

بازسازی معنایی تجربه زیسته زنان سالمند از قرنطینه در دوران همه‌گیری کرونا در شهر مشهد*

شفیعه قدرتی^۱، سمانه باهوش^۲، حسین قدرتی^۳

(تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۱/۱۴، تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۵/۱۴)

چکیده

همه‌گیری کرونا پیامدهای بسیاری برای تمام افراد در تمام جوامع داشت. تحقیق حاضر به بررسی تجارب زنان سالمند می‌پردازد. روش تحقیق از نوع کیفی و برپایه «نظریه داده‌بنیاد» است. تعداد بیست نمونه به صورت هدفمند از طریق نمونه‌گیری گلوله‌برفی انتخاب شدند و مصاحبه‌ها تا رسیدن به مرحله اشباع نظری ادامه داشتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق کدگذاری باز، محوری و انتخابی صورت گرفت و مدل پارادایمی شامل شرایط علی (ساخت ذهنی کنشگر)، زمینه و بستر (ساخت اجتماعی کنشگر)، شرایط مداخله‌گر (ساخت انگیزشی کنشگر)، راهبردها (راهبردهای فعالانه، انفعالی و اجتناب‌مدار)، و پیامدها (پیامد مثبت و منفی) هستند. مقوله هسته‌ای «اثر جمعی تعاملی نظام ذهنی، اجتماعی، انگیزشی بر کنش» شناخته شد. نتیجه تحقیق حاکی از آن است که تجربه زیسته زنان سالمند، بر ساخته تأثیرات ساخت ذهنی، اجتماعی و انگیزشی بر روی کنش‌های آنان است.

واژگان کلیدی: قرنطینه، تجربه زیسته، زنان سالمند، کووید-۱۹، شهر مشهد.

<http://dx.doi.org/10.22034/jss.2021.526686.1506>

*مقاله علمی: پژوهشی

s.ghodrati@hsu.ac.ir

^۱ استادیار جمعیت‌شناسی دانشگاه حکیم سبزواری (نویسنده مسئول)

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد پژوهش علوم اجتماعی دانشگاه حکیم سبزواری

samanehbahoosh1374@gmail.com

h.ghodrati@hsu.ac.ir

^۳ دانشیار جامعه‌شناسی دانشگاه حکیم سبزواری

مجله مطالعات اجتماعی ایران، دوره پانزدهم، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۰: ۱۰۰-۷۶

مقدمه و بیان مسئله

تجربه همه‌گیری کرونا به تجربیات جدید و دور از انتظاری در زندگی روزمره منجر شد. بسیاری از مردم جهان زندگی در قرنطینه را تجربه کرده‌اند. محدودیت‌های بی‌سابقه برای پیشگیری از بیماری ممکن است تأثیرات عمیقی بر سبک زندگی و سلامت افراد داشته باشد. باتوجه به اینکه مرگ‌ومیر در سالمندان پنج برابر بیشتر از سایر افراد است، تأثیرات منفی این محدودیت‌ها برای سالمندان به مراتب بیشتر از دیگر اقشار جامعه خواهد بود (سانتو^۱، ۲۰۲۰: ۲). در قرنطینه ماندن اجباری برای سالمندان پیامدهای منفی قابل توجهی در زمینه فردی و بین فردی دارد و ممکن است در نتیجه قرنطینه، انواع مشکلات روان‌شناختی، جسمانی و بین فردی در طیفی از اضطراب، ناامیدی، تعارضات بین فردی، هراس از بیماری و هراس از مرگ در سالمندان افزایش یابد (غلامزاد؛ سعیدی؛ دانش؛ رنجبر؛ زارعی، ۱۴۰۰: ۴۱). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ۸۶/۵ درصد از پاسخ‌گویان نگران خطر سلامتی سالمندان در خانواده هستند (کولیوند؛ کاظمی، ۱۴۰۰: ۱۰۷).

جنسیت سالمندان نقش تعیین‌کننده‌ای در میزان آسیب‌پذیری آنان دارد. به اعتقاد مک‌لارن^۲ آسیب‌پذیری زنان در دوره‌های فاجعه مانند قحطی، جنگ، بلایای طبیعی و شیوع بیماری تشدید می‌شود. تجزیه و تحلیل از ماه‌های ابتدایی همه‌گیری کووید-۱۹ نشان می‌دهد که فشار نقش زنان در حال افزایش است. نقش‌های جدیدی که زنان در طول حوادث و بلایای طبیعی به‌عهده می‌گیرند، معمولاً بدون کاهش مسئولیت‌های قبلی‌شان است (مک‌لارن، ۲۰۲۰: ۲).

در این میان، زنان سالمند به‌واسطه زن بودن و سالمند بودن فشارهای مضاعفی را متحمل می‌شوند. با توجه به آمارهای منتشرشده توسط مرکز آمار ایران، جمعیت سالمندان و زنان سالمند روبه افزایش است و براساس نتایج آخرین سرشماری رسمی در سال ۱۳۹۵، ۹/۳ درصد جمعیت ایران، ۶۰ سال و بالاتر و ۶/۱ درصد جمعیت، ۶۵ ساله و بالاتر هستند (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵). هم‌چنین، جمعیت زنان سالمند دارای سن ۶۰ سال و بیشتر در سال ۱۳۹۵، تعداد ۳,۵۱۱,۶۸۶ بوده است (همان). بنابراین، می‌توان گفت تقریباً سه میلیون از جمعیت ایران را قشر زنان سالمند تشکیل می‌دهند که باید برای این جمعیت سیاست‌گذاری درست و مناسبی از سوی دولت‌مردان و نظام حاکمیتی اعمال شود. این نکته را نیز باید مدنظر قرار داد که تعداد سالمندان و زنان سالمند به این تعداد متوقف نخواهد شد و هم‌چنان رو به فزونی خواهد بود و پیش‌بینی‌های جمعیتی نشانگر آن است که حدوداً از سال ۱۴۳۰ جمعیت ایران وارد

1. Santo
2. McLaren

مرحله سالمندی می‌شود و بدین ترتیب ضرورت دارد جهت برنامه‌ریزی دقیق‌تر برای این افراد، از نزدیک با آنان در ارتباط بود و تجارب آن‌ها را واکاوی کرد.

تحقیق حاضر به این مسئله می‌پردازد که زنان سالمند با چه مشکلات و چالش‌هایی طی دوران قرنطینه روبه‌رو بوده‌اند و چگونه با این چالش‌ها کنار آمده‌اند. بنابراین، هدف پژوهش عبارت است از بازسازی معنایی تجربه زنان سالمند شهر مشهد از دوران قرنطینه بیماری کرونا. پرسش‌های این پژوهش بدین قرار است:

تجربه زیسته زنان سالمند از دوران همه‌گیری کووید-۱۹ چیست؟

شرایط علی، مداخله‌گر و زمینه‌ساز تأثیرگذار بر تجربه زنان سالمند چیست؟

زنان سالمند چه راهبردهایی در مواجهه با همه‌گیری کووید-۱۹ اتخاذ کرده‌اند و پیامدهای این راهبردها برای زنان سالمند چه بوده است؟

پیشینه پژوهش

در این بخش ابتدا به مرور تحقیقات داخلی و پس از آن به تحقیقات خارجی می‌پردازیم. باتوجه به اینکه زمان زیادی از شیوع بیماری کرونا نمی‌گذرد، تعداد پژوهش‌های انجام‌شده درباره بیماری کرونا محدود است. لذا در این قسمت پس از مرور تحقیقات موجود در زمینه کرونا به بررسی تحقیقات انجام‌شده درباره تجربیات زنان سالمند می‌پردازیم. ایمانی جاجرمی (۱۳۹۹) در مقاله‌ای به پیامدهای اجتماعی شیوع بیماری کرونا اشاره می‌کند و نتیجه می‌گیرد بیماری کرونا بر حوزه‌های خانواده، آموزش، روابط کار، زنان و کودکان، صاحبان مشاغل خرد و مهاجران بیشترین پیامدها را داشته است.

خدابخشی (۱۳۹۹) در پژوهشی کیفی تجارب دانشجویان در همه‌گیری کووید-۱۹ را واکاوی کرده است. نتایج نشان می‌دهد که رشد احساسات منفی، سردرگمی و بدبینی طی شرایط جدید زندگی در قرنطینه خانگی، شوک و ناباوری، استرس شدید، بدبینی و حس تنفر به افراد بی‌ملاحظه، عصبانیت از عدم ساخت سریع واکنش، سردرگمی از نشر اخبار دروغ و درمان‌های توصیه‌شده در فضای مجازی از تجاربی بودند که شرکت‌کنندگان در زندگی در قرنطینه داشتند.

در مورد تجارب سالمندی، پروائی (۱۳۹۸) در پژوهش کیفی خود به تفاوت‌های جنسیتی در تجربه‌های سالمندی پرداخته است و نتیجه می‌گیرد که زنان و مردان سالمند دسترسی متفاوتی به سرمایه‌ها دارند و همین نابرابری و تفاوت در سرمایه‌های انباشتی طی مسیر زندگی، سالمندی متفاوتی را برای آن‌ها رقم می‌زند. همچنین نتایج تحقیق ایمان‌زاده؛ علیپور (۱۳۹۶)

حاکی از آن است که زنان سالمند از احساس تنهایی رنج می‌برند. علل احساس تنهایی نیز عواملی چون ناتوانی در خودمراقبتی، ازدواج و جدا شدن فرزندان، فوت شوهر و کاهش روابط اجتماعی بیان شده است.

تحقیقات کمی به پدیده سوء رفتار با سالمندان (کیانی؛ متقی؛ قدوسی، ۱۳۹۸)، اوقات فراغت زنان و مردان سالمند (زنجری؛ صادقی؛ دلبری، ۱۳۹۷)، اضطراب مرگ در سالمندان (مهری‌نژاد؛ رمضان ساعتچی؛ پایدار، ۱۳۹۵)، کیفیت زندگی سالمندان (میرزایی؛ فیروز زینب، ۱۳۸۸)، و سلامت عمومی سالمندان (ساداتی‌نژاد؛ موسوی؛ رسولی‌نژاد، ۱۳۸۸؛ همتی علمدار لو؛ دهشیری؛ شجاعی؛ حکیمی‌راد، ۱۳۸۷) پرداخته‌اند.

رودریگز^۱ و همکاران (۲۰۲۰) به بررسی عوامل روانی طی اولین مراحل شیوع کرونا در اسپانیا پرداخته‌اند. نتایج این تحقیق حاکی از آن است که اسپانیایی‌ها بحران سلامت کووید-۱۹ را بسیار جدی می‌دانند. زنان، جوانان و افرادی که در گروه پرخطر قرار دارند، شدیدترین علائم روانی منفی را نشان دادند.

مکلارن و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی به بررسی پیامدهای همه‌گیری کووید-۱۹ در کشورهای مالزی، سریلانکا، ویتنام و استرالیا برای زنان پرداختند. آنان به این نتیجه رسیدند که طی شیوع بیماری، زنان فشارهای اضافی مرتبط با کار با حقوق و دستمزد را اغلب بدون توجه و تخفیف سایر مسئولیت‌های زندگی تحمل می‌کنند.

چن^۲ و همکاران (۲۰۲۰) در مقاله‌ای به روش کیفی به بررسی تجارب قرنطینه در چین پرداختند. نتایج این تحقیق بیان می‌کند افرادی که سابقه ابتلا به بیماری کووید-۱۹ دارند ممکن است از استرس بیشتری رنج ببرند. این مطالعه بر نیاز به ارائه ارزیابی وضعیت روانی افراد در قرنطینه و ارائه حمایت روانی برای آن‌ها، به خصوص برای افراد مسن و افراد کم‌سواد تأکید می‌کند.

شاناهان^۳ و همکاران (۲۰۲۰) در تحقیقی در زمینه روان‌شناسی، عاطفی در بزرگسالان جوان طی شیوع کووید-۱۹ بررسی کردند. مطالعه نشان می‌دهد که اختلالات در شیوه زندگی، انزوای اجتماعی و تنهایی در کنار هم می‌تواند «طوفانی کامل» برای ایجاد ناراحتی عاطفی باشد.

1. Rodríguez
2. Chen
3. Shanahan

کیو^۱ و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی به روش کمی به بررسی مشکلات روانی در بین مردم چین در طول همه‌گیری کووید-۱۹ پرداختند. آنان به این نتیجه رسیدند که زنان بسیار بیشتر از مردان در معرض استرس پس از سانحه قرار دارند.

هررا^۲ و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی به تأثیر تأثیر قرنطینه برای مردم کلمبیا و پدیده‌ انگ خوردن به بیماران مبتلا به کرونا پرداخته‌اند. نتایج نشان می‌دهد احتمال حوادث خشونت خانگی، خشونت جنسیتی، افسردگی، خودکشی، استرس حاد و بسیاری از مسائل دیگر افزایش یافته است.

سانتو و همکاران (۲۰۲۰) در تحقیقی کمی به بررسی تأثیر انزوای اجتماعی بر سلامت روانی و جسمانی افراد سالمند در دوران قرنطینه پرداختند. آنان بر این نکته تأکید کردند که ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی باید آگاه باشند که سالمندان در معرض خطر ابتلا به بیماری‌های روانی هستند. آن‌ها باید خانواده‌های خود را تشویق کنند تا هر روز با هم تماس بگیرند تا بتوانند انزوای خود را در این جمعیت کاهش دهند.

از جمع‌بندی پیشینه تحقیقات داخلی و خارجی چنین برداشت می‌شود که هم تحقیقات داخلی و هم خارجی بر تأثیرات روانی اجتماعی بیماری کرونا برای تمام اقشار جامعه، توجه ویژه مبذول داشته‌اند. اما با آنکه زنان سالمند یکی از طبقات آسیب‌پذیر در این دوران هستند، تحقیقی درمورد تجربه زیسته آنان از دوران کرونا مشاهده نشد. همچنین، اکثر تحقیقات تنها به توصیف ویژگی‌های این دوران و پیامدهای آن در زندگی مردم اشاره کرده‌اند، ولی اکثر تحقیقات فهم و درک کنش‌های عاملان انسانی در جهت بهبود شرایط را نادیده گرفته‌اند.

ادبیات نظری

پژوهش حاضر به روش کیفی انجام شده است. امروزه در مطالعات کیفی، رویکرد استقرایی صرف موردنقد واقع شده است و در این گونه پژوهش‌ها، اتخاذ رویکرد استقرایی - قیاسی به شکل هم‌زمان پیشنهاد می‌شود. در تحقیقات کیفی هدف از مطالعه نظریه‌ها، ارتقای سطح حساسیت نظری پژوهشگر است تا در جریان کار محقق قادر باشد جوانب مختلف پدیده‌ها را بررسی و تحلیل کند و ارتباط محکمی میان مفاهیم ایجاد کند (کوربین؛ استروس^۳، ۱۹۹۰: ۴). لذا جهت حساسیت نظری و توانایی برقراری ارتباط میان پدیده‌ها، نظریات حوزه جامعه‌شناسی

1. Qiu
2. Herrera
3. Corbin; Strauss

سالمندی، نظریات سرمایه اجتماعی بوردیو، نظریه عاملیت - ساختار گیدنز مطرح می‌شود و در نهایت به ترکیب و تحلیل این نظریات و ارتباط آن با موضوع تحقیق می‌پردازیم.

موضوع اصلی جامعه‌شناسی سالمندی نابرابری سنی است. تبعیض و نابرابری سنی اولین بار در سال ۱۹۶۹ توسط باتلر^۱ با عنوان تبعیض سنی نامیده شد. متغیرهای اصلی در تبعیض سنی درآمد، شغل و تحصیلات هستند. نابرابری سنی یا ناشی از تغییرات بیولوژیکی و زیست‌شناختی فردی است؛ یا آنکه ساختارها و نهادهای جامعه به این نابرابری دامن می‌زنند (پالمور؛ منتون^۲، ۱۹۷۳: ۱). بنابراین، سالمندشناسی نیز مانند جامعه‌شناسی در دو سطح تحقیقی کلان و خرد مطرح است. سالمندشناسی در سطح خرد، به سازگاری یا تجربه سالمندی علاقه‌مند است و در سطح کلان نیز به تأثیر عواملی مانند طبقه و جنسیت در تجربیات سالمندان اشاره دارد. بنابراین، در سطح کلان، نظریه فمینیستی، نظریه کناره‌گیری و در سطح خرد نظریه فعالیت جای می‌گیرند (پروائی، ۱۳۹۹: ۷۳-۷۴).

در نظریات سالمندشناسی انتقادی و فمینیستی، محقق به دنبال آن است که از زنان سالمند به‌عنوان طبقه‌ای که دچار نابرابری مضاعف هستند یاد کند. نظریه سالمندشناسی انتقادی چهار پیش‌فرض دارد؛ نخست، آن که تجربیات و موقعیت‌های زنان در طول زندگی به‌صورت اجتماعی ساخته می‌شوند. دوم، تجارب زیسته و مشکلات زنان مسن تا حد زیادی محصول رفتار و تصمیمات فردی نیست. سوم، مشکلات زنان در طول زندگی به‌صورت انباشته وجود دارد و چهارم، زنانه شدن فقر به‌طور جدایی‌ناپذیری با ستم‌های درهم‌تنیده نژاد، قومیت، طبقه، جنسیت و ملت باعث به‌حاشیه رانده شدن زنان شده است (مارشال؛ بنگتسون^۳، ۲۰۱۱: ۲). بنابراین، براساس نظریه سالمندی فمینیستی، نابرابری‌های موجود علیه زنان سالمند، آنان را به قشری آسیب‌پذیر تبدیل کرده است که این آسیب‌پذیری در هنگام حوادث بیشتر نیز می‌شود. این نظریه، علت نابرابری علیه زنان سالمند را ساختارهای اجتماعی می‌داند و به ساختارهایی که این نابرابری‌ها را ایجاد کرده‌اند انتقاد می‌کند.

رویکرد کارکردگرایی در زمینه سالمندی با نظریه کناره‌گیری و عدم فعالیت شناخته شده است. کامینگ؛ هنری (۱۹۶۱) اولین کسانی بودند که این نظریه را مطرح کردند (نپ^۴، ۱۹۷۷: ۱). عدم تعهد فرض اصلی این نظریه است. طبق این تئوری، مکانیسم‌های دفاعی درون‌گرایی و

1. Butler
2. Palmore; Manton
3. Marshall; Bengtson
4. Knapp

دوری‌گزینی به فرد اجازه می‌دهد تا تعادل جدیدی را برقرار سازد و با تغییرات متعدد سالمندی، سازگاری یابد. براساس این نظریه، سالمند تدریجاً برخوردهای خود را با اجتماع و دیگران کاهش می‌دهد و جامعه نیز، متقابلاً فرد را از خود جدا می‌سازد (حسن‌پور، ۱۳۹۹: ۸۱). نظریه عدم تعهد تأکید می‌کند که سالمندان به دلیل ضعف‌های جسمی و ذهنی، توانایی انجام نقش‌ها و وظایف گذشته خود را ندارند و بهتر است نقش‌هایشان را به نسل بعدی جوان واگذار کنند. واگذاری نقش‌ها به جوانان باعث می‌شود تا آنان مسئولیت‌های سالمندان را به‌نحو مؤثرتری انجام دهند و سالمندان نیز در پایان عمر خود از رفاه و آسودگی بیشتری برخوردار شوند. لذا کناره‌گیری سالمندان، هم برای جامعه و هم برای خود سالمندان دارای کارکردهای بسیاری است (پروائی، ۱۳۹۹: ۷۸).

برخلاف نظریه کناره‌گیری، نظریه فعالیت که از دل پارادایم کنش متقابل نمادین برخاسته است، از سالمندان می‌خواهد به دنبال «پیری موفقیت‌آمیز» باشند و نقش‌های جدیدی را برعهده گیرند (فروغ؛ گواری؛ نظری؛ رشیدی‌نژاد؛ افشارزاده، ۱۳۸۱: ۸). این نظریه اساساً نشان‌دهنده رابطه مثبت بین میزان مشارکت سالمندان در فعالیت اجتماعی و رضایت از زندگی است. این ادعا ناشی از این فرض است که الزامات نقش یا تقاضاها برای فرد و جامعه نسبتاً باثبات باقی می‌ماند و افراد مسن همان نیازهای اجتماعی سابق را دارند. از طرف دیگر، کنش‌های فعال در سالمندان، این احتمال را که سالمند تصویر منفی از خود را ایجاد کند کاهش می‌دهد (هاویگرست^۱، ۱۹۶۸؛ مادوکس؛ آیسدوفر^۲، ۱۹۶۲ به نقل از نپ، ۱۹۷۷). به‌نظر می‌رسد نظریات سالمندشناسی فمینیستی، تعهد و فعالیت، با موضوع سرمایه اجتماعی و تلاقی عاملیت و ساختار بوردیو و هابرماس پیوند داشته باشند.

بوردیو در تعریف انواع طبقه اجتماعی چهار نوع سرمایه اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و نمادین را تعریف می‌کند. سرمایه اقتصادی، از نظر بوردیو، به دارایی‌هایی گفته می‌شود که فوری و مستقیم قابل تبدیل به پول هستند و ممکن است در قالب حقوق مالکیت نهادینه شود (سیسیاینن^۳، ۲۰۰۰: ۲). بوردیو سرمایه اقتصادی را ریشه سایر اشکال سرمایه می‌داند و با انواع سرمایه به‌عنوان شکل‌های دگرگون‌شده و مبدل سرمایه اقتصادی برخورد می‌کند (چنگ^۴، ۲۰۱۲: ۴). همچنین، سرمایه اجتماعی را شبکه‌ای از روابط فردی و گروهی که هر فردی در

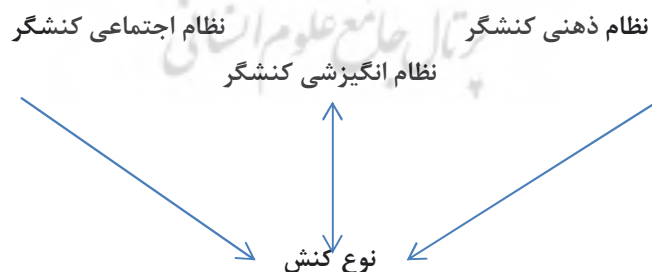
1. Havighurst
2. Maddox; Eisdorfer
3. Siisiäinen
4. Cheng

اختیار دارد و شامل همه منابع واقعی و بالقوه‌هایی است که فرد می‌تواند در اثر عضویت در شبکه اجتماعی کنشگران یا سازمان‌ها به‌دست آورد. سرمایه فرهنگی نیز، قدرت شناخت و قابلیت استفاده از کالاهای فرهنگی در هر فرد است (روحانی، ۱۳۸۸: ۱۰).

بورديو به تلفیق عینیت‌گرایی و ذهنیت‌گرایی می‌پردازد. از نظر او ساخت ذهنی، باعث به‌وجود آمدن عملکردهای فردی و جمعی می‌شود و ساختارهای موجود در جامعه نیز بر عملکردها اثرگذارند (ریتزر، ۱۳۷۴: ۷۲۱). انواع سرمایه بورديو را می‌توان بخشی از نظام اجتماعی دانست؛ و از طرف دیگر نوع باورها و نگرش‌های افراد را بخشی از نظام ذهنی آنان در نظر گرفت که هر دو این نظام‌ها بر نوع کنشگری افراد مؤثرند.

از نظر گیدنز، فعالیت‌های انسانی را کنشگران اجتماعی به‌وجود نمی‌آورند، بلکه این فعالیت‌ها را از طریق راه‌هایی که انسان‌ها خودشان را به‌عنوان کنشگر مطرح می‌سازند ایجاد می‌کنند. ساختار از طریق توالی عملکردهای انسان‌ها در موقعیت‌های خاص بازتولید می‌شود و سپس این عملکردها را سازمان می‌دهد. از نظر او ساختار، به صفات ساختاردهنده‌ای (قواعد و منابع) تعریف شده که اجازه می‌دهند عملکردهای اجتماعی مشابه و قابل تشخیص در راستای زمان و مکان وجود داشته باشد و این عملکردها، به‌صورت نظام‌دار است. همچنین، او از انگیزش به‌عنوان امکانات بالقوه کنش یاد می‌کند که کنش را برمی‌انگیزانند (همان: ۷۰۳-۷۰۵).

نظریات سالمندشناسی، بر نابرابری سنی میان افراد تأکید می‌کند و نظریات سالمندی فمینیستی نیز، نابرابری سنی را به همراه نابرابری جنسیتی در نظر می‌گیرد. می‌توان میزان نابرابری و میزان انواع سرمایه‌های اجتماعی را بخشی از نظام اجتماعی در نظر گرفت. به نظر بورديو ساخت ذهنی و ساخت اجتماعی، بر نوع عملکردهای افراد اثرگذارند. گیدنز نیز نوع نظام اجتماعی و انگیزش‌های افراد را بر نوع عاملیت انسان‌ها اثرگذار می‌داند. بنابراین، از ترکیب این نظریات، الگوی زیر به‌دست می‌آید.



نمودار ۱. اثر تجمعی تعاملی نظام ذهنی، اجتماعی، انگیزشی بر کنش

باتوجه به اینکه این پژوهش از نوع کیفی است، مرور ادبیات نظری می‌تواند ارتباط میان پدیده‌ها را برای پژوهشگر مشخص و نمایان سازد و حساسیت نظری را افزایش دهد. باید ذکر شود که آنچه در این تحقیق، نظام ذهنی کنشگر خوانده می‌شود، میزان اعتقاد و باورمندی فرد به تقدیرگرایی یا باور به آزادی اراده است. از سوی دیگر، نظام اجتماعی نیز بر میزان سرمایه اجتماعی و میزان احساس نابرابری در فرد دلالت دارد. نظام انگیزشی نیز به احساس معناگرایی مذهبی و هیجانات روانی او اشاره دارد. کنش نیز براساس تعاریف سالمندی، به دو نوع کنشگری فعال (متعهد) یا کنشگری منفعل (غیرمتعهد) تقسیم می‌شود.

روش پژوهش

روش این پژوهش کیفی است و از «نظریه داده بنیاد» استفاده شده است. نمونه مورد مطالعه را بیست نفر از زنان سالمند بالای شصت سال شهر مشهد تشکیل می‌دهند. شیوه نمونه‌گیری به دلیل محدودیت‌های زیادی که در زمان گردآوری داده‌ها وجود داشت، گلوله‌برفی است و نمونه‌گیری تا رسیدن به مرحله اشباع نظری تداوم داشته است. تعداد دوازده نفر به صورت حضوری و هشت نفر به صورت تلفنی مصاحبه شدند. به دلیل رعایت نکات بهداشتی در دوران کرونا امکان حضور در سرای سالمندان فراهم نبود و بنابراین، تمامی نمونه‌ها از میان زنان سالمندی انتخاب شده‌اند که در منزل خود یا فرزندشان زندگی می‌کنند. مصاحبه‌های انجام‌شده از نوع نیمه‌ساختاریافته بودند. با آنکه موضوعات پرسش‌ها از قبل مشخص بود، پاسخ‌گو می‌توانست به فراخور شرایط بحث، تاحدی در برخی از موضوعات عمیق‌تر شود و به راحتی درباره تجارب خودش از دوران کرونا صحبت کند.

قبل از شروع مصاحبه نیز، سؤالات اصلی و محورهای کلی پژوهش به مصاحبه‌شوندگان گفته می‌شد. سپس به آنان اطمینان خاطر داده می‌شد که تمامی اطلاعات و مشخصات فردی آنان و سؤالات مصاحبه صرفاً جهت انجام کار علمی نزد مصاحبه‌کننده باقی می‌ماند و هیچ نام یا اطلاعات شخصی از مصاحبه‌شونده در جایی منتشر نخواهد شد.

پس از پایان مصاحبه، اطلاعات ضبط‌شده در اختیار مصاحبه‌شونده قرار می‌گرفت تا اگر نیاز بود برخی از موارد حذف یا اضافه شود. جهت اعتباربخشی به تحقیق، از «چندبعدی سازی»، «حضور طولانی‌مدت در میدان»، و اعتبار ارتباطی استفاده شد. پس از آن با استفاده از تکنیک‌های موجود در روش نظریه زمینه‌ای به تجزیه و تحلیل داده‌ها پرداخته و داده‌ها از طریق روش کدگذاری نظری، شامل سه مرحله (باز، محوری و انتخابی) تحلیل شدند.

جدول ۱. فهرست اسامی مستعار پاسخ‌گویان به همراه توصیف وضعیت اقتصادی، اجتماعی آنان

ردیف	نام مستعار	سن	تحصیلات	شاغل یا خانه‌دار	شغل همسر	وضعیت تاهل	وجود همدم- همسر	محل سکونت
۱	زهرا	۶۷	پنجم ابتدایی	خانه‌دار	آزاد	متاهل	باهمسر	منزل شخصی
۲	شیما	۶۸	سیکل	خانه‌دار	کارمند بازنشسته	متاهل	باهمسر	منزل شخصی
۳	نگار	۶۰	فوق دیپلم	بازنشسته فرهنگی	کارمند بازنشسته	متاهل	باهمسر و فرزند	منزل شخصی
۴	افروز	۷۴	دوم ابتدایی	خانه‌دار	کارمند بازنشسته	متاهل	باهمسر	منزل شخصی
۵	ساجده	۸۰	بی‌سواد	خانه‌دار	آزاد	فوت همسر	با فرزندان	منزل فرزندان
۶	سپیده	۶۳	سوم ابتدایی	خانه‌دار	آزاد	متاهل	باهمسر و فرزندان	منزل شخصی
۷	فاطمه	۷۸	بی‌سواد	خانه‌دار	کارگر	متاهل	باهمسر و فرزندان	منزل شخصی
۸	ناهید	۶۶	سیکل	خانه‌دار	کارمند	همسر شهید	با فرزندان	منزل شخصی
۹	سوسن	۷۵	راهنمایی	خانه‌دار	آزاد	متاهل	باهمسر	منزل شخصی
۱۰	یاسمن	۷۰	لیسانس	خانه‌دار	کارمند بازنشسته	فوت همسر	تنها	منزل شخصی
۱۱	سارا	۶۲	بی‌سواد	خانه‌دار	کارمند بازنشسته	متاهل	با فرزند و همسر	منزل شخصی
۱۲	نسرین	۶۵	راهنمایی	خانه‌دار	کارمند بازنشسته	متاهل	با فرزند و همسر	منزل شخصی
۱۳	مریم	۷۲	بی‌سواد	خانه‌دار	آزاد	متاهل	با همسر	منزل شخصی
۱۴	شیرین	۶۵	بی‌سواد	خانه‌دار	فرهنگی	فوت همسر	با فرزندان	منزل فرزندان

ردیف	نام مستعار	سن	تحصیلات	شاغل یا خانه‌دار	شغل همسر	وضعیت تاهل	وجود همدم- همسر	محل سکونت
۱۵	مینا	۶۰	راهنمایی	خانه‌دار	بازنشسته	متاهل	باهمسر	منزل شخصی
۱۶	صدیقه	۷۰	ابتدایی	خانه‌دار	کارمندبازنشسته	متاهل	باهمسر	منزل شخصی
۱۷	معصومه	۷۷	بی‌سواد	خانه‌دار	آزاد	متاهل	باهمسر	منزل شخصی
۱۸	مه‌ری	۶۷	راهنمایی	خانه‌دار	نگهبان	متاهل	باهمسر	منزل شخصی
۱۹	محبوبه	۶۳	دوم ابتدایی	خانه‌دار	راننده	متاهل	باهمسر	منزل شخصی
۲۰	فهیمه	۷۴	ابتدایی	خانه‌دار	کارمند بازنشسته	متاهل	باهمسر	منزل شخصی

جدول ۱ مشخصات زنان مورد مطالعه را نشان می‌دهد. اکثر مصاحبه‌شوندگان دارای تحصیلات کم یا بی‌سواد هستند. اغلب آنان خانه‌دارند و درآمدی از خود ندارند، اما سطح درآمد همسرشان متوسط (کارمند) است. در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که اکثر آنان دارای سرمایه فرهنگی پایین و سرمایه اقتصادی متوسط هستند. به‌علاوه آنکه اکثر مصاحبه‌شوندگان، در منزل شخصی خودشان به اتفاق همسر یا فرزندان زندگی می‌کنند و فقط دو تن از آنان در منزل فرزندان و یک نفر نیز به تنهایی زندگی می‌کند.

یافته‌های پژوهش

در بخش یافته‌های تحقیق، ابتدا جدول‌هایی مربوط به انواع کدگذاری داده‌ها مطرح می‌شود. سپس به توضیح هرکدام از این جدول‌ها و نمونه‌هایی از مصاحبه‌های انجام‌شده می‌پردازیم و در نهایت مدل پارادایمی ترسیم می‌شود.

شرایط علی (نظام ذهنی کنشگر)

جدول ۲ کدگذاری محوری، انتخابی و مقولات مستخرج از آن‌ها را در قالب شرایط علی نشان می‌دهد.

جدول ۲. کدگذاری مقولات شرایط علی

مدل پارادایمی	کدگذاری انتخابی	کدگذاری محوری	کدگذاری باز
شرایط علی	نظام ذهنی کنشگر	تقدیرگرایی (جبرگرایی) اعتقاد به اختیار	تلقی از بیماری به عنوان امتحان الهی - گناهان علت بیماری - اعتقاد به غیرقابل تغییر بودن شرایط احساس درماندگی اعتقاد و امید به تغییر و بهبود شرایط - احساس کنترل نسبی شرایط

شرایط علی برگرفته از داده‌ها، نظام ذهنی کنشگران در نظر گرفته شده است. در این تحقیق، نظام ذهنی به دو نوع نگرش جبرگرایانه و نوع دیگر اختیارگرایانه تقسیم می‌شود. نگرش اختیارگرا سبب می‌شود تا فرد از خودکارآمدی بهره‌مند باشد و خود را مسلط بر جهان پیرامونش ببیند، اما ساخت ذهنی حاوی جبرگرایی سبب نگرشی است که فرد را فاقد توان برای کنترل و تغییر شرایط می‌داند. در واقع، اعتقاد به اختیار باعث می‌شود تا فرد به سمت پیشرفت برود، اما جبرگرایی انسان‌ها را در حالت ایستایی و حتی عقب‌گرد قرار می‌دهد. در مصاحبه‌های صورت‌گرفته، اغلب مصاحبه‌شوندگان علت بیماری را گناهان انسان‌ها، خواست و اراده خداوند می‌دانستند. همچنین، افرادی نیز بودند که حس ناتوانی از تغییر یا بهبود شرایط در آن‌ها بسیار زیاد بود و بنابراین، نوعی نگاه تقدیرگرایانه بر نظام ذهنی آنان حاکم بود. سالمندانی هم بودند که احساس می‌کردند شرایط را می‌توان بهبود داد. از نظر این قبیل افراد، با صبر کردن و انجام نکات بهداشتی، توسط مردم، شدت شیوع بیماری در کشور کم‌تر خواهد شد. سارا ۶۲ ساله که نوعی نگاه جبرگرایانه دارد، می‌گوید: «دنیا با همه پیشرفت‌هایش نمی‌تواند از پس کرونا برآید. من می‌گویم هیچ برگی بدون اجازه خدا نمی‌افتد؛ البته جوان‌ها حرف مرا قبول ندارند و می‌گویند این کار بشر بوده است؛ ولی به نظر من از بس انسان‌ها گناه کرده‌اند خداوند دارد ما را تنبیه می‌کند».

همان‌طور که گفته شد، نظام ذهنی بر نوع کنش افراد اثرگذار است. براساس مصاحبه‌های انجام‌شده، افرادی که باورهای تقدیرگرایانه داشتند، کنشگری آن‌ها و عملکردشان بسیار منفعلانه بود و به‌نوعی از جامعه کناره‌گیری می‌کردند و در انزوای اجتماعی به سر می‌بردند، اما افرادی که اعتقاد داشتند می‌توان تغییراتی در محیط به‌وجود آورد؛ نوعی مسئولیت‌پذیری همراه با خودکارآمدی و تعهد اجتماعی در آنان مشاهده می‌شد.

زمینه و بستر (ساخت اجتماعی کنشگر)

جدول ۳. کدگذاری مقولات زمینه و بستر

مدل پارادایمی	کدگذاری انتخابی	کدگذاری محوری	کدگذاری باز
زمینه و بستر	نظام اجتماعی کنشگر	سرمایه اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی نابرابری سنی نابرابری جنسیتی	وضعیت سواد و تحصیلات - میزان درآمد خود و همسر - میزان ارتباطات اجتماعی داشتن بیماری زمینه‌ای - فرسودگی جسمی - عدم توانایی برای انجام کارهای روزانه - ناتوانی در کنترل فرزندان تقسیم کار جنسیتی - افزایش وظایف در هنگام حادثه - فقدان امکانات تفریحی برای بانوان - انتظارات زیاد فرزندان

متغیر بستر زمینه‌ساز در این مطالعه به موضوع «نابرابری و سرمایه اجتماعی» می‌پردازد و «نظام اجتماعی کنشگر» نام گرفته است. درمورد نابرابری‌ها، مصاحبه‌شوندگان با صحبت کردن درباره این موضوع که دچار مشکلات متعدد جسمی هستند و توانایی انجام کارهای روزمره را ندارد، بر تأثیرات منفی و ناخوشایند نابرابری سنی در زندگی‌شان اذعان داشتند. همچنین، زنان سالمند از اینکه در منزل با تقسیم کار جنسیتی ناعادلانه روبه‌رو شده‌اند و خانواده از آنان انتظاراتی بیش از حد توانشان دارند، گلایه‌مند بودند. از طرف دیگر، اغلب سالمندانی که با آنان مصاحبه می‌شد، دارای سرمایه اقتصادی متوسط بودند و سرمایه فرهنگی پایینی داشتند.

براساس الگوی تعریف‌شده، می‌توان گفت سالمندانی که خلأهای بیشتری در انواع سرمایه‌های اجتماعی، اقتصادی، و فرهنگی دارند یا احساس نابرابری (سنی - جنسیتی) در آن‌ها بیشتر است، عملکردهایی منفعلانه بیشتری از خود بروز می‌دهند. همچنین، رابطه نظام اجتماعی و نوع کنش، رابطه‌ای دوسویه است؛ به این معنا که نوع کنشگری افراد نیز بر نظام اجتماعی کنشگر تأثیر می‌گذارد و بنابراین مشاهده می‌شود کنش‌های منفعلانه افراد بر سرمایه

اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی آنان تأثیر نامطلوب می‌گذارد. فاطمه ۷۸ ساله در مورد ضعف‌های جسمانی خودش و فرزندش می‌گوید:

«دختر معلولی دارم که باید کارهایش را انجام دهم؛ این خستگی‌ام را بیشتر می‌کند. الان هم پادرد دارم و نمی‌توانم مثل قبل کارهایش را انجام دهم. همسرم چون بیشتر بیرون از منزل است نمی‌تواند در کارها به من کمک کند. از کارهای منزل خسته می‌شوم؛ ولی چاره‌ای ندارم. دخترم چون همیشه در خانه است گریه می‌کند و فریاد می‌زند. اوقات فراغتی هم اگر داشته باشم، تلویزیون می‌بینم و تفریح دیگری ندارم.»

شرایط مداخله‌گر (ساخت انگیزشی کنشگر)

جدول ۴. کدگذاری مقولات شرایط مداخله‌گر

مدل پارادایمی	کدگذاری انتخابی	کدگذاری محوری	کدگذاری باز
شرایط مداخله‌گر	نظام انگیزشی کنشگر	هیجانان‌روانی معناگرایی مذهبی	احساس تنهایی - احساس اضطراب و استرس - احساس دل‌تنگی - احساس غم و افسردگی - نگرانی از به‌خطر افتادن سلامت اعضای خانواده - نگرانی از مراجعه به مراکز درمانی جهت درمان - احساس درماندگی دیگرخواهی - وظیفه‌شناسی - رعایت نکات بهداشتی به‌عنوان وظیفه الهی - اعتماد و توکل به پروردگار

در این پژوهش، شرایط مداخله‌گر با عنوان «ساخت انگیزشی کنشگر» مطرح شده است و با مقوله هیجانان‌روانی و معناگرایی مذهبی مرتبط است. به عقیده گیدنز، کنشگران برای کنش کردن انگیزش‌هایی دارند. انگیزش‌ها معمولاً امکاناتی بالقوه برای کنش هستند. این انگیزش‌ها

بستر کلی برای کنش را فراهم می‌سازند و نقش مهمی در کردار بشر دارند (ریتزر، ۱۳۷۴: ۷۰۳).

از طریق مصاحبه‌های انجام‌شده، دو نوع انگیزش شناسایی شد. انگیزش‌هایی مبتنی بر اضطراب و نگرانی و انگیزش‌هایی معنوی که این نوع انگیزش، به دلیل معناگرایی مذهبی برخی از سالمندان است. در انگیزش‌های معنوی، دیگرخواهی، احساس وظیفه‌شناسی، توکل و آرامش ناشی از اعتماد به پروردگار نمایان بود، اما برخلاف انگیزش معنوی، انگیزش‌های هیجانی، سرشار از حس استرس و اضطراب، احساس تنهایی، احساس غم و افسردگی است. انگیزش‌های معنوی افراد را به سمت کنش‌های مسئولانه و سازگارانه سوق می‌دهد و انگیزش‌های هیجانی، افراد را به سمت کنش‌های انفعالی یا اجتناب - مدار می‌کشاند. در واقع، افرادی که اضطراب و استرس بیشتری را تجربه می‌کنند، از راهبردهای هیجان‌مدار و اجتناب‌مدار بیش از راهبرد تکلیف‌مدار استفاده می‌کنند (ایندلر و پارکر، ۱۹۹۰، به نقل از نصرتی، ۱۳۹۲). محبوبه ۶۳ ساله که نوعی انگیزش هیجانی در او مشاهده شد، درباره نگرانی‌هایش در دوران قرنطینه می‌گوید: «اضطراب داریم یکم سرماخوردگی داشته باشیم، فکر می‌کنیم کرونا داریم. دخترانم در بیرون از منزل به سر کار می‌روند. از زمانی که بیرون می‌روند تا هنگامی که برمی‌گردند نگران‌شان هستم که مبادا درگیر بیماری شوند. به دلیل استرسی که دارم گاهی وقت‌ها قرص ضد استرس می‌خورم». و مریم ۷۲ ساله که یک سالمند دارای روحیه بالای دیگرخواهی چنین می‌گوید: «من نگرانی برای خودم ندارم. برای مسلمانان و مردم ایران نگران هستم. تعداد روزی دویست نفر فوتی کم نیست. به نظرم باید هر فرد نکات بهداشتی را رعایت کند چون سلامتی امانت خداوند است و اگر کسی رعایت نکند حق الناس را رعایت نکرده است و باید پاسخ‌گو باشد».

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

راهبردها

جدول ۵. کدگذاری مقولات راهبردی

مدل پارادایمی	کدگذاری انتخابی	کدگذاری محوری	کدگذاری باز
راهبردها	عملکرد متعهدانه	تغییرپذیری کنترل و پیشگیری از بیماری مسئولیت‌پذیری اجتماعی تلاش برای سازگاری	رعایت نکات بهداشتی به‌عنوان بخشی از سبک زندگی - گسترش استفاده از ظرفیت‌های فضای مجازی رعایت نکات بهداشتی - کاهش دیدوبازدید - رعایت فاصله‌گذاری اجتماعی - کاهش تفریحات - کاهش مسافرت‌ها - کاهش مناسک مذهبی جمعی - عدم برگزاری مراسم شادی و عزا - اجتناب از رفتن به مکان‌های شلوغ و پرتردد - کاهش ارتباطات حضوری و افزایش ارتباطات مجازی و تلفنی همیاری و کمک‌رسانی به نیازمندان - کارآفرینی برای زنان سرپرست خانوار - انجام نکات بهداشتی به‌عنوان وظیفه الهی مناسک‌گرایی مذهبی - انجام هنرهایی مانند خیاطی، آشپزی، شیرینی‌پزی - مشاوره گرفتن برای داشتن تفکر مثبت و جلوگیری از وسواس - همدلی با پرستاران و پزشکان
	انفعال یا عملکرد اجتناب‌مدار	انزوای اجتماعی رواج شایعه و پذیرش آن رعایت نکردن پروتکل‌های بهداشتی	کاهش تفریحات جمعی - کاهش دیدوبازدید - کاهش مناسک مذهبی جمعی - کاهش حضور در اجتماعات مصرف داروهایی که تأییدیه‌های لازم را ندارند - تلقین و باور به اثربخشی داروها برگزاری مراسم عروسی و میهمانی - رفتن به مسافرت - رفت‌وآمد به منزل سالمندان

براساس آنچه ذکر شد، کنش‌ها براساس ساخت ذهنی، ساخت اجتماعی و ساخت انگیزشی کنشگران پدید می‌آیند. ساخت ذهنی تقدیرگرایانه به‌همراه ساخت اجتماعی سرشار از احساس نابرابری و کاهش سرمایه‌های اجتماعی و همچنین، انگیزش‌های هیجانی باعث کنش‌های منفعلانه یا اجتناب‌مدار می‌شود. از طرف دیگر، ساخت ذهنی مبتنی بر اختیار و ساخت اجتماعی که در آن کنشگر دارای سرمایه‌های قوی اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی است؛ و به‌علاوه انگیزش‌های معنوی در او وجود دارد، سالمند را به سمت کنش‌های متعهدانه و مسئولانه سوق می‌دهد.

راهبردهای فعالانه و منفعلانه براساس نظریات سالمندی تعهد و عدم تعهد انتخاب شده‌اند. راهبرد اجتناب - مدار نیز راهبردی است که مستلزم انکار یا کوچک شمردن موقعیت‌های

تنش‌زاست. افرادی که از این روش استفاده می‌کنند، هوشیارانه تفکرات تنش‌زا را واپس‌رانی و تفکرات دیگری را جایگزین آن می‌کنند (ایندلر و پارکر، ۱۹۹۰، به نقل از نصرتی، ۱۳۹۲).

مقوله راهبرد فعالانه شامل مسئولیت‌پذیری اجتماعی، تغییرپذیری، پیش‌گیری و کنترل از بیماری و تلاش برای سازگاری است. درمورد «مسئولیت‌پذیری اجتماعی»، از طریق مصاحبه‌های انجام‌گرفته مشخص شد، سالمندانی که به اراده آزاد اعتقاد دارند و انگیزش‌های معنوی نیز در آن‌ها بیشتر بود، از انفعال، درون‌گرایی و انزوا دوری و اوقات خودشان را در گروه هم‌سالانشان سپری می‌کنند. این افراد اغلب سعی می‌کنند در کنار لذت بردن از اوقات فراغتشان نزد هم‌سالانشان، دست به کارهایی بزنند که برای جامعه نیز ارزش و اهمیت داشته باشد. مینا ۶۰ ساله درمورد اقدامات خیرخواهانه‌اش در این دوران می‌گوید:

«اقدام به تهیه ماسک و سبد معیشتی برای نیازمندان را در مسجد محله آغاز کردیم و چندین چرخ خیاطی و یازده نفر که به صورت دو شیفت برای تولید ماسک داوطلب شده بودند. حتی این داوطلبان اینقدر مشتاق و زیاد بودند که ما کار را به صورت دو شیفت انجام می‌دادیم. این حس همدلی و انسان‌دوستی برایم جالب بود. هنگامی که به نیازمندان سبد معیشتی و ماسک می‌دادیم طوری خوشحال می‌شدند که ما هم احساس رضایت می‌کردیم و خستگی از تنمان بیرون می‌رفت. از وقتی فهمیدم زنجبیل و گرمی‌جات برای سلامتی در برابر کرونا مفید است به تهیه کلوچه زنجبیلی روی آوردم چون هم سرگرمی است و هم برای مردم مفید است و قصد دارم از سرپرست‌های زن خانواده دعوت کنم تا به آن‌ها آموزش دهم و در این راه کارآفرینی کنم و اگر تولیداتم استقبال‌کننده داشت کارگاه کوچکی باز کنم».

این فرد از سرگرمی‌هایی که دوران فراغت به آن‌ها اشتغال داشته است به‌عنوان دستاوردی برای شروع یک کارآفرینی استفاده کرده است. این خانم خانه‌دار نه احساس اضطراب و نه احساس یأس و ناامیدی دارد و حتی به نیرویی فعال در زمینه اقتصادی تبدیل شده است که مانند برخی از هم‌سن‌وسالانش منتظر نمی‌ماند تا دیگران برایش کاری انجام دهند، بلکه خودش در کارهای خیر و یاری رساندن به دیگران پیش‌قدم می‌شود. به نظر باومایستر^۱ باور به اراده آزاد آزاد می‌تواند شاخصی باشد که نوع دوستی را پیش‌بینی می‌کند. افزون‌براین، عقیده به اراده آزاد با رفتار جامعه‌پسندانه ارتباط دارد (پائولوس^۲، ۲۰۱۱: ۱-۱۰).

نوع دیگری از راهبردهای فعالانه «تغییرپذیری» بود. این تغییر نیز برگرفته از نوع ساخت ذهنی آنان است. درواقع، افرادی که بیشتر بر اراده تأکید دارند، بیشتر از سایر افراد تغییرپذیر و

1. Baumeister

2. Paulhus

انعطاف‌پذیرند و از تغییراتی که در جهت مثبت باشد استقبال می‌کنند. گویا فردی که معتقد به اراده آزاد است، چون ایمان دارد می‌تواند زندگی خود را کنترل کند و امور را در اختیار بگیرد، پس می‌تواند تغییر کند و انعطاف‌پذیر باشد (باومیستر، ۲۰۱۲: ۷۳۶).

در بین پاسخ‌گویان سالمند، تغییرپذیری بیشتر در مورد ویژگی‌هایی در سبک زندگی روزمره مانند استفاده گسترده‌تر از فضای مجازی و رعایت بیشتر بهداشت فردی مشاهده شد. احتمال می‌رود ویژگی‌های ذکرشده، جزئی از سبک زندگی افراد برای همیشه باقی بماند و در دوران پساکروناایی نیز افراد بر اساس همین تغییرات روزگار را سپری کنند. مینا ۶۰ ساله درباره گسترش استفاده از فضای مجازی در دوران قرنطینه می‌گوید:

«اگر فردی از هم‌محلّه‌ای‌ها در این دوران به‌خصوص به‌دلیل کرونا فوت کند، برایش در فضای مجازی ختم می‌گیریم تا با خانواده‌هایشان کمی هم‌دردی کرده باشیم و خانواده‌های عزادار هم از این بابت رضایت داشتند و تشکر می‌کردند. قبلاً نیز هر هفته به منزل یکی از همسایه‌ها می‌رفتیم و قرآن می‌خواندیم که الان دوره‌های قرآن مجازی جایگزین دوره‌های حضوری قرآن شده است.»

از دیگر راهبردهای فعالانه، «پیشگیری و کنترل از بیماری» بود. تمامی مصاحبه‌شوندگان اعلام کردند نکات بهداشتی مانند ماسک زدن، شست‌وشوی دست‌ها، رعایت فاصله‌گذاری را انجام می‌دهند و اغلب اذعان داشتند که ویدیوبازدیدهایشان با فامیل و اقوام کاهش چشم‌گیری داشته است، اما با کم شدن رفت‌وآمدها، تماس‌های تلفنی یا مجازی افزایش یافته است. «تلاش برای سازگاری» نیز راهبرد فعالانه‌ای که مصاحبه‌شوندگان بیان داشتند. آنان عبادت خدا را به‌عنوان تلاشی برای کاهش استرس‌ها و نگرانی در ایامی که فراغت بیشتری دارند انجام می‌دهند. همچنین روی آوردن زنان به هنرهایی مثل شیرینی‌پزی، خیاطی و آشپزی و دعوت از بقیه اعضای خانواده برای کمک‌رسانی در این امور و تغییر حال اطرافیان در دورانی که شرایط اضطراب‌آور بوده است، جالب توجه است. فاطمه ۶۸ ساله درباره گفت‌وگو با مشاور توضیح می‌داد که: «هنگامی که همسرم به کرونا مبتلا شدند برادرم یک مشاور به من معرفی کردند تا با ایشان گفت‌وگو کنم و دچار وسواس تمیزی نشوم و دل‌گرم باشم. وقتی با مشاور صحبت کردم آرامش بیشتری گرفتم و مشاور کمک کرد که تفکر مثبتی داشته باشم و نگرانی‌هایم کاهش یافت.»

راهبردهای منفعلانه در این دوران به «انزوای اجتماعی» یا «پذیرش و عمل به شایعات» ختم شده است. درواقع، باورهای تقدیرگرایانه، جهان اجتماعی سرشار از نابرابری و شرایط بیماری، برخی از سالمندان را به سمت انزوای اجتماعی کشانده است، اما روی دیگر سکه

تقدیرگرایی آن است که فرد بدون تفکر بسیاری از نظریاتی را که در جامعه به صورت شایعه درمی‌آید بپذیرد و به آن عمل کند. باین‌حال، فردی که ایمان به اراده دارد، سعی می‌کند به‌جای انطباق ذهنی با عقاید دیگران، تفکر کند (باومیستر، ۲۰۱۲: ۷۳۷). از طریق مصاحبه‌ها مشخص شد که اغلب زنان سالمند با خوردن داروهایی که مجوزهای لازم علم پزشکی را ندارد می‌خواهند با کرونا مقابله کنند. این داروها گاه می‌تواند سلامت افراد را به‌خطر اندازد. نسرین ۶۵ ساله دربارهٔ مصرف داروهای بدون مجوز می‌گوید: «فکر می‌کنم دارو جامع امام رضا و دارو امام کاظم برای کرونا مؤثر است و من هم از این داروها استفاده کردم و زمانی که احساس می‌کردم بدنم درد می‌کند و مشکوک به کرونا بودم از همین دارو امام کاظم خوردم و حالم خوب شد».

گاهی، این اطلاعات نادرست، درمورد درمان بیماری توسط برخی افراد یا گروه‌ها در فضای مجازی انتشار می‌یابد که برخورد پلیس با این افراد اهمیت دارد. افسانه‌ها ممکن است بسیار خطرناک باشند، چون می‌توانند به کاهش رعایت نکات بهداشتی منجر شوند یا پیروی از برخی افسانه‌ها می‌تواند به دیگر خطرات سلامتی منجر شود (مهرا و گروور^۱، ۲۰۲۰: ۱-۶).

راهبردهای اجتناب‌مدار که با احساس مصونیت از ابتلا همراه است به این دلیل رخ می‌دهد که فرد مشکل را کوچک می‌شمارد و در نتیجه نکات بهداشتی در این دوران را انجام نمی‌دهد. «رعایت نکردن نکات بهداشتی» یا عادی‌انگاری شرایط سبب شده است که بسیاری به رفتارهای پرخطر مانند برگزاری مراسم و عزا در این دوران اقدام کنند. اغلب این افراد خودشان به‌دلیل بیماری‌های زمینه‌ای بیشتر در معرض خطر هستند. معصومه ۷۷ ساله با صراحت بیان می‌کرد:

«به بچه‌ها می‌گویم رفت‌وآمد خودتان را کم نکنید منتهی رعایت کنید. عروسی پسر ما را دو سه ماه قبل گرفتیم و کسی هم کرونا نگرفت. به آمارهایی که اعلام می‌کنند اهمیتی نمی‌دهم و فکر می‌کنم تعداد فوتی‌ها را بیشتر می‌گویند تا مردم بترسند. از میان تمامی فامیل‌های ما کسی کرونا نگرفته است. من تا به چشم خودم نبینم که کسی به خاطر کرونا فوت کرده است باور نمی‌کنم».

پیامدها

جدول ۶. کدگذاری مقولات پیامدی

مدل پارادایمی	کدگذاری انتخابی	کدگذاری محوری	کدگذاری باز
پیامدها	پیامد مثبت پیامد منفی	تبدیل تهدید به فرصت افزایش حس مفید بودن و کارآمدی کاهش مسئولیت اجتماعی	افزایش اطلاعات و کار در فضای مجازی - افزایش مهارت مقابله با اضطراب و وسواس - افزایش مهارت‌های هنری - افزایش رعایت بهداشت فردی - افزایش صمیمیت بین اعضای خانواده - افزایش مصرف فرهنگی احساس رضایت‌مندی از کمک‌رسانی - افزایش قدردانی از فرد - تلاش برای افزایش نوع و شیوه خدمت‌رسانی - افزایش انگیزه برای فعالیت‌های جمعی و نوع‌دوستانه افزایش ریسک ابتلا به بیماری - قرار دادن خود و دیگران در معرض ابتلا

پیامدها در این پژوهش، به دو دسته پیامدهای مثبت و منفی تقسیم می‌شوند. پیامدهای مثبت به دلیل ساخت عقلانی مبتنی بر اختیار، انگیزش‌های معناگرا و در نتیجه راهبردهای فعالانه به دست آمد. اما پیامد منفی به دلیل ساخت عقلانی مبتنی بر جبر و تقدیر، ساخت اجتماعی سرشار از نابرابری و کمبودهای سرمایه‌ای، ساخت انگیزش هیجانی و سپس راهبردهای انفعالی یا اجتناب‌مدار رخ می‌دهد.

پیامدهای مثبت شامل مقوله‌های فرعی؛ «تبدیل تهدید به فرصت»، «افزایش خودکارآمدی» و «حس مفید بودن» است. پیامد منفی نیز «فقدان مسئولیت‌پذیری اجتماعی اخلاقی» خواهد بود. پیامد مثبت «تبدیل تهدید به فرصت» به دلیل افزایش اطلاعات در مورد فضای مجازی، افزایش مهارت مقابله با اضطراب و وسواس، افزایش مهارت‌های هنری، افزایش رعایت بهداشت فردی، افزایش صمیمیت بین اعضای خانواده، افزایش مصرف فرهنگی به این نام خوانده شده است. در واقع، تمامی این موارد سبب شده است تا زنان سالمند بتوانند تهدید قرنطینه و انزوای ناشی از بیماری کرونا را به فرصت تبدیل کنند.

از طرف دیگر، «افزایش خودکارآمدی» نیز ناشی از احساس رضایت‌مندی از کمک‌رسانی، تلاش برای بهتر شدن شیوه خدمت‌رسانی و افزایش انگیزه برای فعالیت‌های جمعی و نوع‌دوستانه

است. در واقع، خودکارآمدی زنان سالمند به دلیل احساس رضایتی که در آن‌ها پدید آمده است، ترغیبشان می‌کند که رفتارهای مسئولانه خود را افزایش دهند و با روش‌های جدیدتری به دیگران کمک‌رسانی کنند. اما افرادی که به سمت راهبردهای اجتناب‌مدار یا منفعلانه می‌روند، دچار نوعی بی‌مسئولیتی اجتماعی هستند. این افراد با رعایت نکردن نکات بهداشتی، نه تنها به جامعه متعهد نیستند، بلکه باعث به‌خطر افتادن سلامتی خود و دیگران می‌شوند.

نتیجه‌گیری

این مقاله درصدد فهم و درک تجربه زیسته زنان سالمند از رویایی با همه‌گیری کرونا برآمد. بدین منظور از روش کیفی استفاده شد و پس از مصاحبه با بیست نفر از زنان سالمند شهر مشهد و انجام روش‌های کدگذاری، مدل پارادایمی حاصل شد. براساس مدل پارادایمی، شرایط علی (نظام ذهنی کنشگر)، زمینه و بستر (نظام اجتماعی کنشگر)، شرایط مداخله‌گر (نظام انگیزشی کنشگر)، راهبردها (راهبرد متعهدانه، منفعلانه و اجتناب‌مدار) و پیامدها (مثبت و منفی) شناسایی شد. در نهایت مقوله هسته‌ای «اثر تجمعی تعاملی نظام اجتماعی، ذهنی، انگیزشی بر کنش» به دست آمد. براساس مقوله هسته‌ای، تجربه زیسته زنان سالمند، بر ساخته شرایط ذهنی، اجتماعی و انگیزشی فرد است که این شرایط بر نوع کنشگری آنان مؤثر خواهد بود.

در این مطالعه سعی شد با استفاده از نظریات جامعه‌شناسی سالمندی، نظریات عاملیت - ساختار بوردیو و گیدنز، رابطه کنشگری زنان سالمند با ساخت اجتماعی، ذهنی و انگیزشی آنان شرح داده شود. براساس نظریه عاملیت - ساختار بوردیو، جهان ذهنی افراد بر نوع عملکردهای آنان تأثیرگذار خواهد بود.

براساس مقوله هسته‌ای به نظر می‌رسد سالمندان معتقد به اختیار که انگیزش‌های معناگرا دارند، کنش‌های مسئولانه و تکلیف‌مدار بیشتری انجام دهند. اما زنان سالمندی که معتقد به تقدیر هستند و انگیزه کنش آنان از نوع هیجانی است و هم‌چنین، درمورد انواع سرمایه‌های اجتماعی دچار ضعف‌های بسیاری هستند، انجام کنش‌های منفعلانه یا اجتناب‌مدار در آنان افزایش می‌یابد.

پیامد کنش‌های مسئولانه و تکلیف‌مدار هم برای خود سالمند، هم برای خانواده و نزدیکانش و هم برای جامعه‌اش مفید خواهد بود و برعکس کنش‌های انفعالی یا اجتناب‌مدار به‌خصوص در دوران کرونا، آسیب‌های زیادی هم برای خود فرد و هم جامعه و اطرافیان سالمند به همراه دارد. از پیامدهای مثبت کنش‌های مسئولانه برای فرد، به‌وجود آمدن حس رضایت و مفید بودن در اوست. این حس رضایت و مفید بودن در دوران سالمندی، بهبود سلامت روانی

سالمند و همچنین شکل‌گیری سالمندی موفق را دنبال دارد. کنش‌های تکلیف‌مدار سالمند، در خانواده نیز اثرات مطلوبی بر جای می‌گذارد. در واقع، زنان سالمند که کانون اصلی خانواده را در اختیار دارند، نقش مهمی در جمع کردن اعضای خانواده در کنار یکدیگر دارند. آنان می‌توانند با کنش‌های مسئولانه خود، آرامش و احساس صمیمیت میان افراد خانواده را دوچندان کنند. به‌خصوص این احساس صمیمیت میان اعضای خانواده در دوران کرونا، باعث می‌شود تا بخش زیادی از اضطراب‌ها و نگرانی‌های افراد خانواده کاهش یابد. لذا، زنان سالمند می‌توانند نقش محوری در افزایش سلامت روانی خانواده داشته باشند.

علاوه بر آن، عملکردهای متعهدانه زنان سالمند برای جامعه نیز مفید خواهد بود. در واقع، به‌نظر می‌رسد راه برون‌رفت از مشکلات دوران قرنطینه در کنار فعالیت‌های دولتی، فعالیت گروه‌های داوطلبانه مردمی و جامعه مدنی است تا ضمن حفظ انسجام اجتماعی، این شرایط دشوار سپری شود (ایمانی جاجرمی، ۱۳۹۹: ۱۰۰). در این مسیر، زنان سالمند می‌توانند در هنگام حوادث جهت کمک‌رسانی و خدمت‌رسانی به هم‌نوعانشان، به نیرویی مؤثر و فعال تبدیل شوند و جامعه نیز از عملکردهای آنان منتفع شود.

از سوی دیگر، راهبردهای منفعلانه و اجتناب‌مدار سالمندان، هم برای خودشان، هم برای اطرافیان‌شان و هم برای جامعه آسیب‌زننده است. سالمندی که راهبردهای انفعالی دارد باعث تشدید انزوای اجتماعی خود شده و به کاهش سرمایه‌های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی خود دامن می‌زند. همچنین، رعایت نکردن نکات بهداشتی و رواج شایعه در این دوران، سلامتی خود فرد، خانواده و جامعه او را تهدید می‌کند.

همچنین، نظام اجتماعی برساخته کنش‌های افراد است. بنابراین تا زمانی که ساخت ذهنی افراد جامعه مبتنی بر تقدیرگرایی باشد و انگیزه‌های هیجانی بر مردم جامعه مستولی شود و نظام اجتماعی نیز به تشدید نابرابری‌ها دامن زند؛ جامعه‌ای ضعیف در هنگام حوادث خواهیم داشت که افراد به جای آنکه با هم‌بستگی و انسجام درصدد بهبود شرایط باشند، دائماً باید به آنان تذکرات اخلاقی - اجتماعی داده شود تا حداقل موجبات آسیب‌رسانی برای خود و دیگران را فراهم نکنند.

منابع

- ایمان‌زاده، علی؛ علی‌پور، سریه (۱۳۹۶) «واکاوی تجربیات زنان از احساس تنهایی: مطالعه پدیدارشناسی»، *مجله روان‌شناسی پیری*، شماره ۱: ۳۱-۴۳.
- ایمانی جاجرمی، حسین (۱۳۹۹) «پیامدهای اجتماعی شیوع ویروس کرونا در جامعه ایران»، *فصلنامه ارزیابی تأثیرات اجتماعی*، شماره ۲: ۸۷-۱۰۳.

- پروائی، شیوا (۱۳۹۹) «مطالعه کیفی تفاوت‌های جنسیتی در تجربه سالمندی (پژوهشی در شهر تهران)»، فصلنامه جمعیت، شماره ۱۱۱ و ۱۱۲: ۷۱-۱۱۲.
- پروائی، شیوا (۱۳۹۹) «مفاهیم و رویکردهای نظری در جامعه‌شناسی سالمندی، مطالعات سالمندی و جنسیت»، فصلنامه مطالعات جمعیتی، شماره ۱: ۶۵-۱۰۲.
- حسن‌پور اصل، بهاره (۱۳۹۹) سلامت روان در سالمندان، تهران: آریا دانش.
- خدابخشی کولایی، آناهید (۱۳۹۹) «زندگی در قرنطینه خانگی: واکاوی تجارب روان‌شناختی دانشجویان در همه‌گیری کووید-۱۹»، مجله طب نظامی، شماره ۲: ۱۳۰-۱۳۸.
- ریترز، جورج (۱۳۷۴) نظریه جامعه‌شناسی در دوران معاصر، ترجمه محسن ثلاثی، تهران: علمی.
- روحانی، حسن (۱۳۸۸) «درآمدی بر سرمایه فرهنگی»، فصلنامه راهبرد، شماره ۵۳: ۷-۳۵.
- زنجری، نسیبه؛ صادقی، رسول؛ دلبری، احمد (۱۳۹۷) «تحلیل تفاوت‌های جنسیتی در الگوهای گذران وقت سالمندان ایرانی»، مجله سالمندی ایران، دوره ۱۳، شماره ویژه: ۵۸۸-۶۰۲.
- ساداتی‌نژاد، مهدی؛ موسوی، غلام‌عباس؛ رسولی‌نژاد، سید وحید (۱۳۸۹) «مقایسه نظرات سالمندان نسبت به وضعیت سلامت و مسائل مذهبی در شهر کاشان»، ماهنامه علمی پژوهشی فیض، شماره ۱: ۷۶-۸۲.
- فروغ عامری، گلناز؛ گواری، فاطمه؛ نظری، طاهره، رشیدی‌نژاد، معصومه؛ افشارزاده، پوران (۱۳۸۱) «تعاریف و نظریه‌های سالمندی»، مجله حیات، شماره ۱: ۵-۱۳.
- غلامزاد، شکیبا؛ سعیدی، نرگس؛ دانش، شیوا؛ رنجبر، هادی؛ زارعی، مهسا (۱۴۰۰) «زندگی در قرنطینه: واکاوی تجارب سالمندان در پاندمی بیماری کووید-۱۹»، مجله سالمند، شماره ۱: ۳۵-۴۳.
- کولیوند، حسین؛ کاظمی، هادی (۱۴۰۰) «تأثیر کووید-۱۹ بر سلامت روان: مباحث اقتصادی اجتماعی و روابط اجتماعی در تهران: یک مطالعه پایلوت»، شفای خاتم، شماره ۲: ۱۰۱-۱۱۰.
- کیانی، پری؛ متقی، مینو؛ قدوسی، آرش (۱۳۹۸) «بررسی ارتباط سوءرفتار مالی با سلامت روان در سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر کرد»، مجله سالمندی ایران، شماره ۲: ۲۱۲-۲۲۴.
- مهری‌نژاد، سیدابوالقاسم؛ رمضان ساعتچی، لیلی؛ پایدار، سایه (۱۳۹۵) «بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و پایبندی به مذهب با اضطراب مرگ در سالمندان»، مجله سالمندی ایران، شماره ۴: ۴۹۴-۵۰۳.
- مرکز آمار ایران (۱۳۹۵) نتایج تفصیلی سرشماری عمومی نفوس و مسکن کل کشور، www.amar.org (۱۳۹۹/۱۱/۱۷).
- مرکز آمار ایران (۱۳۹۵) نتایج تفصیلی سرشماری عمومی نفوس و مسکن کل کشور، جداول، جمعیت برحسب استان به تفکیک سن منفرد و جنس، www.amar.org (۱۴۰۰/۱۰/۱۲).
- میرزایی، محمد؛ فیروز زینب، کاوه (۱۳۸۸) «کیفیت زندگی سالمندان شهر تهران و مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی آن‌ها با تأکید بر جنس»، نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران، شماره ۸: ۱۲۳-۱۴۸.

نصرتی، حمید (۱۳۹۲) «انواع سبک‌های مقابله‌ای و عوامل مؤثر بر انتخاب آن‌ها»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شیراز، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی.

همتی علمدارلو، قربان؛ دهشیری، غلامرضا؛ شجاعی، ستاره؛ حکیمی‌راد، الهام (۱۳۸۷) «مقایسه احساس تنهایی و سلامت عمومی در سالمندان ساکن خانواده و سرای سالمندان مناطق شمال شهر تهران»، *مجله سالمندی/ایران*، شماره ۲: ۵۵۷-۵۶۴.

- Baumeister, R.; Brewer, L. (2012) "Believing versus Disbelieving in Free Will: Correlates and Consequences", *Social and Personality Psychology Compass*, pp736-745.
- Chen, D.; Song, F.; Tang, L.; Zhang, H.; Shao, J.; Qiu, R.; Wang, X.; Ye, Z. (2020) "Quarantine experience of close contacts of covid-19 patients in China: A qualitative descriptive study *General Hospital Psychiatry*", *General Hospital Psychiatry*, pp81-88.
- Cheng, Sh. – t. (2012) "Cultural Capital, Economic Capital, and Academic Achievement: Some evidence From Taiwan", Submitted to Michigan State University in partial fulfillment of the requirements for the degree of, pp1-46.
- Corbin, J.; Strauss, A. (1990) "Grounded Theory Research: Procedures, Canons, and Evaluative Criteria", *Qualitative Sociology*, pp1-19.
- Herrera, A.; Vinaccia, S.; Bahamón, M. (2020) "Corona virus in Colombia: Stigma and quarantine", pp1-5.
- Knapp, M. (1977) "The Activity Theory of Aging", *Personal Social Services Research Unit, Univ. of Kent at Canterbury*, Vol.17, No. 6: 553-559
- Mehra, A.; Sandeep, G. (2020) "Demystifying the myths about COVID-19 infection and its societal importance", *Asian Journal of Psychiatry*, pp1-6.
- McLaren, H.; Rosalind, W., Karen, N.; Nguyen, K.; Mahamadachchi, K. (2020) "Covid-19 and Women's Triple Burden: Vignettes from Sri Lanka, Malaysia, Vietnam and Australia", *Social sciences*, No.87: 1-11.
- Marshall, V.; Bengtson, V. (2011) "Theoretical Perspectives on the Sociology of Aging", *Handbook of Sociology of Aging*, pp17-32.
- Palmore, E.; Manton, K. (1973) "Ageism Compared to Racism and Sexism", *Journal of Gerontology*, Vol. 28, No. 3:363-369.
- Paulhus, D.; Carey, J. (2011) "The FAD-Plus: Measuring Lay Beliefs Regarding Free Will and Related Constructs", *Journal of Personality Assessment*, No.93(1): 96-104.
- Qiu, J.; Shen, B.; Zhao, M.; Wang, Z.; Xie, B.; Xu, Y. (2020) "A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations", *General Psychiatry*, pp1-3.

- Rodríguez-Rey, R.; Garrido-Hernansaiz, H., ColladoSilvia (2020) “Psychological Impact and Associated Factors During the Initial Stage of the Coronavirus (covid-19) Pandemic Among the General Population in Spain”, *Frontiers in Psychology*, No.15 (40): 1-23.
- Santo, S.; Franchini, F.; Filiputti, B.; Martone, A.; Sannino, S. (2020) “The effects of Covid-19 and Quarantine Measures on the Lifestyles and Mental Health of People Over 60 at Increased Risk of Dementia” , *Original reserch*, pp1-14.
- Siisiäinen, M. (2000) “Two Concepts of Social Capital: Bourdieu vs. Putnam”, *Social Sciences and Philosophy*, 1-26.
- Shanahan, L.; Steinhoff, A.; Bechtiger, L.; Murray, A.; Nivette, A.; Hepp, U.; Ribeaud, D.; Eisner, M. (2020) “Emotional Distress in Young Adults During the covid-19 Pandemic: Evidence of Risk and Resilience From a Longitudinal Cohort Study”, *Psychological Medicine*, pp:1-10.

