



مذهب و ارتباط آن با سلامت عمومی و عوامل اقتصادی اجتماعی سالمندان شهر بابل

پذیرش مقاله: ۹۵/۳/۳

دریافت مقاله: ۹۵/۲/۲۶

چکیده

سابقه و هدف: مطالعات حاکی از رابطه میان مذهب و سلامت روانی و جسمانی افراد می‌باشد. برخی از مطالعات بیانگر رابطه مثبت بین جهت گیری مذهبی و سلامت عمومی هستند، اما برخی دیگر این رابطه را نفی می‌کنند. همچنین نقش مذهب در سلامت سالمندان، کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است. مطالعات حاضر کمتر به بررسی ارتباط مشخصات دموگرافیک با جهت گیری مذهبی سالمندان پرداخته‌اند. هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش جهت گیری مذهبی (درونی یا بیرونی) در سلامت عمومی و عوامل اقتصادی اجتماعی سالمندان شهر بابل می‌باشد.

مواد و روش ها: این مطالعه توصیفی تحلیلی به روش مقطعی بر روی ۳۱۶ نفر از سالمندان ۶۰ سال و بالاتر شهر بابل انجام شد. ابزارهای مورد استفاده، آزمون نگرش مذهبی Allport برای سنجش باورهای دینی و سلامت عمومی (GHQ) بود که به همراه فرم مشخصات اقتصادی- اجتماعی برای هر فرد تکمیل گردید.

یافته ها: جهت گیری بیرونی با امتیاز کل GHQ ($p < 0.02$) و زیر شاخه‌های آن مانند بعد جسمی ($p < 0.01$)، بعد اضطراب ($p < 0.01$)، بعد اجتماعی ($p < 0.001$) و افسردگی ($p < 0.02$) ارتباط معنی‌داری را نشان داد. بین جهت گیری درونی و GHQ رابطه معنی‌داری یافت نشد. جهت گیری درونی مذهبی در سالمندان ساکن روستا، سالمندان با وجود حداقل یک بیماری، و نیز در افراد بی‌سواد به طور معنی‌داری بالاتر از سایر افراد بود ($p < 0.001$).

نتیجه گیری: در سالمندان شهرنشین و باسواد میزان جهت گیری بیرونی بیشتر است. مذهب یک اثر بازدارندگی در مقابل مشکلات و صدمات دارد، چرا که هر چه جهت گیری، بیرونی‌تر گردید، سلامت عمومی و همچنین نشانه‌های بدنی و سلامت اجتماعی افت کرد و نشانه‌های افسردگی و اضطراب افزایش یافت. بنابراین جنبه‌های مذهبی در آموزش‌های سلامت سالمندی مورد تاکید قرار می‌گیرد. همچنین لازم است در حمایت‌های معنوی از سالمندان، آموزه‌های مذهب درونی به طور جدی‌تری در آموزش‌های بهداشت روان لحاظ گردد.

واژگان کلیدی: سالمندی، مذهب درونی، مذهب بیرونی، سلامت عمومی

افسانه بختیاری (PhD)^۱

محمدهادی یدالله پور (PhD)^۲

صابر قربان‌نژاد^{۳*}

۱. گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
۲. گروه معارف، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
۳. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

***نویسنده مسئول:** صابر قربان‌نژاد، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

تلفن: +۹۸ ۱۱ ۳۲۱۹۴۴۱۵

فاکس: +۹۸ ۱۱ ۳۲۱۹۴۴۱۵

Email: sabergh8@yahoo.com

مقدمه

۱۵٪ از سالمندان دچار اختلال روانی افسردگی هستند (۲). اضطراب نیز مانند افسردگی دامنه بسیار گسترده‌ای دارد. میزان خودکشی در بین سالمندان بیش از سنین دیگر گزارش شده است (۴). با توجه به مسائل مختلف سالمندی جستجوی راه‌های کاهش مشکلات و ایجاد زندگی مناسب و کارا بخشی از دغدغه محققین می‌باشد. از آنجایی که رفتار انسان حول محوری از نگرش‌ها و اندیشه‌ها و اصول بروز می‌یابد لاجرم این دیدگاه به ذهن متبادر می‌گردد که سبک زندگی انسان که مولود اندیشه‌ها و نگرش‌هایی است در همه شئون زندگی انسان همچون سلامتی وی تاثیر بنیادین دارد. روانشناسی بهداشت در سال‌های اخیر اهمیت زیادی برای نقش راهبردهای مقابله و سبک زندگی افراد در چگونگی وضعیت سلامت جسمانی و روانی آن قائل شده است. شیوه‌های مقابله، توانایی‌های شناختی رفتاری هستند که فرد مضطرب به منظور کنترل نیازهای رفاهی درونی و بیرونی فشارآور به کار می‌گیرد. یکی از شیوه‌هایی که اخیراً روند رو به گسترش پیدا کرده است شیوه مقابله مذهبی و معنوی است که موجب آرامش و سلامت فرد می‌شود. یافته‌های اخیر نشان داده‌اند از آنجایی که این نوع مقابله‌ها هم منبع حمایت

مسئله سالمندی جمعیت جهان که به دلایل مهمی از جمله کنترل موالید، کاهش مرگ و میر ناشی از پیشرفت علوم پزشکی، بهداشت و در نتیجه افزایش نرخ امید به زندگی و طول عمر در سطح جهانی مطرح شده، پدیده نسبتاً نوینی است. از آنجا که این پدیده در کلیه جنبه‌های زندگی جوامع بشری، از جمله در طیف گسترده‌ای از ساختارهای سنتی، ارزش‌ها، هنجارها و ایجاد سازمان‌های اجتماعی تحولات قابل ملاحظه‌ای به وجود می‌آورد، لذا مقابله با چالش‌های فرا راه این پدیده و استفاده از تدابیر مناسب در جهت ارتقای وضعیت جسمی، روحی و اجتماعی سالمندان از اهمیت والایی برخوردار بوده و در دستور کار جامعه بین المللی قرار گرفته است (۲و۱). تحقیقات گسترده در حوزه سالمندی نشان از آمارهای بالای مشکلات متعدد جسمی و روانی ناشی از کهولت و سایر علل دارند. مشکلات روانی در دوران سالمندی به فراوانی قابل مشاهده می‌باشد و اثراتی بر وضعیت جسمی، عاطفی و رفتاری سالمندان بر جای می‌گذارد. حدود ۱۵٪ تا ۲۵٪ افراد مسن مسائل مهم روانی دارند (۳) ضمن آنکه سالمندی بر دوره بیماری‌های جسمی آنان اثرات بالقوه‌ای دارد (۴). بر اساس یافته‌های تحقیقاتی، حدود

جهت گیری مذهبی در سلامت عمومی نقش مثبتی دارد، می‌توان با جدیت بیشتری از آن در برنامه‌های حمایتی سالمندان در ارتقاء کیفیت زندگی آنها و در نهایت کاهش هزینه‌های بهداشتی استفاده کرد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی تحلیلی به روش مقطعی انجام گردید. نمونه‌های مورد مطالعه شامل ۳۱۶ نفر از سالمندان ۶۰ سال و بالاتر با میانگین سنی $67/8 \pm 0/371$ شهر بابل بودند که مبتلا به بیماری آلزایمر و بیماری روانی شدید تشخیص داده شده‌ای نبودند. نمونه‌ها، سالمندان مقیم در جامعه بودند و به شیوه نمونه‌گیری در دسترس از آشنایان و اطرافیان و نیز از محل‌های اجتماع آنها مانند مساجد، پارک و مراکز بازنشستگی جمع‌آوری گردیدند. در این مطالعه حجم نمونه با احتساب $p=5\%$ ، $d=2\%$ و $a=7\%$ با فرمول $N=1/95 \times 0/07 \times 0/93 \times 0/004$ برابر با ۳۱۵ نفر برآورد گردید. ۵۰ نفر از سالمندان حاضر به همکاری نشدند. برای تمام کسانی که تمایل و شرایط شرکت در مطالعه را داشتند، ابتدا هدف و روش مطالعه شرح داده شد، سپس رضایت نامه کتبی جهت شرکت در مطالعه از آنها اخذ گردید. ابزارهای مورد استفاده، آزمون نگرش مذهبی Allport برای سنجش باورهای دینی و سلامت عمومی (GHQ) بود که به همراه فرم مشخصات اقتصادی-اجتماعی برای هر فرد تکمیل گردید. از شرکت کنندگان درخواست گردید با کمال صداقت، احساس و نگرش خود را نسبت به هر یک از عبارات مشخص نمایند. پرسشنامه Allport شامل ۲۵ سوال دو قسمتی (بله، خیر) بود. این مقیاس توسط Allport (۱۹۶۶) ساخته شد (۱۷) و در سال ۱۳۷۷ توسط Janbozorgy ترجمه شد که با میزان آلفا کرونباخ $\alpha=0/71$ در ایران اجرا شد (۱۸).

Allport گرایش مذهبی را به دو نوع درون سویی و برون سویی تقسیم نمود. مذهب درون سو به مذهبی گفته می‌شود که از درون انسان سرچشمه می‌گیرد و عمیق است و برای صاحب آن یک نیاز اصلی و درونی تلقی می‌شود و نیازهای دیگر، عقاید مذهبی را تحت تاثیر قرار نمی‌دهند. مذهب برون سو به مذهبی گفته می‌شود که به صورت وسیله‌ای برای تحقق اهداف دیگر (فردی، اجتماعی و نظایر آنها) استفاده می‌شود. از شرکت کنندگان خواسته شد که یکی از پاسخ‌ها را انتخاب نمایند. در تفسیر این مقیاس بر اساس برگه کلید، تعداد پاسخ‌های مربوط به جهت گیری دینی شمرده شد و باقیمانده تعداد پاسخ‌های برون منظر گردید. هر جهت گیری ممکن است صاحب ۲۵-۰ امتیاز شود. سپس امتیاز این دو جهت گیری زیر هم نوشته شد و هر عددی که بالاتر بود ارجحیت آن جهت گیری را نشان داد. از آنجایی که تعداد گزینه‌ها فرد است لذا احتمالاً یکی از جهت گیری‌ها بیشتر از دیگری خواهد بود. در مجموع اگر نمره آزمون کمتر از ۱۲ باشد، جهت گیری مذهبی بیرونی (E) و اگر ۱۳ به بالا باشد درونی (I) در نظر گرفته می‌شود. GHQ فرم ۲۸ سوالی است که وضعیت سلامت عمومی سالمندان را در یک ماه اخیر بررسی می‌کند. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط Taghavi در سال ۱۳۸۰ تحت مقاله‌ای با عنوان بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (G.H.Q) با ضریب آلفای کرونباخ $0/90$ اثبات گردید (۱۹). این فرم دارای ۴ زیر گروه است که شامل سوالات ۱ تا ۷

عاطفی و هم وسیله‌ای برای تفسیر مثبت حوادث زندگی هستند می‌توانند مقابله‌های بعدی را تسهیل کنند بنابراین به کارگیری آن برای اکثر افراد سلامت ساز است (۷-۵). یافته‌های Aliani و Homayoni نشان دادند بین دین و معنویت و سلامت روان همبستگی وجود دارد (۸). مطالعات جدید نشان داده‌اند که تفاوت‌ها در نگرش مذهبی در پیش بینی سطح بهداشت و روان، مهم تر از تفاوت‌ها در اعمال مذهبی هستند (۹). پژوهش‌های زیادی اثرات مثبت نگرش مذهبی را بر سلامت روان مورد تایید قرار دادند و نشان دادند که با افزایش نگرش مذهبی سلامت روان هم افزایش می‌یابد (۱۳-۱۰). در مطالعه‌ای که Bahrami انجام داد، هر چه جهت گیری مذهبی به جهت مذهب بیرونی افزایش می‌یافت، نمرات اختلال در سلامت روان بالا می‌رفت و هر چه نمرات به سمت جهت گیری مذهب درونی تمایل می‌یافت، نمرات اختلال در سلامت روان کاهش می‌یافت. همچنین با افزایش نمرات به سمت جهت گیری مذهب بیرونی، نمرات افسردگی بالا می‌رفت و با کاهش نمرات به سمت جهت گیری مذهب درونی، نمرات افسردگی کاهش می‌یافت (۱۴). در مطالعه‌ای که Ghadiri بر روی ۳۸۹ سالمند در سال ۱۳۸۹ انجام داد نشان داد که جهت گیری مذهبی درونی با شادکامی سالمندان رابطه معنی‌دار مثبت ($P<0/01$) دارد و رابطه بین جهت‌گیری مذهبی بیرونی و شادکامی معنی‌دار نبود. همچنین میزان شادکامی زنان سالمند بیشتر از مردان سالمند بود (۱۵).

در یک مطالعه متاآنالیز که Lewis و Cruise در سال ۲۰۰۷ جهت بررسی رابطه مذهب و شادکامی انجام داد بیان داشت که بسیاری از تحقیقات حاکی از رابطه مثبت بین مذهبی بودن و شادکامی می‌باشند. وی اظهار داشت که با مقیاس شادکامی آکسفورد رابطه معنی‌دار بین میزان مذهبی بودن و شادکامی وجود دارد در حالی که با مقیاس افسردگی-شادکامی رابطه معنی‌داری بین مذهبی بودن و شادکامی وجود ندارد. وی این تناقض را به ویژگی شرکت کنندگان، ابزار مطالعه و روش مطالعه نسبت داد و پیشنهاد داد که مطالعات بیشتر با ابزار استاندارد شده می‌تواند نکات مهم این ارتباط را روشن سازد (۱۶).

در اکثر مطالعات قبلی بین میزان مذهبی بودن و سلامت عمومی ارتباط مثبت معنی‌داری وجود داشت. اما با بررسی اثر میزان مذهبی بودن و زیر شاخه‌های سلامت عمومی پژوهش‌های مختلف، نتایج متفاوت و بعضاً متناقضی را به دست آوردند. همچنین برخی از مقالات رابطه معنی‌داری را بین جهت‌گیری مذهبی و سلامت عمومی پیدا نکردند. همچنین در مطالعات متاآنالیز این تناقض آشکار شده است که محققین علت آن را به ویژگی شرکت کنندگان، ابزار مطالعه و روش مطالعه نسبت دادند. کمتر در مطالعات گذشته به طور همزمان بر روی یک جامعه اثر جهت‌گیری مذهبی بر سلامت عمومی و همچنین رابطه متغیرهای زمینه‌ای همچون شغل، تحصیلات، جنس، محل زندگی، درآمد، بیماری جسمی و روانی و ... با سلامت عمومی و جهت‌گیری مذهبی بررسی گردید. چه بسا که این مطالعات با تمرکز بر سالمندان بسیار کمتر می‌باشد. با توجه به اهمیت مذهب به عنوان یک تعیین کننده مهم در سبک زندگی و این فرضیه که مذهب در سلامت عمومی در سالمندان اثرگذار است، ما در این پژوهش برآنیم که به بررسی همزمان این شاخص‌ها بر روی سالمندان شهر بابل بپردازیم. چنانچه مشخص شود که

داده‌ها نشان داده نشده‌اند). میزان سواد نیز اختلاف معنی‌داری را در جهت گیری مذهبی نشان داد، یعنی جهت گیری درونی در افراد بی‌سواد بالاتر و جهت گیری بیرونی در آنها کمتر از سایر گروه‌ها بود ($P < 0.001$) (جدول ۵). ارتباط معنی‌دار منفی بین جهت گیری بیرونی با تعداد فرزندان توسط آنالیز رگرسیون چندگانه خطی نشان داده شد (جدول ۴).

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک سالمندان شهر بابل

شاخص های اقتصادی-اجتماعی	زیرگروه شاخص ها	تعداد (درصد)
وضعیت تاهل	بی همسر	۶۱ (۱۹/۳)
	دارای همسر	۲۴۴۰ (۷۷/۲)
	ازدواج مجدد	۹ (۲/۸)
محل سکونت	شهر	۲۴۱ (۷۶/۳)
	روستا	۶۴ (۲۰/۳)
جنس	مرد	۱۵۷ (۴۹/۷)
	زن	۱۵۷ (۴۹/۷)
منبع درآمد	حقوق بازنشستگی	۱۹۶ (۶۲)
	کمک اطرافیان	۱۶ (۵/۱)
	فروش یا اجاره اموال	۱۲ (۳/۸)
	اشتغال فعلی	۴۰ (۱۲/۷)
	سایر*	۱۳ (۳/۹)
میزان درآمد	کافی	۱۴۱ (۴۴/۶)
	تا حدی کافی	۱۱۸ (۳۷/۳)
	ناکافی	۴۸ (۱۵/۲)
شغل	بیکار	۱۰۱ (۳۲)
	کارهای خانه	۷۵ (۲۳/۷)
	کار پاره وقت در منزل	۱۴ (۴/۴)
	کار پاره وقت در بیرون	۸۱ (۲۵/۶)
تحصیلات	کار تمام وقت در بیرون	۳۰ (۹/۵)
	بی سواد	۶۶ (۲۰/۹)
	ابتدایی-راهنمایی	۹۰ (۲۸/۵)
	دبیرستان	۷۸ (۲۴/۷)
	دانشگاهی	۷۶ (۲۴/۱)
وضعیت منزل	رهن و اجاره	۳ (۰/۹)
	آپارتمان شخصی	۱۲ (۳/۸)
	حیاط دار شخصی	۸۰ (۲۵/۳)
	زندگی با فرزندان	۲۱۰ (۶۶/۵)
	آرتروز	۶۴ (۲۰/۳)
بیماری جسمی	سایر اختلالات مفصلی	۱۴ (۴/۴)
	دیابت	۳۳ (۱۰/۴)
	هایپرلیپیدمی	۱۱ (۳/۵)
	سکته مغزی	۴ (۱/۳)
	هایپرتنشن	۵۰ (۱۵/۸)
	جراحی قلب	۵ (۱/۶)
	کانسر پستان	۷ (۲/۲)
	نارسایی قلبی	۲ (۰/۶)
	نارسایی کلیوی	۲ (۰/۶)
	دیپرسیون	۴ (۱/۳)
بیماری روانی	اختلال اضطرابی	۵ (۱/۶)
	هر دو	۱ (۰/۳)

* شامل بیش از یک مورد از موارد ذکر شده بود که شایع‌ترین آنها ۲۵ (۶/۳٪) حقوق بازنشستگی و اشتغال فعلی بود.

مربوط به علایم جسمانی (وضعیت سلامت عمومی و علایم جسمانی فرد در یک ماه گذشته)، ۸ تا ۱۴ مربوط به اضطراب (علایم و نشانه‌های بالینی اضطراب شدید، تحت فشار بودن، عصبانیت و دلشوره، بی‌خوابی و داشتن وحشت و هراس)، ۱۵ تا ۲۱ اختلال در عملکرد اجتماعی (توانایی فرد در انجام کارهای روزمره، داشتن قدرت تصمیم‌گیری، احساس رضایت در انجام وظایف، احساس مفید بودن در زندگی و لذت بردن از فعالیت‌های روزمره) و ۲۲ تا ۲۸ افسردگی اساسی (احساس ناامیدی، احساس بی‌ارزش بودن زندگی و ناتوانی در انجام کارها). سوالات، چهار گزینه‌ای بوده و به روش لیکرت از ۰ تا ۳ نمره گذاری شدند. نمره کل از ۰ تا ۸۴ متغیر خواهد بود. نمره کمتر بیانگر سلامت عمومی بهتر است. برای نمره کل GHQ نمره ۰ تا ۲۱ عالی، نمره ۲۲ تا ۴۲ خوب، نمره ۴۳ تا ۶۳ متوسط و نمره ۶۴ تا ۸۴ ضعیف تعریف می‌گردد. برای هر زیر مقیاس نمره ۰ تا ۷ پایین، ۸ تا ۱۴ متوسط و ۱۵ تا ۲۱ بالا محسوب می‌شود. لذا نمرات ۴۱ به بالا در نمره کلی و ۱۵ به بالا در هر زیر مقیاس وخامت وضع سلامت را نشان می‌دهد. هر دو فرم پرسشنامه توسط شرکت‌کنندگان در حضور پرسشگر تکمیل گردید و در صورتی که فرد بی‌سواد بود توسط پرسشگر تکمیل گردید. آنالیز آماری با استفاده از تست‌های آماری X^2 ، T-test و ANOVA با SPSS نسخه ۲۰ انجام گردید.

یافته‌ها

مشخصات فردی و اجتماعی افراد در جدول ۱ و ۲ ارائه گردید. ۲۴۵ نفر (۷۷/۵٪) جهت گیری مذهبی درونی را نشان دادند. میانگین و خطای استاندارد جهت گیری درونی $15/9 \pm 0/238$ و جهت گیری بیرونی $8/6 \pm 0/231$ بود. میانگین نمره GHQ $19/26 \pm 0/53$ و ۱۹/۲۶٪ افراد از دیدگاه خودشان در وضعیت خوبی از نظر سلامت عمومی بوده‌اند. مقایسه میانگین نمره کل GHQ و زیرگروه‌های آن در جهت گیری درونی و بیرونی در جدول ۳ نشان داده شده است. نمره کل GHQ و همچنین تمام زیرگروه‌های آن در افراد با جهت گیری مذهبی بیرونی به طور معنی‌داری بیشتر از درونی بود. به عبارت دیگر جهت گیری مذهبی بیرونی با کاهش سلامت عمومی سالمندان به طور کلی و نیز در تمام ابعاد آن شامل بعد فیزیکی، اجتماعی، اضطراب و افسردگی همراه بود. این یافته در آنالیز رگرسیون چند گانه خطی تایید گردید، به طوری که این آنالیز در بررسی همبستگی نوع جهت گیری مذهبی با GHQ و اجزای آن نشان داد که جهت گیری مذهبی بیرونی ۱۴٪ اثر پیشگویی کننده روی نمره کل GHQ، ۱۸٪ روی بعد جسمی، ۲۱٪ روی بعد اضطراب، ۱۲٪ روی بعد اجتماعی و ۲۶٪ روی بعد افسردگی داشته است (جدول ۴). در مورد رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و مشخصات اقتصادی-اجتماعی نتایج ANOVA نشان داد که جهت گیری بیرونی در سالمندان ساکن شهر به طور معنی‌داری بیشتر از ساکنین روستا بود (جدول ۵). همچنین در سالمندان با وجود حداقل یک بیماری، جهت گیری درونی به طور معنی‌داری بیشتر از کسانی بود که بیماری را گزارش نکردند. ارتباط بین جهت گیری مذهبی با محل سکونت و وجود بیماری با آنالیز رگرسیون چندگانه خطی نیز تایید گردید؛ به طوری که وجود بیماری ۱/۶ برابر احتمال جهت گیری بیرونی را کاهش و سکونت در شهر ۱/۲ برابر احتمال جهت‌گیری بیرونی را افزایش می‌داد ($P < 0.001$)

جدول ۳: ارتباط GHQ و زیر گروه‌های آن همراه با برخی از متغیرهای فردی کمی در جهت گیری مذهبی درونی و بیرونی

P value	Mean±SD		سلامت عمومی / آلپورت
	بیرونی	درونی	
۰/۰۰۱	۲۵/۱۰±۰/۵۰	۲۸/۸۸±۱/۵۲	سلامت عمومی کل
۰/۰۳	۶/۰۸±۰/۲۰	۷/۱۴±۰/۵۳	جسمانی
۰/۰۳	۵/۰۵±۰/۲۱	۶/۳۲±۰/۵۴	اضطراب
۰/۰۳	۱۰/۸۷±۰/۱۹	۱۲/۵۹±۰/۳۳	اجتماعی
۰/۰۰۱	۱/۰۴±۰/۱۴	۲/۹۳±۰/۵۹	افسردگی
۰/۱۱	۶۷/۸۶±۰/۴۳	۶۶/۱۴±۱/۳۳	سن
۰/۵۶	۲/۶±۰/۷۷	۲/۷۸±۰/۱۷	تعداد افراد ساکن در منزل

جدول ۲: مشخصات دموگرافیک سالمندان شهر بابل

مشخصات واحدهای مورد پژوهش	Mean±SD	حداقل و حداکثر
سن	۶۷/۸۳±۰/۳۷	۹۰-۶۰
تعداد فرزندان	۳/۸۵±۰/۱۰	۱۲-۰
تعداد افراد ساکن در منزل*	۲/۶۱±۰/۶۲	۷-۱
سلامت عمومی کل	۲۶/۱۹±۰/۵۳	۶۵-۶
جسمانی	۶/۳۹±۱/۹۶	۱۷-۰
اضطراب	۵/۴۶±۰/۲۱	۲۱-۰
افسردگی	۱/۵۳±۰/۱۸	۲۱-۰
اجتماعی	۱۲/۷۶±۰/۱۷۱	۲۰-۰
نمره آلپورت درونی	۱۵/۸۸±۰/۲۳	۲۴-۱
نمره آلپورت بیرونی	۸/۶±۰/۲۳	۲۰-۰

* ۴۰/۵٪ با همسران، ۳۵/۵٪ با فرزندان و ۱۳/۹٪ به تنهایی زندگی می‌نمودند.

جدول ۴: آنالیز رگرسیون چندگانه خطی جهت ارتباط بین GHQ با آلپورت

R ²	P value	CI	B standardized	آلپورت
۰/۱۴	۰/۲۴۲	-۰/۱۶۵-۰/۶۵۱	۰/۱۱۴	سلامت عمومی
	۰/۰۲	۰/۰۶۲-۰/۸۹۹	۰/۲۲۰	کل
۰/۱۴	۰/۰۸۲	-۰/۱۳۸-۰/۱۷۲	۰/۰۲	درونی
	۰/۰۱	۰/۲۱۴-۰/۷۲۸	۰/۶۷	بیرونی
۰/۱۸	۰/۰۴۱	-۰/۱۳۹-(-۰/۱۹۷)	۰/۰۴	درونی
	۰/۰۱	۰/۰۷۴-۰/۲۶۰	۰/۱۰۷	بیرونی
۰/۱۲	۰/۰۵۹	-۰/۰۰۵-(-۰/۲۸۸)	۰/۱۹۹	درونی
	۰/۰۰۷	۰/۰۵۷-۰/۳۵۶	۰/۲۸۵	بیرونی
۰/۲۶	۰/۴۴۴	-۰/۲۰۵-۰/۰۹۰	-۰/۰۸۱	درونی
	۰/۰۲	۰/۱۳۷-۰/۲۶۵	۰/۱۹	بیرونی
۰/۰۸۵	۰/۷۸۷	-۰/۰۸۵-۰/۰۶۵	-۰/۰۲۵	درونی
	۰/۰۰۱	-۰/۲۱۱-(-۰/۰۵۷)	-۰/۳۱۰	بیرونی

بحث و نتیجه گیری

بیشتری می‌باشد. در بررسی علل مسئله فوق می‌توان به چند نکته اشاره کرد: اول آنکه اگرچه روایی و پایایی مقیاس جهت گیری دینی آلپورت توسط گلریز اثبات گردید، اما این مقیاس با توجه به باورهای دینی غربی اتخاذ شده است که با باورهای اسلامی ما مغایرت‌هایی دارد. همچنین از نقایص این مقیاس این بوده که به هر سوال یک امتیاز تعلق می‌گرفت حال آنکه برخی از سوالات پیرامون مسائل مهمی همچون اعتقاد به معاد و آخرت بوده است. چه بسا فردی در این پرسشنامه اعتقادی به معاد نداشته و طبق امتیازدهی آلپورت در جهت گیری درونی قرار گرفته باشد. این امر موجب می‌شود که از خلوص دسته جهت گیری مذهبی کاسته شود. نکته دوم این است که طبق پرسشنامه آلپورت جهت گیری مذهبی فقط به برخی از نگرش‌ها پرداخته است و به وادی عمل ورود پیدا نکرده است. چه بسا انسانی اعتقادی را به صورت زبانی بیان نماید، اما در زندگی روزمره آن اعتقاد را به کار نبرد. در جامعه امروز دین بیشتر از اینکه در همه مسائل روزمره جاری شده باشد، به صورت یک امر سطحی در آمده که این خود نیز در نتیجه تحقیق تفاوت‌هایی را ایجاد می‌کند. با این حال رابطه معنی‌دار بین جهت گیری مذهبی بیرونی و زیر شاخه‌های سلامت عمومی کل و بدتر شدن وضع

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین جهت گیری مذهبی بیرونی و سلامت عمومی رابطه معنی‌دار وجود دارد به طوری که هر چه جهت گیری بیرونی بیشتر باشد افراد سلامت بدنی و اجتماعی کمتری دارند و همچنین از نظر افسردگی و اضطراب وضع نامطلوب‌تری دارند. نتیجه پژوهش حاضر با اکثر تحقیقات قبلی از نظر اثر جهت گیری بیرونی با سلامت عمومی سالمندان همخوانی دارد (۱۷-۱۲). در مطالعه حاضر هر چه جهت گیری از حالت درونی به سمت بیرونی میل می‌کرد به طرز معنی‌داری از سلامت عمومی کاسته می‌شد اما در آنالیز مولتیپل رابطه معنی‌داری بین جهت گیری درونی و سلامت عمومی یافت نگردید. به هر حال برخی از پژوهش‌ها رابطه مثبت جهت گیری درونی با سلامت عمومی را نشان دادند. به طور مثال پژوهش Aryan (۱۳۷۸) رابطه مستقیم جهت گیری درونی با سلامت روانی را نشان داد (۲۰) و یا Janbozorgy (۱۳۸۶) دریافت که مذهب درونی شده به عنوان یک عامل کلیدی در سلامت روان نقش ایفا می‌کند (۱۸). همچنین Ghadiri (۱۳۸۹) و David و همکاران (۲۰۰۹) ابراز داشتند که بین جهت گیری مذهبی درونی و شادکامی رابطه مثبت و معنی‌داری دارد (۱۵ و ۲۱). به هر حال بررسی علت این تفاوت در نتایج، نیازمند تحقیقات

زندگی انسان‌ها از حالت روستایی به شهری و همچنین بی‌سوادی به باسوادی، دین از حالت هدف به سوی وسیله بودن میل می‌کند که این خود می‌تواند از اثرات نامطلوب رسانه باشد. البته تحقیقات گسترده در این باب ضروری می‌باشد. در این پژوهش میزان جهت‌گیری بیرونی در افرادی که حداقل یک بیماری داشتند افزایش می‌یافت که نیازمند تحقیقات بیشتر جهت علت یابی این مساله می‌باشد. همچنین هرچه تعداد فرزندان کمتر باشد میزان جهت‌گیری بیرونی این افراد بیشتر خواهد شد. در این پژوهش جنسیت با جهت‌گیری مذهبی ارتباطی نداشت، در حالی که در پژوهش Ghadiri (۱۳۸۹) زنان از عقاید دینی بالاتری نسبت به مردان برخوردار بودند (۱۵). همچنین جنسیت با سلامت عمومی افراد نیز رابطه معنی‌داری نداشت که با پژوهش Ahmed و Abdel-Khalek (۲۲ و ۲۳) همخوانی دارد، اگرچه Ghadiri (۱۳۸۹) زنان را شادکام‌تر از مردان می‌داند (۱۵). سایر موارد همچون وضعیت تاهل، منبع درآمد، میزان درآمد، شغل و وضعیت منزل مسکونی در میزان جهت‌گیری دینی و سلامت عمومی افراد تاثیری نداشت.

سلامت جسمی، بعد اجتماعی، اضطراب و افسردگی خود می‌تواند دلیل قانع‌کننده مهمی جهت اتخاذ جهت‌گیری درونی در جامعه باشد. در مطالعه حاضر میزان جهت‌گیری مذهبی بیرونی در ساکنین شهر به طرز معنی‌داری نسبت به ساکنین روستا بیشتر بوده است. همچنین میزان جهت‌گیری درونی در افراد بی‌سواد نسبت به سایر افراد بیشتر گزارش گردید. جهت‌گیری بیرونی بیشتر در ساکنین شهر و جهت‌گیری درونی بیشتر در افراد بی‌سواد نشان از تغییرات فرهنگی در جامعه دارد. گزاره‌هایی همچون والدین، معلم، استاد و روحانیت و همچنین رسانه در تربیت انسان نقش مهمی را ایفا می‌کنند، اما باید بپذیریم که در جدال با پیشرفت تکنولوژی، رسانه در عرصه تربیت به شدت از دیگر گزاره‌های تاثیرگذار در تربیت پیشی گرفته است. در عصر حاضر میزان دسترسی افراد به اطلاعات گسترده در شهر و میزان اثرپذیری آنها از هجوم فرهنگی رسانه‌های جمعی بیشتر می‌باشد. همان‌طور که آپورت جهت‌گیری درونی را هدف بودن خود دین و جهت‌گیری بیرونی را وسیله بودن دین برای اهداف شخصی می‌دانست (۱۷)، با پیچیده‌تر شدن

جدول ۵: ارتباط مشخصات دموگرافیک با جهت‌گیری مذهبی در سالمندان شهر بازل

جهت‌گیری مذهبی	بیرونی	درونی	
مشخصات دموگرافیک	Mean±SD	Mean±SD	
محل سکونت*	شهر	۸/۹۱±۰/۲۵۳	۱۵/۷۱±۰/۲۵۳
	روستا	۷/۴۵±۰/۵۷۲	۱۶/۴۲±۰/۶۵
جنس	زن	۸/۵۹±۰/۳۱۲	۱۵/۷۹±۰/۳۳۲
	مرد	۸/۶۹±۰/۳۴۲	۱۵/۸۹±۰/۳۴۱
بیماری*	ندارد	۹/۰۷±۰/۴۳۲	۱۵/۰۵±۰/۴۳۸
	دارد	۸/۳۳±۰/۲۶۳	۱۶/۳۶±۰/۲۶۹
تاهل	بی همسر	۸/۷۲±۰/۴۹۸	۱۵/۷۹±۰/۵۴۵
	دارای همسر	۸/۵۷±۰/۲۶۳	۱۵/۸۶±۰/۲۶۹
	ازدواج مجدد	۹/۳۳±۰/۹۲۹	۱۵/۱۱±۰/۷۷۵
منبع درآمد	بازنشستگی	۹/۰۲±۰/۲۶۸	۱۵/۶۵±۰/۲۶۸
	کمک اطرافیان	۵/۶۷±۰/۹۲۹	۱۶/۰۷±۱/۷۰۶
	فروش یا اجاره اموال	۶/۶۴±۱/۱۰۶	۱۸/۳۶±۱/۱۰۶
	شغل فعلی	۸/۶۵±۰/۷۵۱	۱۵/۸۸±۰/۷۵۰
	کافی	۸/۶۳±۰/۳۳۲	۱۵/۸۶±۰/۳۴۳
میزان درآمد	تا حدی کافی	۸/۶۱±۰/۳۷۵	۱۵/۶۸±۰/۳۹۰
	ناکافی	۸/۲۶±۰/۶۲۲	۱۶/۴۷±۰/۶۲۳
شغل	بیکار	۸/۷۵±۰/۳۸۲	۱۵/۹۹±۰/۳۸۱
	شاغل	۷/۸۵±۰/۴۸۴	۱۶/۱۱±۰/۵۴۸
تحصیلات*	بیسواد	۶/۷۸±۰/۴۷۰	۱۷/۳۷±۰/۵۷۰
	دیپلم یا کمتر	۸/۵۹±۰/۳۹۸	۱۵/۹۵±۰/۳۹۵
	دانشگاهی	۸/۸۵±۰/۴۵۳	۱۵/۸۵±۰/۴۴۴

(p<۰/۰۰۱) *

انتقاد قرار گرفته است (۲۴ و ۲۵). در این راستا به در آمیختگی تعهد مذهبی و پیامدهای مذهبی و نیز ضعیف بودن چارچوب مبدا درونی و بیرونی که آلپورت مطرح کرده است، اشاره شده است. این ضعف تا حدی خودنمایی می‌کند که در تعداد قابل توجهی از نمونه‌ها افرادی که از برخورداری اصول پایه‌ای یک فرد با جهت گیری درونی محروم بودند گهگاه در دسته جهت‌گیری درونی قرار می‌گرفتند که این خود در نتیجه خدشه وارد می‌نماید. از این روی تهیه پرسشنامه‌هایی با در نظر گرفتن مسایل بومی و همچنین وارد کردن مسائل عملی به سوالات جهت بررسی عمیق‌تر جهت گیری مذهبی مثمر ثمر خواهد بود.

تقدیر و تشکر:

از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بابل جهت تصویب این مطالعه و حمایت مالی از آن و نیز تمام سالمندان عزیز که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند، قدردانی می‌نماییم.

آنچه مهم است این است که نحوه اثر جهت گیری مذهبی بر سلامت عمومی سالمندان چیست؟ در پژوهش‌های سابق همچون پژوهش Janbozorgy (۱۳۸۶) با توجه به اثر مستقیم جهت گیری درونی و اثر معکوس جهت گیری بیرونی این نتیجه حاصل می‌شد که مذهب به عنوان یک چارچوب کلی انسان را در تقابل با مشکلات روزمره و انواع صدمات جسمی و روحی بیمه می‌گرداند و او را در مسیر رشد و تکامل جسمی و روحی یاری می‌دهد (۱۸). با توجه به یافته‌های این مقاله مذهب یک اثر بازدارندگی در مقابل مشکلات و صدمات دارد، چرا که هر چه جهت گیری بیرونی‌تر گردید، سلامت عمومی و همچنین نشانه‌های بدنی و سلامت اجتماعی افت کرد و نشانه‌های افسردگی و اضطراب افزایش یافت. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدودیت نمونه گیری اشاره کرد. به ویژه اینکه سطح و پیچیدگی برخی از سوالات به صورتی بود که مخصوصاً برای افراد بی‌سواد ابهامات زیادی را ایجاد می‌نمود. برای پیگیری معتبرتر نتایج لازم است گروه وسیع‌تری از افراد مورد سنجش قرار گیرند. از طرفی ابزار سنجش مذهبی نیز در برخی پژوهش‌ها مورد

References

1. Behere PB, Das A, Yadav R, Behere AP. Religion and mental health. *Indian Journal of Psychiatry*. 2013; 55(2): 187-194.
2. Sadock BI, Sadock VA. *Kaplan and Sadock Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry*. 11th ed. Wolters Kluwer: 2014; 184-190.
3. Kivlighan DM Jr, Lo Coco G, Gullo S. Is there a group effect? It depends on how you ask the question: intraclass correlations for California Psychotherapy Alliance Scale-Group items. *Journal Counseling Psychology*. 2015; 62(1): 73-8.
4. Rashedi V, Gharib M, Yazdani AA. Social participation and mental health among older adults in Iran. *Iranian Rehabilitation Journal*. 2014; 12(19): 9-13.
5. Oppong SH. Religion and identity. *American International Journal of Contemporary Research* 2013; 3(6): 10-15.
6. Lotfi MH, Aminian AH, Ghomizadea A. A Study on psychological health of first year university students in Iran. *Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2009; 3(2): 47-51.
7. Sardarpour Sh, Soltani Z, Shahrokh A. Mental health and fasting in ramazan. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2002; 30(8): 26-32 [In Persian].
8. Aliani Z, Homayoni M. Investigating the relationship between adherence to prayer and students' anxiety levels in Tabriz University. 2003. Master's thesis, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Tabriz University [In Persian].
9. Francis J, Robbins. M L, Fan W. Religiosity and general health among undergraduate students. *Personality and Individual Difference*. 2004; 37: 485-494.
10. Suchman AI, Mathews DA. What makes the doctor-patient relationship therapeutic: exploring the comexioral dimension of patient care. *Annals of internal medical*, 1988; 108(1): 125-130.
11. Herzog S. *Experimental Analysis of Attitudes: The Factorial-Survey Approach*. *Open Journal of Social Sciences*. 2017; 5 (1): 126-159.
12. Abbasy T, Jamali R. The study of relationship between religious orientation and happiness in students of Payam Noor University. *Journal of Research Consulting*. 2009; 4(1): 12-18 [In Persian].
13. Taschak A, Bahrami Ehsan H. Dimensions of Relationship between Religious Orientation and Mental Health and Evaluation of Religious Orientation Scale. *Psychology and Educational Sciences*. 2004; 5 (3): 41-63 [In Persian].
14. Bahrami, F. The role of internal and external religious beliefs in mental health and depression in the elderly. *Rehabilitation Research Journal*. 2005; 6(1): 42-47 [In Persian].
15. Ghadiri, D. Relationship between religious orientation and happiness of the elderly. *Journal of Iranian Aging*. 2010; 5(18): 64-71 [In Persian].
16. Lewis C, Cruise M. Religion and happiness: Consensus, contradiction, comments and concerns. *Menthal Health, Religion & Culture*. 2006; 9(2): 213-225.
17. Allport G. Behavioral science: religion and mental health. *Journal of Religion and Health*. 1963; 2(5): 187-92.
18. Janbozorgy M. The Effectiveness of psychotherapy with and without Islamic religious orientation on anxiety and stress. *Journal of Psychology*, 1998; 2(8): 231-237 [In Persian].
19. Taghavi M. Validity of general health questionnaire. *Journal of Psychiatry*. 2016; (5): 395-381 [In Persian].
20. Aryan KH. Study of the Relationship between Religiousness and Psychology of Iranian Canadians Residing in Canada. 1999. Ph.D. Thesis, Faculty of Psychology, Allameh Tabatabaei University Tehran, Iran [In Persian].

21. David H, Rosemarie A, Kenneth I. Paramount A, Annette M. The role of religiousness in anxiety, depression, and happiness in a Jewish community sample: A preliminary investigation. *Mental Health and Culture*. 2009; 12(3): 97-113.
22. Ahmed M. Abdel-Khalek M. Religiosity, happiness, and psychopathology in probability sample of Muslim adolescents. *Mental health, Religion & Culture*. 2007; 10(6): 571-583.
23. Ahmed M. Abdel-Khalek M. Happiness, health, and religiosity: Significant relation. *Mental Health, Religion & Culture*. 2006; 9(1): 85-97.
24. Ventis WL. The relationships between religious and mental health. *Journal of Social Issues*. 1995; 51(2): 33-48.
25. Watson PJ, Milliron JT, Morris RJ, Hood RW. Religion and rationality: comparative analysis of rational emotive and intrinsically religious irrationalities. *Journal of Psychology and Christianity*. 1994; 13(4): 373-384.



Religion and its relation to the general health and socioeconomic factors of elderly people in Babol city

Received: 15 May 2016

Accepted: 23 May 2016

Bakhtiari A (PhD)¹
Yadollahpur MH (PhD)²
Ghorbannejad S^{3*}

1. Department of midwifery, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran
2. Department of Islamic thought, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran
3. Student Research Committee, Babol University of Medical Science, Babol, Iran

***Corresponding Author:**

Ghorbannejad S, Student Research Committee, Babol University of Medical Science, Babol, Iran

Tel: +98 11 32194415
Fax: +98 11 32194415
Email: sabergh8@yahoo.com

Abstract

Introduction: Studies show the relationship between religion and the mental and physical health of individuals. Some studies indicate a positive relationship between religious orientation and general health, but others reject this relationship. Also, the role of religion in the health of the elderly has been less studied. Few studies have investigated the relationship between demographic characteristics and the religious orientation of the elderly. The aim of this study was to investigate the role of religious orientation (internal or external) in general health and socioeconomic factors of elderly people in Babol city.

Methods: This cross-sectional descriptive analytical study was conducted on 316 elderly people aged 60 years and older in Babol city. The instruments used were Alport Religious Attitude Test for Measurement of Religious Beliefs and General Health (GHQ), which was completed along with the socio-economic profile for each person.

Findings: External orientation had significant relationship with the total score of GHQ ($P < 0.02$) and its subcategories such as physical dimension ($P < 0.01$), dimension of anxiety ($P < 0.01$), social dimension ($P < 0.001$) and depression ($P < 0.02$). No significant relationship was found between internal orientation and GHQ. Internal religious orientation was significantly higher in the elderly living in the village, the elderly with at least one illness and in the illiterate people than others ($P < 0.001$).

Conclusion: The amount of external orientation was higher in elderly people living in the city and with more literate. Religion has a deterrent effect in the face of problems and injuries, because with the more external the orientation, the general health as well as physical symptoms and social health decreased and signs of depression and anxiety increased. Therefore, religious aspects are emphasized in elderly health education. It is also necessary in the spiritual support of the elderly to consider the teachings of inner religion more seriously in mental health education.

Keywords: Old Age, Internal Religion, External Religion, General Health