

معنایابی سلامت اجتماعی سالمندان

داریوش غفاری^۱

چکیده

افزایش امید به زندگی و کاهش سطح باروری سبب بالا رفتن شمار سالمندان به کل جمعیت شده است. پژوهش حاضر با هدف توصیف و چگونگی معنایابی سلامت اجتماعی در بین سالمندان با رویکرد کیفی و به روش مردم‌نگاری تفسیری انجام و داده‌های آن با استفاده از مصاحبه عمیق گردآوری شد. جامعه آماری شامل سالمندان ساکن شهر کرمانشاه (با سن بالای ۶۰ سال) بود و افراد نمونه به تعداد ۱۴ نفر تا رسیدن به اشباع نظری در مصاحبه‌ها انتخاب شدند. به منظور تحلیل داده‌ها، مصاحبه‌ها کدبندی شد و سه مقوله اصلی شناسایی شد که عبارتند از: بازنمایی حضور داوطلبانه (بازیر مقوله‌های استمرار بخشی ارتباطات بین فردی، تداوم بخشی شبکه خویشاوندی و بازاندیشی کیفیت مسائل درونی و معنوی)، بازنمایی کیفیت سلامت جسمانی (بازیر مقوله‌های تداوم بخشی عملکرد، عدم احساس درد، پذیرش مسئولیت سلامت خود و کنترل بر امورات زندگی) و بازاندیشی کیفیت سلامت روحی (بازیر مقوله‌های فرعی لحظه‌گرایی یا گریز از حسرت، ترس از جدایی و حفظ نقش). بنابراین، درک معنایی سلامت اجتماعی سالمندان می‌تواند به ارتقای سلامت آنان کمک کند و داشتن اطلاعات ناقص و عدم آگاهی در مورد سالمندی به آسیب‌های جبران‌ناپذیر منجر خواهد شد.

واژگان کلیدی: سالمندان، سلامت اجتماعی، مردم‌نگاری، کیفیت سلامت.

Investigating the Meaning of the Elderly's Social Health

Dariush Ghafari¹

Increasing life expectancy and decreasing the level of fertility have led to an increase in the number of old people in the population. This qualitative research was conducted with the aim of describing and how to investigate the meaning of social health among the elderly and with the methodology of interpretive ethnography. The data were collected by in-depth interviews. The population included the elderly (aged over 60 years old) in Kermanshah and 14 people were selected as the sample, based on the theoretical saturation of the interview. For analyzing the data, the interviews were coded and three following core themes were identified: the representation of voluntary presence (including the subsidiary themes of continuing interpersonal communications, continuing family network, and the representation of the quality of inner and spiritual issues), the representation of the quality of physical health (including the subsidiary themes of continuing function, not feeling pain, accepting the responsibility of self-care, and controlling life affairs), and the representation of the quality of spiritual health (including the subsidiary themes of regret avoidance, the fear of separation, and keeping role); so, understanding the elderly's social health can help improve their health, and incomplete information and the lack of knowledge about old age can lead to irreparable damages.

Keywords: the elderly, social health, ethnography, quality of health.

Paper Type: Research

Data Received: 2019/08/05

Data Revised: 2020/01/06

Data Accepted: 2020/01/11

1. Ph.D. in Sociology, Instructor of Sociology Department, Razi University, Kermanshah, Iran.

Email: darghafari@yahoo.com

انسان برای حیات اجتماعی خود مراحل مختلفی مانند کودکی، نوجوانی، جوانی، بزرگسالی و سالمندی را پشت سر می‌گذارد. این مراحل از لحظه تولد تا زمانی که می‌میرد، ادامه دارد. هر یک از این مراحل ویژگی‌ها و مشخصه‌های خاص خود را دارد. امروزه یکی از بزرگ‌ترین گروه‌های اجتماعی دنیا سالمندان هستند. (سول ماسی^۱، ۲۰۱۳، به نقل از اسماعیلی و اسماعیلی، ۱۳۹۷) مطابق تعریف سازمان بهداشت جهانی (۱۳۹۷)، سالمندی بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی عبور از مرز ۶۰ سالگی است. افزایش امید به زندگی و کاهش سطح باروری و زادوولد موجب بالا رفتن تعداد سالمندان نسبت به کل جمعیت شده است (کاووسیان، حسین‌زاده، کاظمی و کاربرو، ۱۳۹۶) به طوری که میانگین امید به زندگی در ایران از ۳۵ سال در سال ۱۳۲۰ به ۷۵ سال در سال ۱۳۹۷ رسیده است (وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۷) و میانگین رشد جمعیت در ایران از ۳/۵٪ در سال ۱۳۶۵ به ۱/۲۴٪ در سال ۱۳۹۵ کاهش یافته است (مرکز ملی آمار، ۱۳۹۷). ایران جزء ده کشوری است که جمعیت آن به سمت کهنسالی و سالمندی پیش می‌رود. جمعیت کشور در ۳۰ سال آینده به نقطه سربه‌سری یعنی، برابری تعداد ولادت و فوت می‌رسد؛ موضوعی که کارشناسان آن را بحران می‌نامند (صفدری، شمس‌آبادی و پهلوانی‌نژاد، ۱۳۹۶). پیش‌بینی می‌شود در سال ۱۴۲۵ نسبت جمعیت سالمند یعنی، ۶۵ ساله و بالاتر به ۱۵٪ از جمعیت کشور برسد و از آن پس با شتاب بالا رود (سرایی، ۱۳۹۵). نرخ رشد جمعیت در میان سالمندان میان سال و پیر بیشتر از سالمندان جوان است. بررسی‌ها نشان می‌دهد که سالمندان ایران بیشتر در محدوده سنی ۶۰ تا ۷۴ سال قرار گرفته‌اند که سالمندان جوان محسوب می‌شوند (اسماعیلی و اسماعیلی، ۱۳۹۷). رشد انفجاری جمعیت سالمند هم برای ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی، درمانی و فراغتی و هم برای اعضای خانواده به چالشی مهم تبدیل شده است و ابعاد جمعیتی، اقتصادی، پزشکی، اجتماعی، روان‌شناسی، فرهنگی و اجتماعی را در بر می‌گیرد.

بررسی‌ها نشان می‌دهد مشارکت سالمندان که قشری سرشار از تجربه هستند در سطح اجتماع رو به کاهش است. (اخوان تفتی و مفردنژاد، ۱۳۹۷) عواملی مانند هزینه‌ها، مشکلات

رفت و آمد، بیماری، تنهایی و نداشتن همراه در دوران سالمندی بر کاهش مشارکت اجتماعی آنها مؤثر است (درویش پور کاخکی، عابد سعیدی و عباس زاده، ۱۳۹۳). یکی از اساسی ترین مسائل دستیابی به افزایش مشارکت اجتماعی سالمندان و برنامه ریزی برای جلوگیری از انزوای آنها آشنایی با مفهوم سلامت اجتماعی است. برای برنامه ریزی مناسب و مؤثرتر، شناخت و آشنایی با مفهوم سلامت اجتماعی ضروری است. ابعاد سلامت اجتماعی در قالب رویکردهای متعددی تبیین شده است. در بعد اجتماعی آن می توان گفت که این واژه برگردان کلمه social wellbeing است. این واژه از دو کلمه social به معنی اجتماع و wellbeing به معنی زندگی خوب داشتن است که بیشتر ناظر به شادی و رضایت است و بر مفاهیم مثبت از سلامت تأکید دارد (لیما و ناوو، ۲۰۰۶). این واژه در واقع شامل پاسخ های درونی فرد مانند احساس، تفکر و رفتار است. (عبدالله تبار، کلدی، محقق کمال، ستاره فروزان و صالحی، ۱۳۸۷). با وجود تعاریف متعدد از سلامتی به نظر می رسد که سلامتی مفهومی نسبی است و برداشت از آن در جوامع مختلف متفاوت است. سالمندان به علت داشتن شرایط خاص مثل سن بالا و کسب تجربه زیاد زندگی متفاوتی نسبت به دیگر افراد جامعه دارند؛ زیرا بسیاری از آنها با وجود مشکلاتی که دارند خود را سالم می دانند و این می تواند بر ابعاد زندگی آنها تأثیر بگذارد.

اهمیت بررسی مسائل سالمندان در این است که این افراد با توجه به رویدادهایی مانند کاهش توانایی های جسمی، طردشدگی، احساس تنهایی و فشارهای ناشی از زندگی در جوامع امروزی که باعث اختلال عاطفی و روانی می شود در معرض خطرات فزاینده ای هستند. متخصصین سالمندی در سال های اخیر به طور خاص به تأثیرهای سروکار داشتن مذاهب بر سلامت روانی متمرکز شده اند. این امر به احتمال زیاد ناشی از دانشی است که نشان می دهد مذهب هم به عنوان نهادی اجتماعی و هم به عنوان منبعی معنابخش به ویژه برای سالمندان مفید است. (حاجی زاده میمندی و برغمندی، ۱۳۸۹) افرادی که قالب های مذهبی قوی و با ثبات دارند، ممکن است یک منبع فنا ناپذیر معنادهی در هسته زندگی خود داشته باشند. برای چنین افرادی یک منبع قدرت یا تقدس بالا تبدیل به نیرویی

سازمان یافته می‌شود که فرد را به سوی سودمندی در زندگی هدایت می‌کند. دین از طریق برقراری نظم اخلاقی، تدارک فرصت‌ها برای به دست آوردن شایستگی‌های یادگرفته شده و تهیه قوانین اجتماعی نقش مؤثری در بروز پیشگیری از مشکلات اجتماعی، اخلاقی، سلامت جسمانی و بهداشت روانی دارد (عنایت و غفاری، ۱۳۹۷).

با توجه به پیشینه دینی و مذهبی ایرانیان و تأکید اسلام توجه به معنویت، مذهب و ارتباط با خدا اقدامی کارآمد برای بازگشت آرامش به سالمندان و حفظ سلامتی آنهاست. همچنین نقش مذهب در ارائه خدمات، دوستی‌ها و ابزارهای روانی برای مقابله و تطابق با موضوع‌های زندگی روزانه بسیار مهم است (حاجی‌زاده میمندی و برغمندی، ۱۳۸۹). با بالا رفتن سن، سروکار داشتن رسمی یا سازمان یافته با مذهب، پیش‌بینی‌کننده سلامت بیشتر، شادمانی، بهبود زندگی و پیشگیری از بروز اختلالات احتمالی دوران سالمندی است (لیون، ۱۹۹۴). بنابراین، افزایش آگاهی و درک ابعاد مفهوم سلامتی و بیماری برای پیشبرد و ارائه بهتر آن ضروری است. پژوهش حاضر با رویکرد جامعه‌شناختی و شیوه مردم‌نگاری تفسیری بازخورد سالمندان را با در نظر گرفتن ابعاد مختلف سلامت اجتماعی و تأکید بر بعد اجتماعی پیگیری می‌کند و به دنبال کشف تجربه سالمندان شهر کرمانشاه است.

۲. چارچوب نظری پژوهش

با توجه به اینکه پژوهش حاضر به روش مردم‌نگاری انجام شده است از این نظریه‌ها به عنوان راهنمای نظری برای تفسیر و تبیین بیشتر موضوع مورد مطالعه یا ارتقای حساسیت نظری در تحقیق استفاده می‌شود. در تحقیقات کیفی چارچوب نظری مبنا نیست و این نوع تحقیقات چارچوب نظری ندارند، اما در تحقیق استقرایی، نظریه‌ها در خدمت پیشنهاد جهت‌هایی قرار می‌گیرند که محقق می‌تواند به آنها نگاه کند و این حساسیت نظری است که در فرایند تحقیق به کمک محقق می‌آید. در حساسیت نظری بر ایده‌ها و مفاهیمی که در فرایند تحقیق ظهور می‌کند و مؤید نظریه مبتنی بر تجربه‌های مشارکت‌کنندگان است، متمرکز می‌شود و اینها مفاهیم هدایت‌گر تحقیق هستند. (ایمان، ۱۳۹۱)

سلامت اجتماعی یعنی، درک فرد از اجتماع به صورت مجموعه‌ای معنی دار، قابل فهم، دارای نیروی بالقوه برای رشد و شکوفایی همراه با این احساس که فرد متعلق به جامعه است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم می‌داند. کیزا^۱ ابعاد سلامت اجتماعی را با در نظر گرفتن الگوی سلامت مطرح می‌کند. مدل چند وجهی کیزا از سلامت اجتماعی شامل پنج جنبه می‌شود که میزان کارکرد بهینه افراد در عملکرد اجتماعی شان را مشخص می‌کند. این ۵ عنصر عبارتند از:

- یکپارچگی اجتماعی^۲: ارزیابی فرد از کیفیت روابطش در جامعه؛
- سهم داشت اجتماعی^۳: بیانگر ارزیابی فرد از ارزش اجتماعی خود است؛
- پذیرش اجتماعی^۴: بیانگر درک فرد از خصوصیات و صفات افراد جامعه در قالب یک کلیت است؛

- شکوفایی اجتماعی^۵: بیانگر ارزیابی فرد از مسیر حرکت جامعه و پتانسیل‌های آن است؛
- پیوستگی اجتماعی^۶: بیانگر فهم فرد از کیفیت، سازمان بندی و طرز کار جهان اجتماعی است. (کیزا، ۲۰۰۲)

یکی از موضوعاتی که از دیرباز در حوزه مطالعات و تحقیقات سالمندی برای سلامت روح و جسم سالمند در زندگی مطرح بوده است، بررسی تأثیرات دین داری و معنوی‌گرایی است. در جامعه فرهنگی و مذهبی، دین و مناسک دینی یکی از نقاط عطف آرامش روحی افراد است. دین اسلام از نظر فردی و اجتماعی کارکردهایی دارد که به سلامت اجتماعی سالمندان مربوط است. در شیوه‌های مقابله‌ای سالمندان، مذهب نقش مهم و مرکزی دارد؛ زیرا می‌تواند ارزش مثبتی در پرکردن فضای خالی زندگی، حمایت از سالمندان در مواجهه با استرس، سازگاری مناسب با موقعیت‌دهی و معنی‌دهی زندگی و مرگ داشته باشد. (بوله‌ری، نوری قاسم‌آبادی و رمضانی فرانی، ۱۳۷۸)

ابعاد مختلف دین داری می‌تواند بر سلامت اجتماعی سالمندان مؤثر باشد. بعد

1. keyse
2. social integration
3. social contribution
4. social acceptance
5. social actualization
6. social coherence

اعتقادی دین‌داری یعنی، باور باعث آرامش می‌شود. بعد عاطفی دین‌داری یعنی، اثر و یا حضور پدیده‌های شگفت‌انگیز با الهام و شهود مذهبی احساس می‌شود که می‌تواند از طریق کارکرد آرامش‌بخشی، معنابخشی و... به افزایش سلامت سالمند کمک کند. مناسک دین‌داری یعنی، حضور در مکان‌های دینی و مساجد، بهبوددهنده روابط اجتماعی و تعامل بیشتر در زندگی است. بعد پیامدی دین‌داری با تأثیر حضور خدا، نگاه مثبت به حوادث و کنترل اجتماعی در سلامتی فرد و اجتماع خود را نشان می‌دهد.

در مورد تأثیرات مثبت دین بر سلامت انسان‌ها آیات و روایات بسیاری آمده است. با خدا بودن، تفسیر خوش‌بینانه نسبت به مرگ، انتظار زندگی ابدی در سرای دیگر، جبران کاستی‌های دنیا، معنابخشی زندگی، پاسخ به احساس تنهایی، از بین بردن ترس، روشن بینی، انسجام و پیوند اجتماعی از کاردهای دین به‌ویژه دین اسلام است که در گستره وسیعی در ساخت‌های مختلف فردی و اجتماعی، دنیوی و اخروی، خصوصی و عمومی تأثیر مثبت بر سلامتی سالمندان را نشان داده است. از دیدگاه دین، یگانه چیزی که می‌تواند در این دنیا نیاز را برآورده کند یاد خداست. قرآن کریم با تأکید اعلام می‌کند که آرامش روان فقط به وسیله خدا امکان‌پذیر است. خداوند در آیه ۲۶ سوره توبه می‌فرماید: «آنگاه خدا آرامش خود را بر فرستاده خود و بر مؤمنان فرود آورد». دین با تبیین حیات و مقدم خواندن آن برای زندگی اخروی و نیز دعوت به گرایش‌های معنوی و تربیت ویژه اخلاقی، انسجام، همبستگی و هویت مشترک را بین مسلمانان ایجاد می‌کند. خداوند در آیه ۱۰ سوره حجرات می‌فرماید: «مؤمنان برادر یکدیگرند». رفاه و آسایش از کارکردهای دین است. دین و تقوی الهی باعث نزول نعمت و برکات الهی می‌شود. در آیه ۹۶ سوره اعراف آمده است: «و اگر مردم شهرها ایمان آورده و به تقوا گراییده بودند، قطعاً برکاتی از آسمان و زمین برایشان می‌گشودیم، ولی تکذیب کردند، پس به [کیفر] دستاوردشان [گریبان] آنها را گرفتیم». برخورداری از لذت‌های معنوی از دیگر کارکردهای دین است که به روح و روان انسان مربوط می‌شود. خداوند در آیه ۲۰۷ سوره بقره می‌فرماید: «از میان مردم کسی است که جان خود را برای طلب خوشنودی خدا می‌فروشد و خداوند نسبت به این بنده خدا مهربان است». دین‌داری از طریق کارکردهای مختلف مانند معنابخشی، هویت‌بخشی، هنجاربخشی، بهبود روابط اجتماعی و افزایش

همبستگی اجتماعی به افزایش سلامت سالمندان کمک می‌کند. نظریه‌های متعدد در این حوزه توجیهاتی برای روند پیری فراهم می‌کنند که می‌توان از آنها برای افزودن داده‌های زمینه‌ای به داده‌های مقایسه و تعمیم یافته استفاده کرد.

نظریه‌های سالمندی عبارتند از: نظریه‌های زیست‌شناسی؛ نظریه‌های روان‌شناسی و نظریه‌های جامعه‌شناسی. نظریه کناره‌گیری در اوایل دهه ۶۰ توسط کامینگ هنری^۱ ارائه شد. براساس این نظریه هنگام انتظار مرگ بین سالخوردگان و جامعه کناره‌گیری دوسویه روی می‌دهد. سالخوردگان سطح فعالیت خود را کم می‌کنند و کمتر تعامل می‌کنند و بیشتر دل‌مشغولی زندگی درونی خود را دارند. (غلامعلی‌زاده و قرشی، ۱۳۹۴) همراه با کاهش فعالیت سالمندان نقش‌های غیرفعال توسط آنها دنبال می‌شود. از این خروج متقابل، سالمند و جامعه سود می‌برند و عملکرد قابل قبولی به دست می‌آید؛ زیرا سالمندان زندگی آرامی را به دست می‌آورند و از طرفی نبود آنها برای جامعه قابل قبول است. براساس این نظریه افراد در هفتاد سالگی با کاهش توان و تمایل به از دست دادن نقش خود از جامعه کناره‌گیری می‌کنند. زمان و شکل دقیق کناره‌گیری از فردی به فرد دیگر متفاوت است. این فرآیند شامل کاهش روابط اجتماعی است که از طریق کاهش تعامل اجتماعی اتفاق می‌افتد (هیلیرو بارو،^۲ ۲۰۱۴)، اما واقعیت این است که تغییر فعالیت اجتماعی سالخوردگان پیچیده‌تر از آن است که در نظریه کناره‌گیری مطرح می‌شود. برای مثال سالخوردگان از تمام پیوندهای اجتماعی کناره‌گیری نمی‌کنند بلکه تنها تماس‌های ناخوشایند را محدود می‌کنند و تماس خوشایند خود را حفظ می‌کنند، حتی در مواردی آنها به روابطی که چندان هم خوشایند نیست تنها به این دلیل که درگیر بمانند و از اجتماع کناره‌گیری نکنند، تن می‌دهند (سترستن و آنجل، ۱۳۹۴).

نظریه فعالیت مخالف نظریه کناره‌گیری است و توسط هویک هرست^۳ مطرح شد. براساس این نظریه فعالیت اجتماعی برای زندگی ضروری است و برای همه مردم در تمام سنین مطرح است. این نظریه معتقد است کسانی که توانایی انجام فعالیت‌های اجتماعی را دارند در کسب تصویر مثبت، یکپارچگی اجتماعی و رضایت از زندگی موفقیت بیشتری

1. Cumming Henry
2. Hillier, S. M., & Barrow, G. M.
3. Hvyg Hurst

دارند که آرامش را برای سالخورده به همراه دارد. (هیلیرو بارو، ۲۰۱۴) یک بزرگسال نمونه بزرگسال فعالی است که ارتباطات اجتماعی خود را حفظ می‌کند و با فعالیت جمعی، مسافرت‌ها و سرگرمی‌ها مشغول است و فعالیت‌های پیری موفقیت‌آمیز ایجاد می‌کند. براساس این نظریه موانع اجتماعی تمایل سالخوردگان نیست و موجب کاهش میزان تعامل می‌شود. این نظریه نقش موقعیت سالمندان را براساس هم‌نوایی با نقش‌های باارزش اجتماعی تبیین می‌کند (وندرزندن، ۱۳۹۶).

یکی دیگر از نظریه‌های مطرح در حوزه سالمندی نظریه استمرار است. براساس این نظریه شخصیت افراد با افزایش سن تغییر نمی‌کند و رفتار آنها قابل پیش‌بینی است. براساس این نظریه بیشتر سالخوردگان سعی می‌کنند یک سیستم شخصی را شامل هویت و مجموعه‌ای از صفات شخصیت، تمایلات، نقش‌ها و مهارت‌ها که با تضمین تداوم بین گذشته و آینده مورد انتظار برحسب رضایت از زندگی شود، حفظ کنند. (غلامعلی زاده و قرشی، ۱۳۹۴) سازگاری و انطباق موفقیت‌آمیز با سالمندی به توانایی شخص در تداوم الگوی زندگی در طول مدت زندگی بستگی دارد. شخصی که در سنین جوانی سازگاری خوبی داشته باشد آن را در سنین بعدی ادامه می‌دهد (برانز، ۲۰۱۰).

یکی از قدیمی‌ترین نظریه‌های روان‌شناسی سالمندی مربوط به دهه ۱۹۴۰ مرتبط به نظریه نقش است. خانم اسمیت - بلو جامعه‌شناس نظریه فقدان نقش‌ها را مطرح می‌کند. به عقیده او بازنشستگی و بیوگی به شرکت سالمند در ساخت‌های نهادی اصلی اجتماع یعنی، کار و خانواده پایان می‌دهد. بنابراین، موقعیت‌هایی که آنها بتوانند خود را از نظر اجتماعی مفید نشان دهند بسیار کم است. به نظر خانم اسمیت - بلو فقدان نقش‌های مربوط به کار و خانواده بسیار زیان‌بار است؛ زیرا این نقش‌ها بسیار بنیادی هستند و از نظر هویت بزرگسالی لنگرگاه محسوب می‌شوند. فقدان نقش‌ها برای سالمند تجربه‌ای استرس‌زاست. (وندرزندن، ۱۳۹۶) تئوری تبادل اجتماعی مبتنی بر منفعت است که افراد و گروه‌ها برای زیاد کردن پاداش و کم کردن هزینه عمل می‌کنند. اگر چنین تعاملی حفظ شود پاداش بیشتری نسبت به هزینه خواهد داشت. وقتی شخصی به دیگری وابسته

باشد در ابتدا شخص قدرت خود را از دست می‌دهد. این مدل، تعامل بین پیرو جوان را توضیح می‌دهد؛ نسل‌های قدیمی‌تر منابع محدودی را پیشنهاد می‌دادند و در مبادلات اجتماعی قدرت کمتری برای رویارویی داشتند. بنابراین، قدرت منتج از عدم تعامل در تبادل اجتماعی حاصل می‌شود. پیشرفت تکنولوژی، مهارت‌های سالمند را که در گذشته آموخته است، بی‌اعتبار می‌کند.

فرضیه‌های نظریه تبادلات اجتماعی زیربنای نظریه نوسازی است. براساس این نظریه اگر سالمند در جوامع پیش‌صنعتی و سنتی وضعیت بهتری دارد به این علت است که او در طول سالها شناخت و قدرت کسب کرده است. با این همه براساس نظریه نوسازی، صنعتی شدن اهمیت این شناخت و قدرت را کم می‌کند. رابطه دو نفر پایدار نخواهد بود مگر اینکه هر دو از آن سود بیشتری ببرند (هیلیبر و بارو، ۲۰۱۴). کاووسیان و همکاران (۱۳۹۶) ارتباط بین سلامت معنوی و احساس تنهایی در شهر کرج را بررسی کرده‌اند. این مطالعه به شکل توصیفی و بر روی نمونه ۲۷۵ نفری انجام شده است. یافته‌ها نشان می‌دهند که بین احساس تنهایی و سلامت معنوی واحدهای پژوهشی رابطه معکوس و معنادار وجود دارد. نیکبخت نصرآبادی، ولیئی، یعقوبی و ولیئی (۱۳۹۳) معنای سلامت از دیدگاه سالمندان در شهر سنندج را به روش کیفی بررسی کرده‌اند. یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد که معنای سلامتی در چهار تم اصلی یعنی، داشتن جسمی سالم، روحیه خوب، معنویت، انجام اعمال مذهبی، احساس رضایت و تفکر مثبت در مورد خود و خانواده معنا شده است.

حقیقتیان، هاشمی فرو و بلوردی (۱۳۹۴) در مطالعه پدیدارشناسی تجربه سالمندان و چالش‌های هویت نقشی سالمندان در شهر تهران را بررسی کرده‌اند. یافته‌های این مطالعه در قالب دو مضمون اصلی حس رهاشدگی و خویشستن از هم‌گسیخته و هفت مفهوم فرعی ارائه شده است. محمدی، الهیاری، درویش پور کاخکی، آقابخشی و سرایی (۱۳۹۵) با روش کیفی زمینه و شرایط علی در پدیده سالمندی فعال در شهر تهران را مطالعه کرده‌اند. در این مطالعه کاهش نقش‌ها به عنوان زمینه پدیده ظهور یافت و شرایط علی تجربه سالمندان فعال از سه زیرمقوله سلامت‌گرایی درونی، کیفیت ادراک بعد زمانی زندگی و بازاندیشی کیفیت حضور در روابط بر ساخت شده است. اورنگ، هاشمی زرین و رامشینی (۱۳۹۷) معنای

زندگی و بهزیستی روان‌شناختی جوانان، بزرگسالان و سالمندان را بررسی کرده‌اند. در این مطالعه در وجود معنا، خودپذیری، روابط مثبت با دیگران، رشد فردی و زندگی هدفمند تفاوت معناداری وجود دارد. براین اساس، مؤلفه‌های ذکرشده در سالمندان میانگین بالاتری دارند. چن، لن، چانگ و چن^۱ (۲۰۱۷) نقش سلامت معنوی در سالمندان را تبیین کرده‌اند. تووگ و مارتن^۲ (۲۰۱۴) با بررسی چالش‌های پیری‌شناسی فرهنگی تأکید می‌کنند که پیری‌شناسی فرهنگی توانسته است بسیاری از سؤالات مربوط به سالمندان و تجربه آنها را تبیین کند. هلستن و مانکر^۳ (۲۰۰۳) در مطالعه‌ای با نام خود، جامعه و پیری‌شناسی جدید به پیش‌شدن موفق و مشارکت فعال سالمندان به عنوان یکی از عوامل آن اشاره کرده‌اند. سونگ و گونگ^۴ (۲۰۱۵) در تحقیقی با روش کیفی ادراکات سالخوردگان پیرامون سلامتی را بررسی کردند. یافته‌های این مطالعه در قالب پنج مقوله اصلی توانایی انجام کار به تنهایی، مدیریت نشانه‌ها، پذیرش خوش‌بینی، ارتباط با دیگران و احساس مثبت ارائه شده است. مطالعات نشان می‌دهند که عوامل متعددی در تبیین مسائل و مشکلات سالمندان مؤثر است که در تعامل با یکدیگر باعث چالش‌های پیش روی سالمندان می‌شود که تعامل اجتماعی و کیفیت زندگی از همه پررنگ‌تر است. میزان مشارکت، مسائل مذهبی و معنوی، سلامت جسمی، سلامت درونی، پذیرش توسط بستگان و حفظ نقش از مواردی است که با کیفیت زندگی و سلامتی سالمندان رابطه دارد، اما باید گفت که در هیچ یک از پژوهش‌های گذشته در مورد سالمندان و سلامت اجتماعی مطالعه‌ای انجام نشده است. پژوهش حاضر با روش مردم‌نگاری تفسیری و با در نظر گرفتن ابعاد مختلف، سلامت اجتماعی را ادراک و تجربه سالمندان ساکن شهر کرمانشاه را کشف می‌کند. مهمترین سؤالی که در این مورد مطرح می‌شود این است که سالمندان چه درک معنایی از سلامت اجتماعی نزد خود دارند.

1. Chen, Y. H., Lin, L. C., Chuang, L. L., & Chen, M. L.

2. Twigg, J., & Martin, W.

3. Holstein, M. B., & Minkler, M.

4. Song, M., & Kong, E. H.

۳. شیوه اجرای پژوهش

۳-۱. روش پژوهش

پژوهش حاضر براساس رویکرد تفسیری انجام شد. رویکرد تفسیری بر خلاقیت، فعال بودن، سازندگی، قابلیت ساختار معنا و قابلیت ساخت و تغییر محیط توسط انسان و به طور کلی بر انسان کنش‌گر فعال معنا ساز تمرکز دارد (نیومن، ۲۰۰۶؛ کرسول، ۲۰۰۷) و انسانی که فعال و کنشگر است توان ساخت معنا را دارد (ایمان، هاشمی و طبیعی، ۱۳۹۷). مردم‌نگاری یکی از روش‌های پژوهش در این رویکرد است. مردم‌نگاری پژوهشی بازتابشی و ترسیم خانواده‌ای از روش‌ها شامل تماس مستقیم و مداوم با عوامل انسانی، حضور در متن زندگی و فرهنگ‌های روزمره، تماشای آنچه اتفاق می‌افتد، گوش دادن به آنچه گفته می‌شود، پرسیدن سؤال و ایجاد روایتی نوشته شده است. این روش نقش نظری و نقش پژوهشگران و انسان‌ها را مانند بخشی از سوژه تصدیق می‌کند (ایمان و بذرافکن، ۱۳۹۴). هدف استفاده از این رویکرد توسعه فهم زندگی اجتماعی و کشف این مطلب است که افراد چگونه در شرایط مختلف معنا را ایجاد می‌کنند و به دنبال فهم این هستند که آنها چگونه زندگی خود را تجربه می‌کنند (لاو برگ، ۱۹۹۳، به نقل از ایمان، ۱۳۹۱).

براساس رویکرد تفسیری، روش کیفی و براساس اهداف تحقیق، روش مردم‌نگاری به کار گرفته شد. داده‌های گردآوری شده با روش تحلیل موضوعی بررسی و تحلیل شده است.

۳-۲. جامعه و نمونه آماری

در پژوهش حاضر کشف معنای سلامت اجتماعی در ادراک سالمندان شهر کرمانشاه کانون توجه و بررسی بود. میدان تحقیق پژوهش حاضر، کانون بازنشستگان تأمین اجتماعی، کشوری و پارک کوهستان کرمانشاه است که بیشترین محل حضور بازنشستگان را دارد. در این روش با کمک مطلعین و برای تکمیل روند، سالمندان از گروه‌هایی انتخاب شدند که می‌توانند وضعیت سلامت اجتماعی خود را داوری کنند و اطلاعات آنها گردآوری شد. در مرحله آخر نیز تحلیل اطلاعات انجام شد. پژوهشگر به طور مداوم در میدان تحقیق حاضر

1. Neuman, L.

2. Creswell, J.

بوده، براساس رویکرد کیفی و روش مردم‌نگاری موضوع مورد مطالعه را به‌طور کلی دیده و تجربه روزانه افراد را یادداشت کرده است. برای تکمیل پژوهش چهارده نفر از سالمندان ساکن شهر کرمانشاه با معیار داشتن حداقل ۶۰ سال به بالا و سلامت جسمانی از طریق آشنایان و کانون‌های بازنشستگی برای مصاحبه معرفی شدند. این مصاحبه‌ها طی دو ماه به‌صورت بازتابشی^۱ در مکان‌های مختلف مانند منزل، محل کار و فضاهای عمومی انجام شد. مدت مصاحبه به دلیل بازتابشی بودن تحقیق کیفی متغیر بوده و پژوهشگر برای رفع ابهامات گاهی تا چندین بار به آنها مراجعه کرده است. در پژوهش حاضر، سالمندان از گروه‌های مختلف اجتماعی و با ترکیب سنی و از همه مکان‌های شهر کرمانشاه انتخاب شدند.

۳-۳. ابزار پژوهش

برای جمع‌آوری داده‌ها از روش مصاحبه عمیق، مشاهده میدانی و یادداشت‌های میدانی استفاده شده است. برای انجام پژوهش حاضر با چهارده نفر سالمند با ترکیب سنی ۶۲ تا ۸۰ سال و تحصیلات کم تا کارشناسی و با میانگین سنی ۶۸ سال و میانگین تحصیلات دیپلم مصاحبه عمیق انجام شد. این چهارده نفر زن و مرد مشاغل مختلفی مانند دبیر، پرستار، کارمند، خانه‌دار شغل آزاد داشتند. همگی بومی کرمانشاه بودند و به خوبی صحبت می‌کردند. گفت‌وگو با آنها تا اشیاع داده‌ها انجام شد. سؤالات با حداقل میزان سوءگیری و جهت‌دهی طرح شد. معیار اصلی مصاحبه، داشتن حداقل ۶۰ سال سن به بالا، سلامت جسمی و توان داوری وضعیت سلامت اجتماعی بود. مصاحبه‌ها در دو سطح یک جمله‌ای برای تم‌های اولیه، اصلی و چندگانه دسته‌بندی و کدگذاری شد، سپس تم اصلی براساس تنوع دسته‌بندی اطلاعات و داده‌های جمع‌آوری شده، انجام شد. سالمندانی که می‌توانستند وضعیت سلامت اجتماعی خود را داوری کنند، شناسایی شدند و اطلاعات آنها گردآوری شد.

برای تعیین قابلیت اعتبار از اهداف حاصل از روش کیفی از روش جمع‌آوری اطلاعات در زمان‌های مختلف استفاده شده است. روش جمع‌آوری داده در زمان‌های مختلف

برای بالابردن قابلیت اعتبار داده‌های کیفی کاربرد دارد. (کوهن و میری‌سون، ۲۰۰۲) در این بخش علاوه بر قابلیت اعتبار داده کیفی، فن‌های به‌کار گرفته شده سبب افزایش قابلیت اطمینان داده‌ها نیز شده است. در پژوهش کیفی باید به این مسئله توجه شود که آیا فرایند طی شده در پژوهش یافته‌ها قابلیت اطمینان را دارند یا نه. برای همین از مسيرنمای مستندسازی (حریری، ۱۳۸۵) استفاده شده است؛ یعنی جزئیات مربوط به چگونگی گردآوری داده، نحوه تصمیم‌گیری‌ها، تفسیرها و تحلیل داده‌ها در فرایند پژوهش برای مستندسازی تهیه و نگهداری شده و کنترل و بازرسی نظام‌مندی از روی مستندات برای قابلیت اطمینان انجام شده است. مفهوم سلامت اجتماعی پس از جمع‌آوری داده‌ها و تحلیل از بین مقوله‌ها استخراج شد.

۴. یافته‌های پژوهش

پس از بازنویسی مصاحبه‌های انجام شده، و تحلیل داده‌های پژوهش، سه سطح زیر شناسایی شد:

- مقولات کلی: معنایابی؛
 - مقولات سازمان‌دهنده که موجب تدوین تم کلی شدند به شرح زیر هستند:
- بازنمایی حضور داوطلبانه، بازنمایی کیفیت سلامت جسمانی و بازنمایی کیفیت سلامت روحی.
- مقولات اصلی: استمرار بخشی ارتباطات بین فردی، تداوم بخشی شبکه خویشاوندی، بازنمایی کیفیت مسائل درونی و معنوی، تداوم بخشی عملکردی، عدم احساس درد، پذیرش مسئولیت سلامت خود، کنترل بر امورات زندگی، لحظه‌گرایی یا گریز از حسرت، ترس از جدایی و حفظ نقش.

مقولات سازمان دهنده	بازنمایی حضور داوطلبانه	بازنمایی کیفیت سلامت جسمانی	بازاندیشی کیفیت سلامت روحی
مقولات اصلی	استمراربخشی ارتباطات بین فردی تداوم بخشی شبکه خویشاوندی بازاندیشی کیفیت مسائل درونی و معنوی	تداوم بخشی عملکردی عدم احساس درد پذیرش مسئولیت سلامت خود کنترل بر امورات زندگی	لحظه گرایی یا گریز از حسرت ترس از جدایی حفظ نقش

۴-۱. مقوله اصلی بازنمایی حضور داوطلبانه

این مقوله اصلی از سه مقوله فرعی با نام استمراربخشی ارتباطات بین فردی، تداوم بخشی شبکه خویشاوندی و بازاندیشی کیفیت مسائل درونی- معنوی بر ساخت شده است. الگوی سیستمی زیستی، روانی و اجتماعی بیانگر این است که انسان و پدیده های مربوط به بیماری او برآیند تعامل چندگانه است. برقراری ارتباطات اجتماعی و حضور داوطلبانه در اجتماع می تواند مفهوم خاص از زندگی فرد داشته باشد. از نظر جامعه شناسان یکی از جنبه های مشارکت اجتماعی و ارتباطات مؤثر با مردم حضور داوطلبانه در اجتماع است. مشارکت اجتماعی و ارتباطات مؤثر در دنیای مدرن امروز از اصول اساسی برای پایداری، دوام زندگی و سلامتی است.

۴-۱-۱. استمراربخشی ارتباطات بین فردی

شرکت کنندگان بر این باورند که تداوم تأثیرگذاری بر بستگان و اعضای خانواده نشانه سلامت اجتماعی است. تداوم ارتباطات مؤثر از نظر شرکت کنندگان مانع شکاف بین سالمندان و دیگران می شود و روابط مستحکمی در بین خانواده برقرار می شود و تا زمانی که این ارتباطات اثربخش باشد، تداوم دارد. از نظر سالمندان تداوم ارتباط مؤثر بخشی از داشتن سلامت اجتماعی است. عدم انزوا و تکاپو برای مؤثر بودن و درک کامل پیام از طرف دیگران به استمراربخشی وجود کمک می کند. خانم ۶۹ ساله گفت:

سلامت اجتماعی یعنی، مانند گذشته حرفام روی نزدیکانم تأثیر داشته باشه و با ترحم به حرفم گوش ندن. البته خیلیا فکر می کنن حالا که پیر شدم دیگه توان هیچ کاری ندارم، ولی من سرما و گرمای روزگار رو چشیدم.

آقای ۷۶ ساله بیان کرد: «کلافه شدم. قبلنا بچه‌ها بدون اجازه من آب هم نمی‌خوردن. اون هفته تو مراسم خواستگاری نوه‌ام آخرین لحظه دعوت شدم. ناراحت شدم نرفتم. با این کار احساسی از سلامتی ندارم». آقای ۸۰ ساله گفت: «وقتی وارد خونه میشم بچه‌های سریع صحبت را عوض می‌کنن. یه جورای دوست ندارن تو کارشون نظر بدم. واقعاً دلم میشکند من هم یه زمانی برا خودم کسی بودم». خانم ۷۶ ساله بیان کرد:

از وقتی میان سرشون تو گوشیه انگار من از کره دیگه آمدم که حرفم را نمی‌فهمن. غذاشون را که می‌خورن سریع میرن. وقتی حرفی می‌زنم کار را بهانه می‌کنن. دوست دارم با من مهربون تر باشن.

۴-۱-۲. تداوم بخشی شبکه خویشاوندی

با ورود به جامعه مدرن شبکه خویشاوندی مانند سایر نهادها تغییراتی کرده است که مهمترین آن فاصله اجتماعی بین افراد خویشاوند است. طبیعی است که با بیشتر شدن فاصله اجتماعی میان افراد نفوذ متقابل آنها بر یکدیگر کم شده است. در نتیجه نظام خویشاوندی کنترل سنتی خود بر افراد را از دست داده است. شرکت‌کنندگان بر این باورند که حفظ استمرار حضور در شبکه خویشاوندی باعث ارتقای سلامت روان، افزایش اعتماد به نفس و احساس امید و انگیزه می‌شود. توجه به منبع فکر و اندیشه و مورد مشورت قرار دادن از مزایای سالمندی است که با استمرار بخشی شبکه خویشاوندی امکان پذیر است. آقای ۸۰ ساله گفت:

دیدن خویشاوندانم حالم را خوب می‌کنه. قبلاً زیاد سر می‌زدم اصلاً برنامه داشتم برای دیدار بستگانم، ولی الآن هر جا دعوت می‌کنن اول شرایطش رو باید بررسی کنم، ببینم آسانسور داره اگه نداشته باشه نمی‌روم چون شرمنده بقیه می‌شم. وقتی آدم سالم باشه اینا براش مهم نیسن.

آقای ۶۸ ساله بیان کرد: «گاهی دلم برا بچه‌ها تنگ می‌شه. دوری از اونا سخته، ولی چاره‌ای ندارم، تحمل می‌کنم چون هر وقت برم خونشون کلی براشون زحمت دارم تازه باید برم گردونن خونه، تنها نمی‌تونم». خانم ۶۹ ساله گفت: «بعضی وقتا خیلی احساس تنهایی می‌کنم. دوس دارم یکی زنگ بزنه و من باهاش تعریف کنم. این جوری حالم خوب میشه مثل اینکه دنیا رو بهم می‌دن».

۴-۱-۳. بازاندیشی کیفیت مسائل درونی-معنوی

شرکت‌کنندگان باور داشتند که دین باری انسان موهبتی الهی است که او را به فلسفه حیات مسلح می‌کند. علاقه و حضور سالمندان به اجرای مراسم دینی و مذهبی و احساس اطمینان خاطر بیشتر از این عمل می‌تواند به رشد و توسعه شخصیت اخلاقی آنها کمک کند. افرادی که قالب‌های مذهبی قوی و باثبات دارند، ممکن است یک منبع فناپذیر معنادهی در هسته زندگی خود داشته باشند. برای چنین افرادی یک منبع قدرت یا تقدس بالا تبدیل به نیروی سازمان یافته می‌شود که فرد را به سمت سودمندی در زندگی هدایت می‌کند و به ارتقای سلامت وی کمک می‌کند. آقای ۶۴ ساله گفت:

تو مسجد محلمون مغرب و عشا نماز جماعت برگزار میشه و من همیشه شرکت می‌کنم تا آخرش هم پای منبر می‌مونم. بعضی شب‌ها هم تو خونه‌های محل مراسمای مذهبی برقراره که شرکت می‌کنم و در راه اندازی دسته‌های سینه‌زنی فعالیت دارم این یعنی سلامتی.

آقای ۶۸ ساله گفت:

از زمان بازنشستگی با کمک دوستانم یه انجمن شعرخوانی راه انداختیم و یه مکانی هم گرفتیم که مزاحم کسی نباشیم. پنج‌شنبه‌ها همه دوستان جمع می‌شیم و کلی خوش می‌گذره. فرداش هم می‌ریم کوه حالمون خیلی خوب می‌شه و احساس مفید بودن می‌کنیم.

خانم ۶۴ ساله بیان کرد: «دوران پیری هم ویژگی خودش رو داره. من عاشق زیارتیم. تو صندوق قرض‌الحسنه محلمون عضوم. هر وقت وام نوبتم می‌شه تو یه کاروان ثبت نام می‌کنم یه سفر زیارتی می‌رم کمک می‌کنه به سلامتیم». آقای ۶۶ ساله گفت: «یه گروه از همکارا قدیمی داریم و کارهای عام‌المنفعه انجام می‌دیم. هر کس هر کار بلده اعلام آمادگی کرده. مثلاً وسایل خونه همکاران را تعمیر می‌کنیم، کمک به معلولان و... این کارا حالمونو خوب می‌کنه».

۴-۲. مقوله اصلی بازاندیشی کیفیت سلامت جسمی

این مقوله اصلی از چهار مقوله فرعی تداوم بخشی عملکرد، عدم احساس درد، پذیرش مسئولیت خود و کنترل بر امورات زندگی شخصی برساخت شده است. به طور طبیعی با افزایش سن تغییراتی در وضعیت جسمی انسان رخ می‌دهد که ممکن است عملکرد

جسمی را تحت تأثیر قرار دهد و انسان برای انجام کارهای روزمره خود به کمک دیگران نیاز داشته باشد.

۴-۲-۱. تداوم بخشی عملکرد

شرکت‌کنندگان معتقدند که تداوم توانایی جسمی در انجام کارهای روزمره بدون نیاز به دیگران نشانه سلامت اجتماعی است؛ زیرا هرگونه اختلال در تداوم عملکرد جسمانی فرد تمام ارتباطاتش با دیگران را تحت تأثیر قرار می‌دهد و عملکردش بهره‌وری لازم را ندارد و ممکن است حضور او را در اجتماع تحت تأثیر قرار دهد که آسیب‌هایی را به همراه دارد. آقای ۷۵ ساله اظهار داشت:

با اینکه سی سال کار کردم و به هر حال سنی ازم گذشته، ولی تمام کارای روزمره را خودم انجام می‌دم و هنوز مثل گذشته تمام وسایل خونه را خودم تعمیر می‌کنم. هم احساس خوبی آدم پیدا می‌کنه و به لحاظ اقتصادی به نفعم هست. به هر حال ما بازنشستگان حقوقمون کمه و با این کارها از کسالت و افسردگی جلوگیری می‌کنیم.

آقای ۶۴ ساله بیان کرد: «از وقتی بازنشسته شدم درسته دیگه رسماً کار نمی‌کنم، ولی از صبح تا شب سرپاییم فعالیت کم نشده، تمام کار بچه‌ها را پیگیری می‌کنم، حتی بعضی وقتا به همسایه‌ها هم کمک می‌کنم». آقای ۶۸ ساله گفت: «اون کارای که در دوران جونی فرصت نکردم انجام بدم الان انجام می‌دم. کلاس کامپیوتر می‌رم و... یه روز که این کارا عقب می‌افته حس خوبی ندارم».

۴-۲-۲. عدم احساس درد

شرکت‌کنندگان معتقدند که با افزایش سن، درد طبیعی اجتناب‌ناپذیر است و باید آن را کنترل کرد. ممکن است همه این درد را تجربه کنند. شاخص سلامتی از نظر شرکت‌کنندگان عدم احساس درد است؛ زیرا به اعتقاد آنها احساس درد مانع انجام بسیاری از فعالیت‌ها مانند بیرون رفتن از منزل و عضویت در انجمن و یا نهادها می‌شود. آقای ۶۶ ساله گفت:

وقتی آدم پا به سن می‌زاره کم‌کم سروکله بیماری‌ها پیدااشان می‌شه و هر روز یه جای بدن مشکل پیدا می‌کنه. در این سن اگر صبح از خواب بلند شدی و احساس درد نداشتی باید فکر کنی که زنده نیستی. به هر حال هر بیماری با خودش درد داره و وقتی احساس درد نکنی شما سلامتی داری.

خانم ۷۶ ساله اظهار داشت: «برای من آنچه مهمه سلامتی بچه‌هاست. به هر حال پیری هزار

درد داره. وقتی اونا خوش باشن درد خودم یادم میره». خانم ۶۴ ساله گفت: «آدم تا پیر نشده قدر سلامتی را نمی‌دونه. آدم پیر محتاج بچه‌ها می‌شه. همین عینکی که روی چشم‌نامه محدودیت ایجاد کرده دنیا رو بدون واسطه دیدن چیز دیگه».

۴-۲-۳. پذیرش مسئولیت سلامت خود

شرکت‌کنندگان معتقدند که سلامتی اجتماعی یعنی اینکه هر فردی مسئولیت سلامتی خود را بپذیرد و اقداماتی که یک فرد غیر سالمند برای حفظ سلامتی مدنظر دارد، انجام دهد، توجه ویژه‌ای به سلامتی خود داشته باشد و درد و بیماری را طبیعی تصور نکند. خانم ۶۴ ساله اظهار کرد:

انکار به قانونه که حتماً خانما باید مراقب سلامتی دیگران باشن. وقتی دیگه رو جا افتادیم دیگران از ما مراقبت کنن. اصلاً من اینو قبول ندارم. آدم باید به فکر خودش هم باشه. چکاب کنه بدنشو، غذاهای مناسب بخوره و... این یعنی سلامتی. آقای ۷۶ ساله بیان کرد: «نباید فکر کنیم که آخر عمرمونه و دیگه هیچ کاری برای سلامتیون نکنیم. هر کس باید مراقب خودش باشه. نباید منتظر کمک بود. این دوره زمانه خیلی با زمانه ما فرق کرده». آقای ۶۸ ساله بیان کرد: «وقتی بیرون می‌رم از جاهایی عبور می‌کنم که کمترین خطر را برام داشته باشه. بعضی وقتا برای عبور از عرض خیابون از مردم کمک می‌گیرم». آقای ۸۰ ساله اظهار داشت: «نگران سلامتی خودمم. همیشه فکر اینکه از دست و پا بیفتم آزارم می‌ده و از خدا می‌خوام محتاج زن و بچه نباشم».

۴-۲-۴. کنترل امورات زندگی

شرکت‌کنندگان معتقدند که کنترل امورات زندگی نشانه سلامت اجتماعی است. از نظر سالمندان کنترل بر زندگی یعنی، مؤلفه‌های پیری باعث اختلال در کیفیت زندگی نشده است. خانم ۷۶ ساله بیان کرد:

بعضی وقتا به کارایی به بچه‌ها می‌دم تو ظاهر انجام می‌دن، ولی از قیافشون معموله خیلی راضی نیستن و بعضی وقتا هم دور از چشم من غرمی زنن. واقعاً دیگه نمی‌تونم؛ قبلا خودم بر اموراتم نظارت می‌کردم، کسی که نتونه امورات زندگیش را انجام بده به چه دردی می‌خورده.

آقای ۶۲ ساله اظهار داشت: «با پسر و عروسم زندگی می‌کنم. عروسم خیلی خانمه، ولی دوست

دارم بازار برم و خریدار را خودم انجام بدم؛ این یعنی سلامتی». آقای ۷۵ ساله گفت: «بچه‌ها اصرار دارند که وکالت بدم بهشون که پیگیر اموالم باشن این کار نکردم چون اختیار باید با خودم باشه؛ آدم زنده وکیل نمی‌خواد».

۳-۴. بازاندیشی کیفیت سلامت روحی

از نظر آلپورت افراد سالم در سطح معقول و آگاه عمل می‌کنند، از قید و بند های گذشته آزاد هستند و از نیروهایی که آنها را هدایت می‌کند، آگاه هستند و می‌توانند بر آنها چیره شوند. (فاندر، ۱۹۹۱) از نظر شرکت‌کنندگان سلامت روحی یکی از مؤلفه‌های سلامت اجتماعی به معنی کیفیت زندگی است؛ یعنی از زندگی لذت بردن و احساس امنیت کردن.

۳-۴-۱. لحظه‌گرایی یا گریز از حسرت

حسرت گذشته بدون شک زندگی امروز را تباہ می‌کند. تمرکز نداشتن در لحظه حال و حسرت بردن بر گذشته باعث افسردگی شده، سلامت روحی و روانی انسان را کم می‌کند، تعادل طبیعی فرد را به هم می‌ریزد و در نهایت باعث ترس از آینده می‌شود. گریز از حسرت‌گرایی و تمرکز بر زمان حال همه ابعاد زندگی را به طور شگفت‌انگیزی تغییر می‌دهد. آقای ۶۲ ساله بیان کرد:

وقتی تازه کارم را شروع کرده بودم همیشه برنامه‌هایی برای آینده داشتم، تا چشم به هم زدم دیدم بازنشسته شدم و و الآن کارم شده حسرت گذشته را خوردن. می‌دونم آگه یه بار دیگه هم به عقب برگردم دوباره همین راه رو انتخاب می‌کنم.

آقای ۸۰ ساله اظهار داشت: «بعضی وقتا فکر آخرت می‌افتم. فکر می‌کنم در گذشته کوتاهی کردم. اگرچه اعتقاد به بخشش خدا دارم، ولی اذیت می‌شم». آقای ۷۶ ساله گفت: «تمام عمرم را چسبیدم به کار. هیچ وقت آن طور که باید و شاید وقت برای زن و بچه نداشتم. هر شب دعا می‌کنم خدا بهم فرصت جبران بده». آقای ۷۳ ساله بیان کرد: «اگرچه می‌دانم یادآوری خاطرات هیچ چیزی را تغییر نمی‌ده، ولی یک لحظه هم رهام نمی‌کنه؛ بعضی وقتا آن قدر با خودم حرف می‌زنم که صدای همسرم درمی‌آید».

۴-۳-۲. ترس از جدایی

انسان موجودی اجتماعی است؛ ترس از تنهایی زمانی ایجاد می‌شود که فرد احساس تهی بودن و دور افتادن از جمع را داشته باشد. تنهایی انزوای ناخواسته است و داشتن ارتباط معنادار سخت و غیر ممکن به نظر می‌رسد و حسی درونی است. ترس از تنها شدن باعث کاهش توانمندی و آسیب به سلامت روحی و روانی سالمند می‌شود و آسیب‌هایی مانند افسردگی، ناامنی و اضطراب را به همراه دارد. ترس از تنهایی می‌تواند در واکنش به یک موقعیت یا اتفاق خاص ایجاد شود. آقای ۶۸ ساله بیان کرد:

وقتی همسرم زنده بود هر روز صبح با هم صبحانه می‌خوردیم و از ساعت ده به بعد صدا می‌زدم نهار چی داریم و چند بار به بهانه‌های مختلف می‌رفتم سر کوچه خرید، بعد منتظر دخترم بودم که از سرکار برگردد. چند ماه است که همسرم فوت شده و کل نظم خونه به هم ریخته. از طرفی به شدت نگرانم اگر دخترم بره خونه بخت چه کار کنم.

خانم ۷۶ ساله بیان کرد: «از چیزی که می‌ترسیدم به سرم اومد و اون تنهاییه. یه بار می‌خواستم ازدواج مجدد کنم که بچه‌ها نداشتن و گفتن باعث خجالتشون می‌شم. مگه می‌خواستم خلاف شرع کنم». آقای ۷۶ ساله گفت: «همیشه درب آپارتمان را قفل می‌کنم. از تنهایی می‌ترسم. درسته پیر شدم، ولی احساس دارم، وقتی بچه‌ها پیشمون هستن حالم خوبه». آقای ۷۵ ساله اظهار داشت: بچه‌ها زندگی ما رو آوردن شهر که پیش خودشون باشیم. جمعه‌ها فقط یه ساعت سر می‌زنن. تو روستا هوا خوب بود و حداقل همه مردم را می‌شناختیم. اینجا همش تو آپارتمانیم مثل زندونه برا ما. داریم دق می‌کنیم.

۴-۳-۳. حفظ نقش

نقش نوعی رفتار اجتماعی است که براساس الگوهای کلی اجتماعی و فرهنگی گروه صورت می‌گیرد مانند شیوه پاسخ به انتظار دیگران. بنابراین، نقش اجتماعی تنسيق تعدادی از مدل‌های رفتاری برای افراد است که در تعامل با یکدیگر هستند و بر محور یک کارکرد اجتماعی گرد هم می‌آیند. نقش اجتماعی وظیفه‌ای مورد انتظار از هر فرد است. شرکت‌کنندگان معتقدند که نقشی که یک فرد در اجتماع برعهده می‌گیرد، شاخص اعتبار فرد است. اگر فرد به مرور زمان نقش خود را از دست دهد به معنی کاهش اعتبار فرد در

خانواده و اجتماع و تنزل اعتبار است. ازدست دادن نقش، سلامت روح و روان فرد را تحت تأثیر قرار می‌هد. شکاف نقش بین آنچه باید باشد و آنچه است، باعث می‌شود سالمند احساس بی‌اعتباری کند. آقای ۷۶ ساله گفت:

یه زمانی برای خودم کسی بودم. همه تو اداره جلوپام خم می‌شدند، ولی الآن دارم نابود می‌شم. تو خانواده هم هر وقت تصمیمی می‌خواستن بگیرن از من مشورت می‌گرفتن. الآن هر کاری می‌خوان پنهانی انجام می‌دن؛ کلافه شدم، این دیگه اسمش سلامتی نیست. درسته ما پیر شدیم، ولی عاقل هستیم.

آقای ۷۳ اظهار داشت: «یه ماه پیش یکی از دوستان می‌خواست وام بگیره. رفتم گواهی ضمانت بگیرم، بهم ندادن. گفتن: به بازنشسته نمی‌دن. دنیا تو سرم خراب شد، ناراحت برگشتم و...». خانم ۶۹ ساله گفت:

از صبح می‌رفتم سر کار حتی یه روز هم استراحت نداشتم، چه سخت بود. الآن از بیکاری دارم خسته می‌شم. کار به جایی رسیده به همسایه‌ها گفتم هر کس هر جا می‌خواد بره، من بچه‌ها رو می‌گیرم.

آقای ۶۲ ساله بیان کرد: «پس از یه عمری برویا کارم شده برم تا سر خیابون و روزنامه اطلاعات بگیرم. فقط بخش آگهی‌ها را نگاه کنم، ببینم کدام یک از دوستان فوت شدند. این جور زندگی اذیت می‌کنه».

۵. بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف توصیف معنای سلامت اجتماعی از نظر سالمندان به روش کیفی و با مصاحبه عمیق از سالمندان شهر کرمانشاه انجام شد. یافته‌های پژوهش شامل سه مقوله اصلی و ده مقوله فرعی بود. نتایج پژوهش نشان داد که گستردگی چالش‌های مرتبط با سالمندی به‌گونه‌ای است که فرایند چالش‌های سالمندی در طول پیوستاری از روابط فردی تا روابط اجتماعی را شامل می‌شود. کاهش فعالیت‌های جسمی و ذهنی، تقلیل توان شرکت در فعالیت‌های اجتماعی و گفتمان فرهنگی موجود که سالمندان افراد وابسته هستند باعث ازدست دادن موقعیت‌های ایشان شده است. از جمله این موقعیت‌ها، کاهش حضور در شبکه خویشاوندی است. فعالیت‌های اجتماعی داوطلبانه با افزایش سطح تعامل و احساس پیوستگی نقش مهمی در ارتقای سلامتی سالمندان دارد. از طرفی

سالمندان سعی می‌کنند اثربخشی خود را در دایره دوستان، خانواده و حوزه‌های اجتماعی جست‌وجو کنند. گاهی سالمندان برای کاهش اثرات فعالیت‌های کم اجتماعی به فعالیت‌های دگرخواهانه مانند کمک به همسایگان و بستگان می‌پردازند. تجسم متفاوت از سالمندان به‌عنوان افراد کم‌توان و وابسته که گاهی ریشه فرهنگی دارد باعث شده است که منزلت و شأن اجتماعی آنها به‌شدت کم شود. بی‌توجهی مکرر و عدم استفاده از تجارب ارزشمند آنها حس رهاشدگی را به آنها القا می‌کند که آسیب‌های جدی روحی برای ایشان به‌همراه دارد.

یافته‌های پژوهش نشان داد که تابوی ازدواج سالمندان، کوچکی فضای زندگی و مشکلات مالی، عرصه را برای تداوم سلامتی تنگ می‌کند. اگرچه پذیرش در جمع دوستان و خانواده از نظر برخی سالمندان ارزش بیشتری نسبت به مادیات دارد، بعضی از سالمندان از دست دادن شغل را به‌منزله گسیختگی غیرمنتظره و بهت‌زدگی عنوان کردند که در اجتماع یک فرد رخ می‌دهد و جدایی و تنهایی فرد را به چالش می‌کشد.

برخورداری از امنیت مالی و عدم نیاز به دیگران، پیش‌نیاز سلامتی اجتماعی در دوران سالمندی به‌ویژه برای حفظ منزلت و پایگاه اجتماعی است. یافته‌ها نشان داد که باتوجه به اینکه بازنشستگی نوعی تحول و انتقال از نقشی به نقش دیگر است، از دست دادن نقش، اختلالاتی را در تعامل سالمندان ایجاد می‌کند. برای جلوگیری از این‌گونه مشکلات، فرد نیازمند سازش و تطابق با تغییر نقش است. عدم کنترل بر زندگی از اموراتی است که سالمندان به آن اشاره کردند که هویتی شکننده برای آنها به‌همراه داشته است. از دست دادن همسر و دوستان و جدایی فرزندان، از مسائلی است که بسیاری از سالمندان شرکت‌کننده در این مطالعه آن را تجربه کرده بودند. بخش قابل توجهی از نقش سالمندان با مراقبت و رسیدگی به فرزندان و همسر تعریف می‌شود که با مرگ همسر یا جدا شدن فرزندان، از بین می‌رود. البته برخی توانسته بودند با سازگار کردن خود با این شرایط و پذیرفتن فقدان اعضای خانواده، به زندگی عادی خود ادامه دهند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بازاندیشی کیفیت مسائل معنوی به‌عنوان عوامل درونی و فردی، تأثیر مثبتی بر سلامتی دارد. رفتارهایی مانند عبادت، زیارت و شرکت

در مناسبت‌های مذهبی، می‌تواند آرامش درونی ایجاد کند که سالمندان می‌توانند با بهره‌مندی از آنها در مواجهه با فشارهای زندگی آسیب کمتری ببینند. در متون دینی به ویژه آیات و روایات، بارها بر رابطه مثبت بین دین‌داری، ایمان به خدا، تکریم سالمندان و احساس رضایتمندی آنها از زندگی و مؤلفه‌های آن مانند شادی و نشاط، تعهد، آرامش قلبی، امیدواری، خوش بینی و... تأکید شده است به طوری که در قرآن کریم شش بار به طور مستقیم بر احسان به والدین اشاره شده است (اسراء: ۲۳؛ نسا: ۳۶؛ بقره: ۸۳؛ انعام: ۱۵۱؛ احقاف: ۱۵؛ ابراهیم: ۶۲) و هفت تکلیف برای فرزندان در قبال والدین بیان شده است که عبارتند از: احترام، احسان، اطاعت، ادب‌ورزی، مراقبت در کهنسالی، پشتیبانی و دعا برای والدین (ارزانی، ۱۳۹۲). دین برای انسان موهبتی الهی است که او را به یک فلسفه حیات مسلح می‌کند و انسان را در برابر خطر انحرافات، ایمن می‌کند. در تبیین این امر می‌توان به اثر دین‌داری بر تعهد خانواده اشاره کرد (محمدی، زهراکار، داوودنیا و شاکرمی، ۱۳۹۳). تعهدی که با ارتباط بهتر، شاد بودن و رفتار سازنده‌تر در طی مشکلات در ارتباط است. تعهد به رابطه را می‌توان واسطه‌ای برای بخشش، تفاهم، آمادگی برای ایثار در زندگی مشترک سالمند دانست که همه اینها از مؤلفه‌های اساسی در حفظ و ثبات سلامتی اجتماعی است؛ زیرا سالمندان ممکن است به علت ضعف جسمانی قادر به انجام کار و فعالیت مفید نباشند. آموزه‌های دینی که این تقدس بخشی را در افراد نهادینه می‌کند، پیام‌ها و توصیه‌هایی درباره نحوه توجه به سالمندان و پیران ناتوان در خانواده دارد که رابطه را به محیطی امن برای آسایش و حل مسائل پیشروی خانواده تبدیل می‌کند.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر ترس از جدایی، از دست دادن نقش، حسرت گذشته را خوردن و عدم احساس لذت از زندگی، سلامتی روحی سالمندان را تهدید می‌کند. بنابراین، باور به آخرت و زندگی ابدی و امید به بازگشت به سوی خدا موجب آرامش خاطر و معنابخشی در زندگی می‌شود. در آیه ۱۱۵ سوره مؤمنون معنابخشی زندگی این‌گونه تصریح شده است: «که آیا پنداشتید که شما را بیهوده آفریده‌ایم و اینکه شما به سوی ما بازگردانیده نمی‌شوید».

بر اساس مقوله‌های به دست آمده، ترس از دست دادن بستگان آسیب‌هایی را برای سالمندان به همراه دارد. حضور در مکان‌ها و مراسمات مذهبی از عوامل ایجادکننده

شبکه اجتماعی معتمد است. از جمله مقولات دیگری که در این مطالعه کشف شد، کیفیت جسمانی سالمندان است. اسلام توجه ویژه‌ای به پاکیزگی و سلامتی دارد و هرگونه قصور در این زمینه را تأیید نمی‌کند. دین سپری در برابر تهدید سلامتی است و توجه به سفارش‌های اسلام تضمین‌کننده کیفیت سلامتی انسان در سالخوردگی است؛ دین‌داری باعث روشن‌بینی خاصی در افراد می‌شود و در نهایت می‌تواند در برقراری ارتباط با دیگران مؤثر باشد. سالمندان که دهه پایانی و آخرین مرحله عمر خود را سپری می‌کنند، ممکن است از نومی‌ری رنج ببرند که توسل به خدا علاوه بر غلبه بر نومی‌ری می‌تواند آرامش درونی را به همراه داشته باشد. خداوند در آیه ۸۷ سوره یوسف بر امیدواری و دوری از نومی‌ری تأکید دارد و می‌فرماید: «جز گروه کافران کسی از رحمت خدا نومی‌ری نمی‌شود».

نتیجه نهایی پژوهش حاضر نشان داد که سلامت اجتماعی یکی از جنبه‌های مهم سلامت سالمندان است و دین و باورهای مذهبی از عوامل اثرگذار بر سلامت اجتماعی است. سالمندی پدیده‌ای است که از سویی به بالاترین تکامل و انسجام سطح رسیده است و از سوی دیگر با محدودیت‌ها و محرومیت‌هایی مانند از دست دادن دوستان، شغل، توان جسمانی و روانی، عدم پذیرش در بین جامعه و کاهش منزلت اجتماعی مواجه است. برای مواجهه با این تغییرات به مهارت‌های مدارا و انعطاف‌پذیری نیاز است. تغییرات جسمی و به دنبال آن، محدودیت‌های دوران سالمندی باعث تغییر دیدگاه ارزشی در آنها می‌شود. در این دوران، سالمندان به دلیل تغییر دیدگاه، توجه به دین، مذهب و اعتقاد به آخرت حضور خدا را بیشتر احساس می‌کنند و این مسئله مهمترین عامل سازگاری با شرایط درونی است. سالمندان کمبودهای فردی و اجتماعی را با اتصال و ارتباط بیشتر با خدا جبران می‌کنند؛ زیرا دین به انسان چیزی می‌دهد که از هیچ منبع دیگری قابل دریافت نیست. تقویت منابع درونی و معنوی که در سراسر زندگی امیدبخش و دلگرم‌کننده است، در سالمندان بیشتر احساس می‌شود.

بر اساس تعالیم دینی، فرد سالمند نباید جایگاهی کمتر از جایگاه محوری در خانواده داشته باشد. بنابراین، نهادها و رسانه‌ها باید در برنامه‌های خود به موضوع بزرگداشت سالمندان توجه کنند. افزایش برنامه‌های مشارکت اجتماعی در قالب الگوی شبکه‌ای

می تواند به ارتقای سلامت اجتماعی کمک کند؛ زیرا طبق نظریه تبادل اجتماعی، سالمندان با مشارکت در روابط معنادار و فعال با دیگران لذت بیشتری از زندگی می برند. مشارکت در زمینه های مذهبی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی که باعث حفظ استقلال، نشاط و شادی، سرگرمی و اشتغال موقت در سالمندان شود، ضروری است. با توجه به اینکه در میان نهادهای اجتماعی، نهاد مذهبی برای مردم اهمیت ویژه ای داشته است، تقویت این نهاد همراه با برنامه ریزی باعث افزایش منزلت و احترام به ارزش ها و باورهای بزرگ ترها در خانواده می شود.

مطابق نظریه نقش، فعالیت سالمندان و برعهده گرفتن نقش هایی توسط آنها در جامعه موجب جبران کناره گیری آنها از فضای شغلی می شود. پذیرش نقش های متفاوت باعث احساس مفید بودن و در نهایت باعث سلامتی می شود. اصلاح ساختار برای تأمین مالی سال های بازنشستگی، تقویت حمایت های اجتماعی و بهبود نظام تأمین اجتماعی از راهکارهایی است که باید مورد توجه برنامه ریزان قرار گیرد تا از عوارض این دوره کم شود. درک عمیق تجربه سلامت سالمندان می تواند به ارتقای سلامت آنها کمک کند و باعث می شود زندگی بهتری را تجربه کنند. داشتن اطلاعات ناقص و عدم آگاهی در مورد سالمندان، باعث استمرار آسیب های جبران ناپذیر می شود.

پژوهش حاضر با محدودیت هایی همراه بود از جمله اینکه، سالمندان سالم بررسی شدند و در گروه نمونه از سالمندان بیمار مصاحبه نشد. حفظ بی طرفی مصاحبه آسان نبود؛ زیرا در نگاه بعضی از سالمندان انتظار همدردی ایجاد می شد. با توجه به روش مورد استفاده، امکان تعمیم نتایج به جوامع دیگر باید با احتیاط صورت گیرد که پیشنهاد می شود پژوهش هایی با این موضوع در دیگر جوامع نیز انجام شود.

فهرست منابع

- * قرآن کریم (۱۳۸۰). مترجم: فولادوند، محمد مهدی. قم: کتابخانه بزرگ قرآن کریم.
۱. اخوان تفتی، مهناز، و مفردنژاد، ناهید (۱۳۹۷). ارتباط هوش هیجانی و مهارت های اجتماعی با بهزیستی روان شناختی. نشریه سالمند، ۳(۱۳)، ۳۳۴-۳۴۵.
 ۲. ارزانی، حبیب رضا (۱۳۹۲). مسئولیت اخلاقی فرزندان در برابر والدین در قرآن و عهدین. نشریه اخلاق، ۹(۳۴)، ۱۲۱-۱۶۴.
 ۳. اسماعیلی، رقیه، و اسماعیلی، مهرداد (۱۳۹۷). کیفیت زندگی سالمندان، مطالعه ای فراترکیب. نشریه پژوهش

- در دین و سلامت، (۲)۴، ۱۰۵-۱۱۶.
۴. اورنگ، سهیلا، هاشمی زرین، هادی، و مریم رامشینی (۱۳۹۷). بررسی معنای زندگی و بهزیستی روان شاختی جوانان، بزرگسالان و سالمندان. *نشریه سالمند*، ۱۳(۲)، ۱۸۷-۱۹۵.
 ۵. ایمان، محمدتقی، (۱۳۹۱). *روش‌شناسی تحقیقات کیفی*. قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
 ۶. ایمان، محمدتقی، و بذرافکن، مهتا (۱۳۹۴). درک معنایی زنان منطقه عسلویه از مسئولیت اجتماعی شرکت‌ها (مطالعه مردم‌نگارانه). *نشریه زن در توسعه و سیاست*، ۱۳(۱)، ۲-۲۲.
 ۷. ایمان، محمدتقی، هاشمی، سمیه، و طبعی، منصور (۱۳۹۷). کاوش مردم‌نگارخانه حس مکانی گردشگران در میراث فرهنگی شهر شیراز: *نشریه مطالعات ملی*، ۳۴(۱۹)، ۱-۲۲.
 ۸. بوالهروی، جعفر، نوری قاسم‌آبادی، ربابه، و رضانی فرانی، عباس (۱۳۷۸). *آیات قرآنی در زمینه بهداشت روانی*. تهران: انستیتو روانپزشکی تهران.
 ۹. حاجی‌زاده میمنندی، مسعود، و برغمندی، مهدی (۱۳۸۹). رابطه عمل به باورهای دینی و رضایت از زندگی بین سالمندان. *نشریه سالمند*، ۹۴(۵)، ۱۵-۸۷.
 ۱۰. حریری، نجلا (۱۳۸۵). *اصول و روش‌های پژوهش کیفی*. تهران: دانشگاه آزاد اسلامی.
 ۱۱. حقیقتیان، منصور، هاشمیان فر، علی، و بلوردی، زهیر مصطفی (۱۳۹۴). تجربه سالمندی و چالش‌های هویت نقشی سالمندان: یک پژوهش کیفی. *نشریه تحقیقات کیفی در علوم سلامت*، ۴(۳)، ۳۳۹-۳۵۰.
 ۱۲. درویش پور کاخکی، علی، عابد سعیدی، زیلا، و عباس‌زاده، عباس (۱۳۹۳). میزان مشارکت اجتماعی، موانع و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر تهران. *نشریه مدیریت/ارتقای سلامت*، ۳(۴)، ۶۵-۷۳.
 ۱۳. سترستن، ریچارد، و آنجل، ژاکلین (۱۳۹۴). *جامعه‌شناسی سالمندی: روندها و نظریه‌ها*. مترجم: امیری، مجتبی، و صفاری، مرجان. تهران: دانشگاه تهران.
 ۱۴. سرایی، حسن (۱۳۹۵). *جمعیت‌شناسی زمینه‌ها و مبانی*. تهران: سمت.
 ۱۵. صفدری، رضا، شمس‌آبادی، رضا، و پهلوانی‌نژاد، شهریانو (۱۳۹۶). ارتقای سلامت سالمندان جامعه مبتنی بر سلامت همراه و تکنولوژی. *نشریه سالمند*، ۱۲(۲)، ۱۹۱-۲۹۸.
 ۱۶. عبدالله‌تبار، هادی، کلدی، علیرضا، محقق‌کیما، حسین، ستاره فروزان، آمنه، و صالحی، مسعود (۱۳۸۷). بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان. *نشریه رفاه اجتماعی*، ۳۰(۱۹۰)، ۱۹۰-۱۷۱.
 ۱۷. عنایت، حلیمه، و غفاری، داریوش (۱۳۹۷). کندوکاوی در سیستم معنای ذهنی مدیران و درمانگران زنان مصرف‌کننده مواد مخدر در استان کرمانشاه. *نشریه زن و جامعه*، ۲۹(۲)، ۲۱۱-۳۲۳.
 ۱۸. غلامعلی‌زاده، حمزه، و قرشی، صدیقه (۱۳۹۴). *بررسی نظریه‌های سالمندی و چگونگی استفاده از آنها در طراحی فضاهای زیست سالمندان*. دومین کنفرانس بین‌المللی پژوهش در علوم و تکنولوژی. ترکیه.
 ۱۹. کاووسیان، ناهید، حسین‌زاده، کاظم، کاظمی جلیسه، حدیقه، و کارپرو، اصغر (۱۳۹۶). ارتباط بین سلامت معنوی و احساس تنهایی در سالمندان شهر کرج. *نشریه پژوهش در دین و سلامت*، ۴(۲)، ۷-۱۵.
 ۲۰. محمدپور، احمد (۱۳۸۸). تحلیل داده‌های کیفی، رویه‌ها و مدها. *نشریه انسان‌شناسی*، ۲(۱۰)، ۱۲۷-۱۶۰.
 ۲۱. محمدی، الهام، یاری، طلعت‌الله، درویش‌پور کاخکی، علی، آقابخشی، حبیب‌الله، و سرایی، حسن (۱۳۹۵). زمینه و شرایط علی در پدیده سالمندی فعال: یک پژوهش کیفی. *نشریه تحقیقات کیفی در علوم سلامت*، ۱۵(۲)، ۱۵۷-۱۷۴.
 ۲۲. محمدی، بهناز، زهراکار، کیانوش، داورنیا، رضا، و شاکرمی، محمد (۱۳۹۳). بررسی نقش دین‌داری و ابعاد آن در پیش‌بینی تعهد زناشویی کارکنان سازمان بهزیستی خراسان شمالی. *نشریه دین و سلامت*، ۱(۲)، ۱۵-۲۴.
 ۲۳. مرکز ملی آمار (۱۳۹۷). *سالنامه آمار کشور سال ۱۳۹۶*. تهران: سازمان برنامه و بودجه.
 ۲۴. نیکبخت نصرآبادی، علیرضا، ولیتی، سینا، یعقوبی، مختار، ولیتی، روحیا (۱۳۹۳). معنای سلامت از دیدگاه گروهی از سالمندان ایرانی: یک مطالعه کیفی. *نشریه دانشکده پرستاری، مامایی و پیراپزشکی کردستان*، ۱۱(۲)، ۲۱-۲۸.
 ۲۵. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۷). *گزارش اهم اقدامات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی چهل سال پس از پیروزی انقلاب*. مشاهده شده در پایگاه <http://behdasht.gov.ir>
 ۲۶. وندرزندن، جیمز (۱۳۹۶). *روان‌شناسی رشد*. مترجم: گنجی، حمزه. تهران: ساولان.
27. Chen, Y. H., Lin, L. C., Chuang, L. L., & Chen, M. L. (2017). The Relationship of Physiopsychosocial Factors and Spiritual Well-Being in Elderly Residents: Implications for Evidence-Based Practice. *Worldviews on Evidence-Based*

- Nursing*, 14(6), 484-491.
28. Brunner, L. S. (2010). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. Lippincott: Williams & Wilkins.
 29. Cohen, L. M., & Mirrison, K. (2002). *Research methods in education*. London: routledge.
 30. Creswell, J. (2007). *Qualitative Inquiry & Research Design*. California: Sage Publication.
 31. Funder, D. C. (1991). Global traits: A neo-Allportian approach to personality. *Psychological Science*, 2(1), 31-39.
 32. Hillier, S. M., & Barrow, G. M. (2014). *Aging, the individual, and society*. U S A: Cengage Learning.
 33. Holstein, M. B., & Minkler, M. (2003). Self, society, and the "new gerontology". *The Gerontologist*, 43(6), 787-796.
 34. Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of health and social behavior*, 43(2), 207-222.
 35. Levin, J. S. (1994). *Religion in aging and health*. New York: Sage Publications.
 36. Lima, M. L., & Novo, R. N. (2006). So far so good? Subjective and social well-being in Portugal and Europe. *Portuguese Journal of Social Science*, 5(1), 5-33.
 37. Neuman, L. (2006). *Social Research Methods: Quantitative and Qualitative Approaches*. London: Allyn and Bacon.
 38. Song, M., & Kong, E. H. (2015). Older adults' definitions of health: A metasynthesis. *International journal of nursing studies*, 52(6), 1097-1106.
 39. Twigg, J., & Martin, W. (2014). The challenge of cultural gerontology. *The Gerontologist*, 55(3), 353-359.
 40. World Health Organization (2016). *World Drugs report*. Switzerland.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
 رتال جامع علوم انسانی