Comparison of Attachment Styles among Elderly Living at Home and Nursing home: A Case Study: Semnan, 2013

Rezaei AM*[1], Abdolahi M[2], Akbari Balootbangan A[3], Kheirkhahan N[4]

Abstract

Introduction and purpose: Aging of the population and elderly is accompanied with several related problems. One of the prevalent problems among elderly is the insecure lifestyle which is also a key factor in mental disorders such as depression (a common mental disorder). Therefore, the aim of this study was to identify the difference in attachment styles of elderly who are living at home in comparison with nursing home residents.

Material and methods: This Causal-Comparative study was conducted among seniors in the province of Semnan. We included 40 elderly (with two equal groups from nursing resident and elderly who were living at home) using the convenience sampling method. Samples were matched in terms of their age and sex. Data were collected using the Adult Attachment Inventory (AAI) and were analyzed by multivariate analysis of variance (MANOVA).

Findings: The mean age of participants in this study was 68±16 years old. Our findings revealed that there are significant differences between secure attachment with avoidant and anxiety attachment in nursing home residents in comparison with the elderly who are living at home.

Conclusion: Elderly people with anxiety and avoidant attachment experience the negative attitudes more than elderly with secure attachment. Nevertheless, there is no significant difference between anxiety and avoidant attachment in terms of their negative attitudes. In general, people with insecure attachment are more vulnerable to experience depression and mental disorders.

Key words: Adult, Attachment Styles, Nursing Home.

Received: 2014/01/22 Accepted: 2014/11/6

Copyright © 2018 Quarterly Journal of Geriatric Nursing.This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License(http://creativecommons.org/licenses/by /4.0/) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

1- Assistant Professor, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran
(Corresponding Author). Email: Rezaei_am@semnan.ac.ir
2- MA in general Psychology, Semnan University, Semnan, Iran
3- Ph.D student in Educational Psychology, Semnan University, Semnan, Iran
4- MA in general Psychology, Semnan University, Semnan, Iran

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-03-29]

مقایسه‌ی سبک‌های دلبستگی در سالمندان ساکن منزل و آسایشگاه، مطالعه موردی: شهر سمنان ۱۳۹۲

علی‌محمد رضایی*[۱]، معصومه عبداللهی[۲]، افضل اکبری بلوطبنگان[۳]، نازنین خیرخواهان[۴]

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۱۱/۲
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۸/۱۵

چکیده

مقدمه و هدف: پیر شدن جمعیت و سالمندی موجب مطرح شدن مسائل مربوط به این دوره از زندگی می‌گردد. سبک دلبستگی ناایمن یکی از عوامل مؤثر در بسیاری از آسیب‌های روانی از جمله اختلال شایع افسردگی است که در دوران سالمندی رواج دارد. لذا هدف از پژوهش حاضر بررسی سبک های مختلف دلبستگی در سالمندان ساکن منزل و آسایشگاه بوده است.

مواد و روش ها: مطالعه حاضر از نوع علی- مقایسه‌ای بوده که از بین کلیه سالمندان شهر سمنان تعداد ۴۰ سالمند (۲۰ نفر ساکن منزل و ۲۰ نفر ساکن آسایشگاه) به روش نمونه‌گیری غیر تصادفی در دسترس انتخاب شدند. نمونه آماری از لحاظ سن و جنس همتاسازی شدند و به مقیاس دلبستگی بزرگسالان (AAI) پاسخ دادند. داده‌های پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۱۶± ۶۸ سال بود. یافته‌ها نشان داد که بین دلبسته‌های ایمن با دلبسته‌های ناایمن اجتنابی و اضطرابی در سالمندان ساکن منزل و آسایشگاه تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: سالمندان دلبسته ناایمن اجتنابی و اضطرابی نگرش منفی و آشفته شدیدتری نسبت به سالمندان دلبسته ایمن تجربه می‌کنند. با این وجود، تفاوتی میان دلبسته‌های ناایمن اجتنابی و اضطرابی به لحاظ شدت ویژگی‌های منفی و آشفته وجود ندارد. در مجموع افراد دلبسته ناایمن جهت تجربه افسردگی و آسیب‌های روانی آسیب‌پذیرتر هستند.

کلید واژه‌ها: سالمند، سبک‌های دلبستگی، آسایشگاه سالمندان

۱- استادیار، گروه روانشناسی تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران
(نویسنده مسؤول). پست الکترونیکی: Email: rezaei_am@semnan.ac.ir
۲- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران
۳- دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران
۴- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-03-29]

مقدمه

پیری یا سالمندی یکی از مراحل زندگی و سرنوشتی است که تمام افراد بشر از هر جنس، نژاد و فرهنگی به آن گرفتار می شوند و دورانی است که اگر از کیفیت مناسب برخوردار باشد می‌تواند بسیار مطلوب و لذت‌بخش باشد(۱). بسیاری از صاحبنظران رویکردهای رشدی معتقدند که پیری شامل بازتعریفی از مسائلی است, که در ارتباط با فرد و روابط وی می‌باشد(۲). پیری یا سالمندی را به طور قراردادی با آغاز سن ۶۵ سالگی مترادف می‌دانند(۱). به عبارت دیگر سالمندان افرادی هستند که سن آنها ۶۰ سال و بالاتر است(۲). به طور خاص سالمندی یا کهولت سن عمدتاً همراه با فقدان توانایی‌های فیزیکی و عملکردهای شناختی و اجتماعی است(۳) و امروزه به عنوان یک پدیده جهانی مورد توجه قرار گرفته است(۴). به این معنا که جمعیت جهان به سوی سالمندی پیش می‌رود و به همراه خود مسایل جدیدی را به وجود می‌آورد(۵). این امر به دلیل افزایش جمعیت سالمند در جهان می‌باشد(۴) به طوری که بر اساس تخمین‌ها طی سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۲۰ سن جمعیت جهان بین ۶۵ تا ۷۴ سال ۷۴ درصد افزایش خواهد یافت و این در حالی است که افزایش جمعیت زیر ۶۵ سال ۲۴ درصد خواهد بود(۵). علاوه بر آن طبق آمار سازمان بهداشت جهانی تعداد سالمندان در کشورهای آسیای جنوب غربی از جمله ایران در سال ۲۰۳۰ تقریبا به دو برابر تعداد مشابه در سال ۲۰۰۰ خواهد رسید(۴). این افزایش سریع با چالش های عمده‌ای برای توسعه و مراقبت‌های بهداشتی همراه است(۶). به طور کلی می‌توان گفت سالمندی پدیده‌ای است که به وسیله تغییرات بیولوژی، فیزیولوژی، بیوشیمی و آناتومی در سلول های بدن ایجاد می‌شود و این تغییرات به مرور زمان بر عملکرد سلول‌ها اثر می‌گذارد(۷). از این رو بررسی مسایل روانی- اجتماعی سالمندان می‌تواند حایز اهمیت باشد. یکی از عوامل مهم که در سال‌های اخیر به آن توجه شده و بر سازگاری سالمندان تأثیر دارد، تجارب اولیه فرد با والدین و یا نوع رابطه هیجانی وی با والدین خود در دوران کودکی است(۵).

کیفیت دلبستگی و آسیب روانشناختی از جمله حوزه هایی است که مجموعه وسیعی از پژوهش‌های روان‌شناختی را به خود اختصاص داده است(۸). دلبستگی یکی از برجسته‌ترین مفاهیم روان‌شناسی معاصر است. این مفهوم به فرایند شکل‌گیری و قطع شدن پیوندهای عاطفی اشاره دارد(۹). Bowlby (۱۹۷۹) با استفاده از دستاوردهای کردارشناسی, نظریه‌های سایبرنتیک و اطلاعات, روانکاوی, روان‌شناسی تجربی, نظریه‌های یادگیری, روان‌پزشکی و رشته‌های مرتبط, پایه‌های نظری و سرفصل‌های اصلی نظریه دلبستگی را ارائه کرد(۱۰). وی بر این عقیده بود که نظریه دلبستگی تنها یک نظریه تحول کودک نیست، بلکه نظریه تحول در فراخنای زندگی نیز می‌باشد. وی معتقد است نوع رابطه مادر- کودک در سال‌های اولیه زندگی و میزان قابلیت دسترسی به مادر، میزان حمایت مادر هنگام احساس خطر، درجه حساسیت مادرانه و تکیه گاه ایمن بودن مادر برای کودک، سبک دلبستگی فرد را معین می‌کند(۱۱). به طور کلی نتیجه عمده تعامل بین مادر و

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-03-29]

کودک به وجود آمدن نوعی دلبستگی عاطفی بین فرزند و مادر است(۶). این دلبستگی که بیانگر ارتباط عاطفی کودک و مادر است، موجب می‌شود کودک به دنبال آسایش حاصل از وجود مادر باشد، به ویژه هنگامی که احساس ترس و عدم اطمینان می‌کند(۱۲).

Ainswarth(۲۰۰۸) نظریه بالبی را گسترش داده و سبک‌های دلبستگی را به سه دسته ایمن[1]، ناایمن اجتنابی[2] و ناایمن اضطرابی[3] تقسیم کرده است(۱۳). طرفداران این نظریه معتقدند به احتمال زیاد سبک دلبستگی کودک براساس الگوهای فعال درونی از خود و چهره‌ی دلبستگی تا بزرگسالی ادامه می‌یابد و در روابط بزرگسالی فرد منعکس می‌شود(۱۴). Bowlby وAinswarth علاوه بر توجه به فرایندهای ناهشیارِ پویشی[4]، توجه خاصی به تجارب بین فردی واقعی و پیامدهای هیجانی و شناختی این روابط به عنوان عوامل موثر بر روابط بعدی نشان دادند. نظریه Bowlby و پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بین سبک دلبستگی افراد و آسیب‌های روانی رابطه معنی‌داری وجود دارد. الگوهای رفتاری بزرگسالی که تحت تاثیر دلبستگی دوران کودکی است هم می‌تواند بهنجار و سالم و هم می‌تواند نابهنجار و ناسالم باشد و رنگ اختلال به خود بگیرد. ویژگی‌های بهنجار و نابهنجار روابط بین شخصی به گونه‌ای عمیق از سبک دلبستگی اشخاص تاثیر می‌پذیرند(۱۵). به عقیده Bowlby (۱۹۶۹) دلبستگی ایمن با ویژگی‌های ارتباطی مثبت شامل صمیمیت و خرسندی، دلبستگی اجتنابی با سطوح پایین‌تری از صمیمیت و تعهد و دلبستگی دوسوگرا با شور و هیجان و دل مشغولی در مورد روابط توام با خرسندی کم مرتبط است. افراد اجتنابی بیش از دوسوگراها به پایان بخشیدن به روابط تمایل نشان می‌دهند. در پی انحلال روابط پیشین، بازسازی روابط جدید نیز بر حسب الگوی دلبستگی فرد متفاوت است. اجتناب‌گراها با از میان رفتن یک رابطه کمتر از دوسوگراها، مضطرب و پریشان می‌شوند(۱۶). چنین استدلال می‌شود که با افزایش سن تجارب احساسی و هیجانی در زندگی روزمره عمیق‌تر و پیچیده‌تر می‌شود و تنظیم هیجانات نیز به نحو کارآمدی صورت می‌گیرد. Baltz طبق مدل انتخاب- جبران- بهینه‌سازی پیشنهاد می‌کند که پیری با تغییر در انگیزه افراد همراه است، به طوری که فرد توجه مستقیمی به اهداف احساسی به جای اهداف ابزاری دارد. در سنین پیری، با توجه به تحقق اهداف ابزاری فرد، توجه وی به اهداف احساسی متمرکز می‌شود و در نتیجه روابط با خانواده و دوستان و تعاملات عاطفی اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. چنین استدلال می‌شود که نظریه دلبستگی همچنین می‌تواند نقش کمک کننده‌ای در روشن شدن روابط و تغییر در این روابط در سنین پیری داشته باشد، که این امر به دلیل توجه این نظریه به تجربه فقدان و تنظیم هیجان و نیز نقش این نظریه در تبیین انعطاف‌پذیری و سازگاری مثبت فرد در انتهای زندگی است(۱۷). به طور کلی نظریه دلبستگی در سنین پیری بر چهار حوزه گسترده تمرکز می‌کند که عبارتند از ۱- تعداد چهره‌های دلبستگی ۲- کیفیت دلبستگی ۳- رابطه بین دلبستگی و شاخص‌های عملکرد بین‌فردی و درون‌فردی

1- Secure Attachment
2- Insecure-Ambivalent
3- Insecure-Anxiety
4- Dynamic Unconscious

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-03-29]

۴- دلبستگی و بیماری در سنین پیری (خصوصاً زوال عقل). دلبستگی اضطرابی به طور خاص در برخی افراد با افزایش سن کاهش پیدا می‌کند و این مساله به این دلیل است که فرد متقاعد می‌شود که دیگران می‌توانند دلسوز و پاسخگو باشند(۱۸). در سطح فردی افراد مسن به طور روزافزون با از دست دادن عزیزان مواجهه هستند. علاوه بر این بیماری‌های مرتبط با سن مانند زوال عقل در حال حاضر یک چالش عمده برای بسیاری از افراد در سنین پیری است. در واقع شیوع زوال عقل (به عنوان مثال آلزایمر) در افراد ۶۵ سال به بالا از ۵ تا ۱۳ درصد به ۴۳ درصد در سن ۸۵ سالگی و بالاتر می‌رسد. با این حال افزایش سن با تغییرات مثبتی که همزمان با محدودیت‌ها در ارتباطات اجتماعی است ارتباط دارد(۱۹).

به عقیده Nugarten و همکاران (۱۹۶۴) در سالمندی به استثنای تغییراتی که از نظر جسمی و سلامتی به وجود می‌آید، سالمندان به میانسالان شباهت دارند و همان نیاز های روانی و اجتماعی را احساس می‌کنند. بر اساس این دیدگاه کاهش تعامل اجتماعی در دوران پیری به این علت است که اجتماع از سالمندان, بر خلاف میل اکثر آنها دل می‌کند(۲۰). بسترهای فیزیکی و اجتماعی که سالمندان در آن زندگی می کنند بر تجربیات اجتماعی، سلامت روانی، رشد، سبک دلبستگی و سازگاری آنها تأثیر می‌گذارد. چرا که سالمندان اغلب دوست دارند در خانه زندگی کنند یعنی جایی که سال‌های بزرگ‌سالی خود را در آن گذرانده اند (۲۱). از این رو محلی که سالمندان در آن زندگی می‌کنند، بعد بسیار مهمی از کیفیت زندگی، راحتی و سلامت روانی او را تشکیل می‌دهد. علاوه بر آن اهمیت فضای فیزیکی و وضع ظاهری محل از فردی به فرد دیگر متفاوت می‌باشد. اما این که فرد احساس کند در خانه خود زندگی می کند، در رأس همه عوامل مؤثر بر بهداشت روانی قرار دارد. بسیاری از سالمندان در اواخر عمر اصرار دارند که در خانه خود زندگی کنند و برخی از آنها آشکارا اعلام می‌کنند که می‌خواهند در خانه خود بمیرند(۲۲).

به عقیده Compion و همکاران(۱۹۸۳) و SHilder (۱۹۸۸) قرار دادن سالمند در خانه سالمندان و مراکز نگهداری، مشکلات زیادی را به وجود می‌آورد. سالمند وقتی در خانه سالمندان قرار می‌گیرد گاهی از نظر جسمی، روانی، عاطفی و اقتصادی وابسته می‌شود و این وابستگی در بقیه عمر ادامه می‌یابد(۲۳). سبک دلبستگی در میان اقشار مختلف بررسی شده است. برای مثال پژوهش نشان داده است که جوانان دارای نقایص بینایی، شنوایی و عادی در هر سه نوع سبک دلبستگی با یکدیگر تفاوت معناداری دارند(۲۴) اما در ارتباط با سبک‌های دلبستگی سالمندان پژوهش‌های اندکی یافت شده است.

اما Browne & Shlosberg (۲۰۰۶) نشان دادند که دلبستگی ایمن هم در گذشته و حال و هم در آینده به عنوان یک منبع محافظ در زندگی برای افراد مسن به حساب آمده بود(۲۵).

با توجه به مبانی و ادبیات ذکر شده و با توجه به اهمیتی که سبکهای دلبستگی در ایجاد و تداوم آسیب های روانی سالمندان دارد، هدف از پژوهش حاضر مقایسه سبک‌های

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-03-29]

دلبستگی سالمندان ساکن منزل و سالمندان ساکن آسایشگاه می باشد.

مواد و روش ها

این مطالعه به روش توصیفی – مقایسه ای انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه‌ی سالمندان شهر سمنان در سال ۱۳۹۲ بود که از بین آنها ۴۰ نفر (۲۰ نفر سالمند ساکن منزل و ۲۰ نفر سالمند ساکن آسایشگاه) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. شرط ورود به مطالعه (نمونه ساکن آسایشگاه) اقامت سالمند در یکی از مراکز توان‌بخشی و نگهداری از سالمندان سمنان و قدرت پاسخ‌گویی به سؤالات و شرط خروج عدم توانایی پاسخ‌گویی به سؤالات به هر دلیلی مثل بیماری آلزایمر بود. همچنین سالمندان ساکن منزل و آسایشگاه از نظر سن و جنسیت همتاسازی شدند.

جهت تعیین سبک دلبستگی سالمندان از آزمون دلبستگی بزرگسالان Hazan & Shaver (AAI[1]) استفاده شد. (AAI) یک مقیاس خود گزارش دهی است که بر مبنای سبک‌های دلبستگی سه گانه اینثورث طراحی شده است. این مقیاس مشتمل بر سه عبارت توصیفی از احساسات فرد درباره روابط میان فردی است که هر کدام از آن‌ها به یکی از سبک‌های دلبستگی اشاره دارد. همچنین دارای دو بخش است که در بخش اول، آزمودنی به هر کدام از سه عبارت توصیفی بر روی یک طیف ۷ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۷) پاسخ می‌دهد. در بخش دوم، فرد یکی از عبارت‌ها را به عنوان مناسب‌ترین توصیف در مورد احساسات خود انتخاب می‌نماید. در ایران پایایی برای سبک ایمن (۰/۴۸)، اجتنابی (۰/۵۸) و اضطرابی (۰/۶۵) گزارش شده است. در کل ضریب آلفای کرونباخ برای پایایی پرسش‌نامه هنجاریابی شده در ایران ۰/۷۸ به دست آمد که میزان بالا و قابل قبولی است و نشان از این می باشد که می توان در پژوهش از آن بهره برد(۲۶).

1- Adult Attachment Inventory

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-03-29]

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی سبک‌های دلبستگی به تفکیک گروه‌ها در جدول ذیل ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی سبک‌های به تفکیک گروه‌ها

سبک‌های دلبستگی	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
دلبستگی اجتنابی	ساکن منزل	۵/۹۵	۳/۲۵۲۱۲
	ساکن آسایشگاه	۱۰/۳۵	۲/۹۴۲۸۸
	کل	۸/۱۵	۳/۷۸۶۲۸
دلبستگی ایمن	ساکن منزل	۱۵/۶۰	۳/۶۰۴۰۹
	ساکن آسایشگاه	۱۰/۲۵	۴/۱۵۳۳۱
	کل	۱۲/۹۲	۴/۶۹۷۷۹
دلبستگی اضطرابی	ساکن منزل	۱۲/۳۰	۴/۵۷۷۹۲
	ساکن آسایشگاه	۷/۱۰	۳/۱۲۷۱۳
	کل	۹/۷۰	۴/۶۸۰۵۷

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات سبک دلبستگی اجتنابی، ایمن و اضطرابی در سالمندان ساکن منزل به ترتیب ۵/۹۵، ۱۵/۶۰ و ۱۲/۳۰ و در سالمندان ساکن آسایشگاه به ترتیب ۱۰/۳۵، ۱۰/۲۵ و ۷/۱۰ است. به منظور مقایسه سبک‌های دلبستگی (اجتنابی، ایمن و اضطرابی) در بین سالمندان ساکن منزل و آسایشگاه از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد.

پیش از اجرای آزمون مفروضات آن بررسی شد. نتایج آزمون Box برای یکسانی ماتریس کوواریانس نشان داد که این فرض برقرار است (P=۰/۰۶۵ و F=۱/۹۷). علاوه بر آن نتایج آزمون levene نشان داد که خطای واریانس برای هر سه متغیر وابسته شامل سبک دلبستگی اجتنابی، ایمن و اضطرابی برای گروه‌های مورد مقایسه یکسان است (جدول۲).

جدول ۲: نتایج آزمون لون برای بررسی مفروضه یکسانی واریانس خطا

سبک دلبستگی	F	درجات آزادی صورت	درجات آزادی مخرج	سطح معناداری
دلبستگی اجتنابی	۰/۱۳۷	۱	۳۸	۰/۷۱۳
دلبستگی ایمن	۳/۴۰۸	۱	۳۸	۰/۰۷۳
دلبستگی اضطرابی	۱/۸۶۰	۱	۳۸	۰/۱۸۱

پس از ارزیابی مفروضه‌های آزمون و حصول اطمینان از آن، سبک‌های دلبستگی سالمندان ساکن منزل و آسایشگاه با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری مورد بررسی قرار گرفت (جدول۳).

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-03-29]

جدول۳: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری برای مقایسه سبک‌های دلبستگی (اجتنابی، ایمن و اضطرابی) سالمندان ساکن منزل و آسایشگاه

شاخص‌ها	مقدار	آمارهF	سطح معناداری	مجذور اتا
اثر پیلای	۰/۶۲۱	۱۹/۶۸۲	۰/۰۰۰۵	۰/۶۲۱
لامبدایویلکز	۰/۳۷۹	۱۹/۶۸۲	۰/۰۰۰۵	۰/۶۲۱
اثر هتلینگ	۱/۶۴۰	۱۹/۶۸۲	۰/۰۰۰۵	۰/۶۲۱
ریشه‌روی	۱/۶۴۰	۱۹/۶۸۲	۰/۰۰۰۵	۰/۶۲۱

همان‌گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود تفاوت معناداری در ترکیب خطی سبک‌های دلبستگی با توجه به گروه وجود دارد (P<۰/۰۰۱، F=۱۹/۶۸۲ و ۰/۳۷۹=لامبدای ویلکز). مجذور اتا نیز نشان می‌دهد که ۶۲ درصد از واریانس متغیر وابسته یعنی سبک‌های دلبستگی توسط متغیر گروه‌بندی (سکونت در منزل یا آسایشگاه) تعیین می‌شود. برای بررسی الگوهای تفاوت در هر کدام از متغیرهای وابسته از تحلیل واریانس تک متغیری استفاده شد (جدول۴).

جدول ٤: نتایج تحلیل واریانس تک متغیری برای مقایسه سبک‌های دلبستگی اجتنابی، ایمن و اضطرابی در سالمندان ساکن منزل و آسایشگاه

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آمارهF	سطح معناداری	مجذور اتا
دلبستگی اجتنابی	۱۹۳/۶۰۰	۱	۱۹۳/۶۰۰	۲۰/۱۲۸	۰/۰۰۰۵	۰/۳۴۶
دلبستگی ایمن	۲۸۶/۲۲۵	۱	۲۸۶/۲۲۵	۱۸/۹۳۱	۰/۰۰۰۵	۰/۳۳۳
دلبستگی اضطرابی	۲۷۰/۴۰۰	۱	۲۷۰/۴۰۰	۱۷/۵۹۵	۰/۰۰۰۵	۰/۳۱۶

همان‌گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود در همه مولفه‌های سبک‌های دلبستگی شامل دلبستگی اجتنابی (P<۰/۰۰۱ و F=۲۰/۱۲۸) دلبستگی ایمن (P<۰/۰۰۱ و F=۱۸/۹۳۱) و دلبستگی اضطرابی (P<۰/۰۰۱ و F=۱۷/۵۹۵) تفاوت معنی‌داری بین سالمندان ساکن منزل و آسایشگاه وجود دارد به نحوی که در مقیاس دلبستگی اجتنابی و دلبستگی اضطرابی میانگین سالمندان ساکن آسایشگاه از میانگین سالمندان ساکن منزل بزرگتر می‌باشد. اما در دلبستگی ایمن، میانگین نمره سالمندان ساکن آسایشگاه کوچکتر از میانگین نمره سالمندان ساکن منزل می‌باشد (جدول ۴).

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-03-29]

بحث و نتیجه‌گیری

سالمندی فرایندی طبیعی و یکی از مراحل رشد و تکامل انسان است و در طول این فرایند تغیراتی در ابعاد مختلف روانی و اجتماعی افراد رخ می‌دهد(۲۷). در واقع پیری یکی از دوران‌های عمر انسان است که با نوعی بلوغ و کمال زیستی، جسمی و روانی همراه بوده و به عبارتی یک سرنوشت زیست شناختی است که واقعیتی طولانی‌تر از تاریخ دارد(۲۸). بر اساس یافته‌ها، سبک‌های دلبستگی متفاوتی در دو گروه سالمندان ساکن منزل و آسایشگاه مشاهده شد. میانگین نمرات سالمندان ساکن منزل و آسایشگاه در سه سبک دلبستگی ایمن، ناایمن اجتنابی و ناایمن اضطرابی به ترتیب ۱۲/۹۲، ۸/۱۱۵، ۹/۷۰ به دست آمد. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین(۵، ۲۹، ۳۰، ۳۱) همسو بوده است. همچنین هر دو گروه سالمندان ساکن منزل و آسایشگاه سبک‌های دلبستگی ناایمن بالاتری نسبت به سبک‌های دلبستگی ایمن از خود نشان داده‌اند. بر اساس یافته‌های به دست آمده، افراد گروه سالمندان ساکن منزل سبک ایمن بیشتری را در مقایسه با گروه سالمندان ساکن آسایشگاه گزارش نمودند. از سوی دیگر، گروه سالمندان ساکن آسایشگاه، سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی بالاتری در مقایسه با گروه سالمندان ساکن منزل گزارش نمود. تفاوت معنادار در سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی در دو گروه سالمندان ساکن منزل و آسایشگاه با یافته‌های(۵، ۲۹، ۳۱) همسو بوده است. با نظر به مفهوم آفرینی‌های مبتنی بر فقدان (Loss) و ریشه‌یابی آن در نظریه دلبستگی، یافته‌های این پژوهش دور از انتظار نبود. سبک‌های دلبستگی ناایمن محصولی از تجربه‌های فقدان یا نوسان در دسترسی بر موضوع دلبستگی‌اند؛ سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی ناشی از نوعی تجربه عدم دسترسی است که می‌توان ظهور و بروز آن را در بروز اختلالات روانی از جمله افسردگی مشاهده نمود(۳۲ و ۳۳). دلبستگی ناایمن اضطرابی تجربه دسترسی بی‌ثبات به موضوع دلبستگی است. این بی‌ثباتی و نوسان می‌تواند خود را در بی نظمی‌ها و نوسانات خلقی آشکار سازد(۳۴). همبستگی منفی دلبستگی اضطرابی و اجتنابی نکته تأییدی بر تمایز انواع دلبستگی ناایمن است که البته بررسی‌های فراوانی این امر را تأیید می‌کنند چنانچه دلبستگی ناایمن اضطرابی را به عنوان محصول تجربه دسترسی بی‌ثبات بپذیریم، نوعی پیش‌بینی ناپذیری و کنترل ناپذیری به ذهن متبادر می‌گردد. بنابراین می‌توان در قالب گمانه‌زنی نتیجه گرفت که با تداخلی از فقدان موضوع یا بی‌ثباتی دسترسی موضوع و روند مختل پردازش‌های شناختی روبرو هستیم(۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸). چنین گمانه‌زنی‌هایی در چارچوب رویکردهای تحولی قابل طرح و قابل بررسی است. در رویکرد شناختی، مفاهیمی مثل مفروضه‌های ناکارآمد و باورهای غیرمنطقی مطرح است که، برآمده از تجربه‌ها و رویدادهای اولیه زندگی است. این تجربه‌های اولیه نیز در قالب الگوهای ارتباطی مادر- کودک یا همان روابط موضوعی قابل تبیین است(۳۹).

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که سبک دلبستگی (همان تجربه‌های اولیه) در دو گروه سالمندان ساکن منزل و

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-03-29]

آسایشگاه متفاوت است. از سوی دیگر، تجربه‌های اولیه نامطلوب طی دو حالت فقدان رابطه و رابطه بی کیفیت قابل پیگیری است. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، افراد گروه سالمندان ساکن آسایشگاه، سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی بالاتری را گزارش نمودند اما این تفاوت در خصوص سبک اضطرابی به دست نیامد. فرد با سبک دلبستگی اضطرابی در کیفیت رابطه دچار آسیب شده، لذا پیش‌بینی پذیری رویدادها به عنوان بخشی از سامانه پردازشی او مختل شده است. پس علاوه بر وجود یا فقدان رابطه، کیفیت آن نیز در بروز اختلال و نوع آن (افسردگی یا اختلالات دیگر) دخیل است.

نتایج این پژوهش به درمان‌گران، روان‌شناسان و روان‌پزشکان در ارزیابی هر چه بهتر و همه جانبه‌تر از سالمندان و نشان دادن تغییرات پایدار در طی جلسات و بعد از درمان کمک می‌کند. همچنین به نظر می‌رسد بررسی سبک‌های دلبستگی در افراد سالمند می‌تواند پاسخگوی نیاز پژوهشگران برای کمک به کاهش افسردگی در جامعه باشد. علاوه بر آن، نتایج این پژوهش اثراتی که اسکان در سرای سالمندان روی سلامت این افراد خواهد گذشت را نشان خواهد داد.

نخستین محدودیت پژوهش حاضر محدودیت نمونه می‌باشد که تعمیم یافته‌های پژوهشی را دشوار می سازد، محدودیت دوم این پژوهش مربوط به موقعیت مکانی و زمانی پژوهش می‌باشد. بدین معنا که این پژوهش بر روی سالمندان ساکن سمنان صورت گرفته و نمی‌توان آن را به سایر اقشار (معلمان، دانشجویان و ...) و همینطور سایر شهرهای کشور تعمیم داد. محدودیت دیگر پژوهش مربوط به نوع تعیین جامعه و روش نمونه‌گیری است که بر اساس این محدودیت‌ها پیشنهاد می‌شود، سایر پژوهشگران بر مبنای نتایج اولیه این پژوهش اقدام به اجرای پژوهشی با حجم نمونه بالا و انتخاب روش‌های نمونه‌گیری مناسب‌تر نمایند. همچنین انجام پژوهش‌های بعدی برای یافتن ارتباط اختصاصی بین کیفیت تجربه‌های اولیه (سبک‌های دلبستگی) و نوع اختلالات، می‌تواند جالب و راه‌گشا باشد، زیرا این یافته‌ها نظریه‌پردازی‌های آسیب‌شناختی را هدایت می‌کند و از سوی دیگر، مداخلات درمانی را اختصاصی‌تر می‌نماید. همچنین پیشنهاد می‌گردد مطالعات آینده به تفاوت‌های جنسیتی در این زمینه نیز توجه نمایند، چرا که ممکن است ارتباط سبک‌های دلبستگی در دو جنس از الگوهای متفاوتی برخوردار باشد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از همه سالمندان شرکت‌کننده در این مطالعه به خاطر صبر، حوصله و همچنین اعتماد به پژوهشگران، قدردانی می نمایند.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-03-29]

▪ *References*

1- Nasiri Z, Dadkhah A, KHodabakhshikolayi A. Comparative study of happiness and self-esteem in elderly nursing home residents and boarding facilities. Journal of Aging, 2013; 25: 19-25, (Persian).

2- Blatt SJ. Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process. Washington, DC: American Psychological Association Press, 2008.

3- Maylor EA, Moulson JM, Muncer AM & Taylor LA. Does performance on theory of mind tasks decline in old age? British Journal of Psychology, 2002; 93: 465-85.

4- Christensen K, Doblhammer G, Rau R &Vaupel JW. Aging populations: The challenges ahead. Lancet, 2009; 3: 1196-1208.

5- Crain WC. Conditional Meta choice strategies in humans. Journal of family therapy, 2003; 27: 87-109.

6- Jacobzone S, Cambois E & Robine JM. Is the health of older persons in OECD countries improving fast enough to compensate for population aging? OECD Economic Studies, 2000; 30: 149–90

7- Momeni KH. Narrative coherence and effectiveness of memory processing on depression symptoms elderly nursing home residents. Journal of Counseling and Family Therapy, 2012; 3: 366-381. (Persian).

8- Wei M, Mallinckrodt B, Larson LM & Zakalik RA. Adult Attachment, Depressive Symptoms, and Validation from Self versus Others. Journal Couns Psychology, 2005; 52: 368-77.

9- Mirhashemi M & Nikkho M. Attachment styles and lack of communication. Journal of Applied Psychology, 2008; 5: 75-88, (Persian).

10- Bowlby J. The making and breaking of affectionalbonds. New York .Tavistock, 1979.

11- Ahmadi M, Daneshvarpor Z, Karimi L. the relationship between attachment styles and depression in students. J of Sabzevar University of Medical Sciences, 2012; 3: 217-23, (Persian).

12- Besharat MA, GHolinezhad M & Ahmadi A. examine the relationship between attachment styles and interpersonal problems. J of Behavior, 2004; 4: 74-81, (Persian).

13- Etkinson R, Etkinson RS, Smith A, Bem DG & Hokasma SN. Hilgard Psychology. Tehran: Emissions growth, 2008.

14- Erdman P & Caffery T. Attachment and family system. Brunner-Routledge, 2003.

15- Kidd T, Hamer M & Steptoe A. Examining the association between adult attachment style and cortisol responses to acute stress. Psychol neuroendocrinology, 2011; 36: 771-9.

16- Segal DL, Needham TN & Coolidge FL. Age differences in attachment orientations Namong younger and older adults: Evidence from two self-report measures of attachment. Inter J of Aging & Hu Deve, 2009; 69: 119-32.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-03-29]

17- Mikulincer M & Shaver PR. Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change. New York: Guilford Press, 2007.

18- Saunders R, Jacobvitz D, Zaccagnino M, Beverung LM & Hazen N. Pathways to earned-security: The role of alternative support figures. Attachment & Human Development, 2011; 13(4): 403-20.

19- Assche LV, Luyten P, Bruffaerts R, Persoons PH, Ven L & Vandenbulcke M. Attachment in old age: Theoretical assumptions, empirical findings and implications for clinical practice. Clinical Psychology Review, 2013; 33: 67-81.

20- Zenden V & DabeluG. Developmental psychology. Tehran: Publication mission, 2005.

21- Wenger G & Burholt V. Changes in levels of social isolation and loneliness among older people in a rural area: a twenty-year longitudinal study. Canadian J of Aging, 2004; 23: 115-27.

22- Zenden V. Developmental Psychology. Tehran: Savalan publication, 2010.

23- Pasha GH, Safarzadeh S & Mashak R. Comparison of general health and social support among elderly people living in nursing homes and elderly family. J of Family Studies 2008; 9: 503-517 (Persian).

24- Asghari Negad M & Danesh A. The relationship between attachment style and deal with the issues of marital happiness in married female university students. This consultation (Consultation and Research News). 2004; 4(14): 69-90. (Persian).

25- Momeni F, Molavi H, Malk Poor M & Amairi Sh. Insecure attachment styles of anxiety / avoidance, anxiety Insecure / Ambivalent and secure young people with visual disability, hearing and normal people in the city. Journal of Behavioral Sciences. 2010; 8(2): 103-13. (Persian)

26- Browne CJ & Shlosberg E. Attachment theory, ageing and dementia: A review of the literature. Aging and Mental Health, 2006, 10.2: 134-42.

27- Askarizade mahani M, Arab M, Mohammad alizade S & Hagh dost AA. Nursing Knowledge about aging process and attitudes towards older people. Iran J of Nursing. 2009; 55: 19-27. (Persian).

28- SHarifi P & Panahali A. Comparison of elderly people at home and abode of happiness old age. J of Aging, 2012; 21: 49-55. (Persian).

29- Lopez FG, Mauricio AM, Gormley B, Simko T & Berger E. Adult Attachment orientations and college student's distress. J Couns Dev, 2002; 49(4): 460-7.

30- Bottonari KA, Roberts JE, Kelly MA, Kashdan TB & Ciesla JA. A prospective investigation of the impact of attachment style on stress generation among clinically depressed individuals. Behav Res Ther. 2007; 45(1): 88-179

31- Bifulco A, Moran PM, Ball C & Lillie A. Adult attachment style. II: Its relationship to psychosocial depressive-vulnerability. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2002; 37(2): 60-7.

32- Alzheimer's Association. Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimer's & Dementia, 2011; 7(2): 208-44.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-03-29]

33- Bakermans-Kranenburg MJ & Van IJzendoorn MH. The first 10,000 adult attachment interviews: Distributions of adult attachment representations in non-clinical and clinical groups. Attachment & Human Development, 2009; 11: 223-63.

34- Antonucci TC, Akiyama H & Takahashi K. Attachment and close relationships across the life span. Attachment & Human Development, 2004; 6: 353-70.

35- Bodner E & Cohen-Fridel S. Relations between attachment styles, ageism and quality of life in late life. International Psychogeriatrics, 2010; 22: 1353-61.

36- Browne CJ & Shlosberg E. Attachment behaviors and parent fixation in people with dementia: The role of cognitive functioning and pre-morbid attachment style. Aging & Mental Health, 2005; 9: 153-61.

37- Browne CJ & Shlosberg E. Attachment theory, aging and dementia: A review of the literature. Aging & Mental Health, 2006; 10: 134-42.

38- Chen CK. The relationship between attachment quality and expressed emotion among adult children caring for parentswith dementia. (Doctoral dissertation, University of North Carolina at ChapelHill, 2008). Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 68. 2008.

39- Consedine NS & Magai C. Attachment and emotion experience in later life: The view from emotions theory. Attachment & Human Development, 2003; 5: 165-87.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-03-29]