

درمان معنوی در دوران سالمندی

سمین صداقت قطب آبادی



انتشارات
کنج علم



سرشناسه	: صداقت قطب، ۱۳۷ -
عنوان و نام پدیدآور	: درمان معنوی در دوران "صدقت قطب آبادی"
مشخصات نشر	: شیراز: گنج علم، ۱۳۹۷.
مشخصات ظاهری	: ۱۸۵ص.
شابک	: ۲۱۰۰۰ ریال ۲-۲۱-۶۰۸۵-۶۲۲-۰۰۰۰
وضعیت فهرست نویسی	: فیبا
موضوع	: روان درمانی سالمندان
موضوع	: Psychotherapy for older people
موضوع	: سالمندان -- بهداشت روانی
موضوع	: Older people -- Mental health
موضوع	: روان درمانی -- جنبه های مذهبی -- اسلام
موضوع	: Psychotherapy -- Religious aspects -- Islam
موضوع	: سالمندان -- روان شناسی
موضوع	: Older people -- Psychology
رده بندی کنگره	: RC۴۸۰/۵۴/ص۴۵۴ ۱۳۹۷
رده بندی دیویی	: ۶۱۸/۹۷۶۸۹۱۴
شماره کتابشناسی ملی	: ۵۲۱۵۴۱۴

نام کتاب: درمان معنوی در دوران سالمندی
ناشر: گنج علم
چاپ اول: بهار ۱۳۹۷
ویراستار: حکیمه زارع
صفحه آرا: گلنوش بروسان
طراح جلد: مریم مظفری
شمارگان: ۱۰۰۰ نسخه
شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۶۰۸۵-۲۱-۲
ISBN: ۹۷۸-۶۲۲-۶۰۸۵-۲۱-۲
قیمت: ۲۱۰۰۰ تومان

آدرس: شیراز - بارامونت، ابتدای خ قصردشت، کوچه ۱، پلاک ۱

انتشارات گنج علم

تلفن: ۰۷۱۳۳۳۰۴۰۱۲

آدرس سایت: www.gpub.ir

ایمیل: Ganjelpub@gmail.com

«کلیه ی حقوق چاپ و نشر محفوظ و متعلق به ناشر است.»

این اثر، مشمول قانون حمایت مولفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ است. هر کسی تمام یا قسمتی از این اثر را بدون اجازه مولف (ناشر) نشر یا بخش و عرضه کند، مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.

فهرست فصول و مندرجات آنها

۱	مقدمه
۹	فصل اول: آشفتگی های روانی دوران سالمندی
۲۳	فصل دوم: اضطراب
۳۴	اضطراب مثبت و منفی
۳۶	دلایل اضطراب
۳۸	اضطراب در سالمندان
۴۰	فنون کاهش اضطراب
۴۳	فصل سوم: افسردگی
۴۷	انواع افسردگی
۴۹	علائم افسردگی
۵۱	دلایل افسردگی
۵۵	آسیب پذیری در افسردگی
۵۹	مدل شناختی افسردگی بک
۶۳	افسردگی در سالمندان
۶۷	فصل چهارم: استرس
۷۴	ارزیابی استرس
۷۸	راهبردهای رویارویی و سازگاری روان شناختی
۸۲	مهارت های مقابله با استرس در مدل جرابیک
۸۳	راه های مقابله با استرس
۹۰	استرس در دوران سالمندی
۹۳	فصل پنجم: احساس تنهایی
۱۰۲	تفاوت احساس تنهایی و تنها بودن
۱۰۴	عوامل ایجادکننده احساس تنهایی
۱۰۶	احساس تنهایی از نظر اریک فروم
۱۰۹	فصل ششم: رضایت از زندگی
۱۲۱	عوامل مؤثر بر رضایت از زندگی

۱۲۳	فصل هفتم: روان‌درمانی معنوی - مذهبی سالمندان
۱۲۹	روان‌درمانی معنوی
۱۳۲	لزوم مشاوره و روان‌درمانی معنوی
۱۳۶	انواع درمان‌های معنوی
۱۳۹	سخن آخر
۱۴۵	منابع

مقدمه

سالمندی، فرایندی اجتناب‌ناپذیر است که بر همه جنبه‌های زندگی تأثیر می‌گذارد. این مرحله از زندگی با دامنه‌ی گسترده‌ای از تغییرات فیزیولوژیکی و روان‌شناختی ارتباط دارد که به از دست دادن استقلال و پایین آمدن کیفیت زندگی و سلامت روان منجر می‌شود (ماتی، گلدبرگ، سامباتارو و وینبرگر، ۲۰۰۸).

در دهه‌های اولیه زن به هم‌های جمعیتی اکثر کشورهای دنیا به صورت مثلی شکل بود؛ اما با پیشرفت‌های علمی و صنعتی و کنترل میزان باروری این هم‌ها به شکل استوانه‌ای در اکثر کشورها درآمده است که این نشان از پیر شدن جمعیت دارد.

پیر شدن جمعیت عبارت است از افزایش ریزانروا نسبت سالمندان و به بیانی دیگر عبارت از کاهش نسبت کودکان و جوانان را افزایش. نسبت افراد بالای ۶۰ ساله و بالاتر است. کشور ما نیز یکی از کشورهای در حال توسعه از این تغییرات جمعیتی مستثنا نیست. به طوری که روند پیر شدن در کشور از رشد جمعیت سالمندی حکایت دارد (آرمان، ۱۳۹۳).

اصولاً جمعیت سالمند نیازمند توجه ویژه در مسائل مختلف است. افراد سالمند همان‌طور که از نظر جسمی، مستعد بیماری و ناتوانی‌های مختلف

^۱. Mattay, Goldberg, Sambataro & Weinberger

هستند، از نظر سلامت روان^۱ و آشفتگی‌های روانی^۲ نیز جزو گروه‌های آسیب‌پذیرند؛ بدین معنی که بعضی از آشفتگی‌های روانی در این دوره‌ی زندگی شیوع بیشتری دارد (افشار و صالحی، ۲۰۰۴). حدود ۱۵ تا ۲۰ درصد افراد مسن، مسائل روانی مهمی دارند (لانگرسول و سیلورمن،^۳ ۱۹۷۸). مهم‌ترین بیماری‌ها یا آشفتگی‌های روانی سالمندان به ترتیب عبارت‌اند از:

۱. اختلالات افسردگی

۲. اختلالات شناختی

۳. حالت اضطراب، استرس و ترس

۴. اعتیاد

۵. خودکشی (هاومن-نایس و همکاران، ۲۰۰۳)

افزایش سن از دست دادن عزیزان و به ویژه همسر، دوری از فرزندان، ابتلا به بیماری‌های جسمی، مصرف داروهای مختلف، افت قوای شناختی و عوامل طبیعی و بیولوژی، همگی از عواملی هستند که فرد سالمند را مستعد ابتلا به آشفتگی‌های روانی می‌کند. استرس، ناورودی، پورآقا رودبرده، کافی و پورنسایی، (۱۳۹۲).

افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در سالمندان، بخصوص در میان زنان و از شایع‌ترین عوامل خطر خودکشی در آنان است که نزدیک به ۲۴ درصد خودکشی‌های موفق را شامل می‌شود (دایلان و سادوک^۴، ۲۰۰۵؛ داویدیان، ۲۰۰۷).

^۱. mental health

^۲. psychological distress

^۳. Ingersoll & Silverman

^۴. Kaplan & Sadock

شیوع اختلال افسردگی در بررسی‌های مختلف در کل جامعه ۱ درصد بوده است و این در حالی است که ۲۴ درصد جمعیت سالمندان از افسردگی تحت بالینی رنج می‌برند (رینالدز^۱، ۱۹۹۶؛ استیفنز^۲ و همکاران، ۲۰۰۰).

نتایج پژوهش گوناگون حاکی از آن است که یک‌سوم از مراجعان سرپایی سالمند از آشفتگی‌های روانی رنج می‌برند. اضطراب و استرس نیز یکی از مسائل شایع در دوران سالمندی است؛ زیرا این دوره مملو از انواع احساس کمبودها و ناتوانایی‌ها است.

به بهارتی سالمندان و به‌ویژه آن‌هایی که در مؤسسات سالمندی زندگی می‌کنند، به علت کاهش اعتمادبه‌نفس، نقصان فعالیت و حرکت، از دست دادن دوستان و نزدیکان، کاهش استقلال مادی و جسمانی و ابتلا به بیماری‌های مزمن در معرض استرس و اضطراب بیشتری قرار دارند (چاب^۳، ۲۰۰۱؛ لانگ و استین^۴، ۲۰۰۱). شیوع اضطراب در سالمندان از ۴ تا ۶ درصد در نوسان است (فونیتز و کاک^۵، ۱۹۹۷). از سوی دیگر، آنانی که افراد سالمند در معرض سطح بالایی از استرس قرار می‌گیرند، بروز بیماری‌های مختلفی از جمله بیماری‌های تنفسی و قلبی افزایش می‌یابد و عملکرد ایمنی آنان سرکوب می‌شود که به همین دلیل توجه به آشفتگی‌های روان‌شناختی و سلامت روانی آنان بسیار حائز اهمیت است (سارا، روزماری و روشنو^۶، ۲۰۰۸).

هنگام بررسی بهداشت روانی سالمندان، نمی‌توان احساس انزوای آنان را از نظر دور داشت (زنجیران، کیانی، زارع و شایقان، ۱۳۹۴). احساس تنهایی^۷

^۱. Reynolds

^۲. Steffens

^۳. Chop

^۴. Lang & Stein

^۵. Fuentes & Cox

^۶. Sara, Rosemarie & Rohsenow

^۷. Loneliness

پدیده‌ای گسترده و فراگیر است و ۲۵ تا ۵۰ درصد کل جمعیت بالای ۶۵ سال، آن را برحسب سن و جنس تجربه می‌کنند (چیانگ^۱ و همکاران، ۲۰۱۰).

احساس تنهایی؛ براساس بسیاری از تعاریف، تجربه‌ای آزاردهنده و پریشان کننده است (پرلمان^۲، ۱۹۸۴؛ ویز^۳، ۱۹۸۷) که مشکلات روان‌شناختی و جسمانی شدیدی را به دنبال دارد (دی‌توماسو، اسپینر^۴، ۱۹۹۷). از نظر گرولد و وان‌تیلبرگ^۵ (۲۰۱۰) احساس تنهایی ارزیابی ذهنی فرد از موقعیتی است که در آن قرار دارد، به‌گونه‌ای که اگر فرد تعداد روابط با دوستان و همکارانش را کمتر از موردنظر خود ارزیابی کند و یا در روابط دوستانه و صمیمانه خود به آن میزان که می‌خواهد احساس صمیمیت نکند، دچار احساس تنهایی خواهد شد.

یک فرد می‌تواند به تنهایی زندگی کند و احساس تنهایی نکند؛ درحالی‌که ممکن است فرد بخیر، حتی در یک محیط اجتماعی به‌ظاهر غنی نیز احساس تنهایی کند. به همین دلیل احساس تنهایی یک تجربه ذهنی منفی و برآمده از ارزیابی شناختی فرد درباره کیفیت و کیفیت روابط اجتماعی خویش است (هاوکلی و کاسیوپو^۶، ۲۰۱۰).

احساس تنهایی شامل: احساس بیگانه شدن (کاهش توجه و فاصله گرفتن از اطرافیان، جدایی از فعالیت‌های شغلی و اجتماعی و احساس رهایی و فراموش شدن)، دوری از فعالیت‌های موردنظر (کاهش عملکردهای فردی و اجتماعی و محدودیت‌های ناشی از مشکلات جسمانی)، احساس خستگی روانی و غم (فرسودگی روانی-جسمی و احساسات اندوه) است.

^۱. Chiang

^۲. Perlman

^۳. Weiss

^۴. DiTommaso & Spinner

^۵. Gierveld & Van Tilburg

^۶. Hawkey & Cacioppo

شیوع احساس تنهایی در بین سالمندان از ۲ تا ۱۰ درصد گزارش شده است (روتاسالو، ساویکو، تیلویس، استرانبرگ و پیتکالا^۱، ۲۰۰۶). بسیاری از سالمندان دوره پیری را به عنوان دوره تنهایی توصیف می کنند و از آن به عنوان یک تجربه ناخوشایند و ترسناک یاد می کنند (زنجیران و همکاران، ۱۳۹۴).

مروری بر شواهد موجود در خصوص احساس تنهایی سالمندان نشان می دهد که احساس تنهایی، منشأ بسیاری از حالات نامتعادل روانی سالمندان از قبیل افسردگی، خودکشی و یأس شدید است (آدامز، ساندرز و آث^۲، ۲۰۰۴؛ مایکنز و ویت^۳، ۲۰۰۱). پژوهش ها نشان داده که احساس تنهایی مقدمه افسردگی و فراموشی است (تیلویس، پیتکالا، جالکانن^۴ و استرانبرگ، ۲۰۰۰؛ مایکنز و ویت، ۲۰۰۱) و ادامه حیات را تحت تأثیر قرار می دهد (روتاسالو و همکاران، ۲۰۰۶). همچنین نتایج سایر تحقیقات نشان می دهد که احساس تنهایی رابطه منفی معناری با سلامت جسمی و روانی سالمندان دارد. همچنین احساس تنهایی در سالمندان ساکن در خانه سالمندان به طور معناداری بیشتر از سالمندانی است که با اعضای خانواده خود زندگی می کنند (آلباس و نویل، ۲۰۰۳).

یکی دیگر از مسائل مهم افراد سالمند میزان رضایت از زندگی^۵ در آنان است. در سال های اخیر با اوج گرفتن روان شناسی مثبت و انسان گرا توجه بیشتر بر رضایت از زندگی در سالمندان بیشتر شده است (امامی موماری و کلانتری، ۱۳۹۳). با بالا رفتن سطح رضایت از زندگی به آهستگی کاهش می یابد.

^۱. Routasalo, Savikko, Tilvis, Strandberg & Pitkala

^۲. Adams, Sanders & Auth

^۳. McInnis & White

^۴. Jolkkonen

^۵. life satisfaction

این کاهش به دلیل سیر نزولی سلامت جسمی و روانی در سالمندان است (ملندز، توماس، الیور و نارو،^۱ ۲۰۰۹). رضایت از زندگی ارزیابی قضاوتی-شناختی از زندگی شخصی است و عبارت است از مقایسه بین شرایط زندگی فرد با معیارهایی که وی برای خود تعیین کرده است (دینر، ایشی و لوکاس،^۲ ۲۰۰۳).

ذکر این نکته مهم است که قضاوت در مورد چگونگی رضایت هر فرد بستگی به ملاک‌های همان فرد دارد؛ بنابراین هیچ‌کس نمی‌تواند ملاک‌هایی را برای رضایت از زندگی تعریف کند و براساس آن این سازه را تعریف نماید؛ زیرا نضارت‌های هر فرد مستقل از دیگران است و هرکس برای قضاوت در مورد زندگی خود ملاک‌های شخصی را دارد (امامی و همکاران، ۱۳۹۳).

بیشاپ، مارین، پون^۳ (۲۰۰۶) بیان می‌کنند که رضایت از زندگی در سالمندان می‌تواند به وسیله بررسی‌های فردی به منابع کلیدی و مهم زندگی آن‌ها ایجاد شود و این منابع را می‌توان همان منابع مادی، اجتماعی یا ویژگی‌های شخصی سالمندان تعریف کرد؛ چراکه این منابع می‌توانند سالمندان را در رسیدن به اهداف شخصی‌شان و برآورده کردن نیازهای اساسی جسمی و روانی آنان کمک کند.

افرادی که رضایت از زندگی بالاتری دارند، از سبک‌های مقابله‌ای مؤثر و مناسب‌تر استفاده می‌کنند، عواطف و احساسات مثبت‌تری را تجربه می‌کنند و از سلامت عمومی بالاتری برخوردارند و نارضایتی از زندگی با وضعیت سلامتی ضعیف‌تر، علل افسردگی، مشکلات شخصیتی، رفتارهای نامناسب بهداشتی و وضعیت ضعیف اجتماعی همبسته است (مالتبی، مکوجن، گیلت، هوران و آشی،^۴ ۲۰۰۴).

^۱. Meléndez, Tomás, Oliver & Navarro

^۲. Diener, oishi & lucas

^۳. Bishop, Martin & Poon

^۴. Maltbay, Mccutcheon, Gillett, Houran & Ashe

پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که رضایت از زندگی در میان سالمندان ساکن در خانه‌های سالمندان بسیار پایین‌تر از سالمندانی است که با اعضای خانواده خود زندگی می‌کنند (فرهادی، عبیدادی، موحدی، رحیمی و مبشر، ۱۳۹۴).

از نظر کوهن، فردریکسون، براون، مایکلز و کانوای^۱ (۲۰۰۹) این تفاوت می‌تواند به علت نبود استقلال، خودمختاری و کنترل در انجام فعالیت‌های روزانه باشد. همچنین از نظر سالمندان، خانه سالمندان مانند زندانی است که باید عمر خود را به بطلالت و بیکاری بگذراند تا مرگ فرا برسد.

پژوهش‌های مختلفی نشان داده‌اند که عواملی همچون باورهای مذهبی، حمایت اجتماعی، احساس تنهایی، استرس، معنویت و امید می‌توانند در رضایت از زندگی سالمندان نقش برجسته‌ای داشته باشند (کوچکی، حبیبی و ثناگو، ۱۳۹۱؛ حاجلو و جعفری، ۱۳۹۳؛ گلشاهی، مرادی، مزاریان و یوسفی، ۱۳۹۳؛ صادق مقدم و همکاران، ۱۳۹۴؛ فرهادی و همکاران، ۱۳۹۴).

با توجه به مسائل مطرح شده در حوزه سالمندی، یافتن مداخلاتی که بتوان به‌طور مؤثر با این‌گونه مسائل برخورد کرد حائز اهمیت است. یکی از روش‌هایی که می‌تواند در کاهش آشفتگی روانی و افزایش سلامت روانی مؤثر باشد، مداخلات و درمان‌های معنوی/مذهبی است (کونینگ، ۲۰۱۲).

با توجه به ابعاد زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی انسان و مشخص شدن نقش اصلی معنویت در سلامت افراد، سازمان بهداشت جهانی^۲ از سال ۱۹۸۳ اقدام به معرفی بعد معنوی به‌عنوان یکی از ابعاد اصلی سلامت بهزیستی و کیفیت زندگی و سنجش و بررسی آن در کشورهای مختلف نموده است (دباغی، ۱۳۸۸).

^۱. Cohn, Fredrickson, Brown, Mikels & Conway

^۲. Spiritual/ religious

^۳. Koenig

^۴. World Health Organization

مؤلفه‌های مذهب و معنویت، از مهم‌ترین عامل‌های فرهنگی هستند که به تجربه‌ها، رفتارها و ارزش‌های انسان‌ها معنا و ساختار منسجم می‌بخشند (باقری، اسمعیل چگنی و مه‌نگار، ۱۳۹۴). از منظر کیم و سیدلتر^۱ (۲۰۰۲) باورهای معنوی و مذهبی به‌عنوان یک مهارت مقابله‌ای مؤثر با تنش‌های روانی و افزایش‌دهنده اعتمادبه‌نفس، القای امید، معنادهی به زندگی و ارضای نیازهای ذاتی چون ایجاد ارتباط مثبت با دیگران با ایجاد یک سبک زندگی سالم موجب ارتقای سلامت جسمی و روانی افراد می‌شود.

با توجه به نقش مؤثر معنویت در بهداشت روان، تحقیقات متعددی در زمینه کارآمدی این نوع روان‌درمانی صورت گرفته است. افراد سالمند در مقایسه با افراد جوان‌تر، آشنایی بیشتری با روان‌شناسی‌های روانی بیشتری رنج می‌برند، تنهایی بیشتری را احساس می‌کنند، در کار رضایت کمتری از زندگی دارند. همچنین با توجه به روند پیر شدن جمعیت و افزایش تعداد سالمندان توجه به ناراحتی‌ها و آشفتگی‌های این گروه به‌طور انجام مداخلات پیشگیرانه و درمانی بسیار حائز اهمیت است. با توجه به اینکه پژوهش‌های متعددی نشان می‌دهند که مداخلات و درمان‌های معنوی-مذهبی اثرات مثبتی بر روی زندگی افراد و به‌خصوص قشر سالمند می‌تواند داشته باشد، بررسی کارایی این نوع مداخلات در بافت بومی و فرهنگی هر جامعه به‌منظور برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری در جهت به‌کارگیری آن‌ها حائز اهمیت است. ازاین‌رو این کتاب در پی بررسی درمانی معنوی-مذهبی بر روی آشفتگی‌های روانی: اضطراب، افسردگی، استرس، احساس تنهایی و رضایت از زندگی افراد سالمند است.

رویکرد روان‌درمانی معنوی-مذهبی با جامعه ما به لحاظ بافت سنتی و مذهبی بسیار تناسب دارد و می‌تواند به عنوان یک راهکار جهت بهزیستی هر چه بیشتر سالمندان در جامعه به کار گرفته شود.

^۱. Kim & Seidlitz