سازمان مطالعه و تدوین (سمت)
پژوهشکدهٔ تحقیق و توسعهٔ علوم انسانی

شورای عالی انقلاب فرهنگی
شورای تخصصی تحول در تدوین علوم انسانی

روان‌شناسی سالمندی

دکتر عبدالله معتمدی

کتاب بررسی شده
۱۴۰۲/۷/۲۴
کتابخانه مرکزی
۳۳۲۲۳۹۳۷
www.mojtehbook.com

روان‌شناسی سالمندی

دکتر عبدالله معتمدی

تهران
۱۴۰۱

سرشناسه: معتمدی، عبدالله، ۱۳۴۱ـ
عنوان و نام پدیدآور: روان‌شناسی سالمندی / عبدالله معتمدی.
مشخصات نشر: تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب دانشگاهی در علوم اسلامی و انسانی (سمت)، پژوهشکدهٔ تحقیق و توسعهٔ علوم انسانی؛ تهران: شورای عالی انقلاب فرهنگی، شورای تخصصی تحول و ارتقای علوم انسانی، ۱۳۹۶.
مشخصات ظاهری: نه، ۲۷۴ ص.: مصور (بخشی رنگی)، جدول، نمودار.
فروست: «سمت»؛ ۲۰۹۳. روان‌شناسی؛ ۹۵.
شابک: ۹ـ۰۴۶۷ـ۰۲ـ۶۰۰ـ۹۷۸ ۱۰۱۰۰۰۰ ریال
یادداشت: پشت جلد به انگلیسی: Abdollah Motamedi. Psychology of Aging.
یادداشت: چاپ اول: پاییز ۱۳۹۶، چاپ هشتم: پاییز ۱۴۰۱.
یادداشت: کتابنامه.
موضوع: سالمندان ــ روان‌شناسی، Older People -- Psychology
موضوع: پیری ــ جنبه‌های روان‌شناسی، Aging -- Psychological Aspects
شناسه افزوده: سازمان مطالعه و تدوین کتب دانشگاهی در علوم اسلامی و انسانی (سمت)، پژوهشکدهٔ تحقیق و توسعهٔ علوم انسانی.
The Organization for Researching and Composing University Textbooks in the Islamic Sciences and the Humanities (SAMT), Institute for Research and Development in the Humanities.
شناسه افزوده: شورای عالی انقلاب فرهنگی، شورای تخصصی تحول و ارتقای علوم انسانی.
رده‌بندی کنگره: ۱۳۹۶ ۹ ر ۶ م /BF ۷۲۴/۸
رده‌بندی دیویی: ۱۵۵/۶۷
شماره کتابشناسی ملی: ۴۸۵۲۶۱۶

این کتاب با کاغذ حمایتی منتشر شده است.

روان‌شناسی سالمندی
دکتر عبدالله معتمدی (دانشیار دانشگاه علامه طباطبائی)
سازمان مطالعه و تدوین کتب دانشگاهی در علوم اسلامی و انسانی (سمت)، پژوهشکدهٔ تحقیق و توسعهٔ علوم انسانی و شورای تخصصی تحول و ارتقای علوم انسانی
چاپ اول: پاییز ۱۳۹۶
چاپ هشتم: پاییز ۱۴۰۱
تعداد: ۲۵۰۰
حروفچینی و لیتوگرافی: سمت
چاپ: مهر (قم)، صحافی: زرین (قم)
قیمت: ۱۰۱۰۰۰۰ ریال. در این نوبت چاپ قیمت مذکور ثابت است و فروشندگان و عوامل توزیع مجاز به تغییر آن نیستند.
نشانی ساختمان مرکزی: تهران، بزرگراه جلال آل احمد، غرب پل یادگار امام (ره)، روبه‌روی پمپ گاز، کد پستی ۱۴۶۳۶۴۵۸۵۱، تلفن ۲ـ۴۴۲۴۶۲۵۰.
www.samt.ac.ir info@samt.ac.ir @sazman_samt

هر شخص حقیقی یا حقوقی که تمام یا قسمتی از این اثر را بدون اجازه ناشران، نشر یا پخش یا عرضه یا تکثیر یا تجدید چاپ نماید، مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.

سخن «سمت»

یکی از هدف‌های مهم انقلاب فرهنگی، ایجاد دگرگونی اساسی در دروس علوم انسانی دانشگاه‌ها بوده است و این امر، مستلزم بازنگری منابع درسی موجود و تدوین منابع مبنایی و علمی معتبر و مستند با در نظر گرفتن دیدگاه اسلامی در مبانی و مسائل این علوم است.

ستاد انقلاب فرهنگی در این زمینه گام‌هایی برداشته بود، اما اهمیت موضوع اقتضا می‌کرد که سازمانی مخصوص این کار تأسیس شود و شورای عالی انقلاب فرهنگی در تاریخ ۶۳/۱۲/۷ تأسیس «سازمان مطالعه و تدوین کتب دانشگاهی در علوم اسلامی و انسانی» را، که به اختصار «سمت» نامیده می‌شود، تصویب کرد.

همچنین شورای عالی انقلاب فرهنگی برای تکمیل این مقصود (بازنگری و تدوین سرفصل‌ها و منابع علمی معتبر با در نظر گرفتن دیدگاه اسلامی)، در تاریخ ۸۸/۷/۲۱ یک شورای تخصصی را به عنوان مرجعی ثابت برای تحول و سیاست‌گذاری و نظارت در حوزهٔ علوم انسانی تعیین کرد و آیین‌نامهٔ تشکیل شورای تخصصی تحول و ارتقای علوم انسانی را به تصویب رساند.

شورای تحول پس از تدوین و تصویب برنامه‌های آموزشی دروس و سرفصل‌های جدید رشته‌های علوم انسانی، تألیف متون درسی دانشگاهی را مطابق با سرفصل جدید با دعوت از اندیشمندان و اساتید برجستهٔ دانشگاهی و حوزوی در دستور کار خود قرار داد.

سازمان «سمت» به عنوان عضوی از اعضای شورای تحول با سابقهٔ طولانی و تجربهٔ موفق چندین دههٔ خویش در تألیف و ترجمهٔ منابع علوم انسانی در کنار مأموریت مصوب خویش در تحقق اهداف شورای تحول نیز همکاری نزدیک داشته و در تمامی مراحل تدوین از قبیل تعیین مؤلف، نظارت بر تأمین محتوا و ارزیابی‌های علمی و آموزشی به صورت مشترک با شورای تحول همکاری دارد؛ علاوه بر آن، عهده‌دار مراحل نشر متون مزبور نیز می‌باشد.

دشواری تألیف متون درسی دانشگاهی بر اهل نظر پوشیده نیست و به همین جهت در این راه نیل به کمال مطلوب می‌باید به تدریج و پس از انتقادها و یادآوری‌های پیاپی ارباب نظر به دست آید. انتظار دارد که استادان محترم از این همیاری و راهنمایی دریغ نورزند و با پیشنهادهای اصلاحی خود، این دو نهاد را در اصلاح کتاب حاضر و تدوین دیگر آثار مورد نیاز جامعهٔ دانشگاهی جمهوری اسلامی ایران یاری دهند.

کتاب حاضر برای دانشجویان رشتهٔ روان‌شناسی در مقطع کارشناسی به عنوان منبع اصلی درس «روان‌شناسی سالمندی» به ارزش ۲ واحد تدوین شده است. امید است علاوه بر جامعهٔ دانشگاهی، سایر علاقه‌مندان نیز از آن بهره‌مند شوند.

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
پیشگفتار	۱
فصل اول: کلیات	۷
۱ـ۱ روان‌شناسی سالمندی	۷
۱ـ۲ پیری‌شناسی	۸
۱ـ۲ـ۱ مفهوم لغوی سالمندی (پیری)	۸
۱ـ۲ـ۲ واژهٔ پیر و کلمات هم‌معنای آن در ادبیات فارسی	۱۱
۱ـ۲ـ۳ تعریف پیری یا سالمندی	۱۳
۱ـ۳ اهداف مطالعهٔ روان‌شناسی سالمندی	۱۹
۱ـ۴ مرور سالمندی در گذر تاریخ	۲۲
۱ـ۴ـ۱ سن‌گرایی (تبعیض بر مبنای سالخوردگی)	۲۴
۱ـ۴ـ۲ جایگاه سالمند در آموزه‌های اسلامی	۲۶
۱ـ۴ـ۳ مسئلهٔ سالمندی در سال‌های اخیر	۲۷
۱ـ۵ چند اصطلاح جمعیت‌شناختی	۲۸
۱ـ۵ـ۱ شاخص پیری (سالمندی)	۲۸
۱ـ۵ـ۲ نسبت وابستگی	۲۸
۱ـ۵ـ۳ نسبت جایگزینی بالقوه	۲۹
۱ـ۵ـ۴ امید به زندگی	۲۹
۱ـ۶ مروری بر وضعیت جمعیت سالمندی	۳۰
۱ـ۷ ویژگی‌های جمعیتی سالمندان	۳۵
۱ـ۷ـ۱ ویژگی‌های جمعیتی سالمندان در جهان	۳۵
۱ـ۷ـ۲ ویژگی‌های جمعیتی سالمندان در ایران	۳۷
منابع	۴۰

عنوان | صفحه

فصل دوم: روش‌های مطالعهٔ سالمندی ۴۳
۲ـ۱ انواع طرح‌های پژوهشی ۴۴
۲ـ۱ـ۱ طرح‌های آزمایشی ۴۴
۲ـ۱ـ۲ طرح‌های پژوهشی توصیفی ۴۷
۲ـ۱ـ۳ طرح‌های همبستگی ۶۵
۲ـ۲ روش‌های کیفی ۶۹
۲ـ۲ـ۱ مصاحبه‌ها ۷۰
۲ـ۲ـ۲ گروه‌های کانونی ۷۱
۲ـ۲ـ۳ روش‌های مشاهده‌ای ۷۲
۲ـ۲ـ۴ فنون تحلیل داده ۷۴
۲ـ۳ مسائل اخلاقی در تحقیق ۷۴
۲ـ۳ـ۱ رضایت آگاهانه ۷۵
۲ـ۳ـ۲ فاش‌سازی ۷۶
۲ـ۳ـ۳ محافظت از پاسخگویان ۷۷
منابع ۷۷

فصل سوم: نظریه‌های پیری ۷۹
۳ـ۱ نظریه‌های زیست‌شناختی ۸۱
۳ـ۱ـ۱ نظریه‌های برنامه‌ریزی‌شده ۸۱
۳ـ۱ـ۲ نظریه‌های خطا ۸۴
۳ـ۱ـ۳ ارزیابی کلی از نظریه‌های زیست‌شناختی ۸۹
۳ـ۲ نظریه‌های روانی ـ اجتماعی ۹۰
۳ـ۲ـ۱ نظریه‌های روان‌شناختی ۹۰
۳ـ۲ـ۲ ارزیابی نظریه‌های روان‌شناختی ۱۰۱
۳ـ۳ نظریه‌های اجتماعی سالمندی ۱۰۴
۳ـ۳ـ۱ نظریهٔ رهایی از قید ۱۰۵
۳ـ۳ـ۲ نظریهٔ فعالیت ۱۰۶
۳ـ۳ـ۳ نظریهٔ تضاد ۱۰۷
۳ـ۳ـ۴ نظریهٔ نقش ۱۰۸

عنوان	صفحه
۴ـ۳ ارزیابی نظریه‌های اجتماعی سالمندی	۱۰۹
منابع	۱۱۱
فصل چهارم: تغییرات جسمی	۱۱۲
۴ـ۱ تغییرات ظاهری جسم	۱۱۲
۴ـ۱ـ۱ پوست	۱۱۵
۴ـ۱ـ۲ مو	۱۱۷
۴ـ۱ـ۳ تغییرات در صدا	۱۱۸
۴ـ۲ ساختار بدن	۱۱۹
۴ـ۲ـ۱ قابلیت تحرک	۱۲۱
۴ـ۲ـ۲ عضلات بدنی	۱۲۲
۴ـ۲ـ۳ استخوان‌ها	۱۲۳
۴ـ۲ـ۴ مفاصل	۱۲۵
۴ـ۳ عملکردهای جسمانی حیاتی	۱۲۶
۴ـ۳ـ۱ دستگاه قلب و عروق	۱۲۷
۴ـ۳ـ۲ دستگاه تنفسی	۱۲۸
۴ـ۳ـ۳ دستگاه ادراری	۱۲۹
۴ـ۳ـ۴ دستگاه گوارش	۱۳۰
۴ـ۴ نظام‌های حسی سالمند	۱۳۱
۴ـ۴ـ۱ بینایی	۱۳۱
۴ـ۴ـ۲ شنوایی	۱۳۳
۴ـ۴ـ۳ چشایی	۱۳۵
۴ـ۴ـ۴ بویایی	۱۳۵
۴ـ۴ـ۵ لامسه	۱۳۶
۴ـ۵ سازگاری با تغییرات جسمی	۱۳۷
منابع	۱۳۹
فصل پنجم: ویژگی‌های روانی و اجتماعی سالمندان	۱۴۱
۵ـ۱ کلیات	۱۴۱
۵ـ۱ـ۱ نگرش‌ها و دغدغه‌های سالمندان	۱۴۱

عنوان | صفحه

۵ـ۱ـ۲ معنای لغوی و تعریف ارتباط ۱۴۲
۵ـ۲ روابط چهارگانه در دورهٔ سالمندی ۱۴۲
۵ـ۲ـ۱ رابطه با خود ۱۴۳
۵ـ۲ـ۲ رابطه با خداوند ۱۵۱
۵ـ۲ـ۳ رابطه با طبیعت ۱۵۵
۵ـ۲ـ۴ رابطه با دیگران ۱۵۷
۵ـ۳ نگرش‌ها به سالمندی و سالمندان ۱۵۹
۵ـ۳ـ۱ برداشت‌های نادرست از سالمندی ۱۵۹
۵ـ۳ـ۲ بازنشستگی ۱۶۱
۵ـ۳ـ۳ بیوگی ۱۶۴
منابع ۱۶۵

فصل ششم: سالمندی، شخصیت و سبک زندگی ۱۶۷
۶ـ۱ شخصیت و عوامل به وجودآورندهٔ شخصیت ۱۶۷
۶ـ۱ـ۱ دیدگاه روان‌پویشی ۱۶۸
۶ـ۱ـ۲ نظریه‌های صفت ۱۷۴
۶ـ۱ـ۳ رویکردهای شناختی ـ اجتماعی و ارزیابی آن ۱۷۷
۶ـ۱ـ۴ دیدگاه شناختی ۱۸۰
۶ـ۲ گونه‌شناسی شخصیت و سالمندی ۱۸۲
۶ـ۳ شخصیت و سبک زندگی ۱۸۶
۶ـ۳ـ۱ سبک زندگی ۱۸۷
منابع ۱۹۹

فصل هفتم: نقش مذهب در دورهٔ سالمندی ۲۰۱
۷ـ۱ نقش مذهب در زندگی سالمندان ۲۰۱
۷ـ۱ـ۱ مذهب و معنای زندگی ۲۰۵
۷ـ۱ـ۲ مذهب و غلبه بر تنیدگی‌ها ۲۰۵
۷ـ۲ ابعاد مذهب در گسترهٔ سلامت ۲۱۲
۷ـ۲ـ۱ رابطهٔ دینداری و صفات شخصیت ۲۱۳
۷ـ۲ـ۲ مذهب، بهزیستی و سلامت روانی ۲۱۳
۷ـ۲ـ۳ مذهب و سلامت جسمانی ۲۱۴
۷ـ۲ـ۴ مذهب، خوش‌بینی و امید ۲۱۴

عنوان	صفحه
۷ـ۲ـ۵ مذهب، افسردگی و اضطراب	۲۱۵
۷ـ۲ـ۶ مذهب و حمایت اجتماعی	۲۱۵
۷ـ۲ـ۷ چگونگی تأثیرگذاری رفتارهای مذهبی بر سلامت	۲۱۶
منابع	۲۲۵
فصل هشتم: سالمندی موفق	۲۲۷
۸ـ۱ چیستی سالمندی موفق	۲۲۷
۸ـ۱ـ۱ تعریف سالمندی موفق	۲۳۱
۸ـ۱ـ۲ پیامدها، ملاک‌ها و ابعاد سالمندی موفق	۲۳۶
۸ـ۲ دستیابی به سالمندی موفق	۲۳۸
۸ـ۲ـ۱ سالمندی موفق و رضایتمندی از زندگی	۲۴۴
۸ـ۲ـ۲ خوش‌بینی، شاخصی از سالمندی موفق	۲۴۷
۸ـ۲ـ۳ انعطاف‌پذیر بودن، شاخصی از سالمندی موفق	۲۴۸
۸ـ۳ نقش مذهب در سالمندی موفق	۲۴۹
۸ـ۴ نقش رویدادهای زندگی در سالمندی موفق	۲۵۰
۸ـ۵ دیدگاه‌های انتقادی نسبت به سالمندی موفق	۲۵۲
منابع	۲۵۴
فصل نهم: اختلالات عصبی ـ روانی و سالمندی	۲۵۷
۹ـ۱ انواع بیماری‌های روانی و سالمندی	۲۵۷
۹ـ۱ـ۱ اختلالات اضطرابی	۲۵۷
۹ـ۱ـ۲ اختلالات روان‌پریشی	۲۵۹
۹ـ۱ـ۳ سوء مصرف مواد	۲۵۹
۹ـ۱ـ۴ افسردگی	۲۶۰
۹ـ۱ـ۵ اختلال خواب	۲۶۱
۹ـ۲ اختلالات عصب‌شناختی	۲۶۲
۹ـ۲ـ۱ زوال عقل	۲۶۲
۹ـ۲ـ۲ بیماری پارکینسون	۲۶۹
۹ـ۲ـ۳ بیماری هانتینگتون	۲۶۹
۹ـ۲ـ۴ دلیریوم	۲۷۰
منابع	۲۷۲

پیشگفتار

امروزه جمعیت قابل توجهی توفیق آن را دارند تا با پشت سر نهادن مراحل مختلف تحول از کودکی به جوانی، و از جوانی به میان‌سالی، و در نهایت به سالمندی برسند؛ رسیدن به دورهٔ سالمندی یعنی گام نهادن به آخرین مرحله از زندگی. این دورهٔ سنی، برحسب تعریف، شامل سنین بالاتر از ۶۰ یا ۶۵ سال است؛ پس اگر حداکثر عمر نوع انسان را ۱۲۰ سال بدانیم، فرد با ورود به دورهٔ سالمندی به نیمهٔ عمر خود رسیده است. بنابراین هرچند این دوره را آخرین مرحله از زندگی می‌دانیم اما باید به زمان گستردهٔ این دوره، که تقریباً نیمی از کل عمر را دربر می‌گیرد، توجه داشته باشیم. واقعیت آن است که در حال حاضر رسیدن به سن ۱۲۰ سال نصیب شمار اندکی از افراد می‌شود. بیشترین امید به زندگی، که مربوط به کشور ژاپن است، برای زنان ۸۷ سال و برای مردان ۸۰/۱ سال است. اما با افزایش امید به زندگی، که از موضوعات مورد توجه این کتاب است، و نیز پیشرفت علم، هر ساله مجال یافتن عمری طولانی‌تر برای انسان فزونی می‌یابد. بنابراین اگر حادثه‌ای رخ ندهد و دستگاه‌های حیاتی بدن فرد به فعالیت خود ادامه دهند، می‌توانیم ده‌ها سال پس از ورود به دورهٔ سالمندی همچنان زنده باشیم.

جاذبهٔ زندگی آن‌چنان است که آگاهی از طول عمر بیشتر ما را سرزنده و شادمان می‌سازد و خبر مرگ قریب‌الوقوع، ما را نگران و مضطرب می‌کند. در عین حال طول عمر زمانی خوشایند است که همراه با سلامتی و رضایتمندی از زندگی باشد. بروز ناتوانی و افزایش بیش از حد آن در این دوره، یا وجود نواقص جسمانی عمده، یا عدم پذیرش شرایط موجود به هر دلیل، می‌تواند سبب شود تا سالمند از طول عمر خود لذت نبرد یا دست‌کم رضایتمندی از زندگی در وی کاهش یابد.

روان‌شناسی سالمندی به عنوان بخشی از روان‌شناسی تحولی در پی توصیف و تبیین تغییرات (کمّی و کیفی) در ابعاد جسمی، روانی، عاطفی، معنوی و اجتماعی فرد در دورهٔ سالمندی است. در واقع هدف روان‌شناسی سالمندی آن است که با مشاهده و مطالعهٔ رفتار بتواند ضمن بررسی علل رفتار، حاصل مطالعات را در جهت تحول مثبت افراد به ویژه سالمندان به کار گیرد. روان‌شناسی سالمندی ما را با ویژگی‌ها و مقتضیات دورهٔ سالمندی آشنا می‌سازد؛ گرچه برای شناخت هرچه دقیق‌تر و همه‌جانبهٔ سالمندی، علاوه بر دانش روان‌شناسی، برخی دیگر از علوم همچون زیست‌شناسی و جامعه‌شناسی نیز در این مسیر کمک‌رسان خواهند بود.

درک ما از توانایی‌ها و ناتوانی‌های فرد در این دوره علاوه بر آن که از منظر پژوهش‌های علمی دارای اهمیت است به طور خاص برای مخاطبان اصلی، یعنی سالمندان، و همچنین آنان که در حال ورود به دورهٔ سالمندی هستند نیز مفید است. روان‌شناسی سالمندی به ما کمک می‌کند تا هم از وضعیت، مشکلات، و مسائل سالمند آگاه شویم و هم چشم‌اندازی از آیندهٔ خویش به دست آوریم. اطلاع ما از آنچه در پیش رو داریم می‌تواند به سبک زندگی امروز ما جهت دهد؛ و اطلاع از آنچه سالمندان با آن مواجه‌اند، ما را در یافتن درک درستی از ایشان یاری می‌کند تا بهتر بتوانیم پاسخگوی نیاز آن‌ها باشیم. به جز این، آگاهی سالمندان از ویژگی‌های خود به آن‌ها کمک می‌کند تا:

۱. ویژگی‌های طبیعی خود را از ویژگی‌های غیر طبیعی بازشناسند؛

۲. از محدودیت‌ها و توانمندی‌هایی که تجربه کرده‌اند یا به زودی تجربه خواهند کرد، مطلع شوند؛

۳. از امکانات و فرصت‌هایی که می‌توانند متناسب با شرایط عمومی خود داشته باشند، مطلع شوند؛

۴. از الگوهایی که سالمندان موفق برای ارتقای سطح توانمندی، و نیز رضایتمندی خود از زندگی به کار می‌گیرند، مطلع گردند؛ و از عواملی که کیفیت سالمندی را تقلیل می‌دهد، اجتناب نمایند.

در این کتاب تلاش شده است با رویکردی روان‌شناختی، تصویری واقع‌بینانه از شرایط و وضعیت سالمندی ارائه شود تا ضمن شناخت حقایق این دوره، اهمیت و جایگاه آن برجسته‌تر گردد. نکتهٔ مهمی که لازم است به آن توجه شود نقش عوامل اجتماعی و فرهنگی بر تحول فرد، و در اینجا به طور خاص، بر سالمند است. مؤلفان غالب کتاب‌های روان‌شناسی که گسترهٔ عمر[1] را بررسی کرده‌اند، هم به طور مستقیم و هم به طور غیر مستقیم به نقش عوامل اجتماعی، فرهنگی و بستر رفتارها توجه نشان داده‌اند. در رویکرد روان‌شناختی، بی‌توجهی به بسترهای فرهنگی و اجتماعی رفتار سالمندان، و صرفاً تکیه کردن بر دانش روان‌شناسی غربی، ما را از شناخت دقیق واقعیت سالمندی در ایران دور می‌سازد. برای مثال افزایش میزان خودکشی در دورهٔ سالمندی نسبت به دوره‌های دیگر زندگی واقعیتی است که در غرب وجود دارد، اما در کشور ما آمارهایی که از منابع مختلف به دست آمده است این مطلب را نشان نمی‌دهد. بدون شک تفاوت در جامعهٔ بومی سالمند مهم‌ترین دلیل این اختلاف به شمار می‌رود. حتی تجربه‌های زیستی آن دسته از افراد ایرانی که به نظر می‌رسد دارای سبک زندگی مشابه برخی دیگر از کشورها باشند نیز در بستر اجتماعی و فرهنگی موجود، تمایزات و تفاوت‌های خاص خود را دارد. مزید بر این، سایر تجارب روانی و اجتماعی سالمندان کاملاً متأثر از بافت و زمینه‌ای است که سالمند در آن قرار دارد. ناگفته پیداست که این نگرش به سالمندی نه از حیث توجه ویژه و تکیه بر اختصاصات سالمندان صرفاً ایرانی است، بلکه سالمندان در تمام جوامع و کشورهای مختلف، در عین مشابهت‌هایی که با هم دارند به دلیل شرایط اجتماعی و فرهنگی جامعهٔ خود تمایزاتی پیدا می‌کنند.

کتاب حاضر مشتمل بر نه فصل است. فصل اول مدخلی به موضوع سالمندی است که در آن با تعریف مفهوم سالمندی، اهداف روان‌شناسی سالمندی مطرح شده است. همچنین جایگاه سالمندی در جوامع مختلف، و به طور خاص در فرهنگ

1. lifespan

اسلامی، معرفی شده است. در ادامه نیز با رویکردی جمعیت‌شناختی ضرورت توجه به موضوع روان‌شناسی سالمندی مورد بررسی قرار گرفته است. فصل دوم به معرفی روش‌های مطالعهٔ سالمندی اختصاص یافته است. طرح آزمایشی، طرح‌های پژوهشی ـ توصیفی شامل طرح‌های طولی و مقطعی (با اشاره به مهم‌ترین محاسن و معایب هر کدام)، طرح‌های همبستگی، و روش‌های کیفی (با اشاره به روش‌های مختلف جمع‌آوری اطلاعات همچون مصاحبه، گروه‌های کانونی و مشاهده) و در انتها مسائل اخلاقی مرتبط با تحقیق به تفصیل مورد بررسی قرار گرفته است. موضوع فصل سوم نظریه‌های مختلف زیستی، روانی و اجتماعی سالمندی است. فصل چهارم به تغییرات جسمی اعم از تغییر در دستگاه‌های حیات‌بخش بدن، تغییرات حرکتی یا تغییر در حواس مختلف تخصیص یافته است. مخاطب کتاب در فصل پنجم با ویژگی‌های روانی و اجتماعی سالمندان آشنا می‌شود. در این فصل با رویکردی چهار عاملی رابطهٔ سالمند با خود، دیگران، طبیعت و خداوند مورد بحث قرار گرفته، و در ادامه مباحثی چون بازنشستگی و بیوگی مطرح شده است. در فصل ششم به موضوع شخصیت و سبک زندگی در دورهٔ سالمندی پرداخته شده است. با اشاره‌ای اجمالی به چند رویکرد برجسته در حوزهٔ شخصیت، نقش و اهمیت سبک زندگی برای ورود به دورهٔ سالمندی و گذران سالمندی مورد توجه قرار گرفته است. در فصل هفتم خواننده با نقش مذهب در دورهٔ سالمندی آشنا می‌شود. در این فصل با اشاره به برخی دیدگاه‌ها و نظریه‌ها، و تحقیقات صورت گرفته دربارهٔ نقش مذهب در دورهٔ سالمندی، مؤلفه‌های مذهب در نقش‌آفرینی مؤثر بر سالمندی تحلیل شده است. در فصل هشتم موضوع سالمندیِ موفق، و ویژگی‌ها و عوامل مرتبط با آن معرفی شده و مورد بررسی قرار گرفته است. در فصل نهم، فصل پایانی کتاب، متداول‌ترین بیماری‌های روانی در دورهٔ سالمندی مدنظر قرار گرفته است. بیماری‌هایی چون آلزایمر، پارکینسون، هانتینگتون و دلیریوم به همراه برخی اختلالات روانی دیگر همچون اضطراب، افسردگی در این فصل معرفی شده است.

این کتاب که به ارزش دو واحد درسی برای دانشجویان دورهٔ کارشناسی

روان‌شناسی تألیف شده، برای مربیان، دانشجویان رشته‌های مشاوره، علوم تربیتی، پرستاری، پزشکی و دیگر رشته‌های مرتبط با مسائل سالمندان قابل استفاده است. آنچه ارائه شده محصول بررسی و پژوهش چندین سالهٔ مؤلف در حوزهٔ سالمندی است. همچنین مؤلف، به طور خاص، در سه سال گذشته کوشیده است تا با عنایت به آخرین دستاوردهای علمی در زمینهٔ روان‌شناسی سالمندی در جهان، فصول مختلف این کتاب را به نحو شایسته‌ای تدوین کند. با وجود این نمی‌توان ادعا کرد آنچه ارائه شده، خالی از اشکال است؛ لذا انتظار می‌رود پیشنهادها و راهنمایی‌های همهٔ استادان، صاحب‌نظران، دانشجویان و دیگر خوانندگان این کتاب، بر اعتلای این دانش بیفزاید.

عبدالله معتمدی

فصل اول

کلیات

۱ـ۱ روان‌شناسی سالمندی

روان‌شناسی علم مطالعهٔ ذهن و رفتار است. تمامی جوانب تجارب انسان، از کنش‌های مغز فرد تا اعمال ملت‌ها، از تحول کودک تا مراقبت از سالمندان در حوزهٔ فعالیت روان‌شناسی است و روان‌شناسان به دنبال فهم رفتار هستند (APA، ۲۰۱۳). با این وصف روان‌شناسی سالمندی[1] علم مطالعهٔ ذهن و رفتار در دورهٔ سالمندی است. همچنین گفته شده است: روان‌شناسی سالمندی شاخه‌ای از روان‌شناسی است که ثبات و تغییرات رفتار و تجارب انسان در اواخر زندگی را بررسی می‌کند (کومپ و آرتسن، ۲۰۱۳). سالمندی راهی است در پیوستار زمان که انسان طی می‌کند. دربارهٔ سالمندی باید سه مطلب مهم را به یاد سپرد: نخست آن‌که تغییرات پیشروندهٔ طبیعی که در سلول‌ها، اندام‌ها، نظام‌های زیست‌شناختی و غیره صورت می‌پذیرد، مبیّن سالمندی است. دیگر آن‌که سالمندی فرایندی انفرادی است، و هیچ دو فردی سالمندی را به شکل یکسان تجربه نمی‌کنند؛ و بالاخره باید دانست که حتی در درون یک فرد نیز اندام‌ها و نظام‌های زیست‌شناختی مختلف،

---

۱. هرچند برخی کلمهٔ معادل روان‌شناسی سالمندی را gerontopsychology یا geropsychology می‌دانند، اما در سال‌های اخیر روان‌شناسی سالمندی را با عبارت psychology of aging معرفی کرده‌اند؛ با این استدلال که معادل دوم مفهوم تغییر و تحول را با صراحت بیشتری نشان می‌دهد (شای و ویلیس، ۲۰۱۱).

آهنگ پیری یکسانی ندارند.

از سوی دیگر فرض بر این است که فرایند تحول و تغییر در دورهٔ سالمندی لزوماً فرایند کاهشی و یک‌جنبه‌ای نیست، بلکه چندجنبه‌ای یا پایدار است. این مطلب متفاوت از دیدگاه اولیه‌ای است که در پیری‌شناسی مطرح بود؛ در پیری‌شناسی کاهش‌ها به عنوان یک ویژگی سالمندی/پیری مطرح می‌شد. در مقابل، امروزه در روان‌شناسی سالمندی بر پتانسیل‌های تحولی افراد سالمند و منابع محیطی تأکید می‌شود. بنابراین تحقیقات سالمندی از آسیب‌شناسی به سالمندی سالم تغییر وضعیت داده است (کومپ و آرتسن، ۲۰۱۳).

۱ـ۲ پیری شناسی

پیری‌شناسی[1] دانشی میان‌رشته‌ای از علوم مختلف همچون جامعه‌شناسی، اقتصاد، زیست‌شناسی، روان‌شناسی و شیوع‌شناسی است که به مطالعهٔ دورهٔ سالمندی انسان می‌پردازد. پیری‌شناسی معادل فارسی کلمهٔ gerontology است. بخش اول واژه از کلمات یونانی geron به معنای انسان پیر و gerh به معنای رشد کردن، و رسش گرفته شده است (فیلیپا[2] و دیگران، ۲۰۰۹؛ به نقل از: کومپ و آرتسن، ۲۰۱۳).

۱ـ۲ـ۱ مفهوم لغوی سالمندی (پیری)

در روان‌شناسی تحولی[3]، فراخنای زندگی به دورهٔ قبل از تولد و دورهٔ پس از تولد شامل: کودکی[4]، نوجوانی[5]، جوانی[6]، میان‌سالی[7] و سالمندی[8] اطلاق می‌شود. سالمندی، سالخوردگی، کهنسالی یا پیری واژه‌هایی‌اند که برای آخرین دوره از

1. gerontology
2. Philippa
3. developmental psychology
4. childhood
5. adolescence
6. childhood adulthood
7. middle adulthood
8. late adulthood

زندگی انسان به کار گرفته می‌شوند. در این کتاب کلمهٔ سالمندی با کلمهٔ پیری مترادف دانسته شده، گرچه در فصل‌های مختلف کتاب از واژهٔ سالمندی بیش از پیری استفاده شده است. مهم‌ترین دلیل، بار القایی و ادراکی حاصل از بازخورد احتمالی نسبت به هر یک از این کلمات در سطح جامعه است. می‌توان پنداشت که کاربرد واژهٔ سالمند برای افراد سالخورده کمتر از کلمهٔ پیر بازخورد منفی ایجاد می‌کند.

به طور قراردادی سال‌های پس از ۶۰ سالگی [در برخی متون ۶۵ سالگی] به دورهٔ پیری تعریف شده است. سازمان جهانی بهداشت[1] پیری/ سالمندی را بدین صورت طبقه‌بندی کرده است:

۱. ۶۰ـ۷۴: پیر جوان[2]،

۲. ۷۵ـ۸۴: پیر میانه[3]،

۳. ۸۵ به بالا: پیر پیر[4] (تیمیراس[5]، ۲۰۰۷).

از نظر لغوی، پیر ساخت دیگری از واژهٔ پدر است. ریشهٔ این واژه در پهلوی پیتَر[6]، با ساخت‌های پدر، پیتَر و سرانجام پیر به فارسی دری رسیده است. پدری در آیین‌های ایرانیان باستان به ویژه آیین مهر برترین مقام در پیشوایی شمرده می‌شده است (کزازی، ۱۳۷۵؛ به نقل از: باقری، ۱۳۷۸).

در زبان عربی کلماتی هستند که دلالت بر پیری دارند، اگرچه هر یک از این کلمات با یکدیگر تفاوت‌هایی معنایی دارند. یکی از این کلمات که در فارسی نیز کاربرد دارد، کهولت است. ریشهٔ این کلمه کهل، به معنای کهنسال است؛ و کسی را گویند که پیری با او درآمیزد و عظمتی در او دیده شود. با توجه به برداشتی که در فارسی از کلمهٔ کهنسال می‌شود به نظر می‌رسد این واژه معادلی برای کهولت نباشد.

---

1. World Health Organization
2. young old
3. middle old
4. old old
5. Timiras
6. Pitar

در برخی متون، دورهٔ کهولت حد فاصل بین دورهٔ شباب (جوانی) و شیخوخت (پیری) دانسته شده، که دورهٔ سنی ۳۰ یا ۳۴ سال تا ۵۱ سال را دربر می‌گیرد (تهرانی، بی‌تا: ۷۸)، در حالی که استنباط ما از کلمهٔ کهنسالی مربوط به دورهٔ آخر زندگی است. کلمات معمر (سالخورده) و عجوز (پیرزن)، کبیر (بزرگسال)، الشّیب (پیر)، الشیخ (پیر سالخورده) و الهرم (پیری زیاد، نهایت سن پیری) از دیگر واژه‌های معادل پیری در عربی به شمار می‌رود.

در قرآن از کلمهٔ ارذل‌العمر معادل کلمهٔ پیری استفاده شده است. در سورهٔ نحل آمده‌است: **وَمِنکُم مَن یُرَدُّ اِلی اَرذَلِ العُمُر لِکَی لا یَعلَمَ بَعدَ عِلمٍ شَیئاً**: «برخی از شما به ارذل‌العمر (پیری و دوران ضعف و ناتوانی) می‌رسد تا آنجا که پس از دانش و هوش، هیچ‌یک از معلومات خود را به یاد نمی‌آورد» (نحل/۷۰). علامه طباطبایی در جلد ۱۲ تفسیر *المیزان* آورده که کلمهٔ «ارذل» اسم تفضیل از رذالت و پستی است، و مراد از «ارذل‌العمر» به قرینه جملهٔ «لِکَیْ لا یَعْلَمَ ...» سن شیخوخت و پیری است، که قوای شعور و ادراک در آن انحطاط می‌یابد، و البته این انحطاط به اختلاف مزاج‌ها مختلف می‌شود، و غالباً از سن ۷۵ سالگی شروع می‌شود. معنای آیه این است که: خدا شما گروه مردم را خلق کرده پس آن‌گاه شما را در عمر متوسط می‌گیرد، و البته بعضی از شما هستند که تا سن پیری رسیده آن‌قدر به عقب برمی‌گردند که از ضعف قوای دراکه بعد از آن‌که عمری عالم بودند دیگر چیزی را ندانند، و این خود دلیل و نشانهٔ این است که زندگی و مردن و شعور و علم شما به دست خود شما نیست، وگرنه شعور خود را برای خود نگه می‌داشتید، و زندگی خود را هم برای خود حفظ می‌کردید، بلکه این زندگی و علم با نظام عجیبی که دارد به علم و قدرت خدا منتهی می‌گردد (علامه طباطبایی، بی‌تا: ۴۲۵ـ۴۲۶).

علامه همچنین در جلد ۱۷ *المیزان* در مورد آیهٔ **وَ مَنْ نُعَمِّرْهُ نُنَکِّسْهُ فِی الْخَلْقِ أَفَلا یَعْقِلُونَ** (یس/ ۶۸)، آورده است: کلمهٔ «نعمره» از مصدر «تعمیر» است که به معنای طولانی کردن عمر است (تعمیر خانه را هم از این‌رو تعمیر گفته‌اند که سبب طول عمر آن است). کلمهٔ «ننکسه» از مصدر «تنکیس» است که به معنای برگرداندن

چیزی است به صورتی که بالایش پایین قرار گیرد و نیرویش مبدل به ضعف گردد، و زیادتش رو به نقصان گذارد؛ و انسان در روزگار پیری همین‌طور می‌شود: قوتش مبدل به ضعف، و علمش مبدل به جهل، و یاد و هوشش مبدل به فراموشی می‌گردد.

در قرآن چهار بار از کلمهٔ شیخ به معنای پیرمرد و سالخورده (قصص/۲۳؛ هود/۷۲؛ یوسف/۷۸؛ به صورت جمع: غافر/۶۷) و دقیقاً چهار مورد نیز از کلمهٔ عجوز به معنای پیرزن (هود/۷۲؛ شعراء/۱۷۱؛ صافات/۱۳۵؛ ذاریات/۲۹) استفاده شده است.

۱ـ۲ـ۲ واژهٔ پیر و کلمات هم‌معنای آن در ادبیات فارسی

در متون ادب فارسی از واژهٔ پیر و کلمات هم‌معنای آن فراوان استفاده شده است. گاه پیر در ترکیب‌هایی همچون پیر سر، پیران سر و پیرانه سر، به معنی «سپیدموی» به کار گرفته شده است. فردوسی می‌گوید:

نبینی کزین بی‌هنر دخترم — چه رسوایی آمد به پیران سَرَم
که را آمد این پیش کامد مرا — که فرزند کُشتم، به پیران سرا

حافظ گوید:

اگر آن طایرِ قُدسی، ز دَرَم بازآید — عمرِ بگذشته به پیرانه سرم بازآید
این که پیرانه سرم صحبتِ یوسف بنواخت — اجرِ صبریست، که در کلبهٔ احزان کردم

اما پیر در اصطلاح صوفیان، به معنی پیشوا و رهبر است. مولوی در *مثنوی معنوی* می‌گوید:

غیرِ پیر، استاد و سرلشکر مباد — پیرِ گردون نی، ولی پیرِ رشاد
در زمان، گر پیر را شد زیردست — روشنایی دید و از ظلمت بِرَست
شرط، تسلیم است نی کارِ دراز — سود نَدْهَد در ضلالت ترکتاز
من نجویم بعد از این راهِ اثیر — پیر جویم پیر جویم پیر پیر

همچنین در اشعار حافظ ترکیبات مختلفی از پیر بدین گونه بیان شده است:

بنده پیرِ مُغانم که ز جهلم برهاند / پیرِ ما هرچه کند، عینِ عنایت باشد
هرگز به یُمنِ عاطفتِ پیرِ می‌فروش / ساغر تهی نشد، ز میِ صافِ روشنم
پیرِ گُلرنگِ من، اندر حقِ أزرق‌پوشان / رُخصَتِ خُبث نداد، ارنه حکایت‌ها بود
نصیحتی کنمت یاد گیر و در عمل آر / که این حدیث ز پیرِ طریقتم یاد است
نَخست موعظهٔ پیرِ می‌فروش اینست / که از مصاحبِ ناجنس، احتراز کنید
پیرِ دُردی کشِ ما، گرچه ندارد زر و زور / خوش عطابخش و خطاپوش ردایی دارد
به جانِ پیرِ خرابات و حقِّ صحبتِ او / که نیست در سَرِ من، جز هوایِ خدمتِ او
پیرِ پیمانه‌کشِ من، که روانش خوش باد / گفت: پرهیز کن از صحبتِ پیمان‌شکنان

گاهی کلمهٔ پیر با کلماتی دیگر ترکیب شده است مانند: پیر دیر؛ پیر خرابات؛ پیر مغان؛ پیر میخانه؛ پیر عقل؛ پیر زمانه؛ پیر دانا؛ پیر عَشق و پیر عقل.

مولانا می‌گوید:

آنچه تو در آینه بینی عیان / پیر اندر خشت بیند پیش از آن
پیر ایشانند کاین عالم نبود / جان ایشان بود در دریای جود
پیش از این تن عمرها بگذاشتند / پیش‌تر از کشت بر برداشتند
پیش‌تر از نقش جان پذیرفته‌اند / پیش‌تر از بحر درها سفته‌اند
پیر پیر عقل باشد ای پسر / نی سفیدی موی اندر ریش و سر

در برخی از متون ادبی و عرفانی فارسی از کلمهٔ شیخ استفاده شده است. شیخ نزد عرفا، مبتنی بر هر کدام از عقاید مختلف در فرق گوناگون، کسی است که در علوم شریعت و طریقت و حقیقت کامل شده باشد. کاشانی گوید: مراد از شیخی، درجهٔ نیابت نبوت است و شیخ نایب نبی است و باید در مرید تصرف کند و آینهٔ دل او را صاف کند و از زنگ هوای طبیعت زدوده کند. مقام شیخ مقامی است برتر که در آن مقام، هرچه خواهد شود (سجادی، ۱۳۷۳: ۱۰۸۱).

مولوی گوید:

کاین دعای شیخ نی چون هر دعاست / فانی است و گفت او گفت خداست
شیخ نورانی ز ره آگه کند / با سخن هم نور را همره کند

۱ـ۲ـ۳ تعریف پیری یا سالمندی

در دیدگاه‌های نظری متفاوت تعاریف گوناگونی از پیری ارائه شده است. بسیاری از تعاریف پیری از مفاهیمی مشترک چون: زوال پیشرونده، کاهش در واکنش یا کاهش قدرت انطباق استفاده می‌کنند که به روشنی حاکی از نگرش خاصی است که آن‌ها به پیری داشته‌اند (سالتوس[1]، ۲۰۱۰). اغلب زیست‌شناس‌هایی که رویکرد تکاملی دارند پیر شدن را به شکل زیر تعریف کرده‌اند: پیری کاهش پیشرونده مرتبط با سن است که در کنش فیزیولوژیایی درونی رخ می‌دهد و نرخ مرگ‌ومیر صرفاً ناشی از سن را افزایش و نرخ نوزایشی صرفاً ناشی از سن را کاهش می‌دهد (برونیکوسکی و فلَت[2]، ۲۰۱۰؛ فابیان[3] و فلَت، ۲۰۱۱). ساده‌ترین راه برای تعریف پیری شمردن تعداد سال‌هایی است که از بدو تولد طی شده است. زمانی که بیشتر ما به سن می‌اندیشیم معمولاً به این موضوع فکر می‌کنیم که چند سال از تولدمان گذشته است. این راهی برای تعریف سن است که سن تقویمی[4] نامیده می‌شود (کاواناف و بلانچارد ـ فیلدز[5]، ۲۰۰۶).

متخصصان سالمندی[6] غالباً به چهار وجه متمایز مفهوم سالمندی می‌پردازند: سن تقویمی، سن زیست‌شناختی[7]، سن روان‌شناختی[8] و سن جامعه‌شناختی[9]. سن تقویمی براساس سال‌هایی تعریف می‌شود که فرد از بدو تولد زندگی کرده است. سن زیست‌شناختی به تغییرات بدنی که کارآمدی نظام بدنی را کاهش می‌دهد اشاره می‌کند. سن روان‌شناختی شامل تغییراتی است که در فرایندهای حسی و ادراکی، توانایی‌های شناختی، و ظرفیت سازگاری و شخصیت رخ می‌دهد؛ و سرانجام سن

1. Timothy
2. Bronikowski & Flatt
3. Fabian
4. chronological age
5. Cavanaugh & Blanchard-Fields
6. gerontologists
7. biological age
8. psychological age
9. sociological age

جامعه‌شناختی به آن دسته از تغییرات در ایفای نقش‌های فرد و ارتباطات او با خانواده، دوستان و دیگر حمایت‌کنندگان غیر رسمی اطلاق می‌شود. نقش‌های مولد و در درون سازمان‌ها در همین گروه جای می‌گیرد (هوی‌مان و کیاک[1]، ۲۰۱۱).

کامر[2] (۲۰۱۲) معتقد است: سن زیست‌شناختی موقعیت فعلی فرد را از لحاظ توانایی‌های فردی در فراخنای زندگی نشان می‌دهد. متخصصان، سن زیست‌شناختی را با اندازه‌گیری کنش‌های مختلف دستگاه‌های سازمان حیاتی، همچون دستگاه قلبی ـ عروقی تعیین می‌کنند. با افزایش سن ظرفیت دستگاه‌ها برای خودتنظیمی کاهش و در نتیجه احتمال مرگ افزایش می‌یابد. سن اجتماعی به نقش‌های یک فرد، عادات و رفتار او در ارتباط با دیگر افراد جامعه اشاره دارد. برای مثال وضعیت پوشش شخص، زبان و شیوه‌های بین فردی ممکن است سن اجتماعی خاصی را نشان دهد. سن روان‌شناختی به ظرفیت یک فرد برای انطباق رفتار خود با تغییرات محیطی اشاره دارد. این جنبه از سن تحت تأثیر کنش‌های شناختی، انگیزشی و حرمت خود افراد است. برای فهم افراد مسن لازم است تمام این ابعاد سنی در نظر گرفته شوند.

به جز آنچه گفته شد سالمندی براساس فرایندهایی که در طول رشد فرد بر او تأثیر گذاشته‌اند، توصیف می‌شود. این موضوع می‌تواند به حوادث نسبتاً دور (مانند فقدان تحرک به دلیل فلج اطفال) با عنوان تأثیرات دور سالمندی[3]، و حوادث نزدیک‌تر (همچون فقدان تحرک به دلیل شکستگی پا) با عنوان تأثیرات نزدیک سالمندی[4]، تقسیم شود. همچنین سالمندی می‌تواند برحسب کسب ویژگی‌های خاصی در سال‌های پایانی زندگی تعریف شود. ویژگی‌های سالمندی همگانی[5] آن‌هایی هستند که در تمام سالمندان تا حدی رخ می‌دهند (مثل چروک پوست)، در حالی که ویژگی‌های سالمندی احتمالی[6] دارای شباهت‌هایی است، اما همگانی

1. Hooyman & Kiyak
2. Comer
3. distal ageing effects
4. proximal ageing effects
5. universal ageing
6. probabilistic ageing

نیستند (مثل ورم مفاصل). این واژه‌ها می‌توانند با مفاهیم مشابه سالمندی اولیه[1] (تغییرات سنی مربوط به بدن) و سالمندی ثانویه[2] (تغییراتی که با فراوانی بیشتری رخ می‌دهند، اما ملازم سالمندی نیستند)، در تقابل باشند. برخی صاحب‌نظران واژهٔ سالمندی ثالثیه[3] را نیز به این فهرست افزوده‌اند که به تباهی جسمی سریع و مشخص لحظات قبل از مرگ اشاره دارد (استوارت ـ همیلتن[4]، ۲۰۰۶).

یک روش دیگر برای سنجش سالمندی، جداسازی اوایل بزرگسالی از اواخر آن است. با این حال، تغییر از یکی به دیگری تدریجی و پیوسته است، در نتیجه هر ابزاری که برای سنجش سالمندی استفاده می‌شود تا حدی باید قراردادی باشد. این مسئله تجلی یک مشکل آشنا در علم است، این که چطور می‌توان یک پیوستار را به زیرگروه‌ها تقسیم کرد؟ برای مثال، در مورد طیف رنگ‌ها این مسئله بدیهی است که طیفی از رنگ قرمز و طیفی از نارنجی وجود دارد، اما این دو در یکدیگر فرورفته‌اند. در چه نقطه‌ای از طیف قرمز ـ نارنجی می‌توان گفت که رنگ از نارنجی به قرمز تغییر کرده است؟ همین‌طور یک فرد در چه نقطه‌ای، از میان‌سالی به سالمندی انتقال یافته است؟ گزارهٔ معروف «افراد یک شبه پیر نمی‌شوند»، دال بر تدریجی بودن فرایند پیری است. تغییر در ویژگی‌های جسمی و روانی یک فرد در طول سال‌های بسیاری دیده می‌شود، اما هنگامی که آستانه به طور مبهمی در هم فرورفته، تعیین دقیق لحظهٔ تغییر در این فرایند دشوار است.

عدم امکان تفکیک این در هم فرورفتگی زمانی در انتقال به سالمندی، یکی از دلایل رضایت‌بخش نبودن ارزشیابی براساس سن تقویمی است. اگرچه سن تقویمی به سادگی میزان مسن بودن فرد را تعیین می‌کند، اما این ارزیابی اساساً قراردادی است. این که کرهٔ زمین از زمان تولد فرد چند بار به دور خورشید چرخیده است، چیزی به جز گذر زمان در ارتباط با تغییرات نسبی دیگر در اختیار ما قرار

1. primary ageing
2. secondary ageing
3. tertiary ageing
4. Stuart-Hamilton

نمی‌دهد. در واقع، سن به تنهایی در برخی شرایط می‌تواند شاخص ضعیفی باشد. برای مثال، سن رابطهٔ ضعیفی با تغییرات بدنی دارد. می‌توان افراد ۷۰ ساله‌ای را به یاد آورد که دارای مصادیق تصویر قالبی از سالمندان هستند (موی خاکستری، پوست چروکیده، و غیره)، اما در عین حال می‌توان افراد «خوب محافظت‌شده‌ای[1]» را نیز در نظر آورد که فاقد ویژگی‌های سالمندی‌اند (پیر جوان‌نما[2]). همچنین می‌توان بزرگسالان جوان‌تری را به خاطر آورد که «پیری زودرس» دارند. موضوع بسیار مهم این است که مورد آخر باید از اختلالات بسیار نادری که در آن سالمندی به شکل فاحشی شتاب می‌گیرد، متمایز شود. این اختلالات شامل پروگریا[3] (یا سندرم هاچینسون ـ گیلفورد[4])، و سندرم وارنر[5] است.[6] در هر دو اختلال، بیمار ویژگی‌های جسمی و نشانگانی شبیه به پیری افراطی را نشان می‌دهد. اما این که آیا این اختلالات با پیری شتابان ژنتیکی ایجاد می‌شود یا به سادگی و به طور تصادفی فرد دچار این شباهت به سالمندی می‌شود، جای بحث دارد. در هر حال، حتی با نادیده گرفتن این موارد نادر، سن تقویمی به خودی خود فاصلهٔ زیادی از یک شاخص بی‌عیب و نقص دارد (استوارت ـ همیلتن، ۲۰۰۶).

برخی دیگر از پیری‌شناسان بین سن تقویمی و سن عملکردی[7] تفاوت قائل

---

1. well-preserved
2. agerasia
3. Progeria
4. Hutchinson-Gilford Syndrome
5. Werner's syndrome

۶. پروگریا نوعی بیماری نادر ژنتیکی است که در آن پیر شدن بدن هفت برابر حالت طبیعی اتفاق می‌افتد. آن‌چنان که یک کودک ۱۰ سالهٔ مبتلا مانند افراد ۷۰ ساله به نظر می‌رسد. این بیماری همچنین با عنوان سندرم هاچینسون ـ گیلفورد پروگریا و سندرم هاچینسون ـ گیلفورد نیز شناخته می‌شود. این سندرم را جاناتان هاچینسون در سال ۱۸۸۶ توصیف کرد و در عین حال، هستینگز گیلفورد نیز در سال ۱۸۹۷ به طور مستقل به ارائهٔ شرحی از این اختلال پرداخت. بررسی‌های این دو دانشمند بعدها موجب شد که این وضعیت سندرم هاچینسون ـ گیلفورد پیری زودرس یا به اختصار، HGPS نیز خوانده شود. این بیماری از سنین ۲ تا ۳ سالگی آغاز می‌شود و معمولاً عمر این افراد حدود ۱۳ سال است. سندرم وارنر نیز در نوجوانی شروع، و غالباً موجب مرگ در دههٔ چهل زندگی می‌شود.

7. functional age

شده‌اند. آن‌ها معتقدند سن تقویمی شاخص درستی از ظرفیت‌های عملکردی فرد نیست. سن عملکردی به سه جنبهٔ هم‌پوشان زیست‌شناختی، اجتماعی و روان شناختی مربوط می‌شود (کانینگهام و بیرن، ۱۹۸۵؛ به نقل از: کامر، ۲۰۱۲).

سن تقویمی، که «پیری» در آن شروع می‌شود، اغلب بین ۶۰ تا ۶۵ سالگی است (هرچند برخی از جامعه‌شناسان به محدودهٔ ۵۰ تا ۷۰ اشاره دارند و این ارقام می‌تواند با توجه به افزایش سن بازنشستگی اجباری تغییر کند). بسیاری از متخصصان سالمندی (افرادی که موضوع سالمندی را مطالعه می‌کنند)، نیز به طور مشابه سعی در انتخاب ارقام ۶۰ تا ۶۵ برای علامت‌گذاری سن شروع یا سن آستانه[1] دارند (استوارت ـ همیلتن، ۲۰۰۶).

سن تقویمی افراد اگرچه شاخص دقیقی برای تخمین عملکردهای جسمی و روانی و اجتماعی آن‌ها نیست، سازمان بهداشت جهانی با توجه به تفاوت امید به زندگی در جوامع و کشورهای مختلف جهان، در یک تعریف کلی ۶۰ سالگی را مرز دوران سالمندی در نظر گرفته است؛ این در حالی است که در کشورهای پیشرفته و غربی با توجه به امید بیشتر به زندگی، بهداشت بالاتر و معلولیت کمتر افراد آن جامعه، سن تقویمی سالمندی را ۶۵ سالگی در نظر می‌گیرند. امروزه در بعضی از پارلمان‌های کشورهای غربی، بحث بر سر این است که سن قانونی سالمندی را به مرز ۷۰ سالگی برسانند (آگرونین و مالتا[2]، ۲۰۰۵).

تا چند دههٔ پیش پاسخ به پرسش چیستی ماهیت پیری آسان می‌نمود. جامعه‌شناسان، جانورشناسان، پزشکان و عموم مردم معتقد بودند که هر کس در هر جامعه‌ای به طور یکسان پیر می‌شود خواه در قرن پانزدهم زندگی کند یا در قرن بیستم. پیری متضمن تغییراتی در بدن و رفتار بعد از بلوغ تلقی می‌شد و «از دست دادن» (زوال ساختاری و تخریب کنش) از مصادیق آن بود. در این منظر پیری آشکارا فرایند خوشایندی نبود. چین و چروک در صورت، ریزش موها، کندی

1. threshold age
2. Agronin & Maletta

حرکتی، تنفس کوتاه، فرایند زیست‌شناختی یکسان، کاهش بینایی، افزایش ناشنوایی و افت حافظه، از مشخصه‌های آن بود؛ همچنین از آن به عنوان یک فرایند بیولوژیک یکسان و اجتناب‌ناپذیر یاد می‌شد (پرلموتر و هال[1]، ۱۹۹۲). این نگرش به پیری را شای (۱۹۹۷)، در قالب الگوی نقصان ـ بازگشت‌ناپذیر[2] ارائه کرده است. دیدگاه جایگزین چنین نظری که او آن را الگوی ایستا، یا الگوی جبران نقصان نامیده، باعث تعاریف کاملاً متفاوتی از پیری شده است (سالتوس، ۲۰۱۰).

هرچند نگاه به پیری در قالب الگوی نقصان ـ بازگشت‌ناپذیر هنوز در بین بسیاری از افراد وجود دارد، اما پذیرش آن در میان محققان رو به افول است. موضوعی که بیشتر روشن شده این است که از دست دادن و فرسودگی در هر سنی ممکن است روی دهد. واقعیت این است که آغاز این روند قبل از تولد شروع می‌شود. برای مثال، مغز جنین دارای سلول‌ها یا اعصاب فراوانی است که هرگز استفاده نمی‌شوند. همچنان که مغز متحول می‌شود سلول‌هایی که با دیگر سلول‌ها ارتباط برقرار نمی‌کنند، می‌میرند. بنابراین کرتکس یک فرد ۲ ساله ارتباطات خیلی بیشتری از آنچه نیازمند باشد، دارد (گلدمن[3]، ۱۹۸۷؛ به نقل از: پرلموتر و هال، ۱۹۹۲). همچنین مطالعاتی که در دورهٔ پایانی فراخنای زندگی انجام شده است، نشان می‌دهد تمام تغییراتی که بعد از بلوغ اتفاق می‌افتد لزوماً تخریب و فرسایش نیست. بعضی از جنبه‌های هوشمندی تا نیمهٔ دوم زندگی ادامه می‌یابد (اشترنبرگ و واگنر[4]، ۱۹۸۶؛ به نقل از: پرلموتر و هال، ۱۹۹۲). بعضی از ما ممکن است هنگامی که به سن پیری رسیدیم شخصیت مهم‌تری داشته باشیم.

با توجه به آنچه گفته شد شاید مناسب‌ترین تعریف پیری، تعریفی باشد که بیرن و رنر[5] (۱۹۷۷؛ به نقل از: سالتوس، ۲۰۱۰) ارائه می‌کنند. آن‌ها به طور مشخص به علل انحصاری زیست‌شناختی، محیطی یا اجتماعی اشاره نمی‌کنند و راه را برای

1. Perlmuter & Hall
2. irreversible-decrement
3. Goldman
4. Sternberg & Wagner
5. Renner

مطالعات بیشتر اعم از تغییراتی که در فراخنای زندگی به نقصان می‌انجامد و یا تغییراتی که باعث پیشرفت می‌شود باز می‌گذارند. تعریف آن‌ها چنین است:

«... پیری به تغییرات قانونمندی برمی‌گردد که در جریان رسش در زندگی موجودات زنده به طور ژنتیکی نمایان می‌شود و همچنان که سن تقویمی افزایش می‌یابد تحت شرایط محیطی، خود را نشان می‌دهد» (بیرن و رنر، ۱۹۷۷؛ به نقل از: سالتوس، ۲۰۱۰: ۲۲).

۱ـ۳ اهداف مطالعهٔ روان‌شناسی سالمندی

مطالعهٔ روان‌شناسی دورهٔ سالمندی مانند مطالعات روان‌شناسی در دوره‌های سنی دیگر هدفمند است. در ادامه، مهم‌ترین اهداف مطالعهٔ روان‌شناسی سالمندی توضیح داده شده است:

الف) آشنایی با ویژگی‌ها و اختصاصات دورهٔ سالمندی: دورهٔ سالمندی به عنوان آخرین دورهٔ سنی در گسترهٔ تحول، از دوره‌های سنی قبل از آن متمایز است. امکان تبیین سطوح و لایه‌های روانی سالمندی به شکل واقع‌بینانه در تعیین سطح انتظار، تعیین رفتار طبیعی از غیر طبیعی و همچنین آگاهی جامعه از توانمندی‌ها و ناتوانی‌های این گروه، و متعاقب آن برنامه‌ریزی برای تعامل صحیح با سالمندان مؤثر است.

در کنار ضعف‌ها، ناتوانی‌ها و افت‌هایی که در این دوره اتفاق می‌افتد، توانمندی‌های جدیدی نیز شکل می‌گیرد. تغییراتی که در این دوره تجربه می‌شود در دامنهٔ تغییرات جسمی، شناختی، عاطفی و اجتماعی، در عین حال که شامل تمام سالمندان می‌شود، اما با عنایت به نقش تفاوت‌های فردی تجلی متفاوتی در هر سالمند دارد. تفاوت‌های فردی موجب می‌شود شاهد سالمندانی باشیم که این دوره را با کیفیت بسیار بالا و کاملاً شادمانه طی می‌کنند؛ و در مقابل، سالمندانی را ببینیم که طی این دوره برای آن‌ها همراه با رنج و عذاب است.

آشنایی با ویژگی‌ها و اختصاصات دورهٔ سالمندی هم از نظر فردی به ما

کمک می‌کند تا نحوهٔ برخورد مناسب با سالمندان را بهتر بدانیم و هم از نظر حرفه‌ای می‌تواند در انجام مشاوره‌های تخصصی با سالمندان یا خانواده‌های آن‌ها مؤثر باشد.

ب) آمادگی برای سالمندی خود: یکی از اهداف مطالعات روان‌شناسی سالمندی، آشنا کردن و در ادامه، ارائهٔ آموزش‌های لازم به افرادی است که هنوز به دورهٔ سالمندی نرسیده‌اند. ایشان با اطلاع یافتن از ویژگی‌های سالمندی می‌توانند با جهت‌گیری درست، سبک زندگی خود را در مسیری قرار دهند که به نوع سالمندی شادمانه منجر شود. به عبارت دیگر براساس پیوستگی جریان تحول و ارتباط دوره‌های سنی مختلف با یکدیگر، اطلاع از آنچه در آینده در انتظار فرد است، می‌تواند به او کمک کند مسیر زندگی خود را فعالانه نقش بزند. هرچند سالمندی دوره‌ای قطعی در ادامهٔ زندگی است، اما کیفیت این دوره با سبک زندگی فرد در دوره‌های قبلی کاملاً همبسته است.

ج) شناسایی عوامل مرتبط با سالمندی: به نظر می‌رسد ورود به دورهٔ سالمندی بیش از آن که ناشی از جنبه‌های زیست‌شناختی باشد، به عوامل روان‌شناختی، اجتماعی و فرهنگی ارتباط دارد. اگر تأثیرپذیری سالمندی را صرفاً ناشی از عوامل زیست‌شناختی بدانیم، بدون شک سن تقویمی جدی‌ترین ملاک برای تعیین برش دورهٔ سالمندی از دوره‌های قبل است. از این منظر همچنان که پیش‌تر نیز اشاره شد مثلاً ورود به دورهٔ سنی ۶۵ سال را باید شروع دورهٔ سالمندی قلمداد کرد، در حالی که مطالعات و شواهد موجود حاکی از آن است که افرادی که به ۶۵ سالگی می‌رسند تفاوت‌های جسمی، روانی و اجتماعی زیادی با یکدیگر دارند.

با افزایش امید به زندگی ویژگی‌های اختصاصی دورهٔ سالمندی با تأخیر و به طور معمول از سنین ۷۰ سالگی و در برخی کشورها از ۷۵ سالگی به بعد بروز می‌یابد. سالمندان در سنین مختلف تجربه‌های متفاوتی از شرایط خود دارند با این توضیح می‌توان مفاهیمی چون سالمندی زودرس[1] و سالمندی بهینه را مطرح کرد،

---

۱. همان‌طور که قبلاً نیز گفته شد منظور ما از سالمندی زودرس در اینجا، پروگریا (Progeria) یا بیماری پیری زودرس نیست.

در حالی که سالمندی بهینه، به عنوان آخرین مرحلهٔ گستردهٔ زندگی از لحاظ سنی، ممکن است هرچه دیرتر بروز یابد. سالمندی زودرس به معنای بروز ویژگی‌های اساسی دورهٔ سالمندی در سنین نزدیک به اواخر دورهٔ میان‌سالی است. یکی از هدف‌های مطالعهٔ روان‌شناسی سالمندی، شناسایی عواملی است که در بروز هر یک از این دو نوع سالمندی مؤثر واقع می‌شوند. در مجموع تحقق سالمندی و پیری تحت تأثیر برخی عوامل و شرایط تسریع یا با تأخیر همراه می‌شود. مهم‌ترین این عوامل عبارت‌اند از: ۱) وراثت، ۲) شغل، ۳) محیط، ۴) تنیدگی یا استرس، ۵) حفظ سلامتی، و ۶) سطح فعالیت.

د) تعامل سازنده‌تر با سالمندان: مطالعهٔ روان‌شناسی سالمندی آگاهی ما از توانمندی‌ها و ناتوانی‌های سالمندان را افزایش می‌دهد. سالمندی ترکیب صفات پایدار اولیه و تجربه‌هایی است که فرد در گذر عمر داشته است. به عبارت دیگر سالمندی هم محصول تجارب متراکم سال‌هایی است که فرد پشت سر نهاده، و هم استمرار صفات اولیهٔ فرد است که دچار تحول شده‌اند. روان‌شناسی سالمندی ما را از شکل‌گیری این فرایندها و نتیجهٔ تراکمی و تبادلی آن‌ها مطلع می‌سازد و می‌توان رابطهٔ ویژگی‌های شخصیتی دوره‌های قبل از سالمندی را با دورهٔ سالمندی بهتر درک کرد. می‌توان به عواملی تأثیرگذار همچون اثر هم‌دوره[1] بر شخصیت سالمند وقوف یافت، و یا از تأثیر تجارب فردی و اجتماعی سالمندان در بستر و زمینه‌هایی که شاکلهٔ وجودی آن‌ها را شکل داده است، آگاه شد. به نسبتی که بتوانیم از این ویژگی‌ها مطلع شویم امکان تعامل سازنده‌تر ما با سالمندان بیشتر فراهم می‌شود. این تعامل فراتر از ارتباط‌های فردی، می‌تواند در قالب فهم بهتر ما

---

۱. اثر هم‌دوره معادل کلمهٔ cohort effect است و به ویژگی‌های اختصاصی گروهی از افراد اطلاق می‌شود که در یک دورهٔ سنی به دنیا آمده و تجربهٔ مشترکی داشته‌اند مانند آن‌که گفته شده است نسل انقلاب یا نسل جنگ. این موضوع در عرف مباحث تاریخ اسلام نیز به «طبقه» یا «طبقهٔ رجالی» شهرت دارد و کسانی که در یک دورهٔ زمانی تقریبی می‌زیسته‌اند، در طبقهٔ رجالی مشترک به شمار می‌رفتند.

از جامعهٔ سالمندی و طراحی نظام‌های اجتماعی مناسب نیز مطرح باشد. تدابیری همچون نحوهٔ استفاده از نیروهای بازنشسته و یا ایجاد تغییر در سن بازنشستگی از آن جمله است.

ه) کمک به سالمندان برای ارتقای سطح توانمندی‌های خود: اگر یکی از فواید روان‌شناسی را کمک به خودشناسی بدانیم، مطالعات روان‌شناسی سالمندی می‌تواند زمینهٔ خودشناسی سالمندان را ارتقا بخشد. آشنایی دقیق با ابعاد شخصیت سالمند و مطالعهٔ مؤلفه‌های سالمندی آینه‌ای است تا هر سالمند این امکان را بیابد تا خود را در آن مشاهده نماید. این مشاهده به او کمک می‌کند:

۱. ویژگی‌های طبیعی خود را از ویژگی‌های غیر طبیعی بازشناسد.

۲. از محدودیت‌ها و توانمندی‌هایی که تجربه کرده است یا به زودی تجربه خواهد کرد، مطلع شود.

۳. از امکانات و فرصت‌هایی که می‌تواند متناسب با شرایط عمومی خود داشته باشد، آگاه گردد.

۴. با الگوهایی که سالمندان موفق برای ارتقای سطح رضایتمندی خود از زندگی و ارتقای سطح توانمندی‌های خود به کار می‌گیرند آشنا شود؛ و در مقابل، از عواملی که کیفیت سالمندی را تقلیل می‌دهد، اجتناب نماید.

۱ـ۴ مرور سالمندی در گذر تاریخ

موضوع سالمندی و عوارض آن از قدیم‌ترین ایام مورد بحث علمای پزشکی و زیست‌شناسی بوده است. بقراط، حکیم یونانی، سالمندی را حالتی ناشی از عدم تعادل جسم و روان می‌پنداشت و ۵۶ سالگی را آغاز آن می‌دانست. او قدیم‌ترین پزشکی است که در یادداشت‌های خود بر ادامهٔ کار و پیشهٔ سالمندان تأکید دارد و معتقد است که ادامهٔ کار انگیزهٔ زندگی و امید را در این گروه به وجود می‌آورد. جالینوس، پزشک رومی، نیز بر ادامهٔ فعالیت‌های سالمندان تا پایان عمر تأکید داشت

و برای نمونه از پزشکی به نام آنتیوخوس نام می‌بُرد که در ۸۰ سالگی به معاینه و درمان بیماران می‌پرداخت و از تلفوس، استاد سالمندی که تا ۱۰۰ سالگی سلامت خود را به خوبی حفظ کرده بود، یاد می کند (علایی‌حسینی، ۱۳۷۶).

اما واقعیت این است که مفهوم پیری طی سال‌ها به طور چشمگیری تغییر کرده است (تاونسند[1]، ۲۰۰۶). در دورهٔ آهن و برنز میانگین متوسط طول عمر انسان بین ۲۰ تا ۳۰ سال بود. در حقیقت پیری از ۳۰ سال به بعد محسوب می‌شد. طول عمر یونانی‌ها، چینی‌ها، مصری‌ها، ایرانی‌ها و رومی‌های قدیم در حدود ۴۰ سال تخمین زده شده است (شاملو، ۱۳۶۴). این در حالی است که امروزه با ارتقای سطح سلامت، بهداشت و درمان، در برخی از کشورها امید به زندگی به بالاتر از ۸۰ سال رسیده است.

فارغ از آن که حدود سنی بروز سالمندی در اعصار مختلف چه بوده است، از موضوعات حائز اهمیت جایگاه سالمندان و کهنسالان در جوامع مختلف است. دوبوآر[2]، در کتاب *کهنسالی*، نتایج تحقیقات قوم‌شناسان را در مورد وضعیت سالمندان جمع‌آوری کرده و نشان داده است که کهنسالان در میان اقوام ابتدایی یا در اوج حرمت اجتماعی یا در قعر آن قرار داشته‌اند.

در بین بومیان امریکایی سالمندان روحانی خردمندان محافظی به شمار می‌روند که مسئولیت هدایت قبیله را از پیچ‌وخم‌های خطرناک زندگی بر عهده دارند و همچنین نسبت به فلسفه‌های جهانی که به طور نامحدود گسترش می‌یابند، پاسخگو هستند (وال و آردن[3]، ۱۹۹۰؛ به نقل از: کاواناف، ۲۰۰۶). این خردمندان در رؤیاها و اهداف قبیله مشارکت و در مراسم به عنوان شفادهنده عمل می کنند و حتی گاه اعتقاد بر آن است که دارای الهام‌هایی پیامبرگونه نیز هستند. جایگاه خردمندان محافظ در این قبایل محوری‌تر از رهبران مذهبی در جوامع غربی است (کاواناف، ۱۹۹۷).

1. Tawnsend
2. DebuAre
3. Wall & Arden

به نظر می‌رسد که این چنین جایگاهی برای سالمندان، با میزان التفات و گرایش جوامع به سنت‌های بومی افزایش می‌یابد. از نمونه‌های دیگر این دست جوامع می‌توان به آسیای جنوب شرقی و جایگاه و ارزش کهنسالان در میان آن جوامع اشاره کرد (کلینگ، ۱۳۸۰).

در فرهنگ ایران زمین نیز، دست‌کم مبتنی بر محتوای آثار بر جای ماندهٔ ادبی و تاریخی، می‌توان دریافت که نگرش و برداشت عمومی ایرانیان از پدیدهٔ کهنسالی، همیشه با احترام و ارزش همراه بوده است؛ تا آنجا که واژهٔ «پیر»، آن‌گونه که پیش‌تر آمد، به معنای پیشوا، رهبر، استاد، انسان کامل، انسان مجرب، واصل، عاقل و جز آن، غالباً دال بر لیاقت و شایستگی، و قدرت معنوی است. این نگرش مثبت و ارزشمند، هم ریشه در فرهنگ و تاریخ کهن ایران باستان دارد و هم متأثر از آموزه‌های غنی اسلامی است که متعاقباً بدان پرداخته خواهد شد.

در عصر حاضر علی‌رغم پیش‌بینی‌های اجتماعی، حقوقی و اداری برای احترام به سالمندان، برخی گرایش‌های تبعیض‌گونه، سالمندان را در حوزهٔ طرد و انزوا قرار می‌دهد؛ «سن‌گرایی[1]» یک نوع از این دست گرایش‌های تبعیضی است.

۱ـ۴ـ۱ سن‌گرایی (تبعیض بر مبنای سالخوردگی)

تحت تأثیر سن‌گرایی، مجموعه‌ای از باورها و نگرش‌ها، نهادهای اجتماعی، و قوانینی که اشخاص یا گروه‌ها را براساس سن تقویمی مورد تبعیض قرار می‌دهند، شکل می‌گیرند. تبعیض‌های سنی همچون دیگر تبعیض‌ها مانند نژادپرستی یا تبعیض‌های جنسیتی، نمودی از مواجههٔ کلیشه‌ای با گروه‌های سنی مختلف است. اصلی‌ترین ویژگی منفی در تبعیض سنی آن است که همانند دیگر کلیشه‌ها، بر مبنای تعمیم افراطی در مورد افراد و مصادیق، و نیز بر پایهٔ مجموعه‌ای از مشخصه‌های دارای بار منفی اجتماعی شکل گرفته است. آن معنای اجتماعی منفی ممکن است به

1. ageism

شکلی عجیب، یک چرخش مثبت داشته باشد. این امر در درازمدت سبب بروز رویکرد منفی نسبت به افراد سالمند می‌شود.

سن‌گرایی و تبعیض سنی نسبت به افراد مسن، در تمامی دیدگاه‌های مختلف، دربردارندهٔ مجموعه‌ای از ویژگی‌های خوب یا بد، و البته برای همهٔ افراد یکسان است. اطلاق افراد مسن با صفات و عناوینی چون «بامزه» یا «عاقل»، همان‌قدر نشان‌دهندهٔ تبعیض سنی است که از آنان با صفت «غرغرو» یا «خرفت» یاد کنیم. شواهد حاکی از آن است که در برخی از جوامع امروزی نگرش‌های منفی نسبت به افراد سالخورده یافت می‌شود (ویتبُرن[1] و ویتبُرن، ۲۰۱۱).

سن‌گرایی نوعی پیش‌داوری مبتنی بر سن است. سن‌گرایی پیش‌داوری در مورد یک فرد، گروهی از مردم یا یک شرایط بدنی خاص است که براساس مفاهیم از پیش پذیرفته‌شده مرتبط با سن است. سن‌گرایی موجب می‌شود که ملاک‌های تشخیص، صرفاً مبتنی بر سن افراد باشد. سن‌گرایی یعنی تبعیض مبتنی بر سن. اگرچه بر پایهٔ برخی مبادی اندیشهٔ بشری، جوانی و دورهٔ شباب پسندیده و مستحصن است، اما به هر حال، ستایش افراطی جامعه از جوانی و زیبایی بدنی و رجحان توانایی کاری، به سادگی می‌تواند محرک سن‌گرایی باشد.

یکی از آثار تبعیضات سنی و سن‌گرایی این است که باعث می‌شود جوانان از نزدیکی صمیمانه با افراد مسن اجتناب کنند. در واقع، شاید سن‌گرایی خصومت آشکار را رواج ندهد، اما باعث «نامرئی شدن» و دیده نشدن افراد مسن می‌شود؛ چراکه در این فرایند رفتار اجتماعی تلقی بر آن است که آن‌ها ارزش دیده شدن و توجه را ندارند. تبعیضات سنی اغلب در محل کار تجربه می‌شود و گرچه از نظر قانونی ممنوع است، اگر کارگران پیرتر مرتکب اشتباهی شوند، به گونه‌ای جریمه می‌شوند که برای کارگران جوان‌تر چنین نیست (راپ، وُدانویچ، و کرید[2]، ۲۰۰۶؛ به نقل از: ویتبُرن و ویتبُرن، ۲۰۱۱).

---

1. Whitbourne
2. Rupp, Vodanovich & Crede

۱-۴-۲ جایگاه سالمند در آموزه‌های اسلامی

در ادیان توحیدی، به ویژه در مکتب رهایی‌بخش اسلام، توجه و رسیدگی به سالمندان و احترام‌گذاری نسبت به آنان به شایستگی مطرح شده و مدنظر قرار گرفته است. در قرآن کریم به طور غیر مستقیم و در روایات به طور مستقیم احترام به سالمندان مطرح شده است. رسول خدا (ص) فرمودند: کسی که حرمت سالمندی را بشناسد و او را به سبب کهنسالی احترام کند، خداوند او را از بیم روز قیامت در امان می‌دارد[۱] (مجلسی، ۱۴۰۳: ج ۷۲، ۱۳۳). همچنین از ایشان است که می‌فرمایند: احترام نهادن به سالخوردهٔ امت من احترام نهادن به من است[۲] (متقی هندی، ۱۳۶۷: ۶۰۱۳). امام علی (ع) می‌فرمایند: وقار پیری، روشنایی و زیور است[۳] (آمدی، ۱۳۶۶: ۱۰۰۷۶). همچنین امام علی (ع)، در جایی دیگر می‌فرمایند: وقار پیری نزد من دوست داشتنی‌تر از خرّمی جوانی است[۴] (همان: ۱۰۰۹۹). امام علی (ع) در تعبیری دیگر فرمودند: هرگاه خردمند پیر شود، خرد او جوان گردد و هرگاه نادان پیر شود نادانی او جوان گردد[۵] (همان: ۴۱۶۹). رسول اکرم (ص) فرمودند: وجود پیران سالخورده بین شما، باعث افزایش فیض ربوبی و بسط نعمت‌های الهی است (مجلسی، ۱۴۰۳). از امام صادق (ع) نقل شده است که فرمودند: کسی که به خردسال ما رحم نکند و پیران ما را مورد تکریم و احترام قرار ندهد از ما نیست و با ما بستگی و پیوستگی ندارد[۶] (*نهج‌الفصاحه*، ۲۴۱۶). همچنین امام صادق (ع) می‌فرمایند: وجود پیر سالخورده در خانه مانند وجود پیامبر الهی در بین امتش است (مشکینی اردبیلی، ۱۳۸۴: ج ۲، ۲۵)؛ چراکه آن‌ها می‌توانند وظایف راهنمایی را بر عهده گیرند. لذا

---

۱. قال رسول الله (ص): مَنْ عَرَفَ فَضلَ کَبیرٍ لسنّه فَوَقَّرَه اَمَنَه الله مِنْ فَزَع یَوم الْقیامَه.

۲. اِنَّ مِن اِجلالی تَوقیرَ الشَّیخِ مِن اُمَّتی.

۳. وَقارُ الشَّیب نورٌ وَ زینَةٌ.

۴. وَقارُ الشَّیب اَحَبُّ اِلَیَّ مِن نَضارَهِ الشَّباب.

۵. اِذا شابَ العاقِلُ شبَّ عَقلُهُ و اِذا شابَ الجاهِلُ شَبَّ جَهلُهُ.

۶. لَیسَ مِنّا مَن لَم یُوَقِّر کبیرَنا وَ یَرحَم صَغیرَنا.

امام صادق (ع) امر می‌فرمایند: بزرگسالان خود را احترام کنید[1] (کلینی، ۱۳۹۱: ج ۲، ۱۶۵). علاوه بر آنچه گفته شد، احادیث و روایات متعدد دیگری نیز وجود دارد که هر یک به نحوی سخن از ارزش و جایگاه والای سالمند در اندیشهٔ دینی دارد.

۱ـ۴ـ۳ مسئلهٔ سالمندی در سال‌های اخیر

مسئلهٔ سالمندی در سال‌های اخیر به عنوان یک موضوع اساسی آن‌چنان اذهان جهانیان را به خود معطوف کرد که سال ۱۹۹۹ به عنوان سال جهانی سالمندان نام گرفت. هرچند از دیرباز مسائل مربوط به سالمندی از جنبه‌های مختلف مورد توجه بوده است، اما انتظار می‌رود که این موضوع در آینده بیش از امروز برجستگی پیدا کند. مسئلهٔ سالمندی در دو سطح و زمینه مطرح می‌شود. اول پیر سنی و سالمندی جمعیت و دوم موضوع پیران و سالمندان.

مطالعهٔ سالخوردگی جمعیت از آن‌رو که به هر حال، نتیجهٔ فعل و انفعالاتی عمدتاً جمعیتی است، همواره مورد توجه و مطالعهٔ همه‌جانبهٔ جمعیت‌شناسان قرار داشته است. افزون بر آن، این مطالعه برای ایشان از آن جنبه نیز اهمیت دارد که می‌تواند در بررسی شاخص‌های اقتصادی و اجتماعی جامعه بسیار اثرگذار باشد. در کنار این‌ها باید توجه داشت که در منظر جمعیت‌شناسی، از آنجا که سالخوردگی جمعیت با توجه به ساختار کنونی، رو به افزایش است، ناگزیر باید سیاست‌های اجتماعی خاصی درخصوص این جمعیت رو به افزایش تدوین و به کار گرفته شود؛ در غیر این صورت این پدیده به منزلهٔ یک معضل اجتماعی نمود می‌یابد (مرکز آمار و اطلاعات راهبردی، ۱۳۹۱).

تغییرات و تحولاتی که در گذر سن به طور طبیعی در افراد سالمند ایجاد می‌شود، شرایط متفاوتی را از لحاظ فیزیولوژیک، روان‌شناختی و اجتماعی برای آن‌ها به دنبال خواهد داشت. پیری شناسی، یک شاخهٔ دانش زیست‌شناسی، از

---

۱. عَظِّموا کِبارَکُم.

سده‌های قبل به مطالعهٔ علمی عوامل مرتبط با پیری می‌پرداخت و در سال‌های اخیر تحت تأثیر مطالعات روان‌شناختی و جامعه‌شناسی گسترهٔ فراگیری یافته است. همان گونه که گفته شد، سالمندتر شدن جمعیت به پیدایش مسائل تازه‌ای منجر شده است. به همین جهت پیش‌بینی‌های آیندهٔ اقتصاد جهانی، خبر از تنش‌ها و بحران‌هایی در موضوع تأمین اجتماعی و فراهم آوردن رفاه و امنیت و بهداشت سالمندان در سراسر جهان می‌دهد. اگر چالش قرن حاضر را کیفیت زندگی بدانیم، در گذر از دوران کودکی به نوجوانی، جوانی، میان‌سالی و سالمندی، موضوع حائز اهمیت نیل به بالاترین و مطلوب‌ترین حد رفاه در طی دوران زندگی خواهد بود.

۱ـ۵ چند اصطلاح جمعیت‌شناختی

۱ـ۵ـ۱ شاخص پیری (سالمندی)

شاخص پیری حاصل تناسب و رابطهٔ دو گروه سنی نسبت به یکدیگر است. مبتنی بر این سخن، شاخص پیری بررسی تعداد افراد ۶۰ ساله و بیشتر، به ازای هر ۱۰۰ نفر جمعیت کمتر از ۱۵ ساله (۰ تا ۱۴ ساله) است. این شاخص از ضرب حاصل تقسیم تعداد افراد ۶۰ ساله و بیشتر به تعداد افراد زیر ۱۵ ساله در ۱۰۰ به دست می‌آید. برای مشاهدهٔ شاخص پیری جمعیت ایران در سال‌های ۱۳۴۵ـ۱۳۹۰ به جدول ۱ـ۶ مراجعه کنید.

۱ـ۵ـ۲ نسبت وابستگی

نسبت وابستگی یکی دیگر از شاخص‌های اندازه‌گیری پیری جمعیت است که به نحوی ارتباط میان افراد بالقوهٔ فعال و مولد را با دو گروه از جمعیت جوان و پیر نشان می‌دهد. این شاخص برای جمعیت کشورها به صورت نسبت‌های وابستگی کامل، جوانی و سالمندی محاسبه و تحلیل می‌شود.

الف) نسبت وابستگی کل: به مجموع تعداد افراد زیر ۱۵ سال و ۶۵ ساله و بیشتر، به ازای هر ۱۰۰ نفر جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله، نسبت وابستگی کل اطلاق می‌شود. به

عبارت دیگر از حاصل تقسیم مجموع جمعیت ۶۵ ساله و بیشتر و زیر ۱۵ سال بر جمعیت ۱۵ تا ۶۵ ساله ضرب در ۱۰۰ به دست می‌آید. برای مثال در سال ۱۳۹۰ جمعیت زیر ۱۵ سال در ایران ۲۳/۴ میلیون، جمعیت ۶۵ سال و بیشتر ۵/۷ میلیون و جمعیت ۱۵تا ۶۴ سال، ۷۰/۹ میلیون بوده است. لذا نسبت وابستگی کل ۴۱/۰۴ درصد می‌شود.

ب) نسبت وابستگی جوانی: به تعداد افراد زیر ۱۵ سال به ازای هر ۱۰۰ نفر جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله نسبت وابستگی جوانی اطلاق می‌شود. این شاخص حاصل تقسیم تعداد افراد زیر ۱۵ سال بر جمعیت ۱۵ تا ۶۵ ساله ضرب در ۱۰۰ است. با توجه به آمار سال ۱۳۹۰، وابستگی جوانی در ایران ۳۳ درصد به دست می‌آید.

ج) نسبت وابستگی سالمندی: به تعداد افراد زیر ۶۵ سال و بیشتر به ازای هر ۱۰۰ نفر جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله، نسبت وابستگی سالمندی اطلاق می‌شود. این شاخص مشابه نسبت وابستگی جوانی است، جز این که در قسمت صورت کسر به جای تعداد افراد زیر ۱۵ ساله تعداد افراد ۶۵ ساله و بیشتر درج می‌شود. با این قاعده، نسبت وابستگی سالمندی در ایران با توجه به آماری که بیان شد در سال ۱۳۹۰، معادل ۸ درصد می‌شود.

۱ـ۵ـ۳ نسبت جایگزینی بالقوه

منظور تعداد افراد ۱۵ تا ۶۴ ساله به ازای هر فرد ۶۵ ساله و بیشتر است. این شاخص از تقسیم تعداد افراد ۱۵ تا ۶۴ ساله به تعداد افراد ۶۵ ساله و بیشتر به دست می‌آید. در اینجا نیز با لحاظ کردن آمار سال ۱۳۹۰ نسبت جایگزینی بالقوه در ایران ۱۲/۴۴ به دست می‌آید.

۱ـ۵ـ۴ امید به زندگی

امید به زندگی[1] یکی از اندازه‌های خلاصهٔ سلامت جمعیت است که مقادیر و روند تغییرات آن در طول زمان نتیجهٔ اصلی عملکرد نظام سلامت را نشان می‌دهد. امید به

1. life expectancy

زندگی سنی است که نیمی از جمعیتِ متولدشده در یک دورهٔ زمانی مشترک در آن می‌میرند. به عبارت دیگر، نیمی دیگر از آن گروه سنی بیش از این سن زنده می‌مانند (اعضای گروهی که در هر مقطعی زنده می‌مانند، بازمانده‌ها نام می‌گیرند) (استوارت ـ همیلتن، ۲۰۰۶). برای محاسبهٔ امید زندگی از جدول عمر استفاده می‌شود. برای تهیهٔ جدول عمر، گروهی از اشخاص فرضی (۱۰۰۰ یا ۱۰۰۰۰ یا ۱۰۰۰۰۰ نفر) که در یک زمان تقریبی متولد شده باشند، در نظر گرفته می‌شوند. سپس آن‌ها را تحت تأثیر میزان‌های مرگ‌ومیر اختصاصی سنی موجود قرار می‌دهیم و روند مرگ آن‌ها را مطالعه می‌کنیم. بنابراین برای تهیهٔ جدول عمر، در اختیار داشتن توزیع سنی جمعیت و توزیع مرگ‌ها برحسب گروه‌های سنی لازم است (پرشین گیگ[1]، ۱۳۹۲).

۱ـ۶ مروری بر وضعیت جمعیت سالمندی

پیری جمعیت یکی از مهم‌ترین رویدادهای قرن بیست‌ویکم است. در سراسر جهان در هر ثانیه دو نفر تولد ۶۰ سالگی خود را جشن می‌گیرند و سالانه قریب به ۵۸ میلیون جشن تولد ۶۰ سالگی برگزار می‌شود. نسبت ۱ به ۹ افراد ۶۰ ساله یا بیشتر در سال ۲۰۵۰ به نسبت ۱ به ۵ خواهد رسید. امید به زندگی در ۳۳ کشور بالاتر از ۸۰ سال است. دقیقاً پنج سال قبل تنها ۱۹ کشور به این حد از امید به زندگی دست یافته بودند. بسیاری از خوانندگان این متن تا ۸۰ سالگی، ۹۰ سالگی و حتی ۱۰۰ سالگی زندگی خواهند کرد. متوسط امید به زندگی طی سال‌های ۲۰۱۰ـ۲۰۱۵ در کشورهای توسعه‌یافته ۷۸ و در کشورهای در حال توسعه ۶۸ سال بوده است. پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۴۵ـ۲۰۵۰ این میانگین در کشورهای توسعه‌یافته به ۸۳ و در کشورهای در حال توسعه به ۷۴ سال برسد. پیامدهای این تغییرات جمعیت‌شناختی از ابعاد مختلف مورد توجه است. چالش‌ها و پیامدهای اقتصادی،

1. Persiangig

اجتماعی و فرهنگی این پدیده بر افراد، خانواده‌ها، جوامع و جامعهٔ جهانی بسیار بااهمیت است (UNFPA, 2012).

براساس اطلاعات ارائه‌شده در جدول ۱ـ۱، جمعیت جهان از ۷۱۶۲۱۱۹۰۰۰ نفر در سال ۲۰۱۳ به ۸۰۸۳۴۱۳۰۰۰ نفر در سال ۲۰۲۵ و به ۹۵۵۰۹۴۵۰۰۰ نفر در سال ۲۰۵۰ و ۱۰۸۵۳۸۴۹۰۰۰ نفر در سال ۲۱۰۰ خواهد رسید. جمعیت ایران نیز از ۷۷۴۴۷۰۰۰ نفر در سال ۲۰۱۳ به ۸۸۰۶۴۰۰۰ نفر در سال ۲۰۲۵ و به ۱۰۰۵۹۸۰۰۰ نفر در سال ۲۰۵۰ و به ۹۴۳۲۴۰۰۰ نفر در سال ۲۱۰۰ خواهد رسید.

جدول ۱ـ۱ جمعیت برخی کشورهای جهان در سال‌های ۱۹۵۰، ۲۰۱۳، ۲۰۲۵، ۲۰۵۰ و ۲۱۰۰

کشور / منطقه	جمعیت (هزار نفر)				
	۱۹۵۰	۲۰۱۳	۲۰۲۵	۲۰۵۰	۲۱۰۰
جهان	۲۵۲۵۷۷۹	۷۱۶۲۱۱۹	۸۰۸۳۴۱۳	۹۵۵۰۹۴۵	۱۰۸۵۳۸۴۹
افغانستان	۷۴۵۱	۳۰۵۵۲	۳۹۵۷۱	۵۶۵۵۱	۵۹۲۴۹
چین	۵۴۳۷۷۶	۱۳۸۵۵۶۷	۱۴۴۸۹۸۴	۱۳۸۴۹۷۷	۱۰۸۵۶۳۱
مصر	۲۱۵۱۴	۸۲۰۵۶	۹۶۹۸۹	۱۲۱۷۹۸	۱۳۵۲۰۰
هندوستان	۳۷۶۳۲۵	۱۲۵۲۱۴۰	۱۴۱۸۷۴۴	۱۶۲۰۰۵۱	۱۵۴۶۸۳۳
ایران	۱۷۱۱۹	۷۷۴۴۷	۸۸۰۶۴	۱۰۰۵۹۸	۹۴۳۲۴
عراق	۵۷۱۹	۳۳۷۶۵	۴۵۸۹۲	۷۱۳۳۶	۱۰۶۳۱۹
ژاپن	۸۲۱۹۹	۱۲۷۱۴۴	۱۲۳۲۵۶	۱۰۸۳۲۹	۸۴۴۶۱
کویت	۱۵۲	۳۳۶۹	۴۴۳۲	۶۳۴۲	۷۹۶۰
مالزی	۶۱۱۰	۲۹۷۱۷	۳۴۹۵۶	۴۲۱۱۳	۴۲۴۰۰
پاکستان	۳۷۵۴۲	۱۸۲۱۴۳	۲۱۸۱۲۴	۲۷۱۰۸۲	۲۶۳۳۲۰
عربستان	۳۱۲۱	۲۸۸۲۹	۳۴۲۰۷	۴۰۳۸۸	۳۷۱۹۵
ترکیه	۲۱۲۳۸	۷۴۹۳۳	۸۳۷۱۳	۹۴۶۰۶	۸۶۴۶۵
امریکا	۱۵۷۸۱۳	۳۲۰۰۵۱	۳۵۰۶۲۶	۴۰۰۸۵۳	۴۶۲۰۷۰
فرانسه	۴۱۸۳۲	۶۴۲۹۱	۶۷۹۶۹	۷۳۲۱۲	۷۹۰۵۹
روسیه	۱۰۲۷۹۹	۱۴۲۸۳۴	۱۳۶۹۶۷	۱۲۰۸۹۶	۱۰۱۸۸۲
انگلستان	۵۰۶۱۶	۶۳۱۳۶	۶۷۲۱۰	۷۳۱۳۱	۷۷۱۷۵

Source: UN(2013), *World Population Prospects*, The 2012 Revision.

سازمان ملل متحد در گزارشی که در سال ۲۰۱۳ دربارهٔ پیری جمعیت جهان منتشر کرد، اطلاعات آماری مفصلی از وضعیت فعلی و آتی سالمندی جمعیت دنیا ارائه نمود (UN[1]، ۲۰۱۳الف). در این گزارش آمده است:

الف) پیری یا سالمندی جمعیت تقریباً در تمام کشورهای جهان در حال وقوع است. سالمندی جمعیت نتیجهٔ کاهش مرگ‌ومیر، و مهم‌تر از آن، ناشی از کاهش باروری است. این فرایند به کاهش نسبت کودکان در جامعه و افزایش نسبت سالمندان منجر شده است. در جهان نسبت جمعیت سالمندان (سن ۶۰ سال و یا بیشتر) از ۹/۲ درصد در سال ۱۹۹۰ به ۱۱/۷ درصد در سال ۲۰۱۳ افزایش یافته است. گفته شده است این نسبت در سال ۲۰۵۰ به ۲۱/۱ درصد خواهد رسید.

ب) در سطح جهانی، انتظار می‌رود تعداد سالمندان از ۸۴۱ میلیون نفر در سال ۲۰۱۳ به بیش از ۲ میلیارد نفر در سال ۲۰۵۰ برسند (بیش از دو برابر). در حال حاضر، حدود دو سوم از افراد سالمند جهان در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند. از آنجا که سرعت رشد جمعیت سالمندان در مناطق کمتر توسعه‌یافته بیش از مناطق توسعه‌یافته است، پیش‌بینی می‌شود افراد مسن به طور فزاینده‌ای در مناطق کمتر توسعه‌یافته جهان متمرکز شده باشند. تا سال ۲۰۵۰، نزدیک به ۸ مورد از ۱۰ سالمند در مناطق کمتر توسعه‌یافته خواهند بود.

ج) پیری جمعیت پیامدهای عمدهٔ اجتماعی و اقتصادی دارد. سهم گروه‌های سنی پشتیبان (تعداد افراد بزرگسالی که در سن کار هستند نسبت به افراد سالمند جمعیت) قبلاً در بیشتر مناطق توسعه‌یافته و برخی کشورهای در حال توسعه کم بود. انتظار می‌رود این سهم همچنان در دهه‌های آینده سقوط کند و به دنبال آن بر سیستم‌های پشتیبانی برای افراد سالمند فشار مالی وارد شود. در تعدادی از کشورهای در حال توسعه، فقر در میان افراد سالمند بالاست، گاهی اوقات بالاتر از کل

1. United Nations

جمعیت، به ویژه در کشورهایی که نظام‌های تأمین اجتماعی محدودی دارند، این مشکل بیشتر است. در حالی که مردم دنیا تقریباً در همه جا عمر طولانی‌تری یافته‌اند، شیوع بیماری‌های غیر واگیر و ناتوانی، با افزایش سن جمعیت افزایش می‌یابد.

د) از جهت مثبت، افزایش سن جمعیت ریشه در کاهش شدید مرگ‌ومیر کودکان و بزرگسالان و کاهش باروری دارد. همچنین، افراد سالمند به طور فزاینده می‌توانند به شکل مستقل (به تنهایی و یا تنها با همسر خود) زندگی کنند، و در بسیاری از کشورها، آن‌ها با درآمدی که از کار یا سرمایهٔ خود حاصل می‌کنند، خود را حمایت می‌نمایند. همچنین در بسیاری از کشورها سالمندان قادرند به اعضای جوان و حتی بزرگسالان خانواده کمک مالی کنند.

در سال ۲۰۰۵ جمعیت سالمندان بالای ۶۵ سال جهان ۷/۴ درصد بود و پیش‌بینی می‌شود که این درصد در سال ۲۰۵۰ به ۱۶/۱ درصد برسد (چیانگ[1] و همکاران، ۲۰۰۹). اطلاعات ارائه‌شده در جدول ۱ـ۲، تعداد جمعیت و شاخص‌های توسعه‌ای برخی از کشورهای آسیایی و اقیانوسیه را نشان می‌دهد. براساس اطلاعات این جدول ۲۵ درصد از جمعیت ژاپن شامل افراد بالای ۶۵ سال، و رشد جمعیت در این کشور منفی است (۰/۱-)، و این بدان معناست که طی هر سال جمعیت ژاپن کاهش می‌یابد. ایران با جمعیت ۷۷۴۷۷۰۰۰ نفر دارای نرخ رشد سالانه ۱/۳ درصد است و ۵ درصد از جمعیت ایران شامل افراد ۶۵ ساله و بیشتر است. امید به زندگی برای زنان ۷۶ سال و برای مردان ۷۲/۲ سال گزارش شده، و نرخ باروری کلی زنان ۱/۹ است. نرخ کلی باروری، میانگین تعداد فرزندانی است که یک زن در طول زندگی خود به دنیا می‌آورد، لذا می‌توان گفت به طور متوسط زنان ایرانی کمتر از دو فرزند به دنیا آورده‌اند. بر این اساس پیش‌بینی می‌شود جمعیت ایران در سال ۲۰۳۰ میلادی به ۹۱۳۳۶۰۰۰ نفر برسد.

---

1. Chiang

جدول ۱ـ۲ جمعیت و شاخص‌های توسعه‌ای برخی از کشورهای آسیایی و اقیانوسیه

نام کشور	جمعیت (هزار نفر)	نرخ رشد سالانه (درصد)	نرخ باروری کلی زنان	امید به زندگی		درصد جمعیت (+۶۵)	پیش‌بینی جمعیت تا ۲۰۳۰ (هزار)
				مردان	زنان		
چین	۱۳۸۵۵۶۷	۰/۶	۱/۷	۷۴/۱	۷۶/۷	۹	۱۴۵۳۲۹۷
ژاپن	۱۲۷۱۲۴	-۰/۱	۱/۴	۸۰/۱	۸۷	۲۵	۱۲۰۶۲۵
کرهٔ جنوبی	۴۹۲۶۳	۰/۵	۱/۳	۷۸	۸۴/۸	۱۲	۵۲۱۹۰
کرهٔ شمالی	۲۴۸۹۵	۰/۵	۲	۶۴/۴	۷۳/۴	۹	۲۶۷۱۹
مالزی	۲۹۷۱۷	۱/۶	۲	۷۲/۷	۷۷/۴	۵	۳۶۸۴۶
اندونزی	۲۴۹۸۶۶	۱/۲	۲/۳	۶۸/۸	۷۲/۹	۵	۲۹۳۴۸۲
افغانستان	۳۰۵۵۲	۲/۴	۴/۹	۵۹/۷	۶۲/۲	۲	۴۳۵۰۰
هندوستان	۱۲۵۲۱۴۰	۱/۲	۲/۵	۶۴/۷	۶۸/۲	۵	۱۴۷۶۳۷۸
ایران	۷۷۴۷۷	۱/۳	۱/۹	۷۲/۲	۷۶	۵	۹۱۳۳۶
پاکستان	۱۸۲۱۴۳	۱/۶	۳/۲	۶۵/۷	۶۷/۵	۴	۲۳۱۷۴۴
ترکیه	۷۴۹۳۳	۱/۲	۲	۷۱/۸	۷۸/۷	۷	۸۶۸۲۵
روسیه	۱۴۲۸۳۴	-۰/۲	۱/۵	۶۱/۷	۷۴/۴	۱۳	۱۳۳۵۵۶
تاجیکستان	۸۲۰۸	۲/۴	۳/۸	۶۴	۷۰/۸	۳	۱۱۴۰۷
استرالیا	۲۳۳۴۳	۱/۲	۱/۹	۸۰/۲	۸۴/۸	۱۴	۲۸۳۳۶

Source: ESCAP, 2013.

براساس نتایج سرشماری سراسری سال ۱۳۹۰، مرکز آمار ایران، کل افراد ۶۰ سال به بالا در ایران را حدود ۶ میلیون و ۲۰۰ هزار نفر اعلام کرد. بر این اساس قریب به ۸ درصد از کل جمعیت کشور را سالمندان (افراد ۶۰ سال و بالاتر) تشکیل می‌دهند. براساس سرشماری سراسری سال ۱۳۳۵ تعداد کل سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر ایران ۱۱۸۴۰۰۰ نفر بوده است؛ در سال ۱۳۴۵، این تعداد به ۱۶۳۸۰۲۲ نفر؛ در سال ۱۳۵۵، به ۱۷۷۱۶۱۴ نفر؛ در سال ۱۳۶۵، به ۲۶۸۶۳۵۰ نفر؛ در سال ۱۳۷۵، به ۳۹۷۸۱۲۷ نفر؛ در سال ۱۳۸۵، به ۵۱۲۱۰۴۳ نفر و در سال ۱۳۹۰ این تعداد به

۶۲۰۵۹۹۸ نفر رسیده است.

همچنان که ملاحظه می‌شود سرعت رشد جمعیت سالمندان در سال‌های اخیر و به ویژه طی سال‌های ۱۳۶۵ـ۱۳۹۰ بیش از سال‌های قبل بوده است. در حالی که طی سال‌های ۱۳۴۵ـ۱۳۵۵ مجموعاً حدود ۱۴۰ هزار نفر به تعداد سالمندان بالای ۶۰ سال اضافه شده است، طی سال‌های ۱۳۶۵ـ۱۳۹۰ این افزایش سالانه به بیش از یک میلیون نفر رسیده است.

۱ـ۷ ویژگی‌های جمعیتی سالمندان

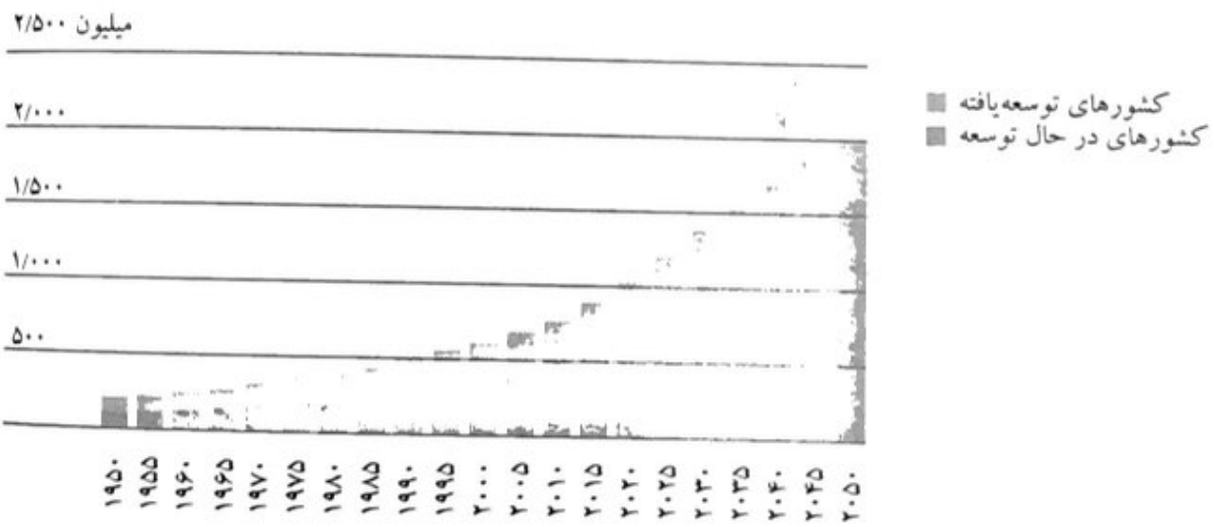
۱ـ۷ـ۱ ویژگی‌های جمعیتی سالمندان در جهان

داده‌های در دسترس از سراسر جهان، تصویر رشد جمعیت افراد مسن در طول قرن بیست‌ویکم را تأیید می‌کنند. ۵۳۱ میلیون از جمعیت کل جهان را در سال ۲۰۱۰م، افراد بالای ۶۵ سال تشکیل می‌دادند. پیش‌بینی‌ها حاکی از آن است که این رقم تا سال ۲۰۵۰ سه برابر خواهد شد و به ۱/۵۳ میلیارد نفر خواهد رسید. چین در حال حاضر بیشترین تعداد افراد مسن را دارد، اما ژاپن بیشترین درصد اشخاص ۶۵ سال به بالا را به خود اختصاص داده است. افزایش امید به زندگی در پرتو پیشرفت‌های علمی در زمینهٔ بهداشت عمومی از یک سو و کاهش نرخ تولد در جهان از سوی دیگر موجب شده است که جمعیت جهان نسبت به سال‌های قبل پیرتر شود.

آمارهای جمعیت جهان، غالباً با استفاده از اصطلاحات کشورهای «توسعه‌یافته» و «در حال توسعه»، گزارش می‌شود. کشورهای توسعه‌یافته تمامی کشورهای موجود در اروپا، امریکای شمالی، ژاپن، استرالیا و نیوزیلند، به علاوهٔ برخی از کشورهای اتحاد جماهیر شوروی سابق را شامل می‌شوند. تمامی کشورهای دیگر جهان در طبقه‌بندی در حال توسعه قرار می‌گیرند. کشورهای در حال توسعه اقتصادی بر مبنای کشاورزی دارند، و سطح مراقبت‌های بهداشتی، تحصیلات و

درآمد در آن‌ها معمولاً پایین‌تر از کشورهای توسعه‌یافته است (ویتبُرن و ویتبُرن، ۲۰۱۱).

آن‌گونه که در نمودار ۱ـ۱ نشان داده شده است، در کشورهای در حال توسعه، نسبت جمعیت افراد بالای ۶۰ سال، که کماکان به زندگی خود ادامه می‌دهند، در دهۀ آتی افزایشی ناگهانی خواهد داشت و از نرخ رشد کشورهای توسعه‌یافته تجاوز خواهد کرد. این بیشتر شدن نسبت جمعیت سالمند در جهان، بر روند اقتصادی و مراقبت‌های پزشکی تمامی کشورها، به خصوص کشورهای در حال توسعه، فشار زیادی وارد خواهد ساخت.



نمودار ۱ـ۱ تعداد افراد ۶۰ سال و بالاتر در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه، ۱۹۵۰ـ۲۰۵۰ (UNFPA, 2012)

اگر سن «میانه[1]» را به عنوان شاخصی برای سنجش وضعیت جمعیت در نظر بگیریم (سن میانه سنی است که سن ۵۰ درصد جمعیت کمتر از آن و ۵۰ درصد بیشتر از آن است)، اطلاعات ارائه‌شده در جدول ۱ـ۳، حاکی از آن است که سن میانۀ جمعیت ده کشور پیر جهان در سال‌های مختلف تغییر می‌کند.

1. median

جدول ۱ـ۳ ده کشوری که پیرترین جمعیت را در سال‌های مختلف داشته‌اند یا خواهند داشت (سال‌های ۲۰۱۳، ۲۰۵۰ و ۲۱۰۰)

۲۰۱۳		۲۰۵۰		۲۱۰۰	
کشور / منطقه	سن میانه (سال)	کشور / منطقه	سن میانه (سال)	کشور /منطقه	سن میانه (سال)
ژاپن	۴۵/۹	قطر	۵۵/۸	سنگاپور	۵۶/۴
آلمان	۴۵/۵	مناطق نامتمایز دیگر	۵۴/۵	امارات متحده	۵۳/۶
ایتالیا	۴۴/۳	کوبا	۵۴/۱	هنگ کنگ	۵۲/۹
بلغارستان	۴۳	هنگ کنگ	۵۳/۹	کوبا	۵۲/۸
یونان	۴۲/۸	جمهوری کره	۵۳/۵	جمهوری کره	۵۲/۶
اتریش	۴۲/۷	ژاپن	۵۳/۴	قطر	۵۲/۵
کرواسی	۴۲/۶	پرتغال	۵۲/۵	پرتغال	۵۲/۲
اسلونی	۴۲/۴	آلمان	۵۱/۵	ژاپن	۵۱/۸
هنگ کنگ	۴۲/۴	تایلند	۵۱/۱	مالدیو	۵۱/۷
فنلاند	۴۲/۳	عمان	۵۰/۸	لبنان	۵۱/۴

Source: UN(2013), *World Population Prospects*, The 2012 Revision.

۱ـ۷ـ۲ ویژگی‌های جمعیتی سالمندان در ایران

اطلاعاتی را که مرکز آمار و اطلاعات راهبردی (۱۳۹۱)، از وضعیت سالمندان ایران براساس سرشماری‌های عمومی نفوس، مسکن و جمعیت کشور منتشر کرده، حاوی اطلاعات ارزشمندی است. در این آمار آمده، طی سال‌های ۱۳۴۵ـ۱۳۹۰، جمعیت سالمندان نزدیک به چهار برابر شده است. در مناطق شهری تعداد سالمندان از حدود ۶۰۰ هزار نفر در سال ۱۳۴۵ به حدود ۴/۴ میلیون نفر در سال ۱۳۹۰ رسیده است؛ به عبارت دیگر طی یک دورهٔ ۴۵ ساله جمعیت سالمندان ۷/۴ برابر شده است. طی همین دوره تعداد سالمندان مناطق روستایی با آهنگ افزایشی کندتر از نقاط شهری از حدود یک میلیون نفر در سال ۱۳۴۵ به حدود ۱/۸ میلیون نفر در سال ۱۳۹۰ رسیده، که نشان‌دهندهٔ افزایشی معادل ۱/۷ برابر است (جدول ۱ـ۴).

جدول ۱ـ۴ جمعیت ۶۰ ساله و بیشتر در ایران برحسب مناطق در سال‌های ۱۳۴۵ـ۱۳۹۰

شرح	تعداد جمعیت					
	۱۳۴۵	۱۳۵۵	۱۳۶۵	۱۳۷۵	۱۳۸۵	۱۳۹۰
کل	۱۶۳۸۰۲۲	۱۷۷۱۶۱۴	۲۶۸۶۳۵۰	۳۹۷۸۱۲۷	۵۱۲۱۰۴۳	۶۲۰۵۹۹۸
شهر	۵۹۸۸۳۴	۷۹۱۱۲۶	۱۳۸۸۳۶۱	۲۲۵۴۲۱۱	۳۲۷۹۹۳۷	۴۴۳۱۰۸۳
روستا	۱۰۳۹۱۹۸	۹۷۹۴۸۸	۱۲۹۷۹۸۹	۱۷۲۳۹۱۶	۱۸۴۱۱۰۶	۱۷۷۴۹۱۵

اطلاعات ارائه‌شده در جدول ۱ـ۵، به خوبی روند پیر شدن جمعیت ایران را طی سال‌های ۱۳۵۵ـ۱۳۹۰ نشان می‌دهد. بر این اساس جمعیت ۶۵ سال و بیشتر ایران از ۳/۵ درصد در سال ۱۳۵۵ به ۵/۷ درصد در سال ۱۳۹۰ رسیده است.

جدول ۱ـ۵ روند تغییرات جمعیت در گروه‌های عمدهٔ سنی طی سال‌های ۱۳۵۵ـ۱۳۹۰ در ایران

سال	جمعیت ۰ تا ۱۴ سال	جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال	جمعیت ۶۵ سال و بالاتر
۱۳۵۵	۴۴/۵	۵۲/۰	۳/۵
۱۳۶۵	۴۵/۵	۵۱/۵	۳/۰
۱۳۷۵	۳۹/۵	۵۶/۱	۳/۴
۱۳۸۵	۲۵/۱	۶۹/۷	۵/۲
۱۳۹۰	۲۳/۴	۷۰/۹	۵/۷

جدول ۱ـ۶ شاخص پیری (سالمندی) جمعیت کشور در سال‌های ۱۳۴۵ ـ۱۳۹۰

سال	جمعیت کل (میلیون نفر)	جمعیت ۶۰ ساله و بیشتر (میلیون نفر)	تعداد جمعیت ۰ تا ۱۴ (میلیون نفر)	شاخص پیری (نفر)
۱۳۴۵	۲۵/۷	۱/۶	۱۱/۶	۱۳/۸
۱۳۵۵	۳۳/۷	۱/۸	۱۵/۰	۱۲/۰
۱۳۶۵	۴۹/۴	۲/۷	۲۲/۵	۱۲/۰
۱۳۷۵	۶۰/۱	۳/۹	۲۳/۷	۱۶/۵
۱۳۸۵	۷۰/۴	۵/۱	۱۷/۷	۲۸/۸
۱۳۹۰	۷۵/۱	۶/۲	۱۷/۶	۳۵/۲

از ارقام مندرج در جدول ۱ـ۶ چنین مشخص می‌شود که مقدار شاخص پیری جمعیت ایران در طی پنج دهه از حدود ۱۴ نفر به بیش از ۳۵ نفر یعنی به بیش از ۲/۵ برابر افزایش یافته است.

براساس اطلاعات مندرج در جدول ۱ـ۷ متوسط رشد سالیانهٔ جمعیت در افراد سالمند در بین سال‌های ۱۳۸۵ـ۱۳۹۰ حدود ۳/۹ برابر شده است؛ در حالی که این نسبت برای جمعیت کل کشور حدود ۱/۲۹ درصد بوده است.

جدول ۱ـ۷ تغییرات جمعیت سالمندان کشور در سال‌های ۱۳۷۵ـ۱۳۹۰

سال	جمعیت نفر		متوسط رشد سالانه (درصد)	
	کل	سالمند	کل	سالمند
۱۳۷۵	۶۰۰۵۵۴۸۸	۴۰۱۰۴۸۳	۱/۹۶	۴/۸
۱۳۸۵	۷۰۴۹۵۷۸۲	۵۱۲۱۰۳۸	۱/۶۱	۲/۸
۱۳۹۰	۷۵۱۴۹۶۶۹	۶۲۰۵۹۹۸	۱/۲۹	۳/۹

سن میانه یا میانهٔ سنی جمعیت ایران از ۱۶/۶ در سال ۱۳۴۵ به ۲۷ در سال ۱۳۹۰ رسیده است و سن میانگین یا میانگین سنی نیز از ۲۲/۲ سال در سال ۱۳۴۵ به ۲۹/۹ در سال ۱۳۹۰ رسیده است (جدول ۱ـ۸). افزایش دو نماگر میانه و میانگین سنی به معنی تغییر ساختار سنی جمعیت و افزایش جمعیت سالمندان است. همان گونه که از روند تغییرات این دو نماگر ملاحظه می‌شود میزان آن طی ۴۵ سال اخیر، حدود ۱۰ سال (میانهٔ سنی) و حدود ۸ سال (میانگین سنی) افزایش داشته است.

جدول ۱ـ۸ میانه و میانگین سنی جمعیت ایران در سال‌های ۱۳۴۵ـ۱۳۹۰

سال	میانهٔ سنی (سن میانه به سال)	میانگین سنی (سال)
۱۳۴۵	۱۶/۶۰	۲۲/۲
۱۳۵۵	۱۷/۴۰	۲۲/۴
۱۳۶۵	۱۷/۰۱	۲۱/۷
۱۳۷۵	۱۹/۴۲	۲۴
۱۳۸۵	۲۴/۷	۲۷/۹
۱۳۹۰	۲۷	۲۹/۹

براساس اطلاعات ارائه‌شده در جدول ۱ـ۹ در حالی که ۹۰ درصد مردان ۶۰ سال و بیشتر دارای همسر بوده‌اند، این رقم در میان زنان تنها ۵۰/۳ درصد بوده است. یکی از دلایل مهم این تفاوت آماری، برخی هنجارهای اجتماعی است که ازدواج مجدد مردان سالمند را بیش از زنان سالمند پذیرفته است.

جدول ۱ـ۹ وضعیت زناشویی (درصد) برحسب سن و جنس

جنس و سال		سن	دارای همسر	بدون همسر به دلیل فوت همسر	بدون همسر به دلیل طلاق	هرگز ازدواج نکرده	اظهارنشده
۱۳۹۰	مرد	۶۰ سال و بیشتر	۹۰	۷/۹	۰/۶	۰/۷	۰/۴
	زن	۶۰ سال و بیشتر	۵۰/۳	۴۷/۵	۱/۵۰	۰/۹	۰/۲۰

آنچه تاکنون از آمار و ارقام ارائه شد به منظور فهمی صحیح‌تر از واقعیت جمعیت سالمندی و توجه به پیامدهای آن است. یک جنبه از پیامدهای این آمار و ارقام برای مخاطب این متن آن است که در زمان ورود به دورهٔ بزرگسالی، احتمالاً دوستان و همکاران بیشتری در میان جمعیت افراد مسن خواهد داشت؛ چراکه احتمالاً تمایل بیشتری به معاشرت با همسالان خود خواهد یافت. احتمالاً در مقایسه با گروه‌های فعلی از افراد مسن، طول عمر بیشتری خواهد داشت. اگر مایل به داشتن شغلی مرتبط با احتیاجات سالمندان باشد، خواهد دانست که در آینده تعداد مشتریان کهنسال زیاد خواهد شد. می‌توان انتظار داشت در جنبه‌های گوناگون سبک زندگی نیز در دههٔ آتی تغییراتی رخ دهد، چراکه در سرگرمی‌ها و رسانه‌ها تغییراتی برای تناسب با جمعیت مسن به وجود خواهد آمد (ویتبُرن و ویتبُرن، ۲۰۱۱).

منابع

آمدی، عبدالواحد بن محمد (۱۳۶۶)، *غرر الحکم*، قم: دفتر تبلیغات اسلامی، ص ۴۱۶۹، ۱۰۰۷۶، ۱۰۰۹۹.

باقری، بهادر (۱۳۷۸)، «سالمندی در بخشی از ادبیات فارسی»، *مجموعه مقالات نخستین همایش پدیدهٔ سالمندی* (ج ۲)، تهران: گروه بانوان نیکوکار.

تهرانی، علی (بی‌تا)، *شیعه در پیشگاه قرآن و اهل بیت علیهم السلام* (چاپ اول)، تهران: کتابخانه مسجد حضرت ولی عصر (عج).

حکیمی، اخوان و احمد آرام (۱۳۸۰)، *الحیاة*، ج ۲ (چاپ مکرر)، ترجمهٔ احمد آرام، تهران: دفتر نشر فرهنگ اسلامی.

سجادی، سید جعفر (۱۳۷۳)، *فرهنگ معارف اسلامی*، ج ۲ (چاپ سوم)، تهران: دانشگاه تهران.

شاملو، غلامعلی (۱۳۶۴)، *پیری چیست؟ چرا پیر می‌شویم؟*، تهران: شرکت سهامی چهر.

علامه طباطبایی، محمدحسین (بی‌تا)، *المیزان*، ترجمهٔ فارسی سیدمحمدباقر موسوی همدانی، قم: دفتر انتشارات اسلامی.

علایی حسینی، مهدی (۱۳۷۶)، «چند نکته در باب توانمندی‌ها و نیازهای سالمندان»، مجموعه *مقالات نخستین همایش پدیدهٔ سالمندی با تأکید بر توانمندی سالمندان*، تهران: معاونت پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

کلینگ، زینال (۱۳۸۰)، «ساخت اجتماعی: عملکردهای مذهبی مالایی»، *تمدن اسلامی در سرزمین‌های مالایی*، ترجمهٔ فارسی محمدجواد ناطق‌پور و همکاران، تهران: سازمان فرهنگ و ارتباطات اسلامی، ص ۸۷ـ۹۷.

کلینی، محمد بن یعقوب (۱۳۹۱)، *الکافی*، به‌کوشش علی‌اکبر غفاری، تهران: دارالکتب الاسلامیة، ج ۲، ص ۱۶۵.

متقی هندی، علاءالدین علی بن حسام‌الدین (۱۳۶۷)، *کنزالعمال فی سنن الاقوال و الافعال*، قم: مؤسسه علمی فرهنگی دارالحدیث، ج ۳، ص ۱۷۳.

مرکز آمار و اطلاعات راهبردی (۱۳۹۱)، *سالمندان ایران در آینهٔ آمار*، تهران: وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی.

مجلسی، محمدباقر (۱۴۰۳)، *بحار الأنوار*، بیروت: مؤسسة الوفاء، ج ۷۲، ص ۱۳۷.

مشکینی اردبیلی، علی‌اکبر (۱۳۸۴)، *نصایح (سخنان چهارده معصوم)*، ج ۲، ترجمهٔ احمد جنتی، قم: الهادی.

Agronin, E.M. & G.J. Maletta (2005), *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry*, Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins.

APA: American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-5TM, Manufactured in the United States of America on acid-free paper, American Psychiatric Publishing.

Bronikowski, A.M. & T. Flatt (2010), "Aging and its demographic measurement", *Nat. Educ. Knowl.* 1, 3.

Cavanaugh, John C. (1997), *Adult Development and Aging*, New York: Wadsworth Pub Co.

Cavanaugh, John C. & F. Blanchard-Fields (2006), *Adult Development and Aging* (5th edition), U.S.A.: Thomson Learning, Inc.

Chiang, K.J. et al. (2009), "The Effects of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among the institutionalized aged", *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(4): 380-8.

Comer, Ronald J. (2012), *Abnormal Psychology* (9th edition), Worth Publishers.

ESCAP: Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, United Nations (2013), "Population data sheet", Retrieved: www.unescapsdd.org/publications/2013/escap-population-datasheet.

Fabian, D. & T. Flatt (2011), "The evolution of aging", *Nat. Educ. Knowl.* 2, 9.

Hooyman, N.R. & H.A. Kiyak (2011), *Social gerontology: A Multidisciplinary Perspective* (9th edition.), Boston: Pearson Education, ISBN 0205763138.

Komp, kathrin & Marja Aartsen (2013), *Old Age In Europe: A Textbook of Gerontology*, Dordrecht: Springer Netherlands.

Perlmuter, M. & E.L. Hall (1992), *Adult Development and Aging* (2th edition), New York: John Willey & Sons Inc.

Persiangig (1392), Retrieved http://statisticsscience.persiangig.com/document/new_folder/ExpectationandLifetable.doc/download?db5d.

Salthouse, Timothy A. (2010), *Major Issues in Cognitive Aging*, New York: Oxford University Press, Inc.

Schaie, K. Warner & Sh.L. Williss (2011), *Handbook of the Psychology of Aging* (7th edition), San Diego, Elsevier Inc.

Shaie, K.W. (1997), *In M. Perlmutter & E. Hall Adult Development and Aging* (2nd edition), New York: John Willey & Sons Inc.

Stuart-Hamilton, Ian (2006), *The Psychology of Ageing. An Introduction* (4th edition), London: Jessica Kingsley Publishers.

Tawnsend, M.C. (2006), *Psychiatric Mental Health Nursing* (5th edition), Philadelphia, F.A. Davis Company.

Timiras, S. Paola (2007), *Physiological Basis of Aging and Geriatrics* (4th edition), Informa Healthcare.

UNFPA (2012), *Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge*, Executive Summary, New York: Published by the United Nations Population Fund (UNFPA).

UN: United Nations, (2013a), *World Population Ageing 2013*, New York: United Nations publication.

UN: United Nations, (2013b), *World Population Prospects, The 2012 Revision*, Highlights and Advance Tables, New York: Department of Economic and Social Affairs, Population Division.

United Nations (2009), *World Population Ageing*, New York: United Nations.

Whitbourne, S.K. & S.B. Whitbourne (2011), *Adult Development and Aging, Biopsychosocial Perspectives* (4th edition), U.S.A.: John Wiley & Sons Inc.

فصل دوم

روش‌های مطالعهٔ سالمندی

مطالعهٔ سالمندی در ارتباط با پیری‌شناسی سبب می‌شود تا حوزهٔ مطالعات آن دامنهٔ گسترده‌ای بیابد، و عملاً در قالب مطالعاتی میان‌رشته‌ای با دانش‌های گوناگونی مربوط گردد و از ابعاد مختلف بدان توجه شود. در فصل پیش گفته شد که پیری‌شناسی دانشی از رشته‌های علمی مختلف همچون جامعه‌شناسی، اقتصاد، زیست‌شناسی، روان‌شناسی و شیوع‌شناسی است که به مطالعهٔ سالمندی انسان می‌پردازد. بنابراین مطالعهٔ سالمندی برحسب اقتضا در هر یک از این رشته‌های علمی نیازمند به‌کارگیری روش تحقیق خاص آن رشته است. به طور کلی سالمندی به شیوه‌های زیر توصیف و مطالعه شده است:

۱. **سن تقویمی:** تعداد سال‌هایی که فرد زندگی کرده است.

۲. **اداری:** صلاحیت برای برنامه‌ها و خدمات اجتماعی، همچون ۶۵ سالگی برای دریافت خدمات تأمین اجتماعی.

۳. **عملکردی:** توانایی مراقبت از خود و سلامت کلی.

۴. **اجتماعی:** نقش‌ها و ارتباطات در ساختار اجتماعی با افزایش سن.

۵. **زیست‌شناختی:** تغییرات بدنی که در اندام‌ها و سلول‌ها رخ می‌دهد.

۶. **روان‌شناختی:** کنش‌های حسی و ذهنی، شخصیت، نگرش و از عهده برآمدن.

۷. **جمعیت‌شناختی:** روندهایی که در کل و در جمعیت سالمندی رخ می‌دهد.

همان‌طور که ملاحظه می‌شود حوزه‌های مطالعاتی در هر یک از موارد فوق می‌توانند مستقل از موارد دیگر به طور جدی و عمیق صورت پذیرد. مثلاً زیست‌شناسان با رویکرد خاص خود پیر شدن را براساس تغییراتی که در سلول‌ها اتفاق می‌افتد مطالعه می‌کنند. جمعیت‌شناسان نسبت پیری جمعیت و آثار ناشی از آن را بر سایر گروه‌های سنی مورد مطالعه قرار می‌دهند. لذا گستردگی مطالعات سالمندی فراتر از روش‌های متداول در روان‌شناسی است. در عین حال روش‌های متداول تحقیق در روان‌شناسی نیز زمانی که در حوزهٔ سالمندی مطرح می‌شوند اختصاص‌ها و تمایزات خاص خود را خواهند داشت.

از این‌رو مطالعهٔ سالمندی و مطالعهٔ تغییرات فرایندهای مرتبط با سالمندی دشواری‌های ذاتی فراوانی دارد. این دشواری‌ها رویکردهای مختلفی را برای بررسی ایجاب می‌کند از جمله: به دلیل دامنهٔ گستردهٔ موضوعات مرتبط با سالمندی، چه به لحاظ تعامل این ویژگی‌ها با تغییراتی که در جامعه به عنوان یک کل از یک دهه به دههٔ بعد رخ می‌دهد، و چه به سبب تعریف و مطالعهٔ این تغییرات در افراد مختلف. بدین منظور پژوهشگران حوزهٔ پیری‌شناسی راهبردهای مختلفی را برای غلبه بر این مشکلات تدارک دیده‌اند.

۲ـ۱ انواع طرح‌های پژوهشی

۲ـ۱ـ۱ طرح‌های آزمایشی

یک طرح آزمایشی، اغلب استاندارد طلایی تحقیقات در نظر گرفته می‌شود؛ آزمایش واقعی شامل دست‌کاری یک یا چند عامل، و اندازه‌گیری (مشاهده) آثار این دست‌کاری در رفتار است. عواملی که، از طریق محقق، کنترل و یا دست‌کاری می‌شود، متغیرهای مستقل نامیده می‌شود. یک متغیر مستقل باید حداقل دو سطح (یا دو شرط) را داشته باشد. یک سطح ممکن است به عنوان وضعیت تدبیر (درمان) در نظر گرفته شود و سطح دوم به عنوان وضعیت کنترل (مقایسه) باشد. افزایش این

سطوح بر دقت آزمایش می‌افزاید به همین دلیل غالباً برای مقایسه‌های بیشتر و دقیق‌تر بین گروه‌ها، از بیش از دو سطح استفاده می‌شود. متغیری که تحت تأثیر متغیر مستقل قرار می‌گیرد و اندازه‌گیری می‌شود، متغیر وابسته نامیده می‌شود.

در طرح آزمایشی پاسخ‌دهندگان به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایشی قرار می‌گیرند و سپس از نظر متغیر وابسته سنجیده می‌شوند. فرض بر آن است که افراد در معیارهای اندازه‌گیری وابسته با هم متفاوت‌اند، چراکه در معرض سطوح گوناگونی از متغیر مستقل قرار گرفته‌اند. برای مثال آزمایش‌های بالینی معمولاً اثربخشی یک دارو بر یک گروه را با یک گروه دیگر مقایسه می‌کنند، و بدین وسیله می‌توانند شواهد تجربی قانع‌کننده در مورد علت و معلول به دست آورند (ویتبُرن و ویتبُرن، ۲۰۱۱). بدین ترتیب زمانی می‌توان از روابط علت و معلولی سخن گفت که طرح تحقیق از نوع آزمایشی باشد (ویتبُرن، ۲۰۰۲).

استفاده از طرح‌های آزمایشی در مطالعهٔ تکامل بزرگسالی، با توجه به این که شاخص سن یک متغیر مستقل واقعی نیست، با مشکلاتی مواجه می‌شود. هرگز با قطعیت نمی‌توان گفت که پیر شدن «باعث شده» تا افراد امتیازات خاصی را در یک متغیر وابسته به دست آورند. آنچه می‌توان گفت آن است که آیا گروه‌های سنی مختلف در واکنش‌های خود به سطوح مختلف از متغیر وابسته با هم تفاوت داشته‌اند یا خیر. بر همین اساس اگر یک جابه‌جایی در متغیرها، بتواند در گروه سنی جوان‌تر نسبت به یک گروه سنی پیرتر تأثیری متفاوت ایجاد نماید، ممکن است این نتیجه به دست آید که روند درمان تا حدی مربوط به سن است. برای مثال، آزمایشی را در نظر بگیرید که در آن برای یک تست حافظه، ابزارهای ویژه‌ای به یک گروه سنی جوان و یک گروه سنی پیرتر داده می‌شود. اگر عملکرد در هر دو گروه به شکل معناداری بهبود یابد، اما درجهٔ آن برای افراد مسن‌تر بیشتر باشد، می‌توان چنین استنباط کرد که شاخص سن با حساسیت به نوع دست‌کاری‌ها در این دستورالعمل‌ها، ارتباط دارد. این نمونه‌ای از یک تعامل میان متغیرهاست؛ گرچه دست‌کاری بر هر دو گروه تأثیر می‌گذارد، اما تأثیر آن در یک گروه بیش از دیگری است. نکته‌ای

که در این حالت باید به یاد داشت آن است که تعیین تصادفی در گروه‌های سنی غیر ممکن است. بنابراین، مطالعهٔ سالمندی چالش‌برانگیز است. حتی در مثال بالا هم نمی‌توان به طور قطع تعیین کرد که سن «باعث شده» اختلافاتی در واکنش‌های گروه‌های تحت درمان ایجاد گردد (ویتبُرن و ویتبُرن، ۲۰۱۱).

درعوض برای مطالعات سالمندی، از طرح شبه‌آزمایشی استفاده می‌کنند، اصطلاحی که از آن برای توصیف فرایند مقایسهٔ گروه‌ها از لحاظ مشخصه‌های از پیش‌تعیین‌شده بهره گرفته می‌شود. به طور کلی، طرح‌های شبه‌آزمایشی شامل برخی از انواع مداخلات و تدابیر برای مقایسهٔ گروه‌هاست. اما آن میزان از کنترلی که در طرح‌های آزمایشی واقعی وجود دارد در این طرح‌ها نیست. همان گونه که آرایش تصادفی مشخصهٔ اصلی طرح‌های آزمایشی واقعی است، نبود آرایش تصادفی مشخصهٔ طرح‌های شبه‌آزمایشی است. در طرح‌های شبه‌آزمایشی نمی‌توان نتیجه گرفت که مشخصه‌های از پیش‌تعیین‌شده موجب اختلاف و انحراف در متغیر وابسته شده‌اند، اما می‌توان از نتایج برای توصیف اختلافات میان گروه‌ها استفاده کرد.

در مطالعه‌ای یک محقق بر آن است تا سطح شادکامی سالمندانی که در جامعه، و به طور معمولی، زندگی می‌کنند با سالمندان ساکن در خانهٔ سالمندان را مقایسه نماید. چون در اینجا گمارش تصادفی انجام نشده است، در صورت وجود تفاوت بین شادکامی این دو گروه نمی‌توان گفت نوع محل سکونت باعث ایجاد سطوح بالاتر احساس شادکامی در یک گروه نسبت به گروه دیگر شده است؛ چه، ممکن است عوامل دیگری به جز محل سکونت باعث اختلاف در احساس شادکامی آن‌ها شده باشد. محقق می‌تواند تلاش نماید دیگر احتمالات، مانند سطح سلامت یا سطوح عملکرد بدنی را که ممکن است باعث تفاوت در میزان احساس شادکامی شوند، نادیده بگیرد یا نامحتمل شمارد. هنگامی که محقق احساس کرد دلایل احتمالیِ دیگر رد شده‌اند (و اگر همان اختلافات به طور مکرر ظاهر شده باشند)، می‌تواند محتاطانه نتیجه بگیرد که محل سکونت، با انحراف در امتیازات احساس شادکامی افراد، ارتباط دارد.

۲ـ۱ـ۲ طرح‌های پژوهشی توصیفی

مطالعات توصیفی به ما می‌گوید چه اتفاقی افتاده است، کجا، کِی، برای چه کسی و توسط چه کسی؟ ما در روان‌شناسی سالمندی برای اشاره به مطالعاتی که در آن‌ها سن به تنهایی متغیر مورد نظر ماست، از اصطلاح «توصیفی» استفاده می‌کنیم. برای مثال، اگر خبری بشنوید مبنی بر این که احتمالاً افراد مسن بیشتر از جوانان مشکل خاصی در سلامتی دارند، ممکن است فوراً نتیجه بگیرید که سن «باعث» چنین مشکل سلامت شده است. در حالی که این احتمال وجود دارد که این مطالعه، افراد پیر و جوان را در یک برههٔ زمانی مقایسه کرده باشد. ممکن است افراد مسن به این دلیل مشکلی در سلامتی داشته باشند که در جوانی برایشان اتفاقی افتاده است. شاید افراد سالمند نسبت به همتایان جوان خود در معرض شیوه‌های تغذیهٔ نامناسب‌تری قرار گرفته باشند؛ لذا این یافته‌ها به جای آن که تفاوت‌های ناشی از سن باشند، نمودی از اختلافات موجود در تجارب سال‌های اول زندگی است. بنابراین، آن دورهٔ تاریخی که افراد در آن زاده شده‌اند، می‌تواند بر عملکردشان تأثیرگذار باشد. بر همین اساس، برای کنترل چنین تأثیرات محتملی، طرح‌هایی تدوین و طراحی شده‌اند.

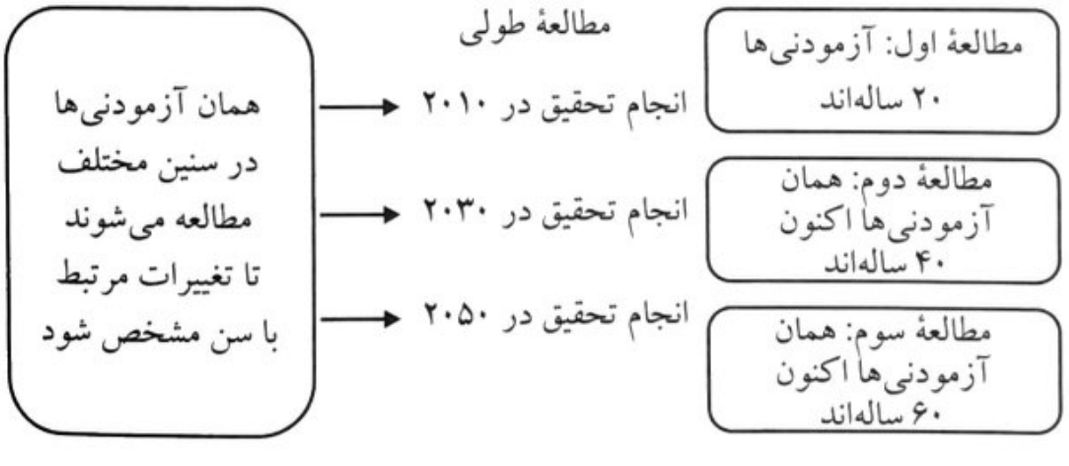
طرح‌های تحقیقات توصیفی به دو دسته تقسیم می‌شوند: طرح‌های طولی و مقطعی. این دو شیوهٔ طراحی تحقیق، امروزه مبنای بیشتر پژوهش‌ها در پیری‌شناسی هستند. بیشتر پژوهش‌ها بر مقایسهٔ تفاوت میانگین‌ها مبتنی هستند؛ یعنی نمرات گروه‌ها بر مبنای سن مقایسه می‌شوند.

الف) طرح‌های طولی

در مطالعهٔ طولی، دسته‌ای از افراد در طول و در گذر زمان مورد بررسی و مطالعه قرار می‌گیرند. محققان سعی دارند با مشاهده و مطالعهٔ افراد در حین پیر شدنشان، تعیین کنند که آیا آن‌ها با گذر زمان و در نتیجهٔ فرایند پیر شدن تغییر کرده‌اند یا خیر (ویتبُرن و ویتبُرن، ۲۰۱۱). ظاهراً منطقی‌ترین راهبرد طراحی یک تحقیق بر روی سالخوردگی، انتخاب نمونه‌ای از بزرگسالان و پیگیری ایشان در طول چند سال یا

چند دهه است. بنابراین به منظور مطالعهٔ تغییرات در سنین بالا، محقق می‌تواند از یک گروه افراد ۵۰ ساله شروع کند و آن‌ها را برای حدود ۳۰ سال یا بیشتر تحت نظر بگیرد. در پایان این زمان، محقق قادر خواهد بود تغییرات سال‌های آخر عمر را برحسب متغیرهای خاصی تشریح کند. این مطالعهٔ «طولی» ظاهراً ایدئال است. از آنجا که پژوهشگر همان افراد خاص را در طول زمان دنبال می‌کند، به نظر می‌رسد که هر تغییر مشاهده‌شده در آن‌ها باید به دلیل ویژگی‌های ذاتی فرایند سالمندی باشد (ویتبُرن، ۲۰۰۲).

طرح‌های طولی نسبت به طرح‌های مقطعی، که در آن تنها یک وهله اندازه‌گیری وجود دارد، ترجیح داده شده‌اند. مزایای این طرح‌ها شامل امکان تخمین مستقیم تغییرات درون فرد، فهم تفاوت‌های تغییر در سطح افراد و ارتباط بین میزان تغییرات و دیگر متغیرهای مورد نظر است. دانش ما در مورد تحول انسان به ویژه در طول دورهٔ بزرگسالی تا حد زیادی از این طرح‌ها به دست آمده است. بسیاری از مرتبط‌ترین یافته‌ها از این تحقیقات در طول مطالعات متعدد تکرار شده‌اند و اکنون بخشی از شواهد تجربی نظریه‌های شناختی سالمندی هستند (شای و ویلیس[1]، ۲۰۱۱).



نمودار ۲-۱ الگوی مطالعهٔ طولی

1. Schaie & Willis

نکتهٔ حائز اهمیت آن است که پیش از به‌کارگیری روش مطالعهٔ طولی نسبت به این امر اطمینان حاصل کنیم که آیا چنین روشی ضرورت دارد یا خیر؟ بدین منظور ابتدا باید ببینیم که طرح طولی مورد نظر آیا برخاسته از یک تمرکز نظریه‌ای و مفهومی است، یا صرفاً برحسب تمایل به اجرای یک تکنیک چشمگیر روش‌شناختی برای اندازه‌گیری مکرر مورد استفاده قرار می‌گیرد. دوم آن که مطالعات طولی باید برای مواردی طراحی شوند که در آن‌ها بیش از یک روش تحلیل داده‌ها مدنظر است. بر این اساس محققان تشویق می‌شوند به انعطاف‌پذیرترین شکل جمع‌آوری داده بیندیشند؛ و در نهایت آن که مطالعات طولی نیازمند طراحی دقیق، تأمل و مدیریت است (رابینز، فریلی و کروگر،[1] ۲۰۰۷).

تأملاتی برای تصمیم‌گیری دربارهٔ طرح اولیه در مطالعهٔ طولی

پاسخ به چهار مورد زیر حاکی از تأمل کردن در تصمیم‌گیری برای طرح اولیهٔ تحقیق است:

۱. تصمیم‌گیری دربارهٔ این که چه چیزی باید اندازه‌گیری شود و چگونه اندازه‌گیری شود.
- ارزیابی ساختارهای مهم؛
- پیش‌بینی تحلیل آماری؛
- استفادهٔ بهینه از ابزار پایا و مؤثر؛
- آزمون آزمایشی تمام اندازه‌گیری‌ها؛
- استفادهٔ دقیق از همان ابزارها برای هر مورد.

۲. تصمیم‌گیری در مورد تعداد و زمان اندازه‌گیری‌ها.
- کوشش برای جمع‌آوری سه مورد یا بیشتر از اطلاعات؛
- توجه به این که موضوعات مفهومی، تعیین‌کنندهٔ زمان اندازه‌گیری باشند.

۳. تصمیم‌گیری در مورد منبع داده‌ها.
- تلاش برای مطالعات غنی چندگانه.

۴. تصمیم‌گیری در مورد نمونه و اندازهٔ نمونه.
- درگیری فکری با تعریف جامعهٔ آماری مورد نظر و انتخاب راهبرد نمونه‌گیری مناسب.
- تعیین اندازهٔ مناسب برای نمونهٔ تحقیق تا امکان نسبت دادن اطلاعات را به جامعه فراهم سازد (رابینز، فریلی و کروگر، ۲۰۰۷).

1. Robins, Fraley & Krueger

مورد اول: تصمیم‌گیری در مورد این که چه چیزی باید اندازه‌گیری شود و چگونه اندازه‌گیری شود؟ در بنیادی‌ترین سطح، پاسخ به این پرسش بستگی دارد به این که تمرکز مفهومی و نظریه‌ای این مطالعهٔ طولی خاص بر چیست؟ زمانی که یک مطالعهٔ طولی در جریان است محقق باید علاوه بر تمرکز مفهومی و نظریه‌ای نسبت به مفاهیمی که باید در موقعیت خاص تحقیق ارزیابی شوند، حساس باشد. این راهبرد، از جزم‌اندیشی می‌کاهد و امکان به حداکثر رسانیدن بازدهی علمی را برای زمان و منابع مورد تحقیق فراهم می‌سازد.

پس از انتخاب ساخت‌ها، محققان باید دربارهٔ اندازه‌گیری‌های ویژه و چگونگی انجام دادن آن تصمیم‌گیری نمایند. در این مرحله انتخاب ابزارهای قوی اندازه‌گیری روانی، که اعتبار بالایی داشته باشند، اهمیت بسیار دارد. بهترین راهبرد برای پرهیز از هرگونه اشتباه در انتخاب ابزار، مروری بر ادبیات موضوع است تا از ابزارهای قابل استفاده مطلع شویم و با اجرای پیش‌آزمون برای تمام اندازه‌گیری‌ها، خطر اشتباه را به حداقل رسانیم. همچنین می‌توان از توصیه‌های سایر متخصصانی که در این زمینه فعالیت داشته‌اند، بهره برد.

بسیاری از پیشرفت‌های اخیر در زمینهٔ تکنیک‌های آماری مطالعات طولی، روش‌های پیچیده‌ای را برای مطالعهٔ تفاوت‌های فردی، که صرفاً ناشی از تغییر باشد، فراهم می‌کند؛ در نتیجه چنین تکنیک‌هایی فرضیاتی را در مورد متغیرهای استفاده‌شده در تحلیل‌ها ارائه می‌دهد. بر همین اساس تصمیم دربارهٔ این که ساخت‌های خاص چگونه اندازه‌گیری شوند، نیازمند آن است که محقق شیوهٔ تحلیل اطلاعات را پیش‌بینی کند.

مورد دوم: تصمیم‌گیری در مورد تعداد و زمان اندازه‌گیری‌ها: از موضوعات مهم در تحقیقات طولی، تعداد اندازه‌گیری است. بدیهی است اگر تنها دو بار مطالعهٔ متغیرها (دو موج) در تحقیقات طولی صورت گیرد، تصویر ارائه‌شده از تغییر نتیجه‌گیری مهمی را دربر ندارد. البته دو بار مطالعهٔ متغیرها به ویژه در حوزهٔ تحقیقات جدید می‌تواند مفید و مؤثر باشد، اما در مطالعات طولی این تعداد،

اطلاعات کافی را از ارزیابی الگوهای رشد فردی ارائه نمی‌دهد. سه مطالعه در یک تحقیق طولی می‌تواند شرایط را بهبود بخشد، زیرا امکان آزمون مناسب تغییر خطی یک مفهوم را فراهم می‌سازد. علاوه بر آن ویژگی‌های دقیقی را از الگوهای رشد فردی برآورد می‌کند و پایایی برآورد میزان تغییر را با مطالعات بیشتر افزایش می‌دهد. این افزایش پایایی به ویژه زمانی مشخص می‌شود که موج‌های جدیدی از مطالعات به موج‌های محدود قبلی، همچون اضافه کردن موج چهارم به موج سوم، ایجاد شود (آن‌چنان که این موج چهارم نسبت به موج ۱۹ که بر موج ۱۸ اضافه می‌شود وزن بیشتری دارد). بنابراین توصیهٔ اکید آن است که در تحقیقات طولی «موج‌های بیشتر جمع‌آوری داده، به هر قیمت در دستور کار قرار گیرد».

اغلب تصمیم‌گیری در مورد زمان ارزیابی آزمودنی‌ها به جای این که براساس تمرکز مفهومی یا نظریه‌ای ناشی از موضوع باشد، براساس ملاحظات عملی همچون یک بار در ترم یا یک بار در سال مطرح می‌شود. این امر به ویژه برای محققانی که مطالعات طولی را برای آزمون فرضیات علمی یا آزمون الگوهای واسطه‌ای طراحی می‌کنند، احتمالاً اشتباه بزرگی است، زیرا اثبات نتایج علمی و اندازهٔ این آثار علمی می‌تواند در طول زمان متفاوت باشد.

دیدگاه ما این است که وقتی طول دوره‌های تغییر سریع است، ارزیابی‌های بیشتری مورد نیاز است. مانند انتقال از دورهٔ ابتدایی به دورهٔ راهنمایی و دبیرستان یا در طول مراحل اولیهٔ ارتباطات رمانتیک. همچنین وقتی محقق اطلاعات کمی نسبت به فرایندهای علمی مورد نظر دارد ارزیابی بیشتر اهمیت می‌یابد.

مورد سوم: تصمیم‌گیری در مورد منبع داده‌ها: براساس نظر کاسپی[1] (۱۹۹۸؛ به نقل از: رابینز، فریلی و کروگر، ۲۰۰۷)، مطالعهٔ طولی باید بر «اندازه‌های چندگانه‌ای که از منابع چندگانه و با استفاده از روش‌های چندگانه جمع‌آوری شده است» متکی

1. Caspi

باشد. بنابراین هنگام طراحی تحقیق باید به استفاده از منابع چندگانهٔ داده‌ها توجه داشت؛ این راهبرد نهایتاً دقت علمی فعالیت‌های تحقیقی را افزایش خواهد داد.

در مطالعات طولی این امکان وجود دارد که مطالعات در قالب طرح‌های شبه‌آزمایشی ساماندهی شوند. طرح‌هایی را که در آن‌ها گماشتن تصادفی آزمودنی‌ها برحسب شرایط سنی غیر ممکن است، می‌توان با انتخاب تصادفی افراد با سنین مختلف، و مقایسهٔ آن‌ها به نتیجه دست یافت (شای و ویلیس، ۲۰۱۱).

مورد چهارم: تصمیم‌گیری دربارهٔ نمونه و اندازهٔ آن: گفته شده که نمونه‌گیری، پاشنهٔ آشیل روان‌شناسی است، زیرا نمونه‌گیری‌هایی که با سهولت انجام شده است به فراوانی در ادبیات و آثار روان‌شناسی دیده می‌شود. مشکل این است که نمونه‌گیری‌هایی که به سهولت انجام می‌شود جهت‌گیری‌هایی در تحقیق به وجود می‌آورد که اغلب شناخته نشده یا تا حدی برآورد آن غیر ممکن است. مهم‌ترین اثر منفی این امر آن است که تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با مشکل مواجه می‌سازد و به اعتبار بیرونی تحقیق آسیب می‌رساند. پس از آن که جامعهٔ هدف مشخص شد مطلوب‌ترین کار انتخاب یک نمونهٔ تصادفی از این جامعه است. اما این امر برای بسیاری از مطالعات میسر نیست و لازم است روش‌های نمونه‌گیری دیگر نیز مدنظر قرار گیرد.

در میان دیگر روش‌های نمونه‌گیری نخست باید از الگوی نمونه‌گیری عامدانه از یک جامعهٔ ناهمگن یاد کرد (یا نمونه‌گیری هدفمند از نمونه‌های ناهمگن). هدف اصلی در این روش، انتخاب یک دامنهٔ گسترده از تفاوت‌های فردی است تا بدین ترتیب پراکندگی در ساختارهای مورد نظر به حداکثر رسانده شود.

رویکرد دیگر یک الگوی نمونهٔ هنجاری یا نمونه‌گیری هدفمند از نمونهٔ نوعی[1] است. در این رویکرد محقق گونه‌های متفاوت مردمی را که می‌خواهد مورد تعمیم قرار دهد، نخست شناسایی، و سپس نمونه‌ای را تعیین می‌کند که با جمعیت

1. typical instances

مورد نظر دارای شباهت باشد. برای مثال، گروهی از محققان که می‌خواهند دورهٔ تحولی عزت نفس را در جمعیت سالمندان دارای مزیت اقتصادی و فاقد مزیت اقتصادی، تعمیم دهند نمونه‌ای را انتخاب می‌کنند که هر دو گزینه در آن موجود باشد؛ یعنی هم از سالمندان متمکن و هم از سالمندان فقیر.

موضوع دیگر اندازهٔ نمونه است. واتسن[1] (۲۰۰۴؛ به نقل از: رابینز، فریلی و کروگر، ۲۰۰۷) معتقد است نمونه‌هایی که برای برآورد همبستگی‌های بازآزمایی کوتاه‌مدت جهت اندازه‌گیری‌های شخصیت استفاده شده است، اغلب آن‌قدر کوچک‌اند که قابل قبول نیستند. برای مثال، کمتر از ۱۰ درصد مطالعاتی که او مرور کرد نمونه‌های ۲۰۰ نفر یا بیشتر داشتند. این شرایط برای مطالعات بلندمدت که از سوی برخی دیگر از محققان، مرور شده است تا حدی بهتر بود. اما نمونه‌ها همچنان کوچک بود، به ویژه آن که باید ریزش آزمودنی‌ها را نیز در مطالعات طولی مدنظر داشت.

علاوه بر آنچه گفته شد طرح‌های طولی معایبی نیز دارد؛ نخستین دسته از مشکلات طرح طولی که در ابتدا باید مورد توجه و ملاحظه قرار گیرد، جنبهٔ عملی آن در حصول نتیجه است. اجرای یک تحقیق طولی تعهدی درازمدت را برای محقق به همراه دارد و به همین دلیل، هزینه و منابع زیادی را مصرف می‌کند. برای آن دسته از محققانی که در محیط کاری خود موظف‌اند تا در بازه‌های زمانی منظم نتایج پژوهش خود را اعلام کنند، چهارچوب زمانی تحقیق طولی چندان قابل قبول نخواهد بود. همچنین یافتن محققانی که مایل باشند و یا بتوانند لذت کسب نتیجهٔ زودرس و فوری را تا این حد به تعویق بیندازند، کار آسانی نیست. به رغم وجود این مشکل، بیشتر پژوهشگرانی که دست به تحقیق طولی می‌زنند، با شیوه‌هایی بر این معضل فائق می‌آیند. آن‌ها معمولاً افراد را در بازه‌های مختلفی بین شروع و پایان پژوهش می‌آزمایند، و این آزمون‌ها نتایجی به بار می‌آورد که بلافاصله قابل ارائه است. اگرچه مناسب‌ترین و اصلی‌ترین یافته‌ها را نمی‌توان تا پایان پژوهش آشکار

1. Watson

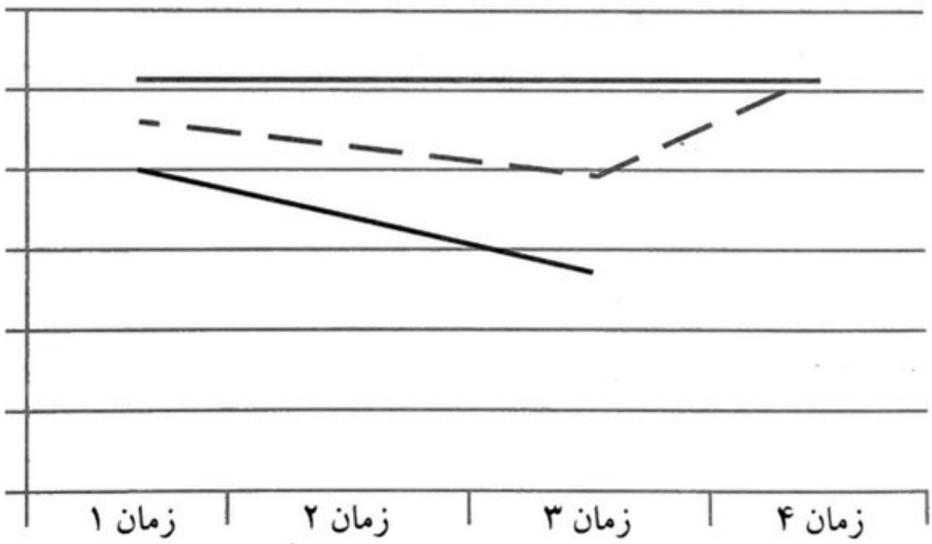
کرد، اما اغلب اوقات از پیگیری‌های کوتاه‌مدت نیز داده‌های ارزشمندی حاصل می‌شود (ویتبُرن، ۲۰۰۲).

مشکل دیگر مربوط به مدت و زمان نسبتاً طولانی اجرای مطالعات طولی است. در برخی از چنین پژوهش‌هایی، این احتمال وجود دارد که عمر مطالعه بیش از طول عمر محقق باشد. حتی اگر این اتفاق نیز رخ ندهد احتمال تغییر شغل، تغییر محل زندگی و یا تغییر علایق محقق یا محققان وجود دارد. ممکن است پیش از پایان مطالعه محقق بازنشسته شود. هرچند این گونه محدودیت‌ها برای مطالعات طولی جدی است، اما در عین حال محققان راه‌حل‌هایی برای این مشکلات یافته‌اند. مثلاً پس از آن که محققان اصلی پژوهش را رها کردند، افراد دیگری می‌توانند مطالعه را ادامه دهند؛ یا قبل از ارائهٔ گزارش نهایی گزارش‌های مرحله‌ای و مقطعی از کار ارائه شود یا چنانچه شرایط فراهم باشد محقق می‌تواند داده‌هایی را از سال‌های پیش بیابد و به ادامهٔ آن‌ها بپردازد.

مشکل مشابه دیگری نیز در پژوهش طولی پیش می‌آید. بازهٔ زمانی طولانی تحقیق طولی به همان اندازه که محققان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، شامل شرکت‌کنندگان نیز می‌شود. افت یا ریزش اجتناب‌ناپذیر شرکت‌کنندگان از نمونهٔ اصلی، مشکلات عملی و نظری متعددی را به دنبال دارد. نخست آن که، به لحاظ عملی، هرچه مطالعه بیشتر ادامه یابد، احتمال ریزش آزمودنی‌ها فزونی می‌یابد. برخی از دنیا می‌روند، برخی علاقهٔ خود را به مشارکت در پژوهش از دست می‌دهند، و برخی دیگر محل زندگی‌شان را عوض می‌کنند. در نتیجه این امکان وجود دارد که حجم نمونه تا حدی کاهش یابد که یا انجام آزمون‌های آماری مناسب روی داده‌ها تقریباً غیر ممکن شود و یا دست‌کم نتیجهٔ نهایی پژوهش را دچار آسیب نماید (ویتبُرن، ۲۰۰۲). این مشکل که از آن با عنوان پدیدهٔ فرسایش یاد می‌شود، از مهم‌ترین معضلات مطالعات طولی است.

کم شدن شرکت‌کنندگان، توانایی محقق در تعمیم نتیجه‌گیری از نمونهٔ مورد مطالعه به کل جمعیت را نیز با مشکل مواجه می‌کند. کسانی که از نمونه خارج

می‌شوند، این کار را بنابر دلایل مختلفی مانند بیماری یا مرگ، فقدان انگیزه، یا عدم توانایی در ادامهٔ مطالعه به علت نقل مکان از محل انجام آزمایش‌ها، انجام می‌دهند. «بازماندگان» مطالعه ممکن است از لحاظ بعضی عوامل بالاتر باشند و لذا نتایج اخذشده را نتوان به کل جمعیت تعمیم داد. بدین ترتیب ممکن است داده‌های طولی با توجه به این که انواع مختلفی از افراد در نمونه‌ها حاضر هستند، دستخوش تحریف شوند. محققانی که پدیدهٔ فرسایش (ریزش) را مطالعه می‌کنند معتقدند که بازماندگانی که هنوز پس از گذشت سال‌ها در آزمایش‌ها حضور دارند، سالم‌تر، باانگیزه‌تر، یا از جنبه‌های دیگر با کسانی که دیگر در مطالعه حضور ندارند، متفاوت‌اند. این در حالی است که ممکن است محقق به اشتباه تصور دیگری داشته باشد و در پی آن نتیجه‌گیری کند که شرکت‌کنندگان در این نمونه «بهبود یافته‌اند»؛ در حالی که واقعیت این است که افراد بیمارتر و کم‌انگیزه‌تر از نمونه حذف شده‌اند (ویتبُرن و ویتبُرن، ۲۰۱۱). در نمودار ۲ـ۲ مشکل ریزش آزمودنی‌ها در مطالعات طولی تبیین شده است.



در مطالعهٔ طولی داده‌ها در اثر مرگ آزمودنی‌ها خراب می‌شوند. در اینجا به نظر می‌رسد بین زمان ۳ و ۴ داده‌های متوسط نمونه افزایش یافته‌اند در حالی که در بازماندگان تغییری ایجاد نشده است.

نمودار ۲ـ۲ مشکل ریزش آزمودنی‌ها در مطالعات طولی

مرگ افراد در مطالعات طولی موجب تحریف داده‌ها می‌شود. در نمودار ۲ـ۲ علی‌رغم آن که بازماندگان تغییری نکرده‌اند خطوط ناپیوسته (میانگین نمونه) در فاصلهٔ زمانی سوم و چهارم افزایش نشان می‌دهد.

برای رسیدگی به مشکلات عملی موجود در تحقیقات طولی روش‌های مختلفی به کار می‌رود. محققان مایل‌اند نمونه‌های خود را تا آنجا که ممکن است حفظ کنند. نظارت و نگهداری دقیق از پایگاه‌های داده‌ها، حاوی اطلاعات تماس، ضروری است. به طور معمول مطالعات طولی در مقیاس بزرگ، در نهادها یا سازمان‌هایی صورت می‌گیرد که انواعی از کمک‌های دفتری به پژوهشگر داده می‌شود. کارکنان اجرایی که شغل آن‌ها نگهداری از شرکت‌کنندگان مطالعه است، می‌توانند در فواصل آزمایش‌ها، از آن‌ها مراقبت و پذیرایی کنند. ممکن است این کارکنان پژوهشی به مناسبت تعطیلات و تولد اشخاص کارت‌های تبریک ارسال نمایند، یا از طریق نامه و پست الکتریکی شرکت‌کنندگان را از پیشرفت‌های مطالعه آگاه سازند. همچنین بسیاری از مطالعات طولی از وب‌سایت‌هایی استفاده می‌کنند که به شرکت‌کنندگان این اجازه را می‌دهد که در آن تعامل داشته باشند. ایجاد تماس شخصی، شرکت‌کنندگان را تشویق می‌کند که به همکاری خود ادامه دهند، و محققان را نیز قادر می‌سازد تا از نقل مکان‌ها، مرگ‌ومیر، یا دیگر مشکلات آگاهی بیشتری داشته باشند. دیگر رویکردهای موجود برای مقابله با فرسایش عبارت‌اند از استفاده از طرح‌های طولی شبیه‌سازی‌شده، که در آن گروه‌های مختلف در یک دورهٔ زمانی ۵ یا ۱۰ ساله مورد پیگیری قرار می‌گیرند. برای مثال، ممکن است یک مطالعه، افرادی را که در دهه‌های ۳۰، ۴۰، و ۵۰ سالگی هستند در یک دورهٔ زمانی ۱۰ ساله بررسی نماید. در دومین مطالعه، افراد جدیدی که در دهه‌های ۵۰، ۶۰، و ۷۰ سالگی هستند نیز به مدت ۱۰ سال مورد پیگیری قرار می‌گیرند. سرانجام می‌توان نتایج هر دو مطالعه را ترکیب کرد تا یک طرح طولی شبیه‌سازی‌شده ایجاد شود؛ طرح شبیه‌سازی‌شده‌ای که دربردارندهٔ شرکت‌کنندگانی از سنین ۳۰ تا ۷۰ سال است. چنین طرحی عملاً به جای آن که ۴۰ سال به طول

انجامد، ظرف مدت ۲۰ سال کامل می‌شود. برای تحلیل و تفسیر نتایج چنین طرح‌هایی، روش‌های آماری پیچیده‌ای مورد استفاده قرار می‌گیرند تا اثر یک مطالعهٔ درازمدت‌تر را شبیه‌سازی نمایند (ویتبُرن و ویتبُرن، ۲۰۱۱).

اکنون مانع دیگری را در نظر بگیرید. تصور کنید پژوهشگری هستید که در دههٔ ۱۹۳۰ بر موضوع تحول شخصیت از کودکی تا بزرگسالی تحقیق می‌کنید. شخصیت را چطور اندازه می‌گیرید؟ روشن است که از ابزارهایی استفاده می‌کنید که در دسترس شما قرار دارند، و این ابزارها همان‌هایی هستند که با جوّ نظری زمان شما همخوانی دارند. در این دوره نظریهٔ فروید تا حد زیادی علاقه و کنجکاوی ایجاد کرده، و شما تصور می‌کنید که الگویی مناسب برای مطالعهٔ تحول در اختیار دارید. حال تصور کنید سال ۱۹۹۰ است و نظریهٔ روانکاوی آماج انتقادهای شدید قرار گرفته، در مقابل، نظریهٔ صفات سلطه یافته است. حال باید چه کرد؟ آیا باید کلیهٔ ابزارهای پیشین را رها کنید و کار را با ابزارهای جدید شروع کنید؟ ابزارهایی که منعکس‌کنندهٔ تفکر معاصر است، یا آن که علی‌رغم محدودیت‌های ابزارهای قدیم خود، کماکان از همان‌ها بهره می‌برید؟ این مشکل در دههٔ ۲۰۰۰ بیشتر می‌شود؛ چه، پژوهشگران بعدی مایل‌اند نمونه‌ها را با استفاده از مفاهیم شناخته‌شده در حوزهٔ تنیدگی و سبک‌های مقابله‌ای ارزیابی کنند. هرچند ابزارهای نظریهٔ صفات همچنان مناسب هستند، اما به پژوهشگر امکان آزمون فرضیه‌های برخاسته از نظریهٔ روانکاوی را نمی‌دهند. منسوخ شدن مداوم ابزارهای سنجش در تمام حوزه‌های عملکرد روانی (نه فقط شخصیت)، رخ می‌دهد. پژوهشگران طرح‌های طولی باید همواره از این مسئله رنج ببرند که آیا داده‌های تحقیق خود را روزآمد و ارتباط با گذشته را قطع کنند، یا ثبات زمانی را حفظ و در حد توان از ابزارهای قدیمی اطلاعات جمع‌آوری نمایند. یک راه حل برای این معضل این است که تا آنجا که ممکن است هنگامی که داده‌های اصلی در قالب مشاهدات، مصاحبه‌ها و دیگر روش‌های بازپاسخ است، از داده‌های موجود، درجه‌بندی جدیدی بسازند (ویتبُرن، ۲۰۰۲).

حتی اگر تمام این مشکلات را بتوان حل کرد، پژوهشگری که تحقیق طولی انجام می‌دهد همچنان با دشواری دیگری در تفسیر یافته‌های تحقیق مواجه خواهد بود. نکته این است که جدا کردن تأثیرات زمان اجتماعی از تأثیرات سالخوردگی شخصی ممکن نیست. این قلب مشکلات تحقیق‌های طولی است که در آن یک گروه از افراد در یک دورهٔ زمانی طولانی مورد بررسی قرار می‌گیرند. محقق نمی‌تواند مشخص کند که آیا تغییرات مشاهده‌شده در نمونه صرفاً به دلیل سن است یا ناشی از تأثیرات محیطی است. بنابراین مطالعات طولی، در بهترین حالت، اطلاعاتی دربارهٔ تغییرات یک گروه از افراد در طول زمان به دست می‌دهد. با قطعیت نمی‌توان تعیین کرد، که آیا این تغییرات در طول زمان به علت سالخوردگی شخصی است یا به دلیل تأثیرات زمان اجتماعی، خوشبختانه مشکلات طرح‌های طولی تک‌نمونه‌ای را می‌توان با تغییر طرح به گونه‌ای که نمونهٔ دیگری در بازهٔ زمانی دیگری مورد مطالعه قرار گیرد، حل کرد. با داشتن دو یا چند نمونهٔ متفاوت در طول دو یا چند بازهٔ زمانی، می‌توان از مشکلات استنباطی ذکرشده کاست یا به طور کامل بر آن فائق آمد.

ب) طرح‌های مقطعی

روش جایگزین برای مطالعهٔ طولی یا دنبال کردن افراد در گذر زمان، آن است که گروه‌هایی از سنین مختلف را در یک بازهٔ زمانی مقایسه کنیم. طرح مقطعی به طور کلی تاکنون کاربردی‌ترین روش پژوهشی در زمینهٔ علوم تکاملی، و به طور خاص در زمینهٔ پژوهش سالمندی بوده است (ویتبُرن و ویتبُرن، ۲۰۱۱).

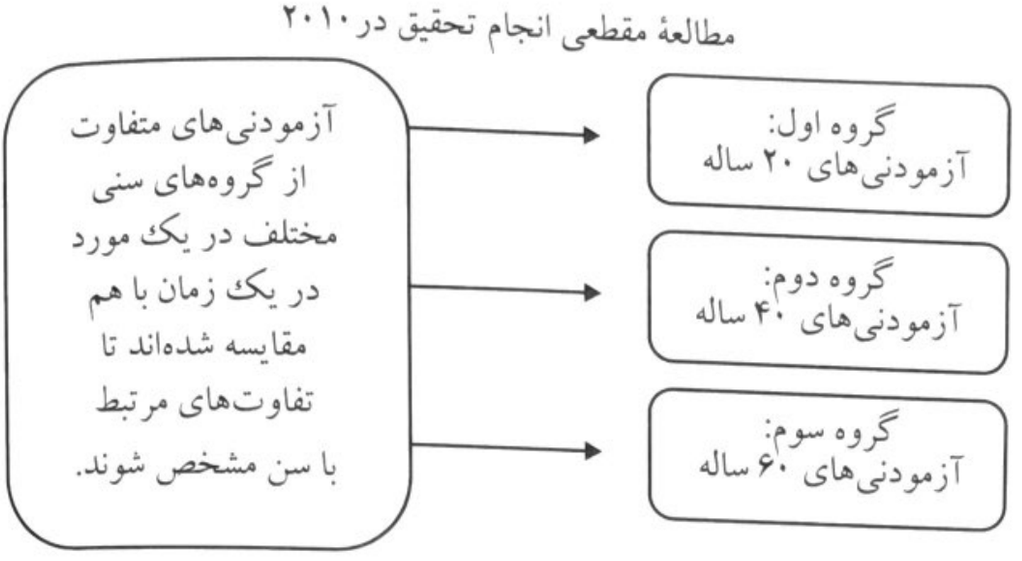
به‌کارگیری اصطلاح «مقطعی» برای این نوع پژوهش از آن‌روست که پژوهشگر «مقطع» سنی خاصی در جمعیت را مورد مطالعه قرار می‌دهد. در این طرح، تمام ارزیابی‌ها تقریباً در یک زمان (به طور واقع‌بینانه، در بازه‌ای که گاه تا چند ماه هم می‌رسد) انجام، و باعث می‌شود که نتایج بلافاصله پس از خروج آخرین

آزمودنی از آزمایشگاه و انجام آخرین تحلیل‌ها در رایانه ارائه گردند. تنها تأخیر زمانی مرسوم در این نوع تحقیق را می‌توان به کمبود انرژی از طرف پژوهشگر در تکمیل پرسش‌نامه‌ها و تأخیر در فرایند مرور سایر متخصصان نسبت داد (ویتبُرن، ۲۰۰۲).

هدف اصلی از پژوهش مقطعی بر تکامل بزرگسالی و پیر شدن این است که بتوان تغییرات مرتبط با فرایند پیر شدن را که موجب برخی اختلافات در افراد می‌شود، نتیجه‌گیری کنیم. پژوهشگران برای این که اطمینان یابند در فرضیات خود درست عمل کرده‌اند، تلاش می‌کنند اختلافات گروهی که می‌توانند آثار سن را محو یا اغراق‌آمیز کند، کنترل نمایند. حتی اگر نتوانند به این سطح از کنترل دست یابند، اطمینان حاصل می‌کنند که اختلافات مربوط به هدف نهایی مطالعه، به حداقل برسد. برای مثال، در مطالعه‌ای دربارهٔ ارتباط پیر شدن و حافظهٔ کلامی، پژوهشگران باید مطمئن شوند که گروه‌های سنی در حال مقایسه، از مهارت‌های واژگانی یا درک مطلب مشابهی برخوردارند (ویتبُرن و ویتبُرن، ۲۰۱۱).

همان‌گونه که پیش‌تر اشاره شد برخلاف مطالعهٔ طولی، تحقیق مقطعی را می‌توان در زمان نسبتاً کوتاهی به پایان برد. هیچ‌یک از دشواری‌های عملی که گریبان‌گیر محقق در پژوهش طولی می‌شود، در تحقیق مقطعی وجود ندارد (ویتبُرن، ۲۰۰۲).

مطالعات مقطعی در مقایسه با مطالعات طولی، نسبتاً سریع و کم‌هزینه‌اند. همچنین امکان بهره‌وری و استفاده از آخرین و به‌روزترین فناوری در حوزهٔ زیست‌پزشکی یا در حوزه‌های روان‌شناسی و اجتماعی، یکی از دیگر مزایای مطالعات مقطعی است. اگر در یک سال، ابزار یا فنون جدیدی ارائه شود، می‌توان سال بعد، آن را به طور مقطعی آزمایش کرد. بدین ترتیب شیوه‌های منسوخ که در دهه‌های پیش‌تر به کار می‌رفتند، دیگر دست و پای پژوهشگران را نخواهند بست (ویتبُرن و ویتبُرن، ۲۰۱۱).



نمودار ۲ـ۳ الگوی مطالعهٔ مقطعی

هرچند ابزارهای مورد استفاده در پژوهش مقطعی ذاتاً منسوخ‌شدنی نیستند، و می‌توان از آخرین ابزار و نظریه‌های روان‌شناسی در مورد هر متغیری که مدنظر است استفاده کرد، با این حال، پژوهش مقطعی با محدودیت ظریف‌تری در رابطه با اندازه‌گیری مواجه است. تست‌ها و ابزارهای مورد استفاده در سنجش عملکرد روانی باید بین نمونه‌های سنی مختلف ویژگی‌های روان‌سنجی یکسانی در همهٔ گروه‌ها داشته باشد. این بدان معناست که پیش از مقایسهٔ بزرگسالان جوان و بزرگسالان سالخورده با استفاده از مقیاس اضطرابی که در نمونه‌ای از دانشجویان اجرا شده، باید پایایی و روایی ابزار را برای گروه‌های سنی بزرگسالان سالخورده نیز بررسی کند. به طور مشابه، پژوهشگرانی که بر روی حافظه و سایر کارکردهای شناختی کار می‌کنند با مشکل یافتن تست‌هایی روبه‌رو هستند که نه برای جوانان بیش از حد ساده، و نه برای سالخوردگان بیش از حد دشوار باشد. دانشجویانِ مورد مطالعه ممکن است به سادگی فهرستی از ۲۵ لغت را حفظ کنند، اما همین فهرست برای افراد سالخورده می‌تواند بیش از حد طولانی باشد. اگر فهرست را کوتاه‌تر کنیم، همهٔ دانشجویان می‌توانند تمام لغات را به یاد آورند، و پژوهشگر قادر نخواهد بود ماهیت دقیق تفاوت‌های سنی را در عملکرد حافظه بسنجد. بنابراین ضرورت

مقایسهٔ گروه‌های سنی با سنجه‌های یکسان، مشکلاتی در پژوهش مقطعی ایجاد می‌کند که در مطالعات طولی به چشم نمی‌خورد (ویتبُرن، ۲۰۰۲).

همچنین بهترین مطالعات مقطعی، گرچه هرگز قادر به درک علّی پیر شدن نیستند، از کنترل‌کننده‌های مختلفی استفاده می‌کنند تا مطمئن شوند اختلافاتِ به جز سن نیز در سطح حداقل قرار می‌گیرند و سنین منتخب برای مطالعه، تمامی سالیان بزرگسالی را پوشش می‌دهند. اکثر محققان یافته‌های مقطعی خود را به عنوان توصیفات آزمایشی از آثار پیر شدن بر عملکرد مربوطه در نظر می‌گیرند. آن‌ها از اهمیت تکرار و تأیید یافته‌های خود از طریق مطالعاتی که یک عنصر طولی را به کار می‌گیرند، مطلع هستند (ویتبُرن و ویتبُرن، ۲۰۱۱).

به طور کلی در ارتباط با طرح‌های مقطعی، علاوه بر محدودیت‌ها و معایب ذاتی، برخی ملاحظات پژوهشی و روش‌شناختی نیز مطرح است. برای مثال هرچند نیاز به کنترل عوامل غیر از سن بدیهی به نظر می‌رسد، نمونه‌های زیادی از تحقیق مقطعی در مجموعه آثار پیری‌شناسی وجود دارد که این نکتهٔ ابتدایی در آن‌ها رعایت نشده است. میل به انجام پژوهش‌هایی که تا حد ممکن مقرون به صرفه باشند ممکن است باعث شود پژوهشگران در انتخاب نمونه‌های خود مرتکب خطاهای جدی شوند.

پژوهشگری را در نظر بگیرید که سعی دارد بررسی کند آیا بین افراد با سنین مختلف در به‌خاطرسپاری شماره‌های تلفن تفاوت وجود دارد یا خیر. برای سهولت در جمع‌آوری اطلاعات، محقق تصمیم می‌گیرد بزرگسالان سالخورده را از یک مرکز نگهداری سالمندان انتخاب کند. همهٔ این افراد زیر یک سقف زندگی می‌کنند، و پژوهشگر نیازی ندارد از جایی به جای دیگر برود. همچنین به دلیل مشابه تصمیم می‌گیرد برای مقایسه، گروهی از دانشجویان یک دانشکده را انتخاب کند. حتی ممکن است این دانشجویان در ازای دریافت نمره، خود شخصاً به آزمایشگاهی در نزدیک دفتر کار پژوهشگر، مراجعه کنند. در این صورت زمانی که محقق درمی‌یابد که افراد سالخورده نسبت به افراد جوان حافظهٔ ضعیف‌تری در زمینهٔ شماره

تلفن دارند، نتیجهٔ «طبیعی» این است که افراد مسن از مشکلات شناختی رنج می‌برند که قابلیت ایشان را برای به‌خاطرسپاری زنجیرهٔ ارقام هفت‌رقمی مختل کرده است. اشتباهات محقق در این پژوهش کاملاً فاحش است ـ غفلت از تفاوت‌های بین نمونه‌ها از نظر وضعیت سلامت، پیشینهٔ آموزشی، شرایط زندگی، و نیاز به استفاده از حافظه در زندگی روزمره. حتی تفاوت‌ها در روند برنامهٔ شبانه‌روزی، و الگوهای خواب و بیداری افراد نیز می‌تواند در شفافیت نتایج چنین تحقیقاتی مقطعی تداخل ایجاد کند. بزرگسالان سالخورده در هنگام صبح بیشترین سطح هشیاری را دارند، در حالی که دانشجویان در اواسط روز به چنین سطح هشیاری می‌رسند. بسته به ساعت آزمون، بزرگسالان سالخورده (یا دانشجویان) ممکن است بسیار ضعیف‌تر از زمانی که در اوج هشیاری هستند عمل کنند (آنتونیادیس و همکاران، ۲۰۰۰؛ به نقل از: ویتبُرن و ویتبُرن، ۲۰۱۱).

حتی پس از آن که پژوهشگر در مقایسهٔ گروه‌های سنی بزرگسالان تمامی عوامل ممکن را کنترل کرد، متغیرهای مزاحم زیادی باقی می‌ماند. یکی از این موارد، معرف بودن هر نمونه است. فرض کنید پژوهشگری به منظور کنترل تأثیر سطح تحصیلات در عملکرد ذهن، گروهی از سالمندان دارای تحصیلات دانشگاهی را با گروهی از دانشجویان در حال آموزش مقایسه می‌کند. پژوهشگر احتمالاً می‌تواند فرض کند که نمونهٔ جوانان، معرف طیف نسبتاً وسیعی از جمعیت افراد بین ۱۸ تا ۲۲ سال‌اند (البته اگر دانشجویان از دانشگاه‌های ممتاز کشور برگزیده شده باشند، این فرض چندان صحیح نیست). اما در مورد بزرگسالان سالخورده چه؟ با توجه به این که احتمالاً در دهه‌های اول قرن بیستم به دنیا آمده‌اند، زمانی که بیشتر مردم برای ادامهٔ تحصیل به دانشگاه نمی‌رفتند، این احتمال، به خصوص در مورد زنان، وجود دارد که ایشان بیانگر بخش کوچک و خاصی از جمعیت سالمندان باشند. بنابراین پژوهشگر که بین گروه‌ها از نظر سطح تحصیلات به برابری رسیده، اکنون با چشم‌انداز عدم تعمیم‌پذیری گروه سالمندان نسبت به کل جامعه روبه‌روست. به علاوه، ممکن است سالمندان، گروه خاص‌تری نسبت به جوانانی باشند که بیشتر به گروه خود شبیه‌اند. برخی محققان حاضرند معرف بودن اعضای نمونه را قربانی

کنند، زیرا بر آن‌اند که بهتر است خطای پژوهش ناشی از گروه سالمندان خاص باشد تا این که ناشی از نمونه‌ای که به وضوح نسبت به گروه جوانان عقب‌افتاده است (ویتبُرن، ۲۰۰۲).

هم‌ارزی و تناظر وظایف تخصیص داده‌شده به افراد نیز بر روی شیوه‌ای که گروه‌های مختلف به معیارهای شخصیت و نگرش اجتماعی واکنش نشان می‌دهند، مؤثر است. ممکن است یک شاخص خاص معنای بسیار متفاوتی برای نسل‌های مختلف، یا افرادی با زمینه‌های تحصیلی و فرهنگی گوناگون داشته باشد. یک مشکل رایج در تحقیقات شخصیت و سلامت روانی این است که یک معیار، مثلاً افسردگی، ممکن است بر روی یک نمونهٔ جوان تست شده باشد، اما روی نمونهٔ پیرتر آزمایش نشده باشد. احتمالاً شاخص‌هایی که مربوط به تغییرات فیزیکی چنین معیاری هستند، بازتابی از اختلافات طبیعی مرتبط با سن و نه اختلافات از لحاظ افسردگی‌اند؛ مانند تغییرات در الگوی خواب که ممکن است به افسردگی مرتبط باشد. بنابراین اشخاص مسن‌تر صرفاً از نظر تغییرات در الگوی خواب خود، و نه به دلیل این که واقعاً از افسردگی رنج می‌برند، امتیاز بالاتری در شاخص افسردگی کسب خواهند کرد (ویتبُرن و ویتبُرن، ۲۰۱۱).

مشکل ریزش نمونه نیز نه‌تنها مطالعات طولی، بلکه طرح‌های مقطعی را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. افرادی از بزرگسالان سالخورده که زنده می‌مانند و می‌توانند در آزمایش‌ها شرکت کنند، در شمار آن دسته از کسانی هستند که نسبت به همتایان خود سرسخت‌تر بوده‌اند. ایشان از بیماری‌ها و حوادثی که همتایان آن‌ها را به کام مرگ کشانده است، نجات یافته‌اند. برای مثال، زمانی که می‌خوانیم بزرگسالان سالخورده در راهبردهای مقابله‌ای خود «واکنش‌های خصمانهٔ» کمتری نسبت به بزرگسالان جوان نشان می‌دهند، جالب است این‌طور برداشت کنیم که افراد مستعد خصومت، پیش از رسیدن به سنین بالا در اثر مشکلات سلامتی یا سایر عوامل از دنیا رفته‌اند. به طور مشابه، این یافتهٔ مقطعی که بزرگسالان سالخورده از راهبردهای مقابله‌ای بهتری نسبت به بزرگسالان جوان استفاده می‌کنند و بهتر

قادرند هیجان‌های خود را تنظیم کنند (دیل و همکاران، ۱۹۹۶؛ به نقل از: ویتبُرن و ویتبُرن، ۲۰۱۱) می‌تواند منعکس‌کنندهٔ این واقعیت باشد که کسانی که این توانایی‌ها را نداشتند در سنین میان‌سالی از بیماری‌های مهلک مرتبط با استرس رنج برده‌اند.

دستهٔ دیگری از تصمیمات مربوط به نمونه‌گیری در پژوهش مقطعی به تعداد و ترکیب سنی گروه‌های مورد مقایسه بازمی‌گردد. اگر پژوهشگری سعی کند میزان تفاوت‌سنی دو گروه را تخمین بزند، به نظر معقول می‌رسد که شکاف سنی آزمودنی‌های درون هر گروه را به حداقل برساند. در این صورت می‌توان نتایجی دربارهٔ عملکرد متوسط، برای مثال، ۷۰ ساله‌ها در برابر ۲۰ ساله‌ها استنباط کرد. این مسئله به نظر کاملاً ساده و بدیهی است. با این حال، همانند مسئلهٔ نمونه‌گیری به طور کلی، موضوعات مربوط به سهولت اجرا مطرح می‌گردد. پژوهشگر برای یافتن گروهی از افراد ۶۸ تا ۷۲ ساله باید شبکهٔ بسیار گسترده‌تری را جستجو کند تا برای یافتن گروهی از افراد ۶۰ تا ۸۰ ساله. بنابراین جای شگفتی نیست، اگر بدانیم بسیاری از محققان راه عملی‌تر را برمی‌گزینند. حتی در گزارش‌های برخی از مطالعات نمونه‌های «بزرگسالان سالخورده» دامنهٔ تفاوت سنی ۳۰ تا ۳۵ سال دارند. نمونهٔ نوعی بزرگسالان سالخورده معمولاً بازهٔ سنی بیش از ۱۵ سال دارد، در حالی که در گروه بزرگسالان جوان (معمولاً دانشجویان) این بازه ۴ تا ۵ سال است. چرا بازهٔ سنی گسترده در سالخوردگان مشکل‌ساز است؟ دلیل اصلی این است که این نمونه‌ها افرادی را با ویژگی‌های جسمانی و روانی بسیار متفاوت دربر می‌گیرد. مشخص نیست که عملکرد میانگین در این گروه نمایانگر چیست. نتایج حاصل این چنین گروهی، به همان اندازهٔ فرایند نمونه‌گیری، غیر دقیق است (ویتبُرن، ۲۰۰۲).

محققان همچنین با معضل تصمیم‌گیری بر سر این که چند گروه سنی از بزرگسالان در مطالعهٔ مقطعی انتخاب شود، مواجه‌اند. آیا دو گروه جوان و مسن کافی است، یا باید گروه میان‌سالان را نیز افزود؟ در شرایط کاملاً مساوی، بهتر است سه (یا بیش از سه) گروه سنی داشته باشیم، زیرا فرصت «وصل کردن نقطه‌ها» برای

محقق را با اعتماد بیشتری فراهم می‌کند. بنابراین هنگامی که یافته‌های یک تحقیق مقطعی را می‌خوانیم، ضروری است به دقت نه‌تنها به بازه‌های سنی گروه‌ها، بلکه به تعداد نمونه‌های مورد مطالعه توجه کنیم.

ملاحظهٔ آخر در ارزیابی مطالعات مقطعی این است که طرح نباید به محقق اجازه دهد استنباط‌هایی را در رابطه با «تغییرات» سنی به عمل بیاورد. نتایجی که بسیاری از پژوهشگران آن‌ها را به «افزایش» یا «کاهش» عملکردهای خاصی در طول سنین بزرگسالی نسبت می‌دهند، اگر داده‌ها از طرح مقطعی به دست آمده باشد، صحت چندانی ندارد. داده‌ها به پژوهشگر تنها اجازهٔ این نتیجه‌گیری را می‌دهد که یک گروه بالاتر یا پایین‌تر از گروه دیگر است. حتی محققان برجسته نیز نتایج خود را با زبان «تغییر سنی» بیان می‌کنند؛ لذا خواننده باید محتاط باشد (ویتبُرن، ۲۰۰۲).

طرح این مشکلات، نه لزوماً بدین خاطر است که برای تمامی آن‌ها پاسخ‌های کامل و بی‌عیب و نقص در اختیار داریم، بلکه بدان سبب است که مخاطب متخصص را نسبت به لزوم توجه دقیق به نمونه‌های مطالعه حساس نماییم؛ به ویژه هنگامی که در حال انجام تحقیقات بر روی مقولهٔ پیر شدن است. ضمن آن که هنگامی که با مقاله‌ای مواجه شدید که مدعی کشف حقیقتی مهم دربارهٔ فرایند پیری است، حتماً به پشت پردهٔ مطالعه و دقتی که برای انتخاب نمونه‌ها به کار رفته است توجه کنید.

۲-۱-۳ طرح‌های همبستگی

به طور کلی تحقیق همبستگی نوعی تحقیق غیر آزمایشی است که تا حدی به تحقیق پس‌رویدادی شباهت دارد. در هر دو تحقیق، داده‌های از پیش موجود مربوط به متغیرها مورد استفاده قرار می‌گیرند. همچنین در هر دو نوع، متغیرها دست‌کاری نمی‌شوند. در مقابل، تفاوت در آن است که در تحقیق پس‌رویدادی متغیرهایی که انتخاب می‌شوند برای مقایسه بین دو یا چند گروه مورد استفاده قرار می‌گیرند؛ در حالی که در تحقیق همبستگی ارتباط بین دو یا چند متغیر در یک گروه ارزیابی می‌شود. همچنین در تحقیقات پس‌رویدادی احتمال علیت و تأثیر ارتباطات بررسی

می‌شود، در حالی که در تحقیق همبستگی اصولاً این امر صورت نمی‌پذیرد (آری، یاکوبس و سورنسن[1]، ۲۰۱۰).

هدف همبستگی در مطالعات سالمندی، برملا کردن روابط بین سن و یک یا بیش از یک متغیر است که تصور می‌شود با فرایند پیری ارتباط دارد. همانند طرح‌های شبه‌آزمایشی، مطالعات همبستگی نیز به محقق اجازه نمی‌دهد از روابط، نتایج علت و معلولی استنباط کند. با وجود این، مطالعات همبستگی اطلاعات مهمی را دربارهٔ ارتباط تنگاتنگ سن و سایر متغیرها به دست می‌دهد. به علاوه، طرح‌های همبستگی پیچیده این امکان را فراهم می‌کند که تأثیرات هم‌زمان عوامل چندگانه را در رابطه با سن مشاهده کنیم.

مقایسهٔ گروه‌های سنی در بسیاری از مطالعات پیری‌شناسی مفید است، اما موقعیت‌هایی وجود دارد که در آن این رویکرد نه مؤثرترین و نه آموزنده‌ترین رویکرد است. پژوهشگران سعی دارند علت تفاوت در عملکرد افراد را دریابند. آن‌ها می‌توانند به جای تقسیم دلخواه افراد به گروه‌های سنی مختلف، با مطالعهٔ سن به عنوان یک متغیر پیوسته، بهترین استفاده را از سن ببرند. در طرح‌های همبستگی، سن به عنوان یک عدد و نه سطوح گسسته (همچون «جوان» یا «پیر») وارد تحلیل می‌شود.

الف) طرح‌های همبستگی ساده

اساس طرح تحقیق همبستگی ساده است. ابتدا محقق مشکل را با سؤال کردن دربارهٔ ارتباط میان متغیرهای مورد علاقه مشخص می‌کند. متغیرهای انتخاب‌شده برای بررسی، معمولاً براساس یک نظریه، تحقیقات قبلی یا مشاهدات محقق تعیین می‌شوند. در مطالعات همبستگی ساده محقق دو داده (یا بیشتر از دو مورد) را از یک گروه آزمودنی جمع‌آوری می‌کند (آری، یاکوبس و سورنسن، ۲۰۱۰).

در مطالعاتی که از طرح‌های همبستگی ساده استفاده می‌کنند، متغیرها به دو

1. Ary, Jacobs & Sorensen

گروه مستقل و وابسته تقسیم نمی‌شوند. یافته‌ها برحسب آمارهٔ همبستگی (که از ۱+ تا ۱- تغییر می‌کند) بیان می‌شوند، به طوری که قدر مطلق این شاخص بیانگر قدرت رابطه بین دو متغیر است. بنابراین نمی‌توان گفت یک متغیر علت متغیر دیگر است. حتی اگر ظاهراً بدیهی باشد که سن باعث کاهش پیاده‌روی افراد از طریق ارتباط منفی سن با سرعت پیاده‌روی می‌شود، محقق نمی‌تواند دربارهٔ آثار سن بر این شاخص به خصوص ادعای علّی کند.

مطالعات همبستگی همچنین این مشکل را دارند که ممکن است در ارتباط مشاهده‌شده بین دو متغیر اصلی، متغیر سومِ ناشناخته‌ای مؤثر بوده باشد. در همان مثال سن و سرعت پیاده‌روی، ممکن است متغیر سومی مانند توان عضلانی مسبب تأثیر ظاهراً علّی سن باشد. اگر توان عضلانی را اندازه بگیریم، احتمالاً روشن خواهد شد که سن با توان عضلانی رابطهٔ معکوس و توان عضلانی با سرعت پیاده‌روی رابطهٔ مستقیم دارد. بنابراین، محقق با این احتمال مواجه می‌شود که توان عضلانی، نه سن، مسبب واقعی در شناخت سرعت پیاده‌روی است. چنین روابط مبهمی همواره در معنا دادن به یافته‌های مطالعات همبستگی مشکل‌ساز می‌شوند. مثال دیگری را در نظر بگیرید، که البته به وضوح نادرست است. طی دهه‌های گذشته، امید به زندگی و همچنین پدیدهٔ گرمایش در کرهٔ زمین افزایش یافته است. بنابراین آیا می‌توان نتیجه گرفت که گرمایش کرهٔ زمین به مردم کمک می‌کند تا سال‌های بیشتری زندگی کنند؟ بدیهی است که نه. رشد فناوری عامل مشترک سبب‌ساز هر دو است، زیرا پیشرفت فناوری هم باعث افزایش بیشتر مواد صنعتی و در نتیجه گرمایش اتمسفر زمین، و هم سبب ارتقای مراقبت‌های بهداشتی و در نتیجه افزایش سن افراد شده است (ویتبُرن، ۲۰۰۲).

ب) طرح‌های همبستگی چنده‌متغیری[1]

در مقابل طرح‌های همبستگی ساده، که در آن‌ها رابطهٔ آماری بین دو متغیر بررسی

1. multivariate correlational designs

می‌شود، طرح‌هایی شامل همبستگی‌های چندمتغیری به تجزیه و تحلیل روابط بین چند متغیر می‌پردازند. محققان می‌توانند به جای محدود ساختن خود به مطالعهٔ دو متغیر، مجموعه‌ای از روابط درونی پیچیده بین متغیرها را بررسی نمایند. در مثال قبلی، هم سن و هم توان عضلانی را می‌توان به طور هم‌زمان بر متغیر سرعت پیاده‌روی تأثیرگذار دانست.

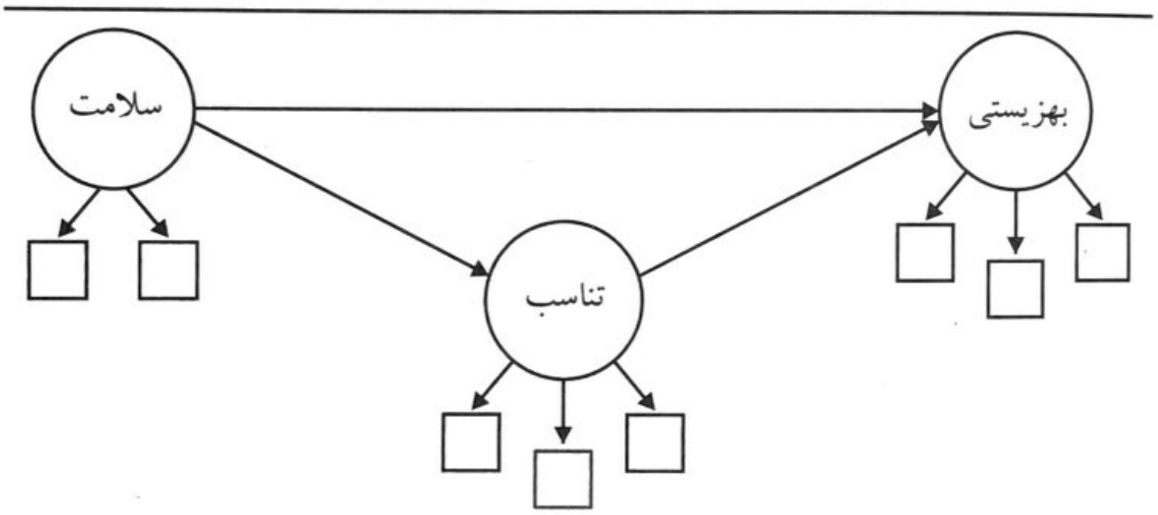
همبستگی‌های چندگانه[1] ساده‌ترین طرحی است که در تحلیل‌های چندمتغیری به کار گرفته می‌شود. در این طرح محققان با بررسی همبستگی همهٔ زوج متغیرهای ممکن، ارتباط بین سه یا بیش از سه متغیر را تعیین می‌کنند. برای برآورد همبستگی بین دو متغیر مورد نظر از همبستگی جزئی[2] استفاده می‌شود، همبستگی جزئی فنی است برای تعیین ارتباط میان دو متغیر هنگامی که اثر متغیر سوم حذف یا ثابت نگه داشته شده است. در مطالعهٔ سرعت پیاده‌روی، محقق هر سه متغیر را اندازه می‌گیرد و سپس همبستگی بین سن و سرعت پیاده‌روی را ضمن کنترل کردن رابطهٔ این دو متغیر با توان عضلانی، بررسی می‌کند.

روش همبستگی چندمتغیری به محقق اجازه می‌دهد که نمرات یک مقیاس را از روی نمرات مجموعه‌ای از متغیرهای مرتبط با آن پیش‌بینی کند. تجزیه و تحلیل رگرسیون چندگانه[3] شامل استفاده از مجموعه‌ای از متغیرهای پیش‌بین (که معادل با متغیرهای مستقل در تحقیق‌های آزمایشی هستند) برای تبیین واریانس متغیر ملاک (وابسته) است. علاوه بر در نظر گرفتن توان عضلانی به عنوان همبستهٔ احتمالی در سرعت پیاده‌روی، محققان همچنین می‌توانند متغیرهای پیش‌بین دیگری همچون طول قد، وزن و حتی متغیرهای روان‌شناختی همچون بهزیستی روانی را وارد مطالعه کنند. تأثیرات هر یک از این متغیرها را می‌توان به طور مجزا و در ترکیب با سایر متغیرها بررسی کرد. تعاملات بین متغیرها را، همانند آنچه در طرح‌های عاملی

1. multiple correlations
2. partial correlation
3. multiple regression

بررسی شد نیز می‌توان در تجزیه و تحلیل رگرسیون چندمتغیری ارزیابی کرد.

طرح‌های همبستگی چندمتغیری می‌توانند الگوهای پیچیده شامل روابط بین سن و نمرات متغیرهایی را که پیش‌بینی می‌شود با سن رابطه داشته باشند، ارزیابی کنند. در الگوسازی معادلهٔ ساختاری (SEM)[1]، می‌توان فرضیه‌های مبتنی بر نظریه را در رابطه با روابط بین متغیرها یا عامل‌های مشاهده‌شده (اندازه‌گیری‌شده) و نهفته (در زیر قرار گرفته) آزمود (هویل، ۱۹۹۵). روش SEM هدفی مشابه رگرسیون چندگانه دارد، اما نسبت به آن قوی‌تر است، زیرا تعاملات، متغیرهای غیر خطی، همبستگی بین متغیرهای مستقل، خطاهای اندازه‌گیری، و سایر روابط پیچیده بین متغیرها و عوامل را نیز در نظر می‌گیرد (نمودار ۲ـ۴). اما استفاده و درک روش SEM مستلزم آشنایی بسیار پیشرفته با آمار است.



نمودار ۲ـ۴ نمودار الگوی معادلهٔ ساختاری

۲ـ۲ روش‌های کیفی

پژوهش در پیری‌شناسی اغلب مستلزم آن است که محققان پدیدهٔ مورد نظر خود را به شیوه‌ای بازپاسخ کشف کنند. برای مثال، بررسی عوامل زمینه‌ای همچون تأثیرات خانوادگی بر رفتار ممکن است نیازمند استفاده از روش‌هایی باشد که ویژگی‌های

1. structural equation modeling

مرتبطی را شناسایی نماید، ویژگی‌هایی که نمی‌توان به طور دقیق با پرسش‌نامه‌ها یا شاخص‌های عینی مشخص کرد. روش‌های کیفی به محققان اجازه می‌دهد تا چنین روابط پیچیده‌ای را بدون محدودیت‌ها و مفروض‌های الگوی علمی، مانند گروه کنترل، بررسی کنند. در سایر موارد، پژوهشگران ممکن است در حوزه‌ای تحقیق کنند که روش‌های مرسوم برای مسئلهٔ مورد بررسی نه عملی و نه مناسب است. روش‌های کیفی همچنین در تجزیه و تحلیل تاریخچهٔ زندگی اشخاص که از فردی به فرد دیگر بسیار متفاوت است، مورد استفاده قرار می‌گیرد، و به سادگی با عدد و رقم بیان نمی‌شود. با روش‌های کیفی، پژوهشگران راه‌های جایگزینی برای ارزیابی ایده‌های خود و سازگار کردن روش‌های خود برای مسئلهٔ خاص مورد بررسی، در اختیار خواهند داشت.

۲ـ۲ـ۱ مصاحبه‌ها

داده‌هایی با ماهیت بسیار شخصی، با روش مصاحبهٔ رو در رو به بهترین نحو، امکان گردآوری دارد. پرسش‌نامه‌های خودگزارش‌دهی می‌توانند تحت تأثیر تمایل پاسخ‌دهنده به خوب ظاهر شدن تحریف شود (مسئله‌ای که با عنوان مطلوبیت اجتماعی شناخته می‌شود). در صورت لزوم و برای دستیابی به شفافیت بیشتر دربارهٔ موضوعی که پاسخ‌دهنده به آن نپرداخته، می‌توان در مصاحبه پرسش‌های پیگیری (کاوشگر) نیز گنجاند. مصاحبه‌ها[1] همچنین در ساختارهای بالینی کاربرد دارد؛ همچون مواردی که پژوهشگر به آن جنبه از کارکرد شخصیت علاقه‌مند است که خارج از آگاهی هشیار مصاحبه‌شونده است؛ و یا مواردی که پژوهشگر برای مقاصد تشخیصی جهت تعیین این که فرد اختلال روانی دارد یا خیر از مصاحبه بهره می‌برد.

بسته به این که پاسخگویان پاسخ‌ها را از مجموعه‌های از پیش تعیین‌شده‌ای انتخاب کنند یا خیر مصاحبه‌ها از ساختاریافته تا بی‌ساختار متغیر هستند. مصاحبهٔ

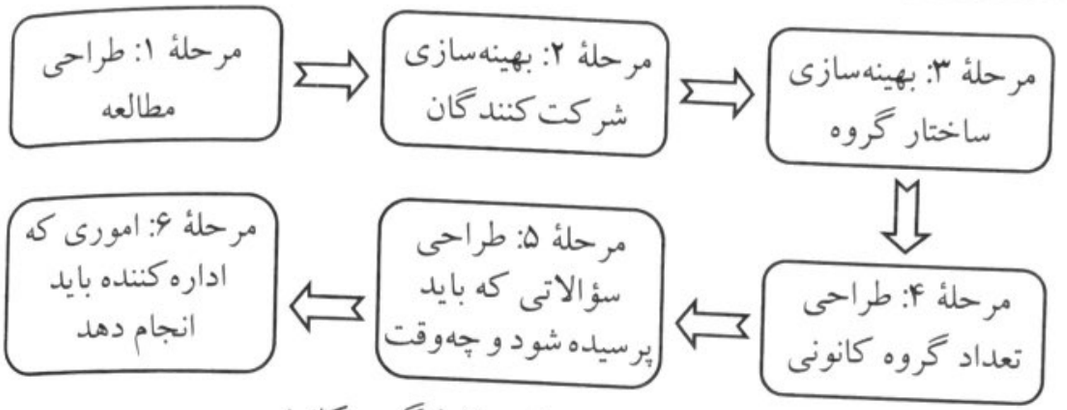
1. interviews

نیمه‌ساختاریافته شامل ترکیبی از پرسش‌های از پیش معلوم و بازپاسخ است. پاسخ فرد به سؤالات کاوشگری (پیگیر) که برای روشن کردن اطلاعات خاص‌تر یا بسط پاسخ‌های «بله ـ خیر» طراحی شده است، پیگیری می‌شود. برای اجرای صحیح این مصاحبه، مصاحبه‌گر باید با نحوهٔ کدگذاری پاسخ‌ها آشنا باشد، به طوری که بتواند پرسش‌های پیگیری مناسبی بپرسد.

۲ـ۲ـ۲ گروه‌های کانونی

مهم‌ترین ویژگی‌های مرتبط با گروه‌های کانونی[1] عبارت است از فعالیت جمعی، مبحث سازماندهی‌شده، رویدادهای اجتماعی و تعامل. کسانی که در گروه‌های کانونی نقش مصاحبه‌کننده را دارند، اصطلاحاً اداره‌کننده (میانجی)[2] نامیده می‌شوند و می‌توانند بیش از یک نفر باشند (یک نفر به عنوان متخصص روش کانونی، و یک نفر صاحب‌نظر در موضوع مورد بحث). با عنایت به این ویژگی‌ها پیش از اجرای یک بررسی نظام‌دار، محقق ممکن است با گروهی از پاسخگویان نشستی را ترتیب دهد تا در مورد موضوع مورد علاقه بحث کنند. این کار به ویژه زمانی مفید است که در مورد آن موضوع پژوهش‌های اندکی انجام شده است. پژوهشگران بازار اغلب زمانی که مایل‌اند دلایل استفاده یا عدم استفادهٔ مصرف‌کنندگان از محصولاتشان را بررسی کنند، از گروه‌های کانونی بهره می‌گیرند. در یک گروه کانونی، محقق سعی دارد موضوع‌های مهم را برای بحث گروهی شناسایی کند و مباحث را به سوی آن موضوع جهت دهد. در پایان نشست گروه کانونی، محقق برخی پرسش‌های عینی را برای بررسی در مطالعات بعدی شناسایی کرده است. مراحل مطالعهٔ گروه کانونی در نمودار ۲ـ۵ ارائه شده است.

1. focus groups
2. moderator



نمودار ۲ـ۵ مراحل مطالعهٔ گروه کانونی

۲ـ۲ـ۳ روش‌های مشاهده‌ای

روش‌های مشاهده‌ای[1] را می‌توان براساس میزان ارتباط محقق با آزمودنی‌ها به دو طبقهٔ اصلی تقسیم‌بندی کرد. گاه محقق هیچ‌گونه تعامل خاصی با گروه مورد مشاهده ندارد، در حالی که در پاره‌ای اوقات محقق به طور مستقیم با گروه تحت مطالعه در تعامل است و حتی امکان دارد عضوی از آن گروه شود. این نوع مطالعات به ترتیب «مشاهدهٔ طبیعی» و «مشاهدهٔ مشارکتی» نامیده می‌شوند.

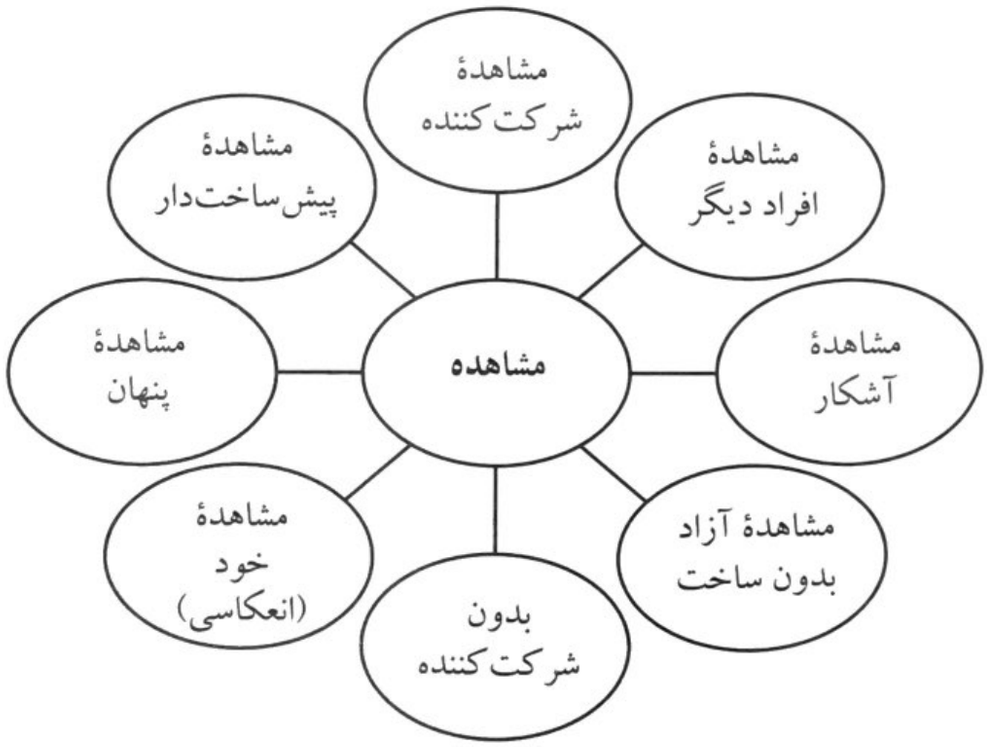
در مشاهدهٔ طبیعی برای اطمینان از طبیعی بودن رفتار مورد مشاهده، این رفتار نباید تحت تأثیر حضور محقق قرار گیرد. بدین منظور از دو روش استفاده می‌شود: نخست، در برخی از مطالعات طبیعی مشاهده‌گر از چشم مشاهده‌شوندگان پنهان می‌شود. مثلاً در بررسی رفتار پرخاشگری کلامی سالمندان، ممکن است مشاهده‌گران در اتاق کناری باشند و سالمندان را از طریق آینهٔ یک‌طرفه تحت نظر بگیرند. در سایر مطالعات، مشاهده‌گران اصلاً حضور ندارند و دوربین‌های ضبط ویدئویی، به عنوان جایگزین، مورد استفاده قرار می‌گیرند؛ سپس فیلم‌های ویدئویی به دست آمده، مشاهده و رفتارهای مورد بررسی در چهارچوب آن‌ها نمره‌گذاری می‌شوند.

محققان می‌توانند از طریق بررسی دقیق و نظام‌دار رفتار در زمینه‌های خاص، به برداشت‌هایی پیرامون علل بالقوهٔ آن دست یابند. در شکلی از روش مشاهده‌ای که با عنوان روش مشاهده ـ شرکت‌کننده نامیده می‌شود، محقق در

1. observational methods

فعالیت‌های پاسخگویان مشارکت می‌کند. برای مثال، ممکن است پژوهشگری مایل باشد دربارهٔ رفتار کارکنان یک خانهٔ سالمندان اطلاعاتی به دست آورد. در الگوی مشاهده ـ شرکت‌کننده، محقق چندین روز را با آن افراد در خانهٔ سالمندان زندگی می‌کند. تجربیات ذهنی محقق می‌تواند تشکیل‌دهندهٔ بخشی از داده‌ها باشد.

برای ثبت رفتارها به طریقی که محقق بتواند به دقت مشخص کند رفتار مشاهده‌شده (تعداد عمل‌های خاص) چه بوده، و این رفتار در چه زمان‌هایی انجام شده، روش‌های دقیقی در الگوی مشاهده‌ای وجود دارد. از این رویه می‌توان برای بررسی این که یک مداخله آثار مورد نظر را داشته یا خیر، استفاده کرد. اگر محقق در حال بررسی روشی برای کاهش رفتار سرگردانی در افراد دچار بیماری آلزایمر است، ثبت‌های رفتاری باید پیش و پس از اِعمال روش صورت گیرد. بررسی نهایی اثربخشی روش شامل بازگشت به موقعیت خط پایه برای تعیین این موضوع است که آیا سرگردانی در نبود مداخله افزایش می‌یابد یا خیر.



نمودار ۲ـ۶ ابعاد مطالعات مشاهدهٔ شرکت‌کننده

محققانی که از روش‌های مشاهده‌ای استفاده می‌کنند باید برای مقابله با مشکلات متعددی آماده باشند، از آن جمله فقدان کنترل، احتمالات سوگیری و واکنش‌پذیری مشاهده‌گر و مشکلات غامض اخلاقی در ارتباط با ورود به حریم افراد و رضایت شخصی آن‌ها.

۲ـ۲ـ۴ فنون تحلیل داده[1]

روش‌های کیفی را می‌توان از طریق رویه‌های کاملاً کیفی یا از طریق ترکیبی از روش‌های کیفی و کمّی تحلیل کرد. در روش کیفی ناب، محقق مواد گردآوری شده در جریان تحقیق را غربال می‌کند و سعی دارد موضوعات همسان را شناسایی کند. وظیفهٔ او شامل ورود به دنیای ذهنی پاسخگویان و تلاش برای دستیابی به عوامل تأثیرگذار بر پاسخ‌های ایشان است. با نفوذ به ذهن پاسخگویان، محقق می‌تواند در چشم‌انداز آن‌ها به جهان شریک شود و به درک و دریافت نظری تازه‌ای دست یابد. دومین روش تحلیلی معمولاً بیشتر در مصاحبه‌های نیمه‌ساخت‌دار استفاده می‌شود و شامل ایجاد دسته‌هایی برای کدگذاری پاسخ‌هاست. برای نمونه، محقق ممکن است از پاسخگو بخواهد فعالیت‌هایش در دورهٔ بازنشستگی را توصیف کند. سپس این فهرست را می‌توان به طبقاتی از جمله «عقلی»، «بدنی» یا «خودبیانگری» تقسیم کرد. سپس این یافته‌ها به صورت درصد بیان می‌شوند. به دنبال این تحلیل می‌توان پرسش‌نامه‌ها یا مصاحبه‌های ساخت‌دار را تدوین کرد که به گردآوری مؤثر و نظام‌دار داده‌ها می‌انجامد. با این حال، این امکان نیز وجود دارد که محقق تصمیم بگیرد، خصوصاً زمانی که با موضوعات حساس سروکار دارد، صرفاً از روش‌های کیفی استفاده کند.

۲ـ۳ مسائل اخلاقی در تحقیق

از افرادی که در تحقیق شرکت می‌کنند خواسته می‌شود زمان خود را در اختیار ما بگذارند، و در برخی موارد اطلاعاتی از خود ارائه دهند که می‌تواند خصوصی یا

1. data analytic techniques

بالقوه خجالت‌آور باشد. همچنین ممکن است شرکت‌کنندگان در معرض روش‌هایی قرار گیرند که شامل فریب دادن آن‌ها می‌شود؛ چنین حالتی مخصوصاً زمانی روی می‌دهد که فرایند مستلزم آن است تا مواجههٔ واقعی با آزمایش پنهان باشد. این مسئله معمولاً در مطالعات روان‌شناسی اجتماعی به چشم می‌خورد. در هر دو مورد، حقوق پاسخگویان باید از طریق اعمال اصول اخلاقی، شامل گردآوری و استفاده از پاسخ‌ها، حفظ شود.

۲ـ۳ـ۱ رضایت آگاهانه

مهم‌ترین دستورالعمل اخلاقی که باید در اجرای پژوهش‌ها به کار بست اطمینان دادن به پاسخگویان است که پیش از مشارکت تا جایی که امکان دارد دربارهٔ کارهایی که از آن‌ها خواسته می‌شود انجام دهند اطلاع خواهند یافت. اگر تحقیق شامل فریب دادن یا تمهیداتی است که می‌تواند بر نتیجه تأثیر بگذارد، ممکن است لازم باشد اطلاعات را محدود سازیم. با وجود این، پاسخگویان باید بدانند که در طول دورهٔ مشارکت خود چه چیزی در انتظار آن‌هاست.

فرایند دستیابی به رضایت آگاهانه مستلزم آن است که پاسخگویان فرمی را امضا کنند که تا حد امکان مطالعه را به صورت مشروح توضیح داده است. این اطلاعات شامل مزایا و مخاطرات مشارکت در تحقیق نیز هست. برای مثال، مطالعه بر روی ظرفیت ایروبیک و سالخوردگی را در نظر بگیرید. از شرکت‌کننده خواسته می‌شود برخی فعالیت‌های فیزیکی همچون دویدن روی تردمیل را در حالی که ابزارهای سنجش به بدنش متصل است، انجام دهد. مخاطرهٔ این تحقیق این است که فرد ممکن است برخی حس‌های فیزیکی طبیعی مثل تنگی نفس یا عرق کردن را تجربه کند. همچنین خطر بسیار خفیفی وجود دارد که پاسخگو دچار آسیب جسمی، همچون رگ به رگ شدن قوزک پا، شود. مزایای تحقیق این است که پاسخگویان فرصت ورزش پیدا می‌کنند و دربارهٔ جنبهٔ مهمی از عملکرد جسمی

خود (مثل توان ایروبیک) اطلاع کسب می‌نمایند. تلاش‌هایی که محققان برای کم کردن خطر یا مواجهه با مشکلات در صورت بروز انجام می‌دهند، بخش دیگری از اصول اخلاقی است که در زیر به آن می‌پردازیم.

به عنوان بخشی از رضایت آگاهانه، باید به شرکت‌کنندگان این حق داده شود که از مشارکت سر باز زنند، به طوری که به هیچ روی احساس نکنند در مشارکت ایشان اجباری در کار بوده است. اگر شرکت‌کنندگان برای مثال از بنگاهی درمان و رسیدگی‌های درمانی دریافت می‌کنند که به پژوهشگر مربوط می‌شود (مانند بیمارستان)، باید اطمینان داشته باشند که در صورت عدم تمایل به شرکت در تحقیق از درمان محروم نخواهند شد. حتی اگر تصمیم بگیرند مشارکت خود را قطع کنند، باید کماکان هرگونه وجهی را که در ابتدا به آن‌ها وعده داده شده بود دریافت کنند. این شرایط باید به روشنی در برگهٔ رضایت آگاهانه قید شود. گمنامی نیز یکی دیگر از موارد قیدشده در رضایت آگاهانه است. محقق بیان می‌کند که نام شرکت‌کنندگان با پاسخ‌های ایشان ارتباطی نخواهد یافت. در مطالعات پیگیری یا طولی، محقق می‌تواند رازداری را تضمین کند اما گمنامی را خیر، به این معنی که از اسم افراد تنها برای مقاصد پیگیری استفاده می‌شود. مجدداً، این اطلاعات باید در برگهٔ رضایت آگاهانه قید گردند.

ممکن است لازم شود رضایت برای شرکت در تحقیق از یک عضو خانواده یا شخص دیگری (به دلیل ناتوانی شرکت‌کننده در تصمیم‌گیری مثلاً به دلیل نقص شناختی) که از طرف شرکت‌کننده وکالت دارد، کسب شود. این اصل ایمنی مخصوصاً در مطالعات روی دمانس‌های متوسط و شدید (آلزایمر/ زوال عقل) مصداق دارد.

۲ـ۳ـ۲ فاش‌سازی

اصول اخلاقی محقق را ملزم می‌کند که شرکت‌کنندگان را پس از پایان مطالعه از مقاصد واقعی تحقیق آگاه سازد. فاش‌سازی شامل توضیح دربارهٔ متغیرهای مورد نظر

و روابط مورد انتظار آن‌هاست. در مطالعاتی که شامل فریب دادن است، محققان باید اطلاعاتی ارائه دهند مبنی بر این که چرا به فریب‌دادن نیاز بوده و چه مسائلی دخیل بوده است.

همچنین شرکت‌کنندگان باید به نتایج تحقیق و مطالب منتشرشده بر مبنای آن دسترسی داشته باشند. در مورد پژوهش طولی، فرایند فاش‌سازی پیچیده‌تر است، زیرا ممکن است محقق مایل نباشد علل اصلی پژوهش را به طور کامل آشکار سازد یا اطلاعاتی در مورد نتایج ارائه ندهد تا بر آزمون بعدی تأثیر سوء نگذارد. با این حال، با توجه به این که پژوهش منتشرشده نوعی اطلاعات جمعی است، نمی‌توان شرکت‌کنندگان را از آگاه شدن پیرامون اتفاقات روی داده، پیش از آزمون بعدی منع کرد. از این نظر، یک ملاحظهٔ بسیار مهم این است که محقق نباید هیچ‌یک از اطلاعاتی را که احتمال فاش‌سازی هویت یک پاسخ‌دهنده در آن است، منتشر سازد.

۲ـ۳ـ۳ محافظت از پاسخگویان

اشاره شد که مخاطرات مشارکت می‌تواند شامل آسیب یا ناراحتی باشد. پژوهشگران باید در مطالعاتی که هرگونه خطر جسمی یا روانی وجود دارد، برای ارجاع افراد به متخصصان پزشکی یا سلامت روانی آمادگی داشته باشند. حتی اگر به طور مستقیم در طول تحقیق آسیب مستقیمی به شرکت‌کننده نرسد، بهتر است که پژوهشگر در زمان فاش‌سازی، برخی خدمات درمانی را به شرکت‌کننده معرفی نماید.

منابع

Ary, D., L.Ch. Jacobs & Ch.K. Sorensen (2010), *Introduction to Research in Education*, Wadsworth (8th edition), Cengage Learning, Nelson Education, Ltd.

Robins, R.W., R.Ch. Fraley & R.F. Krueger (2007), *Handbook of Research Methods in Personality Psychology*, New York: The Guilford Press.

Schaie, K. Warner & Sh.L. Willis (2011), *Handbook of the Psychology of Aging* (7th edition), San Diego: Academic Press Elsevier Inc.

Whitbourne, Susan K. (2002), *The Aging Individual* (2nd edition), Physical and Psychological Perspectives, New York: Springer Publishing Company Inc.

Whitbourne, Susan K. & S.B. Whitbourne (2011), *Adult Development and Aging. Biopsychosocial Perspectives* (4th edition), U.S.A.: John Wiley & Sons Inc.

فصل سوم

نظریه‌های پیری

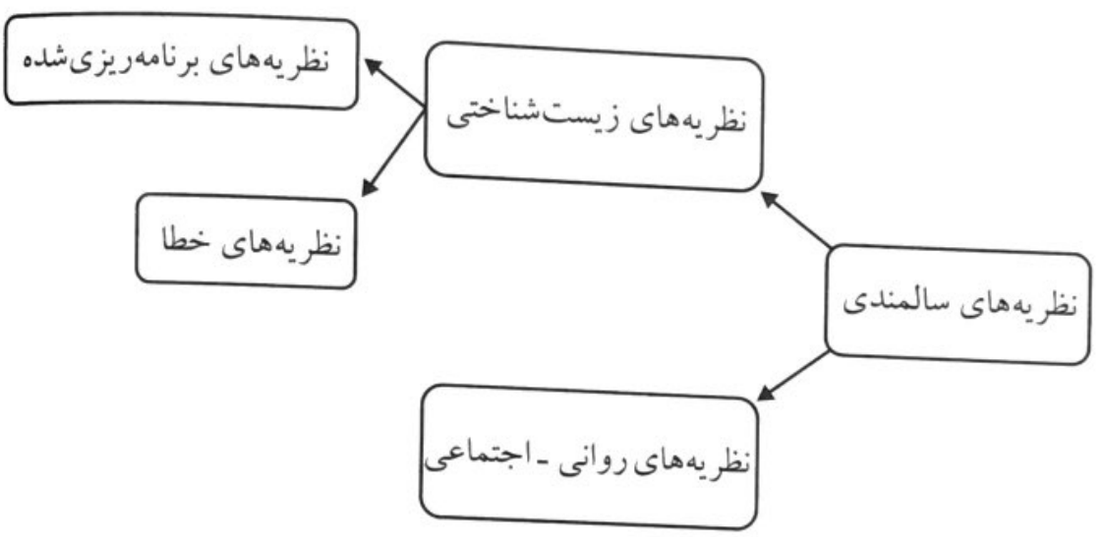
این سؤال اساسی که چرا انسان و سایر موجودات زنده می‌میرند احتمالاً از دیرباز دغدغهٔ انسان‌ها بوده است. در سال‌های اخیر این سؤال به شکل موشکافانه‌تر مطرح و در مجامع علمی بیان شده است. همچنین این سؤال مطرح است که چرا هر کس که مسن می‌شود حتی علی‌رغم بیمار نبودن باز هم می‌میرد؟ واقعیت آن است که پیری به منزلهٔ یک عارضهٔ حتمی و قطعی در زندگی انسان پذیرفته شده است. بدون شک با پذیرش پیری همواره انسان‌ها کوشیده‌اند تا زندگی سالم‌تر و فعال‌تری را در دوران کهولت و سالمندی داشته باشند، به ویژه تمایل به طول عمر که جلوه‌هایی از آن در قالب اسطوره‌هایی چون یافتن آب حیات تجلی یافته است، حاکی از تمایل انسان‌ها به افزایش امید به زندگی بوده است. امروزه بیش از هر زمان دیگر از فناوری طول عمر آگاه هستیم. در پاسخ به این سؤال که پیری چگونه اتفاق می‌افتد و چگونه می‌توان طول عمر را افزایش داد نظریه‌های متعددی ارائه شده است. این نظریه‌ها عمدتاً با رویکردی بیولوژیک به توصیف و تبیین پیری پرداخته‌اند. با وجود این در کنار این نظریه‌ها برخی دیگر از متفکران به اثرپذیری فرایند پیری از عناصر محیطی و اجتماعی و کیفیت زندگی افراد مختلف در دورهٔ سالمندی توجه کرده‌اند؛ برخی نیز با رویکرد تحولی سعی داشته‌اند سالمندی را در فراخنای زندگی و به شکل تعامل چندگانه (تعامل بین جنبه‌های اجتماعی، زیستی و روانی) معرفی نمایند.

بنابراین نظریه‌های ارائه‌شده دربارهٔ پیری را می‌توان در دو دستهٔ کلی معرفی کرد:

۱. نظریه‌های زیست‌شناختی[1]: در این نظریه‌ها تغییرات بدنی و کالبدشناسی در ارتباط با سن بررسی می‌شود؛

۲. نظریه‌های روانی ـ اجتماعی[2]: در این نظریه‌ها فرایندهای تفکر و رفتارهای افراد سالمند توضیح داده می‌شود.

نظریه‌های زیست‌شناختی را می‌توان به دو طبقهٔ عمدهٔ نظریه‌های برنامه‌ریزی‌شده[3] و نظریه‌های خطا[4] تقسیم کرد.[5]



نمودار ۳ـ۱ نظریه‌های سالمندی

در نظریه‌های برنامه‌ریزی‌شده، سالمندی، جدول زمانی زیست‌شناختی یا زمان‌بندی زیست‌شناختی درونی دارد. در نظریه‌های خطا گفته می‌شود سالمندی نتیجهٔ تهدیدهای درونی یا بیرونی است که به سلول‌ها یا اندام‌ها آسیب می‌رساند آن‌چنان که آن‌ها کنش مناسب خود را از دست می‌دهند.

---

1. biological theories
2. psycho-social theories
3. programmed theories
4. error theories
5. نظریه‌هایی نیز مطرح شده‌اند که ترکیبی از نظریه‌های برنامه‌ریزی شده و نظریه‌های خطا هستند.

نظریه‌های برنامه‌ریزی‌شده در مقابل نظریه‌های خطا

نظریه‌های برنامه‌ریزی‌شده:	نظریه‌های خطا:
ـ نظریهٔ پیری برنامه‌ریزی‌شده	ـ نظریهٔ فرسایش
ـ نظریهٔ هورمونی	ـ نظریهٔ نرخ زندگی
ـ نظریهٔ ایمنی‌شناختی	ـ نظریهٔ ارتباط متداخل
	ـ نظریهٔ رادیکال آزاد
	ـ نظریهٔ فاجعه
	ـ نظریهٔ جهش بدنی

۳ـ۱ نظریه‌های زیست‌شناختی

۳ـ۱ـ۱ نظریه‌های برنامه‌ریزی‌شده

الف) نظریهٔ پیری برنامه‌ریزی‌شده[1]

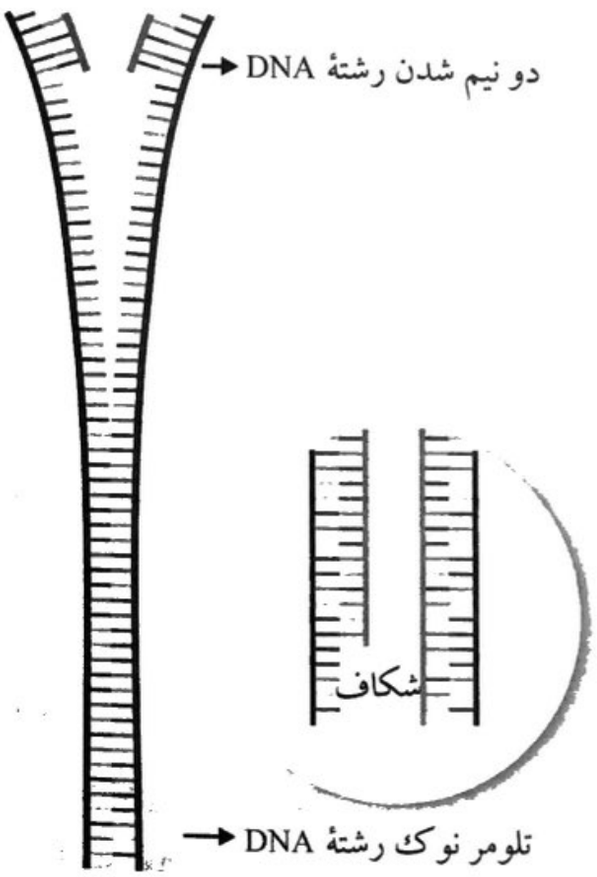
براساس این نظریهٔ پیری به طور برنامه‌ریزی‌شده نتیجهٔ تغییرات زنجیره‌ای از فعال شدن و خاموش شدن ژن‌های خاص است. نظریه‌پردازانی که به این نظریه اعتقاد دارند، معتقدند چگونگی مسن شدن یک فرد به لحاظ ژنتیکی از قبل مشخص شده است. بر این اساس، دخالت‌هایی که برای افزایش سلامت و جلوگیری از بیماری صورت می‌پذیرد، نقش اندکی در تغییر فرایند سالمندی دارد. حمایت‌کنندگان از این نظریه به تغییر گستردهٔ افراد در طول زندگی در محیط‌های مشابه توجه دارند. برای مثال دو نفری که در یک شهر رشد می‌کنند و بزرگ می‌شوند، و شغل مشابه و حتی خانوادهٔ مشابهی داشته باشند ممکن است در سنین بسیار متفاوتی بمیرند و این ناشی از ساختار ژنتیکی متفاوت آن‌هاست.

محدودیت هایفلیک[2] یک نمونه از این مورد است. براساس این نظریه فیبروبلاست‌ها در تعداد تقسیمات خود با محدودیت مواجه می‌شوند آن‌چنان که حداکثر حدود ۸۰ تقسیم خواهند داشت و پس از این دیگر تقسیم نمی‌شوند. هر بار

1. programmed senescence theory
2. Hayflick's limits

که تقسیمی اتفاق می‌افتد تلومرها (زنجیره‌ای از DNA خاص که در انتهای کروموزوم‌ها هستند)، کوتاه‌تر می‌شوند. وقتی تلومرها زیاد کوتاه شوند سلول به مرحلهٔ پیری می‌رسد و دیگر امکان تقسیم شدن را ندارد.

مکانیزم این فرایند به این شکل است که وقتی یک سلول انسانی تقسیم می‌شود DNA آن به دو رشته تقسیم می‌شود. کپی‌برداری از روی DNA در تقسیم سلولی به شکل دقیق انجام نمی‌شود، آن‌چنان که در شکل ۳ـ۱ مشاهده می‌شود، در انتهای یکی از این رشته‌ها شکافی وجود دارد که باعث می‌شود نسبت به رشتهٔ دیگر کوتاه‌تر باشد. آنزیم تلومریس[1] به ته این رشته می‌چسبد و این شکاف را پر می‌کند. مادام که سلول این آنزیم را دارد، طول کوتاه‌شده با آنزیم جبران، و اطلاعات لازم برای ادامهٔ کنش سلول‌های تقسیم‌شده منتقل می‌شود. با گذشت زمان سطح آنزیم تلومریس کاهش می‌یابد و در تقسیمات بعدی تلومر انتهایی کروموزوم کوتاه و



شکل ۳ـ۱ تقسیم شدن رشتهٔ DNA

1. Telomerase enzyme

کوتاه‌تر می‌شود تا حدی که دیگر سلول قدرت تقسیم شدن خود را از دست می‌دهد. این فرایند را محدودیت هایفلیک می‌نامند[1] (استوارت ـ همیلتن، ۲۰۰۶). کوتاه شدن تلومرها در بیماری‌های تصلب شرائین، بیماری قلبی و هپاتیت مشاهده می‌شود.

ب) نظریهٔ هورمونی

براساس نظریهٔ هورمونی[2] زمان‌بندی زیست‌شناختی به گونه‌ای عمل می‌کند که هورمون‌ها آهنگ پیر شدن را کنترل می‌کنند. هورمون‌ها بر رشد، سوخت‌وساز، التهاب و تنیدگی اثر می‌گذارند. پدیدهٔ یائسگی نمونه‌ای برای این نظریه است. در اینجا سطح استروژن و پروژسترون کاهش می‌یابد.

از آنجا که هورمون‌ها بر بسیاری از کنش‌های بدن تأثیر می‌گذارند، اختلال در نظام درون‌ریز می‌تواند تأثیرات گسترده‌ای بر سلامت و بقا داشته باشد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که کاهش تدریجی هورمون رشد (GH) با از دست دادن تودهٔ عضله و استخوان، اضافه شدن چربی بدن، نازک شدن پوست و کاهش عملکرد قلبی ـ عروقی ارتباط دارد. در بزرگسالانی که هورمون رشد خیلی پایین است، هورمون درمانی می‌تواند این نشانه‌ها را کُند سازد، اما این هورمون درمانی همراه با تأثیرات جانبی جدی است و لذا در حال حاضر رژیم غذایی و فعالیت بدنی، امن‌ترین روش‌ها برای محدود کردن این جنبه از پیری زیستی است (برک[3]، ۲۰۰۸).

ج) نظریهٔ ایمنی‌شناختی[4]

کاهش برنامه‌ریزی‌شدهٔ نظام ایمنی، به افزایش آسیب‌پذیری برای بیماری، پیری و مرگ منجر می‌شود. نمونه‌ای برای این نظریه، کاهش سلول‌های T (سلول‌های

---

۱. در ۹۰ درصد از سلول‌های سرطانی آنزیم تلومریس وجود دارد. این آنزیم باعث می‌شود در هر تقسیم تلومر کوتاه‌تر نشود و سلول همچنان تکثیر شود و باعث رشد تومور شود.

2. endocrine theory
3. Berk
4. immunologic theory

کمک‌کننده) در بزرگسالان است که به افزایش احتمال بیماری در سالمندان می‌انجامد.

به طور کلی کاهش کنش نظام ایمنی در سالمندی به روشنی مستند شده است. گسترش و طولانی شدن تنیدگی‌ها و نقایصی که در فرایندهای بازسازی در دورهٔ سالمندی رخ می‌دهد می‌تواند بر نظام ایمنی در دورهٔ سالمندی اثرگذار باشد. همچنین تغذیهٔ نامناسب شامل سطوح پایین پروتئین با کاهش سلول‌های T و در نهایت تخریب نظام ایمنی مرتبط است. فعالیت‌های بدنی می‌تواند کنش نظام ایمنی را بهبود بخشد همچنین واکسیناسیون در مقابل آنفولانزا نیز در دورهٔ سالمندی بسیار بااهمیت است (سانتروک[1]، ۲۰۱۳).

۳ـ۱ـ۲ نظریه‌های خطا

فعالیت یک سلول امر پیچیده‌ای است. RNA و پروتئین‌ها باید بر مبنای قاعده‌ای معین با هم ترکیب شوند تا نظام سلول حفظ شود و استمرار یابد. تولید پروتئین‌ها خواه برای آنزیم خواه برای مواد ساختی در قالب دو فرایند ظاهر می‌شوند: نسخه‌برداری از ژن برای تولید mRNA؛ ترجمهٔ پیام برای تولید پروتئین. آن دسته از سلول‌هایی که تقسیم فعالی دارند، در مرحلهٔ سومی که تکرار DNA است نسبت به دو مرحلهٔ دیگر پیشی می‌گیرند. در تمام این مسیرها ممکن است خطا رخ دهد (پانو[2]، ۲۰۱۱). نظریه‌های خطا در برخی متون با عنوان نظریه‌های نقصان[3] معرفی شده‌اند، نظریه‌های زیر اشکال مختلفی از نظریه‌های خطا محسوب می‌شوند.

الف) نظریهٔ فرسایش[4]

آسیبی که طی سال‌ها به سلول‌ها، بافت‌ها و اندام می‌رسد، سرانجام آن‌ها را می‌فرساید و باعث کشتن آن‌ها، و مرگ می‌شود. نمونه‌ای برای این مورد فرسودگی در نظام استخوانی مشاهده می‌شود آن‌چنان که در آرتروز مفاصل اتفاق

1. Santrock
2. Panno
3. defect theories
4. wear and tear theory

می‌افتد. فرسایش را می‌توان نتیجهٔ سالمندی دانست، نه علت سالمندی. نظریه‌های فرسایش بر این اساس استوار است که زندگی از طریق نظام‌های زیست‌شناختی تخریب می‌شود. همچنان که افراد ادامهٔ زندگی می‌دهند تخریب انباشته می‌شود، اما از آنجا که نظام‌های زیست‌شناختی می‌توانند خود را بازسازی کنند، تخریب خود را (آن‌چنان که در یک ماشین یک قطعه از کار می‌افتد)، نشان نمی‌دهند. در عوض تخریب عملکردی پیش می‌آید یعنی توانایی‌های نظام زیست‌شناختی طبیعی، برای بازسازی خود محدود می‌شود. نظریه‌های مختلف فرسودگی بر اهمیت انواع خاص تخریب متمرکز شده‌اند (معتمدی، ۱۳۸۶).

ب) نظریهٔ نرخ زندگی[1]

این نظریه از مشاهداتی که در قرن حاضر دربارهٔ کوتاه‌تر بودن فراخنای زندگی حیوانات کوچک‌تر به دست آمد، شکل گرفت؛ این حیوانات نسبت به حیوانات بزرگ‌تر طول عمر کوتاه‌تری دارند و همچنان که حیوان بزرگ‌تر می‌شود، در هر کیلوگرم از وزن بدن، میزان سوخت‌وساز کاهش می‌یابد. در بسیاری از انواع پستانداران و حشرات همبستگی منفی کاملی بین طول عمر و میزان سوخت‌وساز مشاهده می‌شود. نتیجهٔ آشکار این بود که هرچه میزان سوخت‌وساز بیشتر باشد زندگی کوتاه‌تر می‌شود. طبق این نظریه گفته می‌شود هرچه میزان سوخت‌وساز پایه ارگانیزم بزرگ‌تر باشد، عمر آن ارگانیزم کوتاه‌تر است. نمونه‌ای برای این مورد حیواناتی هستند که سریع‌ترین سوخت‌وساز، و کوتاه‌ترین عمر را دارند مانند پرندگان که نسبت به انسان عمر کوتاه‌تری دارند.

ج) نظریهٔ ارتباط متداخل[2]

تجمع پروتئین‌هایی که ارتباط متداخل دارند به سلول‌ها و بافت‌ها آسیب می‌رسانند و فرایندهای بدنی را کند می‌کنند. نمونه‌ای از آن واکنش‌های گلوکزی غیر آنزیمی

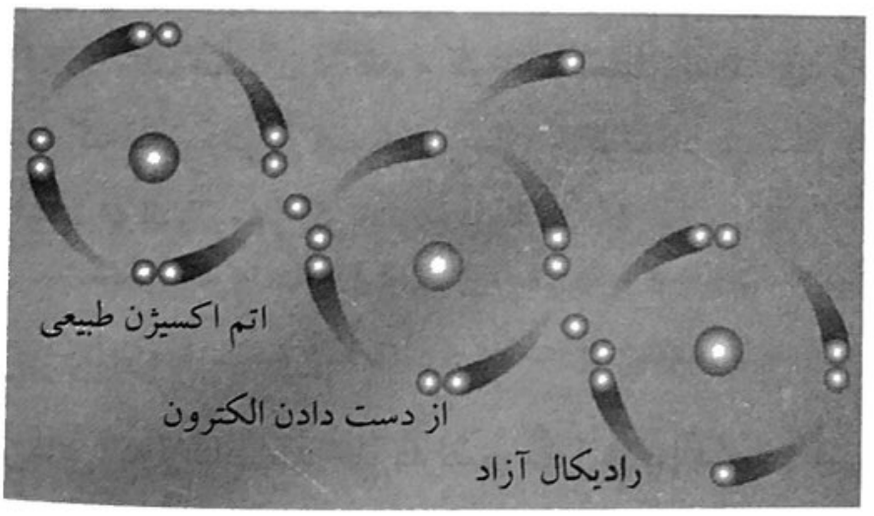
1. rate-of-living theory
2. cross-linking theory

است. آن‌ها وقتی رخ می‌دهند که مولکول‌های گلوکز به پروتئین می‌چسبند و زنجیره‌ای از واکنش‌های شیمیایی را به وجود می‌آورند و در نتیجه تغییر ساختاری را در پروتئین‌ها ایجاد می‌کنند؛ در نهایت بافت‌های پیوندی، انعطاف‌پذیری خود را از دست می‌دهند.

در این نظریه پیری متأثر از یک واکنش شیمیایی است که به طور دائمی تغییراتی را در طبیعت مولکول‌های پروتئین ایجاد می‌کند. اتصال عرضی (ارتباط متداخل) پیوندهای ثابتی هستند که بین مولکول‌ها یا قسمت‌هایی از مولکول‌هایی که نمی‌توانند بازسازی شوند، ارتباطات مولکول‌ها را تغییر می‌دهند، آن‌ها را سخت می‌کنند، در نتیجه آن‌ها نمی‌توانند کنش خود را به مدت طولانی ادامه دهند (پرلموتر و هال، ۱۹۹۲).

د) *نظریهٔ رادیکال آزاد*[1]

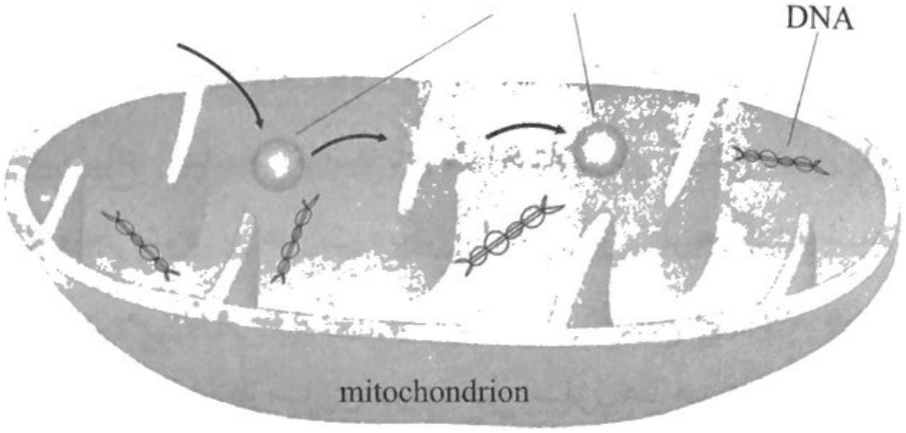
یک رادیکال آزاد، مولکولی است که یک الکترون آزاد (جفت‌نشده)، با واکنش‌پذیری بالایی دارد. یک نمونه از رادیکال آزاد که به شدت واکنش‌پذیر است، رادیکال آزاد اکسیژن است. رادیکال‌های آزاد اکسیژن در سلول‌های بدن ما به طور طبیعی در اثر اکسیداسیون غذا با آب و دی‌اکسیدکربن شکل می‌گیرند (شکل ۳ـ۲).



شکل ۳ـ۲ تبدیل یک اتم اکسیژن معمولی به الکترون آزاد

1. free radical theory

بنابراین رادیکال آزاد برای جفت شدن الکترون‌های خود، از هر مولکولی که در اطراف آن باشد یک الکترون جذب می‌کند؛ هنگامی که الکترونی از مولکول دیگر جذب شود، آن مولکول آسیب می‌بیند. مولکول‌هایی که به وسیلهٔ رادیکال‌های آزاد آسیب می‌بینند چربی‌ها، پروتئین‌ها و DNA (هم در هسته و هم در میتوکندری) هستند. اگر غشای چربی‌ها مورد حمله قرار بگیرند، غشای سلول آن‌ها تخریب می‌شود. اگر آن غشا، سلول قرمز خون باشد، از گلبول قرمز هموگلوبین آزاد می‌شود (شکل ۳ـ۳). اگر پروتئین‌ها مورد حمله قرار گیرند پروتئین‌های تخریب‌شده‌ای به وجود می‌آیند که کنش زیست‌شناختی‌شان را از دست داده‌اند. اگر DNA مورد حمله قرار گیرد جهشی در سلول اتفاق می‌افتد که نتیجهٔ آن پیری یا سرطان است.



شکل ۳ـ۳ نتیجهٔ حملهٔ رادیکال آزاد به غشای سلول

البته رادیکال‌های آزاد کنترل‌ناپذیر نیستند. بدن به طور طبیعی نظام دفاعی چندلایه‌ای دارد که از ادامهٔ تخریب رادیکال‌های آزاد جلوگیری می‌کند. دفاع‌های بدن شامل ضد اکسیدانت‌های طبیعی[1]، همچون بیلی‌روبین و آنزیم‌هایی همچون سوپراکسید دیسموتاز (SOD)[2] و گلوتاتیون پراکسیداز[3] و ضد اکسیدانت‌هایی غذایی همچون بتاکاروتین، ویتامین C و ویتامین E[4] است. در شرایط طبیعی

1. natural antioxidants
2. superoxide dismutase
3. glutathione peroxidase
۴. باید توجه داشت که استفاده از دوز بالای مکمل‌های ویتامین E نه‌تنها مناسب نیست، بلکه به دلیل افزایش خطر سرطان به هیچ وجه توصیه نمی‌شود، زیرا ویتامین E پس از آن که رادیکال‌های آزاد را دربر می‌گیرد، خود به رادیکال آزادی تبدیل می‌شود که خطر سرطان‌زا بودن آن به مراتب بیش از رادیکال آزاد اولیه است.

مکانیزم‌های دفاعی طبیعی بدن از آسیب‌های رادیکال‌های آزاد جلوگیری می‌کنند. فرض نظریهٔ رادیکال‌های آزاد سالمندی بر این است که مقادیر آسیب‌ها اندک اندک انباشته می‌شود و سرانجام بافت‌ها و اندام‌ها را تخریب می‌کند.

در شکل ۳ـ۳ مشاهده می‌شود که وقتی رادیکال آزاد (سبز) به غشای سلول حمله کند می‌تواند رادیکال آزاد نوع دیگری (آبی) را آزاد سازد.

ه) نظریهٔ فاجعه[1]

هر آسیبی به نظام‌های آنزیمی، که پروتئین‌ها را در بدن ترکیب می‌کند، به ساخت پروتئین معیوب منجر می‌شود. پروتئین‌های معیوب در درون سلول تجمع می‌یابند تا به سطحی می‌رسند که به سلول‌ها، بافت‌ها و اندام آسیب می‌رسانند. هنگامی که این انباشتگی به حد اشباع رسید، می‌تواند باعث اختلال در کنش سلول (پیری) و در نهایت به مرگ منجر شود. به عبارت دیگر براساس این نظریه گفته شده است که خطاهای سلولی در جریان فرسودگی بهنجار زندگی تجمع می‌یابند. هرچند انسان‌ها دارای سازوکارهای بهنجار بازسازی در داخل سلول‌ها هستند، اما پیری مانع از مرمت این ویرانی‌ها می‌شود.

و) نظریهٔ جهش بدنی[2]

با افزایش سن، جهش‌های ژنتیکی در سلول بدنی به وقوع می‌پیوندد و روی هم انباشته، و در نهایت باعث تخریب و یا اختلال در کنش سلول می‌شود. در واقع انباشته شدن جهش‌ها به DNA آسیب می‌رساند. مبتنی بر این نظریه، پیری نتیجهٔ عدم توازن میان توانایی DNA برای ترمیم خود، و انباشته شدن DNAهای آسیب‌دیده است. وقتی آسیب‌ها فراتر از توانایی ترمیم به پیش روند، در کنش سلول اختلال ایجاد می‌شود و می‌تواند به فرتوت شدن منجر شود.

1. catastrophe theory
2. somatic mutation

۳ـ۱ـ۳ ارزیابی کلی از نظریه‌های زیست‌شناختی

همان‌طور که توضیح داده شد نظریه‌های زیست‌شناختی ارائه‌شده دربارهٔ فرایند پیری شامل دو دستهٔ عمده‌اند: ۱) نظریه‌های برنامه‌ریزی‌شده و ۲) نظریه‌های خطا. هر دو دسته از این نظریه‌ها، شامل نظریه‌های چندی می‌شدند که علی‌رغم توصیف متفاوت فرایند پیری، یا در مجموع به کنترل ژنتیکی فرایند پیری توجه داشتند و یا فرایند پیری را ناشی از آسیب‌های سلولی می‌دانستند.

با توجه به این که پیری در مجموع فرایند پیچیده‌ای است، به راحتی نمی‌توان هیچ‌یک از نظریه‌های مطرح‌شده را پذیرفت. مزید بر این مطلب توجه داشتن به ابعاد جامعه‌شناختی و روان‌شناختی پیری نزد انسان، مسئله را پیچیده‌تر نیز می‌سازد. اما در اینجا می‌توان گفت هر سه نظریهٔ برنامه‌ریزی‌شده حاکی از اصالت ساختار ژنتیکی فرد هستند. در هر مورد که نقش ژنتیک را در بروز یا استمرار یک رفتار برجسته کنیم، ملزم خواهیم بود تا نقش عوامل محیطی و تجارب فرد را کم‌رنگ بدانیم. در اینجا نیز ضمن آن که باید از یافته‌های علمی در جهت شفاف شدن عوامل ژنتیکی استقبال نماییم، نباید از عواملی چون سبک زندگی غافل باشیم. نظریه‌های خطا بیش از نظریه‌های برنامه‌ریزی‌شده به سبک زندگی اهمیت می‌دهند، اما در عین حال نباید از محدودیت‌ها و پتانسیل‌هایی که اندوختهٔ ژنتیکی باعث می‌شود غفلت کرد. لذا با وجود این به نظر می‌رسد ترکیبی از نظریات برنامه‌ریزی‌شده و نظریات خطا قدرت بیشتری در تبیین فرایند پیری داشته باشند. بر این اساس می‌توان گفت به فرض چنانچه ما از لحاظ ژنتیکی برای زندگی ۱۲۰ ساله برنامه‌ریزی‌شده باشیم، برای آن که بتوانیم به بیشینهٔ فراخنای زندگی خود دست یابیم (یعنی واقعاً ۱۲۰ سال عمر کنیم)، احتیاج خواهیم داشت تا آنچه را باعث آسیب‌های سلولی می‌شود، به کمینهٔ خود برسانیم. این به معنای استفادهٔ کیفی از مواد مصرفی و محافظت از سلامت سلول‌ها، ترمیم سلول‌های آسیب‌دیده و جایگزینی سلول‌های مرده است.

۳ـ۲ نظریه‌های روانی ـ اجتماعی

۳ـ۲ـ۱ نظریه‌های روان‌شناختی

روان‌شناسان معتقدند یک سالمند در پایان زندگی خود به همهٔ مراحل تحولی خود رسیده است. برای مثال، آخرین مرحله از «هرم سلسله مراتب نیازهای مازلو[1]» خودشکوفایی است که از منظر روان‌شناختی، افراد در آخر زندگی خود به خودشکوفایی می‌رسند. مهم‌ترین نظریه‌های روان‌شناختی که در اینجا معرفی می‌شوند نظریه‌هایی است که با رویکرد تحولی به دورهٔ سالمندی پرداخته‌اند. نظریه‌پردازان تحولی معتقدند تسلط بر هر مرحله نیازمند تسلط بر مراحل پیشین است. یعنی به منظور رسیدن به موفقیت در سالمندی شخص باید با تکالیف زندگی خود در هر مرحله از تحول قبل از پیری با موفقیت مواجه شده باشد. آن‌ها معتقدند ضربه‌های مهم (بدنی، عاطفی و اجتماعی) به از دست دادن برخی مهارت‌های تحولی قبلی منجر می‌شود.

نظریه‌پردازان تحولی دربارهٔ مفهوم و تعریف تحول بهنجار و نابهنجار نظرهای متفاوتی ارائه داده‌اند. یکی از این نظریات که بیشتر مورد توافق این نظریه‌پردازان است، عبارت از آن است که: آنچه شما امروز هستید بخشی از کنشی است که مرتبط است با این که چگونه شما در گذشته توانسته‌اید به خوبی بر تکالیف عمدهٔ زندگی تسلط داشته باشید. برای هر جامعهٔ خاص هر مرحلهٔ تحولی شامل وظایفی از زندگی است که یکسان‌اند. ساختار ژنی فرد و تأثیرات محیطی مختلف، تکالیف زندگی اضافه‌ای را ارائه می‌دهند که باید تحت تسلط قرار گیرند. هنگامی که تکالیف زندگی تحت تسلط قرار گیرند، تحول بهنجار رخ می‌دهد و سلامتی حاصل می‌شود. هنگامی که تکالیف زندگی تحت تسلط قرار نگیرند، تحول با تأخیر مواجه می‌شود و تا حدی اختلال به وجود می‌آید.

نظریه‌پردازان تحولی دربارهٔ فعالیت‌ها بر آن‌اند که فعالیت‌ها به طور طبیعی

1. Maslow

ابزاری هستند که بدان وسیله تحول اتفاق می‌افتد. آن‌ها واسطهٔ تحول، و مبین تحول‌اند. فعالیت‌ها هم وسیلهٔ تسلط هستند و هم تسلط بر تکالیف زندگی از آن طریق اندازه‌گیری می‌شود. برای مثال تحول حس سازندگی، یک وظیفهٔ عمده در دوران کودکی است؛ همچنان که مولد بودن وظیفهٔ اساسی زندگی سالمندان است؛ و این امر به سادگی نمی‌تواند بدون فعالیت حاصل شود. مولد بودن نیازمند آن است که فرد فعال باشد (معتمدی، ۱۳۸۶).

الف) نظریهٔ پیوستگی

اشلی[1]، عقیده دارد که آخرین مرحلهٔ زندگی، دنبالهٔ مراحل قبلی است. موقعیت‌های اجتماعی می‌تواند معرف نوعی عدم پیوستگی باشد، اما سازگاری و سبک زندگی اصولاً از طریق سبک‌ها، عادات و ذوق‌هایی که در تمام طول زندگی کسب شده است، تعیین می‌شود (معتمدی، ۱۳۸۶). وی در پیشگفتار کتابش با عنوان *نظریهٔ پیوستگی* می‌نویسد:

> ده‌ها سال است به این موضوع علاقه‌مند بودم که مردم چگونه با تغییرات مرتبط با سالمندی انطباق پیدا می‌کنند. تحقیقات خود را در حوزهٔ پیری‌شناسی از سال ۱۹۳۰ با مطالعهٔ این موضوع که بازنشستگی چگونه بر خود پندارهٔ زنان بازنشسته اثر می‌گذارد شروع کردم ... .
>
> پیش‌بینی من این بود که بازنشستگی تأثیر منفی بر زنان بازنشسته دارد و آن‌ها هویت کاری خود را از دست می‌دهند. اما هنگامی که بین معلمان زن بازنشسته و همین طور زنان بازنشسته مخابرات با بازنشستگی‌شان انطباق مثبت پیدا کردم، کاملاً تحت تأثیر قرار گرفتم... مشاهدهٔ این که اغلب مردم هویت شغلی‌شان را به دورهٔ بازنشستگی برده و بنابراین هویتشان را حفظ می‌کنند به بیان اولیهٔ نظریهٔ پیوستگی هویت منجر شد. هرچند در مطالعات من تنها اقلیت اندکی از مردم کناره‌گیری اجتماعی، کاهش روحیه یا کاهش سلامت جسمانی را تحت تأثیر بازنشستگی نشان

1. Atchley

دادند، گزارش‌های بالینی و روایت‌شده هنوز بر پیامدهای منفی بازنشستگی تأکید می‌ورزند. من کنجکاوی خود را در مورد مکانیزم‌هایی که می‌تواند باعث مشکلات در سازگاری با بازنشستگی بشود ادامه دادم.

(تورن‌استام[1]، ۲۰۰۵)

اشلی معتقد بود که افراد از فعالیت‌های اجتماعی ثابت و الگوهای رفتاری به عنوان راهبردی تطبیقی برای انتقال از تغییرات معنادار دورهٔ زندگی استفاده می‌کنند. به اعتقاد وی مردم در گسترهٔ زندگی، همچنان که تجارب جدیدی از رفتارها، راهبردها و تکالیف به دست می‌آورند، الگوهای فعالیت خود را اصلاح می‌کنند و برای رسیدن به پیوستگی و رضایتمندی در بین خود و سبک زندگی‌شان، این الگوها را با نظام خود[2] هماهنگ می‌کنند (اشلی، ۱۹۹۳؛ به نقل از: بنگتسون[3] و همکاران، ۱۹۹۹).

بنابراین براساس نظریهٔ پیوستگی، افرادی که در دورهٔ بزرگسالی زندگی موفقیت‌آمیزی دارند، کسانی‌اند که عادات، عملکردها و شیوه‌های مؤثر زندگی خود را از دورهٔ میان‌سالی به این دوره منتقل کرده‌اند. مطالعات تحقیقی طولی قابل توجهی این نظریه را تأیید می‌کند. تحقیقاتی که نشان داده‌اند متغیرهایی که در دورهٔ میان‌سالی اندازه‌گیری شده‌اند، متغیرهای پیش‌بین قوی برای عملکرد فرد در دورهٔ بعدی زندگی به شمار می‌روند و بسیاری از ویژگی‌های روان‌شناختی و اجتماعی در طول فراخنای زندگی ثابت می‌ماند (بیرن و شای، ۱۹۹۹).

البته می‌توان با رویکردی انتقادی نیز به بخشی از نظریهٔ پیوستگی اشاره کرد. گفته شده است انطباق با بازنشستگی در زنان مطالعه‌شده برای این بوده است که آن‌ها توانسته‌اند هویت شغلی خود را به بعد از اشتغال منتقل کنند، در حالی که

1. Tornstam
2. their self -system
3. Bengtson

در مطالعاتی دیگر، این امر را نه به دلیل انتقال هویت شغلی، بلکه به دلیل درگیر شدن با فعالیت‌های خانه می‌دانند. حال آن که انتقال هویت شغلی به دورهٔ بازنشستگی نیز اساساً می‌تواند برای فرد آسیب‌زا باشد، زیرا این هویت بیش از آن که از بازخورد اجتماع به فرد ناشی شود، حاصل تصور و تمایل فرد است که در موارد فراوان از سوی دیگران پاسخ داده نشده است و به احساس منفی فرد از بازنشستگی منجر می‌شود.

ب) نظریهٔ اریکسون

از معروف‌ترین نظریه‌های روان‌شناختی در حوزهٔ سالمندی نظریهٔ اریکسون است. اریک اریکسون[1] یکی از نخستین نظریه‌پردازان روان‌شناختی در زمینهٔ شخصیت است که دورهٔ سالمندی را نیز مورد بحث قرار داده است. در دیدگاه اریکسون آخرین مراحل بزرگسالی در دو مرحله، تحت عناوین کشاکش بین مولد بودن و رکود، و همچنین یکپارچگی در مقابل یأس و افسردگی، تبیین شده است.

احساس مولد بودن حاصل تربیت فرزند و تحویل به جامعه، مولد بودن در کار، درگیر بودن در جامعه و همچنین راهنمایی، والدگری و مشاوره دادن به نسل بعد است؛ و رکود ناشی از غیر مولد بودن، احساس خشم، آزار و خودخواهی[2] است. در مرحلهٔ آخر زندگی، کشاکش بین یکپارچگی و ناامیدی اتفاق می‌افتد. هدف از این مرحله یکپارچگی من[3] است؛ پذیرش این که اهداف اولیه به وقوع پیوسته، یا حل شده است و هیچ هدف از دست رفته‌ای وجود ندارد. فردی که احساس کند نتوانسته به اهداف اولیهٔ خود دست یابد، ممکن است احساس ناامیدی کند؛ زیرا مرگ نزدیک است و زمان کمی برای جبران باقی مانده است. بنابراین افراد مأیوس به سمت ترس از مرگ می‌روند و زندگی را با احساس اضطراب و

1. Eric Erickson
2. self absorption
3. ego integration

افسردگی به پایان می‌برند (استوارت ـ همیلتن، ۲۰۰۶).

به اعتقاد اریکسون هدف از آخرین مرحلهٔ تحول، کسب معرفت و دانایی در برخورد با مرگ، احساس مثبت داشتن و در زندگی وارسته بودن است. معرفت و دانایی از طریق یکپارچه ساختن بینش‌هایی است که فرد در گذشته داشته و اکنون کسب کرده است و با توجه به جایگاهی که در جریان زندگی دارد کسب می‌شود. آن‌هایی که به طور مؤثر با این مرحله برخورد نکرده باشند، ممکن است به شدن نسبت به مرگ احساس ترس، یا احساس نومیدی کنند. تلخی و تنفر شدیدی را از خود بروز دهند و احساس کنند زمان بیش از اندازه کوتاه است. چنین افرادی در طول سال‌های پایانی زندگی خود مستعد ابتلا به افسردگی، هیپوکندری و پارانویا هستند (کامر، ۱۹۹۵، ترجمهٔ معتمدی، ۱۳۸۳).

اریکسون با تحلیل شخصیت‌هایی چون آدولف هیتلر و ماکسیم گورکی به اهمیت رویدادهای زندگی و تأثیر تعاملی تجربیات با ساخت‌های زیستی ـ روانی و انتقال تصویر والدینی به تصویر انسانیت در فرد توجه کرده است.

ج) نظریه‌های مرحله‌ای معاصر

نظریهٔ مرحله‌ای اریک اریکسون مبنایی برای تفکر نظام‌دار دربارهٔ تحول شخصیت در بزرگسالی شد؛ و عملاً نظریه‌های مرحله‌ای معاصر به طور غیر مستقیم تحت تأثیر نظریهٔ اریکسون قرار گرفته‌اند.

الف) روبرت هاویگهرست[1]: براساس نظر هاویگهرست افراد در سنین مختلف باید به مواردی دست یابند که از نظر وی تکالیف تحولی‌اند. به اعتقاد او تکلیف تحولی، تکلیفی است که یک فرد دارد و قصد دارد آن را در یک دورهٔ خاص از زندگی حل نماید. او می‌گوید یک تکلیف تحولی حد فاصل بین نیازهای فرد و یک تقاضای اجتماعی است (جدول ۳ـ۱).

1. Havighurst

جدول ۳ـ۱ تکالیف تحولی مورد نظر هاویگهرست در دورهٔ بزرگسالی

سن	تکالیف تحولی
۱۸ تا ۳۰ سالگی	۱. انتخاب همسر
	۲. رسیدن به نقش اجتماعی مردانه یا زنانه
	۳. یادگیری نحوهٔ زندگی با همسر
	۴. تشکیل خانواده
	۵. پرورش فرزند
	۶. ادارهٔ منزل
	۷. شروع یک شغل
	۸. تعهد نسبت به مسئولیت‌های اجتماعی
	۹. یافتن گروه‌های اجتماعی هم‌مشرب
۳۰ تا ۶۰ سالگی	۱. ورود به جامعهٔ بزرگسالی و مسئولیت اجتماعی
	۲. ایجاد و حفظ یک معیار اقتصادی برای زندگی
	۳. همکاری با نوجوانان، تا بزرگسالانی مسئول و شادمان باشند
	۴. گسترش فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت بزرگسالی
	۵. وابستگی به همسر
	۶. پذیرش و سازگاری با تغییرات بدنی یا میان‌سالی
	۷. سازگاری با والدین مسن
۶۰ سالگی تا پایان عمر	۱. سازگاری با کاهش نیروی بدنی و سلامتی
	۲. سازگاری با بازنشستگی و کاهش درآمد
	۳. سازگاری با مرگ همسر
	۴. برقراری پیوندی صریح با گروه سنی خود
	۵. مواجهه با الزامات اجتماعی و مدنی
	۶. ایجاد ترتیب و برنامه‌ای برای زندگی بدنی رضایت‌بخش

رایتسمن[1] (۱۹۹۴)، در کتاب *تحول شخصیت بزرگسالان* با ارائهٔ شرح مختصری از نظریهٔ هاویگهرست، به مقایسهٔ نظریهٔ او با نظریهٔ اریکسون می‌پردازد. او می‌نویسد: «هاویگهرست (۱۹۷۲)، به عنوان یک روان‌شناس پرورشی، به این مفهوم توجه کرد که در تمام جوامع، ظاهراً برای انجام تکالیف مختلف زندگی، برنامهٔ

1. Wrightsman

زمان‌بندی‌شدهٔ روشنی مطرح است» (هویک و هویر[1]، ۱۹۸۲). او تکالیف تحولی ویژهٔ خود را براساس ساختاری که در نظر اریکسون مطرح بود توصیف کرد.

براساس نظریهٔ هاویگهرست یک تکلیف تحولی در دورهٔ معینی از زندگی، از ترکیب رسش[2] و فشار فرهنگی به وجود می‌آید. او برای هر دورهٔ زندگی شش تا نُه تکلیف را توصیف کرد. نظریهٔ هاویگهرست با نظریهٔ اریکسون از این جهت که بر مبنای درجات سنی است، شباهت دارد؛ یعنی در یک سن خاص رویدادهای زندگی معینی از فرد انتظار می‌رود.

شباهت بیشتر با نظریهٔ اریکسون در این است که هاویگهرست معتقد بود که وقتی این تکالیف انجام شدند، تحول مطمئن و پایداری را شکل می‌دهند (هویک و هویر، ۱۹۸۲). یکی از مفیدترین جنبه‌های نظریهٔ هاویگهرست این است که تمام افراد در طول دورهٔ زندگی با تکالیف معینی مواجه می‌شوند.

البته مفاهیم مورد نظر هاویگهرست خیلی ساده مطرح شده‌اند (هویک و هویر، ۱۹۸۲). به علاوه به نظر می‌رسد شبیه نظریهٔ اریکسون این نظریه در یک وضعیت معمولی و طبیعی مطرح شده است. مثلاً فرض شده است که تمامی افراد ازدواج کرده، و صاحب فرزند می‌شوند (ص ۶۵).

ب) دانیل لوینسون: نظریهٔ لوینسون[3] دربارهٔ تحول دورهٔ میان‌سالی با زمینهٔ نظری، روش‌شناسی و نتیجه‌گیری متفاوتی، حدوداً هم‌زمان با نظریهٔ گولد مطرح شد. لوینسون صادقانه معترف است که مطالعاتش دربارهٔ تحول بزرگسالی تحت تأثیر تمایل او برای درک بهتر خودش بوده است. ویژگی عمدهٔ نظریهٔ لوینسون توانایی او در ترکیب دیدگاه‌های مختلف است. در بین نظریه‌پردازان معاصر، او از نظریهٔ مرحله‌ای اریکسون، مفهوم فردیت یونگ[4]، و نظریهٔ عقاید جدلی[5] استفاده کرده است. برای لوینسون تکلیف عمده در دورهٔ میان‌سالی با چهار قطبیت یا انتخاب در تصور از خود که او خود نیز با آن مواجه شده، همراه است. لوینسون می‌نویسد:

1. Huyk & Hoyer
2. maturation
3. Levinson
4. Jung
5. dialectical ideas

«شخصیت، ساختار اجتماعی، فرهنگ، نقش‌های اجتماعی، حوادث عمدهٔ زندگی، و شرایط زیست‌شناسی، در برهه‌ای از زمان بر ویژگی‌های واقعی ساختار زندگی فرد تأثیر مهمی دارند».

لوینسون تحلیل‌های خاص خود را به دورهٔ انتقالی میان‌سالی اختصاص می‌دهد. او نتیجه می‌گیرد که سنین اولیهٔ ۴۰ سالگی، برای اکثر افراد، شامل یک دورهٔ بحرانی است و حالتی شبیه دوران بلوغ پیش می‌آید که در آن شک و تردید و سردرگمی وجود دارد. او گزارش می‌کند که ۸۰ درصد از افرادی را که مورد مطالعه قرار داده است در این دوره تجارب سردرگمی داشته‌اند. لوینسون معتقد است که در سنین میان‌سالی، فرد با چهار چالش مواجه است که عبارت‌اند از: وابستگی / جدایی؛ ویران‌سازی / خلق؛ مردانه / زنانه؛ و جوانی / پیری. مثلاً دربارهٔ جوانی / پیری، بر آن است که اگر ما از فنا شدن و مرگمان اجتناب می‌کنیم، به شدت به حفظ جوانی‌مان علاقه‌مندیم. حدود ۴۰ سالگی انسان با نشانه‌هایی از سالمندی و کاهش توانایی، از خطوطی که در صورتش ایجاد می‌شود تا گسترش ناتوانی، مواجه می‌شود. دید چشمانش تحلیل می‌رود، بنیه و مهارت‌های بدنی قبلی او ممکن است از بین رود و احتمالاً به مرور، مبتلا به فراموشی می‌شود. ممکن است دوستانش بیمار شوند یا والدینش از دنیا بروند. شناخت نسبت به این که او ممکن است بمیرد، سهم بیشتری در شخصیت او ایجاد می‌کند. ممکن است بکوشد تا جوانی‌اش را دوباره به دست آورد. حتی برخی در این سنین با تلاش در زمینهٔ ورزش به موفقیت‌هایی می‌رسند (رایتسمن، ۱۹۹۴).

براساس نظر لوینسون نخستین مرحلهٔ بزرگسالی در حدود سنین ۲۲ تا ۴۰ سالگی آغاز می‌شود که دارا بودن انرژی فراوان، توانایی مخالفت و فشار از مشخصه‌های آن است. معمولاً افراد در این مرحله در اوج شرایط بیولوژیک قرار دارند. آرزوهایشان جوان است. ممکن است موقعیت مناسبی در جامعه بیابند و خانواده را گسترش دهند و نهایتاً به وضعیت بهتری از دنیای بزرگسالی برسند. برای بسیاری از افراد، این دوره رضایت و خلاقیت فراوان به همراه دارد. اما این دوره همچنین می‌تواند همراه با فشارهای فراوانی باشد. والد شدن، اشتغال، تعهدات جدید و دیگر تصمیم‌گیری‌های حساس دربارهٔ ازدواج، خانواده، کار و روش زندگی

اغلب برای همهٔ مردم همراه با احساس اضطراب و تنیدگی است. لوینسون مرحلهٔ بزرگسالی میانی را در حدود سنی ۴۵ تا ۶۰ سال دانسته است. دوره‌ای که هرچند عملکردهای بیولوژیک در سطح پایین‌تر از بهینه قرار می‌گیرند اما همچنان زندگی توأم با انرژی، رضایتمندی شخصی و ارزش اجتماعی است. طی این مرحله معمولاً افراد بزرگسال به عنوان عضوی از جامعه، برای کار خود و دیگران مسئولیت‌هایی را می‌پذیرند. هرچند این دوره نیز می‌تواند یک دورهٔ خوشایند و توأم با آرامش فکر باشد، اما مشکلات بیولوژیک فرد، مسئولیت‌ها و پیش‌بینی‌های متعددی نسبت به سن پیری، فشارها و تنیدگی‌های قابل ملاحظه و تا حدی اختلال عملکردی روان‌شناختی را ایجاد می‌کند. هرچند مراحل بزرگسالی اولیه و میانی ممکن است منبع فشار باشند، اما لوینسون معتقد است دوره‌های انتقالی که افراد باید از آن گذر کنند تا به مرحلهٔ بعد برسند به طور نسبتاً فراوانی ناپایدار و متغیرند و احتمالاً ایجاد تنیدگی و اختلال عملکردی روان‌شناختی دارند. در طی چنین دوره‌های انتقال مردم به طور خاص با مشکلات شغل، زناشویی و مباحث خانوادگی مواجه می‌شوند که بر زندگی آن‌ها منعکس می‌شود و لازم است با آن سازگار شوند (کامر، ۲۰۱۲).

ج) **مک‌آدامز:** مک‌آدامز[1]، الگوی داستان زندگی[2] را ارائه داد. او مدعی است که نمی‌توان حس هویت یک شخص را به وسیلهٔ زبان، ویژگی‌های خلقی یا علائق فردی دریافت. هویت نه مجموعه‌ای از صفات است، نه مجموعه‌ای از طرح‌ها، راهبردها و اهداف؛ بلکه براساس یک داستان است که نشان می‌دهد شخص چگونه است، کجا بوده است و کجا خواهد رفت و چه کسی خواهد شد. مک‌آدامز می‌گوید که مردم داستانی از زندگی را خلق می‌کنند؛ آن حکایتی درونی‌شده است، با آغاز، میانه و پایانی که قابل پیش‌بینی است. داستان زندگی در جریان بزرگسالی همچنان که افراد تغییر می‌کنند و همچنان که تغییرات محیطی الزامات مختلفی را بر آن‌ها اعمال می‌کنند، خلق می‌شود و مورد تجدیدنظر قرار می‌گیرد. تحقیقات مک‌آدامز، نشان می‌دهد که مردم در جامعهٔ غربی داستان زندگی‌شان را در اواخر

1. McAdams, Jr.
2. life-story model

بلوغ و ابتدای بزرگسالی شکل می‌دهند اما ریشه‌های آن به دلبستگی‌های اولیهٔ فرد در طفولیت بازمی‌گردد. براساس نظر مک‌آدامز هر داستان زندگی هفت ویژگی اساسی دارد. حال‌وهوای داستانی[1]، تخیل[2]، موضوع[3]، نظام عقیده‌شناختی[4]، هستهٔ داستان‌های فرعی[5]، ویژگی[6] و پایان[7] (کاواناف و بلانچارد ـ فیلدز، ۲۰۰۶).

د) ویتبُرن: کاواناف (۱۹۹۷) معتقد است نظریهٔ هویت ویتبُرن، دومین رویکردی است که به فهم شکل دادن هویت در بزرگسالی ارتباط دارد. او می‌نویسد: «ویتبُرن (۱۹۸۷)، توضیح می‌دهد که چگونه افراد مفاهیم مورد نظر خویش را از زندگی به پیش می‌برند. نتیجهٔ این فرایند ساختن فراخنای زندگی است. احساس یکتایی شخص از گذشته، حال و آینده‌اش است».

عوامل فراوانی بر تحول ساخت فراخنای زندگی اثر می‌گذارند. هویت، ارزش‌ها و زمینهٔ اجتماعی از آن جمله‌اند. این‌ها با هم ساخت فراخنای زندگی و روشی را که از آن طریق این ساخت بیان می‌شود، شکل می‌دهند. اولین مؤلفهٔ آن سناریویی (طرحی) است که دربردارندهٔ انتظارات نسبت به آینده است. این سناریو جنبه‌هایی از هویت ما را که در نقاط خاصی از طرح آینده به طور خاص با اهمیت هستند منتقل می‌کند. این سناریو به شدت از هنجارهای سنی، که کلید نقاط انتقال تعریف می‌شوند، متأثر می‌گردد. برای مثال فارغ‌التحصیلی از دانشکده، انتقالی است که به طور طبیعی با سال‌های اولیهٔ دههٔ ۲۰ مرتبط است.

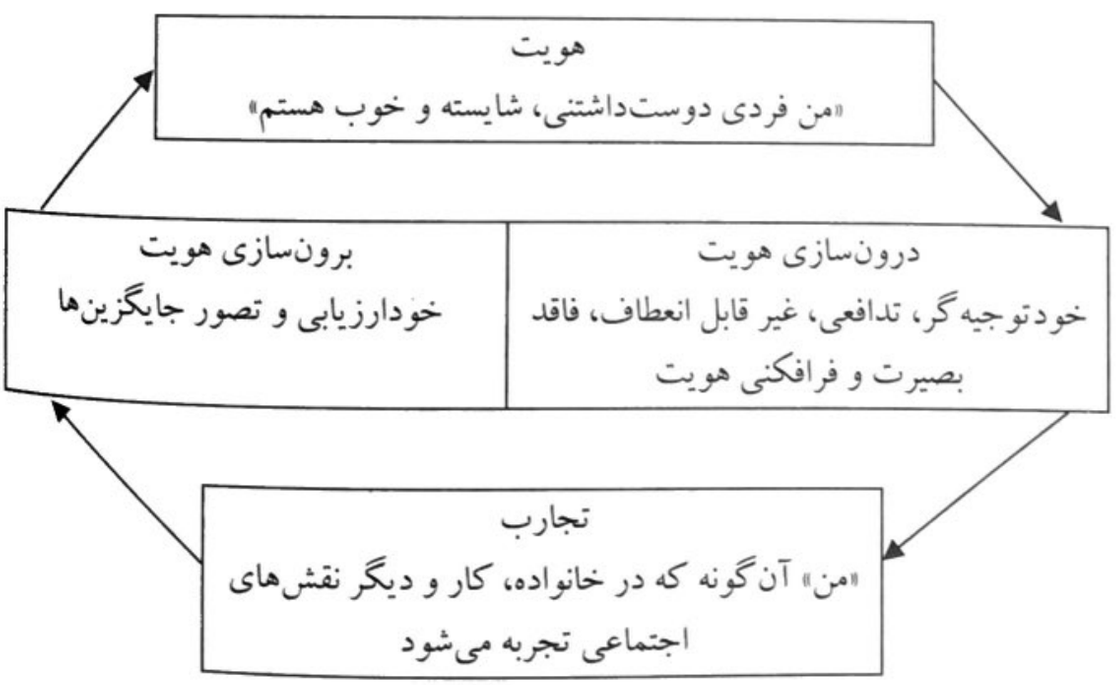
انتظار رویدادهایی معین برای سنین خاص یا زمان‌های مختلف که قرار است ما آن‌ها را انجام دهیم یا تکمیل نماییم باعث خلق یک ساعت اجتماعی[8] می‌شود. هر فرد با انتقالی که از یک موقعیت به موقعیت دیگر دارد وضعیت خود را بررسی می‌کند تا ببیند این وضعیت با آنچه در سناریوی (طرح) خود داشته، در چه وضعیتی است. اگر احساس

1. narrative tone
2. image
3. theme
4. ideological setting
5. nuclear episodes
6. character
7. ending
8. social clock

کند او زودتر از آنچه انتظار داشته، به هدفش رسیده است، احساس غرور می‌کند. اگر کارها کندتر از آنچه می‌پنداشته، پیش روند ممکن است خودش را برای این کندی ملامت کند. اگر خیلی از خودش انتقاد کند ممکن است طرحش را تماماً تغییر دهد.

دومین مؤلفه از ساخت فراخنای زندگی خلق داستان زندگی است. داستان زندگی یک حکایت شخصی تاریخی است که حوادث گذشته را در قالب یک توالی هماهنگ سازماندهی می‌کند. داستان زندگی به حوادث معنای شخصی می‌بخشد و احساسی از پیوستگی ایجاد می‌کند. آن شرح زندگی است که خودمان نوشته‌ایم. یک جنبهٔ جالب داستان زندگی و حافظهٔ خودشرح حال نگاری این است که با گذر زمان و بازگویی‌ها، انحرافاتی پیش می‌آید (وینوگارد و ینسر[1]، ۱۹۸۸). در داستان‌های زندگی چنین انحرافاتی، این امکان را به فرد می‌دهد که احساس کند در رویدادهای گذشته زندگی‌اش (که در سناریوی او بوده است) بهنگام عمل کرده است. از این طریق افراد دربارهٔ طرح‌ها و اهدافشان احساس بهتری می‌یابند، و کمتر احساس شکست می‌کنند.

با استفاده از داده‌های بسیار ریزی که ویتبُرن (۱۹۸۶)، از طریق مصاحبه جمع‌آوری کرد قادر شد فرایند تحول هویت بزرگسالی را بر مبنای موازنه‌ای بین تعیین هویت و تجارب توضیح دهد. الگوی او در نمودار ۳ـ۲ ارائه شده است.



نمودار ۳ـ۲ الگوی ویتبُرن (۱۹۸۶) از فرایند هویت بزرگسالی

1. Vinugaurd & Yenser

همان‌گونه که مشاهده می‌شود فرایند موازنه براساس مفاهیم پیاژه از درون‌سازی و برون‌سازی است. ویتبُرن تلاش کرد تا بین مفاهیم تحول شناختی و تحول هویتی یکپارچگی ایجاد کند تا نحوهٔ شکل‌گیری و تغییر شکل هویت را در طول بزرگسالی بفهمد. مفهوم درون‌سازی به معنای استفاده از جنبه‌های قبلی هویت برای مواجهه با موقعیت‌های ارائه‌شده است. اعتماد بیش از حد به درون‌سازی، فرد را در مقابل تغییر مقاوم می‌سازد.

از سوی دیگر برون‌سازی حاکی از تمایل فرد به تأثیرپذیری از موقعیت‌هاست. موقعیت‌ها آنچه را که او می‌خواهد انجام دهد تعیین می‌کنند. چنین حالتی اغلب هنگامی اتفاق می‌افتد که شخص هویت تحول‌یافتهٔ مناسبی پیرامون یک مبحث معین نداشته باشد.

تعجبی ندارد که ویتبُرن (۱۹۸۶) پی برد اکثر بزرگسالان، خانواده را به عنوان مهم‌ترین جنبهٔ زندگی‌شان نام می‌برند. همچنین دومین منبع عمدهٔ هویت برای آزمودنی‌های ویتبُرن «کار» بود. در این مورد کار جاذب به نظر می‌رسد. به همان نسبت که افراد شغل جاذبی داشته باشند که بتواند آن‌ها را مجذوب نماید، هویت کار آن‌ها، برای هویت فردی‌شان بیشتر اهمیت می‌یابد.

ویتبُرن (۱۹۹۶ الف: ۲۹۶ـ۳۰۰) به تازگی مقیاس عمومی تجربه و هویت را برای اندازه‌گیری فرایند هویت در بزرگسالی ابداع کرده است. الگوی او بیشتر در این راستا که چگونه افراد عموماً با فرایند پیری انطباق بیشتر پیدا می‌کنند گسترش یافته است.

۳ـ۲ـ۲ ارزیابی نظریه‌های روان‌شناختی

نظریه‌های روان‌شناختی ارائه‌شده تفاوت‌های زیادی با یکدیگر دارند؛ یکی از این تفاوت‌ها دامنهٔ مطالعات و گستره‌ای از عمر است که مورد توجه نظریه‌پردازان قرار گرفته است. به جز نظریهٔ اریکسون سایر نظریه‌ها دامنهٔ مطالعات خود را در گسترهٔ محدودتری از عمر ارائه کرده و برخی نظریات نیز به یک یا چند بعد خاص از رفتار

انسان توجه داده‌اند. در این میان جامعیت نظریهٔ اریکسون موقعیت ممتازی را برای آن فراهم آورده است و چنان‌که گذشت برخی از نظریه‌پردازان بخش‌هایی از نظریهٔ اریکسون را در ارائهٔ دیدگاه خود به کار برده‌اند.

بین نظریهٔ پیوستگی با نظریهٔ اریکسون تشابهاتی وجود دارد. براساس نظریهٔ پیوستگی افرادی که عادات، عملکردها و شیوه‌های مؤثر زندگی خود را از دورهٔ میان‌سالی به دورهٔ بزرگسالی منتقل کرده‌اند، در این دوره، زندگی موفقیت‌آمیزی دارند. این نگرش با آنچه اریکسون دربارهٔ ارتباط بین مراحل مختلف تحول مطرح می‌کند نیز تطابق دارد. ارتباط میان مراحل مختلف تحول یعنی قرار گرفتن در بعد مثبت هر مرحله، زمینه‌ای برای ورود به بعد مثبت مرحلهٔ بعد می‌شود، یا قرار گرفتن در بعد منفی هر مرحله نیز زمینهٔ ورود به بعد منفی مرحلهٔ بعد می‌شود.

نظریه‌ای مانند نظریهٔ لوینسون هرچند در گسترهٔ عمر به مراحلی اشاره کرده، اما عمده‌ترین توجه وی به دوره‌های میان‌سالی و بزرگسالی بوده است. لوینسون نظریهٔ خود را با ترکیب دیدگاه‌های مختلف ارائه کرده است و در این بین به روشنی تحت تأثیر نظریهٔ مرحله‌ای اریکسون قرار دارد. تأکید بر دوره‌های انتقال تا حدی موضع لوینسون را در حد وسط نظریه‌های مرحله‌ای و نظریه‌های پیوستگی تحول قرار می‌دهد. ضمن آن‌که دوره‌های انتقالی تا حدی همراه با احساس بحران از سوی فرد و همراه با اختلال عملکردی روان‌شناختی معرفی شده‌اند. مهم‌ترین نوآوری در نظریهٔ لوینسون توجه به قطبیت‌های چهارگانه است که به خوبی می‌تواند مبین بخشی از رفتارهای فرد در دورهٔ بزرگسالی و سالمندی باشد.

در مجموع می‌توان گفت این نظریه علی‌رغم امتیازات و نوآوری‌هایی که ارائه کرده، همچنان نیازمند مستند کردن داده‌های ارائه‌شده است. انجام تحقیقات بیشتر، به ویژه در جوامع مختلف و از جمله در ایران با توجه به زمینه‌های فرهنگی اجتماعی متفاوت، امکان درکی صحیح‌تر از مفاهیم ارائه‌شدهٔ این نظریه را فراهم می‌سازد. افزون بر این، طرح وجود بحران در دوره‌های انتقالی، به ویژه بحران میان‌سالی، با انتقادهایی همراه است.

هاویگهرست با طرح تکالیف تحولی کوشیده است تا مهم‌ترین رفتارهای افراد را که ریشه در نیازهای آن‌ها دارد و در عین حال جامعه نیز آن‌ها را به رسمیت می‌شناسد، معرفی کند. انجام این تکالیف و/یا پرداختن به آن‌ها تعادل روان‌شناختی فرد را به همراه خواهد داشت. در مجموع به نظر می‌رسد این نظریه دیدگاه ساده‌ای را ترسیم کرده و عمدتاً به رفتار متداول و معمول گروه‌های سنی پرداخته است.

الگوی داستان زندگی، حکایت از نگاه سازمانی و چندلایهٔ مک‌آدامز به هویت سالمند دارد. الگوی آدامز امتیازاتی دارد از جمله تبیین این شاخص‌ها که: نمی‌توان تنها از طریق صفات، زبان و علائق به ابعاد هویت پی برد؛ هویت افراد، یکتا و منحصر به فرد است؛ این هویت در عین حال که متأثر از تجربه‌های بزرگسالی است، ریشه در دلبستگی‌های اساسی متأثر از تجربیات دورهٔ کودکی دارد. اما به نظر می‌رسد الگوی داستان زندگی وصف مقدماتی از فرایندی است که باید بیشتر تحلیل و تبیین شود تا عناصر و مؤلفه‌های آن به منظور پیش‌بینی رفتار فرد شناسایی شوند و مورد مداقه قرار گیرند.

نظریهٔ ویتبُرن از جهات مختلف با نظریات هاویگهرست و مک‌آدامز پیوند دارد. ویتبُرن نیز مانند مک‌آدامز به بررسی هویت و اهمیت داستان زندگی توجه می‌کند، اما داستان زندگی در این دیدگاه تحلیلی‌تر از دیدگاه مک‌آدامز ارائه شده و عواملی چون درون‌سازی، برون‌سازی، تحریف‌ها و مؤلفه‌های اثرگذاری چون خانواده و کار را مورد بررسی قرار داده است. ویتبُرن هویت را ناشی از درون‌سازی، مواجهه با تجارب و برون‌سازی می‌داند. وی مانند هاویگهرست تا حدی تکالیف تحولی را مورد توجه قرار می‌دهد، با این تفاوت که در این نظریه شرحی از تکالیف ارائه نمی‌شود، اما نقشی که «ساعت اجتماعی» در نظریهٔ او ایفا می‌کند، در واقع نقش آشکار سازندهٔ رفتارها در مراحل مختلف تحول است که می‌تواند نتیجهٔ آن بروز رفتارهایی شبیه تکالیف تحولی هاویگهرست باشد.

به نظر می‌رسد تأکید ویتبُرن بر شخصی بودن داستان زندگی می‌تواند این نقیصه را داشته باشد که داستان زندگی افراد با واقعیت زندگی آن‌ها متفاوت باشد.

هنگامی که داستان زندگی افراد صرفاً براساس نظر شخصی آن‌ها معرفی می‌شود مشخص نیست تا چه اندازه افراد توانسته‌اند از خودمیان‌بینی‌های تحولی و شخصیتی فراتر روند و آنچه را هست ببینند نه آنچه را می‌خواهند.

در مجموع می‌توان گفت نظریات هاویگهرست، مک‌آدامز و ویتبُرن دامنهٔ توجه خود را به حوزه‌های معینی از رفتار (عمدتاً رفتار در دورهٔ میان‌سالی و بزرگسالی) معطوف داشته‌اند. با وجود این، ویژگی مشترک این نظریه‌ها رویکرد تحولی آن‌هاست. نظریه‌پردازان تحولی معتقدند تسلط بر هر مرحله نیازمند تسلط بر مراحل پیشین است. در واقع تحولی‌نگری در دامنه‌های مختلف علم روان‌شناسی، یک حرکت تکاملی و ناشی از پیشرفت نظری، پژوهشی و عملی این علم محسوب می‌شود.

نگرش تحولی به دورهٔ بزرگسالی از آن جهت اهمیت دارد که اولاً در این نگرش ویژگی‌های دورهٔ بزرگسالی بسیار خاص، و تنها مربوط به همین دوره‌اند، و تمایز این دوره از دورهٔ قبل، وجود همین ویژگی‌هاست. ثانیاً بین ویژگی‌های این دوره با دوره‌های قبل ارتباطی طولی وجود دارد به نحوی که ویژگی‌های دورهٔ سالمندی با ویژگی‌ها و تجارب فرد در دوره‌های گذشته ارتباطی تنگاتنگ دارد. ثالثاً بسیاری عوامل مختلف باعث بروز ویژگی‌های هر مرحله از تحول می‌شوند. لذا تحولی‌نگری به ما کمک می‌کند تا ضمن مشاهدهٔ ویژگی‌های اختصاصی بزرگسال در دورهٔ بزرگسالی، ویژگی‌های او را در موازات گروه مقایسه مشاهده کنیم؛ در عین حال آن‌ها را در ادامهٔ تاریخچهٔ زندگی فرد و حاصل تعامل شرایط زیستی، روانی و اجتماعی بدانیم و از این نظر به تفاوت‌های بین فردی بزرگسالان نیز عنایت داشته باشیم.

۳ـ۳ نظریه‌های اجتماعی سالمندی

نظریه‌های اجتماعی سالمندی عمدتاً سالمند را در بافت و زمینهٔ اجتماعی که در آن قرار دارد مطالعه کرده‌اند. معروف‌ترین این نظریه‌ها به شرح زیر هستند:

۳-۳-۱ نظریهٔ رهایی از قید

بنابر نظریهٔ رهایی از قید[1]، پیر شدن با رهایی از قید متقابل فرد و جامعه همراه است. فرد رفته‌رفته از مداخله در زندگی اجتماعی بازمی‌ایستد و جامعه نیز امتیازات کمتری به او می‌دهد (میشارا و رایدل، ۱۳۷۱).

به عبارت دیگر گفته شده است که نظریهٔ رهایی از قید براساس این مفهوم بنا شده است که افراد همچنان که مسن‌تر می‌شوند به طور فزاینده‌ای از تعاملات اجتماعی، بدنی و هیجانی با دنیا کناره‌گیری می‌کنند و رها می‌شوند. هنگامی که این فرایند به طور گسترده‌ای داوطلبانه باشد، دو جنبه پیدا می‌کند. نه‌تنها افراد مسن به تدریج نقش‌های اجتماعی فعال را رها، و دامنهٔ وابستگی‌های عاطفی خود را محدود می‌سازند، بلکه جامعه نیز با افراد مسن کمتر تعامل دارد. این عمل از چند طریق اتفاق می‌افتد. آشکارترین شیوهٔ آن تشویق و حتی قانونمند کردن بازنشستگی از کار و گاه از تعهدات است. نکتهٔ اساسی نظریهٔ رهایی از قید این است که کناره‌گیری نه‌تنها طبیعی، بلکه مطلوب است. بحث عمده این است که با کاهش قدرت بدنی و ذهنی، فرد مسن پی می‌برد که ادامهٔ کار و فعالیت و همین‌طور مداخلات سیاسی، اجتماعی و اقتصادی به طور فزاینده‌ای برای او دشوار می‌شود. در نتیجه آن‌ها چشم‌انتظار کناره‌گیری‌اند و تمایل دارند چنانچه اجازه یابند تجربهٔ رضایتمندانه‌تر و خشنودتری داشته باشند (لوفرانکوآ[2]، ۱۹۹۶).

بدین ترتیب شخص سالمند در حالی که برای مرگ آماده می‌شود، درجهٔ رخوت و غیر فعال بودنش افزایش می‌یابد. با توجه به این نظریه، رویکرد مرگ، افراد را به ترک کردن بعضی از نقش‌های اجتماعی خود (نظیر کارمند، کارگر، فرد پرشور و شوق و حتی دانشمند) وادار می‌کند. در همین زمان جامعه از طریق جدا کردن سالمند به لحاظ اقامتی (خانه‌های سالمندان و اجتماعات بازنشستگی)، تربیتی (برنامه‌های صرفاً طراحی‌شده برای سالمندان)، تفریحی (مراکز اجتماعی

1. disengagement theory
2. Lefrancois

سالمندان) از آنان کناره‌گیری می‌کند. در این نظریه، این نگرش وجود دارد که جامعه باید به سالمندان کمک کند تا از نقش‌های اجتماعی خویش کناره‌گیری کنند (مهدوی، ۱۳۷۸).

رویدادهایی همچون بیوگی و بازنشستگی نمادهای اجازهٔ جامعه برای رهایی هستند. پیری ایدئال هنگامی روی می‌دهد که فرد مسن و جامعه در یک زمان از یکدیگر رها شوند؛ اما هنگامی که یکی از این دو پیش از آن که دیگری مهیا باشد از هم جدا شوند اختلال ایجاد می‌شود (استون، ۱۹۹۶).

۳ـ۳ـ۲ نظریهٔ فعالیت

نظریهٔ فعالیت[1] به عنوان جایگزین[2] نظریهٔ رهایی از قید مطرح می‌شود. در این نظریه گفته می‌شود پیریِ موفق و سالم محصول استمرار فعالیت با سطح بالاست. دیدگاه نظریه‌پردازان فعالیت، همچون دیدگاه نظریه‌پردازان رهایی از قید، مبتنی بر داده‌های مطالعهٔ شهر کانزاس است. جز آن که نظریه‌پردازان فعالیت از داده‌هایی استفاده کردند که رابطهٔ مثبتی را بین رضایتمندی از زندگی و سطح فعالیت نشان می‌داد. بنا بر نظریهٔ فعالیت، کناره‌گیری از برخی فعالیت‌ها به کاهش ظرفیت‌های بدنی می‌انجامد و باید همچنان که فرد مسن‌تر می‌شود این فعالیت‌ها با فعالیت‌های دیگر که کمتر جنبهٔ بدنی دارند، جایگزین شوند. در استدلال‌های نظریهٔ فعالیت، نظریهٔ رهایی از قید، به عنوان شاخص ناتوانی در تسلط بر وظایف جدید زندگی، یک تحول علیل محسوب می‌شود (استون، ۱۹۹۶).

بنابر نظریهٔ فعالیت، اگر نقش‌های جدیدی جانشین نقش‌های قدیمی نشود، این بی‌نظمی همیشگی خواهد شد و فرد نه‌تنها با موقعیت بلکه با خودش نیز ناسازگار و بیگانه خواهد بود. پیری موفقیت‌آمیز ایجاب می‌کند که نقش‌های تازه‌ای کشف شود یا برای حفظ نقش‌های قدیم، وسایل تازه‌ای به وجود آید (میشارا و رایدل، ۱۳۷۱).

1. activity theory
2. alternative

هرچند مشخص شده است که رهایی از قید از جهت روان‌شناختی و اجتماعی تا حد زیادی بین افراد سالمند رخ می‌دهد، نظریهٔ فعالیت بر این نکته تأکید دارد که رضایتمندی از زندگی تا حد زیادی وابسته به درگیری فعالانه است. براساس این نظریه بهترین‌ها کسانی‌اند که بالاترین سطح درگیری بدنی، هیجانی و اجتماعی را داشته باشند. همچنین اکثر مطالعات نشان داده‌اند که استمرار درگیر بودن با زندگی اغلب با رضایتمندی از زندگی در پایان عمر ارتباط دارد. برای مثال استیونز[1] (۱۹۹۳؛ به نقل از: لوفرانکو، ۱۹۹۶) با پرسش از ۱۰۸ سالمند نتیجه گرفت که درگیر بودن با خانواده و دیگر افراد مهم، همچون درگیربودن اجتماعی، که حسی از مفید بودن را تولید می‌کند و تا حد زیادی با رضایتمندی در سال‌های پایانی عمر مرتبط است، می‌تواند مؤثر باشد.

به طور کلی نظریهٔ فعالیت معتقد است: ۱) برای این که شخص با موفقیت وارد دورهٔ سالمندی شود باید تا سرحد امکان فعال باقی بماند. ۲) بسیاری از افراد مسن می‌توانند تا زمان مرگ به صورت اعضای فعال جامعه باقی بمانند. ۳) به استثنای تغییرات علاج‌ناپذیر زیست‌شناختی و مربوط به سالمندی، افراد سالمند با افراد میان‌سال تفاوتی ندارند و دارای همان نیازهای روان‌شناختی و اجتماعی هستند؛ یعنی سالمندان موفق به تعامل اجتماعی با دیگران نیاز دارند. ۴) بیشتر سالمندان سالم، سطوح نسبتاً یکنواخت فعالیت را حفظ می‌کنند. ۵) افراد مسن معمولاً می‌خواهند فعال باشند و رضایتمندی از زندگی در افراد مسنی که درگیری فعال دارند، بسیار زیاد است. ۶) افراد مسن فعال، احتمالاً در بیشتر عمر فعال بوده‌اند. به عبارت دیگر، فعالیت پاسخی به دورهٔ پیری نیست (کیانپور و شکرکن، ۱۳۷۸).

۳ـ۳ـ۳ نظریهٔ تضاد[2]

نظریه‌پردازان مکتب تضاد از دو نظریهٔ رهایی از قید و فعالیت به دلیل کم‌توجهی به فشار ساخت اجتماعی بر الگوهای سالمندی انتقاد کرده‌اند و معتقدند که هیچ‌کدام

1. Stevens
2. conflict theory

از آن دو رویکرد برای پاسخ دادن به این که چرا کنش متقابل اجتماعی باید تغییر یابد تلاش نکرده‌اند. به علاوه این دیدگاه‌ها اغلب تأثیر طبقهٔ اجتماعی را بر زندگی سالمند نادیده گرفته‌اند، چراکه موقعیت ممتاز طبقهٔ بالای جامعه عمدتاً به بهداشت بهتر و توان برتر منجر شده است و احتمال کمتری برای مواجه شدن آنان با وابستگی در سنین پیری وجود دارد. ثروت، رفاه و ناز و نعمت نمی‌تواند پیری را به طور نامحدود به تأخیر اندازد، اما می‌تواند مشقت اقتصادی را که افراد در سنین پیری با آن مواجه می‌شوند، تحمل‌پذیر نماید. برعکس، مشاغل طبقهٔ کارگر، اغلب سلامت آن‌ها را با خطرهای بزرگی مواجه می‌سازد و معلولیت و بیماری‌های وابسته به شغل، دورهٔ سالمندی آنان را سخت و دشوار می‌کند (مهدوی، ۱۳۷۸).

تضادگرایان مسائل اجتماعی سالخوردگی را از زاویه‌های انتقادی مورد توجه قرار می‌دهند و بیان می‌کنند تحولاتی که در وضعیت سالخوردگان به وقوع می‌پیوندد، نه در نتیجهٔ نیازهای اجتماعی، بلکه به دلیل دستیابی و تسلط قشرهای دیگر سنی مخصوصاً میان‌سالان بر منابع و امکانات کمیاب جامعه است. به اعتقاد تضادگرایان هر بهبودی که بخواهد در وضعیت سالخوردگان صورت گیرد لازم است از طریق رابطه قدرت این قشر انجام پذیرد (احمدی، ۱۳۷۸).

۳ـ۳ـ۴ نظریهٔ نقش

نظریهٔ نقش[1]، موقعیت سالمندان را برحسب سازگاری با نقش‌های باارزش اجتماعی (به ویژه نقش کار در میان مردان) تبیین می‌کند. بازنشستگی، و از دست دادن برخی نقش‌های سالمندان، غالباً برای خانواده‌ها نیز مسائل و مشکلات اجتماعی، اقتصادی و روانی ایجاد می‌کند. حتی برای آن دسته از افرادی که وقت آزاد تازه به دست آوردهٔ خود را یک فرصت تلقی می‌کنند، دورهٔ انتقالی بسیار مهمی است. بازنشستگی عملاً همیشه متضمن از دست دادن درآمد است و

1. role theory

این امر بسیاری از سالمندان و خانواده‌های آنان را با فقر مواجه می‌سازد. پیامدهای اجتماعی و روانی بازنشستگی برحسب تجربهٔ شغل و سطح زندگی قبلی فرق می‌کند. سازگاری موفقیت‌آمیز با بازنشستگی وابسته به بر عهده گرفتن نقش‌های جدید و نیز کیفیت گذران اوقات فراغت است. در نظریهٔ نقش بر نیاز برای انعطاف و انطباق نقش تأکید شده و تمرکز آن بیشتر بر روی مردان است. از آن‌رو که نقش‌های خانه‌داری[1] تغییر نمی‌کند، زنان کمتر این بحران را تجربه می‌کنند (مهدوی، ۱۳۷۸).

۳ـ۴ ارزیابی نظریه‌های اجتماعی سالمندی

نظریهٔ رهایی از قید و نظریهٔ فعالیت از دو منظرِ متفاوت به سالمندی می‌نگرند. این که کدام‌یک از این دو نظریه به واقعیت نزدیک‌تر است نیازمند تأمل بیشتر است. پذیرش هر یک از این نظریات به تنهایی نمی‌تواند مبین شرایط سالمندان باشد. می‌توان پذیرفت که برخی از سالمندان به دلیل شرایط خاص فردی و همچنین شرایط شغلی به دنبال آسایش بیشتر و رها شدن از شغل خود هستند. شرایطی همچون ناتوانی جسمانی، شناختی، یا عاطفی برای استمرار شغل، وجود گزینه‌های مناسب دیگری برای ادامهٔ روند زندگی، تمایل به استفاده از اوقات فراغت بیشتر، تمکن مالی و عدم نیاز به درآمدهای حاصل از شغل، و یا سختی شرایط کاری ازجمله دلایلی‌اند که ممکن است فرد با رغبت به سوی بازنشستگی و رهایی از شغل باشد. در حالی که در آن دسته از افراد که از این‌گونه شرایط برخوردار نیستند، رهایی از شغل ممکن است با آسیب‌هایی روان‌شناختی، اجتماعی و عاطفی همراه باشد.

در مورد نظریهٔ فعالیت ابتدا باید به گستره و دامنهٔ فعالیت توجه کرد. اگر منظور از فعالیت دقیقاً ادامهٔ فعالیت‌های قبلی در همان حجم و زمان باشد شاید چندان با

1. house keeping roles

واقعیت دورهٔ سالمندی همخوان نباشد؛ اما از جهت دیگر می‌توان گفت لزوماً فعالیت معادل اشتغال کامل نیست، بلکه درگیر بودن در جامعه در قالب فعالیت‌های شغلی پاره‌وقت و یا فعالیت‌های غیر شغلی نیز می‌تواند فعالیت در دورهٔ سالمندی به شمار آید. در این صورت نظریهٔ فعالیت منطقی‌تر به نظر می‌رسد؛ یعنی اکثر سالمندان به ویژه سالمندان زیر ۸۵ سال، تمایل دارند به نوعی مشارکت اجتماعی مناسبی داشته باشند. اما اگر منظور از فعالیت اشتغال کامل باشد، به نظر می‌رسد عدهٔ کمتری از سالمندان آمادگی چنین فعالیتی را داشته باشند.

در مجموع می‌توان گفت سالمندان زیادی را خواهیم یافت که از فعالیت در دورهٔ سالمندی بیش از در حاشیه بودن و رهایی از قید استقبال نمایند. هرچند این گرایش نیز (یعنی گرایش به فعالیت)، لزوماً در بین تمامی سالمندان مصداق ندارد و برخی افراد رهایی از قید را ترجیح می‌دهند.

جهت‌گیری نظریهٔ نقش متفاوت از دو نظریهٔ فعالیت و رهایی از قید است. تغیر نقش‌ها در هر دوره از زندگی به ویژه در دورهٔ سالمندی می‌تواند تنش‌زا باشد. مهم‌ترین تغییر نقش در دورهٔ سالمندی می‌تواند ناشی از تغییر در حوزهٔ اشتغال سالمند باشد و پدیدهٔ بازنشستگی اساسی‌ترین رخدادی است که به تغییر نقش سالمند منجر می‌شود. این نظریه به خوبی اهمیت تغییر نقش‌ها را در دورهٔ سالمندی مورد توجه قرار داده است.

نظریهٔ نقش از جهتی با نظریهٔ فعالیت همسویی بیشتری دارد، زیرا استمرار فعالیت باعث تغییر در نقش‌های پذیرفته‌شدهٔ فرد نمی‌شود مگر آن که در عین استمرار فعالیت، حوزهٔ فعالیت تغییر کند و به نوعی مستلزم تغییر نقش باشد. اما توصیه و تأکید نظریهٔ نقش متفاوت از نظریهٔ فعالیت است. در نظریهٔ نقش به اهمیت سازگاری با نقش‌های جدید سالمندی توجه شده است. این دیدگاه به نگرانی‌هایی که پس از بازنشستگی برای افراد به ویژه برای مردان روی می‌دهد، می‌پردازد و موضعی در مورد فعالیت یا رهایی از قید ندارد.

منابع

احمدی، سیروس (۱۳۷۸)، «جامعه‌شناسی و سالخوردگی»، *مجموعه مقالات نخستین همایش پدیدهٔ سالمندی* (ج ۲)، تهران: گروه بانوان نیکوکار.

کیانپور قهفرخی، فاطمه و حسین شکرکن (۱۳۷۸)، «نظریهٔ فعالیت سالمندان»، *مجموعه مقالات نخستین همایش پدیدهٔ سالمندی* (ج ۲)، تهران: گروه بانوان نیکوکار.

کامر، آر.ج. (۱۹۹۵)، *مشکلات کودکان و نوجوانان (روان‌شناسی مرضی)*، ترجمهٔ عبدالله معتمدی (۱۳۸۳)، شهرکرد: انتشارات سوران.

معتمدی، عبدالله (۱۳۸۶)، *سالمندی موفق*، شهرکرد: دانشگاه شهرکرد.

مهدوی، سید قوام‌الدین (۱۳۷۸)، «سالمندی و سالمندان در ایران»، تحلیل جامعه‌شناسی سالمندی با تأکید بر خدمات رفاه اجتماعی برای سالمندان ایران، *مجموعهٔ نخستین همایش پدیدهٔ سالمندی* (ج ۲)، تهران: گروه بانوان نیکوکار.

میشارا، بریان ل. و روبرت ج. رایدل (۱۳۷۱)، *روان‌شناسی بزرگسالان* (چاپ سوم)، ترجمهٔ حمزه گنجی، الما داودیان، و فرنگیس حبیبی، تهران: مؤسسهٔ اطلاعات.

Bengtson, V. et al. (1999), *Theories of Aging*, Cincinnati Convention Center.

Berk, Laura E. (2008), *Exploring Lifespan Development*, New York: Allyn and Bacon, Pearson Education Inc.

Birren, J.E. & K.W. Schaie (1999), *Handbook of the Psychology of Aging* (3rd edition), California: Academic Press Inc. Harcourt Brace Jovanovich Publishers.

Cavanqugh, J.C. (1997), *Adult Development and Aging*, New York: Wadsworth Pub Co.

Cavanaugh, J.C. (1999), *Adult Development and Aging* (2nd edition), Brooks/Cole Publishing Company, Pacific Grove.

Cavanaugh, J.C. & F. Blanchard-Fields (2006), *Adult Development and Aging* (5th edition), U.S.A.: Thomson Learning Inc.

Comer, R.J. (2012), *Abnormal Psychology*, New York: W.H. Freeman and Company.

Lefrancois, R.G. (1996), *The Lifespan* (5th edision), California: Wadsworth Publishing Company, International Thomson Publishing Inc.

Panno, J. (2011), *The New Biology. Aging: Modern Theories and Therapies*, New York: Facts On File Inc.

Perlmuter, M. & E.L. Hall (1992), *Adult Development and Aging* (2th edition), New York: John Willey & Sons Inc.

Santrock, John W. (2013), *Life Span Development* (14th edition), New York: McGraw-Hill.

Stone, R.G. (1996), "Theories of Aging", University of Puget Sound, Washington, *Gerontology Manual*, 06a.

Stuart-Hamilton, Ian (2006), *The Psychology of Ageing. An Introduction* (4th edition), London: Jessica Kingsley Publishers.

Tornstam, L. (2005), *Gerotranscendence A Developmental Theory of Positive Aging*, New York: Springer Publishing Company Inc.

Wrightsman, L.S. (1994), *Adult Personality Development* (Vol. II), California: SAGE Publications Inc.

فصل چهارم

تغییرات جسمی

۴ـ۱ تغییرات ظاهری جسم

در جریان تحول انسان، تغییراتی در حوزه‌های بدنی، شناختی و عاطفی صورت می‌پذیرد. تغییرات بدنی یا جسمی از حوزه‌هایی است که تغییر در آن نسبت به سایر حوزه‌های تحول آشکارتر بروز می‌کند. در هر سنی تغییرات جسمی به گونه‌ای بارز و فراگیر است که برحسب نوع این تغییرات می‌توان حدود سنی فرد را مشخص کرد. همچنان که رویش مو در صورت پسران حکایت از سنین نوجوانی آن‌ها دارد، آشکار شدن چین و چروک در صورت نیز مبین عبور از میان‌سالی و ورود به سالمندی است. با این حال تعیین سن افراد برحسب چهره و قیافهٔ آن‌ها همواره کار آسانی نیست و در مواقعی ممکن است فرد جوان‌تر یا پیرتر از سن واقعی خود به نظر آید.

کسانی که جوان‌تر از آنچه هستند به نظر می‌رسند احتمالاً سخت تلاش کرده‌اند تا ظاهر جوان خود را حفظ کنند. در مقابل، کسانی که پیرتر به نظر می‌رسند، ممکن است ژن‌هایی را به ارث برده باشند که سبب شده است ظاهر آن‌ها شکسته‌تر به نظر رسد. همچنین ممکن است ایشان در سبک زندگی خود انتخاب‌هایی کرده باشند که سرانجام عوارضش را با ویژگی‌های بارز در چهره و ظاهرشان نشان داده باشد (ویتبُرن و ویتبُرن، ۲۰۱۱).

چین و چروک ظاهر، موی خاکستری، چاقی و موارد شبیه آن می‌توانند

تأثیرات مهمی بر خودپندارهٔ فرد بگذارد. افراد میان‌سال ممکن است فکر کنند هنوز جوان هستند و از این که مسن نامیده می‌شوند احساس خوبی نداشته باشند. بسیاری از زنان (و به طور فزاینده مردان) برای جبران این تغییرات ممکن است به آرایش ظاهر، رنگ کردن موها، و استفاده از روش‌های جراحی برای از بین بردن چین و چروک و افتادگی صورت خود روی آورند. اما حتی جراحی‌های پلاستیک هم فقط این فرایند را به تأخیر می‌اندازد و ظاهر سالخوردهٔ هر شخص به طور متمایز مشخص خواهد شد (استوارت ـ همیلتن، ۲۰۰۶).

سالمندی همراه است با کاهش در سوخت‌وساز و عملکردهای سلولی، به گونه‌ای که سلول‌ها و اندام فرد به تدریج ظرفیت خود را برای کارکردن مؤثر و یا پاسخ موفق به آسیب‌های جسمی از دست می‌دهند (ماسورو و آوستد[1]، ۲۰۰۶).

تصویر کلی از تغییرات بدنی در دورهٔ سالمندی، تصویر جذابی نیست. برای مثال، در سطح بافت، پوست و ماهیچه‌ها انعطاف خود را از دست می‌دهند. در سطح سلولی اثربخشی میتوکندریا[2] که انرژی درون‌سلولی را تأمین می‌کند کاهش می‌یابد. در سطح مولکولی نیز مبتنی بر نظریهٔ جهش جسمانی، تغییراتی رخ می‌دهد. بدون شک این تغییرات آثار مخربی بر عملکرد سیستم‌های بدنی دارند. مثلاً سیستم ادراری بدن در سالمندی کند می‌شود و اثربخشی خود را در دفع سموم و مواد زاید از دست می‌دهد. اثربخشی سیستم معدوی ـ روده‌ای نیز در جذب مواد مغذی کمتر می‌شود. حجم و قدرت ماهیچه‌ای کاهش می‌یابد. دستگاه تنفسی اکسیژن کمتری می‌گیرد. سیستم قلبی ـ عروقی نیز در معرض آسیب دوگانه قرار می‌گیرد: از طرفی قدرت قلب کم می‌شود و از طرف دیگر به دلیل سخت شدن و انقباض کمتر شریان‌ها، پمپاژ خون به سراسر بدن انرژی بیشتری را صرف می‌کند. نتیجه این که متوسط برون‌داد قلبی یک فرد ۷۵ ساله، ۷۰ درصدِ برون‌داد قلبی یک فرد ۳۰ ساله است (آیکن[3]،

1. Masoro & Austad
3. Mitochondria
3. Aiken

۱۹۸۹؛ کارت[1]، ۱۹۸۱؛ کرمیس[2]، ۱۹۸۳؛ به نقل از: استوارت ـ همیلتن، ۲۰۰۶). بسیاری از این تغییرات ممکن است با رژیم غذایی و فعالیت‌های جسمانی مناسب کمتر شود. هرچند باید عنایت داشت که روش‌های آزمایشی که برای تأیید این مبحث به کار گرفته شده، مورد انتقاد بوده است.

پیر شدن سیستم عصبی مرکزی بر دامنهٔ گسترده‌ای از افکار و فعالیت‌های پیچیده تأثیر می‌گذارد. گرچه وزن مغز در طول بزرگسالی کاهش می‌یابد، اما تصویربرداری از مغز و کالبدشکافی‌های بعد از مرگ نشان می‌دهد که این کاهش در ۶۰ تا ۷۹ سالگی به میزان بیشتری آغاز می‌شود و در ۸۰ سالگی مقدار آن به ۵ تا ۱۰ درصد می‌رسد که علت آن مرگ نورون‌ها و بزرگ شدن بطن‌های (فضاهای) درون مغز است (برک، ۲۰۰۷، ترجمهٔ سید محمدی، ۱۳۹۰).

آثار دیگر فرایندهای پیری بدنی می‌تواند ارزیابی مجدد سالمند از موجودیت خودش باشد. این الزاماً موضوعی جدی نیست. آگاهی از این که استخوان‌ها شکننده‌تر و ماهیچه‌ها ضعیف‌تر می‌شوند، می‌تواند حالتی از هشیاری واقع‌بینانه در فرد ایجاد کند. اما در برخی افراد، این نشانه‌ها به افسردگی منجر می‌شود (راسکین[3]، ۱۹۷۹). وگ[4] (۱۹۸۳؛ به نقل از: همیلتن، ۲۰۰۶) بیان می‌کند که اکثریت افراد هنوز هم در سالمندی ظرفیت بالایی برای کنار آمدن با تقاضاهای زندگی روزمره دارند. اما این که از این ظرفیت استفاده می‌کنند یا نه، موضوع دیگری است.

هنگام فکر کردن در این باره که کدام تغییرات جسمی مرتبط با فرایند پیر شدن، بیشترین اطلاعات را دربارهٔ سن و سال به فرد می‌دهد، احتمالاً چین و چروک پوست و موهای خاکستری در صدر جدول قرار دارند. گرچه این علائم بیرونی، برای بیان آنچه در درون شخص جریان دارند، لزوماً شاخص‌های مناسبی نیستند، اما بسیاری افراد آن‌ها را جنبه‌هایی مهم از تغییراتی که با پیر شدن رخ می‌دهد می‌دانند.

1. Kart
2. Kermis
3. Raskin
4. Weg

۴-۱-۱ پوست

پوست، بزرگ‌ترین عضو بدن، در برابر مجموعه تغییرات مرتبط با سن آسیب‌پذیرترین عضو است؛ تغییراتی که از دهۀ ۲۰ سالگی قابل مشاهده‌اند اما به ندرت تا اواسط یا اواخر دهۀ ۳۰ سالگی به چشم می‌آیند. در آن زمان است که پوست به آهستگی شروع به نشان دادن چین و چروک‌های ریز، افتادگی خفیف یا برخی تغییر رنگ‌ها، و از دست دادن انعطاف‌پذیری می‌نماید. با افزایش سن، پوست نیز شفاف‌تر می‌شود، و دیدن استخوان‌ها و رگ‌های زیرین آن، به ویژه در دست‌ها ساده‌تر می‌شود. تغییرات رنگی پوست و زائده‌های کوچک روی هم انباشته می‌شوند، بنابراین در دهۀ ۵۰ سالگی، پوست (به ویژه در صورت) علائم مشخصی از گذر زمان را نشان می‌دهد. در همین حین، فعالیت غده‌های چربی که به طور معمول روغن لازم برای روان‌سازی پوست را مهیا می‌سازند، کمتر می‌شود. در نتیجه سطح پوست خشک‌تر می‌شود و در برابر صدمات ناشی از کشیده شدن یا ساییدگی آسیب‌پذیرتر می‌گردد (ویتبُرن و ویتبُرن، ۲۰۱۱).

چین و چروک فرایند پیچیده‌ای است که طی چهار مرحله روی می‌دهد. لایۀ بیرونی پوست به دلیل از دست دادن سلول‌ها نازک‌تر، و بدین ترتیب پوست شکسته‌تر می‌شود. در مرحلۀ بعد الیاف مختلفی که بافت‌های همبند پوست را تشکیل می‌دهند انعطاف خود را از دست می‌دهند. لذا پوست پس از بروز یک فشار دوباره به شکل قبلی خود بازنمی‌گردد. در مرحلۀ سوم بافت‌های ارتجاعیِ لایه‌های میانی پوست توانایی بسط یافتن خود را از دست می‌دهند و ضعیف می‌شوند. در مرحلۀ آخر لایۀ زیرین چربی که کمک می‌کند تا خطوط صاف و هموار باشند کاهش می‌یابد.

یکی از دلایل اصلی تغییراتی که موجب چروک پوست می‌شود، قرار گرفتن در معرض اشعۀ ماوراء بنفش خورشید است. با استفاده از کرم‌های ضد آفتاب، یا محافظ آفتاب، و یا با محدود کردن زمان‌های مواجهه با اشعۀ آفتاب می‌توان از توسعۀ این مشکل پیشگیری کرد. علاوه بر اشعۀ خورشید، با افزایش سن به طور

طبیعی نقاطی از رنگ‌دانه‌های کدر که شبیه کک‌مک و خال سیاه هستند، روی پوست افزایش می‌یابند (کاواناف و بلانچارد ـ فیلدز، ۲۰۰۶).

گوشت‌های اضافی قهوه‌ای‌رنگ (خال گوشتی) و دیده شدن رگ‌های خونی کوچک در سطح پوست (آنژیوما[1]) نیز ممکن است به وجود آیند و موجب تغییر رنگ بیشتر پوست شوند. ممکن است مویرگ‌ها و شاهرگ‌ها در پوست گشاد شوند و به علت از دست رفتن چربی زیر پوستی، بیشتر به چشم بیایند. احتمال بروز بی‌نظمی‌ها و اختلالات گسترده در رگ‌های خونی، پدیده‌ای معروف به واریس، تغییراتی را در پوست پاها نشان خواهد داد. در نتیجه با افزایش سن در بزرگسالی، ظاهر پوست می‌تواند تقریباً به شکل قابل ملاحظه‌ای تغییر نماید (ویتبُرن و ویتبُرن، ۲۰۱۱).

تغییرات پوستی بر ظاهر چشم‌ها نیز تأثیر می‌گذارد و باعث ایجاد تورم، چین و چروک دور چشم، سیاهی زیر چشم و پف‌کردگی آن می‌شود. علاوه بر نیاز به عینک که در میان‌سالی افزایش می‌یابد، بیشترین تغییرات ظاهری در اطراف چشم‌هاست (ویتبُرن و ویتبُرن، ۲۰۱۱).

زمینهٔ ژنتیکی نیز نقش مهمی را در سرعت پیر شدن پوست ایفا می‌کند. افرادی با پوست سفید نسبت به افراد با پوست تیره‌تر، سریع‌تر آثار پیری را در خود نشان می‌دهند. فراتر از وراثت ژنتیکی، شاید بیشترین تأثیر بر پیر شدن پوست، از عادات زندگی باشد. مهم‌ترین عادت زندگی قرار گرفتن در معرض نور آفتاب است که موجب پیرنوری[2]، یا تغییر سنی در اثر تشعشع می‌گردد (کوئلیو[3] و همکاران، ۲۰۰۹). اشعه‌های فرابنفش خورشید، فرایند اتصال عرضی را تسریع می‌کنند، و موجب جهش‌هایی می‌شوند که با تغییر دادن ترکیب پروتئین به وسیلهٔ سلول‌ها، تولید الکترون‌های آزاد را افزایش می‌دهد (ویتبُرن و ویتبُرن، ۲۰۱۱).

1. Angiomas
2. photoaging
3. Coelho

ناخن‌ها بخشی از پوست هستند و آن‌ها نیز در معرض تغییرات مرتبط با سن قرار دارند. به ویژه رشد ناخن‌های انگشتان پا آرام‌تر می‌شود و ممکن است زردتر و ضخیم‌تر شوند و ترک بخورند. علاوه بر این تغییرات معمولی مرتبط با سن در ناخن‌ها، بروز بیماری و عفونت‌های قارچی در بسیاری از افراد مسن، بر ضخامت ناخن‌ها می‌افزاید و سبب می‌شود ناخن‌ها از بستر خود جدا شوند. افراد مسن با توجه به این که اغلب حرکات مفصلی و انعطاف‌پذیری محدودی دارند، در مراقبت از پاهای خود با مشکلات بیشتری روبه‌رو هستند (میتی[1]، ۲۰۰۹؛ به نقل از: ویتبُرن و ویتبُرن، ۲۰۱۱).

دندان‌ها نیز به علت از دست دادن مینای سطح خود و یک عمر خوردن موادی نظیر قهوه، چای، انواع خاصی از خوراکی‌ها، و استفاده از تنباکو تا حدی تغییر رنگ می‌دهند. با بالا رفتن سن، بسیاری افراد دندان‌های خود را از دست می‌دهند، فرایندی که نه‌تنها بر ظاهر آن‌ها تأثیر می‌گذارد، بلکه به جنبه‌هایی از سلامت کلی آنان نیز مرتبط است. ممکن است نسل کنونی میان‌سالان نسبت به همتایان قبلی خود، به لطف بهبود بهداشت دهان و دندان در دهه‌های گذشته، به ویژه افزایش استفاده از نخ دندان، کمتر از مشکلات مربوط به دندان رنج ببرند؛ با این حال، برخی تغییرات در دندان‌ها به هر روی پیش خواهد آمد، حتی اگر در خود دندان هم رخ ندهد، مشکلاتی در لثه‌ها بروز خواهد کرد (دنگ[2] و همکاران، ۲۰۱۰).

۴-۱-۲ مو

یکی از بدیهی‌ترین تغییراتی که با پیر شدن بدن رخ می‌دهد، سفید شدن موهاست. سفید شدن مو و همچنین نازک شدن تدریجی مو، هم در مردان و هم در زنان، ضرورتاً با افزایش سن بروز می‌نماید. هرچند در میزان این تغییرات تفاوت‌های فردی بسیاری وجود دارد (کاواناف و بلانچارد ـ فیلدز، ۲۰۰۶). واقعیت آن است که مو

1. Mitty
2. Deng

به معنای حقیقی کلمه سفید نمی‌شود. بلکه تعداد رنگ‌دانه‌ها با گذر زمان کاهش می‌یابد و تعداد موهایی که دیگر رنگ‌دانه‌ای ندارند، افزایش می‌یابد. علت این که موها رنگ‌دانه‌های خود را از دست می‌دهند این است که تولید ملانین که به مو رنگ می‌دهد، کاهش می‌یابد و سرانجام متوقف می‌گردد (ویتبُرن و ویتبُرن، ۲۰۱۱).

با تخریب مراکز زایا که مولد فولیکول هستند، ریزش مو اتفاق می‌افتد. در برخی از مردان تاسی اتفاق می‌افتد در حالی که موهای صورت مردان ریزش ندارد؛ لذا دیدن مردان تاس با ریشی انبوه دور از ذهن نیست. علاوه بر این در مردان موهای ابرو پرپشت‌تر می‌شود و در داخل گوش موها رشد می‌کنند در حالی که در زنان اغلب تا حدی در صورت و مخصوصاً روی چانهٔ آن‌ها موها رشد می‌کنند (آلدوین و گیلمر، ۲۰۰۴؛ به نقل از: کاواناف و بلانچارد ـ فیلدز، ۲۰۰۶). رشد این موها با تغییرات شیمیایی هورمون‌ها مرتبط است.

۴ـ۱ـ۳ تغییرات در صدا

اگر در یک محل شلوغ که افراد با سنین مختلف حضور داشته باشند شما چشمانتان را ببندید و به صدای آن‌ها گوش دهید احتمالاً تا حد زیادی می‌توانید میزان سن گوینده را حدس بزنید. صدای بزرگسالانِ جوان‌تر کامل و طنین‌دار است، در حالی که صدای سالمندان نازک‌تر و ضعیف است. تغییرات مرتبط با سن در صدای فرد شامل پایین آمدن تن صدا، افزایش تنفس، لرزش، آهسته‌تر شدن و دقت کمتر در تلفظ و پایین آمدن درجهٔ صدا می‌شود. برخی محققان تغییرات در حنجره، نظام تنفس و عضلات کنترل‌کنندهٔ سخن گفتن را علت این تغییرات می‌دانند؛ در حالی که برخی دیگر معتقدند این تغییرات ناشی از پایین آمدن سلامت است و از مصادیق طبیعی افزایش سن نیست. این پرسش که آیا تغییرات در صدا در سنین سالمندی امری طبیعی است یا ناشی از بیماری فرد، همچنان لاینحل باقی مانده است (ویتبُرن، ۱۹۹۶؛ به نقل از: کاواناف و بلانچارد ـ فیلدز، ۲۰۰۶).

۴ـ۲ ساختار بدن

نخستین مجموعه از تغییرات در ساختار بدن، مربوط به قد است. مطالعات عرضی و طولی به شکلی متقاعدکننده نشان می‌دهند که افراد هرچه پیرتر می‌شوند قدشان کوتاه‌تر می‌شود، و این فرایند در زنان مشهودتر است. اگر شما چند سالی در مجاورت افراد سالمندی همچون پدربزرگ یا مادربزرگتان بوده باشید بدون شک متوجه تغییراتی که در طول زمان در بدن آن‌ها به وجود آمده است، شده‌اید. دو دسته تغییر به طور ویژه قابل مشاهده است: کاهش قد و نوسانات وزن.

بنابراین گرچه ممکن است چنین تصور کنید که چون در حال حاضر قدتان ۱۷۵ سانتیمتر است، در بقیه طول عمرتان نیز ۱۷۵ سانتیمتر خواهد بود، اما به احتمال زیاد با گذر دهه‌های عمر، ۲ الی ۳ سانتیمتر از آن کم خواهد شد. علت این کم شدن قد، از بین رفتن مواد استخوانی در مهره‌هاست. با ضعیف شدن مهره‌ها، ستون فقرات پایین می‌افتد و طول آن کوتاه می‌شود (پفیرمن[1] و همکاران، ۲۰۰۶).

شکل بدن نیز در سنین بزرگسالی در بسیاری از افراد به شکل چشمگیری تغییر می‌کند. بافت بدون چربی، یا تودهٔ بدون چربی (FFM)[2] کاهش می‌یابد. افزایش شاخص تودهٔ بدن (BMI)[3]، شاخصی از چربی بدن است که با این کاهش مقابله می‌کند. BMI با تقسیم وزن به کیلوگرم بر مجذور (قد به متر) محاسبه می‌شود (جدول ۴ـ۱ را ببینید). با استناد به اطلاعات مراکز کنترل بیماری‌ها، BMI ایدئال در محدودهٔ ۱۸/۵ تا کمتر از ۲۵ است. افرادی که BMI آن‌ها از ۲۵ تا ۲۹/۹ است، افرادی دارای اضافه وزن تلقی می‌شوند، و کسانی که BMI آن‌ها ۳۰ و بالاتر است، چاق محسوب می‌گردند (مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها[4]، ۲۰۱۰).

1. Pfirrmann
2. fat-free mass
3. body mass index
4. Centers for Disease Control and Prevention

جدول ۴ـ۱ محاسبه و تفسیر BMI

فرمول و محاسبات
وزن (kg) / [قد (m)]^2
از آنجا که قد معمولاً برحسب سانتیمتر اندازه‌گیری می‌شود، قد برحسب سانتیمتر بر ۱۰۰ تقسیم می‌شود تا برحسب متر به دست آید. سپس وزن به کیلوگرم تقسیم بر مجذور طول قد به متر می‌شود.
مثال: وزن = ۶۸ کیلوگرم، قد = ۱۶۵ سانتیمتر (۱/۶۵ متر)
محاسبه: ۶۸ تقسیم بر (۱/۶۵)^2 مساوی است با ۲۴/۹۸

وضعیت بدن	BMI
کمبود وزن	زیر ۱۸/۵
طبیعی	۱۸/۵ تا ۲۴/۹
اضافه‌وزن	۲۵ تا ۲۹/۹
چاقی	۳۰ به بالا

الگوی کلی وزن بدن در بزرگسالی، نشان‌دهندهٔ یک روند U برعکس است و بازتاب این واقعیت است که اکثر افراد از دههٔ ۲۰ سالگی تا اواسط دههٔ ۵۰ سالگی افزایش وزن پیدا می‌کنند و پس از آن دچار کاهش وزن می‌گردند. اکثر افزایش وزنی که در طول سال‌های میان‌سالی به وجود می‌آید، به علت افزایش BMI است (دینگ[1] و همکاران، ۲۰۰۷)، که عمدتاً به شکل انباشته شدن چربی بدن اطراف کمر و باسن خود را نشان می‌دهد. با این حال کم شدن وزن بدن در سال‌های بعد از آن، به علت از بین رفتن چربی‌های انباشته‌شده نیست و لذا بدین معنی نیست که افراد مسن‌تر لزوماً سالم‌تر یا خوش‌اندام‌تر می‌شوند. کم شدن وزن سالخوردگان به دلیل کاهش FFM، به علت از بین رفتن تودهٔ عضلات است؛ حتی اگر سطح بالایی از فعالیت داشته باشند (مانینی[2] و همکاران، ۲۰۰۹).

خوشبختانه، بیشتر تأثیرات پیری بر ساختار بدن و ترکیبات آن را می‌توان با ورزش جبران کرد. برای مثال، یک مطالعهٔ کوتاه‌مدت که تنها ۲۰ هفته به طول

1. Ding
2. Manini

انجامید، نشان داد زنان مبتلا به پوکی استخوان[1] متوسط، به علت تمرینات ورزشی که انجام دادند قدرت استخوانی و عضلانی یافتند (تولومیو[2] و همکاران، ۲۰۰۸).

ورزش می‌تواند تأثیرات مثبتی نه‌تنها بر وضعیت جسمانی، بلکه بر احساس سلامت روانی نیز داشته باشد. پژوهشگران افراد مسن را از نظر «اضطراب هیکل اجتماعی[3]» مورد آزمایش قرار دادند تا میزان هراس شخص را از این که مردم چگونه در مورد بدن و هیکل او می‌اندیشند، بسنجند. در طول یک مطالعه تمرین‌های ورزشی ۶ ماهه، اضطراب افراد مسن نسبت به نحوهٔ نمود هیکلشان در اجتماع کاهش یافت و احساس خوش‌اندامی بیشتری کردند. آن‌ها همچنین احساس خودکارآمدی، یا اعتماد به نفس در توانایی اتمام وظایف جسمانی مطلوب به دست آوردند. در مطالعات بعدی، اضطراب هیکل اجتماعی در زنان چاق میان‌سال، به نوبهٔ خود سطح مشارکت آن‌ها در فعالیت‌های فیزیکی را مشخص ساخت (اککاکیس، لیند، و وازو[4]، ۲۰۰۹؛ به نقل از: ویتبُرن و ویتبُرن، ۲۰۱۱).

۴-۲-۱ قابلیت تحرک

توانایی حرکت مستقل و بدون مساعدت دیگران، اهمیت ویژه‌ای برای شخص دارد. ملاحظه می‌شود که برخی تغییرات طبیعی بر حرکت فرد اثر می‌گذارند، تغییراتی که لزوماً ناشی از محدودیت‌های جدی نیستند. توانایی انسان در حرکت پیرامون محیط خود، ناشی از فعالیت ساختارهایی است که از این حرکات پشتیبانی می‌کنند، از جمله: استخوان‌ها، مفاصل، تاندون‌ها، و رباط‌های متصل‌کنندهٔ عضلات به استخوان‌ها، و عضلاتی که خمیدگی و کشش را کنترل می‌کنند. در یک فرد متوسط، تمام این ساختارها دستخوش تغییرات مرتبط با سن می‌شوند که توانایی

1. osteoporosis
2. Tolomio
3. social physique anxiety
4. Ekkekakis, Lind & Vazou

آن‌ها در عملکرد مؤثر را به خطر می‌اندازد. هر یک از اجزاء حرکتی از دهۀ ۴۰ سالگی (یا زودتر، در صورت آسیب و جراحت) دستخوش صدمات ناشی از پیر شدن می‌شوند. در نتیجه، کاهش تدریجی در سرعت راه رفتن ایجاد می‌شود (شاموی ـ کوک[1] و همکاران، ۲۰۰۷).

۴ـ۲ـ۲ عضلات بدنی

هرچند بافت عضلانی ما با افزایش سن تحلیل می‌رود، اما افت قدرت و مقاومت تا سن ۷۰ سالگی بیش از ۲۰ درصد نیست. در حالی که بعد از آن شدت افت افزایش می‌یابد و تا سن ۸۰ سالگی کاهش قدرت عضلات تا ۴۰ درصد افزایش می‌یابد. شدت این کاهش بیش از آن که در بازوها و دست‌ها باشد در پاها محسوس است. با وجود این برخی افراد قدرت خود را در سالمندی نیز حفظ می‌کنند. در یک مطالعه آمده است که ۱۵ درصد افراد بالای ۶۰ سال در طول یک دورۀ ۹ ساله قدرت تکیه‌گاهی خود را از دست نداده‌اند (کاواناف و بلانچارد ـ فیلدز، ۲۰۰۶).

مشخصۀ سال‌های بزرگسالی، از بین رفتن بافت عضلانی ناشی از افزایش سن است، فرایندی که به سارکوپنیا[2] مشهور است. در این روند تعداد و اندازۀ رشته‌های عضلانی، به ویژه رشته‌هایی که در سرعت و قدرت نقش دارند، کاهش می‌یابند (ویتبُرن و ویتبُرن، ۲۰۱۱). با توجه به این که تغییرات جرم عضلات، کاهش قدرت و توان را در بزرگسالی پیش‌بینی می‌کنند، از بین رفتن جرم عضلانی، مجموعه‌ای از پیامدهای منفی از جمله افزایش خطر افتادن، محدودیت در قوۀ تحرک، و کاهش کیفیت زندگی روزمره را به دنبال دارد. متأسفانه، سارکوپنیا می‌تواند بخشی از یک دور باطل باشد، چون هرچه جرم عضلانی بیشتری از بین برود، سختی انجام تمرین‌های ورزشی بیشتر و از بین رفتن عضلات و ضعیف شدنِ بیشتر تشدید می‌شود (لانگ[3] و همکاران، ۲۰۰۹).

1. Shumway-Cook
2. Sarcopenia
3. Lang

اگرچه افراد مسن‌تر نمی‌توانند به اندازهٔ جوانان در شرایط فیزیکی خود بهبود یابند، اما حتی برنامه‌ای از تمرین‌های مقاومتی به کوتاهی ۱۶ هفته نیز می‌تواند تعداد رشته‌های عضلانی را به حدی بهبود بخشد که به اندازهٔ رشته‌های عضلانی افراد جوان برسد (کوسک[1] و همکاران، ۲۰۰۶). حتی افراد مسن‌تر در دههٔ ۹۰ سالگی نیز می‌توانند از تمرین‌های قدرتی عضلانی بهره ببرند (کرایگر و اندرسون[2]، ۲۰۰۷). تمرین‌های مؤثر معمولاً ۸ تا ۱۲ هفته، سه تا چهار مرتبه در هر هفته هستند. برای آن که این مزایا حفظ شوند، باید تمرین‌ها ادامه یابد. بنابراین ورزش کردن به مدت یک یا دو سال و سپس متوقف کردن آن کافی نیست. ورزش ایروبیک نیز رویکرد مفیدی در حفظ قدرت عضلات در افراد مسن است (هاربر[3] و همکاران، ۲۰۰۹).

۴ـ۲ـ۳ استخوان‌ها

افزایش سن به طور طبیعی همراه با از دست رفتن بافت استخوان‌هاست. این تحلیل استخوانی از دههٔ ۳۰ به بعد شروع می‌شود و در دههٔ ۵۰ افزایش می‌یابد (به ویژه در زنان) و تا دههٔ ۷۰ میزان آن کندتر می‌شود. تفاوت‌های جنسی در کاهش بافت استخوانی مهم است. هنگامی که این فرایند شروع می‌شود سرعت کاهش حجم استخوان‌ها در زنان در حدود دو برابر مردان است. این تفاوت ناشی از دو عامل است: نخست آن که حجم استخوانی زنان در دورهٔ جوانی کمتر از مردان است و این بدان معناست که در شروع فرایند توانایی مقاومت استخوانی آن‌ها کمتر از مردان است؛ دوم آن که کاهش استروژن بعد از یائسگی سرعت تحلیل استخوان‌ها را افزایش می‌دهد (کاواناف و بلانچارد ـ فیلدز، ۲۰۰۶).

در دورهٔ سالمندی برای استخوان‌ها چه اتفاقی می‌افتد؟ این فرایند شامل

1. Kosek
2. Kryger & Andersen
3. Harber

کاهش حجم استخوان‌ها از درون است و موجب می‌شود استخوان‌ها بیشتر توخالی شوند. علاوه بر این خلل و فرج استخوان‌ها افزایش می‌یابد. این تغییرات ناشی از موضوعات مختلفی است ازجمله وزن بدن، عوامل ژنتیکی، و نیز شاخص‌های شیوهٔ زندگی همچون استعمال دخانیات، مصرف الکل و رژیم غذایی. تمام تغییرات استخوانی که با افزایش سن مرتبط هستند، احتمال شکنندگی را به دلیل توخالی بودن و داشتن خلل و فرج بیشتر می‌کند. حال آن که شکستگی استخوان در دورهٔ سالمندی به شدت مشکل جدی‌تری نسبت به شکنندگی استخوان در جوانی است، زیرا به طور طبیعی بهبودی آن در سالمندی به احتمال قوی دشوارتر خواهد بود. زنان برای اختلال استخوانی شدید به طور خاص مستعدترند. ابتلا به پوکی استخوان، که در آن حجم استخوان تحلیل می‌رود و ضمن افزایش خلل و فرج‌ها، استخوان‌ها شبیه تور و لانهٔ زنبور می‌شوند و همین روند مهم‌ترین عامل شکستگی استخوان در زنان سالمند است (ابرسول[1] و همکاران، ۲۰۰۴).

استخوان یک بافت زنده است که به طور مداوم از طریق فرایند بازسازی، ترمیم و نوسازی می‌شود و طی این فرایند سلول‌های قدیمی به وسیلهٔ سلول‌های جدید نابود و جایگزین می‌شوند. الگوی کلی تکامل استخوانی در بزرگسالی، شامل افزایش نرخ تخریب استخوان در مقایسه با نرخ ترمیم و بازسازی، و ایجاد تخلخل و روزنه‌های بیشتر در شبکهٔ کلسیم است که موجب از بین رفتن مواد معدنی استخوان می‌شود. فرایند بازسازیِ موجب این تغییرات، تا حدی توسط مجموعه‌ای از مواد پروتئین‌مانند کنترل می‌شود که روی سلول‌های استخوانی عمل می‌کنند. این مواد به نوبهٔ خود، تحت تأثیر هورمون‌های جنسی استروژن برای خانم‌ها و تستوسترون برای آقایان هستند. بنابراین، همچنان که اشخاص دچار کاهش در هورمون‌های جنسی می‌شوند، مواد معدنی استخوانی خود را نیز از دست می‌دهند (ویتبُرن و ویتبُرن، ۲۰۱۱).

1. Ebersole

فرایند پوکی استخوان به طور کلی تا وقتی که مردم به دهۀ ۵۰ یا ۶۰ سالگی نرسیده‌اند، مشکلی جدی محسوب نمی‌شود. با این حال، پیش از رسیدن به این سنین، روش‌هایی برای کاهش سرعت پوکی استخوان وجود دارد. به نظر می‌رسد سبک زندگی، حفظ فعالیت‌های فیزیکی زیاد، سیگار نکشیدن، و حفظ BMI حدوداً ۲۵، از عوامل اصلی در کاهش سرعت پوکی استخوان است (ویلزگارد[1] و همکاران، ۲۰۰۹). علاوه بر این‌ها تمرین‌های مقاومتی با وزنه، استفاده از مقادیر زیاد پروتئین خوراکی، افزایش جذب کلسیم پیش از یائسگی، استفاده از ویتامین دی، استفادۀ کافی از منیزیم (موجود در غذاهایی نظیر موز، برخی انواع مغزها، و سیب‌زمینی) و همچنین یک رژیم غذایی سرشار از کاروتینوئید[2] (ساهنی[3] و همکاران، ۲۰۰۹) موجب کاهش خطر پوکی استخوان می‌شوند.

۴-۲-۴ مفاصل

بیشتر افراد تا زمانی که به دهۀ ۴۰ سالگی نرسیده‌اند، احساس نمی‌کنند «به جیرجیر کردن» افتاده‌اند، اما واقعیت آن است که فرایندهای مخرب حتی پیش از آن که فرد به سن بلوغ اسکلتی برسد، آغاز شده‌اند. این تغییرات به طور پیوسته در طول سالیان بزرگسالی ادامه دارد و به نظر می‌رسد زنان را بیش از مردان تحت تأثیر قرار می‌دهد. غضروف‌های اصلی که از مفاصل حفاظت می‌کنند تا دهۀ ۲۰ و ۳۰ سالگی شروع به از بین رفتن می‌کنند، و بدین ترتیب استخوان‌های زیر آن‌ها نیز فرسودگی را آغاز می‌نمایند. در طول بزرگسالی، مشکلات مفصلی با رشد سریع غضروف‌ها تشدید می‌شود، چون در حرکت روان و راحت استخوان‌ها روی یکدیگر تداخل و مزاحمت بیشتری ایجاد می‌گردد. رشته‌های مفاصل، انحناپذیری خود را از دست می‌دهند و قابلیت انعطاف را بیش از پیش کمتر می‌سازند (ویتبُرن و ویتبُرن، ۲۰۱۱).

1. Wilsgaard
2. Caretenoids
3. Sahni

تغییراتی که در مفاصل به ویژه در حالت‌های التهابی آن ایجاد می‌شود آثار روان‌شناختی عمیقی پیدا می‌کند. این تغییرات می‌تواند محدودیت حرکتی شدید ایجاد کند و در نتیجه استقلال فرد کاهش یابد و فرد از انجام امور روزانه و معمول خود بازماند. علاوه بر آن تحمل درد مفاصل بسیار دشوار است و نمی‌توان آن را همچون تغییرات ظاهر نادیده گرفت یا پنهان کرد. سالمندان از رفتارهای سازشی متفاوتی برای غلبه بر آن استفاده می‌کنند. برای مثال حضور در یک برنامهٔ تمرین ورزشی می‌تواند تا حدی مفید باشد (کاواناف و بلانچارد ـ فیلدز، ۲۰۰۶).

استفادهٔ مداوم از مفاصل برخلاف عضلات، مفید نیست؛ چه، مفاصل انعطاف‌پذیری خود را از دست می‌دهند و هرچه فشار بیشتری را تحمل کنند دردناک‌تر می‌شوند. تمرین‌های ورزشی اگر با احتیاط انجام شوند می‌توانند برخی آثار پیر شدن بر مفاصل را بهبود بخشند (هانتر و اکشتاین[1]، ۲۰۰۹). آن دسته از تمرین‌های قدرتی که متمرکز بر عضلات حامی مفاصل هستند، می‌توانند در کمک به فرد برای استفاده از آن مفاصل مفید باشند و در عین حال فشار کمتری بر تاندون‌های ضعیف و معیوب، رباط‌ها، و سطوح شریانی وارد کنند. تمرین‌های مقاومتی که در آن افراد از ماشین‌های وزنه استفاده می‌کنند، علاوه بر افزایش قدرت عضلانی می‌توانند انعطاف‌پذیری تاندون‌ها را نیز افزایش دهد، و به عضله اجازه دهد عملکرد مؤثرتری داشته باشد (ریوز، ناریچی، و ماگاناریس[2]، ۲۰۰۶). تمرین‌های انعطافی که دامنهٔ حرکت مفاصل را افزایش می‌دهند اهمیت خاصی دارند. افزایش وزن مرتبط با چاقی، موجب درد و سفتی مفصل و از بین رفتن حجم غضروفی می‌شود، لذا تدوین یک برنامهٔ ورزشی برای کم کردنِ چربی بدن بسیار مفید خواهد بود.

۴ـ۳ عملکردهای جسمانی حیاتی

زنده ماندن در نهایت با کیفیت دستگاه‌های حیات‌بخش بدن مانند قلب، ریه‌ها و کلیه‌ها تعریف می‌شود. اختلال در این دستگاه‌ها ادامهٔ حیات فرد را تهدید می‌کند.

1. Hunter & Eckstein
2. Reeves, Narici & Maganari

لذا اهمیت این دستگاه‌ها متفاوت از نظام بینایی، شنوایی و دیگر اندام و نظام‌هایی است که در صورت فقدان آن‌ها امکان ادامهٔ حیات کماکان وجود دارد. به عنوان یک برآورد بسیار کلی، می‌توان گفت تغییرات مرتبط با سن در تمامی دستگاه‌های بدن، حدوداً ۱ درصد در هر سال است (بورتز[1]، ۲۰۰۵).

۴ـ۳ـ۱ دستگاه قلب و عروق

پیر شدن دستگاه قلب و عروق شامل تغییراتی است که در میان‌سالی در خودِ قلب و نیز در عروقی که خون را در سراسر بدن به گردش درمی‌آورند، رخ می‌دهد. بطن چپ قلب، محفظه‌ای که خون اکسیژن‌دار را به درون عروق پمپاژ می‌کند، بیش از همهٔ اعضای دیگر در معرض آثار پیری است. از بین رفتن کارایی این ساختار مهم در طی زمان، بیش از هر چیز در تغییرات مخربی که در کل دستگاه قلب و عروق رخ می‌دهد، ایفای نقش می‌کند. فرایند این تخریب بدین صورت است که دیوارهٔ بطن چپ ضخیم‌تر، و توانایی انقباض آن کم می‌شود که این امر موجب کاهش عملکرد دیاستولیک می‌گردد. اثر این موضوع با خروج خون کمتر به آئورت با هر یک از انقباضات قلب، خود را نشان می‌دهد. تغییرات در عروق تا حدی به علت رسوب پلاک‌های خونی در امتداد دیواره‌های عروقی رخ می‌دهد. این رسوبات از کلسترول، ضایعات سلولی، کلسیم، و فیبرین (یک مادهٔ لخته‌شونده در خون) تشکیل می‌شوند. تفاوت‌های جنسیتی نیز در فشار خون دیاستولیک وجود دارد و احتمال این که زنان با افزایش سن مشکلات بیشتری را تجربه کنند بیش از مردان است (اکورا[2] و همکاران، ۲۰۰۹).

بنابراین به نظر می‌رسد که مشارکت مداوم در تمرین‌های ورزشی در سنین بزرگسالی، موجب متوقف شدن ساعت بیولوژیک نمی‌شود. با این حال، ورزش می‌تواند به کاستن از سرعت حرکت این ساعت کمک کند. مزایای پرهیز از

1. Bortz
2. Okura

کشیدن سیگار، و آثار آن بر عملکرد قلب و عروق (و لذا کیفیت زندگی روزمره) می‌تواند بسیار قابل توجه باشد (هکمن و مک‌کِلوی[1]، ۲۰۰۸).

ورزش برای آن که حداکثر تأثیر را داشته باشد باید ضربان قلب را برای افزایش ۶۰ الی ۷۵ درصد از حداکثر ظرفیت، تحریک نماید، و این تمرینات باید سه تا چهار مرتبه در هفته انجام شوند. برخی فعالیت‌های هوازی توصیه شده عبارت‌اند از قدم زدن، پیاده‌روی، آهسته دویدن، دوچرخه‌سواری، شنا کردن، و طناب زدن. با این حال، حتی تمرینات با شدت کم یا متوسط نیز می‌توانند آثار مثبتی بر افراد مسنی که قبلاً بی‌تحرک بوده‌اند، داشته باشند.

۴ـ۳ـ۲ دستگاه تنفسی

وظیفهٔ دستگاه تنفسی آوردن اکسیژن به درون بدن و انتقال کربن دی‌اکسید به خارج از بدن است. دستگاه تنفسی از طریق فرایند خودکار تنفس، یعنی تبادل گازها در درونی‌ترین راه‌های هوایی کوچک درون ریه‌ها، و انتقال گازها به سلول بدن از طریق این راه‌های هوایی، به اهداف و وظایف خود جامهٔ عمل می‌پوشاند. واضح است پیر شدن بر تمامی اجزاءِ دستگاه تنفسی اثر می‌گذارد. عضلات تنفسی توانایی منبسط و منقبض کردن قفسهٔ سینه را از دست می‌دهند، و توانایی خودِ بافت ریه در انقباض و انبساط هنگام استنشاق نیز کاهش می‌یابد (بریتو[2] و همکاران، ۲۰۰۹).

با وجود این یافته‌های احتمالاً دلسردکننده، ورزش کردن تأثیرات مثبتی بر دستگاه تنفسی و تقویت قفسهٔ سینه دارد و لذا می‌تواند کمبود ظرفیت پمپاژ عضلات تنفسی را جبران کند. کسانی که ورزش نمی‌کنند، عملکرد تنفسی ضعیف‌تری نسبت به کسانی که ورزش می‌کنند، دارند. با این حال حتی ورزش‌های هوازی نیز برای غلبه بر تغییرات در بافت ریه کافی نیست. بهترین رویکرد، حداقل کردن آثار پیر شدن بر ریه‌هاست، روشی که می‌توان به دو شیوه انجام داد. شاید نخستین روش،

1. Heckman & McKelvie
2. Britto

بدیهی‌ترین باشد: پرهیز از استعمال سیگار یا ترک آن. کسانی که سیگار می‌کشند در دورهٔ سالخوردگی، زیان‌های بیشتری از حجم بازدم اجباری در خود نشان می‌دهند، که باعث می‌شود «سن ریه‌ای» پیرتری داشته باشند. گرچه ترک سیگار بهتر از ادامه دادن آن است، متأسفانه تغییرات مخرب در سلول‌های بدن حداقل چند دهه پس از ترک سیگار همراه شخص، باقی است. حفظ یک BMI پایین، دومین راه برای حفظ عملکرد دستگاه تنفسی است. پژوهشگران نشان داده‌اند که چاقی با عملکرد ضعیف‌تر دستگاه تنفسی ارتباط دارد (هارینگتون و لی‌چیونگ[1]، ۲۰۰۹).

۴ـ۳ـ۳ دستگاه ادراری

دستگاه ادراری متشکل از کلیه‌ها، مثانه، حالب (میزنای) و مجرای ادرار (پیشابراه) است. کلیه‌ها از سلول‌های نفرون تشکیل شده‌اند که در قالب میلیون‌ها فیلتر ریز، که خون را از زایدات سوخت‌وساز پاک‌سازی می‌نمایند، عمل می‌کنند. این مواد زاید در مثانه با آب اضافی خون ترکیب می‌شود تا به عنوان ادرار از طریق مجرای ادرار خارج شود.

با پیر شدن ممکن است تغییراتی چون از بین رفتن نفرون‌ها در کلیه‌ها و تغییر در بافت ارتجاعی مثانه صورت گیرد، به گونه‌ای که این بافت دیگر نمی‌تواند به شکلی کارآمد ادرار را نگه دارد یا دفع کند. افراد مسن تغییرات اندکی در تخمین زمانی که باید ادرار کنند نیز تجربه می‌نمایند و این در حالی است که اندازهٔ خود مثانه با پیر شدن طبیعی کوچک‌تر نمی‌شود. علاوه بر تغییرات ذاتی، این حقیقت که بسیاری مردان هیپوتروفی (بزرگ شدن) پروستات را تجربه می‌کنند نیز موجب کمتر شدن سرعت جریان ادرار در آقایان می‌شود. این موضوع به مثانه فشار وارد می‌کند و باعث می‌شود مردان اغلب احساس دفع مکرر ادرار داشته باشند.

تقریباً ۳۰ درصد از بزرگسالان ۶۵ سال به بالا، از بی‌اختیاری اضطراری، نوعی بی‌اختیاری ادراری که در آن فرد احساس نیاز ناگهانی به دفع ادرار می‌کند و اغلب

1. Harrington & Lee-Chiong

موجب تراوش ادرار می‌گردد، رنج می‌برند. بی‌اختیاری تحت فشار مربوط به دفع ادرار هنگام انجام کارهای سخت است. شیوع بی‌اختیاری روزانه طیفی از ۱۲ درصد در زنان ۶۰ تا ۶۴ ساله تا ۲۱ درصد در زنان ۸۵ سال به بالا دارد؛ حدوداً ۲۴ درصد از کل زنان بی‌اختیاری را گزارش کرده‌اند، حدوداً ۱۴ درصد رخداد روزانه این اتفاق را گزارش کرده و ۱۰ درصد دیگر بی‌اختیاری هفتگی را گزارش نموده‌اند (انگر، سایگال، و لیتوین[1]، ۲۰۰۶).

برای مقابله با بی‌اختیاری ادرار، انواع درمان‌های مختلف وجود دارد. ورزش عضلات لگن به ویژه می‌تواند برای کاستن از علائم مثانهٔ بیش از حد فعال و بی‌اختیاری مفید باشد. در این ورزش‌ها، اسفنگترهای ادراری برای یک دورهٔ زمانی کوتاه منقبض، و سپس رها می‌گردند (این تمرین‌ها هم برای زنان و هم مردان قابلیت استفاده دارد). درمان‌های رفتاری مانند تنظیم برنامه‌های منظم برای استفاده از سرویس بهداشتی، به بهبود مشکل بی‌اختیاری کمک می‌کند. چنین روش‌هایی نه‌تنها بی‌اختیاری را کاهش می‌دهند، بلکه به غلبه بر افسردگی که اغلب مرتبط با این شرایط است نیز کمک می‌کنند (تادیک[2] و همکاران، ۲۰۰۷).

۴ـ۳ـ۴ دستگاه گوارش

شگفت‌انگیز است که افراد مسن به رغم وجود مشکلاتی در اندام‌های مختلف، در توانایی گوارش غذا با مشکل چندانی روبه‌رو نیستند. برای مثال، تغییرات فیزیولوژیک در مری نسبتاً اندک، و تغییرات در دیگر اندام‌های معده و دستگاه گوارش تحتانی (برای افراد سالم) نیز چنین است. تولید بزاق کاهش می‌یابد، عصارهٔ معده کمتر ترشح می‌کند، و در افراد مسن‌تر معده با سرعت کمتری تخلیه می‌شود. حجم کبد و جریان خون در کبد نیز کاهش می‌یابد. البته دانستنی است که این تغییرات در افراد مختلف بسیار متفاوت است، و وابستگی زیادی به وضعیت کلی

1. Anger, Saigal & Litwin
2. Tadic

سلامت فرد دارد. سیگار کشیدن و مصرف دارو بر عملکرد دستگاه گوارش در افراد مسن تأثیر می گذارد (گرینوالد[1]، ۲۰۰۴).

فیزیولوژی تنها عامل تعیین کننده در این که دستگاه گوارش در دوران سالخوردگی تا چه حد خوب عمل خواهد کرد، نیست. بسیاری از عوامل مرتبط با سبک زندگی که در میان‌سالی یا کهنسالی تغییر می کنند، در سلامت کلی گوارش نقش دارند. برای مثال، خانواده‌ها معمولاً با بزرگ شدن فرزندان و رفتن آن‌ها از خانه کوچک‌تر می‌شوند، منابع مالی با بازنشستگی کاهش می‌یابند، و قدرت تحرک و مشکلات شناختی مرتبط با پیر شدن می‌تواند پخت‌وپز غذا برای افراد مسن را مشکل سازد. چنین عواملی ممکن است موجب کاهش انگیزهٔ غذا خوردن و نهایتاً اختلال در دستگاه گوارش شود.

۴ـ۴ نظام‌های حسی سالمند

در طول بزرگسالی تغییرات مختلفی در تمامی بخش‌های دستگاه عصبی رخ می‌دهد که بر احساس و ادراک اثر می گذارند. حواس ابزار مغز برای ارتباط با دنیای اطراف هستند و بر همین اساس هر کاهشی در آن‌ها مستقیماً به کارکرد ذهن منجر می‌شود.

۴ـ۴ـ۱ بینایی

تغییرات بینایی در دورهٔ سالمندی به دو شکل اتفاق می‌افتد. اول تغییراتی است که در ساختمان چشم روی می‌دهد؛ تغییراتی که از دههٔ ۴۰ شروع می‌شود. دوم تغییراتی است که در شبکیه رخ می‌نماید و شروع آن از دههٔ ۵۰ است. دو نوع تغییر ساختی در چشم اتفاق می‌افتد: یکی کاهش میزان نوری است که از درون چشم می گذرد؛ در نتیجه سالمند برای انجام دادن اموری چون مطالعه کردن به نور بیشتر نیاز دارد. این تغییر دلیلی است برای آن که سالمند نمی‌تواند در تاریکی به خوبی ببیند و

1. Greenwald

ممکن است علت اکراه او برای رفتن به بسیاری از مکان‌ها در شب‌ها همین موضوع باشد. به طور کلی یک پاسخ منطقی به این نیاز می‌تواند افزایش میزان روشنایی باشد. تغییر ساختی دیگر مربوط به لنزهاست. با مسن‌تر شدن ما، لنزها زردتر می‌شوند و در نتیجه قدرت تمییز و تشخیص انتهای طیف‌های رنگ‌های سبز - آبی - بنفش کمتر می‌شود. همچنین توانایی تطبیق و تمرکز لنزها به دلیل سفت شدن عضلات دور آن‌ها کاهش می‌یابد. این علت همان مشکلی است که دیدن اشیاء نزدیک را دشوار می‌کند و اصطلاحاً پیرچشمی[1] نامیده می‌شود (کاواناف و بلانچارد - فیلدز، ۲۰۰۶).

پیرچشمی، یا از دست دادن توانایی تمرکز بینایی بر اشیاءِ نزدیک، عامل اصلی نیاز به عینک مطالعه است، و اکثر افراد در میان‌سالی و پس از آن دچار این تغییر در بینایی می‌شوند. پیرچشمی ناشی از ضخیم شدن و سخت شدن عدسی، و مکانیزم تمرکز چشم است. در نتیجه، عدسی نمی‌تواند هنگام دیدن اشیاء نزدیک به صورت، شکل خود را تطبیق دهد. در سن ۵۰ سالگی، همهٔ افراد به پیرچشمی مبتلا می‌شوند (ویتبُرن و ویتبُرن، ۲۰۱۱).

دومین علت اصلی مجموعه تغییرات در بینایی ناشی از تغییرات شبکیه‌ای است. خطوط شبکیه تقریباً دو سوم قسمت داخلی چشم را شامل می‌شود. سلول‌های گیرندهٔ ویژهٔ بینایی، یعنی سلول‌های میله‌ای و مخروطی، در شبکیه قرار دارند و به شکل بسته‌بندی شده، در پشت نقطهٔ کانونی بینایی، منطقه‌ای که ماکولا[2] نامیده می‌شود، به صورت متراکم قرار دارند. در قسمت مرکزی ماکولا یک فرورفتگی وجود دارد؛ نوری که هنگام مطالعه وارد چشم می‌شود، در این نقطه تمرکز می‌یابد؛ البته این در حالتی است که تیزحسی در حداکثر خود باشد (کاواناف و بلانچارد - فیلدز، ۲۰۰۶).[3]

جدی‌ترین ناتوانی دیداری که اکثر افراد از آن رنج می‌برند، فقدان وضوح است (توانایی دیدن اشیاء دور به صورت آشکار یا توانایی تمرکز بر روی جزئیات)

1. presbyopia
2. Macular degeneration
3. acuity

(استوارت ـ همیلتن، ۲۰۰۶). افراد مسن علاوه بر تجربه کردن تغییرات معمولی مرتبط با سن در بینایی خود، دچار آسیب‌پذیری بیشتری نیز در برابر اختلالات بینایی می‌شوند. رایج‌ترین اختلال بینایی، آب مروارید[1]، تیرگی و کدری است که در عدسی چشم ایجاد می‌شود. تار شدن بینایی نتیجهٔ طبیعی این بیماری است، از آن‌رو که امکان تمرکز تصاویر شفاف بر روی شبکیه وجود ندارد (ویتبُرن و ویتبُرن، ۲۰۱۱).

به طور کلی حدود ۷ درصد از افراد ۶۵ تا ۷۴ ساله و ۱۶ درصد از افراد بالای ۷۵ سال، یا نابینا هستند و یا مشکلات بینایی شدیدی دارند. دلیل اصلی آن موارد زیر است: آب مروارید (که در آن عدسی چشم کدر می‌شود)؛ آب سیاه[2] (مایع زیادی در کرهٔ چشم جمع می‌شود و فشار ناشی از آن اعصاب و سلول‌های گیرنده را تخریب می‌کند)؛ تخریب ماکولا (ماکولا یا نقطهٔ زرد شبکیه که بیشترین وضوح دید را دارد از بین می‌رود)؛ آسیب دیدن شبکیه ناشی از دیابت[3] (آسیب به رگ‌های خونی شبکیه به دلیل دیابت). این بیماری‌ها منحصر به سالمندی نیست، اما قطعاً در این دوره شایع‌تر است. شایان ذکر است که اگر این بیماری‌ها به موقع تشخیص داده شوند قابل پیشگیری‌اند و یا حداقل آثار سوء آن‌ها قابل تقلیل است. برای مثال، هر چه زمان بیشتری از معاینهٔ چشم از طریق یک متخصص گذشته باشد، آب سیاه چشم احتمالاً شدیدتر خواهد بود (فریزر، بانس و ورمالد[4]، ۱۹۹۹؛ به نقل از: استوارت ـ همیلتن، ۲۰۰۶).

۲ـ۴ـ۲ شنوایی

تجربهٔ از دست دادن شنوایی یکی از شناخته‌شده‌ترین تغییرات مرتبط با سن است. با مشاهدهٔ فضای زندگی سالمندان به سرعت متوجه خواهید شد که صدای رادیو و تلویزیون بیش از خانه‌های دیگر است. صدای بلند در هر سنی دشمن شنوایی است.

1. cataracts
2. glaucoma
3. diabetic retinopathy
4. Fraser, Bunce & Wormald

احتمالاً افرادی را که در محیط‌های پرسروصدا کار می‌کنند مشاهده کرده‌اید. آن‌ها وسایل محافظت روی گوش خود می‌گذارند تا با صدای شدید مواجه نشوند (کاواناف و بلانچارد ـ فیلدز، ۲۰۰۶).

گفته شده است که نابینایی فرد را از اشیاء، و ناشنوایی او را از مردم جدا می‌کند. این مطلب گویای آن است که ناشنوایی پیامدهای اجتماعی زیان‌بارتری را نسبت به نابینایی ایجاد می‌کند. ناشنوایی به ویژه وقتی شدت یابد باعث انزوای اجتماعی سالمندان می‌شود. ضمن آن که هر میزان از نقص شنوایی می‌تواند باعث کاهش بهزیستی، قدرت و کنش‌های شناختی سالمند شود.

رایج‌ترین شکل نقص شنوایی در سالمندان، پیرگوشی[1] است. این مشکل می‌تواند در شکل‌های مختلفی رخ دهد، اما همهٔ آن‌ها نقص بیشتر در شنیدن صداهای فرکانس بالا نسبت به فرکانس پایین را شامل می‌شوند. پیرگوشی به وضوح برای افراد مبتلا ایجاد مشکل می‌کند. در بهترین حالت جهان اصوات برای آن‌ها خاموش و در بدترین حالت دردناک است (استوارت ـ همیلتن، ۲۰۰۶).

گرچه عوامل وراثتی نقش مهمی در پیرگوشی ایفا می‌کند، اقدامات مهمی وجود دارد که فرد می‌تواند برای محافظت از خود در برابر عوامل محیطی انجام دهد (ویتبُرن و ویتبُرن، ۲۰۱۱). به طور کلی پیرگوشی دلایل چندگانه‌ای دارد. در این حیطه پژوهش‌های گسترده‌ای انجام گرفته و تبیین‌های مختلفی ارائه شده است. نقص در تشخیص صداهای فرکانس بالا به دلیل سخت شدن استخوان‌های گوش میانی، زندگی در محیط پر سروصدا، نقص در گوش درونی، تغییرات ناشی از سن در کارکرد برخی از اعصاب، و عوامل ژنتیکی از جملهٔ این دلایل به شمار می‌رود (استوارت ـ همیلتن، ۲۰۰۶).

یکی دیگر از اختلالات نسبتاً رایج در دورهٔ سالمندی زنگ زدن[2] گوش است که می‌تواند راه علائم شنیداری دیگر را نیز سد کند. از نشانه‌های این عارضه آن است که شخص صداهایی، همچون صوت زنگ، را در سر یا گوش خود تصور

1. presbycusis
2. tinnitus

می‌کند در حالی که هیچ منبع خارجی وجود ندارد. این شرایط می‌تواند به طور موقت به مصرف آسپیرین، آنتی‌بیوتیک‌ها، و عوامل ضد التهاب ارتباط داشته باشد. تغییرات در استخوان‌های جمجمه به علت آسیب‌دیدگی و تجمع چرک در گوش‌ها نیز به ایجاد این مشکل کمک می‌کنند. اگرچه درمان‌هایی برای این اختلال وجود دارد، اما درمان قطعی برای آن وجود ندارد (ویتبُرن و ویتبُرن، ۲۰۱۱).

۴-۴-۳ چشایی

مزه‌هایی که انسان‌ها ادراک می‌کنند به چهار گروه اصلی تقسیم می‌شود: تلخ، ترش، شور و شیرین. نظریه‌پردازان در مورد تأثیر سالمندی بر کاهش حساسیت این مزه‌ها اختلاف نظر دارند. برخی معتقدند که با بروز یک کاهش عمومی، حساسیت به تلخی افزایش می‌یابد. برخی دیگر نقصی را در حساسیت به تلخی شناسایی کردند و برخی نیز کاهش حساسیت به تلخی و شوری و عدم تغییر در حساسیت به شیرینی و ترشی را مطرح کردند (هرچند گفته شده است تشخیص شیرینی و ترشی ممکن است در ۱۰۰ ساله‌ها دچار نقص شود). برخی محققان نیز بر آن‌اند که هرچند با افزایش سن نقصی در توانایی درک طعم به وجود نمی‌آید (به ویژه طعم شیرینی به نظر دست‌نخورده باقی می‌ماند)، توان درجه‌بندی قدرت یک مزه در سالمندان ضعیف می‌شود (استوارت ـ همیلتن، ۲۰۰۶).

دندان مصنوعی نیز عاملی در از دست دادن احساس چشایی است، چون ممکن است سلول‌های گیرنده پرزهای چشایی را مسدود سازد. مصرف داروهای خاص نیز می‌تواند به اختلال چشایی منجر شود. این نکته که اختلالات چشایی در سالمندان ناشی از پیر شدن است یا مصرف داروهایی خاص نیز در مواردی همراه با ابهام است (ویتبُرن و ویتبُرن، ۲۰۱۱).

۴-۴-۴ بویایی

براساس آنچه در متون علمی جدید آمده است حس بویایی در سالمندان دچار آسیب می‌شود؛ این در حالی است که پیش‌تر اعتقاد بر آن بود که این حس بویایی

در سالمندان کمترین میزان تغییر را از خود نشان می‌دهد (برای مثال کورسو، ۱۹۸۱؛ به نقل از: استوارت ـ همیلتن، ۲۰۰۶). همچنین در متون علمی اخیر، تغییر توان حس بویایی از طرفی با روند پیری مرتبط دانسته شده، و از طرف دیگر ناشی از بیماری، جراحت، و قرار گرفتن در معرض سموم دانسته شده است. تحقیقات نشان می‌دهد که این سموم محیطی ممکن است نسبت به تغییرات ناشی از روند پیر شدن، نقش مهم‌تری در اختلالات بویایی داشته باشند. بیماری‌های مزمن، مصرف دارو، و مشکلات سینوس می‌توانند نسبت به پیر شدن، منبع مهم‌تری برای ایجاد این‌گونه اختلالات تلقی شوند (راوسن[1]، ۲۰۰۶).

دود تنباکو، منبع مهمی در اختلال بویایی است. گرچه افرادی که استفاده از دخانیات را ترک می‌کنند، سرانجام در حس بویایی خود احساس بهبود می‌کنند، اما ممکن است این روند سال‌ها به طول انجامد (معادل سال‌هایی که فرد دچار بوده است). تغییرات شناختی نیز احتمالاً با از بین رفتن حساسیت بویایی ارتباط دارند. افراد مسنی که اختلالات بیشتری در عملکرد شناختی تجربه کرده‌اند، آسیب‌پذیری بیشتری در برابر از دست دادن توانایی تشخیص بو دارند. در یک مطالعهٔ طولی، محققان در طول یک دورهٔ ۳ ساله افراد مسن را دنبال، و مشاهده کردند که کسانی با بیشترین سرعت کاهش در فرایندهای شناختی، بیشترین میزان کاهش در توانایی شناسایی بوهای مختلف را داشتند (ویلسون[2] و همکاران، ۲۰۰۶).

۴ـ۴ـ۵ لامسه

مجموعه‌ای مستدل از شواهد، از دست دادن توانایی تشخیص لمسی را با فرایند پیر شدن مرتبط می‌دانند. بر این اساس گفته شده است سالمندان آستانهٔ لمسی بالاتری دارند (یعنی تحریک بیشتری روی پوست برای شناسایی آن لازم است). به همین ترتیب حساسیت به دمای اشیاء کاهش می‌یابد. با این حال تغییرات الزماً واضح و

1. Rawson
2. Wilson

روشن نیستند؛ چنان که اندازهٔ تغییرات بین افراد مختلف متفاوت است. همچنین حساسیت به لرزش در محدوده‌های لمسی مختلف به شکل متفاوتی است. سالمندان در تخمین لرزش‌های زیاد (۲۵۰ هرتز) ضعیف عمل می‌کنند، اما در فرکانس‌های پایین (۲۵ هرتز) تفاوت حسی معناداری دیده نمی‌شود. گیرنده‌های لمسی در پوست قرار دارند. بر همین اساس می‌توان کاهش حساسیت را به نازک و چروک بودن پوست سالمندان ربط داد، اما این نمی‌تواند تبیین کاملی باشد. شواهدی وجود دارد مبنی بر این که حداقل بخشی از این ضعف به دلیل کاهش تعداد گیرنده‌های لمسی پوست است (ویتبُرن و ویتبُرن، ۲۰۱۱).

یکی از برآوردها بیانگر از بین رفتن سالیانه ۱ درصد از این توانایی در طول سنین ۲۰ تا ۸۰ سالگی است. با این حال، نرخ آسیب‌ها در هر بخش از بدن متفاوت است. دست‌ها و پاها در مقایسه با مناطق مرکزی مانند لب‌ها و زبان، بیشتر در معرض آثار پیری هستند. این آسیب‌ها می‌توانند توانایی فرد در گرفتن اشیاء، حفظ تعادل، و انجام کارهای ظریف دستی را به خطر اندازند و در صحبت کردن آن‌ها نیز اختلال ایجاد کنند (استوارت ـ همیلتن، ۲۰۰۶).

۵-۴ سازگاری با تغییرات جسمی

آنچه دربارهٔ تغییرات جسمی در دورهٔ سالمندی گفته شد حکایت از استمرار مراحل تحول و ویژگی‌های متمایز این دوره دارد. تمام انواع تغییراتی که گفته شد لزوماً در همهٔ افراد مسن به یک شکل بروز نمی‌کند. سالمندان برحسب میراث ژنتیکی خود و تجاربی که عمدتاً حاصل سبک زندگی آن‌ها بوده است تغییرات مختلف جسمانی را با کمیت و کیفیت‌های متفاوت و حتی در سنین مختلف تجربه خواهند کرد.

قدرت، ضعف و به طور کلی هر یک از کنش‌های نظام‌های مختلف حوزهٔ جسمی در یک فرد، لزوماً هماهنگ با یکدیگر به پیش نمی‌روند. ممکن است یک یا چند نظام مختل، اما سایر نظام‌ها سالم باقی بمانند. برای مثال ممکن است کنش‌های نظام شناختی یک سالمند تا آخرین لحظهٔ حیاتش سالم و کارا باقی بماند

(یعنی به خوبی قدرت شناخت، یادآوری و تجزیه و تحلیل خود را حفظ کند)؛ در حالی که نظام‌های حرکتی او مختل شده و ناتوانی‌های حرکتی او را مستأصل کرده باشد.

با این وصف تغییرات جسمی را که هر سالمند تجربه می‌کند می‌توان در دو بخش معرفی کرد: بخش نخست، تغییرات محتومی که به طور طبیعی در فرایند پیر شدنِ ارگانیسم بروز می‌یابند، مانند ضعف تدریجی توان و قوای بدنی، کندی حرکتی یا تغییرات پوستی. بخش دیگر، تغییراتی که لزوماً برای سالمند محتوم نیستند اما شرایط ژنتیکی یا سبک زندگی می‌تواند باعث بروز یا عدم بروز این تغییرات شوند، مانند سفیدی مو در دورهٔ سالمندی یا ناراحتی‌های دستگاه گوارش. سالمند با هر دو دسته از تغییراتی که گفته شد مواجه می‌شود. نکتهٔ مهم آن است که بدانیم تغییرات جسمانی در دورهٔ سالمندی یک بیماری نیست بلکه نتیجهٔ گذار تحولی فرد از بزرگسالی به سالمندی است.

در روایتی از امام صادق (ع)، جوانی کردن در دورهٔ پیری و پیری کردن در دورهٔ جوانی مذموم و غیر متعارف تلقی شده است (شیخ صدوق، ۱۳۷۷). مقصود این سخن امام صادق (ع)، توجه دادن مخاطب به پذیرش ویژگی‌های هر دوره و انطباق رفتار با ظرفیت‌ها، توانایی‌ها و ناتوانی‌های هر دوره است. سالمندی که برخلاف رفتارهای متناسب با سن خود بخواهد رفتارهای دورهٔ جوانی را بروز دهد، هم در این عمل ناتوان است و هم رفتاری خلاف انتظار اجتماعی صورت داده است. از این منظر لازم می‌آید که سالمند بتواند با شرایط و ویژگی‌های دورهٔ سالمندی خود را سازگار نماید.

سازگاری با تغییرات جسمی در دورهٔ سالمندی بدان معناست که در پی انکار تغییرات نباشیم، و نخواهیم آنچه را اتفاق افتاده است نادیده بگیریم. به عبارت دیگر تغییرات، محدودیت‌ها و افت‌هایی را که به لحاظ حسی، حرکتی، شناختی یا عاطفی رخ نموده، بپذیریم. این سخن به معنای آن نیست که تسلیم ناتوانی‌ها شویم و امید خود را برای پیشبرد امور و حرکت به سمت پیشرفت از دست بدهیم، بلکه منظور آن

است که هر اقدام خود را در این دوره بر مبنای شرایط واقعی تنظیم کنیم و از اغراق در مورد ناتوانی‌ها یا انکار آن‌ها اجتناب ورزیم.

منابع

برک، لورا (۲۰۰۷)، *روان‌شناسی رشد*، ج ۲، ترجمهٔ یحیی سید محمدی (۱۳۹۰)، تهران: ارسباران.

شیخ صدوق، محمد بن علی (۱۳۷۷)، *معانی الاخبار*، ترجمهٔ عبدالعلی محمدی شاهرودی، قم: دارالکتب الاسلامیه، ج ۲، ص ۲۴۷.

Anger, J.T., C.S. Saigal & M.S. Litwin (2006), "The prevalence of urinary incontinence among community dwelling adult women: Results from the National Health and Nutrition Examination Survey", *Journal of Urology*, Vol. 175, 601-604.

Bortz, W.M. (2005), "Biological basis of determinants of health", *American Journal of Public Health*, Vol. 95, 389-392.

Britto, R.R. et al. (2009), "Effects of the aging process on respiratory function", *Gerontology*, Vol. 55, 505-510.

Cavanaugh John C. & F. Blanchard-Fields (2006), *Adult Development and Aging* (5th edition), U.S.A.: Thomson Wadsworth.

Centers for Disease Control and Prevention (2010), Defining overweight and obesity. Retrieved from http://www.cdc.gov/obesity/defining.html.

Coelho, S.G. et al. (2009), "Short-and long-term effects of UV radiation on the pigmentation of human Skin", *Journal of Investigative Dermatology Symposium Proceedings*, 14, 32-35.

Deng, H. et al. (2010), "The regeneration of gingiva: Its potential value for the recession of healthy gingiva", *Medical Hypotheses*, Vol. 74, 76-77.

Ding, C. et al. (2007), "A longitudinal study of the effect of sex and age on rate of change in knee cartilage volume in adults", *Rheumatology* (Oxford), Vol. 46, 273-290.

Ebersole, P., P. Hess & A.S. Luggen (2004), *Toward Healthy Aging* (6th edition), St. Louis, Mosby.

Greenwald, D.A. (2004), "Aging, the gastrointestinal tract, and risk of acid-related disease", *American Journal of Medicine*, Vol. 117 Suppl. 5A, 8S-13S.

Harber, M.P. et al. (2009), "Aerobic exercise training improves whole muscle and single myofiber size and function in older women", *American Journal of Physiology: Regulative, Integrative, and Comparative Physiology*, Vol. 297, R1452-R1459.

Harrington, J. & T. Lee-Chiong (2009), "Obesity and aging", *Clinics in Chest Medicine*, Vol. 30, 609-614.

Heckman, G.A. & R.S. McKelvie (2008), "Cardiovascular aging and exercise in healthy older adults", *Clinical Journal of Sports Medicine*, Vol. 18, 479-485.

Hunter, D.J. & F. Eckstein (2009), "Exercise and osteoarthritis", *Journal of Anatomy*, Vol. 214, 197-207.

Kosek, D.J. et al. (2006), "Efficacy of 3 days/wk resistance training on myofiber hypertrophy and myogenic mechanisms in young vs. older adults", *Journal of Applied Physiology*, Vol. 101, 531-544.

Kryger, A.I. & J.L. Andersen (2007), "Resistance training in the oldest old: Consequences for muscle strength, fiber types, fiber size, and MHC isoforms", *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, Vol. 17, 422-430.

Lang, T. et al. (2009), "Sarcopenia: Etiology, Clinical consequences, intervention, and assessment", Osteoporosis *International*, Vol. 21(4), 543-559.

Manini, T.M. et al. (2009), "Activity energy expenditure and change in body composition in late life", *American Journal of Clinical Nutrition*, Vol. 90, 1336-1342.

Masoro, Edward J. & Steven N. Austad (2006), *Handbook of the Biology of Aging* (6th edition), California: Elsevier Inc.

Okura, H. et al. (2009), "Age-and gender-specific changes in the left ventricular relaxation: A doppler echocardiographic study in healthy individuals", *Circulation: Cardiovascular Imaging*, Vol. 2, 41-46.

Pfirrmann, C.W. et al. (2006), "Effect of aging and degeneration on disc volume and shape: A quantitative study in asymptomatic volunteers", *Journal of Orthopedics Research*, Vol. 24, 1086-1094.

Rawson, N.E. (2006), "Olfactory loss in aging", *Science of Aging Knowledge Environment*, p. 6.

Reeves, N.D., M.V. Narici & C.N. Maganaris (2006), "Myotendinous plasticity to ageing and resistance exercise in humans", *Experimental Physiology*, Vol. 91, 483-498.

Sahni, S. et al. (2009), "Inverse association of carotenoid intakes with 4-y change in bone mineral density in elderly men and women: The Framingham Osteoporosis Study", *American Journal of Clinical Nutrition*, Vol. 89, 416-424.

Shumway-Cook, A. et al. (2007), "Age-associated declines in complex walking task performance: The Walking in Chianti Toolkit", *Journal of the American Geriatrics Society*, Vol. 55, 58-65.

Stuart-Hamilton, Ian (2006), *The Psychology of Ageing. An Introduction* (4th edition), London: Jessica Kingsley Publishers.

Tadic, S.D. et al. (2007), "Effect of biofeedback on psychological burden and symptoms in older women with urge urinary incontinence", *Journal of the American Geriatrics Society*, Vol. 55, 2010-2015.

Tolomio, S. et al. (2008), "Short-term adapted physical activity program improves bone quality in osteopenic/osteoporotic postmenopausal women", *Journal of Physical Activity and Health*, Vol. 5, 844-853.

Whitbourne, S.K. & S.B. Whitbourne (2011), *Adult Development and Aging. Biopsychosocial Perspectives* (4th edition), U.S.A.: John Wiley & Sons Inc.

Wilsgaard, T. et al. (2009), "Lifestyle impact on lifetime bone loss in women and men: The Tromso Study", *American Journal of Epidemiology*, Vol. 169, 877-886.

Wilson, R.S. et al. (2006), "Odor identification and decline in different cognitive domains in old age", *Neuroepidemiology*, Vol. 26, 61-67.

فصل پنجم

ویژگی‌های روانی و اجتماعی سالمندان

۵ـ۱ کلیات

۵ـ۱ـ۱ نگرش‌ها و دغدغه‌های سالمندان

آشنایی با نوع نگرش و اشتغالات ذهنی سالمندان ما را به دنیای درون آن‌ها نزدیک می‌کند. در اینجا بر آنیم تا با تکیه بر الگوی ارتباطی چهارگانه که سالمندان در آن قرار می‌گیرند نوع نگرش و دغدغه‌های آن‌ها را تشریح کنیم. فهم شخصیت انسان‌ها به طور اعم، و در اینجا فهم شخصیت سالمندان به طور اخص نیازمند شناخت کمّیت و کیفیت رابطه‌ای است که آن‌ها با خود، دیگران، طبیعت و خداوند برقرار می‌کنند. نگرش، ترکیبی از باورها و هیجان‌هایی است که شخص را پیشاپیش آماده می‌کند تا به دیگران، اشیاء و گروه‌های مختلف به شیوهٔ مثبت یا منفی بنگرد (لافتس و همکاران، ۱۳۹۱). در فرهنگ لغت *آکسفورد* واژهٔ «نگرش» شیوه‌ای پایدار، تفکر و احساس در مورد چیزی و یا یک حالت بدنی که دلالت بر یک وضعیت روانی خاص دارد، معنا شده است.

در مجموع می‌توان گفت، نگرش نظام بادوامی است که شامل یک عنصر شناختی، یک عنصر احساسی و تمایل به عمل است. در دورهٔ سالمندی موضوعات مشخصی را می‌توان نام برد که نگرش سالمند در اطراف آن موضوعات، دغدغهٔ ذهنی فعالی را برای او ایجاد کرده است. برای آن که مصادیقی از این موضوعات معرفی شوند، بهتر است با مرور بر روابطی که

سالمندان با خود، دیگران، خداوند و طبیعت دارند، کیفیت و کمیت این روابط چهارگانه تشریح شود تا از این طریق بتوان با شخصیت سالمندان بهتر آشنا شد.

۵ـ۱ـ۲ معنای لغوی و تعریف ارتباط

ارتباط کلمه‌ای عربی است با ریشهٔ «رب‌ط» که در فارسی به معنای بستن و بربستن است (دهخدا، ۱۳۷۷). از همین ریشه کلمهٔ «رابطه» نیز حاصل شده که به معنای پیوند و بستگی است (معین، ۱۳۶۰). معادل این کلمات در زبان انگلیسی communication، و در مواردی relationship است. از کلمهٔ ارتباط و ارتباطات در حوزه‌های مختلف علوم اجتماعی یا رسانه تعاریف متفاوتی ارائه شده است. در حوزهٔ رسانه، ارتباط، فراگرد انتقال پیام از گیرنده به فرستنده است مشروط بر این که مفهوم متجلی‌شده در گیرنده با معنی مورد نظر فرستنده همخوانی داشته باشد (محسنیان راد، ۱۳۹۱). در ارتباطات انسانی این کلمه در قالب تفهیم و تفاهم و تسهیم معنی شده است (فرهنگی، ۱۳۹۳).

در تعریف لغوی واژهٔ رابطه، به هر نوع وابستگی و ارتباطی که میان دو یا چند چیز وجود دارد، تصریح شده، و همچنین تأثیر یا نفوذی را که یک چیز در دیگری داشته باشد، رابطه گویند (شعاری‌نژاد، ۱۳۷۵).

کلمهٔ communication نیز به عنوان عمل یا فرایندی دانسته شده که با استفاده از کلمات، اصوات یا برخی رفتارها، اطلاعاتی را اظهار یا مبادله می‌کند که بدان طریق عقاید، افکار، و احساسات فرد برای فرد دیگری اظهار می‌شود. همچنین در معنای واژهٔ relationship به شیوه‌ای اشاره شده است که از طریق آن، دو یا چند نفر، گروه، کشور و غیره با یکدیگر تعامل برقرار می‌کنند و یا رفتاری متقابل نشان می‌دهند.

۵ـ۲ روابط چهارگانه در دورهٔ سالمندی

شناخت روابط چهارگانه‌ای که هر فرد در هر دورهٔ سنی با خود، دیگران، خداوند و طبیعت دارد، مشخص‌کنندهٔ ابعاد شخصیت وی است. برای ورود به

دنیای سالمندان و آگاهی و درک ایشان باید دانست: یک سالمند چه رابطه‌ای با خود دارد؛ آن زمان که به درون خود بازمی‌گردد، چه احساس و مفاهیمی در ذهن او فعال می‌شود. هنگام مواجهه با دیگران چه نگرش و رویکردی را اتخاذ می‌کند. همچنین در مقابل خداوند و در تعامل با طبیعت چه رویکردی دارد.

بدین ترتیب در ادامه، این ارتباط‌های چهارگانه که مبتنی بر رویکردی تحولی در دورهٔ سالمندی است، توضیح داده شده‌اند.

۵-۲-۱ رابطه با خود

هر فرد انسانی به طور طبیعی در طول دوره‌های مختلف زندگی با خویشتن خویش رابطه برقرار می‌کند و بسته به دوره‌های مختلف، این نوع رابطه دارای تفاوت است. در سنین میان‌سالی که به تقریب دورهٔ سنی ۳۵ تا ۶۰ سالگی را دربر می‌گیرد، فرد رابطه‌ای مروری با خود دارد. در این مرور زندگی گذشته، فرد میان‌سال از توفیقات و کامیابی‌ها، احساس سرور می‌کند، و از شکست‌ها و ناخوشی‌های خود آزرده می‌شود. وی با ورود به دورهٔ سالمندی رابطه‌ای تأییدی یا شکوه‌ای با خود برقرار می‌کند. رابطهٔ فرد با خود در این دوره نیز مانند دورهٔ میان‌سالی است با این تفاوت که سالمند نسبت به آنچه پشت سر نهاده است یا در مجموع احساس مثبتی دارد که سبب تأیید خویش می‌شود یا با احساس از دست دادن فرصت‌ها، آنچه را پشت سر نهاده، منفی ارزیابی می‌کند.

اریکسون آخرین مرحله از رشد روانی-اجتماعی را با عنوان مرحلهٔ شکفتگی و رشدیافتگی در مقابل ناامیدی دانسته است. شخصی که دارای تمامیت شخصی است، نباید هیچ‌یک از آنچه را در زندگی انجام داده است با نومیدی بنگرد و باید چنین احساسی داشته باشد که اگر قرار بر تکرار می‌بود دوباره به همان شیوه عمل می‌کرد. افرادی که احساس مثبتی از زندگی گذشتهٔ خود دارند، از صفا و آرامش بیشتری برخوردارند؛ در حالی که فرد نومید علی‌رغم نفرت ظاهری نسبت به زندگی، خواستار آن است تا بار دیگر بخت یک زندگی دوباره به او داده شود تا

همه چیز را از سر گیرد (دادستان و منصور، ۱۳۷۶).

علاوه بر این، تغییرات بدنی و افت قوای جسمانی، فرد را در موقعیتی قرار می‌دهد که ناچار از سازگاری با این شرایط است. پذیرش این واقعیت که مرگ را همهٔ افراد خواهند چشید، و دیر یا زود نوبت او هم فرامی‌رسد و همچنین با مشاهدهٔ مرگ آشنایان و نزدیکان هم‌سن و سال نگرانی او تشدید می‌شود. به اعتقاد اریکسون اگر فرد در بُعدِ مثبت این مرحله باشد مرگ او را متوحش نمی‌سازد.

به طور کلی در افکار و ذهنیاتی که سالمند در ارتباط با خود دارد دو دامنهٔ عمده قابل توجه است:

الف) موضوعاتی که مرور کردن آن‌ها و یا وجود آن‌ها احساس مثبتی را در سالمند ایجاد می‌کند.

ب) موضوعاتی که مرور کردن آن‌ها و یا وجود آن‌ها نگرانی‌هایی را در سالمند ایجاد می‌کند.

الف) موضوعاتی که احساس مثبت ایجاد می‌کند

۱. ادای تکلیف: به طور معمول اکثر سالمندان خدماتی را که در طول زندگی ارائه داده، یا نقش‌هایی را که ایفا کرده‌اند، به عنوان ثمرهٔ زندگی خود بااهمیت می‌دانند و از مرور آن‌ها احساس مثبتی کسب می‌کنند. اشاره‌ای که سالمندان مثلاً به ۳۰ سال خدمت خود در مدتی که در استخدام دستگاه خاصی بوده‌اند می‌کنند (و آن را خدمت صادقانه معرفی می‌کنند)، یا به زحماتی که برای تربیت و رشد فرزندان خود کشیده‌اند، از جمله مواردی است که مرور آن‌ها با احساس ادای دین و تکلیف همراه است و سالمند احساس مثبتی نسبت به آن‌ها دارد.

۲. دارایی‌ها: حاصل عمر سالمندان دارایی‌هایی است که اندوخته‌اند. این دارایی‌ها[1] اشکال مختلفی دارند. شکل معمول آن ثروت، املاک و سرمایه‌هایی است که قابلیت تبدیل شدن به پول را دارند. این دارایی احساس مثبتی را در

1. wealthes

سالمند ایجاد می‌کند، هرچند دغدغه‌های منفی خاص خود را نیز به همراه دارد، اما احساس این که فرد از نظر مالی تأمین است، به دیگران احتیاجی ندارد و در دوره‌ای که قوا و فرصت لازم را برای کسب درآمد جدید ندارد و یا کمتر دارد، در عین حال اندوخته‌ای برای رفع حاجات خود تهیه کرده است، می‌تواند احساس خوشایندی را در فرد ایجاد کند. تحقیقات نشان داده‌اند که بین وضعیت اقتصادی ـ اجتماعی و سلامت و همین طور بهزیستی فرد رابطه وجود دارد و گفته شده ثروت بهترین شاخص برای وضعیت اقتصادی ـ اجتماعی فرد است (شای و ویلیس، ۲۰۱۱).

شکل دیگر این دارایی داشتن یک شخصیت مقبول اجتماعی، و حیثیت و شایستگی‌هایی است که فرد را در چشم دیگران محترم و با وجاهت کرده است. احساس این که نحوهٔ زندگی او به گونه‌ای بوده که حیثیت اجتماعی بالایی را برایش رقم زده، برای سالمند خوشایند است. این حیثیت و جایگاه اجتماعی که قدرت نفوذ فرد را افزایش داده و خودپنداری مثبتی را در سالمند ایجاد کرده است، نوعی سرمایه و دارایی سالمند تلقی می‌شود. حفظ و استفاده از آن برای سالمند بااهمیت است.

در مواردی این احساس حیثیت اجتماعی با واقعیت بیرونی و قضاوتی که دیگران از فرد دارند تا حدی متفاوت است. مثلاً در حالی که سالمند خود را فردی متنفذ، محترم و شایسته می‌داند، تعاملات دیگران با او می‌تواند حاکی از کم‌رنگ بودن این ویژگی‌ها در نظر دیگران باشد. در چنین مواردی ممکن است سالمند به دلیل حفظ احساس اقتدار خود دامنهٔ تعاملاتش را با عده‌ای محدود برقرار، و سعی کند مثلاً این احساس را در گسترهٔ فضای فامیلی یا خانوادگی خود حفظ نماید.

شکل دیگر احساس دارایی ناشی از نوعی حیثیت و شایستگی است که بیش از آن که جنبهٔ اجتماعی داشته باشد جنبهٔ الهی دارد. احساس خودپنداری مثبت ناشی از عمل به تکالیفی که خداوند برای فرد مقرر کرده است و احساس

فرد از این که تلاش کرده است زاد و توشهٔ مناسبی را برای سفر آخرت و عرضه در روز محشر فراهم آورد، احساسی است که در انسان‌های متدین و باتقوا نوعی دارایی و حیثیت تلقی می‌شود که فرد از داشتن آن احساس لذت دارد.

شکل دیگر دارایی در داشتن فرزند یا فرزندان احساس می‌شود به ویژه وقتی فرزندان، افراد مفید و مؤثری باشند این احساس که حاصل عمر فرد تربیت انسان‌های مفیدی بوده، احساس مثبتی از دارا بودن یک سرمایه است.

فعالیت‌ها و خدماتی که فرد داشته است نیز شکل دیگری از دارایی فرد به شمار می‌آید. گاهی اوقات دارایی فرد شاگردانی است که او تربیت کرده، یا کتاب‌هایی که تألیف نموده، یا نهادها یا سازمان‌هایی که بنیان‌گذاری کرده است، یا فکر و سنتی که باقی گذاشته است. سالمندانی که دارای یک یا چند مورد از این دارایی‌ها باشند به نوعی احساس رضایتمندی را تجربه می‌کنند. البته هر یک از این دارایی‌ها ممکن است هم‌زمان با ایجاد احساس مثبت، پیامدها و تبعات خود را نیز به طور اختصاصی ایجاد کند که با رویکردهای متفاوتی می‌توان آن را مورد مطالعه قرار داد.

۳. فرصت فراغت بیشتر: بازنشستگی و کاهش مسئولیت‌های مستقیم روزانه، اوقات فراغت بیشتری را برای سالمند فراهم می‌کند. امکان استراحت بیشتر، پرداختن به امور مورد علاقه مانند به سفر رفتن، رفتن به بوستان‌ها، تعامل بیشتر با اعضای خانواده و در مواردی با نوادگان می‌تواند احساس رضایت‌بخشی را برای سالمند ایجاد کند.

۴. سلامت[1]، خردمندی[2] و آرامش: دامنهٔ تغییرات جسمانی و شناختی در دورهٔ سالمندی در این کتاب به طور مستقل توضیح داده شد. در اینجا این تغییرات را با رویکرد دیگری مورد بحث قرار می‌دهیم:

1. health
2. wisdom

الف) هرچند بخشی از تغییرات جسمانی که در دورهٔ سالمندی اتفاق می‌افتد اجتناب‌ناپذیر است، اما این تغییرات به معنای بیماری و احساس عدم سلامت نیست. به نسبتی که سالمند در این دوره خود را سالم احساس کند و با بیماری‌های ناتوان‌کننده مواجه نباشد، می‌تواند احساس مولد بودن را در ساختاری یکپارچه از شخصیت خود بروز دهد.

ب) همان‌طور که پیش‌تر گفته شد همهٔ تغییراتی که در دورهٔ سالمندی روی می‌دهد، افت و ناتوانی و کاهش در عملکرد نیست؛ در مواردی توانایی‌هایی نیز در اثر تغییرات حاصل می‌شود. ازجمله توانایی‌هایی که احساس خوشایندی را در سالمند ایجاد می‌کند توانایی اظهارنظرهای به دور از هیجان، سوگیری، یک‌جانبه‌نگری و در مجموع توان اظهارنظر منطقی است. این توانایی را می‌توانیم ناشی از خردمندی بدانیم. خردمندی توانایی و دانشی است که حاصل تجارب فراوان زندگی فرد است. خردمندی توانایی طبیعی فهم اموری است که افراد بدون تجربه نمی‌توانند آن‌ها را بفهمند. لغت‌نامه‌ها، خردمندی را توانایی فکر کردن و عمل کردن معنا کرده‌اند که با استفاده از دانش، تجربه، فهم، حس مشترک و بینش انجام می‌شود. به طور معمول با افزایش سن، خردمندی افزایش می‌یابد و این توانایی احساس مثبتی را در سالمند ایجاد می‌کند.

ج) برخی تغییراتی که افت توانایی را ایجاد می‌کنند نیز می‌توانند در موقعیتی متفاوت پیامد مثبتی را برای سالمند داشته باشند. یکی از این موارد افت تمایلات جنسی است. تحقیقات نشان می‌دهد تمایلات جنسی از دورهٔ جوانی به بعد کاهش می‌یابد. در عین حال که این تمایلات حتی در دورهٔ سالمندی وجود دارد و نمود و بروز آن برحسب عواملی چون شرایط فرهنگی، جنس، سن و وضعیت تأهل متفاوت است. اما در هر صورت این تمایل نسبت به دورهٔ جوانی کمتر می‌شود. کاهش این توانایی در دورهٔ سالمندی می‌تواند دغدغه‌های مرتبط را که در سنین پایین‌تر، به ویژه در دورهٔ جوانی، باعث به هم خوردن تعادل فرد و

بروز رفتارهای احساسی و در مواردی بروز رفتار پرخطر می‌شد، از بین ببرد و یا حداقل کاهش دهد و نوعی حالت آرامش را برای سالمند ایجاد نماید.

ب) موضوعاتی که ایجاد نگرانی می‌کند

۱. مرگ: به نظر می‌رسد ترس از مرگ تقریباً در تمام سنین واقعیتی انکارناپذیر باشد. اگر به فردی خبر داده شود که در آینده‌ای نزدیک یا زمان معینی خواهد مرد احتمالاً دلهره و نگرانی وجود او را فراخواهد گرفت و به نسبتی که به آن زمان موعود نزدیک‌تر می‌شود، نگرانی‌های او شدت می‌یابد. کوبلر-راس[1] (۱۹۶۹؛ به نقل از: سانتروک، ۲۰۱۳) رفتار و تفکر افراد را نسبت به مرگ به پنج مرحله تقسیم می‌کند: انکار و انزوا؛ خشم؛ چانه‌زنی؛ افسردگی؛ و پذیرش. در اولین مرحله فرد وقوع مرگ را انکار می‌کند. فرد ممکن است بگوید: «نه، نمی‌تواند مربوط به من باشد. این امکان‌پذیر نیست». این یک واکنش شایع نسبت به بیماری درمان‌ناپذیر است. با این حال، انکار معمولاً نوعی از دفاع موقت است. دومین مرحله خشم است. فرد متوجه شده که نمی‌تواند انکار را ادامه دهد و انکار منجر به خشم، رنجش و طغیان می‌شود. در این مرحله پرسش فرد این است که «چرا من؟» در این مرحله ممکن است فرد خشم خود را متوجه پزشکان، پرستاران، اعضای خانواده و حتی خداوند کند. در مرحلهٔ سوم چانه‌زنی آغاز می‌شود. در این مرحله فرد بر آن است تا به هر شکل ممکن، مرگ را به تأخیر اندازد. در بسیاری موارد افراد در راز و نیاز با خدای خویش از او می‌خواهند تا مرگشان به تأخیر افتد. در این حالت فرد چنین اظهار می‌دارد که: «بله من، اما ... درعوض چند روز، هفته، یا ماه زندگی، قول می‌دهم که زندگی‌ام را اصلاح و خود را وقف خدا یا خدمت به دیگران کنم». مرحلهٔ چهارم افسردگی است. در این مرحله فرد قطعی بودن مرگ را می‌پذیرد. فرد ساکت می‌شود و از ملاقات با دیگران اجتناب می‌کند و بیشتر اوقات به ناله و زاری

1. Kübler-Ross

می‌پردازد. این مرحله طبیعی است و کوششی است برای آن که خود را از هر آنچه طی زندگی بدان عشق و علاقه داشته، دور سازد. پنجمین مرحله پذیرش است. در این مرحله فرد حسی از آرامش را در خود ایجاد می‌کند و تقدیر خود را می‌پذیرد و در بیشتر موارد تمایل دارد که تنها باشد. در این مرحله احساسات و دردهای جسمانی کمتر ظهور دارند. کوبلر ـ راس این مرحله را پایان چالش فرد با مرگ می‌داند.

بدون شک تلقی سالمند از مفهوم مرگ و این که آیا مرگ فنا و نابودی فرد است یا انتقال به مرحله‌ای دیگر در احساس عاطفی نسبت به مرگ مؤثر است. همان‌طور که گفته شد به اعتقاد اریکسون اگر فرد در بعد مثبت مرحلهٔ سالمندی (بُعد شکفتگی و رشدیافتگی) باشد، مرگ او را متوحش نمی‌سازد. تحقیقات نشان می‌دهد افرادی دارای عقاید مذهبی قوی‌تر، اضطراب مرگ کمتری دارند. از سوی دیگر طولانی شدن عمر با دیدن مرگ نزدیکان، اقوام و دوستان همراه است. هرچه رابطهٔ عاطفی و دلبستگی سالمند به این افراد بیشتر باشد مرگ آن‌ها برای او آزاردهنده‌تر خواهد بود و به همین سبب پذیرش مرگ برای سالمندان راحت‌تر از گروه‌های سنی پایین‌تر خواهد بود.

۲. بیماری‌ها و افت سلامت: بیماری‌ها در دورهٔ سالمندی ایجاد نگرانی می‌کنند. معنای بیماری در دورهٔ سالمندی تا حدی متفاوت از دوره‌های سنی پایین‌تر است. بخش مهمی از فعال بودن سالمند در زندگی حاصل سلامت و تندرستی است. به نسبتی که سطح سلامت فرد پایین می‌آید، دغدغه‌های ذهنی او نسبت به شرایط عمومی‌اش افزایش می‌یابد. در صورت ابتلا به بیماری در دورهٔ سالمندی، احساسات منفی بیش از دوره‌های سنی پایین‌تر برای فرد سالمند و اطرافیان او روی می‌نماید. در واقع صدمات و بیماری‌ها در سنین پایین‌تر از سالمندی، راحت‌تر جبران می‌شوند و بدن فرد قدرت بازسازی بیشتری دارد؛ این در حالی است که در دورهٔ سالمندی، قدرت ترمیم و بازسازی کاهش می‌یابد. از این‌رو بروز بیماری در دوره‌های سنی بالاتر و مخصوصاً سالمندی همراه با احساس

ناتوانی بدن در بازسازی و طولانی شدن بیماری است.

۳. فقر مالی: سالمند به لحاظ شرایط خاص خود نیازهایی دارد. ارضای بخشی از آن نیازها در گرو داشتن سطح درآمد و یا توان مالی مناسب است. تغذیهٔ مناسب، امکان درمان کامل، برخورداری از محل زندگی و شرایط اسکان مناسب ازجمله ضروریاتی‌اند که بدون تأمین مالی امکان برخورداری از آن‌ها وجود ندارد. زندگی سالمند در شرایط فقر و ناتوانی در تأمین نیازمندی‌ها، شرایط روانی او را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. سالمندانی که برای رفع نیازهای ضروری خود به دیگران وابسته‌اند به لحاظ روان‌شناختی اعتماد به نفس پایین‌تری دارند و احتمالاً برای ابتلا به افسردگی مستعدترند.

در مواردی ممکن است فقر مالی به واقع وجود نداشته باشد اما احساس فقر یا ترس از فقر در آینده موجب نگرانی و رفتار توأم با خسّت سالمند باشد. در این صورت نیز سالمند عوارض فقر مالی واقعی را تجربه خواهد کرد.

۴. تعارض‌ها: اریکسون معتقد بود که افراد در سنین مختلف با تعارضات متفاوتی مواجه می‌شوند. برای مثال در نوزادی، افراد باید تکانه‌های متعارض اعتماد یا عدم اعتماد را با رشد دادن حس اعتماد حل کنند. هشت تعارض برای حل شدن وجود دارد که از بین آن‌ها تنها یکی در اواخر زندگی نمود می‌یابد. هدف این مرحله، «یکپارچگی من» است؛ پذیرش این که اهداف اولیه به وقوع پیوسته یا حل شده اند و هیچ «هدف از دست‌رفته‌ای» وجود ندارد. فردی که احساس کند نتوانسته همه چیز را به دست آورد، ممکن است احساس ناامیدی کند.

پک (۱۹۶۸؛ به نقل از: استوارت ـ همیلتن، ۲۰۰۶) نظریهٔ اریکسون را گسترش داد و بیان کرد که در مرحلهٔ پایانی زندگی، سه تعارض به حل شدن نیاز دارند. اولین آن‌ها تمایز من در برابر اشتغال با نقش کاری است. بسیاری از افراد شاغل (به خصوص مردان) وضعیت و خودپندارهٔ خود را از طریق کارشان به دست می‌آورند. بنابراین، یک فرد حرفه‌ای ممکن است به این دلیل که جامعه توجه مطلوبی به حرفهٔ او دارد، عزت نفس بالایی را کسب کند. با این حال، زمانی که فرد بازنشسته

می‌شود، این پایگاه اجتماعی با شغل وی از بین می‌رود. در نتیجه بازنشسته‌ها باید چیزی را در خود پیدا کنند که آن‌ها را جدای از اعتباری که قبلاً از طریق شغلشان اعطا می‌شد، منحصر به فرد و ارزشمند سازد. تعارض دوم برتری بدنی در برابر اشتغال بدنی است. برای بسیاری از افراد، سالمندی با افت سلامت و وضعیت کلی فیزیکی همراه است. اگر فرد سالمندی روی بهزیستی بدنی برای لذت بردن از زندگی تأکید زیادی داشته باشد، به ناچار گرفتار یأس و ناامیدی خواهد شد. دورهٔ سالمندی موفق شامل توانایی فائق آمدن به ناتوانی‌های جسمی، یا حداقل یافتن فعالیت‌های لذت‌بخشی است که در آن وضعیت بدنی اهمیتی نداشته باشد. سومین تعارض مطرح‌شده از سوی پک، برتری من در برابر اشتغال من است. بدین معنی که فرد با واقعیت اجتناب‌ناپذیر مرگ روبه‌رو می‌شود. این فکر به وضوح ناخوشایند است، اما پک اعتقاد دارد با تلاش برای تأمین افراد بازماندهٔ از او، و کوشش پیوسته برای بهبود محیط و بهزیستی عزیزان وی، می‌توان بر این منظر از نگرانی نسبت به مرگ فائق آمد.

۵ـ۲ـ۲ رابطه با خداوند

بسیاری از افرادی که در جوامع دارای فرهنگ دینی رشد کرده‌اند، در دورهٔ سالمندی، مسئلهٔ رابطهٔ با خداوند موضوعیت بیشتری برای آن‌ها می‌یابد و تقویت و تشدید می‌شود. حتی در بسیاری از افرادی که تفکرات دینی ندارند، ارتباط با امور معنوی و معنویت در دورهٔ سالمندی مطرح می‌شود. به نظر می‌رسد در این دوره بیش از هر دورهٔ دیگری این احساس برای فرد به وجود می‌آید که خداوند تا این زمان به زندگی او جهت داده، و هر آنچه در سنین قبل پیش آمده، خواست خداوند بوده است؛ لذا خداوند را قادری می‌داند که سرنوشت را رقم می‌زند. اگر افراد را در دایرهٔ جبر و اختیار تصور کنیم به نظر می‌رسد در دوره‌های سنی پایین‌تر افراد احساس انتخاب و اختیار بیشتری را برای سرنوشت خود قائل‌اند. در مقابل، همچنان که سن افزایش می‌یابد متوجه وقایع و اموری می‌شوند که نقش مؤثری در زندگی

آن‌ها داشته و حال آن که خود ایشان در به وجود آوردن آن وقایع نقش برجسته‌ای نداشته‌اند. بدین ترتیب احساس می‌کنند سرنوشتشان با اراده‌ای خارج از ارادهٔ کامل آن‌ها شکل گرفته است.

نیاز سالمند به تکیه‌گاهی مطمئن، به فریادرسی در دسترس، به قدرتی شفابخش، و مواجهه با نشانه‌های مرگ او را به سوی خداوند می‌کشاند. وقتی با خداوند ارتباط برقرار می‌کند نیرویی را در درون خود حس می‌کند که می‌تواند بر مشکلاتش فائق آید.

همان‌طور که گفته شد طبق اکثر مطالعات و بررسی‌ها، ارتباطات معنوی و رابطه با خداوند که در قالب رفتارهایی چون عبادات و/یا حضور در اماکن مذهبی مانند مساجد و کلیساها نمود دارد، در دورهٔ سالمندی افزایش می‌یابد. در پاسخ به چرایی این رفتارها و یافتن عوامل مرتبط با افزایش رابطه با خداوند در دورهٔ سالمندی می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

الف) افزایش معرفت: به طور طبیعی افراد در گذر سن دانش و تجارب متراکمی به دست می‌آورند که چهارچوب ذهنی آن‌ها را برای فهم هستی و تبیین امور شکل می‌دهد. این که امام علی (ع) می‌فرمایند: «من خداوند را از شکستن تصمیم‌ها شناختم»[1] (*نهج‌البلاغة*، حکمت ۲۵۰)، می‌تواند در راستای آن دسته از تجارب فراوانی باشد که سالمند از شکستن تصمیم‌های خود دیده است، تجاربی که او را متوجه قدرت خداوند نماید. علاوه بر آن آگاهی از احساس نیاز انسان به خداوند در پس دانش و تجارب مختلف سالمند معرفت دینی او را افزایش می‌دهد.

ب) ایفای نقش متناسب با انتظارات اجتماعی: انتظار اجتماعی که از یک کودک برای سرزندگی، تحرک و بازی وجود دارد با ورود او به دورهٔ نوجوانی و جوانی تغییر می‌کند. هنگامی که فرد به دورهٔ سالمندی می‌رسد جامعه متناسب با هنجارهای خود انتظار معینی از رفتارهای سالمند دارد. در این دوره رفتارهای کودکانه و حتی رفتارهای جوانی از سالمند پذیرفته نیست. انتظار این است که او

۱. عَرَفْتُ اللهَ سبحانَهُ بِفَسخ العزائم.

متناسب با سن و رشد خود، رفتارهای جامعه‌پسند بروز دهد. به نظر می‌رسد در اکثر جوامع و در فرهنگ‌های مختلف از سالمند انتظار می‌رود رفتارهای معقول، معنوی، بالغانه و پخته‌تری از خود بروز دهد و بدون شک این انتظارات رفتار سالمند را جهت می‌دهد.

ج) **رفتار محبت‌آمیز:** دلبستگی عاطفی و رفتارهای محبت‌آمیز از جمله موضوعات مورد علاقهٔ روان‌شناسان است و دربارهٔ آن تحقیقات و نظریه‌های فراوانی ارائه شده است. دلبستگی بین والدین و فرزندان یکی از محکم‌ترین پیوندهای عاطفی است که به طور معمول شکل می‌گیرد. دلبستگی بین والدین و فرزندان زمینهٔ مراقبت فعالانهٔ والدین را از فرزندان فراهم می‌کند. زمانی که فرزندان در سن پایین هستند این مراقبت به شکل پرستاری، و وقتی بزرگ‌تر می‌شوند به شکل تربیت کردن نمود می‌یابد. زمانی که فرزندان بزرگ می‌شوند و استقلال می‌یابند و هر یک زندگی مستقل تشکیل می‌دهند، این رابطهٔ عاطفی بین والدین و فرزندان همچنان وجود دارد، اگرچه شکل آن تغییر کرده است. طبیعی است رابطهٔ عاطفی در این دوره نمی‌تواند به شکل پرستاری یا تربیت کردن نمود یابد، بلکه در قالب حمایت، و در قالب آرزوی خیر برای فرزندان و دعاگویی آن‌ها نمایان می‌شود. ظاهراً سالمند حمایت، رسیدگی و رفع مشکلات فرزندان خود را تنها در توان خود نمی‌بیند و از قادری کمک می‌خواهد تا در جهت عواطف او گره‌گشای مشکلات فرزندانش باشد؛ و به نظر می‌رسد این موقعیت او را به سوی معنویت و ارتباط با خداوند سوق می‌دهد.

د) **تغییر نیازها:** نیاز نتیجهٔ به هم خوردن تعادل فرد است؛ تحت تأثیر نیاز اندیشه و رفتار جهت معینی می‌یابد و فرد در پی آن است تا شکاف میان وضع موجود و وضع مطلوب را پر کند. نیازهای انسان در مراحل مختلف تحول متفاوت است و با گذر سن نیازها تغییر می‌کنند.

ارضای نیازها لذت‌بخش است. از آن‌رو که نیازهای انسان در طول زندگی تغییر می‌کنند، یک فرد سالمند در طول زندگی خود لذت‌های فراوانی را تجربه کرده است؛ بنابراین ارضای نیازهای دوره‌های سنی پیشین لزوماً برای سالمند

لذت‌بخش نیستند و سالمند به دنبال لذت‌های جدید است؛ لذاتی متناسب با نیازها و توان سالمند. به نظر می‌رسد نیازهای روان‌شناختی چون نیاز به پشتیبان، نیاز به آسیب‌گریزی و نیاز به خودشکوفایی در دورهٔ سالمندی بیش از نیازهای فیزیولوژیک دغدغه ایجاد می‌کنند و یکی از راه‌های ارضای این نیازها گسترش ارتباط‌های معنوی به ویژه ارتباط با خداوند است.

هـ) مشکلات: گفته شده مشکل چیزی است که فهم یا انجام آن دشوار است. با این تعریف تصور زندگی بدون مشکل تصور باطلی است. همهٔ انسان‌ها در سنین مختلف با مشکل یا مشکلاتی مواجه می‌شوند و سالمندان نیز از این قاعده مستثنا نیستند. یکی از تفاوت‌های عمدهٔ مشکلات در دورهٔ سالمندی با سایر دوره‌های سنی این است که افت توانایی‌ها، امکانات و شرایط دوره، احساس مقابله و رفع مشکلات را کاهش می‌دهد. مشکلاتی که در دوره‌های سنی قبل برای سالمند قابل برطرف شدن بود، ممکن است اکنون برای او وزن بیشتری بیابد و از رفع کردن آن احساس عجز کند. کمک‌های دیگران در این دوره برای سالمند بسیار معنادار است ضمن آن که برخی از مشکلات او با کمک دیگران نیز قابل رفع نیست.

این طبیعت انسان است که در مواجهه با مشکلات جدی، گرایش‌های معنوی در او زنده‌تر می‌شود. در قرآن کریم آمده است: «و هنگامی که در میان دریا موج‌هایی به سان پاره‌های ابر آنان را احاطه کردند به درگاه خدا روی می‌آورند و او را برای نجات خویش می‌خوانند در حالی که عبادت و اطاعت خود را ویژهٔ او می‌کنند، ولی هنگامی که آنان را به خشکی برساند و از نابودی رهایی بخشد، تنها تعداد اندکی از آنان به راه راست قدم می‌نهند و بر توحید پایداری می‌کنند و بیشترشان به شرک می‌گرایند و آیات الهی را نادیده می‌انگارند، آیات ما را جز عهدشکنان ناسپاس انکار نمی‌کنند».[1]

---

۱. وَإِذَا غَشِيَهُمْ مَوْجٌ كَالظُّلَلِ دَعَوُا اللَّهَ مُخْلِصِينَ لَهُ الدِّينَ فَلَمَّا نَجَّاهُمْ إِلَى الْبَرِّ فَمِنْهُمْ مُقْتَصِدٌ وَمَا يَجْحَدُ بِآيَاتِنَا إِلاَّ كُلُّ خَتَّارٍ كَفُورٍ (لقمان/۳۲). در متن فارسی از ترجمهٔ قرآن براساس *المیزان* استفاده شده است.

۵-۲-۳ رابطه با طبیعت

دورهٔ سالمندی زمان انس با طبیعت است. این دوره را می‌توان ارتباط همدلانه و عاطفی با طبیعت نامید. سالمند به لحاظ روانی احساس تطابق با طبیعت دارد. آنچه را که مطابق با طبیعت ببیند ارجح می‌داند. طبیعت برای سالمند آرام‌بخش، نشاط‌آفرین و یادآور تجربه‌های ارزشمند او در دوره‌های سنی قبل است.

رفتار او به گونه‌ای است که گویی طبیعت را به اندام خود پیوند زده است. از رشد یک نهال احساس زندگی و از شکستن یک شاخه احساس درد و تألم دارد. گاهی واکنش او با اجزاءِ طبیعت احساس جاندارپنداری است. درد دلی که با طبیعت می‌کند و الهامی که از طبیعت می‌گیرد حاکی از احساس او از تعامل با موجودی ذی‌شعور است.

اهمیت ارتباط با طبیعت در دورهٔ سالمندی: انسان جزئی از طبیعت است و متأثر از طبیعت درون و طبیعت بیرون در حال تحول است. تغییراتی که در چهره، پوست، حواس، و به طور کلی جسم سالمند اتفاق می‌افتد، هماهنگ با تغییراتی است که در سایر موجودات طبیعت روی می‌دهد. غنچه‌ای به وجود می‌آید، می‌شکفد، گل می‌شود، عطر و رنگ و خواص آن گل خودنمایی می‌کند و بالاخره پژمرده می‌شود. این، حکایت سیر پدیده‌های طبیعی است. آنچه در پس این تغییرات وجود دارد، «شدن» است. شدنی که در آن نه نیستی، بلکه تغییر و تبدیل است. هیچ چیز از بین نمی‌رود، بلکه از حالتی به حالت دیگر تغییر می‌کند. سالمندی نیز مرحله‌ای از شدن است، شدنی که در آن نیستی نیست. تعامل سالمند با طبیعت می‌تواند پیامدهای زیر را به دنبال داشته باشد:

یادگیری از طبیعت: طبیعت می‌تواند معلم انسان باشد. طبیعت صحنهٔ بزرگ یادگیری و عبرت‌آموزی است. سالمند از طبیعت درس‌های زیادی می‌گیرد. طبیعت تغییر و شدن را به سالمند می‌آموزد. در نتیجهٔ این آموزش، سالمند تغییرات خود را می‌پذیرد. به همان نسبت که سالمند با طبیعت مأنوس‌تر باشد، افت‌ها و توانایی‌های خود را امری طبیعی می‌بیند و لذا دچار یأس و سرخوردگی

نمی‌شود. طبیعت سرسختی را به او آموزش می‌دهد. تلاش برای بقا و استفادهٔ حداکثری از ظرفیت‌های موجود برای غلبه بر مشکلات و رسیدن به هدف. از مشاهدهٔ مورچه‌ای که دانه در دهان می‌گیرد تا گیاهی که برای ادامهٔ حیات با سایر گیاهان همزیستی می‌کند، قابل فهم است.

لذت بردن از طبیعت: تقریباً تمام انسان‌ها از طبیعت لذت می‌برند و بودن در طبیعت برای آن‌ها آرامش‌بخش و توأم با لذت است. این احساس که به نظر می‌رسد ذاتی باشد و در افراد تمام جوامع وجود دارد، در پرتو آموزش پررنگ‌تر و اثربخش‌تر می‌شود. آموزش در طبیعت رفتن و توجه به پدیده‌های طبیعی و پدیده‌هایی که ممکن است در نظر اولیه ادراک نشوند با آموزش عمق پیدا می‌کند. به ما سفارش شده است که به پدیده‌های طبیعی به دقت نگاه کنیم و در آن‌ها تفکر کنیم. مطالعهٔ دقیق پدیده‌های طبیعی همواره برای انسان مفید و ارزشمند بوده است. سالمندان تجارب فراوانی از طبیعت دارند، برخی سالمندان از پدیده‌هایی طبیعی فهم ویژه‌ای دارند، مثلاً می‌توانند با توجه به ایام در فصول مختلف بروز باد، سرما و گرما را پیش‌بینی کنند و یا خواص برخی از گیاهان را تشخیص دهند.

طبیعت برای سالمند آرامش‌بخش است مخصوصاً سالمندانی که در محیط‌های شهری و صنعتی و در هیاهوی آلودگی صوتی، نوری و آلودگی هوا زندگی می‌کنند، رفتن به دامنهٔ طبیعت بسیار سودمند و لذت‌بخش است.

اگر فضاهای نگهداری از سالمندان دارای فضاهای کافی طبیعی باشد یا در دل طبیعت باشند، این فضاها نه‌تنها نشاط‌آفرین، که برانگیزانندهٔ تعامل سالمند با محیط می‌شوند. تحرک سالمند در چنین فضاهایی افزایش می‌یابد و او تعامل بیشتری با عناصر پیرامون خود برقرار می‌کند.

یکی از رویکردهایی که برای ارتقای کیفیت زندگی در خانه‌های سالمندان مطرح شده، رویکرد گزینهٔ بهشت[1] است. این رویکرد که اخیراً مورد استقبال قرار گرفته، مبتنی بر ده اصل است که ازجملهٔ این اصول ارتباط بیشتر با مصادیق طبیعی

1. eden alternative

است. مبتنی بر این اصل در یک جامعهٔ سالمندمحور تمامی امکانات موجود اعم از انسان‌ها، گیاهان، حیوانات و غیره برای بهره‌مندی سالمند مورد استفاده قرار می‌گیرد. بر این اساس گفته شده است مصاحبت با حیوانات نیز می‌تواند پادزهری در مقابل احساس تنهایی سالمندان باشد (کاواناف و بلانچارد ـ فیلدز، ۲۰۰۶).

۵ـ۲ـ۴ رابطه با دیگران

رابطهٔ سالمند با دیگران را می‌توان رابطهٔ اقتضایی نامید. با رسیدن فرد به دورهٔ سالمندی و به دلیل کاهش توانایی‌های جسمی و پایین آمدن قدرت تحمل و صبر سالمند، ارتباط‌های او با دیگران محدودتر از دوره‌های قبل می‌شود. ارتباط سالمند با دیگران حسب اقتضای شرایط و موقعیت‌هایی است که برای او پیش می‌آید.

با توجه به تقسیم‌بندی‌های خردتری که از دورهٔ سالمندی شده است به نظر می‌رسد در مرحلهٔ اول سالمندی (۶۰ تا ۷۵ سالگی) و در ادامهٔ دورهٔ قبل برقراری ارتباطات حساب شده‌اند و در ارتباط برقرار کردن با دیگران فعالانه برخورد می‌کند. با افزایش سن و ورود به مرحلهٔ دوم (۷۵ تا ۸۵ سالگی) و مرحلهٔ سوم (۸۵ سالگی و بالاتر) حجم ارتباطات او به مراتب کمتر و نسبت به تعامل با دیگران منفعل‌تر می‌شود.

کامینگ و هنری (۱۹۶۱)، براساس یک مطالعهٔ وسیع که بر روی ساکنان شهر کانزاس انجام دادند می‌گویند به میزانی که مردم پیرتر می‌شوند، ارتباطشان با جهان کاهش می‌یابد. در یک سطح این اتفاق از طریق افت حواس روی می‌دهد. در سطح اجتماعی، از دست دادن همسر و دوستان، و بروز برخی از بیگانگی‌های اجتماعی همچون بازنشستگی، موجب جدا شدن افراد از ارتباط با دیگران می‌شود. ایشان این کم شدن ارتباط را یک فرایند منطقی تلقی کرده‌اند، زیرا سالمند در مواجهه با تغییرات پیش‌آمده به لحاظ جسمی، روانی و اجتماعی آغاز ارتباط خود را با جامعه کم می‌کند؛ از سویی قراردادهای اجتماعی به آن کمک می‌کنند و آن را پیش می‌برند. بدین صورت که سالمندان با قطع روابط با جهان فیزیکی، برای مرگ آماده

می‌شوند[1] (استوارت ـ همیلتن، ۲۰۰۶).

سالمندان موفق که برحسب تحقیقات انجام‌شده از توانایی شناختی و عاطفی بالایی برخوردارند، همچنان محل رجوع دیگران‌اند و از زندگی خود رضایت دارند و قادرند در مراحل بعدی سالمندی (یعنی مرحلهٔ دوم و سوم) نیز ارتباطات نسبتاً فعالی با دیگران داشته باشند.

ریچارد و همکاران (۱۹۶۲؛ به نقل از: استوارت ـ همیلتن، ۲۰۰۶) پنج گونهٔ شخصیتی اصلی را در سالمندان شناسایی کردند: سازندگی؛ افرادی که این ویژگی را دارند، با واقعیت زندگی خود روبه‌رو شده‌اند و در حالی که برای تعامل با دیگران تلاش می‌کنند، نسبتاً از نگرانی‌ها آزادند. گونهٔ وابسته یا «گهواره‌ای»، رضایت نسبی دارد، اما از برخی نتایج کارهای خود ناراضی است و با توجه به این که سالمندی را زمان فراغت می‌داند، به دیگران برای کمک و خدمت تکیه می‌کند. گونهٔ دفاعی یا «زره‌پوش» اساساً روان‌رنجور است. افرادی که این ویژگی را دارند به کار کردن ادامه می‌دهند و در فعالیت‌های سطح بالا درگیر می‌شوند تا ثابت کنند سالم‌اند و به کمک دیگران نیازی ندارند. گونهٔ چهارم متخاصم و اهل خصومت‌اند، آن‌ها برای بدبختی‌های شخصی خود دیگران را سرزنش می‌کنند. این افراد به شکل غیر واقع‌بینانه‌ای شکست‌های زندگی خود را به عواملی غیر از خودشان نسبت می‌دهند. این تا حدی برای فرار از شکست در برنامه‌ریزی اثربخش است. گونهٔ آخر که از سوی ریچارد و همکاران شناسایی شده، از خود بیزار است. افراد از خود بیزار شبیه گونهٔ شخصیتی متخاصم هستند، با این تفاوت که نفرت و پشیمانی را به سمت درون می‌چرخانند. ریچارد و همکاران دریافتند که افراد با سه گونهٔ شخصیتی اول، به خوبی با سال‌های پایانی زندگی سازگار می‌شوند، در حالی که دو گونهٔ شخصیتی آخر، موفقیت کمتری در این امر دارند.

---

۱. اکردت و همکاران (۲۰۰۴) فرایند کوچک شدن فیزیکی در زمان انتقال به یک خانهٔ کوچک‌تر در دورهٔ سالمندی و مصرف دارایی‌های بیشتر را بررسی کرده‌اند.

۵-۳ نگرش‌ها به سالمندی و سالمندان

تصورات قالبی و کلیشه‌ای دربارهٔ سالمند در فرهنگ‌های مختلف متفاوت است. در فرهنگ غربی واژه‌های «پیر» و «سالمند» اغلب خفت‌آور تلقی می‌شوند. گفته شده است در شرق زندگی پایانی بسیار بیشتر از غرب حرمت دارد. ژاپنی‌ها نسبت به چینی‌ها، دیدگاه‌های منفی کمتری نسبت به سالمندان دارند. در فصل اول دربارهٔ نگرش‌هایی چون سن‌گرایی که در برخی کشورهای غربی وجود دارد صحبت شد همچنین در مورد نگرش به سالمندی در جامعهٔ ایرانی و براساس فرهنگ اسلامی مطالبی ارائه شد. با این حال نباید تصور شود که دیدگاه‌های مثبت یا منفی همواره ثابت باقی می‌مانند. برخی محققان نشان دادند که مواجه کردن شرکت‌کنندگان با گزارش‌های مثبت در مورد سالمندی، می‌تواند قضاوت‌های بعدی آن‌ها در مورد سالمندان را بهبود بخشد. با این حال، این که دیدگاه‌ها با چه عمقی توسط چنین دست‌کاری‌هایی تغییر می‌کنند، و به چه میزانی نظرهای واقعی را انعکاس می‌دهند، هنوز مورد بحث است. هریس و دولینگر (۲۰۰۱؛ به نقل از: استوارت ـ همیلتن، ۲۰۰۶) دریافتند که دانشجویان درس روان‌شناسی سالمندی، دانش خود را در مورد سالمندی ارتقا می‌دهند، اما اضطرابشان نسبت به سالمند شدن، به طور معناداری تغییر نمی‌کند.

۵-۳-۱ برداشت‌های نادرست از سالمندی

۱. تمام سالمندان شبیه هم هستند: گاهی جملاتی مطرح می‌شود مانند این که گفته می‌شود: همهٔ سالمندان بامزه هستند یا همهٔ سالمندان نق‌زن و بدخلق هستند یا با افزایش سن، مردم بیشتر شبیه هم می‌شوند. این جملات درست نیست، بلکه واقعیت آن است که ما همچنان که مسن‌تر می‌شویم یکتایی شخصیت و ویژگی‌های فرهنگی خودمان را حفظ می‌کنیم و شخصیت متمایزتر و یگانه‌تر می‌شود.

۲. سالمندان قدرت یادگیری ندارند: تصور این امر که نمی‌توان به سالمندان آموزش داد یا آن‌ها قدرت یادگیری ندارند صحیح نیست. طبیعی است که سرعت

یادگیری در سالمندی کندتر می‌شود اما توان یادگیری باقی می‌ماند و آن‌ها می‌توانند اطلاعات خود را نگه دارند. توان یادگیری هیچ‌گاه متوقف نمی‌شود مگر آن که مشکلات پزشکی رخ دهد.

۳. سالمندی به زوال عقل فرد منجر می‌شود: تصور برخی این است که آنچه با عنوان زوال عقل معرفی شده، همان خرفت شدن است که برای سالمندان اتفاق می‌افتد. در حالی که باید دانست نقایص ذهنی نه امری طبیعی هستند و نه این که اجتناب‌ناپذیرند و اکثریت مردم در دورهٔ سالمندی با زوال عقل مواجه نمی‌شوند.

۴. تمام سالمندان بیمار و درمانده‌اند: برخی فکر می‌کنند که تمام سالمندان مشکلات جسمانی دارند یا بیمارند و یا گفته می‌شود که آن‌ها تمایلات جنسی‌شان را از دست می‌دهند و نمی‌توانند از خدمات مرتبط با سلامت روانی استفاده کنند. واقعیت آن است افراد با یکدیگر متفاوت‌اند و قاعدتاً در سالمندی طبیعی هیچ‌یک از این قضاوت‌های قالبی صحیح نیست.

۵. همان‌طور که فرد پیرتر می‌شود مذهبی‌تر می‌شود: واقعیت آن است که سالمندان مذهبی در دورهٔ جوانی نیز مذهبی بوده‌اند. نگرش‌های معنوی در طول زندگی تقریباً پایدار باقی می‌مانند. البته برخی تحقیقات نشان داده است که سالمندان بیش از افراد جوان به تأثیر معنی‌دار ایمان مذهبی بر زندگی‌شان اقرار دارند. با وجود این در مواردی ممکن است فعالیت‌های مذهبی در دورهٔ سالمندی به لحاظ مشکلات حرکتی، مشکلات جابه‌جایی، نقایص حسی یا مشکلات سلامت، کاهش یابند.

۶. پیری سن طلایی است: در مقابل تصورات قالبی قبلی، برخی تصور می‌کنند سن بازنشستگی و پیری همیشه توأم با آرامش و آسودگی است. حقیقت آن است که سالمندی به طور معمول همراه است با: کاهش درآمد، افزایش انزوا، بروز بیماری‌های مزمن، مراقبت‌های پزشکی زیر استاندارد و نگرانی نسبت به از دست دادن استقلال. حتی برخی سالمندان با پدیده‌های تبعیض گرایانه‌ای مانند سن گرایی، تبعیض جنسی و نژادی، بیگانه هراسی و غیره مواجه می‌شوند.

۵ـ۳ـ۲ بازنشستگی

بازنشستگی از بسیاری جهات پدیدهٔ قرن بیستم است. بازنشستگی یک فرایند پیچیده است که به وسیلهٔ آن مردم مشارکت تمام‌وقت در یک شغل را رها می‌کنند یا به عبارت دیگر دوره‌ای است که در آن فرد از شغل دائمی خود کناره‌گیری می‌کند. به طور معمول بازنشستگی در اواخر بزرگسالی یعنی سنین بعد از ۵۰ سالگی یا در دورهٔ سالمندی اتفاق می‌افتد، اما به دلایل مختلف بازنشستگی می‌تواند زودتر یا دیرتر نیز پیش آید. پنج مرحله در فرایند بازنشستگی معرفی شده است: یک دورهٔ پیش‌بینی که ممکن است دهه‌ها به طول بینجامد؛ تصمیم به بازنشستگی؛ انجام بازنشستگی؛ سازگاری مستمر متعاقب رویداد واقعی؛ و تصمیم‌گیری‌های بیشتر در مورد ساختاربندی الگوهای فعالیت و زندگی فردی. از آنجا که بازنشستگی به سادگی یک رویداد با نقطهٔ شروع و پایان مشخص نیست، بهتر است برحسب یک فرایند سازگاری مفهوم بندی شود (وانگ[1] و شولتز، ۲۰۱۰).

بازنشستگی در کشور ما، ایران، در سازمان‌ها و نهادهای مختلف ضوابط قانونی متفاوتی دارد. معمولاً کاهش درآمد علت اصلی عدم تمایل به بازنشستگی است، با وجود این، عدم سلامت ممکن است به بازنشستگی منجر شود. پیامدهای روانی و اجتماعی بازنشستگی برای افراد مختلف و همچنین زنان و مردان متفاوت است. به طور معمول وقتی زنان بازنشسته می‌شوند نقش‌هایی را که در فضای خانه ایفا می‌کنند به اندازهٔ کافی برای آن‌ها رضایت‌بخش و برآورنده است، اما وقتی مردان بازنشسته می‌شوند اگر برای زمان بعد از بازنشستگی خود برنامه‌ای نداشته باشند، شرایط آسیب‌زایی می‌یابند.

رضایت یا عدم رضایت از بازنشستگی تحت تأثیر متغیرهای مختلفی قرار می‌گیرد، مثلاً بازنشستگی از یک شغل پرتنیدگی اغلب با رضایت توأم است یا در زوج‌هایی که نقش‌های جنسیتی سنتی دارند، رضایت زناشویی در صورت شاغل بودن شوهر و بازنشسته بودن زن، بیشتر از حالت عکس این وضعیت است. به طور

1. Wang

کلی افراد با نزدیک شدن به بازنشستگی گرایش به نگران‌تر شدن و ناخشنودی از خود پیدا می‌کنند، هرچند در اکثر موارد تجربهٔ متوقف شدن کار برای فرد خوشایند است، اما افراد به دلیل احساس مفید نبودن با مشکلات روان‌شناختی مواجه می‌شوند (کاواناف و بلانچارد ـ فیلدز، ۲۰۰۶).

سه دیدگاه نظری عمده در مورد اثر بازنشستگی روی فرد وجود دارد. مبتنی بر آنچه در فصول پیش بیان شد دانستیم که دیدگاه غالب در مورد بازنشستگی بر پایهٔ نظریهٔ نقش استوار بود. بر طبق این دیدگاه، نقش‌های فرد، یا انتظارات هنجاری رفتار، منبع اصلی تحقق را ارائه می‌کند، زیرا قائلین به این نظریه، فرد را با جامعه ادغام می‌کنند. نقش‌های بیشتری که افراد اجرا می‌کنند (کارگر، عضو خانواده، دوست، عضو جامعه)، بهزیستی روان‌شناختی و جسمانی فرد را بیشتر می‌کند.

در میان همهٔ نقش‌هایی که بزرگسالان ممکن است بپذیرند، نقش کاری یکی از مهم‌ترین آن‌هاست، زیرا فعالیت‌های روزانهٔ فرد، پایگاه، و گروه اجتماعی او را تعریف می‌کند. نظریهٔ نقش پیش‌بینی می‌کند هنگامی که کارگران مسن‌تر نقش‌های اجتماعی خود را از دست می‌دهند، عملاً یکپارچگی خود با جامعه را از دست می‌دهند. از دست دادن نقش کاری در بازنشستگی مخصوصاً چون به تجربهٔ فشار مالی منجر می‌شود، به نوبهٔ خود به افزایش خطر مرگ‌ومیر می‌انجامد (توکر ـ سیلی[1] و همکاران، ۲۰۰۹).

در مقابل نظریهٔ نقش، نظریهٔ تداوم بازنشستگی[2] (اشلی، ۱۹۸۹) وجود دارد، اشلی در مقابل نظریه‌های فعالیت و رهایی از قید، موضعی بینابینی دارد. بنابر نظریهٔ فعالیت، افراد مسن خواهان جدا شدن از جامعه نیستند، بلکه در عوض ترجیح می‌دهند فعال و درگیر باقی بمانند. طبق نظریهٔ فعالیت، باید تا حد امکان موقعیت در اختیار افراد مسن قرار داد تا در محیط کار، خانواده و جامعه مشارکت داشته باشند. براساس نظریهٔ تداوم گفته شده است: این که رهایی از قید برای افراد مسن مفیدتر

1. Tucker-Seeley
2. continuity theory of retirement

است یا فعالیت، به شخصیت هر فرد بستگی دارد. برخی افراد مسن ترجیح می‌دهند از مشارکت فعال در خانواده و جوامع خود دوری گزینند؛ در حالی که بعضی دیگر اگر فعال نباشند و نقشی نداشته باشند، احساس بدبختی می‌کنند. بنابر نظریهٔ تداوم، بیرون رانده شدن افراد مسن از نقش‌های اجتماعی (در صورتی که این خروج مخالف خواست آن‌ها باشد) تأثیری منفی بر آن‌ها خواهد گذاشت و باعث می‌شود سلامت خود را از دست بدهند. یکی از مفاهیم این نظریه آن است که بازنشستگی اجباری یا فعالیت اجباری، موجب کاهش اعتماد به نفس میان افراد میان‌سال و سالمند خواهد شد.

دیدگاه دورهٔ زندگی[1] بازنشستگی را به عنوان مرحله‌ای بهنجار از تحول شغلی در نظر می‌گیرد. تغییراتی که با این دوره از زندگی همراه هستند نتیجهٔ منطقی وقایع قبلی زندگی است. عواملی که تحول حرفه‌ای قبلی فرد را شکل می‌دهند تأثیر مستمری در سراسر بازنشستگی خواهند داشت. برای مثال، زندگی‌های کاری زنان نسبت به مردان از عوامل متفاوتی شکل گرفته است، و این عوامل در چگونگی تجربهٔ بازنشستگی آن‌ها به طور مداوم نقش خواهد داشت. دیدگاه عمر روی زمان هنجاری وقایع نیز تأکید دارد. بر طبق این دیدگاه، بازنشستگی زمانی تنش‌زا و ایجادکنندهٔ مشکل خواهد بود که زمانِ وقوع آن غیر منتظره باشد (ویتبُرن و ویتبُرن، ۲۰۱۱).

افرادی که برای بازنشستگی برنامه‌ریزی می‌کنند تمایل به سازگاری موفقیت‌آمیز با این تغییر بزرگ زندگی دارند. یک راه رسمی برای آماده شدن بازنشستگی، شرکت در برنامه‌های آموزش پیش از بازنشستگی است. این برنامه‌ها می‌توانند موضوعات مختلف و گسترده‌ای از برنامه‌ریزی اقتصادی تا کیفیت سازگاری با بازنشستگی را پوشش دهند. یک فهرست محتوای معمول از این برنامه در جدول ۵ـ۱ ارائه شده است. توجه به مسائل اقتصادی، احتمال افزایش یک سبک زندگی سالم‌تر، نگرش‌های مثبت‌تر نسبت به بازنشستگی، مواجه شدن با فعالیت‌های تفریحی جدید ازجمله مزیت‌های بالقوهٔ چنین برنامه‌هایی هستند.

1. life course

جدول ۵ـ۱ عناوین یک برنامهٔ آموزشی پیش از بازنشستگی (کاواناف و بلانچارد ـ فیلدز، ۲۰۰۶)

۱. تصمیم برای بازنشستگی	زمان درست بازنشستگی چه موقع است؟
۲. جنبه‌های روان‌شناختی سالمندی	الف) نقش‌های کار و بازنشستگی ب) مباحث هویت شخصی ج) بازنشستگی به عنوان یک فرایند، معما و تغییر د) تأثیرات بازنشستگی بر ارتباط با خانواده و دوستان
۳. امور مالی	الف) امنیت اجتماعی ب) حقوق بازنشستگی ج) بیمه د) استخدام
۴. جوانب حقوقی	الف) اختیارات ب) حقوق شخصی به عنوان یک شهروند مسن
۵. سلامت	الف) سالمندی طبیعی ب) مراقبت پزشکی و دارویی ج) مباحث بیمهٔ سلامت
۶. محل سکونت	محاسن و معایب جابه‌جایی
۷. فعالیت‌های اوقات فراغت	الف) مسافرت ب) سرگرمی‌ها ج) باشگاه‌ها و سازمان‌ها د) فعالیت‌های داوطلبانه

۵ـ۳ـ۳ بیوگی

در دورهٔ آخر زندگی فقدان ارتباط‌های مهم اجتماعی همچون مرگ دوستان، فرزندان، والدین و همسر بسیار بااهمیت است. از دست دادن همسر (بیوگی) برای افراد سالمند نگران‌کننده و آسیب‌زاست. هرچند به طور معمول کلمهٔ بیوگی برای زنان بی‌شوهر استفاده می‌شود، در فرهنگ لغت، بیوگی به معنای بی‌زنی و بی‌شوهری است.

وضعیت بیوگی، عموماً زنان را بیش از مردان تحت تأثیر قرار می‌دهد، در عین حال مردان بیش از زنان بعد از مرگ همسرانشان کاهش سلامت بدنی و افزایش ناتوانی را تجربه می‌کنند. شواهدی وجود دارد که تأثیر این فقدان، به این بستگی

دارد که دورهٔ زناشویی تا چه حد برای فرد برجسته بوده است. در صورتی که همسر از دست رفته برای مدتی بیمار بوده باشد، فقدان می‌تواند تنیدگی کمتری بر فرد وارد کند. همچنین گفته شده است که در واکنش به از دست دادن همسر، سالمندان نسبت به جوانان واکنش ملایم‌تری نشان می‌دهند، زیرا سالمندان آمادگی بهتری برای پذیرش مرگ شریک خود دارند.

برخی محققان بیان می‌کنند که مردان بهتر از زنان قادرند سازگاری پس از فقدان داشته باشند. این ممکن است به دلیل نقش‌های جنسیتی سنتی باشد که در آن مقام زن متأهل با حضور شوهرش تعیین می‌شود. همچنین مرد داغ‌دیده احتمالاً از لحاظ اقتصادی ایمن‌تر است و ممکن است فرصت‌های بیشتری برای یافتن یک شریک دیگر داشته باشد. در مقابل، پژوهش‌های دیگر این دیدگاه را رد کرده‌اند. احتمالاً به این دلیل که مردان بیش از زنان در مراقبت از خود بی‌کفایت عمل می‌کنند، و نیز به این علت که بیوگی عمدتاً یک تجربهٔ زنانه است (استوارت ـ همیلتن، ۲۰۰۶).

از سوی دیگر بسیاری از زنان پس از بیوگی احساس آزادی و خودمختاری بیشتری را تجربه می‌کنند و به همین دلیل ممکن است، مایل نباشند دوباره ازدواج کنند، در حالی که مردان ممکن است در این شرایط همان تجربهٔ زنان را نداشته باشند (ریچارد، سترستن و جَکلین[1]، ۲۰۱۱).

منابع

دادستان، پریرخ و محمود منصور (۱۳۷۶)، *روان‌شناسی ژنتیک ۲*، تهران: رشد.

دهخدا، علی‌اکبر (۱۳۷۷)، *لغت‌نامه*، تهران: دانشگاه تهران.

شعاری‌نژاد، علی‌اکبر (۱۳۷۵)، *فرهنگ علوم رفتاری*، تهران: امیرکبیر.

فرهنگی، علی‌اکبر (۱۳۹۳)، *ارتباطات انسانی: مبانی ـ جلد اول*، تهران: رسا.

لافتس، ج. و همکاران (۲۰۱۲)، *زمینهٔ روان‌شناسی اتکینسون و هیلگارد*، ترجمهٔ مهدی گنجی (۱۳۹۱)، تهران: ساوالان.

1. Richard, Settersten & Jacqueline

محسنیان راد، مهدی (۱۳۶۹)، *ارتباط‌شناسی*، تهران: سروش.

محسنیان راد، مهدی (۱۳۹۱)، *ارتباط‌شناسی*، تهران: سروش.

معین، محمد (۱۳۶۰)، *فرهنگ فارسی* (چاپ چهارم، ج دوم، حرف د ـ ق)، تهران: امیر کبیر.

Atchley, R.C. (1989), "A continuity theory of normal aging", *Gerontologist*, 29, 183-190.

Cavanaugh, John C. & F. Blanchard-Fields (2006), *Adult Development and Aging* (5th edition), U.S.A.: Thomson Learning Inc.

Cumming, E. & W.E. Henry (1961), *Growing Old*, New York: Basic Books.

Richard, A., Jr. Settersten & L.A. Jacqueline (2011), *Handbook of Sociology of Aging*, New York: Springer Science-Business Media.

Santrock, John W. (2013), *Life Span Development* (14th edition), New York: McGraw-Hill.

Schaie, K. Warner & Sh.L. Williss (2011), *Handbook of the Psychology of Aging* (7th edition), San Diego: Elsevier Inc.

Stuart-Hamilton, I. (2006), *The Psychology of Ageing. An Introduction* (4th edition), London: Jessica Kingsley Publishers.

Tucker-Seeley, R.D. et al. (2009), "Financial hardship and mortality among older adults using the 1996-2004 health and retirement study", *Annals of Epidemiology*, 19, 850-857.

Wang, M.K. & K. Shultz (2010), "Employee retirement: A review and recommendations for future investigation", *Journal of Management*, 36, 172-206.

Whitbourne, S.K. & S.B. Whitbourne (2011), *Adult Development and Aging, Biopsychosocial Perspectives* (4th edition), U.S.A.: John Wiley & Sons Inc.

فصل ششم

سالمندی، شخصیت و سبک زندگی

۶ـ۱ شخصیت و عوامل به وجود آورندهٔ شخصیت

از دیرباز انسان‌ها به دنبال شناسایی اجزاء و عناصر شخصیت و فهم دقیق‌تر از خود و پیرامون خود بوده‌اند. در قرآن کریم در سورهٔ إسراء آمده است: **قُلْ كُلٌّ يَعْمَلُ عَلى شاكِلَتِهِ**، یعنی «بگو: هر کس به طریقهٔ خویش عمل می‌کند». در جلد دوازده *تفسیر نمونه* آمده است: شاکله در اصل از مادهٔ «شکل» به معنای مهار کردن حیوان است و از آنجا که روحیات و سجایا و عادات هر انسانی او را مقید به رویه‌ای می‌کند، به آن شاکله می‌گویند. مرحوم طبرسی در *مجمع البیان* دو معنی برای آن ذکر کرده است، طبیعت و خلقت و نیز طریقه، مذهب و سنت (چراکه هر یک از این امور انسان را از نظر عمل به نحوی مقید می‌سازند) (مکارم شیرازی، ۱۳۸۰).

مفهوم شخصیت در روان‌شناسی به طور گسترده مورد بحث و بررسی قرار گرفته است. برخی صاحب‌نظران در دانش روان‌شناسی شخصیت را براساس آنچه از فرد در قالب الگوهای رفتار و شیوهٔ تفکر سر می‌زند، تعریف کرده‌اند. هرچند تعاریف متعددی از شخصیت ارائه شده، اما می‌توان بین مفهوم شخصیت و مفهوم شاکله که در قرآن کریم آمده است قرابت معنایی یافت و شاکله را معادل مفهوم شخصیت در روان‌شناسی دانست.

اگر شخصیت را مجموعهٔ ویژگی‌های جسمی، روانی و رفتاری افراد بدانیم، در وهلهٔ نخست نقش دو عامل وراثت و محیط را درمی‌یابیم. این که سهم هر یک از

عوامل وراثت و محیط چگونه و به چه میزانی است، بحث قدیم و مفصلی است که در اینجا قصد ورود به آن را نداریم. هرچند در پرتو یافته‌های علمی تأثیر وراثت را بر ویژگی‌های جسمی افراد به روشنی درک کرده‌ایم اما همچنان با پیشرفت علم نقش محیط و تجارب فرد بر ویژگی‌های مختلف حتی ویژگی‌های جسمی در طول زندگی آشکارتر شده است. به نظر می‌رسد به جز دو عامل وراثت و محیط که بر شخصیت فرد تأثیر دارند دو عامل دیگر نیز نقش بسزایی در شکل‌گیری شخصیت دارند این دو عامل عبارت‌اند از: ۱) اراده و ۲) لطف الهی.

ما محکوم به بروز رفتار براساس آنچه به ارث برده‌ایم و آنچه محیط بر ما تحمیل می‌کند نیستیم؛ ما می‌توانیم با ارادهٔ خود بر میراث ژنتیکی و اقتضائات محیطی غلبه کنیم. این نقش اراده است. علاوه بر آن انسان خردمند با تأمل در زندگی خود و دیگران به روشنی درمی‌یابد که بسیاری از عادات، رفتار و در کل شخصیت ما تحت تأثیر تجاربی است که بی‌آن که خود به روشنی خواسته باشیم، بر سر راه ما قرار گرفته است. برخی حوادث، برخی مواجه شدن‌ها و برخی تغییراتی که در شکستن تصمیم‌ها به وجود می‌آید،[1] انسان خردمند را متوجه لطف الهی می‌کند. این احساس که امور ما، در مواردی فراتر از وراثت و محیط و ارادهٔ خود ماست، و ما تدبیر می‌کنیم اما تقدیر از جای دیگر است، با افزایش سن، افزایش می‌یابد و به عبارتی بزرگسالان تقدیرگراتر از افراد جوان می‌شوند.

برای درک روشن‌تر از مفهوم شخصیت در دورهٔ سالمندی در ادامه دیدگاه‌های برجستهٔ روان‌شناسی بررسی، و در پی آن، ویژگی‌های شخصیتی سالمندان براساس برخی نظریه‌ها توضیح داده می‌شود.

۶ـ۱ـ۱ دیدگاه روان‌پویشی[2]

فروید به واسطهٔ کشف ذهن ناهشیار اعتبار کسب کرد. ممکن است این ادعا

---

۱. امام علی (ع) فرمودند: من خداوند را از شکستن تصمیم‌ها شناختم.

2. psychodynamic perspective

اغراق‌آمیز باشد، اما فروید در هدایت بخش‌های غیر قابل مشاهدهٔ شخصیت که بعداً شاخصهٔ نظریهٔ او شد، نقش مهمی را بازی می‌کند. اساساً نظریه‌های روان‌تحلیل‌گری بدان علت با عنوان روان‌پویشی معرفی شده‌اند که شخصیت را نتیجهٔ تضاد بین نیروهای روان‌شناختی هشیار و ناهشیار می‌دانند (چامورو ـ پرموزیک[1]، ۲۰۱۳). بسیاری از نظریه‌های تحولی معاصر در مورد شخصیت و تحول بزرگسال، با این که به صراحت نقش نیروهای ناهشیار در رفتار را مطرح نمی‌کنند، تحت تأثیر دیدگاه روان‌پویشی هستند. فروید معتقد بود که شخصیت در دوره‌های بعد از کودکی غیر قابل تغییر باقی می‌ماند. به عقیدهٔ فروید، رشد شخصیت به طور عمده در ۵ سال اول زندگی زمانی که کودک دلبستگی جنسی اولیه با والدین خود دارد، اتفاق می‌افتد. به عقیدهٔ او، به مرور که کودک بزرگ می‌شود، تغییرات ماهیتی کمی در او رخ می‌دهد. در نتیجه درمان برای افراد بالای ۵۰ سال که شخصیتشان، به گفتهٔ فروید، آن‌چنان محکم شده که حاضر به تغییر آن نیستند، چندان فایده‌ای ندارد. خوشبختانه پیروان فروید، این دیدگاه بدبینانه در مورد عدم تغییر شخصیت در بزرگسالی را قبول ندارند و اظهار می‌دارند که برخی جنبه‌های درمان فرویدی سنتی می‌تواند با دوره‌های بعدی زندگی سازگار شود و به کمک بزرگسالان بیاید.

مطالعات معاصر در حوزهٔ روان‌شناسی روان‌پویشی بزرگسال، تمرکز عمده‌ای روی تغییر مکانیسم‌های دفاعی دارد. به عقیدهٔ فروید، هدف نهایی رشد، عشق ورزیدن و کار است؛ به معنای دیگر، فرد قادر باشد بدون تجربهٔ تعارضات حل‌نشده، زندگی کند. فروید اشاره کرد که مکانیسم‌های دفاعی برای این که به فرد اجازه دهند تا با حداقل اضطراب به عمل بپردازد، ضروری هستند. طبق دیدگاه فروید، کاربرد سالم و پختهٔ مکانیسم‌های دفاعی در افرادی که قادر به حل تعارضات دوران کودکی خود نبوده‌اند، به سختی امکان‌پذیر است. آن‌ها باید بخش عظیمی از بزرگسالی خود را به تلاش‌های ناموفق در جهت رهایی از دلبستگی نامناسب با

1. Chamorro-Premuzic

والدین یا جانشین‌های آن‌ها سپری کنند. به طور مشابه آن‌هایی که قادر به کنترل انگیزش‌های پرخاشگرانهٔ خود نیستند، مدام درگیر حس گناه و اضطراب‌اند دربارهٔ آسیبی که به دیگران زده‌اند یا ممکن بود بزنند (ویتبُرن و ویتبُرن، ۲۰۱۱).

یکی از نظریه‌هایی که رویکرد روان‌پویشی دارد نظریه‌ای است که جرج وایلانت[1] مطرح کرده است. جرج وایلانت بر تحول دفاعی در بزرگسالی تأکید دارد.

الف) نظریهٔ وایلانت از کارکردهای دفاعی

همان‌طور که می‌دانیم مکانیسم‌های دفاعی در تقابل ذهن هشیار و ذهن ناهشیار فرد فعال می‌شوند. مکانیسم‌های دفاعی با کمک به ذهن هشیار برای مقابله با تمایلات ناهشیار، راهکاری‌اند که افراد برای محافظت در برابر تمایلات و انگیزه‌های غیر قابل قبول از نظر اخلاقی، غالباً به شکلی ناخودآگاه از آن استفاده می‌کنند.

وایلانت برخلاف فروید که معتقد بود شخصیت بعد از کودکی ثابت باقی می‌ماند، اظهار داشت مکانیسم‌های دفاعی ایگو به طور فزاینده‌ای در بزرگسالی سازگار می‌شوند و به افراد کمک می‌کنند تا با چالش‌های زندگی خود، در طیفی از تنیدگی‌های شغلی تا نارضایتی‌های زناشویی، مواجه شوند. وایلانت اظهار داشت که افراد با گذشت زمان به طور فزاینده‌ای دفاع‌های سازگار و پخته را به کار می‌گیرند و کمتر از دفاع‌های ناپخته و ناسازگار برای کاهش اضطراب استفاده می‌کنند (مکانیسم‌های دفاعی ناپخته شامل انکار و برون‌ریزی هستند).

شما می‌توانید این تفاوت‌ها را با در نظر گرفتن دو سناریو درک کنید. در برون‌ریزی (دفاع ناپخته)، هنگامی که شما عصبانی هستید، با پرتاب کردن چیزی، کوبیدن در، یا کوبیدن مشت به دیوار از خود واکنش نشان دهید. ممکن است این رفتارها به طور موقت از عصبانیت شما بکاهند، اما همچنین ممکن است شما یا موقعیت شما را دچار مخاطره کنند. تصور کنید هنگامی که در مقابل دوستانتان

1. George Vaillant

چنین رفتار غیر معقولی انجام می‌دهید، از نظر آن‌ها مضحک به نظر می‌رسید. به‌کارگیری مکانیسم‌های دفاعی پخته‌تری مانند شوخی کردن در برابر خشم، به شما کمک می‌کند تا احساس بهتری داشته باشید و از هزینه‌های عملی و اجتماعی رفتارهای تکانشی اجتناب کنید.

وایلانت براساس مطالعاتی که روی تحول بزرگسالان انجام داد پی برد که استفاده از مکانیسم‌های ناپخته مربوط به سنین پایین‌تر است. در جدول ۶ـ۱ طبقه‌بندی مکانیزم‌های دفاعی شناسایی‌شده به وسیلهٔ وایلانت ارائه شده است (ویتبُرن و ویتبُرن، ۲۰۱۱).

جدول ۶ـ۱ طبقه‌بندی کارکردهای دفاعی شناسایی‌شده به وسیلهٔ وایلانت

طبقه	مثال‌ها
روان‌پریش	فرافکنی توهمی: نسبت دادن عقاید عجیب و غریب و احساسات خود به دیگران
	انکار: طرد وجود یک احساس، عمل یا رویداد
	اغتشاش: اغراق معنادار و تغییر واقعیت احساسات و رویدادها
ناپخته	فرافکنی: نسبت دادن عقاید غیر قابل پذیرش و احساسات به دیگران
	خودبیمارانگاری: بیان تضاد روان‌شناختی به عنوان شکایات بدنی اغراق‌آمیز
	برون‌ریزی: جلب توجه از طریق رفتار مخرب که حاکی از تضادهای درونی است
روان‌نژند	جابه‌جایی: انتقال احساسات غیر قابل پذیرش از یک حقیقت به یک شیء مطمئن
	سرکوبی: فراموشی یک احساس یا رویداد رنج‌آور
	واکنش معکوس: اظهار متضادی از احساس حقیقی فرد
پخته	نوع‌دوستی: برگرداندن احساسات غیر قابل قبول، به رفتاری مفید برای دیگران
	والایش: بروز احساسات غیر قابل قبول در قالب فعالیت مولد
	شوخی: قادر به خندیدن به یک احساس یا موقعیت ناخشنود

ب) نظریهٔ دلبستگی بزرگسال

جان بالبی[1]، با رویکردی کردارشناختی نظریهٔ دلبستگی را مطرح ساخت. به اعتقاد بالبی اعتراض کودک در هنگام جدایی از مادر یا جدایی از مراقب نشانهٔ دلبستگی و

1. Johnn Bowlby

احساس ذاتی کودک نسبت به خطر است. مادرانی که با فرزندان خود رابطه دارند به آن‌ها کمک می‌کنند تا حس خودایمنی را در درون خود بیشتر رشد دهند. مراقبانی که نسبت به نیازهای کودکان پاسخگو نیستند یا به آن‌ها آسیب می‌رسانند، بذر مفهوم خود منفی و احساسات ناایمنی را در رشد آیندهٔ کودکان می‌کارند. پس از آن ماری اینزورث[1]، به عنوان یک روان‌شناس، شیوه‌های جدیدی را برای اندازه‌گیری دلبستگی طراحی، و در تحقیقات خود شواهدی تجربی را ارائه کرد (میلر[2]، ۲۰۱۱).

براساس چند مطالعه که در رابطه با دلبستگی بزرگسالان انجام شد، دلبستگی ناایمن در بزرگسالی کمتر دیده می‌شود. همان‌طور که در مورد مکانیسم‌های دفاعی صدق می‌کند، بزرگسالان (یا حداقل آن‌هایی که تا دورهٔ سالمندی عمر می‌کنند) بهتر قادرند موقعیت‌هایی را که با دیگران تعامل نزدیک دارند، مدیریت کنند. همچنین به نظر می‌رسد آن‌ها نسبت به جوان‌ترها انواع اضطراب برخاسته از دلبستگی را کمتر تجربه می‌کنند. علاوه بر این، افراد مسنی که دلبستگی ایمن با والدین خود را تجربه کرده‌اند، نسبت به آن‌ها که تجربه نکرده‌اند، زندگی شادتری را گزارش می‌کنند. اگرچه سبک دلبستگی ممکن است بخشی پایدار از شخصیت به نظر رسد، شواهدی وجود دارد که می‌توان سبک دلبستگی را حتی در دوره‌ای کوتاه تغییر داد (ویتبُرن و ویتبُرن، ۲۰۱۱).

ج) ارزیابی دیدگاه‌های روان‌پویشی

در دیدگاه روان‌پویشی چند پیش‌فرض اساسی مبنای تبیین رفتار و ترسیم ویژگی‌های شخصیتی است. ازجمله آن که در این دیدگاه اضطراب پایداری که در طول زندگی با شخص همراه است، او را به استفاده از مکانیزم‌های دفاعی وادار می‌کند. لذا در این دیدگاه همهٔ شخصیت‌ها مبتلا و آسیب‌دیده‌اند و اگر تفاوتی

1. Mary Ainsworth
2. Miller

وجود دارد نه در اصل ابتلا و کیفیت آن، بلکه تفاوت در کمیت ابتلاست. به عبارت دیگر شخصیت سالم وجود ندارد، بلکه هر کس نسبتی از بیماری و ابتلا را تجربه می‌کند و در هیچ مقطع زمانی از کودکی تا بزرگسالی از این زمینه‌ها و عناصر آسیب زا آزاد نیست. چنان که ملاحظه می‌شود این دیدگاه با نگاهی منفی که به ساختار شخصیت دارد چشم‌اندازی برای سلامت کامل قائل نیست و از آنجا که پایه‌های شخصیت سالمند را در تجربیات سنین قبل، و به طور خاص در ۵ سال اول تولد می‌داند، دورهٔ سالمندی را دورهٔ پویایی عناصر درونی شخصیت می‌داند. در پی آن، تأثیر ارتباط سالمند را با جهان خارج، و تأثیر تجارب دوره‌های بزرگسالی و سالمندی را بر شخصیت سالمند ناچیز می‌شمارد.

در ارزیابی این دیدگاه با توجه به آنچه بیان شد می‌توان گفت ترسیم شخصیت علیل و مریض از انسان نگاه بدبینانه‌ای است که نه‌تنها با واقعیت موجود ناهماهنگ است، بلکه از سوی نظریه‌پردازان مختلف مانند آلپورت، مازلو، سلیگمن و بسیاری دیگر مورد انتقاد قرار گرفته است. البته برجسته کردن تجربیات دوره‌های سنین پایین که در دیدگاه‌های روان‌پویشی به طور افراطی مطرح شد، از یک جنبه به بشریت خدمت کرد و جوامع را بیش از پیش متوجه اهمیت تجارب سنین پایین‌تر کرد. اما در مقابل این جنبهٔ مثبت از دیدگاه‌های روان‌پویشی، نادیده انگاشتن نقش تجارب در سنین بالاتر نیز از سوی دیدگاه‌های مختلف مورد انتقاد قرار گرفته است. تأثیرپذیری بزرگسالان از نقش‌های اجتماعی مختلفی که بر عهده می‌گیرند، انکارناپذیر است. بدون شک نقش‌های همسری، پدری یا مادری، دوستی، نقش‌های متأثر از نوع شغل و مسئولیت افراد، تأثیر برجسته و معناداری بر شخصیت بزرگسال و سالمند خواهند داشت، لذا نمی‌توان شخصیت سالمند را صرفاً در قالب تجربیات سن پایین‌تر ترسیم کرد.

یکی دیگر از پیش‌فرض‌ها در نظریهٔ روان‌پویشی، پویایی شخصیت است که متأثر از عوامل خودآگاه و ناخودآگاه یا هشیار و ناهشیار است. تقریباً اکثر نظریه‌پردازان بر پویایی شخصیت اتفاق نظر دارند و آلپورت، به عنوان یک

روان‌شناس، ۴۹ تعریف از شخصیت را که با رویکردهای مختلف حقوقی، فلسفی، جامعه‌شناختی و روان‌شناختی ارائه شده بود، بررسی و در نهایت تعریف جدیدی از شخصیت ارائه کرد. براساس نظر آلپورت شخصیت سازمان پویای روانی و جسمانی آدمی است که موجب سازگاری بی‌همتای او با محیط می‌شود. آلپورت در تجدید نظری که چند سال بعد انجام داد گفت: شخصیت سازمان پویای روانی و جسمانی آدمی است که ویژگی‌های رفتاری و فکری او را تعیین می‌کند (فیست[1] و فیست، ۲۰۰۸)؛ یعنی پویایی شخصیت یکی از مؤلفه‌های اصلی مورد توجه اکثر نظریه‌پردازان و ازجمله آلپورت است با وجود این کیفیت پویایی مدنظر در دیدگاه‌های روان‌پویشی با دیدگاه‌های دیگر متفاوت است. در دیدگاه‌های روان‌پویشی، مهم‌ترین عناصر پویشی شامل عناصر هشیار و ناهشیار است و کماکان تأکید بر اصالت یافتن این عناصر برخاسته از تجربیات سنین اولیه است. در حالی که پویایی شخصیت در دیدگاه‌های دیگر همچون دیدگاه آلپورت مستقل از عناصر ناهشیار و مبتنی بر تجارب فرد در فراخنای زندگی است. بنابراین سالمند نیز شخصیت پویایی دارد که این پویایی نه‌تنها منتج از عوامل درونی است که متغیرهای بیرونی نیز بر این پویایی اثرگذارند.

۶ـ۱ـ۲ نظریه‌های صفت

دومین رویکرد عمدهٔ نظری نسبت به شخصیت و سالمندی، توصیفی براساس صفات ارائه می‌کند. این دسته از نظریه‌ها بر این فرض مبتنی هستند که شخصیت فرد چکیده‌ای از صفات یا شیوه‌های مشخصی از رفتار کردن، احساس کردن، واکنش نشان دادن، و نظایر آن‌هاست (کریمی، ۱۳۹۰). صفاتی که ثابت‌اند، و گرایش‌هایی که در طول زندگی پایدار باقی می‌مانند. نظریهٔ صفت همچنین به طور فزاینده‌ای همچون نظریهٔ ژنتیک در مورد شخصیت، چنین اظهار می‌دارد که ماهیت دیرپای صفات شخصیت در طول زمان، این حقیقت را منعکس می‌سازد که آن‌ها تا حدی ارثی هستند.

1. Feist

الف) الگوی پنج عاملی

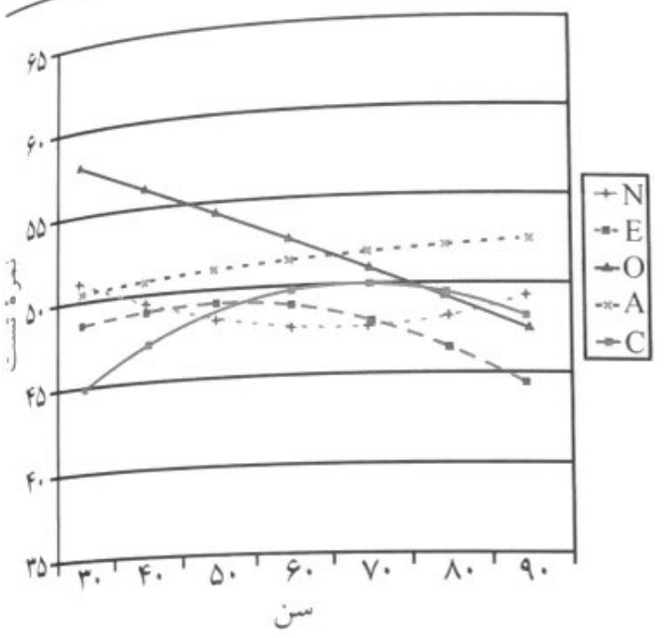
نظریهٔ صفت غالب در حوزهٔ تحول بزرگسالی و سالمندی بر پایهٔ پیشنهاد کاستا و مک‌کری است که این الگو مبیّن پنج بُعد عمدهٔ شخصیت است. الگوی پنج عاملی (یا پنج بزرگ)، نظریه‌ای است که قصد دارد همهٔ ویژگی‌های اصلی شخصیت را در پنج بُعد جای دهد. هر بعد دارای شش بند است که در نهایت ۳۰ مؤلفهٔ شخصیتی را دربر می‌گیرد.

الگوی پنج عاملی شامل صفات شخصیتی روان‌رنجورخویی[1]، برون‌گرایی[2]، گشودگی نسبت به تجربه[3]، توافق[4] و وظیفه‌شناسی[5] است (که گاهی با ترکیب حروف آغازین، به اختصار OCEAN خوانده می‌شوند). بر طبق نظریهٔ صفت، شکل زندگی افراد به شدت تحت تأثیر ماهیت شخصیت آن‌هاست. افراد زیادی عیب‌جو به احتمال بیشتر خیانت را تجربه می‌کنند، چراکه خود آن‌ها از ابتدا قابل اعتماد نیستند. افراد مخاطره‌جو بسیار بیشتر خود را در موقعیت‌هایی که احتمال آسیب دیدن وجود دارد، قرار می‌دهند، زیرا بیشتر آماده درگیر شدن در رفتارهای پرخطر هستند. به بیان دیگر، افراد، موقعیت‌ها را به عنوان کنش شخصیتشان انتخاب می‌کنند. براساس این نظریه تغییر شخصیت‌ها به ندرت منتج از رویدادهای زندگی و تجارب فرد است.

ب) تحقیقاتی در حوزهٔ سالمندی و الگوی پنج عاملی

مطالعات بر پایهٔ مقیاس‌های الگوی پنج عاملی و سالمندی، درجهٔ بالایی از ثبات در نمرات افراد در طول زمان با درجهٔ همبستگی ۰/۷ تا ۰/۷۵ را نشان می‌دهد. اگر شما به عنوان یک فرد جوان دارای نمرات بالایی در درجهٔ روان‌رنجورخویی هستید، احتمالاً در سال‌های بعدی زندگی هم، سطوح بالایی از اضطراب، کسالت و نگرانی را تجربه خواهید کرد (شکل ۶ـ۱ را مشاهده نمایید).

1. neuroticism
2. extraversion
3. openness to experience
4. agreeableness
5. conscientiousness



Source: Costa, P.T.J.(2010), Personal communication.

شکل ۶ـ۱ روند مطالعهٔ طولی سن: پنج عامل (ویتبُرن و ویتبُرن، ۲۰۱۱)

با این حال در دهه‌های اخیر، محققان الگوی پنج عاملی، در مورد ثبات شخصیت تجدیدنظر کردند. براساس مطالعات جدید انجام‌شده بر روی بندهای هر یک از مؤلفه‌ها، نشان داده شد که بند خودنظم‌بخشی از مؤلفهٔ وظیفه‌شناسی در طول زمان در اواخر زندگی کاهش می‌یابد. این بدان معناست که بزرگسالان مسن‌تر کمتر تمایل دارند درگیر فعالیت‌هایی شوند که آن‌ها را شخصاً برنمی‌انگیزد یا برای آنان جذاب نیست. برعکس، بند مشورت افزایش می‌یابد؛ به این معنا که افراد به مرور که پیرتر می‌شوند کمتر تکانشی عمل می‌کنند.

ج) ارزیابی نظریه‌های صفت

احتمالاً یک گروه از قدیم‌ترین نظریه‌های شخصیت، نظریه‌های مبتنی بر صفت هستند. سادگی، جاذبه و قدرت اغناکنندگی این نظریه‌ها، زمینهٔ پذیرش و گسترش آن‌ها را فراهم کرده است. استفاده از نظریه‌های صفت برای توصیف و تبیین شخصیت سالمند نیازمند مطالعهٔ صفات سالمندان خارج از دسته‌بندی‌های متداول آزمون‌های شخصیت است. وقتی شخصیت سالمند با آزمون‌هایی نظیر آزمون شخصیت کتل یا آزمون پنج عاملی سنجیده می‌شود، طبیعی است نمرات سالمندان

در برخی از مؤلفه‌ها نسبت به گروه‌های سنی جوان‌تر متفاوت باشد. برای مثال با اجرای آزمون پنج عاملی متوجه می‌شویم که در سالمندان، گشودگی نسبت به تجربه کمتر شده است (کاستا[1] و همکاران، ۲۰۰۶). هرچند این یافته برای مقایسهٔ سالمندان با گروه‌های سنی جوان‌تر مناسب است اما این که آیا تحلیل عاملی اکتشافی از صفات سالمندان نیز ما را به پنج عامل می‌رساند یا عوامل بیشتر مؤثرند؟ و یا نوع عوامل متفاوت‌اند؟ نیازمند تحقیقات متفاوتی است. برای مثال آردلت[2] (۲۰۰۰)، نشان داد که پس از ۵۰ سالگی همسانی در صفات شخصیت کاهش می‌یابد و این به معنای ترجیح عوامل محیطی و تجربه‌های زندگی بر عوامل ژنتیک و تأثیرپذیری صفات سالمند از عوامل محیطی است.

۶ـ۱ـ۳ رویکردهای شناختی ـ اجتماعی و ارزیابی آن

به طور سنتی انگیزش و هیجان از دیرباز توجه روان‌شناسان را به خود جلب کرده، و این موضوع با حوزهٔ شناخت اجتماعی و سالمندی نیز مرتبط بوده است. برخی علاقه‌های رشدیافته در هیجانات، ریشه در تمایل کمک به مردم دارد به نحوی که احساس بهتری از خود و تجربیاتشان داشته باشند و برخی نیز مبتنی بر موضوعاتی است که همواره در دامنهٔ روان‌شناسی قرار داشته است. براساس یک دیدگاه در مورد تحول بزرگسالی و سالمندی، انگیزش و هیجانات کاملاً به هم مرتبط‌اند. نظریهٔ انتخاب هیجانی اجتماعی[3] اظهار می‌دارد که افراد در طول بزرگسالی، ماهیت و میزان ارتباطات خود را طبق حداکثر فایده و حداقل خطر بنا می‌نهند (چارلز و کارستنسن[4]، ۲۰۱۰). طبق این نظریه افراد در روابط خود با دیگران همان‌طور که به سال‌های بعدی زندگی‌شان نگاه می‌کنند، به دنبال مزایای متفاوت‌اند.

اساساً این نظریه بر آن است که در ارتباطات بین فردی دو نوع کنش اتفاق

1. Costa
2. Ardelt
3. socioemotional selectivity theory
4. Charles & Carstensen

می‌افتد. یکی کنش اطلاعاتی است؛ ارتباطاتی که در خدمت این کنش است برای شما دانش مهمی را فراهم می‌کند که به شکل دیگری حاصل نمی‌شود. نقش دوم ارتباطات با دیگران هیجانی است؛ ارتباطاتی که در خدمت این کنش هستند حس بهزیستی شما را درگیر می‌سازند. این که شما در یک روز مشخص احساس خوب یا بدی دارید، اغلب بستگی دارد به این که افراد نزدیک شما چقدر با شما خوشحال و صمیمی یا چقدر از شما ناراضی باشند.

نظریهٔ انتخاب هیجانی اجتماعی، اظهار می‌دارد هرچه سن افزایش می‌یابد، افراد روی کنش هیجانی ارتباطاتشان متمرکزتر می‌شوند و کمتر به کنش اطلاعاتی توجه نشان می‌دهند. بر طبق این نظریه، این اتفاق وقتی می‌افتد که افراد به طور فزاینده‌ای نسبت به پایان‌پذیری اجتناب‌ناپذیر زندگی خود حساس می‌شوند و می‌فهمند که وقت آن‌ها رو به اتمام است.

به پایان رسیدن به هر شکلی، هیجاناتی قوی را ایجاد می‌کند و باعث می‌شود شما بخواهید زمان خود را با افرادی بگذرانید که به شما نزدیک بوده‌اند. وقتی رویدادهای مهم زندگی رو به پایان هستند مانند زمانی که از دانشگاه فارغ‌التحصیل می‌شوید یا دوست شما برای مسافرت خداحافظی می‌کند، فکر به زمان اهمیت پیدا می‌کند. با دانستن این که زمان دیگری برای بودن با دوست خود ندارید، می‌خواهید قبل از تمام شدن این زمان محدود، تا حد ممکن با او باشید. تمایل به پاداش‌های هیجانی حداکثر، بزرگسالان را به شدت به این سمت سوق می‌دهد که ترجیح می‌دهند به جای ایجاد روابط جدید، با آشنایان و دوستان پیشین خود باشند. دوستان قدیمی یا خانواده افرادی هستند که در جهت داشتن کنش هیجانی مثبت برای خود - تأییدی[1] و نظم‌بخشی عاطفی به فرد خدمت می‌کنند. پیرترها کمتر علاقه دارند افراد جدید را ببینند یا مرزهای ارتباط اجتماعی خود را گسترش دهند، زیرا ترجیح می‌دهند در ارتباطاتشان کنش اطلاعاتی را به حداقل و کنش هیجانی را به حداکثر برسانند.

1. self-validation

وقتی شما تصمیم می‌گیرید که رابطه‌های منفی خود را کنار بگذارید و رابطه‌های مثبت خود را حفظ کنید، به عنوان بخشی از فرایند وجین کردن روابط اجتماعی عمل می‌کنید. باید توجه داشت که این نظریه بر آن نیست که افراد مسن کمتر قادر به درک یا بیان هیجانات خود هستند یا قادر به ایجاد رابطهٔ صمیمی جدیدی نیستند، بلکه موضوع ترجیح ایشان است. شدت هیجانی که افراد تجربه می‌کنند، در طول دوران بزرگسالی تغییر نمی‌کند. مسن‌ترها هم می‌توانند به هنگام مواجهه با محرک‌های خاص، هیجانات شدیدی نشان دهند. مسن‌ترها هم مانند جوان‌ترها به همان شدتی که جوان‌ترها در برخورد با داغ‌دیدگی یا بیماری مزمن سطوح متناسب از غمگینی را بروز می‌دهند، واکنش نشان می‌دهند. اما یک مزیت برای سالمندان این است که به نظر می‌رسد آن‌ها نسبت به محرک‌های برانگیزاننده کندتر پاسخ می‌دهند. سالمندان وقتی آزرده می‌شوند قبل از آن که خشمگین شوند، ممکن است با تأمل، کنترل هیجانی خود را حفظ کنند. چنین رفتاری می‌تواند به این دلیل باشد که سالمندان پس از مواجهه با محرک‌های منفی سریع‌تر و بهتر می‌توانند هیجانات خود را تنظیم کنند.

کمتر آشفته شدن به دلیل برخورد با محرک‌های هیجانی می‌تواند به مسن‌ترها کمک کند تا تمرکز شناختی‌شان را حفظ کنند. اگر قادر باشید منطقی‌تر فکر کنید و آرامش خود را حفظ کنید احتمالاً کمتر فراموشکار، شکست خورده یا دچار اشتباه می‌شوید. شاید سالمندان طی سال‌ها زندگی آموخته‌اند که در مواجهه با اتفاقات ناگوار، کمی به عقب بازگردند تا مسئله را به خوبی بررسی نمایند و به شدت برانگیخته نشوند (ویتبُرن و ویتبُرن، ۲۰۱۱).

رویکردهای شناختی اجتماعی به لحاظ محتوا در تناسب با ویژگی‌های سالمندان شکل گرفته‌اند. نظریهٔ انتخاب هیجانی اجتماعی تلاش دارد چرایی و چگونگی ارتباط با دیگران را در دورهٔ سالمندی تشریح کند. محدود شدن ارتباط سالمند با افراد آشنای قبلی نتیجهٔ عدم گسترش فعالیت‌های جدید در دورهٔ سالمندی است؛ بدین معنا که اگر سالمند در شرایطی قرار بگیرد که، برای مثال، به لحاظ

کاری مجبور به تعامل کاری با دیگران باشد، علی‌القاعده ارتباط خود را گسترش می‌دهد. بنابراین محدود شدن ارتباط سالمند با افراد آشنا، اقتضای سن سالمند نیست، بلکه اقتضای موقعیت اجتماعی سالمند است.

از سوی دیگر به نظر می‌رسد کنترل هیجانات در سالمندان با رشد شناختی آن‌ها ارتباط دارد. در واقع همچنان که کنترل هیجانات امکان تمرکز مناسب‌تر سالمندان را بر تکالیف شناختی بیشتر می‌کند، پختگی، خردمندی و تجارب متراکم سالمند، به لحاظ شناختی، بر کیفیت کنترل هیجانات مؤثر خواهد بود. حتی در دوره‌های سنی پایین‌تر نیز افرادی که جنبه‌های شناختی و تعقلی خود را بارور کرده باشند در کنترل هیجانات موفق‌تر عمل می‌کنند.

۶ـ۱ـ۴ دیدگاه شناختی

براساس دیدگاه شناختی افراد در آنچه می‌بینند و آنچه درک می‌کنند متفاوت‌اند؛ همچنین در تعبیر و تفسیر از رویدادهای مختلف تفاوت دارند؛ بر این اساس افراد اهداف آگاهانهٔ متفاوتی را برای خود در نظر دارند و معیارهای آن‌ها در ارزیابی خود و دیگران نیز متفاوت است (لارسن و بوس[1]، ۲۰۰۸). دیدگاه شناختی عقیده دارد افراد از طریق پیش‌بینی و کنترل تجارب خود برانگیخته می‌شوند.

نظریه‌های خاص در مورد سالمندی و شخصیت براساس دیدگاه‌های شناختی به شیوه‌هایی که افراد تجارب خود را تفسیر می‌کنند و خود را در طی زمان درک می‌کنند اهمیت می‌دهند. اصل مهم دیدگاه شناختی این ایده است که افراد همیشه نسبت به خود نگاه واقع‌بینانه ندارند. این قضیه تا حدی به این علت است که افراد سعی دارند حس خود را پایدار نگه دارند. به بیان دیگر اکثر افراد ترجیح می‌دهند خود را ثابت و قابل پیش‌بینی ببینند (حتی اگر نباشند). تمایل اساسی دیگر در مورد افراد این است که به توانایی‌ها و کیفیت‌های شخصی خود به شکلی مثبت و روشن بنگرند.

1. Larsen & Buss

الف) نظریهٔ خودهای ممکن

الگوی خودهای ممکن اظهار می‌دارد که دیدگاه افراد در مورد خود یا طرح‌وارهٔ خود، انتخاب و پیگیری تلاش‌های آینده را هدایت می‌کند. خود ممکن به لحاظ تحت‌اللفظی به این معناست: الآن چه هستید و در آینده چه می‌توانید باشید؟ این افکار در مورد خود می‌تواند شما را برای عمل به شیوه‌ای خاص برانگیزد تا این که شما به خود ممکنی که آرزوی آن را دارید و یا شخصی که می‌خواهید شبیه او باشید، برسید. مفاهیم خود، در مورد شخص شما، در آینده همچنان که تحول پیدا می‌کنید تغییر می‌یابند. افراد می‌توانند حتی در سال‌های آخر عمر امید به تغییر داشته باشند.

طبق نظریهٔ خودهای ممکن[1] افراد برانگیخته می‌شوند تا برای خود ممکنی که دوست دارند، تلاش کنند و از خود ممکنِ ترسیده و وحشت‌زده اجتناب کنند. آن‌ها تا حدی در این فرایند موفق‌اند. هنگامی که افراد قادر به تشخیص خود ممکن مطلوب خود نیستند یا نمی‌توانند از خود ممکن وحشتناک اجتناب کنند، در مورد خود منفی فکر می‌کنند و زندگی خود را منفی ارزیابی می‌کنند. برای مثال زمانی که شما نمرهٔ بالا می‌گیرید، خود را به عنوان دانشجوی خوب طبقه‌بندی می‌کنید و از خود وحشتناک که همان اخراج از دانشکده است، اجتناب می‌کنید (ویتبُرن و ویتبُرن، ۲۰۱۱). به نظر می‌رسد در دورهٔ سالمندی امکان گسترش خود منفی بیشتر باشد، زیرا هرچند ممکن است سالمند قادر به تشخیص خود مطلوب باشد اما افت توانایی‌ها او را به سمت خود وحشتناک سوق می‌دهد و احساس می‌کند امکان اجتناب از خود وحشتناک وجود ندارد.

ب) ارزیابی دیدگاه شناختی

یکی از مهم‌ترین دیدگاه‌های شناختی در حوزهٔ شخصیت نظریهٔ مربوط به جرج کلی[2] است. او سال‌ها به حرفهٔ روان‌شناسی بالینی پرداخت و بر پایهٔ مشاهداتش بر

1. possible selves theory
2. George Kelly

افرادی که تحت روان‌درمانی قرار می‌گرفتند نظریه‌ای شخصیتی را شکل داد و آن را روان‌شناسی سازه‌های شخصی[1] نامید. براساس این نظریه، برداشت و تعبیر و تفسیر ما از جهان براساس الگوهای شناختی است که برای خود ساخته‌ایم.

در دورهٔ سالمندی تجارب متراکم سالمند الگوهای پایداری را برای تعبیر و تفسیر آن‌ها از جهان فیزیکی و اجتماعی ایجاد کرده است. براساس نظریه‌های شناختی، شناخت سالمند از طریق شناخت این الگوها میسر است. به نظر می‌رسد این الگوها در دورهٔ سالمندی کمتر از دوره‌های سنی دیگر انعطاف داشته باشند و به همین سبب ممکن است سالمندان کمتر از افراد دیگر بتوانند خود را به طور واقع‌بینانه بنگرند. از همین زاویه وقتی به نظریهٔ «خودممکن» بپردازیم باز هم احتمال دارد سالمندان در تعیین خود ممکن و یا حتی خود وحشتناک، تجربیات شخصی و دریافت‌های درونی خود را بر انتظارات بیرونی ترجیح دهند. بنابراین استفاده از نظریات شناختی در دورهٔ سالمندی محدودیت‌های خاص به خود را دارد و همان‌طور که گفته شد امکان گسترش خود منفی در دورهٔ سالمندی بیشتر است.

۶ـ۲ گونه‌شناسی شخصیت و سالمندی

قبلاً به پنج گونه (یا تیپ) شخصیتی اصلی در سالمندان براساس مطالعات ریچارد و همکاران (۱۹۶۲؛ به نقل از: استوارت ـ همیلتن، ۲۰۰۶)، اشاره شد. این پنج گونه عبارت بودند از: ۱) سازندگی؛ ۲) وابسته یا «گهواره‌ای»؛ ۳) دفاعی یا «زره‌پوش»؛ ۴) متخاصم؛ ۵) از خود بیزار. آن‌گونه که پیش‌تر بیان شد، به جز گونهٔ اول، افرادی که دارای گونه‌های دیگرند، با دیگران یا با خود روابط ناسالمی دارند. البته گونهٔ وابسته یا «گهواره‌ای» نیز تا حدی از خود رضایت دارند، اما وابستگی آن‌ها به دیگران می‌تواند زمینه را برای آسیب‌پذیری آن‌ها مهیا سازد. در مجموع همان‌طور که ریچارد و همکاران بیان کرده‌اند، افراد دارای سه گونهٔ شخصیتی اول، می‌توانند با

1. psychology of personal constructs

سال‌های پایانی زندگی سازگار شوند، اما دو گونهٔ شخصیتی آخر، موفقیت کمتری در این امر دارند.

مطالعات دیگری نیز از گونه‌های شخصیتی ارائه شده است. احتمالاً یکی از شناخته‌شده‌ترین مقیاس‌ها در مورد شخصیت، مقیاس برون‌گرایی ـ درون‌گرایی، روان‌رنجورخویی و روان‌پریشی آیزنک است. آیزنک بیان می‌کند که شخصیت افراد اصولاً با میزانی که آن‌ها در این سه ویژگی از خود نشان می‌دهند، تعیین می‌شود. صفت برون‌گرایی ـ درون‌گرایی (E)، سنجش تمایل فرد به درون و برون را در دستور کار دارد. بر همین اساس صفت برون‌گرایی میزانی را که فرد متمایل به بیرون و جرئت‌ورز است می‌سنجد. فردی که به سمت این ویژگی‌ها گرایش دارد برون‌گرا خوانده می‌شود و هرچه میزان این ویژگی‌ها در او بیشتر باشد، برون‌گراتر تلقی می‌گردد. در مقابل، کسی که خجالتی و کناره‌گیر است، درون‌گرا و به همان صورت هرچه خجالتی‌تر و کناره‌گیرتر باشد، درون‌گراتر است. آیزنک معتقد است که مقیاس برون‌گرایی ـ درون‌گرایی یک پیوستار است: مردم هیچ‌گاه به صورت خالص برون‌گرا یا درون‌گرا نیستند، بلکه ویژگی‌های هر دو را دارند؛ هرچند به طور کلی به سمت یک نوع گرایش دارند.

صفت روان‌پریشی (P)، میزان سرد بودن هیجانی و ضد اجتماعی بودن فرد را می‌سنجد، و صفت روان‌رنجوری (N) میزان مضطرب بودن و عدم ثبات هیجانی فرد را ارزیابی می‌کند. نمرات بالا در مقیاس‌های P، N لزوماً بدین معنا نیست که فرد آشفتگی هیجانی دارد، بلکه نشان می‌دهد فرد تحت شرایط دارای تنیدگی، احتمالاً خصوصیات سایکوتیک یا نوروتیک نشان می‌دهد. آیزنک، صفات E، P، N را با استفاده از پرسش‌نامهٔ شخصیتی آیزنک (EPQ) ارزیابی کرد.

براساس نظریات آیزنک، افراد با پیر شدن در ویژگی‌های E، P و N تغییر می‌کنند، و جنسیت نیز تأثیر مهمی بر آن دارد. P با افزایش سن کاهش می‌یابد، اما میزان این کاهش در مردان بسیار بیشتر از زنان است. در سن ۱۶ سالگی، نمرات P مردان اغلب دو برابر نمرات زنان است، اما در ۷۰ سالگی این تفاوت عملاً وجود

ندارد. تغییرات E کمی عجیب‌تر است. هم زنان و هم مردان با سالمندی درون‌گراتر می‌شوند. مردان در اواخر نوجوانی برون‌گراتر از زنان هستند، اما پس از آن برون‌گرایی آنان به میزان بیشتری کاهش می‌یابد، در نتیجه در ۶۰ سالگی مردان درون‌گراتر از زنان می‌شوند (نقطهٔ تقاطع، یعنی جایی که دو جنس به میزان برابری درون‌گرا هستند، در دههٔ چهل زندگی اتفاق می‌افتد). تغییرات در N عادی‌تر است. کاهش روان‌رنجوری در هر دو جنس اتفاق می‌افتد، اما در همهٔ سنین، نمرات زنان بالاتر از مردان باقی می‌ماند (آیزنک، ۱۹۸۷). آیزنک (۱۹۸۷) بیان می‌کند که براساس این یافته‌ها سالمندان آمادگی کمتری برای نوسان‌های شدید خلقی دارند و از همین‌رو آرام‌ترند. باید توجه داشت که اعتقاد آیزنک بر آن نیست که سالمندان لزوماً شادتر نیز هستند. هرچه باشد، افراد با نوسان‌های نسبتاً کمِ خلقی در هر جهت، باید نسبت به جهان کم‌علاقه‌تر شده باشند. در حالت ایدئال، این بی‌علاقگی ممکن است آرامش و وقار تعبیر شود، اما به همین اندازه، ممکن است خونسردی ناخوشایند یا سستی و کاهلی باشد.

آیزنک بیان می‌کند که تغییرات شخصیتی در گسترهٔ عمر نتیجهٔ تغییرات روان‌شناختی است که سطح برانگیختگی سیستم عصبی را تغییر می‌دهد. این بحث را بسیاری از روان‌شناسان مورد نقد قرار داده و علت اصلی تغییر در E، P و N را حالات محتمل تغییر در سبک زندگی دانسته‌اند. برای مثال، سالمندان ممکن است نه به دلیل تغییر در سطح برانگیختگی عصبی، بلکه به دلیل کاهش ارضای برخی نیازهایشان از سوی جامعه، درون‌گراتر شوند. این موجب می‌شود سالمندان گوشه‌گیر شوند و در عوض احتیاط و افزایش درون‌گرایی در آن‌ها مشاهده شود. از آنجا که مردان بیش از زنان خود را با نقش اجتماعی خود تعریف می‌کنند، با افزایش سن، افت بسیار بیشتری را در جرئت‌ورزی نشان می‌دهند که در کاهش نمرات E آن‌ها بازتاب می‌یابد.

کاستا و مک‌کری مدل پنج عاملی شخصیت را ارائه کردند. همان‌طور که گفته شد، این پنج عامل عبارت‌اند از: وظیفه‌شناسی (فرد تا چه حد قابل اعتماد

است)؛ توافق‌پذیری (تا چه حد با خواسته‌های دیگران سازگار است)؛ گشودگی نسبت به تجربه (تا چه حد به مواجهه با ناشناخته‌ها تمایل دارد)؛ برون‌گرایی؛ و روان‌رنجورخویی. برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که نمرات پنج عامل شخصیتی، در طول زندگی به شکل قابل توجهی ثابت باقی می‌مانند. با این حال، همهٔ پژوهش‌ها به ثبات نسبی شخصیت در طول گسترهٔ عمر منتج نشده‌اند. فیلد و میلسپ (۱۹۹۱) در مطالعهٔ طولی سالمندان دریافتند که برون‌گرایی به آرامی با افزایش سن کاهش می‌یابد. همچنین مرکوزک و اسپیرو (۲۰۰۳) از یک مطالعهٔ طولی بر روی گروهی ۱۶۰۰ نفره از مردان (که در آغاز ۴۳ تا ۹۱ ساله بودند) در طول ۱۲ سال دریافتند که تغییرپذیری قابل توجهی در نمرات E و N افراد وجود داشته است. آن‌ها همچنین نشان دادند که وقایع مهم زندگی (مثل مرگ همسر) با این تغییرات ارتباط دارند. علاوه بر این، شواهدی وجود دارد مبنی بر این که صفات شخصیتی در متولدین قرن بیستم، به سمت منعطف‌تر و سازگارتر شدن پیش می‌روند.

این نکته بیان شده است که یک گونهٔ شخصیتی لزوماً از لحاظ اخلاقی، ارزشمندتر از ویژگی دیگر نیست و این مسلماً درست است. با این حال روشن است که برخی از گونه‌های شخصیتی در برخی شرایط مفیدترند. برای مثال، جرام و کولمن (۱۹۹۹) رفتارهای سالم سالمندان را با استفاده از الگوی پنج عاملی شخصیت تحلیل کردند. آن‌ها دریافتند که افراد با سطوح بالای گشودگی، توافق‌پذیری، برون‌گرایی و وظیفه‌شناسی، و میزان کمتر روان‌رنجورخویی، مشکلات سلامتی کمتر، و به طور کلی سبک‌های زندگی سالم‌تری دارند. مطالعات دیگر نیز این یافته را تأیید کرده‌اند. ویلسون و همکاران (۲۰۰۴) نیز مطالعه‌ای طولی روی رابطه بین پنج بزرگ، و مرگ‌ومیر در طول ۵ سال انجام دادند (زمان دقیق بین شرکت‌کنندگان متفاوت است). پژوهشگران نتیجه گرفتند که یک همبستگی قوی بین روان‌رنجورخویی، و مرگ‌ومیر وجود دارد، به صورتی که ۱۰ درصد بالای نمرات روان‌رنجورخویی، دو برابر ۱۰ درصد پایین نمرات N، ریسک مرگ دارند. نمرات

بالای وظیفه‌شناسی، با ریسک پایین مرگ ارتباط داشت. همچنین لاور و جانسون (۱۹۹۷) نشان دادند که سطوح بالای روان‌رنجورخویی در مقابله با دردهای مزمن اواخر زندگی زیان‌آور است. همچنین سطوح بالای برون‌گرایی در بهبود پس از سکته، و به طور کلی‌تر در حفظ روحیهٔ بالا و احساس بهزیستی (فرانسیس و بولگر، ۱۹۹۷) مفید نشان داده شده است.

مطالعات دیگری که در مورد گونه‌های شخصیتی A و B صورت گرفته نشان می‌دهد، برخی گونه‌ها با اوایل بزرگسالی، سازگارتر از اواخر بزرگسالی هستند و برعکس. شخصیت‌های گونهٔ A بسیار سخت و رقابتی هستند، به دشواری می‌توانند آرام باشند، و بسیار جاه‌طلب‌اند. در مقابل، شخصیت‌های گونهٔ B آسان‌گیر و بی‌خیال هستند. انتظار می‌رود که گونه‌های A به خوبی برای اوایل بزرگسالی، زمانی که بیشترین شانس برای نشان دادن رقابت در دوندگی‌های شغلی، ورزشی و غیره وجود دارد، مناسب باشند. اما برای اواخر بزرگسالی، زمانی که سبک زندگی بدون تحرک را طلب می‌کند، مناسب نیست. برای گونه‌های B برعکس این قضیه صادق است (استوارت ـ همیلتن، ۲۰۰۶).

۶ـ۳ شخصیت و سبک زندگی

توجه به رابطهٔ میان شخصیت و سبک زندگی از یک سو، و بهزیستی روان‌شناختی و جسمانی از سوی دیگر، نشان‌دهندهٔ یک همبستگی مثبت بین آن‌هاست. اما این همبستگی نمی‌تواند شاخصی برای علیت باشد. در ساده‌ترین حالت می‌توان پرسید: آیا داشتن یک شخصیت خاص، سبک زندگی یک فرد را سالم می‌کند؟ یا سالم بودن سبک زندگی یک فرد شخصیت فرد را شکل می‌دهد؟ این سؤالات ساده هر دو به نوبهٔ خود شواهدی دارند. برای مثال، می‌توان نشان داد که ویژگی‌های روان‌شناختی خاصی روی سلامت جسمانی اثر می‌گذارند. کرمیس (۱۹۸۶) بیان کرد که افسردگی و یا فشار روانی می‌تواند مشکلات سلامتی ایجاد کند (مثلاً از طریق کاهش سیستم ایمنی بدن). در یک مطالعهٔ طولی ۷ ساله، اُستیر، اتنباخر و

مارکیدز[1] (۲۰۰۴) دریافتند که هیجانات مثبت به طور معناداری با کاهش مخاطرهٔ ضعف اخلاقی در سالمندان امریکایی ـ مکزیکی رابطه دارد. همچنین، حتی مواجهه‌های زیرآستانه‌ای با جملات قالبی منفی در مورد سالمندی و پیر شدن، می‌تواند فشار خون و دیگر شاخص‌های فیزیولوژیک تنیدگی سالمندان را افزایش دهد (لووی[2] و همکاران، ۲۰۰۰). بنابراین در درازمدت، مواجهه با نظرهای منفی مداوم نسبت به سالمندی و پیری ممکن است تأثیرات زیان‌باری بر سلامت داشته باشد. همچنین شواهدی وجود دارد مبنی بر این که سلامت جسمانی بر روی کارکرد روان‌شناختی تأثیر دارد.

۶ـ۳ـ۱ سبک زندگی

سبک زندگی[3] به شیوهٔ معمول زندگی یک فرد، یک گروه یا یک جامعه اطلاق می‌شود. همچنین سبک زندگی را می‌توان مجموعه‌ای از نگرش‌ها، عادات و امکانات یک فرد یا گروه خاص دانست. به عبارتی دیگر ترکیبی از نگرش‌ها، عادات، ذائقه‌ها، معیارهای اخلاقی، سطح اقتصادی و غیره، شیوهٔ زندگی یک فرد را تعیین می‌کنند. تعاریف متعددی از سبک زندگی ارائه شده است. براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، سبک زندگی به معنای شیوه‌ای از زندگی است که مبتنی بر الگوهای قابل شناسایی از رفتاری است که از طریق فعل و انفعال ویژگی‌های شخصی فرد، تعاملات اجتماعی و شرایط اقتصادی اجتماعی و محیطی زندگی فرد تعیین می‌شود (WHO، ۱۹۹۸). سبک زندگی می‌تواند براساس شاخص‌هایی مانند انتخاب‌های تغذیه‌ای فرد، سطح فعالیت بدنی و رفتارهای وی حالت سالم یا ناسالم داشته باشد (لانگمن[4]، ۲۰۰۸).

1. Ostir, Ottenbacher & Markides
2. Levy
3. lifestyle
4. Longman

مفهوم «سبک زندگی» را آلفرد آدلر[1] در ابتدای قرن بیستم مطرح کرد. به اعتقاد آدلر در شکل‌گیری شخصیت هر کس سه عامل در کارند: عامل بدنی، عامل روانی و عامل اجتماعی. تعامل این سه عامل، شیوه یا سبک زندگی را به وجود می‌آورد که در هر شخص منحصر به فرد و یگانه است. آدلر چهار نوع سبک زندگی را فرض کرد که افراد در مقابله با مسائل زندگی به کار می‌گیرند:

سنخ اول نگرشی سلطه‌جویانه و تحکم‌آمیز را نشان می‌دهد که دارای آگاهی و علایق اجتماعی ضعیفی است. رفتارهای چنین شخصی بدون ملاحظه نسبت به دیگران انجام می‌گیرد. نوع کینه‌جوتر از این گروه به طور مستقیم به دیگران می‌تازد و فردی می‌شود دیگرآزار (سادیست)، بزهکار و ستمگر؛ نوع کمتر کینه‌جوی این گروه دربردارندهٔ افراد الکلی، معتاد و متمایل به خودکشی است. گروه اخیر بر این باورند که از طریق حمله کردن و صدمه زدن به خود، در واقع به دیگران صدمه وارد می‌کنند.

سنخ دوم یا سنخ گیرنده، که آدلر آن را رایج‌ترین سنخ می‌دانست، انتظار دارد که همه چیز خود را از دیگران بگیرد؛ لذا به شدت به دیگران وابسته می‌شود.

سنخ سوم یا سنخ اجتنابگر، کوششی در جهت روبه‌رو شدن و دست و پنجه نرم کردن با مسائل زندگی نشان نمی‌دهد.

سنخ چهارم یا سنخ اجتماعی مفید، قادر به همکاری با دیگران و عمل کردن مطابق با نیازهای آن‌هاست. چنین افرادی در چهارچوب مناسبی که شکل گرفته از علایق اجتماعی است، از پس مسائل زندگی بر می‌آیند (کریمی، ۱۳۹۰).

الف) سبک زندگی مطلوب با رویکرد ارتباطات چهارگانه

یک نگرش به سبک زندگی مطلوب می‌تواند براساس دیدگاه ارتباطی و در قالب ارتباطات چهارگانه تعریف شود. منظور از ارتباطات چهارگانه، ارتباط با خود، خداوند، دیگران و طبیعت است. توجه به کمیت و کیفیت این ارتباطات و تنظیم

1. Adler

روابط بین آن‌ها برای رسیدن به سبک زندگی مطلوب ضروری است. این بدان معناست که از یک سو، غفلت از هر یک از این چهار عامل، نقصی در سبک زندگی فرد ایجاد می‌کند و از سوی دیگر، ناتوانایی در ایجاد توازن میان کمیت و کیفیت این ارتباطات، حتی با داشتن هر چهار نوع ارتباط نیز لزوماً به سبک زندگی مطلوب منجر نمی‌شود. در توضیح این مطلب باید با سنخ‌شناسی افراد به مصادیقی توجه کرد که به یک یا بیش از یک مورد از این ارتباطات چهارگانه بی‌توجه هستند و یا در تنظیم روابط بین این چهار مورد ناتوان هستند. برای مثال اگر فرد یا افرادی ارتباط با دیگران را نادیده گیرند و یا در کمیت یا کیفیت ارتباط با دیگران دچار افراط یا تفریط شوند، به شیوه و سبک زندگی ناسالمی منجر خواهد شد که آثار منفی آن به اشکال مختلف در زندگی فرد بروز می‌یابد. این مثال در مورد ارتباطات دیگر نیز می‌تواند مصداق یابد. حتی در مورد ارتباط با خداوند نیز بی‌توجهی یا افراط و تفریط در آن (افراط به شکلی که فرد ارتباطات دیگر را نادیده بگیرد)، مورد نکوهش قرار گرفته است.

دیدگاه ارتباطات چهارگانه ضمن تناسب با آموزه‌های اسلامی، مورد توجه برخی از مشاهیر مانند مولوی و برخی علمای مسلمان مانند شهید صدر بوده است. بر این اساس سبک زندگی زمانی مطلوب و متناسب با ارزش‌های اسلامی است که فرد به تمام روابط چهارگانه توجه داشته و اهمیت هر یک از این تعاملات را در چهارچوبی منطبق با دستورات اسلامی، مدنظر داشته باشد و نسبت به آن‌ها غفلت نورزد.

با پذیرش این مهم، که تمامیت شخصیت هر فرد نتیجهٔ سبک زندگی منتخب اوست، به اهمیت اصلاح سبک زندگی پی خواهیم برد. نتیجهٔ سبک زندگی با رویکرد ارتباطی می‌تواند استعدادهای فرد را برای رشد، و نیل به تمامیت شخصیت او شکوفا کند و فرد را به کمال برساند. شناخت از خود در قالب نگرشی واقع‌بینانه از ضعف‌ها و توانایی‌ها، و سپس تکیه کردن بر این توانایی‌ها و استعدادها، همچنین توفیق بیشتر در تعامل بهینه با جامعهٔ پیرامون، خداوند و طبیعت، برآوردی مثبت از

سبک زندگی به شمار می‌رود. همین‌طور هنگامی که فرد با خداوند ارتباطی دائم، و نه اتفاقی و فصلی، برقرار می‌کند، و خدا را در متن زندگی خود و در هر لحظه تعریف کرده است، عملاً وابسته و دلبسته به خداوند می‌شود و سعی می‌کند برای تعمیق ارتباط خود دستورات الهی را انجام دهد و از منهیات الهی پرهیز کند. آنچه را از اوامر و نواهی خداوندی است، انجام بدهد و این به معنای انتخاب سبک خاصی از زندگی است. همین‌طور ارتباط‌های دیگری که فرد با دیگران و طبیعت بر مبنای دستورات الهی برقرار می‌کند، می‌تواند به عنوان سبکی از زندگی منجر به افزایش رضایتمندی از زندگی و در اندیشهٔ دینی، فلاح و رستگاری فرد شود.

در ادامه به اختصار سبک زندگی در قالب ارتباطات چهارگانه معرفی می‌شود:

۱. سبک زندگی مبتنی بر رابطهٔ فرد با خود: در اینجا ارتباط با خود به معنی توجه داشتن و پرداختن به نیازهای جسمی و روانی خود، و عدم غفلت از آن‌ها در چهارچوب آموزه‌های اسلامی است. دامنهٔ این ارتباط مانند سایر ارتباطات چهارگانه بسیار گسترده است. توجه به سلامت جسم خود از طریق تغذیهٔ مناسب، تحرک، ورزش و دیگر امور مرتبط، تمرکز بر استعدادها و توانایی‌های خود، شناخت مبانی افکار و تمایلات خود، و موارد مشابه دیگر ازجمله مصادیق ارتباط با خود هستند. اهمیت ارتباطی که فرد با خود برقرار می‌کند، از جهات مختلف در فرهنگ اسلامی مورد توجه قرار گرفته است. به نحوی که حتی امکان تعامل سازندهٔ فرد با دیگران و با طبیعت و ارتباط با خداوند تحت تأثیر کمیت و کیفیت ارتباط با خود قرار می‌گیرد. بنابراین فرد یا افرادی که به رابطه با خود در سطح مناسب توجه دارند آن‌گونه سبکی را در زندگی پیش خواهند گرفت که نه‌تنها از خود غافل نباشند، بلکه از حداکثر توانایی و ظرفیت خود بهره گیرند و همچنین توانایی ارتباط با سه عامل دیگر را بیابند.

۲. سبک زندگی مبتنی بر رابطهٔ فرد با خدا: ادیان الهی، و به طور خاص دین اسلام، رشد و تکامل انسان را منوط به فهم درست او از رابطه‌ای که باید با خالق یکتا داشته باشد، می‌دانند. پیامبران الهی تلاش کردند تا انسان‌ها نسبت خود با خداوند را دریابند و متناسب با این نسبت و رابطه، به وظایف خود عمل کنند. قرآن

می‌فرماید: ای انسان ما تو را خلق کردیم. از ذات تو آگاهیم، جایگاه تو جایگاه رفیعی است. برای آن که تو به جایگاه رفیع خود برسی ما از تو عهد گرفتیم که بندهٔ کسی جز خداوند نباشی و بر صراط مستقیم باشی. به تو گفتیم که اگر لغزشی پیش آمد زود بازگرد درهای رحمت خود را برای تو بازگذاشته‌ایم. ما از رگ گردن تو به تو نزدیک‌تریم و شاهد رفتارت هستیم. امام عسکری (ع) می‌فرمایند: مبادا در رابطه با خداوند راه تفریط و تضییع را پیش بگیرید که زیانکار خواهید بود.

سبک زندگی کسی که با خداوند ارتباط برقرار می‌کند، سبک والا و ارزشمندی است. آن‌ها از این طریق به نحوهٔ ارتباط با خود، دیگران و طبیعت واقف می‌شوند و حدود این ارتباطات را درک می‌کنند. آرامش، نشاط، رضایتمندی، اعتماد به نفس، رعایت موازین اخلاقی و نوع دوستی ازجمله پیامدهای این سبک زندگی خواهد بود.

۳. سبک زندگی مبتنی بر رابطهٔ فرد با دیگران: از آنجا که انسان موجودی اجتماعی است ارتباط با دیگران امری طبیعی تلقی می‌شود. با این وصف درک اهمیت ارتباط با دیگران و کیفیت این ارتباط در رابطه با سبک زندگی مطلوب حائز اهمیت است. امیرالمؤمنین (ع) در وصیّت به فرزندان خود، حسنین (ع)، فرمودند: لازم است با یکدیگر رابطه داشته باشید و به یکدیگر بذل و بخشش نمایید و از قطع رابطه و پشت کردن به یکدیگر پرهیز کنید (*نهج‌البلاغة*، نامه ۴۷)[۱]. از امام صادق (ع) نقل است که می‌فرمود: با یکدیگر رابطه داشته باشید و به یکدیگر نیکی و محبّت و مهربانی کنید (کلینی، ۱۳۹۱: ج ۳، ۲۵۴)[۲]. همچنین از آن امام بزرگوار است که: شما از دیگران ناگزیرید. هیچ کس در زندگی از مردمان دیگر بی‌نیاز نیست، و ناگزیر بعضی به بعضی دیگر نیاز دارند[۳] (حکیمی و آرام، ۱۳۸۰: ۴۰۸).

---

۱. علیکم بالتّواصل و التّباذل و إیّاکم و التّدابر و التّقاطع.
۲. تواصلوا و تبارّوا و تراحموا و تعاطفوا.
۳. إنّه لا بدّ لکم من النّاس. إنّ أحدا لا یستغنی عن النّاس حیاته، و النّاس لا بدّ لبعضهم من بعض.

پیش‌تر از اهمیت خودشناسی بیان شد، حال باید گفت یکی از عواملی که به خودشناسی کمک می‌کند، اطرافیان ما در جامعه (دیگران) هستند. امام علی (ع) فرمودند: نظر خواستن عین هدایت است؛ و هر که خود را از نظر دیگران بی‌نیاز ببیند به مخاطره افتد[1] (حکیمی و آرام، ۱۳۸۰: ۳۱۵).

دامنهٔ ارتباط با دیگران هم به لحاظ کمیت و کیفیت و هم به لحاظ این که مصداق دیگران کیست، دامنهٔ وسیعی است. در آموزه‌های اسلامی برای هر یک از این مصادیق و در مواقع مختلف توصیه‌های دقیقی ارائه شده است. رابطهٔ فرد با اعضای خانواده، همسر، فامیل، دوستان یا آشنایان، غریبه و غیره دارای چهارچوب و حد و مرزی است که آگاهی نسبت به آن، و رعایت آن‌ها به سبک زندگی مناسب و مطلوب خواهد انجامید.

۴. سبک زندگی مبتنی بر رابطهٔ فرد با طبیعت: طبیعت در طول تاریخ در اندیشه‌ها و آثار نویسندگان و شاعران بزرگ جایگاه ویژه‌ای داشته است. نویسندگان و شاعران با داشتن دیدگاه‌ها و اندیشه‌های مختلف با طبیعت روبه‌رو گشته و در آثار خود آن را چنان که می‌فهمیده‌اند توصیف کرده‌اند. در بین مکتب‌های ادبی مختلف مکتب رمانتیسم به طبیعت اهمیت ویژه‌ای بخشیده است و نویسندگان و شاعران این مکتب با دیدگاهی عاطفی و احساسی با طبیعت و پدیده‌های آن مواجه شده‌اند، با اشعار و آثار غنایی خود طبیعت را توصیف نموده‌اند (پروینی و جعفری، ۱۳۸۵).

یکی از دلایل پیشرفت علم در سده‌های اخیر توجه و اهمیت به پدیده‌های طبیعی بوده است. تفکر دربارهٔ طبیعت، اجزاء و عناصر آن و قوانین و نظام حاکم بر جهان هستی یکی از مقولات بسیار مهمی است که متون اسلامی به عنوان یکی از ابزار شناخت مؤکداً انسان را به آن ترغیب و توصیه می‌نمایند. قرآن تمام عالم طبیعت را یکسره آیه و نشانه برای شناخت ماوراء طبیعت می‌خواند (مطهری، ۱۳۶۷).

---

۱. الاستشارة عین الهدایة، و قد خاطر من استغنی برأیه.

فراوانی واژه‌های مربوط به طبیعت در قرآن، نام‌گذاری سوره‌های قرآن کریم با برخی عناصر طبیعی و سوگند قرآن به بعضی از پدیده‌های طبیعی، همگی حاکی از توجه خاص اسلام به طبیعت است. کوه محل تجلی پروردگار[۱]، پرندگان لشکر خداوند[۲]، دریا خوان گستردهٔ نعمت‌های الهی[۳] و درخت وسیلهٔ گفت‌وگوی خداوند با حضرت موسی (ع)[۴] عنوان شده است (امین‌زاده، ۱۳۸۲).

کسانی که در سبک زندگی خود ارتباط با طبیعت را درک می‌کنند بهتر می‌توانند از طبیعت استفاده کنند، از طبیعت عبرت گیرند و در حفظ و بقای طبیعت تلاش کنند.

ب) سبک زندگی سالم در دورهٔ سالمندی

گفته شده اگر چالش اصلی بهداشت در قرن بیستم فقط زنده ماندن و افزایش طول عمر بوده است، چالش قرن حاضر «زندگی با کیفیت» است. طول عمر وقتی همراه با درد و رنج باشد بی‌کیفیت و وقتی همراه با سلامت و نشاط باشد باکیفیت است. بدون شک سبک زندگی فرد از قبل از ورود به دورهٔ سالمندی و همچنین در دورهٔ سالمندی بر کیفیت گذران این دوره مؤثر است. شایع‌ترین علل مرگ در گروه‌های سنی بالای ۵۰ سال، بیماری‌های جسمی مانند بیماری‌های قلبی ـ عروقی، سرطان‌ها و بیماری‌های دستگاه تنفسی و بروز برخی حوادث هستند که اصلاح سبک زندگی نقش مهمی در پیشگیری از آن‌ها دارد.

سبک زندگی سالم در دورهٔ سالمندی، یک فرایند بلندمدت بهینه‌سازی فرصت‌ها برای بهبود و حفظ سلامت و بهزیستی جسمی، اجتماعی و روانی دانسته شده است. سبک زندگی سالم امکان استقلال، افزایش کیفیت زندگی و ارتقای

---

۱. اعراف/۱۴۳.
۲. فیل/۳ و ۵؛ نمل/۲۲.
۳. نحل/۱۴.
۴. قصص/۳۰.

موفقیت‌آمیز گذار دوره‌های زندگی را میسر می‌سازد. سبک زندگی سالم روشی در طول زندگی است که از خطرهای ابتلا به بیماری و افت نابهنجار توانایی‌ها پیشگیری می‌کند. با سبک زندگی سالم هزینه‌های کمتری برای درمان و حفظ سلامتی پرداخت می‌شود.

سبک زندگی سالم ترکیبی از تغذیهٔ سالم، فعالیت جسمانی منظم، داشتن بهداشت جسمی، بهداشت روانی، بهداشت خواب، مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی، ارتباطات خانوادگی، ورزش منظم و متناسب، اجتناب از موادی چون دخانیات، مشروبات الکلی و سایر مواد اعتیادآور، تفریح منظم و کافی، مثبت‌اندیشی، مدیریت مناسب تنیدگی و حفظ و گسترش ارتباطات معنوی است.

دولتمردان مشتاق‌اند که مردم یک سبک زندگی سالم را دنبال کنند و زندگی طولانی سالم‌تری داشته باشند، بدون آن که باری بر دوش خدمات مراقبتی باشند. باید پذیرفت که سالم زیستن و سبک زندگی سالم، مقبول همگان است. با این حال، چگونه می‌توان سالمندی را که سبک زندگی سالمی ندارد، به اتخاذ آن متقاعد کرد؟ قطعاً برخی از نشانه‌ها امیدوارکننده نیست. برای مثال، چندین پژوهش نشان داده‌اند که سالمندان عادات غذایی ضعیفی دارند (مانند سوتر و کلر[1]، ۲۰۰۲). عوامل دیگر ممکن است در گذشتهٔ فرد ریشه داشته باشد. افراد به ندرت «عادات بد» خود را در سالمندی شروع می‌کنند (مثلاً سالمندانی که سیگار می‌کشند اغلب در طول چندین دهه کشیدن سیگار را تجربه کرده‌اند)، و بر همین اساس تلاش برای تغییر روش‌های سالمندان در برخی حیطه‌ها، جنگ با چندین دهه رفتار نابهنجار و ناسازگار است. علاوه بر این، سالمندان میل کمی به شروع ورزش دارند، زیرا از زیان‌های احتمالی آن بیمناک‌اند، برای مثال نگران‌اند در اثر فعالیت زیاد، دچار حملهٔ قلبی شوند.

با وجود این هرچند متقاعد کردن افراد به حفظ رفتارهای سالم در دورهٔ

1. Keller

سالمندی آسان نیست، اما اگر سالمندی این راه را انتخاب کند، به طور چشمگیری می‌تواند امید به زندگی و بهزیستی جسمانی و (تا حدودی) روان‌شناختی خود را ارتقا دهد.

۱. سبک زندگی، انتخاب یا تحمیل: بزرگسالان اغلب به دنبال ایجاد یک سبک زندگی از طریق انتخاب حرفه و شغل، شریکان یا فعالیت‌های دیگرند که از نظر هیجانی راضی کننده، قابل پیش‌بینی و قابل کنترل باشد. به عبارت دیگر، بزرگسالان تلاش می‌کنند زندگی خود را همراه با تجارب هیجانی خود به گونه‌ای شکل دهند که از نظر شخصی مطلوب باشد. این راهبرد ممکن است در امور مختلف که هر کدام از آن‌ها می‌تواند متضمن احساس هیجانی مثبت در فرد باشد، شکل گیرد. مواردی چون: انتخاب شغلی که رضایت و چالش‌های کار تولیدی در آن باشد؛ یا انتخاب‌های شخصی مانند فرزندپروری؛ انتخاب اوقات فراغت مانند فعالیت‌های موسیقایی، هنری، ورزشی؛ یا هر گونه فعالیت‌های خلاقانه. البته افراد در تمام این موارد موفق نمی‌شوند، به ویژه وقتی که شرایط اقتصادی به آن‌ها اجازهٔ انتخاب زیادی ندهد (لامب و بورنشتاین[1]، ۲۰۱۱).

بنابراین در عین حال که سالمندان ترجیحات خاصی برای گزینش سبک زندگی خود دارند، اما لزوماً همهٔ سالمندان موفق به داشتن سبک زندگی اختیاری نمی‌شوند و گاهی در بافتی از جامعه یا خانواده قرار می‌گیرند و یا با شرایطی مواجه می‌شوند که سبک زندگی، حالتی تحمیلی پیدا می‌کند.

۲. سبک زندگی و امید به زندگی: مطالعات نشان می‌دهد که مردم از طریق تعلق به گروه اجتماعی ـ اقتصادی و اتخاذ سبک زندگی، می‌توانند آثار بنیادینی در امید به زندگی در خود ایجاد کنند. در برخی موارد انتخاب سبک زندگی اختیاری است و در برخی موارد این گونه نیست. تأثیر پایگاه اجتماعی ـ اقتصادی بر امید به زندگی مورد مطالعه قرار گرفته است. اساساً هرچه گروه اجتماعی کم‌برخوردارتر

1. Lamb & Bornstein

باشد، امید به زندگی و دورنمای زندگی سالم در آن کمتر است (برای مثال، لوئو و وایت[1]، ۲۰۰۵). دلایل زیادی برای این پدیده بیان شده، که کمترین آن‌ها سطوح تنیدگی، تغذیه و دسترسی به خدمات سلامتی است.

این حقیقت که برخی از سبک‌های زندگی بیش از سبک‌های دیگر با طول عمر مرتبط‌اند این پرسش بدیهی را مطرح می‌کند که چه چیزی برای عمر طولانی و پربار بهتر است؟ در واقع کسانی که در پی یافتن نوع خاصی از سبک زندگی برای کسب اکسیر حیات هستند، پاسخ این پرسش را در چیزهایی می‌دانند که بسیاری از مردم با آن‌ها مشکل دارند. مانند ورزش بیشتر، خوردن کمتر و مصرف نوشیدنی‌های مضر. تقریباً همهٔ مطالعاتی که در جست‌وجوی پاسخ به این سؤال بوده‌اند، به طور مشابهی رابطه‌ای قوی بین ورزش و سلامت یافته‌اند. هرچند ممکن است مشاجراتی بر سر میزان صحیح تمرینات وجود داشته باشد، اما کمتر کسی در این که ورزش مفید است، شک دارد.

مصرف دخانیات (به هر میزان) و نوشیدنی‌های الکلی می‌تواند امید به زندگی را تا یک دهه و بیشتر کاهش دهد. برای مثال، مصرف الکل با افزایش فشار خون و شرایط دیگرِ تهدیدکنندهٔ حیات مرتبط است و رابطهٔ قوی بین مصرف دخانیات و بسیاری از بیماری‌های مهلک مانند سرطان ریه به خوبی مستند شده است. اما شواهد مربوط به خوردن مبهم‌تر است. هرچند چاقی به عنوان کاهش‌دهندهٔ امید به زندگی شناخته شده است (برای مثال اولشانسکی[2] و همکاران، ۲۰۰۵)، اما این که چه چیز و به چه میزان باید خورده شود، هنوز محل بحث است. مثلاً از سال ۱۹۳۰ مشخص شده است که محدود کردن ارادی مصرف کالری، به طور معناداری طول عمر بسیاری از گونه‌های حیوانی را افزایش می‌دهد. با این حال این گزاره باید به صورت مشروط بیان شود. اولاً، یک رژیم محدودکننده فقط پس از سن خاصی اثربخش است. اگر خیلی زود شروع شود، سالمندی به جای عقب افتادن، سرعت خواهد

1. Luo & Waite
2. Olshansky

گرفت و ثانیاً بسیاری از نتایج معتبر از مطالعهٔ موش‌ها و مگس‌های میوه به دست آمده، و در نتیجه شواهد انسانی محافظه‌کارانه‌تر است. برخی از انواع رژیم‌ها به عنوان «طولانی کنندهٔ عمر»[1] معرفی شده‌اند. اخیراً افزایش مصرف دانه‌ها برای پیشگیری از بیماری ایسکمیک قلب[2] پیشنهاد شده است. همچنین گیاه‌خواران به طور معناداری بیش از همتایان همه‌چیزخوارِ خود عمر می‌کنند، احتمالاً به این دلیل که آن‌ها کمتر مستعد برخی از اشکال معمول بیماری‌ها، به ویژه بیماری‌های قلبی و برخی از انواع سرطان هستند. اما دلیل آن لزوماً غیبت کامل گوشت از غذای این افراد نیست. نتیجهٔ مشابهی از رژیم همه‌چیزخواران قابل ذکر است که در آن میزان مصرف گوشت به طور جدی (طبق استانداردهای غربی) کاهش پیدا کرده، اما به طور کامل حذف نشده است (استوارت ـ همیلتن، ۲۰۰۶).

۳. سبک زندگی و سلامت: در پرتو تحقیقات فراوان علمی رابطهٔ بین سبک زندگی و سلامت به طور گسترده مورد بحث و بررسی قرار گرفته است. رابطهٔ بین استفاده از دخانیات، رژیم غذایی، ورزش و سلامتی بسیار شناخته‌شده‌تر از آن است که نیازمند توضیحات باشد و اشاره به سوابق پژوهشی مرتبط داشته باشد، با وجود این در ادامه، به زوایای دیگری از ارتباط بین سبک زندگی و سلامت اشاره می‌شود.

داشتن سبک زندگی سالم کیفیت زندگی را به ویژه در دورهٔ سالمندی افزایش می‌دهد، کیفیت زندگی سالم برای سالمندان یعنی کاهش در ناتوانی قبل از مرگ. این مفهوم به معنای همان چیزی است که برخی افراد به عنوان آرزو بیان می‌کنند که می‌خواهم «سالم بمیرم».[3] در واقع، افرادی که سبک زندگی سالمی دارند احتمال بیشتری دارد سالم بمیرند. در یک مطالعهٔ طولی، افرادی که دور از عوامل خطر در نظر گرفته شده بودند (آن‌هایی که سیگار نمی‌کشیدند، به لحاظ فیزیکی فعال، و دارای وزن طبیعی بودند) تقریباً هیچ علامتی از ناتوانی در طول ۱۰

1. life prolonging
2. ischemic heart disease
3. ''die with my boots on''

سال یا بیشتر قبل از مرگ خود نداشتند. افرادی که دو یا چند عامل ناسالم داشتند در طول مطالعه، مخصوصاً در یک سال‌ونیم قبل از مرگشان ناتوان‌تر بودند.

وضعیت تأهل و آموزش دو پیش‌بینی کنندهٔ معنادار در مرگ‌ومیر هستند. میزان مرگ متناسب با سن برای کسانی که هرگز ازدواج نکرده‌اند به طور قابل ملاحظه‌ای بالاتر از کسانی است که ازدواج کرده‌اند؛ مرگ‌ومیر در این گروه حتی از کسانی که بیوه بوده یا طلاق گرفته‌اند، بیشتر است. وضعیت آموزشی نیز با میزان مرگ مرتبط است. در تمام گروه‌های سنی، کسانی که دارای تحصیلات دانشگاهی‌اند میزان مرگ نامتناسب کمتری دارند.

الگوی مشاغل افراد در طول دوران بزرگسالی نیز با میزان مرگ‌ومیر مرتبط است. خطر احتمال مرگ‌ومیر در مردانی که از مشاغل دستی (انجام‌شونده با دست) به سمت مشاغل تخصصی یا مدیریتی حرکت می‌کنند، کمتر است. همچنین مردانی که در سلسله مشاغلی نامرتبط قرار می‌گیرند میزان مرگ زودهنگام بیشتری دارند تا کسانی که پیشرفت‌های شغلی باثباتی دارند. مردانی که طبقهٔ شغلی پایین‌تری دارند در مقایسه با مردان طبقات شغلی بالاتر، در معرض خطر بیشتری برای بیماری کرونر قلبی قرار دارند. افراد متعلق به طبقات اجتماعی اقتصادی پایین‌تر با احتمال بیشتری به بیماری‌های مسری مبتلا می‌شوند، در معرض آلودگی قرار می‌گیرند، و دچار حوادث ناشی از کار می‌شوند. این نتایج در مورد زنانِ طبقهٔ اجتماعی اقتصادی پایین نیز صدق می‌کند (لانگفورد و جانسون[1]، ۲۰۰۹).

به طور کلی در یک شغل، تنیدگی (به ویژه تنیدگی شغلی در قالب عدم کنترل بر شرایط کار)، عامل اصلی آشفتگی است. خطر احتمال مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی در کارگران، در مشاغلی که فاقد کنترل روی سرعت و جهت انجام کار متناسب با زمان هستند (مثلاً در مورد مشاغل خط تولید) بالاتر است (ویتبُرن و ویتبُرن، ۲۰۱۱).

مطالعات حاکی از آن است که سبک زندگی با ابتلا به بیماری‌های مختلف رابطه دارد. حتی افرادی که استعداد ژنتیکی بالایی برای بیماری‌های مختلف دارند

1. Langford & Johnson

می‌توانند با اتخاذ سبک زندگی سالم خطرهای محتمل را کاهش دهند. برای مثال پیشرفت در درک علل بیماری قلبی و سکته منجر به مکمل‌های رژیمی و پزشکی سالم‌تر و مؤثرتری شده، که میزان مرگ‌ومیر ناشی از بیماری قلبی عروقی را کمتر کرده است. روش اولیهٔ مداخله، کاهش کلسترول از طریق داروهای پیشگیرانه است. عمدهٔ این داروها استاتین‌ها هستند که وظیفهٔ آن‌ها کاهش کلسترول مضر خون است. با این حال، علاوه بر دارو یا به عنوان جایگزینی برای دارو، هر کسی می‌تواند از کنترل رژیم غذایی و فعالیت‌های ورزشی به عنوان راهبردهای پیشگیرانه بهره‌مند شود.

مجموعه‌ای دیگر از عادات سبک زندگی و انتخاب‌های افراد می‌تواند در خطرِ ابتلا به سرطان سهیم باشد. سه مورد از بزرگ‌ترین عوامل خطر در رابطه با سبک زندگیَ در ایجاد سرطان در طول بزرگسالی عبارت‌اند از: قرار گرفتن در معرض خورشید؛ سیگار کشیدن؛ و عدم کنترل در رژیم‌های قبلی. همچنین در تلاشی متمرکز برای یافتن علل سرطان پستان، انواعی از عوامل مرتبط با سبک زندگی مطرح شده است، ازجمله مقدار الکل مصرف‌شده و داشتن یک جنین نارس یا سقط جنین. تا حدودی شواهد قوی‌تری در مورد اثر تاریخچهٔ فردی در ابتلا به سرطان دهانهٔ رحم وجود دارد، به این صورت که خطر ابتلا در بین زنانی که قبل از سن ۱۸ سالگی شروع به مقاربت جنسی نموده، یا شرکای جنسی متعددی داشته‌اند، بیشتر است.

منابع

امین‌زاده، بهناز (۱۳۸۲)، «جهان‌بینی دینی و محیط زیست (درآمدی بر نگرش اسلام به طبیعت)»، *فصلنامهٔ محیط‌شناسی*، شماره ۳۰، ص ۹۷ـ۱۰۷.

پروینی، خلیل و روح‌الله جعفری (۱۳۸۵)، «نگاهی به طبیعت در آثار جبران خلیل جبران»، *نشریهٔ دانشکدهٔ ادبیات و علوم انسانی دانشگاه شهید باهنر کرمان*، دورهٔ جدید، شماره ۱۹ (پیاپی ۱۶)، ص ۴۲.

حکیمی، اخوان و احمد آرام (۱۳۸۰)، *الحیاة*، ج ۲ (چاپ مکرر)، ترجمهٔ احمد آرام، تهران: دفتر نشر فرهنگ اسلامی.

کریمی، یوسف (۱۳۹۰)، *روان‌شناسی شخصیت* (چاپ شانزدهم)، تهران: مؤسسهٔ نشر ویرایش.

کلینی، محمد بن یعقوب (۱۳۹۱)، *الکافی*، به کوشش علی‌اکبر غفاری، تهران: دارالکتب الاسلامیة.

مطهری، مرتضی (۱۳۶۷)، *آشنایی با قرآن*، تهران: صدرا.

مکارم شیرازی، ناصر (۱۳۸۰)، *تفسیر نمونه*، تهران: دارالکتب الاسلامیة.

Ardelt, M. (2000), "Still stable after all these years? Personality stability theory revisited", *Social Psychology Quarterly*, Vol. 63, 392-405.

Chamorro-Premuzic, T. (2013), *Personality and Individual Differences* (2nd edition), British Psychological Society and Blackwell Publishing, John Wiley & Sons Ltd.

Charles, S.T. & L.L. Carstensen (2010), "Social and emotional aging", *Annual Review of Psychology*, Vol. 61, 383-409.

Costa, Jr., T. Paul & R.R. McCrae (2006), "Age changes in personality and their origins: comment on Roberts, Walton, and Viechtbauer", *Psychological Bulletin*, Vol. 132, No. 1, 26-28. DOI: 10.1037/0033-2909.132.1.26.

Eysenck, H.J. (1987), "Personality and ageing: An exploratory analysis", *Journal of Social Behavior and Personality*, 3, 11-21.

Feist, Jess & Gregory J. Feist (2008), *Theories of Personality* (7th edition), New York: The McGraw Hill Companies.

Kermis, M.D. (1986), *Mental Health in Later Life*, The Adaptive Process. Boston, MA: Jones and Bartlett.

Lamb, Michael E. & Marc H. Bornstein (2011), *Social and Personality Development: An Advanced Textbook*, New York: Psychology Press.

Langford, A. & B. Johnson (2009), "Social inequalities in adult female mortality by the National Statistics Socio-economic Classification, England and Wales", 2001-03. *Health Statistics Quarterly*, Vol. 42, 6-21.

Larsen, Randy J. & David M. Buss (2008), *Personality Psychology: Domains of Knowledge About Human Nature* (3th edition), New York: The McGraw-Hill Companies Inc.

Levy, B.R. et al. (2000), "Reducing cardiovascular stress with positive self-stereotypes of aging", *The Journals of Gerontology Series* B: Psychological Sciences and social sciences, 55, 205-213.

Longman P. (2008), *Longman Dictionary of Contemporary English* (4th edition), New York: Pearson Education.

Luo, Y. & L.J. Waite (2005), "The impact of childhood and adult SES on physical, mental and cognitive well-being in later life", *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60, 93-101.

Miller, Patricia H. (2011), *Theories of Developmental Psychology* (5th edition), New York: Worth Publishers.

Olshansky, S. Jay. et al. (2005), "A potential decline in life expectancy in the United States in the 21st century", *N. Engl J. Med*, 352: 1138-1145.

Ostir, G.V., K.J. ottenbacher & K.S. Markides (2004), "Onset of frailty in older adults and protective role of positive affect", *Psychology and Aging*, 19, 402-408.

Souter, S. & C.S. Keller (2002), "Food choice in the rural dwelling older adult", *Southern Online Journal of Nursing Research*, Issue 5, Vol. 3, See: www.snrs.org/publications/SOJNR_articles/iss.5 Vol. 3. html (accessed on 13 January 2006).

Stuart-Hamilton, Ian (2006), *The Psychology of Aging. An Introduction* (4th edition), London: Jessica Kingsley Publishers.

Whitbourne, S.K. & S.B. Whitbourne (2011), *Adult Development and Aging. Biopsychosocial Perspective* (4th edition), U.S.A.: John Wiley & Sons Inc.

World Health Organization (WHO) (1998), *Health Promotion Glossary*, Printed in Switzerland.

فصل هفتم

نقش مذهب در دورهٔ سالمندی

۱ـ۷ نقش مذهب در زندگی سالمندان

مذهب در گذشته به مکتب‌های فکری درون یک دین (مانند مذاهب پنج گانهٔ فقه اسلامی) اطلاق می‌شد. در زبان انگلیسی، واژهٔ religion به معنای مکتب‌های درون یک دین و به معنای خود دین به کار می‌رود. در کشور ما نیز در سال‌های اخیر، کلمهٔ مذهب به هر دو معنا به کار می‌رود. این اصطلاح در زبان عربی و فارسی به دو مفهوم به کار رفته است:

الف) مفهوم خاص که عبارت است از شاخه‌ای مخصوص از دین مانند مذاهب شیعه و تسنن در دین اسلام.

ب) مفهوم عام و کلی، در قالب غیر دقیق اما مصطلح، با مفهوم دین مترادف و همسان به کار می‌رود. چنان که گفته می‌شود مذهب اسلام و مذهب زرتشت که مقصود دین اسلام و دین زرتشت است.

در متن حاضر برای ارتباط بیشتر با مخاطب، هرگاه صحبت از رابطهٔ مذهب با سالمندی می‌شود، مفهوم عام و کلی آن که مترادف با دین است، مدنظر قرار دارد. از دین تعاریف متعددی ارائه شده است. برخی از اندیشمندان مسلمان دین را آیین زندگی تعریف کرده‌اند. علامه طباطبایی (۱۳۷۲)، در موارد گوناگونی در *المیزان*، دین را به روش یا سنّت اجتماعی تعریف می‌کند؛ ازجمله گفته شده است: «دین راه زندگی است که آدمی در دنیا به ناچار آن را می پیماید». آیت الله جوادی آملی

(۱۳۷۲)، معتقد است: «دین مجموعهٔ عقاید، اخلاق، قوانین و مقرراتی است که برای ادارهٔ جامعهٔ انسانی و پرورش انسان‌ها باشد». میدا[1] (۲۰۰۹؛ به نقل از: واهیا[2] و همکاران، ۲۰۱۱)، گفته است: «دین نظام سازمان‌یافته‌ای از اعتقادات، اعمال، آداب و رسوم و نشانه‌های طراحی‌شده است که نزدیکی فرد را به موجودی برتر تسهیل می‌کند».

در سطح نظری روان‌شناسان برجسته جهت‌گیری‌های نسبتاً متفاوتی در برابر مذهب داشته‌اند، افرادی چون فروید، بنیان‌گذار مکتب روان‌تحلیل‌گری، و الیس[3]، بنیان‌گذار درمانگری عقلانی ـ هیجانی، نوعی ارزیابی منفی از نقش و تأثیر مذهب بر سلامت روان و رفتار انسان‌ها داشته‌اند. اما افراد دیگری چون جیمز، یونگ، آلپورت، مازلو، آدلر، و فرام[4]، با نگرشی مثبت به مذهب از تأثیرات سودمند اعتقادات مذهبی سخن گفته‌اند.

در سطح پژوهشی در اکثر مطالعات، به نقش سودمند اعتقادات مذهبی بر رفتار انسان‌ها اذعان شده، اگرچه در موارد اندکی نیز تأثیر مذهب منفی ارزیابی شده است. اگر با دقت بیشتر به تحقیقاتی که نقش مذهب را منفی دانسته‌اند توجه شود، به اشکالات مختلف این تحقیقات اعم از اشکالات روش‌شناختی یا اشکالاتی که در تعبیر و تفسیرها بوده و/یا آن که اعتقادات سطحی برخی آیین‌ها و مسلک‌ها را به جای آموزه‌های ادیان الهی مدنظر داشته‌اند، می‌رسیم. برای مثال ویلیامز و استرنتال[5] (۲۰۰۷؛ به نقل از: سانتروک، ۲۰۱۳)، با نگاهی منفی نسبت به جهت‌گیری مذهبی می‌گویند: «برخی آیین‌ها و مسلک‌های مذهبی رفتارهایی را تشویق می‌کنند که به سلامت انسان آسیب می‌رساند، مواردی مانند این که توصیه‌های پزشکی را نادیده می‌گیرند». در حالی که ادیان الهی و به طور خاص دین اسلام بر حقوقی که بدن انسان بر انسان دارد تأکید می‌کند و هیچ دستوری مبنی بر بی‌توجهی به توصیه‌های

1. Meada
2. Vahia
3. Ellis, A.
4. Fromm
5. Williams & Sternthal

پزشکی صادر نکرده است.

کوئنیگ[1] به عنوان یک روان‌پزشک و استاد دانشگاه مطالعات فراوانی در مورد نقش مذهب بر سلامت روان داشته است. او ۷۲۴ مطالعه را که تا سال ۲۰۰۰ در مورد رابطهٔ میان مذهب و سلامت روانی شده بود، بررسی کرد. او می‌گوید تنها در ۶ درصد از این مطالعات بر تأثیر منفی مذهبی بودن افراد بر سلامت روانی اشاره شده است (کوئنیگ، ۲۰۰۵).

لذا محققان به طور فزاینده‌ای ارتباط مثبت بین مذهب و سلامت را در بین افراد مذهبی گزارش کرده‌اند (کمبل، یوون و جانستون[2]، ۲۰۰۹؛ مکالخ و ویلوبی[3]، ۲۰۰۹؛ به نقل از: سانتروک، ۲۰۱۳). کوئنیگ می‌گوید اعمال و عقاید اسلامی با سلامت روانی بهتر شامل افسردگی کمتر، اضطراب کمتر، سوء مصرف مواد کمتر، بهزیستی بیشتر و رضایتمندی بیشتر از زندگی رابطه دارد. این موارد با سلامت اجتماعی بهتر همچون حمایت اجتماعی بیشتر، پایداری روابط زناشویی بیشتر و بزهکاری یا جرم کمتر نیز رابطهٔ مستقیم دارند. چندین نمونه رفتار سلامت مثبت مانند سیگار کشیدن کمتر و مراقبت از فعالیت‌های جنسی، در بین مسلمانانی که اعتقادات مذهبی بیشتری دارند، متداول است؛ در نهایت عقاید و اعمال اسلامی با سلامت بدنی بهتر همچون بیماری قلب کمتر، فشارخون کمتر، نقایص شناختی کمتر و مرگ‌ومیر کمتر مرتبط است (کوئنیگ و الشُهَیب[4]، ۲۰۱۴).

همچنین گفته شده است: دینداری بیشتر با شیوع کمتر اختلال روانی و رفتارهای خودتخریبی کمتر رابطه دارد. در اکثر مطالعات مقطعی، اعتقادات و اعمال مذهبی با اضطراب و افسردگی رابطهٔ معکوس دارد. معمولاً در مطالعات آینده نگر، مذهبی بودن، افسردگی کمتر و بهبود سریع‌تر از افسردگی را پیش‌بینی می‌کند. به‌کارگیری مداخلات مذهبی در آزمایش‌های بالینی نیز در مقایسه با درمان‌های غیر مذهبی یا بدون درمان باعث کاهش سریع‌تر نشانگان بالینی اختلالات می‌شود (کوئنیگ، ۲۰۰۵).

---

1. Koenig, H.G.
2. Campbell, Yoon & Johnstone
3. McCullough & Willoughby
4. Al Shohaib

براساس تحقیقات، همواره سالمندان بیش از افراد جوان به تأثیر معنی‌دار ایمان مذهبی بر زندگی خود اقرار دارند. ایشان می‌کوشند اعمال مذهبی را انجام دهند و در مکان‌های مذهبی حاضر شوند. مذهب و معنویت نیازهای روان‌شناختی سالمندان را پاسخ می‌دهد، به آن‌ها کمک می‌کند تا با مرگ قریب‌الوقوع مواجه شوند، احساس معناداری در زندگی داشته باشند و فقدان‌های اجتناب‌ناپذیر سالمندی را بپذیرند. به لحاظ اجتماعی تعهدات مذهبی به بسیاری از کنش‌های سالمند همچون فعالیت‌های اجتماعی، حمایت اجتماعی و فرصت ارائهٔ نقش‌های آموزشی و رهبری کمک می‌کند (سانتروک، ۲۰۱۳).

نمودار ۷ـ۱ سطح معنویت در چهار دورهٔ سنی (وینک و دیلون[1]، ۲۰۰۲؛ به نقل از: سانتروک، ۲۰۱۳)

در یک مطالعهٔ طولی، افرادی که در دورهٔ اولیهٔ بزرگسالی بودند تا دورهٔ آخر بزرگسالی مورد بررسی قرار گرفتند. آن‌گونه که مشاهده می‌شود در سطح معنویت در بین بزرگسالی اولیه و سالمندی افزایش معناداری نشان داده شده است (نمودار ۷ـ۱).

1. Wink & Dillon

نظرسنجی گالوپ (گزارش جدید، ۲۰۰۶ج) نشان می‌دهد که اهمیت گرایش‌های مذهبی به طور پیوسته با افزایش سن، افزایش می‌یابد. در حالی که ۴۷ درصد از گروه سنی ۱۹ تا ۲۹ سال نقش مذهب را در زندگی خود مهم دانسته‌اند در گروه سنی بالای ۶۵ سال این میزان به ۷۲ درصد می‌رسد.

۷-۱-۱ مذهب و معنای زندگی

بدون در نظر گرفتن سن، همهٔ انسان‌ها بر آن‌اند تا ضمن احساس ایمنی، نسبت به خود حس خوبی داشته باشند. این نیاز در بین افراد سالمند که با تغییرات زیادی مواجه می‌شوند و احتمالاً انزوای اجتماعی را تجربه می‌کنند، بسیار قوی می‌شود. مشکلات سلامت جسمی و روانی در بین سالمندان بیشتر رخ می‌دهد و این مشکلات با از دست دادن اعضای خانواده و مرگ دوستان بیشتر می‌شود. در بین افراد سالمند غالباً این مذهب است که از طریق معنا دادن و افزایش حس کنترل و احترام باعث مواجههٔ درست و آسان با این واقعیات می‌گردد. بنابراین افراد بالاتر از ۶۵ سال بیش از افراد جوان‌تر به تأثیر معنی‌دار ایمان مذهبی بر زندگی خود اقرار دارند (سانتروک، ۲۰۱۳).

گفته شده است که مذهب بیش از هر کنش انسانی دیگر قادر است نیاز به معنا را برای زندگی برطرف کند. کراوس (۲۰۰۳)، ارتباط بین معنای زندگی و بهزیستی روانی را در یک نمونه از سالمندان بررسی کرد. حداقل سن نمونهٔ تحقیق ۶۶ و میانگین سنی آن‌ها ۷۴/۴ سال بود. نمونه دربردارندهٔ ۱۲۴۷ نفر بود که نیمی از آن‌ها سفیدپوست و نیمی سیاه‌پوست بودند. رضایتمندی از زندگی، عزت نفس و خوش‌بینی نیز مورد ارزیابی قرار گرفت. در این مطالعه مفهوم مذهب در راستای معنادهی به زندگی، به عنوان یک جهت‌گیری و هدف در زندگی تعریف شد.

۷-۱-۲ مذهب و غلبه[1] بر تنیدگی‌ها

تنیدگی در جامعهٔ مدرن عمومیت یافته است و به اشکال گوناگونی پدید می‌آید. این

1. coping

اشکال شامل تنیدگی ناشی از تعارض بین فردی، انتظارات برآورده‌نشده، ناامیدی‌ها، فشارهای شغلی و مالی، از دست دادن عشق یا شکستن ارتباطات، از دست دادن آرزوها و امیدها و از دست دادن سلامت و استقلال است.

در مطالعاتی در امریکا از افراد سؤال شد تا چه حد مذهب می‌تواند آسایش شخصی و حمایت ایجاد کند؟ ۷۸ درصد افراد در سنین مختلف و ۹۰ درصد از سالمندان پاسخشان «در بیشتر مواقع» و یا «به طور کامل» بود.

نه‌تنها در امریکا که در بیشتر مناطق دنیا تحقیقاتی که به عمل آمده است نشان می‌دهد اعتقادات و فعالیت‌های مذهبی در طول دورهٔ تنیدگی موجب احساس آرامش می‌شود. برای مثال در تحقیق دیگری ۹۸ درصد از ۹۰ بیماری که HIV مثبت و در بیمارستان نیوهیون ـ ییل[1] بودند، معتقد به عشق به خداوند بودند؛ ۸۴ درصد ارتباط شخصی با خداوند را مطرح کردند و ۸۲ درصد معتقد بودند عقایدشان در مورد خداوند هنگامی که به مرگ می‌اندیشند به آن‌ها کمک می‌کند. چنین یافته‌هایی غیر معمول نیست و بسیار قابل تأمل است (کوئنیگ و کوهن[2]، ۲۰۰۲). در مطالعه‌ای دیگر نشان داده شد سالمندانی که سطح بالاتری از معنویت را گزارش کرده بودند، در مواجهه با شرایط تنیدگی‌زا و دشوار انعطاف بیشتری از خود بروز می‌دادند (واهیا و همکاران، ۲۰۱۱).

چیستی و چگونگی نقش مذهب در کنار آمدن فرد با تنیدگی، فزونی‌بخشی در بهزیستی و کیفیت زندگی، و تسریع در بهبودی از افسردگی، پرسش مهمی است که ذیلاً بدان پرداخته شده است.

کوئنیگ (۲۰۰۵)، مؤلفه‌ها و شیوه‌هایی را مطرح کرده که بر آن اساس اعتقادات و اعمال مذهبی زمینهٔ کاهش تنیدگی‌ها را میسر نموده است و مقابله و کنار آمدن با تنیدگی‌ها را سبب می‌شود.

1. Yale-New Haven Hospital
2. Cohen

الف) ترویج یک جهان بینی مثبت

عقاید مذهبی یک نوع جهان‌بینی را سبب می‌شود که مثبت، منسجم، خوش‌بینانه و توأم با مراقبت است. در عقاید مذهبی خداوندی بخشنده، مهربان، عادل و قادر وجود دارد که هر آنچه را در زمین و ماورای آن اتفاق می‌افتد، کنترل می‌کند. براساس این جهان‌بینی عالم مکانی دوست‌داشتنی است که به طور خاص برای انسان‌ها آفریده شده است.

این نوع جهان‌بینی، نسبت به فهم و توضیح دیدگاه‌های غیر دینی و صرفاً علمی، کاملاً متفاوت است. در جهان‌بینی غیر دینی، وقوع رویدادها نتیجهٔ اتفاق و تصادف است. هر رویدادی بیش از آنچه واقعیت یک رویداد است معنی دیگری ندارد. نگرش به عالم غیر شخصی، خصمانه و تهدیدکننده است و قوانینی مسلط بر جهان هستند. انسان‌ها به سادگی همچون سایر انواع حیوانات دیده می‌شوند؛ در این دیدگاه برای انسان‌ها معنایی وجود ندارد و هرچه هست مربوط به اتفاق بوده است. از این منظر، جهان‌بینی مذهبی نوعی خیال‌پردازی خالص است که از تصور انسان در پاسخ به ترس و عدم اطمینان ناشی شده است.

اگر علم به تنهایی، واقعیت را تعریف کند واقعیت تنها شامل جهان مادی است که قابل مشاهده و اندازه‌گیری است، از این منظر مذهب تفکری واهی و پوچ است. اما کسانی که نگرش مذهبی دارند با این استدلال موافق نیستند. آن‌ها معتقدند علم ظرفیت تعریف تمام واقعیت را ندارد و نمی‌تواند تعیین کنندهٔ انحصاری این باشد که چه چیزی واقعیت است و چه چیزی واقعیت نیست. در عوض آن‌ها مدعی‌اند که واقعیت‌های بسیاری وجود دارد که قابل مشاهده و اندازه‌گیری نیستند؛ بدون در نظر گرفتن این که کدام‌یک از این دیدگاه‌ها به حقیقت نزدیک‌تر هستند. پیامدهای سلامت روانی یک جهان‌بینی در مقایسه با جهان‌بینی دیگر بسیار مهم است. به ویژه برای کسانی که بیماری روانی شدید دارند. از آنجا که جهان‌بینی علمی کاملاً فاقد معناست نمی‌تواند به کسانی که تجربهٔ تنیدگی شدید، فقدان‌های چندگانه، محرومیت اقتصادی اجتماعی یا درد و رنج طولانی را متحمل شده‌اند، کمکی بکند.

ب) کمک در فهم موقعیت‌های دشوار

مردم نیاز دارند بدانند چرا دچار بیماری روانی می‌شوند یا دردهای عاطفی شدید را تحمل می‌کنند. چرا امید و دعاهای آن‌ها برای شفا پاسخ داده نشده است؛ آن‌ها نیاز دارند براساس جهان‌بینی خود پاسخ این پرسش‌ها را بیابند. آن‌ها نیاز دارند بفهمند معنی این بیماری برای آن‌ها چیست؛ و برای آیندهٔ آن‌ها و خانوادهٔ آن‌ها چه معنایی دارد. آن‌ها نیاز دارند بدانند چگونه می‌توانند از عهدهٔ این بیماری برآیند. مذهب پاسخ این سؤالات را فراهم می‌کند. آن پاسخ‌ها ممکن است برای برخی کاملاً ارضاکننده نباشند اما برای برخی دیگر مناسب باشند.

از سویی دیگر اعتقادات مذهبی به رفتارهایی همچون مصرف الکل یا مواد مخدر، رفتارهای پرخطر جنسی یا دیگر رفتارهایی که سلامت روانی را در درازمدت تشدید می‌کند، پاسخ منفی می‌دهد. در مقابل، مردم را تشویق می‌کند به خداوند و به عبادت بازگردند. این شیوه کمک می‌کند تا افراد تصمیم درست اتخاذ کنند تا با تنیدگی‌های بیشتر یا موقعیت‌های مشکل زندگی مواجه نگردند.

ج) ارائهٔ هدف و معنا

این مورد به ویژه برای افرادی که از زندگی تجربه‌ای منفی دارند یا درگیر موقعیت‌های دشواری‌اند مانند کسانی که مشکلات روانی یا عاطفی دارند، مصداق دارد. معنا موضوع مهمی است، زیرا حسی از هدف و جهت را برای زندگی فراهم می‌سازد و برای اوقاتی که در پیش داریم امید می‌دهد و به مشکلات حاضر اهمیت می‌دهد. مردم نیاز دارند که اهداف و معناها را تجدید کنند تا بتوانند با بیماری مبارزه، و برای بهبود و بازتوانی مورد نیاز تلاش نمایند. آن‌ها نیاز دارند بدانند که علی‌رغم بیماری و ناتوانی‌هایشان همچنان می‌توانند کمک‌کننده باشند، و همچنان ارزشمند باشند. در دیدگاه مذهبی تمام موقعیت‌ها، صرف‌نظر از مشکلاتی که دارند، می‌توانند پیامدهای خوبی داشته باشند و فرد احساس می‌کند تمام امور به دست خداوند است و خداوند برای همهٔ کسانی که دوستش دارند، خیر می‌خواهد.

د) افزایش حمایت اجتماعی

اکثر تحقیقات (۱۹ مورد از ۲۰ مورد) که در قرن بیستم انجام شده است به این نتیجه رسیده‌اند که افراد مذهبی از ارتباطات اجتماعی بیشتری برخوردارند و کیفیت بالاتری از حمایت اجتماعی را تجربه کرده‌اند. این شامل پیوندهای خانوادگی و زناشویی است که در بین آن‌ها که مذهبی‌ترند، قوی‌تر است. در مرور منظمی که ما انجام داده‌ایم در ۳۵ مورد از ۳۸ مطالعه‌ای که در مورد مذهب و ازدواج صورت گرفته بود، همسرانی با گرایش مذهبی بیشتر، یا آن‌ها که زمینهٔ مذهبی مشترکی داشتند، ازدواجی با رضایتمندی و پایداری بیشتر را تجربه کردند. وجود ارتباطات حمایتی از سوی خانواده و دوستان در هنگام تنیدگی، یک عامل کلیدی در کمک به افراد است تا به طور موفقیت‌آمیز بر مشکلات غلبه کنند و از تبدیل یا تشدید اختلال روانی ممانعت به عمل آورند. برای کسانی که از بیماری روانی شدید و مزمن رنج می‌برند، داشتن تماس‌های خانوادگی، برای مراقبت‌های مداوم، بسیار بااهمیت است. جامعهٔ مذهبی می‌تواند چنین حمایت‌هایی را فراهم سازد.

مشکلات عاطفی و بیماری روانی شدید باعث می‌شود مردم احساس انزوا، تنهایی و بریدن از دیگران را داشته باشند. آن‌ها اغلب از دوستان و خانواده فاصله می‌گیرند، و ممکن است با احساس غربت و نگرانی در مورد رخدادهای آینده زندگی کنند. عقاید معنوی به مردم کمک می‌کند تا ارتباط بیشتری را احساس کنند. تماس گرفتن یا ملاقات با یک روحانی، عضویت در یک گروه مذهبی، یا دانستن این که اعضای یک گروه متدین برای او دعا می‌کنند، هر کدام می‌تواند باعث ایجاد شعف و حسی مثبت در فرد شود تا مجدداً با دیگران ارتباط برقرار کند. احساس ارتباط، مورد مراقبت بودن یا دوست داشته شدن از سوی خداوند به او کمک می‌کند تا از احساس تنهایی به ویژه وقتی هیچ کس دیگر در اطراف او نیست رها شود.

ه) ترویج هدایت دیگران

مذهب از طریق توجه دادن به هدایت دیگران بر سلامت روان تأثیر می‌گذارد.

بسیاری از رهبران ادیان بزرگ پیروان خود را به حمایت و مراقبت از یکدیگر، به عنوان کلیدی برای شادی و پیشرفت معنوی توصیه کرده‌اند. چنین آموزش‌هایی مروج بخشش، رحمت، مهربانی، غمخواری، و سخاوت است.

تمرکز بر بیرون از خویش، از بروز مشکلات شخصی، تنفرها و خود را محق دانستن‌ها جلوگیری می‌کند. هنگامی که فرد از عمل دیگران منتفع شود، بهزیستی روانی او افزایش می‌یابد؛ و این امر سبب افزایش ارتباط او با جهان پیرامون، و ایجاد ارتباط بیشتر با دیگران می‌شود.

در مطالعه‌ای به ۱۳۲ نفر که مبتلا به تصلب چندگانه بودند آموزش داده شد تا به دیگرانی که همان شرایط را داشتند، فعالانه گوش دهند (شنونده باشند) و نسبت به آن‌ها با غمخواری و توجه مثبت غیر مشروط برخورد کنند. طی دو سالی که این مطالعه در حال اجرا بود، محققان گزارش کردند که اطمینان به خودآگاهی، عزت نفس، افسردگی و دیگر نقش‌های کنشی این گروه حمایت‌کننده بهبود یافته بود. از طریق تشویق مراقبت از دیگران، مذهب راهی برای شفای خود افراد بیمار ارائه کرده است.

و) گامی در مسیر کنترل و تسلط بر خویش

درد عاطفی و بیماری روانی می‌تواند کنترل فرد را از بین ببرد و باعث اضطراب و احساس درماندگی شود. در چنین حالتی بسیاری از افراد با نومیدی تلاش می‌کنند دوباره کنترل خویش را به دست آورند. فزونی اضطراب سبب می‌شود تا ایشان با هر تلاشی که از سوی مراقبان خانوادگی یا متخصصان سلامت آن‌ها صورت می‌گیرد، مبارزه کنند. اما عقاید و اعمال مذهبی به افراد کمک می‌کند تا از طریق نیرومند شدن با بهره‌گیری از منابعی که در اختیار دارند (مانند عبادت) دوباره کنترل و تسلط خود بر شرایط را به دست آورند. عقاید مذهبی همچنین به مردم کمک می‌کند تا در موقعیت مناسب قرار گیرند و به ضرورت کنترل را رها سازند. اعتقاد و توکل بر خداوند اغلب آن‌ها را قادر به انجام این کار می‌کند.

ز) تشویق بخشش

در مواردی بیماران روانی بیماری خود را به عنوان تنبیهی برای گناهان گذشتهٔ خود تعبیر می‌کنند. مذهب شرایطی را فراهم می‌سازد که مردم بتوانند بخشش را دریافت کنند و از رنج گناه یا شرم رها شوند. مذهب همچنین بخشش دیگران را تشویق می‌کند و از این طریق کمک می‌کند تا آن‌ها از تلخی و تنفری که ممکن است سلامت و بهزیستی روانی آن‌ها را فرسایش دهد، رها شوند. برخی تحقیقات به عمل آمده همچون پژوهش کراوس و الیسون[1] (۲۰۰۳)، تأثیر بخشش را در ایجاد هیجان مثبت، هم در دریافت‌کننده و هم در دهندهٔ بخشش، به روشنی نشان داده است. کراوس و الیسون (۲۰۰۳)، نقش بخشش را در دو قالب بررسی کردند: ۱) بخشش دیگران و ۲) اعتقاد به بخشش خدا. بخشش کامل دیگران با بهزیستی روانی، و بیشتر از آن با بخشش خداوند مرتبط بود. کسانی که نمی‌توانند بدون قیدوشرط دیگران را ببخشند، نشانگان جسمی افسردگی و علائم افسردگی عاطفی را بیشتر از همسالانی که به طور کامل دیگران را بخشیده‌اند، نشان می‌دهند.

ح) تشویق شکر و ایجاد امید

شاکر و سپاسگزار بودن به افراد کمک می‌کند تا با بیماری روانی و شرایط خود بهتر کنار آیند و نگرش مثبتی یابند. آن‌چنان که گفته شده است نوشتن سادهٔ فهرستی روزانه از هر آنچه باید برای آن‌ها شاکر بود، تقریباً بلافاصله تولید هیجان مثبت می‌کند. اعتقادات مذهبی نگرشی از سپاسگزاری را تشویق می‌کند.

امید محرک انگیزش است؛ عاملی برای پیشبرد سلامت و شفای فرد است. بدون امید مردم کارها را رها می‌کنند، خود را فراموش می‌کنند و هرچند دیگران بخواهند به آن‌ها کمک کنند، از گردونه خارج می‌شوند. عقاید معنوی برای بسیاری از بیماران منبعی قوی است. «با انسان‌ها این امید ممکن نیست اما با خداوند همه چیز ممکن است».

1. Krause & Ellison

۷ـ۲ ابعاد مذهب در گسترهٔ سلامت

گروهی از متخصصان در حوزهٔ مذهب و سلامت تلاش کردند تا اولاً ابعاد مذهب را، که به احتمال بیشتر با سلامت مرتبط است، شناسایی کنند؛ ثانیاً ابزارهایی برای اندازه‌گیری این ابعاد طراحی نمایند. طی انجام مطالعه، شواهد حاکی از آن بود که مذهب پدیده‌ای پیچیده و چندبعدی است و ابعاد آن نامحدود است. هرچند در بسیاری از مطالعات قبلی مذهب در آغاز براساس فراوانی حضور در کلیسا و فراوانی عبادات خصوصی اندازه‌گیری شده بود. اعضای گروه متوجه شدند که موضوع بسیار گسترده‌تر از این حد از اندازه‌گیری است. سرانجام آن گروه ۱۲ بُعد کلیدی مذهب را شناسایی کرد. این ۱۲ بعد در جدول ۷ـ۱ ارائه شده است (شای، کراوس و بوس[1]، ۲۰۰۴).

جدول ۷ـ۱ ابعاد مذهب؛ شناسایی‌شده از سوی گروه کاری موسسهٔ فتزر و موسسهٔ ملی سالمندی

۱. معنای مذهبی
۲. ارزش‌های مذهبی
۳. اعتقادات مذهبی
۴. بخشش و عفو
۵. اعمال شخصی مذهبی
۶. سازگاری مذهبی
۷. حمایت‌های مذهبی
۸. تاریخ مذهبی
۹. التزام به مذهب
۱۰. دین‌داری سازمانی
۱۱. ترجیحات مذهبی
۱۲. تجربیات روزانهٔ معنوی

همان‌طور که در جدول ۷ـ۱ ملاحظه می‌شود تقریباً تمام ابعاد مذهب، ارتباط بسیار نزدیکی با سلامت دارد؛ برای مثال معنایی که مذهب به رویدادهای زندگی می‌دهد، تجربهٔ آن‌ها را برای فرد مثبت‌تر می‌سازد. اگر رویدادها منفی باشند مانند تجربهٔ حوادث ناخوشایند و یا شکست‌ها در زندگی، معنایی که مذهب به این رویدادهای منفی می‌دهد امکان تحمل آن‌ها را برای فرد آسان‌تر می‌کند و کمتر به

1. Schaie, Krause & Booth

منزلهٔ عامل تنیدگی‌زا ادراک می‌شوند و اگر رویدادها مثبت باشند، مانند تجربهٔ ازدواج و یا کسب موفقیت‌ها در زندگی، این تجارب مثبت وقتی در بافت معنایی که مذهب به زندگی فرد می‌دهد قرار می‌گیرند، ضمن افزایش حظ و لذت بیشتر برای فرد، امکان واکنش‌های احساسی توأم با افراط را که در مراحل دیگر می‌توانند آسیب‌رسان باشند کمتر می‌کند.

۷ـ۲ـ۱ رابطهٔ دینداری و صفات شخصیت

در برخی از مطالعات، ارتباط بین دینداری و صفات مختلف شخصیت بررسی شده است. در مجموع فزونی گرایش‌های مذهبی با مصادیق رفتاری زیر مربوط دانسته شد: تشریک مساعی بیشتر، خصومت کمتر، احساس از خود بیگانگی کمتر، نوع‌دوستی بیشتر و توجه به دیگران، ظرفیت بیشتر برای بخشش، و احساس کنترل درونی بیشتر.

در یک مطالعهٔ طولی شخصیت، محققان ۱۰۰ بزرگسال ۵۵ تا بالاتر از ۸۰ سال را به مدت ۶ سال بررسی کردند. از عهده برآمدن[1] مذهبی به عنوان یک پیش‌بینی‌کنندهٔ صفات شانزده گانهٔ شخصیت، که با آزمون شانزده عاملی شخصیت کتل اندازه‌گیری شده بود، بررسی شد. پس از کنترل سن، جنس، طبقهٔ اجتماعی، سلامت و رویدادهای تنیدگی‌زای زندگی، محققان متوجه موارد زیر شدند: افرادی که از مذهب برای غلبه کردن (از عهده برآمدن) استفاده کرده بودند، در عامل E (سلطه‌گری، پرخاشگری، خصومت، تمرّد)، نمرهٔ کمتر و در عامل G (مسئولیت‌پذیری، فراخود قوی، توجه به معیارهای اخلاقی و نیرومندی منش)، نمرهٔ بیشتر کسب کرده بودند. در طول مدت، مردان کاهشی را در عامل Q۳ (کنترل کردن، وسواس) نشان می‌دادند و زنان کاهشی را در عامل Q۴ تجربه کرده بودند که اشاره‌ای به افزایش آرامش، آسودگی و خونسردی در طول زمان دارد (کوئنیگ، ۲۰۰۵).

۷ـ۲ـ۲ مذهب، بهزیستی و سلامت روانی

مطالعات نشان می‌دهد که اعتقادات و اعمال مذهبی در هیجانات مثبتی همچون بهزیستی، رضایتمندی از زندگی و شادی نقش دارند. در یک مطالعهٔ مروری منظم،

1. coping

از ۱۰۰ تحقیق، ۷۹ درصد ارتباطات مثبت و معنی‌داری را بین درگیری‌های مذهبی و بهزیستیِ بهتر نشان می‌داد. همچنین از بین ۱۰ مطالعهٔ آینده‌نگر، در نُه مورد نشان داده شده است که اعتقادات و فعالیت‌های مذهبی بیشتر، بهزیستی بالاتری را در طول زمان پیش‌بینی می‌کند (کوئنیگ و کوهن، ۲۰۰۲).

۷ـ۲ـ۳ مذهب و سلامت جسمانی

ما به راحتی آثار و مزایای روان‌شناختی ایمان را در سالمندی درک می‌کنیم. اما زمانی که ارتباط سلامت جسمی و مذهب برای افراد مسن مطرح می‌شود با مشکلاتی مواجه می‌شویم. با وجود این، واضح است که تأکید فراوان آموزه‌های مذهبی بر نظافت، یا مخالفت آموزه‌های مذهبی با مصرف الکل، مواد مخدر و سیگار، در راستای رویکرد مذهبی به سلامت جسمانی است. ضمن آن که از تأثیر بهزیستی روانی و سلامت روانی بر سلامت جسمانی نیز نباید غافل بود.

محققان معتقدند که تعهدات مذهبی به معتدل کردن فشارخون و تعدیل تنیدگی کمک می‌کند و حضور در مراسم مذهبی با کاهش در تنیدگی مرتبط است (اینگرام و گیلوم[1]، ۲۰۰۷؛ به نقل از: سانتروک، ۲۰۱۳).

۷ـ۲ـ۴ مذهب، خوش‌بینی و امید

خوش‌بینی گونه‌ای از توانایی است که بدان وسیله فرد از لحاظ روان‌شناختی خود را از پیامدهای منفی دور نگاه می‌دارد، و امید، توانایی تنظیم اهداف، یافتن راهی به سوی اهداف و انگیزهٔ فرد برای پیمودن آن راه است. اعتقادات برخاسته از جهان‌بینی مذهبی موجد خوش‌بینی و امید است، و از این طریق به مشکلات یا رویدادهای آسیب‌زای زندگی معنا می‌دهد. از ۱۴ مطالعه‌ای که ارتباط بین مذهب و خوش‌بینی و امید را بررسی کرده بود ۱۲ مورد ارتباط معناداری را گزارش کردند و در دو مورد ارتباط معناداری دیده نشد (کوئنیگ و کوهن، ۲۰۰۲).

1. Ingram & Gillum

۷ـ۲ـ۵ مذهب، افسردگی و اضطراب

در صورتی که گرایش به مذهب، سبب پروراندن امید، خوش‌بینی و جهان بینی معنادار نزد معتقدان شود، انتظار می‌رود بین نشانگان افسردگی و اضطراب با مسئلهٔ گرایش مذهبی رابطهٔ معکوس وجود داشته باشد. مطالعات دیگری در این زمینه صورت پذیرفته است. در مطالعه‌ای که بر روی یک نمونه ۱۵۱ نفری از کسانی که عمل باز قلب انجام داده بودند، نشان داده شد استفاده از راهبردهای مذهبی و به طور خاص عبادات خصوصی، با کاهش افسردگی پس از عمل جراحی، و حتی یک سال پس از عمل جراحی، به طور معناداری ارتباط داشت (شای، کراوس و بوس، ۲۰۰۴).

۷ـ۲ـ۶ مذهب و حمایت اجتماعی

افراد مذهبی به طور ثابت حمایت اجتماعی بیشتری را نسبت به افراد غیر مذهبی دریافت می‌کنند. این امر هم می‌تواند به دلیل آن دسته از خدمات مذهبی باشد که دریافت می‌کنند، و هم می‌تواند به دلیل فعالیت‌های مذهبی خصوصی خود آن‌ها مانند نماز خواندن باشد. چندان روشن نیست که چگونه فعالیت‌های مذهبی خصوصی حمایت اجتماعی را افزایش می‌دهد؛ هرچند ممکن است آن فعالیت‌ها بر نگرش فرد نسبت به گرفتن حمایت اجتماعی یا دادن حمایت اجتماعی به دیگران تأثیر داشته باشد. به علت ارتباط قوی میان فعالیت‌های مذهبی شخصی و عمومی، فعالیت‌های مذهبی شخصی مانند نماز خواندن ممکن است فرد را برای فعالیت‌های مذهبی اجتماعی برانگیزاند. حتی فرد اگر احساس کند آن را دوست ندارد (یعنی درون‌گراتر، یا به لحاظ جسمی توانایی کمتری داشته باشد)، فعالیت‌های مذهبی خصوصی ممکن است تعهد شخصی عمیق‌تر فرد نسبت به مذهب را منعکس نماید. از سوی دیگر به نظر می‌رسد اشخاصی که فعالیت‌های مذهبی خصوصی بیشتری دارند، شایستگی بیشتری برای دریافت حمایت‌های اجتماعی داشته باشند. سرانجام آن که ممکن است رفتار این افراد به گونه‌ای باشد که برای دیگران جاذبهٔ بیشتری داشته باشند، لذا حمایت واقعی بیشتری دریافت نمایند.

مهم‌تر آن که حمایت‌هایی که از منابع مذهبی تأمین می‌شود نسبت به منابع غیر مذهبی برای افراد راضی کننده‌تر و چشمگیرتر بوده‌اند. این مطلب به ویژه برای

کسانی که با افزایش سن، سلامت و کنش‌های آن‌ها تقلیل یافته، مصداق بیشتری داشته است (کوئنیگ و کوهن، ۲۰۰۲).

یک شکل از حمایت اجتماعی حمایت معنوی است. تحقیقات نشان می‌دهد سالمندان از مذهب و حمایت معنوی بیشتر از هر نوع راهبرد دیگر برای مقابله با مشکلات سازندگی استفاده می‌کنند. این موضوع تأثیری محکم بر هویت می‌گذارد (کاواناف و بلانچارد ـ فیلدز، ۲۰۰۶).

۷ـ۲ـ۷ چگونگی تأثیرگذاری رفتارهای مذهبی بر سلامت

مذهب بر سلامت فرد به اشکال زیر تأثیرگذار است: ۱) راهنمایی به سبک زندگی سالم؛ ۲) تسهیل حمایت اجتماعی به وسیله و برای اعضای گروه‌های مذهبی؛ ۳) فراهم کردن طرح‌وارهٔ همسان یا قالب‌های معنایی منسجم، که توانایی از عهده برآمدن، آسایش و فهم گذرا بودن مشکلات زندگی را، به ویژه در دورهٔ سالمندی، میسر می‌سازد. علاوه بر این می‌توان عامل چهارمی را نیز به این فهرست افزود. مشارکت‌های مذهبی به عنوان چهارمین عامل، ممکن است به طور مستقیم تأثیر سودمندی از لحاظ فیزیولوژیک بر روی ضربان قلب، فشارخون، توان عضلات یا نظام ایمنی بدن داشته باشد (شای، کراوس و بوس، ۲۰۰۴).

الف) روان‌درمانی دینی

برحسب این که ما از انسان چه تعریفی داشته باشیم و ابعاد وجودی و ظرفیت‌های انسان را شامل چه مواردی بدانیم، روش‌های درمانی نیز می‌توانند متفاوت باشند. تمام کسانی که رویکردهای درمانی را ارائه کرده‌اند، رویکردهای خود را مبتنی بر نظریات و دیدگاه‌هایی قرار می‌دهند که این نظریات و دیدگاه‌ها هر یک نگاه خاصی به ابعاد وجودی و شخصیت انسان دارند. وقتی صحبت از روان‌درمانی دینی می‌کنیم نیز آن نوع روان‌درمانی را مدنظر داریم که مبتنی بر مبانی و اصول دینی است. در ادیان مختلف و به طور خاص در دین اسلام انسان مخلوق خداوند دانسته شده است و استعداد آن را دارد که در مسیر حرکت به سوی خداوند قرار گیرد و

خداوند را ملاقات نماید. این به معنای رسیدن انسان به تمام اوصافی است که خداوند برای خداگونه شدن انسان قرار داده است. در این مسیر اگر انحرافی پیش آید و انسان با مشکلاتی مواجه شود، لازم است تلاش کند تا مجدداً در مسیر قرار گیرد و از توان و ظرفیت‌های خود بهره‌مند شود. روان‌درمانی دینی به ویژه برای سالمندان و آن هم سالمندانی که با مفاهیم دینی آشنا هستند می‌تواند مفید باشد. اگر اختلالات روانی را عاملی در جهت بر هم خوردن تعادل فرد و فاصله دادن او از مسیر زندگی صحیح در نظر بگیریم، با نگرش دینی به عوامل اختلال‌زا اعم از رویدادها، مشکلات و شرایطی که فرد با آن‌ها مواجه است، می‌توان مسیر برون‌رفت از مشکلات را یافت. استفاده از رویکردهای دینی برای درمان اختلالات روانی هنوز به اندازهٔ کافی استقرار نیافته است با وجود این تحقیقات زیادی در این زمینه ارائه شده است.

در مالزی برای آثار روان‌درمانی مختص به افسردگی با استفاده از دیدگاه اسلامی در مقابل روان‌درمانی غیر دینی یک تحقیق آزمایشی اجرا شد. نمونهٔ ۶۴ مالزیایی مسلمان با گرایش دینی قوی، و البته دارای برخی معیارهای اختلال افسردگی بودند. هر دو گروه هر هفته روان‌درمانی غیر دینی و مقدار مجازی داروی ضد افسردگی دریافت می‌کردند، اما گروه آزمایش در هفته یک جلسه ۴۵ دقیقه‌ای اضافی یک روان‌درمانی مذهبی دریافت می‌کرد. روان‌پزشکی که نسبت به گروه آزمایشی غیر مطلع بود، پس از ۱ ماه، ۳ ماه، و ۶ ماه از درمان، وضعیت آن‌ها را اندازه‌گیری کرد. آزمودنی‌هایی که روان‌درمانی اسلامی اضافی را دریافت کرده بودند (که شامل خواندن آیاتی از قرآن کریم و خواندن ذکر بود) نسبت به آن‌هایی که روان‌درمانی غیر دینی و داروهای ضد افسردگی را به تنهایی دریافت کرده بودند، بهبودی سریع‌تری در نشانگان افسردگی نشان دادند.

محققان همچنین تأثیر روان‌درمانی اسلامی را بر ۶۲ مسلمان متدین که اختلال اضطراب فراگیر داشتند، بررسی کردند. آزمودنی‌ها به طور تصادفی یا در گروه درمانی سنتی (روان‌درمانی حمایتی و داروهای ضد اضطرابی) یا در گروه درمانی سنتی به علاوهٔ روان‌درمانی مذهبی قرار گرفتند. روان‌درمانی مذهبی شامل خواندن ذکر و آیاتی از قرآن بود. نشانگان اضطراب در آزمودنی‌هایی که روان‌درمانی

مذهبی دریافت کرده بودند، نسبت به گروهی که تنها درمان سنتی دریافت کرده بودند، سریع‌تر بهبود یافتند. بنابراین روان‌درمانی مبتنی بر دیدگاه اسلامی وقتی با درمان سنتی همراه شود، ... در مسلمانان متدین در تسریع بهبودی نشانگان افسردگی و اضطراب مؤثر است (کوئنیگ، ۲۰۰۵).

تحقیقات اندکی در مورد تأثیر روان‌درمانی مذهبی برای غیر مذهبی‌ها انجام شده است. به نظر می‌رسد برای بیمارانی که مذهب برای آن‌ها اهمیت دارد دریافت روان‌درمانی مذهبی مؤثرتر از بیمارانی باشد که غیر مذهبی هستند. ضمن آن که می‌توان گفت تمام بیماران خواستار آن‌اند که عقایدشان اعم از مذهبی و غیر مذهبی از سوی درمانگران، مورد احترام قرار گیرد و فهمیده شود (کوئنیگ، ۲۰۰۵).

ب) یاد مرگ به مثابهٔ درمان

مرگ را می‌توان یک انتقال از حالت زنده بودن به مرده بودن تعریف کرد (کاواناف و بلانچارد ـ فیلدز، ۲۰۰۶). در دیدگاه مذهبی مرگ به عنوان انتقال به زندگی پس از مرگ تعریف شده است (هوی و کلمان[1]، ۲۰۱۲). علامه طباطبایی در جلد ۱۹ تفسیر *المیزان* در ذیل آیهٔ ۶۰ سورهٔ واقعه، مرگ را عبارت از انتقال از خانه‌ای به خانه‌ای دیگر، و از خلقتی به خلقتی بهتر می‌داند.

ترس از مرگ از نظر بسیاری از افراد طبیعی قلمداد می‌شود. بر پایهٔ مطالعات گوناگونی که از اندازه‌گیری‌های مختلفی استفاده شد، محققان دریافتند که ترس از مرگ دارای چندین جزء است. این اجزاء شامل درد، کژکاری بدن، تحقیر، طرد، پوچی، تنبیه، توقف اهداف، و اثر منفی بر بازماندگان می‌شود. به دلیل پیچیدگی مسائل هر یک از این اجزاء می‌توانند در سه سطح: عمومی، خصوصی و عدم هشیاری روی نماید. احساسی که ما دربارهٔ مرگ در جمع داریم تفاوت زیادی با آن احساسی دارد که وقتی به تنهایی به آن فکر می‌کنیم. به طور خلاصه، اندازه‌گیری اضطراب مرگ یک کار پیچیده است، و محققان برای این کار باید جنبه‌های

1. Hui & Coleman

مختلفی را ارزیابی کنند (کاواناف و بلانچارد ـ فیلدز، ۲۰۰۶).

برخلاف آنچه در مواردی گفته شده است که یاد مرگ باعث افسردگی و اضطراب می‌شود، می‌تواند سازنده و برای احساس رضایتمندی فرد از زندگی و بهره‌برداری بیشتر از فرصت عمر و به عبارتی دیگر ارتقای کیفیت زندگی بسیار مؤثر باشد. از رسول خدا (ص) سؤال شد، زیرک‌ترین مؤمنان چه کسی است؟ ایشان فرمودند: زیرک‌ترین مردم کسی است که بیش از همه به یاد مرگ باشد و خود را بهتر از همه برای مرگ آماده سازد[1] (فیض کاشانی، بی‌تا). یک جنبه از سودمندی یاد مرگ آن است که انسان به دلیل آن که مرگ خود را فراموش نمی‌کند هر فرصت مطلوبی را که در زندگی پیدا کند با این رویکرد به آن نگاه می‌کند که ممکن است آن وضعیت در آینده برایش تکرار نشود و لذا سعی می‌کند بهترین استفاده را از آن فرصت بگیرد. برای مثال اگر به سفری رفته است که برایش لذت‌بخش است با این نگاه که ممکن است آن سفر تکرار نشود سعی می‌کند تا آنجا که ممکن است از سفر خود لذت ببرد. اما جنبهٔ مهم‌تر یاد مرگ آن است که انسان برای رفتن از این دنیا خود را آماده می‌کند و ضمن آن که به تعلقات دنیا دل نمی‌بندد و آن‌ها را فانی می‌بیند، از فرصت‌های خود برای آبادانی حیات جاویدش بهره‌برداری می‌کند. این نگاه به انسان کمک می‌کند که رنج‌های دنیا را موقتی ببیند و با انجام کارهای شایسته رضایت امروز و فردای خود را تضمین نماید.

الف) مرگ و نقش مذهب: تبیین یک چهارچوب: علی‌رغم آنچه گفته شد به طور معمول انسان‌ها رابطهٔ مهربانانه‌ای با مرگ ندارند. شکسپیر[2] آن را «یک چیز ترسناک»[3]، نامید و ماتیو آرنولد[4] مرگ را به عنوان «یک نمایش مخوف»[5] معرفی

---

۱. یا رسول الله ایُّ المُؤمنینَ اَکیَسُ؟ قال صلَّی اللهُ علیه وآلِه: اَکثَرُهُم لِلمَوتِ ذِکرا و اَحسَنُهُم لَهُ اِستِعدادا.

2. Shakespeare
3. "a fearful thing"
4. Matthew Arnold
5. "a hideous show"

کرد. وایتمن[1] می‌گوید: شخص ممکن است از «مرگ نجیب»، «مرگ با عزت»، «بهشت ابدی» و یا «پاداش نهایی» صحبت کند و یا ممکن است بگوید که «هیچ چیز نمی‌تواند زیباتر از مرگ اتفاق افتد»، اما در واقع تمام ما از واقعیت لحظهٔ مرگ می‌هراسیم و بسیاری از ما، از مواجهه با کلمهٔ مرگ اجتناب می‌کنیم. تا آنجا که ممکن است یادآوری مرگ را سرکوب، انکار و از آن اجتناب کنیم؛ و بالاتر از همه، با مرگ مبارزه می‌کنیم. اگر یک هدف اساسی برای استفاده از دارو باشد، آن است که از آن برای کاهش مرگ‌ومیر و افزایش طول عمر استفاده می‌شود. در نهایت نیز بعد از مرگ، رسومی چون مومیایی کردن به تعبیر آریس[2] به عنوان «خودداری از پذیرش مرگ» تلقی می‌شود. به عبارت دیگر، ما تمایل داریم بدنمان بدون تغییر باقی بماند.

مرگ قانونی عمومی است. گرچه بسیاری از مردم مایل‌اند که فناپذیر بودن خود را فراموش کنند، ولی این واقعیتی است که اگر ما آن را فراموش کنیم، آن هرگز ما را فراموش نخواهد کرد. حیات و زندگی این جهان بالاخره پایانی دارد و روزی می‌رسد که مرگ به سراغ هر کس خواهد آمد (مکارم شیرزای، ۱۳۸۰: ج ۳، ۲۰۰).

کوبلر ـ راس در اوایل دههٔ ۱۹۶۰ تحقیقاتی را در مورد مرگ انجام داد و نظریه‌ای را در این رابطه شکل داد. او افکار و رفتارهای فرد را در مواجهه با مرگ در پنج مرحله معرفی کرد. این مراحل عبارت‌اند از: انکار، خشم، چانه‌زنی، افسردگی و پذیرش. انتقادهای زیادی نسبت به نظریهٔ کوبلر راس ارائه شده است. به دلیل همین انتقادها برخی روان‌شناسان ترجیح می‌دهند این موارد را نه در قالب مرحله بلکه به عنوان واکنش‌های بالقوهٔ فرد به مرگ در نظر بگیرند (سانتروک، ۲۰۱۳).

در مطالعاتی که در مورد افراد مختلف شده است، توماس و ایزنهندلر (۱۹۹۴)، هفت نوع فقدان یا از دست دادن مرتبط با تفکر مرگ را مطرح کرده‌اند: از

1. Whitman
2. Aries

دست دادن توانایی تجربه کردن، از دست دادن توانایی پیش‌بینی رویدادهای متوالی (برای مثال، زندگی پس از مرگ)، از دست دادن بدن و ترس از آنچه برای بدن اتفاق می‌افتد، از دست دادن توانایی مراقبت از وابستگان، رنج فقدان توسط دوستان و خانواده (مانند سوگ برای دیگران)، از دست دادن فرصت ادامهٔ راه‌ها و پروژه‌ها و بودن در یک وضعیت نسبتاً ثابت.

همان‌طور که گفته شد معمولاً غالب مردم از مرگ می‌ترسند، تنها گروه اندکی هستند که بر چهرهٔ مرگ لبخند می‌زنند، اما این که چرا مرگ و مظاهر آن و حتی نام آن برای گروهی دردآور است، براساس منطق مذهبی و به طور خاص دیدگاه اسلامی، دلیل عمده‌اش این است که اکثر مردم به زندگی بعد از مرگ ایمان ندارند، و یا اگر ایمان دارند، این ایمان به صورت یک باور عمیق درنیامده و بر افکار و عواطف آن‌ها حاکم نشده است. علت دیگر ترس از مرگ دلبستگی بیش از حد به دنیاست. چراکه مرگ میان شخص و دنیا جدایی می‌افکند و دل کندن از آن همه امکاناتی که در دنیا برای خود فراهم ساخته برایش طاقت‌فرساست (مکارم شیرزای، ۱۳۸۰: ج ۲۴، ۱۲۱ و ۱۲۲).

فکر مرگ برای مردان بیشتر با تمرکز بر روی ناتوانی مراقبت از وابستگان، اما برای زنان بیشتر با تمرکز بر سوگ خانواده و دوستان همراه است. برای افراد ۱۵ تا ۳۹ ساله سوگ دوستان فقدان قابل پیش‌بینی اصلی مرگ بود؛ در حالی که برای کسانی که بالاتر از ۴۰ سال سن داشتند، ناتوانی نگهداری وابستگی‌ها عامل مهم‌تری بود. در مطالعهٔ بعدی روی افراد بالای ۵۵ سال، پی بردند مراقبت از وابستگان برای این گروه سنی اهمیت کمتری داشت. آنچه برای افراد سالخورده مطرح بود، طرح‌های آینده و خود مرگ نبود، بلکه بیشتر کنترل نداشتن بر چگونه مردن، تنها مردن، و مردن با درد بود. محققان نشان دادند که از دست دادن کنترل برای سالمندان بیشترین تمرکز ذهنی را ایجاد می‌کند و همچنین این که آیا آخرتی وجود دارد، یا این که جهان بعد چگونه خواهد بود. آن‌ها همچنین نشان دادند به نسبتی که دینداری در سالمندان بیشتر است، اضطراب مرگ کمتر است (توماس و ایزنهندلر،

۱۹۹۴). به طور خاص به نظر می‌رسد زنان اضطراب مرگ بیشتری داشته باشند (هنری[1]، ۲۰۱۰).

به طور معمول اضطراب مرگ به هیجاناتی منفی بازمی‌گردد که مربوط است به آگاهی نسبت به این که فرد در آینده پس از مرگ، دیگر هرگز نخواهد بود. به عبارت دیگر برای کسانی که مرگ را پایان زندگی می‌دانند، مواجه شدن با مرگ یک منبع وحشت است، زیرا وجود فرد را تهدید می‌کند؛ اما براساس نگرش مذهبی واقعیت مرگ چیز دیگری است، از امام علی علیه‌السلام نقل شده است: أَیُّهَا النَّاسُ إِنَّا خُلِقْنَا وَ إِیَّاکُمْ لِلْبَقَاءِ لا لِلْفَنَاءِ وَلَکِنَّکُمْ مِنْ دارٍ تُنْقَلُونَ: «ای مردم ما و شما برای بقا آفریده شده‌ایم نه برای فنا، شما از خانه‌ها انتقال پیدا می‌کنید» (مجلسی، ۱۴۰۳: ج ۷۰، ۹۶). لذا در دیدگاه اسلام به ما گفته شده است که ما نمی‌میریم، بلکه ما به یک عرصهٔ دیگر، منتقل می‌شویم. در نهایت، قیامت وجود دارد: ما به زندگی ابدی بازمی‌گردیم. سرنوشت ما جاودانگی است.

مطالعات انجام‌شده در مورد رابطهٔ سن و اضطراب مرگ نتایج متفاوتی دربر داشته است. در برخی مطالعات گفته شده است جوانان نسبت به بزرگسالان سطوح بالاتری از اضطراب مرگ را بروز می‌دهند و حتی هنگامی که بررسی اضطراب مرگ صرفاً بین بزرگسالان انجام می‌شود، کسانی که سالمندترند اضطراب مرگ کمتری را نشان می‌دهند (هنری، ۲۰۱۰). در مقابل گفته شده است: انتظار می‌رود اضطراب مرگ با افزایش سن افزایش یابد؛ زیرا فقدان‌ها و افت‌ها با سن مرتبط هستند (هوی و کلمان، ۲۰۱۲) و در یک نمونه تحقیق که در پاکستان انجام شد، نشان داده شد که سالمندان به طور معناداری اضطراب مرگ بیشتری داشتند (هنری، ۲۰۱۰).

با وجود این و به رغم آنچه گفته شد، اکثر مؤلفان به طور کلی توافق دارند که افراد مسن نسبت به افراد جوان به میزان قابل توجهی اضطراب مرگ کمتری دارند (مک‌کوید و والتر[2]، ۲۰۰۹). این تفاوت‌ها ممکن است به دلایل ساختارهای

1. Henrie, J.A.
2. McCoyd, J.L.M. & C.A. Walter

دیگر همچون ارزش‌های فرهنگی یا تجارب متفاوت افراد باشد (هنری، ۲۰۱۰).

کاواناف و بلانچارد ـ فیلدز (۲۰۰۶)، معتقدند در حالت عادی افراد مسن نسبت به مرگ اضطراب کمتری دارند و آن را نسبت به گروه‌های سنی دیگر راحت‌تر می‌پذیرند. برای بسیاری از افراد سالخورده لذت زندگی هر روز کمتر می‌شود. آن‌ها بیشتر از هر گروه دیگری مرگ‌ومیر دوستان و فامیل را تجربه کرده‌اند و به نظر می‌رسد با مرگ خود کنار آمده‌اند. ابتلای این افراد به بیماری‌های مزمن چنان است که هر لحظه مرگ برایشان ممکن است. وجود حس قوی در ایشان چنین القا می‌کند که مأموریت خود را در زندگی انجام داده‌اند.

براساس نظر اریکسون، رویکرد آن دسته از سالمندانی که به یکپارچگیِ شخصیت می‌رسند، نسبت به مرگ بدون ترس است. این بدان علت است که یکپارچگی در سن بالا زمینهٔ توانایی می‌شود که فرد تغییرناپذیر بودنِ گذشته را می‌پذیرد و نسبت به اجتناب‌ناپذیر بودن مرگ یقین حاصل می‌کند. در مقابل، ناکامی در رسیدن به یکپارچگی ایجاد ترس می‌کند و شخص احساس می‌کند زمان کوتاه‌تر از آن است که زندگی جدیدی را شروع کند (هوی و کلمان، ۲۰۱۲).

در مجموع عوامل متعددی همچون سن، جنس و تجربه‌های قبلی ناشی از مرگ افراد محبوب روی نگرش و ترس افراد دربارهٔ مرگ و مردن تأثیر می‌گذارد، اما نقش عقاید مذهبی وقتی در قالب باور عمیق فرد باشند با کیفیت متفاوتی اثربخش خواهند بود و نگرش به مرگ را کاملاً متفاوت می‌کنند. در منطق قرآن اولاً مرگ مخلوق خداوند است و چون مخلوق است، فنا و نیستی نیست، چراکه خلقت به امور وجودی تعلق می‌گیرد و لذا حقیقت مرگ انتقال از جهانی به جهان دیگر است (مکارم شیرازی، ۱۳۸۰: ج ۲۴، ۳۱۶). ثانیاً در حالی که در بینش مادی معنای مرگ و زندگی تنها به معنای فیزیولوژیک آن است، اما از دیدگاه قرآن افراد بسیاری هستند که از نظر فیزیولوژیک زنده‌اند، ولی در شمار مردگان‌اند، و به عکس کسانی هستند که ظاهراً مرده‌اند، اما زندگان جاویدند، همچون شهیدان (همان: ج ۱۵، ۵۴۲).

ب) مذهب و اضطراب از مرگ: عقیدهٔ مذهبی یک راهبرد معمول سالمندان برای دفاع از خود در مقابل اضطراب مرگ است. مفهوم مذهب از یک زندگی پس از مرگ به عنوان دفاعی مؤثر در مقابل اضطراب مرگ آشکار و واضح است. این بدان علت است که معتقدان به نامیرایی اطمینان دارند انگیزهٔ درونی انسان برای استمرار وجود تأمین می‌شود. هنگامی که مرگ به منزلهٔ انتقال به زندگی پس از مرگ، که در آنجا مأجور خواهد بود، دیده شود، کمتر تهدیدکننده تلقی می‌شود. در مقابل، انتظار تنبیه برای گناهان پس از مرگ ممکن است اضطراب مرگ را در معتقدان افزایش دهد (هوی و کلمان، ۲۰۱۲).

ارتباط ابعاد مختلف مذهب با ترس از مرگ در مطالعات متعددی بررسی شده است؛ برای مثال در چندین مطالعه ارتباط بین مذهب و اضطراب مرگ با نقش خاص اعتقادات مذهبی بررسی شده است. اعتقاد به زندگی پس از مرگ، متغیر مشترک مورد علاقهٔ محققان به شمار می‌رود. گروهی از محققان معتقدند که اضطراب از مرگ می‌تواند به طور مستقیم متأثر از این فکر باشد که پس از مرگ چه اتفاقی خواهد افتاد. متغیر دیگر که آن نیز بسیار مورد توجه قرار گرفته، اعتقاد به خداوند است (هنری، ۲۰۱۰).

هاردینگ[1] و همکاران (۲۰۰۵؛ به نقل از: هنری، ۲۰۱۰)، نشان دادند که اعتقاد به وجود خداوند با اضطراب مرگ رابطهٔ منفی دارد. همچنین در مطالعاتی دیگر نشان داده شد، کسانی که به وجود خداوند و رحمت الهی اعتقاد قوی‌تری داشتند، اضطراب مرگ کمتری را نشان دادند. همچنین گفته شده است: به دلیل وجود عقاید مربوط به پس از مرگ و یکپارچگی سن نزد فرد سالمند، دینداری درونی با اضطراب مرگ، رابطهٔ معکوس دارند (هوی و کلمان، ۲۰۱۲).

وجود سه اعتقاد مذهبی از دورهٔ جوانی می‌تواند در سالمندی برای مفهوم مرگ برجسته و مقبول واقع شود. اعتقاد اول این است که طول عمر لطف خداست و عمر طولانی پاداش خدمت قبلی فرد است. اعتقاد دوم آن که براساس لطف

1. Harding

خداوند جهان پسین، جایی است که تمام آن‌ها که دوستشان داریم گرد هم می‌آیند. و بالاخره اعتقاد بر این که لطف الهی باعث می‌شود با رسیدن مرگ، فرد از درد و رنج‌های تحمل‌ناپذیر راحت شود (توماس و ایزنهندلر، ۱۹۹۴).

جنبهٔ دیگری از مذهب که در مطالعات تجربی مورد توجه قرار گرفته، نقش خدمات مذهبی، به ویژه فراوانی حضور[1] (در مکان‌های مذهبی) است. نتایج به دست آمده متفاوت است. در برخی مطالعات ارتباط معناداری میان اضطراب مرگ و فراوانی حضور مشاهده نشد، اما در برخی تحقیقات دیگر بین اضطراب مرگ و فراوانی حضور در خدمات مذهبی ارتباط منفی گزارش کردند. همچنین تحقیقی که لانگ و القامنی[2] (۱۹۸۷)، در بین مردان مسلمان در عربستان سعودی انجام دادند، بین فراوانی ارائهٔ خدمات مذهبی و اضطراب مرگ رابطهٔ منفی گزارش شد (هنری، ۲۰۱۰).

منابع

جوادی آملی، عبدالله (۱۳۷۲)، *شریعت در آینه معرفت*، قم: مؤسسه فرهنگی رجاء، ص ۹۳.

علامه طباطبایی، محمدحسین (۱۳۷۲)، *المیزان*، تهران: دارالکتب الإسلامیه، چ ۵، ج ۸، ص ۱۳۴؛ و نیز ر.ک.: ج ۲، ص ۱۳۰؛ ج ۴، ص ۱۲۲؛ ج ۱۰، ص ۱۸۹؛ ج ۱۶، ص ۱۷۸.

فیض کاشانی، محمد بن شاه مرتضی (بی‌تا)، *الشافی فی العقاید والاخلاق والاحکام*، محقق: مهدی انصاری قمی (۱۳۸۳)، تهران: لوح محفوظ.

مکارم شیرازی، ناصر (۱۳۸۰)، *تفسیر نمونه*، تهران: دارالکتب الاسلامیة.

Cavanaugh, John C. & F. Blanchard-Fields (2006), *Adult Development and Aging* (5th edition), U.S.A.: Thomson Learning Inc.

Henrie, J.A. (2010), *Religiousness, Future Time Perspective and Death Anxiety Among Adults*, (Thesis submitted to the Eberly College of Arts & sciences), Morgantown. Western Virginia University, Department of Psychology.

Hui, Victoria Ka-Ying & P.G. Coleman (2012), "Afterlife beliefs and ego integrity as two mediators of the relationship between intrinsic religiosity and personal death anxiety among older adult British Christians", *Research on Aging*, Vol. 35 (2), 144-162.

Koenig, Harold G. & Saad Al-Shohaib (2014), *Health and Well-Being in Islamic Societies. Background, Research, and Applications*, Switzerland: Springer International Publishing.

1. attendance
2. Long & Elghameni

Koenig, Harold G. & H.J. Cohen (2002), *The Link Between Religion and Health: Psychoneuroimmunology and the Factor*, New York: Oxford University Press.

Koenig, Harold G. (2005), *Faith and Mental Health. Religious Researches for Healthing*, Philadelphia: Templeton Foundation Press.

Krause, N. & C.G. Ellison (2003), "Forgiveness by God, forgiveness of other, and psychological well-being in late life", *Journal for The Scientific Study of Religion* (In Press).

Krause, N. (2003), "Religious meaning and subjective well-being in late life", *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58, 160-170.

McCoyd, Judith L.M. & C.A. Walter (2009), *Grief and Loss Across the Lifespan. A Biopsychosocial Perspective*, New York: Springer Publishing Company, LLC.

Santrock, John W. (2013), *Life Span Development* (14th edition), New York: McGraw-Hill.

Schaie, K. Warner, N. Krause & Alan Booth (2004), *Religious Influences on Health and Well-Being in the Elderly*, New York: Springer Publishing Company Inc.

Stuart-Hamilton, Ian (2006), *The Psychology of Ageing. An Introduction* (4th Edition), London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Thomas, L.E. & S.A. Eisenhandler (1994), *Aging and the Religious Dimension*, U.S.A.: Auburn House, Greenwood Publishing Group Inc.

Vahia, Ipsit V. et al. (2011), "Correlates of spirituality in older women", *Aging & Mental Health*, Vol. 15(1), 97-102.

فصل هشتم

سالمندی موفق

۱.۸ چیستی سالمندی موفق

سالمندی فعال، سالمندی مولد، سالمندی سالم، سالمندی خوب، سالمندی پیشرو و سالمندی موفق ازجمله ترکیب‌هایی هستند که معرف نوع خاصی از سالمندی است و در ادبیات سالمندی برای معرفی الگویی موفق از سالمندی معرفی شده‌اند. در تمام این ترکیب‌ها کلمهٔ سالمندی با صفت دیگری همراه شده است. همان‌گونه که قبلاً گفته شد تعاریف مختلفی از سالمندی ارائه شده است. به طور کلی سالمند یک واژهٔ مناسب برای توصیف افراد مسن در مقایسه با افراد جوان‌تر است. البته وقتی از این واژه استفاده می‌کنیم آن را به منزلهٔ یک واژهٔ اختصاری و قابل پذیرش برای دورهٔ سالمندی به کار می‌بریم. در عمل و در مستندات دولتی، کلمهٔ سالمند را برای افراد ۶۰ سال و بالاتر در نظر می‌گیرند (بوند و کورنر[1]، ۱۳۸۹).

سیسرو[2] (۱۰۶ تا ۴۳ قبل از میلاد)، فیلسوف رومی، نخستین مطالب را در مورد مفهوم «سالمندی خوب» مطرح کرد. او معتقد بود که سالمندی لزوماً یک مرحلهٔ کاهش و از دست دادن نیست، بلکه می‌تواند همراه با تغییرات مثبت و عملکردهای مولد باشد (بیلتز و بیلتز[3]، ۱۹۹۳).

1 Bond & Corner
2 Cicero
3 Baltes & Baltes

ویتبُرن و ویتبُرن (۲۰۱۱)، به مفهوم سالمندی پیشرو اشاره می‌کنند. به اعتقاد آن‌ها، بسیاری از افراد تصور می‌کنند که سال‌های پایانی زندگی همراه با افت شدید سلامتی و سازگاری است؛ در حالی که داشتن عمر طولانی نیازمند این است که افراد بتوانند خیلی از تهدیدهای دورهٔ سالمندی خود را تغییر دهند. این شامل تهدید مرگ از طریق تصادفات، بیماری‌ها و رفتارهای سخت است. توانایی سالمند در تغییر این تهدیدات می‌تواند امکان نیل به سالمندی پیشرو را افزایش دهد.

باتلر هنگامی که ریاست سمیناری را در سالزبورگ، با عنوان «وابستگی در دورهٔ سالمندی» بر عهده داشت، مفهوم سالمندی مولد را ابداع کرد. او از این طریق بر جنبه‌های مثبت سالمندی تأکید ورزید. به اعتقاد او مراقبت یک سالمند از خود نیز رفتاری مولد است، زیرا از این طریق استقلال فرد افزایش، و وابستگی او به دیگران کاهش می‌یابد (چنگ[1] و همکاران، ۲۰۱۵).

مفهوم سالمندی سالم ابتدا بر تغییر رژیم غذایی و تغییر عادات زندگی برای افزایش سلامت جسمانی و روانی فرد متمرکز بود. سازمان بهداشت جهانی در قالب سیاست‌های خود مفاهیم سالمندی سالم و مولد را با هم ترکیب کرده و مفهوم سالمندی فعال را مطرح نموده است. کلمهٔ فعال به استمرار مشارکت فرد در امور اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، معنوی و مدنی اشاره دارد.

سالمندی موفق مفهوم دیگری است که بیش از سایر ترکیب‌ها تداول و مقبولیت دارد. موفقیت[2] نیز به عنوان یک تجربهٔ درونی مثبت و یکی از شاخص‌های سلامت روانی که ناشی از ارزیابی شناختی و عاطفی افراد از زندگی‌شان است، در سه دههٔ اخیر مورد توجه بسیاری از روان‌شناسان قرار گرفته است. موفقیت مفهومی گسترده است که دارای دو مولفهٔ شناختی و عاطفی است. مولفهٔ عاطفی به معنای لذت (توازن بین عاطفهٔ خوشایند و ناخوشایند) و مولفهٔ شناختی، دربردارندهٔ همان مفهوم سلامت ذهنی است. سالمند موفق، شخصی شاد است که دنیا را مکانی امن‌تر

1. Cheng
2. success

می‌بیند؛ حس همکاری و کمک به دیگران دارد و اطلاعات را به گونه‌ای پردازش می‌کند که به شادی بیشتر بینجامد. موفقیت موجب رضایت از زندگی می‌شود. از سوی دیگر رضایت از زندگی، ارزیابی فرد را از جنبه‌های گوناگون زندگی‌اش توصیف می‌کند. در واقع می‌توان گفت رضایت از زندگی بازتاب توازن میان آرزوهای شخص و وضعیت کنونی اوست (نصیری و جوکار، ۲۰۰۹).

بخش قابل توجهی از آثار و ادبیات سالمندی در چند سال گذشته به سالمندی موفق اختصاص داده شده، و کتاب‌های متعددی با این عنوان نگاشته شده است. در گذشته محققان عمدتاً معتقد بودند که سالمندی موفق، مصداق فقدان ناتوانی هیجانی و جسمی است؛ اما تحقیقات جدید نشان داد که ادراک سالمندان دربارهٔ فرایند سالمندی بسیار مهم‌تر از تأثیر ناتوانی جسمی و بیماری است و سالمندی موفق وابسته به نگرش، انعطاف‌پذیری، خوش‌بینی و شیوه‌های کنار آمدن است. زمانی که این موضوعات مورد توجه باشد، فرد سالمند غالباً می‌تواند علی‌رغم مشکلات جسمی و بیماری سالمندی موفق را تجربه کند.

در اوایل قرن بیستم با طرح نظریه‌های بزرگ در مورد شخصیت انسان، رویکردهای متفاوتی نسبت به سالمندی مطرح شد. هرچند فروید اهمیتی برای دورهٔ سالمندی قائل نبود، اما اریکسون به مفهوم خردمندی اشاره کرد. وی بر آن بود که این مفهوم از طریق درون‌نگری در دورهٔ سالمندی حاصل می‌شود (کلین و دیلیپ[1]، ۲۰۱۰)؛ اما مفهوم سالمندی موفق به دهه‌های اخیر بازمی‌گردد.

فورد[2] و همکاران (۲۰۰۰) معتقدند: «تحقیقات اولیه روی این موضوع (یعنی سالمندی موفق)، در نظریهٔ عمل[3] که پارسونز[4] (۱۹۵۱) آن را مطرح کرد و نظریهٔ تحولی فراخنای زندگی اریکسون (۱۹۵۹)، شکل گرفت. بعدها براساس اطلاعات

1. Colin & Dilip
2. Ford
3. theory of action
4. Parsons

جمع‌آوری‌شده از مطالعهٔ زندگی بزرگسالان شهر کانزاس[1]، نظریهٔ رهایی از قید سالمندی را کامینگ و هنری (۱۹۵۱)، مطرح کردند. نظریهٔ آن‌ها فرایند تدریجی سازگاری با فقدان‌ها و ناتوانی‌های مرتبط با سن را به تصویر کشید. همچنین یک فصل از گزارش آن‌ها به مشکلات ارائهٔ تعریف عینی از سالمندی موفق اختصاص داده شده بود (ص ۴۷۹).

در سال ۱۹۸۴، جان و کاترین[2]، در بنیاد مک‌آرتور[3]، ۱۶ دانشمند را در رشته‌های زیست‌شناسی، علوم عصبی، نوروسایکولوژی (روان‌شناسی عصبی)، اپیدمیولوژی (همه‌گیرشناسی)، جامعه‌شناسی، ژنتیک، روان‌شناسی، عصب‌شناسی، فیزیولوژی و پیراپزشکی به کار گرفتند تا تحقیقی را به منظور شناسایی عواملی که بر جنبه‌های مثبت سالمندی مؤثرند، انجام دهند. پس از انجام تحقیقات، سرانجام محققان مدعی بودند که اغلب تحقیقاتی که تا این زمان شده بود بر ناتوانی و بیماری سالمندان متمرکز بود (راو و کان[4]، ۱۹۹۸). سپس علاقهٔ به این موضوع کم شد، تا این که در سال ۱۹۸۷ دو واقعه محققان را برانگیخت تا مجدداً جنبهٔ مثبت سالمندی را با نظریات جدید و مطالعات طولی بررسی نمایند. در آن سال راو و کان (۱۹۸۷)، مقاله‌ای با عنوان «سالمندی انسان معمولی و موفق» منتشر و کارگاهی آموزشی دربارهٔ سالمندی موفق در باواریا[5] برگزار کردند (بیلتز و بیلتز، ۱۹۹۳). از آن تاریخ محققان با جهت‌گیری زیست‌شناختی، روان‌شناختی وجامعه‌شناختی مطالعات قابل ملاحظه‌ای انجام داده‌اند و هر یک از زاویه‌ای به پژوهش دربارهٔ سالمندی موفق پرداخته‌اند (فورد و همکاران، ۲۰۰۰).

در علم پیری‌شناسی طول عمر به عنوان معیاری برای سالمندی موفق در نظر گرفته می‌شود. داشتن عمر طولانی، برای سال‌ها یک رؤیا یا آرزو محسوب

1. Kansas city study of adult life
2. John & Catherine
3. McArtour foundation
4. Rowe & Kahn
5. Bavaria

می‌شد. در متون کلاسیک چینی مفهوم یانگ شنگ[1]، به معنای مزرعهٔ زندگی، شامل فعالیت‌هایی بود که برای داشتن عمر طولانی در گسترهٔ زندگی آموزش داده می‌شد. برای مثال ورزش منظم، تعادل برقرار کردن بین زحمت و استراحت و هماهنگی بین زندگی روزانه با آهنگ طبیعت مدنظر قرار می‌گرفت (کلین و دیلیپ، ۲۰۱۰). اما از طرف دیگر افزایش طول عمر با مشکلاتی هم همراه است؛ با افزایش سال‌های عمر تجربه‌های منفی هم افزایش می‌یابد، سالمندان شمار زیادی از دوستان خود را از دست می‌دهند و احتمالاً متحمل بیماری‌های گوناگون می‌شوند.

در سال ۱۹۹۵ انجمن پیری‌شناسان در امریکا با توجه به جنبه‌های مختلف سالمندی، شعار خود را «اضافه کردن زندگی به سن» قرار داده است، نه «اضافه کردن سن به زندگی». این موارد نشان‌دهندهٔ آن است که برای دست یافتن به سالمندی موفق در طول عمر باید با مشکلات متعدد دست‌وپنجه نرم کرد و این مشکلات را بدون متوسل شدن به ارزش‌ها و دیدگاهی نظام‌مند[2] نمی‌توان سامان داد (اُرِل و اسپکتور[3]، ۲۰۰۹).

۸-۱-۱ تعریف سالمندی موفق

در تعریف سالمندی موفق، و حتی عبارات مترادف با مفهوم آن، توافق چندانی وجود ندارد. گاه عبارات دیگری همچون سالمندی قوی، سالمندی سالم، سالمندی بهنجار یا سالمندی مولد نیز پیشنهاد شده است. به نظر می‌رسد چنین عباراتی به عنوان جایگزین برای سالمندی موفق، تا حدی نسبت به مفهوم مورد نظر متفاوت باشند. چنان که برای مثال آن زمان که از سالمندی سالم سخن می‌گوییم، بیشتر نگاه ما بر سلامت عمومی، سلامت عاطفی و شناختی متمرکز است (کلین و دیلیپ، ۲۰۱۰).

1. Yang Sheng
2. systemic
3. Orrell & Spector

ابهام‌ها در ارائهٔ تعریف از سالمندی موفق سبب شده است تا برخی از مؤلفان ادعا کنند که امروزه مشخص نیست که این ساختار اشاره به نبود ناتوانی دارد، یا به ترکیبی از تعاریف مثبت ویژه در بین افرادی که سالم‌اند. در عین حال گفته شده که: سالمندی موفق فراتر از نبود ناتوانی و بیماری تعریف شده است. حتی برخی از سالمندان بیمار، که ناراحتی و مشکلات جسمی مزمن دارند، ممکن است دورهٔ سالمندی موفقی را تجربه کنند؛ این موضوعی است که به تمایز میان بیماری مزمن و نگرش به خود، به عنوان یک بیمار، اشاره دارد (وایلانت و مُکَمَل[1]، ۲۰۰۱؛ بولینگ و دیئپ[2]، ۲۰۰۵).

کلین و دیلیپ (۲۰۱۰)، معتقدند هرچند سالمندی موفق ساختاری احصا شده ندارد، اما می‌توان برای تعریف آن به موارد زیر اشاره کرد:

۱. طول عمر ضرورتاً شاخص ایدئال نیست. بدون شک طولانی شدن عمر نسبت به این که ما تعداد سال‌های خوب عمرمان را به حداکثر برسانیم مطلوبیت کمتری دارد.

۲. تکیه کردن تنها بر یک بُعد سالمندی موفق رضایت‌بخش نیست، در تمام تلاش‌هایی که در این زمینه انجام شده، مجموعه‌ای از شاخص‌های چندگانه به شکل مرکب برای تعیین سالمندی موفق مدنظر بوده است.

۳. ارزیابی سالمندیِ موفق، به شاخص‌های ارزیابی بستگی دارد، زیرا از آنجا که مبتنی بر تعاریف عینی، غالباً شاخص نداشتن بیماری جسمی و ناتوانی مدنظر گرفته شده است، ارزیابی ارائه‌شده جامع نیست. چه، در این حالت، اگرچه سالمندانی که بر این اساس با تغییرات جسمی سازگاری دارند و بیماری و ناتوانی ندارند، سالمند موفق شناسایی شده‌اند، اما اغلب سالمندان دیگر از این که به عنوان سالمند موفق در نظر گرفته شوند مستثنا می‌شوند.

۴. بسیاری از مطالعات کمّی در مورد سالمندی موفق از داده‌های مطالعاتی به

1. Mukamal
2. Bowling & Dieppe

دست آمده، که مبتنی بر مدیریت پیشرفت بیماری جسمی (مانند بیماری قلبی عروقی)، بوده است. بنابراین اندازه‌گیری‌ها در حوزه‌های دیگر (مانند عملکرد شناختی) ممکن است با حساسیت کافی برای تعیین اختلاف میان عملکرد طبیعی از عملکرد فراطبیعی در نظر گرفته نشده باشد. مهم‌تر این که برخی از ساخت‌ها همچون انعطاف‌پذیری یا نگرش مثبت در چنین ارزیابی‌ای اندازه‌گیری نشده باشد.

به اعتقاد لازاروس و لازاروس (۱۳۸۶) اصول سالمندی موفق عبارت اند از:

۱. شفاف بودن فرد نسبت به واقعیت‌های وضعیت خود؛

۲. پذیرفتن واقعیت‌ها و دیدن آن‌ها در بهترین شرایط ممکن؛

۳. قادر بودن به کنار آمدن مؤثر با این واقعیت‌ها؛

۴. قادر بودن به جبران از دست دادن‌ها و کمبودها؛

۵. فعالانه درگیر بودن در یک تلاش هدفمند؛

۶. خردمندانه[1] و گزینشی عمل کردن در مورد آنچه عهده‌دار می‌شود؛

۷. حفظ پیوندهای نزدیک با سایرین؛

۸ نگهداشت حرمت نفس مثبت خود برخلاف از دست دادن و کمبودها.

اُرل و اسپکتور (۲۰۰۹)، با استناد به بنگستون و کویپر[2] (۱۹۸۵)، پالمور (۱۹۷۹)، راو و کان (۱۹۸۷) و ریف[3] (۱۹۸۲) می‌نویسند: سالمندی موفق را منحصراً نمی‌توان برحسب رضایت از زندگی (که در دیدگاه‌های سنتی مطالعات کیفیت زندگی به کار می‌رفت) ارزیابی کرد، بلکه رویکرد ترکیبی آن‌ها جنبه‌های مختلف کمّی و کیفی سالمندی را دربر می‌گیرد. آن‌ها معیارهایی را برای سالمندی موفق پیشنهاد می‌کنند: طول دورهٔ زندگی، رضایت از زندگی، سلامت بیولوژیک، قابلیت اجتماعی، سلامت روان، کنترل فردی و کارایی ادراکی.

1. wisely
2. Bengeston & Kuypers
3. Ryff

تعاریفی از سالمندی موفق بر کنش شناختی، ادراک کنترل و رضایتمندی از زندگی متمرکز است و از این بابت سالمندی موفق را به حد اعلی رساندن کنش شناختی می‌دانند. در این رویکرد، کنش شناختی به عنوان ترکیبی از توانایی در استفاده از معانی کلامی، عددی، ادراک فضایی، استدلال استقرایی و رَوایی لغت توصیف می‌شود (معتمدی، ۱۳۸۵).

هاویگهرست سالمندی موفق را کسب حداکثر رضایتمندی از زندگی تعریف کرد (هاویگهرست، ۱۹۶۱؛ به نقل از: دیپ و جست[1]، ۲۰۱۰). در *دایرةالمعارف سالمندی* پالمور (۱۹۹۵؛ به نقل از: گلیکن، ۲۰۰۹) در تعریف فراگیری از سالمندی موفق می‌نویسد: سالمندی موفق ترکیبی از بقا (طول عمر)، سلامت (فقدان ناتوانی)؛ و رضایت از زندگی (شادمانی) است. ویتبُرن و ویتبُرن (۲۰۱۱) نیز معتقدند که سالمندان موفق نه‌تنها عمر طولانی دارند، بلکه آن‌ها به سطوح عالی شادمانی شخصی می‌رسند.

گیبسون (۱۹۹۵؛ به نقل از: گلیکن، ۲۰۰۹)سالمندی موفق را دستیابی به پتانسیل‌های بالقوهٔ[2] فیزیکی، اجتماعی و روانی می‌داند به گونه‌ای که هم برای خود فرد، و هم برای دیگران دلپذیر باشد.

دیپ و جست (۲۰۰۶) در ۲۸ مطالعه‌ای که روی گروهی از سالمندان انجام دادند به تعاریف متعددی از سالمندی موفق دست یافتند. اکثر تعاریف، سالمندی موفق را با عملکرد و توانایی‌های فیزیکی مرتبط می‌دانستند که شامل نداشتن معضلاتی مربوط به ازکارافتادگی، ورم مفاصل و دیابت می‌شد. فعالیت‌های فیزیکی بیشتر، ارتباطات اجتماعی، و نداشتن افسردگی، اختلال شناختی و کمتر بودن نیاز به مراقبت‌های پزشکی در درجهٔ دوم اهمیت قرار داشتند.

بیلتز و بیلتز (۱۹۹۰؛ به نقل از: ارل و اسپکتور، ۲۰۰۹)، معتقدند یک تعریف فراگیر از سالمندی موفق باید مبتنی بر یک دیدگاه نظام‌مند و بوم‌شناختی باشد. این

1. Depp & Jeste
2. potential

تعریف هم شاخص‌های ذهنی و هم شاخص‌های عینی را در درون یک فرهنگ مورد توجه قرار می‌دهد. تحقیقات دینر و همکاران (۲۰۰۱؛ به نقل از: گلیکن، ۲۰۰۹) نیز نشان داد که سالمندی موفق با دیدگاه مثبت و معنوی یک شخص به زندگی ارتباط دارد. در مطالعات او زنانی که از دوران جوانی در گروه‌های مذهبی شرکت می‌کردند از سلامت روانی و فیزیکی بالاتری برخوردار بودند و نسبت به کل جمعیت حدود ۱۰ سال طول عمر بیشتری داشتند؛ این افزایش طول عمر را دینر به رفتارهای سالم این گروه نسبت می‌داد.

راو و کان (۱۹۹۸) بین سالمندی طبیعی و سالمندی موفق تمایز قائل شدند. ایشان سالمندی موفق را نبود ناتوانی و بیماری، عملکرد شناختی و بدنی خوب، و مشارکت فعال در زندگی تعریف کرده‌اند. ظاهراً مفهوم سالمندی موفق، بیشتر از موفقیت یا شکست، به پیشرفت مداوم بستگی دارد (بولینگ و دیئپ، ۲۰۰۵)؛ بنابراین تعریف سالمندی موفق نیازمند ترکیب رویکردهای روان‌شناختی و پزشکی است.

در جمع‌بندی تعاریف ارائه‌شده باید گفت، مفهوم سالمندی موفق معرف گروهی از سالمندان است که دامنهٔ ویژگی‌های آن‌ها با یکدیگر متفاوت است. برخی از آن‌ها در عین بروز نشانه‌ها و ویژگی‌های طبیعی این دوره، از سلامت جسمی کافی برخوردارند و بیماری خاصی ندارند، اما برخی دیگر در عین حال که ممکن است سطح سلامت پایین‌تری داشته و به بیماری مبتلا باشند، به دلیل نوع نگرش مثبتی که به زندگی دارند، جزءِ سالمندان موفق قلمداد می‌شوند. همچنین برخی از این سالمندان دامنهٔ تأثیرگذاری مثبتی بر محیط اطراف خود، از خانواده گرفته تا جامعه دارند، در حالی که برخی دیگر ممکن است دامنهٔ تأثیرگذاری محدودی داشته باشند و مشخصهٔ اصلی آن‌ها عمدتاً رضایتمندی درونی خود آن‌ها باشد. بنابراین تفاوت تعاریف فوق و احیاناً تضاد موجود بین برخی از تعاریف مربوط به طیف گسترده و متفاوتی از سالمندان است که هرچند در زمرهٔ سالمندان موفق قرار می‌گیرند، با یکدیگر متفاوت‌اند.

۸ـ۱ـ۲ پیامدها، ملاک‌ها و ابعاد سالمندی موفق

در سخن از سالمندی موفق، برخی از نظریه‌پردازان بر پیامدهایی که به راحتی قابل ارزشیابی هستند، تأکید می‌کنند؛ مانند عملکرد عالی قلبی ـ عروقی[1]، فقدان معلولیت، عملکرد شناختی عالی و دستاوردهای خلاق؛ اما این دیدگاه به شدت مورد انتقاد قرار گرفته است. تعریف‌های جدید از سالمندی موفق، بیش از گرایش به پیشرفت‌ها و دستاوردهای خاص، به سمتی تغییر جهت داده‌اند که در آن، رسیدن به اهدافی که افراد شخصاً آن‌ها را ارزشمند می‌دانند موضوعیت دارد. این دیدگاه بر آن نیست تا یک مجموعه معیار موفقیت‌آمیز را شناسایی و مشخص کند، بلکه بر این موضوع تمرکز می‌کند که چگونه افراد ضایعات را به حداقل و دستاوردها را به حداکثر برسانند (برک، ۲۰۰۷، ترجمهٔ سید محمدی، ۱۳۹۱).

حتی در میان بیماری و ناتوانی، سالمندان موفق کسانی‌اند که شور و حرارت فراوانی برای زندگی و برقراری روابط بین فردی دارند. این سالمندان نگران رفاه دیگران هستند و نظری خوش‌بینانه و مثبت به زندگی دارند و بر این اعتقادند که میراث ارزشمندی را برای دیگران بر جای می‌گذارند. سالمندان موفق قادرند در طول زندگی خود خلاقیت و درگیری در فعالیت‌های مورد علاقهٔ خود را حفظ کنند. در سالمندان موفق بیماری و ناتوانی دیرتر از سالمندان دیگر رخ خواهد داد و برای آنان زندگی طولانی‌تر و پربارتر خواهد بود (گلیکن، ۲۰۰۹).

در تعیین ملاک‌های سالمندی موفق ملاک‌های کمّی و کیفی چندگانه‌ای مطرح شده است. ازجمله: طول عمر، سلامت زیست‌شناختی، سلامت روانی، کارآمدی شناختی، شایستگی اجتماعی و مولد بودن، کنترل شخصی و رضایتمندی از زندگی (بیلتز و بیلتز، ۱۹۹۳).

هایر و رودین[2] (۲۰۰۹) سالمندی موفق را ناشی از سه عملکرد و نتایج آن می‌دانند:

---

1. cardio vascular system
2. Hoyer & Roodin

ـ نداشتن بیماری و ناتوانی؛
ـ ادامهٔ فعالیت‌های فیزیکی مؤثر؛
ـ ادامهٔ فعالیت‌های اجتماعی درگیر با زندگی.

اگرچه تحقیقات قابل ملاحظه‌ای، مشخص کردند که علاوه بر این سه عنصر، محتوای فرهنگی و اجتماعی خاص هر جامعه نیز در سالمندی موفق دخالت دارند. نوع نگرش منفی یا مثبت به سالمندی، در حرمت نفس[1] و ادراک از خویشتن[2] و آنچه سالمندیِ موفق در نظر گرفته می‌شود، تأثیرگذار است.

قبلاً گفته شد که راو و کان، نبود ناتوانی و بیماری، عملکرد شناختی و بدنی خوب، و مشارکت فعال در زندگی را سه بعد سالمندی موفق مطرح کردند. وایلانت (۲۰۰۲)، الگوی مشابهی از سالمندی موفق ارائه کرده که شش بعد دیگر را به ابعاد سه‌گانهٔ راو و کان افزوده است. او سه معیار را در ارتباط با سلامت مطرح کرد:

ـ نداشتن ناتوانی جسمی در سن ۷۵ سالگی که به وسیلهٔ یک پزشک ارزیابی شده باشد؛
ـ سلامت بدنی و ذهنی مناسب (بدین معنا که با ابزارهای مرتبط با فعالیت‌های روزانه مشکل نداشته باشد)؛
ـ زندگی طولانی بدون ناتوانی.

سه معیار دیگر وایلانت مربوط به درگیری اجتماعی و فعالیت مولد است:

ـ سلامت روانی مناسب؛
ـ حمایت اجتماعی عینی؛
ـ خود ارزیابی از رضایتمندی زندگی در هشت حوزه (ازدواج، درآمد، کار مولد، داشتن فرزند، دوستی‌ها و تعاملات اجتماعی، سرگرمی‌ها، فعالیت‌های خدمتی اجتماعی، مذهب و ورزش /تفریح).

1. self-esteem
2. perception of self

برای الگوی وایلانت نه‌تنها پیش‌بینی طول عمر، بلکه آنچه در این راستا قرار نمی‌گرفت نیز مهم بود. به طرز شگفت‌آوری سن نیاکان ما تنها تا ۶۰ سالگی مهم بود، نه فراتر از آن. نگرانی مرتبط با بیماری‌ها قبل از ۵۰ سالگی قدرت پیش‌بینی سنین بالاتر را نداشت. عوامل دورهٔ کودکی که برای دورهٔ میان‌سالی شاخص مهمی بودند، برای سال‌های آخر عمر کارآمد نبودند و میزانی برای تشخیص سلامت سال‌های آخر زندگی به شمار نمی‌رفتند. بنابراین تحقیقات وایلانت بر این نکته تأکید داشت که سال‌های آخر زندگی جنبه‌های بسیار متمایزی نسبت به دوره‌های دیگر دارد و لذا ممکن است با متغیرهای سلامت در سنین پایین‌تر مرتبط نباشد.

۸ـ۲ دستیابی به سالمندی موفق

به نظر می‌رسد جای هیچ مناقشه نیست که هرچند عمر طولانی داشتن آرزوی مشترک اغلب انسان‌هاست، کیفیت زندگی در دورهٔ سالمندی به مراتب از ارزش و اهمیت بیشتری برخوردار است. سالمندی موفق ارائهٔ یک الگو از زندگی کسانی است که در کنار عمر طولانی خود کیفیت زندگی مناسبی را تجربه می‌کنند. این که آیا همهٔ افراد می‌توانند در صورت داشتن بخت ادامهٔ حیات و رسیدن به دورهٔ سالمندی، در گروه سالمندان موفق قرار گیرند یا خیر، موضوع بحث حاضر است.

وایلانت و مُکَمَل (۲۰۰۱) معتقدند سالمندی موفق فراتر از نبود بیماری و حفظ عملکردهای فیزیکی است. آن‌ها در تحقیق بر روی سالمندی موفق، به این نتیجه رسیدند که ما می‌توانیم قبل از ۵۰ سالگی پیش‌بینی کننده‌هایی را برای زندگی طولانی‌تر و سالم‌تر تعیین کنیم: ۱) طبقهٔ اجتماعی؛ ۲) ارتباطات خانوادگی؛ ۳) فقدان افسردگی اساسی؛ ۴) طول عمر اجدادی؛ ۵) خلق و خوی آرام در دورهٔ کودکی؛ ۶) سلامت جسمی در سن ۵۰ سالگی.

با این هدف که نوع رفتارهای سالمندی موفق را بشناسیم این پژوهشگران معتقدند:

۱. اگرچه افراد سالمند (اعم از سالمند موفق یا جز آن) روزانه ۳ تا ۸ داروی پزشکی را به دلیل ابتلا به بیماری جسمی مزمن دریافت می‌کنند، در مقایسه، سالمندان موفق خود را از همسالانشان سالم‌تر می‌دانستند.

۲. افراد مسنی که سالمند موفقی هستند توانایی برنامه‌ریزی دارند و هنوز از نظر ذهنی کنجکاو، و نسبت به توانایی‌های خلاقانهٔ خود حساس هستند.

۳. افراد سالمند موفق حتی در ۹۵ سالگی زندگی را شروع پرمعنا می‌دانند و توانایی شوخ طبعی را در زندگی روزانه دارند.

۴. سالمند موفق فعالیت‌های جسمانی خود را حفظ می‌کند و همچنین به فعالیت‌هایی که در سنین قبل برای سلامت خود انجام می‌داده است (مانند قدم زدن)، ادامه می‌دهد.

۵. سالمندانی که موفقیت زندگی آن‌ها بیشتر بوده است، نسبت به کسانی که موفقیت کمتری داشتند، از آرامش بیشتری برخوردارند.

۶. سالمندان موفق دوستی‌ها، روابط بین فردی مثبت، رضایتمندی از همسر، فرزندان و زندگی خانوادگی خود را حفظ می‌کنند، و مسئولیت‌های اجتماعی را به صورت کار داوطلبانه و درگیری اجتماعی می‌پذیرند (گلیکن، ۲۰۰۹). در ادامه وایلانت و مک‌آمال هفت متغیر در کنترل شخصی را که با سلامت جسمانی و طول عمر بیشتر مرتبط هستند، ذکر کرده‌اند. این متغیرها شامل استفاده نکردن از الکل، مصرف نکردن دخانیات، ثبات در زندگی زناشویی، ورزش، حفظ شاخص تودهٔ بدنی، مکانیسم‌های مقابلهٔ مثبت[1] و مشارکت مداوم در آموزش است.

همچنین وایلانت (۲۰۰۲) معتقد بود که متغیرهای مرتبط با سالمندی موفق شامل موارد زیر است:

۱. جست‌وجو و حفظ ارتباطات اجتماعی، و فهمی درست از ارتباطاتی که به ما کمک می‌کنند تا نیازهای درونی خویش نسبت به خرسندی، بخشش و صمیمیت را بهبود بخشیم و توسعه دهیم؛

1. positive coping mechanisms

۲. علاقه‌مند بودن نسبت به دیگران و توانایی بخشیدن خود؛

۳. حس شوخ طبعی و توانایی خندیدن و خوب نقش بازی کردن در زندگی؛

۴. یافتن دوستان جدید (همان‌گونه که دوستان قدیمی‌مان را با مرگ‌ومیر از دست می‌دهیم)، دوستان جدید حتی بیش از درآمد بازنشستگی، می‌توانند بر روی سالمندی موفق آثار مثبت داشته باشند؛

۵. تمایل به یادگیری و پذیرش ایده‌ها و عقاید نوین؛

۶. درک محدودیت‌ها، و پذیرش آن‌ها و پذیرفتن کمک از دیگران؛

۷. درک گذشته و اثر آن روی زندگی جاری ما؛

۸. تمرکز بر جنبه‌های مثبت و افراد خوب، به جای تمرکز بر جنبه‌های منفی زندگی.

جست (۲۰۰۵؛ به نقل از: گلیکن، ۲۰۰۹) در مطالعات خود نشان داد، سالمندانی که زمانی را صرف سرگرمی‌هایی مانند خواندن و نوشتن می‌کنند و به فعالیت‌های اجتماعی می‌پردازند، در مقیاس‌های سالمندی موفق نمرات بالاتری می‌گیرند. در میان شرکت‌کنندگان، افرادی که به مشاغل درآمدزا اشتغال داشتند نیز نسبت به افرادی که به فعالیت‌های داوطلبانه یا درآمد پایین‌تر مشغول بودند، امتیاز بالاتری می‌گیرند. در مطالعات او جنس، آموزش و وضعیت اقتصادی ارتباطی با سالمندی موفق نداشت.

راو و کان (۱۹۹۸؛ به نقل از: اُرل و اسپکتور، ۲۰۰۹) بر آن‌اند برای رسیدن به سالمندی موفق سه جزء ضروری وجود دارد. جزء اول شامل رعایت بهداشت، ورزش منظم، رژیم غذایی سالم و بررسی‌های پزشکی منظم است. در واقع رمز سالمندی موفق داشتن سبک زندگی سالم است. جزء دوم درگیر بودن در فعالیت‌های ذهنی را شامل می‌شود. تعامل فعال با زندگی و دارا بودن یک سیستم حمایت اجتماعی قوی که سالمندان را پشتیبانی کند، جزء سوم را شکل می‌دهد. راو و کان پیشنهاد دادند سالمندان می‌توانند با خواندن مطالب مختلف، حل معماهای کلامی و گفت‌وگو با دیگران، عملکرد ذهنی خود را افزایش دهند.

تیلر و هات[1] (۲۰۰۰؛ به نقل از: گلیکن، ۲۰۰۹) دربارهٔ دستیابی به سالمندی موفق به این امر توجه نشان دادند که سالمندان در روبه‌رو شدن با بلایای طبیعی بدون حمایت اجتماعی[2] بیشتری دچار افسردگی می‌شوند. حمایت اجتماعی در برخورد با مسائلی چون مرگ همسر/دوستان، و بلایای طبیعی آسیب‌پذیری سالمندان را در مقابل افسردگی کاهش می‌دهد.

مهم‌ترین روش‌هایی که سالخوردگان برای تحقق بخشیدن به اهداف خود به کار می‌برند به قرار زیر است:

- کنار آمدن مؤثر با تغییرات جسمانی و رویدادهای ناگوار زندگی؛
- خوش‌بینی و کارایی شخصی و بهبود بخشیدن به تندرستی و عملکرد جسمانی؛
- به حداکثر رساندن انرژی جسمانی و گزینشی همراه با جبران، برای غلبه بر امکانات شناختی محدود؛
- تقویت کردن خودپنداره[3] که به خویشتن‌پذیری[4] و یافتن لایه‌های شخصیتی مورد انتظار خویش، کمک می‌کند؛
- پذیرفتن تغییر که رضایت از زندگی را تقویت می‌کند؛
- ایمان و معنویت[5] کامل، امکان پیش‌بینی مرگ با آرامش و متانت را فراهم می‌آورد؛
- کنترل شخصی[6] بر زمینه‌های وابستگی و استقلال (برک، ۱۳۹۱).

سولومون[7] (۱۹۹۶؛ به نقل از: گلیکن، ۲۰۰۹) معتقد است احساس فرد از توانایی‌های خود، او را برای مقابله با شرایط تنش‌زا آماده می‌سازد. سولومون دو

1. Tyler & Hoyt
2. social support
3. self-concept
4. self-acceptance
5. spirituality
6. personal control
7. Solomon

ویژگی شخصیتی را در سالمندان شناسایی کرد که با راهبردهای مقابلهٔ مثبت در ارتباط بود.

۱. توانایی تفسیر موفقیت‌ها در کنترل سختی‌های گذشته به عنوان شاهدی برای مقابله با مشکلات کنونی؛

۲. توانایی تغییر اولویت‌ها از نقاطی که کنترل کمی بر روی آن دارند به سمت موقعیتی که توانایی کنترل آن را هنوز حفظ کرده‌اند.

اساساً برای آن که سالمند بتواند در مقابل نقص‌ها یا تهدیدهای فزاینده‌ای که با آن‌ها مواجه می‌شود، تا هر زمان که امکان دارد، مستقل، بارور و از لحاظ اجتماعی فعال بماند، نیازمند نوع خاصی از جهان‌بینی، و انجام اعمال معینی است. همچنین باید دانست که میزان موفقیت شخص مسن در کنار آمدن با سالمندی احتمالاً با تغییر شرایط زندگی نوسان می‌یابد. باتلر[1] و همکاران (۱۹۹۱؛ به نقل از: گلیکن، ۲۰۰۹) راهبردهای مقابلهٔ مثبت را رمز دستیابی به سالمندی موفق می‌دانند. مقابلهٔ مثبت سالمندان را قادر خواهد ساخت تا اولویت‌های خود را تغییر دهند.

لوتن[2] (۱۹۷۷؛ به نقل از: گلیکن، ۲۰۰۹) معتقد است محیط‌های اجتماعی مثبت برای سالمندانی که مشکلات فیزیکی، شناختی و هیجانی دارند از اهمیت بالایی برخوردار است. در ادامه رابرت و لی[3] (۲۰۰۱؛ به نقل از: گلیکن، ۲۰۰۹) سه مقیاس را که نشان‌دهندهٔ جوامع سالم هستند، معرفی کرده‌اند:

۱. محیط فیزیکی فاقد سروصدا، با نور کافی؛

۲. محیطی بدون جرم و جنایت، به گونه‌ای که سالمندان بتوانند در محیطی سالم رفت وآمد کنند؛

۳. یک سرویس غنی که دسترسی به حمل‌ونقل سریع، آسان و ارزان را در اختیار سالمندان بگذارد.

---

1. Buttler
2. Lawton
3. Robert & Li

با توجه به آنچه گفته شد ملاحظه می‌شود که لازمهٔ رسیدن به سالمندی موفق عمدتاً به تنظیم و اصلاح شیوه و سبک زندگی فرد بازمی گردد. هرچند در مواردی به برخی ویژگی‌هایی اشاره شد که مبتنی بر صفات ارثی یا مزاجی هستند مانند آنچه در مورد طول عمر اجدادی، یا ویژگی‌های دورهٔ کودکی بیان شد، اما وزن اصلی کار و نقش عمده مربوط به شیوهٔ زندگی فرد است. این که افراد شیوهٔ زندگی خود را چگونه انتخاب می کنند و مأخذ آن چیست بحث مهمی است که در اینجا فرصت تشریح آن وجود ندارد. به همین حد اکتفا می کنیم که تعالیم الهی، به ویژه دستورات اسلامی مربوط به چگونه زیستن، می‌توانند ما را به سالمندی موفق رهنمون شوند.

یکی از مؤلفه‌های فرهنگی که به منزلهٔ یک ویژگی مشترک در بین سالمندان جامعهٔ ما نمود دارد، شاکر بودن است. سالمندانی که ویژگی شاکر بودن را در خود پرورش داده‌اند، سالمندانی موفق هستند. این ویژگی زمینهٔ بروز رفتارها و ویژگی‌های فرعی دیگری همچون رضایتمندی از زندگی، بهینه کردن سطح توقع خود از دیگران، قانع بودن و غیره را باعث می‌شود. نکتهٔ مهم آن است که شاکر بودن یکی از آموزه‌های اسلامی است. قرآن کریم می‌فرماید: اگر شکرگزارید بر (نعمت‌های) شما می‌افزایم.[1] بدون شک یکی از نتایج زندگی کردن براساس دستورات اسلامی رسیدن به سالمندی موفق، دست کم در بُعد آرامش روانی، است.

مبتنی بر آیات الهی قرآن کریم و روایات معصومان (ع) و بزرگان دین، ازجمله عوامل برای نیل به سالمندی موفق می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: حفظ ارتباط با دیگران، توجه به سلامت جسم و روان، پذیرش شرایط و ویژگی‌های دورهٔ سالمندی، مثبت‌اندیشی، شکل دادن یک چهارچوب جهت‌گیری و جهان‌بینی روشن، و عدم وابستگی به دیگران. همچنین وجود برخی آموزه‌ها و معارف دینی دیگر مانند اعتقاد به معاد و نگرش به مرگ، به عنوان مرحلهٔ گذار، می‌تواند سالمندی موفق را در حد اعلای آن برای سالمندان جامعهٔ ما تأمین نماید.

---

۱. وَإِذْ تَأَذَّنَ رَبُّكُمْ لَئِنْ شَكَرْتُمْ لأَزِيدَنَّكُمْ وَلَئِنْ كَفَرْتُمْ إِنَّ عَذَابِي لَشَدِيدٌ: «و پروردگارتان اعلام کرد که اگر مرا سپاس گویید، بر نعمت شما می‌افزایم و اگر کفران کنید، بدانید که عذاب من سخت است» (ابراهیم/۷).

۸ـ۲ـ۱ سالمندی موفق و رضایتمندی از زندگی

رضایتمندی از زندگی در سالمندان به وسیلهٔ دسترسی فردی به منابع کلیدی و مهم زندگی آن‌ها ایجاد می‌شود. این منابع را همان منابع کافی مادی، اجتماعی، یا ویژگی‌های شخصیتی که سالمندان به آن تعلق دارند، تعریف کرده‌اند؛ این موارد می‌توانند منابع اصلی در پیشبرد و حفظ بهزیستی افراد معرفی شوند. در واقع این منابع برای سالمندان نقش کمک‌رسان را ایفا می‌کنند تا آنان بتوانند به اهداف شخصی، و نیازهای اساسی جسمی و روان‌شناختی خود دست یابند (فوز و کلارک، ۲۰۰۹).

نگارنده عناصر زیر را در رضایتمندی از زندگی یا سالمندی موفق مؤثر دانسته است: استقلال، احساس مفید بودن (که با عزت نفس و پذیرش خود مرتبط است)، تعامل با دیگران (به عنوان حمایت اجتماعی و خانوادگی شناخته شده است)، رشد شخصی، حفظ سلامت، کسب خردمندی، تسلط بر محیط پیرامون خود، امنیت مالی و سازگاری بین هدف‌های مورد نظر و هدف‌های تحقق یافته (معتمدی، ۱۳۸۵).

مطالعات پیری‌شناسی مشخص نموده است، سالمندانی که رضایت از زندگی و شادمانی خود را علی‌رغم تغییرات محیطی حفظ می‌کنند برای انطباق با شرایط جدید از راهبردهای شناختی و هیجانی بهره می‌گیرند (هایر و رودین، ۲۰۰۹). پرندا و لاکمن[1] (۲۰۰۱؛ به نقل از: هایر و رودین، ۲۰۰۹) نشان دادند سالمندانی که از قبل برای زندگی خود برنامه‌ریزی کرده‌اند، نسبت به کسانی که چنین نبودند، رضایت بیشتری از زندگی گزارش کرده‌اند. شادی و رضایت از زندگی مجموعاً بهزیستی روانی را به وجود می‌آورند.

رضایتمندی از زندگی بیانگر نگرش مثبت فرد نسبت به جهانی است که در آن زندگی می‌کند و برخاسته از ارزیابی فرد نسبت به جنبه‌های گوناگون زندگی است. به بیان دیگر می‌توان گفت رضایت از زندگی بازتاب توازن میان آرزوهای

1. Prenda & Lachman

شخص و وضعیت کنونی اوست. بسیاری از اشخاص با برخوردار بودن از منابع کافی باز هم خشنود نیستند (لیبومیرسکی[1]، ۲۰۰۱؛ به نقل از: فوز و کلارک، ۲۰۰۹).

کیفیت ارتباطات با شبکه‌های اجتماعی، آیندهٔ بهتری را از منظر سلامت روانی سالمندان موجب می‌شود. ارتباط با فرزندان در مقایسه با ارتباط با دوستان نیز بهزیستی بیشتری را برای سالمندان به همراه دارد. گرچه در بهزیستی روانی، کیفیت ارتباط اجتماعی با دوستان، از کمیت آن اهمیت بیشتری دارد (هایر و رودین، ۲۰۰۹).

دینر در رویکرد خود با اندازه‌گیری رضایتمندی از زندگی اصطلاح بهزیستی روانی[2] را به کار برده است. این مفهوم به تعدادی از حیطه‌های زندگی مثل کار، ازدواج و تجربه‌های هیجانی مثبت و منفی تقسیم می‌شود که همهٔ آن‌ها در یک نمایه ترکیب می‌یابند.

سلیگمن و چیکزنت‌میهالی[3]، بین وضعیت اقتصادی و رضایت از زندگی یک ارتباط میان را گزارش دادند. به عبارتی بعد از برطرف شدن نیازهای اساسی زندگی، ثروت بیشتر، رضایت بیشتر به همراه ندارد. رضایت از زندگی از طریق مقایسهٔ نیازهای افراد با دارایی‌هایشان کسب می‌گردد؛ هرچه این نیازها با داشته‌ها تطبیق بیشتری داشته باشد، رضایت افراد از زندگی نیز در سطح بالا قرار می‌گیرد (هایر و رودین، ۲۰۰۹).

بسیاری از افراد انتظار دارند که سالمندان به دلیل از دست دادن توانایی‌های فیزیکی، بازنشستگی و وابسته شدن به دیگران از سلامت ذهنی و رضایت از زندگی کمتری برخوردار باشند و نسبت به جوانان، شادی کمتری را تجربه کنند؛ اما در واقع یافته‌های فرای و کیز (۲۰۱۰)، نشان دادند که شادی، رضایت از زندگی و

1. Lyubomirsky
2. mental welfare
3. Csikzentmihalyi

سلامت روان، در بین سالمندان بیشتر از گروه‌های جوان دیده می‌شود. نتایج این تحقیقات با این مطلب که سالمندان حوادث منفی بیشتری را تجربه کرده‌اند تناقض دارد، اما تحقیقات سالمندی برای تعیین رضایت از زندگی در سالمندان هیجان‌های منفی و مثبت در سالمندان را ارزیابی می‌کنند. نتایج مطالعات در فرهنگ‌های مختلف نشان داد که عوامل درونی و شخصیتی با بهزیستی روانی ارتباط محکمی دارند صفاتی مانند برون‌گرایی و خوش‌بینی با هیجان‌های مثبت ارتباط دارند، در صورتی که ارتباط نوروتیسم با هیجان‌های منفی بیشتر است. اما در تمامی فرهنگ‌ها بین برون‌گرایی با بهزیستی روانی ارتباطی قوی دیده نشد (فوز و کلارک، ۲۰۰۹).

مردان و زنان سالمند از نظر احساس بهزیستی با یکدیگر تفاوتی ندارند مگر آن‌ها که تحت فشار محیط قرار می‌گیرند. برای مثال سالمندانی که همسران مبتلا به آلزایمر دارند، کمتر دارای احساس رضایت از زندگی هستند. اما زمانی که از مسئولیت مراقبت از همسران خود رها می‌شوند، میزان رضایتمندی از زندگی در آن‌ها نسبت به دیگران برابری می‌کند. تفاوت در احساس بهزیستی روانی در زنان ممکن است به دلیل حساس‌تر بودن آن‌ها و آگاهی بیشتر آن‌ها به هیجان‌های منفی باشد (هایر و رودین، ۲۰۰۹).

نتایج مطالعات فوز و کلارک (۲۰۰۹) نشان داد افرادی که در شهرهای ثروتمند زندگی می‌کنند نسبت به افرادی که در شهرهای فقیر ساکن هستند، شادی بیشتری را تجربه می‌کنند. افراد با نگرش‌های مذهبی یا معنوی، بهزیستی روانی بالاتری دارند و در مجموع مردم شادتری هستند. مردان از زنان هیجان‌های مثبت بیشتری را نشان می‌دهند. در تمامی این مطالعات رضایت از زندگی با افزایش سن کاهش نمی‌یابد، بلکه در بسیاری از مطالعات افزایش بهزیستی روانی و رضایتمندی از زندگی با افزایش سن، بیشتر نیز می‌شود. به اعتقاد فیشر (۱۹۹۵؛ به نقل از: معتمدی، ۱۳۸۵)، رضایتمندی از زندگی منادی سالمندی موفق است. به اعتقاد او رضایتمندی از زندگی بر مواجهه با نیازهای اساسی و پذیرش گذشتهٔ خود تأکید

دارد؛ در حالی که در سالمندی موفق تمرکز بر زمان حال (یا آینده) است که به شرایط زندگی، مکانیزم‌های مقابله‌ای، و نیازهای سطح بالاتر همچون خودفهمی، کمک به دیگران و احساس متفاوت بودن از دیگران جهت می‌دهد.

۸-۲-۲ خوش‌بینی، شاخصی از سالمندی موفق

داشتن دیدگاه مثبت نسبت به زندگی تأثیر معناداری بر سلامت عاطفی و جسمانی شخصی دارد. سلیگمن (۱۳۸۹)، در کتاب *شادمانی اصیل* هیجانات مثبت را به دلیل تفاوت شیوه‌های تقویت آن‌ها به سه دسته تقسیم می‌کند که عبارت‌اند از: هیجانات مثبت معطوف به گذشته، معطوف به حال، و معطوف به آینده. رضایت، خرسندی و آرامش معطوف به گذشته هستند. خوش‌بینی، امید و ایمان معطوف به آینده هستند. هیجانات مثبت زمان حال نیز به دو مقوله یعنی لذت‌ها و خشنودی‌ها تقسیم می‌شوند.

بنابراین از نظر سلیگمن خوش‌بینی هیجان مثبت معطوف به آینده است؛ صفتی که در رویدادهای خارجی و کیفیت تجربیات فرد دخالت می‌کند. این صفت هم خوش‌بینی‌های کوچک و هم خوش‌بینی‌های بزرگ (مانند: «ملت ما در آستانهٔ تحولی بزرگ است») را دربر می‌گیرد. کریستوفر پترسون معتقد است خوش‌بینی صفتی است که در مؤلفه‌های شناختی، هیجانی و انگیزشی دخیل است. افرادی که خوش‌بینی حداکثری دارند، به حالات بهتری تمایل دارند، موفقیت و پایداری بیشتری را نشان می‌دهند و سلامت فیزیکی بیشتری هم نشان داده‌اند (سلیگمن و چیکزنت میهالی، ۲۰۰۰).

نگارنده در مقالهٔ «نقش رویدادهای زندگی در سالمندی موفق» نشان داد سالمندان موفق نسبت به سالمندان غیر موفق به طور معناداری آیندهٔ روشن‌تر و خوشایندتری را انتظار دارند (معتمدی، ۱۳۸۴ب). جست (۲۰۰۵) نشان داد، خوش‌بینی و سبک غلبهٔ مؤثر نسبت به اندازه‌گیری‌های سنتی سلامتی در سالمندی موفق اهمیت بیشتری دارد.

۸ـ۲ـ۳ انعطاف‌پذیر بودن، شاخصی از سالمندی موفق

والش (۲۰۰۵)، انعطاف‌پذیری را چنین تعریف کرد: «انعطاف‌پذیری توانایی مقاومت و برگشت به وضع قبل از درگیری‌های مختل‌کنندهٔ زندگی است. انعطاف‌پذیری شامل فرایندهای کلیدی در طول زمان است که توانایی تلاش خوب را پرورش می‌دهد و بر موانع فائق می‌آید و به سوی زندگی کردن و عشق ورزیدن کامل می‌رود».

فیشر (۱۹۹۲؛ به نقل از: گلیکن، ۲۰۰۹) در ۱۹ مرکزی که مربوط به بزرگسالان بود با شرکت‌کنندگان سنین ۶۲ تا ۸۵ سال مصاحبه کرد و متوجه شد که آن‌ها تمایل دارند تا سالمندی موفق را به عنوان راهبردی برای کنار آمدن تعریف کنند.

انعطاف‌پذیری به عنوان یک جنبهٔ مهم از سالمندی موفق شناخته شده است و فرایندی کلیدی برای غلبه بر تغییرات و مشکلات در سالمندی است. هنری[1] (۱۹۹۹؛ به نقل از: گلیکن، ۲۰۰۹) انعطاف‌پذیری را ظرفیت سازگاری موفق و عملکرد مثبت فرد در شرایط خطرزا و آسیب‌زای شدید می‌داند. آبرام[2] (۲۰۰۱؛ به نقل از: گلیکن، ۲۰۰۹) انعطاف‌پذیری را توانایی بازگشت از بیماری، افسردگی و نگرانی بیان کرده است.

یکی از مؤلفه‌های فرهنگی در بین سالمندان موفق در جامعهٔ ما بخشش و گذشت است. کسانی که توانایی بخشش را دارند در واقع انعطاف‌پذیرند. به عبارتی دیگر یک جنبه از انعطاف‌پذیری، توانایی بخشش است. بخشش فضیلتی اخلاقی است که در برابر خطای دیگران انجام می‌شود. عفو و گذشت چنان که خداوند در آیهٔ ۳۴ سورهٔ فصلت[3] بیان می‌کند عامل جلب و جذب دوستی‌ها و به وجودآورندهٔ

---

1. Henry
2. Abrams
3. **وَلَا تَسْتَوِی الْحَسَنَةُ وَلَا السَّیِّئَةُ ادْفَعْ بِالَّتِی هِیَ أَحْسَنُ فَإِذَا الَّذِی بَیْنَکَ وَبَیْنَهُ عَدَاوَةٌ کَأَنَّهُ وَلِیٌّ حَمِیمٌ:** «خوبی و بدی برابر نیستند. همواره به نیکوترین وجهی پاسخ ده، تا کسی که میان تو و او دشمنی است چون دوست مهربان تو گردد».

زمینه‌های پیوند اجتماعی و خانوادگی است و دشمنی‌ها را از میان برمی‌دارد. همچنین بخشش موجب می‌شود که فرد تأثیر و غلبهٔ گذشته را بر خود بردارد و به حال و آینده توجه نماید.

۳.۸ نقش مذهب در سالمندی موفق

مذهب در سازگاری فرد با شرایط زندگی دشوار نقش مهمی ایفا می‌کند و منبع مهم غلبه بر مشکلات برای بسیاری از سالمندان است (ویتبُرن و ویتبُرن، ۲۰۱۱). معتمدی و همکاران (۱۳۸۴الف)، نشان دادند سالمندان موفق نسبت به سالمندان غیر موفق گرایش بیشتری به مذهب دارند. همچنین تحلیل اطلاعات نشان داد سالمندانی که به مسجد رفت‌وآمد دارند سالمندان موفق‌تری هستند. این یافته با نتایج تحقیقات دیگری که دربارهٔ تأثیرحضور در مکان‌ها و مراسم مذهبی صورت گرفته، هماهنگ است. همچنین سنجش سالمندان به هنگام بروز مشکلات نشان داد، ارتباطی معنادار بین سالمندان متأثر از مذهب و جز ایشان، وجود دارد؛ آن‌چنان که سالمندانی که نگرش مثبت‌تری نسبت به نقش مذهب داشتند از سطح سالمندی موفق‌تری نیز برخوردار بودند.

همان‌طور که پیش‌تر گفته شد، آموزه‌های مختلف مذهبی و مناسک دینی در درون خود حاوی ظرایف و نکات ارزشمندی است که حاصل آن‌ها احساس آرامش، و ارتقای سطح سلامت و توانمندی فرد برای مواجهه با مشکلات است. نقش چند مورد از این آموزه‌ها و مناسک برای نمونه به شرح زیر است:

۱. ایمان به خداوند و این احساس که خداوند مهربان و بخشنده است، نگهدار ماست، رزق ما را تضمین کرده است و غیره باعث احساس آرامش و شادکامی سالمند می‌شود.

۲. دستورات اسلامی مبنی بر رعایت حقوق بدن، رعایت حقوق دیگران، کنترل هیجانات، اعتدال در رفتار و غیره رفتار سالمند را تنظیم و در نهایت باعث

احساس کنترل بر رفتار خود و کارآمدی وی می‌شود.

۳. رفتارها و مناسکی همچون حضور در مسجد و نماز جماعت، به جا آوردن حج، صلهٔ رحم و غیره زمینهٔ ارتباط سالمند را با دیگران فراهم، و فرد سالمند را از حمایت اجتماعی دیگران برخوردار می کند.

۸ـ۴ نقش رویدادهای زندگی در سالمندی موفق

عقیدهٔ روان‌شناسان بر این است که تأثیر تجارب خوشایند و ناخوشایند و رویدادهای زندگی به اشکال مختلف در ساختار شخصیت متجلی می‌شود. بنابراین رویدادهایی که در فراخنای زندگی به نوعی برای فرد معنادار شوند، بر ساختار شخصیت مؤثر خواهند بود. اهمیت تأثیر رویدادهای زندگی را بر شخصیت سالمند در نظریه‌های مختلف همچون نظریهٔ روانی اجتماعی اریکسون، نظریهٔ پیوستگی، نظریهٔ فراخنای زندگی، نظریهٔ ویتبُرن و هاویگهرست می‌توان متوجه شد. فرایندهای تحولی درون فرد تحت تأثیر زمینه‌های مختلف رخ می‌دهند و این زمینه‌ها به شکل زیستی یا اجتماعی در فراخنای زندگی کیفیت تحول فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

نگارنده با بررسی تأثیر رویدادهای زندگی نشان داد که نمرات مربوط به رویدادهای زندگی دو گروه سالمندان موفق و ناموفق در وهلهٔ نخست تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند. در مقابل، شدت احساس سالمندان دو گروه نسبت به رویدادهای زندگی به طور معناداری متفاوت بود. در این پژوهش سالمندان غیر موفق به طور معناداری احساس می کردند رویدادهای زندگی تأثیر منفی بیشتری بر زندگی آن‌ها داشته است. به عبارت دیگر سالمندان موفق و غیر موفق از نظر تعداد و یا میزان تجربهٔ رویدادهای زندگی تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند، اما سالمندان غیر موفق تجارب خود را منفی‌تر ارزیابی می کردند و یا احساس می کردند آن تجارب تأثیری منفی بر زندگی آن‌ها داشته است. مشاهدهٔ

پاسخ برخی از سالمندان در فرم‌هایی که تکمیل کرده بودند، نشان می‌داد در موارد متعددی رویدادهایی که به طور معمول برای اکثر افراد جنبهٔ مثبت و خوشایند دارند مانند ازدواج کردن یا بچه‌دار شدن، برای سالمندان غیر موفق تجربه‌ای منفی تلقی شده است.

همچنین سالمندان موفق روند زندگی خود را به طور معناداری مثبت‌تر ارزیابی کرده‌اند. این یافته با نظریهٔ پیوستگی مطابقت دارد که معتقد است افرادی در دورهٔ بزرگسالی زندگی موفقیت‌آمیزی دارند که عادات، عملکردها و شیوه‌های مؤثر زندگی خود را از دورهٔ میان‌سالی به این دوره منتقل کرده‌اند. همچنین این یافته همسو با نظریهٔ اریکسون نیز هست. اریکسون معتقد است افرادی که احساس می‌کنند زندگی خود را به طور کامل سپری کرده‌اند از صفا و آرامش بیشتری برخوردارند. در حالی که فرد نومید علی‌رغم نفرت ظاهری نسبت به زندگی، خواستار آن است که بار دیگر بخت یک زندگی دوباره به او داده شود تا همه چیز را از سر گیرد.

تحلیل بیشتر اطلاعات در این تحقیق حاکی از آن بود که سالمندان موفق به طور معناداری زندگی پرجنب‌وجوش‌تر و توأم با فعالیت بیشتری داشته‌اند. این یافته با نتایج تحقیقاتی که دربارهٔ ویژگی‌های سالمندان موفق به عمل آمده است همخوانی دارد. همچنین یافته‌های تحقیق نشان داد که سالمندان موفق مانند سالمندان غیر موفق روند رویدادهای زندگی خود را در دورهٔ سالمندی نسبت به دوران قبل منفی‌تر ارزیابی کرده‌اند. به رغم همانندی ظاهری میان این دو ارزیابی، اما باید به وجود دو سطح از مفهوم سنجش توجه نمود. در واقع سطح ارزیابی منفی سالمندان موفق در دورهٔ سالمندی نسبت به آن دسته از تجربه‌هایی است که در دوره‌های سنی قبلی در سطح «خیلی خوشایند» بوده‌اند؛ اما سطح ارزیابی سالمندان غیر موفق در دورهٔ سالمندی نسبت به تجربه‌هایی است که قبلاً نیز برای آن‌ها «ناخوشایند» بوده است (معتمدی، ۱۳۸۴ب).

۸ـ۵ دیدگاه‌های انتقادی نسبت به سالمندی موفق

در مقابل حمایت‌های پرشمار از سالمندی موفق، انتقادهایی نیز به این مفهوم وارد شده است. مطرح کردن مفهوم سالمندی موفق به چند دههٔ قبل برمی‌گردد، گرچه اخیراً نیز این موضوع در حوزه‌های اجتماعی توجه زیادی را به خود جلب کرده است، ممکن است چنین توجهی صرفاً به دلیل اهمیت موفقیت در دنیای امروز باشد.

ارل و اسپکتور (۲۰۰۹) عنوان کرده‌اند از زمانی که واژهٔ سالمندی موفق مطرح شده، انتقادهایی را نیز در پی داشته است. در ابتدا به نظر می‌رسد که در این واژه تناقض[1] وجود دارد، سالمندی با فقدان‌ها و از دست دادن‌ها و در نهایت مرگ همراه است، در صورتی که بخش دوم این ترکیب، مفاهیم موفقیت، پیروزی، تعادل مثبت و پیشرفت را تداعی می‌کند. منتقدان بر این عقیده‌اند، که این واژه احتمالاً در روح دیدگاه‌های داروینیسم اجتماعی[2] و جامعهٔ سرمایه‌داری نهفته است و معیارهای این موفقیت از طریق استانداردهای خارجی تحمیل می‌شود.

یکی دیگر از انتقادهایی که به این مفهوم می‌توان وارد کرد این است که تقسیم سالمندی به موفق و ناموفق تقسیم پایداری نیست. احساس‌هایی همچون رضایتمندی از زندگی، و رفتارهایی همچون درگیر بودن با اجتماع و یا ادراک مثبت سالمند از خود، گاه با بروز رخدادی مثلاً در حوزهٔ سلامت عمومی سالمند، و متعاقباً ایجاد محدودیت‌هایی برای او، کاملاً تغییر می‌کند. به فرض سالمند در اثر سکتهٔ مغزی توانایی حرکتی خود را از دست می‌دهد، این واقعه قضاوت او را به زندگی، و ادراک جدید او را از خودش تحت تأثیر قرار می‌دهد و شاید احساس رضایتمندی او از زندگی افت کند و نسبت به خودش ادراک منفی یابد.

برخی صاحب‌نظران با رویکردی دیگر مفهوم سالمندی موفق را مورد مداقه

---

1. paradox
2. social darwinism

قرار داده‌اند. بینستوک و جورج[1] (۲۰۰۶) معتقدند در تعاریف و توضیحاتی از سالمندی موفق از سوی کسانی همچون راو و کان، نقش کیفیت زندگی در ارتباط با مفهوم سالمندی موفق مورد توجه قرار نگرفته است. آن‌ها با طرح این پرسش که آیا سالمندی موفق مترادف با مفهوم کیفیت زندگی است، می‌نویسند:

«در اغلب تحقیقات، سالمندی موفق بیش از آن که مفهومی ذهنی باشد یک مفهوم چندبعدی است. در واقع نقش ادراک خشنودی در سالمندی موفق چندان روشن نیست. اگر تعریف راو و کان (۱۹۹۸) را در نظر داشته باشیم که سالمندی موفق را با سه معیار معرفی کردند (سطح پایین بیماری یا ناتوانی، کنش بالای بدنی و شناختی و درگیری فعال با زندگی)، در وهلهٔ اول به نظر می‌رسد این ویژگی‌ها شاخص‌های پذیرفته‌شده‌ای برای سالمندی خوب باشند، اما دو مشکل در این تعریف دیده می‌شود. اول آن که هر مفهومی که ادراک‌های ذهنی خشنودی را به عنوان بخشی از سالمندی موفق دربر داشته باشد، در اینجا به طور واضح حضور ندارد. آیا اگر سالمندی ناتوانی نداشته و از نظر بدنی و شناختی سالم بوده باشد و کلاً فعال باشد اما با کیفیت زندگی پایین، سالمند موفق است؟ دوم آن که این تعریف می‌گوید سالمندانی که ناتوانی داشته یا کنش‌های بدنی و شناختی آن‌ها کاهش یافته باشد یا نتوانسته‌اند فعال باقی بمانند، سالمند غیر موفق هستند. این نتیجه‌گیری به طور آشکار با جمعیت زیادی از سالمندان که سطح خشنودی خود را بالا گزارش کرده‌اند، در حالی که محدودیت‌هایی به لحاظ جسمی، شناختی یا اجتماعی دارند مغایرت دارد. همان‌طور که فادم[2] (۲۰۰۲) اشاره کرده است تعریف راو و کان به طور جدی نسبت مهمی از سالمندان را برچسب حاشیه‌ای بحرانی زده است. همچنین در بین سالمندان نسبت بزرگی از سالمندانی که ناتوانی داشتند کیفیت زندگی بالا را گزارش کردند (مانند پنکس[3] و همکاران، ۱۹۹۸) و نسبت

1. Binstock & George
2. Fadem
3. Pennex

قابل توجهی از کسانی که ناتوانی نداشتند سطح پایین کیفیت زندگی را گزارش کردند (کانوینکسی[1] و همکاران، ۱۹۹۱). لذا تعاریف سالمندی موفق آن‌چنان که راو و کان مطرح می‌کنند از این جهت مشکل دارد که ادراکات ذهنی را کاملاً نادیده می‌انگارد».

علی‌رغم انتقادهای واردشده به مفهوم سالمندی موفق، اما همچنان این مفهوم می‌تواند سازنده و امیدآفرین باشد. با تکیه بر دیدگاه‌های تحولی، اهمیت نیل به سالمندی موفق، نه‌تنها برای دورهٔ سالمندی، بلکه برای دوره‌های سنی قبل از آن نیز الهام‌بخش است. ضمن آن که عدم پیوستگی کامل سالمندی موفق با موفقیت در دوره‌های قبل نیز امکان جهت‌گیری آغازین برای کسب این ظرفیت را در دورهٔ سالمندی فراهم می‌سازد. سراتو و تروکونیز[2] (۲۰۰۰)، گفته‌اند: سالمندی موفق باید علاقهٔ اصلی همهٔ ما باشد، زیرا طولانی‌تر و سالم‌تر زندگی خواهیم کرد و اغلب می‌توانیم انتظار داشته باشیم که تا ۸۰ سالگی زنده باشیم. این در حالی است که برخی مطالعات نشان داده‌اند که انسان قابلیت ۱۲۰ سال عمر را دارد.

منابع

برک، لورا (۱۳۹۱)، *روان‌شناسی رشد* (ج ۲)، ترجمهٔ یحیی سید محمدی، تهران: ارسباران (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۷).

بوند، جان و لین کورنر (۱۳۸۹)، *کیفیت زندگی و سالمندان*، ترجمهٔ سید محققی کمال، تهران: دانژه.

سلیگمن، مارتین (۱۳۸۹)، *شادمانی اصیل*، ترجمهٔ مصطفی تبریزی، رامین کریمی و علی نیلوفری، تهران: دانژه.

لازاروس، ریچارد اس. و برنایس ان. لازاروس (۱۳۸۶)، *کنار آمدن با سالمندی*، ترجمهٔ جعفر نجفی زند، تهران: دانژه.

معتمدی، عبدالله (۱۳۸۴ب)، «نقش رویدادهای زندگی در سالمندی موفق»، *نشریهٔ علوم*

1. Convinksy
2. Cerrato & Troconiz

اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز، دورهٔ ۲۲، شمارهٔ ۴، زمستان ۱۳۸۴، پیاپی ۴۵، ویژه‌نامهٔ علوم تربیتی.

معتمدی، عبدالله، جواد اژه‌ای، پرویز آزاد فلاح و علیرضا کیامنش (۱۳۸۴الف)، «بررسی رابطهٔ بین گرایش‌های مذهبی و سالمندی موفق»، *دانشور رفتار* (دوماهنامهٔ علمی - پژوهشی دانشگاه شاهد)، سال ۱۲، دورهٔ جدید شماره ۱۰، اردیبهشت ۱۳۸۴.

معتمدی، عبدالله (۱۳۸۵)، *سالمندی موفق*، شهر کرد: دانشگاه شهر کرد.

Baltes, P.B. & M.M. Baltes (1993), *Successful Aging. Perspectives from the Behavioral Sciences*, New York: Cambridge University Press.

Binstock, R.H. & L.K. George (2006), *Handbook of Aging and the Social Sciences* (6th edition), Elsevier Inc.

Bowling, A. & P. Dieppe (2005), "What is successful ageing and who should define it?", *BMJ*, Vol. 331, 1548-1551.

Cavanaugh, J.C. & F.B. Fields (2006), *Adult Development and Aging* (5th edition), U.S.A.: Wadsworth Thomson Learning.

Cerrato, I.M. & M.I.F. Troconiz (2000), *Successful Aging*. Autonomous University of Madrid.

Cheng, Sheung-Tak et al. (2015), *Successful Aging, Asian Perspectives*, New York: Springer Dordrecht.

Colin A. Depp & Dilip V. Jeste (2010), *Successful Cognitive and Emotional Aging*, Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.

Depp, C.A. & D.V. Jeste (2006), "Definition and of successful aging: A comprehensive review of larger aging/5-12-agingmindovermatter.htm/>. Accessed 23.12.

Depp, C.A. & D.V. Jeste (2010), *Successful Cognitive and Emotional Aging*, London: American Psychiatric Publishing Inc.

Foos, P.W. & M.C. Clark (2009), *Human Aging*, Boston: Pearson Education Inc.

Ford, A.B. et al. (2000), "Sustained personal automony. A measure of successful aging", *Journal of Aging and Health*, Vol. 12 (4): 470-489.

Fry, P.S. & CL.M. Keyes (2010), *New Frontiers in Resilient Aging*, New York: Cambridge University Press.

Gliken, M.D. (2009), *Evidence-Based Counseling and Psychotherapy for an Aging Population*, Elsevier Inc. Typeset by Macmillan Publishing Solutions.

Hoyer, J.W. & P.A. Roodin (2009), *Adult Development and Aging*, Boston: Macmilan Inc.

Jeste, D.V. (2005), "Successful aging is simply 'mind over matter", American College of Neuropsychopharmacology (ACNP), Annual Program Meeting, 11-15.12.

Nasiri, H. & B. Jokar (2009), "Life meaningfulness, life satisfaction and psychological health in women", *The [Persian] Journal of Wemon's Research*, 6(2), 157-176.

Orrell, M. & A. Spector (2009), "Psychology of aging, Farnham: Ashgate Practice. Family Processes", 42, 1-18; *Psychiatry*, Vol. 158(6), 839-847; *Quantitative studies*, Vol. 14 (1):6-20.

Rowe, J.W. & R.L. Kahn (1998), *Successful Aging*, New York: Pantheon Books, a Division of Random House, Inc.

Seligman, M.E.P. & M. Csikszentmihalyi (2000), "Positive psychology: An introduction", *Journal of American Psychologist*, Vol. 55, 5-14.

Vaillant, G.E. & K. Mukamal (2001), "Successful aging", *American Journal of Waikoloa*, Hawaii; Available from: http://www.seniorjournal.com/NEWS/

Vaillant, G.E. (2002), *Aging Well*, New York: Little Brown and Company.

Walsh, F. (2005), "Family resilience: A framework for clinical practice-theory and practice", *Family Processes*, Vol. 42, 1-18.

Whitbourne, S.K. & S.B. Whitbourne (2011), *Adult Development and Aging. Biopsychosocial Perspectives* (4th edition), U.S.A.: John Wiley & Sons Inc.

فصل نهم

اختلالات عصبی - روانی و سالمندی

۱.۹ انواع بیماری‌های روانی و سالمندی

با افزایش سالمندی، میزان مشکلات سلامت روانی سالمندان نیز افزایش می‌یابد (حتی اگر میزان شیوع اختلالات روانی ثابت باقی بماند). برآوردها نشان می‌دهد که حدود ۲۰ درصد از سالمندان دچار اختلال روانی قابل تشخیص‌اند. بیماری‌های جسمی و پیری متعاقباً آثار منفی بر این میزان به جای می گذارند. افراد با مشکلات و بیماری‌های جسمی نظیر دیابت، بیماری قلبی، فشارخون، آرتروز و نظایر آن در معرض اختلالات روانی بیشتری قرار دارند. در DSM-5 اختلال روانی به این شکل تعریف شده است: اختلال روانی یک اختلال معنادار بالینی در شناخت، تنظیم هیجان و رفتار است که به نارساکنش‌وری در کنش‌های روانی منجر شده و معمولاً با نگرانی یا ناتوانی عمده‌ای در کار، ارتباطات یا دیگر حوزه‌های کنشی همراه است (APA، ۲۰۱۳).

در ادامه، متداول‌ترین اختلالات روانی که در دورهٔ سالمندی وجود دارند به اختصار توضیح داده شده‌اند.

۱.۱.۹ اختلالات اضطرابی

اختلالات اضطرابی شامل حالات اضطرابی است که در آن احساسات شدید

اضطراب بدون وجود عامل راه‌انداز خاص رخ می‌دهد؛ اختلالات اضطرابی شامل: اختلال اضطرابی گسترده (با شیوع ۲ تا ۵ درصد در سالمندان)، اختلال وحشت‌زدگی (۴/۷ درصد)، اختلالات فوبی (۷/۵ درصد)، اختلال وسواس بی‌اختیاری (۰/۷ درصد) و اختلال تنیدگی پس از ضربه (درصد نامشخص) است (ویتُبرن و ویتُبرن، ۲۰۱۱)[1]. در مجموع به نظر می‌رسد شدت اختلالات اضطرابی از اوج آن که در دورهٔ میان‌سالی است، در دورهٔ سالمندی تا حدی کاسته شود.

نشانگان و تشخیص اختلالات اضطرابی

معمولاً در تمام اختلالات اضطرابی تغییرات جسمی با کنش‌های اجتماعی، ارتباطات شخصی یا کاری تداخل پیدا می‌کند. این تغییرات جسمی شامل خشکی دهان، عرق کردن، سرگیجه، آشفتگی معده، اسهال، بی‌خوابی، نفس‌نفس زدن، درد قفسهٔ سینه، از حرکت افتادن، تناوب در ادرار، سردرد و غیره است. این نشانگان در تمام سنین بزرگسالی رخ می‌دهد. اما آن‌ها در سالمندان به دلیل از دست دادن سلامت، تنیدگی جابه‌جایی، منزوی شدن، نگرانی دربارهٔ از دست دادن کنترل زندگی، یا احساس گناه ناشی از احساس خصومت نسبت به خانواده و دوستان، رایج‌تر هستند.

یک نکتهٔ مهم در مورد اختلالات اضطرابی سالمندان این است که احتمال دارد اضطراب یک پاسخ مناسب به شرایطی باشد که سالمند در آن قرار گرفته است. برای مثال اضطراب درماندگی می‌تواند به دلیل از دست دادن کنترل یا تسلط واقعی یا بالقوه به وجود آید. به علاوه یک سری از تجارب منفی شدید زندگی ممکن است به رسیدن شخص به نقطهٔ شکستگی و ظاهر شدن اضطراب شدید منجر شود. نشانگان اختلالات اضطرابی در بسیاری از سالمندان می‌تواند ناشی از مشکلات

---

۱. در DSM-5 طبقه‌بندی اختلالات اضطرابی متفاوت از DSM-IV است. برای مثال اختلال اضطراب جدایی نیز در ذیل این طبقه قرار گرفته است.

سلامت اساسی ایشان باشد. بنابراین اضطراب در سالمندان اغلب با اختلالات جسمانی و بیماری همراه است. این علل ثانویهٔ اضطراب باید از نشانگان اضطراب تمیز داده شود و برای هر یک راهکار مناسب آن ارائه شود.

۹-۱-۲ اختلالات روان‌پریشی

بعضی از شکل‌های آسیب‌شناسی روانی، روان‌پریشی نامیده شده است که شامل قطع ارتباط با واقعیت و از هم‌گسیختگی شخصیت است. دو رفتاری که در این اختلالات رخ می‌دهد، هذیان و توهم است. هذیان شامل نظام‌های اعتقادی است که بر واقعیت استوار نیست، و توهم تحریف در ادراک است.

اگرچه گسترش اختلالات روان‌پریشی در طول بزرگسالی پدیدهٔ نادری است، اما تعداد موارد جدید با افزایش سن کاهش می‌یابد. رفتارهایی که در اختلالات روان‌پریشی ظاهر می‌شوند معمولاً به عنوان مشکلات ثانویه در سایر اختلالات خصوصاً در زوال عقل نمود یافته‌اند. در واقع نشانگان اختلالات روان‌پریشی جنبهٔ مهمی از تشخیص برخی اختلالات دیگر است که می‌توانند از همان روش مدیریت شوند.

۹-۱-۳ سوء مصرف مواد

گرچه ممکن است تصور شود که سوء مصرف مواد در وهلهٔ اول مشکل نوجوانان و جوانان است، اما بسیاری از سالمندان نیز این مشکل را دارند. به جز الکل، مواد تخدیری دیگری که احتمال دارد بیشتر مصرف شوند، در افراد مسن و جوان متفاوت است. جوانان به سوء مصرف مواد ممنوعه گرایش دارند، در حالی که دربارهٔ سالمندان این احتمال بیشتر است که از داروهای تجویزی و موجود در بازار استفاده کنند (لیسانسکی، کومبرگ و زوکر[1]، ۱۹۹۹؛ به نقل از: کاواناف و بلانچارد ـ فیلدز، ۲۰۰۶).

1. Lisansky, Gmberg & Zucker

۹ـ۱ـ۴ افسردگی

افسردگی اختلال روانی شایع و قابل درمانی است. تخمین‌ها از شیوع این اختلال در دورهٔ سالمندی متفاوت است. برخی منابع بیان کرده‌اند که حدود ۸ تا ۲۰ درصد افراد سالمند جامعه از علائم بارز افسردگی برخوردارند (سگال[1] و همکاران، ۲۰۰۶). برخی دیگر براساس چندین بررسی همه‌گیرشناسی نشان داده‌اند که در هر زمان ۲ تا ۵ درصد از بزرگسالان همهٔ سنین، اختلال بالینی دارند (که با معیارهای تشخیصی دقیق مطابقت دارد). البته گفته شده است تقریباً ۱۵ درصد از افراد جوامع گوناگون دارای بعضی علائم افسردگی هستند (کاواناف و بلانچارد ـ فیلدز، ۲۰۰۶).

نشانگان و خصوصیات عمومی افراد مبتلا به افسردگی

برجسته‌ترین ویژگی افسردگی بالینی ملالت است که به معنی بی‌احساسی و خلق تنگ و گرفته است. تفاوت‌های رشدی مهمی در این که چگونه این ویژگی‌ها بیان می‌شود وجود دارد. کهنسالان شاید بی‌احساسی خود را افسردگی ندانند و آن را درماندگی و بدبینی بنامند.

طبق مطالعهٔ جمعیتی روی بیش از ۶۵۰۰ بزرگسال، کهنسالان بسیار کمتر مایل به تأیید عبارت مرتبط به ملالت هستند. به علاوه کهنسالان بیشتر متمایل به نشان دادن علائم کم‌احساسی، بی‌میلی، عدم تظاهر و تغییرات در برانگیختگی نسبت به افراد جوان‌تر هستند.

این معمول است که بزرگسالان افسرده ضمن کناره‌گیری با هیچ‌کس صحبت نکنند، خود را در تخت حبس کنند و مراقب عملکرد بدنشان نباشند. بزرگسالان جوان‌تر ممکن است به میزان کمتری دچار این شرایط شوند.

دومین جزءِ افسردگی بالینی مطابقت با علائم جسمانی است که شامل بی‌خوابی، تغییر در اشتها، درد پراکنده، دشواری تنفس، سردرد، خستگی و بی‌حسی است. حضور این علائم جسمانی در سالمندان باید با دقت بررسی شود.

---

1. Segal

سومین خصوصیت این است که علائم، حداقل دو هفته طول می‌کشد. این معیار برای رد کردن علائم گذرایی استفاده می‌شود که بین همهٔ بزرگسالان رایج است. به خصوص بعد از تجربهٔ منفی از یک حادثه مثلاً دریافت نامهٔ عدم پذیرش از یک کارفرما.

چهارم این که، علل دیگر برای علائم مشاهده‌شده باید رد شوند. برای مثال دیگر مشکلات سلامت، اختلالات عصب‌شناختی، دارویی، شرایط سوخت‌وسازی، الکلیسم و دیگر اشکال روان‌شناختی که می‌تواند موجد علائم افسردگی باشد، نباید وجود داشته باشد.

در نهایت درمانگر مشخص می‌کند که چگونه علائم فرد، زندگی روزمرهٔ وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. آیا به توانایی تعامل با دیگر افراد آسیب وارد شده است؟ آیا او می‌تواند مسئولیت خانوادگی را عهده‌دار شود؟ تأثیرات آن بر کار و اشتغال وی چگونه است؟ آیا شخص دارو مصرف می‌کند؟ واقعیت آن است که افسردگی بالینی شامل آسیب‌های معنادار در زندگی روزانه است. گرچه عوامل خطر اصلی برای افسردگی با سن تغییر نمی‌کنند، اما بعضی خصوصیات شخصی، دارای اهمیت بسیارند. زن بودن، مجرد بودن، بیوه شدن، تجربهٔ داغ‌دیدگی اخیر و وقایع تنش‌زای زندگی و فقدان حمایت کافی از شبکه‌های اجتماعی در افراد مسن، ابتلا به افسردگی را از جوانان رایج‌تر می‌سازد، زیرا گروه افراد کهنسالی که در خطر افسردگی بیشتر هستند شامل افرادی می‌شود که مبتلا به بیماری‌های مزمن‌اند و بیش از نیمی از آن‌ها ممکن است افسردگی اساسی داشته باشند (کاواناف و بلانچارد - فیلدز، ۲۰۰۶).

۹-۱-۵ اختلال خواب

اختلال خواب شامل یک اصطلاح کلی برای طیف وسیعی از مشکلات خواب است که یا در خلال خواب و یا قبل از خواب اتفاق می‌افتد، از قبیل: بی‌خوابی، وقفهٔ تنفسی در خواب، فزون‌خوابی، حملهٔ خواب، کابوس یا بختک، اختلال وحشت‌زدگی در خواب، و خواب‌گردی.

همهٔ سالمندان از خواب ناکافی شکایت دارند. تقریباً ۱۲ـ۲۵ درصد از سالمندان سالم، بی‌خوابی مزمن گزارش می‌کنند. حال آن که در مبتلایان به هر نوع بیماری جسمی و روانی دیگر این میزان افزایش می‌یابد. عوامل مؤثر بر خواب سالمندان شامل تغییرهای بهنجار مرتبط با سن در زیست‌شناسی خواب، بیماری‌های جسمانی و استفاده از داروهای مختلف، بیماری‌های روانی و تغییر در سبک زندگی نظیر بازنشستگی، یا بیوگی است.

سالمندان عموماً افرادی با خواب کم‌بازده‌اند، زیرا به نظر می‌رسد آن‌ها بدون آن که خسته باشند، زمان‌های منظمی را در رختخواب سپری می‌کنند. بی‌خوابی ثانوی ازجمله نگرانی‌های سالمندان است که نه فقط ناشی از اختلال خواب، بلکه به دلیل ناراحتی جسمی است. گاه مشکلات حرکتی نیز باعث افزایش زمان ماندن در رختخواب در طی روز می‌شود. به همین ترتیب با کاهش تحرک و فعالیت، چرت زدن‌های روزانه فزونی می‌یابد که می‌تواند بر برنامهٔ خواب منظم تأثیر بگذارد و این به نوبهٔ خود شکل‌گیری نشانه‌های اختلال‌های روانی را افزایش می‌دهد.

۹ـ۲ اختلالات عصب‌شناختی

۹ـ۲ـ۱ زوال عقل

زوال عقل از جدی‌ترین و آزاردهنده‌ترین بیماری‌های سالمندان به شمار می‌رود. اگرچه پیری طبیعی سبب زوال عقل نمی‌شود، اما با سن بی‌ارتباط نیست. این بدان معناست که میزان شیوع بیماری روانی با فرایند پیری افزایش می‌یابد. برآوردها حاکی از آن است که ۲ تا ۵ درصد افراد بالای ۶۵ سال از بیماری قابل تشخیص زوال عقل رنج می‌برند؛ و این در حالی است که حدود ۲۰ درصد اشخاص بالای ۸۵ سال، از این بیماری رنج می‌برند. بالغ بر ۲۵ تا ۵۰ درصد از اشخاص ۸۵ سال و پیرتر، به اختلال شناختی خفیف (نه زوال عقل کامل) مبتلا هستند (سگال و همکاران، ۲۰۰۶).

زوال عقل می‌تواند از لحاظ تحت‌اللفظی از دست دادن ذهن، کاهش پیچیدگی‌ها، تفکر، آشفتگی احساسات انسان، ابهام برای فرد مبتلا، یا ناتوانی حتی

در تشخیص دادن همسر و فرزندان باشد. تخمین‌ها نشان داده‌اند که اگر یک درمان مناسب یا یک پیشگیری پیدا نشود، جمعیت مبتلایان به زوال عقل تا اواسط قرن بیست‌ویکم به بیش از سه برابر خواهد رسید. اگرچه ترس از زوال عقل بیشتر در افرادی است که زوال عقل ندارند، ولی برای بسیاری از افراد این ترس مشکل جدی است و آن‌ها را به این سو می‌برد که هر مشکل حافظه را نشانهٔ زوال عقل تلقی کنند (کاواناف و بلانچارد ـ فیلدز، ۲۰۰۶).

هرچند زوال عقل بسیار مشخص است، اما به سختی تشخیص داده می‌شود. متخصصان حدود ۱۲ نوع از زوال عقل را شناسایی کرده‌اند. در اینجا ما بر چندین نوع زوال عقل که تباه‌پذیر و تغییرناپذیر است تمرکز می‌کنیم. رایج‌ترین نوع زوال عقل آلزایمر است، اما سایر انواع نیز مهم‌اند. زوال عقل مغزی عروقی، پارکینسون، بیماری هانتینگتون، زوال عقل ناشی از الکل و زوال عقل پیچیدهٔ ناشی از ایدز[1] از این جمله‌اند.

الف) بیماری آلزایمر

بیماری آلزایمر رایج‌ترین و کشنده‌ترین نوع زوال عقل است که به شکل تدریجی و تباه‌کننده عمل می‌کند. اختلالی که امروزه با عنوان بیماری آلزایمر شناخته می‌شود، در طول سال‌های گذشته نام‌های فراوانی را به خود اختصاص داده است: فراموشی وابسته به سالمندی، فراموشی پیش‌سالمندی، فراموشی مربوط به سالمندی از نوع آلزایمر و اختلال مغزی ارگانیک. اصطلاح‌شناسی علمی اخیر، شناسایی شرایط آلزایمر را مشخصاً با عنوان یک بیماری، به الویس آلزایمر (۱۸۶۴ـ۱۹۱۵)، نورولوژیست آلمانی، که برای اولین بار علائم قابل مشاهده‌ای را به تغییرات در بافت‌های مغزی ربط داد، نسبت می‌دهد (ویتبُرن و ویتبُرن، ۲۰۱۱). سازمان بهداشت جهانی شیوع بیماری آلزایمر در میان مردم دنیا را در افراد ۶۰ ساله و بالاتر ۵ درصد

1. AIDS

در مردان و ۶ درصد در زنان برآورد می‌کند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۱؛ به نقل از: کاواناف و بلانچارد ـ فیلدز، ۲۰۰۶).

تغییرات در مغز که در بیماری آلزایمر مشخص شده است به صورت میکروسکوپی است. این به معنای آن است که تعریف تشخیص بیماری فقط می‌تواند از طریق کالبدشناسی انجام شود (ابرسول و همکاران، ۲۰۰۴). این تغییرات تدریجی سرانجام سبب تخریب مغز فرد می‌شوند. تغییرات میکروسکوپی که در بیماری آلزایمر تعریف شده‌اند، مرگ سریع سلول‌ها، در هم پیچیدن نوروفیبرل‌ها و پلاک‌های عصبی را شامل می‌شوند. همچنین تغییراتی در انتقال‌دهنده‌های عصبی نیز نمایان می‌شود. مرگ سریع سلول‌ها بیشتر در هیپوکامپوس (ساختاری در مغز که در ارتباط با حافظه است) و کرتکس مغز (خارجی‌ترین لایهٔ مغز که بالاترین سطح شناختی مغز در آنجا مستقر است) و پیشانی مغز (بخشی که در جلوی مغز است) رخ می‌دهد و تعداد سلول‌های مردهٔ مغز در افراد مبتلا به آلزایمر نسبت به افراد طبیعی بیشتر است.

در هم پیچیدن نوروفیبرل‌ها ناشی از انباشت جفت تارهایی هستند که در نورون‌های اطراف هم پیچیده شده‌اند. آزمایش‌های میکروسکوپی جفت تارها، شبیه در هم پیچیدن حلزون در چندین ناحیه از مغز به نظر می‌رسد. در هم پیچیدن نوروفیبرل‌ها در چندین ناحیه از مغز رخ می‌دهد و تعدادی از در هم پیچیدگی‌ها به طور مستقیم با علائم شدید و مشخصاً با تخریب‌های شدید حافظه مرتبط است (گولیزت[1] و همکاران، ۲۰۰۳).

بیماری آلزایمر دارای علائم روان‌شناختی پیشرونده است (به جدول ۹ـ۱ نگاه کنید). نخستین علامت مشهود آلزایمر، فقدان گاه به گاه حافظه برای رویدادهای اخیر یا وظایف آشناست. گرچه تغییر در عملکرد شناختی در رأس علائم این بیماری قرار دارد، اما تغییرات رفتاری و شخصیتی نیز به همان میزان آشکار است. هنگامی که بیمار وارد مرحلهٔ نهایی خود می‌شود، توانایی عملکرد

1. Guillozet

خود را، حتی در ساده‌ترین و اساسی‌ترین کارهای روزمره‌اش از دست می‌دهد. میزان پیشروی بیماری آلزایمر در افراد مختلف، متفاوت است اما به مرور پیشرفت بیماری، الگوی تدریجی فقدان‌ها اجتناب‌ناپذیر است. هنگامی که در افراد ۶۰ تا ۷۰ ساله بیماری آلزایمر تشخیص داده شود، حدود ۷ تا ۱۰ سال دیگر امید به زندگی خواهند داشت و این میزان در افراد ۹۰ ساله با تشخیص آلزایمر، به ۳ سال می‌رسد (بروکمایر[1] و همکاران، ۲۰۰۲).

جدول ۹-۱ مراحل بیماری آلزایمر (ویتبُرن و ویتبُرن، ۲۰۱۱)

مرحله‌ای که هنوز تشخیص دریافت نشده	مرحلهٔ ابتدایی	مرحلهٔ میانهٔ بیماری	مرحلهٔ آخر بیماری
فراموش کردن گاه به گاه موضوعات، جا گذاشتن وسایلی مثل کلید، عینک، صورت‌حساب، دفترچهٔ یادداشت	از دست دادن جزئی حافظهٔ کوتاه‌مدت	حافظهٔ کوتاه‌مدت به شدت افت می‌کند. ممکن است مکالمات یا نام خیابانی که فرد در آن زندگی می‌کند، نام افرادی که دوستشان دارد یا حتی رانندگی را کاملاً فراموش کند	مشکل شناختی شدید و فقدان حافظهٔ کوتاه‌مدت
فراموش کردن عناوینی مانند فیلم‌ها، کتاب‌ها یا نام افراد	ناآگاهی از فراموشی‌های لحظه‌ای حافظه	سرگشتگی ذهنی عمیق‌تر می‌شود. تفکر به لحاظ منطقی دچار مشکل می‌شود	اختلال در صحبت کردن
کاهش نسبی توانایی یادآوری کلمات به هنگام صحبت کردن	فقدان معمولاً جزئی در به یاد آوردن چیزهایی که به تازگی آموخته شده است	در خودآگاهی تا حدی فقدان وجود دارد	ممکن است مکالمات را بارها و بارها تکرار کند

1. Brookmeyer

ادامهٔ جدول ۹ـ۱

مرحله‌ای که هنوز تشخیص دریافت نشده	مرحلهٔ ابتدایی	مرحلهٔ میانهٔ بیماری	مرحلهٔ آخر بیماری
حضور ذهن نداشتن یا گاه فراموش کردن جزئیات	فراموشی مطالب و عدم توانایی برای به یاد آوردن آن‌ها مثل اسم یک دوست خوب یا حتی اعضای خانواده	دوستان و اعضای خانواده، متوجه مشکلات حافظه فرد می‌شوند	ممکن است نام همسر، بچه‌ها یا پرستارانش را نداند یا نداند که امروز چه روز یا ماهی است
جابه‌جا به یاد آوردن زمان‌ها مثل قرار ملاقات‌ها	عملکرد فرد در منزل طبیعی، با کمی گیجی همراه است؛ اما در کار و موقعیت‌های اجتماعی احتمالاً مشکلاتی وجود دارد	ممکن است دچار اختلال در جهت‌یابی شود و جهت حضور شما را تشخیص ندهد	توانایی استدلال و قضاوت خیلی ضعیف
	احتمالاً نشانگان به جز برای همسر یا خویشاوندان نزدیک و دوستان، قابل توجه نیست	توانایی انجام محاسبات ریاضی خیلی ساده را هم از دست می‌دهد	غفلت در بهداشت فردی
		ممکن است خیلی منفعل یا پرخاشگر شود	تغییرات شخصیتی ممکن است مورد سوء استفاده قرار گیرد، شدیداً مضطرب باشد، بی‌قرار شود، هذیان داشته باشد یا حتی سوءظن پیدا کند
		مشکل در خوابیدن	ممکن است برای انجام امور روزانه نیاز شدید به کمک داشته باشد
		افسردگی	

ب) زوال عقل عروقی

تا زمانی که مشخص شد بیماری آلزایمر نادر نیست، اغلب پزشکان و محققان معتقد بودند که بیشتر موارد زوال عقل نتیجهٔ تصلب شرایین و نتیجهٔ محدودیت اکسیژن به

مغز است. گفته شده است که تصلب شرایین خانواده‌ای از بیماری‌هاست که اگر درمان نشود، باعث حملهٔ قلبی یا سکته می‌شود. سکته یا تصادف‌های مغز عروقی (CVA)[1]، نتیجهٔ قطع جریان خون است که انفارکتوس نامیده می‌شود و ممکن است ناشی از انسداد و خون‌ریزی باشد.

CVA گسترده ممکن است کاهش شناختی شدیدی ایجاد کند، اما این فقدان تقریباً همیشه محدود به توانایی‌های خاصی می‌شود. این الگو از شکل کلاسیک (قدیمی)، زوال یکپارچه‌ای که در زوال عقل دیده می‌شود، متفاوت است. هرچند یک سری از CVAهای کوچک می‌تواند الگوی یکپارچه‌ای از کاهش شناختی را به وجود آورد که نتیجهٔ آن در شرایطی، زوال عقلی عروقی نامیده می‌شود. زوال عقلی عروقی ممکن است دلیل ۱۰ تا ۱۵ درصد از تمام موارد زوال عقلی باشد.

دورهٔ زوال عقل عروقی نسبت به آنچه در بیماری آلزایمر دیده شده، بسیار متفاوت است. زوال عقل عروقی امکان دارد به طور ناگهانی بعد از CVA شروع شود و البته پیشرفت آن به صورت مرحله‌ای است که با شروع آرام و پیشرفت تدریجی بیماری آلزایمر تفاوت دارد. الگوی علائم در زوال عقل عروقی بسیار قابل تغییر است. همچنین این علائم با مجموعهٔ مشابه مشکلات شناختی که در بیماری آلزایمر نشان داده شده، تفاوت دارد. مراحل تشخیص زوال عقل عروقی شبیه بیماری آلزایمر است. شواهد CVA از طریق بررسی تصویر تشخیصی(CT یا MRI) و تاریخچهٔ بیماری مغزی عروقی است که معمولاً این عوامل بسیار کلیدی به شمار می‌روند (ابرسول و همکاران، ۲۰۰۴). اما در درصد کمی از موارد، شواهدی از هر دو بیماری آلزایمر و زوال عقل مشاهده شده است (کاواناف و بلانچارد – فیلدز، ۲۰۰۶).

1. cerebrovascular accident

ج) زوال عقل الکلی

یکی از پیامدهای بلندمدت الکلیسم مزمن، سندرم ورنیکه ـ کورساکوف[1] است . این بیماری ناشی از کمبود مزمن تیامین است و باعث از دست دادن عمدهٔ حافظه و سایر کنش‌های شناختی می‌شود. اگر کمبود ویتامین در فرایندهای اولیه تشخیص داده شود، شرایط قابل درمان است و قطع مصرف الکل معمولاً با بهبود کنش شناختی به خوبی مرتبط است (کاواناف و بلانچارد ـ فیلدز، ۲۰۰۶).

د) زوال عقل پیچیده ناشی از ایدز (ADC)[2]

زوال عقل پیچیده ناشی از ایدز، به عنوان یک بخش قابل پیش‌بینی از نشانگان نقص ایمنی اکتسابی ظاهر می‌شود و در بیماران مبتلا به ایدز، در تمام سنین، می‌تواند به وجود آید؛ این حالت باعث مرگ سلول‌های عصبی است و به نوبهٔ خود علت زوال عقل محسوب می‌شود. نشانگان اولیهٔ زوال عقلی ناشی از ایدز شامل ناتوانی در تمرکز، بروز مشکلاتی در انجام تکالیف ذهنی زنجیره‌ای پیچیده، و از دست دادن حافظه در تکالیفی است که نیازمند تمرکز در توجه هستند. همچنین نشانگان حرکتی شامل خام دستی و ضعف در دست‌ها و پاها وجود دارد. تغییرات رفتاری شامل بی‌احساسی، از دست دادن خودانگیختگی، افسردگی، کناره‌گیری اجتماعی و تغییرات شخصیتی آشکار است. عملکرد روانی و مشکل حرکتی ادامه می‌یابد تا آن که در نهایت ناخودداری[3] و پیشرفت در زوال عقلی ناشی از ایدز به وجود آید. در مرحلهٔ آخر زوال عقلی ناشی از ایدز، بیماران بستری از روی بی‌خیالی زل می‌زنند و تعاملات اجتماعی و شناختی کمی دارند (ابرسول و همکاران، ۲۰۰۴). از آنجا که عفونت

---

۱. سندرم ورنیکه یک اختلال حاد مغزی همراه با اختلال حرکات چشمی، بی‌نظمی، اشکال در جهت‌یابی و نیز اغتشاش کلی روانی است. این سندرم با الکلیسم شدید رابطه دارد و در موارد کلاسیک به دنبال آن اختلال فراموشی الکلیک (یا سندرم کورساکوف) ظاهر می‌گردد. هرچند گاهی می‌توان با مقادیر زیاد تیامین از بروز این عارضه پیشگیری نمود (پورافکاری، ۱۳۹۰).

2. AIDS dementia complex
3. incontinence

HIV به طور گسترده قابل پیشگیری است، زوال عقلی ناشی از ایدز می‌تواند از طریق آموزش روابط جنسی امن کاهش یابد (کاواناف و بلانچارد ـ فیلدز، ۲۰۰۶).

۹ـ۲ـ۲ بیماری پارکینسون

بیماری پارکینسون براساس دسته‌ای از مشکلات حرکتی (کندی بسیار در راه رفتن، سفتی، مشکل در نشستن و بلند شدن از صندلی، و رعشهٔ آهسته) تعریف می‌شود. این نشانگان رفتاری در اثر تخریب نورون‌ها در مغز میانی است که واسطه‌های عصبی دوپامین را تولید می‌کنند. تجویز داروی ال ـ دوپا تا حد زیادی این مشکلات حرکتی را کاهش می‌دهد.

بیماری پارکینسون نخستین بار به وسیلهٔ جیمز پارکینسون (۱۷۵۵ـ۱۸۲۴)، پزشک انگلیسی، در سال ۱۸۱۷ معرفی شد. دکتر جیمز پارکینسون این بیماری را «فلج تکان‌دهنده»[1] نامید و بعدها این نام به «فلج بالارونده»[2] تغییر یافت.

ارتباط بین بیماری پارکینسون و زوال عقل به طور کلی تا اواخر دههٔ ۱۹۷۰ تشخیص داده نشده بود. محققان تخمین می‌زنند که ۱۴ درصد تا ۴۰ درصد افراد مبتلا به بیماری پارکینسون، زوال عقل را آشکار خواهند کرد. هرچند تحقیقات اولیه بر آن بود که بیماری پارکینسون با زوال عقل (همچون بیماری آلزایمر) مرتبط است، اما تحقیقات اخیر بین این دو تفاوت قائل شده است. به ویژه آزمایش بافت مغزی از طریق کالبدگشایی نشان داد که تغییر ساختاری که بدن‌های لوی[3] نامیده می‌شود بیشتر در زوال عقل مرتبط با بیماری پارکینسون وجود دارد (کاواناف و بلانچارد ـ فیلدز، ۲۰۰۶).

۹ـ۲ـ۳ بیماری هانتینگتون

بیماری هانتینگتون یک اختلال کروموزومی غیر جنسی غالب است که معمولاً بین

1. shaking palsy
2. paralysis agitans
3. Lewy bodies

سنین ۳۵ و ۵۰ سالگی شروع می‌شود. بیماری عموماً خود را از طریق موارد زیر نشان می‌دهد: حرکت‌های چرخشی غیر ارادی در دست‌ها و پاها، ناتوانی در نگه داشتن عمل حرکتی نظیر چسبندگی زبان، اختلالات روان پزشکی برجسته نظیر توهم، پارانویا، و افسردگی و تغییرات واضح شخصیتی نظیر نوسان‌هایی بین بی‌احساسی و رفتارهای مانیک (ابرسول و همکاران، ۲۰۰۴). نقص شناختی غالباً تا اواخر بیماری نمایان نمی‌شود و شروع این نشانگان بسیار تدریجی است. دورهٔ بیماری هانتینگتون پیشرونده است و بیماران در نهایت توانایی مراقبت روانی و جسمانی از خود را از دست می‌دهند. راه رفتن غیر ممکن می‌شود، بلعیدن دشوار می گردد و از دست دادن شناخت عمیق‌تر می‌شود (کاواناف و بلانچارد ـ فیلدز، ۲۰۰۶).

۹ـ۲ـ۴ دلیریوم

دلیریوم با اختلال در توجه، هشیاری و شناخت مشخص شده است و در مدت زمان کمی رو به افزایش می گذارد. تغییرات در شناخت می‌تواند شامل نقص در حافظه، مشکل در جهت‌یابی، سخن گفتن، توانایی دیداری فضایی یا ادراک باشد (APA، ۲۰۱۳). دلیریوم همچنین بر چرخهٔ خواب و بیداری، شخصیت و خلق مؤثر است. اگرچه شروع دلیریوم معمولاً سریع است، اما دورهٔ آن می‌تواند در طول روز متفاوت باشد.

دلیریوم می‌تواند ناشی از برخی شرایط پزشکی، نظیر ضربهٔ خفیف، بیماری قلبی عروقی، و شرایط سوخت‌وساز، آثار جانبی دارو، مواد سمی، یا ترکیبی از این عوامل باشد (اسمری و کوال، ۱۹۹۹). در جوامع مختلف میزان دلیریوم در افراد بالای ۵۵ سال پایین است (بین ۱/۱ درصد تا ۴ درصد)؛ اما بین افراد بیمار این میزان بیشتر است و ۵۰ درصد از بیماران بعد از عمل جراحی دلیریوم را تجربه می کنند. ارزیابی و درمان دلیریوم بر علل فیزیولوژی متمرکز است. به طور کلی جنبه‌های تشخیصی در تفاوت‌های دلیریوم از افسردگی و زوال عقل بسیار مهم است. ویژگی‌های کلیدی در جدول ۹ـ۲ نشان داده شده است. اگر علت دلیریوم را بتوان

شناسایی کرد، بهتر می‌توان آن را درمان کرد؛ این در حالی است که در بعضی موارد دلیریوم می‌تواند کشنده و ناشی از آسیب دائمی مغز باشد (ابرسول و همکاران، ۲۰۰۴).

جدول ۹-۲ مقایسهٔ ویژگی‌های افسردگی، دلیریوم و زوال عقل (کاواناف و بلانچارد - فیلدز، ۲۰۰۶)

ویژگی بالینی	دلیریوم	زوال عقل	افسردگی
شروع	حاد یا نیمه‌حاد، وابسته به علت، حالت شفقی و تاریکی	مزمن، تدریجی، موذیانه، وابسته به علت	هم‌زمان با تغییرات اساسی زندگی، اغلب ناگهانی
دوره	نوسان‌های روزانه علائم کوتاه، وخیم‌تر شدن علائم در تاریکی شب و هنگام بیدار شدن	طولانی، اثر روزانه ندارد، علائم پیشرفت می‌کنند و در طول زمان پابرجا می‌مانند	در صبح بدتر می‌شود نوسان‌های موقعیتی، اما کمتر از دلیریوم است
پیشرفت و استمرار	ناگهانی، به مدت کمتر از یک ماه و به ندرت طولانی می‌شود	در ماه و سال متغیر است	متغیر و سریع و کمتر از ۶ هفته نمایان می‌شود و می‌تواند چندین ماه و سال طول بکشد
آگاهی و هشیاری	کاهش نوسانات، بی‌حالی یا گوش به زنگ بودن	واضح و به طور کلی بهنجار	واضح و بهنجار
توجه	مختل و نوسانی است	به طور کلی بهنجار	نقص کم، اما به سادگی گیج می‌شوند
جهت دهی	به طور کلی مختل می‌شود، تغییرات شدید	به طور کلی بهنجار	گمگشتگی انتخابی
حافظه	حافظهٔ اخیر و فوری مختل می‌شود	حافظهٔ اخیر و دور مختل می‌شود	نقص انتخابی، و جزایر تکه‌تکه و دست‌نخورده در حافظه
تفکر	عدم سازماندهی، تحریف، پاره‌پاره، عدم انسجام در گفتار، کند یا تند	مشکل با امور انتزاعی، فقر فکری، مختل شدن قضاوت و مشکل در یافتن کلمات	سالم اما با موضوع ناامیدی، درماندگی یا خودکوچک‌شماری

ادامهٔ جدول ۹ـ۲

ویژگی بالینی	دلیریوم	زوال عقل	افسردگی
ادراک	تحریف‌شده، خطای حسی، هذیان و توهم و به سختی واقعیت را از ادراک غلط تشخیص می‌دهد	ادراک اشتباه معمولاً وجود ندارد	سالم، توهم و هذیان جز در موارد شدید وجود ندارد
رفتار روانی حرکتی	متغیر، کم‌جنبشی، پرجنبشی، آشفتگی مخلوط‌شده، بدکاری چرخشی	بهنجار اما ممکن است کنش‌پریش باشد	متغیر، کندی روانی حرکتی یا تحریک‌پذیری
دورهٔ خواب و بیداری	مختل‌شده، بدکاری چرخشی	شکننده	مختل می‌شود و زود از خواب بیدار می‌شوند
ویژگی‌های مرتبط	تغییرات عاطفی متغیر، نشانگان خودکار پرانگیختگی، بزرگ‌نمایی شخصیتی، مرتبط با بیماری‌های جسمی حاد	عاطفهٔ سطحی، نامناسب و ناپایدار، تلاش برای پنهان کردن نقایص عقلانی، تغییرات شخصیتی، زبان‌پریشی و ادراک‌پریشی، فقدان بینش	افسردگی انفعالی، خلق ملال‌انگیز، بزرگ‌نمایی و شکایت از جزئیات، اشغال‌شده با تفکرات شخصی، وجود بینش، گسترش کلامی
ارزیابی	حواس‌پرتی در تکالیف، خطاهای متعدد	ضعف برجسته برای خانواده، خطای مکرر در پاسخ‌ها، چالش با آزمون، تلاش زیاد برای یافتن پاسخ مناسب، تکرار درخواست برای بازخورد عملکرد	ضعف برجسته برای افراد، اغلب می‌گوید نمی‌دانم، تلاش کم، منصرف شدن در اغلب اوقات، بی‌تفاوتی به آزمون، تلاشی برای یافتن جواب انجام نمی‌دهد

منابع

APA: American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th edition), DSM-5TM. Manufactured in the United States of America on acid-free paper, American Psychiatric Publishing.

Brookmeyer, R. et al. (2002), "Survival following a diagnosis of Alzheimer disease", *Archives of Neurology*, Vol. 59, 1764-1767.

Cavanaugh, John C. & F. Blanchard-Fields (2006), *Adult Development and Aging* (5th edition), Thomson Learning, Inc.

Ebersole, P., P. Hess & A.S. Luggen (2004), *Toward Healthy Aging* (6th edition), St. Louis, Mosby.

Guillozet, A.L. et al. (2003), "Neurofibrillary tangles, amyloid, and memory in aging and mild cognitive impairment", *Archives of Neurology*, Vol. 60, 729-736.

Segal, D.L., F.L. Coolidge & E. Rosowsky (2006), *Personality Disorders and Older Adults: Diagnosis, Assessment, and Treatment*, Haboken, N. J., John wiley & sons.

Whitbourne, S.K. & S.B. Whitbourne (2011), *Adult Development and Aging* (4th edition), U.S.A.: John Wiley & Sons.

Psychology of Aging

Abdollah Motamedi, PhD

در این کتاب تلاش شده است با رویکردی روان‌شناختی، تصویری واقع‌بینانه از شرایط و وضعیت سالمندی ارائه شود تا ضمن شناخت حقایق این دوره، اهمیت و جایگاه آن برجسته‌تر گردد. عوامل اجتماعی و فرهنگی بر تحول فرد، و در اینجا به طور خاص، بر سالمند نقش بسزایی دارند. مؤلف کوشیده است با استفاده از آخرین دستاوردهای علمی در زمینهٔ روان‌شناسی سالمندی در جهان، بر غنای مطالب کتاب بیفزاید. مطالعهٔ این کتاب علاوه بر دانشجویان رشته‌های مشاوره، به مربیان و پژوهشگران علاقه‌مند به مسائل سالمندان نیز توصیه می‌شود.

شابک: ۹-۴۶۷-۰۲-۶۰۰-۹۷۸

9 786000 204679