

Exploration of Elderly Women Lived Experiences about Psychological- Emotional Changes: a Qualitative Study

Masoumeh Bagheri-Nesami

Department of Medical-Surgical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received December 10, 2011 ; Accepted February 1, 2012)

Abstract

Background and purpose: The aging period is associated with many life stressors. Nemours theories on aging from psychological perspectives proves the importance of psychological and emotional changes in aging. Nurses and all health care professionals should recognize these changes through the lived experiences of older women in order to provide preventative services, educational programs and care. Therefore, this study was conducted to explore the elderly women lived experiences on psychological and emotional changes.

Materials and methods: This qualitative study was part of a larger study carried out through Grounded Theory Method. Nineteen participants of the study was selected; the data were collected by recording face to face in depth interviews and observations. Each of the interviews was transcribed, after careful and repeated listening. The data was analyzed with constant comparison and review of interviews, ongoing review of interviews, observations, field notes and memo by Strauss and Corbin 1998 and 2008 methods.

Results: In this study, psychological- emotional changes category included reduction of adaptation ability to conditions, depression, loneliness, reduction of authority and respect, a sense of powerlessness, regretting the past, worry and fear. It was also emerged that psychological and emotional changes are the consequences of unhealthy living conditions. Moreover, it was found that there was an interrelated defective cycle between them and social, cultural and economical deprivations.

Conclusion: According to the results of this study, psychological- emotional changes in elderly women are not related to the aging phenomenon. Yet such changes are the results of living conditions and the way elderly women adapt to influential factors during this period. Nurses and other health care providers must consider these deprivations and their effective factors in order to be able to care the elderly women in achieving a successful aging.

Key words: Qualitative study, elderly women, psychological-emotional changes, lived experiences

J Mazand Univ Med Sci 2012; 22(Supple 1): 204-215 (Persian).

تبیین تجارب زیسته تغییرات روانی- عاطفی زنان سالمند: یک مطالعه کیفی

معصومه باقری نسامی

چکیده

سابقه و هدف: دوره سالمندی همراه با بسیاری از عوامل تنش‌زای زندگی است. کثرت نظریه‌های سالمندی از دیدگاه روان‌شناختی خود گواه بر اهمیت مقوله تغییرات روانی- عاطفی در سالمندی می‌باشد. پرستاران و کلیه کادر بهداشتی- درمانی جهت ارائه خدمات پیشگیرانه، آموزشی و مراقبتی نیازمند به شناخت این تغییرات از طریق تجارب زیسته زنان سالمند می‌باشند. لذا، این پژوهش با هدف تبیین تجارب تغییرات روانی- عاطفی زنان سالمند ساکن جامعه طراحی و اجرا شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش کیفی قسمتی از یک مطالعه بزرگ‌تر به روش گراندد تئوری می‌باشد. ۱۹ شرکت‌کننده در این پژوهش انتخاب شدند. داده‌ها از طریق ضبط و ثبت مصاحبه عمیق چهره به چهره و مشاهده جمع‌آوری شد. هر کدام از مصاحبه‌ها بعد از گوش دادن دقیق و مکرر به نوار ضبط شده دست‌نویس شدند. داده‌ها با مقایسه مداوم، مرور مداوم متن مصاحبه، مشاهده، یادداشت‌های در عرصه و اندیشه‌نگاری و با استفاده از روش استراس و کوربین ۱۹۹۸ و ۲۰۰۸ تحلیل شدند.

یافته‌ها: در این پژوهش، طبقه تغییرات روانی- عاطفی دربرگیرنده زیر طبقات کاهش توانایی انطباق با شرایط، افسردگی، احساس تنهایی، کاهش حس اختیار و احترام، حس بی‌قدرتی، حسرت دوران گذشته و نگرانی و ترس شد. همچنین مشخص شد که تغییرات روانی- عاطفی محصول پیامدهای منفی روش زندگی می‌باشد و سیکل معیوبی بین این محرومیت‌ها با تغییرات جسمی و محرومیت‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی وجود دارد.

استنتاج: براساس یافته‌های این پژوهش تغییرات روانی- عاطفی در زنان سالمندی مربوط به پدیده سالمندی نمی‌باشد. بلکه، این تغییرات پیامد شرایط زندگی و چگونگی سازگاری با عوامل تأثیرگذار در طی این دوران می‌باشد. پرستاران و سایر کادر بهداشتی- درمانی در مراقبت از سالمندان باید به این دسته از محرومیت‌ها و عوامل پدید آورنده آن‌ها توجه نمایند تا بتوانند در جهت نائل شدن به سالمندی موفق مراقبت‌های لازم را برای زنان سالمند ارائه نمایند.

واژه‌های کلیدی: مطالعه کیفی، زنان سالمند، تغییرات روانی- عاطفی، تجارب زندگی

مقدمه

فرایند سالمندی تغییرات تدریجی در ساختار و عملکرد موجودات زنده است که با مرور زمان ایجاد شده و ناشی از بیماری یا صدمات عمده نیست و سرانجام منجر به افزایش احتمال مرگ می‌شود (۱). امروزه برخلاف ادوار گذشته، سالمندان به موجب رشد علوم و پیشرفت تکنولوژی، انجام روش‌های درمانی، تغذیه

مؤلف مسئول: معصومه باقری نسامی - ساری: کیلومتر ۱۸ جاده خزرآباد، مجتمع دانشگاهی پیامبر اعظم، دانشکده پرستاری مامایی

E-mail: anna3043@gmail.com

گروه پرستاری داخلی - جراحی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

تاریخ دریافت: ۹۰/۹/۱۹ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۹۰/۱۰/۱۹ تاریخ تصویب: ۹۰/۱۱/۱۲

مناسب و بهداشتی نه تنها از موهبت طولانی شدن عمر برخوردار شده‌اند، بلکه از شرایط و کیفیت بهتر زندگی نیز بهره‌مند می‌باشند (۳، ۲). بر اساس محاسبات، در حدود سال ۱۴۱۰ در ایران پدیده انفجار سالمندی رخ خواهد داد و بین ۲۰ تا ۲۵ درصد جمعیت در سنین بالای ۶۰ سالگی قرار خواهند گرفت. تخمین زده می‌شود افزایش نسبت سالمندی جمعیت کشور ما از سال ۱۴۲۰ به بعد خودنمایی کند؛ به‌طوری که جمعیت بالای ۶۰ سال به ۸ میلیون نفر، یا بیش از دو برابر در سال ۱۴۰۰ افزایش خواهد یافت (۴).

سالمندی و روند افزایش سن اغلب با افزایش بیماری‌های مزمن و محدوده وسیعی از شکایات، علایم و چالش‌های زیان آور برای بهزیستی همراه است. به نظر می‌رسد عدم فعالیت و ناتوانی عمومی، جزیی از فرایند سالمندی است. بیشتر این مشکلات جسمی منجر به مسائل دیگر مثل جدایی اجتماعی^۱، از کار افتادگی، کاهش عملکرد، افت اقتصادی و مشکلات روانی-عاطفی از جمله افسردگی می‌شوند (۱). دوره سالمندی همراه با بسیاری از عوامل تنش‌زای زندگی است. از جمله تنش‌زاهای رایج در سنین سالمندی می‌توان به تغییرات طبیعی سالمندی مانند اختلال در عملکرد جسمی، اختلال در فعالیت و ظاهر فرد، ناتوانی‌های ناشی از بیماری‌های مزمن (۵، ۹)، فقدان‌های روانی-اجتماعی، کاهش درآمد، کاهش توانایی برای ایفای نقش فعالیت‌های قبلی (۶، ۷، ۱۴-۱۰) و مرگ عزیزان (۶، ۱۸-۱۵) اشاره کرد. علاوه بر این، نتایج یک مطالعه عوامل تنش‌زا در سالمندی را فقدان مجوز رانندگی، مراقبت‌دهنده شدن برای سایر اعضای خانواده، درماندگی‌های^۲ روزانه از جمله نگرانی‌های مربوط به سلامتی و بهزیستی، نداشتن پول کافی برای احتیاجات شخصی یا ضروریات اصلی زندگی، احساس تنهایی و مشکلات مربوط به نوه‌ها ذکر کرده است (۷).

فرایند طبیعی سالمندی شامل جنبه‌های زیستی-روانی-اجتماعی است؛ و تغییرات جسمی سالمندی در مقایسه با سالمندی به عنوان یک واقعۀ روانی-اجتماعی، دارای اهمیت نسبی است. اگرچه محرومیت‌های فیزیکی جدی تلقی می‌شود و قربانیان زیادی می‌دهد، ولی برای ایجاد سالمندی فعال و خلاق باید نگرش مثبتی به سالمندی داشت و تدارکاتی فراهم کرد تا بتوان با محرومیت‌های ناشی از سالمندی روانی-اجتماعی مقابله نمود (۱۳). بنابراین، بر خلاف بسیاری از مطالعات کمی که تنها سالمندی را از جنبه فیزیکی بررسی می‌کنند، توجه به جنبه‌های روانی-اجتماعی از جمله محرومیت‌های سالمندی مورد تأکید ویژه است؛ و مقابله با محرومیت‌ها جزء لاینفک سالمندی موفق محسوب می‌شود (۱۹). کثرت نظریه‌های سالمندی از دیدگاه‌های روان‌شناختی و جامعه‌شناختی، نیز خود گواه بر اهمیت مقوله تغییرات روانی-اجتماعی سالمندی است (۲۰، ۶، ۲).

با مروری بر ادبیات، مبرهن می‌باشد که بیشتر تحقیقات انجام شده در حیطه سالمندی به روش کمی منتشر شده است. پژوهش‌های اندکی به روش کیفی در زمینه تجربه زیسته این گروه سنی در حوزه مسائل روانی و عاطفی درک شده انجام شده است که متعلق به جوامع غربی و اروپایی می‌باشد؛ و از حیث ویژگی اجتماعی و فرهنگی با کشور ما تفاوت دارند. نظر به این که، سالمندی فرایند مدار بوده، تابع بستر روانی، اجتماعی به‌ویژه فرهنگی می‌باشد، لذا محقق بر آن شد با هدف بررسی عمیق داده‌های حاصل از تجربیات زنان سالمند در حیطه مسائل روانی-عاطفی این پژوهش را طراحی و اجرا نماید. امید است یافته‌های این مطالعه تشخیص نیازهای زنان سالمند و اقدامات پیشگیرانه آموزشی و مراقبتی لازم را تسهیل نماید و زمینه را برای سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی کلان و طراحی دروس دانشگاهی متناسب با این نیازها در جهت ارتقای سلامت سالمندان فراهم نماید.

1. Social Isolation
2. Hassles

مواد و روش‌ها

این پژوهش کیفی قسمتی از یک مطالعه بزرگ‌تر به روش گراندد تئوری می‌باشد. گراندد تئوری نوعی روش تحقیق کیفی در عرصه محسوب می‌شود که در پی جستجو و توصیف پدیده‌های تجربه شده در محیط‌های طبیعی نظیر بیمارستان‌ها، درمانگاه‌های سرپایی یا سرای سالمندان هستند. منظور از مطالعه در عرصه بررسی عمیق اعمال، رفتارها، عقاید و نگرش‌های اشخاص یا گروه‌ها به همان صورتی است که در زندگی واقعی بروز می‌دهند (۲۱).

نمونه‌های این مطالعه را مشارکت‌کنندگان ساکن منزل^۱ تشکیل دادند. محقق در این پژوهش، بعد از اخذ کتبی رضایت‌نامه از شرکت در مطالعه، بر اساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف، سپس گلوله برفی و نظری شرکت‌کنندگان را به مطالعه وارد نمود (۲۱). 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. اولین نمونه این پژوهش زن سالمند ۷۰ ساله، دارای تحصیلات دیپلم و سه فرزند متأهل، بیوه، خانه‌دار، ساکن شهر که به تنهایی مقیم منزل شخصی خود بود انتخاب شد. شرکت‌کننده بعدی زن سالمند ۶۷ ساله‌ای بود که به روش گلوله برفی، با معرفی شرکت‌کننده اول و بر اساس معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شد. نمونه‌های بعدی، ضمن در نظر گرفتن معیارهای ورود به مطالعه و مفاهیم ایجاد شده به منظور انتخاب شرکت‌کنندگان با حداکثر تنوع^۲، از بین زنان سالمند دارای شرایط متفاوت از لحاظ سن، سطح تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل، محل سکونت، وضعیت اجتماعی- اقتصادی و فرهنگی انتخاب شدند. به‌طوری که زنان سالمند دارای همسر، مجرد، بیوه تنها، بیوه در حال زندگی با فرزند مجرد،

بیوه در حال زندگی با سالمند دیگر، 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 و حومه به مطالعه وارد شدند. با ادامه مصاحبه‌ها با توجه به مفاهیم ایجاد شده به نظر رسید مصاحبه با افرادی که با سالمند زندگی می‌کنند نیز، می‌تواند اطلاعات بیشتری ایجاد نماید. لذا با جمع‌آوری تدریجی داده‌ها و تحلیل آن‌ها محقق به منظور تکوین اطلاعات حاصل از داده‌ها، با فرزند دختر یک زن سالمند که به همراه خانواده‌اش در منزل شخصی مادرش سکونت داشت نیز مصاحبه انجام داد. اشباع نظری طبقات مفهومی، در این مطالعه با ۲۰ مصاحبه و مشاهده از ۱۹ شرکت‌کننده حاصل شد.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه و مشاهده بود. محقق با حضور خود در موقعیت مصاحبه 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، بازنویسی مشاهدات و یادداشت‌های در عرصه می‌پرداخت. در این مطالعه نکات قابل توجه درباره ظاهر افراد، رفتارهای غیرکلامی، تعاملات با سایر افراد منزل، نقش‌ها، نحوه حرکت و استفاده از عصا، عکس‌های موجود در منزل، آراستگی، نحوه لباس پوشیدن و اطلاعاتی از این قبیل ثبت شد.

چند سؤال اصلی که تقریباً در تمام مصاحبه‌ها تکرار شدند عبارت بودند از "لطفاً در مورد فعالیت‌ها و اعمال روزانتون توضیح بفرمایید؛ به عبارتی دیگر راجع به کارهایی که از صبح پا می‌شید تا شب که می‌خواهید بخوابید شرح کاملی ارائه بفرمائید. با چه مسائل و مشکلاتی روبرو می‌شوید؟ اگر ممکنه در مورد تجربه زندگی در دوران سالمندی خودتون بیشتر توضیح بدین". زمان مصاحبه‌ها بین ۳۸ تا ۱۱۰ دقیقه متغیر بود. عمده مصاحبه‌ها در یک جلسه خاتمه می‌یافت و تنها در

1. Community dwelling
2. Variation

یک مورد، مصاحبه دوم انجام پذیرفت. در طول این تحقیق، فرایندهای جمع آوری داده‌ها، کدگذاری و تجزیه و تحلیل به طور همزمان انجام گرفت و جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش توصیه شده استراس و کورین (۱۹۹۸) و کورین و استراس (۲۰۰۸) استفاده شد (۲۳، ۲۲). در این مطالعه اعتبار اطلاعات با انجام اقدامات درگیری طولانی مدت^۱، تأیید مطالب توسط شرکت کنندگان^۲، بازنگری همتایان^۳، مثلث سازی (تلفیق)^۴، جستجو برای شواهد مغایر^۵ و اعتبار پژوهشگر^۶ برقرار شد (۲۴). ضمن این که در تمام مراحل گزارش تحقیق از عین گفتار شرکت کنندگان به عنوان گواه وابستگی یافته‌ها استفاده شد (۲۵). محقق سعی نمود تا با تفسیر صحیح یافته‌ها به خصوص در اندیشه نگاری علاوه بر باقی گذاشتن رد پا، اندیشه‌های نو ایجاد شده را با خلاقیت هر چه تمام تر در زندگی روزانه سالمندان و برای ارائه خدمات مناسب کاربردی نماید.

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۹ شرکت کننده، شامل ۱۸ زن سالمند و دختر ۵۰ ساله یکی از شرکت کنندگان، مورد مشاهده و مصاحبه عمیق چهره به چهره قرار گرفتند. در

مجموع ۲۰ مصاحبه و مشاهده داده‌های این پژوهش را تشکیل دادند. مضاف بر آن، مصاحبه‌های غیر رسمی حین انجام مشاهدات نیز به عنوان داده ثبت شد. میانگین سنی ۱۸ سالمند شرکت کننده در این مطالعه ۷۲ سال با دامنه ۶۵-۸۵ سال بود. سایر مشخصات شرکت کنندگان در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

در این پژوهش، طبقه محرومیت‌های روانی-عاطفی متشکل از زیرمقوله‌های کاهش توانایی انطباق با شرایط، افسردگی، احساس تنهایی، کاهش حس اختیار و احترام، حس بی‌قدرتی، حسرت دوران گذشته و نگرانی و ترس شد.

کاهش توانایی انطباق با شرایط

شرکت کنندگان این مطالعه اظهار داشتند که با روند افزایش سن، توانایی انطباق با شرایط در آنان کاهش یافته است. لذا تبعاتی چون کاهش تحمل و افزایش تحریک پذیری را برای آنان به ارمغان آورده است. مشارکت کنندگان معتقد بودند عواملی چون مرگ همسر و فرزند، زندگی در خانه فرزند و یائسگی نیز در کاهش توانایی انطباق با شرایط مؤثرند. در این باره شرکت کننده‌ای بیان کرد.

جدول شماره ۱: مشخصات شرکت کنندگان مطالعه (N=۱۹)

مشخصات شرکت کنندگان									
متغیر		تعداد	متغیر		تعداد	متغیر		تعداد	متغیر
سن	۵۰	۱	۶۵-۷۰	۹	۷۱-۷۵	۵	۷۶-۸۰	۳	۸۱-۸۵
تحصیلات	دانشگاهی	۳	دیپلم	۷	زیردیپلم	۸	بیسواد	۱	-
شغل	بازنشسته	۵	معلم قرآن	۱	کشاورز	۲	خانه دار	۱۱	-
وضعیت تأهل	متاهل	۸	بیوه	۱۰	مجرد	۱	-	-	-
وجود همدم- همسر	با همسر	۸	با فرزند، عروس یا داماد	۳	با فرزند مجرد	۲	با سالمند دیگر	۱	تنها
وضعیت همسر:									
تحصیلات	دکتری	۱	لیسانس	۳	دیپلم	۶	زیردیپلم	۴	بیسواد
شغل	دندانپزشک	۱	کارمند بازنشسته	۱۲	آزاد	۳	کشاورز	۲	-
محل زندگی	ساری	۱۵	تهران	۲	حومه ساری	۲	-	-	-
وضعیت مسکن	آپارتمان	۷	دارای حیاط	۱۲	-	-	-	-	-

1. Prolonged engagement
2. Member check
3. Peer debriefing
4. Triangulation
5. Disconfirming evidence
6. Researcher credibility

"... خوب الان با آدم هایی که ریلکس باشند، شاد باشند برای هر چیزی دلشوره و دلواپس نباشند خوبم. با آدم هایی که یک چیز کوچک رو بزرگ کردن، حرف زدن، غیبت کردن اینها آدم رو اذیت می کنه. یک وقت هایی چنان اون طرف روی من تأثیر می زاره، که من تپش قلب می گیرم، تنم می لرزه. اعصابم به هم می ریزه، اصلاً، قبلاً این طور نبودم..."

یکی دیگر از شرکت کننده ها اظهار نمود:

"...گاهی مهمانی می رم. نسبت به قبل هم حوصله مهمونی ندارم. چون باید لباس بپوشی، آتو بکشی، کفش و کلاه کنی. بعد اعصابم هم اجازه نمی ده جای شلوغی برم؛ حتی جایی که شادی هست می رم اعصاب ندارم. رفتم و آمدم، دیگه خوابم نمی بره. خوب دعوت می کنن، دیگه باید برم؛ خوب تا ساعت ۱ باید بشینیم. به قول معروف توی عروسی ها هم نمی تونیم شرکت کنیم توی عزایی هم نمی تونیم شرکت کنیم، اعصاب آدم اجازه نمی ده..."

افسردگی

افسردگی از دیگر محرومیت های روانی- عاطفی بود که در این مطالعه پدیدار شد. ویژگی های افسردگی از جانب شرکت کنندگان، ضعف روحیه، کاهش حوصله و کاهش احساس شادابی بیان شد. داده ها نشان داد، زنان سالمند به دلیل فوت همسر و تنهایی، جدایی اجتماعی، یائسگی، ناکامی در انجام فعالیت ها و ابتلاء به بیماری های متعدد افسردگی را تجربه کرده اند. یکی از زنان سالمند که در خانه شخصی خود به اتفاق پسر، عروس و نوه هایش زندگی می کرد، درباره افسردگی بعد از مرگ همسر اظهار کرد:

"... این احساسی که من دارم، همه ناراحتیم مال بعد از مردن شوهرمه. در این ۷-۸ سالی؛ خیلی به من سخت گذشت که الان هم هنوز هم می گذره. که هر روز مثلاً امروز ظهر تا غروب که می شه، سختی و

ناراحتی من بیشتره. مریض نیستم، اما تمام بدن من کوفته و ناراحته. خسته ام همیشه. همش دلم می خواد بخوابم. همش دلم می خواد دراز بکشم و بخوابم. ناراحتی ام مال بعد از مردن شوهرمه..."

شرکت کننده دیگر که تنها زندگی می کند در مورد ارتباط افسردگی با سالمندی، فوت همسر، تنهایی و یائسگی ابراز کرد:

"... الان، نه، زمان هایی 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 نمی شم به انجام کاری، همون شب نمی توانم بخوابم. بعد فرداش می بینم دچار افسردگی هستم. خودم می بینم 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 نمی تونم تشخیص بدم کدومشون مقصر افسردگی آن؟ سالمندی مقصره که من افسرده هستم، چون می دونین که از نظر این که خانم ها هورمون بدنشون ترشح دیگه نمی شه خواهی نخواهی این افسردگی برای خانم ها پیش می آید..."

بر اساس داده ها، افسردگی سبب کاهش توان جسمی و ابتلاء به بیماری ها می شود و از طرف دیگر پیامد این اختلالات جسمی نیز افسردگی خواهد بود. لذا، بین افسردگی با کاهش توان جسمی و ابتلاء به بیماری ها سیکل ارتباطی معیوبی وجود دارد. براین قیاس، در سالمندی افسردگی معلول روند افزایش سن نمی باشد بلکه شرایط و سبک زندگی عامل آن خواهند بود.

احساس تنهایی

شرکت کنندگان علل احساس تنهایی را عواملی چون تنهایی فیزیکی به دلیل مرگ همسر و دوری فرزندان می دانستند. زنان سالمندی که با سالمند دیگر، فرزند، عروس یا داماد و نوه ها در یک منزل مسکونی زندگی می کردند، کمتر از تنهایی شاکی بودند. یکی از

شرکت کنندگان ضمن شکایت از تنهایی فیزیکی و احساس تنهایی بعد از مرگ همسرش معتقد بود:

"... تنهایی خیلی سخته؛ نسل گذشته سالمندی بهتری داشتن از نسل ما. توجه می کنین! به چه دلیل؟ برای خاطر این که بچه ها شون دوربرشون بودند، جدایی نبود، نوه ها شون دور و برشون بودند. ممکن بود، خانمی شوهرشو بالاخره اونوقت ها عمرها طولانی نبود؛ شوهرشو از دست بده، ولی مثل ما احساس تنهایی نمی کردند. چرا؟! اولاً عروس ها با مادرشوهرها توی یک خونه زندگی می کردند. مثل الان نبود؛ عروس ها حتماً بایستی جدا زندگی کنن. اونا این مشکلات روحی و تنهایی ما رو نداشتن. نوه ها همین طوری مثل پروانه دورشون می چرخیدن..."

بانوی سالمند دیگر که علی رغم زندگی با همسرش، از دوری فرزندانش احساس تنهایی داشت ابراز کرد:

"... دیگه بالاخره شرایط این که، بچه ها می رن. تنهایی خیلی مهمه، ولی کاریش نمی شه کرد. من سعی می کنم خودم یک جوری با این مسأله کنار بیام..."

در این مطالعه، برخی از شرکت کنندگان از تنهایی فیزیکی به دلیل فوت همسر و بسیاری از آنان علی رغم زندگی با همسر به دلیل دوری از فرزندان، احساس دلنگی از تنهایی داشتند. از تفسیر یافته ها این نکته متبادر می شود که احساس تنهایی یا احساس دلنگی از تنهایی با تنها زندگی کردن یا تنهایی فیزیکی متفاوت است. با عنایت به اینکه بسیاری از سالمندانی که با همسر خود زندگی می کنند ولی احساس دلنگی از تنهایی دارند؛ به نظر می رسد داشتن همسر فهیم و خوب می تواند کمک زیادی به زن سالمند کند و تحمل او را برای جدایی از فرزندان افزایش دهد.

کاهش حس اختیار و احترام:

در این مطالعه عوامل کاهنده حس اختیار و احترام، وابستگی جسمی و زندگی در خانه فرزند به منصفه ظهور رسید. زن سالمندی که در خانه داماد خود به اتفاق دختر و نوه هایش زندگی می کند بیان نمود:

"... ناراحت بودم که چرا تنها زندگی می کنم. برم پهلوی بچه ها خوابم. اما پشیمون شدم که چرا اینکارو کردم، چرا خونمو فروختم؟ خیلی هم پشیمون شدم؛ بی اندازه. چاره هم دیگه ندارم. به نوه ها می گم: دعوا نکنین، می گن خیلی خوب، برعکس می کنن. خوب این ناراحتی ا دیگه. چون حرف منو گوش نمی کنن. می گم تلویزیونو خاموش کنن می گن نه. می گم ما می خوایم اخبار گوش کنیم، می گن: نه، ما مثلاً می خوایم برنامه کودک رو نگاه کنیم. من اگر خونه خودم بودم، خودم تلویزیونو روشن می کردم، می نشستم. اخبار گوش می کردم. حالا من باید بشینم تحمل کنم. بهشون هم داد و بیداد بکنی، برمی گردن به آدم؛ بچه آن. نمی فهمن؛ می گن حتما کار خوبییه..."

حس بی قدرتی

زنان سالمند این مطالعه، فوت همسر، تنهایی و نداشتن حامی مرد را مهم ترین عامل حس بی قدرتی ذکر کردند. در این زمینه مشارکت کننده ای ابراز داشت:

"... متأسفانه من مشکلاتی زیادی بعد از فوت همسرم برایم به وجود آمد. به دلیل، متأسفانه بچه های من توی سنی نبودن که بتونن از حق و حقوق من خیلی خوب دفاع بکنند. افرادی که من هر معامله ملکی رو که داشتم، با آن ها در ارتباط، متأسفانه قرار می گرفتم. بنگاهی که متأسفانه ما خیلی ازش شناخت نداشتیم؛ کلاه سرمون گذاشت... و هر چه قدر که زمان می گذشت ما باز هم می خواستیم یک معامله دیگری انجام بدهیم باز یک ضرر دیگری بهمون وارد می شد..."

حسرت گذشته

براساس یافته، یکی دیگر از ویژگی های محرومیت های روانی- عاطفی، حسرت گذشته پدیدار شد. خصوصیات زیر طبقه حسرت گذشته عبارت بود از: حسرت جوانی، حسرت داشتن توان جسمی و سلامتی، زندگی با همسر، انجام علائق و مهارت ها در گذشته و

حسرت داشتن زندگی مستقل. یکی از زنان سالمند که با همسرش زندگی می کرد در مورد حسرت داشتن توان جسمی و سلامتی چنین اظهار داشت:

"... خوب با زیاد شدن سن، کمبودها بیشتر شد. همین بیرون رفتن، کار نکردن بیشتر شد. آدم از جوونی باید قدر سلامتی خودشو بدونه! خوب من بی خودی برای خیلی ها کار کردم؛ الان پشیمونم. حالا، یادم می یاد، چقدر سالم بودم..."

در زمینه حسرت انجام علائق و مهارت ها در گذشته، یکی دیگر از شرکت کنندگان بیان نمود:

"... زمانی که ما دیلم گرفتیم، همه دوستان رفتن تو فرهنگ استخدام شدن. چون خوب استخدام می کردن؛ کمبود معلم داشتن. هر وقت از جلوی دانشگاه تهران رد می شوم، ناراحت می شم که چرا من نتونستم، توی این محیط فرهنگی برم. چون زود ازدواج کردم، این افسوس همیشه برام هست."

نگرانی و ترس

این مقوله شامل ابعادی از قبیل ترس و نگرانی از مورد سوء استفاده واقع شدن زنان تنها، بیمار شدن، وابستگی به دیگران به دلیل ضعف جسمانی، از دست دادن همسر، ترس از آینده فرزندان و نوه ها، همچنین ترس و نگرانی از زندگی در سرای سالمندان، ابتلاء به زوال عقل، نزدیکی به مرگ و نوع مردن حادث شد. بانوی سالمندی درباره، ترس از وابستگی به دیگران به دلیل ضعف جسمانی ابراز کرد:

"... من نمی خوام بیشتر احساس سالمندی کنم. چون بر سر نماز، مخصوصاً نماز مغرب گریهام می گیره؛ با یک حالت عبودیت با بی چارگی از خدا می خوام، خدایا منو دستش روزگار نکن. تا وقتی که دست و پام در اختیار خودمه، منو از دنیا ببر. چون اصلاً دوست ندارم مزاحم بچه هام بشم". (درگوش مازندران دستش به معنی وابسته شدن می باشد)

همچنین زن سالمند ساکن روستا در مورد ترس از

آینده فرزندان و نوه ها بیان نمود:

"... خوب در کشاورزی الان گازوئیل کم آمده، من غصه می خورم. آگه ما گازوئیل نداشته باشیم، چه کار کنیم. مثلاً سم نداشته باشیم، این مشکل ها به ما فشار می آد. مثلاً شب تلویزیون که نگاه می کنم، می گن: این کم شده؛ من غصه می خورم. می گم از ما گذشت دیگه بچه ها چه کار بکنن؟ نوه ها چه کار بکنن؟..."

بحث

با نگاهی اجمالی به یافته های این مطالعه پیامدهای منفی روش زندگی دربرگیرنده محرومیت ها از جمله محرومیت های روانی- عاطفی می باشد. آنچه مد نظر قرار می گیرد درهم تنیده بودن محرومیت های روانی- عاطفی و محرومیت های اجتماعی- فرهنگی- اقتصادی است؛ به طوری که سیکل معیوبی در بین آن ها در جریان است. بر اساس داده های مطالعه حاضر و نتایج بسیاری از تحقیقات محرومیت های روانی- عاطفی و اجتماعی- فرهنگی- اقتصادی ضمن اینکه خود متأثر از شیوه های مختلف زندگی می باشند و تحت شرایط مداخله گرها حادث می شوند؛ همچنین از عوامل تأثیرگذار بر اختلال عملکرد جسمی نیز محسوب می شوند. به طوری که سیکل معیوبی دائماً بین محرومیت های روانی- عاطفی، محرومیت های اجتماعی- فرهنگی- اقتصادی و اختلال عملکرد جسمی در جریان می باشد (۲۸، ۷، ۵-۲۶).

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، محدودیت های فیزیکی، عاطفی و اقتصادی- اجتماعی و همچنین در انطباق با مشکلات جدیدی که پی در پی با آن مواجهند به اضطراب مبتلا می شوند، به طوری که توانایی انطباق با شرایط در آنان کاهش می یابد. نتایج برخی مطالعات نیز مانند مطالعه حاضر، اثر متقابل محرومیت ها را بر هم و بر اختلال عملکرد

جسمی تأیید می‌نماید (۱۸،۶).

از دیگر محرومیت‌های روانی-عاطفی که در سالمندان این مطالعه پدیدار شد افسردگی بود. زنان سالمند پژوهش حاضر مطابق با سایر مطالعات به دلیل فوت همسر و تنهایی (۱۱،۲۹-۱۵)، جدایی اجتماعی (۸،۳۰)، یائسگی (۶،۳۱)، ناکامی در انجام فعالیت‌ها و ابتلاء به بیماری‌های متعدد (۱۸،۳۲،۳۳) افسردگی را تجربه کرده‌اند؛ و علایم افسردگی همانند غمگینی و رنج به عنوان قسمتی از زندگی آنان دیده شد (۳۰). 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، بدتر شدن وابستگی جسمی و عملکردی خواهد شد؛ و هزینه‌های درمانی زیادی را به خود تخصیص می‌دهد (۸). نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که معمولاً سالمندان به دلیل مسائل فرهنگی و بد دانستن بیماری‌های روانی به پزشک 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 (۳۳). درحالی‌که سالمندان در صورت داشتن علایم مربوط به افسردگی نیاز به بررسی و درمان بیشتری دارند. برخی از سالمندان مطالعه حاضر نیز با وجود ابراز علایم افسردگی آن را مختص این دوران تصور می‌کردند و قصد انجام اقدامات تشخیصی و درمانی 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 علایم مربوط به مشکلات روانی-اجتماعی وجود دارد. این علایم در ارتباط با خود غفلتی، غم و اندوه، فشارهای اقتصادی، نگرانی‌های منزل، فشارهای مختلف زندگی و جدایی اجتماعی است (۳۳،۳۰). یافته‌های یک مطالعه نیز حاکی از وجود هم‌ابتلائی بین افسردگی با موضوعات اجتماعی، بین فردی، اقتصادی-

اجتماعی، خانوادگی و محیطی می‌باشد (۸) که این نتایج با علل روانی-اجتماعی، اقتصادی و ویژگی‌های افسردگی در مطالعه حاضر مطابقت دارد ولی به ارتباط بین افسردگی با ناتوانی‌های جسمانی از جمله ناکامی در انجام فعالیت‌ها و ابتلاء به بیماری‌های متعدد که در پژوهش حاضر پدیدار شد نپرداخته است. افسردگی از شایع‌ترین صدمات روان‌شناختی در سالمندی است. تقریباً ۲۰ درصد سالمندان از علایم مهم افسردگی رنج می‌برند و اکثر آن‌ها تنها زندگی می‌کنند (۱۷). بیشتر سالمندان دوستان نزدیک یا همسران خود را از دست می‌دهند و دست‌خوش تجربه داغدیدگی، سوگ و اندوه می‌شوند. برای بعضی از آن‌ها از دست دادن همسر تجربه‌ای بس دردناک است. طبق آمارهای موجود تعداد زنان سالمندی که همسران خود را از دست می‌دهند، از مردان بیشتر است. به این دلیل که، میانگین طول عمر زنان از مردان بیشتر می‌باشد. در عین حال مردان با زنان جوان‌تر از خود ازدواج می‌کنند و به‌طور طبیعی زودتر از همسران خود می‌میرند. بررسی‌ها نشان می‌دهد که زنان سالمند بعد از مرگ همسر به ندرت ازدواج می‌کنند و این امر به احساس تنهایی و افسردگی آنان می‌افزاید (۳۴) که این یافته‌ها مطابق با نتایج مطالعه حاضر بود.

در این مطالعه، برخی از شرکت‌کنندگان از تنهایی فیزیکی به دلیل فوت همسر رنج می‌بردند؛ و بسیاری از آنان علی‌رغم زندگی با همسر به دلیل دوری از فرزندان، احساس دلتنگی از تنهایی داشتند. اکثر افراد مفهوم تنهایی^۱ را به جای احساس دلتنگی همراه با تنهایی^۲ به کار می‌برند. اگرچه دلتنگی مربوط به تنهایی به‌عنوان فقدان هم‌نشین و حس اندوهگینی تعریف می‌شود و اغلب اشاره به آگاهی دردناک از تنهایی دارد، ولی تنهایی فیزیکی ضرورتاً دلالت بر حس اندوهگینی ندارد. در مطالعه حاضر نیز مانند سایر مطالعات احساس دلتنگی مربوط به تنهایی با تعدادی از عوامل آسیب‌زای جسمانی و روان‌شناختی از جمله دوری فرزندان، فوت همسر و ناتوانی جسمانی همراه بود (۱۷،۳۵).

1. Aloneness
2. loneliness

کاهش حس اختیار و احترام و بی قدرتی در سالمندی از دیگر محرومیت‌های روانی-عاطفی بود که در این مطالعه به منته ظهور رسید. عوامل کاهنده حس اختیار و احترام مانند سایر مطالعات شامل وابستگی جسمی (۳۶،۱۰،۳) و زندگی در خانه فرزند (۳۸،۳۷) بود. شرکت کنندگان مطالعه حاضر فوت همسر، تنهایی و نداشتن حامی مرد را مهم‌ترین عامل حس بی قدرتی ذکر کردند. یافته‌های برخی از مطالعات مضاف بر نتایج مطالعه حاضر، عواملی دیگری مانند اعتقادات شخصی، حساسیت عاطفی، بازنشستگی، از دست دادن توانایی فیزیکی و سیستم‌های حمایت اجتماعی را بر کاهش حس قدرت سالمندان مؤثر دانستند. علاوه بر این، یافته‌های مطالعه حاضر مانند سایر مطالعات نشان داد پیامد کاهش حس اختیار و احترام، احساس بی قدرتی و افسردگی می‌باشد (۳۰،۱۸).

بر اساس یافته‌های مطالعه کنونی، یکی دیگر از محرومیت‌های روانی-عاطفی، حسرت گذشته با ویژگی‌های حسرت جوانی، حسرت دارا بودن توان جسمی و سلامتی گذشته، حسرت روزهای بودن با همسر، حسرت انجام علائق و مهارت‌های گذشته و حسرت داشتن زندگی مستقل قبلی پدیدار شد. با مروری بر نظریات روان‌شناختی سالمندی مشخص می‌شود که این نظریه‌ها در جستجوی آنند تا روند پیری را توصیف کنند و رفتارهایی که در این دوره مشخص می‌شود را توجیه نمایند (۳۹،۲۰،۶). بزرگ‌ترین نظری پرداز مراحل زندگی، اریک اریکسون، عقیده دارد دوره انتهایی زندگی، زمانی است که افراد در آن موفقیت‌ها و شکست‌های خود را ارزیابی و به دنبال مفهومی برای زندگی خود می‌باشند. وی بر بهره‌گیری از کمالات به جای ناامیدی تأکید داشته، معتقد است که اگر سالمندان بتوانند مفهومی برای زندگی خود بیابند و بپذیرند که دوران آنان گذشته است، می‌توانند با احساس کمال به پشت سر و به زندگی خود نگاه کنند. سالمندانی که زندگی خود را دوره ایی سراسر بطالت می‌دانند، ممکن است امید خود را از دست بدهند. افرادی که از ناامیدی

در رنج هستند، همواره افسوس می‌خورند که سال‌های باقی عمر، اندک است و چرا نمی‌توانند زندگی را از نو آغاز کنند و بهتر بود اگر چنین می‌شد. ناامیدی با این وحشت همراه است که دیگر وقت کافی برای شروع باقی نمانده است و حسرت را به دنبال دارد (۳۹). سایر مطالعات نیز مانند مطالعه حاضر حاکی از وجود حسرت گذشته در زندگی دوران سالمندی است (۴۰،۳۸).

همانند دیگر مطالعات، ترس و نگرانی از مشکلات آینده از دیگر محرومیت‌های روانی-عاطفی بود که در مطالعه حاضر در ابعاد ترس از دست دادن همسر، مورد سوء استفاده واقع شدن زنان تنها (۴۱،۱۸،۱۷،۳)، بیمار شدن، وابستگی به دیگران به دلیل ضعف جسمانی و ابتلاء به زوال عقل (۴۲،۴۱،۲۸،۱۸)، آینده فرزندان و نوه‌ها (۳۴،۱۸)، وضعیت مالی آینده (۲۹،۱۸،۷،۳)، زندگی در سرای سالمندان (۴۱) و نزدیکی به مرگ و نوع مردن (۴۳،۴۲) پدیدار شد. نتایج یک مطالعه نیز ترس از فقدان استقلال، پذیرش در سرای سالمندان و تنهایی را از ترس‌های آینده سالمندان بیان می‌کند. علاوه بر این، در این مطالعه مشخص شد که این ترس‌ها با عوامل اجتماعی، دموگرافیک، سلامتی و سبک زندگی رابطه دارد. و عمده‌ترین نگرانی‌های سالمندان ترس از دست دادن سلامت فیزیکی و ترس از دست دادن استقلال می‌باشد (۴۱). براساس یافته‌های این پژوهش بر خلاف بسیاری از مطالعات کمی که تنها سالمندی را از جنبه فیزیکی بررسی می‌کنند، توجه به جنبه‌های روانی-عاطفی در دوران سالمندی دارای اهمیت است، لذا پرستاران در مراقبت از سالمندان باید به این دسته از محرومیت‌ها و عوامل پدیدآورنده آن‌ها توجه نمایند تا بتوانند در جهت نائل شدن به سالمندی موفق مراقبت‌های لازم را ارائه نمایند.

سپاسگزاری

بدین وسیله از کلیه سالمندان و خانواده‌های آنان به دلیل همکاری صمیمانه و در اختیار گذاشتن تجارب ارزنده‌شان تقدیر و تشکر می‌شود.

References

1. Easley C, Schaller J. The experience of being old-old: life after 85. *Geriatr Nurs* 2003; 24(5): 273-277.
2. 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.
3. Caldas CP, Bertero CM. Living as an oldest old in Rio de Janeiro: the lived experience told. *Nurs Sci Q* 2007; 20(4): 376-382.
4. Fouroghan M. Center for Psychological and Social Studies of Welfare and Rehabilitation Sciences University in The First Congress of aging problem assessment in Iran and world. 2002: Ketab ashena. Tehran. p. 1-11 (Persian).
5. Chen YM. The Meaning of Health and Health Promotion Practices of Taiwanese Elders with Chronic Illness. *Care Manag J* 2003; 15(6): 505-510.
6. Eliopoulos C. *Gerontological nursing*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010. p. 14-20, 35-36.
7. Fiksenbaum LM, Greenglass ER, Eaton J. Perceived social support, hassles, and coping among the elderly. *J Appl Gerontol* 2006; 25(1): 17-30.
8. 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* 2008; 59(6): 670-675.
9. Wadensten B, Carlsson M. Nursing theory views on how to support the process of ageing. *J Adv Nurs* 2003; 42(2): 118-124.
10. Andersson M, Hallberg IR, Edberg AK. Old people receiving municipal care, their experiences of what constitutes a good life in the last phase of life: a qualitative study. *Int J Nurs Stud* 2008; 45(6): 818-828.
11. Chi I, Yip PSF, Chiu HFK, Chou KL, Chan KS, Kwan CW, et al. Prevalence of depression and its correlates in Hong Kong's Chinese older adults. *Am Assoc Geria Psych* 2005; 13(5): 409-416.
12. Nomura C. Worth Living of Elderly: A Concept Analysis. *Journal of Japan Academy of Nursing Science* 2005; 25(3): 61-66.
13. Oh BH. Psychosocial Aspects of Normal Ageing. *J Korean Am Med Assoc* 2004; 47(4): 351-360.
14. Ouwehand C, de Ridder DTD, Bensing JM. A review of successful aging models: Proposing proactive coping as an important additional strategy. *Clin Psychol Rev* 2007; 27(8): 873-884.
15. Day R. Local environments and older people's health: dimensions from a comparative qualitative study in Scotland. *Health Place* 2008; 14(2): 299-312.
16. Perrig-Chiello P, Perrig WJ, Uebelbacher A, Sthelin HB. Impact of physical and psychological resources on functional autonomy in old age. *Psychology, health & medicine* 2006; 11(4): 470-482.
17. Pierce LL, Wilkinson LK, Anderson J. Analysis of the concept of aloneness. As applied to older women being treated for depression. *J Gerontol Nurs* 2003; 29(7): 20-25.
18. Ravanipour M, Salehi S, Taleghani F, Abedi HA, Schuurmans MJ. Power in Iranian Elders: Barriers and Facilitators. *Psychogeriatrics Polska* 2008; 5(3): 114-121.
19. 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.
20. Mauk KL. Gerontological nursing: competencies for care. 2nd ed. Boston Toronto London Singapore: Jones & Bartlett Publishers; 2006. p. 57-84.
 21. Polit D, Beck C. Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice, 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 222, 432.
 22. Corbin J, Strauss A. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory, 3th ed. Thousand Oak London New Delhi: Sage Publications Inc; 2008. p. 1-16, 45-65.
 23. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. 2nd ed. Thousand Oak London New Delhi: Sage Publications Inc; 1998. p. 41-179.
 24. Polit D, Beck C, Hungler B. Essential of nursing research, 5th ed. Lippincot: Philadelphia; 2002. p. 212-214, 216-217.
 25. Streubert H, Carpenter D. Qualitative Research In Nursing. 4th ed. Philadelphia: Lippincot; 2007. p. 20, 36-39, 42-46, 50-52, 107-121, 133.
 26. Felten BS, Hall JM. Conceptualizing resilience in women older than 85: overcoming adversity from illness or loss. *J Gerontol Nurs* 2001; 27(11): 46-53.
 27. Andresen M, Puggaard L. Autonomy among physically frail older people in nursing home settings: a study protocol for an intervention study. *BMC geriatrics* 2008; 8: 32.
 28. Torres S, Hammarstrm G. Speaking of 'limitations' while trying to disregard them: A qualitative study of how diminished everyday competence and aging can be regarded. *J Aging Stud* 2006; 20(4): 291-302.
 29. Strydom H. Perceptions and attitudes towards aging in two culturally diverse groups of aged males: a South African experience. *Aging Male* 2005; 8(2): 81-89.
 30. Black HK, White T, Hannum SM. The lived experience of depression in elderly African American women. *The Journals of Gerontology* 2007; 62(6): S392-398.
 31. Guillemin MN. Managing menopause: a critical feminist engagement. *Scand J Public Health* 1999; 27: 273-278.
 32. Kempen GI, Sullivan M, van Sonderen E, Ormel J. Performance-based and self-reported physical functioning in low-functioning older persons: congruence of change and the impact of depressive symptoms. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1999; 54(6): 380-386.
 33. Cyr NR. Depression and older adults. *AORN J* 2007; 85(2): 397-401.
 34. Ahadi H, Jomhary F. Growth Psychology: adolescence, adulthood (young, middle-aged, old age). Tehran: Bonyad, 2002. (Persian).
 35. Donaldson JM, Watson R. Loneliness in elderly people: an important area for nursing research. *J Adv Nurs* 1996; 24(5): 952-959.
 36. Jamjan L, Maliwan V, Pasunant N, Sirapo-Ngam Y, Porthiban L. Self-image of aging: a method for health promotion. *Nurs Health Sci* 2002; 4(Supple 3): A6.
 37. Haak M, Fange A, Iwarsson S, Ivanoff SD. Home as a signification of independence and autonomy: experiences among very old Swedish people. *Scand J Occup Ther* 2007; 14(1): 16-24.
 38. Chung YG, Kim KH, Choi KS, Kwon HJ, Park KS, Choi MH, et al. Korean older adults' perceptions of the aging process. *J Gerontol Nurs* 2008; 34(5): 36-44.
 39. Forough-Ameri G, Govari F, Nazari T,

- Rashidinejad M, Afsharzadeh P. The adult age theories and definitions. The Journal of Faculty of Nursing & Midwifery 2002; 8(14): 4-13 (Persian).
40. Shin KR, Kim MY, Kim YH. Study on the lived experience of aging. Nurs Health Sci 2003; 5(4): 245-252.
41. Quine S, Morrell S. Fear of loss of independence and nursing home admission in older Australians. Health Soc Care Community 2007; 15(3): 212.
42. Borglin G, Edberg AK, Rahm Hallberg I. The experience of quality of life among older people. J Aging Stud 2005; 19(2): 201-220.
43. Wadensten B, Carlsson M. A qualitative study of nursing staff members' interpretations of signs of gerotranscendence. J Adv Nurs 2001; 36(5): 635-642.