

فصل اول

کلیات تحقیق

مقدمه

پیری عبارت از تغییرات زیست شناختی مشترک برای تمام موجودات زنده است. در حقیقت، همه ما از زمانی که زاده می شویم سالمندی را آغاز می نمائیم. این فرایند را نمی توان متوقف یا معکوس نمود. بلکه می توان با مراقبت صحیح، به تاخیر انداخت. بنابراین سالمندی بعنوان یک پدیده زیست شناختی طبیعی و ناگزیر به شمار می آید. در این دوران بدن انسان، دستخوش تغییرات سوخت و سازی، ذهنی و عاطفی می شود. انجمن تغذیه آمریکا^۱ سالمندی را چنین توصیف می کند. سالمندی به تغییرات فیزیولوژیکی طبیعی و پیشرونده غیرقابل برگشت اطلاق می شود که در طول زندگی هر فردی رخ می دهد. اگرچه این فرایند در همه افراد اتفاق می افتد ولی اغلب با تغییرات مشخص در سلامت و نیازهای تغذیه ای همراه است. با افزایش سن به تدریج کنش های زیست شناختی کاهش می یابند (موسوی و قاسمی، ۱۳۷۹). در بیشتر جوامع شهری ۶۰ سالگی سن شاخص برای شروع سالمندی و زمان بازنشستگی از کار است. به همین دلیل بازنشستگان و افراد بالای ۶۰ سال به عنوان جمعیت سالمند کشورها شناخته می شوند. در بسیاری از برنامه های آماری ۶۵ سالگی بعنوان مرز جدا کننده محسوب می شود. (سازمان بهداشت جهانی^۲، ۲۰۰۸). جمعیت کل جهان در سال ۲۰۰۰، شش میلیارد و پنجاه و پنج میلیون نفر بوده که از این تعداد ۶/۹ درصد آن را افراد بالای ۶۵ سال تشکیل می دهند و برآورد می شود در سال ۲۰۲۵ جمعیت جهان به هفت میلیارد و هشتصد و بیست و سه میلیون نفر و تعداد افراد بالای ۶۵ سال به ۱۰/۴٪ برسد (بهرامی و رضانی، ۱۳۸۴). به موازات افزایش نسبت جمعیتی سالمندان، مشکلات سلامتی آنان به ویژه مشکلات مربوط به سلامت روانی بیشتر اهمیت پیدا می کند. صادقی و کاظمی (۱۳۸۳) مطالعه ای راجع به شیوع اختلالات روانی در سالمندان ساکن خانه های سالمندان شهر تهران انجام دادند که یافته های تحقیق نشان داد که ۱۶/۸ درصد سالمندان افسردگی

1 -American nutrition Association
2 -World health organization

خفیف و ۱۴/۷ درصد افسردگی اساسی داشتند. با توجه به جمعیت روبه رشد سالمندان و شیوع بالای اختلالات روانی در میان این قشر، نیاز است که متخصصان بهداشت روانی اقداماتی در خصوص درمان اختلالات روانی سالمندان و به ویژه افسردگی داشته باشند در حال حاضر شیوه ای که برای درمان افسردگی به کار برده می شود عمدتاً دارو درمانی است. هر چند محققان می پذیرند که این درمان می تواند نشانه های خاص افسردگی را کاهش دهد اما متخصصان برای ناکافی بودن آن دلایلی ارائه کرده اند داروهای ضد افسردگی واکنشهای نامناسب قلبی- عروقی، عصبی وهاضمه ای ایجاد می کنند، علاوه بر این کسانی که منحصرآ تحت درمان دارویی قرار گرفته اند مهارت های سازشی را که در مداخلات روان درمانی برای محافظت فرد در مقابل عود و وقوع دوباره افسردگی ارائه میشوند یاد نمی گیرند (وات^۱ و کپلیز^۲، ۲۰۰۰). زالاکویت^۳ و استینس^۴ (۲۰۰۶) بعد از مرور و بررسی حدود ۲۳ مقاله می گویند: مرور پیشینه، حمایت و پشتیبانی از چهار نوع درمان روانشناختی در درمان افسردگی سالمندان را نشان داده است. این درمانها شامل درمان شناختی رفتاری، درمان بین فردی، درمان روان پویائی کوتاه مدت و درمان خاطره پرداز می باشد. درمان خاطره پرداز می که از نظریه اریکسون مشتق شده است به فرد سالمند کمک میکند تا گذشته اش را مرور کند بنا براین، نتیجه آن کمک به فرد برای گذر و حل مرحله رشدی یکپارچگی شخصیت در برابر ناامیدی می باشد (تیلور-پرایس^۵، ۱۹۹۵). محققان تلاش کرده اند تا در مورد اثر خاطره پرداز می بر روی کاهش افسردگی در میان سالمندان تحقیقاتی داشته باشند. در مان خاطره پرداز می مداخله مقرون به صرفه ای است که نیاز به تخصص کمی دارد (کامانا^۶ و دیگران، ۱۹۹۸ نقل از کریمی، ۱۳۸۷). وات و وونگ (۱۹۹۱) خاطره پرداز می را اینگونه تعریف می کنند: خاطرات شخصی مربوط به گذشته دور، خاطرات مربوط به حوادث، که به مدت طولانی در ذهن باقی مانده اند و شخص راوی هم یک شخص فعال وهم یک مشاهده گر میباشد. بعد از اولین کار باتلر (۱۹۶۳) در زمینه ی مرور زندگی که خاطره پرداز می به عنوان یک پدیده ی طبیعی و فراگیر برای سالمندان تمام سنین معرفی شد. مردم به خاطره پرداز می با دیدگاههای مختلف نگاه می کردند.

1-Watt ,L.M

2-cappelieze,PH

3 -Zalaquett ,C.M

4-stens,A.N

5-Tylor price,C

6- comana,M.T

لویس^۱ (۱۹۷۱) اولین مطالعه آزمایشی از خاطره پردازی را گزارش کرد. از سال ۱۹۷۱ تا ۱۹۸۹، نوشته های زیادی به عملکرد خاطره پردازی پرداختند که از ارزش شخصی، مکانیسم دفاعی تا ارزش اجتماعی را بصورت تاریخچه شفاهی مورد بررسی قرار میدادند. در اواسط دهه ۱۹۸۰ پرستاران سالمندی، مددکاران و کاردرمانگران و روانشناسان بطور وسیعی از خاطره پردازی گروهی در مراقبت از سالمندان داخل موسسات و خارج از موسسات استفاده کردند (بارکر^۱، ۱۹۸۵).

از آن به بعد، تفسیر فعالیتهای مبتنی بر خاطره پردازی، توسعه پیدا کرد. با وجود کمی تحقیقات تجربی در مورد این موضوع، فعالیتهای خاطره پردازی یک اثر قابل توجهی بر روی رشد و بهبودی وضعیت سالمندان در جامعه داشته است (بک هام^۲ و نوریس^۴، ۱۹۹۹).

بیان مسئله:

مساله سالمندی جمعیت جهان که به دلایل مهمی از جمله کاهش مرگ و میر ناشی از پیشرفت علوم پزشکی، بهداشت، کنترل موالید، آموزش و پرورش و در نتیجه افزایش نرخ امید به زندگی و طول عمر در سطح جهانی مطرح شده، پدیده نسبتاً نوینی است. از آنجائی که این پدیده در کلیه جنبه های زندگی جوامع بشری، از جمله در طیف گسترده ای از ساختارهای سنتی، ارزشها، هنجارها و ایجاد سازمان های اجتماعی تحولات قابل ملاحظه ای به وجود می آورد، لذا مقابله با چالشهای فرا راه این پدیده و استفاده از تدبیر مناسب در جهت ارتقاء وضعیت جسمی و روحی و اجتماعی سالمندان، از اهمیت بالائی برخوردار بوده و در دستور کار جامعه بین المللی قرار گرفته است. جمعیت کل جهان در سال ۲۰۰۰، شش میلیارد و پنجاه و پنج میلیون نفر بوده که از این تعداد ۶/۹ درصد آن را افراد بالای ۶۵ سال تشکیل میدادند و برآورد می شود در سال ۲۰۲۵ جمعیت جهان به هفت میلیارد و هشتصد و بیست و سه میلیون نفر و تعداد افراد بالای ۶۵ سال به ۱۰/۴۰ درصد برسد. همچنین طبق سرشماری عمومی جمعیت جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۵ حدود ۴/۳۲ درصد کل جمعیت شصت میلیون نفری کشور را سالمندان ۶۵ سال به بالا تشکیل میدادند و در سال

^۱ -Luice

^۲ - barker

^۳ - Bauckham

^۴ - norris

۱۳۷۸ جمعیت بالای ۶۵ سال بالغ بر ۲/۶ میلیون نفر گزارش شده است. ایران در سال ۲۰۵۰ تعداد سالمندانش به بیش از ۲۶ میلیون نفر و نسبت آن به کل جمعیت ۰/۲۳ خواهد رسید (بهرامی، رضانی؛ ۱۳۸۴). نتایج مطالعات بلیزر^۱، هاقس^۲ و جرج^۳ (۱۹۸۷) نشان داد که شیوع نقطه ای اختلالات روانی در سالمندان ۰/۱۳ است که شیوع سالیانه آن به ۰/۲۰ افزایش می یابد. در میان آنها افسردگی و اضطراب از شایعترین اختلالات روانپزشکی در سالمندان است (ملکوتی و همکاران، ۱۳۸۵) با توجه به تحقیقات انجام شده به نظر می آید که نبود استقلال، خود مختاری، کنترل و انجام فعالیتهای روزانه منجر به بروز مشکلات عدیده ای برای سالمندان میشود. زمانی که فرد کنترل خود را بر اتفاقاتی که پیرامون او میگردد از دست میدهد، احساس بی یابوری و کاهش اعتماد به نفس به او دست میدهد، غیر فعال و کند میشود و بدین ترتیب انگیزه زندگی کردن را از دست میدهد و دچار اختلالات شناختی و افسردگی و ناامیدی میگردد محیط خانه سالمندان مسبب چنین اختلالاتی است (نیک منفرد، ۱۳۷۸)

فروغان، قائم مقام فراهانی، علی اکبری کامرانی (۱۳۸۵) مطالعاتی راجع به فراوانی اختلالات روانی در مراجعان سرپائی به کلینیک سالمندان پویا انجام داده اند، یافته نهایی این تحقیق نشان داده که شایعترین تشخیص در گروه منفرد، اختلالات افسردگی بود (۰/۳۷). اختلالات شناختی (۰/۱۲) اختلالات اضطرابی (۰/۰۸) روان پریشی (۰/۰۵) وابستگی و سوء مصرف مواد (۰/۰۲) اختلال خواب (۰/۰۱) مراتب بعدی تشخیصی منفرد را تشکیل میدادند. طبقه باقیمانده یا سایر اختلالات (۰/۰۴) از موارد را تشکیل میدهد. در میان تشخیص های چند گانه، همزمانی اختلالات شناختی و اختلالات افسردگی بالا ترین فراوانی را داشت (۰/۱۳) و افسردگی در دو گروه در مجموع در ۰/۵۸ موارد دیده میشود. این رقم در مورد اختلالات شناختی ۰/۲۹ و در مورد اختلالات اضطرابی ۰/۱۱ بود. صادقی و کاظمی (۱۳۸۳) مطالعه ای راجع به شیوع اختلالات روانی در سالمندان ساکن خانه های سالمندان شهر تهران انجام دادند که یافته های تحقیق نشان داد که ۱۶/۸ درصد سالمندان، افسردگی خفیف و ۱۴/۷ درصد افسردگی اساسی داشتند. در یک مطالعه خود گزارش دهی گذشته نگر، ۱۷/۸ درصد زنان و ۹/۴ درصد مردان بالای شصت سال، افسردگی بر اساس ملاکهای DSM3-R داشتند (باری^۴ و همکاران، ۱۹۹۸) به علاوه مطالعات همه گیر شناختی نشان داد که

1-Blazer .D

2-Hughes.D.C

3- George. LK

4-Barry

میزان مرگ اشخاص بالای ۵۵ سال با تشخیص افسردگی اساسی تا چهار برابر افزایش می یابد (کاپلان و سادوک^۱، ۲۰۰۷). با توجه به جمعیت روبه رشد سالمندان و شیوع بالای اختلالات روانی در میان این قشر، نیاز است که متخصصان بهداشت روانی، اقداماتی در خصوص درمان اختلالات روانی سالمندان و به ویژه افسردگی داشته باشند. در حال حاضر شیوه ای که برای درمان افسردگی به کار برده می شود عمدتاً دارو درمانی است. هر چند محققان می پذیرند که این درمان می تواند نشانه های خاص افسردگی را کاهش دهد اما متخصصان برای ناکافی بودن آن دلایلی ارایه کرده اند. داروهای ضد افسردگی واکنشهای نامناسب قلبی- عروقی، عصبی وهاضمه ای ایجاد می کنند. علاوه بر این، کسانی که منحصرآ تحت درمان دارویی قرار گرفته اند، مهارتهای سازشی را که در مداخلات رواندرمانی برای محافظت فرد در مقابل عود و وقوع دوباره افسردگی ارایه میشوند یاد نمی گیرند (وات و کیپلیز، ۲۰۰۰). در چند دهه اخیر متخصصان بالینی و پژوهشگران، اثربخشی فنون رفتاری وشناختی را برای درمان افراد مبتلا به اختلالات خلقی، ثابت کرده اند. گاهی این فنون، بخشی از مداخله جامعتری است که درمان جسمی (مانند داروها) یا اجتماعی، فرهنگی (نظیر زوج درمانی) را نیز در بر میگیرد. در موارد دیگر مداخله های روانشناختی به تنهایی کافی هستند (هالچین و کراس ویتبورن^۲، ۲۰۰۳).

براساس یک تحقیق جدید فراتحلیلی چنین به نظر میرسد که ترکیب رواندرمانی و دارو درمانی، مداخلات موثری در سالمندان باشد. هر دونوع درمان تاثیرات مطلوبی به دست داده اند. نتایج این تحقیق نشان میدهد رواندرمانی برای افسردگی خفیف و یا افسرده خوئی در مقایسه با داروهای ضد افسردگی، تاثیرگذاری بیشتری داشته است (BUGPU^۳، ۲۰۰۶).

زالاکویت و استینس (۲۰۰۶) بعد از مرور و بررسی حدود ۲۳ مقاله می گویند، مرور پیشینه، حمایت وپشتوانه از چهار نوع درمان روانشناختی در درمان افسردگی سالمندان را نشان داده است. این درمانها شامل درمان شناختی رفتاری، درمان بین فردی، درمان روان پویائی مختصر ودرمان خاطره پردازی می باشد. درمان خاطره پردازی که از نظریه اریکسون مشتق شده است به فرد سالمند کمک میکند تا گذشته اش را مرور کند. بنا براین، نتیجه آن کمک به فرد برای گذر و حل مرحله رشدی یکپارچگی شخصیت در برابر ناامیدی می باشد (تیلور-پرایس، ۱۹۹۵). محققان تلاش کرده اند تا در مورد اثر خاطره پردازی بر روی کاهش

¹ - Kaplan and sadock

²-Halgin and krauss withbourn

³-Brown university geriatric psychopharmacology update

افسردگی در میان سالمندان تحقیقاتی داشته باشند. در مان خاطره پردازی مداخله مقرون به صرفه ای است که نیاز به تخصص کمی دارد (کامانا و دیگران، ۱۹۹۸ نقل از کریمی، ۱۳۸۷).

این درمان قابلیت آن را دارد در هر مکان و زمان برای سالمندان اجرا شود.

خاطره پردازی یک فرایند روانی خود بخود و فراگیر است که به طور طبیعی رخ میدهد، بطوری که تجربیات گذشته به ویژه تعارضات حل نشده به صورت پیشرونده ای به خود آگاه بر میگردد. بنابراین آنها میتوانند انسجام دوباره پیدا کنند (باتلر^۱، ۱۹۶۳-نقل از سیه و وانگ^۲، ۲۰۰۳). خاطره پردازی آسانتر از یادآوری گذشته میباشد. این یک فرایند ساختاریافته ای از انعکاس منظم زندگی شخص میباشد (برادی^۳، ۱۹۹۹، ص ۱۷۹). یک فرایند انعکاس دهی است که از طریق آن شخص میتواند به طرز درون نگرانه ای خودش را تعریف کند (پارکر^۴، ۱۹۹۵).

درمان خاطره پردازی می تواند هم از طریق انفرادی یا به صورت گروهی اجرا شود درمان خاطره پردازی از زمان تولد شروع میشود و سپس در دهه های زندگی با تمرکز بر حوادث مهم زندگی ادامه می یابد (کوک^۵، ۱۹۹۸).

لازاروس^۶ (۱۹۸۷) میگوید که اصلی ترین فایده درمان گروهی خاطره پردازی این است که جو پذیرش و اعتماد را فراهم میکند و بنابراین افراد گروه را قادر میسازد که دوباره احساس ارزشمندی و عزت نفس را در وجود خود بنا نهند. تجربه گروه به گونه ای حالت اطمینان بخشی دوباره را دارد. زیرا برای افراد گروه، شبکه اجتماعی فراهم میکند (برای افرادی که در شرایط غیر از گروه و در اجتماع عادی گوشه گیر و منزوی هستند). در گروه، به سالمندان کمک میشود درک کنند که در دلواپسی و رنجی که دارند تنها نیستند و دیگران نیز با مشکلات مشابهی دست به گریبان هستند (نقل از سینگر^۷ و همکاران، ۱۹۹۱).

^۱ -Butler
^۲ -Hsieh
^۳ -Wang
^۴ -Brady
^۵ -parker
^۶ -cook
^۷ -Lazarus
^۸ -singer

شرکت در گروه، صحبت کردن و ارتباط با دیگران را تشویق میکند و به سالمندان امکان میدهد که ایام خوشی خود را که در آن بیشتر احساس زاینده می کردند به یاد آورند (کوری و کوری، ۱۹۸۷).

وات و وونگ (۱۹۹۱) خاطره پردازی را اینگونه تعریف می کنند: خاطرات شخصی مربوط به گذشته دور، خاطرات مربوط به حوادث که به مدت طولانی در ذهن باقی مانده اند و شخص راوی، هم یک شخص فعال و هم یک مشاهده گر می باشد.

تاریخچه رشد خاطره پردازی به این شرح میباشد که تا سال ۱۹۶۰ خاطره پردازی بعنوان یک نشانه یا علت برای تباهی روانی فرد شمرده میشد و بطور فعالانه به وسیله مراقبان سالمندان منع میشد (بچانان^۱ و میدلتون^۲، ۱۹۹۴). بعد از اولین کار باتلر (۱۹۶۳) در زمینه مرور زندگی که خاطره پردازی به عنوان یک پدیده طبیعی و فراگیر برای سالمندان تمام سنین معرفی شد، مردم به خاطره پردازی با دیدگاههای مختلف نگاه میکردند. لويس (۱۹۷۱) اولین مطالعه آزمایشی از خاطره پردازی را گزارش کرد. از سال ۱۹۷۱ تا ۱۹۸۹ نوشته های زیادی به عملکرد خاطره پردازی پرداختند که از ارزش شخصی، مکانیسم دفاعی تا ارزش اجتماعی را بصورت تاریخچه شفاهی مورد بررسی قرار میدادند. در اواسط دهه ۱۹۸۰ پرستاران سالمندی، مددکاران و کاردرمانگران و روانشناسان بطور وسیعی از خاطره پردازی گروهی در مراقبت از سالمندان داخل موسسات و خارج از موسسات استفاده کردند (بارکر، ۱۹۸۵).

از آن به بعد، تفسیر فعالیتهای مبتنی بر خاطره پردازی توسعه پیدا کرد. با وجود کمی تحقیقات تجربی در مورد این موضوع، فعالیتهای خاطره پردازی یک اثر قابل توجهی بر روی رشد و بهبودی وضعیت سالمندان در جامعه داشته است (بک هام و نوریس، ۱۹۹۹).

در ایران صد هزاری (۱۳۷۹) و محمدی (۱۳۸۱) اثربخشی خاطره گویی بر کاهش نشانه های افسردگی را بر روی جمعیت زنان سالمند کار کرده اند و کریمی (۱۳۸۷) اثر بخشی خاطره پردازی انسجامی و ابزاری را بر روی کاهش افسردگی سالمندان مطالعه نموده است. اکثر تحقیقات، فاقد برنامه درمانی مبتنی بر چهارچوب تئوریک هستند که مشخص کننده مولفه درمانی کلیدی باشند و یا بی توجهی به تقسیم بندیهای صورت گرفته در مورد انواع خاطره پردازی، مراجعان را در بیان خاطرات آنطور که میل داشتند، آزاد میگذاشتند

^۱-Buchanan

^۲-middelton

غافل از اینکه گونه های خاص خاطره پردازی اثر خاص خود را دارا میباشد و همانند خاطره پردازی و سواسی فاقد اثر درمانی بر روی افسردگی و یا حتی اثر تخریبی به همراه دارند. در پاسخ به این خلاء، نظریه های شناختی افسردگی با تئوری خاطره پردازی تلفیق گردید و دو شیوه مداخله استاندارد از خاطره پردازی های انسجامی و ابزاری ساخته شد. این شیوه های مداخله که در قالب یک برنامه درمانی ارائه شده اند، برای اولین بار مولفه های درمانی کلیدی که در مداخلات خاطره پردازی عمل می نمایند را مشخص میسازند و اولین مدل تئوریک از خاطره پردازی در کار بر روی افسردگی سالمندان میباشد (وات و کیپلیز، ۲۰۰۰).

مطالعه حاضر تاثیر درمان خاطره پردازی انسجامی را بر روی کاهش علائم افسردگی مورد مطالعه قرار داده است.

اهمیت و ضرورت

افسردگی یکی از عمده ترین مشکلات سلامت روانی سالمندان است. بین ۲۰-۲۵ درصد از افراد بالای ۶۵ سال مبتلا به افسردگی هستند. در میان این گروه ۱۰-۱۵ درصد نشانه های افسردگی شدید تا متوسط دارند. در میان افراد سالمندی که دارای فشارزاهای عمده همانند بیماری شدید خود فرد و یا مراقب اصلی یکی از اعضای مریض خانواده بودن، میزان افسردگی تا ۱۲-۵۵ درصد افزایش می یابد. به موازات افزایش جمعیت سالمندان تعداد افرادی که از عوارض ناتوان کننده افسردگی رنج میبرند بیشتر خواهد شد که این نیاز به شناسایی و به کارگیری مداخلات موثر برای این قشر را مبرم تر می سازد (کیپلیز، ۱۹۹۳ نقل از وات کیپلیز، ۲۰۰۰).

مطالعات همه گیر شناسی شیوع افسردگی را در بیمارستان ها و آسایشگاههای سالمندان بررسی کرده اند. میانگین شیوع افسردگی در افراد مقیم در موسسات ۰/۲۷.۱ در مقایسه با میزان ۰/۹.۳ در افراد مقیم در منزل اعلام شده است (مک دوگال^۱-متوز-کوال-دوی -براین، ۲۰۰۷).

در تعریفی سازمان ملل متحد کشورها را به سه نوع ساخت جمعیتی جوان، بزرگسال، سالخورده تقسیم کرده است که مشخصه آن، میزان نسبت جمعیت سالمند در این کشورها است. به این صورت که کشورهای دارای جمعیت جوان، کشورهایی هستند که نسبت سالمند، آن زیر ۰/۰۴ باشد. کشورهای دارای جمعیت بزرگسال،

کشورهایی هستند که نسبت سالمندان بین ۶-۴ درصد باشد و کشورهای دارای جمعیت سالخورده کشورهایی هستند که نسبت جمعیت سالمندان آنها بیشتر از ۰/۰۷ باشد (سام آرام، ۱۳۷۰). جمعیت دنیا به سرعت در حال سالخورده شدن است و بخش بزرگی از این تغییر در قرن اول این هزاره سوم و در کشورهای در حال توسعه در حال شکل گیری است. طبق پیش بینی های بخش جمعیت سازمان ملل متحد، نسبت جمعیت سالمند در جهان از حدود ۱۰.۵ درصد در سال ۲۰۰۷ به حدود ۲۱.۸ درصد در سال ۲۰۵۰ افزایش خواهد یافت (سازمان ملل متحد^۱، ۲۰۰۶ به نقل از میرزایی و... ۱۳۸۵). ایران نیز اگر چه در این راه نسبت به کشورهای مثل چین و کره، متاخر محسوب میشود، اما در پی تغییرات وسیع و سریع دموگرافیک طی دو دهه اخیر به سرعت به سمت سالمندی و سالخوردگی پیش میرود (همان منبع)

جمعیت ایران در سال ۱۳۸۵ دارای ۰/۲۵ زیر ۱۵ سال و ۷/۳ درصد بالای ۶۰ سال است که میتواند نشان دهنده گذار ساختمان سنی جمعیت از جوانی به سالمندی باشد. طی سالهای ۸۵-۷۵، رشد جمعیت سالمندان ۷۰ سال و بالاتر، نسبت به سالمندان ۶۰ سال و بالاتر و رشد جمعیت سالمندان ۸۰ سال و بالاتر، نسبت به جمعیت سالمندان ۷۰ سال و بالاتر بیشتر بوده است که نشان دهنده سالمند شدن جمعیت مخصوصا سالمند شدن جمعیت سالمند می باشد و همچنین طی این سالها مشاهده شده که نسبت جمعیت سالمند در مناطق روستایی بیشتر از مناطق شهری بوده است (همان منبع).

از آنجا که بیماریهای سالمندان و دگرگونیهای طبیعی ناشی از افزایش سن، موجب افزایش تاثیرات مخرب داروها می شود، شناسایی روشهای درمانی غیر دارویی موجب کاهش عارضه های ناشی از مصرف دارو میشود و بهبود کیفیت زندگی و سلامت روانی آنان را به همراه دارد. یکی از درمانهای روانشناختی خاطره پردازی است که تحقیقات متعدد (وات و کپیلز، ۲۰۰۰؛ سیه و وانگ، ۲۰۰۳؛ احمد^۲ و تاکشیتا^۳، ۲۰۰۷ و...) اثربخشی آن را نشان داده اند.

وات و کپیلز (۲۰۰۰) مینویسد: مطالعات مختلف موثر بودن مداخلات روانشناختی را برای افسردگی تایید کرده اند شناسایی نیازهای خاص و مسائلی که در سازگاری در دوره سالمندی دخیل هستند، متخصصان رشته های علمی مختلف را جهت اصلاح مداخلات سنتی همانند شناخت درمانی و رویکردهای بین فردی

^۱-United Nations Organization

^۲-Ahmed

^۳-takeshita

رهنمون شده است تا بتوانند به موضوعات روانشناختی خاص سالمندان مبتلا به افسردگی برخورد موثر داشته باشند. مداخلات ویژه ای نیز به طور اختصاصی برای کاربرد برای این قشر طراحی شده اند. خاطره پردازی یا مرور زندگی مدخله ای است که برای جایگزینی رویکردهای سنتی به رواندرمانی سالمندان ارائه شده است. در داخل کشور تحقیقات انگشت شماری در خصوص تاثیر درمانهای روانشناختی بر کاهش افسردگی سالمندی صورت گرفته است. اهمیت این تحقیق از آنجاست که با توجه به نبود درمانهای روانشناختی موثر، مطالعه شده و بومی شده در زمینه سالمندی در داخل کشور اقدامی موثر در این زمینه انجام میدهد. از مزایای دیگر این پژوهش آسان بودن و در دسترس قرار داشتن این شیوه درمان در مراکز سالمندان می باشد.

تعریف نظری و عملیاتی مفاهیم

خاطره پردازی انسجامی^۱ (متغیر مستقل)

-تعریف مفهومی: خاطره پردازی انسجامی در کل شامل اظهاراتی است که اشاره دارد به پذیرش گذشته شخص، نگاه به زندگی گذشته شخص به عنوان یک دوره ارزشمند و رضایت بخش، یافتن معنا در زندگی، نزدیک کردن فاصله بین واقعیت و ایده آل، پذیرش حوادث منفی گذشته، حل تعارضات گذشته و بازشناسی یک الگوی مستمر بین گذشته و حال (وات و کیپلیز، ۲۰۰۰).

تعریف عملیاتی: شش جلسه مداخله درمانی که بر اساس مداخله خاطره پردازی انسجامی وات و کیپلیز طراحی شده است (در فصل سوم عنوان جلسات آمده است).

افسردگی (متغیر وابسته) - تعریف مفهومی: وضعیتی است که در آن خلق افسرده و از دست دادن علاقه به طور پایایی با یکدیگر و سایر نشانه های روانی و جسمانی مثل مشکلات خواب، مشکلات اشتها، اشکال در تمرکز و احساساتی مثل ناامیدی و احساسات بی ارزشی وجود دارند. تشخیص افسردگی فقط زمانی داده می شود که حداقل ۵ مورد از نشانگان در مدت حداقل ۲ هفته وجود داشته باشد و عملکرد فرد در زمینه های اجتماعی، تحصیلی، شغلی مختل شده باشد (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).

^۱-Integrative Reminiscence therapy

تعریف عملیاتی: نمره ای که فرد در پرسشنامه افسردگی سالمندان GDS¹ (فرم ۱۵ سوالی که توسط ملکوتی و همکاران هنجاریابی شده است) کسب میکند.

بحث مسائل اجتماعی (کنترل)

تعریف مفهومی: گفتگو و بحث در مورد مسائل مهم و تاثیر گذار در زندگی مردم کشور یا گروه جمعیتی (منبع قبلی).

تعریف عملیاتی: شش جلسه گروهی که موضوع هر جلسه توسط خود سالمندان تعیین میشود.

سالمند

تعریف مفهومی: انجمن تغذیه آمریکا سالمندی را چنین توصیف می کند: سالمندی، به تغییرات فیزیولوژیکی، طبیعی و پیشرونده غیر قابل برگشت اطلاق می شود که در طول زندگی هر فردی رخ می دهد. (موسوی نجم السادات، قاسمی سیما ۱۳۷۹)

تعریف عملیاتی: طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، سن ۶۰ سالگی آغاز سالمندی است.

اهداف تحقیق:

هدف کلی:

تعیین اثر بخشی روش خاطره پردازی انسجمی بر کاهش نشانه های افسردگی

اهداف کاربردی:

معرفی روش رواندرمانی خاطره پردازی انسجمی به عنوان درمان سهل الاجرا برای استفاده در مراکز سالمندان

سوال ها و فرضیه

فرضیه

- درمان خاطره پردازی انسجمی نشانه های افسردگی سالمندان را کاهش میدهد

¹-Geriatric Depression scale

فصل دوم

چارچوب نظری و پیشینه تحقیق

تعاریف سالمندی

پیری عبارت از تغییرات زیست شناختی مشترک برای تمام موجودات زنده است. در حقیقت، همه ما از زمانی که زاده می شویم سالمندی را آغاز می نمایم. این فرایند را نمی توان متوقف یا معکوس نمود بلکه می توان با مراقبت صحیح به تاخیر انداخت. بنابراین سالمندی بعنوان یک پدیده زیست شناختی طبیعی و ناگزیر به شمار می آید. در این دوران بدن انسان، دستخوش تغییرات سوخت و سازی، ذهنی و عاطفی می شود. انجمن تغذیه آمریکا سالمندی را چنین توصیف می کند: سالمندی به تغییرات فیزیولوژیکی، طبیعی و پیشرونده غیرقابل برگشت اطلاق می شود که در طول زندگی هر فردی رخ می دهد. اگرچه این فرایند در همه افراد اتفاق می افتد، ولی اغلب با تغییرات مشخص در سلامت و نیازهای تغذیه ای همراه است. با افزایش سن به تدریج کنش های زیست شناختی کاهش می یابند (موسوی نجم السادات، قاسمی، سیما ۱۳۷۹). در بیشتر جوامع شهری، ۶۰ سالگی سن شاخص برای شروع سالمندی و زمان بازنشستگی از کار است. به همین دلیل بازنشستگان و افراد بالای ۶۰ سال به عنوان جمعیت سالمند کشورها شناخته می شوند. در بسیاری از برنامه های آماری ۶۵ سالگی بعنوان مرز جدا کننده محسوب می شود. (سازمان بهداشت جهانی^۱، ۲۰۰۸).

سالمندی یا سن بالا را از ۶۵ سالگی به بعد در نظر می گیرند. این گروه سنی را به سه دسته، سالمندان جوان از ۶۵ تا ۷۴ سالگی، سالمندان پیر از سن ۷۵ تا ۸۴ و سالمندان سالخورده از ۸۵ سالگی به بالا تقسیم بندی می کنند. همچنین آنها را به سالمندان سرحال (برخورد از سلامت کامل) و سالمندان ناخوش (افراد که ضعف و کم بینی آنها مانع از انجام کارهای روزمره شده یا نیاز به مراقبت طبی یا روانپزشکی دارند) تقسیم بندی می کنند (ارجمند، ۱۳۸۵).

1- World Health Organization

نظریه های سالمندی

سالمندی زیست شناختی : چرا سالمندی فیزیکی رخ می دهد؟ سوالی است که موضوع پژوهشها و بحثهای بسیار قرار گرفته است. آیا از پیری گریزی نیست؟ آیا در شرایط ایده آل می توان افراد را تا ابد جوان نگاه داشت یا آن که ساعتی درونی طول عمر را تعیین می کند. به طوری که بیش از زمان مقرر شده ادامه زندگی ناممکن است. پاسخی برای این سؤالات وجود ندارد ، ولی شماری از نظریه های مختلف در صدد برآمده اند که علل سالمندی زیست شناختی را تبیین کنند. نظریه های سالمندی را نوعاً می توان به ۲ گروه بزرگ تقسیم کرد : ژنتیک و غیرژنتیک . نظریه ژنتیک سالمندی تاکید دارند که سالمندی نتیجه برنامه ای ژنتیکی است که در دوره بزرگسالی ، پایانی بسبب تباهی فیزیکی و روانی ایجاد می شود. نظریه های غیرژنتیک می گویند که سالمندی حاصل بیماری و عوامل مرتبط با سبک زندگی است و اصرار می ورزند که تجمع آسیب های محیطی در فراخنای زندگی منبع تباهی فیزیکی و روانی است. (ف. فیلیپ^۱ رایس^۱ ۲۰۰۱ نقل از مهشید فروغان ۱۳۸۷).

الف - نظریه وراثت

روشن ترین تبیین نظری که تاکنون به عمل آمده، آن است که طول عمر جنبه وراثتی دارد (وایلان^۲ ، ۱۹۹۱) گستره عمر هر گونه جانوری، توسط خصوصیات ژنتیکی ای تعیین می شود که در طول سالهای بی شمار تکامل یافته است. به این ترتیب ، هر گونه، امید به زندگی خاص خود را دارد : فیل ها ممکن است ۶۰ سال عمر کنند، اسبان آبی ۵۰ سال و پریمات ها ۳۰ سال یا بیشتر . وراثت در طول عمر انسان نیز نقش مهمی دارد به طوری که کودکانی که والدین و جدین آنها عمر طولانی داشته اند، احتمالاً بیشتر عمر می کنند. ظاهراً آنها صفاتی را به ارثشامی برند (برای مثال مقاومت بیشتر در برابر بیماریها) که در عمر طولانی تر نقش دارد (مک گیو^۳ ، بوپل^۴ ، هولم^۵ و هاروالد^۶ ، ۱۹۹۳).

1-Philip
2-Vailant
3-Mack give
4 -Boupell
5-Holm
۶-Harvald

ب- نظریه پیری سلولی

برخی از سلولهای بدن، نظیر سلولهای مغز و دستگاه عصبی هرگز تکثیر نمی شوند. برخی دیگر از سلولها تکثیر می شوند ولی فقط به دفعات معین. هی فیک^۱ (۱۹۷۰) به بررسی پیر شدن سلولهای زنده نگهداری شده در محیط های کشت پرداخت. او برای مثال نشان داد که نسوج ریه در ابتدا هر ۲۴ ساعت ۲ برابر می شوند ولی با پیشرفت این فرایند، طول مدت دو برابر شدن سلولها افزایش می یابد. پس از حدود ۵۰ بار تقسیم (حدود ۶ ماه) سلولها از تقسیم شدن باز می ایستند و یک به یک می میرند. دفعات تقسیم شدن سلولهای دیگر بدن کمتر است. این یافته نشان می دهد که پیری از طریق محدود بودن ظرفیت تکثیر سلولها برنامه ریزی می شود. (لاکشین^۲ و ذاکری^۳، ۱۹۹۰).

ج- نظریه استهلاک

نظریه استهلاک بر آن تاکید دارد که موجود زنده، نیز مانند یک ماشین که سال های بسیار کار کرده، استهلاک می یابد. سرعت سوخت و ساز احتمالاً یکی از عوامل موثر است. جانوران خون گرمی (شامل انسان) که غذای اندک کمتری دریافت می کنند و نیز جانوران خونسردی که در دمای زیر هنجار زندگی می کنند، عمر طولانی تری دارند چون سرعت سوخت و ساز آنان کمتر است (ف. فیلیپ رایس، ۲۰۰۱؛ نقل از مهشید فروغان، ۱۳۸۷).

د- نظریه فضولات ساخت و ساز یا زباله

نظریه فضولات سوخت و ساز یا زباله، سالمندی را نتیجه تجمع مواد زیاد آور فرآورده های جانبی سوخت و ساز در درون سلولهای مختلف بدن می داند. تجمع این مواد مانع کارکرد بهنجار نسوج می شود. یکی از این مواد کلاژن است. کلاژن، پروتئینی رشته ای در نسوج همبند است. این ماده به آهستگی در اکثر اندام ها، تاندونها، پوست و عروق خونی انباشته شده و دفع نمی شود، مگر بسیار آهسته. علاوه بر این، کلاژن با افزایش سن سخت تر می شود. از این رو، نسوج حاوی کلاژن قابلیت ارتجاع خود را از دست داده و سبب تباهی کارکرد اندام ها می شوند. (ف. فیلیپ رایس، ۲۰۰۱؛ نقل از مهشید فروغان، ۱۳۸۷).

^۱heifick
^۲Lackshin
^۳zakeri

ه - نظریه خود ایمن سازی

این نظریه سالمندی به توصیف فرایندی می پردازد که از طریق آن دستگاه ایمنی بدن با تولید پادتن های خود ایمن ساز، به دفع نسوج خودی می پردازد. وقتی ماده ای خارجی وارد بدن می شود، دستگاه ایمنی با تولید پادتن آثار این مواد را در بدن خنثی می سازد. پاسخ به این تهاجم را واکنش ایمنی می نامند. وقتی پادتن ها در پاسخ به جهش های ژنتیکی ایجاد شده در بدن تولید می شوند ، آن را واکنش خودایمنی می گویند. نتیجه خالص چنین رویدادی تخریب نسوج خود فرد است. این نظریه نوید بخش ممکن است به شکل روش هایی برای به تعویق انداختن کنش فوق و تغییر فرایند سالمندی منجر شود. (ف. فیلیپ رایس، ۲۰۰۱؛ نقل از مهشید فروغان، ۱۳۸۷).

و - نظریه عدم تعادل حیاتی

نظریه عدم تعادل حیاتی برناتوانی تدریجی بدن در حفظ تعادل حیاتی فیزیولوژیکی تاکید دارد. برای مثال ، بدن تدریجاً توانایی خود را برای حفظ دمای مناسب در هنگام مواجهه با سرما یا گرما از دست می دهد . همچنین ، توانایی آن برای حفظ سطح مناسب قند خون نیز کاهش می یابد. افراد سالمند برای انطباق با استرس های هیجانی نیز مشکل دارند ، به همین دلیل بسیاری از سالمندان در فاصله کوتاهی از مرگ همسرشان می میرند . کاهش اثربخشی پاسخ فیزیولوژیکی به استرس را شاید بتوان علمی ترین نظریه سالمندان دانست که با جنبه های مختلف فیزیولوژیکی ، اجتماعی و روانشناختی سالمندان رابطه ای بسیار نزدیک دارد.

ر - نظریه جهش

نظریه جهش به توصیف رویدادهایی می پردازد که با افزایش روز افزون تعداد سلولهای جهش یافته در بدن رخ می دهد. نرخ جهش ژنتیکی با افزایش سن بیشتر می شود. یکی از علل جهش ، تشعشع است که به ماده ژنتیکی آسیب رسانده و طول عمر اندامها را متناسب با میزان آسیب ژنتیکی وارد شده کوتاه می کند. کارکرد سلولی توسط ماده ژنتیک DNA (اسید دزورکسی ریبونوکلیک) که در همه سلولها یافت می شود ، کنترل می شود. وقتی DNA جهش پیدا می کند ، تقسیمات بعدی سلولی سبب تکثیر سلولهای جهش یافته می شود به طوری که ممکن است درصد قابل توجهی از سلولهای یک اندام از آنها تشکیل شده باشد. چون

اکثر جهش‌ها زیان‌آورند، اثربخشی کارکرد سلولهای جهش‌یافته کمتر خواهند بود و اندام‌هایی که از این سلولها تشکیل شده‌اند غیر موثر و بیمار می‌شوند. (ف. فیلیپ رایس، ۲۰۰۱؛ نقل از مهشید فروغان، ۱۳۸۷).

ز- نظریه خطا

فرم دیگری از نظریه جهش است. نظریه خطا به آثار تجمعی انواع مختلف اشتباهاتی که احتمال رخداد آنها وجود دارد، اشاره دارد. نظیر اشتباه در تولید RNA (اسیدریبونوکلیک) که برساخت آنزیم و نیز برساخت پروتئین و نظایر آن تاثیر می‌گذارد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که در سلولهای جانوران سالمند DNA کاهش می‌یابد و سبب اختلال در تولید RNA و DNA می‌شود. این فرایند به نوبه خود بر کارکرد سلول تاثیر گذاشته و سرانجام به مرگ آن منجر می‌شود. (جانسون^۱ و استرلر^۲، ۱۹۷۲، نقل از فیلیپ رایس ۲۰۰۱)

کدام نظریه: تا امروز هیچ نظریه واحدی که بتواند رویدادهای پیچیده فرایند سالمندی را به خوبی توجیه کند، پیشنهاد نشده است. سالمندی در برگیرنده شماری از فرایندهاست که سبب ایجاد تغییرات زمان-وابسته در موجود زنده می‌شود. علاوه بر عوامل ارثی و تغییرات درون‌زاد (تغییراتی که از درون نشأت می‌گیرند)، استرس‌های محیطی، باکتری‌ها، ویروس‌ها و سایر عوامل موثر از خارج، بر موجود زنده تاثیر گذاشته و گاه سبب کاهش توانایی اندام‌ها برای کارکرد می‌شود.

نظریه‌های اجتماعی - روانشناختی سالمندی

الف- نظریه جداسازی

این نظریه سالمندی را در آغاز کامینگز^۳ و هنری^۴ (۱۹۶۱) صورت بندی کردند. در این نظریه با نزدیک شدن و ورود افراد به دوره سالمندی، گرایشی طبیعی برای کناره‌جویی اجتماعی و روانشناختی از محیط در آنان پدید می‌آید. بر طبق این نظریه، افراد سالمند عمداً از فعالیتهای اجتماعی خارج از خانه خود را کنار می‌کشند و ارتباط خود را با دیگران کاهش می‌دهند. (کارستسون، ۱۹۹۲) در همین مقطع از زمان، آنان از لحاظ هیجانی نیز کناره‌گیر می‌شوند و به احساسات و افکار درونی رو می‌آورند. این جداسازی، سالمندان

^۱Janson
^۲sterler
^۳Cummings
^۴hernry

را از استرس نشأت گرفته از الزامات شغلی و مسئولیت های خانوادگی و اجتماعی آزاد می سازد و این وضعیت برای پی گیری فعالیتها ، ارزش ها و آرمانهایی که برای آنان مهم به شمار می آیند ، وقت و فرصت بیشتری فراهم می سازد ، به این ترتیب ، جداسازی سبب تقویت رضامندی از زندگی با افزایش سن می شود. نظریه جداسازی از زمانی که طرح اولیه آن ریخته شد به شدت مورد انتقاد قرار گرفته است (آکن بام و بنگستون^۱ ، ۱۹۹۴). انتقاد کنندگان می گویند که جداسازی همگانی ، اجتناب ناپذیر یا در ذات فرایند سالمندی نیست. برخی از سالمندان هرگز به جداسازی خود از محیط نمی پردازند و در تمام طول عمرشان، خلاق و مولد باقی می مانند. بنجامین فرانکلین ، وقتی کمک کرد که اعلامیه استقلال نگاشته شود ۷۰ ساله بود. جیوزپه وردی ، تدوین کننده موسیقی اپرا ، اهل ایتالیا، هنگامیکه اتللو را نوشت ۷۳ ساله بود و وقتی فالستاف برای نخستین بار در میلان اجرا شد ، ۸۰ سال داشت . کارل میننجر ، روانپزشک برجسته که جوایز زیادی دریافت کرد ، کتاب جنایت مجازات را در ۷۵ سالگی نگاشت و آرتو فیدلر در سالهای هشتاد عمر خود ارکستر بستن را رهبری کرد.

علاوه براین ، انتقاد کنندگان مصرأ عنوان می کنند که این نظریه به تفاوت های فردی تاثیر گذار بر فعالیت در حیطه های سلامتی و شخصیت توجه نکرده است. گذشته از آن ، آنچه سبب حداکثر رضامندی سالمندان از زندگی می شود، بیشتر ادامه فعالیت است تا جداسازی(ف. فیلیپ رایس ، ۲۰۰۱ ؛ نقل از مهشید فروغان ، ۱۳۸۷).

ب- نظریه فعالیت

نظریه فعالیت مطرح می کند که ادامه سبک زندگی فعال تاثیر مثبت بر احساس آسایش و رضامندی افراد سالمند دارد. این رضامندی شخصی به خود انگاره مثبتی وابسته است که از طریق ادامه مشارکت فرد در نقش های میانسالی اعتبار می یابد. در مواردی که این نقش ها به پایان می رسند به منظور اجتناب از احساس نقصان و بی مصرفی باید نقش های دیگر جایگزین شوند. روانشناسان و سالمندشناسان اجتماعی ، این نظریه بیش از حد ساده را فقط به طور نسبی می پذیرند . صرف پرداختن به فعالیت به طور خودکار سبب حفظ احساس خود ارزشمندی نمی شود، خصوصاً اگر نقش هایی که فرد از آن صرف نظر کرده است معنا دارتر از فعالیت های دوره سالمندی او باشند. آیا خود پنداره یک مدیر عامل بازنشسته در دوره بازی بینگو، به بسندگی دوره های گذشته است؟ احتمال آن منتفی است . تنها سر خود را به کاری گرم کردن پاسخ مساله نیست.

^۱ Bankstone

مشکل دیگر آن است که نظریه فعالیت، افرادی را که نمی توانند استانداردهای فیزیکی، روانی یا هیجانی میانسالی را حفظ کنند، نادیده می گیرد. برخی از افراد به دلیل سلامت ناکافی یا عوامل دیگر، ناگزیر از تغییر نقش می شوند، با این وجود رضامندی زیادی از زندگی خود دارند. لزومی ندارد که همیشه احساس خوشبختی فرد به حفظ سطح بالای فعالیت منوط باشد. در کل، میان روحیه، سازگاری شخصیتی و سطح فعالیت نوعی همبستگی وجود دارد. اما احساس رضامندی افراد مختلف ممکن است با انواع مختلف فعالیت و درجات مختلف مشارکت حاصل شود (ف. فیلیپ رایس، ۲۰۰۱؛ نقل از مهشید فروغان، ۱۳۸۷).

ج- نظریه شخصیت و سبک زندگی

بسیاری از سالمند شناسان به دلیل تفاوت‌های فردی سالمندان در میزان جداسازی و فعالیت برای توصیف سالمندی موفق، نظریه شخصیت و سبک زندگی را مطرح می کنند. نوگارتن^۱ (۱۹۶۸) افراد سالمند ۷۰ تا ۷۹ ساله را مطالعه کرد و چهار نوع شخصیت را در آنان شرح داد و به طبقه بندی فعالیت‌های نقش در افرادی پرداخت که این انواع اصلی را تشکیل می دادند. جدول ۱-۲ این چهار نوع اصلی شخصیت را نشان می دهد: یکپارچه، مسلح - مدافع، غیرفعال، وابسته و نایکپارچه. نوع یکپارچه شامل سه نوع فرعی است. نوسازماندهندگان، افرادی هستند که فعالیت های تازه را جایگزین فعالیت‌های از دست رفته می کنند و به فعالیت‌های مختلف بسیار می پردازند. در نوع فرعی متمرکز، افراد شخصیت یکپارچه و رضامندی بسیار زیاد از زندگی دارند. آنان در انتخاب فعالیتها گزینشی عمل می کنند و بخش اعظم رضامندی خود را از یک یا دو حیطه نقش به دست می آورند. جداشدگان دارای شخصیتی یکپارچه اند که فعالیت اندک و رضامندی بسیار از زندگی خود دارند، آنها به اختیار و ترجیح خود از الزامات نقش های خود کناره می جویند.

جدول ۱-۲ شخصیت و نظریه های سالمندی

تعداد	رضامندی از زندگی	فعالیت نقش	نوع شخصیت
۹	زیاد	زیاد	۱- یکپارچه نوسازمان دهنده
۵	زیاد	متوسط	متمرکز
۳	زیاد	کم	جداشده
			۲- مسلح-مدافع