




واکاوی فرایند سلامت روان در سالمندان کاربر فضای مجازی

محدثه مصلحی *  کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

ابراهیم نعیمی  استادیار گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

مهدی واحدی  استادیار گروه تکنولوژی آموزشی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

چکیده

ناراحتی‌های جسمانی، روان‌شناختی و محیطی که افراد در دوره سالمندی ادراک می‌کنند گرایش سالمندان را به فضای مجازی و شبکه‌های اجتماعی تسهیل می‌کند. هدف این پژوهش بررسی سلامت روان در سالمندان کاربر فضای مجازی است. روش پژوهش حاضر کیفی از نوع پدیدارشناسی است. جمعیت مشارکت‌کننده در این پژوهش شامل تمامی زنان و مردان بالای ۶۵ سال شهر تهران بود. روش نمونه‌گیری هدفمند و زنجیره‌ای بود که طی آن از بین جمعیت مورد مطالعه ۶ زن و ۶ مرد سالمند، برای مشارکت در پژوهش انتخاب شدند و مورد مصاحبه قرار گرفتند. همه مصاحبه‌ها ضبط و در نهایت با استفاده از روش تحلیل اشتراوس و کوربن (۱۹۹۰) تحلیل گردید. ۱۲ مصاحبه نیمه‌ساختاریافته انجام شد. واکاوی بیانات مصاحبه‌شوندگان منجر به شناسایی ۱۹ کد باز و پنج کد محوری (ادراک تنهایی، پوچ‌انگاری سالمندی، نگرش‌های غیرواقع‌بینانه، سرگردانی در زندگی و غوطه‌وری در هیجانانگ) شد. این یافته‌ها بیانگر شیوع طیفی از ناراحتی‌های روان‌شناختی در سالمندان می‌باشد که ضرورت توجه به این بُعد و همچنین طراحی برنامه‌های آموزشی و درمانی را جهت کاهش این ناراحتی‌ها آشکار ساخت. همچنین بیانات مصاحبه‌شوندگان حاکی از این واقعیت بود که فضای مجازی و غرق‌بودن در آن علت بروز این ناراحتی‌ها نبوده، بلکه این گروه برای گریز از این ناراحتی‌ها به فضای مجازی پناه برده‌اند.

کلیدواژه‌ها: سلامت روان، سالمندی، فضای مجازی.

مقدمه

فرایند زندگی آدمی قالبی چرخه‌ای دارد و دربرگیرنده مراحل مختلف سنی (کودکی، نوجوانی، جوانی، میان‌سالی و سالمندی) است که هر کدام از این مراحل با ماهیت‌های رشدی و تحولی خاص خود همراه می‌باشد (چوپانی و کرمی، ۱۳۹۸). دوره سالمندی به‌عنوان پایانی‌ترین مرحله چرخه رشدی، دوره‌ای است که با افول میان‌سالی و تقریباً از سن ۵۵ _ ۶۰ سالگی به بعد آغاز شده و تا هنگام مرگ ادامه می‌یابد (گولدبرگ و گولدبرگ،^۱ ۲۰۱۵). سالمندی یکی از اصلی‌ترین دوره‌های زندگی است که متأثر از کهولت سن، با ضعف و خلل‌های گسترده‌ای از ابعاد فیزیولوژیک، روان‌شناختی و کارکردی همراه می‌باشد و عملکرد فرد را در رسیدگی به تکالیف کارکردی خود با خلل مواجه می‌کند (کواک، کیم، چای و یوام،^۲ ۲۰۱۸؛ گوپیناس، کیفلی، فلود و میتچیل،^۳ ۲۰۱۸). این دوره از زندگی یک فرایند بیولوژیکی طبیعی، مداوم و برگشت‌ناپذیر است که با تضعیف و تحلیل توانایی جسمانی و روان‌شناختی سالمندان همراه می‌باشد و این گروه را بیش‌تر در معرض بدکارکردی‌های ساختاری قرار می‌دهد (پائول، تیکسیریا و ریبرو،^۴ ۲۰۱۷؛ نورهیم، هجورت بونلوکی، سامانی، اوملاند و مادیلینی،^۵ ۲۰۱۷).

در عصر حاضر متأثر از عوامل مختلفی نظیر بهبود وضعیت بهداشتی و درمانی (مومن‌آبادی، کاوه، نظری و قهرمانی، ۲۰۱۸)، افزایش بازه امید به زندگی (کیرکوود،^۶ ۲۰۱۷) و کاهش موایلد (رستایی، رایسانن، گیسلر و هینونین،^۷ ۲۰۱۹) همواره بر درصد افرادی که در سن سالمندی قرار دارند افزوده شده و از نرخ سایر دوره‌های رشدی و سنی کاسته می‌شود. بنابر گزارش‌های رسمی سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۸ بیش از ۹۰۰ میلیون نفر از جمعیت جهان را در سال ۲۰۱۵ سالمندان تشکیل دادند که پیش‌بینی علمی بر این است که این تعداد در سال ۲۰۵۰ به بیش از ۲ میلیارد نفر خواهد رسید. در ایران نیز

1. Goldenberg, H., & Goldenberg, I
2. Kwak, S., Kim, H., Chey, J., Youm, Y
3. Gopinath B, Kifley A, Flood VM, Mitchell P
4. Paúl C, Teixeira L, Ribeiro O
5. Norheim KL, Hjort Bønløkke J, Samani A, Omland Ø, Madeleine P
6. Kirkwood, T
7. Roustaei, Z., Räisänen, S., Gissler, M., & Heinonen, S.

میرزایی، دارابی و باباپور (۱۳۹۶) در پژوهش خویش گزارش کردند که ۸,۳ درصد از جمعیت کل کشور یعنی چیزی بیش‌تر از شش میلیون و ۴۰۰ هزار نفر سالمندان هستند که بنابر استناد به پیش‌بینی‌های آماری این تعداد در ۱۰ سال بعد به بیش از ۱۰ میلیون نفر خواهد رسید.

این دوره از زندگی متأثر از تضعیف قوای کارکردی در قیاس با سایر مراحل سنی از سیستم ایمنی ضعیف‌تری برخوردار است و بیش‌تر در معرض آسیب‌های جسمانی، روان‌شناختی و محیطی قرار دارد (آسپینال و لانگ^۱، ۲۰۱۸؛ وینتورا، کاسکیارو، گانگیمی و بوکیکچیو، ۲۰۱۷). یکی از شایع‌ترین مشکلات افراد در دوره‌ی سالمندی مواجهه با بدکارکردی‌ها و آسیب‌های جسمانی نظیر خلل در حواس پنج‌گانه (هینی، کانگ و براونینگ^۲، ۲۰۱۹)، ابتلا به بیماری‌های خاص نظیر بیماری‌های قلبی و ریوی (وانگیر، کنایر، اینفانگر، آریبو، بریل، دیتیرلی و اسپمیدت_تروکاس^۳، ۲۰۱۹)، کاهش قوای جسمی (آرتولااهی، لنوروس، هارتیکاینن و هاکینین^۴، ۲۰۲۰) و ضعف در سیستم ایمنی (وی‌اند و گورونزی^۵، ۲۰۱۶) می‌باشد. آسیب‌هایی که کارکرد این گروه را در رسیدگی به تکالیف مستلزم قوای جسمانی کاهش می‌دهد و میزان مشارکت این افراد را در فعالیت‌های مختلف پایین می‌آورد. یکی دیگر از مجموعه آسیب‌هایی که دوره سالمندی زمینه را برای شکل‌گیری و تشدید آن فراهم می‌کند، بیماری‌های روان‌شناختی و کاهش قوای تحلیل ذهنی است (پادا‌باچی، رامالال و چیپس^۶، ۲۰۱۷). از میان آسیب‌های روان‌شناختی شایع در این دوره می‌توان به تنهایی (لاندریو، باروس، نوتال موسون، گرای و لیال^۷، ۲۰۱۷)، درگیری با افکار منفی (شریفی، محمدامین‌زاده، سلیمانی صفت، سودمند و

-
1. Aspinall, R., & Lang, P.
 2. Heine, C., Gong, C. H., & Browning, C
 3. Wagner, J., Knaier, R., Infanger, D., Arbeev, K., Briel, M., Dieterle, T., & Schmidt
 4. Aartolahti, E., Lönnroos, E., Hartikainen, S., & Häkkinen, A.
 5. Weyand CM, Goronzy JJ
 6. Padayachey, U., Ramlall, S., & Chipps
 7. Landeiro, F., Barrows, P., Nuttall Musson, E., Gray, AM, Leal J

یونسی، ۱۳۹۶)، نگرانی (سانتوس، کیندوروگلو و سانتوس^۱، ۲۰۱۷)، هراس از مرگ (سینوف^۲، ۲۰۱۷)، ناامیدی (گیرین، ویستیرایرنس، بوهلمیجر و مک‌آدامس^۳، ۲۰۱۷)، خلل‌های شناختی (لورنسی و میچائیل^۴، ۲۰۱۷) و افسردگی (گرویر، آواستی، ساهو، لاکداوالا، دان، نیبhinani و سوئار^۵، ۲۰۱۸؛ کوک و رینولدز^۶، ۲۰۱۷؛ پایلانی، یاداو، بایروا، گوپتا، خورانا و پونگوسای^۷، ۲۰۱۹)، اشاره کرد. آن‌گونه که آدامز، ندانزی، روویونگا، جرج، مندو، نگوچوا و مویا (۲۰۲۱) در پژوهش خویش اعلام می‌دارند از هر دو سالمند یک نفر علایم افسردگی سالمندی را دارد و این علایم با تجربه اختلالات شناختی همراه بوده‌است. جدای از ضعف‌ها و آسیب‌های ادراکی در دوره سالمندی که قطعاً میزان مشارکت این گروه را در فعالیت‌های دنیای واقعی کاهش می‌دهد، حضور این گروه در اجتماع نیز معمولاً با محرک‌های آزاردهنده‌ای نظیر طردشدن، عدم‌پذیرش و احساس ناامنی همراه می‌باشد (راواری، استیوارت و بالدوین^۸، ۲۰۱۹). به‌طور معمول، سالخوردگان، به دلیل ناتوانیهای جسمی و حرکتی، خواسته یا ناخواسته از جامعه‌ی بزرگ‌تر جدا می‌شوند. فرد سالمند ممکن است حس کند که صرف حضور او، در یک مکان یا در یک جمع، سرعت کار بقیه را کند کرده و یا در جریان طبیعی امور مانع ایجاد کرده‌است. همین امر باعث می‌شود که مراودات اجتماعی خود را به حداقل برساند (علی‌کرمی، ملکی، عبدالهیان و رضایی، ۱۳۹۸).

سالمندان برای رویارویی با استرس‌های دوره سالمندی مانند مواجهه با چالش سلامتی - بیماری و یافتن کیفیت زندگی و رفاه بهتر از راهبردهای مختلفی استفاده می‌کنند (بهرامی، محمدی شهابلاغی، ره‌گویی و بیگلریان ۱۴۰۰) که یکی از آنها پناه‌بردن به

1. Santos KAdS, Cendoroglo MS, Santos FC
2. Sinoff, G
3. Gerben J, Westerhof Erns T, Bohlmeijer D, McAdams P
4. Laurence, B. D., & Michel, L
5. Grover S, Avasthi A, Sahoo S, Lakdawala B, Dan A, Nebhinani N, Suthar N.
6. Kok RM, Reynolds CF
7. Pilania, M., Yadav, V., Bairwa, M., Behera, P., Gupta, S. D., Khurana, H., Poongothai, S
8. Ravary, A., Stewart, E. K., & Baldwin, M

فضای مجازی و شبکه‌های اجتماعی است که منجر به حفظ و بهبود کیفیت زندگی آنان می‌شود (ویدرهولد^۱، ۲۰۲۰). فضای مجازی به‌عنوان یکی از شایع‌ترین ابزارهای مورد استفاده توسط سالمندان در عصر حاضر، فضایی الکترونیکی است که با بهره‌گیری از ابزارهای گوناگون و پیشرفته صنعتی، سعی در شبیه‌سازی واقعیت‌های دنیای بیرونی دارد (کوپیک^۲، ۲۰۱۶). با استناد به گزارش‌های سازمان اطلاعات و آمارهای اینترنتی به نقل از برویر و کرسلاکی^۳ (۲۰۱۵) از کل جمعیت جهان، ۱ میلیارد و ۱۱۰ هزار نفر یعنی چیزی بیش‌تر از ۱۷ درصد از جمعیت جهان کاربران اینترنت هستند و از برنامه‌های مختلف آن استفاده می‌کنند. نا، دنسی و پارک^۴ (۲۰۱۵) در پژوهش خویش پیرامون نرخ استفاده از فضای مجازی در بین بازه‌های سنی مختلف در آمریکا، تصریح کردند که بیش از ۶۶ میلیون نفر از جمعیت این کشور در سال ۱۹۸۱ کاربر فضای مجازی بودند که این میزان در سال‌های آتی سیر صعودی دارد، به‌گونه‌ای که حتی سالمندان را نیز درگیر خود کرده است. در ایران نیز استفاده از شبکه‌های مجازی رشد بسیار زیادی در بین مردم داشته است و آمارهای رسمی حاکی از آن است که پیوسته بر تعداد کاربران آن در سنین مختلف (نوجوانی تا سالمندی) افزوده می‌شود (مؤمنی، حریری و نوبهار، ۱۳۹۸). در ارتباط با نرخ استفاده از شبکه‌های مجازی و اجتماعی در ایران بنابر تازه‌ترین آمار انتشاریافته توسط فرزانه و فلاح‌تی‌شهاب‌الدینی (۱۳۹۴) بیش از ۱۱ میلیون نفر یعنی چیزی حدود ۱۵ درصد از جمعیت کل کشور کاربر این سامانه‌ها هستند که بازه‌ی سنی کودکی تا سالمندی را شامل می‌شود.

علل و عوامل مختلفی نظیر تضعیف قوای جسمانی، ناامنی اجتماعی، عدم‌پذیرش در دنیای واقعی، احساس طردشدگی، از دست‌دادن دوستان و همراهان، ناتوانی در انجام فعالیت‌های پیشین و احساسات ناخوشایند و هیجانات مخرب نظیر غمگینی و افسردگی در گرایش سالمندان به استفاده از فضای مجازی تأثیر دارد (گوویا، ماتوس و اسپوتین^۵،

1. Widerhold

2. Chopik WJ

3. Brewer, G., & Kerslake, J

4. Na H, Dancy BL, Park Ch.

5. Gouveia, O. M. R., Matos, A. D., & Schouten, M. J

۲۰۱۶؛ تومینی، تومینی و گروت^۱، ۲۰۱۶). عواملی که وجود هر کدام از آنها می‌تواند تمایل آنها را به بهره‌گیری شبانه‌روزی از سامانه‌های اینترنتی و شبکه‌های سرگرم‌کننده افزایش دهد. پاک خصال، سیف‌اللهی و میرزایی (۱۳۹۹) نیز در پژوهش خود بیان می‌کنند بین متغیر احساس تنهایی و میزان استفاده از اینترنت رابطه مثبت معنی‌دار وجود دارد.

بودن در فضای مجازی از طریق سرگرم کردن این افراد، می‌تواند حسی از لذت را ایجاد کرده و از شدت احساسات ناخوشایند ادراکی در آنها به‌ویژه احساس تنهایی بکاهد (مارسیلون، لازا و پیریرا^۲، ۲۰۱۶). این سامانه‌های مجازی با فراهم ساختن دنیای ارتباطی جدیدی برای سالمندان و ایجاد تعاملات عمیق و غیرحضوری، نقش موثری در کاهش نشانه‌های مخرب سالمندان دارد و با ایجاد حسی از لذت در آنها، تمایلشان را به تداوم زندگی تا حدی افزایش می‌دهد.

اگرچه فضای مجازی و مشارکت سالمندان در آن می‌تواند منافی به دنبال داشته باشد، با این حال پیشینه‌های نظری و تجربی بیانگر این واقعیت هستند که این سیستم ذاتاً با پیامدهای مخربی همراه است و بودن در این سیستم، با دور کردن این گروه از دنیای واقعی می‌تواند موجبات بروز طیفی از ناراحتی‌های روان‌شناختی و به خطر افتادن سلامت روان را در آنها فراهم آورد (زهانگ، ۲۰۱۶). سلامت روان‌شناختی بخشی از سلامت عمومی است که ارزیابی آن در قیاس با سنجش سایر انواع سلامت کارکردی از محدودیت‌ها و موانع بیش‌تری برخوردار است (راکلیچ و کاپلان^۳، ۲۰۱۶). منظور از سلامت روان حالت موفقیت‌آمیز کارکرد روانی است که منجر به فعالیت‌های مؤثر، روابط رضایت‌بخش و مؤثر میان فردی، توانایی سازگاری با تغییرات و مقابله مؤثر و کارآمد با مشکلات و چالش‌های زندگی است (برجعی و ناصری‌نیا ۱۳۹۸).

در واقع سالمندان برای عملکرد روانی موفق که منتج به فعالیت‌های سازنده، روابط رضایت‌بخش و توانایی سازگاری با تغییرات و محدودیت‌ها شود به سلامت روان نیاز

-
1. Tomini F, Tomini SM, Groot W
 2. Marcelino, I., Laza, R., & Pereira, A
 3. Rucklidge JJ, Kaplan BJ

دارند (حسینی قمی و جهان بخشی ۱۴۰۰). سالمندان برای گریز از ناراحتی‌های جسمانی، روان‌شناختی و محیطی که به دلیل بازه سنی‌شان ادراک می‌کنند، از ورود به دنیای واقعی تا حد ممکن دوری می‌کنند و با پرداختن به فضای مجازی و مشارکت در شبکه‌های اجتماعی سعی در کاهش تنش و ناخوشایندی‌های درونی خود دارند (راواری، استیوارت و بالدوین^۱، ۲۰۱۹). با این حال چنین عملکردی نه تنها در کاهش تنش‌های روانی ادراکی در این افراد تأثیری ندارد بلکه منجر به تشدید ناراحتی‌های روان‌شناختی و انزوای اجتماعی بیش‌تر در آن‌ها می‌شود.

مطالب پیشین نشان دادند که سالمندان برای گریز از ورود به دنیای واقعی و کاهش تنش‌های روان‌شناختی خود به فضای مجازی پناه می‌برند (تومینی، تومینی و گروت^۲، ۲۰۱۶). فضایی که نه تنها نقشی در بهبود وضعیت جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی این گروه ندارد، بلکه زمینه را برای شکل‌گیری و تشدید ناراحتی‌های روان‌شناختی در آن‌ها فراهم کرده و کارکردشان را در ابعاد مختلف زندگی با اختلال بیش‌تری مواجه می‌کند؛ بنابراین ضرورت دارد که نقش فضای مجازی بر عملکرد این گروه در قالب روش‌های کمی و کیفی مورد واکاوی قرار گیرد تا بدین‌شکل ضمن فهم جامع میزان و چگونگی تأثیرات فضای مجازی بر عملکرد سالمندان، اطلاعات جامعی جهت طراحی و بکارگیری برنامه‌های پیشگیرانه، آموزشی و درمانی در این حوزه فراهم شود و بدین‌شکل کارآیی این گروه برای کارکرد مطلوب‌تر در عرصه‌های مختلف تقویت شود. این پژوهش بر این است تا در قالب روش کیفی و با بهره‌گیری از مصاحبه‌هایی نیمه‌ساختاریافته، تجارب و ادراکات سالمندان کاربر فضای مجازی را مورد بررسی قرار داده و سلامت روان آن‌ها را واکاوی کند. به عبارت دیگر این پژوهش در پی پاسخ به این سؤال است که سلامت روان سالمندان کاربر فضای مجازی چگونه است؟

1 Ravary A, Stewart EK, Baldwin MW

2 Tomini F, Tomini SM, Groot W

روش

این پژوهش با استفاده از روش کیفی و رویکرد پدیدارشناسی صورت گرفت. پژوهشگر از بین سالمندان بالای ۶۵ سال شهر تهران که کاربر فضای مجازی و شبکه‌های اجتماعی بودند به نمونه‌گیری پرداخت. روش نمونه‌گیری در این پژوهش، نمونه‌گیری هدفمند و زنجیره‌ای بود. تعداد نمونه نیز با تکیه بر قاعده اشباع تعیین شد. اشباع اطلاعات دریافتی از زنان و مردان متأهل مشارکت‌کننده در نهمین مصاحبه اتفاق افتاد که پژوهشگر برای اطمینان از اشباع سه مصاحبه تکمیلی نیز انجام داد. معیارهای ورود به پژوهش حاضر عبارت بودند از: سکونت در شهر تهران، سالمندان بالای ۶۵ سال، کاربر فضای مجازی و شبکه‌های اجتماعی، تمایل به مشارکت در مصاحبه، برخورداری از سلامت روانی، حداقل تحصیلات سیکل و عدم مشارکت هم‌زمان در یک برنامه‌ی آموزشی یا درمانی. پژوهشگر برای انتخاب نمونه ابتدا به شناسایی سالمندان آشنای خود که کاربر فضای مجازی بودند پرداخت و پنج نفر از اعضای نمونه را از بین این سالمندان برگزید و این گروه نیز هرکدام افراد خاصی را که معیارهای ورود به نمونه را داشتند به پژوهشگر معرفی کردند. در این پژوهش برای گردآوری اطلاعات، از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته استفاده شد. در این روش پژوهشگر به بررسی پیشینه‌ی نظری و تجربی سالمندی و سلامت روان آن‌ها و همچنین تعامل آن‌ها با فضای مجازی و شبکه‌های اجتماعی پرداخت و با تکیه بر اطلاعات و مبانی برداشتی، سؤالات کلی جهت شروع فرایند مصاحبه با مشارکت‌کنندگان طراحی کرد و برای ارزیابی کیفیت و اعتبار این سؤالات، آن‌ها را در اختیار اساتید راهنما و مشاور قرار داد و اصلاحات و نظرات آن‌ها را در دقیق‌تر کردن سؤالات مصاحبه دخالت داد. فرایند مصاحبه با سؤالاتی کلی در مورد سلامت روان سالمندان، فضای مجازی و ابعاد آن نظیر "چرا و چگونه از فضای مجازی استفاده می‌کنید؟"، "از لحاظ روان‌شناختی چه کمبودهایی احساس می‌کنید؟" آغاز شد و در ادامه از سؤالات اکتشافی نظیر "بیشتر می‌توانید توضیح بدهید؟" جهت کسب اطلاعات جامع‌تر و روشن‌تر شدن اطلاعات داده‌شده استفاده شد. ادامه فرایند مصاحبه و سؤالات احتمالی نیز بنابر پاسخ‌های

مصاحبه‌شوندگان تنظیم و پرسیده می‌شد و بدین شکل دست‌یابی به اطلاعاتی جامع و همه‌جانبه ممکن می‌شد.

تعداد ۱۲ مصاحبه‌ی نیمه‌ساختاریافته با زنان و مردان سالمند انجام شد که مدت‌زمان هر یک مصاحبه‌ها از ۴۵ تا ۶۰ دقیقه در نوسان بود. زمان و مکان مصاحبه‌های انجام‌شده نیز با توافق مشارکت‌کنندگان از قبل دقیقاً مشخص شد. داده‌ها طی یک دوره ۶ ماهه جمع‌آوری، ثبت، کدگذاری و در قالب کدهای باز، محوری و انتخابی طبقه‌بندی گردید. تمامی مصاحبه‌های انجام‌شده با استفاده از دستگاه‌های صوتی ضبط گردیدند و پس از یادداشت‌برداری و ثبت نوشتاری آن‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای رعایت موازین اخلاقی پژوهش و حفظ حق و حقوق مشارکت‌کنندگان، پژوهشگر بعد از اخذ رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان و توضیح اهداف پژوهش، به آن‌ها اطمینان داد که مطالب مصاحبه‌شده کاملاً محرمانه و بدون نام‌بردن از افراد ثبت خواهد شد و امانت‌داری در متن مصاحبه رعایت می‌گردد. همچنین گفت‌وگوی ضبط‌شده پس از اتمام تحلیل و نگارش کامل مقاله و چاپ آن پاک شد و به آزادی افراد در خروج و عدم‌ادامه‌ی همکاری شرکت‌کنندگان نیز احترام گذاشته شد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری‌شده، از روش تحلیل اشتراوس و کوربن^۱ (۱۹۹۰) استفاده شد. در این روش پژوهشگر ابتدا مصاحبه‌های ضبط‌شده را به صورت جداگانه یادداشت نمود و خط به خط آن‌ها را تجزیه و تحلیل کرد. مرور این مطالب فهمی کلی را از متون ثبت‌شده برای پژوهشگر ممکن ساخت. در ادامه پژوهشگر عبارات و جملاتی را که همسو با اهداف پژوهش بودند و امکان استخراج یافته‌های هدفمند را ممکن می‌ساخت استخراج کرده و طبقه‌بندی نمود. پس از طبقه‌بندی، پژوهشگر کدها و تم‌های ریز هر عبارت را کشف کرده و در کنار عبارات بررسی شده یادداشت نمود. این روند تا آنجا تکرار شد که تمامی کدهای ریز موجود در عبارات شناسایی شدند. در ادامه کدهای استخراجی که نمایه‌های کلی معانی انتقالی مصاحبه‌شوندگان بودند، طی فرایند ادغام و

1. Strauss, A., & Corbin, J

مقایسه، با یکدیگر ترکیب شدند. همچنین پژوهشگر جهت دستیابی به اطلاعاتی غنی‌تر با سایر متخصصین حوزه تحلیل نیز جهت استخراج جامع‌تر کدها به مشارکت و تبادل نظر پرداخت. در ادامه پژوهشگر کدهای باز استخراجی توسط خود و سایر تحلیل‌گران همراه را با یکدیگر ترکیب کرده و آن‌ها را در قالب تم‌ها یا کدهای گسترده‌تری جایگذاری کرد. پس از طی شدن این مراحل و ادغام کدهای باز در قالب کدهای محوری و مشترک، کدهای محوری نیز با یکدیگر آمیخته و ادغام شدند و امکان دستیابی به کدی انتخابی و تفسیری را از یافته‌ها ممکن ساخت.

برای دستیابی به دقت علمی و اعتبار یافته‌های اکتشافی از ملاک‌های دقت علمی (Rigour) کوربین بهره گرفته شد. بدین ترتیب برای تحقق معیار تناسب، یافته‌های به‌دست‌آمده از هر مصاحبه با خود مصاحبه‌شونده و همچنین یکی از متخصصینی که با سالمندان سابقه کار درمانی و مشاوره داشت بازبینی و به اشتراک گذاشته شد و بدین ترتیب از صحت و سقم یافته‌ها اطمینان حاصل شد. یافته‌های حاصل از این پژوهش می‌تواند به متخصصینی که با سالمندان کار درمانی و یا حتی آموزشی انجام می‌دهند کمک زیادی کند و در طراحی برنامه‌های اصلاحی که به بهبود سلامت روان آن‌ها منجر شود کمک‌کننده باشد؛ بنابراین تا حدی قابلیت کاربرد یافته‌ها هم برآورده شده است. برای تحقق شاخص زمینه‌ای بودن مفاهیم، به تفصیل اهمیت زمینه در شکل‌گیری ورود به دنیای مجازی پرداخته شد. تغییرپذیری نیز در فرایند نمونه‌گیری و ترکیب مشارکت‌کنندگان لحاظ گردید. با توجه به موضوع پژوهش، بیان تجارب از لحاظ جسمانی یا روانی فشار یا تنش خاصی در مصاحبه‌شوندگان ایجاد نمی‌کرد و همه آن‌ها با تمایل و رضایت کافی در فرایند مصاحبه مشارکت داشتند.

یافته‌ها

مشارکت‌کنندگان در پژوهش ۱۲ نفر بودند که شش نفر از آن‌ها زن و شش نفر مرد بودند. میانگین سنی اعضا ۶۷،۰۸ سال بود. دونفر از اعضا دارای مدرک دیپلم، شش نفر کارشناسی، سه نفر کارشناسی ارشد، یک نفر دکتری بودند. دو نفر از اعضا صرفاً از

شبکه‌های اجتماعی استفاده می‌کردند و مابقی هم از شبکه‌های اجتماعی و هم از اطلاعات اینترنت استفاده می‌کردند. چهار نفر از اعضا از اینستاگرام، یک نفر از اینستاگرام و واتساپ و مابقی از تلگرام و واتساپ استفاده می‌کردند. مدت زمان استفاده از فضای مجازی در طول شبانه‌روز نیز بین ۲ تا ۷ ساعت بود.

تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه در زمینه واکاوی سلامت روان در سالمندان کاربر فضای مجازی منجر به شناسایی، ۱۹ کد باز، پنج کدمحوری و یک کد انتخابی شد که در ادامه هر کدام از این کدها توأم با ریزکدهای آن مورد تبیین قرار می‌گیرند.

جدول ۱. واکاوی سلامت روان در سالمندان کاربر فضای مجازی

کد انتخابی	کد محوری	کدهای باز
		احساس دوربودن از همه.
	ادراک تنهایی	احساس کنار گذاشته شدن.
		نارضایتی از حمایت عاطفی _ اجتماعی.
		بی‌هدف دانستن دوره سالمندی.
	پوچ‌انگاری سالمندی.	بی‌معناییدن دوره سالمندی.
		اعتقاد به از کارافتادگی و سودمندی.
		خودحقیرانگاری.
		تغییرناپذیرانگاشتن وضعیت زندگی.
		اعتقاد به رسیدن به پایان زندگی.
	نگرش‌های غیرواقع‌بینانه	سودمند ندیدن مشارکت واقعی.
فقدان سلامت روان شناختی		اعتقاد به اتمام دلخوشی در دوره سالمندی.
		بی‌هدفی.
	سرگردانی در زندگی	نداشتن برنامه‌های اجتماعی.
		فقدان انگیزش.
		شادی پایین.
		غمگینی.
	غوطه‌وری در هیجانات منفی	احساس گناه.
		خودحقیرانگاری.
		احساس بی‌ارزشی.

کد انتخابی: فقدان سلامت روان‌شناختی

سلامت روان‌شناختی کد انتخابی شناسایی شده در طی تحلیل‌های انجام‌شده از بیانات مصاحبه‌شوندگان بود که توأم با پنج کد محوری مورد شناسایی قرار گرفت و در ادامه در قالبی تبیینی بدان‌ها اشاره می‌شود.

الف) ادراک تنهایی

یکی از آزاردهنده‌ترین تجارب زندگی ادراک تنهایی است. کد محوری که توأم با سه کد باز آن یعنی احساس دور بودن از همه، احساس کنار گذاشته‌شدن و نارضایتی از حمایت عاطفی _ اجتماعی در مصاحبه‌شوندگان مورد شناسایی قرار گرفت.

مشارکت‌کننده شماره ۷ بیان کرد:

"من رو توی این خونه بزرگ تنها گذاشتن. کسی اهمیت نمی‌ده هستی نیستی. زنده‌ای یا مردی. این فکر که من رو مثل یه وسیله توی انباری رها کردن و کاری باهام ندارن خیلی آزارم میده."

مشارکت‌کننده شماره ۲ بیان کرد:

"هنوز هم ارتباط دارم با خیلی‌ها. ولی دیگه اون ارتباط نیست که دوست دارم. نه توی نزدیکان و نه حتی توی جامعه پشت ما رو کسی نمی‌گیره. همیشه با یه چشمی بهمون نگان می‌کنن که آزارمون میده. به نظر من باید پیش‌تر از بچه‌ها سالمندان را نوازش بکنند. وگرنه قطعاً دق می‌کنن!"

ب) پوچ‌انگاری سالمندی

پوچ‌انگاری سالمندی دومین کد محوری شناسایی شده در پژوهش حاضر بود که توأم با چهار کد باز آن یعنی بی‌هدف دانستن دوره سالمندی، بی‌معنا دیدن دوره سالمندی، اعتقاد به از کارافتادگی و خودحقیرانگاری در جریان تحلیل بیانات مصاحبه‌شوندگان استخراج شد.

مشارکت‌کننده شماره ۴ بیان کرد:

"تا وقتی که جوان بودم خودم رو با صدتا آدم عوض نمی کردم. الان راه رفتن هم واسم مشکله. بعضی وقتا دلم واسه خودم می سوزه. واقعاً از ته دل میسوزه. وقتی یکی از دوستانم میمیره من گریه نمی کنم خوشحال میشم که از این زندگی خلاص شده."

مشارکت کننده شماره ۱۱ بیان کرد:

"به نظرم بعد میان سالی باید مردن باشه. من به زور کارهای بهداشتی خودم رو انجام میدم. اصلاً توی این دوره آدم میشه باری روی دوش این و اون. البته اگر این و اون باشن. نمیدونم چه ارزشی داره این دوره من که چیزی توش نفهمیدم."

پ) نگرش های غیر واقع بینانه

نگرش های غیر واقع بینانه به عنوان سومین کد محوری شناسایی شده در این پژوهش توأم با چهار کد باز آن یعنی تغییرناپذیر انگاشتن وضعیت زندگی، اعتقاد به رسیدن به پایان زندگی، سودمند ندیدن مشارکت واقعی و اعتقاد به اتمام دلخوشی در دوره سالمندی در جریان تحلیل بیانات مصاحبه شونده گان استخراج شد.

مشارکت کننده شماره ۱۰ بیان کرد:

"آدمایی میرن توی جامعه و کار میکنن و تلاش میکنن که توانش رو داشته باشن. الان یه بچه پنج ساله رو میتونی بفرستی تو جامعه. من از یه بچه پنج ساله هم بدتر هستم، نه چون راه رفتن دارم نه حوصله کار کردن!"

مشارکت کننده شماره ۱۱ بیان کرد:

"سالمندی آخرین دورس. قبلاً هم بهتون گفتم به نظرم بعد از میان سالی باید مردن باشه. چه فایده ای داره این دوره. اصلاً خوشی توش هست! توی این دوره باید مثلی مرده یه گوشه بیوفتی و نهایتش تلاش کنی سر خودت رو گرم کنی و وقتت رو بگذرونی."

مشارکت کننده شماره ۷ بیان کرد:

"تا دلت بخواد زیبایی و خوشی تجربه کردم. الان باز خدارو شکر می‌کنم، ولی وقتی پیر میشی همه چیزت نوبتی میشه. حتی خوشی‌هات هم نوبتی میشن. توی این دوره دل آدم به چیزی خوش نیست. آگه خوشی باشه من حاضرم صدسال دیگه عمر کنم."

ت) سرگردانی در زندگی

سرگردانی در زندگی چهارمین کد محوری شناسایی شده در این پژوهش بود که توأم با سه کد باز آن یعنی بی‌هدفی، نداشتن برنامه‌های اجتماعی و فقدان انگیزش در جریان تحلیل بیانات مصاحبه‌شوندگان استخراج شد.

مشارکت‌کننده شماره ۱ بیان کرد:

"امیدی به زندگی ندارم. هرکاری بود و لازم بود انجام دادم و الان دیگه چیزی برای انجام دادن ندارم. به قول مادر خدا بیامرز الان دیگه آماده مردن هستم."

مشارکت‌کننده شماره ۳ بیان کرد:

"انسان با هدف زنده است. با اینکه بدونه چیکار می‌خواد بکنه و کجا می‌خواد بره. من هرچی نگاه می‌کنم هیچ جاده‌ای جلوی خودم نمی‌بینم که واردش بشم. حتی آگه بخوام کاری هم بکنم توانش رو ندارم."

مشارکت‌کننده شماره ۱۲ بیان کرد:

"از من چند بار خواهش کردی تا باهات مصاحبه کردم. میدونی چرا؟ حوصلش رو نداشتم. الان تو میگی پاشم و یه کار پیدا کنم و بهش برسم؟ من آگه می‌تونستم کارهای بهداشتیم هم به دیگران می‌سپردم."

ث) غوطه‌وری در هیجانات منفی

غوطه‌وری در هیجانات منفی آخرین کد محوری شناسایی شده در پژوهش حاضر بود که توأم با پنج کد باز آن یعنی شادی پایین، غمگینی، احساس گناه، خودحقیرانگاری و احساس بی‌ارزشی در جریان تحلیل بیانات مصاحبه‌شوندگان مورد شناسایی قرار گرفت.

مشارکت کننده شماره ۷ بیان کرد:

"دلخوشی توی این زندگی برام نمونه. دیگه حوصله خودم هم ندارم. خیلی از کارهایی که قبلاً انجام می‌دادم الان حتی آگه بتونم انجام بدم باز شوری در من ایجاد نمی‌کنه."

مشارکت کننده شماره ۱۱ بیان کرد:

"سالمندی همش غم و غصص. اگر دست من بود اصلاً می‌گفتم وارد این دوره نشم و قبلش بمیرم. اونقد غم و غصه خوردیم هزار تا مرض گرفتیم."

مشارکت کننده شماره ۶ بیان کرد:

"الان مسئولیتیم کلاً افتاده روی دوش بچه‌هام. این مسئله خیلی ناراحتم میکنه. کاش اینطوری نبود."

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف واکاوی سلامت روان در سالمندان کاربر فضای مجازی انجام شد. واکاوی بیانات مصاحبه‌شوندگان (زنان و مردان سالمند کاربر فضای مجازی) در زمینه سلامت روان منجر به شناسایی پنج کد محوری (ادراک تنهایی، پوچ‌انگاری سالمندی، نگرش‌های غیرواقع‌بینانه، سرگردانی در زندگی و غوطه‌وری در هیجان‌ات) پیرامون کد انتخابی فقدان سلامت روان شناختی شد.

اولین کد محوری حاصل از واکاوی تجارب و بیانات مصاحبه‌شوندگان پیرامون امیدواری، ادراک تنهایی بود. کدی که توأم با سه زیرطبقه آن یعنی احساس دوربودن از همه، احساس کنار گذاشته‌شدن و ناراضایتی از حمایت عاطفی _ اجتماعی مورد شناسایی قرار گرفت. سالمندان در قیاس با سایر گروه‌های سنی تنهایی ارتباطی بیش‌تری را ادراک کرده و تجربه می‌کنند. تنهایی که کنار آمدن با آن برای این گروه دشوار بوده و در بسیاری از اوقات غیرقابل تحمل است (لاندریو، باروس، نوتال‌موسون، گرای و لیال^۱، ۲۰۱۷). گروویر و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهش خویش بیان کرد که افراد در دوره سالمندی یکی

از تبعات مخربی که با آن مواجه می‌شوند تنهایی است. این گروه از یکسو بسیاری از دوستان و نزدیکان خود را از دست می‌دهند و از طرف دیگر به دلیل محدودیت‌های سنی که با آن مواجه هستند توانایی‌شان در برقراری روابط بین‌فردی موفق در سطح پایین‌تری قرار دارد. همین امر موجب می‌شود صمیمیت کم‌تری را ادراک و تنهایی بیش‌تری را تجربه کنند. افراد در دوره سالمندی به‌مرور دوستان صمیمی خود را از دست می‌دهند. بسیاری از دوستان و اعضای خانواده‌شان می‌میرند و تنها می‌شوند. این عامل از یکسو و کاهش توانایی آن‌ها برای برقراری ارتباط از سوی دیگر عاملی است که تنهایی آن‌ها را تا حد زیادی افزایش می‌دهد. سالمندان با ضعف و بیماری‌های جسمانی زیادی در این دوره مواجه می‌شوند، بیماری‌هایی که با درد و رنج بسیار زیادی همراه است و سبب خانه‌نشین شدن این گروه می‌شود. در خانه ماندن در طول روز، میزان و کیفیت ارتباط این افراد را تا حد زیادی پایین می‌آورد و احساس شدید تنهایی را در آن‌ها شدت می‌بخشد. از سوی دیگر برقراری ارتباط به انرژی و تمایل روان‌شناختی نیز نیاز دارد. افراد در دوره سالمندی فاقد انرژی و تمایل کافی برای انجام فعالیت‌های مختلف نظیر تعاملات اجتماعی و روابط بین‌فردی هستند. این کمبود انرژی سبب می‌شود برنامه‌ای برای مشارکت در روابط بین‌فردی و جمعی نداشته باشند و بر سطح تنهایی ادراکی توسط آن‌ها افزوده شود.

دومین کد محوری حاصل از واکاوی تجارب و بیانات مصاحبه‌شوندگان پیرامون امیدواری، پوچ‌انگاری سالمندی بود. کدی که توأم با چهار زیرطبقه آن یعنی بی‌هدف دانستن دوره سالمندی، بی‌معنا دیدن دوره سالمندی، اعتقاد به از کار افتادگی و سودمندی و خودحقیرانگاری مورد شناسایی قرار گرفت. زمانی که افراد به دوره سالمندی می‌رسند تمامی اهداف خود را در زندگی تحقق بخشیده‌اند و کارهایی را که لازم بوده است انجام داده‌اند. به همین دلیل افراد سالمند معتقد هستند که این دوره فاقد هدف است و نمی‌توان هدف خاصی را برای آن در نظر گرفت. بی‌هدفی در این دوره یکی عواملی است که تداوم زندگی را برای این گروه دشوار کرده و زمینه را برای بروز طیفی از احساسات ناخوشایند در این گروه فراهم می‌کند (وانلیوین، وان‌دون، وان‌نیس، بوسمانس، دی‌ویت، کیت و

اوستیلو^۱، ۲۰۱۹؛ استپتو و فانکورت^۲ (۲۰۱۹) در پژوهش خویش نشان دادند که داشتن زندگی سازنده در دوره سالمندی مستلزم خلق اهداف و معناهای ارزشمند می‌باشد. اهداف و معانی که تحقق آن برای فرد سالمند ممکن باشد و با گام برداشتن در مسیر آن احساس خوشایندی و ارزشمندی کند. بسیاری از سالمندان به دلیل عدم برخورداری از معنای مطلوب در این دوره، احساس نارضایتی بیش‌تری می‌کنند و احساس امنیتشان در سطح پایین‌تری قرار دارد. افراد برای داشتن زندگی توأم با شادکامی و امنیت بایستی اهدافی را برای زندگی خود تعیین کرده و برای تحقق آن برنامه‌های کارکردی و متعهدانه‌ای طراحی و اجرا کنند. زمانی که افراد معنای خاصی در زندگی خود نداشته باشند دچار سرگردانی شده و حس پوچی تمام وجود آن‌ها را فرا می‌گیرد. حس پوچی یکی از مخرب‌ترین احساس‌هایی است که افراد در طول عمر خود می‌توانند تجربه کنند، احساسی که میل افراد را به زندگی کاهش داده و در صورت تشدید زمینه را برای گرایش به خودکشی نیز فراهم می‌کند. افرادی که در دوره سالمندی هستند بخاطر وضعیت سنی و رشدی که دارند و همچنین متأثر از تحلیل جسمانی و روان‌شناختی که با آن مواجه هستند، بیش‌تر بلا تکلیف هستند و در تعیین اهداف کارکردی با مشکل مواجه هستند. ناتوانی این گروه در تعیین اهدافی مطلوب با در نظر گرفتن میزان توانایی‌شان، سبب می‌شود که احساس پوچی و بی‌ارزشی در آن‌ها ایجاد شود و تمایلشان را به تداوم زندگی با مشکل مواجه کند.

سومین کد محوری حاصل از واکاوی تجارب و بیانات مصاحبه‌شوندگان پیرامون امیدواری، نگرش‌های غیرواقعیانه بود. کدی که توأم با چهار زیرطبقه آن یعنی تغییرناپذیر انگاشتن وضعیت زندگی، اعتقاد به رسیدن به پایان زندگی، سودمند ندیدن مشارکت واقعی و اعتقاد به اتمام دلخوشی در دوره سالمندی مورد شناسایی قرار گرفت. سالمندی تحت‌تأثیر افکار و نگرش‌های مخربی قرار دارد که خوشایندی این دوره را از آن‌ها سلب کرده و منجر به گوشه‌گیری و عدم مشارکتشان در فعالیت‌های اجتماعی می‌شود. داشتن نگرش‌های غیرسازنده نظیر پایان زندگی انگاشتن دوره سالمندی، سبب

1. Van Leeuwen KM, van Loon MS, van Nes FA, Bosmans JE, de Vet HCW, Ket JCF, Ostelo RWJG

2. Steptoe A, Fancourt D.

می‌شود که این گروه با هیجانات مخربی نظیر غمگینی و افسردگی مواجه شوند و لذت عبور از این دوره را تا حد زیادی از دست بدهند (شریفی، محمدامین‌زاده، سلیمانی‌صفت، سودمند و یونسی، ۱۳۹۶). سالمندان معمولاً نگرش‌های غیرمنطقی نسبت به بازه سنی خود دارند. آن‌ها باورشان بر این است که سالمندی همیشه مشکلات خاص خود را دارد که مقابله با آن ممکن نیست و حتی اگر ممکن باشد انجام آن برای آن‌ها، به دلیل ناتوانی ممکن نیست. این گروه از افراد سالمندی را پایان تمامی اهداف و برنامه‌ها می‌دانند و معتقد هستند در این دوره بایستی از هرگونه مشارکت در فعالیت‌های مختلف امتناع کرد. این نوع دیدگاه‌ها مشارکت این گروه را در عرصه‌های مختلف زندگی کاهش داده و احساس خودکارآمدی را در آن‌ها پایین آورده است. برخی دیگر از سالمندان بر این باور هستند که قادر به ایفای نقش‌های سودمند در عرصه زندگی نیستند. نه تنها نمی‌توانند فعالیت مفیدی انجام دهند، بلکه با فرافکنی مسئولیت‌های زندگی خود به دیگران، استرس و فشار زندگی آن‌ها را نیز افزایش داده و فرصت کسب لذت از زندگی را از این گروه نیز سلب کرده‌اند. چنین دیدگاهی گذر از این دوره را برای این گروه بسیار دشوارتر کرده، هیجانات ناخوشایند را در آن‌ها افزایش داده و امنیت روان‌شناختی را در آن‌ها مختل نموده است.

چهارمین کد محوری حاصل از واکاوی تجارب و بیانات مصاحبه‌شوندگان پیرامون امیدواری، سرگردانی در زندگی بود. کدی که توأم با سه زیرطبقه آن یعنی بی‌هدفی، نداشتن برنامه‌های اجتماعی و فقدان انگیزش مورد شناسایی قرار گرفت. در دوره سالمندی بسیاری از افراد به دلیل داشتن باورهای غیرمنطقی و ناکارآمد، هدف و برنامه‌های خاصی را برای داشتن زندگی سازنده و مطلوب در طی این دوره طراحی نکرده‌اند. سردرگمی و احساس بی‌معنایی در دوره سالمندی نسبت به سایر دوره‌های زندگی در سطح پایین‌تری قرار دارد که این امر احساس امنیت را در این گروه کاهش داده و تمایلشان را به تداوم زندگی در این دوره تا حد زیادی کاهش می‌دهد (وان‌لیوین و همکاران، ۲۰۱۹). درآگست و همکاران (۲۰۱۷) نیز در پژوهش خویش نشان دادند که احساس سرگردانی و

بی‌معنایی در دوره سالمندی معمولاً در سطح بالایی قرار دارد. این گروه از افراد به دلیل عدم تمایل به تعیین اهدافی در زندگی خویش و حرکت در مسیر تحقق آن، معمولاً احساس بی‌ارزشی و بلا تکلیفی بیش‌تری می‌کنند و بدین‌شکل بودن در این مرحله از زندگی برایشان آزاردهنده می‌شود. افراد در دوره سالمندی متأثر از ضعف‌هایی که با آن مواجه می‌شوند، به‌ویژه بیماری‌های جسمانی و روان‌شناختی، میلی به تعیین اهداف جدید در زندگی خود و گام برداشتن در مسیر آن ندارند. تعیین هدف و تحقق آن، مستلزم انرژی بالایی است که انجام آن برای سالمندان دشوار است. در این دوره افراد بیش‌تر ترجیح می‌دهند در محیط خانه بمانند و تمایلشان به مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی در سطح پایینی قرار دارد. برخی از این افراد توان جسمانی کافی برای حضور در دنیای بیرون را ندارند و برخی دیگر نیز با وجود داشتن توانایی جسمانی، تمایل روان‌شناختی کافی برای حضور در این عرصه‌ها را ندارند. فقدان انگیزش در تعیین اهداف سازنده در دوره سالمندی و همچنین کاهش مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی سبب شده است که این افراد بیش‌تر گوشه‌گیر و منزوی شوند.

پنجمین و آخرین کد محوری حاصل از واکاوی تجارب و بیانات مصاحبه‌شوندگان پیرامون امیدواری، غوطه‌وری در هیجانات منفی بود. کدی که توأم با پنج زیرطبقه آن یعنی شادی پایین، غمگینی، احساس گناه، خودحقیرانگاری و احساس بی‌ارزشی مورد شناسایی قرار گرفت. بسیاری از سالمندان به دلیل انزوای اجتماعی و همچنین کاهش توانایی‌هایی که با آن مواجه می‌شوند، احساس غمگینی و ناراحتی بسیار زیادی را ادراک می‌کنند. احساساتی که به‌مرور منجر به شکل‌گیری افسردگی و احساسات مخرب نظیر بی‌ارزشی در این افراد شده و قدرت مدیریتشان را تا حد زیادی پایین می‌آورد (گرویر، آواستی، ساهو، لاکداوالا، دان، نیبhinani و سوثار، ۲۰۱۸). کوک و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهش خویش نشان دادند که دوره سالمندی با طیفی از هیجانات ناخوشایند نظیر غمگینی و افسردگی، اضطراب شدید و احساس حقارت همراه است. احساساتی که در این دوره در قیاس با سایر دوره‌های زندگی شدت و شیوع بیش‌تری دارد و امنیت روان‌شناختی

و همچنین آرامش ادراکی این گروه را با مشکل مواجه می‌کند. افراد زمانی که به دوره سالمندی نزدیک می‌شوند از یکسو توانایی‌هایشان تا حد زیادی کاهش پیدا می‌کند و از سوی دیگر در نزدیکی مرگ و رهایی از این دنیا هستند. دو عاملی که در کنار یکدیگر و در تعامل با هم منجر به بروز طیفی از نشانه‌های ناخوشایند هیجانی نظیر ترس و افسردگی در این گروه شده و احتمال بروز افسردگی و ناامیدی در آن‌ها را تا حد زیادی افزایش داده است. در دوره سالمندی سالمندان دیگر قدرت رسیدگی به وظایف و تکالیف مختلف خود را در زندگی ندارند و برای انجام فعالیت‌های مختلف مجبور هستند که از حمایت و همراهی اطرافیان خود استفاده کنند. این عامل نیز تا حدی برای این افراد دشوار است و با ایجاد احساس گناه و همچنین حقارت در این افراد، تداوم زندگی را در این بازه سنی با مانع و بدکارکردی مواجه می‌کند. در سایر دوره‌های زندگی احتمال ادراک چنین تجربه‌هایی در سطح پایین‌تری قرار دارد ولی در این دوره متأثر از عواملی که بدان اشاره شده احتمال تجربه هیجانات ناخوشایند تا حد زیادی بالا است و بدین شکل احتمال لذت بردن از زندگی را در این بازه سنی از سالمندان سلب می‌کند.

یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که سالمندان کاربر فضای مجازی از سلامت و امنیت روان‌شناختی چندانی برخوردار نیستند و با طیفی از ناراحتی‌ها و بدکارکردی‌های هیجانی، شناختی و رفتاری شامل ادراک تنهایی، پوچ‌انگاری سالمندی، نگرش‌های غیرواقع‌بینانه، سرگردانی در زندگی و غوطه‌وری در هیجانات مواجه هستند. ناراحتی‌هایی که عملکرد این گروه را در تمامی ابعاد مختلف زندگی با اختلال مواجه کرده و با کاهش تمایل آن‌ها برای مشارکت در فعالیت‌های مختلف دنیای واقعی، موجبات گوشه‌گیری و غرق‌شدن آن‌ها را در فضای مجازی فراهم کرده است. این یافته‌ها با آشکار ساختن ناراحتی‌های روان‌شناختی سالمندان کاربر فضای مجازی، ضمن افزایش اطلاعات و آگاهی پیرامون کارکرد درونی این گروه از افراد، زمینه را برای طراحی مدل‌های آموزشی، پیشگیرانه و درمانی با هدف بهبود سلامت و امنیت روان‌شناختی این گروه فراهم کرد. برنامه‌هایی که اجرای آن منجر به تقویت کارآیی این گروه در تمامی ابعاد زندگی

شده و با افزایش تمایلشان به مشارکت در فعالیت‌های مختلف، از شدت وابستگی‌شان به فضای مجازی تا حد زیادی می‌کاهد.

محدودیت و پیشنهادات

بسیاری از مصاحبه‌شوندگان به دلیل بالابودن سن، ضعف جسمانی و همچنین خستگی زودرس در انجام فرایند مصاحبه، امکان مصاحبه جامع برایشان وجود نداشت و مصاحبه‌کننده بایستی علاوه بر تمرکز بر فرایند مصاحبه، به رعایت حال آن‌ها و همچنین طول‌ندادن فرایند مصاحبه نیز متمرکز می‌شد. این امر یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود که داشتن مصاحبه‌های جامع را با خلل مواجه کرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی تلاش شود ۱. سلامت روان سالمندان کاربر فضای مجازی با سالمندان غیرکاربر مورد بررسی و مقایسه قرار گیرد؛ ۲. چرایی گرایش سالمندان به فضای مجازی به صورت جامع و تمرکز یافته مورد بررسی قرار گیرد. این پژوهش‌ها در کنار این پژوهش خواهند توانست روشن‌کننده این واقعیت باشند که گرایش یا عدم گرایش سالمندان به فضای مجازی تا چه اندازه به وضعیت سلامت روان آن‌ها و سایر عوامل مربوط است.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منابع

- برجعلی، محمود؛ ناصری نیا، سجاد (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش راهبردهای نظم‌جویی فرایندی هیجان بر سلامت روان، شفقت خود و وسوسه در معتادان. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۰(۴۰)، ۱۳۳-۱۵۴.
- بهرامی، لادن؛ محمدی شاه‌بلاغی، فرحناز؛ ره‌گویی و ابوالفضل؛ بیگلریان، اکبر (۱۴۰۰). پیش‌بینی راهبردهای مقابله‌ای بر اساس سلامت معنوی و تاب‌آوری در سالمندان شهر تهران. روان‌پرستاری، ۹(۱): ۵۶-۶۵.
- پاک‌خصال، اعظم. سیف‌اللهی، سیف‌الله. میرزایی، خلیل. (۱۳۹۹). بررسی رابطه‌ی احساس تنهایی، حمایت ادراک‌شده و رضایت زناشویی با استفاده از شبکه‌های مجازی در بین زوجین تهرانی. مطالعات راهبردی زنان، ۲۲(۸۷)، ۱۷۳-۱۵۱.
- چوپانی، موسی و کرمی، مرتضی (۱۳۹۸). شیوع‌شناسی آسیب‌های روانی _ اجتماعی مبتنی بر چرخه زندگی خانوادگی در خانواده‌های شهر تهران. طرح پژوهشی، دانشگاه جامع امام حسین، تهران.
- حسینی قمی، طیبه و جهان‌بخشی، زهرا (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر استرس و سلامت روان مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۲(۴۶)، ۲۰۵-۲۲۸.
- شریفی، مهدی؛ محمدامین‌زاده، دانا؛ سلیمانی‌صفت، عرفان؛ سودمند، نسرین و یونسی، سیدجلال (۱۳۹۶). "ارتباط افکار مقطعی با تنهایی و افسردگی در سالمندان". فصلنامه پیری، ۱۲(۳)، ۲۷۶-۲۸۷.
- علی‌کرمی، کریم؛ ملکی، امیر؛ عبداللهیان، حمید و رضایی، مهدی (۱۳۹۸). تجربه زیسته تنهایی در بین زنان سالمند شهر بوکان. مطالعات راهبردی زنان، ۲۱(۸۳)، ۳۰-۷.
- فرزانه، سیف‌الله و فلاحتی‌شهاب‌الدینی، راضیه (۱۳۹۴). "بررسی فاکتورهای اجتماعی تأثیرگذار بر گرایش به شبکه‌های اجتماعی مجازی (مورد مطالعه: دانش‌آموزان دختر متوسطه دوره دوم شهر بابل)". دوفصلنامه مشارکت و توسعه اجتماعی، ۱(۱)، ۱-۲۲.
- مؤمنی، مرجان؛ حریری، نجلا و نوبهار، منیر (۱۳۹۸). "تجارب سالمندان از شبکه‌های اجتماعی مجازی: یک مطالعه پدیدارشناسی". فصلنامه کومش، ۲۰(۲)، ۳۳۶-۳۴۹.

میرزایی، محمد و دارایی، سعدالله (۱۳۹۶). "جمعیت سالخورده و هنرینه‌های بهداشت روان آنها"، فصلنامه پیری، ۱۲(۲)، ۱۵۶-۱۶۹.

- Aartolahti E, Lönnroos E, Hartikainen S, Häkkinen A. (2020). "Long-term strength and balance training in prevention of decline in muscle strength and mobility in older adults". *Aging Clinical and Experimental Research* 2020; 32(1): 59_66.
- Aspinall R, Lang PO. (2018). "Interventions to restore appropriate immune function in the elderly". *Immunity & Ageing: I & A* 2018; 15(1): 5_5.
- Association for Geriatric Mental Health. *Journal of Geriatric Mental Health* 2018; 5(2): 99_106.
- Brewer G, Kerslake J. (2015). "Cyberbullying, self-esteem, empathy & loneliness". *Journal of computers in human behavior* 2015; 48(3): 255_260.
- Chopik WJ. (2016). "The Benefits of Social Technology Use Among Older Adults Are Mediated by Reduced Loneliness". *Cyber psychology Behavior Social Network* 2016; 19(9): 551-556.
- Drageset J, Haugan G, Tranvåg O. (2018). "Crucial aspects promoting meaning and purpose in life: perceptions of nursing home residents". *BMC Geriatr* 2017; 17(1): 254_254.
- Fernandes L, Paúl C. (2018). "Editorial: Aging and Mental Health". *Frontiers in Aging Neuroscience* 2017; 9(1): 25_35.
- Gerben J, Westerhof Erns T, Bohlmeijer D, McAdams P. (2018). "The Relation of Ego Integrity and Despair to Personality Traits and Mental Health", *The Journals of Gerontology: Series B* 2017; 72(3): 400_407.
- Goldenberg H, Goldenberg I. (2015). *Family Therapy an Overview*. Cengage Learning, Brookscote; 2015.
- Gopinath B, Kifley A, Flood VM, Mitchell P. (2018). "Physical Activity as a Determinant of Successful Aging over Ten Years". *Scientific Reports* 2018; 8(1): 1_10.
- Grover S, Avasthi A, Sahoo S, Lakdawala B, Dan A, Nebhinani N, Suthar N. (2018). "Relationship of loneliness and social connectedness with depression in elderly". A multicentric study under the aegis of Indian
- Heine C, Gong CH, Browning C. (2018). "Dual Sensory Loss, Mental Health, and Wellbeing of Older Adults Living in China". *Frontiers in Public Health* 2019; 7(92). doi:10.3389/fpubh.2019.00092.
- J.Adams D ,Ndanzi T, P.Rweyunga A, George J ,Mhando L , S. Ngochoa J ,B. Mboya I. (2021). *Depression and associated factors among geriatric population in Moshi district council, Northern Tanzania*, *Aging & Mental Health* 25(6), Pages 1035-104

- Kirkwood, T. B. L. (2017). "Why and how are we living longer?", *Experimental Physiology*, 102(9): 1067_1074.
- Kok RM, Reynolds CF. (2017). "Management of Depression in Older Adults: A Review". *JAMA* 2017; 317(20): 2114_2122
- Kwak S, Kim H, Chey J, Youm Y. (2018). "Feeling How Old I Am: Subjective Age Is Associated With Estimated Brain Age". *Frontiers in aging neuroscience* 2018; 10(168): 1_10.
- Landeiro F, Barrows P, Nuttall Musson E, Gray AM, Leal J. (2017). *Reducing social isolation and loneliness in older people: a systematic review protocol*. *BMJ Open* 2017; 7(5): 1_10.
- Laurence BD, Michel L. (2017). "The fall in Older Adults: Physical and Cognitive Problems". *Current Aging Science* 2017; 10(3): 185_200.
- Marcelino I, Laza R, Pereira A. (2016). *SSN: "Senior Social Network for Improving Quality of Life"*. *International Journal of Distributed Sensor Networks* 2016; 12(7): 1_10.
- Na H, Dancy BL, Park Ch. (2015). "College student engaging in cyberbullying victimization: cognitive appraisals, coping strategies, & psychological adjustments". *Journal of archives of psychiatric nursing* 2015; 38(1): 123_137.
- Norheim KL, Hjort Bønløkke J, Samani A, Omland Ø, Madeleine P. (2017). "The Effect of Aging on Physical Performance among Elderly Manual Workers: Protocol of a Cross-Sectional Study". *JMIR research protocols* 2017; 6(11): 226_226.
- Osok J, Kigamwa P, Huang KY, Grote N, Kumar M. (2018). "Adversities & mental health needs of pregnant adolescents in Kenya: identifying interpersonal, practical, & cultural barriers to care". *BMC Women's Health* 2018; 18(1): 96_106.
- Padayachey U, Ramlall S, Chipps J. (2017). "Depression in older adults: prevalence and risk factors in a primary health care sample". *South African Family Practice* 2017; 59(2): 61_66.
- Paúl C, Teixeira L, Ribeiro O. (2017). "Active Aging in Very Old Age and the Relevance of Psychological Aspects". *Frontiers in Medicine* 2017; 4(181), doi:10.3389/fmed.2017.00181.
- Pilania, M., Yadav, V., Bairwa, M., Behera, P., Gupta, S. D., Khurana, H., Poongothai, S. (2019). "Prevalence of depression among the elderly (60 years and above) population in India, 1997–2016: a systematic review and meta-analysis". *BMC Public Health*, 19(1), 832_842.
- Ravary A, Stewart EK, Baldwin MW. (2019). "Insecurity about getting old: age-contingent self-worth, attentional bias, and well-being". *Aging Mental Health* 2019; 1_9.

- Roustaei Z, Räisänen S, Gissler M, Heinonen S. (2019). " *Fertility rates and the postponement of first births: a descriptive study with Finnish population data*". *BMJ Open* 2019; 9(1), e026336-e026336.
- Rucklidge JJ, Kaplan BJ. (2016). " *Nutrition & Mental Health*". *Clinical Psychological Science* 2016; 4(6): 1082_1084.
- Santos KAdS, Cendoroglo MS, Santos FC. (2017). " *Anxiety disorder in elderly persons with chronic pain: frequency and associations*". *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2017; 20(1): 91_98.
- Sinoff G. (2017). " *Thanatophobia (Death Anxiety) in the Elderly: The Problem of the Child's Inability to Assess Their Own Parent's Death Anxiety State*". *Frontiers in Medicine* 2017; 4(11): 1_5.
- Step toe A, Fancourt D. (2019). " *Leading a meaningful life at older ages and its relationship with social engagement, prosperity, health, biology, and time use*". *Proceedings of the National Academy of Sciences* 2019; 116(4): 1207_1214.
- Strauss A, Corbin J. (1998). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. London: Sage; 1998.
- Tomini F, Tomini SM, Groot W. (2016). " *Understanding the value of social networks in life satisfaction of elderly people: a comparative study of 16 European countries using SHARE data*". *BMC Geriatr* 2016; 16(1): 203_213.
- Van Leeuwen KM, van Loon MS, van Nes FA, Bosmans JE, de Vet HCW, Ket JCF, Ostelo RWJG. (2019). " *What does quality of life mean to older adults? A thematic synthesis*". *PloS one* 2019; 14(3): 1_10.
- Wagner J, Knaier R, Infanger D, Arbeeve K, Briel M, Dieterle T, Schmidt-Trucksäss A. (2019). " *Functional aging in health and heart failure: the COMplete Study*". *BMC Cardiovascular Disorders* 2019; 19(1): 180_190.
- Weyand CM, Goronzy JJ. (2016). " *Aging of the Immune System. Mechanisms and Therapeutic Targets*". *Annals of the American Thoracic Society* 2016; 5(5): 422_428.
- Wiederhold, B. (2020). " *How virtual reality is changing the reality of aging*." *Cyberpsychology, behavior, and social networking*, 23(3), 11_16.

