

The role of Religious behaviors in health promotion of Iranian Elderly women: (A qualitative study)

Masoumeh Bagheri-Nesami

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

Corresponding Author:
Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

E-mail:
Mehdianna3043@gmail.com

Received: 16 April 2013
Revised: 11 August 2014
Accepted: 6 September 2014

Abstract

Background and Purpose: Aging is defined as a progressive functional impairment due to reduction in adaptive response to the stress and associated with the risk of developing age-related diseases. An elderly is need of religious methods in order to face the changes and tensions of the life. There are few studies in area of religious belief and health promotion. The aim of present study was to explore the use of religious behaviors toward health improving in Iranian elderly women.

Method: This study was done by a qualitative approach. There were 25 elderly women participants. Totally, data of 25 interviews and observations were analyzed. Alongside the data collection, analysis was achieved through continuous text revision, observation and in-field notes. Data were analyzed by Graneheim and Lundman's content analysis method.

Results: According to the findings, totally 625 of the codes appeared about religious strategies for health promotion by elders. By reduction and abstraction of the codes two main themes appeared that were problem focused prayer and emotional focused prayer. Three subcategories constituted problem focused prayer theme that were problem solving, spending leisure times and confrontation. Subcategory of emotional focused prayer was self-control. Each subcategory was formed by more subclasses.

Conclusion: According to our findings about the role of Religious practices in health promotion in Iranian Elderly women and by understanding the elderly women needs and their religious behaviors, health-care providers can provide educational preventive measurements in order to improve health promotion of older women.

Keywords: Health promotion, Religion belief, Religious behavior, Elderly women

نقش رفتارهای مذهبی در ارتقاء سلامت زنان سالمند ایرانی: (یک مطالعه کیفی)

معصومه باقری نسامی

چکیده

سابقه و هدف: سالمندی به عنوان یک آسیب عملکردی تدریجی در نتیجه کاهش پاسخ تطابقی به تنیدگی، همراه با خطر رشد بیماری‌های مرتبط با سن تعریف می‌شود. فرد سالمند برای مواجهه با تغییرات و تنش‌های زندگی به روش‌های مذهبی نیاز جدی دارد. مطالعات کمی قابل توجهی در زمینه نقش اعتقادات مذهبی در ارتقای سلامت به چاپ رسیده است. لذا این مطالعه کیفی با هدف تبیین چگونگی به کارگیری رفتارهای مذهبی در ارتقای سلامتی زنان سالمندان ایرانی طراحی و اجرا شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه با رویکرد کیفی انجام شد. ۲۵ مشارکت‌کننده در این پژوهش شرکت کردند. در مجموع داده‌های ۲۵ مصاحبه و مشاهده تحلیل شد. همزمان با جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل آن‌ها نیز با مرور مداوم متن مصاحبه، مشاهده و یادداشت‌های در عرصه انجام گرفت. تحلیل محتوا به روش تحلیل محتوای گران هیمولاندمن انجام گرفت.

یافته‌ها: براساس یافته‌ها ۶۲۵ کد مربوط به راهکارهای مذهبی اجرا شده جهت ارتقای سلامت توسط سالمندان استخراج گردید. از تقلیل و انتزاعی نمودن کدها، در مجموع دو درون‌مایه اصلی شامل: عبادت مساله محور و عبادت هیجان محور پدیدار شد. درون‌مایه عبادت مساله محور به سه زیرطبقه: مشکل‌گشایی، گذراندن اوقات فراغت و رویارویی و نیز درون‌مایه اصلی عبادت هیجان محور به زیرطبقه: خویشتن‌داری طبقه‌بندی شد.

استنتاج: بر اساس نتایج این مطالعه در خصوص نقش برجسته رفتارهای مذهبی در ارتقاء سلامت و با شناخت نیازها و رفتارهای عبادی سالمندان، دست‌اندرکاران تیم سلامتی قادر خواهند بود اقدامات پیشگیرانه آموزشی و مراقبتی لازم در جهت ارتقای سلامت زنان سالمند را پیش‌بینی، طراحی و اجرا نمایند.

واژه‌های کلیدی: ارتقای سلامت، رفتارهای مذهبی، رفتارهای عبادی، زنان سالمندان

گروه پرستاری داخلی جراحی،
دانشکده پرستاری مامایی نسیبه
ساری، دانشگاه علوم پزشکی
مازندران

مؤلف مسئول: معصومه باقری نسامی
ساری، بلوار امیر مازندرانی، خیابان
وصال، دانشکده پرستاری مامایی
Email:anna3043@gmail.com

دریافت: ۲۷ فروردین ۱۳۹۲
اصلاحات: ۲۰ مرداد ۱۳۹۳
پذیرش: ۱۵ شهریور ۱۳۹۳

مقدمه

به‌دنبال آن، نسبت جمعیت سالخورده به کل جمعیت به سرعت افزایش یابد (۱). تخمین زده شد تا سال ۲۰۳۰ میلادی ۲۱ درصد جمعیت کل جهان را سالمندان تشکیل خواهند

کاهش میزان مرگ و میر از یک‌سو و افزایش میانگین عمر از سوی دیگر، موجب شده است که از چند دهه پیش به این طرف، ساختار سنی جمعیت دگرگون شود و

داد(۲). در انگلستان نیز برآورد شده است که تا سال ۲۰۳۶، جمعیت افراد بالای ۷۰ سال به ۱۰/۹ میلیون نفر خواهد رسید و ۲/۱ میلیون نفر از افراد، بالای ۸۵ سال خواهند بود(۳). بر اساس محاسبات، در حدود سال ۲۰۳۰ میلادی (۱۴۱۰ شمسی) در ایران پدیده انفجار سالمندی رخ خواهد داد و بین ۲۰ تا ۲۵ درصد جمعیت در سنین بالای ۶۰ سالگی قرار خواهند گرفت(۴). بنابراین پدیده سالخوردگی و چگونگی رویارویی با مشکلات ناشی از آن یکی از مهمترین چالشهای آینده می باشد. سالمندی موفقیت آمیز از نظر روانی، به توانایی فرد برای سازگاری با فقدانهای جسمی، روانی و اجتماعی، دستیابی به خرسندی، وقار و آرامش و رضایت از زندگی تعریف می شود. سالمندان به دلیل تجربه مرگ دیگران نیز بیش تر با تنیدگیهای روانی- اجتماعی روبرو می شوند(۵). از آن جا که تغییر الگوی زندگی، در طی عمر، غیر قابل اجتناب است، فرد سالمند برای مواجهه با تغییرات و تنشها، به مهارت های مقابله ای و انعطاف پذیر نیاز جدی دارد(۶). در یک مطالعه متاآنالیز مشخص گردید که راهبردهای مقابله ایی کارآمد، بر سلامت بسیاری از سالمندان تاثیرگذار است(۷). نتایج تحقیق دیگری نیز نشان داده است که روش های مقابله ایی بر پاسخ های سیستم ایمنی و افزایش لکوسیت سالمندان تأثیر دارد(۸). هم چنین مشخص شد که مقابله، تأثیر بیشتری بر سلامتی سالمندان در مقایسه با سلامتی جوان ترها دارد(۹). لذا محققین یک جنبه ضروری پدیده سالمندی را مقابله موفقیت آمیز می دانند(۵، ۶-۱۳-۱۰). از جمله این راهکارهای مقابله ای، توجه به مذهب و سلامت معنوی می باشد. داشتن مهارت های مذهبی و معنوی باعث سازگاری شخصی از جمله سالمندان در دوران پیری می شود(۱۴). در یک مطالعه توجه به معنویات به عنوان یک نظام حمایتی و عامل قدرت در سالمندی معرفی شده است(۱۵). نتیجه یک مطالعه کیفی دیگر نیز یکی از شیوه هایی مقابله ای سالمندان سرخپوست آمریکایی را اتکا به خدا اعلام کرده است(۱۶). مذهب، علاوه بر ایجاد یکپارچگی و معنی دار شدن

زندگی، عاملی برای سلامت جسمی و روانی بیانمی شود و لازمه رضایت از زندگی و سالمندی موفق می باشد(۱۷). روی آوردن به معنویات و مذهب، عامل حمایت و بهزیستی سالمندان به منظور تداوم زندگی است(۱۳). برخی از مطالعات نیز نشان داده اند که توجه به مذهب در سالمندی، پذیرش مرگ را آسان می کند و ترس از آن و آینده را کاهش می دهد(۱۳، ۱۸). هم چنین نتیجه یک مطالعه در تایوان نیز بیان گر ارتباط بین حضور مذهبی با سلامت است. ولی محققین ابراز داشتند که داده ها مشخص نمی کند که آیا تاثیر حضور مذهبی بر سلامت، ناشی از مقابله مذهبی است و یا ناشی از مشارکت اجتماعی و حضور جمعی(۱۹).

با عنایت به پایگاه داده های در دسترس مانند Iranmedex, SID, Pubmed, CINAHLBSCO, Blacwell, Springers, Proquest, Google scholar, Ovid, ScienceDirect و با کلید واژه های فارسی مانند سالمند، سالمندی، مقابله، مذهب و معنویت و هم چنین کلید واژه های انگلیسی مانند ageing, elderly, older adult, coping, adaptation, religious, spirituality جستجو انجام شد و مشخص گردید که پژوهش های کیفی اندکی در رابطه با مهارت های مقابله مذهبی و سلامت سالمندان به چاپ رسیده است و بیش تر این مطالعات از نوع کمی بوده اند. به منظور کمک به این گروه سنی جامعه در راستای سازگاری و برخورداری از سالمندی سالم، شناخت واکنش ها و راهبردهای مقابله ایی مذهبی در این دوران اهمیت و ضرورت پیدا می کند. بر این اساس این مطالعه کیفی طراحی و اجرا گردید تا با شناخت این راهبردها در زنان، هم بر میزان دانش در حوزه تحقیقات سالمندی افزوده شود و هم بتوان اقدامات پیشگیرانه آموزشی و مراقبتی لازم را پیش بینی کرد و متناسب با این نیازها و در جهت ارتقای سلامت آنان برنامه ریزی نمود.

مواد و روش ها

این مطالعه به روش کیفی انجام شد. تحقیقات کیفی با هدف درک جهانی که در آن زندگی می کنیم و پاسخ



یا نظری دارید؟ آیا فکر می‌کنید سؤالی بوده که مطرح نشده باشد؟ آیا مایلید از من سؤالی بپرسید؟ محقق به تجربه دریافت که این چند سؤال بسیار مناسب بود و می‌توانست کمک کند تا شرکت کننده، ایده تازه‌ای را مطرح نماید و منجر به عمیق شدن مصاحبه شود. محدوده زمانی مصاحبه‌ها ۹۰-۴۰ دقیقه انجام شد. بعد از جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل محتوا صورت گرفت. در حین انجام مصاحبه، متن همه مصاحبه‌ها ضبط و یادداشت‌های در عرصه نیز لحاظ گردید. سپس متن مصاحبه‌ها با گوش دادن به آنان دست‌نویس گردید. تحلیل داده‌ها، کدگذاری، طبقه‌بندی و یادآوری‌نویسی بعد از هر مصاحبه انجام می‌شد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوی استقرایی و با توجه به روش پیشنهادی گرانهم و لاندمن استفاده شد. بدین ترتیب که ابتدا مصاحبه‌ها پیاده، متن آن به صورت کلی خوانده شده، واحدهای معنی و کدهای اولیه استخراج، کدهای اولیه طبقه‌بندی و محتوی نهفته در داده‌ها کشف گردید (۲۱). به عبارتی با مطالعه دقیق دست‌نوشته‌ها، پژوهشگر تلاش نمود تا عناصر ظاهری و درونی این تجارب را دریافت نمایند سپس روایت‌ها شناسایی شد و پس از انجام کدگذاری‌های اولیه، طبقات تشکیل شدند. همزمان با این کار، یادداشت‌های تفسیری نوشته شد تا ارتباطات اولیه میان طبقات مشخص گردد. در نهایت این یادداشت‌ها و کدها به شکل‌دهی مضامین تشکیل شده کمک کردند. با پیشرفت مصاحبه‌ها، ارتباط میان درون مایه‌ها، در تلاش برای تشخیص الگوها و معانی اصلی درونی مصاحبه‌ها تعیین شد. درگیری طولانی مدت و مداوم با محیط و شرکت کنندگان متنوع (prolonged engagement)، تلفیق روش‌های مختلف گردآوری داده‌ها، بازنگری ناظرین، مرور دست‌نوشته‌ها توسط مشارکت کنندگان، وابستگی‌یافته‌ها (dependability)، اعتبار پژوهشگر (researcherseditability) نیز از دیگر روش‌های افزایش اعتبار و دقت مطالعه بودند.

به چرایی وجود پدیده‌ها، انجام می‌شود و اصولاً متوجه ابعاد اجتماعی جهان ما و پاسخ به سؤالات ذیل است: چگونه نگرش‌ها و عقاید شکل می‌گیرند؟ افراد چگونه از وقایع متأثر می‌شوند و با آن‌ها برخورد می‌کنند؟ تفاوت بین گروه‌های اجتماعی در چیست؟ (۲۰). از آن‌جا که تحقیق کیفی نسبت به تحقیق کمی، روش مناسب‌تری برای بررسی تجربیات و پاسخ‌های عاطفی به پدیده سالمندی است لذا این روش در مطالعه حاضر اتخاذ و اجرا گردید. روش نمونه‌گیری به روش هدفمند و گلوله برفی انجام گردید و تا اشباع داده‌ها، نمونه‌گیری ادامه داشت. تحلیل محتوا ۲۵ مشاهده و مصاحبه از ۲۵ شرکت‌کننده نتایج این مطالعه را در بر دارد. بعد از کسب اجازه از سالمندان مورد نظر و انجام هماهنگی‌های لازم، مصاحبه انفرادی نیمه ساختار یافته و مشاهده در منزل آنان صورت گرفت. کسب رضایت آگاهانه، حفظ‌بی‌نامی، محرمانه بودن اطلاعات و برخورداری از حق کناره‌گیری از پژوهش در هر زمان از جمله ملاحظات اخلاقی لحاظ شده در این مطالعه بود. به منظور وارد کردن شرکت‌کنندگان مختلف در مطالعه، زنان دارای همسر، مجرد، زنان بیوه تنها، زنان بیوه در حال زندگی با فرزند مجرد، زنان بیوه در حال زندگی با سالمند دیگر، زنان بیوه در حال زندگی با فرزند در خانه مستقل خود، زنان بیوه در حال زندگی با فرزند در خانه فرزند به مطالعه وارد شدند. یکی از شرکت‌کننده‌ها دختر سالمندی بود که به همراه خانواده اش در خانه مادرش زندگی می‌کرد. تحصیلات آنان از بیسواد تا لیسانس متغیر بود. ۴ شرکت‌کننده ساکن روستا، ۴ نفر ساکن تهران و مابقی ساکن شهرستان ساری بودند.

نمونه‌هایی از سؤالات راهنمای مصاحبه به شرح ذیل بود: شما زندگی روزانه اتان را چگونه می‌گذرانید؟ برای حفظ و ارتقای سلامتی خود چه می‌کنید؟ از چه روش‌های مذهبی کمک می‌گیرد؟ و با کلماتی مانند بیش‌تر توضیح بفرمایید، مصاحبه ادامه پیدا می‌کرد. مصاحبه معمولاً با این سؤالات ختم می‌شد " آیا پیشنهاد



یافته ها

داده‌های این مطالعه با انجام ۲۵ مصاحبه و مشاهده تکمیل شد. سالمندان در محدوده ۶۵ تا ۸۵ سال و یک دختر سالمند ۵۵ ساله در این مطالعه شرکت داشتند. در مجموع ۶۲۵ کد اولیه مربوط به راهکارهای مذهبی و اجرا شده جهت ارتقای سلامت توسط سالمندان استخراج شد. از تقلیل و انتزاعی نمودن کدها، در مجموع دو درون مایه اصلی شامل عبادت مساله محور و عبادت هیجان محور مشخص گردید. درون مایه "عبادت مساله محور" از سه زیرطبقه: مشکل گشایی، گذراندن اوقات فراغت و رویارویی و نیز درون مایه اصلی "عبادت هیجان محور" از زیرطبقه: خویشنداری به منصفه ظهور رسید. هر کدام از این زیرطبقات از زیرطبقات فرعی تری شکل گرفتند. طبقات اصلی و زیر طبقات مربوط به راهبردهای اجرا شده زنان سالمند ایرانی برای ارتقای سلامتی در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول شماره ۱: طبقات اصلی و زیر طبقات مربوط به راهکارهای عبادی زنان سالمند ایرانی به منظور ارتقای سلامت

طبقات اصلی	زیر طبقات	زیر طبقات فرعی
عبادت مساله محور	مشکل گشایی	-تغییر رفتارهای منفی
	گذراندن اوقات فراغت	-افزایش معاشرت و صله رحم جمعی -مشغولیت های انفرادی
عبادت هیجان محور	خویشنداری	رویارویی
	تلاش برای پذیرش تغییرات	-عدم ابراز مشکلات و ناراحتی کنترل خود

شرکت کنندگان این مطالعه بیان کردند که معنویات و التزام عملی به فرائض دینی، با روند افزایش سن در آنان رو به تکامل بوده است. توکل به خدا، خواندن قرآن و مفاتیح و انجام عبادت از راهکارهای مناسب عبادی برای ارتقا سلامت ذکر شد و بنابر اظهارات شرکت کنندگان، این راهکارها به کرات مورد استفاده قرار می‌گرفت به طوری که یکی از آنان گفت: "کلا من روزها رو با توکل به خدا شروع می‌کنم، فکر می‌کنم نمی‌خوام قبول کنم که روز بدی هم باشه توی زندگی. چون من همیشه نسبت به زندگی نظر مثبت دارم"

۱- عبادت مساله محور:

درون مایه عبادت مساله محور از سه زیرطبقه: مشکل گشایی، گذراندن اوقات فراغت و رویارویی به منصفه ظهور رسید که در ذیل به آن‌ها پرداخته می‌شود:

۱-۱. مشکل گشایی: در این مطالعه رفتارهای ایجاد شده ناشی از تغییرات جسمی مربوط به سالمندی و پیامدهای این تغییرات، سالمندان را وادار به انجام راهبردهایی نمود تا بتوانند در این رفتارها تعدیلاتی انجام دهند: تغییر رفتارهای منفی: بر اساس یافته‌ها، نائل شدن به تغییراتی در رفتارهای منفی با انجام شیوه های تقویت حافظه، مقابله با اختلال در مقدار و الگوی خواب مقدرور شد. سالمندان برای تقویت حافظه خود از اعمالی چون: مصرف دارو، حل جدول، صبر کردن برای یادآوری (مکت کردن مانند بسم الله گفتن)، تکرار واژه ها، دعا کردن سود می بردند. اقداماتی که زنان سالمند برای بهبود مقدار و الگوی خواب به کار می بردند شامل: مصرف دارو، مطالعه، تماشای تلویزیون، حل جدول، تسبیح زدن و صلوات فرستادن بود. یکی از شرکت کنندگان چنین بیان کرد: "من باید ساعت ۱۱ بخوابم اگه نخوابم دیگه باید خدا کمک کنه. قرص خواب گاهی می خورم که اسمشو نمی‌دونم. یک زن سالمند دیگر نیز گفت: "شب سعی می‌کنم بشینم دعا بخونم، چند مرتبه قل هو الله و یا سوره حمد بخونم بعد این جور خودمو خسته می‌کنم تا بخوابم." هم چنین مشارکت کننده دیگر اظهار نمود: "ولی بعضی از اسم‌ها ممکنه یادم بره؛ ولی اونجور نیستم. خوب چون من پایبند به قرآن و آئین خودم هستم؛ صلوات می فرستم؛ و هر شب بعد از نماز خودم، اون آیه ایی که آخر سوره بقره هست، می دونید که خداوند به پیغمبر(ص) فرمود: این رو بخوان هیچ وقت دچار فراموشی نمی شی رو می خونم؛ آمن الرسول..."

۲-۱: گذراندن اوقات فراغت: زنان سالمند شرکت کننده در این مطالعه اذعان داشتند که در دوران سالمندی اوقات فراغت بیشتری در مقایسه با سایر دوران زندگی دارند. لذا آنان تلاش می کردند تا با افزایش دادن معاشرت و صله رحم و سرگرمی‌های انفرادی، اوقات فراغت خود را بگذرانند.

خونه می‌شینم تنهایی به عبادت، دعا و خوندن قرآن مشغول می‌شم". یکی از شرکت‌کننده‌ها در مصاحبه در مورد با همسرش گفت: "سعی می‌کنم که به دوست، بچه ام، رفیق تلفن کنم تا احساس تنهایی نکنم چون یک جور صله رحم از دور هم به حساب می‌آید".

۳-۱: رویارویی

نتایج این مطالعه نشان داد زنان سالمند برای رویارویی با مشکلات و مسائل، تلاش می‌کردند تا تغییرات تدریجی حاصله را بپذیرند:

تلاش برای پذیرش تغییرات: زنان سالمند از طریق حفظ عادات و علایق گذشته مانند: ورزش کردن، و آراستگی در لباس پوشیدن همانند گذشته، ضمن پذیرش تغییرات، سعی در مقابله سازگاران با تغییرات سالمندی داشته باشند تا بدین وسیله تمامیت خود را حفظ نمایند. همچنین بسیاری از آنان برای حفظ توان باقیمانده تلاش می‌کردند. بنابر اقتضای شرایط، سالمندان سعی می‌کردند تا با صبوری کردن و کنار آمدن با تغییرات روحی و جسمی سازگاران مقابله می‌کنند. سالمندانی که فرزندان آنان در مکانی دور از آنان زندگی می‌کردند دوری فرزندان را پذیرفته و سعی می‌کردند با افزایش نوع دیگری از حمایت‌های اجتماعی آن را جبران کنند. یکی از زنان سالمند ابراز داشت: "الان آمدم توی ساختمونی تنها زندگی می‌کنم، باید قبول کنم، بچه‌ها بزرگ می‌شن، ازدواج می‌کنن، نباید خودمو بندازم، سعی می‌کنم امروز با توکل بر خدا خودمو بسازم. بگم بابا الان من اینم. باید کار کنم، باید خرید کنم باید زندگی کنم تا جایی که خدا به من عمر داده سعی کنم روپا باشم." بعضی از سالمندان اذعان داشتند در مواردی که مشکلات زندگی در سالمندی به حالت تجمعی و یا بیش‌تر از تحمل آنان شود ممکن است قبل از هر گونه اقدامی به دعا خواندن، توسل کردن و گریه کردن متوسل شوند تا از این طریق خود را برای پذیرش مشکل آماده کنند. احساس نزدیکی به مرگ و پذیرش آن نیز به وسیله بسیاری از شرکت‌کننده‌ها ابراز شد.

الف) افزایش دادن معاشرت و صله رحم جمعی: شرکت‌کننده‌ها با شیوه‌های: شرکت در جوامع زنانه و مشارکت در معاشرت‌های خانوادگی و دوستانه، سعی در حفظ و افزودن معاشرت خود می‌کردند. مشارکت در دوره‌های مخصوص خانم‌ها، مسافرت گروهی، جلسات مذهبی، گردش‌های زنانه از جمله روش‌های شرکت در جوامع زنانه بود. هم‌چنین آنان سعی می‌کردند معاشرت‌های خانوادگی و دوستانه خود را از طریق مهمانی دادن و رفتن، عیادت کردن، سفر رفتن با خانواده و دوستان و مشورت کردن با آنان در امور روزانه افزایش دهند. یکی از شرکت‌کننده‌ها بیان کرد: "خوب ما فامیل‌ها ماهی ۲ بار، هر ۱۵ روز یه دوره ای داریم که بزرگ‌تر از من هم هستن، کوچک‌تر از من هم هستن با هم دوره داریم با هم مسافرت می‌ریم با هم جلسه مذهبی داریم، با هم فامیلیم. مشارکت‌کننده دیگر بیان نمود: "... من سعی کردم در درجه اول یک مقدار معاشرتم رو با خانم‌ها بیش‌تر کنم. چون فرم معاشرت ما در قدیم فرق می‌کرد. ولی از زمان فوت شوهرم، از اون تاریخ به بعد من فقط با خانم‌ها معاشرت می‌کنم. دوره‌های متعددی شرکت کردم که اون زمان‌ها من هیچ وقت با خانم‌ها به تنهایی معاشرت نمی‌کردم. این خودش خوب خیلی به من کمک کرد. به نظر من هر چقدر آدم دوست خوب بتونه پیدا کنه، اونهم بایستی که خدا به آدم کمک کنه که دوست‌های خوب سر راه آدم قرار بگیره. این‌ها خیلی به درد آدم می‌خوره کمکه برای آدم..."

ب) مشغولیت انفرادی: سرگرمی‌های انفرادی از دیگر عواملی بود که به گذراندن اوقات فراغت سالمندان کمک می‌کرد. زنان سالمند اوقات زندگی خود را به انجام اعمالی چون پیاده‌روی، خرید رفتن، دعا و قرآن خواندن، انجام مکالمه تلفنی، مطالعه، تماشای تلویزیون، گوش دادن به رادیو، حل جدول، رسیدگی به گل و گیاه، رسیدگی به طیور می‌گذراندند. یک مشارکت‌کننده می‌گفت: "... گاهی برای دوره‌های قرآن می‌رم و یا اون‌ها می‌آن. خوب الان دیگه تنهایی جایی نمی‌رم. چون می‌ترسم؛ یا بچه‌ها همراه من میان یا آگه نیا من توی

۲. عبادت هیجان محور

راهبردهای خویشتن‌داری، از جمله روش‌های عبادت

کردن هیجان محور به کار برده شده در این مطالعه بوده است. شرکت‌کننده‌ها از طریق عدم ابراز مداوم مشکلات و نارضایتی‌ها و کنترل خود، سعی در "خویشتن‌داری" داشتند. آنان اظهار داشتند که ابراز مشکلات مربوط به زندگی در سالمندی در حضور دیگران، عامل تهدیدکننده‌ای برای روحیه خود و سایرین و حفظ شان و منزلت آنان است. لذا از راهبرد مقابله ایبی سکوت کردن و پناه بردن به خدا سود می‌بردند. یکی از شرکت‌کننده‌ها اظهار داشت: "من اگر به یاد همسرم بیافتم افسرده می‌شوم. مثلاً اگر شبی همه دور هم می‌شینیم و من جای خالی اونو حس کنم، ناراحت می‌شم. زود جوانب را به یاد خودم میارم و گریه دارم ولی خودداری می‌کنم که بچه‌ها ناراحت نشن. هم‌چنین بسیاری از شرکت‌کنندگان ابراز داشتند هنگام مواجهه با سر و صدای نوه‌ها سعی در کنترل خود و صبوری دارند و آن را نعمت الهی ذکر نمودند.

بحث

سالمندی سالم، فرایند مادام‌العمر بهینه‌سازی فرصت‌ها به منظور ارتقا سلامتی و بهزیستی جسمی، اجتماعی و روانی، استقلال، کیفیت زندگی و ارتقای انتقال موفقیت‌آمیز دوره‌های زندگی توصیف می‌شود (۲۲). نتایج این مطالعه نشان داد که زنان سالمند ایرانی برای مقابله با این تغییرات از عبادت مساله محور و هیجان محور استفاده می‌کنند و بیش‌تر راهبردهای مقابله با تغییرات در بسیاری از زنان سالمند ایرانی، به شیوه مساله محور و هیجان محور و به روش‌های مختلف سازگارانه به اجرا در می‌آید و آنان را در زمره سالمندان کارآمد قرار می‌دهد.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که سالمندان در بین روش‌های مساله محور، بیش‌تر از روش "مشکل‌گشایی"

سود می‌برند. بسیاری از تحقیقات نیز مانند مطالعه حاضر نشان داد که سالمندان برای مشکلات روزانه خود در مقایسه با افراد جوان‌تر، بیش‌تر از راهبردهای مقابله ایبی مشکل‌گشایی استفاده می‌کنند (۲۳، ۲۴) چون سالمندان به کمک تجربه آزمون و خطای گذشته به حل مشکل می‌پردازد لذا انرژی آنان صرف کاربرد راهبردهای موثر خواهد شد. مطابق با نظر بلانچالد فیلد کاربرد راهبردها در سالمندان بیان‌گر این است که آنان در مشکل‌گشایی مسائل پیچیده قابل‌انعطاف و توانمند هستند (۲۳).

مانند مطالعه حاضر، یافته‌های بسیاری از مطالعات، حاکی از تغییر الگوی خواب در سالمندی است (۳، ۲۵-۲۷). عمده‌ترین عوامل ایجادکننده آن تنهایی، افسردگی، مشکلات سلامتی و اقتصادی، کمر درد و چاقی است. شواهد نشان می‌دهد که تنهایی، افسردگی و اختلالات خواب با هم رابطه دارند؛ به طوری که بی‌خوابی و اختلالات خواب، افسردگی را افزایش می‌دهد و تنهایی و افسردگی نیز عوامل پیش‌گویی‌کننده اختلالات خواب هستند (۲۸). نتایج این مطالعه نیز نشان داد که شرکت‌کننده‌ها به خصوص زنان سالمندی که تنها زندگی می‌کنند از اختلال الگوی خواب شاکی‌اند و از راهبردهای متعددی برای اصلاح الگوی خواب استفاده می‌کنند. بیش‌تر سالمندان این مطالعه همانند نتایج تحقیقی دیگر (۲۸) از دارو برای رفع این مشکل استفاده می‌کردند. تسبیح زدن و ذکر گفتن مذهبی نیز از دیگر روش‌های مشکل‌گشایی متداولی بود که در زنان سالمند ایرانی به کار گرفته می‌شود. فراموشی و اختلال حافظه به دلایلی مانند خستگی، بیماری‌ها و افسردگی در سالمندی تشدید می‌شود (۲۹). زنان سالمند در مطالعه حاضر اذعان داشتند که از درجات مختلف فراموشی رنج می‌بردند ولی بیش‌تر آنان اظهار نمودند که با اجرای راهبرد مکث کردن، بسم‌الله گفتن و دعا خواندن قادر به یادآوری خواهند بود. ولی در مطالعات کیفی دیگر در سایر کشورها، سالمندان انجام کارهایی مانند باغبانی (۲۹) و خاطره‌پردازی (۲) را در تقویت حافظه خود دخیل می‌دانستند.



نتایج سایر مطالعات (۱۱، ۳۲، ۳۸-۴۰) نیز تلاش برای قبول تغییرات سالمندی را متذکر شدند. نتایج مطالعه ایی آمادگی برای پذیرش تغییرات سالمندان را عامل مهم برای نائل شدن به سالمندی موفق ذکر کرد (۴۱). هم چنین، در این مطالعه "خویشتن داری" از دیگر راهکارهایی بود که به وسیله عبادت حاصل می شد. اعتقاد بر این است افرادی که حس کنترل درونی بیش تری دارند فعال تر بوده میزان مرگ و میر پائین تری دارند (۴۲). نتایج میروسکی نشان داد که حس کنترل درونی، در مقابل افسردگی، اضطراب، ناخوشی و ضعف روحیه، از فرد محافظت می کند (۴۳). کنترل درونی به تنهایی نمی تواند منجر به سالمندی موفق شود بلکه ترکیبی از کنترل درونی و بیرونی که تحت عنوان سبک یکپارچه نامیده شده برای مقابله موفقیت آمیز در اواخر زندگی ضرورت دارد (۴۲). بیش تر سالمندان مطالعه حاضر اظهار داشتند که برای حفظ روحیه خود و دیگران و حفظ شان و منزلت خود، اقدام به خویشتن داری می کنند. در این زمینه مطالعه ای (۴۴) آموزش راهبردهای مقابله ایی هیجان محور برای حفظ شان و منزلت سالمندان را مورد تاکید قرار داده است. نتایج مطالعات دیگر همانند مطالعه حاضر نشان داد که سالمندان هنگام مواجهه با مشکلات سعی در حفظ کنترل خود دارند (۱۲، ۴۴، ۴۵). زنان سالمند در این مطالعه مانند نتایج بسیاری از مطالعات (۳۸، ۴۶) اظهار نمودند که با روند افزایش سن، معنویات در آنان افزایش یافته است. در یک نتیجه گیری می توان اظهار داشت سلامتی همان طور که توسط سازمان بهداشت جهانی تعریف شده است، درارای ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است. برخی صاحب نظران معتقدند توجه بهبود معنوی سلامتی بسیار ضروری است. برخی مطالعات بیان گر آن است که بدون سلامت معنوی، دیگر ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی نمی تواند عملکرد درستی داشته باشند یا به حداکثر ظرفیت خود برسند و در نتیجه بالاترین سطح کیفیت زندگی، قابل دستیابی نخواهد بود (۴۷-۴۹). سالمندان این مطالعه به منظور سپری کردن این دوران

فعال بودن در گذراندن اوقات فراغت، به سازگاری با نقصان های جسمی و اجتماعی ناشی از روند افزایش سن، کمک می کند (۳۰). در این مطالعه سالمندان اوقات فراغت خود را به وسیله افزایش دادن معاشرت ها و سرگرمی های انفرادی سپری می کردند. سرمایه اجتماعی منابع در دسترس، برای افراد و گروه ها، از طریق ارتباطات اجتماعی و روابط اجتماعی با دیگران تعریف می شود. با دسترسی به سرمایه اجتماعی، سالمندان قادر به حفظ سودمندی، استقلال و اقصاع زندگی خواهند بود. همراه با افزایش شیوع تنها زندگی کردن در سالمندی، دسترسی سرمایه اجتماعی و انجام صله رحم درون جوامع، یک عنصر مهم در سالمندی موفق تلقی می شود (۳۱). مطابق با نتایج مطالعه حاضر وجود همسر، فرزندان، همسایه ها و دوستان و گروه های سالمندی، از جمله افراد در دسترس و حامیان اجتماعی زنان سالمندان بوده اند و مطالعات متعدد نیز اهمیت ارتباطات و حمایت اجتماعی برای سلامتی و بهزیستی سالمندان را نشان می دهند (۱۲، ۱۳، ۱۷، ۳۱-۳۴). مطابق با مطالعه حاضر انجام تفریحات گروهی (۳۵) و خاطره پردازی در جمع دوستان و اقوام (۲) از دیگر راهبردهایی بود که در مطالعات دیگر نیز به آن اشاره شده است. همان طور که در قسمت نتایج این مطالعه اعلام شد، شرکت کنندگان با سرگرمی های انفرادی متنوعی اوقات فراغت خود را می گذراندند. هماهنگ با نتایج مطالعه حاضر، مطالعات دیگر نیز یادگیری و مطالعه (۳۰، ۳۶، ۳۷)، قدم زدن، پارک رفتن (۳۰) را از سرگرمی های انفرادی در اوقات فراغت سالمندان متذکر شدند. در مطالعه ای دیگر، تلفن کردن و یا تلفن داشتن نیز یکی از راهبردهای حمایتی سالمندان بود که در مطالعه حاضر از آن به عنوان صله رحم از راه دور یاد شد (۲۴).

"رویارویی" از دیگر زیر طبقات عبادت مساله محوری است که توسط شرکت کنندگان این مطالعه ابراز شد. در این مطالعه از جمله معمول ترین راهبردهای رویارویی، تلاش برای پذیرش تغییرات ناشی از سالمندانی، حفظ توان باقیمانده و به روز بودن بوده است.



بود اقدامات پیشگیرانه آموزشی و مراقبتی لازم در جهت ارتقای سلامت زنان سالمند را پیش‌بینی و طراحی نمایند.

سپاسگزاری

از کلیه سالمندان محترم شرکت‌کننده در این مطالعه به دلیل همکاری صمیمانه‌شان تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

از زندگی از عبادت مساله محور و هیجان محور سود می‌برند که موجبات سلامت معنوی را برای آنان فراهم می‌آورد. داده‌ها نشان داد که بیش‌تر عبادات زنان سالمند ایرانی، به شیوه‌های مختلف سازگارانه به اجرا در می‌آید و همین امر آنان را در زمره سالمندان کارآمد قرار می‌دهد. بر اساس نتایج این مطالعه و با شناخت نیازها و رفتارهای عبادی سالمندان دست اندرکاران تیم سلامتی قادر خواهند

References

1. Orimo H, Ito H, Suzuki T, Araki A, Hosoi T, Sawabe M. Reviewing the definition of elderly. *Geriatr Gerontol Int*. 2006;6:149-58.
2. Strydom H. Perceptions and attitudes towards aging in two culturally diverse groups of aged males: a South African experience. *Aging Male*. 2005;8(2):81-9.
3. Shin KR, Kim MY, Kim YH. Study on the lived experience of aging. *Nurs Health Sci*. 2003;5(4):245-52 .
4. W.H.O. <http://www.who.int/countries/irn/en/>. 2008.
5. Yancura LA, Aldwin CM. Coping and health in older adults. *Curr Psychiatry Rep*. 2008;10(1):10-5.
6. Brunner LS, Suddarth DS. Health care of the older adult. In: Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH, editors. *Text book of medical surgical nursing*. 11th ed. Philadelphia: Lippincott. Williams & Wilkins; 2008. p. 225-70.
7. Penley JA, Tomaka J, Wiebe JS. The association of coping to physical and psychological health outcomes: a meta-analytic review. *J Behav Med*. 2002;25(6):551-603.
8. Stowell JR, Kiecolt-Glaser JK, Glaser R. Perceived stress and cellular immunity: when coping counts. *J Behav Med*. 2001;24(4):323-39.
9. Thomsen DK, Mehlsen MY, Hokland M, Viidik A, Olesen F, Avlund K, et al. Negative thoughts and health: associations among rumination, immunity, and health care utilization in a young and elderly sample. *Psychosom Med*. 2004;66(3):363-71.
10. Chang SO, Kong ES, Kim KB, Kim NC, Kim JH, Kim CG, et al. [The concept analysis of ego-integrity in the elderly]. *Taehan Kanho Hakhoe chi*. 2004;34(7):1172-83.
11. 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.
12. Dune'r A, Nordstro'm M. Intentions and strategies among elderly people: Coping in everyday life. *J Aging Stud*. 2005;19(4): 437-51.
13. McCann Mortimer P, Ward L, Winefield H. Successful ageing by whose definition? Views of older, spiritually affiliated women. *Australas J Ageing*. 2008;27(4):200-4.
14. Bagheri-Nesami M, Raffi F, Oskouie SFH. Coping strategies of Iranian elderly women: A qualitative study. *Educational Gerontology*. 2010;36(7):573-91.
15. Ravanipour M, Salehi S, Taleghani F, Abedi HA, Schuurmans MJ. Power in Iranian Elders:

- Barriers and Facilitators. *Psychogeriatrics polska*. 2008;5(3):115-22.
16. Loeb SJ. African American older adults coping with chronic health conditions. *J Transcult Nurs*. 2006;17(2):139-147.
 17. Nagalingam J. Understanding successful aging: a study of older Indian adults in Singapore. *Care Manag J*. 2007;8(1):18-25.
 18. Caldas CP, Bertero CM. Living as an oldest old in Rio de Janeiro: the lived experience told. *Nurs Sci Q*. 2007;20(4):376-82.
 19. Yeager DM, Gleib DA, Au M, Lin HS, Sloan RP, Weinstein M. Religious involvement and health outcomes among older persons in Taiwan. *Social Science & Medicine*. 2006;63(8):2228-41.
 20. Streubert H, Carpenter D. *Qualitative Research In Nursing*. 4rd ed. Philadelphia: Lippincot; 2007. p. 20-36-9-42-6-50-2,107-21 ,33.
 21. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*. 2004; 24(2): 105-12.
 22. Peel NM, McClure RJ, Bartlett HP. Behavioral Determinants of Healthy Aging. *Am J Prev Med*. 2005;28(3):298-304.
 23. Blanchard-Fields F, Mienaltowski A, Seay RB. Age differences in everyday problem-solving effectiveness: older adults select more effective strategies for interpersonal problems. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2007;62(1):61-4.
 24. Ravanipour M, Salehi S, Taleghani F, Abedi HA, Schuurmans MJ, de Jong A. Sense of Power Among Older People in Iran. *Educ Gerontol*. 2008;34(10):923-38.
 25. Chen YM. The Meaning of Health and Health Promotion Practices of Taiwanese Elders with Chronic Illness. *Heath Care Manag J*. 2003;15(6):505-10.
 26. Cyr NR. Depression and older adults. *AORN J*. 2007;85(2):397-401.
 27. Wolkove N, Elkholy O, Baltzan M, Palayew M. Sleep and aging: 1. Sleep disorders commonly found in older people. *Can Med Assoc J*. 2007;176(9):1299-304.
 28. Jacobs JM, Cohen A, Hammerman-Rozenberg R, Stessman J. Global sleep satisfaction of older people: the Jerusalem cohort study. *J Am Geriatr Soc*. 2006;54(2):325-9.
 29. McDougall GJ, Montgomery KS, Eddy N, Jackson E, Nelson E, Stark T, et al. Aging memory self-efficacy: elders share their thoughts and experience. *Geriatr Nurs*. 2003; 24(3):162-8.
 30. Silverstein M, Parker MG. Leisure activities and quality of life among the oldest old in Sweden. *Research on Aging*. 2002;24(5):528.
 31. Cannuscio C, Block J, Kawachi I. Social capital and successful aging: the role of senior housing. *Ann Intern Med*. 2003;139 : 395-9.
 32. Bryant LL, Corbett KK, Kutner JS. In their own words: a model of healthy aging. *Soc Sci Med*. 2001; 53(7):927-41.
 33. Kwong EW, Kwan AY. Participation in health-promoting behaviour: influences on community-dwelling older Chinese people. *J Adv Nurs*. 2007;57(5):522-34.
 34. Nicholson Jr NR. Social isolation in older adults: an evolutionary concept analysis. *J Adv Nurs*. 2009;65(6):1342-52.
 35. Jamjan L, Maliwan V, Pasunant N, Sirapongam Y, Porthiban L. Self-image of aging: a method for health promotion. *Nurs Health Sci*. 2002;4(3 Suppl):A6.
 36. Roelofs LH. The meaning of leisure. *J Gerontol Nurs*. 1999;25(10):32-9.

37. 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.
38. 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. *International Journal of Nursing Studies*. 2008;45(6):818-28.
39. Carlsson M, Berg S, Wenestam CG. The oldest old: patterns of adjustment and life experiences. *Scand J Caring Sci*. 1991; 5(4): 203-10.
40. Torres S, Hammarström 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.
41. Ouwehand C, de Ridder DT, Bensing JM. A review of successful aging models: proposing proactive coping as an important additional strategy. *Clin Psychol Rev*. 2007;27(8):873-84.
42. Wilken CS, Walker K, Sandberg JG, Holcomb CA. A qualitative analysis of factors related to late independence as related by the old-old and viewed through the concept of locus of control. *J Aging Stud* 2002;16(1):73-86.
43. Mirowsky J. Age, subjective life expectancy, and the sense of control: the horizon hypothesis. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 1997; 52(3):125-34.
44. Jacelon CS, Connelly TW, Brown R, Proulx K, Vo T. A concept analysis of dignity for older adults. *J Adv Nurs*. 2004;48(1):76-83.
45. Oh BH. Psychosocial Aspects of Normal Ageing. *J Korean Am Med Assoc*. 2004; 47(4): 351-60.
46. Tornstam L, Tornqvist M. Nursing Staff's Interpretations of "Gerotranscendental Behavior" in the Elderly. *Journal of Aging and Identity*. 2000;5(1):15-29.
47. Omidvari S. Spiritual health, concepts and challenges. *Quranic Interdisciplinary Researches*. 2009;1(1):6-17.
48. Heydari-Fard J, Bagheri-Nesami M, Mohammadpour RA. Association between Quality of Life and Spiritual Well-Being in Community Dwelling Elderly. *Life Sci J*. 2012; 9(4):3198-204.
49. Heydari-Fard J, Bagheri-Nesami M. The Relationship between General Health and Religious Coping in Elderly Residing at Homes. *Life Sci J*. 2012;9(4): 3205-3210.