

۹۴۴۹۹

کامیان خزائی

روانشناسی سالمندان و نقش حمایت اجتماعی از آنان

عمر متوسط انسان با افزایش مراقبتهای بهداشتی و برخورداری از زندگی مدنی، رو به افزایش است. رهاورد این مسئله افزایش تعداد سالمندان در جامعه و به دنبال آن بروز چالشهای گوناگون در روند ارتباط متقابل آنها و با نهاد خانواده و جامعه خواهد بود.

تا سال ۱۹۰۰ عمر متوسط انسان ۴۷ سال بود و فقط ۴٪ بالاتر از ۶۵ سال داشتند. این در حالی است که بر آورد می شود تا سال ۲۰۲۰ عمر متوسط ۷۷ سال شود و جمعیت بالای ۶۵ سال تقریباً ۲۰٪ مردم را تشکیل دهند. در ۵۰ سال گذشته تعداد افراد سالمند به دو برابر افزایش یافته است. در گروه سالمندان تعداد زنان بیشتر از مردان است و عیار مرگ و میر در مردان بیشتر است. زنان بیشتر از ده سال پیش از مردان زندگی می کنند، زیرا در این سنین زنان انعطاف پذیری بیشتری از مردان دارند و خود را بهتر اداره می کنند. عمر متوسط سیاهان کمتر از سفیدپوستان است (۱).

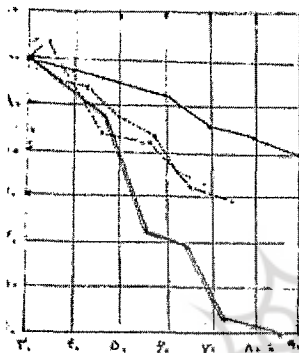
بیش از ۱۶ درصد همه خودکشیها از سوی افراد بیش از ۶۵ سال صورت می گیرد. میزان خودکشی در مردان سفید پوست سالمند زیاد است. بنظر می رسد که بیوه بودن، تنهائی، بیماری جسمانی، سوء مصرف الکل، بیکاری، عدم فعالیت و افسردگی با خودکشی در ارتباط باشند (BUSSE, 1981) (۲).

۲۵٪ از نخستین پذیرشها در بیمارستانهای روانی عمومی مربوط به افراد بیش از ۶۵ سال است و ۸۰٪ این بیماران مبتلا به نوعی زوال عقل تشخیص داده می شوند. بنظر میرسد که زوال عقل در سالهای آینده به یک مشکل اجتماعی تبدیل شود. برآورد می شود که تا سال ۲۰۳۰ بیش از ۶ میلیون نفر گرفتار اختلالات روانی - عضوی خواهند بود و تا آن هنگام در آمریکا قریب ۱۳ میلیون سالمند مبتلا به مشکلات رفتاری زندگی خواهند کرد (SARA SON, 1987).

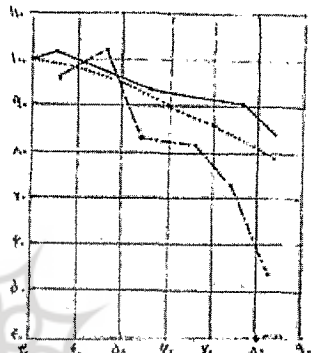
بررسیها نشان می دهند که ۷ تا ۱۰ درصد افراد بالای ۶۰ سال به صورت عادت و ۲۰ تا ۴۰ درصد آنان گاه گاه از قرصهای خواب آور استفاده می کنند و عامل مفاصل، درد شایع بیخوابی است (BUSSE, 1981).

۵ الی ۸ درصد سالمندان بالای ۶۵ سال از نوعی افسردگی قابل تشخیص رنج می برند. ۱۰ الی ۱۵ درصد دارای علائم بالینی افسردگی متوسط یا شدید هستند و ۲۰ الی ۲۵ درصد اندوهناک می باشند (CAPPELIER, 1988).

با افزایش سن کنشهای مختلف بدن بدرجات مختلف دچار نقصان می شوند که در نمودارهای زیر نمایانگر شده اند:



حدود کسر نبض قلبی
فشارخون قلبی
ظرفیت ریه
میزان سوخت و ساز پایه



حافظه
توجه
قضاوت یا تصمیم گیری

درباره مسائل هیجانی سالمندان می توان گفت که فقدان زمینه غالب، مشخص کننده تجارب هیجانی افراد سالمند است. شخص سالمند ناگزیر است با سوگ ناشی از فقدانهای متعدد نظیر (مرگ همسر، دوستان خانواده و همکاران)، تغییر وضعیت شغلی و اعتبار و نفوذ و افت تواناییهای جسمی و تندرستی مدارا نماید. در این قبیل موقعیتهای فرد سالمند انرژی بسیاری را صرف سوگواری، فراق از سوگ و تطابق با تغییر ناشی از آنها میکند. در این موقعیتهای افسردگی بعنوان یک واکنش غیر انطباقی در مقابل این فقدانها بشمار می رود. و ممکن است بصورت دمانس جلوه گر شود و علاوه بر نشانه های کلاسیک افسردگی مثل بی علاقه بودن به جریانات دنیای خارج، اختلال خواب، اشاراتی از خوار شماری خویش، اندیشه اینکه دیگر زندگی ارزش زیستن ندارد، اختلال حافظه، اشکال در تمرکز، ضعف قضاوت و تحریک پذیری نیز مشاهده شود گفته می شود عیار بروز خودکشی در افراد مسن در آمریکا ۸۰ درصد هزار نفر است (BUTLER, 1982).

اریکسن مرحله سالمندی را مرحله "احساس شکستگی یا تمامیت شخصی در مقابل نومییدی" نام نهاده است بنظر او فردی که دارای تمامیت شخصی است نباید هیچیک از کارهایی را که در دوران زندگی انجام داده است، با نومییدی بنگرد و می بایست دارای این احساس باشد که اگر قرار بر تکرار آنها بود، دوباره به همان شیوه عمل می کرد. در این مرحله این خطر وجود دارد که فرد در تاسف بر گذشته و نومییدی فروغلتد که این نومییدی موجب ترس از مرگ می شود. بدیهی است که

افرادی که احساس می کنند، زندگی خود را به طور کامل سپری کرده اند از صفا و آرامش بیشتری برخوردارند.

قرار گرفتن در این مرحله سنی با فرهنگ جامعه وابستگی دارد. خود فرهنگ تا حدود زیادی تعیین کننده رشد یافتگی و پیری است. چنانکه در مشرق زمین مقام فرزانهگی و شیخوخیت در انحصار پیران قرار دارد و افراد برای آنها احترام قائلند. در واقع بر اساس فلسفه شرقی، زندگی و مرگ در چرخه زندگی مشارکت دارند و در درون تجربه انسانی قرار می گیرند. در حالی که در جوامع غربی مرگ در مقابل زندگی قرار داده می شود و بجای تلقی مقام فرزانهگی او را فردی می دانند که "یک پایش لب گور" است (منصور، ۱۳۶۹).

ویژگی فرد سالمند رشد یافته این است که در سالهای آخر زندگی خود توانائی قبول چرخه زندگی خویشتن را دارد و با مسئله تغییرات مواجه شده و بدرستی می داند که چه چیزی را باید قبول و چه چیزی را باید رد کند و توانائی پذیرش حد و مرز خویشتن را دارا است و فکر مرگ خود را قبول میکند. بنظر می رسد آماده ساختن خود برای پیری می تواند در تسلط بر تنیدگی ها و تغییرات پایان زندگی کمک مؤثری تلقی شود. رشد یافتگی سالمندی مستلزم امکان اتکاء به دیگران است. سالمندان رشد یافته مایلند عنداللزوم بر دیگران تکیه کنند.

در این مرحله امید نقش اساسی ایفا می نماید. افراد رشد یافته امیدواریهای متعدد را برای زندگی خویش بوجود می آورند. امید می تواند آثاری را در برداشته باشد:

◀ امید ویژگی کسی است که زندگی را با موفقیت گذرانده است.

◀ به فرد کمک می کند تا او بتواند نیروهایش را بسیج کند.

◀ موجب ازدیاد ظرفیت مقابله با تغییرات می شود.

◀ موجب می شود که فرد به زندگی خود جهت دهد.

◀ موجب میشود تا فرد زمان طولانی تری زنده بماند. (منصور، ۱۳۶۹)

در سالهای پایانی زندگی ممکن است سالمندان زندگی وابسته اتخاذ کنند، بسیاری از آنها می پندارند که تحت نیروهای خارج از فرمان خود قرار دارند. در این زمینه با مشکل نگهداشت ادراکی که فرد از خود دارد مواجه می شویم. دو عامل با این مسئله مرتبط است:

۱- سالمندان کمتر وابسته به پاسخ دیگران و بیشتر متکی به نظر و قضاوت خود هستند.

۲- علی رغم نقشهای اجتماعی موجود به پنداشتن خود در نقشهای قبلی ادامه می دهند.

در این دوران سالمندانی که می پندارند توانائی مهار کردن زندگی خویش را دارند، از کسانی که زندگیشان را دیگران اداره می کنند و بجای آنان تصمیم می گیرند، ارزش بیشتری برای خود قائلند. اصولاً تاکید سالخوردگان بر انطباقهای بیرونی نیست، بلکه بر روی تلاش درونی است یعنی تلاشی که ظرفیت برای رشد و حتی دانائی فراهم می کند. این تلاش را انسجام ایگو در مقابل نومیدی می نامند. انسجام ایگو شامل پذیرش چرخه زندگی یگانه و منحصر به فرد شخص و به عنوان آنچه باید روی می داد و هیچ چیز دیگر نمیتوانست جانشین آن شود، است. این احساس در ماوراء "خود" نیز گسترش می یابد و حتی مافوق مرزهای ملی و عقیدتی جای می گیرد. انسجام ایگو به نوعی دانائی مستقل و فلسفی درباره خود زندگی منجر می شود و شامل احساسی از نظم و ترتیب گریز ناپذیر در رویدادهای گذشته است. (کرین، ۱۳۶۷).

برخی از باورهای نادرست ممکن است وحشت از پیری را تقویت کند:

- ۱- اینکه سن تقویمی تعیین کننده سن جسمانی است. در حالیکه جوانی به احساسات فرد بستگی دارد.
 - ۲- پیری با ضعف غیر قابل اجتناب همراه است در حالیکه پیران قوی و پرانرژی بسیاری نیز وجود دارند
 - ۳- پیران خلاق نیستند. در حالی که بزرگترین خلاقیتها در دوران کهنسالی پس از سالها کسب تجربه و تلاش پدید آمده است.
 - ۴- پیران در مقابل تغییر مقاومت در برابر تغییرات بیشتر محصول عادت مکتسب است.
- بسنظر می‌رسد که موارد فوق در سالمندانی که رشد یافته نیستند یا به نگهداشت ادراکی نیرومندی از خود دست نیافته اند، بیشتر مشاهده می‌شود.
- نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که خود بیمار انگاری در افراد سالمند شایع است و به مراجعات بالینی فراوانی منجر می‌شود و این مسئله هنگامی که بر ناتوانی های جسمی مزمن واقعی اضافه می‌گردد، پیچیده تر میشود و به شکایات جسمی اغراق آمیز منجر می‌گردد.
- علاوه بر ناتوانیهای مزمن و تغییرات زیستی، فشار روانی به صور ناامنی اقتصادی، از دست دادن نقشهای اجتماعی با اهمیت و ترس از کاهش کارکرد روانی در آسیب پذیری افراد مسن نسبت به خود بیمار انگاری نقش بسزایی دارد (SAVASON, 1987). و در این افراد تغییر در الگوی خواب بصورت انقطاع خود بخودی خواب و بیداری در بستر مشاهده می‌شود.
- در جمعیتهای پیر بین افسردگی و بیماری جسمی رابطه ای قوی و مستمر وجود دارد که ممکن است بیش از ۴۰ تا ۵۰ درصد باشد (GURLAND, 1982).
- تحقیقات بسیار زیادی روی واسطه های فشار روانی (MEDIATORS) انجام شده که نشانگر آن است که بسیاری از عوامل فشارزای روانی، بالقوه باعث ایجاد صدمات در راه سازگاری افراد مسن می‌شوند (CARSON, 1988). نقش این عوامل در تمامی دوره های زندگی مخرب است، ولی در دوران سالمندی با توجه به همزمانی آن با فقدانهای بزرگ زندگی اثرات مخرب تری بر جای می‌گذارد.
- MURPHY نشان می‌دهد که بزرگترین گروه اسکیزوفرنی های سالمند در نیمه نخست زندگی دچار این اختلال می‌شوند، شروع دیررس اسکیزوفرنی در مقایسه با شروع زودرس آن کمتر با پیشینه خانوادگی همراه است (SARASON, 1987).
- برخی از تحقیقات درباره فعالیت جنسی سالمندان نشان می‌دهد که ۷۰ درصد مردها و ۲۰ درصد زنان بالای ۶۰ سال از نظر جنسی فعالند. مطالعات طولی نشان داده اند که انگیزه جنسی با بالا رفتن سن در مرد و زن کاهش نمی‌یابد. مسترزوجانسون فعال بودن اعمال جنسی را در کسانی که بالای ۸۰ سال داشته اند، گزارش نموده اند تغییرات فیزیولوژیک مورد انتظار در مردها مشتمل است بر طولانی شدن زمان لازم برای نعوظ، کاهش سفتی آلت و ضعف جریان انزال و در زنان کاهش لغزندگی مهبل، آتروفی واژینال و پائین آمدن سطح استروژن. بطور کلی هر چه میزان فعالیت جنسی در اوائل بزرگسالی بیشتر باشد، احتمال فعال ماندن آن در پیری نیز بیشتر شده است (NEMIRO, 1985).

مهارتهای عقلی و استعدادهای سالمندان

در مورد وضعیت ابقاء مهارتهای عقلی و ذهنی سالمندان باورهای نادرست بسیاری وجود دارد.

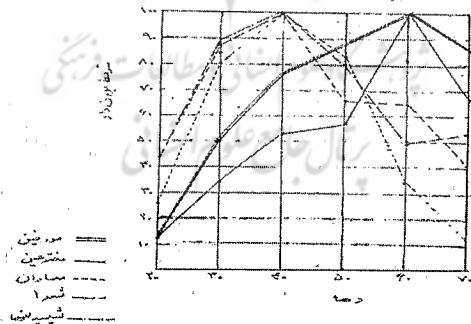
پاره‌ای از صاحب نظران دوران سالمندی را بازوال عقل مقارن تلقی می‌کنند. در یک مطالعه طولی که توسط وارنر شائی و همکاران (۱۹۸۳) روی آزمودنیهای اولیه ای که دامنه سنیشان از ۱۸ تا ۶۷ سال بود، به عمل آمد و این آزمون تا کنون چهار بار در طول یک دوره ۲۱ ساله به اجرا در آمده. داده‌ها نشان می‌دهند که تغییرات کمی در مورد انواع تواناییهای سنجیده شده توسط آزمونهاى هوشی قبل از سن ۶۰ سالگی روی می‌دهد. و هیچ کاهش پایائی در این توانائیها قبل از ۷۴ سالگی دیده نمی‌شود. هر چند کاهش توانائی سنجیده شده در سالهای آخر دهه ۶۰ وجود دارد، لیکن تا ۸۱ سالگی نیز فرد معمولی به زیر دامنه متوسط عملکرد جوانان افت نمی‌کند. داده‌ها نشان می‌دهند که تفاوت‌های فردی بسیار زیادی از لحاظ تغییر هوش در بین بزرگسالان وجود دارد (1993, SCHAIF).

هر چه فرد با موقعیتهای یادگیری ترغیب کننده بیشتری مقابله کند، خواهد توانست از استعدادها، ظرفیت یادگیری، فکر و حافظه خویش در مدت زمان طولانی تری استفاده کند. شواهد نشان می‌دهند که توانائیهای لفظی (کلامی) از قبیل استفاده از کلمات و فهم شفاهی در ۶۵ سالگی بهتر از ۴۰ تا ۴۵ سالگی است. همچنین یافته‌ها برآنند که ظرفیتهای بصری مانند بازشناسی یک شکل ساده در یک مجموعه پیچیده در آخرین سالهای زندگی بهتر است و سالمندان از لحاظ ذهنی قابل انعطاف و دارای تحرک فکری اند.

بدیهی است در کارهایی که نیازمند هماهنگی بصری - حرکتی اند، کارآمدی سالمندان تقلیل می‌یابد و در انجام وظایفی که نیازمند سرعت است، با شکست مواجه می‌شوند، به عبارتی در اجرای عملیات ذهنی با کندی مواجه میشوند (منصور، ۱۳۶۹).

ROGER (1985) نشان می‌دهد که تحریک اجتماعی و احساس ثمر بخشی یا کفایتی که افراد سالمند از فعالیتهای گوناگون کسب می‌کنند، نه تنها آنها را مسرور می‌کند، بلکه از کاهش سریع مهارتهای عقلانی پیشگیری میکند.

DENNIS (1966) نسبت فرآورده‌های حاصل از هر شغل را بر اساس دهه‌های سنی بصورت زیر نشان داده است.



نمودار وضعیت مخترعین و مورخین نشانگر آن است که این افراد در دهه ۶۰ به حداکثر بازده شغلی می‌رسند و از آن پس سیر نزولی را طی میکنند، در حالی که شیمیدانان، معماران و شعرا در دهه ۴۰ به اوج بازده شغلی رسیده، از آن پس سیر نزولی را طی می‌کنند.

حمایت اجتماعی از سالمندان

مسئله سالمندان در جوامع سنتی و متجدد بعنوان یکی از مهمترین چالشهای بهداشت روانی معاصر به شمار می رود.

برخی از مؤلفین سه الگوی اسنادی درباره واسطه های فشار روانی را از هم متمایز ساخته اند که تحت عنوان الگوی منابع شناختی، الگوی منابع رفتاری و الگوی منابع اجتماعی قرار می گیرند. بر اساس الگوی منابع شناختی که در بر گیرنده الگوی ادراک خویشتن و خود سنجی است، ادراک خویشتن، احساس کنترل، خود کفائی و مهارتهای سازگاری باعث تعدیل تأثیر عوامل فشارزای روانی در سالمندان می شود. براساس این الگو سالمندانی که ادراک مثبت از مهارتهای شخصی خود دارند، در مواجهه با فشار روانی آن را به طور ساده تری ارزیابی می کنند. خودکفائی موجب پیشگیری از افسردگی می گردد. بر اساس الگوی منابع اجتماعی که در بردارنده حضور و دسترسی به حمایت دیگران، رضامندی از حمایت، صمیمیت در روابط و نیز شبکه اجتماعی است. این منابع به افراد سالمند کمک می کند تا فشارهای روانی ناشی از عوامل سه گانه فوق را تحمل کنند. (1989, FRY)

ساراسن و ساراسن ابعاد مختلف حمایت اجتماعی را به پنج دسته تقسیم کرده اند:

۱- حمایت هیجانی که مهارت در کسب کمک از دیگران به هنگام شدت یافتن فشار روانی را شامل می شود.

۲- حمایت شبکه اجتماعی، که موجب کاهش فشار روانی از طریق دسترسی به عضویت در شبکه و کمک به فراموش کردن مشکلات می گردد.

۳- حمایت عزت نفس، که بدین معناست که دیگران به فرد بقبولانند که قابلیت های ویژه ای دارد.

۴- حمایت وسیله ای، که عبارتست از دسترسی به منابع مالی و خدماتی به هنگام مواجهه با رویدادهای فشارزای روانی.

۵- حمایت اطلاعاتی، که در بردارنده ارائه اطلاعات برای درک رویدادهای فشارزای روانی است (1990, SARASON).

هر چند به طور کلی دسترسی به حمایت اجتماعی حائز اهمیت فراوان است، ولی برخورداری از حمایت عزت نفس به مراتب سودمند تر است، علی الخصوص اگر منشاء این حمایت خارج از خانواده باشد. (1992, FELTON).

وجود حمایت اجتماعی و دسترسی به آن اثر سودمندی بر سلامت جسمانی و روانی انسان دارد (1996, GREENWOOD). علاوه بر آن رضایت مندی کیفی از حمایت اجتماعی از بروز علائم افسردگی در سالمندان جلوگیری می کند (1989, KRAUSE). یکی از اثرات برخورداری از حمایت اجتماعی آن است که افراد برخوردار از آن فشار روانی کمتری را احساس می کنند (1995, TAYLOR). ارائه حمایت اجتماعی به دیگران خودبخود موجب افزایش حس خویشتن داری میشود (1992, KRAUSE).

افسردگی در افرادی که بیش از ۶۰ سال داشتند و با فقدان حمایت اجتماعی ذهنی (Subjective social support) روبرو بودند دارای عیار بالائی بود (1989, GEORGE).

ساختار شبکه اجتماعی سالمندان (ابعاد شبکه، ارتباط رویارو و مجاورت جغرافیائی) و وجود عوامل خاص ارتباطی آنها (شوهر، زن، دوستان و غریبه) در ارتباط تنگاتنگ با دسترسی به رضایتمندی از هر دو نوع حمایت وسیله ای و هیجانی قرار دارند (1988, SEEMAN). جذب

افراد سالمند به شبکه حمایت اجتماعی به دو صورت می تواند اثر بخش شود، یکی بر اساس الگوی تأثیر مستقیم (Lampon Effect Model) که موجب تضعیف تأثیرات منفی فشارها و استرسهای روانی میشود و دیگری الگوی تأثیر حفاظتی (Direct Effect Model). اینگونه حمایت سالمندان را در مقابل اثرات بیماری زای رویدادهایی که فشار روانی را تشدید می کنند، حفظ می کند (GANSTER, 1998).

بر اساس الگوی دوم، حمایت اجتماعی در حد فاصل بین رویدادهای فشار زای روانی و واکنش به آنها وارد عمل شده و موجب تضعیف احتمال ارائه پاسخ نامناسب به فشار روانی می گردد. بنظر می رسد الگوی تأثیر حفاظتی به صورت غیر مستقیم موجبات در اختیار گذاشتن فرصت بیشتر به سالمند را فراهم می آورد تا نسبت به منبع فشار روانی پاسخ مناسب را انتخاب و ارائه نماید. رضایت مندی از حمایت اجتماعی، نقش بسزائی در پیشگیری از افسردگی دارد که بیشتر ناشی از الگوی تأثیر مستقیم است (صادقی، ۱۳۷۸).

کیفیت حمایت اجتماعی با توجه به تفاوتهای فردی سالمندان متفاوت است، بنظر می رسد سالمندانی که از شخصیت رشد یافته ای برخوردارند از الگوی تأثیر حفاظتی، رضایتمندی بیشتری ابراز کنند و بزرگسالان برخوردار از شخصیت کمتر رشد یافته از الگوی تأثیر مستقیم بیشتر راضی باشند.

با توجه به نتایج پژوهشهای فوق توصیه های زیر در ارتباط با سالمندان ارائه می گردد:

◀ سالخوردگان سالم بهترین مدیر، راهنما و مشاور و از بهترین متفکرین دنیا هستند. دنیا با تفکر سالمندان و حرکت جوانان اداره می شود لذا لازم است شان و قدر آنان باز شناخته شود.

◀ در چهار چوب خانواده و موقعیتهای اجتماعی، فرصتهایی را پدید بیاوریم که به ادراک خویشتن سالمندان منجر شود و از انجام ملاحظاتی که به احساس خودکفائی و احساس کنترل خود سالمند آسیب وارد مینماید، احتراز کنیم. به آنها اجازه دهیم تا نسبت به انجام فعالیتهایی که در حد توان جسمی و روانی آنهاست، اقدام کنند و مهارتهای سازگاری را بکار ببرند.

◀ سالمندان را به انجام فعالیتهای جسمانی و ذهنی متناسب با شرایط آنها تشویق کنیم و آنها را از کم تحرکی و تبلی و تن پروری دورنگه داریم.

◀ به توسعه و تجهیز شبکه اجتماعی ای بپردازیم که سالمندان عنداللزوم حمایت اجتماعی را در دسترس خود احساس کنند. در این زمینه دسترسی به حمایت بستگان درجه اول از الویت بیشتری برخوردار است.

◀ سالمندان به عضویت در مجامع مختلف نظیر انجمن های ادبی، خیریه، مذهبی، تفریحی و توریستی تشویق کنیم، تا از این طریق نیز به ابعاد مختلف حمایت اجتماعی برای آنها پرداخته شود. استفاده از گردشهای تفریحی، دیدن موزه ها، مساجد و کلیسا، گردش در پارکها، شرکت در مسئولیتهای خانوادگی، دخالت دادن در کارهای دسته جمعی نگهداری و سرپرستی کودکان، باعث پیدایش اعتماد به نفس و اجتماعی شدن مجدد (Resocialization) می شود.

◀ تقویت و توسعه خدمات بیمه ای و درمانی از سوی سازمانهای مربوطه نظیر سازمان تأمین اجتماعی و سازمان خدمات درمانی و غیره.

◀ ارائه امتیازات یا پاداش به خانواده هایی که نسبت به زندگی کردن با سالمندانشان اقدام نمایند.

◀ ارائه آموزشهای لازم به سالمندان در ارتباط با نقصانهای طبیعی همراه با پیری و افزایش دادن توان مواجهه با این فقدانها و پذیرش و سازگاری با آنها.

◀ تغییر ساختار مراکز مخصوص زندگی سالمندان نظیر آسایشگاه سالمندان به صورتی که آنها را فعالانه در جریان اداره امور آن مراکز قرار داده، حتی الامکان بجای نگهداری صرف آنها، ایشان را به تناسب توانائیهایشان در فرصتهای مختلف به کار گمارند تا بتدریج با ادراک خویشتن منفی و افت عزت نفس و شکست احساس خودکفائی مواجه نگردند.

◀ یکی از مؤثرین روشهای پیشگیری، ایجاد و تغییر در سبک و روش زندگی و نگرش اجتماعی است.

- 1-Statiscal Abstracts of the United States ed 106 Washington, Dc, 1986.
- 2-Busse, E.W.Therapy of mental illness in Late Life, In.S.Arieti & H.K.H.Brodie, American Handbook of psychiatry, (vol,7). New York, Basic Books, 1981.
- 3-Sarason, D,Barbara, R,Sarason. Abnormal Psychology Prenticce, Hall, Fifth Edition, 1987,P, 178.
- 4-Cappelier, p. Queloues Considerations, Candian Journal on Aging, 1988,7.
- 5-Butler RN. Lewis, MT:Aging and Mental Health Positive Psychosocial and biomedical Approaches, eds. CV mosby Co.st Louis, 1992.
- 6-Gurland,B,J.& Cross, P.S.Epidemiology of Psychopathology in old age, Psychiatric clinics of North America, 5 (1), 1982.
- 7-Carson,R.C, Butcher, J. N, Mineka, S.Abnormal Psychology and modern life New York: Addison Wesley Educational Publisher inc.(1998).
- 8-Murphy, E.Social Drigin of Depression in old age. British journal of Psychiatry, 1982.
- 9-Nemiroff, R.A,calorusso CA: The Race Against Time. Psychotherapy and Psychoanalysis in the Second half of Time. Plenum Press, New York, 1985.
- 10- Schaif,k.W. The Seattle Longitudinal Study.In K.W. Schaif Longitudinal Studies of Adult Psychological development,New York: Guilford Press,1993.
- 11- Roders,C.H.& Hollingshea , A.B, Trapped, families and Schizophrenra. New York. John Wiley, 1985.
- 12- Fry, P.S.Mediators of stress in Older Adults: Conceptual and Integrative frame Works. Candian Psychology, 1989.
- 13- Sarason ,B.R.& Sarason. I.G,Social support: an Interactional View, New York : John Wiley and Sons. (1990).
- 14- Felton, B.J & Berry, C.a, Do the Sources of the Urban Elderly s Social Support Detemine its Psychological Consequences Psychology and Aginig (1992).
- 15-Krause , N.Ling & Yatomi,N. Satisfaction With Social Support and Depressive Symptoms: A Panel Analysis Psychology and Aging.(1989).
- 16- Taylor, S.E,health Psychology, New York, Me Graw, Hills, Ins. 1995.
- 17-Krause, N,Herzoh, A.R & Baker, E.Providing Support to othera and Well being in Later Life, Journal of Geronto logy, 1992.
- 18-Gerrge,L.K,Blazer, D.B,Hu ghes, D,C,Social Support and the Outcome of Major depression, British Journal of psychiatry, 1989.
- 19-Seeman, T.E,Berkman,L.F. Structural Carateristics of Social Networks and Their Relationship With Social Support in the Elderly . Social Science and Medicine, 1988.
- 20- Ganster, D.c, Victor, B.The Impact of Social Support on Mental and Physical Health. Journal of medical Psychology , 1998.
- 21- Greenwood , D.C, Muir, K.R.Coronary heart Disease, A Review of the Role of Psychological Stress and Social Support, Journal of Public Health Medicine, 1996.

۲۲- منصور محمود (و همکاران). روانشناسی ژنتیک ۲. تهران : ژرف، ۱۳۶۹.

۲۳- صادقی، محمدرضا. تأثیر وضعیت فشار روانی و حمایت اجتماعی در افسردگی سالمندان پژوهشهای روانشناختی، ۱۳۷۸، دوره ۵، شماره ۳، ۴.

۲۴- کرین ، ویلیام، سی. پیشگامان روانشناختی رشد، ترجمه فرید فدائی . تهران : اطلاعات ، ۱۳۶۷.
۲۵- میلانی فر، بهروز. بهداشت روانس. تهران : نشر قوس ، چ ۱، ۱۳۷۳، ۳.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی