

## شاخص‌های سلامت روان سالمندی در فرهنگ ایرانی

خدابخش احمدی<sup>۲</sup>

علی اکبر رحیمی<sup>۱</sup>

علی اصغر اصغر نژاد فرید<sup>۳</sup>

دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۷/۱۱

پذیرش نهایی: ۱۳۹۷/۱۰/۱۰

### چکیده

باتوجه به افزایش جمعیت سالمندی در جهان و ایران، تدوین برنامه‌های حمایت‌گراانه جامع (سلامت جسمی - روانی) درباره این قشر ضروری است. لازمه این کار، داشتن شاخص‌های سالمندی متناسب فرهنگ ایرانی است. باتوجه به نبود چنین شاخص‌هایی، پژوهش حاضر انجام شد. این پژوهش با استفاده از روش‌های مرور نظام‌مند و داده‌بنیاد در سال ۱۳۹۷ انجام شد. برای مرور نظام‌مند، ۵۱ مقاله منتشرشده از بین ۸۹۷ مقاله در بازه زمانی ۲۰۱۸-۱۹۷۰ استخراج و تحلیل شد. برای اجرای روش داده‌بنیاد، با استفاده از روش مصاحبه اکتشافی، ۲۰ سالمند موفق به صورت هدف‌مند انتخاب و مصاحبه شدند. تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده در کدگذاری باز، منجر به شناسایی ۱۶۰ مؤلفه و شاخص شد و پس از دریافت نظرات ۱۰ نفر از متخصصان و کدگذاری مجدد و اصلاحات لازم، در ۵ مؤلفه اصلی تدوین شد: ۱. عامل جسمانی (توجه به سلامتی، مسائل رفاه جسمی، داشتن سلامت جسمانی)؛ ۲. عامل روان‌شناختی (مدیریت، تاب‌آوری، عملکرد شناختی، سلامت رفتاری، پیشرفت‌خواهی، کمال‌گرایی)؛ ۳. خانواده (فرزندان، همسر، والدین)؛ ۴. اجتماعی (ارتباط اجتماعی، ارتباط با اقوام، فعالیت اجتماعی، وضعیت مالی و اقتصادی)؛ ۵. مذهبی (اعتقادات مذهبی، فعالیت مذهبی): مجموعاً ۱۸ عامل و ۱۳۳ شاخص به دست آمد. مؤلفه‌هایی همانند: زندگی با خانواده، روابط و مشارکت اجتماعی، وضعیت بهداشت و سلامت جسمی و روانی، باورهای مذهبی و سبک زندگی، اصلی‌ترین شاخص‌های سالمندی سالم ایرانی است و اولویت برنامه‌های حمایتی، مراقبتی و سنجش و پایش وضعیت سالمندی در کشور می‌تواند متمرکز بر این مؤلفه‌ها باشد.

**کلید واژه‌ها:** شاخص؛ سلامت روان؛ سالمند؛ فرهنگ؛ ایرانی

۱. دانشجوی دکتری گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، dr.aarahimi@gmail.com

۲. نویسنده مسئول: استاد مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، kh\_ahmady@yahoo.com

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران،

asgharnejadali@gmail.com

## مقدمه

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سن بالای ۶۰ تا ۶۵ سال به‌عنوان سالمندی نامیده شده است (چنگ<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵). سالمندی احتمالاً مهم‌ترین پدیده مردم‌شناختی قرن بیست‌ویکم است (انجمن روانشناختی آمریکا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵) و درحال حاضر دارای رشد ۲/۴ درصد در مقایسه با ۱/۷ درصد برای کل جمعیت می‌باشد و انتظار می‌رود که این رشد به ۳/۱ درصد در سال‌های آتی افزایش یابد. مسئله سالمندی در سال‌های اخیر به‌عنوان یک موضوع اساسی آنچنان اذهان جهانیان را به خود معطوف کرد که سال ۱۹۹۹ به‌عنوان سال جهانی سالمندان نام گرفت. جمعیت سالمندان از ۶۰۰ میلیون در سال ۲۰۰۰ به یک میلیارد و دویست میلیون؛ یعنی دو برابر در سال ۲۰۲۵ خواهد رسید (الکساندرا<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین در ایران طبق سرشماری عمومی، در سال ۱۳۸۵ حدود ۵/۳۲ درصد کل جمعیت ۷۵ میلیون نفری کشور را سالمندان ۶۵ سال به بالا تشکیل می‌دهند و در سال ۱۳۸۸ این جمعیت ۳/۶ میلیون نفر گزارش شده است. آخرین سرشماری سال ۱۳۹۵ نشان داد که از جمعیت ۷۹ میلیون نفری، حدود ۴ میلیون و دویست و پنجاه هزار نفر ایرانیان را سالمندان بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهند (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵). ایران در سال ۲۰۵۰ سالخوردگانش به بیش از ۲۶ میلیون نفر و نسبت آن به کل جمعیت حدود ۲۳ درصد خواهد رسید (سام و همکاران، ۱۳۹۱). رشد فزاینده و شتابان جمعیت سالخورده در سال‌های اخیر و تأثیر عمیقی که این پدیده بر شرایط اقتصادی - اجتماعی دارد، زمینه نگرش‌های چندجانبه‌ای همچون نگرش اجتماعی و روان‌شناختی را فراهم کرده است. در واقع، در کنار نگرش زیست‌شناختی به فرایند پیری و بررسی شخصیت سالمندان برحسب تغییرات درونی آنها، می‌توان با توجه کردن به نحوه تعامل با جهان خارج از رویکردی رفتاری - اجتماعی به فرایند پیری پرداخت (آرسوم بکتاس<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۸) بنابر نظریه پیکری تک‌مصرفی، سالمندی به‌سبب انبوه آسیب‌های پیکری غیرقابل‌ترمیم حاصل می‌شود. درحالی‌که مطابق دیدگاه فرسودگی در مقابل برنامه‌ریزی، بیشتر ویژگی‌های قابل‌مشاهده فرایند سالمندی را می‌توان به‌عنوان فرسودگی به‌حساب آورد؛

1. Cheng
2. American Psychological Association
3. Alexandria
4. Arsun Bektas

در اصطلاح ترمودینامیکی یک ارگانیسم یک "سیستم باز" است و بنابراین ناگزیر به طی نمودن افزایش استمراری در اختلال، نیست. نظریه دیگر در این حوزه، نظریه برنامه‌ریزی سالمندی است. این نظریه اشاره می‌کند که فرایند سالمندی تحت کنترل فعال ژنتیکی است، زیرا پیری به نوعی سودمند یا ضروری است و سرانجام دیدگاه رادیکال‌های آزاد، مبتنی بر این نظر است که فعالیت زیاد رادیکال‌های آزاد می‌تواند دلیلی برای ظهور تدریجی پدیده سالمندی باشد. رادیکال‌های آزاد، مولکول‌هایی با واکنش بالا هستند که به‌عنوان محصول فرعی متابولیسم سلولی تولید می‌شوند (علی اصغر پور و همکاران، ۱۳۹۱).

اصطلاح شاخص<sup>۱</sup> در محافل علمی و عمومی خیلی زیاد به کار می‌رود و هر کسی برداشتی از آن دارد، اما در ظاهر چندان دقیق تعریف نشده است. در فرهنگ لغات، شاخص را نماینده، نشان‌دهنده و دستگاه ثبت فهرست تعریف کرده‌اند. شاخص‌ها ابزاری جهت شناخت دقیق‌تر شرایط موجود جامعه در یک مقطع زمانی است و همچنین تصویر روندها و دگرگونی‌ها را که در طی دوره‌های مشخص در این شرایط صورت پذیرفته‌اند، نشان می‌دهند (احمدی، ۱۳۹۵). شاخص‌ها وسیله‌ای برای ارزیابی و مقایسه سطح زندگی و رفاه نسبی در هر جامعه، ملاک‌ها و اصولی هستند که خصوصیات کیفی را در قالب کمی بیان نموده‌اند و آنها را قابل بررسی و ارزشیابی می‌نمایند. واژه شاخص به معنای اعم، مفهومی است که اندازه معینی را مشخص می‌نماید (بازرگان، ۱۳۹۱). اعتبار یک شاخص، بستگی به این دارد که آیا شاخص مزبور چنان ساخته شده که الف) از ابتدا تردید و پرسشی راجع به همبستگی میان متغیرهای سازنده و احتمالی ایجاد نشود؛ ب) شاخص بتواند متغیرهای سازنده خود را به درستی نشان دهد (پاشاشریفی، ۱۳۹۵).

شاخص‌های سلامت، عبارت است از یک آمار خلاصه که مستقیماً مرتبط با وضعیت اصلی سلامت، یک عامل سلامت برای پیشرفت به سمت یک جامعه سالم‌تر است و قضاوت‌های مختصر، جامع و متعادل را در این باره تسهیل می‌کنند. اگر شاخص را به‌عنوان معیاری که به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم تغییرات وقایع یا وضعیت‌ها را اندازه‌گیری می‌کند و با استفاده از داده‌های خام اطلاعات مفیدی جهت مقایسه با استانداردها، بین بخش‌های مختلف یا دوره‌های زمانی را فراهم می‌سازد، تعریف کنیم و همچنین شاخص ملی را به‌عنوان شاخص‌هایی که محاسبه و تولید

آنها در سطح کشوری است که معمولاً مورد نیاز سازمان‌ها در دو سطح ملی و بین‌المللی است، از جمله: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مرکز آمار ایران، نهاد ریاست جمهوری، مجلس شورای اسلامی و ... بدانیم، در ایران شاخص‌های سلامت مطابق سند جامع شاخص‌های سلامت وزارت بهداشت (۱۳۸۸) شامل شاخص‌های جمعیتی، میزان مرگ و میر، مدیریت خدمات بهداشتی، تنظیم خانواده، مراقبت مادران، مراقبت کودکان، واکسیناسیون و تغذیه و چندین مورد دیگر است. یک بعد بسیار مهم این شاخص‌های ملی سلامت، بخش سالمندی آن است. شاخص‌های سلامت سالمندی<sup>۱</sup> مطابق بندهای سند شاخص‌های ملی سلامت کشوری شامل مواردی چون نسبت جمعیت سالمند نیازمند مراقبت‌های سالمندی، دریافت‌کننده مراقبت‌های سالمندی، مراقبت‌های سلامتی و میزان بروز سقوط در سالمند است (محمدی و همکاران، ۱۳۹۱).

توجه به متغیرهای فرهنگی تأثیرگذار بر پدیده‌های روان‌شناختی، امری بدیهی و البته دریافته است (چن و همکاران، ۱۳۹۵). آگاهی از تأثیرهای فرهنگی می‌تواند راهگشای مناسبی برای لحاظ نمودن و تهیه انواع مداخله‌ها و بررسی‌های روان‌شناختی و اجتماعی و حتی سیاسی باشد. پدیده سالمند هم یکی از مهم‌ترین پدیده‌های جامعه ایرانی در سال‌های آینده خواهد بود و آگاهی در مورد عوامل تعیین‌کننده فرهنگی حاکم بر این پدیده میان ایرانی‌ها، کمک بسیار خوبی در زمینه طراحی انواع اقدام‌های فرهنگی و اجتماعی و روان‌شناختی و داشتن آمادگی لازم در برابر این اتفاق حتمی خواهد کرد. فرهنگ ایرانی قرن‌های فراوان است که با آموزه‌های اسلامی کامل‌تر شده است. دین مبین اسلام، توجه بسیار زیادی به همه گروه‌های رشدی و سنی انسان دارد. پیرامون دوره سالمندی، آیه، حدیث و روایت‌های فراوانی وجود دارد که نشان‌دهنده اهمیت بسیار فراوان این موضوع از نگاه اسلام است. آیه ۲۳ سوره مبارکه اسراء (قران کریم، ۱۳۹۵) "و پروردگار تو مقرر کرد که جز او را پرستید و به پدر و مادر خود احسان کنید. اگر یکی از آن دو یا هر دو در کنار تو به سالخوردگی رسیدند، به آنها اُف مگو و به آنان پرخاش مکن و با آنها سخنی شایسته بگوی." بهترین گواه این اهمیت است. در احادیث نقل شده هم نگاه ویژه جهان‌بینی اسلام پیرامون سالمند و سالمندی و ارزش این جایگاه در جامعه اسلامی مشخص می‌شود: پیامبر گرامی اسلام (ص) فرموده‌اند؛ احترام به مسلمان سالخورده، احترام به خداوند است، وجود پیران سالخورده

بین شما باعث افزایش رحمت و لطف پروردگار و گسترش نعمت‌های الهی بر شماست، احترام به سالخورده اُمّت من، احترام نهادن به من است. امام صادق علیه‌السلام نیز اشاره کرده‌اند: از ما نیست کسی که به بزرگسالان ما حرمت نهد و با خردسالانمان مهربان نباشد، بزرگسالان خود را احترام کنید و صله ارحام به جای آورید (کلینی؛ ترجمه رسولی، ۱۳۹۲). در مجموع، در دین اسلام و در فرهنگ عمومی ایرانی، درخصوص احترام به سالمندان بسیار سفارش شده است و این نشان‌دهنده اهمیت و ارزش سالمند و سالمندی در فرهنگ ایرانی - اسلامی است.

تدوین برنامه‌های ملی حمایت‌گراانه و مراقبتی و رفاهی برای قشر سالمندی، نیازمند داشتن اطلاعات جامع و صحیح و روزآمد است. این امر از طریق محاسبه شاخص‌ها و مقایسه آن با استانداردها، تحلیل و تفسیر و بازخورد به دست می‌آید. لذا به منظور کاهش اثرات مشکلات این دوره مهم زندگی، بررسی وضعیت موجود و سطح سلامت آن در جامعه و تعیین روند تغییرات، تدوین شاخص‌های سلامت سالمندی و استفاده از آن در سیاست‌گذاری برنامه‌ریزی این دوره ضروری است. ادبیات در مورد سلامت روان سالمندی در ایران زیاد نیست. تحقیق‌های صورت گرفته تا به حال، بیشتر در مورد بررسی وضعیت‌های عمومی سالمندی مثل مسائل جسمانی، سلامت، تحول‌های دوره سالمندی و ... بوده است. تحقیق حاضر درصدد پرکردن این خلأ است تا زمینه‌ساز برنامه‌های مناسب در جهت ارتقای کیفیت زندگی سالمندان و راهگشای بسته‌های حمایتی بهداشت روان و انجام مداخله‌های بومی روان‌شناختی جهت پیشگیری و کاهش آسیب‌های روان‌شناختی در آنها باشد.

## روش

تحقیق با توجه به هدف آن یعنی تدوین شاخص‌های سالمندی در فرهنگ ایرانی، با استفاده از روش‌های مرور نظام‌مند<sup>۱</sup> و داده‌بنیاد<sup>۲</sup> انجام شد. در واقع، داده‌های لازم برای تدوین شاخص‌های سالمندی از دو منبع تحقیقات انجام شده و سالمندان موفق به دست آمد. مرور نظام‌مند یک مطالعه مشاهده‌ای روی مطالعات انجام شده است. در مباحثی که مقادیر فراوانی داده موجود است، نظرات شخصی چندان اهمیت نداشته و با کمک مرور نظام‌مند می‌توان به دقت

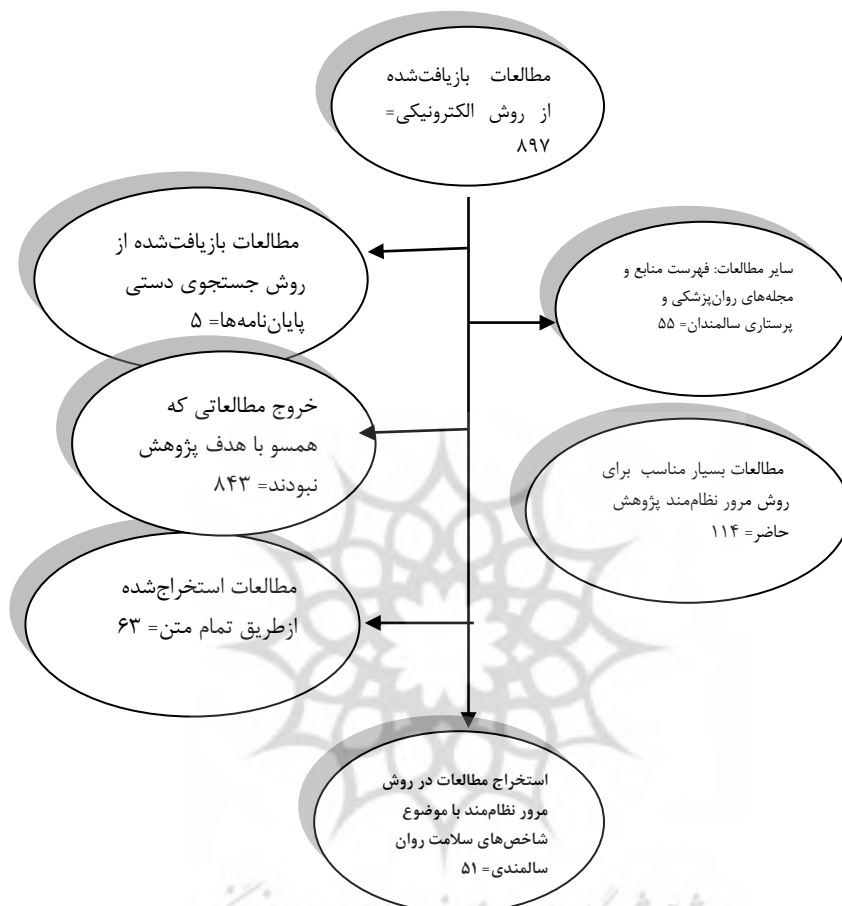
1. Systematic review
2. Grounded theory

شواهد را بررسی و ارزیابی نمود. در مرور نظام‌مند، با شناسایی دقیق، منظم و برنامه‌ریزی شده تمام مطالعات مرتبط، می‌توان نقد عینی تری انجام داد و در مواردی که مطالعات اصلی، مرورهای کلاسیک سنتی و نظرات مؤلفین با هم اختلاف دارند، می‌تواند به حل مسئله کمک نماید (والنسی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱). در پژوهش حاضر به منظور درک سابقه تحقیق‌های انجام شده در حوزه سلامت روان سالمندی و مفاهیم به دست آمده در آن پژوهش‌ها از روش مرور نظام‌مند استفاده شد. برای این منظور از بین ۸۹۷ مقاله، ۵۱ مقاله کاملاً مرتبط، استخراج و مورد تحلیل محتوا قرار گرفت. مشخصات و نحوه جستجوی مقالات در روش مرور نظام‌مند و فرایند انتخاب نمونه‌ها برای مرور نظام‌مند به شرح زیر بود:

جدول ۱. نحوه جستجوی مقالات در روش مرور نظام‌مند

<p>نوع مطالعه: نوع مطالعاتی که وارد مرور نظام‌مند شدند: مطالعات کارآزمایی بالینی تصادفی شاهددار، مطالعات مشاهده‌ای (هم‌گروهی، مورد-شاهدی و ...)</p>	<p>معیارهای ورود</p>
<p>شرکت‌کنندگان یا جمعیت مورد مطالعه: سن (۶۰-۷۵)، جنسیت (مرد و زن)، نوع یا مرحله بیماری یا شرایط دیگر (وضعیت کلی اختلالات روانی) این تحقیق تمایلی برای استخراج روش‌های درمانی خاصی نداشت.</p>	
<p>تحلیل‌های فرعی یا زیرگروه: وجود شاخص‌های سلامت روان دوره سالمندی که به صورت تخصصی و یک سند رسمی تدوین شده باشد.</p>	
<p>جمعیت مشخص که باید از مطالعه خارج شوند: کم‌تر از ۶۰ سال، مطالعات قبل از فوریه ۱۹۷۰</p>	
<p>کلیدواژه‌های مورد جستجو Aging, elderly, olding, پیری، سالمندی index, indicator, factor, شاخص، تعیین‌کننده، عامل Iranian, cultural, religious, ایرانی، فرهنگی، دینی</p>	<p>روش‌های جستجو</p>
<p>پایگاه‌های اطلاعاتی COCHRANE; PUBMED/MEDLINE; EMBASE / SCOPUS; Cinha; PsychoInfo; ProQuest</p>	
<p>مورد جستجو SID; Magiran; IranMedex; IranDoc</p>	

نمودار نمونه‌گیری برای مطالعه مرور نظام‌مند به شرح زیر است:



نمودار ۱. نمونه‌گیری برای مطالعه مرور نظام‌مند

برای تجزیه و تحلیل روش مرور نظام‌مند، از روش تحلیل محتوا استفاده شد. در این بخش از الگوی پیشنهادی سلمانی (رحیم سلمانی، ۱۳۹۲) استفاده شد. مراحل به شرح زیر بود: بیان مسئله و تدوین سؤال‌های پژوهش، انتخاب جامعه و نمونه، مشخص و تعیین نمودن منابع مرتبط با مسئله، تعیین رده‌ها و شاخص‌ها و گروه‌بندی یا طبقه‌بندی مفاهیم. همچنین در این تحقیق از روش نظریه داده‌بنیاد استفاده شد. روش داده‌بنیاد یک روش تحقیقی

عام، استقرایی و تفسیری است که در سال ۱۹۶۷ توسط بارنی گلایزر<sup>۱</sup> و انسلم اشتراوس<sup>۲</sup> به وجود آمد (می، ۳، ۲۰۰۷). نظریه برخاسته از داده‌ها (نظریه بنیادی) یک روش پژوهشی استقرایی و اکتشافی است که به پژوهشگر در حوزه‌های موضوعی گوناگون امکان می‌دهد تا به جای اتکا به نظریه‌های موجود و از پیش تدوین شده، خود به تدوین نظریه و گزاره اقدام نماید. این نظریه‌ها و گزاره‌ها به شکلی نظام‌مند و براساس داده‌های واقعی تدوین می‌شود (دارلان، ۴، ۲۰۱۷). در این بخش، روش جمع‌آوری اطلاعات، مصاحبه اکتشافی بود. مصاحبه اکتشافی ۵ یکی از ارکان اصلی تحقیق در مطالعات اکتشافی محسوب می‌شود. این روش، محقق را از پیش‌داوری و همچنین پنداره‌های نادرست آغاز تحقیق بازمی‌دارد و به وی کمک می‌کند که افق دیدش را توسعه دهد. مصاحبه‌های اکتشافی که مبتنی بر طرح سؤالات باز از مصاحبه‌شونده‌ها می‌باشد، در تحقیقات پیمایشی از اهمیت خاصی برخوردار است (چارماز، ۶، ۲۰۰۶).

به منظور نمونه‌گیری در روش داده‌بنیاد، از بین مناطق ۱۱ گانه شهر شیراز، دو منطقه ۱ و ۳ با لحاظ نمودن ویژگی‌های اقتصادی و فرهنگی و اجتماعی، به گونه‌ای که هم مناطق پرفراه و هم با فراه کم‌تر در نمونه آماری باشند، انتخاب شدند. ابتدا نمونه‌ای ۱۳۵ نفری در فرایند انتخاب و اجرای پرسشنامه شرکت نمودند. در این پژوهش، منظور از سالمندان، افراد بین ۶۰ تا ۷۵ ساله بودند. سپس سالمندانی که نمره بالایی در مجموع سه پرسشنامه یاد شده به دست آوردند، تحت عنوان سالمند موفق قرار گرفته و بقیه مراحل تحقیق روی آنها صورت گرفت. تعداد ۳۰ نفر از سالمندان زن و مرد انتخاب شده و بعد از کسب رضایت بابت اجرای مصاحبه، هماهنگی‌های لازم در این مورد انجام شد. فرایند نمونه‌گیری در مصاحبه اکتشافی اشباع اطلاعات بود. زمانی که محقق متوجه شد اطلاعات به دست آمده در مصاحبه‌های قبلی، در حال تکرار توسط مصاحبه‌شونده‌های بعدی است، فرایند مصاحبه تمام شد. در تحقیق حاضر با انجام ۲۰ مصاحبه (۱۲ مرد، ۸ زن، از زنها ۳ نفر خانه‌دار و ۵ نفر از آنها شاغل، از مردها ۴ نفر شاغل و ۸ نفر بازنشسته بیکار، حداقل مدرک تحصیلی شرکت‌کنندگان ابتدایی و حداکثر آن، دکترای پزشکی، سن بین ۶۰-۷۵ سال) و هر فرد

- 
1. Glazer
  2. Estrous
  3. Mey
  4. Darlan
  5. Exploratory interview
  6. Charmaz



یک بار مصاحبه، فرایند نمونه‌گیری به اتمام رسید. سؤالات اصلی مصاحبه اکتشافی ۵ سؤال زیر بود، ولی هر سؤال به‌صورت اکتشافی تا نیل به کلیه اطلاعات موجود پیش می‌رفت: ۱. آینده خود و جهان را چگونه می‌بینید؟ ۲. رضایتان از زندگی گذشته خود چه میزان است؟ ۳. چه عواملی باعث این میزان رضایت شده‌اند؟ ۴. چگونه زندگی کرده‌اید که این میزان راضی هستید؟ ۵. اکنون چه اتفاق‌هایی شما را خوشحال می‌کند؟ فرایند مصاحبه هر فرد، به‌طور متوسط بین ۵۰ دقیقه طول می‌کشید و هر فرد یک بار مورد مصاحبه قرار می‌گرفت.

برای تجزیه و تحلیل داده‌های به‌دست‌آمده از مصاحبه اکتشافی در روش داده‌بنیاد، از روش دیکلمن، آلن و تانر (عابدی؛ ۱۳۸۳) استفاده شد. این روش مبتنی بر یک فرایند هفت‌مرحله‌ای است که به‌طور مختصر عبارتند از: خواندن تمامی مصاحبه‌ها جهت دستیابی به یک درک و ایده کلی، نوشتن خلاصه‌های تفسیری برای هر کدام از مصاحبه‌ها، تحلیل مصاحبه‌ها و شناسایی و استخراج کدها و زیر درونمایه‌ها، بازگشت و مراجعه مجدد به متن مصاحبه‌ها و شرکت‌کنندگان به‌منظور تبیین، روشن‌سازی و رفع ابهامات، مقایسه و مقابله مصاحبه‌ها به‌منظور شناسایی، تعیین و توصیف مفاهیم و معانی مشترک، شناسایی شاخص‌ها و الگوهای بنیادین که ارتباط درونمایه‌ها و مقوله‌ها را انسجام بخشد و تدوین و دستیابی به طرح نهایی. براساس این روش، متن مصاحبه‌ها پس از پیاده‌شدن روی برگه، چندین بار مرور شده تا شناخت کلی از آن حاصل شود. سپس برای هر یک از متون مصاحبه خلاصه تفسیری نوشته و نسبت به درک و استخراج معانی نهفته در آن اقدام شد.

در روش حاضر محقق بعد از شروع کار تحقیق و مراجعه به نمونه‌های مورد مطالعه، مصاحبه را در محیطی غیر کلینیکی انجام داد. همچنین زمینه موضوع مورد بحث، سؤال‌هایی بود که پیش از شروع مصاحبه نوشته شد و آنها در زمینه چگونگی وضعیت سلامت سالمندی از نگاه نمونه مورد مطالعه بود. در مصاحبه بدون ساختار پرسش‌های آماده و از پیش تعیین‌شده‌ای وجود ندارد به‌جز چند سؤال کلی که در ابتدای زمینه پژوهش پرسیده می‌شود. این شیوه مصاحبه به محقق امکان می‌دهد به عمق اندیشه و تجارب افراد آن‌گونه که به فرایندهای فکری آنها مرتبط است، پی‌برده شود. همچنین، با توجه به اینکه رعایت اخلاق در پژوهش از موارد بسیار مهم به‌شمار می‌آید در این پژوهش سعی شد نکات اخلاقی رعایت شود، از جمله این موارد عبارت بودند از: رعایت بی‌نام‌بودن گزارش مصاحبه‌ها و ناشناس‌ماندن شرکت‌کنندگان، رعایت امانت علمی در

پژوهش، محرمانه‌نگه‌داشتن اطلاعات مشارکت‌کنندگان، رعایت موازین اخلاقی لازم هنگام اجرای پژوهش، توضیح لازم مبنی بر هدف پژوهش و جلب رضایت شرکت‌کنندگان و کسب مجوزهای لازم از مراجع ذی‌ربط.

برای بررسی محتوای مصاحبه‌ها از مراحل تحلیل داده‌ها از طریق کدگذاری باز<sup>۱</sup> (مفاهیم حاصل می‌شود) کدگذاری محوری<sup>۲</sup> (مؤلفه‌ها به دست می‌آید) و کدگذاری انتخابی<sup>۳</sup> (محوریت داده‌ها کشف و طبقه مرکزی انتخاب می‌شود) استفاده شد. در کدگذاری باز، داده‌ها به دقت به کوچک‌ترین اجزای ممکن شکسته می‌شوند. در این مرحله به هر یک از اجزا و داده‌های جمع‌آوری شده عنوان و برچسبی داده می‌شود. این عنوان که اصطلاحاً به آن «کد» گفته می‌شود، باید گویای محتوای داده باشد به طوری که محقق و خواننده با مشاهده این عنوان تا حدود زیادی به مفهوم جملات پی‌می‌برند. مفاهیم درون مصاحبه‌ها و اسناد و مدارک براساس ارتباط با موضوعات مشابه طبقه‌بندی می‌شوند. نتیجه این مرحله، تقطیر و خلاصه کردن انبوه اطلاعات کسب‌شده از مصاحبه‌ها و اسناد به درون مفاهیم و دسته‌بندی‌هایی است که مشابه هستند. کدبندی باز، در دو مرحله اولیه و ثانویه صورت می‌گیرد. کدبندی اولیه می‌تواند با کدگذاری سطر به سطر، عبارت به عبارت یا پارگراف به پارگراف داده‌ها انجام شود. به هر کدام از آنها یک مفهوم یا کد الصاق می‌شود. در کدگذاری ثانویه با مقایسه مفاهیم موارد مشابه و مشترک در قالب مقوله‌ای واحد قرار می‌گیرد. بنابراین انبوه داده‌ها (کدها مفاهیم) به تعداد مشخص و محدودی از مقوله‌های عمده کاهش می‌یابد. سپس این مقوله‌ها در کنار یکدیگر قرار گرفته و باهم ارتباط می‌یابند. کدگذاری محوری: در این مرحله هدف ایجاد رابطه بین مقوله‌های تولیدشده (در مرحله کدگذاری باز) است. در این مرحله با مقایسه مفاهیم مختلف زمینه‌های مشترک میان آنها کشف خواهد شد که امکان طبقه‌بندی مفاهیم مشابه را در قالب طبقه‌بندی‌های یکسان فراهم خواهد ساخت و حاصل این مرحله شکل‌گیری مؤلفه‌ها خواهد بود. در این مرحله پژوهشگر یک مقوله مرحله کدگذاری باز را انتخاب کرده و آن را در مرکز فرایندی که در حال بررسی آن است قرار خواهد داد. کدگذاری انتخابی: انتخاب مؤلفه‌های اصلی و ارتباط دادن آنها با سایر مؤلفه‌هاست. در

1. Open Coding
2. Axial Coding
3. Selective coding

این مرحله در یک دسته‌بندی کلی‌تر، داده‌های سازماندهی‌شده در قالب مؤلفه‌های گوناگون و در ابعاد محدودتری دسته‌بندی می‌شوند و در مرحله کدگذاری انتخابی وجوه مشترک مؤلفه‌های سرآمده از مراحل قبلی، شناسایی می‌شوند و با توجه به اشتراکات آنها در دسته‌بندی کلی‌تر و محدودتری سازماندهی خواهند شد (سالدنا<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶).

در این پژوهش مبنای انتخاب سالمند موفق، کسب نمره بالا در مجموع نمره‌های پرسشنامه‌های کیفیت زندگی، مقیاس رضایت از زندگی و سلامت روانی (GHQ) بود. علت انتخاب این سه ملاک، تحقیقاتی بود که در مجموع برای سنجش سالمندی موفق، این سه عامل را بیشتر انتخاب نموده بودند (آن<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۵؛ فلان<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۴؛ داهانی<sup>۴</sup> و همکارانی، ۲۰۱۴؛ هایزی<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۸).

**مقیاس رضایت از زندگی دینر و پات:** این مقیاس توسط دینر<sup>۶</sup> و دیگران (داینر<sup>۷</sup>، ۱۹۸۵) تهیه و از ۵ گزاره که مؤلفه شناختی بهزیستی فاعلی را اندازه‌گیری می‌کند، تشکیل شده است. آزمودنی‌ها اظهار می‌دارند که برای مثال، چقدر از زندگی خود راضی‌اند و یا چقدر زندگی، به زندگی آرمانی آنها نزدیک است. دینر و دیگران مقیاس رضایت از زندگی (SWLS) را برای همه گروه‌های سنی تهیه کرده است. اعتبار و روایی مقیاس رضایت از زندگی در مطالعات متعددی بررسی شده است. دینر (۱۹۸۵) در نمونه‌ای متشکل از ۱۷۶ دانشجوی دوره کارشناسی، مقیاس رضایت از زندگی را ارزشیابی کردند. میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های دانشجویان به ترتیب ۲۳/۵ و ۶/۴۳ و ضریب همبستگی بازآزمایی نمره‌ها پس از دوماه اجرا ۰/۸۲ بود. در ایران نیز بیانی و دیگران (۱۳۸۸) با انجام تحقیقی به بررسی اعتبار و روایی مقیاس رضایت از زندگی پرداختند. اعتبار مقیاس رضایت از زندگی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و با استفاده از روش باز آزمایی ۰/۶۹ به دست آمد.

1. Saldena
2. Ann
3. Phelan
4. Dahany
5. Heizel
6. Diener
7. Diener

**پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ):** شناخته‌ترین آزمون غربال‌گری است که تاکنون در روان‌پزشکی تأثیر بسیار زیادی بر پیشرفت پژوهش‌ها داشته است. این پرسشنامه توسط گلدبرگ در ۱۹۷۹ برای تفکیک افراد مبتلا به اختلالات روانی از جمعیت مراجعه‌کننده به مراکز پزشکی عمومی ساخته شده است. فرم اصلی و اولیه این پرسشنامه مشتمل بر ۶۰ سؤال بوده است. به تناسب شرایط، برگه‌های کوتاه‌تری از پرسشنامه سلامت عمومی مشتمل بر ۱۲، ۲۸، ۳۰، ۲۸، ۳۰ ماده نیز تهیه شد. برگه ۲۸ سؤالی در اقدامی به منظور افزایش میزان واریانس ساخته شده و براساس تحصیل عاملی برگه کامل GHQ نسخه ۶۰ سؤالی آن می‌باشد (گلدبرگ، ۱۹۷۹). تقوی (۱۳۸۰)، در تحقیقی در سال ۱۳۸۱ روی جمعیت عمومی ایرانی، پایایی بازآزمایی این پرسشنامه را با استفاده از روش بازآزمایی، تصنیفی و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ و همچنین روایی هم‌زمان مقیاس را با پرسشنامه میدلکس با ضریب همبستگی ۰/۵۵ گزارش کرد.

**پرسشنامه کیفیت زندگی:** پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ سؤالی (SF-36) مشهورترین و پر استفاده‌ترین ابزار برای سنجش کیفیت زندگی است که توسط سازمان بهداشت جهانی، به منظور وجود انسجام در پژوهش‌ها و سنجش کیفیت زندگی در ۱۹۹۶ تهیه شده است. این پرسشنامه دارای ۴ زیرمقیاس و یک نمره کلی است. این زیرمقیاس‌ها عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف و یک نمره کلی. در ابتدا یک نمره خام برای هر زیرمقیاس به دست می‌آید که باید از طریق یک فرمول به نمره‌ای استاندارد بین ۰ تا ۱۰۰ تبدیل شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بیشتر است (وار، ۱۹۹۳).

برای بررسی روایی و پایایی این پرسشنامه، منتظری و همکاران پرسشنامه را ترجمه و روی نمونه ایرانی هنجاریابی نموده و در کل پایایی و روایی آن را تأیید کرد. پایایی پرسشنامه با استفاده از تحلیل آماری «همخوانی داخلی»: کسب حداقل ضرایب استاندارد پایایی در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ و آزمون روایی با استفاده از روش «مقایسه گروه‌های شناخته‌شده»: قادر به افتراق زیرگروه‌های جمعیتی به تفکیک جنس و سن و روایی «همگرایی»: تمامی ضرایب همبستگی بیش از مقدار توصیه شده ۴/۰ و دامنه تغییرات ضرایب ۰/۵۸ تا ۰/۹۵ (منتظری و همکاران، ۱۳۸۴)

## یافته‌ها

اطلاعات حاصل از مرور نظام‌مند و مصاحبه اکتشافی پس از استخراج عبارات و واژگان، استخری از واژه‌ها ایجاد شد. سپس مفاهیم استخراج، ارزیابی، نام‌گذاری، مقوله‌بندی، کدگذاری و طبقه‌بندی مکرر شد. تجزیه و تحلیل داده‌های به‌دست‌آمده در کدگذاری باز، به شناسایی مجموعه مؤلفه‌ها و شاخص‌هایی به تعداد ۱۶۰ مورد منجر شد که پس از دریافت نظرات ۱۰ نفر از متخصصان و کدگذاری مجدد و اصلاحات لازم در ۵ مؤلفه اصلی تدوین شد: ۱. عامل جسمانی (توجه به سلامتی، مسائل رفاه جسمی، داشتن سلامت جسمانی) در ۲۰ شاخص؛ ۲. عامل روان‌شناختی (مدیریت، تاب‌آوری، عملکرد شناختی، سلامت رفتاری، پیشرفت‌خواهی، کمال‌گرایی) در ۳۶ شاخص؛ ۳. خانواده (فرزندان، همسر، والدین) در ۳۰ شاخص؛ ۴. اجتماعی (ارتباط اجتماعی، ارتباط با اقوام، فعالیت اجتماعی، وضعیت مالی و اقتصادی) در ۲۸ شاخص؛ ۵. مذهبی (اعتقادات مذهبی، فعالیت مذهبی) در ۱۹ شاخص و مجموعاً ۱۸ عامل و ۱۳۳ شاخص به‌دست آمد.

بعد جسمانی شامل سه مؤلفه با عنوان توجه به سلامتی، داشتن سلامت جسمی و مسائل رفاهی بود. مؤلفه توجه به سلامتی خود از شش شاخص تشکیل شد که چکاپ منظم و ارزیابی‌های پزشکی و داشتن آگاهی‌های سلامتی، نمونه‌های مهمی از این مجموعه بوده و "دانستی‌های سلامتی‌ام همیشه خوب بود"، نیز نمونه‌ای از عبارت‌های مصاحبه است. مؤلفه داشتن سلامت جسمی از چهار شاخص تشکیل شد و "نداشتن نیاز به مراقبت دائمی" یک نمونه مهم از این شاخص‌ها بوده و "خودم کارهای شخصی‌ام را انجام می‌دهم"، نیز نمونه‌ای از عبارت‌های مصاحبه است. مؤلفه مسائل رفاهی از ده شاخص تشکیل شد که جایگاه و ارزش و اهمیت سالمندان در جامعه و ارائه خدمات رفاه اجتماعی برای سالمندان، دو نمونه اساسی از این شاخص‌ها بوده و "بعد از بازنشستگی حس خوبی از اطرافیانم می‌گیرم"، نیز نمونه‌ای از عبارت‌های مصاحبه است. این مؤلفه نیز یکی از پرشاخص‌ترین مؤلفه‌های سلامت روان سالمندی در فرهنگ ایران بود (جدول ۲).

جدول ۲. شاخص‌های سلامت روان سالمندی در فرهنگ ایران در بعد سلامت جسمانی

مؤلفه	شاخص
توجه به سلامتی	ورزش منظم
	چکاپ منظم و ارزیابی‌های پزشکی
	عدم نیاز به مراقب
	داشتن آگاهی‌های سلامتی
	پرهیز از مصرف سیگار و دخانیات
	پرهیز از مصرف مواد اعتیادآور و الکل
مسائل رفاهی	دسترسی به خدمات بهداشت و درمانی
	وجود انجمن‌های سالمندی
	مناسب‌سازی اماکن عمومی برای سالمندان
	دسترسی به خدمات بهداشت و درمانی
	وجود انجمن‌های سالمندی
	وجود پارک‌های مخصوص سالمندان
	وجود بخش مراقبت‌های سالمندی
	وجود برنامه‌های اطلاع‌رسانی برای سالمندان
	جایگاه و ارزش و اهمیت سالمندان در جامعه
	ارائه خدمات رفاه اجتماعی برای سالمندان
داشتن سلامت جسمانی	نداشتن بیماری مزمن
	نداشتن معلولیت جسمانی
	نداشتن نیاز به مراقبت دائمی
	داشتن خواب مناسب

بعد روان‌شناختی از ۶ مؤلفه مدیریت، تاب‌آوری، پیشرفت‌خواهی، سلامت رفتاری، کمال‌گرایی و عملکرد شناختی تشکیل شد. مؤلفه مدیریت شامل شش شاخص بود و تلاش فراوان در طول زندگی، مدیریت کارها و امور و داشتن معنای زندگی سه نمونه خوب از این دسته بوده و "همیشه برای زندگی‌ام برنامه‌ریزی داشتم"، نیز نمونه‌ای از عبارات‌های مصاحبه است. مؤلفه تاب‌آوری از پنج شاخص تشکیل شد و صبور بودن و تسلیم‌نشدن در برابر شکست‌ها از جمله این موارد بوده و "در برابر سختی‌های زندگی‌ام، خیلی وقت‌ها با صبر، نتیجه خوبی گرفتم"، نیز نمونه‌ای از عبارات‌های مصاحبه است. مؤلفه پیشرفت‌خواهی شامل هفت شاخص بود و داشتن

جرئت و جسارت، داشتن تجربیات غنی زندگی و ارزیابی مثبت از زندگی گذشته خود سه نمونه از این شاخص‌ها بوده و "هیچوقت به کم قانع نبودم"، نیز نمونه‌ای از عبارات‌های مصاحبه است. سلامت رفتاری شامل ده شاخص بود و نداشتن اختلالات شخصیتی، صداقت داشتن در زندگی، نبودن به‌عنوان ظالم یا مظلوم و نداشتن بخل و حسد و کینه، چهار نمونه اساسی از این مجموعه بوده و "زیر بار هیچ حرف زوری نرفتم ولی به کسی زور هم نگفتم"، نیز نمونه‌ای از عبارات‌های مصاحبه است. مؤلفه کمال‌گرایی شامل سه شاخص بود و سعی در درست‌انجام‌دادن کارها و داشتن روحیه پیشرفت دو نمونه از این مجموعه بوده و "همیشه کارهایم را به بهترین شکل انجام می‌دادم"، نیز نمونه‌ای از عبارات‌های مصاحبه است. سرانجام، عملکرد شناختی به‌عنوان آخرین مؤلفه این بعد، شامل پنج شاخص بود و عملکرد مناسب حافظه، داشتن هوش و حواس و توانمندی کلامی از نمونه‌های این مجموعه بوده و "هوشمندی بالایی توی زندگی ام داشتم"، نیز نمونه‌ای از عبارات‌های مصاحبه است (جدول ۳).

جدول ۳. شاخص‌های سلامت روان سالمندی در فرهنگ ایران در بعد سلامت روان شناختی

شاخص	مؤلفه
داشتن هدف در زندگی	مدیریت
خستگی ناپذیری در امور	
داشتن برنامه در زندگی	
تلاش فراوان در طول زندگی	
مدیریت کارها و امورات	
داشتن معنای زندگی	
بردباری در برابر مشکلات زندگی	تاب‌آوری
صبور بودن	
تسلیم‌نشدن در برابر شکست‌ها	
تحمل سختی‌ها	عملکرد شناختی
سعی در انجام بهترین عملکرد	
عملکرد مناسب حافظه	
داشتن هوش و حواس	
توانمندی کلامی	
داشتن قدرت فکری	
نداشتن اختلالات مغزی مانند آلزایمر	

نداشتن افسردگی	سلامت رفتاری
نداشتن سایر اختلالات روانی	
نداشتن اختلالات شخصیتی	
صداقت داشتن در زندگی	
نبودن به عنوان ظالم یا مظلوم	
نداشتن بخل و حسد و کینه	
مثبت‌اندیشی و شادکامی	
پذیرش واقعیت	
احترام به دیگران	
شوخ‌طبعی	
پیشرفت‌طلبی	پیشرفت‌خواهی
پشتکار	
قناعت‌کردن	
داشتن جرئت و جسارت	
داشتن تجربیات غنی زندگی	
ارزیابی مثبت از زندگی گذشته خود	
نخوردن حسرت گذشته	کمال‌گرایی
سعی در درست‌انجام‌دادن کارها	
داشتن روحیه پیشرفت	
داشتن اعتمادبه‌نفس	

بعد خانواده شامل ۳ مؤلفه فرزندان، همسر و والدین و هر مؤلفه دارای شاخص‌های خاص خود بود. مؤلفه فرزندان از ده شاخص تشکیل شد که داشتن فرزند، تربیت خوب بچه‌ها و فعال کردن آنها در زندگی و ارتباط با فرزندان و نوه‌ها تعدادی از این شاخص‌ها بوده و "بچه‌هایم مایه افتخارم هستند" نیز نمونه‌ای از عبارت‌های مصاحبه است. مؤلفه بعد، همسر بود که از پانزده شاخص تشکیل شده و بیشترین زیرمجموعه شاخص‌ها شامل همین مؤلفه بود. احترام به نظرات همسر و الگوشدن رابطه‌مان برای دیگران، دو شاخص از این مجموعه بوده و "همسر همیشه همراه علاقه‌مندی‌هایم بود"، نیز نمونه‌ای از عبارت‌های مصاحبه است. مؤلفه آخر در این بعد، والدین بودند که خود از ۴ شاخص تشکیل شدند و داشتن الگوی



والدینی مناسب یکی از این شاخص‌ها بوده و "دعاهای خیر والدینم، باعث همه موفقیت‌های زندگی‌ام است"، نیز نمونه‌ای از عبارات‌های مصاحبه است (جدول ۴).

جدول ۴. شاخص‌های سلامت روان سالمندی در فرهنگ ایران در بعد خانواده

شاخص	مؤلفه
داشتن فرزند	فرزند
تربیت بچه‌های صالح و خادم	
داشتن بچه‌هایی که مایه افتخار هستند	
تربیت خوب بچه‌ها و فعال کردن آنها در زندگی	
انتخاب عروس و دامادهای خوب	
صرف وقت برای تربیت بچه‌ها	
تربیت مؤثر و مفید بچه‌ها	
زندگی با فرزندان	
ارتباط با فرزندان و نوه‌ها	
داشتن نوه‌ها	
مشارکت در تربیت فرزند	
سپردن مسائل اداره خانه به همسر	
داشتن همسر	همسر
احترام به نظرات همسر	
رفتارهای نصیحتگر و آرام‌کننده همسر	
الگو شدن رابطه‌مان برای دیگران	
حل صحیح تعارض‌های زناشویی	
همراهی همسرم در مسیر علاقمندی‌های من	
قانع بودن همسرم	
تفاهم با همسری	
دعوت کردن با همسر جلوی بچه‌ها	
اندیشه حفظ زندگی در روابط زناشویی	
تلاش در جهت کسب رضایت همسر	
ارتباط محترمانه با همسر	
ارتباط عاشقانه با همسر	
رضایت از همسر	
داشتن الگوی والدینی مناسب	والدین
دعاهای والدینم برای من	
تربیت در خانواده پدری معتقد و متدین	
رضایت پدر و مادرم از من	

بعد اجتماعی و اقتصادی شامل ۳ مؤلفه ارتباط اجتماعی، ارتباط با اقوام و فعالیت‌های اجتماعی بود. مؤلفه ارتباط اجتماعی شامل هشت شاخص بود که مردمداری و صلهرحم دو عدد از این مجموعه بوده و "همیشه بین مردم و با آنها بودم"، نیز نمونه‌ای از عبارت‌های مصاحبه است. در مؤلفه‌های بعد اجتماعی، این مؤلفه شاخص‌های بیشتری داشت. مؤلفه ارتباط با اقوام شامل چهار شاخص بود و دستگیری و کمک به اقوام و آشنایان یکی از این مجموعه بوده و "معمولاً واسطه خیر بین مردم بودم"، نیز نمونه‌ای از عبارت‌های مصاحبه است. مؤلفه آخر فعالیت‌های اجتماعی پنج شاخص داشت و فعالیت‌های امور خیریه از جمله این شاخص‌ها بوده و "خیلی از کارهایم هیچ سود شخصی برایم نداشت"، نیز نمونه‌ای از عبارت‌های مصاحبه است و یک مؤلفه باعنوان مالی و اقتصادی بود و خود از هفت شاخص تشکیل شده بود که مدیریت مالی مناسب و قانع‌بودن در مسائل مالی، دو نمونه از این شاخص‌ها بودند (جدول ۵)

جدول ۵. شاخص‌های سلامت روان سالمندی در فرهنگ ایران در بعد اجتماعی و اقتصادی

شاخص	مؤلفه
ارتباط اجتماعی خوب با مردم	ارتباط اجتماعی
مشارکت فعال در گروه‌های حمایتی و اجتماعی	
معاشرت با افراد صاحب‌نظر	
داشتن دوستان خوب	
مردمداری	
کمک کردن به مردم در مشکلاتشان	
رعایت حقوق دیگران	
داشتن برنامه صلهرحم	
شرکت در میهمانی‌های اقوام	
شرکت در مراسم غم و شادی اقوام و فامیل	
دستگیری و کمک به اقوام و آشنایان	
گذران اوقات فراغت با اقوام و آشنایان	
شرکت در میهمانی‌های اقوام	
شرکت در مراسم غم و شادی اقوام و فامیل	
دستگیری و کمک به اقوام و آشنایان	
گذران اوقات فراغت با اقوام و آشنایان	

مشارکت اجتماعی	فعالیت اجتماعی
مسافرت گروهی	
دستگیری و کمک به نیازمندان	
فعالیت‌های امور خیریه	
داشتن جایگاه و مسئولیت شغلی و اجتماعی	
داشتن شغل مورد علاقه	مالی و اقتصادی
داشتن رضایت از شغل	
نداشتن گرفتاری‌های مالی	
مدیریت مالی مناسب	
هدف قراردادن مسائل مالی	
قانع بودن در مسائل مالی	
داشتن مسکن مناسب	

بعد مذهبی شامل دو مؤلفه کلی باعنوان‌های اعتقادهای دینی و فعالیت‌های مذهبی بود. مؤلفه اعتقادهای دینی خود شامل ۱۲ شاخص بود و بعد از مؤلفه همسر در بعد خانواده، بیشترین شاخص‌های سلامت روان را به خود اختصاص داد. واگذاری امور به خداوند و دقت و اخلاص در کار، دو شاخص در این مجموعه بوده و "همه امور را به خدا واگذار می‌کردم"، نیز نمونه‌ای از عبارت‌های مصاحبه است. مؤلفه فعالیت‌های مذهبی نیز شامل ۷ شاخص بود که رفتار منطبق با توصیه‌های امامان و قرآن نمونه‌ای از این دست بوده و "توی بحران‌هایم همیشه به قرآن پناه می‌آوردم"، نیز نمونه‌ای از عبارت‌های مصاحبه است (جدول ۶).

جدول ۶. شاخص‌های سلامت روان سالمندی در فرهنگ ایران در بعد مذهبی

مؤلفه	شاخص
اعتقادات دینی	اعتقاد به خداوند
	اعتقادات دینی همسر
	اعتقادات دینی فرزندان
	واگذاری امور به خداوند
	دقت و اخلاص در کار
	اعتقاد به عنایت خداوندی

همیشه خدا را در نظر داشتن	فعالیت‌های مذهبی
نگاه انسانی و منطقی به مذهب	
اهمیت دادن به لقمه حلال	
زندگی پاک و نرفتن دنبال مسائل غیراخلاقی	
اعتقاد به رحمت خدا	
تلاش برای جلب رضایت خدا	
انجام واجبات دینی مثل نماز و روزه	
انجام واجبات دینی مثل خمس و زکات	
عبرت گرفتن از سرگذشت دیگران	
تلاوت قرآن	
رفتار منطبق با توصیه‌های امامان و قرآن	
شرکت در برنامه‌های مذهبی مانند محرم و..	
توکل به خداوند	

### بحث و نتیجه‌گیری

باعنایت به بررسی روند رشد جمعیتی جهان و توجه خاص به رشد فزاینده جمعیت سالمندی و با لحاظ نمودن نگاهی فرهنگی و بومی به این داستان در کشور ایران، همچنین با توجه به ضرورت تدوین شاخص‌های ملی با نگاهی کاملاً فرهنگی و نبود چنین شاخص ملی در کشور در زمینه سلامت روان سالمندی، تحقیق حاضر صورت گرفته و آنچنان که در سطرهای پیشین آورده شد، جدولی از شاخص‌های سلامت روان سالمندی در فرهنگ ایرانی تهیه شد.

این شاخص‌ها شامل عامل‌های جسمانی با مؤلفه‌های توجه به سلامتی، مسائل رفاهی، داشتن سلامت جسمانی، روان‌شناختی با مؤلفه‌های مدیریت، سلامت رفتاری، پیشرفت‌خواهی و کمال‌گرایی، خانواده با مؤلفه‌های فرزندان، همسر، والدین، اجتماعی با مؤلفه‌های ارتباط اجتماعی، ارتباط با اقوام، فعالیت اجتماعی، وضعیت مالی و اقتصادی و مذهبی با مؤلفه‌های اعتقادات دینی و فعالیت‌های مذهبی است.

سلامت سالمندان و الگوهای ارائه خدمات به این گروه، یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت جامعه است که پرداختن به آنها نیازمند فهم ابعاد

جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی فرایند سالمندی است. افزایش دسترسی به خدمات بهداشتی و کاهش بیماری‌های عفونی و مرگ‌ومیر ناشی از آنها، اجرای برنامه‌های کنترل جمعیت، تأکید بر کیفیت مؤثر زندگی و به‌طور کلی توجه به ابعاد مختلف سلامت روان آنها موجب افزایش امید به زندگی و نسبت جمعیت سالمندان خواهد شد. عوامل به‌دست آمده در مجموعه شاخص‌های سلامت روان سالمندان ایرانی در پژوهش حاضر، عوامل مؤثر در تشکیل و تأمین سلامت روان افراد است. نقش مؤثر عوامل جسمانی در سالمندی باتوجه‌به فرایند رشد جسمانی انسان و ضعف عمومی بدن و ساختار اندام در عملکرد، نسبت به دوره‌های رشدی پیشین، همچنین نیازمندی سالمندان به سلامت نسبی جسمانی در این دوره مهم رشدی، بسیار اساسی است. همچنین نقش تأثیرگذار مهارت‌های روان‌شناختی در پیشبرد زندگی سالم و همچنین در مدیریت موفق زندگی در تمام دوره‌های رشد و به‌ویژه دوره سالمندی، نقشی انکارناپذیر است. خانواده مؤثرترین عامل شکل‌گیری شخصیت و تأمین سلامت روان انسان است. این نقش در تمامی دوره‌های مختلف رشد، از دوران کودکی تا دوران سالمندی، اهمیت خود را حفظ می‌کند. اهمیت نقش پدر، مادر، همسر و سپس فرزندان، در تأمین سلامت روانی افراد، مهم و ضروری است و شاید بتوان آن را به‌عنوان اساسی‌ترین شاخص سلامت روان به‌حساب آورد. همچنین انسان، موجودی اجتماعی است و زمان فراوانی از همه‌گستره زندگی خود را در اجتماع و در ارتباط با انسان‌های دیگر به‌سر می‌برد. ابعاد اجتماعی شخصیت، بسیار اساسی است و قسمت عمده موفقیت‌ها و شکست‌ها، عزت نفس و سلامت روان هر فرد را کیفیت عملکرد همین عامل مهم تعیین می‌نماید. از طرفی انسان‌ها با باورها و اعتقادهایی که دارند، زندگی‌شان را هدف‌مند و بامعنا می‌نمایند. وجود قوی این عامل در زندگی افراد، می‌تواند راهگشای عبور انسان از بحران‌های مختلف زندگی باشد. همچنین این نکته که ایرانی‌ها از ابتدای شکل‌گیری تمدن وسیع و پرآوازه خود، باورهای معنوی و مذهبی ریشه‌دار داشته‌اند و این مسئله را به‌راحتی می‌توان در آثار هنری و اجتماعی به‌جامانده از دوران پیشین فهمید.

طبقه‌بندی و تهیه شاخص‌های به‌دست آمده، همسو با نتایج تحقیقاتی است که در داخل کشورمان انجام شده است. براساس نظر سهرابی و همکاران (۱۳۸۸) تعامل سالمندان با دیگران و مبادله اطلاعات با دوستان و اقوام، بر کیفیت زندگی و سلامت روان سالمندان

موفق مؤثر است. همچنین درویشی و همکاران (۱۳۹۱) دریافتند که سالمندان موفق نسبت به سالمندان غیرموفق به طور معنی داری آینده روشن تر و خوشایندتری را انتظار دارند. آنها معتقدند تغییرات شیوه زندگی، همچون فعالیت های مرتب، می تواند باعث افزایش امید به زندگی شود و با توجه به اینکه گفته شد سالمندان موفق از شیوه زندگی فعال برخوردارند، بنابراین، امیدواری آنها نسبت به آینده نیز قابل انتظار است. ضمن آنکه ناامیدی و احساس داشتن آینده ای منفی نیز بین سالمندان غیرموفق با ادراک منفی که آنها از رویدادهای زندگی خود دارند، هماهنگ است. وجود شاخص هایی چون انتظار آینده روشن داشتن، ارتباط با اقوام و دوستان و زندگی فعال که همگی از شاخص های پژوهش حاضر است، همسو با یافته تحقیقات بالاست. منظوری (۱۳۹۰) در تحقیق پیرامون وضعیت سلامت روان سالمندی به این نتیجه رسید که مذهب، امید، معنای زندگی، حمایت اجتماعی، احساس تنهایی و خودکارآمدی عناصر پیش بینی کننده سلامت معنوی در سالمندان است. همچنین کامرانی (۱۳۸۹) در تحقیقی با عنوان بررسی رابطه بین گرایش های مذهبی و سالمندی موفق، دریافت که سالمندان موفق به طور معنی داری گرایش بیشتری به مذهب نشان داده اند. صادقی و همکاران (۱۳۹۲) نیز در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که بین سالمندی موفق و جهت گیری مذهبی، جهت گیری مذهبی بیرونی با اختلال در سلامت روان و افسردگی و جهت گیری مذهبی درونی با سلامت روان ارتباط وجود دارد و نیز اختلال روانی و افسردگی بین سالمندان مقیم خانه سالمندان بیشتر از سالمندان مقیم جامعه است. شاخص هایی چون عوامل مذهبی و سلامت رفتاری و زندگی سالمند در خانه خود در مجموعه شاخص های سلامت روان تحقیق اخیر، همسو با یافته های تحقیق های یاد شده است.

تدوین یک شاخص ملی در حوزه سلامت روان سالمندی با توجه به نبود چنین شاخصی و همچنین توجه به ضرورت وجود شاخص ها در برنامه ریزهای کلان حمایتی و مراقبتی و سنجش و پایش، امری بود که ضرورت انجام تحقیق حاضر را ایجاد کرد. نتایج به دست آمده از روش تحقیق حاضر، همسو با برخی از مطالعاتی که در این حوزه در کشور صورت گرفته بود و تأیید کننده تأکید آنها بر عوامل و مؤلفه های مهم سلامت روان سالمندی است. تأکید عمده بر فرهنگ، امری است که سال ها در گرایش های مختلف روان شناسی و روان پزشکی از آن یاد می شود. در تحقیق حاضر سعی شد با نگاهی تحلیل گرایانه، مؤلفه های مهم فرهنگی

اثرگذار بر شکل‌گیری سلامت روان سالمندان ایرانی مورد بررسی قرار گیرد. این مهم از طریق مصاحبه اکتشافی و با نگاهی داده‌بنیادگرایانه صورت پذیرفت.

محدودیت‌های پژوهش اخیر، دخالت‌ندادن نمونه‌های بزرگ‌تر از سایر مناطق کشور، عدم امکان کامل تعمیم نتیجه پژوهش به سرتاسر کشور و سالمندان ایرانی، همکاری‌نکردن برخی از سالمندان در مسیر مطالعه و دشواری تحقیقات کم در حوزه شاخص‌های سلامت روان سالمندی در ادبیات داخلی کشور بود. پیش‌بینی می‌شود که نتیجه تحقیق حاضر بتواند راهگشای تحقیقات مشابه در زمینه سلامت روان سالمندی بشود و در نهایت بتواند در آینده، با انجام یک پایش ملی در حوزه سلامت روان سالمندی در کشور و با دخالت‌دادن سالمندان به‌طور وسیع و ملی، زمینه‌ساز تدوین یک سند ملی در حوزه سلامت روان سالمندی در کشور باشد. این اثر برای نخستین‌بار در سطح کشور انجام می‌گیرد و نتایج آن می‌تواند در برنامه‌ریزی‌های کلان‌کشوری در زمینه تدوین سیاست‌های بهداشت و درمان، رفاهی، سیاسی، آموزشی و فرهنگی و جمعیتی در حوزه سالمندی مؤثر باشد. نگاه فرهنگی این پژوهش با توجه به دیدگاه حاکم بر نیروی چهارم روان‌شناسی یعنی نیروی چندفرهنگی، در تدوین سیاست‌های یادشده به‌ویژه در حوزه سلامت روان سالمندی، بسیار کمک‌کننده است. همان‌گونه که یاد شد، پژوهش حاضر، نخستین تلاش علمی در زمینه تهیه شاخص‌های سلامت روان سالمندی متناسب با فرهنگ ایرانی در کشور است.

مؤلفه‌هایی از قبیل: زندگی با خانواده، روابط و مشارکت اجتماعی، وضعیت بهداشت و سلامت جسمی و روانی، باورهای مذهبی و سبک زندگی، اصلی‌ترین شاخص‌های سالمندی سالم با ایرانی است و بنابراین، اولویت برنامه‌های حمایتی، مراقبتی و سنجش و پایش وضعیت سالمندی در کشور می‌تواند متمرکز بر این مؤلفه‌ها باشد.

#### تقدیر و تشکر

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه دکتری رشته مشاوره دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات تهران است و بدین‌وسیله از این مجموعه به‌خاطر فراهم‌سازی فرصت انجام پژوهش تشکر می‌کنیم. همچنین از همه سالمندان و متخصصانی که ما را همراهی و کمک نمودند، تشکر ویژه داریم.

## منابع

- قرآن کریم (۱۳۹۵). تهران: نشر دوستان.
- احمدی، خدابخش (۱۳۹۵). شاخص‌های سلامت خانواده در الگوی ایرانی - اسلامی در ایران. مرکز الگوی ایرانی-اسلامی خانواده.
- بازرگان، عباس (۱۳۹۱). مقدمه ای بر روش تحقیق ترکیبی. تهران: نشر دیدار.
- بیانی، علی؛ کوچکی، احمد؛ گودرزی، حسین (۱۳۸۷). روایی و اعتبار مقیاس رضایت از زندگی. علوم روانشناختی. ش ۳ (۱۱): ۲۵۹-۲۶۵.
- پاشاشریفی، حسن (۱۳۹۵). روش‌های آماری در علوم رفتاری. تهران: انتشارات سخن.
- تقوی، علی (۱۳۸۰). روایی و اعتبار پرسشنامه GHQ. مجله روانشناسی. ش ۶ (۲۰): ۳۸۱-۳۹۵.
- درویشی، علی؛ عابد، ژاله (۱۳۹۱). طراحی ابزار اندازه گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان. مجله پژوهشی حکیم. ش ۱۵ (۱): ۳۰-۳۶.
- رحیم سلمانی، آرزو (۱۳۹۲). مروری بر تحلیل محتوا. مجله روش‌شناختی. ش ۵ (۱۲): ۳۵-۴۶.
- سام آرام، عزت‌الله؛ یزدانپور، فاطمه (۱۳۹۵). عوامل مرتبط با کیفیت زندگی سالمندان شهرستان خمین. برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی. ش ۲ (۶): ۶۴-۷۴.
- سهرابی، محمدباقر؛ ذوالفقاری، پونه؛ مهدی‌زاده، پروانه؛ آقایان، سیدمحمد؛ شریعتی، زهرا (۱۳۸۷). دانش و تندرستی. ش ۳ (۲): ۲۷-۳۱.
- صادقی، مجید؛ کاظمی؛ حمیدرضا (۱۳۸۳). شیوع دمانس و افسردگی در سالمندان ساکن در خانه های سالمندان استان تهران. ۹ (۴): ۴۹-۵۵.
- علی اصغر پور، منصوره؛ عیب پوش، سنا (۱۳۹۰). کیفیت خواب سالمندان مقیم آسایشگاه کهریزک و عوامل مرتبط با آن. دوماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه. ش ۹ (۵): ۳۸۳-۳۷۴.
- کامرانی، اکبر (۱۳۸۴). حافظه و شناخت در دوره سالمندی. تهران: انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- کلینی، یعقوب. ترجمه رسولی محلاتی (۱۳۹۲). تهران: علوم اسلامی.
- محمدی، خسرو؛ احمدی، خدابخش؛ فتحی آشتیانی، علی؛ آزاد فلاح، فاطمه (۱۳۹۳). شاخص های سلامت روان: توسعه شاخص های سلامت روان در ایران. مجله آموزش سلامت در ایران. ش ۲ (۱): ۳۷-۴۸.
- مرکز آمار ایران (۱۳۹۵). تهران.
- منتظری، علی؛ گشتاسبی، آریتا؛ وحدانی‌نیا، مریم سادات (۱۳۸۴). پایش. ش ۵ (۱): ۴۹-۵۶.
- منظوری، لیلا؛ بابک، آناهیتا؛ مراتی، محمدرضا (۱۳۸۹). افسردگی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان اصفهانی. مجله سالمند. ش ۴ (۴): ۲۷-۳۳.



- Abedi HA, Heidari A, Salsali M. New graduate nurses' experiences of their professional readiness during transition to professional roles. *Iran J Med Educ* 2004; 4(2): 69-78.
- Alexandrea L. Harmell, Dilip Jeste, Colin Depp. Strategies for Successful Aging: A Research Update. *Current Psychiatry Reports*, 2014; Volume 43, Issue 2, 25-16.
- American Psychological Association. *Psychology and Aging*. America, 2015.
- Ann B, Paul D. What is successful ageing and who should define it? *BMJ*. 2005 Dec 24; 331(7531): 1548-1551.
- Arsun Bektas, Shepherd H, Schurman, Ranjan Sen, Luigi Ferrucci. Aging, inflammation and the environment. *Experimental Gerontology*. Volume 105, May 2018, Pages 10-18.
- Charmaz K. *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide through Qualitative Analysis*. London Sage Publications, 2006.
- Cheng, S.-T., Chi, I., Fung, H.H., Li, L.W., Woo, J. *Successful Aging*. China. Shang Chen, 2015.
- Chen, X., Liu, J., Ellis, W., & Zarbatany, L. Social sensitivity and adjustment in Chinese and Canadian children. *Child Development*, 2016; 87, 1115-1129. doi:10.1111/cdev.1251
- Dahany M, Dramé R, Mahmoudi J, Novella D, Ciocan L, Kanagaratnam. Factors associated with successful aging in persons aged 65 to 75 years. *European Geriatric Medicine*. December 2014, 5(6), 365-370.
- Darlan José Romani Marilee Ossineke Rolf Hermann Erdmann. The construction process of grounded theory in administrative proceso de construcción de la grounded theory en administración. *Contaduría Administration*. 2017; 62 (3), 985-1000.
- Diener e, Emmons r, Iarensen r, griffin s. the satisfaction whit lifw scale. *Journal of personality assessment*. 1985; 1: 71-75.
- Goldberg, D. P. & Hillier, V. F. A scaled version of the General Health Questionnaire, *Psychological Medicine*. 1979; 9, 139-145.
- Heizel M, Carl J, Ames L, Paul V, Rowena M, Fortuna A, Jolyn L. A grounded theory of successful aging among select incarcerated older Filipino women. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. July-August 2018, 77, 96-102.
- Mey, G. & Mruck, K. *Grounded Theory Reader*. America, Cologne, 2007.
- Phelan EA, Anderson LA, Lacroix AZ, Larson EB. Older adults' views of "successful aging"—how do they compare with researchers' definitions? *J Am Geriatr Soc* 2004;52: 211-6.
- Saldana j. *Guide to codification for qualitative researchers*. Translate by givian a. Tehran, virayesh, 2016. (Persian)
- Valerie S, Declan D, Cecily M and Mike C. *Methodology in conducting a systematic review of systematic reviews of healthcare interventions*. *Medical Research Methodology*. February 2011; 25-35.
- Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. *SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide*. Boston MA: New England Medical Center: The Health Institute, 1993.