

نقش تلاوت قرآن مجید در سلامت روان سالمندان

زهرا سوکی^۱ MSc، خدیجه شریفی* MSc، زهرا تقریبی^۱ MSc

*دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
^۱دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

چکیده

اهداف: اقامت سالمندان در مراکز سالمندی در ایران، روندی رو به رشد دارد و حفظ و ارتقای سلامت روان این گروه آسیب‌پذیر، حایز اهمیت فراوانی است. مطالعه حاضر برای شناسایی عوامل پیش‌بین سلامت روان سالمندان مقیم مراکز سالمندی انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه مقطعی طی تابستان ۱۳۸۶ در ۵۶ سالمند مقیم مرکز سالمندی گلابچی کاشان که به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شده و دارای بهره هوش طبیعی، قادر به درک سئوالات، فاقد سایکوز، فاقد اختلالات روان‌شناختی شناخته‌شده و آلزایمر بودند، با استفاده از فرم ۲۸ ماده‌ای پرسش‌نامه استاندارد سلامت عمومی روان (GHQ-28) و پرسش‌نامه محقق‌ساخته شامل سئوالات دموگرافیک و فردی انجام شد. اطلاعات بعد از استخراج توسط نرم‌افزار SPSS 16 و نیز به کمک آزمون‌های آماری مجذور کای و آنالیز رگرسیون خطی چندمتغیره گام‌به‌گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: ۴۱/۱٪ نمونه‌ها فاقد سلامت روان بودند. وضعیت سلامت روان با توافق قبلی جهت اقامت در سرا و تلاوت قرآن حین اقامت در سرا ارتباط معنی‌دار آماری نشان داد، اما با سن، جنس، وضعیت تاهل، علت اقامت در سرا، سطح تحصیلات، اقامت قبلی بستگان در سرا و رضایت از اقامت در سرا ارتباط آماری معنی‌داری نداشت. ۵۵/۴٪ واریانس نمره سلامت روان سالمندان ($F=11/16$; $p<0/001$) توسط سه متغیر "فعالیت‌های مذهبی حین اقامت در سرای سالمندان"، "سطح تحصیلات" و "توافق قبلی جهت اقامت در سرا" تبیین شد.

نتیجه‌گیری: فراهم‌نمودن امکانات لازم برای انجام فعالیت‌های مذهبی و جلب توافق قبلی سالمندان به‌منظور اقامت در سرا، به ارتقای سلامت روان سالمندان مقیم در سرای سالمندان کمک می‌نماید.

کلیدواژه‌ها: سرای سالمندان، سلامت روان، فعالیت مذهبی، سالمند

Role of Quran recitation in psychological health of aged people

Sooki Z.¹ MSc, Sharifi Kh.* MSc, Tagharobi Z.¹ MSc

*Faculty of Nursing & Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

¹Faculty of Nursing & Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

Abstract

Aims: Elderly residence the old people's centers in Iran has a growing trend and maintaining and promoting the mental health of this vulnerable group has a great importance. The present study was conducted in order to identify the factors prognosis of mental health of Elderly resided in the geriatric centers.

Methods: This cross-sectional study was conducted during summer 2007 on 56 elderly resided in the Golabchi old people's home in Kashan. The participants were selected using purposive sampling method. They had a normal intelligence, able to understand the questions, no psychosis, no known psychological disorders and Alzheimer. The study was undertaken using a 28-article form of the standard general mental health questionnaire (GHQ-28) and a researcher-made questionnaire including demographic and personal questions. After the extraction using SPSS 16 software, and also using the statistical tests including chi-square and multivariate linear regression analysis, the data was progressively analyzed.

Results: 41.1% of the samples lacked mental health. The mental health status showed a significant correlation with the previous agreement to stay in the elderly home and Quran recitation while staying in the elderly home, but had not any significant correlation with age, sex, marital status, the reason of stay in the rest home, educational level, previous residence of the relatives in the elderly home, and satisfaction of staying there. 55.4% of the score variance of elderly mental health ($p<0.001$; $F=11.16$) was explained by three variables of "religious activities while staying in elderly homes", "education" and "previously agreement to stay in elderly home".

Conclusion: providing the necessary facilities to do religious activities and drawing the previous agreements of elderly in order to stay in the rest home, help the promotion of mental health of elderly resided the rest homes.

Keywords: Old People's Home, Mental Health, Religious Activities, Elderly

مقدمه

جمعیت سالمندان در بسیاری از کشورهای توسعه یافته به طور پیش‌رونده‌ای افزایش یافته است [۱، ۲]. در سال ۲۰۰۰، نزدیک به ۱۳٪ جمعیت جهان را افراد بالای ۶۵ سال تشکیل می‌داده‌اند که ۱۸٪ آنان بالای ۸۴ سال سن داشته‌اند. پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۰۴۰ این نسبت به ۲۰٪ برسد [۳]. افزایش امید به زندگی، از دستاوردهای مهم بشری است؛ به گونه‌ای که در سده نوزدهم، امید به زندگی کمتر از ۵۰ سال بوده و در سده بیست و یکم از مرز ۶۶ سال گذشته است [۴]. ایران در دهه ۵۰ یکی از جوان‌ترین کشورهای جهان بوده است، اما شاخص‌های آماری و جمعیت‌شناختی نشان می‌دهند که روند سالمندشدن در ایران نیز آغاز شده و رو به گسترش است. با ادامه این روند، در حوالی ۱۴۱۰، انفجار جمعیت سالمندی در ایران نیز رخ خواهد داد و ۲۵ تا ۳۰٪ جمعیت در سنین بالای ۵۰ سال قرار خواهند گرفت [۵].

در ایالات متحده تقریباً دو میلیون شهروند در خانه‌های سالمندی زندگی می‌کنند و پیش‌بینی می‌شود که این رقم تا سال ۲۰۳۰ به ۵ میلیون نفر برسد [۶]. ۴ تا ۵٪ سالمندان بالاتر از ۶۵ سال در ایالات متحده به طور تمام‌وقت در خانه‌های سالمندان زندگی می‌کنند [۷]. در ایران نیز روند سپردن سالمندان به آسایشگاه‌های سالمندان سیر صعودی پیدا کرده است.

اتخاذ سیاست مناسب در جهت ارتقای وضعیت جسمی، روحی و اجتماعی سالمندان از اهمیت والایی برخوردار است. با این‌که از نظر فرهنگی، مردم ایران میلند که با سالمندان خانواده زندگی کرده و به شکلی از آنان مراقبت نمایند، ولی دلایلی از جمله تغییر شکل خانواده از گسترده به هسته‌ای و تغییر نگرش در حمایت از خانواده، موجب افزایش انتقال سالمندان به آسایشگاه‌ها شده است. سالمندانی که این جابه‌جایی را تجربه می‌کنند، واکنش‌های روحی، روانی، رفتاری و جسمی مختلفی بروز می‌دهند. اغلب این افراد علایمی همچون ناتوانی، بی‌پناهی و ناامنی دارند و از زندگی در محل جدید اظهار نارضایتی می‌کنند. بیشتر این افراد، نشانه‌هایی از قبیل احساس بیم، اندوه، عصبانیت، اضطراب، تنهایی، گنجی و افسردگی از خود نشان می‌دهند [۸، ۹]. استفان و همکاران بیان می‌کنند که ۴۰٪ افراد مقیم سرای سالمندان، نیاز به سرویس‌های روان‌پزشکی دارند [۱۰]. درحالی‌که در مطالعه توهی، میزان امید در این گروه سنی در سطح بالایی گزارش شده است [۱۱].

در مطالعات متعددی، تاثیر عوامل مختلف از جمله علت و انگیزه اقامت در سرای سالمندان و مشکلات جسمانی افراد مقیم [۱۲]، حمایت‌های اجتماعی [۱۳]، اجبار در اقامت در سرا [۱۴]، عدم حمایت‌های اقتصادی [۱۵]، سن [۱۶]، رایبه مراقبت‌های توان‌بخشی معنوی [۱۷]، حمایت‌های مذهبی ادراک‌شده [۱۸]، عمل به باورهای دینی [۱۹] بر سلامت سالمندان مقیم سرای سالمندان و بالاختص سلامت روان آنان، مورد بررسی قرار گرفته است. نظر به تنوع عوامل ذکر شده، هدف این

مطالعه، بررسی نقش تلاوت قرآن مجید به عنوان عامل پیش‌بین سلامت روان سالمندان مقیم سرای سالمندان بود.

روش‌ها

در این مطالعه مقطعی طی تابستان ۱۳۸۶، ۵۶ سالمند از ۱۰۰ سالمند مقیم آسایشگاه سالمندان گلابچی کاشان که دارای شرایط پژوهش (بهره هوشی طبیعی و قادر به درک سئوالات، فاقد آلزایمر و اختلالات روان‌شناختی) بودند به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدفانتخاب شده و مورد ارزیابی قرار گرفتند.

به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌ای مشتمل بر شاخص‌های دموگرافیک و شرایط فردی (رضایت از زندگی در سرا، وجود بستگان مقیم در سرا، آگاهی قبلی در مورد اقامت در سرا، نگرش نسبت به اقامت در سرا، تلاوت قرآن مجید، توافق قبلی برای اقامت در سرا، علت اقامت در سرا و غیره) و نیز فرم ۲۸ ماده‌ای پرسش‌نامه استاندارد سلامت عمومی روان (GHQ-28) استفاده شد. در پرسش‌نامه مذکور، هر سؤال دارای پاسخ‌های ۴ گزینیه‌ای بود. نمره‌دهی به‌روش لیکرت ۴ درجه‌ای "خیر" (صفر)، "کمی" (۱)، "زیاد" (۲) و "خیلی زیاد" (۳) انجام شد. بازه نمرات هر فرد می‌توانست از صفر تا ۸۴ باشد. مطالعات متعدد نشان می‌دهد که روش لیکرت، موجب افزایش شاخص‌های غربالگری آزمون مذکور می‌شود [۲۰]. لازم به ذکر است که این پرسش‌نامه شامل ۴ خرده‌مقیاس علایم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی است. طبق تعریف، افراد دارای نمره کمتر از ۲۳ از نظر روانی سالم در نظر گرفته می‌شوند [۲۱]. در پژوهش /براهیمی و همکاران، ضریب روایی ملاکی پرسش‌نامه GHQ-28، ۰/۷۸ و ضریب پایایی تصنیف ۰/۹ و آلفای کرونباخ ۰/۹۷، حساسیت ۰/۸ و ویژگی ۰/۹۹ به‌دست آمد [۲۲].

پس از جلب همکاری افراد شرکت‌کننده و اطمینان‌دادن به آنها در خصوص محرمانه‌ماندن اطلاعات، نحوه تکمیل پرسش‌نامه‌ها توسط ۲ کارشناس روان‌شناسی به افراد شرکت‌کننده آموزش داده و سپس در اختیار آنها قرار داده شد. پرسش‌نامه‌ها به‌شیوه خودگزارش‌دهی و بدون درج نام و نام خانوادگی تکمیل شد؛ در مواردی که به دلایلی از جمله بی‌سوادی، فرد قادر به تکمیل پرسش‌نامه‌ها نبود، توسط کارشناسان مذکور تکمیل شد.

پس از تعیین نمره سلامت روان، فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب سلامت روان مشخص شد. به‌منظور بررسی ارتباط شاخص‌های مورد ارزیابی و سلامت روان از آزمون آماری مجذور کای استفاده شد. به‌منظور بررسی دقیق‌تر روابط بین متغیرهای مستقل و شاخص سلامت روان و تعیین سهم هر یک از آنها در تبیین سطح سلامت روان از آنالیز رگرسیون چندمتغیره گام‌به‌گام (متغیرهای تلاوت قرآن، سطح تحصیلات و توافق قبلی برای اقامت به‌صورت صفر، یک و دو وارد مدل شدند) استفاده شد. داده‌های جمع‌آوری شده از طریق نرم‌افزار SPSS 16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۱) توزیع فراوانی واحدهای مورد بررسی برحسب وضعیت سلامت روان سالمندان به تفکیک عوامل مرتبط احتمالی

شاخص	سلامت روان		جمع	سطح معنی داری
	سال	ناسالم		
سن (سال)	۵۲-۶۱	۳۰/۴۷	۲۶/۱۵	p>۰/۰۵
	۶۲-۷۴	۱۷/۴۴	۳۲/۱۱	
	۷۵-۱۱۰	۳۳/۳۱	۴۱/۱۱	
جنسیت	زن	۶۰/۶۳۰	۶۴/۳۳۶	p>۰/۰۵
	مرد	۳۹/۴۱۳	۳۵/۷۲۰	
وضعیت تاهل	همسر فوت کرده یا مطلقه	۵۱/۵۱۷	۵۶/۵۱۳	p>۰/۰۵
	همسر در قید حیات	۴/۳۱	۳/۶۲	
	هرگز ازدواج نکرده	۴۵/۵۱۵	۳۹/۱۱۹	
منبع درآمد قبل از اقامت	مراکز خیریه	۸۱/۷۳۷	۸۲/۶۱۹	p>۰/۰۵
	شخصی	۱۸/۲۱۶	۱۷/۹۱۰	
	بی سرپرستی	۵۴/۵۱۸	۵۰/۲۸	
علت اقامت	مشکلات جسمی	۳۳/۳۱۱	۳۹/۱۱۹	p>۰/۰۵
	مشکلات روحی روانی	۱۲/۱۱۴	۱۴/۳۱۸	
	نداشته	۹۷/۳۲	۹۱/۳۲۱	
اقامت قبلی بستگان	داشته	۳/۱	۸/۷۲	p>۰/۰۵
	کم	۱۲/۱۱۴	۱۴/۳۱۸	
رضایت از اقامت	تاحدی	۴۵/۵۱۵	۴۳/۵۱۰	p>۰/۰۵
	زیاد	۴۲/۴۱۴	۳۹/۱۱۹	
	برگشت به منزل	۸۴/۸۲۸	۷۳/۹۱۷	
بزرگ ترین آرزو	مردن	۰/۰	۳/۶۲	p>۰/۰۵
	زیارت	۰/۰	۳/۶۲	
	سلامتی	۹/۱۳	۸/۷۲	
توافق قبلی برای اقامت	اصلا	۴۲/۴۱۴	۵۸/۹۳۳	χ²=۹ p=۰/۰۱۱
	کم	۳۳/۳۱۱	۲۳/۲۱۳	
	زیاد	۲۴/۲۱۸	۱۷/۹۱۰	
تلاوت قرآن قبل از اقامت	نداشته	۳۰/۴۷	۶۹/۷۲۳	χ²=۱۲/۶۵ p=۰/۰۰۲
	گاهی	۳۴/۸۱۸	۳۰/۴۱۷	
	همیشه	۳۴/۸۱۸	۱۶/۱۱۹	
تلاوت قرآن حین اقامت	نداشته	۵۲/۲۱۲	۹۳/۹۳۱	χ²=۱۴/۴۳ p=۰/۰۰۱
	گاهی	۴۳/۵۱۰	۱۹/۶۱۱	
	همیشه	۴/۳۱	۳/۶۲	

قبلی برای اقامت در سرا، "تلاوت قرآن قبل از اقامت در سرا" و "تلاوت قرآن حین اقامت در سرا" براساس آنالیز تک متغیره، بر سلامت روان معنی دار بود (جدول ۱).

جدول ۲) آنالیز رگرسیون چندمتغیره عوامل موثر بر سلامت روان سالمندان مقیم در سرای سالمندان

مدل	R ²	B	T	سطح معنی داری
ثابت	-	۸/۴۹۵	۲/۰۶۵	۰/۰۴۹
تلاوت قرآن حین اقامت	۰/۲۹۶	۶/۱۷۱	۲/۵۰۳	۰/۰۱۹
سطح تحصیلات	۰/۱۳۱	۸/۶۹۴	۳/۵۲۵	۰/۰۰۲
توافق قبلی برای اقامت	۰/۱۲۷	-۳/۰۷۹	-۲/۷۶۸	۰/۰۱۰

نتایج

۸۹/۳٪ از نمونه‌ها بی سواد، ۷/۱٪ دارای سواد خواندن و نوشتن، ۱/۸٪ دارای مدرک راهنمایی و ۱/۸٪ دارای مدرک متوسطه و دیپلم بودند. شغل قبل از اقامت زنان سالمند قبل از اقامت در ۵۸/۳٪ موارد، خانه‌داری و در ۲/۸٪ موارد آزاد و در مابقی موارد، مشاغل خانگی بود؛ در مردان، ۲۹٪ کارگر، ۱۵٪ شغل آزاد، ۳۵٪ کشاورز و مابقی بی کار بودند. وضعیت اقتصادی ۶۰/۸٪ افراد قبل از اقامت نامناسب، ۳۰/۴٪ متوسط و ۸/۸٪ مناسب بود.

در مجموع، ۲۳ سالمند (۴۱/۱٪) از نمونه‌های مورد بررسی، فاقد شاخص‌های سلامت روان تشخیص داده شدند. تاثیر عوامل "توافق

نتایج آنالیز رگرسیون خطی چندمتغیره در حضور همزمان سه متغیر تاثیرگذار بر سلامت روان (تلاوت قرآن حین اقامت در سرای سالمندان، سطح تحصیلات و توافق قبلی جهت اقامت در سرا) در جدول ۲ آمده است ($f=11/16$; $p=0/001$ ؛ $55/4\%$ واریانس مشاهده شده در سلامت روان سالمندان توسط این متغیرها تبیین شد. تلاوت قرآن در حین اقامت در سرا به عنوان مهم ترین عامل تاثیرگذار $29/6\%$ واریانس را توجیه کرد.

بحث و نتیجه گیری

روش رگرسیون چندمتغیره، عامل تلاوت قرآن حین اقامت در سرای سالمندان را به عنوان تاثیرگذارترین عامل پیش بین بر سلامت روان سالمندان مقیم در سرای سالمندان گلابچی شهر کاشان معرفی نمود. $41/1\%$ سالمندان مورد مطالعه در این پژوهش، فاقد شاخص های سلامت روان بودند. [۲۳]، میزان افسردگی در جمعیت سالمندان را $48/3\%$ ، اضطراب را $86/7\%$ ، اختلال عملکرد اجتماعی را $8/6\%$ و علائم جسمانی را $86/7\%$ گزارش می کند. براساس نتایج مطالعه جغتایی و نجاتی در شهرستان کاشان [۲۴]، $34/2\%$ جمعیت افراد سالمند افسردگی شدید دارند. ملک/فضلی و همکاران [۲۵]، میزان افسردگی در زنان سالمند را 30% و در مردان $14/8\%$ گزارش می نمایند. برخی مطالعات اظهار می دارند که افسردگی و اضطراب در سالمندان بیشتر تحت تاثیر ازدست دادن همسر، فرزند و ازدست دادن سلامت جسمی و حمایت های اجتماعی و خانوادگی و امنیت اقتصادی است [۱۶]. در مطالعه صادقی [۱۵]، 42% افسردگی شدید و در مطالعه سهرابی [۲۶]، $43/7\%$ افسردگی شدید و 37% اختلال شناختی شدید در سالمندان مقیم سرای سالمندان مشاهده می شود.

در پژوهش کیفی *سالاروند* و همکاران [۲۷]، برخی از سالمندان اذعان می دارند که از زندگی در سرای سالمندان به دلیل دوربودن از مشکلات خانوادگی، داشتن استقلال و رهایی از مسایل نامطلوب خانوادگی احساس راحتی و خوشحالی دارند. البته بعضی سالمندان نیز، احساسات منفی خود نسبت به حضور در این مکان، احساس بی ارزشی و عدم اعتماد به نفس، احساس غم و غصه و طردشدگی، احساس افسردگی، ناامیدی و پایان زندگی را ابراز می نمایند [۲۷]. مطالعه کریر و همکاران [۲۸] نیز افسردگی را در نیمی از سالمندان مقیم در سرای سالمندان گزارش می نماید و ازدست دادن بسیاری از فعالیت ها، علاقمندها، عدم احساس پرنرژی بودن، احساس بی ارزشی و درماندگی را از مثال هایی رفتارهای افسرده کننده معرفی می کند. ترسی معتقد است که $6/5\%$ افراد مقیم سرای سالمندان، اختلال عاطفی عمده دارند [۲۹]. سالمندان می توانند اضطراب، استرس، گیجی و افسردگی را به هنگام انتقال از مکانی به مکان دیگر تجربه کنند [۳۰]. نتایج *سالاروند* و همکاران نیز موید همین مطلب است که متعاقب ورود به سرای سالمندان یا انتقال از سرای سالمندان دیگر یا انتقال از اطای به

اطاق دیگر درون همان سرای سالمندان، افراد سالمند استرس و افسردگی را تجربه می کنند [۲۷].

پژوهش حاضر، تفاوت آماری معنی داری بین سلامت روان گروه های متاهل، همسرفوت کرده و هرگز ازدواج نکرده نشان نداد. اما پژوهش محقق نشان می دهد که بین متغیر کیفیت زندگی و وضعیت تاهل بازنشستگان (غیرمقیم در سرا) ارتباط معنی دار وجود دارد؛ به طوری که میانگین نمره کیفیت زندگی در سالمندان بیوه کمتر و نشان دهنده تاثیر حمایت های خانوادگی از سالمندان بر کیفیت زندگی آنان است [۱۶]. به نظر می رسد که این تفاوت در سالمندان خارج از سرا اهمیت داشته باشد.

منبع درآمد 82% سالمندان مورد مطالعه قبل از اقامت در سرا، مراکز خیریه بوده است؛ البته اختلاف معنی داری در منبع درآمد قبل از اقامت در سرا در دو گروه دارای سلامت روان و فاقد سلامت روان و نیز سطح اقتصادی دو گروه مشاهده نشد. بعضی از سالمندان به خاطر عدم توانایی مالی در مستقل زندگی کردن در سرای سالمندان اسکان می یابند [۱۲]. 37% سالمندان از دیگران حمایت مالی دریافت می کنند [۲۰]. بین کیفیت زندگی سالمندان (در شاخص های اضطراب و افسردگی و غیره) با درآمد بازنشستگان ارتباط معنی دار آماری مشاهده نمی شود [۱۶]. بین کیفیت زندگی با وضعیت اقتصادی ارتباط معنی دار آماری وجود دارد، به طوری که میانگین نمره کیفیت زندگی با بهبود وضعیت اقتصادی کاهش می یابد [۳۱]. *حسام زاده* نیز بیان می کند که بین نمره کیفیت زندگی و درآمد سالمندان ارتباط معنی دار وجود دارد [۳۲]. از جمله عواملی که در دوران سالمندی در ایجاد مشکلات موثر است، کاهش منابع درآمد است. این امر شخص سالمند را وادار می کند که مخارج زندگی اش را کاهش دهد و در برخی موارد به سختی از عهده تامین مخارج خود برآید؛ حتی در آنانی که حقوق و مستمری دریافت می کنند. این موضوع برای آنان که تنها بوده و حمایت اقتصادی از جانب خویشان و دولت دریافت نمی کنند، باعث می شود که دچار وضع زندگی نامناسب شوند.

طبق نتایج این پژوهش، عمده علل اقامت در سرا، بی سرپرستی، مشکلات جسمانی و مشکلات روحی - روانی بود که در دو گروه سالم و بیمار، اختلاف آماری معنی داری نشان نداد. همچنین میزان رضایت از اقامت در سرا در دو گروه اختلاف معنی دار نداشت. در پژوهش کیفی *سالاروند* و *عابدی* [۱۲]، شرکت کنندگان دلایل ورود اختیاری و با میل خود را به سرای سالمندان، داشتن مشکل جسمی و اقامت جهت گرفتن مراقبت ذکر می کنند. هنگامی که برای سالمندان بیماری مزمن یا معلولیتی رخ می دهد، زندگی مستقل امکان پذیر نیست و مرکز سالمندی یکی از جایگزین های زندگی مستقل است [۳۳].

در پژوهش حاضر، بزرگ ترین آرزوی آزمودنی ها، برگشت به منزل ($80/4\%$) بود؛ هرچند اختلاف آماری معنی داری در دو گروه مشاهده نشد. حمایت های اجتماعی، سالمندان را در مقابل اثرات مضر استرس محافظت می کند و رفاه احساسی و جسمانی آنان را ارتقا می دهد. در

[۴۰]، مبین همبستگی معنی‌دار بین جهت‌گیری مذهبی با سلامت روان و افسردگی سالمندان است. هرچند این پژوهش یافته‌های سودمندی درباره تاثیر عمل به باورهای دینی ارائه می‌دهد، ولی با محدودیت‌هایی از جمله محدود بودن به گروهی از سالمندان مقیم در سرای سالمندان در شهر کاشان همراه است که می‌بایست در تکرارهای منظم پژوهش در شهرهای مختلف و بررسی‌های سایر گروه‌های سنی با ابزارهای سنجش دیگر رفع و یافته‌ها با هم مقایسه شود. توجه به فراهم نمودن مقدمات انجام فعالیت‌های مذهبی افراد مقیم در سرای سالمندان و جلب توافق قبلی برای اقامت در سرا، به ارتقای سلامت روان سالمندان مقیم در سرا کمک می‌نماید.

تشکر و قدردانی: نگارندگان بر خود لازم می‌دانند که از همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان به جهت تامین شرایط انجام تحقیق، کارکنان مرکز سالمندان گلابچی کاشان و به‌ویژه سالمندان این مرکز به جهت همکاری بی‌شائبه و شرکت صادقانه در پژوهش، قدردانی نمایند.

منابع

- 1- Wu ZH, Rudkin L. Social contact, socioeconomic status and the health status of older Malaysians. *Gerontologist*. 2000;40(2):228-34.
- 2- Hafez G, Bagchi K, Mahaini R. Caring for the elderly: A report on the status of care for the elderly in the Eastern Mediterranean Region. *East Mediterr Health J*. 2000;6(4):636-43.
- 3- Kun LG. Tele health and global health net work in the 21-century. From home care to public health informatics. *Comp Meth Prog Biomed*. 2001;64:155-67.
- 4- Sarvimaki A, Stenbock-Hult B. Quality of life in old age described as a sense of well-being, meaning and value. *J Adv Nurs*. 2000;32:1025-33. [Persian]
- 5- Hoodfar H, Assadpour S. The Politics of Population Policy in the Islamic Republic of Iran. *Stud Fam Plann*. 2000;31(1):19-34.
- 6- Theodos PH. Fall prevention in frail elderly nursing home residents; a challenge case management. *J Lippincott's Case Manage*. 2003;34(2):246-51.
- 7- Miller CA. Nursing for wellness in older adults theory and practice. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott; 2004. p. 56.
- 8- Salarvand SH. Lived experience of elderly in nursing homes [Dissertation]. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences; 2006. p. 141. [Persian]
- 9- Lee DT, Woo J, Mackenzie AE. A review of older people's experiences with residential care placement. *J Ad Nurs*. 2002;37(1):19-27.
- 10- Bartels SJ, Moak GS, Dums ARB. Mental health services in nursing homes: Models of mental health services in nursing homes: A review of the literature. *Psychiat Serv*. 2002;53:1390-6.
- 11- Touhy TA. Nurturing hope and spirituality in the nursing home. *Holistic Nurs Pract*. 2001;15(4):45-56.
- 12- Salarvand Sh, Abedi HA. Causes and motivations of elderly home residency from residents' point of view. *Feyz J Kashan Uni Med Sci*. 2008;12(2):55-61. [Persian]

پژوهش *سالاروند و عابدی*، درون مایه شایع در یافته‌ها "اهمیت زندگی اجتماعی" بود. اغلب افراد معتقدند که ملاقات‌های مکرر، مخصوصاً از طرف اعضای خانواده، برای حفظ شادی در سالمندان ضروری است [۱۳]. این برداشت آن قدر قوی است که بسیاری از کارکنان درباره مقیمانی که ملاقات‌کننده خانوادگی دایم ندارند، نگران می‌شوند [۳۴]. مطالعه‌ی بیان می‌کند که خانه با خاطرات همراه آن، احساس امنیت، کنترل و هویت شخصی ایجاد می‌کند و بنابراین فقدان خانه و تعلقات شخصی، فقدان خاطرات همراه را برمی‌انگیزاند که منتهی به پیامد احساسات منفی در سالمندان می‌شود [۹].

میزان توافق قبلی برای اقامت در سرا در دو گروه اختلاف معنی‌دار نشان داد و در افراد بیمار میزان عدم توافق قبلی برای اقامت بیشتر مشاهده شد. همچنین در آنالیز چندمتغیره، "توافق قبلی" به‌عنوان عامل پیش‌بین سلامت روان شناخته شد و ۱۲/۷٪ از واریناس را تبیین نمود. در پژوهش *سالاروند و عابدی* برخی شرکت‌کنندگان ورود غافلگیرکننده و اجباری به سرا، اقامت بدون اطلاع، اقامت با اجبار و فریب، اقامت در حالت ناهوشیار و غیره را بیان می‌نمایند [۱۲].

میزان بی‌سوادی در نمونه‌های پژوهش ۸۹/۳٪ بود. هرچند که در آنالیز تک‌متغیره، اختلاف معنی‌داری در میزان تحصیلات دو گروه مشاهده نشد، اما در آنالیز چندمتغیره به‌عنوان عامل پیش‌بین سلامت روان مشخص شد و ۱۳/۱٪ از تغییرات سلامت روان را پیشگویی نمود. در پژوهش‌های *رفعتی و همکاران* [۳۵]، *حبیبی و همکاران* [۳۶] و *محققی و همکاران* [۱۶]، بین کیفیت زندگی سالمندان و سطح تحصیلات، رابطه معنی‌دار آماري مشاهده می‌شود.

آنالیز چندمتغیره، تلاوت قرآن حین اقامت در سرا را عامل قوی پیش‌بین سلامت روان نشان داد و در گروه فاقد سلامت روان، تلاوت قرآن کم بود و نسبت به قبل از اقامت به سرا کاهش نشان داد. بین عمل به باورهای دینی و احساس ذهنی بهزیستی، همبستگی چندمتغیری وجود دارد. به بیان دیگر احساس ذهنی بهزیستی با عمل به باورهای دینی ارتباط دارد و افرادی که بیشتر بر پایه‌های باورهای دینی عمل می‌کنند، احساس ذهنی بهزیستی بالاتری دارند [۱۹].

یافته‌های این پژوهش همچنین با اطلاعات به‌دست‌آمده از زمینه‌یابی در حمایت‌های مختلف که نشان می‌دهد افراد مذهبی فعال، سطوح نسبتاً بالاتری از شادمانی را گزارش می‌کنند، همسویی دارد [۳۷]. براساس نتایج *رید و/وومان* [۳۸]، افرادی که در مراسم مذهبی حاضر می‌شوند، از میزان مرگ‌ومیر کمتر و سلامت بهتر نسبت به افرادی که در این مراسم حاضر نمی‌شوند، برخوردار هستند. نتایج پژوهش *مروتی و همکاران* [۱۸] در شهر یزد نشان می‌دهد که حمایت‌های مذهبی درک‌شده، پیشگویی‌کننده قوی برای انجام رفتارهای ارتقادهنده سلامت در سالمندان است. در پژوهش *ملک/فضلی و همکاران* [۲۵]، ۱۸٪ افراد به قرائت قرآن، ۱۰٪ به رفتن به اماکن مذهبی و ۵۰٪ به انجام امور خیریه اشاره می‌کنند. باورهای دینی نیز با سلامت روان دوران سالمندی در ارتباط است [۳۹]. پژوهش *بهرامی و رضانی*

- admitted in sanitarium with elderly sited in personal home. *Know Health*. 2008;3(2):27-31. [Persian]
- 27- Salarvand Sh, Abedi HA, Hosseini H, Salehi Sh, Keyvanara M. The emotional experiences of elderly people regarding the process of residency in nursing homes. *Iran J Nurs*. 2007;20(49):61-71. [Persian]
- 28- Kerber CS, Culp K, Dyck M. Depression among nursing home residents in rural Iowa. *Gerontol*. 2004;44(1):666-71.
- 29- Teresi J, Abrams R, Holmes D, Ramirez M, Eimicke J. Prevalence of depression and depression recognition in nursing homes. *J Soc Psychiat Epidemiol*. 2001;36:613-20.
- 30- Hogstel MO. *Gerontology, nursing care of the older adult*. 2nd ed. Australia: Delmar; 2001. p. 390.
- 31- Khankeh HR, Anjomaniyan V, Ahmadi F, Fallahi Khoshknab M, Rahgozar M, Ranjbar M. Evaluating the effectiveness of continuous care model on quality of life in discharged schizophrenic patients from Sina educational and medical center. *Iranian J Nurs Res*. 2010;4(15):60-70. [Persian]
- 32- Hesamzadeh A. A comparison between quality of life in elderly people residing in nursing homes and others living with the family [Master Thesis]. Tehran: Welfare & Rehabilitation Sciences University; 2004. [Persian]
- 33- Hogstel MO. *Gerontology: Nursing care of the older adult*. Albany, NY: Delmar Thomson Learning. 2001. p. 75.
- 34- Mosher-Ashley PM, Lemay EP. Improving resident's life satisfaction long term care facilities. *J Nurs Hom*. [serial on the Internet] 2001 May [cited 2002 Jul];23(2):[about 4 p.]. Available from: http://findarticles.com/p/articles/mi_m3830/is_5_50/ai_75454614/?tag=mantle_skin;content.
- 35- Rafati N, Mehrabi Y, Montazeri A. Quality of life among Kahrizak charity institutionalized elderly people. *J Sch Pub Health*. 2004;3(2):67-76. [Persian]
- 36- Habibi Sula A, Nikpour S, Sohbatzadeh R, Haghghani H. Quality of life in elderly people of west of Tehran. *Iranian J Nurs Res*. 2008;2(6-7):29-35. [Persian]
- 37- Diener E, Lucas RE, Oishi S. Subjective well-being. In: Snyder RC, Lopez SJ, editors. *Handbook of positive psychology*. Oxford: Oxford University Press; 2002.
- 38- Oman D, Reed D. Religion and mortality among the community-dwelling elderly. *Am J Pub Health*. 1998;88(10):1469-75.
- 39- Ebrahimi A. The relationship between depression and religious attitude and performances in adults Isfahan in 1998. *J Res Med Sci*. 2003;8(1):94-5. [Persian]
- 40- Bahrami F, Ramezani Farani A. Religious orientation (internal and external) effects on aged mental health. *J Rehabil*. 2005;6(20) 42-7. [Persian]
- 13- Salarvand SH, Abedi HA. The elders' experiences of social support in nursing home: A qualitative study. *Iran J Nurs*. 2008;20(52):39-50. [Persian]
- 14- Salarvand Sh, Abedi HA, Shamlu K. The feeling of powerlessness in older people living in nursing homes. *Iran J Nurs*. 2007;20(50):61-9. [Persian]
- 15- Sadeghi M, Kazemi HR. Prevalence of dementia and depression among residents of elderly nursing homes in Tehran province. *Iranian J Psychiat Clin Psychol*. 2004;9(36):49-55. [Persian]
- 16- Mohaqeqi Kamal H, Sajadi H, Zare H, Beiglarian A. Elderly quality of life: A comparison between pensioners of social security organization and national retirement fund (Qom County, 2006). *J Health Manag*. 2007;10(27):49-56. [Persian]
- 17- Movaghari MR, Nikbakht Nasrabadi AR. An investigation into the quality of spiritual rehabilitation in hospitalized elderly patients in mental wards. *Payesh*. 2003;2(2):121-6. [Persian]
- 18- Morowati Sharifabad MA, Ghofranipoor F, Heidarnia AR, Babaei Rouchi GR. Perceived religion support of health promoting behaviors and health promoting behavior status among elderly (65 years and above) in Yazd, Iran. *J Shahid Sadoughi Uni Med Sci*. 2004;12(1):23-9. [Persian]
- 19- Hadianfard H. Subjective well-being and religious activities in a group of Muslims. *Iranian J Psychiat Clin Psychol*. 2005;11(41):224-32. [Persian]
- 20- Molavi H. Validation factor structure and reliability of the Farsi version of General Health Questionnaire-28 in Iranian students. *Pakistan J Psychol Res*. 2002;17(3-4):87-98.
- 21- Palahang H, Nasr M, Barahani MN, Shah Mohammadi D. Epidemiology of mental illnesses in Kashan city. *Iranian J Psychiat Clin Psychol*. 1996;2(8):19-27. [Persian]
- 22- Ebrahimi A, Molavi H, Moosavi G, Bornamanesh A, Yaghobi M. Psychometric properties and factor structure of General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) in Iranian psychiatric patients. *J Res Behav Sci*. 2007;5(1):5-12. [Persian]
- 23- Nejati V. Assessing the health status of elderly people in the province of Qom in 2007. *JQUMS*. 2009;13(1):67-72. [Persian]
- 24- Joghatayee MT, Nejati V. Evaluation of health status in Kashan city. *Salmad*. 2006,1(1):3-8. [Persian]
- 25- Malekafzali H, Baradaran Eftekhary M, Hejazi F, Khojasteh T, Tabrizi R, Faridi T. Social mobilization for health promotion in the elderly. *Hakim Res J*. 2007;9(4):1-6. [Persian]
- 26- Sohrabi MB, Zolfaghari P, Mahdizade F, Aghayan SM, Ghasemian-Aghmashhadi M, Shariati Z, et al. Evaluation and comparison of cognitive state and depression in elderly

دور تلاوة القرآن الكريم علي صحة المسنين

المُلخَص

الأهداف: لقد كان حضور المسنين في مراكز الرعاية لهم في ايران بدأ يتزايد (تزايداً) في الآونة الأخيرة بينما الحفاظ علي صحة هذه الفئة الضعيفة و تقوية صحتهم له بالغ الأهمية جداً. فإنّ هذه الدراسة ترمي إلي إنجاز التعرف إلي بواعث توقّعات صحة المسنّين المقيمين في هذه المراكز.

المناهج: هذه دراسة متفرقة قطاعية تم إنجازها خلال فصل الصيف عام ١٣٨٦ هـ. ش. علي ٥٦ مسناً مقيماً في مركز غلابتشي (كلاچي) لرعاية المسنين بمدينة كاشان التي أجريت علي شكل أخذ العينات المبتنية علي الغرض الهادف المقصود للذين يحطون بمعدل ذكاء عادي، و يقدرون علي فهم الاسئلة غير مبتلين بالعصبية سايكون كما كانوا غير مبتلين بالاختلاف النفسانية و ألزهايمر، و قد استخدم لهذا الغرض استمارة تحت ٢٨ ماده علي منهج استبيان قياسي لحصي النفس العامة (GHQ-28) و استبيان المحقق الدراسي و هو يتضمن علي الأسئلة الديموغرافية (السؤالات السكانية و الفردية).

بعد استخراج المعلومات من خلال استخدام برمجيات (SPSS 16) و الاستعانة باختبارات خي مربع الإحصائية و تحليل رجيون الخطي (تحليل الانحدار الخطي البسيط) ذي المتغيرات العديدة ثو تحليلها كلياً بصورة تدريجية. (خطوة بعد أخرى).

المكتسبات: ان ٤١/١% من العينات تفقد تقوية الصحة النفسانية. ان تحسن حالة الصحة النفسانية لدي المسنين الذين كانوا مقيمين في مركز الرعاية لهم و التي تمت بإذن مسبق و موافقة مسبقة و مقرونة ببيت تلاوة القرآن الكريم حين إقامتهم هناك، قد أظهر العلاقة الإحصائية الكبيرة، لكنّها لم تكن هذه العلاقة الكبيرة بالنسبة إلي أعمارهم و جنسهم و تزوجهم و أسباب إقامتهم في المركز، كذلك و مستوي دراستهم العلمية، و اقامة أقاربهم المسبقة مدي رضاهم حين الإقامة هناك.

فقد تبين أن ٥٥/٤% إربانس، درجة صحة نفسية المسنين من خلال ثلاث متغيرات و هي: النشاطات الدينية و الاعتقادية حين الإقامة في مركز الرعاية للمسنين و مستوي الدراسات العلمية و الموافقة المسبقة علي الإقامة في المركز.

الاستنتاج: إن توفير الإمكانيات و اللوازم الضرورية لإقامة الفرائض الدينية و النشاطات الاعترادية و أخذ موافقة المسنين المسبوقة بها للإسكان في هذه المراكز يساعدان علي تقوية صحة المسنين العقلية، المقيمين في مراكز الرعاية لهم.

الكلمات المفتاحية: مراكز الرعاية للمسنين، صحة النفس، النشاطات الدينية، المسنون