

مقدمه

امروزه سالمندی به یک پدیده مهم جهانی تبدیل شده است؛ زیرا به سبب افزایش امید به زندگی و مسائل بهداشتی، طبق آمار سازمان بهداشت جهانی، جمعیت این گروه افزایش یافته است. بر اساس برآوردهای انجام شده، سالانه حدود ۲/۵ درصد به طور متوسط به تعداد افراد ۶۵ ساله و بیشتر افزوده می‌شود؛ اما به‌رغم رشد جمعیت سالمندان هنوز درباره نیازهای ایشان تمرکز کافی نشده است. بنابراین، تأمین بهداشت روانی و جسمانی سالمندان به‌عنوان یک گروه آسیب‌پذیر جامعه، توجه ویژه‌ای را می‌طلبد (همتی علمدارلو و همکاران، ۱۳۸۷).

احساس تنهایی، انزوا و ناامیدی، از مهم‌ترین و شایع‌ترین شکایات سالمندان هستند (13) (Shearer & Davidhizar, 1999, p. 13). این مشکلات و فقدان‌های سالمندی و نزدیک شدن به واقعیت مرگ، ممکن است آنها را به بی‌معنایی در زندگی هم سوق دهد. در پژوهشی که بر روی سالمندان در کشور فلانند صورت گرفت، مهم‌ترین علل احساس تنهایی، شامل بیماری ۸۱ درصد، مرگ همسر ۷۱ درصد، و فقدان دوست ۶۷ درصد می‌باشد. با این حال، فقدان معنا در زندگی یکی از رایج‌ترین دلایل در میان افرادی بود که اغلب یا همیشه، احساس تنهایی می‌کردند (Saviko et al, 2005, p. 228). احساس تنهایی، مجموعه‌ای پیچیده از احساس‌ها و شناخت‌ها، پریشانی‌ها و تجربه هیجان‌های منفی است که از کمبودهای ادراک‌شده فردی در روابط خصوصی و اجتماعی ناشی می‌شود (243) (Wiseman et al., 2006, p. 243). احساس تنهایی، به‌عنوان مشکلی رایج و تجربه‌ای منفی برای افراد مسن در جوامع علمی و پژوهش‌های مربوط به تندرستی گزارش شده است. شواهد نشان می‌دهد، احساس تنهایی پدیده‌ای گسترده و فراگیر است و ۲۵ تا ۵۰ درصد کل جمعیت بالای ۶۵ سال را بر حسب سن و جنس تحت تأثیر قرار می‌دهد و سالمندان، در معرض خطر بالاتری از احساس تنهایی هستند (556) (Vlaming et al., 2010, p. 556). در پژوهشی که بر روی سالمندان ایران انجام شد، مشخص گردید که ۴۴/۷٪ سالمندان (شریفی، ۱۳۸۱، ص ۸۱)، و در تحقیقی که تک (Theeke, 2010, p. 99-103) انجام داد، ۱۷ درصد سالمندان مورد پژوهش، احساس تنهایی را گزارش کرده‌اند.

پژوهشگران معتقدند عوامل بسیاری، از جمله افسردگی، اضطراب، وضعیت سلامت روانی، افکار خودکشی، حمایت کم خانواده، درآمد پایین، عملکرد جسمی ضعیف و بیماری، با احساس تنهایی در ارتباط‌اند. (Tsai, 2010, p. 949) بنابراین، همان‌گونه که یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد، احساس تنهایی یک عامل سبب‌شناختی در سلامت و بهزیستی است و پیامدهای آنی و درازمدت جدی در بهداشت

مقایسه احساس تنهایی و احساس معنا

در زندگی سالمندان با سطوح نگرش مذهبی متفاوت

الیکا پیمانفر* / مهناز علی اکبری دهکردی** / طیه محتشمی***

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی نقش نگرش مذهبی در احساس تنهایی و احساس معنا در زندگی سالمندان انجام شد. ۲۲۱ نفر از سالمندان به پرسش‌نامه نگرش مذهبی خدایاری فرد و همکاران، پرسش‌نامه احساس تنهایی راسل و پرسش‌نامه معنابخش بودن صالحی پاسخ دادند. نتایجی که از روش تحلیل واریانس چندمتغیری و روش پیگیری شفه به دست آمد، نشان داد که هرچه سالمندان در سطح قوی‌تر نگرش مذهبی قرار داشته باشند، احساس معنا در زندگی در آنها نیز بیشتر است ($p < 0.05$). همچنین سالمندانی که در سطح نگرش مذهبی قوی قرار دارند، کمتر از سالمندانی که سطوح نگرش مذهبی ضعیف و متوسط دارند، احساس تنهایی می‌کنند. نگرش مذهبی، یک عامل پیشگیری‌کننده جهت کاهش مشکلات سالمندان به شمار می‌رود و بر این اساس، مسئولان مربوط می‌توانند با برنامه‌ریزی‌های مناسب، به تقویت باورهای مذهبی سالمندان بپردازند و زمینه‌های لازم جهت شرکت در فعالیت‌های مذهبی را برای سالمندان فراهم کنند؛ که این موارد در بهبود وضعیت روان‌شناختی سالمندان می‌تواند بسیار مؤثر باشد. کلیدواژه‌ها: نگرش مذهبی، احساس تنهایی، احساس معنا، سالمندی.

* کارشناس ارشد روان‌شناسی دانشگاه پیام نور

** دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور

*** کارشناس ارشد روان‌شناسی دانشگاه پیام نور تهران

دریافت: ۱۳۹۱/۴/۱۱ - پذیرش: ۱۳۹۱/۸/۲۴

روانی دارد و اگر سالمندی احساس تنهایی نداشته باشد، عملکرد جسمانی و روانی بهتری خواهد داشت (Vlaming, 2010, p. 557). از سویی، بر اثر تحلیل رفتن قوای جسمانی و ذهنی سالمندان، تنوع و کثرت مسائل در سالخوردگی، امری کاملاً طبیعی به نظر می‌رسد. از این رو، شاید هیچ دوره‌ای از زندگی مانند سالمندی، پرمسئله و نگران‌کننده نباشد. به همین دلیل، سالمندان برای سالم زیستن، به سازگاری فراوانی نیاز دارند (مباشری و معزی، ۱۳۸۹). در این شرایط، لزوم توجه به منابع درونی و روان‌شناختی جهت مقابله با شرایط سالمندی، به‌وضوح احساس می‌شود.

در بین شیوه‌های مقابله‌ای سالمندان، مذهب نقش مهم و اساسی را می‌تواند ایفا کند؛ چراکه مذهب می‌تواند دارای ارزش مثبتی در پر کردن فضای خالی زندگی، حمایت اجتماعی از سالمندان، مواجهه با استرس و سازگاری مناسب برای موقعیت و معنادهی زندگی و مرگ داشته باشد (McIntosh et al., 2010, p. 37). احساس تعلق مذهبی، انجام مناسک و اعمال مذهبی، و حضور در گروه‌های مذهبی، انرژی، آرامش درونی و احساس تعلق بی‌کران را برای سالمندان فراهم می‌آورد (Rokach et al., 2003, p. 271). جیانبین و مهتا (Jianbin, Mehta, 2003, p. 485-502) معتقدند که مذهب می‌تواند در فرایندهای پیر شدن، از جمله فرایندهای فیزیکی، اجتماعی و وجودی، نقش مکمل را بازی کند و سازگاری با فرایند پیری را تسهیل بخشد. همچنین نگرش‌های مذهبی به افراد کمک می‌کند تا زندگی تحمل‌پذیرتری داشته باشند و خودارزشی آنها را می‌افزاید (امیری، ۱۳۸۴، ص ۱۶۱). به نظر می‌رسد که مذهب، منبع مهم و واحدی برای افراد در مقابله با استرس‌های سال‌های آخر زندگی باشد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که نگرش‌های مذهبی با احساس تنهایی ارتباط دارند و می‌توانند بر کاهش احساس تنهایی مؤثر باشند (Carone & Barone, 2001, p. 1001). برای مثال، مک‌اینیس و وایت (McInnis, White, 2001, p. 128-139) در پژوهشی که انجام دادند، بیان کردند که سالمندان از ارتباط با خدا و عبادت، به‌مثابه یک شیوه‌ی رویارویی با احساس تنهایی استفاده می‌کنند. همین‌طور تحقیقات نشان داده است که بین نگرش مذهبی با عوامل مرتبط با احساس تنهایی، از جمله بهزیستی و سلامت روانی، اضطراب و افسردگی، ارتباط وجود دارد (Zeng et al, 2011, p. 53). از سویی مذهب به‌عنوان منبع مرکزی معنا در زندگی، برای افراد اعتقادات، انتظارات و اهداف کلیدی را فراهم می‌آورد و زندگی آنان را درون یک زمینه‌ی وسیع قرار می‌دهد. پژوهش‌ها نشان‌دهنده‌ی رابطه‌ی بین مذهب و احساس معنا در زندگی می‌باشند و اینکه مذهب و نگرش مذهبی، به نوعی احساس معنادار بودن در زندگی می‌انجامد (Levin, 2010, p. 103).

سالمندان سرمایه‌ای برای دیگر افراد خانواده، اجتماع و اقتصاد به شمار می‌آیند. سرمایه‌گذاری در امر بهداشت آنها، فوایدی را برای هر جامعه‌ای دربر خواهد داشت. به همین دلیل به نظر می‌رسد بررسی و مطالعه‌ی بیشتر در این مقوله، جهت ارائه‌ی راهکارهای مناسب به‌منظور تطابق با سالمندی و مشکلات ناشی از آن، امری ضروری باشد. با توجه به آنچه درباره‌ی مشکلات سالمندان و نیازهای آنها گفته شد، از چالش‌های مهم فراوری سالمندان در دنیای امروز، احساس تنهایی و فقدان معنا در زندگی است. بنابراین، بسیار مهم است که پیش‌بینی‌کننده‌ها، هم‌بسته‌ها، متغیرها و عوامل مؤثر بر احساس تنهایی و معنا در زندگی سالمندان، شناسایی، اندازه‌گیری و کنترل شوند تا در نتیجه به کاهش احساس تنهایی و افزایش معنا در زندگی سالمندان کمک شود و بر احساس مثبت آنها از زندگی افزوده شود. تاکنون پژوهش‌هایی درباره‌ی احساس تنهایی در سالمندان صورت گرفته است؛ اما پژوهشی که نقش نگرش مذهبی را در سالمندان از نظر احساس تنهایی و همین‌طور احساس معنا در ایران بررسی کند، گزارش نشده است. بنابراین، پژوهش حاضر سعی دارد به این پرسش اساسی پاسخ دهد که آیا بین سطوح متفاوت نگرش مذهبی سالمندان، از لحاظ احساس تنهایی و احساس معنا در زندگی تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش تحقیق

پژوهش حاضر از نوع مقایسه‌ای، و جامعه‌ی مورد پژوهش شامل همه‌ی سالمندان شهرستان ارومیه بود. برای انجام پژوهش کل شهرستان ارومیه به چهار ناحیه تقسیم شد و با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای، از هر ناحیه تعداد هفتاد خانوار سالمند بودند، انتخاب شد و پرسش‌نامه‌ها در اختیار آنها قرار گرفت. به دلیل اینکه از سالمندان هر چهار ناحیه شهر ارومیه، هفتاد سالمند به‌عنوان نمونه‌ی مورد پژوهش انتخاب شده‌اند، نام‌گذاری این روش طبقه‌ای بوده است. به‌عبارت دیگر، واحد نمونه فرد سالمند بوده است، نه گروه. همچنین نمونه‌ها به‌نسبت مساوی از هر ناحیه یا طبقه انتخاب شدند. البته لازم به ذکر است که همه‌ی سالمندان تمایل به همکاری نداشتند؛ بنابراین، تعداد شرکت‌کنندگان کمتر شد، همچنین بسیاری از پرسش‌نامه‌ها هم بعد از جمع‌آوری، به دلیل اینکه کامل به همه‌ی پرسش‌ها پاسخ داده نشده بود، حذف شدند. بنابراین تعداد نمونه از ۲۸۰ نفر کاهش یافت و ۲۲۱ پرسش‌نامه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بنابراین، تعداد افراد نمونه در پژوهش حاضر ۲۲۱ نفر از سالمندان بالای ۶۰ سال (۸۱ زن و ۱۴۰ مرد) است. سالمندانی که خود قادر به خواندن پرسش‌ها بودند، پرسش‌نامه‌ها را خودشان تکمیل کردند؛

به دست آمده است (جمالی، ۱۳۸۲، ص ۱۴۱). ضریب پایایی پرسش‌نامه معنا در زندگی در پژوهش حاضر، با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ، ۰/۸۹ به دست آمده است.

ج) پرسش‌نامه تنهایی راسل: مقیاس تنهایی UCLA (Russell, 1966) دارای بیست پرسش است که خواننده باید به هریک از پرسش‌ها روی مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای شامل «هرگز» (نمره ۱)، «به ندرت» (نمره ۲)، «گاهی» (نمره ۳)، و «اغلب» (نمره ۴) پاسخ بدهد. دامنه نمرات این آزمون، از ۲۰ تا ۸۰ است. مقیاس تنهایی UCLA نخستین بار توسط راسل و فرگوسن تدوین شد که بعد از سه بار ویرایش، نسخه نهایی این مقیاس در چهار گروه دانشجویان، پرستاران، معلمان و افراد مسن، و به شیوه‌های مختلفی از قبیل خودگزارش دهی و مصاحبه اجرا شده و دامنه آلفا از ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ به دست آمده است. در افراد مسن، یک سال بعد باز آزمون انجام شده است و همبستگی آزمون - بازآزمون ۰/۷۳ به دست آمده است که رضایت‌بخش می‌باشد. داورپناه (نقل از: قاسم‌زاده، ۱۳۸۵، ص ۱۴۰) این مقیاس را به فارسی ترجمه کرد. وی در کار خود به آلفای کرونباخ ۰/۷۸ برای این مقیاس دست یافت. در ضمن، از تحلیل عاملی مقیاس، چهار عامل انزوا، اجتماعی بودن، نداشتن فردی صمیمی و نداشتن احساس تنهایی را به دست آورد که بر روی هم، ۴۴/۲٪ واریانس نمره تنهایی را تبیین می‌کردند. ضریب پایایی پرسش‌نامه احساس تنهایی در پژوهش حاضر، با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ، ۰/۷۴ به دست آمده است.

یافته‌ها پژوهش

سالمندان شرکت‌کننده در این پژوهش، ۹۱/۹ درصد متأهل، ۴/۱ درصد مجرد، و بقیه مطلقه و همسر از دست داده بودند. همچنین ۶۳/۴ درصد در سطح تحصیلی دیپلم و پایین‌تر، و ۳۶/۶ درصد در سطح تحصیلات فوق‌دیپلم و بالاتر بودند. ۴۵/۲ درصد یک یا دو فرزند؛ و ۴۸/۴ درصد سه فرزند داشتند و ۶/۴ درصد شرکت‌کنندگان فرزندی نداشتند. ویژگی‌های توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد و کمترین و بیشترین نمره) متغیرهای پژوهش در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: ویژگی‌های توصیفی مربوط به نگرش مذهبی، احساس معنا در زندگی و احساس تنهایی

متغیر	میانگین	انحراف معیار	بیشترین	کمترین
نگرش مذهبی	۱۶۴/۲۵	۲۴/۲۷۴	۲۰۰	۸۰
احساس تنهایی	۴۰/۰۵	۹/۱۵۵	۶۸	۲۲
احساس معنا	۲۹۵/۵۳	۳۱/۸۳۷	۳۲۳	۱۶۷

همان‌گونه که جدول شماره ۱ نشان می‌دهد، میانگین آزمودنی‌ها در پرسش‌نامه نگرش مذهبی

اما در خصوص سالمندانی که سواد خواندن نداشتند، پرسش‌نامه‌ها در اختیار یکی از اعضای خانواده‌شان قرار داده شد و توضیحات لازم درباره نحوه پر کردن پرسش‌نامه به آنها ارائه شد. در این پژوهش، بیشترین درصد آزمودنی‌ها که شامل ۶۳٪ درصد می‌باشد، در سطح نگرش مذهبی متوسط، ۱۷/۶ درصد در سطح نگرش مذهبی ضعیف، و ۱۸/۱ درصد در سطح نگرش مذهبی قوی قرار داشتند و زنان از میانگین نگرش مذهبی بالاتری (۱۶۶/۰۱) نسبت به مردان (۱۶۳/۲۴) برخوردار بودند.

ابزار: در این پژوهش از سه ابزار استفاده شد:

الف) پرسش‌نامه نگرش مذهبی: این پرسش‌نامه توسط خدایاری فرد و همکاران ساخته شده است و دارای چهل پرسش و شامل شش بُعد عبادت، اخلاقیات و ارزش‌ها، اثرگذاری در رفتار و زندگی، عوامل اجتماعی، جهان‌بینی و باورها، و علم و دین می‌باشد. این پرسش‌نامه بر اساس مقیاس لیکرت و به صورت پنج گزینه‌ای در طیف کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم تنظیم و نمره‌گذاری شده است. نحوه نمره‌گذاری بدین صورت است که برای هر پرسش بر روی پیوستار، نمره ای بین ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد؛ یعنی به کاملاً موافقم نمره ۵ و به کاملاً مخالفم نمره ۱ تعلق می‌گیرد که البته در برخی پرسش‌ها نمره‌گذاری برعکس انجام می‌شود. بنابراین، کمترین نمره ۴۰، بیشترین نمره ۲۰۰ و میانگین آن ۱۲۰ می‌باشد. نمرات ۱۸۸ و بالاتر، حد بالای نمره را نشان می‌دهند. ۱۴۰ تا ۱۸۸ حد متوسط، و ۱۴۰ به پایین حد ضعیف را نشان می‌دهند. ضریب پایایی پرسش‌نامه، با روش تنصیف و با استفاده از روش فرمول اسپیرمن، برابر ۰/۹۳، و به روش گاتمن برابر ۰/۹۲ گزارش شده است. ضریب آلفای آن نیز ۰/۹۵ به دست آمده است (خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۷۹). ضریب پایایی پرسش‌نامه نگرش مذهبی در پژوهش حاضر، با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ ۰/۹۷ به دست آمده است.

ب) پرسش‌نامه معنابخش بودن زندگی: این پرسش‌نامه توسط صالحی با استخراج از نظریات فرانکل که مبین وجود معنا در زندگی می‌باشد، تنظیم و ساخته شده است. این آزمون شامل پنجاه پرسش در ارتباط با وجود معنا در زندگی می‌باشد. هر پرسش هفت ارزش به خود می‌گیرد؛ ارزش ۱ نشانگر عدم توافق کامل با پرسش موردنظر می‌باشد و به ترتیب هر چه میزان توافق بیشتر باشد، ارزش‌های بیشتری مورد انتخاب قرار می‌گیرد و ارزش ۷، در نهایت نمایانگر توافق کامل با متن مورد پرسش است. دامنه سنی برای اجرای این پرسش‌نامه از نوجوانی تا سالمندی است. جهت بررسی اعتبار پرسش‌نامه، از روش اعتبار صوری استفاده شده است. ضریب پایایی آن نیز با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ، ۰/۹۱

۱۶۴/۲۵ می‌باشد که نشان می‌دهد سطح نگرش مذهبی اعضای نمونه مورد پژوهش، در حد متوسط قرار دارد. پرسش‌نامه احساس تنهایی میانگین نمرات ۰/۰۵، و در پرسش‌نامه احساس معنابخش بودن زندگی میانگین نمرات ۲۹۵/۵۳ است.

جدول ۲: خلاصه نتایج تحلیل واریانس چند متغیری MANOVA

اثر	ارزش	F	Df	خطای df	سطح معناداری
اثر پیلاپی لامبادا	۰/۱۸۹	۷/۵۵۱	۶	۴۳۴	۰/۰۰۰۱
سطوح نگرش مذهبی	۰/۸۱۵	۷/۷۵۳	۶	۴۳۲	۰/۰۰۰۱
هوتلینگ تریس	۰/۲۲۲	۷/۹۵۳	۶	۴۳۰	۰/۰۰۰۱

بر اساس تحلیل واریانس چند متغیری (Wilks Lambda = ۰/۱۸۹ و $F = ۷/۵۵۱$ در سطح معناداری $P < ۰/۰۵$) بین سطوح مختلف نگرش مذهبی (ضعیف، متوسط و قوی)، در متغیرهای احساس تنهایی و احساس معنا در زندگی سالمندان تفاوت معنادار وجود دارد.

جهت بررسی تفاوت معنادار هر یک از مؤلفه‌های احساس تنهایی و احساس معنا در زندگی در سطوح مختلف نگرش مذهبی (ضعیف، متوسط و قوی)، از تحلیل واریانس یک‌راهه (یک‌عاملی) در متن MANOVA استفاده شد.

جدول ۳: نتایج حاصل از تحلیل واریانس یک‌راهه در متن MANOVA

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
احساس معنا در زندگی	۳۴۴۱۹.۰۹۳	۱۷۲۰۹.۵۴۶	۱۹/۸۹۵	۰/۰۰۰۱
احساس تنهایی	۱۱۵۸.۹۵۲	۵۷۹.۴۷۶	۷/۳۱۱	۰/۰۰۰۱

همان‌گونه که جدول شماره ۳ نشان می‌دهد، بین سطوح مختلف نگرش مذهبی، از لحاظ احساس معنا در زندگی ($F = ۱۹/۸۹۵$ در سطح معناداری $P < ۰/۰۵$) و احساس تنهایی ($F = ۷/۳۱۱$ در سطح معناداری $P < ۰/۰۵$) تفاوت معنادار وجود دارد.

برای مقایسه زوجی میانگین‌های نمره‌های احساس معناداری در زندگی و احساس تنهایی سالمندان در سطوح مختلف نگرش مذهبی، از آزمون پیگیری شفه استفاده شده است که نتایج آن در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

جدول شماره ۴: نتایج آزمون پیگیری شفه مربوط به تفاوت میانگین نمره‌های احساس تنهایی

و احساس معنا در زندگی سالمندان در سطوح مختلف نگرش مذهبی

متغیرها	سطوح نگرش مذهبی	اختلاف میانگین	سطح معناداری
احساس تنهایی	قوی - ضعیف	۷/۵۱*	۰/۰۰۰۱
	قوی - متوسط	۴/۶۶*	۰/۰۱۵
	متوسط - ضعیف	۲/۸۴*	۰/۲۱۲
احساس معنا در زندگی	قوی - ضعیف	۴۱/۷۳*	۰/۰۰۰۱
	قوی - متوسط	۱۹/۷۷*	۰/۰۰۰۱
	متوسط - ضعیف	۲۱/۹۶*	۰/۰۰۰۱

* تفاوت میانگین‌ها در سطح $P < ۰/۰۵$ معنادار است.

همان‌گونه که جدول شماره ۴ نشان می‌دهد، سالمندانی که در سطح نگرش مذهبی قوی قرار دارند، به گونه‌ای معنادار کمتر از سالمندانی که از نظر مذهبی متوسط یا ضعیف‌اند، احساس تنهایی دارند؛ ولی سالمندانی که در سطح مذهبی متوسط و ضعیف قرار دارند، از لحاظ احساس تنهایی با یکدیگر تفاوت معناداری ندارند. همچنین بین هر سه سطح نگرش مذهبی، از لحاظ احساس معنا در زندگی تفاوت معنادار وجود دارد. به عبارت دیگر، احساس معنا در زندگی در سالمندانی که از نظر مذهبی قوی‌اند، به گونه‌ای معنادار از سالمندانی که از لحاظ مذهبی متوسط و ضعیف بودند، بیشتر است. همچنین این احساس در سالمندانی که از لحاظ مذهبی متوسط بودند، به طور معنادار بیشتر از سالمندانی است که نگرش مذهبی آنها ضعیف است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد سالمندانی که در سطح قوی نگرش مذهبی قرار دارند، احساس معنا در زندگی آنها نیز، به طور معنادار بیشتر است. به عبارتی، احساس معنا در زندگی، فقط با سطوح نگرش مذهبی قوی ارتباط معنادار دارد. همچنین، سالمندانی که در سطح نگرش مذهبی قوی قرار دارند، کمتر سالمندان در سطوح نگرش مذهبی ضعیف و متوسط، احساس تنهایی می‌کنند. این یافته با نتایج پژوهش‌های دیگر همسو و هماهنگ است. برای نمونه، هروی و همکاران (هروی کریموی و همکاران، ۱۳۸۶) در پژوهشی که به تجربیات سالمندان از پدیده احساس تنهایی را پرداخت، نشان دادند که از نظر سالمندان، احساس تنهایی پدیده‌ای رنج‌آور و دردناک است که در نتیجه فقدان‌های موجود در زندگی بروز می‌کند و سالمندان با ایجاد ارتباط با خدا و یادآوری خاطرات گذشته می‌کوشند که با این پدیده رویارویی کنند. چنان‌که پژوهش‌ها نشان داده‌اند، اعمال مذهبی در بالا بردن سطح بهداشت جسمانی (امکان بهبودی بیشتر در بیماری‌ها، کاهش ابتلا به بیماری و افزایش طول عمر) و همین‌طور افزایش سطح بهداشت روانی (کاهش افسردگی، به دست آوردن عزت نفس، افزایش حمایت اجتماعی، بالا رفتن کیفیت زندگی و افزایش ارتباطات اجتماعی) بسیار مؤثر است؛ و همه این موارد، در کاهش احساس تنهایی نقش اساسی ایفا می‌کنند (zeng et al, 2011, p. 60).

در مورد احساس معنا در زندگی نیز نتایج این پژوهش با نتایج دیگر پژوهش‌ها همسو و هماهنگ است. برای مثال جمالی در پژوهشی که بر روی سیصد نفر از دانشجویان دانشگاه‌های تهران انجام داد،

نشان داد که بین احساس معنابخش بودن زندگی و نگرش مذهبی، همبستگی معناداری وجود دارد (جمالی، ۱۳۸۲، ص ۱۴۱). رفتارها و نگرش‌های مذهبی، تأثیر مثبتی بر معنادار کردن زندگی دارند. رفتارهایی همچون توکل به خدا، عبادت و زیارت می‌توانند امید به زندگی ایجاد کنند و آرامش درونی برای سالمند فراهم کنند. داشتن معنا و هدف در زندگی، احساس تعلق داشتن به منبعی والا، امیدواری به یاری خداوند در شرایط مشکل‌زای زندگی، و بهره‌مندی از حمایت اجتماعی و معنوی، همگی از جمله روش‌هایی هستند که افراد مذهبی با دارا بودن آنها می‌توانند در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی آسیب کمتری را متحمل شوند (صیادی تورانلو و همکاران، ۱۳۸۶).

با توجه به اینکه احساس تنهایی یکی از پدیده‌هایی است که در دوره سالمندی به علل مختلف شایع است، سالمندانی که در خانه سالمندان به سر می‌برند، بیش از سالمندانی که با خانواده خود زندگی می‌کنند، در معرض این خطر قرار دارند (همتی علمدارلو، ۱۳۸۷)؛ اما سالمندانی که با خانواده‌های خود نیز زندگی می‌کنند، احساس تنهایی را گزارش می‌کنند (Nilsson et al., 2006, p. 95)؛ همانند آنچه که در این پژوهش نیز گزارش شد. بنابراین، احساس تنهایی کردن چیزی بیشتر از تنها زندگی کردن است. تنها بودن یا تنها زندگی کردن ممکن است اثرات شدیدی بر احساس تنهایی داشته باشد؛ اما مفهوم یک‌سانی با احساس تنهایی ندارد (هروی کریموی و همکاران، ۱۳۸۶). بنابراین فقط زندگی کردن سالمند با خانواده خود نمی‌تواند در کاهش احساس تنهایی مؤثر باشد. در واقع، سالمند نباید موجب غفلت و رهاشدگی قرار بگیرد. از سویی احساس تنهایی در دوره سالمندی با بسیاری از اختلالات جسمانی و روان‌شناختی که بیشتر ذکر شد، در ارتباط است و همین‌طور معنای زندگی را در سالمندی تحت تأثیر قرار می‌دهد.

از آنجا که نتایج پژوهش حاضر و پژوهش‌های پیشین اثر مثبت مذهب و نگرش‌های مذهبی را نشان داده است، می‌توان بر مذهب به مثابه یک عامل برای تعدیل مشکلات در این دوره حساس تمرکز کرد. مذهب می‌تواند هم به‌عنوان یک نهاد اجتماعی و هم به منزله یک منبع معنابخش، به‌ویژه برای سالمندان، 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، دارای اهمیت ویژه‌ای است (معمدلی شلمزاری و همکاران، ۱۳۸۱). از سویی یکی از واقعیت‌های انکارناپذیر، در سالمندی، نزدیک شدن به واقعیت مرگ است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ایمان و معتقد بودن به

زندگی پس از مرگ، با ترس کمتر از مرگ رابطه دارد. افرادی که مذهبی‌ترند، ترس کمتری را نیز گزارش کرده‌اند. در واقع، نگرش‌های مذهبی باعث می‌شود افراد بر ترس خود غلبه کنند و آرامش بیشتری را در زندگی خود احساس نمایند و با آسودگی بیشتری با این واقعیت کنار بیایند (Zeng et al., 2011, p. 72). تقریباً صاحب‌نظران معتقدند که اعتقادات و فعالیت‌های مذهبی در میان سالمندان، رایج‌تر از بزرگسالان است و همچنان‌که بر سن افراد سالمند افزوده می‌شود، سروکار داشتن با مذهب، پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری برای سلامت بیشتر، شادمانی و رضایتمندی از زندگی خواهد بود (Koenig, 2006, p. 12). بنابراین، آنچه از یافته‌های پژوهشی حاصل می‌شود این است که نگرش‌های مذهبی و عملکردهای دینی در دوره سالمندی، نقش مهمی در پر کردن فضای خالی زندگی و غلبه بر احساس تنهایی دارد. بیشتر سالمندان، ارتباط با خدا و انجام فعالیت‌های مذهبی را وسیله‌ای جهت آرامش درونی معرفی کرده‌اند.

این پژوهش با محدودیت‌هایی هم همراه بود؛ از جمله اینکه جامعه آماری این پژوهش، سالمندان ساکن در منازل شخصی شهرستان ارومیه بوده است که امکان تعمیم این پژوهش به دیگر سالمندان در کشور و سالمندانی که در خانه سالمندان زندگی می‌کنند، وجود ندارد. از این‌رو پیشنهاد می‌شود که پژوهش دیگری با احتساب محدودیت‌های یادشده، به نقش مداخله‌ای مذهب در بهبود وضعیت سالمندی بپردازد.

شرکت در فعالیت‌های مذهبی می‌تواند کارکردهای مثبت فراوانی داشته باشد، از جمله اینکه باعث کاهش احساس تنهایی سالمندان و افزایش احساس معنا در زندگی آنان می‌شود و به سالمندان در ارضای نیازهای عاطفی - اجتماعی برای دوست داشته شدن و مورد پذیرش بودن کمک می‌کند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود به تقویت نگرش‌های مذهبی، به‌عنوان یک عامل پیشگیری‌کننده در کاهش مشکلات سالمندان توجه شود. مسئولان مربوط می‌توانند با برنامه‌ریزی‌های مناسب، به تقویت باورهای مذهبی سالمندان بپردازند و زمینه‌های لازم برای انجام مناسک روحانی، شرکت در فعالیت‌های مذهبی و ایجاد تورهای زیارتی را برای سالمندان فراهم کنند. اندیشیدن تمهیدات لازم در این راستا می‌تواند بر بهبود وضعیت روان‌شناختی، کاهش احساس تنهایی و افزایش معنا در زندگی سالمندان بسیار مؤثر باشد.

- Hicks, J. A, King, L. A, (2009), "Meaning in Life as a Subjective Judgment and a Lived Experience", *Social and Personality Psychology Compass*, v 4, p. 638-653.
- Idle, r E. L., et al, (2009), "Religion and the Quality of Life in the Last Year of Life ", *Journal of Gerontology: Social Sciences*, v 4, p. 528-537.
- Jianbin, X. u, Mehta, K, (2003), "The Effect of Religion on Subjective Aging in Singapore: A Interreligious Comparison", *Archives of Gerontology*, v 4, p. 485-502.
- Koenig, H. G, (2010), "Religion, Spirituality and Aging", *Aging & Mental Health*, v 1, p. 1-30.
- Levin, J, (2010), "Religion and Mental Health Theory and Research", *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, v 2, p. 102-115.
- McInnis, G. J., White, J.H., (2001), "A Phenomenological Exploration of Loneliness in the Older Adult", *Archives of Psychiatric Nursing*, v 3, p. 128-139.
- McIntosh, E, et al., (2010), "Rumination, goal linking, daily hassles and life events in major depression", *Clinical Psychology & Psychotherapy*, v 1, p. 33-43.
- Newton, A.T, McIntosh, D.N., (2010), "Specific Religious Beliefs in a Cognitive Appraisal Model of Stress and Coping", *International Journal for the Psychology of Religion*, v 20, p. 39-58.
- Nilsson, B., et al., (2006), "Is loneliness a psychological dysfunction? A literary study of the phenomenon of loneliness", *Scand J Caring Sci*, v 20, p. 93-101.
- Rokach, A., et al., (2003) "The Experience of Loneliness of Canadian and Czech youth", *Journal of adolescence*, v 26, p. 267-282.
- 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., (1999), "Conquering loneliness", *Elder Care*, v 2, p. 12-15.
- Theeke, L. A., (2010), "Sociodemographic and Health-Related Risks for Loneliness and Outcome Differences by Loneliness Status in a Sample of U.S. Older Adults", *Research in Gerontological Nursing*, v 2, p. 99-103.
- Tsai, H. H., (2010), "Videoconference Program Enhances Social Support, Loneliness, and Depressive Status of Elderly Nursing Home Residents", *Sigma Theta Tau International*, v 8, p. 947-54.
- 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-year University Students", *Personality and Individual Differences*, v 40, p. 237-248.
- Yehya, N. A., Dutta, M.J., (2010), "Health, Religion, and Meaning: A Culture-Centered Study of Druze Women", *Qual Health Res*, v 20, p. 845-858.
- Zeng, Y., et al., (2011), "Association of Religious Participation With Mortality Among Chinese Old Adults", *Research on Aging*, v 1, p. 51-83.

منابع

- امیری، ربابه (۱۳۸۴)، *رابطه عمل به باورهای دینی و میزان صمیمیت زنان دانشجویی تهرانی با همسرانشان*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی، تهران، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه الزهرا (س).
- بهرامی، فاضل و عباس رضائی فرانی، «نقش باورهای مذهبی بیرونی و درونی در سلامت روان و میزان افسردگی سالمندان» (بهار ۱۳۸۴)، *توانبخشی*، سال ششم، ش ۱، ص ۴۳-۴۷.
- جمالی، فریبا (۱۳۸۲)، *بررسی رابطه بین نگرش‌های مذهبی، احساس معنا بخش بودن زندگی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه‌های تهران*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی، تهران، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه الزهرا.
- خداپاری فرد، محمد و دیگران، «آماده سازس مقیاس نگرش مذهبی دانشجویان» (پاییز ۱۳۷۹)، *روان‌شناسی*، ش ۳، ص ۲۶۹-۲۸۵.
- دلاور، علی (۱۳۸۵)، *مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی*، تهران، رشد.
- شریفی، مریم، «بررسی ارتباط احساس تنهایی سالمندان با مشخصات فردی - اجتماعی آنان در شهر رشت» (۱۳۸۱)، در: *مجموعه مقالات کنگره بررسی مسایل سالمندی در ایران و جهان*، تهران، کتاب آشنا.
- صیادی تورانلو، حسین و دیگران، «بررسی رابطه اعتقاد به آموزه‌های مذهبی اسلام و هوش هیجانی» (زمستان ۱۳۸۶)، *اندیشه نوین دینی*، ش ۱۱، ص ۱۴۵-۱۷۴.
- قاسم‌زاده، لیلی (۱۳۸۵)، *احساس تنهایی، عزت نفس و مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان مبتلا به استفاده آسیب‌شناختی از اینترنت*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی، تهران، دانشگاه تربیت معلم.
- مباشری، محمود و معصومه معزی، «بررسی میزان افسردگی در سالمندان مراکز توانبخشی و نگهداری شایستگان و جهان‌دیدگان شهرکرد» (تابستان ۱۳۸۹)، *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، ش ۲، ص ۸۹-۹۴.
- معمدلی شلمزاری، عبدالله و دیگران، «بررسی حمایت اجتماعی در رضایتمندی از زندگی، سلامت عمومی و احساس تنهایی در بین سالمندان بالاتر از ۶۰ سال» (تابستان ۱۳۸۱)، *روان‌شناسی*، ش ۲، ص ۱۱۵-۱۳۳.
- همتی علمدارلو، قربان و دیگران، «مقایسه احساس تنهایی و سلامت عمومی در سالمندان ساکن خانواده و سراسر سالمندان مناطق شمال شهر تهران» (تابستان ۱۳۸۷)، *سالمند*، ش ۸، ص ۵۵۷-۵۶۴.
- هروی کریموی، مجیده و دیگران، «تبیین دیدگاه سالمندان پیرامون پدیده احساس تنهایی: یک پژوهش کیفی پدیدارشناسی» (زمستان ۱۳۸۶)، *سالمند*، ش ۶، ص ۴۱۰-۴۲۰.
- Carone, A. D, Barone, F. D, (2001), "A Social Cognitive Perspective on Religious beliefs: Their Functions and Impact on Coping and Psychotherapy", *Clinical psychology Review*, v 7, p. 989-1003.
- Drennan, J, et al, (2008), "The Experince of Social & Emotional Loneliness Among Older People in Ireland", *Aging & Society*, v 8, p. 1113-1133.
- Hicks, A. J, King, A. L, (2008) "Religious Commitment and Positive Mood as Information about Meaning in Life " *Journal of Reserch in Personality*, v 42, p. 43-45.