



نقش باورهای مذهبی درونی و بیرونی در سلامت روان و میزان افسردگی سالمندان

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش جهت گیری مذهبی (درونی و بیرونی) در سلامت روان و میزان افسردگی سالمندان مقیم مراکز بهزیستی و مقیم جامعه بود.

روش بررسی: روش مطالعه از نوع مطالعات پس رویدادی و همبستگی است که با روش نمونه گیری تصادفی و خوشه ای تعداد ۲۳۰ آزمودنی از افراد سالمند در مراکز سالمندی تحت پوشش سازمان بهزیستی و مکانهای عمومی (مسجد، پارک) که محل تجمع سالمندان مقیم جامعه است از دو جنس زن و مرد انتخاب و آزمودنیها ابتدا از نظر اختلالات شناختی سرنند گردیدند. سپس آزمونهای ۲۸ سوالی سلامت عمومی، افسردگی بک و آزمون نگرش مذهبی آلپورت تکمیل و با استفاده از آزمونهای آماری همبستگی پیرسون و من ویتنی نتایج مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین جهت گیری مذهبی با سلامت روان و افسردگی سالمندان رابطه همبستگی معنادار وجود دارد، بدین معنا که هر چه نمرات جهت گیری مذهبی به جهت بیرونی افزایش می یابد، نمرات اختلال در سلامت روان و افسردگی بالا می رود و هر چه نمرات به سمت جهت گیری مذهب درونی تمایل می یابد، نمرات اختلال در سلامت روان و افسردگی کاهش می یابد. همچنین بین سلامت روان، افسردگی و جهت گیری مذهبی سالمندان مقیم و غیر مقیم جامعه تفاوت معنادار وجود دارد. بدین معنا که افراد سالمند مقیم مراکز از جهت گیری مذهبی بیرونی تر برخوردار و اختلال در سلامت روانی و میزان افسردگی بالاتری را نسبت به گروه سالمندان مقیم جامعه دارند.

نتیجه گیری: باور مذهب بیرونی با اختلال در سلامت روان و افسردگی و باور مذهب درونی با سلامت روان رابطه دارند. همچنین اختلال روانی و افسردگی در بین سالمندان مقیم بیشتر از غیرمقیم جامعه است ضمن آنکه سالمندان مقیم دارای نگرش مذهب بیرونی تر هستند. **کلید واژه‌ها:** مذهب درونی / مذهب بیرونی / سلامت روان / افسردگی / سالمند

*حجت الاسلام فاضل بهرامی

مریی و عضو هیات علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

عباس رمضان‌فرانی

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، انسیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان

* E-mail: f_bahrami@uswr.ac.ir



مقدمه

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 آنجا که این پدیده در کلیه جنبه‌های زندگی جوامع بشری، از جمله در طیف گسترده‌ای از ساختارهای سنتی، ارزشها، هنجارها و ایجاد سازمان‌های اجتماعی تحولات قابل ملاحظه‌ای به وجود می‌آورد، لذا مقابله با چالشهای فرا راه این پدیده و استفاده از تدابیر مناسب در جهت ارتقا و وضعیت جسمی، روحی و اجتماعی سالمندان از اهمیت والائی برخوردار بوده و در دستور کار جامعه بین‌المللی قرار گرفته است (۱، ۲).

جمعیت کل جهان در سال ۲۰۰۰ شش میلیارد و پنجاه و پنج میلیون نفر بوده که از این تعداد ۶/۹٪ آن را افراد بالای ۶۵ سال تشکیل میدهند و برآورد می‌شود 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 (۳). همچنین طبق سرشماری عمومی، جمعیت جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۵ حدود ۴/۳۲٪ کل جمعیت ۶۰ میلیون نفری کشور را سالمندان ۶۵ سال به بالا تشکیل می‌دهد (۵) و در سال ۱۳۷۸ جمعیت بالای ۶۵ سال بالغ بر ۲/۶ میلیون نفر گزارش شده است (سیاری ۱۳۷۸ روزنامه اطلاعات). ایران در سال ۲۰۵۰ سالخورده‌گانش به بیش از ۲۶ میلیون نفر و نسبت آن به کل جمعیت به حدود ۲۳٪ خواهد رسید (۶).

مشکلات روانی در دوران سالمندی به فراوانی قابل مشاهده می‌باشد و اثراتی بر وضعیت روانی، عاطفی، رفتاری سالمندان بر جای می‌گذارد. حدود ۱۵ تا ۲۵ درصد افراد مسن مسائل روانی مهمی دارند (۷) ضمن آنکه سالمندی بر دوره بیماریهای جسمانی آنان اثرات بالقوه‌ای دارد (۸). شخص پیر ناگزیر است با سوگ فقدان‌های متعدد (مرگ همسر، دوست، خانواده و همکار و ...) تغییر وضع شغلی و افت توانایی جسمی و تندرستی، مدارا نماید. فقدان در هر زمینه‌ای در دوران پیری سبب می‌شود که شخص انرژی زیادی را صرف سوگواری، فراق ناشی از مرگ و ایجاد تطابق با تغییرات ناشی از فقدان نماید. تنها زندگی کردن استرس عمده‌ای است که حدود ۱۰٪ سالمندان را تحت تاثیر و تغییرات قرار می‌دهد (۹). براساس یافته‌های تحقیقاتی حدود ۱۵٪ از سالمندان دچار اختلال روانی افسردگی هستند (۲). اضطراب نیز مانند افسردگی دامنه بسیار گسترده‌ای دارد. میزان خودکشی در بین سالمندان بیش از سنین دیگر گزارش شده است (۱۰).

با توجه به رشد روزافزون افراد سالمند و شیوع اختلالات روانی به ویژه افسردگی در بین آنان و کمبود شدید متخصصین روان پزشکی سالمندی و خدمات ویژه آنان، لزوم توجه به منابع بیرونی و درونی سالمند برای مقابله با شرایط پیری احساس می‌شود. در بین شیوه‌های مقابله‌ای سالمندان، مذهب احتمالاً نقش مهم و اساسی را می‌تواند ایفا نماید. چرا که مذهب می‌تواند دارای ارزش مثبتی در پر کردن فضای خالی زندگی، حمایت از سالمندان، مواجهه با استرس و ساز و کاری مناسب برای موقعیت و معنی دهی زندگی و مرگ داشته باشد (۱۱، ۱۲). از این رو لازم است چنین پیش فرضی مورد بررسی قرار گرفته تا مشخص شود آیا مذهب به عنوان یک منبع درونی و بیرونی در سلامت روان و میزان افسردگی افراد سالمند دارای نقش هست یا خیر، و چنانچه نتیجه آن مثبت باشد به عنوان یک مولفه مهم لازم است در برنامه حمایتی از سالمندان مورد توجه قرار گیرد، به خصوص آنکه با توجه به نوع مذهب (درونی یا بیرونی) آیا می‌توان نقش مثبت تری را در ارتباط بین مذهب و سلامت روان تعریف نمود. یعنی آیا آن گونه که آلپورت (۱۹۶۶) می‌گوید مذهب درونی (یعنی مذهبی که فرد آنرا از درون طلب کرده، با آن زندگی می‌کند و نیز تمامی زندگی اش را با آن با معنا و با انگیزه می‌سازد) دارای نقش بیشتری در سلامت روانی نسبت به مذهب بیرونی است که فرد آنرا برای راحتی، آسایش، جایگاه، مقام و حمایت اجتماعی می‌خواهد؟

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع مطالعات پس رویدادی و همبستگی است که با روش نمونه‌گیری تصادفی و خوشه‌ای تعداد ۲۳۰ نفر از افراد سالمند در مراکز سالمندی تحت پوشش بهزیستی و مکانهای عمومی (مسجد، پارک) که محل تجمع سالمندان مقیم جامعه است از دو جنس زن و مرد انتخاب و آزمونهای سلامت عمومی GHQ و افسردگی بک "BDI" و آزمون نگرش سنج مذهبی (درونی و بیرونی آلپورت EIR) و آزمون معاینه بالینی مختصر روانی (MMSE) به همراه فرم مشخصات تکمیل و پس از آن داده‌های مربوطه جمع‌آوری و پس از نمره‌گذاری با استفاده از آزمونهای آماری همبستگی پیرسون، t و واریانس ارزیابی مشترک، نتایج مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

اعتبار آزمون نگرش سنج مذهبی آلپورت توسط جان بزرگی (۱۳۷۸) در یک گروه نمونه ۲۳۵ نفری از دانشجویان دانشگاههای استان تهران با اعتبار ۷۳۷٪ براساس آلفای کرو نباخ مورد آزمون قرار گرفته است. در پژوهشی دیگر که مختاری (۱۳۷۹) در یک نمونه ۱۱۲ نفری در دانشگاه تهران انجام داد نیز اعتبار این مقیاس به روش آلفای کرو نباخ محاسبه



۶/۵۲ می‌باشد و از نظر تحصیلات بیشتر آزمودنی‌ها در گروه نمونه زیر دیپلم قرار دارند.

جدول ۲: وضعیت تأهل

وضعیت تأهل	فراوانی	درصد
بی همسر	۸۴	۳۶/۵
با همسر	۱۰۸	۴۷
نامشخص	۳۸	۱۶/۵
کل	۲۳۰	۱۰۰

همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود نزدیک به نیمی از آزمودنی‌ها را سالمندان بی همسر تشکیل می‌دهند که بیش از ۸۰ درصد از آنان مقیم در مراکز سالمندی هستند.

ب- نتایج استنباطی داده‌ها

بررسی رابطه بین جهت گیری مذهبی و سلامت روان سالمندان که با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون انجام گرفت نشان داد، بین جهت گیری مذهبی و سلامت روان سالمندان $P = ۰/۰۰۱$ و $r = ۰/۲۹۱$ رابطه همبستگی مثبت معناداری وجود دارد. بدین معنا که هر چه نمرات جهت گیری مذهبی به جهت مذهب بیرونی (نمره ۱۰۰) افزایش می‌یابد نمرات اختلال در سلامت روان بالا می‌رود و هر چه نمرات به سمت جهت گیری مذهب درونی (نمره ۲۰) تمایل می‌یابد، نمرات اختلال در سلامت روانی کاهش می‌یابد. بنابراین بین مذهب بیرونی با اختلال در سلامت روان و مذهب درونی با سلامت روان رابطه معناداری وجود دارد. همچنین بررسی رابطه بین جهت گیری مذهبی و میزان افسردگی سالمندان نشان داد، بین جهت گیری مذهبی و میزان افسردگی سالمندان با $p = ۰/۰۰۱$ و $r = ۰/۲۷۶$ رابطه معناداری وجود دارد. بدین معنا که با افزایش نمرات به جهت مذهب بیرونی (نمره ۱۰۰) نمرات افسردگی بالا رفته و با کاهش نمرات به جهت مذهب درونی (نمره ۲۰) نمرات افسردگی کاهش می‌یابد. بنابراین بین جهت گیری مذهبی بیرونی با افزایش افسردگی و مذهب درونی با کاهش افسردگی رابطه معناداری وجود دارد. از آنجا که گروه‌های مقیم مراکز بهزیستی و مقیم جامعه در متغیرهای مذهبی، افسردگی و سلامت روان، دارای توزیع نرمال نبودند بنابراین برای بررسی رابطه میان سلامت روان، افسردگی و جهت گیری مذهبی سالمندان مقیم مراکز و مقیم جامعه از آزمون غیرپارامتریک من و یتنی استفاده گردید. نتایج این آزمون نشان داد ۱- میانگین رتبه‌های سلامت روان گروه مقیم مراکز ۱۴۵/۳۸ و گروه مقیم جامعه ۸۹/۰۵ در سطح

گردید که ضریب آلفای معادل ۰/۷۱۲ بدست آمد. ضمناً این آزمون در جمعیت‌های مختلف در ایران مورد استفاده قرار گرفته و اعتبار قابل قبولی را نشان داده است (۱۴، ۱۳).

جمعیت آماری را سالمندان مقیم و غیر مقیم مراکز بهزیستی شهر تهران که دچار اختلالات روانی درمانی شامل: دمانس، آلزایمر و عقب ماندگی ذهنی (MR) نبوده‌اند تشکیل می‌دهند. روش نمونه گیری تصادفی و تصادفی خوشه‌ای بود که از جمعیت مورد مطالعه سالمندی جمعا "چهار گروه انتخاب گردید. آزمودنی‌ها شامل دو گروه کلی سالمندان مقیم مراکز و غیر مقیم می‌شوند. سالمندان مقیم بصورت تصادفی خوشه‌ای از مراکز دولتی و غیردولتی تحت نظارت بهزیستی انتخاب و آزمودنی‌های مقیم جامعه نیز از مساجد و پارکهای شمال، مرکز و جنوب شهر تهران بصورت تصادفی خوشه‌ای انتخاب گردیدند. حجم نمونه حاضر براساس مطالعات قبلی و نوع آزمونهای آماری مورد استفاده در آن ۲۳۰ نفر پیش بینی گردید که چنانچه تعداد آزمودنی‌ها به دلایلی افت کرد از آزمودنیهای جایگزین استفاده گردد. هرچند آفتی در تعداد آزمودنی‌ها بوجود نیامد.

یافته‌ها

الف- نتایج توصیفی داده‌ها:

شاخص‌های توصیفی داده‌های جمع آوری شده گروه‌های نمونه در جدول ۱ و ۲ نشان داده شده است.

جدول ۱: مشخصات گروه‌های نمونه مقیم مراکز و مقیم جامعه

گروه‌های نمونه	زن	مرد	فراوانی	درصد
مقیم مراکز	دولتی	۳۳	۶۶	۳۴/۳
	غیردولتی	۱۸	۱۱	۱۲/۶
مقیم جامعه	پارک	۷	۴۶	۲۳
	مسجد	۴۲	۲۷	۳۰
جمع کل	۱۰۰	۱۳۰	۲۳۰	۱۰۰

همانگونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود ۱۰۸ آزمودنی یعنی ۴۶/۹٪ آزمودنی‌ها را گروه نمونه مقیم مراکز و ۱۲۲ آزمودنی یعنی ۵۳٪ را آزمودنی‌های مقیم جامعه تشکیل می‌دهند. همچنین تعداد ۱۰۰ نفر از آزمودنی‌ها یعنی ۴۳/۵ درصد از گروه‌های نمونه زنان و تعداد ۱۳۰ نفر از آزمودنی‌ها یعنی ۵۶/۵ درصد از گروه‌های نمونه را مردان تشکیل می‌دهند.

میانگین سنی سالمندان که از ۶۵ سال به بالا بوده‌اند ۷۱/۶۱ با واریانس



همخوانی دارد که بحث و تحلیل بیشتر در آن پس از طرح فرضیه دوم ارائه خواهد شد.

سوال دوم: آیا بین جهت گیری مذهبی و میزان افسردگی سالمندان رابطه وجود دارد؟

در رابطه با سوال دوم یافته‌های پژوهش نشان داد، بین جهت گیری مذهبی با افسردگی همبستگی مثبت معناداری وجود دارد. یعنی اینکه هر چه نمرات جهت گیری مذهبی به جهت مذهب بیرونی (نمره ۱۰۰) افزایش می‌یابد، نمرات افسردگی بالا می‌رود، و هر چه نمرات به جهت گیری مذهب درونی (نمره ۲۰) تمایل می‌یابد، نمرات افسردگی کاهش می‌یابد. بنابراین بین جهت گیری مذهب بیرونی با افسردگی رابطه معنادار مثبت و بین جهت گیری مذهب درونی با افسردگی همبستگی منفی وجود دارد. این یافته با بررسی لویک و دلانسی ۱۹۸۷، واتسون و همکاران ۱۹۸۹، پارک و همکاران ۱۹۹۰ و جینا و شائو ۱۹۹۱ هماهنگی نشان می‌دهد.

یافته‌های دو سوال اول با پژوهش‌های انجام شده در رابطه با بررسی میان سلامت روان و نگرش دینی (۲۳، ۲۲، ۲۱، ۲۰، ۱۹) و بررسی میان افسردگی و نگرش دینی (۱۵، ۱۴، ۳) و با بررسی‌های انجام شده در مورد رابطه میان نگرش مذهبی و سلامت روان و افسردگی در سالمندان (۲۹، ۲۸، ۲۷، ۲۶، ۲۵، ۲۴، ۱۲، ۳) هماهنگی دارد.

آپورت (۱۹۶۶) معتقد است که تفاوت قائل شدن بین مذهب درونی و بیرونی به ماکمک می‌کند تا کسانی را که دین برای آنها هدف است را از کسانی که دین برای آنها وسیله است جدا نمائیم. افراد دسته اول به خوب بودن هدف توجه دارند و افراد دسته دوم به خوب بودن وسیله. پژوهش حاضر نشان داد آنان که با دین خود زندگی می‌کنند و دین برای آنها هدف است نسبت به کسانی که دین را وسیله ای برای زندگی کردن و حمایت می‌خواهند از سلامت روان بهتر و میزان افسردگی کمتری برخوردارند. کونینگ، مک کالف و همکاران (۳) در یک بررسی فراتحلیلی که بر روی ۸۵۰ مطالعه انجام شده پیرامون «ارتباط میان باورها و اعمال مذهبی با بهداشت روان و کارکرد اجتماعی» انجام دادند گزارش نمودند مذهب از طریق بالا بردن توانایی در مقابله با استرس ایجاد فضای حمایت اجتماعی، ایجاد امید و خوش بینی در جهت کمک به ایجاد هیجانهای مثبت مثل زندگی کردن بهتر، رضایت از زندگی و شادکامی اثر خود را بر سلامت روان می‌گذارد. پژوهش حاضر در ارتباطی که میان کاهش افسردگی و مذهب درونی بدست آورد احتمال وجود رضایتمندی از زندگی و امید در افراد مذهبی را بیشتر تأیید می‌نماید. از طرف دیگر به نظر می‌رسد کسانی که مذهب را به عنوان ابزار زندگی مورد استفاده قرار

$p=0/001$ معنادار است (جدول شماره ۳). بدین معنا که میزان سلامت روان در گروه مقیم جامعه بطور معناداری بهتر از گروه مقیم مراکز است. ۲- میانگین رتبه افسردگی ۱۴۶/۹۶ برای گروه مقیم مراکز و ۸۷/۶۵ برای گروه غیر مقیم جامعه در سطح $p=0/001$ معنادار است (جدول ۳). بدین معنا که میزان افسردگی در گروه مقیم مراکز بطور معناداری بالاتر از گروه مقیم جامعه است. ۳- میانگین رتبه‌های جهت گیری مذهبی ۱۲۸/۰۲ برای گروه مقیم مراکز و ۱۰۴/۴۲ برای گروه مقیم جامعه در سطح $P=0/007$ معنادار است (جدول شماره ۳). بدین معنا که گروه مقیم مراکز در جهت گیری مذهبی بیرونی بطور معناداری بالاتر از گروه مقیم جامعه است.

جدول شماره ۳: آماره‌های آزمون من ویتنی برای دو گروه مقیم مراکز مقیم جامعه

سلامت روان	افسردگی	جهت گیری مذهبی	من ویتنی U Wilcoxonw
۳۳۶۰/۵۰۰	۳۱۹۰/۵۰۰	۵۲۳۶/۰۰۰	
۱۰۸۶۳/۵۰۰	۱۰۶۹۳/۵۰۰	۱۲۷۳۹/۰۰۰	
-۶/۴۱۱	-۶/۷۵۳	-۲/۷۰۰	Z
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۷	سطح معناداری

بحث

سوال اول: آیا بین جهت گیری مذهبی و سلامت روان سالمندان رابطه وجود دارد؟

بررسی سوال اول پژوهش نشان داد بین جهت گیری مذهبی با سلامت روان رابطه همبستگی مثبت معناداری وجود دارد. یعنی اینکه هر چه نمرات جهت گیری مذهبی به جهت مذهب بیرونی (نمره ۱۰۰) افزایش می‌یابد، نمرات اختلال در سلامت روان بالا می‌رود و هر چه نمرات به سمت جهت گیری مذهب درونی (نمره ۲۰) میل می‌نماید نمرات اختلال در سلامت روان کاهش می‌یابد. بنابراین بین جهت گیری مذهب بیرونی با اختلال در سلامت روان رابطه همبستگی مثبت و بین جهت گیری مذهب درونی با اختلال در سلامت روان رابطه همبستگی منفی وجود دارد.

این یافته پژوهشی با پژوهش کاس و همکاران به نفل از آرین (۱۵) که جهت گیری مذهبی درونی با سلامت روان رابطه مثبت دارد، همخوانی دارد. همچنین این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های مختلف (۱۸، ۱۷، ۱۶)



مذهب درونی بطور جدی تری در آموزش های بهداشت روان ملحوظ شوند.

پیشنهادات پژوهش حاضر را می توان در دو مورد زیر خلاصه نمود: ۱- توصیه می شود جهت انتخاب آموزه های دینی مطابق با نیازهای روانی- اجتماعی سنین سالمندی همکاری بین بخشی حوزه و دانشگاه در این زمینه انجام و کتابچه های آموزشی جهت سالمندان، کارکنان مرتبط با سالمندان و خانواده سالمند طراحی و تدوین گردد. ۲- توصیه می شود مراکز سالمندی برنامه های آموزش دینی مطابق با نیازهای سنین سالمندی را طراحی و اجرا نمایند.

تشکر و قدردانی

از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی؛ دفتر مطالعات اسلامی در بهداشت روان انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان؛ از جناب آقای دکتر یونسی و سرکار خانم دکتر لیلی پناغی، آقای محمد شمس، خانم ها سمیه آذره و طیبه اردوخانی که در انجام این پژوهش به ما یاری رساندند کمال سپاس را داریم.

منابع:

- 1- Pargament Klmaton KI. Religion and prevention in mental health. Harworth press,1992: 105-121.
- ۲- سادوک، بنیامین جیمز؛ سادوک، ویرجینا آلکوت (۱۳۸۲). کاپلان و سادوک خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری / روانپزشکی بالینی ۲۰۰۳، ترجمه حسن رفیعی، فرزین رضایی، تهران: انتشارات ارجمند.
- 3-KoeingH.GMccloughM. and LarsonD.B.(2001). Handbook of religion and health. New York: Oxford university Press. Koenig Karol G.(1998). Handbook of Religion and Mental health. Academic.
- ۴- مرکز آمار ایران: <http://www.sci.org.ir/farsi/default.htm>. اطلاعات آماری گزیده ۱۳۷۵-۱۳۶۳.
- ۵- سیاری، (۱۳۷۸). سخنرانی در همایش یک روزه بهداشت سالمندان در روز سالمند. روزنامه اطلاعات فروردین ماه، شماره ۲۱۵۹۲ ص ۳.
- ۶- زنجانی، حبیب اله (۱۳۷۹). سخنرانی افتتاحیه اولین کنفرانس بین المللی سالمندی در ایران، مجموعه مقالات سالمندی. تهران: گروه بانوان نیکوکار ص ح.
- 7-IngersollB.Silverman, A., Coprative Group Psychotherapy for the Aged.The Gerontologist,1978; 18, 201-206.
- ۸- نوایی نژاد، شکوه (۱۳۷۹). روان شناختی سالمندان و روشهای ارتقای سلامت روانی آنان، مجموعه مقالات سالمندی. تهران: گروه بانوان نیکوکار صفحه ۱۰-۱.
- ۹- کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنیامین جیمز (۱۳۷۹). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری / روانپزشکی بالینی، جلد اول، ترجمه نصرت الله پورافکاری، تبریز: انتشارات شهرآب - آغاز.
- 10- WHO, (2004). Ageing and Health: Epidemiology. www.afro.who.int/ageing and health/ epidemiology.html

می دهند کمتر می توانند از منافع ارزشمند موثر در بهداشت روانی دین بهره مند شوند، زیرا کارکرد اصلی دین را به فراموشی می سپارند. یافته های پژوهش نشان داد که ۱- میزان سلامت روان گروه غیر مقیم بطور معناداری بهتر از گروه مقیم است. ۲- میزان افسردگی گروه مقیم جامعه بطور معناداری پایین تر از گروه مقیم است. ۳- جهت گیری مذهب بیرونی گروه مقیم بطور معناداری بالاتر از گروه مقیم جامعه است بدین معنا که گروه مقیم جامعه از جهت گیری مذهب درونی تری نسبت به گروه مقیم برخوردارند.

از آنجاکه در مرور بررسی های انجام شده در ایران، پژوهشی که سه متغیر مذکور را بطور مجزا و یا با هم در دو گروه سالمندان مقیم و غیر مقیم مراکز مورد مطالعه قرار داده باشد به دست نیامد (بجز یک مورد که در آن مقایسه ای میان میزان احساس تنهایی در دو گروه فوق انجام شده بود (۳۰) که نتیجه آن حکایت گر احساس تنهایی کمتر در گروه مقیم جامعه بود، بنابراین، یافته های پژوهشی فوق می تواند دست آورد مهمی باشد که پژوهش حاضر ضرورت توجه به آن را با اهمیت می نماید، به ویژه آن که: به نظر می رسد مراکز سالمندی و کارکرد آن در فرهنگ ایرانی متفاوت از فرهنگ رایج آن در کشورهای پیشرفته باشد. بنابراین لازم پژوهش و بررسی بیشتر این موضوع بخصوص از جنبه تاثیر آن بر بهداشت روان دوره سالمندی احساس می شود.

نتیجه گیری

پژوهش حاضر نشان می دهد کسانی که در مراکز سالمندی قرار دارند از میزان سلامت روان کمتری برخوردارند و میزان افسردگی بیشتری را تجربه می نمایند و این مسأله ممکن است ناشی از آن باشد که مراکز سالمندی بیشتر مأمونی است برای سالمندانی که حمایت خانوادگی نداشته و انواع آسیب های زندگی را تجربه نموده اند، و این مؤید کارکرد عمومی اینگونه موسسات در جهان است (۲). به هر حال همانطور که در بالا ذکر شد این مسئله نیاز به پژوهش و بررسی بیشتر را طلب می نماید. همچنین یافته های پژوهش حاضر در زمینه ی تفاوت جهت گیری مذهبی گروه مقیم مراکز سالمندی و مقیم جامعه ضرورت پژوهش بیشتر در این زمینه را یادآوری می کند.

نتایج پژوهش حاضر را می توان شامل موارد زیر دانست: ۱- لازم است جنبه های مذهبی در آموزش های سلامت روان سالمندان به ویژه در مراکز سالمندی مورد تاکید قرار گیرد. ۲- از آنجاکه مذهب درونی نقش مثبت و موثری را در سلامت روان و کاهش میزان افسردگی ایفا می نماید، بنابراین لازم است در کاربرد حمایت معنوی برای سالمندان آموزه های



۲۵- ابوالقاسمی، عباس؛ حجاران، محمود (۱۳۷۵). بررسی نگرش سالمندان به پدیده مرگ و راهبردهای مقابله با استرس در آنان. ساری: سمینار سراسری روان پزشکی سالمندان.

26- Alport G.W. Religious Context of Prejudice. Journal for the scientific study of religion 1966;26:447-457.

۲۷- ابوالقاسمی، عباس؛ حجاران، محمود (۱۳۷۷). نقش گرایش‌های مذهبی در اتخاذ شیوه‌های مقابله با استرس در سالمندان تهرانی، مجموعه مقالات اولین همایش نقش دین در بهداشت روان آذر ۱۳۷۶. قم: دفتر نشر نوید اسلام ص ۱۰-۱

۲۸- حقیقت، مریم، میرکیایی، اشرف و یعقوبی طاهره (۱۳۷۹). بررسی مقایسه‌ای میزان تنهایی در سالمندان همراه با خانواده و سالمندان ساکن در سراهای سالمندان شهر تهران: مجموعه مقالات سالمندی (جلد سوم) صفحه ۱۱، تهران: ناشر: گروه بانوان نیکوکار.

جهت گیری مذهبی و سلامت روان سالمندان با ۰/۰۰۱ =

29-Courtenay B C Poon IW and et al Religion and adaptation in the oldest old. International Journal of aging and human Development 1992; 39(1):67-56.

30- Fry . A factor analytic investigation of home bound elderly individuals concerns about death and dying and their Coping responses. Journal of clinical Psychology 1990; 16: 737-48.

31-Klerman GL Weissman MM. Increasing rates of depression. Journal of medical Association 1989; 261: 2229- 2234. Press.-29

32-WHO (2004). Ageing and Health :overview. www.afro. Who. Int/ ageing and health.

33-WHO (2001). Men Ageing and Health :Achieving health across the life span 16.

۱۱- بوالهروی، جعفر؛ نوری قاسم آبادی، ربابه؛ رمضانی فرانی، عباس (۱۳۷۸). آیات قرآنی در زمینه بهداشت روانی. تهران: انستیتو روان پزشکی تهران، مرکز همکاریهای مشترک سازمان جهانی بهداشت در بهداشت روان.

۱۲- ابراهیمی، امراله؛ نصیری، حمید (۱۳۷۶). بررسی رابطه میزان افسردگی سالمندان مقیم خانه سالمندان با نگرش و عملکردهای دینی آنها، اصفهان: گزارش پژوهشی مرکز تحقیقات علوم رفتاری در قلمرو اسلام معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ۱۳- سراجی، پروین سادات (۱۳۸۱). بررسی رابطه اعتقادات مذهبی جهت گیری درونی - برونی با سلامت روان، پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی در روان شناسی بالینی، رودهن: دانشگاه آزاد اسلامی.

۱۴- شریفی، طیبه (۱۳۸۱). بررسی رابطه نگرش دینی با سلامت عمومی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و شکیبایی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز. پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه روانشناسی.

۱۵- آرین، سیده خدیجه (۱۳۷۸). بررسی رابطه بین دینداری و روان درستی ایرانیان مقیم کانادا، پایان نامه دکتری روان شناسی عمومی، تهران: دانشگاه علامه طباطبایی.

۱۶- رمضانی، ولی.ا. (۱۳۷۵). بررسی ارتباط جهت گیری دینی درونی و برونی با سلامت روان مردان و زنان تا ۵۵ ساله زرتشتی، مسیحی و مسلمان در شهر تهران: پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد رشته مشاوره و راهنمایی. دانشگاه تربیت معلم، دانشکده علوم تربیتی - گروه مشاوره.

۱۷- شهبازی، آناهیتا (۱۳۷۶). بررسی جهت گیری مذهبی (درونی - بیرونی) با سلامت روان. پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی روانشناسی بالینی. دانشگاه آزاد اسلامی - واحد رودهن.

۱۸- قدس، صهبا (۱۳۷۷). بررسی تأثیر میزان دعا در کاهش اضطراب در دانشجویان دانشگاه‌های شهر تهران. پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی مرکز.

۱۹- ملاشریفی، شیدا (۱۳۷۹). بررسی میزان اعتماد به نفس، سطح تحصیلی، رشد تحصیلی و محل سکونت در دو گروه دانشجویان دارای جهت گیری مذهب درونی و برونی. پایان نامه کارشناس کودکان استثنایی دانشگاه علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید بهشتی.

20- Koenig, Karold G. and Cohen, Harvey J., (2002). The Link between Religion and Health: Psychoneuroimmunology and the Faith Factor. Oxford University Press

۲۱- صادق زاده، حمیرا (۱۳۶۹). مذهب و ایجاد اختلالات روانی، پایان نامه کارشناسی روانشناسی مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی رودهن.

۲۲- بهرامی مشعوف، عباس (۱۳۷۳). بررسی رابطه بین میزان عبادت و سلامت روان در دانشجویان پسر مرکز تربیت معلم همدان. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم تربیتی دانشگاه تربیت معلم.

۲۳- طهماسبی پور، نجف؛ کمانگری، مرتضی (۱۳۷۵). بررسی نگرش مذهبی با میزان اضطراب، افسردگی و سلامت روانی گروهی از بیماران بیمارستانهای شهدای هفتم تیر و مجتمع حضرت رسول اکرم (ص)، رساله دوره دکتری پزشکی)، تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

۲۴- پورحسینی؛ مژگان (۱۳۸۰). مقایسه میزان اعتقاد به معاد در بین بیماران مبتلا به اختلال افسرده خوبی چکیده مقالات اولین همایش بین المللی نقش دین در بهداشت روان فروردین ۱۳۸۰. معاونت پژوهشی دانشگاه بین المللی علوم پزشکی ایران ص ۳۶-۳۵.