

درک تجربه و معنای ذهنی زنان میانسال از سلامت و تغییرات بدنی مرتبط با سن در شهر شیراز

مجید موحد^۱، مریم حسینی^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: میانسالی، یکی از مهم‌ترین دوره‌های زندگی زنان می‌باشد که با تجربه تغییرات بدنی مرتبط با سن همراه است. ادراک زنان از این تغییرات بدنی که به صورت اجتماعی بر ساخته می‌شود، نقش تعیین‌کننده‌ای در رفتارهای سلامت محور آن‌ها ایفا می‌کند. با توجه به اهمیت موضوع، پژوهش حاضر که بخشی از یک مطالعه گسترده‌تر بود، با هدف درک تجربه و معنای ذهنی زنان از تغییرات بدنی و سلامت در دوره میانسالی صورت گرفت.

روش: این تحقیق به روش کیفی انجام شد. بدین ترتیب، با استفاده از روش نمونه‌گیری نظری و هدفمند، ۲۲ زن میانسال ۴۰ تا ۶۰ ساله به عنوان نمونه انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از مصاحبه عمیق و نیمه ساختار یافته جمع‌آوری گردید و سپس مصاحبه‌ها با روش نظریه زمینه‌ای و با توجه به مراحل سه‌گانه کدگذاری باز، محوری و گزینشی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: ۷ مقوله اصلی و ۲۹ مقوله فرعی پدیدار شد که مقوله‌های اصلی شامل «تغییر در کیفیت سلامت»، «یائسگی زنان به مثابه نشانه»، «رازگونی تغییرات بدن»، «احساس زیست میانسالی تهدید شده»، «طبیعی انگاری درد»، «نادیده انگاری مشروعیت یافته» و «دوگانه مقاومت/ انفعال» بود.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج به دست آمده، زنان میانسال، زیست میانسالی تهدید شده‌ای را تجربه می‌کنند. بسترهای اجتماعی و فرهنگی که ادراک زنان را شکل می‌دهد، می‌تواند موانعی در موفقیت برنامه‌های سلامت محور و سالمندی موفق ایجاد نماید. بنابراین، برای جلب توجه زنان و همکاری آن‌ها در برنامه‌های سلامت محور، نیاز است که ابتدا این باورهای اجتماعی و ذهنی تغییر کند تا زنان فعالانه و مسؤولانه در طرح‌های سلامت مشارکت نمایند.

کلید واژه‌ها: یائسگی، میانسالی، نظریه زمینه‌ای، سلامت، زنان

ارجاع: موحد مجید، حسینی مریم. درک تجربه و معنای ذهنی زنان میانسال از سلامت و تغییرات بدنی مرتبط با سن در شهر شیراز. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۷؛ ۷ (۲): ۱۷۱-۱۵۷.

تاریخ چاپ: ۹۷/۴/۱۴

تاریخ پذیرش: ۹۵/۹/۲۳

تاریخ دریافت: ۹۵/۶/۳۱

Email: m.hosseini328@gmail.com

نویسنده مسؤول: مریم حسینی

مقدمه

میانسالی یکی از مقاطع زندگی است که با تغییرات بدنی خاصی همراه می‌باشد. افراد در این سن به لحاظ جسمی و فیزیولوژیک درگیر تغییراتی می‌شوند. این تغییرات جسمی به اقتضای دوره زندگی، پیر شدن و چرخه طبیعی رشد، روندی را طی می‌کند که در این مسیر، گفتمان‌ها و بازنمایی‌های اجتماعی بر درک این تجربه و معنا سازی افراد از آن تأثیرگذار است (۱). این معناها که یک برساخته فرهنگی اجتماعی می‌باشد، می‌توانند تجربه تغییرات بدنی و رفتارهای سلامت محور را برای افراد درگیر آن به گونه‌ای متفاوت رقم بزنند. بنابراین، توسعه یک نگرش جامعه‌شناختی از بدن، به عنوان یکی از زیرشاخه‌های بهداشت و سلامت، از اهمیت خاصی برخوردار می‌باشد و به همین دلیل امروزه محور اصلی پژوهش‌ها در این حوزه قرار گرفته است.

تغییرات بدنی میانسالی به لحاظ زیستی برای زنان بیش از مردان رخ می‌دهد. میانسالی زنان اغلب با تغییرات بدنی و به طور خاص یائسگی و پایان باروری همراه است که می‌تواند درک منحصر به فردی از تغییرات بدنی مرتبط با سن برای زنان ایجاد کند که خاص آن‌ها می‌باشد. چگونگی ادراک و تجربه زنان از تغییرات بدنی، می‌تواند پیامدهایی را به لحاظ زیستی، روانی و اجتماعی برای آن‌ها به همراه داشته باشد (۷-۱). با توجه به این مسایل، شناخت تجربه بدنی زنان میانسال در باب تغییرات مرتبط با سن، می‌تواند دلالت‌های مهمی برای سلامت آن‌ها باشد که جهت برنامه‌ریزی‌های هدفمند در راستای سلامت جسمی و روانی و اجتماعی جمعیت مورد نظر به کار می‌رود.

مطالعات زیادی در زمینه تجربه تغییرات بدنی زنان میانسال در داخل کشور انجام نشده و بیشتر تحقیقات متمرکز بر یائسگی بوده است (۸-۱۴). در مقایسه با ایران، پژوهش‌های اجتماعی که در خصوص تغییرات بدنی و سلامت در دوره میانسالی در خارج از کشور صورت گرفته، به مراتب بیشتر و عمیق‌تر بوده و بر حوزه‌های بیشتری به غیر از یائسگی متمرکز بوده است (۲۲-۱۵)، اما به دلیل این که تجربه افراد از تغییرات بدنی در بسترهای اجتماعی فرهنگی

مختلف متفاوت است و یک نظریه واحد نمی‌تواند بیانگر تجربه زنان در تمام بسترها، زمان‌ها و فرهنگ‌ها باشد؛ ضروری است تا از روش کیفی موقعیت‌مند و مکان‌مند جهت مطالعه تجربه زنان ایرانی از تغییرات بدنی استفاده گردد. همچنین، با توجه به ماهیت مسأله تحقیق (تجربیات بدنی که به صورت اجتماعی برساخته می‌شود)، روش کیفی جهت مطالعه تجربه تغییرات بدنی روش مناسب‌تری است و می‌تواند ذهن کنشگران را مورد کندوکاو قرار دهد.

پژوهش حاضر با هدف فهم تجربه زنان میانسال از تغییرات بدنی مرتبط با سن و سلامت انجام گردید و در نظر داشت تا علاوه بر کشف و فهم چگونگی تجربه زنان از این تغییرات، شرایط زمینه‌ای، بستر و عوامل مداخله‌گری که در چگونگی این تجربه نقش دارند و پیامدهای آن را مطرح نماید.

روش

این مطالعه با رویکرد کیفی و با استفاده از روش‌شناسی نظریه زمینه‌ای Corbin و Strauss انجام شد (۲۳). در اغلب رویکردهای کیفی، موضوع تحقیق، ایده و مسأله تحقیق، اهداف و سؤالات تحقیق، روش تحقیق برای مطالعه را تعیین می‌کند. بر این اساس، در تحقیق حاضر از بین روش‌شناسی‌های کیفی، از رویکرد روش‌شناسی نظریه زمینه‌ای استفاده گردید. نظریه زمینه‌ای در خدمت پاسخ به سؤالات فرایندی درباره تغییر تجربه در طول زمان و اشکال آن تعبیر است (۲۳). بنابراین، پژوهش حاضر به دنبال کشف چگونگی تجربیات بدنی زنان میانسال و زمینه‌های شکل‌گیری این تجربه بود که با توجه به این اهداف، استراتژی نظریه مبنایی با رویکرد Corbin و Strauss (۲۳) می‌تواند در دستیابی به آن راهگشا باشد.

نمونه‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب گردید. این روش انتخاب نمونه، بر گزینش هدفمند و معیار محور استوار است. شرایط ورود به مطالعه شامل زن بودن، ساکن شهر شیراز بودن، میانسال بودن و داشتن تجربه حدودی از تغییرات بدنی مرتبط با سن بود. لازم به ذکر است، با توجه به این که در مورد سنین میانسالی اجماع نظری وجود

مصاحبه شونده، ضبط خاموش را در معرض دید مصاحبه شونده‌گان قرار داد و جهت حفظ حقوق آنان از ضبط به صورت مخفیانه نیز خودداری نمود. مصاحبه‌ها از ۹۰ تا ۱۸۰ دقیقه به طول انجامید. یکی از ضرورت‌های انجام مصاحبه، تعیین مکان مصاحبه بود.

یکی از مکان‌هایی که زنان از طبقات، گروه‌ها و اقشار مختلف به آن‌جا رفت و آمد دارند، آرایشگاه‌ها است. محقق ابتدا در نظر داشت نمونه‌ها را از آرایشگاه‌های شهر شیراز به صورت هدفمند انتخاب نماید و در همان‌جا با آن‌ها مصاحبه نماید. چند مصاحبه بدین شکل در داخل آرایشگاه انجام شد، اما مشخص گردید آرایشگاه‌هایی که تعداد مشتریان زیادی دارند، مکان مناسبی برای انجام مصاحبه نیستند و سر و صدای دیگران باعث حواس‌پرتی و اشکال در روند مصاحبه می‌شود. از طرف دیگر، به دلیل تعداد زیاد مشتری، پیدا کردن جای دنجی که مصاحبه شونده با خیال راحت از مسایل بدنی‌اش صحبت کند و کسی از مشتریان به حرف‌هایش گوش ندهد، سخت و غیر ممکن بود. بنابراین، محقق تصمیم گرفت مکان مصاحبه را به جایی غیر از آرایشگاه تغییر دهد. کافی‌شاپ‌ها و پارک‌ها و محل کار به عنوان فضای جایگزین انتخاب گردید. ضمن این که انتخاب اولیه نمونه‌ها علاوه بر آرایشگاه، در مکان‌های ورزشی و کلینیک‌ها نیز انجام شد. بعد از کسب رضایت از مصاحبه شونده و بر اساس انتخاب وی، مصاحبه‌ها در کافی‌شاپ، پارک و یا محل کار صورت گرفت. در مورد محل کار، محقق سعی نمود ساعت‌هایی مراجعه نماید که به گفته خود مشارکت‌کنندگان، کمترین تعداد مراجعه‌کننده وجود داشته باشد. همچنین، به دلیل این که مشارکت‌کنندگان خانم‌های ۴۰ تا ۶۰ سال بودند که مسؤولیت‌های خانوادگی داشتند، انتخاب مکان مصاحبه و زمان آن به خود آن‌ها واگذار گردید. بنابراین، با رایزنی‌های متناوب با مشارک‌کنندگان، سعی شد از آن‌ها در بهترین زمان و بهترین مکان ممکن که امکان مصاحبه داشتند، دعوت به مصاحبه گردد. در انتخاب زمان و مکان مصاحبه، محقق بیشترین تلاش را اعمال نمود تا در مکانی آرام و به دور از هرگونه صدای مزاحمی مصاحبه پیش رود. وقتی که

ندارد و با توجه به این که در پژوهش حاضر تجربیات بدنی وابسته به سن اهمیت دارد، سن یائسگی به عنوان نقطه کانونی تغییرات بدنی در نظر گرفته شد و چند سال قبل و بعد از یائسگی برای این پژوهش مشخص شد. فراتحلیل انجام شده روی برآورد سن یائسگی در ایران، ۴۸/۲ سال را به عنوان میانگین سن یائسگی اعلام نموده است (۲۴). بنابراین، سن ۴۰ تا ۶۰ سال به عنوان میانسال در نظر گرفته شد.

Creswell معتقد است که افراد مناسب برای یک مطالعه نظریه زمینه‌ای ممکن است در یک مکان نباشند و حتی به نظر وی هرچه افراد مورد مطالعه پراکنده‌تر باشند، اطلاعات مفیدتری به محقق می‌رسد و مقوله‌های تحقیق غنی‌تر می‌شوند (۲۵). بر همین اساس، محقق سعی کرد برای جمع‌آوری اطلاعات مفیدتر و مقوله‌های غنی‌تر، پراکندگی نمونه‌های خود را گسترش دهد و به همین دلیل از نمونه‌گیری حداکثر تنوع نیز استفاده گردید. از آن‌جا که تجربیات بدنی با طبقه اجتماعی، گروه سنی و گروه‌های تحصیلی می‌تواند متفاوت باشد، جهت غنا بخشیدن به مقوله‌ها سعی شد که به صورت هدفمند نمونه‌ها با حداکثر تنوع انتخاب شوند؛ بدین صورت که محقق به صورت عمدی و هدفمند در انتخاب نمونه‌ها تلاش خود را برای پراکندگی طبقاتی و پراکندگی تحصیلی به کار برد. به این ترتیب، افرادی با سرمایه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی خاص و یا افرادی با تحصیلات متفاوت جستجو شدند. در مجموع، ۲۲ مصاحبه در پژوهش مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت مصاحبه‌ها تا زمان اشباع اطلاعات ادامه یافت؛ یعنی تا زمانی که مصاحبه‌های بیشتر، اطلاعات جدیدی به محقق نمی‌داد و مقوله جدیدی را طرح نمی‌کرد.

روش جمع‌آوری اطلاعات، مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته بود؛ بدین صورت که مصاحبه‌ها با سؤالات کلی آغاز می‌شد و سپس از صحبت‌های مصاحبه شونده‌گان سؤالات بعدی مطرح می‌گردید. بعضی از مصاحبه‌ها با کسب رضایت مصاحبه شونده ضبط گردید، اما در بیشتر مصاحبه‌ها به دلیل این که بحث پیرامون بدن مطرح بود، مصاحبه شونده‌گان اجازه ضبط صدا به محقق ندادند و محقق جهت حصول اطمینان

مشارکت‌کننده در مکان مصاحبه و در موقعیت مصاحبه قرار می‌گرفت، محقق ابتدا از فرایند یخ‌شکنی استفاده می‌کرد و گفتگوهای غیر از مصاحبه انجام می‌داد و سپس وارد بحث اصلی تحقیق می‌شد.

با آغاز فرایند مصاحبه، محقق بر اساس پروتکل مصاحبه خود سعی نمود مصاحبه را به پیش ببرد. پروتکل مصاحبه بر اساس حساسیت نظری طراحی شده بود و محقق را در جهت‌دهی مصاحبه‌ها راهنمایی می‌کرد. این پروتکل به هیچ وجه مانع مشارکت‌کنندگان برای بحث در مورد موضوعات دیگر نشد. پروتکل مصاحبه طرح انعطاف‌پذیری می‌باشد که با ظهور مقولات جدید از تحلیل‌ها، امکان تغییر برای مصاحبه‌های بعدی را داشت و سؤالات و رویه‌های مصاحبه بارها بازبینی و تصحیح گردید. در مصاحبه‌های اولیه، محقق تمام سعی خود را کرد که مصاحبه‌ها به صورت باز و یا نیمه ساختار یافته پیش رود. بنابراین، محقق بیشتر سؤالاتی را مطرح می‌کرد که تجربه مشارکت‌کنندگان از تغییرات بدنی مرتبط با سن را بررسی نماید. پس از هر مصاحبه و پیاده کردن آن بر روی کاغذ و یا مرتب‌نویسی آن، فرایند تحلیل انجام می‌شد و دوباره پروتکل مصاحبه بازبینی می‌گردید و محقق برای جمع‌آوری داده‌های جدید دوباره به مشارکت‌کنندگان دیگری مراجعه می‌نمود. چرخه جمع‌آوری اطلاعات تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت.

فرایند تحلیل مصاحبه‌ها بر اساس روش نظریه زمینه‌ای Strauss و Corbin (۲۳) و مراحل سه‌گانه کدگذاری باز، محوری و انتخابی انجام شد؛ بدین صورت که محقق ابتدا به طور دقیق چندین بار متن مصاحبه‌ها را به طور کامل خواند. این امر باعث می‌شود که محقق نمایی کلی از متن کامل و منطق کلی مصاحبه داشته باشد. سپس مصاحبه‌ها جمله به جمله خوانده می‌شد و واحدهای معنایی و کدهای اولیه استخراج گردید (کدگذاری باز). در مرحله بعد، با مقایسه مداوم کدها با یکدیگر و کشف تشابهات بین کدها، کدهای فرعی و اصلی به صورت فرایند استقرایی استخراج شد و در جهت انتزاع داده‌ها کدگذاری ادامه پیدا کرد. در طی این مسیر بارها دسته‌بندی‌ها تغییر نمود و با روشن‌تر شدن مفاهیم

بعضی از کدها، جای آن‌ها تغییر کرد. محقق در فرایند مقایسه مداوم کدها و مقولات سعی می‌کرد تعداد مقوله‌های اطلاعاتی را کاهش دهد. این مسیر چندین بار به طور رفت و برگشتی از داده‌ها تا مقوله‌ها ادامه یافت. در نهایت، مقوله‌های استخراج شده در قالب مدل پارادایمی به توضیح شرایط علی، مداخله‌گر، زمینه، استراتژی‌ها و پیامدها تفسیر و توضیح داده شد.

قابلیت اعتماد به بیان اعتبار یک مطالعه از دیدگاه خواننده، مشارکت‌کننده و محقق مربوط می‌شود (۲۵). از نظر Creswell، یک محقق کیفی باید حداقل دو استراتژی را برای ارزیابی تحقیق خود به کار گیرد (۲۵). در پژوهش حاضر برای رسیدن به معیار قابلیت اعتماد (قابلیت اطمینان)، از دو تکنیک کنترل یا اعتباریابی توسط اعضا و تکنیک ممیزی (کنترل توسط همکاران) (۲۸-۲۶) استفاده شد. محقق، بعضی از مصاحبه‌ها و مقولات استخراج شده را به چهار نفر از همکاران متخصص خود که تجربه کار میدانی و تحقیقاتی به شیوه کیفی را داشتند، ارایه کرد و از آن‌ها در رابطه با درستی مقولات و کدها سؤال پرسید. در واقع، با اظهار نظر آنان، مفاهیم و مقوله‌ها بازبینی و تثبیت گردید. در شیوه بررسی توسط اعضا، مفاهیم و مقوله‌های استخراج شده از مصاحبه‌ها (نتایج تحقیق) به چند نفر از مشارکت‌کنندگان عرضه شد و از آن‌ها درخواست شد تا مضامین و مقوله‌ها را ارزیابی کنند و در مورد صحت آن‌ها نظر بدهند که در نهایت، نتایج مورد تأیید قرار گرفت.

ملاحظات اخلاقی در پژوهش اهمیت زیادی دارد. جهت حفظ حقوق مشارکت‌کننده، محقق ابتدا در مورد ماهیت تحقیق اطلاعاتی در اختیار افراد قرار داد و پس از توضیحات کامل در این خصوص و جلب رضایت مصاحبه شونده، آن‌ها را به مصاحبه دعوت می‌کرد. مشارکت‌کننده در شرکت کردن یا شرکت نکردن در مصاحبه کاملاً مختار بود و اصراری دال بر مشارکت در مصاحبه توسط محقق صورت نگرفت. همچنین، محقق سعی نمود آسایش و راحتی مشارکت‌کنندگان را تأمین نماید. بنابراین، زمان مصاحبه توسط خود مشارکت‌کنندگان تعیین می‌شد و محقق سعی نمود تا مکان‌هایی را برای مصاحبه انتخاب کند که از راحتی و آرامش نسبی برخوردار

گونه‌های مختلف و با شدت و ضعف تجربه می‌شود. بعضی از زنان میانسال هیچ‌گونه مشکل جسمی را در باب سلامت گزارش نکردند، اما گروه دیگر مشکلاتی را مطرح نمودند. این مشکلات در اوایل و اواخر میانسالی متفاوت بود و با شدت و ضعف مختلفی تجربه می‌شد که در دو بعد «بازنمایی‌های جسمی و بازنمایی‌های ذهنی-هیجانی» بررسی گردید.

بازنمایی‌های جسمی: منظور از این مقوله فرعی، مشکلات جسمی است که به واسطه پیر شدن و تغییرات بدنی، مشارکت‌کنندگان را درگیر می‌کند. عمده‌ترین و اساسی‌ترین تغییر بدنی در این دوره یائسگی است که به تعبیر مصاحبه شونده‌گان، همراه با خود به مسایل جسمی دامن می‌زند. بعضی از زنانی که یائسه شده بودند و یا در سنین نزدیک یائسگی بودند، این تغییرات را گزارش کردند که شامل مشکلات خواب، گرگرفتگی، تپش قلب و... بود. از دیگر مشکلات شایع این دوره سنی می‌توان به دردهای مفاصل و استخوان‌بندی، ضعیف شدن بینایی، ریزش مو، قند و چربی خون، تغییرات فشار خون و آسیب دیدن دندان‌ها اشاره کرد.

بازنمایی‌های ذهنی-هیجانی: علاوه بر مشکلات جسمی، بعضی از زنان نوسانات خلقی را مطرح کردند که همیشگی نیست، اما به طور موقت به سراغشان می‌آید. این حالات روحی شامل بی‌حوصله شدن، اضطراب و نگرانی و افسردگی، احساس تنهایی و درک نشدن، عصبی شدن و فراموش کردن بود. «به بچه‌هام می‌گم هیچ چیز را به من نسپريد و چیزی بهم نديد؛ چون ممکنه يادم بره. بعضی وقتا به چیزایی را قایم کردم، اما بعد جاشو فراموش کردم» (مشارکت‌کننده شماره ۲، ۵۸ ساله).

باشد و شأن مصاحبه شونده‌گان نیز حفظ گردد. علاوه بر این، سعی شد بیشتر از مکان‌های عمومی استفاده شود که مصاحبه شونده احساس امنیت بیشتری کند. محقق تلاش نمود تا در برخورد با مشارکت‌کنندگان به گونه‌ای صحبت نشود که زنان مصاحبه شونده از بیان مسایل و تجربیات بدنی خود احساس شرم نمایند و یا طوری سؤال نشود که نگرانی نسبت به بدن و توجه به آن را به مصاحبه شونده القا کند و در نهایت، موجب احساس ناخوشایند مصاحبه شونده نسبت به بدن خود شود. همچنین، در مواقعی که مصاحبه شونده راضی به ضبط صدای خود توسط محقق نبود، حق وی محترم شمرده شد و از ضبط کردن خودداری گردید. اصل محرمانه بودن هویت مشارکت‌کنندگان نیز در پژوهش رعایت شد. محقق هیچ اسمی از آن‌ها در تحقیق نیاورده است.

یافته‌ها

سؤال اصلی مطالعه حاضر این بود که زنان میانسال تغییرات بدنی مرتبط با سن و سلامت را چگونه تجربه می‌کنند؟ به طور کلی، در مراحل کد گذاری در حوزه سلامت، ۲۹ مقوله فرعی استخراج شد که در قالب ۷ مقوله اصلی قرار گرفت. مقولات اصلی شامل «تغییرات در کیفیت سلامت، یائسگی به مثابه نشانه، رازگونگی تغییرات بدنی، احساس زیست میانسالی تهدید شده، طبیعی انگاری درد، نادیده انگاری مشروعیت یافته، دوگانه مقاومت/انفعال» بود. مقولات فرعی و مقولات اصلی که در خلال تحلیل مصاحبه‌ها استخراج گردید، در جدول ۱ ارایه شده است.

تغییرات در کیفیت سلامت

با افزایش سن و پیر شدن، تغییراتی در کیفیت سلامت به

جدول ۱. مقولات فرعی و اصلی

مقوله اصلی	مقولات فرعی
تغییرات در کیفیت سلامت (مداخله‌گر)	بازنمایی‌های جسمی، بازنمایی‌های ذهنی-هیجانی
یائسگی به مثابه نشانه (علی)	مرحله طبیعی بدن، رهایی و آسودگی، آغاز پیر شدن، به پایان رسیدن، باورپذیری فرایند پیر شدن، کاتالیزور پیر شدن، شروع دوران آسیب‌پذیری (جسمی، اقتصادی، اجتماعی، هویتی و روانی)
رازگونگی تغییرات بدنی (علی)	تابوانگاری بدن، افسانه یائسگی، دیده‌بانی ناقص اطلاعات
احساس زیست میانسالی تهدید شده (پدیده)	القای ترس توسط جامعه غیر حرفه‌ای، القای ترس توسط جامعه حرفه‌ای، تغییرات بدنی به مثابه مسأله‌ای نگران‌کننده خودطبیعی انگاری درد، کارشناسان غیر حرفه‌ای و طبیعی انگاری درد، کارشناسان حرفه‌ای و طبیعی انگاری درد
طبیعی انگاری درد (زمینه‌ای)	زنان مراقبان سلامت دیگری، خودمسئول‌پنداری، سبک زندگی نادرست
نادیده انگاری مشروعیت یافته (علی)	کنترل، پزشکی کردن میانسالی، اصلاح رفتار، مدیریت بدن به مثابه سلامتی، جستجوگری اطلاعات
دوگانه مقاومت/انفعال (راهبرد)	

یائسگی به مثابه نشانه

معنا و ادراکی که زنان از یائسگی و تغییرات بدنی دارند، نقش مهمی در چگونگی تجربه جسمی و روحی آن‌ها ایفا می‌کند. تحلیل مصاحبه‌ها نشان داد که یائسگی برای گروهی از زنان نشانه تجربه‌ای خوشایند و برای عده‌ای نشانه تجربه‌ای ناخوشایند بود.

تجربه خوشایند: این گروه از زنان، یائسگی را به عنوان واقعه طبیعی بدن خود می‌پذیرند و نسبت به آن احساس ناخوشایندی ندارند. آن‌ها به دلیل رسیدن به دوره یائسگی ناراحت نبودند. چگونگی تجربه یائسگی می‌توانست ادراک زنان از آن را خوشایند یا ناخوشایند سازد. بعضی از مشارکت‌کنندگان در این گروه، یائسگی را در صورتی خوشایند می‌دانستند که مشکلات یائسگی به سراغشان نیاید. گروهی نیز قبل از یائسه شدن، آن را منفی قلمداد می‌کردند و تصورشان این بود که دنیایشان به پایان می‌رسد، اما به مرور زمان و با تجربه نکردن مسایل و مشکلاتی که فکر می‌کردند گریبان‌گیرشان بشود، این نگرانی از بین رفته و تعدیل شده بود و به نوعی این مرحله تحت کنترل آنان قرار داشت.

تجربه ناخوشایند: برای این گروه، یائسگی به مثابه نشانه‌های ناخوشایند درک می‌شود؛ نشانه‌هایی برگرفته از تفاسیر اجتماعی که در باور زنان انعکاس یافته است. بسیاری از مشارکت‌کنندگان شروع دوره یائسگی را نشانه آغاز پیر شدن می‌دانستند. برای بعضی یائسگی به مثابه ورود به دوران آسیب‌پذیری تلقی می‌شد: «بعد از یائسگی حس بدی پیدا کرده بودم. دوستانم که یائسه شدن بعضی‌هاشون مشکل داشتن. به همین خاطر منم منتظر این مشکلات بودم» (مشارکت‌کننده شماره ۱۰، ۵۲ ساله). برای گروهی از زنان، یائسگی علاوه بر این که نشانه آسیب‌پذیری جسمی بود، آسیب‌پذیری اجتماعی را نیز به همراه داشت. تصورات اجتماعی و پیش‌داوری‌های اجتماعی از زنان یائسه، ترس از پیرزن خطاب شدن، ترس از تغییر روابط زناشویی و... از جمله دلایل این زنان برای مخفی کردن یائسگی خود بود. به عنوان نمونه، مشارکت‌کننده‌ای از ترس این که برچسب‌های منفی نخورد، یائسه شدن خود را پنهان می‌کرد. «ثروانی که

تازه یائسه شده بودم به کسی نگفتم. ناراحت بودم، احساس بدی داشتم. فکر می‌کردم اگر به کسی بگویم، منو دیگه پیر تصور می‌کنه» (مشارکت‌کننده شماره ۸، ۵۵ ساله). یائسگی بیش از آنکه تغییرات بدنی ایجاد کند، بر ساخت‌های فرهنگی ناخوشایندی را حمل می‌کند که این بر ساخت‌ها در بستر مردسالارانه و با نگاه جنسی به زن ساخته شده است. زنانی که دوران یائسگی را پشت سر گذاشته بودند، بیان کردند که دیدشان نسبت به یائسگی بهتر شده است و پیش‌تر تصور بدتری از یائسگی داشتند و پس از این که خودشان تجربه کردند و مدتی از آن گذشت، احساس بهتری پیدا کرده‌اند و به نوعی ترس‌هایی که به لحاظ جسمی یا اجتماعی در سر داشتند، تا حدی فرو ریخته است و توانسته‌اند با آن کنار بیایند.

رازگونگی تغییرات بدن

منظور از رازگونگی تغییرات بدن، در هاله‌ای از ابهام ماندن و روشن نبودن زوایای تغییرات بدنی برای زنان و دیگرانی است که با آن‌ها در ارتباط می‌باشند. این مقوله اصلی در سه مقوله فرعی «تابوانگاری تغییرات بدنی، افسانه یائسگی، و دیده‌بانی ناقص اطلاعات» توضیح داده شده است.

تابوانگاری تغییرات بدن: تابو آن دسته از رفتارها، گفتارها یا امور اجتماعی است که بر طبق عرف و آیین یا مذهب، ممنوع و نکوهش‌پذیر است. محقق در حین مصاحبه‌های انجام شده با زنان میانسال مشارکت‌کننده، مشاهده نمود که بعضی از زنان از صحبت کردن در مورد بعضی از تغییرات بدنی اکراه دارند و با نوعی شرم درباره آن‌ها صحبت می‌کنند. در حین مصاحبه زمانی که می‌خواستند از کلمه یائسگی استفاده کنند یا آن کلمه را به زبان نمی‌آوردند و یا با احتیاط و چک کردن اطراف خود در این باره سخن می‌گفتند؛ طوری که رهگذری حرف‌های آنان را نشنود. بعضی از زنان با این که محقق هم‌جنس آن‌ها بود، برایشان راحت نبود که در مورد یائسگی و یا مشکلات ایجاد شده در زمینه رابطه زناشویی شان صحبت نمایند و تنها پس از ارتباط صمیمی‌تر به بیان مسایل پرداختند. وقتی در این مورد از آن‌ها سؤال شد، آن‌ها به زشت بودن صحبت درباره این مسایل اشاره کردند. بعضی از آن‌ها با شرم و حیا و یا خجالت در مورد یائسگی خود

خود در برقراری ارتباط جنسی بعد از یائسگی می‌گوید: «می‌ترسیدم با شوهرم رابطه داشته باشم؛ چون شنیده بودم بعد از یائسگی رابطه دردناک می‌شه» (مشارکت‌کننده شماره ۳، ۶۰ ساله).

دیدهبانی ناقص اطلاعات: در طی مصاحبه هرگاه از مشارکت‌کنندگان در مورد دانستنی‌های این دوره سنی سؤال گردید، حرف زیادی برای گفتن نداشتند، به خصوص در مورد یائسگی. بیشترین اطلاعات آن‌ها شامل رفتارهای تغذیه‌ای و پرهیزهای مرتبط با سلامت عمومی بود. اغلب شرکت‌کنندگان به کمبود اطلاعات در دسترس اشاره نمودند. بسیاری از اوقات اطلاعات نادرست به زنان انتقال یافته بود که باعث ترس بیشتر آن‌ها نسبت به یائسگی شده بود. مشارکت‌کننده‌ای از عدم آگاهی صحبت کرد که اگر داشت می‌توانست دوره یائسگی بهتری را طی کند. «من هیچ ترسی از پیر شدن و یائسگی نداشتم، اما شروع یائسگی برام چندان خوشایند نبود و ناراحتی‌های زیادی داشتم. بعدها فهمیدم که یه سری اقداماتی هست که اگه انجام می‌دادم، می‌تونستم این مشکلاتم را کم کنم، اما نمی‌دونستم» (مشارکت‌کننده شماره ۱۳، ۵۶ ساله). بیشتر منابع اطلاعاتی زنان در مورد مسایل دوره سنی خود، دوستان، خواهر و مادری بود که این دوره را تجربه کرده بودند. زنان میانسال بیان داشتند که بهتر است دادن این اطلاعات قبل از یائسگی و در اوایل میانسالی باشد. به اعتقاد آن‌ها اگر بدانند در این دوره باید انتظار چه چیزهایی را داشته باشند و برای هر اتفاق باید چه کار کنند، می‌توانند با آمادگی بیشتر به این مرحله وارد شوند. عبارت زیر از زبان یکی از مشارکت‌کنندگان، گویای آن است که مایل به داشتن اطلاعات هستند، اما منابع اطلاعاتی خوبی در اختیار ندارند. «من گاهی که برای معاینه سالانه به متخصص زنان مراجعه می‌کردم، از شون در مورد یائسگی می‌پرسیدم، اما فقط بهم می‌گفتن که فعلا نگران نباش. برای شما هنوز زوده به یائسگی فکر کنی» (مشارکت‌کننده شماره ۱۵، ۴۳ ساله). دادن اطلاعات درست به زنان میانسال در باب تغییرات بدنی دوره سنی خود، در آن‌ها آمادگی ذهنی، روانی و جسمی فراهم می‌کند.

صحبت می‌کردند. «قبل از این که یائسه بشم، پریودیم به هم ریخته بود. شنیده بودم قبل از یائسگی ممکنه این مسأله پیش بیاد. با هر کسی آدم نمی‌تونه در مورد این مسایل حرف بزنه. خجالت می‌کشیدم، اما به خواهرم گفتم؛ چون باهاش راحت بودم. اولشم برام سخت بود، اما وقتی گفتم دیگه برام عادی شد. الانم حرف زدن در موردش برام راحت‌تره» (مشارکت‌کننده شماره ۱۰، ۵۲ ساله).

برخی از زنان میانسال صحبت کردن در مورد تغییرات بدنی خاص را با زنان هم‌سن یا بزرگ‌تر راحت می‌دانستند و برایشان امری پذیرفته شده بود، اما علنی کردن یائسگی را نوعی بی‌حیایی و گستاخی می‌دانستند. بعضی از زنان علاوه بر یائسگی، صحبت کردن در مورد بعضی از تغییرات جسمی این دوره سنی هم برایشان دشوار بود؛ حتی تغییراتی که برایشان مشکل‌ساز شده بود. به عنوان مثال، یکی از مشارکت‌کنندگان گفت: «حرف زدن در مورد مشکلات جنسی برام خیلی سخته. بعضی خانم‌ها خیلی راحت در این مورد حرف می‌زنن و همه مسایل شون رو می‌گن، اما من نمی‌تونم. از گفتنش احساس خجالت می‌کنم» (مشارکت‌کننده شماره ۱۰، ۵۲ ساله).

افسانه یائسگی: بسیاری از زنان مورد مصاحبه به جز گروه اندکی، باورهای نادرستی نسبت به یائسگی داشتند. بیشتر مشارکت‌کنندگان بر این باور بودند که با یائسه شدن نوعی زلزله در زندگی آن‌ها رخ خواهد داد و مشکلات جسمی و روحی به آن‌ها هجوم خواهد آورد که ممکن است آن‌ها را از پا درآورد و به نوعی از کارافتادگی مبتلا نماید. در واقع، آن‌ها فکر می‌کردند با یائسه شدن باید منتظر بدبختی باشند. برخی فکر می‌کردند عادت ماهیانه مانع از ایجاد خیلی از مشکلات برای آن‌ها بوده است و اکنون با قطع عادت ماهیانه، زندگی روزمره آن‌ها دچار اختلال خواهد شد. «ز وقتی یائسه شدم، احساس می‌کنم خیلی ضعیف شدم، حتی بعضی وقتا احساس ناتوانی می‌کنم» (مشارکت‌کننده شماره ۱۴، ۵۱ ساله). مشارکت‌کننده دیگری هم از تأثیر احساس منفی یائسگی در ارتباط زناشویی گفت: «وایل که یائسه شده بودم، فکر می‌کردم باید میلیم به شوهرم از بین بره» (مشارکت‌کننده شماره ۸، ۵۵ ساله). یکی دیگر از نمونه‌ها نیز از باور اشتباه

احساس زیست - میانسالی تهدید شده

بنا به تعبیر Giddens (۶)، بی‌ثباتی و احساس ناامنی، خصوصیت فراگیر زندگی روزمره جوامع معاصر است. در چنین جامعه‌ای، خطر به اشکال مختلف به افراد منتقل می‌شود و نوعی زندگی توأم با ترس را برای آن‌ها ایجاد می‌کند. با افزایش سن و پیر شدن، احساس زیست تهدید شده شدت می‌گیرد.

تغییرات بدنی به مثابه مسأله‌ای نگران‌کننده: دوره میانسالی برای زنان با تغییرات بدنی همراه است. بروز این تغییرات هم برای زنانی که اطلاعات زیادی در مورد بدن خود ندارند و هم برای زنانی که اطلاعاتشان ناکافی است، به عنوان مسأله نگران‌کننده‌ای مطرح می‌شود و گاه منجر به ادراک بیش از حد معمول خطر می‌شود. بنابراین، به نوعی ترس از بیمار شدن به جزیی از زندگی آن‌ها مبدل می‌شود. به عنوان مثال، خانمی تجربه خود را در این خصوص چنین شرح داد: «من چیزی بیشتر از دو هفته خونریزی داشتم. عادت ماهیانه‌ام قطع نمی‌شد. دیگه داشتم به حال ضعف می‌افتادم. هرچی شوهرم می‌گفت برو دکتر نمی‌رفتم. می‌ترسیدم سرطان رحم گرفته باشم. به خاطر ضعفم دخترم به اجبار منو برد دکتر. بعد هم معلوم شد چیز مهمی نیست و به خاطر شروع یائسگیه» (مشارکت‌کننده شماره ۱، ۴۶ ساله).

زنان مشارکت‌کننده از ترس‌هایی که توسط جامعه و به ویژه بخش پزشکی به آن‌ها القا می‌شود، صحبت کردند. این ترس، هم از طرف جامعه حرفه‌ای و هم جامعه غیر حرفه‌ای اعمال می‌گردد.

القای ترس توسط جامعه غیر حرفه‌ای: القای ترس در باب سلامت، گاهی توسط کارشناسان غیر حرفه‌ای و به طور خاص اطرافیان فرد میانسال انجام می‌شود که به طور عمده این گروه به علت عدم آگاهی و یا آگاهی ناقص، اطلاعاتی به فرد می‌دهند که همین مسأله باعث بروز ترس در آن‌ها می‌شود. عرفی شدن پزشکی در رسانه‌ها علاوه بر این که می‌تواند فوایدی داشته باشد، اما می‌تواند به القای ترس در باب سلامت منتهی گردد. «گاهی پیش میاد به چیزایی رو فراموش می‌کنم. چند وقت پیش یه برنامه پزشکی در مورد آلزایمر پخش شد، می‌گفت آلزایمر توی سنی که من هستم

هم اتفاق می‌افته. از اون موقع تا حالا ترسم بیشتر شده، می‌گم نکنه آلزایمر بگیرم؟» (مشارکت‌کننده شماره ۲، ۵۸ ساله).

القای ترس توسط جامعه حرفه‌ای: گاهی ترس توسط متخصصان حوزه بهداشت و پزشکان القا می‌شود. این القای ترس نه به دلیل عدم آگاهی پزشکان و کادر بهداشتی، بلکه گاهی به دلیل عدم توضیح کافی به زنان در خصوص تغییرات بدنشان القا می‌گردد. «می‌دونید توی دوره میانسالی به خاطر یائسگی تغییرات بدنی زیاده و گاهی این تغییرات باعث نگرانیم می‌شه. توی این جور مواقع اگر کسی باشه که بهم اطلاعات درست بده، آروم‌تر می‌شم، اما معمولاً دکترها هم جواب درست و حسابی به آدم نمی‌دن. فقط می‌خوان تندتند مریض ببینن» (مشارکت‌کننده شماره ۴، ۴۸ ساله). گاهی نیز متخصصان حوزه پزشکی و سلامت برای جلب توجه زنان میانسال به موضوع سلامتی‌شان، در مورد مسایل این دوره بزرگنمایی می‌کنند که باعث القای ترس در زنان می‌شود.

طبیعی‌انگاری درد

یکی دیگر از تجربیاتی که زنان میانسال در بحث سلامت و بدن‌های در حال تغییر، تجربه کرده‌اند، در نقطه مقابل احساس ترس و مخاطره، طبیعی تلقی کردن دردها و بیماری‌ها و مسایل مرتبط با بدنشان در این دوره سنی بود. طبیعی‌انگاری درد گاهی توسط خود زنان و گاه توسط دیگران غیر حرفه‌ای و گاه نیز توسط دیگران حرفه‌ای صورت می‌پذیرد.

خودطبیعی‌انگاری درد: بعضی از زنان میانسال فکر می‌کنند بعضی از دردها برای سن آن‌ها طبیعی می‌باشد و دردی است که همه‌گیر است و همه آن را تجربه می‌کنند. «توی سن ما دیگه این دردها عادیه...» (مشارکت‌کننده شماره ۱۶، ۶۰ ساله) و یا «مادر من همین دردها را داشت، منم حالا به سن مادر من رسیدم دارم تجربه‌اش می‌کنم. فکر می‌کنم همه به نوعی تجربه‌اش می‌کنن» (مشارکت‌کننده شماره ۲، ۵۸ ساله). یکی از پیامدهای طبیعی تلقی کردن مسایل این دوره آن است که ممکن است زنان کمتر به فکر مداوای مشکلات خود باشند و یا این مسایل را غیر قابل درمان بدانند و در نتیجه، به سلامت خود توجه نمایند. «یه مقدار نسبت به قبل عصبی‌تر و کم‌حوصله‌تر شدم، اما شنیدم توی دوره

نادیده انگاری مشروعیت یافته

منظور از نادیده انگاری مشروعیت یافته، نوعی بی‌توجهی است که توسط هنجارهای اجتماعی و یا توسط خود زنان در باب سلامتی‌شان نهادینه شده است. این مقوله اصلی تحت سه مقوله فرعی «زنان مراقبان سلامت دیگری، خودمسئول پنداری و سبک زندگی نادرست» توضیح داده می‌شود.

زنان، مراقبان سلامت دیگری: این مفهوم به این معنی است که بعضی از زنان مشارکت‌کننده خود را موظف به رسیدگی و مراقبت از اعضای خانواده می‌دانند؛ در حالی که توجه زیادی به مراقبت از خود ندارند. مصاحبه با مشارکت‌کنندگان نشان داد که در نقش‌های هویتی، زنان به مثابه همسر و مادر و حتی دختر، مراقبت از دیگران را به عنوان یک هنجار پذیرفته‌اند. «من مادرم، برای یک مادر سلامت بچه‌اش از سلامت خودشم مهم‌تره...» (مشارکت‌کننده شماره ۱۹، ۴۲ ساله). بعضی از نمونه‌ها هم مراقبت از دیگران را وظیفه خود تلقی می‌کردند. «بین وظیفه منه که وقتی یکی از اعضای خانواده مریض می‌شه ارزش مواظبت کنم، البته بقیه هم کمک می‌دن، اما باز منم که خودمو مسؤول می‌دونم» (مشارکت‌کننده شماره ۲۰، ۶۰ ساله). پذیرفتن این اصل هنجاری در زنان باعث می‌گردد تا آن‌ها توجه به سلامت خود را در مرتبه چندان اهمیت قرار دهند. «من خیلی به سلامتی بچه‌هام اهمیت می‌دم. هرچی که بفهمم برای رشد بچه‌ها مفیده، می‌خرم براشون درست می‌کنم... خودم خیلی مهم نیستم. مهم اونا هستن که الان توی سن رشد هستن» (مشارکت‌کننده شماره ۱۱، ۴۴ ساله).

خودمسئول پنداری: منظور از خودمسئول پنداری، پذیرش مسؤولیت وضعیت فعلی سلامتی توسط خود زنان است. زنانی که نسبت به سلامت خود بی‌توجه بودند و این بی‌توجهی را به صورت عرفی پذیرفته بودند، در سنین میانسالی و اواخر آن، این بی‌توجهی هنجاری را رد می‌کنند و خود را به خاطر آن سرزنش می‌کنند. بعضی از زنان در مصاحبه‌هایشان، از عدم توجه به سلامت خودشان در جوانی صحبت کردند و این روایت‌ها را با افسوس و همراه با سرزنش خود مطرح می‌نمودند (خودسرزنشی) و به نوعی خودشان را مسؤول

یائسگی این حالت‌ها عادی» (مشارکت‌کننده شماره ۱۴، ۵۱ ساله) و یا دیگری می‌گوید: «کمردرد داشتن دیگه اونقدر عادی شده که فکر کنم اگر برم پیش دکتر، خودمو مسخره کردم. عادیه دیگه این چیزا... سنم داره بالا می‌ره، باید با این دردها خو کنم» (مشارکت‌کننده شماره ۱۶، ۶۰ ساله).

کارشناسان غیر حرفه‌ای و طبیعی انگاری درد: تحلیل مصاحبه‌ها نشان داد علاوه بر این که بعضی از زنان این مسایل را طبیعی می‌دانند، گاه اطرافیان‌شان نیز چنین برداشتی دارند و این نوع نگرش باعث می‌شود کسی مسایل سلامت زنان را جدی تصور نکند. «چند وقت پیش بی‌حوصله بودم، عصبی بودم... به مادرم گفتم باید برم دکتر. مادرم گفت اینا همش به خاطر یائسگیه، طبیعی، الکی این قرص و دواها را به خورد خودت نده» (مشارکت‌کننده شماره ۱۴، ۵۱ ساله). یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان نیز از تجربه بی‌توجهی دیگران نسبت به دردهایش سخن می‌گوید: «آدم وقتی جوونه تا به جابیش درد می‌گیره همه می‌گن خوب پاشو برو دکتر، اما توی سن بالاتر وقتی از درد شکایت می‌کنی، می‌گن استراحت کن، زیاد کار نکن، کار زیاد بهت فشار آورده یا می‌گن آدم سنش که بالا می‌ره هر روز به جابیش درد می‌گیره، خیلی نباید بهش توجه کرد» (مشارکت‌کننده شماره ۹، ۵۷ ساله).

کارشناسان حرفه‌ای و طبیعی انگاری درد: گاهی حتی این گفتمان طبیعی انگاری، رفتار متخصصان بهداشت و سلامت و پزشکان را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد و آن‌ها نیز به شکایت‌های درد و رنج زنان میانسال به خصوص اواخر میانسالی توجه زیادی نمی‌کنند و آن‌ها را طبیعی جلوه می‌دهند و حتی گاهی اجازه بیان وضعیت سلامت و درد را به آن‌ها نمی‌دهند. «مدتی بود زیاد روبه‌راه نبودم. بدنم کوفته بود و درد داشتم. به دکتر که مراجعه کردم ازم پرسید چته؟ من شروع کردم به حرف زدن، نداشت من زیاد توضیح بدم و گفت بله بله می‌دونم و این چیزا توی سن شما طبیعی، اما من همش احساس می‌کردم اون درد منو نفهمیده؛ چون نداشت براش خوب توضیح بدم. یه چند تا قرص برام نوشت که همش تقویتی بود... حالم خوب نکرد» (مشارکت‌کننده شماره ۱۸، ۵۳ ساله).

دیر فهمیدم» (مشارکت کننده شماره ۱۷، ۵۶ ساله).

دوگانه مقاومت/انفعال

احساس زیست میانسالی تهدید شده هم می تواند پیامد مثبت و هم منفی داشته باشد. گاهی باعث خودنظارتی بر بدن و توجه بیشتر زنان به سلامتی و حتی وسواس نسبت به سلامتی شان شود. «من هرچند ماه یک بار چکاپ می‌رم، شنیدم که با بالا رفتن سن احتمال گرفتن یه مریضی‌هایی بیشتره. راستش می‌ترسم. گاهی که احساس می‌کنم یه مشکلی دارم فقط پیش یه دکتر نمی‌رم. چند تا دکتر عوض می‌کنم. می‌ترسم درست تشخیص نده» (مشارکت کننده شماره ۲۱، ۵۲ ساله). بعضی از مشارکت کنندگان که میانسالی را زیست تهدید شده قلمداد می‌کنند، خود را برای رویارویی با این دوران آماده کرده بودند و در برابر آن مقاومت می‌کردند. یکی از این اقدامات، پزشکی کردن میانسالی است. این گروه از زنان میانسال سعی می‌کنند به محض این که از سن خاصی گذر کردند و وارد میانسالی شدند، خود را تحت نظارت پزشکی درآورند: «من از سی و پنج سالگی برای خودم پرونده سلامت باز کردم که اونجا به لحاظ ویژگی‌های سلامت چک می‌شم» (مشارکت کننده شماره ۵، ۴۴ ساله). بعضی دیگر خودنظارتی را در باب ورزش و تغذیه افزایش می‌دهند. بعضی نیز در مواجهه با این افول، به کنترل و اصلاح سبک رفتاری خود دست می‌زنند. بعضی از شرکت کنندگان هم به کنترل ظاهر خود اهمیت می‌دادند و ظاهر خوب را به معنای سلامت بودن تعبیر می‌کردند. این گروه از زنان گاه به آرایش کردن و یا مدیریت ظاهر بدن، معانی سلامت محور الصاق می‌کردند و معتقد بودند با این کار سالم‌تر به نظر می‌رسند: «وقتی خانمی مسنی را می‌بینم که آرایش کرده و به خودش رسیده، احساس می‌کنم که حالش خوبه و حسابی روبه‌راهه. به خودم می‌گم چقدر خوبه آدم بتونه توی این سن اینقدر سالم و سرزنده باشه» (مشارکت کننده شماره ۱۱، ۴۴ ساله). بعضی نیز به جستجوگری اطلاعات می‌پردازند تا بتوانند کنترل بهتری اعمال نمایند. این افراد سعی می‌کنند از کانال‌هایی که می‌توانند اطلاعاتی در مورد مسایل گروه سنی خود جمع‌آوری نمایند.

وضعیت سلامتی فعلی شان می‌دانستند. «آدم تا وقتی جوونه زیاد به این چیزا اهمیتی نمی‌ده، اما وقتی یواش یواش سنش بالاتر می‌ره، می‌فهمه چه اشتباهی کرده» (مشارکت کننده شماره ۱۷، ۵۶ ساله) و یا «مادرم خیلی به فکرم بود و مرتب تذکر می‌داد برای سلامتی. می‌گفت من درد گرفتم تو دیگه مواظب باش نگیری، اما باز گوش نمی‌کردم، توجه نمی‌کردم» (مشارکت کننده شماره ۷، ۵۰ ساله).

سبک زندگی نادرست: زنان علاوه بر خودسرزنی، از شیوه‌های رفتاری غلط خود در گذشته صحبت می‌کردند که حالا و در میانسالی و اواخر آن خود را نشان داده است و در واقع، وضعیت سلامتی فعلی شان را پیامد همان رفتارهای اشتباهشان در گذشته می‌دانستند. «من وقتی جوون بودم، از صبح تا شب سر پا کار می‌کردم بدون این که فکر غذا باشم... اگر مشتری داشتم، اول مشتری برام مهم بود بعد غذا، اما الان احساس کسالت می‌کنم. فکر می‌کنم خیلی از خودم کار کشیدم» (مشارکت کننده شماره ۳، ۶۰ ساله). یکی دیگر از مشارکت کنندگان هم به بی‌حوصلگی و تنبلی در انجام رفتارهای پیشگیرانه اشاره نمود. «یه دوست دارم که از بچگی با هم بودیم. از همون قدیم خیلی فکر سلامتی خودش بود. همش دنبال این بود که فلان قرص را بخورم دچار کم‌خونی نشم یا فلان کار رو نکنم پوکی استخوان نگیرم و از این قبیل کارا... من خوشم می‌اومد که اینقدر به فکر سلامتی‌شه به منم می‌گفت، اما من حوصله این کارا را نداشتم» (مشارکت کننده شماره ۱۲، ۵۹ ساله). تغییر در توجه به سلامت و تغییر رفتارهای مرتبط با سلامت برای بعضی از زنان دیر اتفاق افتاده بود و اغلب زمانی این تغییر رخ داده بود که یا سلامتی شان به خطر افتاده و یا برای یکی از نزدیکانشان به ویژه هم‌سن‌هایشان اتفاق ناخوشایندی افتاده بود. دیگری هم از بی‌توجهی و انجام کارهای طولانی گفت که منجر به از دست دادن سلامتی‌اش شده است: «لان دو سالی هست که مهره‌های گردنم درد می‌کنه... دکتر گفته مهره‌های گردنم ساییده شده؛ آخه کارم با کامپیوتر زیاده. الان مجبورم هر نیم ساعت که کار می‌کنم، یه ده دقیقه به خودم استراحت بدم. اگر از جوونی اینو رعایت کرده بودم، الان اوضاع این نبود...»

زنانگی و همچنین، نگاه مادی و لذت‌جویانه به بدن زنانه، موجب شکل‌گیری کلیشه‌هایی می‌شود (۳۶) که این کلیشه‌ها تعیین‌کننده درک زنان از خودشان و تغییرات بدنی مرتبط با میانسالی است. مهم‌ترین تغییر بدنی در این دوره سنی، یائسگی و تغییرات مرتبط به آن می‌باشد. کلیشه‌سازی‌های جنسیتی در باب یائسگی و تغییرات بدنی میانسالی در جامعه ما به طور عمده منفی و با تأکید بر پیر شدن، ناتوان شدن، از کارافتادگی، عدم جذابیت جنسی، طرد شدن، از دست دادن جایگاه و تضعیف هویت زنانه است (۳۷، ۱۲، ۱۰). چنین تصویری از یائسگی موجب می‌شود که بعضی از زنان میانسال با وجود این که با مشکلات یائسگی دست و پنجه نرم نمی‌کنند، اما درک ناخوشایندی از یائسگی داشته باشند و برای بیشتر آن‌ها، یائسگی به مثابه تجربیات بدنی ناخوشایند مطرح گردد. رازگونگی تغییرات بدنی، تابوانگاری بدن زنانه و عدم دسترسی آن‌ها به اطلاعات مرتبط با بدن نیز همگی ناشی از کلیشه‌سازی‌های جنسیتی است. تابوانگاری بدن زنانه موجب می‌شود که بعضی از زنان از توضیح دقیق مشکلات بدن خود احساس شرم نمایند و بعضی از مشکلات خود را اصلاً با پزشک در میان نگذارند و یا با کسانی در میان بگذارند که اطلاعات درستی درباره آن مسأله نداشته باشند و با راهنمایی‌های اشتباه وضعیت فرد را بحرانی نمایند. بنابراین، اشتراک اطلاعات و پیدا کردن راه‌حل برای مشکلات احتمالی با تأخیر و یا اشتباه انجام خواهد شد و زنان برای مدت زمان بیشتری با احساس تهدید در مورد سلامتی خود زندگی خواهند کرد. نادیده انگاری مشروعیت یافته به عنوان متغیر علی دیگر، به نگاه‌های فرهنگی و انتظارات اجتماعی از زنان به عنوان مراقبان دیگری و سبک زندگی نادرست آن‌ها برمی‌گردد که آن هم ناشی از انتظارات اجتماعی از آن‌ها و بی‌توجهی ارزشی شده در ذهن زنان می‌باشد. به لحاظ فرهنگی، زن خوب زنی تعریف می‌شود که سلامت خود را فدای سلامت خانواده خود نماید. زنان به طور عمده برای خود سبک زندگی نادرستی دارند؛ در حالی که سبک زندگی درستی را برای خانواده خود جستجو می‌کنند. بنابراین، در اواخر میانسالی که تغییرات بدنی و مشکلات جسمی همراه با

احساس زیست میانسالی تهدید شده، گاه سمت و سویی دیگر می‌یابد و به نتیجه دیگری منتهی می‌گردد. نگرانی از زیست میانسالی تهدید شده، ممکن است باعث ترس و گریز از توجه به سلامتی و حتی مقاومت در برابر برنامه‌های بهداشتی و سلامت در این زمینه شود. «دکتر بهم گفته که احتمال این که سرطان سینه بگیرم توی سن و سال من زیاده، اما من اصلاً نه خودآزمایی می‌کنم و نه تست‌های دیگه رو می‌دم. اصلاً دوست ندارم بدونم. هرچی ندونم مریضم بهتره...» (مشارکت‌کننده شماره ۲۲، ۵۱ ساله).

بحث

پژوهش حاضر با هدف فهم چگونگی تجربه زنان میانسال از تغییرات بدنی و سلامت انجام گردید. زیست میانسالی تهدید شده، پدیده‌ای مرکزی است که در تجربه زنان از تغییرات بدنی پدیدار گردید. این پدیده به این معنی است که زنان میانسال در دوره سنی قرار دارند که برای رویارویی با آن به اندازه کافی تجهیز نشده‌اند و شرایط به وجود آمده و تجربه تغییرات بدنی نوعی تهدید برای آن‌ها به شمار می‌رود. عوامل مؤثر بر روی این ادراک و تجربه که از خلال مصاحبه‌ها به دست آمد، شامل رازگونگی بدن، نادیده انگاری مشروعیت یافته و برساخت‌های اجتماعی از یائسگی به مثابه نشانه می‌باشد. رازگونگی بدن تحت سه مفهوم تابوانگاری بدن، افسانه یائسگی و دیده‌بانی ناقص اطلاعات توضیح داده شد. هر سه این مفاهیم بیانگر آگاهی پایین زنان از تغییرات بدنی و سلامت در دوره میانسالی است. نتایج مطالعات انجام شده نیز پایین بودن میزان آگاهی زنان در این خصوص را تأیید می‌کنند (۳۵-۱۳).

عدم آگاهی یا آگاهی پایین در مورد تغییرات بدنی، فرد را در وضعیت مبهمی قرار می‌دهد که زمینه‌ساز احساس ترس یا زیست میانسالی تهدید شده است. بخش زیادی از درک و تجربه زنان از تغییرات بدنی و سلامت میانسالی توسط فرایند کلیشه‌سازی تحت محوریت جنسیت رقم می‌خورد که منجر به تجربه متفاوت و خاص زنان از سلامت میانسالی‌شان می‌گردد. انتظارات اجتماعی از بدن زنانه، انتظارات نقشی از

آن را تجربه می‌کنند، ابراز پشیمانی می‌نمایند و به خودسرزنی می‌پردازند. عوامل مداخله‌گر در احساس زیست میانسالی تهدید شده، تغییر در کیفیت سلامت و سن است که می‌تواند احساس زیست میانسالی تهدید شده را تغییر دهد. افرادی که وضعیت سلامت خوبی ندارند، تغییرات بدنی را بیشتر و به صورت ناخوشایندتری احساس خواهند کرد. بنابراین، وضعیت میانسالی تهدید شده را با شدت بیشتری تجربه خواهند کرد.

طبیعی انگاری درد به عنوان عامل زمینه‌ای در تحقیق حاضر می‌تواند نقش مهمی در ادراک و تجربه زنان از تغییرات بدنی ایفا نماید. آنچه در فرایند طبیعی انگاری فرض می‌شود شامل این موارد است: اول این که طبیعی است زن سلامت خود را فدای سلامت دیگران کند. این باور در بین بعضی از زنان میانسال درونی شده بود و ریشه در هنجارهای اجتماعی داشت که زنان آن‌ها را در طی جامعه‌پذیری درونی می‌کردند. بنابراین، به سلامت دیگران بیشتر از سلامت خود اهمیت می‌دهند و در نتیجه، سبک زندگی نادرستی را در زندگی اتخاذ می‌نمایند که این سبک نادرست باعث خودسرزنی در دوران میانسالی و تجربه منفی از تغییرات بدنی و همچنین، درک ناخوشایندی از پیر شدن می‌گردد. دوم این که درد داشتن با افزایش سن طبیعی است. با این فرض، افزایش سن به خودی خود دلیل افزایش دردها و مسایل سلامت قلمداد می‌شود. درد داشتن برای زن میانسال امری طبیعی به شمار می‌رود و علاوه بر این که به سن ربط داده می‌شود، به عنوان مسأله زنانه‌ای نیز طبیعی انگاشته می‌شود. طبیعی بودن درد داشتن بعد از تجربه زایمان و فرزندآوری و طبیعی بودن درد داشتن قبل و بعد از یائسگی، از جمله مواردی است که بر طبیعی بودن درد برای زنان تأکید می‌کند و این طبیعی بودن توسط زنان، کارشناسان حرفه‌ای و یا کارشناسان غیر حرفه‌ای بازتولید می‌شود. برساخت تجربه بدنی زنان میانسال در بستر فرایند طبیعی انگاری، باعث عدم توجه زنان میانسال به سلامت و تغییرات بدنی میانسالی می‌شود و گاه زنان با وجود درد، به پزشک مراجعه نمی‌کنند و سال‌ها با آن درد زندگی می‌کنند؛ در حالی که بعضی از مشکلات، درمان دارند و زنان

اگر این دردها را طبیعی تصور نکنند و به دنبال معالجه برآیند، می‌توانند کیفیت زندگی بهتری داشته باشند. گاهی نیز این طبیعی انگاری درد موجب می‌گردد زنان میانسال زمانی برای معالجه درد به پزشک مراجعه کنند که دیگر برای درمان دیر شده است. بنابراین، طبیعی انگاری درد به عنوان عامل زمینه‌ای، می‌تواند مانع از توجه زنان به سلامت گردد و جستجوگری اطلاعات سلامت را در آن‌ها بی‌فایده تلقی نماید. بنابراین، به طور مستقیم می‌تواند منجر به کاهش احساس زیست میانسالی تهدید شده شود و به طور غیر مستقیم با تأثیر بر کاهش جستجوگری اطلاعات، کیفیت سلامت افراد را کاهش دهد و در نهایت، تهدید واقعی سلامت را افزایش دهد. این عوامل در مجموع به زنان میانسال احساس زیست میانسالی تهدید شده می‌بخشد که واکنش‌های مختلفی از توجه وسواسی به بدن و مراجعه مکرر به پزشک تا انفعال و مقاومت در برابر رفتارهای بهداشتی و سلامت محور را در پی دارد. احساس زیست میانسالی تهدید شده با پیامد دو گانه‌ای (مراجعه مکرر و عدم مراجعه) که در حوزه رفتار سلامت محور زنان دارد، می‌تواند سلامت روحی و جسمی و اجتماعی آن‌ها را نیز با مسایلی مواجه سازد.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف فهم چگونگی تجربه زنان میانسال از تغییرات بدنی و سلامت انجام گردید. تحلیل مصاحبه‌ها نشان داد که زنان به طور کلی تجربیات متفاوتی از تغییرات بدنی مرتبط با افزایش سن دارند. برای برخی از زنان این تغییرات بدنی جزئی از فرایند عادی پیر شدن قلمداد می‌شود. بنابراین، با تجربیات بدنی مرتبط با آن کنار می‌آیند و به درست یا غلط آن را می‌پذیرند. برای گروه دیگری از زنان، تجربه تغییرات بدنی مرتبط با افزایش سن، نوعی تهدید محسوب می‌گردد. در واقع، عدم آگاهی یا آگاهی پایین در مورد تغییرات بدنی مرتبط با افزایش سن، فرد را در وضعیت مبهمی قرار می‌دهد که زمینه‌ساز احساس ترس یا زیست میانسالی تهدید شده است. کلیشه‌های جنسیتی و انتظارات فرهنگی از بدن زنانه، در درک زنان از خودشان و تجربه تغییرات بدنی مرتبط با

در سالمندی مشکلات دو چندان برایشان پیش خواهد آمد که علاوه بر طرح مسایل شخصی برای خودشان، در سطوح کلان نیز مشکلات و هزینه‌های زیادی را بر جامعه تحمیل می‌کند. بهترین اقدام در این خصوص، برنامه‌ریزی برای سلامت زنان از سنین قبل از سالمندی، یعنی جوانی و میانسالی است. نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن است که گاهی زمینه‌های اجتماعی که ادراک و تجربه زنان از بدن و سلامت را شکل می‌دهد، می‌تواند موانعی اجتماعی، فرهنگی و ذهنی در موفقیت برنامه‌های سلامت محور و سالمندی موفق ایجاد نماید. بنابراین، برای جلب توجه زنان و همکاری آن‌ها در برنامه‌های سلامت محور، نیاز است که ابتدا این باورهای اجتماعی، ذهنی و بسترهای شکل دهنده به آن تغییر کند تا زنان فعالانه و مسئولانه در طرح‌های سلامت مشارکت نمایند.

تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از بخشی از رساله دکتری در دانشگاه شیراز با شماره ۹۴۳/۴۲/۲۴۲ می‌باشد. بدین‌وسیله از مشارکت‌کنندگانی که در انجام این تحقیق همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تضاد منافع

در انجام مطالعه حاضر، نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشته‌اند.

میانسالی نقش تعیین‌کننده‌ای دارد که گاهی منجر به تجربه متفاوت و خاص از سلامت و رفتارهای سلامت محور در بین زنان می‌گردد. همچنین، طبیعی انگاری درد و یا احساس زیست میانسالی تهدید شده به عنوان دو تجربه بدنی متفاوت در بین زنان میانسال، به رفتارهای سلامت محور متفاوتی منتهی می‌شود که هر دو در حوزه سلامت، ناهنجاری به شمار می‌رود. این رفتارهای ناهنجار شامل عدم مراجعه زنان به پزشک و گاهی دیر مراجعه کردن به پزشک در مورد بیماری‌های خاص و همچنین، مراجعه مکرر به پزشک در صورت مشاهده هر تغییری در بدن می‌باشد. هر دوی این رفتارها، پیامد عدم آگاهی و یا آگاهی پایین و حتی آگاهی کاذب زنان در خصوص سلامت و تغییرات بدنی این دوره سنی است. بنابراین، پیشنهاد می‌شود آموزش زنان در باب سلامت و تغییرات بدنی مرتبط با افزایش سن جدی گرفته شود و آموزش به شیوه‌هایی که حداکثر اثربخشی را داشته باشد، برای زنان در نظر گرفته شود. علاوه بر آموزش زنان مردان نیز باید آموزش‌هایی را در خصوص تغییرات بدنی زنان به ویژه در دوره یائسگی و پیش از آن دریافت نمایند؛ چرا که بخشی از تجربه زنان در زمینه بدن، به تجربه جنسی و ارتباط زناشویی برمی‌گردد که اگر مردان آگاهی کافی در این مورد داشته باشند، می‌توانند با رفتار صحیح، مسایل این دوره را مدیریت نمایند تا همسرانشان تنش کمتری را تجربه کنند. زنان میانسال در صورتی که این دوره را با سلامت طی نکنند،

References

1. Zokaei MS, Amnpour M. An introduction to cultural history of the body in Iran. Tehran, Iran: Teesa Publications; 2014. [In Persian].
2. McLaren L, Kuh D. Body dissatisfaction in midlife women. J Women Aging 2004; 16(1-2): 35-54.
3. Wearing B. Leisure and resistance in an ageing society. Leisure Studies 1995; 14(4): 263-79.
4. Arber S, Ginn J. Theorizing Age and Gender Relations. Arber S, Ginn J, editors. Connecting gender and ageing: A sociological approach. Buckingham UK: Open University Press; 1995.
5. Slevin KF. "If I had lots of money... I'd have a body makeover:" Managing the Aging Body 2010; 88(3): 1003-20.
6. Giddens A. Modernity and self-identity: Self and society in the late modern age. Redwood City, CA: Stanford University Press; 1991.
7. Calasanti TM, Slevin KF. Age matters: Realizing feminist thinking. London, UK: Routledge; 2006.
8. Hakimi S, Simbar M, Ramezani Tehrani F. Concerns of menopausal women: A phenomenological study in North West Iran. Payesh 2014; 13(3): 32-330. [In Persian].
9. Barat S, Javadian Kotenaei M, Bouzari Z, Sam S, Taheri Otaghsar M. Factors affecting life process of postmenopausal women. J Babol Univ Med Sci 2013; 15(3): 30-5. [In Persian].

10. Afghari A, Ganji J, Ahmad Shirvani M. Psycho-emotional changes in menopause: a qualitative study. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2012; 22(93): 27-38. [In Persian].
11. Nazarpour S, Simbar M, RamezaniTehrani F. Effects of the severity of menopausal symptoms on sexual function in postmenopausal women. *J Qazvin Univ Med Sci*. 2015; 19 (4): 54-63. [In Persian].
12. Ghandchiler N, Khamene S, Shahamfar J, Jafari-Shobieri M. Attitude of women about menopause and related factors. *Med J Tabriz Univ Med Sci* 2003; 37(60): 54-7. [In Persian].
13. Faraji R, Asgharnia M, Hosseinzadeh F, Dalil heirati S F, Emadi A. Attitude and knowledge of women about menopause and hormone replacement therapy. *J Holist Nurs Midwifery* 2014; 24(1): 48-55. [In Persian].
14. Abdi N, Solhi M. Quality of life in postmenopausal women in Tehran. *Iran J Health Educ Health Promot* 2014; 2(2): 87-96. [In Persian].
15. Ramakuela NJ. Experiences of women, menopause and aging in the rural villages of Limpopo Province, South Africa. *Womens Health Gynecol* 2015; 1(1): 1-5.
16. Ibraheem OM, Oyewole OE, Olaseha IO. Experiences and perceptions of menopause among women in Ibadan South East Local Government area, Nigeria. *Afr J Biomed Res* 2015; 18: 81-94.
17. Kaulagekar A. Menopause and femininity: Qualitative enquiry into menopause of urban women from Pune, Maharashtra. *The Anthropologist* 2010; 12(1): 23-6.
18. Stamou E. The ageing process and female identity in midlife [PhD thesis]. Huddersfield, UK: University of Huddersfield; 2010.
19. Winterich JA. Aging, femininity, and the body: What appearance changes mean to women with age. *Gender Issues* 2007; 24(3): 51-69.
20. Hargrave D. Stories of women's midlife experience [MA Thesis]. Pretoria, South Africa: University Of South Africa; 2006.
21. Bullington J. Body and self: A phenomenological study on the ageing body and identity. *Med Humanit* 2006; 32(1): 25-31.
22. Ballard K, Elston MA, Gabe J. Beyond the mask: women's experiences of public and private ageing during midlife and their use of age-resisting activities. *Health (London)* 2005; 9(2): 169-87.
23. Corbin JM, Strauss AL. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 2008.
24. Rajaeefard A, Mohammad-Beigi A, Mohammad-Salehi N. Estimation of natural age of menopause in Iranian women: A meta-analysis study. *Koomesh* 2011; 13(1): 1-7. [In Persian].
25. Creswell JW. Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches. SAGE Publications; 2012.
26. Patton MQ. Qualitative research and evaluation methods. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 2002.
27. Silverman D. Doing qualitative research: A practical handbook. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 2005.
28. Kvale S, Brinkmann S. InterViews: Learning the craft of qualitative research interviewing. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 2009.
29. Malik HS. Knowledge and attitude towards menopause and hormone replacement therapy (HRT) among postmenopausal women. *J Pak Med Assoc* 2008; 58(4): 164-7.
30. Leon P, Chedraui P, Hidalgo L, Ortiz F. Perceptions and attitudes toward the menopause among middle aged women from Guayaquil, Ecuador. *Maturitas* 2007; 57(3): 233-8.
31. Ayranci U, Orsal O, Orsal O, Arslan G, Emeksiz DF. Menopause status and attitudes in a Turkish midlife female population: an epidemiological study. *BMC Womens Health* 2010; 10: 1.
32. Nusrat N, Nishat Z, Gulfareen H, Aftab M, Asia N. Knowledge, attitude and experience of menopause. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2008; 20(1): 56-9.
33. Hasan Pour Azghadi B, Abbasi Z. Effect of education on middle-aged women's knowledge and attitude towards menopause in Mashhad. *J Birjand Univ Med Sci* 2006; 13(2): 48-54. [In Persian].
34. Hassanzadeh G, Yekkezare S, Vaziri S, Soroorirad B, Darki L. Knowledge of women about menopause in Qazvin. *J Qazvin Univ Med Sci* 2003; 7(4): 21-5. [In Persian].
35. Eftekhari Tavakoli S, Valai N, Zonoobi. Knowledge and insight to menopause in 40-45 years old females referring to hospitals of Shahid Beheshti University of Medical Sciences in 1377. *Feyz* 1999; 3 (2): 57-63. [In Persian].
36. Mokhtari M. Women's image of their body, and the relevant expectations. *Journal of Women's Studies* 2011; 5(2): 49-77. [In Persian].
37. Jamshidi Manesh M, Peyrovi H, Jouybary L, Sanagoo A. Women's experience of menopause. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2010; 16(4): 196-205. [In Persian].

The Middle-Aged Women's Experience and Perception of Age-Related Physical Changes and Health, Shiraz City, Iran

Majid Movahed¹ , Maryam Hosseini² 

Original Article

Abstract

Introduction: Middle age is one of the most important periods in women's life, due to experiencing age-related physical changes. Women's perception of the physical changes that are socially constructed, play a crucial role in their health behaviors. According to importance of the issue, this study is part of a broader study that aimed to understand the women's experience and perception of subjective meaning of physical changes and health in the middle age.

Method: This study was conducted using qualitative approach and grounded theory method. Using theoretical and purposive sampling, 22 women aged 40 to 60 years were selected. The data were gathered by using deep and semi-structured interviews. Then, data were analyzed according to 3 procedures of open, axial, and selective coding.

Results: 7 main categories and 29 subcategories were emerged. These main categories included "changes in the quality of health", "menopause as a sign", "mystique body changes", "feeling threatened midlife inhabitancy", "natural assume of pain", "legitimized neglecting", and "ambivalent of resistance/passivity".

Conclusion: In general, middle-aged women understand and experience "threatened inhabitancy". Social processes that shape this perception can be preventing to health and successful aging programs. So, to attract women's attention and their participations in the health-based programs, it is necessary first, to change the social and mental beliefs of women to make participate in projects actively and responsibly.

Keywords: Menopause, Middle age, Grounded theory, Health, Women

Citation: Movahed M, Hosseini M. **The Middle-Aged Women's Experience and Perception of Age-Related Physical Changes and Health, Shiraz City, Iran.** J Qual Res Health Sci 2018; 7(2): 157-71.

Received date: 21.09.2016

Accept date: 13.12.2016

Published: 05.07.2018

1- Professor, Department of Sociology, School of Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran

2- PhD Student, Department of Sociology, School of Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran

Corresponding Author: Maryam Hosseini, Email: m.hosseini328@gmail.com