

Research Paper**Exploring the Nature of the Elderly People Life Style: A Grounded Theory**Abolfazl Rahimi¹, *Monireh Anosheh², Fazlollah Ahmadi², Mahshid Foroughan³

1. Departament of Nursing, Faculty of Nursing, Baqiyatalah University, Tehran, Iran.

2. Departament of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

3. Iranian Reaserch Center o Ageing, University of social Welfare and Rehabilitaion, Sciences, Tehran, Iran

Received: 06 Jul. 2015

Accepted: 14 Oct. 2015

ABSTRACT

Objectives Our community which is walking into aging, is facing with various health care problems. Existing evidence has shown that the major cause of many mortalities is the unhealthy life styles, which are worsen with aging and senility, causing many problems in old age. Due to the importance of prevention of risk factors and continual caring of the elderly, as well as few studies done in Iran on elderly life styles with qualitative method, the current study was conducted aiming at clarifying the concept, structure, and nature of choosing life styles among Iranian elderly population.

Methods & Materials To achieve the objectives of this study, a qualitative research was performed according to grounded theory. We attempted to explore the concept, structure, nature, and process of choosing life styles among the elderly population, by purposeful sampling at first and then by theoretical sampling until data saturation achieved. Unstructured interview was used for data collection. Participants of this study were elderly people (living with their families). In total, 29 in-depth individual interviews were done with 23 male and female participants. Collected data were transcript immediately and analysis was done using Strauss and Corbin approach (1998).

Results The following 8 main categories were emerged from the data analysis: aging restrictions, daily living behaviors, unsuitable sociofamilial structure, self-management, health deficits, insufficient efficacy, insufficient readiness, and spirituality. Category of daily living behaviors represented phenomenon, self-management displayed measures taken by individuals and the category of health deficits was the consequence of these strategies.

Conclusion According to the consequences of the strategies adopted and based on health definitions, it could be argued that older people do not have a perfect healthy life style and their health is deficient. Based on the results of grounded theory, correction and promotion of unhealthy life style behaviors are considered essential.

Key words:Life style, Elderly,
Grounded theory*** Corresponding Author:****Monireh Anosheh, PhD****Address:** Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.**Tel:** +98 (21) 22180004**E-mail:** anosheh@modares.ac.ir

تبیین چگونگی سبک زندگی سالمندان: رویکرد نظریه زمینه‌ای

ابوالفضل رحیمی^۱، منیره انوشه^۲، فضل‌الله احمدی^۳، مهشید فروغان^۳

- ۱- گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران.
 ۲- گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
 ۳- مرکز تحقیقات سالمندی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

حکیده

تاریخ دریافت: ۱۵ تیر ۱۳۹۴

تاریخ پذیرش: ۲۲ مهر ۱۳۹۴

هدف: جامعه‌ماکه به سالمندی گام نهاده، از نظر مراقبت بهداشتی با مسائل گوناگونی روبه‌رو است. شواهد موجود نشان می‌دهد که علت بسیاری از مرگ‌ومیرها نتیجه سبک زندگی ناسالم است و این مهم با افزایش سن و کهولت، نمود بیشتری پیدا می‌کند و باعث مشکلات بسیاری در دوره سالمندی می‌شود. به دلیل اهمیت پیشگیری از عوامل خطر و همچنین تداوم مراقبت از سالمند و با توجه به اینکه در زمینه سبک زندگی سالمندان در ایران به روش کیفی کمتر پرداخته شده است، پژوهش حاضر با هدف تبیین مفهوم، ساختار و چگونگی و فرایند اتخاذ سبک زندگی سالمندان انجام شد.

مواد و روش‌ها: برای دستیابی به هدف این مطالعه، مطالعه‌ای کیفی با رویکرد نظریه زمینه‌ای انجام شد. در این مطالعه تبیین مفهوم، ساختار و چگونگی سبک زندگی در متن و بستر زندگی خود سالمندان با استفاده از نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف در آغاز و تارسیدن به اشباع اطلاعات، به صورت نمونه‌گیری نظری ادامه یافت. ابزار اصلی جمع‌آوری داده مصاحبه نیمه ساختار بود. مشارکت‌کنندگان این مطالعه سالمندان (که همراه خانواده زندگی می‌کردند)، بودند. در مجموع با ۲۳ مشارکت‌کننده مرد و زن، ۲۹ مصاحبه عمیق انفرادی انجام و مصاحبه‌ها با روش استراوس و کوربین ۱۹۹۸ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: از تجزیه و تحلیل داده‌ها هشت مقوله محوری به دست آمد: محدودیت‌های سالمندی، رفتارهای روزمره، ساختار خانوادگی-اجتماعی نامطلوب، خودمدیریتی، نقصان سلامتی، کارآمدی ناکافی، آمادگی ناکافی و تقید به معنویات. مقوله رفتارهای روزمره بیانگر پدیده، مقوله خودمدیریتی بیانگر راهبردهای اتخاذ شده توسط افراد و مقوله نقصان سلامتی پیامد این راهبردها بود. سه مقوله تقید به معنویات، کارآمدی ناکافی و آمادگی ناکافی تأثیرگذار بر خودمدیریتی بود؛ یعنی راهبرد را تحت تأثیر قرار داده بودند.

نتیجه‌گیری: با توجه به پیامدهای حاصل از راهبردهای اتخاذ شده و براساس تعاریف سلامتی، می‌توان چنین استدلال نمود که سالمندان از سبک زندگی کامل برخوردار نیستند و سلامتی آنان دچار نقصان شده است. با عنایت به نتایج نظریه زمینه‌ای، اصلاح و تقویت رفتارهای سبک زندگی از ضروریات به‌شمار می‌آید.

کلیدواژه‌ها:

سبک زندگی، سالمند، نظریه زمینه‌ای

مقدمه

پدیده در کلیه جنبه‌های زندگی جوامع بشری، از جمله طیف گسترده‌ای از ساختارهای سنی، ارزش‌ها و معیارها و سازمان‌های اجتماعی تحولات قابل ملاحظه‌ای به وجود می‌آورد [۱].

گرچه پیرشدن جمعیت از نتایج مثبت توسعه به‌شمار می‌آید، ولی اگر برای مواجهه با آن در جهان توسعه یافته آماده نباشیم، عوارض و پیامدهای منفی بسیاری در پی خواهد داشت. از یاد

مسئله سالمندی جمعیت جهان که به دلایل مختلف از جمله کاهش میزان مولید، پیشرفت‌های علوم پزشکی، ارتقای بهداشت عمومی، آموزش و پرورش و در نتیجه افزایش امید به زندگی در سطح جهانی مطرح شده است، پدیده نسبتاً نوینی است. این

* نویسنده مسئول:

دکتر منیره انوشه

نشانی: تهران، خیابان جلال آل احمد، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی.

تلفن: ۸۲۸۸۳۸۱۳ (۲۱) ۹۸+

پست الکترونیکی: aanoosheh@modares.ac.ir

دادند، عناصر سبک زندگی را مصرف دخانیات، مصرف الکل، فعالیت جسمی و عادات غذایی عنوان نمودند. همچنین به اهمیت وضعیت اجتماعی اقتصادی و روانی در سبک زندگی اشاره کردند [۱۱].

نتایج مطالعات مرتبط با سبک زندگی غالباً از کاربرد روش‌های کمی حاصل شده که تنها به بررسی برخی ابعاد سبک زندگی سالمندان می‌پردازد و به تجربیات، نگرش و نظرات خود سالمندان در این رابطه توجه کافی ندارد؛ بنابراین، این مطالعات نمی‌تواند تصویری واضح و واقعی از سبک زندگی سالمندان که ریشه در باورها، اعتقادات و تجربیات آنان داشته باشد، ارائه کند [۱۷-۱۲].

علاوه بر این مروری بر تحقیقات صورت گرفته در داخل کشور درباره وضعیت سلامت، رفتارهای ارتقادهنده سلامت و سبک زندگی سالمندان حاکی از عدم وجود مطالعات جامع و گسترده کاربردی در این زمینه بود [۲۰-۱۸]. همچنین تحقیقات متعددی بیانگر وضعیت سواد نامناسب، نیازهای سالمندان از جمله نیازهای مالی و رفاهی، تغییرات فیزیولوژیک (کاهش توان و توده بدنی، کاهش قدرت ایمنی و فعالیت دستگاه گوارش، کاهش ظرفیت قلب و ریه)، تغییرات پاتولوژیک (بیماری‌های مزمن)، تغییرات روان‌شناختی سالمندی و... است که نیازمند تدابیر لازم برای ارتقای سلامت آنان است [۱۸].

در تمام دنیا و از جمله ایران، پرستاران یکی از ارکان مهم گروه بهداشتی-حرمانی محسوب می‌شوند که به‌ویژه در امر ارتقای سلامت در تمام رده‌های سنی، نقش بسیار مهمی ایفا می‌کنند [۲۱]. همچنین از جمله وظایف اصلی و مهم پرستاران پایش و ارزیابی رفتارها و سبک زندگی مددجویان و به‌ویژه سالمندان است [۲۲]. برای بررسی و ارتقای سبک زندگی مددجویان، به نظریه نیاز است.

بررسی اجمالی صورت‌گرفته توسط محقق درباره مفهوم مورد مطالعه نشان داد که تاکنون مطالعه اختصاصی برای تبیین چگونگی و فرایند اتخاذ سبک زندگی سالمندان به روش کیفی انجام نشده است؛ بنابراین، با توجه به موارد مذکور و با تأکید بر مسائلی همچون افزایش روزافزون جمعیت سالمندان در کشور، شیوع مشکلات بسیار ناشی از سبک زندگی در سالمندان، افزایش مرگ‌ومیر و ارتباط بیش از ۵۰ درصدی آن با سبک زندگی، تشدید آسیب‌پذیری سالمندان به دلایل تغییر ساختار خانواده، تغییر ارزش‌های سنتی خانواده‌ها، وجود نابرابری اقتصادی، کافی نبودن خدمات اجتماعی، کافی نبودن مراقبت‌های پزشکی و... ضرورت تبیین وضعیت موجود احساس می‌گردد. بنابراین این مطالعه با هدف تبیین چگونگی و فرایند اتخاذ سبک زندگی سالمندان صورت گرفت.

روش مطالعه

با توجه به اینکه مناسب‌ترین روش مطالعه فرایند پیچیده‌ای مانند سبک زندگی سالمندان که از جنبه‌های مختلف انسانی و محیطی و تعاملات اجتماعی سالمند و خانواده متأثر است، روش

نبریم که اگر چالش اصلی و عمده بهداشت عمومی در قرن بیستم افزایش امید به زندگی [۲] بود، چالش اصلی قرن بیست و یکم «زندگی با کیفیت بهتر است». وجود نابرابری اقتصادی و عدم کفایت خدمات اجتماعی، مراقبت‌های پزشکی و...، سبب‌گردیده این گروه از آسیب‌پذیرترین اقشار جامعه باشند. از این رو باید در طراحی و تدوین برنامه‌های خدماتی بر بهبود کیفیت زندگی این گروه تأکید بیشتری نمود [۳].

ارتقای بهداشت و تأمین سلامت افراد جامعه از ارکان مهم پیشرفت جوامع است [۴]. مراقبت‌های بهداشتی نوین به تدریج تمرکز خود را از بررسی میزان مرگ‌ومیر به عنوان پیامد سلامتی به سوی گستره‌های وسیع‌تری نظیر ارتقای سلامت، سبک زندگی و کیفیت زندگی تغییر داده است [۵].

«لوند»^۱ (۱۹۷۴) در تعیین عوامل مؤثر بر سلامت، نقش سبک زندگی را ۵۰ درصد عنوان نموده است و ۵۰ درصد دیگر عبارتند از عوامل محیطی و اقتصادی-اجتماعی، ژنتیک و خدمات پزشکی [۶]. همچنین در مطالعه دیگری مشخص شد که ۵۳ درصد مرگ‌ومیر افراد با سبک زندگی ارتباط دارد [۷]. اهمیت مسئله در اینجاست که اساساً سبک زندگی مفهومی پیچیده دارد و شناخت آن مستلزم درک ابعاد و عوامل سازنده آن است.

بنابراین، طبیعی است که بررسی چنین مفهوم پیچیده‌ای احتیاج به استفاده از روش‌هایی خواهد داشت که بتواند جنبه‌های عینی آن را از مفاهیم و ابعاد ذهنی و انتزاعی آن را به شکل مطلوبی از یکدیگر متمایز نماید؛ چراکه سبک زندگی شیوه رفتاری است که افراد برای گذراندن زندگی روزمره خود در پیش می‌گیرند و متأثر از عوامل متعدد اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و حتی سیاسی است و البته بسیاری از این رفتارها با سلامت و بهداشت افراد ارتباط دارد [۸].

جوامعی که با کمک ارتقای سلامت و سبک زندگی در پی رسیدن به توسعه پایدار هستند، متأسفانه با مشکل اساسی ناشناخته ماندن ساختارهای سبک زندگی مواجه‌اند و چون درک صحیحی از سبک زندگی افراد جامعه خود ندارند، قادر به انتخاب برنامه یا استراتژی مناسب نیز نیستند. این مسئله باعث صرف هزینه‌های اقتصادی بالا در حوزه بهداشت می‌شود؛ زیرا با وجود اختصاص بودجه‌های کلان، مشکل ابتلا به بیماری‌های مرتبط با سبک زندگی همچنان ادامه می‌یابد [۹].

در مطالعات اخیر، گاهی اطلاعات شخصی جایگزین اطلاعات سبک زندگی شده است. اطلاعات سبک زندگی بیشتر متشکل از مجموعه‌ای از فعالیت‌ها، علایق و عقاید است [۱۰]. «وو»^۲ و همکاران (۲۰۰۲)، در مطالعه خود که روی ۲۰۳۲ چینی ۷۰ ساله و بالاتر انجام

1. Lelonde

2. Woo

اندکی که تذکر داده شد و مورد اصلاح قرار گرفت. با توجه به سؤالاتی که درباره متن مصاحبه‌ها برای محقق ایجاد می‌شد و برای تأیید یافته‌های حاصل از مصاحبه و پرکردن خلأهای موجود در داده‌های حاصل از مصاحبه، از نمونه‌گیری نظری در قالب مصاحبه رسمی و نیز مصاحبه‌های غیررسمی در قالب گفتگوی تلفنی و یادداشت در عرصه استفاده شد.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش «اشتراوس» و «کوربین» (۱۹۹۸) استفاده شد. دلایل استفاده از این روش را می‌توان روشن و شفاف‌بودن مراحل این روش و گرایش بیشتر محققان نظریه زمینه‌ای در علوم سلامتی به استفاده از این روش ذکر نمود. همچنین از آنجاکه سبک زندگی دارای ماهیتی چندبُعدی و متأثر از عوامل مختلف فردی و اجتماعی است و در تعامل با دیگران شکل می‌گیرد، بدین منظور از روش نظریه زمینه‌ای استفاده شد. این روش شامل سه مرحله اساسی زیر است: ۱. کدگذاری باز؛ ۲. کدگذاری محوری؛ ۳. کدگذاری انتخابی^۸.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش مقایسه‌ای مداوم داده‌ها^۹ انجام شد. در ابتدا داده‌ها برای یافتن تفاوت‌ها و تشابهات با یکدیگر مقایسه شدند. محقق در جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها از یادآورنویسی^{۱۰} نیز استفاده نموده است.

در این تحقیق پس از پیاده‌سازی متن مصاحبه‌ها، داده‌ها چندین بار مرور و بازخوانی شد تا ادراکی کلی از مفاهیم موجود در آنها مشخص و کدگذاری شود. سپس این کدها چندبار دیگر با یکدیگر مقایسه و مفاهیم مشترک و همپوشان تلفیق شدند تا در نهایت، مقولات و فرایندها شناسایی شده و عناوین مناسب به آنها داده شد. سپس ارتباط مفاهیم و مقولات با یکدیگر بررسی و در قالب یک نظریه‌اساسی که تبیین‌کننده پدیده مورد مطالعه بود، ارائه گردید.

در این مطالعه اختصاص زمان کافی برای جمع‌آوری داده‌ها و درگیری مداوم با مشارکت‌کنندگان از روش‌هایی بود که برای افزایش اعتبار به‌کار گرفته شد. علاوه بر این، محقق برای کسب اعتبار از طریق بازبینی توسط مشارکت‌کنندگان، متن کامل داده‌های دست‌نویس شده مصاحبه اولیه را با کدهای سطح اول برای تأیید یا اصلاح به افرادی که از آنها مصاحبه اولیه به‌عمل آمده بود، برگرداند که در مجموع همگی تأیید و نکات پیشنهادی مشارکت‌کنندگان نیز در نظر گرفته شد.

همچنین در این مطالعه، متن کامل مصاحبه اولیه پیاده‌شده با کدگذاری باز به سه نفر از اساتید راهنما، مشاور و چهار نفر از اعضای هیئت علمی و محققین نظریه زمینه‌ای پرستاری در

تحقیق کیفی از نوع نظریه زمینه‌ای محسوب می‌شود؛ بنابراین، این روش به‌عنوان روش پژوهش انتخاب شد.

مشارکت‌کنندگان در این مطالعه شامل ۲۳ سالمند و عضو خانواده آنها بودند. در این مطالعه سالمندان ۸۴-۴۶ ساله که واجد مشخصات زیر بودند به‌عنوان مشارکت‌کننده در نظر گرفته شدند: داشتن تسلط کافی به زبان فارسی، داشتن تمایل برای شرکت در پژوهش، زندگی با خانواده، نداشتن مشکلات ثابت‌شده شناختی، نداشتن محدودیت جسمی و حرکتی و بیماری مزمن ناتوان‌کننده و توانایی بیان تجربه.

روش اصلی گردآوری داده‌ها در این پژوهش مصاحبه عمیق نیمه‌ساختاریافته^۲ با استفاده از سؤالات باز بود. سؤالات مطرح‌شده مواردی بودند از قبیل: «معمولاً از صبح که بیدار می‌شوید تا شب که دوباره بخوابید چه کارهایی را انجام می‌دهید؟»، «یک هفته از زندگی خود را برای من شرح دهید...».

قبل از انجام مصاحبه با شرکت‌کنندگان تماس برقرار و سپس عنوان و هدف پژوهش برای مشارکت‌کنندگان بیان شد. پس از اخذ رضایت آگاهانه از آنان، با توجه به عوامل محیطی و زمانی، عوامل و شرایط مربوط به سالمند، میزان تحمل و تمایل شرکت‌کنندگان مصاحبه در یک یا دو نوبت انجام گردید. محل مصاحبه در مسجد، پارک، منزل سالمند و فرهنگسرای سالمند بود و سعی می‌شد تا محلی آرام و راحت انتخاب شود.

در ابتدای هر مصاحبه با ایجاد اعتماد و اطمینان و معرفی پژوهش، اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان اخذ شد. در طول مصاحبه هر زمان که مشارکت‌کننده احساس خستگی می‌کرد یا تمایل به ضبط شدن بخشی از مصاحبه تمایلی نداشت یا خواستار توقف مصاحبه بود، مصاحبه‌گر به‌نظر مصاحبه‌شونده احترام می‌گذاشت و روند مصاحبه را متوقف می‌کرد.

قبل از ضبط مصاحبه‌ها از مشارکت‌کننده اجازه گرفته و مصاحبه‌ها توسط دستگاه ضبط دیجیتال^۴ ضبط می‌شد. بلافاصله بعد از اتمام مصاحبه، پیاده‌سازی متن مصاحبه‌ها به‌صورت کلمه‌به‌کلمه با استفاده از نرم‌افزار پخش صوتی جت‌آنودیو^۵ در محیط rekam cityL انجام می‌پذیرفت و به‌صورت هم‌زمان تجزیه و تحلیل می‌شد. مدت مصاحبه‌ها بین ۹۰-۳۰ دقیقه و به‌طور متوسط ۵۵ دقیقه بود. مصاحبه‌ها تا دستیاب به داده‌های عمیق ادامه یافت.

دست‌نویس‌های با کدهای اولیه برای اطمینان از فقدان هرگونه اشتباه در برداشت و ایجاد شفافیت و بالابردن اعتبار پژوهش، به تعدادی از مصاحبه‌شوندگان ارائه شد. تمام مشارکت‌کنندگان با کدهای ارائه‌شده در بیشتر موارد توافق داشتند، جز در موارد

6. Open Coding

7. Axial Coding

8. Selective Coding

9. Constant Comparative Analysis

10. Memoing

3. Semi-structured interview

4. Mp3 player

5. ioudAtel

محدودیت‌های دوران سالمندی

تجارب مشارکت‌کنندگان در این پژوهش نشان داد که محدودیت‌های سالمندی تأثیر بسیار مهمی در نحوه بروز رفتارهای روزمره آنان ایجاد می‌نماید. عواملی از قبیل «بازنشستگی»، «افت فیزیولوژیکی» و «بیماری‌های دوران سالمندی» به‌نحو پیچیده‌ای فرایند سبک زندگی سالمندان را تحت‌تأثیر خود قرار می‌دادند. درحقیقت، محدودیت‌های دوران سالمندی بخشی از شرایط سالمندان بود که رفتارهای زندگی روزمره سالمندرا متأثر می‌ساخت.

این محدودیت‌ها سالمندان را آنچنان تحت‌تأثیر قرار داده بود که آنان نه‌تنها از وضعیت موجود خرسند نبودند، بلکه بر اثر این محدودیت‌ها موجبات پریشانی خاطر آنان نیز فراهم شده بود. به‌دلیل اینکه خرده‌مقولات افت فیزیولوژیکی، بازنشستگی و بیماری‌ها به‌گونه‌ای از ویژگی‌های مشترکی مانند ایجاد محدودیت‌ها برخوردار بودند، عنوان محدودیت‌های دوران سالمندی برای این مقوله انتخاب شد.

افت فیزیولوژیکی

افت فیزیولوژیکی از عوامل دیگری بود که موجب بروز محدودیت‌های دوران سالمندی شده بود. سالمندی فرایندی است که به‌طور فیزیولوژیکی باعث کاهش ظرفیت و عملکرد سیستم‌ها و ارگان‌های مختلف بدن می‌شود. در این رابطه سالمند مرد ۷۲ ساله اینگونه بیان می‌دارد: «نه دیگه ما چون مسن هستیم و اینا اینقدر معدوم‌کنش غذا نداره فوقش من یک کفگیر بیشتر نمی‌خورم...».

بیماری‌های دوران سالمندی

ابتلا به بیماری‌ها در دوران سالمندی از جمله مسائل دیگری بود که رفتارهای زندگی روزمره سالمندان را تحت‌تأثیر خود قرار می‌داد. نداشتن اطلاعات و آگاهی درباره نحوه انجام رفتارهای سالم، از مواردی است که می‌تواند منجر به بروز مشکل در دوران سالمندی شود. در این باره سالمند زن ۶۷ ساله این‌گونه بیان می‌دارد: «در نظر بگیرین که شما کارهایی که می‌کنین کارای خیلی سخت انجام ندید که بعداً این همه مشکل پیدا کنین ما خیلی کارای سخت انجام دادیم از جمله یخچال روز از طبقه بالا آوردم پایین، فرش ۱۲ متری رو شستم بردم پشت‌بوم پهن کردم و... اینا کاراییه که اثر بد گذاشته شما این کارای سختو انجام ندید...».

بازنشستگی

تجارب مشارکت‌کنندگان در این باره نشان داد که آنان اطلاعاتی از نحوه و زمان بازنشستگی خود نداشتند و وقوع آن خارج از انتظار آنان بود؛ به‌طوری‌که این وضعیت موجب رنجیدگی آنان شده و تأثیر مخربی بر زندگی آنان گذاشته بود. سالمند مرد ۶۸ ساله می‌گوید: «تصورم این نبود که ارتباطم قطع میشه تصورم این بود که ادامه

دانشگاه تربیت‌مدرس و دیگر دانشگاه‌ها ارائه و نظر تأییدی آنها برای پیاده‌کردن و کدگذاری صحیح متون دریافت شد. همچنین صحت و درستی چگونگی فرایند انجام کار جمع‌آوری داده‌ها و تحلیل بر مبنای روش‌شناسی اصولی پژوهش نیز علاوه بر تأیید اساتید راهنما و مشاور، در جلسات گزارش شش‌ماهه مورد تأیید قرار گرفت.

در تحقیق حاضر، ثبات و همبستگی داده‌ها با مقایسه و تأیید داده‌های حاصل از مصاحبه و یادداشت عرصه، حاصل شده است. برای ایجاد قابلیت تأیید، محقق تلاش کرد تا تمامی مراحل تحقیق، اعم از جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل و شکل‌گیری مقولات را به‌طور کامل شرح دهد. بدین ترتیب دیگران با خواندن رساله، قادر به تمییزی و کارآزمایی تحقیق خواهند بود.

یافته‌ها

در مجموع از ۱۶ مصاحبه با سالمندان، ۳ مصاحبه با اعضای خانواده و ۴ مصاحبه با مدیران کانون‌های سالمندی که خود نیز سالمند بودند، انجام گرفت. در کدگذاری باز از مجموعه داده‌ها ۱۸۰۰ کد اولیه و ۱۰۶ طبقه اولیه (ضمیمه و کدهای حاصل از دسته‌بندی اولیه داده‌ها) استخراج شد. بر این اساس طبقه‌بندی اولیه‌ای از داده‌ها شکل گرفت.

در انتهای این مرحله کدهای اولیه در ۲۶ مقوله جای گرفتند که این مقولات عبارتند از: افت فیزیولوژیکی، بازنشستگی، بیماری‌های دوران سالمندی، الگوی غذایی، الگوی خواب، الگوی گذران اوقات فراغت، الگوی فعالیت بدنی، عملکرد دینی، تقید به معنویات، خدشه‌دار شدن حرمت، تنگنای معیشتی، غفلت جامعه، غفلت خانواده، مراقبت از خود، مدیریت عاطفی، مدیریت نقش، تفریحات کم، کم‌خوابی، نگرانی، تنهایی، تغذیه نامطلوب، کم‌تحرکی، کارآمدی ناکافی، کمبود اطلاعات و آموزش ناکافی.

در مرحله کدگذاری محوری، همان روند طبقه‌بندی که قبلاً یک بار روی تمام کدها صورت گرفته و حاصل آن ۲۶ مقوله شده بود، این بار در داخل هر مقوله انجام گرفت تا در نهایت، مقولاتی داشته باشیم که بر اساس ویژگی‌ها و مختصات مشترک هر طبقه حاصل شده است. این مرحله در سرتاسر جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها ادامه داشت. آنگاه هر طبقه با دیگر مقولات مقایسه شد تا اطمینان حاصل شود که مقولات از یکدیگر متمایز هستند. در ادامه فرایند کدگذاری محوری مقولات حاصل شده در مرحله قبل، بر اساس جهت‌گیری‌ها، تناسب، ماهیت و بار معنایی کدهای مشابه با یکدیگر از نظر مفهومی ادغام شد و در هشت طبقه محوری مجزا به شرح زیر جای گرفت: «محدودیت‌های سالمندی»، «رفتارهای روزمره»، «ساختار خانوادگی-اجتماعی نامطلوب»، «خودمدیریتی»، «نقصان سلامتی»، «کارآمدی ناکافی»، «آمادگی ناکافی» و «تقید به معنویات». خرده‌مقولات و مقولات به‌دست‌آمده از کدگذاری محوری در جدول شماره ۱ نمایش داده شده است.

شده است. در این رابطه سالمند مرد ۷۰ ساله می‌گوید: «هر روز صبح ساعت چهار و نیم از خواب بیدار می‌شم حدود پنج و بیست دقیقه راه می‌افتم میام سر کار میام و ساعت شش و نیم هفت می‌رسم ساعت ده‌ده و نیم می‌خوابم تا صبح که زود بیدار می‌شم من از اول چون عادت کردم هر روز سر ساعت بیدار می‌شم».

الگوی گذران اوقات فراغت

یکی دیگر از مقولات مرتبط با رفتارهای روزمره زندگی که از تجربیات سالمندان به دست آمد الگوی گذران اوقات فراغت بود. در این مطالعه یکی از مقولات بسیار مهم و اساسی در تجربه مشارکت‌کنندگان از پدیده اوقات فراغت در سالمندی «فعالیت‌های رایج اوقات فراغت» بود. در این رابطه خرده‌مقوله‌های «موسیقی»، «خواندن قرآن و شرکت در جلسات مذهبی»، «تماشای تلویزیون»، «مسافرت»، «مطالعه»، «قدم‌زدن»، «دیدوبازدید»، «کارهای منزل» و «رفتن به پارک» در تجربیات مشارکت‌کنندگان پدیدار شد.

در این زمینه سالمند مرد ۶۵ ساله می‌گوید: «شب می‌رم دور هم احتمالاً به غذای جزی می‌خوریم به تلویزیون و اخبار اگر باشه به فیلم تماشا می‌کنم و می‌گیرم می‌خوابم بزم روز از نو و روزی از نو! من اینجوریم اما خیلی‌ها اینجوری نیستن». همچنین سالمند مرد ۸۰ ساله می‌گوید: «می‌شینم مطالعه می‌کنم ولی بیشتر دفتر کارم مطالعه است آره کارمم مطالعه است کار دیگه ندارم روزنامه‌ها رو می‌خرم دفترم پر کتابه و... همه چی می‌خونم مطالعه دارم و بیشتر تلویزیون هم می‌بینم».

الگوی فعالیت بدنی

داره. در واقع یک‌باره پیش اومد و تا صحبت باز خرید کردند گفتن تسویه حساب بکنین کلاس هام رو هم نرفتم چون من در حقیقت، مقداری رنجیده شدم».

رفتارهای روزمره

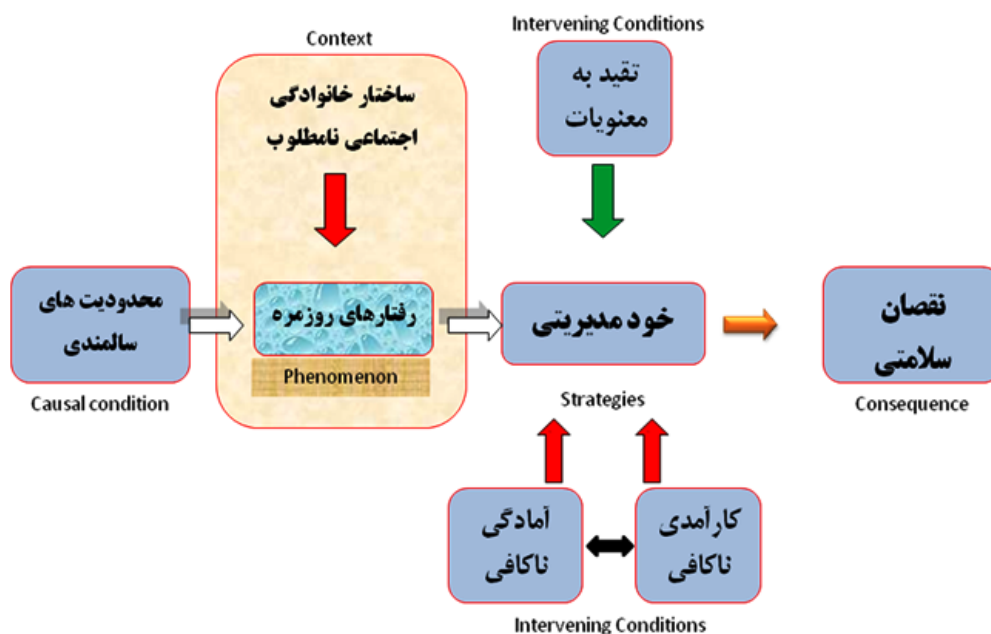
رفتارهای روزمره یکی دیگر از مقولاتی بود که در تجربیات مشارکت‌کنندگان پدیدار شد. منظور از رفتارهای روزمره، الگوهای رفتاری جاری در زندگی سالمندان شامل «الگوی غذایی»، «الگوی خواب»، «الگوی گذران اوقات فراغت»، «الگوی فعالیت بدنی» و «عملکرد دینی» است و به دلیل تسری و تکراری بودن، این رفتارها به «رفتارهای روزمره» نام گرفتند.

الگوی غذایی

سالمندان برخی از وعده‌های غذایی خود را ناقص می‌خورند یا از موادی استفاده می‌کردند که پاسخگوی نیازهای روزانه آنان نبود. در این زمینه سالمند مرد ۷۰ ساله می‌گوید: «نهار آبگوشت می‌خورم خونه می‌گم درست می‌کنن آبشو می‌گیرن میارم اینجا آب می‌ریزم می‌خورم چیز دیگه دوست ندارم این بهتره برام... بعضی وقتا به میوه آگه باشه می‌خورم به سبب آگه پیداکنم می‌خورم».

الگوی خواب

یکی دیگر از مقولات مرتبط با رفتارهای زندگی روزمره سالمندان الگوی خواب بود. عادات خواب، استراحت و کیفیت خواب از مفاهیمی هستند، که در تجربیات تمامی سالمندان تکرار



تصویر ۱. فرآیند سبک زندگی سالمندان (مدل پارادایمی پژوهش)

جدول ۱. خرده‌مقولات و مقولات حاصل از کدگذاری محوری.

خرده‌مقولات	مقولات
بازنشستگی	محدودیت‌های دوران سالمندی
بیماری‌های دوران سالمندی	
افت فیزیولوژیکی	
الگوی غذایی	رفتارهای روزمره
الگوی خواب	
الگوی گذران اوقات فراغت	
الگوی فعالیت بدنی	
عملکرد دینی	
غفلت خانواده	ساختار خانوادگی - اجتماعی نامطلوب
غفلت جامعه	
تنگنای معیشتی	
خدشه‌دار شدن حرمت	
مدیریت عاطفی	خودمدیریتی
مدیریت نقش	
مراقبت از خود	
تقیّد به معنویات	تقیّد به معنویات
کارآمدی ناکافی	کارآمدی ناکافی
کمبود اطلاعات	ورود با آمادگی ناکافی به دوران سالمندی
آموزش ناکافی	
تغذیه نامطلوب	
کم‌خوابی	
کم‌تحرکی	نقصان سلامتی
کمبود تفریحات	
نگرانی	
تنهایی	

سالمند

ریه من توانایی داشته باشه میام تو این پارک یه قدمی می‌زنم یه نرمشی می‌کنم صبحونه می‌خورم ... خدمت شما عرض کنم میام بیرون تو همین پارک و خیابون اینا یه قدم می‌زنم عصر هم باز میام خیابون یه دور می‌زنم و شب می‌رم خونه ... ولی خب در ساعات روز نرمش می‌کنم که بدنم کرخت نشه ... تابستونام می‌رم باغچه داریم اونجا یه خوده ورمی‌رم که به اصطلاح یه مقدار

یکی از مقولات بسیار مهم و اساسی در تجربه مشارکت‌کنندگان، الگوی فعالیت بدنی در سالمندی بود. در این رابطه پنج خرده‌مقوله «ورزش صبحگاهی»، «پینگ‌پنگ»، «شناکردن»، «قدم‌زدن» و «پیاده‌روی» و «نرمش برای رفع سستی» در تجربیات مشارکت‌کنندگان پدیدار شد.

سالمند مرد ۶۵ ساله‌ای اظهار کرد: «گه هوا مناسب باشه و

فعالیتی کرده باشم. قبل از صبحونه پارک میام به دوری می‌زنم به ورجه‌ورجه‌ای می‌کنم برمی‌گردم...».

عملکرد دینی

مقوله محوری دیگری که در روند تجزیه و تحلیل داده‌ها از تجربیات سالمندان پدیدار شد، عملکرد دینی بود. در این باره سه خرده مقوله «خواندن نماز»، «خواندن قرآن و شرکت در مراسم قرآنی» و «رفتن به مسجد» در تجربیات مشارکت‌کنندگان پدیدار شد؛ به طوری که سالمندان مشارکت‌کننده در این مطالعه عنوان نمودند که توانایی خواندن قرآن را دارند و برای خواندن نماز به مسجد می‌روند. این مقولات در تمامی مصاحبه‌ها به شکل‌ی خود را نشان داده‌اند.

بعضی از گفته‌های مشارکت‌کنندگان در این رابطه را مرور می‌کنیم: «اول که من بیسوادم سواد قرآن خوندن دارم وقتی که اذان بگن بیدارم اذان بگن بیدار می‌شم نمازمو که خوندم اگر شد قرآن می‌خونم اگر شد ۲ رکعت نماز برای حضرت ابوالفضل (ع) می‌خونم و حضرت امام حسین (ع) و به مناسبت‌های مختلف می‌خونم»، «اولین جرقه‌ای که تو ذهن من میاد اینه که زنده‌ام بلافاصله شکر می‌کنم بلند می‌شم وضو می‌گیرم نمازمو می‌خونم اگر شد چند آیه قرآن می‌خونم...».

ساختار خانوادگی-اجتماعی نامطلوب

این مقوله شامل چند خرده‌مقوله با عناوین «غفلت خانواده»، «غفلت جامعه»، «تنگنای معیشتی» و «خدشه‌دار شدن حرمت» بود. تجارب مشارکت‌کنندگان در این پژوهش نشان داد که رفتارهای روزمره زندگی آنان در بستر و محیطی شکل می‌گیرد که از نظر ساختاری نامطلوب است.

غفلت خانواده

مشارکت‌کنندگان عنوان نمودند که مواردی مانند بی‌توجهی خانواده به آموزش سالمند، بی‌توجهی خانواده در بحث تغذیه و علائق سالمند، ضعف در برقراری ارتباط با فرزند، نداشتن تفاهم و جروبحث با فرزند، موجبات کوتاهی و غفلت خانواده نسبت به سالمند را فراهم می‌آورد.

گوشه‌هایی از بیانات مشارکت‌کنندگان در این زمینه را مرور می‌کنیم. سالمند زن ۶۵ ساله‌ای بیان کرد: «الان خانواده‌هامون هر کسی مشغول به کاریه کمتر کسی به کسی سر می‌زنه همین بچه‌ها رو بگیر بچه‌های خود ما هرکس دنبال زندگی خودش کمتر به سالمندا توجه میشه...»، «سالمند زن ۶۵ ساله‌ای اظهار داشت: «الان زندگی مشکل شده فرزندان که تو به شهرم با خانوادشون زندگی می‌کنن فاصله‌ها ترافیک اینقدر زیاده که طرف باید وقتشو بذاره تا بیاد... نمی‌تونه هر روز به پدر و مادرش سر بزنه اگر هم منزلی بخواد جایی رو تهیه کنه که نزدیک پدرمادر باشه حالا

مشکلات دیگری داره...».

غفلت جامعه

در رابطه با تعهدات جامعه نسبت به سالمندان، مشارکت‌کنندگان در این پژوهش به فقدان حمایت عاطفی، فکری، معنوی و مادی اشاره نمودند که در این رابطه گوشه‌هایی از بیانات مشارکت‌کنندگان در این زمینه را مرور می‌کنیم.

سالمند زن ۶۵ ساله‌ای بیان کرد: «کسی نیست حمایتشون کنه حتی حمایت فکری و معنوی». سالمند مرد ۶۵ ساله‌ای گفت: «حالا که سالمند شده صاحب داماد و عروس و نوه شده به هر حال سالمند باید به موقعیت اجتماعی داشته باشه...». سالمند زن ۶۵ ساله‌ای اظهار داشت: «من فکر می‌کنم مشکل اول خیابونای ماست... سالمندا وقتی می‌خوان عبور کنن از این دست خیابون به اون دست خیابون این راننده‌های ما موقعی که آدم‌ها رو می‌بینن حتی پیرا رو سرعشونو بیشتر می‌کنن...».

تنگنای معیشتی

تنگنای معیشتی، از خرده‌مقولات مهمی بود که در تجربیات تمامی سالمندان مشارکت‌کننده در این مطالعه به چشم می‌خورد. مشارکت‌کنندگان در این مطالعه مهم‌ترین مشکل سالمندان را مشکلات معیشتی و از جمله مسائل اقتصادی عنوان نمودند. گوشه‌هایی از بیانات مشارکت‌کنندگان در این زمینه را مرور می‌کنیم.

سالمند زن ۷۲ ساله‌ای اظهار داشت: «من مشکلات که زیاده مستحضریدگرونی سرسام آورده، آدم رفت و آمد داره با این چندرغاز نمیشه زندگی کرد دیگه چاره‌ای نیست باید ساخت دم نزد... بزرگ‌ترین مشکل سالمندا الان مشکل مادیه...».

خدشه‌دار شدن حرمت

سالمندان از نداشتن جایگاه و شأن درخور در جامعه شکایت داشتند که در این رابطه گوشه‌هایی از بیانات مشارکت‌کنندگان در این زمینه را مرور می‌کنیم. سالمند زن ۷۶ ساله‌ای بیان کرد: «علتش تربیت خانواده‌س شهرستان هنوز عاطفه دارن خیلی فرق دارن می‌بینم خانواده ترک پدر که میاد بچه جلو پاش بلند میشه تهران بد تربیت شده...». سالمند مرد ۶۶ ساله‌ای اظهار داشت: «متأسفانه اون انتظاراتی که پدرومادرای ما از ما داشتن و اون انتظارات رو از نظر عاطفی برآورده می‌کردیم، این زمان به صورت اون موقع شاید ۵۰ درصد شاید ۶۰ درصد کاهش پیدا کرده...». سالمند مرد ۷۰ ساله‌ای نیز عنوان کرد: «حالا سال ۸۰ به این ور این فرهنگ ایجاد شده البته بعضی وقتا صحبت می‌شه که کلمه سالمند رو نذارین یا با رییس جمهور که بودیم گفتن فرهنگ بازنشسته رو بردارین به چیز دیگه بذارین... من گفتم می‌تونه جهان دیده باشه و یعنی بازنشستگی با آخر خط یکیه!».

خودمدیریتی

مراقبت از خود

خودمدیریتی، مقوله محوری دیگری که از تجربیات سالمندان به دست آمد و در روند تجزیه و تحلیل داده‌ها پدیدار شد. سالمندان برای حفظ و ارتقای رفتارهای زندگی روزمره‌شان از راهبردهایی استفاده می‌کردند. این راهبردها شامل «مدیریت عاطفی»، «مدیریت نقش» و «مراقبت از خود» بود. ویژگی پنهان در تمامی این خرده‌مقولات استفاده توانمندی‌های خود سالمند برای حفظ و ارتقای رفتارهای روزمره بود که عنوان خودمدیریتی انتخاب شد.

مدیریت عاطفی

سالمندان در مواجهه با مشکلات در رفتارهای روزمره خود از راهبردهایی مانند «قناعت‌ورزی»، «گذشت»، «تحمل»، «امید»، «خدمت‌کردن برای مردم به صورت فی‌سبیل»، «کمک مالی به سالمندان فقیر»، «نیکی به دیگران»، اجحاف‌نکردن در حق دیگران» و... استفاده می‌نمودند. درحقیقت، آنان به مدیریت عاطفی خود اقدام می‌کردند.

در این زمینه سالمند زن ۶۷ ساله‌ای بیان کرد: «ولی با فرزندان نمی‌شه چون اونا فکرشون خانمشون البته بیشتر فکرش چیز دیگه‌ایه ممکنه آدم حرفی بزنه دلگیر بشن یا پسر دلش نمی‌خواد من ناراحت بشم اون یه حرفی به زنش بزنه به خاطر این نری راحت‌تری...». سالمند زن ۶۵ ساله عنوان داشت: «تنها راهش اینه که سالمندا خودشون تلاش کنن که این شکاف کم بشه خود من زمانی که بچه‌ها تو خونه بودن میومدن سلام و میرفتن تو اتاقشون حتی غذا پای کامپیوتر بود خوب اون نمیومد پیش من و من می‌رفتم اگه اونا دارن از ما فاصله می‌گیرن ما سعی کنیم نزدیکشون بشیم توقعمونو کم کنیم...».

مدیریت نقش

سالمندان در مواجهه با مشکلات مربوط به تنگنای معیشتی، نقش والدی و رهبری خانواده و همچنین اداره و تأمین نیازهای خانواده، از راهبرد مدیریت نقش استفاده می‌نمودند؛ به طوری که آنان برای تأمین نیازهای خانواده کار می‌کردند و همچنین اعتقاد داشتند که مشغولیت به کار مانع از فرسودگی سالمند می‌شود. سالمند مرد ۶۵ ساله‌ای می‌گوید: «میام اینجا تو آژانس تا مشکلاتم مرتفع بشه...». سالمند مرد ۸۶ ساله‌ای بیان می‌دارد: «دو سال پیش توو هتل کار می‌کردم الان دیگه توان ندارم ولی اگه کاری باشه کار بکنم هم اینه که مشکلاتم مرتفع می‌شه و هم که کار باعث میشه سالمندا فرسوده نمی‌شن من الان کار بدن می‌تونم کار کنم ولی خوب کار نیست...».

سالمندان برای اداره مسائل مربوط به مراقبتی و درمانی، از راهبرد مراقبت از خود استفاده می‌نمودند. در این زمینه مشارکت‌کنندگان به عواملی همچون داشتن مشکلات اقتصادی، و بالابودن هزینه درمان و نیز گوش ندادن به توصیه‌های بهداشتی، تحمیلی قلمدادکردن نظرات نزدیکان در رابطه با سلامتی خود، و... اشاره نمودند. همچنین در رابطه با مسائل و مشکلات سلامتی و درمانی سالمندان اقدام به خودمدیریتی در قالب مراقبت از خود می‌نمودند. گوشه‌هایی از بیانات مشارکت‌کنندگان در این زمینه را مرور می‌کنیم.

سالمند زن ۶۷ ساله‌ای می‌گوید: «لیموترش‌ها رو گرفتم شستم و تمیز کردم با پوست و همه چیز اینا رو چرخش می‌کنم بعد یه ۷-۸ تا حبه سیر هم اضافه می‌کنم می‌ریزم تو شیشه یه قاشق صبح به قاشق شب می‌خورم این تأثیر فوق‌العاده داره رو چربی و قند و کلسترول و اینا تأثیر داره به خاطر این اون کارو انجام میدم و قرص و این چیزانه. این خیلی خوبه خیلی تأثیر داره یه کیلو از این لیمو ترش الان که زمستونه یه کیلو لیمو ترش رو چرخ می‌کنم با پوست و هسته و همه چیز که هست بعد ۶-۵ حبه سیرم اضافه می‌کنم با اون چرخ می‌شه می‌ریزم شیشه می‌زارم تو یخچال هر روزی صبح شب یه قاشق صبح...».

تقیید به معنویات

یکی دیگر از مقوله‌های محوری که در روند تجزیه و تحلیل داده‌ها از تجربیات سالمندان حاصل شد، تقیید به معنویات بود. مشارکت‌کنندگان در این پژوهش اعتقاداتی داشتند و بر پایه و اساس این اعتقادات نیز رفتار می‌نمودند. آنان در رفتارهای روزمره زندگی خود و در مواجهه با مسائل و مشکلاتی که داشتند با تقیید و التزام به آموزه‌های دینی عمل می‌نمودند.

برای مثال یکی از مشارکت‌کنندگان این‌گونه می‌گوید: «اعتقادات من به من یاد میده همه چیز من در قرآن هست این برگرفته از قرآنه همه چیز من برگرفته از اعتقادات منه دین من به من توصیه کرده به صورت حدیث و... می‌گه آقا قبل از اونکه کاملاً سیر بشی دست از غذا بکش. اثرات سوء داره اگر کامل خودتو سیر کنی. این برگرفته از مذهب منه یا در حد معمول بخور. چیزهایی رو بخور که در به‌نفع جسم و روحته حتی چیزایی که خوشت میاد بیشتر استفاده کن تا چیزی که بدت میاد.».

کارآمدی ناکافی

یکی از مقولات به دست آمده از تجربیات مشارکت‌کنندگان، کارآمدی ناکافی بود. منظور از کارآمدی، درحقیقت توانایی و احساس توانایی سالمند در مواجهه با شرایطی خاص است؛ بنابراین، با توجه به اینکه ترغیب اجتماعی عامل مهمی در ایجاد

در دوران سالمندی یکی از مقولات به‌دست‌آمده از تجربیات مشارکت‌کنندگان بود. در این رابطه سالمند مرد ۶۵ ساله‌ای می‌گوید: «من بیشتر کره حیوونی می‌خورم خوبیش به اینه که پروتیین بدن رو تأمین می‌کنه ولی من چون ورزش می‌کنم تحرک زیادی داره من می‌سوزونم پس می‌خورم». همچنین سالمند زن ۷۲ ساله‌ای می‌گوید: «اصلاً هیچ نوع شیر نمی‌تونم فقط چرا شیرایی که به مدارس میدن این شیر رو نوهام آورده بودش گفت مامان بزرگ اینو بخور شما ... اونو می‌خوردم هیچی نمی‌شد با یه دونه خرما ... پر تقال که می‌خورم لبام جیز جیز می‌سوزه گویا ویتامن ث بدنم زیاده اینو که نمی‌خوریم راحتیم...».

آموزش ناکافی

در زمینه آموزش ناکافی سالمندان، مشارکت‌کنندگان این مطالعه به هراس و ترس سالمندان از عدم یادگیری اشاره نمودند. در این زمینه برخی از گفته‌های مشارکت‌کنندگان را مرور می‌کنیم.

سالمند زن ۶۵ ساله‌ای اظهار داشت: «به‌خصوص با این فناوری‌های جدید کسانی که سواد دارن باید ادامه بدن این نباشه که از ما گذشته به‌خصوص تو بحث کامپیوتر امروز کسی که توانایی استفاده از کامپیوتر نداشته باشه و این ارتباطات گسترده رو نتونه استفاده کنه میگن بیسواد هستش پس سالمندانی که سواد دارن و می‌تونن ادامه بدن نگران نباشن هراس نداشته باشن ... دولت و صداوسیما این همه هزینه می‌کنه برای آموزش اینها برای همه جامعه هستش ولی ما می‌بینیم سالمندان حوصله ندارن».

نقصان سلامتی

نقصان سلامتی، یکی دیگر از مقولات محوری بود که در روند تجزیه و تحلیل داده‌ها از تجربیات سالمندان به‌دست آمد. در حقیقت پیامد و نتیجه راهبردهای سالمندان درباره حفظ و ارتقای رفتارهای روزمره خود، نقصان سلامتی است. این مقوله شامل چند خرده‌مقوله با عناوین «کم‌خوابی»، «کم‌تحرکی»، «کمبود تفریحات»، «تغذیه نامطلوب»، «نگرانی» و «تنهایی» بود. به‌دلیل اینکه این خرده‌مقولات هر یک اجزایی از سلامت فرد را تشکیل می‌دهند و نبود هر یک سبب اختلال در سلامت می‌شود، عنوان نقصان سلامت انتخاب شد.

تغذیه نامطلوب

تجربیات مشارکت‌کنندگان در مطالعه، مبین این مسئله مهم بود که برابند رفتارهای تغذیه‌ای سالمندان از یک الگوی مطلوب و سالم که به حفظ و ارتقای سبک زندگی آنان کمک نماید، برخوردار نیست. تغذیه سالمندان به‌علت کمبود آگاهی، محدودیت مالی، علاقه‌نداشتن، حساسیت غذایی و عادت‌های غلط به‌سوی وضعیت نامناسب و نامطلوب سوق می‌یابد و عواملی مانند اختلالات گوارشی دوران سالمندی، باعث تشدید آن می‌شود و موجبات سوءتغذیه،

احساس توانایی است، می‌توان این‌گونه عنوان نمود که با عنایت به تجربیات مشارکت‌کنندگان، احساس کم‌توانی یا به تعبیری خودکارآمدی ضعیف عامل مهمی در بروز مشکلات زندگی روزمره آنان بوده است.

سالمند زن ۶۵ ساله‌ای بیان داشت: «این خود ما هستیم که این پیش‌فرض‌ها رو برای خودمون محسوب می‌کنیم که از ما گذشته و نمی‌تونیم یاد بگیریم...». سالمند زن ۶۵ ساله‌ای گفت: «سالمند نباید زانوی غم بغل کنه که حالا من دیگه سرپرستم از دست دادم دیگه دنیا به آخر رسیده...». سالمند مرد ۶۶ ساله‌ای عنوان کرد: «اینجوری سرگرمیم تا بینیم چی میشه کی آقای عزریایل بیادو مارو برداره بره...». سالمند زن ۶۵ ساله‌ای بیان کرد: «وقتی می‌بینیم کسی به فکر من نیست، کسی کسی رو نمی‌شناسه خوب دل چرکین می‌شم سرد می‌شم از بقیه... مجبورم بشینم تو خونه و از خونه نیام بیرون که این چیزارو ببینم و اذیت بشم...».

آمادگی ناکافی برای دوران سالمندی

آمادگی ناکافی، مقوله محوری دیگری بود که در روند تجزیه و تحلیل داده‌ها از تجربیات سالمندان پدیدار شد. تجارب مشارکت‌کنندگان در این پژوهش نشان داد که آنان از آمادگی و اطلاعات و دانش کافی برخوردار نبوده و در واقع با آمادگی ناکافی وارد دوران سالمندی شده‌اند. از تجربیات سالمندان در رابطه با ورود با آمادگی ناکافی چنین برمی‌آید که آنان در حقیقت در دوران زندگی خود رفتارهایی را یاد گرفته و انجام می‌دهند که از درستی آنها بی‌خبر بوده‌اند.

در این رابطه سالمند مرد ۶۶ ساله این‌گونه می‌گوید: «در رابطه با سؤال شما که فرمودین آماده شدم یا نه باید خدمت‌تون عرض کنم که من جوابم نه هست ... من همینطور مسیر عادی زندگی رو طی کردم و پیش‌رفتم یعنی همین هیچ آمادگی نکردم ... خب اشخاصی شاید زندگی منظم‌تری دارن برای هر مرحله زندگی احیاناً مطالعه می‌کنن آمادگی کسب می‌کنن، ولی من اینطوری نبودم ... من در واقع در مسیر عادی پیش‌رفتم هیچ فکر خاصی نداشتم که اگر به این مرحله وارد شدم چکار باید بکنم و چکار نباید بکنم اینطور. [مصاحبه‌گر]: خب توو تجربه شما در این رابطه جامعه‌چطور عمل می‌کنه آیا برای آمادگی سالمندا برای این دوره کاری می‌کنه؟ [سالمند]: من در جریانش نیستم اگر هم باشه من در جریان نبودم از نظر من هیچ برنامه‌ای برای این دوره وجود نداره شاید هم باشه».

مقوله آمادگی ناکافی برای دوران سالمندی شامل دو خرده‌مقوله با عناوین «کمبود اطلاعات» و «آموزش ناکافی» بود.

کمبود اطلاعات

کمبود اطلاعات و آگاهی درباره رفتارهای روزمره زندگی

ضعف و خستگی زودرس را فراهم می‌آورد.

در این زمینه سالمند مرد ۷۲ ساله می‌گوید: «صبحونه خونه نمی‌خورم میام اینجا یه چیزی می‌خورم یه نون بربری می‌گیرم میام سرکار با نون و چای شیرین می‌خورم من شکر زیاد نمی‌خورم چون احتمال میدم که برای بدنم ضرر داشته باشه شکر نمی‌خورم نون و چای شیرین می‌خورم بعضی وقتا شاید پنیر هم بخورم...».

کم‌خوابی

خواب سالمندان دچار اختلالات فراوانی از جمله بیدار شدن مکرر از خواب است. آنان در تجربیات خود بیان می‌نمایند که امکان استراحت در روز برای آنان به دلایل مختلف فراهم نیست. همچنین این مسائل موجب ایجاد احساس خستگی و کسالت و بی‌حوصلگی آنها در طی در روز می‌شود. خواب سالمندان تحت تأثیر عواملی مانند مشکلات فرزندان، شرایط و اوضاع نابه‌سامان خانواده، درگیری ذهنی و داشتن استرس قرار دارد و دچار اختلال می‌شود.

در این زمینه سالمند زن ۶۷ ساله‌ای این چنین می‌گوید: «من بیدار می‌شم از خواب خیلی زیاد من خیلی که خسته باشم مثلاً دیروز بعد از ظهر چون رفتم خرید، خیلی پیاده راه رفتم وقتی اومدم خیلی خسته بودم ساعت ده خوابیدم. ساعت ده که خوابیدم دوازده بیدار شدم بعد یک‌ونیم، دوباره سه و چهار و نیم... دیگه نخوابیدم... نخوابیده بودم همین‌طور رادیو روشن بود گوش می‌دادم تا اذان گفتن مجموعاً باید مثلاً شش ساعت یا چهار ساعت کامل شاید بخوابم روز هم نمی‌خوابم...».

کم‌تحریکی

در این مطالعه، یکی از مقولات بسیار مهم و اساسی در تجربه مشارکت‌کنندگان از پدیده فعالیت در سالمندی «کم‌تحریکی» بود. در این رابطه چهار خرده‌مقوله محدودیت زمانی، توان جسمی، محدودیت کاری و بیماری‌ها در تجربیات مشارکت‌کنندگان به‌دست آمد. سالمندان شرکت‌کننده علل و دلایلی را برای غفلت خود از ورزش و فعالیت جسمی ذکر کردند که شامل: کارکردن، نبود وقت کافی برای ورزش، داشتن احساس خستگی، داشتن ضعف جسمی، کنار گذاشتن ورزش به دلیل مشکل جسمی بود. گوشه‌هایی از بیانات مشارکت‌کنندگان در این زمینه را مرور می‌کنیم. سالمند مرد ۷۰ ساله‌ای می‌گوید: «وقت ندارم همین که میام اینجا قدم می‌زنم تا عصر خیلی سر حال می‌شم... عرض کنم من تمام روز و سال رو اینجام... تعطیل ندارم...».

کمبود تفریحات

مشارکت‌کنندگان در این زمینه به عواملی همچون فقدان امکانات رفاهی، عدم استطاعت مالی، اشتغال به کار و نداشتن

وقت کافی، بی‌حوصلگی، نبودن مکانی مناسب برای گذران اوقات فراغت، ناآگاهی و عادات غلط در استفاده مناسب از اوقات فراغت و... اشاره نمودند. بعضی از گفته‌های مشارکت‌کنندگان در این رابطه را مرور می‌کنیم.

سالمند زن ۷۲ ساله‌ای اظهار کرد: «چیزی برام نمی‌مونه یه سفر برم دوست دارم سفر برم اما می‌بینم دستم خالیه بارها آقای «خ» زنگ‌زدن گفتن که خانم «ت» میای بریم سرعین، تبریز، مشهد و... خوب من می‌تونم با دست خالی برم آقای محترم؟ مشکلم فقط اینه... مرتب خونه هستم هیچ‌جا نمی‌رم... چون دخترمم تو خونه هستش به منم می‌گه هیچ‌جا نرو باش پیش من... دخترمم هیچ‌جا نمیره توو خونه‌س...». سالمند زن ۶۷ ساله‌ای می‌گوید: «مثلاً وقت که خالی باشه، فراغت اینطوری ندارم. اصلاً از خونه بیرون نمیام ولی اصلاً وقت کم میارم تفریحات بیشتر فرهنگسرا میرم... اگه بودجه مالی باشه من یه موقع‌ها خیلی سفرو دوست دارم به خاطر این می‌مونم نمی‌تونم برم به خاطر مسائل مادی...».

نگرانی

سالمندان به دلایل مختلف از قبیل داشتن زندگی متزلزل، داشتن تنگنا و ضعف در وضعیت رفاهی، نگرانی به خاطر مشکلات فرزندان و نداشتن پناه و پشتیبان دچار احساس نگرانی می‌شوند.

گوشه‌هایی از بیانات مشارکت‌کنندگان در این زمینه را مرور می‌کنیم. سالمند زن ۶۶ ساله‌ای اینچنین گفت: «من وقتی که نگاه می‌کنم می‌بینم وضعیت ما اینه و کاری هم نمی‌تونیم بکنیم که وضعمون بهتر از اینی که هست بشه، خوب دچار استرس می‌شم وقتی این زمان رو با اون زمان مقایسه می‌کنم با خودم می‌گم کاش منم تو اون زمان پیر می‌شدم خوب به نظر تون این ناراحتی رو من چطور تحمل کنم چاره‌ای ندارم باید با خودم کنار بیام می‌سازم باهاش...».

تنهایی

با عنایت به تجربیات سالمندان یکی از مسائل مرتبط با سلامتی آنان، مفهوم تنهایی بود. در این باره سالمندان بارها عنوان می‌نمودند که آنان از احساس تنهایی رنج می‌برند. در این زمینه سالمند زن ۶۷ ساله می‌گوید: «حالا از هر سنی از ۴۰ سالگی اگه باشه مخصوصاً که تنها باشه یعنی شوهرت بالا سرت نباشه خیلی چیزا کمه... همین که حتی بد اخلاق باشه‌ها ولی باز هست تو خونه یه تأثیر دیگه داره ولی وقتی نیست باید حتماً یکی بهت کمک کنه یکی بهت روحیه بده... بعد زن و شوهری که باهم زندگی کنن زندگی‌شون بهتره چون باز برای هم تعریف می‌کنن امروز اینطوری شد مثلاً فرض کنین پول برق اومده اینطوری پول آب اومده اینطوری پول گاز اومده اینطوری ولی موقعی که تنها هستی باید با خودت کنار بیای باید تمام اینارو با خودت کنار بیای».

و سازگاری، گذشت، ایثار، و توکل و اعتقاد به خداوند سعی در رفع این نوع مشکلات دارند.

در این مطالعه درباره شرایط تعدیل و تشدیدکننده بروز راهبردهای مؤثر یا نامؤثر، می‌توان به عواملی همچون ورود با آمادگی ناکافی به دوران سالمندی، کارآمدی ناکافی و تقید به معنویات اشاره نمود.

کارآمدی ناکافی و نیز آمادگی ناکافی، درحقیقت به‌عنوان عاملی مداخله‌کننده و تأثیرگذار بر روند به‌کارگیری استراتژی‌های سالمندان به‌منظور حفظ و ارتقای رفتارهای روزمره زندگی محسوب می‌شود و با اعمال اثرات منفی و محدودکننده این روند را بطئی، آهسته و نامطلوب می‌کند؛ به‌طوری‌که مشارکت‌کنندگان در مطالعه، متفق‌القول بر این امر اصرار داشتند که بدون آمادگی و دانش لازم وارد دوران سالمندی شده‌اند.

در طرف مقابل تقید به معنویات، یکی دیگر از عوامل مداخله‌کننده و تأثیرگذار بر روند به‌کارگیری استراتژی‌های سالمندان برای حفظ و ارتقای رفتارهای روزمره زندگی است و با اعمال اثرات مثبت و تسهیل‌کننده، این روند را تسهیل می‌نماید و به اثربخشی راهبردهای اتخاذشده توسط سالمندان یاری می‌رساند. گرایش به معنویات و امور دینی در دوران سالمندی نکته بسیار مهمی است که یکی از تجربیات قابل توجه مشارکت‌کنندگان بود.

پیامدهای به‌دست‌آمده از راهبردهایی که سالمندان برای حفظ و ارتقای رفتارهای روزمره به‌کار می‌گرفتند شامل تغذیه نامطلوب، کم‌خوابی، کم‌تحركی، تفریحات کم، نگرانی و تنهایی بود.

به این ترتیب می‌توان گفت اگرچه سالمندان در جهت حفظ و ارتقای رفتارهای روزمره خود تلاش فراوان می‌کنند و در این زمینه از رفتارهای مدیریت عاطفی، مدیریت نقش و مراقبت از خود بهره می‌جویند و با بهره‌گیری از توانمندی‌های خود و همچنین با استعانت و تقید به معنویات که اثرات مثبتی بر سلامت جسمی و روحی افراد دارد، عمل می‌کنند، با وجود این، پیامدهای نامطلوب مذکور بروز می‌نماید. اگر سالمندان از تقید به معنویات برخوردار نبودند، شاید به جرأت بتوان گفت که وضعیت سلامتی بسیار وخیم و حادث‌تری داشتند.

بحث

در این مطالعه، بازنشستگی از جمله محدودیت‌های تأثیرگذار بر رفتارهای روزمره سالمندان بود. تجارب سالمندان در این باره به‌گونه‌ای بود که آنان اطلاعی از نحوه و زمان بازنشستگی خود نداشتند و انتظار آن را نیز نمی‌کشیدند؛ به‌طوری‌که این وضعیت موجب رنجیدگی آنان شده و تأثیر مخربی بر زندگی آنان داشته است. در صورتی که بازنشستگی تحول و انتقالی از نقشی به نقش دیگر است و برای این‌گونه تحولات، فرد نیاز به سازش و تطابق با تغییر نقش دارد.

در مرحله کدگذاری انتخابی، محقق در یک فرایند مستمر، مداوم و مقایسه‌ای شامل شکستن، مقایسه و طبقه‌بندی مجدد به تغییر، تکمیل و توسعه مقولات پرداخت. در این مجموعه به هشت مقوله نهایی به شرح زیر طبقه‌بندی شد؛ ۱. محدودیت‌های سالمندی؛ ۲. ساختار خانوادگی-اجتماعی نامطلوب؛ ۳. خودمدیریتی؛ ۴. نقصان سلامتی؛ ۵. رفتارهای روزمره؛ ۶. آمادگی ناکافی، ۷. کارآمدی ناکافی؛ ۸. تقید به معنویات.

این طبقات نشانگر مفاهیم و مقولات اصلی موجود در داده‌ها بود و در یک ارتباط تنگاتنگ، بیانگر مفهومی بود که عوامل اصلی و استراتژی‌های اساسی را برای ارتقای سبک زندگی در دل خود داشتند. با کاربرد الگوی مذکور، کدگذاری انتخابی انجام و مقوله اصلی مشخص گردید. در این مطالعه، خودمدیریتی به‌عنوان مقوله اصلی و تنها مقوله‌ای که چندین بار در تمامی مقوله‌های به‌دست‌آمده از داده‌های حاصل از تجربیات مشارکت‌کنندگان جاری و ساری بود، انتخاب شد. در ادامه، این فرایند با تفصیل بیشتر شرح داده می‌شود.

پدیده موردنظر در این مطالعه رفتارهای روزمره زندگی است که سالمندان در طول ساعات شبانه‌روز بارها آن را تکرار می‌کنند؛ رفتارهایی همچون الگوی غذایی، الگوی خواب، الگوی گذران اوقات فراغت، الگوی فعالیت بدنی و عملکرد دینی. شرایط علی متأثرکننده پدیده اصلی که همان رفتارهای روزمره بود، سه مقوله بازنشستگی، بیماری‌های دوران سالمندی و افت فیزیولوژیکی را دربرداشت.

شرایط زمینه‌ای، زمینه و خصوصیات ویژه که پدیده رفتارهای روزمره زندگی سالمندان در آن رخ داده بود، مشتمل بر تنگنای معیشتی، غفلت جامعه، غفلت خانواده، خدشه‌دار شدن حرمت سالمند بودند. سالمندان مشارکت‌کننده تنگنای معیشتی را عامل مهم سدره حفظ و ارتقای رفتارهای روزمره خود قلمداد نمودند.

استراتژی‌های غالب به‌کار گرفته شده توسط مشارکت‌کنندگان به‌منظور حفظ و ارتقای سبک زندگی‌شان را می‌توان به‌صورت خودمدیریتی مفهوم‌پردازی نمود که مشتمل بر مدیریت عاطفی، مدیریت نقش و مراقبت از خود بود. مشارکت‌کنندگان این چنین بیان نمودند زمانی که آنان با مسائلی همچون مشکلات اقتصادی و اجتماعی مواجه می‌شوند به مدیریت نقش می‌پردازند؛ بدین معنی که سالمندان با حفظ روحیه خودساختگی و استقلال، همواره سعی دارند روی پای خود بایستند و محتاج کسی نباشند. به‌علاوه با وجود محدودیت‌های فراوان اقدام به اشتغال و رفع تنگنای معیشتی می‌نمایند.

علاوه بر این، سالمندان در مواجهه با مسائلی همچون شکاف نسلی و رنگ‌باختن عاطفه در جامعه و برای مقابله با تنهایی و احساس نگرانی ایجادشده به‌دنبال مشکلات زندگی، اقدام به مدیریت عاطفی می‌نمایند و از طریق سازوکارهایی همانند تطابق

موجودشان می‌توانند احساس توانمندی کنند [۲۵].

مشارکت‌کنندگان در این مطالعه در رفتارهای روزمره خود رفتارهای متنوعی را از زمان بیداری تا زمان خواب انجام می‌دادند. این رفتارها شامل الگوی غذایی، الگوی خواب، الگوی گذران اوقات فراغت، الگوی فعالیت بدنی و عملکرد دینی بود.

در زمینه الگوی غذایی در سالمندان می‌توان گفت، سالمندان مشارکت‌کننده در این مطالعه عمدتاً برخی از وعده‌های غذایی خود را ناقص می‌خورند یا از موادی استفاده می‌کردند که پاسخگوی نیازهای روزانه آنان نبود. همچنین آنان در بیشتر موارد برای حفظ سلامتی خود رفتارهایی همچون کم‌خوری یا پرخوری نکردن را مدنظر قرار می‌دادند که این رفتارها سبب کاهش دریافت مواد غذایی و تشدید مشکل غذایی آنان می‌شد. در این زمینه براساس نتایج مطالعه حاضر، ملک‌افضلی و همکاران (۱۳۸۴) نیز در مطالعه‌شان به وضعیت تغذیه‌ای نه‌چندان مطلوب سالمندان اشاره کرده و بیان داشته‌اند سالمندان در مورد مسائل تغذیه‌ای از فرهنگ غذایی و آموزش مناسبی برخوردار نیستند [۲۶].

سالمندان شرکت‌کننده در این مطالعه از الگوی خواب خود رضایت نداشتند و غالباً از کم‌خوابی، بیدارشدن مکرر از خواب و خستگی در روز شکایت داشتند. در این رابطه مطالعه بازگان^{۱۱} (۱۹۹۶) نشان داد که بیش از ۴۰ درصد افرادی که سن بالاتر از ۶۰ سال دارند از کیفیت خواب خود راضی نیستند [۲۳].

سالمندان اوقات فراغت خود را بیشتر در قالب رفتارهایی از قبیل خواندن قرآن و شرکت در جلسات مذهبی، تماشای تلویزیون، مسافرت، مطالعه، قدم‌زدن، دیدوبازدید، کارهای منزل، رفتن به پارک می‌گذرانند. در رابطه با الگوی گذران اوقات فراغت مطالعات صورت گرفته در ایران، می‌توان به نتایج مطالعه «هروتی» (۱۳۸۴) اشاره نمود که بیانگر آن است ۸۶/۸٪ سالمندان، اوقات فراغت خود را صرف استراحت در منزل می‌کنند و نیز بیشتر سالمندان به‌منظور گذران اوقات فراغت خود به مساجد می‌روند [۲۷]. بنابراین، همان‌طور که از نتایج این مطالعات و مطالعه حاضر برمی‌آید، الگوی گذران اوقات فراغت در سالمندان از الگوی مناسبی برخوردار نیست و لزوم اصلاح و تغییر در این روند ضرورت دارد.

در زمینه الگوی فعالیت بدنی در سالمندی باید اذعان داشت که بیشتر فعالیت‌های سالمندان را فعالیت در منزل از جمله انجام کارهای منزل و خرید، فعالیت‌های روزمره هنگام کار و گاهی پیاده‌روی تشکیل می‌داد. در این رابطه نتایج مطالعه ملک‌افضلی و همکاران (۱۳۸۴) با نتایج مطالعه حاضر مطابق و همسو بوده و به وجود وضعیت زندگی بدون تحرک در سالمندان اشاره داشت. از این رو، یکی از برنامه‌های مداخله‌ای مفید، می‌تواند آموزش حرکات ساده ورزشی به سالمندان باشد [۲۶].

از سوی دیگر، بازنشستگی وقفه‌ای عمیق را در زندگی فرد به‌وجود می‌آورد. او از گذشته خود بریده و با وضعیت جدیدی مواجه می‌شود [۲۳]. در این زمینه «قاسمی» (۱۳۸۸) به عوارض ناشی از بازنشستگی پرداخته و افزایش اضطراب ناشی از جدایی از کار را مهم‌ترین عارضه بازنشستگی معرفی نموده است [۲۴]. همچنین این یافته با مطالعه «روانی‌پور» و همکاران (۱۳۸۷) همسو است که در مطالعه‌ای کیفی روی سالمندان، مقوله «بازنشستگی» و اثرات آن را در کاهش توان اجتماعی مطرح نمودند [۲۵].

ابتلا به بیماری‌ها در دوران سالمندی از جمله مسائل دیگری بود که رفتارهای زندگی روزمره سالمندان را تحت‌تأثیر خود قرار داده بود. نداشتن اطلاعات و آگاهی در رابطه با نحوه سالم انجام کارها و رفتارهای روزمره از مواردی است که می‌تواند منجر به بروز مشکل در دوران سالمندی شود. همچنین نداشتن حمایت و همفکری در زندگی روزمره، بر این مشکلات دامن می‌زند.

آنان اعتقاد داشتند توجه به وضعیت سلامتی خود و پرهیز از انجام فعالیت‌های سنگین، به‌تنهایی موجبات بهبود سلامت جسمی و روانی را فراهم می‌کند. در تأیید این یافته، نتایج مطالعه «ملک‌افضلی» و همکاران (۱۳۸۴) نشان داد شیوع بیماری‌های مختلف مانند بیماری‌های پر فشاری خون، چربی بالا، آرتروز، پوکی استخوان و دیابت، براساس اظهار خود سالمندان بسیار بالاست که این بیماری‌ها وضعیت سلامت و زندگی فرد سالمند را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد [۲۶].

از عوامل دیگری که موجب بروز محدودیت در فعالیت‌های روزمره سالمند شده بود، افت فیزیولوژیکی بود. سالمندی فرایندی است که به‌طور فیزیولوژیک باعث کاهش ظرفیت و عملکرد سیستم‌ها و ارگان‌های مختلف بدن می‌شود. همچنین در رابطه با تأثیر مسائل فیزیولوژیک بر محدودیت‌های دوره سالمندی می‌توان به کاهش عملکرد عضلانی-اسکلتی و ظرفیت جسمانی اشاره کرد که محدودیت فراوانی را برای سالمند در این دوران ایجاد می‌نماید.

افت فیزیولوژیکی محدودیت‌های فراوانی را برای سالمند در فعالیت‌های زندگی روزمره به‌وجود می‌آورد. برای مثال انجام خرید روزانه و خارج شدن از منزل، از جمله فعالیت‌هایی است که نیاز به انرژی فراوانی دارد. همچنین کاهش توان بدنی یکی از مفاهیمی بود که در نتایج مطالعه روانی‌پور و همکاران (۱۳۸۷) نیز وجود داشت. علاوه بر این از موارد دیگر، ترس و نگرانی سالمندان از ناتوان شدن و تنهاشدن و نگرانی درباره آینده خانواده و فرزندان نشان بود که به کاهش توان و ظرفیت روانی آنها منجر شده بود.

در این راستا، با توجه به اینکه پیرشدن با تغییرات چندی در افراد همراه است که بر ظرفیت و توان افراد از جنبه‌های گوناگون تأثیر می‌گذارد و از آنجاکه بین کاهش سلامت و کاهش احساس کارآمدی رابطه مستقیمی وجود دارد، اگر افراد قبلاً از این تغییرات آگاه باشند و متناسب با آنها رفتار نمایند، با کاربرد توانایی‌های

عنوان نمودند که دلایل متعددی موجبات کوتاهی خانواده و غفلت او از سالمند را فراهم می‌آورد. همچنین مشارکت‌کنندگان ابراز نمودند که مشاهده و درک چنین شرایطی در خانواده موجب بروز احساس ناراحتی و ازدست‌دادن روحیه آنان می‌شود. در این باره «کراینر»^{۱۳} (۱۹۹۴) بیان می‌نماید که سوء رفتار نسبت به سالمند سبب کاهش و ازدست‌دادن اعتماد به نفس، احساس ناامیدی، بی‌کفایتی، ناتوانی، عدم امنیت و آسایش، بی‌پناهی، افسردگی و محرومیت روانی می‌شود [۳۱] که نتایج آن با نتایج مطالعه حاضر همسواست.

علاوه بر این، نتایج مطالعه «ماتسون»^{۱۴} و همکاران (۱۹۹۷) نشان داد داشتن ارتباط با فرزندان، بستگان و دوستان، به سالمندان در حل مشکلاتشان کمک می‌کند و حس کنترل موقعیت‌ها را در آنها افزایش می‌دهد [۳۲]. مشارکت‌کنندگان به داشتن فرزندی که موجب افتخار بودند و دیدن موقعیت کنونی این فرزندان که باعث رضایت از زندگی در آنان می‌شود، اشاره کرده‌اند.

از سوی دیگر تجارب آنان مبین این مهم بود که سالمندان در دوران جوانی و میانسالی، از خودگذشتگی‌ها و ایثار فراوانی در راه موفقیت فرزندان خود کرده‌اند و توجهی به نیازهای خود نداشته‌اند؛ به طوری که این مسئله در زندگی دوران سالمندی نیز مشهود بود. در این راستا نتایج مطالعه روانی‌پور و همکاران نشان داد بسیاری از سالمندان به داشتن فرزندی موفق، افتخار می‌کردند [۲۵] که این یافته با نتایج مطالعه حاضر همسواست.

به نظر می‌رسد حساسیت درباره فرزندان، موفقیت آنها و قرارداد خود در جایگاه فرزندان کاملاً وابسته به فرهنگ باشد، چرا که بیشتر والدین ایرانی برای موفقیت فرزندان از خودگذشتگی‌های بزرگی کرده و گاهی آرزوهایی که در جوانی به آن نرسیده‌اند را در وجود فرزندان‌شان جستجو می‌کنند. به همین علت موفقیت‌های به دست آمده توسط فرزندان به عنوان، حس کارآمدی و توانمندی در آنها پدید می‌آورد.

همچنین تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از تجربیات سالمندان نشان داد که آنها برای حفظ و ارتقای رفتارهای زندگی روزمره خود راهبردهایی را انجام می‌دادند که این راهبردها شامل مدیریت عاطفی، مدیریت نقش و مراقبت از خود بود. سالمندان در مواجهه با مشکلات رفتارهای روزمره خود از راهبردهایی مانند قناعت‌ورزی، گذشت، تحمل، امید و... استفاده می‌نمودند. در حقیقت، آنان اقدام به مدیریت عاطفی می‌نمودند.

در راستای این یافته مطالعه حاضر، می‌توان به مطالعه روانی‌پور و همکاران (۱۳۸۷) اشاره نمود که مقوله استقلال را مطرح نموده‌اند. در این مطالعه، استقلال (عینی و ذهنی) یکی از

تجارب مشارکت‌کنندگان در این پژوهش نشان داد که رفتارهای روزمره زندگی آنان در بستر و محیطی شکل می‌گیرد که به لحاظ ساختاری نامطلوب است. این مقوله شامل چند خرده‌مقوله با عناوین تنگنای معیشتی، خدشه‌دار شدن حرمت، غفلت جامعه و غفلت خانواده بود. در این راستا در مطالعه روانی‌پور و همکاران (۱۳۸۷) مقوله‌ای با مضمون حس کنترل که دربرگیرنده خرده‌مقولاتی مانند خود، خانواده، جامعه و سیستم‌های اجتماعی عنوان شده است-، معرفی شد که فعالیت‌های زندگی سالمندان را تحت تأثیر قرار می‌داد [۲۵].

علاوه بر این، مشارکت‌کنندگان در این مطالعه مهم‌ترین مشکل سالمندان را مشکلات معیشتی، از جمله مسائل اقتصادی عنوان نمودند که باعث بروز نگرانی در سالمندان می‌شود. از آنجایی که سالمندی با کاهش درآمد همراه است، این مسئله بر بسیاری از جوانب زندگی سالمند تأثیر می‌گذارد. به عنوان مثال، غذایی که می‌خورد، فعالیت‌هایی که در آن شرکت می‌کند و... از درآمد تأثیر می‌پذیرد. در این باره «حاجی‌آقاجانی» و همکاران (۱۳۸۲) بیان می‌کنند که سالمند در چنین موقعیت‌هایی احساس سربار بودن می‌کند و از ابراز عقاید خود سرباز می‌زند. بنابراین، مشکلات اقتصادی و وابستگی مالی از مشکلات عمده سالمندان به شمار می‌آید [۲۸].

مشارکت‌کنندگان در این پژوهش به نبود حمایت عاطفی، فکری و معنوی جامعه اشاره نمودند. از تجربیات سالمندان در رابطه با رویکرد جامعه درباره آنان، وجود کوتاهی، غفلت، و کم‌رنگ بودن حمایت و کمک جامعه و عوامل موجود در آن استنباط می‌شود که نیاز به تجدیدنظر و تغییر رویه دارد. در این رابطه نتایج مطالعه «صالحی» و همکاران (۱۳۸۷) درباره حمایت اجتماعی نشان داد که حمایت اجتماعی به افراد کمک می‌کند که با مشکلات متعدد جسمی، روانی و اجتماعی بهتر مقابله کنند.

این حمایت‌ها دربرگیرنده احترام، توجه و محبت است و زیرگروه‌های حمایت عاطفی و حمایت اطلاعاتی دارد. حمایت عاطفی دربرگیرنده شبکه‌ای از بستگان، دوستان و تماس‌های اجتماعی است که به فرد در اتخاذ سبک زندگی سالم کمک می‌کند و حمایت اطلاعاتی دربرگیرنده کسب آگاهی از طریق رسانه‌های جمعی و متخصصان بهداشتی است که نقش حمایتی پررنگی را در ادامه شیوه زندگی سالم ایفا می‌کند [۲۹]. بنابراین، با توجه به نتایج مطالعه حاضر، مطالعه «هاریسون»^{۱۵} و همکاران (۲۰۰۷) نیز نتایج این مطالعه را تأیید می‌کند. قابل ذکر است که توجه به بحث حمایت اجتماعی نقش بسزایی در حفظ و ارتقای سبک زندگی سالمندان دربر خواهد داشت. همچنین براساس مطالعه آنان تبلیغات نقش بسیار مهمی در عادات و ترجیحات مردم دارد [۳۰].

خانواده بهترین مکان برای برآورده شدن نیاز آسایش و آرامش روحی سالمند به شمار می‌رود. در این زمینه، مشارکت‌کنندگان

13. Criner

14. Matteson

12. Harrison

همان‌گونه که اشاره شد در تحقیق کیفی حاضر سه راهبرد مدیریت عاطفی، مدیریت نقش و مراقبت از خود به‌عنوان فعالیت‌های خودمدیریتی جاری در رفتارهای روزمره سالمندان از تجربیات سالمندان به‌دست آمد. در این راستا می‌توان به نتایج تحقیقات «اشتراوس» و «کوریبن» (۱۹۸۸) اشاره نمود که در یک مطالعه کیفی روی افراد دارای بیماری‌های مزمن بیان می‌دارند هدف خودمدیریتی کمک به افراد برای حفظ سلامتی‌شان است و این مسئله به‌واسطه سه مجموعه از مهارت‌ها نمود می‌یابد. بنابراین، نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه اشتراوس و کوریبن همسواست.

یک مجموعه از این مهارت‌ها شامل مدیریت پزشکی و رفتاری در شرایطی مانند دریافت دارو یا استفاده از یک اسپری استنشاقی است. دومین مجموعه از مهارت را شامل حفظ، تغییر و ایجاد (بروز) رفتارهای معنی‌دار یا نقش‌های اجتماعی زندگی است. آخرین مهارت نحوه برخورد فرد با پیامدهای عاطفی زندگی با بیماری مزمن در زندگی است که نگاه فرد را نسبت به آینده عوض می‌کند. احساساتی مانند خشم، ترس، ناامیدی و افسردگی بیشتر توسط افراد دارای بیماری‌های مزمن تجربه می‌شود. بنابراین، یادگیری مدیریت این عواطف در کنترل این بیماری‌ها اهمیت زیادی دارد.

اگر ما از چارچوب اشتراوس و کوریبن استفاده کنیم، برنامه‌های خودمدیریتی باید دربرگیرنده این سه مهارت باشند: مدیریت پزشکی و رفتاری، مدیریت نقش و مدیریت عاطفی. اگرچه بیشتر برنامه‌های آموزش بیمار و ارتقای سلامت با مدیریت پزشکی و رفتاری سروکار دارد و ممکن است به‌طور نظام‌مند هر سه مهارت را دربرنگیرد [۳۸].

از سویی مشارکت‌کنندگان در این پژوهش اعتقاداتی داشتند و بر پایه و اساس این اعتقادات نیز رفتار می‌نمودند. تقید سالمندان به امور معنوی یا همان رفتارهای معنوی-مذهبی آنان به راهبردهای حفظ و ارتقای رفتارهای روزمره زندگی کمک می‌نمود. همچنین آنان در رفتارهای روزمره زندگی خود در مواجهه با مسائل و مشکلاتی که داشتند با تقید و التزام به آموزه‌های دینی عمل می‌نمودند.

به‌نقل از «استانوپ» و «لانکستر» (۲۰۰۶)، در این سن افزایش آگاهی معنوی و شناخت پدید می‌آید که عامل فرهنگی نیرومندی در زندگی سالمندان به‌شمار می‌رود [۳۹]. این گفته با یافته پژوهش حاضر مبنی بر افزایش ظرفیت معنوی و تجربی در دوران سالمندی همسویی دارد. همچنین سالمندان مشارکت‌کننده در این مطالعه بیان نمودند که توکل به خداوند مستعان عامل بسیاری از اعمال و فعالیت‌های مثبت در زندگی روزمره آنهاست؛ به‌طوری‌که به اعتقاد مشارکت‌کنندگان خارج‌شدن از منزل و یاد نمودن خداوند در طی روز و شکرکردن خداوند باعث موفقیت در روابط کاری و اعمال روزمره است.

علاوه‌براین، مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند که به معنویات

مقولات اصلی بود. از دیگر موارد مطرح‌شده می‌توان به تلاش افراد برای داشتن و حفظ استقلال در فکرکردن، تصمیم‌گرفتن، حل مشکلات خود و دیگران و برنامه‌ریزی اشاره کرد [۲۵].

در این زمینه بررسی «لاولو»^{۱۵} و همکاران (۲۰۰۶) نشان داد که گذشت و بخشندگی که در سخنان بسیاری از سالمندان ما نیز وجود داشت و آگاهانه به داشتن این ویژگی افتخار می‌کردند، با بالا رفتن سن افراد افزایش می‌یابد که گونه‌ای حمایت از دیگر اعضای خانواده به‌شمار می‌رود [۳۳]. همچنین براساس نتایج مطالعه «میلر» (۲۰۰۴) تحمل و سازگاری از دیگر راهبردهایی بود که سالمندان برای حفظ زندگی خود از آن بهره می‌گرفتند [۳۴]. علاوه‌براین، سالمندان در مواجهه با مشکلات مربوط به تنگنای معیشتی و همچنین اداره و تأمین نیازهای خانواده از راهبرد مدیریت نقش استفاده می‌نمودند؛ به‌طوری‌که آنان برای امرار معاش و تأمین نیازهای خانواده کار می‌کردند و اعتقاد داشتند که مشغولیت به کار مانع از فرسودگی سالمند می‌شود. در این راستا «لی» (۱۹۹۹) نیز در پژوهشی روی زنان پاکستانی دریافت که ایفای نقش در خانواده یکی از عوامل مهم حس کارآمدی و رضایت در این زنان است [۲۵].

در رابطه با اداره مسائل مربوط به مراقبت و درمان، سالمندان از راهبرد مراقبت از خود استفاده می‌نمودند. در تأیید نتایج مطالعه حاضر در زمینه مقوله خودمراقبتی، یکی از مقولات به‌دست‌آمده از مطالعه روانی‌پور و همکاران (۱۳۸۷) نیز خودمراقبتی بود. در این باره نتایج بررسی روانی‌پور نشان داد که داشتن توانایی خودمراقبتی، پنداشت از خود و رضایت و بالندگی در سالمندان باعث ادراک حس توانمندی از تصور آنچه پیشتر بوده‌اند و آنچه به‌دست آورده‌اند یا می‌توانند باشند، می‌گردد [۲۵].

با پیرشدن ممکن است توانایی خودمراقبتی در بسیاری افراد به‌دلیل یک یا چند عامل محدودکننده کاهش یابد. در این زمینه مشارکت‌کنندگان به عواملی همچون داشتن مشکلات اقتصادی، بالا بودن هزینه درمان و نیز گوش‌ندادن به توصیه‌های بهداشتی، تحمیلی قلمدادکردن نظرات نزدیکان در رابطه با سلامتی خود و... اشاره نمودند. این مسائل برای پرستاران که به نیازهای خودمراقبتی سالمندان پاسخ می‌دهند، بسیار مهم است که با ارائه خدمات، احترام و شأن سالمندان را نیز حفظ نمایند.

«چل» و «کلیمسون»^{۱۶} (۲۰۰۱) شرکت سالمندان در فعالیت‌های روزمره را یک عامل کلیدی تأثیرگذار بر ادراک امنیت، اعتماد و کارایی آنها دانستند [۳۶]. «فوربس»^{۱۷} (۲۰۰۲) بر این باور بود که اگر امکان بهره‌گیری از توانایی‌ها و مهارت‌ها به سالمندان داده شود، حس پیوستگی و تسلط در آنان افزایش می‌یابد [۳۷].

15. Lawler-row

16. Cheal & Clemson

17. Forbes

موجب ایجاد احساس خستگی و کسالت و بی‌حوصلگی آنها طی روز می‌شود.

از سوی دیگر، با توجه به داده‌ها خواب سالمندان تحت تأثیر عواملی مانند مشکلات فرزندان، شرایط و اوضاع نابه‌سامان خانواده، درگیری ذهنی و داشتن استرس قرار دارد و دچار اختلال می‌شود. کیفیت خواب ضعیف یا خواب‌آلودگی در طول روز در افراد سالمند با آسیب وضعیت سلامت، عملکرد جسمی ضعیف، ناخوشی و مرگومیر [۴۵]، کاهش کیفیت زندگی، افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های روانی و کاهش عملکرد روزانه همراه است [۴۶]. خواب بی‌کیفیت می‌تواند باعث اختلال در احساسات، اندیشه و انگیزش فرد شود [۴۷].

«فریدمن» و «آدامز» نیز در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که وضعیت اجتماعی و اقتصادی سالمندان مانند شغل، سطح درآمد و سواد با کیفیت خواب ارتباط دارد که این یافته نتایج تحقیق حاضر را تأیید می‌نماید [۴۸ و ۴۹]. در مطالعه حاضر دلایلی مانند داشتن زندگی متزلزل، زندگی در تنگنا و وجود ضعف در وضعیت رفاهی، نگران بودن به دلیل مشکلات فرزندان و نبود پناه و پشتیبان، موجب بروز احساس نگرانی در سالمندی می‌شود.

در این زمینه نتایج این مطالعه کیفی حاضر، با یافته‌های «بالدوین»^{۲۱} و همکاران (۲۰۰۲)، که به مطالعه علل افسردگی در سالمندان پرداخته، همسو است. مطالعه مذکور نشان داد وجود نگرانی در زندگی سالمند، در میزان تشدید مشکلات جسمی و نابه‌سامانی‌های عاطفی سالمندان تأثیرگذار است [۵۰].

تجربیات مشارکت‌کنندگان در مطالعه، مبتنی بر این مسئله مهم بود که بر این رفتارهای تغذیه‌ای سالمندان از یک الگوی مطلوب و سالم که به حفظ و ارتقای سبک زندگی آنان کمک نماید، برخوردار نیست. تغذیه سالمندان به علت کمبود آگاهی، محدودیت مالی، عدم علاقه به غذاهای خاص، حساسیت غذایی، و عادات‌های نادرست به‌سوی وضعیت نامناسب و نامطلوب سوق می‌یابد که عواملی مانند اختلالات گوارشی دوران سالمندی، باعث تشدید آن می‌شود و موجبات سوءتغذیه، ضعف و خستگی زودرس را فراهم می‌آورد. بنابراین با توجه به مطالب مذکور می‌توان این‌گونه نتیجه‌گیری نمود که الگوی تغذیه‌ای سالمندان از شکل مطلوبی برخوردار نیست.

از سوی دیگر نتایج این مطالعه مبتنی بر وجود عادات نادرست در استفاده از مواد غذایی در دوران سالمندی بود. در این زمینه مطالعات صورت‌گرفته در داخل کشور به کیفیت پایین تغذیه در سالمندان اشاره دارد و اصلاح عادات زندگی افراد کمک‌های فراوانی به بهبود شیوه زندگی آنها خواهد نمود [۵۱]. ملک‌افضلی و

به‌عنوان یکی از مهم‌ترین واجبات زندگی اعتقاد دارند. آنان ابراز داشتند که داشتن ایمان قوی در زندگی بسیار پراهمیت است و زندگی با قدرت و ایمن و عزتمند سالمند به ایمان وی بستگی دارد؛ به‌طوری‌که داشتن زندگی شاداب، هم از نظر جسمی و هم از نظر روانی، مستلزم داشتن ایمان قوی است.

با توجه به تجربیات مشارکت‌کنندگان، احساس کم‌توانی یا به تعبیری خودکارآمدی ضعیف، عامل مهمی در بروز مشکلات زندگی روزمره آنان بود. به‌نقل از «گیسون»^{۱۸} (۱۹۹۱) این حس در موقعیت‌هایی همچون ازدست‌دادن کنترل، استرس، سوگواری و ازدست‌دادن عزیزان، پیامدهای پیری، ازدست‌دادن منابع و بیماری‌های ناتوان‌کننده که به حس ناتوانی می‌انجامد، کاهش می‌یابد. پرستاران نمی‌توانند افراد را توانمند کنند، بلکه خود آنها باید این توانمندی را به‌دست آورند. پرستاران تنها می‌توانند به آنها در بهره‌گیری از منابعی که حس کنترل و خودکارآمدی را در آنها افزایش می‌دهد، کمک کنند [۴۰].

از سوی دیگر، خودکارآمدی وقتی با تغییرات کلی در روش زندگی، فعالیت بدنی و حمایت اجتماعی همراه می‌شود، تأثیر بیشتری دارد. افرادی که از اعتماد به نفس بیشتری برخوردارند، احتمال کمتری دارد که به وضعیت غیرسالم قبلی خود بازگردند [۴۱]. همچنین افراد با اضافه وزن که خودکارآمدی بالاتری دارند، به درمان رفتاری بهتر جواب می‌دهند [۴۲].

یکی دیگر از مقولات محوری، آمادگی ناکافی بود که در این رابطه تجارب مشارکت‌کنندگان مطالعه حاضر نشان داد که آنان از دانش کافی برخوردار نبوده و در حقیقت، با آمادگی ناکافی پای در دوره سالمندی نهاده‌اند؛ بنابراین، از تجربیات سالمندان در زمینه ورود با آمادگی ناکافی چنین برمی‌آید که بدون هیچ‌گونه آمادگی وارد دوره سالمندی شده و در این زمینه آگاهی و اطلاعی نیز نداشته‌اند و جامعه نیز هیچ برنامه مدوئی در این باره نداشته است. در این مورد «رد» و «کلارک»^{۱۹} (۱۹۹۹) نشان می‌دهند که سهم عمده‌ای از مشکلات مراقبتی سالمندان با آموزش ناکافی آنان مرتبط است [۴۳]. از طرف دیگر، یافته‌های مطالعات نشان می‌دهد که نیازهای اولیه سالمندان از جمله نیازهای آموزشی آنان به‌خوبی برآورده نشده است [۴۴].

پیامد و نتیجه تلاش‌های سالمندان به‌منظور حفظ و ارتقای رفتارهای روزمره خود، نقصان سلامتی بود. این مقوله شامل چند خرده‌مقوله با عناوین تغذیه نامطلوب، کم‌خوابی، کم‌تحرکی، کمبود تفریحات، نگرانی و تنهایی بود. در زمینه کم‌خوابی، سالمندان دچار اختلالات فراوانی از جمله بیدارشدن مکرر از خواب بودند و در تجربیات خود بیان می‌نمایند که امکان استراحت در روز برای آنان به‌دلایل مختلف فراهم نیست و بی‌خوابی شبانه

20. Fridman & Adams

21. Baldwin

18. Gibson

19. Reed and Clarke

نامطلوبی به سر می‌برند که ویژگی‌هایی چون غفلت خانواده، غفلت جامعه، تنگنای معیشتی و خدشه‌دار شدن حرمت از ویژگی‌های آن است. سالمندان به‌منظور ادامه زندگی در دوران سالمندی آموزش کافی دریافت نکرده و با آمادگی ناکافی وارد این دوره از زندگی شده بودند. آنان در رویارویی با چنین شرایطی با تقید به معنویات و اتخاذ شیوه‌های خودمدیریتی (مدیریت نقش، مدیریت عاطفی، مراقبت از خود) به دنبال حفظ و ارتقای شیوه زندگی خود هستند.

با توجه به پیامدهای حاصل از راهبردهای اتخاذ شده (نقصان سلامتی) و براساس تعاریف سلامتی، می‌توان چنین استدلال نمود که سالمندان از سلامتی کامل برخوردار نبوده و سلامتی آنان دچار نقصان شده است. به تعبیر دیگر، راهبردهای اتخاذ شده، یعنی خودمدیریتی، ناقص و غیراثربخش بوده و منجر به سبک زندگی نامطلوب شده است.

تشکر و قدردانی

این تحقیق برگرفته از پایان‌نامه دکتری رشته پرستاری نویسنده اول مقاله و با حمایت مالی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس انجام شده است. نویسندگان مراتب قدردانی و تشکر خود را از همیاری دانشگاه تربیت مدرس، هم‌ین‌طور از تمامی سالمندان شرکت‌کننده در این پژوهش که بدون همراهی‌شان انجام این پژوهش ممکن نبود، اعلام می‌دارند.

منابع

- [1] Zanjani H. [Demographic change and its harmful consequences (Persian)]. Tehran: Iranian Sociological Association Publication; 2001; pp. 21.
- [2] Amirsadri A, Soleimani H. Investigate the process of aging and its consequences in Iran. Journal of Health System Research. 2005; 2(19):19-35.
- [3] Sajadi H, Biglarian A. [Quality of life of elderly woman in KCF (Persian)]. Payesh. 2006; 5(2):105-108.
- [4] Samimi R, Masrure Rodsary D, Tamadonfar M, Hosseini F. [Correlation Between LifeStyle and General Health in University students (Persian)]. Iran Journal of Nursing. 2006; 19(48):83-93.
- [5] Lee CF, Chien LY, Chaou YH, Tai CJ, Liou YM. Development and psychometric Properties of the Chinese language version of the TAPQOL: A health-related quality of life instrument for pre school children. International Journal of Nursing Studies. 2005; 42(4):457-465.
- [6] US Department of Health and Human Services. Healthy People [Internet]. 2010 [Cited 2009 Dec. 24]. Available from: www.healthy-people.gov.

همکاران (۱۳۸۴) نیز بر لزوم ارائه آموزش‌های لازم در زمینه اصلاح شیوه زندگی و ارائه الگوهای مناسب تغذیه‌ای تأکید داشتند [۲۶]. همچنین صالحی و همکاران (۱۳۸۷) مطالعه‌ای کیفی درباره عوامل تسهیل‌کننده و بازدارنده شیوه زندگی سالم در سالمندان انجام دادند که نتایج این مطالعه نشان داد تغذیه سالم به تلاش و فعالیت فرد، درآموی و تبلیغات رسانه‌ای بستگی دارد [۹].

یکی از یافته‌های مهم این مطالعه با دیگر مطالعات [۵۳ و ۵۲] درباره موانع تغذیه سالم موانع اقتصادی همسو است. هر چند عواملی چون نبود وقت و عوامل بازدارنده فرهنگی و نبود دانش به‌عنوان دیگر عوامل بازدارنده نیز مطرح گردید که در حمایت‌های سازمانی و اجتماعی و راهبردهای آموزشی باید مدنظر قرار گیرد.

نظریه حاضر که بیانگر راهبرد خودمدیریتی به‌منظور حفظ و ارتقای سبک زندگی است به لحاظ شباهت محتوا، شباهت‌هایی با نظریه اشتراوس و کوربین (۱۹۸۸) دارد [۵۴]؛ به‌گونه‌ای که در نظریه حاضر، خودمدیریتی مشتمل بر سه مقوله مدیریت عاطفی، مدیریت نقش و مراقبت از خود بود و در نظریه اشتراوس و کوربین نیز خودمدیریتی سه مجموعه از مهارت‌های مدیریت پزشکی و رفتاری، نقش‌های زندگی و مدیریت عواطف را دربرداشت.

در نظریه اشتراوس و کوربین وقتی از مهارت مدیریت پزشکی صحبت می‌شود، منظور رفتارهایی مانند دریافت دارو یا استفاده از یک اسپری استنشاقی است. درحالی‌که در نظریه حاضر خودمراقبتی به رفتارهایی علاوه بر دارودرمانی اشاره دارد. همچنین درباره مدیریت نقش، در نظریه اشتراوس و کوربین بیشتر نقش‌های اجتماعی و برگشت به‌کار قبلی مدنظر است؛ درحالی‌که در نظریه حاضر مدیریت نقش شامل نقش‌های والدی، رهبری خانواده و نان‌آوری است.

علاوه بر این، یکی از تفاوت‌های نظریه مطالعه حاضر با مطالعه اشتراوس و کوربین، مددجویان است؛ به‌طوری‌که نظریه اشتراوس و کوربین برای افراد دارای بیماری مزمن ارائه شده است. این در حالی است که نظریه حاضر در سالمندان سالم بوده است. همچنین تمرکز اصلی نظریه اشتراوس و کوربین بر دوره بیماری است، درحالی‌که تمرکز اصلی نظریه حاضر بر ارتقای سبک زندگی با رویکرد خودمدیریتی است.

نتیجه‌گیری نهایی

سبک زندگی سالمندان، مفهومی چندبُعدی است که تحت تأثیر افت فیزیولوژیکی، بیماری‌های دوران سالمندی و بازنشستگی قرار می‌گیرد. این عوامل بر عناصر رفتارهای روزمره آنان مانند الگوهای غذایی، خواب، گذران اوقات فراغت، مراقبت و درمان، عملکرد دینی و فعالیت بدنی تأثیر می‌گذارد و باعث شکل‌گیری و بروز الگوهای موجود می‌شود.

علاوه بر این در شرایط خانوادگی-اجتماعی در ساختاری

- [24] Ghasemi M. [Economic analysis of the decisions of retirees (Persian)]. Tehran: Unit of investigations and readings of retirees auditing fund organization; 2009.
- [25] Ravanipour M, Salehi Sh, Taleghani F, Abedi HA. [Power in Old Age: A Qualitative Study (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2009; 14(4):447-453.
- [26] Malek Afzali H, Baradaran M, Hejzai F, Khojaste T, Tabrizi R, Faridi T. [Social mobilization for health promotion in the elderly (Persian)]. *Hakim*. 2007; 9(4):1-6.
- [27] Morovati Sharifabad M. [The optimization model of health promotion and evaluation of adult learning theory and its application in health-promoting behavior change in older people living in Yazd (Persian)] [PhD thesis]. Tehran: Tarbiat Modarres University; 2005.
- [28] Saberian M, Hajiaghajani S, Gorbani R. [Survey of health, social and economic conditions of the elderly and their leisure time (Persian)]. *Koomesh*. 2003; 4(3):25-32.
- [29] Shojaezadeh D, Djazayeri A, Rashidian A, Taghdisi MH, Efftekar H, Salehi L, et al. [Facilitating and impeding factors in adopting a healthy lifestyle among the elderly: A qualitative study (Persian)]. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2008; 6(2):49-57.
- [30] Harrison GG, Kim LP, Singe M. Perceptions of diet and physical activity among California Hmong Adult and Youth. *Preventing Chronic Disease*. 2007; 4(4):93.
- [31] Criner JA. The Nurses Role in preventing Abuse of Elderly Patient. *Rehabilitation Nursing*. 1994; 19(5):277-280.
- [32] Matteson MA, McConnell E, Linton AD. *Gerontological nursing-concepts and practice*. 2th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1997.
- [33] Lawler-row KA, Piferi RL. The forgiving personality: Describing a life well lived? *Personality and Individual Differences*. 2006; 41(6):1009-1020.
- [34] Miller CA. *Nursing for wellness in older adult's theory and practice*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2004.
- [35] Lee MB. Power, self-care and health in women living in urban squatter settlements in Karachi, Pakistan: A test of Orem's theory. *Journal of Advanced Nursing*. 1999; 30(1):248-259.
- [36] Cheal B, Clemson L. Older people enhancing self-efficacy in fall-risk situations. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2001; 48(2):80-91.
- [37] Forbes DA. Enhancing mastery and sense of coherence: Important determinants of health on older adults. *Geriatric Nursing*. 2002; 22(1):29-32.
- [38] Corbin J, Strauss A. *Unending work and care: Managing chronic illness at home*. San Francisco: Jossey-Bass; 1988.
- [39] Stanhope M, Lancaster J. *Foundations of nursing in the community*. St. Louis, MO: Elsevier Sciences; 2006.
- [40] Gibson CH. A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*. 1991; 16(3):354-361.
- [41] Bagozzi RP, Edwards EA. Goal setting and goal pursuit in the regulation of body weight. *Psychology and Health*. 1998; 13(4):593-621.
- [7] Montgomery J. *Health care low*. New York: Oxford University Press, 1997; pp. 75.
- [8] Pasick RJ, Otero-Sabogal R, D'Onofrio C. Similarities and differences across culture: Question to inform a third generation for health promotion research. *Health Education*. 1994; 23:142-161.
- [9] Markas A. Health for all: An attainable goal or an idealistic dream. *Health Education*. 2005; 105(1):5-10.
- [10] Peter J, Olson J. *Understanding consumer behavior*. Burr Ridge, IL: Irwin; 1994.
- [11] Woo J, Ho SC, Yu ALM. Lifestyle Factors and Health Outcomes in Elderly Hong Kong Chinese Aged 70 Years and Over. *Gerontology*. 2002; 48(4):234-240.
- [12] Taira K, Tanaka H, Arakawa M, Nagahama N, Uza M, Shirakawa S. Sleep health and lifestyle of elderly people in Ogimi, a village of longevity. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2002; 56(3):243-244.
- [13] Cassidy K, Kotynia-English R, Acres J, Flicker L, Lautenschlager NT, Almeida OP, et al. Association between lifestyle factors and mental health measures among community-dwelling older women. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2004; 38(11-12):940-947.
- [14] Brach JS, Simonsick EM, Kritchevsky S, Yaffe K, Newman AB. The Association between Physical Function and Lifestyle Activity and Exercise in the Health, Aging and Body Composition Study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2004; 52(4):502-509.
- [15] Spencer CA, Jamrozik K, Lawrence-Brown M, Norman PE. Lifestyle still predicts mortality in older men with established vascular disease. *Preventive Medicine*. 2005; 41(2):583-588.
- [16] Waldmann A, Koschizke JW, Leitzmann C, Hahn A. German Vegan Study: Diet, Life-Style Factors, and Cardiovascular Risk Profile. *Annals of Nutrition and Metabolism*. 2005; 49(6):366-372.
- [17] Johnson RL. Gender Differences in Health-Promoting Lifestyles of African Americans. *Public Health Nursing*. 2005; 22(2):130-137.
- [18] Shafiei M, Holakoei M. [Determine the physical and mental health of retired in Rafsanjan University of Medical Sciences. Proceedings of the Congress on Aging (Persian)]. Proceedings of the Congress on Aging, Kashan. 2007, pp. 50-62..
- [19] Morovati Sharifabad M, Ghofranipour F, Babaei GH, Heyfarnia A. [Perceived religious support from health-promoting behaviors and the performance of these behaviors in adults aged 65 and older in Yazd (Persian)]. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences* 2004; 12(1):1-9.
- [20] Samadi S, Bayat A, Taheri M, Joneid B, Rooz-Bahani N. [Knowledge, attitude and practice of elderly towards lifestyle during aging (Persian)]. *Journal of Qazvin University of Medical Sciences*. 2007; 11(1):83-84.
- [21] Meillier L, Lund AB, Kork G. Cues to action in Process of changing lifestyle. *Patient Education and Counseling*. 1997; 30(1):37-5.
- [22] Doward LC, Mead MD, Tharsen H. Requirement for quality of life instrument in clinical reaearch. *Value Health*. 2004; 7:134-139.
- [23] Bazargan M. Self-reported sleep disturbance among African-American elderly: The effects of depression, health status, exercise, and social support. *International Journal of Aging and Human Development*. 1996; 42(2):143-60.

- [42] Chambliss CA, Murray EJ. Efficacy attribution, locus of control of weight loss. *Cognitive Therapy and Research*. 1979; 3(4):349-353.
- [43] Reed J, Clarke CL. Nursing older people: Constructing need and care. *Nursing Inquiry*. 1999; 6(3):208-15.
- [44] Nyden K, Petersson M, Nystrom M. Unsatisfied basic needs of older patients in emergency care environments—obstacles to an active role in decision making. *Journal of Clinical Nursing*. 2003; 12(2):268-74.
- [45] Newman AB, Spiekerman CF, Enright P, Lefkowitz D, Manolio T, Reynolds CF. Daytime sleepiness predicts mortality and cardiovascular disease in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2000; 48(2):115-23.
- [46] Harrington JJ, Avidan AY. Treatment of sleep disorders in elderly patients. *Current Treatment Options in Neurology*. 2005; 7(5):339-52.
- [47] Raymond I, Nielsen TA, Lavigne G, Manzini C, Choinière M. Quality of sleep and its daily relationship to pain intensity in hospitalized adult burn patients. *Pain*. 2001; 92(3):381-8.
- [48] Adams J. Socioeconomic position and sleep quantity in UK adults. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2006; 60(3):267-9.
- [49] Friedman EM, Love GD, Rosenkranz MA, Urry HL, Davidson RJ, Singer BH. Socioeconomic Status Predicts Objective and Subjective Sleep Quality in Aging Women. *Psychosomatic Medicine*. 2007; 69(7):682-91.
- [50] Baldwin RC, Edmund C, Kernolos K, Nori G. Guidelines on depression in older person. London: Dunitz Publication; 2002.
- [51] Lewis M, Szabo R, Weiner K, Mccall L, Piterman L. Cultural barriers to exercise amongst the ethnic elderly [Internet]. *Internet Journal of Health Promotion*. 1997 [cited 2008 May 16]. Available from: <http://www.rhpeo.org/ijhp.articles/1997/4/index.htm>.
- [52] Wellman NS, Weddle DO, Kranz S, Brain CT. Elder insecurities: Poverty, hunger, and malnutrition. *Journal of the American Dietetic Association*. 1997; 97(10):120-2.
- [53] Wolfe WS, Olson CM, Kendall A, Frongillo EA. Hunger and food insecurity in the elderly. *Journal of Aging & Health*. 1998; 10(3):327-50.
- [54] Koenig HG. Religion, spirituality, and medicine: Research findings and implications for clinical practice. *Southern Medical Journal*. 2004; 97(12):1194-1200.