

پیش‌بینی بدرفتاری با سالمندان براساس تجربیات آسیب‌زای دوران کودکی تاب‌آوری
و روان رنجوری مراقبان خانوادگی سالمندان

Identifying Factors Affecting the Formation
of Character Strengths in Gifted Teenagers

Mozhgan Hosseini

General psychology of Payam Noor University,
Sanandaj.

Email: mozhgan.ho8890@gmail.com

مژگان حسینی*

روانشناسی عمومی دانشگاه پیام نور سنندج.

Abstract

Research shows that psycho-social factors play an important role in predicting the mistreatment of the elderly based on traumatic childhood experiences, the important changes that have been made in the lifestyle structures and its quality during the last few decades have led to an increase in life expectancy. And he has become old. But this "last chapter of life" has been associated with many challenging issues such as economic, financial, residential, social and occupational factors. People in this period feel that their death will come sooner or later. Their social network has changed with the death of their relatives and friends, physical and institutional dependency is normal in this period and they have to experience this period along with empty nest, retirement and physical and mental weakness.

Keywords: Aging, anxiety, childhood Misbehavior, depression, self-esteem.

چکیده

تحقیقات نشان می‌دهد در بررسی پیش‌بینی بدرفتاری با سالمندان براساس تجربیات آسیب‌زای دوران کودکی عوامل روانی-اجتماعی نقش مهمی دارند، تغییرات مهمی که در ساختارهای سبک زندگی و کیفیت آن در طول چند دهه اخیر انجام شده، موجب بالا رفتن امید به زندگی و سالمندی شده است. اما این «آخرین فصل زندگی» با مسائل چالش‌برانگیز بسیاری مانند عوامل اقتصادی، مالی، عوامل مربوط به سکونت و عوامل اجتماعی و شغلی همراه شده است. افراد در این دوره احساس می‌کنند که دیر یا زود مرگ آنان فرا خواهد رسید. شبکه اجتماعی‌شان با مرگ بستگان و دوستانشان تغییر کرده است، وابستگی جسمانی و نهادی در این دوران عادی است و این دوره را باید همراه با آشیانه خالی، بازنشستگی و ضعف جسمانی و روانی تجربه کنند.

واژه‌های کلیدی: سالمندی، اضطراب، بدرفتاری‌های دوران کودکی، افسردگی، عزت نفس.

پذیرش: خرداد ۱۴۰۳

دریافت: فروردین ۱۴۰۳

نوع مقاله: پژوهشی

مقدمه

مطابق تعریف سازمان بهداشت جهانی، سالمندی به محدوده سنی پس از ۶۰ سالگی اطلاق می‌شود که منجر به تغییرات فیزیولوژیکی، روانی و اجتماعی در افراد می‌گردد. جمعیت جهان به سرعت در حال پیرشدن است. درصد زیادی از جمعیت سالمند در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند و سهم ایران از جمعیت سالمند، مقدار قابل توجهی است. ایران طبق سرشماری سال‌های ۱۳۹۰ و ۱۳۹۵، به ترتیب با داشتن ۷/۲ و ۸/۲ درصد افراد بالای ۶۰ سال به‌کشوری سالمند تبدیل شده است (مرکز آمار ایران، ۲۰۱۷).

با این حال این افزایش جمعیت در افراد سالمند به موازات افزایش کیفیت زندگی آن‌ها نیست. متأسفانه ورود به دوره سالمندی اغلب با وقایع استرس‌زا و ناخوشایندی همچون کاهش توانایی‌های جسمی و شناختی، افزایش بیماری‌های مزمن، از دست دادن عزیزان مخصوصاً همسر، کاهش استقلال شخصی و غیره همراه است.^۱ تجربیات ناگوار خاص این دوران، تاثیرات زیانباری بر کیفیت زندگی سالمندان می‌گذارند و با تنشی که به همراه دارند می‌توانند مقدمات ابتلا به پریشانی روان شناختی در سالمندان، که طبق تعریف حالات ناخوشایند عاطفی افسردگی و اضطراب است^۲ را فراهم نمایند^۳. افسردگی به عنوان یکی از مولفه‌های پریشانی روان شناختی، از شایع‌ترین اختلالات روانی در دوران پايانی زندگی است که برخی مطالعات شیوع آن را تا ۳۱٪ گزارش داده‌اند. این اختلال بیش از اکثر اختلالات روانی دیگر، بر کیفیت زندگی سالمندان تاثیر منفی دارد.^۴ به دلیل عوارض مخرب افسردگی در سالمندی، محققان به این موضوع، به عنوان یکی از موضوعات مهم بهداشت عمومی می‌پردازند. این عارضه زمانی اهمیت بیشتری می‌یابد که با اضطراب همراه گردد، در این حالت، شکل پیچیده‌تری به خود گرفته و نسبت به درمان مقاوم می‌گردد.^۵ عوارض ناشی از این دو عارضه به صورت همزمان در افراد مسن، می‌تواند به شکل‌های محرومیت اجتماعی، کیفیت پایین زندگی، رفتار خودکشی، ناتوانی عملکردی و کاهش عملکرد شناختی باشد. بنابراین با توجه به رشد سریع جمعیت سالمندان و افزایش امید به زندگی و اهمیت بهداشت روانی این افراد، شناسایی عواملی که در حمایت از فرد سالمند در مقابل وقایع نامطلوب و تنش‌زای زندگی و متعاقباً ابتلای فرد به پریشانی روان شناختی، نقش کلیدی دارند، مهم می‌نماید. تمرکز بر این عوامل همچنین می‌تواند مشخص کند که چرا یک سالمند در شرایط نامطلوب پیش آمده به شکل مثبت برخورد می‌کند، اما سالمند دیگر در همین شرایط خود را می‌بازد و دچار پریشانی روان شناختی می‌گردد. شناسایی این نقاط قوت می‌تواند به عنوان ابزاری مفید در سیاست گذاری و مراقبت‌های بهداشتی سالمندان به کار گرفته شده و انگیزه بخش تحقیقات سالمندی موفق باشد. در تحقیقات متعدد به بدرفتاری‌های دوران کودکی به عنوان عاملی موثر بر پریشانی روانشناختی دوران سالمندی تاکید شده است. اما مکانیسم تاثیرگذاری بدرفتاری‌های دوران کودکی بر پریشانی دوران سالمندی با وجود تحقیقات مختلف هنوز ناشناخته باقی مانده است، به همین منظور محققان به بررسی نقش واسطه‌های مختلف در این رابطه پرداخته‌اند. با توجه به اهمیت این رابطه و نامشخص بودن مکانیسم زیربنایی آن و با توجه به تعداد کم تحقیقات انجام شده در این زمینه و لزوم توجه به مدل‌های روانی و اجتماعی در بررسی مشکلات سالمندان براساس تجربیات آسیب‌زای دوران کودکی، به‌پردازد.

بیان مسئله

با سالمند شدن جوامع، مشکلات سالمندان به‌طور روزافزون افزایش یافته و افسردگی، به عنوان شایع‌ترین اختلال روانی و مشکل عمومی، به یک معضل عمده سلامتی در زندگی سالمندان تبدیل شده است. که در ترکیب با اضطراب، شکل پیچیده‌ای به خود گرفته و به درمان مقاوم می‌گردد (فیسک و همکاران، ۲۰۰۹).

درک علل اصلی این مشکلات روانی یک چالش پیچیده است. محققان در تعیین عوامل آسیب‌زای اضطراب و افسردگی، بر مبنای رویکردی که اینگل (۱۹۷۷) آغاز کرد، بر اهمیت حرکتی فراتر از یک الگوی صرفاً زیست‌پزشکی و ضرورت توجه ویژه به عوامل روانی اجتماعی تاکید دارند. هنگام شناسایی عوامل آسیب‌زای روانی اجتماعی، توجه به بدرفتاری‌هایی که فرد در طول دوران رشدی خود تجربه کرده است، دارای اهمیتی حیاتی است (کان، ۲۰۱۹).

^۱ بیکن و همکار، ۱۹۹۵

^۲ لویا، سیکورسکی، بوچمن و ریدل، ۲۰۱۰

^۳ راسل، کاترنا، رز و کالج، ۲۰۱۵

^۴ فیسک، وترال و گیتز، ۲۰۰۹

^۵ فیسک و همکاران، ۲۰۰۹

پژوهش‌های متعددی طی دهه‌های اخیر، تاثیر اساسی و عوارض مخرب و مادام‌العمر بدرفتاری‌هایی که افراد در دوران کودکی تجربه می‌کنند را بر بهزیستی روانی دوره‌های بعدی زندگی نشان می‌دهند. شواهد بسیاری مبنی بر ارتباط معنادار سابقه سوءاستفاده‌های دوران کودکی با سلامت روانشناختی افراد، مانند افسردگی، اختلالات اضطرابی، و کاهش بهزیستی روانی در بزرگسالی و افزایش آسیب‌پذیری روانشناختی در اواخر زندگی (حتی پس از کنترل علائم روانپزشکی در بزرگسالی) وجود دارد. مدل چرخه زندگی استرس، یک چارچوب نظری جامع برای درک پیوندهای قطعی بین آسیب‌های زودرس و آسیب‌پذیری در مقابل اضطراب و افسردگی در اواخر زندگی، است. این مدل نشان می‌دهد که اختلالاتی که در اواخر عمر افراد وجود دارد، ممکن است منعکس‌کننده اثرات تأخیریافته قرار گرفتن در معرض عوامل تنش‌زا در اوایل زندگی باشد. بر مبنای این مدل، قرار گرفتن مکرر در معرض پریشانی شدید، از طریق فعال کردن قسمت‌های مغزی در حال رشد و تغییر، تأثیرات ماندگار و مضری بر روی بافت مغز می‌گذارد. خصوصاً در "دوره‌های بحرانی" که انعطاف‌پذیری عصبی در نواحی مغزی که در تنظیم استرس دخیل هستند مانند هیپوکامپ، آمیگدال و قشر جلوی مغز، بالاست. در حالی که این تأثیرات ممکن است در اوایل کودکی یا بزرگسالی آشکار شود، در بخش قابل‌توجهی از افراد این تأثیرات ممکن است تا اواخر عمر آشکار نشود. به نظر می‌رسد تغییرات مغزی وابسته به سن از یک سو و افزایش ضعف ناشی از چالش‌های خاص دوره سالمندی (به ویژه تجربیات از دست دادن موضوعات دلبستگی) از سوی دیگر، می‌توانند توجیه‌کننده‌های خوبی برای این تأثیرات تأخیر یافته باشند. اگرچه تاثیر قطعی بدرفتاری‌های دوران کودکی بر سلامت روان افراد، مورد تایید پژوهش‌های متعددی نیز است، و تعدادی از جدیدترین مطالعات مانند کاسکو و همکاران (۲۰۱۸)، ون آسچ و همکاران (۲۰۱۹) به بررسی مکانیسم زیربنایی این رابطه پرداخته‌اند، اما هنوز هم سهم مطالعاتی که بر این رابطه و واسطه‌های احتمالی آن به‌ویژه در سالمندان، تمرکز نموده‌اند بسیار اندک است.

با توجه به اهمیت این رابطه، تعدادی از مطالعات بر لزوم توجه به مدل‌های علوم اجتماعی در بررسی تاثیر بدرفتاری‌های دوران کودکی بر مشکلات سلامت روان تاکید و آن را بسیار ارزشمند می‌دانند.

سالمندی

یکی از دگرگونی‌های مهم در طول زندگی انسان رسیدن به دوران سالمندی است. سالمندی فرایندی طبیعی و در عین حال گریزناپذیر در طول زندگی هر فرد است (نورا، ۱۳۹۱). سنین ۶۰ تا ۶۵ سالگی را در اکثر کشورها به‌عنوان سن آغاز دوران سالمندی مطرح می‌کنند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۳).^۶ سالمندی فرایندی است که با دگرگونی‌های عمیق در سه بعد فیزیولوژیک، روانشناختی و جامعه‌شناختی همراه است. در بعد فیزیولوژیک، فرایند سالمندی عبارت است از کاهش تدریجی عملکرد سیستم‌های مختلف بدن از جمله قلب و عروق، تنفس، دستگاه ادراری-تناسلی، غدد درون ریز، سیستم اسکلتی عضلانی و سیستم ایمنی می‌شد. از لحاظ روان-شناختی، فرد مسن بیشتر مسائل را معطوف به درون می‌کند، احساس تنهایی می‌کند، علاقه و خبرگی خود را کم از دست می‌دهد و در یک دایره معیوب قرار می‌گیرد که همان عوارض سالمندی است. تغییراتی که در وضعیت‌های جسمانی و روانشناختی فرد سالمند ایجاد می‌شود ارتباط نزدیکی با عوامل جامعه‌شناختی دارد. مطالعات نشان می‌دهند که تقریباً ۸۰ درصد از سالمندان حداقل به یک بیماری مزمن مبتلا هستند که موجب بروز مشکلات اجتماعی، اقتصادی و سلامتی و محدودیت در انجام فعالیت‌های روزانه و حضور آن‌ها در اجتماع در می‌شود. هر نوع فشار، نقصان یا بیماری که موجب کاهش فعالیت‌های جسمی سالمندان شود، توانایی فردی و استقلال عمل آن‌ها را کاهش می‌دهد که این امر به نوبه خود منجر به بروز مشکلات روانشناختی در آن‌ها می‌گردد (اصولی، ۱۳۸۶). امروزه جمعیت بالای ۶۰ سال جهان،

⁶ World Health Organization

تقریباً با جمعیت کودکان زیر ۵ سال برابری می‌کند و پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۵۰ بیش از ۳۰ درصد از جمعیت کشور بیشتر از ۶۵ سال خواهند داشت و هرم سنی در سال ۲۰۵۰، کاملاً سالخورده و استوانه‌ای شکل خواهد بود. این رشد از متوسط جهانی هم بیشتر خواهد بود به نظر می‌رسد سالخوردگی شدید جمعیت ایران در دهه‌های آینده اجتناب ناپذیر است. برخلاف سالمندان سالم، سالمندان بیمار با اختلالات روانی یا جسمانی و یا هردوی آن‌ها دست به گریبانند و ممکن است توانایی عملکردی و حتی بقای آن‌ها را به خطر بیاندازد. در پیری شناسی اجتماعی، برخی فرمول‌های نظری، گرچه سیستماتیک نیستند، نشان می‌دهند که انتظار می‌رود، افراد سالخورده در معرض خطر قابل توجهی از افسردگی و سایر مظاهر پیریشانی روانی باشند. به‌طور خاص، این فرمولاسیون نشان می‌دهد که پیریشانی روان شناختی ممکن است تابعی باشد از فرهنگی که بر جوانان و کار تأکید دارد و همچنین ارتباطی که افزایش سن با از دست دادن افراد مهم زندگی، بیماری‌های جسمی و ناتوانی افراد و... در این دوره از زندگی دارد.

جایگاه سالمندان در خانواده‌های گذشته و معاصر

پدیده سالمندی شرایطی را برای آدمی ایجاد می‌کند که مستلزم بروز رفتارها و برخوردهای خاصی است. از آنجا که رفتارها و تعاملات انسان‌ها تابع فرهنگ و اعتقادات جامعه است؛ لذا نحوه برخورد افراد با پدیده سالمندی، متناسب با فرهنگ‌های جوامع مختلف، از یکدیگر متفاوت است. در برخی از فرهنگ‌ها، افراد به مرور از زندگی اجتماعی کناره‌گیری می‌کند و جامعه نیز آن‌ها را از میدان به در می‌کند؛ مانند اقوام بدوی که به دلیل کوچ دائمی، افراد معلول یا پیران از کار افتاده را براساس رسوم پذیرفته شده از طایفه کنار می‌گذاشتند. اما سالمندان در برخی از فرهنگ‌ها و جوامع باستان دارای منزلت اجتماعی بالایی بودند. تعالی کنفوسیوس احترام خاصی برای سالمندان قائل است. در ایران نیز تحت تأثیر تعالی ادیان باستانی و همچنین دین اسلام، سالمندان همواره دارای منزلت اجتماعی بالایی بوده و حتی می‌توان گفت در بخش مهمی از تاریخ ایران و در بخش‌های مهمی از قلمروهای سرزمینی ایران، نقش مهمی در توزیع و بازتوزیع قدرت و ثروت و منزلت داشته‌اند. اصولاً جوامع سنتی قدرت و مقام زیادی به پیران می‌دادند؛ زیرا آن‌ها را ذخایر فرهنگ محلی، دانش، تجربه و عقل می‌دانستند. از آنجا که در این جوامع، به علت عدم توسعه علم و تکنولوژی و سواد و آموزش برای انتقال تجربیات انسان‌ها وسیله‌ای جز آموزش مستقل و عملی فرزندان وجود نداشت؛ از این رو سالخوردگان خانواده، تنها منبع علم و تجربه جامعه محسوب می‌شدند. در این جوامع، سال خوردگان با توجه به سن آنها که تعیین‌کننده پایگاه اجتماعی و قدرت و نفوذشان است، از احترام خاصی برخوردار بودند و همچنین، در تمام زمینه‌های اجتماعی حاکمیت داشتند.

به موازات تغییر و تحولات اجتماعی اقتصادی و نیز دگرگونی‌های فرهنگی و ارزشی، موقعیت سالخوردگان و ارزش سالمندی در جوامع معاصر تغییر یافت. سالمندان ساکن در شهرهای جدید دارای منزلت کمتری هستند. در عصر جدید، به علت سیطره تکنولوژی در انواع فعالیت‌های انسانی، انباشتگی تجربه و دانش پیران، عاملی برای ارزشمندی و ما بودن آنها محسوب نمی‌شود؛ چه بسا دانستنی‌های آن‌ها کهنه و از مد افتاده تلقی شده و ممکن است میزان دانایی آن‌ها از فرزندان و نوادگانشان کمتر باشد. در جوامع صنعتی، تجارب یک نسل ارتباط و فایده کمی برای نسل بعد دارد و در نتیجه، این جوانان هستند که آداب و رسوم جدید را به کودکان انتقال می‌دهند و نه پدران و مادران و اجدادشان اصولاً. همه ادیان توجه خاصی به سالمندان و حقوق و منزلت اجتماعی آن‌ها داشته‌اند. این امر در دین اسلام جایگاه بسیار مهمی دارد. پیامبر اسلام فرموده است «وجود سالمندان بین شما باعث افزایش فیض ربوبی و بسط نعمت‌های الهی است». امام صادق فرموده است «سالمند در خانواده، همانند پیامبر الهی در بین امتش است». لزوم تجلیل و تکریم سالمندان، به خصوص پدر و مادر، مادر بزرگ و پدر بزرگ، در قرآن کاری و روایات اسلامی صیحار یادآوری شده و بزرگان دین اسلام، پیروان خود را به حفظ حقوق آن‌ها موظف ساخته‌اند. در ایران،

پیش‌بینی بدرفتاری با سالمندان براساس تجربیات آسیب‌زای دوران کودکی تاب‌آوری و روان رنجوری مراقبان خانوادگی سالمندان

باتوجه به ارزش‌های اعتقادی و مذهبی ریشه‌دار، بی‌توجهی به سالمندان امری پذیرفتنی نیست. در سال‌های پس از انقلاب، تلاش فراوانی صورت گرفته است تا حمایت‌های مادی لازم از افراد سالمند به‌عمل آید. در سال ۱۳۵۹، با تشکیل سازمان بهزیستی، اقداماتی در زمینه نگهداری از سالمندان مجهول‌الیهویه و گاه معلول روانی، در سراهای سالمندان صورت گرفت (تقوی، ۱۳۷۵: ۱۱). البته در ایران، به علت وجود برخی سنت‌ها و ارزش‌های اجتماعی حامی سالمندان، به ویژه ارزش‌ها و باورهای دینی، مشکلات حادی که در برخی کشورها سالمندان با آن‌ها روبه‌رو هستند، وجود ندارد؛ با این حال، در کشور ما نیز چنین سنت‌ها و ارزش‌ها و باورهایی کم رنگ شده و جایگاه سالمندان نسبت به گذشته تنزل پیدا کرده است.

مسائل و نیازهای دوره سالمندی

در اغلب نقاط جهان، سالمندان موقعیت خوبی ندارند؛ درآمد ناشی از بیمه یا بازنشستگی‌شان به حد کفایت نیست؛ توان و امکان کار و فعالیت را ندارند؛ فرزندان قدردانی هم برای آن‌ها نیست که آن‌ها را اداره و تأمین کنند؛ همسر خود را از دست داده و همدل و همنوایی ندارند برای دولت‌ها این امکان وجود ندارد که آن‌ها را از هر جهت تأمین کند و زندگی‌شان را سر و سامان دهد (قائمی، ۱۳۹۲):

به‌طور کلی، برخی از مسائل دوره سالمندی عبارتند از:

- (۱) مشکلات جسمی، به ویژه دیداری و شنیداری؛
 - (۲) مشکلات حرکتی معمولاً، درد مفاصل، موجب عدم تحرک و خانه‌نشینی سالخوردگان می‌شود
 - (۳) کاهش نیرو به‌علت تغییرات فیزیولوژیک بدن؛
 - (۴) فراموشی به‌علت تغییرات فیزیولوژیک مغز؛
 - (۵) کمبود درآمد به علت از کارافتادگی و نداشتن شغل تمام وقت؛
 - (۶) بازنشستگی، اوقات خالی و بدون برنامه و کاسته شدن از عزت نفس و ارزشی که فرد برای خود قائل است
 - (۷) احساس تنهایی، به علت طردشدن از سوی فرزندان یا مرگ همسر؛
 - (۸) نداشتن مسئولیت در خانواده و در نتیجه، حساسی متمرثر نبودن؛
 - (۹) مشکلات مربوط به تهیه مواد غذایی و تدارک غذا در منزل
 - (۱۰) نادیده گرفتن نشانه‌های بسیاری از بیماری‌های روانی در سالمندی یا کم اهمیت شدن آن‌ها؛
 - (۱۱) عدم مراجعه به موقع به مراکز درمانی، به علت کمبود وقت نزدیکان؛
 - (۱۲) کمبود فضا و محل زندگی در محل سکونت فرزندان (رجایی ابرقویی، ۱۳۹۱: ۶۹).
- مطالعه‌ای که درباره مشکلات دوران سالمندی با جوانان امریکایی صورت گرفته است، نشان می‌دهد حدود ۲۵ درصد از آن‌ها حاضر نیستند دوره پیری را تجربه کنند؛ یعنی حاضرند، قبل از شروع پیری، عمرشان خاتمه یابد؛ بنابراین، دوران سالمندی دورانی بسیار طاقت فرسا برای سالمندان است.

پیشانی روانشناختی (افسردگی و اضطراب)

اختلالات اضطرابی و افسردگی در سالمندان به شدت شایع هستند، اغلب به عنوان اختلالات همراه با ناتوانی ظاهر شده و هر دو عواقب زیانباری مانند کاهش کیفیت زندگی و افزایش مرگ و میر را به همراه دارند. عوامل خطر متعددی در بروز اضطراب و افسردگی در سالمندان نقش دارند. این عوامل خطر به سه دسته‌ی عوامل زیستی، روانشناختی و اجتماعی طبقه‌بندی می‌شوند.

عوامل خطر زیستی

عوامل خطر زیستی اضطراب از مطالعات مقطعی دریافت شده‌اند. اختلالات شناختی و فشار خون بالا، برخی بیماری‌های مضمّن، محدودیت‌های عملکردی و خود-ادراکی ضعیف با اضطراب همراهی داشته‌اند. عوامل خطر متعددی از جمله بیماری‌های مزمن، عوامل عروقی، وضعیت سلامت، استفاده از دارو، خود-ادراکی، ناتوانی و عاداتی مانند مصرف شدید الکل یا دخانیات از مطالعات مقطعی و طولی روی نشانگان و اختلالات افسردگی شناسایی شده‌اند. یافته‌ها روی عوامل ژنتیکی افسردگی ابهام‌آمیز است. در مطالعه‌ای ارتباطی بین آلل آپولیپوپروتئین^۷ و نشانگان افسردگی مشاهده شده است.

بر اساس مطالعات طولی، بیماری‌های مزمن، اختلال شناختی، محدودیت‌های عملکردی و اختلال بینایی برای افسردگی و نه اضطراب، به‌عنوان عوامل پیشگویی کننده شناخته شده‌اند. در مجموع بیماری‌های مزمن مانند پاکینسون، اختلال شناختی و زوال عقل؛ عوامل قلبی-عروقی و مغزی-عروقی^۸، هایپرآینتِنسیتی^۹، ماده سفید مغز، آترواسکلروز، فشار خون بالا، فشار خون پایین، سوء تغذیه جنینی، وضعیت سلامتی ضعیف، اختلال خواب، سطح تحرک پایین مصرف داروها مانند استفاده داروهای سایکوتروپیک و موماتیک، سوء مصرف مواد، درد، خود ادراکی ضعیف از سلامت، معلولیت‌هایی مانند محدودیت‌های عملکردی و کاهش یا از دست دادن بینایی یا شنوایی؛ عوامل ژنتیکی مانند آلل آپولیپو پروتئین، تاریخچه خانوادگی اختلالات روانی و در نهایت عاداتی مانند مصرف الکل، سیگار کشیدن و چاقی؛ در میان عوامل خطر زیستی برای افسردگی و اضطراب در سالمندان شناخته شده‌اند.

عوامل خطر روانشناختی

اختلالات عصبی، اختلال در استراتژی‌های سازگاری^۴، سایکوپاتولوژی، فقدان خودکارآیی، خودشناسی منفی، عزت نفس پایین و تاریخچه روانی اختلالات شخصیتی با اختلالات و نشانگان اضطراب و افسردگی مرتبط هستند. عوامل خطر اجتماعی در رابطه با عوامل خطر اجتماعی اضطراب، شواهد محدودی ارتباط جنبه‌های کمی (برای مثال تعداد دوستان) و کیفی (برای مثال پشتیبانی اجتماعی) شبکه‌های اجتماعی را بیان نموده‌اند. مطالعات زیادی رویدادهای پراسترس تعداد کمتری متغیرهای جمعیت شناختی (عمدتاً جنسیت زن) را به‌عنوان عوامل خطر ابتلا به اختلالات و نشانگان اضطراب قلمداد کرده‌اند.

بیشتر مطالعات طولی و مقطعی عوامل خطر افسردگی را مرتبط با جنبه‌های کمی و کیفی شبکه‌های اجتماعی، رویدادهای پراسترس و شرایط زندگی می‌دانند. ارتباط بین متغیرهای جمعیت شناختی و افسردگی واضح نیست و ابهام زیادی در مورد عامل سن وجود دارد. اگرچه برخی پژوهش‌های سن بالا را به‌عنوان عامل خطری برای افسردگی دانسته‌اند، اما در گزارش‌های دیگر، هیچ ارتباطی با افزایش سن دیده نشده است.

سطح تحصیلات و درآمد پایین نیز می‌تواند به‌عنوان عامل خطری برای افسردگی عمل کند، همچنین جنسیت زن اغلب عاملی پیش‌بینی کننده برای افسردگی است. اعمال مذهبی به عنوان عامل حفاظتی در نمونه‌ای مطالعاتی متعددی برای افسردگی شناخته شده‌اند. تفاوت‌هایی بین عوامل خطر اضطراب و افسردگی مشاهده شده است. به‌عنوان مثال مجرد بودن با افسردگی بیشتر مطالعات همراهی داشته، در صورتی که چنین ارتباطی با اضطراب مشاهده نشده است. از طرف دیگر، بدون فرزند بودن و داشتن رویدادهای تروماتیک با اضطراب همراهی دارند ولی ارتباطی با افسردگی دیده نشده است.

⁷ (APOE)E

⁸ Cerebrovascular

⁹ hyperintensities

پیش‌بینی بذر رفتاری با سالمندان براساس تجربیات آسیب‌زای دوران کودکی تاب‌آوری و روان رنجوری مراقبان خانوادگی سالمندان

در مجموع می‌توان گفت که پیامدهای سوء پریشانی روانشناختی کیفیت زندگی را کاهش می‌دهد. یافته‌های مطالعه قانعی قشلاق و همکاران نشان داده است که اضطراب و افسردگی در مجموع ۷۳/۵ درصد از تغییرات کیفیت زندگی سالمندان را تبیین می‌کنند. در مطالعه برنز هم با افزایش نمره افسردگی نمره کیفیت زندگی کاهش یافته بود. مطالعات نشان می‌دهد که سالمندان به‌طور کلی در مقایسه با عموم مردم نسبت به افسردگی دانش کمتری دارند.

نتایج حاصل از مطالعه صابریان و همکاران نشان داد که تا ۸۰ سالگی، با افزایش سن سالمند، میزان اختلالات اضطراب و افسردگی افزایش می‌یابد. همچنین در مطالعه دیگری که در سمنان انجام گرفت، بین سن و وضعیت روانی، همبستگی معکوس دیده شد که بیانگر این مطلب است که با افزایش سن، وضعیت سلامت روانی افراد بدتر یا ضعیف‌تر می‌شود. بنابراین کهولت و سن بیش‌تر به‌عنوان فاکتور آسیب‌پذیری در بعد سلامت روانی افراد سالمند و نیز برای ارائه خدمات و مراقبت‌های سالمندی در کشور مطرح است. این موضوع نه تنها در کشور ما، بلکه به نظر می‌رسد در کشورهای دیگر نیز مصداق دارد؛ به‌طوری که مطالعه یانگ و همکاران (۱۹۹۰) نیز نشان داد که با افزایش سن، اختلالات افسردگی زیادتر می‌شود. با توجه به جمعیت بالای سالمندی در کشور، افسردگی عوارضی مانند انزوای اجتماعی و دوری از جامعه و فعالیت‌های اجتماعی را در پی دارد. افسردگی علاوه بر سالمند، خانواده او را نیز به شدت تحت تاثیر قرار می‌دهد؛ بنابراین، به‌عنوان یکی از چالش‌های اجتماعی نیز محسوب می‌شود.

افسردگی

افسردگی به‌عنوان یک اختلال خلقی طبقه‌بندی شده است. به نظر انجمن روانپزشکی آمریکا، افسردگی می‌تواند در هر دوره‌ای از زندگی رخ دهد. نشانگان افسردگی در همه گروه‌های سنی وجود دارد ولی توصیفات افراد در گروه‌های سنی متفاوت است. در سالمندان افسرده، خلق افسرده کمتر گزارش می‌شود در حالیکه نشانه‌های روان‌تنی مثل از دست دادن اشتها، فقدان انرژی، زودرنجی، تندخویی، تحریک‌پذیری، بی‌خوابی و نگرانی و انواع دردهای بدنی بیشتر دیده می‌شود.

افسردگی دوران سالمندی به‌عنوان دومین علت ناتوانی‌های این دوره برآورد شده است و شایع‌ترین مشکل بهداشت روانی در سالمندان است که کیفیت زندگی سالمندان را مختل می‌کند. افسردگی، سرماخوردگی روانی است. همه حداقل به‌طور خفیف احساس افسردگی کرده‌اند. احساس بی‌حوصلگی، ناامیدی، غمگینی، دل‌سردی و ناخشنودی همگی تجربیات رایج افسردگی هستند.

عوامل متعدد جسمی و اجتماعی در بروز اختلال روانی افسردگی دخالت دارند. انزوای ناشی از بازنشستگی و از کار افتادگی، فقدان رویکرد مناسب جامعه به سالمندان، مشکلات اقتصادی و بیماری‌های جسمی هریک به گونه‌ای می‌توانند زمینه‌های کاهش ارزش اجتماعی و بروز افسردگی را تقویت نمایند. بررسی شیوع افسردگی سالمندان در سایر کشورها نشان دهنده ارقام متفاوت شیوع در آنهاست. به‌طوریکه در یونان شیوع افسردگی کلی سالمندان ۳۰/۳ درصد برآورده شده است که این رقم برای زنان ۳۵/۱۲ درصد و برای مردان ۲۲/۳۵ درصد می‌باشد. مطالعاتی که در سطح مراقبت‌های اولیه در ایران انجام شده است نشان داده‌اند که ۱۷ تا ۳۷ درصد مراجعه‌کنندگان سالمند دارای علائم افسردگی هستند. بین ۲۰ تا ۲۵ درصد افراد ۶۵ سال به بالا افسردگی خفیف و ۱۰ تا ۱۵ درصد نشانه‌های افسردگی متوسط تا شدید را دارند (کاپیلز، ۱۹۹۳؛ به نقل از وات و کاپیلز، ۲۰۰۰). افسردگی با تسریع در پیری مغز و پیری پیشرفته‌ای ژنتیکی، زمینه‌ساز بیماری‌های پزشکی و پیشرفت پیری بیولوژیکی است. بیماری‌های پزشکی همچنین خطر افسردگی در اواخر عمر را افزایش می‌دهند. روابط متقابل افسردگی با فرآیندهای مرتبط با پیری و مرتبط با بیماری، موجب تشکیل فرضیه‌های پاتوژنتیک و یک سری اهداف درمانی شده است. روان‌درمانی‌های موثر برای افسردگی در اواخر عمر وجود دارد، اما به دلیل پیچیدگی آن‌ها تا حدودی مورد استفاده قرار نمی‌گیرند. روان‌درمانی، درمانی ساده و هدفمند است که رفتارهایی که به نظر می‌رسد ناشی از اختلال در عملکرد شبکه‌های مغزی است که در افسردگی در اواخر زندگی دخیل است، را هدف قرار می‌دهد. این فرایند به آسانی قابل یادگیری و نشر است. با این حال، اثربخشی آن‌ها

نیاز به بررسی بیشتر دارد. افسردگی خطر ابتلا به اختلالات زوال عقل را افزایش می‌دهد. داروهای ضد افسردگی در درمان افسردگی بیماران مبتلا به زوال بی اثر هستند، اما مصرف طولانی مدت داروهای ضد افسردگی ممکن است خطر زوال عقل را کاهش دهد. با این حال، مطالعات بیشتر جهت تأیید لازم است. افسردگی در سال‌های پیری بیشتر دوام می‌آورد. بیماری‌های جسمانی را تشدید کرده و احتمال بهبود را پایین می‌آورد. به موجب افسردگی احتمال خودکشی در سالمندان افسرده به طور قابل توجهی بالاست. میزان خودکشی در مردان بالای ۶۵ سال بیشتر از همه است (رابینز، ترجمه صمدانی فرد، ۱۳۸۶، ص ۵۱). نشانه‌های افسردگی در اواخر زندگی توسط یک سری مطالعات طولی و تحقیقاتی این چنین بیان شده است: داغیدگی، اختلال خواب، عدم توانایی و کاهش فعالیت فیزیکی، درد مزمن، کاهش روابط اجتماعی. به هر حال همانطور که پا به سن می‌گذاریم افسردگی می‌تواند در اشکال گوناگون در زندگی ظاهر شود.

اضطراب

اضطراب مفهومی چندبعدی و دارای سطوح مختلف است که به‌عنوان پدیده‌های بدنی، شناختی، عاطفی و بین فردی جلوه گر می‌شود. اضطراب یک علامت هشدار دهنده است و باید خاطر نشان ساخت که اندکی اضطراب برای ادامه بقا الزامی است. با وجود اینکه اضطراب یک عامل انگیزشی محسوب می‌شود اما وقتی از حد می‌گذرد عامل اغتشاش و فروریختگی سازمان رفتارها می‌گردد.

اضطراب و فشارهای روانی در زندگی امروزی که بسیار پیچیده و مملو از مشکلات و استرس دهنده‌های مختلف است می‌تواند باعث تأثیرات منفی بر سلامتی و بهداشت افراد شود. این عوامل در سالمندان که قدرت تطابق و سازگاری آن‌ها کاهش می‌یابد، می‌تواند باعث ضایعات پاتولوژیک وسیع شود. اضطراب باعث تحریک غده فوق کلیوی و تحریک سیستم سمپاتیک می‌گردد که طی یک فرآیند پیچیده باعث افزایش فشار خون، نامنظم شدن تنفس، تنگی نفس، افزایش تعداد تنفس و تعداد ضربان نبض می‌شود و در صورت تکرار و مزمن شدن فرد دچار فشار خون بالا و سایر بیماری‌ها خواهد شد. اضطراب پدیده‌ای طبیعی است که تحت تأثیر رویدادهای اجتماعی و فرهنگی زندگی قرار می‌گیرد و در غیاب آن حیات انسان به خطر می‌افتد، اما در صورتی که از حد طبیعی خود خارج شود فرد را درمانده و مستاصل می‌کند سجادی و همکاران، (۲۰۱۳). استرس و اضطراب در دوره سالمندی به‌علت اینکه این دوره از زندگی مملو از انواع احساس کمبودها و ناتوانی هاست، بیشتر و شایع‌تر است: به عبارتی سالمندان در نتیجه کاهش اعتماد به نفس یا از دست دادن آن، کاهش فعالیت و تحرک، از دست دادن دوستان و نزدیکان، کاهش استقلال مادی و جسمانی و بیماری‌های مزمن، در معرض استرس و اضطراب بیشتری قرار دارند (لانگ، استین، ۲۰۰۱).

بدرفتاری‌های دوران کودکی

سوء رفتار با کودکان عبارتست از انجام هر عملی در مورد کودک و یا غفلت از وی که منجر به صدمه قابل ملاحظه جسمانی یا روانشناختی گردد و یا آسیب جدی، که کودک را تهدید کند. تجارب نامطلوب کودکی به‌طور بالقوه آسیب‌زا و یا حوادث بسیار استرس‌زا هستند که ممکن است منجر به مشکلات سلامت جسمی و روحی شوند (همبریک، رابنز، براونر و توسیج^{۱۰}، ۲۰۱۸). سوء رفتار می‌تواند در هر سنی از قبل از تولد تا نوجوانی و هر جنس و نژادی را در برگیرد و شامل چهار نوع آزار جسمی، جنسی، عاطفی و غفلت در مورد کودک است.

بدرفتاری جسمی عبارت از اعمال رفتارهایی توسط مراقبان کودک است که باعث آسیب‌های بدنی می‌شود یا احتمال وقوع آن را بدنبال داشته باشد (همبریک و همکاران، ۲۰۱۸). سوء استفاده جسمی به عنوان یک عمل تحمیل شده باعث آسیب جسمی به کودک یا قرار گرفتن کودک در معرض خطر جسمی می‌شود.

¹⁰ Hambrick, Rubens, Brawner, & Taussig

تنبیه بدنی یک نوع کودک‌آزاری و خشونت در خانواده است که موجب نقض حقوق کودک می‌شود و دارای اثرات کوتاه مدت و بلند مدت بر روح و جسم کودک می‌باشد. مطابق با تحقیقاتی که بر روی دو گروه والدین آزارگر و فرزندان آزار دیده آن‌ها انجام شد، حدود ۶۳ درصد از والدین آزاررسان، خود در کودکی تجربه‌ی آزار از سوی والدین یا دیگران را داشته‌اند: نتایج این تحقیق نیز حاکی از آن است که بین سابقه آزار در دوران کودکی و آزار فرزندان در دوران بزرگسالی رابطه معناداری وجود دارد (آمبرسون، تامیر، ویلیامز، توماس و لویی، ۲۰۱۵).

بدرفتاری با کودکان با شیوه‌های متفاوتی صورت می‌گیرد، اگر کودک به گونه‌ای عمدی مورد آزار جسمی قرار گیرد، بدرفتاری جسمی روی می‌دهد. بدرفتاری جسمی ناشی از تنبیه‌های شدید جسمی، حمله آگاهانه و عمدی به کودک مثل سوزاندن، گاز گرفتن، بریدن، هل دادن، تابیدن اندام‌ها، شکنجه، ضربات، زخم‌ها و شکستگی‌هاست (راهب و همکاران، ۱۳۸۸). بدرفتاری جسمی گاهی به صورت زخم‌های روی پوست، صدماتی در ساختار اسکلتی یا آسیب‌هایی در ارگان‌های داخل بروز می‌یابد و ممکن است به صورت تغییر در ساختار مغز و الگوهای رشد، اختلال در ترشح هورمون‌ها و ایجاد انواع دردهای جسمانی بروز یابد (راهب و همکاران، ۱۳۸۸).

سوءاستفاده جنسی به رفتارهای دارای انگیزه جنسی بین کودک و فرد بزرگسال و یا سوء استفاده جنسی از کودک گفته می‌شود که غالباً اما نه لزوماً با تماس جنسی صورت می‌گیرد. (کریستوفرسن، آرمور، لاسگارد، اندرسون، ۲۰۱۳). آزار عاطفی مواردی را شامل می‌شود که در آن والدین یا فرد بد رفتار شخصیت کودک را تحقیر، شرم‌دهنده یا کم ارزش میکنند. کودک همواره با دیگران مقایسه می‌شود و خوار و بی ارزش، موجودی بد و اشتباهی به حساب می‌آید. دائماً بر سر کودک فریاد کشیده شده یا مورد تهدید قرار می‌گیرد. در واقع او از آزار کلامی در رنج است.

کودک هرگز بوسیده در آغوش گرفته نمی‌شود و از هر نوع محبت پدری و مادری محروم است. به عنوان مجازات به او بی توجهی شده و با رفتاری سرد مواجه می‌شود؛ گویی که وجود ندارد. برخی افراد خواهر یا برادر و یا حیوانات خانگی را مقابل چشمان او مورد آزار و اذیت قرار می‌دهند تا از لحاظ عاطفی به کودک آسیب برسانند (گرین و همکاران، ۲۰۱۵).

اینگونه رفتارها استرس شدیدی را به کودک تحمیل می‌کند و اعتماد به نفس او را به شدت کاهش می‌دهد. والدینی که به هر دلیل کودک را از خود طرد می‌کنند، یا به او اجازه نمی‌دهند که با دوستان و همسالان خود ارتباط داشته باشد، یعنی به نوعی او را منزوی می‌کنند، یا والدینی که برای کنترل کردن کودک، او را از چیزی می‌ترسانند و مرعوب می‌کنند، یا ترس‌های خود را به او انتقال می‌دهند، یا وجود او را در خانه نادیده می‌گیرند و به احساسات او توجه نمی‌کنند، در واقع مرتکب بدرفتاری عاطفی شده‌اند.

مرکز مطالعات همه گیرشناسی و بروز کودک‌آزاری و غفلت، آزار عاطفی را این گونه تعریف می‌کند: آزار عاطفی عبارت است از رفتارهایی شبیه محبوس کردن کودک مثل بستن به صندلی، تهدید و یورش کلامی یا هیجانی و رفتارهای آزاردهنده که شامل طبقه آزار جنسی و جسمی نباشد (کریستوفرسن و همکاران، ۲۰۱۳).

آزار عاطفی گرچه برخلاف آزارهای جسمانی اثری قابل رویت بر جسم کودک برجای نمی‌گذارد، اما آثار آن به مراتب عمیق‌تر و فاجعه آمیزتر است. والدینی که کودکان را مورد سرزنش قرار می‌دهند، طرد می‌کنند، توقع نامتناسب از آنها دارند، وابستگی‌های عمیق ایجاد می‌کنند، بی مهری می‌کنند، تبعیض گرانه رفتار می‌کنند، کودک را مورد کودک‌آزاری عاطفی قرار داده‌اند (راهب، ۱۳۸۸).

¹¹ Umberson, Thomeer, Williams, Thomas, & Liu

¹² Christoffersen, Armour, Lasgaard, & Anderse

یکی از شکل‌های بدرفتاری عاطفی، نقصان در روابط مادر-کودک است. والدینی که دلبستگی نا امن دارند. همین احساس را در کودک خود ایجاد می‌کنند. گوش به زنگی، اختلال در تنظیم هیجانات، اختلالات درونی شده و بیرونی شده، مثل افسردگی و پرخاشگری، از مشکلاتی هستند که در سنین بالا در این کودکان بروز می‌کنند.

کودکان آزار عاطفی دیده، در بزرگسالی برای اینکه بتوانند بر دیگران تسلط پیدا کنند آنان را آزار می‌دهند و این الگو نسل به نسل منتقل می‌گردد. عوارض بدرفتاری عاطفی در سنین بالا خود را به صورت پرخاشگری نشان می‌دهد. کسی که مظلوم واقع شده و طرح واره‌ی قربانی شدن در او شکل گرفته، همیشه احساس خشم می‌کند. این خشم باعث پرخاشگری می‌شود. گاهی «خشم نسبت به خود» نیز در این افراد به وجود می‌آید. خشم به خود می‌تواند منفجر به افسردگی شده و ممکن است فرد به دفعات اقدام به خورنی نماید (خوشابی، ۱۳۸۶).

آزار عاطفی و علائم افسردگی در بزرگسالی نقش میانجی را در ارتباط بین آزار عاطفی در کودکی و خودکشی بر عهده دارد. علائم افسردگی همچنین نقش میانجی را بین آزار عاطفی در بزرگسالی و خودکشی بر عهده دارد. این یافته‌ها بیانگر این مسأله هستند که آزار عاطفی در کودکی به صورت غیرمستقیم تأثیرات زیان آوری در رابطه با خودکشی در بزرگسالی دارد و اقدام به خودکشی را از طریق اقدام بیشتر برای قربانی شدن مجدد و علائم افسردگی در بزرگسالی افزایش می‌دهد. متخصصان و سیاست‌گذاران بایستی بدانند و تشخیص دهند که آزار عاطفی در دوران کودکی منجر به قربانی شدن مجدد در بزرگسالی می‌شود که منجر به خودکشی خواهد شد. مداخله زودهنگام به منظور کاهش احتمال تجربه قربانی شدن مجدد برای افرادی که در معرض آزار عاطفی در کودکی بوده اند امری حیاتی به شمار می‌رود (عباسی، ۲۰۱۸).

غفلت به عنوان عدم ارائه مراقبت‌های لازم به کودک با توجه به سن و رشد کودک، به عنوان مثال داشتن مسئولیت بیش از حد، عدم ارائه مراقبت‌های بهداشتی ایمن، شرایط نامناسب خانواده، لباس و تغذیه نامناسب و عدم رسیدگی مناسب تعریف می‌شود (کریستوفرسن و همکاران، ۲۰۱۳) غفلت عموماً قصور و ناتوانی والدین یا سرپرستان قانونی کودک در تأمین نیازهای اساسی وی و فراهم آوردن سطح مناسبی از مراقبت در راستای رفاه و بهزیستی کودک تلقی می‌شود. شایع ترین نوع بدرفتاری با کودک، غفلت یا بی‌توجهی است و شامل بی‌توجهی جسمی که غفلت از سلامت کودک و رها کردن او یا ترک وی و بی‌ملاحظه‌گری در وضعیت بهداشت، تغذیه و سلامت او، عدم حمایت مادی و فیزیکی، تنها نگهداشتن او به مدت طولانی در خانه بدون در نظر گرفتن و تأمین نیازهای او، تربیت آزاردهنده یا تنبیه کننده و اجازه به کودک برای مصرف دارو و الکل و انجام رفتارهای ناسازگارانه و غیرانطباقی می‌باشد (ادوارد و همکاران، ۱۹۹۰).

عوامل زیادی در بروز سوءرفتار و غفلت در مورد کودکان نقش دارند. والدین آزاردهنده، اغلب خود قربانی سوءرفتار جنسی و جسمی بوده اند. شرایط زندگی پر استرس نظیر تراکم و فقر، انزوای اجتماعی، فقدان نظام حمایتی و سوءمصرف مواد از سوی والدین، سطح استرس را در خانواده‌های آسیب پذیر بار برده و احتمال رفتار خشن و غفلت را در مورد کودکان افزایش می‌دهد (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳).

کودکی که مورد بی‌توجهی قرار می‌گیرد با تسلیم شدن در برابر دنیا از آن کناره گیری می‌کند. این قبیل کودکان در خردسالی تنها و غمگین هستند. دوستانی ندارند و ترجیح می‌دهند به تنهایی بازی کنند. هرگاه به استرس دچار می‌شوند خیلی زود تسلیم می‌شوند و ادعا می‌کنند که هر کاری بکنند بی فایده است، آنها حتی در این سن کم با اضطراب و افسردگی دست به گریبانند (بروکاس و تسین^{۱۳}، ۲۰۱۳).

سوء رفتار با کودکان عواقب مخربی هم برای مردان و هم برای زنان دارد. اما تفاوت‌های مهم جنسیتی نیز وجود دارد. گزارش شده است که زنان در معرض سوءاستفاده جنسی تا حد بسیار بیشتری نسبت به مردان قرار دارند. علاوه بر این، به نظر می‌رسد

پیش‌بینی بدرفتاری با سالمندان براساس تجربیات آسیب‌زای دوران کودکی تاب‌آوری و روان رنجوری مراقبان خانوادگی سالمندان

که زنان بیشتر در حوادث مربوط به خانواده قربانی می‌شوند، در حالی که مردان بیشتر در فعالیت‌های خارج از خانواده قربانی می‌شوند. مطالعات همچنین گزارش داده‌اند که جنسیت در نشانه‌ها و تنظیم پس از سوء استفاده تأثیر می‌گذارد. سوء استفاده جنسی با مشکلات زنان و زایمان، سردرد، ورم مفاصل و سرطان سینه در زنان و بیماری تیروئید در مردان همراه بوده است. بعلاوه، بنیارد، ویلیامز و سیگل، هنگام مقایسه زنان و مردانی که سوء استفاده جنسی را تجربه کرده بودند، دریافتند که زنان نسبت به مردان علائم سلامتی بیشتری دارند. متأسفانه، فقط تعداد محدودی از مطالعات جنسیتی وجود دارد که از نمونه‌های غیر بالینی در ادبیات موجود استفاده می‌کند. با این وجود، توجه به این نکته مهم است که تخمین‌های مبتنی بر جنسیت سوء استفاده ممکن است در این صورت مغرضانه باشد که مردان ممکن است سوء استفاده جنسی و عواقب ناشی از آن را کمتر گزارش کنند، بنابراین به‌طور مصنوعی تفاوت‌های جنسیتی را افزایش می‌دهند (کریستوفرسن و همکاران، ۲۰۱۳).

عزت نفس

عزت نفس نشان دهنده‌ی احساس کلی فرد از ارزشمندی و پذیرش خود است و پاسخ هیجانی کلی به خودارزیابی است. درواقع عزت نفس بعد ارزیابی‌کننده‌ای است که فرد از خویش‌داشتن دارد و مشخص‌کننده‌ی میزان اهمیت و ارزشی است که فرد به خویش‌داشتن دارد و نگرشی مبنی بر تایید یا عدم تایید خویش را شکل می‌دهد (بروان و مارشال، ۲۰۱۳). عزت نفس شامل مولفه‌های انگیزشی و شناختی می‌شود و تا حدودی به پذیرش یا طرد اجتماعی هم مرتبط است. عزت نفس از کودکی توسط والدین و اطرافیان شکل گرفته و ایجاد می‌شود. برای مثال اگر کودکی در محیط پر از ترس بزرگ شود، می‌آموزد که بترسد و یا اگر در محیط پر از تقویت بزرگ شود می‌آموزد که اعتماد کند. رفتارهایی چون طرد، عدم محبت، عدم توجه، غفلت و جدی نگرفتن، گوش ندادن، عدم احترام، تمسخر، سرزنش، تهدید، مقایسه، توجه به نکات منفی، انتظارات بیش از حد و بدرفتاری باعث کاهش عزت نفس می‌شود. ازطرف دیگر رفتارهایی چون پذیرش، احترام، محبت، توجه، جدی گرفتن، احساس تعلق، تشویق، حمایت، تحسین، احساس ایمنی و انتظارات مناسب موجب افزایش عزت نفس در فرد می‌شود. در واقع عزت نفس دیدگاه ما به خودمان است، خواه مثبت باشد یا منفی. افراد با اعتمادبه‌نفس مورد احترام قرار می‌گیرند و خود را به عنوان فردی مفید تلقی می‌کنند. در مقابل، فرد دارای عزت نفس پایین دست کم گرفته می‌شود و او را فردی بی فایده و نیازمند در نظر می‌گیرند. البته دیدگاه زنان و مردان درمورد عزت نفس مختلف است. مردان عزت نفس بالا را با قوای جسمانی در حالی که زنان آن را با نحوه رفتار اجتماعی مرتبط می‌دانند.

ابعاد عزت نفس

- ۱- عزت نفس اجتماعی
- ۲- عزت نفس تحصیلی
- ۳- عزت نفس جسمانی
- ۴- عزت نفس خانوادگی
- ۵- عزت نفس کلی

ضرورت تحقیق

یکی از مسائل عمده جمعیتی عموماً در کشورهای جهان مساله سالخوردگی جمعیت و پیامدهای ناشی از آن است. در حال حاضر کشور ایران نیز مرحله انتقال ساختار سنی جمعیت از جوانی به سالخوردگی را تجربه می‌کند. (میرزایی و قهفرخی، ۱۳۹۵)

فزونی سرعت رشد جمعیت سالمند در مقایسه با رشد جمعیت کل کشور و پیش بینی افزایش تعداد و سهم سالخوردگان (جمعیت ۶۰ سال و بالاتر) در سال های آتی، لزوم توجه ویژه به سلامتی و بهزیستی این گروه از جمعیت را مورد تاکید قرار می دهد (علی پور و همکاران، ۱۳۸۸). یکی از حوزه های مهم سلامت سالمندان بعد روانی آن است و نیازمند توجه خاص به آن و پیشگیری از اختلالات رایج نظیر پریشانی روان شناختی (افسردگی و اضطراب) در آنان است. به دلایل متعددی سالمندان از جهت سلامت روانی بسیار آسیب پذیر بوده و حدود ۱۵ تا ۵۲ درصد افراد مسن مشکلات روانی مهمی دارند به طوریکه با هر دهه افزایش سن اختلالات افسردگی افزایش می یابد (علی پور، ۱۳۸۶ به نقل از اینگرسل و سیلورمن^۱ ۱۹۸۷).

روش تحقیق

روش گردآوری اطلاعات در این تحقیق به روش کتابخانه ای خواهد بود، به این ترتیب که با مطالعه کتاب ها، تالیفاتی که در این زمینه وجود دارد، موضوعات مرتبط از آن ها استخراج خواهد شد. ابزار مورد استفاده در این تحقیق کتابخانه و اینترنت خواهد بود که مطالب مرتبط با موضوع تحقیق از آن ها به شیوه فیش برداری دستی یا الکترونیکی صورت خواهد گرفت. در این تحقیق ابتدا مطالب و داده های (مطالب، قوانین، مقررات و قواعد) مرتبط با موضوع توصیف خواهد شد و سپس مورد مطابقت و تجزیه تحلیل قرار گرفته خواهد شد و در آخر هم نتیجه آن مشخص خواهد شد.

روش تحقیق که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته روش توصیفی- تحلیلی خواهد بود، به این ترتیب که ابتدا قوانین، مقررات و قواعد مربوطه در مورد موضوع آثار نسبیت رای داوری مورد توصیف و تبیین قرار داده خواهد شد و سپس ضمن بررسی دقیق قواعد مربوطه و تجزیه و تحلیل مواد مربوطه و بررسی و عنوان نظرات و دیدگاه های دانشمندان و اساتید حقوقی در مورد موضوع تحقیق قوانین و مقررات نظم کنونی حقوق داخلی و بین المللی مورد مطابقت و تجزیه و تحلیل قرار خواهد گرفت.

پیشینه تحقیق

- جاردیم و همکاران (۲۰۱۹) نیز مطالعه ای جهت ارزیابی مدلی است که در آن ویژگی های شخصیتی نقش واسطه ای در رابطه سوءاستفاده های دوران کودکی و افسردگی دارند. در این مطالعه مقطعی، افراد مسن از محلات محروم اجتماعی و اقتصادی برزیل (۲۶۰ نفر) پرسشنامه ترومای کودکی، پرسشنامه ۵ عاملی شخصیت و مصاحبه کوتاه بین المللی اعصاب و روان را تکمیل کردند. تجزیه و تحلیل میانجیگری نشان داد که روان رنجوری و برونگرایی یک واسطه کامل هستند، موافقت و وظیفه شناس بودن واسطه ای جزئی هستند و باز بودن در این رابطه، واسطه نیست. این یافته ها از فرضیه ای که در آن بدرفتاری دوران کودکی با افسردگی سالمندان و عوامل شخصیتی در ارتباط است، پشتیبانی کرد. نتایج این مطالعه حاکی از آن بود که کاهش ویژگی های شخصیتی ناسازگار در سالمندان که در دوران کودکی دچار بدرفتاری بوده اند می تواند از افسردگی سالمندان جلوگیری کند.

- کونگ (۲۰۱۷) با هدف بررسی تأثیر واسطه گری روابط بعدی فرد با والدین بدرفتار در ارتباط بین سوءاستفاده والدین از کودک و بهزیستی روانشناختی انجام گردید. براساس مطالعه طولی ۲۰۰۴-۲۰۰۵ و یسکانسین، این مطالعه در مجموع ۱۶۹۶ بزرگسال در سن ۶۵ سال مورد بررسی قرار گرفتند. مجموعه ای از رگرسیون حداقل مربعات معمولی و تجزیه و تحلیل واسطه ای انجام شد و یافته های کلیدی نشان داد که بی توجهی و سوءاستفاده مادران در دوران کودکی با کاهش نزدیکی عاطفی مادران نسبت به کودک همراه است، که به نوبه خود با کاهش بهزیستی روانشناختی همراه بود. به علاوه، غفلت کودکان با حمایت اجتماعی کمتر مادران که به نوبه خود با کاهش بهزیستی روانشناختی است، همراه بود. نتیجه گیری این مطالعه نشان داد که علیرغم سوءاستفاده والدین در دوران کودکی، روابط والد و کودک در طول زندگی پابرجاست و ادامه روابط با یک والد بدرفتار ممکن

پیش‌بینی بدرفتاری با سالمندان براساس تجربیات آسیب‌زای دوران کودکی تاب‌آوری و روان رنجوری مراقبان خانوادگی سالمندان

است بهزیستی روانشناختی قربانیان بزرگسال را تضعیف کند. هنگام مداخله در مسائل مربوط به سلامت روانی بزرگسالانی که بدرفتاری با کودکی را تجربه کرده‌اند، باید به مشکلات حل نشده آنها با والدین رسیدگی شود.

- هینان و همکاران (۲۰۱۸) به بررسی این موضوع پرداختند که آیا وقایع منفی اوایل زندگی با مشکلات روانپزشکی مشخص - بیماران، آسیب‌پذیری‌های روانی و مناسب بودن برای روان درمانی ارتباط دارد. درمجموع ۲۲۱ بیمار سرپایی افسرده و مضطرب بزرگسال (به استثنای اختلالات روانی و شخصیت شدید، دوقطبی و سوء مصرف مواد) که از خدمات بهداشتی و درمانی جامعه، دانشجویی، شغلی و خصوصی ارجاع شده بودند، پرسشنامه فضای خانواده دوران کودکی را پر کردند. آن‌ها همچنین گزارش‌های مربوط به رفتار و مشکلات بین فردی، صلاحیت درک شده، خوش بینی، حس انسجام را پر کردند.

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس شواهد نظری و پژوهشی ارائه شده، گذشته‌های خیلی دور و شاید حتی فراموش شده، بر سلامت روانی افراد سایه انداخته و متأسفانه برخلاف آنچه همیشه شنیده‌ایم، گذشته‌ها گویا کاملاً هم نگذشته و هنوز در جریان است. ترکیب تأثیرات متاخر روزهای ناخوشایند کودکی و چالش‌های فعلی و خاص دوران سالمندی، شرایط ناگواری را برای فرد سالمند رقم می‌زند و ممکن است منجر به اختلالات اضطرابی و افسردگی گردد. اگرچه دوران کودکی افراد غیرقابل دسترس است، اما وجود عوامل واسطه‌ای، نوید بهبود شرایط را می‌دهند. حضور عوامل واسطه‌ای در رابطه پیش‌بینی بدرفتاری با سالمندان براساس تجربیات آسیب‌زای دوران کودکی تاب‌آوری و روان رنجوری مراقبان خانوادگی سالمندان، این امکان را برای متخصصین این حوزه فراهم می‌آورد که از طریق بهبود عوامل واسطه‌ای، از میزان شدت این رابطه بکاهند.

منابع

- [۱] اصولی، پرپسا (۱۳۸۶) سالمندی در ایران به روایت آمار. مجله سلامت، سال ششم، شماره ۱۳۹، تابستان ۱۳۸۶ صفحات ۱۱، ۲۰.
- [۲] تقوی، نعمت‌الله ۱۳۷۵ سالخوردگان در جامعه، فصلنامه جمعیت، ۳۸-۴۰.
- [۳] خوشابی، کتابون (۱۳۸۶) میزان شیوع کودک آزاری در دانش آموزان دوره راهنمایی شهر تهران فصلنامه رفاه اجتماعی، سال هفتم، شماره بیست و هفت.
- [۴] رجایی ابرقویی، فاطمه (۱۳۹۱) بررسی مسائل سالمندان در ایران و جهان. تهران: کتاب آشنا.
- [۵] راهب، غنچه؛ اقلیما، مصطفی (۱۳۸۸). تاثیر روانی اجتماعی کودک آزاری و نقش پلیس در پیشگیری از بروز آن. فصلنامه علمی پژوهشی انتظام اجتماعی، سال اول، شماره دوم.
- [۶] علی پور، فردین و سجادی، حمیرا و فروزان، آمنه و نبوی، حمید و خدمتی، اسماعیل (۱۳۸۸). نقش حمایت های اجتماعی در کاهش اضطراب و افسردگی در سالمندان مجله سالمندی ایران (۱۱)۴
- [۷] قائمی، علی (۱۳۹۲) خانواده و مسائل سالمندان تهران: انجمن اولیا و مربیان.
- [۸] میرزایی، محمد و شمس قهفرخی، مهری (۱۳۹۵) جمعیت‌شناسی سالمندان در ایران بر اساس سرشماری‌ها ۱۳۳۵-۱۳۹۵ نشریه سالمند ۲(۵)
- [۹] نورا فاطمه ۱۳۹۱ سالمندی چیست و سالمند کیست؟ نشریه افق طلایی سلامت. معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی زابل. وزیر بهداشت (۱۳۹۷) افزایش جمعیت سالمندان در ایران (وزارت بهداشت و آموزش پزشکی).
- [10] Abbasi, M. (2018). Forgiveness as a Moderator of Relationship between Childhood Maltreatment and Empathy in Adolescent Females, 4(4). <https://doi.org/10.21859/jpen-04042>
- [11] Bruska, D., & Tessin, D. H. (2013). Adverse Childhood Experiences and Psychosocial Well-Being of Women Who Were in Foster Care as Children, 17(3), 131-141.]
- [12] Christoffersen, M. N., Armour, C., Lasgaard, M., & Andersen, T. E. (2013). The Prevalence of Four Types of Childhood Maltreatment in Denmark, 0044(0), 149-156.
- [13] Conn, D. K. (2019). Understanding the complex relationship between early-life adversity and later-life mental health. International Psychogeriatrics, 31(9), 1233-1235. <https://doi.org/10.1017/s1041610219000978>
- [14] Cosco, T. D., Hardy, R., Howe, L. D., & Richards, M. (2018). Early-life adversity, later-life mental health, and resilience resources: A longitudinal population-based birth cohort analysis. International Psychogeriatrics, 1-10. <https://doi.org/10.1017/S1041610218001795>
- [15] Edwards, V. J., Ph, D., Holden, G. W., Ph, D., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (1990). Relationship Between Multiple Forms of Childhood Maltreatment and Adult Mental Health in Community Respondents : Results From the Adverse Childhood Experiences Study, (11), 1453-1460.
- [16] Green, J. G., McLaughlin, K. A., Berglund, P. A., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2015). Childhood Adversities and Adult Psychiatric Disorders in the National Comorbidity Survey Replication I, 67(2), 113-123.
- [17] Hambrick, E. P., Rubens, S. L., Brawner, T. W., & Taussig, H. N. (2018). Do sleep problems mediate the link between adverse childhood experiences and delinquency in preadolescent children in foster care? Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 59(2), 140-149. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12802>
- [18] Van Assche, L., Van de Ven, L., Vandenbulcke, M., & Luyten, P. (2019). Ghosts from the past? The association between childhood interpersonal trauma, attachment and anxiety and depression in late life. Aging and Mental Health, 0(0), 1-8. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1571017>
- [19] Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., van Tilburg, T., Smit, J. H., Hooijer, C., & van Tilburg, W. (1995). Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. Journal of Affective Disorders, 36(1), 65-75.
- [20] Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in Older Adults. Annual Review of Clinical Psychology, 5(1), 363-389. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621>

- [21] Ling, X.(2008). Relationship between normal university freshmen's adult attachment towards different subjects and subjective well-being. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 16(1), 71.
- [22] Lippa, M., Sikorski, C., Büchtemann, D., & Riedel-Heller, S.(2010). Epidemiology of depression in old age—results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA 75+). *Das Gesundheitswesen*, 72(08/09), V19.
- [23] Russell, D. W., Cutrona, C., Russell, D., Rose, J., & College, C.(2015). Social Support and Adaptation to Stress in the Elderly, (October), 47–54. <https://doi.org/10.1037//0882-7974.1.1.47>