



دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی  
پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره توانبخشی

عنوان:

اثربخشی آموزش آموزه‌های دینی مبتنی بر قرآن، حدیث و روایات اسلامی بر معنای زندگی و امیدواری  
سالمندان مرد مرکز نگهداری از سالمندان کهریزک.

نگارنده:

هادی غلام محمدی

استاد راهنما:

دکتر فاضل بهرامی

اساتید مشاور:

دکتر سید جلال یونسی

دکتر مهشید فروغان

استاد مشاور آمار:

مرجان فرضی

الحمد لله  
العزيز الحكيم

تقدیم به:

پیشگاه مقدس حضرت ولی عصر (عج)

و

پدر و مادر عزیزم که دعای خیرشان همیشه بدرقه‌ی راهم بوده است.

## تقدیر و تشکر

پس، مخصوص خداوندی است که از خاک آدم آفرید و با وی احسان نمود.

ناخوردن گندم به وی پیمان کرد، و خوردن آن در علم غیب پنهان.

و... پس «نخست فیه من روحی» و بعد او را «خلیفه الله» نهاد.

تقدیر و تشکر از جناب آقای دکتر فاضل بهرامی استاد گرانقدر که بارها بهمانی های خود چراغ راهم شدند و مرا در امر پژوهش یاری نمودند.

تقدیر و تشکر از اساتید مشاور عزیزم جناب آقای دکتر یونس و سرکار خانم دکتر فروغان که با انتقادات و پیشنهادات ارزنده شان مرا در امر پژوهش یاری نمودند.

تقدیر و تشکر از سرکار خانم فرضی استاد گرانقدر آرام که در تهیه و تکمیل این پژوهش زحمت بسیار کشیدند.

تقدیر و تشکر از جناب آقای مهندس موسوی خطاط مدیر محترم مرکز اطلاع رسانی پزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی که در تهیه مقاله ی این پژوهش از راهنمایی های ارزشمندشان بهره مند نمودند.

در پایان از تمامی دوستانی که در این پژوهش یاری ام نمودند، سالندان و پرسنل محترم آسایشگاه کمربزرگ علی الخصوص جناب آقای بلاغت مدیر آسایشگاه و خانم کوهپایی روانشناسی بلوک بنفشه ۲ کمال تشکر و قدردانی را دارم.

## چکیده:

**هدف:** هدف از مطالعه حاضر، اثربخشی آموزه‌های دینی مبتنی بر قرآن، حدیث و روایات اسلامی بر معناداری زندگی سالمندان مرد بود.

**روش بررسی:** پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس مبتنی بر هدف، بر اساس داوطلب بودن آزمودنی‌ها استفاده شد. بدین صورت که از تعداد ۵۰ سالمندی که داوطلب بوده و ملاک‌های ورود را داشتند، پس از تکمیل فرم رضایت آگاهانه، پیش‌آزمون گرفته شد، سپس از این تعداد، ۳۲ نفر انتخاب و به طور تصادفی در گروه‌های مداخله و کنترل جای گرفتند. جلسات آموزش آموزه‌های دینی شامل هشت جلسه، هفته‌ای ۲ بار و هر بار به مدت ۹۰ دقیقه بود. پرسشنامه ۱۰ سؤالی معنای زندگی و پرسشنامه‌ی امیدواری‌اشنایدر قبل و بعد از مداخله بر روی گروه مداخله و کنترل اجرا شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون t برای گروه‌های مستقل استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج آزمون تحلیل واریانس دو متغیری با اندازه‌گیری مکرر روی یک متغیر مربوط به مقایسه میانگین نمرات سالمندان دو گروه مداخله و کنترل در پرسشنامه‌ی معنای زندگی و حیطه‌های آن و مقیاس امیدواری‌اشنایدر و حیطه‌های آن در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داد که اثر آموزه‌های دینی بر معنای زندگی و حیطه‌های جستجوی معنا و معنای فعلی و همچنین امیدواری و حیطه‌های عاملی و راهبردی معنادار نیست ( $p>0/05$ ). در حالیکه نتایج آزمون t مربوط به مقایسه میانگین تفاضل نمرات سالمندان گروه مداخله در مراحل پیش‌آزمون - پس‌آزمون نشان داد که آموزه‌های دینی بر معنای فعلی تأثیر قابل ملاحظه‌ای نداشته است ( $p>0/05$ ) و بر جستجوی معنا و معنای زندگی تأثیر قابل ملاحظه‌ای داشته است ( $p<0/05$ ). نتایج آزمون t مربوط به مقایسه میانگین تفاضل نمرات سالمندان گروه مداخله در مراحل پیش‌آزمون - پس‌آزمون نشان داد که آموزه‌های دینی بر حیطه‌ی عاملی تأثیر قابل ملاحظه‌ای نداشته است ( $p>0/05$ ) و بر حیطه‌ی راهبردی و امیدواری تأثیر قابل ملاحظه‌ای داشته است ( $p<0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** آموزه‌های دینی توانسته‌اند به زندگی سالمندان معنا دهند و آن‌ها را امیدوار سازند، اما به نظر می‌رسد برای اینکه این تأثیر قابل ملاحظه و معنادار باشد، دقت بیشتر در تهیه‌ی پروتکل‌های درمانی، تامین منابع حمایت اجتماعی، کنترل دقیق شرایط پژوهشی و ... باید مورد توجه قرار گیرند.

کلیدواژه‌ها: آموزه‌های دینی، معنای زندگی، امیدواری، سالمندان.

## فهرست مطالب

۱	فصل اول: کلیات پژوهش.....
۲	مقدمه.....
۴	بیان مسأله.....
۱۱	ضرورت و اهمیت.....
۱۱	اهداف.....
۱۲	فرضیه‌ها.....
۱۳	متغیرها و تعاریف عملی و نظری.....
۱۵	فصل دوم: ادبیات پژوهش.....
۱۶	سالمندی.....
۱۶	تغییرات جمعیت شناختی.....
۱۷	مفهوم سالمندی.....
۱۸	سلامت در دوره سالمندی.....
۱۹	سالمند از نگاه اسلام.....
۱۹	معرفی سالمند.....

۲۰	جایگاه و اهمیت سالمند
۲۲	معنویت
۲۵	ساختار معنویت
۲۵	رابطه مذهب و معنویت
۲۶	مذهب و دیدگاه‌های روانشناسی:
۲۶	رویکرد روان تحلیل‌گری
۲۶	رویکردهای روان تحلیل‌گر..جدید
۲۶	کارل گوستاو یونگ
۲۷	اریک فروم
۲۸	رویکرد انسان‌گرا
۲۸	آبراهام مزلو
۲۸	رویکرد هستی‌گرا
۲۸	ویکتور فرانکل
۲۹	آموزه‌های دینی
۲۹	آموزه‌های دینی مرتبط با معنای زندگی و امیدواری
۲۹	هدف زندگی
۳۲	تنهایی
۳۴	مسئولیت‌پذیری

۳۶	.....پذیرش مرگ
۳۸	.....سوگ‌ها و رنج‌ها
۴۶	.....تحقیقات انجام شده
۴۸	.....درآمدی بر امید و امیدواری
۴۸	.....کلیاتی درباره‌ی امید
۴۹	.....تعاریف مختلف امید
۵۱	.....ماهیت و ابعاد امید
۵۳	.....مفروضه‌های امید درباره آدمی
۵۴	.....امید و مفاهیم مشابه
۵۵	.....امید و الگوی رفتاری تیپ A
۵۶	.....امید، هیجان و عزت نفس نیست
۵۶	.....امید، هوش و موفقیت
۵۶	.....امید و خود کارآمدی
۵۷	.....امید در آموزه‌های دینی و فرهنگ ایرانی
۵۹	.....امید و تفکر قطعی نگر
۶۰	.....امید، مهارتی اکتسابی
۶۰	.....تحقیقات انجام شده
۶۱	.....تعاریف معنای زندگی



۶۳	تفاسیر واژه‌ی معنا در معنای زندگی.....
۶۴	تئوری‌های معنای زندگی.....
۶۶	حالات مسئله‌ی بی‌معنایی.....
۶۷	راه‌های معنا بخشیدن به زندگی.....
۶۸	معنای زندگی در اسلام.....
۶۹	تحقیقات انجام شده.....
۷۱	<b>فصل سوم: روش پژوهش.....</b>
۷۲	طرح پژوهش.....
۷۲	جامعه، نمونه آماری و روش نمونه‌گیری.....
۷۳	ابزار جمع‌آوری داده‌ها.....
۷۳	آزمون معنای زندگی.....
۷۴	پرسشنامه‌ی امیدواری شنایدر.....
۷۵	روش اجرا.....
۷۶	طرح جلسات آموزشی.....
۷۹	ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش.....
۷۹	روش تجزیه و تحلیل داده‌ها.....
۸۰	ملاحظات اخلاقی.....
۸۱	<b>فصل چهارم: یافته‌های پژوهش.....</b>

توصیف داده‌ها..... ۸۲

استنباط داده‌ها..... ۸۵

فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری..... ۹۸

بحث..... ۹۹

نتیجه‌گیری..... ۱۰۳

محدودیت‌ها..... ۱۰۴

پیشنهادات..... ۱۰۴

منابع و مأخذ..... ۱۰۵

چکیده انگلیسی..... ۱۱۲

پیوست..... ۱۱۳

## فهرست جداول

- جدول ۱-۳، ضریب اعتبار پرسشنامه‌ی معنای زندگی.....۷۴
- جدول ۱-۴: میانگین و انحراف استاندارد نمرات سالمندان دو گروه مداخله و کنترل در پرسشنامه امیدواری و حیطه‌های آن در مراحل پیش‌آزمون - پس‌آزمون.....۸۲
- جدول ۲-۴: میانگین و انحراف استاندارد نمرات سالمندان دو گروه مداخله و کنترل در پرسشنامه معنای زندگی و حیطه‌های آن در مراحل پیش‌آزمون - پس‌آزمون.....۸۴
- جدول ۳-۴: نتایج آزمون t مربوط به مقایسه میانگین نمرات سالمندان دو گروه مداخله و کنترل در پرسشنامه امیدواری در پیش‌آزمون.....۸۵
- جدول ۴-۴: نتایج اطلاعات تحلیل واریانس دو متغیری با اندازه‌گیری‌های مکرر روی یک متغیر مربوط به مقایسه میانگین نمرات سالمندان دو گروه مداخله و کنترل در حیطه راهبردی پرسشنامه امیدواری در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون.....۸۶
- جدول ۵-۴: نتایج اطلاعات تحلیل واریانس دو متغیری با اندازه‌گیری‌های مکرر روی یک متغیر مربوط به مقایسه میانگین نمرات سالمندان دو گروه مداخله و کنترل در حیطه عاملی پرسشنامه امیدواری در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون.....۸۷
- جدول ۶-۴: نتایج اطلاعات تحلیل واریانس دو متغیری با اندازه‌گیری‌های مکرر روی یک متغیر مربوط به مقایسه میانگین نمرات سالمندان دو گروه مداخله و کنترل در پرسشنامه امیدواری در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون.....۸۹
- جدول ۷-۴: نتایج آزمون t مربوط به مقایسه میانگین نمرات سالمندان دو گروه مداخله و کنترل در پرسشنامه معنای زندگی در پیش‌آزمون.....۹۰
- جدول ۸-۴: نتایج اطلاعات تحلیل واریانس دو متغیری با اندازه‌گیری‌های مکرر روی یک متغیر مربوط به مقایسه میانگین نمرات سالمندان دو گروه مداخله و کنترل در حیطه معنای فعلی پرسشنامه معنای زندگی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون.....۹۱
- جدول ۹-۴: نتایج اطلاعات تحلیل واریانس دو متغیری با اندازه‌گیری‌های مکرر روی یک متغیر مربوط به مقایسه میانگین نمرات سالمندان دو گروه مداخله و کنترل در حیطه جستجوی معنای پرسشنامه معنای زندگی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون.....۹۲

جدول ۱۰-۴: نتایج اطلاعات تحلیل واریانس دو متغیری با اندازه‌گیری های مکرر روی یک متغیر مربوط به مقایسه میانگین نمرات سالمندان دو گروه مداخله و کنترل در پرسشنامه معنای زندگی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون.....۹۳

جدول ۱۱-۴: نتایج آزمون t مربوط به مقایسه میانگین نمرات سالمندان گروه مداخله در حیطه‌های پرسشنامه امیدواری در مراحل پیش‌آزمون - پس‌آزمون.....۹۴

جدول ۱۲-۴: نتایج آزمون t مربوط به مقایسه میانگین نمرات سالمندان گروه مداخله در حیطه‌های پرسشنامه معنای زندگی در مراحل پیش‌آزمون - پس‌آزمون.....۹۶

فصل اول:

کلیات پژوهش

## مقدمه:

باید اذعان کنیم که در جهان امروز، حل مسائل و مشکلات اجتماعات کنونی تا حد بسیار زیادی به تحقیق و روشنگری در جهت برآورده ساختن نیازمندی‌های فطری و درونی و آنچه به زندگی پس از این عالم مربوط می‌شود، بستگی دارد. بنابراین لازم است گروهی از دانشمندان وارسته، روشن ضمیر و پاک نهاد که دنیا آنان را فریب نداده و حقیقت را درک کرده‌اند، بنشینند و ویژگی‌های واقعی انسان را در نظر گرفته، خالی از شائبه‌ها و اوهام و دور از هر گونه هوا و هوس نیازهای مادی و معنوی او را بررسی کنند و با توجه به آن ویژگی‌ها، بشر را تربیت و هدایت کنند (پسندیده، ۱۳۸۴).

در همه‌ی جوامع بشری سالمندان تعداد قابل توجهی از جمعیت را شامل می‌شوند. «سالمند» واژه‌ای مناسب برای توصیف افراد مسن در مقایسه با افراد جوان‌تر است. البته وقتی از این واژه استفاده می‌کنیم آن‌را به عنوان واژه‌ای اختصاری و قابل پذیرش برای دوره‌ی سالمندی بکار می‌بریم. در جامعه‌ی ما دامنه‌ی سنی ۶۰ تا ۸۰ سالگی، آغاز پیری را مشخص می‌کند (هروی کریموی و همکاران، ۱۳۸۶).

هر اقدامی در جهت بهینه کردن شرایط زندگی سالمندان، می‌تواند مشکلات اجتماعی آنان را کاهش داده و در کنار آن مشکلات خانواده نیز کاهش یابد. اغلب مشکلاتی که سالمندان با آن روبه‌رو هستند، مشکلات جسمی و ناتوانایی‌های حرکتی و مشکلات روحی و روانی است. از جمله مسائل روحی که سالمندان با آن مواجه می‌شوند، ناامیدی و افسردگی است (اسنایدر<sup>۱</sup> و مک کالوف<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰). به نظر می‌رسد این ناامیدی و افسردگی می

---

1. Snyder.  
2. McCullough.

تواند نتیجه‌ی فقدان معنا در زندگی سالمندان باشد. غالباً زندگی سالمندان در آسایشگاه با ناامیدی و فقدان معنا در زندگی همراه است (برودی<sup>۳</sup> و سمل<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶).

انسان موجودیست کمال‌گرا و هدفمند که از بیهودگی، بی‌معنایی و بی‌هدفی سخت‌گریزان است. بیهودگی و پوچی، چنین موجودی را ارضا نمی‌کند و از این رو اگر زندگی، معنا و هدفی نداشته باشد، زنده ماندن ارزشی نخواهد داشت، هر چند تمامی امکانات زندگی فراهم باشد. علت نارضایتی و سرد شدن از زندگی ناکامی در رفاه نیست، زندگی ساده و حتی سخت را می‌توان دوست داشت و راضی بود، به شرط آنکه معنای زندگی را درک کرده باشیم. آنچه موجب بن‌بست و ناامیدی در زندگی می‌شود، ناکامی در معناتلبی است (پسندیده، ۱۳۸۴).

امید یکی از ویژگی‌های زندگی است که ما را به جستجوی فردای بهتر و امیدوارتر می‌دارد. امید، یعنی موفقیت و آینده‌ی بهتر و دلیلی برای زیستن (حسینی، ۱۳۸۸).

در جهان‌بینی توحیدی نیز، امید حالتی نفسانی است که در آن انسان به اموری که انتظارش را دارد، دلبستگی پیدا کرده است (پسندیده، ۱۳۸۴). در فرهنگ اسلامی ما، یکی از عوامل تاثیرگذار، توجه به آموزه‌های قرآن کریم، احادیث و روایات در حوزه‌های معنای زندگی و امیدواری به منظور بهبود و ارتقای آنهاست، چیزی که ما نیز در این پژوهش برای ارتقای امیدواری و افزایش معنای زندگی سالمندان از آن استفاده خواهیم کرد.

---

3. Brody.  
4. Semel.

## بیان مسئله:

در سه دهه‌ی گذشته، تحقیق بر روی اثر متقابل معنویت، مذهب و متغیرهای روان‌شناختی، بطور چشم‌گیری افزایش یافته است (روس مارین<sup>۵</sup> و راب<sup>۶</sup> ۲۰۱۰)، به گونه‌ای که متخصصان بالینی، در طی دهه‌ی اخیر، علاقه‌ی زیادی به کاربرد مذهب در روان‌درمانی (آتن<sup>۷</sup> و لیچ<sup>۸</sup>، ۲۰۰۹) و حتی ادغام و یکپارچه کردن این دو حوزه داشته‌اند (گریفیت و گریفیت ۲۰۰۲، نقل از، بلنتون<sup>۹</sup>، ۲۰۰۵). این افزایش علاقه هم در تحقیقات نظری و هم در تحقیقات تجربی مشهود بوده و اکثراً به بررسی تاثیرات مستقیم یا غیرمستقیم، مثبت یا منفی مذهب، بر روی سلامت روانی پرداخته‌اند (دزوتر<sup>۱۰</sup>، سونس<sup>۱۱</sup>، و هاتزبات<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۶).

تاکنون، در این زمینه دو حوزه، بیشترین توجه را از سوی محققین دریافت کرده است؛ اولین حوزه، تلاش در جهت یکپارچه کردن معنویت با روان‌درمانی است (تان، ۲۰۰۴؛ نقل از بلنتون، ۲۰۰۵). ادبیات موجود نیز نشان‌دهنده‌ی اظهاراتی در خصوص ایجاد یک تخصص بین رشته‌ای میان مذهب و روان‌درمانی است (بارت<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۴). دومین حوزه، به این سوال بر می‌گردد که آیا می‌توان رویکردهای مذهبی را در درمان بیماری‌های روانی به کار برد یا نه؟ (بوراس<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). با وجود این علاقه‌ی تحقیقی روزافزون در مورد نقش مذهب و معنویت در بهبود سلامت روانی و جسمی افراد و جوامع (پاتل<sup>۱۵</sup> و آرماس<sup>۱۶</sup>)، ادراک ضعیفی از رابطه‌ی مذهب و معنویت با فعالیت‌های بالینی و آموزشی وجود دارد (روس مارین و راب، ۲۰۱۰). از طرفی

---

5. Rosmarin.

6. Robb.

7. Aten.

8. Leach.

9. Blanton.

10. Dezutter.

11. Soenens.

12. Hutsebaut.

13. Barrette.

14. Borass

15. Patel

16. Armas



دایره‌ی شمول این ادراک ضعیف، فقط چند حوزه در سلامت روانی و حرفه‌های یاورانه مانند روانپزشکی، مددکاری و در اندازه‌ی محدودتری روان‌شناسی (پاتل و آرماس ۲۰۰۶)، را در بر می‌گیرد. با این حال کوین<sup>۱۷</sup> (۲۰۱۰)، این مساله را مورد توجه قرار می‌دهد که وجود مباحث مربوط به مذهب و معنویت در روان‌شناسی باعث شده‌اند که راهبردهای مربوط به آن‌ها، به عنوان شکلی از درمان تلقی شوند. وی بیان می‌کند که انطباق هدف و معنویت با درمان‌های موجود، با در نظر گرفتن مناسبت‌ها و حساسیت‌های فرهنگی، شیوه‌ی بالقوه نافع‌ی از مداخلات محسوب می‌شود، علی‌الخصوص زمانی که مراجع، فردی مذهبی است که اختلال عملکردی، روان‌شناختی، رفتاری و یا فیزیولوژیکی را تجربه می‌کند.

عامل مهم دیگر، برای کاربرد راهبردهای مذهبی در درمان، این است که اهداف مذهب و معنویت با اهداف روان‌درمانی کاملاً شبیه هم هستند. برای مثال، هر دو به افزایش احساس هویت، ارائه‌ی پاسخ به سوالاتی درباره‌ی معنای زندگی و هم‌چنین به توسعه‌ی شبکه‌های حمایت اجتماعی منجر می‌شوند (استاندر<sup>۱۸</sup>، پیرسی<sup>۱۹</sup>، مک کینان<sup>۲۰</sup> و هلمک<sup>۲۱</sup>، ۱۹۹۴).

دی مامانی<sup>۲۲</sup>، تاچمن<sup>۲۳</sup> و دوئرت<sup>۲۴</sup> (۲۰۱۰)، بر اساس نتایج پژوهش خود بر این باورند که مذهب و معنویت، در صورتی که با ارزش‌های مراجع در هم بیوندند، اغلب می‌توانند با درمان ترکیب شده و دستاوردهای درمانی را افزایش دهند.

- 
17. Kevin.
  18. Stander.
  19. Piercy.
  20. Mackinnon.
  21. Helmeke.
  22. De Mamani
  23. Tuchman
  24. Duarte

باربارا ال (۲۰۰۲)، برای تبیین چگونگی اثرگذاری آموزه‌های دینی بر سلامت روان، از نظریه‌ی «توسعه و ساخت» استفاده می‌کند. وی با قرار دادن عنصر هیجان‌های مثبت در حلقه‌ی پیوند دین و سلامتی ابتدا به اثبات تأثیر هیجان‌های مثبت بر بهزیستی انسان می‌پردازد. سپس اثر اعمال مذهبی در پرورش و ایجاد هیجان‌های مثبت را مطرح می‌کند. بر این اساس، اعمال مذهبی و آموزه‌های دینی همراه با آنها، از طریق گشودن فضای ذهنی برای دستیابی به ارتباط عمیق با خدا یا قدرت برتر دیگر، سرچشمه‌ای از هیجان‌های مثبت را فراهم می‌کند که اکثر آنها دارای تاثیرات مثبت بر سلامت روان هستند ( نقل از موسوی اصل، ۱۳۸۷). کوئینگ ۱۹۹۷، توضیح دیگری را برای تبیین چگونگی تأثیر مذهب بر سلامت در حوزه‌ی درون فردی و بین فردی بیان می‌کند. به نظر وی گزاره‌های دینی، از رفتارهایی که سلامت و بهداشت عمومی را به خطر می‌اندازند- مانند رفتارهای پر خطر جنسی، سیگار کشیدن و مصرف الکل جلوگیری می‌کنند. لذا آموزه‌های دینی با شکل دادن سبک خاصی از زندگی، سبب کاهش عوامل مخاطره‌آمیز سلامتی می‌شود (کوئینگ، ۱۹۹۷، نقل از کرمی، ۱۳۹۰). سانچز<sup>۲۵</sup> و ناپو<sup>۲۶</sup> (۲۰۰۸)، معتقدند آنچه که دین را در بهبود مسائل بین فردی و بهداشت عمومی، کارآمد می‌کند، افزایش حسن ظن، مسئولیت‌پذیرکردن افراد، افزایش حمایت اجتماعی و داشتن درک بهتر از آن است. به اعتقاد آنها مهم‌ترین جنبه‌ی دین در درمان و آموزش، تأمین منابع اجتماعی برای تغییر است. این منابع شامل شکل‌دهی روابط اجتماعی جدید، سازماندهی خانواده، ایجاد دایره‌ی جدیدی از دوستان است. لذا افرادی که دچار انزوای اجتماعی هستند، بهتر می‌توانند از رویکردهای دینی بهره‌مند شوند.

با توجه به رشد فزاینده‌ی جمعیت سالمندان در جهان و ایران، و تاثیرات اقتصادی، اجتماعی، و بهداشتی آن، به نظر می‌رسد توجه به نیازهای جسمی، روانی، و اجتماعی این قشر از اهمیت خاصی برخوردار است. سالم پیر

---

25. Sanchez.

26. Nappo.

شدن، حق همه‌ی افراد بشر است و این امر بر اهمیت پدیده‌ی سالمندی و پیشگیری از مشکلات آن می‌افزاید (حبیبی سولا و همکاران، ۱۳۸۶). بنابراین با ازدیاد سالمندان و افزایش مشکلات ناشی از فرآیند سالمندی جمعیت، احتمال کاهش سلامت روان (افسردگی، اضطراب، کاهش شادکامی، تنهایی، استرس و بیماری‌های جسمی) و تشدید معضلات اجتماعی (از دست دادن شغل، مرگ همسر و دوستان و تغییر ساختار نظام خانواده) (نوابی‌نژاد و فروغان ۱۳۸۷؛ نقل از عبدولی، ۱۳۹۰)، در سالمندان افزایش یافته و سالمندی را به یکی از پدیده‌های پیچیده و درخور توجه خاص جامعه‌ی ایران تبدیل کرده و توجه خاص و علمی دست-اندرکاران امور بهداشتی، درمانی و بهزیستی را به مسائل سالمندی می‌طلبد.

در پی صنعتی شدن جوامع، تغییراتی در شیوه‌ی زندگی مردم و عادات و رسوم آنها ایجاد شده است و به دنبال این تغییرات، که در سال‌های اخیر شتاب بیشتری نیز گرفته است، و نیز به دلیل تعدد و تنوع استرس‌هایی که افراد در دوران سالمندی با آن مواجه‌اند؛ از قبیل از دست دادن شغل، موقعیت اجتماعی، عزیزان و سلامتی توجه به مقوله‌ی سلامت روان در دوره‌ی سالمندی به یک ضرورت تبدیل شده است (پورابراهیم، ۱۳۸۵؛ نقل اصلانخانی و همکاران، ۱۳۸۹).

متأسفانه اغلب در جوامع امروزی نیازهای فیزیولوژیک و جسمی سالمندان در اولویت قرار می‌گیرد و به نیازهای روان‌شناختی آنها توجه چندانی نمی‌شود (اصلانخانی و همکاران، ۱۳۸۹). فشار روانی در سالمندان، باعث افزایش هزینه‌های درمانی در سطح کشور از جمله دارو درمانی می‌شود (بنازاده، ۱۳۸۲). از جمله مسائل روان‌شناختی‌ای که سالمندان با آن مواجه‌اند؛ فقدان امید به زندگی و معناداری زندگی است. معناداری زندگی و جایگاه و اهمیت آن برای برخورداری از یک زندگی خوب و شاد امری انکار ناپذیر و غیرقابل کتمان است

(ریف و سینجر، ۱۹۹۸؛ نقل از کینگ<sup>۲۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). غالباً زندگی سالمندان در آسایشگاه با ناامیدی و فقدان معنا در زندگی همراه است (برودی و سمل، ۲۰۰۶)، که می‌تواند منبع افسردگی این قشر باشد. دکتر فرانکل نیز بر اساس کارهای بالینی و تحقیقاتی خود به نتیجه‌ی مشابهی دست یافت مبنی بر این‌که منبع اصلی استرس و اضطراب وجودی بی‌معنایی در زندگی و ناامیدی است (پوراابراهیم و رسولی، ۱۳۸۷). عدم معنا و ناامیدی در سالمندان می‌تواند به انزوا، گوشه‌گیری، کم‌تحركی و ... در آنها منجر شود.

در مورد سالمندان، مطالعات نشان داده‌اند که آموزه‌های دینی موجب ارتقای فعالیت‌های بدنی سالمندان می‌شود (اسحاقی و همکاران، ۱۳۸۹). همچنین پژوهش‌ها نشان دادند که عمل به باورهای دینی در سالمندان با رضایت از زندگی در آنها رابطه دارد (حاجی‌زاده میمندی و برغمندی، ۱۳۸۹). بهرامی و رمضان‌فرانی (۱۳۸۸)، نیز به مساله‌ی بهداشت روان سالمند در قرآن و حدیث پرداخته‌اند.

در منابع اسلامی به جایگاه سالمند و اهمیت او توجه ویژه‌ای شده به طوری‌که از پیری به عنوان نور خداوند و برکت خانواده یاد شده است: در روایاتی موی سپید سالمند به نور خداوند تشبیه شده است؛ از جمله رسول خدا (ص) فرمودند: خداوند می‌فرماید: موی سپید (سالمند) نور من است پس هیچگاه نور خود را با آتش نمی‌سوزانم<sup>۲۸</sup> (بهرامی، رمضان‌فرانی، ۱۳۸۸). رابینسون (۱۹۸۳)، نقل از اسلامی نسب (۱۳۷۳)، معتقد است، امید یکی از پایه‌های اصولی توازن و قدرت روانی و مشخص‌کننده‌ی دستاوردهای زندگی است. امید با نیروی نافذ خود، سیستم فعالیت را تحریک می‌کند تا سیستم بتواند تجارب نو کسب کرده و نیروهای تازه‌ای را در ارگانیزم ایجاد نماید و در نتیجه امید، انسان را به تلاش و کوشش وا داشته و او را به سطح بالایی از عملکردهای روانی و رفتاری نزدیک می‌کند و امید یکی از نشانه‌های سلامت روان است. جهت‌یابی آینده، انتظارات مثبت،

---

27. King.

۲۸- مجلسی، محمدباقر، بحار الانوار، ج ۷ ص ۳۹۰، ج ۷ ص ۱۳۷، ج ۷ ص ۸۹، ج ۴ ص ۶۵. بیروت: دار احیاء التراث العربی، ۱۴۰۳ ق.