

## نقش برپاداری نماز بر سلامت روان و پیشگیری از انزوا و افسردگی در سالمندان

نویسنده: میر محمد حسینی آهق<sup>۱</sup>

### خلاصه

افراد مسن پس از بازنشستگی، خانه نشین و گوشه گیر می شوند. برای مردان از دست دادن همسر به معنی فقدان رفیق صمیمی می باشد. وسعت مشکل تطابقی با افزایش میزان خودکشی در گروه های سنی بالاتر از ۶۵ سال مشخص می شود. انزوای اجتماعی و افسردگی و دیگر مشکلات روانی از مسائل جدی بهداشتی سالمندان است. از طرفی بر اساس جهان بینی اسلامی نماز به عنوان ذکر خداوند است و باعث آرامش دل ها می شود و نگرش های موجود برپاداری نماز (مانند: توحید، معاد و ...) نیز به نظر می رسد که هر یک به نحوی در حفظ تعادل روانی و استمرار امیدواری و عزت نفس انسان ها مؤثرند. مطالعات قبلی انجام شده در فرهنگ ها و مذاهب مختلف غالباً مؤید تأثیرات مثبت دعا و عبادت بر میل به زندگی، احساس خوب بودن و شادی، کاهش اضطراب و تنفس عضلانی، التریخشی روان درمانی و تقویت فرآیند درمانی می باشند. همچنین پژوهش های دیگری حاکی از این است که عملکردهای مذهبی نظیر: حضور در مکان های مذهبی، خواندن کتب مقدس مانند: انجیل، تورات و قرآن و دیگر نوشته های مذهبی و شرکت در فعالیت های دینی با بهداشت روانی همبستگی مثبت دارد. بررسی های انجام شده در افراد مذهبی نشان می دهد عملکردهای مذهبی با پائین بودن نرخ خودکشی، سوء مصرف الکل و دارو، طلاق و اضطراب و افسردگی همراه است. با توجه به نکات ذکر شده در مقاله، برای پیشگیری از انزوا و افسردگی در سالمندان و ایجاد آرامش روانی و پذیرش نقش تکاملی در آن ها، تقویت روحیه و اعتقادات مذهبی و شرکت آنها در مراسم مذهبی (نماز و دعا) توصیه می شود.

### مقدمه:

مسئله افراد مسن در جوامع، مسئله جدی و بزرگی را خصوصاً در سال های اخیر ایجاد کرده است. اهمیت مسئله بیشتر از این نظر است که بروز بعضی از اختلالات روانی، رفتاری، تشخیصی، حافظه، عدم قدرت زندگی به تنهایی، احتیاج به حمایت دیگران و نظایر آن باعث شده است که پیران را جزء بیماران روانی قلمداد و آنان را در بیمارستان روانی بستری نمایند. شخص مسن اکثراً متوجه درون خود می شود، افسرده می گردد، و احساس تنهایی می کند.

تأمین سلامتی افراد جامعه یکی از مهم ترین مسائل اساسی در هر کشور محسوب می شود که باید آن را از سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی نگریست. بعد روانی بهداشت در بسیاری از کشورهای در حال توسعه بنا به دلایل مختلف مورد توجه کافی قرار نگرفته است. در این کشورها حجم مسائل رفتاری و روانی رو به فزونی است، تا حدی که عوارض ناشی از بی توجهی به آن در ابعاد فردی، خانوادگی و اجتماعی اثرات سوء و غیرقابل جبرانی گذاشته است. دوران پیری از نظر بهداشت روانی بسیار حائز اهمیت است.

تأمین سلامتی افراد جامعه یکی از مهم ترین مسائل اساسی در هر کشور محسوب می شود که باید آن را از سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی نگریت.

نماز از دیرباز در همه ادیان الهی وجود داشته و در تمامی آن ها از اهمیت خاصی برخوردار بوده است. در تاریخ اسلام نیز نماز اولین عبادتی بود که پیامبر (ص) بر بریایی آن فرمان یافت. نقش اثربخش و تحول آفرین نماز تا بدان جاست که می تواند مایه اصلاح، تقوی، طهارت دل و بهبود در روابط اجتماعی گردد. چون آثار اصلاحی و فواید فردی و اجتماعی نماز بی شمار است.

اینچنین در فرهنگ اسلامی از جایگاهی والا برخوردار شده است. در این مقاله به نقش برپاداری نماز و دعا بر سلامت روان و پیشگیری از افسردگی و انزوا در سالمندان پرداخته ایم.

### مفهوم بهداشت روان:

کارشناسان سازمان بهداشت جهان، سلامت فکر و روان را عبارت از: «قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماع و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب» عنوان می کنند.

سلامت روان تنها نداشتن بیماری روانی نیست، بلکه توان واکنش در برابر انواع گوناگون تجربیات زندگی به صورت قابل انعطاف و معنی دار است. چند دهه پیش روح و جسم موضوعات مستقل از یکدیگر محسوب می شدند، ولی اکنون پژوهشگران دریافته اند که عامل روانشناختی همه نوع بیماری و نه تنها بیماری های روانی را می توانند ایجاد نمایند، و بهداشت روانی به کلیه روش ها و تدابیری اطلاق می شود که برای جلوگیری از ابتلا به بیماری روانی به کار می رود.

افسردگی و انزوا در سالمندان با توجه به فقدانها و تغییراتی که با افزایش سن رخ می دهد، تعجب آور نیست که افسردگی در افراد سالمند خیلی شایع است، اگرچه افسردگی شایع ترین بیماری متأثرکننده افراد سالمند است، اغلب در این گروه سنی تشخیص داده نشده یا درمان نمی شود. واژه افسردگی برای توصیف یک خلق، یک نشانه یا یک بیماری استفاده شده است.

عوامل فیزیکی هورمونی، روانی و اجتماعی نقش عمده ای در توسعه افسردگی در سالمندی ایفا می کنند. مددجویان دارای افسردگی

به هر چیزی و هر نوع فعالیتی کم علاقه هستند. آن ها به خوبی غذا نمی خورند و نمی خوابند، از خستگی، بی اشتها، کاهش وزن، سردردها و یبوست رنج می برند. تصویری منفی از خود دارند که به احساس گناه، ندامت، بدبینی منتهی می شود. شاید گنجی، کاهش قضاوت، کناره گیری و ناامیدی نیز آشکار و حتی منجر به خودکشی بشود. معمولاً برای درمان این حالت از روان درمانی و داروهای ضد افسردگی استفاده می شود.

افراد مسن پس از بازنشستگی، خانه نشین و گوشه گیر می شوند. به طور کلی بازنشستگی تغییر نقش، کاهش اعتماد به نفس، کم شدن سطح درآمد و پایین آمدن وضعیت بهداشت را به همراه داشته و از دست دادن چند مورد فوق موجب تهی شدن انرژی تطابقی می شود.

### مقابله مذهبی و افسردگی

#### سالمندان

در بین شیوه های مقابله، مقابله مذهبی در سالمندان از اهمیت و اثربخشی بیشتری جهت تأمین بهداشت روان برخوردار است. مقابله مذهبی، تکیه بر اعتقاد دینی یا تلاش در جهت کنترل حالت هیجانی و ناخشنودی

فیزیکی دارد. در سالمندان تأکید بر اعتماد یا اعتقاد به خداوند، نماز خواندن یا خواندن کتب مذهبی بیشتر معمول بوده است (گوئینگ

(۲)، جورج (۳)، سیگلر (۴)، ۱۹۸۸)

مقابله مذهبی در بین بزرگسالان مسن تر (۵) بیشتر معمول است (گوئینگ، ۱۹۹۰). در یک مطالعه طولانی که در مورد مقابله مذهبی سالمندان توسط گوئین، سیگلر، میلر (۶) و جورج (۱۹۸۸) انجام شده، نشان داده شده که مقابله کنندگان مذهبی زن کمتر دچار خستگی عضلانی و احساس ناکامی می گردند و بیشتر دارای آرامش عضلانی و روحی هستند. همچنین نتایج پژوهش انجام شده توسط کارسون (۷) و آرنولد (۸) (۱۹۹۶) نشان داده که عملکردهای مذهبی نظیر تمایل به مکان های مقدس نظیر مکان ها و مراکز مذهبی و خواندن کتب مقدس مانند تورات، انجیل، قرآن و دیگر نوشته های مذهبی و شرکت

### نقش اثربخش و

### تحول آفرین نماز تا

### بدان جاست که

### می تواند مایه اصلاح،

### تقوی، طهارت دل و

### بهبود در روابط

### اجتماعی گردد. چون

### آثار اصلاحی و فواید

### فردی و اجتماعی نماز

### بی شمار است، اینچنین

### در فرهنگ اسلامی از

### جایگاهی والا برخوردار

### شده است.

در فعالیت‌های دینی با بهداشت روانی همبستگی مثبت دارد. بررسی‌های انجام شده در افراد مذهبی نشان می‌دهد که عملکردهای مذهبی با پایین بودن نرخ خودکشی، سوء مصرف الکل و دارو، طلاق و اضطراب همراه است.

ارتباط بین مقابله مذهبی و اختلالات روانی جدی نظیر افسردگی و اضطراب از جنبه‌های معنی‌دار در پیشگیری است. افسردگی به طور خاص در بین افراد مسن شایع می‌باشد. در جامعه سالمندان افسردگی اساسی ده برابر بیشتر از بیماران جسمانی بیمارستانی وجود دارد (گوئیک، میلر، کوهن (۱) و بلیزر (۲) ۱۹۸۸، وایزمن (۳) و همکاران (۱۹۸۷)). متأسفانه درمان افسردگی

در بیماران مسن مبتلا به اختلال روانشناختی با دشواری همراه است. ضد افسردگی‌ها معمولاً دارای تأثیرات جانبی جدی هستند که با بیماری فیزیکی و رژیم پزشکی بیماران تداخل پیدا می‌کند (گوئیک و برنیتز). با وجود چنین وضعیتی شناسایی عواملی که توانایی مقابله بیماران را نشان می‌دهد ضروری است (پاراگانت (۴) و همکاران، ۱۹۹۲).

غفور موسوی و همکاران (۱۳۷۵) مطالعه‌ای بر روی بیماران مبتلا به افسردگی

اساسی ۹ تا ۷۰ ساله در درمانگاه‌های بیمارستان خورشید اصفهان انجام داده‌اند. نتایج این مطالعه نشان داد که تعداد افراد بی‌نماز در بین مبتلایان به وضوح بیشتر بوده است و درصد بیشتری از مبتلایان به طور مرتب نماز نمی‌خوانده‌اند و سن شروع نماز خواندن در درصد بیشتری از این مبتلایان بعد از ۳۰ سالگی ذکر شده است. نتایج حاصل از این مطالعه ارتباط معنی‌داری بین برپاداری نماز با پیشگیری از ابتلا به افسردگی اساسی را نشان داده است.

ابراهیمی و نصیری (۱۳۷۵) در مطالعه‌ای دیگر تحت عنوان بررسی رابطه بین عملکردهای دینی و افسردگی سالمندان آسایشگاه‌های سالمندان اصفهان وجود رابطه معنی‌دار بین عملکردهای دینی و نگرش مذهبی با افسردگی را نشان داده‌اند.

از طرفی نگرش‌های موجود برپاداری نماز (مانند: توحید، معاد و ...) نیز به نظر می‌رسد هر یک به نحوی در حفظ تعادل روانی و

استمرار امیدواری و عزت نفس انسان‌ها مؤثرند.

در بین شیوه‌های مقابله‌ای سالمندان، مذهب نقش مهم و مرکزی را ایفاء می‌کند. مذهب می‌تواند دارای ارزش مثبت در پرکردن فضای خالی زندگی و معنادهی به آن باشد (پاراگانت، ۱۹۹۲). زمانی که سنین میانسالی سپری شده و ارتباط شغلی، خانوادگی و اجتماعی تقلیل یافته است.

مقابله مذهبی به عنوان اصلی‌ترین فرآیند تأمین بهداشت نمود پیدا می‌کند. شواهد فزاینده‌ای اشاره به تأثیرگذاری مثبت مذهب بر سلامت روانی و ارتباط معکوس با فعالیت‌های خود تخریبی دارد. اعتقادات و رفتارهای مذهبی به نظر عوامل با اهمیتی در پیشگیری از بیماری می‌باشد (کلرمن (۱) و ایزمن ۱۹۸۹).

### نتیجه‌گیری

سالمندان با توجه به تغییر نقش، بازنشستگی، مرگ همسر و عزیزان، کاهش درآمد، بیشتر در معرض خطر ابتلا به بیماری‌های روانی و افسردگی و انزوا می‌باشند. در مقابل این عوارض عوامل مثبتی وجود دارند که به عنوان ضربه‌گیر و تعدیل‌کننده شرایط هستند که استراتژی‌های مقابله‌ای می‌باشند و در بین شیوه‌های مقابله‌ای، خواندن کتب مذهبی از اهمیت برخوردار است و در سلامت روان و پیشگیری از افسردگی و انزوا در سالمندان نقش مهمی ایفاء می‌کند.

### پیشنهادات:

با توجه به موارد ذکر شده، پیشنهادات زیر جهت ارتقاء سطح بهداشت روان و پیشگیری از افسردگی و انزوا در سالمندان توصیه می‌شود:

- ۱- در برنامه‌های آسایشگاه‌های سالمندان تجدیدنظر به عمل آمده و گروه درمانی و روان‌درمانی با جهت‌گیری اسلامی برای سالمندان ارائه بشود.
- ۲- برنامه‌های مذهبی نظیر: نماز جماعت، دعا، خواندن قرآن و کتب مذهبی دیگر برای سالمندان طراحی و اجرا بشود.
- ۳- ادامه پژوهش در این ارتباط برای روشن شدن هر چه بیشتر

در بین شیوه‌های مقابله‌ای سالمندان، مذهب نقش مهم و مرکزی را ایفاء می‌کند. مذهب می‌تواند دارای ارزش مثبت در پرکردن فضای خالی زندگی و معنادهی به آن باشد.

در بین شیوه‌های مقابله، مقابله مذهبی در سالمندان از اهمیت بیشتری جهت تأمین بهداشت روان برخوردار است. مقابله مذهبی، تکیه بر اعتقاد دینی یا تلاش در جهت کنترل حالت هیجانی و ناخشنودی فیزیکی دارد.

فرائض مذهبی و آموزش اصول دینی داشته تا آن‌ها بعدها در دوره سالمندی با مسائل روحی و روانی کمتری مواجه بشوند.  
۵- رسانه‌های گروهی (تلویزیون، رادیو و مطبوعات) نیز بیشتر به آموزش و پخش نماز، دعاهای مذهبی و خواندن کتب مذهبی برای ارتقاء سطح بهداشت روانی در جامعه و سالمندان پردازند.

ابعاد مختلف تأثیر بر یاداری نماز، دعا و خواندن کتب مذهبی بر سلامت روان و پیشگیری از افسردگی و انزوا در سالمندان نیز ضرورت دارد.  
۴- خانواده‌ها و والدین از دوران کودکی و نوجوانی تأکید بیشتری بر آموزش و انجام

سلامت روان تنها  
نداشتن بیماری روانی  
نیست، بلکه توان  
واکنش در برابر انواع  
گونگون تجربیات  
زندگی به صورت قابل  
انعطاف و معنی‌دار  
است.

### منابع:

- ۱- سارتویوس، نرمان، برنامه‌های بهداشت روانی، مفاهیم و اصول؛ مترجمین: داوود شاه محمدی، حسن پالانگ و حسن یعقوبی؛ انتشارات مجمع علمی و فرهنگی مجد؛ چاپ اول؛ اسفندماه ۱۳۷۲؛ ص ۵.
- ۲- میلانی فر، بهروز؛ بهداشت روانی؛ نشر فومس؛ چاپ اول؛ ۱۳۷۰؛ ص ۱، ۳، ۵، ۱۱۹، ۱۲۱.
- ۳- اسدی پویا، علی اکبر و همکاران؛ نماز در دانشگاه و تعیین میزان نمازخوانی در دانشجویان پزشکی؛ خلاصه مقالات همایش نقش دین در بهداشت روان؛ ۲۷-۲۴ آذرماه ۱۳۷۶؛ ص ۲۲.
- ۴- پارک، جی. ای و ارک، ک: درسنامه پزشکی پیشگیری و اجتماعی؛ برگردان به فارسی از حسین شجاعی تهرانی؛ انتشارات دانشگاه علوم پزشکی گیلان؛ چاپ اول؛ ۱۳۷۲؛ ص ۳۶.
- 5- Farrell, Jane: Nursing Care of the older person; J.B. Lippincott Company; First Edition; 1990; PP. 119-120.
- 6- Handbook of Geriatric Nursing Care; springhouse corporation; first Edition; 1998; pp. 213-215.
- ۷- حسینی، میمنت، روحانی، کاملیا و حسین زاده، صفیه پرستاری بهداشت خانواده؛ نشر بشری؛ چاپ اول؛ زمستان ۱۳۷۵؛ ص ۱۰۲.
- 8- Koenig, H.G; George, L.K.R; Siegler, L.C; The of religion and other emothional regulating; The Gerontologist; 1988; 27; 303-310.
- 9- Koenig, H.G.L Breithner J.; Use of Antidepressants in Medicaly ill older patients", Psychosomatics: 1990; 31; 22-32.
- 10- Carson, Verna Benner and Arnold, Elizabeth Nolan; Mental Health Nursing; The Nurse - patient Journey; W.B Saunders company; First Edition; 1996; p.p 312-321.
- 11- Weissman M.M. P.J and etal; Affective disorder in us communities; psychological medicine, 1987; 18, 141-154.
- 12- Koenig, HG George; Meador, K; Kohen, H.Y.R, Blazer D.; AD-eperssion in elderly men hospitalized with medical illness; Archive of internal Medicine; 199 148, 1929-1936.
- 13- Pargament, Kenneth I, Kenneth I maton, Robert E Hess; Religion and Pervention in Mental Health; Haworth press Inc; 1992; pp. 105-121.
- ۱۴- غفوری موسوی و همکاران: «رابطه نحوه به یاداری نماز با اختلال افسردگی اساسی؛» اصفهان، مرکز تحقیقات علوم رفتاری در اسلام؛ ۱۳۷۵، خلاصه مقاله، ص ۱۰-۱
- ۱۵- ابراهیم، امرالله و نصیری، حمید، «بررسی رابطه بین عملکردهای دینی و افسردگی آسایشگاه‌های سالمندان اصفهان ۱۳۷۵؛ اصفهان: مرکز تحقیقات علوم رفتاری در اسلام؛ خلاصه؛ ص ۸-۱.
- 16- Klerman, GL & Weissman, M.M; Increasing rates of depression Journal of Medical Association, 199 261, 2229-2234.