

بررسی رابطه بین گرایش‌های مذهبی و سالمندی موفق

نویسندگان: دکتر عبدالله معتمدی*، دکتر جواد اژه‌ای**، دکتر پرویز آزادفلاح*** و دکتر علیرضا کیامنش****

* استادیار دانشگاه شهرکرد

** استادیار دانشگاه تهران

*** استادیار دانشگاه تربیت مدرس

**** دانشیار دانشگاه تربیت معلم

چکیده

سالمندی موفق، الگوی مناسبی از سالمندی است که طی سال‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته است. با توجه به این‌که جمعیت جهان روبه پیری می‌رود و امید به زندگی در کشورهای مختلف، از جمله کشور ما سیر افزایشی نشان می‌دهد، موضوع کیفیت زندگی در دوره سالمندی مورد علاقه همگان است. به همین سبب، شناسایی مؤلفه‌های اساسی سالمندی موفق حائز اهمیت است. یکی از متغیرهایی که در این تحقیق مورد بررسی قرار گرفته، گرایش‌های مذهبی سالمندان و نقش آن بر سالمندی موفق بوده است. با توجه به تعاریفی که صاحب‌نظران از سالمندی موفق ارائه داده‌اند، در این تحقیق، سالمندی موفق با استفاده از دو مقیاس رضایتمندی از زندگی و پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-12)، شناسایی و نقش گرایش‌های مذهبی با استفاده از آزمون جهت‌گیری مذهبی اندازه‌گیری شد. نتایج به دست آمده با استفاده از آزمون‌های آماری «t» و F و رگرسیون لجیستیک تجزیه و تحلیل شد. نتایج گویای آن است که سالمندان موفق به‌طور معناداری گرایش بیش‌تری به مذهب نشان داده‌اند.

واژه‌های کلیدی: سالمندی موفق، مذهب، گرایش مذهبی، رضایتمندی از زندگی، پرسشنامه سلامت عمومی GHQ-12، پیری

دوماهنامه علمی - پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال دوازدهم - دوره جدید

شماره ۱۰

اردیبهشت ۱۳۸۴

مقدمه

در سال‌های اخیر، پیری شناسان و پزشکان متخصص سالمندان به‌طور خاص بر تأثیرات مذهب بر سلامتی و سلامتی روانی متمرکز شده‌اند. این امر احتمالاً ناشی از دانشی است که نشان داده مذهب، هم به‌عنوان یک نهاد اجتماعی و هم به‌عنوان یک منبع معنابخش به‌ویژه برای سالمندان می‌تواند مفید باشد.

نقش مذهب در ارائه خدمات و دوستی‌ها و ابزارهای روانی که برای مقابله و تطابق با موضوعات زندگی روزانه، همچون تغییرات، فقدان و مرگ فراهم می‌سازد، حائز اهمیت است [۱].

از سوی دیگر برخی از یافته‌های تحقیقی، اثربخشی و مفیدبودن اعتقادات مذهبی را در کل مورد تردید قرار داده‌اند. هر چند این یافته‌ها در اقلیت بوده، از نظر

زمانی نیز عمدتاً به دهه‌های ۳۰ تا ۶۰ قرن گذشته برمی‌گردند، اما در مقاله حاضر به اختصار مورد تحلیل و بررسی قرار گرفته‌اند. پیش از آن‌که به تحلیل نقش مذهب به‌ویژه در دوره سالمندی بپردازیم لازم است مفهوم سالمندی موفق (Successful Aging) را که در سال‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته است توضیح دهیم.

الف) سالمندی موفق

شواهد زیادی نشان می‌دهند که برخلاف تصور گذشته، پیری بدنی تحت تأثیر ژن‌ها نیست، بلکه عناصر مربوط به شیوه زندگی - که می‌توانند تغییر کنند - نیز به همان نسبت، تأثیر قدرتمندی بر پیری دارند. این مفهوم مهمی است که باید در ذهن داشته باشیم که می‌توانیم و باید مسئولیت شیوه‌ای را که برای گذران عمر خود به کار می‌بندیم به عهده بگیریم [۲].

تحقیقات اخیر نشان می‌دهد که بسیاری از عوامل پیش‌بینی‌کننده سلامت و عملکرد بهتر سالمندان، جنبه اجتماعی، روان‌شناختی و رفتاری داشته، بالقوه قابل تغییرند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که موفقیت در سالمندی تحت تأثیر عوامل تغییرناپذیری همچون وضعیت ژنتیکی فرد نیست، بلکه بیش‌تر عواملی چون سطح فعالیت بدنی فرد، تعاملات اجتماعی و نگرش به زندگی بر سلامت سالمند مؤثر خواهند بود [۳].

واژه «سالمندی موفق» توسط بیلتز و بیلتز (Baltes, P. B. & Baltes, M. M.) در سال ۱۹۹۰ پیشنهاد شد. این واژه در ابتدا متناقض به نظر می‌رسید، زیرا سالمندی معمولاً تصور فقدان، کاهش و نهایتاً مرگ را به ذهن متبادر می‌کند. درحالی‌که موفقیت بیش‌تر معرف پیشرفت، پیروزی یا تعادل مثبت است، اما آن چنان‌که آن‌ها مطرح می‌کنند از این مفهوم به‌عنوان نیرویی استفاده می‌شود که از طبیعت سالمندی آن‌گونه که وجود دارد بازایی می‌شود [۴].

تعاریف مختلف سالمندی موفق برکنش‌شناختی، ادراک کنترل و رضایتمندی از زندگی متمرکز بوده است. شای در سال ۱۹۹۰ سالمندی موفق را به حد

اعلی رساندن کنش‌شناختی می‌داند و کنش‌شناختی را ترکیبی از معانی کلامی، جهت‌گیری فضایی، استدلال استقرایی، عدد و روایی لغت توصیف می‌کند [۵].

سراتو و تروکو نیز در سال ۲۰۰۰، بعضی از تعاریف «سالمندی موفق» را متذکر شده‌اند. آن‌ها می‌نویسند:

«گاهی اوقات مفهوم سالمندی موفق با رضایتمندی از زندگی یا اخلاقی بودن یکسان انگاشته شده است و گاهی با بقای توام با سلامتی معادل دانسته شده است. یک تعریف جامع‌تر از سالمندی موفق، تمام این سه عنصر را با هم ترکیب کرده‌است: بقا (طول عمر)، تندرستی (فقدان بیماری) و رضایتمندی از زندگی (شادمانی). لاوتن (Lawton, M.P.) نیز در سال ۱۹۸۳ زندگی خوب را مرکب از چهار بعد مستقل دانسته است: توانایی رفتاری (سلامتی، ادراک، رفتارحرکتی و شناخت)، بهزیستی روان‌شناختی (شادمانی، خوش‌بینی، همخوانی بین تمایلات و اهداف نائل آمده)، کیفیت ادراک از زندگی (ارزیابی فاعلی از زندگی، دوستان، فعالیت‌ها، کار، درآمد و منزل) و محیط عینی (ارتباطات خانگی، همسایه‌ها، درآمد، فعالیت‌ها و غیره)» [۶، ص ۱۵]. ویلیامز و ویرث (Williams & Wirth) در سال ۱۹۶۵، سالمندی موفق را ترکیبی از خودمختاری (در مقابل وابستگی) و پایداری (در مقابل ناپایداری) در شیوه زندگی تعریف کرده‌اند [۷].

بیلتز و بیلتز با اذعان به پیچیدگی تعریف سالمندی موفق به چندین ویژگی آن، چون طول عمر، سلامت زیست‌شناختی، سلامت روانی، کارآمدی شناختی، صلاحیت اجتماعی و مولد بودن، کنترل شخصی و رضایتمندی از زندگی اشاره کرده‌اند [۸]. و بلاخره راو و کان در سال ۱۹۹۸ سالمندی موفق را توانایی‌ای می‌دانند که شامل سه رفتار یا سه ویژگی کلیدی است: (۱) احتمال کم برای وجود بیماری و یا بیماری‌هایی که منجر به ناتوانی شود، (۲) کنش بالای ذهنی و بدنی، (۳) درگیری فعال با زندگی. آن‌ها تأکید می‌ورزند که تعریفشان به‌طور قابل ملاحظه از وجود بیماری و ناتوانی و پرهیز از پیری متفاوت است. سالمندی موفق،

احساس محافظت و احساس ایمنی را در درون به وجود آورد [۱۰].

الیس نیز معتقد بود که افراد مذهبی در مقایسه با افراد غیر مذهبی دارای اغتشاش‌های هیجانی بیش‌تری هستند [۱۱].

پارگامنت (Pargament, K. I.) معتقد بود برای بعضی افراد در برخی شرایط، فرایندهای غلبه مذهبی ممکن است آثار زیان‌آوری داشته باشد. تشویق مردم به این‌که عقایدشان را بر دیگران تحمیل کنند، به کارگیری پاسخ‌های بی‌خاصیت و غیرقابل انعطاف نسبت به فشارهای روانی، و این‌که رنج‌هایشان تنبیهی است که مستحق آن هستند از آن جمله‌اند [۱۲].

در مقابل نظرهای منفی نسبت به مذهب، در برخی تحقیقات، نقش مذهب خشی و در برخی دیگر مثبت ارزیابی شده است. در پاسخ به نظریه الیس، برگین (Bergin, A. M.) مجموعه تحقیقاتی را انجام داد. وی با تحقیقی که به صورت فراتحلیلی (Meta-analysis) انجام شد، به بررسی تمام پژوهش‌هایی که تا سال ۱۹۷۹ انجام و در آن به نقش مذهب اشاره شده بود پرداخت. وی درصدد بود تا نقش مذهبی بودن را با هر نوع جدول آسیب‌شناختی در رابطه گذارد و فرضیه الیس را آزمون کند. او در جمع‌بندی نهایی خود ۳۰ تأثیر را به دست آورد: در ۲۳ نتیجه، تأثیر معناداری مشاهده نشد، در ۵ تحقیق، اثر مثبت مشاهده گردید و در ۲ مورد اثر منفی بین مذهبی بودن و جدول‌های آسیب‌شناختی به دست آمد. وی نهایتاً اعلام کرد که مرور بر تحقیقات گذشته آشکار می‌سازد که شواهدی برای اثبات فرضیه الیس وجود ندارد و شواهد اندکی نیز نشان‌دهنده نقش مثبت مذهب در درمان است [۱۱].

این یافته شبیه نتایجی بود که کریجی و همکاران او (Craigie, F.C. & et al.) به دست آوردند. آن‌ها نیز در ۵۲ درصد از مطالعات، ارتباط مثبت، در ۱۹ درصد ارتباط خشی و در ۲۹ درصد، رابطه منفی را گزارش کردند [۱]. کامپبل (Campbell, A.)، کانورس (Converse, Ph. E.) و راجرز (Rogers, W.L.) نسبت به تأثیر مذهب بر کیفیت

تقلید جوانی نیست، بلکه درگیری فعال با مردم، گروه‌ها، فعالیت‌ها و درکل با زندگی است [۹].

براساس تعریف عملیاتی ارائه شده در این تحقیق، سالمند موفق کسی است که ضمن دارا بودن سلامت عمومی از زندگی خویش راضی باشد. این تعریف عملیاتی، متناسب با تعریف ارائه شده از سالمندی موفق به‌ویژه مبتنی بر تعریف پالمور (Palmer, E.) است. در این تحقیق، سلامت عمومی براساس پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-12) مربوط به گلدبرگ و ویلیامز در سال ۱۹۸۸ و رضایتمندی از زندگی براساس مقیاس رضایتمندی از زندگی دینر در ۱۹۸۴ اندازه‌گیری شده است. کسانی که بهترین نمره را از پرسشنامه سلامت عمومی داشتند مشخص شدند و از میان این افراد، کسانی که در مقیاس رضایتمندی از زندگی نیز بهترین وضعیت را داشتند جزء سالمندان موفق قرار گرفتند. سالمندان ناموفق نیز کسانی بودند که مشترکاً در این دو مقیاس بدترین وضعیت را داشتند.

ب) نقش مذهب در سالمندی (سالمندی موفق)

در سطح نظری، روان‌شناسان برجسته جهت‌گیری‌های نسبتاً متفاوتی در برابر مذهب داشته‌اند. افرادی چون فروید (Freud, S.) بنیانگذار مکتب روان‌تحلیل‌گری و الیس (Ellis, A.) بنیانگذار درمان‌گری عقلانی-هیجانی، نوعی ارزیابی منفی از نقش و تأثیر مذهب بر سلامت روان و رفتار انسان‌ها داشته‌اند؛ اما افراد دیگری چون جیمز (James, W.)، یونگ (Jung, K.)، آلپورت (Allport, G.)، مازلو (Maslow, A.)، آدلر (Adler, A.) و فرام (Fromm, E.) با نگرشی مثبت به مذهب، از تأثیرات سودمند اعتقادات مذهبی سخن گفته‌اند.

روان‌تحلیل‌گران، تحت تأثیر فروید معتقد بودند که پیوند با خداوند، ادامه وابستگی دوران کودکی است. براساس نظریه روان‌تحلیل‌گری، اعمال مذهبی تکرار رفتارهای آزرده‌وار کودکی درباره والدین است. فروید می‌گوید: تا زمانی که دنیا تهدیدآمیز و غیرقابل پیش‌بینی باشد، انسان در پی یک پدر متعالی است تا

زندگی علاقه‌مندی نشان دادند، اما به نتایج متناقضی رسیدند. درحالی‌که برخی اندازه‌گیری‌ها ارتباط مثبت کوچکی را بین مذهب و رضایتمندی از زندگی نشان می‌داد، اندازه‌گیری‌های دیگر، حاکی از رابطه منفی را نشان می‌داد [۱۳].

طی دهه‌های گذشته، نقش مذهب در سلامت روانی و جسمانی کاملاً بررسی شده‌است. اما اگر تصور کنیم که این علاقه یک پدیده جدید است اشتباه کرده‌ایم، زیرا نقش مذهب در سلامت، در نوشته‌های چندین متخصص اجتماعی، قبل از این بیان شده است. جیمز در سال ۱۹۰۲ بین مذهبی که سلامت روانی ایجاد می‌کند و مذهب روح بیمار تفاوت قائل بود. مهیا کردن وحدت اجتماعی و نظام‌های معنایی که دورکهایم (Durkheim, F.) در سال‌های ۱۸۹۷ و ۱۹۵۱، و وبر (Weber, M.) در ۱۹۶۴، به‌طور خاص به مذهب نسبت می‌دهند، آثار روشنی بر سلامت روانی دارد [۱۴].

بیش‌تر تحقیقات اخیر که در مورد مذهب و سلامتی صورت گرفته به‌طور خاص بر سالمندان متمرکز بوده است [۱۵]. گفته شده تقریباً هم‌چنان‌که بر سن افراد سالمند افزوده می‌شود سروکار داشتن رسمی یا سازمان یافته با مذهب پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری برای سلامت بیشتر، شادمانی و رضایتمندی از زندگی خواهد بود [۱].

باید بدانیم مذهب، ساختاری چند بعدی (چندوجهی) دارد که در قالب عبارات متعدد مطرح می‌شود. محققانی که علاقه‌مند به تحقیق درباره مذهب و پیری هستند نیاز دارند از اشکال مختلف مذاهب و مذهبی بودن و تأثیرات متفاوت آن‌ها بر پدیده روان‌شناختی آگاه باشند. همچنین از آن‌جا که تعداد زیادی از افراد خود را به شکل مذهبی سنتی معرفی نمی‌کنند، دوست دارند در جهت‌گیری‌های زندگی‌شان به‌عنوان افرادی معنوی شناخته شوند. به‌علاوه لازم است پیری‌شناسان از برخی علائق، همچون فعالیت‌های ذهنی و رفتارهای شبه‌عبادی که با دنیای اصلی مذهب ارتباط ندارند اطلاع پیدا کنند [۱۲].

برای خیلی از سالمندان، ارتباطی که با خداوند دارند یک جنبه کلیدی از هویت آن‌ها است. برای مثال کراوس (Krause, N.) گزارش می‌کند که احساس خود-ارزشمندی (Self-worth) نزد سالمندانی که ارتباط اندکی با مذهب دارند در پایین‌ترین حد است [۱۶].

در مروری بر رابطه بین مذهب و سلامتی در ادبیات پژوهشی سالمندی، موبرگ (Moberg, D.O.)، شواهدی را ارائه کرد که نشان می‌داد هر چند فعالیت‌های مذهبی با افزایش سن به دلیل محدودیت‌های ناشی از ناتوانی کنشی کاهش می‌یابد، نگرش‌ها و احساسات مذهبی به‌طور آشکار افزایش می‌یابد. به‌علاوه او متذکر شد که عقاید و فعالیت‌های مذهبی با سازگاری اجتماعی و شخصی مناسب در سالمندی رابطه مثبت دارد. بلیزر (Blazer, D.) و پالمور در سال ۱۹۷۶ در یک اندازه‌گیری طولی از نگرش‌ها و رفتارهای مذهبی نشان دادند که هر چند در طول دوره زندگی نگرش مذهبی مثبت و با دوامی وجود داشته باشد، اهمیت مذهب در گذر زمان افزایش یافته، با احساس شادمانی، مفید بودن و سازگاری، همبستگی قوی و معناداری دارد. شبیه موبرگ، آن‌ها نیز به کاهش مشارکت‌های مذهبی در گذر سن اشاره کردند [۱].

از آن‌جا که عقاید و رفتارهای مذهبی، قدرت تعدیل هیجانات را دارند خیلی از افراد مذهبی از مذهب به‌عنوان یک منبع مقابله استفاده می‌کنند. تحقیقات نشان می‌دهد که خیلی از افراد مذهبی، از مقابله‌های مذهبی در پاسخ به بیماری‌ها، مرگ عزیزان و پیش‌بینی مرگ خود استفاده می‌کنند. مطالعات پارگامنت درباره روش‌های مقابله مذهبی، پیچیدگی‌های آن‌را در انواع مشکلاتی که رخ می‌دهد، راهبردهای به‌کار گرفته شده و اثربخشی روش‌های متفاوت منابع مذهبی به‌کار رفته آشکار کرده است [۱۲].

کوئنیگ (Koenig G.H) معتقد است خیلی از سالمندان به مذهب برمی‌گردند تا در مقابله با مباحث وجودی (Existential Issues) از آن کمک گرفته، اضطراب مرگ را تخفیف دهند و برای آینده امیدی

فراهم سازند. همچنین ممکن است از مذهب برای یافتن معنای زندگی و یا کاهش رنج‌هایی که با افت سلامتی آن‌ها پیش می‌آید استفاده کنند [۱۷].

در مطالعات پارگامنت درباره روش‌های مقابله به مباحثی در باب فرایندهای شناختی توسط افراد مذهبی اشاره شده است. گفته شده: مذهب به همان نحو که ارزیابی از منابع در دسترس شخص را برای پاسخ به تنش‌ها شکل می‌دهد، می‌تواند ارزیابی‌شناختی را از موقعیت‌های تنش‌زا تحت تأثیر قرار دهد. به علاوه، مذهب فرایندهای اسنادی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. احساس بامعنا بودن، کنترل و عزت نفس تحت تأثیر مذهب قرار می‌گیرند [۱۲].

تقریباً در طول ۱۵۰ سال گذشته بیش از ۲۵۰ مطالعه تجربی در زمینه پزشکی و همه‌گیرشناسی منتشر شده که تأثیرات یک یا چند شاخص اندازه‌گیری شده مذهب را بر بیماری‌ها و یا به‌طور کلی بر انسان‌ها آشکار کرده‌است. همبستگی‌های بین مذهب و متغیرهای سلامتی در زمینه مختلف بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان به‌ویژه سرطان رحم، قولنج، التهاب روده‌ها، وضعیت سلامت عمومی و... از لحاظ آماری معنادار بوده است. یافته‌های این مطالعات نشان می‌دهد که پذیرش مذهب همراه است با سلامتی بیش‌تر و به عبارتی، بیماری کم‌تر یا آن‌که با افزایش سطح اعتقادات مذهبی، سلامتی فرد نیز افزایش می‌یابد [۱].

مذهب به‌عنوان مجموعه‌ای از اعتقادات، بایدها و نبایدها و نیز ارزش‌های اختصاصی و تعمیم‌یافته، از مؤثرترین تکیه‌گاه‌های روانی به شمار می‌رود که قادر است معنای زندگی را در لحظه لحظه‌های عمر فراهم سازد و در شرایط خاص نیز با فراهم‌سازی تکیه‌گاه‌های تبیینی، فرد را از تعلیق و بی‌معنایی نجات دهد [۱۱].

کراوس و تان وان ترن بین رضایتمندی از زندگی و ایمان قوی یا مشارکت فعال در کلیسا، رابطه مشاهده کردند. این یافته در بین زنان سیاهپوست برجسته‌تر بود. این یافته ممکن است با احساس مفید بودن و تعامل اجتماعی یا حمایت اجتماعی مطرح شود [۱۸].

گریفیت (Griffith, E.E.H.)، انگلیش (English, T.) و می‌فیلد (Mayfield, V.) در ۱۹۸۰ و گریفیت، یانگ (Young, J.L.) و اسمیت (Smith, D.L.) در سال ۱۹۸۴، معتقدند که مشارکت در نماز و عبادت می‌تواند مزایایی شبیه آنچه افراد از روان‌درمانی رسمی کسب می‌کنند برای مشارکت‌کنندگان داشته‌باشد. اظهار هیجان و مشارکت فعال جمعی که از ویژگی‌های برخی خدمات کلیساهای افریقایی-آمریکایی است، می‌تواند باعث تخلیه عاطفی جمعی افراد شده، تنیدگی را کاهش دهد و نگرانی‌های عاطفی را تقلیل دهد [۱].

کالیانی با استفاده از مصاحبه عمیق و تمرکز بر اطلاعاتی که از ۳۰ مرد و زن مسن (در سنین ۷۰ تا ۸۵ سال) در سنگاپور به‌دست آورد به بررسی ارتباط بین اعتقادات مذهبی و فعالیت‌های دوره سالمندی پرداخت. مقایسه‌های بین فرهنگی با مسلمانان جامعه مالی و هندوهای هندی، سیک‌ها، مسیحی‌ها و یهودی‌ها انجام شد. نتایج تحقیقات، تأثیر مثبت مذهب را بر سطوح فردی و اجتماعی و فرایندهای انطباقی در سنین بعدی نشان داد. چنانچه مذهب، قسمی از فرایند اجتماعی شدن دوره کودکی بود و در طول دوره بزرگسالی فرد نیز ادامه یافته‌بود، مذهب به یکپارچگی فرد در بزرگسالی کمک می‌کرد [۱۹].

هروی کریموی طی تحقیقی نشان داد اکثر سالمندان (۹۰/۶۵ درصد) انجام فرایض و فعالیت‌های مذهبی را وسیله‌ای جهت آرامش درونی خود معرفی کرده‌اند [۲۰]. همچنین در مطالعه دیگری که در مرکز سالمندان بر روی چهار هزار نفر انجام شد مشخص گردید میزان افسردگی سالمندانی که به عبادت توجه داشتند نصف میزان افسردگی دیگر سالمندان بود [۲۱].

در مطالعه‌ای به‌منظور بررسی رابطه نگرش و عملکرد دینی سالمندان مقیم خانه سالمندان، با میزان افسردگی آن‌ها، ۷۰ نفر سالمند زن و مرد از دو آسایشگاه سالمندان اصفهان به‌طور تصادفی انتخاب شدند. اطلاعات به‌دست‌آمده نشان داد بین میزان نگرش و عملکرد دینی سالمندان با میزان افسردگی آن‌ها همبستگی معنادار

معکوس وجود دارد ($p < 0.05$) و بین عملکرد و نگرش دینی نیز همبستگی مثبت و معنادار وجود داشت ($p < 0.05$). محققان معتقدند اعتقادات، نگرش‌ها و عملکردهای دینی، عامل مهمی در سازگاری با پیامدهای سالخوردگی و تأمین بهداشت روانی سالمندان است [۲۲].

در یک جمع‌بندی اجمالی از ادبیات پژوهشی مربوط به نقش مذهب، مشاهده شد که نظرها و تحقیقات متفاوتی درباره کیفیت نقش مذهب ارائه شده است. اکنون با توجه به دیدگاه‌ها و سوابق پژوهشی متناقضی که وجود دارد، این سؤال هم‌چنان باقی است که گرایش‌های مذهبی چه تأثیری بر زندگی به ویژه در دوره سالمندی دارند؟ به عبارتی دیگر، اگر سالمندی موفق را نوعی زندگی باکیفیت بالا در نظر بگیریم، این سؤال مطرح است که آیا گرایش‌های مذهبی با این کیفیت زندگی (سالمندی موفق) ارتباطی دارند؟ همچنین با توجه به اهمیت سالمندی موفق می‌توان سؤال کرد چه رابطه‌ای بین سالمندی موفق و ویژگی‌های دموگرافیک سالمندان وجود دارد؟

روش

طرح تحقیق حاضر از منظری کلی یک طرح پس از وقوع یا پس‌رویدادی است. طرح پس‌رویدادی، ساختار طرحی است که محقق، متغیرها را دستکاری نمی‌کند، بلکه به مطالعه آنچه اتفاق افتاده می‌پردازد [۲۳].

آزمودنی

جامعه آماری تحقیق حاضر، عبارت بود از کلیه سالمندان (افراد ۶۰ ساله و بالاتر) شهرکرد که براساس سرشماری سراسری سال ۱۳۷۵ معادل ۵۱۲۰ نفر بوده است. نمونه‌گیری تحقیق حاضر، طی دو مرحله انجام شد. در مرحله نخست که اطلاعات به روش پیمایشی جمع‌آوری شد، نمونه‌ای به حجم ۲۰۰ نفر می‌توانست معرف جامعه اصلی باشد [۲۴]. در این مرحله، نقاط مختلف شهر - با توجه به تفاوت‌هایی که به لحاظ ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی با یکدیگر

داشتند - به پنج منطقه تقسیم و از هر منطقه، یک محله به‌طور تصادفی انتخاب شد (در مجموع پنج محله). در هر محله، خیابان‌های اصلی به‌عنوان خوشه‌های بعدی در نظر گرفته شد و از هر محله بین یک تا چهار خیابان - به‌طور متوسط دو خیابان - به روش تصادفی ساده انتخاب گردید (تعداد خیابان‌های انتخاب شده $10 = 2 \times 5$). از بین کوچه‌های مختلف این خیابان‌ها به‌طور متوسط پنج کوچه، باز هم به‌طور تصادفی ساده انتخاب شد ($50 = 5 \times 10$). تمامی سالمندانی که در این کوچه‌ها ساکن بودند شناسایی شدند و چنانچه تمایل به همکاری داشتند، پرسشنامه و سایر مقیاس‌های اندازه‌گیری را تکمیل می‌کردند. کل نمونه موردنظر در این پنج کوچه ۲۰ نفر تعیین شده بود، زیرا هر پنج کوچه مربوط به یک خیابان بود و تحقیق در ۱۰ خیابان اجرا می‌شد. بنابراین سهم هر خیابان از مجموع ۲۰۰ نفر کل نمونه ۲۰ نفر می‌شد. با مراجعه به در منازل سالمندان، نمونه‌گیری از اولین کوچه شروع می‌شد تا این‌که تمامی ۲۰ پرسشنامه تکمیل شوند. در مرحله دوم ۶۲ نفر از سالمندانی که به‌عنوان سالمندان موفق و سالمندان غیرموفق شناسایی شده بودند مجدداً مطالعه شدند.

ابزارهای تحقیق

برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه محقق ساخته، مقیاس رضایتمندی از زندگی دینر، پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ و ویلیامز و آزمون جهت‌گیری مذهبی استفاده شد. لازم به ذکر است که نگرش به مذهب از دو طریق اندازه‌گیری شد. یک روش استفاده از آزمون جهت‌گیری مذهبی [۱۱] بود که ویژگی‌های آن ذیلاً توضیح داده شده است و روش دیگر، استفاده از سؤالات مستقیم بود. این سؤالات براساس روشی که فورد و همکاران او در سال ۲۰۰۰ [۷] در سنجش ارزش‌های مذهبی ارائه داده بودند و سؤالات میوزیک، بلیزر و هایز در سال ۲۰۰۰ [۱۷] در اندازه‌گیری فعالیت‌های مذهبی به کار گرفته شد. هم‌چنان‌که گفته شد براساس تعریف عملیاتی ارائه شده در این تحقیق،

اختصاصی بودن دارد و بنابراین از روایی (Validity) مناسبی برخوردار است [۲۵].

به منظور بررسی میزان اعتبار (Reliability) این پرسشنامه تاکنون پژوهش‌های متعددی صورت گرفته است. به منظور ارزشیابی اعتبار آزمون سلامت عمومی به اعتقاد گلدبرگ بررسی همسانی درونی (Internal consistency) که از طریق ضریب آلفای کرونباخ (Cronbach alpha coefficient) اندازه‌گیری می‌شود، مناسب‌ترین روش است [۱۱].

در تحقیقات متعدد، از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) برای اندازه‌گیری یکی از مؤلفه‌های سالمندی موفق استفاده شده است. هرچند فرم ۲۸ سؤالی به شکل گسترده‌تر استفاده شده، اما هنگامی که تحلیل زیر مقیاس‌های GHQ مدنظر نباشد، فرم ۱۲ سؤالی نیز کاملاً مناسب است. کوک (Cook, M.) و همکاران او در ۱۹۹۶ معتقدند فرم ۱۲ سؤالی وسیله اندازه‌گیری مطمئنی است که برای افراد مختلف - اعم از زن و مرد، در سنین مختلف و مشاغل گوناگون - به‌طور گسترده قابل استفاده است. آن‌ها ضریب آلفای فرم ۱۲ سؤالی را معادل ۰/۹۱ گزارش کردند [۲۶].

میزان ضریب آلفای کرونباخ در این تحقیق معادل ۰/۸۷ بود و ضریب اعتبار از طریق دونیمه‌کردن معادل ۰/۷۷ به دست آمد. روایی پرسشنامه سلامت عمومی، روایی صورتی بود. برای تعیین روایی صورتی در این جا نیز متن ترجمه شده پرسشنامه به دو تن از اساتید زبان انگلیسی داده شد تا آن را به انگلیسی برگردانند. با تطبیق متن انگلیسی با متن اصلی، روایی صورتی پرسشنامه تعیین شد.

مقیاس رضایتمندی از زندگی که توسط دینر در سال ۱۹۸۴ طراحی شده و در فرهنگ‌های مختلف و مطالعات متعددی مورد استفاده قرار گرفته است. این مقیاس با دیگر مقیاس‌های اندازه‌گیری سلامت روانی، همبستگی خوبی دارد [۲۷].

در مطالعات اولیه به بررسی همسانی درونی پرداخته شد و ضریب آلفایی که مکرراً اندازه‌گیری شد معادل ۰/۸ به دست آمد. همچنین دینر و همکارانش در

سالمند موفق کسی است که ضمن دارا بودن سلامت عمومی از زندگی خویش راضی باشد. در این تحقیق، سلامت عمومی براساس پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-12) مربوط به گلدبرگ و ویلیامز در سال ۱۹۸۸ و رضایتمندی از زندگی براساس مقیاس رضایتمندی از زندگی در سال دینر، ۱۹۸۴ اندازه‌گیری شده است. کسانی که بهترین نمره را از پرسشنامه سلامت عمومی داشتند مشخص شده، از این افراد کسانی که در مقیاس رضایتمندی از زندگی نیز بهترین وضعیت را داشتند جزء سالمندان موفق قرار می‌گرفتند. سالمندان ناموفق نیز کسانی بودند که مشترکاً در این دو مقیاس بدترین وضعیت را داشتند.

پرسشنامه محقق ساخته: سؤال‌های این پرسشنامه عمدتاً برای اندازه‌گیری ویژگی‌های عمومی سالمندان - همچون سن، جنس، تحصیلات، درآمد، شغل و... - طراحی شده بود. علاوه بر آن، سؤال‌های ۲۲ و ۲۳ و ۲۴ به اندازه‌گیری نقش مذهب می‌پرداختند. این سؤالات براساس روشی که فورد در سال ۲۰۰۰ در سنجش ارزش‌های مذهبی ارائه داده بود و سؤالات میوزیک و همکارانش در سال ۲۰۰۰ در اندازه‌گیری فعالیت‌های مذهبی، به کار گرفته شده بود.

پرسشنامه سلامت عمومی (گلدبرگ و ویلیامز، ۱۹۸۸): پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) یک «پرسشنامه سرنبدی» مبتنی بر روش خود-گزارش دهی است، که در مجموعه‌های بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای اختلال روانی هستند مورد استفاده قرار می‌گیرد. به‌طور کلی، چهار نسخه از پرسشنامه سلامت عمومی ارائه شده است که یک نسخه آن پرسشنامه سلامت عمومی ۱۲ سؤالی است. این پرسشنامه (GHQ-12) با توجه به حساسیت (Sensitivity) و جنبه اختصاصی بودن (Specificity) آن، عملکرد مناسبی دارد (حساسیت با تعیین مواردی که واقعاً بیمار هستند و پرسشنامه می‌تواند آن‌ها را تشخیص دهد ارتباط دارد و اختصاصی بودن به تعیین مواردی که سالم هستند و پرسشنامه می‌تواند آن‌ها را تشخیص دهد برمی‌گردد). پرسشنامه مذکور ۸۹ درصد حساسیت و ۸۰ درصد

یک مطالعه دیگر، ضریب آلفا را برای ۱۶۷ فارغ‌التحصیل دانشگاه ایلینویز (University of Illinois) معادل ۰/۸۷ گزارش کردند و از طریق بازآزمایی که با فاصله دو ماه برای ۷۶ دانشجو اجرا کردند، ضریب همبستگی معادل ۰/۸۲ به دست آمد. در همین مطالعه، پنج سؤال مقیاس تحلیل عاملی شدند و هر پنج سؤال به یک عامل رسیدند که آن عامل نیز ۶۶ درصد از واریانس را در مقیاس توضیح می‌داد [۲۷].

در این پژوهش، میزان ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس رضایتمندی از زندگی معادل ۰/۸۴ بود. برای تعیین روایی این مقیاس، متن ترجمه شده مقیاس به دو تن از اساتید زبان انگلیسی داده شد تا آن را به انگلیسی برگردانند. با تطبیق متن انگلیسی با متن اصلی، روایی صوری مقیاس تعیین شد.

آزمون جهت‌گیری مذهبی: این آزمون توسط بهرامی در سال ۱۳۷۸ طراحی شد. آزمون جهت‌گیری مذهبی دارای ۴۵ سؤال است که ۲۶ سؤال، عامل رویگردانی یا سازمان‌نا یافتگی مذهبی را می‌سنجد و ۱۹ سؤال آن مربوط به عامل روی‌آوری به مذهب است. برای تعیین روایی آزمون از روش تحلیل عوامل (Factor analysis) استفاده شده است. اجرای آزمون تحلیل عوامل درباره نتایج پرسشنامه جهت‌گیری مذهبی، دو عامل اساسی را از یکدیگر متمایز ساخت. اعتبار این آزمون با استفاده از روش دومینه‌سازی گاتمن (Gutman split-half) مساوی ۰/۹۱ است. همچنین ضریب اعتبار این مقیاس با استفاده از روش اسپیرمن-براون (Spearman-Brown) نیز ۰/۹۱ به دست آمده است [۱۱].

نتایج

همان‌طور که گفته شد سؤال اساسی تحقیق حاضر این بود که چه رابطه‌ای بین گرایش‌های مذهبی و سالمندی موفق وجود دارد؟ گرایش‌های مذهبی در قالب دو روش اندازه‌گیری شد. روش اول براساس سؤالاتی که فورد و همکاران او [۷] در سنجش ارزش‌های مذهبی ارائه داده بودند و سؤالات میوزیک،

بلیزر و هایز [۱۷] در اندازه‌گیری فعالیت‌های مذهبی به کار گرفته شد. در این روش، سه سؤال پیشنهاد شده که با تغییراتی که متناسب با مفاهیم دین اسلام است داده‌های حاصل از این سه سؤال تجزیه و تحلیل شده‌اند. این سه سؤال درباره تقید به نماز، رفتن به مسجد و ارزیابی نگرش سالمندان به نقش مذهب به هنگام ناراحتی یا مشکل بود.

از سالمندان سؤال شد آیا مقید به نماز خواندن هستید؟ پاسخ‌های ارائه شده در جدول ۱ آمده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود اکثر قاطع سالمندان، خود را مقید به نماز خواندن معرفی کرده‌اند و تعداد اندکی نیز پاسخ خیر و «گاهی اوقات» داده‌اند. اندک بودن تعداد پاسخ‌دهندگانی که تقیدی به نماز نشان ندادند، امکان تجزیه و تحلیل اطلاعات را محدود می‌سازد. با وجود این، مقایسه میانگین‌ها، حاکی از کوچک‌تر بودن میانگین نمره سالمندی موفق در گروه پاسخ‌دهندگان «بلی» است و این به معنای سالمندی موفق‌تر آن‌ها است. البته اجرای آزمون F نشان داد این تفاوت‌ها از نظر آماری معنادار نیست ($p > 0/05$). بنابراین نمی‌توان گفت سالمندانی که خود را مقید به نماز خواندن معرفی کرده‌اند سالمندی موفق‌تری دارند.

در سؤال دوم از سالمندان پرسیده شده که آیا به مسجد می‌روند یا خیر؟ پاسخ‌های ارائه شده در سه گروه بلی، خیر و «گاهی اوقات» در جدول ۲ با استفاده از آزمون F تجزیه و تحلیل شده است. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود F محاسبه شده معادل ۶/۹۲ و سطح معناداری F معادل ۰/۰۰۱ است. بنابراین تفاوت‌های موجود بین میانگین‌ها از نظر آماری معنادار است. بنابراین می‌توان گفت سالمندانی که به مسجد می‌روند سالمندانی موفق‌تر هستند.

برای این که مشخص شود کدامیک از میانگین‌های فوق با یکدیگر تفاوت معناداری داشته‌اند، از آزمون تعقیبی LSD استفاده گردید (جدول ۳). این آزمون نشان داد تفاوت موجود بین میانگین گروه‌های دوم - اول و دوم - سوم از لحاظ آماری معنادار است. بنابراین،

جدول ۱. مقایسه میانگین نمرات سالمندی موفق سالمندان در تقید به نماز با استفاده از تحلیل واریانس

نماز خواندن	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار اندازه گیری	
بلی	۱۸۰	۳۱.۳۳۳۳	۱۳.۰۴۰۵	۰/۹۷۲	
خیر	۴	۴۵.۲۵۰۰	۱۲.۸۴۲۰	۶/۴۲	
گاهی اوقات	۱۶	۳۳.۹۳۷۵	۱۱.۸۸۵۴	۲/۹۷	
تحلیل واریانس					
منابع	درجه آزادی	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری F
بین گروه‌ها	۲	۸۳۵/۸۳	۴۱۷/۹۱	۲/۴۹	۰/۰۸۶
درون گروه‌ها	۱۹۷	۳۳۰۵۳/۶۹	۱۶۷/۷۸		
کل	۱۹۹	۳۳۸۸۹/۵۲			

جدول ۲. مقایسه میانگین نمرات سالمندی موفق سالمندان با استفاده از تحلیل واریانس

رفتن به مسجد	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار اندازه گیری	
بلی	۱۰۰	۲۹/۲۳	۱۱/۹۲	۱/۱۹	
خیر	۷۸	۳۵/۹۹	۱۳/۰۳	۱/۴۷	
گاهی اوقات	۲۲	۲۸/۸۲	۱۴/۶۶	۳/۱۳	
تحلیل واریانس					
منابع	درجه آزادی	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری F
بین گروه‌ها	۲	۲۲۲۳/۵۵	۱۱۱۱/۷۸	۶/۹۲	۰/۰۰۱
درون گروه‌ها	۱۹۷	۳۱۶۶۵/۹۷	۱۶۰/۷۴		
کل	۱۹۹	۳۳۸۸۹/۵۲			

سالمندانی که به مسجد نمی‌روند از لحاظ آماری به طور معناداری سالمندی موفق کم‌تری داشته‌اند (نمره بیش‌تر بر سالمندی موفق کم‌تر دلالت دارد).

در سومین سؤال از نگرش سالمندان نسبت به نقش مذهب در هنگام مشکلات سؤال شد. ارزیابی نگرش سالمندان نسبت به نقش مذهب به هنگام ناراحتی یا مشکل و تعیین رابطه بین این نگرش و سالمندی موفق در جدول ۴ ارائه شده است. میزان F محاسبه شده برای مقایسه میانگین‌ها معادل ۳/۱۰ است، که این میزان از لحاظ آماری معنادار است ($p < ۰/۰۵$). بنابراین می‌توان گفت کسانی که نگرش متفاوتی نسبت به نقش مذهب دارند نمرات متفاوتی نیز از سالمندی موفق دارند.

در جدول ۵ نتایج حاصل از اجرای آزمون تعقیبی LSD برای این که تعیین کند کدام یک از تفاوت‌ها با یکدیگر معنادار است، نشان داده شده است. براساس

نتایج این جدول کسانی که نقش مذهب را «تاحدی» ارزیابی کرده‌اند، کم‌ترین سالمندی موفق را داشته‌اند (نمرات بیش‌تر دلالت بر سالمندی موفق کم‌تر دارد).

روش دیگری که در این تحقیق برای بررسی متغیر مذهب استفاده شد، مطالعه گرایش‌های مذهبی سالمندان با استفاده از مقیاس جهت‌گیری مذهبی [۱۱] بود. این روش که در این تحقیق بیش‌تر مورد تأکید است اطلاعات دقیق‌تری را از وضعیت گرایش مذهبی سالمندان ارائه می‌دهد. یافته‌های حاصل از اجرای مقیاس

جدول ۳. تعیین معناداری تفاوت میانگین‌ها (معناداری با * نشان داده شده است).

گروه‌ها	اول	دوم	سوم
اول (بلی)			
دوم (خیر)	*		*
سوم (گاهی اوقات)			

جدول ۴. مقایسه میانگین نمرات سالمندی موفق سالمندانی که نگرش متفاوتی نسبت به نقش مذهب داشته‌اند.

نقش مذهب به هنگام ناراحتی یا مشکل	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار اندازه گیری	
خیلی زیاد	۱۲۲	۳۰/۲۹	۱۳/۳۶	۱/۲۱	
زیاد	۴۴	۳۲/۰۴	۱۲/۱۶	۱/۸۳	
تاحدی	۲۹	۳۸/۳۱	۱۱/۴۲	۲/۱۲	
هیچ	۵	۲۹/۴	۱۳/۵۶	۶/۰۶	
تحلیل واریانس					
منابع	درجه آزادی	مجموع مجزورات	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری F
بین گروه‌ها	۳	۱۵۳۶/۸۳	۵۱۲/۲۸	۳/۱۰	۰/۲۸
درون گروه‌ها	۱۹۶	۳۲۳۵۲/۶۹	۱۶۵/۰۶		
کل	۱۹۹	۳۳۸۸۹/۵۲			

جدول ۵. تعیین معنادارای تفاوت میانگین‌ها (معناداری با * نشان داده شده است).

گروه‌ها	اول	دوم	سوم	چهارم
اول (خیلی زیاد)				
دوم (زیاد)				
سوم (تاحدی)	*	*		
چهارم (هیچ)				

ویژگی‌های دموگرافیک را با سالمندی موفق جستجو می‌کرد. نتایج این تجزیه و تحلیل در جدول ۷ ارائه شده است.

همان‌طور که ملاحظه می‌شود ۹۶/۷۲ درصد از واریانس متغیر وابسته (سالمندی موفق) توسط متغیرهایی که در مدل وارد شده‌اند توضیح داده می‌شود. از بین متغیرهای مختلف وارد شده در مدل گرایش مذهبی سالمندان و سطح تحصیلات آن‌ها با سالمندی موفق رابطه معنادار دارد ($p < ۰/۰۵$).

اطلاعات مندرج در جدول ۷ هماهنگ با اطلاعات تحلیل شده در جدول ۶ حاکی از تفاوت معنادار میانگین گرایش مذهبی سالمندان موفق و غیرموفق است. در جدول ۶ میانگین گرایش مذهبی سالمندان موفق معادل ۱۷۱/۹۴ و میانگین سالمندان غیرموفق ۱۴۷/۶۹ بود و این تفاوت از نظر آماری معنادار داشت. با توجه به مقادیر میانگین نمرات دو گروه می‌توان گفت سالمندان موفق دارای گرایش‌های مذهبی مثبت‌تر و قوی‌تری نسبت به سالمندان غیرموفق هستند.

برای تعیین کیفیت معناداری متغیر تحصیلات بر سالمندی موفق نیز میانگین نمرات سالمندی موفق در بین سالمندان دارای سطح تحصیلی متفاوت، در جدول ۸ مقایسه شده است.

همان‌گونه که در جدول ۸ مشاهده می‌شود بین سالمندی موفق و سطح تحصیلات سالمندان رابطه وجود

جهت‌گیری مذهبی میزان میانگین جهت‌گیری مذهبی را در گروه سالمندان موفق ۱۷۱/۹۴۳ و در گروه سالمندان غیرموفق ۱۴۷/۶۹۲ نشان داد با اجرای آزمون t معنادار بودن تفاوت موجود بین این دو میانگین بررسی شد. همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود این تفاوت از نظر آماری معنادار بوده است ($p < ۰/۰۰۱$). بنابراین با توجه به یافته‌های جدول فوق می‌توان گفت گرایش‌های مذهبی در سالمندان موفق شدت بیش‌تری دارد.

از آن‌جا که متغیرهایی که ما با آن‌ها سروکار داریم تنها به شکل انحصاری با یک متغیر ارتباط ندارند و همواره در عالم واقع ارتباط بین متغیرهای چندگانه مطرح است متغیر گرایش به مذهب در کنار سایر متغیرهایی که در این تحقیق مطالعه شدند در قالب یک مدل از آزمون آماری رگرسیون یعنی رگرسیون لاجستیک (Logistic Regression) تجزیه و تحلیل شد. این تجزیه و تحلیل در واقع پاسخگوی سؤال دیگر تحقیق بود که ارتباط

جدول ۶. مقایسه میانگین جهت گیری مذهبی سالمندان موفق و غیرموفق

گروه سالمندان	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای اندازه گیری میانگین	میزان t	درجه آزادی	سطح معناداری
موفق	۳۵	۱۷۱/۹۴۳	۲۰/۰۶	۳/۳۹	۵/۴۹*	۵۶/۴۹*	۰/۰۰۰۱
غیرموفق	۲۶	۱۴۷/۶۹۲	۱۱/۸۵	۲/۳۲			

* میزان t، درجه آزادی و سطح معناداری با توجه به عدم یکسانی واریانس نمرات محاسبه شده است.

جدول ۷. تحلیل رگرسیون متغیرهای مختلف مرتبط با سالمندی موفق با استفاده از آزمون رگرسیون لاجیستیک

مدل	خی دو	درجه آزادی	سطح معناداری	کل واریانس
مدل	۶۷/۸۱۱	۸	۰/۰۰۰۱	۹۶/۷۲ درصد
اصلاح شده	۶۷/۸۱۱	۸	۰/۰۰۰۱	

متغیرهای وارد شده در مدل

متغیر	B	S.E.	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
گرایش مذهبی	-۲/۰۶	۱/۰۹۰	۵/۲۱۱	۱	۰/۲۲	-۱۹۶	۸۱۴
جنس	-۳/۰۶۳	۵/۶۳۳	۲/۹۶	۱	۰/۵۸۷	۰/۰۰۰	۰/۴۷
سن	-۱/۹۰	۱/۱۵۴	۱/۵۳۳	۱	۰/۲۱۶	۰/۰۰۰	۸۲۷
تحصیلات	-۲/۰۱۶	۱/۹۷۶	۴/۲۶۳	۱	۰/۳۹	-۱۶۵	۱۳۳
مشکلات مادی	-۲/۹۲۱	۴/۸۹۵	۳/۵۶	۱	۰/۵۵۱	۰/۰۰۰	۰/۵۴
احساس تنهایی	-۴/۳۹۱	۳/۴۸۳	۱/۵۸۹	۱	۰/۲۰۷	۰/۰۰۰	۰/۱۲
جنس و احساس تنهایی	۵/۴۵۳	۳/۱۸۸	۲/۹۲۶	۱	۰/۸۷	۱۰۵	۲۳۳/۵۶
جنس و مشکل مادی	-۲/۲۵۶	۳/۷۲۶	۳/۶۶	۱	۰/۵۴۵	۰/۰۰۰	۱/۰۵
مدل	۵۶/۲۷۰	۲۳/۸۵۳	۵/۵۶۵	۱	۰/۱۸		

جدول ۸. تحلیل مقایسه میانگین نمرات سالمندی موفق بر حسب تحصیلات

تحصیلات	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای اندازه گیری
بی سواد	۳۳	۳۶/۳۹	۱۷/۸۳	۳/۱۰
خواندن و نوشتن تا سیکل	۲۳	۲۸/۹۶	۱۷/۷۶	۳/۷۰
دیپلم و بالاتر	۶	۱۶/۰۰	۳/۲۲	۱/۳۲

تحلیل واریانس

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معناداری
بین گروهها	۲۳۷۹/۰۵	۲	۱۱۸۹/۵۳	۴/۰۹	۰/۲۲
درون گروهها	۱۷۱۶۶/۸۴	۵۹	۲۹۰/۹۶		
کل	۱۹۵۴۵/۸۹	۶۱			

اجرای آزمون تعقیبی LSD (معناداری با * نشان داده شده است).

گروهها	اول	دوم	سوم
اول (بی سواد)			*
دوم (خواندن و نوشتن تا...)			
سوم (دیپلم)			

دارد و سالمندانی که بی‌سواد بوده‌اند به‌طور معنادار نسبت به سالمندان دیپلم و بالاتر نمرات بیش‌تری دریافت داشته‌اند - با توجه به این که نمره بیش‌تر در مقیاس سالمندی موفق، بر سالمندی با موفقیت کم‌تر دلالت دارد، می‌توان گفت سالمندی موفق در بین سالمندانی که تحصیلات بیش‌تر داشته‌اند متداول‌تر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

یکی از سؤال‌های اساسی تحقیق حاضر این بود که چه رابطه‌ای بین گرایش‌های مذهبی و سالمندی موفق وجود دارد؟ نتایج تحقیق نشان داد که سالمندی موفق به عنوان یک الگوی مناسب از سالمندی، با گرایش مذهبی سالمند رابطه تنگاتنگی دارد. یافته‌های تحقیق نشان داد که سالمندان موفق بیش از دیگر سالمندان به مسجد رفت‌وآمد می‌کنند. این یافته با نتایج تحقیق کراوس و تان‌وان‌ترن [۱۸] که درباره اثربخشی حضور در کلیسا ارائه شده، هماهنگ است. گیلکس معتقد است اظهار هیجان و مشارکت فعال جمعی که از ویژگی‌های برخی خدمات کلیساها است، می‌تواند باعث تخلیه عاطفی جمعی افراد شده، تنیدگی را کاهش دهد و نگرانی‌های عاطفی را تقلیل دهد [۱]. آلپورت بین کسانی که جهت‌گیری معنوی درونی و بیرونی دارند تمایز قائل شده [۱۰] و انگیزه حضور در کلیسا را متفاوت ارزیابی کرده است. به اعتقاد آلپورت افرادی که جهت‌گیری مذهبی درونی دارند حضورشان در کلیسا به خاطر خود آن است، اما کسانی که جهت‌گیری مذهبی بیرونی دارند ممکن است همین کار را انجام دهند اما به خاطر این که از این طریق می‌توانند افراد دیگر را ببینند یا آن که از این طریق قادر می‌شوند بر مشکلات زندگی خود غلبه کنند [۲۸]. با وجود این، آنچه کم‌تر مورد تردید است منتفع شدن افراد از حضور در مکان‌های مذهبی است. برخی مؤلفان به تأثیرات معماری مکان‌های مذهبی بر رفتار افراد توجه کرده‌اند. مک‌گویر (Mc Guire, J.) بر این نکته تأکید کرد که زبان مراسم عبادی و نمادهای غیرکلامی نه تنها قادر است

حسی از نظم و کنترل ایجاد کند، بلکه حسی از قدرتمندی شخصی را به‌وجود می‌آورد که می‌تواند سلامتی را افزایش دهد. یکی از جنبه‌های مهم، اما ناشناخته نماد مذهبی، معماری مذهبی است. ساختار کالبدی ساختمان‌های مذهبی می‌تواند تصورات خاصی را خلق کرده، نظام‌های پیچیده و با معنایی از عقاید، اعتقادات، ارزش‌ها و احساسات را منتقل سازد. معماری مکان‌های مذهبی می‌تواند برای فضای خدمات عبادی تعیین‌کننده بوده، بر چگونگی رفتار، احساسات و تفکر افراد تأثیر بگذارد. با تقویت احساسات و اعمال خاص، معماران می‌توانند قلب و شکل عبادت‌کنندگان را شکل دهند [۱].

همچنین اطلاعات به‌دست‌آمده نشان داد که بین سالمندی موفق و نوع ارزیابی سالمندان از نقش مذهب در هنگام مواجهه با مشکلات رابطه وجود دارد و سالمندان موفق، نقش مهم‌تری را برای مذهب به هنگام مشکلات و سختی‌ها قائل هستند. این یافته نیز با آنچه ایدلر [۱۷] بیان می‌کند مطابقت دارد.

نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که گرایش‌های مذهبی نقش معناداری در سالمندی موفق دارند و سالمندان موفق، نگرش مذهبی مثبت‌تری نسبت به سالمندان غیرموفق از خود نشان می‌دهند. این یافته نیز با یافته‌های دیگری که درباره رضایتمندی از زندگی و سلامت روانی و جسمانی سالمندان ارائه شده مطابقت دارد. به‌عنوان مثال، گفته شده تقریباً هم‌چنان که بر سن افراد سالمند افزوده می‌شود سروکار داشتن رسمی یا سازمان یافته با مذهب، پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری برای سلامت بیش‌تر، شادمانی و رضایتمندی از زندگی خواهد بود [۱]. کراوس گزارش می‌کند که احساس خود-ارزشمندی نزد سالمندانی که ارتباط اندکی با مذهب دارند در پایین‌ترین حد است [۱۶] یا همان‌طور که گفته شد یافته‌های برخی مطالعات نشان می‌دهد که پذیرش مذهب همراه است با سلامتی بیش‌تر و به عبارتی، بیماری کم‌تر یا آن که با افزایش سطح اعتقادات مذهبی، سلامتی فرد نیز افزایش می‌یابد [۱].

- of successful aging. *Journal of Aging and Health*, 12 (4): 470-489.
8. Baltes, P.B. & Baltes, M.M. (1990) Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds), *Successful Aging: Perspectives from the behavioral sciences*. New York: Cambridge University Press.
 9. Rowe, J.W. & Kahn, R.L. (1998) *Successful Aging*. New York: Pantheon Books, a division of Random House, Inc.
 ۱۰. جان‌بزرگی، مسعود (۱۳۷۸) بررسی اثربخشی روان‌درمانگری کوتاه مدت «آموزش خود مهارگری» با و بدون جهت‌گیری مذهبی (اسلامی) بر مهار اضطراب و تنیدگی. دانشگاه تربیت مدرس. دانشکده علوم انسانی. رساله دوره دکتری.
 ۱۱. بهرامی احسان، هادی (۱۳۷۸) بررسی مؤلفه‌های بنیادین سازش یافتگی در آزادگان ایرانی. رساله دکتری روان‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس. دانشکده علوم انسانی.
 12. McFadden, S.H. (1998) *Religion and Aging*. University of Wisconsin Oshkosh.
 13. Peacock, J.R. & Poloma M.M. (1999) Religiosity and Life Satisfaction Across the life Course. *Social Indicators Research*, 48, 321-342.
 14. Williams, D.R. (1994) Measurement of Religion in Epidemiologic Studies. Problems and Prospects. In: J. S. Levin. *Religion In Aging and Health*. SAGE. California. Publications Inc.
 15. Krause, N. (1998) Stressors in highly valued roles, religious coping and morality. *Journal of Psychology and Aging*, 13(2): 242-255.
 16. Cavanaugh, J.C. (1999) *Adult Development and Aging*. (Second edition) Brooks/Cole Publishing Company. Pacific Grove.
 17. Musick M.A.; Blazer D.G. & Hays C. (2000) Religious activity, alcohol use, and depression in a sample of elderly Baptists. *Research on Aging*, 22(2). 91-116.
 18. Krause, N. & Tian V.T. (1989) Stress and religious involvement among older blacks. *Journal of Gerontology; Social science*, 44: 4-13.
 19. Kalyani, K.M. (1993) The Impact of Religious Beliefs and Practice on Aging: A cross-cultural comparison. *Journal of Aging Studies*, 11(2): 101-114.
 ۲۰. هروی کریم‌وی، مجیده (۱۳۸۰) نقش اسلام در ارضاء نیازهای روانی سالمندان. اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان (چکیده مقالات). تهران: معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
 ۲۱. سیف، سوسن (۱۳۸۰) مذهب و بهداشت بشری. اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان (چکیده مقالات). تهران: معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

بنابراین سودمندی گرایش‌های مذهبی، هم تحت تأثیر آموزه‌های ارزشمندی که در مذهب وجود دارد و امکان فراهم شدن سلامت روانی و جسمانی فرد را تسهیل می‌کند و هم تحت تأثیر مسائل جانبی رفتارهای مذهبی، مانند حضور در مساجد و بهره‌مندی از حمایت‌های عاطفی دیگران، این واقعیت را روشن می‌سازد که مذهب پتانسیل فراوانی برای زندگی مؤثر و در دوره سالمندی برای سالمندی موفق‌تر دربر دارد. تحلیل رگرسیون در راستای پاسخ به سؤال دیگر تحقیق بود که از ارتباط ویژگی‌های دموگرافیک با سالمندی موفق سؤال می‌کرد. نتیجه تحلیل رگرسیون نشان داد از بین متغیرهای مختلف وارد شده در مدل رگرسیون لاجستیک، تنها گرایش مذهبی سالمندان و سطح تحصیلات آن‌ها با سالمندی موفق رابطه معنادار دارد. عدم ارتباط متغیرهای دیگر، چون جنس، سن، و مشکلات مادی با سالمندی موفق قابل تحلیل و توضیح است که در این جا برای پرهیز از اطاله کلام، از توضیح آن‌ها اجتناب می‌شود و به همین مقدار اکتفا می‌گردد که از جمله یافته‌ها، تأثیر معنادار تحصیلات بر سالمندی موفق بود. این یافته با آنچه راو و کان مدعی شده‌اند مطابقت دارد. آن‌ها گفته‌اند مطالعات نشان می‌دهد سالمندی موفق در بین افراد دارای تحصیلات بیش‌تر متداول‌تر است [۹].

منابع

1. Levin, J.S. (1994) *Religion in Aging and Health*. Theoretical foundation and Methodological frontiers. California. SAGE. Publications Inc.
2. Rowe, J.W. & Kahn, R.L. (1999) *The future of Aging*. Contemporary Longterm Cave, New York: 22(2).
3. Seeman, T.E. & Adler, N. (1998) Older Americans: Who will they be? *National Forum*, 78(2). 22-26.
4. Glover, R.J. (1998) Perspectives on aging: Issues affecting the later part of the life cycle. *Educational Gerontology*, 24(4): 325-327.
5. Shaie, K.W. (1990) In: M. Perlmutter & E. Hall *Adult Development and Aging* (second edition). New York: John Wiley & Sons. Inc.
6. Cerrato, I.M. & Troconiz M. I.F. (2000) "Successful Aging". *Autonoma University of Madrid*.
7. Ford, A.B.; Haug, M.R.; Stang, K.C.; Gaines, A.D. et al. (2000) Sustained personal autonomy. A measure

۲۲. ابراهیمی، امراالله؛ نصیری، حمید (۱۳۷۶) بررسی میزان افسردگی سالمندان مقیم خانه سالمندان با نگرش و عملکردهای دینی آنها. اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان (چکیده مقالات). تهران: معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
۲۳. نادری، عزت‌الله؛ سیف‌نراقی، مریم (۱۳۷۱) روش‌های تحقیق و چگونگی ارزشیابی آن در علوم انسانی (چاپ چهارم). دفتر تحقیقات و انتشارات بدر.
۲۴. تاجداری، پرویز (۱۳۶۲) آمارگیری نمونه‌ای کاربردی. انتشارات اتا.
25. Goldberg, D.P. & Williams, P.A. (1988) User's Guided to the General Health Questionnaire. Windsor: NFER-NELSON.
26. Cook, M.; Young, A.; Taylor, D. & Bedford, A.P. (1996) Personality Correlates of Psychological Distress. *Person Individ Diff.* 20(3):313-319.
27. Diener, Ed. & Pavot, W. (1993) Review satisfaction with life scale: a measurment of life satisfaction for research with older. *Psychological Assessment*, 5:164-172.
28. Nielsen E.M. (1998) Famous Persons in Religious Psychology.