

اثر بخشی معنویت‌درمانی با تأکید بر آموزه‌های دین مبین اسلام بر کیفیت زندگی و سازگاری در سالمندان

✉ دکتر پرویز عسگری

دانشگاه آزاد اسلامی اهواز

پذیرش: ۱۳۹۶/۰۶/۱۸

دریافت: ۱۳۹۵/۰۵/۰۶

معنویت نقش اساسی در تأمین و ارتقای سلامت روانی و کیفیت زندگی سالمندان دارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش معنویت مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر کیفیت زندگی و سازگاری در سالمندان انجام گرفت. این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل سالمندان مرد ساکن سرا در مراکز سالمندان شهر اهواز در سال ۱۳۹۵ بود. که از بین آنها به صورت در دسترس تعداد ۳۰ نفر که نمره‌ی برابر یا بالاتر از نقطه‌ی برش در پرسش‌نامه‌های کیفیت زندگی و سازگاری کسب کرده بودند، انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین گردیدند. سپس برنامه آموزش معنویت مبتنی بر آموزه‌های اسلامی، طی ۱۰ جلسه‌ی سی دقیقه‌ای برای گروه آزمایش اجرا گردید و طی این مدت گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان برنامه، پرسش‌نامه‌ها مجدداً برای هر دو گروه اجرا گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس مورد تحلیل و بررسی قرار گرفتند. نتایج نشان دادند که آموزش معنویت مبتنی بر آموزه‌های اسلامی موجب افزایش کیفیت زندگی و سازگاری در گروه آزمایش شده است. در نتیجه معنویت‌درمانی به عنوان یک مداخله مؤثر در ارتقای کیفیت زندگی سالمندان و سازگاری آنها می‌تواند به کار برده شود.

کلیدواژه‌ها: آموزش معنویت مبتنی بر آموزه‌های اسلامی، کیفیت زندگی، سازگاری، سالمندان

و آموزه‌های دینی و اسلامی به صورت خاص، بر سلامت افراد اثر می‌گذارد (نارویی، صادقی و جندقی، ۱۳۹۲). معنویت^۲ به عنوان زیربنای باورها، یک جنبه مهم از زندگی سالمندان است و به نظر می‌رسد در تأمین و ارتقای سلامت روانی و کیفیت زندگی آنها دارد (جدیدی، فراهانی‌نیا، جان‌محمدی و حقانی، ۱۳۹۰). معنویت اشاره به شیوه‌ای دارد که افراد معنی و هدف زندگی خود را جستجو و بیان می‌کنند و در آن اتصال با خود، دیگران، طبیعت و روحانیت یا تقدس را تجربه می‌کنند (پوچالسکی، ویتلو، هال و رلر، ۲۰۱۴). بر این اساس، با توجه به جمعیت رو به افزایش سالمند و شیوع مشکلات عاطفی و روانی در بین

در دهه‌های اخیر با رشد سریع و روزافزون دانش بشر و پیدایش علوم جدید، بحث درباره تأثیر دین در جنبه‌های مختلف زندگی، بیش از هر زمان دیگر به میان آمده و روان‌شناسی از جمله علمی است که همواره میدان تعامل افکار و نظرات گوناگون در این خصوص بوده است. در آموزه‌های اسلامی، از برقراری ارتباط با خدا و یاد او به عنوان عامل گشایش و تعالی روانی یاد شده که آثار روان‌شناختی و سلامت‌بخشی بسیاری را به ارمغان می‌آورد

پرویز عسگری، دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به پرویز عسگری، دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران باشد.

پست الکترونیکی: askary47@yahoo.com

² spirituality

دینی حاکی از آن است که آموزه‌های دینی کارکرد روانی و سازگاری افراد را تقویت کرده و سلامت روانی به ارمغان می‌آورد (فاطمی‌آقده، رحیمی، کریمی و وضعیتیان، ۲۰۱۵؛ مارتینز و کارتیدو، ۲۰۱۴؛ جعفری، حاج لو، فغانی و خزان، ۲۰۱۲). در واقع پژوهش‌ها نشان داده است که بین آموزه‌های دینی با سلامت‌روان (صادقی، لاداری و حق شناس، ۱۳۸۹) و خود مراقبتی (پاچلسکی، ویتالو، هال و رلر، ۲۰۱۴) و رضایت زناشویی (روحانی و مناوی‌پور، ۱۳۸۸)، کیفیت زندگی (جدیدی و همکاران، ۱۳۹۰) و رضایت زندگی (رضایی شاه‌سوارلو و همکاران، ۲۰۱۴) ارتباط مثبت و معناداری دارد. همچنین نتایج پژوهش‌های دیگر نشان داد که بین این مؤلفه با شکایات جسمی (اسدالهی، نشاط‌دوست، کلانتری، مهرابی‌حسیندلی، و دقاق‌زاده، ۱۳۹۳)، اضطراب (آتن و شنک، ۲۰۰۷)، افسردگی (قلعه‌قاسمی، رضایی، کریمیان و ابراهیمی، ۲۰۱۱) و استرس (تاجری و بحیرایی، ۲۰۰۸) ارتباط منفی مشاهده شده است.

یکی از شاخص‌های پیشرفت بهداشت روانی و جسمانی یک جامعه، کیفیت زندگی افراد بوده و در برگزیده‌ی مهم‌ترین عواملی است که شرایط زندگی در جامعه و رفاه شخصی افراد را تعیین می‌کند. مفهوم کیفیت زندگی به تأمین سلامتی و شادکامی افراد و بهره‌مندی آنها از یک زندگی سالم اشاره دارد (لو، ۲۰۰۵).

کارشناسان سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را مفهومی مشتمل بر ابعاد سلامت فیزیکی، وضعیت روانی، ارتباطات اجتماعی و شرایط محیطی می‌دانند. همچنین آنها عقیده دارند که این نظام ادراکی و باوری بر وضعیت جسمانی، روانی، میزان استقلال، روابط اجتماعی و اعتقادات او تأثیر می‌گذارد (لیسی و لیسی، ۲۰۰۱). کیفیت زندگی در سالمندان ارتباط تنگاتنگی با سلامت عمومی سالمندان دارد، به طوری که آن را پیش‌بینی کننده‌ی بهزیستی روانی و زمینه‌ساز کسب مهارت‌های زندگی می‌دانند (لی، کو و لی، ۲۰۰۶).

سازگاری راهبردهای اداره کردن موقعیت‌های استرس‌زای زندگی، اعم از تهدیدات واقعی و غیر واقعی را شامل می‌شود. هر گاه تعادل جسمی و روانی فرد به گونه‌ای دچار اختلال شود که احساس پریشانی به وی دست دهد، برای ایجاد توازن نیازمند بکارگیری نیروهای درونی و حمایت خارجی است. در این صورت اگر در

آنان و کمبود خدمات ویژه‌ی سالمندان، توجه به معنویت و ایمان، برای مقابله با این شرایط، ضروری به نظر می‌رسد. مشکلات عاطفی و روانی سالمندان، بر سازگاری آنان مؤثر می‌باشد. امروزه مدل زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی^۱ در درمان اختلالات روان‌شناختی به کار گرفته می‌شود. این مدل در پی کشف نقش عقاید معنوی و دینی در فرایند ارزیابی، ایجاد امید، خوش‌بینی، خودکارآمدی و توانایی برای تحمل و پذیرش بیماری و درد می‌باشد (آرگیل، ۲۰۰۱). بنابراین لازم است در درمان اختلالات روانی به هر چهار بعد توجه شود؛ زیرا انسان یک واحد است و هنگامی سلامت روانی وی تحقق می‌یابد که وحدت و انسجام این سیستم حفظ و اجزای آن با یکدیگر هماهنگ عمل کنند (اندریوز و ویتی، ۱۹۷۶). اهمیت پرداختن به معنویت از آنجا ناشی می‌شود که نیازها و گرایش‌های معنوی از اجتناب ناپذیرترین و متعالی‌ترین نیازهای انسان محسوب می‌شوند (کمپل، ۱۹۸۱). مذهب و معنویت بر سلامت جسمی و روانی مؤثر می‌باشند (ریف و کیز، ۱۹۹۵). بیماران مبتلا به درد مزمن گزارش می‌کنند که بکارگیری منابع معنوی یا مذهبی به آن‌ها در مقابله با درد کمک می‌کند. افرادی که از سلامت معنوی برخوردار هستند روابط آن‌ها در چهار بعد شخصی (در ارتباط با معنا، هدف، ارزش‌های زندگی و خودآگاهی)، اجتماعی (روابط با دیگران)، محیطی (ارتباط با محیط و طبیعت) و تعالی (ارتباط با نیروی برتر) متعادل می‌باشد و بنابراین این فرض مطرح است که در اثر ایجاد روابط مثبت در هر حیطه، سلامت معنوی ارتقا می‌یابد (دیرندونک، ۲۰۰۴).

نتایج مطالعه در مورد آموزه‌های دینی نشان داده است که افراد واجد این ویژگی، شیوه‌ی زندگی سالم‌تری دارند، امیدوارتر هستند و از ثبات روانی و رضایت از زندگی بیشتری برخوردارند (راجیکوپال، مکنزی، بیلی و لایوزو-موری، ۲۰۰۲). بعلاوه اعمال معنوی برای افراد معنی و حمایت عاطفی در برابر مشکلات فراهم می‌کند (بندورا، ۲۰۰۸) به طوری که برخی از اعمال معنوی یا مقابله‌ی مذهبی-معنوی به عنوان یک مکانیزم ضربه‌گیر در برابر عوامل خطرزای مربوط به بیماری‌های روان‌شناختی نظیر اضطراب و افسردگی استفاده می‌کنند (گالاتر و سیگل، ۲۰۰۹). همچنین مطالعات متعدد در زمینه‌ی آموزه‌های

^۱ Bio psychosocial-Spiritual

بین سالمندان می‌باشد و هدف از پژوهش حاضر، تعیین میزان اثربخشی معنویت‌درمانی بر کیفیت زندگی و سازگاری در سالمندان است فرضیه‌های پژوهش عبارت از (۱) معنویت‌درمانی با تأکید بر آموزه‌های دین مبین اسلام بر کیفیت زندگی سالمندان اثربخش است و (۲) معنویت‌درمانی با تأکید بر آموزه‌های دین مبین اسلام بر سازگاری سالمندان اثربخش است می‌باشند.

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

این پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل کلیه‌ی سالمندان مرد ساکن مراکز سالمندان شهر اهواز در سال ۹۵ بود. از میان مراکز اهواز، به صورت تصادفی یک مرکز انتخاب شد و در این مرکز، ۳۰ سالمند به صورت در دسترس بر اساس معیارهای ورود به مطالعه به عنوان نمونه انتخاب شدند. سپس شرکت‌کنندگان به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. جلسه آموزشی برای گروه گواه اجرا شد و در نهایت پس‌آزمون از هر دو گروه گرفته شد. معیارهای ورود به درمان عبارت از (۱) عدم مصرف داروهای اعصاب و روان، (۲) عدم شرکت همزمان در برنامه‌ی درمانی دیگر و (۳) کسب نمره‌ی برابر یا پایین‌تر از نقطه‌ی برش در پرسش‌نامه‌های کیفیت زندگی (۹۰) و سازگاری (۲۵) بودند. افراد دارای شرایط فوق و مایل به همکاری با کسب رضایتمانه کتبی وارد پژوهش شدند. ملاک‌های خروج، عدم تمایل به ادامه‌ی درمان و عدم مشارکت و همکاری در فرایند اجرای درمان و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمان بود.

در پژوهش حاضر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه مورد مطالعه به این صورت بود که جنس کلیه‌ی سالمندان، مرد بود؛ تحصیلات آنها به این صورت بود که ۴ نفر بیسواد، ۲۲ نفر در حد خواندن و نوشتن و ۶ نفر اتمام دوره ابتدایی بود. توزیع سنی آنها به این صورت بود که ۱۱ نفر ۶۵-۶۰ سال، ۱۳ نفر ۷۰-۶۶ سال، ۶ نفر ۷۵-۷۱ سال، و ۱ نفر ۸۰-۷۶ سال بودند. تمامی شرکت‌کنندگان ساکن سرای سالمندان بودند و کلیه آنها غیر شاغل بودند.

بکارگیری ساز و کارهای جدید موفق شود و مسأله را به نفع خود حل کند، فرآیند سازگاری ایجاد شده است. ابعاد سازگاری شامل سازگاری اجتماعی، عاطفی و جسمانی و اخلاقی است که در رأس همه، سازگاری اجتماعی قرار دارد. به طوری که این سازگاری پیش‌درآمد رسیدن به سازگاری عاطفی و اخلاقی تلقی می‌شود (مظاهری، باغبان و فاتحی‌زاده، ۱۳۸۵).

پژوهش‌های متعددی از رابطه بین معنویت و شاخص‌های سلامت‌روان و همچنین تأثیر برنامه‌های مداخله‌ای مبتنی بر معنویت و مذهب بر ابعاد مختلف سلامت روانی و هیجانی حمایت نموده‌اند. برای مثال نتایج پژوهش تالیافرو، رینوز، پیگ، میلر و داود (۲۰۰۹) نشان داد که افراد با روحیه معنوی بالا به ندرت دچار ناامیدی و احساس ضعف می‌شوند. نتایج پژوهش اژدری‌فرد، پری، قاضی و نورانی‌پور (۱۳۸۹)، با عنوان تأثیر آموزش عرفان و معنویت بر سلامت‌روان نشان داد که این روش باعث افزایش سلامت‌روان و بهبود عملکرد جسمانی و عملکرد اجتماعی و کاهش اضطراب و افسردگی در افراد شده است. نتایج پژوهش اسدالهی و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد که معنویت‌درمانی می‌تواند به عنوان یک رویکرد درمانی مؤثر جهت کاهش فراوانی علائم جسمی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مورد استفاده قرار گیرد. زارع بهرام آبادی و نظری (۱۳۹۳) نشان دادند که بین هوش معنوی با سازگاری اجتماعی سالمندان رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد. هرشچ (۲۰۰۳) با مطالعه بر روی ۲۱۴ نفر از سالمندان دانشگاه میشیگان نشان داد که بین هوش معنوی و سازگاری اجتماعی رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد. نتیجه‌ی کلی پژوهش سلیمی (۱۳۹۲) حاکی از این بود که بین هوش معنوی با سازگاری در سالمندان، رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد.

با توجه به اهمیت سازه‌ی کیفیت زندگی در ارتقای سلامت روانی افراد و اینکه برای تعیین نیازهای حیطة سلامت و ارتقای سطح سلامتی افراد، باید کیفیت زندگی و سازگاری را در تمام ابعاد مورد بررسی قرار داد و همچنین با توجه به دوران پرفشار و آسیب‌پذیر سالمندی و اینکه پژوهش‌های اندکی در زمینه‌ی عوامل کیفیت زندگی و سازگاری شخصی و فردی مؤثر در سالمندان در کشور صورت گرفته است، پژوهش حاضر به دنبال بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی بر کیفیت زندگی و سازگاری در

ابزار

است که دارای ۳۲ پرسش می‌باشد (دلاور، ۱۳۷۵). شیوه نمره‌گذاری آزمون به این صورت است که شرکت‌کنندگان به صورت «بلی» و «خیر» به سؤالات پاسخ می‌دهند و برای هر سؤال اگر «بلی» پاسخ داده شود نمره یک و اگر «خیر» پاسخ داده شود نمره صفر در نظر گرفته می‌شود. به این ترتیب دامنه نمرات هر خرده مقیاس بین صفر تا ۳۲ است. هر چه افراد نمره کمتری در آزمون سازگاری بل کسب کنند، سازگاری بیشتری دارند و بالعکس. قاسمی (۱۳۸۷) این آزمون را در ایران هنجاریابی کرده است. ضریب اعتبار این پرسش‌نامه با استفاده از شیوه بازآزمایی ۰/۹۷ گزارش شده است. پایایی پرسش‌نامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۹۴ بود. در پژوهش حاضر، پایایی این پرسش‌نامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد.

پروتکل درمانی. پروتکل درمانی آموزه‌های مبتنی بر ارزش‌شناسی اسلامی برگرفته از پروتکل طراحی شده رضاپور میرصالح (۱۳۹۲) است که با توجه به متغیرهای پژوهش حاضر، بازنویسی گردیده است. در جدول ۱ دستورالعمل‌های مربوط به هر جلسه بیان شده است.

پرسش‌نامه کیفیت زندگی بهداشت جهانی. سازمان

بهداشت جهانی به منظور وجود انسجام در پژوهش‌ها و سنجش کیفیت زندگی، گروهی را برای ساخت این پرسش‌نامه مأمور کرد. حاصل کار این گروه پرسش‌نامه کیفیت زندگی ۱۰۰ سؤالی بود. چند سال بعد برای استفاده آسان‌تر از آن فرم کوتاهی نیز تهیه شد. پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی ۲۶ سؤالی، کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. این پرسش‌نامه به طور کلی وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این پرسش‌نامه در بیش از ۴۰ کشور جهان ترجمه شده است و مورد اعتبار سنجی قرار گرفته است. در ایران توسط نجات، منتظری، هلاکویی نایینی کوروش و مجدزاده (۱۳۸۵) ترجمه و اعتبارسنجی شده و مورد استفاده قرار گرفته است. آنها ضرایب پایایی این پرسش‌نامه از طریق روش آلفای کرونباخ و تصنیف به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۳ به دست آوردند. در پژوهش حاضر، پایایی این پرسش‌نامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمد.

پرسش‌نامه سازگاری. برای سنجش سازگاری از پرسش‌نامه سازگاری بزرگسال بل (۱۳۶۱) استفاده شده

جدول ۱

پروتکل درمان آموزه‌های مبتنی بر ارزش‌شناسی اسلامی

جلسه اول (ارزش‌شناسی اسلامی): معارفه‌ی اعضای گروه و بیان قوانین گروهی؛ تعریف و ارائه توضیحاتی درباره‌ی تعارض‌ها و رضایت زندگی؛ آشنایی با مفهوم ارزش‌شناسی و نقش آن در شکل‌گیری باورها و رفتارها؛ بررسی نقش دین در ارزش‌شناسی افراد و تعریف مفهوم ارزش‌شناسی اسلامی؛ بحث و نتیجه‌گیری از جلسه و ارائه‌ی تکلیف برای شناسایی نوع ارزش‌شناسی خود

جلسه دوم (خودشناسی به عنوان یک ارزش اسلامی): ارائه‌ی گزارش از تکلیف جلسه‌ی قبل و دادن بازخورد؛ بحث درباره‌ی خود به عنوان یک ارزش اسلامی که از طرف خداوند تعیین شده است؛ بررسی دلایل و اهمیت خودشناسی؛ بررسی اهداف خودشناسی در اسلام و پیامدهای ارزشی آن؛ بحث پیرامون احادیث و روایات درباره‌ی خودشناسی و نقش آن در حفظ ارزش‌ها، نتیجه‌گیری از جلسه و ارائه‌ی تکلیف در جهت شناسایی خودشناسی

جلسه سوم (نظام ارزش‌شناسی دینی در ارتباط با دیگران): ارائه گزارش از تکلیف جلسه‌ی قبل و دادن بازخورد؛ بحث درباره‌ی در نظر گرفتن ارتباط مناسب با اطرافیان به عنوان یک ارزش دینی و توجه به حضور و رضایت خداوند در هنگام ارتباط با اطرافیان؛ بررسی ارزش دینی صداقت و راستگویی در برخورد با اطرافیان و پیامدهای آن در زندگی؛ درباره‌ی خوش خلقی و احترام به اطرافیان به عنوان یک ارزش توصیه شده دینی و دلایل و پیامدهای ارزشی بودن این موضوع؛ مروری بر آیات و روایات درباره‌ی ارتباط با اطرافیان؛ نتیجه‌گیری از جلسه و ارائه‌ی تکلیف در جهت مشخص کردن ارزش‌های دینی درباره‌ی ارتباط با اطرافیان

جلسه چهارم: بخشش و گذشت به عنوان یک ارزش دینی، ارائه‌ی گزارش از تکلیف جلسه‌ی قبل و دادن بازخورد؛ مروری بر ارزش‌گذاری بر بخشش و گذشت و نکوهش خشم و انتقام در آموزه‌های دینی، بررسی نقش گذشت در فروکش کردن تعارضات زندگی و حل آنها؛ بررسی عوامل مؤثر بر بخشش و نقش آموزه‌های دینی بر بخشودگی و گذشت؛ مروری بر آیات و احادیث درباره فرو بردن خشم؛ نتیجه‌گیری از جلسه و ارائه‌ی تکلیف برای تمرین بخشودگی مذهبی در هنگام مواجهه با تعارضات زندگی

جلسه پنجم (وفاداری به اطرافیان و اصول ارتباط با نامحرم): ارائه گزارش از تکلیف جلسه‌ی قبل و دادن بازخورد؛ بحث درباره‌ی

ارزش‌های دینی در برخورد با نام حرم و نقش آن در ارتباط با اطرافیان؛ بررسی نقش حجاب و عفاف در امنیت زندگی، بحث درباره‌ی تعهد و وفاداری به زناشویی به عنوان یک ارزش دینی؛ بررسی تأثیر حجب و حیا و ارزش‌های دینی در ارتباط با نامحرم در اعتماد زن و شوهر به یکدیگر و افزایش صمیمیت؛ مروری بر آیات و احادیث درباره‌ی وفاداری، حجاب، حیا و برخورد با نامحرم؛ نتیجه‌گیری از جلسه و ارائه تکلیف برای مشخص کردن و رعایت اصول دینی در برخورد با نامحرم

جلسه‌ی ششم (ارزش‌های دینی در تعامل با خانواده و تربیت فرزندان): ارائه‌ی گزارش از تکلیف جلسه‌ی قبل و دادن بازخورد؛ تأکید بر اهمیت تربیت دینی فرزندان و نقش آن در زندگی آنها؛ بحث درباره‌ی ارزش‌های دینی توصیه شده در تعامل با اعضای خانواده؛ مروری بر ارزش‌های دینی درباره‌ی رعایت کردن مرزهای خانوادگی و پیروی از نظام سلسله‌مراتبی ساختار خانواده؛ هماهنگی والدین در تربیت و انضباط دینی فرزندان؛ مروری بر احادیث و روایات درباره‌ی نحوه‌ی تعامل پدر و مادر با یکدیگر و فرزندان و تربیت دینی آنان؛ نتیجه‌گیری از جلسه و ارائه‌ی تکلیف برای مشخص کردن و رعایت اصول دینی در تعامل با خانواده و فرزندان

جلسه‌ی هفتم (ارزش‌گذاری بر وظایف زندگی به عنوان نوعی عبادت): ارائه‌ی گزارش از تکلیف جلسه‌ی قبل و دادن بازخورد؛ تأکید بر نقش خانواده مذهبی در رشد صحیح جامعه‌ی؛ تأکید بر تلاش‌ها و ارزش‌های مبتنی بر حفظ و رشد خانواده مذهبی به عنوان نوعی جهاد و عبادت در راه خداوند؛ بحث درباره‌ی ارزش انجام وظایف زندگی و رضایت اطرافیان به عنوان ارزشی به مثابه‌ی عبادت با خداوند؛ مروری بر احادیث در این زمینه؛ نتیجه‌گیری از جلسه و ارائه‌ی تکلیف برای ارزش‌گذاری به وظایف زندگی به عنوان شیوه‌ای برای عبادت و نزدیک شدن به خداوند

جلسه‌ی هشتم (ارزش‌گذاری به ارتباط با خویشاوندان): ارائه‌ی گزارش از تکلیف جلسه‌ی قبل و دادن بازخورد؛ بحث درباره‌ی صله‌ی رحم، ارتباط و احترام به دیگران به عنوان ارزش‌های توصیه شده‌ی دینی؛ بررسی نقش ارتباط و احترام با خویشاوندان و اطرافیان در رضایت اطرافیان و صمیمیت در زندگی؛ مروری بر احادیث و روایات درباره‌ی صله‌ی رحم و ارتباط و احترام به دیگران؛ نتیجه‌گیری از جلسه و ارائه‌ی تکلیف برای مشخص کردن و عمل به ارزش‌های دینی در ارتباط با والدین و خویشاوندان

جلسه‌ی نهم (نظام ارزش‌های دینی): ارائه‌ی گزارش از تکلیف جلسه‌ی قبل و دادن بازخورد؛ بحث درباره‌ی ارتباط بین پای‌بندی به ارزش‌شناسی دینی در زندگی و مقدس شدن ازدواج و بهره‌گیری از الطاف الهی در زندگی؛ بررسی ارتباط نظام ارزش‌شناسی دینی با تعهدات افراد به جنبه‌های مختلف زندگی زناشویی‌شان؛ تأکید بر ارزش‌شناسی افراد متعهد و تعهدشناسی افراد ارزشی؛ نتیجه‌گیری از جلسه و ارائه‌ی تکلیف برای مشخص کردن پیامدهای زناشویی ناشی از ارزش‌شناسی مذهبی

جلسه‌ی دهم (نتیجه‌گیری و پایان گروه‌درمانی): ارائه‌ی گزارش از تکلیف جلسه‌ی قبل و دادن بازخورد؛ جمع‌بندی و نتیجه‌گیری از مباحث مطرح شده در کل جلسات؛ مرور کلی بر نقش نظام ارزش‌شناسی اسلامی در زندگی و مقایسه‌ی آن با کم اهمیت شدن ارزش‌شناسی دینی در جوامع غربی و تزلزل پایه‌های زندگی به عنوان پیامدهای آن؛ پاسخدهی به سؤالات باقیمانده اعضا؛ مرور قوانین پایان گروه

روش اجرا

پس از تعیین یکی از مراکز سالمندان به صورت در دسترس و هماهنگی‌های لازم، ابتدا پرسش‌نامه‌های کیفیت زندگی و سازگاری توسط کلیه‌ی سالمندان تکمیل گردید (سالمندانی که قادر به خواندن و نوشتن نبودند به کمک آزمون‌گر و به صورت انفرادی مورد آزمون قرار گرفتند) و از بین سالمندانی که نمره‌ی برابر یا پایین‌تر از نقطه‌ی برش در پرسش‌نامه‌های کیفیت زندگی (۹۰) و نمره برابر یا بالاتر از نقطه برش در سازگاری (۲۵) کسب کرده بودند ۳۰ نفر به طور تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین گردیدند. سپس گروه آزمایش ۱۰ جلسه‌ی نیم ساعته تحت مداخله معنویت‌درمانی قرار گرفتند. در حالی که افراد گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. در پایان مداخله هر دو

گروه به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند. به منظور رعایت اصول اخلاقی به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آنها به صورت کاملاً محرمانه باقی خواهد بود و آنان اختیار کامل دارند در پژوهش شرکت نکنند یا در هر مرحله که بخواهند از ادامه‌ی پژوهش انصراف دهند. پروتکل درمان توسط کارشناس ارشد روان‌شناسی که در زمینه‌ی معنویت‌درمانی دوره‌های آموزشی را گذرانده بود اجرا شد. اطلاعات حاصل از پرسش‌نامه‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و روش آماری تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی دو گروه کنترل و آزمایش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲

اطلاعات توصیفی مربوط به بهزیستی روان‌شناختی و احساس تنهایی دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه کنترل		گروه آزمایش		متغیرها
پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	
میانگین (انحراف معیار)		میانگین (انحراف معیار)		
(۷/۶۹)۱۰۳/۶۰	(۷/۷۵)۱۰۴/۴۰	(۶/۹۶)۱۲۲/۹۰	(۸/۳۳)۱۰۳/۱۰	کیفیت زندگی
(۵/۵۶)۲۴/۸۲	(۷/۵۱)۲۳/۸۹	(۵/۱۲)۱۶/۶۷	(۷/۹۷)۲۴/۹۱	سازگاری

آزمون همگونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل پیش‌آزمون کیفیت زندگی و متغیر مستقل (روش مداخله) در مرحله پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفت. تعامل این پیش‌آزمون‌ها با متغیر مستقل معنادار نبوده و حاکی از همگونی ضرایب رگرسیون می‌باشد [پس‌آزمون $Wilkes\ \lambda=۰/۲۹$ و $F=۱/۱۷$ $P=۰/۷۳>۰/۰۵$ همانطور که مشاهده می‌شود آماره‌های چند متغیری مربوطه یعنی لامبدا و بیلکس معنی‌دار نمی‌باشند ($P>۰/۰۵$). بنابراین مفروضه همگنی ضرایب رگرسیون برقرار می‌باشد و نیز آزمون همگونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل پیش‌آزمون سازگاری و متغیر مستقل (روش مداخله) در مرحله‌ی پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفت نتایج همگنی نشان داد که F محاسبه شده ($F=۱/۲۵$ ، $P=۰/۳۲>۰/۰۵$) برای تعامل گروه و پیش‌آزمون در سطح $۰/۰۵$ معنی‌دار نمی‌باشد، بنابراین داده‌ها از فرضیه‌ی همگنی شیب‌های رگرسیون پشتیبانی می‌کنند و این فرضیه پذیرفته می‌شود. برای تعیین توزیع جامعه (نرمال بودن داده‌ها) از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد، در آزمون انجام شده سطح $P>۰/۰۵$ بود که نشان‌دهنده‌ی نرمال بودن توزیع جامعه است. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چند متغیری، استفاده از این آزمون مجاز خواهد بود.

به منظور پی بردن به این تفاوت تحلیل کوواریانس صورت گرفت. با توجه به اندازه اثر محاسبه شده، ۸۴ درصد از کل واریانس‌های گروه نیمه‌آزمایشی و گواه ناشی از اثر متغیر مستقل است. همچنین توان آماری آزمون برابر با ۱ است، که دلالت بر کفایت حجم نمونه دارد. بنابراین در یکی از حیطه‌ها بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد اما برای تشخیص اینکه در کدام حیطه‌ها تفاوت معنادار است، از آزمون تحلیل کوواریانس

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین پیش‌آزمون نمره کیفیت زندگی گروه آزمایش $۱۰۳/۱۰$ و گروه کنترل $۱۰۴/۴۰$ و در پس‌آزمون میانگین نمره گروه آزمایش و گروه کنترل به ترتیب $۱۲۲/۹۰$ و $۱۰۳/۶۰$ می‌باشد. میانگین پیش‌آزمون نمره سازگاری گروه آزمایش $۲۴/۹۱$ و گروه کنترل $۲۳/۸۹$ و در پس‌آزمون میانگین نمره گروه آزمایش و گروه کنترل به ترتیب $۱۶/۶۷$ و $۲۴/۸۲$ می‌باشد. همان‌طور که مشاهده می‌شود تفاوت گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل قابل ملاحظه است.

برای تحلیل داده‌ها و به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون و پس‌آزمون از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. یکی از مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری، بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس می‌باشد بنابراین از آزمون باکس استفاده گردید [برای پیش‌آزمون ($F=۱۹/۰۸$ ، $P=۰/۷۳>۰/۰۵$) $Box's\ M=۱۹/۲۲$ و برای پس‌آزمون ($F=۰/۸۹$ ، $P=۰/۸۹>۰/۰۵$) $M=۱۹/۲۲$ $Box's\ M=۱۹/۲۲$ محاسبه شد]. میزان معناداری آزمون باکس از $۰/۰۵$ بیشتر است بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که در ماتریس‌های واریانس-کوواریانس، همگنی رد نشد.

برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس‌آزمون، از آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد هیچ یک از متغیرهای مورد بررسی از لحاظ آماری معنی‌دار نبود [استقلال؛ $F(۱,۲۸)=۰/۴۰$ $P=۰/۴۰>۰/۰۵$ ؛ کیفیت زندگی؛ $F(۱,۲۸)=۰/۹۴$ $P=۰/۴۸>۰/۰۵$ ؛ سازگاری؛ $F(۱,۲۸)=۱/۱۲$ و $P=۰/۳۳>۰/۰۵$ بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها نیز رد نشد.

مفروضه مهم دیگر تحلیل کوواریانس چند متغیری، همگونی ضرایب رگرسیون است. لازم به ذکر است که

چند متغیری در متن مانکوا استفاده شد که نتایج در جدول

۳ آمده است.

جدول ۳

تحلیل کوواریانس چند متغیری میانگین نمرات پس‌آزمون کیفیت‌زندگی و سازگاری در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	میانگین مجزورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
کیفیت‌زندگی	۶۳۵۸/۸۵	۱	۱۹/۶۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۰	۰/۹۹
سازگاری	۴۳۲۱/۳۸	۱	۳۳/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۴۳	۰/۹۹

با توجه به مندرجات جدول ۴ مقدار F برای کیفیت‌زندگی ۱۹/۶۳ به دست آمد که در سطح $(P < 0/001)$ و برای سازگاری ۳۳/۲۱ که در سطح $(P < 0/001)$ معنادار است و با توجه به اندازه اثر محاسبه شده ۴۰ درصد تغییر در کیفیت‌زندگی و ۴۳ درصد تغییر در سازگاری ناشی از تأثیر متغیر مستقل (آموزش معنویت‌درمانی مبتنی بر اسلام) بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، تعیین میزان تأثیر آموزش معنویت‌درمانی مبتنی بر اسلام بر کیفیت‌زندگی و سازگاری سالمندان بود. طبق یافته‌های حاصل از این پژوهش مشخص شد که با کنترل پیش‌آزمون بین سالمندان گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ کیفیت‌زندگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، فرضیه اول پژوهش یعنی آموزش معنویت‌درمانی مبتنی بر اسلام بر کیفیت‌زندگی سالمندان اثربخش است، تأیید شد. این یافته با نتایج پژوهش‌های مشابه (اونترینر، لادنهوف، معاضدی، والنز-لیمن و فینک، ۲۰۱۰؛ سولان، ۲۰۰۵؛ خالقیپور، مسجدی و احمدی، ۱۳۹۵؛ مرعشی، نامی، بشلیده و غباری بناب، ۱۳۹۰) همخوان بود.

در تبیین فرضیه اول می‌توان گفت، امور معنوی برای سالمندان نوعی منبع حمایتی فراهم می‌کند (آتن و شانک، ۲۰۰۷) که می‌تواند به سالمندان در مقابله با عوامل چالش‌انگیز زندگی کمک نماید (قلعه‌قاسمی و همکاران، ۲۰۱۱). بنابراین سالمندانی که باورهای مذهبی قوی‌تری دارند، با تأکید به منبع حمایتی خود، در حل مشکلات زندگی، خود را توان‌تر می‌پندارند، زود تسلیم نمی‌شوند و استقامت بهتری خواهند داشت و همین امر در کیفیت و رضایت‌زندگی آنان مؤثر است (صادقی، لاداری و حق‌شناس، ۲۰۱۰). معنویت نوعی مراقبه و استعالی وجود، ایجاد

می‌کند و موجب خود شکوفایی می‌شود. آموزش معنویت موجب می‌شود تحمل پریشانی و تاب‌آوری بیشتر شود، تجربه‌های معنوی و مهارت‌های مقابله‌ای مثبت و کیفیت‌زندگی مرتبط با سلامت افزایش یافته، هیجان مثبت تقویت شده بر خلق، تأثیر مثبت بگذارد. مذهب و معنویت در کمک به پیشگیری، تسریع بهبودی و پرورش شکیبایی و آرامش، در مواجهه با بیماری‌های روان‌پزشکی از جمله افسردگی مؤثر بوده است (کایسا، سیرپا و ایرما، ۲۰۱۶). نتایج پژوهش راجاگوپال و همکاران (۲۰۰۲) نشان داد که مداخله بر پایه‌ی معنویت و عبادت کردن باعث کاهش اضطراب و افسردگی در سالمندان شده و استفاده از اینگونه مداخله‌ها بهزیستی روان‌شناختی را در میان سالمندان ارتقا می‌بخشد. عقاید دینی و معنوی با فراهم کردن یک نیروی یکپارچه کننده با جنبه‌های جسمانی و روانی افراد، به آنها کمک می‌کند که از نظر معنوی سالم باشند و در محدوده این سلامتی احساس زنده بودن، هدفمندی و رضایت داشته باشند. همچنین در این پژوهش، معنویت‌درمانی بر اساس دین اسلام با آموزش و تأکید بر روش‌های حمایت از دیگران، همدلی کردن، دوست داشتن دیگران، خود مراقبتی جسمانی، روانی، اجتماعی جهت رسیدن به خود معنوی و تأکید بر نوع دوستی، انجام کارهای معنوی به صورت گروهی، برگزاری نماز جماعت، شکرگزاری موجب افزایش کیفیت‌زندگی در سالمندان شد. همچنین از نتایج دیگر این پژوهش این بود که با کنترل پیش‌آزمون بین سالمندان گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ سازگاری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، فرضیه دوم پژوهش یعنی آموزش معنویت‌درمانی مبتنی بر اسلام در سازگاری سالمندان اثربخش است، تأیید شد. این یافته با نتایج پژوهش‌های (رینولدز، مراگ و گویون، ۲۰۱۳؛ ماتینز، اسمیت و بارلو،

رایج است، در اسلام نیز این اعتقاد وجود دارد که معنویت، ذکر اسماء الهی و آیات قرآنی، قلوب را آرامش می‌بخشد. بنابراین پیشنهاد می‌شود برنامه‌ریزی‌های لازم برای آموزش معنویت بر مبنای آموزه‌های دین مبین اسلام، برای تقویت معنویت و نگرش مذهبی در سالمندان و همچنین ترغیب و توجیه آنها به انجام دادن اعمال مرتبط با آن صورت گیرد، چرا که می‌تواند کیفیت زندگی را در آنها افزایش دهد. همچنین تقویت باورهای معنوی و مذهبی در سالمندان، موجب انسجام و یکپارچگی در ابعاد زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی سالمندان می‌شود و باعث افزایش سازگاری و سلامت روانی-اجتماعی در آنان خواهد شد.

سپاس‌گزاری

از تمام افرادی که ما را در این پژوهش یاری دادند و زمان ارزشمند خود را در اختیار ما گذاشتند سپاس‌گزاری می‌شود.

منابع

ازدردی فرد، پ. پ. س.، قاضی، ق.، و نورانی پور، ر. ا. (۱۳۸۹). بررسی تأثیر آموزش عرفان و معنویت بر سلامت روان دانش‌آموزان. فصلنامه اندیشه‌های تازه در علوم تربیتی، ۵(۲)، ۱۲۷-۱۰۶.

اسدالهی، ف.، نشاط دوست، ح. ط.، کلانتری، م.، مهرابی حسیندلی، ا. ح.، و دقاق‌زاده، حامد. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر علائم جسمی بیماران زن مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر. مجله پژوهش‌ها علوم رفتاری، ۱۲(۲)، ۳۲۷-۳۱۷.

زارع بهرام آبادی، م.، و نظری، ط. (۱۳۹۳). رابطه هوش معنوی با سازگاری اجتماعی سالمندان. مطالعات روانشناسی بالینی، ۱۸(۵)، ۹۸-۸۳.

جدیدی، ع.، فراهانی‌نیا، م.، جان محمدی، س.، و حقانی، ح. (۱۳۹۰). بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی سالمندان مقیم آسایشگاه کهریزک. نشریه پرستاری ایران، ۲۴(۷۲)، ۵۶-۴۸.

حجتی، ح.، مطلق، م.، نوری، ف.، شریف‌نیا، ح.، محمدنژاد، ا.، و حیدری، ب. (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین خواندن نماز و بهزیستی روان‌شناختی در بیماران دیالیزی مراجعه‌کننده به بیمارستان امام رضا(ع) در آمل. مجله مراقبت‌های پرستاری، ۲(۴)، ۱۵۲-۱۴۹.

خالقی‌پور، م.، مسجدی، م. ش.، و احمدی، ز. (۱۳۹۵). اثربخشی معنویت‌درمانی اسلامی بر سبک زندگی و ملکول‌های سفید خون محیطی سالمندان افسرده. فصلنامه

۲۰۰۷؛ تون-بویل، استیگال، کشتگار و نیومن، ۲۰۰۶؛ حجتی و همکاران، ۱۳۸۸) همسو است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که در معنویت‌درمانی به متعالی شدن افراد کمک می‌شود و این بعد متعالی آنان را به سوی خداوند رهبری می‌کند (غباری بناب، ۱۳۸۸). بنابراین درمان معنوی و دینی افراد، بر سلامت جسمی و روانی آنان تأثیر مثبت و قاطع دارد (میلر، ۲۰۰۳). سالمندانی که آموزش‌های معنوی دریافت می‌کنند، با مشکلات نیز سریع‌تر سازگار شده، در آنها منابع روانی و عاطفی همچون توانمندی، تحمل رنج و سازگاری با استرس ارتقا می‌یابد (کوئینگ، ۲۰۱۲). سالمندانی که تحت تأثیر معنویت قرار می‌گیرند، سبک زندگی آنها رنگ و بوی معنوی و مذهبی می‌گیرد. بنابراین تقویت معنویت و تجربه باورهای معنوی قوی عاملی در ارتقای سازگاری در سالمندان است (دشمنگیر، تقدیسی، دشمن‌گیر و دهداری، ۱۳۹۱). راه‌های شناخت و رسیدن به خدا و تأثیر آن در زندگی، تأکید بر ارتباط نزدیک‌تر با خدا و سپردن کامل خود به نیروی مافوق، باعث می‌شود که در سالمندان، وجود خدا در زندگی آنها پررنگ‌تر احساس شود و در آنها نوعی احساس امنیت بوجود آورد و با تکیه بر نیروی خدا، سازگاری آنها ارتقا یابد. در واقع، معنویت با هدف قرار دادن باورهای فرد، ارزیابی‌های شناختی مهم را در فرایند مقابله تحت تأثیر قرار می‌دهد و به فرد کمک می‌کند تا وقایع منفی را به شیوه متفاوتی ارزیابی نموده و حس قوی‌تری از کنترل ایجاد نماید و باعث رضایت از زندگی گردد (لاسچس و کوئینگ، ۲۰۱۳).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که پروتکل مداخله‌ای ارائه‌شده برای سالمندان، بر مبنای منابع محدود کتابخانه‌ای طراحی شده بود. با توجه به این محدودیت، پیشنهاد می‌شود مطالعات تجربی بیشتری برای شناسایی پروتکل‌های ارزش‌شناسی مذهبی برای سالمندان طراحی گردد. جامعه‌ی پژوهش حاضر فقط به سالمندان شهر اهواز محدود می‌شد، بنابراین تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر، آموزش معنویت‌درمانی با تأکید بر آموزه‌های دین مبین اسلام بر ارتقای کیفیت زندگی و سازگاری سالمندان مؤثر است. همچنان که در تمامی مذاهب، توسل به خدا با دعاها و آیات مخصوص

- علمی پژوهشی پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۱۰(۳)، ۶۹-۸۶.
- دشمن‌گیر، پ.، تقدیسی، م.، دشمن‌گیر، ل.، و دهداری، ل. (۱۳۹۱). عوامل مؤثر بر سبک زندگی از نظر سالمندان: یک مطالعه کیفی. *مجله سالمندی*، ۲(۲)، ۸۳-۷۲.
- دلاور، ع. (۱۳۷۵). ساخت و هنجاریابی مقیاس سازگاری بل. تهران: انتشارات دانشگاه علامه طباطبایی.
- رضاپورمیرصالح، ی. (۱۳۹۲). *ارائه الگوی مفهومی سازگاری زناشویی مبتنی بر تبیین ابعاد هستی‌شناسی و ارزش‌شناسی در گفتگوهای تعاملی و درون شخصی زوجها متقاضی طلاق و زوجها برخوردار از سازگاری زناشویی و ارزیابی اثربخشی آن* (پایان نامه دکتری چاپ نشده). دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.
- روحانی، ا.، و مناوی‌پور، د. (۱۳۸۸). رابطه بین باورهای مذهبی با شادکامی و رضایت زناشویی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی مبارکه. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی*، ۳(۲)، ۱۸۹-۲۰۶.
- سلیمی، ب. (۱۳۹۲). بررسی اثر بخشی آموزش سازگاری اجتماعی بر سازگاری فردی اجتماعی سالمندان شهر اراک (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه علوم و پژوهش‌ها تهران جنوب، تهران.
- صادقی، م.، لاداری، ر. ب.، و حق‌شناس، م. (۱۳۸۹). مطالعه اسنادهای مذهبی و سلامت ذهنی در دانشجویان دانشکده علوم پزشکی مازندران. *مجله علوم پزشکی مازندران*، ۲(۸)، ۲۲۴-۲۰۵.
- عابدی، ق.، درواری، س. ه.، نادری‌قرا، ا.، و رستمی، ف. (۱۳۹۳). بررسی رابطه کیفیت زندگی با رضایت مندی زوجین ناباور با روش تحلیل مسیر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۱۹۳(۱۱۷)، ۱۸۴-۱۲۴.
- غباری‌بناب، ب. (۱۳۸۸). *مشاوره و روان‌درمانی با رویکرد معنوی*. تهران: انتشارات آرون.
- مرعشی، س. ع.، نعامی، ع. ز.، بشلیده، ک.، و غباری‌بناب، ب. (۱۳۹۰). تأثیر آموزش هوش معنوی بر بهزیستی روان‌شناختی، اضطراب و هوش معنوی در دانشجویان دانشکده نفت اهواز. *مجله پیشرفت‌های روان‌شناختی*، ۴(۳)، ۸۰-۶۳.
- فاطمی آغدا، ن.، رحیمی، ف.، کریمی، ع.، و وازیتین، م. (۱۳۹۵). مقایسه رضایت ذهنی و کیفیت زندگی سالمندان یزد. *کنفرانس بین‌المللی علوم انسانی و مطالعات رفتاری*، ۲(۱)، ۲۹-۲۱.
- قاسمی، س. (۱۳۸۷). *بررسی اعتبار و پایایی پرسش‌نامه سازگاری بل*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه آزاد اسلامی.
- مظاهری، ا.، باغبان، ا.، و فاتحی‌زاده، م. (۱۳۸۵). تأثیر آموزش گروهی عزت‌نفس بر میزان سازگاری اجتماعی دانشجویان. *دو ماهنامه علمی-پژوهشی دانشور رفتار*، ۵(۱۶)، ۵۶-۴۹.
- ناروئی، ر.، صالحی، ع. م.، و جندقی، غ. ر. (۱۳۹۲). اثربخشی یاد خدا بر خودمهارگری بر اساس منابع اسلامی. *مجله روانشناسی و دین*، ۶(۲)، ۳۰-۱۹.
- نجات، س. ن.، منتظری، ع.، هلاکویی نایینی کوروش، م. ک.، و مجدزاده، ر. (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL): *BREF* ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴(۴)، ۱۲-۱.
- Andrews, F. M., & Withey, S. B. (1976). *Social indicators of well-being: Americans perception of life quality*. New York: Plenum Press.
- Argyle, M. (2001). *The psychology of happiness* (2nd Ed.). London: Routledge.
- Aten, D. J., & Schenck, J. E. (2007). Reflection on Religion and Health Research: An interview with Dr. Harold, G. Konenig. *Journal of Religion and Health*, 46(1), 183-190.
- Bandura, A. (2008). An agentic perspective on positive psychology. In Lopez SJ, (ed.), *Positive psychology: Exploring the best in people*. Westport, CT: Greenwood Publishing Company.
- Campbell, A. (1981). *The sense of well-being in America: Recent patterns and trends*. New York: Mc Graw-Hill.
- Dierendonck, V. D. (2004). The construct validity of Ryff's scales of psychological well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36, 629-643.
- Galanter, M., & Siegel, C. (2009). *Training manual for spirituality discussion groups for mental health with focus on cultural competency center*. New York: Mc Graw-Hill.
- Ghaleghasemi, T. M., Rezaie, A. M., Karimian, J., & Ebrahimi, A. (2011). The Relationship between Spiritual Well-Being and Depression in Iranian Breast Cancer

- Patients. *Health Information Management*, 8(8), 1007-1016.
- Hirsch, J. K. (2003). *An examination of optimism, pessimism and hopelessness as predictors of suicidal ideation in college students: A test of moderator model* (Doctoral dissertation). USA University, Wyoming.
- Jafari, E., Hajloo, N., Faghani, F., & Khazan, K. (2012). The relationship between spiritual well-being, hardiness and mental health in the elderly. *Behavioral Science Research*, 10(6), 431-439.
- Kaisa, E., Sirpa, H., & Irma, N. (2016). Is Loneliness Associated with Malnutrition in Older People? *International Journal of Gerontology*, 10(1), 43-45.
- Koenig, H. G. (2012). Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *International Scholarly Research Network Psychiatry*, 3(4), 2-11.
- Lassey, W. R., & Lassey, M. L. (2001). *Quality of life for older people: An international perspective*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall
- Lee, T. W., Ko, S., & Lee, K. J. (2006). Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43(1), 293-300.
- Low, G. (2005). Quality of life among older adults: a proposed conceptual model. *Western Journal of Nursing Research*, 30(4), 458-476.
- Lucchese, F. A., & Koenig, H.G. (2013). Religion, Spirituality and Cardiovascular Disease: Research, Clinical Implications, and Opportunities in Brazil. *The Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*, 72(2), 201-272.
- Martínez, B. B., & Custódio, R. P. (2014). Relationship between mental health and spiritual wellbeing among hemodialysis patients: a correlation study. *Sao Paulo Medical Journal*, 132(1), 23-27.
- Martinez, J. S., Smith, T. B., & Barlow, S. H. (2007). Spiritual interventions in psychotherapy: evaluation by highly religious clients. *Journal of Clinical Psychology*, 63(10), 943-960.
- Miller, G. (2003). *Incorporating Spirituality in Counseling and Psychotherapy: Theory and Technique*. New Jersey: Willey & Sons.
- Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K., & Reller, N. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. *Journal of Palliative Medicine*, 17(6), 642-656.
- Rajagopal, D., Mackenzie, E., Bailey, C., & Lavizzo-Mourey, R. (2002). The effectiveness of a spiritually-based intervention to alleviate subsyndromal anxiety and minor depression among older adults. *Journal Religious Health*, 41(2), 153-166.
- Reynolds, N., Mrug, S., & Guion, K. (2013). Spiritual coping and psychological adjustment of adolescents with chronic illness: the role of cognitive attributes, age and disease group. *Journal Adolescence Health*, 52(3), 556-559.
- Rezaei Shahsavarloo, Z., Lotfi, M. S., Taghadosi, M., Mousavi, M. S., Yousefi, Z., & Amirkhosravi, N. (2013). Relationship between components of Spiritual well-being with hope and life satisfaction among elderly with cancer in Kashan. *Journal of Geriatric Nursing*, 2(2), 45-54.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(2), 719-727.
- Sloan, E. (2005). Effects of religiosity on Mental Health. *Journal of psychology and theology*, 16(1), 14-18.
- Tajeri, B., & Bohayraei, A. R. (2008). The Association of Parenting Stress, Religious Attitude, and Knowledge with Maternal Acceptance for Sons with Mental Retardation. *Research on Exceptional Children*, 8(2), 205-224.
- Taliaferro, L. A., Rienzo, B. A., Pigg, R. M., Miller, M. D., & Dodd, V. J. (2009). Spiritual well-being and suicidal ideation among college students. *Journal of American College Health*, 58(1), 83-90.
- Thuné-Boyle, I., Stygall, J., Keshtgar, M., & Newman, S. (2006). Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature. *Social Science and Medicine*, 63(3), 151-13.

Unterrainer, H. F., Ladenhauf, K. H., Moazedi, M. L., Wallner-Liebmann, S. J., & Fink A. (2010). Dimensions of Religious/Spiritual

Well-Being and their relation to Personality and Psychological Well-Being. *Personality and Individual Differences*, 49, 192-197.