت نمایند. سپس روایت‌ها شناسایی شده و پس از انجام کدگذاری‌های اولیه، طبقات تشکیل شدند. هم‌زمان با این کار یادداشت‌های تفسیری نوشته شد تا ارتباطات اولیه میان مفاهیمی که از بیانات مشارکت کنندگان به دست می‌آید

تجربه آغاز حس سالمندی، شروع حس سالمندی جسمی بود. شروع حس سالمندی جسمی از طبقات "وجود صدمات جسمی گذشته" و "وجود بیماری‌های

انتخاب شدند و در قسمت بحث نیز به مقایسه یافته‌ها با نتایج سایر مطالعات پرداخته شده است.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت کنندگان در این مطالعه ۷۲ سال و با بازه ۶۵-۸۵ سال بود. سایر مشخصات شرکت کنندگان در جدول شماره ۱ آرائه شده است.

از آنالیز دست نوشته‌های در کم ۲۰ سالمند از تجربه آغاز حس سالمندی ۲۱۰ کد، ۲۴ طبقه فرعی، ۶ طبقه اصلی و در نهایت، ۲ مضمون شامل شروع حس سالمندی جسمی و شروع حس سالمندی روانی (ذهنی) انتزاع شده است (جدول شماره ۲). در این بخش، مضامین و طبقات به عنوان یافته‌های تحقیق مورد بررسی قرار گرفته و با بیانات مشارکت کنندگان حمایت می‌گردند.

مضمون ۱: شروع حس سالمندی جسمی
یکی از مضامین اصلی در مورد ادراک سالمندان از

جدول شماره ۱: مشخصات جمعیتی اجتماعی شرکت کنندگان		
مطالعه (۲۰ = تعداد)		
مشخصات	متغیر (تعداد)	سن (سال)
شغل	(۱۰) ۶۵-۷۰ (۵) ۷۱-۷۵ (۳) ۷۶-۸۰ (۲) ۸۱-۸۵ بازنیشه (۵) کشاورز (۲) خانه دار (۱۳) متاهل (۸) بیوه (۱۰) مجرد (۲) ساری (۱۵) تهران (۳) حومه ساری (۲) دانشگاهی (۳) دیپلم (۷) زیر دیپلم (۸) بی سواد (۲)	(۱۰) ۶۵-۷۰ (۵) ۷۱-۷۵ (۳) ۷۶-۸۰ (۲) ۸۱-۸۵ بازنیشه (۵) کشاورز (۲) خانه دار (۱۳) متاهل (۸) بیوه (۱۰) مجرد (۲) ساری (۱۵) تهران (۳) حومه ساری (۲) دانشگاهی (۳) دیپلم (۷) زیر دیپلم (۸) بی سواد (۲)
تحصیلات		

جدول شماره ۲: مضامین، طبقات اصلی و طبقات فرعی انتزاع شده

مضامین	طبقات اصلی	طبقات فرعی
شروع حس سالمندی جسمی	- وجود صدمات جسمی گذشته - وجود بیماری‌های گذشته	- سوانح منجر به صدمه جسمی - سابقه بیماری‌های مزمن - سابقه بیماری‌های حاد
شروع حس سالمندی روانی (ذهنی)	- وضعیت روحی و روانی گذشته - مشکلات و حمایت‌های سایرین	- یادآوری خاطرات ناخوشایند گذشته - یادآوری خاطرات خوشایند گذشته - داشتن همسر بیمار - فقدان حامی مذکور و تنهایی - جذابی از فرزندان و نوهها - بیماری و مشکلات فرزندان و اطرافیان - وجود همسر - کمک‌های همسر - داشتن رابطه صمیمانه با همسر - وجود نوه کمک‌های فرزندان، نوه و عروس - داشتن شان و متزلت در خانواده - وجود و حمایت خواهر، برادر، برادرزاده و خواهرزاده - وجود و حمایت همسایه و دوست - فوت همسر - فوت فرزندان - فوت والدین
	- تجربه فقدان	- فوت خواهر، برادر، بستگان و دوستان - مالکیت مسکن (محل زندگی مستقل، زندگی با فرزند) - محیط داخلی مسکن (وجود میل‌ها و اثایه قدیمی عامل افسردگی) - نوع مسکن (آرتمانی، دارای حیاط) - وضعیت شهر (پیاده رو و بهداشت نامناسب)

شده. کار خونمودنی تونم انجام بدم؛ کارگر دارم. خیلی از فعالیت‌های کم شده...".

مطابق با یافته‌ها، زنان سالمند با روند افزایش سن یک سری تغییرات منفی فیزیکی را تجربه می‌کنند که این تغییرات ماحصل اختلال عملکرد جسمی و تظاهرات ناشی از آن می‌باشد.

یکی از مشاهیر کت کنندگان ۷۰ ساله این گونه بیان نمودند: "...مشکلات جسمی دیگه چه عرض کنم! آدم پا به سن که می‌زاره، مرتبًا می‌بینه همه جای بدنش درد می‌گیره. از دست و پا، آرنج و بعضی وقت‌ها می‌بینم انگشت‌های دستم هم درد می‌گیره، الان این انگشت پام هم دفورمه شده...".

بیشتر زنان سالمند این مطالعه به دنبال اختلال عملکرد دستگاه‌های قلب و عروق و تنفس از بیماری‌هایی چون ابتلاء به آسم و برونشیت، فشارخون، بیماری‌های ایسکمیک قلبی، افزایش کلسترول و تری گلیسیرید شکایت داشتند. هم‌چنین عمدت‌ترین اختلال عملکردی در ارگان‌های غدد به صورت ابتلاء به دیابت و سایر اختلالات متابولیک و کم کاری تیروئید ظهور یافت. یکی از زنان سالمند در این باره اظهار کرد: "... خوب من مشکل قلبی، فشار خون و ریه دارم؛ از یک برونشیتی که در جوانی داشتم شروع شده؛ تا حالا الان مجبورم اسپری مصرف کنم. ۱۰ ساله که من فشار خون دارم، دارو مصرف می‌کنم...".

در باره تجربه سالمندی جسمی یکی از زنان سالمند ۷۲ ساله این گونه ذکر نمودند: "من اصلاً چطوری بگم! اصلاً یادم نمی‌آید از چه سنی بود و خوب، کم کم توانم کم شد، کارهایی که قبلًا می‌توNSTم انجام بدم را دیگه نمی‌توNSTم؛ همه چی تدریجی بود..."

در رابطه با ویژگی‌های رو به زوال و تدریجی بودن اختلال عملکرد جسمی مشاهیر کت کنندگان ای ۶۵ ساله دیگر بیان کردند: "... سالمندی یک نوع بازنشستگی دیگه؛ من

گذشته" انتزاع گردید. به طوری که صدمات جسمی و بیماری‌های گذشته به عنوان یکی از عوامل مؤثر در تجربه تدریجی احساس سالمندی جسمی بیان شده است. علاوه بر این برخی از شرکت کنندگان فقط شروع احساس سالمندی را زمان مشخصی بیان نکردند؛ و تنها روند آن را تدریجی بیان نمودند. به نظر می‌رسد آنان از این طریق، موقعی نوعی سالمندی جسمی را تجربه کرده‌اند. مضاف بر این که این گروه در آغاز احساس سالمندی، شرایط سنتی یکسانی نداشتند.

طبقه ۱-۱: وجود صدمات جسمی گذشته
داده‌های نشان داد که صدمات گذشته از جمله صدمات جوانی و میان‌سالی موجبات صدمات سالمندی را فراهم می‌دارد. به گونه‌ای که برخی سالمدان تعدد صدمات و برخی دیگر کیفیت صدمات را برابر تغییرات منفی سالمندی مؤثر می‌دانستند.

شرکت کنندگان در باره تأثیر تعداد صدمات گذشته با تغییرات منفی در سالمندی گفت:

"... چندین بار در جوانی هام، زمین خوردم اهمیت ندادم و این ادامه پیدا کرد. ۳ تا ۴ دفعه من یک جانشین شدم. حتی تا دست‌شویی هم نمی‌توNSTم برم؛ تقریباً ۱۴-۱۵ سالی هست که من به این بیماری دیسک کمر مبتلا شدم".

طبقه ۱-۲: وجود بیماری‌های گذشته
داده‌های نشان داد از دیگر عوامل مؤثر به طریق جسمی که بر حس سالمندی جسمی تأثیرگذار است، بیماری‌های گذشته است؛ از جمله بیماری‌های دوران جوانی و میان‌سالی که موجبات ابتلاء به بیماری‌ها در سالمندی را فراهم می‌کند.

شرکت کنندگان در باره تأثیر بیماری‌های جسمی گذشته بر تغییرات منفی سالمندی گفت:

"... اگر بیماری آرتیت روماتوئید آن بود، من واقعاً الان فکر نمی‌کرم ۶۷ سالمه. من الان تقریباً ۲۵ ساله که مبتلا به این بیماری هستم. تمام مفاصلم به تدریج داغون

حس شروع سالمندی را در آنان ایجاد کرده بود. شروع حس سالمندی روانی هم زمان با وقوع حوادثی نظیر فوت همسر، فوت فرزند، ابتلاء به بیماری های متعدد، یائسگی، نوه دار شدن، به دانشگاه رفتن فرزندان و ازدواج فرزندان تجربه شده است. عده ای دیگر نیز تقریباً از زمان به دانشگاه رفتن و ازدواج فرزندشان (۳۵ سالگی) حس سالمندی داشتند. و گروهی ضمن تدریجی بیان کردن سالمندی از زمان ابتلاء به بیماری های متعدد این حس را تجربه کرده بودند. با توجه به سن این گروه از سالمندان، در واقع آنان به نوعی از سالمندی، یعنی به سالمندی روانی اشاره داشتند. بر این قیاس، می توان گفت که برخی سالمندان نقطه شروع را در ذهن خویش به یاد دارند و دلیل آن هم زمانی این حس با وقوع وقایع مهم زندگی است که به نوعی احساس سالمندی روانی را در آنان ایجاد کرده است.

طبقه ۱-۱: وضعیت روحی و روانی گذشته

شرکت کنندگان یادآوری خاطرات تلخ و شیرین گذشته را بر حس تجربه حس سالمندی روانی مؤثر می دانستند. مشارکت کننده ایی در زمینه یادآوری خاطرات تلخ گذشته گفت:

"... خوب زمانی بود که فشارهای روحی من زیاد بود، به دنبال اون یک ضایعه گوشی برام پیش او مده بود به نام مینیر؛ که توأم با سرگیجه بود. خیلی اذیت می شدم مخصوصاً موقع خواب. واسه همین من افت شنوازی پیدا کردم. خاطره خوشی هم از اون زمان ندارم، می گم دوست ندارم هم چین، زیاد هم در موردش صحبت کنم. برم توش و خاطرات اون موقع رو زنده کنم. می خوم بگذرم آژش، منتهی کم شنوازی باعث شده که همیشه تو خاطرم هست که خیلی اذیت شدم ...".

یکی از مشارکت کنندگان در مورد تأثیر یادآوری خاطرات شیرین گذشته ابراز کرد:

"... وقتی به دوستان قدیمیم می رسم، این که، بیش تر راجع به گذشته ها که با هم جوون بودیم صحبت می کنیم. روحیه به من می ده. ما راجع به آینده حرفی

مخصوصاً در این وضعی که هستم، خیلی احساس کمبود دارم. حس می کنم به تدریج آدم ضعیف می شه، نیروهاشو از دست می ده، این که واقعاً چه سنی بود یادم نمی یاد ...".

یکی از نشانه هایی که با احساس پیری همراه است، کاهش انرژی و احساس ناتوانی تدریجی می باشد، که در گفته های شرکت کنندگان بیان شد. به طوری که یکی از شرکت کنندگان ۷۸ ساله بیان کردند:

"... حس پیری و مشکلات جسمی دیگه چه عرض کنم! آدم پا به سن که می زاره، مرتبأ می بینه همه جای بدنش درد می گیره، البته این کاملاً تدریجی شکل می گیره؛ ذره ذره جمع می شه کم کم آدم ناتوان می شه؛ دیگه هر روز احساس می کنه نیرو و انرژی روزهای قبل رو نداره.... اگه بخواه حدودی فکر کنم، شاید حول و حوش ۵-۱۳۷۱ به بعد بود کاملاً حضور ذهن ندارم، از اون تاریخ دیگه احساس کردم روز به روز شدم پیتر، چاق تر و فرسوده تر".

مطابق با یافته ها، تغییرات مربوط به سالمندی از نقطه ای آغاز می گردد که برای همه زنان یکسان نیست. تغییرات و مشکلات این دوره از زندگی مانند سایر دوران های زندگی مرتبأ در طول حیات زنان سالمند در جریان می باشد. آنچه مشخص است، روند افزایش تجمعی تغییرات جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی، تأثیر متقابل این تغییرات بر یکدیگر و مواجهه با تجارت و پیشامدهای بیش تر در طول زندگی وجه تمایز این دوران محسوب می شود.

مضمون ۲: شروع حس سالمندی روانی (ذهنی)

یکی از مضامین اصلی دیگر درمورد ادراک سالمندان از تجربه آغاز حس سالمندی، شروع حس سالمندی روانی بود. شروع حس سالمندی روانی از طبقات "وضعیت روحی و روانی گذشته"، "مشکلات و حمایت های سایرین"، "تجربه فقدان" و "وضعیت محیط زندگی (وضعیت مسکن، شهر)" انتزاع گردید. مطابق با داده ها، بعضی از زنان سالمند از نظر ذهنی احساس سالمندی روانی داشتند و بسیاری از عوامل زمینه ساز،

خاطر بیماری‌های که دارم مثل دیسک کمر، فشار خون و ... دیگه نمی‌تونم مثل سابق کار کنم، این قدری کار می‌کنم که کارهای روزانه مو پیش ببرم. مثلاً در جوونی من هیچ کس رو برای نظافت قبول نداشتم؛ ولی الان وقتی بچه هام می‌آن همه کارها رو انجام می‌دان، می‌شورم می‌رن؛ و چون دیگه نمی‌تونم یک خردۀ زیاد کار کنم سرگیجه می‌گیرم و می‌خورم زمین. هیچ کس نمی‌تونه بگه سن بالا من سالمم من پیر نیستم ...".

طبقه ۲-۳: تجربه فقدان

برخی شرکت کنندگان از زمان فوت همسر (برای مثال در ۵۷ سالگی) و بعضی دیگر از زمان فوت فرزند ۵۱ (سالگی) چهار احساس سالمندی شدند. یکی از شرکت کنندگان که تنها زندگی می‌کرد در مورد ارتباط افسرده‌گی با سالمندی، فوت همسر، تنها بی و یائسگی ابراز کرد:

"... از وقتی همسرم فوت کرد احساس غم و پیری می‌کنم. زمانهایی که تنها نباشم افسرده نیستم. کسی کنار من باشه یا خودم جایی مهمون باشم، حالم خیلی خوبه. ولی زمانی که خودم تنها باشم یا از اون شبی که فکر بکنم که من فردا موفق نمی‌شم به انجام کاری همون شب نمی‌توانم بخوابم. بعد فرداش می‌بینم چهار افسرده‌گی هستم. خودم می‌بینم نه حوصله دارم که برای خودم چای درست کنم، نه حوصله دارم غذا درست بکنم، نه حوصله دارم که جمع و جور بکنم. من الان خیلی نمی‌تونم تشخیص بدم کدام مشون مقصراً افسرده‌گی آن؟ سالمندی مقصره که من افسرده هستم، چون می‌دونیم که از نظر این که خانم‌ها هورمون بدنشون ترشح دیگه نمی‌شه خواهی نخواهی این افسرده‌گی برای خانم‌ها پیش می‌آید...".

طبقه ۲-۴: وضعیت حیطه زندگی

بر اساس یافته‌ها ابعاد وضعیت مسکن شامل مالکیت، محیط داخلی و نوع مسکن. وضعیت مسکن بود که زمینه‌های متفاوتی را برای تغییرات در سالمندی

نمی‌زنیم. این که چه دورانی داشتیم. مثلاً سفر به خارج که می‌رم، یک چند تا از این فامیل‌ها اونجا هستن، اوون‌جا اوون‌ها رو می‌بینم با هم هستیم، به یاد قدیم‌ها...".

طبقه ۲-۵: مشکلات و حمایت‌های سایرین

بر اساس داده‌ها، زنان سالمندی که با سالمند دیگر، فرزند، عروس یا داماد و نوه‌ها در یک منزل مسکونی زندگی می‌کردند، به علت حمایت اطرافیان کم‌تر از تنها بی‌شاکی بودند. یکی از شرکت کنندگان ضمن شکایت از تنها بی‌فیزیکی و احساس تنها بی‌بعد از مرگ همسرش، معتقد بود:

"... تنها بی‌خیلی سخنه؛ نسل گذشته سالمندی بهتری داشتن از نسل ما. توجه می‌کنیم! به چه دلیل؟ برای خاطر این که بچه هاشون دوربرشون بودند، جدایی نبود، نوه‌ها شون دور و برشون بودند. ممکن بود، خانمی شوهرشو بالآخره اونوقت‌ها عمرها طولانی نبود؛ شوهرشواز دست بدده، ولی مثل ما احساس تنها بی‌نمی‌کردند.

مشارکت کننده ۷۰ ساله دیگر معتقد بود

"... از وقتی که شوهرمو از دست دادم احساس سالمندی کردم؛ تقریباً ۱۰ ساله که احساس کردم ناراحتی هام شروع شد چه از نظر جسمی چه از نظر روحی. از بچه‌هام اصلاً کمک نمی‌گیرم. شاید سالی یکبار ببینم اون‌ها رو، نوه هامو. شاید تهران، بندرعباس، آمریکا، سالی یکبار برم اونها رو ببینم. خوب این کمبودهای دوری بچه‌ها هست، تنها هستم، احساس می‌کنم دور و برم خالیه...".

بانوی سالمند ۸۲ ساله دیگری در این زمینه بیان کردند:

"... از ۱۰ سال قبل، بعد از آقام به تدریج من توانم کم شد و من احساس پیری کردم. این احساس در من هست؛ چون ایشون پشووانه من بود...".

هم‌چنین زن سالمند ۷۵ ساله دیگری اظهار کردند:

"... الان من احساس پیری زیادی می‌کنم. به خصوص از زمانی که بیماری‌های بیشتر شد این حس در من بیشتر شد. الان آگه کمی زیاد کار بکنم، یک ساعت دیگه می‌بینید که تمام بدنم می‌ریزه به هم، این‌ها همه نشانه‌هایی است که دیگه سن رفته بالا. به

را در ذهن خویش به یاد داشتند و دلیل آن هم زمانی این حس با وقوع واقعی مهّم زندگی مانند فوت همسر، فوت فرزند، ابتلاء به بیماری‌های متعدد، یا شسگی، نوه دار شدن، به دانشگاه رفتن فرزندان و ازدواج فرزندان بود؛ و به نوعی احساس سالمندی روانی را در آنان ایجاد کرده بود. این گروه از سالمدان بدون توجه به سن تقویمی مشخص، انتقال از یک دوره به دوره دیگر زندگی را احساس کردند. به طوری که احساس سالمندی روانی برای هر فردی در یک سن منحصر به فردی ایجاد شده بود. بر این قیاس، سن شروع سالمندی از نظر ذهنی با سن تقویمی مشخصی ارتباط ندارد، لیکن با رویدادهای مهم زندگی می‌تواند ارتباط داشته باشد. برخی دیگر از شرکت کنندگان نقطه شروع احساس سالمندی را زمان مشخصی بیان نکردند؛ و تنها روند آن را تدریجی ذکر نمودند. به نظر می‌رسد سالمندی جسمی با سن زیستی فرد ارتباط دارد. سن زیستی به کفايت و سلامت دستگاه‌های مختلف بدن مربوط می‌باشد. چنان‌چه روند افزایش اختلال عملکرد جسمی به حدی برسد که منجر به ظهور علایم اختلال عملکرد جسمی چشمگیر شود، کفايت دستگاه‌های بدن و سن زیستی دستخوش تغییر شده و حس سالمندی جسمانی آشکار می‌شود. لذا، احساس سالمندی جسمی تجربه ایی کاملاً منحصر به فرد می‌باشد و با سن تقویمی مشخصی ارتباط ندارد (۲۰-۱۸).

مروری بر مطالعات نشان می‌دهد که سالمندی یک فرآیند بسیار پیچیده و متنوع است (۱۲، ۲۱). سالمندی فرآیند تغییرات طبیعی ناشی از گذشت زمان است، که با تولد آغاز و در طول زندگی ادامه پیدا می‌کند. از نظر تقویمی سالمندی به عنوان گذشت ایام تعریف می‌شود. تعریف ذهنی سالمندی به چگونگی حس فرد، معطوف می‌باشد و از نظر عملکردی، سالمندی به عنوان تغییر در توان جسمی و روانی فرد توصیف شده است (۱۲).

با گذشت زمان و سالمند شدن تغییراتی در ارتباط با سن در شخص به وجود می‌آید. برای توضیح تغییرات مربوط به سن، نظریه‌های سالمندی متعددی بیان شده

فرآم نمود.

بیشتر سالمدان معتقد بودند محیط داخلی مسکن به خصوص نوع وسایل منزل از عوامل مهم تأثیرگذار بر تغییرات روحی و روانی این دوران می‌باشد. بانوی سالمندی در این باره گفت:

"... دوستی دارم که زن و شوهر توی خونه قدیمی ویلایی بزرگ زندگی می‌کن. اون فرم زندگی کردن بیشتر باعث افسرده‌گی من می‌شه. مثلاً من دوست ندارم خیلی پیششون برم، به خاطر همینه. ولی چون خوشنویش خیلی قدیمی‌ام، مبلغاشون اثاث و زندگی‌ش همه چیزش قدیمی‌ام، آدمو افسرده می‌کنه. به نظر من آدم توی این سن باید سعی کنه با تغییر دکوراسیون شاد زندگی کنه. این جور چیزها خیلی توی روحیه ما تأثیر داره..."

وضعیت شهر نیز از دیگر عوامل مؤثر بر تغییرات منفی سالمندی بود که مشارکت کنندگان بسیاری به اهمیت تأثیر آن بر تغییرات جسمی و روانی-اجتماعی اشاره کردند. زن سالمندی در این باره ابراز کرد:

"... متأسفانه همین طوری که گفتم خیابون‌ها اونقدر شلوغه، پیاده روها همه شکسته، کثیف و یکی از چیزهایی که من هر وقت از مسافت می‌آم، منو بیشتر افسرده می‌کنه، بودن این شهره. باور کنید، اصلاً نمی‌خوام غلو بکنم. چون من وقتی که از اون جایی که این قدر تمیزه این قدر زیباست؛ انقدر قشنگه می‌آم؛ یک هفته اولشو فقط به خاطر این که این خیابون‌ها اینقدر کثیفه، افسرده‌گی پیدا می‌کنم و نمی‌تونم به ورزش و پیاده روی برم..."

بحث

مطابق با یافته‌ها، تغییرات مربوط به سالمندی از نقطه ایی آغاز می‌گردد که برای همه زنان مشابه و یکسان نیست. به عبارتی دیگر مشارکت کنندگان سن تقویمی قراردادی و مشخصی را ملاک سالمند شدن بیان نکردند. تجارب زنان سالمند دو مقوله از سالمندی جسمی و روانی را نشان داد. گروهی از زنان سالمند نقطه شروع سالمندی

مانند داشتن همسر بیمار، بیماری و مشکلات فرزندان و اطرافیان، تنها بی، فقدان حامی مذکور و جدایی از فرزندان و نوہ‌ها اشاره داشت. مطالعات حاکی از این است که بی کفایتی خانواده و بی کفایتی حمایت همتیان مهمنم ترین موانع برای انجام اقدامات ارتقاء دهنده سلامتی می‌باشد؛ وجود همسر، فرزندان و دوستان از عوامل حمایت گر و مرگ و مشکلات آنان را از عوامل تاثیرگذار بر سلامتی سالمند می‌باشد(۲۸).

مشارکت کنندگان این مطالعه معتقد بودند عواملی چون مرگ همسر و فرزند، زندگی در خانه فرزند و یائسگی بر کاهش توانایی انطباق با شرایط مؤثرند. مرور بر ادبیات نیز بیانگر آن است که سالمندان در انطباق با یائسگی، محدودیت‌های فیزیکی، عاطفی و اقتصادی-اجتماعی و همچنین در انطباق با مشکلات جدیدی که بی در بی با آن مواجهند به اختصار مبتلا می‌شوند، به طوری که توانایی انطباق با شرایط در آنان کاهش می‌یابد. نتایج برخی مطالعات نیز مانند مطالعه حاضر، اثر متقابل محرومیت‌ها را بر هم و بر اختلال عملکرد جسمی تأیید می‌نماید(۲۹-۳۱). زنان سالمند پژوهش حاضر مطابق با سایر مطالعات به دلیل فوت همسر و تنها بی، یائسگی و ابتلاء به بیماری‌های متعدد افسردگی را تجربه کردند؛ و عالیم افسردگی همانند غمگینی و رنج به عنوان قسمی از زندگی آنان دیده شد(۲۹، ۳۲-۳۴). ولی باید گفت، افسردگی یک ناخوشی است که یک چهارم تا یک پنجم سالمندان ساکن جامعه را مبتلا می‌کند و منجر به کاهش کیفیت زندگی و بدتر شدن وابستگی جسمی و عملکردی خواهد شد؛ و هزینه‌های درمانی زیادی را به خود تخصیص می‌دهد(۳۳). نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که معمولاً سالمندان به دلیل مسائل فرهنگی و بد دانستن بیماری‌های روانی به پژوهش مراجعه نمی‌کنند؛ و ممکن است فکر کنند افسردگی در سالمندی یک پیامد طبیعی است یا به دنبال بیماری‌های مزمن یا کاهش عملکرد جسمی ایجاد می‌شود(۳۵). در حالی که افراد در صورت داشتن عالیم مربوط به افسردگی نیاز به بررسی و درمان

است. سه گروه عمده این نظریه‌ها عبارتند از: نظریه‌های زیست شناختی، نظریه‌های روان شناختی و نظریه‌های جامعه‌شناختی(۲۲، ۲۱، ۱۰). هر کدام از نظریه‌های سالمندی، سعی می‌کند که چارچوبی برای درک سالمندی از دیدگاه‌های مختلف فراهم کند. دانشمندان زیست شناختی فرآیند سالمندی را در سطح زیستی و سلوی مطالعه کرده‌اند. دانشمندان علوم اجتماعی و روانشناسان فرآیند سالمندی را با توجه به الگوهای رشد و تکامل، رفتارها و تجارب بررسی کرده‌اند. هر یک از این نظریه‌ها با توجه به ارائه چارچوب و بینشی برای درک تفاوت‌های بین سالمندان، می‌تواند مفید باشد. سعی همه این نظریه‌ها، بر آن بوده که علل پیدایش و تغییرات مربوط به پدیده سالمندی را شرح دهند(۱۲). مطابق با یافته‌های پژوهش حاضر، زنان سالمند با روند افزایش سن یک سری تغییرات منفی فیزیکی را تجربه می‌کنند که این تغییرات ماحصل اختلال عملکرد جسمی و تظاهرات ناشی از آن می‌باشد. مطالعات متعدد حاکی از اختلال عملکرد جسمی در سالمندان می‌باشد(۲۴، ۲۳). تظاهرات اختلال عملکرد جسمی در مطالعه کنونی مطابق با یافته‌های پژوهش‌های دیگر عبارت از کاهش توان جسمی و حرکتی، کند شدن فعالیت‌ها، خستگی زودرس، وابستگی به دیگران (سخت اداره کردن فعالیت‌های روزانه) و افزایش آسیب پذیری بودند(۲۵).

یافته‌ها نشان داد، وجود صدمات و بیماری‌های جسمی گذشته، در ابعاد کمی و کیفی، از جمله عوامل تأثیرگذار بر حس تغییرات منفی در سالمندی بود. به طوری که صدمات و بیماری‌های جسمی گذشته سالمندان می‌تواند بر وضعیت جسمی، روانی- اجتماعی و حتی اقتصادی سالمند تأثیر بگذارد. و نتایج برخی از مطالعات گواهی بر تایید این یافته هاست(۲۷، ۲۶).

یافته‌های مطالعه حاضر گویای این حقیقت بود که مشکلات موجود در زندگی زنان سالمند از دیگر عوامل تأثیرگذار بر حس تغییرات سالمندی به طریق روانی/ عاطفی است. از جمله این مشکلات می‌توان به مواردی

توانایی بدنی و روانی با پیرشدن تأکید دارند.^(۳۶، ۲۵) در پایان می‌توان نتیجه گیری کرد که به علت بسیاری از تغییرات فیزیولوژیکی و روان‌شناسنخی وابسته به سن، سالمندی دوره چالش برانگیزی در زندگی هر فرد می‌باشد. یافته‌های این مطالعه زمینه شناخت احساس سالمندی زنان را فراهم می‌نماید. امید می‌رود نتایج این تحقیق برای پرستاران و سایر افراد تیم بهداشت و درمان که با سالمند تعلق دارند مفید واقع شود. به علت مواجه بودن سالمندان با مشکلاتی در حافظه از جمله فراموشی، ممکن است افراد مشارکت کننده به درستی به خاطر نیاورند که چه زمانی احساس پیری کرده‌اند. لذا پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده جهت تبیین تجربه پدیده احساس پیری از شیوه پدیده شناسی استفاده شود تا تجربه زنده‌ای به دست آید.

سپاسگزاری

بدین وسیله از کلیه سالمندان بزرگوار به دلیل در اختیار گذاشتن تجارت ارزشمندانه تقدیر و تشکر می‌شود.

References

- Gates KM. The experience of caring for a loved one: a phenomenological study. *Nurs Sci Q* 2000; 13(1): 54-59.
- Habibi A, Nikpour S, Seiedoshohadai M, Haghani H. Quality of life and status of physical functioning among elderly people in west region of Tehran: a cross-sectional survey. *Iran J Nurs* 2008; 21(53): 29-39.
- Bagheri-Nesami M. Exploration of elderly women lived experiences about psychological-emotional changes: a qualitative study. *J Mazand Univ Med Sci* 2012; 21(1): 203-214 (Persian).
- Heidari M, Shahbazi S. Effect of Self-Care Training Program on Quality of Life of Elders. *Iran J Nurs* 2012; 25(75): 1-8.
- Lovell M. Caring for the elderly: changing perceptions and attitudes. *J Vasc Nurs* 2006; 24(1): 22-26.
- Reichstadt J, Depp CA, Palinkas LA, Folsom DP, Jeste DV. Building blocks of successful aging: a focus group study of older adults' perceived contributors to successful aging. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007; 15(3): 194-201.
- Ravanipour M, Salehi S, Taleghani F, Abedi HA, Schuurmans MJ. Power in Iranian Elders: Barriers and Facilitators. *Psychogeriatrics Polska* 2008; 5(3): 115-122.
- Peel NM, McClure RJ, Bartlett HP. Behavioral Determinants of Healthy Aging. *Am J Prev Med* 2005; 28(3): 298-304.

بیشتری دارند. برخی از سالمندان مطالعه حاضر نیز با وجود ابراز عالیم افسردگی آن را مختص این دوران تصور می‌کردند و قصد انجام اقدامات تشخیصی و درمانی را نداشتند. ویژگی‌های افسردگی در پژوهش حاضر به صورت ضعف روحیه، کاهش حوصله و کاهش احساس شادابی پدیدار شد. یافته‌های سایر مطالعات نیز نشان می‌دهد که همراه با افسردگی عالیم مربوط به مشکلات روانی-اجتماعی وجود دارد. این عالیم در ارتباط با خود غفلتی، غم و اندوه، فشارهای های اقتصادی، نگرانی‌های منزل، فشارهای مختلف زندگی و جدایی اجتماعی است.^(۳۴، ۳۵) بنابراین در یک نگاه اجمالی می‌توان گفت سالمندی از منظر نظریه‌های روانی-اجتماعی به صورت یک واکنش بین شخص، محیط فیزیکی و عمل مغزی او تعریف شده است.^(۱۲) با نگاه عمیق در یافته‌های مطالعه حاضر نیز می‌توان دریافت که حس سالمندی روانی و جسمی با احساس نیاز مادی و غیرمادی و یا در واقع نیازهای بدنی و ذهنی همراه است. یافته‌های مطالعه حاضر نیز همسو با یافته‌های سایر مطالعات بر کاهش

9. Balcombe NR, Sinclair A. Ageing: definitions, mechanisms and the magnitude of the problem. *Best Pract Res Cl Ga* 2001; 15(6): 835-849.
10. Orimo H, Ito H, Suzuki T, Araki A, Hosoi T, Sawabe M. Reviewing the definition of elderly. *Geriatr Gerontol Int* 2006; 6(3): 149-158.
11. Shin KR, Kim MY, Kim YH. Study on the lived experience of aging. *Nurs Health Sci* 2003; 5(4): 245-252.
12. Brunner LS, Suddarth DS. Health care of the older adult. In: Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH, (eds). *Text book of medical surgical nursing*. 11th ed. Philadelphia: Lippincott. Williams & Wilkins; 2008. p. 225-270.
13. Creswell JW, Plano Clark VL. Designing and conducting mixed methods research 2nd edition ed. Thousand Oaks, CA: Sage 2011.
14. Streubert H, Carpenter D. Qualitative Research In Nursing. 4th ed. Philadelphia: Lippincot; 2007. p. 20, 36-39, 42-46, 50-52, 107-121, 33.
15. Polit D, Beck C. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 222, 432.
16. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24(2): 105-112.
17. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Principles and methods*: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
18. Clark BF. Healthy human ageing. *N Biotechnol* 2008; 25(1): 13-15.
19. Chen YM. The Meaning of Health and Health Promotion Practices of Taiwanese Elders with Chronic Illness. *Care Manag J* 2003; 15(6): 505-510.
20. Farley A, McLafferty E, Hendry C. The physiological effects of ageing on the activities of living. *Nurs Stand* 2006; 20(45): 46-52.
21. Mauk KL. Gerontological nursing: competencies for care. Boston Toronto London Singapore: Jones & Bartlett Publishers; 2006. p. 57-84, 96, 130-132, 222, 445-447, 795.
22. Eliopoulos C. *Gerontological nursing*. 8th ed. Wolters Kluwer Health; 2013.
23. Farley A, McLafferty E, Hendry C. The physiological effects of ageing on the activities of living. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain))*: 1987 2006; 20(45): 46-52.
24. Ravanipour M, Salehi S, Taleghani F, Abedi HA. Power in Old Age: A Qualitative Study. *IJPCP* 2009; 14(4): 447-453.
25. Caldas CIP, Berte CM. Living as an oldest old in Rio de Janeiro: the lived experience told. *Nurs Sci Q* 2007; 20(4): 376-382.
26. Easley C, Schaller J. The experience of being old-old: Life after 85. *Geriatr Nurs* 2003; 24(5): 273-277.
27. Chen Y-M. The meaning of health and health promotion practices of Taiwanese elders with chronic illness. *Home Health Care Manage Pract* 2003; 15(6): 505-510.
28. Eliopoulos C. *Gerontological nursing*: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
29. Ravanipour M, Salehi S, Taleghani F, Abedi H, Schuurmans M. Power in Iranian elders: Barriers and facilitators. *Psychogeriatrics Polska* 2008; 5(3): 115-122.
30. Bagheri-Nesami M, Rafii FH, Oskouie SF. Coping strategies of Iranian elderly women: A qualitative study. *Educational Gerontology* 2010; 36(7): 573-591.

31. Day R. Local environments and older people's health: dimensions from a comparative qualitative study in Scotland. *Health Place* 2008; 14(2): 299-312.
32. Proctor EK, Hasche L, Morrow-Howell N, Shumway M, Snell G. Perceptions about competing psychosocial problems and treatment priorities among older adults with depression. *Psychiatr Serv (Washington, DC)* 2008; 59(6): 670 675.
33. Black HK, White T, Hannum SM. The lived experience of depression in elderly African American women. *The Journals of Gerontology Series B: J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2007; 62(6): S392-S398.
34. Cyr NR. Depression and older adults. *Aorn Journal* 2007; 85(2): 397-401.
35. Stanhope M, Lancaster J. Foundations of nursing in the community: Community-oriented practice: Mosby/Elsevier; 2010.