**اصول معنا درمانی:**

**فرانکل سه قانون بنیادی را در معنا درمانی مطرح می کند :**

**1**:معنا در زندگی وجود دارد و آن را می توان جستجو و کشف کرد . اما انسان نمی تواند معنا را به دلخواه بوجود

آورد و آن را در افکارش بسازد . انسان جستجو کننده معناست و نه بوجود آورنده آن .

**2**:معنا وسیله ای برای کامروایی انگیزه ها و یا دستاویزی برای رسیدن به هدف نیست . تحقق معنا خود هدف

است.

**3:**علت بیماریها و اختلالات روانی بی معنایی زندگی است . کار وفعالیت زیاد باعث بیماری روانی نمی شود ، بلکه علت بیماری بی معنا بودن زندگی است )كوهي ،1388 )

**نظريه معني درماني( لوگوتراپي [[1]](#footnote-1)) ويكتور فرانكل:**

ريشه هاي معني درماني به نوعي به كارهاي آلفرد آدلربر مي گردد. آدلر[[2]](#footnote-2) اولين روانشناسي است كه در مورد معنا در زندگي به بحث پرداخت. او در سال 1931 كتاب معناي زندگي را نوشت. فرانكل رهبر اصلی معنا درماني و رولو مي از بزرگان هستي گرايي به خاطر وارد كردن اين مبحث به روانشناسي نسبت بهآدلر ابراز دين كرده اند. فرانكل بنيانگذار مكتب معنا درماني در بيست و ششم مارس سال(1905)در وين متولددر دوم سپتامبر 1997 در سن 92 سالگي در همان شهر درگذشت. به هر حال ريشه معنا درماني به كوششهاي اوليه فرانكل براي يافتن معنا در زندگي خودش بر مي گردد.( نيلسون[[3]](#footnote-3).2001؛ ترجمه: بهفر ، 1384 (لوگوتراپي روشي است كه در آن بيمار در جهتي راهنمايي مي شود كه معني زندگي خود را بيابد.بنابراين اصول لوگوتراپي تلاش براي يافتن معني در زندگي است كه اساسي ترين نيروي محركه هر فرد در دوران زندگي اوست به طور كلي در اين روش درماني فرد « فرد روان نژند انديشه زاد » هدايت مي گردد تا معنا و منظور زندگي خويش را دريابد. از آنجا كه جستجوي معنا وظيفه اي مبارزه جويانه است تنش دروني فرد را افزايش مي دهد و او را به تلاش براي آنچه بايد به دست آورد وا مي دارد . اين سطح از تنش نه تنها در جريان درمان اختلال ايجاد نمي كند بلكه براي رهايي فرد از احساس دلتنگي ، بي دردی وغلبه بر « خلاء وجودي » لازم است تكاپوي حاصل از تنش معناجويي ، ياس انسان روان نژند رابه احساس موفقيت و اميد مبدل سازد( رحيميان 1385. )

**پيشنهادهايي براي جستجوي معنا:**

چگونه انسان مي تواند معناي زندگي را پيدا كند؟. فرانكل معتقد است كه انسان سالم و بالغ انسان از خودفرا رونده است. انسان كامل بودن يعني به چيزي فراسوي خود پيوستن انسان در نهايت زماني مي توانخود را متحول كند كه يك معنا را در زندگي خود تحقق بخشد. فرانكل براي معنا بخشيدن به زندگي سه راه

**پيشنهاد مي كند :**

1ـ اگر انسان چيزي خلق كند ، زندگي اش مي تواند با معنا باشد ، در اينجا انسان از خود سؤال مي كند من براي چه زنده هستم؟

2ـ انسان معنا را در شيوه تجربه كردن زندگي ، يا كسي را دوست داشتن ، مي بيند. در اينجا انسان از خودمي پرسد : من براي چه كسي زنده هستم؟.

3ـ انسان معنا را در هنگامه ي غوطه وري در مشكلات سنگين در مي يابد. طرز برخوردي كه ما نسبت به رنج بر مي گزینيم.در جايي كه ما با يك سرنوشت غير قابل تغيير روبرو مي شويم )يك بيماري غير قابل علاج ، مرگ يك عزيز ، يك موقعيت نا اميد كننده و (در اينجاست كه زندگي مي تواند معنا شود در اينجا انسان از خود مي پرسد : چرا نگرش مثبت در برابر سرنوشت غير قابل تغیير و اجتناب ناپذير نداشته باشم؟.فرانكل معتقد است ، درست در جايي كه ما با يك مؤقعيت رو به رو مي شويم كه به هيچ روي نمي توانيم آن را تغيير دهيم، از ما انتظار مي رود كه خود را تغيير دهيم رشد كنيم بالغ شويم و از خود فراتر رويم.فرانكل در آشويتس و در بند نازي ها با تمام وجود به اين نتيجه رسيده بود كه : رنج هر زماني معنايي دارد ، وقتي تو خودت آدم ديگري بشوي زير ضربه هاي چكش سرنوشت و آتش گداخته رنج ، زندگي شكل مي گيرد)كوهي ،1387).

در معنا درماني صحبت از آزادي روح انسان مي شود انسان تحت نفوذ قوانين جبري قرار نگرفته است انسان حق اين انتخاب را دارد كه در برابر موقعيتي كه قرار مي گيرد چه نگرشي برگزيند. تصميم گيري به انسان واگذار شده است هيچ عاملي اين قدرت را ندارد كه تعيين كند انسان در برابر سرنوشت غير قابل تغيير ، چگونه فكر كند و چگونه رفتار كند. انسان هميشه مسئول اعمال و گفتار خود خواهد بود.معناجويي در اين مكتب بسيار مورد تأكيد است. اين معناجويي نيروي متضاد با لذت جويي كه روانكاويفرويد بر آن استوار است و همچنين قدرت طلبي مورد تأكيد آدلر مي باشد. فرانكل معتقد است كه انسان قادر است و مي تواند به خاطر ايده ها و ارزش هايش زندگي كند و يا در اين راه جان ببازد. معناخواهي انسان ممكن است با ناكامي مواجه گردد كه لوگوتراپي آن را ناكامي وجودي مي نامد. واژه وجود به سه صورت به كار برده مي شود كه عبارتند از :

**1ـ**( خود وجود[[4]](#footnote-4) (به ويژه حالات وجودي انسان

**2ـ** (معناي وجود[[5]](#footnote-5))

**3ـ(** معناخواهي[[6]](#footnote-6) (كوشش براي يافتن معناي واقعي در زندگي شخصي

وظيفه لوگوتراپي اين است كه بيمار را در يافتن معنا در زندگي ، انديشه هاي پنهاني وجود و معناي نهفته آن ياري دهد. در لوگوتراپي انسان به عنوان موجودي ناشناخته مي باشد كه توجه ويژه اي به يافتن معني داند )اخوت. ، 1356). انشعاباتي از اصالت وجود را مي توان برشمرد ولي وجوه مشابهي نيز در بين آنها وجود دارد به نظر آنها تمايز ميان انسان و حيوان ، آگاهي كامل انسان بر بودن و وجود خويش است. آنها باور دارند كه انسان هميشه در حال تغيير و دگرگوني است و مي تواند از موقعيت هايي كه داردفراتر رود و بباليدن و خود شكوفايي بپردازد . روانشناسان هستي گرا در شناخت علائم و آثار اختلالاترواني توجه خود را به حالاتي نظير احساس پوچي ، جدايي از ديگران ، احساس تنهايي ، فقدان هويت و سرگرداني معطوف مي دارند. فرانكل معتقد است كه افراد نا اميد ، افسرده و بي قرار و آنهايي كه احساس تنهايي مي كنند ، غالباً از بي معنايي و پوچي زندگي شكايت دارند. در زندگي هيچ چيز آنها را به خود پاي بند نمي سازد و برايشان ارزشي ندارد )رحيميان ، 1377.).

با اينكه عده ايي هستي گرايي را همان پديده شناسي مي دانند, اما تفاوت هايي بين اين دو گرايش وجود دارد. در هستي گرايي برخلاف آنچه در پديده شناسي معمول است ، شناخت فرد را منحصر به مطالعه و بررسي عوامل آگاه نمي دانند بلكه بيشتر در پي شناخت سازمان كلي وجود فرد هستند. در پديده شناختي بيشتر به تجربيات دروني شخص توجه مي شود در حاليكه در هستي گرايي عقيده بر آن است كه انسان دريك لحظه امور گوناگوني را تجربه مي كند كه تجربه دنياي دروني خود يكي از آنها است.رولومي براي شناخت همه جانبه شخص ، توجه به سه موردي را كه( بينز وانگر[[7]](#footnote-7))معرفي كرده است،پيشنهاد مي كند. يكي دنياي خصوصي و شخصي فرد ، ديگري دنياي بيولوژيكي بدون وقوف براي فرد.و سوم دنياي رابطه با ديگران با آگاهي متقابل )اخوت. ، 1386)

**فرانكل سه قانون بنيادي را در معناداري مطرح كرده است :**

**1ـ** معنا در زندگي وجود دارد و آن را مي توان جستجو و كشف كرد اما انسان نمي تواند معنا را به دلخواه به وجود آورد و آن را در افكارش بسازد. انسان جستجو كننده معنا است و نه به وجود آورنده آن.

**2ـ** معنا وسيله اي براي كامروايي انگيزه ها و يا دستاويزي براي رسيدن به هدف نيست. تحقق معنا خود هدف است.

**3ـ** علت بيماريها و اختلالات رواني بي معنايي زندگي است. كار و فعاليت زياد باعث بيماري رواني نمي شود ، بلكه علت بيماري بي معنا بودن زندگي است( فرانكل ، 1967 ترجمه : معارفي ،. 1384.).

فرانكل تحت تأثير نظريه هستي گرايي عدم سازگاري انسانها را با خود و ديگران ناشي از اين مي داند كه ايشان در مواجه شدن با مشكلات ، خود را محكوم پديده هايي مي دانند كه آنها را رنج مي دهند . چنانچه آدمي خود را فردي بداند كه واجد آگاهي بر پديده هاي محيطي است و در برخورد با آنها مي تواند راه خويش راانتخاب كند ، تعامل و تبادل سازگارانه تري با مسايل زندگي برقرار خواهد كرد )رحيميان ،1377.).به نظر فرانكل آزادي به معناي رهايي از سه چيز است :

**1ـ غريزه ها 2ـ خويها و عادات 3ـ محيط**

وي معتقد است انسان غرايزي دارد ولي اين غريزه ها مالك انسان نيستند و برخلاف آنچه فرويد مي گويد آدمي مي تواند در پذيرش يا رد تمايلات غريزي آزادانه تصميم گيري كند. در مورد محيط نيز بايد گفت كه انسان با شناخت و نگرشي كه از محيط دارد آن را مي سازد و آزاد است كه راه خويش را برگزيند.بنابراين انسان آزاد و مسئول است و اگر آدمي را به صورت يك ماشين ذهني از مجموعه غريزه ها ، واكنش ها و فرآورده صرف ارث يا محيط تلقي كنيم ، بايد انتظار روزافزون روحيه پوچ گرايي را كه انسان مستعد آن است ، داشته باشيم (فرانكل[[8]](#footnote-8)، 1955 ؛ ترجمه فرخ سيف ، 1382).فرانكل در ساختارشخصيت انسان بيش از هر چيز به عنصر « اراده آزاد »[[9]](#footnote-9) توجه دارد . وي با آن دسته از مكاتب و موضع هاي روانشناسي كه رفتار و وضعيت انسان را محصول و محصور غرايز زيستي يا هر عامل محيطي مي دانند مخالفت مي ورزد. به نظر فرانكل گرچه بشر در برابر نيروهاي دروني و بيروني تأثيرپذير است و اين نيروها قادر هستند موقعيت هاي او را دگرگون سازند ، اما در انتخاب راه براي مقابله با آنها آزاد است )رحيميان،. 1377).

فرانكل «فرا رفتن از خود»[[10]](#footnote-10) را به توانايي چشم انسان تشبيه مي كند كه مي تواند هر چيزي را ببيند ، اما خودش را نمي بيند. موقعي چشم به خود توجه مي كند و خودش را مي بيند كه در اثر ابتلا به يك بيماري مثلاً آب مرواريد قادر نيست هيچ چيز ديگري را ببيند

**روان نژندي انديشه زاد:**

به نظر فرانكل نبودن معنا در زندگي موجب روان نژندي است. او اين نوع روان نژندي را )روان نژد[[11]](#footnote-11)انديشه زاد (مي داند كه اين حالت حاصل نبودن معنا و مقصود در زندگي و احساس تهي بودن است. چنين فردي در «خلاء وجودي »[[12]](#footnote-12) به سر مي برد. زماني كه معنا خواهي انسان با ناكامي مواجه گردد ، ناكامي وجودي يا هستي نژندي عارض شخص مي گردد ، در اين صورت دچار سرگرداني مي شود و احساس تنهايي ، جدايي از ديگران ، بي هدفي ، پوچي و يأس مي كند. چنين افرادي براي زندگي ارزشيقايل نيستند و هيچ چيز براي آنها جذابيتي ندارد و آنان را پايبند نمي سازد. فرانكل اين نوع نوروز را ناشي از ناتواني فرد در يافتن معنا و مفهومي براي زندگي مي داند ، نه معلول تمايلات و اپس زده و يا خاطرات تلخ گذشته يا « خود[[13]](#footnote-13)«ضعيف )فرانكل،1975؛ترجمه:صالحيان و ميلاني ،. 1370 ).خلاء وجودي غالباً به شكل ملالت و بي حوصلگي نمايان مي گردد گاه نيز ممكن است به صورت پول پرستي و يا افراطدر اعمال جنسي ، تنها به خاطر لذت جويي و عاري از انسانيت جلوه گر شود، كه در اين حالت فردي كه از خلاء وجودي رنج مي برد اسير شهوات خويش مي گردد )فرانكل، 1977؛ترجمه تبريزي و علوي نيا ، 1371).

خلاء وجودي از نظر فرانكل حاصل دو عامل است : اول اينكه انسان به دليل دارا بودن نيروي عقل و انديشه از حيوانات پست تر متمايز شده است بدين معني كه سائق ها و غرايز رفتار او را هدايت نمي كنند ، بلكه فعالانه به انتخاب آنچه كه انجام مي دهد مي پردازد. ثانياً در اثر تحولات اجتماعي، آداب ، سنن و ارزشهاي قالبي ديگر رفتار او را هدايت نمي كنند در چنين وضعيتي انسان خود مسئول رفتار خويش است ، لذا لازمه معنا جويي در زندگي مسئوليت شخصي است. افراد روان نژندي كه آزادي انتخاب رفتار خود را تجربه نمي كنند ،‌ راه شكوفايي استعدادهاي بالقوه رشد و پرورش خويش را مي بندند )شولتز ، 1977؛ ترجمه خوشدل ،1969).

**گروه درماني وجود گر:**

مشاوره و روان درماني مي تواند يك چارچوب عالي رويارويي با موضوعات و جودي باشد . كوري ،اهداف يك گروه وجودگرا را به عنوان كمك كردن به افراد براي تعهد دادن به سفري طولاني مدت براي كشف خود (خودكاوي[[14]](#footnote-14))ذكر مي كند. فضاي حاكم بر يك گروه به افراد در جستجوي درمان كمك مي كند تا به تجارب ذهني خودشان توجه كنند. در حاليكه اين تجارب را با ديگران كه داراي اهداف مشابه هستند سهيم مي دانند.در گروه درماني وجود گرا به چند موضوع : مرگ و زندگي ، آزادي ، مسئوليت پذيري ، انتخاب ، انزوا و عاشق شدن ، معنا و بي معنايي پرداخته مي شود به زعم"يالوم "[[15]](#footnote-15) گروه يك مكان عالي براي افراد است تا نسبت به مسئوليت پذيري خودشان از طريق بازخورد اعضاء و رهبر گروه آگاهي يابند. در گروه ، بيماران ياد مي گيرند كه چطور رفتارشان به وسيله ديگران مورد توجه قرار مي گيرد ، چه طور باعث به وجود آمدن احساس ديگران مي شوند ، چطور با رفتارهايشان انتخاب هاي ديگرانخود را تحت تأثير قرار مي دهند. به اين ترتيب گروه به يك سيستم اجتماعي كوچك تبديل مي شود (قنبري هاشم آبادي، 1383).

# ارزش زندگي :

به اعتقاد فرانكل ، انسان قادر است و مي تواند به خاطر ايده ها و ارزش هايش زندگي كند و يا در اين راجان ببازد)فرانكل ، 1967؛ ترجمه معارفي، 1384).نگراني انسان درباره ي ارزش زندگي و ارجي كه به اين مسئله مي نهد ، و حتي يأس و نا اميدي كه از اين راه عايد او مي شود ، يك پريشاني روحاني مي تواند باشد، ولي به هيچ عنوان يك بيماري رواني نيست )فرانكل ،.1977.ترجمه فيروزبخت ، 1387).منحصر به فرد بودن انسان در نظريه فرانكل يعني منحصر به فرد بودن آدمي از حيث مسئوليت توانايي ها و آگاهي ها)فرانكل 1955 ترجمه فرخ سيف ، 1382).

**معناخواهي [[16]](#footnote-16) در ديدگاه فرانکل:**

معنا خواهي پايه اي ترين نيروي انگيزش در انسان است. انسانها با اين نياز روبرو هستند كه معناي همه لحظات زندگيشان را بدانند. فرانكل مي گويد : در جستجوي معنا بودن نيروي اوليه زندگي براي يك نفر است معناي زندگي هر فرد خاص خود اوست و اوست كه مي تواند آن را تحقق بخشدو اگراين كار را انجام دهد اين نيازش ارضا مي شود و به ارزش زندگيش خواهد رسيد.او همچنين خود شكوفايي رايك اثر جانبي معناخواهي مي داند و زماني انسان به خود شكوفايي مي رسد. كه به نياز معنا خواهي خود تحقق بخشد )نيلسون[[17]](#footnote-17)جونز ، 2001 ؛ ترجمه : بهفر 1384 ..فرانكل )اغلب مي گويد كه معنا را بايد پيدا كرد ، نمي توان آن را به كسي عرضه كرد. راهنماي مراجعان در جستجوي معنا ، ضمير ناخودآگاهشان است « اگر قرار است مراجعان به ده هزار فرمان و دستوري كه در ده هزار موقعيت زندگي نهفته است گوش سپرده و از آن اطاعت كنند» بايد به نداي و جدانشان توجه كنند. اگر چه درمانگرها نمي توانند خودشان هدف زندگي مراجعان را برايشان تعيين كنند. اما مي توانند نمونه هاي متنوعي از تعهد خود در جستجوي معنا را ارائه دهند .پرسش درباره معناي زندگي بايد به خود شخص برگردانده شود يعني هر فرد بايد خود را در برابر اين پرسش قرار دهد كه « زندگي براي اوچه معنايي دارد؟» براي يافتن معنا در زندگي بهتر است از خود بپرسيم كه « نسبت به زندگي چه وظايفي داريم؟» نه « از زندگي چه انتظاري بايد داشت؟» در اين صورت وظايف خود را نسبت به زندگي در مي يابيم و مسئولانه در جهت تحقق آن تلاش مي كنيم به عبارت ديگر زندگي براي ما با هدف و با معنا ميگردد )فرانكل ، 1967، ترجمه : معارفي،1384).بلكه( خداي ضميربشر[[18]](#footnote-18)) است خداي قلب است . فرانكل معتقد است كه خودشكوفايي منوط به تعالي نفس است. از نظر فرانكل ، بعد معنوي انسان از طريق تعالي نفس قابل حصول است. به اين ترتيب ، مردم از محدوده خويشتن زيست شناختي و روان شناختي خود فراتر مي روند و صاحب ارزش هاي خاصي مي شوند و معناي زندگي خويش را مي يابند. انسان ها فقط با تعالي نفس مي توانند خويشتن حقيقي را بيابند )شارف[[19]](#footnote-19)؛ ترجمه: فيروزبخت ، 1383).فرانكل پايه اي ترين نياز انسان ها را در جستجوي خود بدون معنا نمي داند بلكه در جستجوي معنا بودن مي بيند و هويت انسان فقط در خلال واقعيت بخشيدن به معناي زندگي قابل دست يابي است قصد مفرط[[20]](#footnote-20) " و "خويشتن نگري مفرط [[21]](#footnote-21)" دو عامل عمده اند براي آن كه انسان به دنبال تعالي خويشتن نباشد. خويشتن نگري مفرط يعني اين كه فرد بيش از اندازه در مورد مشكلات خود بيانديشد و قصد مفرط يعني اين كه فرد توجه بيش از اندازه براي رسيدن به بعضي از خواسته هايش داشته باشد (نيلسون ، حونز،2001 ؛ ترجمه سروري،1383).ديدگاه هاي فرانكل درباره دين و معنويت نگاه خاصي است. خداي او خداي يك ذهن بسته و متعصب نيست خداي يك فرقه خاص هم نيست. خداي او ، حتي خداي دين نهادينه[[22]](#footnote-22) هم نيست او يادآور مي شود كه حتي يك ملحد[[23]](#footnote-23) يا يك لاادري[[24]](#footnote-24) نيز مفهوم تعالي را بدون كاربرد كلمه خدا مي پذيرد. اين خدا آشكارا متعالي و در عين حال به غايت شخصي است و در درون همه ما هست. روي گرداني از خداسرچشمه اصلي همه بيماري هايي است . همين كه فرشته اي را در درون خود طرد مي كنيم ديوي را به درون خود راه داده ايم (بوئري ؛ ترجمه فريامنش ، 1385.).

**نا اميدي وجودی:**

نا اميدي وجودي[[25]](#footnote-25) زماني در انسان به وجود مي آيد كه اميد انسان براي معناخواهي به نتيجه نرسدتفاوتي[[26]](#footnote-26)و ملالت[[27]](#footnote-27) از مشخصه هاي اصلي نا اميدي وجودي اند. نا اميدي وجودي مستقيماً بيماري محسوب نمي شود توجه افراد و حتي نوميدي شان در قبال معناي زندگي يك وضعيت روحي و نه جسمي است فرانكل خلاء وجودي را كه نا اميدي را هم در بر مي گيرد امري ناشي از عوامل اجتماعي دانسته و اختلال روان نژندي به حساب نمي آورد نا اميدي ناشي از بي معنا دانستن زندگي را مي توان نشانه اي بر صداقت عقلاني دانست. فرانكل در آخرين نوشته هاي خود گسترش خلاء وجودي را امري مسلم دانست(رحيميان ، 1377.).

**حفظ خلاء وجودي:**

فرانكل معتقد است كه مردم حس بي معنايي خود را از طريق مختلف حفظ مي كنند مانند :

**1ـ** سركوبي : افراد حس روحانيت و مذهب خود را سركوب مي كنند بنابراين مراكز معنوي و روحاني احساس خود كه عميق ترين آنها حس معنا خواهي است را ناديده مي گيرند. سركوبي ميل معنا خواهي باعث تغيير دركشان از وجود معنا مي شود.

**2ـ** سرباز زدن از قبول مسئوليت : با پناه بردن به تبعيت از رسوم قراردادي ، خود كامگي ، پناه بردن به مثلث روان نژندي متشكل از : افسردگي ، اعتياد و پرخاشگري

**3ـ** تحليل رفتن سنت ها و ارزش ها

**4ـ** پوچ گرايي

5**-** تاكيد ناكافي بر تعالي خويشتن : مردم اغلب براي درك اين نكته كه خوشبختي و موفقيت محصولات فرعي تعالي خويشتن است كمك و ياري نمي شوند و در عوض به تمركز بيش از اندازه بر خودباوري سوق داده مي شوند.

**6ـ** خنثي شدن انسانيت : اين حقيقت كه علائم و محصولات مربوط به بي معنايي بسيار گسترده هستند براي افراد غير قابل درك است و بنابراين در جستجوي معنا ، از ديگران كمك نمي گيرند اين امر پوچ گرايي ذاتي را در وجود آنان محكم تر مي سازد. فرانكل راه درمان خلاء وجودي را هشيار كردن احساس هاي سركوب شده مذهبي مي داند (ونگ [[28]](#footnote-28)؛2000 به نقل ار کوهی ،1387).اگر چه فرانكل مدل هاي خود را به صورت منظمي ارائه نداده است اما در نحوه رويارويي با مراجع مبتلا به خلاء وجودي ، سعي در افزايش آگاهي وجودي مراجع داشته و بينش وي را نسبت به محدوديت زندگي و اهميت مسئوليت پذيري از طريق فنون اختصاصي خود ارتقاء مي دهد(نيلسون، جونز ،2001؛ ترجمه بهفر ،. 1384).

**انسان در جستجوي معناي غايي :**

معني درماني ، بر آن است كه با تحقق معنا ، زندگي جلوه بديعي مي يابد و همه چيز حتي درد و رنج درپرتو آن ، قابل پذيرش و تحمل خواهد بود ، ولي آن ها بايد بپذيرند كه هيچ كس و هيچ چيزديگر نه پدر ، مادر ، همسر و نه مردم نمي توانند به ما احساس معنا و منظور در زندگي بدهند و دليل اين امر در مسئوليت شخصي به عنوان شرط لازم « معنا جويي » نهفته است خدايت را با تمام قلبت ، با تمام روحت و با تمام قدرتت دوست بدار و اين ادعا در نظر فرانكل اين معنا را دارد كه : پاسخ مثبت به زندگي ، به رغم هر چه با آن روبرو مي شويم ، خواه رنج و خواه مرگ يك فرمان است (شولتز[[29]](#footnote-29) ، 1977، ترجمه خوشدل ، 1384.).

**مفهوم مرگ در نظريه فرانكل:**

مرگ معناي زندگي را از آن نمي ربايد. اگر انسان ها ابدي بودند ممكن بود كه براي هميشه از انجام كارها طفره مي رفتند. مردن به زندگي تعلق دارد و به آن معني مي بخشد و مسئوليت پذيري بشريت ازمحدوديت ها سرچشمه مي گيرد. نتيجه اين كه آنها نياز دارند كه تمام تلاششان را در قبال مسئوليتي كه درازاء تمام لحظات زندگي دارند ، به كار گيرند. تقديرات نيز مانند مردن براي معناي زندگي ضرورياست تقديرات به آن دسته از عوامل اشاره دارد كه از دست بشر خارج است و آزادي را نه تنها در مفاهيمزندگي و مرگ مي توان ديد ، بلكه در تقديرات نيز قابل مشاهده است. فرصت ها و امتحاناتي كه براي افراد مختلف در زندگي پيش مي آيد باعث مي شود كه راهي كه هر فرد طي مي كند منحصر به خود اوباشد. با وجود اين عوامل بيروني ، انسان ها مي توانند با قوت بخشيدن به آزادي هاي دروني خود ، درمقابل تقديرات ايستادگي كنند ، اگر چه هنگام مرگ انسان قادر نيست چيزي را با خود ببرد ولي كليت زندگي انسان در لحظه مرگ كامل مي شود عليرغم اين كه به گذشته مي پيوندد ، بيرون از قبر قرار مي گيرد (فرانكل ، 1977؛ ترجمه تبريزي و علوي نيا ،.1378).پاسخ هستي گرايي تكيه بر زمان حال است هر چند گذرا باشد. زيرا آن چه در زندگي واقعا" از كف مي رود امكانات و توانايي هاست. معنا درماني با توجه به گذرايي هستي و وجود انسان به جاي بدبيني و انزوا ، انسان را به تلاش و فعاليت فرا مي خواند (ذاكر ،. 1385).

**علت شناسي در نظريه فرانكل :**

فرانكل معتقد بود كه چيزي تحت عنوان روان آزردگي جسماني ، رواني و معنوي خالص وجود ندارد ، بلكه موارد مختلط هستند و به اشكال بدن زاد ، روان زاد يا خرد زاد وجود دارند كه بايستي هم از نظرتشخيصي و هم از نظر هدفمندي حدود تقريبي آن ها مشخص شود. منظور از تشخيص ماهيت هر عامل (جسماني ، رواني و معنايي)ومشخص كردن عامل اوليه است. اگر عامل جسماني اوليه باشد روان آزردگي بدن زاد و اگر عامل اوليه معنوي باشد ، صحبت از روان آزردگي خردزاد است تشخيص گردآوري اطلاعات از طريق سابقه دارويي ، مصاحبه هاي تشخيصي ، پرسشنامه ها و آزمون هاي رواني را در بر مي گيرد. در اين مرحله ممكن است خطاهايي صورت بگيرد زيرا كه اطلاعات بر اساس گفته هاي بيمار است. اگر پيام غلط به بيمار داده شود در نتيجه اطلاعات غلط هم به وجود مي آيد(.پترسون[[30]](#footnote-30) ،؛ به نقل از هدایتی ،1385. 1973).

**مثلث روان نژندي :**

فرانكل ، افسردگي ، اعتياد و پرخاشگري را مثلث روان نژندي[[31]](#footnote-31) مي نامد. او هشدار مي دهد كه خشونت و مصرف مواد مخدر و ديگر رفتارهاي منفي كه در تلويزيون ، سينما و حتي موسيقي غرب به نمايش درمي آيد ، تشنگان معنا را متقاعد مي كند كه زندگي آن ها فقط با تقليد آدمك وار از قهرمان هايشان بهبود مي يابد. به گفته او حتي ورزش نيز پرخاگشري را ترويج مي كند انسان در واقع موجودي است كه در پي معنايي است كه تحقق بخشد و انسان هاي ديگري كه با آنان مواجه می شوند و يقيناً اين همنوعان و شريكان برايش معنايي فراتر از صرف وسيله اي براي ارضاي محرك65 و غرايز جنسي و پرخاشگرانه دارند. به گمان فرانكل ، روان درماني نوع بشر مستلزم انساني كردن روان درماني است. او بر اين باوراست كه اگر دردهاي اين دوران فائق آمدني باشند بايد آن ها را به درستي درك كرد ، يعني آنها را به عنوان معلول ناكامي وجودي ديد و اگر قرار است سرخوردگي ها و ناكامي هاي انسان درك شود بايد انگيزش هاي او را فهميد و به ويژه انساني ترين انگيزش انسان كه جست و جوي معناست (بوئري؛ ترجمه فريامنش ، 1385.).

بنا به فهم فرانكل روان گسيختگي[[32]](#footnote-32) نيز ريشه در اختلال تفكر و شناخت67 دارد در اين مورد شخص روان گسيخته بيشتر خود را شي ء مي پندارد تا شخص. اكثر ما هنگامي كه تفكراتي در سر داريم مي دانيم كه اين تفكرات از درون اذهان خود ما بر مي آيند ، اما شخص روان گسيخته ، به دلايلي كه هنوز معلوم نيست بالااجبار منظري منفعلانه به آن تفكرات دارد و آن ها را چون نجوا تلقي مي كند و ممكن است خود را نظاره كند و به خود مظنون و بدگمان شود در اين حالت او منفعلانه به خود مي نگرد و آزار مي بيندفرانكل معتقد است كه اين انفعال ، ريشه در گرايشي مفرط به خويشتن نگري[[33]](#footnote-33) دارد. گويي مفارقتي هست ميان خويشتني» كه مي بيند و خويشتني كه ديده مي شود خويشتن نظاره گر پوچ و تهي و عاري از واقعيت و خويشتني كه ديده مي شود بيگانه به نظر مي آيد (بوئري ، ترجمه فريامنش ، 1385 ).

**خود شکوفایی در معنا درمانی :**

فرانکل (1969)معتقد است ، خود شکوفایی منوط به تعالی نفس است و بعد معنوی انسان از این طریق قابل حصول می باشد . بدین ترتیب انسان ها از محدوده خویشتن زیستی و روان شناختی خود فرا تر رفته و واجد ارزش های خاصی می شوند و معنای زندگی خویشتن را می یابند. فرانکل می گوید : مراجعان باید برای وجود شان هدفی بیابند و آن را دنبال کنند و نقش درمانگر کمک به آنهاست تا به عالی ترین سطح فعالیت برسند(قنبری هاشم آبادی ،1383. ).

**اثر بخشی :**

اثر بخشی به کاربرد بالینی روش درمانی در فضای درمانی اشاره دارد . در واقع اثر بخشی به این پرسش باهمیت و جدی پاسخ می دهد که آیا روش درمانی مورد استفاده خارج از فضا های آزمایشگاهی نیز اثر درمانی دارد یانه (قنبری هاشم آبادی ،1383).در پژوهش حاضر منظور از اثر بخشی میزان کارایی روش آموزش معنا درمانی گروهی برای میزان کیفیت زندگی وسبک دلبستگی ناایمن بر روی سالمندان شهر رشت می باشد.

**روان درماني در نظريه فرانکل:**

**الف : اهداف درماني**

در يك جمع بندي مي توان گفت كه هدف معنا درماني توانا ساختن بيماران براي كشف معناي منحصر به فرد خودشان مي باشد. معنا درماني مي كوشد تا حدود اختيارات و آزادي هاي بيمار را ترسيم كند. معنا درماني رفتاري اختياري براي غلبه بر خلاء وجودي است و عبارت است از : كمك به مراجعان براي يافتن معنا در زندگي خود. معنا درمانگرها به دنبال جهت دهي مجدد مراجعان براي انجام فعاليت هاي زندگي هستند. معنا درماني نوعي آموزش مسئوليت پذيري است كه اراده مراجعان را براي ادامه زندگي تقويت مي كند. احتمال تعالي خويشتن در مراجعاني كه اراده خود را از راه هاي ارزش آفريني ، ارزش اندوزي و ارزش هاي انگيزه اي به دست آورده اند بيشتر است. مراجعان بايد از مسئوليت حياتي خود براي يافتن معناي زندگيشان از طريق هشيارسازي ضمير ناخود آگاه معنوي خود اقدام كنند. اگر چه هشيار سازي ضمير ناخودآگاه معنوي تنها يك مرحله ناپايدار در فرايند درمان است. هدف از اين درمان در ابتداء تبديل پتانسيل ناهشيار به رفتار هشيار و سپس ايجاد راهي براي از بين بردن عادت ناهشيار است. نقش معنا درمانگرها هم گسترش و وسعت بخشيدن به حوزه هاي بصري مراجع است تا گستره معنا و ارزش ها در نظرشان جلوه گر شوند )محمد پور ، 1385.)شايد مهم ترين وظيفه درمانگر ياري رساندن به مراجعه كننده باشد در كشف دوباره دينداري نهاني كه بنا به اعتقاد فرانكل ، درمانگر بايد به بيمار اجازه بدهد تا معناي خاص خود را كشف كند به نظر فرانكل نوروز همواره ناشي از فقدان معنا نيست اما فقدان معنا و منظور در زندگي منجر به بروز نوروز انديشه زاد مي شود. در معني درماني هدف منحصر به احساس موفقيت و شادماني فرد در برخورد با مسايل زندگي نيست، بلكه در معنا درماني به بقاي شخص توجه دارد ، لذا داراي ارزش حياتي است يك درمانگرنمي تواند به بيمار بگويد كه معناي زندگي چيست اما مي تواند به وي نشان دهد كه زندگي با معنا است منتها معناي زندگي از نظر افراد مختلف متفاوت است و براي فرد بخصوصي نيز همواره در حال تغيير است. هدف غايي در معني درماني ارتقاء و رشد شخص به وراي آنچه هست مي باشد (رحيميا .1378).از طريق احياي ارزش هاي خلاق ، در سايه كار خدمت به ديگران يا احياي ارزش هاي تجربي و احياي ارزش هاي گرايشي در بيمار ، زندگي براي او با معنا مي گردد. در اين حالت او براي رسيدن به هدف و منظوري كه برگزيده است مدام در تلاش است. اين تكاپو به زندگي او نشاط و شادي مي بخشد و احساس يأس و بيهودگي را در وي از بين مي برد و احساس شايستگي مي كند و هستي خود را با معنا مي يابد و در راه رسيدن به مقصد باز نمي ماند. براي اين منظور لازم است درمانگر توجه مراجع يا بيمار را نسبت به وظايفي كه در قبال زندگي دارد جلب كند و احساس مسئوليت وي را در به انجام رساندنآن وظايف بيدار نمايد (رحيميان ، 1377)

**ب ـ رابطه درماني :**

اين وظيفه معنا درماني است كه بيمار را در يافتن معنا در زندگي ، انديشه هاي پنهاني وجود و معناي نهفته ي آن ياري كند « رابطه درماني » در دوران درماني اگزيستانسياليستي (هستي درماني)يك رابطه انتقالي و تكرار گذشته نيست. بلكه يك رو در رويي و يك ارتباط و تجربه تازه است كه به فرد فرصت ميدهد به افق هاي جديدي دست بيابد. در اين نوع رابطه بيمار يك موضوع نيست بلكه بشري است كه مشكلات و مسايل ملموسي دارد و اين مسايل دشواريهاي عاطفي و احساسي ويژه را موجب گشته اند (نيلسون[[34]](#footnote-34)، جونز، 2001، ترجمه بهفر ، 1384 ).نقش معنا درمانگر ، وسعت بخشيدن به ميدان ديد بيمار است ، تا آنجا كه معنا و ارزش ها در ميدان ديد وحيطه خود آگاه بيمار قرار گيرد. او به بيمار كمك مي كند تا براي خود معناي وجودي خود را يافته و ترغيب شود آن را كاملاً محقق سازد. براي انجام اين كار روان درمانگر ، آزادي و مسئوليت ، يعني دو ويژگي بارز انسان را دوباره به بيمار بر مي گرداند(فرانكل ، 1975 ؛ ترجمه صالحيان و ميلاني ،1370 ). معنا درماني از نظر شكل به درمان هاي كوتاهي چون درمان آدلري نزديك تر است. معنا درمانگران گر چه اغلب به صورت صميمانه و مقبول درباره موضوعات فلسفي بحث مي كنند. براي اينكه درمانجو را متقاعد سازند كه نگرشي آگاهانه تر و مسئولانه تر به خلاء وجودي پيدا كند ، به شيوه هاي مختلف او رامواجه مي دهند و برايش دليل و برهان مي آورند. نوشته هاي مربوط به درمان نشان مي دهند كه فنوندرماني ، علاوه بر مواجهه دادن و تعبيرها ، به مقدار زيادي به قانع سازي و استدلال نيز متكي هستند (پروچسكا[[35]](#footnote-35)، ترجمه سيد محمدي ، 1381).

در تشخيص خلاء وجودي معنا درمانگرها مراقب هستند تا علائم آشكاري از قبيل جملاتي چون زندگي ام بي معنا شده و علائم نهاني چون بي تفاوتي و كسالت را ناديده نگيرند چرا كه اين ها بر پوچ گرايي درونيمراجعان تاكيد دارند (فرانكل ، 1975 ،ترجمه صالحيان و ميلاني ، 1370).

**مداخلات درماني و تكنيك در نظريه فرانكل :**

فرانكل هم به لحاظ محتواي رويكرد جامع اش و هم فرايند درماني و فنون منحصر به فردي چون قصد متضاد[[36]](#footnote-36) و بازتاب زدايي[[37]](#footnote-37) معروف است. او تاكيد مي كند كه در جهان امروز ، تاكيد بيش از حدي بر خودنگري هست او اين گرايش را « روان نژندي وسواس مندانه جمعي[[38]](#footnote-38) » مي نامد كه با توجه و تمركز به خود ، از يافتن معنا دور مي شويم (محمد پور ، 1385.)

گر چه فرانكل به طور منظم از روش هاي درماني خود ليستي ارائه نداده است اما روش هاي مختلفي به صورت پراكنده در نوشته هاي او آمده است. تكنيك ها و روش هاي درماني معنا درماني به چهار گروه تقسيم مي شوند كه شامل روش هاي افزايش آگاهي وجودي ، تكنيك ، قصد متناقض[[39]](#footnote-39)؛ تكنيك بازتاب زدايي[[40]](#footnote-40) و روحانيت پزشكي است . توضيح دادن ، ضرب المثل هاي پيشنهادي ، به كارگيري تشبيهات ، چشم اندازهاي وسيع در مورد منابع معنا ، پيدا كردن معناي زندگي از طريق روش آموزشي سقراطي ، آموزش اهميت قبول مسئولي ت براي معنا ، كمك به مراجعان تا به وجدانشان گوش كنند و پرسش از مرجعان درباره معناها جزء روشهاي افزايش آگاهي وجودي هستند قصد متناقض (متضاد )برای ترس از عرق کردن ، قصد متناقض برای ترس از لرزش دست، قصد متناقض برای وسواس های چک کردن و زیاد درباره انجام مسایل جنسی، خویشتن نگری زیاددر باره بلعیدن هم جزء تکنیک های باز تاب شمارش مثال های از کاربرد قصد متناقض هستند. عدم بازتاب در مقابل خویشتن نگری زدایی به شمار می آیند .یک جوان اسکیزوفرنی هم یک مثال کلیدی برای روحانیت پزشکی است. (بهفر ، 1384 ، سروري ، 1383).

**روشهاي افزايش آگاهي وجودي :**

1ـ1ـ كمك به مراجعان براي گوش فرا دادن به نداي وجدان فرانكل اغلب مي گويد كه معنا را بايد پيدا كردنمي توان آن را به كسي عرضه كرد. ضمير ناخودآگاه راهنماي مراجعان در جستجوي معنا به شمار ميرودمراجعان بايد به نداي وجدانشان گوش فرا دهند. اگر چه درمانگران نمي توانند براي مراجعان هدف تعيين كنند، اما مي توانند نمونه هاي متنوعي از تعهد خود در جستجوي معنا را ارائه دهند (نيلسون ، جونز، 2001،ترجمه سروري ، 1383).

**آموزش اهميت قبول مسئوليت براي معنا:**

**1ـ2ـ** فرانكل اين كار را به شكل كمك به مراجعان براي رسيدن به سطح فعاليت بالاتري در زندگي مي بيند. از ديدگاه او زندگي انسان هرگز و تحت هيچ شرايطي از داشتن معنا مستقل نمي شود. مراجعان بايد بدانند كه همواره مسئول يافتن معناي قرار گرفتنشان در موقعيت هاي خاص زندگي منحصر به فرد خود هستند.معنا درماني به مراجعان ياد مي دهد كه زندگي خود را مانند يك امتحان ببينند. از نظر معنا درمانگرهايمذهبي كه با مراجعان مذهبي سروكار دارند اين مرحله يك قدم پيش تر مي رود و به مراجعان توضيح داده مي شود كه نه تنها مسئول كارهاي زندگي خود هستند ، بلكه بايد آنچه را خداوند برايشان مقدر ساخته انجام دهند )محمدپور ،. 1385)

**پرسش از مراجعان درباره معنا :**

**1ـ3ـ** درمانگرها مي توانند از مراجعان خود درباره توانمندي هاي ارزنده شان پرسيده و آنها را در راه يافتن پاسخ كمك كنند. همچنين مي توان از مراجعان خواست معناي نهفته در روابط و رنج هايشان را جستجو كنند )فرانكل ، 1977 ؛ ترجمه تبريزي و علوي نيا ،. 1383).

**گسترش افق هاي فكري در حوزه ي منابع معنا:**

**1ـ4ـ** معنا درمانگران مي توانند به مراجعان كمك كنند تا ديدگاه هاي وسيع تري از منابع معنا در زندگي خود بدست آورند. فرانكل در كار با مراجعي كه زندگي از ديدگاه او پوچ و بي هدف است و اين وضعيت تنها بايافتن شغلي مانند پزشكي يا پرستاري برطرف مي شود اين روش درماني را به كار برد. فرانكل به اوكمك كرد تا دريابد موضوعي كه مي تواند فرصت كسب موفقيت را برايش فراهم كند ، يافتن شغل نيست بلكه نحوه انجام دادن كار مهم است. او در زندگي خصوصي اش فرصتي يافت تا معناي زندگيش را در وجود مادر يا همسرش بيابد (فرانكل ، 1977؛ ترجمه تبريزي و علوي نيا ، 1383).

**توضيح دادن[[41]](#footnote-41) :**

**1ـ5ـ** توضيح اين نكته كه محدوديت ها به وجود انسان معني مي بخشد ، از وظايف معنا درمانگران است.معنادرمانگران به مراجعان آموزش مي دهند تا ياد بگيرند كه محدوديتهاي موجود در قوانين اجتماعي به زندگي انسان معنا مفهوم مي دهد نه اينكه معني زندگي را از انسان مي گيرند (نيلسون، جونز، 2001؛ ترجمه بهفر ، 1384.)

**ضرب المثل هاي پيشنهادي :**

**6ـ1ـ** يكي از ضرب المثل هاي راهبردي فرانكل اين است : «چنان زندگي كن كه گويي بار دومي است كه به دنيا آمده اي تا اشتباهات گذشته ات را جبران كني» چنين ضرب المثل هايي در جلسات درماني بيان مي شوند (نيلسو،جونز، 2001 ؛)( ترجمه بهفر ، 1384).

**استخراج معنا با روش پرسش و پاسخ سقراطي:**

**1ـ7ـ** پرسش هاي سقراطي نياز به بكارگيري تفكر درمانجو دارد. اين كار مستلزم اين است كه به دقت سخناندرمانجورا گوش دهيم تا حدود تفكر او را مشخص نماييم. گفتگوي سقراطي زماني استفاده مي شود كه درمانگر و درمانجو با هم تلاش مي كنند كه معنايي را در زندگي درمانجو كشف كنند. نكته مهم اين استكه اين معنا تعيين شده نيست ، بلكه بايد از زندگي فرد استخراج شود. براي همين درمانگر تفكر درمانجو را به مبارزه مي طلبد. نكته مهم در اينجاست كه نبايستي پرسش گري به اتلاف درماني لطمه بزند. مرحله.بندي فرايند گفتگوي سقراطي عبارت است از :

**1ـ** ابتدا درمانجو مي فهمد كه قرباني شرايط نيست ، هر چند ممكن است علائمي داشته باشد.

**2ـ** تلاش در جهت كمك به درمانجو تا درون مثلث معنا ، معناي خود را پيدا كند.

**3ـ** به رسميت شناختن استقلال و تماميت درمانجو. اين كار از رهگذر كمك به درمانجو براي يافتن راهنماي دروني اش انجام مي گيرد. فرانكل مثال مراجعي را مطرح مي كند كه از زودگذر بودن زندگي رنج مي برد. فرانكل از اين زن خواست تا مردي را پيدا كند كه موفقيت هايش را ستايش كند و مراجع ازپزشك خانواده نام برد. سپس با استفاده از يك سري پرسشها فرانكل زن را به اين حقيقت رساند كه با اينكه دكتر فوت كرده و بسياري از بيماران خدمات وي را فراموش كرده اند ، باز هم ثمر بخشي زندگي او به قوت خود باقيست (محمد پور ،. 1385).

**به كارگيري تشبيهات[[42]](#footnote-42):**

**1ـ8ـ** تمثيل هايي براي آموزش مراجع به كار مي رود ، مثلاً به مراجع آموزش داده مي شود تا زندگيش را چون فيلم سينمايي كه همين حالا برداشته شده تصور كند. فيلمي كه اجازه قطع آن وجود ندارد و هر طوري كه فيلمبرداري شده به همان صورت مي ماند و هرگز تغيير پيدا نمي كند. بدين ترتيب زندگي برگشت ناپذيري به خانه آورده مي شود كه گفته مي شود آنها تنها چيزي را نمي توانند جدا كنند و هيچ چيز نمي تواند بازنگري و تغيير داده شود. با چنين نمونه هايي مي توان ماهيت تغيير ناپذيري زندگي انسان را به مراجع فهماند. مراجعان خود را مجسمه سازاني مي دانند كه براي اتمام كارشان مدت زمان كمي در اختيار دارند اما از زمان اتمام فرصتشان بي خبرند. در جلسات درماني اين استعارات شرح داده مي شوند (فرانكل ،1977؛ ترجمه معارفي ،. 1375 ).

**استخراج معنا از طريق نمايش[[43]](#footnote-43):**

فرانكل مثالي از استخراج معنا از طريق « لوگودرام[[44]](#footnote-44) » يا نمايش مطرح مي كند كه در يك درمان گروهي صورت گرفت. زني كه پس از اقدام به خودكشي در كلينيك فرانكل بستري شده بود ، پسر 11 ساله اش را از دست داده بود و با پسر بزرگترش كه فلج بود زندگي مي كرد. فرانكل در ابتدا از زن ديگري در گروه خواست تا تصور كند 80 ساله است و به زندگي گذشته ي خود در بچگي فكر كند درحاليكه از موفقيت مالي و پرستيژ اجتماعي برخوردار بوده است. او بلافاصله گفت كه زندگي اش هيچ هدفي نداشته است. فرانكل سپس از مادر كودك فلج خواست تا همين شرايط را براي خود فرض كند و اودريافت كه زندگي بسيار پرمعنايي داشته است چرا كه بهترين شرايط ممكن را براي فرزند خود فراهم آورده است )فرانكل، 1955 ؛ ترجمه صبوري و شميم ،. 1381).

**پيشنهاد معنا :**

معنا درمانگرها مي توانند پيشنهاداتي در خصوص معناي موقعيتهاي مختلف زندگي ارائه دهند. فرانكل به مثال پزشك مسن و بسيار افسرده اي اشاره مي كند كه نمي توانست بر اندوه از دست دادن همسر عزيزش كه دو سال پيش فوت كرده بود غلبه كند. فرانكل در ابتدا از او خواست تا تصور كند اگر او زودتر فوت كرده بود چه اتفاقي مي افتاد ؟ دكتر پاسخ داد : « همسرم رنج بسياري مي برد». فرانكل فوري پاسخ داد : مي بينيد دكتر اين رنج بر همسرتان تحميل نشده و اين شمائيد كه او را از اين زجر رها ساخته ايد و البته لازمه اش اين است كه اين تنهايي و غم از دست دادن او را تحمل كنيد )فرانكل ، 1975 ؛ ترجمه صالحيان و ميلاني ،. 1370).

**تجزيه و تحليل رويا [[45]](#footnote-45):**

معنا درمانگرها مي توانند با كاربر روي روياهاي مراجعان آنها را به ضمير هشيارشان نزديك كنند. فرانكل مثال زني را مطرح مي كند كه خواب ديده بود همراه با لباسهاي چرك ، گربه را داخل ماشين لباسشويي انداخته و بعد كه براي گرفتن لباسهاي خود برگشته گربه را مرده پيدا مي كند. اطرافيان به او گفته بودند كه گربه سمبل «فرزند» و «لباس كثيف» نشانه شايعاتي است كه در مورد زندگي عاشقانه دخترش وجود دارد ، كه مادر او نيز در اين مورد مشكوك بود. فرانكل خواب او را هشداري دانست تا مادر باعث آزاردخترش يا ديگران نشود تا در نتيجه آنها را ازدست ندهد. معنا درمانگران مذهبي نيز ممكن است روياها را طوري تفسير كنند تا آنچه در ضميرناخودآگاه است را به خود آگاه افراد بكشند. فرانكل معتقد است بسياري از افراد مذهبي خود را به علت ويژگيهاي خاص نهفته در افكار مذهبي سركوب يا انكار مي كنند (نيلسون، جونز،2001 ؛ ترجمه سروري،1383).

**قصد متضاد( متناقض)[[46]](#footnote-46):**

قصد متضاد از جمله فنون معنا درماني است كه مطابق آن فرد تشويق مي شود تا درست به انجام رفتارهايي بپردازد كه از آنها مي ترسد و از اين رو سعي مي نمايد از موقعيت هايي كه وحشت دارد ، اجتناب نورزد و بدين ترتيب ترس بيماريزا جاي خود را به آرزوي متضاد مي دهد (فرانكل،1977 ؛ ترجمه تبريزي و علوي نيا ،1371.).قصد متضاد به دنبال غلبه بر قصد مفرط است و قصد مفرط يعني اين كه فرد توجه بيش از اندازه براي رسيدن به بعضي از خواسته هايش داشته باشد. استفاده از اين روش براي درمان كوتاه مدت بيماران مبتلا به انواع فوبيا (ترس) و وسواس فكري توصيه مي شود. قصد متضاد بر اضطراب انتظاري[[47]](#footnote-47) فرد تأكيد كرده و عكس العمل بيماران به حوادثي كه وقوع مجددشان برايشان ترسناك است را درمان مي كند. اين موقعيت هاي ترسناك باعث توجه بيش از حد فرد مي شود و در نتيجه فرصت انجام كارهاي روزمره را از بيمار مي گيرد (فرانكل ، 1967 ترجمه معارفي ، 1384.).از بيماران در قصد متضاد خواسته مي شود آنچه را برايشان ترسناك است به درستي و دقيق توضيح دهند.

**در مرحله بعد ترس[[48]](#footnote-48) بيمار :**

با يك آرزوي متناقض با آن جايگزين شده كه باعث مي شود از اهميت ترس كاسته شود. به علاوه ، قصدمتضاد بر حس شوخ طبعي بيمار تأكيد داشته و آن را ابزاري جهت كاهش وابستگي به بيماري مي داند كه فرد با خنديدن به مشكلات به آن مي رسد. اگر چه وسواس هاي فكري هم با ترس همراه هستند ، اما بيشتر ترس از خود است تا «ترس از ترس». آنها از افكار نا آشناي خود مي ترسند با اين حال هر چه بيماران بيشتر با افكار خود بجنگند علايم بيماران شديدتر مي شود. اگر درمانگرها در كمك به بيماران با روش قصد متضاد موفق شده و بتوانند با وسواس فكري آنها مقابله كنند ، علایم خيلي زود ناپديد شده و در نهايتبيمار بهبود مي يابد (پروچسكا؛ ترجمه سيد محمدي .، 1381.)

**انديشه زدايي[[49]](#footnote-49) :**

انديشه زدايي [[50]](#footnote-50)هم مانند قصد متضاد به بيمار كمك مي كند تا علائم بيماري را جدي نگيرد. در اين تكنيك فرد بايد خود را از كاري كه بايد انجام دهد منحرف كند. عدم بازتاب در مقابل خويشتن نگري زياد درباره مسائل جنسي يكي از مثالهاي اين تكنيك است. زني جوان كه در كودكي توسط پدرش مورد تجاوز قرار گرفته بود ، شخصيت خود را بسيار ضعيف و شكننده مي پنداشت و احساس نگراني مي كرد كه در فعاليت هاي جنسي او تأثير بگذارد. به خاطر تأكيد وي روي اثبات زنانگي خود قادر نبود نقش همسري خود را به خوبي انجام دهد. هنگامي كه با استفاده از اين روش توجه از خود را به همسرش معطوف كرد ، توانست بر مشكلاتش فائق آيد. خويشتن نگري زياد درباره بلعيدن مثال بعدي تكنيك انديشه زدايي است. زني كه به خاطر وسواس در بلعيدن مشكل داشت و مي ترسيد كه غذا خوردن باعث خفگي اش شود با اين فرمول بر مشكلاتش پيروز شد : «لازم نيست: نگران بلعيدن غذا باشم ، چون قرار نيست كه من آن را ببلعم بلكه آنخودش اين كار را مي كند». او آموخت كه با اعتماد به سيستم بدني اش مشكل را برطرف كند (نيلسون، 2001؛ ترجمه بهفر ، 1384 و سروري ، 1383.).

**روحانيت پزشكي:**

فرانكل از اصطلاح «روحانيت پزشكي»[[51]](#footnote-51)براي تعيين چگونگي برخورد روان درمانگران با افرادي كه اختلالات روان تني دارند و مشكل بدنيشان قابل درمان نيست استفاده مي كند. فرانكل آن را وظيفه متخصص پزشكي مي دانست تا بوسيله آن بيماران را از جهت رواني آرام نمايد. نبايد روحانيت پزشكي رابا روحانيت كشيشي اشتباه گرفت. معنا درماني در مورد بيماراني كه از افسردگي درون زاد[[52]](#footnote-52) و روانپريشي رنج مي برند با هدف كار برروي بخشهاي سالم بيمار صورت مي گيرد تا نگرش شان را در يافتن معناي زندگي نسبت به رنج بردن تغيير دهند. ته مانده اي از حس آزادي حتي در مبتلايان به روان پريشي نيز وجود دارد و پايه اي ترين هسته ي وجودي اينان ، تحت تأثير سايكوز قرار نمي گيرد. اگر آنها اين باور را پيدا كنند كه تحمل كردن درد كار بي معنايي است ، روحيه خود را تا حد زيادي از دست خواهند داد (فرانكل، 1967؛ ترجمه معارفي ، 1384.).

كار با يك جوان اسكيزوفرني مثال كليدي روحانيت پزشكي است. يك جوان 17 ساله يهودي كه مبتلا باسكيزوفرني بود ، دو سال و نيم در يك كلينيك رواني اسرائيلي بستري بود. اما به ايمان يهودي خود شك كرده بود و خدا را براي متفاوت آفريدن وي با ديگران سرزنش مي كرد. فرانكل به او گفت كه شايد خد از او اين تكليف را خواسته كه مدتي در بيمارستان بستري شود و تحمل كند. جوان گفت به همين خاطر است كه هنوز هم به خدا اعتقاد دارد و شايد خدا بخواهد او خوب شود. فرانكل پاسخ داد : خداوند نه تنها مي خواهد كه شما را شفا دهد بلكه مي خواهد كه شما را از نظر مذهبي و روحاني نيز بالاتر از زمان قبلي از بيماري ات تبديل كند. پس از اين صحبت جوان بصورت اعجاب آوري بهبود يافت و فرانكل ديد كه او معنايي براي زندگي اش پيدا كرده كه نه تنها در تضاد با بيماري اش نيست بلكه بخاطر آن مي باشد(نيلسون، 2001؛ ترجمه بهفر، 1384وسروري ،1383).

**اصلاح نگرش ها[[53]](#footnote-53) :**

اصلاح نگرش ها براي روان آزردگي خردزاد[[54]](#footnote-54) ، افسردگي و اعتياد كه جلوي اراده معطوف به معنا را مي گيرد ، كاربرد دارد. همچنين در كنار آمدن با رنج بردن گريز ناپذير كه ممكن است ناشي از سرنوشت يا بيماري باشد مورد استفاده قرار مي گيرد. به طور كلي اين فن بر تغيير مجدد چارچوب نگرش ها از منفي به مثبت تأكيد مي كند. براي نمونه از درمانجو پرسيده مي شود كه آيا نكته مثبتي در اين موقعيت مي بيند؟ يا چه چيز براي شما در اين موقعيت يك آزادي در دسترس محسوب مي شود (محمد پور ، 1385).

**شوخي و قصص در نظريه فرانكل**

فرانكل غالباً در استفاده از فنوني مثل قصد متضاد ، حس شوخ طلبي افراد را تحريك مي كند. وي همچنين در سخنراني ها ، مقالات و كتابهاي خود اكثراً با طرح داستان خود و افراد ، و نيز مراجعاني كه ديده است ، سعي مي كند از آنها براي روشن شدن مفاهيم خود بهره جويد. فرانكل عنوان مي دارد كه به خوبي ديده شده است كه شوخي بيش از هر چيز ديگري در ساخت بشر ، مي تواند انسان را از شرايط سخت موجود جدا سازد و به او تواني ببخشد تا در برابر هر گونه سختيها و زشتيها برخيزد ، ولو اينكه براي چند ثانيه بوده باشد (فرانكل،1975 ؛ ترجمه صالحيان و ميلاني ،. 1384).

**درمان گروهی سالمندان[[55]](#footnote-55):**

در یک گروه درمانی سالمندان ، تنها ویژگی یک مشاور خوب دوست داشتن سالمندان نیست. سالمندان در گروه ویژگیهای منحصر به فردی دارند از قبیل: به دلیل مشکلات جسمی و روانی،فراخنای توجه برخی از انها ممکن است کوتاه باشد،همچنین برخی از انها کند عمل میکنند.(کوری و کوری،1386).

-سالمندان اغلب داروهایی مصرف میکنند که با عملکرد کامل انها تداخلایجاد میکند.

-سالمندان اغلب بیشتر از مواجه به توجه و تشویق نیاز دارند.

-سالمندان نیاز شدیدی دارند که صحبتهایشان گوش داده شود و احساساتشان درک گردد.

-مضامین مرتبط تر با سالمندان در مقایسه با گروه های سنی دیگر عبارت است از : فقدان- تنهایی و انزوای اجتماعی،فقر،احساس خرد سدن،تلاش برای یافتن معنا در زندگی،وابستگی،احساس بی فایدگی،نا امیدی و یاس،ترس از مرگ و مردن،اندوه ناشی از مرگ دیگران،ناراحتی از تحلیل جسم و ذهن،و افسوس خوردن در مورد گذشته.در درمان گروهی سالمندان،سالمندان عموما" نیازمند توزیح روشن و مشخصی از اهداف خاص گروه و دلایل نفع گروه هستند. سطح اضطراب در گروه سالمندان ممکن است بالا و مستلزم یک ساختار روشن

وتکرار هدفها و تدابیر گروه باشد. زندگی در سرای سالمندان غالبا" برای خصوصی بودن )زندگی خصوصی)(مناسب نیست به همین خاطر ممکن است سالمندان به خاطر ترس از باز گو شدن اسار خوددربین دیگران متفاوت نشان دهند.لذا مشاور باید در تعیین مرزهای راز داری و محرمانه بودن دقت زیادی داشته باشد تا مطمئن شود که اطمینان از بین نخواهد رفت و محیط امنی را برای اعضا فراهم کند. مشاور باید نکاتی را در حین کار با گروهای سالمندان در نظر داشته باشد:

- مراقب باشد که با این افراد به عنوان افرادی ضعیف رفتار نکنید

- مراقب باشید که طرز صحبت کردن با انها را تغییر ندهید. از صحبت کردن با انها به عنوان کودکان خردسال بپرهیزید.

- از شوخی به طور مناسب استفاده کنید. در زمان نا توانی در انجام تکالیف از خندیدن پرهیز کنید،اما وقتی انها بنا به دلایلی می خندند،شما هم بخندید.

- نسبت به شان،هوش،و غرور انها بی احترامی نکنید.

- مشخص کنید تا چه اندازه میتوانید بدون تخلیه ی احساسات کار کنید. و راهی برای ابقای اشتیاق پیدا کنید

- بر این باور نباشید که هر سالمندی دوست دارد که با نام کوچکش خوانده شود(کوری و کوری،.1386).

یکی از مفید ترین گروهایی ویژه سالمندان ،درمان خاطره پردازی یک گروه خاص است.در این گروه اعضا را به یاد اوری و تجربه گذشته تشویق میکنند.این رویکرد درمانی میتواند به سالمندان کمک کند تا پلی بین گذشته و حال بزنند و و شور زندگی را به هستی جاری شان وارد کنند. معنا درمانی زمانی به عنوانفرار به گذشته تلقی می شد.،اما ادبیات این موضوع نشان میدهد که اکنون این روش به عنوان سودمندترینراهبرد درمانی در بهبود یکپارچگی روانی سالمندان است. سینگر،ترازو ورکین یاد اور میشوند که گروهخاطره پردازی به اعضای سالمندان فرصت میدهد تا با افرادی که نگرانیها و تجربه های مشابه دارند ارتباط برقرار کنند . چون افسردگی نسبت به فقدان و تغییرات ،مضمون اساسی در زندگی سالمندان است، بنابر این گروه میتواند مکانامنی برای بیان احساسات تنهایی و نا امیدی انها باشد. روشن است که گروه های خاطره پردازی اجتماعی شدن را که عنصر محوری در غلبه بر انزوا است،تسهیل میکنند. کر نیز اومک ویرتر ازتجربه های زندگی به عنوان راهی برای بر انگیختن اعضا ی گروه جهت یاد اوری و مجسم کردن تجربه های گذشته استفاده میکنند. برخی از مضامین زندگی در چنین گروهایی مانند: خاطرات کودکی،زندگی شغلی،فشارروانی و مباحث جنسی میباشند.(کوری و کوری. 1386).

نکاتی در رابطه با اختلالات روانی در سالمندان:

از هر 5سالمند یک سالمند داری اختلالات روانی مشخص و معنا داری است. این رقم شامل 16% بیماریهای روانپزشکی اولیه و 3% دمانس که به همراه نشانه های روانپزشکی و وخیمتر میشوند.اختلالات افسردگی واضطراب رایجترین مشکلات سلامت روان در بین افراد سالمند است. که به ترتیب در حدود 3 تا 7 درصدو 11 درصد جمعیت کلی افراد سالمند را مبتلا میکند. شیوع علایم اضطراب در بین افراد سالمند می تواند به میزان 20 درصد هم برسد.براورد ها نشان میدهد که در 8-16% افراد سالمند ساکن در خانه سالمندان، 15 تا 20 در صد افرادی که خدمات مراقبتی اولیه دریافت میکنند و 25تا33درصد افراد سالمندی که در یک بیمارستان مراقبتی حاد به سر میبرند و بیش از50 درصد افراد سالمندی که تسهیلات مراقبتی درازمدتدریافت میکنند ،دارایی افسردگی خفیف ند .(حیدرنیا،1387).شیوع اختلالات روانی دیگر در میان افراد سالمند از قبیل اسکیزو فرنی و اختلالات دو قطبی بسیار پایین کمتراز یک درصد)میباشد،که گرچه این اختلالات ،اسیبهای کارکردی معنا داری را به افراد سالمند میرساند.(حیدرنیا،1387).

**روشهای پیشگیری از افسردگی[[56]](#footnote-56) وتنهای[[57]](#footnote-57) در سالمندان:**

ورزش: یافته های حداقل دو برنامه نشان میدهد که ورزش میتواند به پیشگیری ازتنهای در سالمندان کمک کند. والس و کلیگس یک مداخله ی چند مولفه ای در شرکت گنندهای یک ویزیت 30-60 دقیقه ای به همراه یک پرستار در یک مرکز سالمندی مورد ارزیابی قرار داده اند.، تا عوامل خطر برای عدم توانایی(ناتوانی)را بررسی کنند. همچنین یک برنامه ورزشی تحت نظارت را معرفی کنند. این ویزیت برای عادتهای فعلی ورزشی ، الکل و استفده از تنباکو،عادتهای رژیمی،ونیز بر موضوعات سلامت محیط خانه و خانواده تمرکز دارد. پرستار از طریق تلفن با ازمودنیها تماس داشت تا روند اهداف پروژه بررسی شود. و نیز تغییر رفتار پیوسته بود که بوسیله ی یک مربی ورزشی آموزش دیده رهبری میشد. (چیا جونگ[[58]](#footnote-58)و همکاران ، 2010).

پیامدهای مثبت شامل عملکرد سلامتی بهبود یافته و کاهش علایم افسردگی مطالعه دوم که توسط پنینکس و کلیگس اداره میشد، در ان اثر بخشی ورزش در جلوگیری از افسردگی افراد سالمند دارای آرتریت ارزیابی شد، پنینکس و کلیگس به مدت 3ماه مقایسه ای انجام دادند. بین گروهی که برنامه مقاومتی یا ایروبیک دریافت میکردند با گروهی کنترلی که فقط آموزش مدیریت ارتریت دریافت میکردند. برنامه ورزشی ایروبیک مشتمل بود بر برنامه پیاده روی داخل سالن که تحت نظارت رهبر ورزشی به دفعات 3 بار در هفته و به مدت 1 ساعت، اداره میشد برنامه های ورزشی ایروبیک و مقاومتی هر کدام به مدت 14 ماه به صورت برنامه ورزشی خانگی با حمایت نظارت یک رهبر ورزشی پی گیری شد.ارزیابی این برنامه ها نشان داد ،که ورزش ایروبیک (نه ورزش مقاومتی)به طور معنا داری علایم افسردگی را کاهش داد. یافته های تحقیق حاظر نه تنها از تحقیق قبلی حمایت میکرد یعنی = ورزش یک درمان اثر بخش برای افسردگی اواخر زندگی است، بلکه مزیت های ورزش در پیشگیری از نشانه های افسردگی در افراد سالمند غیر افسرده هم در این تحقیقات شرح داده شد.

**1.کلاسهای آموزشی :**

چندین برنامه اموزشی اثر بخش کلاسهای اموزشی در پیشگیری از افسردگی وتنهای افراد سالمند را ارزیابی کرده اند. یک کلاس اموزشی ارتریت 10هفته ای که همراه با کاهش معناداری در نشانه ها ی افسردگی بود. درمقایسه با یک گروه کنترل به مدت 2سال ارزیابی و پیشگیری شد. مدت 6 هفته که با یک گروه حمایتی با میزان افسردگی پایین ترکیب شده بودند، به مدت 2 سال با یک گروه کنترل مقایسه و پیگیری شد.و در اخر کلاسهای درس و دوره های چند مولفه ای ذهن- بدن که بصورت خانگی یعنی خارج از کلاس های رسمی درس بودند، از قبیل اموزش ارام سازی – تغییرات شناختی – حل مسئله –ارتباط – درمان رفتارهای بی خوابی – تغذیه و ورزش – و دستورالعمل روابط مابین ذهن – بدن ،همگی با کاهش درعلائم افسردگی و اضطراب در مقایسه با گروه کنترل همراه بود )چیا جونگ و همکاران،2010).

**2:مرور زندگی[[59]](#footnote-59):**

زاسنیسکی و کلیگس اثر بخشی معنا درمانی در کاهش عواطف منفی در افراد سالمند ساکن در مجتمع های بازنشستگی را بررسی کردند. برنامه،بازتابهای خود افراد سالمند را در قالب فیلم و برنامه به انها نشان میداد.این برنامه اعضای یک مجتمع بازنشستگی را در بر میگرفت که به مدت یک دوره 8هفته ای و هر قفته دو ساعت ویزیت را شامل میشوند.

**-نظریهای روانی – اجتماعی دوران پیری:**

یکی از نظریه های رشد روانی – اجتماعی دوران پیری نظریه روانی اجتماعی اریک اریکسون میباشد. در هشت مرحله رشد روانی- اجتماعی اریک اریکسون که شامل )طفولیت\*اوان کودکی\*سن بازی\*سن مدرسه\*نو جوانی \*مرحله جوانی \* میانه سالی \* مرحله پختگی \* عروج یا یک پارچگی خود در مقابل نامید=خردمندی(65سال به بعد) این مرحله از دیدگاه اریکسون اخرین مرحله در نردبان رشد است و زمانیکه خود در پایان فعالیت ها و کوشش های زندگی است. .و میتواند گذشته را جمع بندی کند(ابوالقاسمی،1386).در این مرحله،مسائل مختلفی مانند از دست دادن قدرت و سلامتی جسمی ، بازنشستگی،بیکاری،کم شدن درامد،از دست دادن اقوام و دوستان و احتیاج به برقراری مجدد ارتباط اجتماعی و روانی با دیگران. به خصوص باهمسالان نمودار میشود. به نظر اریکسون،فرد در این دوره از زندگی،دچار بحران روانی اجتماعی چندانی نمیشود و بیشتر به جمع بندی،ارزیابی و مرتبط نمودن تجارب مراحل مختلف تکامل ایگو در گذشته،مشغول میشوداین رون را اریکسون عروج یا یکپارچگی خود مینامد. این احساس عروج خود با نگاه کردن به گذشته درابعادمانند ازدواج ،شغل، پیشرفت های اجتماعی و فکری و غیره حاصل میشود. شخصی که از خود احساس رضایت نماید از مرگ نمی ترسد چرا که تداوم زندگی خود را د رخلاقیت های خود و یا زندگی نسلهای بعدی می بیند. افرادی که روند عروج خود را نمیگذرانند ،از مرگ میترسند ، شدیدا" احساس شکست میکنند . دائم ار ایند ه میترسند و همواره حسرت زندگی بهتر در گذشته را میخورند. تلخی،احساس پشیمانی و شکست ممکن است فرد را به کهولت زودرس ،افسردگی،خود بیما ر انگاری ،واکنشهای پارانوئیدی و نوسانهای خلقی دچار سازد(ابولقاسمی،1386).

**نظریه های دیگر رشد روانی اجتماعی دوران پیری:**

**1**.نظریه پردازان دیگر ،دیدگاه اریکسون را در مورد اواخر بزرگسالی یا دوران پیری مانند مراحل اول و وسط بزرگسالی اوروشن و اصلاح کرده اند و تکالیف رشد،فرایند های تفکر ،و فعالیتهایی را که به انسجام من یا خویشتن کمک میکنند ،مشخص نموده اند.همه قبول دارند که رشد موفقیت آمیز و ثمر بخش در سالهای آخر زندگی ،انسجام و تعمق بیشتر شخصیت را در بر دارد.(ابوالقاسمی،.1386)

**.نظریه پک:[[60]](#footnote-60)سه تکلیف انسجام من یا خویشتن[[61]](#footnote-61):**

به عقیده رابرت پک تعرض انسجام من در برابر نا امیدی اریکسون از یه تکلیف مجزا تشکیل میشود.برای اینکه انسجام ایجاد شود ،هر یک از یاین تکالیف را باید انجام داد:

**الف**:تمایز من در برابر دل مشغولی به کار-نقش: این تکلیف از باز نشستگی حاصل میشود و افراد سالخورده ای که شدیدا"خود را وقف شغلشان کرده اند ملزم میدارد راهای دیگری برای تامین کردناحساس ارزشمندی پیداکنند.کسی که برای انسجام تلاش میکند باید یک رشته نقشهای خانوادگی ،دوستی اجتماعی را متمایز کند که به اندازه شغل او رضایت بخش باشند.

**ب**- استعلای بدن در برابر دل مشغولی بدن: پیری تغیراتی را در ظاهر و ضعفهایی را در تواناییهای جسمانی و مقاومت دربرابر بیماریها به همراه دارد. برای کسانی که سلامت روانی شان شدیدا"به حالت بدنشان وابسته است ،دوران پیری میتواند دوران سختی باشد. سالخوردگان باید با تاکید بر توانایی هایشناختی و اجتماعی خود، محدودیتهای جسمی شان را تعالی بخشند.

**ج**- استعلای من در برابر دل مشغولی: در حالی که افراد میانسال میپذیرند که زندگی متناهی است،سالخوردگان با مرگ خواهر برادرها و دوستان و همسالان د رجامعه شان ،به خود یاد اور میشوند که مرگ قطعی است. انها باید از طریق سرمایه گذاری د راینده ای طولانی تر به جای عمر خودشان ،راه سازنده ای را برای مواجه شدن با این واقعیت پیدا کنند. اگرچه سالهای زاینده ی اوایل و اواسط بزرگسالی افراد را برای پیری رضایت بخش اماده می سازد ،ولی دستیابی به انسجام من ،مسلزم تلاش مستمر در جهت ایمن تر ،هدفمند تر،و خوشنود کنند ه تر ساختن زندگی برای کسانی است که بعد از مرگ فرد زندگی میکنند.

در نظریه پک،سالخوردگان برای انسجام من باید از زندگی شغلی ،بدن و هویت مجزایشان فراتر روند.انها باید از خردمندی خود کمک بگیرندو طوری به فکر دیگران باشند که زندگی انها را بهتر کند. موفقیت انها بر حالت درونی رضایت خاطر انها و تا سودمندی که بر دیگران می گذارند ،آشکار است)نیک روان مفرد،.1387).

**. نظریه لابو وی- ویف:[[62]](#footnote-62) خبر گری هیجانی:**

به نظر لابووی-ویف در اوایل بزرگ سالی) تفکر انتزاعی[[63]](#footnote-63) (عمل گرایانه[[64]](#footnote-64)،یعنی ابزاریبرای حل کردن مشکلات،واقعی میشود.لابووی- ویف درباره ی رشد استدلال در زمینه ی هیجان نیز تحقیق کرده است. او معتقد است افراد سالخورده و اهایی که از لحاظ روانی پخته هستند، از احساسات خود بیشتر خبر دارند. انها در نتیجه فکر کردن به تجربیات زندگی و استفاده از راهبردهای مقابله ای که سر شار از اگاهی هیجانی است ، واکنش های هیجانی را به صورت پیچیده تری توصیف میکنند. برای مثال،در یک تحقیق مشخص شد عصبانیت و غمگینی فنی تر عمل میکنند.مثلا میگفتند:<آدرنالیم بالا بود>. یا <ضربان قلبم تند شده بود>و در ضمن انها میگفتند که چگونه باید احساس میکردند نه اینکه چه احساسی داشتند.در مقابل سالخوردگان در توصیف تجربیات شخصی،جنبه های ذهنی و عینی هیجان را با هم ترکیب میکردند. یک نمونه اینگونه گفته بود:<قلبم میدرخشید و نور خورشید را در ان احساس میکردم هنگام ازدواج،شمعها در حال بر افروختن بودندو....>فراست و هوشمندی هیجانی سالخوردگان به انها کمک میکند تا تعبیرهای هیجانی را از جنبه های عینی موقعیتها به نحوی کار امدتر از جوانان ، تفکیک کنند. در نتیجه راهبردهای مقابله کردن انها معمولا به این صورت است که قبل از تصمیم گیری درباره ی یک اقدام ، باید مطمئن شوند تمایلات انها کاملا درک شده است.(شجاعی،1378.).سالخوردگان دوره های تعمق شدید نیز داشته اندو بهتر میتوانند رویدادهای ناگوار را با نگرشی مثبت تعبیر کنند. یعنی عواملی میتوانند به خویشتن پذیری جدا نشدنی از انسجام من کمک کنند. در مجموع دست اورد روانی – اجتماعی مهم در اواخر زندگی ،خیره شدن در پردازش اطلاعات هیجانی و پرداختن به خود گردانی هیجانی است.(شجاعی،1378).

**.نظریه رابرت باتل[[65]](#footnote-65)ردرمورد سالمندان:**

وقتی که به سالخوردگان فکر میکنیم اغلب انها را طوری در نظر میگیریم که به یاد گذشته ها هستند به طوری که خاطراتی درباره ی افراد و رویدادهای گذشته خود نقل میکنند. و افکار و احساسات همراه با انها را بر زبان می اورند.در حقیقت تصویر سالخوردگان به صورت افرادی که به یاد گذشته هستند به قدری فراگیر است که در بین کلیشه های منفی پیری قرار میگیرد . دیدگاه رایج این است که سالخوردگان برای گریختن از واقعیت های اینده نزدیک و نزدیک بودن به مرگ در گذشته زندگی میکنند.پژوهشگران هنوز کاملا نمی دانند چرا سالخوردگان بیشتر از جوانان از گذشته یاد میکنند ولی نظریه وپژوهش فعلی حاکی از ان است که اندیشیدن به گذشته میتواند مثبت و انطباقی باشد. به عقیده رابرت باتلراغلب سالخوردگان به عنوان بخشی از دستیابی به انسجام من ،جلوگیری از یاس و نا امیدی ،پذیرفتن پایان عمربه مرور زندگی میپردازند.دیدگاهای باتلر به قدری با نفوذ شده است که خیلی از درمان گران،سالخوردگان را ترغیب میکنند برای مرور زندگی به یاد اوری گذشته ها بپردازند.یاد اوری گذشته باعث رضایت از زندگی میشود.(ساتو اشیدا،.2000).

گرچه مرور کردن زندگی معمولا موجب خود اگاهی و عزت نفس می شود ولی خیلی از سالخوردگان وقت زیادی را صرف ارزیابی گذشته خود نمی کنند. عوامل متعددی خاطرات رویدادهای دور را تیره میکنند که شخصیت،تجربیات بعدی زندگی،زمان و ماهیت خود رویدادهااز جمله انها هستند.سالخوردگان مایوس به احتمال زیاد ، رویدادهای ناگوار گذشته را یاد اوری میکنند و برخی از کمک دیگران به مشخص کردن جنبه های ارزشمند زندگی بهرمند میشوند.(حیدر نیا،.1378).یاد اوری گذشته در سن پیری ،علاوه بر مرور زندگی ، وظایف دیگری نیز بر عهده دارد. سالخوردگان شاید با این علت از گذشته خود یاد میکنند که دیگران اعم از متخصصان خدمات اجتماعی تا نوه ها و برههای کنجکاو از انها میخواهند این کار را انجام دهند. زمانی که سالخوردگان درباره تجربیات گذشته بحث میکنند نیاز های اجتماعی خود از قبیل برقراری روابط دوستی و تایید شدن توسط دیگران را براورده میسازند.

سرانجام اینکه یاد اوری گذشته هم درمورد جوانان و هم سالخوردگان اغلب هنگام انتقال زندگی روی میدهد. (نیکروان فرد،1378.).فرد سالخورده ای که اخیرا" باز نشست شده ،بیوه شده،یا به محل جدیدی نقل مکان کرده است شاید برای حفظ کردن احساس تداوم و پیوند شخصی به گذشته روی اورد. در واقع سالخوردگانی که احساس میکنند زدنگی فعلی شان دستخوش حوادث شده است به دفعات بیشتری از گذشته یاد میکنند تا به این طریق احساس ارزشمندی و هدفمندی را دوباره بازیابند .(ابراهیمی،1378).

**.نظریه بازسازی اجتماعی[[66]](#footnote-66) در سالمندان:**

این نظریه نیز یکی از نظریه های سالمندی است که به توصیف نقش جامعه در خوپندار سالمندی می پردازد و روشهایی برای خنثی سازی این دوره معیوب پیشنهاد میکند. کای پرس ونبگستون از مدل شکست اجتماعی تدوین شده توسط زوسمان استفاده کردند.تا نشان دهند جامعه ما سبب بیدار شدن تغییرات منفی در خود پنداره افراد سالم میشود . در نظریه چهار مرحله را میتوان شمرد:جامعه ما نقش سالمند را از او میگیرد ، اطلاعات هنجاری و رهنمود های اندکی به او ارائه و او را از گروه های مرجع محروم میکند. به طوری که سالمند این احساس را که چه کسی است و چه نقشی دارد ازدست میدهد. سپس جامعه به عنوان فرد فاقد صلاحیت ومعیوب به او برچسب منفی میزند. جامعه سالمندرا از فرصت کاربرد مهارتهای خود محروم میکند ،و این امر به نوبه خود سبب تحلیل رفتن این مهارت ها میشود.

سالمند این برچسب خارجی را می پذیرد ،با ان عنوان فردی ناپسند همانند سازی می کند و رفتار خود را با انچه از او انتظار میرود تطبیق میدهد و صحنه را برای دوری معیوب اماده میسازد،بر اساس نظریه بازسازیه اجتماعی کایپرس و بنگستون ،افراد میتوانند این نظام را تغییر دهند ودور معیوب سه کنش در درهم شکنند. نخست باید این تفکر را کار منبع اصلی ارزشمندی است ریشه کن کنیم. افراد را بر اسا س منش ،شخصیت و انسانیتشان داوری کرد،دوم اینکه خدمات اجتماعی،مسکن،مراقبتهای بهداشتی و وضعیت مالی سالمندان را باید اصلاح کرد و بالاخره باید برای خود گردانی به سالمندانم قدرت بیشتری بدهیم (نیک روان فرد،1378).

خط مشی ها و برنامه های سیاسی و اجتماعی موثر بر زندگی سالمندان باید توسط خود انان تعیین شود. از این طریق انان میتوانند احساس اعتماد به نفس و خود ارزشمندی بیشتری یافته و به حفظ کارایی و خدمات اجتماعی خود کمک کنند.(دادستان،.1382).

**.نظریه جداسازی سالمندی:**

این نظریه را در اغاز کامینگز و هندی صورت بندی کردند. این نظریه میگوید که با نزدیک شدن ورود افراد به دوره ی سالمندی ،گرایش طبیعی برای کناره جویی اجتماعی و روانشناختی محیط در انان پدید میاید و طبق این نظریه افراد سالمند عملا از فعالیت های اجتماعی خارج از خانه خود راکنار میکشند و ارتباط خود را با دیگران کاهش میدهند این جداسازی سبب تقویت رضایتمندی زندگی با افزایش سن میشود(ییلاق بیگی،.1388)

لذا با بالا رفتن سن توانایی تقسیم شدن سلولها کمتر میشود. هایفلک براساس شیوه تقسیم سلول ، نهایی عمر انسان را 120 سال تخمین میزند. دانشمندان در دهه گذشته سعی کردن علت از دست رفتن توانایی تقسیم سلولها را پیدا کنند. علت احتمالا ته کروموزوم هاست... هر بار که سلولی تقسیم میشود تلوموس که محافظ انتها کروموزومها ست کوتاه تر میشود. تلوموسها پس از حدود 100 بار خیلی کم می شوندو سلول توان تولید مثل خود را از دست میدهد. در یکی از مطالعات معلوم شده است که کاهش تلوموس برا اثرگذشت عمر با عدم توانایی کنار امدن با استرس و افزایش سرطان رابطه دارد.)جونز،2003)

**نظریه های زیست شناختی[[67]](#footnote-67) پیری:**

طی سالیان متمادی بسیاری از نظریه های پیری بر مبنا فرسودگی،از کار افتادگی و افزایش انتروپی[[68]](#footnote-68)بودند.انتروپی یک واژه ترمودینامیکی است که توسط شیمی – فیزیکدانان جهت تشریح وضعیت بی نظمی و تعادل در دستگاه ها بکار می رود دستگاها تمایل به بی نظمی دارند. از این دیدگاه حیات را باید همواره در حال مبارزه با انتروپی دانست و در این میان پیری عبارت است از پیروزی تدریجی انتروپی . (نویان شرف،1387).بر اساس نظریه دیگر تحت عنوان نظریه از کار افتادگی ،هر جانداریدارای سهمیه ویژه برای زیست است. یک ساعت پیری که ویژگی ان شناخته شده است در اولین روزهای حیاط طوری برنامه ریزی می شود که در طی حیاط فرد با نظم و قانون مندی کار میکند. ولی به تریج او را به سمت پیری و مرگ میبرد. بر اساس نظریه رادیکالی ازاد ، رادیکالهای احیا شده در اکسیژن که طی متابولیسم هوازی به طورگاه و بی گاه و غیر قابل کنترل تولید میشود.واکنشهای زیان باری که زمینه پیری هستند آغاز میگردند. نکته اصلی در این نظریه این است که پیریرا یک فرایند سراسر تصادفی میدانند چون آسیبی که پیری شدن شود به طور پراکنده حادث میگردد در نتیجه پیری باید پدیده ای باشد که به طور تصادفی هدایت می شود.(نویدیان شرف،.1387).نظریه های زیست شناختی زیادی در مورد پیری مطرح شده است ولی دو نظریه بیشتر مورد توجه قرارگرفته اند:یکی نظریه ساعت سلولی و دیگری نظریه رادیکال آزاد. هردو نظریه علت پیری را در درون سلولها جستجو میکنند. در نظری ساعت سلولی ائونارد هایفلیک ،گفته می شود که سلولها حداکثر حدودا" میتوانند 100مرتبه تقسیم شوند

**اختلالات روانی سالمندی:**

وابسته به انستیتو ملی بهداشت روانی این نتیجه را به دست اورد که شایعترین اختلالات روانی سنین پیری عبارت اند از اختلالات افسردگی،اختلالات شناختی،اختلالات فوبیها و اختلالات مصرف الکل. سالمندان همچنین در خطر بالاتر خودکشی و علائم روانی ناشی از دارو هستند. بسیاری از اختلالات روانیسالمندی قابل پیشگیری تخفیف یا برگشت هستند.عوامل خطر سازی روانی- اجتماعی نیز سالمندان را نسبت به اختلالات روانی اسیب پذیر می سازند(چاووهمکاران،2000).این عوامل مشتمل اند بر از دست دادن نقش های اجتماعی ، از دست دادن خود مختاری، مرگ دوستان و بستگان،افت تندرستی،افزایش انزوا،محدودیت های مالی،و کاهش عملکرد شناختی.بسیاری از دارو ها نیز میتوانند در افراد مسن علائم روانی بوجود اورند ای ن علائم در نتیجه تغییرات وابسته به سن را در جذب دارو ،اگر دارو یا دوز دارو خیلی بالاتر تجویز شده است اگر بیمار دستورات را رعایت نکرده و داروهارا بیشتر از میزان تجویز شده مصرف نموده باشد،اگر حساسیت خاص به دارو داشته باشد یا رژیم های دارویی متناقض توسط پزشکان مختلف تجویز شده باشد پدید می ایند. تقریبا طیف کامل اختلالات روانی ممکن است از دارو ها ناشی شوند.(ارنست بهل میجر،2007).

**سالمندی و اواخر بزرگسالی:((نیمرخ بزرگسال سالخورده)):**

با افزایش سن انتطار در سراسرجهان و تغییردید و چشم اندازهای مربوط به مفهوم و گسترده پیری ودرنتیجه کوشش در راه اعاده قسمت مهمی از پیری به گستره بزرگسالی ، مولفان در تعارض یک مرزبندی ظریف و قابل بحث قرار گرفته اند،به همین دلیل است که متمایز ساختن و هله های واقعا" پایانی پیری از بخشی از زندگی بزرگسالی که در سر اشیب پیری طی میشود کار اسانی نیست. در نتیجه بین این گستره ی پایانی بزرگسالی یا سالخوردگی و گستره پایانی به عنوان پیری به معنای محدود کلمه فراموشی ها و هم پوشی ها ی متعددی به ناچار رخ خواهند نمود.آنچه مسلم است این است که تحول در اخرین سالهای زندگی ادامه میابد و اگر انسان در بخشی پایانی بزرگسالی شاهد تقلیل ظرفیتهای بدنی خویشتن است .همواره توانایی و میل مهار کردن محیط اطراف خود را حفظ میکند و اگر پاره ای از افرادی را دوست داشته از دست داده است اما هنوز به دوست داشتن و نیاز به اینکه او را دوست بدارند در وجود او بیدار است. بخش پایانی بزرگ سالی که به برکت بهبود مداوم مراقبتهای پزشکی ،تغذیه و محیط جسمانی به تعداد بیشتری از افراد امی فرصت میدهدکه به دهه هفتاد ،هشتاد و حتی نود قدم بگذارند،هدیه قرن بیستم است (ییلاق بیگی،1388).با این همه پدیده ی پیری با مقیاس جهانی امری حساس است تخمین های جمعیت شناختی در غرب حاکیاز این بوده است که در فاصله سال 1970 تعدادافراد مسن دو برابرمیشود و در پایان قرن حاضر 15 درصد جمعیت جهان را افراد بالای 65 سال تشکیل خواهند داد.(کراز،.1386).

**پختگی[[69]](#footnote-69) پایان دوره بزرگسالی:**

معنای پیری را عمدتا" فرهنگ تعیین میکنددر فرهنگهای زندگی و مرگ جزء چرخه زندگی محسوب میشوند و در درون تجربه انسانی قرار میگیرند. پیری رسیدن به خردمندی و فرزانگی است . در فرهنگ غربی که پیری و مرگ از مهار فرد میگریزند برای بسیاری از افراد وقوع آنها به موجودیت ادمی است و در نتیجه پیر شدن پابر لب گور گذاردن است. به چند اسطوره در مورد پیری که پی نقل میکنیم نمیتوان چندان اعتنا کرد : اول انکه سن تقوی خود گویای سن بدنی است دوم انکه کهولت امری اجتناب ناپذیر است.سوم انکه پیران فاقد بهره وری هستند یا دیگر مولد نیستند و اخر انکه پیران در مقابل تغییر مقاومت میکنند.نمونه های گوناگون و فراوانی در هر یک از زمینه ها خلاف این افکار قالبی را نشان میدهند و "سنزدگی" یا ادراک منفی نسبت به شخص بزرگسالان ساخته و پرداخته مجموعه ای از رفتار ها و عادات فرهنگی است. امید و تقوا که با نو امیدی در تضاد ند معرفبزرگسال پخته اند.،بزرگسالی که با موفقیت زندگی کرده و با خوشبختی پیر شده است. امید ، فرد را در بسیج نیروهای خود و افزایش ظرفیت های مقابله با تغییرات یاری میدهد. وقتی کسی خود را به دامان نومیدی بسپرد میل به زندگی را از دست میدهد.(محتشمی،.1380).

**ظرفیتهای جدید تحولی:**

از نظر متخصصان بررسی تحول چرخه زندگی از نطفه تا مرگ ،نسبت به این نکته آگاهی وجود دارد که پیری یک دوره طبیعی تکامل فرد محسوب میشود و ویژگیهای خاص خود و هدفهای خاص تحول را در بر دارد وظایف تحولی اخرین سالهای زندگی نسبت به سالهای قبل شخصی ترند عمده ترین وظایف تحولی برخلاف دوره های کودکی ،نوجوانی و اغاز بزرگسالی و میانسالی عبارت اند از پذیرش واقعیت زندگی خود ضمن تسریع و تعمیق ان(منصور.،1382).

-سود جستن از تجارب قبلی خود برای مقابله با تغییرات و نا رساییهای شخصی.

-خود را با تقلیل نیروها و سلامت بدنی خود همساز کردن

-از دست دادن همسر را پذیرفتن

-همنوا شدن با بدن خود لطافتها و گیراییهای گذشته را از دست داده است.

در هفتاد سالگی مسءله اصلی باز هم تحقق دادن زندگی خود به بهترین وجه ممکن است. بالاخره باید نظم نوین این "سرزمین بیگانه"که چند صباحی باید در ان زندگی کرد ،تن داد "تمامیت شخصی"،"تحقق خویشتن"،و اصطلاحاتی از این دست که در نظریه های مختلف می بیند برای توجیه وظایف تحوی به کار میروند.پاره ای از افراد این گستره پایانی بزرگسالی ،فعال و پاره ای دیگر در این گستره غیر فعال اند. اما هر دو دسته میتوانند به صورت رضایت بخش این دوره را به پایان برسانند(ابوالقاسمی،.1386)

**تغییرات در سطح تغییرات بدنی:**

در حال که پیری برای عده ای از دانشمندان یک برنامه ژنتیک است سلول های انسان تقریبا" بیش از 50 بار ظرفیت تکثیر ندارند.و این محدودیت خود تعیین کنندهی چرخه ی حیاطی است و بندرت از 110 سالفراتر میرود.برای پاره ای دیگر پیری فرسایش است و سلولهای انسان در این فرایند فرسایش ظرفیت ترمیمی خود را از دست میدهند و دیگر نمی توانند عناصر صدمه دیده ی خود را بازسازی کنند و در نتیجهمیمیرند و بخصوص سلولهای مغز و قلب وقتی صدمه دیده باشند میمیرند، دیگر تجدید حیات برای انها ممکن نیست ودر نتیجه از بین میروند.(نویان شرف،.1387).

با این همه پیری بدنی در حد قابل ملاحظه ای در افراد متفاوت است.در پایان سن بزرگسالی موها کاملا سفید میشوند و تعداد انها نیز کاهش میابد . در حالی که موهای سر خلوت میشوند برای نخستین بار موها بر روی چانه زنان پیر میروید . پوست رطوبت و انعطاف طبیعی خود را از دست میدهد و هر روز بیش از پیش دارای چین و چروک میشود . ساختار چندان د ستخوش تغییراتی می شود و قسمت پایین صورت را کوتاه تر میکند. بینی کشیده تر میشود و حالت نرمی پوست در حول و حوش چانه کاهش میابد . پلک ها ضعیف تر میشوند ودر زیر چشمها گودی ایجاد میشود. از انجا که از شصت سالگی به بعد استخوان بندی بدن تغییر می کندافراد ادمی کوچکتر میشوند . سینه زنان و مردان نسبت به سی سالگی از پهنای کمتری برخوردار خواهد بود.شاهها باریک میشوند و کفل پهن تر. عضلات بر اثر فقدان تمرین تکیده میشوند. مفاصل تنبل و دیر خیز. نیرومندی و چالاکی ادمی دستخوش نقصان میگردد. قسمتهای محکم استخوان اسفنجی و شکننده خواهند شدو اسانتر از گذشته فرد خواهد شد. اگر قلب در حالتاستراحت به خوبی گذشته کار میکند ،اما درشرایط هیجان به سهولت گذشته وضع طبیعی خود را باز نمیابد و به زمان بیشتری نیاز دارد. افراد مسن اغلب از سرد بودن اتاقی که جوان ها در ان خود را راحت میپندارند شکایت دارند. دستگاه گردش خون باسرعت گذشته خون را در بدن به گردش در نمی اورند. سرخرگها ضخیمتر میشوند و فشار خون افزایش می یابد در 85 سالگی ریه ها به سه پنجم هجم اکسیژنی که در 25 سالگی گنجایش ان را داشتها دست می یابند . در نتیجه این کمبود اکسیژن از انرژی کمتری برخوردار میشوند ،حواس در سالخوردگی کمتر از پیش تیزند: دیدن،شنیدن،لمس کردن،چشیدن،بوئیدن کمتر از گذشته حساس اند.به رغم تغییرات بدنی ، بسیاری از اشخاص میتوانند از سلامت خوبی برخوردار باشند و ذوق و علاقه به زندگی را تا 80 سالگی و پس از ان در خود زنده نگه دارند.از نظر جنسی باید گفت ،انسانها در تمام طول زندگی از ظرفیت جنسی خود برخوردارند در اخرین سالهای زندگی تغییراتی در اعضای جنسی به وقوع می پیوندد ولی به نظر ماسترز و (جانسون. 1968)این تغییرات سطح تجربه جنسی را تغییر میدهد اما به ناتوانی جنسی منتهی نمی شوند. ضرب اهنگ فعالیت و ابزار تمایل جنسی به فعالیت جنسی فرد در جوانی بستگی دارد.

قاعده[[70]](#footnote-70)((کسی که از ان استفاده نکند بازنده است ،وصف ماهیت جنسی در طول زندگی است))هرچه زندگی جنسی مرد غنی تر و شادی آفرین تر بوده است،بیشتر ادامه میابد.(ترکاشوند،.1388).

**روی آورد فعالیت[[71]](#footnote-71):**

روی اوردی است که بر اساس آن سالخورده خود را همچنان فعال نگه میدارد. بنابر این سالخورده ای بهتر از همه پیر میشود که تا انجا که ممکن است مثل گذشته به زندگی خود ادامه میدهد. در این صورت به حداکثر فعالیت دست میزند. و برای هر نقش از دست رفته ای جانشینی میابد و در نتیجه به بیشترین سرچشمه های رضایت دست میابد.

**روی آورد عدم تعهد:**

حکایت از ان دارد که پیر شدن با عدم تعهد متقابل فرد و جامعه همراه است .شخص سالخورده فعالیتها و تعهدات

خود را عمدا" تقلیل میدهد و به نظر میرسد که جامعه این کناره گیری را ترغیب میکند. عدم تعهد در این رویاورد امری طبیعی است و با مشغولیهای فزاینده خود نسبت به شخص خویش و امادگی عاطفی کمتری در رویایی

با دیگران همت می گمارد.

**مناسبت درون نسلی،سالخوردگان در شرایط مختلفی به سر میبرند:**

گروهی هنوز در کنار همسر خود زندگی میکنند و از تداوم ازدواج برخوردارند. پاره ای در گروه بیوه گان قرار میگیرند و از دست دادن همسر انها را در احساس سالخوردگی غوطه ور میسازد. چه تا زمانی که یک سالخورده همسر خود را از دست نداده است خود را چندان پیر نمی پندارد. طلاق گرفتن در سالهای پایانی زندگی نیز یکی از شوق زندگی است . برخی از سالخوردگان تجدید فراش می کنند و این امر بیش از پیش در جوامع رواج یافته است.(ییلاق بیگی.،1388).

وبالاخره تک زیستی،در شکل سالخوردگانی که اعم از مرد یا زن هرگز ازدواج نکرده اند یکی دیگر ازمشکلات زندگی در این دوره است. تنها ده درصد از مردان و پانزده درصد از زنان ،در این سطح اززندگی به تک زیستی خود ادامه میدهند. این گروه البته دارای ریخت شخصیتی متمایزی هستند. بررسیها درباره این گروه اخیر نشان داده اند که این سالخوردگان کمتر از گروه های دیگر از تنهایی رنج می برند البته انزوا طلبی در این گروه بیشتر به معنای تجربه کردن عشق و از دست دادن آن است تا به معنای هرگز چیزی از عشق نداشتن. طرز پیر شدن بر حسب فرهنگ متغیر است در فرهنگهای ساده و سالم طول عمرسالخوردگان به مجموعه ای از دلایل وابسته است.

مقام و منزلت یک سالخورده در جامعه بالاست،فرد سالخورده با خانواده خود که برای او حرمت قائلند و او را برای خانواده و جامعه مفید میدانند زندگی می کند. کناره گیری اجباری از فعالیتها وجود ندارد و او تاهر زمان که بتواند به کار ادامه میدهد. به کم خوردن و مصرف کردن غذاهای کم کالری عادت دارد و سر انجام روزمره دارای فعالیت قابل ملاحضه ای است. اما در زندگی پر اغتشاش شهری و فرهنگ سوق دادن سالخوردگان به زندگی جدا از معیارهای اشنا و متداول در گستره های قبلی زندگی،از شرایطی که برای افزایش طول عمر در فرهنگهای سالم بر شمردیم ،خبری نیست . از طرز زندگی این جوامع می توان آموخت که باید به بهبود بخشیدن کیفیت زندگی در سالهای پایانی بزرگسالی اندیشید. و از انها دوره ای پر ثمر و رضایت بخش به وجود می اورد(ییلاق،.1388).

**سقوط غیر قابل توجیه حیاتی[[72]](#footnote-72):**

این حالت در قلمرو بدنب با خستگی دائم اشکار میشود. در قلمرو شناختی به صورت پراکندگی دقت و مشکل کوشش فکری و در قلمرو عاطفی به شکل حالتی مالیخولیایی که با هوشیاری فرد نسبت به ناتوانمدی واکنش همراه است متجلی می شود حالت روانی ناخوش که با دلزدگی ،یاس،و خستگی پذیری مشخص میشود ودر بیشتر مواقع با اضطرابی کم و بیش شدید همراه است. در یک جمع بندی کلی می توان گفت مفهوم افسردگی به سه گونه متفاوتبه کار رفته:به منظور مشخص کردن احساس های بهنجار،غمگینی،یاس،نامیدی،و جزءآن و بروز انها به عنوان نشانه یک اختلال به منظور توصیف اختصاری یک نشانگان که شامل نشانه های عاطفی،شناختی و حرکتی فیزیولوژیکی و غد د مترشحه است، برای مشخص کردن اختلال های افسرده وار در چارچوب اختلال های روانی ما دارای از علل و گونه ای از تحول هستند و به پاره ای از درمانگری ها پاسخ میدهند.

**روان درمانی سالمندان[[73]](#footnote-73):**

مداخلهای روان درمانبخش استاندارد-نظیر روان درمانی، بینش گرا[[74]](#footnote-74)، روان درمانی حمایتی،شناخت درمانی،گروه درمانی،و روان درمانی خانواده – برای بیماران سالمند باید فراهم شود. طبق نظر زیگموند فروید افراد بالای پنجاه سال به دلیل عدم انعطاف فرایندهای روانی برای روانکاوی مناسب نیستند. اما به نظر بسیاری از پیروان فروید،روانکاوی پس از پنجاه سالگی نیز ممکن است. شکی نیست که سالمندی شکل پذیری شخصیت را دشوار می سازد اما همانطور که اتو فینکل گفت :این کار به درجات مختلف و درسنین مختلف صورت میگیرد و اصلی کلی در این زمینه نمیتوان ارائه کرد.مسائل شایع مربوط به سن در درمان شامل نیازبرای سازش با فقدان های گوناگون و تکرار شونده (مثل مرگ دوستان و عزیزان)نیازبه قبول نقشهای تازه (مثل سازش به بازنشستگی از نقش های معین شده قبلی)و نیز به قبول فنا پذیری خود ارتباط پیدا میکند. روان درمانی به شخص سالمند کمک میکند که با این مسئله و مشکلات هیجانی محیط کنار بیاید وبتواند خود و تاثیر رفتار خود را به دیگران بشناسد. روان درمانی علاوه بر بهبود بخشی روابط بین فردی،احترام به نفسو اعتماد به نفس را بالا می برد. احساس درماندگی و خشم را کم میکند و کیفیت زندگی را بهتر می سازد.

همانطور که آلوین گلدفارب توصیف کرده است. هدف کلی روان درمانی سالمند کمک به او برای به حداقل رساندن شکایت،برقراری دوستی،و حفظ دوستی با هر دو جنس و داشتن روابط جنسی است. اگر میل وتوانایی جنسی هنوز باقی است. روان درمانی رفع تنشهای فرهنگی و زیست شناختی را امکان پذیر میسازد. و به افراد سالمند کمک میکند که در محدوده ی توانایی های خود طبق اموزشها ، فعالیتها و خود پنداره های پیشین تر جامعه ، کار و تفریح نماید.در روان درمانی افراد سالمند درمانگر فعالتر،حمایت کننده تر، و انعطاف پذیر تر از روان درمانی افراد جوانتر است.(کلتنر،2003).

درمانگر باید اماده باشد که به محض مشاهده ی نخستین نشانه های ناتوانی که مستلزم درگیری فعال پزشکی دیگر مثلا متخصصین داخلی را ایجاب میکند،با نیاز به مشاوره و درخواست کمک از اعضاء خانواده با قاطعیت عمل نماید.فرد سالمند به امید دریافت کمک بلاشرط اطمینان بخشی و پذیرش درمانگر به جستجو ی روان درمانی بر میاید. غیر منطقی ترین نگرش که بیمار سالمند با خود به فضای روان درمانی می اورد این انتظار است که درمانگر ، همه توان ، و قادر به بهبود بخشی معجزه وار است.(کوری و کوری،.1386).

اکثر بیماران بالاخره این واقعیت را در میابند که درمانگر هم انسان است و پس از ان به تشریک مساعی رضایت میدهند. معهذا ، در بعضی موارد لازم است درمانگر نقش آرمانی به خود بگیرد بخصوص وقتی بیمار قادر یا تمایل به واقعیت سنجی موثر نمیباشد.به کمک درمانگر بیمار با مسائلی که قبلا از انها حذر میکرد کنار می اید . تشویق مستقیم،اطمینان بخش،و اندرز دادن با کمک به حل تعارض های بیمار موجب بالا رفتن سطح اعتماد به نفس او میگردد.(کاپلان،.2003).

**شادی در سالمندان:[[75]](#footnote-75)**

بر اساس مطالعات انجام شده ضریب هوشی و توانایی یادگیری در سالمندان نسبت به دوران جوانی دست نخورده باقی میماند.مشاور علمی بهداشت روان استان زنجان گفت: سالمندان به دلیل سن بالا در معرض بیماری های جسمی متعددی هستند که شادی و نشاط ان را تحت تاثیر قرار میدهد.به نقل از روابط عمومی بهزیستی استان زنجان،جعفر عطاری مقدم اظهار کرد80 درصد سالمندان درگیر بیماری،کمتر درفعالیتهای اجتماعی شرکت میکنند و این امر رفته رفته شادی و نشاط انان را در معرض تهدید قرار میدهد. ولی خاطر نشان کرد : بر اساس مطالعات انجام شده ضریب هوشی و توانایی یادگیری در سالمندان به نسبت دوران جوانی دست نخورده باقی می میاند و ممکن است در سنین سالمندی افراد برای یاد گیری فقط زمان بیشتری را صرف کنند. عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی استان زنجان خاطر نشان کرد سالمندی دوره ای از زندگی است که فرد در این دوره حائز توانمندی و یکسری ناتوانی است و اطرافیان باید دقت کنند سالمندان را با نگاه ترحم امیز نبینند .ولی تسریح کرد: نگاه ترحم امیز به سالمندان بزرگترین اسیب را به سلامت روان فرد وارد کرده و به اعتماد به نفس وی ضربه وارد میکند. عطاری مقدم تاکید کرد: وجود نشانه های جسمی مکرر در افراد سالمند که بیماریهای جسمی انها ثابت نشده یکی از نشانه های مهم افسردگی در سالمندان است. ولی افکار نا امیدی،خودکشی و حتی فکرخودکشی را از نشانه های افسردگی در سالمندان خواند و افزود :باید این نشانه ها را جدی گرفت و به تغییرات خواب و افزایش و کاهش وزن و اشتها در سالمندان توجه کرد. مشاور علمی بهداشت روان استان زنجان افزود:سلامت روان افراد را نباید از سلامت جسم انها جدا کرد و باید دقت داشت که سلامت جسم مستقیم بر روان افراد تاثیر گذار است. ولی یادآور شد : در سنین بالا افسردگی با شکستگی استخوان در ارتباط بوده و افرادی که اضطراب ،استرس و افسردگی را تجربه میکنند ،بیشتر دچار پوکی استخوان و شکستگی میشوند. عطاری مقدم با اشاره به مشکلات اختلال حافظه و فراموشی در سالمندان اظهار داشت: رسیدگی به وضعیت جسمی و نوع تغذیه،پیگیری دقیق فشار خون،رعایت رژیم هایی که سر شار از میوه و سبزی جات،کنترل مصرف چربی و داشتن یک دفتر چه یادداشت برای سالمندان که بتوانند کارهای خود را یادداشت کنند به همراه حل جدول ، شطرنج و استفاده از اینترنت و همچنین مطالعه کردن میتواند ازفراموشی و از دست دادن اعتماد به نفس سالمند جلوگیری کند.(فرزادفر،.1385)

**ارتباط شادی وطول عمر در سالمندان:**

بررسی ها نشان میدهد سالمندان باید بیاموزند که چگونه منفی نگری را از خود دور کنند چرا که هرچه افراد شادتر باشند عمر طولانی تری دارند. به نوشته ی هلث دی نشست سالیانه روانشناسی درتورنتو،سلامت روحی به تدریج و به ارامی با افزایش سن بهبود پیدا میکند. بر اساس این گذارش جمعیت سالمندان جهان یعنی افراد بالای 65 سال تا سال 2050 نزدیک 3برابر میشوند و این بیشتر بعلت تاثیر شادی در زندگی انهاست. طبق گزارش متعدد سلامت روان در پیری ، محققان دانشگاه کالیفرنیا اظهار میکنند شادی و وضعیت عاطفی خوب با افزایش سن بیشتر میشود. چراکه سالمندان کنترل بیشتری روی عواطف و احساسات خود دارند. انها میاموزند که چگونه در موفقیت های استرس زا ،استرسها و ناراحتی های خود را کنترل کرده و افکار منفی را از خود دور کنند(فیروز بخت،1386.).

**نگرش[[76]](#footnote-76) ما به سالمندان:**

این روزها شاهد بی توجهی های زیادی به سالمندان هستیم. پس از جنگ جهانی دوم مهاجرت افراد به کشورهای دیگر افزایش پیدا کرده و همین مسئله باعث از هم گسیختگی بنیان خانواده ها شده است. سالخوردگان به عنوان اعضای از کار افتاده ی خانواده محسوب میشوند و خانواده ها ترجیح می دهند که انها را به مراکز نگهداری از سالمندان منتقل کنند. در گذشته افراد مسن تحت حمایت 100% خانواده ها بودند وجوانتر ها در همه زمینه ها به انها کمک میکردند. اما ناگهان این حمایت از طرف خانواده به کلی از میان رفت و این امر چیزی جز تنهایی فقر و بیماری را برای سالمندان به همراه نداشت.برخی از جوانان افراد سالمند را به طور کلی از نسل بشر جدا میکنند و معتقدند که چون کهنسالان نمی توانند عاشق شوند ، کار کنند، و زندگی جنسی پر باری را داشته باشند ، تنها به عنوان بار اضافه ای بر دوش جامعه محسوب میشوند.(جوهنسون[[77]](#footnote-77).، 1997).

**برخورد صحیح[[78]](#footnote-78) با سالمندان**:

برخورد صحیح با سالمندان صرفا به گذشته های دور محدود می شود. سالخوردگان نیازمند دریافت حمایت های اجتماعی هستند و انجام همین مطلب ریسک ناتوانی رود رس را تا 4سال کاهش میدهد. اگر افراد مسن در کارهای گروهی و فعالیتهای روزمره زندگی شرکت کنند ، ریسک ابتلای انها به فراموشی نیزکاهش میابد . متاسفانه نهایت کار هزاران نفر از افراد سالمند به بیمارستاها و خانه های سالمندان ختم میشود چرا که در خانه های خود ان مراقبتی که لازم دارند را دریافت نمیکنند. بسیاری از سازمانها دربه کمک سالمندان قصور میکنند و این در حالی است که بسیاری از پدر بزرگها و مادر بزرگها ترجیح میدهند که در دوران کهولت خود را در خانه سپری کنند. زمانی که این افراد از خانه های خود رانده میشوند، تصور میکنند که بی ارزش شده اند و خود را به قبر هایشان نزدیکتر احساس می کنند و امید خود را به زندگی ازدست میدهند .شرکتهایی نظر مایکروسافت اینتل ،و ای.بی.ام در حال انجام تحقیقی برای بررسی هرچه موشکافانه تر زندگی سالمندان هستند. انها در پی کشف راهی هستند که بواسطه ان بتوانند از تکنولوژی جدید به نفع افراد سالمند بهره ببرند و قصد دارند از تکنولوژی جدید برای تامین سلامتی افراد سالخورده و شاد زیستن هر چه بیشتر انها استفاده کنند. امید ان که بتوانیم با فراهم نمودن بستری مناسب به دستگیری از همه نیازمندان بپردازیم(لورنز،.2006).

**کیفیت زندگی[[79]](#footnote-79):**

در طی سالهای اخیر با افزایش سطح مراقبتهای بهداشتی ابداع روشهای درمانی جدید امید به زندگی افرادجامعه افزایش یافتهاست در کنار افزایش طول دوره ی زندگی فاکتور مهم دیگر چگونگی زندگی کردن با کیفیت زندگی است. کیفیت زندگی نه تنها برای افزاییش طول عمر بلکه بر روی احساس خوب بودن نیز متمرکز است (نجومی و افشار.،1376)کیفیت زندگی افراد شامل ابعاد مختلفی مثل وضعیت سلامت اقتصاد و سیاست و غیره میباشد . در این نوشتار منظور از کیفیت زندگی ، کیفیت زندگی مربوط به سلامت است. کیفیت زندگی عبارت است از درک یک فرد و تجربیات شخصی اش در مورد سلامتی و بیماری)فرناندز و گیوریرو[[80]](#footnote-80).،2000.). از دیگاه دیگر ، کیفیت زندگی شامل ابعاد زیر می شود (لهمن[[81]](#footnote-81)،.1997).

1ـ وضعیت عملکرد فرد.

2 - دسترسی به منابع و فرصتهایی که فرد بتواند از توانایی هایش برای رسید به ارزوهای خود استفاده کند

3 ـ بهزیستی[[82]](#footnote-82) روانشناخت

کیفیت زندگی یک مفهوم جدید نیست ، بسیاری از علوم از قبیل جامعه شناسی، روانشناسی و اقتصاد از ان استفاده میکنند. واژه ی کیفیت زندگی، بخصوص کیفیت زندگی وابسته به سلامت ، محدوده ی فیزیکی ،روانی /اجتماعی سلامت اشاره میکند. این نواحی مشخص بوسیله ی تجربیات، عقاید ، انتظارات و ادراکات شخص تحت تاثیر قرار می گیرند. ادراکات اشخاص از کیفیت زندگی شان ممکن است فقط تحت تاثیر بیماری شان قرار نگیرد بلکه همچنین تحت تاثیر درمانشان نیز باشد(کت و همکاران.، 2004.).

در تمامیه ابزارهای سنجش کیفیت زندگی ، انداره گیری جنبه های قابل مشاهده و جنبه های درونی بیماری بدرجات متفاوتی منظور شده است. در حوزه ی عملکرد فیزیکی جنبه های قابل مشاهده کیفیت زندگی روی توانایی فرد برای تحرک و اجرای فعالیتهای روزمره متمرکز شده اند که قابل مشاهده هستند جنبه های درونی، روی احساسات و ادراک بیمار در باره ی سلامت متمرکز هستند. ابعاد فیزیکی کیفیت زندگی ممکن است با ابعاد درونی ارتباط کمی داشته باشندو توجیه این مسئله می تواند انطباق و سازگاریه بیمار با محدودیت های فیزیکیش توسط به کار گرفتن فرایند های گوناگون شناختی و احساسی باشد ، که به مرور زمان ایجاد میگردد. نکته مهم دیگر این است ، که خلق شخصیت و الگوهای انطباقی بیمار تاثیر قابل توجهی روی قضاوت او در مورد کیفیت زندگی اش دارد(فرناندز و گیوریرو،2000).

مطالعه ای که این بورگ در سال 1997انجام شد نشان داد که دیدگاه پزشکان و بیماران در مورد عوامل موثر روی کیفیت زندگی متفاوت است. پزشکان کیفیت زندگی را تحت تاثیر وضعیت سلامت فیزیکی می دانندو بیماران سلامت کلی ، سلامت مذهبی ، دینی و سرزنده بودن را به عنوان عوامل موثر روی کیفیت زندگی قلمداد میکنند بنابر این بهتر است ارزیابی تاثیر انواع درمانها بر اساس عواملی که موردتوجه بیماران است انجام شود(رتول و همکاران.[[83]](#footnote-83)، 1997)

**تاریخچه کیفیت زندگی:**

در گذشته تنها براساس عوامل عینی و جسمی با ارزیابی روشهای درمانی می پرداختند. ولی به مرور زمان مفهوم و تعریف سلامتی از گستره وسیع تری برخوردار گردید. در این زمان عوامل ذهنی فرد نیز شامل تجربها ورفتارها وهمچنین وضعیت مطلوب جسمی،روانی و اجتماعی فرد ، به شکلی استاندارد برای ارزیابی سیر و روند بیماری فرد واثرات درمان بر روی وی مورد توجه قرار گرفت و دیگر به مانند گذشته صرف فقدان بیماری تعریف مناسبی از سلامتی نمی گردید.از این منظر سلامتی نه تنها به اقدامات بهداشتی وایسته بود بلکه به دیگر عوامل اجتماعی ،اقتصادی ،فرهنگی نیز بستگی داشت. و زندگی نه تنها به معنای کیفیتی فراتر از عواما بیو لوژیکی و جسمی فرد در نظر گرفته می شد،بلکه چگونگی عملکرد روانشناختی فرد و دیگران نیز در بهبود روند زندگی مورد توجه و تمرکز قرار گرفته بود.این گسترش که در تعریف و مفهوم واژه سلامتی به وجود امده اصطلاح کیفیت زندگی را نزد متخصصان مطرح ساخت.که شاید بتوان ان را مجموعه ای از رفاهجسمانی ،روانی،اجتماعی،اقتصادی که بوسیله ی شخص یا گروهی ازافراد درک میشود تعریف کرد.منشاء ظهور مفهوم کیفیت زندگی به سالهای بسیار دور در میان فلاسفه و دانشمندان ایرانی ،یونانی و چینی بر می گردد و در ادبیات و فلسفه و طب ریشه داشته است،و این مبحث که زندگی خوب ،چگونه زندگی است مورد توجه فلاسفه بوده است. در ابتدا معتقد بودند ،که خوشحالی یک نعمت خدادادی است .سپس در قرون وسطی این مفهوم بصورت وضعیتی که انسان آن را ترجیح میدهد یا حالتی که در ان فرد فضایل روحی کسب میکند تعریف گردید. بعد از مدتی مفهوم خوشبختی به شکل لذت بردن از زندگی تعریف شد . و بعدها در نظریه اثرات لذت نیز ،معانی رفاه مورد توجه قرار گرفته شد(فایرز ومشین[[84]](#footnote-84)،.2000).ولی اصطلاح << کیفیت زندگی >> تا قرن بیستم مورد استفاده قرار نگرفته بود.به مرور زمان محققین متوجه شدند کیفیت زندگی یکی از پیامدهای پر اهمیت در ارزیابی های سلامت باشد. چنانچه تعریف سازمان بهداشت جهانی سلامت نیز به این نکته تاکید دارد. با توجه به تعریف تندرستی توسط سازمان بهداشت جهانی در سال 1984 میلادی بر ابعاد وسیع ان به شکل رفاه کامل فیزیکی ، روحی و اجتماعی

و نه فقط عدم وجود بیماری ، لازم است در اندازه گیری سلامت و ارزیابی مداخلات بهداشتی علاوه بر شاخص های فراوانی و شدت بیماری به سایر ارزشهای انسانی متنند کیفیت زندگی نیز توجه کند(فیر کلو[[85]](#footnote-85)،2003 )امروزه در مقایسه اثر بخشی و ارزش نسبی درمان های متفاوت ،تحقیقات،سیاست گذاری های بهداشتی،ارزیابی خدمات بهداشتی،درمان بیماران و بهبود رابطه ی پزشک و بیمار میتوان کیفیت زندگی را به عنوان یک پیامد پر اهمیت اندازه گیری نمود.(بونومیو پاتریک [[86]](#footnote-86)،2000.).

**آیا میتوان کیفیت یا کیفیت زندگی را تعریف کرد؟**

ادبیات حاوی یک چیدمان گیج کننده از خصوصیات کیفیت زندگی است. اصطلاح کیفیت زندگی معمولا به معنی وضعیت سلامت،عملکردفیزیکی،علائم،سازگاری روانی/اجتماعی،بهزیستی،رضایت از زندگی و یا شاد بودن استفاده میشود.به این دلیل که اصطلاحات معنی خاصی در زبان روزمره دارند. آنها مکررا بدون یک تعریف واضح استفاده میشوند. حتی یک لیست طولانی از استفاده های جایگزین این واژ فراهم شد و چنین شدند که نه تنها همه ای اصطلاحات در ادبیات مباحثی که از << کیفیت زندگی >> استفاده شدند ،ترکیب شدند. بلکه اگر امکان وفق دادن انها با هم فراهم نباشد ،کار مشکلی است. حتی انگوس کمپیل ، یکی از بنیان گذارات تحقیق کیفیت زندگی عنوان کرد که کیفیت زندگی ،یک واژه مبهم و معنوی است که با وجود اینکه اکثر مردم در باره ی ان صحبت میکنند ،اما هیچ کس انچه باید درباره ی ان بداند،بطور واضح نمی داند(باروفسکی[[87]](#footnote-87)،2011.).

کمپیل و همکارانش ،ممکن است تعریف کیفیت یا کیفیت زندگی را دشوار سازند . زمانی که انها به ان به عنوان (نهاد مبهم و روحانی)اشاره دارند،آنها نشان میدهند که کیفیت زندگی زندگی یک مفهوم ذاتا انتزاعی است که درک ان سخت باشد. اگرچه این چنین است،پس تعاریف متعددی انتظار میرود به طوری که یک مفهوم انتزاعی ، بوسیله ی زمینه استفاده از ان متفاوت خواهد بود. بنابر این اگر با فردی با بیماری های متفوت موجه شویم تجربه درمانهای مجزا و فرهنگهای متفاوت انها،ممکن است بطور اجتناب ناپذیری تعاریف متفوتی برای کیفیت زندگی داشته باشد. نگرانی که از این موضوع در اینجا مطرح است،این است که انوع تعاریف کیفیت زندگی توسعه یافته است(به عنوان مثال:محیط زیست و محیط کار(باروفسکی[[88]](#footnote-88)،2011.).

آنچه که ریوز ویدنار در تعاریف متعدد کیفیت زندگی مطرح کرده اند،چنین است: کیفیت زندگی رابه عنوان یک ارزش انطباق باخصوصیات و ویژگیها،تناسب اندام،ملاقات و ... صرف نظر از مدت زمان و یا بافتی که کیفیت در ان مورد بررسی قرار میگیرد است مطرح کرده اند. اگر دقت کنیم مفاهیم متعدد و اغلب مفاهیم مبهم است و برای توصیف یک طیف وسیعی از پدیده های استفاده شده است(باروفسکی،2011.)کیفیت زندگی در انجمن امریکا اینطور تعریف شده است:یک واژه انتزاعی که در ان هر فرد تعاریف خودش را با توجه به نحوه گذراندن زندگی دارد.)ایوان باروفسکی.،2011.).

**تعاریف کیفیت زندگی:**

کلمه کیفیت زندگی از لغت لاتین(QUAL) به معنی چیزی (QUALITY)به مفهوم چگونگی استخراج شده است و از نظر لغوی به معنی چگونگی زندگی استو در بر گیرنده تفاوتهای ان است که برای هر فرد منحصر به فربوده و با دیگران متفوت است. تعاریف گوناگون از کیفیت زندگی تحت تاثیر موضوع و نوع مطالعه انجام شده ومیتوان این تعاریف را بطور کلی به دو گروه کلی و اختصاصی تقسیم کرد.

**تعاریف کلی:**

وینتهد معتقد است یک مفهوم بسیار ذهنی و شخصی است که معمولا بر پایه خوشحالی و رضایت فرد باعواملی که بر روی رفاه اجتماعی و جسمی و عملکرد وی تاثیر میگذارد . کالمن کیفیت زندگی را گسترده میداند که امیدها و ارزوها به تجربه در میاورند. فرانس کیفیت زندگی را ادراک فرد از رفاه میداند که به نظر میرسد از رضایت یا عدم رضایت در حیطه های عمده ی زندگی ناشی میشود. گرانت در سال 1990، کیفیت زندگی را با ارزیابی مثبت و منفی از مشخصه های زندگی خود در ارتباط میداند.(باروفسکی،2011.).) کینگ و همکاران در سال2003) ویژگی زندگی را اینگونه بیان کرد:

\*مقایسه وضعیت زندگی گذشته با حوادث اخیر

\*ارزیابی یا سنجش شناختی و ذهنی از جنبه های ذهنی بودن، چند بعدی بودن، تغییر مداوم، ومثبت و زندگی

\* پویا بودن و استمرار داشتن

**تعاریف اختصاصی:**

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به ارزیابی ذهنی فرد از وضعیت سلامت کنونی اش، مراقبتهای بهداشتی فعالیتهای ارتقادهنده سلامتی که موجب سطحی از فعالیت کلی شود و به فرد اجازه میدهدکه اهداف ارزشمند زندگی اش را دنبال کند بر میگردد. گوتی و همکاران در سال 1995 کیفیت زندگی را یک حالت رفاه ویژه تعریف کردند که ترکیب با 2 بعد است. اولین بعد توانایی انجام فعالیت های روزانه که خود به رفاه جسمی ، روانی و اجتماعی بر میگردد. دومین بعد رضایت بیمار در ابعاد عملکردی و کنترل بیماری و درمان نشانه های وابسته به بیماری است. گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی در سال 1996 این تعریف را از کیفیت زندگی ارائه داد: پندارهایفرد ازوضعیت زندگی اش توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی میکند و ارتباط این دریافت ها با اهداف، انتظارات و استانداردها(هاشمی فرد،.1380).

**تعاریف موجود از کیفیت زندگی :**

فرانز و پاور: کیفیت زندگی ، زندگی را رضایت یا عدم رضایت از ابعادی از زندگی فرد دانسته که برای او مهم می باشد. سل و تالسکس: کیفیت زندگی را ارزیابی و رضایت فرد از سطح عملکرد موجودش درمقایسه با انچه ایده ال یا ممکن می پندارد تلقی کردند.

سازمان جهانی بهداشت: کیفیت زندگی درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ ،سیستم ارزشی که در ان زندگی میکند،اهداف،انتظارات، استانداردها و اولویت هایشان میباشد. پس کاملا فردی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه های مختلف زندگیشان استوار است.تعاریف جدیدتر کیفیت زندگی را به صورت اختلاف بین سطح انتظارات انسانها و سطح واقعیت ها عنوان میکنند که هر چه این اختلاف کمتر ، کیفیت زندگی بالاتر. بهرغم انکه توافق کلی در تعریف کیفیت زندگی وجود ندارد ، پژوهشگران بر سه ویژگی مهم ان شامل چند بعدی بودن،ذهنی بودن و پویا بودن اتفاق نظردارند. کیفیت زندگی موضوعی چند بعدی است و دارای ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و روحی است که این ویژ گی با تعریفی که از سلامتی داریم منطبق استعامل اصلی تعیین کننده کیفیت زندگی عبارت است از توافق درک شده بین انچه هست و انچه از دیدگاه فرد باید باشد و این همان ذهنی بودن کیفیت زندگی است.پویایی کیفیت زندگی به این معناست که با گذشت زمان تغییر میکند و به تغییرات فرد و محیط او بستگی دارد(محمودیان.،1388).

**اصول اساسی در ارتباط با کیفیت زندگی:**

کیفیت زندگی :یک ارزش یابی ذهنی است و بیماران خود بهترین قضاوت کنندگان راجع به کیفیت زندگی خود هستند. اما گاهی شرایطی وجود دارد که این قضاوت را برای بیمار مشکل میسازد که در این موارد خاص افراد مراقبت کننده از جمله پزشک و پرستار قادر خواهد بود این ارزیابی را انجام دهد. کیفیت زندگی یک ماهیت پویا و دینامیک است نه یک ماهیت ایستا به این معنی که یک فرایند وابسته به زمان بوده و تغییرات درونی و بیرونی در ان دخیل هستند . کیفیت زندگی یک مفهوم چندی می باشد و باید از زوایا و ابعاد مختلفی سنجیده شود که این ابعاد اجزای مرکزی چارچوب پنداشتی تحقیقات کیفیت زندگی را تشکیل میدهند. برخورداری از کیفیت زندگی ضعیف میتواند بر روی ارتباطات خانوادگی نیز اثر گذارد کیفیت زندگی ضعیف میتواند موجب بکارگیری مکانیزم های مقابله و سازگاری ناموثر در افرادشده ومتعاقبا موجب افزایش تنش در انان گردد و افزایش تنش در ارتباط مستقیم با عوامل فیزیکی و جسمی بوده و میتواند شدت بیماری در افراد را افزایش دهد. بسیاری از محققان رابطه ی بین صفات فردی و کیفیت زندگی را مورد بررسی قرار داده و عواملی را شناسایی کردند این عوامل شامل میزان شناخت از خود، تنشهای متحل شده، دستیابی به اهداف زندگی، روشهای مقابله و میزان سازگاری می باشند (چن.2000)تلقی یا شناخت فرد از خود که شامل عواملی مانند مفید بودن ، مولد بودن، تصور ذهنی از خود، ذوق و علاقه، نحوهی نگرش نسبت به زندگی، درمان و اینده نگری تاثیر زیادی بر کیفیت زندگی دارد. پژوهشهای انجام شده اهمیت وضعیت اقتصادی بر کیفیت زندگی را نشان داده است در این زمینه از عوامل خاص و مرتبط با کیفیت زندگی میتوان هزینه، درمان،میزان درامد، و وضعیت اشتغال را نام برد.عواما فوق الذکر را میتوان مرتبط به میزان مفید بودن دانست که دارای تاثیر مثبت بر کیفیت زندگی هستند.تطابق شغلی میتواند بر کیفیت زندگی تاثیر به سزایی داشته باشد.به این معنی که تطابق مشخصه ی توان فرد جهت تغییر حرفه در صورت لزوم میباشد و میتوان انتظار داشت که هر چه فرد از قابلیت انعطاف پذیریه بیشتری در تغییر حرفه برخوردار باشد امکان کسب کیفیت مطلوب زندگی برای او افزایش میابد(امیر حسینی،1384.).

به هر حال بحث کیفیت زندگی طی قرون متمادی همیشه موضوع چالش بر انگیزی بوده و متاثر از نوع جهان بینی افراد است مولوی نیز می گویند.

اصل ذات از درون دان نز برون ابلهی دان جستن و از قصر حصون

انیکی در کنج زندان مست و شاد وان یکی در باغ تلخ ونامراد

**سنجش [[89]](#footnote-89)کیفیت زندگی:**

اگرچه مفهوم کیفیت زندگی جنبه ی شخصی دارد ولی در افراد مختلف از عوامل یکسانی برخوردار است بطور کلی برای سنجش و تعریف مفهوم کیفیت زندگی دو معیار ذهنی و عینی در نظر گرفته میشود.)دوامی،.1379).

عامل ذهن یه کیفیت قالبا با اصلاحاتی چون احساس رضایتمندی، رفاه و اسایش و خوشحالی توصیف میگردد به طور کلی منظور از شاخص های ذهنی، برداشت ذهنی و ارزش یابی قضاوت فردی از وضعیت زندگی شخصی است و مرتبط با فرایند های درونی است . سنجش بر پایه ی معیار های عینی ابتدایی و ناقص میباشد چراکه معیارهای بیولوژیکی و فیزیکی برای مدت طولانی تر نمی توانند بیانگروضعیت زندگی فرد باشند )رویلون[[90]](#footnote-90)،2006.)اسپیلکر ارزیابی کیفیت زندگی را از سه سطح متقابل و پیوسته توصیف میکند:

الف- ارزیابی کلی سلامتی

ب- ابعاد وسیع مانند ابعاد جسمی، بیولوژیکی،اقتصادی و اجتماعی

ج- اجزای هر بعد

در ساختار مراقبتهای بهداشتی امروزی، استفاده از کیفیت زندگی به عنوان یک معیار به منظور اختصاص دادن منابع مراقبتهای بهداشتی بیان شده است. توزیع این منابع بر پایه پیش بینی کیفیت زندگی گمراه کننده است.لذا به دلیل اینکه استفاده از متدهای علمی برای ارزیابی کیفیت زندگی در مراحل اولیه ان میباشد و معیار استاندارد خوبی برای ارزیابی وجود ندارد . احتیاط در بکار گیری معیار های کیفیت زندگی به منظور اختصاص دادن منابع مراقبتهای بهداشتی ضروری است. در ارزیابی محققان باید به سوالات زیر پاسخ دهند.:

\*چه کسی ارزیابی کیفیت زندگی را انجام میدهد؟

\*کجا و چه زمانی باید کیفیت زندگی ارزیابی گردد؟

\*با چه هدفی اطلاعات جمع اوری شده اند؟

\*ایا ابزار ارزیابی قابل اعتماد معتبر و حساس است؟

در علوم پزشکی اندازه گیری کیفیت زندگی کاربردهای زیر را دارا است

\*تعیین کارایی درمان های مختلف

\* ارزیابی خدمات بهداشتی و اولویت بندی انها

\*سیاست گذاری و تخصیص منابع

\*بهبود روابط پزشکی و بیمار با افزایش درک متقابل از بیماری و درمان ان

\*پژوهش انچه اخیرا در علوم پزشکی مورد استقبال واقع شده است بررسی کیفیت زندگی در گروهای خاص از

بیماران میباشد(مری.،2007).

نحوه ی اندازه گیری کیفیت زندگی در علوم مختلف متفاوت است به عنوان مثال روانشناسان از شاخصی به نام مقیاس رضایت از زندگی(Life satisfaction scale) به وفور استفاده میکنند .این مقیاس توسط داینر تهیه شده است پرسش نامه کوتاهی مشتمل بر 5 سوال است که بیانگر نوع نگاه متخصصان این حوزه به بحث کیفیت زندگی است. هر یک از سوالات طیفی رتبه ای از امتیازات از کاملا مخالف ،مخالف، نسبتا مخالف، نظری ندارم، نسبتا موافق ، موافق و کاملا موافق را شامل میشود ای سوالات عبارت ان از:

\*زندگی من در بیشتر جنبه ها با ایده ال هایم تطبیق دارد.

\*شرایط زندگی من عالیست

\*تا اینجا چیزهایی که در زندگی خواسته ام بدست اورده ام

اگر میتوانستم در زندگی به عقب برگردم تقریبا هیچ چیز را عوض نمیکردم (طارمیان،.1386).

**احساس کارایی شخصی و کیفیت زندگی:**

احساس کارایی شخصی بر گرفته از نظریه اجتماعی /شناختی بندورا است. احساس کارایی شخصی عبارت اند از:احساس توانمندی در خصوص انجام و کنترل اموری که بر زندگی اثر میگذارند . احساس کارایی شخصی میتواند همچنین به معنای توانایی سازماندهی و کنترل هوشیار بر روی افکار ، احساسات و اعمال در موفقیت های اتی باشد. بنابر این میتواند در موفقیت های مختلف از قبیل موفقیت های استرس زا مفید و ره گشا باشد. دلیل دیگری که باعث شده که احساس کارایی شخصی به عنوان عامل اثر گذار برکیفیت زندگی بکار گرفته شود ، توانایی ان در کنترل استرس و افسردگی در زندگی میباشد.)بومن[[91]](#footnote-91).، 2007.)

**ویژگیهای کیفیت زندگی:**

کیفیت زندگی به صورت چند بعدی در نظر گرفته میشود و برسالمندان و تصور افراد از کیفیت زندگیشان اثر میگذارد. مطابق با مارشال نقشهای افراد در فرهنگ شکل میگیرد. (هرتون.،2002)اعتقاد دارد که اعتقاکیفیت زندگی نقش به سزایی بر زندگی سالمنداندارد .مورتون ابعادیاز شخصیت را درقالب ذهن، جسم و روح توصیف میکند و اثر این ابعاد را بر کیفیت زندگی توضیح می دهند.فاکتورهای عینی نقش کمتری دربحثهای مربوط به کیفیت زندگی باز ی کرده اند.عوامل عینی مانند اثر سطح درامد، مسکن و تحصیلات بر کیفیت زندگی میباشند(مارشال،1990،به نقل از منزوک و مک میلان،2005.)در همین خصوص(،شانون.، 2004)در بررسی کیفیت زندگی بر روی سالمندان گزارش میکند که مشکلات مالی ، بیکاری و نبود روابط اجتماعی بر سطح کیفیت زندگی اثر معناداری میگذارد(. برگلند و ناروم 2007)در مطالعه ی خود بر روی 282 نفردریافتند که در رابطه با کیفیت زندگی ایده ال ، 3.38درصد بر کارکردهای اجتماعی خوب ، 8.86 درصد بر صحت سلامت جسمانی، 22.3 درصد بر شرایط مالی ایده ال و 9. 14 درصد بر اهمیت زندگی در منزل شخصی تاکید کرده اند.کیفیت زندگی بایستی در قالب یک طیف توصیف شود که دارای ماهیت پویایی است(. فرنز [[92]](#footnote-92)، پاورز 1992).،(نقل از منزوک و مک میلان 2005 )کیفیت زندگی را اینگونه توصیف کرده اند<<احساس بهزیستی فرد مبنی بر خوشنودی و ناخوشنودی وی از وضعیتهای زندگی که برای فرد مهم هستند>>. کیفیت زندگی حقیقتا ارزیابی از زندگی بر اساس سیستم ارزش خاصی است که فرد به ان معنا میبخشید(رحیمیان،اصغر نژاد.،1387.).

**مولف های کیفیت زندگی:**

هکر(2003)سه حوزه برای مورد کیفیت زندگی قائل شده است . جسمانی،روانشناختی و اجتماعی.اشویتزر و همکاران(1995)با این حوزه ها موفق هستند در حالی که فررل و همکارانش(1995)بعد اعتقادات مذهبی را نیز مطرح میکنند. بلعکس، پژوهشگران دیگر کارکرد های شناختی ویلسون(2001)یا ظرفیت ذهنی برای خود فرد را به این لیست می افزایند. کولینگ و همکاران(2002)با اضافه کردن کارکرد شناختی به این حوزه موافق اند اما به جای کارکرد روانشناختی ، بعد هیجانی را جایگزین میکند. مورتون(2002)حوزه های جسمانی، روانشناختی و سلامت معنوی را به عنوان مولفه های کلیدی نام برده است. کینز و چانگ(2002)معتقد اند که مولفه های اجتماعی روانشناختی و جسمانی اصلی ترین مولفه های کیفیت زندگی میباشند.ودر نهایت، برا(2003)مولفه های کیفیت زندگی شامل وضعیت جسمانی، اجتماعی ، هیجانی، هوشی، اقتصادی، تصور فرد از سلامت و وضعیت شغلی میداند(افشاری،1389.).در اوایل سال 1984،سازمان بهداشت جهانی تعریفی از سلامتی ارائه داد: سلامتی یعنی <<حالت جسمانی،ذهنی و بهزیستی اجتماعی بهینه و نه صرفا عدم وجود بیماری>>. اگرچه این تعریف دستخوش انتقادهای فراوانی قرارگرفت اما به دلیل جهت گیری چند بعدی و مثبت ان طرفدارانی نیز کسب کرده است. در همین راستا، شاخصی مثبت به نام کیفیت زندگی معرفی شده است. روشهای عینی و ذهنی متفاوتی برای ارزیابی سطح کیفیت زندگی در اختیار متخصصین امر قرار دارد. مقیاس های عینی شامل نشانگرهای اجتماعی/اقتصادی از قبیل نرخ بیکاری، وضعیت سکونت،میزان دسترسی به مراکز خدمات بهداشتی و پزشکی و کیفیت اب و هوا میباشد.مقیاسهای ذهنی شامل اندازه گیری میان <<خرسندی>>از زندگی میباشد. محققان ابزارهای خود سنج معتبری را ابداع کرده اند که میتوانند سطح کیفیت زندگی تا حد زیادی برمطالعه بر روی بزرگسالان محدود بوده است.در مطالعه شان بر روی سالمندان مشاهده کرده اند علارقم بهبود در مولفه های کیفیت زندگی عینی ولی تغییری در مولفه های مربوط به کیفیت زندگی ذهنی گزارش نمیشود. در طی چند ده ی گذشته ،توجه خاصی به سوی تعیین مولفه های ، همبسته ها و تفاوتهای فردی در خصوص کیفیت زندگی در میان بزرگسالان (سالمندان)جلب شده است. تلاش برای سنجش کیفیت زندگی به نوعی همخوان با تعریف از سلامت است که عبارت است از بهزیستی روانشناختی و جسمانی تاعدم و جود بیماری . از این رو، فردی میتواند ناخوشنود باشد بدون اینکه تظاهرات بیماری های جسمانی و روانشناختی را نشان دهد. همینطور یک فرد ممکن است خشنود باشد اما به کرات علایم بیماری را نشان دهد سطح کیفیت زندگی نشان دهنده ی محدود ه وسیعی از احساس بهزیستی میباشد. نشانگر های کیفیت زندگی اطلاعات بسیار ارزشمند و مهمی در خصوص بهزیستی فرد نسبت به شاخص های مبتنی بر سلامت روانی و جسمانی ارائه می دهند(دوامی.،1379.).

**کیفیت زندگی( Quality of life) :**

آغاز بحث کیفیت زندگی به زمان ارسطو باز میگردد که در کتاب نیکو ماخس به موضوع سعادت انسانی می پردازد اینکه سعادت چیست ؟ عبارت از چه فعالیتهایی است و چگونه میتوان سعادتمند شد. ؟

اوزندگی خوب را عادل شادکامی در نظر میگیردو در عین حال به تفاوت این مفهوم در افراد مختلف می پردازد و ذکر میکند سلامتی که باعث رضایتمندی در یک فرد بیمار میشود با ثروت که فرد فقیر را شاد میکند یکسان نیست و بیان میدارد که شادکامی نه تنها برای افراد مختلف معایب دارد بلکه برای یک فرد نیز در شرایط متفاوت معنی یکسانی نخواهد داشت. رویکرد آکادمیک به کیفیت زندگی از سال 1920میلادی محققان امریکایی به ارزیابی کیفیت زندگی در مناطق مختلف کشور خود پرداختند و پس از ان این مفهوم مورد توجه دانشمندان روانشناسی،اقتصاد،سیاسیت،جامعه شناسی،پزشکی به صورت یک موضوعیان رشتهای قرار گرفت (رحیمی،.1385).

**ارتباط کیفیت زندگی با سلامتی:**

سلامتی یکی از مجموعه ها و اجزاء کیفیت زندگی استولی معادل و مساوی ان نیست چرا که سلامتی طبق

تعریف سازمان بهداشت جهانی فقدان هرگونه نقس جسمی ، روانی و اجتماعی است حال انکه کیفیت زندگی احساس رضایت از زندگی است و این زندگی ممکن است با سلامتی همراه باشد یا نباشد پس کیفیت زندگی مفهوم وسیعی دارد که شامل همه ی ابعاد زندگی میگردد و سلامت مرکز ثقل کیفیت زندگی است(شفر،1982،ترجمه بلورچی،1378.)

**ب ـ کیفیت زندگی:**

در خصوص مفهوم کیفیت زندگی مطالب زیادی نوشته شده است.در ابتدا این مفهوم در حوزه جامعه شناسی مطرح شده ولی امروزه در حوزه های متعددی کاربرد دارد استفاده از این مفهوم در حوزه پزشکی کاربرد بسیاری دارد از جمله توجه به تاثیر بیماری بر فرد بیمار. مفهوم کیفیت زندگی یک مفهوم جدید و تازه ای نیست،به این اصطلاح در فلسفه ی یونان و نوشته های ارسطو اشاره شده است لیندهولت و همکاران(2002)برنقش بزرگانی از قبیل سارتر ،مازلو،فرانکل هنگام توصیف حالات درونی اشاره کرده است که بر مفهوم کیفیت زندگی تاکید داشته اند. تعاریف در خصوص کیفیت زندگی در طول تاریخ وجود داشته است. پس از جنگ جهانی دوم و بهبود وضعیت اقتصادی، استانداردهای حاکم بر زندگی نیز به طبع ان افزایش یافت و باعث افزایش انتظارات افراد در خصوص میزان خرسندی،بهزیستی و کامیابی روانشناسی شد. پس از سال( 1964،)تلاشهای زیادی برای افزایش سطح کیفیت زندگی به صورت بهبود برنامه های اجتماعی ازقبیل تحصیل،نیروهای انسانی، توسعه شهری،مسکن و بخش سلامت و رفاه شهروندی صورت گرفت .رابرتزو گلیتون(1991)اعتقاد دارند که منظور از کیفیت زندگی ، میزان خرسندی یا احساس بهزیستی است که افراد تجربه میکنند . مفهوم کیفیت زندگی همچنین در مورد کودکان ، بزرگسالان و افراد مسن کاربرد دارد در همین خصوص جزاک و نافل (1990)مفهوم کیفیت زندگی خانوادگی را مطرح کرد.که مفهوم جامع تر از کیفیت زندگی می باشد.کارک و جایرانمن(2003)بر کیفیت زندگی و ارتباطش با تکنولوژی بحث میکنند. انها اعتقاد دارند که عدم دسترسی به یک سیستم مراقبتی )بهداشتی(با کیفیت بالا مسلما بر کیفیت زندگی افراد اثر میگذارند. بارگر (2003)در مطالعه خود نشان داده است که حفظ عادات طبیعی، حذف الودگی شهری، بهبود وضعیت تحصیلی همیگی بر سطح کیفیت زندگی اثردارند.(منزوک و مک مینل،2005)سازمان بهداشت جهانی،کیفیت زندگی را این گونه تعریف میکند:تصورات فرد از وضعیت زندگی اش در نظامهای ارزشی و فرهنگی حاکم در رابطه با اهداف،انتظارات،استانداردهاو نگرانیهایش. با این حال ، لپلک و هانت(1997)نقل از برگلند و ناروم(2007) اظهار کرده اند که بخاطر تفاوت میان فرهنگها ،از فردی به فرد دیگر ،و حتی در مورد یک فرد در طول سیر زمانی ،تلاش برای تعریف کیفیت زندگی بیهوده خواهد بود(عطاری وهمکاران،1388.).

**عوامل موثر بر کیفیت زندگی:**

کیفیت زندگی مفهومی چند وجهی ،نسبی ،متاثر از زمان، مکان، ارزشهای فردی،و اجتماعی است. عوامل موثر بر ان ، بنا به دوره ی زمانی ،مکانی و شرایط فرهنگی تغییر میکند. شکی نیست که واقعیت ها و شرایط عینی جامه و وضعیت مادی زندگی فرد هم در ان نقش تعیین کننده ای دارد. از دید الیور،(1997)عوامل تعیین کننده ی کیفیت زندگی در سه طبقه قرار می گیرند:

**1 .**مشخصات فردی ، شامل متغیر های دمو گرافیک[[93]](#footnote-93)

**2** .شاخص های عینی کیفیت زندگی که شرایط محیطی را شامل میشوند و متغیر های مربوط به رفاه عمومی،بهداشت محیط،تحرک،فرهنگ و مذهب، محیط طبیعی و سیاست ها را نیز در بر میگیرد.

**3**.شاخص های ذهنی کیفیت زندگی که با مفاهیمی چون احساس رضایت مندی از زندگی،آسایش جسمی و روانی و شادکامی توصیف می شود.

اعضای یک جامعه از این نظر که عوامل مختلف تا چه حدی بر کیفیت زندگی انها تاثیر میگذارد متفاوتند. این اختلاف نظر که کدام بعد اهمیت بیشتری در کیفیت زندگی انها دارد،تفاوت دارند.همچنین مطالعات نشان میدهد که در کشور های ثروتمند اغلب بیش از کشورهای فقیر احساس رضایت و آرامش وجود داردو همبستگی میان سطح زندگی و احساس خوب نسبت به زندگی ضعیف است و در نقطه ثبات نسبی است به بیان دیگر به نظر نمیرسد که احساس خوشبختی با پیشرفت در زمینه مادی افزایش یابد(خوارزمی.،1386)

**کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (H R Q O L):**

مفهوم کیفیت زندگی مربوط به سلامتی و عوامل تعیین کننده ی آن به تدریج از دهه ی شکل گرفت ودر بر گیرنده ی ابعادی از کیفیت زندگی کلی است که به طور آشکاری با سلامت فیزیکی و یا روانی مرتبط است، در سطح فردی، این مفهوم شامل احساس سلامت جسمانی و روانی و تمایل وابسته به آن است که شامل مخابراط وضعیت سلامت و عملکرد فردی، حمایت اجتماعی و وضعیت اقتصادی نباشد. البته به نظر میرسد برخی از ابعاد سلامت در هنگام ارزیابی دارای تاثیر مستقیم بر روی کیفیت زندگی هستند . از جمله این موارد میتوان به بیماریها،مواجهه با عوامل خطر زایا استعداد ژنتیکی اشاره نمود که شخص بدون علامت از ان آگاه نیست.(اندرو،2001،به نقل از جوزدانی،1388). است(پارک،1995).با کیفیت زندگی نیست، بلکه یکی از زیر مجموعه ها و اجزای ان سلامت معادل و مساوی کیفیت زندگی ، احساس رضایت از زندگی است و منجر به فعالیت هایی میگردد که افراد اهداف ارزشمند زندگیشان را دنبال کنند.بولینگ(2001)بیان میکند که کیفیت زندگی مرتبط ب،درک از سلامتی،تندرستی،رضایت از زندگی و رفاه است. ا سلامتی به سطح مطلوبی از عملکرد روانی،جسمی و اجتماعی اطلاق میشود که شامل روابط با دیگران همچنین این مفهوم شامل رضایت از درمان ،حالت سلامت و انتظار از اینده است. این مفهوم با مفهوم کیفیت زندگی که اجزایی چون خانه داری، در آمد و درک از محیط را در بر میگیرد متفاوت است. در حقیقت کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به جنبه های جسمانی،روانشناختی و اجتماعی اشاره میکند که تحت تاثیر تجارب،باورها و استنباطهای فرد قرار میگیرند.بین دو مفهوم کیفیت زندگی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی تفاوت وجود دارد. اولی دارای یک مفهومعمومی تر است که شامل رضایت از شرایط مختلف زندگیاز قبیل درامد،معیارهای زندگی،شرایط کار،ازدواج،خانواده و دوستان ،محیط اطراف،نظامهای دولتی و امنیت اجتماعی می باشد. در حالی که کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی ارزشی است که افراد برای دوره ای از زندگی که به وسیله معلولیت وضعیت عملکردی ،ادراکات و فرصتهای اجتماعی تحت تاثیر قرار گرفته است.،قائل می شوند.و تحت تاثیر بیماری،خدمات درمانی یا خطی مشی ها قرار دارد. کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی ارزیابیذهنی افراداز وضعیت فعلی سلامتی و اثرات مراقبت های بهداشتی و فعالیتهای ارتقاء دهنده سلامتی بر روی توانایی آنان جهت نایل شدن و حفظ سطح عمومی عملکرد می باشد.(پارک[[94]](#footnote-94)،1998،به نقل از رحیمیان بوگر،1388).

کیفیت زندگی مربوط به سلامت به ارزیابی ذهنی فرد از وضعیت سلامتی کنونی اش مراقبتهای بهداشتی و فعالیتهای ارتقاء دهنده سلامتی که موجب سطحی از فعالیت کلی میشود و به فرد امکان میدهد که اهداف ارزشمند زندگی اش را دنبال کند،بر میگردد. کینگ(1998)معتقد است که وقتی فقط یک بعد از کیفیت زندگی برای مثال ، سلامت (در نظر گرفته میشود، نباید ار واژه کلی کیفیت زندگی استفاده شود.کیفیت زندگی مفهوم گسترده ای است که همه ی ابعاد زندگی را شامل میشود ای ابعاد شامل سلامت میشود،اما تنها محدود به ان نمیشود. کینگ(1998)براین باور است که کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی به عنوان پیامد مهم پاسخ بیمار به بیماری ، درمان و روش های درمان تلقی میشود. یکی از عوامل کهدر ارزیابی ابعاد مختلف زندگی مرتبط با سلامتی باید مورد توجه واقع شود ، ارتباط بیماری و کیفیت زندگی است. به طور معمول ، اولین اثربیماری بر روی عملکرد فرد است. سپس حالات روانی و به دنبال ان سلامت عمومی و عملکرد اجتماعی فرد تحت تاثیر قرار میگیرد.

**سنجش کیفیت زندگی:**

امروزه کیفیت زندگی به صورت یک زیر بنا برای توسعه اجتماعی و سیاست های بهداشتی به کار می رود.اصولا" نیز ارزیابی کیفیت زندگی به صورت ابزاری برای اندازه گیری امکانات و خدمات پزشکی درآمده است.(رنویک،.1996[[95]](#footnote-95).)یکی از سوالات اساسی که در این رابطه مطرح می باشد این است که چراکیفیت زندگی را مورد بررسی قرار میدهیم.برخی از ارائه دهندگان خدمات مراقبتی – بهداشتی عقیده دارند که تجزیه و تحلیل کیفیت زندگی به عنوان یک مفهوم روانی و ذهنی نمیتواند مورد قبول واقع شود برخی از اجزاء مدل غیر زیستی اطلاعات مربوط به کیفیت زندگی مورد استفاده قرار میگیرد شامل ارزش ها ،اعتقادو توانایی ها ی فرد ی در جهت سازش ، وضعیت معنوی ،شبکه اجتماعی ،وضعیت تفریحی ،فرصتهای فرهنگی و مذهبی، خط مشی های بیمه ای و دولتی،سیستم های حمل و نقل و ارتباطات و تسهیلات پزشکی در دسترس می باشد. برخی پژوهشگران معتقدند که ابزار دقیقی برای بررسی فواید مراقبتهای پزشکی موجود نمی باشد. با وجود این اختلاف نظر ها ی متعدد در این رابطه ،بررسی کیفیت زندگی به عنوان راهنمایی در اثر بخش و کار این درمانها ی طبی،روز به روز گسترش یافته و بیشتر مورد توجه و پذیرش قرار میگیرد(کوهن وکستا[[96]](#footnote-96)،1990).

به دنبال شناخت مفهوم کیفیت زندگی،مهمترین مسئله نیاز به ابزاری جهت اندازه گیری این مقوله است وجود تعاریف مختلف از کیفیت زندگی باعث ایجاد ابزارهای گوناگون شده است.در طی بیست سال گذشته ،توجه به کیفیت زندگی و اندازه گیری آن رش شد چشمگیری داشته و روش های گوناگونی نیز برای سنجش آن پدید امده است.در این اثنا کیفیت زندگی در حال تبدیل شدن به شاخص های ضروری در بررسی های مربوط به مداخلات پزشکی(آکوادرو[[97]](#footnote-97)،1999،به نقل از ورزی،1383)یکی از چالشهای عمده در ارزیابی خدمات بهداشتی – درمانی ،عدم دسترسی به ابزارهای معتبر و چند بعدی است.با نگرش جدید به پدیده ی تندرستی، شاخص های سلامتی فراتر ازمرگ ومیر بود و تاثیر بیماری در فعالیتهای روزانه وبه طور کلی در وضعیت عملکردی و ناتوانی را در بر می گیرد. در الگوی انسان گرایانه طب نوین،شاخص سلامتی،احساس خوب بودن و بهزیستی انسان بود و علاوهبرشاخص های فیزیکی ، عوامل انسانی را نیز لحاظ نموده است. با این رویکرد انسان گرایانه و جامع نگر ،شاخص های سلامتی و بهزیستی بر اساس کیفیت زندگی تعریف شده اند) زابو.،1996)پژوهشگران در معرفی ابزارهای سنجش کیفیت زندگی، شاخص هایی چون روابط بین فردی،موقعیت های اقتصادی،احساس خوشبختی و شادابی را نیز لحاظ نموده اند. با این وجود ،روایی و پایایی بسیاری از این مقیاسها کماکان ناشناخته است. هم چنین شاخص های یکسانی در مقیاس های پژوهشگران نیز اکثرا" دیده نمیشود.ازکیفیت زندگی مفهوم کلی میباشد که نه تنها شامل همه جنبه های زندگی مانند اجتماعی-فیزیکی ،عاطفی و معنوی است،به علاوه برنیاز های فردی از اقبیل امیال و ارزو ها،هنجارهای فرهنگی و اجتماعی نیز توجه دارد.در ابتدا رویکردشاخص های اجتماعی با این فرض که تاثیر معنی داری بر کیفیت زندگی افراد مورد پذیرش بوده اما بعدها ثابت شد که شاخص های اجتماعی برای اندازه گیری کیفیت زندگی کافی نمی باشد و اعتقادروز افزون بر ان شد که اکثر تامین کننده های کیفیت زندگی،بیشتر جنبه های روان شناختی دارندتا اقتصادی و جمعیت شناختی. پس از ان رویکرد،دو جریان ظهور نمود: جریان اول ارزیابی کلی از بهزیستی،مسرور بودن یا رضایت مندی را به عنوان معیار کیفیت زندگی مورد نظر قرار دادند. جریان دوم به طور تجربی ، زمینه های خاص زندگی را شناسایی کرده و واکنش فرد را نسبت به این زمینه ها ارزیابی کردند. )پور حسینی ،مخفیفر،1378)

البته مقوله کیفیت زندگی یک مسئله کاملا شخصی است و در هر انسان متفاوت می باشد. با بالا رفتن سن تغییرات زیادی در سیستم بدن ایجاد می شود. حس لامسه توانایی خود را از دست میدهد،سیستم قلبی –عروقی دچار مشکل میشود،عملکرد دستگاه عصبی، ریه،سرخرگها،و ماهیچه ها افت پیدا میکند،پوکی استخوان ایجاد شدهو قابلیت های حافظه نیز کاهش پیدا میکند. کهنسالی دوره ای اجتناب انپذیر از زندگی همه افراد است که شناخت و و اکنش صحیص نسبت به ان میتواند کیفیت زندگی را بهبود بخشد. در این میان تغذیه مناسب ،فعالیت فیزیکی،و شناسایی و درمان سریع بیماری ها میتواند سودمند واقع شود. اما منظور از کیفیت زندگی چیست؟ شاید در جاهای مختلف بتوان بر داشت متفاوتی از ان داشت. اما اصولا برای افراد سالخورده به بهرمندی از سلامتی جسمانی ،عملی،احساسی و فاکتورهای اجتماعی مطلوب اطلاق میشود. طبق براوردهای اخیر گمان میرود که تعداد زیادی از سالمندان زیر خط فقر زندگی می کنند و از کمترین امکانات اولیه زندگی برخوردار نیستند. هرچند انسانها در حال حاضر طول عمر بیشتری نسبت به پیشینیان خود پیدا کرده اند اما به جای لذت بردن از دوران بازنشستگی خود باید صرفا شاهد تبعیضات سنی باشند. انزوای اجتماعی،هزینه های بالای درمانی، و تنهایی سبب ایجادافسردگی در این افراد شده و وضعیت بسیاری از انها هر روز در حال بدتر شدن است با این وجود در سراسر دنیا برنامه های مختلفی پایه ریزی شده که به واسطه ان به افراد سالمند کمک میشود تا مدت زمان بیشتری را مستقل باقی مانده و برای گذراندن زندگی روزمره خود به کمک دیگران محتاج نشوند(ثنائی ذاکر،1389)به اعتقاد آرجیل و همکاران(1995)شادی سه جزءاساسی دارد.هیجان مثبت،رضایت از زندگی و نبودهیجانات منفی از جمله افسردگی و اضطراب. آرجیل و مکارانش(1995)دریافتند که روابط مثبت با دیگران ،هدفمند بودن زندگی،رشد شخصیت،دوست داشتن دیگران و زندگی است .شوارتز و استراک(1991)معتقدند که این افراد کسانی هستند که در پردازش اطلاعات در جهت خوشبینی و خوشحالی سو گیری دارند. یعنی اطلاعات را به گونه ای پردازش و تفسیر میکنند که به خوشحالی انها منجر میشود . با توجه به موارد فوق مشخص میشود که بسیاری از متغیر های روان شناختی که ارتباط انهابا عملکرد نظام ایمنی روشن شده است جزئی از شادی تلقی میشوند. ونیز پژوهشهای ارتباط معنی دارشادی با سلامت جسمانی را نشان داده اند پس به طور منتقی میتوان استدلال کرد که افرادی که به سلامت جسمانی خود اهمیت میدهند و در اقدامات مرتبط با مصون سازی کوشا هستند . شکی نیست که همگی ما به طور فطری دارای حالات مطلوب و خوشایند هستیم. صفاتی چون شادی و غم ،شجاعت و ترس،اعتماد به نفسو خود کم بینی وریشه در احساسات انسانها دارند. احساسات نیز در جای خود،شخصیت افراد را شکل میدهند،چرا که این احساسات،محرکی برای تعاملها با محیط پیرامون مان هستند که اگر از تعادل نسبی برخوردارباشند ،سبب تصمیم گیریهای درست و منتقی در مشکلات زندگی میشوند و موفقیت را در انجام شدن کارها به دنبال خواهند داشت. شادبودن تاثیر مهمی در موفقیت افراد دارد. افراد که کیفیت زندگی بالا دارند نگرش خوشبینانه ای نسبت به وقایع و رویدادهای اطراف خود دارند و به جای جبه گیری منفی نسبت به اتفاقات پیرامون خود، سعی در استفاده بهینه از این رویدادها دارند. همچنین انسانهای شاد و دارای شخصیت سالم انسانهایی مسئولیت پذیر و شهروندانی خوب خواهند بود(حجازی،1378)

به سن 60 سالگی به بالاتر پیری اطلاق میگردد. برای همه پیش میاید و دورانی از زندگی است که فعالیتها کاهش میابد و برخی از استعدادها حواس و توانایی بالقوه کارایی خود را کاهش میدهند . به نظر اریکسون پیری با یکی از دو خاصیت"تمیت خود"یا"وحدت خود"یا نا امیدی مشخص میشود. وقتی پیشرفتهای سالخورده ای برابر معیارهایی باشند که از قبل برای خود وضع کرده به طوری که شکافی میان خود واقعی و خود ارمانی او کوچک باشد او وحدت یا تمامیت خود و معقولی را تجربه خواهد کرد و از خویشتن رضایت دارد. اما اگر کسی احساس کند که انتظارات قبلی او تامین نمیشود،نا امیدی را تجربه میکند زیرا متوجه میشود که با گذشت هر روز دست یافتن به هدفهایش کمتر میشود. برای برخی پیر شدن کمتر نگران کنند است . زیرا قادر به درک پیری نیستند در حالی که برای دیگران پیری غم انگیز است.سالخوردگی اتفاقی است که برای همه پیش میاید. مردم تمام فرهنگها در سرتاسر تاریخ واقعیت پیری اجتناب ناپذیر ی مرگ را پذیرفته اند ارزیابی اولیه از پیری به ما میگوید که پیری تجربه ای است که ممکن است ان را دوست نداشته باشیم اما باید ان را قبول کنیم. با توجه به این واقعیت لازم است برای رسیدن به پاسخ های مقابله ای که به ما کمک میکند تا از پیری به خوبی استفاده کنیم به ارزیابی ثانویه دست یابیم. تا عزت نفس و خود کارامدی خود را در هنگام پیری حفظ کنیم.این مهارتها در جامعه ای که افراد سالم از داغ پیری و عدم حمایت رنج میبرند حائز اهمیت است

-شروع این دوره از 65 سالگی است و در بسیاری از افراد تغیری ایجاد نمی کند. فقط طرز زندگی انان نسبت به دوره ی میانسالی تغییر میکند. هرچند از نظر سنی فرد سالمند است اما قادر به رفع احتیاجات روزمره خود است.

دیر یا زود تعقیبات جسمانی و روانی او را مجبور به وابستگی به دیگران میکند. آخرین کرحله که در بسیارازافراد بالاتر هم ممکن است ظاهر گردد مرحله ضعف و زوال پیر است، که ان را پیری یا حالت ضعیف شدن فیزیو لوژیکی و مخصوصا" روانی که از درجه بهنجار تنزیل نماید نیز می نامید)ابوالقاسمی.،1386)

پیری و سالخوردگی امری است اجتناب ناپذیر و غیر قابل برگشت است. با توسعه دانش پزشکی و کاهش مرگ ومیر،امید زندگی یا همان طول عمر انسانها نیز در حال افزایش است. به نحوی که در سال 2000میلادی جمعیت 60ساله ها و بالاتر دنیا در حدود 600میلیون نفر براورد شده است و این میزان در سال 2025به 1.1 میلیارد نفر و در سال 2050به 2میلیارد نفر خواهد رسید.این روند جهانی افزایش سالمندی در ایران نیز با اهنگ 2 درصدی رشد در حال افزایش است.در کشور ما هم اکنون بالغ بر 5میلیون سالمند زندگی میکنند و پیش بینی میشود این افراد در طی 20سال اینده به 10 میلیون نفر برسند.با افزایش درصد سالمندان کشور ،میان سنی جمعت بالا رفته است و از یک جمعیت جوان به سوی یک جمعت پیر (رسیدن میان سنی17به32 سال)در گذر است.دکتر میهن سادات عظیمی کارشناس مسائل سالمندان مرکز بهداشت استان مرکزی نیز بر لزوم اگاه سازی جامعه در مورد سالمندان اشاره میکند ومیگوید:<<باورهای غلطی در میان افراد در این دوره از زندگی وجود دارد،در کنار سایر تبعیضاتی که برای سالمندان قائل میشویم تبعیض سنی نموده بیشتری دارد. به طور مثال پوشیدن رنگهای شاد برای سالمندان یک عیب تلقی میشود یا گمان میکنیم سالمندان به علت داشتن سن بالا نباید زیاد شاد باشند یا پول خود را برای خودشان خرج کنند)روشن،1386.).

پیری اجتناب ناپذیر است اما بسیاری از مشکلات و بیماری ها سالخوردگی با اصلاح شیوه زندگی قابل پیشگیری است. این بخشی است که باید با افراد جامعه همچنین سالمندان اموزش داد اما بخشی از مشکلات سالمندی نیز از حیطه ی اختیار خود سالمند خارج است و به جامعه ای که سالمند در ان زندگی میکند بر میگردد. به عنوان مثال وجود متخصص طب سالمندی یا سایر تخصص ها،خدمات پاراکلینیک، وجود مرکزی که همه ی خدمات موردنظر در ان،یک جا جمع باشند، وجود سیستم ارائه خدمات درمانی در منزل،وجود مراکز بستری طولانی مدت ویژ ه سالمندان است.

**تاثیر ورزش بر کیفیت زندگی سالمندان:**

ورزش منظم در افزایش کیفیت زندگی سالمندان تاثیر یه سزایی دارد. به گزارش شبکه خبر ، پژوهشگران دانشگاهای علوم پزشکی شهر کرد و کرمانشاه ، تاثیر برنامه ورزشی را بر کیفیت زندگی 60سالمند در شهر کرد بررسی کردند. این افراد با میانگین سنی 68سال دارای توانایی انجام دادن فعالیت ورز شی و کارهای معمول بدون وابستگی به دیگران و بدون بیماری محدود کننده بودند و برنامه ورزشی را بمدت 60جلسه اجرا و بر اساس این بررسی، با استفاده از برنامه ورزشی پیش رونده عضلانی، کیفیت زندگی سالمندان به میزان درخور توجهی افزایش میابد.به گفته ی پژوهشگران با توجه به این پژوهش و با استفاده از برنامه ورزشی منظم،مداوم و دارای پزیش خوب از طرف سالمندان ،میتوان با افزایش کیفیت زندگی در ابعاد مختلف،راه را برای سالم پیر شدن انها فراهم کرد.سرعت رشد جمعیت سالمندان در کشورهای در حال توسعه بسیار زیاد است و همچنین کیفیت زندگی در سالمندی به علل مختلف بویژ به علت کاهش تحرک فیزیکی و فعالیت ورزش کاهش میابد. پیر شدن حق همه ی افراد بشر است و این موضوع بر اهمیت سالمندی و پیشگیری از مشکلات ان می افزاید. سالمندی دورانی است که فعالیتهای جسمانی، روانی فرد کاهش پیدا میکند و ابتلا به بیماریهای جسمی و ذهنی ممکن است منجر به احساس افسردگی در فرد شود. عواما اسیب پذیری چون ابتلا به بیماریهای جسمی ومضمن، کاهش قدرت و توانایی بدن، بازنشستگی، دوری از فامیل و دوستان، مرگ اطرافیا ، بیماری و مرگ دوستان موجب میگردد فرد بیش از پیش احساس نا امیدی ، افسردگی و بیهودگی کند. در این مورد نگرش افراد جامعه اطرافیان و فرزندان سالمند بسیارمهم است توجه افراد جامعه به سالمندان میتواند تاثیر مثبتی در پیشکیری از عوامل اسیب پذیرداشته باشد. عوامل جسمانی متعددی که منجر به پیر شدن میگردند شامل تغذیه نادرست، بهداشت پایین، کمبود ویتامینها، کم ابی بدن، کم کاری غدد تیروئید ، بیماریهای حاد مغزی، تصلب شرابین ، ارتروز، سرطان و ... می باشند یکی از مهمترین و ساده ترین روشهای جلوگیری از پیر شدن توجه به جسم است. عدم توجه و رسیدگی به جسم منجر به پیری زود رس میشود .افرادی که تحرک کمتری دارند در معرض خطر ابتلا به بیماریهایی مانند: افسردگی، بیماری و مرگ زود رس قرار میگیرند. یکی از روشهای ساده از پیری جلوگیری میکند ورزش است. بدون فعالیت و کار انرژی خیلی زود تحلیل میرود. افرادی که تحرک کمتری نسبت به افراد پر تحرک دارند در خطر ابتلا به بیماریهای گوناگون قرار میگیرند. ئرزش کردن برای تمام افراد و هر گروه سنی مفید است (ایلخانی،1387.)در گذشته فیزیولوژیست ها معتقد بودند که فقط تمرینات ورزشی در زمان جوانی به استقامت دوران پیری کمک میکند در حالی که تحقیقات اخیر نشان میدهد که ورزش برای هر فردی در هر سنی مفید است و یکی از خواص ورزش و فعال بودن جلوگیری از پیری است. از فواید مهم ورزش رابطه ی ان با سالم نگه داشتن عضلات است. ورزش و تمرینات جسمانی موجب افزایش هجم عضلات شده و این امر به نوبه خود باعث میشود فیزیولوژی بدن قوی تر عمل کند. با توجه به وزن سن و سلامتی جسمانی سه هفته پیاده روی موجب کاهش کلسترول خون می شود تمرینات ورزشی که در دوران جوانی شروع می شود. پوکی استخوان در سنین بعدی میگردد و استخوانها تحمل بیشتری برای وزن بدن پیدا میکنند . در نهایت ورزش موجب افزایش هجم عضلات و توان و قدرت فرد، افزایش در میزان متابولیسم، تحمل قند، کاهش کلسترول، تنظیم حرارت بدن و استخوان میگردد. کیفیت زندگی و شاخص خوشبختی. اما بیشتر از ان بد نیست بر مهمترین ویژگیهای جهان معاصر که زندگی انسان در متن ان جریا دارد، نگاهی کوتاه بیافکنیم(خوشدل.1386.).

جهان معاصر جهانی است پر طوفان و بحران خیز .جامعه جهانی اکنون در چرخش گاه تمدنی بی سابقه قرار گرفته است. تحولات پر شتاب علمی / تکنولو ژیک عامل اصلی چنین وضعیتی است. در چنین وضعی، بنیان ها و شالودهای اصلی زندگی فردی و اجتماعی که به انسان در برقراری تعادل وجودی کمک میکرده اند/به معنای تعدل میان دنیای درون و محیطی که فرد درتعامل با ان قرار دارد /فرو ریخته اند. مهمترین این شالوده ، ارزشها و نا هنجاریهایی است که در گذشته راه گشای فهم و حل مسائل بودند ولی امروزه دیگر چنین نیستند. نسل جدید، هنجارها و معیار ها و ارزشه و سنتهای موجود را منسوخ و مسئله افرین میداند و نه تعادل بخش و کار ساز. مشکل انجاست که نظام جدید و بهتری نیز جایگزین نشده است در نتیجه ، افراد و نهادهای اجتماعی در فضایی حضور دارند که بیشتر به سیاه چالی شباهت دارد که نیروها و انرژهای سازنده ی نسل حاضر و قبلی را در خود می بلعد. شکاف رو به گسترش نسل ها، نشانه بارزی از این واقعیت است . از سوی دیگر در خانواده ، پدر و مادر ، اقتدار خود را که بر خاسته از؛ مرجعیت و مشروعیت شان بود، از دست داده اند. در نسل گذشته ، این مرجعیت و مشروعیت به طورطبیعی از دانسته ها و تجربه هاید مفید پدر و مادر بر می خاست که فرزند در برابر ان تسلیم بود. ولی کودکان و نوجوانان معاصر به دلیل دسترسی راحت و ارزان به منابع گستره ی اطلاعات و دانش و دانایی ، که انقلاب ICTان را میسر ساخته،درباره بسیاری از وموضوع ها بیش از والدین خود می دانند . در نتیجه وقتی پدر ومادر در برابر سوال های عجیب و تازه انان حیرت زده پاسخ می دهند ”نمیدانم"،پایه های ان مرجعیت و مشروعیت ست می شود و دیگر اختیاری نمی ماند که با فرزند ان را طبق الگوی مطلوب خود بار بیاورند. ان الگوی مطلوبی که پدر و مادر برای فرزند در ذهن دارند،نسل جدید برای یافتن الگوی مناسب خود ، به تنوعی گیج کنند از منایع و مراجع متعددی روی میاورد که از اینترنت و ماهواره وامثال ان حاضر و غایب و ... بدست اورده است . واغلب ،در میان انها، سردرگم و گیج می ماند و بدون اتکا به مرجعی مطمئن و قابل اعتماد ، در میانه راه دشوار و پر سنگ لاخ زندگی بی پناه و ناتوان رها میشود. اقتدار متمرکز و بلا منازع پدر و مادر در نسلهای قبلی دست کم این حسن را داشت که اگر جوان الگوی تحمیل شده را ، بدلیل نداشتن حق انتخاب و حق نظر ،منتظر میماند تا در سنین بالاتر راه خود را انتخاب کند. از سوی دیگر بشر وارد عصر بحران شده است بحران، وضعیتی است که در ان سیستم از وضعیت تعادل خارج شده و قانون مندی مرسوم بر ان حاکم نیست. و عصر بحران بدان معناست که بحران ها زنجیره وار رخ میدهند. هنوز بحرانی از بین نرفته، بحرانی تازه ظاهر میشود . واقعیت ان است که الگو های ذهنی و رفتاری انسان در عصر ثبات و تعادل شکل گرفته اند و در وضعیت های بحرانی نمیتوانند کار ساز باشند. افزون بران ، هنوز انسان نپذیرفته که وارد عصر بحران شده و بحران امری است طبیعی و تعاد و ثبات عمری است بعید و با احتمال بسیار کم. (امیر حسینی،.1386.)

همین چند نکته کافی است تا متوجه شویم که محیط زندگی انسان از بن دگر گون شده است. ولی انسان برای دست و پنجه نرم کردن با مسائل تازه عصر حاضر، به دانش و مهارت و توانایی های لازم مجهزنیست. نظام اموزش زسمی و غیر رسمی و خانواده و جامعه به طور کلی،افراد را برای زمانه ای امادهمی سازد که از دست رفته است. در چنین وضعیتی که اداره زندگی برای همه دشوار میشود در چنین وضعیتی است که طرح بحث کیفیت زندگی میتواند راه گشا باشد. در اینجا می کوشیم مفهوم کیفیت زندگی وکوششهایی که در جهان برای سنجش و مدیریت ان در جریان است، معرفی شوند .

**در باره کیفیت زندگی میتوان به نکات زیر اشاره کرد:**

کیفیت زندگی مفهومی است چند وجهی و پیچیده .ولی در عین حال قابل تعریف و قابل سنجیدنی . با ره یافتی میان رشته ای میتوان ان را تعریف کرد و برایش مدل مفهومی ساخت و بر اساس ان مدل ان را سنجید. حتی میتوان خیلی ساده به سراغ مردم رفت و انان پرسید. در باره ی زندگی چه احساسی دارند ایا از زندگی لذت میبرند یا نه.

کیفیت زندگی بیش از هر چیز امری است نسبی و برای تعریف و سنجش ان معیار مطلق و جامع و جهان شمولی وجود ندارد که در همه جا مصداق داشته باشد . مفهومی است که بشدت متاثر از زمان و مکان است. عوامل موثر بر ان، بسته به دوره ی زمانی و مکان جغرافیایی و شرایط فرهنگی تغییر میکنند. مولفه های کیفیت زندگی بر اساس ارزشهای فردی و اجتماعی و ملی تعریف میشوند . شکی نیست که واقعیت ها و شرایط عینی جامعه و وضیعت مادی زندگی فرد نیز در ان نقشی تعیین کننده دارند. اما باید توجه داشت که انسان موجود ی است که بر اساس تصویر ذهنی خود از واقعیت /نه خود واقعیت/زندگی میکند و رفتارش متاثر از برداشت های ذهنی و درکی است که از واقعیت دارد وبرداشتها و ادراکات، الزاما با واقعیت انطباق ندارند. افزون بر ان، تصویر زندگی و برداشت هر فرد درباره ی واقعیتی معین با دیگری تفاوت دارد بر این اساس میتوان گفت که :

1/.برداشت ما از شرایط عینی و واقعیت های زندگی است که اساس ان را درباره ی زندگی و کیفیت زندگی شکل میدهد.پس اسن شخص است که باید احساس کند کیفیت زندگی اش مطلوب است یا نه ؛

2/.برداشت افراد درای باره با یکدیگر یکسان نیست. در ای اساس شاید بتوان نتیجه گرفت که میان ارزیابی جوانا ن از واقعیت های زندگی و مطلوبیت کیفیت زندگی و از ان مهمتر معیار ها یی که برای ارزیابی زندگی خود دارند ، با انچه پدران و مادران وحاکمان و مسئولان جامعه دارند ، تفاوت دارد. واین شکاف،مدام رو به گسترش بوده و عمیق تر خواهدشد.اما واقعیت مهمتر ان است که روانشناسان، دانشمندان مغزو اعصاب و پژوهشگران علوم شناختی به ما میگویند که برداشتها و تصاویر ذهنی /و به معنایی دقیق تر ، مدل های ذهنی /را می توان تغییر داد. مدیریت کیفیت زندگی یعنی تغییر شرایط عینی زندگی در جهت مطلوب ، که وظیفه اصلی حکومت و دولت است، و تغییر مدلهای ذهنی ،و برداشت فرد درباره ی واقعیت که در اختیا ر فرد است؛ ولی اگر فرد و کیفیت زندگی او در محاسبات حکومت جا یی نداشته باشد چه خواهد شد؟ کوشش مستمر فرد در راه تغییر مدلهای ذهنی در شرایطی موثر است و توسیه می شود که شرایط واقعیه زندگی دقدقه ی انرا که وضع را بهبود بخشد.

شاید اشنایی و حساس شدن به مفهوم کیفیت زندگی به دولتها و حکومت ها کمک کند که در راه مطلوب کردن شرایط عینی زندگی و واقعیت ها گام بردارند و به فرد نیز امکان دهند در قلمرو نفوذ خویش مسئولیت کیفیت زندگی خویش را در دست گیرد . مهمترین متغیر های عینی به این شرح اند:

الف/بعد فردی: این بعد شامل متغییر هایی است که رابطه فرد را با شرایط خاص زندگی فرد از جمله امکانات لازم برای برخورداری از زندگی سالم و راحت تعریف میکنند. مهمترین این شرایط به شرح زیراند.

**رفاه مادی**: داشتن شغل و درامد مناسب

**تغذیه مناسب**: پژوهشها نشان می دهد که میان تغذیه نامناسب سالهای اول زندگی ، بویژه تا 2 سالگی و تحریکاتی که در این سن مغز دریافت میکنند، با رشد ذهنی و از ان مهمتر کسب مهارتهای اساسی ، بویژه مهارت دست و پنجه نرم کردن با مشکلات زندگی ، رابطه ای قوی وجود دارد. می گویند کمبود چنین مهارتهایی پیش از سیگار و کلسترول باعث مرگ ناشی از سکته ی قلبی و سکته ی مغزی شدهاست. بر پایه این پژو هشها فراهم اوردن شرایط برای تغذیه مناسب کودکان و نوزادن مهمترین وظیفه ی دولیت است زیرا اینان سرمایه های انسانی اینده هستند که در ان مسائل بیش از پیش تکنولوژیک میشود و فرد ،بدون مهارتهای لازم ، نمیتواند زندگی خود را اداره کند

**خوشبینی و کیفیت زندگی:**

در ابتدا سلیگمن مفهومی به نام << درماندگی آموخته شده >> را ابداع کرد که به طور گسترده ای درمجامع علمی مورد پذیرش قرار گرفته است. او این مفهوم را مطرح کرد و نتیجه ان شد که مفهوم خوشبینی آموخته شده ابداع گشت .)پولو سایز کی و همکاران.،2009.) سطوح خوش بینی در سلامت فرد واحساس بهزیستی به واسطه ی تفکر خوشایند، اثر میگذارد و این سبک تفکر بانگرش های مثبت رابطه دارد. سطح کیفیت زندگی را از طریق احساس بهزیستی درونی کیفیت رفتار ها ی مقابله ای برای کاهش خلق و خوی منفی و کاهش فرسودگی هیجانی را ارتقاء می دهد. خوشبینی به طور معنا داری با سلامت جسمانی بهتر ،تعهد شخصی،اجتماعی ،تحصیلی بالاتر ،عزت نفس بیشتر و احساس تنهایی کمتر رابطه دارد(پولو سایز کی و همکاران.، 2009.)

**کیفیت زندگی در سالمندان:**

اگرچه عوامل موثر در کیفیت زندگی نباید جدا از هم مورد بررسی قرار گیرند اما این مقایسه بیشتر به اثرات فعالیتهای جسمانی روی سلامت افراد سالمند متمرکز است. رشد چشمگیر میانگین امید به زندگی در قرن بیستم به شکل غیر تصوری میانگین سن را افزایش داده است. امروزه نسبت افراد مسن نسبت به هر دوره از تاریخ بشر بیشتر شده است. در حال حاضر جمعیت بالای 60 سال در انگلستان 12% و در امریکا مثلا در کانزاس 14درصد کل جمعیت کشور را تشکیل میدهد. ودر انگلستان در حدود یک سوم جمعیت را در سال 2030میلادی افراد بالای 60 سال تشکیل خواهند داد. اگر چه برخی از افراد افزایش امید به زندگی را بعنوان یکی از بزرگترین موفقیت ها در قرن بیستم میدانند، عده ای نیز معتقد اند که تامین اگاهی واموزش می تواند راهی برای رسیدن به شرایط زندگی بهتر باشد و گروهی دیگر به اهمیت کاهش هزینه های نربوط به سالمندی توجه دارند. در این راستا طبق بررسی های انجام شده عامل اصلی اولیه 63درصد از مرگ و میر های در کانزاس به نامناسب بودن شرایط سلامتی و شیوه ی زندگی انها مربوط است. تحقیقات نشان داده اند که خانوار هایی که از نظر شرایط زندگی و خانوادکی از استحکام و ثبات بیشتری برخوردار بودند.به هر حال لازم است چگونگی مراقبت از تعداد را به ازدیاد افراد مسن رامورئ مطالعه قرار دهیم. اما این جنبه بحث مربوط به تحقق در زمینه طراحی راهبردهای بهداشتی در مورد سالمندان را تحت شعاع قرار داده است. این مفهوم منفی در درک غلط در مورد تن درستی افراد سالمند میتواند به صورت عامل متحرک عمل کند . یقینا افراد مسن از سلامتی کمتری نسبت به افراد جوان برخوردار اند و این تا اندازه ای مربوط به ابتلای بیشتر افراد مسن به بیماریها می شود اینکه مثلا شیوع بیماریهای قلبی با افزایش سن میشود به این معنی نیست که سالخوردگان ، عامل بروز بیماریهای قلبی را همراه دارند همچنین نمیتوان گفت که بیماریهای قلبی در افراد پیر اجتناب ناپذیر است . اختلاف اساسی بین اثر سن به تنهایی و اثر بیماریها در افکار عمومی و متخصصان امور بهداشتی باید اصلاح شود. در نهایت اگر بیماریهای سالمندی را فردی بدانیم انگاه پیشرفت قابل توجه در زمینه ی مراقبتهای بهداشتی سالمندان را بدست می اوریم. اگر مفهوم سن گرایی را کنار بگذاریم، ترس دیرگی که در رابطه با افزایش جمعیت افراد مسن وجود دارد ریشه در رابطه های عمیق بین بالا رفتن سن و وابستگی است. این بالا رفتن میانگین سن ، سوال مهمی بوجود میاوردکه ایا با افزایش جمعیت سالمندان ، سلامت یکی بهبود میابد و یا اینکه تنزل پیدا میکند )هجک.،2001).موضوع، میانگین سن شروع ناتوانی در رابطه با میانگین سن مرگ ومیر است اگر امکان داشته باشد که شروع ناتوانی را به تعویق بیا ندازیم نتیجه ی ان سالم تر باشد و قبل از مرگ دوران وابستگی کوتاهی داشته باشند بحث دیگر این است که بهبود کیفیت زندگی سالمندان نیست .بلکه در درازا کشیدن دوره ی حیات افراد ناتوان و مریض است. در این سناریو سالمندانی هستند که دارای چشم اندازی غم انگیز اند و یک دوران طولانی وابستگی قبل از مرگ را دارند. این موضوع به عنوان دلایلی مربوط به بهبود سلامتی زندگی در بین افراد مسن مورد بحث قرار میگیرد، بطوری که برخی معتقد اند که این اقدامات تنها منجر به افزایش تعداد سالهای ناتوانی های هاد و وخیم وافراد مسن میشود . شواهدی در دست است که نشان میدهد در افراد تحصیل کرده و ثروتمند ، اسیب پذیری جسمانی کاهش میابد . همچنین حفظ سلامتی در خلال افزایش سن قابل دست یابی است بر این اساس سازمان جهانی بهداشت تعریفی از کیفیت زندگی ارائه داده است که زندگی سالم به حالتهایی میگویند که افراد از سلامت کامل جسمانی و روانی و رفاه اجتماعی اولیه برخوردار باشند و صرفا نبود بیماری بستگی ندارد. یا در مطالعه ای مشاهده ای در دانشگاه پنسیلوانیا بهبود امید به زندگی را از سن چهل سالگی تا اواسط 70 سالگی دنبال کرده اند.مطالعه ای روی سه عامل خطر زای بالغوه اصلاح پذیر شامل : سیگار کشیدن شاخص توده ی بدن و الگوهای ورزشی انها متمرکز شده بود . افرادی که بیشتر به این عوامل خطر زا روبرو بودند در سن 60 سالگی در معرض خطر بیماریهای زیادی قرار داشتند بطوری که هم دوران ناتوانی عمومی انها زودتر شروع شده بود و هم سالهای وابستگی انان افزایش یافته بود (کارلوسن.، 1377.)برخلاف این گروه گروهی که با عوامل خطر زای کمتری روبرو بودند یعنی سیگاری نبودند شروع ناتوانی در انها بتعویق افتاده بود بدین ترتیب نه تنها طول عمر بیشتری داشتن بلکه باعث شده بود که از سلامت بیشتری نیز برخوردار شوند مطالعات طولی در امریکا نشان داده است که با وجودافزایش متوسط طول عمر جمعیت افراد مسن معلول و مریض کمتر از ان چیز است که قبلا پیش بینی شده بود این یافته های غیر منتظره شاید به علت سلسله عواملی باشد که شامل اثرات دخالت های گروه پزشکی و شیوه های زندگی مناسب تر باشد(انوشیروانی.،1382.)

**غفلت از کیفیت زندگی سالمندان:**

تنهایی ،ناتوانی ، شیوه ی بیماریهای مضمن:

اخیرا افزایش انبوه جمعیت سالمندان تبدیل به یکی از موضوعات بحث بر انگیز قابل توجه جوامع بشری شده است <<سالخوردگی >> روند تغییرات تدریجی و بی چون و چرایی است که به نوبه خود مشکلات فراوانی را بهمراه دارد. زندگی افراد سالمند با توجه به عواملی نظیر سن، جنسیت ، نژاد ،وضعیت تاهل متفاوت است. اکثریت افراد بالای 65 سال تنها زندگی میکنن و در این میان خانومها درصد بیشتری به خود اختصاص داده اند . 80 درصد از سالمندان حداقل یک بیماری مضمن دارندو 50درصد از انها در انجام برخی امور روزانه خود ناتوان هستند. بد نیست بدانید که بیماریهای مضمن دلیل 70درصد از مرگ و میر را در سنین بالای 65 سال محسوب میشوند. ازجمله مشکلات عدیده ای که بعنوان خطر جدی برای زندگی سالخوردگان محسوب میشود میتوان به مواردی نظیر ناتوانی جسمانی ،تنهایی و بیماریهای مضمن اشاره کرد(ازموده،1388.).

امار و ارقام حاکی از این مطلب هستند که جمعیت سالمند جهان روز به روز در حال افزایش است . طبق براورد های اخیر کار شناسان پیش بینی میشود که از سال 1996تا 2025 میزان افراد سالخورده 65 سال به بالا 17درصد به 82 درصد برسد. همچنین تا 2025 ا یتالیا و ژاپن بیشترین تعداد سالمند جهان را در خود جای میدهند که تقریبا یک سوم از کل جمعیت این کشورها را به خود اختصاص میدهد. همچنین کشورهای در حال توسعه نظیر چین و هند که دارای بالاترین جمعیت هستند بسته به میزان جمعیت همچنان دارای بیشترین تعداد سالمند خواهند بود . همچنین انتظار میرود تا سال 2020 قریب به یک میلیاردسالمند در سراسر جهان وجود داشته باشند که بیشتر انها در کشورهای در حال توسعه زندگی خواهند کردتا توسعه یافته . (فیروز بخت،1386).

**نگرش ما به سالمندان:**

این روزها شاهد بی توجهی های زیادی به سالمندان هستیم. پس از جنگ جهانی دوم مهاجرت افراد به کشورهای دیگر افزایش پیدا کرده و همین مسئله باعث از هم گسیختگی بنیان خانواده ها شده است. سالخوردگان به عنوان اعضای از کار افتاده ی خانواده محسوب میشوند و خانواده ها ترجیح میدهند که انها را به مراکز نگهداری از سالمندان منتقل کنند. در گذشته افراد مسن تحت حمایت 100% خانواده ها بودند وجوانتر ها در همه زمینه ها به انها کمک میکردند. اما ناگهان این حمایت از طرف خانواده به کلی از میان رفت و این امر چیزی جز تنهایی فقر و بیماری را برای سالمندان به همراه نداشت.برخی از جوانان افراد سالمند را به طور کلی از نسل بشر جدا می کنند و معتقدند که چون کهن سالان نمی توانند عاشق شوند ، کار کنند، و زندگی جنسی پر باری را داشته باشند ، تنها به عنوان بار اضافه ای بر دوش جامعه محسوب میشوند.)جوهنسون[[98]](#footnote-98)، 1997.).

**عوامل موثر بر کیفیت زندگی از دیدگاه فرانس:**

\*خانواده

\*وضعیت اقتصادی و اجتماعی

\*وضعیت روحی و روانی

\*وضعیت سلامت و بیماری

باید دانست که اولین اثر بیماری بر عملکرد شخصی است و سپس اثرات روانی داشته و به دنبال ان سلامت عمومی و عملکرد اجتماعی فرد را تحت تاثیر قرار میدهد کیفیت زندگی سه بعد عمومی رابطه.، تجربه و زمان را به هم پیوند میدهد.

**رابطه** : شامل مولفه فامیل ،گروههای اجتماعی،چارچوب فرهنگی و سیاسی و خود فرد است که وضعیت فرد در رابطه با فامیل و گروههای اجتماعی از همه شناخته تر شده استو این دو دارای نقش حمایتی بسیار مهمی می باشند چارچوب فرهنگی و سیاسی مولفه ای است که هم بر روی فرد و هم بر روی فامیل و گروه های اجتماعی تاثیر می گذارد.

**زمان**:بطور عمده بیانگر وضعیت موجود میباشد تجارب زندگی و سابقه ی بیماری ها هم در کنار یکدیگر قسمت دیگر این بعد را تشکیل میدهند. و نیز انتظاراتی که ممکن است فرد از اینده ی دور داشته باشد بر روی این بعد اثر می گذارد این بعد به پویایی کیفیت زندگی هم اشاره دارد.

**تجربه**: سومین و مهمتریت بعد میباشد شامل ایمان، عقاید و باور های اخلاقی،وضعیت اقتصادی و اجتماعی، حوزه ی بین فردی و نحوه ی ارتباط با خویشاوندان و دوستان و الگوی مهارتهای اجتماعی افراد می باشد. حوزه ی روانی مثل نحوه ی برخورد با هیجانات و مهارت ارتباط دادن بین ادراک و تجربیات و انگیزه ی افراد جهت حفظ سلامت فردی و نیز اگاهی از شرایط بدن که شامل وجود علایم بیماری و درد قابل ملاحضه ، ظرفیت روحی و عملکرد اعضای بدن می باشد .هر کدام از ابعاد و اجزای مذکور در شکل گیری قضاوت فرد از کیفیت زندگی اش نقش مهمی را ایفامی کند. (سارافینو،2002،ترجمه میرزایی،1387.).

**دلبستگی :**

یکی از مهمترین عواملموثر در تعاملات بین فردی، سبک دلبستگی است که در دوران کودکی فرد شکل گرفته و با توجه به محیطی که در ان تحول یافته است، در سنین بعدی ادامه میابد.( بالبی[[99]](#footnote-99).،1969)دلبستگی را به عنوان << تمایل انسانها به ساختن پیوند های عاطفی قوی با فردی خاص>> تعریف نموده است . دلبستگی (پیوند عاطفی ) بین کودک/مادر ، تعیین کننده ی سلامت روانی فرد است.

**نظریه دلبستگی:**

نظریه دلبستگی (بالبی،1980،1973،1964)مبتی بر این است که پیوند های عاطفی نخستین که بین کودک و مادر مراقب در قالب مدلهای ذهنی دوران سازی میشود،به گسترده وسیع روابط بین شخصی کودک در اینده تعمیم می یابند و الگوی این روابط یعنی سبکهای دلبستگی در طول زندگی نسبتا پایدار می مانند(برترتون ،1386.)در فرایند شکل گیری این روابط والدین پایگاهی ایمن برای کودک فراهم میاورند که بر اساس ان تجربه ها ساماندهی و با درماندگی ها مقابله میشود(همان منبع)دلبستگی برای کودک ارزش حیاطی دارد به این دلیل که همچنانکه کودک در دنیای اطافشان کاووش میکند و با امور غیر قابل پیش بینی روبرو میشود به او احساس امنیت و ارامش میدهد. هنگامی که کودک در وضعیتی قرار میگیرد که در او ایجاد ترس میکند رفتار توام با دلبستگی کودک اشکار می شود. ممکن است در شرایط عادی کودکان والدینشان را نادیده بگیرند و حتی ترجیح دهند که با فرد نا اشنا بازی کنند (تا زمانیکه یکی از والدین حضور داشته باشد) ولی وقتی که احساس عدم اعتماد یا تحدید شدن به انان دست دهد به سرعت ب مادر پدر یا هرکس دیگری که به او دلبستگی دارد روی میاورند (یاساعی.،1385) به طور کلی زمانی که کودک به دیگران اعتماد و نسبت به پذیرفته شدن از طرف انان اعتماد داشته باشد، برای کاوش در محیط اشتیاق بیشتری نشان داده، عواطف مثبت تری داشته،از عزت نفس بیشتری برخورداربوده، در حل مسائل پافشاری کرده، ابتکار و پشتکار دارد و به عبارتی از سازگاری اجتماعی و عاطفی بیشتری برخوردار است(بالبی،1982،به نقل از رزاقی بناب مظاهری.، 1384).یک پیوند دلبستگی اختصاصی و قطع نشده با یک شخص خاص ، لازمه تحول سالم و غیر مرضی در فرد است و تجربه ایمنی در کودک پایه و زیر بنای کنش و وری سالم روانی و ذهنی است(مظاهری،1397.).

استعمار سبک دلبستگی در فرایند تحول ،موضوع تحقیقات جدید در این زمینه بوده و نتایج بدست امده ، ایناستعمار راتایید می کند(مین،کاپلن و کسیدی،1985 به نقل از بشارت،1386.)

**نظریه های مختلف در مورد دلبستگی[[100]](#footnote-100):**

در این به شرح مختصر عقاید برخی از نظریه پردازان پر نفذ که بر اهمیت سالهای اولیه زندگی تاکید داشته اند و به طور تحویلی بحث دلبستگی را مطرح کرده اند،خواهیم داشت.

**نظریه روان تحلیل گری[[101]](#footnote-101):**

زیر بنای نظریه دلبستگی در واقع همان بحث روابط موضوع است. در نظریه های روان تحلیل گری که معمولا به عنوان نظریه های روابط موضوعی شناخته شده اند، به نقش اساسی خود ، در هدایت روابط صمیمی انسان توجه میشود. پایه این نظریه ها تحسم خود و والدین است که در دوران کودکی تحول یافته و در اینده در روابط نزدیک فرد اثر میگذارد(برترتون[[102]](#footnote-102) و همکاران به نقل از مین و همکاران.، 1985)روان تحیلی گران معتقد اند که نخستین روابط کودک پایه و اساس شخصیت او را تشکیل میدهند.گرچه روان تحلیل گران معتقد اند که در حدود 12 ماهگی تقربا همه کدوکان به سمت پیوند فوق با چهر ه ی مادر تحول میابند اما در مورد ماهیت و منشا این ارتباط با دیگران تفافق ندارند. از ادبیات روان تحلیلگری دو نظریه مهم درباره ماهیت و منشا پیوند کودک با مادر میتوان اقتباس کرد :

1/.کودک دارای نیازهای جسمانی بخصوص نیازبه غذا و احساس گرماست که باید ارضا شود . از انجا که مادر عامل ارضا نیازهای ضروری اوست، به چهره ی مادر علاقمند شده و به او دلبسته میشود و به زودی یاد میگیرد که مادر منشا خوشنودی است . بالبی این نظریه را گشاننده ثانوی می نامد (بالبی 1969.به نقل از حضرتی 1385.).

/2.در کودک یک امادگی درونی برای ارتباط دادن خود با یک پستان انسانی ، مکیدن و تصاحب ان وجود دارد، لذا کودک یاد میگیرد به ان پستان دلبسته شود از انجا که مادر ی وجود دارد ، پس به او نیز وابسته و مرتبط میشود. بنابر این بر طبق نظر فروید نیازی که کودک یه ارضا دهانی از طریق مکیدن دارد، موجب میشود که پستان ارضا کننده ی مادر و در نهایت به خود مادر نبز به خود مادر دلبستگی پیدا کند(حضرتی.، 1385.)

**نظریه فروید[[103]](#footnote-103):**

فروید اولین کسی است که اظهار داشت ، پیوند عاطفی نوباوه با مادر ، مبنای تمامی روابط بعدی است. نظریه رشد فروید تقریبا به طور انحصاری به اوایل کودکی پردازد. از نظر فروید 4 یا 5 سالگی اول زندگی ، مهمتری دوره شکل گیری شخصیت است(فیست[[104]](#footnote-104) و فیست،نثل از حضرتی،1385.).فروید در طبقه بندی مراحل رشد، از لحظه تولد تا 1 سالگی را مرحله ی دهانی نامیده و معتقد بود در این دوره هر چیزی که به غذا خوردن مربوط باشد ، از مهمترین منابع کسب لذت برای نوزادان است. وی معتقد بود کسانی که در این مرحله وظیفه تغذیه نوزاد را دارند مورد توجه هستند. در مرحله ی بعدی که مرحله ی مقعدی است ناحیه مقعد و فعالیت های مربوط به عمل دفع از مهمترین سرچشمه های کسب لذت برای نوباوه است. بنابر این کنش های تقابل او با والدین پیرامون اداب توالت رفتن اهمیت بسیاری در تکوین شخصیت کودک خواهد داشت(جعفری.،1387.)

**نظریه وینی کات[[105]](#footnote-105):**

وینی کات از جمله روان تحلیل گرانی است که به شدت به اهمست وابستگی و پیوند متقابل مادر/کودک تاکید میکند.او معتقد است که در اغاز ، نوزاد بدون مادر وجود ندارد و نیروی فطری وی بدون مراقبتهای مادرانه متجلی نمی شود. (دادستان،1376،نقل از حضرتی،1385.)وینی کات برای نقش مادر و نحوه ی پاسخگویی او به کودک ، اهمیت بسیار زیادی قائل است و معتقد است که مادر در وهله ی نخست دست خوش حالتی است که انرا << دلمشغولی مادرانه نخستین >> مینامند. اما بعد ها این حالت نخستین را فراموش میکند و می پذیرد که ضرورت ندارد که رضایت مندی کامل خود را فراهم نمایید. ودر نتیجه به مادری نسبتا خوب تبدیل میشود. از کنش های اساسی مادر در مقابل کودک ، کنش ایینهایست. از دیدگاه او ، مادر نقش ایینه ای را در مقابل کودک خود ایفا میکند به این معنی که (من) مادر به منزله تکیه گاهی برای (من) کودک است. او مراحل تحول رابطه مکادر/کودک را ترسیم کرد و سه مرحله را در این زمینه متمایز نمود. مرحله << دلبستگی نسبی >> که در خلال ان کودک تدریجا از مادر متمایز میشود.مرحله <<حرکت به جهت استقلا>>و << اجتماعی شدن>> که در خلال ان کودک به سوی استقلال گام بر میدارد.وینی کات مانند بالبی به نقش محرومیت و جدایی از موضوع دلبستگی تاکید کرد. آنرا عامل مشکلات روانی کودک می دانست.(احمدی،1387.)

**نظریه اشپیتز[[106]](#footnote-106):**

اشپیتز به بررسی تحول کودک در دو یال اول زنگی میپردازد. او نظریه خود را در باره ی تحول زود رس کودک بامراجعه مستقیم به مفهوم فرویدی تدراک می بیند. نظریه اشپیتز مبتنی بر ارائه مراحل پیدایی رابطه موضوعی و ارتباط انسانی است. دراین گستره اشپیتز سه مرحله تحول را بر شمرد:

مرحله اول: مرحله بدون موضوع یا مرحله بدون شی: در این مرحله نوزاد در قلمرو هایی چون ادراک فعالیت ، هنوز سازمان یافته نیست. جنبه روانی و بدنی از یکدیگر متمایز نشده اند و مفاهیم بیرونی و درونی وجود ندارند. مادر با جدا نگه داشتن کودک از خیلی محرکهای بیرونی و با ارضای نیاز های نشات گرفته از محرکهای درونی در تا نا ارامش کودک سهیم میگردد . کودک با تغذیه شدن ،سر پستان یاپستانک را در دهان خود حس میکند و چهره ی مادر را می بیند.بدین ترتیب است که پایداری موضوعی و تشکیل شی در کودک اغاز می شود(منصورو دادستان.،1369 نقل از حضرتی.،1385)

مرحله دوم:مرحله پیش موضوعی یا درراه شی: در دو ماهگی کودک بر اثر رشد و رسش میتواند از ابزارهای مدنی خود به منظور بیان تجربه روان شناختی استفده کند در نتیجه به یک چهره اعم از اشنا یا اشنا پاسخ خواهد داد. البته کودک به تمام چهر ه ی انسان پاسخ نمیدهد بلکه به نشانگرگشتالتی پاسخ خواهد داد. مادر نقش مهمی در فرایند یاد گیری کودک بر عهده دارد. در حدود شش ماهگی یک تصویر مادرانه واحد تشکیل شده و کشاننده های پرخاشگری لیبیدویی به سوی ان هدایت میشوند و این شروع واقعی روابط موضوعی است.

مرحله سوم: مرحله شی لیبیدویی به معنای دقیق کلمه: در اغاز سه ماهگی سوم زندگی ظرفیت های ایجاد تمایز ادراکی کانونی و محدود شده، به خوبی گسترش یافته اند و گاهی که کودک در مقابل غریبه قرار میگیرد ، چهره ی او را در مقابل اثرات حفظی چهره ی اشنای مادر خود خود قرار میدهد. این نخستین تظاهر دلهره(هشتمین ماه)و دلهره از دست دادن موضوع است.اشپیتز از راه مشاهده روابط موضوعی مادر با کودک به کشف هایی در باره پدیده های مرضی دوره کودکی نائل میگردد(همان منبع)

**نظریه اریکسون[[107]](#footnote-107):**

اریکسون در نظریه روانی /اجتماعی خود ،طول دوره ی زندگی را به هشت مرحله رشد تقسیم کرده است. اولین مرحله رشدی در نظریه او ، << اعتماد در برابر بی اعتمادی >> نامیده میشود. این مرحله که تقریبا سال اول زندگی را در بر میگیرد تا حدودی با مرحله دهانی در نظریه فروید معادل است. اریکسون بیان میکند که مهمترین رابط نوباوگان در این دوره با مادرشان است. به عقیده او نوباوگان تشخیص میدهند که مادرشان به طور منظم غذا تامین خواهد کرد و اموختن اعتماد را اغاز میکنند. اریکسون معتقد بود ارتباط گفتاری مادر با نوباوه به افزایش اعتماد در کودک منجر خواهد شد. اما اگر کودک دریابد که بین نیازهای حسی دهانی و محیط شان تطابق وجود ندارد بی اعتمادی را فرا میگیرد. از نظر اریکسون شکل گیری دو حد افراطی اعتماد و یا بی اعتمادی در نوباوگان اسیب زاست(فیست و فیست،2002.).اولین رابطه عاطفی اگر خوب برقرار شود برای کودک نوعی ایمنی است که اعتماد به دنیای بیرونی را میسر می سازد. احساس ایمنی زیر بنای هر نوع پیشرفت بعدی است و کودک زمانی میتواند استقلال یابد و به اکتشاف دنیای بیرون بپردازد که نسبت به دلبستگی های خویش اطمینان یابد(منصور و دادستان. 1369،نقل از حضرتی،1385.)

**نظریه ماهلر[[108]](#footnote-108):**

در نظریه ماهلر به وضوح میتوان به تاکید او به پیوند عاطفی مادر/کودک و نیز نقش سرنوشت ساز مادر در تحول عاطفی کودک پی برد . ماهلر در خلال سه سال اول زندگی کودک سه مرحله متوالی را متمایز میکند.:

1.مرحله << در خود ماندگی >> : این مرحله که حدودا از زمان تولد تا یک کاهگی ادامه دارد ، موید زندگی خود محور کودک تازه متولد شده است.

2./ مرحله <<همزیستی به هنجار >> این مرحله تا حدود یک سالگی ادامه داشته و به همجوشی کامل نوزاد و مادر اشاره دارد این همجوشی تا حدی است که نوزاد هیچ تمایزی بین خود و مادر مشاهده نمیکند.

3./ مرحله<< جدایی/ تفرد >> : این مرحله تابع دو خط تحول است که یکی به جدایی منتهی شده و تحول تمایز یافتگی را نشان میدهد و دیگری نمایانگر تفرد کودک و تحول کنش های مستقل مانند ادراک، حافظه و ظرفیت های شناختی است. ماهلر معتقد است برای نیل به تحول به هنجار، مادر باید بتواند به طور مناسب و کامل خود را با مراحل تحول کودک تطبیق داده و به علائم او پاسخ دهد.(نقل از رحمانی.،1387)

**نظریه تحولی / شناختی:[[109]](#footnote-109)**

اصل اساسی در این دیدگاه این است که هر رفتار کودک ، کارکردی از سطح تحولی شناختی اوست. یعنی توانایی ایجاد دلبستگی به سطح تحول هوشی کودک بستگی دارد. کودک نمیتواند یک دلبستگی خاص ایجاد کند. مگر اینکه بتواند یک شخص خاص را بشناسد. و از دیگران تمیز دهد. شکل گیری پدید (پایداری شی) یا شی دائم در ذهن کودک مرحله ای جدید در رفتار دلبستگی ایجاد میکند. وقتی در ذهن کودک مفهوم زمان شکل میگیرد کودک قادر است که بازگشت مادر را پیش بینی کند و از ان طریق احساس راحتی کند)مکوبی.،1990.(

بنابر این تصادفی نیست که دلبستگی در ابتدا در9/7 ماهگی ظاهر شود یعنی درست در زمانی که نوزاد به مرحله چهره حسی / حرکتی پیاژ ه وارد میشود. نقطه ای که کودکان ابتدا شروع به جستجو و یافتن چیزهایی میکنند که دیده اند کسی از انها پنهان کرده است(مکوبی.،1990.)بنابر این در این دیدگاه شکل گیری دلبستگی وابسته به ظرفیتهای شناختی کودک است. یعنی تصور وجود شی پس از پنهان شدن از دید او . گرچه در این دیدگاه رشد شناختی کودک شرط لازم برای شکل گیری دلبستگی است.اما توضیحات روشنی در مورد علت گرایش کودک به مادر یا مراقب و شکل گیری دلبستگی ارائه نشده است. باید خاطر نشان کرد که نظریه پردازان تحولی/شناختی بطور مستقیم نظریه دلبستگی را مطرح نکردهاند بلکه دیگران با الهام از کارهای انان به تبیین هاییدر این مورد دلبستگی رسیده اند(فرهادی.،1383.).

**نظریه یادگیری[[110]](#footnote-110):**

از دید صاحب نظران مکتب رفتارگرایی،گرسنگی،تشنگی و درد از زمره سائقه هایی محسوب میشوند که کودک در پی کاهش انهاست و انچه بتواند این سائقه را کاهش دهد، تقویت کننده اولیه نامیده میشود. از دیدگاه این صاحب نظران ، افراد و اشیایی که به هنگام کاهش سائقه حضور دارند به دلیل تداعیشان با تقویت کننده ی اولیه ،تقویت کننده ی ثانویه ، نامیده میشوند. مادر به عنوان تامین کننده ی همیشگی غذا و اسایش برای کودک ، تقویت کننده ی ثانویه مهمی محسوب میشود. بنابر این کودک نه تنها به هنگامگرسنگی و درد به دنبال مادر است ، بلکه در مواقع دیگری نیز به او وابستگی نشان میدهد. نظریه پردازان یاد گیری اجتماعی فرض بر این دارند که شدت وابستگی کودک به مادر تا چه حد نیازهای کودک را تامین میکند یعنی وجود مادر تا چه اندازه با لذت و کاهش ناراحتی همراه است(به نقل از جعفری،1387.).

**نظریه رفتار شناسی طبیعی[[111]](#footnote-111):**

از دیدگاه رفتار شناسان طبیعی همه انواع با تعدادی از تمایلات رفتاری ارثی متولدمیشوند. اصول نظریات رفتار شناسی طبیعی براساس تحقیقاتی که بر روی حیوانات انجام شده بنا شده است. به اعتقاد روانشناسان طبیعی هر یک حیوانات با مجموعه ای از الگوهای علمی ثابت بهدنیا میایند که بعضی از الگوهای علمی ثابت فقط در فاصله ی زمانی محدود در دوران رشد حیوان فرصت بروز دارند که به ان دوره حساس یا بحرانی می گویند(یاسایی.،1385).

**نظریه بالبی[[112]](#footnote-112):**

بالبی تحت تاثیر نظریه تکاملی ومطالعات مشاهد ه ای در مورد حیوانات معتقد بود که دلبستگی مجموعه ای از پاسخ های غریزی است که برای حفاظت و بقای انواع اهمیت دارد . رفتار های گریستن، خندیدن ، مکیدن ، چسبیدن و دنبال کردن ،مراقبت و محافظت ضروری والدین را بر می انگیزد و تماس بین مادر و نوزاد را افزایش میدهد . از لحاظ زیستی ، مادر برای پاسخ دهی به این انگیزه ها اماده میشود و نوزاد نیز برای پاسخ دادن به مناظره، صداها و مهر ورزی مراقبانش مهیا میگردد. نتیجه این نظام ها که به لحاظ زیستی برنامه ریزی شده اند این است که مادر و نوزاد به یکدیگر دلبستگی متقابل پیدا کنند. دلبستگی فرایندی دو سویه است و هر دو طرف رابطه در شکل دهی ان نقش بازی میکنند. بالبی همچون دیگر نظریه پردازان معاصر اهمیت تغذیه را به حداقل میرساند و بر نقش فعال نظام های علامتی اجتماعی و اولیه نوزاد مانند خندیدن و گریستن در تشکیل دلبستگی فرایندی دو سویه تاکید می کند. به اعتقاد بالبی اگر پیوند عاطفی ماد ر/کودک صرفا برتغذیه یا حتی مراقبت استوار می بود، کودک باید میتوانست به راحتی از یک مراقب به مراقب دیگر دلبستگی پیدا کند ولی کودکان اغلب به طور جدی مراقبین جانشین را رد میکند و به طور تسلی ناپذیر به خاطر مادر گریه میکند(کولین.،1969،به نقل از گلی نژاد،1380.) بالبی با تاثیر از تحقیقات لورنس در مورد پرندگان این فرض را مطرح کرد که در انسانها همانند پرندگان پیوند اجتماعی به جای اینکه به یادگیری مرتبط کردن غذا با چهر ه ی خاص (مادر)وابسته باشد، به رفتار اجتماعی غریزی وابسته است. از نظرت. او کارکرد زیست شناختی رفتار دلبستگی ،محافظت است. در طول تکامل ، اشخاص در معرض خطراتی چون سرما، گرما، گرسنگی، غرق شدن، صیاد ها بوده اند، دنیای جدید نیز شامل خطرات جدید چون شوک الکتریکی بعلاوه خطر ات قدیمی چون اتش، اب و حیوانات میباشد. و این موضوع حقیقت دارد که گرایش غریزی نزدیک شدن به منبع دلبستگی ، اقبال شخصی را برای زنده ماندن و تولید مثل افزایش میدهد(گلی نژاد.، 1380.).

نظریه بالبی که اولین اظهار نظر رسمی از نظریه دلبستگی است یک رویکرد تکاملی کردار شناختی است. بر اساس این دیدگاه رفتارهای دلبستگی کودک به وسیله ی یک سیستم رفتاری تصحیح شونده بوسیله ی هدف، کنترل میشوند که هدف اصلی این رفتار حفظ نزدیکی به یک بزرگسال است و کارکرد زیست شناختی این رفتار افزایش ایمنی و بقاء کودک است.

متغیر هایی که بوسیله ی الگوی دلبستگی اولیه تحت تاثیر قرار میگیرند عبارت اند از : اعتماد اساس کود، توانایی ها و تمایلات کودک به روابط متقابل و اجتماعی کردن رفتارش با افراد دیگر ، در نتیجه میتوان اثر خاص سبکهای دلبستگی اولیه در روابط طولانی مدت کودکان با بزرگسالان انتظار داشت.(حضرتی.،1385.)

بالبی بر تکیه بر بعد تکاملی نظریه خود، ادعا کرد که یک دوره زمانی معین و حساس برای ایجاد ارتباط عاطفی بین کودک و مادر وجود دارد واگر در این دوره حساس ، مادر و کودک به هر دلیلی از هم جدا باشند ، این پیوند عاطفی بین کودک و مادر وجود دارد و اگر در این دوره ی حساس ، مادر و کودک به هر دلیلی از هم جدا باشند، این پیوند عاطفی به طور جبران نا پذیری اسیب می بیند که عواقب هیجانی شدیدی در پی دارد. به نظر بالبی محرومیت از مادر پیامد های جدی از قبیل پرخاشگری، افسردگی، بزهکاری، اضطراب جدایی، اختلال بی عاطفگی، عقب ماندگی ذهنی، و نا سازگاری اجتماعی دارد. وقتی کمبود مراقبت مادری به هر دلیلی شامل مرگ مادر ،بیماری طولانی مدت، یا بستری شدن کودک در موسسات و ... وجود دارد، طفل دچار اسیب روانی میشود. بالبی ابتدا فکر میکرد که این نوع اسیب همیشگی و برگشت نا پذیر است ، اما در باز نگری های خود زمان وقوع جدایی ، نوع و میزان جدایی، و سطح احساس ایمنی کودک قبل از جدایی را مورد توجه قرار داد. بالبی یک سری الگوهای رفتاری و قابل پیش بینی را در کودکان که برای مدت طولانی (بیش از سه ماه)از مادر جدا شوند به شرح زیر توصیف کرده است.:

1ـ مرحله ی اعتراض: کودک با گریه، ناله و جستجوی مادر، اعتراض خود را نشان میدهد.

2ـ مرحله درماندگی: کودک امید خود را برای بازگشت مادر از دست داده است

3 ـ گسستگی: کودک از نظر هیجانی خود را از مادر جدا می کند که به نظر بالبی این مرحله با احساس دو

گانه با مادر همراه است. کودک هم مادر را می خواهد و هم بدلیل ترک کردن وی از دست او خشمگین

است(پور افکاری،1382.)در ضمن به نظر بالبی تمایل زیستی هر فرد در وابسته شدن به مادر از دیگری متفاوت است. در این حال فرض بر این است که این تغییر پذیری با کیفیت دلبستگی همبستگی دارد(جوادی،1383)

بالبی معتقدبود دلبستگی به طور طبیعی در طول چهارمرحله در دو سال اول زندگی رشد می یابد:

1 ـ مرحله پیش از دلبستگی(تولدتا 6هفتگی):در این مرحله کودکان به مراقبتی که غذاو ارامش در ان باشد قانع هستند و به نظر میرسد وقتی با یک مراقبت نا اشنا تنها هستند ، ناراحت نیستند و حتی شاید تفاوت مراقبان را هم تشخیص ندهند.

2 ـ مرحله دلبستگی در حال شکل گیری6هفتگی تا 8/6 ماهگی): کودکان به افراد نا اشنا به طور متفاوتی پاسخ میدهند و در 6تا 8 ماهگی زمانی که با موضوعات نا اشنا و افراد نا اشنا روبرو میشوند نشانه هایی از احتیاط را ابراز میکنند.

3 ـ مرحله ی وضوح دلبستگی یا << دلبستگی مشخص 8/6ماهگی تا 24/18 ماهگی): در طی این دوره کودکان اضطراب جدایی را نشان میدهند. وقتی که مادر یا مراقب دیگری اتاق را ترک میکنند بطور مشهودی اشفته می شوند.در این مرحله ی ارتباط عاطفی و جسمی بین کودکان و چهر ه های دلبستگی تنظیم می شود و دلبستگی برای کودک احساس امنیت را به وجود میاورد. مادر پایه ای از امنیت میشود که کودکان میتوانند با وجود ان گردش های اکتشافی انجام دهند.

4 ـ مرحله روابط دو جانبه(24/18ماهگی به بعد از ان): همانطور که کودک تحرک بیشتری پیدا می کند وزمان بیشتری از مادر جدا میشود. مادر و کودک هر دو به حالت دو جانبه ای میرسند که در ان مسئولیت خود رابرای حفظ تعادل سیستم تقسیم میکنند. در این مرحله روابط احساسی دو سویه بین کودکان و مراقبین به وجود می اید که به کودک در حفظ امنیت در طول دوره ی جدایی از مراقبین کمک میکند. قابل توجه است که این مرحله در همان زمان که تظاهرات نمادین توسعه میابد به عنصری قالب در فرایندهای فکری کودکان تبدیل می شود. بالبی معتقد بود که به عنوان نتیجه ظرفیت های نمادین رشد در کودکان، دلبستگی والد/کودک به عنوان << الگوی کارکردی درونی >> به کار میرود که کودکان از ان به عنوان یک معیار ذهنی در هدایت تعاملات خود با مراقبین و دیگر افراد به صورت مشابه استفاده میکنند. (میشل کول و شیلار کول.،2001.)

**دلبستگی در گذر عمر:**

شکل گیری دلبستگی در شیرخوارگی تدریجی است به صورتی که به عقیده بالبی واکنش اجتماعی کودک ابتدا نا متمایز است . برای نمونه ،انان در برابر هر چهرهای می خندند یا برای هر کس که دور شود گریه میکنن اما بین حدود سه تا شش ماهگی کودکان واکنش خود را محدود به چند نفر خاص میکنند و در مورد یک فرد به خصوص سلیقه و ترجیح مشخص در ان پدید می اید. انان سپس از بیگانگان می پرهیزند. سیستم دلبستگی در دیدگاه بالبی (1969)تا نیمه دوم سال اول زندگی سازمان داده نمیشود(واترز و دین،1985،به نقل از حضرتی).

در اواسط کودکی ، کودکان بسیار اسیب پذیر اند و از چهره ی دلبستگی بعنوان یک پایگاه امن برای اکتشاف استفاده میکنند. بعد ها انان از بزرگسالان دیگر ، همچنین همسالانشان به همین منظور بهره میبرند. به پیچیده تر شدن مهارتهای ارتباطی و مدلهای علمی درونی ،کودکان برای ورود به اجتماع بزرگتر که مستلزم جدایی های فیزیکی طولانی تر از والدین است اماده میشوند. ماروین 1977/گرینبرگ 1982 ، معتقد اند که تغییرات در رفتار دلبستگی ازاخرین سالهای پیش دبستانی اغاز شده و بتدریج کودک را قادر میسازد تا با حفظ پیوند دلبستگی به جدایی از والدین عادت کند. در سنین مدرسه ، کودکان پیوند هایی را با کودکان دیگر و بزرگسالان ، بویژه معلمان شکل میدهند که ممکن است همگی این افراد نقش مهمی در زندگی انان ایفامیکنند.(نقل از حضرتی،1385)

پیوندهای دلبستگی کودک و والد در نوجوانی نیز ادامه میابد و موجب افزایش خود مختاری در نوجوانان میشود به این معنا که نوجون قادر است ضمن حفظ دلبستگی بسوی استقلال گام بردارد(کسیدی و شیور.1999.).بالبی معتقد است که در دروره نوجوانی و جوانی دسترسی به چهره دلبستگی به جای مجاورت فیزیکی با ان، اهمیت بیشتری پیدا میکند. یعنی این باور که هرگاه بخواهد میتواند با چهره دلبستگی ارتباط برقرار کند و دست یابی فیزیکی به او مقدور است. و ان چهره در صورت لزوم پاسخگو خواهد بود(بالبی.، 1989،نقل از حضرتی.، 1385)

در این دوره، رفتار های دلبستگی تنها در مواقع ترس،بیماری یا اضطراب،اشفتگی یا دیدار محدود با چهره دلبستگی پس از غیاب طولانی دیده میشوند(کسیدی و شیور،.1999 )استمرار سبک دلبستگی در فرایند تحول ، موضوعتحقیقات جدید در این زمینه بوده و نتیایج این استمرار را تایید میکند(مین،کاپلان و کسیدی.،1985،بنقل از بشارت،1386.)پنج موضوع کلیدی و مهم، اهمیت دلبستگی در روابط بین فردی و عملکرد بزرگسالان را بسیار روشن میسازد)کسیدی،شیور.،1999.(.

**اول**: دلبستگی دارای کیفیتی متمایز از سایر جنبه های زندگی است . در حالی که رفتار دلبستگی میتواند توسط اضطراب و سایر نگرانی ها بر انگیخته شود ، ولی سایر رفتارهای لذتمند نمیتوانند بوسیله ی اضطراب و نگرانی بر انگیخته شوند.

**دوم**: رشد سبک های دلبستگی در بافت رفتارهای رشد بهنجار و همراه با مکانیزم های خاص پرورشی رخ میدهد. دلبستگی در تقویت نمودن احساس ایمنی و رشد استقلال نقش اساسی دارد. اهمیت این نکتهدر متمایز کردن دلبستگی از وابستگی قرار دارد(مک کاب و مسترز 1970،اسروف و همکاران 1983 به نقل از 1995)بنابر این حاصل رشد دلبستگی بهنجار بلوغ و بالیدگی در عملکرد اجتماعی است.

**سوم**:رشد سبکهای دلبستگی در اصل متاثر از عناصر بیولوژیکی است. این فرایند به عنوان خصوصیت درونی رشد (رسش)انسان در نظر گرفته میشود. ونه یک خصوصیت ثانویه یاد گرفته شده بعنوان نتیجه پاداشهای تغذیه.

**چهارم**: یک مکانیزم روانی که << الگو های درون کاری >> روابط نامیده میشود . وجود دارد و تاثیرات روابط تجارب دلبستگی اولیه در روابط بعدی همچنین قابلیت تغییر را مشخص میسازد.

**پنجم**: بالبی خاطر نشان نموده است که وجد سبکهای دلبستگی نا ایمن ممکن است در پدید ایی اسیب شناسی دوران بزرگسالی نقش ایفاکنند(کسیدی و شیور،1999.)

هم اکنون مفهوم دلبستگی در رابطه با مسائل مختلف دوران بزرگسالی با سرعت مورد بررسی قرار میگیرد. و تا اندازه زیادی پویایی های مختلف دوران بزرگسالی را تبیین میکند.(فرالی و شیور.،1997،گودوین.،2003،کارتر و گاپ،2002.)سبکهای دلبستگی با چندید متغیر و از جمله انتخاب همسر و عشق پایدار.(کولینز؛.1996.)با اافسردگی بزرگسالی و اختلال در روابط این قسمت ناخوانا بود .

مدلهای درونکاری که بخشی از << روان بنه های ارتباطی>> محسوب میشوند(میکولینسر ،دلو، شیور،2004)کنشی مشابه با سایر ساختارهای شناختی همچون نگرش ها، رفتارهای قالبی،و صفات دارند. و تابع اصول فعال سازی و قابلیت دسترسی هستند. بعنوان مثا ل نوع<< مدل خود>> و <<مدل دیگری>> میتوان بر اساس این اصول میتوان انتظارات خاصی را برای فرد ایجاد نماید.

<< مدل خود >> تعیین کننده ی حدود ارزش فرد برای خودش میباشد و اینکه انتظار میرود دیگران نیز بگونه ای مثبت به ان پاسخ دهند. در این حالت شخص از خود میپرسد >> ایا من شخصی هستم که قابلیت ارزش عشق و توجه را داشته باشد؟>> در حالیکه << مدل دیگری >> حدودی را ارائه میکند که در ان از افراد دیگر انتظار میرود هنگام احتیاج در دسترس و حامی انها باشند. در این حالت شخص از خود میپرسد:آیا دیگری حمایتی را که احتمالا نیاز دارم فراهم میسازد؟ کولینز و رید(1990)عقیده دارند که مدلهای درون کاری شامل چهار جزء به هم مرتبط هستند.:

\*حافظه هایی که برای تجاربی که به( بارتولومو و هورونیز.،1991 )وابسته اند.

\*باورها، بازخورد ها و انتظاراتی از خود و دیگران در ارتباط با دلبستگی

\*اهداف و نیازهایی در ارتباط با دلبستگی

\*و بالاخره نقشه ها و راهبردهایی برای رسیدن به این اهداف و نیازها.

محافظت کننده ارتباط داشته باشد(اینزورث؛وارترز،وال وهمکاران بالبی.1987)معتقد بود اگرچه الگوی دلبستگی در خلال روابط کودک با مراقبینشدر طی سال اول زندگی شکل میگیرد اما میتواند در زمانهای بعدی تغییر کند.هرچند ساختار اولیه این بنای دلبستگی تقریبا ثابت میماند. در ابتدا دلبستگی نوزادن به چهره دلبستگی ،بقا او را تضمین میکند ولی این مقوله در تمامی عمر انسان (جهت دلبسته شدن به شخص دیگر ،برای دریافت حمایت و کمک به هنگام خطر)وجود خواهد داشت.به بیان دیگر ، در بزرگسالان نیز در هنگاه مواجهه با خطر ، سیستم دلبستگی انها در اوایل کودکی شکل گرفته ، فعالمیشود و موجب ظهور رفتارهای دلبستگی جستجوی حمایت میگردد. مفاهیم برجسته در نظریه دلبستگی بالبی به شرح زیر اند:

**دلبستگی ، نظریه و نظام دلبستگی:**

بالبی بر این باور بود که مادر و نوزاددر یک سیستم مشارکتی با یکدیگر تعامل کرده ، رفتارهای خود را تنظیم میکنند.بهعبارت دیگر کودک در درون خود یک سیستم خود تنظیمی بنام دلبستگی دارد. این سیستم در تعامل با سیستم مکملی است که در درون مادر است. شایان ذکر است که رابطه دلبستگی بین مادر/کودک فقط یک بخش از ارتباطی است که بین مادر و کودک وجود داردونه همه انها. مثلا ارتباط مادر/کودک شامل آموزش و بازی نیز میشود. همانطور که ذکر گردید نظریه دلبستگی از نظریه کردار شناسی،روانشناسی تحولی،نظریه سیستم و روان تحلیل گری تاثیر پذیرفته است. در این نظریه تاکید بر تاثیر مهم تجربیات اولیه زندگی در رشد هیجانی فرد است. این نظریه چگونگی بروز و تحولات دلبستگی هیجانی قوی در بین افراد در چرخه زندگی را تبیین میکند.نظام دلبستگی بر طبق نظریه بالبی نظام انگیزشی و رفتاری است که پایه و اساس ژنتیکی و بیولوژیکی داشته ، بقای کودک را تضمین میکند و بعد از تولد در برخورد با چهره دلبستگی معین فعال میشود.

\*هر دو زمانی که دیگری در دسترس نیست احساس نا امنی میکنند

\*هر دو یکدیگر را در جریان تجربیات جدید قرار میدهند

\*هردو نسبت به هم علاقه و اشتغال فکری متقابل را نشان میدهند.

\*هردو به گفتگوی بچگانه میپردازند.

براین اساس تشابهات هازان وشیور استدلال کردند. که روابط صمیمانه بزرگسالان همانند روابط نوزاد و مرقب بیانگر دلبستگی هستند و محبت صمیمانه از ویژگیهای نظام رفتاری دلبستگی و انگیزشی می باشد که مراقب و ارتباط جنسی را پدید میاورد.

**اهمیت نظریه دلبستگی بزرگسالان :**

این نظریه که روابط صمیمانه ممکن است جزء روابط دلبستگی باشند تاثیر زیادی بر پژوهشهای اخیر در حوزه دلبستگی داشته است. در ارتباط با یان موضوع ذکر چند نکته حاءز اهمیتاست. اولا اگر روابط صمیمانه بزرگسالان راجزء روابط دلبستگی دانست ، انتظار مشاهده ی تفاوتهای فردی (انگونه که اینزورث در روابط نوزاد/مراقب مشاهده کرده بود)در اینگونه از روابط محتمل است.برخی از بزرگسالان در روابط خود بصورت ایمنعمل میکنند. این افراد به دیگران اعتماد کرده و این اعتماد را دارند که دیگران در زمان نیاز در دسترس و پاسخدهنده خواهند بود.تعدادی دیگر از بزرگسالان در روابط خود بصورت ناایمن عمل میکنند.این افراد از اینکه دیگران انها را دوست نداشته باشند.،نگرانند و زمانی که نیازهای دلبستگی انها ارضا نشود،احساس ناکامی و خشم خواهند کرد.میتوان گفت که این افرادبه صورت اضطابی / مقاوم عمل میکنند.

در مقابل تعدادی دیگری از بزرگسالان به روابط صمیمانه اهمیتی نمی دهندو از اعتمادبه دیگران و اعتماد دیگران به خود اجتناب می ورزند. به نظر میرسد سبک دلبستگی این افراد اجتنابی است. اگر بتوان روابط صمیمانه بزرگسالان را جزء روابط دلبستگی دانست میتوان انتظار داشت که نحوه کارکرد بزرگسالان در روابط صمیمانه همانندروابط مراقبان و نوزادان باشند. بعبارت دیگر همان عواملی که فرایند اکتشاف را در کودکان تسهیل میکند (همانند یک مراقب پاسخده) میتوان اکتشاف در بزرگسالان را نیز تسهیل نماید. انواع عواملی که در نوزادان به محبوبیت چهره دلبستگی می انجامد. همان عواملی هستند که در روابط دلبستگی بزرگسالی نیز مطلوب خواهند بود.(پاسخدهی و در دسترس بودن)،سبک دلبستگی فرد بزرگسال تا حد زیادی منعکس کننده تجربیت دلبستگی او در دوران کودکی است،بالبی اعتقاد داشت که بار نمایی های ذهنی یا الگو های کارکردی تابع تجربیات کودکان مراقبت میباشد.

مطالعه می کردند. (مین،کاپلاز،کسیدی،1986 )براساس روش ارزیابی که توسط( مین.، 1985)تهیه شده است ، سبک های دلبستگی بزرگسالان را میتوان به چهار طبقه ایمن، انکار کننده،نگران وغیر مصمم تقسیم کرد. نقل از جوادی(1380)در فرایند مصاحبه بزرگسالان ایمن تجربیات مثبتی را از دلبستگی با والدین نشان میدهد و موقعیتهای را توصیف می کنند که در انها راحتی،محبت و عشق را تجربه کرده اند.ایین افراد حتی زمانی که حتی زمانی که تجربیات دوران کودکی شانل درد،جدایی و فقدان است.قادرند درباره انها به صورت تفصیلی و با ذکر جزییات صحبت کنند. مین عقیده دارد بزرگسالانی که میتوانند تجربیات منفی را بصورت منسجم گزارش دهند این توانایی را از تجربیات بعدی خود که با چهره دلبستگی مهم داشته اند بدست اورده اند نوع دیگر دلبستگی ایمن که توسط مین گزارش شده است ایمنی اکتسابی است. مین اعتقاد داشت که این نوع دلبستگی به دنبال تجربیات ایمن بعدی و زندگی بدست میاید. (پیرسون،کوهن،کوان،کران،1994.)(بازنمایی اجتنای (انکار کننده

این دسته از بزرگسالان معمولا خاطات اندکی را در مورد دوران کودکی خود دارندو اهمیت بسیار کمی را به چهره دلبستگی خود میدهند.

باز نمایی نا ایمن-\_دو سو گرا(نگران): این افراد درمورد روابط خود با دیگران نگرانند و در یاد اوری خاطات دوران کودکی به ذکر جزییات یا تناقض گویی میپردازند.

بازنمایی غیر مصمم: این افراد نیز از ارتباطات صمیمی گریزانند و به هنگام توصیف روابط عاطفی، جملات بسیار سازمان نیافته ای را بیان میکنند.

هازان وشیور(1987)اولین پژوهشکرانب بودند که ایده های بالبی را در زمینه روابط صمیمانه بررسی کردند. طبق نظر این دو پیوند عاطفی بین دو شریک صمیمی بزرگسالتابع همان نظام رفتاری دلبستگی است که پیوند نوزاد/مراقب را بوجود میاورد. این پژوهشگران مشاهده کردند که نوزادان/مراقبان و شرکای صمیمی بزرگسال ویژگیهای زیر را به اشتراک دارند.:

\*هردو زمانی که دیگری نزدیک و پاسخدهاست احساس راحتی و انیت میکنند.

\*هردو به تماس بدنی نزدیک و صمیانه می پردازند

**روابط دلبستگی بزرگسالان:**

بالبی اساسا بر درک ماهیت رابطه نوزاد و مراقب تاکید داشت. او بر این اعتقاد بود که دلبستگی روابط انسانی را از تولد تا مرگ مشخص میکنند. در اواسط دهه 1980،مطالعه در مورد فرایند دلبستگی بزرگسالی اغاز شد. مطالعات بالبی ،اینزورث، و روش موقعیت نا اشنا پایه و اساس تحقیقات بعدی و ساخت مصاحبه دلبستگی بزرگسالان توسط ،جرج،کاپلان و مین در 1985 گردید. جرج با تحلیل پاسخ های معین بزرگسالان به سوالات این مصاحبه به نکته ای دست نیافت. اما مین و گلدوین (1985)با بررسی های خود در مطالعه ای که در این زمینه انجام دادند پی بردند که ماردان از تجربیات دوران کودکی خود برای تفسیر رفتارهای فرزندان در ازمون موقعیت نا اشنا استفاده میکنند همین یافته سبب شد که انها با استفاده از روش مصاحبه بزرگسالان به بررسی تجربیات اوان کودکی بپردازند بنابر این در این زمان پژوهشگران با مشاهده رفتارهای کودک ، تحول دلبستگی را در اوان کودکی مورد بررسی قرار داده و از طریق بررسی تجربیا ت دلبستگی که بزرگسالان به یاد اوردند، دلبستگی را در سطح بازنمایی کودک با سبک دلبستگی ایمن این اطمینان را خواهد داشت که دیگران در دسترس اند. چراکه تجربیات گذشته او را به سمت تایید این پیامد هدایت میکند. زمانی که این انتظارات در کودک شکل گرفت. او بدنبال ارتباطات همخوان با تجربیات خود است. همچنین ادراک کودک از دیگران نیز تحت تاثیر این باور ها قرار می گیرد . بنظر بالبی این فاریند تداوم الگوهای دلبستگی در چرخه های مختلف زندگی را پدید میاورد. هرچند که تجربیات ارتباطی نا همخوان با انتظارات به تغییر در این الگوها منجر گردد. بطور کلی میتوان اظهار داشت که کودکان ایمن در روابط صمیمانه بزرگسالی نیز ایمن باقی بماند. نخستین پژوهش در مورد دلبستگی بزرگسالان ، به مطالعه بین تفاوتهای فردی در دلبستگی بزرگسالی ، نحوهی فکر کردن مردم درباره ی روابط خود و خاطرات انها ار رابطه با والدین پرداخت. هازان و شیور(1987)جهت اندازه گیری این تفوتها پرسشنامه ای ابداع کردند که نحوه فکر کردن احساس کردن و رفتار کردن در روابط صمیمانه با دیگران را توصیف میکند. جملات این پرسشنامه به شرح زیر است:

\*من از صمصمی شدن با دیگران احساس ناراحتی مییکنم برای من اعتماد کامل به دیگران مشکل است.از اتکا به دیگران مضطرب می شوم و نمی توانم انگونه که دیگران می خواهند صمیمی شوم.

\*برای من صمیمی شدن با دیگران نسبتا اسان است در اعتماد به دیگران و اعتماد دیگران به خود مشکلی ندارم. اینکه دیگران مرا طرد کرده و یا زیاده از حد با من صمیمی شوند نگرانم نمیکند.

\*من احساس میکنم دیگران به اندازه ای که من میخواهم. خواهان رابطه صمیمانه با من نیستند. اغلب این موضوع که دیگران مرا دوست نداشته باشند نگرانم میکند. من میخواهم با دیگران خیلی صمیمی شوم ولی این رفتار گاهی انان را نیترساند

در مطالعه هازن و شیور 60 درصد بزرگسالان خود را ایمن توصیف دو،20درصد خود را اجتنابی (توصیف یک و 20درصد خود را اضطرابی /مقاوم گزارش کردند. اگرچه این شوه ی اندازه گیزی جهت اشکار سازس رابطه بین سبکهای دلبستگی و عملکرد در روابط بزرگسالی مفید بود اما موفق به تایید تشابه میانتفوتهای فردی در نوزادی و بزرگسالی نشد. این موضوع در تحقیقات بعدی به شکل دیگری بررسی شد.

**ویژگیهای طبقات دلبستگی در بزرگسالان:**

: این گروه نیز مشابه چهار طبقه دلبستگی در کودکی هستند.

1./ بزرگسالان ایمن: این گروه قادرند در باره کیفیت و اثرات دلبستگی خود مثبت و منفی بودن این ارتباط بطور منطقی بحث کنند انها اهمیت رابطه دلبستگی را در دوران کودکی تایید میکنند.

بزرگسالان ایمن تجسم مثبت و حمایت گر از چهره دلبستگی دارند ، این تجسم مثبت، احساس خود ارزشمندی و تسلط را در این افراد افزایش داده و خود را قادر میسازد که عواطف منفی خود را به شیوه ای سازنده تعدیل کنند(24) نیکولینسر (1990) معتقد است که از ویژگیهای دیگر افراد ایمن آن است که کمتر از خطرات می ترسند زیرا خود را در موقعیت خطر زا تنها احساس نمیکنند و در کل نسبت به دنیا و دیگران نگرش مثبت داشته و به ان اعتماد دارند.

2./بزرگسالان نا ایمن:» که به س گروه تقسیم میشوند:

الف/بزرگسالان اجتنابی: این گروه همان خصوصیات کودکان اجتنابی را دارند از ایجاد روابط صمیمانه با دیگران اجتناب کرده و در مقیاس هایی که روابط عاشقانه و رومانتیک را بررسی میکنند نمرات پایین تری بدست میاورند.

این افراد با راهبردهایی مانند تاکید بر خود پیروی و اتکا به خود اهمیت رابطه با چهره دلبستگی را انکار میکنند و سعی در حفظ فاصله از چهره دلبستگی ، ممانعت از بروز هیجانات منفی ونوعی اتکاء به خود و سواسی داند.(نیکولینسر و همکاران؛1990 )

ب ـ بزرگسالان دو سو گرا:این گروه ویژ گیهایی شبیه به کودکان مقاوم یا دو سو گرا دارند انها در روابط عاطفی خود با دیگران انحصار گرا و وابسته بوده ، دائما نگران طرد و رها شدن از سوی دیگران هستند و با وابستگی شدید به دیگری سعی در ماهش اضطراب جدایی خود دارند.

بزرگسالان سازمان نیافته: این افراد ویژکی شبیه به کودکان سازمان نیافته دارند . این دسته در باره رویداد فقدان و حوادث درناک اولیه ، ترسان و غیر معقول هستند مانند داشتن احساس گناه از مرگ والدین.

در بزرگسالان نظام دلبستگی با فراهم اوردن واحد خانواده در خدمت تنظیم سطح بهینه پایدار و مداوم همجواری/فاصله با همسر معمولا به افزایش امکان بقای نوع منجر میشود (برمن ، و اسپرلینگ،.1994).

دلبستگی ایمن برای افراد بزرگسال واجد اهمیت بنیادین است و نبود ان در دوران بزرگسالی فرد را مستعد اختلالات متعد د میکند.(دیتامسو[[113]](#footnote-113) و همکاران.،2003،میکولینسر و فلوریان،1998.)

طبق نظریه بالبی (1980)رفتار دلبستگی بعنوان نوعی مکانیزم تعدل جسمانی برای تعدیل نمودن اضطراب عمل میکند. اضطراب فزاینده رفتار دلبستگی را افزایش میدهد. یعنی رفتار دلبستگی به منظور کمک به افراد برای تعدیل و خنثی کردن اضطراب یا برانگیختگی انها صورت میگیرد. (تولیز و فنی.،2000.،)در انجام این کا <<نماد دلبستگی>> ترجیح داده شده بهترین عاما است. اما در صورت نبود ان هر نماد دلبستگی میتواند این کار را انجام دهد. یعنی یک نماد نا کارامد یا حتی ازارنده احتمالا بهتر از فقدان هرگونه نماد دلبستگی است). کواینزو فنی،.2000.(

بالاخره بالبی با استفاده از دست اوردهای کردار شناسی نظریه های سیبرنتیک و اطلاعات روانکاوی،روانشناسی تجربی،نظریه های یاد گیری،روانپزشکی و رشته های مرتبط پایه های نظری و سرفصلهای اصلی نظریه دلبستگی را در مجموعه سه جلدی معروف خود << دلبستگی ،جدایی و فقدان>> به رشته ی تحریر در اورد.(دلبستگی.،1969،جداییی.،1973،فقدان،1980.)

بالبی این نکته را مورد تاکید قرار میدهد که نیاز دلبستگی نخستین است. از هیچ نیاز دیگری نشتق نشده است و نیاز اساسی برای تحول شخصیت است. رفتار دلبستگی هم از یک نیاز فطری وهم از اکتسابها ناشی میشود.هم دارای کنش حمایتی بوده و به اندازه ی رفتار تغذیه ای و جنسی مهم است و هم حاوی کنش اجتماعی شدن است . به این صورت که دلبستگی در جریان چرخه های زندگی از مادر به نزدیکان و سپس بیگانگان و بالاخره به گروه های بیش از پیش وسیع تری سری میابد.(بالبی، 1980.)

هر سبک دلبستگی پیامدهای مربوط به خود را داراست . پیامد فرایند دلبستگی ایمن ایجاد احساس ایمنی در فرد و پیامد دلبستگی نا ایمن ایجاد ترس و وحشت در فرد است.(کسیدی و شیور،1999.)بعنوان مثال تهدید شدن ایمنی کودک با تحریک نظام دلبستگی به قطع رفتار جستجو و بازی /یعنی پیش شرطهای بنیادین سازش موفقیت امیز با مقتضیات محیط/ و فعال شدن رفتار های دلبستگی /یعنی جستجوی مراقبت /در نوزاد منجر میشود که این حالت تا حدودی در بزرگسالی در برخی مواقع یافت شود.(سیمپیسون .،1990.)

بعلاوه بالبی (1973)تصریح میکند که یک پیوند دلبستگی اختصاصی و قطع نشده با یک شخص خاص لازمه تحول سالم فرد است.وتجربه دلبستگی ایمن در کودک پایه و زیر بنای کنش سالم روانی و ذهنی است. از سویی دیگر یک رابطه دلبستگی نا ایمن در نهایت منجر به شخصیتی میشود که مشخصه ان بی اعتمادی، شکنندگی و مشکلاتی در زمینه های همدلی ،حساسیت،رضایت و ارضا هیجانی در روابط عاطفی نزدیک میباشد. )بالبی 1973،میکولینسرایلانی.،1999.(

احساس خود ارزشی یا حرمت خود)کولینز و رید.،1990)

خود افشایی(بارتولومو و هورونیز.،1991)

اضطراب(بارتولومو و هورونیز.،1991)

افسردگی(بارتولومو و هورونیز.،1991)

بارنولومیو(1990)اظهار میدارد که برای توصیف چهار الگوی دلبستگی بزرگسالان ، الگوهای کاری خویشتن(مثبت و منفی)میتواند با الگوی کاری دیگران(مثبت و منفی)ترکیب گردند. بنابر این این چهار الگو برخاسته از دو بعد اساسی است .موضوعات الگوهای درونی(خویشتن یا دیگران)و احساسات غالب در رابطه با این افراد (مثبت یا منفی)

الگوی خویشتن،انعکاس گستره وابستگی به پذیرش دیگران است. الگوهای منفی خویشتن با وابستگی در ارتباط است)و الگوهای دیگران بازتاب گستره اجتناب از ارتباطات نزدیک استالگوهای منفی دیگران در ارتباط با اجتناب).بر طبق نظر بارثو لومی و[[114]](#footnote-114).،1990)افراد با الگوهای مثبت دیگران(مثل غیر اجتناب گر)بسته به درجه وابستگی شان ممکن است به عنوان ایمن یا مجذوب و پریشان طبقه بندی شوند. این الگو بطور قابل توجهی شبیه الگو های ایمن و دو سو گرای هازن وشیور است.افراد با الگوهای منفی دیگران(مثل اجتنابگر)بسته به میزان وابستگی انها ممکن است هم طرد کننده و هم توام با ترس باشند. بنا براین هم گروههای دارای ترس و هم طرد کننده تمایل به اجتناب از ارتباطات نزدیک دارند اما نسبت به پذیرش دیگران متفاوتند.اجتنابهای ناشی از ترس خواهان صمیمیت هستند اما اعتماد و اطمینان کمی را تجربه میکنند. وترس از طرد شدن دارنددلیلش این است که انهااز ارتباط نزدیکی که ممکن است ناشی از فقدان یا طرد شدن باشد و به انها اسیب برساند اجتناب میکنند(بارثولومی.،1990؛بارثولومیو و هورتینز.،1991)نمونه های اولیه از توصیف های الگوهای دلبستگی چهار گانه را شبیه عبارت سه گانه دلبستگی هازن و شیور ارائه نمودند(1987)

**پیشینه پژوهشی داخلی وخارجی:**

**\_**علی اکبری ،مهناز و همکاران (1390)در پژوهشی تحت عنوان اثر بخشی معنا درمانی گروهی بر کاهش افسردگی زنان سالمند شهر تهران نشان داد که اثر بخشی معنا درمانی بر کاهش افسردگی وبالا رفتن معناهای زندگی تاثیر گذار بوده است

-روشن ،زهره (1389) بررسی اثر بخشی شناختی – رفتاری بر میزان کیفیت زندگی و سلامت روان سالمندان .پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه فردوسی مشهد یافته ها نشان داد که اثر بخشی معنا درمانی بر بالا رفتن وبهبود کیفیت زنگی تاثیر گذار بوده است

پور ابراهيم ، تقي و همكاران(1388) . با بررسي خود تحت عنوان ، مقايسه اثر بخشي مشاوره گروهي معنا درماني با مشاوره فردي چند الگويي بر كاهش افسردگي سالمندان ساكن در آسايشگاه هاي تهران ، يافته ها نشان داد كه استفاده از روش هاي فوق براي سالمندان آسايشگاه ها كارايي لازم را ندارد.

- علی ترکاشوند(1388).در بررسی خود با عنوان خاطره گوئی گروهی بر کیفیت زندگی سالمندان نشان داد.که خاطره گویی گروهی بر کیفیت زندگی سالمندان موثر است.

یاوریان، رويا و همکاران (1388). در بررسي خود با عنوان، اثربخشی معنا درمانی گروهی بر آموزش گروهی مهار خشم به شیوه عقلانی و عاطفی و رفتاری بر کاهش پرخاشگری دانش آموزان دبیرستان های دخترانه شهر ارومیه در يافتند كه ، شیوه عقلانی ، عاطفی و رفتاری ، روش مؤثری در کاهش پرخاشگری رفتار های پرخاشگرانه است .

-کمالی(1388).پژوهشی با عنوان »اثر بخشی مشاوره گروهی با رویکرد معنا درمانی در افزایش امید به زندگی سالمندان شهر بوشهر را مورد بررسی قرار دادو نمونه مورد پژوهش 24 نفر سالمند 65-85 سال مرد بودند که بصورت تصادفی انتخاب شدندکه در دو گروه آزمایش و گواه قرار داده شدند. گروه آزمایش را در 10 جلسه 90 دقیقه ای به شیوه معنا درمانی مورد بررسی قرار دادند.برای تجزیه و تحلیل دادها از کوواریانس استفاده گردید نتایج زیر دست آمد:بین گروه آزمایشی سالمندان و گروه گواه در افزایش امید به زندگی و مسئولیت پذیری و احساس پوچی تفاوت معناداری وجود دارد

هدایتی، ناجي(1388). در تحقیقی با عنوان اثر بخشی مشاوره گروهی به روش معنا درمانی بر کاهش نا امیدی در نوجوانان به این نتیجه رسید که روش ها و تکنیک های مشاوره گروهی به روش معنا درمانی باعث كاهش نا امیدی در نوجوانان 13-18سال مي گردد.

عطاری، یوسفعلي و همكاران(1388)در پژوهشي که روي 60 بیمار سرطانی در بیمارستان شفای اهواز انجام گرفت ، مشاهده نمودند که معنا درمانی تأثیر چشمگیری در کاهش عصبانیت از خود در بیماران سرطانی دارد.

اسلامی نسب ،علی .(1388(در پژوهش خود بروی سالمندان که نا امیدی و اقدام به خودکشی انها را مورد بررسی قرار داده است . از نتيجه بررسي خود مشخص نمود که نا اميدي در سنین سالمندی از علائم ما قبل اقدام به خودکشی است

-شهناز نعمتی دهکردی ؛مریم نعمتی دهکردی, افسانه نکوئی ، رضوان فرونده؛.(1387) در پژوهشی که بروی سالمندان شهر کرد انجام دادند به این نتیجه رسیدند معنا درمانی به کاهش میزان و افسردگی سالمندان موثر است.

– رضايي و شفيع آبادي (1387)،پژوهشي تحت عنوان اثر بخشي معنا درماني به شيوه گروهيي در افسردگي بيماران مولتي اسكروزيس ( ام، اس ) انجام دادند و به اين نتيجه رسيدند كه اثربخشي معنادرماني به شيوه گروهي در افسردگي بيماران مولتي پل اسكلروزيس (ام.اس) موثر است.

– فخار و همكاران(1387)،پژوهشي تحت عنوان تاثير مشاوره گروهيي با رويكرد معنا درماني بر سطح سلامت رواني زنان سالمند انجام دادند. نتايج نشان مي‌دهد كه كاربرد گروه درماني با رويكرد معنا درماني مي‌تواند در ارتقاي سلامت روان زنان سالمند ساكن آسايشگاه‌ها اثربخش باشد.

حسينيان، الهه و همكاران (1387) . در پژوهشي با عنوان ، اثر بخشي معنا درماني گروهي بر اميد به زندگي بيماران سرطاني به اين نتيجه رسيدند كه اين شيوه درماني مي تواند باعث افزايش اميد به زندگي اين بيماران گردد.

غلامي، مريم و همكاران(1387) در پژوهشي با عنوان ، اثر بخشي آموزش معنا درماني گروهي بر اميد به زندگي و سلامت عمومي بيماران دختر تالاسمي به اين نتيجه رسيدند كه آموزش معنا درماني مي تواند اميد به زندگي و سلامت رواني بيماران تلاسمي ماژور را افزايش دهد.

سوداني، منصور و همكاران (1387) . با بررسي خود تحت عنوان ، اثر بخشي معنا درماني به شيوه گروهي بر اميد به زندگي بيماران ام – اس شهرستان اهواز دريافتند كه ، آموزش معنا درماني بر افزايش اميد به زندگي اين بيماران مؤثر است .

فخار، فرشاد و همكاران(1387) . با انجام پژوهشي تحت عنوان تأثير مشاوره گروهي با رويكرد معنا درماني گروهی بر سطح سلامت روان زنان سالمند دريافتند كه،اين آموزش باعث كاهش ميزان اضطراب و فشار رواني و كاهش اختلال در كنش اجتماعي زنان سالمند مي شود. اما در كاهش ميزان شكايات جسماني و افسردگي آنها تأثير چشمگيري نداشته است .

– تقي پور و همكاران (1387). پژوهشي تحت عنوان مقايسه اثر بخشي مشاوره گروهي معنا درماني با مشاوره فردي چند الگويي بر كاهش افسردگي سالمندان ساكن در اسايشگاه تهران انجام دادند. نتايج نشان مي‌دهد كه استفاده از مشاوره گروهي معنا درماني با مشاوره فردي چند الگويي بر كاهش افسردگي سالمندان ساكن در آسايشگاه‌هاي تهران كارايي لازم را ندارد.

قهرمانی.زینب ،جعفر پورعلوی،غلام عراقی،معصومه حسینی(1385) پژوهشی تحت عنوان اثر بخشی مشاوره بر کیفیت زندگی و ارتباط آن با امید در بستگان مراقبت کننده از بیماران اسکیزوفرنیک شهر تهران انجام شد ونتیجه اینکه مشاوره تاثیر مثبت و خوبی بر کیفیت زندگی و بالا رفتن امید در آنها شده است

هانوکاو اوکامارا(2004) در بررسی تاثیر مرور زندگی اظهار می دارند که مرور زندگی نقش کمک کننده ای در حمایت از سلامت روان و پیشرفت مراحل سالمندی وهمچنین اثراط طولانی مدت در بهبود کیفیت زندگی سالمندان دارد

كيو و سوهو (2004) ،در پژوهشي كه در كشور كره از طرف سازمان پرستاري كالج علمي و با هدف مطالعه اثر بخشي معنا درماني و ورزش بر فعاليت هاي ابزاري زندگي و افزايش معنا بخشي زندگي و عزت نفس روي افراد سالمند انجام گرفت، نشان از معنا دار بودن بين گروه آزمايش و كنترل داشت.

آکاجی و براس (2004)،در پژوهشی ، اثرات رویکرد مشاوره ای معنا درمانی بر روی 96مراجع مورد بررسی قرار گرفت ، نتایج نشان داد گروهی که آموزش معنا درمانی دریافت کرده بودند ، کاهش معنا داری در پرخاشگری ، اضطراب و افسردگی نشان دادند.

-در پژوهشی که توسط ال فورد وهمکاران (2005)در بررسی فواید روانی خاطره نویسی در سالمندان بیان کردند که خاطره نویسی با کمک به حفظ توانایی ها و ارتباط اجتماعی وبا کمک به تخلیه هیجانی منجر به رضایت و خوشحالی و ارتقاء سلامت روان و کیفیت زندگی سالمندان می گردد.

- راسمن.(2008) :در پژوهشی موردی خانم 40 ساله ی که دچار سرطان سینه و تحت عمل جراحی و اشعه درمانی قرار گرفته بود.اما تومور او بدخیم و اضطراب زیادی از مرگ و نسبت به دید دیگران درباره بیماری بد بین شده بعد از اشنای با تصویر سازی ذهنی و تجسم توانسته بود اولا براسترس واضطراب درمانی باروند بیماری سرطان خود مبارزه کند

-در پژوهش کاسل.(2008):.در پژوهش خود تحت عنوان امنیت دلبستگی افراد بزرگسال و استفاده مواد به این نتیجه رسید که رابطه مثبت میان دلبستگی افراد بزرگسال به مصرف دارو به طور مکرر و مصرف دارو تحریک کننده اند در واقع سبک های دلبستگی عامل پر خطر جهت مصرف مواد بزرگسالان است.

-پژوهش توسط وایلا اسپیک ودیگران .(2008). انجام شد آنها در تحقیقی که انجام دادند برروی 130 نفر که میانگین سنی شان 55 سال بود .هدف از انجام این تحقیق مقایسه اثر بخشی معنا درمانی گروهی و درمان اینترنتی در کاهش افسردگی سالمندان بود .نمونه ها به صورت تصادفی به دو گروه 65نفر تقسیم شدند.که یک گروه تحت معنا درمانی گروهی قرار گرفت و گروه دیگریتحت درمان اینترنتی.هر دو گروه به مدت 5سال مورد بررسی قرار گرفتند در معنا درمانی گروهی افراد. آموزش روانی می دیدند و گروه به وسیله روانشناسان و مددکاران اجتماعی راهنمایی می شدند اما در درمان اینترنتی افراد در خانه از طریق اینترنت آموزش می دیدند .نتایج حاکی از ان است که افسردگی در هر دو گروه کاهش قابل ملاحظه داشته است .اما در گروهی که تحت معنا درمانی گروهی قرارداشتند.میزان افسرگی نسبت به گروهی تحت درمان اینترنتی قرار نداشته کاهش بیشتری داشته است.معنا درمانی گروهی نسبت به درمانی اینترنتی در کاهش افسردگی موثر است.

- در پژوهشی که توسط چیانگ جونگ و همکاران (2010).در بررسی ((معنا درمانی گروهی بر افسردگی وبی احساسی در ساکنان خانه پرستاری با دمانس متوسط)) بیان کرد که معنا درمانی گروهی بر افسردگی وبی احساسی سالمندان ساکن خانه پرستاری موثر است.

\_در پژوهش که توسط مانیکاواسگار،سیلاو،مارنان وواگنر(2009).در بررسی رابطه بین سبک های دلبستگی ناایمن بر اضطراب جدایی بزرگسالان و اختلال وحشت زدگی تایید می کند تغییر سبک دلبستگی از اضطراب و وحشت زدگی آنها می کاهد.

- ربیکا و جیاکینگ(2011) در بررسی رابطه معنی در زندگی بر رضایت از زندگی 519 بزرگسال مسن در دریافتند که فراگیری روشهای معنی در زندگی به طور قابل توجهی با افزایش خوشنودی و رضایت از زندگی رابطه دارد

- اسمیت(2012) اثر بخشی معنا درمانی دردرمان تعدادی از نظامیان افسرده نیروی دریایی ایالات متحده مورد مطالعه قرار دارد .او از تکنیک های سه گانه فرانکل ،استفاده نمود.نتایج تحقیق او نشان داد که معنا درمانی در کاهش افسردگی نظامیان موثر بوده است

**منابع**

-بوئری،جرج .(1385). نگاهی به آثار ویکتور فرانکل (رنج ،اما زیستن ). ترجمه : مسعود فریامنش.

-پروچسکا، جیمز،ا.(1381) نظریه های روان درمانی . ترجمه : یحیی سید محمدی. تهران ، انتشارات رشد.

-پور ابراهيم، تقي و همكاران (1388) . مقايسه اثر بخشي دو شيوه مشاوره گروهي معنا درماني با مشاوره فردي

چند الگويي بر كاهش افسردگي سالمندان آسايشگاههاي تهران . پايان نامه دكتراي روانشناسي .تهران . دانشگاه

علامه طباطبايي.

-ترخان ، مرتضی (1385)، اثر بخشی شیوه شناختی – رفتاری بر کاهش پرخشگری دانشجویان و بررسی اثر

بخشی این کاهش بر سلامت عمومی آنها . ارایه شده در دومین کنگره روانشاسی ایران . دانشگاه علوم بهزیستی

و توانبخشی

-جونز، نیلسون(2001). نظریه معنا درمانی ویکتور فرانکل. فصلی از کتاب نظریه های پیشرفته ی مشاوره و روان درمانی . ترجمه: سید محمد حسین بهفر(1384)

-جونز، نیلسون ( 2001 ). نظریه وجود گرایی (درمان وجودی). فصلی از کتاب نظریه های پیشرفته ی مشاوره و روان درمانی .ترجمه : نظامی. (1383.)

-خلعتبري ، جواد (1387). آمار و روش تحقيق .تهران. انتشارات پردازش

-حسينيان، الهه (1386). بررسي اثر بخشي معنادرماني به شيوه گروهي بر افزايش اميد به زندگي بيماران سرطاني بيمارستان شفاي شهر اهواز. مجله علوم رفتاري . دوره 3. شماره 4

-فرانکل، ویکتور، امیل(1955). انسان در جستجوی معنای غایی ترجمه: احمد صبوری و عباسی شمیم (1381).

تهران . انتشارات صدرا.

-فرانکل، ویکتور امیل(1384). .پژوهش در معنا درمانی ، ترجمه: نهضت صالحیان و مهین میلانی. انتشارات صدرا

-پور یزدی.، احمد رضا (1385)، دکتر امیل فرانکیل( بنیانگذار معنا درمانی) فرا دیدی بر روانشناسی و روان درمانی وجودی . چاپ اول . انتشارات دانش.

-نورکراس، جان. سي و جيمزُا پروچاسکا ( ۱۹۹۹). نظريه هاي روان درماني. ترجمه يحيي سيدمحمدي(.۱۳۸۳) .تهران . انتشارات رشد.

-هدایتی ، ناجی(1385). اثر بخشی معنا درمانی بر کاهش ناامیدی دانش آموزان هنرستان آزادگان شهرستان سقز. پایان نامه چاپ نشده دانشگاه علامه طباطبایی.

- صادق مقدم؛لیلا.سید باقر فلاحی؛مسعود(1389)؛بررسی تاثیر برنامه گروه درمانی و میزان افسردگی سالمندان مقیم در آسایشگاه کهریزک تهران

- امیری محتشم ،فرازمند، زهرا. .طلوعی، اسماعیل.محمودحسین(1381.)،بررسی علی بستری سالمندان در بیمارستانهای آموزش شهر رشت –مجله دانشکده پزشکی.دانشگاه علوم پزشکی گیلان،11(42(

- تاجور؛مریم(1383):کتاب بهداشت سالمندان ،مروری بر جنبه های زندگی آنان:تهران انتشارات نسل فردا. 6-1

-دادستان؛پریرخ( 1388).روانشناسی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی.تهران انتشارات سمت

-سارا سون، ایرون جی ، ساراسون ، باربارا آر (1382): مترجمان.نجاریان. بهمن اصغری مقدم ؛محمد علی.

دهقانی، محسن جلد 1.2 تهران :انتشارات رشد چاپ پنجم

- سادوک -کاپلان( 2003.) مترجم : پور افکاری.نصرت الله .خلاصه روانپزشکی جلد 1و2 .تهران انتشارات شهر اب .چاپ دوم

-کوری. ماریان اشنایدر. کوری جرالد(.1942). مترجمان .بهاری. سیف لله رنجگر بابر امعلی .حسین شاهی بروائی حمید رضا .میر هاشمی . مالک .نقشبندی.سیامک . گروه درمانی .تهران .نشر روان چاپ سوم

- میرزایی و شمس قهفرخی (1386)-میرزائی. محمد (1387) بررسی عوامل موثر بر سلامت خود ادراک سالمندان ایران .فصلنامه سالمندان. دوره 3 شماره 8

- نیک روان مفرد.ملاحت( 1378). سالمندان و خانه سالمندان. خلاصه مقالات اولین کنگره سراسری سالمندی .تهران :دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی 8.

-نصیری،ح رضویه،الف .(1385)بررسی کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه شیراز بر اساس مجموعه مقالات سوم (whoqol-bref) مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی . سراسری بهداشت روانی دانشجویان 3و3 خردادماه( 1385)

- اکبری ، بهمن .توزنده جانی،محسن .ابوالقاسمی،شهنام(1381).درامدی بر روانشناسی عمومی.مشهد :نشر مرندیز.چاپ دوم

- حیدرنیا. محمد علی. (1378). سلامت سالمند. خلاصه مقاله اولین کنگره سراسری سالمندی.تهران :دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی 13-14

-اسلامي نسب، علي) 1373. (روانشناسي اعتماد به نفس. تهران. انتشارات مهرداد.

-اخوت ، ولی اله (1356 ). اصول نظری و عملی روان درمانی . تهران . آموزشگاه عالی خدمات اجتماعی.

-شولتز دوآن(1977).روانشناسی کمال(الگوی شخصیت سالم ). ترجمه: گیتی خوشدل .(1369)تهران . انتشارات پیکان

-قنبری هاشم آبادی ، بهرام علی (1383) . تهیه یک الگوی مداخله ای بر اساس رویکرد یکپارچه گرای روان درمانی گروهی و آزمون اثر بخشی آن در درمان وابستگی به مواد مخدر و افزایش سلامت روان معتادان زندانی مرد . پایان نامه کارشناسی ارشد . دانشگاه علامه طباطبایی.

-قنبري،زهرا.گودرزي،محمود (1385). مجله علمي – پژوهشي تحقيقات زنان. سال دوم.شماره چهارم.

-کاپلان ، سادوک (2003). خلاصه روانپزشکی . ترجمه نصرالله پور افکاری (1382).تهران .

-کریمی ،یوسف ( 1375). روانشناسی اجتماعی. تهران. انتشارات ارسباران .

-کوهی ، م (1387) . اثر بخشی معنا درمانی بر کاهش پرخاشگری دانش آموزان پسر دوره متوسطه ، پایاننامه کارشناسی ارشد . دانشگاه علامه طبا طبایی .

-نورکراس، جان. سي و جيمزُا پروچاسکا ( ۱۹۹۹). نظريه هاي روان درماني. ترجمه يحيي سيد محمدي.۱۳۸۳ .تهران . انتشارات رشد.

- ییلاق بیگی ؛مانک (1388.).رابطه عزت نفس با سازگاری و مقاومت اثر بخشی آموزشی خود آگاهی و مقابله با استرس بر سازگاری عاطفی و اجتماعی استان گیلان. پایان نامه کارشناسی ارشد ، دانشگاه آزاد اسلامس واحد تنکابن. استاد راهنما:خلعتبری.جواد.مشاور قربان شیرودی.شهره

-هالچین ؛ریچارد پی .ویتبورن، سوزان کراس.( 1385.):مترجم :سید محمدی، یحیی.اسیب شناسی روانی.جلد 2.1 ،تهران نشر روان چاپ سوم.

-نویان شرف ، محمد حسین (1387).چرا پیر می شوی؟ مقدمه ای بر مبانی سلولی و ملوکولی پدیده پیری .انتشارات دانشگاه علوم پزشکی گیلان-چاپ اول

-محتشم امیری.زهرا- فرازمند ،اسماعیل- طلوعی ،محمود حسین(1381):بررسی علل بستری سالمندان در بیمارستان آموزشی شهر رشت. مجله دانشکده علوم پزشکی گیلان اسفند(1381) ص 13 -19

-کلدی، علی رضا/ پرستاری توانبخشی و رفاه سالمندان .دومین کنگره سراسری پرستاری و توانبخشی.تهران(1384) ، 48

-قاضی،قاسم(1383).نظریه ها و روش های مشاوره وروان درمانی اول. تهران.انتشارات جنگل

-ذاکر ،صدیقه (1385(نگاهی به نظریه فرانکل در روانشناسی دین، فصلنامه قبسات شماره 8

-علی اکبری ،مهناز و همکاران،(1390).اثربخشی معنا درمانی گروهی بر کاهش افسردگی زنان سالمند فرهنگسرای شهر تهران.ارایه شده در سومین کنگره روانشناسی ایران.دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

-منتظری، علی و همکاران (1389) مقایسه کیفیت زندگی وابسته به سلامت زنان شاغل و خانه دار شهر زاهدان

. فصلنامه پایش .سال یازدهم .شماره اول.بهمن-اسفند ص111-116

- بشارت؛محمد علی(1384).ساخت و هنجاریابی مقیاس دلبستگی بزرگسالان.دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

دانشگاه تهران (گزارش طرح پژوهشی)

- بشارت ؛محمد علی( 1383).بررسی سبک های دلبستگی با برون گرایی و نوروز گرایی. مجله علوم روانشناختی 10؛110-122

- بشارت ؛محمد علی (1385).تبیین اختلال های شخصیت بر اساس نظریه دلبستگی. دو فلصلنامه روانشناسی معاصر2،41-48

- بشارت محمد علی.نادعلی،ح .زبردست،علی و صالحی،محمد(1387).کمال گرایی ومقابله با تنیدگی –روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی،24،18-7

- بشارت،محمد علی(1390).،سبک های دلبستگی و نارسا یی هیجانی پژوهش روانشناختی24.،80-63

-بشارت ،محمد علی(1391).مبانی درمانی نظریه دلبستگی .رویش روانشناسی،1،38-15

-بشارت ،محمد علی(1385).سبک های دلبستگی و ترس از صمیمیت. مجله علوم روانشناختی ،17،15-5

-گلی نژاد،محمد(1380) .بررسی رابطه سبک های دلبستگی و مشکلات بین فردی دانشجویان ساکن خوابگاه های

دانشگاه تهران .پایانامه ارشد دانشگاه تهران

-مظاهر، محمد علی(1379).نقش دلبستگی بزرگسالان در کنش ازدواج .مجله روانشناسی 15، دوم وچهارم شماره 4و 2

1. : Loggotrap [↑](#footnote-ref-1)
2. :Adler [↑](#footnote-ref-2)
3. :Nilson.J [↑](#footnote-ref-3)
4. : Existentialism [↑](#footnote-ref-4)
5. :meaning existetial [↑](#footnote-ref-5)
6. :meaning mi [↑](#footnote-ref-6)
7. :vongeir.B [↑](#footnote-ref-7)
8. :fronkl [↑](#footnote-ref-8)
9. : Freevolitio [↑](#footnote-ref-9)
10. :ego-ideal [↑](#footnote-ref-10)
11. : Neogenic Neuroses [↑](#footnote-ref-11)
12. : Existential Vacuu [↑](#footnote-ref-12)
13. :ego [↑](#footnote-ref-13)
14. :Ego.analiysis [↑](#footnote-ref-14)
15. yalom [↑](#footnote-ref-15)
16. : Will to meaning [↑](#footnote-ref-16)
17. : Nilson.J [↑](#footnote-ref-17)
18. : God of the Inner human being [↑](#footnote-ref-18)
19. :Sharf.R [↑](#footnote-ref-19)
20. : Hyper intention [↑](#footnote-ref-20)
21. : Hyper reflection [↑](#footnote-ref-21)
22. : Institutional religion [↑](#footnote-ref-22)
23. : Atheist [↑](#footnote-ref-23)
24. : Agnostic [↑](#footnote-ref-24)
25. : Existential frustration [↑](#footnote-ref-25)
26. : Apathy [↑](#footnote-ref-26)
27. : Boredom [↑](#footnote-ref-27)
28. :wong.p.L [↑](#footnote-ref-28)
29. :sholtz [↑](#footnote-ref-29)
30. : Patterson.G.H [↑](#footnote-ref-30)
31. : Mass Neurotic Triad [↑](#footnote-ref-31)
32. : Impulse [↑](#footnote-ref-32)
33. : Schizophreni: [↑](#footnote-ref-33)
34. :Jonz.nilson [↑](#footnote-ref-34)
35. : Procheska.J.O. [↑](#footnote-ref-35)
36. : Paradoxical intention [↑](#footnote-ref-36)
37. : Dereflection [↑](#footnote-ref-37)
38. : Paradoxic [↑](#footnote-ref-38)
39. : Dereflectio [↑](#footnote-ref-39)
40. : Medical ministry [↑](#footnote-ref-40)
41. :dadn comment [↑](#footnote-ref-41)
42. :the use of imagery [↑](#footnote-ref-42)
43. :show [↑](#footnote-ref-43)
44. : Logodram [↑](#footnote-ref-44)
45. : Dream Analysis [↑](#footnote-ref-45)
46. :antonoym [↑](#footnote-ref-46)
47. : Dereflection [↑](#footnote-ref-47)
48. : Fear [↑](#footnote-ref-48)
49. : Thought of de- [↑](#footnote-ref-49)
50. : Medical ministry [↑](#footnote-ref-50)
51. : Clerical Medical [↑](#footnote-ref-51)
52. : Endogenous depression. [↑](#footnote-ref-52)
53. : Attitudes [↑](#footnote-ref-53)
54. : Khrdzad [↑](#footnote-ref-54)
55. : Elderly [↑](#footnote-ref-55)
56. : Depression [↑](#footnote-ref-56)
57. : Solitude [↑](#footnote-ref-57)
58. :jong.ch [↑](#footnote-ref-58)
59. : Life Mrvrkrdn [↑](#footnote-ref-59)
60. :pak [↑](#footnote-ref-60)
61. : Self [↑](#footnote-ref-61)
62. :vif.L.B [↑](#footnote-ref-62)
63. : Abstract thinking [↑](#footnote-ref-63)
64. : Do something [↑](#footnote-ref-64)
65. :batel.R [↑](#footnote-ref-65)
66. : Social reconstruction [↑](#footnote-ref-66)
67. : Biological [↑](#footnote-ref-67)
68. :anotropi [↑](#footnote-ref-68)
69. : Sophistication [↑](#footnote-ref-69)
70. : Rule [↑](#footnote-ref-70)
71. : Activity [↑](#footnote-ref-71)
72. : Non-justifies the yard [↑](#footnote-ref-72)
73. : Aging Therapy [↑](#footnote-ref-73)
74. : Insight-oriented [↑](#footnote-ref-74)
75. : Joy in the elderly [↑](#footnote-ref-75)
76. : Attitude [↑](#footnote-ref-76)
77. :Johanson [↑](#footnote-ref-77)
78. : The correct approach [↑](#footnote-ref-78)
79. : Quality of Life [↑](#footnote-ref-79)
80. Fanandez.geiru [↑](#footnote-ref-80)
81. lohmen [↑](#footnote-ref-81)
82. : Welfare [↑](#footnote-ref-82)
83. :ratol.H [↑](#footnote-ref-83)
84. :mishel.fairzi [↑](#footnote-ref-84)
85. :;kalo.F [↑](#footnote-ref-85)
86. :Patrik.B.N [↑](#footnote-ref-86)
87. :barofeksi.A [↑](#footnote-ref-87)
88. ;Barfoski [↑](#footnote-ref-88)
89. : Measurement [↑](#footnote-ref-89)
90. :riuon [↑](#footnote-ref-90)
91. :boman [↑](#footnote-ref-91)
92. :farner.P [↑](#footnote-ref-92)
93. : Demography [↑](#footnote-ref-93)
94. :park.K [↑](#footnote-ref-94)
95. :ranovik.B [↑](#footnote-ref-95)
96. :kohen.V [↑](#footnote-ref-96)
97. :ekvador.b [↑](#footnote-ref-97)
98. :Henson.J [↑](#footnote-ref-98)
99. ;Balbi [↑](#footnote-ref-99)
100. : Attachment [↑](#footnote-ref-100)
101. : Psychological Analysis of Grey [↑](#footnote-ref-101)
102. :Barttron [↑](#footnote-ref-102)
103. : Freud [↑](#footnote-ref-103)
104. :Fist.F [↑](#footnote-ref-104)
105. :cut.W [↑](#footnote-ref-105)
106. :ashpitz [↑](#footnote-ref-106)
107. : Ericsson [↑](#footnote-ref-107)
108. : Mahler [↑](#footnote-ref-108)
109. : Theory of cognitive development [↑](#footnote-ref-109)
110. : Learning [↑](#footnote-ref-110)
111. : Department of Natural [↑](#footnote-ref-111)
112. :balbi [↑](#footnote-ref-112)
113. :Dtamiuos [↑](#footnote-ref-113)
114. :Lomiuo.B [↑](#footnote-ref-114)