



مقدمه

Elderly Mental Health: the Role of Spiritual Well-being and Hope

Mehran Farhadi, PhD
Mohsen Ahmadi Tahoor Soltani, PhD Student
Valiollah Ramezani, MA
Ahmad Gharekhani, MA

سلامت روان سالمندان: نقش بهزیستی معنوی و امیدواری

دکتر مهران فرهادی^۱، محسن احمدی طهور سلطانی^۲
ولی الله رمضانی^۳، احمد قره خانی^۴

تاریخ پذیرش: ۸۹/۲/۲۴

تاریخ بازنگری: ۸۹/۱/۲۵

تاریخ دریافت: ۸۸/۱۱/۶

Abstract

The aim of this article was to study the role of spiritual well-being and hope in mental health of nurse home residents of Hamadan and Malayer. 105 elderly men and women were asked to complete spiritual well-being scale (SWBS), hope scale, and mental health checklist (SCL-90-R).

Data analysis by Pearson correlation, one sample and independent T test, and regression analysis revealed that: a) Hope is associated with mental health in elderly, b) Mental health in men is higher than that of women, c) Spiritual well-being and hope could lonely predict mental health of participants, but when they were entered into analysis, hope did not add significant proportion to prediction. Religion and spiritual beliefs, and hope can increase positive psychological experiences and decrease negative symptoms by development of peace and positive feelings.

Keywords:

Elderly mental health, hope, spiritual, well-being

چکیده

هدف این پژوهش بررسی نقش بهزیستی معنوی و امیدواری در سلامت روانی ساکنان خانه سالمندان همدان و ملایر بود. یکصد و پنج زن و مرد سالمند به روش در دسترس انتخاب و پرسشنامه‌های بهزیستی معنوی (SWBS)، امیدواری، و چک لیست سلامت روانی (SCL-90-R) روی آنان اجرا شد. تحلیل نتایج با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون، آزمون t مستقل، آزمون t تک نمونه‌ای و تحلیل رگرسیون نشان داد: الف) امیدواری با سلامت روانی رابطه مستقیم دارد. ب) سلامت روانی مردان سالمند بیش از زنان سالمند است. ج) بهزیستی معنوی و امیدواری هر یک به تنهایی می‌توانند سلامت روانی سالمندان را پیش‌بینی کنند، اما زمانی که با هم وارد معادله می‌شوند، امیدواری نمی‌تواند سهم معنی‌داری در تبیین سلامت روانی به بهزیستی معنوی اضافه کند. باورهای مذهبی و معنوی قوی و امیدواری با افزایش آرامش و احساسات مثبت، تجارب روانشناختی خوشایند را افزایش داده و علائم روانشناختی را کاهش می‌دهند.

کلیدواژه‌ها:

امیدواری، بهزیستی معنوی، سالمندان، سلامت روانی

۱. استادیار دانشگاه بوعلی سینا همدان

۲. دانشجوی دکتری روانشناسی و عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان

۳. (نویسنده پاسخگو) کارشناس ارشد روانشناسی دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)، ramezani_vali@yahoo.com

۴. کارشناس ارشد روانشناسی دانشگاه تهران



شناختی وجود نداشته باشند، رسیدن به اهداف غیر ممکن است (لوپز، اسنایدر، و پدروتی، ۲۰۰۳).

بسیاری از پژوهش‌های اولیه بر سلامت جسمانی سالمندان مقیم در خانه سالمندان متمرکز بوده است (پیکرینگ، برون و راسل، ۲۰۰۱؛ فالمن و همکاران، ۲۰۰۰؛ به نقل از قهرمانی، ۱۳۸۷). با این حال بررسی وضعیت روانشناختی آنان از نظر دور نمانده است. در حوزه بررسی‌های روانشناختی نیز دو رویکرد را می‌توان مشاهده کرد. در رویکرد اول به مشکلات و اختلالات روانشناختی و عوامل مرتبط با آن توجه بیشتری می‌شد. در دهه‌های اخیر با آگاهی روز افزون در خصوص برتری روش‌های پیشگیرانه نسبت به روش‌های درمانی و ایجاد رشته‌هایی مانند بهداشت روانی، روانشناسی سلامت و روانشناسی مثبت، تغییر بنیادینی در بررسی‌های روانشناختی ایجاد شده‌اند. این منظر عمدتاً بر عوامل مثبت اثر گذار بر سلامت توجه می‌شود. این امر در گروه‌های گوناگونی از افراد عادی گرفته تا بیماران مبتلا به ایدز (کولمن و هولزمر، ۱۹۹۹)، مبتلایان به اعتیاد (کارتز، ۱۹۹۸) و مانند آن مورد بررسی قرار گرفته است. همچنین در پژوهش‌های دیگری رابطه بهزیستی معنوی با شاخص‌های سلامت جسمی بررسی شده است. به عنوان مثال رابطه بهزیستی معنوی با طول عمر و بهبودی از بیماری‌های جسمی (لارسون، اسویرز، مک کلوف، ۱۹۹۷؛ کولمن، ۲۰۰۳) سوء مصرف مواد (باتز و همکاران، ۲۰۰۲) را نام برد. همه این پژوهش‌ها از نقش مثبت بهزیستی معنوی در سلامت جسمانی و بهبودی از بیماری حمایت کرده‌اند. از بعد روانشناختی نیز بررسی‌ها مؤید این نکته‌اند که بهزیستی معنوی و سلامت روانی با هم در رابطه‌اند. برای مثال، حسینی و اجاری و بهرامی احسان (۱۳۸۴) نشان داده‌اند بهزیستی معنوی و سلامت روانی رابطه دارند. بهزیستی معنوی پایین با اضطراب، افسردگی و نشانه‌های جسمانی بیشتر همراه هستند. بررسی

در گذشته مفاهیم معنویت و مذهبی بودن دارای ارتباط نزدیک یا حتی مترادف در نظر گرفته می‌شدند. اما اکنون برخی (به نقل از، مودلی، ۲۰۰۸) آنها را دو مفهوم کاملاً متفاوت و بی‌ارتباط می‌دانند و برخی دیگر (بنسون، رول کپارتین، و رود، ۲۰۰۳) این دو مفهوم را متفاوت، اما دارای همپوشی زیاد می‌دانند. کلی (۱۹۹۵) معتقد است معنویت تجربه‌ای ذهنی از ماهیت متعالی هستی است، و مذهب تجلی نهادی و مذهبی معنویت است. به عبارت دیگر، به نظر می‌رسد وی معنویت را گوهر مطلوب مذهب می‌داند که می‌توان آن را در مذهب و یا خارج از آن به دست آورد. مذهب ستون، اساس، و چارچوبی است که معنویت از طریق آن به دیگران بویژه نسل‌های بعد منتقل می‌شود، در حالیکه معنویت به تنهایی فاقد چنین ویژگی است. بهزیستی معنوی حالتی از سلامتی است که منعکس‌کننده احساسات، رفتارها و شناخته‌های مثبت از ارتباطات با خود، دیگران، طبیعت، و موجودی برتر است. بهزیستی معنوی باعث می‌شود فرد دارای هویت یکپارچه، رضایت، شادی، عشق، احترام، نگرش‌های مثبت، آرامش درونی و هدف و جهت در زندگی باشد (گومز و فیشر، ۲۰۰۳).

اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱) امیدواری را "مجموعه‌ای شناختی می‌دانند که مبتنی بر احساس موفقیت ناشی از منابع گوناگون (انرژی معطوف به هدف) و مسیرها (برنامه‌ریزی برای دستیابی به اهداف) است". بنابراین، امید یا تفکر هدف مدار، از دو مولفه مرتبط به هم یعنی مسیرهای تفکر و منابع تفکر، تشکیل شده است. "مسیرهای تفکر" منعکس‌کننده ظرفیت فرد برای ایجاد مسیرهای شناختی برای رسیدن به اهداف است و "منابع تفکر" شامل افکاری هستند که افراد درباره توانایی‌ها و ظرفیت‌هایشان برای گذر از مسیرهای انتخاب شده تعریف کرده‌اند تا به اهداف خویش برسند. از طریق ترکیب منابع و مسیرها، می‌توان به اهداف رسید. اگر هر کدام از این دو عنصر



این زمینه مواجه هستیم، طبق بررسی های صورت گرفته توسط پژوهشگران تاکنون تحقیقی مشابه در این زمینه صورت نگرفته و خلأ پژوهشی در این زمینه کاملاً مشهود است و لذا با توجه به آنچه اجمالاً بحث شد، هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه بهزیستی معنوی و امیدواری با سلامت روانی سالمندان می باشد.

روش

جامعه این پژوهش را سالمندان ساکن در دو مرکز نگهداری از سالمندان در شهرهای همدان و ملایر تشکیل می دهند. نمونه پژوهش شامل ۱۰۵ نفر (۴۹ زن و ۵۶ مرد) با میانگین سنی ۶۲/۷ و انحراف معیار ۸/۶۳ بود که به روش در دسترس انتخاب شدند. دامنه سنی آزمودنی های پژوهش ۵۸ تا ۸۳ سال بود. ۲۵ درصد آزمودنی ها (۲۰ نفر) بیسواد، ۲۸/۸ درصد (۲۳ نفر) تحصیلات ابتدایی، ۱۲/۵ درصد (۱۰ نفر) دبیرستان، ۲۱/۳ درصد (۱۷ نفر) دیپلم و ۱۲/۵ درصد (۱۰ نفر) دارای تحصیلات فوق دیپلم و لیسانس بودند. ۶۲/۵ درصد (۵۰ نفر) آزمودنی ها همسرانشان در قید حیات بودند، ۲۰ درصد (۱۶ نفر) همسرانشان فوت شده بود و ۱۷/۵ درصد (۱۴ نفر) نیز مطلقه بودند. ۹۳/۵ درصد از شرکت کنندگان در پژوهش از هیچ نوع ماده مخدري استفاده نمی کردند، بیشترین درصد شرکت کنندگان در پژوهش از نظر انجام فعالیت های روزمره مستقل بودند و نیاز به کمک دیگران نداشتند. نرخ سالمندان مبتلا به اختلالات جسمانی و روانشناختی در آسایشگاه ها به طور متوسط چیزی حدود ۳۰ تا ۴۰ درصد بود که سعی شد تا حد امکان با توجه به پرونده موجود پرسشنامه هایی که توسط این شرکت کنندگان پر شده بود از فرایند تحلیل داده ها حذف گردد. لازم به ذکر است که در مجموع تعداد ۱۵۰ پرسشنامه در اختیار شرکت کنندگان قرار داده شد که از این تعداد به دلیل اینکه برخی از شرکت کنندگان پرسشنامه را کامل پر

دهشیری، سهرابی، جعفری و نجفی نیز آشکار ساخته است که بهزیستی معنوی، بهزیستی وجودی، و بهزیستی مذهبی با سلامت روانی رابطه دارند.

از سوی دیگر تحقیقات نشان داده است که امید و خوش بینی با شاخص های آسیب شناسی روانی فعلی شخص به طور کلی و با افسردگی موجود به طور خاص، همبستگی منفی دارند. داشتن امید، سلامت جسمی و روانی را آنگونه که با انواع شاخص ها از جمله سلامت خود گزارشی، پاسخ مثبت به کنار آمدن موثر (ارزیابی مجدد، حل مسئله، اجتناب از رویدادهای فشار زای زندگی، جستجوی حمایت اجتماعی) و رفتار ارتقاء دهنده سلامت مشخص شده اند، پیش بینی می کند. (اسنایدر، ۲۰۰۰). افراد امیدوار سالمتر و شادترند. دستگاہهای ایمنی آنها بهتر کار می کنند. آنان با بهره گیری از راهبرد های کنار آمدن موثرتر مانند ارزیابی مجدد و مسئله گشایی، با فشارهای روانی بهتر کنار می آیند.

بزرگسالان امیدوار نیمرخ روانی متمایز دارند (اسنایدر، ۲۰۰۰). بزرگسالانی که از سطوح بالای امید برخوردارند، در زندگی خود به اندازه سایرین شکست هایی را تجربه کرده اند، اما این باور را پرورش داده اند که می توانند با چالش ها سازش کنند و با ناملایمات کنار بیایند. آنان یک گفتگوی درونی مثبت مداوم شامل جمله هایی از این قبیل "من از عهده اش بر می آیم، تسلیم نخواهم شد" و مانند آن را اتخاذ می کنند. آنان وقتی در رسیدن به هدف های ارزشمند با موانعی روبرو می شوند، هیجان های منفی و با شدت کم را تجربه می کنند و در نتیجه از سلامت روان بیشتری برخوردارند و علائم روانشناختی مانند اضطراب، افسردگی و ... در آنها در حداقل ممکن خود است. البته برای استفاده از این یافته ها در جامعه خودمان و مقایسه و بررسی تفاوت های فرهنگی در این زمینه با کمبود یافته های پژوهشی در



کلی است. ابعاد این آزمون شامل: شکایات جسمانی، وسواس، حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، هراس، افکار پارانوئیدی، روان گسستگی، شاخص سلامت کلی، ناراحتی نشانه‌های مثبت، و جمع نشانه‌های مثبت است. دراگوتیس و همکاران (۱۹۷۶) ضریب آلفای این آزمون را حداکثر برای افسردگی (۰/۹۰) و حداقل برای روان گسستگی (۰/۷۷) گزارش کرده‌اند. پایایی بازآزمایی خرده‌مقیاسها نیز از ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ به دست آمد. پژوهشهای مختلف بیشترین پایایی آن را مربوط به افسردگی (۰/۷۸) و کمترین را مربوط به هراس (۰/۳۶) گزارش کرده‌اند (فتحی آشتیانی).

برای اجرای پژوهش ابتدا با دست‌اندرکاران و مسؤولان ذیربط هماهنگی لازم به عمل آمد و سپس پرسشنامه‌های مذکور در اختیار سالمندان قرار داده شد و توضیحات لازم نیز به آزمودنیها ارائه شد. لازم به ذکر است که در این پژوهش مطابق پرونده موجود در آسایشگاه‌ها از سالمندانی که فاقد اختلالات شناختی (فراموشی، دمانس، آلزایمر) و روانشناختی (افسردگی شدید، اختلالات اضطرابی شدید و...) بودند، از لحاظ جسمانی توانایی شرکت در پژوهش را داشتند و از نظر همکاری کردن در پژوهش علاقمند بودند استفاده شد. همچنین قبل از انجام پژوهش رضایت شرکت کنندگان جلب شد و پژوهشگر متعهد شد که نتایج پژوهش را بعداً در اختیار سالمندان علاقمند قرار دهد. در مورد سالمندان بی‌سواد سؤالات به صورت شفاهی مطرح و توسط پرسشگر ثبت شدند. لازم به ذکر است که پرسشنامه‌ها در تمام موارد به صورت انفرادی اجرا شدند.

یافته‌ها

همانطور که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود تمامی متغیرها (بجز امیدواری، علائم جسمانی و افسردگی) با هم همبستگی معنی‌دار دارند. این همبستگی‌ها

نکردند یا تمرکز لازم برای پرکردن پرسشنامه‌ها نداشتند، موارد ناقص از فرایند تحلیل حذف شدند و ۱۰۵ پرسشنامه مورد تحلیل قرار گرفت.

ابزار

پرسشنامه بهزیستی معنوی (SWBS): این آزمون توسط پالوتزین و ایسون (۱۹۸۲) ساخته شد و شامل ۲۰ سؤال و دو خرده‌مقیاس بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی است. پالوتزین و ایسون در پژوهشی ضریب آلفای کرونباخ بهزیستی مذهبی و وجودی و کل مقیاس را به ترتیب برابر با ۰/۹۱ و ۰/۹۳ گزارش کردند. پایایی این مقیاس توسط دهشیری، سهرابی، جعفری و نجفی (۱۳۸۷) روی دانشجویان دختر و پسر از طریق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و خرده‌مقیاس بهزیستی مذهبی و خرده‌مقیاس بهزیستی وجودی به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۹۰ و ۰/۸۷ و باروش بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۸ و ۰/۸۱ گزارش شده است.

مقیاس امیدواری گرایشی بزرگسالان (اسنايدر و همکاران، ۱۹۹۱): مقیاس امیدواری گرایشی بزرگسالان یک ابزار خودگزارشی ۱۲ ماده‌ای است. ضریب آلفای کرونباخ آن برای امیدواری کل ۰/۸۶، برای بعد تصمیم هدف مدار ۰/۸۲، و برای گذرگاه یا مسیر ۰/۸۴ بود و پایایی بازآزمایی در طی ۱۰ هفته ۰/۸۲ به دست آمده است. در ایران ضریب همسانی درونی کل برای ابعاد گذرگاه ۰/۶۲ و تصمیم هدف مدار ۰/۷۴ به دست آمده است (نصیری و جوکار، ۱۳۸۷).

چک لیست ۹۰ سؤالی تجدید نظر شده سلامت روانی (SCL-۹۰-R): این آزمون دارای ۹۰ سؤال برای ارزشیابی علائم روانشناختی است و ابتدا توسط دروگاتیس و همکاران (۱۹۷۳) معرفی و فرم نهایی آن در سال ۱۹۷۶ تهیه شد (فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸). این آزمون دارای نه بعد علامتهای بیماری و سه شاخص



جدول ۱: ماتریس همبستگی مقیاس ها و خرده مقیاس های امیدواری، بهزیستی معنوی و سلامت روانی در سالمندان

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
۱- امیدواری	-											
۲- بهزیستی معنوی	**+/۵۵	-										
۳- سلامت (علائم) روانی	**+/۳۰	**+/۵۲	-									
۴- امیدواری	**+/۷۸	**+/۳۶	**+/۱۶	-								
۵- شکایات بدنی	**+/۱۷	**+/۲۲	**+/۷۹	**+/۵۲	-							
۶- روان‌سنجی	**+/۲۲	**+/۵۱	**+/۸۱	**+/۵۰	**+/۵۹	-						
۷- اضطراب	**+/۳۱	**+/۲۶	**+/۸۸	**+/۶۳	**+/۶۸	**+/۶۸	-					
۸- وسواس	**+/۲۸	**+/۲۴	**+/۸۶	**+/۶۲	**+/۶۲	**+/۷۰	**+/۷۱	-				
۹- حساسیت بین فردی	**+/۲۶	**+/۲۸	**+/۶۱	**+/۷۰	**+/۶۴	**+/۷۲	**+/۸۲	**+/۷۶	-			
۱۰- هراس	**+/۳۹	**+/۵۲	**+/۸۲	**+/۵۹	**+/۵۶	**+/۷۳	**+/۷۰	**+/۶۷	**+/۷۶	-		
۱۱- خصومت	**+/۲۵	**+/۵۰	**+/۸۲	**+/۴۵	**+/۵۸	**+/۷۰	**+/۷۰	**+/۶۷	**+/۶۷	**+/۶۸	-	
۱۲- وارثان	**+/۲۵	**+/۳۰	**+/۷۳	**+/۵۳	**+/۵۳	**+/۵۶	**+/۵۳	**+/۶۷	**+/۶۷	**+/۶۸	**+/۵۱	-

**P < ۰/۰۱ *p < ۰/۰۵

مشاهده نشد.

جدول ۳ خلاصه تحلیل رگرسیون سلامت روانی بر بهزیستی معنوی را نشان می دهد. نتایج نشان می دهد که رگرسیون سلامت روانی بر بهزیستی معنوی معنی دار است ($p < ۰/۰۱$).

جدول ۴ رگرسیون سلامت روانی بر امیدواری و بهزیستی معنوی را نشان می دهد. ارقام موجود در جدول نشان می دهد که سهم بهزیستی معنوی در تبیین سلامت روانی (۰/۲۸) است، اما سهم امیدواری در تبیین سلامت روانی هنگامی که همراه با بهزیستی معنوی وارد معادله می شود، معنی دار نیست. با این حال، زمانی که امیدواری به تنهایی وارد معادله شد سهم معنی داری در تبیین سلامت روانی داشت. این مسأله حاکی از واریانس مشترک بهزیستی معنوی و امیدواری است؛ نکته ای که در ماتریس همبستگی متغیرها (جدول ۱) در خصوص همبستگی بهزیستی معنوی و امیدواری (۰/۵۰) به خوبی نمایان است.

بحث

این پژوهش به منظور بررسی نقش بهزیستی معنوی و امیدواری در سلامت روانی سالمندان ساکن

در اکثر قریب به اتفاق موارد در سطح (۰/۰۱) معنی دار هستند. همانطور که گفته شد امیدواری تنها با دو مورد از خرده مقیاس های سلامت روانی رابطه معنی دار ندارد. علاوه بر این بین امیدواری و بهزیستی معنوی همبستگی قابل توجهی (۰/۵۵) وجود دارد. نکته مهم این است که متغیر بهزیستی با تمامی خرده مقیاس های سلامت روانی همبستگی داشته و این همبستگی ها در تمامی موارد بیش از همبستگی امیدواری و شاخص های سلامت روانی است.

مقایسه نمرات سالمندان زن و مرد از لحاظ امیدواری، بهزیستی معنوی، نمره کل و نیز خرده مقیاس های سلامت روانی در جدول ۳ نشان می دهد که در این تحقیق مردان سالمند از لحاظ امیدواری وضعیت بهتری نسبت به زنان سالمند دارند. از نظر خرده مقیاس های سلامت روانی شامل شکایات بدنی، حساسیت در روابط بین فردی، هراس و خصومت نیز مردان سالمند وضعیت بهتری داشته اند. به سخن دیگر، زنان سالمند از لحاظ امیدواری از مردان سالمند کمتر امیدوار هستند و شکایات بدنی، حساسیت در روابط بین فردی، هراس و خصومت بیشتری تجربه می کنند. در سایر مقیاس ها و خرده مقیاس ها تفاوت معنی داری بین زنان و مردان سالمند



جدول ۲: مقایسه نمره کل و خرده مقیاس های سلامت روانی در زنان و مردان سالمند

متغیر	زن		مرد	
	SD	M	SD	M
۱- امیدواری	۲۲/۰۸	۲/۱۲	۲۲/۲۷	۵/۰۲
۲- بهزیستی معنوی	۷۹/۳۱	۱۲/۸۷	۸۲/۵۸	۱۲/۳۶
۳- سلامت (علائم) روانی	۲/۳۲	-/۵۵	۲/۱۶	-/۶۰
۴- افسردگی	۲/۲۶	-/۶۲	۲/۳۶	-/۶۸
۵- شکایات بدنی	۲/۵۸	-/۵۵	۲/۲۶	-/۷۶
۶- پروان گسگی	۲/۳۱	-/۷۸	۲/۰۱	-/۶۳
۷- اضطراب	۲/۲۸	-/۶۵	۲/۱۵	-/۷۱
۸- وسواس	۲/۲۸	-/۶۸	۲/۱۲	-/۶۶
۹- حساسیت بین فردی	۲/۲۵	-/۷۹	۲/۱۰	-/۷۲
۱۰- هراس	۲/۲۱	-/۷۲	۱/۷۶	-/۷۰
۱۱- خصومت	۲/۲۸	-/۷۱	۱/۹۹	-/۷۱
۱۲- یارانویا	۲/۵۴	-/۶۶	۲/۲۱	-/۷۰

→ P < ۰.۰۵

جدول ۳: خلاصه تحلیل رگرسیون سلامت روانی بر بهزیستی معنوی

منح تغییر	SS	df	MS	F	P
رگرسیون	۷/۳۲	۲	۳/۶۶	۱۲/۰۳	< ۰.۰۰۱
باقیانداز	۱۹/۳۱	۷۴	۰/۲۶		
مجموع	۲۶/۶۳	۷۶			

جدول ۴: ضرایب رگرسیون سلامت روانی بر امیدواری و بهزیستی معنوی و میزان تبیین سلامت روانی

متغیر	B	β	SEB	R	R ²
بهزیستی معنوی	-۰/۰۲	-۰/۵۱	۰/۰۰۵	-۰/۵۲	۰۰/۲۸
امیدواری	-۰/۰۲	-۰/۰۲	-۰/۰۱		

→ P < ۰.۰۰۱

مثبت، آرامش درونی و هدف و جهت در زندگی باشد. آنها معتقدند بهزیستی معنوی باعث می شود فرد دارای هویت یکپارچه، رضایت، شادی، عشق، احترام، نگرشهای مثبت، آرامش درونی و هدف و جهت در زندگی باشد. در مجموع با مروری بر پژوهش های انجام شده در دهه های اخیر می توان به این نکته دست یافت که معنویت در ارتقاء سلامت روانی و جسمانی افراد و کاهش اختلالات ناشی از آن مؤثر بوده است. بهزیستی معنوی با افزایش

در خانه های سالمندان همدان و ملایر انجام شد. نتایج نشان داد بهزیستی معنوی با سلامت روانی سالمندان رابطه دارد و قادر است سلامت روانی آنان را پیش بینی کند. این یافته ها در خصوص رابطه امیدواری و سلامت روانی نیز تکرار شد. به عبارت دیگر امیدواری با سلامت روانی همبستگی داشت و قادر به پیش بینی سلامت روانی بود. اما زمانی که امیدواری و بهزیستی معنوی با هم وارد معادله رگرسیون شدند تنها بهزیستی معنوی توانست سلامت روانی را پیش بینی کند. به سخن دیگر بهزیستی قادر بود نقشی که امیدواری در سلامت روانی دارد نیز ایفا کند. نتایج این پژوهش در خصوص رابطه بهزیستی معنوی و سلامت روان با یافته های ونتیس (۱۹۹۵) کوئینگ و همکاران (۱۹۹۹)، ریپنتروپ (۲۰۰۵)، لین ریو (۲۰۰۶) و بهرامی و همکاران (۱۳۸۴) همسو می باشد. به عبارت دیگر معنویت و مذهب به عنوان سپری در برابر مشکلات و ناراحتی های افراد قرار گرفته و به صورت ضربه گیر عمل می کند، موجب کاهش اختلالات روانی و ارتقاء سطح سلامت روانی افراد می شود و در واقع نقش مهمی در بهزیستی و سلامت روانی افراد ایفا می کند. معنویت از طریق تدارک یک چارچوب جهت تفسیر و توصیف تجارب زندگی و به موجب آن فراهم کردن نوعی احساس انسجام و به هم پیوستگی وجودی، در ارتقاء سلامت روانی مشارکت می کند. یافته های فوق بیانگر این مطلب است که بهزیستی معنوی جنبه های مختلف سلامت روانی و جسمانی افراد را تحت تأثیر قرار می دهد و علاوه بر ایجاد تجربه معنی داری در زندگی و احساس هدفمندی، اساساً با پذیرش زندگی، احساس مسئولیت، تجربه معاشرت و ارتباط با دیگران، هدفگرایی، امیدواری و خوشبینی همراه است (پارگامنت). گومز و فیشر (۲۰۰۳) بر این باورند بهزیستی معنوی باعث می شود فرد دارای هویت یکپارچه، رضایت، شادی، عشق، احترام، نگرشهای



بدنی، حساسیت بین فردی، هراس و خصومت مشکلات بیشتری نسبت به مردان داشتند. به طور کلی تحقیقات نشان داده‌اند زنان در مواجهه با استرس بیشتر از مردان از مکانیزمهای بدنی سازی استفاده می‌کنند و از این رو در شرایط استرس‌زای زندگی در خانه سالمندان این نتایج دور از انتظار نیست. برای مثال کلونینگ و سلیگمن، (۱۳۸۱) نشان داده‌اند ۱۱ درصد زنان سوئدی مشکل بدنی سازی دارند. در مجموع یافته‌های این پژوهش نشان داد که بهزیستی معنوی و امیدواری نقش مهمی در سلامت روانی سالمندان ایفا می‌کنند. با توجه به اینکه سالمندانی که دور از خانه و خانواده زندگی می‌کنند و به دلایل بسیار بیش از سالمندانی که با خانواده زندگی می‌کنند ممکن است امیدواری کمتری داشته باشند و از سلامت روانی پایین‌تری برخوردار باشد، برنامه‌ریزی جهت افزایش امید و هدفمندی با تأکید و تکیه بر آموزشهای معنوی و مذهبی اصیل، عمیق و در صورت امکان برنامه‌های دسته جمعی برای تعمیق احساسات بین فردی و درون فردی در این گروه از افراد جامعه که روز به روز بر تعداد آنان افزوده می‌شود ضروری است.

منابع فارسی

بهرامی احسان، هادی؛ تاشک، آناهیتا. (۱۳۸۴). ابعاد رابطه میان جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی و ارزیابی مقیاس جهت‌گیری مذهبی. مجله روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، سال چهارم، شماره ۲، ۶۳-۴۱.

حسینی واجاری، کتایون؛ و بهرامی احسان، هادی. (۱۳۸۴). نقش مقابله مذهبی و خوشبختی معنوی تبیین سلامت روان. مجله روانشناسی، سال نهم، شماره ۳، ۲۴۸-۲۶۰.

دهشیری، غلامرضا؛ سهرابی، فرامرز؛ جعفری، عیسی و نجفی محمود. (۱۳۸۷). بررسی خصوصیات روانسنجی مقیاس بهزیستی معنوی در میان دانشجویان. فصلنامه مطالعات روانشناختی، ۴(۳).

خودآگاهی، ایجاد ارتباط و پیوند با اطرافیان و دریافت حمایت اجتماعی از سوی دیگران، افزایش حس اطمینان، معنی و هدف در زندگی و مقابله و سازگاری مؤثر با مشکلات روانی و جسمانی در کنار دیگر مؤلفه‌های مرتبط با سلامت روانی، موجب بهبود و ارتقاء سلامت روانی و جسمانی افراد شده و سطح سازگاری افراد با رویدادهای زندگی را افزایش میدهد از سوی دیگر نتایج پژوهش نشان داد که امیدواری هم به عنوان یک مولفه روانشناختی قادر به پیش بینی سلامت روانی در سالمندان می‌باشد. بزرگسالانی که امیدوارترند، به دیگران به عنوان منابع حمایتی و پایگاه‌هایی که می‌توانند به آنها تکیه نمایند می‌نگرند، با چالش‌هایی که ممکن است در زندگی شان با آنها روبرو شوند سازگار می‌شوند، شادی بالاتری تجربه می‌کنند و از زندگی شان رضایت بیشتری دارند (اسنایدر، ۲۰۰۰). آنها همچنین می‌توانند این گفتمان درونی را در خود رشد دهند که "می‌توانم این کار را به پایان برسانم، من نباید شکست بخورم و نا امید شوم". آنها موفقیت‌هایشان را بیشتر از شکست‌هایشان می‌بینند (اسنایدر، ۲۰۰۰). از طرفی دیگر بهزیستی معنوی با امیدواری، به عنوان مجموعه‌ای شناختی مبتنی بر احساس موفقیت ناشی از منابع گوناگون (انرژی معطوف به هدف) و مسیرها (برنامه‌ریزی برای دستیابی به اهداف)، رابطه دارد. وجود احساسات، رفتارها و شناخته‌های مثبت از ارتباط با خود، دیگران، طبیعت، و موجودی برتر، به عنوان عناصر بهزیستی معنوی، با ایجاد انگیزه و هدفهای عمیق و والا منبعی برای امید و نیز تعیین‌کننده مسیرهای و راههای شناختی و ذهنی امید فراهم می‌کنند. از سوی دیگر امیدواری می‌تواند با احساسات و شناخته‌های مثبت نسبت به خود و آینده همراه باشد و از این طریق بهزیستی معنوی را افزایش دهد. علاوه بر این، نتایج نشان داد زنان سالمند در برخی خرده‌مقیاسهای سلامت روانی شامل شکایات



practice. Alexandria, VA: American Psychological Association.

Koeing, H. G., McCulloch, M. e, & Larson, D.B. (2001). Handbook of religion and health. New York: oxford

Larson DB, Swyers JP, McCullough ME (1997). Scientific research on spirituality and health: a consensus report. Rockville, MD: National Institute for Healthcare Research;

Levin, J. S., Taylor, R. J., & Chatters, L. M. (1994). Race and gender differences in religiosity among older adults: Findings from four national surveys. *Journal of Gerontology*, 49(3), 137-145.

Lopez, S.J., Snyder, C.R., and Pedrotti, J. T. (2003). Hope: Many definitions, many measures. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 91-106). Washington, DC, US: American Psychological Association.

Lynn Rew, R. N., Joel Wrong, L. L. B. (2006). A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health and behaviors. *Society for Adolescent Medicine*, 38, 433-442.

Moodley, T. (2008). The relationship between coping and spiritual well-being in adolescence. Thesis submitted to faculty of humanities for the degree of PhD in child psychology, University of Free State, Bloemfontein.

Nilsson, S. L. (2002). Psychological and existential issues and quality of life in people living with HIV infection. *AIDS Care*,

Pargament, K.I (1990). God help me. Toward a theoretical framework of Coping for the psychology of Religion. *Research in the social science change*, 4(3).

Rippentrop, A. Elizabeth. (2005). A Review of the Role and Religion and Spirituality in Chronic Pain Popuiations. *Rehabilitation Psychology*, 50, 278-284.

Snyder, C. R. (2000). *Handbook of Hope: Theory, Measures, and Applications*. San Diego: Academic Press.

Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C., & Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 570-585.

Tsuang, M. T; Williams, W. M; Simpson, J. C & Lyons, M. J. (2002). Pilot study of spirituality and mental health in twins. *The American Journal of Psychiatry*, 159, 3; Health Module pg. 486.

Ventis, W.L. (1995). The relationship between religion and mental health. *Journal of Social Issues*, 51 (2), 33-48.

روزنهان، دیوید. ال؛ سلیگمن، ام. ای. پی. (۱۳۸۱).

روانشناسی ناپهنجاری (آسیب شناسی روانی). ترجمهٔ بحیی سید محمدی. نشر ساوالان.

فتحی آشتیانی، علی. (۱۳۸۸). آزمونهای روانشناختی (ارزشیابی شخصیت و سلامت روان). تهران: بعثت.

قهرمانی، لیلا. (۱۳۸۷). ارتقاء فعالیت های جسمی مردان سالمند بر اساس مدل مراحل آمادگی. ارمغان دانش، ۳(۱)، ۷۷-۸۸.

نصیری، حبیب‌الله و جوکار، بهرام. (۱۳۸۷). معناداری زندگی، امید، رضایت از زندگی و سلامت روان در زنان. پژوهش زنان، دورهٔ ۶، شماره ۲، ۱۷۶-۱۵۷.

References

Baetz, M; Larson, D; Marcoux, G; Bowen, R; & Griffin, R. (2002). Canadian Psychiatric in patient religious commitment: An association with mental health. *Canadian Journal of Psychiatric*, 47, 159-166.

Benson, P.L., Roehlkepartain, E.C., & Rude, S.P. (2003). Spiritual development in childhood and adolescence. *Toward a field of inquiry. Applied Developmental Sciences*, 7(3), 205-213.

Coleman, C. L. (2003). Spirituality and sexual orientation: relationship to mental well-being and functional health status. *Journal of Advanced Nursing*, 43(5), 457-464.

Coleman, C. L., & Holzemer, W. L. (1999). Spirituality, psychological well-being, and HIV symptoms for African Americans living with HIV disease. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 10, 42-50.

Crater, T. M. (1998). The effects of spiritual practices on recovery from substance abuse. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5, 409-413.

Gomez, R., & Fisher, J. W. (2003). Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 35, 1975-1991.

Gomez, R., & Fisher, J. W. (2003). Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 35, 1975-1991.

Greasley, p; Chiu, L. F; & Gartland, M. (2000). The concept of spiritual care in mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 629-637.

Kelly, E. W. (1995). Spirituality and religion in counseling and psychotherapy: diversity in theory and