

دلبستگی و نشانه‌های مرضی در سالمندی: مشارکت‌های تحولی در سلامت روانی

شهلا پاکدامن*، احمد علی پور**، علیرضا آقا یوسفی***، علی احمدی ازغندی****

دریافت مقاله:

۱۳۹۳/۷/۲۹

پذیرش:

۱۳۹۴/۶/۱۴

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین مکانیزم ارتباطی بین سبک‌های دلبستگی با سلامت روانی در سالمندی انجام شد. بدین منظور نمونه ۳۸۴ نفری (۱۸۶ زن و ۱۹۸ مرد) به روش نمونه‌برداری خوشه‌ای چند مرحله‌ای از بین سالمندان ۵۰ ساله به بالا ساکن شرق شهر تهران انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های دلبستگی هازان و شیور، سیاهه تجدیدنظر شده ۹۰ نشانه بیماری (SCL-90-R) و پرسشنامه محقق ساخته اطلاعات جمعیت شناختی پاسخ دادند. افزون بر این با استفاده از مصاحبه بالینی نیز داده‌های پرسشنامه‌ها راستی آزمایی شدند و از این طریق در چند مرحله نمونه اولیه پژوهش (۷۰۰ نفر) مورد جرح و تعدیل قرار گرفت و پس از ریزش‌ها و اضافه کردن‌های متعدد و متوالی در اثر راستی‌آزمایی داده‌ها بر اساس مصاحبه بالینی به میزان ۳۸۴ نفر تثبیت و تکمیل شد؛ در پایان داده‌ها در چارچوب یک طرح مبتنی بر همبستگی تحلیل شدند. نتایج نشان دادند که سبک دلبستگی ایمن با بهبود وضعیت سلامت روانی و در نقطه مقابل سبک دلبستگی نایمن با وخامت وضعیت سلامت روانی همخوانی دارند؛ دلبستگی ایمن قادر به پیش‌بینی سلامت روانی مطلوب و دلبستگی نایمن قادر به پیش‌بینی وخامت وضعیت سلامت روانی است. این نتایج افزون بر اهمیت و نقش پویائی‌ها و مشارکت‌های تحولی در تبیین مسایل حوزه سلامت روانی در سالمندی بر آسیب‌پذیری بیش از پیش سالمندان در جامعه ایرانی و ضرورت طرح اقدامات مداخله‌گرایانه حمایت اجتماعی به منظور جلوگیری از گسترش و استمرار آسیب‌شناسی روانی در سالمندان ایرانی تاکید دارند.

کلیدواژه‌ها: دلبستگی، نشانه مرضی، سالمندی، تحول روانی، سلامت روانی.

* استادیار، دانشگاه شهید بهشتی ایران، تهران

** استاد، دانشگاه پیام نور، مرکز تحصیلات تکمیلی تهران

*** دانشیار، دانشگاه پیام نور، مرکز تحصیلات تکمیلی تهران

**** دانشجوی دکتری، دانشگاه پیام نور، تهران (نویسنده مسئول) E-mail: Agm.ahmadi356@gmail.com

مقدمه

سالمندی^۱ به دوره‌ای از تحول روانی در گستره زندگی گفته شده است که سنین تقریبی ۶۵ سال به بالا را در برمی گیرد (برک^۲، ۲۰۱۳).

در جهان توسعه یافته و در حال توسعه، افراد عمر طولانی دارند و افزایش طول عمر در سراسر جوامع هم یک دستاورد اجتماعی به شمار می‌آید و هم چالش فراروی این جوامع است. پایین بودن میزان باروری در عین حال افزایش امید به زندگی منجر به پیر شدن نسبی جوامع در سراسر دنیا شده است (لایدلاو^۳ و همکاران، ۲۰۱۰). شاید به تعبیر اوکامپو^۴ (۲۰۱۰) بتوان سالمندی را مهمترین پدیده مردم شناختی اواخر قرن ۲۰ و اوایل قرن ۲۱ قلمداد کرد.

سالمندی دوره‌ای از تحول در گستره زندگی است که با چالش‌ها تنیدگی‌های متعددی همراه است. به طوری که کاهش میزان فعالیت اندام‌ها و دستگاه‌های بدن متاثر از عوامل ژنتیکی و پیری زیستی^۵ یا سالخوردگی (برک، ۲۰۱۳)؛ بروز و گسترش بیماری‌های مزمن جسمانی، افزایش سن و از دست دادن درآمدها، دوستی‌ها، عزیزان و آشنایان که از آن با عنوان فقدان‌ها در سالمندی یاد می‌کنند، چالش‌های حاصل از افزایش اوقات فراغت که نتیجه افزایش امید به زندگی است، کاهش ساعت‌های کار و عدم اختصاص زمانی به کارهای ناتمام یا فعالیت‌های داوطلبانه، انفعال

حاصل از بازنشستگی، رواج پدیده تنهایی، نگرانی‌های مالی، بازنشستگی، چالش با مشکلات حاصل از زوال جسمانی، از دست دادن سلامت، افسردگی حاصل از ناتوانی در کنار پیامدهای روانشناختی حاصل از بیماری‌های مزمن جسمانی و بسیاری از رویدادهای دیگر از منابع عمده تنیدگی^۶ است که سلامت روانی سالمندان را در معرض تهدید جدید قرار داده است (لایدلاو و همکاران، ۲۰۱۰/۱۳۷۸) که البته ابتلا به وضعیت‌های طبی مزمن، بیشتر از سایر منابع تنیدگی سالمندان را با چالش مواجه می‌کند.

پژوهش‌ها (از قبیل: فوردیس^۷ و ملفی^۸، ۱۹۸۶؛ لیوید^۹، دایر^{۱۰} و بارت^{۱۱}، ۲۰۰۰؛ فورسمن^{۱۲}، نیکوویست^{۱۳}، وال بک^{۱۴}، ۲۰۱۱؛ هربرت^{۱۵}، برین^{۱۶} و سپیگل هالتر^{۱۷}، ۱۹۹۹) نشان داده‌اند که سالمندی به دلایل متعدد با تغییرات فرسایش دهنده در قلمرو سلامت روانی همراه است.

افزایش فهم ما از متغیرهای شخصیتی و تحول روانی که مقابله سازگارانه با این منابع تنیدگی از قبیل وضعیت‌ها و بیماری‌های مزمن جسمانی و روانی را تسهیل کرده یا دچار بازداری می‌کنند و از این رهگذر می‌توانند به تبیین مسایل حوزه سلامت روانی سالمندان کمک کنند امروزه

6. Stress
7. Fordyce, W. E.
8. Melfi, R. S.
9. Lioid, C. E.
10. Dyer, P. H.
11. Barnett, A. H.
12. Forsman, A. N.
13. Nyqvist, F.
14. Wahlbeck, K.
15. Herbert, R.
16. Brayane, C.
17. Spiegelhalter, D.

1. Elderly
2. Berk, L.
3. Liad Low, K.
4. Ocampo, J. M.
5. biological aging

(۱۹۷۳) نظام دلبستگی یک طرح تنظیم عاطفی است که افراد را به حفظ نزدیکی با اشخاص مهم و خاص در زندگی که می‌توانند در موقع بروز نگرانی و استیصال^۹ به آنها کمک کنند و می‌دارد. می‌دارد. هنگامی که این اشخاص در دسترس و حمایت‌کننده باشند، استیصال و نگرانی تسکین می‌یابد، جستجوی حمایت به منزله یک راهبرد مقابله ترجیحی در فرد تقویت می‌شود و احساس امنیت روانی شکل می‌گیرد.

بالبی (۱۹۸۸، ۱۹۸۰) که اختلال‌های روانشناختی را محصول تهدید، اختلال و گسستگی در پیوندهای دلبستگی می‌دانست ادعا کرد که این دلبستگی ایمن ممکن است احساس‌های خودکارآمدی را افزایش دهد، تحول و توسعه راهبردهای مقابله سازنده با تنیدگی را تسریع کند و در نهایت به بهبود سلامت روانی فرد بیانجامد. در جبهه مقابل هنگامی که افراد مهم و خاص در زمان نیاز در دسترس نیستند، نگرانی و استیصال به نحو مناسب مدیریت نمی‌شود و راهبردهای دفاعی دیگری به جای حمایت‌خواهی در فرد توسعه می‌یابند، احساس دلبستگی ایمن شکسته می‌شود و نهایتاً متعاقب آن مشکلات سلامت روانی بوجود می‌آیند. در خلال فرآیند تحول روانی در سال‌های بعدی (به ویژه سالمندی) تجارب تکرار شونده در سبک‌های دلبستگی آغازین خود را درونی‌سازی^{۱۰} کرده و نظام پیچیده‌ای از بازنمائی‌ها، انتظارات و باورها در مورد خود و دیگران (الگوهای کاری درونی^{۱۱})

در قلمرو روانشناسی سلامت به یک مسئله اساسی تبدیل شده است، (اولیویرا^۱ و کوستا^۲، ۲۰۰۹). در همین راستا یکی از پرمناقشه‌ترین سوال‌ها در قلمرو پژوهش‌های شخصیت این است که چرا برخی افراد با مشکلات زندگی (مثل بیماری) به نحو موفقیت‌آمیزی کنار می‌آیند در حالی که در جبهه مقابل عده‌ای در مقابله با وضعیت‌های پرتنیدگی از پا در می‌آیند؟

نظریه دلبستگی بالبی^۳ (۱۹۸۰) می‌تواند چارچوب تحولی مفیدی برای فهم روابط بین جهتگیریهای کلی بیماران در روابط صمیمانه با دیگران و تجارب روانشناختی و جسمانی آنها از درد و ناراحتیهای مزمن در هر دو قلمرو روانی و جسمانی ارائه کند (مک ویلیام^۴ و آسموندسون^۵، آسموندسون^۶، ۲۰۰۷). این نظریه در خلال دو دهه گذشته به نحو موثری در پاسخ به این سوال مورد استفاده قرار گرفته است. سبک دلبستگی مورد نظر بالبی به منزله یک عامل تفاوت فردی بنیادی در نظر گرفته می‌شود که در مقابله یا سازش یافتگی^۶ با تنیدگی به کار می‌آید (میکولینسر^۷ و فلوریان^۸، ۱۹۹۸). با این وجود در مورد اثرات درازمدت و دیرپای سبک‌های دلبستگی بر روش سازش‌یافتگی افراد با دوره‌های پرتنیدگی زندگی واقعی اطلاعات اندکی در دسترس است. بر طبق یکی از مبانی عمده نظریه بالبی

1. Oliveira,P.
2. Costa,E.
3. Bowlby,J.
4. McWilliam,S.
5. Asmundson,G.
6. adaptation
7. Mikulincer,M.
8. Florian,V.

9. distress
10. Internalizing
11. internal working model

وجود می‌آورند که خود بر چگونگی ارتباط افراد با یکدیگر در گستره زندگی اثر می‌گذارد (سایکیرلی^۱، ۲۰۰۴، مونتاگو^۲ و دیگران، ۲۰۰۳).

از زاویه روانشناسی تحولی پس از آن‌که این نظام بازنمایی‌ها یا همان الگوهای کاری درونی در سازمان روانی ایجاد شدند حالت روان بنه^۳ پیدا می‌کنند و می‌توانند در نحوه کنارآمدن و مقابله با تنیدگی‌های زندگی بعدی نقش قابل ملاحظه و تعیین‌کننده‌ای داشته باشند. به عبارتی دیگر سبک‌های دلبستگی از طریق الگوهای کاری درونی، روش‌های مقابله با تنیدگی را تعیین میکنند که این روش‌ها به نوبه خود بر سلامت روانی در دوره‌های بعدی زندگی اثر می‌گذارند.

طبق بررسی‌های صورت گرفته در بین بزرگسالان (ماگایی^۴ و کانسیدین^۵، ۲۰۰۴) نقش سبک دلبستگی به ویژه هنگام چالش و مقابله با تنیدگی‌های حاصل از موقعیت‌ها و وضعیت‌های پیش رو از قبیل تهدیدات و خطرات بیرونی، افزایش وابستگی به دیگران، فقدان‌ها و از دست‌دادن‌های بین شخصی یا بیماری که در دوره سالمندی بیش از پیش قابل ملاحظه‌اند از اهمیت خاصی برخوردارند و از این‌رو امکان دارد سبک‌های دلبستگی از عوامل تعیین‌کننده قابل ملاحظه سلامت و سازش یافتگی در دوره سالمندی باشند. چه همانگونه که پیشتر گفته شد بیماری و فقدان‌ها (از دست دادن دوستان، خویشاوندان، درآمد، توانایی، سلامت و جز آن)

وابستگی به دیگران و جز آن از منابع عمده تنیدگی و از چالش‌های اساسی فراروی سالمندان می‌باشند. در همین راستا سایکیرلی (۲۰۱۰) پس از بررسی روابط متأثر از دلبستگی در سالمندان بر این باور است که سازش یافتگی بهینه در سالمندی مستلزم شکل‌گیری دلبستگی ایمن در کودکی است که به نحو مطلوبی تحول یافته باشد.

همسو با این یافته‌ها شیور^۶ و برینان^۷ (۱۹۹۲) (۱۹۹۲) اظهار می‌دارند که به نظر می‌رسد سبک دلبستگی یک سازه منحصر به فرد و با اثرهای منحصر به فرد روی سلامت روانی باشد و به اعتقاد میکولینسر و فلوریان (۱۹۹۸) فرآیندهای مقابله با تنیدگی و موقعیت‌های چالش‌برانگیز از قبیل بیماری را تنظیم کند.

صرف‌نظر از پژوهش‌های مبتنی بر مبانی نظری در قلمرو روانشناسی تحولی، پژوهش در قلمرو اثر سبک‌های دلبستگی بر سلامت بطور کلی (روانی و بدنی) در خلال دهه اخیر افزایش قابل ملاحظه‌ای داشته است که بیش از هرچیز اهمیت موضوع را در مدنظر قرار می‌دهد.

مطالعات و بررسی‌های تجربی دریافته‌اند که جهت‌گیری‌های دلبستگی با نشانه‌های مرضی در قلمرو سلامت روانی و جسمانی در هر دو نمونه‌های بالینی (بیماران) و غیربالینی (افراد عادی) همخوان است (مک‌ویلیام و آسموندسون، ۲۰۰۷). اگرچه تعداد پژوهش‌هایی که به ارتباط سبک‌های دلبستگی با سلامت روانی پرداخته

1. Cicirelli, V. G.
2. Montago, D. P. F.
3. schema
4. Magai, C.
5. Consedin, N. S.

6. Shaver, P. R.
7. Brennan, K. A.

درگیر در همخوانی دلبستگی با سلامت روانی از جمله مکانیزم‌های نظم دهی فیزیولوژیک، راههای مقابله با تنیدگی و جز آن نیز پیش رفته‌اند اما مشکلاتی از قبیل عدم توجه کافی به سلامت روانی و فقر مبانی نظری در قلمرو دلبستگی همواره از مشکلات مترتب بر آنهاست.

با توصیف آنچه از نظر گذشت و در چارچوب یافته‌ها و جهت‌گیری‌های نظری و پژوهشی موجود در وضعیت کنونی و با اتخاذ یک روی آورد تحولی بر مبنای روانشناسی مرضی تحولی - با این دیدگاه که بر جا ماندگی مشکلات تحولی در دوران کودکی می‌تواند زمینه آسیب‌پذیری در قلمرو سلامت در سالمندی را در فرد ایجاد کند و سبک‌های دلبستگی ناایمن استقرار یافته در سازمان روانی نیز از این قاعده مستثنی نیستند، افزون بر این هر تغییر یا رویدادی در گستره تحول روانی از کودکی تا بزرگسالی همواره ثابت و ایستا باقی نمی‌ماند چه کنش وریهای تحولی پویا بوده و هرگونه استقرار یافتگی در پهنه سازمان روانی از لحظه استقرار تا پایان عمر همواره تحول خواهد یافت، همانطور که بیماریها و اختلال‌های روانی نیز پس از سازمان یافتگی مرضی^{۲۲} به تحول خود در سازمان روانی ادامه می‌دهند؛ و همسو با داویلا و دیگران (۱۹۹۷) و سایکیرلی (۲۰۱۰) مبنی بر عدم ثبات و در نتیجه نوسان سبک‌های دلبستگی در خلال فرآیند تحول روانی از کودکی تا سالمندی و گسترش دایره اثرگذاری آنها بر مسایل حوزه سلامت - مسئله اصلی پژوهش حاضر به این صورت مطرح شد

باشند، خیلی زیاد نیست.

شواهد پژوهشی قابل ملاحظه‌ای (از قبیل سایکانوسکی^۱، کاتون^۲، روسو^۳، وایت - جانسون،^۴ ۲۰۰۲؛ فنی^۵ و ریان^۶، ۱۹۹۴؛ کانسیدین،^۷ فیوری^۸، تاچ^۹ و او - ماریامرز^{۱۰}، ۲۰۱۳؛ برانت، میکولینسر و فلوریان، ۲۰۰۱؛ کانسیدین، تاچ، و فیوری، ۲۰۱۳؛ کافتسیوس^{۱۱} و سایدردیس^{۱۲}، ۲۰۰۶؛ پیترموناکو^{۱۳}، دی بیوس^{۱۴} و پاورز^{۱۵}، ۲۰۱۳؛ سادوا^{۱۶} و دیگران، ۲۰۰۹، ویردن^{۱۷}، لامبرتون^{۱۸}، کروک^{۱۹} و والش^{۲۰}، ۲۰۰۵؛ بری^{۲۱} و دراموند پیتر^{۲۲}، ۲۰۱۴) که بعضاً در گروه‌های نمونه سالمند نیز انجام شده‌اند تلاش کرده‌اند تا دلبستگی را به منزله سبک گرایش فرد در ارتباط با دیگران با پیامدهای سلامت در هر دو قلمرو بدنی و روانی مرتبط سازند و نشان داده‌اند که دلبستگی ایمن با بهبود وضعیت سلامت روانی و در جبهه مقابل، دلبستگی ناایمن با وخامت وضعیت سلامت روانی همراه‌اند. این بررسی‌ها در پاره‌ای از موارد حتی تا تصریح مکانیزم‌های

1. Ciechanowski, P. S.
2. Katon, W. J.
3. Russo, J. E.
4. Dwight-johnson, M. M.
5. Feeney, J. A.
6. Ryan, S. M.
7. Fiori, K. L.
8. Tuch, N, Ryan, S. M.
9. Ewa-Maria Merz
10. Kafetsios, K.
11. Sideridis, G.
12. Pietromonaco, P. R.
13. Debus, C. J.
14. Powers, S. I.
15. Sadava, S. W.
16. Wearden, A. J.
17. Lambertson, N.
18. Crook, N.
19. Walsh, V.
20. Berry, Juanita K. M.
21. Drummond, Peter, D.

که سبک‌های دلبستگی چگونه زمینه آسیب‌پذیری روانی در سالمندان ایجاد می‌کنند؟ به عبارت دیگر اثر سبک‌های دلبستگی بر مشکلات حوزه سلامت روانی در سالمندان چیست؟ تا از این طریق بتوانیم به شناسایی سالمندان در معرض خطر و متعاقب آن توسعه و برنامه‌ریزی اقدامات و مداخله‌گری‌های لازم در سطح بالینی، حمایت اجتماعی و جز آن برای گروه‌های هدف اقدام نمائیم تا بلکه یافته‌های این پژوهش بتواند گامی ولو اندک در راستای کمک به کنش‌وری بهینه در سالمندی برداشته باشد و اطلاعات لازم را به متخصص حوزه مراقبت‌های بهداشتی سالمندان اعم از پزشکان، پرستاران، روانشناسان و سایر حرفه‌های درگیر در این قلمرو حرفه‌ای ارائه نمایند. برای بررسی این مسئله یک سوال و سه فرضیه متناظر با آن طرح شدند:

سؤال پژوهش: آیا بین سبک دلبستگی و سلامت روانی در دوره سالمندی رابطه وجود دارد؟
فرضیه‌های پژوهش: ۱. بین سبک دلبستگی ایمن و نشانه‌های مرضی مرتبط با سلامت روانی در سالمندان همخوانی منفی وجود دارد. ۲. بین سبک‌های دلبستگی ناایمن (اضطرابی، دوسوگرا و اجتنابی) با نشانه‌های مرتبط با سلامت روانی در سالمندان همخوانی مثبت وجود دارد. ۳. گزارش فاعلی سالمندان از سبک دلبستگی می‌تواند سلامت روانی آنها را پیش‌بینی کند.

روش

پژوهش حاضر نوعی بررسی تحولی بود که در سطح گردآوری داده‌ها از مشاهده تعاملی در دو

شکل استفاده از پرسشنامه و روش بالینی پیازه و در سطح بررسی تغییرات تحولی از روی آورد بررسی مقطعی استفاده شد و بالاخره سازماندهی پژوهشی متناسب با بررسی در این پژوهش یک طرح مبتنی بر همبستگی بود.

جامعه آماری پژوهش را کلیه سالمندان یا بزرگسالان سالخورده (۵۰ سال و بالاتر) ساکن در شرق کلان شهر تهران از مناطق ۸، ۱۳، ۱۴ و ۱۵ تشکیل می‌دادند که در سال ۱۳۹۲ در مناطق مذکور ساکن بودند. گروه نمونه پژوهش را تعداد ۳۸۴ نفر (۱۹۸ مرد و ۱۸۶ زن) تشکیل می‌دادند که به روش نمونه‌برداری خوشه‌ای چند مرحله‌ای از جامعه آماری انتخاب شدند.

شایان ذکر است که نمونه اولیه پژوهش که به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند ۷۰۰ نفر بودند که این تعداد بر اساس مصاحبه بالینی به روش پیازه و نیز با توجه به ملاکهای ورود و خروج شرکت کنندگان در پژوهش مورد راستی آزمایی قرار گرفتند و در پایان از این تعداد ۳۸۴ نفر به عنوان نمونه نهایی برگزیده شدند.

ابزارهای اندازه‌گیری پژوهش تعداد سه پرسشنامه بودند که در قسمت زیر به معرفی و بیان ویژگی‌های فنی آنها پرداخته‌ایم.

مقیاس دلبستگی (هازان و شیور، ۱۹۸۶)

سه پاراگراف توصیفی مختصر را در برمی‌گیرد که به لحاظ دیدگاهی سه الگوی دلبستگی (ایمن، اضطرابی و اجتنابی) را توصیف می‌کنند. پاسخ‌دهندگان سبک دلبستگی‌شان را نسبت به طرفین یا شرکای روابطشان را مشخص می‌کنند.

را برای ایم مقیاس به تفکیک سبک‌های ایمن و نایمن به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۹۰ بدست داد که حاکی از اعتبار مقیاس است. در پژوهش پاکدامن (۱۳۸۰) بازآزمایی با فاصله زمانی یک ماهه برآورد ضریب همبستگی را در حد مطلوب بدست داد. میزان آلفای کرونباخ نیز بر مبنای بررسی ۱۰۰ آزمودنی ۰/۷۸ محاسبه شد که مبین اعتبار نسبتاً بالای آزمون است. بررسی میزان همبستگی سه توصیف اصلی بخش نخست در این نمونه ۱۰۰ نفری به استناد روایی^۲ درونی نیز نشان داد که همبستگی بین سبک سبک دلبستگی ایمن با اجتنابی ۰/۱ اجتنابی با اضطرابی- دوسوگرا ۰/۱۴ و ایمن با اضطرابی- دوسوگرا ۰/۴ است و سه توصیف پرسشنامه سه محتوای متفاوت را می‌سنجد (صیادپور، ۱۳۸۶). در پژوهش حاضر نیز برآورد اعتبار به روش بازآزمایی با فاصله زمانی ده روزه در یک نمونه ۷۰ نفری ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ را به دست داد.

سیاهه تجدیدنظر شده ۹۰ نشانه بیماری (SCL-90-R)
 دروگاتیس^۳ (۱۹۹۴)، نقل از مارنات^۴، ۲۰۰۳/۱۳۸۴) وسیله‌ای برای سنجش سطح فعلی نشانه‌های بیماری است که در یک فاصله زمانی یک هفته‌ای روی می‌دهند. این مقیاس متشکل از ۹۰ عبارت توصیفی در مورد علائم بیماری است که فرد برحسب شدت آنها را در دامنه‌ای از هیچ (صفر) تا شدید (چهار) درجه‌بندی می‌کند. نشانه‌ها در ۹ بعد متفاوت و همچنین سه شاخص

این مقیاس دربرگیرنده سه پاراگراف است که روابط را براساس مقیاس هفت درجه‌ای برای هر کدام از سبک‌های دلبستگی سه گانه ایمن، اجتنابی و دوسوگرا توصیف می‌کند. هر پاراگراف یکی از سه سبک دلبستگی مذکور را اندازه گیری می‌کند. آزمودنی با خواندن هر پاراگراف، درجه توافق خود را با توصیف به عمل آمده در مقیاس پیوستاری به روش لیکرت و هفت درجه تعیین می‌کند. از پاسخ به سه پاراگراف موردنظر ابزار سه نمره بدست می‌آید. که به ترتیب به سبک‌های دلبستگی اجتنابی، اضطرابی- دوسوگرا و ایمن تعلق دارد. در قسمت دوم مجدداً آزمودنی یکی از سه توصیف قبلی را بررسی و یکی از آنها را که بیشترین شباهت را با ویژگی‌های او دارد انتخاب می‌کند. نمره یک تا سه در این قسمت بیانگر سه سبک دلبستگی (اجتنابی، اضطرابی- دوسوگرا و ایمن) هستند. انتخاب مجدد سه توصیف موردنظر در بخش دوم به منظور تایید نتایج این دو بخش با قسمت نخست صورت می‌گیرد. در صورتی که در بین نتایج این بخش با قسمت نخست هماهنگی وجود نداشته باشد می‌توان از نوعی سازمان نیافتگی در شکل‌گیری سبک دلبستگی صحبت کرد. در پژوهش‌های متعدد، اعتبار^۱ پرسشنامه‌هازان و شیور با استفاده از بازآزمایی ارزیابی و تایید شده است. بعنوان مثال در مورد اعتبار بخش نخست که شامل درجه‌بندی توصیفی است، ضریب بازآزمایی در فاصله زمانی ۱ تا ۸ هفته ۰/۶۰ و اعتبار بخش دوم ۰/۴۰ گزارش شده است (صیادپور، ۱۳۸۶). پژوهش شهابی زاده و مظاهری (۱۳۹۱) نیز ضرایب اعتبار آلفای کرونباخ

1. Reliability

2. Validity
 3. Derogatis, R. S.
 4. Marnat, G. G.

نیز برآورد اعتبار به روش بازآزمایی با فاصله زمانی ده روزه در یک نمونه ۷۰ نفری ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ را به دست داد.

پرسشنامه محقق ساخته اطلاعات جمعیت شناختی

برای جمع‌آوری اطلاعات جمعیت‌شناختی (درباره متغیرهای سن، جنس، بیماری، تحصیلات، تاهل، اشتغال، درآمد، تعداد فرزندان و جز آن) و نیز اطلاعات لازم در حوزه عوامل زیستی، روانی و اجتماعی پژوهشگر اقدام به ساخت سیاهه یا چک لیستی کرد که بتواند از آن در غربالگری نمونه، کنترل متغیرها و تدوین سایر اطلاعات لازم استفاده کند. قسمتی از این پرسشنامه طیف وسیعی از انواع بیماری‌های مزمن جسمانی به همراه تعداد سال‌های ابتلای به بیماری را به منزله شاخص مزمن بودن بیماری مورد ارزیابی قرار می‌داد.

شایان ذکر است راستی‌آزمایی داده‌های حاصل از خودگزارش دهیها به این صورت بود که ابتدا پرسشنامه‌ها اجرا می‌شدند و سپس مصاحبه بالینی با افرادی که به پرسشنامه‌ها پاسخ داده بودند انجام می‌شد و در صورت مغایرت بین داده‌های حاصل از خودگزارش دهیها با نتایج برآمده از مصاحبه بالینی موارد از نمونه حذف می‌شدند و مجدداً به تعداد موارد حذف شده پرسشنامه اجرا و این فرآیند به شکل متناوب تا تکمیل نمونه نهایی پژوهش ادامه یافت.

یافته‌ها

بر اساس جدول ۱ درصد افراد دارای دل‌بستگی

کلی نمره‌گذاری می‌شوند. هر نمره دارای میانگین ۵۰ و انحراف معیار ۱۰ است. نمره‌های آن را می‌توان با چهار گروه هنجاری (بیماران سرپایی، غیربیماران، بیماران روانی بستری و نوجوانان غیر بیمار) مقایسه کرد. از SCL-90-R می‌توان در انواع مختلف آزمودنی‌ها (بالینی و غیربالینی) استفاده کرد. ابعاد نه‌گانه نشانه‌های مرضی شامل بدنی‌سازی^۱ (SOM)، وسواس، بی‌اختیاری^۲ (O-C)، حساسیت بین فردی^۳ (I-S)، افسردگی (DEP)، اضطراب (ANX)، خصومت‌ورزی^۴ (HOS)، هراس^۵ (PHOB)، اندیشه‌پردازی پارانوئید^۶ (PAR)، و روان‌گسسته‌واری^۷ (PSY) می‌باشد.

شاخص‌های کلی آن شامل شاخص شدت نشانه‌های کلی (GSI)، شاخص درماندگی نشانه‌های مثبت^۸ (POSDI) و مجموع نشانه‌های مثبت^۹ (PST) می‌باشد. ضرایب همسانی درونی (اعتبار) مقیاس برای نه‌بعد از نشانه‌های مرضی در دامنه‌ای از ۰/۷۹ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. در روایی آن بیش از ۱۰۰۰ مطالعه صورت گرفته و روایی همگرای آن با شاخص‌هایی مثل پرسشنامه چندوجهی شخصیت مینه‌سوتا (MMPI)^{۱۰} و پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)^{۱۱} محرز شده است (مارنات، ۱۳۸۴/۲۰۰۳). در پژوهش حاضر

1. somatization
2. obsessive- compulsive
3. interpersonal sensitivity
4. hostility
5. phobia
6. paranoid ideation
7. psychosis
8. Positive symptoms index
9. Positive symptoms total
10. Minnesota Multiple Personality Inventory
11. General Health Questionnaire

جدول به چشم می‌آید این است که در مورد سبک ایمن، تمام همبستگی‌های معنادار، منفی هستند و در مورد سبک‌های اجتنابی و دوسوگرا، تمامی همبستگی‌های معنادار، مثبت هستند. همه همبستگی‌های مربوط به سبک اجتنابی و سبک دوسوگرا با نشانه‌های روانی معنادار است. رابطه سبک ایمن با بدنی‌سازی، حساسیت بین فردی، افسردگی، اندیشه‌پردازی پارانوئید و هر سه نمره کلی، معنادار است. بر این اساس دو فرضیه اول مورد تأیید داده‌های این پژوهش است.

ایمن بر اساس پرسشنامه‌هازان و شیور، ۵۰ درصد برآورد شده است. این نسبت در مورد سبک نا ایمن اجتنابی برابر با ۳۰ درصد و در مورد نا ایمن دوسوگرا برابر با ۲۰ درصد است. البته شایان ذکر است که این نسبت‌ها مربوط به ۷۳ درصد نمونه تحقیق است و سبک مربوط به ۳۷ درصد باقیمانده بر اساس این پرسشنامه قابل تشخیص نبوده است. جدول ۲ همبستگی نمرات سبک‌های دل‌بستگی هازان و شیور را با نشانه‌های مرضی مرتبط با روانی نشان می‌دهد. اولین نکته‌ای که از دقت در این

جدول ۱: توزیع فراوانی و درصد نمونه تحقیق از لحاظ سبک‌های دل‌بستگی در پرسشنامه‌هازان و شیور (۱۹۸۶)

| فراوانی | درصد | درصد موارد معتبر | درصد تراکمی |
|----------|------|------------------|-------------|
| اجتنابی | 69 | 29.7 | 29.7 |
| دوسوگرا | 46 | 19.8 | 49.6 |
| ایمن | 117 | 50.4 | 100.0 |
| کل معتبر | 232 | 100.0 | |
| نامشخص | 138 | | |
| کل | 370 | | |

جدول ۲: همبستگی نمرات سبک‌های دل‌بستگی هازان و شیور (۱۹۸۶)

با نشانه‌های مرضی سلامت روانی در نمونه پژوهش

| اجتنابی | دوسوگرا | ایمن |
|----------|---------|----------|
| 1 | | |
| 0.316** | 1 | |
| -0.135** | -0.049 | 1 |
| 0.212** | 0.173** | -0.109* |
| 0.317** | 0.288** | -0.099 |
| 0.282** | 0.280** | -0.155** |
| 0.289** | 0.205** | -0.115* |
| 0.219** | 0.231** | -0.090 |
| 0.208** | 0.237** | -0.071 |
| 0.280** | 0.175** | -0.072 |
| 0.298** | 0.257** | -0.137** |
| 0.292** | 0.301** | -0.098 |
| 0.300** | 0.268** | -0.118* |
| 0.203** | 0.170** | -0.122* |

جدول ۳ نشان می‌دهد که نمرات سبک‌های دلبستگی هازان و شیور قابلیت تبیین سلامت روانی را بر اساس نمرات شاخص نشانه‌های کلی دارند. ضرایب معادله رگرسیون در جدول ۴ به نمایش گذاشته شده است.

با توجه به جدول ۴ سبک‌های دلبستگی اجتنابی و اضطرابی هر دو با ضریبی مثبت در معادله تبیین سلامت روانی نقش ایفا کرده‌اند. نقش سبک ایمن در این معادله معنادار نبوده است.

جدول ۵ نشان می‌دهد که نمرات سبک‌های دلبستگی هازان و شیور، قابلیت تبیین سلامت روانی را بر اساس نمرات درماندگی نشانه‌های مثبت دارند. ضرایب معادله رگرسیون در جدول ۶ به نمایش گذاشته شده است.

بر اساس جدول ۶ هر سه سبک دلبستگی در پیش‌بینی درماندگی نشانه‌های مثبت نقش معنادار ایفا کرده‌اند، سبک ایمن با ضریب زاویه‌ای منفی و دو سبک دیگر با ضریب زاویه‌ای مثبت.

جدول ۳: رگرسیون همزمان شاخص نشانه‌های کلی بر نمرات سبک‌های دلبستگی هازان و شیور (۱۹۸۶)

| منبع واریانس | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | معناداری |
|--------------|---------------|------------|-----------------|--------|----------|
| رگرسیون | 22.694 | 3 | 7.565 | 18.055 | 0.0001 |
| باقی‌مانده | 156.277 | 373 | 0.419 | | |
| کل | 178.971 | 376 | | | |

جدول ۴: ضرایب معادله رگرسیون همزمان شاخص نشانه‌های کلی بر نمرات سبک‌های دلبستگی هازان و شیور (۱۹۸۶)

| پیش‌بین‌ها | ضریب زاویه | خطای استاندارد/بتا | ضریب زاویه استاندارد | t | معناداری |
|------------|------------|--------------------|----------------------|--------|----------|
| مقدار ثابت | 0.978 | 0.086 | | 11.310 | 0.0001 |
| اجتنابی | 0.071 | 0.016 | 0.225 | 4.367 | 0.0001 |
| اضطرابی | 0.064 | 0.017 | 0.190 | 3.711 | 0.0001 |
| ایمن | -0.025 | 0.016 | -0.075 | -1.542 | 0.124 |

جدول ۵: رگرسیون همزمان درماندگی نشانه‌های مثبت بر نمرات سبک‌های دلبستگی هازان و شیور (۱۹۸۶)

| منبع واریانس | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | معناداری |
|--------------|---------------|------------|-----------------|-------|----------|
| رگرسیون | 6.626 | 3 | 2.209 | 8.621 | 0.0001 |
| باقی‌مانده | 95.559 | 373 | 0.256 | | |
| کل | 102.185 | 376 | | | |

جدول ۶: ضرایب معادله رگرسیون همزمان درماندگی نشانه‌های مثبت بر نمرات سبک‌های دلبستگی هازان و شیور (۱۹۸۶)

| پیش‌بین‌ها | ضریب زاویه | خطای استاندارد / بتا | ضریب زاویه استاندارد | t | معناداری |
|------------|------------|----------------------|----------------------|--------|----------|
| مقدار ثابت | 1.849 | 0.068 | | 27.351 | 0.0001 |
| اجتنابی | 0.037 | 0.013 | 0.155 | 2.900 | 0.004 |
| اضطرابی | 0.030 | 0.013 | 0.117 | 2.200 | 0.028 |
| ایمن | -0.025 | 0.013 | -0.100 | -1.975 | 0.049 |

بررسیهای تازه‌تر از قبیل بری و داموند، (۲۰۱۴). که دلبستگی اضطرابی را در آسیب‌پذیری نسبت به سردردهای مزمن بررسی کرده‌اند؛ کارمان^۱ و وینگرهوتس^۲ (۲۰۱۲) که به بررسی ارتباط سبک‌های دلبستگی ایمن و بهزیستی و سازش یافتگی بهینه پرداخته‌اند؛ غباری بناب و حدادی کوهسار (۲۰۱۱) که کیفیت دلبستگی را در رابطه با نشانه‌های مرضی در حوزه سلامت روانی در نمونه‌های دانشجویی مطالعه کرده‌اند؛ پژوهش بارنت^۳ و دیگران (۲۰۰۹) که به مطالعه رابطه دلبستگی نایمن و نشانه‌های افسرده‌وار پرداخته‌اند؛ و بالاخره ماندر^۴ و دیگران (۲۰۱۱) که اثر دلبستگی نایمن بر مشکلات خواب و نشانه‌های مرضی در کارکنان واحدهای مراقبت بهداشتی را مورد بررسی قرار داده‌اند و چندین مطالعه دیگر همواره بر نتایج پژوهش حاضر که از رهگذر واریسی سه فرضیه پژوهش بدست آمده است، صحه می‌گذارند.

از زاویه نظریه کلاسیک دلبستگی (بالبی، ۱۹۶۹) و در سطح بنیادین نظریه‌پردازی در این قلمرو می‌توان گفت که تحول الگوهای کاری درونی در سالمندان دارای سبک دلبستگی ایمن، به گونه‌ای است که در دسترس‌پذیری، حساسیت و پاسخدهی نگاره دلبستگی در آنها نهادینه شده است. بدین معنا که هنگام مواجهه این قبیل افراد با تنیدگی‌های زندگی روزمره، مجموعه منابع تنیدگی ناشی از بیماری‌های مزمن

در مجموع نتیجه بررسی‌های مبتنی بر مدل‌های تحلیل رگرسیون همزمان نشان می‌دهند که گزارش فاعلی سالمندان از سبک‌های دلبستگی خود می‌تواند سلامت روانی آنان را پیش‌بینی کند. بنا براین فرضیه سوم نیز مورد تایید داده‌های این پژوهش است.

بحث و نتیجه‌گیری

هرسه فرضیه در مورد مکانیزم ارتباطی بین سبک‌های دلبستگی و نشانه‌های مرضی مرتبط با سلامت روانی توسط داده‌های پژوهش تایید شدند. یافته‌های حاصل از واریسی این سه فرضیه بطور کلی نشان دادند که سبک دلبستگی ایمن با سلامت روانی مطلوب و سبک‌های دلبستگی نایمن با وخامت وضعیت سلامت روانی در سالمندان همخوانی دارند. این یافته تقریباً با تمامی یافته‌های مستخرج از پژوهش‌های قبلی و موضع‌گیریهای نظری (از قبیل بالبی، ۱۹۶۹، ۱۹۸۲، ۱۹۸۸؛ ویلیامز و آسموندسون، ۲۰۰۷؛ مردیت، استرونک و فی نی، ۲۰۰۶؛ اولیویرا و کوستا، ۲۰۰۹؛ لویز و برینان، ۲۰۰۰؛ ویردن، کوک و واگان- جونز، ۲۰۰۳؛ ویردن، پریمان و واد، ۲۰۰۶؛ کانسیدین و ماگایی، ۲۰۰۳؛ کوکمن، ۲۰۰۵؛ بودنر و کوهن فریدل، ۲۰۱۰؛ کافتسیوس و سایدریدیس، ۲۰۰۶؛ کانسیدین و دیگران، ۲۰۱۳؛ گالینها و دیگران، ۲۰۱۲ و ماگایی، ۲۰۰۸) همسویی نشان می‌دهند و در حد بررسیهای صورت گرفته تاکنون شواهدی از ناهم‌سویی و عدم هماهنگی بین یافته‌های پژوهشگران مختلف در این قلمرو به چشم نمی‌خورد، چه حتی

1. Karreman, A. V.
2. Vingerhouts, Ad J. J. M.
3. Burnett, J. L.
4. Maunder, R. G.

جسمانی، تنیدگی‌های خاص حاصل از وضعیت‌ها و چالش‌های تحولی سالمندی از قبیل فقدان‌ها، بازنشستگی و جز آن نسبت به حضور و حمایت منابع محیطی (فرزندان، خویشاوندان، دوستان و شاید تا حدی بتوان گفت نظام حمایت اجتماعی) اطمینان خاطر دارند. برآیند این وضعیت که احساس امنیت روانی بر پایه سبک دلبستگی ایمن است، شاید این افراد را در برابر آسیب‌شناسی روانی واکنش‌دهنده می‌کند.

با این استدلال نظری در جبهه مقابل، عدم احساس امنیت روانی در سالمندان دلبسته ناایمن به تحول شکلی از الگوهای کاری درونی می‌انجامد که عدم اطمینان نسبت به مراقبین و نگاره‌های دلبستگی، خانواده، دوستان، خویشاوندان و بالاخره جامعه پیرامون در هنگام مواجهه با منابع متعدد تنیدگی، تصورات و بازنمایی‌های ذهنی مبتنی بر عدم دسترس‌پذیری و عدم پاسخگویی مراقبین یا افرادی که در موقعیت‌های مواجهه با مشکلات، انتظار حمایت از سوی آنها همواره وجود دارد از خصیصه‌های بارز آن است. استمرار این وضعیت هنگامی که با بروز و ظهور بیماری و ناتوانی در سالمندی مقارن است و فرد سالمند را همواره در مدار توجه و نیاز به دیگران قرار می‌دهد، می‌تواند به استیصال روانی و متعاقب آن آسیب‌شناسی روانی بیانجامد.

از زاویه موضوع‌گیری بنیادین بالبی (۱۹۶۹، ۱۹۷۳، ۱۹۸۰) در تبیین یافته اخیر می‌توان گفت که افراد دارای سبک‌های دلبستگی ناایمن اجتنابی تمایل دارند در مواقع بروز نگرانی، چالش، بیماری یا هر عامل تنیدگی‌زای دیگر، رفتار

حمایت جویانه در قبال محیط (دیگران) را در پیش بگیرند اما ترس از طرد شدگی در این افراد آنها را به اجتناب از رفتار کمک خواهانه و حمایت جویانه واداشته و باعث می‌شود در این مواقع از جستجوی کمک دیگران منصرف شوند و این مسئله آنها را با گرفتاریهای خودشان بیشتر همراه کرده و باعث وخامت وضعیت سلامت روانی در آنها می‌شود.

افزون براین پژوهش‌های قبلی از قبیل سایکونوسکی و دیگران (۲۰۰۲) به وضوح نشان می‌دهند که اگرچه افراد دلبسته ناایمن اجتنابی نشانه‌های مرضی بیشتری را گزارش می‌کنند، اما آنها از هزینه‌های مراقبت اولیه پایین‌تری در مقایسه با افراد دلبسته ایمن برخوردارند چه همواره در حال اجتناب از دیگران هستند و این مسئله آنها را منزوی کرده و در مقابل چالش‌های دوره سالمندی از قبیل بازنشستگی، تنهایی، بیماری، وابستگی، آسیب‌کنشی، فقدان‌ها و جز آن به حال خود رها ساخته و بر وخامت وضعیت سلامت روانی آنها می‌افزاید. در جبهه مقابل افراد دارای دلبستگی ایمن به دلیل تجربه مطلوب از مراقبت و حمایت شدن از سوی دیگران و شکل‌گیری الگوهای کاری درونی که اعتماد به دیگران، در دسترس بودن آنها مواقع بروز نگرانی و اینکه می‌توان روی کمک آنها حساب کرد از خصیصه‌های این الگوها است به درستی از منابع حمایتی در محیط استفاده کرده و در شرایطی که ممکن است نگاره‌های دلبستگی خود در دوره سالمندی را نیز از دست داده باشند با جایگزین کردن نگاره‌های دلبستگی جدید به جای

زاویه نگاه تحولی می‌توانند به وخامت وضعیت سلامت روانی در افراد دلبسته نایمن بیانجامند. یک پدیده جالب که از رهگذر مصاحبه با سالمندان در این پژوهش با آن مواجه شدیم این بود که سالمندانی که براساس گزارش‌های فاعلی در پرسشنامه‌ها، خود را واجد سبک دلبستگی نایمن گزارش کرده بودند، زمانی که در مصاحبه‌های بالینی از تعداد نگاره‌های دلبستگی جدید از آنها سؤال می‌شد رغبتی به ایجاد، درگیر شدن و در پیش گرفتن روابط جدید با نگاره‌های دلبستگی جدید از خود نشان نمی‌دادند. این مشاهده از این زاویه مهم به نظر می‌رسد که سایکیکریلی (۲۰۱۰) که از معدود پژوهشگرانی است که روابط دلبستگی در سالمندی را از طریق آزمون شبکه‌های دلبستگی در سالمندی بررسی کرده و به این نتیجه رسیده است که نگاره‌های دلبستگی جدید برای سازش یافتگی بهینه و حداکثری در دوره سالمندی که بتوانند سلامت روانی سالمندان را تأمین کنند ضروری و مورد نیاز هستند (فراموش نکنیم که در فرهنگ ایرانی نگاره‌های جدید دلبستگی معمولاً منع می‌شوند. ضرب‌المثل پیری و معرکه‌گیری! خود بیانگر همین ادعا است). در این وضعیت بر طبق یافته‌های این پژوهش (بررسی حاضر) نیز شاید بتوان وخامت بیشتر وضعیت سلامت روانی در سالمندان دارای سبک دلبستگی نایمن را تا اندازه‌ای محصول فقدان یا محدودیت تعداد نگاره‌های دلبستگی آنها در دوره سالمندی قلمداد کرد. از دیگر سو طبق آنچه میکولینسر و شیور (۲۰۰۸) در مورد دلبستگی به خدا (به منزله یک

نگاره‌های از دست رفته دلبستگی و در پیش گرفتن روابط جدید و درگیری اجتماعی بیشتر به سلامت روانی خود کمک می‌کنند. مسئله‌ای که در پژوهش‌های جدید (از قبیل سیمپسون^۱ و هولز^۲، ۲۰۱۰؛ سیمپسون و دیگران، ۲۰۰۷؛ گروسمن^۳ و واترز^۴، ۲۰۰۵) نیز به چشم می‌خورد. بدین صورت که افراد دارای دلبستگی نایمن (اجتنابی و مضطربانه) یا مجموعه افکار، باورها و رفتارهای نارسا کنش‌ورانه در قبال سایرین مشخص می‌شوند و این باعث می‌شود تا این افراد و طرفین ارتباطی آنها در محیط، رضایتمندی کمتری از روابط متقابل خود داشته باشند. چه سالمندان دارای سطوح دلبستگی نایمن در دسترس‌پذیری و رفتار حمایت‌گرانه نگاره‌های دلبستگی خود را کمتر از آنچه واقعاً هست برآورد می‌کنند (کولینز و فی‌نی، ۲۰۰۴). افزون بر این به استناد یافته‌های دیگر پژوهشگران از قبیل براسارد^۵، شیور و لوسیر^۶ (۲۰۰۷) افراد دلبسته نایمن اجتنابی در فعالیتهای جنسی صمیمانه کمتر درگیر می‌شوند و با استمرار حفظ فاصله عاطفی خود از دیگران و موقعیتهای صمیمانه و بالاخره به تعبیر بالبی (۱۹۶۹) فقدان امنیت عاطفی و توانایی پایین مهارگری هیجان، چالش‌های جدیدی را بوجود می‌آورد که برای افراد دلبسته نایمن دشوار، سخت و پر فشار تجربه می‌شود و این پویایی‌های روانشناختی از

1. Simpson, J. A.
2. Rholes, W. S.
3. Grossmann, K. E.
4. Waters, E.
5. Brassard, A.
6. Lussier, Y.

نگاره دل‌بستگی (نمادین) و دل‌بستگی به حیوانات خانگی و افراد عزیز دردانه در سالمندی مطرح کرده‌اند، مشاهدات ما طی مصاحبه‌های بالینی با سالمندان نیز نشان داد که سالمندان دارای سبک دل‌بستگی ایمن که عزیزان، دوستان و خویشاوندان خود را از دست داده بودند از دل‌بستگی به خدا و افراد خاص بیشتر از سالمندان دارای سبک دل‌بستگی نایمن صحبت می‌کردند. مشاهده‌ای که شاید بتواند تا اندازه‌ای وخامت بیشتر وضعیت سلامت روانی در سالمندان دل‌بسته نایمن را تبیین کند.

بالاخره همسو با سایکیرلی (۲۰۱۰) مبنی بر تنوع و تعدد نگاره‌های دل‌بستگی در دوران سالمندی (از قبیل فرزندان، همسر، همشیران، خویشاوندان، افراد متوفی، دل‌بستگی به خاطرات متوفیان، دوستان نزدیک، کارکنان نظام مراقبت بهداشتی، چهره‌های مذهبی، حیوانات خانگی، خدا و ...) از طرفی و نقش مهم مسئله ساراش یافتگی با تغییرات دوره سالمندی و مسئله سلامت در سالمندان از سوی دیگر گفته شده است، سالمندانی که سلامتی خود را بالنسبه حفظ کرده باشند و به قدری از خود کفایتی بهینه برخوردار باشند که نیاز به مراقبت شدگی از سوی دیگران را منتفی سازد معمولاً نیاز به وابستگی به نگاره‌های دل‌بستگی جدید در دوره سالمندی را انکار می‌کنند، در این پژوهش نیز که قسمت زیادی از یافته‌های آن را مشاهدات پژوهشگر از مصاحبه‌ها با سالمندان تکمیل کرد، سالمندانی که از سلامت جسمانی بالنسبه مناسب‌تری برخوردار بودند در مقایسه با آنهایی

که بیماری‌های متعدد جسمانی را گزارش می‌کردند، به نگاره‌های دل‌بستگی کمتری وابسته بودند؛ بعضاً خاطرات فرد عزیز و متوفی نیز در آنها مایه آرامش روانی بود؛ سطوح دل‌بستگی ایمن بیشتری را در پرسشنامه‌ها گزارش کرده بودند و بالاخره تعداد نشانه‌های مرضی گزارش شده توسط آنها نیز کمتر بود.

افزون بر آنچه که قبلاً گفته شد در تبیین یافته‌های حاصل از واریسی سه فرضیه می‌توان گفت که اگرچه جهت روابط بین منابع حمایت محیطی، نشانه‌های مرضی و آسیب‌کنشی و دل‌بستگی هنوز نامشخص است، اما احتمال می‌رود که منابع حمایتی پایین در افراد دل‌بسته نایمن در پیامدهای ضعیف مربوط به سلامت (نشانه‌های مرضی بیشتر) مشارکت دارند یا اینکه آسیب‌های کنشی با منابع حمایتی تداخل کرده و از این رو به وخامت وضعیت سلامت روانی می‌انجامد.

دیگر تبیین بالقوه در این زمینه این است که افراد دارای سطوح بالای دل‌بستگی نایمن (به ویژه اجتنابی) ممکن است کنش‌وری مستقل خود را کاهش دهند و گزارش نشانه‌های مرضی در آنها افزایش یابد. به ویژه اینکه ارزیابی مراقبت و توجه از رهگذر ناتوانی کنشی می‌تواند به اشخاص دل‌بسته نایمن اجتنابی اجازه دهد تا نیاز خود به نزدیکی عاطفی به دیگران را از طریق تبدیل این نیاز به منزله یک نیاز کنشی به کمک بدنی دیگران مخفی نگه دارند و در نتیجه خطر طرد شدگی از سوی دیگران را در خود کاهش دهند.

از آنجا که تقریباً همه سالمندان نمونه مورد

الگوی دلبستگی افراد سالمند در هستی پدیدآیی فردی^۲ و استمرار درد حاصل از بیماری تأثیر بسزایی دارد. از این زاویه دلبستگی نایمن خود به منزله یک عامل آسیب‌پذیری برای مسایل سازش یافتگی مشکل‌دار^۳ با درد مزمن عمل می‌کند. مدل آسیب‌پذیری دلبستگی^۴ در تبیین درد مزمن از بدنه همین ادبیات نظری تحول یافته است که در واقع نظریه دلبستگی را با روی‌آورد تیندگی- آسیب‌پذیری ترکیب کرده است و می‌تواند به فهم ما از بنیادهای تحولی شرایط و وضعیت مزمن طبی در زمینه سلامت جسمانی که تجربه درد مزمن جزء بلامنازع آن است، کمک کند و در طرح مداخله‌گری‌های بالینی پیشگیرانه نیز راهگشا باشد. از این زاویه ظرفیت نظریه دلبستگی کلاسیک در تبیین مسایل حوزه سلامت سالمندان بیش از پیش آشکار می‌گردد (مردیت^۵ و اونزورث^۶، ۲۰۰۸).

از سویی دیگر قسمتی از درد و رنج روانی سالمندان که در گزارش نشانه‌های مرضی مرتبط با سلامت روانی در این بررسی به خوبی انعکاس یافته است حاصل چالش‌های تحولی بهنجار دوره سالمندی از قبیل پیری، بازنشستگی، تنهایی، تجربه فقدان‌ها (از دست‌دادن‌ها)، ناتوانی و محدودیت حرکتی و جز آن است. از این زاویه مسایلی از قبیل افزایش امید به زندگی، فهم عوامل روانی- اجتماعی همخوان با نشانه‌های مرضی و آسیب‌کنشی در میان سالمندان از

بررسی ما حداقل به یک بیماری وضعیت طبی مزمن مبتلا بودند، با احتیاط شاید بتوان گفت که مشکلات سلامت روانی و بروز و تحول نشانه‌های مرضی در آنها تا اندازه‌ای معلول این وضعیت‌های طبی یا متأثر از همزمانی با این وضعیت‌ها است. چه آنها در مصاحبه‌های بالینی همگی از تجربه و چالش‌های خود با درد و رنج حاصل از بیماری بسیار سخن می‌گفتند. بنابراین در تبیین یافته‌های حاصل از واریسی این سه فرضیه شاید بهتر باشد به ظرفیت‌های تبیینی جدید نظریه دلبستگی نیز نگاهی داشته باشیم.

امروزه این مسئله که درد ناشی از بیماری‌های مزمن یک پدیده چند بعدی است و از عوامل زیستی- روانی و اجتماعی متعددی تأثیر می‌پذیرد در پهنه ادبیات روانشناسی سلامت تحولی نگر به خوبی پذیرفته شده است. مسئله‌ای که در چارچوب مدل زیستی- روانی- اجتماعی نیز به وفور از آن صحبت می‌شود. از دیگر سو طبق مدل‌های تیندگی- آسیب‌پذیری^۱ در تبیین مسایل حوزه سلامت، برخی افراد نسبت به تحول ناتوانی متعاقب یک بیماری مزمن در مقایسه با سایرین آسیب‌پذیرترند. چه آنها آسیب‌پذیری‌های روانی اجتماعی خاصی را تجربه می‌کنند که از طریق تعامل با بیماری‌های جسمانی بر پیامدهای مربوط به سلامت اثرات ناگواری می‌گذارند. نظریه دلبستگی به منزله یک نظریه در حوزه تحول شخصیت و به عنوان یک مدل تحولی جامع برای سلامت و درد و رنج حاصل از بیماری یا هر عامل دیگری فرض می‌دارد که

2. Ontogenesis
3. Problematic adjustment
4. Attachment – Diathesis
5. Meredith, P.
6. Ownsworth, T.

1. Chathesis- Stress Models

قلمروهای مطالعاتی جذاب است (ناتان و دیگران، ۲۰۱۳) ارتباط محکم بین دلبستگی و ارزشهای فکری سالمندان نسبت به فقدانها، ناتوانی حاصل از بیماری و وابستگی که در بررسیهایی از قبیل مرس و کانسیدین (۲۰۰۹) به اثبات رسیده است حاکی از آن است که نظریه دلبستگی می‌تواند در نحوه سازش یافتگی سالمندان با چالش‌های بهنجار و تحولی دوره سالمندی حاوی تلویحات مهمی باشد.

در حد خطوط کلی، پژوهش حاضر یک بینش مقدماتی در درون شبکه‌ای از روابط متقابل پیچیده میان سبک‌های دلبستگی، ادراک و بیان نشانه‌های مرضی مرتبط با سلامت روانی در سالمندان مبتلا به وضعیت‌های طبی مزمن و ناتوان ساز ارائه می‌کند. تفاوت‌های مرتبط به همگنی^۱ در دلبستگی و این واقعیت که بسیاری از جوامع اروپایی (غربی) با افزایش طول عمر و به موازات آن افزایش مرگ‌ومیر مواجه‌اند، مطالعات تفصیلی در آینده باید مشخص سازند که دلبستگی چه موقع و چگونه بر سلامت روانی و پیامدهای رفتاری مرتبط با سلامت تأثیر پیش‌بین می‌گذارد؟

رابطه دلبستگی با مسایل حوزه سلامت در سالمندی یک رابطه قابل ملاحظه است و بدلالی که عمدتاً به بافت فرهنگی- اجتماعی و متغیرهای محیطی برمی‌گردد، سبک دلبستگی غالب سالمندی در جامعه ما دلبستگی ناایمن است؛ سالمندی به نوعی بازتولید کودکی است،

به نحوی که اهمیت برجاماندگی‌های تحولی حاصل از شکل‌گیری و استقرار یافتگی سبک دلبستگی ناایمن به منزله سازمان یافتگی‌های مرضی در حوزه تحول عاطفی در سلامت روانی، پررنگ تر از مسایلی مثل راه‌های مقابله با تنیدگی است که تصور می‌رود در جریان تحول و از رهگذر تجارب دوران جوانی و بزرگسالی شکل می‌گیرند؛ این احساس عدم امنیت روانی به ویژه در وضعیت‌های طبی مزمن دوره سالمندی می‌تواند سلامت روانی سالمندان را در معرض تهدیدات جدی قرار دهد.

این پژوهش مثل هر مطالعه علمی از زاویه روشی، محدودیت‌ها و نارسائی‌هایی دارد که در قسمت پایانی ضمن برشمردن مهمترین آنها راهکارهایی هم برای برون رفت از آنها را به پژوهشگران علاقمند به این گستره پیشنهاد می‌کنیم:

۱. با توجه به پیشینه پژوهش در برخی موارد (مثل سایکیرلی، ۲۰۱۰) مبنی بر تغییر و تحول در نوع، تعداد، محتوی و ماهیت نگاره‌های دلبستگی، به باور ما بر همین مبنا احتمال تغییر سبک‌های دلبستگی در سالمندی همواره متصور است. از این رو همسو با سایکیرلی (۲۰۱۰) ما هم بر این باوریم که استفاده از مقیاس‌ها و ابزارهایی که برای سنجش دلبستگی در کودکی و نوجوانی مورد استفاده قرار می‌گیرند برای سنجش دلبستگی در سالمندی نامناسب و بلکه نادرست است. از آنجا که به رغم اشراف به این واقعیت، ما هم به دلایلی مجبور بودیم از روش‌های مبتنی بر خود گزارش دهی (پرسشنامه‌ها) استفاده کنیم، برای رفع این

1. Cohort related differences

صیاد پور، ز، (۱۳۸۶). ارتباط بین حرمت خود و سبک دلبستگی. فصلنامه روانشناسان ایرانی (روانشناسی تحولی)، ۱۲، ۳۱۶-۳۱۵.

لایدلاو، کن، تامپسون، لاری دبلیو، دیک سیکین، لی و گالاگرتامپسون، دولارس (۱۳۷۸). شناخت - رفتار درمانگری سالمندان، ترجمه م. کافی و ع. احمدی ازغندی. تهران: انتشارات سمت. (تاریخ انتشار اثر اصلی ۲۰۰۳).

مارنات، گری، گراث، (۱۳۸۴). راهنمای سنجش روانی برای روانشناسان بالینی و روانپزشکان. ترجمه حسن پاشا شریفی، تهران، انتشارات سخن (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۳).

Berant, E.; Mikulincer, M.; Florian, V. (2001). Attachment Style and Mental Health: A 1-year Follow-Up Study of Mothers of Infants With Congenital Heart Disease. *PSPB*; 8: 956-968.

Berk, L.E. (2013). *Development through the life span*. 6 edition, New York: Pearson.

Berry, Juanita K. M.; Drummond, Peter D. (2014). Does attachment anxiety increase vulnerability to headache? *Journal of Psychosomatic Research*; 76(2): 113.

Bodner, E.; Cohen-Fridel, S. (2010). Relations between attachment styles, ageism and quality of life in late life. *International Psychogeriatrics*; 22: 1353-1361.

Bogden, J. D.; Louria, D. B. (1999). Aging and the immune system: The role of micronutrient nutrition. *Nutrition*; 15: 593-595.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. Vol. 1: Attachment. New York, NY: Basic Books.

Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss*. Vol. 1: Attachment. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss*. Vol. 2: Separations: Anxiety and anger. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss*, Vol. III, Loss: Sadness and depression. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss*. Vol. 1: Attachment (2nd ed.). New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachments and healthy human development*. New York: Basic Books.

Cicirelli, V.G. (2004). God as the ultimate attachment figure for older adults. *Attachment & Human Development*; 6: 371-388.

محدودیت که آنرا مهمترین محدودیت این پژوهش می‌دانیم، انجام پژوهش‌های بیشتر با استفاده از روش‌های کیفی با ابزارها و مقیاس‌های مناسب‌تر را به علاقمندان به این گستره پیشنهاد می‌کنیم.

۲. به‌رغم تلاش ما در این پژوهش مبنی بر استفاده از مصاحبه بالینی به منظور راستی آزمایی داده‌های حاصل از خودگزارش‌دهی‌ها که ناشی از دغدغه پژوهشگر درباره دقت و صحت یافته‌های خود بود، به نظر می‌رسد در کنار مصاحبه بالینی مداخله در تاریخچه تحول روانی در کنار سایر روش‌های کیفی و عمق‌نگر مثل بررسی نظام‌دار و جامع موارد فردی در قالب تک‌بررسی‌ها برای رسیدن به یک ضابطه‌بندی بالینی درباره پویایی‌های تحولی سالمندان می‌تواند کمک‌کننده باشد و بر عمق، دقت و جامعیت کار بیفزاید. در نتیجه انجام پژوهش‌هایی با همین موضوع را با استمداد از روش‌های کیفی که از ملاحظات بالینی سرشار باشد و البته از مبنا و غنای نظری کافی هم برخوردار باشد به پژوهشگران علاقمند به این قلمرو پیشنهاد می‌کنیم.

منابع

پاکدامن، ش. (۱۳۸۰). بررسی ارتباط بین دلبستگی و جامعه‌طلبی در نوجوانی. پایان‌نامه دکتری دانشگاه تهران.

شهابی زاده، ف. و مظاهری، م. ع. (۱۳۹۱). دلبستگی ادراک شده دوران کودکی، کنش وری خانواده و مقابله مذهبی. فصلنامه روانشناسان ایرانی (روانشناسی تحولی) ۳۱، ۲۲۵-۲۲۴.

- Forsman, A.K.; Nyovist, F.; Wahlbeck, K. (2011). Cognitive components of social capital and mental health status among older adults: A population-based cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Public Health*.
- Galinha, I.C.; Oishi, S.; Pereira, C.; Wirtz, D.; Esteves, F. (2012). The Role of Personality Traits, Attachment Style, and Satisfaction With Relationships in the Subjective Well-being of Americans, Portuguese, and Mozambicans. *Journal of Cross-Cultural Psychology*; 44 (3): 416-437.
- Grossmann, K.E.; Grossmann, K.; Waters, E. (Eds.) (2005). *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies*. New York: Guilford Press.
- Gunnar, M.; Brodersen, L.; Nachmias, M.; Buss, K.; Rigatuso, J. (1996). Stress reactivity and attachment security. *Dev Psychobiol*; 29: 191-204.
- Hazan, C.; Shaver, P. R. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry*. 5: 1-22.
- Herbert, R.; Brayn, C.; Spiegelhalter, D. (1999). Factors associated with functional decline and improvement in very elderly community-dwelling population. *American journal of Epidemiology*; 150, 501-510.
- Kafetsios, K.; Sideridis, G.D. (2006). Attachment, Social Support and Well-being in Young and Older Adults. *Journal of Health Psychology*; 11(6): 863-876.
- Karreman, Annemiek, Vingerhoets, Ad J. J. M. (2012). Attachment and well-being: The mediating role of emotion regulation and resilience, Personality and Individual Differences; 53(7): 821-826.
- Lloyd, C.E.; Dyer, P.H.; Barnett, A.H. (2000). Prevalence of symptoms of depression and anxiety in diabetes clinical population. *Diabet Medicin*; 17: 198-202.
- Lopez, F.; Brennan, K. (2000). Dynamic processes underlying adult attachment organization: Toward an attachment theoretical perspective on the healthy and effective self. *Journal of Counseling Psychology*; 47: 283-300.
- McWilliams, L.; Asmundson, G. (2007). The relationship of adult attachment dimensions to pain-related fear, hypervigilance, and catastrophizing. *Pain*; 127: 27-34.
- Magai, C. (2008). Attachment in middle and later life. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed., pp. 532-551). New York: Guilford Press.
- Magai, C.; Considine, N.S. (2004). Introduction to the special issue: Attachment and aging. *Attachment & Human development*; 6: 349-351.
- Cicirelli, V.G. (2010). Attachment relationships in old age. *Journal of Social and Personal Relationships*; 27(2): 191-199.
- Ciechanowski, P. S.; Katon, W. J.; Russo, J. E.; Dwight-Johnson, M. M. (2002). Association of attachment style to lifetime medically unexplained symptoms in patients with hepatitis C. *Psychosomatics*; 43: 206-212.
- Collins, N.L.; Feeney, B.C. (2004). An attachment theory perspective on closeness and intimacy. In D. J. Mashek & A. Aron (Eds.). *Handbook of closeness and intimacy*. (pp. 163-187). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Collins, N.L.; Feeney, B.C. (2004). Working models of attachment shape perceptions of 178 Journal of Social and Personal Relationships 27 (2) social support: Evidence from experimental and observational studies. *Journal of Personality and Social Psychology*; 87: 363-383.
- Collins, N.L.; Read, S.J. (1994). Cognitive representations of attachment: The structure and function of working models. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.), *Attachment processes in adulthood* (pp. 53-90). London: Kingsley.
- Collins, G.; Read, E. (1996). Revised Attachment sAdult Scale. Retrieved 7 Agust, 2013 from www. psych. ohio. edu/Intake packet part. doc.
- Considine, N.S.; Magai, C. (2003). Attachment and emotion experience in later life: The view from emotions theory. *Attachment & Human Development*; 5: 165-187.
- Considine, N.S.; Tuck, N.L.; Fiori, K.L. (2013). Attachment and health Care Utilization Among Middle-Aged and Older African-Descent Men: Dismissiveness Predicts Less Frequent Digital Rectal Examination and Prostate-Specific Antigen Screening. *American Journal of Men's Health*; XX (X): 1-12.
- Considine, N. S.; Fiori, K.L.; Tuck, N.L.; Eva-MariaMerz (2013). Attachment, Activity Limitation, and Health Symptoms in Later Life: The Mediating Roles of Negative (and Positive) Affect. *Journal of Aging and Health*; 25(1): 56-79.
- Cookman, C. A. (2005). Attachment in older adulthood: Concept clarification. *Journal of Advanced Nursing*; 50: 528-535.
- Davila, J.; Burge, D.; Hammen, C. (1997). Why does attachment style change? *Journal of Personality and Social Psychology*; 73:826-838.
- Fordyce, W.E.; Melfi, R.S. (1968). Some implications of learning in problems of chronic pain. *Journal of Chronic Disease*; 21: 179-183.

- Oliveira, P.; Costa, M.E. (2009). Interrelationships of Adult Attachment Orientations, Health Status and Worrying among Fibromyalgia Patients. *Journal of Health Psychology*; 14(8): 1184-1195.
- Pietromonaco, P.R.; DeBuse, C.J.; Powers, S.I. (2013). Does Attachment Get Under the Skin? Adult Romantic Attachment and Cortisol Responses to Stress. *Current Directions in Psychological Science*; 22(1): 63-68.
- Sadava, S.W.; Busseri, M.A.; Molnar, D.S.; Perrier, Colin P.K.; DeCourville, N. (2009). Investigating a four-pathway model of adult attachment orientation and health. *Journal of Social and Personal Relationships*; 26(5): 604-633.
- Shaver, P.R.; Brennan, K.A. (1992). Attachment style and the Big-5 personality traits: Their connections with each other and with romantic relationships outcomes. *Personality and Social Psychology Bulletin*; 18: 536-545.
- Simpson, J.A.; Collins, W.A.; Tran, S.; Haydon, K.C. (2007). Attachment and the experience and expression of emotions in romantic relationships: A developmental perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*; 92: 355-367.
- Simpson, J.A.; Rholes, W.S. (2010). Attachment and relationships: Milestones and future directions. *Journal of Social and Personal Relationships*; 27(2): 173-180.
- Simpson, J.A.; Winterheld, H.A.; Rholes, W.S.; Oriña, M.M. (2007). Working models of attachment and reactions to different forms of caregiving from romantic partners. *Journal of Personality and Social Psychology*; 93: 466-477.
- Wearden, A.J.; Cook, L.; Vaughan-Jones, J. (2003). Adult attachment, alexithymia, symptom reporting, and health-related coping. *Journal of Psychosomatic Research*; 55: 341-347.
- Wearden, A.J.; Lamberton, N.; Crook, N.; Walsh, V. (2005). Adult attachment, alexithymia, and symptom reporting: An extension to the four category model of attachment. *Journal of Psychosomatic Research*; 58: 279-288.
- Wearden, A.; Perryman, K.; Ward, V. (2006). Adult attachment, reassurance seeking and hypochondrical concerns in college students. *Journal of Health Psychology*; 11: 877-886.
- Maunder, Robert G.; Hunter, Jonathan J.; Lancee, William J. (2011). The impact of attachment insecurity and sleep disturbance on symptoms and sick days in hospital-based health-care workers. *Journal of Psychosomatic Research*; 70(1): 11-17.
- Meredith, P.; Ownsworth, T.; Strong, J. (2008). A review of the evidence linking adult attachment theory and chronic pain: Presenting a conceptual model. *Clinical Psychology Review*. 28(3): 407-429.
- Meredith, P.; Strong, J.; Feeney, J. (2006a). The relationship of adult attachment to emotion, catastrophizing, control, threshold and tolerance, in experimentally induced pain. *Pain*; 120: 44-52.
- Meredith, P.; Strong, J.; Feeney, J. (2006b). Adult attachment, anxiety, and pain self-efficacy as predictors of pain intensity and disability. *Pain*; 123: 146-154.
- Merz, E.-M.; Consedine, N.S. (2009). Attachment security moderates the links between emotional and instrumental family support and wellbeing in later life. *Attachment and Human Development*. 11: 203-221.
- Mikulincer, M.; Florian, V. (1998). The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. In J. Simpson, & S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp.143-165). New York: Guilford.
- Montague, D.P.F.; Magai, C.; Consedine, N.S.; Gillespie, M. (2003). Attachment in African American and European American older adults: The roles of early life socialization and religiosity. *Attachment & Human Development*; 5: 188-214.
- Nathan, S.; Consedine, N. S.; Tuck, N.L.; Fiori, K.L. (2013). Attachment and Health Care Utilization Among Middle-Aged and Older African-Descent Men: Dismissiveness Predicts Less Frequent Digital Rectal Examination and Prostate-Specific Antigen Screening. *American Journal of Men's Health*; XX (X): 1-12.
- Ocampo, JM. (2002). Ciclo vital individual: vejez. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología Geriatria*; 21: 1072-84.
- Ocampo, JM. (2010). Self-rated health: Importance of use in elderly adults. *Colombia Médica*; 41(3): 275-89.