

بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان در سالمندان

محمدرضا میری^۱

حمید صالحی‌نیا^۲

امیر طیوری^۳

مریم بهلگردی^۴

علی اکبر تقی‌زاده^۵

چکیده

مقدمه: با توجه به طولانی‌شدن عمر و افزایش جمعیت سالمندان، رسیدگی به سلامت روانی سالمندان، اهمیت خاصی یافته است و لزوم بررسی نقش مذهب، به عنوان یک عامل درونی و بیرونی در سلامت روانی جمعیت حساس و رو به رشد سالمندان، احساس می‌شود، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان در سالمندان، انجام شد.

روش: این مطالعه مقطعی بر روی ۳۸۹ نفر از سالمندان شهرستان بیرجند در سال ۱۳۹۳ انجام شد. افراد با استفاده از روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای وارد مطالعه شدند و داده‌ها با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی^۱ و پرسشنامه جهت‌گیری مذهبی آلپورت،

۱. دانشیار آموزش بهداشت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

۲. اپیدمیولوژیست، مرکز تحقیقات جراحی‌های کم‌تهاجمی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)
Email: a-tiyuri@razi.tums.ac.ir

۴. کارشناس بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

۵. کارشناس بهداشت محیط، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

به همراه سؤالات زمینه‌ای جمع‌آوری گردید. داده‌ها پس از ورود به نرم‌افزار SPSS 18 با استفاده از آزمون‌های من ویتنی و ضریب همبستگی اسپیرمن، در سطح معنی‌داری $\alpha=0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سنی افراد مورد مطالعه $63/65 \pm 3/74$ سال بود و بر اساس نتایج مطالعه، نمره جهت‌گیری مذهبی در افراد فاقد اختلال روانی به طور معنی‌داری بیشتر بود و بین جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی ($r=-0/589$) و زیرمقیاس‌های آن شامل علائم جسمی ($r=-0/605$)، اضطراب ($r=-0/587$)، کارکرد اجتماعی ($r=-0/484$) و افسردگی ($r=-0/642$) ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($p<0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج نشان‌دهنده ارتباط معنی‌دار بین جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان در سالمندان می‌باشد و با افزایش جهت‌گیری مذهبی و درونی‌تر شدن آن، سلامت روانی سالمندان بهبود می‌یابد. با توجه به روند سالمندی جمعیت در ایران و اهمیت سلامت روانی سالمندان، توجه بیشتر به نقش دین و جهت‌گیری مذهبی در برنامه‌ریزی مداخلات برای جمعیت رو به سالمندی، ضروری به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی

جهت‌گیری مذهبی، سلامت روان، سالمندان

مقدمه

سالمندی یکی از مراحل حساس زندگی و مهم‌ترین پدیده مردم‌شناختی اواخر قرن بیستم و شروع قرن بیست و یکم می‌باشد که رسیدگی به مسائل جسمانی و روانی آن اهمیت خاصی یافته است. (اسدی نوقابی و همکاران، ۱۳۹۱ ش؛ خاویر و همکاران، ۲۰۰۳ م.) گسترش مراقبت‌های بهداشتی اولیه، بهبود شرایط اقتصادی و اجتماعی، بهبود روش‌های کنترل جمعیت و پیدایش فناوری‌های جدید سلامت، موجب افزایش جمعیت افراد ۶۰ سال به بالا شده است که این افراد طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سالمند نامیده می‌شوند. (معصومی و همکاران، ۱۳۹۱ ش؛ ترسمته و همکاران، ۲۰۱۳ م.) در اوایل قرن بیستم، امید به زندگی در بدو تولد در جهان، ۴۸ سال بود و فقط ۴٪ از مردم، بالای ۶۰ سال داشتند و بعد از سال ۱۹۵۵ این رقم به ۶۵ سال افزایش یافت و بر اساس برآورد و اعلام سازمان جهانی بهداشت، پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۰۲۰ امید به زندگی به ۷۷ سال برسد و جمعیت بالای ۶۵ سال، ۲۰٪ از جمعیت جهان را دربر گیرد. (شاکری‌نیا، ۱۳۹۱ ش؛ آهنگری و همکاران، ۱۳۸۶ ش.) امروزه دوسوم کل سالمندان، در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند و ایران نیز با پشت سر گذاشتن تغییر ساختار جمعیتی، طبق سرشماری سال ۱۳۸۵ با داشتن بیش از ۷٪ سالمند بالای ۶۰ سال، به کشوری رو به سالخوردگی تبدیل گشته است. (اسماعیلی و همکاران، ۱۳۹۱ ش؛ مؤمنی و همکاران، ۱۳۸۹ ش.) به موازات افزایش جمعیت سالمندان، پرداختن به مشکلات و متغیرهای مرتبط و مؤثر بر سلامت جسمانی و روانی آن‌ها، از جمله دین و جهت‌گیری مذهبی، اهمیت ویژه پیدا کرده است، چراکه مشکلات مهم روانی، همچون افسردگی، اضطراب و زوال عقل، در این سنین شایع می‌باشد. (قادری، ۱۳۸۹ ش؛ وینینگهام و همکاران، ۲۰۰۷ م.) از طرفی با توجه به ابتدای ۱۵ تا ۲۰

درصدی افراد مسن به مسائل روانی جدی و دگرگونی ساختارهای اجتماعی در دهه‌های اخیر، تغییر نظام خانواده سنتی از شکل گسترده که مقید به حفظ و نگهداری سالمندان در درون خانواده بود، به نظام خانواده‌های هسته‌ای که سعی در کوچک‌نمودن واحد خانواده دارد و جدا زندگی کردن والدین از فرزندان، لزوم توجه به روش‌های مختلف برای مقابله با مسائل روانی سالمندی احساس می‌شود که در این بین، دین و مذهب می‌تواند نقش مهم و اساسی را ایفا نماید. (علی‌اکبری و همکاران، ۱۳۹۰ ش؛ ماسوله و همکاران، ۱۳۸۹ ش). نقش مذهب در رابطه با سلامت، از قرون بسیار دور شناخته شده است و با وجود نگاه بدبینانه برخی روانشناسان مانند فروید، ایس و واترز نسبت به مذهب، از همان ابتدای شکل‌گیری علم روانشناسی کاربردی، بر اساس نتایج تحقیقات افرادی همچون جیمز، یونگ، آلپورت و مازلو، در زمینه رابطه مذهب و سلامت روان، اغلب بیانگر رابطه مثبت بین این دو متغیر بوده است. (قادری، ۱۳۸۹ ش؛ صولتی و همکاران، ۱۳۹۰ ش). از دهه ۹۰ به دنبال ناکامی نسبی متخصصین حرفه‌های بهداشت روانی در درمان بیماران با استفاده از فنون و شیوه‌های مرسوم و بر اساس نتایج تحقیقات مختلفی که بیانگر تأثیر مثبت مذهب بر سلامت روان بود، تمایل به عامل مذهب در درمان بیماری‌های روانی، بیشتر گردید. بررسی‌ها نشان داده که در انسان‌های پایبند و مذهبی، خودکشی کم‌تر اتفاق افتاده است و حتی بیماری‌های غیر واگیر، مانند بیماری‌های قلبی و عروقی، سرطان و فشار خون نیز در این افراد کم‌تر بوده است. (جان‌بزرگی، ۱۳۸۶ ش؛ آرکوری و همکاران، ۲۰۰۷ م). بر اساس نظریه آلپورت (۱۹۶۳ م) منظور از جهت‌گیری مذهبی، گرایش به انجام اعمال و تفکرات مذهبی است که دارای دو بعد جهت‌گیری درونی و بیرونی می‌باشد، در حالی که جهت‌گیری مذهبی درونی، فراگیر و دارای اصول سازمان‌یافته و درونی شده است، جهت‌گیری

بیرونی، امری خارجی و ابزاری است که برای ارضای نیازهای فردی از قبیل مقام و امنیت، مورد استفاده قرار می‌گیرد. (ملکی و همکاران، ۱۳۹۳ ش؛ موسی‌رضایی و همکاران، ۱۳۹۲ ش). نتایج فراتحلیلی که در زمینه مطالعات مذهبی و سلامت روانی انجام شد، نشان داد که در ۴۷٪ مطالعات، رابطه‌ای مثبت و در ۲۳٪ رابطه‌ای منفی بین مذهب و سلامت روانی وجود داشت و در ۳۰٪ آن‌ها رابطه معنی‌داری دیده نشد. (جان‌بزرگی، ۱۳۸۶ ش). نتایج مطالعه فرانسویس و همکاران (۲۰۰۴ م). نشان داد، جهت‌گیری مثبت به مسیحیت با افزایش نمرات پرسشنامه سلامت عمومی همراه بود، همچنین مطالعات مالتبی و همکاران (۱۹۹۹ م). نیز ارتباط معنی‌دار مثبتی بین سلامت روان و مذهب نشان داد، همین‌طور طبق نتایج مطالعه فارلند، (۲۰۱۰ م). سالمندانی که به مراسم مذهبی مقید بودند، سلامت روانی بهتری داشتند. برخلاف نتایج این مطالعات، الیس (۱۹۸۰ م). معتقد است که تدین با تفکر غیر عقلانی و اختلالات عاطفی همراه است، کونور و همکاران (۲۰۰۳ م). نیز در مطالعه خود روی دانشجویان اظهار کردند که نمی‌توان شواهدی یافت که نشان‌دهنده اثر مثبت مذهب بر سلامت روانی باشد. در ایران نیز مطالعات جان‌بزرگی، (۱۳۸۶ ش). قادری (۱۳۸۹ ش). و بیانی و همکاران (۱۳۸۷ ش). نشان از تأثیر مثبت جهت‌گیری مذهبی بر سلامت روان داشته است.

با توجه به نتایج ضد و نقیض فوق و لزوم بررسی نقش مذهب، به عنوان یک عامل درونی و بیرونی در سلامت روانی جمعیت حساس و رو به رشد سالمندان و وجود مطالعات اندک در این رابطه روی این جمعیت، این مطالعه با هدف تعیین رابطه جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان در سالمندان، انجام شد.

روش

این مطالعه به صورت مقطعی (توصیفی - همبستگی) در سال ۱۳۹۳ در شهرستان بیرجند، روی ۳۸۹ نفر از سالمندان (افراد بالای ۶۰ سال) صورت گرفت. برای محاسبه حجم نمونه از فرمول برآورد میانگین و نتایج مطالعه بیری و همکاران (۱۳۹۳ ش.) استفاده گردید. انتخاب افراد برای نمونه به صورت نمونه‌گیری چندمرحله‌ای بود، بدین صورت که از مناطق شمال و جنوب شهر، ۱۰ خیابان به صورت تصادفی، از نقشه مناطق انتخاب شد. در داخل این خیابان‌ها تعدادی کوچه به تصادف انتخاب و افراد سالمند در داخل هر کوچه به صورت خانه به خانه شناسایی و برای تکمیل پرسشنامه با آن‌ها مصاحبه شد. قابل ذکر است کسانی که به گفته افراد خانواده و نزدیکان، بیماری سایکوتیک و یا روانی تأیید شده داشتند و کسانی که در یک ماه اخیر، اتفاق ناگواری مانند مرگ نزدیکان یا آشنایان برایشان اتفاق افتاده بود، از مطالعه خارج شدند.

جمع‌آوری داده‌ها توسط دو پرسش‌گر آموزش‌دیده صورت گرفت. روش کار بدین صورت بود که پرسش‌گر با مراجعه به محل سکونت افراد، با دادن توضیحاتی پیرامون تحقیق به آزمودنی، با آگاهی کامل و رضایت آگاهانه وی، نسبت به تکمیل پرسشنامه اقدام می‌کرد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه سلامت عمومی و جهت‌گیری مذهبی به همراه سؤالات زمینه‌ای استفاده گردید.

پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی^۲ توسط گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹ م.) به منظور کشف و شناسایی اختلالات روانی و ارزیابی سلامت روانی طراحی شده است که شامل چهار قسمت فرعی: علائم جسمانی، وضعیت اضطراب، وضعیت کارکرد اجتماعی و افسردگی می‌باشد که هر قسمت حاوی ۷ سؤال چهار گزینه‌ای بوده و به عنوان یک ابزار برای غربالگری معرفی شده است. به هر سؤال بر مبنای

مقیاس چهارگزینه‌ای، عددی بین صفر تا سه داده می‌شود و در مجموع کل نمره هر فرد، بین صفر تا ۸۴ متغیر می‌باشد. بر اساس مطالعات قبلی، جهت تعیین وضعیت افرادی که دارای مشکل و اختلالات روانی می‌باشند، از نقطه برش ۲۳ استفاده شد، لذا افرادی که نمره سلامت روانی آن‌ها ۲۳ و کم‌تر بود، از نظر سلامت روانی سالم و افرادی که نمره آن‌ها ۲۴ و بالاتر بود، دارای اختلال روانی، در نظر گرفته شدند. در ایران روایی و پایایی این پرسشنامه، در مطالعات متعدد با آلفای کرونباخ بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۱ تأیید شده است. (صولتی و همکاران، ۱۳۹۰ ش؛ مؤمنی و همکاران، ۱۳۸۹ ش).

پرسشنامه جهت‌گیری مذهبی آلپورت و راس (۱۹۶۷ م.) شامل ۲۱ جمله است و از شرکت‌کنندگان می‌خواهد، با کمال صداقت، احساس و نگرش خود را نسبت به هریک از عبارات با انتخاب یک گزینه مشخص کنند. در این مقیاس عبارات ۱ تا ۱۲ جهت‌گیری مذهبی بیرونی و عبارات ۱۳ تا ۲۱ جهت‌گیری مذهبی درونی را می‌سنجند که دارای چهار گزینه کاملاً مخالفم، تقریباً مخالفم، تقریباً موافقم و کاملاً موافقم هستند و نمره‌گذاری برای جهت‌گیری بیرونی به صورت کاملاً مخالفم ۵، تقریباً مخالفم ۴، تقریباً موافقم ۲، کاملاً موافقم ۱ و برای جهت‌گیری درونی به صورت کاملاً موافقم ۵، تقریباً موافقم ۴، تقریباً مخالفم ۲ و کاملاً مخالفم ۱ انجام می‌شود. این پرسشنامه نیز توسط جان‌بزرگی در ایران ترجمه و هنجاریابی شده است و در مطالعات متعدد بکار رفته است و همسانی درونی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۱ و پایایی باز آزمایی ۰/۷۴ تأیید شده است. (قادری، ۱۳۸۹ ش؛ جان‌بزرگی، ۱۳۸۶ ش).

در این مطالعه نیز، برای پرسشنامه‌های سلامت عمومی و جهت‌گیری مذهبی، آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۸ به دست آمد.

در پایان داده‌ها پس از جمع‌آوری در نرم‌افزار SPSS 18 وارد و ضمن ارائه آمار توصیفی، پس از آزمون کولموگروف اسمیرنوف و مشاهده نرمال‌بودن توزیع متغیرهای کمی، به وسیله آزمون‌های ناپارامتری من ویتنی و ضریب همبستگی اسپیرمن در سطح معنی‌داری $\alpha = 0/05$ تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها

از بین ۳۸۹ نفری که مورد مطالعه قرار گرفتند، ۲۳۰ نفر (۵۹/۱ درصد) مرد و ۱۵۹ نفر (۴۰/۹ درصد) زن بودند. میانگین سنی افراد مورد مطالعه $63/65 \pm 3/74$ با دامنه ۶۰ تا ۸۵ سال بود و از نظر وضعیت تأهل ۱ نفر (۰/۳ درصد) مجرد، ۳۱۴ نفر (۸۰/۷ درصد) متأهل، ۵۴ نفر (۱۳/۹ درصد) همسر فوت‌شده و ۲۰ نفر (۵/۱ درصد) طلاق‌گرفته از همسر بودند. از نظر سطح تحصیلات، بیش از ۵۰٪ افراد مورد مطالعه، بی‌سواد یا دارای تحصیلات ابتدایی بودند.

میانگین (و انحراف معیار) برای نمره کل سلامت روان $29/3 \pm 17/3$ ، زیرمقیاس اول (علائم جسمانی) $8/2 \pm 5/1$ ، زیرمقیاس دوم (اضطراب) $7/1 \pm 4/7$ ، زیرمقیاس سوم (کارکرد اجتماعی) $9/6 \pm 4/2$ ، زیرمقیاس چهارم (افسردگی) $4/4 \pm 4$ ، جهت‌گیری مذهبی کلی $69/1 \pm 9/9$ ، جهت‌گیری مذهبی درونی $30/3 \pm 6/8$ و جهت‌گیری مذهبی بیرونی $38/8 \pm 5/7$ در سالمندان به دست آمد. ۵۱/۲ درصد از سالمندان دچار اختلال روانی و مشکوک به بیماری بودند و ۴۲/۸ درصد از سالمندان فاقد اختلال روانی بودند که آزمون من ویتنی نشان داد، نمره جهت‌گیری مذهبی کلی و نمره جهت‌گیری مذهبی درونی در سالمندان فاقد اختلال روانی به طور معنی‌داری از سالمندان دارای اختلال روانی، بیشتر بود ($p < 0/001$) (جدول ۱).

جهت بررسی رابطه بین سلامت روانی و جهت‌گیری مذهبی، نتایج ضریب همبستگی اسپیرمن نشان داد، بین نمره کل سلامت روانی و نمره کل جهت‌گیری مذهبی سالمندان، ارتباط معنی‌دار و معکوسی وجود داشت ($r = -0/589$ ، $p < 0/001$) و با کاهش و بیرونی‌تر شدن جهت‌گیری مذهبی، نمره سلامت روانی افزایش می‌یافت و با توجه به این‌که در آزمون سلامت عمومی، افزایش نمره در جهت کاهش سلامت روانی است، هرچه جهت‌گیری مذهبی کم‌تر و بیرونی‌تر می‌شد، سلامت روانی هم کم‌تر می‌گردید. در زیرمقیاس علائم جسمی نیز که بیانگر احساس فرد نسبت به وضع سلامت خود، خستگی و نشانه‌های بدنی است، هرچه جهت‌گیری مذهبی، به ویژه جهت‌گیری مذهبی درونی افزایش می‌یافت، نمره علائم جسمی کاهش پیدا می‌کرد ($r = -0/605$ ، $p < 0/001$). در زیرمقیاس دوم که با اضطراب و بی‌خوابی مرتبط است، رابطه معنی‌دار و معکوسی با جهت‌گیری مذهبی دیده شد ($r = -0/587$ ، $p < 0/001$) که همبستگی آن با جهت‌گیری مذهبی درونی بیشتر بود. همچنین در زیرمقیاس سوم که نشان‌دهنده کارکرد اجتماعی و گستره توانایی افراد در مقابل مسائل روزمره زندگی است، با افزایش و درونی‌تر شدن جهت‌گیری مذهبی، کارکرد اجتماعی بهبود می‌یافت ($r = -0/484$ ، $p < 0/001$). در زیرمقیاس چهارم که دربرگیرنده مواردی است که با افسردگی وخیم، خصوصاً گرایش به خودکشی در ارتباط است، قوی‌ترین همبستگی با جهت‌گیری مذهبی وجود داشت ($r = -0/642$ ، $p < 0/001$) و هرچه جهت‌گیری مذهبی کم‌تر و بیرونی‌تر می‌شد، افسردگی و گرایش فرد به خودکشی، بیشتر می‌گردید (جدول ۲).

بحث

با ارتقای استانداردهای بهداشتی و سلامتی، تعداد زیادی از افراد جامعه، دوره سالمندی را تجربه می‌کنند و مشکلات مربوط به سلامت روانی سالمندان، در حال افزایش است، (شاکری‌نیا، ۱۳۹۱ ش؛ فارلند، ۲۰۱۰ م.) لذا مطالعه حاضر، رابطه جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان در سالمندان را مورد بررسی قرار داد. یافته‌های این مطالعه نشان داد، سالمندان دارای اختلال روانی، جهت‌گیری مذهبی کم‌تری دارند. همچنین بین جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی ارتباط معنی‌داری وجود دارد، به طوری که هرچه جهت‌گیری مذهبی بیشتر یا درونی‌تر می‌شود، سلامت روانی بهبود می‌یابد و بالعکس. این یافته‌ها با نتایج مطالعات جان‌بزرگی، (۱۳۸۶ ش.) صولتی و همکاران، (۱۳۹۰ ش.) فارلند (۲۰۱۰ م.) و دزوتر و همکاران (۲۰۰۶ م.) همخوانی دارد و با نتایج مطالعات اوکونور و همکاران (۲۰۰۳ م.) و ویلانت و همکاران (۲۰۰۸ م.) همسو نیست که این تفاوت را شاید بتوان ناشی از عدم توجه به ابعاد جهت‌گیری مذهبی، متفاوت بودن و ماهیت غیر مذهبی دانشجویان مورد مطالعه، در این مطالعات توجیه نمود.

در بررسی رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و ابعاد سلامت روانی نیز ارتباط معنی‌داری مشاهده گردید که بیشترین همبستگی بین جهت‌گیری مذهبی با مقیاس افسردگی و خودکشی وجود داشت که با نتایج مطالعه جان‌بزرگی (۱۳۸۶ ش.) مطابقت داشت. این بدین معنی است که هرچه جهت‌گیری مذهبی کم‌تر یا بیرونی‌تر می‌شود، افسردگی افزایش یافته و تمایل فرد به خودکشی افزایش می‌یابد. نتایج مطالعات دیگر در این راستا، مانند مطالعات فارلند، (۲۰۱۰ م.) موسی‌رضایی و همکاران (۱۳۹۲ ش.) و رستمی و همکاران (۱۳۹۳ ش.) نیز نشان داد که افراد مذهبی افسردگی کم‌تری دارند و کم‌تر خودکشی می‌کنند. در توجیه این مورد

می‌توان گفت، افراد با تمایلات مذهبی درونی و اعتقاد به مبدأ و مقصد متعالی، به زندگی امید داشته، به خداوند اتکا و اعتماد دارند، احتمال رخداد خوشایند را بیشتر می‌دانند و هنگام رخداد ناخوشایند به خدا توکل می‌کنند.

مقیاس بعدی که همبستگی نسبتاً بالایی با جهت‌گیری مذهبی داشت، مقیاس علائم جسمی بود، بدین ترتیب که با افزایش جهت‌گیری مذهبی و درونی‌تر شدن آن، اختلالات جسمی و خستگی به طور معنی‌داری کاهش می‌یافت. نتایج مطالعات آلوس و همکاران (۲۰۱۰ م.) و آرکوری و همکاران (۲۰۰۷ م.) نیز تأثیر مثبت مذهب روی بیماری‌های جسمی را تأیید کرده‌اند، ولی اوکونور و همکاران (۲۰۰۳ م.) در مطالعه‌ای روی دانشجویان این مسأله را رد کردند که می‌تواند به ماهیت غیر مذهبی دانشجویان مورد مطالعه آن‌ها مربوط باشد. می‌توان گفت باورهای مذهبی منجر به عواطف و احساسات مثبتی در فرد می‌شوند که با تقویت سیستم ایمنی بدن سلامت جسمی را بهبود می‌دهند. (علی‌اکبری و همکاران، ۱۳۹۰ ش.)

مقیاس سوم که بیانگر کارکرد اجتماعی و توانایی فرد در برخورد با مسائل روزمره است نیز همبستگی معنی‌داری با جهت‌گیری مذهبی داشت و افراد با جهت‌گیری مذهبی بیشتر و درونی‌تر، کارکرد اجتماعی بهتری داشتند که با نتایج مطالعات جان‌بزرگی (۱۳۸۶ ش.) و آلوس و همکاران (۲۰۱۰ م.) همخوانی داشت. می‌توان گفت، ایمان، توکل و ارزش‌های درونی، از طریق بالابردن توانایی مقابله با مشکلات و افزایش کارآمدی، کارکرد اجتماعی را افزایش می‌دهند و باعث می‌شوند فرد، در برخورد با مسائل روزمره در اجتماع، توانمندتر باشد.

مقیاس دیگر که به اضطراب و بی‌خوابی مربوط است هم با افزایش و درونی‌تر شدن جهت‌گیری مذهبی، کاهش معنی‌داری می‌یافت، یعنی مذهب درونی‌شده می‌تواند باعث کاهش اضطراب و بی‌خوابی شود که با نتایج مطالعات بیانی و همکاران

(۱۳۸۷ ش.) و علی اکبری و همکاران (۱۳۹۰ ش.) مطابقت داشت، آن‌ها عنوان کرده بودند، ارزش‌های مذهبی درونی، به عنوان مکانیزم تسکین‌دهنده سلامت روانی عمل می‌کنند و زمینه‌های بروز اضطراب و بی‌خوابی را از بین می‌برند.

در پژوهش حاضر مشخص شده است، کسانی که جهت‌گیری مذهبی آن‌ها درونی‌تر است، از سلامت روانی بیشتری برخوردارند. چنانچه شرایطی فراهم شود که فرد بتواند، مذهب را در چارچوب و ساختار شناختی و عاطفی خود درونی کند و از سطح باور به سطح ایمان مذهبی انتقال دهد، چنین مذهبی می‌تواند انسجام فرد را تضمین کرده و چنان توانی را در فرد ایجاد کند که زمینه‌های بروز اختلالات روانی را از بین برده و فرد را به سوی کمال و رشد و در نتیجه سلامت روان هدایت کند.

از مهم‌ترین محدودیت این مطالعه، می‌توان به احتمال سوگیری انتخاب به دلیل عدم همکاری برخی سالمندان اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود مطالعاتی روی سالمندان نقاط دیگر کشور انجام شود و دیگر جنبه‌های بهداشت روان که در پرسشنامه سلامت عمومی وجود ندارد (مانند استرس، پرخاشگری و...) را نیز در برگیرد.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج این مطالعه بین جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان در سالمندان، ارتباط معنی‌داری وجود داشت و با افزایش جهت‌گیری مذهبی و درونی‌تر شدن آن سلامت روانی سالمندان بهبود می‌یافت. با توجه به روند سالمندی جمعیت در ایران و اهمیت سلامت روانی سالمندان، توجه بیشتر سیاست‌گذاران، درمانگران و مشاوران روانی به نقش جهت‌گیری مذهبی، تقویت و درونی‌کردن آن در برنامه‌ریزی و انجام مداخلات برای جمعیت رو به سالمندی، ضروری به نظر می‌رسد.

سیاسگزاری

بر خود لازم می‌دانیم مراتب تقدیر و تشکر خود را از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، سالمندان شرکت‌کننده در مطالعه و تمامی عزیزانی که ما را در اجرای این مطالعه یاری نمودند، اعلام نماییم.

جدول ۱: مقایسه میانگین نمره جهت گیری مذهبی بر حسب وضعیت سلامت روانی در سالمندان مورد مطالعه

وضعیت سلامت روانی	جهت گیری مذهبی کلی	جهت گیری مذهبی درونی	جهت گیری مذهبی بیرونی
	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار
دارای اختلال روانی	۶۵/۱۷±۸/۴	۲۶/۸±۵/۷	۳۸/۴±۵
فاقد اختلال روانی	۷۳/۱۲±۹/۷	۳۳/۹۲±۵/۹	۳۹/۲±۶/۳
سطح معنی داری	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱	P=۰/۷

جدول ۲: همبستگی بین ابعاد جهت گیری مذهبی و سلامت روانی در سالمندان مورد مطالعه

متغیر	جهت گیری مذهبی کل		جهت گیری مذهبی درونی		جهت گیری مذهبی بیرونی	
	ضریب همبستگی	سطح معنی داری	ضریب همبستگی	سطح معنی داری	ضریب همبستگی	سطح معنی داری
سلامت روانی	-۰/۵۸۹	p<۰/۰۰۱	-۰/۵۹۲	p<۰/۰۰۱	-۰/۲۰۴	p<۰/۰۰۱
علائم جسمی	-۰/۶۰۵	p<۰/۰۰۱	-۰/۵۸۶	p<۰/۰۰۱	-۰/۱۷۷	p<۰/۰۰۱
اضطراب	-۰/۵۸۷	p<۰/۰۰۱	-۰/۶۱۹	p<۰/۰۰۱	-۰/۲۱۷	p<۰/۰۰۱
کارکرد اجتماعی	-۰/۴۸۴	p<۰/۰۰۱	-۰/۵۰۱	p<۰/۰۰۱	-۰/۲۱۵	p<۰/۰۰۱
افسردگی	-۰/۶۴۲	p<۰/۰۰۱	-۰/۵۸۷	p<۰/۰۰۱	-۰/۲۷۰	p<۰/۰۰۱

پی‌نوشت‌ها

1. GHQ-28
2. General Health Question 28

فهرست منابع

- Ahangari, M. Kamali, M. Arjmand Hesabi, M. (2007). Quality of elderly's life in Tehran senile culture house clubs. *Salmand*. 2 (1): 182-9.
- Aliakbari Dehkordioraki, M. Oraki, M. Barghi Irani, Z. (2011). Relation between religious orientation with anxiety about death, and alienation in aged peoples (seniors) in Tehran. *Social Psychology Research*. 1 (2): 140-59.
- Allport, GW. (1963). Behavioral science, religion, and mental health. *Journal of Religion and Health*. 2 (3): 187-97.
- Allport, GW. Ross, JM. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of personality and social psychology*. 5 (4): 432.
- Alves, RRDN. Alves, HDN. Barboza, RRD. Souto, WDMS. (2010). The influence of religiosity on health. *Ciência & Saúde Coletiva*. 15 (4): 2105-11.
- Arcury, TA. Stafford, JM. Bell, RA. Golden, SL. Snively, BM. Quandt, SA. (2007). The association of health and functional status with private and public religious practice among rural, ethnically diverse, older adults with diabetes. *The Journal of Rural Health*. 23 (3): 246-53.
- Asadi Noghabi, A. Alhani, F. Peyrovi, H. (2012). The Concept of Health in Elderly People: A Literature Review. *Iran Journal of Nursing*. 25 (78): 62-71.
- Bayani, AA. Goodarzi, H. Bayani, A. Koocheki, A. (2008). The relationship between the religious orientation and anxiety and depression of university students. *The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health*. 10 (39): 209-14.

- Beyrami, M. Alizadeh Goradel, J. Ansarhosein, S. Ghahraman Moharrampour, N. (2014). Comparing Sleep Quality and General Health among the Elderly Living at Home and at Nursing Home. *Iranian Journal of Ageing*. 8 (4): 47-55.
- Dezutter, J. Soenens, B. Hutsebaut, D. (2006). Religiosity and mental health: A further exploration of the relative importance of religious behaviors vs. religious attitudes. *Personality and Individual Differences*. 40 (4): 807-18.
- Ellis, A. (1980). Psychotherapy and Atheistic Values: A Response to AE Bergin's "Psychotherapy and Religious Values". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 48 (5): 635-45.
- Esmaeili Shahmirzadi, S. Shojaeizadeh, D. Azam, K. Salehi, L. Tol, A. Moradian Sorkhkolaei, M. (2012). The Impact Of Chronic Diseases On The Quality Of Life Among The Elderly People In The East Of Tehran. *Payavard Salamat*. 6 (3): 225-35.
- Francis, LJ. Robbins, M. Lewis, CA. Quigley, CF. Wheeler, C. (2004). Religiosity and general health among undergraduate students: a response to. *Personality and Individual Differences*. 37 (3): 485-94.
- Ghaderi, D. (2010). The survey of relationship between religious orientation and happiness among the elderly man and woman in Tehran. *Iranian Journal of Ageing*. 5 (18): 64-71.
- Goldberg, DP. Hillier, VF. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*. 9 (01): 139-45.
- Janbozorgi, M. (2007). Religious orientation and mental health. *Pejouhesh*. 31 (4): 345-50.
- Maleki, Z. Ashkan, S. Ashoori, J. Yosefi, N. (2014). Relationship between Personality Traits, Religiosity and Happiness with General Health among Nursing Students. *Iran Journal of Nursing*. 26 (86): 90-100.
- Maltby, J. Garner, I. Lewis, A. (1999). Religious orientation and Schizotypal traits. *Journal of Abnormal Psychology*. (93): 355-74.

- Masomy, N. Jefroodi, S. Ghanbari, A. Kazemnejad, E. Shojaei, F. Rafiei, AH. (2012). Nutritional Status Assessment and Related Factors in the Retired Senile. *Journal of Medical Faculty Guilan University of Medical Sciences*. 21 (84): 65-70.
- Masouleh, SHR. Sheikhol Eslami, F. Khodadadi, N. Yazdani, MA. (2010). Study the role of the religious beliefs on general health status of the members of pensioners association of Guilan University of Medical Sciences - Rasht. *Holistic Nursing and Midwifery*. 20 (1): 22-6.
- McFarland, MJ. (2010). Religion and mental health among older adults: Do the effects of religious involvement vary by gender?. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 65 (5): 621-30.
- Momeni, K. Karimi, H. (2010). The comparison of general health of the residents/non residents in the elder house. *Iranian Journal of Ageing*. 5 (17): 23-9.
- Musarezaie, A. Momeni, T. Naji Esfahani, H. Aminoroaia, M. (2013). Relationship between religious orientation, anxiety and depression of students in Isfahan University of Medical Sciences. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 10 (6): 509-19.
- O'Connor, DB. Cobb, J. O'Connor, RC. (2003). Religiosity, stress and psychological distress: no evidence for an association among undergraduate students. *Personality and Individual Differences*. 34 (2): 211-7.
- Rostami, M. Hashemi, T. Aliloo, MM. (2014). Comparison of personality traits, social support, and religious orientation in suicide attempter and control group. *Urmia Medical Journal*. 24 (12): 1016-26.
- Shakeri Nia, I. (2012). Effect of social assists and hopefulness in elderly health status with chronic pain. *Iranian Journal of Ageing*. 7 (24): 1-11.

- Solati, SK. Rabiyyi, M. Shariyati, M. (2011). The relationship between religious orientation and mental health. *Journal of Qom University of Medical Sciences*. 5 (3): 42-8.
- Tersmette, W. van Bodegom, D. van Heemst, D. Stott, D. Westendorp, R. (2013). Gerontology and Geriatrics in Dutch medical education. *Neth J Med*. 71 (6): 331-7.
- Vaillant, G. Templeton, J. Ardelt, M. Meyer, SE. (2008). The natural history of male mental health: Health and religious involvement. *Social Science & Medicine*. 66 (2): 221-31.
- Winningham, R. Pike, N. (2007). A cognitive intervention to enhance institutionalized older adults' social support networks and decrease loneliness. *Aging & Mental Health*. 11 (6): 716-21.
- Xavier, FM. Ferraz, MP. Marc, N. Escosteguy, NU. Moriguchi, EH. (2003). Elderly people's definition of quality of life. *Rev Bras Psiquiatr*. 25 (1): 31-9.

یادداشت شناسه مؤلفان

محمد رضا میری: دانشیار آموزش بهداشت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

حمید صالحی نیا: اپیدمیولوژیست، مرکز تحقیقات جراحی‌های کم‌تهاجمی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

امیر طیوری: دانشجوی کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسؤل)

پست الکترونیک: a-tiyuri@razi.tums.ac.ir

مریم بهلگردی: کارشناس بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

علی اکبر تقی زاده: کارشناس بهداشت محیط، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

Relationship between religious orientation and mental health in older people

Mohammad Reza Miri

Hamid Salehiniya

Amir Tiyyuri

Maryam Bahlgerdi

Ali Akbar Taghizadeh

Abstract

Background: Given to increasing of life expectancy and population of older people, consideration to mental health and its related variables in older people has been more important. The aim of this study was to determine the relationship between religious orientation and mental health in older people.

Methods: This cross sectional study was conducted on 389 older people in Birjand at 2014 that were selected by multistage sampling. In addition to questionnaire of demographic information, data collection was carried out by using general health questionnaire-28 (GHQ-28) and religious orientation questionnaire of Allport. Data were analyzed using SPSS (V: 18) by the Mann-Whitney test and Spearman correlation coefficients in 0.05 significant level.

Results: The mean age of participants was 63.65 (\pm 3.74) year. Based on the results of the study, score of religious orientation was significantly higher in people without mental disorders, and there was a significant relationship between religious orientation and mental health ($r=-0.589$) and its subscales includes physical symptoms ($r=-0.605$), anxiety ($r=-0.587$), social function ($r=-0.484$) and depression ($r=-0.642$) ($p<0.001$).

Discussion & Conclusion: Results indicated a significant relationship between religious orientation and mental health in older people so that increasing and more internalization of religious orientation can be improved mental health. Given to the aging population and the importance of mental health in the older people more attention to the

role of religious orientation in planning interventions for the aging population seems necessary.

Keywords

Religious Orientation, Mental Health, Older People