

## سالمندی موفق در پرتو مذهب و باورهای دینی (مقاله مروری)

سهراب عبدی زرین<sup>۱</sup>، مهدی اکبریان<sup>۲</sup>

### چکیده:

هدف از مقاله حاضر، بررسی مروری رابطه مذهب و باورهای دینی با سالمندی موفق (سلامت روان) است. افسردگی و اضطراب در بین سالمندان شایع است. واژه سالمندی موفق توسط بیلتز و بیلتز (۱۹۹۰) پیشنهاد شد. تعاریف متعددی از سالمندی موفق و مذهب بیان گردیده است. نقش مذهب و باورهای دینی در زمینه سالمندی موفق بررسی شده و تحقیقات متعددی در این رابطه انجام شده است. آلپورت دو نوع جهت گیری مذهبی درونی و بیرونی را مطرح کرده که تحقیقاتی هم در این زمینه صورت گرفته است. نتایج نشان می دهد که بین سالمندی موفق و جهت گیری مذهبی رابطه وجود دارد. و نیز جهت گیری مذهبی بیرونی با اختلال در سلامت روان و افسردگی و جهت گیری مذهبی بیشتر از سالمندان مقیم جامعه است. ضمن آنکه سالمندانی که مقیم مرکز نگهداری سالمندان بودند جهت گیری مذهبی بیرونی داشتند. تحقیقات نشان می دهد که شدت افسردگی سالمندان با میزان نگرش و عملکرد دینی و معنوی آن ها رابطه دارد و نیز سالمندانی که میزان نگرش و عملکرد معنوی و دینی آن ها بالاتر بود، افسردگی کمتری داشتند.

کلید واژه ها: سالمندی موفق/ مذهب / باوردینی / جهت گیری مذهبی / سلامت روان

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده  
دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد رله اجتماعی  
دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران

۴/۳۲ درصد کل جمعیت ۶۰ میلیون نفری کشور جمهوری اسلامی ایران را سالمندان ۶۵ سال به بالا تشکیل می دهد و در سال ۱۳۷۸ جمعیت بالای ۶۵ سال بالغ بر ۲/۶ میلیون نفر گزارش شده است. ایران در سال ۲۰۵۰ سالخورده گانش به بیش از ۲۶ میلیون نفر و نسبت آن به کل جمعیت حدود ۲۳ درصد خواهد رسید (بهرامی و رضائی، ۱۳۸۴).

مشکلات روانی در دوران سالمندی به فراوانی قابل مشاهده می باشد و اثراتی بر وضعیت روانی، عاطفی، رفتاری سالمندان بر جای می گذارد. حدود ۱۵ تا ۲۵ درصد افراد مسن مسایل روانی مهمی دارند ضمن آنکه سالمندی بر دوره بیماری های جسمانی آنان اثرات بالقوه ای دارد. شخص پیر ناگزیر است با سوگ فقدان های متعدد ( مرگ همسر، دوست، خانواده، همکار و ...)، تغییر وضع شغلی و افت توانایی جسمی و تندرستی مدارا نماید. فقدان در هر زمینه ای در دوران پیری سبب می شود که شخص انرژی زیادی را صرف سوگواری، فراق ناشی از مرگ، و ایجاد

سالمندی در جهان امروز خصوصاً در کشورهای صنعتی به عنوان پدیده قرن تجلی یافته، زیرا ارتقاء استاندارد های رفاهی و کیفیت زندگی، ترکیب جمعیت خاص مخصوصاً سالمندی ( امید زندگی) را تا مرز حدود ۸۰ سال و بیشتر موجب شده است. در کشور های در حال توسعه نیز به تناسب پیچیدگی های اجتماعی و اقتصادی و بهداشتی و تغییر نظام خویشاندی و دگرگونی ساختار خانواده از گسترده به هسته ای، اگر نه بسان کشورهای پیشرفته ولی به هر جهت در حد نسبی، مشکل آفرین شده است (مثنوی و محسنی، ۱۳۸۴).

جمعیت کل جهان در سال ۲۰۰۰، شش میلیارد و پنجاه میلیون نفر بوده که از این تعداد، ۶/۹ درصد از آن را افراد بالای ۶۵ سال تشکیل می دهند و بر آورد می شود در سال ۲۰۲۵ جمعیت جهان به هفت میلیارد و هشتصد و بیست و سه میلیون نفر و تعداد افراد بالای ۶۵ سال به ۱۰/۴ درصد برسد. همچنین طبق سر شماری عمومی، در سال ۱۳۷۵ حدود

موفق ترکیبی است از عمر طولانی، سلامتی (فقدان ناتوانی) و شادکامی که آرامش خاطر را تا انتهای رشدگسترش میدهد (گیسون، ۱۹۹۵؛ به نقل از شیخناو امینی، ۱۳۸۴).

در بین شیوه های مقابله ای سالمندان، مذهب و معنویت نقش مهمی در پر کردن فضای خالی زندگی و معنی دار نمودن آن دارد. شواهد فزاینده ای مبنی بر تأثیر گذاری مثبت فعالیت های دینی بر سلامت روان، مقابله با فشارهای روانی اجتماعی و سازگاری در دوران سالمندی وجود دارد (ابراهیمی، ۱۳۸۲).

مذهب به عنوان مجموعه ای از اعتقادات، باورها و نیایدها و نیز ارزش های اختصاصی و تعمیم یافته، از موثرترین تکیه گاه های روانی به شمار می رود که قادر است معنای زندگی را در لحظه لحظه های عمر فراهم سازد و در شرایطی خاص نیز با فراهم سازی تکیه گاه های تبیینی، فرد را از تعلیق و بی معنایی نجات دهد (بهرامی احسان، ۱۳۷۸).

اعتقادات مذهبی، باورهایی را در بر می گیرد که انتظار می رود پیروان آن دین، بدان ها اعتقاد داشته باشند (سراج زاده و توکلی، ۱۳۸۰).

مذهب به عنوان یک میانجی بر فرآیند فکری و ارزیابی رویدادهای روزمره زندگی فرد تأثیر می گذارد، بدین ترتیب حتی بسیاری از رویدادهای به ظاهر منفی، مثبت و معنی دار ارزیابی می شوند و فرد از آن ها احساس مثبتی خواهد داشت. دور ماندن از باورهای اصیل مذهبی راه را برای ابتلاء فرد به کشمکش های درونی و روانی، احساس پوچی و بی هدفی و یأس و ناامیدی در برابر محرومیت ها، نامایمات و فشارهای روانی هموار می کند. (ظهور و توکلی، ۱۳۸۱).

مذهب تأمین کننده مجموعه ای از شناخت های اجتماعی است که در تفسیر واقعیت، تعریف خود و منبعی از جهت گیری ها برای رفتار مشارکت دارد. در همین چارچوب است که می توان پذیرفت، مذهب عرضه کننده ی افکار معنا داری در مواجهه با رنج ها و تحمل سختیها و دشواری هاست (بهرامی احسان، ۱۳۸۰).

از جمله عواملی که می تواند در پیشگیری و کاهش اختلال های روانی، همچنین مشکلات ناشی از آن از جمله خودکشی، اعتیاد به مواد مخدر، افسردگی و اضطراب و غیره نقش مؤثری داشته باشد داشتن اعتقاد های مذهبی است (ظهور و توکلی، ۱۳۸۱).

تطابق با تغییرات ناشی از فقدان نماید. تنها زندگی کردن استرس عمده ای است که حدود ۱۰ درصد سالمندان را تحت تأثیر و تغییرات قرار می دهد. بر اساس یافته های تحقیقاتی حدود ۱۵ درصد از سالمندان دچار اختلال روانی افسردگی هستند. اضطراب نیز مانند افسردگی دامنه بسیار گسترده ای دارد و میزان خودکشی در بین سالمندان بیش از سنین دیگر گزارش شده است (بهرامی و رضانی، ۱۳۸۴).

واژه سالمندی موفق توسط بیلتز و بیلتز در سال ۱۹۹۰ پیشنهاد شد. این واژه در ابتدا متناقض به نظر می رسید زیرا سالمندی معمولاً تصور فقدان، کاهش و نهایتاً مرگ را به ذهن متبادر می کند. در حالی که موفقیت بیشتر معرف پیشرفت، پیروزی یا تعادل مثبت است، اما آن چنان که آن ها مطرح می کنند از این مفهوم به عنوان نیرویی استفاده می شود که از طبیعت سالمندی آن گونه که وجود دارد بازیابی می شود (بیلتز و بیلتز، ۱۹۹۰).

سراتو و تروکو نیز در سال ۲۰۰۰، بعضی از تعاریف «سالمندی موفق» را متذکر شده اند. آن ها می نویسند: «گاهی اوقات مفهوم سالمندی موفق با رضایت مندی از زندگی با اخلاقی بودن یکسان انگاشته شده است و گاهی با بقای توأم با سلامتی معادل دانسته شده است».

ویلیامز و ویرث در سال ۱۹۶۵، سالمندی موفق را ترکیبی از خود مختاری (در مقابل وابستگی) و پایداری (در مقابل ناپایداری) در شیوه زندگی تعریف کرده اند (فورد و همکاران، ۲۰۰۰).

بیلتز و بیلتز (۱۹۹۰) با اذعان به پیچیدگی تعریف سالمندی موفق به چندین ویژگی آن چون طول عمر، سلامت زیست شناختی، سلامت روانی، کار آمدی شناختی، صلاحیت اجتماعی و مولد بودن، کنترل شخصی و رضایت مندی از زندگی اشاره کرده اند. و بالاخره راو و کان در سال ۱۹۹۸ سالمندی موفق را توانایی می دانند که شامل سه رفتار یا سه ویژگی کلیدی است (۱) احتمال کم برای وجود بیماری و یا بیماری هایی که منجر به ناتوانی شود (۲) کنش بالای ذهنی و بدنی (۳) درگیری فعال با زندگی.

از سالمندی موفق به «رسیدن به توانایی بالقوه فردی و کسب سطح بهینه توانایی جسمانی و اجتماعی و نیز سلامت روانی اشاره دارد، که از طریق آن فرد سالمند از خویشتن و دیگران لذت می برد» یا به عبارتی جامعتر «سالمندی

هستند (به نقل از صالحی و همکاران ۱۳۸۶). سرگزایی، بهدانی و قربانی (۱۳۸۰) بین مدت زمان صرف شده برای فعالیتهای مذهبی و دچار شدن به اضطراب و افسردگی و سوء مصرف مواد، رابطه ی معکوس گزارش نمودند.

تحقیق هادیانفرد (۱۳۸۴) نشان داد که احساس ذهنی بهزیستی با عمل به باورهای دینی ارتباط دارد، یعنی افرادی که بیشتر بر پایه عمل به باورهای دینی عمل می کنند، احساس ذهنی بهزیستی بالاتری دارند.

آکلین (۱۹۸۳)، براون و موگر (۱۹۸۳) در مطالعه ای که درباره بیماران سرطانی انجام دادند، مشاهده کردند که افراد مبتلا به سرطان بانگرس مذهبی، نگرش مثبتی به زندگی داشته و از انزوای پرهیز می کنند. در سال های بعد، جکینز و پارگامنت (۱۹۹۵) نشان دادند که مذهب می تواند کنار آمدن با بیماری را تسهیل کند. فرانسیس و استایز (۱۹۷۸) رابطه مثبت بین گرایش به مذهب و احساس خرسندی را گزارش کردند (به نقل از بهرامی احسان و تاشک، ۱۳۸۳).

«امان» و «ریده» (به نقل از مروتی شریف آباد و همکاران، ۱۳۸۳) بیان می دارند افرادی که در مراسم مذهبی حاضر می شوند از میزان مرگ و میر کمتر و سلامتی بهتری نسبت به افرادی که در این مراسم حاضر نمی شوند برخوردارند. در تفسیر ارتباط بین سلامت و مذهب، محققین نظرات گوناگونی را ارائه می کنند.

بهرامی مشعوف (۱۳۷۳) رابطه منفی معناداری میان میزان عبادت و نوروهای افسردگی و اضطراب یافت و مشخص گردید که بین عبادت و عدم گرایش به سوی نوروها رابطه معنا داری وجود دارد.

تحقیق ابراهیمی و نصیری (۱۳۷۵) نشان داد که پابندی به نگرشهای مذهبی بر پاداری نماز (مانند توحید، معاد و...) در حفظ تعادل روانی و استمرار امیدواری و عزت نفس انسان ها مؤثرند (به نقل از صالحی و همکاران، ۱۳۸۶).

آرمسترانگ و توکل (به نقل از مروتی شریف آباد و همکاران، ۱۳۸۳) به امکان وجود تأثیر های گزینشی اشاره می کنند، یعنی احتمال می دهند افراد نا سالم به اندازه افراد سالم در فعالیت های مذهبی شرکت نمی کنند. مطالعات نشان داده که عملکرد های مذهبی، حضور در اماکن مذهبی و خواندن کتب مقدس مذهبی مانند قرآن، انجیل، تورات و دیگر نوشته های مذهبی و شرکت

دین ممکن است به منزله یک منبع مهم آسایش و آرامش، یک حس کنترل و امید را برای افراد در مواجهه با واقعیتهای نامساعد زندگی دنیوی، خواه اقتصادی، اجتماعی، فیزیکی یا روانی، فراهم کند (وفایی بوربور، ۱۳۷۸). نیاز انسان به دین قدمتی به عمر تاریخ دارد، زیرا بشر از همان آغاز زندگی خود به حامی مقتدر و تکیه گاهی نیرومند احساس نیاز می کرده است. موضوع دین مورد بحث محققان پیشگامی همچون جیمز (۱۹۲۹) و فروید (۱۹۰۷)، یونگ (۱۹۶۱-۱۸۷۵) و دیگران بوده و پس از آن اندیشمندانی همچون آلپورت (۱۹۶۷) به تبیین مذهب پرداخته اند (به نقل از بهرامی احسان و تاشک، ۱۳۸۳).

تحلیل گران روان، تحت تأثیر فروید معتقد بودند که پیوند با خداوند، ادامه وابستگی دوران کودکی است. ایس سردمدار مکتب عقلانی-هیجانی معتقد بود که افراد مذهبی در مقایسه با افراد غیر مذهبی دارای اغتشاش های هیجانی بیشتری هستند (معمدی و همکاران، ۱۳۸۴).

عده ای از روان شناسان می گویند: «مذهب به انسان کمک می کند تا معنای حوادث زندگی خصوصاً حوادثی را که دردناک و اضطراب انگیزند بفهمد و باعث دلگرمی و خرسندی مطبوعی در روان و روحیه او بشود». نتایج مطالعات متعددی در نقاط مختلف، جهان مذهب را به عنوان نیروی حمایت کننده در کاهش فشارهای روانی، تمایل به فساد و همچنین افزایش رضایت از زندگی معرفی کرده اند (ظهور و توکلی، ۱۳۸۱).

غباری بناب (۱۳۸۰) رابطه ی معنی داری بین توکل به خدا، صبر، تحمل و آرامش روانی گزارش نمود. آراین (۱۳۸۰) نشان داد که بین دینداری و خشنودی همبستگی مثبت معناداری وجود دارد.

### نتایج تحقیقات انجام شده

بیشتر تحقیقات اخیر که در مورد مذهب و سلامتی صورت گرفته به طور خاص بر سالمندان متمرکز بوده است (کراوس، ۱۹۹۸).

آلوردو (۱۹۹۵) در تحقیقی تحت عنوان ارتباط بین تغییر مذهبی و از بین رفتن افسردگی و اضطراب می نویسد که از ۵۰ مطالعه انجام شده ۳۶ مورد (۷۲ درصد) نشان دهنده ارتباط مثبت بین اعتقادات مذهبی و بهداشت روانی

در فعالیت های دینی با بهداشت روانی همبستگی مثبت دارد.

در تحقیق الیسون (۱۹۹۱) مشاهده شد که افراد دارای گرایش مذهبی بالا دارای خشنودی بیشتری از زندگی هستند و شادمانی و نشاط بیشتری دارند و در مواجهه با رویداد های رنج زای زندگی، پیامدهای روانی - اجتماعی منفی کمتری نشان می دهند (به نقل از بهرامی احسان و تاشک، ۱۳۸۳).

یخ شکن، انصاری و موسوی (۱۳۷۷) رابطه مثبت بین عدم حضور در اجتماعات مذهبی و ابتلا به بیماری حاد قلبی را گزارش میکنند (به نقل از شهنی ییلاق همکاران، ۱۳۸۳).

بهرامی و رمضانی در سال ۱۳۸۴ نشان می دهند کسانی که در مراکز سالمندی قرار دارند از میزان سلامت روانی کمتری برخوردارند و میزان افسردگی بیشتری را تجربه می نمایند و این مسأله ممکن است ناشی از آن باشد که مراکز سالمندی بیشتر مأمنی است برای سالمندانی که حمایت خانوادگی نداشته و انواع آسیب های زندگی را تجربه نموده اند، و این موید کارکرد عمومی اینگونه موسسات در جهان است.

یافته های پژوهش دیگری نشان داد افسردگی در سالمندان آسایشگاهی کمی بیشتر از جمعیت عمومی است که شاید بدلیل فقدان روابط و حمایت اجتماعی و یا شرایط سالمندی باشد. با این وجود تحلیل یافته ها حاکی است بین نگرش معنوی و جهت گیری مثبت نسبت به ذکر، نماز، هدفمند دانستن خلقت و معنویت گرایی با شدت افسردگی ارتباط معنی داری معکوس وجود دارد. همچنین انجام اعمال معنوی فردی نظیر نماز، ذکر، توکل در سطح شناختی و رفتاری با کاهش افسردگی ارتباط دارد. پژوهش های قبلی نیز حاکی از تأثیر مثبت مذهب در پر کردن فضای خالی زندگی در سالمندی و ارتباط معکوس اعمال دینی با فعالیت های خود-تخریبی است (ابراهیمی، ۱۳۸۲).

گفته شده تقریباً هم چنان که بر سن افراد سالمند افزوده می شود سر و کار داشتن رسمی یا سازمان یافته با مذهب پیش بینی کننده قوی تری برای سلامت بیشتر، شادمانی و رضایتمندی از زندگی خواهد بود (لوین، ۱۹۹۴). برای خیلی از سالمندان، ارتباطی که با خداوند دارند یک جنبه کلیدی از هویت آن هاست. برای مثال کراوس گزارش می کند که احساس خود ارزشمندی نزد سالمندانی که ارتباط اندکی با مذهب دارند در پایین ترین حد است (کاواناف، ۱۹۹۹).

کوئینگ معتقد است خیلی از سالمندان به مذهب بر می گردند تا در مقابله با مباحث وجودی 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 رنج هایی که با افت سلامتی آن ها پیش می آید استفاده کنند (موزیک و همکاران، ۲۰۰۰).

کالیانی (۱۹۹۳) با استفاده از مصاحبه عمیق و تمرکز بر اطلاعاتی که از ۳۰ مرد و زن مسن در سنین ۷۰ تا ۸۵ سالگی در سنگاپور به دست آورد به بررسی ارتباط بین اعتقادات مذهبی و فعالیت های دوره سالمندی پرداخت. مقایسه های بین فرهنگی با مسلمانان جامعه و هندوهای هندی، سیک ها، مسیحی ها، و یهودی ها انجام شد. نتایج تحقیقات، تأثیر مثبت مذهب را بر سطوح فردی و اجتماعی و فرایندهای انطباقی در سنین بعدی نشان داد. چنانچه مذهب، قسمتی از فرایند اجتماعی شدن دوره کودکی بود و در طول دوره بزرگسالی فرد نیز ادامه یافته بود، مذهب به یکپارچگی فرد در بزرگسالی کمک می کرد.

هروی کریموی طی تحقیقی نشان داد اکثر سالمندان انجام فرایض و فعالیت های مذهبی را وسیله ای جهت آرامش درونی خود معرفی کرده اند (معمدی و همکاران، ۱۳۸۴).

نتایج بررسی مروتی شریف آباد و همکاران (۱۳۸۳) نشان داد که حمایت مذهبی درک شده، یک پیشگویی کننده ی قوی برای انجام رفتار های ارتقاء دهنده ی سلامت در سالمندان شهر یزد بود.

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 (سیف، ۱۳۸۰).

نتایج تحقیق معمدی و همکاران (۱۳۸۴)، بیانگر این مسئله بود که سالمندی موفق به عنوان یک الگوی مناسب از سالمندی، با گرایش مذهبی سالمند رابطه تنگاتنگی دارد. یافته های تحقیق نشان داد که سالمندان موفق بیش از دیگر سالمندان به مسجد رفت و آمد می کنند. همچنین در این اطلاعات به دست آمده 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 سختی ها قایل هستند.

## نتیجه گیری

گرایشهای مذهبی نقش معنا داری در سالمندی موفق دارند و سالمندان موفق، نگرش مذهبی مثبت تری نسبت به سالمندان غیر موفق از خود نشان می دهند (لوین، ۱۹۹۴). کراوس گزارش می دهد که احساس خود-ارزشمندی نزد سالمندانی که ارتباط اندکی با مذهب دارند در پایین ترین حد است (کاناف، ۱۹۹۹). برخی مطالعات نشان می دهد که پذیرش مذهب همراه با سلامتی بیشتر است (لوین، ۱۹۹۴). سازوکار نقش مذهب بر سلامت روانی سالمندان شاید مطابق با دیدگاه پارگامنت ناشی از پیامد مقابله مذهبی در افزایش عزت نفس، امید، صمیمیت، غلبه بر تنهایی و پوچی است (معمدی و همکاران، ۱۳۸۴). بنابراین سودمندی گرایش های مذهبی، هم تحت تأثیر آموزه های ارزشمندی که در مذهب وجود دارد و امکان فراهم شدن سلامت روانی و جسمانی فرد را تسهیل می کند و هم تحت تأثیر مسایل جانبی رفتارهای مذهبی، مانند حضور در مساجد و بهره مندی از حمایت های عاطفی دیگران، این واقعیت را روشن می سازد که مذهب پتانسیل فراوانی برای زندگی موثر و در دوره سالمندی برای سالمندی موفق است (راو و کان، ۱۹۹۸). نتایج نیز نشان داد که گرایش های مذهبی نقش معناداری در سالمندی موفق دارند و سالمندان موفق، نگرش مذهبی مثبت تری نسبت به سالمندان غیر موفق از خود نشان می دهند (معمدی و همکاران، ۱۳۸۴). یافته های اکثر مطالعات نشان می دهد که پذیرش مذهب همراه است با سلامتی بیشتر و بیماری کمتر و به عبارتی، با افزایش سطح اعتقادات مذهبی، سلامتی فرد نیز افزایش می یابد (لوین، ۱۹۹۴).

## منابع

## REFERENCES

- ۱- ابراهیمی، امراله. (۱۳۸۲). « بررسی رابطه میزان افسردگی سالمندان مقیم خانه سالمندان با نگرش و عملکرد دینی آن ها». ماهنامه پژوهش در علوم پزشکی، سال هشتم، فروردین و اردیبهشت. صص ۹۴-۹۵.
- آرین، خدیجه. (۱۳۸۰). رابطه دینداری و روان دوستی. مقاله ی ارائه شده در اولین همایش بین المللی نقش دین در بهداشت روان. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی ایران. ۲۷ تا ۳۰ فروردین.
- ۲- بهرامی احسان، هادی(۱۳۷۸). بررسی مولفه های بنیادین سازش یافتگی در آزادگان ایرانی. رساله دکتری روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس. دانشکده علوم انسانی.
- ۳- بهرامی احسان، هادی.(۱۳۸۰). بررسی مقدماتی میزان اعتبار و قابلیت اعتماد مقیاس جهت گیری مذهبی. مجله روان شناسی و علوم تربیتی. دوره جدید. سال ششم. شماره ۱. ۱۳۸۰. صص ۹۰-۶۷.
- ۴- بهرامی احسان، هادی. تاشک، آناهیتا.(۱۳۸۳). ابعاد رابطه میان جهت گیری مذهبی و سلامت روانی و ارزیابی مقیاس جهت گیری مذهبی. مجله روان شناسی و علوم تربیتی. سال سی و چهارم. شماره دو. صص ۶۳-۴۱.
- ۵- بهرامی مشعوف، عباس.(۱۳۷۳). بررسی رابطه بین میزان عبادت و سلامت روان در دانشجویان پسر مرکز تربیت معلم همدان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تربیت معلم.
- ۶- بهرامی، فاضل. رضائی فرانی، عباس. (۱۳۸۴). « نقش باورهای مذهبی درونی و بیرونی در سلامت روان و میزان افسردگی سالمندان ». فصلنامه توانبخشی، شماره اول. صص ۴۷-۴۲.
- ۷- سراج زاده، سید حسین. توکلی، مهناز.(۱۳۸۰). بررسی تعریف عملیاتی دینداری در پژوهش های اجتماعی. نامه پژوهش. سال پنجم. شماره ۲۰ و ۲۱.
- ۸- سرگلزایی، محمد رضا. بهدانی، فاطمه. قربانی، اسماعیل.(۱۳۸۰). آیا فعالیت های مذهبی می تواند از افسردگی، اضطراب و سوء مصرف مواد در دانشجویان پیشگیری نماید. مقاله ارائه شده در اولین همایش بین المللی نقش دین در بهداشت روان. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. ۲۷-۳۰ فروردین.
- ۹- سیف، سوسن.(۱۳۸۰) مذهب و بهداشت بشری. اولین همایش بین المللی نقش دین در بهداشت روان(چکیده مقالات). تهران: معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
- ۱۰- شهنی بیلاق، منیژه. موحد، احمد. شکرکن، حسین.(۱۳۸۳). رابطه علی بین نگرش های مذهبی، خوشبینی، سلامت روانی و سلامت جسمانی در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز. دوره سوم. سال یازدهم. شماره های ۱ و ۲. صص ۳۴-۱۹.
- ۱۱- شیخنا، مهدی. امینی، مهدی.(۱۳۸۴)، «سالمندی موفق، آفاق روشن زندگی»؛ دومین کنگره بین المللی سالمندی در ایران. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۶-۱۵ اسفند ماه ۱۳۸۴.
- ۱۲- صالحی، لیلی. سلیمانی زاده، لاله. باقری یزدی، سید عباس. عباس زاده، عباس.(۱۳۸۶). رابطه بین اعتقاد های مذهبی و منبع کنترل سلامت روان در دانشجویان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین. سال یازدهم. شماره ۱
- ۱۳- ظهور، علیرضا. توکلی، علی.(۱۳۸۱)، « وضعیت نگرش مذهبی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال ۱۳۸۰»، ارمغان دانش، سال هفتم، شماره ۲۸.
- ۱۴- غباری بناب، باقر.(۱۳۸۰). روش های مذهبی در بین دانشجویان و تأثیر آن در سلامت روان. مقاله ی ارائه شده در اولین سمینار بهداشت روانی دانشجویان. دانشگاه تهران. اول و دوم اسفند ماه.
- ۱۵- مثنوی، عطاالله. محسنی، منوچهر. (۱۳۸۴). « طرح بررسی علل سپردن سالمندان به آسایشگاه های سالمندی در ایران»؛ ارائه شده در دومین کنگره بین المللی سالمندی در ایران. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۶-۱۵ اسفند ماه ۱۳۸۴.
- ۱۶- مروتی شریف آباد، محمد علی. غفرانی پور، فضل الله. حیدر نیا، علیرضا. بابایی روچی، غلامرضا.(۱۳۸۳). حمایت مذهبی درک شده از رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و وضعیت انجام این رفتارها در سالمندان ۶۵ ساله و بیشتر شهر یزد. مجله دانشگاه

## REFERENCES

## منابع

- علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی صدوقی یزد. سال دوازدهم. شماره ۱.
- ۱۷- معتمدی، عبدالله. اژه ای، جواد. فلاح، پرویز. کیامنش، علیرضا. (۱۳۸۴)، اردیبهشت )، « بررسی رابطه بین گرایش های مذهبی و سالمندی موفق ». دو ماهنامه دانشور رفتار، سال ۱۲، شماره ۱۰، ص ۴۳-۵۶.
- ۱۸- وفایی بوربور، صدیقه. (۱۳۷۸). نقش جهت گیری دینی و مقابله های مذهبی شغلی دبیران زن شهرستان همدان. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته تاریخ و فلسفه آموزش و پرورش. تهران. دانشگاه تربیت مدرس.
- ۱۹- هادیان فرد، حبیب. (۱۳۸۴). « احساس ذهنی بهزیستی و فعالیت های مذهبی در گروهی از مسلمانان»، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، ص ۲۳۲-۲۲۴.
- 20- 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. New York: Pantheon Books, a Division of Random House, Inc.
- 21- Cavanaugh, J.C. (1999) Adult development and aging (second edition) Brooks/Cole publishing company. Pacific Grove.
- 22- Cerrato, I.M. & Troconiz, M.I.F. (2000) "Successful aging". Autonoma university of Madrid.
- 23- Ford, A.B.; Haug, M.R.; Stang, K.C.; Gaines, A.D. et al (2000) Sustained personal autonomy. A measure of successful aging. Journal of aging and health. 12(4): 470-489.
- 24- Levin, J.S. (1994) Religion in aging and health. Theoretical foundation and Methodological frontiers. California. SAGE publication Inc.
- 25- 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.
- 26- Krause, N. (1998). Stressor in highly valued roles, religious coping and morality. Journal of psychology and aging. 13(2): 242-255
- 27- 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.