

رابطه جهت‌گیری مذهبی و شادکامی سالمندان

(مقاله پژوهشی)

داود قادری^۱

چکیده:

هدف: مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی و شادکامی سالمندان انجام شد. روش بررسی: مطالعه علی - مقایسه‌ای حاضر بر نمونه‌ای متشکل از ۳۸۹ سالمند بالای ۶۰ سال (۲۴۷ مرد و ۱۴۲ زن) که به صورت خوشه‌ای چندمرحله‌ای از جامعه سالمندان شهرستان تهران انتخاب شده بودند، انجام شد. از پرسشنامه جهت‌گیری مذهبی آلپورت و سیاهه شادکامی آکسفورد استفاده شد. داده‌ها با آزمون همبستگی پیرسون و آزمون t بررسی شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که در دو جنس بین جهت‌گیری مذهبی درونی و شادکامی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد ($p < ۰/۰۱$). میزان شادکامی در سالمندان با جهت‌گیری مذهبی درونی بیشتر از سالمندان با جهت‌گیری مذهبی بیرونی بود ($p < ۰/۰۱$). رابطه بین جهت‌گیری مذهبی بیرونی و شادکامی در سالمندان معنی‌دار نبود. میزان شادکامی زنان سالمند بیشتر از مردان سالمند بود ($p < ۰/۰۱$). نمرات زنان سالمند در هر دو جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی بیشتر از مردان بود ($p < ۰/۰۱$).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان داد رابطه جهت‌گیری مذهبی درونی در سالمندان با شادکامی مثبت بود. در تأیید اکثر مطالعات حوزه روان‌شناسی دین همچنین مشخص شد زنان سالمند در تحقیق حاضر از مردان دیندارترند. تحقیقات بیشتر در حیطه متغیرهای مورد بررسی می‌توانند روشنگر باشند.

کلید واژه‌ها: جهت‌گیری مذهبی، شادکامی، سالمندان.

۱- گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سراب، سراب، ایران
* پست الکترونیک نویسنده مسئول:
davod_ghaderi2000@yahoo.com

مقدمه

راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی انجمن روانپزشکی آمریکا که تأثیر دین بر سلامت روان را منفی گزارش کرده بودند (۶)، نتایج تحقیقات انجام شده در سالهای اخیر رابطه دین بر سلامت روان را مثبت ارزیابی کرده‌اند (۶، ۳، ۱). کیم آندرو (۲۰۰۳) تأثیر دین و انجام اعمال دینی بر سلامت شخصی و اجتماعی را مثبت یافت (۳). کالدور و همکاران (۲۰۰۲) رابطه مؤلفه‌های شخصیتی (آیزنگ) را با دو مؤلفه‌ی مذهبی از جمله نماز سستی و آرامش آموزی غربی در نمونه‌ای به حجم ۱۰۳۳ نفر بررسی کردند و نتایج نشان داد که نماز با روان‌پریشی خوبی پایین و آرامش آموزی با روان‌پریشی خوبی بالا همراه بود (۴). مطالعات ماندی و همکاران (۲۰۰۱) و گلزاری (۱۳۷۷) نیز رابطه‌ی مذهب با روان‌پریشی خوبی را منفی گزارش کردند (۷، ۴). مالتبی و همکاران (۱۹۹۹) جهت‌گیری دینی بر سلامت روانی را به عنوان مکانیزم انطباق بررسی کردند. در گزارش مالتبی، سه گرایش دینی از جمله دین درونی و بیرونی و سه عامل روانی از

توجه به مسایل جسمانی و روانی سالمندان با روند افزایشی جمعیت این گروه، روبه‌گسترش است. سرشماری عمومی سال ۱۳۷۸، جمعیت بالای ۶۵ سال را بالغ بر ۲/۶ میلیون نفر گزارش کرده است، و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۵۰ به بیش از ۲۶ میلیون نفر خواهد رسید (۱). پرداختن به متغیرهای مرتبط و مؤثر بر سلامت جسمانی و روانی سالمندان از اهمیت فراوانی برخوردار است و تحقیقات نشان می‌دهد که دین و جهت‌گیری مذهبی یکی از این متغیرهاست (۴-۲). دین یک نظام عمل مبتنی بر اعتقادات است که در قلمرو و ابعاد فکری و اجتماعی از جانب خداوند برای انسانها در مسیر رشد و کمال به جانب الوهیت ارسال شده و شامل عقاید، باورها، نگرشها و رفتارهاست که با هم پیوند داشته و در تدارک احساس جامعیت برای فرد عمل می‌کند (۵). برخلاف اظهارات نظریه پردازانی چون فروید (۱۹۲۳)، ایس (۱۹۸۰)، واترز (۱۹۹۲) و چاپ سوم

از شادکامی بیشتری برخوردار است (۱۹). برخی مطالعات رابطه بین شادکامی و مذهب را مثبت و معنی‌دار گزارش کردند (۲۱، ۲۰) و وجود عقاید مذهبی قوی‌تر در زنان و شادکامی بیشتر در مردان را گزارش می‌کنند. و برخی مطالعات دیگر رابطه بین دین و شادکامی را مثبت نشان ندادند و یا در برخی از گروه‌ها این رابطه بدست نیامده است (۲۳، ۲۲).

با توجه به مباحث مطرح شده واهمیتی که مذهب می‌تواند در شادکامی سالمندان داشته باشد، ابهام موجود در رابطه با جهت‌گیری دینی و شادکامی همچنین مطالعات اندکی که در این حوزه بر سالمندان ایرانی انجام شده است، مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه بین جهت‌گیری‌های مذهبی درونی و برونی با شادکامی در گروه سالمندان زن و مرد طراحی و اجرا شد.

روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع علی - مقایسه‌ای یا پس رویدادی بود. جامعه پژوهش، شامل سالمندان زن و مرد بالای ۶۰ سال تهرانی بود (۱۳۸۸) که معلولیت نداشته و مبتلا به بیماری روانی نبودند. از جامعه مورد نظر تعداد ۳۸۹ سالمند با میانگین سنی ۶۶/۵ شامل ۲۴۷ مرد و ۱۴۲ زن از مناطق مختلف شهرستان تهران با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری بدین ترتیب بود که از مناطق شهرستان تهران دو منطقه به تصادف انتخاب شدند (مناطق ۹ و ۲). از مناطق مذکور یک محله مسکونی و از داخل این محله یک پلاک به طور تصادفی انتخاب شد و آزماینده‌ها ۵۰۰ خانه مسکونی با شماره پلاک کمتر و بیشتر از شماره پلاک مذکور را بررسی کردند. در صورتیکه سالمند بالای ۶۰ سال با ملاک‌های ورود در منزل انتخاب شده زندگی می‌کرد در نمونه قرار می‌گرفت.

پرسشنامه جهت‌گیری مذهبی آلپورت و راس (۱۹۶۷) در پژوهش حاضر استفاده شد. این آزمون شامل ۲۱ جمله است و از شرکت‌کنندگان خواسته شد با کمال صداقت، احساس و نگرش خود را نسبت به هر یک از عبارات با انتخاب یک گزینه مشخص کنند. سوالات آزمون دارای چهار گزینه (کاملاً مخالفم، تقریباً مخالفم، تقریباً موافقم، کاملاً موافقم) است. آزمون محدودیت زمانی ندارد و به صورت گروهی قابل اجرا است. این آزمون توسط جان بزرگی (۱۳۷۷) در ایران ترجمه و هنجاریابی شد، همسانی درونی آن با استفاده از آلفای کرونباخ

جمله نشانگان افسردگی، اضطراب و عزت نفس بررسی شد، نتایج نشان داد که ارتباط معنی‌دار مثبتی بین سلامت روانی و مذهب وجود دارد، به صورتی که گرایش‌های دینی درونی تأثیری کاهنده در علایم ناهنجار روانی دارند (۸) مطالعات دیگر نیز مؤید اثربخشی مثبت گرایش مذهبی بر سلامت روان است (۹، ۳، ۲).

رابطه علی بین نگرش‌های مذهبی، خوشبینی، سلامت روانی و سلامت جسمانی در مطالعه شهنی ییلاق، موحد و شکر کن (۱۳۸۳) با روش تحلیل مسیر، نشان داد که مسیرهای غیر مستقیم نگرش‌های مذهبی به سلامت روانی و جسمانی معنی‌دار است (۱۰). بهرامی و تاشک (۱۳۸۳) دریافتند جهت‌گیری مذهبی با افزایش سلامت روانی و کاهش اختلالات روانی رابطه دارد و می‌تواند به طور مثبت سبک مقابله‌ی مذهبی مثبت را پیش‌بینی کند (۱۱). یخ‌کش، انصاری و موسوی (۱۳۷۷) نیز به رابطه‌ی مثبت بین عدم حضور در اجتماعات مذهبی و ابتلا به بیماری‌های حاد قلبی اشاره می‌کنند (۱۲). سر گلزایی، بهدانی و قربانی (۱۳۸۰) نشان دادند که بین مدت زمان صرف شده برای فعالیت‌های مذهبی و تجربه‌ی اضطراب، افسردگی و سوء مصرف مواد رابطه‌ی معکوس وجود دارد (۱۳). در مطالعه‌ای که در مرکز سالمندان بر چهار هزار نفر انجام شد، مشخص شد میزان افسردگی سالمندانی که به عبادت توجه داشتند، نصف میزان افسردگی دیگر سالمندان بود (۱۴) و نتایج تحقیق عبدی زرین و اکبری (۱۳۸۶) در نمونه غیر سالمند نیز همراستا با یافته‌های این مطالعه بود (۱۵). معتمدی و همکاران (۱۳۸۴) سالمندی موفق را به عنوان یک الگوی مناسب از سالمندی، در ارتباط با گرایش مذهبی سالمند ذکر می‌کنند (۱۶).

از جمله متغیرهای مهم حوزه سلامت روان و کیفیت زندگی که مورد توجه محققان قرار گرفته است شادکامی است. شادکامی در برگرفته یک هیجان مثبت، رضایت از زندگی و نبود هیجان‌های منفی از جمله افسردگی و اضطراب است (۱۷). شادکامی می‌تواند متغیر بسیار مهمی در کیفیت زندگی افراد سالمند باشد، به همین دلیل شناسایی متغیرهای مرتبط با شادکامی می‌تواند از اهمیت شایانی برخوردار باشد. نتایج تحقیقات از این فرضیه که عمل به باورهای دین و اعمال مذهبی با افسردگی که قطب مخالف شادکامی است رابطه منفی دارد حمایت می‌کنند (۱۸، ۱۳، ۱).

تحقیقات صورت گرفته در این حوزه همچنین نشان می‌دهند که هرچه اعتماد به خدا به عنوان یک مؤلفه مذهبی بیشتر باشد فرد

به دست آمد. تحلیل عامل به استخراج ۵ عامل منجر شد که مجموعاً ۵۷/۱ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کرد (۲۶). در این آزمون هر ۲۹ ماده شامل چهار جمله مرتب شده شبیه مقیاس بک است که نمره هر جمله از ۰ تا ۳ مرتب شده است. جهت اطمینان از روایی و پایایی آزمونها برای گروه سالمندان، آزمونها بر نمونه ۵۰ نفری (۲۵ مرد و ۲۵ زن) از سالمندان تهرانی بالای ۶۰ سال تهرانی اجرا شد. ثبات درونی با ضریب آلفای کرونباخ برای آزمون جهت‌گیری مذهبی (۰/۷۸) بدست آمد. به همین ترتیب ضریب آلفای کرونباخ برای سیاهه شادکامی آکسفورد ۰/۸۹ بود. همچنین پایایی آزمونهای جهت‌گیری مذهبی و شادکامی برای نمونه مذکور به روش بازآزمایی به فاصله دو هفته به ترتیب با (۰/۷۳) و (۰/۸۷) برابر بود.

یافته‌ها

داده‌ها با آزمونهای همبستگی پیرسون و t برای گروههای مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

۰/۷۱ و پایایی باز آزمایی آن ۰/۷۴ است (۲۵). در این مقیاس، گزینه‌های عبارات ۱ تا ۱۲ جهت‌گیری مذهبی برونی و عبارات ۱۳ تا ۲۱ جهت‌گیری مذهبی درونی را می‌سنجند. در مطالعات اولیه مشاهده شد که همبستگی جهت‌گیری برونی و درونی ۰/۲۱ مقیاس است.

سیاهه شادکامی آکسفورد (آرجیل، مارتین، ۱۹۸۹) به فارسی ترجمه با ضریب کرونباخ (۰/۸۵) و پایایی باز آزمایی (۰/۷۳) در دسترس است (۲۷، ۲۶). از آنجا که آزمون «بک» یکی از موفق‌ترین مقیاس‌های افسردگی بوده است، آرجیل پس از هماهنگی با «بک»، جملات مقیاس را معکوس کرد. بدین ترتیب ۲۱ ماده تهیه شد و ۱۱ ماده به آن افزوده شد تا سایر جنبه‌های شادکامی را تکمیل کند. این مقیاس ۳۲ ماده‌ای بر دانشجویان اجرا شد و از آنها خواسته شد تا درباره روایی صوری جملات قضاوت کنند. به این ترتیب برخی مواد تغییر کرد و ۲ ماده حذف شد. آرجیل و همکاران ضریب آلفای ۰/۹۰ را با اجرا بر ۱۳۴۷ نفر بدست آورد (۲۷). این پرسشنامه بر ۱۰۱ دانشجوی مقطع کارشناسی (۶۲ زن و ۳۲ مرد) با میانگین سنی ۲۲/۵ اجرا شد و آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و اعتبار باز آزمایی بعد از ۳ هفته ۰/۷۹

جدول ۱) توزیع فراوانی نمونه مورد بررسی بر حسب جنس و سن

جنس	ویژگیهای نمونه		تعداد	طیف سنی	
	میانگین سنی	سن بیشینه		سن کمینه	سن
زن	۶۷	۶۹	۱۴۲	۶۱	
مرد	۶۶	۶۸	۲۴۷	۶۳	
مجموع	۶۶/۵		۳۸۹		

نتایج نشان داد که میزان شادکامی در سالمندان با جهت‌گیری مذهبی درونی (زن و مرد) از سالمندان (زن و مرد) با جهت‌گیری مذهبی برونی بیشتر است (جدول ۲).

جدول ۲) مقایسه میزان شادکامی در سالمندان با جهت‌گیری مذهبی درونی و برونی

سالمندان	جهت‌گیری مذهبی در زنان		جهت‌گیری مذهبی در مردان	
	درونی	بررونی	درونی	بررونی
میانگین	۴۳/۵	۳۸/۸	۳۹/۸	۳۵/۵
انحراف معیار	۲/۵۷	۳/۲۴	۳/۱۶	۳/۶۰
آماره T	۹/۶۵		۹/۵۵	
سطح معنی داری	۰/۰۰۱		۰/۰۰۱	

رابطه بین جهت‌گیری مذهبی درونی و شادکامی در هر دو گروه زنان و مردان سالمند مثبت و معنی‌دار بود. بین جهت‌گیری مذهبی برونی و شادکامی در زنان و مردان سالمند رابطه معنی‌داری وجود نداشت (جدول ۳).

جدول ۳) ضرایب همبستگی بین جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی با شادکامی در سالمندان زن و مرد

جهت‌گیری مذهبی		نمونه‌ها و متغیرهای		مورد بررسی
مردان سالمند	زنان سالمند	بیرونی	درونی	
بیرونی	درونی	بیرونی	درونی	شادکامی
۰/۰۱۱۰	۰/۲۴۲	۰/۰۱۰۸	۰/۰۲۸۱	
۰/۰۵۹۴	۰/۰۱۰	۰/۰۶۰۸	۰/۰۰۸	مقدار احتمال

میزان شادکامی به طرز معنی‌داری در زنان سالمند از مردان سالمند بیشتر بود (جدول ۴).

جدول ۴) میزان شادکامی در دو گروه زنان و مردان سالمند

خصوصیات		مردان سالمند	زنان سالمند	سالمندان
مردان سالمند	زنان سالمند			
۳۷/۸	۴۱/۱			میانگین
۲/۹۶	۳/۱۸			انحراف معیار
	۱۰/۲۰			آماره T
	۰/۰۰۱			سطح معنی‌داری

زنان سالمند در هر دو جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی نمرات بیشتری نسبت به مردان سالمند بدست آوردند (جدول ۵).

جدول ۵) بررسی و مقایسه میزان جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی زنان و مردان سالمند

جهت‌گیری مذهبی بیرونی		جهت‌گیری مذهبی درونی		خصوصیات	سالمندان
مردان سالمند	زنان سالمند	مردان سالمند	زنان سالمند		
۲۲	۲۴	۴۷	۴۹		میانگین
۳/۰۱	۲/۹۱	۲/۱۶	۱/۹۸		انحراف معیار
	۳/۷۸۵		۷/۲۵۹		آماره T
	۰/۰۰۹		۰/۰۰۰		سطح معنی‌داری

بحث

بین جهت‌گیری مذهبی درونی و شادکامی در سالمندان رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد این یافته با نتایج حاصل از تحقیقات روزمارین (۲۰۰۹) همراستا است (۱۹). نتایج حاصل از تحقیق حاضر همچنین در تایید یافته‌های احمدعبدالخالق (۲۰۰۶)، (۲۰۰۷) است که بر گروه‌های مسلمان انجام شده است (۲۱، ۲۰) در واقع این یافته تا حد زیادی تاییدکننده دیدگاه‌های آلپورت درباره دین درونی می‌باشد. ازدیدگاه آلپورت افراد دارای دین درونی با دین خود زندگی می‌کنند و از سلامت روانی بهتری برخوردارند (۲۴). همچنین برخورداران این افراد از شادکامی بیشتر، تا حد زیادی قابل پیش‌بینی است. همه ادیان توحیدی برای پیروان خود انجام مناسک عملی و عبادی را الزامی می‌دانند و این مناسک مستلزم انجام فعالیت‌های خاص و حضور در

پژوهش حاضر نشان داد رابطه بین جهت‌گیری مذهبی درونی و شادکامی مثبت بود. به عبارت دیگر از نتایج این تحقیق و سایر یافته‌های تحقیقی دیگر در این حوزه می‌توان به این نتیجه رسید که افراد دارای جهت‌گیری مذهبی بیرونی از شادکامی بیشتری نسبت به سایرین برخوردارند. بین شادکامی و جهت‌گیری مذهبی درونی رابطه معناداری وجود نداشت. به عبارت دیگر، استفاده از دین به عنوان یک وسیله نمی‌تواند تأمین‌کننده شادکامی اصیل برای فرد سالمند باشد. جنسیت تا حدودی می‌تواند در میزان شادکامی و جهت‌گیری مذهبی با اهمیت باشد زنان از شادکامی و عقاید دینی بالاتری نسبت به مردان برخوردار بودند.

صورت گرفته در حوزه روانشناسی دین نشان دادند که زنان از دینداری بیشتری برخوردارند (۲۹، ۱۷، ۷). دین‌داری وبه خصوص دین درونی می‌تواند مفهومی در ارتباط و همراستا با شادکامی باشد.

همچنین نتایج مطالعه حاضر در تأیید مطالعات صورت گرفته در حوزه تفاوت‌های جنسی در حیطه دینداری مثل آرجیل (۲۰۰۰)، لوونتال (۲۰۰۳) و گلزاری (۱۳۷۷) نشان داد، نمرات زنان در هر دو جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی بیشتر است (۲۹، ۱۷، ۷). دیندارتر بودن زنان سالمند نیز صادق است. در پژوهش حاضر به دست آمد که در تأیید یافته‌های احمدعبدالخالق بود (۲۱، ۲۰). قرارداد (۲۱-۲۰). دلایل احتمالی دینداری بیشتر زنان می‌تواند شامل موارد ذیل باشد، نکته اول این که با ادیان توحیدی همیشه بر حقوق زنان در مقابل ظلمها و زیاده خواهی مردان در طول تاریخ تأکید کرده‌اند و احقاق حقوق زنان مدنظر داشته‌اند، بنابراین زنان در واقع به دین به عنوان یک پناهگاه در برابر اعمال قدرتها نگاه کرده است، نکته دیگر این که ادیان در عبادات بین زن و مرد تفاوتی قایل نشده‌اند و زن را همانند بسیاری از مکاتب ناتوان از ارضای نیازهای بشری، درحاشیه جامعه قرار نداده است نکات اشاره شد. برای زنان که همیشه در معرض تبعیض‌های جنسیتی قرار داشته‌اند، خواستنی و قابل توجه بوده است و می‌تواند یکی از دلایل توجه بیشتر زنان به دین باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج نمایانگر رابطه مثبت جهت‌گیری مذهبی درونی در زنان و مردان سالمند با شادکامی بود. همینطور می‌توان به این نتیجه رسید که افراد دارای جهت‌گیری مذهبی درونی در هر دو جنس شادکام‌ترند. در تأیید اکثر مطالعات حوزه روان‌شناسی دین همچنین مطرح شد که زنان سالمند تحقیق حاضر از مردان دیندارترند.

تشکر و قدردانی

در پایان بر خود لازم می‌دانم از تمامی سالمندان مناطق ۲ و ۹ شهرستان تهران که با کمال خلوص در اجرای پرسشنامه‌ها ما را یاری کرده‌اند نهایت قدردانی رداشته باشم. همچنین سپاس فراوان از آقایان امیرجلالی، محمد قادری، بهالدین رحمانی، مهدی شاه‌نظری و خانم خدیجه مریدی‌فر و سایر کسانی که مرا در انجام این تحقیق یاری کرده‌اند دارم.

اجتماعات متنوع است که می‌تواند عامل افزایش شادکامی در افراد باشد. ادیان توحیدی همچنین اصرار و تأکید ویژه‌ای بر مفهوم امیدواری و نامید نشدن تحت هر شرایطی رادارند و از آنجا که شادکامی نقطه مقابل افسردگی تلقی می‌شود، می‌تواند دلیل دیگری برای شادکامی بیشتر افرادی باشد که از دین درونی برخوردارند. از سویی، دین درونی و شادکامی مفاهیمی ذهنی و درونی تلقی می‌شوند که می‌توان آنها را همراستا و همسو در جهت رشد سلامت جسمانی و روانی تلقی کرد.

نتایج تحقیق حاضر با برخی از یافته‌های کریستوفر (۲۰۰۰)، همراستا نیست (۲۳، ۲۲). متفاوت بودن گروه‌های سنی مورد بررسی، ابزار متفاوت مورد استفاده برای بررسی مذهب و جهت‌گیری مذهبی از دلایل احتمالی نتایج غیرهمراستا است. دوره سالمندی تفاوت‌هایی با سایر گروه‌های سنی دارد که ممکن است نتایج متفاوت تحقیقات را تبیین کند.

نتیجه پژوهش حاضر همچنین همراستا با نتایج از مطالعه آزمود، شهیدی و دانش (۱۳۸۶) بر گروه دانشجویان است (۲۸). احساس نزدیک شدن قریب الوقوع به مرگ در سالمندان می‌تواند دلیل اساسی حرکت بیشترین گروه به سمت پدیده‌های درونی باشد که موجب شادکامی بیشتر می‌شوند. تفاوت دیگری که بین این تحقیق و بیشتر تحقیقات صورت گرفته در این حوزه وجود دارد استفاده از پرسشنامه‌ای است که بین جهت‌گیری درونی و بیرونی دین تفاوت بنیادین قائل است. تحقیق حاضر نشان داد حتی در صورتی که بین دین و شادکامی رابطه‌ای وجود نداشته باشد، اما عدم وجود رابطه برای جهت‌گیری بیرونی این قابل تصور است.

از موارد دیگری که در تحقیق حاضر مورد بررسی قرار گرفت تفاوت‌های جنسیتی زنان و مردان سالمند در حوزه شادکامی و جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی بود. نتایج تحقیق در مجموع حاکی از نمرات بالاتر شادکامی در زنان سالمند نسبت به مردان سالمند بود. یافته‌های تحقیق حاضر با آنچه در تحقیقات دیگر در این حوزه صورت گرفته است هم‌نوا نیست (۲۱، ۲۰). علاوه بر متفاوت بودن گروه‌های سنی مورد بررسی، باید اذعان داشت زنان در جامعه ایران برخلاف آنچه در سایر جوامع اسلامی و به خصوص کشورهای عربی رایج است، همانند مردان نقشی فعال و همپای مردان را برعهده دارند که می‌تواند تأمین‌کننده شادکامی و رضایت‌آزندگی بیشتر در بین زنان سالمند جامعه باشد. این نکته که انجام فعالیت و بودن مدام در اجتماعات تا حد زیادی می‌تواند تأمین‌کننده شادکامی بیشتر افراد باشد. اکثر تحقیقات

REFERENCES

منابع

۱. بهرامی ف، رمضان فرانی ع. نقش باورهای مذهبی درونی و بیرونی در سلامت روان و میزان افسردگی سالمندان. فصلنامه توانبخشی ۱۳۸۶؛ ۱: ۴۷-۴۲.
2. Kaldor P, Francis LJ, Fisher TW. Personality and Spirituality: Christian Prayer and Easter Mediation are not the same. *Pastoral Psychology* 2002 ; 50: 162 -172.
3. Kim EA. Religious influences and personal and societal well-being. *social indicator research* 2003;62: 149-170.
4. Mandy R, Leslie JF, John MM, William KK. The personality characteristics of Methodist ministers: Feminine Men and Masculine Women? *journal for the scientific study of religion* 2001 ; 40: 123-128.
۵. با هنر ن. آموزش مفاهیم دینی (همگام با روانشناسی رشد). چاپ اول. تهران: نشر سپهر. ۱۳۸۰.
6. Emmons R, Palutian A, Rymond F. The Psychology of Religion. *Annual Reviw of Psychology* 2003; 54: 377 – 402.
۷. گلزاری م. ساخت و اعتباریابی مقیاس عمل به باورهای دینی [رساله دکتری]. تهران: دانشگاه علامه طباطبایی؛ ۱۳۷۷.
8. Maltby J, Garner I, Lewis AC. Religious orientation and Schizotypal traits. *Journal of abnormal psychology* 1999 ; 93: 355-374.
9. Grenway A, Philip ML. Personality Variables, self-esteem and depression an Individual Perception of god mental health. *Religion & culture* 2003; 6: 45-56.
۱۰. شهنی بیلاق م، موحد ا، شکرکن ح. رابطه علی بین نگرشهای مذهبی، خوشبینی، سلامت روانی سلامت جسمانی دردانشجویان دانشگاه شهیدچمران اهواز، . مجله روانشناسی و علوم تربیتی ۱۳۸۳؛ ۱: ۳۴-۱۹.
۱۱. بهرامی احسان ه، تاشک آ. ابعاد رابطه میان جهت گیری مذهبی و سلامت روانی و ارزیابی مقیاس جهت گیری مذهبی. مجله روان شناسی و علوم تربیتی ۱۳۸۳؛ ۴۳: ۶۳-۴۱.
۱۲. بیخ کش م، انصاری ح، موسوی غ. رابطه حضور در اجتماعات مذهبی با بیماریهای حاد قلبی. مجله علوم پزشکی اصفهان ۱۳۷۷؛ ۳: ۳۶-۲۸.
۱۳. سرگلزایی م، بهدانی ف، قربان ا. آیا فعالیت‌های مذهبی می‌توانند افسردگی، اضطراب، و سوء مصرف مواد در دانشجویان پیشگیری نماید. اولین همایش بین المللی نقش دین در بهداشت روان: تهران، ایران. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران؛ ۱۳۸۰.
۱۴. سیف س. مذهب و بهداشت بشری، اولین همایش بین المللی نقش دین در بهداشت روان؛ تهران، ایران. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران؛ ۱۳۸۰.
۱۵. معتمدی ع، اژه‌ای ج، کیامنش ع. بررسی رابطه بین گرایشهای مذهبی و سالمندی موفق. دانشور رفتار ۱۳۸۴؛ ۱۰: ۵۶-۴۳.
۱۶. عبدی زرین س، اکبریان م. سالمندی موفق در پرتو مذهب و باورهای دینی. سالمند ۱۳۸۶؛ ۴: ۲۹۳-۲۹۹.
17. Argyle M. *The Psychology of Happiness*. London: Rutledge; 2001.
۱۸. ابراهیمی ا. بررسی رابطه میزان افسردگی سالمندان مقیم خانه سالمندان با نگرش و عملکرد دین آنها. پژوهش در علوم پزشکی ۱۳۸۲؛ ۸: ۹۵-۹۴.
19. 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 & culture* 2009;12(3): 97-113.
20. Ahmed M. Abdel-Khalek M. Religiosity, happiness, and psychopathology in probability sample of Muslim adolescents. *Mental health, Religion & Culture* 2007;10(6): 571-583.
21. Ahmed M. Abdel-Khalek M. Happiness, health, and religiosity: Significant relation. *Mental health, Religion & Culture* 2006;9(1): 85-97.
22. Christopher A, John M. Sue B. Religion and happiness: Still no association. *Mental health, Religion & culture* 2000;21(9): 233-236.
23. Christopher A, Sharon M, Religion and happiness: Consensus, contradiction, comments and concerns. *Mental health, Religion & Culture* 2006;9(2): 213-225.
24. Allport GW. *The Individual and his religion*. New York. Macmillan; 1950.

۲۵. جان بزرگی م. بررسی اثر بخشی روان‌درمانگری با و بودن جهت‌گیری مذهبی (اسلامی) بر مهار اضطراب و تنیدگی [رساله] . تهران: دانشگاه تربیت مدرس؛ ۱۳۷۷.
۲۶. علی پورا، آگاه هریس م. اعتبار و روایی فهرست شادکامی آکسفورد در ایرانیهها. فصلنامه روان شناسان ایرانی ۱۳۸۶؛ ۱۲: ۲۸۷-۲۹۸.
27. Argyle M, Martin MR , Crosland J. Happiness as a Function of Personality and Social Encounters. In: J. P. Forges & R. J. M. Innes (Eds.). Recent advances in Social Psychology: An international oersoective 1989;6: 186-203.
۲۸. آزموده پ، شهیدی ش، دانش ع. بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی با سرسختی و شادکامی دانشجویان. مجله روان شناسی ۱۳۸۶؛ ۱۱: ۶-۷۴.
29. Lowental KM. Are Woman More Religious than Men? Gender Differences in Religious activity among different Religious groups in the UK. Personality & Individual differences 2002; 132: 133-139.

Prevalence of fecal outlet obstruction and its predisposing factors in women aged 40 years and older: An epidemiological study

Ahmadi B (PhD)¹, Alimohamadian M(MSc)^{2*}, Mahjobi B(MD)³, Mirzaei R(MD)⁴, Motevaseli T(MD)⁵

Abstract

Objective: The aim of this study is to determine the prevalent of Fecal Outlet Obstruction (FOO) and associated risk factors in women aged 40 and older.

Material and Methods: In this cross sectional study, a total of 800 women were randomly selected via cluster sampling among residents of area zone 17 of Tehran and were interviewed at home. Data was analyzed using Chi-square and Fisher exact tests.

Results: Prevalence for FOO cases was mild 36. 5% (95% CI, 33–39%), medium 8%(95% CI, 6–10%) and acute 0. 5% (95% CI, 0. 01–0. 9%) which was only associated with age increase (p=0.006). There is a significant relationship between physical activity and morbidity of FOO (P=0.004). FOO was associated with depressive and anxiety disorders, osteoarthritis, osteoporosis, diabetes, chronic cough, and chronic inflammatory bowel disease (P<0. 005).

Conclusions: This study underscores the prevalence rate of FOO symptoms and its underlying factors. It also considers lack of knowledge about this hidden epidemic problem and its protective factors among women in Iranian community; and recommends further research to determine effective strategies for prevention, education, screening and early treatment to promote women's health and quality of life.

Keywords: fecal outlet obstruction, pelvic floor dysfunction, epidemiology, women

1- Assistant professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Department of Human Ecology, School of Public Health, University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

* Corresponding Author : alimoham@sina.tums.ac.ir

3- Associate professor, Rasoolhakekram hospital, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4- Assistant professor, Rasoolhakekram hospital, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

5- Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.