

بررسی رابطه جهت گیری مذهبی با افسردگی و احساس تنهایی سالمندان

آزاده محولاتی^۱، عاطفه سیاح^۲ و مه سیما پورشهریاری^۳

۱ دانشجوی دکترای مشاوره، دانشگاه الزهرا(س)، تهران، ایران
۲ کارشناس ارشد مشاوره، آموزش و پرورش ناحیه تبادکان، مشهد، ایران
۳ دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه الزهرا(س)، تهران، ایران

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی رابطه جهت گیری مذهبی با افسردگی و احساس تنهایی سالمندان انجام شد. این پژوهش از نوع تحقیقات کاربردی و با روش همبستگی است. شرکت کنندگان این پژوهش شامل ۱۲۳ شرکت کننده سالمند می گردند که به شیوه خوشه گیری چند مرحله ای انتخاب شده اند. اطلاعات از طریق پرسش نامه های جهت گیری مذهبی آلپورت، افسردگی سالمندان GDS، و احساس تنهایی دهشیری جمع آوری شد. با استفاده از نرم افزار SPSS ۲۱، محاسبه ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به روش همزمان برای تجزیه و تحلیل داده ها انجام شد. یافته های پژوهش نشان داد که بین جهت گیری مذهبی درونی و بیرونی با افسردگی و احساس تنهایی سالمندان ارتباط منفی معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). به عبارتی سالمندانی که دارای جهت گیری مذهبی درونی و بیرونی هستند، افسردگی و احساس تنهایی کمتری را تجربه می کنند و بالعکس. پیشنهاد می گردد برای کاهش افسردگی و احساس تنهایی سالمندان اقداماتی در جهت افزایش برنامه های مذهبی برای آنان صورت بگیرد.

واژه های کلیدی: جهت گیری مذهبی، سالمندان، افسردگی، احساس تنهایی.

۱- مقدمه

پدیده افزایش جمعیت سالمندان یکی از مهمترین چالش های قرن بیست و یکم به شمار می رود (لنینفلد^۱، ۲۰۰۲). پدیده سالمندی در ایران نیز بسیار حائز اهمیت است، بر اساس آمارهای موجود، ۲۵ درصد جمعیت ایران را در سال ۱۴۳۰ یعنی کمتر از ۳۰ سال دیگر، سالمندان بالای ۶۵ سال تشکیل می دهند (مرکز آمار، ۱۳۹۶). این افزایش جمعیت سالمندان نیازمند توجه به راهکارهای ارتقای سطح سلامتی، بهداشتی، اجتماعی، رفاهی و توان بخشی و در مجموع بالا بردن کیفیت زندگی آنان است (ابراهیمی، ۱۳۸۲). سالمندی به عنوان زمانی برای استراحت و انجام کارهایی که در دوره های تحولی گذشته در راستای رسیدگی به خانواده و حرفه کنار گذاشته شده بودند، ترسیم شده است. اما متأسفانه پیر شدن همیشه به این صورت نیست. رویدادهای پایان زندگی مانند بیماری های جسمی مزمن و ناتوان کننده، از دست دادن دوستان صمیمی و همسر و ناتوانی جهت انجام برخی کارها از نظر سلامت روان شناختی، هیجانی و اجتماعی عوارض سنگینی برای فرد در بردارد و ممکن است خطر ابتلا به افسردگی را بالا ببرند. مسائل روان شناختی از قبیل داغ دیدگی و غزا، تنهایی و رویدادهای تنیدگی زای زندگی و اختلالات پزشکی منابعی برای عوامل خطرزا برای اختلالات افسردگی در سالمندی هستند (برام^۲، ۲۰۰۴). همچنین به موازات پیری، افراد وارد تغییرات جدیدی می شوند. بازنشستگی، از دست دادن همسر، ترک منزل توسط فرزندان، بیماری ها و مشکلاتی که برای سلامت افراد پیش می آید، کاهش نیرو و انرژی، ناتوانی، تنیدگی زاهای عمده زندگی هستند که ممکن است منجر به احساس بی کفایتی و ناتوانی در افراد سالمند شوند. مشکلات موجود در عملکرد افراد ممکن است باعث ایجاد احساس غمگینی، اضطراب و حقارت گردد که به عنوان علائمی برای افسردگی عمده نیز محسوب می شود. در افسردگی عمده افراد احساس غمگینی عمیقی دارند که منجر به انزوای اجتماعی از محیط اطراف می شود (پسی وب^۳، ۲۰۰۷). افسردگی یکی از عمده ترین مشکلات روانی بین سالمندان است، که بنا بر آمار جهانی در سالهای نه چندان دور دومین علت ناتوانی بشر خواهد بود (شیری محمدآبادی، یزدخواستی و دادگری، ۱۳۹۳).

از دیگر سو، با آغاز سالمندی، افراد به تدریج برخی از کارکرد های فیزیولوژیک و روانی - اجتماعی خود را از دست می دهند. محرومیت از فعالیت های اجتماعی، سالمندان را نسبت به افسردگی مستعد می کند و سبب افزایش احساس تنهایی در آنها نیز می شود (ریاحی، ۱۳۸۸). احساس تنهایی مجموعه ای پیچیده از احساس ها و شناخت ها، پریشانی ها و تجربه هیجان های منفی است که از کمبودهای ادراک شده فردی در روابط خصوصی و اجتماعی ناشی می شود (ویسمن^۴ و همکاران، ۲۰۰۶). سالمندان به دلیل کاهش تعاملات ناشی از نقصان سلامت جسمی و فوت نزدیکان در معرض خطر انزوا و تنهایی هستند (شیرر^۵ و داویدهیزارد^۶، ۱۹۹۳؛ ۱۹۹۴). شواهد نشان می دهد که احساس تنهایی پدیده ای گسترده و فراگیر است و بر ۲۵ تا ۵۰ درصد جمعیت بالای ۶۵ سال بر حسب سن و جنس تاثیر میگذارد (ولامینگ^۷ و همکاران، ۲۰۱۰). میزان مرگ و میر سالمندانی که هم از افسردگی و هم احساس تنهایی بالا رنج می برند، بالاتر از افرادی است که رضایت از زندگی بالایی دارند. علاوه بر این احساسات ناامیدی و گوشه گیری که محرکی برای افکار خودکشی هستند، در میان سالمندان شایع است. بروز احساس تنهایی و به تبع آن افسردگی، کیفیت زندگی سالمندان را مختل می کند و خطر خودکشی و هزینه های مراقبت بهداشتی و احتمال ابتلا به مشکلات پزشکی را در اثر استرس های روان شناختی در آنان افزایش می دهد (شفیعی و همکاران، ۱۳۹۱).

1. Lunenfeld
2. Braam
3. Psyweb
4. Wiseman
5. Shearer
6. Davidhizar
7. Vlaming

در سال های اخیر معنویت و مقابله مذهبی به عنوان راهبردهای مؤثر مقابله با آشفتگی ها و پریشانی ها مورد توجه روان شناسان و مشاوران قرار گرفته است (راسل^۱، ۲۰۰۷). اعمال مذهبی می توانند بین تنیدگی و سلامت روانی مانند یک سپر عمل کنند (لودر^۲ و همکاران، ۲۰۰۶). مذهب می تواند دارای ارزش مثبتی در پر کردن فضاهای خالی زندگی، حمایت اجتماعی از سالمندان مواجه با استرس و سازگاری مناسب برای موقعیت و معنادهی زندگی و مرگ داشته باشد (مک اینتوش^۳ و همکاران، ۲۰۱۰). جیانبن^۴ و مهتا^۵ (۲۰۰۳) معتقدند که مذهب می تواند در فرایند پیر شدن، از جمله فرایندهای فیزیکی، اجتماعی و وجودی، نقش مکمل را بازی کند و سازگاری با فرایند پیری را تسهیل بخشد. همچنین نگرش های مذهبی به افراد کمک می کند تا زندگی تحمل پذیری داشته باشند و خودارزشی آنها را می افزاید (امیری، ۱۳۸۴). به نظر می رسد که مذهب منبع مهم و واحدی برای افراد در مقابله با استرس های سالهای آخر زندگی باشد (پیمانفر، علی اکبری دهکردی و محتشمی، ۱۳۹۱).

آلپورت^۶ مذهب را با دو نوع جهت گیری درونی و بیرونی مشخص می کند. در یک شخص دارای مذهب درونی، عقاید محکم شخصی اهمیت دارد، در حالی که جنبه های اجتماعی مذهب اهمیت ندارد؛ اما برای افراد دارای مذهب بیرونی، انگیزه مذهبی بودن به ارزش ها و عقاید بیرونی و یا اجتماعی اهمیت دارد. آلپورت، مذهب بیرونی را مذهبی نابالغ یا کمتر رسش یافته نسبت به مذهب درونی توصیف می کند (آزموده، ۱۳۸۲). به عبارت دیگر جهت گیری مذهبی درونی به همه نگرش ها و اعتقادات فرد که مرتبط با مذهب است و در اندیشه فرد ریشه دوانیده، اطلاق می شود. اما جهت گیری مذهبی بیرونی، به رفتارهای عینی، واقعی و قابل اندازه گیری فرد اطلاق می شود که نشئت گرفته از اعتقادات مذهبی است (بناکار، مجیدی و نیکویی، ۱۳۸۶). افراد با جهت گیری مذهبی درونی بیشتر به عقاید مذهبی پایبندند و دین و مذهب در تمام جنبه های زندگی شان آشکار است؛ اما افراد دارای مذهب بیرونی، مذهب را وسیله ای برای کسب مقام و موقعیت برتر، امنیت و موقعیت اجتماعی می دانند (مولتافل^۷، ۲۰۱۰).

جهانگیری (۱۳۹۶) در پژوهشی با هدف پیش بینی اضطراب مرگ بر اساس جهت گیری مذهبی و احساس تنهایی در سالمندان شهر اراک نتایج نشان داد که بین جهت گیری مذهبی درونی $I = -0/66$ و جهت گیری مذهبی بیرونی $I = -0/56$ و احساس تنهایی و اضطراب مرگ رابطه معناداری وجود دارد. یعقوبی، موفق، چگینی و محمد زاده (۱۳۹۴) با استفاده از الگوی پژوهشی فراتحلیل میزان ارتباط گرایش مذهبی با سلامت روان را مورد بررسی قرار دادند. در یافته های پژوهشی آنان میزان اندازه اثر در یک منحنی Z به مقدار 1 d به دست آمد که با تبدیل متوسط / رابطه گرایش مذهبی با سلامت روان برابر با ۴۷۴ توزیع نرمال مطابق ملاک کوهن مقدار بالایی است. بنابراین گزارش دادند که با توجه به ارتباط بالای بین گرایش مذهبی و سلامت روان می توان برنامه های متناسب با گرایش مذهبی برای افراد جهت ارتقای سلامت و درمان اختلالات آنان تدوین نمود. گلشاهی، مرادی، مباشری، میرزاییان و یوسفی (۱۳۹۴)، طی مطالعه ای به بررسی تأثیر حمایت اجتماعی و نگرش مذهبی سالمندان بروجنی بر رضایت از زندگی آن ها پرداخته اند. نتایج این پژوهش، بیانگر تأثیر مثبت حمایت اجتماعی و نگرش مذهبی بر میزان رضایت از زندگی سالمندان بود. پیمانفر و همکاران (۱۳۹۱) در تحقیقی نشان دادند که هر چه سالمندان در سطح بالاتری از نگرش مذهبی قرار داشته باشند، کمتر از سالمندانی که سطوح نگرش ضعیف و متوسط دارند، احساس تنهایی می کنند. زنگ^۸ (۲۰۱۱) ثابت کرد که بین

1. Russell
2. Lauder
3. Mc Intosh
4. Jianbin
5. Mehta
6. Allport
7. Moltafel
8. Zeng

نگرش مذهبی، احساس تنهایی، اضطراب، افسردگی ارتباط مستقیم معنادار معکوس وجود دارد. ساویکو^۱ و همکاران (۲۰۰۵) در پژوهشی که بر روی سالمندان در کشور فنلاند صورت گرفت، نشان دادند که مهمترین علت احساس تنهایی، فقدان معنا در زندگی است. اسمیت^۲ و همکاران (۲۰۰۳) در یک مطالعه فراتحلیلی شواهدی یافتند که نشان می داد جهت گیری مذهبی با سلامت روانی همبستگی دارند و بین جهت گیری مذهبی درونی با افسردگی همبستگی معناداری مشاهده کردند. تورشن^۳ و هریس^۴ (۲۰۰۲) گزارش کردند که عقاید و باورهای مذهبی بر سلامت جسمی و روانی بزرگسالان اثر مثبتی داشته است.

در مجموع و با توجه به موارد ذکر شده چنین به نظر می رسد که با توجه به اینکه جامعه ما اسلامی است و از حیث محتوا و مناسک با مذاهب دیگر از نظر کیفی و کمی متفاوت است و اکثریت جامعه ما را مسلمانان تشکیل می دهند و مذهب جز جدا نشدنی و لاینفک زندگی مسلمانان است و جامعه سالمندان در ایران نیز از نظر مطالعات تحقیقی یک گروه تقریباً دست نخورده است و از آن جا که رشد این گروه جمعیتی از سایر گروهها بیشتر است، لذا نیاز به چنین تحقیقاتی در زمینه نقش مذهب و سالمندان وجود دارد. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان اثربخشی جهت گیری مذهبی درونی و بیرونی بر احساس تنهایی و افسردگی سالمندان انجام پذیرفته است. اگر بین جهت گیری مذهبی با افسردگی و یا احساس تنهایی ارتباط معناداری وجود داشته باشد؛ این ضرورت را می رساند که برای تقویت زمینه های مذهبی در سالمندان، برنامه ها و طرح های آموزشی و عملی طراحی شود.

۲- فرضیه های تحقیق

- بین جهت گیری مذهبی درونی با افسردگی سالمندان رابطه معناداری وجود دارد.
- بین جهت گیری مذهبی بیرونی با افسردگی سالمندان رابطه معناداری وجود دارد.
- بین جهت گیری مذهبی درونی با احساس تنهایی سالمندان رابطه معناداری وجود دارد.
- بین جهت گیری مذهبی بیرونی با احساس تنهایی سالمندان رابطه معناداری وجود دارد.

۳- روش پژوهش

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است؛ و نوع این تحقیق بنیادی می باشد. جامعه آماری این پژوهش را سالمندان بالای ۶۵ سال مقیم شهر مشهد تشکیل می دهند. برای نمونه گیری از روش خوشه ای چند مرحله ای استفاده شده است، به این منظور شهر مشهد به ۹ ناحیه (خوشه) تقسیم شد و سپس از بین آنها ۲ خوشه به روش تصادفی ساده انتخاب گردید (خوشه یا ناحیه ۳ و ۵)، سپس به روش میدانی، کانونهای بازنشستگی و اماکن عمومی هر خوشه (ناحیه) لیست برداری گردیدند. سپس، با توجه به شرایط ورود به پژوهش، سن بالای ۶۵ سال، حداقل سواد ۴ کلاس، عدم بیماری جسمانی شدید همچون سکته مغزی، دیابت، عقب ماندگی ذهنی، و سایر اختلالات روانی به غیر افسردگی و افت شناختی غیراز دمانس و تمایل به شرکت در پژوهش سالمندان مناطق مذکور، توسط پزشک معاینه و توسط پژوهشگر غربال گردیدند. در نهایت، بر اساس فرمول پیشنهادی تاباخنیک و فیدل حداقل حجم نمونه لازم در مطالعات همبستگی از فرمول $N < 8M + 50$ محاسبه گردید. برای اطمینان از حجم نمونه تعداد ۱۸۰ سالمند انتخاب گردیدند که پس از افت ۵۷ از شرکت کنندگان به دلایلی همچون عدم علاقه به همکاری، ضعف و خستگی و... در نهایت، ۱۲۳ نفر از آنان به پرسشنامه ها به کمک محققین این طرح، و با آگاهی کامل و رضایت آگاهانه، و اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات، نسبت به تکمیل پرسشنامه اقدام نمودند. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه جهت گیری آلپورت، افسردگی سالمندان GDS و احساس تنهایی استفاده گردید.

1Savika
2Smith
3Thoresen
4Harris

مقیاس جهت گیری آلپورت دارای ۲۱ جمله است که جملات ۱ تا ۱۲ جهت گیری مذهبی بیرونی و جملات ۱۳ تا ۲۱ جهت گیری مذهبی درونی را اندازه گیری می کنند. اعتبار این مقیاس در ایران توسط جان بزرگی (۱۳۷۷) با اعتبار باز آزمایی ۰/۷۴ و با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۱ گزارش شده است. در پرسش نامه جهت گیری مذهبی آلپورت، در هر دو سنجش، نمرات بالا به معنی داشتن جهت گیری (بیرونی، درونی) بیشتر و نمرات پایین تر به معنی داشتن جهت گیری (بیرونی، درونی) کمتر است. مقیاس افسردگی سالمندان GDS توسط ملکوتی و همکاران (۱۳۸۵) در ایران هنجاریابی شده است. آلفا کرونباخ (۰/۹) تنصیف (۰/۸۹) و آزمون-باز آزمون (۰/۵۸) بدست آمد. در نمره گذاری این آزمون نمره ۵ و یا بالاتر نشان دهنده احتمال افسردگی است، ولی این احتمال کم است و نمره ۱۰ و بالاتر حاکی از این است که احتمال افسردگی وجود دارد و این احتمال زیاد است (ملکوتی و همکاران، ۱۳۸۵). مقیاس احساس تنهایی توسط دهشیری (۱۳۸۷) در ایران بین دانشجویان ساخته و ارزیابی گردیده است. این مقیاس از سه عامل تنهایی ناشی از عوامل خانوادگی، تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان و نشانه های عاطفی تنهایی تشکیل شده است و کلاً دارای ۳۸ سوال می باشد. ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۹۱ بوده است که نشان می دهد مقیاس احساس تنهایی از همسانی درونی قابل قبولی برخوردار است. ضریب اعتبار باز آزمایی برای این مقیاس ۰/۸۴ بوده است.

در نهایت، داده های جمع آوری شده وارد نرم افزار SPSS^{۲۱} گردیدند و ضمن ارائه آمار توصیفی، پس از آزمون کولموگروف اسمیرنوف و مشاهده نرمال بودن توزیع متغیرهای کمی، به وسیله آزمونهای پارامتری آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به روش همزمان در سطح معنی داری $\alpha=0/05$ تجزیه و تحلیل گردیدند.

۴- یافته ها

شرکت کنندگان شامل ۵۸ مرد و ۶۵ زن با میانگین سنی ۵۰/۷ و دامنه سنی آنها بین ۶۵ تا ۸۰ سال می شدند.

جدول ۱ همبستگی بین متغیرهای ملاک (افسردگی) و پیش بین (جهت گیری مذهبی درونی و بیرونی) را نشان می دهد.

جدول ۱ همبستگی پیرسون بین متغیرهای ملاک و پیش بین

متغیر (افسردگی)	ملاک	ضریب همبستگی R	ضریب تبیین R ²
متغیر پیش بین	جهت گیری مذهبی درونی	-۰/۷۸	۶۰/۸۴
	جهت گیری مذهبی بیرونی	-۰/۶۷	۴۴/۸۹

با توجه به نتایج همبستگی پیرسون همانطور که در جدول ۱ مشاهده می شود بین افسردگی و جهت گیری مذهبی درونی، همبستگی معکوس معنادار وجود دارد (آزمون دو دامنه، $P < 0/05$ ، $N = 123$ و $R = -0/78$). به عبارتی، با افزایش جهت گیری مذهبی درونی، افسردگی کاهش می یابد. جهت گیری مذهبی درونی ۶۰ درصد از کاهش افسردگی را پیش بینی می کند. بعلاوه، بین افسردگی و جهت گیری مذهبی بیرونی، نیز همبستگی معکوس معنادار وجود دارد (آزمون دو دامنه، $P < 0/05$ ، $N = 123$ و $R = -0/67$). یعنی، با افزایش جهت گیری مذهبی بیرونی، افسردگی کاهش می یابد. جهت گیری مذهبی بیرونی ۴۴ درصد از کاهش افسردگی را پیش بینی می کند.

جدول ۲ شاخصهای آماری رگرسیون چندگانه به روش همزمان بین متغیر ملاک افسردگی با متغیرهای پیش بین جهت گیری مذهبی درونی و بیرونی را ارائه می کند.

جدول ۲ ضرایب رگرسیون بین متغیر ملاک افسردگی با متغیرهای پیش بین جهت گیری مذهبی درونی و بیرونی

Sig	t	Beta	SE	B	پیش بین	رگرسیون
۰/۰۰۰	-۱۰/۶۶	-۰/۷۸	۰/۰۲	-۰/۲۶	جهت گیری مذهبی درونی	همزمان
۰/۰۰۰	-۲/۰۷	-۰/۲۲	۰/۰۲	-۰/۰۵	جهت گیری مذهبی بیرونی	

متغیر ملاک: افسردگی

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می شود، ضرایب رگرسیون با وزنهای استاندارد شده بتا نشان می دهد که یک انحراف معیار تغییر همزمان در مولفه های جهت گیری مذهبی درونی و بیرونی به ترتیب باعث ۰/۷۸ و ۰/۲۲ انحراف معیار تغییر در مولفه افسردگی می گردد (رابطه معنادار است $t > Sig$).

جدول ۳ همبستگی بین متغیر ملاک (احساس تنهایی) و پیش بین (جهت گیری مذهبی درونی و بیرونی) را نشان می دهد.

جدول ۳ ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای ملاک و پیش بین

متغیر	ملاک	ضریب همبستگی R	ضریب تبیین R2
متغیر پیش بین	جهت گیری مذهبی درونی	۰/۶۴	۳۳/۶۴
(احساس تنهایی)	جهت گیری مذهبی بیرونی	۰/۰۹	۲۲/۰۹

با توجه به نتایج همبستگی پیرسون همانطور که در جدول ۳ مشاهده می شود، بین احساس تنهایی و جهت گیری مذهبی درونی، همبستگی معکوس معنادار وجود دارد (آزمون دو دامنه، $P < ۰/۰۵$ ، $R = -۰/۵۸$ و $N = ۱۲۳$). به عبارتی، با افزایش جهت گیری مذهبی درونی، احساس تنهایی کاهش می یابد. در نتیجه، جهت گیری مذهبی درونی تقریباً ۳۳ درصد از کاهش احساس تنهایی را پیش بینی می کند. بعلاوه، بین احساس تنهایی و جهت گیری مذهبی بیرونی، نیز همبستگی معکوس معنادار وجود دارد (آزمون دو دامنه، $P < ۰/۰۵$ ، $R = ۰/۴۷$ و $N = ۱۲۳$). یعنی، با افزایش جهت گیری مذهبی بیرونی، احساس تنهایی کاهش می یابد. جهت گیری مذهبی بیرونی حدوداً ۲۲ درصد از کاهش احساس تنهایی را پیش بینی می کند.

جدول ۴ شاخصهای آماری رگرسیون چند گانه به روش همزمان بین متغیر ملاک احساس تنهایی با متغیرهای پیش بین جهت گیری مذهبی درونی و بیرونی را ارائه می کند.

جدول ۴ شاخصهای آماری رگرسیون چند گانه به روش همزمان

Sig	t	Beta	SE	B	پیش بین	رگرسیون
۰/۰۰۰	-۶/۱۴	-۰/۵۸	۰/۱۸	-۱/۱۰	جهت گیری مذهبی درونی	همزمان
۰/۰۰۰	-۲/۴۸	-۰/۳۴	۰/۲۶	-۰/۶۵	جهت گیری مذهبی بیرونی	پیش بین

متغیر ملاک: احساس تنهایی

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می شود، ضرایب رگرسیون با وزنهای استاندارد شده بتا نشان می دهد که یک انحراف معیار تغییر همزمان در مولفه های جهت گیری مذهبی درونی و بیرونی به ترتیب باعث ۰/۵۸ و ۰/۳۴ انحراف معیار تغییر در مولفه ملاک احساس تنهایی می گردد (رابطه معنادار است $t > Sig$).

۵- بحث و نتیجه گیری

بررسی یافته های این پژوهش نشان دادند که جهت گیری مذهبی درونی و بیرونی پیش بینی کننده کاهش افسردگی در سالمندان هستند که این نتایج با یافته های جهانگیری (۱۳۹۶)؛ یعقوبی، موفق، چگینی و محمد زاده (۱۳۹۴)؛ گلشاهی، مرادی، مباشری، میرزاییان و یوسفی (۱۳۹۴)، پیمانفر و همکاران (۱۳۹۱)؛ زنگ (۲۰۱۱)؛ ساویکو و همکاران (۲۰۰۵)؛ اسمیت و همکاران (۲۰۰۳) و هریس و تورثن (۲۰۰۲) در موضوع جهت گیری درونی همسو و با جهت گیری بیرونی ناهمسو می باشد.

از نقطه نظر جیمز، فرد دیندار بین خود و امر الهی رابطه برقرار کرده است که این رابطه او را در پذیرش حوادث و رویدادها یاری می کند. برای مثال فقدان عزیزان که از بزرگترین عوامل بروز افسردگی است با تکیه بر اعتقاد به امر الهی، آسان خواهد شد. از دید آلپورت، اشخاصی که دارای دینداری درونی هستند، همه چیز را در حول محور دین می بیند. وی از دین استفاده نمی کند بلکه با آن زندگی می کند. این نگرش، زمینه بروز افسردگی را بشدت می کاهش دهد، زیرا به عوامل بروز افسردگی در حیطه دین پاسخ داده شده و این مسائل در ماهیت اصلی خود اهمیت کمتری نسبت به باورهای درونی دینی خواهند داشت. آلپورت در همین چارچوب، تحت نظریه خود عنوان می دارد افرادی که مذهب و رفتار مذهبی را به دلیل وجود کنترل کننده های خارجی انجام می دهند (جهت گیری مذهبی بیرونی دارند)، کمتر از افرادی که مذهب را به دلیل وجود انگیزه های ذاتی و درونی می پذیرند، آزادانه و بدون اجبار به آن می نگرند. از نظر آلپورت جهت گیری مذهبی بیرونی که مشابه با مذهب قدرت مدار در نظریه اریک فرام است، برای سلامت روان نامناسب بوده و می تواند موجب افسردگی شود ولی با توجه به نتایج بدست آمده در پژوهش حاضر، جهت گیری مذهبی بیرونی نیز رابطه معکوس و معنادار با افسردگی دارد که ممکن است علت آن یکی از موارد ذیل باشد:

۱- جهت گیری مذهبی بیرونی نیز ممکن است بدلیل پاداشهای اجتماعی، تحسین عمومی و موقعیت و جایگاه بهتری که برای فرد به ارمغان می آورد، با کاهش افسردگی رابطه معکوس داشته باشد. ۲- مطالعه حاضر در فرهنگی متفاوت با جوامع مورد پژوهش آنها تدوین گردیده است. ۳- تفاوت آموزه های دینی جوامع مذکور با مفاهیم دینی جامعه ما در پیدایش اختلاف در نتیجه تحقیق تاثیرگذار است. ۴- ممکن است از دید شرکت کنندگان تحقیق حاضر، توجه به ظاهر وظایف مذهبی نیز همانند باطن اعمال دارای اهمیت باشد.

همچنین، بررسی یافته های این پژوهش نشان دادند که جهت گیری مذهبی درونی و بیرونی پیش بینی کننده کاهش احساس تنهایی در سالمندان هستند که این نتایج با یافته های جهانگیری (۱۳۹۶)؛ یعقوبی، موفق، چگینی و محمد زاده (۱۳۹۴)؛ گلشاهی، مرادی، مباشری، میرزاییان و یوسفی (۱۳۹۴)، پیمانفر و همکاران (۱۳۹۱)؛ زنگ (۲۰۱۱)؛ ساویکو و همکاران (۲۰۰۵)؛ اسمیت و همکاران (۲۰۰۳) و هریس و تورثن (۲۰۰۲) در موضوع جهت گیری درونی همسو و با جهت گیری بیرونی ناهمسو می باشد.

سالمندان به دلیل کاهش تعاملات ناشی از نقصان سلامت جسمی و فوت نزدیکان، بیشتر در خطر انزوا و تنهایی قرار دارند و به همین سبب احساس تنهایی به عنوان مشکلی رایج و تجربه ای منفی در جوامع علمی و پژوهش های مربوط به سالمندان گزارش شده است. جهت گیری مذهبی باعث می شود که فرد احساس کند یک نیروی برتر از وی محافظت نموده و به او توجه دارد؛ از طرفی دیگر بهزیستی معنوی باعث ارتباط بهتر با سایرین می شود و در نتیجه منابع حمایت اجتماعی فرد را افزایش می دهد. به عبارتی دیگر، فرد با جهت گیری مذهبی قوی خداوند را به عنوان عامل جبران کننده فقدان و عدم حضور روابط مورد نیاز در نظر می گیرد. از نظر آلپورت جهت گیری مذهبی بیرونی، برای سلامت روان نامناسب بوده و می تواند موجب افزایش احساس تنهایی شود ولی با توجه به نتایج بدست آمده در پژوهش حاضر، جهت گیری مذهبی بیرونی نیز رابطه معکوس و معنادار با احساس تنهایی دارد، که ممکن است علت آن یکی از موارد ذیل باشد:

۱- اعمالی همچون شرکت در نماز جماعت، نماز جمعه، اعیاد مذهبی و .. که یک شخص دارای مذهب بیرونی انجام می دهد، فرصتی برای مردم آمیزی نیز ایجاد می کند که این فرصت به نوبه خود با کاهش احساس تنهایی همراه است. ۲- جهت گیری مذهبی بیرونی ممکن است بدلیل پادشاهای اجتماعی، تحسین عمومی و موقعیت و جایگاه بهتری که برای فرد به ارمغان می آورد، با کاهش احساس تنهایی رابطه معکوس داشته باشد. ۳- مطالعه حاضر در فرهنگی متفاوت با جوامع مورد پژوهش آنها تدوین گردیده است. ۴- تفاوت آموزه های دینی جوامع مذکور با مفاهیم دینی جامعه ما در پیدایش اختلاف در نتیجه تحقیق تاثیرگذار است. ۵- ممکن است از دید شرکت کنندگان تحقیق حاضر، توجه به ظاهر وظایف مذهبی نیز همانند باطن اعمال دارای اهمیت باشد. و ۶- همچنین، ممکن است علت وجود چنین نتیجه متفاوتی، تفاوت زندگی و تعاملات اجتماعی و فرهنگی، وجود متغیرهای واسطه ای و یا خطا در انجام پژوهش باشد.

بنابراین با توجه به شواهد استنباط می شود که ارتقاء سطح جهت گیری مذهبی چه در جهت درونی و چه بیرونی باعث کاهش افسردگی و احساس تنهایی می گردد، که این کاهش در جهت گیری مذهبی درونی در جمعیت سالمندان چشمگیرتر است. بنابراین، پیشنهاد می گردد، مراکزی در اماکن عمومی و خانه های سالمندان تاسیس شوند که در آنجا گروههای در معرض خطر (از جمله سالمندان افسرده و یا سالمندانی که به تنهایی زندگی می کنند) شناسایی شوند و با انجام مداخلات پیشگیرانه توسط روحانیون و مبلغان دینی و روانشناسان با گرایش معنوی مذهبی مبتنی بر آموزش بهزیستی معنوی ارتقا سطح بعد معنوی در افراد صورت بگیرد و به این ترتیب از پیامدهای منفی سالمندی از جمله افسردگی و احساس تنهایی، جلوگیری گردد. در راستای این هدف بهتر است نشر آموزه های دینی مطابق با نیازهای روانی- اجتماعی سنین سالمندی با همکاری بین حوزه و دانشگاه مورد توجه قرار گیرد. میزان تاثیر جهت گیری مذهبی بر متغیرهای تحقیق (افسردگی و احساس تنهایی) در مکاتب و ادیان مختلف بررسی و مقایسه گردد. متغیرهای تحقیق در بین سالمندانی که هیچ گاه شاغل نبوده اند، سالمندان بازنشسته و سالمندانی که هنوز شاغل هستند (یا پس از بازنشستگی به شغل دیگری مشغول شده اند) بررسی شوند. پیشنهاد می شود که پژوهشگران بعدی در اجرای خود به تفاوت فرهنگی نیز توجه کنند و در صورت امکان افرادی از فرهنگ های مختلف و ادیان مختلف را با یکدیگر مقایسه کنند. توصیه می شود با توجه به ویژگی های متفاوت فیزیولوژیکی و روانشناختی زنان و مردان، متغیرهای پژوهش بر روی این دو گروه اجرا شده و مورد بررسی قرار گیرند.

از جمله محدودیتهای این پژوهش می توان به سن بالای شرکت کنندگان که موجب کم حوصلگی آنان در پاسخ دهی به سوالات و افت می گردید و دشواری تعمیم یافته و نیز عدم کنترل متغیرهای مداخله گری چون وضعیت فرهنگی- اجتماعی و خانوادگی، شخصیت، جنسیت و ... اشاره نمود.

۶- تشکر و قدردانی

در پایان بر خود لازم می دانیم از تمام سالمندان و مراکز سالمندان ناحیه ۳ و ۵ شهرستان مشهد که ما را در اجرای این پژوهش همراهی نمودند، کمال تشکر و قدردانی را داشته باشیم.

منابع

- ابراهیمی، ا. (۱۳۸۲). بررسی رابطه میزان افسردگی سالمندان مقیم خانه سالمندان با نگرش و عملکردهای دینی آنها. *اولین همایش بین المللی نقش دین در بهداشت روان. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی. تهران. ۱۳۸۰*. ۶.
- امیری، ر. (۱۳۸۴). رابطه عمل به باورهای دینی و میزان صمیمیت زنان دانشجوی تهرانی با همسرانشان، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی، تهران، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه الزهرا (س).

- آزموده، پ. (۱۳۸۲). رابطه جهت گیری مذهبی با سرسختی و شادکامی دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تهران.
- بناکار، ب و مجیدی، ف و نیکویی، ف. (۱۳۸۶). بررسی میزان افسردگی سالمندان ۶۰-۷۹ سال بستری در بیمارستان دکتر علی شریعتی فسا. خلاصه مقالات کنگره سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان، دانشکده پرستاری و مامایی، آبان ۱۳۸۶، ۳۱.
- پیمانفر، ا و علی اکبری دهکردی، م و محتشمی، ط. (۱۳۹۱). مقایسه احساس تنهایی و احساس معنا در زندگی سالمندان با سطوح نگرش مذهبی متفاوت. *مجله روانشناسی و دین*، ۵(۴)، ۵۲-۴۱.
- جهانگیری، م. (۱۳۹۶). پیش بینی اضطراب مرگ بر اساس جهت گیری مذهبی و احساس تنهایی در سالمندان شهر اراک. *سالمندشناسی*. ۱(۴): ۵۸-۶۶.
- درگاه ملی آمار ایران. جمعیت کشور بر حسب گروههای سنی بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۵. قابل دستیابی در: <http://www.sci.org.ir/content/userfiles/maps/N-3.html>
- دهشیری، ق؛ برجلی، ا؛ شیخی، م و حبیبی عسکر آبادم. (۱۳۸۷). ساخت و اعتباریابی مقیاس احساس تنهایی در بین دانشجویان، *روانشناسی* ۱۲، ۴۷(۳): ۲۸۲-۲۹۶.
- ریاحی، ا. (۱۳۸۸). مطالعه تطبیقی موقعیت و جایگاه سالمندان در جوامع گذشته و معاصر. *مجله سالمند*، ۳(۹)، ۳۳۱-۳۴۲.
- شفیعی، ن و شهبابی زاده، ف و پورشافی، ه. (۱۳۹۱). جهت گیری مذهبی و مرکز کنترل بیرونی، ارائه الگوی شادکامی در دانش آموزان. *مجله روانشناسی و دین*، ۵(۴)، ۱۱۹-۱۰۵.
- شیرینی محمد آبادی، ا؛ یزدخواستی، ف و دادگری، آ. (۱۳۹۳). فصلنامه علمی پژوهشی دانشکده بهداشت یزد، ۶(۱۳)، ۱۳۹-۱۵۱.
- گلشاهی، ت؛ مباشری، م؛ میرزاییان، ر؛ یوسفی، ز. (۱۳۹۳). اثربخشی حمایت اجتماعی و نگرش مذهبی بر رضایت زندگی سالمندان شهر بجنورد، *مجله پژوهش در علوم پیراپزشکی*، ۳(۱): ۴۷-۵۵.
- ملکوتی، ک و فتح الهی، پ و میراب زاده، آ و صلواتی، م و کهانی، ش. (۱۳۸۵). هنجاریابی مقیاس افسردگی سالمندان (GDS)؛ فرم ۱۵ سوالی در ایران. *مجله پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی شهید بهشتی)*، ۳۰(۴)، ۳۶۸-۳۶۱.
- یعقوبی، ا؛ عروتی موفق، ا؛ چگینی، ع ا و محمد زاده، س. (۱۳۹۴). فراتحلیل رابطه گرایش مذهبی با سلامت روان، فصلنامه اندازه گیری تربیتی، ۲(۲)، ۱۱۳-۱۲۹.
- Braam, A. (2004), religious involvement and 6-year course of depressive symptoms in older dutch citizens, *Journal of aging and health. Vol 16, Iss, 4.*
- Jianbin, X. u, Mehta, K, (2003), " The Effect of Religion on Subjective Aging in Singapore: A Interreligious Comparision", *Archives of Gerontology*, v 4, p. 485- 502.
- Lauder, W. , Mummery, K. , & Sharkey, S. (2006). The Revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminate validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 472-480.
- Lunenfeld B. The ageing male: demographics and challenges *World Journal of Urology*, 2002; 20(1):11-6.
- Moltafel, A. Mental health. Depression. Available at: www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/ (accessed in Feb 2010).
- Psyweb.(2007) Depression, Retrived September 11,2007. from psyweb.com/Mdisord/jsp/gendepress.jsp
- Russell, D. W. (2007). The UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66, 20-40.
- Saviko, N. , et al. , (2005), " Predictors and Subjective Causes of Loneliness in an Aged Population", *Archives of Gerontology and Geriatrics*, v 4, p. 223- 231.
- Shearer R, Davidhizar R. Loneliness and the spouse of the geriatric patient. *Geriatric Nursing*, 1993; 14 (6): 307-310.
- Thoresen CE, Harris HS. Spirituality and Health: What's the Evidence and What's Needed? *Ann Behav Med*.2002;24(1):3-13.

- Vlaming, R. D. , et al. , (2010)," Evaluation design for a complex intervention program targeting loneliness in noninstitutionalized elderly Dutch people", *BMC Public Health*, v 10, p. 552-560.
- Wiseman ,H. , et al. , (2006)" Why are They Lonely?Perceived Quality of Early Relationship with Parents, Attachment,Personality Predispositions and Loneliness in first-yaer University Students", *Personality and Individual Differences*, v 40, p. 237- 248.
- Zeng, Y. , et al. , (2011)," Association of Religious Participation With Mortality Among Chinese Old Adults", *Research on Aging*, v 1, p. 51- 83.