

اثربخشی معنویت درمانی بر تاب‌آوری سالمندان شهر اصفهان

افسانه سرتیپ زاده^۱، مهناز علی اکبری^۲، سیده راضیه طبائیان^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: در سال‌های اخیر، منابع استرس‌زا و محیط‌های نامساعد، رو به افزایش است. از سوی دیگر، جمعیت سالمندان در جهان رو به افزایش می‌باشد. هدف از انجام مطالعه حاضر، بررسی تأثیر معنویت درمانی بر تاب‌آوری سالمندان مقیم خانه سالمندان بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه نیمه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه شاهد انجام شد. جامعه آماری را در این پژوهش کلیه سالمندان مقیم خانه سالمندان صادقیه اصفهان تشکیل داد. از بین سالمندانی که در مقیاس تاب‌آوری نمره زیر ۵۰ کسب نمودند، ۲۰ نفر به صورت تصادفی در دو گروه ۱۰ نفری آزمایشی و شاهد قرار گرفتند. گروه آزمایشی، مداخله مبتنی بر رویکرد معنویت درمانی را طی ۸ جلسه که توسط محقق ارایه گردید، دریافت نمودند. سپس، پرسش‌نامه تاب‌آوری (Connor-Davidson)، که در ایران ضریب Cronbach's alpha آن ۰/۸۷ و پایایی به روش بازآزمایی ۰/۷۳ به دست آمده است، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری توسط نمونه مورد پژوهش، تکمیل گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS و به روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر انجام شد.

یافته‌ها: معنویت درمانی به شیوه گروهی باعث اختلاف بارز در میانگین نمرات گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون گردید. در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، به صورت معنی‌داری در افزایش تاب‌آوری سالمندان مؤثر بوده است ($P < ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: معنویت درمانی روش مناسبی جهت افزایش تاب‌آوری در سالمندان می‌باشد. آنان با شرکت در جلسات گروهی معنویت درمانی و تبادل افکار و عقاید، این توانایی و آگاهی را کسب می‌کنند که زندگی همواره دارای معنی است و می‌توان در هر پیشامدی معنی و هدفی یافت. با توجه به تناسب معنویت درمانی با بافت فرهنگی و مذهبی ایران، پیشنهاد می‌گردد که در گروه‌های سنی دیگر و همچنین، مقایسه آن با روش‌های معنی‌داری و شناخت درمانی جهت افزایش تاب‌آوری مورد بررسی قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: معنویت درمانی، تاب‌آوری، سالمند

ارجاع: سرتیپ زاده افسانه، علی اکبری مهناز، طبائیان سیده راضیه. اثربخشی معنویت درمانی بر تاب‌آوری سالمندان شهر اصفهان. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۵؛ ۱۴ (۱): ۶۳-۵۶.

پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۱۲/۲۷

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۱۰/۰۷

مقدمه

و مقاومت در شرایط سخت و پرخطر است که موجب می‌شود، نه تنها بر آن شرایط دشوار قایق آیند، بلکه طی آن و با وجود آن قوی‌تر می‌گردند و این ممکن است که ناشی از خوش‌بینی نسبت به آینده‌ای بهتر باشد (۴). Connor و Davidson تاب‌آوری را یک توانمندی فردی برای برقراری تعادل زیستی-روانی-معنوی در شرایط خطرناک می‌دانند (۵). به عبارت دیگر، شخص قادر است که بدن، ذهن و روان خود را با شرایط فصلی زندگی انطباق و سازش دهد. البته، این محققان یادآور می‌شوند که تاب‌آوری تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده نیست، بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود نیز می‌باشد. Connor و Davidson در تعریف آن معتقدند که تاب‌آوری یک متغیر پیامدی است و در صورت بروز یک سری نشانه‌ها و علائم پس از بروز یک حادثه، می‌توان آن را تشخیص داد (۵). بر اساس این تعریف، تاب‌آوری وابسته به موقعیت می‌شود و احتمال می‌رود که افرادی که حادثه مهمی در

امروزه حدود ۷۰۰ میلیون نفر از جمعیت جهان را افراد سالمند بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهند و تا سال ۲۰۲۰ این رقم به بیش از یک میلیارد نفر خواهد رسید. ۶۰ درصد از این افراد سالمند در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند. بر اساس سرشماری مرکز آمار ایران و مطالعات انجام شده، جمعیت بالای ۶۰ سال ایران در سال ۲۰۲۱ بیش از ۱۰ درصد برآورد می‌شود (۱). تعدد و تنوع استرس‌هایی که افراد در دوران سالمندی با آن روبه‌رو می‌شوند، توجه به مقوله سلامت روان و به خصوص تاب‌آوری (Resilience) را در دوره سالمندی به یک ضرورت تبدیل کرده است. تاب‌آوری عاملی است که به افراد در رویارویی و سازگاری با موقعیت‌های سخت و تنش‌زای زندگی کمک می‌کند و افسردگی را کاهش می‌دهد (۲). همچنین، توانایی سازگاری با درد، کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد (۳). در واقع، تاب‌آوری ظرفیت افراد برای سالم ماندن

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۲- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور تهران جنوب، تهران، ایران

۳- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده مسؤول: افسانه سرتیپ زاده

Email: afsane.sartipzade@yahoo.com

زندگی‌شان اتفاق نیفتاده است، این متغیر را نشان ندهند. نتایج مطالعات پیشین در ارتباط با تاب‌آوری نشان می‌دهد که افزایش تاب‌آوری منجر به توان مقابله بیشتر با مشکلات می‌گردد. بر اساس مشاهدات Belsky، افراد با تاب‌آوری بالا رویدادهای تنش‌زا را کمتر تهدیدآمیز ادراک می‌کنند و به جای سرکوب کردن، به احتمال بیشتری در پی جست و جوی کمک بر می‌آیند (۶). همچنین، شواهد پژوهشی گویای ارتباط تاب‌آوری با بیماری‌های جسمی می‌باشد. بدین معنی که افراد تاب‌آور کمتر به بیماری‌های جسمی مبتلا شده و در صورت بروز بیماری‌های با درمان مشکل مانند سرطان یا آرتروز روماتوئید، دارای قدرت تحمل بیشتری می‌باشند و عملکرد سیستم ایمنی بهتری از خود نشان می‌دهند (۷). نتایج تحقیق خیرآبادی و همکاران نشان داد که بین تاب‌آوری و کیفیت زندگی رابطه مثبتی وجود دارد (۸). همچنین، بین تاب‌آوری و رضایت از زندگی رابطه مثبت گزارش شده است (۹).

نتایج پژوهش شریفی بیانگر همبستگی مثبت تجربه‌های مذهبی و معنوی با افزایش سن است (۱۴). این موضوع در بین سالمندان ملموس‌تر است؛ چرا که سالمندی دوره دگرگونی و از دست دادن است. تعداد کمی از سالمندان می‌توانند خود را با این تغییرات سازگار کنند و بیشتر آنان با وقایع خاص یا ترکیبی از رخدادها که فراتر از تحمل یا توانایی و مهارت‌های مقابله‌ای ایشان است، مواجه می‌گردند و دچار یک حس درماندگی می‌شوند که در نهایت، به افسردگی منتهی می‌شود (۱۵). روش‌های روان‌درمانگری، شیوه‌های تغییر رفتار و فنون مختلف دیگر در تلاش است و به نوعی انسان را یاری می‌دهد تا بر این مشکلات فایق آید. هر چند نوع شیوه‌هایی که برای مهار اضطراب و افزایش تاب‌آوری استفاده می‌گردد، بستگی به علت‌شناسی مشکل دارد (۱۶). در روان‌درمانگری کلاسیک، فقدان موضوع یا ترس از دست دادن «عشق موضوع» هسته اصلی اضطراب شناخته می‌شود و در بزرگسالی نیز فقدان احساس معنوی و تهی شدن انسان از معنویت به عنوان هسته اصلی اضطراب مطرح شده است. اگر سایر حوزه‌های روان‌شناختی بتواند خداوند و اعتقادات مذهبی را نادیده بگیرد، در حوزه روان‌درمانی این مسأله چندان آسان نیست. در این قلمرو، همواره مسایل ارزشی مراجع مطرح می‌شود. برخی از روان‌درمانگران نیز بر همین نکته تأکید ورزیده‌اند که جمع بین خواسته‌های ماورای طبیعی و معنوی با خواسته‌های مادی و دنیوی از مهم‌ترین مسایل عصر حاضر است. با توجه به این احساس آمادگی، به نظر می‌رسد که این بررسی علمی در بین سالمندان از اولویت و مناسبت بیشتری برخوردار است. با توجه به شیوع منابع استرس‌زا در دوران سالمندی و کاهش توانایی سالمندان در مقابله با شرایط سخت زندگی، این مطالعه به بررسی تأثیر معنویت درمانی بر تاب‌آوری سالمندان مقیم خانه سالمندان شهر اصفهان پرداخت.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر نیمه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه شاهد بود. جامعه آماری را در این پژوهش، کلیه سالمندان مقیم خانه سالمندان صادقیه شهر اصفهان تشکیل می‌دهند که دامنه سنی طبق تعریف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در ایران، سالمند به فرد ۶۰ سال و بالاتر اطلاق می‌گردد (۱).

روش نمونه‌گیری و تعداد نمونه: از جامعه آماری پژوهش حاضر و از بین کسانی که تمایل به شرکت در این مطالعه را داشتند، در مقیاس تاب‌آوری نمره زیر ۵۰ کسب نمودند، با استفاده از جدول تعیین حجم نمونه Morgan، ۲۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند و با روش تصادفی ساده در دو گروه ۱۰ نفری، آزمایشی و شاهد (گروه در لیست انتظار) قرار گرفتند. مقیاس تاب‌آوری هم به عنوان پیش‌آزمون و هم به عنوان ملاک غربالگری استفاده گردید. سپس گروه آزمایشی، مداخله مبتنی بر رویکرد معنویت درمانی را طی ۸ جلسه گروهی دریافت نمودند. در طی این مدت گروه شاهد، مداخله‌ای را دریافت نکرد. بعد از اتمام جلسات درمانی، دوباره ابزار پژوهش به عنوان پس‌آزمون و یک ماه پس از اتمام درمان، به عنوان پیگیری بر روی آزمودنی‌ها

Davidson و Connor به مرور تحقیقاتی پرداختند که به تأثیرات و پیامدهای تاب‌آوری اشاره کرده است. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که تاب‌آوری با بهداشت روانی، پیشگیری از عود و مزمن شدن نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه، کیفیت زندگی و بهزیستی مرتبط است (۵). در مجموع مشخص می‌شود که افزایش تاب‌آوری افراد می‌تواند، اثرات وسیعی در گستره رشدی آن‌ها به همراه داشته باشد.

Fletcher معتقد است که حالات تاب‌آوری طی یک فرایند شکست و انسجام مجدد به دست می‌آید (۱۰). انسجام مجدد تاب‌آور برای رشد به انرژی نیاز ندارد و به نظر می‌رسد که این انرژی یک منبع معنوی و ذاتی دارد. به اعتقاد Fletcher، نیرویی در درون هر فرد وجود دارد که او را به سوی خودشکوفایی، نوع دوستی، خرد و هماهنگی سوق می‌دهد. این نیرو از یک منبع معنوی سرچشمه می‌گیرد. تعدادی از تحقیقات انجام شده در حوزه تاب‌آوری نشان می‌دهد که خوش‌بینی، یافتن معنی در تجارب منفی از دیدگاهی مثبت و نگاه کردن به آن‌ها به عنوان تجارب ضروری زندگی، اعتقاد به وجود یک منبع، باور به وجود یک قدرت برتر و باور به این که شخص توانایی حل مسأله را دارد، با تاب‌آوری و سازگاری با ضربه روانی دارای همبستگی بالایی است. در همین راستا، طبق نظر Beck (۱۱) کسانی که اعتقادات مذهبی قوی‌تری دارند، در برابر تنش و فشار، مصونیت بیشتر و سلامت بالاتری دارند. در حقیقت، از طریق مذهب است که انسان در می‌یابد، بین او، وجود متعالی و برتر مطلق، رابطه وجود دارد و این ارتباط از راه قلب، عقل و یا به وسیله اجرای مراسم و اعمال مذهبی برقرار می‌شود. در نتیجه باور مذهبی است که حس می‌کنیم، هرگاه با قدرتی مافوق خود ارتباط حاصل کنیم، می‌توانیم خود را از ناآرامی‌ها و ناراحتی‌ها نجات دهیم.

افراد تاب‌آور به احتمال بیشتری در شرایط سخت زندگی در جست و جوی معنی هستند. داشتن ایمان، تحمل افراد را در ناگواری‌ها افزایش داده و آن‌ها را برای غلبه بر چالش و سختی‌ها در زندگی یاری می‌دهد. همچنین، ارتباط فرامعنوی (یعنی به قدرت بزرگ‌تر ایمان داشتن) به عنوان عوامل حمایت فردی در جهت ایجاد و تسهیل تاب‌آوری یاد شده است و اعتقادات مذهبی به عنوان تکیه‌گاه و پشتیبان برای سازگاری بیشتر فرد عمل می‌کند. همین طور، معنویت به عنوان عامل کلیدی برای پرورش تاب‌آوری شناخته شده است (۱۲).

در مطالعات مختلف نشان داده شده است که معنویت به انسان کمک می‌کند تا هیجانات منفی خود را کاهش داده، از تنش و اضطراب خود بکاهد و بهتر بتواند مشکلات زندگی خویش را مدیریت کند. همچنین، بتواند از

اجرا شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده گردید.

ابزار پژوهش: مقیاس تاب‌آوری Davidson و Connor (CD-RISC) یا Connor-Davidson resilience scale) جهت اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید، تهیه شده است. این مقیاس شامل ۲۵ سؤال است و دارای دامنه ۵ درجه‌ای لیکرتی از صفر تا چهار، شامل هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب و همیشه است. حداقل نمره تاب‌آوری آزمودنی در این مقیاس، صفر و حداکثر نمره ۱۰۰ است.

محمدی ضریب Cronbach's alpha آن را ۰/۸۷ و پایایی را به روش بازآزمایی، ۰/۷۳ به دست آورده است (۱۴). همسانی درونی، پایایی بازآزمایی، روایی همگرا و واگرایی این مقیاس کافی گزارش شد. نتایج تحلیل عامل اکتشافی، وجود ۵ عامل شایستگی / استحکام شخصی، اعتماد به غرایز شخصی / تحمل عواطف منفی، پذیرش عواطف مثبت / تحمل عواطف منفی، روابط ایمن و معنویت را برای مقیاس تاب‌آوری تأیید کرده است، اما چون روایی و پایایی این مقیاس‌ها هنوز به طور قطع تأیید نشده، در حال حاضر فقط نمره کمی تاب‌آوری برای هدف‌های پژوهشی، معتبر محسوب می‌شود (۵). پایایی و روایی فرم فارسی تاب‌آوری نیز در مطالعات مقدماتی نمونه‌های بهنجار و بیمار مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است (۱۷). این مقیاس در ایران توسط محمدی، هنجاریایی شده است (۱۸).

روش معنویت درمانی (Spirituality therapy): در پژوهش حاضر منظور از معنویت درمانی، شیوه‌های درمانی مبتنی بر اصول معنویت اسلامی همچون ارتقای نیت، نظم، توکل، دعا، نیایش، صبر، ذکر و رهنمودهای معنوی است که توسط گروه محققان و با استناد به پکیج درمانی بشلیده و بوالهروی تدوین گردید. بوالهروی و همکاران (۲۰) به بررسی اثر رویکرد گروه درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان پستان پرداخت و یافته‌ها نشان داد که معنویت درمانی به شیوه گروهی در سطح معنی داری در کاهش افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر بوده است ($P < 0/001$). همچنین، در سطح معنی‌داری باعث بهبود سلامت معنوی در این بیماران شده است ($P < 0/003$). بشلیده (۱۹) در مطالعه‌ای به بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر سلامت روان زنان مطلقه پرداخت. یافته‌ها نشان داد که معنویت درمانی بر سلامت عمومی زنان مطلقه در سطح معنی‌داری تأثیر گذاشته و باعث کاهش علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب شده، اما بر اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی تأثیری نداشته است ($P < 0/001$). با توجه به نتایج مطالعات پیشین، پکیج مذکور به سالمندان که دچار کاهش تاب‌آوری شده‌اند، آموزش داده شد. این فرایند درمانی در طی ۸ جلسه و به صورت دو جلسه دو ساعته در هر هفته توسط کارشناس ارشد روان‌شناسی دوره دیده، اجرا گردید. خلاصه کلی شیوه اجرا در تمامی جلسه‌ها به این صورت بود (۲۱). ابتدای هر جلسه با فن تن‌آرامی و ذهن‌آگاهی متمرکز (تمرکز بر تنفس خود و یا یک

جدول ۱. عناوین جلسات معنویت درمانی

جلسات	عنوان جلسات
جلسه اول	آشنایی و ارزیابی رفتاری و شناختی مراجعان، برقراری رابطه درمانی
جلسه دوم	صبر و ارتقای نیت، پرداختن به اولین و دومین پیش‌فرض انسان معنوی
جلسه سوم	عمل‌گرایی و نظم، پرداختن به پیش‌فرض سوم و چهارم انسان معنوی
جلسه چهارم	دعا و شکرگزاری، پرداختن به پیش‌فرض پنجم زندگی معنوی
جلسه پنجم	توکل، پرداختن به پیش‌فرض ششم زندگی معنوی
جلسه ششم	شناخت صفات خداوند، پرداختن به پیش‌فرض هفتم زندگی معنوی
جلسه هفتم	اتفاق، بخشش، ادب در محضر خداوند و نماز، پرداختن به پیش‌فرض هشتم و نهم زندگی معنوی
جلسه هشتم	جستجوی معنی، مسؤلیت‌پذیری، پرداختن به پیش‌فرض دهم زندگی معنوی

در جلسات معنویت درمانی از دو روش بحث و گفتگو در مورد پیش‌فرض‌های زندگی معنوی با هدایت این پیش‌فرض‌ها به سمت موضوعات مرتبط با تاب‌آوری و نقش این پیش‌فرض‌ها در ایجاد آرامش و توانمندی‌های معنوی توسط درمانگر استفاده گردیده و تمرین، ارزیابی راهبردها و تکالیف معنویت درمانی ارائه شد. این جلسات به شرح زیر می‌باشد.

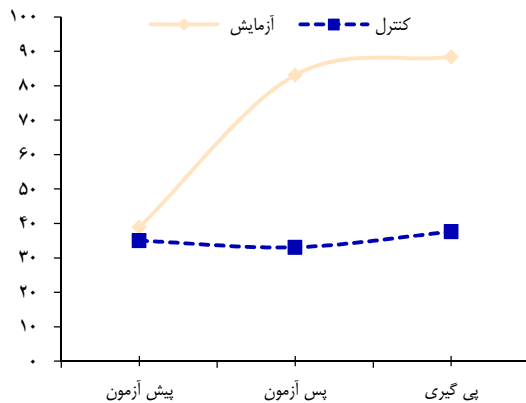
یافته‌ها

مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در پژوهش بدین شرح بود که جنس آزمودنی‌ها در گروه آزمایش ۸۰ درصد زن و ۲۰ درصد مرد و در گروه شاهد ۷۰ درصد مرد و ۳۰ درصد زن بود. ۶۰ درصد آزمودنی‌ها در گروه آزمایش در رده سنی ۶۵-۶۰ سال و این رقم در گروه شاهد ۵۰ درصد بود. بنابراین، اکثر آزمودنی‌ها در گروه سنی ۶۵-۶۰ سال قرار داشت. ۴۰ درصد آزمودنی‌های گروه آزمایش بی‌سواد و ۶۰ درصد گروه شاهد نیز بی‌سواد و کلیه آزمودنی‌ها در دو گروه مسلمان بودند. از نظر سایر متغیرهای جمعیت‌شناختی نیز در دو گروه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تاب‌آوری در گروه‌های آزمایش و شاهد در جدول ۲ ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌گردد، میانگین تاب‌آوری دو گروه در مرحله پیش‌آزمون به طور تقریبی در یک سطح بود. در مرحله پس‌آزمون تاب‌آوری گروه آزمایش افزایش زیادی داشت، ولی در گروه شاهد اندکی کاهش مشاهده گردید.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمرات تاب‌آوری در گروه‌های آزمایش و شاهد

شاخص	گروه	تعداد	پیش‌آزمون میانگین \pm انحراف استاندارد	پس‌آزمون میانگین \pm انحراف استاندارد	پیگیری میانگین \pm انحراف استاندارد
تاب‌آوری	گروه شاهد	۱۰	۳۳/۶ \pm ۱۳/۱	۳۳/۱ \pm ۱۶/۸	۳۷/۶ \pm ۱۷/۳
	گروه آزمایش	۱۰	۳۸/۵ \pm ۱۰/۵	۸۳/۱ \pm ۷/۴	۸۸/۴ \pm ۸/۱



شکل ۱. مقایسه میانگین نمرات تاب‌آوری در مراحل آزمون در گروه‌های آزمایش و شاهد

چنان که در شکل ۱ مشاهده می‌گردد، نمرات تاب‌آوری گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون افزایش بارز (۴۴/۶) داشته است و این افزایش تا مرحله پیگیری نیز ادامه یافته است که نشانگر تأثیر مداخله بر تاب‌آوری گروه آزمایش می‌باشد، ولی در گروه شاهد این نمرات در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تغییرات چندانی نداشته است. با توجه به جدول ۶ تفاوت میانگین نمرات تاب‌آوری در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون ۲۲/۰۵- است که با توجه به میزان معنی‌داری در مرحله پس‌آزمون ($P < ۰/۰۰۱$)، تفاوت اثر گروه‌ها را در مرحله پس‌آزمون نشان می‌دهد و تفاوت میانگین نمرات تاب‌آوری در مراحل پیش‌آزمون و پیگیری ۲۶/۹۵- است که با توجه به میزان معنی‌داری در مرحله پیگیری ($P < ۰/۰۰۱$) تفاوت اثر گروه‌ها را در مرحله پیگیری نشان داد. همچنین، تفاوت میانگین نمرات تاب‌آوری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری ۴/۹- بود که با توجه به میزان معنی‌داری (۰/۰۲۵) میزان تاب‌آوری در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس‌آزمون تغییر معنی‌داری نداشته است. از این رو، با توجه به مندرجات فوق، فرضیه پژوهش با عنوان معنویت درمانی باعث افزایش تاب‌آوری در سالمندان می‌شود، تأیید گردید.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی رویکرد معنویت درمانی در افزایش تاب‌آوری سالمندان مقیم خانه سالمندان بود. در این راستا مشخص شد که معنویت درمانی اثربخشی بالایی در افزایش تاب‌آوری سالمندان داشت. یافته‌های حاصل از این پژوهش با نتایج پژوهش Smith و همکاران همسو می‌باشد (۲۲).

در مرحله پیگیری نیز تاب‌آوری گروه آزمایش همچنان افزایش یافت، در گروه شاهد نیز در مرحله پیگیری میانگین تاب‌آوری مقداری افزایش داشت، اما این شاخص در گروه شاهد در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به طور تقریبی در یک سطح بود. به منظور بررسی توزیع نرمال متغیر وابسته از آزمون Kolmogorov-Smirnov استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون Kolmogorov-Smirnov در مورد توزیع نرمال نمرات متغیرهای وابسته

نام متغیر	میانگین \pm انحراف معیار	Z	معنی‌داری
تاب‌آوری	۳۶/۰۵۰ \pm ۱۱/۸۶۰	۰/۷۲۴	۰/۶۷۲

همان گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌گردد، فرض توزیع نرمال نمرات تاب‌آوری در سطح معنی‌داری ۰/۶۷۲ تأیید شد. در جدول ۴ نتایج آزمون Levene جهت ارزیابی تساوی واریانس‌ها برای نمرات تاب‌آوری در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است. همان گونه که در جدول ۴ مشاهده شد، در مرحله پیش‌آزمون تساوی واریانس دو گروه تأیید شد، ولی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری این فرض تأیید نگردید که با توجه به تأیید توزیع نرمال نمرات متغیر وابسته از طریق انجام آزمون Kolmogorov-Smirnov، می‌توان از آزمون‌های پارامتریک جهت تجزیه و تحلیل استفاده نمود. به منظور تجزیه و تحلیل نتایج تأثیر متغیر مستقل بر متغیر وابسته در مراحل پس‌آزمون و پیگیری از روش تجزیه و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است. نتایج حاصل از آزمون Bonferroni نشان داد که با توجه به نمرات میزان معنی‌داری، در مرحله پس‌آزمون ($P < ۰/۰۰۱$) و مرحله پیگیری ($P < ۰/۰۰۱$)، تفاوت اثر گروه‌ها را بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و همچنین، مراحل پیش‌آزمون و مرحله پیگیری نشان داد ($P < ۰/۰۰۱$). شاخص دیگری که باید به آن توجه شود، «اندازه اثر» می‌باشد که در جدول با عنوان مجذور اتا مشخص شده است. مجذور اتا نشان دهنده درصدی از واریانس نمرات تاب‌آوری است که در اثر اجرای عمل آزمایشی به وجود آمده است. مقدار مجذور اتای گروه ۶۹ درصد و در مرحله پیگیری ۹۰ درصد بود. بدین ترتیب که ۶۹ درصد از تغییرات نمرات تاب‌آوری در مرحله پس‌آزمون و ۹۰ درصد در مرحله پیگیری ناشی از اجرای روش درمانی است. توان آماری نیز در مرحله پس‌آزمون ۱ و در مرحله پیگیری نیز ۱ بود که نشانگر دقت آماری بسیار بالا و کفایت حجم نمونه است.

جدول ۴. نتایج آزمون Levene در مورد پیش‌فرض تساوی واریانس‌های گروه‌های جامعه

متغیر	مراحل	F	درجه آزادی	معنی‌داری
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۰/۱۵۲	(۱ و ۱۸)	۰/۷۰۱
	پس‌آزمون	۴/۷۷۰	(۱ و ۱۸)	۰/۰۴۲
	پیگیری	۵/۸۰۰	(۱ و ۱۸)	۰/۰۲۷

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس جهت بررسی تأثیر معنویت درمانی بر تاب‌آوری در گروه‌های آزمایش و شاهد

منابع تغییرات	ضریب Wilks lambda	درجه آزادی	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا	توان آماری
پیگیری	۰/۰۹۹	(۲ و ۱۷)	۷۷/۷	*	۰/۹۰۱	۱
گروه	۰/۰۹۲	(۱ و ۱۸)	۴۱/۲	*	۰/۶۹۶	۱
تعامل بین پیگیری و گروه	۰/۱۰۵	(۲ و ۱۷)	۷۲/۸	-*	۰/۸۹۵	۱

* سطح معنی‌داری $P < ۰/۰۰۱$ بود

Mao و Yang (۳۲) معتقدند که داشتن هدف و معنی در زندگی، احساس تعلق داشتن به معنی والا، امیدواری بهیاری خداوند در موقعیت‌های مشکل‌زای زندگی و بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی و معنوی همگی از جمله روش‌هایی هستند که افراد معنوی با دارا بودن آن‌ها می‌توانند در رویارویی با حوادث تنش‌زای زندگی آسیب کمتری را متحمل شوند. به همین منظور، یکی از جلسات معنویت درمانی به این موضوع اختصاص یافته است. همچنین، به اعتقاد Fountoulakis و همکاران باور به این که خدایی هست که بر موقعیت‌ها مسلط و ناظر بر بندگان است تا حد بسیار زیادی، اضطراب مرتبط با موقعیت‌ها را کاهش می‌دهد (۳۳). به عبارت دیگر، این افراد معتقدند که از طریق اتکای به خداوند می‌توان موقعیت‌های غیر قابل کنترل را در اختیار خود درآورد. در همین راستا، طبق نظر Graham و همکاران (۳۴)، کسانی که اعتقادات مذهبی قوی تری دارند، در برابر تنش و فشار مصونیت بیشتر و سلامت بالاتری دارند.

عامل مؤثر دیگری که در اثربخشی معنویت درمانی بر افزایش تاب‌آوری سالمندان وجود داشت، دلبستگی به خدا بود که جلسات چهارم تا هفتم پکیج معنویت درمانی مربوط به این عامل اختصاص یافت. به طور کلی، سبک دلبستگی به خدا عامل مهم و مؤثری بر سازگاری روان‌شناختی، اجتماعی و توانایی مقابله با بیماری‌ها است. به نظر می‌رسد، افراد دارای دلبستگی ایمن از افراد دارای دلبستگی نایمن اجتنابی و اضطرابی، دلبستگی بیشتری به خدا نشان می‌دهند. نتایج مطالعات پیشین نشان می‌دهد که دلبستگی ایمن به افزایش تاب‌آوری و توان مقابله بیشتر با مشکلات منجر می‌شود (۶). در این راستا می‌توان گفت که افراد با دلبستگی بالا به خدا به دلیل برخورداری از منابع حمایتی توانایی بیشتری برای مقابله با مشکلات دارند، یعنی در بین افراد، خداوند به عنوان منبع دلبستگی زمینه‌ای فراهم می‌کند تا شخص احساس ایمنی بیشتری کند و از این طریق توان مقابله بالاتری با مشکلات روان‌شناختی و جسمانی داشته باشد. علاوه بر این، می‌توان گفت که معنی‌داری زندگی به عنوان عامل میانجی عمل می‌کند، به این صورت که فرد دلبسته به خدا زندگی هدفمند و معنی‌داری دارد و بر این عقیده است که زندگی معنی و مفهومی دارد. از این رو، به شکل کارآمدتری قادر به سازگاری با مسایل و موانع روزمره خواهد بود (۳۹).

آن‌ها در پژوهش خود نشان دادند که توانایی سازگاری درد با معنی در زندگی و تاب‌آوری ارتباط دارد. آن‌ها معتقدند که داشتن حس معنی و هدف در زندگی به فرد انگیزه مقابله با استرس و سازگاری با درد، حتی درد شدید را می‌بخشد. همچنین، آنان استدلال کردند که احتمال دارد، معنی‌داری زندگی، خود به عنوان یکی از عوامل اصلی تاب‌آوری در نظر گرفته شود. بر این اساس، وجود معنی و هدف در زندگی باعث شکل‌گیری این ویژگی شده و از آن طریق باعث افزایش تاب‌آوری افراد می‌شود. دو سازه اصلی که با معنویت مرتبط است، معنی‌یابی و هدفمندی در زندگی است. این دو سازه هسته اصلی مقیاس‌های معنویت هستند (۲۳). از سویی معنویت به عنوان یک تجربه شخصی موجب کمک به دیگران، دوست داشتن و رضایت از زندگی شده و با امیددهی و معنی‌بخشی به زندگی و ترغیب افراد به صبر بر مشکلات، نگرش و تفسیر مثبتی را به وجود می‌آورد که این گونه تفسیر هم موجب افزایش رفتارهای سازگاران در افراد می‌شود (۲۴).

همچنین، این نتایج با یافته‌های Miller (۲۵)، Thune-Boyle و همکاران (۲۶)، Cunningham (۲۷)، Revheim و Greenberg (۲۸)، بوالهروی و همکاران (۲۰)، زاهد بابان و همکاران (۲۹)، Livneh و همکاران (۳۰) در خصوص تأثیر معنویت درمانی بر تاب‌آوری همسو می‌باشد.

مبانی نظری بیانگر این نکته است که نتایج به دست آمده را نمی‌توان فقط حاصل یک عامل ویژه دانست؛ چرا که این امر جز به دلیل بافت به هم پیوسته و چند عاملی این برنامه درمانی امکان‌پذیر نمی‌باشد. به همین دلیل، در تبیین نتایج به دست آمده به عوامل گوناگونی می‌توان اشاره کرد. نخستین و مهم‌ترین عامل مربوط به تأثیر ویژه معنویت درمانی در بهبود نگرش و تفسیر فرد نسبت به زندگی و یا بیماری است. اهمیت عامل فشارآور از طریق ارزیابی‌های شناختی که تحت تأثیر باورها و ارزش‌های فردی مانند کنترل فردی، باورهای وجودی و معنوی قرار دارد، تعیین می‌شود. افراد بر مبنای منابع در دسترس و از راه‌های گوناگون کنار آمدن، استرس خود را مدیریت می‌کنند. از این دیدگاه، می‌توان گفت که باورها، ارزیابی‌های شناختی مهم را در فرایند مقابله تحت تأثیر قرار می‌دهد. از این رو، معنویت می‌تواند به افراد کمک کند تا وقایع منفی را به شیوه متفاوتی ارزیابی نمایند. بنابراین، معنویت حس قوی‌تری از کنترل را ایجاد می‌نماید که از این راه به تاب‌آوری کمک می‌کند (۳۱).

جدول ۶. مقایسه زوجی گروه‌ها روی مقیاس تاب‌آوری در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر وابسته	مرحله	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معنی‌داری
تاب‌آوری	پیش‌آزمون و پس‌آزمون	-۲۲/۰۵	۲/۳۰	*
	پیش‌آزمون و پیگیری	-۲۶/۹۵	۲/۲۳	*
	پس‌آزمون و پیگیری	-۴/۹۰	۲/۱۵	*

* سطح معنی‌داری $P < ۰/۰۰۱$ می‌باشد.

و اتصال به نیروی لایزال الهی (ویژگی این شیوه درمانی)، دانست که به موجب آن ارزیابی‌های شناختی مهم در فرایند مقابله تحت تأثیر قرار می‌گیرد و از این‌رو، معنویت می‌تواند به افراد کمک کند تا وقایع منفی را به شیوه متفاوتی ارزیابی نمایند. بنابراین، معنویت حس قوی‌تری از کنترل را ایجاد می‌نماید که از این راه به سازگاری روانی کمک می‌کند.

محدودیتی که این پژوهش با آن مواجه بود، منحصر شدن نمونه آن به سالمندان مقیم خانه سالمندان بود. محدودیتی که شاید به دلیل کثرت بیماری‌های اضطراب، تنیدگی و بی‌تابی در این افراد به وجود آمده است. از این‌رو، با توجه به تناسب آن با بافت فرهنگی و مذهبی ایران پیشنهاد می‌گردد، در گروه‌های سنی دیگر و همچنین، مقایسه آن با روش‌های معنی‌درمانی و شناخت درمانی جهت افزایش تاب‌آوری مورد استفاده قرار گیرد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از کلیه سالمندان مقیم خانه سالمندان صادقیه شهر اصفهان و تمامی کسانی که ما را در این مطالعه یاری رساندند، سپاسگزاری به عمل می‌آید.

عامل بعدی مربوط به برگزاری دوره به صورت گروه درمانی است. به نظر بسیاری از متخصصان، درمان بیماری به صورت گروهی بسیار مؤثر می‌باشد. گروه، باعث بهبود مهارت‌های ارتباطی فرد بیمار می‌شود و سیستم حمایتی مفیدی را در اختیار او قرار می‌دهد. از سوی دیگر، فرد بیمار با مشاهده دیگران به منحصر به فرد نبودن مشکل خود پی می‌برد و این موضوع باعث امیدواری بیشتر او خواهد شد. Corey (۳۵) عوامل زیر را در پیشرفت درمان در گروه بسیار مهم می‌داند.

۱- عمومیت: فرد در گروه، خود را تنها فرد مبتلا به بیماری و یا مشکل نمی‌بیند.
۲- نوع دوستی: فرد در گروه از طریق حمایت کردن دیگران، احساس معنی و بودن در زندگی می‌کند.

۳- امید: فرد دیگرانی را می‌بیند که گر چه همان وضعیت را دارند و یا حتی وضعیتی بدتر و همان احساسات را تجربه می‌کنند، اما با این حال، می‌توانند احساس معنی‌دار بودن زندگی را نیز تجربه کنند و کیفیت زندگی بهتری داشته باشند که این امر به فرد امید می‌دهد (۲۰)

در نهایت، با توجه به نتایج به دست آمده، می‌توان گفت که علت این اثربخشی پذیرش بی‌قید و شرط و به دور از قضاوت و همچنین، احساس حضور

References

1. Ministry of Health and Medical Education. Didactic guidance of integrative care of old age. Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education; 2013. [In Persian].
2. White B, Driver S, Warren AM. Resilience and indicators of adjustment during rehabilitation from a spinal cord injury. Rehabil Psychol 2010; 55(1): 23-32.
3. Smith C. Theorizing religious effects among American adolescents. Journal for the Scientific Study of Religion 2003; 42(1): 17-30.
4. Rutter M. Resilience concepts and findings: implications for family therapy. Journal of Family Therapy 1999; 21(2): 119-44.
5. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depress Anxiety 2003; 18(2): 76-82.
6. Belsky J. Developmental origins of attachment styles. Attachment & Human Development 2002; 4(2): 166-70.
7. Bower JE, Kemeny ME, Taylor SE, Fahey JL. Finding positive meaning and its association with natural killer cell cytotoxicity among participants in a bereavement-related disclosure intervention. Ann Behav Med 2003; 25(2): 146-55.
8. Kheirabadi GHR, Bagherian R, Nemati K, Daghaghzadeh H, Maracy MR, Gholamrezaei A. The effectiveness of coping strategies training on symptom severity, quality of life and psychological symptoms among patients with irritable bowel syndrome. J Isfahan Med Sch 2010; 28(110): 473-83. [In Persian].
9. Jowkar B. The mediating role of resilience in the relationship between general and emotional intelligence and life satisfaction. Contemporary Psychology 2007; 2(4): 3-12. [In Persian].
10. Fletcher SK. Religion and life meaning: Differentiating between religious beliefs and religious community in constructing life meaning. Journal of Aging Studies 2004; 18(2): 171-85.
11. Beck R. God as a secure base: Attachment to God and theological exploration. Journal of Psychology and Theology 2006; 34(2): 125-32.
12. Hoseini A. Psychological health's principles. Mashhad, Iran: University of Mashhad Publications; 2002. [In Persian].
13. Samani S, Jowkar B, Sahragard N. Effects of resilience on mental health and life satisfaction. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2007; 13(3): 290-5. [In Persian].
14. Sharifi P. Emotional intelligent and spirituality. Isfahan, Iran: Sepahan Publications; 2007. [In Persian].
15. Taghavi SMR. Validity and reliability of the general health questionnaire (GHQ-28) in college students of Shiraz University. Journal of Psychology 2002; 5(4): 381-98. [In Persian].
16. Janbozorgi M. The Effectiveness of psychotherapy with and without Islamic orientation on anxiety and stress [Thesis]. Tehran, Iran: School of Human Sciences, Tarbiat Modares University; 1996. [In Persian].
17. Besharat MA. Resilience, vulenatability and psychological health. Journal of Psychological Sciences 2007; 6(24): 373-83. [In Persian].
18. Mohammadi M. Resilience factors in individuals at risk for substance abuse [Thesis]. Tehran, Iran: University of Social

- Welfare and Rehabilitation Sciences; 2002. [In Persian].
19. Bashldeh Q, Gholami A. Effectiveness of spirituality therapy on psychological health of divorcee women. *Journal of Family Counseling & Psychotherapy* 2011; 1(3): 331-48. [In Persian].
 20. Bolhari J, Ehsanmanesh M, Karimi E. Relationship between the stressors, stress symptoms, and reliance on God (Tavakkol) in Medical students. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2000; 6(1): 25-35. [In Persian].
 21. Hartz GW. *Spirituality and mental health: Clinical Applications*. Abingdon, UK: Routledge; 2005.
 22. Smith BW, Tooley EM, Montague EQ, Robinson AE, Cosper CJ, Mullins PG. The role of resilience and purpose in life in habituation to heat and cold pain. *J Pain* 2009; 10(5): 493-500.
 23. Ellison C. Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology* 1983; 11(4): 330-40.
 24. Omidvari S. Spiritual health, concepts and challenges. *Interdisciplinary Quranic Studies* 2008; 1(1): 5-17. [In Persian].
 25. Miller WR. *Integrating spirituality into treatment: resources for practitioners*. Washington, D.C.: American Psychological Association; 2003.
 26. Thune-Boyle IC, Stygall JA, Keshtgar MR, Newman SP. Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature. *Soc Sci Med* 2006; 63(1): 151-64.
 27. Cunningham A. Integrating spirituality into a group psychological therapy program for cancer patients. *Integr Cancer Ther* 2005; 4(2): 178-86.
 28. Revheim N, Greenberg WM. Spirituality matters: creating a time and place for hope. *Psychiatr Rehabil J* 2007; 30(4): 307-10.
 29. Babelan Adel Z, Rezaei Jamaloei H, Herfati Sobhani R. An investigation of the relationship between attachment to god and resilience with meaningful life among students. *Knowledge & Research in Applied Psychology* 2012; 13(3): 75-85. [In Persian].
 30. Livneh H, Martz E, Bodner T. Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: a preliminary study of its factorial structure. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 2006; 13(3): 250-60.
 31. Martinez JS, Smith TB, Barlow SH. Spiritual interventions in psychotherapy: evaluations by highly religious clients. *J Clin Psychol* 2007; 63(10): 943-60.
 32. Yang KP, Mao XY. A study of nurses' spiritual intelligence: a cross-sectional questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2007; 44(6): 999-1010.
 33. Fountoulakis KN, Siamouli M, Magiria S, Kaprinis G. Late-life depression, religiosity, cerebrovascular disease, cognitive impairment and attitudes towards death in the elderly: interpreting the data. *Med Hypotheses* 2008; 70(3): 493-6.
 34. Graham S, Furr S, Flowers C, Burke MT. Research and theory religion and spirituality in coping with stress. *Counseling and Values* 2001; 46(1): 2-13.
 35. Corey G. *Theory and practice of counseling and psychotherapy*. Boston, MA: Cengage Learning; 2008.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

Effectiveness of Spirituality Therapy on the Resiliency of the Elderly in Isfahan, IranAfsaneh Sartipzadeh¹, Mahnaz Ali-Akbari², Razieh Tabaian³**Original Article****Abstract**

Aim and Background: In recent years, sources of stress and unfavorable environments have increased. Moreover, the world's elderly population is growing. Thus, the aim of the present study was the investigation of the effectiveness of spirituality therapy on the resiliency of elderly living in nursing homes.

Methods and Materials: This was a quasi-experimental study with pretest and posttest and control group. The study population consisted of all elderly in Sadeghieh Nursing Home, Isfahan, Iran. From among the elderly who gained a score of less than 50, 20 individuals were selected and randomly divided into experimental and control groups (n = 10). The experimental group received 8 sessions of spirituality therapy-based intervention. The Conner-Davidson Resilience Scale was completed by the participants in pretest and posttest stages. The Cronbach's alpha of this scale in Iran was 0.87. Its reliability was obtained through test-retest (0.73). The collected data were analyzed using repeated measures ANOVA in SPSS software.

Findings: Group spirituality therapy caused a significant increase in mean scores and resiliency of experimental group in posttest and follow-up stages in comparison to pretest ($P < 0.001$).

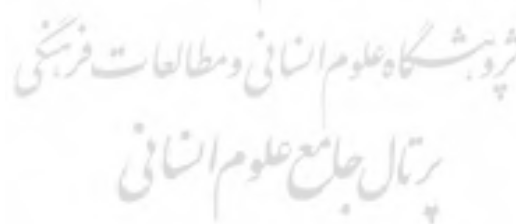
Conclusions: The results showed that spirituality therapy is a good method to increase resiliency in the elderly. Through participating in group spirituality therapy sessions and exchanging ideas and opinions, they found meaning and purpose in life and every event. Due to its relevance to the Iranian cultural and religious context, it is recommended that spirituality therapy be offered to other age groups and compared with cognitive therapy in terms of increase in resiliency.

Keywords: Spirituality therapy, Resiliency, Elderly

Citation: Sartipzadeh A, Ali-Akbari M, Tabaian R. Effectiveness of Spirituality Therapy on the Resiliency of the Elderly in Isfahan, Iran. *J Res Behav Sci* 2016; 14(1): 56-63.

Received: 14.01.2016

Accepted: 17.03.2016



1- MSc Student, Department of General Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

2- Associate Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

3- Assistant Professor, Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Afsaneh Sartipzadeh, Email: afsane.sartipzade@yahoo.com